

精神分裂症患者生活质量与药物治疗态度的相关性

颜雪花 何红波 周燕玲 胡彩容 余敏 张杰

【摘要】目的 探讨精神分裂症患者生活质量与药物治疗态度的相关性。**方法** 连续入组 151 例在广州市脑科医院住院的符合《国际疾病分类(第 10 版)》(ICD-10)精神分裂症诊断标准的患者,分别采用健康状况量表(SF-36)、药物态度清单(DAI)、阳性和阴性症状量表(PANSS)评定其生活质量、药物治疗态度和临床症状。采用多重逐步回归分析生活质量的影响因素。**结果** 治疗态度积极组 57 例,男性 38 例(66.7%),治疗态度消极组 94 例,男性 40 例(42.6%)。积极组男性比例高于消极组;积极组 SF-36 心理健康维度(MCS)评分(46.8±9.1)分,消极组(41.0±10.8)分,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$);多重回归分析显示患者的药物治疗态度是生活质量的影响因素($B = 2.025$ $\beta = 0.309$ $P < 0.05$)。**结论** 精神分裂症患者的药物治疗态度越积极,生活质量越好。

【关键词】 精神分裂症; 生活质量; 药物治疗态度

中图分类号: R749.3

文献标识码: A

doi: 10.11886/j.issn.1007-3256.2015.04.005

Correlation between quality of life and medication attitude in patients with schizophrenia

YAN Xue-hua, HE Hong-bo, ZHOU Yan-ling, HU Cai-rong, YU Min, ZHANG Jie

Guangzhou Brain Hospital (Guangzhou Huiai Hospital, The Affiliated Brain Hospital of Guangzhou Medical University), Guangzhou 510370, China

【Abstract】Objective To explore the correlation between quality of life and medication attitude among schizophrenic inpatients.

Methods A total of 151 participants with schizophrenia were randomly recruited from Inpatient Department of Guangzhou Brain Hospital. The Short Form 36 Health Survey Questionnaire (SF-36), the Drug Attitude Inventory (DAI) and the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) were applied to assess quality of life, medication attitude and clinical symptoms respectively. According to DAI scores, participants were divided into positive medication attitude group and negative medication attitude group. Multiple stepwise

[2] Pycha R, Pompili M, Innamorati M, et al. Sex and ethnic differences among South Tirolean suicides: a psychological autopsy study [J]. *Eur Psychiatry* 2009, 24(1): 47-56.

[3] Häfner H. Gender differences in schizophrenia [J]. *Psychoneuroendocrinology* 2003, 28(2): 17-54.

[4] Grossman LS, Harrow M, Rosen C, et al. Sex differences in schizophrenia and other psychotic disorders: a 20-year longitudinal study of psychosis and recovery [J]. *Compr Psychiatry*, 2008, 49(6): 523-529.

[5] Roesch-Ely D, Hornberger E, Weiland S, et al. Do sex differences affect prefrontal cortex associated cognition in schizophrenia? [J]. *Schizophr Res* 2009, 107(2-3): 255-261.

[6] 尚兰, 费立鹏. 首发精神分裂症患者临床特点的性别差异 [J]. *临床精神医学杂志* 2001, 11(2): 93-94.

[7] 汤宜朗, 蔡焯基. 513 例住院精神分裂症患者临床特点的性别差异 [J]. *中国心理卫生杂志* 2002, 16(7): 498-500.

[8] Xiang YT, Wang CY, Weng YZ, et al. Sex differences in patients with schizophrenia: A prospective, multi-center study [J]. *Psychiatry Res* 2010, 177(3): 294-298.

[9] Zhang XY, Chen C, Xiu MH, et al. Gender differences in never-medicated first-episode schizophrenia and medicated chronic schizophrenia patients [J]. *J Clin Psychiatry*, 2012, 73(7): 1025-1033.

[10] Wallwork RS, Fortgang R, Hashimoto R, et al. Searching for a consensus five-factor model of the Positive and Negative Syndrome Scale for schizophrenia [J]. *Schizophr Res*, 2012, 137(1): 246-250.

[11] Wilson D, Parsons J, Tucker G. The SF-36 summary scales: problems and solutions [J]. *Soz Präventivmed* 2000, 45(6): 239-246.

[12] Eranti SV, MacCabe JH, Bundy H, et al. Gender difference in age at onset of schizophrenia: a meta-analysis [J]. *Psychol Med*, 2013, 43(1): 155-167.

[13] Thorup A, Petersen L, Jeppesen P, et al. Gender differences in young adults with first-episode schizophrenia spectrum disorders at baseline in the Danish OPUS study [J]. *J Nerv Ment Dis* 2007, 195(5): 396-405.

[14] Preston NJ, Orr KG, Date R, et al. Gender differences in premorbid adjustment of patients with first episode psychosis [J]. *Schizophr Res* 2002, 55(3): 285-290.

[15] Häfner H, an der Heiden W, Behrens S, et al. Causes and consequences of the gender difference in age at onset of schizophrenia [J]. *Schizophr Bull*, 1998, 24(1): 99-113.

[16] 王宁, 李艳丽, 陈大春, 等. 487 例住院精神分裂症患者临床特征的性别差异 [J]. *中国民康医学* 2010, 22(17): 2221-2223.

(收稿日期: 2015-05-14)

regression analysis was applied to analyze the influencing factors of quality of life. **Results** 57 patients were in the positive medication attitude group with 38 males (66.7%), while 94 in the negative group with 40 males (42.6%), as a result, the percentage of males was higher in the positive group, the scores of Mental Component Summary (MCS) were (46.8 ± 9.1) and (41.0 ± 10.8) of the positive and negative groups respectively, and the difference between the two groups was statistically significant ($P < 0.05$). Multiple regression analysis showed that medication attitude is the influencing factor of quality of life in patients with schizophrenia ($B = 2.025$ $\beta = 0.309$ $P < 0.05$). **Conclusion** Higher level of quality of life was correlated with better attitude toward medication.

【Key words】 Schizophrenia; Quality of life; Medication attitude

精神分裂症患者的生活质量显著低于普通人群^[1]。随着健康观念和医学模式的转变,精神分裂症患者的治疗不再以控制症状为唯一目标,改善患者生活质量逐渐成为评价临床疗效的重要指标^[2-5]。国外大样本长期随访研究表明,抗精神病药物治疗可以显著改善精神分裂症患者的生活质量^[6]。系统接受药物治疗能使约 75% 的首发精神分裂症患者得到康复,而治疗态度消极、未能坚持服药的患者复发率高达 80% 以上^[7]。病情复发会导致患者社会功能受损,增加患者的家庭经济负担,从而严重影响其生活质量。因此,药物治疗态度对生活质量的影晌应引起重视。目前国内关于精神分裂症患者生活质量与药物治疗态度相关性的研究较少,本研究旨在探索精神分裂症患者生活质量和药物治疗态度的相关性。

1 对象与方法

1.1 对象 连续入组 2012 年 7 月 - 12 月在广州市脑科医院精神科住院的精神分裂症患者 151 例。入组标准:①符合《国际疾病分类(第 10 版)》(International Classification of Diseases, tenth edition, ICD-10)精神分裂症诊断标准;②年龄 18 ~ 60 岁;③汉族;④可阅读理解并独立完成自评量表。排除标准:①合并精神发育迟滞;②合并严重的躯体疾病或严重的自杀倾向;③合并严重脑器质性疾病;④精神活性物质滥用或依赖。入组患者及其监护人均知情同意并签署书面知情同意书。本研究获得广州市脑科医院伦理委员会批准。

1.2 方法

1.2.1 研究工具 采用自编的一般情况调查表,收集患者年龄、性别、受教育程度、婚姻状况、病程、居住状况等人口学资料。采用健康状况量表(the

Medical Outcomes Study 36 - item Short - Form Health Survey, SF-36) 测评患者的生活质量, SF-36 为自评量表,共 36 个条目,包含两个维度、8 个因子:生理机能(PF)、生理职能(RP)、躯体疼痛(BP)、一般健康状况(GH)、精力(VT)、社会功能(SF)、情感职能(RE)、精神健康(MH),其中前 4 个因子反映患者的生理健康状况(Physical Component Summary, PCS),后 4 个因子反映患者的心理健康状况(Mental Component Summary, MCS);因各维度包含的条目不同,因此对各维度评分进行标准化转换:维度标准分 = [(实际得分 - 理论最低可能得分) / (理论最高可能得分 - 理论最低可能得分)] × 100,每个维度的标准分为 0 ~ 100 分,得分越高表明其生活质量越好^[8]。采用药物治疗态度调查问卷(Drug Attitude Inventory, DAI) 测评患者对抗精神病药物治疗的态度。DAI 为自评量表,共 10 个条目,其中第 2、5、6、7、8 条目为反向提问,在数据录入时进行了数据转换以保证每个条目评分方向一致,每个条目均采用 -1 ~ +1 级评分,总分为 -10 ~ +10 分,分数越高表明患者对精神科药物治疗的态度越积极。已有研究表明 DAI 在精神分裂症患者应用中具有良好的信度和效度^[9]。采用阳性与阴性症状量表(Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS) 测评患者的临床症状, PANSS 包含 30 个条目,采用 1 ~ 7 级评分,分数越高表明患者的症状越严重。

1.2.2 研究方法 由 2 位高年资精神科医师通过精神科访谈及回顾病史资料做出诊断。临床症状评定由 9 位有 5 年以上临床经验的精神科医师完成,研究开始前经过量表一致性培训, PANSS 量表评估组内相关系数(Intra - group Correlation Coefficient, ICC) 测定结果为 0.96,于患者住院治疗症状好转拟出院前 1 周进行临床症状的评估。经过培训的护士采用统一指导语指导患者完成 SF-36 及 DAI 的自评。

1.3 统计方法 采用 Epidata3.1 建立数据库,由两人独立进行双份录入并校对,采用 SPSS17.0 对数据进行统计分析。根据患者 DAI 总评分的中位数将

项目基金: 国家精神科临床重点专科建设项目子项目基金(201201-001); 广州市医药卫生科技基金(20131A011083)

作者单位: 510370 广州市脑科医院(广州市惠爱医院, 广州医科大学附属脑科医院)

通信作者: 张杰, E-mail: zhangjie831014@163.com

患者分为两组: 治疗态度积极组 (DAI 评分 > 4 分) 和治疗态度消极组 (DAI 评分 ≤ 4 分)。两组间的比较方法采用两独立样本 t 检验、 χ^2 检验或协方差分析, 使用多重逐步回归分析生活质量的影响因素。检验水准 α 为 0.05, 双侧检验。

2 结 果

2.1 两组人口学资料及临床特征比较 治疗态度积极组 57 例, 消极组 94 例。两组人口学资料及临床特征比较见表 1。

表 1 两组人口学资料及临床特征比较

组 别	年龄 (岁)	男性 (%)	受教育年限 (年)	病程 (年)	已婚人数 (%)	独居人数 (%)	DAI 评分	PANSS 评分
积极组 ($n=57$)	33.0 ± 11.2	38 (66.7)	11.2 ± 3.2	9.0 ± 9.5	20 (35.1)	28 (49.1)	8.1 ± 0.3	58.7 ± 14.9
消极组 ($n=94$)	34.6 ± 11.7	40 (42.6)	11.2 ± 3.0	9.1 ± 8.2	36 (38.7)	29 (30.9)	5.6 ± 1.3	63.2 ± 16.0
t/χ^2	-0.808	8.262	0.064	0.042	0.198	5.041	17.852	-1.703
P	0.420	0.004	0.949	0.967	0.656	0.025	<0.001	0.091

2.2 两组 SF-36 评分比较 积极组与消极组间性别、是否独居进行比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 考虑此 2 个因素对 SF-36 评分可能存在影响, 故计算过程中将其作为协变量, 采用协方差分析

比较两组 SF-36 评分的差异, 发现两组 MCS 评分差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 其 VT、RE 及 MH 三个因子评分差异均有统计学意义 (P 均 < 0.05)。见表 2。

表 2 两组 SF-36 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组 别	生理健康评分 (PCS)				
	总评分	生理机能 (PF)	生理职能 (RP)	躯体疼痛 (BP)	一般健康状况 (GH)
积极组 ($n=57$)	47.6 ± 6.6	85.4 ± 20.5	61.6 ± 41.0	75.1 ± 21.5	63.1 ± 13.9
消极组 ($n=94$)	47.0 ± 7.3	80.7 ± 21.7	48.4 ± 42.5	73.4 ± 20.5	56.3 ± 15.4
F	0.143	1.141	3.336	0.235	6.64
P	0.706	0.287	0.07	0.628	0.011
组 别	心理健康评分 (MCS)				
	总评分	精力 (VT)	社会功能 (SF)	情感职能 (RE)	精神健康 (MH)
积极组 ($n=57$)	46.8 ± 9.1	70.7 ± 21.0	61.4 ± 20.5	75.4 ± 36.5	66.0 ± 15.1
消极组 ($n=94$)	41.0 ± 10.8	62.1 ± 19.7	55.3 ± 21.7	56.4 ± 42.6	59.5 ± 16.3
F	13.259	9.032	3.685	7.173	9.851
P	<0.001	0.003	0.057	0.008	0.002

2.3 生活质量的影响因素分析 分别以 SF-36 的 PCS 及 MCS 评分作为因变量, 以患者的年龄、性别、受教育年限、婚姻、病程、是否独居及 PANSS 的阳性症状评分、阴性症状评分、一般精神病理学评分作为自变量, 分别进行多重逐步回归分析。PCS 作为因变量时, 没有变量进入回归模型; MCS 作为因变量时, DAI 评分进入回归模型 ($B = 2.025$, $\beta = 0.309$, $P < 0.05$), 可解释 8.9% 的变异度。

3 讨 论

近年来, 人们逐渐认识到医疗的目的与健康的概念不仅是单纯重视生命的延长和保存, 更应重视患者生活质量, 促进个体躯体、心理及社会功能诸多方面的完好状态。

本研究发现抗精神病药物治疗态度积极的精神分裂症患者心理健康程度优于治疗态度消极患者,

进一步多重逐步回归分析显示,药物治疗态度是心理健康状况的重要影响因素;患者对抗精神病药物治疗的态度越积极,其心理健康状况越好,这与先前的研究结果一致^[10-12]。既往研究指出,精神分裂症患者的抗精神病药物治疗态度积极,则服药依从性良好,疾病的复发率和再入院率下降^[13-14],其生活、工作及人际交往受到疾病反复发作的影响减少,同时患者及其家庭的医疗费用支出下降,经济负担减轻,从而使患者的生活质量得到改善。同时精神分裂症患者往往需要长期服药,其服药态度积极则药物治疗对患者造成的心理负担小,有利于其心理健康。DAI^[15]的条目 2、4、5、8、9 反映的是患者服药后主观感受的副反应,患者服用药物后主观感受的副反应越轻,则其生活质量越高。提示在临床工作中应加强对患者的心理治疗和健康教育,提高患者和家属对疾病的认知及患者对药物治疗的目的、重要性和副反应的认识,教会患者正确应对药物不良反应,端正患者的药物治疗态度,以改善其生活质量。

精神分裂症患者临床症状和生活质量之间是否相关存在争论。本研究中,通过 PANSS 测评患者的精神症状,分析发现精神症状对患者生活质量没有影响,与张喜梅等^[16]研究结果一致。而张斌等^[17-18]研究发现患者的生活质量受精神症状影响,精神症状越严重,生活质量越差。张喜梅等^[16]认为不同研究中结果的不一致是由于研究对象的疾病状态不同所致。

本研究为横断面研究,所有患者均为住院患者,未能对患者出院后的生活质量及药物治疗态度进行跟踪随访,研究结果可能不适用于慢性稳定期的社区精神分裂症患者,故可能存在一定的局限性,本研究发现精神分裂症患者的药物治疗态度越积极,其生活质量越好,提示在临床工作中可以通过心理治疗、健康教育等综合干预措施提高其药物治疗态度,进而改善患者的生活质量。

参 考 文 献

[1] 李强笃,李斌,张振峰,等. 莱芜市精神分裂症患者生存现状调查[J]. 精神医学杂志, 2010, 23(5): 334-335.
 [2] Pinikahana J, Happell B, Hope J, et al. Quality of life in schizophrenia: a review of the literature from 1995 to 2000 [J]. Int J Ment Health Nurs, 2002, 11(2): 103-111.

[3] Bobes J, García-Portilla P, Sáiz PA, et al. Quality of life measures in schizophrenia [J]. Eur Psychiatry, 2005, 20(Suppl 3): S313-S317.
 [4] Hewitt J. Critical evaluation of the use of research tools in evaluating quality of life for people with schizophrenia [J]. Int J Ment Health Nurs, 2007, 16(1): 2-14.
 [5] 骆宏. 精神分裂症与生活质量[J]. 国外医学(精神病学分册), 2002, 29(3): 156-157.
 [6] Swartz MS, Perkins DO, Stroup TS, et al. Effects of antipsychotic medications on psychosocial functioning in patients with chronic schizophrenia: findings from the NIMH CATIE study [J]. Am J Psychiatry, 2007, 164(3): 428-436.
 [7] 于清汉. 精神科专家谈精神病学[J]. 上海精神医学, 1990, 2(2): 52.
 [8] Wilson D, Parsons J, Tucker G. The SF-36 summary scales: problems and solutions [J]. Soz Präventivmed, 2000, 45(6): 239-246.
 [9] Hogan TP, Awad AG, Eastwood R. A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity [J]. Psychol Med, 1983, 13(1): 177-183.
 [10] Puschner B, Born A, Giebler A, et al. Adherence to medication and quality of life in people with schizophrenia: results of a European multicenter study [J]. J Nerv Ment Dis, 2006, 194(10): 746-752.
 [11] Puschner B, Angermeyer MC, Leese M, et al. Course of adherence to medication and quality of life in people with schizophrenia [J]. Psychiatry Res, 2009, 165(3): 224-233.
 [12] Adelufosi AO, Adebawale TO, Abayomi O, et al. Medication adherence and quality of life among Nigerian outpatients with schizophrenia [J]. Gen Hosp Psychiatry, 2012, 34(1): 72-79.
 [13] 宓为峰, 邵连勇, 李梓萌, 等. 精神分裂症患者用药依从性及复发情况的调查[J]. 中华精神科杂志, 2012, 45(1): 25-28.
 [14] Ascher-Svanum H, Faries DE, Zhu B, et al. Medication adherence and long-term functional outcomes in the treatment of schizophrenia in usual care [J]. J Clin Psychiatry, 2006, 67(3): 453-460.
 [15] 何红波, 周燕玲, 曾奕彬, 等. 精神分裂症住院天数的影响因素及其临床预测指标[J]. 中国神经精神疾病杂志, 2014, 40(6): 375-378.
 [16] 张喜梅, 尚兰. 住院精神分裂症患者生活质量的影响因素探讨[J]. 神经疾病与精神卫生, 2010, 10(1): 52-53.
 [17] 张斌, 王传跃, 蔡焯基. 已婚精神分裂症门诊患者生活质量初探[J]. 中国神经精神疾病杂志, 2001, 27(3): 220-222.
 [18] Hamaideh S, Al-Magaireh D, Abu-Farsakh B, et al. Quality of life, social support, and severity of psychiatric symptoms in Jordanian patients with schizophrenia [J]. J Psychiatr Ment Health Nurs, 2014, 21(5): 455-465.

(收稿日期: 2015-05-14)