

· 教学探索 ·

幻听模拟在改善高职护生对精神疾病的态度中的应用*

陈 鲁¹, 陈 德², 李长松^{3△}, 周 涛¹, 王 艳¹, 徐志芳¹, 杨莉莉¹

(1. 泰州职业技术学院, 江苏 泰州 225300; 2. 泰兴市人民医院, 江苏 泰州 225300;

3. 泰州市人民医院, 江苏 泰州 225300)

[摘要] 目的 探讨幻听模拟(HVTAD)在改善高职护生对精神疾病的态度中的应用价值。方法 采用分层抽样法选取泰州职业技术学院 2019 级在校护理学生 220 名, 采用随机数字表法分为幻听干扰组和无幻听干扰组, 每组 110 名。对 2 组护生均采用一般资料问卷、中文版临床医生对精神疾病态度量表(医学生版, MICA-MS)问卷进行调查。幻听干扰组在完成问卷调查前先参加 HVTAD; 无幻听干扰组参加步骤与幻听干扰组相同, 但其所佩戴的耳机中不播放任何干扰声音。比较 2 组护生一般资料和 MICA-MS 问卷得分的差异。单个条目得分大于 3.0 分为具有一定的歧视倾向。幻听干扰组发放问卷 110 份, 收回有效问卷 107 份, 有效回收率为 97.3%; 无幻听干扰组发放问卷 110 份, 回收有效问卷 109 份, 有效回收率为 99.1%。结果 幻听干扰组护生 MICA-MS 问卷 1、2、5 等 10 个条目得分及总分均明显低于无幻听干扰组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 幻听干扰组护生只有条目 6(代表被动接受相关知识)得分大于 3.0 分, 无幻听干扰组护生有 7 条目得分大于 3.0 分, 且无幻听干扰组护生歧视程度由重至轻(即分值由大至小)依次为条目 6、10、12、7、5、13、1; 幻听干扰组护生条目得分大于 3 分者明显少于无幻听干扰组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 高职护理院校开展 HVTAD 有助于改善护生对精神疾病的歧视程度, 是帮助护生培养同理心的有效途径之一, 值得进一步探索和推广应用。

[关键词] 幻听模拟; 高职护生; 对精神疾病的态度; 教学方法

DOI:10.3969/j.issn.1009-5519.2024.23.032

中图法分类号:R749;R473.74

文章编号:1009-5519(2024)23-4122-05

文献标识码:C

精神疾病是影响人类健康的重要疾病之一, 公众对精神疾病的重视程度却不如传统躯体疾病^[1], 甚至不少人视患有精神疾病“不可告人”, 因而“羞于言表”。造成这种现象的主要原因可能是因为公众对精神疾病及其患者存在一定的偏见, 加之一些媒体关于精神疾病患者伤人等不良事件的报道与渲染, 促成或加重了人们对精神疾病及精神障碍患者的歧视。

高职护生是未来护理事业的重要成员, 也是未来照护精神障碍患者的储备力量。然而, 高职护生因来源于不同的家庭, 可能受社会、周围环境和家庭的影响, 难免对精神疾病和精神障碍患者持有负面态度, 势必影响高职护生的职业素养^[2]。间接地也会影响精神障碍患者的就医体验、治疗信心与效果^[3]。因此, 护理院校在改善护生对精神疾病和精神障碍患者的态度, 以及提升护生的职业素养方面应加以重视, 并采取有效措施努力改善现状。本研究采用幻听模拟(HVTAD)教学策略为高职护生创设情境, 使护生

能更真实地体验精神障碍患者的感受, 从而改善高职护生对精神疾病的态度, 同时, 也为精神科护理教育提供一种新的、行之有效的教学方法和策略, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用分层抽样方法将泰州职业技术学院 2019 级在校护生按班级分层分为 11 个班, 每班随机选取 20 名护生, 共选取 220 名, 采用随机数字表法分为幻听干扰组和无幻听干扰组, 每组 110 名。220 名护生均对本研究知情同意并自愿参与。2 组护生性别、年龄、生源地、是否独生子女、入学方式、家庭背景、家庭结构、亲属是否患病、是否与精神疾病患者有共同生活史等一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。见表 1。

1.2 方法

1.2.1 调查问卷 (1)一般资料问卷包括年龄、性别、生源地、是否独生子女、入学方式、家庭背景、家庭

* 基金项目:江苏省高校优秀中青年教师和校长赴境外研修项目(苏教办师[2018]3号);泰州职业技术学院职业教育研究重点课题(ZY201901);江苏省泰州市科技支撑计划(社会发展)项目(201905)。

△ 通信作者, E-mail:16441793@qq.com。

结构、亲属是否患精神疾病、是否有与精神疾病患者频繁接触或生活史等 9 项内容。(2) 中文版临床医生对精神疾病态度量表(医学生版, MICA-MS) 问卷由英国国家医学院 KASSAM 等^[4] 编制、国内学者潘胜茂等^[5] 翻译而成。该量表近年来被诸多学者用于评价在校护生对精神疾病的认知、态度及行为倾向^[6-7], 具有较高的 Cronbach α 系数。该量表由 16 个条目、5

个因子构成, 涵盖医学生对学习专业知识的态度、实施患者治疗及护理态度、对疾病预后和康复的态度及对精神疾病患者的排斥态度等方面。采用李克特 1~6 级评分, 总分为 16~96 分, 得分越高或单个条目得分大于 3 分表示对精神疾病及患者态度消极、悲观, 即存在歧视的态度, 且歧视程度与得分高低呈正相关。

表 1 2 组护生一般资料比较

项目	幻听干扰组($n=107$)	无幻听干扰组($n=109$)	χ^2/t	P
性别[$n(\%)$]			3.708	0.054
男	22(20.6)	35(32.0)		
女	85(79.4)	74(37.9)		
年龄($\bar{x}\pm s$, 岁)	19.55 \pm 0.73	19.53 \pm 0.66	0.153	0.879
生源地[$n(\%)$]			0.899	0.343
城镇	52(48.6)	60(55.0)		
农村	55(51.4)	49(15.0)		
独生子女[$n(\%)$]			0.152	0.697
是	30(28.0)	28(25.7)		
否	77(72.0)	81(74.3)		
入学方式[$n(\%)$]			0.445	0.505
高考	47(43.9)	43(39.4)		
自招	60(56.1)	66(60.6)		
家庭背景[$n(\%)$]			0.070	0.792
农民	51(47.7)	50(45.9)		
非农	56(52.3)	59(54.1)		
家庭结构[$n(\%)$]			0.479	0.489
核心	75(70.1)	81(74.3)		
主干及联合	32(28.9)	28(25.7)		
亲属患病[$n(\%)$]			3.271	0.071
有	12(11.2)	5(4.6)		
无	95(88.8)	104(95.4)		
与精神疾病患者共同生活史[$n(\%)$]			0.346	0.556
有	8(7.5)	6(5.5)		
无	99(92.5)	103(94.5)		

1.2.2 HVTAD 体验 HVTAD 由美国心理学家 PAT DEEGAN 博士研发(Deegan, 1996)^[8]。本研究在得到 PAT DEEGAN 博士同意后结合我国情况将 HVTAD 制成中文版工作包, 并作为介入教学策略。HVTAD 是给体验者设计的可更好地理解通常所说的“幻听”是何种体验的活动。全过程 45 min, 体验者全程戴耳机, 听着模拟了精神障碍患者日常所经历的干扰声音。在听的过程中体验者执行一系列任务, 任务由 4 个模拟场景组成, 模拟场景一为“社交能力测

试”, 体验者根据卡片提示执行相关任务; 模拟场景二为“认知能力测试”, 体验者完成“找数字”与“填诗词”任务; 模拟场景三为“急诊就医”, 体验者完成“精神科医生”(由志愿者或医学教师担任)的问诊; 模拟场景四为“社区康复服务”, 体验者完成求职简历的填写和手工折纸任务。全过程中体验者不得与他人交流自己听到的录音内容, 需保持忙碌状态, 完成各场景的任务, 每个场景的任务完成时间大约 10 min。4 个模拟场景任务全部结束后, 体验者集中到会议室, 与教

师一起进行复盘。研究者提前对所有护生按抽签顺序进行编号,再根据编号安排体验的场次(即 1~20 为第一场,21~40 为第二场,41~60 为第三场,依次类推,直至所有入组护生均能安排到模拟-问卷调查场次)和时间。为确保盲法和随机性,未向研究对象透露具体分组信息。研究者按实验设计方案分场次对所有入组护生进行模拟体验,幻听干扰组护生需全程佩戴可听到 HVTAD 项目制作的模拟精神障碍患者日常所经历的干扰声音的耳机,依次完成场景一至四的模拟项目,无幻听干扰组护生在完成问卷前也需完成 HVTAD 流程,但所佩戴的耳机中不播放任何声音,其他步骤与幻听干扰组相同。每场要求 20 名护生进入模拟-问卷调查场地。若研究期间某护生因故无法按时参加可参加其后的模拟场次,但所参加的场次人数不能超过 30 名。待 45 min 的 HVTAD 后,2 组护生现场完成一般资料和 MICA-MS 问卷调查。

1.2.3 调查方法 问卷调查表有统一的指导语及明确的填写说明,2 组护生匿名填写,问卷当场收回。幻听干扰组发放问卷 110 份,收回有效问卷 107 份,有效回收率为 97.3%;无幻听干扰组发放问卷 110 份,

回收有效问卷 109 份,有效回收率为 99.1%。

1.3 统计学处理 应用 SPSS22.0 统计软件进行数据分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用独立样本 *t* 检验;计数资料以率或构成比表示,组间比较采用 χ^2 检验或 Fisher 确切概率法。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

幻听干扰组护生平均 MICA-MS 问卷总分为 (37.20 ± 7.69) 分,无幻听干扰组护生平均 MICA-MS 问卷总分为 (43.28 ± 7.17) 分;幻听干扰组护生只有条目 6(代表被动接受相关知识)得分大于 3.0 分,无幻听干扰组护生得分大于 3.0 分的条目有 7 项,且代表歧视态度由重至轻(即分值由大到小)的条目分别为条目 6、10、12、7、5、13、1。幻听干扰组护生 MICA-MS 问卷 1、2、5、6、7、10、12、13、14、15 这 10 个条目得分及总分均明显低于无幻听干扰组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。幻听干扰组护生 MICA-MS 问卷 16 个条目中得分大于 3 分者(1 条,6.3%)明显少于无幻听干扰组(7 条,43.7%),差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 2 2 组护生 MICA-MS 问卷评分比较

MICA-MS 问卷	幻听干扰组 (n=107)			无幻听干扰组 (n=109)			t	P
	得分($\bar{x} \pm s$, 分)	排序	>3 分[n(%)]	得分($\bar{x} \pm s$, 分)	排序	>3 分[n(%)]		
条目 1	2.44 ± 1.17	8	38(35.5)	3.06 ± 1.27	7	63(57.8)	-3.712	<0.001
条目 2	1.97 ± 0.98	13	21(19.6)	2.34 ± 0.92	11	37(33.9)	-2.856	0.005
条目 3	1.75 ± 0.75	14	10(9.3)	1.80 ± 0.85	15	10(9.2)	-0.463	0.644
条目 4	2.72 ± 1.33	4	50(46.7)	2.81 ± 1.32	8	54(49.5)	-0.487	0.627
条目 5	2.70 ± 0.92	5	59(55.1)	3.19 ± 1.16	5	79(72.5)	-3.445	0.001
条目 6	3.31 ± 1.11	1	82(76.6)	4.20 ± 1.15	1	98(89.9)	-5.798	<0.001
条目 7	2.78 ± 1.36	2	55(51.4)	3.19 ± 1.32	4	69(63.3)	-2.283	0.023
条目 8	2.06 ± 1.11	12	22(20.6)	2.10 ± 1.05	12	23(21.1)	-0.306	0.760
条目 9	2.08 ± 1.41	11	23(21.5)	1.94 ± 1.20	13	19(17.4)	0.782	0.435
条目 10	2.78 ± 0.97	3	65(60.7)	3.84 ± 1.26	2	89(81.7)	-7.019	<0.001
条目 11	1.68 ± 0.56	15	5(4.7)	1.64 ± 0.52	16	2(1.8)	0.546	0.586
条目 12	2.64 ± 0.98	6	57(53.3)	3.29 ± 1.42	3	72(66.1)	-3.904	<0.001
条目 13	2.48 ± 0.89	7	45(42.1)	3.07 ± 0.97	6	77(70.6)	-4.702	<0.001
条目 14	2.10 ± 0.97	9	26(24.3)	2.51 ± 1.16	9	43(39.4)	-2.826	0.005
条目 15	1.61 ± 0.83	16	11(10.3)	1.94 ± 1.00	14	21(19.3)	-2.615	0.010
条目 16	2.10 ± 0.89	10	24(22.4)	2.35 ± 1.01	10	40(36.7)	-1.896	0.059
总分	37.20 ± 7.69	-	-	43.28 ± 7.17	-	-	-6.018	<0.001

注: - 表示无此项。

3 讨 论

3.1 部分高职护生对精神疾病的态度具有明显歧视

倾向 本研究对 MICA-MS 问卷评分结果分析发现,无幻听干扰组即未经 HVTAD 的护生对精神疾病的

态度具有明显歧视倾向,与国内外多项研究结果相似^[9-11]。该组护生具体歧视态度主要体现在被动接受相关知识(条目 1、6)、与患者的沟通(条目 10、13)、自身病耻感(条目 7)、与患者相处的安全性(条目 5、12) 4 个方面。分析其原因为高职护生对精神疾病相关知识及精神障碍患者的了解主要来源于社会公众、媒体报道或周围人的口述相传等,具有一定的片面性和误导性,很少有护生愿意主动查阅关于精神疾病和患者的客观报道和相关文献。本研究结果显示,无幻听干扰组护生接受精神疾病相关知识多为被动的,高达 57.8%(条目 1 得分大于 3 分)的护生是因为课堂上或考试中有涉及精神障碍的内容才学习精神病学知识的,而课后不会再进行额外的相关阅读;有 89.9%(条目 6 得分大于 3 分)的护生片面地认为精神科医生、护士比患者的照顾者(家人或朋友)更了解患者的生活,忽略了家庭和社会的重要性,不能完全认识到陪伴、理解和回归社会才是治疗精神障碍、促使其康复的重要组成部分。由于社会对精神疾病及这类患者群体的偏见和部分媒体的不当报道与渲染,使超过 50%的护生在潜意识中觉得这类患者“危险”“另类”“不正常”“难以沟通交流”,因此不愿与之接触,遇到他们会敬而远之(条目 5、10、12、13)。有 63.3%(条目 7 得分大于 3 分)的护生认为,一旦自身患有精神障碍,绝不会向周围的人,尤其是同学、朋友透露或承认,担心会获得“另眼相看”的待遇。有研究表明,若在护生进入实习或参加工作前不加以改善和纠正对精神疾病和精神障碍患者的歧视态度,将来很可能对其接诊或护理服务的此类患者产生不利和深远的影响^[12-13]。

3.2 HVTAD 教学策略可有效改善高职护生对精神疾病的态度 HVTAD 是使受试者更直观、理性地认知精神疾病常见的幻听症状及体验精神障碍患者感受的一种方法与策略^[14],巧妙地受试者创设了相应的情境,使其身处其中体验精神障碍患者幻听的症状,并带着症状生活和工作。有学者指出,HVTAD 可改善受试者对精神疾病的认知、态度和同理心^[15-17]。本研究结果显示,幻听干扰组护生通过 HVTAD 体验后,其对精神疾病患者更加理解、同情,歧视程度显著减轻。MICA-MS 问卷总分明显低于无幻听干扰组,1、2、5、6、7、10、12、13、14、15、16 等多数条目评分均明显优于无幻听干扰组。尽管该组护生也是因课堂上或考试中有涉及精神障碍的内容才学习精神病学知识的,但通过 HVTAD 体验后,大多数护生觉得课后应加强相关方面的学习与了解,仅

35.5%(条目 1 得分大于 3 分)的护生还认为课后不会再进行额外的相关阅读,这相对于无幻听干扰组护生是明显改善的。HVTAD 体验对改善护生对精神疾病的病耻感是有帮助的,幻听干扰组护生通过 HVTAD 体验后能更加深刻地认识到精神疾病与躯体疾病一样,均为患者的非健康状态,完全可以康复、治愈,并能获得良好的生活质量(条目 2 得分大于 3 分者仅占 19.6%),没有必要向外人隐瞒自身病情,即使自身患有精神相关疾病,只要相信精神科医生和护士,经正规治疗和积极融入社会,恢复到健康者状态是完全可能的(条目 7、8、14 得分大于 3 分者分别占 51.4%、20.6%、24.3%)。多数学生在 HVTAD 体验后真正体验到了精神疾病患者的日常生活和工作中的痛苦与艰难,感同身受下坚决认为不会再用“疯子”“有病”等词语称呼精神疾病患者,幻听干扰组护生同理心水平明显提高,差异有统计学意义($P < 0.05$)。精神疾病患者的安全性一直备受社会关注,尤其是在社会不良媒体的不实报道下,高职护生对精神疾病患者伤人事件存在恐惧和担忧,认为精神障碍患者大部分时候是危险的(无幻听干扰组护生条目 5 得分大于 3 分者占 72.5%),而 HVTAD 体验可有效改善护生对精神疾病患者的安全性认知(幻听干扰组护生条目 5、12 者得分大于 3 分者分别占 55.1%、53.3%),在亲身经历幻听感受后,幻听干扰组接近 50%的护生不再认为精神疾病患者是危险的,已愿意接近该类患者。

3.3 本研究的局限性与不足 尽管幻听干扰组护生对精神疾病的态度整体是乐观、积极的,但在被动接受相关知识方面也存在歧视倾向(条目 6 得分大于 3.0 分者占 76.6%)。分析其原因为幻听干扰组护生经 HVTAD 训练虽能较为真实地感受精神疾病患者的不易、痛苦与烦恼,激发其对精神障碍患者的同理心,进而影响其态度和价值观,但仍有部分护生认知形态是根深蒂固的,不是仅一次模拟训练就能发生本质性改变。由于本研究选取的护生在校时间有限,同时,缺乏临床实践过程,其尚未真正接触伴幻听症状的精神疾病患者,无法形成系统性概念。对此类护生往往需系统性的、循序渐进的理论学习和实践强化,且具有真实经历或体验才有可能发生本质性认知变化。同时,本研究样本来源略显单一,尽管本研究选取的护生生源地来自全国,包括江苏、内蒙古、山西、陕西、云南、广东、四川、贵州等十几个省份,其自小所接受的基础教育、家庭和社会环境存在差异,但无法完全体现不同学校或地区其他护生的情况,本研究的

外延性在一定程度上受到了限制。未来将扩大样本量,多中心研究进一步证实 HVTAD 训练的时效性和推广应用价值。

综上所述,HVTAD 可有效改善高职护生对精神疾病的歧视程度,增强同理心,为未来更好地从事精神疾病护理相关工作奠定了心理基础,值得进一步探索和推广应用。但 HVTAD 无法替代临床实践,护理教育者可通过将理论学习、模拟训练与临床实践相结合,帮助护生增强对精神疾病患者的同理心和改善其对精神疾病的态度,以期未来更好地提供专业服务。

志谢:向江苏省人民医院护理部林征教授、首都医科大学附属北京安定医院护理部程良副主任、南京脑科医院护理部张燕红主任、无锡市精神卫生中心李建华科护士长对本研究的帮助和指导表示诚挚的感谢!

参考文献

- [1] 江光荣,李丹阳,任志洪,等. 中国国民心理健康素养的现状与特点[J]. 心理学报,2021,53(2):182-198.
- [2] 赵蓓蓓,张巧玲,张家美,等. 标准化病人联合案例教学法在精神科护理课程中的实践研究[J]. 卫生职业教育,2019,37(24):107-109.
- [3] 夏利华,简平,任柳,等. 护理高职生共情能力现状调查分析[J]. 卫生职业教育,2021,39(8):98-100.
- [4] KASSAM A, GLOZIER N, LEESE M, et al. Development and responsiveness of a scale to measure clinicians' attitudes to people with mental illness (medical student version)[J]. Acta Psychiatr Scand,2010,122(2):153-161.
- [5] 潘胜茂,周英,罗晓君,等. 中文版临床医生对精神疾病态度量表(医学生版)的信效度分析[J]. 中国实用护理杂志,2013,29(33):4-8.
- [6] 耿笑微. 护理本科学生对精神障碍患者态度的调查分析[J]. 中华护理杂志,2015,50(10):1217-1221.
- [7] 谭诗亮,刘晓芬,张颖,等. 西南地区护理本科生对精神障碍患者歧视态度的调查分析[J]. 科教导刊,2018(17):186-188.
- [8] DEEGAN P E. Hearing distressing voices toolkit options [EB/OL]. 2019 [2024-02-14]. <https://www.patdeegan.com/hearing-voices>.

- [9] 揭金花,李丹. 福建省某高职院校医学生精神疾病的态度及影响因素调查[J]. 海峡预防医学杂志,2021,27(6):21-24.
- [10] 黄辛,蔡篮,檀倩影,等. 医学类高等职业院校心理委员对精神卫生知识知晓率及对精神疾病态度的调查[J]. 广西医学,2016,38(8):1123-1126.
- [11] INAN F Ş, GÜNÜŞEN N, DUMAN Z Ç, et al. The impact of mental health nursing module, clinical practice and an anti-stigma program on nursing students' attitudes toward mental illness: A quasi-experimental study [J]. J Prof Nurs,2019,35(3):201-208.
- [12] OEXLE N, WALDMANN T, STAIGER T, et al. Mental illness stigma and suicidality: The role of public and individual stigma[J]. Epidemiol Psychiatr Sci,2018,27(2):169-175.
- [13] 蔡文凤. 住院精神病患者污名化后果及社会工作介入策略研究[J]. 乐山师范学院学报,2017,32(7):129-134.
- [14] ORR F, KELLEHEAR K, ARMARI E, et al. The distress of voice-hearing: The use of simulation for awareness, understanding and communication skill development in undergraduate nursing education[J]. Nurse Educ Pract,2013,13(6):529-535.
- [15] SIDERAS S, MCKENZIE G, NOONE J, et al. Impact of a simulation on nursing students' attitudes toward schizophrenia [J]. Clin Simul Nurs,2015,11(2):134-141.
- [16] CHAFFIN A J, ADAMS C. Creating empathy through use of a hearing voices simulation[J]. Clin Simul Nurs,2013,9(8):e293-e304.
- [17] RICHES S, KHAN F, KWIEDER S, et al. Impact of an auditory hallucinations simulation on trainee and newly qualified clinical psychologists: A mixed-methods cross-sectional study [J]. Clin Psychol Psychother,2019,26(3):277-290.

(收稿日期:2024-03-28 修回日期:2024-08-27)