

而保障社区脑卒中患者的康复治疗效果。WHO 提出,社区康复是解决广大残疾人康复的根本途径^[10]。我国“十五”攻关课题研究已证明了急性脑血管病三级康复治疗的有效性,不仅促进脑卒中患者躯体功能的恢复,还能改善其心理、社会功能,全面提高患者的生存质量。规范三级康复治疗对于脑卒中患者各阶段神经功能的提高具有明显的促进作用。建立一个完善的社区康复治疗模式已经势在必行^[11]。随着我国康复医学的迅速发展,越来越多的脑卒中患者可以得到完善的三级康复服务,从而降低其残疾程度。

参考文献

- [1] 张晓琼. 利用社区资源改善脑卒中后遗症患者生活自理能力[J]. 社区卫生保健, 2007, 6(1): 18—19.
- [2] 何静杰. 脑卒中偏瘫的社区康复[J]. 中国康复理论与实践, 2002, 8(2): 67—68.
- [3] 全国第四届脑血管病学术会议. 各类脑血管病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379—380.
- [4] 张华, 冯正仪, 胡永善. 社区脑卒中患者家庭康复状况调查及护理对策[J]. 中国全科医学, 2002, 5(5): 388—389, 393.
- [5] 张金声, 李和兴, 徐九霞, 等. 北京德胜地区残疾人社区康复宣教效果分析[J]. 中国康复医学杂志, 2009, 24(6): 553—556.
- [6] 邵爽, 戴红, 张芳, 等. 脑卒中社区康复简易技术的研究[J]. 中国康复医学杂志, 2008, 23(6): 523—526.
- [7] 张敬, 刘世文, 李贞兰, 等. 我国脑卒中社区康复的探讨[J]. 中国康复医学杂志, 2006, 21(10): 946—949.
- [8] 蔡海鸥. 脑卒中后的社区康复[J]. 中国康复医学杂志, 2001, 16(1): 49—51.
- [9] 陈风华, 崔明, 唐琴, 等. 脑卒中后遗症期患者社区康复疗效分析[J]. 中国康复医学杂志, 2008, 23(6): 527—529.
- [10] Teng J, Mayo NE, Latimer E, et al. Costs and caregiver consequences of early supported discharge for stroke patients[J]. Stroke, 2003, 34(2): 528—536.
- [11] 于健君, 胡永善. 从上海市社区康复的经验谈社区层面康复治疗服务模式的建立[J]. 中国康复医学杂志, 2009, 24(1): 72—73.

·社区康复·

三种技能训练程式对社区精神分裂症康复疗效的影响

张国芳¹ 张伟波¹ 沈文龙¹ 赵军¹ 欧毅¹ 周卿¹ 黄鹂¹ 刘贝¹

精神分裂症是一种被普遍认为终生患病的慢性疾病,其高复发率一直困扰着患者的治疗和康复,并严重影响其生命质量。本研究运用“药物自我管理技能训练”、“症状自我监控技能训练”和“重返社会技能训练”三种程式,对社区精神分裂症患者进行训练并随访1年,探讨其对社区精神分裂症患者康复的影响。

1 资料与方法

1.1 对象

从上海市精神疾病社区防治康复信息管理系统(徐汇用户)中,随机抽取88例自愿参加且符合以下入组标准的精神分裂症患者作为研究对象:符合中国精神障碍分类与诊断标准第3版(CCMD-3)中精神分裂症的诊断标准;年龄≥15岁;初中以上文化程度;患者与家庭成员居住在一起;患者知情同意,自愿参加。排除并发有精神活性物质依赖者或(和)伴严重的心、脑、肝、肾及造血系统等躯体疾病者。将研究对象随机分组,干预组和对照组各44例,后因动迁、搬家、拒绝等原因失访4例,最终完成84例。其中,对照组43例,男19例,女24例,平均年龄(40.81±9.66)岁;干预组41例,男23

例,女18例,平均年龄(42.02±8.57)岁。见表1。干预组和对照组患者的性别、平均年龄、学历、婚姻、工作状况、家庭状况、工作状况、性格、家族史、起病形式、总病程和发病次数等基本资料经卡方检验或 t 检验无显著性差异($P>0.05$),说明两组具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 训练内容与设计: 本研究的前5周为技能训练阶段,训练内容:①“药物自我处置技能训练程式”,包括掌握抗精神病药物作用的有关知识;学会正确管理和使用自己所服用的药物;学会识别和处理药物的副作用;学习与医务人员商讨与药物作用有关的问题。②“症状自我监控技能训练程式”,包括识别自己病情复发的先兆症状;学会监控自己病情复发的先兆症状;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。③“重返社会技能训练程式”,包括了解回归社会技能训练的内容及意义;了解精神残疾的含义;学习在训练前所需进行的必要准备;制定回归社会的具体计划;学会与周围的人正常地进行交往;学会应付来自生活中的压力等。每组由1名疾控精卫分中心的医生担任技能训练师,将患者分成6—10人小组进行训练,每周训练2—3次,

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2010.07.017

1 上海市徐汇区疾病预防控制中心精神卫生分中心, 200232

作者简介:张国芳,女,主管护师;收稿日期:2009-07-28

表1 干预组和对照组两组对象基本情况比较

项目	对照组	干预组	χ^2 或 t 值	P 值
性别			1.19	0.275
男	19	23		
女	24	18		
年龄	40.81±9.66	42.02±8.57	-0.61	0.546
文化程度			2.91	0.234
初中	19	25		
高中/中专	17	13		
大专及以上	7	3		
婚姻状况			3.80	0.284
未婚	30	22		
已婚	11	15		
离异	2	2		
丧偶	0	2		
家庭状况			2.15	0.341
和睦	20	18		
一般	21	23		
不和睦	2	0		
工作状况			0.40	0.526
稳定	9	11		
不稳定	34	30		
性格			2.70	0.259
内向	26	18		
外向	3	6		
中间	14	17		
家族史			0.14	0.705
无	34	31		
有	9	10		
起病形式			2.31	0.315
急性	13.00	8.00		
亚急性	5.00	9.00		
慢性	25.00	24.00		
总病程(月)	198.65±117.17	236.83±133.59	-1.39	0.167
发病次数(次)	2.95±2.49	2.37±1.98	1.19	0.235

每次 90—120min,每次训练中间休息 2—3 次,持续 5 周。对照组除不参加技能训练外,同样接受我区其他精神卫生服务和药物维持治疗。训练期结束后,随访观察 12 个月。

1.2.2 训练步骤:每一种技能训练程式均按照内容介绍(含理论知识)、看录像和问答互动、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这七个循序渐进的步骤开展。

1.2.3 评定方法:研究全过程采用单盲法对研究对象进行随访、评定,评定时间分别为训练期始、末(即随访期起始点)和随访期结束。若随访中病情波动或复发者,把复发的时点作为末次观测时点。评定工具采用康复状态量表(morning side rehabilitation status scale, MRSS)、阳性和阴性症状量表(positive and negative symptom scale, PANSS)、自知力与治疗态度问卷(insight and treatment attitude questionnaire, ITAQ)和家庭负担会谈量表(the Family of Interview Schedule, FIS)。

复发标准^[1-2]:PANSS 量表中精神分裂症的核心症状(思维散漫、幻觉行为、猜疑/被害、装相和作态和不寻常思维内容),其中任意 1 项超过 5 分或任意 2 项超过 4 分或出现毁物打砸、自伤自残、杀人伤人等现象。评估前由 1 名精神科主

任医师对担任评估工作的 3 名精神科主治医师进行量表一致性训练,经培训后其对评定工具一致性检验的 ICC 为 0.836—0.911。

1.3 统计学分析

资料采用 Epidata3.02 建立数据库,进行录入,运用 SPSS16.0 统计软件进行数据处理分析。计数资料用 χ^2 检验、正态分布计量资料用 t 检验,前后比较用配对 t 检验。

2 结果

2.1 不同时点两组对象的康复指标变化

表 2 显示,干预前两组各观测指标(PANSS、MRSS、ITAQ 和 FIS 量表)均无显著性差异($P>0.05$)。精神症状方面,在第 6 周、最后时点,干预组和对照组之间的 PANSS 量表得分之间存在显著性差异($P<0.05$ 和 $P<0.01$)。康复整体状态方面,第 6 周时两组的 MRSS 量表评分无显著性差异($P>0.05$),但干预最后时点的评定结果表明两组间的差异具有显著性($P<0.05$)。在自知力与治疗态度方面,在第 6 周时,干预组的 ITAQ 量表总分明显高于对照组($P<0.05$),最后时点两组间的差异具有非常显著性($P<0.01$)。入组后第 6 周和最后时点的评分与干预前比较,经配对 t 检验,干预组各量表评分的差异均具有显著性或非常显著性($P<0.05$ 或 $P<0.01$),而对照组各量表得分略有改善,但均无显著性差异($P>0.05$)。

2.2 两组的复发再住院情况比较

表 3 显示,第 6 周时干预组的复发住院率(2.4%)低于对照组(13.0%),但差异无显著性($P>0.05$);最后时点干预组复发住院率为 7.3%,明显低于对照组(23.3%),差异具有显著性($P<0.05$)。

2.3 两组家庭负担的改变

表 4 显示,与干预前比较,干预组在第 6 周和最后时点 FIS 总分、经济负担、家庭日常活动、家庭娱乐活动和家庭关系因子分均显著降低,其他家庭成员躯体和心理因子分仅在最后时点有显著性变化($P<0.05$);对照组均无显著性差异。

干预组和对照组间的比较,训练阶段结束时两者无显著性差异($P>0.05$),但在最后时点两组间 FIS 总分存在显著性差异($P<0.05$);各因子中,仅家庭日常活动和家庭关系两个因子在第 6 周和最后时点的两组评分存在明显差异($P<0.05$)。

3 讨论

技能训练程式是一种早在 80 年代由 Liberman 等创立并不断改良的系统的先进精神康复技术^[3-4]。近几年,技能训练程式在北京、上海等城市试用、改编,并开始应用于社区精神病防治康复工作,研究表明技能训练对提高患者依从性,改善精神症状和社会功能,预防病情复发,提高就业率等各方面的康复有积极作用^[1,5-8]。我们采用中国化的药物自我处置、症状自我监控和重返社会三种技能训练程式合并对社

表2 不同时间点两组各观测指标的评分比较

 $(\bar{x} \pm s)$

时点	干预组(n=41)	对照组(n=43)	t	P
PANSS 量表总分				
干预前	59.67±21.73	56.58±19.79	0.68	0.498
第6周	47.63±16.67 ^②	55.80±12.60	-2.063	0.042
最后时点	41.79±17.12 ^②	55.70±20.02	-3.429	0.001
MRSS 量表总分				
干预前	67.05±35.92	61.85±45.22	0.581	0.563
第6周	45.72±25.67 ^②	59.90±43.94	-1.809	0.075
最后时点	39.53±22.33 ^②	59.88±43.84	-2.656	0.01
ITAQ 量表总分				
干预前	9.88±1.55	9.24±1.62	1.849	0.068
第6周	10.02±1.41 ^①	9.36±1.52	2.053	0.043
最后时点	12.33±1.81 ^②	9.49±2.26	6.369	0.000

注:与干预前比较,①P<0.05,②P<0.01。

表3 干预组和对照组复发住院情况比较

[n(%)]

时间	第6周		最后时点	
	干预组	对照组	干预组	对照组
复发住院	1(2.4)	3(13.0)	3(7.3)	10(23.3)
未复发	40(97.6)	40(87.0)	38(92.7)	33(76.7)
χ^2	0.215		4.076	
P	0.643		0.043	

表4 干预组和对照组家庭负担情况

 $(\bar{x} \pm s, \text{评分})$

项目	干预前			第6周			最后时点		
	干预组	对照组	t1	干预组	对照组	t2	干预组	对照组	t3
经济负担	5.30±2.39	4.22±3.26	1.73	4.12±2.06 ^④	4.20±3.16	-0.13	3.88±2.27 ^④	4.15±3.28	-0.43
家庭日常活动	4.74±3.03	4.29±3.06	0.68	2.98±2.14 ^④	4.22±3.09	-2.13 ^①	2.74±1.97 ^④	4.15±3.05	-2.49 ^②
家庭娱乐活动	3.91±2.31	3.07±2.65	1.54	2.44±1.98 ^④	3.20±2.71	-1.45	2.35±1.96 ^④	3.22±2.86	-1.62
家庭关系	4.40±3.28	3.59±3.22	1.14	2.28±1.92 ^③	3.49±3.00	-2.19 ^①	1.91±1.69 ^④	3.22±2.86 ^③	-2.69 ^②
家人躯体和心理	1.72±1.80	1.37±1.70	1.93	1.33±1.52	1.34±1.64	-0.05	1.07±1.39 ^③	1.27±1.60	-0.61
FIS 总分	20.07±10.75	16.54±12.19	1.41	13.14±7.24 ^④	16.44±12.08	-1.53	11.95±6.89 ^④	16.17±12.15	-1.94 ^①

注:干预组和对照组比较,①P<0.05,②P<0.01;与干预前比较,③P<0.05,④P<0.01。

境下进行训练对患者康复非常有利。从 FIS 量表评定发现,通过技能程式训练可减轻家庭负担,尤其减少了患者对家庭日常活动的扰乱,改善了对家庭关系的影响,这两方面得分干预组明显优于对照组(P<0.05)。

在当前社区精神卫生服务和精神康复资源缺乏的情况下,技能训练程式在社区的应用无疑成了社区康复者的福音,也是社区精神康复的方向^[1]。我们应当广泛应用技能训练,让更多的社区康复者接受此类优质精神卫生康复服务。另外,在社区开展一系列技能程式训练的成本-效果分析也有待作进一步探索。

致谢:本研究在上海市精神卫生中心朱紫青教授的悉心指导及其预防精神医学重点学科项目资助下完成,特致谢!

参考文献

- [1] 项玉涛,李文咏,翁永振,等.“重返社区技能训练”对精神分裂症康复的作用[J].中国心理卫生杂志,2002,16(10):707—710.
- [2] 周建初,邱继红,汪渡,等.精神分裂症综合治疗效果的临床对照研究[J].中国康复医学杂志,2009,24(3):261—262.

区精神分裂症患者实施康复训练,以期达到学会疾病自我管理,有效控制病情,预防复发,早日回归社会的目的。

研究结果显示,历经5周的三种技能训练后,干预组患者精神症状和自知力得到了改善,效果明显优于对照组,再经1年的随访后两组差异更显著;在康复整体状态、家庭负担和复发方面,技能训练阶段结束时干预组总评分与对照组均无明显差异,但随访阶段结束时发现干预组评分要明显优于对照组。该现象揭示技能训练程式对社区精神分裂症患者的远期康复效果的维持更为有利,与蔡军^[9]等的观点一致。究其原因:①经一系列的训练后干预组掌握了技能训练程式的核心知识,如药物治疗的相关知识、副作用监测、复发先兆症状的自我识别处理以及持续症状的应对等内容,这些提升了患者对疾病的自我管理水平和;②回归社会的准备工作、人际交往和应对压力等内容,则对社会功能整体康复状态的改善起促进作用;③技能训练通过观看录像,角色扮演、问答互动等方式调动患者的主观能动性,有利于病情整体状况的康复;④技能程式训练本身作为一种心理社会干预,训练全过程注重康复者的心理变化和情感交流,适时给予肯定和鼓励,训练对象有被关心、被尊重的体验,在这样平等轻松的环境

- [3] Kopelowicz A, Liberman RP, Mintz J, et al. Comparison of efficacy of social skills training for deficit and nondeficit negative symptoms in schizophrenia [J]. Am J Psychiatry, 1997, 154 (3):424—425.
- [4] Kopelowicz A, Liberman RP, Zarate R. Recent advances in social skills training for schizophrenia [J]. Schizophr Bull. 2006, 32: S12—S23.
- [5] 向应强,翁永振,侯也之,等.药物自我处置和症状自我监控技能训练对预防精神分裂症复发的作用初探 [J]. 中华精神科杂志, 2001, 34(3):153—156.
- [6] 项玉涛,李文咏,翁永振,等.社区精神分裂症患者应用重返社会程式训练的一年随访研究 [J]. 中华精神科杂志, 2004, 37(1):37—40.
- [7] 徐文炜,袁国桢,张紫娟,等.慢性精神分裂症社会技能训练的研究[J].中国康复医学杂志, 2008, 23(3):241—244.
- [8] 徐文炜,查智群,张紫娟,等.药物自我处置能力训练对社区慢性精神分裂症患者的长期作用 [J]. 中国康复医学杂志, 2007, 22(4):329—331, 338.
- [9] 蔡军,朱紫青,孟国荣,等.药物自我处置和症状自我监控技能训练对稳定期精神分裂症疗效的研究[J].中国行为医学科学, 2008, 17(11):996—998.
- [10] 赵晶媛,张红星,郭素芹,等.社会心理综合干预对精神分裂症患者康复的影响 [J]. 中国康复医学杂志, 2009, 24(5):448—450.