

精神分裂症无抽搐电休克治疗后患者出院准备度与出院指导相关性分析

管淑华¹, 黄玲² (通信作者), 罗凤秀³

(1 广西医科大学护理学院 广西 南宁 530021)

(2 广西医科大学附属肿瘤医院重症医学科 广西 南宁 530021)

(3 广西壮族自治区脑科医院精神科二病区 广西 柳州 545005)

【摘要】目的: 调查精神分裂症无抽搐电休克 (MECT) 治疗后患者的出院准备度现状, 探讨其影响因素。**方法:** 选取 2022 年 9 月—12 月广西壮族自治区脑科医院精神科住院行 MECT 治疗的 126 例精神分裂症患者, 采用一般资料调查表、出院准备度量表、出院指导质量量表对其出院准备度状况进行调查分析。**结果:** 精神分裂症 MECT 治疗后患者的出院准备度总分为 (87.17 ± 7.36) 分, 与出院指导质量呈正相关 ($P < 0.05$); 多元回归分析结果显示, 共病数量、住院次数、家庭人均月收入及出院指导质量为精神分裂症 MECT 治疗后患者出院准备度影响因素。**结论:** 精神分裂症 MECT 治疗后患者出院准备度一般, 出院指导质量有待提高; 护士应根据 MECT 治疗后患者的特点, 制定个性化的健康指导方案, 提高患者的出院准备度水平, 保障患者出院后的安全。

【关键词】 精神科; 无抽搐电休克治疗; 出院准备度; 出院指导质量

【中图分类号】 R749.3

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-1752 (2023) 01-0135-04

精神分裂症是一种常见的且病因未明的严重精神障碍疾病, 发病率较高。全球约 2 400 万人患病, 发患者群以成年人为主, 每 222 人中就有 1 人患有精神分裂症。2019 年全球疾病负担报道, 精神分裂症在全球 310 种疾病和伤害造成的疾病负担中排名第 42^[1]。改良电休克治疗专家共识^[2]指出, 无抽搐电休克 (modified electric convulsive therapy, MECT) 治疗与抗精神分裂症药物联合治疗的方式具有快速、有效的缓解分裂症患者的精神病性症状的优势, 已被推荐为精神分裂症急性期的首选治疗方法, 但同时也有治疗后患者认知功能尤其是记忆功能存在损害的不足, 这些影响甚至可长达 6 个月以上^[3]。正由于当下的医疗体制的改革和快康理念的全面深入的推广, 医院住院床位周转率较原来的很大的提高, 使得精神分裂症患者的平均住院日比原来缩短, 正因为如此精神分裂症患者出院时可能正处于恢复状态而非完全康复的状态, 因此, 如不能保证精神分裂症患者出院时准备充分, 则可能降低其出院以后的生活质量、服药依从性并且会增加疾病复发的风险, 不利于患者的康复。出院准备度是指医护人员或者医务工作者从以下几个方面, 患者的生理、心理、经济、认知以及社会等方面的状况, 判断分析患者具备了多大的离开医院、回归社会、进一步康复的潜能, 很大程度上能预测患者在出院后能达到的患病前的水平^[4]。研究表明, 出院准备度水平越高的患者出院后自我护理能力越强, 康复效果更好, 能更好地回归家庭和社会, 疾病复发率和再次入院风险更低^[5]。目前国内尚少见关于精神分裂症 MECT 治疗后患者出院准备度的相关报道, 因此本文旨在对精神分裂症 MECT 治疗后患者出院准备度现状及影响因素进行调查和分析, 为进行科学的健康指导和出院后的延续护理提供理论依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

采用抽样法选取 2022 年 9 月—12 月期间在广西壮族自治区脑科医院精神科行 MECT 治疗的精神分裂症患者。本研究为描述性研究中横断面调查, 确定样本量为主要问卷样本条目的 5 ~ 10 倍^[6]。本文中主要问卷条目为 24 条, 计算样本量为 120 ~ 240 例, 考虑 5% 样本无效问卷率, 确定样本量为 126 例。

纳入标准: ①病例资料完整, 入科主诊断为《国际疾病分类 (第 10 版)》ICD-10 诊断精神分裂症; ②文化水平为小学及以上; ③年龄 ≥ 18 岁; ④阳性和阴性精神症状评定量表 (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS) 评分 < 60 分; ⑤具有 MECT 治疗适应证, 且 MECT 治疗次数为 6 ~ 12 次; ⑥医嘱给予当日出院。排除标准: ①不能进行语言沟通者; ②依从性差、中途退出者; ③合并其他重要脏器 (如肝、肺、肾) 功能严重损害者。

1.2 研究工具

①一般资料调查表自行设计, 包括患者的性别、年龄、婚姻状况、文化程度等。②出院准备度量表 (Readiness For Hospital Discharge Scale, RHDS) 采用 Lin 等^[7] 翻译并修订的中文版 RHDS, 其中涵盖的内容主要分为 3 个维度, 分别是: 个人状态 (3 个条目)、适应能力 (5 个条目) 和预期性支持 (4 个条目), 共 12 个条目。每个条目均采用 0 ~ 10 分等级记分法, 总分为各条目分数相加, 最低为 0 分, 最高 120 分, 得分越高表明患者出院准备度越好。该量表的内容效度指数为 0.88, Cronbach's $\alpha = 0.89$ 。标准化得分 = 维度总

分/条目数。③出院指导质量量表 (Quality Of Discharge Teaching Scale, QDTS) 采用王冰花等^[8] 翻译修订的中文版 QDTS, 具体包括 3 个维度: 患者出院前实际获得的内容 (6 个条目)、需要的内容 (6 个条目) 和指导技巧及效果 (12 个条目), 共 24 个条目。采用 0~10 分等级记分法, 总分为各条目分数相加, 最低为 0 分, 最高 240 分, 总得分越高说明护士对患者的出院指导质量越好。该量表的内容效度指数 0.98, Cronbach's $\alpha=0.924$ (克朗巴哈系数)。

1.3 资料收集方法

问卷调查, 由经过统一培训的课题组人在患者出院当天采取面对面、现场发放和回收的方式统一指导患者进行问卷填写。一起发放问卷 133 份, 回收有效问卷 126 份, 有效问卷回收率为 94.7%。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 25.0 软件进行统计学分析, 患者一般资料采用频数、率、均数 \pm 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 描述, 量表及各维度符合正态分布的资料采用均数 \pm 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 描述, 两组得分比较采用两独立样本 t 检验, 多组得分比较采用 F 检验; 出院准备度与出院指导质量进行 Pearson 相关分析。采用多元线性回归进行出院准备度得分多因素分析。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 不同人口学特征患者出院准备度得分的比较

单因素分析结果显示: 年龄、居住方式、文化程度、月人均收入、居住地、出院原因、住院天数、发病形式、住院次数、距离最后一次 MECT 时间、共病数量和出院取药方便出院准备度得分比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 患者一般情况及不同特征患者出院准备度比较 ($n=126$)

项目	[n (%)]	出院准备度得分 ($\bar{x} \pm s$)	$t[F]$	P
性别			-0.004	0.997
男	61 (48.4)	87.16 \pm 7.52		
女	65 (51.6)	87.17 \pm 7.26		
年龄 / 岁			2.786	0.006
18~44	105 (83.3)	87.96 \pm 6.91		
≥ 45	21 (16.7)	83.19 \pm 8.39		
婚姻状况			[3.169]	0.045
未婚	77 (61.1)	87.70 \pm 6.84		
在婚	36 (28.6)	87.75 \pm 8.05		
离异或丧偶	13 (10.3)	82.10 \pm 6.95		
文化程度			[13.271]	< 0.001
小学及以下	18 (14.3)	82.33 \pm 5.22		
初中	66 (52.3)	85.95 \pm 7.03		
高中及中专	22 (17.5)	87.91 \pm 6.69		
大专及以上	20 (15.9)	94.70 \pm 5.07		

表 1 (续)

项目	[n (%)]	出院准备度得分 ($\bar{x} \pm s$)	$t[F]$	P
居住方式			2.978	0.034
非独居	111 (88.1)	88.07 \pm 6.75		
独居	15 (11.9)	82.2 \pm 7.25		
月人均收入			-5.294	< 0.001
< 2 000	66 (52.4)	84.17 \pm 6.62		
$\geq 2 000$	60 (47.6)	90.47 \pm 6.73		
居住地			2.119	0.036
城镇	40 (31.7)	89.18 \pm 8.12		
农村	86 (68.3)	86.23 \pm 6.83		
支付方式			1.126	0.207
医疗保险	24 (19)	88.88 \pm 8.11		
合作医疗	102 (81)	86.76 \pm 7.15		
出院原因			2.322	0.022
医生建议	119 (94.4)	87.53 \pm 7.28		
自己要求	7 (5.6)	81.00 \pm 6.30		
住院天数 / 天			[3.956]	0.022
< 45	29 (23)	88.72 \pm 6.79		
45~59	21 (16.7)	90.14 \pm 7.12		
≥ 60	76 (60.3)	85.75 \pm 7.35		
发病形式			3.092	0.002
初发	24 (19)	91.21 \pm 5.85		
复发	102 (81)	86.22 \pm 7.38		
住院次数 / 次			[13.692]	< 0.001
1	24 (19)	90.88 \pm 5.96		
2~3	49 (28.9)	89.21 \pm 7.22		
> 3	53 (42.1)	83.57 \pm 6.55		
MECT / 次			[0.370]	0.691
6~7	60 (47.6)	86.60 \pm 7.02		
8~9	37 (29.4)	87.89 \pm 7.32		
10~12	29 (23)	87.41 \pm 8.22		
距离最后一次 MECT 时间 / 天			[4.705]	0.004
< 15	22 (17.5)	89.64 \pm 7.55		
15~29	27 (21.4)	88.89 \pm 6.72		
30~44	29 (23)	88.62 \pm 7.55		
≥ 45	48 (39.1)	84.19 \pm 6.68		
家族史			-0.515	0.608
有	3 (2.4)	85.00 \pm 6.56		
无	123 (97.6)	87.22 \pm 7.39		
住院主要陪护			1.317	0.190
配偶、子女	5 (4)	91.40 \pm 9.15		
自己	121 (96)	86.99 \pm 7.27		
共病数量 / 种			4.415	< 0.001
0	100 (79.4)	88.47 \pm 6.91		
≥ 1	26 (20.6)	82.15 \pm 6.97		
服用药物的种类数			[1.718]	0.184
1 种	6 (4.8)	89.83 \pm 7.39		
2 种	84 (66.6)	87.74 \pm 6.91		
3 种	36 (28.6)	85.39 \pm 8.19		
出院取药			[17.103]	< 0.001
方便	25 (19.8)	91.60 \pm 6.87		
不太方便	81 (64.3)	87.52 \pm 6.67		
很不方便	20 (15.9)	80.20 \pm 5.62		

2.2 患者出院准备度总分及各维度得分情况

精神分裂症 MECT 治疗后出院准备度总分为 (87.17±7.36) 分, 见表 2。

表 2 患者出院准备度总分及各维度得分情况 ($\bar{x} \pm s$, 分)

项目	条目数	得分	标准化得分
个人状态	3	23.93±2.25	7.98±0.75
适应能力	5	34.52±3.66	6.90±0.73
预期性支持	4	28.72±3.41	7.18±0.85
出院准备度总分	12	87.17±7.36	7.26±0.61

2.3 患者出院准备度与出院指导质量总分的相关性

患者出院准备度总分与出院指导质量总分呈正相关, 相关系数 0.81。其中与指导技巧与效果的相关性最大, 相关系数 0.726, 见表 3。

表 3 126 例患者出院准备度与出院指导质量的相关性 (r)

项目	出院准备度总分	个人状态	适应能力	预期性支持
出院指导质量得分	0.811 ^①	0.647 ^①	0.685 ^①	0.588 ^①
需要内容	0.648 ^①	0.531 ^①	0.553 ^①	0.455 ^①
获得内容	0.589 ^①	0.436 ^①	0.516 ^①	0.430 ^①
指导技巧与效果	0.726 ^①	0.592 ^①	0.598 ^①	0.535 ^①

注: ^① $P < 0.01$ 。

2.4 精神分裂症 MECT 治疗后出院准备度的多因素分析

以出院准备度得总分为因变量, 将单因素分析及相关性分析结果中差异有统计学意义 ($P < 0.05$) 的指标作为自变量进行多元线性逐步回归分析。具体赋值见表 4。结果显示, 共病数量、住院次数、家庭人均月收入及出院指导质量是精神分裂症 MECT 治疗后患者出院准备度的主要影响因素 ($P < 0.05$), 见表 5。

表 4 自变量赋值说明

自变量	赋值方法
年龄	1=“18~44”, 2=“≥45”
文化程度	1=“小学及以下”, 2=“初中”, 3=“高中及中专”, 4=“大专及以上”
居住方式	1=“非独居”, 2=“独居”
家庭人均月收入	1=“<2000”, 2=“≥2000”
居住地	1=“城镇”, 2=“农村”
出院原因	1=“医生建议”, 2=“自己要求”
发病形式	1=“初发”, 2=“复发”
住院次数	1=“首次”, 2=“2~3次”, 3=“>3次”
距离最后一次 MECT 时间	1=“<15”, 2=“15~29”, 3=“30~44”, 4=“≥45”
共病种类	1=“0”, 2=“≥1”
取药就医	1=“方便”, 2=“不太方便”, 3=“很不方便”
出院指导质量得分	原值带入

表 5 精神分裂症 MECT 治疗后患者出院准备度的多元线性逐步回归分析

项目	B	SE	β	t	P
(常量)	27.637	6.088	-	4.54	<0.001
出院指导质量得分	0.413	0.038	0.661	10.907	<0.001
共病种类	-3.374	0.946	-0.186	-3.566	0.001
住院次数	-1.486	0.500	-0.153	-2.947	0.004
月人均收入	1.859	0.846	0.127	2.197	0.030

注: $R^2 = 0.718$, 调整后 $R^2 = 0.709$, $F = 77.048$, $P < 0.01$ 。MECT:

无抽搐电休克治疗。

3 讨论

精神分裂症 MECT 治疗后患者的出院准备度有待提高。通过本次研究可看出, 精神分裂症 MECT 治疗患者出院准备度为中等偏下水平, 标准化得分为 (7.26±0.61) 分, 表明此类患者尚未做好充分的出院准备, 与王定玺等^[9]研究结果相似, 同其他疾病的出院患者相比, 精神分裂症 MECT 治疗后患者出院时对自身的个人状态、适应能力和期望获得的社会支持做出了较低的评价。分析原因可能为: ①多项研究结果观点支持精神分裂症患者普遍存在者不同程度的认知功能障碍, 发生率高达 70%, 贯彻整个疾病过程, 呈现不可逆的恶化。主要集中在, 言语记忆、言语流畅、注意力、工作记忆、执行功能和运动功能 6 个神经认知域, 这 6 个认知领域与职业能力、生活质量以及社会功能紧密相连。②有文献指出, 精神分裂症患者 MECT 治疗后, 会出现认知功能尤其是记忆功能存在损害, 这种损害的影响甚至可长达 6 个月以上^[3]。这提示改善患者的认知功能是未来的治疗精神分裂症的靶点, 因此针对精神分裂症 MECT 治疗后患者的康复以及健康宣教, 应重视认知功能训练, 借助工具辅助提高记忆、注意力、问题解决等能力, 以达到改善认知功能的目的, 进而提高患者的出院准备度。

精神分裂症 MECT 治疗后患者出院准备度受多种因素影响。本文结果显示, 共病数量、住院次数、家庭人均月收入, 是精神分裂症 MECT 治疗后患者出院准备度的重要影响因素。共病数量越多的患者, 出院准备度越低 ($B = -3.374$, $P < 0.05$), 与相关研究结果^[10]一致。相对于单病种患者, 共病数量多的患者身体状况一般相对较差, 治疗和护理更为复杂, 需要服用多种药物, 由于药物用法、剂量、用药时间的差异, 有可能造成患者心理异常, 导致患者对治疗的依从性和自理能力降低^[10]。住院次数越多的患者, 出院准备度越低 ($B = -1.486$, $P < 0.05$)。住院次数越多, 一定程度上说明患者复发的次数多, 多次复发会导致患者的社会功能、认知功能

逐渐丧失,影响患者的出院后治疗的依从性。家庭人均月收入越高,出院准备度越好($B = 1.859, P = 0.03$),家庭月人均收入低于2 000的患者,面临着工作机会少,经济收入不高,无力承担就医与康复治疗,治疗效果不理想,从而造成生活质量差。因此护士出院指导应加强精神药物及疾病复发先兆等知识的宣教,帮助其更好地识别和处理药物不良反应及各种复发先兆症状,提高服药依从性。同时重视其心理健康,树立自信,减少负性情绪,更好地面对出院后的各种挑战。

精神分裂症MECT治疗后患者出院指导质量有待加强。出院指导是指护士通过各种途径指导患者及家属获得出院后的医疗照护信息^[11]。本文结果显示出院指导质量与精神分裂症MECT治疗后患者的出院准备度呈正相关($r = 0.81, P < 0.01$),与多项研究结果一致^[12-14]。本研究中患者的出院指导质量条目均分为(6.47 ± 0.45)分,处于较低水平,低于国内非精神病患者患者的出院指导质量^[13, 15-16]。出院指导质量3个维度条目均分从低到高依次为实际获得的内容、需要的内容和指导技巧及效果,其中实际获得内容维度得分排在需要内容维度得分前面,表明现存的临床宣教内容并不能满足患者获得内容的预期,护士应采用多形式的宣教和指导方法,丰富出院指导内容的同时,积极获取患者的反馈,根据其个性化需求,制定针对性宣教内容,提高精神分裂症MECT治疗后患者指导质量,促进患者的角色适应和出院信心,为患者院外康复奠定基础。

综上所述,精神分裂症MECT治疗后患者出院准备度呈中等偏下水平,共病数量、住院次数、家庭人均月收入及出院指导质量是患者出院准备度的影响因素。医护人员应重视患者出院指导质量,根据MECT治疗后患者的特点,注重指导技巧与方法,关注患者的个体需求,针对性制定个体化的健康指导方案,提高出院指导质量,进而提高患者的出院准备度水平,保障患者出院后安全。

【参考文献】

[1] GBD Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global,

regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 [J]. Lancet, 2017,390(10100): 1211-1259.

- [2] 中国医师协会神经调控专业委员会电休克与神经刺激学组,中国医师协会睡眠专业委员会精神心理学组,中国医师协会麻醉学医师分会.改良电休克治疗专家共识(2019版)[J].转化医学杂志,2019,8(3): 129-134.
- [3] 杨楹.无抽搐电休克治疗对精神分裂症患者记忆的远期影响[J].精神医学杂志,2015,28(4): 278-280.
- [4] 桑丽云,商临萍.我国出院准备度的研究现状[J].护理研究,2020,34(1): 105-110.
- [5] 龚瑶,彭彩虹.心脏瓣膜置换术后患者的出院准备度现状及其影响因素分析[J].中国护理管理,2020,20(4): 544-548.
- [6] 倪平,陈京立,刘娜.护理研究中量性研究的样本量估计[J].中华护理杂志,2010,45(4): 378-380.
- [7] LIN Y H, KAO C C, HUANG A M, et al. Psychometric testing of the Chinese version of the readiness for hospital discharge scale [J]. Hu Li Zhi, 2014,61(4): 56-65.
- [8] 王冰花,汪晖,杨纯子.中文版出院指导质量量表的信效度测评[J].中华护理杂志,2016,51(6): 752-755.
- [9] 王定玺,李小麟,廖静萍.精神分裂症患者出院准备度及影响因素研究[J].四川大学学报(医学版),2017,48(1): 165-168.
- [10] 陈小娇,施小俊,郑丽娜.老年髋关节置换术后患者出院准备度现状及影响因素研究[J].护理管理杂志,2019,19(6): 398-401.
- [11] 王冰花,汪晖,杨纯子,等.冠心病患者出院准备度现状及其影响因素的研究[J].中华护理杂志,2017,52(2): 138-143.
- [12] 李娟,田冰洁,余姝彦,等.肝胆外科患者出院准备度与出院指导质量的相关性研究[J].护理学杂志,2019,34(15): 28-31.
- [13] 江玥玥,张曦,王荣,等.乳腺癌患者出院准备度现状及影响因素分析[J].护理实践与研究,2022,19(8): 1105-1110.
- [14] 蒲丛珊,夏家爱,王义婷,等.妊娠期高血压疾病产妇出院准备度现状及影响因素研究[J].中国护理管理,2022,22(6): 923-928.
- [15] 韩桂杰,刘秀连,崔臣,等.肝移植患者出院准备度现状及影响因素分析[J].中国病案,2022,23(3): 93-97.
- [16] 贾闯,任天广,陈其仙,等.冠心病PCI术后患者出院准备度及其影响因素分析[J].世界最新医学信息文摘,2022,22(28): 19-24,37.