

系统化家属健康教育对精神分裂症患者康复的影响

李峰,文艳,尹竹芳

【摘要】 目的:探讨系统化家属健康教育对精神分裂症患者康复的影响。方法:精神分裂症患者 112 例随机分为观察组和对照组各 56 例,并配对纳入其家属,2 组患者在常规治疗护理的同时进行健康教育,在此基础上,观察组家属实施系统化健康教育,对照组家属施予传统的健康宣教。采用精神分裂症知识问卷、简明精神疾病评定量表(BPRS)、社会功能缺陷筛选量表(SDSS)、服药依从性测评表分别于入组时及出院 1 年末进行评定,并于出院 1 年末统计复发率。结果:出院 1 年末,2 组家属精神分裂症知识掌握情况均明显优于入组时($P < 0.01$),且观察组更优于对照组($P < 0.01$);2 组患者 BPRS、SDSS 评分均明显低于入组时($P < 0.01$),且观察组更低($P < 0.01$);观察组患者服药依从性明显高于入组时及对照组出院 1 年末($P < 0.01$)。观察组出院 1 年复发率明显低于对照组($P < 0.01$)。结论:对患者家属进行系统化健康教育能明显提高家属精神分裂症知识的掌握程度,提高患者服药依从性,改善其精神症状及社会功能,减少复发,更有利于精神分裂症患者的康复。

【关键词】 系统化;家属;健康教育;精神分裂症

【中图分类号】 R49;R749.3 **【DOI】** 10.3870/zgkf.2015.01.025

精神分裂症患者大多缺乏自知力,否认有病,往往对医疗护理不配合。单纯对患者进行健康教育,效果有时不凸显,而患者家属是与患者长时间共同生活、值得信赖的主要社会支持,为此,在重视患者健康教育的同时,本研究开展了系统化家属健康教育,效果良好。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2011 年 5 月~2012 年 4 月在我院住院的 112 例精神分裂症患者,均符合精神分裂症的诊断标准^[1]。每例患者配对 1 名家属入组,随机分为 2 组各 56 例。观察组,男 37 例,女 19 例;年龄(36.48±7.71)岁;病程(5.30±5.12)年;文化程度:小学 10 例,初中 28 例,高中及以上 18 例;药物治疗:服用利培酮 22 例,氯氮平 15 例,阿立哌唑 13 例,其它 6 例;首次住院 25 例,非首次 31 例;对照组,男 40 例,女 16 例;年龄(35.98±8.60)岁;病程(4.88±4.20)年;文化程度小学 8 例,初中 31 例,高中及以上 17 例;药物治疗:服用利培酮 18 例,氯氮平 19 例,阿立哌唑 10 例,其它 9 例;首次住院 22 例,非首次 34 例。2 组患者一般资料比较差异无统计学意义。2 组患者家属各 56 例,其中观察组家属,男 24 例,女 32 例;年龄(47.80±10.90)岁;文化程度小学 14 例,初中 30 例,高中及以上 12 例;与患者关系父母 29 例,配偶 18 例,子女 6 例,兄弟/姊妹/其他 3 例;对照组家属,男 20 例,女 36

例;年龄(49.50±10.04)岁;文化程度小学 13 例,初中 28 例,高中及以上 15 例;与患者关系父母 33 例,配偶 15 例,子女 4 例,兄弟/姊妹/其他 4 例。2 组患者家属一般资料比较差异无统计学意义。

1.2 方法 2 组患者住院后均予常规治疗护理并依照精神病患者健康教育计划单内容进行系统的健康教育。在此基础上,对照组家属施予传统的健康宣教,即给予入院宣教和出院指导,观察组对家属同步实施系统化健康教育,具体如下:①做好教育前评估,制定家属健康教育计划并实施。②不同时期家属健康教育内容。入院初期:重点向家属讲解患者目前病情现状、治疗方案、预后。强调家庭的理解和配合在精神疾病治疗和康复中的重要性,引导家属主动参与到整个治疗护理过程中。治疗期:重点针对患者具体病情讲解精神分裂症相关知识、治疗及护理要点,引导家属正确认识疾病,理解支持患者。康复期:重点强调继续住院巩固治疗、康复训练的方法及意义,引导家属鼓励患者积极参加各种康复训练。出院前期:重点讲解出院后长期维持用药、定期复诊意义、药物不良反应预防及处理、药品安全管理,病情观察及处理,疾病复发征兆及处理等。出院随访期:做好家庭康复及社会技能训练指导,叮嘱与鼓励家属按要求做好患者的督促与支持、帮助工作,及时反馈患者近期病情表现、服药情况,按时复诊等。③家属健康教育形式及时间安排:患者住院期间充分利用家属陪送患者入院、出院及每次来院探视的时间与家属进行面对面的个人指导,并发放疾病相关知识宣传手册,供家属随时翻阅备忘。针对一些共性内容,如精神疾病基本知识、药物知识、婚育知

收稿日期:2014-06-26

作者单位:广州市民政局精神病院护理部,广州 510430

作者简介:李峰(1971-),女,主管护师,主要从事精神科护理方面的研究。

识等采用集中讲座、宣传栏的方式进行健康教育,讲座每月组织2次,宣传栏每个月更新1次。出院随访期以定期电话随访或利用来院复诊时开展教育,电话随访频次由多到少。^④评估健康教育效果,持续改进。

1.3 评定标准 ①患者家属对精神分裂症知识掌握情况。^②简明精神病评定量表(Brief Psychiatric Rating Scale,BPRS)^[2]:包括18项,每项评分1~7分,总分18~126分,总分越高,病情越重。^③社会功能缺陷筛选量表(Social Disability Screening Schedule,SDSS)^[3]:共10项,每项0~2分,总分越高,社会功能缺陷越严重。^④服药依从性分为3级:即完全依从(患者自愿按时按量服药)、部分依从(患者在督促下能按时按量服药)、不依从(患者不愿服药或拒绝服药)。^⑤复发标准:出院时已消失的症状再度出现,原有的症状明显恶化,再入院或出现加药、换药等治疗措施的实质性改变^[4]。

1.4 统计学方法 采用SPSS 17.0统计软件进行分析,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,t检验,计数资料采用百分率表示, χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

出院1年末,2组家属精神分裂症知识掌握情况均明显优于入组时($P < 0.01$),且观察组更优于对照组($P < 0.01$);2组患者BPRS、SDSS评分均明显低于入组时($P < 0.01$),且观察组更低于对照组($P < 0.01$);观察组患者服药依从性明显高于入组时及对照组出院1年末($P < 0.01$),对照组较入组时差异无统计学意义。2组患者出院1年末复发率比较,观察组明显低于对照组($P < 0.01$),见表1~3。

表1 2组家属精神分裂症知识掌握情况比较 例, %

组别	n	入组时			出院1年末		
		掌握	部分掌握	未掌握	掌握	部分掌握	未掌握
观察组	56	2(3.6)	8(14.3)	46(82.1)	29(51.8) ^{ab}	23(41.1) ^{ab}	4(7.1) ^{ab}
对照组	56	2(3.6)	9(16.1)	45(80.4)	7(12.5) ^a	29(51.8) ^a	20(35.7) ^a

与入组时比较,^a $P < 0.01$;与对照组比较,^b $P < 0.01$

表2 2组患者BPRS、SDSS评分比较 分, $\bar{x} \pm s$

组别	n	BPRS		SDSS	
		入组时	出院1年末	入组时	出院1年末
观察组	56	40.79 \pm 5.88	21.02 \pm 5.12 ^{ab}	14.46 \pm 2.11	4.20 \pm 1.67 ^{ab}
对照组	56	40.27 \pm 6.15	27.00 \pm 6.66 ^a	14.88 \pm 1.61	8.84 \pm 2.03 ^a

与入组时比较,^a $P < 0.01$;与对照组比较,^b $P < 0.01$

表3 2组患者服药依从性及出院1年末复发情况比较 例, %

组别	n	入组时			出院1年末			复发
		完全依从	部分依从	不依从	完全依从	部分依从	不依从	
观察组	56	13(23.2)	34(60.7)	9(16.1)	33(58.9) ^{ab}	21(37.5) ^{ab}	2(3.6) ^{ab}	4(7.1) ^{ab}
对照组	56	12(21.4)	36(64.3)	8(14.3)	18(32.1)	30(53.6)	8(14.3)	15(26.8)

与入组时比较,^a $P < 0.01$;与对照组比较,^b $P < 0.01$

3 讨论

精神分裂症是一组高复发、高致残、病程迁延的慢性或终身性疾病,自知力缺乏,难以自我监察病情,需要家属和社会大力支持和照顾,但由于其家属缺乏相关精神疾病知识,使其不能很好地照顾、理解、指导患者^[5]。对住院患者及其家属实施同步健康教育,比仅对患者进行健康教育,效果更好,更有利于促进患者的康复^[6]。目前,常规的健康教育重视患者教育,忽视家属教育,重视院内教育,忽视院外指导;过分强调护士在健康教育中的作用,忽视了患者及家属对知识的需求心理,使教育流于形式,效果不容乐观^[7]。本研究通过在重视患者健康教育的同时,根据患者家属年龄、文化程度、心理状况和接受能力、对疾病的认知水平、需求知晓的内容以及患者病情,按计划有步骤、系统地在患者住院不同时期对家属实施相应内容的个性化健康教育,并在每次健康教育前进行效果评估,建立持续改进机制,进一步确保健康教育效果。由结果可见,出院1年末观察组家属在精神分裂症知识掌握程度及观察组患者在BPRS、SDSS评分、服药依从性等方面明显优于对照组,并且观察组患者复发率也明显低于对照组。由此提示,家属作为患者主要社会支持在该组疾病患者治疗康复过程中,作用至关重要,全程同步实施系统化家属健康教育能明显提高家属精神分裂症知识的掌握程度,使其正确认识疾病,给予患者有效的心理支持,提高其应对能力及照料监管水平,从而提高患者服药依从性,改善患者精神症状及社会功能,减少复发,更有利于精神分裂症患者的康复。

【参考文献】

- [1] 中华医学会精神科分会. 中国精神障碍分类与诊断标准[M]. 第3版. 济南:山东科学技术出版社,2001,75-78.
- [2] 张明园. 精神科评定量表手册[M]. 长沙:湖南科学技术出版社,1999,81-94.
- [3] 沈渔邨. 精神病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2005,222-223.
- [4] 熊卫. 精神分裂症家庭干预的疗效评估:复发的界定标准[J]. 国外医学·精神病学分册,1995,22(3):110-110.
- [5] 朱蔼,魏贤玉,徐晔. 门诊患者家属健康教育对精神分裂症患者的康复作用[J]. 中国实用神经疾病杂志,2012,15(24):89-90.
- [6] 曹新妹,张松兰,李虹,等. 对住院精神分裂症患者及其家属的健康教育[J]. 中华护理杂志,2002,37(4):266-268.
- [7] 罗俊明,胡曦. 一体化健康教育对精神分裂症患者依从性及复发的影响[J]. 护理学杂志,2009,24(1):70-71.