



蒙玲¹，韋佳²，韋李說³

摘要

目的 探討農療對農村精神分裂症患者社會功能的影響。方法 選擇2012年5月至2013年6月住院的病人，在住院期間，使用循序漸進的方法進行農療幹預，於出院後一個月採用社會功能缺陷篩選量表（SDSS）進行評分，再追蹤6年，每年對社會功能進行評分一次。結果 經過觀察，兩組總分總體逐年增高，幹預後農療組的SDSS總分與10個因數的得分都明顯低於對照組，差異有統計學意義（ $P < 0.05$ ）。結論 農療可以改善社會功能，延緩社會功能的退化，提高患者生活品質，值得推廣應用。

關鍵字：農療，農村精神分裂症，社會功能，影響

壹、背景

隨著我國農村社會的發展變化，很多農民承受的精神壓力也隨之增大，精神問題、精神疾病日益突出。與城市相比，當前農村精神病人的很多康復要求得不到滿足且滿意度不高，尤其是醫療康復和職業康復⁴方面。但是，當前農療的正在逐步推進，推動了精神病人康復工作開展，為農村精神病人社會功能的康復提供全面長遠的理論指導，更好的促進和解決農村精神病人的康復服務工作，建立和完善精神病人的康復服務保障體系，對維護社會穩定意義重大⁵。很多的研究認為精神分裂症治療康復的重點不僅僅是對臨床症狀的控制，還包括其家庭、社會功能的恢復，直接影響病人及其家庭的疾病負擔及生活品質^{6,7}。我院住院患者中，農村病人占絕大多數，為了豐富他們的住院生活，使他們得到更有效的康復，結合我院實際情況，在開展各項康復的同時，開展與其家庭勞作密切相關的農療課程，於出院後隨訪，採用社會功能缺陷篩選量表（SDSS）進行效果評估，現將結果報告如下。

1. 河池市第六人民醫院。

2. 河池市第六人民醫院。

3. 河池市第六人民醫院。

4. 陸愛軍，王永強. “農療”對慢性精神分裂症住院患者的康復效果[J]. 上海精神醫學，2010，2(4)：236-238.

5. 溫愛玉，王雲仙. 長期住院精神病患者對改善住院環境需求的調整分析[J]. 護理與康復，2012，11(3)：219-221.

6. 餘建英，王旭，林小敏. 社區綜合康復訓練對慢性精神分裂症病人家庭功能和社會功能影響的研究[J]. 護理研究，2015，29(7B)：2540-2542.

7. 趙濤，張傳海，莊美芳，等. 家屬培訓對長期住院慢性精神分裂症患者康復的影響[J]. 護理學雜誌，2012，27(5)：29-31.



貳、物件與方法

1 研究物件

選擇2012年5月至2013年6月住院的農村精神分裂症患者。入組標準：
①符合CCMD-3診斷標準；②患者和(或)家屬簽署《農療知情同意書》
和願意參與研究的知情同意書；③陽性和陰性症狀量表評分 <35 分；
④有一定認知、理解能力，溝通無明顯障礙。排除標準：①韋氏
智力測驗 I Q <70 ；②伴有嚴重軀體疾病和明顯的藥物不良反應。
將入組的共80例患者，隨機分為對照組和農療組。對照組40例：男
性29例，女性11例；年齡 20-56 歲，已婚 14 例，有子女4例，未
婚26例，住院天數61-268天，病程1-14年。農療組40例：男性31例，
女性9例；年齡 18-57 歲，已婚15 例，有子女4例，未婚25例，住
院天數 65-273天，病程 1-13 年。農療天數 64-262 天，兩組病
人的性別，年齡、婚姻情況、住院天數、病程等方面無明顯差異性，
 $P>0.05$ ，見表1。

表1：兩組病人的年齡、病程情況

組別	平均年齡 (歲)	病程 (個月)
對照組	44.19±8.12	231.50±107.83
農療組	44.33±9.71	236.40±25.35
P值	>0.05	>0.05

2 方法

2.1 農療方法

(1)成立農療小組(設小組長，由病人擔任)，由病房主管醫生和主管護士做好心理護理，鼓勵病情穩定後的病人參加農療小組；瞭解各患者家庭勞作的基本內容，利用我院現有的條件，開設家庭常栽蔬菜和瓜果的培育種植。

(2)每月由分管農療專案的護士用多媒體進行講課，內容包括：參與農療的必要性和意義、各種時令農作物的栽培和病蟲防治、各種工具的使用和維護，每次課程30分鐘。



(3) 農療組住院期間參與農療的時間 ≥ 4 周。採用循序漸進的作業方法：第一周每天1小時(上、下午各30分鐘)；第二周每天2小時(上、下午各60分鐘)；第三周每天3小時(上、下午各90分鐘)；第四周以後每天4小時(上、下午各120分鐘)，直至出院。

(4) 把每天的農療任務分兩部分，研究物件分為兩個小組，每次治療結束後，由農療小組長進行品質檢查，本小組成員之間進行點評，由農療護士總結並發給相應的精神獎勵和物質獎勵，農療患者兩組之間每週進行相互交流1次，農療護士在每次農療之前，組織農療小組對農療基地現有的農作物進行勘察，瞭解農作物的長勢、患病情況，對長勢、患病情況進行現場分析，制定防治措施，佈置本次農療的任務。對照組則不參與其治療，靜養方式。

(5) 農療成品每月通過多媒體展示一次，每4周為農療的一個療程。

(6) 出院後農療組每天參與家庭勞作 ≥ 2 小時。

2.2 建立支援系統

家庭的關心及支持是精神病人康復的物質保障和精神支柱，住院期間農療護士定期向病區反映病人的農療情況，主管醫生與患者的家屬進行有效溝通，把病人的進步如實告知家屬，出院後定期隨訪，讓家屬鼓勵、支援病人參與農療。

2.3 調查方法

採用自製的一般情況調查表收集患者的基本情況，內容包括性別、年齡、婚姻情況、病程、住院天數、家庭常規勞作等內容。

3 評定方法

本文觀察的指標主要為患者的社會功能狀況，採用社會功能篩選量表評定(SDSS)，SDSS共10個項目，每項目的評分為0-2分，分3級評分：(0分)無缺陷，(1分)有些缺陷，(2分)嚴重缺陷。未婚者的第2和第3項評分記9，不計入總分，評定範圍為最近一月。我國十二地區精神疾病流行學調查規定總分 ≥ 2 分，為有社會功能缺陷。

4 統計方法

採用SPSS9.0軟體進行分析，SDSS相關資料對比採用t檢驗， $P < 0.05$ 代表差異顯著。

三、結果

經過觀察，農療組的SDSS總分與10個因數的得分都明顯低於對照組，差異有統計學意義($P < 0.05$)。見表2。經過追蹤6年，我們發現6年期間兩組總分總體逐年增高。見圖1。我們又總結了2014-2019年農療組和對照組的SDSS



年農療組和對照組的SDSS總分與10個因數的得分，見表3。

)

表2：兩組幹預後SDSS相關評分對比(x±s，分)

項目	對照組	農療組	t	P
SDSS總分	403±0.5	213±0.5	10.258	<0.05
因數				
職業和工作	53 ± 0.5	12±0.5	9.258	<0.05
婚姻職能	10 ±0.5	9±0.5	1.582	<0.05
父母職能	10±0.5	2±0.5	8.228	<0.05
社會性退縮	10±0.5	17±0.5	6.257	<0.05
家庭外的社會活動	59±0.5	20±0.5	7.559	<0.05
家庭內的活動過少	54±0.5	23±0.5	362.252	<0.05
家庭職能	55±0.5	24±0.5	10.254	<0.05
個人生活自理	16±0.5	6±0.5	15.245	<0.05
對外界的興趣和關心	68±0.5	42±0.5	6.889	<0.05
責任心和計劃性	68±0.5	57±0.5	6.255	<0.05

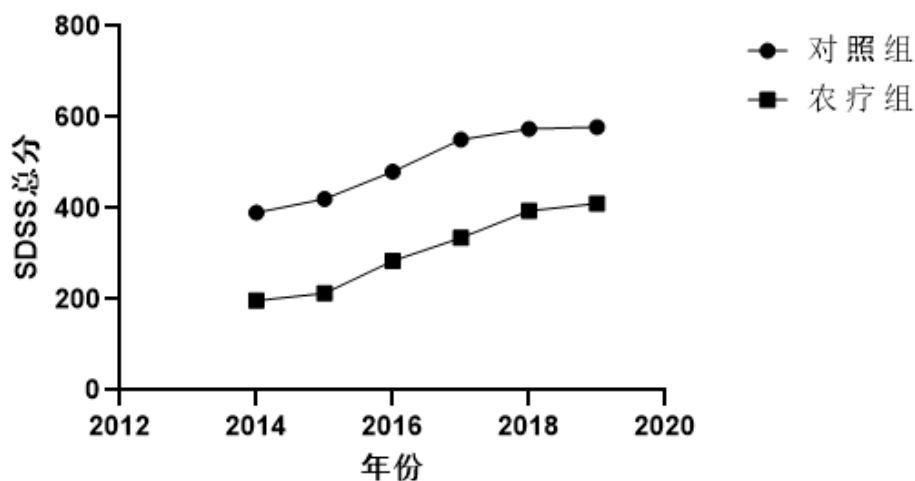
表3 2014-2019年兩組的SDSS總分與10個因數的平均得分情況(x±s，分)



表3 2014-2019年兩組的SDSS總分與10個因數的平均得分情況(x±s, 分)

項目	對照組	農療組	t	P
SDSS總分	498.8±0.5	305.5±0.5	20.324	<0.05
因數				
職業和工作	57.8±0.5	35.3±0.5	1.582	<0.05
婚姻職能	10 ±0.5	19.5±0.5	4.235	<0.05
父母職能	9.5±0.5	5.5±0.5	4.789	<0.05
社會性退縮	61±0.5	36.5±0.5	4.237	<0.05
家庭外的社會活動	62±0.5	36.8±0.5	6.89	<0.05
家庭內的活動過少	58±0.5	36.1±0.5	2.15	<0.05
家庭職能	61.7±0.5	36±0.5	6.908	<0.05
個人生活自理	27.7±0.5	15.5±0.5	6.460	<0.05
對外界的興趣和關心	66.2±0.5	38.2±0.5	7.256	<0.05
責任心和計劃性	68.7±0.5	46±0.5	5.248	<0.05

圖1：兩組各年的SDSS總分總體趨勢圖





肆、討論

目前我國農村地區，由於醫療資源的缺乏和不足，精神病人的醫療康復服務遠遠不夠，加之職業康復、教育康復和社會康復等起步較晚，很多政策及康復制度都很缺失，所以我國農村精神病人的康復保障服務任重而道遠⁸。國家執行的新型農村合作醫療政策，讓許多農村的精神病患者有條件得到系統的治療，農療是非藥物治療綜合幹預治療方法其中的一種，是一個主動參與的過程，增強了患者的主動性，提高了患者農療參與周圍活動的興趣，對於農村精神病人更具有實用性意義。患者生活在農村，祖輩的勞作，熟悉的耕種程式在農療基地盡現，患者在相互交流勞作經驗的同時，可以相互傾訴，室外開放的空間更易使他們不快的情緒，得到宣洩，為患者建立良好的心境起積極作用，有利於疾病的康復。農療計畫的第四周，勞動時間和強度基本接近農村的勞動實況，通過循序漸進的方法，使第四周後的勞動時間、強度接近農村常規家庭勞作，每週逐漸加重勞動強度、延長勞動時間，隨著工作時間、強度的遞增，使機體的順應性提高，病人更容易適應。通過多媒體講課，增加患者的新鮮感，生動有趣的畫面更能吸引他們的注意力，農療成品的展示、支援系統的建立，提高他們完成農療任務的信心，對發展新的興趣或計畫起促動作用⁹，這說明有組織、有計劃、有目的的農療訓練對精神分裂症病人康復是有積極意義的，與徐燕等¹⁰的研究結果相一致。

在經濟和文化水準相對低下的農村，人們對精神病知識的知曉偏少，往往忽視了患者社會功能的恢復和重建，患者病情複雜多變，複診率高，精神病患者的費用已成為社會和患者家庭沉重的負擔，而農療療效的提高，可以使患者創造一定社會經濟效益，減輕家庭負擔，提高生活品質，該研究結果與張文¹¹的研究結果相一致。

總之，本研究中，患者的復發率會對SDSS評分產生一定的影響，出院後，患者疾病的週期、心理狀態也會對評分產生一定誤差。但是，對比兩組10個因數的SDSS總分，農療可以使精神病患者的惰性和負性情緒減輕，改善社會功能，提高社會適應能力和遠期療效，提高患者生活品質，值得推廣應用。

8. 姚志賢· 新型農村合作醫療制度中精神病人醫療康復受益情況調查報告[J]· 中國康復理論與實踐, 2009, 10(10): 22-23

9. 楊團, 李敬, 唐曉春· 北京市農村地區精神病人康復服務現狀與政策研究[J]· 中國社會科學院社會政策研究中心, 2008, 7(12): 88-91.

10. 徐燕, 蔡軍, 周岩岩, 等· 農療訓練對社區精神分裂症病人康復的效果分析· [J] 護理研究 2018, 32(7): 1142-1143.

11. 張文· 農療對精神分裂症慢性期病人康復的影響[J]. 中國民康醫學, 2009, 21(6):624-625.



伍、參考文獻

4. 陸愛軍，王永強. “農療”對慢性精神分裂症住院患者的康復效果[J]. 上海精神醫學，2010，2(4)：236-238.
5. 溫愛玉，王雲仙. 長期住院精神病患者對改善住院環境需求的調整分析[J]. 護理與康復，2012，11(3)：219-221.
6. 余建英，王旭，林小敏. 社區綜合康復訓練對慢性精神分裂症病人家庭功能和社會功能影響的研究[J]. 護理研究，2015，29(7B)：2540-2542.
7. 趙濤，張傳海，莊美芳，等. 家屬培訓對長期住院慢性精神分裂症患者康復的影響[J]. 護理學雜誌，2012，27(5)：29-31.
8. 姚志賢. 新型農村合作醫療制度中精神病人醫療康復受益情況調查報告[J]. 中國康復理論與實踐，2009，10(10)：22-23.
9. 楊團，李敬，唐曉春. 北京市農村地區精神病人康復服務現狀與政策研究[J]. 中國社會科學院社會政策研究中心，2008，7(12)：88-91.
10. 徐燕，蔡軍，周岩岩，等. 農療訓練對社區精神分裂症病人康復的效果分析. [J] 護理研究 2018，32(7)：1142-1143.
11. 張文. 農療對精神分裂症慢性期病人康復的影響[J]. 中國民康醫學，2009，21(6)：624-625.