

团训模式结合穴位拍打对癫痫患者生活技能改善的研究

何丽英 姜杨 骆加文 樊素群 俞银华

癫痫类似西医的精神分裂症^[1]。患者一般采用消极的情绪聚焦应对策略,抗精神病药物治疗可以有效控制精神分裂症患者症状,有些患者即使在精神症状消失后,仍不能很好适应社会生活,建立良好的人际关系^[2]。临床上经过治疗的患者精神症状虽然消失,但人际交往能力等生活技能恢复缓慢,课题组成员在前期团队技能训练研究的基础上^[3,4],拓展思路,联合运用中医穴位拍打的团训模式,探讨对癫痫患者的生活技能改善的有效性。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2018年7月至2019年1月期间在义乌市精神卫生中心住院的癫痫患者60例,其中男性47例、女性13例;年龄18~60岁;平均(43.98±2.53)岁。入组条件:①符合CCMD-3精神分裂症诊断标准;符合癫痫的中西医结合辨证分型中痰湿内阻型、阴虚火旺型、阳虚亏损型^[5];②年龄18~65岁;③沟通交流无障碍;④有交流能力。排除标准:听力障碍影响互动交流者。本次研究方案经医院伦理委员会审核批准。的60例患者采用随机数表法为实验组和对照组,每组30例。实验组患者男性25例、女性5例;文化程度:小学10例、初中及以上20例;年龄(45.53±2.52)岁;病程(15.52±7.91)个月。对照组患者男性22例、女性8例;文化程度:小

学9例、初中及以上21例;年龄(42.42±2.53)岁;病程(15.71±8.63)个月。两组患者性别、年龄、学历及病程比较,差异均无统计学意义(P 均>0.05)。

1.2 方法 两组患者均使用非典型抗精神病药进行治疗。对照组采用常规的精神科护理与康复,实验组在对照组的基础上开展为期5周的团队技能训练。

1.2.1 团队训练干预成员 由精神科医生、护士及心理治疗师等医技人员组成。医生主要负责入组患者知情同意书签订及观察临床效果;护士负责团训活动的开展及训练前后患者社会功能缺陷筛选表(social disability screening schedule, SDSS)、生活技能训练评定量表(social skills training, SST)表评定;心理治疗师主要负责课题量表评定的培训指导。

1.2.2 干预方法 本次团队技能训练模式干预方法为每周1次,每次1 h,共5次。针对入组患者病程长,生活技能差的状况,制定针对性的训练方案,训练方式采用从团体到个体的方法,通过角色模拟训练以提高患者生活技能主要目的,通过团训活动让患者体验模拟角色带来的快乐,团队成员间的支持鼓励。具体干预方式如下:干预前穴位拍打5 min,以营造训练氛围,让患者以愉悦情绪投入训练,提高训练的依从性;团队生活技能训练50 min,团训结束前5 min放松活动。

1.2.3 团训活动具体内容 根据入组患者的基本情况设定训练主题,第1周进行自我介绍(兴趣爱好);第2周主动帮助人;第3周自己有困难时怎样求助他人,学会感谢和称赞人的能力;第4周表述自己的不足之处并结合出院宣教的相关知识,使患者认识坚持服药,配合治疗的重要性;第5周训练结束期,让每位患者用最简单的语句概况自己参加团队

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2021.006.029

基金项目:义乌市科技局基金(2018-3-44);浙江省中医药科技计划基金项目(2016ZA212);浙江省中医药适宜技术推广项目(2014ZT001)

作者单位:321003 浙江义乌,义乌市精神卫生中心(何丽英、骆加文、樊素群);浙江省立同德医院病案室(姜杨)、内科(俞银华)

通讯作者:姜杨, Email: jiangyang6639@163.com

生活技能训练的收获。

1.3 检测指标 两组干预前、干预后3周、干预后4周、干预后5周的社会功能和技能评定。采用SDSS进行社会功能评定,0~12分,得分越低表示社会功能越好^[8]。采用SST评定量表进行生活技能评定,0~100分,得分越高表示日常生活技能越好^[9]。

1.4 统计学方法 采用SPSS 22.0统计学软件进行数据分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示。计量资料比较采用 t 检验,重复测量资料采用重复测量方差分析。设 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

两组干预前后的SDSS、SST评分比较见表1。

表1 两组干预前后的SDSS、SST评分比较/分

组别		SDSS	SST
实验组	干预前	11.43 ± 2.26	60.67 ± 20.89
	干预后3周	9.40 ± 3.06	74.13 ± 15.80*
	干预后4周	7.43 ± 2.40*#	75.53 ± 14.68*#
	干预后5周	6.70 ± 2.82*#	79.33 ± 12.76*#
对照组	干预前	11.06 ± 2.98	53.97 ± 28.56
	干预后3周	10.32 ± 2.76	56.21 ± 26.19
	干预后4周	9.43 ± 2.82	57.23 ± 23.09
	干预后5周	8.35 ± 3.03	60.26 ± 25.48

注:* :与干预前比较, $P < 0.05$;#:与对照组同时点比较, $P < 0.05$ 。

由表1可见,实验组与对照组干预前后的SDSS和SST评分比较,差异均有统计学意义(F 分别=24.12、19.61, P 均 < 0.05)。实验组与对照组干预前SDSS和SST评分比较,差异无统计学意义(t 分别=0.67、1.47, P 均 > 0.05)。实验组干预后3周的SST评分高于干预前($t=3.53$, $P < 0.05$),SDSS与干预前比较,差异无统计学意义($t=1.23$, $P < 0.05$)。实验组在干预后4周和5周的SDSS评分均低于干预前,SST评分高于干预前,差异均有统计学意义(t 分别=2.95、2.34、3.66、4.11, P 均 < 0.05),且观察组在干预后4周、5周的SDSS评分均低于对照组,SST评分高于对照组,差异均有统计学意义(t 分别=2.31、1.86、-2.62、-2.32, P 均 < 0.05)。

3 讨论

精神分裂症是一组常见的病因未明的严重精神障碍,疾病负担重,致残率高,患者平均寿命比普通人群缩短15~20年;对精神分裂症的治疗,不仅要控制精神症状,还需改善生活质量、提高社会功

能,最终使患者回归社会^[7]。精神康复的目标,是让患者尽快回归社会。团队技能训练是以日本SST为理论基础,采用放松疗法(穴位拍打)相结合的团队训练方式,由精神科临床医生、护士、心理技师等相关人员参与的,对精神障碍患者进行生活技能改善的康复训练模式^[4]。本次研究结果显示,实验组在干预后4周和5周的SDSS评分均低于干预前,SST评分高于干预前(P 均 < 0.05),且实验组在干预后4周、5周的SDSS评分均低于对照组,SST评分高于对照组,差异均有统计学意义(P 均 < 0.05),表明随着训练次数的增加患者的社会功能状况得到了改善,人际交往能力等生活技能不断提高。研究结果与课题组前期的研究结果一致^[3,4,8,9]。团队技能训练模式让患者通过团队活动体会到团队成员在积极努力地帮助其改善生活技能是团训的目标。针对患者的具体情况,围绕团训的目标,从建立日常基本技能开始,从主动问候医护人员、问候家属着手,主动帮助他人到主动请求别人帮助的过程技能训练,从而达到有效的人际沟通。从临床观察中可见,通过5次的干预,患者能明显改善主动问候等人际交往的生活技能,让患者感受到了团训带来的知识、技能提升的快乐,特别是第5周让患者用3~5 min的时间阐述参加团训活动的感想,完成简单的自我评价,更是把团训活动推向一个高潮,患者争先恐后地要求发言,通过自我评价让患者的语言表达能力有了进一步提高,增强了与他人沟通交流的能力,提高了患者的表达能力,提升了患者的自我价值感,增强了康复治疗信心,这与戴军玲等^[10]研究基本一致。团队技能训练模式注重训练氛围的营造,采用以肩井双、环跳等穴位拍打为主的放松法,使患者以愉悦状态尽快进入训练角色,通过干预护士的引导,让患者在一种温馨轻松的氛围开放的环境里进行训练,确保了训练的有效性。

综上所述,团队技能训练模式具有训练方式简单,患者容易接受、依从性好,临床观察主题明确等特点,优于同类多个主题的技能训练,对精神障碍患者社会功能、人际交往能力的改善有积极的作用。本次研究存在的不足,样本量还是比较局限,课题组对患者训练效果的后续观察、其有效技能维持时间没有做延续性研究,有待课题组在后续研究作进一步努力,如对观察患者人际交往能力维持状况进行1个月、3个月、6个月的效果观察评价,从而尽快探索出一套适合在社区卫生服务中心推广应

用的训练模式。

参考文献

- 1 黄华东.实用中医内科学[M].上海:上海科学技术出版社, 2005:364-369.
- 2 马云,李占江,徐子燕.精神分裂症患者生活质量研究进展[J].国际精神病学杂志,2013,40(2):98-101.
- 3 姜杨,张有星,刘雪珍,等.团队技能训练模式对住院精神障碍康复效果的影响[J].中华现代护理杂志,2013,19(30):1053-1055.
- 4 张有星,姜杨,俞银华.团队技能训练在精神障碍患者康复中的效果评价[J].中国护理管理,2014,14(2):190-192.
- 5 徐文博.癫狂症临床三辩心得[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(23):223-224.
- 6 沈渔邨.精神病学[M].北京:人民卫生出版社,2009:278-

517.

- 7 中华医学会精神医学分会精神分裂症协作组.精神分裂症患者代谢综合征管理的中国专家共识[J].中华精神科杂志,2020,53(1):3-5.
- 8 俞银华,姜杨,沈国珍,等.团队技能训练对社区精神分裂症患者社会功能的影响[J].浙江医学教育,2015,14(5):33-35.
- 9 姜杨,沈国珍,王丽娟,等.单项主题技能训练对社区精神分裂症患者的影响[J].医院管理论坛,2015,32(7):60-62.
- 10 戴军玲,杨晓玲.团体治疗对精神分裂症患者自尊、社会功能及自护能力的影响[J].齐鲁护理杂志,2015,21(21):21-23.

(收稿日期 2020-12-20)
(本文编辑 蔡华波)

(上接第571页)

面对、思考问题,充分掌握感知控制及自我管理效能问题处理方法,准确看待自己疾病及放疗,促进其感知控制态度改善。

此外,本次研究还发现,ADOPT护理模式下患者出院时的C-SUPPH各维度评分及总分比传统护理患者高($P<0.05$),提示ADOPT护理模式有助于提升乳腺癌放疗患者的自我管理效能。将ADOPT护理模式应用于乳腺癌放疗患者中,通过进行一对一沟通与个性化评估,在个性化护理的基础上结合小组护理模式展开干预,并予以发放问题处理手册、放疗护理宣传手册,进一步增强患者对于疾病、放疗的认知,积极处理问题,提升患者的疾病应对能力,树立康复信心,增强认同感、价值感,以积极心态配合护理工作,促进其创伤后恢复。

综上所述,ADOPT护理模式在乳腺癌放疗患者中的应用效果显著,有助于改善其感知控制态度,并促使患者自我管理效能提升。但本研究仍有诸多不足,例如纳入观察的乳腺癌放疗患者数量少,局限于本院收治病例,同时观察指标主观性较强,可能导致研究结果缺乏客观性,因此后期需展开多中心研究,增加病例数及客观观察指标,以有效验证ADOPT护理模式在乳腺癌放疗患者中的应用价值。

参考文献

- 1 Huang H, Roberson JD, Hou W, et al. Thyroid volume changes following adjuvant radiation therapy for breast cancer[J].Int J Radiat Oncol,2020,108(3):e24.
- 2 李美鸽,常渭娟.团体自我肯定训练对乳腺癌根治术后患者创伤后成长及应对方式的影响[J].检验医学与临床,2020,17(5):94-96.
- 3 樊艳华,邹要芬,幸敏清.PICC带管出院患者基于ADOPT模式健康教育的效果观察[J].护理学报,2020,27(8):77-80.
- 4 陈春萍,周婷,李秋娅,等.ADOPT护理对结肠造口患者造口适应水平及GSES、SF-36评分的影响研究[J].现代医学,2018,46(12):101-104.
- 5 中国抗癌协会乳腺癌专业委员会.中国抗癌协会乳腺癌诊治指南与规范(2015版)[S].中国癌症杂志,2015,25(9):692-754.
- 6 Moser DK, Riegel B, Mckinley S, et al.The control attitudes scale -revised: Psychometric evaluation in three groups of cardiac patients[J].Nurs Res,2009,58(1):42-51.
- 7 钱会娟,袁长蓉.中文版癌症自我管理效能量表的信效度测评[J].中华护理杂志,2011,46(1):87-89.
- 8 Polyak K.Breast cancer: Origins and evolution[J].J Clin Invest,2018,117(11):3155-3163.
- 9 张金花,杨碎胜,司婧.乳腺癌放疗增敏与机制研究进展[J].中华肿瘤防治杂志,2019,26(4):277-284.

(收稿日期 2021-01-02)
(本文编辑 蔡华波)