

# 基于自我调节理论的健康教育对住院精神分裂症患者服药依从性、自我效能及康复的影响

高李娜, 朱翠芳, 琚明亮

(上海交通大学医学院附属精神卫生中心精神科, 上海 201108)

**【摘要】目的:** 探讨基于自我调节理论的健康教育对住院精神分裂症患者服药依从性、自我效能及康复的影响。**方法:** 选取 100 例精神分裂症患者为研究对象, 根据护理方式不同分为对照组和观察组, 每组各 50 例。对照组患者实施常规护理和健康教育; 观察组患者实施基于自我调节理论的护理和健康教育, 干预时间均为 3 个月。比较两组患者相关知识、病耻感情况 [病耻感调查表 (ISMI)]、自我效能 [一般自我效能表 (GSES)]、服药依从性 [药物依从性评定量表 (MARS)] 及临床精神症状 [阳性与阴性症状量表 (PANSS)] 的变化。**结果:** 干预后, 两组患者 ISMI 各维度评分及总分、PANSS 各维度评分及总分均下降 ( $P < 0.05$ ), 且观察组下降更明显 ( $P < 0.05$ ); 两组患者疾病相关知识各维度评分、GSES 评分及 MARS 评分均上升 ( $P < 0.05$ ), 且观察组上升更明显 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 基于自我调节理论的健康教育能提高住院精神分裂症患者的疾病认知水平, 降低病耻感, 提高自我效能和服药依从性, 对改善患者临床精神症状有积极作用。

**【关键词】** 自我调节理论; 精神分裂症; 服药依从性; 自我效能; 康复

**【中图分类号】** R473.74 **【文献标志码】** A

## Effect of health education based on self-regulation theory on medication compliance, self-efficacy and rehabilitation of inpatients with schizophrenia

GAO Li-na, ZHU Cui-fang, JU Ming-liang

(Department of Psychiatry, Mental Health Center, School of Medicine, Shanghai Jiaotong University, Shanghai 201108, China)

**【Abstract】Objective:** To explore the effect of health education based on self-regulation theory on medication compliance, self-efficacy and rehabilitation of inpatients with schizophrenia. **Methods:** 100 patients with schizophrenia were selected as the research objects. According to different nursing methods, they were divided into control group and observation group, 50 cases in each group. The control group received routine nursing and health education, the observation group received nursing and health education based on self-regulation theory, and the intervention time was 3 months. The changes of disease-related knowledge, stigma [internalized stigma of mental illness inventory (ISMI)], self-efficacy [general self-efficacy scale (GSES)], medication compliance [Medication Adherence Report Scale (MARS)] and clinical psychiatric symptoms [positive and negative symptom scale (PANSS)] were compared between the two groups. **Results:** After intervention, the scores and total scores of ISMI and PANSS in both groups decreased ( $P < 0.05$ ), and the decreased in the observation group was more significant ( $P < 0.05$ ). The scores of each dimension, GSES and MARS of disease-related knowledge in the two groups were increased ( $P < 0.05$ ), and the increased in the observation group was more significant ( $P < 0.05$ ). **Conclusion:** Health education based on self-regulation theory can improve the disease cognition level of inpatients with schizophrenia, reduce their sense of shame, improve their self-efficacy and medication compliance, and have a certain effect on improving the clinical psychiatric symptoms of patients.

**【Key words】** Self-regulation theory; Schizophrenia; Medication compliance; Self-efficacy; Rehabilitation

精神分裂症是一种患者感知觉、思维、情感及行为异常的进行性精神疾病, 易受外界因素的影响, 具有反复多次发作的倾向<sup>[1]</sup>。患者需长期服用抗精神药物来控制精神症状, 但该病对药物依存性较高, 较短时间终止治疗, 即会导致患者人格分裂改

变、认知功能障碍及社会功能受损等严重后果, 给患者康复带来不良影响<sup>[2-3]</sup>。精神分裂症患者因自身对疾病认知度不够, 服药依从性较低, 常擅自停药、减药等, 影响临床康复效果。研究<sup>[4]</sup>显示, 对精神分裂症患者实施系统健康教育能有效改善患者的绝

望情绪,对康复有一定的促进作用。但传统健康教育以医护主动输出为主,患者缺乏主观能动性,改善精神分裂症患者服药依从性的效果有限。自我调节理论是由美国心理学家班杜拉提出的由自我强化衍生出的理论,该理论反映人的认知和情感对行为的影响,具有较强的实用性<sup>[5]</sup>。既往研究<sup>[6-7]</sup>中,自我调节理论在慢性阻塞性肺疾病患者依从性、糖尿病合并高血压患者依从性中的应用效果得到证实,而在精神分裂症中的应用少见报道。本研究旨在探讨基于自我调节理论的健康教育对住院精神分裂症患者服药依从性、自我效能及康复的影响。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

表 1 两组患者一般资料比较 $[\bar{x} \pm s, n(\%)]$

组别	男/女(例)	年龄(岁)	病程(年)	文化程度			婚姻状况		
				初中	高中	大专及以上	已婚	未婚	其他
对照组( $n=50$ )	39/11	41.70 ± 13.98	6.42 ± 1.34	25(50.00)	8(16.00)	17(34.00)	21(42.00)	18(36.00)	11(22.00)
观察组( $n=50$ )	38/12	41.42 ± 14.18	6.51 ± 1.38	18(36.00)	16(32.00)	16(32.00)	20(40.00)	22(44.00)	8(16.00)
$t/\chi^2$ 值	0.056	0.099	0.331		3.837			0.898	
$P$ 值	0.812	0.921	0.742		0.147			0.638	

### 1.2 方法

对照组实施常规护理和健康教育,具体包括:(1)简述疾病相关知识、治疗原则;(2)指导患者按时遵医嘱用药,详细讲解药物使用方法及治疗期间注意事项;(3)引导患者养成良好的生活习惯,关注患者情绪变化,给予患者关心、鼓励、支持,建立和谐、信任的护患关系,引导患者保持乐观心态;(4)保持安静、舒适的环境,治疗和沟通时尽量轻言轻语。出院后每月电话随访 1 次,鼓励患者遵医嘱用药,保持良好心态。观察组实施基于自我调节理论的护理和健康教育,具体包括:(1)成立干预小组。小组成员包括主治医师、护士长和两名高年资护士。护士长组织小组成员进行培训学习,学习内容包括:精神分裂症相关疾病知识、危害、治疗方法、常用药物、自我调节理论的理论基础、方法、流程及注意事项等。培训完后进行纸质考核,考核通过后方可参与本研究。(2)制定自我调节干预计划。根据患者的临床资料、结合自我效能量表、病耻感量表、依从性量表等了解患者治疗的信心、心理状况及依从性等,以患者当前存在的问题为重点制定针对性干预方案。包括自我观察、自我判断及自我反应 3 个阶段。(3)自我观察:此阶段是患者了解自我调节理论的价值并依据其自身内在动机信念制定其可以达到的目标。① 通过线下集中培训和微课方式向患者传播精神分裂症相关知识,让患者更加了解精神

选取 2019 年 1 月至 2021 年 12 月上海交通大学医学院附属精神卫生中心精收治的 100 例精神分裂症患者为研究对象,根据护理方式不同分为对照组和观察组,每组各 50 例。本研究经医院伦理委员会审批,患者及家属知情同意,两组患者一般资料比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。见表 1。

纳入标准:(1)符合美国精神障碍诊断与统计学手册第 4 版中对精神分裂症诊断标准<sup>[8]</sup>;(2)年龄  $\geq 18$  岁;(3)病情稳定,无沟通、理解力障碍;(4)简易智能状态检查量表(MMSE)<sup>[9]</sup>评分  $> 24$  分;(5)首次实施基于自我调节理论的健康教育。排除标准:(1)合并其他的精神疾患;(2)合并脑部器质性疾病、癫痫病史或严重认知障碍;(3)合并严重的心、肝、肾疾病;(4)妊娠或哺乳期妇女。

分裂症,主要内容包含:精神分裂症疾病知识、药物治疗、心理治疗、预后及注意事项等。线下培训共两次,约 30 min/次,微课包含 6 次,10 ~ 15 min/次。建议患者家属尽量共同参与培训,使患者和家属对自我管理的重要性有初步认识。② 依据医学循证资料,为患者提供自我行为的益处,如坚持药物治疗对康复的影响、讲解成功案例,增强患者坚持治疗的动机。③ 根据患者实际情况,帮助患者评估自身情况,与患者共同制定自我管理目标。如情绪管理、运动目标、用药管理等。(4)自我判断。此阶段是指导患者自我观察用药、饮食、运动等是否符合目标内容,判断其自我行为是否符合治疗要求。① 向患者发放精神分裂症自我管理健康手册,手册内容包含精神分裂症患者常见的自我管理行为,如药物服用、睡眠、情绪等。告知患者手册的使用方法。② 如未按手册内容进行管理,则进行自我原因分析并逐步进行行为调整。③ 若自身行为调整仍未达到手册要求,则可寻求医护帮助。(5)自我反应。此阶段是患者对目标实现的自我评价和反应。引导患者出院时对自己管理行为进行评价,对自己做的好的方面可以给予一定的奖励,做的不好的方面进行改进。住院期间主要进行两次集中干预和 2 ~ 4 次个体干预。(6)出院后干预。出院后主要通过微信及电话方式进行干预。每周微信沟通 1 次,引导患者汇报自我管理健康手册的实践内容及在此期间遇到的问题。

题,鼓励患者按手册内容进行管理,并帮助患者分析遇到的问题。每月电话随访 1 次,总结当月患者自我管理情况,判断其行为是否符合要求,增强患者信心,鼓励其持续进行自我管理。干预时间均为 3 个月。

### 1.3 观察指标

(1)疾病相关知识掌握情况:干预前后采用科室自制的精神分裂症疾病知识调查问卷评价,包括疾病基本知识、药物知识、正确服药知识及自我监测知识 4 个方面,每个方面各 20 题,每题得分 0~2 分,分值越高,表明患者疾病相关知识掌握越好。(2)病耻感:干预前后采取杨琳等<sup>[10]</sup>设计的精神疾病内在病耻感调查表(ISMI)评估,量表共 29 个条目,5 个维度,包括疏远 6、刻板认同 7、歧视经历 5、社会退缩 6、病耻感抵抗 5。每个条目按照 1~4 进行评分,分值越高,表明患者病耻感程度越重。(3)自我效能:干预前后采取一般自我效能表(GSES)<sup>[11]</sup>评估,包含 10 个条目,每个条目按照 1~4 进行评分,总分 10~40 分,分值越高,表明患者自

我效能水平越高。(4)服药依从性:干预前后采取药物依从性评定量表(MARS)<sup>[12]</sup>评估,包含 10 个条目,每个条目分“是”和“否”两个选项,分值越高,表明患者服药依从性越好。(5)临床精神症状:干预前后采取阳性与阴性症状量表(PANSS)<sup>[13]</sup>评估,包含阳性症状、阴性症状、一般精神病理 3 个方面,共 30 个条目,每个条目按照 0~7 进行评分,分值越高表明相应的症状越重。

### 1.4 统计学分析

采用 SPSS 24.0 软件对数据进行分析与处理。计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用  $t$  检验;计数资料以 $[n(\%)]$ 表示,采用 $\chi^2$ 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者疾病相关知识掌握情况比较

干预后,两组患者疾病相关知识掌握情况各维度评分均上升( $P < 0.05$ ),且观察组上升更明显( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 两组患者疾病相关知识掌握情况比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	疾病基本知识		药物知识		正确服药知识		自我监测知识	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组( $n=50$ )	17.23 ± 3.21	23.47 ± 3.87 *	16.85 ± 3.11	23.71 ± 3.91 *	19.42 ± 3.57	25.72 ± 4.32 *	16.42 ± 3.08	24.85 ± 4.67 *
观察组( $n=50$ )	16.97 ± 3.15	32.14 ± 4.25 *	17.11 ± 3.23	31.97 ± 4.38 *	18.89 ± 3.48	33.77 ± 4.98 *	16.37 ± 3.02	33.81 ± 4.75 *
$t$ 值	0.409	10.666	0.410	9.948	0.752	8.634	0.082	9.511
$P$ 值	0.684	<0.001	0.683	<0.001	0.454	<0.001	0.935	<0.001

\*  $P < 0.05$ ,与组内干预前相比。

### 2.2 两组患者病耻感比较

干预后,两组患者 ISMI 各维度评分及总分均下

降( $P < 0.05$ ),且观察组下降更明显( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 3 两组患者病耻感比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	疏远		刻板认同		歧视经历		社会退缩	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组( $n=50$ )	19.15 ± 2.34	17.42 ± 2.15 *	21.22 ± 3.12	19.57 ± 2.99 *	15.62 ± 2.31	14.64 ± 1.89 *	18.87 ± 2.31	16.75 ± 2.01 *
观察组( $n=50$ )	18.98 ± 2.31	15.14 ± 1.97 *	21.31 ± 3.16	17.52 ± 2.66 *	15.71 ± 2.33	12.54 ± 1.72 *	18.91 ± 2.33	15.61 ± 1.85 *
$t$ 值	0.409	5.529	0.143	3.622	0.194	5.811	0.086	2.951
$P$ 值	0.684	0.001	0.886	0.001	0.847	0.001	0.932	0.004

续表 3

组别	病耻感抵抗		总分	
	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组( $n=50$ )	16.42 ± 2.64	14.98 ± 2.03 *	91.28 ± 6.24	83.36 ± 5.37 *
观察组( $n=50$ )	16.35 ± 2.57	13.59 ± 1.78 *	91.26 ± 6.21	74.40 ± 4.67 *
$t$ 值	0.134	3.640	0.016	8.903
$P$ 值	0.893	0.001	0.987	0.001

\*  $P < 0.05$ ,与组内干预前相比。

### 2.3 两组患者自我效能比较

干预后,两组患者 GSES 评分均上升( $P <$

0.05),且观察组上升更明显( $P < 0.05$ )。见表 4。

表 4 两组患者自我效能比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	干预前	干预后
对照组( $n=50$ )	21.94 ± 3.12	25.71 ± 4.17 *
观察组( $n=50$ )	22.12 ± 3.19	30.75 ± 5.12 *
$t$ 值	0.285	5.397
$P$ 值	0.776	0.001

\*  $P < 0.05$ ,与组内干预前相比。

### 2.4 两组患者服药依从性比较

干预后,两组患者 MARS 评分均上升( $P <$

0.05),且观察组上升更明显( $P < 0.05$ )。见表5。

## 2.5 两组患者临床精神症状比较

干预后,两组患者 PANSS 各维度评分及总分均下降( $P < 0.05$ ),且观察组下降更明显( $P < 0.05$ )。见表6。

表5 两组患者服药依从性比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	干预前	干预后
对照组( $n = 50$ )	4.94 ± 1.12	5.71 ± 1.37*
观察组( $n = 50$ )	5.12 ± 1.19	7.25 ± 2.12*
$t$ 值	0.779	4.314
$P$ 值	0.438	0.001

\* $P < 0.05$ ,与组内干预前相比。

表6 两组患者临床精神症状比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	阳性症状		阴性症状		一般精神病理		总分	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组( $n = 50$ )	17.85 ± 5.12	15.86 ± 4.52*	22.58 ± 6.31	18.67 ± 5.27*	37.98 ± 8.35	34.67 ± 5.84*	78.98 ± 7.64	69.20 ± 6.51*
观察组( $n = 50$ )	17.69 ± 5.01	12.67 ± 3.74*	22.34 ± 6.27	16.38 ± 3.78*	38.03 ± 8.38	31.25 ± 5.36*	78.06 ± 7.19	60.30 ± 6.11*
$t$ 值	0.158	3.845	0.191	2.497	0.030	3.051	0.620	7.049
$P$ 值	0.875	<0.001	0.849	0.014	0.975	0.003	0.537	<0.001

\* $P < 0.05$ ,与组内干预前相比。

## 3 讨论

精神分裂症是一种病因不明、以患者感知觉、思维、情感及行为等多方面障碍的精神疾患<sup>[14]</sup>,病情迁延不愈,反复发作,且进行性加重,最终可导致患者精神衰退或残疾,给自身、家庭、社会带来不同程度影响。口服药物是临床上治疗精神分裂症的常用方法,但精神分裂症患者普遍存在服药依从性差的问题。数据<sup>[15]</sup>表明,长期治疗过程中,患者不依从的比例为20%~89%,平均约50%,给临床治疗带来困难。为此,应采取合理有效措施,提高患者服药依从性,从而尽可能提升康复效果。健康教育是对患者进行有组织、有计划的教育活动,从而提升患者健康知识水平,自愿采取健康的行为,达到减少或消除危险因素,促进康复的目的。但传统健康教育以医护主动输出、患者被动接受为主,患者缺乏改变的动力,对精神分裂症患者效果并不理想。自我调节理论是个体通过观察“榜样”的行为和结果,不断加强自身认知和改变动力,从而作出行为上的调整,其被证实能有效减轻患者对疾病治疗的不确定感,增强患者的主观能动性和治疗的信心,从而提高治疗依从性,改善患者预后<sup>[16]</sup>。

本研究中,干预后,两组患者疾病相关知识掌握情况各维度评分均上升( $P < 0.05$ ),且观察组上升更明显( $P < 0.05$ ),表明基于自我调节理论的健康教育提升患者的认知水平的效果更好,原因可能一方面是传统的健康教育形式比较单一,以医护主动输出、患者被动接受为主,缺乏互动性,患者对知识的获取并不积极;另一方面是基于自我调节理论的健康教育是通过线下培训和微课学习相结合的方法来加强患者疾病相关知识的学习,在培训过程中,每

次时间不长,且图文并茂、结合视频。在观看微课过程中,会有“您会怎么做呢?”“您觉得后果是什么样的呢?”类似的提问,引发患者思考,从而加强自我学习。

病耻感是指患者因患某种疾病而产生的内心羞耻感受,精神类疾患是导致患者病耻感的重要因素之一。研究<sup>[17]</sup>表明,精神分裂症患者因其疾病的特殊性,多经历关系破裂、信任丧失、歧视等不良对待,加上病情迁延不愈,反复发作,大部分患者存在病耻感。已有研究<sup>[18]</sup>证实,病耻感会诱发精神分裂症患者焦虑、抑郁等不良心理,导致其治疗依从性降低甚至拒绝治疗,不利于患者病情控制。本研究中,干预后,两组患者 ISMI 各维度评分及总分均下降( $P < 0.05$ ),且观察组下降更明显( $P < 0.05$ ),表明基于自我调节理论的健康教育降低患者病耻感水平的效果更好,原因可能一方面是通过自我调节理论的健康教育,使患者认识到精神分裂症通过规范化治疗,可更好控制疾病,回归正常生活,从而增强患者信心和自我调节的动力,积极调节情绪,病耻感降低;另一方面是在干预过程中,让家属参与进来,让其了解患者日常生活中所遇到的问题和情绪,逐步学会如何以正确的方法和患者相处,进一步拉近患者和家属的距离,创建和谐、美好的家庭环境,使患者获得家庭支持,进而减轻其病耻感。

自我效能是指个体在特定情境中从事某种行为并取得预期结果的能力,是个体实现某个行为目标所需能力的信心或信念,一般自我效能表(GSES)是评估自我效能的常用量表。本研究中,干预后,两组患者 GSES 评分均上升( $P < 0.05$ ),且观察组上升更明显( $P < 0.05$ ),表明基于自我调节理论的健康教育提高患者自我效能的效果更好,原因可能其一是

通过线下培训和微课学习使患者了解到进行自我行为管理的益处,并讲解成功的案例,是患者感觉所要制定的目标易于完成;其二是在干预过程中,鼓励患者进行自我调节,对做的好的行为给予奖励,对不好的方面引导患者分析原因,积极寻找可行性的方法加以改正;其三是当问题无法解决时,指导患者向医护寻求帮助,或重新设定目标和方法,使患者始终以积极的方式面对疾病。

精神分裂症患者对疾病和治疗缺乏正确认知是导致患者服药依从性差的重要因素<sup>[19]</sup>。服药依从性与疗效直接相关,是决定患者疾病转归和预后的重要因素<sup>[20]</sup>。本研究中,干预后,两组患者 MARS 评分均上升 ( $P < 0.05$ ),且观察组上升更明显 ( $P < 0.05$ ),表明基于自我调节理论的健康教育提升患者服药依从性的效果更好。通过自我调节理论提升患者对疾病的认知,使其了解到通过规划化治疗可达到控制疾病、回归社会的目的;同时,患者病耻感水平降低,自我效能提高,增加患者康复的信心,使患者产生认知到行为的改变,提高其治疗依从性。患者依从性提高,配合度更好,则患者临床精神症状改善更好。因此,本研究中,观察组 PANSS 各维度评分及总分均较对照组下降更明显 ( $P < 0.05$ ),临床精神症状改善更好。

综上,基于自我调节理论的健康教育能明显提升精神分裂症患者疾病认知水平,降低病耻感,提高自我效能,促使服药依从性提升,提高临床治疗效果。

#### 参考文献

[1] Müller N. Inflammation in Schizophrenia: Pathogenetic Aspects and Therapeutic Considerations[J]. *Schizophr Bull*, 2018, 44(5): 973 - 982.

[2] Silva MA, Restrepo D. Functional Recovery in Schizophrenia[J]. *Rev Colomb Psiquiatr (Engl Ed)*, 2019, 48(4): 252 - 260.

[3] 吴菁,谭悦,徐旋,等.重性精神疾病管理治疗模式下首发精神分裂症患者复诊情况对远期预后的影响[J]. *中国健康心理学杂志*, 2021, 29(11): 1607 - 1611.

[4] 叶佳,万敏,徐金容,等.基于自我表露的健康教育在老年住院精神分裂症患者心理护理中的应用观察[J]. *山西医药杂志*,

2021, 50(1): 141 - 143.

[5] 王永利,梁莉莉,林蓓蕾,等.自我调节理论在慢性病人中的应用现状[J]. *全科护理*, 2019, 17(12): 1439 - 1442.

[6] 韩香平,何磊,李鸿雁,等.基于自我调节理论的干预对 COPD 患者自我管理行为和应对方式的影响[J]. *中华现代护理杂志*, 2021, 27(8): 1083 - 1086.

[7] 张瑞丹,陈自然,邓琼,等.基于自我调节理论的护理对糖尿病合并高血压患者依从性的影响[J]. *护理实践与研究*, 2020, 17(19): 65 - 67.

[8] Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition, Text Revision* [M]. Washington DC: American Psychiatric Association, 2000.

[9] 周小炫,谢敏,陶静,等.简易智能精神状态检查量表的研究和应用[J]. *中国康复医学杂志*, 2016, 31(6): 694 - 696.

[10] 杨琳,宋立升,曹雍华,等.精神疾病内在病耻感调查表在精神分裂症患者中的信度和效度[J]. *临床精神医学杂志*, 2012, 22(3): 166 - 168.

[11] 胡象岭,田春风,孙方尽.中文版一般自我效能量表的信度和效度检验[J]. *心理学探新*, 2014, 34(1): 53 - 56.

[12] Vanelli I, Chendo I, Gois C, et al. Medication Adherence Rating Scale (MARS) [J]. *Acta Med Port*, 2011, 24(1): 17 - 20.

[13] 司天梅,杨建中,舒良,等.阳性和阴性症状量表(PANSS,中文版)的信、效度研究[J]. *中国心理卫生杂志*, 2004, 18(1): 45 - 47.

[14] Stepnicki P, Kondej M, Kaczor AA. Current Concepts and Treatments of Schizophrenia [J]. *Molecules*, 2018, 23(8): 2087.

[15] Balter M. Schizophrenia's Unyielding Mysteries [J]. *Scientific American*, 2017, 316(5): 54 - 61.

[16] 顾迪.自我调节理论护理方案对 NSCLC 患者应用安维汀联合化疗治疗依从性的影响[J]. *国际护理学杂志*, 2020, 39(12): 2237 - 2240.

[17] Kmvab C, Apa B. Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors: A systematic review [J]. *Psychiatry Research*, 2020, 290(8): 1032 - 1036.

[18] Bachtiar A, Windarwati HD, Keliat BA, et al. The fight against stigma: Multilevel stigma interventions in schizophrenia patients [J]. *Journal of Public Health Research*, 2020, 9(4): 417 - 422.

[19] 习舒伟,刘丽,张娟,等.精神分裂症患者服药依从性影响因素的主成分回归分析[J]. *中国卫生统计*, 2020, 37(4): 576 - 579, 582.

[20] 郝芹.基于计划行为理论的延伸护理对精神分裂症患者用药依从性及恢复的影响[J]. *临床与病理杂志*, 2020, 40(12): 3256 - 3262.

(收稿日期: 2022 - 04 - 05

修回日期: 2022 - 05 - 04)