

# 综合干预对精神分裂症患者睡眠质量的影响

徐小洁 许玉琳 黎赛英 刘友夺

**【摘要】**目的 探讨综合干预对精神分裂症患者睡眠质量的影响。方法 将符合《中国精神障碍分类与诊断标准(第3版)》(CCMD-3)的精神分裂症诊断标准以及伴有睡眠障碍的80例患者,采用“不平衡指数最小分配原则”分为研究组和对照组各40例。对照组只进行睡眠卫生健康教育,研究组接受睡眠卫生健康教育及音乐治疗、刺激控制、渐进性肌肉放松综合干预,疗程一个月。干预前后采用匹茨堡睡眠质量指数(PSQI)测定两组患者睡眠质量。结果 干预前,对照组和研究组PSQI总评分分别为(9.70±1.65)分和(9.79±1.88)分,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。干预后,研究组PSQI主观睡眠质量(1.43±0.68)、入睡时间(2.23±0.56)、睡眠持续性(0.83±0.67)、睡眠障碍(1.49±0.51)、习惯性睡眠效率(0.28±0.50)、日间功能障碍(1.04±0.59)评分及总评分均低于干预前,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。对照组PSQI各项得分和总得分均高于研究组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 综合干预可能有助于改善精神分裂症患者的睡眠质量。

**【关键词】** 综合干预;精神分裂症;睡眠质量

中图分类号:R749.3

文献标识码:A

doi:10.3969/j.issn.1007-3256.2014.02.027

睡眠质量是指各睡眠时相持续时间,睡眠效果及睡眠深度间协调一致的综合体现<sup>[1]</sup>。有研究显示精神分裂症患者的睡眠问题发生率为43.40%<sup>[2]</sup>,88%的精神病复发患者早期常见睡眠障碍<sup>[3]</sup>。睡眠障碍常导致躯体和神经不适,造成脑部疲劳,影响患者临床治疗效果<sup>[4]</sup>。对精神分裂症患者的睡眠问题较多采取药物治疗或单一的睡眠卫生健康教育、放松训练等都干预措施,而综合干预较少。本研究对仅接受利培酮系统治疗的精神分裂症患者采取睡眠卫生健康教育、音乐治疗、刺激控制、渐进性肌肉放松的综合干预措施,探讨综合干预对精神分裂症患者睡眠质量的影响,为精神分裂症患者改善睡眠质量提供实践指导。

## 1 对象和方法

1.1 对象 选择2011年1月-2012年5月在福建省闽清精神病防治院住院的精神分裂症患者,符合《中国精神障碍分类与诊断标准(第3版)》(Chinese Classification and Diagnostic Criteria of Mental Disease, third edition, CCMD-3)中精神分裂症诊断标准以及伴有睡眠障碍,共80例,采用“不平衡指数最小分配原则”分为研究组和对照组各40例。研究组男21例,女19例;小学15例,初中1例,高中以上13例;平均年龄(33.5±10.8)岁;平均病程

(3.5±5.1)年。对照组男24例,女16例;小学9例,初中16例,高中以上15例;平均年龄(35.3±12.5)岁;平均病程(3.2±4.7)年。两组在性别、年龄、受教育程度、平均病程方面比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。研究组利培酮日均治疗剂量为(4.10±1.50)mg,对照组日均治疗剂量为(3.90±1.30)mg,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。患者本人或其法律监护人签署知情同意书。本研究经福建省闽清精神病防治院伦理委员会批准。

## 1.2 方法

1.2.1 干预方法 对照组仅实施睡眠卫生健康教育,向其讲解建立固定睡眠习惯,限制睡眠前不良行为的重要性,以及睡眠的过程、结构和个体差异,提高患者对睡眠的正确认识,纠正睡眠认知上的偏差,减少睡前焦虑,自主神经和认知上的唤醒等。研究组在此基础上采取循序渐进,指导其进行音乐放松疗法、刺激性控制训练和渐进性肌肉放松训练的综合干预措施。实施如下:

①指导患者睡前在安静的环境下听具有催眠效果的音乐如《小城故事》,《摇篮曲》等30分钟,同时做深呼吸。

②让患者每天按自己设定4项来控制自己:

- 避免白天随时打盹或午睡,或在床上看书,聊天,打扑克等与睡觉无关事情;
- 晚上只在睡前有睡意时才上床;
- 若上床后在短时间内不能入睡的则起床做些

作者单位:福建省闽清精神病防治院

通信作者:徐小洁, E-mail:shari168@sina.com

安静活动,如阅读、听音乐,直到有睡意再上床睡觉;  
d. 保持有规律的起床时间,培养自己快速入睡能力。

③指导其从手部开始,吸气时逐渐握紧拳头,约 5 秒后呼气时缓慢放松,约 15 秒,然后到上肢、肩部、颈部、胸部、腹部、下肢,直到双脚,依次对各组肌群进行先紧后松的渐进性肌肉放松练习。

上述三个步骤为一次干预,每 5 天 1 次,每次 60 分钟,6 次为一疗程。两组均由 2 名具有良好护患沟通能力,能熟练掌握精神科相关知识和技能的主管护师对其进行干预。

1.2.2 评定工具 一般情况资料调查表包括年龄,性别,职业,婚姻,受教育程度等 10 个条目。

匹兹堡睡眠质量指数(Pittsburgh Sleep Quality Index,PSQI)由 Buysse 等于 1989 年编制,包括主观睡眠质量,入睡时间,睡眠持续时间,习惯性睡眠效

率,睡眠障碍,使用睡眠药物,日间功能障碍 7 项内容,各项之和即为 PSQI 总分,分值范围 0~21 分,得分越高,表明睡眠质量越差。

1.2.3 统计方法 应用 SPSS13.0 软件进行资料整理和分析,计量资料用均数±标准差表示,采用成组 *t* 检验和配对 *t* 检验。

## 2 结 果

干预前,研究组和对照组 PSQI 总得分分别为(9.79±1.88)分和(9.70±1.65)分,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。干预后,研究组 PSQI 主观睡眠质量、入睡时间、睡眠持续性、睡眠障碍、习惯性睡眠效率、日间功能障碍评分及总评分都低于干预前,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。对照组 PSQI 各项得分和总得分均高于研究组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 1。

表 1 两组干预前后 PSQI 得分比较( $\bar{x}\pm s$ ,分)

项目	时间	主观睡眠质量	入睡时间	睡眠持续性	习惯性睡眠效率	睡眠障碍	使用睡眠药物	日间功能障碍	PSQI 总分
对照组 ( <i>n</i> =40)	干预前	1.81±0.68	2.13±0.77	1.43±0.71	1.30±0.83	1.43±0.54	0.04±0.20	1.57±0.68	9.70±1.65
	干预后	1.70±0.59	2.04±0.86	1.21±0.69	1.17±0.94	1.34±0.60	0.04±0.29	1.51±0.72	9.02±2.15
研究组 ( <i>n</i> =40)	干预前	1.74±0.71	2.19±0.90	1.38±0.68	1.40±1.01	1.36±0.57	0.13±0.05	1.57±0.71	9.79±1.88 <sup>a</sup>
	干预后	1.4±0.68 <sup>bc</sup>	2.2±0.56 <sup>bc</sup>	0.8±0.67 <sup>bc</sup>	0.2±0.50 <sup>bc</sup>	1.4±0.51 <sup>bc</sup>	0.09±0.46	1.0±0.59 <sup>bc</sup>	7.38±1.45 <sup>c</sup>

注:<sup>a</sup>与对照组同期比较, $P<0.05$ ;<sup>b</sup>与同组干预前比较, $P<0.05$ ;<sup>c</sup>与对照组干预后比较, $P<0.05$ 。

## 3 讨 论

本结果显示,干预后,研究组 PSQI 主观睡眠质量、入睡时间、睡眠持续性、睡眠障碍、习惯性睡眠效率、日间功能障碍评分及总评分均低于干预前,也低于同期对照组评分( $P<0.05$ ),表明研究组的睡眠质量优于对照组的睡眠质量,提示综合干预对精神分裂症患者睡眠质量的积极作用优于单一睡眠卫生健康教育干预措施,与相关研究<sup>[4]</sup>一致。但研究组“使用睡眠药物”因子干预前后及干预后两组间差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。

音乐治疗效果可能会受患者音乐偏好、感受性等因素影响,刺激控制、渐进性肌肉放松因个体差异

可能也存在接受程度不等的情况。因此,在后续研究中需评价标准化综合干预法的效果。

## 参 考 文 献

- [1] 李小寒,尚少梅.基础护理学[M].北京:人民卫生出版社,2006:99.
- [2] 崔利军,栗克清,孙秀丽,等.多种精神障碍患者睡眠质量的调查[J].中华精神科杂志,2008,41(3):172-75.
- [3] 刘学君,张永莉.恢复期精神分裂症患者再次复发住院的相关因素及早期表现特点[J].中国临床康复,2005,9(32):88-89.
- [4] 王萱,宋景贵,籍玉红,等.急性脑卒中睡眠障碍患者心理干预效果评价[J].临床心身疾病杂志,2007,13(4):342-343.

(收稿日期:2013-11-02)