

# 莘庄社区基于阳光心园的康复服务对精神分裂症患者康复效果的影响

马佳妮<sup>1,2</sup>, 严非<sup>2</sup>, 张伟波<sup>3</sup>, 顾昊<sup>1</sup>, 张国芳<sup>4</sup>, 周卿<sup>4</sup>

**【摘要】** 目的:探讨基于阳光心园康复服务对社区精神分裂症患者康复的效果。方法:莘庄社区精神分裂症患者160例分为干预组和对照组各80例,干预组进入阳光心园接受康复训练课程和家庭教育,为期6个月,对照组接受常规服务。采用自知力与治疗态度问卷(ITAQ)、阳性与阴性症状量表(PANSS)、个人和社会功能量表(PSP)进行评估。结果:干预6个月后,干预组TAQ及PSP评分均较干预前及对照组明显提高( $P<0.05$ ),PANSS评分较干预前及对照组明显下降( $P<0.05$ );对照组干预前后差异无统计学意义。干预后,干预组主动服药依从率较干预前及对照组明显提高( $P<0.05$ ),对照组主动服药依从率较干预前及干预组明显下降( $P<0.05$ );干预后,干预组复发率明显低于对照组( $P<0.05$ )。结论:阳光心园康复服务有利于提高患者自知力和服药依从性,改善精神症状和社会功能,并有效预防复发。

**【关键词】** 精神分裂症;康复训练;社区康复

**【中图分类号】** R49;R749    **【DOI】** 10.3870/zgkf.2015.01.026

近年来,上海地区大力发展社区精神康复服务,至今共建成200多家,并统一命名为“阳光心园”。本研究基于社区阳光心园的日间照料服务,整合精神康复适宜技术,设计康复训练模块对社区精神分裂症患者实施干预,并观察其康复效果。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 2013年9月~2014年3月从上海市精防信息系统登记在册的莘庄社区精神分裂症患者中抽取符合入组标准的160例为研究对象,均符合《中国精神障碍分类与诊断标准》第3版(CCMD-3)精神分裂症诊断标准。随机分成2组各80例。①干预组,男49例,女31例;年龄(38.40±7.76)岁;病程(106.41±31.36)个月。②对照组,男38例,女42例;年龄(38.14±9.38)岁;病程(98.54±41.86)个月。2组一般资料比较差异无统计学意义。

1.2 方法 对照组患者在社区仅接受常规门诊治疗和社区随访。干预组在此基础上接受社区阳光心园康复训练课程和家庭教育。①康复训练:以社区“阳光心园”为基地,运用以患者为中心的精神康复适宜技术,

每个阳光心园由2名经过残联系统统一培训的工作人员担任老师和1名专业医生担任技术指导,每个阳光心园训练10~20人,分组、分模块、按步骤循序渐进地进行训练。每天在日常照料基础上,开展1节康复训练课程,每次60~90min,干预时间6个月。训练步骤一般为:内容介绍(含理论知识)、录像或现场示范、问答互动、角色扮演、资源利用、解决新出现的问题、实地练习以及家庭作业等循序渐进的过程。模块一,学习行为训练,内容包括时事教育、生活卫生常识教育、科普知识教育、历史知识教育等,传授简单的文化知识、初级数学与绘画练习及一般劳作等;模块二,包括药物自我管理、症状自我监控,学会处置持续症状的常用技能,学会在社区中应用所学的技能;模块三,日常生活自理训练,包括训练按时完成洗衣服、洗澡、理发、家务劳动;患者和社会保持密切接触;增强生活兴趣,培养生活能力;模块四,人际交往技能训练,包括人际交往方法、调整与环境的相互关系及相互作用;患者适应环境的行为;模块五,作业治疗,为患者安排手工作业治疗,如编织、烹调、服装缝制裁剪美术品及玩具制作等。②家庭心理教育:主要有个别家庭教育和集体教育两种形式,个别家庭教育根据实际需求情况而定,采取一对一上门提供健康教育、心理支持等服务。集体家庭教育,以讲座或联谊会为主要形式,每月1次,每次45min,持续6个月。

1.3 评定标准 采用自知力与治疗态度问卷(insight and treatment attitude questionnaire, ITAQ)<sup>[1]</sup>、阳性与阴性症状量表(positive and negative syndrome

基金项目:上海市卫生局青年科研项目(20124Y189);闵行区卫生局科研课题(2013MW72)

收稿日期:2014-07-21

作者单位:1. 上海市闵行区莘庄社区卫生服务中心,上海 201199;2. 复旦大学公共卫生学院,上海 200032;3. 上海交通大学医学院附属精神卫生中心,上海 200030;4. 上海市徐汇区精神卫生中心,上海 200232

作者简介:马佳妮(1983-),女,主管医师,主要从事社区卫生服务方面的研究。

通讯作者:严非,fyan@shmu.edu.cn

scale, PANSS)<sup>[2]</sup>、个人和社会功能量表(Chinese version of personal and social performance scale, PSP)评定患者康复疗效<sup>[3]</sup>, PANSS量表是评定患者的精神症状及其严重程度, 评分越高越严重; ITAQ量表用来评定患者的自知力和治疗态度, 分数越高, 自知力越好; PSP量表评估患者社会功能改善的工具, 分数越高, 功能恢复越好。比较2组服药依从性及复发率。

**1.4 统计学方法** 采用SPSS 20.0统计软件进行统计分析, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, t检验, 计数资料用百分率表示,  $\chi^2$ 检验,  $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

干预6个月后, 干预组ITAQ及PSP评分均较干预前及对照组明显提高( $P < 0.05$ ), PANSS评分较干预前及对照组明显下降( $P < 0.05$ ); 对照组干预前后差异无统计学意义。干预后, 干预组主动服药依从率较干预前及对照组明显提高( $P < 0.05$ ), 对照组主动服药依从率较干预前明显下降( $P < 0.05$ ); 干预后, 干预组复发率明显低于对照组( $P < 0.05$ )。见表1, 2。

**表1 2组干预前后 ITAQ、PANSS、PSP 评分比较 分,  $\bar{x} \pm s$**

组别	时间	ITAQ	PANSS	PSP
干预组 (n=80)	干预前	14.04±4.12	50.94±5.99	59.08±8.57
	干预后	15.01±3.56 <sup>a</sup>	47.63±6.20 <sup>a</sup>	61.04±8.53 <sup>a</sup>
对照组 (n=80)	干预前	13.68±3.40	49.71±6.82	57.63±8.35
	干预后	13.31±3.44	50.28±8.48	57.49±8.65

与干预前及对照组比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$

**表2 2组干预前后服药依从性及复发率比较 例, %**

组别	主动服药		被动服药或不服药		复发情况	
	干预前	干预后	干预前	干预后	复发	未复发
干预组	60(75)	70(87.5) <sup>ab</sup>	20(25)	10(12.5) <sup>ab</sup>	2(2.5) <sup>b</sup>	78(97.5)
对照组	58(72.5)	46(57.5) <sup>a</sup>	22(27.5)	34(42.5) <sup>a</sup>	9(11.2)	71(88.8)

与干预前比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$ ; 与对照组比较,<sup>b</sup> $P < 0.05$

## 3 讨论

精神分裂症是一种病因未明, 病程迁延, 多呈慢性, 且治愈率低、复发率和致残率高, 需长期进行治疗和康复的疾病, 在任何国家, 精神分裂症都被作为重点防治的精神疾病<sup>[4]</sup>。我国注册精神科医师仅16383人, 平均每10万人仅有1.26名精神科医师, 造成大量患者未能得到适宜的治疗和管理<sup>[5-6]</sup>。社区康复已成为当前国际上公认的精神疾病治疗管理的主要趋势。随着《精神卫生法》的实施, 在社区精神康复机构引进和推广适宜技术, 大力发展精神疾病社区康复势在必行。

本研究以社区阳光心园为平台, 对社区精神分裂症患者实施康复训练课程和家庭教育, 能够提高自知力和服药依从性, 改善精神症状和社会功能, 并有效预

防复发, 与以往社区患者的技能训练或日间照料机构康复研究结果基本一致<sup>[7-9]</sup>。但不同之处是, 本研究将各种技能训练与阳光心园康复活动有机融合, 改编后形成以学习行为、疾病自我管理、生活自理、人际交往、作业治疗等为主的康复课程, 并设立对照加以探讨, 该课程由易到难, 循序渐进, 同时结合家庭心理教育为阳光心园康复提供了示范。本研究发现患者在阳光心园接受康复训练课程的过程中, 通过各类日常知识、药物自我管理和症状自我监控的学习和了解, 掌握了如何正确对待疾病、管理疾病, 进而改善了自身的自知力和治疗态度, 也提高了主动服药率; 在老师与患者、患者与患者之间的问答互动以及角色扮演等环节, 不断给予鼓励、增强其自信心和主观能动性, 使其主动与人交流, 积极融入阳光心园康复课程; 在资源利用、家庭作业、作业治疗等环节, 有助于提高社会功能的恢复。这些对稳定患者病情, 有效预防复发均起到了一定作用。

本研究实践证明, 精神康复适宜技术引入社区康复机构后, 融入到日间康复课程中对患者康复是有利的。但是本研究的长期康复效果及其卫生经济学评价方面仍有待进一步探讨, 以便为日间康复课程的设计和推广提供更好的借鉴, 使社区精神疾病患者切实受益。

## 【参考文献】

- [1] 高华,余西金. 自知力与治疗态度问卷的信效度测定[J]. 中国心理卫生杂志, 1998, 12(2): 72-73.
- [2] 何燕玲. 阳性与阴性症状量表[J]. 中国心理卫生杂志, 1999, 13(增刊): 267-279.
- [3] 司天梅,舒良,田成华,等. 个人和社会功能量表中文版在精神分裂症患者中的信效度[J]. 中国心理卫生杂志, 2009, 23(11): 790-794.
- [4] 何鸣. 精神疾病社区防治实用手册[M]. 上海:同济大学出版社, 2005, 101-102.
- [5] 张明园. 我国精神卫生服务面临的挑战:世界精神卫生调查引发的思考[J]. 上海交通大学学报(医学版), 2006, 26(4): 329-330.
- [6] 肖水源. 我国精神卫生服务面临的重要挑战[J]. 中国心理卫生杂志, 2009, 23(12): 844-847.
- [7] 陶华,方文莉,季卫东,等. 精神疾病日间康复照料机构康复模块效果评价[J]. 临床心身疾病杂志, 2011, 17(1): 1-3.
- [8] 张伟波,张国芳,沈文龙,等. 社会技能训练对社区精神分裂症患者的作用[J]. 中国健康心理学杂志, 2011, 19(10): 1153-1154.
- [9] 张国芳,张伟波,沈文龙,等. 三种技能训练程式对社区精神分裂症康复疗效的影响[J]. 中国康复医学杂志, 2010, 25(7): 679-681.