

健康教育对精神分裂症患者病耻感影响的持续性

赵巍峰^{1,2}, 彭敏², 谢博¹, 赖平妹², 鲍广林²

(1. 深圳市南山区慢性病防治院, 广东 深圳 518054;

2. 深圳市南山区人民医院, 广东 深圳 518052)

【摘要】 目的 探讨不同健康教育模式对精神分裂症患者病耻感的影响及持续性, 并分析其作用机制。**方法** 抽取深圳市南山区慢性病防治院及南山区人民医院心理科门诊精神分裂症患者 104 例为研究对象, 按照随机数字表法分为联合教育组($n=35$)、常规教育组($n=35$)和对照组($n=34$), 对联合教育组进行 5 个月的常规教育联合在线教育, 对常规教育组进行 5 个月的常规教育, 对照组不干预。于入组时、干预第 5 个月、干预结束后 5 个月采用病耻感量表(SOS)、简明精神病量表(BPRS)、社会支持评定量表(SSRS)、一般自我效能量表(GSES)对患者进行评定, 比较其病耻感、临床症状、社会支持和自我效能感。**结果** 健康教育结束后 5 个月, 联合教育组 BPRS 焦虑抑郁因子、缺乏活力因子评分均低于常规教育组和对照组, 差异均有统计学意义(P 均 <0.01); SSRS 评分高于常规教育组和对照组, 差异均有统计学意义(P 均 <0.01); SOS 评分、BPRS 敌对猜疑因子评分均低于对照组, 差异均有统计学意义($P <0.05$ 或 0.01)。社会支持、焦虑抑郁因子可预测病耻感($F=8.25$, $P <0.01$)。**结论** 联合教育干预对减轻精神分裂症患者病耻感的效果优于常规教育, 可能有助于持续减轻精神分裂症患者临床症状, 社会支持、焦虑抑郁症状是影响患者病耻感的重要因素。

【关键词】 精神分裂症; 病耻感; 临床症状; 社会支持

中图分类号: R749.3

文献标识码: A

doi:10.11886/j.issn.1007-3256.2017.06.008

Sustained - effect of health education effects on the stigma of schizophrenia patients

Zhao Weifeng^{1,2}, Peng Min², Xie Bo¹, Lai Pingmei², Bao Guanglin²

(1. Chronic Disease Control Hospital of Nanshan District, Shenzhen 518054, China;

2. The People's Hospital of Nanshan District, Shenzhen 518052, China)

【Abstract】 Objective To explore the effects and persistence of different health education models on the stigma of schizophrenic patients, and to analyze its mechanism. **Methods** 104 schizophrenia patients were chosen randomly from Chronic Disease Control Hospital of Nanshan District and the People's Hospital of Nanshan District, and they were divided into the union education group ($n=35$), routine education group ($n=35$) and the control group ($n=34$) by a random number table method, the union education group received routine education combined with online education for 5 months, the routine education group received routine health education service for 5 months, and the control group got no intervention. At the baseline, the fifth month and after intervention for 5 months, Scale of Stigma (SOS), Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), Social Support Rating Scale (SSRS) and General Self - Efficacy Scale (GSES) were used to assess the patients to compare their disease shame, clinical symptoms, social support and self - efficacy. **Results** 5 months after the end of intervention, the scores of BPRS Anxiety - depression factor, lack of vitality factor in the union education group were lower than those of the routine education group and the control group, the differences were statistically significant ($P <0.01$). The SSRS score in the union education group was higher than those of the routine education group and control group, the differences were statistically significant ($P <0.01$), the SOS score and BPRS Hostile suspicion factor were lower than the control group, the differences were statistically significant ($P <0.05$ or 0.01). The social support and Anxiety - depression factor were found to predict the stigma in schizophrenia patients ($F=8.25$, $P <0.01$). **Conclusion** The combined education intervention effect is superior to conventional education, which can continuously reduce clinical symptoms in patients with schizophrenia, and social support and anxiety depression are important factors affecting the stigma of schizophreniapatients.

【Keywords】 Schizophrenia; Stigma; Clinical symptoms; Social support

精神分裂症患者因常与暴力事件以及犯罪联系在一起^[1], 常常会受到歧视, 精神分裂症患者较躯体疾病患者更容易产生病耻感^[2], 而病耻感明显的患者参与医疗决策的能力较弱, 治疗依从性差^[3-4], 影响自身疾病的治疗和康复。有研究显示, 精神分

裂症患者的病耻感与其临床症状、社会支持有一定的关系^[5-8]。随着移动互联网的广泛使用, 精神分裂症患者在线健康教育成为可能^[9], 移动互联网干预有助于提高精神病患者的治疗依从性^[10], 改善儿童青少年精神病的预后^[11], 但目前常规健康教育与在线健康教育的联合教育与常规健康教育比较的研究较少, 联合健康教育是否可以降低精神分裂症患

项目基金: 深圳市科创委(JCYJ20140415090253911)

者的病耻感,其干预效果在一定时间内是否具有持续性目前尚不清楚。健康教育对精神分裂症患者病耻感的影响及其机制的研究较少。本研究由一名精神科医师对联合教育组和常规教育组进行常规健康教育,另一名精神科医师对联合教育组进行网络健康教育,在精神分裂症患者入组时、开展 5 个月健康教育后及健康教育结束 5 个月三个时间点由经过统一培训的护士对三组患者进行评定,探讨健康教育和时间因素对患者病耻感的影响,为降低精神分裂症患者病耻感提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象

于 2015 年 9 月 - 2016 年 2 月选取在深圳市南山区慢性病防治院及南山区人民医院心理科门诊就诊的精神分裂症患者为研究对象。入组条件:①符合《精神障碍诊断与统计手册(第 5 版)》(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition, DSM - 5)精神分裂症诊断标准;②年龄 18 ~ 60 岁;③小学及以上受教育程度,具有阅读本次研究所用量表内容能力;④至少有一个监护人与患者共同生活,并同意参与本研究。排除标准:①合并其他精神障碍;②妊娠或哺乳期女性患者;③恶性肿瘤及严重心、肝、肾、血液、消化、神经系统疾病患者及营养不良者;④需要立即紧急处理者。符合入组标准且不符合排除标准共 105 例,采用随机数字表法分为联合教育组、常规教育组和对照组各 35 例,其中对照组失访 1 例,实际完成 34 例。本研究通过深圳市南山区人民医院伦理委员会审查。

1.2 干预方法

对照组不做特殊干预。研究人员在入组后的 2016 年 2 月 - 6 月对联合教育组及常规教育组进行每月一次、每次 30 min 的不同主题健康教育,包括精神分裂症发病相关因素、疾病复发的早期识别、药物副作用识别及处理、家庭护理要点、如何获得并利用社区资源等。联合教育组在此基础上每周通过 E-mail、QQ、微信等互联网工具分别接收两次 500 ~ 1000 字精神疾病防治康复知识,教育内容主要包括患者的病情监测、药物副反应的应对、社区康复和家庭护理要点等,并通过移动互联网工具回答患者及家属提出的与疾病治疗康复相关的问题。健康教育持续 5 个月。

520

1.3 评定方法

采用自制一般资料调查表收集患者的年龄、性别、病程和经济收入情况,于入组时、干预第 5 个月、干预结束后 5 个月采用社会支持评定量表(Social Support Rating Scale, SSRS)^[12]、简明精神病量表(Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS)^[13]、病耻感量表(Scale of Stigma, SOS)^[14]和一般自我效能量表(General Self - Efficacy Scale, GSES)^[15]评定患者的社会支持、精神症状、病耻感和自我效能感。由 2 名调查者使用统一指导语对研究对象讲解填写问卷的目的、方法和填写要求,在取得患者及其家属同意后在安静的心理测量室完成。评定时采用双盲法,评定者及患者均不知道所属组别,BPRS 评定由两名经过培训的护士完成,耗时 20 ~ 30 min,SOS、SSRS 及 GSES 由调查者指导患者完成,耗时 40 ~ 50 min。

1.4 统计方法

应用 Epi Data 3.0 建立数据库,采用 SPSS 20.0 进行统计分析。对分类资料进行 χ^2 检验,一般资料作探索性分析,然后用正态性检验法分析资料的分布情况,根据资料的分布情况对数据进行方差分析,将健康教育结束后 5 个月患者 SOS 评分作为因变量,BPRS 及 SSRS 评分作为自变量进行线性回归分析,对 SOS 评分进行重复测量方差分析,探讨影响精神分裂症患者病耻感的相关因素。检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

2 结 果

2.1 三组一般资料比较

联合教育组、常规教育组和对照组分别有 35 例、35 例、34 例完成此次调查。三组患者性别、年龄、病程以及家庭成员平均收入差异均无统计学意义(P 均 > 0.05)。见表 1。

2.2 三组 SOS、BPRS、GSES、SSRS 评分比较

接受 5 个月健康教育后,联合教育组 BPRS 焦虑抑郁因子、缺乏活力因子、激活性因子评分均低于常规教育组和对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$ 或 0.01);SSRS 评分高于常规教育组和对照组,差异均有统计学意义(P 均 < 0.01);BPRS 敌对猜疑因子及 SOS 评分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$)。三组 BPRS 思维障碍因子和 GSES 评分比较差异均无统计学意义(P 均 > 0.05)。见表 2。

健康教育结束后 5 个月,联合教育组 BPRS 焦虑抑郁因子、缺乏活力因子评分均低于常规教育组和对照组,差异均有统计学意义(P 均 < 0.01);SSRS 评分高于常规教育组和对照组,差异均有统计

学意义(P 均 < 0.01);SOS 和 BPRS 敌对猜疑因子评分均低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$ 或 0.01)。三组 BPRS 思维障碍因子和 GSES 评分比较差异均无统计学意义(P 均 > 0.05)。见表 2。

表 1 三组一般资料比较($\bar{x} \pm s$)

组别	男性[n(%)]	女性[n(%)]	平均年龄(岁)	平均病程(年)	家庭成员平均收入(万元/年)
联合教育组(n=35)	17(48.6%)	18(51.4%)	38.6±9.1	11.3±4.1	3.3±1.1
常规教育组(n=35)	16(45.7%)	19(54.3%)	41.6±8.1	12.7±5.1	3.2±1.0
对照组(n=34)	15(45.1%)	19(55.9%)	41.2±8.3	12.2±4.5	3.1±1.1
F/χ^2	0.142		1.28	0.88	0.63
P	0.932		0.28	0.41	0.53

表 2 三组 SOS、BPRS、GSES、SSRS 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	时间	SOS 评分	BPRS 评分					GSES 评分	SSRS 评分
			焦虑抑郁	缺乏活力	激活性	敌对猜疑	思维障碍		
联合教育组 (n=35)	入组时	43.23±10.68	11.51±3.36	10.63±3.86	7.60±3.38	7.31±3.19	11.09±4.17	36.00±8.20	29.80±4.83
	干预第 5 个月	34.06±9.43	7.51±2.52	7.89±2.69	6.83±2.99	6.29±2.28	10.00±2.59	40.43±7.92	37.66±4.37
	干预结束后 5 个月	34.66±10.58	8.66±3.32	7.91±2.09	7.66±2.92	5.97±2.16	10.54±2.65	38.66±7.78	33.09±3.62
常规教育组 (n=35)	入组时	41.94±9.70	12.26±3.64	12.00±3.36	8.97±2.60	7.09±2.63	11.17±4.71	37.86±8.07	29.29±5.00
	干预第 5 个月	35.29±8.15	9.17±2.66 ^a	8.89±1.94 ^a	9.06±2.88 ^b	6.89±2.37	11.06±2.91	39.11±6.35	31.34±5.14 ^b
	干预结束后 5 个月	36.54±9.52	10.14±2.76 ^b	10.31±3.22 ^b	8.60±2.29	7.11±2.76	10.83±4.16	38.94±6.67	29.80±4.02 ^b
对照组 (n=34)	入组时	46.03±9.62	11.29±3.21	11.65±4.24	8.12±3.05	7.38±2.76	11.62±2.51	37.06±7.93	28.97±4.27
	干预第 5 个月	44.12±12.35 ^b	10.65±3.47 ^b	10.65±1.23 ^b	8.76±3.07 ^b	8.35±2.85 ^b	10.85±2.83	37.59±7.26	27.38±4.93 ^b
	干预结束后 5 个月	46.91±12.38 ^a	11.71±3.00 ^b	10.38±2.5 ^b	8.76±2.80	7.74±2.80 ^b	11.79±3.57	37.68±6.61	28.32±4.33 ^b
F_1		1.50	0.76	1.21	1.83	0.10	0.18	0.47	0.27
P_1		0.23	0.47	0.30	0.17	0.90	0.83	0.63	0.76
F_2		10.13	10.01	16.07	5.78	6.17	1.42	1.34	39.91
P_2		<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	0.25	0.27	<0.01
F_3		12.64	8.71	9.81	1.73	4.13	1.20	0.31	12.88
P_3		<0.01	<0.01	<0.01	0.18	0.02	0.31	0.74	<0.01

注:SOS,病耻感量表;BPRS,简明精神病量表;GSES,一般自我效能量表;SSRS,社会支持评定量表;与同期联合教育组比较,^a $P < 0.05$,^b $P < 0.01$; $F_1, P_1, F_2, P_2, F_3, P_3$ 分别为三个时间点的组间比较

2.4 多元线性回归分析

以干预结束后 5 个月三组差异有统计学意义的 SOS 评分为因变量,以同期差异仍有统计学意义的

缺乏活力因子评分、焦虑抑郁因子评分、敌对猜疑因子评分、SSRS 评分为自变量进行多元线性回归分析,结果显示社会支持、焦虑抑郁因子可预测病耻感($F = 8.25, P < 0.01$)。见表 3。

表 3 影响患者病耻感的多元线性回归分析

模型	偏回归系数	标准误	标准化偏回归系数 Beta	t	P
常量	55.241	9.916		5.571	<0.01
缺乏活力因子评分	0.348	0.384	0.083	0.908	0.366
焦虑抑郁因子评分	1.149	0.344	0.310	3.341	<0.01
敌对性因子评分	-0.385	0.425	-0.085	-0.906	0.367
SSRS 评分	-0.929	0.247	-0.342	-3.758	<0.01

注:SSRS,社会支持评定量表

2.5 SOS 评分的重复测量方差分析

测量时点作为时间因素,组别作为自变量纳入重复测量方差分析模型,经 Mauchly 球形假设检验 ($\chi^2 = 70.12, P < 0.01$),提示测量时点数据不符

合球形假设,对其采用 Greenhouse - Geisser 法矫正,测量时点因素有统计学意义 ($P < 0.01$),测量时点与组别交互作用有统计学意义 ($P < 0.01$);三组处理效应有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 4、表 5。

表 4 病耻感重复测量方差分析

	III 型平方和	df	均方	F	P
测量时点	1955.13	2	977.57	36.178	<0.01
测量时点 * 组别	871.70	4	217.92	8.065	<0.01
误差	5458.25	202	27.02		

表 5 病耻感评分组间效应方差分析

	III 型平方和	df	均方	F	P
截距	506825.70	1	506825.7	1900.8	<0.01
组别	4487.51	2	2243.8	8.4	<0.01
误差	26930.65	101	266.6		

3 讨 论

在接受为期 5 个月的健康教育后,联合教育组 BPRS 焦虑抑郁因子、缺乏活力因子、激活性因子评分均低于常规教育组和对照组,SSRS 评分更高,提示联合健康教育对精神分裂症患者的焦虑抑郁症状及缺乏活力、激活性因子症状的效果优于常规教育。由于移动互联网提供的健康教育具有的便捷性和及时性,对患者在接受常规教育的基础上再进行移动互联网健康教育,可以及时解答并协助患者处理治疗过程中的问题,更好地对患者的症状进行早期识别和处理,调整治疗措施,提高患者治疗依从性^[16]。

有研究显示,精神分裂症患者普遍存在病耻感,误解和歧视是影响患者康复的重要因素^[17]。思想和体验的交流本身就是一种重要的社会支持^[18],改善患者病耻感,有助于缓解其症状^[19-20]。本研究中,联合教育组 SOS 评分低于对照组,提示联合教育干预可能有助于降低患者的病耻感,但对于常规教育组而言优势不明显;三组 BPRS 思维障碍因子及 GSES 评分差异无统计学意义,提示 5 个月的健康教育对上述因素影响较小。健康教育结束后 5 个月,联合教育组 SSRS 评分仍高于常规教育组和对照组,差异有统计学意义,BPRS 焦虑抑郁因子及缺乏活力因子评分低于常规教育组和对照组,提示联合教育对精神分裂症患者康复效果比常规健康教育更具有持续性优势,移动互联网提供的健康教育连贯性和精准性特点^[21],能让患者更好地处理和应对治疗副反应,及时识别和处理各种临床症状,增加治

疗依从性^[22]。联合教育组 SOS 评分仍低于对照组,提示健康教育对患者病耻感有长期影响,但联合健康教育与常规教育对病耻感的影响差异无统计学意义。

多元线性回归分析显示,社会支持、焦虑抑郁因子可预测患者的病耻感。有研究显示,社会拒绝、被歧视体验与病耻感明显相关^[3,6-7],精神分裂症病理症状也是影响患者病耻感的重要因素,焦虑抑郁情绪使患者伴有自卑、自责内疚体验,自我评价偏低,病耻感更明显,与本研究结果一致^[5,8]。因此,增加患者的社会支持并改善其焦虑抑郁症状,可能有助于改善患者病耻感。

重复测量方差分析结果显示,患者 SOS 评分随测量时点而发生改变,且 SOS 评分测量时点和组间因素发生交互作用,提示采用不同的干预方式,病耻感随时间迁移而改变趋势不同。三组患者的病耻感组间效应有统计学意义,提示三种不同的干预方式对精神分裂症患者病耻感影响不同,联合健康教育能降低患者的临床症状和病耻感,甚至在结束健康教育后 5 个月后,联合教育仍较对照组和常规教育组具有更好的康复效果。本研究不足之处在于样本量较小,同时患者本人及监护人的人格特征等影响因素未纳入研究,下一步将扩大样本量,并综合上述影响因素进行深入探讨分析。

参 考 文 献

- [1] Bevilacqua CF, Bellinghini RH, Gattaz WF. The schizophrenia stigma and mass media: a search for news published by wide circulation media in Brazil[J]. Int Rev Psychiatry, 2017, 29(3):

- 241 - 247.
- [2] Berna F, Göritz AS, Llorca PM, et al. Would I take antipsychotics, if I had psychotic symptoms? Examining determinants of the decision to take antipsychotics [J]. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 2017, 77: 155 - 163.
- [3] Biftu BB, Dachew BA, Tiruneh BT. Stigma resistance among people with schizophrenia at Amanuel Mental Specialized Hospital Addis Ababa, Ethiopia; a cross - sectional institution based study [J]. *BMC Psychiatry*, 2014, 14: 259.
- [4] Corrigan PW, Mittal D, Reaves CM, et al. Mental health stigma and primary health care decisions [J]. *Psychiatry Res*, 2014, 218 (1 - 2): 35 - 38.
- [5] Karidi MV, Stefanis CN, Theleritis C, et al. Perceived social stigma, self - concept, and self - stigmatization of patient with schizophrenia [J]. *Compr Psychiatry*, 2010, 51 (1): 19 - 30.
- [6] Muñoz M, Sanz M, Pérez - Santos E, et al. Proposal of a socio - cognitive - behavioral structural equation model of internalized stigma in people with severe and persistent mental illness [J]. *Psychiatry Res*, 2011, 186 (2 - 3): 402 - 408.
- [7] Magallares A, Perez - Garin D, Molero F. Social stigma and well - being in a sample of schizophrenia patients [J]. *Clin Schizophr Relat Psychoses*, 2016, 10 (1): 51 - 57.
- [8] Gerlinger G, Hauser M, De Hert M, et al. Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions [J]. *World Psychiatry*, 2013, 12 (2): 155 - 164.
- [9] 胡泳. “中国 + 互联网”, 双向的改变 [J]. *中国信息化*, 2016 (6): 7 - 9.
- [10] Killikelly C, He Z, Reeder C, et al. Improving adherence to web - based and mobile technologies for people with psychosis: systematic review of new potential predictors of adherence [J]. *JMIR Mhealth Uhealth*, 2017, 5 (7): e94.
- [11] Grist R, Porter J, Stallard P. Mental health mobile apps for preadolescents and adolescents: a systematic review [J]. *J Med Internet Res*, 2017, 19 (5): e176.
- [12] 刘继文, 李富业, 连玉龙. 社会支持评定量表的信度效度研究 [J]. *新疆医科大学学报*, 2008, 31 (1): 1 - 3.
- [13] 张明圆. 简明精神病量表 (BPRS) [J]. *上海精神医学*, 1984 (2): 58 - 60.
- [14] 曾庆枝, 何燕玲, 田泓, 等. 精神病患者病耻感评估量表的初步编制 [J]. *中国心理卫生杂志*, 2009, 23 (9): 634 - 637.
- [15] 张作记. 行为医学量表手册 [M]. 北京: 中华医学电子音像出版社, 2005: 187 - 188.
- [16] Berrouiguet S, Baca - García E, Brandt S, et al. Fundamentals for future mobile - health (mHealth): a systematic review of mobile phone and web - based text messaging in mental health [J]. *J Med Internet Res*, 2016, 18 (6): e135.
- [17] Song Y, Liu D, Chen Y, et al. Using focus groups to design a psychoeducation program for patients with schizophrenia and their family members [J]. *Int J Clin Exp Med*, 2014, 7 (1): 177 - 185.
- [18] Kordas W, Kokodyńska K, Kurtyka A, et al. Family and schizophrenia - psychoeducational group in a pilot programme [J]. *Psychiatr Pol*, 2015, 49 (6): 1129 - 1138.
- [19] Berrouiguet S, Barrigón ML, Brandt SA, et al. Ecological assessment of clinicians' antipsychotic prescription habits in psychiatric inpatients: a novel web - and mobile phone - based prototype for a dynamic clinical decision support system [J]. *J Med Internet Res*, 2017, 19 (1): e25.
- [20] Alvarez - Jimenez M, Alcazar - Corcoles MA, González - Blanch C, et al. Online, social media and mobile technologies for psychosis treatment: a systematic review on novel user - led interventions [J]. *Schizophr Res*, 2014, 156 (1): 96 - 106.
- [21] 凌子平, 翟理祥, 林羽, 等. 基于移动互联网的医疗服务创新模式构建 [J]. *中国卫生信息管理杂志*, 2016, 13 (3): 295 - 298.
- [22] Bener A, Dafeeah EE, Salem MO. A study of reasons of non - compliance of psychiatric treatment and patients' attitudes towards illness and treatment in Qatar [J]. *Issues Ment Health Nurs*, 2013, 34 (4): 273 - 280.

(收稿日期: 2017 - 11 - 14)

(本文编辑: 陈霞)