

# 首发与复发精神分裂症患者家庭功能对其生活质量影响的比较

陈娟 孟娜 曹秉蓉 谢星 代胜盈 文守琴

610041 成都, 四川大学华西医院心理卫生中心 四川大学华西护理学院

通信作者: 陈娟, Email: chenjuan875@163.com

DOI: 10.3969/j.issn.1009-6574.2020.09.003

**【摘要】目的** 探讨首发与复发精神分裂症患者家庭功能对其生活质量影响的差异。**方法** 2018年7—12月采用便利抽样的方法于四川大学华西医院心理卫生中心住院部对符合纳入排除标准的46例首发及88例复发精神分裂症患者进行调查, 采用一般资料、家庭功能评定(FAD)量表(包括沟通、角色、问题解决、情感反应、情感介入、行为控制和总功能)、家庭亲密度及适应性量表(FACES II -CV, 包括亲密度和适应性)以及精神分裂症患者生活质量量表(SQLS, 包括心理社会、动机和精力、症状和不良反应)进行调查并进行组间比较, 采用相关分析及多元逐步回归法分析两组家庭功能对其生活质量的影响并探讨其差异。**结果** 首发与复发精神分裂症患者在家庭沟通和亲密度方面差异均有统计学意义( $t$ 值分别为2.45、-2.14, 均 $P < 0.05$ )。复发患者的SQLS总分与FAD和FACES各维度之间均存在相关关系(均 $P < 0.05$ ), 而在首发患者中, 只有沟通( $r=0.32, P < 0.05$ )和一般功能( $r=0.32, P < 0.05$ )与动机和精力相关。对于首发精神分裂症患者, 家庭沟通( $\beta=0.32, P=0.03$ )是其生活质量的影响因素, 而一般功能( $\beta=0.29, P=0.02$ )和家庭角色( $\beta=0.24, P=0.04$ )是复发患者生活质量的影响因素。**结论** 家庭沟通不良的首发精神分裂症患者生活质量较低, 而对于复发精神分裂症患者, 家庭角色和家庭一般功能较差者其生活质量较低。

**【关键词】** 精神分裂症; 首发精神分裂症; 复发精神分裂症; 家庭功能; 生活质量

**基金项目:** 四川省科技厅重点研发项目(2018SZ0256); 四川大学华西护理学科发展专项基金项目(HXHL19065)

## Comparative analysis of the influence of family function on quality of life between first-episode and relapsing schizophrenia

Chen Juan, Meng Na, Cao Bingrong, Xie Xing, Dai Shengying, Wen Shouqin  
Mental Health Center, West China Hospital, Sichuan University, West China School of Nursing, Sichuan University, Chengdu 610041, China

Corresponding author: Chen Juan, Email: chenjuan875@163.com

**【Abstract】Objective** To explore the difference of the influence of family function on quality of life between first-episode and relapsing schizophrenia. **Methods** A total of 46 first-episode and 88 relapsing schizophrenias which met the inclusion and exclusion criteria were recruited by convenience sampling method in the inpatient department of mental health center, West China Hospital, Sichuan University from July 2018 to December 2018. General information, Family Assessment Device (FAD, including communication, role, problem solving, emotional response, emotional intervention, behavior control and total function), Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale II China Version (FACES II -CV, including intimacy and adaptability) and Schizophrenia Quality of Life Scale (SQLS, including psychosocial, motivation and energy, symptoms and side effects) were applied to compare between groups. Correlation analysis and multiple stepwise regression analysis were used to analyze the influence of family function on the quality of life of the two groups and to explore the differences. **Results** There were statistically significant differences in family communication and cohesion between first-episode and relapsing schizophrenia ( $t=2.45, -2.14; P < 0.05$ ). SQLS total scores was correlated with all dimensions of FAD and FACES in relapsing schizophrenia ( $P < 0.05$ ), while in first-episode patients, only communication ( $r=0.32, P < 0.05$ ) and general function ( $r=0.32, P < 0.05$ ) were related to motivation and energy. For first-episode schizophrenias, family communication ( $\beta=0.32, P=0.03$ ) was influencing

factor of quality of life, while in relapsing schizophrenias, general functions ( $\beta=0.29$ ,  $P=0.02$ ) and roles ( $\beta=0.24$ ,  $P=0.04$ ) affected their quality of life. **Conclusions** The quality of life of first-episode schizophrenias with poor family communication is lower, while in relapsing schizophrenias, poor family roles and general family function is correlated with lower quality of life.

**【Key words】** Schizophrenia; First-episode schizophrenia; Relapsing schizophrenia; Family function; Quality of life

**Fund programs:** Key Research and Development Projects of Sichuan Science and Technology Department (2018SZ0256); Sichuan University West China Nursing Discipline Development Special Fund Project (HXHL19065)

精神分裂症呈慢性或反复性病程, 主要特点为认知、情感和行为等方面的异常, 其复发率较高, 可导致严重的家庭及社会负担<sup>[1]</sup>。精神分裂症的治疗除症状控制之外, 患者的生活质量已成为其治疗和护理的重要结局指标<sup>[2]</sup>。生活质量主要指主观的生活满意度和幸福感、客观的健康状况和社会互动等<sup>[3]</sup>, 已有研究报道, 精神分裂症患者的生活质量相较于健康人群较低<sup>[4]</sup>, 因此, 研究精神分裂症患者生活质量的影响因素并致力于改善其现状对降低家庭及社会负担具有重要意义。经文献回顾, 精神分裂症患者生活质量的影响因素包括症状严重程度、抗精神病药物种类、个体需求、社会支持等<sup>[5-6]</sup>, 尽管有多项研究证实, 在其他疾病或人群中, 家庭功能与生活质量呈正相关<sup>[7-8]</sup>, 但很少有研究探讨精神分裂症患者家庭功能与其生活质量之间的关系。我国大部分精神分裂症患者在短期住院治疗后返回家庭进行长期康复, 家庭支持系统的优劣将明显影响患者的治疗及精神康复的依从性等, 而家庭功能是衡量家庭支持系统运行状况的重要标志<sup>[9]</sup>。据此, 本文旨在探讨精神分裂症患者家庭功能对其生活质量的影响, 并比较首发与复发患者之间的差异, 以期改善不同病程发展阶段精神分裂症患者的生活质量提供依据。

## 对象与方法

### 一、研究对象

2018年7—12月采用便利抽样的方法在四川大学华西医院心理卫生中心住院部共计招募134例精神分裂症患者, 其中包括46例首发患者和88例复发患者, 所有患者接受奥氮平、喹硫平、利培酮等非典型抗精神病药物治疗及住院精神康复, 待病情稳定且能配合问卷调查时进行问卷发放。

首发精神分裂症患者纳入标准: (1) 患者符合国际疾病分类(ICD-10)精神分裂症的诊断标准; (2) 首次发病后首次住院; (3) 至少有一名长期(3个月以上)照顾的家属; (4) 具有小学及以上文化程度; (5) 对本

研究知情同意; (6) 无其他精神障碍诊断。排除标准: (1) 患者有严重认知障碍或处于急性发病期; (2) 患者年龄 < 14岁。

复发精神分裂症患者纳入标准: (1) 患者符合ICD-10精神分裂症的诊断标准; (2) 首次发病后至少有2次住院治疗; (3) 至少有一名长期(3个月以上)照顾的家属; (4) 具有小学及以上文化程度; (5) 对本研究知情同意; (6) 无其他精神障碍诊断。排除标准: (1) 患者有严重认知障碍或处于急性发病期; (2) 患者年龄 < 14岁。

本研究方案获得四川大学华西医院生物医学伦理委员会的批准[伦理号: 2018年审(259)号], 所有调查对象及家属签署知情同意书。

### 二、方法

1. 研究工具与方法: 本研究采用横断面调查设计, 由具有5年及以上精神科工作年限的护理人员对首发及复发的精神分裂症患者进行问卷调查。调查工具除患者的一般资料外, 使用家庭功能评定(Family Assessment Device, FAD)量表和家庭亲密度及适应性量表(the Family Adaptability and Cohesion Evaluation scale II China Version, FACES II -CV)综合评估患者的家庭功能, 采用精神分裂症患者生活质量量表(Schizophrenia Quality of Life Scale, SQLS)评估患者的生活质量。(1) 自行设计的一般资料问卷主要为患者的基本信息, 包括性别、年龄、首次发病年龄、婚姻状态(未婚、已婚、离婚/分居)、职业状态(在职、无业)、宗教信仰、民族(汉族、少数民族)、文化程度(小学、初中、高中、大专、本科及以上)、居住情况(独居、与他人一起居住)、家庭月收入( $\leq 3000$ 元、 $3001 \sim 6000$ 元、 $6001 \sim 8000$ 元、 $8001 \sim 10000$ 元、 $> 10000$ 元)、医疗保险、冲动行为攻击史、严重自伤史、病程、发病次数、住院次数等。(2) FAD量表用于测量家庭功能的过程发展, 量表包括沟通、角色、问题解决、情感反应、情感介入、行为控制和总功能7个维度, 采用1分(非常同意)~4分

(完全不同意)计分,其中得分越低表明家庭功能在此维度上表现越健康。量表各维度的 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.53 ~ 0.94,重测信度为 0.53 ~ 0.81<sup>[10-11]</sup>。(3)FACES II -CV 主要用于测量家庭功能的结果,包括亲密度(家庭成员之间的情感联系)和适应性(家庭体系随家庭环境和不同发展阶段而改变的适应能力)两个维度,该量表为自评量表,有 30 个条目,每个条目答案分为 5 个等级,亲密度和适应性得分越高表示家庭亲密度和适应性越好。量表具有良好的内部一致性信度(0.73 ~ 0.85)和重测信度(0.84 ~ 0.91)<sup>[12-13]</sup>。(4)SQLS 量表为自我报告量表,包括 30 个条目,旨在评估患者在心理社会、动机和精力、症状和不良反应三个领域的生活质量,所有条目采用 0 ~ 4 级评分,总分和每个领域的分数都采用 100 分进行标准化,分数越低代表生活质量越好。SQLS 具有良好的信效度,总 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.89,心理领域、动机和精力、症状和不良反应三个领域的 Cronbach's  $\alpha$  系数分别为 0.90、0.73、0.80<sup>[14-15]</sup>。

2. 统计学方法:采用 SPSS 21.0 进行数据的描述及统计分析,对所有计量资料进行 Shapiro-Wilk 正态性检验,符合正态分布的资料以均数  $\pm$  标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示,组间比较采用独立样本  $t$  检验,不符合正态分布的资料以中位数和四分位数 [ $M(P_{25}, P_{75})$ ] 表示,组间比较采用 Kruskal-Wallis 秩和检验。计数资料以例数和构成比进行描述,组间差异性比较采用  $\chi^2$  检验。采用 Pearson 相关分析分别探讨首发与复发精神分裂症患者家庭功能与生活质量的的关系,采用多元逐步回归法分析首发和复发患者家庭功能对其生活质量的影响。以  $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

### 结 果

1. 精神分裂症患者一般资料: 134 例精神分裂症患者中,男 64 例,女 70 例;年龄 14 ~ 56 岁,平均(26.24  $\pm$  9.33)岁;首次发病年龄 12 ~ 37 岁,平均(21.56  $\pm$  7.43)岁;病程 0.13 ~ 35 年,中位病程 2.00 (0.75, 7.00)年。首发与复发精神分裂症患者的一般资料见表 1,除病程外,首发与复发精神分裂患者的一般资料差异均无统计学意义(均  $P > 0.05$ )。

2. 首发与复发精神分裂症患者家庭功能与生活质量的比较: 首发与复发精神分裂症患者 FAD、FACES 和 SQLS 的评分及比较如表 2 所示,首发患者与复发患者在家庭沟通( $P=0.02$ )和亲密度( $P=0.03$ )方面差异均有统计学意义。

表 1 首发与复发精神分裂症患者的社会人口学特征

项目	首发患者 (n=46)	复发患者 (n=88)	$\chi^2$ / $t/Z$ 值	$P$ 值
性别 [例(%)]				
男	19(41.30)	45(51.14)	1.17	0.28
女	27(58.70)	43(48.86)		
年龄(岁, $\bar{x} \pm s$ )	23.67 $\pm$ 8.61	27.57 $\pm$ 9.46	-2.33	0.21
婚姻状态 [例(%)]				
未婚	36(78.26)	68(77.27)	0.16	0.92
已婚	9(19.57)	17(19.32)		
离婚/分居	1(2.17)	3(3.41)		
职业状态 [例(%)]				
在职	33(71.74)	56(63.64)	0.89	0.35
无业	13(28.26)	32(36.36)		
宗教信仰 [例(%)]				
有	35(76.09)	66(75.00)	0.02	0.89
无	11(23.91)	22(25.00)		
民族 [例(%)]				
汉族	43(93.48)	82(93.18)	0.004	0.95
少数民族	3(6.52)	6(6.82)		
文化程度 [例(%)]				
小学	1(2.17)	4(4.55)	5.95	0.31
初中	10(21.74)	12(13.64)		
高中	14(30.44)	32(36.36)		
大专	10(21.74)	22(25.00)		
本科及以上	11(23.91)	18(20.46)		
居住情况 [例(%)]				
独居	2(4.35)	5(5.68)	0.11	0.74
与他人一起居住	44(95.65)	83(94.32)		
家庭月收入 [例(%)]				
$\leq 3\ 000$ 元	12(26.08)	39(44.33)	6.60	0.16
3 001 ~ 6 000元	17(36.96)	21(23.86)		
6 001 ~ 8 000元	6(13.04)	11(12.50)		
8 001 ~ 10 000元	2(4.35)	7(7.95)		
$> 10\ 000$ 元	9(19.57)	10(11.36)		
医疗保险 [例(%)]				
无	16(34.78)	29(32.95)	0.09	0.77
有	30(65.22)	59(67.05)		
冲动攻击行为史 [例(%)]				
有	17(36.96)	28(31.82)	0.36	0.55
无	29(63.04)	60(68.18)		
严重自伤史 [例(%)]				
有	14(30.43)	25(28.41)	0.06	0.81
无	32(69.57)	63(71.59)		
首次发病年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$ )	22.61 $\pm$ 8.07	21.01 $\pm$ 7.05	1.18	0.24
病程 [年, $M(P_{25}, P_{75})$ ]	0.60(0.25, 1.00)	4.00(2.00, 9.00)	-6.81	$< 0.01$

3. 首发与复发精神分裂症患者家庭功能与生活质量的的相关分析: 首发与复发精神分裂症患者 FAD、FACES 与 SQLS 各维度之间的相关分析结果见表 3。复发患者的 SQLS 总分与 FAD 和 FACES 各维度

**表2** 首发与复发精神分裂症患者FAD、FACES和SQLS评分比较(分,  $\bar{x} \pm s$ )

量表	首发患者 (n=46)	复发患者 (n=88)	t值	P值
<b>FAD</b>				
问题解决	13.67 ± 3.75	12.79 ± 2.93	1.49	0.14
沟通	22.04 ± 4.42	20.34 ± 3.47	2.45	0.02
角色	25.23 ± 3.28	25.99 ± 4.12	-1.07	0.29
情感反应	14.41 ± 2.93	13.76 ± 2.81	1.26	0.21
情感介入	17.30 ± 4.01	17.00 ± 3.57	0.45	0.65
行为控制	20.89 ± 2.25	21.32 ± 2.89	-0.90	0.37
一般功能	27.54 ± 5.30	26.52 ± 5.17	1.07	0.29
<b>FACES II -CV</b>				
亲密度	57.89 ± 10.83	61.75 ± 9.40	-2.14	0.03
适应性	42.93 ± 10.10	46.50 ± 9.94	-1.96	0.05
<b>SQLS</b>				
心理社会	45.18 ± 21.17	38.25 ± 18.34	1.97	0.05
动机和精力	46.58 ± 14.89	45.45 ± 17.16	0.38	0.71
症状与不良反应	35.67 ± 19.39	31.39 ± 17.61	1.29	0.20
生活质量总分	42.48 ± 14.86	38.36 ± 14.78	1.53	0.13

注: FAD 家庭功能评定量表; FACES II -CV 家庭亲密度及适应性量表; SQLS 精神分裂症患者生活质量量表

之间均存在相关关系(均  $P < 0.05$ ), 而在首发患者中只有沟通( $r=0.32, P < 0.05$ )和一般功能( $r=0.32, P < 0.05$ )与动机和精力相关。

4. 首发与复发精神分裂症患者生活质量的影响因素分析: 分别以首发与复发精神分裂症患者生活质量为因变量, 将相关分析中有意义的家庭功能指标纳入自变量进行逐步回归分析, 结果见表4。对于首发精神分裂症患者, 家庭沟通( $\beta=0.32, P=0.03$ )是其生活质量的独立影响因素, 解释总体方差变异的9%( $P < 0.05$ ), 而一般功能( $\beta=0.29, P=0.02$ )和家

庭角色( $\beta=0.24, P=0.04$ )却是复发患者生活质量的重要独立影响因素, 解释总体方差变异的19%( $P < 0.01$ )。

## 讨 论

本研究探讨了首发与复发精神分裂症患者家庭功能对其生活质量影响的差异, 首先在家庭功能的比较方面, 研究结果显示, 与首发精神分裂症患者相比, 复发患者在沟通和亲密度方面有更好的表现, 此结果与Koutra等<sup>[16]</sup>报道类似。可能原因为尽管精神疾病患者的家庭功能与健康家庭相比较差, 但当个体被诊断为精神分裂症后, 家庭成员通常会自我反省, 并尝试改变以往刻板的沟通方式, 或者承担更多金钱以外的责任, 使其个人和生活方式发生改变进而拉近了家庭成员之间的距离。此外, 家庭成员也可以在精神分裂症的诊断和治疗过程中获取个人成长进而促进家庭功能, 从而其家庭沟通与亲密度得到改善<sup>[17-18]</sup>。

家庭功能对首发及复发精神分裂症患者的生活质量均会产生影响, 与Caqueo和Lemos<sup>[19]</sup>研究结果类似。然而, 在家庭功能的具体维度方面, 沟通较好的首发精神分裂症家庭其患者的动机和精力也较好, 而在复发精神分裂症患者中, 家庭角色及一般功能却是其生活质量的重要影响因素, 既往研究未见类似报道。家庭成员罹患精神疾病对于整个家庭是重大的应激事件, 而首发精神分裂症患者常伴有各种急性精神病性症状<sup>[20]</sup>, 尽管首发和复发精神病患者在积极应对和消极应对方式方面无差异<sup>[21]</sup>, 但当面对相同症状时, 首发患者家庭更无助, 缺乏足够的时间来建立各种症状的解决方案以应对精神分

**表3** 首发与复发精神分裂症患者FAD、FACES与SQLS的相关分析(r值)

量表	首发患者SQLS				复发患者SQLS			
	心理社会	动机和精力	症状与不良反应	生活质量总分	心理社会	动机和精力	症状与不良反应	生活质量总分
<b>FAD</b>								
问题解决	-0.02	0.15	-0.14	-0.01	0.33 <sup>b</sup>	0.18	0.14	0.27 <sup>a</sup>
沟通	0.02	0.32 <sup>a</sup>	-0.12	0.07	0.24 <sup>a</sup>	0.36 <sup>b</sup>	0.19	0.31 <sup>b</sup>
角色	0.04	0.14	-0.01	0.06	0.26 <sup>a</sup>	0.43 <sup>b</sup>	0.30 <sup>b</sup>	0.39 <sup>b</sup>
情感反应	0.10	0.01	-0.08	0.05	0.24 <sup>a</sup>	0.31 <sup>b</sup>	0.26 <sup>a</sup>	0.32 <sup>b</sup>
情感介入	-0.11	0.09	-0.01	-0.03	0.23 <sup>a</sup>	0.41 <sup>b</sup>	0.31 <sup>b</sup>	0.38 <sup>b</sup>
行为控制	0.21	0.16	0.16	0.22	0.28 <sup>b</sup>	0.40 <sup>b</sup>	0.24 <sup>a</sup>	0.37 <sup>b</sup>
一般功能	-0.03	0.32 <sup>a</sup>	-0.12	0.04	0.32 <sup>b</sup>	0.44 <sup>b</sup>	0.29 <sup>b</sup>	0.42 <sup>b</sup>
<b>FACES</b>								
亲密度	-0.12	-0.23	-0.07	-0.16	-0.33 <sup>b</sup>	-0.38 <sup>b</sup>	-0.30 <sup>b</sup>	-0.40 <sup>b</sup>
适应性	-0.03	-0.14	-0.02	-0.07	-0.25 <sup>a</sup>	-0.41 <sup>b</sup>	-0.17	-0.33 <sup>b</sup>

注: FAD 家庭功能评定量表; FACES II -CV 家庭亲密度及适应性量表; SQLS 精神分裂症患者生活质量量表; <sup>a</sup> $P < 0.05$ , <sup>b</sup> $P < 0.01$

表4 首发与复发精神分裂症患者家庭功能对生活质量的回归分析结果

预测因素	B (95%CI)	S.E.	$\beta$ 值	P值	R <sup>2</sup> 值	$\Delta R^2$	F值
首发患者							
模型1					0.11	0.09	5.16 <sup>a</sup>
沟通	1.09(0.12 ~ 2.06)	0.48	0.32	0.03			
复发患者							
模型1					0.17	0.16	18.04 <sup>b</sup>
一般功能	1.19(0.63 ~ 1.75)	0.28	0.42	<0.01			
模型2					0.21	0.19	11.41 <sup>b</sup>
一般功能	0.82(0.16 ~ 1.47)	0.33	0.29	0.02			
角色	0.84(0.02 ~ 1.67)	0.42	0.24	0.04			

注:<sup>a</sup>P < 0.05; <sup>b</sup>P < 0.01

裂症,虽然有较好沟通能力的家庭能更快地寻找资源发展应对策略以适应这些症状从而改善生活质量,然而,即使有较差的沟通能力,复发患者家庭也可以使用既往经验应对症状,从而对其生活质量的影响较小。其次,家庭沟通与家庭亲密度密切相关<sup>[22]</sup>,家庭亲密度是社会互动的基础,家庭亲密度较低的患者自我效能感低、社交焦虑高、社交回避高<sup>[23]</sup>,也将导致社会交往障碍,社会交往作为社会功能的重要组成部分,其降低也将导致患者生活质量下降。由此可见,家庭沟通对于首发精神分裂症患者生活质量的影响较大,家庭沟通较好的首发患者有利于维持其家庭亲密度及社会交往能力,可促进生活质量的改善。

对于复发精神分裂症患者,其报告的阴性症状更多<sup>[24]</sup>,与精神分裂症的阳性症状相比,懒惰、缺乏情感表达、缺乏社交动机和社交欲望等阴性症状与生活质量的相关性更强<sup>[15]</sup>,除了药物治疗,长期照顾者需要更多地协助和监督复发精神分裂症患者建立正常的生活方式和社会互动,因此,照顾者角色的承担对复发患者的生活质量有更深层次的影响。角色是指家庭成员在家庭中扮演的不同角色,以建立提供资源、培养和支持等行为模式<sup>[25]</sup>。当家庭成员被诊断为精神分裂症时,其角色将从独立的个体转变为需要照顾的患者,而家庭成员的角色也将向照顾者、监督者等进行转变,一旦家庭成员适应不了这些角色的变化,其就不能承担相应的责任,为患者提供足够的经济和情感支持,从而可能导致其生活质量下降。此外,复发精神分裂症患者的家庭联系和互动相较于首发精神分裂症患者偏多,其照顾者家庭负担高于首发患者<sup>[26]</sup>,反映了家庭成员需要对复发精神分裂症患者付出更多的时间、爱和支持,而随着精神分裂症发展所导致的社会功能恶

化,家庭也逐渐成为复发患者的核心<sup>[24]</sup>。研究显示,家庭功能状态影响着精神分裂症的发生、发展和康复<sup>[27]</sup>,尤其在精神分裂症患者的恢复期,家庭功能可直接预测其精神残疾的发展状况且在患者病情与精神残疾间发挥部分中介效应<sup>[28]</sup>。在我国,精神分裂症患者大部分依赖家庭成员的情感和经济支持<sup>[29]</sup>,家庭功能较低时其往往不能为患者提供足够的支持,从而导致患者生活质量下降。因此,家庭角色的承担和家庭功能对复发患者生活质量的影响更大。

综上所述,在精神分裂症发展的不同阶段,其家庭功能对患者生活质量产生影响的维度有所不同,对于首发患者,家庭沟通是其生活质量的重要因素,而对于复发患者,家庭角色和家庭一般功能较差者其生活质量也较低。因此,根据精神分裂症发展的不同阶段针对性设置相应的家庭功能干预主题,对于改善患者的生活质量具有重要意义。

**利益冲突** 文章所有作者共同认可文章无任何相关利益冲突

**作者贡献声明** 试验设计为陈娟、孟娜,研究实施及资料收集为曹秉蓉、谢星、代胜盈、文守琴,数据整理及分析为孟娜,论文撰写为陈娟、孟娜,论文修订为陈娟

## 参 考 文 献

- [1] Chong HY, Teoh SL, Wu DB, et al. Global economic burden of schizophrenia: a systematic review[J]. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 2016, 2(12): 357-373. DOI: 10.2147/NDT.S96649.
- [2] Dziwota E, Stepulak MZ, Włoszczak-Szubda A, et al. Social functioning and the quality of life of patients diagnosed with schizophrenia[J]. *Ann Agric Environ Med*, 2018, 25(1): 50-55. DOI: 10.5604/12321966.1233566.
- [3] Eack SM, Newhill CE, Anderson CM, et al. Quality of life for persons living with schizophrenia: more than just symptoms[J]. *Psychiatr Rehabil J*, 2007, 30(3): 219-222. DOI: 10.2975/30.3.2007.219.222.
- [4] Song YY, Kim KR, Park JY, et al. Associated factors of quality of life in first-episode schizophrenia patients[J]. *Psychiatry*

- Investig, 2011, 8(3): 201-206. DOI: 10.4306/pi.2011.8.3.201.
- [ 5 ] Ridgewell C, Blackford JU, McHugo M, et al. Personality traits predicting quality of life and overall functioning in schizophrenia[ J ]. Schizophr Res, 2017, 182: 19-23. DOI: 10.1016/j.schres.2016.10.007.
- [ 6 ] Rosca EA, Alexinschi O, Brincus C, et al. Quality of life in Romanian patients with schizophrenia based on gender, type of schizophrenia, therapeutic approach, and family history[ J ]. J Mind Med Sci, 2018, 5(2): 202-209. DOI: 10.22543/7674.52.P202209.
- [ 7 ] Alves Costa MS, Pereira MG. Predictors and moderators of quality of life in caregivers of amputee patients by type 2 diabetes [ J ]. Scand J Caring Sci, 2018, 32(2): 933-942. DOI: 10.1111/scs.12528.
- [ 8 ] Wang J, Chen Y, Tan C, et al. Family functioning, social support, and quality of life for patients with anxiety disorder[ J ]. Int J Soc Psychiatry, 2016, 62(1): 5-11. DOI: 10.1177/0020764015584649.
- [ 9 ] 刘苗苗, 许娟, 戴秀英, 等. 精神分裂症患者父母文化程度与家庭功能的相关性[ J ]. 中国全科医学, 2013, 16(36): 4296-4299. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2013.12.084.  
Liu MM, Xu J, Dai XY, et al. Correlation between educational level of Schizophrenics's parents and family function[ J ]. Chinese General Practice, 2013, 16(36): 4296-4299.
- [ 10 ] Mansfield AK, Keitner GI, Dealy J. The family assessment device: an update[ J ]. Fam Process, 2015, 54(1): 82-93. DOI: 10.1111/famp.12080.
- [ 11 ] Shek DT. Chinese adolescents' perceptions of family functioning: personal, school-related, and family correlates[ J ]. Genet Soc Gen Psychol Monogr, 2002, 128(4): 358-380.
- [ 12 ] Wang L, Shi J, Chen F, et al. Family perception and 6-month symptomatic and functioning outcomes in young adolescents at clinical high risk for psychosis in a general population in China[ J ]. PLoS One, 2015, 10(9): e0138361. DOI: 10.1371/journal.pone.0138361.
- [ 13 ] Hamilton E, Carr A. Systematic review of self-report family assessment measures[ J ]. Fam Process, 2016, 55(1): 16-30. DOI: 10.1111/famp.12200.
- [ 14 ] Wilkinson G, Hesdon B, Wild D, et al. Self-report quality of life measure for people with schizophrenia: the SQLS[ J ]. Br J Psychiatry, 2000, 177: 42-46. DOI: 10.1192/bjp.177.1.42.
- [ 15 ] Wang XQ, Petrini MA, Morisky DE. Predictors of quality of life among Chinese people with schizophrenia[ J ]. Nurs Health Sci, 2017, 19(2): 142-148. DOI: 10.1111/nhs.12286.
- [ 16 ] Koutra K, Triliva S, Roumeliotaki T, et al. Family functioning in families of first-episode psychosis patients as compared to chronic mentally ill patients and healthy controls[ J ]. Psychiatry Res, 2014, 219(3): 486-496. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.06.045.
- [ 17 ] Friedmann MS, McDermut WH, Solomon DA, et al. Family functioning and mental illness: a comparison of psychiatric and nonclinical families[ J ]. Fam Process, 1997, 36(4): 357-367. DOI: 10.1111/j.1545-5300.1997.00357.x.
- [ 18 ] Morton RD, White MJ, Young RM. Posttraumatic growth in family members living with a relative diagnosed with schizophrenia[ J ]. J Loss Trauma, 2015, 20(3): 229-244. DOI: 10.1080/15325024.2013.863652.
- [ 19 ] Caqueo UA, Lemos GS. Quality of life and family functioning in schizophrenia patients[ J ]. Psicothema, 2008, 20(4): 577-582. DOI: 10.1111/j.1745-6924.2008.00096.x
- [ 20 ] Alessandrini M, Lançon C, Fond G, et al. A structural equation modelling approach to explore the determinants of quality of life in schizophrenia[ J ]. Schizophr Res, 2016, 171(1/3): 27-34. DOI: 10.1016/j.schres.2016.01.012.
- [ 21 ] Kommesch M, Gross S, Putzfeld V, et al. Coping and the stages of psychosis: an investigation into the coping styles in people at risk of psychosis, in people with first-episode and multiple-episode psychoses[ J ]. Early Interv Psychiatry, 2017, 11(2): 147-155. DOI: 10.1111/eip.12223.
- [ 22 ] Carvalho J, Francisco R, Relvas AP. Family functioning and information and communication technologies: How do they relate? A literature review[ J ]. Comput Hum Behav, 2015, 45: 99-108. DOI: 10.1016/j.chb.2014.11.037.
- [ 23 ] Leidy MS, Guerra NG, Toro RI. Positive parenting, family cohesion, and child social competence among immigrant Latino families[ J ]. J Fam Psychol, 2010, 24(3): 252-260. DOI: 10.1037/a0019407.
- [ 24 ] Theochari E, Tsaltas E, Kontis D. Obsessive compulsive symptoms, social functioning and executive functions in chronic schizophrenia[ J ]. Eur Psychiat, 2017, 41S: S386. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2017.02.426.
- [ 25 ] Lucksted A, Stevenson J, Nossel I, et al. Family member engagement with early psychosis specialty care[ J ]. Early Interv Psychiatry, 2018, 12(5): 922-927. DOI: 10.1111/eip.12403.
- [ 26 ] Gronholm PC, Thornicroft G, Laurens KR, et al. Mental health-related stigma and pathways to care for people at risk of psychotic disorders or experiencing first-episode psychosis: a systematic review[ J ]. Psychol Med, 2017, 47(11): 1867-1879. DOI: 10.1017/S0033291717000344.
- [ 27 ] 杨光远, 徐汉明, 马筠, 等. 青少年精神分裂症患者的家庭功能过程与结果[ J ]. 医学与哲学, 2016, 37(11): 67-70. DOI: 10.12014/j.issn.1002-0772.2016.11b.22.  
Yang GY, Xu HM, Ma J, et al. The research on family functional process and result about adolescent patients with schizophrenia[ J ]. Medicine and Philosophy, 2016, 37(11): 67-70.
- [ 28 ] 孙玉静, 王丽娜, 周郁秋, 等. 精神分裂症恢复期精神残疾患者致残因素研究[ J ]. 中华护理杂志, 2015, 50(6): 712-715. DOI: 10.19589/j.cnki.issn1004-6569.2015.19.119.  
Sun YJ, Wang LN, Zhou YQ, et al. Study on the mental disability in patients with schizophrenia in the convalescent stage[ J ]. Chin J Nurs, 2015, 50(6): 712-715.
- [ 29 ] Chen LF, Liu JL, Zhang JZ, et al. Non-pharmacological interventions for caregivers of patients with schizophrenia: a meta-analysis[ J ]. Psychiatry Res, 2016, 235: 123-127. DOI: 10.1016/j.psychres.2015.11.037.

(收稿日期: 2020-08-14)

(本文编辑: 赵金鑫)