doi:10.3969/j.issn.1005-3697.2021.10.031

❖护理❖

强化式心理干预联合技巧性语言沟通对康复期精神分裂症患者认知、沟通及生活质量的影响

贺光春[1],米莉[2],李飞[1],马红[1]
(成都市第四人民医院 1.康复科;2.慢性精神康复科,四川 成都 610036)

【摘要】**目的**:探讨强化式心理护理联合技巧性语言沟通对康复期精神分裂症(SP)患者认知、沟通及生活质量的影响。**方法**:根据不同护理方式将 90 例 SP 患者分为干预组($n=48$)和常规组($n=42$);常规组给予常规护理干预,干预组在其基础上给予强化式心理护理配合技巧性语言沟通,两组均干预 3 个月。干预前、干预 3 个月后,采用 MATRICS 共识认知成套测验(MCCB)、SP 患者生命质量量表(SQLS)、沟通与互动技巧量表(ACIS)、焦虑/抑郁自评量表(SAS/SDS)分别评估患者认知功能、生活质量、沟通与互动技巧、心理状况。**结果**:干预后,两组患者的认知功能指标评分高于干预前($P<0.05$),且除注意警觉、推理与问题解决能力外,其他认知功能指标组间比较,差异具有统计学意义($P<0.05$);与干预前相比,两组干预后 ACIS 评分均升高,且干预组高于常规组($P<0.05$);两组干预后 SAS、SDS 和 SQLS 评分均降低,且干预组低于常规组($P<0.05$)。**结论**:强化式心理联合技巧性语言沟通可较好地促进康复期 SP 患者的认知功能、沟通能力,提高其生活质量,并减轻负面心理。

【关键词】精神分裂症;强化式心理护理;技巧性语言沟通;康复期;认知功能;生活质量
【中图分类号】R473.74 【文献标志码】A

Effect of intensive psychological intervention combined with technical language communication on cognition, communication and quality of life of patients with SP during rehabilitation

HE Guang-chun[1], MI Li[2], LI Fei[1], MA Hong[1]
(1. *Department of Rehabilitation*; 2. *Department of Chronic Mental Rehabilitation, the Fourth People's Hospital of Chengdu, Chengdu* 610036, *Sichuan, China*)

【**Abstract**】**Objective**: To study the effect of intensive psychological nursing combined with technical language communication on cognition, communication and quality of life of patients with convalescent schizophrenia (SP) during rehabilitation. **Methods**: 90 patients with SP were enrolled in this study. They were divided into intervention group ($n=48$) and routine group ($n=42$) according to different nursing methods. The routine group received routine nursing intervention, while the intervention group received intensive psychological nursing and technical language communication based on routine nursing, both groups were intervened for 3 months. The cognitive function, quality of life, communication and interaction skills and psychological status of the patients were evaluated by MATRICS consensus cognitive battery (MCCB), the Schizophrenia Quality of Life Scale (SQLS), the assessment of communication and interaction skills (ACIS), and Self-Rating Anxiety/Depression Scale (SAS/SDS) before and 3 months after the intervention. **Results**: After the intervention, the scores of cognitive function indexes in the two groups were higher than those before the intervention ($P<0.05$). Except for alertness, reasoning and problem-solving ability, there were significant differences in other cognitive function indexes between groups ($P<0.05$). After intervention, the ACIS scores of both groups increased significantly, and the intervention group had higher scores than the routine group ($P<0.05$). After intervention, the SAS, SDS and SQLS scores of both groups significantly decreased, and the intervention group had lower scores than the routine group ($P<0.05$). **Conclusion**: Intensive psychological nursing combined with technical language communication can better improve the cognitive function, communication ability and quality of life of patients with SP during rehabilitation, and relieve their negative psychology.

【**Key words**】Schizophrenia; Intensive psychological nursing; Technical language communication; Rehabilitation period; Cognitive function; Quality of life

基金项目:四川中医药文化协同发展研究中心(2021XT82)
作者简介:贺光春(1972-),女,副主任护师。E-mail:hguangchun1124@163.com

康复期精神分裂症(schizophrenia,SP)是一种病因未明的精神疾病,在成年精神残疾患者中约占50%,是致残率较高以及疾病负担较重的精神障碍之一[1]。SP以精神活动与外界环境的不协调为特征,主要表现为思维、行为、感知等方面异常[2]。幻觉、妄想等精神症状即使在患者康复出院后可能仍存在,甚至伴随患者终身。SP患者的生活质量与社会心理因素、症状等息息相关[3]。因此,可通过强化心理干预来改善患者生活质量和认知功能。语言作为护患沟通以及信息交流的重要工具,医护人员在临床实践中可通过运用适当的语言沟通技巧收集患者资料以提高患者配合度[4];强化式心理干预则是在常规心理干预措施的完善。本研究拟将强化式心理护理联合技巧性语言沟通应用于康复期SP患者中,并通过评估其对患者认知功能、生活质量的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2019年2月至2020年4月成都市第四人民医院诊治的90例SP患者作为研究对象,根据不同护理方式分为干预组($n=48$)和常规组($n=42$)。纳入标准:(1)符合国际疾病分类第十次修订版(tenth revision of international classification of diseases,ICD-10)中关于SP的诊断标准[5],具体为:①出现反复的语言幻听;②存在思维上的形式、联想、内容以及逻辑性的障碍;③情感障碍;④紧张综合征,或其他怪异行为;⑤明显的意志减退;⑥存在自知力障碍,或无法进行有效交谈。符合上述标准中的一项及以上,且症状至少持续1个月以上,并排除器质性的精神障碍、精神活性物质或非成瘾性物质导致的精神障碍,即可确诊。(2)阴性与阳性症状量表(positive and negative syndrome scale,PANSS)评分≤60分[6]。(3)能配合完成相关的量表检查和护理干预。排除标准:(1)智力障碍、视听障碍者;(2)伴有冲动兴奋不合作者;(3)酒精或药物滥用者;(4)既往接受过相似的护理干预者。两组一般资料比较,差异具有统计学意义($P>0.05$)。见表1。

表1 一般资料[$\bar{x}\pm s$,n(%)]

组别	年龄	男/女	SP类型			学历	
			偏执型	紧张型	其他	初中及以下	高中及以上
干预组($n=48$)	38.46±5.73	32(66.67)/16(33.33)	17(35.42)	21(43.75)	10(20.83)	21(43.75)	27(56.25
常规组($n=42$)	37.84±5.19	27(64.29)/15(35.71)	14(33.33)	19(45.24)	9(21.43)	16(38.10)	26(61.90)
t/χ^2值	0.535	0.056		0.043		0.215	
P值	0.594	0.813		0.979		0.643	

1.2 方法

1.2.1 常规组 给予常规疾病宣教以及心理健康教育,指导患者进行常规生活自理能力训练、行为认知训练等康复训练。其中,常规疾病宣教包括SP的治疗目标及策略、复发先兆症状等常见的临床表征的治疗及预防知识;心理健康教育则是针对性的护理疏导。同时管理好病房危险物品,每日进行危险因素排查,以确保病房内环境安全。

1.2.2 干预组 (1)组员为5名责任护士作为组员,邀请心理医师以及主治医师担任指导,小组共同制定干预方案,并对患者进行知识培训。(2)强化式心理护理:①心理评估:收集患者的家庭、社交等资料,于患者入院、干预前后及出院的重要节点进行心理评估。②健康教育:采用视频、面对面讲解、宣教手册、图画等多种形式进行,内容包括SP的发病征兆、临床表现、预防以及缓解方法、治疗方法、护理配合要点等常规疾病知识以外,联合社区、公益企业等为其讲解SP患者再就业情况;针对家属,通过案例分析、医学数据等强调家庭环境对于SP患者康复的重要性,并指导家属从日常生活技能、社会人际交往等方面辅助患者重新建立社交。③认知矫正:通过健康教育、心理互动等认知疗法纠正患者的错误认知、负面情绪和消极行为。④调节情绪:指导患者进行呼吸调节、音乐疗法、向家属及医护人员倾诉等方法及时宣泄负面情绪,防止情绪累积;另还可通过引导患者培养书法、画画、瑜伽等兴趣爱好以转移其注意力,从而缓解消极情绪带来的负面影响。⑤心理支持:鼓励患者的亲属以及同事朋友积极给予适当的心理支持。(3)技巧性语言沟通:①面对面交谈:采用开放式与封闭式相结合的方式进行沟通,先从生活表现迂回提问并给予适当的治疗建议,且让患者参与到治疗决定中。②共情护理:积极聆听患者对于治疗与疾病带来的不适,并给予解释和指导;对于存在幻听、妄想等症状患者,应每日对其进行风险事件评估,若出现暴力征兆,需通过沟通交流,分析冲动的后果,尝试以语言安抚患者;同时可

指导患者进行拳击、听音乐、倾诉等以缓解不良情绪;若上述方法均无效,则采用注射稳定情绪剂处理。③制定小目标:由医患双方共同制定,并讨论患者的治疗护理感受等;同时通过情景模拟法等帮助患者逐渐适应回归社会后的交流。④其他:化语言为行动,责任护士可通过竖大拇指、比心、拥抱等方式鼓励患者。常规组和干预组均干预 3 个月。

1.3　观察指标

(1)认知功能:采用 MATRICS 共识认知成套测验(MCCB)[7],条目数为 10,包括处理速度、工作记忆、视觉学习/记忆等 7 个维度。(2)沟通与互动技巧能力:采用沟通与互动技巧量表(ACIS)[8],条目数为 20,包括身体、资讯交换和关系 3 个维度。(3)心理状况:采用焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)[9],条目数均为 20。(4)生活质量:采用 SP 患者生命质量量表(SQLS)[10],条目数为 30,包括心理社会、症状/药物、动力/精力 3 个维度。其中 MCCB、ACIS 分值越高,表明该项功能越好;其余量表分值越低,表示心理情绪、生命质量越低。上述量表均于干预前、干预 3 个月后评估。

1.4　统计学分析

采用 SPSS20.0 软件进行统计分析。认知功能、沟通与互动技巧能力、心理状况以及生活质量评分等计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组件比较行 t 检验。$P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2　结果

2.1　两组患者认知功能比较

干预后,两组的认知功能指标评分高于干预前($P < 0.05$),且除注意警觉、推理与问题解决能力外,其余指标的组间比较,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

2.2　两组患者沟通与互动技巧能力比较

干预后,两组 ACIS 评分均升高,差异具有统计学意义($P < 0.05$),且干预组高于常规组($P < 0.05$)。见表 3。

2.3　两组患者心理状况比较

干预后,两组 SAS、SDS 评分均降低,差异具有统计学意义($P < 0.05$),且干预组低于常规组($P < 0.05$)。见表 4。

2.4　两组患者生活质量比较

干预后,两组 SQLS 评分均降低,差异具有统计学意义($P < 0.05$),且干预组低于常规组($P < 0.05$)。见表 5。

表 2　两组患者认知功能比较($\bar{x} \pm s$)

组别	干预组(n=48)	常规组(n=42)	t 值	P 值
连线测验				
干预前	0.25±0.08	0.27±0.09	1.116	0.267
干预后	0.36±0.11*	0.31±0.09*	2.339	0.022
符号编码				
干预前	28.85±5.27	29.24±4.96	0.360	0.720
干预后	40.61±8.04*	36.89±7.73*	2.229	0.028
语意流畅				
干预前	14.19±2.82	13.37±2.68	1.408	0.163
干预后	22.64±4.17*	20.47±3.62*	2.618	0.010
注意警觉				
干预前	2.05±0.87	2.14±0.92	0.477	0.635
干预后	2.75±0.83*	2.46±0.79*	1.691	0.094
数字序列				
干预前	14.79±2.34	13.95±3.05	1.476	0.144
干预后	23.62±5.15*	20.81±3.22*	3.051	0.003
空间广度				
干预前	9.55±2.94	10.37±2.87	1.335	0.185
干预后	18.49±3.98*	15.21±2.94*	4.393	<0.001
语言学习和记忆				
干预前	13.31±2.53	14.18±2.26	1.710	0.091
干预后	18.76±3.14*	20.68±3.86*	2.601	0.011
视觉学习和记忆				
干预前	14.75±3.61	14.28±2.25	0.729	0.468
干预后	24.34±5.27*	21.72±4.38*	2.543	0.013
推理与问题解决能力				
干预前	1.98±0.58	1.89±0.63	0.705	0.482
干预后	2.41±0.87*	2.18±0.79*	1.306	0.195
社会认知				
干预前	4.52±0.97	4.39±0.85	0.672	0.504
干预后	11.68±2.15*	9.62±2.54*	4.167	<0.001

*$P < 0.05$,与干预前比较。

表 3　两组患者沟通与互动技巧能力比较($\bar{x} \pm s$)

项目	干预组(n=48)	常规组(n=42)	t 值	P 值
身体				
干预前	14.77±2.28	14.65±2.64	0.231	0.818
干预后	18.32±3.47*	15.25±2.58*	4.706	<0.001
关系				
干预前	11.71±2.74	10.84±2.52	1.560	0.122
干预后	14.36±3.29*	12.37±2.58*	3.160	0.002
资讯交换				
干预前	22.43±3.79	21.58±2.68	1.212	0.229
干预后	25.81±3.61*	23.53±2.73*	3.341	0.001

*$P < 0.05$,与干预前比较。

表 4　两组患者心理状况比较($\bar{x} \pm s$)

项目	干预组(n=48)	常规组(n=42)	t 值	P 值
SAS				
干预前	56.68±3.55	56.57±2.91	0.159	0.874
干预后	38.39±4.32*	41.67±4.76*	3.427	0.001
SDS				
干预前	53.75±3.22	54.07±4.77	0.377	0.707
干预后	43.62±3.75*	47.58±2.77*	5.629	<0.001

*$P < 0.05$,与干预前比较。

表5 两组患者生活质量比较($\bar{x} \pm s$)

项目	干预组($n=48$)	常规组($n=42$)	t值	P值
心理社会				
干预前	28.03±6.16	27.43±7.25	0.424	0.672
干预后	19.17±4.37*	24.45±7.28*	4.231	<0.001
症状/药物维度				
干预前	22.47±4.69	21.65±4.29	0.861	0.392
干预后	9.45±2.27*	11.43±2.42*	4.003	<0.001
动力/精力				
干预前	41.15±12.27	42.24±11.68	0.430	0.668
干预后	14.86±4.78*	17.83±5.21*	2.820	0.006

*$P<0.05$,与干预前比较。

3 讨论

SP患者受疾病症状影响,极易受到公众的贬低和歧视,包括有时被误认为具有危险性、不可预测性和暴力倾向,进而导致部分患者将疾病相关的耻辱内化,变得自卑、抑郁、沉默寡言等;同时较高的复发率也会对患者心理产生较大的负面影响[11]。常规干预多以患者的症状改善为主,虽对负面情绪有所改善,但是效果不大,同时患者长期的自我封闭也导致其沟通能力急剧降低。本研究中,干预组的心理情绪和沟通能力评分均优于常规组,其原因可能是:(1)将健康宣教面向普通大众以纠正公众认知,并通过志愿者交流帮助患者正确调整自身与外界评价的关系,更加积极的看待自己,改善病耻感,进而改善心理;(2)志愿者的引导交流可帮助患者重新建立沟通思维,而社区、公益企业以及家属帮助患者对社会的适应也可促进其沟通能力的改善;

SP患者早期阶段已发生记忆损伤,使认知功能受损[12]。Langer等[13]研究表明认知康复训练对于SP患者的认知功能具有轻中度疗效。本研究也表明,除注意警觉、推理与问题解决能力外,干预组患者的其余认知功能指标评分均高于常规组,提示强化式心理与技巧性语言沟通联合可在一定程度上改善SP患者的认知功能。SP患者病程长,大部分需要长期住院,与社会接触少,导致自卑、抑郁等负面情绪的产生,从而影响认知功能。陈诚等[14]研究显示,SP患者焦虑、抑郁情绪与认知功能障碍呈显著相关性,与本研究基本相符,这可能与患者心理状况的改善以及护理配合程度的提高有关,技巧性沟通可引导患者正确认识自身认知功能损伤原因、危害及治疗目的,从而提高患者对于各项认知康复训练的配合度,当神经认知功能与社会认知功能训练相结合时,可更好的改善其认知功能;同时本研究在健康宣教中增加了对SP患者再就业指导,配合日常生活技能训练等,通过实践帮助患者提高社会能动性。

另外,本研究发现干预组患者在接受护理后,其生活质量显著改善。SP是一种慢性疾病,患者生命质量通常显著低于正常人,SP患者个人心理灵活性与生活质量关系密切,而强化式心理配合技巧性语言沟通可促进患者进行接纳、认知解离以及觉察当下,提高心理灵活性,从而对生活质量的提高起到积极作用。

综上所述,强化式心理配合技巧性语言沟通应用于SP患者康复期护理中,可较好的促进患者认知功能、沟通能力以及生活质量的提高,并减轻其负面心理。但本研究仍存在一定的局限性,譬如,受时间因素影响,未对患者的复发率等长期疗效指标进行随访;样本量较少,且患者数据均采自单中心,数据存在一定的偏倚。

参考文献

[1] Charlson FJ, Ferrari AJ, Santomauro DF, *et al*. Global epidemiology and burden of schizophrenia: findings from the global burden of disease study 2016[J]. Schizophrenia Bulletin, 2018, 44(6): 1195-1203.

[2] Mcutcheon RA, Reis MT, Howes OD. Schizophrenia-An overview[J]. JAMA Psychiatry, 2020, 77(2): 201-210.

[3] 吴景竹,吴明,田利萍. 浙江地区精神分裂症患者生活质量状况调查及影响因素分析[J]. 实用预防医学,2017,24(5):548-551.

[4] 刘娟,余志,杨拯,等. 医患沟通技巧的文献分析[J]. 医学与哲学,2016,37(11):57-59,78.

[5] 中华医学会精神病学分会. 中国精神障碍分类与诊断标准第三版(精神障碍分类)[J]. 中华精神科杂志,2001,34(3):184-188.

[6] 焦亚辉,王丽娜,周郁秋,等. 精神分裂症恢复期患者与照顾者精神疾病相关知识及行为调查[J]. 广东医学,2017,38(17):2680-2683.

[7] 邹义壮,崔界峰,王健,等. 精神分裂症认知功能成套测验中文版临床信度及效度的研究[J]. 中华精神科杂志,2009,42(1):29-33.

[8] Forsyth K, Lai JS, Kielhofner G. Measurement properties or the assessment of communication and interaction skills (ACIS)[J]. British Journal Occupational Terapy, 1999, 62(2): 69-74.

[9] 段泉泉,胜利. 焦虑及抑郁自评量表的临床效度[J]. 中国心理卫生杂志,2012,26(9):676-679.

[10] 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(3):172-174.

[11] Müller N. Inflammation in schizophrenia: pathogenetic aspects and therapeutic considerations[J]. Schizophrenia Bulletin. 2018, 44(5): 973-982.

[12] Batinic B. Cognitive models of positive and negative symptoms of schizophrenia and implications for treatment[J]. Psychiatria Danubina, 2019, 31(2): 181-184.

[13] Langer ÁI, Schmidt C, Mayol R, *et al*. The effect of a mindfulness-based intervention in cognitive functions and psychological well-being applied as an early intervention in schizophrenia and high-risk mental state in a Chilean sample: study protocol for a randomized controlled trial[J]. Trials, 2017, 18(1): 233.

[14] 陈诚,王惠玲,王高华,等. 抑郁症与精神分裂症患者静息态功能磁共振成像与认知功能的差异[J]. 中华精神科杂志,2020,53(5):377-383.

(收稿日期:2021-03-14 修回日期:2021-05-02)