· 临床与预防 ·

智谋训练对抑郁症患者家庭照顾者连带病耻感及知觉压力的影响

邸烨[1],刘学明[2],王子雯[1],张立霞[1],孙岩[1],马珂珂[1],闫灵君[3]
1. 河北省石家庄市第三医院精神科,河北 石家庄,050000;2. 唐山市中心医院护理部;
3. 河北省石家庄市第三医院护理部

摘要:目的 探讨智谋训练在抑郁症患者家庭照顾者中的应用效果。**方法** 选取 2025 年 2 月—2025 年 7 月在河北省石家庄市第三医院精神科住院符合纳排标准的抑郁症患者家庭照顾者作为研究对象。为避免组间沾染,按照抑郁症患者入院时间,选取 2—4 月住院的照顾者 40 例为对照组,仅入院时接受常规健康教育。选取 5—7 月住院的照顾者 40 例为干预组,在常规健康教育基础上接受智谋训练。在干预前后使用中文版智谋量表(C-RS)、连带病耻感量表(ASS)、中文版知觉压力量表(CPSS)及抑郁自评量表(SDS)评估效果。**结果** 共 77 例照顾者完成全程研究,对照顾组 39 例,干预组 38 例。两组照顾者 C-RS、ASS、CPSS 及 SDS 总分差异均有统计学意义(均 $P<0.001$)。**结论** 智谋训练可能提高抑郁症患者家庭照顾者智谋水平,改善抑郁症患者家庭照顾者连带病耻感、知觉压力及抑郁水平。

关键词:照顾者;智谋训练;连带病耻感;知觉压力
中图分类号:R749.4 **文献标志码**:A **文章编号**:1003-8507(2026)18-3438-07
DOI:10.20043/j.cnki.MPM.202604277

Impact of a resourcefulness training intervention on affiliate stigma and perceived stress in family caregivers of depressed patients

DI Ye*, LIU Xue-ming, WANG Zi-wen, ZHANG Li-xia, SUN Yan, MA Ke-ke, YAN Ling-jun
Psychiatry Department, The Third Hospital of Shijiazhuang, Shijiazhuang, Hebei 050000, China

Abstract: Objective To investigate the efficacy of resourcefulness training among family caregivers of patients with depression. **Methods** Family caregivers of patients with depression admitted to the Department of Psychiatry at The Third Hospital of Shijiazhuang, Hebei Province, between January and June 2025 were selected as study subjects, meeting inclusion and exclusion criteria. To prevent cross-group contamination, caregivers of patients admitted between February and April ($n=40$) formed the control group, receiving conventional depression health education. Caregivers of patients admitted between May and July ($n=40$) constituted the intervention group, receiving resourcefulness training in addition to conventional health education. Effectiveness was assessed pre- and post-intervention using the Chinese version of the Chinese Resourcefulness Scale (C-RS), the Affiliate Stigma Scale (ASS), the Chinese Perceived Stress Scale (CPSS), and the Self-Rating Depression Scale (SDS). **Results** A total of 77 caregivers completed the entire study, comprising 39 in the control group and 38 in the intervention group. Statistically significant differences were observed in total scores for C-RS, ASS, CPSS, and SDS between both groups (all $P<0.001$). **Conclusion** Resourcefulness training may enhance the resourcefulness levels of family caregivers of patients with depression, while alleviating their affiliate stigma, perceived stress, and depression.

Keywords: Caregivers; Resourcefulness training; Affiliate stigma; Perceived Stress

抑郁症是常见的精神疾病之一,具有高复发率和高致残率的特点[1]。2022 年国民抑郁症蓝皮书调查显示,我国抑郁症患病率处于上升阶段。与一般慢性病照护相比,抑郁症患者照护具有更强的不确定性和情绪耗竭特征:照顾者不仅要承担服药监督、就医陪同、症状观察、风险预警等任务,还需长期应对患者情绪波动、冲突沟通、自伤自杀风险以及来自社会偏见的压力。长期处于此类照护情境中,家庭照顾者容易产生连带病耻感、知觉压力升高及抑郁情绪加重等心理问题,进而影响其照护能力、求助意愿和患者治疗依从性[2-3]。连带病耻感是指照顾者因亲属患有精神疾病而将社会污名内化于自身,产生羞耻、回避和自我否定等负性体验,这不仅损害其心理健康,亦阻碍其对疾病的正确认知及外部支持资源的利用[4]。

基金项目:河北省医学科学研究课题计划(20242086)
作者简介:邸烨(1986—),女,硕士,主管护师,研究方向:心理护理,精神病护理
通信作者:闫灵君,E-mail: yanlingjun19851009@163.com

知觉压力则强调个体对环境事件“是否超出自身应对能力”的主观评估,受认知评价、社会支持和应对方式共同影响。因此,针对抑郁症患者家庭照顾者开展心理支持和应对能力训练,不仅有助于缓解其自身心理负担,也可能间接改善患者家庭照护质量与康复结局。智谋概念由美国学者 Zauszniewski[5] 提出,指个体独立执行日常事务的能力(个人智谋)以及当个体无法独立执行日常事务时从外界获得帮助的能力(社会智谋)的综合,对助力个体应对压力、调控负面情绪均具有一定的推动作用。智谋训练是基于智谋理论设计的干预方式,强调通过知识学习、问题解决、正念调节、求助技能和资源识别等内容,提升个体面对压力情境时的自我调控与资源利用能力。唐中玉等[6]的研究发现,提高个体智谋水平,能有效改善抑郁症状。既往研究提示智谋训练在医护人员[7]、儿童疾病照顾者[8]、阿尔茨海默病照顾者[9]等人群的心理健康均具有积极作用,可改善负性情绪并提高适应能力,然而针对抑郁症患者家庭照顾者的相关研究仍较少。故本研究旨在探讨智谋训练对抑郁症患者家庭照顾者应用效果,以期为精神科家庭照护支持提供一种可操作、可推广的护理干预方案。

1　对象与方法

1.1　*研究对象*　本研究采用类实验研究,选取 2025 年 2 月—2025 年 7 月在河北省石家庄市第三医院精神科住院的抑郁症患者家庭照顾者作为研究对象。鉴于该科室仅设置一个病区,且治疗方法相对稳定,为避免组间沾染,按抑郁症患者住院时间顺序,选取 2—4 月入院的照顾者为对照组,5—7 月入院的照顾者为干预组。纳入标准:(1)年龄≥18 岁,为患者直系亲属,且照顾时长≥4 周;(2)所照顾的患者符合《国际疾病分类(第 10 版)》(ICD-10)抑郁症诊断[10];(3)在住院及家庭中承担主要照顾任务;(4)照顾者表达能力正常,可以使用智能手机,并自愿接受研究;排除标准:(1)照顾者既往有精神疾病史;(2)照顾者收取照顾费用;(3)照顾者理解能力欠佳;(4)照顾者曾接受过类似训练。根据样本量计算公式 $n_1 = n_2 = 2[(\mu_\alpha + \mu_\beta)\sigma/\delta]^2$。其中,按双侧检验水准 $\alpha = 0.05$,$\mu_{0.05}/2 = 1.96$;检验效能单侧(1 - β) = 0.90,$\mu_{0.1} = 1.282$,根据参考文献[11],采用连带病耻感指标估计样本量,$\sigma = 3.55$,$\delta = 3.24$,考虑到研究过程中可能出现的样本流失情况,所以将样本量在原有基础上扩大 10%,结果提示,每组最少样本量为 25 例。最终确定样本数为每组 40 例,共 80 例。本研究已通过石家庄市第三医院伦理审批(2024 伦理审批第 036 号),受试者均签署知情同意书,自愿参加本研究。见图 1。

1.2　*研究方法*

1.2.1　对照组　采用常规健康教育,包括疾病概念、疾病诱因、临床表现、病情观察、用药观察及复诊时间等。

1.2.2　干预组　在常规健康教育的基础上给予智谋训练。

1.2.2.1　组建干预小组　干预前构建 6 人干预小组,涵盖导师、研究者、心理治疗师及 3 名精神科护士,分别负责总体指导、统筹组织、理论督导、干预实施及随访评估。研究前,全员接受智谋理论与正念减压技能的统一规范培训并考核合格。

1.2.2.2　构建干预方案　查阅国内外关于智谋理论的文献,构建出针对住院抑郁症患者家庭照顾者智谋训练的干预初稿。组织科室护士及心理治疗师对初稿进行讨论修改,得出最终训练方案,见表 1。

表 1　智谋训练干预方案

Table 1　Resourcefulness training intervention protocol

干预时间	理论框架	干预内容	干预方式
第一次	介绍此次活动流程	1. 研究者做自我介绍。使研究者和被研究者互相了解。获得照顾者信任。(约 10 分钟) 2. 倾听照顾者目前面临的心理问题。了解照顾者连带病耻感程度及原因。(约 10 分钟) 3. 详细阐述此次活动的具体安排,包括活动的时间表及主要涵盖的内容。使照顾者对即将参与的活动有一个清晰的认识。(约 10 分钟) 4. 评估照顾者是否适合此次活动。签订干预知情同意书。(约 5 分钟)	面对面访谈
第二次	个人智谋:补救性自我控制	1. 详细讲解抑郁症基础知识,包括其可能的病因、分型和临床表现、目前的治疗方法、家庭支持的重要性以及预后等。引导照顾者正确态度正视现存问题。(约 25 分钟) 2. 轮流分享一个因亲属患抑郁症而感到羞耻的瞬间。研究者引导大家发现共性,正常化这些感受。(约 20 分钟) 3. 本周作业:记录本周出现的 1 次“羞耻念头”,并尝试用一句科学事实反驳它。	PPT 讲座发放抑郁症知识手册
第三次	个人智谋:改良问题解决技巧	1. 向照顾者讲解抑郁症疾病管理相关知识和解决策略,例如:药品管理、症状观察、防跌倒坠床培训、患者自杀自伤后的处理等。并进行现场练习。(约 20 分钟) 2. 技能教学:正念减压技术。(约 20 分钟) 3. 模拟与患者产生冲突后,或当感到极度焦虑或羞耻时,可尝试使用正念减压技术,舒缓情绪,缓解压力。(约 10 分钟) 4. 本周作业:每日练习正念减压技术。	PPT 讲座小组活动

（续表）

干预时间	理论框架	干预内容	干预方式
第四次	个人智谋：感知自我效能	1. 集体反思讨论：除了照顾者，我还是谁？（约 15 分钟） 2. 集体活动，挑战“自私论”，论证“照顾好自己才能照顾好患者”，将自我照顾定义为“负责任的医疗行为”而非“自私”。（约 25 分钟） 3. 设定微小的自我照顾目标，如：每周喝一次咖啡、散步 20 分钟等。（约 10 分钟） 4. 本周作业：完成 1 ~2 件纯粹为了自己开心的小事。	小组活动
第五次	社会智谋：非正式求助	1. 讨论为什么我们不敢求助？（约 15 分钟） 2. 技能教学：非暴力沟通与具体化请求。（约 25 分钟） 3. 情景模拟：应对歧视与误解（约 15 分钟） 4. 本周作业：向一位亲友或社区资源发出一次具体的求助请求，或向一人科普抑郁症知识。	小组活动
第六次	社会智谋：正式求助	1. 头脑风暴：资源在哪里？正式资源：医院、政府补助等。（约 15 分钟） 2. 研究者讲解本地具体的政策信息。例如医保政策、公众号等。（约 20 分钟） 3. 小组活动：每位成员绘制自己的资源地图（约 10 分钟） 4. 本周作业：激活地图上一个未使用的资源，例如公众号或者微信群。	PPT 讲座小组活动

1.2.2.3 干预方案实施 干预共 6 次，每周 1 次。首次于入院 48 小时内进行面对面沟通；后 5 次为团体训练，每周三 15：00 ~ 16：00 在石家庄市第三医院精神科活动大厅线下与微信群线上同步进行，每次 45 – 60 分钟。为保障干预保真度，实施前对团队成员进行统一培训；过程中通过签到表记录参与情况，要求完成全部 6 次干预，对缺勤者进行电话/微信跟进；每次干预后由心理治疗师督导反馈并纠正偏差。干预结束后 48 小时内，由团队成员对照顾者进行一对一访谈（了解知识掌握与心理动态）并完成测评问卷。



图 1 干预样本流动图

Fig. 1 Flowchart of the intervention sample

1.3 评价指标

1.3.1 智谋水平 中文版智谋量表（Chines Resourcefulness Scale，C – RS）智谋量表于 2006 年由 Zauszniewski 等[5]开发，全面地对智谋水平进行测定。2015 年由何熹[12]汉化为中文版智谋量表（Chinese Resourcefulness Scale，C – RS），作为我国智谋水平评价的主要量表。该量表由 2 个维度 28 个项目组成，其中 16 项测量个人智谋，另 12 项评价社会智谋。采用 Likert 6 级评分法，从“一点也不像我”到“非常像我”分别计 0 ~5 分，总分数越高代表智谋水平越高，其 Cronbach α 系数为 0.79 ~0.85。

1.3.2 连带病耻感 连带病耻感量表（Affiliate Stigma Scale，ASS）于 2008 年由 Mark 等[13]编制，2016 年由 Chang[14]汉化中文版引入我国。包括情绪、认知、行为 3 个维度共 22 个条目。采用 Likert 4 级评分，从“非常不同意”到“非常同意”，分别计 1 ~4 分。得分越高显示照顾者连带病耻感越强烈。中文版 ASS 的 Cronbach α 系数为 0.929。

1.3.3 知觉压力 中文版知觉压力量表（Chinese Perceived Stress Scale，CPSS）该量表作为测量主观压力的有效工具，用于评估个体近一个月面对应激事件时的压力程度。于 2003 年杨廷忠[15]等翻译和修订，量表包括 2 个维度，即紧张感维度和失控感维度，共有 14 个条目。量表采用 Likert 5 级评分法，从“从不”到“总是”分别计 0 ~4 分，其中第 4 ~7、9、10 和 13 条目为正向描述，但采用的是反向计分。量表总得分区间为 0 ~56 分，得分越高表明个体感受到的压力越大。量表的 Cronbach α 系数为 0.94。

1.3.4 抑郁症状 抑郁自评量表（Self – Rating Depression Scale，SDS）于 1965 年由 Zung[16]编制，包括精神性情感症状、躯体性障碍、精神运动性障碍、抑郁的心理障碍 4 个维度，共 20 个条目。量表主要的统计指标是总分，但要转换为标准总分，即需将 20 个条目分数相加得到的总分乘以 1.25 后取其整数部分得到标准总分，得分越高，抑郁程度越重。其 Cronbach α 系数为 0.79。

1.4 资料收集方法 干预前及干预后由接受了标准化培训的精神科护士采用面对面的发放问卷填写，并当场回收问卷，现场检查是否有不符合标准答卷。如照顾者不方便填写则由测评人员逐一读出条目询问照顾者后代为填写。

1.5 统计学处理 采用 SPSS 27.0 统计学软件进行数据处理，符合正态分布或近似正态分布的计量资料

用 $\bar{x} \pm s$ 表示，组间比较采用独立样本 t 检验，组内前后比较采用配对 t 检验。计数资料以百分比表示，组间计数资料比较采用 χ^2 检验或 Fisher 确切概率法。所有检验均为双侧检验，检验水准 $\alpha = 0.05$。

2　结　果

2.1　两组患者一般资料比较　干预过程中，对照组 1 例失访，干预组因患者转院及个人原因各脱落 1 例。最终共 77 例完成研究，其中对照组 39 例，干预组 38 例。两组照顾者基线资料总体可比，见表 2。

表 2　两组照顾者一般资料比较（n，%）

Table 2　General characteristics of caregivers in the two groups（n，%）

项目	对照组（n = 39）	干预组（n = 38）	χ^2 值	P 值
性别			1.599[a]	0.206
女	12(30.8)	17(44.7)		
男	27(69.2)	21(55.3)		
年龄（岁）			0.599[a]	0.741
18 ~ 35	10(25.6)	7(18.4)		
36 ~ 50	21(21.8)	22(57.9)		
>50	8(8.66)	9(23.7)		
与患者关系			–	0.720[b]
父母	21(53.8)	23(60.5)		
子女	10(25.6)	6(15.8)		
配偶	7(17.9)	7(18.4)		
其他	1(2.6)	2(5.3)		
文化程度			2.597[a]	0.273
初中及以下	13(33.3)	11(28.9)		
高中或中专	8(20.5)	14(36.8)		
大专及以上	18(46.2)	13(34.2)		
职业			1.188[a]	0.756
农民或无业	13(33.3)	10(26.3)		
个体	10(25.6)	11(28.9)		
工人	9(23.1)	12(31.6)		
机关/事业单位	7(17.9)	5(13.2)		
工作状态			1.233[a]	0.267
在职	23(59.0)	27(71.1)		
其他	16(41.0)	11(28.9)		
居住地			1.141[a]	0.285
城镇	18(46.2)	13(34.2)		
农村	21(53.8)	25(65.8)		
家庭月均收入（元）			–	0.586[b]
<5 000	19(48.7)	23(60.5)		
5 000 ~ 10 000	14(35.9)	11(28.9)		
>10 000	6(15.4)	4(10.5)		
每日睡眠时间（h）			–	0.374[b]
<6	12(30.8)	9(23.7)		
6 ~ 8	21(53.8)	26(68.4)		
>8	6(15.4)	3(7.9)		
所照顾患者年龄（岁）			1.040[a]	0.594
≤18	21(53.8)	20(52.6)		
19 ~ 50	12(30.8)	9(23.7)		
>50	6(15.4)	9(23.7)		

注：a 为 Person χ^2；b 为 Fisher χ^2。

2.2　干预前后两组照顾者智谋总分及各维度得分比较（见表 3）。

表 3　两组家庭照顾者干预前后智谋总得分及各维度得分比较（分，$\bar{x} \pm s$）

Table 3　Total and dimensional resourcefulness of family caregivers in both groups pre – and post – intervention（Points，$\bar{x} \pm s$）

项目	组别	干预前	干预后	t 值	df	P 值
智谋总分	对照组	78.28 ± 14.21	80.18 ± 7.39	–0.679	38	0.501
	干预组	74.11 ± 14.03	90.79 ± 7.86	–6.446	37	<0.001
t 值		–1.298	–6.103			
df		75	75			
P 值		0.198	<0.001			
个人智谋	对照组	47.62 ± 9.16	48.41 ± 6.80	–0.423	38	0.675
	干预组	44.03 ± 9.16	53.37 ± 4.69	–5.079	37	<0.001
t 值		1.719	–3.732			
df		75	67.629			
P 值		0.090	<0.001			
社会智谋	对照组	30.62 ± 7.86	31.64 ± 4.66	–0.693	38	0.493
	干预组	30.16 ± 6.25	37.68 ± 5.34	–4.846	37	<0.001
t 值		0.282	–5.297			
df		75	75			
P 值		0.779	<0.001			

2.3　干预前后两组照顾者连带病耻感及各维度得分比较（见表 4）。

2.4　干预前后两组照顾者知觉压力得分比较（见表 5）。

2.5　干预前后两组照顾者知觉压力总分及各维度得分比较（见表 6）。

表 4 两组家庭照顾者干预前后连带病耻感总得分及各维度得分比较(分,$\bar{x} \pm s$)

Table 4 Total and dimensional affiliate stigma of family caregivers in both groups pre - and post - intervention. (Points, $\bar{x} \pm s$)

项目	组别	干预前	干预后	*t* 值	*df*	*P* 值
连带病耻感总分	对照组	45.69 ± 15.04	43.87 ± 6.65	0.633[c]	38	0.531
	干预组	46.79 ± 9.26	32.34 ± 5.49	7.573[c]	37	<0.001
t 值		-0.386	8.283			
df		63.455	75			
P 值		0.700	<0.001			
认知维度	对照组	14.79 ± 4.65	14.59 ± 2.86	0.232[c]	38	0.818
	干预组	14.92 ± 3.27	11.00 ± 1.87	5.911[c]	37	<0.001
t 值		-0.138	6.526			
df		75	65.727			
P 值		0.891	<0.001			
情绪维度	对照组	14.95 ± 5.12	13.97 ± 2.31	0.964	38	0.341
	干预组	14.97 ± 2.95	9.84 ± 2.14	8.114	37	<0.001
t 值		-0.026	8.140			
df		60.941	75			
P 值		0.979	<0.001			
行为维度	对照组	15.97 ± 5.85	15.13 ± 2.73	0.681	38	0.500
	干预组	16.89 ± 3.77	11.50 ± 2.15	7.362	37	<0.001
t 值		-0.823	6.471			
df		65.125	75			
P 值		0.414	<0.001			

表 5 两组家庭照顾者干预前后知觉压力总得分及各维度得分比较(分,$\bar{x} \pm s$)

Table 5 Total and dimensional perceived stress of family caregivers in both groups pre - and post - intervention. (Points, $\bar{x} \pm s$)

项目	组别	干预前	干预后	*t* 值	*df*	*P* 值
知觉压力总分	对照组	30.79 ± 6.36	28.33 ± 5.04	1.665	38	0.104
	干预组	31.50 ± 6.37	23.00 ± 8.16	4.299	37	<0.001
t 值		-0.486	3.440			
df		75	61.403			
P 值		0.628	0.001			
紧张感	对照组	16.00 ± 3.33	15.00 ± 2.42	1.338	38	0.189
	干预组	16.84 ± 3.62	12.39 ± 4.08	4.273	37	<0.001
t 值		-1.061	3.400			
df		75	59.845			
P 值		0.292	0.001			
失控感	对照组	14.79 ± 3.92	13.36 ± 2.93	1.614	38	0.115
	干预组	14.66 ± 3.26	10.61 ± 4.32	4.059	37	<0.001
t 值		0.167	3.266			
df		75	64.988			
P 值		0.868	0.002			

表 6 两组家庭照顾者干预前后抑郁自评得分比较(分,$\bar{x} \pm s$)

Table 6 Self - rating depression scores of family caregivers in both groups pre - and post - intervention. (Points, $\bar{x} \pm s$)

项目	组别	干预前	干预后	*t* 值	*df*	*P* 值
抑郁自评	对照组	56.67 ± 4.90	54.68 ± 8.04	1.309	38	0.199
	干预组	57.96 ± 4.57	41.87 ± 8.32	11.799	37	<0.001
t 值		-1.197	6.868			
df		75	75			
P 值		0.235	<0.001			

3 讨 论

3.1 智谋训练可提升抑郁症患者家庭照顾者的智谋水平 本研究结果提示,干预后照顾者的智谋水平显著高于对照组($P < 0.001$),证明了智谋在抑郁症患者家庭照顾者中的习得性。分析原因可能是,智谋训

练通过疾病知识讲解、问题解决技能训练、正念减压与资源识别等内容,使照顾者逐渐形成更系统的疾病认知和更灵活的应对策略。一方面,照顾者对抑郁症的病因、症状、治疗与风险应对有了更清晰的认识,在面对照护情境时不再完全依赖经验和情绪反应,而能够采用更有针对性的处理方式;另一方面,通过正式资源与非正式支持的识别,照顾者对"遇到问题并非只能独自承担"形成了更强的社会智谋意识,从而提升了其主动求助和调动社会支持的能力。上述改变共同促进了照顾者智谋水平的提高。

3.2 *智谋训练可减轻抑郁症患者家庭照顾者的连带病耻感*　本研究显示,干预后干预组连带病耻感总分及各维度得分均低于对照组,提示智谋训练能够有效减轻抑郁症患者家庭照顾者的连带病耻感。既往研究表明,精神疾病亲属照顾者常因社会标签和误解而产生连带病耻感[17],这种感受会严重影响照顾者自身的心理健康,加重其照顾负担[18]。其机制可能在于:首先,疾病科普与认知重构有助于纠正不合理归因,减轻照顾者的自责与羞耻感;其次,小组互动与同伴支持能有效缓解孤立感,降低病耻感;最后,求助与资源利用能力的提升,促使照顾者将照护困境视为可管理问题,从而增强自我接纳与心理韧性。因此,智谋训练不仅改善了照顾者对疾病和照护的认知,也在一定程度上重塑了其对"照顾者角色"的理解,进而降低连带病耻感。

3.3 *智谋训练可缓解抑郁症患者家庭照顾者的知觉压力*　本研究结果表明,干预后干预组知觉压力总分及各维度得分均低于对照组,说明智谋训练可以有效缓解抑郁症患者家庭照顾者的知觉压力。照顾抑郁症患者的家庭成员往往长期处于高警觉和高负荷状态,既要承担生活照料,又要面对患者情绪波动、治疗配合度差及突发风险,这使其较易产生持续性的紧张和失控感。智谋训练在本研究中通过疾病管理、危机应对、正念放松和资源求助等环节,帮助照顾者获得"可控感"。当照顾者掌握了识别症状、应对冲突和处理风险的具体方法后,其面对照护任务时的无助感下降,主观压力自然随之减轻。与此同时,正念减压训练可帮助照顾者将注意力从反复担忧和灾难化想象中拉回当下,在短期内缓冲应激反应,对降低知觉压力具有积极作用。

3.4 *智谋训练可降低抑郁症患者家庭照顾者的抑郁水平*　本研究中,干预后干预组照顾者抑郁自评得分低于对照组,提示智谋训练对于降低照顾者抑郁水平具有积极作用。长期照护抑郁症患者易使照顾者出现情绪耗竭、睡眠紊乱、孤独感和无助感,若缺乏有效应对方式,这些负性体验可进一步累积为抑郁症状。智谋训练通过提升问题解决能力、自我照顾意识和求助能力,使照顾者在面对压力事件时拥有更多可选择的应对路径,减少消极自动思维的持续强化。同时,小组互动也提供了情绪表达和社会支持的机会,缓解了照顾者的孤立体验。上述因素可能共同作用,促进照顾者抑郁症状的改善。

4　结　论

综上所述,智谋训练可能对提升抑郁症患者家庭照顾者的智谋水平,降低连带病耻感、知觉压力及抑郁症状具有积极作用。但本研究存在以下局限:一是采用类实验设计,难以排除历史偏倚与季节性混杂因素,未来需开展随机对照研究;二是单中心、小样本设计限制了代表性,结论有待多中心、大样本验证;三是依赖自评量表且无法实施盲法,可能存在共同方法变异、社会期许偏倚及霍桑效应;四是存在少量脱落且未实施严格的意向性分析和多重插补,结果解释需谨慎。

利益冲突声明　本研究不存在任何利益冲突

参考文献

[1] Herrman H, Patel V, Kieling C, et al. Time for united action on depression: a lancet – world psychiatric association commission [J]. Lancet, 2022, 399(10328): 957 – 1022.

[2] 陈琪,曹菊玲,王丹丹,等. 抑郁症患者及其照顾者的病耻感与生活质量关系的主客体互倚模型[J]. 中国心理卫生杂志,2023,37(7):551 – 557.
Chen Q, Cao JL, Wang DD, et al. Actor – partner interdependence model of relationship between stigma and quality of life in patients with depression and their caregivers[J]. Chinese Mental Health Journal, 2023, 37(7): 551 – 557. (In Chinese)

[3] 郭鑫,杨敏. 抑郁症照顾者心理健康状况的研究进展[J]. 护士进修杂志,2018,33(5):408 – 411.
Guo X, Yang M. Mental health of depression caregivers: a review of recent advances[J]. Journal of Nurses Training, 2018, 33(5): 408 – 411. (In Chinese)

[4] Wei Y, Ji Y, Chen M, et al. Affiliate stigma and its predictors in parents of children with autism in the early post – diagnosis phase [J]. Child Care Health and Development, 2025, 51(2): e70048.

[5] Zauszniewski JA, Lai CY, Tithiphontumrong S. Development and testing of the resourcefulness scale for older adults[J]. Journal of Nursing Measurement, 2006, 14(1): 57 – 68.

[6] 唐中玉,柏婷,韩利,等. 基于智谋理论的综合团体式干预对抑郁症患者康复效果的影响[J]. 武汉大学学报(医学版),2024,45(7):791 – 796.
Tang ZY, Bai T, Han L, et al. Effect of group intervention based on resourcefulness theory on the rehabilitation in the patients with depression[J]. Medical Journal of Wuhan University, 2024, 45(7): 791 – 796. (In Chinese)

[7] Kresevic DM, Burant CJ, Swanson MJ, et al. Evaluation of a

stress, coping, and resourcefulness program for VA nurses during the COVID - 19 pandemic[J]. Federal Practitioner, 2024, 41(5): 154 - 158.

[8] Toly VB, Zauszniewski JA, Wang M, et al. Efficacy of a resourcefulness intervention to enhance the physical and mental health of parents caring for technology - dependent children at home: a randomized controlled trial[J]. Journal of Pediatric Health Care, 2024, 38(3): 337 - 353.

[9] Zauszniewski JA, Lekhak N, Burant CJ, et al. Preliminary evidence for effectiveness of resourcefulness training in women dementia caregivers[J]. J Fam Med, 2016, 3(5): 1069.

[10] Janca A, Ustun TB, Early TS, et al. The ICD - 10 symptom checklist: a companion to the ICD - 10 classification of mental and behavioural disorders[J]. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 1993, 28(5): 239 - 242.

[11] 刘艳星,徐丽华,孙莉. 叙事疗法对儿童青少年情绪障碍患者照顾者连带病耻感影响的研究[J]. 心理月刊,2024,19(11):134 - 136.
Liu YX, Xu LH, Sun L. A study on the influence of narrative therapy on the stigma associated with caregivers of children and adolescents with emotional disorders[J]. Psychological Monthly, 2024, 19(11): 134 - 136. (In Chinese)

[12] 柯熹,吴美华,刘雅清,等. 中文版智谋量表信效度分析[J]. 中华现代护理杂志,2015,(15):1737 - 1740.
Ke X, Wu MH, Liu YQ, et al. Reliability and validity analysis of Chinese resourcefulness scale[J]. Chinese Journal of Modern Nursing, 2015, (15): 1737 - 1740. (In Chinese)

[13] Mak WWS, Cheung RYM. Affiliate stigma among caregivers of people with intellectual disability or mental illness[J]. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 2008, 21(6): 532 - 545.

[14] Chang CC, Su JA, Lin CY. Using the affiliate stigma scale with caregivers of people with dementia: psychometric evaluation[J]. Alzheimer's Research & Therapy, 2016, 8(1): 45.

[15] 杨廷忠,黄汉腾. 社会转型中城市居民心理压力的流行病学研究[J]. 中华流行病学杂志,2003,24(9):760 - 764.
Yang TZ, Huang HT. An epidemiological study on stress among urban residents in social transition period[J]. Chinese Journal of Epidemiology, 2003, 24(9): 760 - 764. (In Chinese)

[16] Zung WW. A self - rating depression scale[J]. Archives of General Psychiatry, 1965, 12(2): 63 - 70.

[17] Rakhshanda S, Mashreky S R, Jonnagaddala J. Stigma and feeling of burden among caregivers of individuals with mental illness[J]. Studiesin Health Technology and Informatics, 2025, 329(1): 1525 - 1529.

[18] Ayano S, Hunduma GR, Abdeta T, et al. Expressed emotion and associated factors among primary caregivers of people with schizophrenia in public hospitals Eastern Ethiopia[J]. Scientific Reports, 2025, 15(1): 38841.

收稿日期:2026-04-17

(上接第 3413 页)

[13] 庄茂强,王辛夷,冯雪英,等. 2012—2024 年山东省毒蘑菇中毒事件分析[J]. 中国食品卫生杂志,2025,37(7):668 - 673.
Zhuang MQ, Wang XY, Feng XY, et al. Analysis of poisonous mushroom poisoning in Shandong province from 2012 to 2024[J]. Chinese Journal of Food Hygiene, 2025, 37(7): 668 - 673. (In Chinese)

[14] 刘志涛,苏玮玮,赵江,等. 2017—2021 年云南省野生蕈中毒疾病负担研究[J]. 中国食品卫生杂志,2022,34(5):1059 - 1062.
Liu ZT, Su WW, Zhao J, et al. The disease burden of wild mushroom poisoning in Yunnan province from 2017 to 2021[J]. Chinese Journal of Food Hygiene, 2022, 34(5): 1059 - 1062. (In Chinese)

[15] 余成敏,李海蛟. 中国含鹅膏毒肽蘑菇中毒临床诊断治疗专家共识[J]. 中华危重症医学杂志(电子版),2020,13(1):20 - 28.
Mo, Yu CM, Li HJ, et al. Chinese consensus on clinical diagnosis and treatment of Amanita mushroom poisoning[J]. Chinese Journal of Critical Care Medicine (Electronic Edition), 2020, 13(1): 20 - 28. (In Chinese)

[16] Klán J, Zima T, Baudišová D. Potentiated effect of ethanol on Amanita phalloides poisoning[J]. Czech Mycol, 1994, 47(2): 145 - 150.

[17] Wu SL, Wang Q, Duan HB, et al. Mushroom poisoning deaths and prevention practices in Hunan, 2014 - 2023[J]. PLoS One, 2025, 20(6): e0326107.

[18] 朱姝,周亚娟,王娅芳,等. 2011—2021 年贵州省毒蘑菇中毒流行特征分析[J]. 中国食品卫生杂志,2023,35(6):946 - 949.
Zhu S, Zhou YJ, Wang YF, et al. Epidemiological characteristics of toadstool poisoning in Guizhou province from 2011 to 2021[J]. Chinese Journal of Food Hygiene, 2023, 35(6): 946 - 949. (In Chinese)

[19] 熊涞钫,张莉,吴安忠,等. 2012—2021 年贵州省毒蕈中毒暴发事件的时空聚集分析[J]. 现代预防医学,2023,50(18):3310 - 3315.
Xiong SF, Zhang L, Wu AZ, et al. Spatio - temporal clustering analysis of mushroom poisoning outbreaks in Guizhou, 2012 - 2021[J]. Modern Preventive Medicine, 2023, 50(18): 3310 - 3315. (In Chinese)

[20] Yuan Y, Zhang YZ, Zhou J, et al. Detection and identification in reported mushroom poisoning incidents - China, 2012 - 2023[J]. China CDC Wkly, 2024, 6(51): 1360 - 1364.

收稿日期:2026-05-14