

· 临床护理 ·

家庭护理干预对精神分裂症患者康复的影响*

马达休,肖 潇[△],周琳钧

(重庆市南川区第二人民医院精神科 408400)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.21.050

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2012)21-2229-02

精神分裂症是一组病因未明、病程迁延、社会功能明显下降的精神障碍疾病^[1]。精神分裂症患者病程长、复发率和致残率高^[2-3]。住院精神分裂症患者经过药物及心理治疗,病情稳定、精神症状得到控制、自知力恢复,出院后仍需巩固和维持治疗,这一阶段称康复期。精神分裂症的康复是一个漫长的过程,期间需要家庭支持及自我管理来延续医疗护理的功效^[4-5]。本研究对本区中央补助地方卫生经费重性精神疾病社区管理治疗项目(简称“686”项目)68例患者进行家庭护理干预,取得较好的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将本区 2006~2009 年全国“686”项目免费服药精神分裂症患者,随机分为研究组(68例)和对照组 68例。纳入标准:(1)全部符合精神疾病诊断与分类标准 3 版的精神分裂症诊断标准^[6];(2)至少有 1 名家属与患者共同居住,可提供全面可靠的信息;(3)照料者年龄大于或等于 18 岁,文化程度小学以上,能够理解量表或问卷的内容;(4)患者及家属知情同意;(5)病史不低于 3 年;(6)服用抗精神病药物为利培酮,可合并使用苯二氮卓类和抗胆碱能药物。排除标准:(1)伴有其他严重疾病;(2)家属患各种精神疾病者。两组患者性别、年龄、病程、文化程度等方面比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 家庭护理干预方法 研究组 68 例患者服用利培酮(1~6 mg/d),在此基础上进行家庭护理干预(家庭护理干预均由有经验的精神科主治医师担任)。家庭护理干预共分 3 个阶段:第 1 阶段,建立爱心联系卡,配有电话咨询,每周到患者家中 1 次,连续 2 次,发放《精神卫生知识手册》及《精神疾病的家庭护理》,了解患者用药情况,有无药物不良反应并及时处理,通过交谈了解患者心理问题,情绪变化的原因,根据患者主客观资料做出护理评估、护理诊断及护理措施,并且加以实施。随着患者不断康复进入第 2 阶段(约 6 周),这一时期针对患者对治疗、护理易出现麻痹现象和盲目乐观情绪,采取 2 周 1 次到患者家中进行心理康复指导,让他们了解坚持服药预防复发的重要性,结合家庭实际情况重点进行家庭生活及社会交往方式指导,如何对待精神病患者的心理危机,自理能力和兴趣的培训,技巧的训练。8 周以后进入第 3 阶段,这个时期每月到患者家中 1 次,倾听他们的想法,继续结合家庭实际情况进行家庭及社会交往方式的指导,鼓励患者参加适当的社会活动,有助于社会功能的保持和恢复。对照组 68 例,只是 6 个月 1 次家庭随访,单纯服用利培酮(1~6 mg/d)。两组患者在每 6 个月 1 次的随访中评定各种量表,研究时间共 12 个月。

1.2.2 评价工具 采用简明精神病评定量表(BPRS)评定精神分裂症状及严重程度^[5],采用社会功能缺陷筛查量表(SDSS)评定患者社会功能缺陷^[5]。服药依从性量表分为 3 级:完全依

从、部分依从、不依从^[7]。在入组时,入组后 6、12 个月后评定患者服药依从性、BPRS、SDSS 指标。

1.3 统计学处理 采用 SPSS10.0 软件进行统计学处理,计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

两组患者服药依从性比较见表 1,SDSS 评分比较见表 2, BPRS 评分比较见表 3。

表 1 两组患者服药依从性比较(n)

组别	入组后 6 个月			入组后 12 个月		
	完全依从	部分依从	不依从	完全依从	部分依从	不依从
研究组	56	8	4	52	10	6
对照组	36	20	12	29	25	14
χ^2	13.49			16.16		
P	<0.01			<0.01		

表 2 两组患者 SDSS 评分比较($\bar{x}\pm s$,分, $n=68$)

组别	入组时	入组后 6 个月	入组后 12 个月
研究组	10.38±3.22	9.56±2.24	8.99±2.10
对照组	10.29±2.94	10.87±3.13	11.53±3.27
t	0.17	2.81	5.39
P	>0.05	<0.01	<0.01

表 3 两组患者 BPRS 评分比较($\bar{x}\pm s$,分, $n=68$)

组别	入组时	入组后 6 个月	入组后 12 个月
研究组	32.16±5.24	25.87±3.20	20.55±3.15
对照组	31.20±4.85	27.66±3.15	22.52±3.55
t	1.11	3.29	3.42
P	>0.05	<0.01	<0.01

3 讨论

抗精神病药治疗精神分裂症的结局有局限性,即使药物治疗有效,并长期维持治疗,多数精神分裂症患者仍残留症状且多次复发,不能够很好地重返社会^[8]。就绝大多数精神分裂症患者而言,只能接受短时期的住院治疗,如何提高患者院外治疗效果是精神卫生工作者研究的重要课题^[9]。精神分裂症患者的康复过程,实际上是社会再适应和健康行为重建的过程^[10]。患者的预后及复发,不但与药物维持治疗有关,而且与家庭有关^[11-12]。家庭护理干预为患者家属提供心理社会支持,改善家属对患者的态度;不仅能及时发现患者的早期复发症状,以便及时采取相应对策,而且还可提高家属对精神疾病的认识,缓解他们的不良心理,进而主动参与患者的医疗康复活动。

* 基金项目:重庆市南川区科委资助项目(CQNC20110113)。△

通讯作者, Tel:15310550761; E-mail:3002040@qq.com。

本研究发现采取家庭护理干预可加强患者对疾病的意识,提高治疗依从性,增强患者的生活适应能力,促进生活质量的提高。良好的家庭护理干预有利于患者的康复、防止复发、回归社会。

参考文献:

- [1] 唐秋萍,邓施.精神分裂症心理治疗的研究现状[J].中国行为医学科学,2002,11(1):115-116.
- [2] 王明兰,杨平芝,张继英,等.对以阴性症状为主的精神分裂症患者进行生活技能训练的研究[J].实用护理杂志,2002,18(10):214-215.
- [3] 郝伟.精神病学[M].6版.北京:人民卫生出版社,2008:136-145.
- [4] 张丽,于兰,詹来英,等.以家庭为中心的干预对精神分裂症患者病情及提高照料者的心理健康的影响[J].中华护理杂志,2008,43(12):1119-1122.
- [5] 沈渔邨.精神病学[M].5版.北京:人民卫生出版社,2009:245-280.
- [6] 中华医学会精神病学分会.中国精神障碍分类与诊断标准·临床护理·

[M].3版.济南:山东科学技术出版社,2001:75-82.

- [7] 汪向东,王希林,马弘.心理卫生评定量表手册[J].中国心理卫生杂志,1999,13(增刊):127-131.
- [8] 周效峰,赵靖平.心理社会干预对精神分裂症结局的作用[J].国际精神病学杂志,2006,33(4):205-208.
- [9] 祝书文,贾金鼎,尹玉珠.家庭心理干预对首发精神分裂症患者的影响[J].临床精神医学杂志,2006,16(6):356-357.
- [10] 沈渔邨.精神病防治与康复[M].北京:华夏出版社,1993:29.
- [11] Kopelowicz A, Liberman RP. Integrating treatment with re-habilitation for persons with major mental illnesses [J]. Psychiatr Serv, 2003, 54(11): 1491-1498.
- [13] Kovacs Z, Kis R, Rozsa S, et al. Animal-assisted therapy for middle-aged schizophrenic patients living in a social institution. A pilot study [J]. Clin Rehabil, 2004, 18(5): 483-186.

(收稿日期:2011-09-17 修回日期:2012-02-28)

现行治疗室空气消毒方式改良及效果分析

徐支南¹, 郑桂蓉², 邓亚军², 潘代明², 袁芳², 肖蔚²

(1. 重庆三峡中心医院护理部, 重庆万州 404000; 2. 重庆三峡中心医院百安分院, 重庆万州 404000)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.21.051

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2012)21-2230-01

医院治疗室是护理人员配置无菌溶液和存放无菌物品的场所,其空气污染是引起医院感染的重要传播媒介^[1]。重庆三峡中心医院治疗室空气消毒原采用每日紫外线照射 30 min,每周乳酸熏蒸 1 次的传统方法。为了维持全天各时段空气质量,提供健康工作环境,降低医疗成本,2009 年 1~10 月,重庆三峡中心医院改良空气消毒法,在加强治疗室物品、人员、环境等的规范管理前提之下,对 8 个科室的治疗室采用多时段通风的方法,进行空气质量控制、定期监测。现将结果报道如下。

1 对象与方法

1.1 调查对象 选择重庆三峡中心医院 8 个科室的治疗室为研究对象。传统组 4 间治疗室,采用每天室紫外线照射 30 min 后开窗通风,每 7 天乳酸熏蒸 1 次;改良组 4 间治疗室,采用每天 07:30、11:30、14:30、18:30、23:30、3:30 开窗通风 30 min,严格加强人员环境管理,进入治疗室衣帽整洁,戴口罩,穿工作鞋,减少人员流动,进出随手关门,强化卫生清扫制度,每天至少两次用含氯消毒液对物体表面及地面进行擦拭清理。

1.2 方法

1.2.1 采样时间 每个季节连续 7 d 在每天的 04:00、08:00、12:00、15:00、19:00、24:00、对各治疗室进行空气采样。

1.2.2 采样方法 采用平板暴露法,平板为普通营养琼脂平板。治疗室设四角及中央 5 点,四角的布点部位距墙壁 1 m 处。将普通营养平板放在室内各采样点处,采样高度距地面 1.5 m,采样时将平板盖打开,扣放于平板旁,暴露 5 min,盖好立即送检。置 37℃ 培养箱 24 h,根据平板上细菌菌落数计算空气中细菌总数,并初步鉴定细菌的数量及种类。

1.2.3 统计学处理 采用 SPSS 11.0 软件进行统计学分析,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

改良组取得良好的空气洁净效果,各时段空气监测菌落数均低于传统组($P < 0.01$),菌落数均小于 500 cfu/cm³,符合国家规定的Ⅲ类区域空气质量要求。见表 1。

表 1 两组空气监测结果比较($\bar{x} \pm s$, cfu/cm³)

时间	改良组	传统组	t
04:00	56.25±2.8	87.0±4.1	41.000
08:00	155.75±6.9	518.5±21.7	48.812
12:00	85.75±4.6	719.5±30.7	48.291
15:00	125.25±6.2	514.5±23.1	45.748
19:00	106.75±5.0	660.0±28.2	47.142
24:00	76.00±3.7	482.5±26.3	35.710

3 讨论

传统空气消毒法仅靠每天 1 次的紫外线消毒不能保证全天各时段治疗室空气质量。治疗室空气质量指标受室内人员多少、人员活动频率、物体清洁度等诸多因素的影响^[2]。同时各类理化消毒法对人体及环境的影响较大。采用改良方法后,治疗室各时段空气质量能达到医院感染控制标准,菌落数小于 500 cfu/cm³,为保障医疗质量和医疗安全起到了重要的作用。

改良方法行之有效,使用安全、方便、节能。在改善治疗室空气质量的同时,不仅能减轻护理人员的工作量,提供健康工作环境,而且可节约消毒成本 2 000 元左右。

总之,采用多时段通风结合严格的人员、环境管理,能有效达到国家规定的医院治疗室空气消毒标准,从而规避了传统治疗室消毒方法的种种弊病,减轻护理人员劳动,减少有害物质对环境和人体的污染,降低医疗成本。应在临床积极推广。

(下转第 2232 页)