青少年情绪障碍患者家庭复原力现状及影响因素分析

沈君¹, 蒋颖¹, 周爽², 杜苗¹

摘要:目的 了解青少年情绪障碍患者家庭复原力现状及影响因素,为制订针对性干预措施提供参考。方法 采用便利抽样法,选取 348 例青少年情绪障碍患者作为调查对象。采用一般资料调查表、中文版家庭复原力评估量表、贬低-歧视感知量表、家庭关怀度指数问卷、社会支持评定量表、青少年亲子沟通量表进行调查。结果 患者家庭复原力得分(85.83±18.54)分。多元线性回归分析显示,疾病困扰、贬低-歧视感知、家庭关怀度、亲子沟通(与父亲)、社会支持是青少年情绪障碍患者家庭复原力的影响因素(均 $P < 0.05$),共解释家庭复原力总变异的 57.0%。结论 青少年情绪障碍患者家庭复原力水平有待进一步提高,建议医护人员及时关注有疾病相关困扰、情绪障碍病耻感水平高、家庭关怀度水平低、与父亲亲子沟通不畅、社会支持水平低的青少年患者的家庭复原力,实施针对性的评估与干预,以提高其家庭复原力水平,促进患者康复。

关键词:青少年; 情绪障碍; 家庭复原力; 病耻感; 家庭功能; 亲子沟通; 社会支持; 心理护理

中图分类号:R473.2;R395.5 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2025.15.077

Current status and influencing factors of family resilience in adolescents with emotional disorders

Shen Jun, Jiang Ying, Zhou Shuang, Du Miao. School of Nursing and Health Management, Shanghai University of Medicine & Health Sciences, Shanghai 201318, China

Abstract: **Objective** To understand the current status of family resilience in adolescents with emotional disorders and analyze its influencing factors, and to provide a reference for developing targeted interventions. **Methods** A convenience sample of 348 adolescent patients with emotional disorders was selected. Data were collected using a general information questionnaire, the Chinese version of the Family Resilience Assessment Scale, the Perceived Devaluation-Discrimination Scale, the Family APGAR (Adaptation, Partnership, Growth, Affection, Resolve) Questionnaire, the Social Support Rating Scale, and the Parent-Adolescent Communication Scale. **Results** The total score of family resilience was (85.83±18.54) points. Multiple linear regression analysis showed that disease-related distress, perceived devaluation-discrimination, family concern index, parent-child communication (with father), and social support were influencing factors of family resilience in adolescents with emotional disorders (all $P < 0.05$), explaining 57.0% of the total variance in family resilience. **Conclusion** The level of family resilience in adolescents with emotional disorders needs further improvement. Healthcare providers should timely focus on adolescents with high disease-related distress, high-level stigma, low-level family function, poor communication with fathers, and low-level social support, conducting targeted assessments and interventions to improve family resilience and promote patient recovery.

Keywords: adolescents; emotional disorders; family resilience; stigma; family function; parent-child communication; social support; psychological nursing

情绪障碍是一组以焦虑、恐怖、抑郁、强迫等负性情绪为主要临床表现的精神疾病^[1],约占全球青少年精神疾病的 40%,目前已成为青少年群体中最常见的精神心理疾病^[2-3]。情绪障碍不仅影响青少年的生理与心理状态,还会增加其长期不良后果的风险,包括学业困难、社交问题,自伤甚至自杀行为,以及成年后更易出现精神心理健康等问题^[4-5]。家庭复原力是指家庭作为一个整体在面对逆境时积极适应、复原和实现良好发展的能力^[6]。研究表明,家庭复原力可以减少慢性病对青少年行为的不良影响,降低青少年内

化症状的风险^[7],有利于促进患者康复,并增强其家庭功能^[8]。另有研究表明,家庭复原力与社会支持^[9]、家庭沟通^[10]密切相关。然而,与生理性疾病相比,精神疾病的污名化可能导致患者及家庭更倾向于隐瞒病情,减少社交活动,从而限制其获取外部资源的能力^[11]。目前国内尚未有从青少年情绪障碍患者的视角出发探讨其家庭复原力现状的相关研究。鉴于中国家庭多以孩子为中心生活,个体更倾向于追求家庭内部的互相依赖,本研究探讨青少年情绪障碍患者家庭复原力现状及影响因素,以为医护人员开展针对性干预提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象 采用便利抽样法,选取 2023 年 12 月至 2024 年 9 月在上海市精神卫生中心儿童青少年精神科门诊复诊及病情稳定待出院的青少年情绪障碍患者为研究对象。纳入标准:①符合 ICD-10 中童年情

作者单位:1. 上海健康医学院护理与健康管理学院(上海, 201318);2. 上海交通大学医学院附属精神卫生中心护理二科
通信作者:蒋颖,jiangy@sumhs.edu.cn
沈君:女,硕士在读,实验师,shenj_15@sumhs.edu.cn
科研项目:上海高校教师产学研践习计划(A3-0200-24-311008-10)
收稿:2025-03-05;修回:2025-05-14

绪障碍或通常起病于童年和少年期的行为与情绪障碍的诊断标准;②年龄 12~18 岁;③受教育年限 ≥ 6 年;④病情稳定,神志清楚,能独立回答问卷。排除标准:①智力发育障碍;②合并其他精神障碍;③严重躯体疾病。本研究自变量 16 个,样本量取自变量的 10 倍,同时考虑 20% 的无效问卷,则样本量至少为 200,最终有效调查 348 例青少年患者。本研究已获得上海健康医学院科研伦理委员会批准(2023-WX-310109198408014564)。患者及监护人均知情同意,自愿参与本研究。

1.2 调查工具

1.2.1 一般资料调查表 研究者通过文献回顾与咨询儿科精神科护理专家编制而成,包括年龄、性别、学习阶段、是否独生子女、医疗费用支付方式、家庭人均月收入、居住地、家庭类型、病程(从疾病首次确诊之日起至填写问卷的时间)、当前是否存在疾病相关困扰、是否参与家庭治疗、有无自伤行为。

1.2.2 中文版家庭复原力评估量表(Family Resilience Assessment Scale-Chinese Version, FRAS-C)

由 Sixbey^[12] 开发编制,由 Li 等^[13] 汉化。包含家庭沟通与问题解决(23 个条目)、利用社会资源(3 个条目)、保持积极态度(6 个条目)3 个维度共 32 个条目。量表采用 4 级评分法,从“非常不同意”到“非常同意”依次计 1~4 分,总分 32~128 分。得分越高,表示患者家庭复原力越强。本研究中该量表的 Cronbach's α 系数为 0.969。

1.2.3 贬低-歧视感知(Perceived Devaluation-Discrimination, PDD)量表

来源于由 Link^[14] 编制的病耻感量表中的 1 个维度,该维度可单独使用,用于评估患者感知的病耻感水平。由徐晖^[15] 汉化,共计 12 个条目。条目采用 4 级评分法,从“非常不同意”至“非常同意”依次计 1~4 分,其中条目 1~4、8、10 反向计分,总分 12~48 分。总分 ≥ 30 分为存在病耻感,且分值越高,表明其病耻感越严重。本研究中该量表的 Cronbach's α 系数为 0.897。

1.2.4 家庭关怀度指数问卷[Family APGAR (Adaptation, Partnership, Growth, Affection, Resolve) Questionnaire]

由 Smilkstein^[16] 开发编制,吕繁等^[17] 汉化,用于调查患者对于家庭功能的主观满意度。该问卷共有 5 个问题,对应适应度,合作度、成长度、情感度和亲密度 5 个方面。按照“经常这样、有时这样和几乎很少”,分别计 2 分、1 分和 0 分。总分为 0~10 分,得分越高,表示家庭功能越好。本研究中该量表的 Cronbach's α 系数为 0.899。

1.2.5 社会支持评定量表(Social Support Rating Scale, SSRS)

由肖水源^[18] 编制,杜琼^[19] 在此基础上根据青少年的实际情况改编,包括主观支持(4 个条目)、客观支持(3 个条目)和对支持的利用度(3 个条目)3 个维度共 10 个条目。总分 12~66 分,得分越

高,表示患者社会支持越好。本研究中该量表的 Cronbach's α 系数为 0.808。

1.2.6 青少年亲子沟通量表(Parent-Adolescent Communication Scale, PACS)

由 Barnes 等^[20] 编制,安伯欣^[21] 汉化,包括开放式沟通(10 个条目)与问题式沟通(10 个条目)2 个维度共 20 个条目。按照“非常不同意”至“非常同意”依次计 1~5 分,其中问题式沟通维度的条目反向计分,总分 20~100 分,得分越高,表示亲子沟通情况越好。本研究使用该量表分别测量青少年与其父亲和母亲的亲子沟通情况,父亲版和母亲版亲子沟通量表 Cronbach's α 系数分别为 0.758、0.766。

1.3 资料收集与质量控制方法 在正式调查前,选取 20 例符合纳入标准的青少年情绪障碍患者家庭进行预调查,验证调查方案的可行性,并形成正式调查问卷;对参与调查的精神科护士和护理研究生各 1 名进行统一培训。调查时,调查者向符合标准的患者及其监护人使用统一性指导语说明研究目的、意义、填写方法等;当场向患者发放问卷,对于不理解内容者,调查者采用一致性语言进行指导和解释,不提供暗示性信息。问卷填写完毕,由调查人员即刻收回。正式调查共发放问卷 368 份,剔除缺失值 $\geq 10\%$ 及回答模式化的 20 份无效问卷,回收有效问卷 348 份,有效回收率为 94.57%。

1.4 统计学方法 采用 SPSS25.0 软件进行统计分析。服从正态分布的连续性变量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用独立样本 t 检验或单因素方差分析;不服从正态分布的连续性变量资料以 $M(P_{25}, P_{75})$ 表示。变量间的相关性采用 Pearson 相关性分析,多因素分析采用多元线性逐步回归分析。检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 青少年情绪障碍患者一般资料 共纳入 348 例,男 97 例,女 251 例;独生子女 174 例。年龄 12~18(14.70 ± 1.74)岁。学习阶段:初中及以下 238 例,高中或中职 110 例;曾有自伤行为 230 例。病程: < 1 年 219 例,1~ < 2 年 68 例,2~ < 3 年 24 例, ≥ 3 年 37 例。

2.2 患者家庭复原力、贬低-歧视感知、社会支持、亲子沟通及家庭关怀度得分 见表 1。

2.3 不同特征患者家庭复原力总分的单因素分析 不同性别、年龄、病程、是否独生子女、学习阶段、有无自伤行为的患者,其家庭复原力得分比较,差异无统计学意义(均 $P > 0.05$);差异有统计学意义的项目,见表 2。

2.4 患者家庭复原力得分与贬低-歧视感知、家庭关怀度、亲子沟通、社会支持得分的相关性分析 家庭复原力得分与贬低-歧视感知得分呈负相关($r =$

-0.325, $P < 0.001$); 与家庭关怀度、亲子沟通(与父亲)、亲子沟通(与母亲)、社会支持得分呈正相关($r = 0.684, 0.633, 0.603, 0.527$, 均 $P < 0.001$)。

表 1 患者家庭复原力、贬低-歧视感知、社会支持、亲子沟通及家庭关怀度得分($n = 348$)

分, $\bar{x} \pm s / M(P_{25}, P_{75})$

项目	总分	条目均分
家庭复原力	85.83±18.54	2.68±0.58
家庭沟通与问题解决	61.32±13.82	2.67±0.60
利用社会资源	7.65±2.00	2.55±0.67
保持积极态度	16.86±3.87	2.81±0.65
贬低-歧视感知	29.35±6.82	2.45±0.57
社会支持	31.86±7.78	3.19±0.78
主观支持	16.64±4.13	4.16±1.03
客观支持	8.64±3.07	2.88±1.02
对支持的利用度	6.59±2.17	2.20±0.72
亲子沟通(与父亲)	57.32±17.02	2.87±0.85
开放式沟通	28.70±10.53	2.87±1.05
问题式沟通	28.68±8.72	2.87±0.87
亲子沟通(与母亲)	59.95±16.69	3.00±0.83
开放式沟通	30.92±10.21	3.09±1.02
问题式沟通	29.03±8.63	2.90±0.86
家庭关怀度	5.00(2.25, 8.00)	1.00(0.45, 1.60)

表 2 不同特征患者家庭复原力的单因素分析

项目	例数	得分 (分, $\bar{x} \pm s$)	t/F	P
家庭居住地			3.330	0.037
城市	204	87.12±18.47		
城镇	84	86.68±18.18		
农村	60	80.27±18.55		
家庭人均月收入 (元)			6.996	<0.001
≤3 000	40	76.78±18.88		
3 001~5 000	80	81.61±14.71		
5 001~10 000	110	88.91±19.82		
>10 000	118	88.90±18.15		
家庭类型			3.086	0.027
核心家庭	183	88.02±17.68		
主干或联合家庭	100	84.51±18.81		
单亲家庭	32	85.63±21.95		
重组家庭	33	77.91±17.04		
医疗支付方式			-2.407	0.017
自费	116	82.47±17.33		
医保或其他保险	232	87.51±18.93		
疾病困扰			7.993	<0.001
无	53	103.08±17.23		
有	295	82.74±17.02		
家庭治疗			-3.270	0.001
无	253	83.87±17.40		
有	95	91.06±20.47		

2.5 患者家庭复原力影响因素的多元线性回归分析

以患者家庭复原力总分为因变量,将单因素分析和相关性分析中有统计学意义的 11 个变量作为自变量,进行多元逐步回归分析($\alpha_{\text{入}} = 0.05, \alpha_{\text{出}} = 0.10$)。结果显示,家庭关怀度(原值输入)、社会支持(原值输

入)、亲子沟通(与父亲)(原值输入)、疾病困扰(无=0,有=1)、贬低-歧视感知(原值输入)是青少年情绪障碍患者家庭复原力的影响因素,可解释总变异的 57.0%,见表 3。共线性诊断显示:残差服从正态分布,方差膨胀因子模型 VIF 为 1.182~2.103,自变量之间不存在多重共线性。

表 3 患者家庭复原力影响因素的多元线性回归分析($n = 348$)

变量	β	SE	β'	t	P
常量	58.535	5.626		10.405	<0.001
家庭关怀度	1.962	0.276	0.345	7.112	<0.001
社会支持	0.510	0.104	0.214	4.902	<0.001
亲子沟通(与父亲)	0.243	0.056	0.223	4.380	<0.001
疾病困扰	-5.839	1.979	-0.113	-2.951	0.003
贬低-歧视感知	-0.279	0.104	-0.103	-2.687	0.008

注: $R^2 = 0.576$,调整 $R^2 = 0.570$; $F = 93.092, P < 0.001$ 。

3 讨论

3.1 青少年情绪障碍患者家庭复原力处于中等偏上水平

本研究显示,青少年情绪障碍患者家庭复原力总分为(85.83±18.54)分,条目均分为(2.68±0.58)分,高于条目得分中间值 2 分,表明家庭复原力处于中等偏上水平,但低于国内对矮小症儿童父母^[22]、慢性肾脏病患者照顾者^[23]的研究结果。这种差异可能源于情绪障碍直接影响患者的心理状态和认知过程,导致患者对家庭环境和支持的感知更为负面;相较于生理性疾病,情绪障碍可能会干扰患者的社交、学习和人际交往能力,导致家庭成员之间的情感疏离和理解障碍,从而影响整体的家庭功能和适应能力^[24]。在家庭复原力的 3 个维度中,保持积极态度维度得分最高,其次为家庭沟通与问题解决,利用社会资源维度得分最低,与既往研究结果^[25]一致,但在青少年情绪障碍患者中表现更为显著。保持积极态度方面得分最高,可能与青少年患病后,家庭互动模式发生积极变化有关。家长可能通过反思和调整教养方式,增强对患者的情感支持、尊重与理解,使患者对治疗以及未来生活感觉更加乐观。利用社会资源得分较低可能反映了精神心理疾病相关的社会污名化效应,这不仅限制患者及其家庭获取外部支持的能力,还可能导致自我污名化,进而影响家庭寻求和利用社会资源的主动性^[10]。同时,作为被照顾对象,患者往往更依赖父母来管理和应对疾病,这种依赖可能限制他们直接获取和利用社会资源的机会和能力。提示医护人员应对情绪障碍患者及其照顾者加强疾病知识的普及、增强其资源获取能力、改善家庭沟通技巧,并注重对青少年的赋能和自我管理能力的培养,建立多学科协作的支持网络,提高家庭复原力水平,以促进患者康复。

3.2 青少年情绪障碍患者家庭复原力的影响因素分析

3.2.1 有疾病困扰的患者家庭复原力水平更低

本研究结果显示,与无疾病困扰的患者相比,自觉有疾

病困扰(如经常想哭泣、感到疾病在进展、睡眠困难、拒绝上学、与他人交流交往困难等)的患者家庭复原力水平更低($P < 0.05$)。与 Wei 等^[26]的研究结果一致,即疾病严重程度与家庭复原力呈负相关。较高水平的症状负担可能会导致患者自我管理困难,增加其心理负担,降低其应对疾病的自我效能感,从而导致其对家庭复原力的感知较低^[27]。此外,患者的症状困扰也可能加重照顾者的照顾负担和心理压力,改变家庭角色和互动模式,进而影响家庭整体功能。因此,对于有明显躯体症状或社会功能受损的患者,医护人员应加强对患者和家庭成员的心理疏导,帮助他们正确认识 and 接纳疾病;教授患者必要的症状管理和社交技能,提高他们应对疾病的能力。

3.2.2 情绪障碍病耻感越强的患者家庭复原力水平越低 本研究结果显示,贬低-歧视感知得分可负向预测患者的家庭复原力水平($P < 0.05$),与 Liu 等^[28]的研究结果一致。青少年感知到的贬低和歧视会加重其自我污名化,导致心理健康状况不佳、社会排斥感增加,进而可能引发不寻求帮助、羞耻感以及对困难或药物使用保密等行为^[29]。这种持续的压迫感不仅影响家庭的功能性,更削弱了家庭的整体适应能力和复原力。同伴之间的倾听、倾诉可以创设一个相对安全、可接受的心理环境,共同的疾病和遭遇可能会产生更多的共鸣、尊重、支持与互助,从而减轻患者的负面情绪并正视疾病^[30]。因此,医护人员可以为患者及其家庭成员提供同伴支持会议和活动,以提高家庭应对疾病及其病耻感的能力。同时,应加强学校心理教育培训,提高教师、家长、学生对情绪障碍的理解,促进患者回归校园。在社区层面开展去污名化教育,减少公众对精神心理疾病的误解和偏见,从而创造一个更包容的社会环境,降低患者的病耻感,以更积极的方式来应对疾病的挑战。

3.2.3 家庭关怀度越好的患者家庭复原力水平越高 家庭关怀度是衡量家庭功能的重要指标。本研究结果显示,家庭关怀度可正向预测患者家庭复原力水平($P < 0.05$)。家庭是青少年成长的重要支持系统,尤其当青少年面临逆境时,家庭支持、良好的家庭关系将有助于青少年心理健康的发展^[31]。情绪障碍的青少年更易发生自卑、孤独感更强、遇事更敏感、排斥人际交往,而家人的陪伴、情感支持,理解他们的困难,帮助青少年寻求专业帮助,可以减轻患者的负面情绪,增强其面对困难的勇气,提升他们应对压力的能力,进而促进整个家庭系统功能的发挥。因此,建议开展家庭评估,帮助家庭成员识别并改变无效的解决问题模式,增进对患者需求的理解;并使家庭成员能以积极乐观的视角重新审视和应对压力事件,发掘家庭内在优势和资源,以促进家庭的积极适应。

3.2.4 亲子沟通(与父亲)质量越好的患者家庭复原力水平越高 本研究结果显示,患者与父亲的亲子沟

通可正向预测患者的家庭复原力水平($P < 0.05$)。在 Walsh 的家庭复原力框架中,家庭成员之间清晰一致的信息交流,促进开放的情感表达,并鼓励协作性问题解决的沟通方式有助于家庭成员在面临压力和逆境时能够有效地应对挑战,增强家庭的适应力和复原力^[6]。以往研究证实,家庭沟通质量是家庭复原力的保护因素^[32],而家庭沟通不良是青少年情绪问题的潜在风险因素^[33]。本研究的结果强调父亲角色在家庭沟通中的关键作用。在中国文化背景下,相比于母亲,父亲常被视为家庭的权威,其沟通方式可能更为直接,情感表达较少,这种沟通风格可能不易被情绪敏感的青少年接受。此外,“男主外”的传统家庭分工模式,使孩子与父亲的沟通机会相对较少。因此,建议临床实践中特别关注改善患者与父亲的亲子沟通质量。可考虑开展家庭沟通训练项目,同时提高父亲的情感表达能力和青少年的沟通适应能力;家庭治疗中可以引入专门的父子互动环节,创造更多积极的沟通机会。

3.2.5 社会支持越好的患者家庭复原力水平越高 本研究结果显示,社会支持可正向预测患者家庭复原力水平($P < 0.05$)。本研究结果符合 Walsh 的家庭复原力理论,即社会支持是增强家庭复原力的有利外部资源。社会支持是照护者、医护人员和其他社交网络提供的情感、信息和物质资源支持的结合,能够增强患者的正性情感体验,提高患者积极应对疾病、人际关系和其他类型压力源的能力。建议医护人员充分评估患者的需求与获取社会资源的能力,为患者提供多元化的支持来源。同时,加强家庭-学校-社区-医院支持网络建设,如建立跨部门协作机制和开发综合性在线支持平台,促进社会各部门联动,共同助力青少年的心理康复与健康成长。

4 结论

本研究发现,青少年情绪障碍患者家庭复原力水平亟待提高,疾病困扰、贬低-歧视感知、家庭关怀度、亲子沟通(与父亲)、社会支持是其主要影响因素。临床医护人员在治疗过程中不仅要关注患者个体症状,还要重视其家庭系统以及社会支持的作用,通过针对性的评估与干预,提高情绪障碍患者家庭复原力水平。本研究仅选取一所医院的患者,样本代表性不足;本研究采用横断面设计,无法反映家庭复原力动态变化过程。因此,未来研究可采取多中心、大样本、纵向设计,结合定性方法,进一步探究更多影响患者家庭复原力的因素及变化特征,以提升患者治疗效果与生活质量。

参考文献:

- [1] 张劲松. 儿童情绪问题的早期识别与应对措施[J]. 中国儿童保健杂志, 2017, 25(3): 217-220.
- [2] 联合国儿童基金会. 《2021年世界儿童状况》执行摘要- 心之所想: 促进、保护和关爱儿童心理健康[EB/OL].

- (2021-10-01)[2024-10-01]. <https://www.unicef.cn/reports/sowc-2021-executive-summary>.
- [3] NHS Digital. Mental Health of Children and Young People in England, 2017[EB/OL]. (2018-11-22)[2024-10-02]. <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/mental-health-of-children-and-young-people-in-england/2017/2017>.
- [4] Copeland W E, Alaie I, Jonsson U, et al. Associations of childhood and adolescent depression with adult psychiatric and functional outcomes[J]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2021, 60(5):604-611.
- [5] Morales-Muñoz I, Mallikarjun P K, Chandan J S, et al. Impact of anxiety and depression across childhood and adolescence on adverse outcomes in young adulthood: a UK birth cohort study[J]. *Br J Psychiatry*, 2023, 222(5):212-220.
- [6] Walsh F. Applying a family resilience framework in training, practice, and research: mastering the art of the possible[J]. *Fam Process*, 2016, 55(4):616-632.
- [7] Ramos G, Ponting C, Bocanegra E, et al. Discrimination and internalizing symptoms in rural Latinx adolescents: the protective role of family resilience[J]. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 2022, 51(6):997-1010.
- [8] Fong V, Gardiner E, Iarocci G. Satisfaction with informal supports predicts resilience in families of children with autism spectrum disorder[J]. *Autism*, 2021, 25(2):452-463.
- [9] 吴燕红,董超群,岑伊妮妮,等.孤独症儿童家庭复原力现状及其影响因素的研究[J]. *军事护理*, 2022, 39(8):34-37.
- [10] Zhang Y, Hu Y, Yang M. The relationship between family communication and family resilience in Chinese parents of depressed adolescents: a serial multiple mediation of social support and psychological resilience[J]. *BMC Psychol*, 2024, 12(1):33-43.
- [11] Samari E, Teh W L, Roystonn K, et al. Perceived mental illness stigma among family and friends of young people with depression and its role in help-seeking: a qualitative inquiry[J]. *BMC Psychiatry*, 2022;107-119.
- [12] Sixbey M T. Development of the family resilience assessment scale to identify family resilience construct[D]. Gainesville: University of Florida, 2005.
- [13] Li Y, Zhao Y, Zhang J, et al. Psychometric properties of the shortened Chinese version of the Family Resilience Assessment Scale[J]. *J Child Fam Stud*, 2016, 25:2710-2717.
- [14] Link B G. Understanding labeling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection[J]. *Am Sociol Rev*, 1987, 52(1):96-112.
- [15] 徐晖.精神分裂症患者病耻感及其与服药依从性关系的研究[D].北京:北京协和医学院,2008.
- [16] Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians[J]. *J Fam Pract*, 1978;6(6):1231-1239.
- [17] 吕繁,顾媛.家庭 APGAR 问卷及其临床应用[J]. *国外医学(医院管理分册)*, 1995, 12(2):56-59.
- [18] 肖水源.《社会支持评定量表》的理论基础与研究应用[J]. *临床精神医学杂志*, 1994, 4(2):98-100.
- [19] 杜琼.农村留守初中生社会支持、生活满意度与心理健康的关系研究[D].扬州:扬州大学,2009.
- [20] Barnes H L, Olson D H. Parent-adolescent communication and the circumplex model[J]. *Child Development*, 1985, 56(2):438-447.
- [21] 安伯欣.父母教养方式、亲子沟通与青少年社会适应的关系研究[D].西安:陕西师范大学,2004.
- [22] 张淑静.家庭生态系统视角下矮小症儿童情绪行为问题影响因素分析[D].青岛:山东大学,2023.
- [23] 李葵南,刘婷,王欣,等.慢性肾脏病患儿家庭抗逆力现状及影响因素调查[J]. *护理学杂志*, 2021, 36(17):29-32.
- [24] Bertelsen T B, Himle J A, Håland Å T. Bidirectional relationship between family accommodation and youth anxiety during cognitive-behavioral treatment[J]. *Child Psychiatry Hum Dev*, 2023, 54(3):905-912.
- [25] 张晨迪.慢性病患者家庭功能、家庭弹性与父母应对方式的关系研究[D].延吉:延边大学,2022.
- [26] Wei W, Yang R, Zhang J, et al. The mediating roles of family resilience and social support in the relationship between illness severity and depressive symptoms among primary caregivers of children with epilepsy in China[J]. *Front Neurol*, 2022, 13:831899.
- [27] Cui P, Shi J, Li S, et al. Family resilience and its influencing factors among advanced cancer patients and their family caregivers: a multilevel modeling analysis[J]. *BMC Cancer*, 2023, 23(1):623-635.
- [28] Liu S H, Hsiao F H, Chen S C, et al. The experiences of family resilience from the view of the adult children of parents with bipolar disorder in Chinese society[J]. *J Adv Nurs*, 2022, 78(1):176-186.
- [29] 王晓宁,缪群芳,仇凌晶,等.自杀未遂青少年自杀污名体验的质性研究[J]. *护理学杂志*, 2023, 38(11):10-13.
- [30] Ran M S, Wang Y Z, Lu P Y, et al. Effectiveness of enhancing contact model on reducing stigma of mental illness among family caregivers of persons with schizophrenia in rural China: a cluster randomized controlled trial[J]. *Lancet Reg Health West Pac*, 2022, 22:100419.
- [31] 高月红,徐旭娟,陈芸,等.青少年抑郁症患者非自杀性自伤心理体验的质性研究[J]. *护理学杂志*, 2023, 38(14):91-95.
- [32] Park M, Choi E K, Lee H J, et al. Resilience-promoting programs in families of children with cancer: a systematic review[J]. *J Pediatr Hematol Oncol Nurs*, 2022, 39(3):185-201.
- [33] Zhang Q, Pan Y, Zhang L, et al. Parent-adolescent communication and early adolescent depressive symptoms: the roles of gender and adolescents' age[J]. *Front Psychol*, 2021, 12:647596.