

积极心理学理论在精神分裂症临床康复中的应用效果研究

李婷婷

(内蒙古自治区精神卫生中心 内蒙古自治区呼和浩特市 010040)

摘要：目的：探讨在精神分裂症康复阶段以积极心理学理论施护，对患者康复效果的影响。方法：试验所选择对象是 2020.02 至 2022.02 此阶段内，在我院治疗的处在康复阶段的精神分裂症病患共计 90 例，根据随机数字表法将病患分作对照组及观察组，每组病患例数各 45 例，在康复期间对照组采用常规护理，观察组在对照组基础上以积极心理学理论施护，统计施护后两组用药依从性、恢复情况、满意度及生活质量指标差异。结果：经对组间用药依从性进行比较，观察组比对照组高， $P < 0.05$ ；经对组间恢复情况进行比较，观察组精神症状、社会适应能力、日常生活能力及自我效能各项指标评分比对照组优， $P < 0.05$ ；经对组间满意度进行比较，观察组比对照组高， $P < 0.05$ ；经对组间生活质量，观察组综合、环境、心理、社会及躯体领域各项指标评分比对照组高， $P < 0.05$ 。结论：康复期间以积极心理学理论展开护理干预，可对患者用药依从性进行显著提升，进一步增强其自理能力和社会能力，同时还能提升患者满意度及生活质量，对促进其康复起着积极意义，适宜基层医院借鉴应用。

关键词：精神分裂症；康复阶段；积极心理学理论；康复效果；满意度；生活质量

精神分裂症作为临床精神科常见疾病类型，好发于青壮年群体中，具有复发率高、病情进展慢、治愈难度高等特点^[1-2]。目前临床并未明确疾病发生因素，认为与后天环境、遗传因素、妊娠问题等多因素有关，临床表现较为错综复杂，不仅存在只能障碍与意识障碍，且患者行为、思维、情感等方面也存在一定障碍，再加上受体质差、行动缓慢及反应迟钝等因素影响，易导致患者出现不良事件，对临床治疗与康复效果造成影响^[3]。在治疗上临床大多以药物、行为、心理、饮食等治疗方案为主，药物治疗则是临床控制患者病情发展的主要手段，且疗效较为理想，可有效改善患者临床症状，然而对其心理状态与认知功能的改善并不理想，不仅不利于恢复患者的社会功能，同时也有可能导致患者病情出现迁延不愈，增加治疗难度，故而积极提供高质量护理干预，有利于改善患者预后质量^[4]。积极心理学通过对患者适应能力及自我管理能力的培养，促使其形成积极、健康心理品质，进而达到增加患者幸福感及提升其社会功能的目的^[5]。为有效提升患者康复质量，本研究以 2020.02 至 2022.02 在我院就医的 90 例精神分裂症病患作为本次试验所选对象，主要目的是为了探讨以积极心理学理论对患者施护的意义，现分析如下：

1. 资料与方法

1.1 病例资料

本组所选对象是 90 例处于康复阶段的精神分裂症病患，组间以随机数字表法实施分组，对组间资料进行分析，对照组：年龄在 20 岁至 62 岁，均龄值在 41.78 ± 8.63 岁，男性有 12 例，女性有 33 例，患病时间最长在 10 年，最短为 1 年，患病时间平均在 4.69 ± 0.78 年；观察组：年龄最高在 60 岁，年龄最低在 20 岁，均龄值在 40.92 ± 8.51 岁，男性与女性占比分别为 10 例及 35 例，患病时间在 1 年至 10 年，平均患病时间在 4.75 ± 0.82 年。对组间资料以统计分析，结果显示 $P > 0.05$ ，具备对比意义。本组对象纳入要求：（1）经临床实验室检查明确为精神分裂症；（2）临床资料、病史资料及检查记录等各项资料完善；（3）了解试验内容及流程，同意参与；（4）满足医学伦理学相关要求；（5）经药物治疗后取得理想疗效，且处于康复阶段；（6）临床表现以思维无逻辑、情感障碍、反复性言语幻听等为主。排除：（1）合并有重要脏器疾病存在；（2）合并有精神依赖史与药物依赖史；（3）合并有严重躯体性疾病；（3）合并有暴力行为存在，如严重伤人、自杀或自残等；（4）处于妊娠阶段女性；（5）难治性精神分裂症；（6）中途转院或退出试验。

1.2 方法

对照组采用常规护理，遵医嘱展开各项服务，督促患者服用药物，常规开展健康知识宣教、基础护理等一系列护理工作；鼓励患者参与文娱活动，如读书、下棋等；在查房过程中需积极开展心理干预，改善患者不良情绪；观察组则以积极心理学理论开展护理，内容为：（1）制定干预方案：对患者的心理状态展开全面分析，制定出科学性、针对性心理干预方案；邀请心理科的医师与咨询师加

入至护理人员的培训中，并协助其掌握有关积极心理学理论相关内容，并熟练开展各项护理技术；干预前将积极心理学的干预重要性及目的向患者及家属进行讲解，以此来调动其参与性；根据患者具体情况，可将其分为上午与下午实施干预，每周一至周五展开持续干预；（2）具体实施方法：①在治疗第 1 周-第 2 周时，展开健康知识宣传讲座，将疾病临床症状、发生因素、护理知识等告知患者，促使其能够全面掌握自身病情，帮助其树立起康复信心；②在治疗第 3-第 5 周时，组织患者参与唱歌、阅读文章等方式，让患者感恩亲人、感恩生命，通过组织患者参与文娱活动等，以此来转移患者的悲观情绪，增强其交际能力；③在治疗第 6 周-8 周时，组织患者观看励志书籍、电影等方式，帮助患者重建治疗希望，鼓励其合理宣泄情绪，以此来缓解自身压力；通过开展联谊会、演讲会等方式，鼓励患者说出自己梦想，并得到病友间相互支持，最终协助患者返回社会。上述干预方法及频次需结合患者的结合程度来调整，不可过度频繁性组织活动，避免让患者出现一些抵抗情绪。

1.3 指标观察及判定标准

（1）统计用药依从性，分为不依从（拒绝服用药物且不配合治疗）、基本依从（在住院治疗期间需于护士及家属监督下方可按时服药，缺乏主动性）与完全依从（可遵医嘱服用药物，且积极配合医护工作开展），总依从度为基本依从率及完全依从率总和；（2）统计康复情况，指标包括：①精神症状，评价量表选取简明精神病评价量表，总分为 126 分，得分越高则显示症状越严重；②统计社会适应能力，评价量表选取社会适应力量表，包括社交技能参与能力与社会生活能力，总分为 76 分，分值越低则表示社会适应能力越强；③统计日常生活能力，评价量表选取日常生活能力量表，总分为 100 分，得分越高则显示自理能力越强；④统计自我效能，评价量表选取一般自我效能量表，总分为 40 分，得分越高则显示自我效能越好；（3）生活质量，对比指标：综合、环境、心理、社会及躯体领域，选取世界卫生组织生活质量量表，单项总分 100 分，生活质量随得分增加而越优；（4）满意度，对比指标：不满意、基本满意与满意，选取纽卡斯尔护理满意度量表（总分 95 分），得分分别为 < 60 分、60 分至 84 分及 > 84 分，总满意度=基本满意率+满意率。

1.4 数据处理

本试验数据以统计学软件 SPSS22.0 展开分析，计数资料以百分数进行表示，检验以卡方值（ χ^2 ）；计量资料以（ $\bar{x} \pm s$ ）进行表示，检验以 t 值，若组间和（或）组内数据结果显示为 $P < 0.05$ ，则具备统计学意义。

2 结果

2.1 用药依从性

表 1 可知，经对比 2 组满意度，观察组高于对照组，组间存在显著性差异， $P < 0.05$ 。

表 1 对比施护后组间用药依从性 (n, %)

组别	例数	不依从	基本依从	完全依从	总依从
对照组	45	10	18	17	35 (77.78)
观察组	45	2	20	23	43 (95.56)
χ^2 值	-	-	-	-	6.154
P 值	-	-	-	-	0.013

表 2 对比施护前后组间各项指标变化 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	精神症状评分		社会适应能力评分	
		施护前	施护后	施护前	施护后
对照组	45	63.75 $\pm$ 3.20	39.60 $\pm$ 2.84	33.17 $\pm$ 3.52	21.63 $\pm$ 2.80
观察组	45	63.87 $\pm$ 3.53	28.73 $\pm$ 4.51	32.85 $\pm$ 4.01	14.07 $\pm$ 1.60
t 值	-	0.169	13.681	0.402	15.726
P 值	-	0.866	0.000	0.688	0.000

续表

组别	例数	日常生活能力评分		自我效能评分	
		施护前	施护后	施护前	施护后
对照组	45	35.37 $\pm$ 4.15	46.80 $\pm$ 5.27	22.07 $\pm$ 3.40	28.35 $\pm$ 2.86
观察组	45	35.20 $\pm$ 4.43	57.65 $\pm$ 6.19	22.21 $\pm$ 3.18	34.27 $\pm$ 4.50
t 值	-	0.188	8.953	0.202	7.448
P 值	-	0.851	0.000	0.841	0.000

2.3 满意度

表 3 所示, 经对比 2 组满意度, 观察组高于对照组, 组间存在显著性差异, $P < 0.05$ 。

表 3 对比施护后组间满意度 (n, %)

组别	例数	不满意	基本满意	满意	总满意
对照组	45	10	20	15	35 (77.78)
观察组	45	2	23	20	43 (95.56)
χ^2 值	-	-	-	-	6.154
P 值	-	-	-	-	0.013

2.4 生活质量

表 4 所示, 2 组施护后生活质量评分明显高于施护前, 且观察组各项评分比对照组高, 组间存在显著性差异, $P < 0.05$ 。

表 4 对比施护前后组间生活质量 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	综合领域		环境领域		心理领域	
		施治前	施治后	施治前	施治后	施治前	施治后
对照组	45	58.40 $\pm$ 5.81	65.28 $\pm$ 6.12	53.84 $\pm$ 4.21	65.07 $\pm$ 8.31	54.87 $\pm$ 5.42	67.87 $\pm$ 5.64
观察组	45	59.21 $\pm$ 5.72	74.27 $\pm$ 5.80	53.20 $\pm$ 4.76	72.14 $\pm$ 5.56	54.92 $\pm$ 5.35	74.58 $\pm$ 6.32
t 值	-	0.666	7.152	0.676	4.743	0.044	5.314
P 值	-	0.507	0.000	0.501	0.000	0.965	0.000

续表

组别	例数	社会领域		躯体领域	
		施治前	施治后	施治前	施治后
对照组	45	62.17 $\pm$ 4.27	72.11 $\pm$ 5.24	59.14 $\pm$ 5.08	75.63 $\pm$ 5.22
观察组	45	62.05 $\pm$ 4.31	81.60 $\pm$ 6.82	59.22 $\pm$ 5.21	81.05 $\pm$ 7.31
t 值	-	0.133	7.402	0.074	4.048
P 值	-	0.895	0.000	0.941	0.000

讨论

精神分裂症属于慢性精神疾病, 该疾病中所存在的阴性及阳性症状将对患者心理功能造成严重损害, 临床表现以行为分裂、个性

2.2 恢复情况

表 2 所示, 经对比 2 组施护前恢复指标, 无显著性差异, $P > 0.05$; 经施护后, 与对照组相比, 观察组各项指标评分较优, 组间存在显著性差异, $P < 0.05$ 。

分裂及思维分裂为主, 通常情况下患者的精神活动和所处环境很难得到协调^[6]。目前临床暂未明确该疾病的发病机制, 认为其与遗传、脑组织结构、精神等因素有关, 但该疾病属于多因素疾病, 且个体

心理易感素质与外界社会不良等因素都会影响到可经内在生物学因素共同作用而造成精神分裂症发生,使得患者表现出多方面不协调与障碍,如精神活动、情感等,再加上该疾病具有迁延不愈、易反复性发作等特点,一旦病情恶化或者加重,都易造成患者精神出现残疾,对其正常生活与工作造成不良影响^[7]。与此同时,由于疾病发生因素较为复杂,患者症状表现并不相同,大部分患者在思维、情感、认知等方面存在障碍,且精神活动存在不协调现象,易给患者自身、家庭甚至社会带来较重负担^[8]。目前,临床在治疗该类患者时,最直接、最有效的方法是以抗精神病药物展开治疗,在必要时患者需终身以药物方式维持治疗,从而实现控制临床症状,减少疾病复发风险,但对于患者依从性有着较高要求,需按时、坚持遵医嘱服用药物,尤其是对于康复期患者而言,其病情基本被控制,即将回到社会中,然而受疾病因素影响,易导致患者出现一些负面情绪,如自卑、焦虑、抑郁等,若不采取合理护理干预,不仅无法有效恢复患者社会功能,同时还会导致其出现疾病复发现象,故而在疾病康复期中予以合理、有效护理干预,对于提高患者社会能力,促进其尽早康复走向社会起着积极意义^[9-10]。积极心理学属于新兴的一门心理科学,主要目的是为了帮助个体建立起积极的品质与提升其适应能力,以此来促进人类健康、和谐发展^[11]。在积极心理学理论下开展康复护理,可将其分作四个阶段,第一阶段为掌握患者的精神情况,全面展开评估分析;第二阶段是结合评估结果制定针对性、个性化的心理干预方案;第三阶段是强化对护理人员的护理能力培训;第四节阶段则是落实各项心理干预措施。通过开展阶段性干预计划,可帮助护理人员张开各项护理方案,进一步提升护理有效率及护理质量^[12-13]。与此同时,在不同恢复阶段患者的护理需求大不相同,于积极心理学理论下开展护理服务,其护理顺序主要体现为认知疾病→学会感恩→激发出康复动力,借助开展各类活动向患者讲解疾病与护理知识内容,可帮助其树立起积极、乐观心理;借助人际关系与动手活动,可进一步提升患者的适应能力,以此来实现改善患者的生活质量及降低疾病复发风险^[14-15]。本研究中,经对比常规护理及积极心理学理论在精神分裂症康复患者中的施护效果差异,发现施护后观察组精神症状评分为 28.73 ± 4.51 分、社会适应能力评分为 14.07 ± 1.60 分、日常生活能力评分为 57.65 ± 6.19 分、自我效能各项指标评分为 34.27 ± 4.50 分,优于对照组精神症状、社会适应能力、日常生活能力及自我效能各项指标评分为 39.60 ± 2.84 分、 21.63 ± 2.80 分、 46.80 ± 5.27 分、 28.35 ± 2.86 分;观察组施护总满意度达 95.56%,高于对照组 77.78%;观察组综合、环境、心理、社会及躯体领域各项生活质量评分比对照组高, $P < 0.05$,证实积极心理学理论下开展护理干预,具备有效性及可靠性,有利于改善患者康复质量,促进其恢复,临床应用意义较高。原因如下:积极心理学是以帮助患者重新建立社会能力当作护理目的,从社会方面与心理方面对患者实施护理工作,可全方面满足患者心理需求、身体需求及社会需求,促使患者能够在疾病康复之后,重新回归到正常生活中,故而具有显著护理效果。通过强化心理护理、健康宣教等干预,可有效改善患者认知功能,对其不良心理及情绪进行调节;通过组织患者观看感恩、励志类电影,可激发患者感恩心,并积极配合治疗工作开展;通过以团队方式组织患者参加各项娱乐性比赛,可进一步提升其动手能力与相关协作能力,进而

有效改善患者人际关系,最终充分激发患者回归社会动力。陈俊玲^[16]经评价“积极心理学理论用于精神分裂症康复护理中的效果”发现研究组总依从率达 95.65%,高于常规组 81.74%,与本研究结果相符,通过以多样化方式开展健康宣教,可有效提升患者对于疾病知识及用药知识的了解,将坚持规范性用药对于疾病转归与预防不良反应方法,可有效增强患者用药依从性的同时,还能降低不良反应发生。

综上所述,以积极心理学理论对精神分裂症康复期患者施护,可得到理想施护效果,既能够增强患者自理能力及社会能力,还能够起到改善患者生活质量作用,建议推广。

参考文献:

- [1]刘敏. 积极心理学理论在精神分裂症康复护理中的应用[J]. 国际护理学杂志,2022,41(04):755-758.
- [2]蔡蔓蔓. 积极心理学理论在对精神分裂症患者进行康复护理中的应用分析[J]. 中国社区医师,2022,38(05):105-107.
- [3]高松红,唐娜,张艳华. 基于积极心理学理论康复护理对精神分裂症患者的影响[J]. 心理月刊,2022,17(01):81-82+107.
- [4]顾秀华,赵惠英,孔凡贞. 积极心理学理论用于精神分裂症患者康复中的效果探讨[J]. 中国社区医师,2021,37(30):140-141.
- [5]朱艳玲,廖小华,张献强等. 积极心理学理论在精神分裂症康复护理中的应用效果[J]. 中国当代医药,2021,28(25):244-246.
- [6]古俊蕊,王学军. 积极心理学理论护理在精神分裂症患者康复中的应用效果[J]. 中国民康医学,2021,33(04):84-86.
- [7]徐春花,刘华粉. 积极心理学理论在对精神分裂症患者进行康复护理中的应用效果研究[J]. 心理月刊,2020,15(24):38-39.
- [8]王杰莹. 积极心理学理论护理对慢性精神分裂症患者幸福感及社会功能的影响[J]. 淮海医药,2020,38(05):536-538.
- [9]袁素丽,朱春燕,张开元等. 以积极心理学理论为指导的护理干预对精神分裂症患者康复及社会功能的影响研究[J]. 医院管理论坛,2020,37(08):40-43+7.
- [10]黎金带,黎雯玲,黎云霞. 积极心理学理论指导的护理干预对精神分裂症患者的康复影响[J]. 华夏医学,2020,33(04):155-158.
- [11]凌颖,王燕. 基于积极心理学理论的康复护理对精神分裂症患者的生活质量及 BPRS 评分的影响研究[J]. 实用临床护理学电子杂志,2020,5(22):143.
- [12]徐艳玲,陈燕华. 积极心理学理论在精神分裂症康复护理中的应用效果[J]. 中国现代药物应用,2019,13(15):222-223.
- [13]代小林,冯艳. 积极心理学理论在精神分裂症康复护理中的应用效果观察及有效性评价[J]. 全科口腔医学电子杂志,2019,6(21):78.
- [14]梁雪玲,李振超,吕恩瑜. 基于积极心理学理论的康复护理对精神分裂症患者幸福进取感及健康状态的影响[J]. 中国临床护理,2019,11(04):339-342.
- [15]宋秀金,黄霞,谢转仪. 探讨积极心理学理论在精神分裂症康复护理中的应用效果[J]. 中国实用医药,2019,14(12):154-156.
- [16]陈俊玲. 积极心理学理论用于精神分裂症康复护理中的效果评价[J]. 心理月刊,2021,16(04):87-88.