

# 认知行为护理干预对精神分裂症患者服药依从性、健康行为的影响

周莉 孙春波

中国人民解放军联勤保障部队第九二三医院 广西 南宁 530012

**【摘要】目的:** 探讨认知行为护理干预对精神分裂症患者服药依从性、健康行为的影响。**方法:** 本研究选取2020年1月—2021年12月我院收治的100例精神分裂症患者作为研究对象,以随机数字表法将其分为常规组和实验组,每组50例。常规组实施常规护理干预,实验组在常规组的基础上开展认知行为护理干预;比较两组患者精神症状、认知程度、社会功能损害程度、服药依从性及健康行为。**结果:** 护理前,两组患者精神症状、认知程度及社会功能损害程度比较差异无统计学意义,  $P>0.05$ ; 护理后,实验组患者阳性与阴性症状量表(PANSS)中阴性症状、阳性症状评分及社会功能缺陷筛选量表(SDSS)评分均低于常规组,自知力与治疗态度问卷(ITAQ)得分高于常规组,差异有统计学意义,  $P<0.05$ 。实验组患者服药依从性高于常规组,差异有统计学意义,  $P<0.05$ 。护理前,两组健康行为各项评分比较差异无统计学意义,  $P>0.05$ ; 护理后,实验组患者日常生活自理、自我心理调节、合理用药、症状自我处理及社会生活能力等健康行为评分均高于常规组,差异有统计学意义,  $P<0.05$ 。护理前,两组简易生活质量量表(SF-36)各维度评分比较差异无统计学意义,  $P>0.05$ ; 护理后,实验组患者生理机能、躯体疼痛、精神健康、情感职能、社会功能、健康状况、生理职能及活力等生活质量评分均高于常规组,差异有统计学意义,  $P<0.05$ 。**结论:** 开展认知行为护理干预,可有效减轻精神分裂症患者的精神症状及社会功能缺陷程度,促使提高患者的认知程度及服药依从性,有助于患者坚持健康行为,值得临床推广。

**【关键词】** 认知行为护理干预; 精神分裂症; 认知程度; 服药依从性; 健康行为; 生活质量

**【中图分类号】** R749.3

**【文献标识码】** A

**【文章编号】** 2096-1685(2022)09-0004-04

精神分裂症属于临床精神科常见疾病,主要是由于家族遗传、社会压力、化学及性格等多种因素所引发的思维、意志与行为、感知觉及情感等方面障碍,严重者可出现认知障碍<sup>[1]</sup>。本病起病隐匿、病程较长、早期症状不明显,若未能及时得到有效治疗,患者预后差,从而对其学习、生活、工作、社交能力造成严重影响<sup>[2]</sup>。临床针对本病多采取药物治疗方案,但单纯药物干预对病情起到一定控制效果,无法有效改善其自理能力,故临床提出在科学治疗的同时开展优质护理服务以培养患者独立生活的技能。认知行为护理属于一种临床新型综合性护理管理,主要指护士向患者宣教疾病知识、用药知识及并发症管理技能,并提供良好的情感支持,以提高患者自我护理能力,促使其临床症状缓解<sup>[3]</sup>。本研究对我院精神分裂症患者采取认知行为护理干预,分析其实施效果。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取2020年1月—2021年12月我院收治的106例精神分裂症患者为研究对象,且本研究经医院伦理委员会批准。两组入组对象均为男性,常规组患者年龄30~50岁,均龄(40.02±3.59)岁;实验组患者年龄31~49岁,均龄(40.07±3.53)岁。两组患者一般资料差异无统计学意义,  $P>0.05$ ,研究有可比性。

**纳入标准:** (1) 均符合《中国精神病临床高危综合征早期识别和干预—CSNP精神病性障碍研究联盟专家共识(2020版)》<sup>[4]</sup>中精神分裂症相关诊断标准;(2) 文化程度均在初中

以上;(3) 均知情同意加入。

**排除标准**<sup>[5]</sup>: (1) 合并重要脏器功能障碍者;(2) 存在认知功能障碍;(3) 存在恶性肿瘤者。

### 1.2 方法

**1.2.1 常规组实施常规护理干预** 护理人员遵医嘱用药,常规开展基础护理、心理疏导、饮食指导、用药说明等干预措施。

**1.2.2 实验组在常规组的基础上开展认知行为护理干预** 具体内容如下:

**1.2.2.1 患者入院后,** 护士主动热情接待、积极交流,并通过介绍院内环境、病区制度等话题与患者建立友好关系;通过详细交谈以评估患者潜在问题及病情发作的影响因素。

**1.2.2.2 护士叮嘱患者家属多提供陪伴,** 并帮助患者快速熟悉并适应住院环境,以减少其进入新环境后产生心理。

**1.2.2.3 护士为患者及其家属开展专业的疾病知识讲课,** 依据患者文化程度及理解接收能力开展一对一宣教,通过宣传手册、图片及视频等形式宣讲疾病知识,注意精神分裂症具体内容讲解时尽可能运用通俗易懂的言语;分享其他病友出现幻听、妄想等精神症状时的具体特征,并教会患者及家属正确用药方法。

**1.2.2.4 在科室内举办集体活动,** 鼓励患者勇敢表达自身感受及想法,以调动其沟通积极性;开展放松训练,向患者说明放松训练对疾病具有帮助作用,指导其采取平卧位、轻闭双眼,播放轻柔音乐,嘱患者放松全身肌肉,以缓解其紧张情绪

(每次开展 40min 左右, 1 次 / 周)。

1.2.2.5 针对病情恢复良好的患者, 组织开展户外活动, 护士及家属与患者积极互动, 促进其肢体语言的表达, 并提升患者的社交能力。

1.2.2.6 护理人员依据患者病情发展或改善情况, 为其制订个体化生活能力行为及社交技能训练方案, 并通过角色扮演、文化娱乐活动等实景演练以帮助患者加深记忆, 正确应对。

1.3 观察指标

1.3.1 精神症状改善情况 运用阳性与阴性症状量表 (PANSS) 对患者进行评分, 主要包括阴性症状评分、阳性症状评分, 得分越低表示患者精神症状改善情况越佳<sup>[6]</sup>; 选择自知力与治疗态度问卷 (ITAQ) 分别于护理前后对两组患者的疾病认知程度及用药态度进行评价, 满分 22 分, 得分越高认知水平越高<sup>[7]</sup>; 借助社会功能缺陷筛选量表 (SDSS) 评估两组患者社会功能损害程度, 总分 20 分, 得分越低提示社会功能损害程度越轻<sup>[8]</sup>。

1.3.2 服药依从性 患者自觉遵医嘱正常服药, 未发生错服、漏服等情况为十分依从; 患者需要在家属辅助下或护士监督下服药, 存在一定的错服、漏服等情况为基本依从; 患者

拒绝或排斥服药, 配合度较差为不依从<sup>[9]</sup>。服药依从性 = (十分依从例数 + 基本依从例数) / 总例数 × 100%。

1.3.3 评估两组健康行为 包括日常生活自理、自我心理调节、合理用药、症状自我处理及社会生活能力等项目, 各项满分为 20 分, 分值越大表示患者健康行为越佳。

1.3.4 生活质量评估 选用简易生活质量量表 (SF-36) 该量表共包含生理机能、躯体疼痛、精神健康、情感职能、社会功能、健康状况、生理职能及活力八个维度, 各维度满分为 100 分, 得分越高表示患者生活质量越佳<sup>[10]</sup>。

1.4 统计学处理

本研究采用 SPSS 20.0 统计软件对本文数据进行分析, 计量资料以 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 行  $t$  检验; 计数资料以百分率 (%) 表示, 行  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 精神症状、认知程度及社会功能损害程度

护理前, 两组精神症状、认知程度及社会功能损害程度比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 护理后, 实验组患者 PANSS 中阴性症状、阳性症状评分及 SDSS 评分均低于常规组, ITAQ 得分高于常规组 ( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 两组患者精神症状、认知程度及社会功能损害程度比较 [ $n=50$ , ( $\bar{x} \pm s$ ), 分]

组别	阴性症状		阳性症状		ITAQ		SDSS	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
常规组	28.06 ± 3.19	23.97 ± 3.76	21.97 ± 3.28	17.15 ± 2.01	5.03 ± 0.98	11.12 ± 1.40	13.67 ± 1.38	11.07 ± 1.25
实验组	28.02 ± 3.24	17.21 ± 2.50	22.04 ± 3.37	14.72 ± 1.37	5.06 ± 0.97	14.93 ± 1.67	13.64 ± 1.36	9.18 ± 0.92
$t$	0.062	10.586	0.105	7.064	0.154	12.363	0.109	8.611
$P$	$P > 0.05$	$P < 0.05$	$P > 0.05$	$P < 0.05$	$P > 0.05$	$P < 0.05$	$P > 0.05$	$P < 0.05$

2.2 服药依从性

实验组患者服药依从性高于常规组, 差异有统计学意义

( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 两组患者服药依从性比较 [ $n(\%)$ ]

组别	$n$	十分依从	基本依从	不依从	服药依从性
常规组	50	18 (36.00)	22 (44.00)	10 (20.00)	40 (80.00)
实验组	50	26 (52.00)	21 (42.00)	3 (6.00)	47 (94.00)
$\chi^2$	—	—	—	—	4.332
$P$	—	—	—	—	$P < 0.05$

2.3 健康行为评分

护理前, 两组健康行为评分比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 护理后, 实验组患者日常生活自理、自我心理调节、

合理用药、症状自我处理及社会生活能力等健康行为评分均高于常规组 ( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 3 两组患者健康行为评分比较 [ $n=50$ , ( $\bar{x} \pm s$ ), 分]

组别	日常生活自理		自我心理调节		合理用药		症状自我处理		社会生活能力	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
常规组	10.20 ± 1.25	13.56 ± 2.63	10.69 ± 1.33	14.97 ± 2.50	11.08 ± 1.47	15.02 ± 2.81	9.84 ± 1.06	12.91 ± 2.06	10.17 ± 1.66	13.04 ± 2.15
实验组	10.23 ± 1.29	18.54 ± 1.08	10.71 ± 1.35	19.13 ± 0.62	11.12 ± 1.45	19.35 ± 0.54	9.88 ± 1.04	18.07 ± 1.19	10.13 ± 1.64	18.90 ± 1.03
$t$	0.118	12.386	0.075	11.420	0.137	10.700	0.190	15.337	0.121	17.381
$P$	$P > 0.05$	$P < 0.05$	$P > 0.05$	$P < 0.05$	$P > 0.05$	$P < 0.05$	$P > 0.05$	$P < 0.05$	$P > 0.05$	$P < 0.05$

2.4 生活质量

护理前, 两组生活质量各维度评分比较差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ); 护理后, 实验组患者生理机能、躯体疼痛、精神健康、情感职能、社会功能、健康状况、生理职能及活力等生活质量评分均高于常规组 ( $P<0.05$ )。见表 4。

表 4 两组患者生活质量改善情况比较 [ $n=50$ , ( $\bar{x}\pm s$ ), 分]

维度	常规组		实验组	
	护理前	护理后	护理前	护理后
生理机能	43.26±3.87	62.72±4.23	43.22±3.65	74.85±5.24#
躯体疼痛	47.18±4.65	61.93±4.68	47.20±4.37	77.13±6.13#
精神健康	45.96±3.38	64.08±5.27	45.99±3.35	73.09±5.17#
情感职能	46.48±3.37	62.56±4.51	45.57±3.41	71.97±5.48#
社会功能	42.27±3.18	60.14±4.46	42.31±3.16	75.81±6.09#
健康状况	45.09±3.34	63.28±4.51	44.06±3.72	73.85±5.04#
生理职能	44.34±3.06	64.19±5.32	44.51±3.08	71.94±5.12#
活力	48.92±4.19	62.76±4.34	48.87±4.25	72.69±5.10#

注: 与常规组护理后相比, # $P<0.05$ 。

3 讨论

近年来, 激烈的社会竞争导致精神分裂症患病率逐年递增且呈年轻化趋势发展。调查显示, 世界人口中约有 0.3%~0.7% 的人受精神分裂症影响<sup>[11]</sup>; 而我国目前精神分裂症患者存在巨大负担, 其对家庭所形成经济负担也呈明显上升趋势。既往临床开展的常规护理干预模式未能重视认知程度对精神分裂症患者病情的影响, 从而导致护理干预效果欠佳<sup>[12]</sup>, 因此临床开始积极探索更为科学合理的护理干预模式。

陈静静、职彦敏、郭宇宁<sup>[13]</sup>等学者报道中认为, 规范化小组认知行为干预可作为精神分裂症临床治疗的重要辅助手段, 能显著提高患者的积极心理品质, 并促使其社会功能改善。本研究结果显示, 护理后, 实验组 PANSS 中阴性症状、阳性症状评分及 SDSS 评分均低于常规组, ITAQ 得分高于常规组, 差异有统计学意义 ( $P<0.05$ ); 分析原因可能为护士通过引导患者积极表达内心真实感受, 并帮助其患者建立正确的思维, 学习疾病发作的特点及应对方式, 能有效缓解其精神症状; 通过积极开展各项活动能重新建立患者对事物的兴趣, 加强其认知。同时, 在学习及训练过程中患者不断模仿、积极参与, 可显著减轻社会功能损害程度, 有助于其社交功能的恢复。本研究中, 实验组患者服药依从性高于常规组, 差异有统计学意义 ( $P<0.05$ ); 充分说明认知行为护理干预能够促进患者病情恢复, 使其充分认识到坚持服药的重要性。本研究还指出, 实验组患者护理后日常生活自理、自我心理调节、合理用药、症状自我处理及社会生活能力等健康行为评分均高于常规组, 差异有统计学意义 ( $P<0.05$ ); 表示护士在指导患者开展各项技能训练的同时, 还能帮助其养成良好的生活习惯, 促使患者生活自理能力逐渐恢复。同时, 认知行为护理干预可督促患者自觉摒除治疗期间不良因素, 以理性放松的心态应对各方面压力, 有助于患者建立自身健康行为方式。此外, 认知行为护理

干预通过分阶段的健康宣教, 可使精神分裂症患者明确自身疾病的特殊性、服药的目的及开展户外活动意义, 并掌握相关配合注意事项, 从而缓解其各种负面情绪; 同时, 让患者全面了解长期治疗所需承受的精神及经济等多方面负担, 以便其做好充分的心理准备。本文实验组患者干预后生活质量各维度 (包括生理机能、躯体疼痛、精神健康、情感职能、社会功能、健康状况、生理职能及活力) 评分均高于常规组, 差异有统计学意义 ( $P<0.05$ ); 提示认知行为的改变能一定程度上减轻精神分裂症患者的心理负担, 从而促使其生活质量改善。

综上所述, 认知行为护理干预在临床合理应用后获得满意效果, 其不仅能显著改善精神分裂症患者精神症状、认知程度及社会功能损害程度, 还可有效提升其服药依从性, 提高其健康行为评分及生活质量, 值得临床采纳与推广。

本研究不足之处在于选取的研究样本数量过少、分组设计不严谨、观察指标不全面、研究时间较短等; 今后临床可扩大样本选取数量、引用更多客观合理的观察指标、延长研究时间, 进一步深入分析认知行为护理干预在临床精神分裂症患者治疗期间合理应用后产生的作用。

参考文献

[1] 王雅辞, 闫冰雪, 关馨瑶. 时间护理对精神分裂症患者危险行为及精神症状的影响 [J]. 中华现代护理杂志, 2020, 26(22): 3037-3040.

[2] 陈德沈, 沙建敏, 吕双燕, 等. 认知行为疗法、中医情志护理配合重复经颅磁刺激干预精神分裂症临床研究 [J]. 新中医, 2020, 52(15): 69-72.

[3] 储文革, 周美春, 陈燕, 等. 认知行为治疗对精神分裂症患者临床疗效与自知力的影响 [J]. 国际精神病学杂志, 2020, 47(2): 304-308.

[4] CSNP 精神病性障碍研究联盟全体成员. 中国精神临床高危综合征早期识别和干预—CSNP 精神病性障碍研究联盟专家共识 (2020 版) [J]. 中国神经精神疾病杂志, 2020, 46(4): 193-199.

[5] 李艳丽, 骆伟玲, 陈少英, 等. 医患共同决策干预在精神分裂症伴持续性幻听患者中的应用 [J]. 齐鲁护理杂志, 2020, 26(9): 53-55.

[6] 韩桂芳, 周英, 陈玉琴, 等. 信息-动机-行为护理在慢性精神分裂症患者护理中的实行价值 [J]. 国际精神病学杂志, 2021, 48(5): 911-914.

[7] 马安安, 毕翠云, 李蕾. 认知行为干预联合舒适护理对精神分裂症患者治疗态度及暴力行为的影响 [J]. 国际护理学杂志, 2020, 39(19): 3614-3616.

[8] 朱继锋, 张银霞, 王振义, 等. 认知行为疗法在精神分裂症中的应用效果及对患者病耻感的影响 [J]. 临床医学研究与实践, 2020, 5(18): 179-181.

(下转第 12 页)



参考文献

[1] Tamari M,Hirota T. Genome-wide association studies of atopic dermatitis[J].J Dermatol Venereol,2014,41(3):213-220.

[2] 赵辨. 中国临床皮肤病学:上册[M]. 南京:江苏科学技术出版社,2010:608-613.

[3] 张晓红,周金凤,杨桂玲. 维生素 D2 预防新生儿缺钙的临床观察[J]. 中国伤残医学,2008(2):69-70.

[4] 刘琳. 618 例变态反应性皮肤病患者血清特异性 I gE 检测结果分析[J]. 实验与检验医学,2014,32(3):322-324.

[5] 邱萌,陆晓霏,马剑辉,等. 特异性皮炎患儿血清 25-(OH) D3 水平变化及其临床意义[J]. 山东医药,2017,57(44):56-58.

[6] 李梅云,谢丽,何欢,等. 儿童特异性皮炎严重度与维生素 D 水平的相关性[J]. 临床儿科杂志,2019,37(10):727-730.

[7] 裴小平,谷梅,陈文静,等. 儿童特异性皮炎严重度与 25 羟维生素 D、总 IgE 及 IL-4 水平的相关性研究[J]. 皮肤病诊断学杂志,2020,27(4):227-231.

[8] 阮富旺,杨万勇,陈波,等. 血清 25-羟维生素 D3 水平与婴儿特异性皮炎严重度的相关性研究[J]. 实验与检验医学,2021,39(1):49-52.

[9] 杨春化. 维生素 D 简介[J]. 中国实用医学,2009,4(3):243-244.

[10] 符颖,陈菊香,何瑞英. 血清总 IgE 和嗜酸性粒细胞检测在过敏性皮肤病中的作用分析[J]. 影像研究与医学应用,2017,1(17):246-247.

[11] 蔡京京. 孟鲁司特联合氯雷他定治疗儿童特异性

皮炎的临床效果及对 IL-6、IL-10 的影响[J]. 皮肤病与性病,2020,42(4):476-479.

[12] 陈谨萍,李军,金盛华,等. 儿童特异性皮炎 204 例血清变应原检测结果分析,中国中西医结合皮肤性病学杂志,2010,9(2):117-118.

[13] 钱秋芳,丁惠玲. 儿童特异性皮炎血过敏原检测及分析. 临床儿科杂志,2008,26(6):511-514.

[14] 吴倩,陈萍,王博鹤. 1194 例特异性皮炎患儿血清过敏原检测及分析[J]. 徐州医科大学学报. 2021,41(1):62-66.

[15] SUZUKI H, MAKINO Y, NAGATA M, et al. A rare variant in CYP27A1 and its association with atopic dermatitis with high serum total IgE[J]. Allergy,2016,71(10):1486-1489

[16] 张艳林,吴剑波. 儿童特异性皮炎血清 25-羟维生素 D 的表达及其临床意义[J]. 吉林医学. 2020,41(17):2318-2320.

[17] DIFILIPPO P, SCAPARROTTA A, RAPINO D, et al. Vitamin D supplementation modulates the immune system and improves atopic dermatitis in children[J]. Int Arch Allergy Immunol,2015,166(2):91-96.

[18] 张俊红,毕淑英,王文革,等. 特异性皮炎婴幼儿免疫球蛋白 E 介导特异性免疫功能与体液免疫状态的特点及临床意义[J]. 中国医药,2016,11(9):1378-1382.

[19] 刘晓玲,刘晓佳,孙晓雷,等. 维生素 D3 辅助治疗对变应性鼻炎临床疗效及外周血嗜酸性粒细胞和血清白细胞介素 4 水平的影响[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科,2018,25(3):143-146.

(上接第 6 页)

[9] 杜荣焕. 强化心理护理联合认知行为干预在精神分裂症患者中的应用效果[J]. 中国民康医学,2020,32(24):84-86.

[10] 孙平,王艳. 自杀风险量化评估策略下动态干预对精神分裂症患者危险行为的影响[J]. 中国药物与临床,2021,21(17):2923-2925.

[11] 魏春燕,赵东荣,朱雅雯,等. 团体认知行为疗法对住院精神分裂症患者自杀风险的干预效果观察[J]. 中国临床

心理学杂志,2021,29(1):195-199.

[12] 卫萍,衣琼. 吴茱萸外敷结合人性化护理对精神分裂症患者睡眠质量的影响[J]. 临床与病理杂志,2020,40(11):2994-2999.

[13] 陈静静,职彦敏,郭宁宁. 规范化小组认知行为干预对精神分裂症患者积极心理品质及社会功能的影响[J]. 国际护理学杂志,2020,39(23):4347-4350.