

焦虑障碍患者健康行为水平调查及干预

杨 孝,叶锦聘,蒋令朋

(广东省江门市新会区第三人民医院,广东 江门 529100)

通信作者:杨 孝,E-mail:sdyyyangxiao@163.com)

【摘要】目的 探讨焦虑障碍患者的健康行为水平和综合干预的效果。**方法** 选取 80 例符合《精神障碍诊断与统计手册(第 5 版)》(DSM-5)焦虑障碍诊断标准的门诊患者作为研究组,在社区抽签筛选 80 例健康成人作为健康对照组,采用健康促进生活方式量表 II (HPLP-II) 和世界卫生组织生活质量评定量表简表(WHOQOL-BREF)分别评定两组的健康行为水平和生活质量。采用随机数字表法将研究组患者分为干预组和对照组,对干预组进行随访、运动、阅读、心理治疗等行为干预 6 个月,对照组仅接受一般性心理治疗。采用 HPLP-II、WHOQOL-BREF、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)进行评定,比较干预前后两组 HPLP-II、WHOQOL-BREF、HAMA 总评分及 6 个月内的疾病复发率。**结果** 研究组 HPLP-II 总评分和自我实现、运动和锻炼、人际关系、压力处理四个分量表评分及 WHOQOL-BREF 总评分低于健康对照组($P < 0.05$);干预后干预组的 HPLP-II 总评分及运动和锻炼、人际关系、压力处理 3 个分量表评分及 WHOQOL-BREF 总评分均较干预前高($P < 0.05$),HAMA 评分低于干预前($P < 0.05$),以上与对照组比较差异有统计学意义($P < 0.05$),干预组疾病复发率低于对照组($P < 0.05$)。**结论** 焦虑障碍患者健康行为和生活质量水平低于健康人群,通过综合行为干预,可提高其健康行为水平和生活质量,改善焦虑症状,减少复发。

【关键词】 焦虑障碍;健康行为;生活质量;干预

中图分类号:749.4

文献标识码:A

doi:10.11886/j.issn.1007-3256.2016.03.017

Investigation and intervention of healthy behavior in patients with anxiety disorder

YANG Xiao*, YE Jin-pin, JIANG Ling-peng

(The Third People's Hospital of Xinhui, Xinhui District, Jiangmen 529100, China)

*Corresponding author: YANG Xiao, E-mail: sdyyyangxiao@163.com)

【Abstract】 Objective To evaluate the level of patients' healthy behavior with anxiety disorder, and assess the effect of comprehensive interventions on it. **Methods** 80 anxiety disorder cases (in accordance with DSM-5) formed the study group, and 80 healthy persons chosen from community formed the healthy control group. Health-promoting Lifestyle Profile II (HPLP-II), Hamilton Anxiety Scale (HAMA) and WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF) were used to evaluate the two groups. 80 patients with anxiety disorder were randomly divided into the intervention group and the control group by using the random number table method. The behavioral interventions including following up, physical exercise, reading and psychotherapy were carried out on intervention group for 6 months. The control group received only general psychotherapy. HPLP-II, HAMA and WHOQOL-BREF were used to evaluate the two groups before and after interventions, and compared with their scores and recurrence rates of the disease. **Results** The scores of HPLP-II and WHOQOL-BREF of the study group were lower than the healthy control group ($P < 0.05$). The scores of 4 subscales in HPLP-II including self-realization, physical exercise, healthy responsibility and stress treatment in the study group were lower than the healthy control group ($P < 0.05$). The scores of HPLP-II, WHOQOL-BREF and three subscales in HPLP-II including physical exercise, interpersonal sensitivity and stress treatment in the intervention group were increased after the interventions being carried out ($P < 0.05$), and were higher than the control group ($P < 0.05$). After intervention, the HAMA score and recurrence rate of the disease in the intervention group were lower than the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** The levels of the patients' healthy behavior and quality of life with anxiety disorder are lower than healthy persons, and comprehensive interventions can improve them. Comprehensive interventions can improve symptoms and decrease recurrence rate of anxiety disorder.

【Key words】 Anxiety disorder; Healthy behavior; Quality of life; Intervention

健康行为水平是指个人为维持或提高健康水平,达到自我实现和满足而采取的一种自发性的、多层面的行为。大量研究表明,坚持良好的健康行为可预防和延缓慢性疾病的发生、发展,减轻患者症状,增进机体机能,减轻疾病恶化,缓和心理压力,从而提高生活质量,促进疾病康复^[1-2]。国内对精神

分裂症和抑郁障碍患者健康行为进行综合干预的报道提示,综合干预能提高疗效、改善社会功能,提高患者生活质量^[3-4]。但目前国内外未见有对焦虑障碍患者健康行为进行综合干预的研究。焦虑障碍是一类慢性疾病,病因包含多种因素,治疗和康复也需综合多种方法。本研究对焦虑障碍患者的健康行为

水平进行调查和综合干预,旨在了解焦虑障碍患者的健康行为水平及综合干预的效果。

1 对象与方法

1.1 对象

从 2014 年 3 月 - 12 月就诊于江门市新会区第三人民医院的焦虑障碍患者中,按照诊疗先后和自愿原则,选取 80 例门诊患者为研究组。入组标准:年龄 18 ~ 60 岁,初中以上受教育程度,智力正常,生活自理,能书写或能顺畅进行对话交流,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)中社交焦虑障碍、惊恐障碍和广泛性焦虑障碍诊断标准。排除标准:有躯体疾病,合并其它精神疾病,生活不能自理。在江门市新会区某社区抽签选取 80 例健康成人作为健康对照组,入组标准:年龄 18 ~ 60 岁,初中以上受教育程度,智力正常,无躯体疾病和精神疾病,无酒精和物质滥用或依赖史。研究组中男性 31 例,女性 49 例;平均年龄(46.00 ± 6.32)岁;受教育程度:初中 39 例,高中或中专 25 例,高中以上 16 例;未婚 10 例,已婚 54 例,离异 9 例,丧偶 7 例;经济状况好 14 例,一般 50 例,差 16 例。经济状况按本区家庭收入标准划分:家庭收入 > 8 000 元/月为经济状况好,3 000 ~ 8 000 元/月为一般, < 3 000 元/月为经济状况差。健康对照组男性 34 例,女性 46 例;平均年龄(43.00 ± 7.65)岁;受教育程度:初中 35 例,高中或中专 26 例,高中以上 19 例;未婚 8 例,已婚 56 例,离异 11 例,丧偶 5 例;经济状况好 13 例,一般 53 例,差 14 例。两组性别、年龄、受教育程度、婚姻状况、经济状况差异均无统计学意义($P > 0.05$)。本研究获江门市新会区第三人民医院伦理委员会批准。所有研究对象均签署知情同意书。

1.2 方法

1.2.1 调查工具

调查工具包括:①一般资料问卷,包括年龄、婚姻、经济状况、居住(独居或同家人居住)、家人支持情况等。②健康促进生活方式量表 II(Health - promoting Lifestyle Profile II, HPLP - II)^[5]:该量表包含六个分量表,分别为自我实现、健康责任、运动和锻炼、营养、人际关系、压力处理,共 52 个条目,每个条目有“从不”、“有时”、“经常”、“常规”备选项,分别记 1、

2、3、4 分,总评分越高代表健康行为水平越好,最低分 52 分,最高分 208 分。健康促进方式总评分分为 4 个等级:52 ~ 90 分为差,91 ~ 129 分为一般,130 ~ 168 分为良好,169 ~ 208 分为优。③世界卫生组织生存质量测定量表简表(WHO Quality of Life - BREF, WHOQOL - BREF)^[6]:共 26 个条目及 3 个选答问题,26 个条目包括四个领域(生理、心理、社会关系、生活环境),评分越高表明生活质量越好。④汉密尔顿焦虑量表(Hamilton Anxiety Scale, HAMA)^[7]:HAMA 为他评量表,是精神科临床中常用的量表之一,主要用于评定患者焦虑症状的严重程度,共 14 个项目,采用 0 ~ 4 分 5 级评分法,0 分为无症状,1 分为轻,2 分为中等,3 分为重,4 分为极重。总评分越高提示焦虑程度越严重。

1.2.2 调查和评估方法

HPLP - II 和 WHOQOL - BREF 采用访谈和问卷调查的方法收集资料,由两名精神科护士经过统一培训后对研究对象进行评估,或发放问卷让对象作答,采取不记名方式答题,使用统一的指导语。HAMA 由两名精神科主治医师进行评定,研究前进行一致性培训,要求一致性系数达 0.6 以上。于干预前后采用以上量表对研究组和健康对照组进行统一调查和评估。在整个干预期间,统计干预组和健康对照组焦虑障碍的复发人次,并于干预结束时两组进行比较。

1.2.3 分组及综合干预方法

采用随机数字表法将研究组分为干预组和对照组各 40 例,对干预组进行为期 6 个月的综合干预。根据每个对象的评分结果、临床症状、经济、心理社会因素等情况制定具体的治疗、训练、康复计划,以家庭作业表格形式打印好放置在干预组对象的日常生活空间。行为干预措施包括:①每两周一次的定期随访;②每天有氧运动 30 ~ 60 分钟,采用慢跑、跳绳、爬山三种方式;③每天阅读 40 ~ 120 分钟;④心理治疗,根据患者具体情况主要选择认知行为疗法和人际关系疗法,考虑门诊高效、便捷、经济原则,每次治疗时间为 15 ~ 30 分钟,每两周一次。在干预过程中,医护人员督促干预组严格按照干预计划进行诊疗和康复训练,并要求患者如实把完成情况记录在家庭作业表中,以便了解干预实施情况。对照组

患者仅接受一般性心理治疗。干预过程中确保干预组和对照组每个对象均能坚持服药,以 SSRI 类药物为主。研究结束时干预组有 3 例脱落,对照组有 5 例脱落,脱落对象资料不列入统计分析。

1.3 统计方法

数据以 Foxpro7.0 录入数据库,采用 SPSS15.0 进行统计分析,组间均数比较采用独立样本 t 检验,两组干预前后均数比较采用配对 t 检验,组间及干预前后等级比较采用秩和检验,干预组和对照组之间的复发率比较采用 χ^2 检验,检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 研究组和健康对照组 HPLP - II、WHOQOL - BREF、HAMA 评分比较

研究组 HPLP - II 总评分及自我实现、运动和锻炼、人际关系、压力处理四个分量表评分和 WHOQOL - BREF 总评分均低于健康对照组 (P 均 < 0.05), HAMA 总评分高于健康对照组 ($P < 0.01$)。见表 1。HPLP - II 总评分等级结果显示,研究组评分等级优 6 例,良好 12 例,一般 38 例,差 24 例;健康对照组评分等级优 12 例,良好 20 例,一般 32 例,差 16 例,秩和检验结果显示研究组评分等级差于健康对照组 ($U = 2.357, P < 0.05$)。

2.2 干预组 and 对照组 HPLP - II、WHOQOL - BREF、HAMA 评分比较

干预前干预组和对照组 HPLP - II 总评分及各分量表评分、WHOQOL - BREF 总评分、HAMA 总评分差异均无统计学意义 (P 均 > 0.05)。综合干预后,干预组 HPLP - II 总评分及自我实现、运动和锻炼、人际关系、压力处理分量表评分和 WHOQOL - BREF 总评分高于干预前 (P 均 < 0.05), HAMA 总评分低于干预前 ($P < 0.01$); 干预后,干预组 HPLP - II 总评分、运动和锻炼、压力处理、人际关系三个分量表评分及 WHOQOL - BREF 总评分高于对照组,而 HAMA 总评分低于对照组 (P 均 < 0.05)。干预后,对照组仅 HPLP - II 总评分、营养分量表评分高于干预前 (P 均 < 0.05), HAMA 总评分低于干预前 ($P < 0.05$)。见表 2。

干预前,干预组 HPLP - II 总评分等级为:优 3 例,良好 5 例,一般 20 例,差 12 例;对照组 HPLP - II 总评分等级为:优 4 例,良好 4 例,一般 21 例,差 11 例。通过秩和检验,两组评分等级无统计学差异 ($U = 0.210, P > 0.05$)。干预后,干预组 HPLP - II 总评分等级为:优 10 例,良好 9 例,一般 13 例,差 5 例;对照组 HPLP - II 总评分等级为:优 6 例,良好 8 例,一般 10 例,差 11 例。两组评分等级有统计学差异 ($U = 1.896, P < 0.05$)。

表 1 研究组和健康对照组 HPLP - II、WHOQOL - BREF、HAMA 评分比较

组别	HPLP - II 评分							WHOQOL - BREF 总评分	HAMA 总评分
	总评分	自我实现	健康责任	运动和锻炼	营养	人际关系	压力处理		
研究组 ($n = 80$)	108.31 \pm 31.54	17.19 \pm 5.21	20.34 \pm 6.87	15.16 \pm 4.69	22.13 \pm 4.21	18.18 \pm 6.19	18.07 \pm 5.89	75.2 \pm 11.4	18.70 \pm 6.42
健康对照组 ($n = 80$)	146.44 \pm 42.59	22.23 \pm 6.47	20.89 \pm 6.24	22.12 \pm 5.27	23.16 \pm 4.19	24.56 \pm 7.27	24.14 \pm 7.64	98.6 \pm 16.7	7.64 \pm 4.27
t	6.40	5.39	0.53	8.79	1.87	5.94	5.59	10.29	12.74
P	0.012	0.018	0.724	0.001	0.102	0.021	0.020	0.001	< 0.01

表 2 干预组和对照组 HPLP - II、WHOQOL - BREF、HAMA 评分比较

组别	时间	HPLP - II 评分							WHOQOL - BREF 总评分	HAMA 总评分
		总评分	自我实现	健康责任	运动和锻炼	营养	人际关系	压力处理		
干预组 ($n = 37$)	干预前	110.21 \pm 32.54	17.49 \pm 4.81	19.54 \pm 6.31	16.14 \pm 5.19	23.23 \pm 3.91	17.98 \pm 6.34	18.56 \pm 5.89	79.2 \pm 12.1	17.23 \pm 7.13
	干预后	138.21 \pm 38.14	24.67 \pm 6.78	20.68 \pm 7.31	23.14 \pm 7.19	24.83 \pm 3.91	24.28 \pm 8.34	25.16 \pm 7.89	93.5 \pm 14.7	8.24 \pm 5.16
对照组 ($n = 35$)	干预前	107.44 \pm 36.59	19.03 \pm 6.51	21.03 \pm 6.64	15.02 \pm 6.02	23.16 \pm 4.23	15.56 \pm 7.27	18.72 \pm 6.62	73.1 \pm 8.9	19.64 \pm 8.27
	干预后	119.14 \pm 37.52	21.33 \pm 6.21	23.01 \pm 6.32	16.08 \pm 7.01	26.12 \pm 5.21	17.17 \pm 6.18	18.89 \pm 6.11	80.6 \pm 10.7	13.64 \pm 7.27

续表 2:

t_1	3.47	5.39	0.73	4.93	1.09	3.75	4.18	4.67	6.29
P_1	0.026	0.010	0.412	0.011	0.212	0.021	0.010	0.010	0.001
t_2	0.33	-1.14	-1.03	0.89	0.08	1.56	-0.11	1.84	-1.37
P_2	0.532	0.201	0.224	0.312	0.918	0.106	0.752	0.085	0.116
t_3	2.14	1.52	1.46	4.25	1.23	3.87	3.75	4.24	-3.65
P_3	0.046	0.089	0.091	0.021	0.094	0.034	0.035	0.020	0.037
t_4	1.97	1.67	1.49	0.83	2.06	1.86	0.46	1.35	3.67
P_4	0.049	0.089	0.112	0.231	0.042	0.072	0.332	0.103	0.022

注: P_1 :干预组干预前后比较; P_2 :干预前两组比较; P_3 :干预后两组比较; P_4 :对照组干预前后比较

2.3 干预组和对照组疾病复发率比较

干预结束时,干预组疾病复发 5 例,复发率为 13.5%,对照组疾病复发 8 例,复发率为 22.8%,两组复发率比较差异有统计学意义($\chi^2 = 1.86, P < 0.05$)。

3 讨 论

焦虑障碍是一类常见的慢性或反复发作的精神障碍,其疗效不乐观,若单用药物治疗,治愈率仅为 24%^[8-9]。同时,焦虑障碍患者的生活质量较差,社会功能有缺陷,不良生活方式和不健康行为在焦虑障碍的发病机制中扮演重要角色^[8,10-11]。国内未见关于焦虑障碍患者健康行为水平的研究报道。张少军等^[12]对社区精神分裂症患者健康行为进行强化认知行为干预,可提高精神分裂症患者疗效和社会功能。蒋菊芳等^[13-14]通过训练抑郁障碍患者的健康行为,发现能提高其疗效和生活质量。张瑞等^[4]通过促进老年抑郁症患者的健康行为,达到改善患者的抑郁症状。Wong 等^[15]通过对慢性精神分裂症患者进行严格的行为和作业训练,发现能改善患者认知和社会功能。Wiles 等^[16]在治疗早期通过纠正抑郁障碍患者的不良行为,发现疗效比单纯用药好。因此,了解焦虑障碍患者的健康行为水平并进行干预,有同样的临床意义。

本研究结果显示,焦虑障碍患者 HPLP - II 总评分及自我实现、运动和锻炼、人际关系、压力处理的分量表评分、WHOQOL - BREF 总评分低于健康对照组($P < 0.05$),显示焦虑障碍患者的健康行为水平和生活质量低于健康人。焦虑障碍患者有情绪、行为、思维等方面的异常,其劳动能力、自理能力

下降,社会活动受限,家庭依赖性增加^[8,10,17],使患者难以完成一些有益的健康活动,因此其健康行为不能保持在较好的水平,生活质量势必也受到影响。焦虑障碍患者在 HPLP - II 中的健康责任和营养分量表评分和健康对照组无明显差异,可能和焦虑障碍患者比较关注健康、主动求医、小心谨慎有关。

本研究显示,经过综合干预后,干预组 HPLP - II 总评分和自我实现、运动和锻炼、压力处理、人际关系四个分量表评分及 WHOQOL - BREF 总评分较干预前高,HPLP - II 总评分等级也提高而 HAMA 总评分降低(P 均 < 0.05)。提示干预后干预组健康行为水平和生活质量提高,焦虑症状有改善。干预后,干预组 HPLP - II 总评分、运动和锻炼、压力处理、人际关系三个分量表评分及 WHOQOL - BREF 总评分高于对照组,而 HAMA 总评分低于对照组(P 均 < 0.05),提示干预后干预组健康行为水平、生活质量高于对照组,焦虑症状改善优于对照组。对照组在干预后仅 HPLP - II 总评分、营养分量表评分高于干预前,而自我实现、运动和锻炼、压力处理、人际关系分量表评分和 WHOQOL - BREF 总评分与干预前差异无统计学意义,提示对照组的健康行为水平和生活质量提高不理想,对照组干预后 HAMA 总评分低于干预前,但仍高于干预组,提示对照组焦虑症状改善不及干预组。干预后干预组的疾病复发率低于对照组,提示综合干预能减少复发。焦虑障碍患者的健康行为水平、生活质量与抑郁焦虑情绪、运动能力下降、人际交往障碍相关^[8,11],因而采取运动锻炼、阅读训练、心理治疗、人际交往训练等干预措施,可能有助于改善患者焦虑抑郁情绪,增进患者机体功能,提高生活

自理和自我管理能力,严格跟踪随访患者,有效的干预措施能持续进行,且利于建立良好的医患关系,提高治疗依从性,所以能提高患者健康行为水平、生活质量,改善焦虑症状,降低复发风险。彭芙蓉等^[18]对焦虑症患者进行自我管理训练,提高了患者生活质量和治疗依从性,其训练方法和本研究的干预措施部分相似。

本研究局限性在于样本量较少,集中在青壮年患者,实际上焦虑障碍在青少年和老年人中患病率也较高。因此,样本量大、包含多年龄段的研究值得进一步探讨。

参考文献

- [1] 邝惠容,黄洁贞,李海英,等. 澳门社区老年高血压患者健康促进生活方式的调查分析[J]. 中华护理杂志,2008,43(4):306 - 308.
- [2] 胡蕴绮,周兰姝. 社区老年人健康行为自我效能及其影响因素[J]. 中国老年学杂志,2013,33(4):897 - 899.
- [3] 王灿,王延祜,胡丽丽,等. 综合干预对精神分裂症院外康复效果对照观察[J]. 精神医学杂志,2015,28(2):138 - 140.
- [4] 张瑞,陈长香,陈秀玲,等. 日常健康行为及生活能力对养老院老年人抑郁情绪的影响[J]. 中国老年学杂志,2015,35(12):3415 - 3416.
- [5] Pullen C, Walker SN, Fiandt T. Determinants of health - promoting lifestyle behaviors in rural older women[J]. Fam Community Health,2001,24(2):49 - 72.
- [6] 方积乾,李彩霞,郝元涛. 世界卫生组织生活质量量表(WHOQOL - 100)中国版的制定[J]. 统计与预测,1998,(增刊):40 - 41.
- [7] 汪向东,王希林,马弘. 心理卫生评定量表手册(增订版) [M]. 北京:中国心理卫生杂志社,1999:253 - 256.
- [8] 吴文源. 中国焦虑障碍防治指南实用简本[M]. 北京:人民卫生出版社,2010:19 - 21.
- [9] 王韵,杨福中,吴彦. 焦虑障碍药物治疗现状[J]. 上海医药,2012,33(17):3 - 6.
- [10] 沈婷,陆峥,蔡军,等. 焦虑障碍患者的生活质量及相关因素分析[J]. 上海精神医学,2005,17(4):216 - 218.
- [11] 成媛媛,唐茂芹. 焦虑障碍患者生活质量及相关因素研究——附 163 例报道[J]. 新医学,2011,42(1):19 - 23.
- [12] 张少军,田梅,刘艳芳. 强化认知行为干预对精神分裂症患者康复效果的影响[J]. 护理实践与研究,2011,8(5):7 - 9.
- [13] 蒋菊芳,江春梅,魏金英. 以行为康复训练为基础的健康教育对抑郁症病人的影响效果分析[J]. 护理研究,2010,24(9):2485 - 2487.
- [14] 刘芹,孔凡贞,黎玮琴,等. 认知行为干预护理对抑郁症患者影响的临床对照研究[J]. 四川精神卫生,2014,27(5):407 - 409.
- [15] Wong QJ, Miller M, Fiorito A, et al. A snapshot of cognitive functioning: deriving a tool for the efficient assessment of cognition in schizophrenia and other chronic psychiatric disorders in a real - world inpatient setting[J]. Psychiatry Res,2013,210(2):375 - 380.
- [16] Wiles N, Thomas L, Abel L, et al. Clinical effectiveness and cost - effectiveness of cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for treatment - resistant depression in primary care: the CoBaT randomised controlled trial[J]. Health Technol Assess,2014,18(31):1 - 167, vii - viii.
- [17] 王继辉,梁文靖,徐琳芳,等. 焦虑障碍患者体力活动水平及体力活动咨询经历调查[J]. 中山大学学报(医学科学版),2014,35(4):619 - 623.
- [18] 彭芙蓉,冯杰,熊桂芬,等. 自我管理训练对焦虑症患者病情治疗依从性及生活质量的影响[J]. 护理学报,2010,17(20):68 - 71.

(收稿日期:2015 - 12 - 09)

(本文编辑:吴俊林)