

·全科护理·

基于暴力风险评价的分级干预对精神分裂症患者的干预效果

卢宏强

精神分裂症是以高致残率、高复发率为主要特点的慢性精神疾病,其发病机制复杂,与先天遗传、后天精神刺激等多种因素有关^[1]。精神分裂症患者以现实感知方式受损为主要特征,临床可表现为持续性妄想、幻觉、思维混乱等精神症状,还可表现为身体攻击、攻击物品、自伤等攻击破坏行为^[2]。其中攻击行为较难预测且常导致不良后果,因此精神分裂症患者入院治疗时均需要接受暴力风险评估,以便后续进行管理干预^[3]。但临床常规护理常过度使用约束装置,而且无法高效调配护理资源,可能影响疗效,加重患者病情。基于此本次研究募集151例精神分裂症患者为对象,观察基于暴力风险评价的分级干预效果,旨在为临床优质护理提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 募集湖州市第三人民医院2021年6月至2022年6月收治的151例精神分裂症患者,纳入标准为:①年龄18岁以上;②符合精神分裂症诊断标准^[4];③首次确诊,住院治疗;④入院前未接受抗精神病相关药物治疗。排除标准为:①合并重要器官器质性损害;②合并脑外伤、脑卒中、痴呆等认知损害疾病;③合并其他精神疾病;④妊娠期、哺乳期妇女及计划妊娠妇女;⑤合并肢体功能性障碍、皮肤外伤等保护性约束禁忌。所有患者及其家属均签署研究知情同意书,本研究经医院医学伦理委员会审批。将患者以随机数字表法分为观察组(76例)和对照组(75例),其中观察组男性35例、女性41例;平均年龄(41.92±4.32)岁;平均病程(18.93±3.12)个月。对照组男性40例、女性35例;平均年龄

(43.27±5.42)岁;平均病程(19.89±3.72)个月。两组患者一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法 对照组采用常规干预。观察组采用基于暴力风险评价的分级干预。入院当天采用中文版布罗塞特暴力风险评估量表^[5](Brset violence checklist, BVC)评估患者暴力风险,0分为低风险,1~2分为中风险,3~6分为高风险,将患者评估结果登记在床头卡上,并以绿、黄、红区分低、中、高风险来警示交接护理人员。①低风险护理:不特别施加保护性约束,常规进行健康宣教,通过宣教短片及健康手册传授其精神分裂相关知识,并与患者进行互动交流,促进其建立对疾病的正确认知;常规进行用药护理,采用奖惩机制提高患者治疗、护理依从性,例如对主动配合用药治疗的患者,可适当增加其散步时间;了解患者兴趣爱好组建兴趣小组,开展交流会、手工比赛等团体活动,丰富住院生活,增强社交技能。②中风险护理:在低风险护理基础上限制活动范围,主要以病房为活动空间;患者可在护理人员全程指导下进行适当运动,以瑜伽、太极等低强度为宜,注意监测患者心率、呼吸、血压等生命体征变化,适时干预;保持病房环境干净、明亮,温度、湿度适宜,提高患者舒适度,晚间保持环境安静,对睡眠质量差的患者睡前指导其进行呼吸训练,促进其放松以便入睡。③高风险护理:在中风险护理基础上,采用护理人员一对一监护;清除房间内除必要设施外一切危险物并对尖锐部位进行保护措施,营造安全环境;护理人员可向患者家属获取照片、语音、视频等资料展现给患者,增强其认知功能,帮助其回顾正面经历,加强其自我认同,利用音乐疗法丰富患者住院生活;密切关注患者情绪及行为变化,及时安抚患者情绪,减少逆反心理,尝试与患者沟通,告知其需要接受保护性约束,尽

DOI:10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2023.004.027

作者单位:313000 浙江湖州,湖州市第三人民医院急诊科

量获取其同意,然后快速定位、排除刺激因素,使用保护性约束避免患者伤害并在约束后密切关注患者表现,待患者清醒确认缓和后尽快解除约束。两组患者均接受3个月护理。

1.3 观察指标 ①记录干预前后两组患者的约束时间。②采用中文版BVC评价患者暴力风险变化。③采用简明精神病评定量表^[6](the brief psychiatric rating scale, BPRS)评价患者疾病恢复,得分与精神分裂症严重程度呈正相关。

1.4 统计学方法 数据用SPSS 22.0软件分析,分别以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)和百分比表示计量资料和计数资料,并分别采用 t 检验和 χ^2 检验。设 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者暴力风险、约束时间比较见表1

表1 两组患者暴力风险、约束时间比较

组别	BVC得分/分		约束时间/h
	干预前	干预后	
观察组	1.34±0.62	0.75±0.44*	45.25±10.23*
对照组	1.29±0.56	1.00±0.33	58.32±13.46

注:*,与对照组干预后比较, $P < 0.05$ 。

由表1可见,干预前,两组患者BVC得分比较,差异无统计学意义($t=0.50, P > 0.05$);干预后,观察组BVC得分低于对照组,约束时间短于对照组,差异均有统计学意义(t 分别=3.97、6.72, P 均 < 0.05)。

2.2 两组患者疾病恢复比较 干预前观察组患者BPRS得分(45.51±8.25)分,与对照组(43.68±6.54)分比较,差异无统计学意义($t=1.51, P > 0.05$);干预后,观察组BPRS得分(29.04±3.47)分低于对照组(31.91±4.25)分,差异有统计学意义($t=4.54, P < 0.05$)。

3 讨论

精神分裂症患者深受持续性妄想、幻觉、幻听等精神症状困扰,受其支配时可突发暴力行为,后果十分严重,早期暴力风险预测有重要意义。本研究采用基于暴力风险评价的分级干预,结果显示干预后,观察组BVC得分低于对照组,约束时间短于对照组(P 均 < 0.05),说明基于暴力风险评价的分级干预可帮助降低患者暴力风险、减少攻击行为。

保护性约束是精神科医疗过程中的重要保护措施,其通过限制患者行为避免暴力导致的不良后果,不仅是患者及医护人员的安全保障,而且有助于医疗过程的顺利实施,确保治疗效果^[7]。但其在护理过程中仍存在一定不足,一方面是其使用时机有赖于经验

判断,未能合理调配护理资源,难以做到针对性干预,可能造成滥用约束或者过失,另一方面实施约束过程中可激起患者反抗情绪、行为导致受伤且加重应激^[8]。本研究针对常规护理的局限性进行优化分级干预,首先在患者入院时评估其暴力风险,根据评估结果初步构建护理框架,对几乎无攻击行为的低风险患者可施以常规管理,采用健康教育、社交训练等方式促进其尽快恢复,而对于有中、高暴力风险的患者则需要加强管控,采用指导运动、呼吸训练指导帮助其更好控制情绪,减少攻击行为。此外,定点追踪患者暴力风险变化,每周回顾及时调整患者暴力风险等级,有助于合理调配护理资源。本次研究结果显示,精神分裂症患者护理过程中采用基于暴力风险评价的分级干预的患者BPRS得分低于对照组($P < 0.05$),说明基于暴力风险评价的分级干预可帮助疾病恢复,这是因为基于暴力风险评价的分级干预能合理调配护理资源,通过正确、有效实施保护性约束帮助患者顺利治疗,从而保证良好治疗效果。

综上所述,精神分裂症患者护理过程中采用基于暴力风险评价的分级干预有助于缩短其约束时间,降低暴力风险,促进患者疾病恢复。

参考文献

- 周岑,王晓东,沈丽,等.精神分裂症发病机制相关基因多态性研究进展[J].医学综述,2020,26(8):1553-1557,1562.
- 靳玉宏,仪玉伟,陈博,等.北京市社区精神分裂症患者危险行为相关因素分析[J].国际精神病学杂志,2021,48(6):1014-1017,1035.
- 张芬,冯越.精神分裂症患者攻击行为的临床预测[J].重庆医学,2021,50(S1):397-399.
- 中华医学会精神病学分会.中国精神障碍分类与诊断标准第三版(精神障碍分类)[S].中华精神科杂志,2001,34(3):184-188.
- 吴宇飞,孙秀丽,李媛媛,等.中文版布罗塞特暴力风险评估量表的效度和信度检验[J].中国心理卫生杂志,2015,29(6):446-451.
- 张开国,黄安延,黄燕虹.首发住院精神分裂症患者未治疗期的影响因素及其与临床疗效的相关性研究[J].国际精神病学杂志,2020,47(2):262-266.
- 彭建燕,吴冬梅,杨海军,等.精神疾病患者保护性约束使用的现况调查[J].上海护理,2021,21(5):43-45.
- 李青峰,蒋威,左波,等.精神科护士保护性约束态度、行为与伦理氛围认知的现状及相关性分析[J].护士进修杂志,2020,35(4):342-347.

(收稿日期 2022-11-15)

(本文编辑 葛芳君)