

· 康复护理 ·

人性照护理论在精神分裂症患者康复应用中的效果评价

万 杰¹ 郭 勇¹ 李遵清¹

人性照护理论是由美国护理理论家华生(Jean Watson)于1979年创立的,此理论强调人性照护是护理的本质和核心,描述人性照护的哲学与科学如何应用,以引导护理实践^[1]。随着生物医学模式向生物-心理-社会医学模式的转变和患者对护理要求的不断提高,人性化护理大势所趋。本研究应用华生人性照护理论,指导和实施了对住院精神分裂症患者的康复护理,并进行了效果评价。

1 对象与方法

1.1 对象

对象为2006年4—12月在山东省济宁市精神病防治院住院的精神分裂症患者200例,入组标准为:①符合中国精神障碍分类与诊断标准(CCMD-III)中有关精神分裂症的诊断标准。②病程>1个月,连续住院3个月以上。③文化程度:初中毕业以上。④年龄:18—60岁。⑤无严重的躯体疾病。按入院先后排序,随机分成研究组和对照组各100例。研究组男58例,女42例,平均年龄(29.47±1.07)岁;已婚53例,未婚37例,离异10例;平均受教育年限(8.94±4.31)年;生活在城市40例,生活在农村60例;干部10例,工人21例,农民42例,个体业主11例,学生7例,无业9例;用药剂量(折合氯丙嗪效价)257.48±11.27mg/d。对照组男67例,女33例,平均年龄(30.45±1.01)岁;已婚56例,未婚34例,离异10例;平均受教育年限(8.78±5.22)年;生活在城市35例,生活在农村例65例;干部9例,工人22例,农民46例,个体业主12例,无业11例;用药剂量(折合氯丙嗪效价)257.46±10.75mg/d。两组患者在性别、年龄、职业、婚姻状况、受教育年限、生活地区、用药剂量等方面经统计学处理,差异无显著性($P>0.05$)。

1.2 方法

两组患者入院后均进行常规的精神病药物治疗,根据患者的症状以及对精神病药物的耐受性,选取氯丙嗪、舒必利、氯氮平、利培酮(维思通)等抗精神病药物,1—2周达到药物治疗量,2周后患者病情已显疗效。入组后,对照组实施传统的功能制护理,给予一般(支持性)心理护理,研究组则在规范化模式病房实施人性照护护理。

1.2.1 环境舒适人性化护理:为患者营造一个适宜的声响、光线、气味、温度及整洁的住院环境。护理人员注重仪表、言谈,使患者尽情地享受舒适的感官刺激^[2]。具体实施以下3种措施:①营造温馨的病房环境,病室墙壁上挂置温馨的花篮,地面、玻璃、桌椅干净,被褥舒适卫生整洁,冬天有暖气,夏天有空调。②规范护士行为,护士们做到仪表整洁,态度和蔼亲切、举止文雅大方,服务耐心周到体贴。③主动为患者介绍医院环境,病房设施及各项住院制度,以帮助患者尽快适应医院环境,消除紧张、焦虑及恐惧心理。

1.2.2 生理舒适人性化护理:精神分裂症患者在住院期间存

情况,实施的护理对策是:①讲解治疗计划及各种相关知识,使其了解治疗的目的及治疗过程中可能出现的不良反应,告知大多数药物副作用是暂时的、可逆的、可以克服的,并讲解出现药物副反应的应对措施;②对胃肠道不适的患者,给予适当的水果,或调节饮食,如水饺、面条等;③对便秘患者,告知缓解大便干燥的方法,多吃水果、蔬菜,每日饮水2000ml以上,教会患者腹部按摩方法。

1.2.3 心理舒适人性化护理:①认知知识教育。向患者宣传精神病知识,主要讲解精神病的病因、症状、影响康复效果的因素,以及预防复发的措施等,满足患者对疾病知识的需要。同时,适当地给患者讲解一些法律知识、社会道德和科学文化知识。满足患者对各种文化知识的需要。②外出游玩,每周二、五上午带领患者到院内花园游玩,到院内超市购物。③艺术心理调节,每周一、三、五下午到娱乐科进行音乐、书法、绘画、舞蹈等艺术性心理干预,艺术心理处方的实施由娱乐科工作人员具体执行。

1.2.4 社会家庭舒适人性化护理:请患者家属配合心理治疗,促进患者与家属之间的沟通,指导他们对日常生活难题的应付能力和化解能力,帮助家庭成员减少家庭内各种应激源,减少高情感表达。具体措施:①针对因精神疾病导致的家庭问题,利用电话或信件的方式适时对患者家属进行家庭健康知识辅导。主要分两个不同的目标:指导家人协助患者的技巧;处理家人因疾病问题引发的其他问题,例如:情绪、压力、婚姻、经济等问题,针对有特殊问题的家庭,进行适时危机介入;②家属探视,根据每个患者病情改善的程度,每隔2周或4周让其家属来探视,介绍患者的心理状态,并且给其家属讲解接触患者的技巧;③联谊活动,每月邀请部分患者家属参加有护士、患者及其家属联合表演的联欢会。

1.2.5 灵魂舒适人性化护理:患者来自不同的阶层和地域,有着不同的文化背景和宗教信仰,故患者的生活习俗与所信仰的宗教,只要不是国家法律明令禁止的均给予尊重,并尽可能提供帮助,让患者在变化的环境中有着同样永恒的力量,平息患者中的抱怨和烦恼,以灵魂舒适促进心理、生理和社会舒适。具体做法:①所有患者一视同仁,平等对待;②教会患者正确对待人生道路上的挫折,激发其对生活的兴趣和自尊、自强、自信的心理,使患者保持最佳的心理状态。

1.2.6 评定工具:①症状自评量表(SCL-90)^[3],该量表能较准确地评估患者自觉症状特点,从不同侧面反映各种职业对个体心理健康的影响。得分越高,心理健康水平越低。②抑郁自评量表(SDS)^[4],该量表能有效地反映抑郁状态的有关症状及其严重度和变化,指数越高,抑郁程度越重。③焦虑自评量表(SAS)^[5],用于评定焦虑患者的主观感受。④自制患者满意度/舒适度和一般资料调查表。一般资料包括:性别、年龄、文

1 山东省济宁市精神病防治院,济宁,272051

作者简介:万杰,女,主治医师

收稿日期:2007-01-24

化程度、婚姻状况等资料;满意度舒适度问卷包括:住院环境是否优美、服务是否满意、病房是否有家的感觉、是否感到孤独等 10 项内容。满意度/舒适度进行 0、5、10 分的 3 级评分,于患者入组时及治疗观察 3 个月后各评定 1 次,由经过培训的医师和主管护师采用双盲法评定,并进行一致性检验 Kappa 值为 0.87—0.94。

1.3 统计学分析

应用 SPSS 11.0 软件,组间比较用 t 检验。

2 结果

2.1 治疗前后两组患者 SAS、SDS 评分结果比较

见表 1。治疗前,两组患者 SAS 和 SDS 评分差异无显著性($P>0.05$),经过 3 个月的治疗后,研究组焦虑、抑郁情绪得到明显改善,与对照组比较差异有显著性意义($P<0.05$)。

2.2 两组患者 SCL-90 干预前后评定结果比较

表 2 结果显示,治疗前,两组患者 SCL-90 各因子评分差别无显著性意义($P>0.05$),治疗后,除精神病性外,研究组其他方面均明显改善,与对照组比较,差异有非常显著性意义($P<0.01$),见表 2。

2.3 两组患者满意度/舒适度评分比较

舒适护理 3 个月后,研究组满意度/舒适度的评分显著高于对照组($P<0.01$),见表 3。

表 1 治疗前后两组患者 SAS、SDS 评分结果比较 (分, $\bar{x}\pm s$)

因子	研究组 (n=100)		对照组 (n=100)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
SAS	51.32±9.02	41.61±9.12	50.63±9.11	49.31±9.28
SDS	52.31±9.56	42.32±9.21	52.28±9.35	50.58±8.84
P	>0.05	<0.001	>0.05	<0.001

表 2 两组患者治疗前后 SCL-90 各因子分结果比较 (分, $\bar{x}\pm s$)

因子	研究组 (n=100)		对照组 (n=100)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
躯体化	4.64±0.32 ^①	2.25±0.13 ^②	4.62±0.49	2.98±0.48
强迫	2.82±0.39 ^①	1.24±0.13 ^②	2.91±0.27	2.16±0.24
人际关系	2.92±0.26 ^①	1.22±0.26 ^②	3.01±0.35	2.31±0.27
抑郁	2.89±0.27 ^①	1.26±0.11 ^②	2.84±0.18	2.28±0.14
焦虑	3.14±0.32 ^①	1.22±0.14 ^②	3.21±0.28	2.38±0.22
敌对	3.02±0.19 ^①	1.18±0.17 ^②	2.99±0.16	1.98±0.14
恐怖	2.60±0.45 ^①	1.22±0.23 ^②	2.80±0.84	2.09±0.25
偏执	2.64±0.27 ^①	2.24±0.17 ^②	2.66±0.28	2.32±0.25
精神病性	2.62±0.41 ^①	2.32±0.36 ^③	2.60±0.42	2.29±0.42

①组间治疗前比较 $P>0.05$; ②组间治疗后比较 $P<0.01$

表 3 治疗 3 个月后两组患者满意度/舒适度比较 (分, $\bar{x}\pm s$)

组别	例数	满意度/舒适度
研究组	100	87.63±9.75
对照组	100	55.18±10.42

$t=22.74, P<0.001$

3 讨论

3.1 人性照护是对整体护理的补充和完善

华生人性照护理论^[4],强调人性照护是护理的本质。人性照护必须是护理人员结合科学与人文知识在患者的互动关系中按照人性照护的 10 个因素来完成。护理人员按照 10 个人性照护因素,达到人性照护的目标,也就是达到护理工作的目标,即促进健康,预防疾病,照顾有疾病的患者,并协助

患者恢复健康。

随着生物医学模式转变为生物-心理-社会医学模式,护理学科的内涵发生了巨大的变化,确立了以人为本的理念,使护士能够用自己的生命、生活、言行来体现护理职业道德、人文关怀、人文精神及人文护理,人文关怀使护理工作的性质从针对疾病的护理延伸到患者的身心整体护理,工作范围从注重护理技术的精湛发展到在其基础上对患者身心、社会关系的全面关怀^[5]。人们需要健康的生活,心理、社会的和谐统一,这是健康生活的最高境界。对患者来讲,人性照护则是力求达到这一境界的有效护理形式。

3.2 人性照护有利于精神分裂症患者的康复

文献报道^[6],患者到医院有两大需求,即治疗与舒适。患者在接受治疗的同时,在护理人员的协助下,达到一个人的身心、社会、心灵的舒适状态。舒适是人类的基本需要,文献报道^[7],患者所要求的舒适主要有 4 个方面,即生理舒适、心理舒适、社会舒适和灵魂舒适等。在现代医学模式和整体护理中,实施人性照护,一方面增强护士“以患者为中心”的观念,密切医患关系;另一方面,通过人性照护的实施,调动护理人员的能动性,促进护理人员技能的提高,提高护理质量和护理管理水平,达到使精神病患者全面康复的目的。人性照护的实施有着重要的作用。减轻疾病不适是衡量医疗护理服务水平的有效标准,舒适护理是主动服务的过程。人性化照护可使患者在接受护理时充满希望,可使患者积极参与,反过来又促进了舒适护理水平的提高,而缺乏舒适护理可导致患者身心失衡。

本研究显示,通过 3 个月的人性照护护理,患者 SDS、SAS 及 SCL-90 均有显著改善,尤其是焦虑、抑郁症状在舒适护理后减轻更是显著。SCL-90 各因子评分也显著优于对照组,患者躯体不适及精神症状全面改善,研究组患者的满意度/舒适度显著优于对照组。这表明实施人性照护护理后,护士、家属、患者融为一体,护患关系融洽,改变和增添了护士在患者心目中的良好形象,确立了良好的护患关系,也促进了患者的身心康复。

人性照护护理是现代生物-心理-社会医学模式在精神科整体护理中的具体运用和体现,具有良好的康复作用。人性照护理念涵盖了整体护理的内容,并赋予更深刻的境界,它作为一种新型的护理模式,对拓展学科领域,深入专业研究将起到积极的作用。

参考文献

- [1] 王庆华,刘化侠,杨新芳,等. 华生人性照护理论[J]. 护理研究, 2004, 18(12): 2069—2071.
- [2] 张志玲,唐华芝,侯腊梅,等. 舒适护理模式在疗养康复中的应用[J]. 护理研究, 2002, 16(4): 187—188.
- [3] 汪向东,王西林,马弘. 心理卫生评定量表手册(增订版)[J]. 中国心理卫生杂志社, 1999. 31—37, 194—195, 235—236.
- [4] 王庆华,刘化侠,杨新芳,等. 华生人性照护理论[J]. 护理研究, 2004, 18(12): 2069—2071.
- [5] 马从凤. 门诊肿瘤患者人文关怀实施调查[J]. 护理学杂志, 2004, 19(9): 70—71.
- [6] 苏冬梅,胡晓英,杨琼,等. 护理管理在创建舒适护理模式中的应用[J]. 护理学杂志, 2004, 19(15): 36—37.
- [7] 张宏. 舒适护理研究进展[J]. 国外医学·护理学分册, 2001, 20(1): 15—16.