

综合干预对精神分裂症患者社会功能的影响

黄玲群 王彩琴 植秋婵 苏天勋

【摘要】目的 探讨综合干预对精神分裂症患者社会功能的影响。**方法** 以本院 2014 年 12 月 - 2015 年 8 月收治于单一性别病区 and 异性混合病区各 50 例精神分裂症患者分成对照组和观察组, 对照组 (50 例) 予以常规护理, 观察组 (50 例) 采取综合护理干预, 应用 BPRS 量表和 PSP 量表评估干预效果。**结果** 观察组干预后 BPRS、PSP 量表评分 (27.2 ± 6.2) 分、(76.8 ± 7.6) 分, 对照组干预后 BPRS、PSP 量表评分 (36.8 ± 6.8) 分、(43.2 ± 8.2) 分, 组间比较差异具有统计学意义。**结论** 综合干预有助于促进精神分裂症患者社会功能恢复。

【关键词】 综合干预; 精神分裂症; 社会功能

中图分类号: R473.74 文献标识码: A doi:10.3969/j.issn.1671-332X.2016.Z1.015

精神分裂症是常见的精神疾病, 据世界卫生组织统计全球该病患率 0.4% ~ 1.3%^[1]。该病病因复杂, 主要表现为感知、情感、思维、意志等多方面障碍, 病程迁延不愈, 出现程度不同的社会功能缺损, 生活自理能力下降。针对精神分裂症多因素致病, 其临床症状复杂多样, 多为慢性病。不仅通过药物控制和稳定, 还应努力促进社会功能恢复, 相关报道指出加强护理干预有利于改善病情, 帮助患者回归社会^[2]。本研究探讨综合干预对精神分裂症患者社会功能的影响, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

以 2014 年 12 月 - 2015 年 8 月收治于单一性别病区 and 异性混合病区各 50 例精神分裂症患者分成对照组和观察组, 均符合 ICD-10 精神分裂症诊断标准^[3], 对照组 50 例, 年龄 21 ~ 48 岁, 平均 (37.2 ± 6.8) 岁, 男 33 例, 女 17 例, 病程 3 ~ 12 年, 平均 (6.4 ± 3.2) 年; 观察组 50 例, 年龄 20 ~ 47 岁, 平均 (37.3 ± 6.5) 岁, 男 33 例, 女 17 例, 病程 4 ~ 13 年, 平均 (6.5 ± 3.3) 年, 排除文化程度低下和严重躯体疾病患者, 组间年龄、性别、病程等比较无显著性差异 ($P > 0.05$), 具临床可比性。

1.2 护理方法

所有患者入院后均进行系统的常规抗精神病药物治疗, 对照组采取常规护理, 包括安全的住院环境、密切观察病情、健康宣教和日常生活护理等, 观察组在此基础上采取综合干预: ①健康教育: 精神科健康教育能有效改善住院患者的心理健康状况^[4], 做好入院宣教, 向患者介绍住院环境、主管医生和护士及住院须知。让其尽快适应环境, 安心住院, 介绍精神疾病相关知识, 使其树立战胜疾病的信心。指

导患者正确规律用药, 说明药物副作用, 使其消除对药物反应的种种顾虑, 指导家属监督帮助患者管理药物。②安全护理: 住院精神病患者的攻击行为是可以预测的, 与患者建立友好关系, 尊重与满足患者的各种需要, 有助于减少和杜绝住院精神病患者的攻击行为。提供安静舒适住院环境, 严格执行病区检查制度, 每天每班设专人负责检查环境设备和消防设施。落实身份识别制度, 除实行腕带识别外, 要求每个工作人员对每位患者有特征性认识。密切观察记录患者病情, 出现异常及时报告和处理。③心理护理: 正确引导患者讲出内心想法, 尊重患者, 密切注意患者情绪变化, 及时进行心理疏导, 建立有效护患沟通, 消除焦虑恐惧等不良心理。④技能训练: 对患者进行生活自理能力培训, 帮助其掌握生活技巧, 如包饺子、手工制作、洗衣服、整理床被等, 在有效的行为规范下, 增加异性互动训练, 在护理人员视线范围内男女患者一起进餐, 共同参加读书、唱歌、运动等文娱活动, 让男女相互交流, 适当给予奖励。

1.3 观察指标

应用简明精神病评定量表 (BPRS)^[5] 和个人和社会功能量表 (PSP)^[5] 评估干预效果, BPRS 量表是精神病病情的专业量表, 共 18 项, 按 5 类因子积分, 总分 18 ~ 126 分, 总分越高提示病情越严重。PSP 量表主要包含 4 个功能领域, 对社会有益的活动、个人关系和社会关系、自我照料、扰乱和攻击行为, 总分 0 ~ 100 分, 0 ~ 30 分提示功能缺陷严重, 31 ~ 70 分提示存在一定程度的缺陷, 71 ~ 100 表示轻度缺陷。

1.4 统计学分析

使用 SPSS 17.0 软件分析数据, 计量资料用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 计数资料用 n 和 % 表示, t 和 χ^2 检验分析, $P < 0.05$ 提示差异具统计学意义。

2 结果

观察组干预后 BPRS、PSP 量表评分 (27.2 ±

6.2)分、(73.8 ± 7.6)分,对照组干预后 BPRS、PSP 量表评分(36.8 ± 6.8)分、(55.2 ± 8.2)分,两组干预后两项评分均明显好于干预前,组间比较差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组精神分裂症患者干预前后 BPRS、PSP 量表评分 ($n = 50, \bar{x} \pm s$)

	BPRS			PSP		
	t_1	P		t_1	P	
观察组	38.3	<0.01		35.9	<0.01	
入院时	78.6 ± 7.2			32.6 ± 4.2		
干预后	27.2 ± 6.2			73.8 ± 7.6		
对照组	29.8	<0.01		7.9	<0.01	
入院时	79.2 ± 7.4			32.8 ± 4.5		
干预后	36.8 ± 6.8			55.2 ± 8.2		
t_2	7.4			21.3		
P	<0.01			<0.01		

注: t_1 为组内比较, t_2 为干预后组间比较

3 讨论

精神分裂症是多因素致病,其临床症状复杂多样,多为慢性病程,相关报道指出封闭式住院会造成患者生活技能退化,思维、认知、情感和行为出现不协调,对患者日后社会功能造成影响。改善社会功能,帮助患者回归社会是精神分裂症的康复目标,目前国内外学者均尝试着用心理社会干预法来协同抗精神病药物进行治疗,已经取得了一定的效果^[6]。本研究中观察组在常规药物的基础上予以综合干预,BPRS 量表评分明显降低,干预后明显低于对照组,BPRS 量表是评定精神病

性症状严重程度量表,特别适宜精神分裂症,由此可以看出综合干预能促进精神病性症状的改善。PSP 量表作为患者社会功能评估的重要标准,为临床广泛应用,观察组干预后 PSP 量表评分明显高于对照组,说明综合干预在促进社会功能恢复中有重要的作用。精神分裂症的依从性较差,在社会功能方面存在较大障碍,异性互动训练是心理学方法,异性间存在互补,该方式可激发患者的社会活动,施建琴等^[7]报道对该方式在精神分裂症的治疗效果进行了肯定。

综上所述,综合干预有助于促进精神分裂症患者社会功能恢复,值得推广。

参考文献

- [1] 吴晓莉.综合干预对精神分裂症患者社会功能的影响[J].中国民康医学,2012,24(14):1686-1687.
- [2] 陆慧芳,金国英,陈丽丽,等.全程系统干预对康复期精神分裂症患者生活质量及社会功能的影响[J].护理管理杂志,2014,14(7):506-508.
- [3] 孙福玲.综合护理干预对精神分裂症患者社会功能的影响[J].精神医学杂志,2014,27(2):131-132.
- [4] 谢志强,邓勤香.健康教育对精神病患者陪护亲属心理状况的影响[J].现代医院,2009(3):99-100.
- [5] 冯艾群.系统化护理干预对精神分裂症患者社会功能恢复的影响[J].中国医学创新,2012,9(5):43-44.
- [6] 倪花,蔡军,李晨虎,等.综合干预对社区精神分裂症患者社会功能的影响[J].临床精神医学杂志,2014,24(6):394-395.
- [7] 施建琴,张静,刘雪银.异性互动训练对精神分裂症患者治疗依从性及治疗效果的影响[J].中国临床护理,2015,7(1):45-47.

(上接第 28 页)

患者,均使用针对性护理方案预防压疮,除 2 例死亡患者其他均无压疮发生。

2.5 出院护理指导

应做好患者出院后的护理指导,首先告知需继续进行原发病的药物,抗凝药物的使用,定期凝血功能的复查,定期复查 CT 或磁共振等。门诊继续行理疗处理。建立合理的饮食结构,避免高盐、高脂,保证足够的热量摄入。适当的肢体锻炼,日常生活的自理等指导。定期电话或上门随访指导,可进一步加强护患沟通。

3 结果

入院后即根据肢体功能进行评估,采用 K. W. Lovett 分级法^[6]:优 32 例,良 68 例,差 50 例。150 例脑梗塞患者经规范化的护理措施后,除 12 例无明显效果,其他患者症状均有明显改善,根据肢体功能进行评估,采用 K. W. Lovett 分级法,再次进行评估,优 48 例,良 72 例,差 30 例,优良率达 80%。

4 讨论

脑梗塞患者的致残率较高,恢复时间长,容易降低患者的生活质量,易给患者家属、社会带来严重的负担。通过本组患者的护理发现,经过规范化的护理措施后,患者主动配合治疗,提高了治疗效果,改善了医患间关系,提高医院及社会效益,可值得推广。

参考文献

- [1] 罗娇研.脑卒中后认知功能障碍的康复护理干预[J].现代医院,2014,14(8):92-93,96.
- [2] 朱彩英,戴果福.脑梗塞的诊治及护理[J].中国民族民间医药,2011,19(22):154-155.
- [3] 陆奇.临床护理路径对脑梗塞患者心理和生活质量的应用研究[J].内蒙古中医药,2010,29(21):173-175.
- [4] 赵红梅,张淑军,于海燕.脑梗塞老年患者医院感染的高危因素和护理干预措施[J].医学信息(中旬刊),2012,5(12):3823-3824.
- [5] 徐小林.急性闭塞性脑血管病动脉内溶栓治疗及药物选择[J].国外医学(临床放射学分册),2016(5):264-267.
- [6] 尤黎明.内科护理学[M].5版.北京:人民卫生出版社,2012:676-677.