

# 系统认知心理护理在住院精神分裂症患者中的临床应用

闵海璇, 顾静莲, 王玲, 滕秀菊, 王灿

上海市浦东新区精神卫生中心, 上海 200126

**摘要:** **目的** 研究系统认知心理护理对住院精神分裂症患者的临床应用效果。**方法** 选取 2014 年 6 月至 2015 年 6 月浦东新区精神卫生中心收治的精神分裂症患者 60 例,按序贯入组方法,单号为研究组(30 例),双号为对照组(30 例)。对照组接受药物治疗和常规精神科护理,研究组在对照组的基础上给予 8 周的系统认知心理护理。两组在入院初、第 4 周时、第 8 周时分别采用简明精神病评定量表(BPRS)、自知力与治疗态度问卷(ITAQ)及护士用住院精神病人观察量表(NOSIE)等进行评定和分析,出院时统计住院时间。**结果** 研究组 BPRS 得分住院第 4 周、第 8 周依次降低( $P < 0.01$ ),且第 4 周和第 8 周均分别低于对照组,差异均有统计学意义( $P < 0.05, P < 0.01$ ),NOSIE 评定总分和 ITAQ 得分第 4 周、第 8 周依次增高( $P < 0.01$ ),且第 4 周和第 8 周均分别高于对照组,差异均有统计学意义( $P < 0.05, P < 0.01$ )。对照组 BPRS 得分第 4 周、第 8 周依次降低,差异有统计学意义( $P < 0.01$ ),而 NOSIE 评定总分、ITAQ 得分前后比较差异无统计学意义( $P$  均  $> 0.05$ )。研究组的住院时间为( $8.22 \pm 0.65$ )个月,对照组为( $9.94 \pm 2.63$ )个月,差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。**结论** 对住院精神分裂症患者实施系统认知心理护理,可以提高患者的服药依从性和自知力、改善精神症状和提高社会功能,从而提高临床疗效、缩短住院时间。

**关键词:** 认知心理护理; 精神分裂症; 自知力; 依从性; 精神症状

**中图分类号:** R 749.3 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2016)10-1423-03

由于精神分裂症患者存在异常的精神症状,且入院时多处于急性发病期,大多没有自知力,治疗依从性、合作性差,使临床治疗开展困难,因此早期积极的心理护理干预可保证精神障碍患者接受有效的临床治疗、护理,对精神科住院患者显得尤为重要<sup>[1-2]</sup>。为探讨开展系统认知心理护理对住院精神分裂症患者的临床应用效果,同时也为探讨精神科护理效果的评价标准和方法,以期为整体心理护理干预在精神科的实施提供依据,本文进行了系统认知护理和常规精神科护理的对比研究,现报道如下。

## 1 对象与方法

**1.1 研究对象** 选取 2014 年 6 月至 2015 年 6 月浦东新区精神卫生中心 6 个普通住院病区入院治疗的精神分裂症患者,按序贯入组法,单号患者纳入研究组,双号患者纳入对照组,两组各满 30 例为止。两组性别、年龄、病程、文化程度、婚姻状况、入组时服用药治疗剂量(折合氯丙嗪)、诊断分型比较差异无统计学意义( $P$  均  $> 0.05$ );两组入组时自知力与治疗态

度问卷(ITAQ)、简明精神病评定量表(BPRS)和护士用住院精神病人观察量表(NOSIE)分值比较差异无统计学意义( $P$  均  $> 0.05$ )。见表 1。

**1.2 入组和排除标准** 入组对象均符合《国际疾病分类第十版诊断标准》(ICD-10)精神分裂症诊断标准,排除脑器质性、老年及其他不能进行有效语言交流的患者。并接受常规药物治疗,患者或家属在知情同意配合实施心理护理治疗时,签订知情同意书。对照组采用药物治疗和精神科常规护理。研究组在对照组的基础上实施 8 周的系统认知心理护理,未满足 8 周自动出院的,按序贯入组法重新纳入病例。两组患者获得疗效自然出院时,统计平均住院时间。

## 1.3 方法

**1.3.1 认知心理护理定义** 认知心理护理是按照心理学原则,通过认知心理治疗和认知重建训练,在心理上对患者提供的护理援助,以纠正患者的认知歪曲、提高认知的执行能力,逐步提高患者的领悟能力,从而矫正不良情绪和行为。目的是帮助患者认识疾病、接受患者角色、正确对待疾病,适应医院生活环境,建立新的人际关系,帮助患者消除各种心理压力和精 神 负 担,最 终 缓 解 和 消 除 症 状,改 善 社 会 功 能 缺 陷<sup>[3-5]</sup>。

**1.3.2 认知心理护理方法** 研究组在住院药物治

疗、常规精神科护理的基础上给予系统认知心理护理,共 8 周,由经过考证的精神科心理治疗师和主管护师进行。根据精神分裂症发病特征,认知心理护理的开展分三个阶段进行。(1)第一阶段(入院初期,第 1~2 周),实施要点:积极早期建立会谈关系、护患关系,取得患者信任。重视其安全需求的满足,必要的与其它患者暂时隔离给予安静的环境或者家属陪客缓解最初的恐惧。实施环境心理护理,介绍病房环境、适应的方法,以安抚的态度进行沟通,给以积极肯定的保证取得患者对医护的信任,增强其安全感。每周 3 次,每次 30 min。(2)第二阶段(治疗期,第 3~5 周),实施要点:倾听述说,表达接纳和理解患者对治疗副作用带来的不适感受的态度,建立信赖关系,给予情感支持。进行健康教育,讲解药物作用及副作用方面知识,配合医师进行认知治疗纠正认知偏差,对其保证医护人员对于药物副作用的识别、发现和及时解除能力,消除疑虑。开展认知治疗,纠正负性自动想法,增加内省力及领悟能力,减轻不安情绪。讲解精神疾病知识,帮助回忆发病情景,同时启发或诱导其认识异常行为、思维与社会正常范畴的差别,鼓励运用过去的经验判断和评价问题,培养自己的思考和决定能力。每周 2 次,每次 30 min。(3)第三阶段(治疗中、后期,第 6~8 周至出院前),实施要点:建

表 1 两组一般情况、各评定量表分值比较

项目	研究组(n=30)	对照组(n=30)	$\chi^2/t$ 值	P 值
性别(例)				
男	14	18	1.07	0.301
女	16	12		
文化程度(例)				
小学及以下	4	6	4.323	0.229
初中	21	14		
高中	4	9		
大学及以上	1	1		
婚姻状况(例)				
未婚	2	4	3.100	0.348
在婚	25	21		
离婚	2	5		
丧偶	1	0		
诊断分型(例)				
偏执型	10	8	0.470	0.976
未分化型	10	11		
慢性稳定型	5	6		
单纯型	3	2		
其他	2	3		
$\Delta$ 年龄(岁)	39.58 ± 9.90	40.43 ± 14.37	1.690	0.199
$\Delta$ 病程(年)	4.45 ± 0.59	4.03 ± 1.57	1.386	0.171
$\Delta$ 治疗剂量(mg)*	318.67 ± 181.06	338.33 ± 235.06	2.060	0.157
$\Delta$ NOSIE(分)	141.70 ± 13.00	143.40 ± 15.65	2.237	0.140
$\Delta$ BPRS(分)	36.93 ± 4.86	38.13 ± 4.40	1.231	0.272
$\Delta$ ITAQ(分)	32.00 ± 4.61	31.93 ± 3.33	2.687	0.107

注:\*表示药物折合为氯丙嗪的剂量; $\Delta$ 表示数据以  $\bar{x} \pm s$  表示。

立巩固的治疗性人际关系,接受患者感受、倾听其倾诉,体验感受,鼓励患者自由谈论想法、感受,从中进行疏导,给予解释指导澄清问题,接受患病事实,纠正错误认知。对于即将出院患者,与家属共同制定合理适中的生活、学习、工作目标。进行出院后情景演练,分析出院后可能碰到的困难,一一指导其解决的方法,化解患者担忧。每周 2 次,每次 30 min。

1.3.3 评定方法 采用 BPRS、ITAQ<sup>[6]</sup>、NOSIE<sup>[7]</sup> 于入院初及入院 4 周、8 周时各评定 1 次。(1)ITAQ,由 11 个项目组成,每个项目按回答的完整程度分为三级:0 = 没有认识,1 = 部分认识,2 = 认识完整,得分范围为 0~22 分,分数越高,表明自知力恢复及药物治疗依从性越好。(2)BPRS,共 18 项,按症状有无及严重程度 1~7 分七级评分,评分分数越高,表明症状越重。(3)NOSIE,量表的评定内容共 30 项,按照具体现象或症状的出现频度,分 0~4 五级进行评分,总积极因素(社会能力、社会兴趣、个人整洁)、总消极因素(精神病表现、迟缓、抑郁、激惹)。结果分析为总分 = 128 分 + 总积极因素分 - 总消极因素分。

1.4 统计学方法 所有数据采用 SPSS 16.0 软件包进行分析处理。计数资料组间比较采用  $\chi^2$  检验;计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,组间比较采用独立样本  $t$  检验,组内比较采用重复测量资料的方差分析, $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组入组时、4 周、8 周时 BPRS、ITAQ、NOSIE 总分值比较 研究组 BPRS 得分住院第 4 周、第 8 周依次降低( $P < 0.01$ ),且第 4 周和第 8 周均分别低于对照组,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ , $P < 0.01$ );NOSIE 评定总分和 ITAQ 得分第 4 周、第 8 周依次增高( $P < 0.01$ ),且第 4 周和第 8 周均分别高于对照组,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ , $P < 0.01$ )。对照组 BPRS 得分第 4 周、第 8 周依次降低,差异有统计学意义( $P < 0.01$ ),而 NOSIE 评定总分、ITAQ 得分前后比较差异无统计学意义( $P$  均  $> 0.05$ )。见表 2。

2.2 两组住院时间比较 两组患者获得疗效自然出院时,统计平均住院时间。研究组患者平均住院时间为(8.22 ± 0.65)个月,对照组为(9.94 ± 2.63)个月,研究组明显低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。

## 3 讨论

随着心理护理的地位和作用日益显现,越来越多的护理工作者开始尝试将心理治疗的理论及方法用

表 2 两组入组时、第 4 周、第 8 周各评定量表总分值比较 ( $n=30$ , 分,  $\bar{x} \pm s$ )

项目	组别	入组时	第 4 周	第 8 周	F 值	P 值
BPRS	研究组	36.93 ± 4.86	32.77 ± 5.82	31.53 ± 3.95	3.672	0.000
	对照组	38.13 ± 4.40	35.97 ± 5.61	35.80 ± 6.23	4.778	0.003
	t 值	1.231	0.455	8.517		
	P 值	0.272	0.034	0.006		
NOSIE	研究组	141.70 ± 13.00	146.13 ± 10.29	149.50 ± 8.37	2.767	0.008
	对照组	143.40 ± 15.65	145.53 ± 14.93	147.73 ± 11.93	2.717	0.105
	t 值	2.237	5.078	4.174		
	P 值	0.140	0.028	0.046		
ITAQ	研究组	31.47 ± 3.65	34.47 ± 3.66	35.87 ± 3.65	7.736	0.000
	对照组	31.61 ± 3.78	31.13 ± 3.32	31.07 ± 3.27	2.103	0.160
	t 值	2.687	6.230	8.960		
	P 值	0.107	0.000	0.000		

于临床护理实践。近年来,认知行为治疗在护理工作中得到广泛的应用,有利于提高护理质量和治疗效果<sup>[8]</sup>。认知治疗对精神疾病患者的运用原理主要是通过认知心理治疗和认知重建训练,纠正患者的认知歪曲,提高患者的认知执行能力、领悟能力,改善患者对治疗的认识,提高服药的依从性,最终有利于缓解和消除症状,进而提高临床治疗效果<sup>[9-11]</sup>。

本研究运用认知心理治疗理论、方法,对精神科住院患者根据入院初、治疗中期、治疗后期各个治疗阶段的病情及心理状况,在常规精神科护理基础上,开展系统认知心理护理干预,观察实施干预前后的临床效果并与对照组比较。结果显示,研究组 BPRS 得分住院第 4 周、第 8 周依次降低,且第 4 周和第 8 周均分别低于对照组, NOSIE 评定总分和 ITAQ 得分第 4 周、第 8 周依次增高,且第 4 周和第 8 周均分别高于对照组。对照组 NOSIE 评定总分和 ITAQ 得分治疗前后无明显变化。研究组患者住院时间 ( $8.22 \pm 0.65$ ) 个月,低于对照组 ( $9.94 \pm 2.63$ ) 个月,差异有统计学意义。提示将认知治疗技术结合到心理护理,可改善住院患者的自知力与治疗态度、提高治疗依从性,有助于住院患者精神症状控制,从而提高临床治疗效果、缩短住院时间,具有良好的社会和经济效益,验证了近年国内同类研究的结论<sup>[12-16]</sup>。

近年来心理护理在精神科的广泛应用已成为精神科整体护理的主要组成之一,如何建立易操作的程序化模式,从经验性、描述性、体会性的研究趋向于有对照、统计、量表等的研究方法探讨心理护理的效果,以此逐渐建立心理护理效果评估方法,提高护理技能,同时联合心理科医师参与,将心理护理渗透到整体护理中,为整体心理护理干预在精神科的实施提供依据,本研究进行了初步的尝试。希望在今后的研究中,护理科研工作者能够找出针对性更强、效果更优、更适合临床护理工作的认知行为技术。认知理论的学习、适宜技术和方法的选择以及具体的干预时间及

频率等问题仍需要进一步深入实践、探索研究。

### 参考文献

- [1] 闵海瑛,王玲,施美丽,等. 认知治疗技术在精神科临床心理护理中的运用及效果评价[J]. 临床医学研究与实践, 2016, 1(10): 116-117.
- [2] 陈彦方. CCMD-3 相关精神障碍的治疗护理[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2001: 160-173.
- [3] 曹新妹. 实用精神科护理[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2013.
- [4] 沈姝雯. 论精神科实施整体护理中护士的角色[J]. 现代护理, 2001, 7(4): 72.
- [5] 朱紫青, 陈建新. 精神分裂症患者认知康复研究的新进展[J]. 上海精神医学, 2005, 17(增刊): 68-69.
- [6] 刘华清, 张培炎, 尚岚, 等. 精神分裂症的自知力: “自知力与治疗态度问卷量表”的应用[J]. 上海精神医学, 1995, 7(3): 158.
- [7] 张明园. 精神病评定量表手册[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1993: 83-95.
- [8] 周焱, 张军, 范湘鸿. 认知行为治疗在心理护理实践中的应用进展[J]. 护理学杂志, 2014, 29(11): 94-96.
- [9] 王焕春, 王桂花. 心理护理在精神科治疗康复中的作用[J]. 黑龙江医学, 2005, 29(4): 308-309.
- [10] Kitson A. Recognising relationships: reflections on evidence-based practice[J]. Nurs Inq, 2002, 9(3): 179-186.
- [11] Ashmore R. Psychiatric and Mental Health Nursing: The craft of caring[J]. Mental Health Practice, 2003, 7(4): 22.
- [12] 龙瑞芳, 李连启. 认知行为疗法在心理护理工作中的应用(附 100 例住院精神分裂症对照分析)[J]. 山东精神医学, 2001, 14(4): 261-263.
- [13] 杨小曲, 熊宇. 认知心理治疗对预防精神分裂症复发的疗效研究[J]. 中外医疗, 2012, 31(5): 18, 20.
- [14] 韦强, 李杰, 文才仁. 认知疗法治疗精神分裂症的临床疗效及对患者社会功能的影响[J]. 中国医药导刊, 2012, 14(11): 1910.
- [15] 王汉婵, 陈彦杏, 谢文娇, 等. 认知治疗对门诊精神分裂症患者治疗依从性的影响[J]. 中国民康医学, 2013, 25(7): 16-18.
- [16] 屈英, 肖广荣, 马永珩, 等. 认知矫正治疗对慢性精神分裂症患者临床症状和社会功能的影响[J]. 中国组织工程研究与临床康复, 2007, 11(52): 10553-10556.