



应用 Rodgers 演化概念分析法界定病耻感

刘琪 李春玉* (延边大学护理学院 吉林延吉 133000)

摘要:应用 Rodgers 演化概念分析法对病耻感的概念进行分析。在查阅文献的基础上,总结出病耻感的概念、定义特征、影响因素、结果和意义,并介绍病耻感的测评指标,以期为医护人员深入理解和有效测评病耻感提供指导。

关键词:病耻感 概念分析 护理

中图分类号:R473.74 **文献标识码:**A **文章编号:**1009-5187(2018)05-319-02

病耻感(stigma)患者在面对疾病时表现的一种负性情绪体验,其对患者社会功能康复会产生不利影响。运用 Rodgers 演化概念分析法^[1],其最大的优点在于系统检索现有研究文献,能在前人研究基础上归纳整合更为完善的内容。本文运用此法对病耻感进行概念分析,以期引导广大医护人员深入了解病耻感本质,以期有效减轻患者病耻感。

1 文献检索与筛选

检索的数据库来源于 Web of science、Wiley、ScienceDirect、PUBMED、OVID 及知网和万方,通过检索关键词 stigma(病耻感)精确匹配,检索从建库至 2018 年 3 月期间发表的关于病耻感的相关文献。

文献纳入标准:以病耻感为研究主题,包含病耻感概念的定义特征、影响因素、结局指标和测评工具等内容。截至 2018 年 3 月,共检索 46255 篇文献,根据题目保留 114 篇文献,根据摘要保留 36 篇文献,阅读全文后保留 24 篇中英文文献。资料收集与分析由 2 名系统培训过 Rodgers 演化概念分析法的研究人员独立进行,意见不一致时由第三者进行综合判断。

2 概念分析

2.1 病耻感概念的产生

病耻感一词译自英文“stigma”,该词在希腊文中意思是纹身之意,是一种外界加诸个体身上的耻辱的标志。社会学家 Goffman^[2]于 1963 年将病耻感定义为使个体不受欢迎甚至丢脸的属性,具有极大地玷污某人名誉的特征。Jones 等^[3]根据 Goffman 的观点发展了新的病耻感概念框架,强调“标记”(mark)对于病耻感产生的重要性。他认为被羞辱者是有“标记”的人,当某人具有某些令人感到羞耻、令人不快的特征时,人们便会对他加上“标记”,病耻感随之形成。

2.2 病耻感概念的定义性特征

Link^{[4][5]}等认为病耻感是一个综合的概念,是“标记、刻板印象、隔离、情感反应、地位丧失及歧视”五大因素的聚合体。Link 在其标签理论中阐述“人们会根据对精神疾病的消极认知给精神疾病患者贴上“标记”,把精神疾病患者从一般人群中划分出去,并对他们产生贬低和歧视的信念,当公众普遍采用一种贬低或歧视的态度看待精神疾病患者时,患者便会相信人们的贬低或歧视信念,将外部的负性态度内在化,感到羞耻或相信自己与别人不同,形成病耻感,进而引发一系列消极影响。

Corrigan^{[6][7]}等发展了病耻感的认知行为理论,认为其产生是一个认知行为过程,用三大核心概念,即刻板印象、偏见和歧视解释了病耻感的问题:首先,人们对于精神疾病存在刻板印象,刻板印象就是指人们对某一类人或事物产生的比较固定、概括而笼统的看法,是人在认识他人时经常出现的一种普遍现象,例如人们普遍认为精神疾病患者能力低下、工作难以胜任,有暴力倾向;其次,刻板印象使人们对精神疾病患者产生偏见,即认同关于精神疾病的消极看法而产生负性的情感反应,如对精神疾病患者感到生气、害怕、怜悯等。最后,偏见导致歧视产生,患者受到不公平对待。

作者简介:刘琪(1994.12),女,硕士研究生在读,研究方向:社区护理学。

*通讯作者:李春玉。

20 世纪 90 年代以来将病耻感划分为三个部分 6 个维度^[8-10],三个部分为感知病耻感、实际病耻感和内化病耻感。感知病耻感是指患者感知到“正常”群体对该患病群体的歧视态度和行为;实际病耻感是指患者因疾病而遭受的不公平经历;内化病耻感是指患者对感知病耻感和实际病耻感所作出的认知、情感以及行为上的反应,包括丧失自尊、恐惧、羞愧、自罪等负性情感体验。6 个维度分别是①隐蔽性(Concealability):与病耻感有关疾病标志对其他人的可见程度②标志的发展过程(Course of the mark):随着时间的推移,疾病标志改变的明显程度。③破坏性(Disruptiveness):疾病标志对社会交流的影响程度。④审美(Aesthetics):是指病耻感疾病标志给别人主观上带来了多大程度的不愉悦。⑤起源(Origin):对于所患疾病,人们认为的可能的原因以及个体对患病负有的责任。⑥冒险(Peril):疾病对别人造成的恐惧和危险。

因此,社会歧视是病耻感产生的重要部分,而产生歧视的根源就是社会公众对于精神疾病的刻板印象,即片面的消极认知态度。

2.3 病耻感的影响因素

患者的学历高、有工作及家庭收入水平高是病耻感的保护因素^[11]。学历高的患者对疾病的认知水平更高,患者可能在疾病早期就会接受治疗干预,从而其社会功能受到的影响相对较小,病后患者更易被周围社会接受,从而其病耻感水平低;同时学历高的患者其对疾病的应对方式更为积极,其病耻感相对较低。患者的病程及住院次数是患者病耻感的危险因素^[12]:患者的病程越长,住院次数越多,其病耻感水平越高,长期的治疗导致患者对治疗的信心逐渐减弱,患者遭遇的歧视和不公平待遇也逐渐增多。其他因素有年龄、性别、婚姻状况、入院前是否与家人同住、应对方式^[13]。年龄越大,入院前不与家人同住,采用消极应对方式越多的患者,感知的病耻感越严重。此外,病耻感与社会支持、一般自我效能感存在显著负相关关系^[14]。

2.4 病耻感的结果和意义

随着医学模式逐渐转变为生物—心理—社会模式,医护人员不应只关注于疾病本身,还需关心病人的心理健康情况。病耻感是患者因疾病而继发的心理应激反应,有学者认为其是精神卫生工作的最大障碍,它可以损害患者的自尊、自我效能及自信心,造成患者的社交回避,影响患者的治疗和服药依从性^[15]。其存在严重影响了患者的日常生活、心理状态、社会功能、疾病的康复及生活质量^[16]。

2.5 病耻感的同义词

stigma 的不同译名,包括污名、歧视等。徐韬圆教授在《上海精神医学》杂志中提出:“建议将 stigma 译为“(被)歧视感”,也有译为“烙印”或“病耻感”,均带有本人有过错误过失的意思^[17]。在台湾则多将 stigma 译为烙印、耻辱感或是污名化,意思也是当违背了社会正常标准时被贴上的记号,造成歧视、偏见与刻板印象。

2.6 病耻感的测评指标

通过调查文献^[18-22]发现不同的疾病其病耻感的评定量表也不相同。通过对量表条目内容的分析和提炼,病耻感量表评定的内容大致可归纳为 5 个方面:公众的态度、公众的回避行为、患者感受到的耻辱、患者自身内化病耻感和对抗病耻及患者被歧视被限制的经历。

公众态度主要包括①同情可怜,一般询问患者是否需要帮助、支持,是否值得同情,这类行为也称为善行;②罪有应得,患此类疾病



是患者自身性格、行为、道德问题等造成,如“HIV 感染者是他们不良不道德行为的后果”;③疾病无法医治,一旦得病将终生患病或等待死亡的来临;④无能与危险,患者没有能力处理生活中的任何问题患者是危险的。公众行为主要体现在不与患者或(及)患者家人接触、不与其共食、共用物品、不与之交谈,甚至与他们断绝关系。公众出现回避行为主要源于公众对患者的负性态度。对疾病的回避、怕传染,很大程度上源于对相关疾病知识的缺乏而造成的误解。感受到耻辱是指患者感受到他人对自己的歧视或意识到他人对自己有消极态度和行为,如“由于我的病,被别人在背后议论”“其他人的态度让我感到患有精神病很丢人”。内化病耻感主要包括自我羞耻感和自我贬低两个方面。对抗病耻是患者为了避免受到他人歧视而采取的自我保护行为,最典型的就是保守自己患病的秘密和回避社交。受歧视的经历或限制参加某种活动羞辱、歧视行为有可能发生在社区、家庭、工作场所、媒体和司法实践中,甚至是在医疗和社会服务中。

3 小结

综上,病耻感是一个涉及医学、社会学、心理学等众多学科的复杂问题,各种疾病病耻感的普遍存在严重影响了患者的生活质量和康复。有效的护理干预能够帮助病人有效应对病耻感,减少复发率和致死率,提高生活质量促进患者康复。未来的研究者可将重点放在慢性病患者^[23]及患者家属病耻感的研究,从而提高我国精神卫生工作的质量。

参考文献

- [1]Rodgers BL,Knafl KA.Concept Development in nursing : foundations,techniques and applications[M].Philadelphia:W.B. Saunders Company,1993: 73-93.
- [2]Goffman E. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity[J]. American Journal of 1969, 45(527):642.
- [3]Jones EE, Farina A, Flastorf AH,et al. Social stigma: The psychology of marked relationships [M]. New York: Freeman and Company,1984.
- [4]Link B G, Cullen F T, Struening E L, et al. A modified labeling theory approach to mental An empirical assessment[J]. Am Sociol Rev, 1989, 54(3):400-423.
- [5]Link B G, Phelan J C. Conceptualizing Stigma[J]. Annual Review of Sociology, 2001,27(1):363-385.
- [6]Corrigan P W. Mental Health Stigma as Social Attribution: Implications for Research Methods and Attitude Change[J]. Clinical Psychology Science & Practice, 2000,7(1):48-67.
- [7]Angermeyer M C, Matschinger H. Public attitudes to people with depression: have there been any changes over the last decade?[J]. Journal of Affective Disorders, 2004, 83(2-3):177-182.
- [8]石颖,孙皎,王守琦,张美玲,英杰,吴晶.基于病耻感内涵视角探讨患者病耻感量表的研究进展[J].解放军护理杂志,2016, 33(24):42-45+49.
- [9]于媛,刘均娥.肺癌患者病耻感的研究进展[J].中华护理杂志, 2014(11):1386-1390.
- [10]EEJ,AF,AHH.Socialstigma:thepsychology of markedrelations hips[M].NewYork:Freeman,1984.
- [11]吕颖,王小平.精神分裂症患者病耻感调查及相关因素分析[J].国际精神病学杂志,2012(3):137-141.
- [12]曹雍华,刘燕,杨琳,等.精神分裂症患者病耻感相关因素调查[J].神经疾病与精神卫生,2012, 12(4):347-349.DOI:10.3969/j.issn.1009-6574.2012.04.008.
- [13]周英.精神病患者遭受的社会歧视、感知的病耻感及影响因素的研究[D].南方医科大学,2012.
- [14]董佳,周郁秋,孙玉静.精神分裂症照顾者病耻感测量工具及影响因素研究进展[J].2018, 26(3):476-480.
- [15]张红彩,李峰,徐晖,等.精神分裂症患者病耻感的现状调查与分析[J].中国实用护理杂志,2011, 27(11):72-75.
- [16]Angermeyer M C, Matschinger H. Public attitudes to people with depression: have there been any changes over the last decade?[J]. Journal of Affective Disorders, 2004, 83(2-3): 177-182.
- [17]徐韬园.对 stigma 和 clearance 两词的汉译[J].上海精神医学(Shanghai Archives of Psychiatry), 2002, 14(4):197-197.
- [18]邓翠玉.慢性疾病病耻感量表的汉化及在脑卒中患者中的应用研究[D].天津医科大学.
- [19]张芳,李晓萍,曾庆枝,高欣,肖泽萍,何燕玲.病耻感量表表现状[J].医学综述,2015, 21(02):286-288.
- [20]Yeung W F, Chung K P, Ho Y Y, et al. Predictors of dropout from internet-based self-help cognitive behavioral therapy for insomnia[J]. Behaviour Research & Therapy, 2015,73:19-24.
- [21]Latner J D, Stefano E C. Obesity Stigmatization and the Importance of the Research of A.J. Stunkard.[J]. Current Obesity Reports, 2016, 5(1):1-5.
- [22]Wada K, Smith D R, Ishimaru T. Reluctance to care for patients with HIV or hepatitis B/C in Japan.[J]. BMC Pregnancy & Childbirth, 2016, 16(1):31.
- [23]李荔,刘丽娟.基于 PubMed 对病耻感相关文献的计量学分析[J].中国心理卫生杂志,2017(11):857-861.

(上接第 318 页)

的有效性评价[J].大理大学学报,2013, 12(9):59-61.

[8]Liang L, Guan H, Cao Z, et al. Clinical Study on Modified Guyi Decoction in the Prevention and Treatment of DVT for the Patients with Spinal Fracture and Paraplegia[J]. Clinical Medicine & Engineering, 2010.

[9]董忠礼,赵学凌.脊柱脊髓损伤患者深静脉血栓预防的研究进展[J].中国脊柱脊髓杂志,2016, 26(3):279-283.

[10]高永香,高凯章.骨科围术期预防下肢深静脉血栓的护理干预初探[J].现代医药卫生,2013, 29(1):118-120.

[11]阮庆,朱庆三.脊髓损伤患者术后并发下肢深静脉血栓的成因及预防[J].中国实验诊断学,2012, 16(1):188-190.

[12]Zhao Y, Shaobo L I, Yang K. Efficient Evaluation of Sole Vein Pump in the Prevention of Deep Vein Thrombosis after Spinal Surgery[J]. Journal of Dali University, 2013.

[13]王东海,邢文华,祝勇,等.成人脊柱术后下肢深静脉血栓

形成的防治对策[J].实用骨科杂志,2017, 23(5):416-421.

[14]王永俏.护理干预在预防脊柱骨折患者深静脉血栓形成中的应用[J].齐鲁护理杂志,2012, 18(29):73-75.

[15]Liu X. Prevention of deep venous thrombosis in patients with spinal trauma through comprehensive nursing intervention[J]. Journal of Luzhou Medical College, 2012.

[16]谭晶,孟钰童,张里程,等.创伤性脊柱骨折患者术后深静脉血栓形成的发病危险因素分析[J].解放军医学院学报,2016, 37(7):713-715.

[17]于峥嵘,李淳德,吕晓东,等.脊柱手术后静脉血栓栓塞的预防[J].北京大学学报(医学版),2011, 43(5):661-665.

[18]刘云,肖增明.急性脊髓损伤后深静脉血栓的预防及相关研究进展[J].中国脊柱脊髓杂志,2012, 22(12):1124-1128.

[19]司文腾,张华果,孙宜保,等.脊柱术后血浆 D-二聚体浓度变化与深静脉血栓的关系研究[J].中国骨伤,2014, 27(5):405-408.

[20]赖忠维,谭佳,刘晓岚.活血逐瘀汤预防脊柱脊髓术后下肢深静脉血栓 32 例[J].湖南中医杂志,2017, 33(7):88-89.