

## ·临床研究·

## 支持性就业训练对慢性精神分裂症患者的影响

李朝晖,潘德民,刘西和,杨亚林

作者单位  
北京市大兴区心康  
医院精神科  
北京 102600  
基金项目  
北京市大兴区科技  
发展计划项目(No.  
KT201902306)  
收稿日期  
2019-07-12  
通讯作者  
李朝晖  
dxjwkjk@163.com

**摘要 目的:**探讨支持性就业训练对住院慢性精神分裂症患者症状及生活质量的影响。**方法:**精神分裂症患者80例,分为对照组和就业组各40例。2组均给予药物治疗及精神科常规治疗,就业组还给予支持性就业训练治疗,疗程24周,对比2组干预前后的阴性症状、生活质量、出院情况和出院后3月内的再住院及再就业情况、干预满意度。**结果:**干预后,2组的阴性症状评分均降低( $P<0.05$ ),就业组的阴性症状评分均低于对照组( $P<0.05$ );就业组的生活质量评分均降低( $P<0.05$ ),对照组的生活质量评分未出现明显变化( $P>0.05$ ),干预后就业组的生活质量评分均低于对照组( $P<0.05$ )。就业组患者治疗24周后出院的比例高于对照组患者( $P<0.05$ ),在出院后3月内,就业组的再住院率低于对照组,再就业率高于对照组( $P<0.05$ )。就业组的干预满意率高于对照组( $\chi^2=4.114, P<0.05$ ),干预满意度优于对照组( $z=1.955, P<0.05$ )。**结论:**支持性就业训练治疗能显著改善住院期间精神分裂症患者阴性症状,促进其社会功能恢复,提高患者生活质量。

**关键词** 精神分裂症;阴性症状;支持性就业训练;生活质量

**中图分类号** R741;R749.05;R749.3 **文献标识码** A **DOI** 10.16780/j.cnki.sjssgncj.20190897

**本文引用格式:**李朝晖,潘德民,刘西和,等.支持性就业训练对慢性精神分裂症患者的影响[J].神经损伤与功能重建,2020,15(9):556-558.

精神分裂症是精神科临床最常见的严重精神障碍,以精神活动与环境之间的不协调为主要特征,包含感知、思维、情感、行为等多方面的异常<sup>[1-6]</sup>。精神分裂症的整体预后欠佳,近70%的患者长期有明显的精神病性症状,且以阴性症状和认知缺陷为主,社会功能损害明显,功能残疾率高。全国残疾人流行病学调查数据显示精神分裂症约占精神残疾人数的70%,是导致精神残疾的最主要疾病<sup>[7]</sup>。由于患者对于该种疾病缺乏了解和病耻感等,就医及正规治疗的比例不高,相当比例的患者呈现出病情反复发作,迁延不愈,对患者的生活、社交、工作能力等产生巨大影响。目前尚无法将精神分裂症治愈,多数药物及非药物治疗手段仅能控制患者的症状,如何使患者再次回归社会一直是医学界的难题。最新的研究认为在常规的治疗过程中,辅助以合理的康复训练,可最大程度地发挥患者内在的潜力,使其能够在生理、心理等方面去达到最大化的恢复效果,而以药物为主的控制症状及职业康复为主的功能恢复,也成为精神分裂症患者治疗的两大主旨。本研究就支持性就业训练对80例住院慢性精神分裂症患者症状及生活质量的影响进行分析,现报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择2017年10月至2018年9月于我院住院治疗的精神分裂症患者80例,纳入标准:精神疾病的诊断标准参考DSM-5“精神分裂症”诊断标准<sup>[8]</sup>;信息提供准确完整;患者或监护人可以交流,有能力完成相关量表测查,能配合完成相关治疗及检查,完成数据捕捉;年龄<60岁;入院后经治疗病情基本

稳定,药物治疗剂量相对稳定,且无严重药物不良反应。排除标准:有严重躯体疾病、脑器质性疾病、物质滥用;因故没有完成全程治疗或数据不完整;系常年住院患者,不具备出院可能。本研究经我院医学伦理委员会批准,患者的监护人签署知情同意书。

### 1.2 方法

**1.2.1 患者分组** 依据患者身份证号码末位单、双号的方法,将患者分为2组各40例:①对照组,男29例,女11例;年龄(46.24±9.44)岁;单一用药22例,联合用药18例;病程(8.04±3.17)年;受教育(5.21±2.07)年;合并躯体疾病(2.05±0.42)种;氯丙嗪等效剂量(366.83±105.51)mg/d;②就业组,男31例,女9例;年龄(44.32±7.83)岁;单一用药24例,联合用药16例;病程(8.13±3.32)年;受教育(4.98±2.11)年;合并躯体疾病(2.11±0.73)种;氯丙嗪等效剂量(379.87±97.82)mg/d。2组一般资料比较差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。

**1.2.2 干预方法** 2组均接受抗精神病药物治疗,剂量维持相对稳定。对照组在病房内接受常规精神科治疗及护理,包括心理治疗、行为矫正、工娱治疗、健康宣教等。就业组在专职护士带领下接受专业康复治疗师提供的支持性就业训练:首先对患者进行1周的理论培训,指导其在院外训练过程中的准则,及在执行社交的过程中需掌握的基本技能、沟通方法等。之后由医务人员带领患者进入由医院设置的对社会开放的洗车房及超市,将患者分成汽车美容组、超市组、面点制作组,在医务人员的监督和管理之下,实行就业模拟训练,要求患者完成接待客人、销售、收银、盘库结账等实际的工作。要求每日实行考勤制度,严格上岗时间,每周由患者

主管医生、专职护士及康复治疗师对患者工作情况进行总结、反馈和指导,月末按实际劳动量以代金券的形式给患者发放绩效补贴。2组的干预时长均为24周。

1.3 观察指标

对比2组治疗前后的阴性症状、生活质量、干预满意度、出院情况、出院后3月内的再住院及再就业情况。利用阴性症状量表(scale for assessment of negative symptoms, SANS)评估患者的阴性症状情况,该量表分为情感淡漠、思维贫乏、意志缺乏、兴趣/社交缺乏、注意障碍5个维度,得分越高表示阴性症状越严重。利用精神分裂症患者生活质量量表<sup>[9]</sup>评估患者的生活质量,该量表分为心理社会、精力/动机、症状/副反应3个维度,得分越高表示生活质量越低。利用医院自行设计的干预满意度调查表评估患者满意度,该调查表共20个问题,每个问题的得分为0~5分,总分为0~100分,分为非常满意(得分≥90)、满意(90>得分≥75)、一般(74>得分≥60)和不同意(得分<59),由主管医生通过询问或电话随访的方式进行调查问卷填写,满意率=(非常满意人数+满意人数)÷总治疗人数×100%。为保证各量表评分的一致性和准确性,SANS由中级以上精神科医师填写,精神分裂症患者生活质量量表在心理治疗师指导下由患者本人填写。

1.4 统计学处理

采用SPSS 24.0软件进行统计学处理,计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,计数资料以例(n)及率(%)表示,2组计量资料比较采用独立样本t检验,同组干预前后计量资料比较采用配对t检验,计数资料比较采用 $\chi^2$ 检验,如理论频数小于5则采用Fisher精确概率检验,等级资料比较采用秩和检验中的Wilcoxon检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组治疗前后的阴性症状比较

治疗后,2组的SANS评分均降低( $t = -2.753$ 、 $-2.041$ 、 $-2.279$ 、 $-2.875$ 、 $-3.520$ 、 $-5.245$ 、 $-6.839$ 、 $-3.952$ 、 $-5.169$ 、 $-6.345$ ,  $P < 0.05$ ),就业组的SANS评分均低于对照组( $t = -2.691$ 、 $-5.292$ 、 $-2.077$ 、 $-2.469$ 、 $-2.757$ ,  $P < 0.05$ ),见表1。

2.2 2组干预前后的生活质量比较

治疗后,就业组的生活质量评分均降低( $t = -6.444$ 、 $-5.274$ 、 $-8.429$ ,  $P < 0.05$ ),对照组的生活质量评分无明显变化( $t = -0.861$ 、 $-0.884$ 、 $-1.749$ ,  $P > 0.05$ ),就业组的生活质量评分均低于对照组( $t = -4.918$ 、 $-4.564$ 、 $-6.218$ ,  $P < 0.05$ ),见表1。

2.3 2组的出院、再住院、再就业情况比较

治疗3月后,对照组出院20例(50.00%),就业组出院11例(27.50%),后者高于前者,差异有统计学意义( $\chi^2 = 4.266$ ,  $P = 0.039$ )。在出院后3月内,对照组再住院10例(90.91%),再就业0例;就业组再住院9例(45.00%),再就业8例(40.00%),就业组的再住院率低于对照组( $P = 0.020$ ),再就业率高于对照组( $P = 0.028$ )。

2.4 2组干预满意度比较

表1 2组治疗前后的SANS、生活质量评分比较(分,  $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 例数                       |                          | SANS                     |                         |
|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
|     |                          |                          | 情感淡漠                     | 思维贫乏                    |
| 对照组 | 40                       | 治疗前                      | 23.16±3.24               | 14.21±2.34              |
|     |                          | 治疗后                      | 21.33±2.68 <sup>①</sup>  | 13.02±2.85 <sup>①</sup> |
| 就业组 | 40                       | 治疗前                      | 23.45±3.47               | 13.78±2.65              |
|     |                          | 治疗后                      | 19.58±3.12 <sup>①②</sup> | 9.87±2.46 <sup>①②</sup> |
| 组别  | SANS                     |                          |                          |                         |
|     | 意志缺乏                     | 兴趣/社交缺乏                  | 注意障碍                     |                         |
| 对照组 | 11.52±2.26               | 14.57±2.72               | 8.46±2.03                |                         |
|     | 10.34±2.37 <sup>①</sup>  | 12.64±3.26 <sup>①</sup>  | 6.87±2.01 <sup>①</sup>   |                         |
| 就业组 | 11.68±3.13               | 14.28±2.53               | 8.55±2.12                |                         |
|     | 9.26±2.28 <sup>①②</sup>  | 10.79±3.44 <sup>①②</sup> | 5.64±1.98 <sup>①②</sup>  |                         |
| 组别  | 生活质量评分                   |                          |                          |                         |
|     | 心理社会                     | 精力/动机                    | 症状/副反应                   |                         |
| 对照组 | 25.46±6.51               | 41.23±7.95               | 17.52±3.65               |                         |
|     | 24.25±6.05               | 39.76±6.88               | 16.11±3.56               |                         |
| 就业组 | 25.75±5.71               | 40.63±6.75               | 18.21±4.01               |                         |
|     | 18.51±4.23 <sup>①②</sup> | 33.61±5.03 <sup>①②</sup> | 11.52±3.02 <sup>①②</sup> |                         |

注:与治疗前比较,<sup>①</sup> $P < 0.05$ ;与对照组比较,<sup>②</sup> $P < 0.05$

对照组非常满意5例(12.50%),满意13例(32.50%),一般20例(50.00%),不满意2例(5.00%),满意率为45.00%;就业组非常满意7例(17.50%),满意20例(50.00%),一般13例(32.50%),不满意0例,满意率为67.50%;2组的满意率差异有统计学意义( $\chi^2 = 4.114$ ,  $P < 0.05$ ),就业组的干预满意度优于对照组( $z = 1.955$ ,  $P < 0.05$ )。

3 讨论

精神分裂症一旦确定诊断,应及时采取足剂量、足疗程的系统的药物治疗<sup>[7]</sup>。精神分裂症多起病于青壮年,多数患者因受到疾病困扰,接受教育水平普遍偏低,尤其是职业相关的教育<sup>[10,11]</sup>。患者住院期间一般都是封闭式管理,住院时间较长,日常生活大多在医护人员的照料下进行,住院时间越长脱离社会的时间也就越长,容易形成懒散和衰退的状态,精神科药物对于这些症状的改善收效甚微<sup>[12]</sup>。综合以上因素,精神分裂症患者社会功能受损明显,再加上社会对精神分裂症患者很难做到平等对待,导致竞争性就业率很低,随着病程延长,患者的主观生活质量体验越来越差。长期和综合的康复治疗已成为精神康复的重点关注内容<sup>[13-15]</sup>。

精神障碍患者的康复目标是通过学习、功能的训练和相关环境的支持,使患者的社会性角色功能全面恢复,提高患者生活质量<sup>[16]</sup>。研究发现,传统的职业康复模式可促进患者适应庇护工厂的工作,但这种模式多从工作的专业要求作为出发点,为患者提供职业技能训练,在培训过程中,让患者参与工作实践,然后给予患者相关的就业安置。然而当患者回归社会时往往因为相关限制因素,使得就业范围狭窄,获得社会稳定工作的效果不明显。因此,目前的治疗重点是尽最大可能支持竞争性就业<sup>[7]</sup>。支

持性就业与传统职业康复模式不同,其重要特点是“先上岗,后培训”。它是基于患者自身潜能的基础上,重视的是先安置工作,患者能在工作岗位上接受专业人员提供的持续支持和帮助,保障患者在工作中进行必要的工作技能和工作习惯的培养和锻炼,这在无形之中扩大了我国精神障碍患者的就业范围<sup>[7]</sup>。

本研究对住院期间慢性精神分裂症患者进行系统的支持性就业训练治疗,结果显示,在经过为期24周的干预之后,2组的阴性症状均出现一定改善。对照组的改善主要归因于住院期间的规范治疗及护理,特别是非典型抗精神病药物的使用。就业组的阴性症状好转则得益于支持性就业训练的干预方法。在该种干预方式中,患者几乎实现了与外界环境以及社会的无缝隙接触,无论是出于患者回归社会的本能,还是出于控制阴性症状的需要,来自真实社区工作的刺激均起到良好的效果。这种良性的刺激封闭在病房内的患者无法体会。在干预过程中,患者还能得到代金券形式的绩效补贴,虽然对于多数精神分裂症患者而言,金钱的刺激已经无所谓,但这种付出劳动后得到回报的过程对患者的社会功能同样形成正向回馈,使患者更加乐观地认识到自己存在的价值。在生存质量方面,对照组并未出现明显变化,观察组则明显提升。本组患者均多次入院,反复的出入院对于该类患者而言已经没有新鲜感,无非是又在病房中度过一段时间而已,在医疗和护理技术并未出现本质性变化的前提下,住院患者的生存质量并没有出现明显变化。而观察组患者拥有了同外界接触的机会,每日所面对的已不仅仅是病房中的“熟人”和一成不变的环境。就业组所采用的方案中,要求患者在多个组循环反复,这可以使患者对于工作及人员的接触种类更多,获得更多新鲜的体验,这对于提升生存质量均有重要意义。经过干预后能出院的患者总体比例并不高,这也比较符合该类患者及区县级精神病院的一般情况。但就业组的出院、再入院、再就业比例高于对照组,就业组患者获得了更好的症状改善,自然出院的概率也会提升。在干预过程中所养成的良好社会生活习惯,也会协助患者在院外生活中规避再次发病的风险。其在干预过程中所获得的技能,也有利于再次寻找到合适的工作岗位。就业组患者在各项指标上均占据优势,因此在满意度方面占据优势也较合理。总之,就业组所使用的方法以工作的专业要求为出发点,为患者提供职业技能训练,在培训过程中,让患者参与工作实践,患者能在工作岗位上接受专业人员提

供的持续支持和帮助,保障患者在工作中进行必要的工作技能和工作习惯的培养和锻炼,获得更多新鲜体验。

综上所述,支持性就业训练治疗能显著改善住院期间精神分裂症患者阴性症状,促进其社会功能恢复,提高患者生活质量,值得在有条件的医院及康复机构进行应用与推广。

## 参考文献

- [1] 骆宏. 精神分裂症患者生活质量量表(SQLS)中文版: 修订及临床应用研究[D]. 浙江大学, 2002.
- [2] 沈燕敏, 王玲, 闵海瑛, 等. Orem自护模式对慢性精神分裂症患者自理能力及康复效果的影响分析[J]. 中国急救医学, 2018, 38: 275-275.
- [3] Bouwmans C, de Sonnevill C, Mulder CL, et al. Employment and the associated impact on quality of life in people diagnosed with schizophrenia [J]. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 2015, 8: 2125-2142.
- [4] 严伟良. 认知行为干预对改善精神分裂症患者生活质量与应对方式的效果研究[J]. 浙江临床医学, 2017, 19: 1860-1861.
- [5] 边季. 社区护理干预对精神分裂症患者生活质量的影响[J]. 中临床床研究, 2017, 9: 75-76.
- [6] 陆林. 沈渔邨精神病学[M]. 第6版. 北京: 人民卫生出版社, 2017: 300-333.
- [7] 杨德森, 刘协和, 许又新. 湘雅精神医学[M]. 北京: 科学出版社, 2015: 361-362.
- [8] 张道龙, 刘春宇, 童慧琦, 等. 精神障碍诊断与统计手册(美国精神医学学会编著)(第五版)[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2016: 94-101.
- [9] 骆宏, 罗南, 王义强, 等. 精神分裂症患者生活质量量表信效度检验与应用[J]. 中国心理卫生杂志, 2003, 17: 172-174.
- [10] Burgess B, Curtis-Downes D, Gibson RC. Education and employment levels among Jamaican patients newly diagnosed with schizophrenia and bipolar disorder[J]. *Int J Soc Psychiatry*, 2013, 59: 247-253.
- [11] National Collaborating Centre for Mental Health (UK). *Psychosis and Schizophrenia in Children and Young People: Recognition and Management* [J]. Leicester (UK): British Psychological Society, 2013: 358-378.
- [12] 袁薇, 丁晓平, 耿在香, 等. 延续护理对首次住院女性精神分裂症患者服药依从性及自知力影响[J]. 中国心理卫生杂志, 2019, 33: 167-171.
- [13] 袁朝霞, 章秋萍, 朱小英, 等. 社会认知与交互训练对精神分裂症患者心理弹性和应对方式的影响[J]. 护理与康复, 2018, 17: 3-6,11.
- [14] 姜雅琴, 汪作为, 介勇, 等. 社会认知与互动训练对社区精神分裂症患者康复效果的影响[J]. 上海交通大学学报(医学版), 2018, 38: 310-315.
- [15] 唐本玲, 沈尤兰, 田雪入, 等. 利培酮联合盐酸丁螺环酮片改善精神分裂症患者康复期认知功能[J]. 神经损伤与功能重建, 2019, 14: 153-155.
- [16] 马辛. 精神科诊疗常规[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2012: 153-157.
- [17] 吴翔. 我国残疾人支持性就业问题研究[D]. 安徽大学, 2015.

(本文编辑:王晶)