医院–社区–家庭联合康复模式对稳定期精神分裂症患者生活质量、社会功能的影响

廖慧仪[1,2]　卢思畅[3]　李　欣[4]　杨惠英[1,2]

【摘要】**目的**　探讨医院–社区–家庭联合康复模式对稳定期精神分裂症患者生活质量、社会功能的影响。**方法**　选择2023年2月—2025年1月105例稳定期精神分裂症患者，数字表法随机分为对照组（52例）与观察组（53例），对照组采用常规康复模式，观察组采用医院–社区–家庭联合康复模式。比较干预前后精神症状、生活质量以及社会功能。**结果**　干预后两组精神症状评分均明显下降，但观察组干预后阴性症状评分显著低于对照组（$P<0.05$），精神病理与阳性症状评分差异无统计学意义（$P>0.05$）；干预后两组心理社会、精力与动力、症状与副作用评分显著降低，但干预后观察组显著低于对照组（$P<0.05$），干预后两组活动性与交往、生活功能、社会活动技能评分均显著增加，但干预后观察组显著高于对照组（$P<0.05$）。**结论**　医院–社区–家庭联合康复模式有助于减轻稳定期精神分裂症阴性症状，并提升生活质量与社会功能。

【关键词】医院–区–庭联合康复模式；稳定期精神分裂症；阴性症状；生活质量；社会功能

【中图分类号】R749.3　【文献标识码】A　【文章编号】1673-2952(2026)03-0728-04

Impact of a Hospital-Community-Home Joint Rehabilitation Model on Quality of Life and Social Functioning in Patients with Schizophrenia in the Stabilization Phase

LIAO Huiyi, LU Sichang, Li Xin, et al. Xiaolan Clinical College, Shantou University School of Medicine, Shantou 515000, China

【**Abstract**】**Objective**　To investigate the effects of a hospital-community-home integrated rehabilitation model on the quality of life and social functioning of individuals with stable schizophrenia. **Methods**　A total of 105 patients with stable schizophrenia diagnosed between February 2023 and January 2025 were randomly assigned using the digit table method to either a control group (n=52) or an observation group (n=53). The control group received conventional rehabilitation, while the observation group underwent a hospital-community-home integrated rehabilitation model. Pre- and post-intervention comparisons were conducted on psychiatric symptoms, quality of life, and social functioning. **Results**　Following intervention, both groups exhibited significant reductions in psychotic symptom scores. However, the observation group demonstrated markedly lower negative symptom scores than the control group post-intervention ($P<0.05$). No statistically significant differences were observed in psychopathology or positive symptoms between groups ($P>0.05$). Post-intervention, both groups showed significant reductions in psychosocial, energy, and motivation, and symptom and side effect scores. However, the observation group scored significantly lower than the control group ($P<0.05$). Both groups demonstrated significant increases in activity and social interaction, daily functioning, and social skills scores post-intervention, with the observation group scoring significantly higher than the control group ($P<0.05$). **Conclusion**　The hospital-community-home integrated rehabilitation model contributes to alleviating negative symptoms in the stable phase of schizophrenia and demonstrates improvements in quality of life and social functioning.

【**Key words**】Hospital-community-home joint rehabilitation model; Stable-phase schizophrenia; Negative symptoms; Quality of life; Social functioning

［作者工作单位］1. 汕头大学医学院小榄临床学院（汕头，515000）；2. 中山市小榄人民医院（中山市第五人民医院）；3. 中山市小榄镇社区卫生服务中心；4. 深圳市龙华区人民医院。

［第一作者简介］廖慧仪（1993.01-），女，广东中山人，本科，医师，研究方向：心理睡眠。

［通信作者］廖慧仪（Email：413240822@qq.com）。

精神分裂症具有较高的精神致残率，多数患者经过急性期针对性的药物治疗后进入稳定期，该阶段虽然阳性症状得到控制，但阴性症状较为明显，如情感淡漠、社交退缩等，导致生活质量低下，无法有效融入社会[1]。出院后，传统康复模式以居家康复为主，配合药物维持治疗，缺乏连续性的康复指导，而且病情控制也容易受到治疗依从性的影响，难以对其回归社会与家庭提供持续、有效的支持，康复效果相对局限[2]。“医院–社区–家庭”联合康复模式整合医院专业医疗技术、社区便捷的康复资源以及家庭支持，构建一个全程管理网络[3-4]。我院近年来将该模式用于稳定期精神分裂症的康复管理，获得较佳的应用效果，报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2023年2月—2025年1月105例稳定期精神分裂症患者，数字表法随机分为对照组（52例）与观察组（53例）。对照组男性24例，女性28例，年龄（35.91±5.17）岁；病程（8.19±2.37）年；服用利培酮30例，奥氮平22例。观察组男性27例，女性26例，年龄（35.15±5.44）岁；病程（8.40±2.28）年；服用利培酮29例，奥氮平24例。两组一般资料差异无统计学意义（$P>0.05$）。中山市小榄人民医院伦理委员会批准本研究，患者签署知情同意书。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准：精神分裂症符合ICD-10诊断标准[5]；经治疗，妄想、概念紊乱等4项阳性症状评分均＜3分，且状况维持3个月及以上[6]；出院后，有固定照顾者。排除标准：合并心脑血管、肝肾等其他严重疾病；文盲或痴呆者，无法配合相关治疗与评估；合并其他精神疾病。剔除标准：自行退出；未按要求干预或随访。

1.3 方法

对照组采用常规康复治疗。以药物维持治疗为基础。在出院时以及每月1次入院随访的指导下，由家属提供监督服药、情感支持和营造稳定的生活环境。引导患者主动承担家务、参与家庭事务决策，逐步过渡到开展日常社会活动。共3个月。

观察组采用医院–社区–家庭联合康复模式，共分为3个阶段，总干预时间3个月。第一个月：评估与基础重建期。（1）医院：联系合作社区卫生中心，制定并就康复计划达成共识，进行护理技能培训。出院前联合家属制定个性化的康复计划，开展药物管理课程。共60 min。社区：结构化日常活动：每周3次，进行团体式工疗、文娱活动，每次30 min。基础社交训练：每周2次，每次30 min。团体心理教育：每周1次，每次30 min。家庭：家庭心理沙龙：每周1次，每次60～90 min，结合多媒体资料提升健康知识水平。学习并使用提醒服药相关APP。第二个月：技能强化与社会连接期。医院：到院复诊：评估病情后进行方案调整或优化。社区：进阶社交训练：每周2次，每次30 min，包括拒绝不合理要求、合理表达批评等。生活能力训练：每周2次，每次30 min，包括制作简单餐食、生活计划等。外出实践：每周1次，包括使用交通工具、组织前往超市等。家庭：家庭内角色扮演：每周1次，每次30 min，与家属一起扮演社交活动中的不同人物，巩固社交技巧。家庭社交活动：每周拜访一次亲友。第三个月：巩固期。医院：月末进行1次总结，评估病情，量化康复成果。帮助患者规划康复计划。社区：高阶团体活动：每周2次，如团队合作完成游戏、活动等、担任社区志愿者自我价值主题讨论：每周1次，每次30 min，结合既往人生经历以及康复期的自我发现，发掘人生意义。家庭：培养独立能力：引导患者独自完成各项生活与社交。生活规划：与患者共同探讨并制定短期与长期生活目标。

1.4 观察指标

精神症状采用阳性与阴性症状量表评估，量表共3个方面，即阳性、阴性以及精神病理症状，分别为7、7、16个条目，评分1～7分，分值越大越严重[7]。评估精神分裂症生活质量量表，包含心理社会、精力与动力、症状与副作用，共30个条目，评分0～4分，分值越低生活质量越佳[8]。评估精神病社会功能量表，包括活动性与交往、生活功能、社会活动技能等3个方面，共12个条目，评分0～4分，分值越高社会功能越佳[9]。

1.5 统计学分析

采用SPSS25.0统计软件，计数资料进行χ^2检验，计量资料符合正态分布，以“$\bar{x}\pm s$”录入，两组进行独立样本t检验，组内进行配对样本t检验，$P<0.05$为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组精神症状比较

本研究对照组脱落5例，其中自行退出2例；未按要求干预或随访3例；观察组脱落2例，均未按要求干预或随访。干预后两组精神症状评分均明

显下降，但观察组干预后阴性症状显著低于对照组（$P<0.05$），精神病理与阳性症状差异无统计学意义（$P>0.05$），见表1。

2.2　两组生活质量比较

干预后两组心理社会、精力与动力、症状与副作用评分显著降低，但干预后观察组显著低于对照组（$P<0.05$），见表2。

2.3　两组社会功能比较

干预后两组活动性与交往、生活功能、社会活动技能评分均显著增加，但干预后观察组显著高于对照组（$P<0.05$），见表3。

表1　两组精神症状比较（$\bar{x}\pm s$）

组别	n	阳性症状		阴性症状		精神病理	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	51	11.63±2.86	9.30±2.14*	22.63±4.11	14.62±2.18*	24.33±4.23	19.43±3.23*
对照组	47	11.50±2.94	9.68±2.29*	22.23±4.37	18.89±3.54	24.13±3.96	20.12±3.40*
t		0.221	0.849	0.467	7.252	0.241	1.030
P		0.825	0.940	0.642	<0.001	0.810	0.306

注：干预前后同组比较*$P<0.05$

表2　两组生活质量比较（$\bar{x}\pm s$）

组别	n	心理社会		精力与动力		症状与副作用	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	51	23.63±4.34	13.50±2.78*	19.58±3.65	12.63±2.42*	21.69±4.11	12.05±3.16*
对照组	47	23.57±4.24	16.87±2.97*	19.90±3.70	15.05±3.20	21.74±4.16	14.87±3.42*
t		0.069	5.802	0.431	4.162	0.012	4.243
P		0.945	<0.001	0.668	<0.001	0.991	<0.001

注：干预前后同组比较*$P<0.05$

表3　两组社会功能比较（$\bar{x}\pm s$）

组别	n	活动性与交往		生活功能		社会活动技能	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	51	6.35±1.53	9.85±1.87*	8.45±2.12	12.53±3.02*	7.12±1.64	10.24±2.06*
对照组	47	6.32±1.60	7.86±1.76*	8.50±2.07	10.12±2.68*	6.96±1.60	8.86±2.15*
t		0.029	4.991	0.072	4.442	0.158	4.381
P		0.977	<0.001	0.923	<0.001	0.875	<0.001

注：干预前后同组比较*$P<0.05$

3　讨论

精神分裂症患者出院后常面临康复效果不佳的困境，主要与药物依从性差、社会功能退化等有关。医院－社区－家庭联合康复模式构建了三方协同的照护网络，将医院专科指导延伸至社区与家庭，将社会与家庭支持纳入康复体系，实现社会功能恢复以及生活质量提升。

本研究治疗后观察组阴性症状评分更低。在医院端，药物宣教、提醒服药APP等规范的药物管理为改善精神症状提供了生物学基础。在社区端，社交活动训练打破长期住院的孤立状态，激发其参与社交活动；进阶阶段真实社交训练则有效减轻了其情感淡漠、社交退缩等阴性症状。家庭端，角色扮演、外出任务等进一步激活其情绪状态。最终，通过三方持续的行为激活与动机激励，减轻了阴性症状[10]。

本研究干预后观察组各项生活质量评分更优。该模式对生活质量的改善机制在于：医院的专业指导提供了明确的康复路径。社区开展的各项团体交流、志愿活动以及自我价值的主题讨论，进一步满足患者归属感、成就感以及被需求感，从精神与情感层

面提升了生活质量。家庭的心理沙龙与生活规划制定，改善了家庭氛围，提升了希望水平。通过对生理、心理功能以及家庭、社会支持的全面改善，共同提升了生活质量[11]。林静宜等[12]报道显示，该康复模式对精神分裂症出院后生活质量进行了显著的提升，这与本研究结果相符。

本研究干预后观察组各项社会功能评分更高。该康复模式构建了“医院指导–社区模拟–家庭泛化–社会实践”的完整社交技能链。医院作为评估与规划的起点，为社会功能的提升提供理论指导[13]。社区作为核心训练平台，从基础的社交模拟逐渐向进阶的人际冲突发展，再到真实场景的外出实践，将抽象的社会规则向实际的社交场景转化。家庭层面，通过角色扮演和拜访亲友，巩固了社交技能[14]。

综上所述，医院–社区–家庭联合康复模式有助于减轻稳定期精神分裂症阴性症状，并提升生活质量与社会功能。

参考文献

[1] Correll CU, Bookhart BK, Benson C, et al. Association of relapse with all-cause mortality in adult patients with stable schizophrenia[J]. Int J Neuropsychopharmacol, 2025, 28(5): pyaf018.

[2] Rosén Rasmussen A, Handest P, Vollmer-Larsen A, et al. Pseudoneurotic symptoms in the schizophrenia spectrum: a longitudinal study of their relation to psychopathology and clinical outcomes[J]. Schizophr Bull, 2024, 50(4): 871-880.

[3] 刘露露，陆剑尧，龙丽云. 医院–社区–家庭联合康复模式对精神分裂症患者社区防治及康复效果的影响[J]. 临床心身疾病杂志，2025，31(3)：78-81.

[4] 李洁，姚吉，李晓颖. 医院–社区–家庭无缝对接康复护理干预模式对精神分裂症患者的影响[J]. 中国现代医生，2021，59(29)：167-170.

[5] 范肖冬. ICD-10精神与行为障碍分类–临床描述与诊断要点[M]. 北京：人民卫生出版社，1993：7-225.

[6] Peralta V, Cuesta MJ. Psychometric properties of the positive and negative syndrome scale(PANSS) in schizophrenia[J]. Psychiatry Res, 1994, 53(1): 31-40.

[7] Buizza C, Strozza C, Sbravati G, et al. Positive and negative syndrome scale in forensic patients with schizophrenia spectrum disorders: a systematic review and meta-analysis[J]. Ann Gen Psychiatry, 2022, 21(1): 36.

[8] 崔晓飞. 氨磺必利对精神分裂症患者阳性与阴性症状量表评分及生活质量的影响[J]. 反射疗法与康复医学，2022，3(11)：75-77.

[9] Sparks S, Mitchell SM, LeDuc MK. Association between perceived social support and suicide ideation distress among psychiatric inpatients: The role of thwarted interpersonal needs[J]. J Clin Psychol, 2023, 79(5): 1467-1479.

[10] Yerriah J, Tomita A, Paruk S. Surviving but not thriving: Burden of care and quality of life for caregivers of patients with schizophrenia spectrum disorders and comorbid substance use in South Africa[J]. Early Interv Psychiatry, 2022, 16(2): 153-161.

[11] Walker VG. Elder's life course theory and person-centered research: a lens for conducting ethical nursing research and mental health nursing practice with older adults aging with the diagnosis of schizophrenia[J]. Psychiatric Ment Health Nurs, 2022, 29(6): 904-914.

[12] 林静宜，陈祥，童威文. 精神专科–社区–家庭支持性干预方案在精神分裂症恢复期患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志，2023，29(5)：25-28.

[13] Guo PF, Hu SW, Jiang XL, et al. Associations of neurocognition and social cognition with brain structure and function in early-onset schizophrenia[J]. Front Psychiatry, 2022, 13: 798105.

[14] Cheng Z, Huang BJ, Ma K, et al. Trajectories of social function in patients with first-episode schizophrenia: Analysis of data from a 10-year follow-up study[J]. Asian J Psychiatr, 2024, 91: 103834.

（收稿日期：2025年11月26日）

上接第727页

schizophrenia-like psychosis: a systematic review[J]. Ir J Psychol Med, 2023, 40(4): 616-628.

[10] Hejdak D, Razzak AN, Sun L, et al. Interaction of semaglutide and ziprasidone in a patient with schizophrenia: a case report[J]. Cureus, 2024, 16(4): e59319.

[11] Zhu M, Liang C, Feng W, et al. Clinical effect of donepezil hydrochloride in the treatment of Parkinson's disease patients: a meta-analysis[J]. Am J Transl Res, 2025, 17(10): 7545-7556.

[12] Gao YQ, Liu YL, Li YF. Safety and efficacy of acetylcholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis[J]. Adv Clin Exp Med, 2024, 33(11): 1179-1187.

（收稿日期：2026年1月1日）