

多元化健康教育模式对精神分裂症患者服药依从性的影响

黄艳娇

(广西北海复退军人医院,广西 北海 536000 E-mail:562771226@qq.com)

摘要:目的 探讨多元化健康教育对精神分裂症患者服药依从性的影响。方法 选取 2013 年 1 月~2014 年 1 月在我院住院治疗的精神分裂症患者 126 例为研究对象,将其随机分为观察组和对照组。对照组实施传统的健康教育指导;观察组患者实施多元化健康教育。分别于干预前、出院时评价 2 组知识掌握情况;干预后 1 年评价两组服药依从性和出院后 1 年的复发率。结果 干预前 2 组疾病知识评分差异无统计学意义,干预后观察组患者疾病知识得分均较前提高 ($P < 0.001$),但观察组提高幅度优于对照组 ($P = 0.006$);干预后 1 年观察组患者服药依从性优于对照组 ($P = 0.022$);出院后 1 年观察组复发率明显低于对照组 ($P = 0.042$)。结论 多元化健康教育能有效帮助精神分裂症患者掌握疾病相关知识,提高其服药依从性,降低复发率。

关键词:精神分裂症;多元化健康教育;服药依从性

中图分类号: R749.3

文献标识码: A

文章编号: 1001-5817(2015)03-0460-02

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2015.03.049

资料显示^[1],精神分裂症患者出院后 1 年的服药依从率仅为 57.9%。药物治疗依从性差是精神分裂症患者治疗中的一大难题。研究表明^[2-3],健康教育能改善精神分裂症患者的服药依从性。为提高健康教育效果,笔者对在我院住院治疗的康复期精神分裂症患者实施多元化健康教育干预,现将结果汇报如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选 2013 年 1 月~2014 年 1 月在北海复退军人医院住院治疗的康复期精神分裂症患者 126 例。诊断符合《中国精神障碍分类与诊断标准》第 3 版 (CCMD-3)精神分裂症的诊断标准^[4]:精神症状消失或缓解,自知力恢复,病情基本稳定;无语言交流障碍。排除精神分裂症首发、有暴食、严重自杀倾向、伴严重躯体疾病者。将 126 例患者随机分为观察组和对照组各 63 例。观察组 63 例:男 41 例,女 22 例;年龄 23~62(43.65±8.72)岁;病程 1~7(3.59±1.25)年;文化程度:大学及以上 3 例,中专及高中 35 例,初中及以下 25 例;有配偶 38 例,无配偶 25 例。对照组 63 例:男 43 例,女 20 例;年龄 23~63(42.94±9.26)岁;病程 1~8(3.74±1.13)年;文化程度:大学及以上 2 例,中专及高中 34 例,初中及以下 27 例;有配偶 36 例,无配偶 27 例。两组资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法 所有患者按精神分裂症康复期常规治疗及护理。对照组采用传统的健康教育,即发放健康教育小手册、责任护士实施口头教育等方式进行教育,出院前做出院指导。观察组采用多元化健康教育模式。具体措施:(1)多元教育方式:采用发放健康知识手册、专题讲座、个别指导、电话随访、媒体(报纸、电视、广播)等多种形式进行健康教育。(2)多元健康教育内容:①成立精神分裂症学习课堂。定期疾病知识专题讲座,内容包括疾病基础知识、预防复发、遵医嘱服药的意义和必要性;自我行为管理的益处等;教育内容循序渐进、反复循环。②技能训练。A.生活技能:生活技能是指一个人有效应对日常生活中的需要和挑战的能力^[5]。训练内容包括定时起床、漱口、洗脸、整理床单位及衣物用品、打扫病室、顺序入座就餐、饭后洗碗筷、睡前洗脸洗脚等技能。B.时间管理:时间管理是指患者在督导下于单位时间内有步骤、有计划地完成每天

既定的生活、学习和工作任务。责任护士与患者共同制定每日固定生活事件的完成时间,临时事件的先后顺序、轻重缓急的时间安排,使患者养成最高效的时间管理。C.社交技能:通过角色扮演、模拟生活场景、外出购物等对患者进行训练,提高患者的社交能力^[6]。D.情感技能:教会患者认识负性情绪(情绪低落、抑郁、焦虑等)表现,帮助其识别自身的情感症状。③建立病友联盟:建立由患者、家属、医护人员、义工等组成精神分裂症病友联盟,为患者和家属提供一个互动的沟通交流平台,帮助患者及其家属改善生活质量。④电话随访:患者出院后 1 周内电话访问 1 次,以后每月随访 1 次,了解患者的病情及康复过程中遇到的困难,及时给予帮助及强化辅导。

1.3 评价方法 ①患者对疾病知识掌握情况。干预前、出院时评价患者精神分裂症疾病知识掌握情况。内容包括:疾病基础知识、遵医嘱服药意义、预防复发、生活技能、时间管理技能、社交技能、情绪管理技能 7 项内容,每项分为掌握、部分掌握、未掌握三级答案,分别为 2 分、1 分和 0 分,满分为 14 分,得分越高,疾病知识掌握越好。②两组患者出院后 1 年的药物治疗依从性情况。依从性的判断^[7]:完全依从:1 年中均按医嘱服药或未按医嘱服药时间 < 1 周;部分依从:未按医嘱服药 ≥ 1 周但 < 6 个月,停药 < 1 周;完全不依从:拒绝服药、自行停药 ≥ 1 周或已 ≥ 6 个月不按照医嘱服药。③评价出院 1 年内复发率。复发标准^[7]:因病情波动增加抗精神病药剂量及种类;因病情波动增加就诊次数或需要住院;症状加重需要加强看护以防发生意外或危险。

1.4 统计学方法 所有数据用 SPSS 16.0 统计软件分析,计量资料采用 ($\bar{x} \pm s$) 表示,两组间比较采用两独立样本 t 检验,干预前后的组间比较采用配对 t 检验,等级资料进行秩和检验,计数资料的组间比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 时差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组知识掌握评价 干预前 2 组疾病知识评分差异无统计学意义,干预后观察组知识评分均较前提高 ($P < 0.001$),且观察组提高幅度优于对照组 ($P = 0.006$),见表 1。

表1 两组干预前、后精神分裂症知识得分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	干预前	干预后	t	P
观察组	63	7.54±3.15	10.36±2.44	5.618	<0.001
对照组	63	7.76±3.03	8.79±3.67	1.718	0.088
t		0.400	2.828		
P		0.690	0.006		

2.2 两组干预后服药依从性比较 干预后观察组患者服药依从性优于对照组,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$),见表2。

表2 两组患者干预后服药依从性比较 (n, %)

组别	n	完全依从	部分依从	完全不依从
观察组	63	45(71.43)	12(19.05)	6(8.52)
对照组	63	33(52.38)	17(26.98)	13(20.64)

注:两组比较, $Z = -2.286$, $P = 0.022$

2.3 两组出院后1年复发率比较 出院后1年观察组复发8例,复发率为12.70%,对照组复发16例,复发率为25.40%,经比较差异有统计学意义($\chi^2 = 4.136$, $P = 0.042$),观察组复发率明显低于对照组。

3 讨论

3.1 对精神分裂症患者实施健康教育的必要性 健康教育是通过有计划的、系统的教育活动,促使人们自愿改变不良生活行为和影响健康行为的因素,消除或减轻影响健康的危险因素,预防疾病,促进身心健康和提高生活质量^[8]。精神分裂症患者因自知力不足,加上人们对精神疾病患者的偏见与歧视、抗精神病药物的副作用、家庭支持不足等多种因素的干扰,患者出院后常自行减药或停药,导致病情复发。据报道,精神分裂症患者在出院1年内,有50%患者不能坚持服药,其复发的概率是坚持服药患者的3.7倍^[9],研究证实服药依从性是影响精神分裂症患者预后的主要因素,而患者的服药依从性与其对疾病知识的认知、对维持治疗重要性及对药物副作用的错误认知等密切相关^[9]。因此,加强精神分裂症患者的健康教育,增强其对疾病的正确认识,帮助其纠正错误的认知势在必行。

3.2 多元化健康教育能提高精神分裂症患者服药依从性 服药依从性是指患者的服药行为与医嘱的一致性。影响服药依从性的因素为多方面,其包括患者、医护人员、治疗方案等有关因素。据报道^[10],经济收入低、疾病知识缺乏、药物副反应大、家庭支持不足是影响精神分裂症患者服药依从性的主要因素。而患者疾病知识缺乏、药物副反应大、家庭支持不足等因素可以通过健康教育的方式进行改善。传统的健康教育方式虽然可以在一定程度上帮助患者认识疾病知识,但由于很少考虑患者的需求,流于形式,被动地把它当成一

项任务来完成,无法确保教育质量。多元化健康教育是充分考虑患者所处的社会、环境、心理因素,通过多种方式、多种渠道向患者传递疾病多种信息、积极的心理支持信息和行为干预,是多元化护理模式在健康教育中的应用,通过不断反复强化帮助患者个体掌握疾病相关知识,了解治疗方案及药物副作用,了解坚持服药的重要性,纠正其对疾病的不良认知,增加对疾病的正确认识,使患者主动配合治疗,从而提高治疗依从性,降低复发率^[11]。本文结果显示,干预前观察组疾病知识得分差异无统计学意义,干预后2组患者疾病知识得分均较前提高($P < 0.001$),观察组提高幅度优于对照组($P = 0.006$);干预后1年观察组患者服药依从性优于对照组($P = 0.042$);出院后1年观察组复发率明显低于对照组($P = 0.042$)。由此说明,多元化健康教育,能有效帮助精神分裂症患者掌握疾病相关知识,提高其服药依从性,对稳定病情、降低复发率有着积极的促进作用。

参考文献:

- [1] 宓为峰,邹连勇,李梓萌,等.精神分裂症患者用药依从性及复发情况的调查[J].中华精神科杂志,2012,45(1):25-28.
- [2] 金鸣凤,张海燕,高美华.分阶段实施健康教育对精神分裂症患者的效果评价[J].右江民族医学院学报,2013,35(6):877-878.
- [3] 张睿苏,士云.运用临床路径对康复期住院精神分裂症患者实施健康教育的效果分析[J].精神医学杂志,2012,25(5):376-377.
- [4] 中华医学会精神科分会.中国精神障碍分类与诊断标准[M].3版.济南:山东科技出版社,2001:75-78.
- [5] 龙艳,王丹勋.生活社会技能训练对住院精神分裂症患者生活能力的影响[J].广东医学,2014,35(18):2963-2965.
- [6] 侯先芹,孙莉,候莉.社交技能训练对住院精神分裂症患者康复效果的影响[J].临床护理杂志,2013,12(4):26-27.
- [7] 吴逢春,周燕玲,郑英君,等.精神分裂症患者出院后1年复发情况及服药依从性的调查[J].广东医学,2014,35(1):131-132.
- [8] 谢鸿珍.住院精神分裂症病人健康教育研究进展[J].右江民族医学院学报,2010,32(2):245-246.
- [9] 周湘梅,马莹,吴虹.药物管理训练应用于精神分裂症患者后服药效果观察[J].护理学报,2014,21(15):58-60.
- [10] 李红,裘珊珊,钟进.精神分裂症患者药物治疗健康教育的效果观察[J].护士进修杂志,2010,25(13):1169-1171.
- [11] 潘志芳,张招萍,刘文琴.院外综合干预对精神分裂症康复期患者服药依从性的影响[J].解放军护理杂志,2011,28(6B):16-17,26.

收稿日期:2015-03-19;修回日期:2015-04-09