

连续性心理干预对男男性行为艾滋病感染者自我管理能力的效果与评价

朱永年, 祝 达

(广东省中山市第二人民医院肝病综合科爱心门诊, 广东 中山 528400)

【摘要】 目的 观察连续性心理干预对男男性行为艾滋病感染者的服药依从性及自我管理能力的效果。 **方法** 选取在中山市第二人民医院爱心门诊2017年1月1日至2018年12月30日首次行抗病毒治疗的70例男男性行为艾滋病感染者为观察对象, 按照首次就诊时间随机分为常规组(35例)与干预组(35例)。常规组按照医院管理患者抗病毒治疗, 进行常规指导用药、健康宣教、常规护理, 干预组在常规医院管理上医院联合疾控中心、家庭、社工对男男性行为艾滋病感染者在抗病毒治疗中进行连续性、个性化心理干预。 **结果** 管理6个月的干预组患者自我管理能力的评分: 社会支持和帮助(24.86 ± 1.881)分、情绪认知管理(26.14 ± 1.556)分、治疗依从性管理(33.37 ± 1.003)分、症状管理(40.54 ± 1.930)分、疾病知识管理(18.6 ± 1.117)分、生活行为规范(24.2 ± 1.208)分、日常生活管理(34.74 ± 2.536)分, 均高于同期常规组(20.94 ± 1.893)分、(21.4 ± 1.631)分、(27.34 ± 2.828)分、(29.17 ± 3.601)分、(12.29 ± 0.710)分、(17.4 ± 2.614)分、(26.83 ± 2.629)分; 管理3个月后, 干预组服药依从性(97.14%)明显优于常规组(65.71%); 治疗满2年, 干预组病毒成功抑制率(97.14%)明显高于常规组(68.57%), 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。 **结论** 医院联合疾病预防控制中心、社工、家庭对男男性行为艾滋病感染者抗病毒治疗中进行连续性心理干预, 可以提高患者的自我管理能力和生活质量, 疏导不良情绪, 同时提高患者的服药依从性、病毒抑制率, 值得在艾滋病抗病毒管理中推广应用。

【关键词】 艾滋病男男性行为患者; 连续性心理干预; 自我管理; 病毒抑制

中图分类号: R473.75; R512.91 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.040

艾滋病, 即获得性免疫缺陷综合征(Acquired Immuno Deficiency Syndrome, AIDS), 其病原体为人类免疫缺陷病毒(Human Immunodeficiency Virus, HIV), 亦称艾滋病病毒, 主要侵犯人体的免疫系统。目前, 艾滋病已成为严重威胁我国公众健康的重要公共卫生问题。一旦确诊HIV感染, 无论CD₄⁺T淋巴细胞水平的高低, 均建议立即开始治疗。启动HAART(抗病毒治疗)后, 需终身治疗^[1]。随着国家加大艾滋病人群的筛查力度, 男男性行为艾滋病患者的确诊病例越来越多, 且呈现年轻化。青少年男男性行为(MSM)者焦虑、抑郁症状检出率高, 心理健康状况较差^[2], 而一旦确诊艾滋病, 心理承受能力会更差。社会对艾滋病男男性行为者这类人群的歧视、排斥, 加上他们自身的社会生活环境、家庭教育、学校教育、婚姻状况等导致的严重心理障碍, 使他们在接受艾滋病抗病毒治疗时受各种因素影响服药依从性极差或者自行中断治疗, 使得抗病毒治疗失败。本院爱心门诊对艾滋病男男性行为者抗病毒治疗中实行医院常规管理, 再联合家庭、社工对其进行连续性心理干预, 跟踪2年的治疗及自我管理能力的情况, 现报告如下。

1 对象与方法

1.1 基本资料 选取2017年1月1日至2018年12月30日在本院爱心门诊初次行抗病毒治疗的70例艾滋病男男性行为者, 跟踪患者2年的治疗及自我管理能力的情况。纳入标准: ①明确确诊男男性行为艾

滋病患者; ②思路清晰, 表达沟通能力好; ③自愿同意加入本次研究。排除标准: ①羁押人员; ②有精神病史; ③有严重报复社会心理。70例男男性行为艾滋病感染者的平均年龄(30.671 ± 9.465)岁, 按照首次就诊时间随机将其分为常规组(35例)与干预组(35例)。常规组平均CD₄⁺T淋巴细胞水平(319.029 ± 177.610)个/ μ l, 年龄(19~58)岁, 平均年龄(31.400 ± 10.746)岁; 干预组平均CD₄⁺T淋巴细胞水平(344.514 ± 221.680)个/ μ l, 年龄(18~53)岁, 平均年龄(29.943 ± 8.076)岁。两组在年龄、户籍、感染途径、文化程度、性伴侣、工作情况等基本资料无明显数据差异($P > 0.05$), 具有可比性。基本资料见表1。

1.2 方法 常规组采用医院常规管理方式, 包括主动了解病人的基本情况, 如性格、生活环境、工作环境、教育情况、心理状态、家庭情况、过敏史等, 根据基本情况评估结果为患者制订个性化的服药计划、告知国家相关管理制度。对患者进行用药指导及健康宣教、日常饮食注意事项。干预组在医院常规管理上联合疾控中心、社工、家庭再给予连续性心理干预。①尊重患者的性取向。保持非评判的态度, 不歧视、排斥患者, 绝对保密患者的病情。医务人员真心、耐心地服务患者, 取得患者的信任, 提高患者的积极自我肯定的能力。②讲解艾滋病相关知识, 包括传播途径、发展状况、防护知识及日常同家人生活的注意事项, 免费派发安全

表 1 两组患者一般资料比较 (n, %)

基本情况		常规组	干预组
户籍	中山	7 (20.00)	6 (17.14)
	非中山	28 (80.00)	29 (82.86)
感染途径	异性传播	1 (2.86)	3 (8.57)
	同性传播	27 (77.14)	27 (77.14)
	静脉吸毒	7 (20.00)	5 (14.29)
文化程度	义务教育	8 (22.86)	5 (14.28)
	高中中专	12 (34.29)	15 (42.86)
	大学	15 (42.85)	15 (42.86)
性伴侣	有	31 (88.57)	29 (82.86)
	无	4 (11.43)	6 (17.14)
工作	有	30 (85.71)	28 (80.00)
	无	5 (14.29)	7 (20.00)

套以预防传播,详细告知国家“四免一关怀”政策。③ 按照服药的计划制定严格的随访制度。在最初第一个月内,一个星期随访一次,主要了解药物的副作用及患者服药的依从性及心理状况。强调>95%的依从性对抗病毒治疗的重要性,并强调一定不要与他人分享抗病毒药物,不能随意自行停药^[3]。让患者养成按时按量的服药习惯,利用手机、闹钟设置时间提醒。详细告知患者出现哪些症状需要及时回医院就诊,哪些轻微的症状是可以在家处理的。第(2~6)个月,半个月随访一次,6个月后每月随访一次,及时了解患者的全部情况并对出现的问题及时进行有针对性的干预。④ 注意沟通技巧。采取倾听与交谈的方式,倾听是最有效的交流技巧之一,通过积极的倾听,可以更好地理解对方的境况,才有可能使其心理问题得到解决^[4]。解决患者出现的心理问题,医务人员应主动向患者解答疑问,耐心听取患者内心的想法,鼓励患者自我倾诉。用成功的案例鼓励患者战胜病情的信心勇气。⑤ 建立良好的咨询关系。告知自愿咨询电话号码,建立工作微信,实行一对一咨询,患者有问题可在微信咨询并进行互动,对咨询问题要及时回应,让患者全程参与管理自身的问题,达到重视自己、减轻心理压力的目的。⑥ 寻求社会情感支持。让患者关系最好、能接纳患者的家人或者朋友督促患者的服药情况,如发现患者不良情绪波动时,家人朋友要及时告知医务人员,医务人员及时了解患者的心理问题及困惑,找出影响服药的心理因素,减轻心理压力。⑦ 鼓励患者日常自行调节不良情绪,比如听轻音乐、看喜欢的书籍、适量的有氧运动等使身心放松。保持良好的作息习惯、饮食习惯、生活卫生习惯。⑧ 对有静脉吸毒的患者告知中山市针具交换点以及中山市第二人民医院南区分院美沙酮维持治疗门诊的地址及咨询电话,并与分院美沙酮维持治疗门诊专科医生做好转介,减少患者静脉途径传播艾滋病风险的行为;对伴有其他性病

的患者,要告知必须到皮肤专科医院积极就诊。⑨ 在门诊设置咨询访谈单间室,由医务人员与中山市疾病预防控制中心驻点医院的社工共同参与,利用个案管理模式针对患者的心理活动建立个案心理档案。内容含有患者的一般基本资料、患者近期出现的心理问题、针对其心理问题需要进行的心理干预措施、针对干预措施制定的严格的随访表,随访形式为电话、微信、门诊访谈。干预后1个月,医务人员同社工举行一次总结会,主要讨论患者的个案心理干预计划执行的情况以及评估干预后患者的心理问题是否得到解决,如有出现新的心理问题,再制订新的心理干预计划。

1.3 评价标准 服药依从性的判定:对治疗依从性的研究显示,高度的依从性和良好病毒学结果与治疗有效性有关,为确保抗病毒治疗的有效性,应至少保证95%以上的治疗依从性^[5],服药依从性≥95%判定为依从性良好,反之判定为依从性差。病毒抑制率:治疗优先采用病毒学指标(病毒载量)作为诊断与确定抗病毒治疗失败的检测方法,接受抗病毒治疗24周后连续两次血浆HIV RNA>400拷贝/ml定义为治疗失败^[6]。HIV/AIDS患者自我管理能力评分表:采用针对HIV/AIDS患者的自我管理量表,该量表内容效度为0.939,内容一致性信度(Cronbach's α)为0.853^[7]。包含日常生活管理[8个问题,(8~40)分]、生活行为规范[6个问题,(6~30)分]、疾病知识管理[4个问题,(4~20)分]、症状管理[9个问题,(9~54)分]、治疗依从性管理[8个问题,(8~40)分]、情绪认知管理[6个问题,(6~30)分]、寻求社会支持和帮助管理[8个问题,(8~40)分],每个问题设没有(1分)、很少(2分)、有时(3分)、经常(4分)、总是(5分)5个选项。

1.4 统计学方法 应用Excel建立数据库,用SPSS 22.0进行统计分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用t检验;计数资料以百分比(%)

表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的自我管理能力的评分比较 在干预前,两组患者自我管理能力评分的差异均无统计学意义($P > 0.05$)。在干预后3个月、6个月,患者自我管理能力在7个项目的总分均高于同组干预前,且以干预组升高更为显著($P < 0.05$)。详见表2。

2.2 两组患者服药依从性的比较 两组患者在管理

1个月后,服药依从性($\chi^2=4.629$, $P > 0.05$),无明显差异;管理3个月后,服药依从性($\chi^2=11.43$, $P < 0.05$),干预组服药依从性(97.14%)明显优于常规组(65.71%)。见表3。

2.3 两组患者治疗满2年队列保持率与病毒抑制率的比较 两组患者治疗满2年队列保持率干预组(97.14%)高于常规组(77.15%);治疗满2年病毒抑制成功率干预组(97.14%)高于常规组(68.57%),差异均有统计学意义($P < 0.01$)。见表4。

表2 两组干预前后自我管理能力评分比较($\bar{x} \pm s$)

时间	评分项目	常规组	干预组	t	P
干预前	社会支持和帮助	17.26±2.105	17.46±2.924	-0.328	> 0.05
	情绪认知管理	18.09±1.138	17.80±1.132	0.956	> 0.05
	治疗依从性管理	23.71±3.121	24.23±1.987	-0.822	> 0.05
	症状管理	17.20±1.158	17.80±1.302	-2.007	> 0.05
	疾病知识管理	5.74±1.502	6.03±1.424	-0.817	> 0.05
	生活行为规范	12.40±2.780	13.26±1.379	-1.904	> 0.05
	日常生活管理	22.29±3.025	22.66±2.326	-0.576	> 0.05
干预后3个月	社会支持和帮助	17.77±1.972	20.57±2.279	-5.497	< 0.05
	情绪认知管理	20.37±1.352	23.51±1.616	-8.825	< 0.05
	治疗依从性管理	25.49±2.801	30.43±0.739	-10.095	< 0.05
	症状管理	24.77±1.699	31.29±2.480 ^a	-12.819	< 0.05
	疾病知识管理	10.54±0.701	13.14±1.785 ^a	-8.023	< 0.05
	生活行为规范	15.40±2.158	19.114±1.658	-8.072	< 0.05
	日常生活管理	24.51±2.759	29.40±3.574	-6.402	< 0.05
干预后6个月	社会支持和帮助	20.94±1.893	24.86±1.881 ^a	-8.677	< 0.05
	情绪认知管理	21.40±1.631	26.14±1.556 ^a	-12.45	< 0.05
	治疗依从性管理	27.34±2.828 ^b	33.37±1.003 ^{ab}	-11.887	< 0.05
	症状管理	29.17±3.601 ^{ab}	40.54±1.930 ^{ab}	-16.464	< 0.05
	疾病知识管理	12.29±0.710 ^a	18.60±1.117	-28.228	< 0.05
	生活行为规范	17.40±2.614	24.20±1.208	-13.969	< 0.05
	日常生活管理	26.83±2.629 ^{ab}	34.74±2.536 ^{ab}	-12.818	< 0.05

注:与同组干预前比较,^a $P < 0.05$;与同期常规组比较,^b $P < 0.05$ 。

表3 两组患者服药依从性比较(n , %)

组别	n	完全依从		不依从	
		管理1个月后	管理3个月后	管理1个月后	管理3个月后
常规组	35	25 (71.43)	23 (65.71)	10 (28.57)	12 (34.29)
干预组	35	32 (91.43)	34 (97.14)	3 (8.57)	1 (2.86)

注: $\chi^2_{\text{管理1个月}}=4.629$, $P < 0.05$; $\chi^2_{\text{管理3个月}}=11.43$, $P < 0.01$ 。

表4 治疗满2年后队列保持率、病毒抑制率比较(n , %)

组别	n	队列保持率			病毒抑制结果	
		在治	失访	转治	成功	失败
常规组	35	22 (62.85)	8 (22.85)	5 (14.3)	24 (68.57)	11 (31.43)
干预组	35	32 (91.43)	1 (2.86)	2 (5.71)	34 (97.14)	1 (2.85)
χ^2		8.582		10.057		
P		< 0.01		< 0.01		

3 讨论

MSM人群艾滋病患者相关羞辱和歧视状况较为严重,应根据不同影响因素采取有针对性的防治措施^[8],MSM焦虑、抑郁普遍存在,心理健康状况差,增加了HIV感染风险,应强化心理干预^[9]。家庭关怀和社会支持与男男性行为者心理弹性密切相关^[10],可见艾滋病男男性行为者的心理问题涉及个人、家庭、社会、学校等多方面复杂的问题。抗病毒治疗是目前控制艾滋病最有效的临床治疗方法,需要终身服药,而良好的服药依从性是艾滋病病毒成功抑制的关键。服药依从性受多种因素影响,但以药物不良反应和经济原因是病人停药退出治疗的主要原因^[11]。

本研究打破了单纯医院针对患者的抗病毒治疗的心理干预,充分发挥了医院、疾控中心、社工、家庭多方面的支持优势。首先利用个案管理模式建立患者的心理活动档案,联合医院、疾控中心、家庭、社工的功能尽可能全方位及时了解男男性行为艾滋病患者的心理问题及困惑,找出影响服药依从性的心理因素,再制订一对一、有针对性、个性化、连续性、周期性的心理干预计划,严格执行心理随访计划,及时有效地解决了患者在抗病毒治疗中遇到的各种问题。研究结果显示,管理6个月的干预组患者自我管理评分:社会支持和帮助、情绪认知管理、治疗依从性管理、症状管理、疾病知识管理、生活行为规范和日常生活管理分值,均高于同期常规组;管理3个月后,干预组服药依从性(97.14%)明显优于常规组(65.71%);治疗满2年病毒成功抑制率干预组(97.14%)明显高于常规组(68.57%),差异均有统计学意义($P < 0.01$)。由此可见,连续性心理干预大大提高了患者日常生活自我管理的能力,疏导了男男性行为艾滋病患者的不良情绪,减轻了心理压力,提高了治疗效果。这与吕敏等^[12]观点一致:连续性的心理干预可更有效地降低

患者的抑郁、焦虑程度,促进患者自理能力及生活能力的提高。

综上所述,医院联合疾控中心、家庭、社工的连续性心理干预可以提高男男性行为艾滋病感染患者在抗病毒治疗中的自我管理能力、生活质量,疏导不良情绪,同时提高患者的服药依从性、病毒抑制率,值得在艾滋病抗病毒管理中推广应用。

参考文献:

- [1] 中华医学会感染病学分会艾滋病丙型肝炎学组,中国疾病预防控制中心.中国艾滋病诊疗指南[J].中华内科杂志,2018,57(12):1-8.
- [2] 王毅,李六林,周万明,等.年轻男男性行为者焦虑和抑郁症状与社会行为的关系[J].华南预防医学,2018,44(5):401.
- [3] 中国疾病预防控制中心性病艾滋病预防控制中心.国家免费艾滋病抗病毒药物治疗手册[M].4版.北京:人民卫生出版社,2016:22.
- [4] 吴均林.艾滋病相关心理问题及干预策略[M].北京:人民卫生出版社,2010:137.
- [5] 中国疾病预防控制中心性病艾滋病预防控制中心.国家免费艾滋病抗病毒药物治疗手册[M].4版.北京:人民卫生出版社,2016:156.
- [6] 中国疾病预防控制中心性病艾滋病预防控制中心.国家免费艾滋病抗病毒药物治疗手册[M].4版.北京:人民卫生出版社,2016:47.
- [7] 伍春燕,刘媛航,曾志励,等.HIV感染者/AIDS患者自我管理量表的编制[J].护理学杂志,2016,31(1):35-38.
- [8] 谢莉,罗淑星,周海龙,等.男男性行为者艾滋病患者相关羞辱和歧视影响因素研究[J].预防医学情报杂志,2018,34(9):1158.
- [9] 王毅,徐浩天,李六林,等.绵阳市年轻男男性行为者焦虑、抑郁症状现状调查[J].中国热带医学,2019,19(4):339.
- [10] 宋秀萍,丁心平,杨鲁光,等.男男性行为者心理弹性及其影响因素研究[J].现代预防医学,2018,45(23):4369-4371+4391.
- [11] 周超,陈宗良,吴国辉,等.264例艾滋病抗病毒治疗病人停药原因及其影响因素[J].中国艾滋病性病,2019,25(10):1022.
- [12] 吕敏,杨祎,侯瑞华,等.连续性心理干预对脑卒中患者的疗效[J].国际精神病学杂志,2016,43(4):658.