

# 亲子健康教育对住院青少年抑郁障碍患者心理康复的影响探究

杨 冲, 徐一诺

大理白族自治州第二人民医院精神科四病区, 云南 大理

收稿日期: 2025年11月27日; 录用日期: 2026年1月26日; 发布日期: 2026年2月2日

## 摘 要

目的: 研究亲子健康教育对住院青少年抑郁障碍患者心理康复的影响。方法: 选择2024年10月~2025年10月本院收治的住院青少年抑郁障碍患者78例, 随机数字表法分为研究组、对照组, 分析两组干预效果。结果: 干预后, 研究组HAMD-17评分、DSRSC评分低于对照组,  $P < 0.05$ ; 干预后, 研究组青少年心理韧性评分高于对照组,  $P < 0.05$ ; 干预后, 研究组FAD评分低于对照组,  $P < 0.05$ ; 干预后, 研究组生活质量评分高于对照组,  $P < 0.05$ 。结论: 亲子健康教育可有效改善住院青少年抑郁障碍患者的抑郁症状, 提升其心理韧性, 优化家庭功能, 并显著提高患者的生活质量。

## 关键词

亲子健康教育, 住院青少年, 抑郁障碍, 心理康复, 抑郁评分

# Exploring the Impact of Parent-Child Health Education on Psychological Rehabilitation in Inpatients with Adolescent Depression

Chong Yang, Yinuo Xu

Ward 4, Department of Psychiatry, The Second People's Hospital of Dali Bai Autonomous Prefecture, Dali Yunnan

Received: November 27, 2025; accepted: January 26, 2026; published: February 2, 2026

## Abstract

**Objective:** To investigate the effects of parent-child health education on psychological rehabilitation in hospitalized adolescents with depressive disorders. **Methods:** A total of 78 adolescents with

depressive disorders admitted to our hospital from October 2024 to October 2025 were randomly assigned to the study group and control group using a randomized number table method. Results: Post-intervention, the HAMD-17 score and DSRSC score in the study group were significantly lower than those in the control group ( $P < 0.05$ ). The study group also demonstrated higher psychological resilience scores ( $P < 0.05$ ), lower FAD scores ( $P < 0.05$ ), and improved quality of life scores ( $P < 0.05$ ) compared to the control group. Conclusion: Parent-child health education can effectively alleviate depressive symptoms, enhance psychological resilience, optimize family functioning, and significantly improve the quality of life in hospitalized adolescents with depressive disorders.

## Keywords

Parent-Child Health Education, Hospitalized Adolescents, Depressive Disorder, Psychological Rehabilitation, Depression Rating

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

## 1. 引言

青少年时期作为身心迅速发展的主要阶段,作为抑郁障碍的高发阶段。《中国国民心理健康发展报告》显示,国内 12~18 岁的青少年抑郁障碍检出概率为 15.5%,重度占比为 3.3%,同时呈现出逐年递增的发展趋势[1]。抑郁障碍会引起青少年出现心理症状,影响其学业与社交,严重会导致患者出现极端行为,危害个体和家庭。住院治疗作为对中重度抑郁障碍患者治疗的主要方式,目前临床处理多聚焦于药物治疗、个体心理疏导等有效性存在一定的局限[2]。亲子健康教育作为聚焦于家庭系统的护理方式,主要核心在于为患者、家属共同传递知识和方法,将亲子关系修复,构建起协同干预管理机制。近几年,诸多研究发现亲子干预对于青少年抑郁障碍患者干预效果有效,但是多聚焦于社区或是门诊患者,对于住院患者亲子健康教育的研究不足[3]。基于此,本文以住院青少年抑郁障碍患者作为研究对象,分析亲子健康教育方案运用的价值,如下。

## 2. 一般资料与方法

### 2.1. 一般资料

选择 2024 年 10 月~2025 年 10 月本院收治的住院青少年抑郁障碍患者 78 例,随机数字表法分为研究组、对照组。研究组纳入 39 例,其中男性 17 例、女性 22 例,年龄 12~17 岁,平均 $(15.38 \pm 2.41)$ 岁,病程 6~28 个月,平均 $(16.92 \pm 5.68)$ 个月。对照组纳入 39 例,其中男性 18 例、女性 21 例,年龄 12~17 岁,平均 $(15.46 \pm 2.33)$ 岁,病程 6~28 个月,平均 $(16.74 \pm 5.77)$ 个月,一般资料( $P > 0.05$ )。

纳入标准:符合《国际疾病分类(ICD-11)》抑郁障碍诊断标准;年龄 12~18 周岁;患者及监护人知情同意并签署知情同意书。

排除标准:合并其他精神疾病;存在严重自杀风险或行为;伴有严重躯体疾病或脑器质性疾病。

### 2.2. 方法

#### 2.2.1. 对照组

常规护理:1) 基础药物干预:遵医嘱按时按量给予抗抑郁药(如舍曲林、氟西汀等),用药后观察患

者不良反应,记录并反馈给医师调整方案。2) 个体化心理疏导:由3年以上临床经验心理治疗师每周开展2次,每次30~45分钟,采用认知行为疗法(CBT),识别与矫正患者负面思维模式,辅助建立积极认知。3) 常规健康宣教:采用《抑郁障碍健康手册》,结合一对一讲解,内容含抑郁障碍病因、症状、治疗流程、用药注意事项、出院后自我管理,每周开展1次,每次20分钟。

### 2.2.2. 研究组

在对照组基础之上,联合亲子健康教育,具体如下:

#### 1、住院期间

(1) 知识普及:① 亲子共学课堂(每周进行两次,每次时间控制在60分钟),运用案例、视频以及手册教学方式,紧紧围绕着抑郁障碍相关知识内容,亲子关系和抑郁关联以及住院治疗和家庭支持配合的三个模块进行,每节课上设计出问答环节,护士为其答疑解惑。② 个性化认知纠偏(针对认知误区明显家庭),邀请心理治疗师对于存在极端认知的家长或是患者实施一对一的纠偏,运用康复数据以及情绪日记分别辅助患者、家长树立起正确的认知。

(2) 技能培训:① 亲子沟通技能培训(每周进行1次,每次时间控制在90分钟,包含实操),紧紧围绕着积极倾听、需求表达以及非暴力沟通进行教学,运用示范、模仿以及纠错的方式,对不同沟通模式开展一对一的指导和教育。② 心理调适技能培训(家长与患者专场,需要每周各1次),家长专场主要聚焦于情绪管理以及支持技巧,患者专场主要聚焦于自我情绪调节以及需求表达。

(3) 互动实践:① 亲子协作活动(每周进行2次、每次时间控制在40分钟,设计出低强度以及高互动性的活动,例如亲子手工、共同阅读以及合作完成“情绪卡片”,不需要强调必须开心,鼓励二者自然的互动,告知患者进行主导,提升其掌控感以及自信心。每周举办一次,每次时间为30分钟的家庭会议。需要护士进行主持,运用平等对话的基础原则,设定出固定的议题,积极引导双方可以轮流的发言,保障患者可以充分的表达主观情绪,家长不予以打断与评判,协商具有的需求构建起亲子信任的关系。

#### 2、出院后:

(1) 随访指导:出院之后一个月之内每周实施线上随访一次,1~3个月每2周进行1次,每次时间控制在30分钟,运用亲子共同参与、单独沟通联合的模式开展,共同沟通明确亲子沟通技能的实际落实情况,查看互动记录手册,单独沟通后分别询问家长、患者,有效避免顾虑以及发现隐藏的问题。出院之后1个月、3个月各实施一次线下复诊强化,每次时间控制在六十分钟。组织亲子复诊的工作坊,邀请同期出院的患者家庭参与其中,运用情景模拟的形式巩固技能,让恢复状态良好的家庭积极分享经验,共同讨论共性问题,护士和心理治疗师提供对应性方案。

(2) 资源支持:出院时为患者、家属发放《亲子沟通口袋手册》以及情绪追踪表等相关亲子康复支持包。和社区卫生服务中心以及学校心理辅导室一同协作,社区护士每个月上门随访一次,落实干预策略,学校心理咨询师需要同步获取患者的康复需求,降低对于成绩的关注度,针对性的支持同时保护患者隐私。对于康复波动较为显著的家庭,开启紧急干预的通道,医院心理治疗师需要及时介入其中对方案调整,避免病情出现恶化。

### 2.3. 观察指标及评价标准

(1) 抑郁症状评估:汉密尔顿抑郁量表(HAMD-17):总分0~52分,分越高抑郁越重, $\geq 24$ 分严重抑郁,17~23分中度抑郁,7~16分轻度抑郁。儿童抑郁障碍自评量表(DSRSC):18个项目,总分0~36分, $\geq 15$ 分提示有抑郁症状,分数越高抑郁越重。

(2) 心理韧性评估:采用青少年心理韧性量表,含三个维度:情绪控制(评估情绪调节和稳定性,0~5

分)、家庭支持(衡量家庭支持系统有效性, 0~5 分)、积极认知(反映积极思维和问题解决能力, 0~5 分), 总分 0~15 分, 分越高心理韧性越好。

(3) 家庭功能评估: 家庭功能评定量表(FAD): 总分 1~4 分, 分越低家庭功能越健康,  $\leq 2$  分表现为家庭功能良好,  $\geq 2.5$  分表有家庭功能障碍。

(4) 生活质量评估: 采用世界卫生组织生活质量简表(WHOQOL-BREF): 环境领域、社会功能、心理领域、生理领域, 各维度 0~20 分分越高该领域生活质量越好。

2.4. 数据处理

SPSS26.0 软件统计, 计数资料用(n/%)表示、行  $\chi^2$  检验, 计量资料用均数 $\pm$ 标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示、经 Shapiro-Wilk 检验, 符合正态分布行 t 检验。P < 0.05 有统计学意义。

3. 结果

3.1. 两组患者抑郁评分

干预后, 研究组 HAMD-17 评分、DSRSC 评分低于对照组, P < 0.05, 见表 1。

Table 1. Comparison of depression scores between the two groups ( $\bar{x} \pm s$ , points)

表 1. 两组患者抑郁评分比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	HAMD-17 评分		DSRSC 评分	
	干预前	干预后	干预前	干预后
研究组(n = 39)	26.45 $\pm$ 4.22	12.35 $\pm$ 2.84	28.15 $\pm$ 4.36	15.42 $\pm$ 3.16
对照组(n = 39)	26.71 $\pm$ 4.08	16.82 $\pm$ 3.05	27.86 $\pm$ 4.51	19.75 $\pm$ 3.54
t	0.277	6.698	0.289	5.699
P	0.783	0.000	0.774	0.000

3.2. 两组青少年心理韧性评分

干预后, 研究组青少年心理韧性评分高于对照组, P < 0.05, 见表 2。

Table 2. Comparison of psychological resilience scores between the two groups ( $\bar{x} \pm s$ , points)

表 2. 两组青少年心理韧性评分比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	情绪控制		家庭支持		积极认知	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
研究组(n = 39)	1.18 $\pm$ 1.05	4.58 $\pm$ 0.28	1.38 $\pm$ 0.52	3.85 $\pm$ 0.61	2.06 $\pm$ 0.41	4.29 $\pm$ 0.25
对照组(n = 39)	1.15 $\pm$ 1.04	3.08 $\pm$ 0.62	1.35 $\pm$ 0.53	2.48 $\pm$ 1.08	2.04 $\pm$ 0.35	3.51 $\pm$ 0.36
t	0.127	13.770	0.252	6.898	0.232	11.114
P	0.899	0.000	0.801	0.000	0.817	0.000

3.3. 两组家庭功能评分

干预后, 研究组 FAD 评分低于对照组, P < 0.05, 见表 3。

**Table 3.** Comparison of family function scores between the two groups ( $\bar{x} \pm s$ , points)  
**表 3.** 两组家庭功能评分比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	FAD 评分	
	干预前	干预后
研究组(n = 39)	2.46 ± 0.48	1.98 ± 0.41
对照组(n = 39)	2.43 ± 0.45	2.47 ± 0.52
t	0.285	4.621
P	0.777	0.000

3.4. 两组生活质量评分

干预后, 研究组生活质量评分高于对照组,  $P < 0.05$ , 见表 4。

**Table 4.** Comparison of quality of life scores between the two groups ( $\bar{x} \pm s$ , points)  
**表 4.** 两组患者生活质量评分比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	环境		社会功能		心理		生理	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
研究组(n = 39)	9.55 ± 2.79	13.65 ± 1.79	14.58 ± 2.68	17.08 ± 2.79	13.46 ± 1.72	20.08 ± 1.92	15.35 ± 2.49	19.48 ± 0.15
对照组(n = 39)	9.76 ± 2.58	11.49 ± 1.12	14.42 ± 2.61	15.31 ± 1.42	13.21 ± 1.54	16.28 ± 2.45	15.68 ± 2.58	17.72 ± 2.21
t	0.345	6.388	0.267	3.531	0.676	7.624	0.575	4.962
P	0.731	0.000	0.790	0.001	0.501	0.000	0.567	0.000

4. 讨论

临床研究指出, 青少年抑郁和家庭环境存在密切的关联, 亲子关系不良作为主要的致病因素, 占比 70%以上的患者存在亲子互动问题, 传统的住院护理模式忽略了患者家属的核心作用[4]。而且住院期间亲子互动模式容易被恶化, 有部分家长的认知程度不足, 导致患者负担加重, 影响其康复。家庭系统理论认为, 家庭作为相互作用的一个动态系统, 个体心理问题和家庭沟通和互动之间存在密切的关联。青少年抑郁患者有沟通不畅以及家庭支持不足等相关问题。而心理韧性模型指出, 心理韧性的提升主要依赖于个体内部资源和外部支持系统之间的协同作用。而以家庭为中心的亲子健康教育方式对于改善青少年抑郁障碍患者的心理状态具有积极的作用和影响。此种模式关注于构建亲子之间的有效沟通桥梁, 促使双方可以理解与共鸣, 促使家长可以给子女提供更为适宜的情感支持, 一同辅助青少年充分掌握应对心理压力和负性情绪的策略。本研究结果与蒙永彩等[5]研究结论高度契合, 针对住院青少年抑郁患者的研究显示, 干预后患者 HAMD 评分较对照组降低约 8 分, 与本研究组 HAMD-17 评分较对照组降低 4.47 分的结果趋势一致, 差异源于干预周期(本研究随访 3 个月, 其研究随访 1 个月)与技能培训细化程度不同。此研究结果显示, 干预后, 研究组 HAMD-17 评分、DSRSC 评分低于对照组( $P < 0.05$ ), 分析原因为亲子健康教育通过认知纠偏、情绪疏导、亲子支持缓解抑郁症状, 包括知识普及减少负性认知、技能培训增强情绪管理能力、随访干预避免症状反弹[6]; 干预后, 研究组青少年心理韧性评分高于对照组( $P < 0.05$ ), 分析原因为亲子健康教育通过能力培养、信心建立、支持保障构建心理资源, 如沟通技能培训助患者表达需求、自我情绪调节培训让患者应对负性事件、住院活动使患者获得成就感、家庭会议助患者建立自我认同、出院后强化患者信心, 且家长提供支持、打造多维支持网络, 减少患者无助感[7];

干预后, 研究组 FAD 评分低于对照组( $P < 0.05$ ), 分析原因为亲子健康教育通过修复沟通、重建信任、优化互动改善家庭功能, 如沟通技能培训改善沟通模式、互动实践与会议重建信任联结、家庭支持包与社区协同维持功能稳定; 干预后, 研究组生活质量评分高于对照组( $P < 0.05$ ), 分析原因为亲子健康教育通过症状缓解、心理改善、家庭与社会功能修复提升患者生活体验[8]。但此次研究仅纳入单中心 78 例患者, 样本量小, 研究对象来自大理白族自治州, 地域文化、经济水平特殊, 可能影响结论外推性。未来需开展多中心、大样本研究, 纳入不同地域、民族、经济水平家庭验证结果普适性。

综上, 亲子健康教育可改善住院青少年抑郁障碍患者抑郁症状, 提升心理韧性, 优化家庭功能, 提高生活质量。

## 参考文献

- [1] 柴小龙, 王薇舒, 刘文杰, 等. 童趣化游戏在儿童青少年抑郁障碍患者健康教育中的应用[J]. 国际精神病学杂志, 2025, 52(5): 1640-1643+1660.
- [2] 刘先环, 周玉华, 蒋芸. 青少年抑郁障碍患者的抑郁情绪与家庭环境、认知倾向之间的关系研究[J]. 医学理论与实践, 2025, 38(16): 2857-2859+2872.
- [3] 黄梦曦, 闫妍, 陶一之, 等. 家庭环境、父母教养方式和负面生活事件与青少年抑郁的相关性分析[J]. 心理月刊, 2025, 20(10): 7-10.
- [4] 苗懿, 董强利. 青少年抑郁障碍与青少年及其父母手机使用关系的研究进展[J]. 新医学, 2025, 56(1): 88-94.
- [5] 蒙永彩, 许春杏, 闭雯雯. 亲子健康教育对住院青少年抑郁障碍患者心理康复的影响[J]. 心理月刊, 2024, 19(22): 117-119.
- [6] 邱国成. 青少年抑郁障碍的认知行为疗法预防端口前移探索[J]. 玉溪师范学院学报, 2024, 40(1): 123-132.
- [7] 范喜英, 朱晓茜, 黄淑津. 亲子健康教育对住院青少年抑郁障碍患者心理康复的影响[J]. 内科, 2023, 18(5): 493-496.
- [8] 欧阳伟, 陈秋萍, 文利琴. 循证心理治疗辅助治疗青少年抑郁障碍的临床研究[J]. 现代诊断与治疗, 2022, 33(15): 2322-2324.