

doi: 10.3978/j.issn.2095-6959.2020.05.027

View this article at: <http://dx.doi.org/10.3978/j.issn.2095-6959.2020.05.027>

## 团体心理治疗联合互联网反馈对女性围绝经期综合征和生存质量的效果

李丹<sup>1</sup>, 巢健茜<sup>1</sup>, 吕梦茹<sup>1</sup>, 吴江平<sup>2</sup>, 王苏立<sup>2</sup>, 张敏<sup>2</sup>, 孔晶<sup>2</sup>

[1. 东南大学公共卫生学院, 南京 210009; 2. 南京医科大学附属妇产医院(南京市妇幼保健院)妇女保健科, 南京 210004]

**[摘要]** 目的: 探讨团体心理治疗联合互联网反馈对女性围绝经期综合征症状、心理状况和生存质量改善的效果。方法: 采用开放对照试验设计, 选取围绝经期综合征患者73例, 将其随机分为等待对照组( $n=30$ )和团体干预组( $n=43$ )。等待对照组进行常规随访, 团体干预组进行每周1次, 每次2 h, 共10次的团体心理治疗联合互联网反馈。采用改良Kupperman量表(Kupperman Index, KI)、汉密尔顿焦虑量表(Hamilton anxiety scale, HAMA)、匹兹堡睡眠量表(Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI)和绝经期生存质量量表(Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire, MENQOL)进行基线、35 d干预后及70 d干预后测评。结果: 团体干预组脱落5例, 有效数据38例, 等待对照组脱落1例, 有效数据29例。试验70 d后, 团体干预组KI, HAMA, PSQI及MENQOL的心理社会状态、生理状态和性生活维度得分与等待对照组得分的差异有统计学意义(均 $P<0.05$ ), 团体干预组得分下降程度大于等待对照组。结论: 团体心理治疗联合互联网反馈可改善团体心理治疗联合互联网围绝经期综合征女性的症状、心理状况和生存质量。

**[关键词]** 围绝经期综合征; 团体心理治疗; 互联网反馈; 心理健康; 生存质量

## Effects of group treatment combined with internet feedback on mental health and quality of life of perimenopausal women

LI Dan<sup>1</sup>, CHAO Jianqian<sup>1</sup>, LÜ Mengru<sup>1</sup>, WU Jiangping<sup>2</sup>, WANG Suli<sup>2</sup>, ZHANG Min<sup>2</sup>, KONG Jing<sup>2</sup>

[1. School of Public Health, Southeast University, Nanjing 210009; 2. Department of Women Health Care, Women's Hospital of Nanjing Medical University (Nanjing Maternity and Child Health Care Hospital), Nanjing 210004, China]

**Abstract** **Objective:** To explore the effects of group treatment combined with internet feedback on perimenopausal syndrome, mental health and quality life. **Methods:** Totally 73 patients with perimenopausal syndrome were selected by open controlled trial design, who were randomly signed to the control group ( $n=30$ ) and the intervention group ( $n=43$ ). The control group was followed up conventionally, and the intervention group

收稿日期 (Date of reception): 2019-07-09

通信作者 (Corresponding author): 孔晶, Email: chinakongjing@163.com

基金项目 (Foundation item): 南京市医学科技发展基金 (YKK16196)。This work was supported by the Nanjing Medical Science and Technology Development Fund, China (YKK16196).

received group treatment combined with Internet feedback once a week for 2 hours, 10 times in total. Data were collected at the time of admission, 35 days later and 70 days later. The changes of KI score, HAMA score, PSQI score and ENQOL score were compared between the two groups. **Results:** Totally 38 patients in the intervention group and 29 patients in the control group finished all sessions; 70 days after the start of the experiment, the scores of KI, HAMA, PSQI, and MENQOL (mental and social status, physiological status and sexual life dimensions) in the intervention group were significantly different from those in the control group (all  $P < 0.05$ ), and the scores in the intervention group decreased more than those in the control group. **Conclusion:** Group treatment combined with internet feedback can alleviate the symptoms of perimenopausal syndrome, reduce the level of anxiety, improve sleep status, vasoconstriction, psycho-social condition and psychosocial condition of perimenopausal women.

**Keywords** perimenopausal syndrome; group treatment; internet feedback; mental health; quality of life

由于雌激素水平的下降及卵巢功能的衰退, 女性在向老年期过渡时会出现以植物神经系统功能紊乱为主伴有神经心理症状的一组症候群, 称为“围绝经期综合征”, 我国约有2/3的女性在此期间发生围绝经期综合征<sup>[1-2]</sup>。吴卓等<sup>[3]</sup>对2 000例围绝经期女性调查发现: 有1 479例(占73.95%)出现围绝经期综合征症状, 如潮热出汗(42.65%)、失眠(40.92%)、疲乏(34.58%)、性生活障碍、情绪波动等。此外, 围绝经期女性还易出现情绪或心理障碍, 周燕等<sup>[4]</sup>对623名围绝经期女性调查后发现, 有276例存在负性心理, 其中强迫症、焦虑、抑郁、人际关系敏感等症状表现突出。这些症状不同程度地影响着围绝经期女性生存质量<sup>[5]</sup>。随着老龄化进程的加快, 围绝经期妇女的队伍将不断壮大, 探讨缓解和治疗围绝经期综合征的有效措施将为女性老年期的健康打下重要基础。

针对围绝经期的药物治疗, 比如雌激素替代疗法, 能够很好地缓解围绝经期的症状, 然而一些流行病学研究<sup>[6-8]</sup>证实: 雌激素替代疗法会导致乳腺癌和卵巢癌的风险提高。因此, 非药物治疗方案值得被研究。围绝经期综合征的严重程度与心理、情绪有密切关系<sup>[9]</sup>。团体心理治疗作为认知行为治疗的一种, 能够改善围绝经期女性的焦虑<sup>[10-12]</sup>、抑郁<sup>[13]</sup>及慢性疼痛<sup>[14]</sup>。一项包括26个随机对照试验的荟萃分析<sup>[15]</sup>表明: 认知行为治疗有助于缓解乳腺癌患者的围绝经期血管舒缩症状。Hunter等<sup>[16]</sup>对患有乳腺癌的围绝经期女性进行团体心理治疗, 发现患者的潮热出汗症状、睡眠、焦虑、抑郁等大为改善。但这种心理治疗也有不足之处, 如次数有限, 个人与医师的沟通机会较少, 难以满足个性化需求等。为弥补这些不足, Schuster等<sup>[17]</sup>借助互联网将团体心理治疗延伸至重度抑

郁症患者的日常生活, 结果表明团体心理治疗联合互联网能够有效减轻症状。Thiart等<sup>[18]</sup>的研究表明: 基于互联网的团体心理治疗的成本效益更高。本研究采用团体心理治疗联合互联网反馈对围绝经期妇女进行心理干预, 旨在评价其对围绝经期综合征女性的症状、睡眠状况、焦虑状况和生存质量的改善效果。

## 1 对象与方法

### 1.1 对象

应用G\* Power 3.1.9.2软件计算重复测量所需样本。设 $1-\beta=0.8$ ,  $\alpha=0.05$ ,  $d=0.65$ , 重复测量为3次, 考虑5%的失访率, 计算得出团体治疗组和等待对照组例数均不少于30例。根据以往研究<sup>[19-20]</sup>, 团体心理治疗组的退出率约30%, 所以治疗组样本量定为43例。

根据STRAW+10<sup>[21]</sup>的定义, 选取2018年1至9月就诊于南京市妇幼保健院门诊的73例围绝经期综合征患者, 依据简单随机化原则, 采用随机数字表产生的随机数字, 将研究对象分为团体干预组43例和等待对照组30例。诊断标准: 卵泡刺激素(FSH)基础值 $>10$  U/L; 改良Kupperman量表(Kupperman Index, KI)评分 $\geq 15$ <sup>[1]</sup>。纳入标准: 1) 年龄40~60岁, 月经紊乱或停经3个月以上, 且 $FSH > 10$  U/L(仍有月经者在月经第3天检测FSH); 2) 人工绝经或卵巢去势至少6周, 且 $FSH > 10$  U/L; 3) KI评分 $\geq 15$ 。排除标准(入组前): 1) 排除甲状腺功能亢进症、冠状动脉粥样硬化性心脏病、高血压病或嗜铬细胞瘤、神经衰弱、精神病以及其他与围绝经期综合征密切相关疾病的患者; 2) 未使用过单独的雌激素或使用过雌/孕激素的联合治

疗。剔除标准(入组后): 1)误诊者; 2)符合排除标准者; 3)未曾用药者; 4)无任何检测记录者; 5)由于使用某种禁用的药物, 以致无法评价药效者。本研究注册于中国临床试验注册中心, 注册号为ChiCTR1800017208。本研究于2016年由南京市妇幼保健院伦理委员会批准(NFLZ-2016-106), 患者均知情同意。

## 1.2 方法

受试者经访谈并签署知情同意后进入试验阶段。于2018年1~9月期间, 对团体干预组患者(共5组, 每组8~9例)进行团体心理治疗联合互联网反馈干预。干预由接受团体心理辅导培训的心理医师开展, 干预过程受到资深医师监督与指导, 每周进行1次, 共10次, 每次2 h, 在南京市妇幼保健院妇女保健科心理治疗室进行。治疗期间, 每组患者及心理医师建立微信群组, 进行线上互联网反馈。脱落的患者采用电话或者微信方式询问原因。

等待对照组患者不进行干预, 仅进行常规随访。具体方式为调查员通过随访、电话等方式, 与受试者联系, 邀请受试者填写纸质版或电子版量表(www.wjx.cn)。为防止患者脱落, 完成3次的随访的患者可以在试验结束后优先预约接受团体心理治疗。脱落的患者采用电话方式询问原因。

## 1.3 干预方案

### 1.3.1 团体心理干预方案

根据团体发展规律、干预对象的特点, 制定了团体心理治疗方案。主要的心理支持技术包括: 支持疗法、放松疗法、信心疗法、认知行为疗法、音乐疗法、角色扮演和情绪管理等。本研究中互联网反馈是面对面心理治疗的支持与补充, 通过借助微信群组深化健康教育、进行线上训练、反馈治疗结果、增加患者之间及患者与医师之间的沟通。详见表1<sup>[22-23]</sup>。

### 1.3.2 互联网互动反馈

为每个小组建立各自微信群, 组员根据心理治疗师的指导, 通过文本、音频、照片或视频信息, 报告日常生活的各个方面, 如饮食、运动、阅读或情绪。在研究期间, 接受团体心理治疗的患者必须拒绝接受其他心理治疗。

基于互联网互动反馈的团体心理治疗的随机对照试验流程图见图1<sup>[24]</sup>。

## 1.4 工具

### 1.4.1 基本资料调查表

基本资料包括年龄、身高、体质量、初潮年龄、怀孕次数、生产次数、月经开始紊乱年龄、最后一次月经时间。

### 1.4.2 改良KI

改良KI<sup>[25]</sup>共13个条目(表3), 每个条目按其程度分别计0~3分(无症状~影响生活)。总分为各条目程度得分 $\times$ 系数的加总, 其中潮热出汗症状系数为4, 失眠、易激动、性生活困难、感觉异常、泌尿系症状系数为2, 其余为1。总分范围为0~51分, 其中15~24分为轻度, 25~34分为中度,  $\geq 35$ 分为重度。

### 1.4.3 汉密尔顿焦虑量表

汉密尔顿焦虑量表(Hamilton Anxiety Scale, HAMA)<sup>[26]</sup>共14个条目, 分为焦虑体验、抑郁症状、躯体神经系症状、内脏器官症状、生殖泌尿系症状、植物神经系症状和会谈表现7个分量表, 每个条目采用0~4(无症状~极重度)5级评分。总分越高焦虑症状越严重, 总分 $< 7$ 为无焦虑症状, 7~13分可能有焦虑, 14~20分肯定有焦虑, 21~28分肯定有明显焦虑,  $\geq 29$ 分严重焦虑。HAMA可分为7因子模型, 验证性因素分析各拟合指标均达到测量标准( $\chi^2=1.184$ , RMAEA=0.054, GFI=0.87, NNFI=0.90, CFI=0.94)<sup>[27]</sup>。

### 1.4.4 匹兹堡睡眠量表

匹兹堡睡眠量表(Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI)<sup>[28]</sup>共18个条目, 分为睡眠质量[0~3(很好~很差)]、入睡时间[0~3(15~60 min)]、睡眠时间[0( $> 7$  h)~3( $< 5$  h)]、睡眠效率[0( $> 85\%$ )~3( $< 65\%$ )]、睡眠障碍[0(0)~3(19~27)]、催眠药物[0(无)~3( $\geq 3$ 周/次)]、日间功能障碍[0(0)~3(5~6)]7个部分, 总分越高睡眠质量越差,  $\geq 7$ 分为睡眠质量较差。中国的PSQI评分 $> 7$ 在区分睡眠质量好坏方面的敏感性为98.3%, 特异性为90.2%(kappa=0.89,  $P < 0.01$ )<sup>[29]</sup>。

### 1.4.5 绝经期生存质量量表

绝经期生存质量量表(Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire, MENQOL)<sup>[30]</sup>共29个条目, 分为血管舒缩、心理社会状态、生理状态、性生活4个维度。各维度分别计分, 条目得分(1~8分)的平均值为各维度的最终得分, 各维度分值越高生存质量越低。

表1 团体心理治疗联合互联网反馈干预方案

Table 1 Intervention of group treatment combined with internet feedback

周次	主题	团体心理治疗内容	心理支持技术	互联网反馈内容
1	相知相识	介绍干预方案的目标及安排, 制订团体规范; 说明线上平台的功能; 专业医师引导组员相互熟悉, 交流情感; 作业: 思考进入围绝经期后愉快的收获	支持疗法	建立微信群组, 成员及医师之间积极互动, 相互熟悉
2	认识围绝经期	组员诉说各自情况和进入围绝经期后面临的主要问题, 分享应对经验; 认知行为治疗	支持疗法, 认知疗法	组员就围绝经期相关问题咨询指导医师, 增加对围绝经期及生理心理变化的了解; 分享学习资料
3	改善睡眠状况	组员一起探讨睡眠与心理的关系, 寻找失眠的原因, 分享帮助睡眠的方法; 医师指导成员学习精神和躯体放松方法	认知疗法, 放松疗法	组员书写反馈日志
4	保持健康心态	心理支持治疗; 认知行为治疗	支持疗法, 信心疗法, 认知行为治疗	继续练习并执行之前的方法 / 方案, 上传相关记录, 相互督促; 组员分享积极愉快的经历, 传递正能量; 书写反馈日志
5	应对生活压力	为介绍压力与健康的关系, 帮助小组成员了解自身压力的来源, 改变原先片面的、不合理的思维定式; 学习应对压力的方法, 如音乐疗法	认知疗法, 音乐疗法	坚持上传相关记录; 书写反馈日志, 记录压力源, 总结有效的排解方法
6	改变生活方式	讨论何为健康的生活方式, 思考目前的生活方式, 分享自己进行的健康生活习惯, 提高对健康生活方式的重视 医师讲解健康生活方式对围绝经期症状的影响	认知行为治疗	医师提醒组员坚持健康生活习惯; 组员上传健康生活方式执行情况, 如饮食、运动; 组员书写反馈日志
7	改善人际关系	医师帮助组员发现自身在人际交往中的问题, 指导其学会改善人际关系、获得社会支持的方法	角色扮演, 认知疗法	坚持上传相关记录; 分享有关交往艺术的学习资料; 书写反馈日志
8	学会情绪管理	组员交流自己应对情绪的方法和体验; 医师介绍情绪与心理健康的关系, 介绍情绪管理的方法并帮助组员学会控制情绪, 宣泄情绪	认知疗法, 情绪管理	坚持上传相关记录; 书写反馈日志
9	复习巩固	回顾干预内容, 复习传授的自我调节方法, 解答组员的疑惑, 巩固团体心理治疗所取得的效果	—	书写反馈日记, 回顾自己的改变, 与指导医师探讨改进方法
10	把心留下	回顾与分享团体心理治疗过程, 分享体验和感受, 对内容安排提出完善的意见和建议; 组员的相互祝福与道别	—	维护交流平台, 组员保持联系, 相互督促和鼓励, 坚持练习

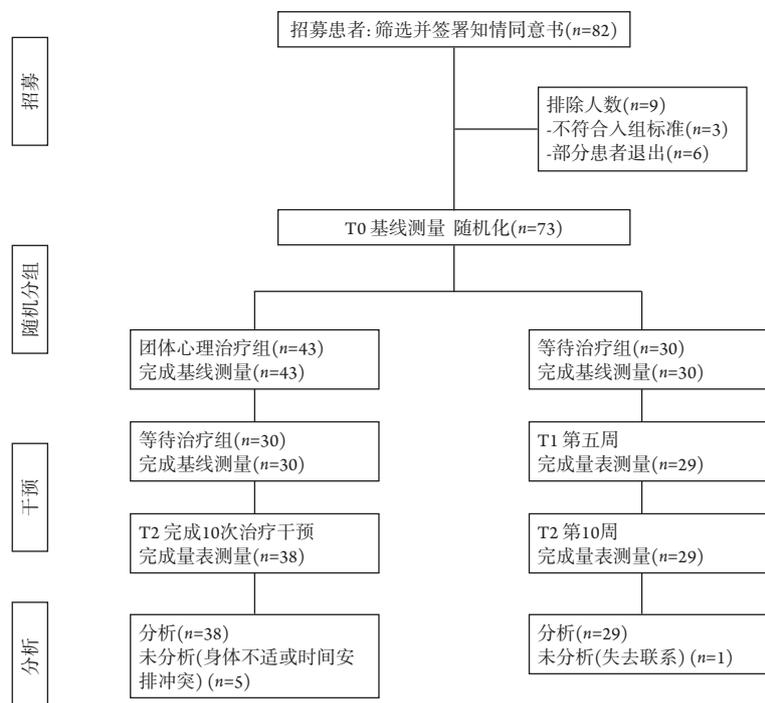


图1 基于互联网的团体心理治疗的随机对照试验流程图

Figure 1 Flow diagram of this RCT study, group treatment delivered via internet versus waiting list group

### 1.5 资料收集与质量控制

患者入组时分别填写知情同意书, 基本资料调查表, KI, HAMA, PSQI和MENQOL, 并分别于干预开始后的35 d后和70 d后再次填写KI, HAMA, PSQI和MENQOL。为方便等待对照组数据收集, 第一次数据录入由调查者指导患者通过扫描二维码, 在问卷星(www.wjx.cn)上填写录入量表, 并建立微信群。之后的二次随访, 调查员在微信群里提醒和指导, 由患者自行录入; 团体干预组前往医院接受心理干预后由调查员协助填写纸质版或在通过扫描二维码在问卷星上录入填写。质控人员对调查问卷进行逻辑检查和填写质量评价; 统一录入格式和录入标准, 录入人员统一培训; 采用Epidata 3.1双录入原始调查资料。当受试者脱落后, 调查员通过随访、电话等方式, 与受试者联系, 询问理由并完成所能完成的评估项目。干预过程中不对中间结果进行评估, 结束后统一评估。

### 1.6 统计学处理

应用SPSS 24.0软件进行数据分析, 计量资料以均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示, 计数资料以例(%)表示。采用 $t$ 检验和 $\chi^2$ 检验比较两组的基本资料及

基线KI得分; 采用混合线性模型分析各时点KI, HAMA, PSQI和MENQOL得分<sup>[31]</sup>, 分组和时间变量(含交互项)作为固定效应项, 试验对象为随机效应项。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组的基本资料及基线 KI 得分比较

团体干预组因身体不适或时间安排脱落5例, 有效数据38例; 等待对照组因失去联系脱落1例, 有效数据29例。两组在基本资料及基线KI得分上, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ , 表2)。

### 2.2 两组干预前后 KI 13 项指标评分改变情况

干预35 d及70 d后, 团体干预组KI的13项指标除“性生活困难”“泌尿系症状”外, 下降水平均有统计学意义( $P < 0.05$ ), 其中“潮热出汗”“感觉异常”“失眠”3项指标改善情况与同期等待对照组相比, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。等待对照组于35 d后“骨关节肌肉痛”“性生活困难”得分下降, 70 d后“头疼”症状得分下降, 差异有统计学意义( $P < 0.001$ ), 其余症状得分变化无统计学意义( $P > 0.05$ , 表3)。

### 2.3 两组干预前后在各观察时点的量表得分差异比较

由表4可知, 团体干预组KI, HAMA, PSQI及MENQL量表得分均呈持续下降趋势, 等待对照组各量表得分基本保持稳定水平。团体干预组与等待对照组的KI, HAMA, PSQI, MENQOL量表心理社会状态和心理状态维度得分差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$ ); 各时间点之间得分差异有统计学意义(均 $P < 0.05$ ), 且分组与时间之间有显著的交互作用(均 $P < 0.05$ )。

两组患者在MENQOL量表血管收缩维度上的得分差异无统计学意义( $P = 0.437$ ), 但各时间点之间得分差异有统计学意义( $P < 0.001$ ), 且分组与时间之间有显著的交互作用( $P < 0.001$ ), 说明两组患者该维度测量值随时间变化趋势不同, 团体干预组患者在该维度的得分随时间下降趋势更明显。两组患者在MENQOL量表性生活维度上的得分差异有统计学意义( $P = 0.012$ ), 各时间之间测量值差异无统计学意义( $P = 0.065$ ); 分组和时间之间无显著交互作用( $P = 0.595$ )。

表2 两组的基本资料及基线KI得分比较

Table 2 Baseline characteristics of women by the two groups and the Kupperman index

项目	团体干预组 / [例 (%)]	等待对照组 / [例 (%)]	$t/\chi^2$	$P$
$n$	43	30		
年龄 / 岁	49 ± 3	50 ± 2	-1.13	0.263
身高 / cm	159 ± 2	161 ± 2	-0.56	0.573
体重 / kg	58 ± 7	58 ± 5	0.04	0.971
初潮年龄 / 岁			1.70	0.427
10~12	9(20.9)	4(13.8)		
13~14	20(46.5)	18(62.1)		
15~16	14(32.6)	7(24.1)		
怀孕次数	2 ± 1	2 ± 1	1.54	0.126
生产次数	1 ± 0	1 ± 0	-0.23	0.820
月经开始紊乱年龄 / 岁			3.69	0.158
40~45	15(34.9)	6(20.7)		
46~50	24(55.8)	16(55.2)		
51~55	4(9.3)	7(24.1)		
最后一次月经时间 / 月			5.35	0.253
<1	11(25.6)	4(13.8)		
1~<3	5(11.6)	6(20.7)		
3~<6	6(14.0)	9(31.0)		
6~<12	10(23.3)	5(17.2)		
≥ 12	11(25.6)	5(17.2)		
基线 KI 得分	24 ± 6	23 ± 5	0.828	0.411

表3 两组干预前后KI 13项指标评分改变情况

Table 3 Change of thirteen Kupperman Index before and after intervention

项目	团体干预组 (n=38)			等待对照组 (n=29)		
	基线	35 d 后改变量	70 d 后改变量	基线	35 d 后改变量	70 d 后改变量
潮热出汗	6.2 ± 3.3	-2.5 ± 2.9**	-2.0 ± 1.6** <sup>△</sup>	6.5 ± 2.0	-0.1 ± 0.8	-0.1 ± 0.7
感觉异常	2.4 ± 1.5	-0.7 ± 1.1**	-1.2 ± 0.6** <sup>△</sup>	2.3 ± 1.7	0.1 ± 0.4	0.0 ± 0.0
失眠	2.2 ± 1.8	-0.5 ± 1.1**	-1.2 ± 1.0** <sup>△</sup>	2.8 ± 1.3	0.0 ± 0.0	0.1 ± 0.5
易激动	2.6 ± 1.2	-0.7 ± 0.9**	-0.8 ± 0.6**	2.6 ± 1.1	-0.2 ± 0.6	-0.1 ± 0.5
抑郁	0.9 ± 0.8	-0.5 ± 0.6**	-0.5 ± 0.4**	0.2 ± 0.4	0.1 ± 0.3	0.1 ± 0.3
眩晕	1.0 ± 0.8	-0.2 ± 0.5**	-0.1 ± 0.2**	0.7 ± 0.6	-0.1 ± 0.5	-0.1 ± 0.3
疲乏无力	1.3 ± 0.5	-0.2 ± 0.4**	-0.4 ± 0.3**	1.3 ± 0.5	-0.1 ± 0.5	-0.1 ± 0.5
骨关节肌肉痛	1.3 ± 0.6	-0.3 ± 0.4**	-0.3 ± 0.2**	1.2 ± 0.7	-0.1 ± 0.5*	-0.1 ± 0.5
头痛	1.2 ± 0.8	-0.4 ± 0.5**	-0.3 ± 0.3**	1.1 ± 0.8	-0.2 ± 0.5	-0.1 ± 0.6*
心悸	0.9 ± 0.6	-0.3 ± 0.5**	-0.3 ± 0.2**	0.5 ± 0.6	0.1 ± 0.3	0.1 ± 0.4
皮肤蚁走感	0.6 ± 0.5	-0.2 ± 0.5**	-0.1 ± 0.2**	0.4 ± 0.6	0.1 ± 0.3	0.1 ± 0.5
性生活困难	2.1 ± 1.7	-0.1 ± 0.8	0.1 ± 0.5	1.7 ± 1.5	-0.2 ± 0.8*	-0.1 ± 1.1
泌尿系症状	1.6 ± 1.5	-0.5 ± 0.9**	0.0 ± 0.6	1.8 ± 1.2	-0.3 ± 0.7	0.2 ± 1.0

与本组基线相比, \* $P < 0.05$ , \*\* $P < 0.01$ ; 与同期等待对照组相比, <sup>△</sup> $P < 0.05$ 。

Compared with this group, \* $P < 0.05$ , \*\* $P < 0.01$ ; Compared with waiting list group, <sup>△</sup> $P < 0.05$ .

表4 两组被试接受试验前后KI, HAMA, PSQI, MENQOL量表得分比较

Table 4 Change of KI, HAMA, PSQI, MENQOL questionnaire before and after intervention

项目	团体干预组 (n=38)			等待对照组 (n=29)			F		
	干预前	35 d 后改变量	70 d 后改变量	干预前	35 d 后改变量	70 d 后改变量	分组效应	时间效应	交互效应
KI 评分	24.4 ± 6.1	-6.4 ± 5.2	-8.4 ± 4.0	23.2 ± 4.7	-0.8 ± 2.0	0.5 ± 3.3	4.76*	10.67**	10.31*
HAMA 评分	12.5 ± 6.4	-3.2 ± 1.8	-5.8 ± 1.8	6.9 ± 3.4	-0.3 ± 1.1	-0.3 ± 1.1	5.05*	80.03**	50.41**
PSQI 评分	12.0 ± 3.1	-1.5 ± 1.2	-3.2 ± 1.3	12.5 ± 2.5	-0.1 ± 0.9	0.2 ± 1.0	9.48**	33.03**	43.60**
血管舒缩	3.3 ± 1.6	-0.6 ± 0.6	-0.6 ± 0.4	2.6 ± 1.6	0.0 ± 0.2	0.1 ± 0.2	0.61	10.02**	13.85**
心理社会状态	3.2 ± 1.2	-0.8 ± 0.6	-1.1 ± 0.9	1.5 ± 1.2	0.6 ± 1.1	0.1 ± 0.3	11.16**	10.54**	17.97**
生理状态	3.1 ± 1.0	-0.4 ± 0.6	-0.7 ± 0.3	2.0 ± 1.0	0.1 ± 0.4	0.1 ± 0.4	8.64**	12.61**	18.49**
性生活	3.5 ± 1.8	-0.4 ± 0.9	-0.1 ± 0.8	2.2 ± 2.1	-0.1 ± 0.4	0.0 ± 0.7	6.70*	2.82	0.52

\* $P < 0.05$ , \*\* $P < 0.01$ 。

### 3 讨论

本研究结果显示: 团体心理治疗联合互联网反馈能够改善围绝经期女性的综合征症状、焦虑和睡眠状况, 提高其心理社会、生理方面和性生活方面的生存质量, 但血管收缩的生存质量改善不明显。

本研究结果表明团体心理治疗方式显著的改善了患者的“潮热出汗”“感觉异常”“失眠”等症状, 这与Green等<sup>[32]</sup>和Strom等<sup>[20]</sup>的研究结果一致。Vousoura等<sup>[33]</sup>研究发现: 围绝经期症状中的潮热出汗和感觉异常, 也不同程度的与睡眠情况相互影响。围绝经期妇女由于正处于社会、家庭、工作、生活的多重压中, 职业和家务的双重

负担使得她们长期面临身体和心理的疲劳状态, 严重影响了她们的睡眠和情绪。本研究应用多种心理技术, 使围绝经期妇女从内心苦闷的孤立状态, 转向与他人建立联系、分享共同的想法, 达到治愈和成长的目的。通过团体成员之间的人际交互作用, 促使个体在交往中通过观察、学习、体验, 而认识自我、探讨自我、接纳自我, 从而改善与他人的关系, 学习新的态度与行为方式。

孟庆玲<sup>[34]</sup>研究显示团体心理治疗减轻了患者的围绝经期症状, 提升了生活质量。郭玉芳等<sup>[35]</sup>对在校护生进行8周的团体积极心理治疗后, 其睡眠质量得到改善。本研究结果与之类似。究其原因, 团体心理治疗联合互联网反馈运用了多种心理支持技术对失眠、情绪波动、焦虑等常见的围绝经期综合征症状进行线上线下治疗, 使患者在与其它成员的交往中更好地认识自我与疾病、转变认知、学习良好的人际交往方式并掌握科学应对的方法。其中一个关键点就是互联网的互动反馈机制, 即患者要配合心理医师的要求及时反馈个人健康相关状况, 心理医师或者群成员针对用户反馈的健康相关信息快速做出回应, 一方面可保持患者的积极性, 提高依从性, 另一方面针对性的指导可增加患者的信任度, 进而促进健康改善效果<sup>[36-37]</sup>。

本研究中采用的认知行为治疗, 通过讲座和小组讨论的形式, 恰当讲解围绝经期相关的知识, 使组员对围绝经期发生的身心变化能够正确认识。针对特殊情况, 因人而异, 加以正确引导, 帮助组员建立健康的行为模式。逐步达到组员能够通过自我分析、自我认识来自觉矫正头脑中不合理的、歪曲的、消极悲观的想法。放松疗法、音乐疗法和健康生活方式的养成帮助患者放松心情, 提升身体素质, 使得潮热、心悸等躯体症状减轻。认知行为治疗、情感支持等治疗则能够直接作用于患者的精神情绪, 改善其心理状况。

本研究中, 团体干预组血管收缩维度的得分与等待对照组得分无显著差异, 但团体干预组被试该维度得分下降的趋势好于等待对照组, 提示干预方案对血管舒缩症状有积极影响。

本研究存在以下不足: 首先样本量较小且不是多中心临床试验, 结论的推广将受限。此外, 由于研究时间和条件的限制, 本研究未对干预措施的长期效应进行随访并评估。今后的研究需要增加样本量并做好长期追踪, 干预效果评价中也可纳入患者对干预措施的满意度调查和系统可用性评估, 以便更好地评估干预的有效性并为未来

研究提供指导。

## 参考文献

1. 谢幸, 苟文丽. 妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013.  
XIE Xing, GOU Wenli. Obstetrics and gynecology[M]. Beijing: People's Health Publishing House, 2013.
2. 曹泽毅. 中华妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2014.  
CAO Zeyi. Chinese obstetrics and gynecology[M]. Beijing: People's Health Publishing House, 2014.
3. 吴卓, 吴佳聪, 万春花. 2000例围绝经期妇女绝经综合征及相关因素分析[J]. 河南预防医学杂志, 2016, 27(7): 485-487.  
WU Zhuo, WU Jiacong, WAN Chunhua. Analysis of menopausal syndrome and related factors in 2000 perimenopausal women[J]. Henan Journal of Preventive Medicine, 2016, 27(7): 485-487.
4. 周燕, 滑青坤, 张新国. 更年期女性负性心理相关因素分析[J]. 中国老年学杂志, 2010, 30(15): 2202-2203.  
ZHOU Yan, HUA Huikun, ZHANG Xinguo. Negative psychological related factors of menopausal women[J]. Chinese Journal of Gerontology, 2010, 30(15): 2202-2203.
5. 聂广宁, 王小云, 杨洪艳. 1714名城市更年期女性生存质量现状分析[J]. 中国妇幼保健, 2013, 28(9): 1480-1483.  
NIE Guangning, WANG Xiaoyun, YANG Hongyan. An analysis of the quality of life of 1714 urban menopausal women[J]. China Maternal and Child Health, 2013, 28(9): 1480-1483.
6. Salagame U, Banks E, Sitas F, et al. Menopausal hormone therapy use and breast cancer risk in Australia: findings from the New South Wales Cancer Lifestyle and Evaluation of Risk (CLEAR) study[J]. Int J Cancer, 2016, 138(8): 1905-1914.
7. Ewertz M, Møller M, Poulson A H, et al. Hormone use for menopausal symptoms and risk of breast cancer. A Danish cohort study[J]. Br J Cancer, 2005, 92(7): 1293-1297.
8. Beral V, Gaitskell K, Hermon C, et al. Menopausal hormone use and ovarian cancer risk: individual participant meta-analysis of 52 epidemiological studies[J]. Lancet, 2015, 385(9980): 1835-1842.
9. 刘冬娥. 女性围绝经期的生理和病理变化[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2004, 20(8): 28-29.  
LIU Dong'e. Physiological and pathological changes of perimenopausal women[J]. Chinese Journal of Practical Gynecology and Obstetrics, 2004, 20(8): 28-29.
10. Berglund G, Bolund C, Fornander T, et al. Late effects of adjuvant chemotherapy and postoperative radiotherapy on quality-of-life among breast-cancer patients[J]. Eur J Cancer, 1991, 27(9): 1075-1081.
11. Ben-Amitay G, Rosental B, Toren P. Brief parent-child group therapy for childhood anxiety disorders: a developmental perspective on

- cognitive-behavioral group treatment[J]. *Int J Group Psychother*, 2010, 60(3): 389-406.
12. Schulz A, Stolz T, Vincent A, et al. A sorrow shared is a sorrow halved? A three-arm randomized controlled trial comparing internet-based clinician-guided individual versus group treatment for social anxiety disorder[J]. *Behav Res Ther*, 2016, 84: 14-26.
  13. Kashdan TB, Roberts JE. Comorbid social anxiety disorder in clients with depressive disorders: predicting changes in depressive symptoms, therapeutic relationships, and focus of attention in group treatment[J]. *Behav Res Ther*, 2011, 49(12): 875-884.
  14. Andersson G, Johansson C, Nordlander A, et al. Chronic pain in older adults: a controlled pilot trial of a brief cognitive-behavioral group treatment[J]. *Behav Cogn Psychother*, 2012, 40(2): 239-244.
  15. Stefanopoulou E, Grunfeld EA. Mind-body interventions for vasomotor symptoms in healthy menopausal women and breast cancer survivors. A systematic review[J]. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 2017, 38(3): 210-225.
  16. Hunter MS, Coventry S, Hamed H, et al. Evaluation of a group cognitive behavioural intervention for women suffering from menopausal symptoms following breast cancer treatment[J]. *Psychooncology*, 2009, 18(5): 560-563.
  17. Schuster R, Fichtenbauer I, Sparr VM, et al. Feasibility of a blended group treatment (bGT) for major depression: uncontrolled interventional study in a university setting[J]. *BMJ Open*, 2018, 8(3): e018412.
  18. Thiar H, Ebert DD, Lehr D, et al. Internet-based cognitive behavioral therapy for insomnia: a health economic evaluation[J]. *Sleep*, 2016, 39(10): 1769-1778.
  19. Marker I, Norton P J. The efficacy of incorporating motivational interviewing to cognitive behavior therapy for anxiety disorders: a review and meta-analysis[J]. *Clin Psychol Rev*, 2018, 62: 1-10.
  20. Ström L, Pettersson R, Andersson G. Internet-based treatment for insomnia: a controlled evaluation[J]. *J Consult Clin Psychol*, 2004, 72(1): 113-120.
  21. Harlow SD, Gass M, Hall JE, et al. Executive summary of the stages of reproductive aging workshop+10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging[J]. *J Clin Endocrinol Metab*, 2012, 97(4): 1159-1168.
  22. Griffiths P, Barker-Collo S. Study of a group treatment program for postnatal adjustment difficulties[J]. *Arch Womens Ment Health*, 2008, 11(1): 33-41.
  23. Long CG, Fulton B, Dolley O, et al. Dealing with feelings: the effectiveness of cognitive behavioural group treatment for women in secure settings[J]. *Behav Cogn Psychother*, 2011, 39(2): 243-247.
  24. Boutron I, Altman D G, Moher D, et al. CONSORT statement for randomized trials of nonpharmacologic treatments: a 2017 update and a CONSORT extension for nonpharmacologic trial abstracts[J]. *Ann Intern Med*, 2017, 167(1): 40-47.
  25. 中华预防医学会妇女保健分会, 更年期保健学组. 更年期妇女保健指南(2015年)[J]. *实用妇科内分泌杂志(电子版)*, 2016, 3(2): 21-32.  
Chinese Preventive Medical Association Women Health Care Branch, Menopause Health Care Group. Menopausal women's health guidelines (2015)[J]. *Journal of Practical Gynecological Endocrinology. Electronic Edition*, 2016, 3(2): 21-32.
  26. Max HM. The assessment of anxiety-states by rating[J]. *Br J Med Psychol*, 1959, 32(1): 50-55.
  27. 王纯, 楚艳民, 张亚林, 等. 汉密尔顿焦虑量表的因素结构研究[J]. *临床精神医学杂志*, 2011, 21(5): 299-301.  
WANG Chun, CHU Yanmin, ZHANG Yalin, et al. Factor structure study of Hamilton anxiety scale[J]. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2011, 21(5): 299-301.
  28. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, et al. The Pittsburgh sleep quality index—a new instrument for psychiatric practice and research[J]. *Psychiatry Res*, 1989, 28(2): 193-213.
  29. 刘贤臣, 唐茂芹, 胡蕾, 等. 匹兹堡睡眠质量指数的信度和效度研究[J]. *中华精神科杂志*, 1996, 29(2): 103-107.  
LIU Xianchen, TANG Maoqin, HU Lei, et al. Reliability and validity of pittsburgh sleep quality index[J]. *Chinese Journal of Psychiatry*, 1996, 29(2): 103-107.
  30. 杨洪艳, 成芳平, 王小云, 等. 绝经期生存质量量表中文版本的临床应用与评价[J]. *中华流行病学杂志*, 2005, 26(1): 50-53.  
YANG Hongyan, CHENG Fangping, WANG Xiaoyun, et al. Clinical application and evaluation of the Chinese version of the Menopausal Quality of Life Scale[J]. *Chinese Journal of Epidemiology*, 2005, 26(1): 50-53.
  31. 黄坤, 倪宗瓚, 程微波. 混合线性模型在临床试验中重复测量资料的应用[J]. *现代预防医学*, 2005, 32(11): 166-167.  
HUANG Kun, NI Zongzan, CHENG Weibo. Application of mixed linear model in repeated measurement data in clinical trials[J]. *Modern Preventive Medicine*, 2005, 32(11): 166-167.
  32. Green SM, Haber E, McCabe RE, et al. Cognitive-behavioral group treatment for menopausal symptoms: a pilot study[J]. *Arch Womens Ment Health*, 2013, 16(4): 325-332.
  33. Vousoura E, Spyropoulou AC, Koundi KL, et al. Vasomotor and depression symptoms may be associated with different sleep disturbance patterns in postmenopausal women[J]. *Menopause*, 2015, 22(10): 1053-1057.
  34. 孟庆玲. 更年期妇女心身状况及羞耻感团体干预效果分析[J]. *中国妇幼保健*, 2015, 30(16): 2568-2569.  
MENG Qingling. Effect analysis of group intervention in Menopausal women's psychosomatic status and shame[J]. *Maternal & Child Health*

- Care of China, 2015, 30 (16): 2568-2569.
35. 郭玉芳, 李树雯, 张庆华, 等. 团体积极心理治疗对护生抑郁及睡眠质量的影响[J]. 中华护理杂志, 2015, 50(2): 218-222.
- GUO Yufang, LI Shuwen, ZHANG Qinghua, et al. The effect of group active psychotherapy on depression and sleep quality of nursing students[J]. Chinese Journal of Nursing, 2015, 50(2): 218-222.
36. Kroeze W, Werkman A, Brug J. A systematic review of randomized trials on the effectiveness of computer-tailored education on physical activity and dietary behaviors[J]. Ann Behav Med, 2006, 31(3): 205-223.
37. Tate DF, Wing RR, Winett RA. Using Internet technology to deliver a behavioral weight loss program[J]. JAMA, 2001, 285(9): 1172-1177.

**本文引用:** 李丹, 巢健茜, 吕梦茹, 吴江平, 王苏立, 张敏, 孔晶. 团体心理治疗联合互联网反馈对女性围绝经期综合征和生存质量的效果[J]. 临床与病理杂志, 2020, 40(5): 1239-1248. doi: 10.3978/j.issn.2095-6959.2020.05.027

**Cite this article as:** LI Dan, CHAO Jianqian, LÜ Mengru, WU Jiangping, WANG Suli, ZHANG Min, KONG Jing. Effects of group treatment combined with internet feedback on mental health and quality of life of perimenopausal women[J]. Journal of Clinical and Pathological Research, 2020, 40(5): 1239-1248. doi: 10.3978/j.issn.2095-6959.2020.05.027