

# 健康教育对精神分裂症患者的影响

宁 丽

襄阳市安定医院 湖北 襄阳 441052

**摘要:**目的: 剖析健康教育对精神分裂症患者自我管理能力的产生影响。方法: 2020年6月-2022年5月接诊精神分裂症患者100例, 任意分成2组, 各50例。对照组给予常规治疗; 观察组在常规治疗前提下提升健康教育。比较2组干预前后治疗依从性、简明精神病评定量表(BPRS)、蒙特利尔认知量表(MoCA)及其生活质量量表(SQLS)得分状况。结果: 观察组在依从性方面高过对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。干预前, 2组思维障碍、自知力、负面情绪、退缩及自主性等方面的BPRS得分对比, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ); 干预后, 2组各项BPRS得分均有所下降, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ), 观察组各项BPRS得分均小于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。干预前, 2组MoCA得分与心理状态、病情控制/药源性躯体不适、自主活动量等方面的SQLS得分对比, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ); 干预后, 2组MoCA得分均有所上升, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ), 各项SQLS得分均有所下降, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ), 且观察组MoCA得分大于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ), 各项SQLS得分小于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论: 健康教育对提升精神分裂症患者自我管理能力的效果较好。

**关键词:** 健康教育; 精神分裂症; 自我管理能力的

## 引言

精神分裂症是重性精神障碍, 主要体现在思维、情感、行为等方面的不协调, 如感知觉障碍、紧张性兴奋、怪异行为等情况, 会对患者的社会功能造成不同程度的损害。精神分裂症患者的临床表现涉及到多方面, 但对每一位患者而言差异较大, 只有某些症状相似。治疗上, 倡导“足剂量、足疗程”的长期药物治疗, 期间给予患者综合健康教育干预, 提高患者的自我管理技能, 尽可能地降低疾病复发率, 以保持患者的病情持续稳定<sup>[1]</sup>。文中就综合健康教育在精神分裂症患者中的应用效果展开分析, 为临床工作提供借鉴。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

2020年6月-2022年5月收治精神分裂症患者100例, 任意分成2组, 各50例。对照组男27例, 女23例; 年龄28~54岁, 均值(41.2±0.4)岁。观察组男26例, 女24例; 年龄26~53岁, 均值(40.5±0.5)岁。2组一般资料比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具备可比性。纳入标准: ①均符合中国精神疾病诊断标准(中国精神障碍分类与诊断标准ICD-10); ②症状得到缓解, 病情相对稳定; ③无其他重大疾病; ④患者及家属均签署相应的知情同意书。排除标准: ①精神障碍比较严重无法深入交流; ②除精神分裂症外合并其他精神疾病; ③存在认知、智能缺陷。

### 1.2 方法

全部患者药物治疗维持不变。

1.2.1 对照组实施基本健康教育, 向患者口头宣教精神分裂症发病机制等, 向患者家属说明患者的病情、治疗计划、病程等相关信息, 派发健康普及手册, 举办专科健康讲座<sup>[2]</sup>。

1.2.2 观察组实施综合健康教育, 由精神科医师、主管护师、心理治疗师与护士组建综合健康教育工作组; 由专科医师对患者的病情进行评估, 按照其具体情况一同制订健康教育方案, 详细如下。

(1) 心理疏导: 患者住院后, 主治医师应积极与其展开沟通和交流, 适时掌握患者的心理活动, 及时解释并剖析患者提出的问题, 尽力打消其顾虑和疑惑, 进而给予患者笃定的医治信心。医治期内, 医师需要注意本人言谈举止, 公平对待每位患者, 尊重患者的个人爱好, 维护患者的个人隐私。与患者交谈时, 医师还需要持续保持亲近、温和的状态, 不可讥讽或发生争执。开展各类临床操作时, 医师应事先告知患者及家属此项操作的目的及意义, 预防患者出现恐惧、焦虑、排斥等负面情绪, 充分保证医疗工作的顺利开展。医师还需与患者家属展开进一步沟通, 指导其掌握基本的陪护技能, 以给予患者必要的家庭支持<sup>[3]</sup>。

(2) 入院健康教育: 精神分裂症患者入院时, 多处在急性期, 尤其是大部分患者的自知力欠缺, 不是很配合治疗, 不太有耐心听健康宣教。因而, 个体化地选择患者最感兴趣的点做突破口, 吸引其注意, 再深入交

流,了解患者最关心的问题,搭建坚实有效的医患联盟。同时,护士采用碎片式教育,向患者详细介绍周围环境,再介绍医师、护士、护工、病友等,耐心讲解1天内的作息时间安排。

(3) 检查健康教育:患者在药物治疗过程中,医生要关注其有没有发生躯体不适或并发其他疾病,指导患者完善各类检查,包含血常规、肝肾功能、电解质、心电图、脑电图等。把图片与文字相结合,尽可能地向患者说清楚检查的目的、方法及需要注意的问题,使检查顺利完成。当患者检查的时候,护士适当给予陪护,使其有安全感,并协助操作,防止患者躁动甚至冲动<sup>[4]</sup>。

(4) 不良反应健康教育:医师用短视频或动态PPT阐释抗精神病药物不良反应发生机制、具体表现,如心跳加快、黑蒙、流涎、嗜睡、头晕等。医生明确告诉患者及家属哪些表现属于病情好转,哪些表现属于不良反应,并说明不良反应的防治措施,以清除患者的焦虑或恐惧。对于自知力有一定程度的恢复且精神病性症状得到缓解者,医师用简单易懂的语言解答其疑惑,使之熟悉预防疾病复发的知识,包括发病诱因等。有负性情绪者,应当由心理治疗师进行疏导。之后对患者开展追踪随访,以了解其掌握情况。

(5) 功能恢复训练健康教育:对患者生活自理能力、工娱活动技能等给予辅助和引导,以提高生活品质,促进社会功能恢复。很多患者对回归社会存在一些恐惧、担心和病耻感,要给予心理慰藉,并开展情景剧表演活动,让患者敢于出任其中角色,找到自身不足,

并支持其实现改进和改正<sup>[5]</sup>。

### 1.3 观察指标

1.3.1 治疗依从性:先后在干预前后评估2组的治疗依从性,将患者能够完全配合治疗评定成依从;将患者大多数时间可以配合治疗或是引导下才可以配合治疗评定成部分依从;将患者逃避治疗评定成不依从。统计2组依从及部分依从占比即是最终依从性。

1.3.2 精神症状:先后在干预前后对2组简明精神病评定量表(BPRS)得分作出评定,主要是思维障碍、自知力、负面情绪、退缩及自主性等方面,各项分值在0~10分,得分低,则病情轻。

1.3.3 认知力:先后在干预前后对2组蒙特利尔认知量表(MoCA)得分作出评定,总分值在0~30分,得分高,则认知力理想。

1.3.4 生活品质:先后在干预前后对2组生活质量量表(SQLS)得分作出评定,主要是心理状态、病情控制/药源性躯体不适、自主活动量等方面,各项分值在0~40分、0~60分、0~20分,得分低,则生活品质佳<sup>[6]</sup>。

### 1.4 统计学方法

经SPSS 23.0统计分析软件建立模型,计量资料以%意味着,行 $\chi^2$ 检测;计数资料以 $(\bar{x}\pm s)$ 意味着,行 $t$ 检验,将 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 2组依从性比较

观察组在依从性方面高过对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表1。

表1 2组依从性比较[n(%)]

组别	例数	依从	部分依从	不依从	依从性
观察组	50	22 (44.00)	24 (48.00)	4 (8.00)	46 (92.00)
对照组	50	18 (36.00)	20 (40.00)	12 (24.00)	38 (76.00)
$\chi^2$					7.043
$P$					0.008

### 2.2 2组BPRS得分比较

干预前,2组思维障碍、自知力、负面情绪、退缩及自主性方面的BPRS得分对比,差异无统计学意义( $P >$

0.05);干预后,2组各项BPRS得分均有所下降,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),观察组各项BPRS得分均小于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表2。

表2 2组BPRS得分比较 $(\bar{x}\pm s)$

组别	例数	思维障碍		自知力		负面情绪		退缩	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	50	6.98±1.14	3.02±1.02	4.58±1.02	2.90±0.84	6.76±1.20	3.12±0.86	7.14±1.20	3.52±1.05
对照组	50	4.65±0.98	3.18±0.96	6.86±1.22	2.96±0.75	4.62±1.05	3.15±0.94	4.98±1.25	3.60±1.02
$t$		0.093	10.113	0.347	9.356	0.153	8.756	0.356	8.124
$P$		0.926	0.001	0.729	0.001	0.878	0.001	0.723	0.001

### 2.3 2组MoCA、SQLS得分比较

干预前, 2组MoCA得分与心理状态、病情控制/药源性躯体不适、自主活动量方面的SQLS得分相比, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ); 干预后, 2组MoCA得分均有所上

升, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ), 各项SQLS得分均有所下降, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ), 且观察组MoCA得分大于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ), 各项SQLS得分小于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表3。

表3 2组MoCA、SQLS得分比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	MoCA评分		SQLS评分					
				心理状态		病情控制/药源性躯体不适		自主活动量	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	50	10.48±2.36	17.48±3.26	32.58±4.32	26.12±3.54	19.98±2.35	15.12±2.08	17.12±2.30	14.10±2.26
对照组	50	10.56±2.25	13.25±3.88	32.60±4.15	29.20±3.60	19.86±2.45	17.24±2.10	17.25±2.14	15.89±2.25
<i>t</i>		0.160	5.410	0.022	3.976	0.230	4.675	0.270	3.659
<i>P</i>		0.873	0.001	0.983	0.001	0.818	0.001	0.788	0.001

### 3 讨论

慢性精神分裂症患者病程长且病情容易迁延, 复发率较高, 常需长期住院治疗, 但住院治疗时间太长又会影响到患者正常工作、生活及其与人交往。因而, 在常规药物治疗的前提下, 选择哪种干预措施能够更好地推进患者的全面康复, 非常值得临床医务人员的关注。有报道, 系统而规范地实施社交技能训练可以缓解精神分裂症患者的病情及轻度抑郁, 可减缓患者退缩症状, 有益于其情感表达。我们适时将综合健康教育应用于精神分裂症患者的治疗过程中。

数据显示: 观察组在依从性方面高过对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。干预前, 2组思维障碍、自知力、负面情绪、退缩及自主性等方面的BPRS得分对比, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ); 干预后, 2组各项BPRS得分均有所下降, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ), 观察组各项BPRS得分均小于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。干预前, 2组MoCA得分与心理状态、病情控制/药源性躯体不适、自主活动量等方面的SQLS得分对比, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ); 干预后, 2组MoCA得分均有所上升, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ), 各项SQLS得分均有所下降, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ), 且观察组MoCA得分大于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ), 各项SQLS得分小于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

主要原因大概是, 医务人员为住院治疗的精神分裂症患者带来了系统、全方位、针对性的综合健康教育, 充实了患者的住院生活, 协助患者调整情绪, 引导

患者对其所患疾病有了更清晰、更全面的认识, 尤其是让患者在治疗过程中的参与度更高, 显著提升了治疗依从性。用综合健康教学模式使患者在集体氛围中接纳开导, 患者之间相互鼓励宽慰, 互相给予心理支持, 好于医务人员的单一说服教育, 有效地减轻了患者的孤独无助和焦虑不安等负面情绪, 增强了患者的心理承受力, 提高了其心理适应能力, 最终促进患者社会功能的恢复。

### 4 结束语

综上所述, 健康教育对精神分裂症患者的康复促进作用明显, 还可提升其治疗依从性, 值得临床推广应用。

### 参考文献

- [1]范彩云,王焦荣.临床护理路径对精神分裂症患者服药依从性及健康教育效果的影响[J].实用临床医药杂志,2019,23(15):27-30.
- [2]王意兰,王淑敏,郗丽华.团体怀旧疗法对精神分裂症患者主要照顾者病耻感的影响[J].中华现代护理杂志,2019,25(19):2479-2483.
- [3]倪响,曹燕.临床护理路径对精神分裂症患者的临床护理质量的影响研究[J].山西医药杂志,2019,48(4):514-517.
- [4]戴进军,罗尧岳,虞建英,等.人文关怀病房对住院精神分裂症患者服药依从性、社会功能及患者满意度的影响[J].医学临床研究,2020,37(1):33-35.
- [5]袁秋菊.综合健康教育在精神分裂症患者护理中的应用[J].饮食保健,2015(40):277-278.
- [6]李秀容.临床护理在精神分裂症患者健康教育中的应用研究[J].养生保健指南,2019,17(41):71-72.