

慢性病儿童应激源 应对方式及心理状态的研究

李杨¹, 魏珉², Gayle PAGE³, Susan IMMELT³

(1. 中国协和医科大学护理学院, 北京 100730; 2. 北京协和医院儿科, 北京 100730;
3. 美国约翰霍普金斯大学护理学院, 马里兰州 巴尔的摩 21205-2110)

[摘要] 目的 在治疗慢性病儿童的同时, 了解患儿的应激源、应对方式及心理状态, 对于帮助他(她)们更好地应对慢性病的挑战、适应慢性病的状态是非常有帮助的。该研究旨在了解我国慢性病儿童的应激源、应对方式、心理状态及其影响因素, 为儿科工作者提供信息, 为临床干预提供依据。方法 对203名8~16岁慢性病儿童进行调查, 采用半结构访谈方式了解其应激源, 采用CODI自评应对方式量表、儿童焦虑性情绪障碍筛查表(SCARED)、儿童抑郁障碍自评量表(DSRSC)了解其应对方式及焦虑、抑郁状态。结果 ①患儿应激源主要包括学习、疾病治疗、日常生活、与同学/伙伴关系4个方面。②患儿最常采用的应对方式是“幻想”, 其次是“接受”, “负性情绪反应”使用率最少。③慢性病儿童焦虑、抑郁量表得分均高于常模。被调查者中, 43.8%患儿存在焦虑障碍, 30.0%存在抑郁障碍, 26.1%同时存在焦虑和抑郁障碍。结论 慢性病儿童应激源较多, 虽然相对较多采用积极应对方式, 但其焦虑障碍和抑郁障碍仍比较普遍而且严重, 应引起关注。

[中国当代儿科杂志, 2008, 10(3): 337-342]

[关键词] 慢性病; 应激源; 应对方式; 焦虑; 抑郁; 儿童
[中图分类号] R395.1 [文献标识码] A [文章编号] 1008-8830(2008)03-0337-06

Stressors, coping strategies and psychosocial state of children with chronic illness

Li Yang, Wei Min, Gayle PAGE, Susan IMMELT. School of Nursing, Peking Union Medical College, Beijing 100730, China (Wei M, Email: pumch_wm@126.com)

Abstract: Objective Identifying the stressors, coping strategies, and psychosocial state of children with chronic illness would be very useful to help them to adapt to chronic medical conditions. This study aimed to investigate the stressors, coping strategies, and psychosocial state of Chinese children with chronic illness. **Methods** Two hundred and three children with chronic illness and aged 8-16 years were administered a semi-structured interview for the identification of stressors. Children's coping strategies and psychosocial state were investigated by the Coping with a Disease (CODI) scale, the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) scale, and the Depression Self-rating Scale for Children (DSRSC). **Results** The stressors in children with chronic illness mainly included four aspects: school performance, medication and treatment, daily life, and peer relationships. "Wishful thinking" was the most common coping strategy, followed by "acceptance". "Negative emotional reaction" was rarely seen in children with chronic illness. The scores of anxiety and depression scales of children with chronic illness were higher than those of the norm. The prevalence of anxiety disorders was 43.8%, the prevalence of depression disorders was 30.0%, and 26.1% of the children had both anxiety and depression disorders. **Conclusions** Children with chronic illness have many stressors. Though they usually use active coping strategies, the prevalence of anxiety disorders and the prevalence of depression disorders were high.

[Chin J Contemp Pediatr, 2008, 10(3): 337-342]

Key words: Chronic illness; Stressor; Coping strategy; Anxiety; Depression; Child

慢性病是儿童期常见病。在过去的30年里,随着医学科学的发展,特别是疾病诊治水平的不断提高,对儿童慢性疾病有效治疗和控制的进步速度是惊人的,挽救了许多可能在婴儿和童年期死亡的生命,使一些儿童慢性病的生存率有所上升,而生存率的提高也导致了更多儿童要接受慢性病的挑战^[1-3]。另外,同成人慢性病一样,世界许多国家包括我国在内,儿童慢性病的患病率也在逐渐上

[收稿日期] 2007-12-19; [修回日期] 2008-1-10
[基金项目] 美国中华医学会(CMB)资助。项目批准号: CMB04-797。
[作者简介] 李杨, 女, 博士研究生, 副教授。主攻方向: 儿童保健。
[通讯作者] 魏珉, 教授, 博士生导师, 北京协和医院儿科, 邮编: 100730。

升^[4,5]。儿童慢性病已经成为一个全球关注的公共卫生问题^[6]。

慢性病难以治愈,为了控制症状,延缓病情的发展,需要长期维持治疗,甚至终生治疗。慢性病儿童不仅要应对认知、生理、心理、社会等各方面生长发育的挑战,还要不得不面对疾病带来的生理的改变、经常到医院就诊或住院、长期服药,以及各种检查和治疗所带来的痛苦等很多问题^[2,7]。慢性病对儿童正常的生理和心理发展都产生了不利影响。有研究表明^[8,9],慢性病儿童心理行为问题是正常儿童的 2~4 倍,而不良的心理状态和情绪反应将对疾病的转归和预后产生负面影响。

对很多慢性病儿童来说,疾病已经成为一种慢性的生命状况,慢性病状态将一直伴随他(她)们直至成年期,甚至一生。患儿需要不断调整自己以适应慢性病状态。所以,在治疗慢性病儿童的同时,了解他(她)们的应激源和应对方式,关注患儿的心理状态,对于帮助他(她)们更好地应对慢性病的挑战、适应慢性病的状态是非常有帮助的,也是提供干预措施的基础。自 20 世纪 80 年代以来,美国等西方发达国家进行了很多有关慢性病儿童应激源、应对方式及心理状态的研究,并尝试采用教育、行为心理疗法等干预措施帮助患儿更好地应对由慢性病所带来的各种问题和困难^[10~12]。我们国家在这方面的研究比较少,目前还没有慢性病儿童应激源、应对方式的文献报告。本研究旨在了解我国慢性病儿童的应激源、应对方式、心理状态及其影响因素,为儿科工作者提供信息,为临床干预提供依据。

1 材料与方法

1.1 研究对象

采用非概率抽样方法中目的抽样,抽取在 2007 年 1 至 10 月到北京协和医院儿科门诊就诊和病房住院的慢性病儿童。患儿入选标准:①有明确的医疗诊断,已确诊的慢性病患者;②年龄 8~16 岁;③意识清楚,能自主回答问题;④智力正常,无精神器质性疾病。

1.2 研究方法

1.2.1 研究工具

(1)患儿的应激源:在参阅大量文献的基础上,结合临床实践设计访谈提纲,采用半结构访谈方式,了解慢性病儿童的应激源。针对每一个应激源,评价其压力的程度,即 0 = 无压力、1 = 有些压力、2 = 较大压力、3 = 很大压力。

(2)患儿的应对方式:采用德国 Corinna Petersen 博士等多名专家于 2004 年研发的专门用于测量慢性病儿童(8~18 岁)应对方式的量表,即 CODI (Coping with a Disease) 自评应对方式量表。此量表共 28 个条目,分 6 个分量表,即接受、自我安慰、幻想、远离、负性情绪反应、逃避。被调查者需回答使用这些应对方法的频率,问卷采用 Likert 5 级评分法,即从不(1 分)、很少(2 分)、有时(3 分)、经常(4 分)、总是(5 分)^[13]。在征得原作者的同意后,采用 Brislin 翻译模式,对量表进行了翻译和回译,初步形成了中文版 CODI 量表。然后请 9 名专家对中文版问卷进行了表面效度和内容效度评定,其中内容效度 CVI (index of content validity) = 0.96。根据专家意见和小规模的预试验,对个别条目进行了修改,最终形成了中文版 CODI 量表。

(3)患儿的心理状态:采用儿童焦虑性情绪障碍筛查表(The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders, SCARED)和儿童抑郁障碍自评量表(Depression Self-rating Scale for Children, DSRSC)评价患儿的心理状态。儿童焦虑性情绪障碍筛查表共 41 个条目,分为躯体化/惊恐、广泛性焦虑、分离性焦虑、社交恐怖、学校恐怖 5 个因子。按没有(0 分)、有时有(1 分)、经常有(2 分)三级评分,总分 ≥ 23 即有焦虑障碍的可能。儿童抑郁障碍自评量表共 18 个条目,评分方法与儿童焦虑性情绪障碍筛查表相同,总分 ≥ 15 即有抑郁障碍的可能^[14,15]。这两个量表已由苏林雁、王凯等^[16,17]译成中文,并制定了我国城市儿童常模。

1.2.2 资料收集及分析方法 首先向患儿及其父母讲明调查的目的,在征得患儿及其父母的同意和自愿的情况下进行调查。其中 CODI 自评应对方式量表、儿童焦虑性情绪障碍筛查表和儿童抑郁障碍自评量表由患儿自己填写,当场发放并当场收回。使用 EPIdata3.02 进行数据库管理,采用 SPSS14.0 统计软件进行统计分析。

2 结果

2.1 一般资料

共调查慢性病儿童 203 例,其中病房 92 例(45.3%),门诊 111 例(54.7%)。男孩 108 例(53.2%),女孩 95 例(46.8%)。患儿平均年龄 12.7 ± 2.3 岁,其中 8~12 岁 95 例(46.8%),13~16 岁 108 例(53.2%)。所患慢性病中慢性肾小球肾炎 50 例(24.6%),肾病综合征 24 例(11.8%);

系统性红斑狼疮 42 例(20.7%),幼年特发性关节炎 37 例(18.2%),强直性脊柱炎 9 例(4.4%),皮炎 10 例(4.9%);糖原累积病 18 例(8.9%),肝豆状核变性 13 例(6.4%)。病程最短 2 个月,最长 15 年,平均 3.4 ± 3.1 年。目前病情状况中病情平稳者 120 例(59.1%),病情反复或加重 83 例(40.9%)。被调查的 203 例慢性病儿童中,51.2% 的患儿来自农村,53.7% 的患儿为独生子女,38.9% 的患儿因病目前休学,25.6% 的患儿曾经因病休学。

2.2 患儿应激源及其影响因素

通过调查发现,患儿应激源主要来自 4 个方面,按压力水平得分由高到低依次为学习 1.64 ± 0.42 、疾病治疗 1.37 ± 0.45 、日常生活 1.01 ± 0.55 、与同学/伙伴关系 0.92 ± 0.94 。患儿主要应激源及其压力水平见表 1。

表 1 慢性病儿童主要的应激源及其压力水平 (n=203)

应激源	频次(%)	压力水平($\bar{x} \pm s$)
学习		
学习成绩受到影响	168(82.8)	1.87 ± 1.12
无法上学(休学)	127(62.6)	1.68 ± 0.90
经常缺课、请病假	167(82.3)	1.55 ± 0.97
不能上体育课	117(57.6)	1.45 ± 1.34
疾病治疗		
担心疾病治不好	173(85.2)	1.97 ± 0.47
经常或长期住院	201(99.0)	1.88 ± 0.45
疾病/服药引起外貌、体型改变	120(59.1)	1.48 ± 1.02
长期服药	165(81.3)	1.05 ± 0.73
作各种检查	160(78.8)	0.99 ± 0.71
不了解所患疾病的知识	81(39.9)	0.88 ± 0.55
日常生活		
身体活动受到限制	186(91.6)	1.98 ± 0.83
常感到身体的不适(疼痛、疲乏等)	149(73.4)	1.38 ± 1.06
食欲下降,吃饭不香	60(29.6)	0.35 ± 0.60
睡眠不好	55(27.1)	0.34 ± 0.61
与同学/伙伴关系		
与同学/伙伴交往减少	125(61.6)	1.06 ± 1.01
被同学/伙伴另眼看待(嘲笑)	93(45.8)	0.78 ± 1.00

患儿的医疗诊断不同,其应激源的数目和压力水平有所不同。系统性红斑狼疮患儿的应激源最多且总体压力水平也最大,其次为幼年特发性关节炎和肾病,皮炎患儿的应激源最少且压力水平也最低($F = 2.055, P < 0.01; F = 3.030, P < 0.01$)。住院患儿的应激源多于门诊患儿且在日常生活方面的压力高于门诊患儿($F = 5.654, P < 0.05; F = 2.295, P < 0.05$)。居住农村的患儿的应激源多于城市患儿且在学习方面的压力水平高于城市患儿($F = 8.102, P < 0.01; F = 1.980, P < 0.05$)。目前病情反复或加重的患儿的应激源多于病情平稳患儿且在日

常生活方面的压力显著高于病情平稳患儿($F = 8.492, P < 0.01; F = 5.570, P < 0.01$)。休学患儿的应激源多于未休学患儿,而且其总体压力水平、学习方面、同学/伙伴关系方面的压力均明显高于未休学患儿($F = 22.433, P < 0.01; F = 39.020, P < 0.01; F = 71.086, P < 0.01; F = 8.747, P < 0.01$)。

2.3 患儿应对方式及其影响因素

使用 CODI 自评应对方式量表对慢性病儿童调查发现,患儿采用的应对方式主要分为 6 大类,其使用频率比较见表 2。患儿最常采用的应对方式是“幻想”,其次是“接受”,“负性情绪反应”使用率最少。患儿年龄、病情状况、是否休学及居住所在地对其应对方式的选择有一定影响。13~16 岁年龄组患儿比 8~12 岁患儿更多地选择“自我安慰”和“接受”,差异有非常显著的统计学意义($F = 10.463, P < 0.01; F = 12.529, P < 0.01$)。病情平稳的患儿比病情反复或加重的患儿更多地选择“接受”和“远离”($F = 13.127, P < 0.01; F = 3.885, P < 0.05$)。未休学的患儿比休学患儿更多地选择“逃避”和“远离”($F = 12.172, P < 0.01; F = 5.049, P < 0.05$)。居住在农村的患儿比城市的患儿更多地采用“负性情绪反应”($F = 14.030, P < 0.01$),而采用“接受”应对方式明显少于城市患儿($F = 37.134, P < 0.01$)。

表 2 不同年龄慢性病儿童采用的应对方式使用频率比较 (n=203)

应对方式	8~12 岁	13~16 岁	合计
幻想	4.51 ± 0.68	4.67 ± 0.53	4.60 ± 0.61
接受	3.22 ± 0.80	3.61 ± 0.77	3.43 ± 0.81
自我安慰	2.53 ± 0.67	2.88 ± 0.85	2.72 ± 0.79
远离	2.54 ± 1.10	2.59 ± 1.04	2.57 ± 1.07
逃避	2.40 ± 1.15	2.39 ± 1.02	2.39 ± 1.08
负性情绪反应	1.98 ± 0.69	1.99 ± 0.78	1.98 ± 0.74
合计	2.77 ± 0.49	2.95 ± 0.43	2.86 ± 0.47

2.4 患儿心理状态

本次调查发现,203 名慢性病儿童中有 89 名患儿(男孩 50 名,女孩 39 名)的焦虑量表得分 ≥ 23 分,即 43.8% 患儿存在焦虑障碍。从表 3 可以看出,除女孩“躯体化/惊恐”、“学习恐怖”及 8~12 岁男孩“躯体化/惊恐”分量表外,其余分量表得分和焦虑量表总分,慢性病儿童均高于常模,差异具有显著的统计学意义。患儿年龄、性别、病程、居住所在地、是否休学对其焦虑心理有一定影响。13~16 岁患儿“躯体化/惊恐”分量表得分高于 8~12 岁患儿,其中 13~16 岁男孩得分最高($F = 4.083, P < 0.01$);8~12 岁患儿“分离性焦虑”分量表得分高于

13~16 岁患儿,其中 8~12 岁女孩得分最高($F=5.989,P<0.01$)。居住在农村的患儿其“社交恐怖”、“学校恐怖”及焦虑量表总分均高于城市患儿($F=1.954,P<0.05$; $F=2.352,P<0.05$; $F=1.661,P<0.05$)。休学患儿“社交恐怖”分量表得分高于未休学患儿($F=6.927,P<0.01$)。患儿病程越短,其“分离性焦虑”和“社交恐怖”的得分越高($F=2.292,P<0.01$; $F=1.994,P<0.05$)。

203 名慢性病儿童中有 61 名患儿(男孩 30 名,女孩 31 名)的抑郁量表得分 ≥ 15 分,即 30.0% 患儿存在抑郁障碍。从表 4 可以看出,慢性病儿童抑郁量表得分明显高于常模,差异有非常显著的统计学意义。其中,14~16 岁患儿的抑郁量表得分明显高于同年龄组正常儿童,差异有显著的统计学意义。患儿病程、病情状况、就诊类型、居住所在地以及是

否休学对其抑郁心理有一定影响。病情反复或加重的患儿抑郁量表得分明显高于病情平稳的患儿($F=9.511,P<0.01$);住院患儿抑郁量表得分高于门诊患儿($F=4.337,P<0.05$);居住在农村的患儿抑郁量表得分明显高于城市患儿($F=8.304,P<0.01$);已休学的患儿抑郁量表得分高于未休学患儿($F=4.330,P<0.05$)。病程在 3 年以上的患儿中存在抑郁障碍的人数明显多于病程小于 3 年的患儿($\chi^2=4.778,P<0.05$)。

另外,调查结果显示患儿的焦虑、抑郁状态与其应激源数目、压力水平、以及采用的应对方式有关(表 5)。患儿焦虑、抑郁量表得分分别与患儿应激源数目、压力水平、以及“负性情绪反应”分量表得分呈正相关,与“接受”和“远离”分量表呈负相关,有非常显著的统计学意义。

表 3 慢性病儿童焦虑量表得分与常模比较 (n=203)

分量表	男孩(n=108)							
	8~12 岁	常模	t	P	13~16 岁	常模	t	P
躯体化/惊恐	3.83±2.96	3.22±2.94	1.514	>0.05	5.43±3.56	3.27±3.10	4.458	<0.01
广泛性焦虑	4.98±3.29	3.17±2.89	4.043	<0.01	5.94±3.50	3.84±3.24	4.409	<0.01
分离性焦虑	6.24±3.30	3.52±2.72	6.057	<0.01	4.54±3.09	2.54±2.46	4.756	<0.01
社交恐怖	5.69±3.29	3.26±2.58	5.427	<0.01	6.09±2.92	3.72±2.94	5.964	<0.01
学校恐怖	1.30±1.29	0.82±1.06	2.734	<0.01	1.54±1.25	0.87±1.23	3.934	<0.01
总分	22.04±10.24	13.99±9.34	5.776	<0.01	23.54±11.44	14.23±10.01	5.980	<0.01

续表 3

分量表	女孩(n=95)							
	8~12 岁	常模	t	P	13~16 岁	常模	t	P
躯体化/惊恐	2.95±2.73	2.97±2.73	0.047	>0.05	4.48±4.56	3.52±2.74	1.547	>0.05
广泛性焦虑	4.85±3.48	3.11±2.71	3.202	<0.01	5.78±3.57	4.43±3.18	2.779	<0.01
分离性焦虑	6.54±2.85	3.66±2.63	6.470	<0.01	4.57±2.93	3.25±2.65	3.310	<0.01
社交恐怖	5.90±2.77	3.57±2.76	5.386	<0.01	5.63±3.58	4.17±3.13	2.997	<0.01
学校恐怖	1.05±1.02	0.79±1.02	1.632	>0.05	1.07±1.26	0.85±1.11	1.283	>0.05
总分	21.29±9.14	14.11±9.01	5.030	<0.01	21.54±12.75	16.23±9.53	5.980	<0.01

表 4 慢性病儿童抑郁量表得分与常模比较

(n=203)

性别	年龄(岁)	$\bar{x}\pm s$	常模	t	P
男	8~10	10.81±4.01	9.99±4.57	1.063	>0.05
	11~13	11.07±4.99	9.91±4.99	1.506	>0.05
	14~16	12.92±5.24	9.77±5.26	3.754	<0.01
女	8~10	9.92±4.57	9.72±4.44	0.158	>0.05
	11~13	11.07±5.32	9.55±4.93	1.874	>0.05
	14~16	11.97±5.57	9.58±4.99	2.680	<0.05
合计		11.49±5.10	9.77±4.83	4.805	<0.01

表 5 慢性病儿童焦虑、抑郁障碍与其应激源、应对方式的关系 (n=203)

	焦虑障碍		抑郁障碍	
	r	P	r	P
应激源数目	0.337	0.000	0.374	0.000
压力水平	0.318	0.000	0.359	0.000
应对方式				
接受	-0.228	0.001	-0.309	0.000
远离	-0.204	0.004	-0.242	0.001
负性情绪反应	0.560	0.000	0.519	0.000
自我安慰	0.007	0.917	-0.025	0.723
幻想	0.039	0.580	-0.046	0.517
逃避	-0.018	0.801	-0.132	0.061

3 讨论

“应激”又称压力或紧张,是一种涉及心身两个方面的紧张状态。“应激源”又称压力源或紧张源,是指向机体提出适应和应对的要求并进而导致充满紧张性的生理和心理反应的刺激物^[18,19]。Boekaerts 等^[20]对慢性病儿童的应激源、应对方式进行了系统回顾,指出慢性病儿童比同龄健康儿童要面对更多的应激源,主要包括两大类:与疾病有关的应激源,如病痛的折磨、各种检查和治疗、住院等等;日常生活中的应激源,如与伙伴/同学的关系、学习等。

本研究调查结果与国外研究相似,患儿应激源主要包括学习、疾病治疗、日常生活、与同学/伙伴关系 4 个方面。其中“身体活动受到限制”、“经常或长期住院”、“担心疾病治不好”、“学习成绩受到影响”、“无法上学(休学)”被更多的患儿视为应激源而且压力水平较高。本次调查发现,很多患儿因病不能上学,64.5%的患儿或正在休学或曾经因病而休学。由于慢性病病程相对较长,病情迁延反复,许多患儿担心疾病治不好,心里负担较重。由于疾病本身或服用药物(如激素)患儿担心“变丑、变胖、个子长不高”。有些患儿因外形改变而不愿出门、不愿与别人接触。在访谈中患儿还谈到如“担心家里没钱给我看病”、“我给家里带来麻烦和负担”、“自己不如其他同学”、“担心同学知道自己的病情”、“心理非常害怕”等。调查结果提示,疾病比较复杂、病情反复或加重、已休学、居住在农村,以及住院的患儿的应激源相对较多且压力水平较高,应给予更多的关注。

应对是个体为了处理被自己视为超出自身能力资源范围的特定内外环境要求,而做出的不断变化的认知和行为努力。应对方式是人们为了对付内外环境要求及其相关的情绪困扰而采用的方法、手段或策略^[19]。目前,人们对应对方式的分类尚无一致意见,一般将应对方式分成两大类,常用的分类:①注重问题的应对和注重情绪的应对;②主动的和被动的应对;③积极的和消极的应对;④认知的和行为的应对等^[19]。

CODI 量表所体现的 6 种应对方式中,“幻想”、“接受”和“自我安慰”属于积极的应对方式,“逃避”和“负性情绪反应”属于消极的应对方式,“远离”则处在中间状态。Petersen 等^[21]应用 CODI 量表对 295 名慢性病儿童(哮喘 106 名,幼年类风湿 85 名,糖尿病 104 名)调查发现,患儿最常采用的应

对方式是“幻想”,其次是“接受”,“负性情绪反应”使用率最少,与本研究结果一致,这表明慢性病儿童面对压力时更多采用积极的应对方式。另外,国内一些有关健康儿童应对方式的研究也表明,青少年面临压力时更多采取积极的应对方式,如解决问题、调解情绪、幻想等^[22]。本研究还显示高年龄组(13~16 岁)患儿比低年龄组(8~12 岁)患儿更多采用积极的应对方式,表明随着儿童认知的发展,在应对方式的选择上也更加成熟。Petersen 等^[21]研究还显示女孩比男孩更多采用“负性情绪反应”而较少采用“接受”,而且不同疾病的患儿在应对方式的选择上也有所不同。本研究未显示出患儿在应对方式选择上的性别差异和不同疾病间的差异。

由于选取的样本、调查工具等因素的影响,国外有关慢性病儿童焦虑、抑郁障碍的研究结果不尽相同。Bennett^[23]对 60 个有关慢性病儿童抑郁障碍的研究进行了系统回顾,发现慢性病儿童出现抑郁障碍的危险略有增高,但是大多数患儿并不能诊断为抑郁症。患儿的抑郁症状与其医疗诊断有关,与性别、年龄、病情轻重、病程无关。Key 等^[24]报告慢性病儿童的抑郁量表得分与健康儿童相比无显著性差别,但是慢性病儿童中抑郁障碍的发生率(13.4%)明显高于健康儿童(5.0%)。Immelt^[25]则报告慢性病儿童焦虑、抑郁量表得分及焦虑障碍、抑郁障碍的发生率与健康儿童无差别。

我国还没有有关慢性病儿童焦虑、抑郁障碍的研究报告。沈祖德等^[26]对杭州市某小学 302 名学生调查发现,35.4%的学生存在焦虑障碍,13.9%存在抑郁障碍,抑郁和焦虑障碍共存的占 9.6%。结合本次研究结果可以看出,慢性病儿童焦虑、抑郁量表得分均高于常模,而且慢性病儿童中存在焦虑、抑郁障碍的比例较大,高于健康儿童。特别是同时存在焦虑和抑郁障碍的患儿有 53 人,占被调查人数的 26.1%,应引起重视。与国外同类研究相比^[23~25],本次调查慢性病儿童焦虑、抑郁障碍的检出率也高于国外慢性病儿童。另外,应对作为影响应激反应结果的重要中间变量,对个体的身心健康起着重要的调节作用,不同的应对方式可降低或加重患者的心理应激反应^[27]。本次调查发现患儿焦虑和抑郁障碍与积极的应对方式呈负相关,与消极的应对方式呈正相关,与国外的研究结果一致^[28]。提示我们应鼓励患儿更多地采用积极的应对方式,这样有利于患儿保持良好的心理状态。而且对那些容易出现焦虑和抑郁障碍的患儿,如应激源较多、压力水平较大,特别是病程较长、病情较重的患儿、住院的患儿、

休学的患儿、以及居住在农村的患儿,应给予更多关注,这也为今后临床干预提供了线索和依据。

[参 考 文 献]

- [1] Vitulano LA. Psychosocial issues for children and adolescents with chronic illness: self-esteem, school functioning and sports participation[J]. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am, 2003, 12(3): 582-592.
- [2] LeBlanc LA, Goldsmith T, Patel DR. Behavioral aspects of chronic illness in children and adolescents[J]. Pediatr Clin North Am, 2003, 50(4): 859-878.
- [3] 马施, 沃尔夫著. 孟宪璋译. 儿童异常心理学[M]. 第2版. 广州: 暨南大学出版社, 2004, 504-505.
- [4] Fisher HR. The needs of parents with chronically sick children: a literature review [J]. J Adv Nurs, 2001, 36(4): 600-607.
- [5] 中华人民共和国卫生部疾病预防控制司, 中国疾病预防控制中心. 中国慢性病报告[R]. 北京. 2006, 8-9.
- [6] Judson L. Global childhood chronic illness[J]. Nurs Adm Q, 2004, 28(1): 60-66.
- [7] Yeo M, Sawyer S. Chronic illness and disability[J]. BMJ, 2005, 330(7493): 721-723.
- [8] Lewis M, Vitulano LA. Biopsychosocial issues and risk factors in the family when the child has a chronic illness[J]. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am, 2003, 12(3): 389-399.
- [9] Bilfield S, Wildman BG, Karazsia BT. Brief report: the relationship between chronic illness and identification and management of psychosocial problems in pediatric primary care[J]. J Pediatr Psychol, 2006, 31(8): 813-817.
- [10] Reid GJ, Dubow EF, Carey TC. Developmental and situational differences in coping among children and adolescents with diabetes [J]. J Appl Devel Psychol, 1995, 16(1): 529-554.
- [11] Spirito A, Stark LJ, Gil KM, Tyc VL. Coping with everyday and disease-related stressors by chronically ill children and adolescents [J]. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1995, 34(3): 283-290.
- [12] Meleski DD. Family with chronically ill children: a literature review examines approaches to helping them cope[J]. AJN, 2002, 102(5): 48-54.
- [13] Petersen C, Schmidt S, Bullinger M. Brief report: development and pilot testing of a coping questionnaire for children and adolescents with chronic health conditions[J]. J Pediatr Psychol, 2004, 29(8): 636-640.
- [14] Birmaher B, Khetarpal S, Brent D, Cully M, Balach L, Kaufman J, et al. The screen for child anxiety related emotional disorder (SCARED): scale construction and psychometric characteristics [J]. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1997, 36(4): 545-553.
- [15] Birlleson P, Hudson I, Buchanan DG, Wolff S. Clinical evaluation of a self-rating scale for depressive disorder in childhood (Depression Self-Rating Scale) [J]. J Child Psychol Psychiatry, 1987, 28(1): 43-60.
- [16] 王凯, 苏林雁, 朱焱, 翟静, 杨志伟, 张纪水. 儿童焦虑性情绪障碍筛查表的中国城市常模[J]. 中国临床心理学杂志, 2002, 10(4): 270-272.
- [17] 苏林雁, 王凯, 朱焱, 罗学荣, 杨志伟. 儿童抑郁障碍自评量表的中国城市常模[J]. 中国心理卫生杂志, 2003, 17(8): 547-549.
- [18] 邹恂. 现代护理新概念与相关理论[M]. 第3版. 北京: 北京大学医学出版社, 2004, 19.
- [19] 梁宝勇. 精神压力、应对与健康——应激与应对的临床心理学研究[M]. 北京: 教育科学出版社, 2006, 12.
- [20] Boekaerts M, Röder I. Stress, coping, and adjustment in children with a chronic disease: a review of the literature[J]. Disab Rehabil, 1999, 21(7): 311-337.
- [21] Petersen C, Schmidt S, Bullinger M, the DISABKIDS Group. Coping with a chronic pediatric health condition and health-related quality of life[J]. Europ Psychol, 2006, 11(1): 50-56.
- [22] 王淑敏, 李雪. 青少年压力应对策略的研究概述[J]. 上海教育科研, 2004(3): 16-19.
- [23] Bennett DS. Depression among children with chronic medical problems: a meta-analysis[J]. J Pediatr Psychol, 1994, 19(2): 149-169.
- [24] Key JD, Brown RT, Marsh LD, Spratt EG, Recknor JC. Depressive symptoms in adolescents with a chronic illness [J]. Child Health Care, 2001, 30(4): 283-292.
- [25] Immelt S. Psychological adjustment in young children with chronic medical conditions[J]. J Pediatr Nurs, 2006, 21(5): 362-377.
- [26] 沈祖德, 柴莺, 王静, 庞昭娣, 朱拥军. 杭州市某小学学生情绪问题及对其心理社会影响[J]. 中国学校卫生, 2006, 27(1): 41-42.
- [27] 宋桂云, 刘宇. 住院老年慢性病患者疾病应对方式与焦虑、抑郁的相关性[J]. 护理管理杂志, 2006, 6(12): 3-5.
- [28] Meijer SA, Sinnema G, Bijstra JO, Mellenbergh GJ, Wolters WH. Coping styles and locus of control as predictors for psychological adjustment of adolescents with a chronic illness[J]. Social Sci Med, 2002, 54(9): 1453-1461.

(本文编辑: 吉耕中)