

· 抑郁症专题 ·

抑郁症患者服药依从性的影响因素

周欣怡 周晶晶 周佳 王刚

100088 首都医科大学附属北京安定医院 国家精神心理疾病临床医学研究中心 精神疾病
诊断与治疗北京市重点实验室

通信作者: 王刚, Email: gangwangdoc@ccmu.edu.cn

DOI: 10.3969/j.issn.1009-6574.2021.04.004

【摘要】目的 探讨抑郁症患者服药依从性的影响因素。**方法** 选取2016年11月至2019年10月就诊于首都医科大学附属北京安定医院门诊的158例抑郁症患者,在研究结束后(时间均值为1年)对患者进行电话访视,采用药物依从性评定量表(MARS)总分将其分为服药依从性好组(MARS总分 ≥ 6 分)和服药依从性差组(MARS总分 < 6 分)。分析比较两组一般人口学信息及临床特征等方面的差异,找出患者服药依从性的影响因素。**结果** 50例患者因未完成急性期治疗和电话变更失访,108例患者进入结果分析,其中服药依从性好者77例(71.30%)。服药依从性好组中,男性占比为33.77%(26/77),年龄 ≤ 25 岁者占比48.05%(37/77),本科学历占比58.44%(45/77),精神疾病家族史占比23.38%(18/77)。两组的性别、年龄、受教育程度、精神疾病家族史、婚姻、医保类型、发病年龄、首次病程、总病程、病程特点等比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$);两组17项汉密尔顿抑郁量表(HAMD-17)中的条目7(工作和兴趣)、条目10(精神性焦虑)、条目14(性症状) ≥ 1 分的比例比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。多因素Logistic回归分析结果显示,HAMD-17量表中的条目10(精神性焦虑, $OR=2.721$,95% CI : 1.126~6.572)和条目14(性症状, $OR=3.560$,95% CI : 1.050~12.072)是抑郁症患者服药依从性的影响因素。**结论** 本研究显示,患者焦虑症状和性功能障碍可能是影响服药依从性的重要原因,在临床实践过程中需有针对性地及时给予正确的引导和调整治疗,从而进一步提高抑郁症患者的服药依从性。

【关键词】 抑郁症; 服药依从性; 影响因素**基金项目:** 国家重点研发计划项目(2016YFC1307200)**Influencing factors of medication adherence in patients with depression** Zhou Xinyi, Zhou Jingjing, Zhou Jia, Wang Gang

The National Clinical Research Center for Mental Disorders & Beijing Key Laboratory of Mental Disorders, Beijing Anding Hospital, Capital Medical University, Beijing 100088, China

Corresponding author: Wang Gang, Email: gangwangdoc@ccmu.edu.cn

【Abstract】Objective To explore the influencing factors of medication compliance in patients with depression. **Methods** A total of 158 patients with depression admitted to the outpatient department of Beijing Anding Hospital affiliated to Capital Medical University from November 2016 to October 2019 were recruited as the research subject. Telephone interviews were conducted at the end of the study (the mean time is 1 year). According to the total score of Medication Adherence Report Scale (MARS), the patients were divided into compliance group ($n=77$, MARS total score ≥ 6) and noncompliance group ($n=31$, MARS total score < 6). The differences in general demographic information and clinical characteristics between the two groups were analyzed and compared, to find out the influencing factors of patients' medication compliance. **Results** At last, 50 patients were lost to follow-up due to incomplete acute treatment and telephone change, and 108 patients entered the result analysis, of which 71.30% had good medication compliance. In the good medication compliance group, 33.77% (26/77) are male, 48.05% (37/77) are younger than or equal to 25 years old, 58.44% (45/77) are with bachelor degree, 23.38% (18/77) had family history of mental illness. There were no statistically significant differences between the two groups in gender, age, education level, family history of mental illness, marriage, type of medical insurance, age of onset, first course of disease, total course of disease, and characteristics of course between the two groups ($P > 0.05$), while the differences between the two groups in terms of the item 7 (work and interest), item 10 (mental anxiety), item 14 (sexual symptoms) in

HAMD-17 scale were statistically significant ($P < 0.05$). Logistic regression analysis showed that item 10 (mental anxiety) and item 14 (sexual symptoms) in HAMD-17 were the main influencing factors for medication compliance ($OR=2.721$, $95\%CI$: 1.126–6.572; $OR=3.560$, $95\%CI$: 1.050–12.072). **Conclusions** This study showed that anxiety symptoms and sexual dysfunction may be important factors affecting medication compliance. In the process of clinical practice, targeted and timely guidance and adjustment of treatment should be given, so as to further improve medication compliance of patients with depression.

【Key words】 Depression; Medication adherence; Influencing factors

Fund program: National Key Research and Development Program (2016YFC1307200)

抑郁症(major depressive disorder, MDD)是一种高发病率、高复发率和高自杀率的精神疾病^[1]。目前,抑郁症被列为世界范围内导致残疾的主要原因之一,影响了约3.5亿人,占世界总人口的4.4%^[2],其也是导致世界范围内疾病负担的主要因素,预计到2030年将成为首要因素^[3-4]。抑郁症是一种慢性疾病,尽管目前药物治疗能够有效改善患者的症状,但患者的总体药物依从率较低^[5],特别是抗抑郁药物的服药依从性比例低于抗精神病药物和情绪稳定剂^[6]。此外,研究表明,慢性病患者中合并抑郁症者药物不依从率是未合并者的1.76倍^[7]。服药依从性与药物疗效存在直接关联^[8],同时影响患者的预后和转归。依从性差将直接导致患者住院率、复发率及死亡率的增加,同时还会增加患者个人、家庭和社会的经济负担^[9]。因此,如何有针对性地提高患者服药依从性极其重要^[8]。本文对门诊抑郁症患者服药依从性的可能相关因素进行研究,采用药物依从性评定量表的总分对依从性进行分类,从而找到影响非依从的因素,为患者提供更好的干预措施和临床治疗指导,进一步提高患者的服药依从率并改善其预后。

一、对象与方法

1. 研究对象:选取2016年11月至2019年10月就诊于首都医科大学附属北京安定医院门诊的抑郁症患者。入组标准:(1)门诊患者,年龄18~65岁,性别不限;(2)符合美国精神疾病诊断和统计手册第IV版(DSM-IV)重性抑郁障碍诊断标准(MINI诊断),首发或复发均可,不伴有精神病性症状;(3)患者计划开始使用艾司西酞普兰或度洛西汀单一抗抑郁药物治疗;(4)小学以上文化程度,能理解量表的内容;(5)患者本人签署知情同意书。排除标准:(1)既往明确的躁狂或轻躁狂发作;(2)既往诊断双相情感障碍、精神分裂症、分裂情感性精神障碍及其他疾病伴发的精神障碍者;(3)既往曾有酒药依赖及急性中毒史的患者;(4)妊娠期或哺乳期女性患者;(5)研究者认为患者目前具有严重自杀风险者,HAMD-17自

杀风险条目 ≥ 3 分;(6)目前有严重躯体疾病,研究者认为不适合入组本项研究。本研究纳入符合入组标准并完成急性期12周随访者158例,其中完成患者药物依从性评定量表(MARS)评估共108例,失访脱落50例,失访的主要原因为电话号变更,少数患者不愿意继续接受访问。本研究获得首都医科大学附属北京安定医院伦理委员会批准[(2017)科研第(24)号],所有受试者均签署本人书面知情同意。

2. 方法:(1)研究方法:在基线时记录患者的一般信息及临床资料,完成17项汉密尔顿抑郁量表(HAMD-17)、抑郁症状快速评估量表(QIDS-SR16)的评估。对完成急性期随访(12周末)且在研究结束后(时间均值为1年)能够接通电话的患者,询问其服药情况,填写MARS。研究开始前对研究人员进行量表的一致性培训。(2)药物治疗:急性期治疗过程中,有104例(96.30%)患者使用艾司西酞普兰(10~20 mg),4例(3.70%)患者使用度洛西汀(60~120 mg),急性期治疗期间无合并其他抗抑郁药及换药。对于失眠,允许使用苯二氮草类或非苯二氮草类药物,其中有58例(53.70%)未使用任何治疗失眠药物,有50例(46.30%)使用过1种或2种治疗失眠药物。

3. 研究工具及观察指标:(1)基本情况调查表。用于调查患者的社会人口学资料和疾病特征资料,具体如下。①一般资料:包括性别、年龄、受教育程度、精神疾病家族史、婚姻、医保类型等;②本次门诊情况:包括发病年龄、首次病程、总病程、病程特点等;(2)简明国际神经精神访谈(MINI)^[10]。其是针对DSM-IV和ICD-10中轴I精神疾病的简短的结构式访谈,具有非常可接受的信度和效度,可以在短时间内完成。(3)HAMD-17。用于评估受试者抑郁症状的严重程度,由17个条目组成,条目数量比较适中,有明确的操作评定标准,简单易行。每个条目采用0~2级或0~4级评分不等,总分范围为0~52分,分数越高表明患者的抑郁严重程度越重。其中8~16分为轻度抑郁,17~23分为中度抑

郁, ≥ 24分为严重抑郁^[11]。按照各条目得分 ≥ 1分和 < 1分进行划分,分为有和无。(4)QIDS-SR16。量表共有16项,可快速了解自己近期的情绪状态,采用0~3四级评分法,得分越高表示抑郁状态越严重。其中6~10分为轻度,11~15分为中度,16~20分为重度,≥ 21分为极重度^[12]。(5)MARS。其由Kao等^[13]翻译成繁体汉语版本,是一项10项自我报告的量表,用于衡量精神病患者药物依从性,具有良好的可信度和效度,可提供有关坚持药物治疗的重要信息^[14]。总分为0~10分,评分越高,说明依从性越好。依从性评定中,MARS总分 ≥ 6分为服药依从性好组,MARS总分 < 6分为服药依从性差组^[15]。

4. 统计学方法:应用SAS 9.4统计软件进行数据描述及分析,计数资料以例数和百分比进行描述,对于影响患者依从性的一般资料及疾病特征进行单因素分析,采用 χ^2 检验;对于单因素分析差异有统计学意义的变量进行多因素Logistic回归分析。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

二、结果

1. 一般资料:本研究中,抑郁症患者的服药依从性好者占71.30%,依从性差者占28.70%;服药依从性差组和服药依从性好组的性别、年龄、受教育程度、精神疾病家族史、婚姻、医保类型、发病年龄、首次病程、总病程、病程特点等比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。见表1。研究结束后,完成药物依从性评定量表电话问卷调查患者和未完成药物依从性评定量表电话问卷调查患者的性别比例、年龄、教育程度、婚姻、精神疾病家族史等比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。见表2。

2. 临床特征:服药依从性好组HAMD-17项中的条目7 [工作和兴趣(54.84%比33.77%)],条目10 [精神性焦虑(51.61%比28.57%)],条目14 [性症状(22.58%比7.79%)]的阳性率低于服药依从性差组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。两组的首发年龄、首复发、总病程、HAMD-17其他条目、HAMD-17维度划分的严重程度比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表3。

3. 抑郁症患者服药依从性多因素Logistic分析:将单因素分析中差异有统计学意义的条目进行Logistic回归分析,结果显示,基线的HAMD-17中的条目10 [精神性焦虑($OR=2.721, 95\%CI: 1.126 \sim 6.572$)]和条目14 [性症状($OR=3.560, 95\%CI: 1.050 \sim 12.072$)]是抑郁症患者服药依从性的影响因素。见表4。

表1 服药依从性好组与服药依从性差组抑郁症患者一般资料比较[例(%)]

项目	服药依从性好组 (n=77)	服药依从性差组 (n=31)	χ^2 值	P值
性别				
男	15(48.39)	26(33.77)	2.006	0.157
女	16(51.61)	51(66.23)		
年龄(岁)				
≤ 25	37(48.05)	12(38.71)	0.778	0.378
> 25	40(51.95)	19(61.29)		
学历				
高中及以下	12(15.58)	10(52.26)	4.124	0.127
本科	45(58.44)	16(51.61)		
研究生及以上	20(25.97)	5(16.15)		
BMI				
低体重或正常体重	57(74.03)	22(70.97)	0.105	0.746
超重或肥胖	20(25.97)	9(29.03)		
婚姻				
已婚	16(20.78)	11(35.48)	2.549	0.110
未婚	61(79.22)	20(64.52)		
工作				
家庭/兼职/退休	8(10.39)	4(12.90)	0.829	0.661
全职	45(58.44)	20(64.52)		
学生	24(31.17)	7(22.58)		
医保类型				
医保	63(81.82)	25(80.65)	0.020	0.887
自费	14(18.18)	6(19.35)		
精神疾病家族史				
无	59(76.62)	26(83.87)	0.693	0.405
有	18(23.38)	5(16.13)		

注: BMI 体质指数; BMI ≥ 24 kg/m²为超重或肥胖, BMI < 24 kg/m²为低体重或正常体重

讨论 依从性是指“患者的行为与医学建议相符的程度”,即患者对药物的执行程度^[16]。抑郁症作为一种慢性疾病,面对依从性差的现状以及如何提高患者依从性一直都是研究的重点,也是全球性的问题^[17]。本研究通过药物依从性评定量表评定药物依从性,发现HAMD-17项中的条目10(精神性焦虑)和条目14(性症状)是影响服药依从性的重要因素。

本研究中,抑郁症患者服药依从性好者占71.30%,依从率差者占28.70%,与既往研究中抑郁症药物依从率差者占比30%~97%^[18]不一致。考虑本研究中的患者有超过一半以上(96.30%)在药物治疗方面选用艾司西酞普兰,而该药物治疗效果已经被证实,无论是对抑郁症患者的服药依从性还是疗效方面都有很大改善^[19]。此外,目前无论是自媒体还是社会对抑郁症的宣传力度加大,人们对此疾

表2 完成电话随访与未完成电话随访抑郁症患者一般资料比较 [例(%)]

项目	完成电话随访 (n=108)	未完成电话随访 (n=50)	χ^2 值	P值
性别				
男	41(37.97)	18(36.00)	0.0563	0.812
女	67(62.03)	32(64.00)		
年龄(岁)				
≤ 25	49(45.37)	28(56.00)	0.897	0.343
> 25	59(54.63)	22(44.00)		
学历				
高中及以下	22(20.37)	10(20.00)	0.602	0.740
本科	61(56.48)	31(62.00)		
研究生及以上	25(23.15)	9(18.00)		
BMI				
低体重或正常体重	79(73.15)	30(60.00)	2.761	0.096
超重或肥胖	29(26.85)	20(40.00)		
婚姻				
已婚	27(25.00)	16(32.00)	1.100	0.294
未婚	81(75.00)	34(68.00)		
工作				
家庭/兼职/退休	12(11.11)	2(4.00)	2.560	0.278
全职	65(60.19)	35(70.00)		
学生	31(28.70)	13(26.00)		
医保类型				
医保	88(81.48)	44(88.00)	1.056	0.304
自费	20(18.52)	6(12.00)		
精神疾病家族史				
无	85(78.70)	42(84.00)	0.608	0.436
有	23(21.30)	8(16.00)		

表3 服药依从性好组与服药依从性差组抑郁症患者疾病特征比较 [例(%)]

项目	服药依从组好组 (n=77)	服药依从组差组 (n=31)	χ^2 值	P值
疾病首发/复发				
复发	12(38.71)	33(42.86)	0.156	0.692
首发	19(61.29)	44(57.14)		
首发年龄(年)				
≤ 25	20(64.52)	49(63.64)	0.007	0.931
> 25	11(35.48)	28(36.36)		
总病程(月)				
≤ 12	15(48.39)	32(41.56)	0.419	0.517
> 12	16(51.61)	45(58.44)		
HAMD-17条目阳性 (评分≥ 1分)				
抑郁情绪	17(54.84)	30(38.96)	2.267	0.132
罪恶感	10(32.26)	21(27.27)	0.268	0.604
自杀	13(41.94)	18(23.38)	3.720	0.054
工作和兴趣	17(54.84)	26(33.77)	4.096	0.043
迟滞	5(16.13)	8(10.39)	0.687	0.407
激越	1(3.23)	1(1.30)	0.452	0.502
精神性焦虑	16(51.61)	22(28.57)	5.145	0.023
躯体性焦虑	10(32.26)	19(24.68)	0.647	0.421
疑病	5(16.13)	15(19.48)	0.164	0.685
自知力	20(64.52)	48(62.34)	0.045	0.832
入睡困难	14(45.16)	23(29.87)	2.294	0.130
睡眠不深	14(45.16)	27(35.06)	0.957	0.328
早醒	10(32.26)	24(31.17)	0.012	0.912
胃肠道症状	6(19.35)	13(16.88)	0.093	0.760
全身症状	12(38.71)	21(27.27)	1.362	0.243
性症状	7(22.58)	6(7.79)	4.565	0.033
体重减轻	1(3.23)	6(7.79)	0.760	0.383

病的认识及治疗有更多的了解,所以这可能也是本研究较既往研究依从率差者占比更低的原因。本研究的单因素分析中,两组患者的年龄、学历、病程特点、职业等与服药依从性相关性不明显,其中有关学历对服药依从性影响的研究结果目前缺乏一致性,国内与国外研究结果也不完全一致。既往研究显示,受教育程度越高,其依从性越好^[20]。本研究与刘民和赵振海^[21]的研究结果一致,与国外结果不完全一致。考虑可能与本研究中调查例数偏少、患者受教育程度在本科及以上占比更多,而高中及以上占比较少的原因相关。

本研究通过多因素 Logistic 回归分析显示,两组在基线 HAMD-17 的条目 10(精神性焦虑)和条目 14(性症状)方面差异有统计学意义,是影响患者服药依从性的重要因素。本研究中 HAMD-17 中的条目 10(精神性焦虑)是患者服药依从性的影响因素,

与 Bet 等^[22]的研究结果相一致。此外,一项关于多发硬化症患者合并抑郁症的研究显示,患者的情绪状态是影响其依从性和预后的重要因素^[23]。合并有焦虑情绪的患者,其在抑郁发作期间需要更长的缓解时间和更多的药物治疗,同时增加治疗的不良反应,使得早期复发及自杀风险增加,功能明显受损,降低患者及时康复的可能性,进一步降低患者的依从性^[24]。因此,在临床门诊工作中,需要对患者的焦虑给予足够的重视,从而更好地提高患者的依从性。本研究中, HAMD-17 的条目 14(性症状)也是影响患者服药依从性的影响因素,这与 Clayton 等^[25]的研究结果相一致。结合中国文化背景,分析这一因素对服药依从性的影响,首先,在传统理念里,患者对于患有精神科疾病本身有很强的病耻感;其次,对性问题的咨询有不确定性、尴尬性和隐私问题等

表 4 抑郁症患者服药依从性多因素 Logistic 回归分析

变量	回归系数	标准误	Wald χ^2 值	P 值	OR 值	95%CI
HAMD17 项条目 10	0.500	0.225	4.947	0.026	2.721	1.126 ~ 6.572
HAMD17 项条目 14	0.635	0.311	4.154	0.041	3.560	1.050 ~ 12.072

注: 条目 10 为精神性焦虑; 条目 14 为性症状

障碍, 患者和医生都不愿意过多地去讨论性功能障碍的问题, 导致这一问题得不到及时的关注和治疗, 从而影响患者的生活质量, 降低患者性生活满意度, 增加疾病复发及复燃的风险, 从而增加患者的非依从性^[26]。此外, 研究表明, 对于未治疗的抑郁症患者伴有性功能障碍这一现象较为普遍^[27]。因此, 在日常的门诊工作中, 不仅需要咨询患者疾病及治疗的相关情况, 同时需要向患者咨询性功能的问题, 这样才能对患者的治疗结果及生活质量产生更积极的影响, 从而进一步提高患者的服药依从性^[28]。

综上所述, 在日常临床实践过程中, 考虑到焦虑、性功能障碍和抑郁之间关系较为密切, 因此对焦虑、性功能障碍治疗的重要性应引起关注。在治疗抑郁症的同时, 更需要关注患者的焦虑情绪及性功能障碍症状, 并给予及时的药物调整或支持性心理干预, 进一步提高抑郁症患者的服药依从性, 以达到更加有效的治疗效果。此外, 本研究通过基线临床特征预测患者的服药依从性, 从而针对有上述临床特征的患者加强健康宣教等。

本研究不足之处。(1) 本研究样本量相对较少, 在后续研究中尚需进一步增加样本量, 扩大研究中心验证研究结论; (2) 对于患者维持期的药物治疗和病情是否有波动未做进一步分析; (3) 本研究中, 使用艾司西酞普兰治疗抑郁症的比例高达 96.30%, 可能是导致本研究两组结果不显著的原因, 后续可考虑纳入两种以上抗抑郁药进一步观察两组间有无差异; (4) 该研究电话随访可能存在回忆偏倚, 结果的准确性会受到一定影响, 可考虑增加多个访视点去完成药物依从性评定量表; (5) 本研究采用的是主观的评定服药依从性量表, 在评定的过程中, 患者在进行自我报告依从态度的时候存在不真实作答的可能性, 可考虑客观的药物依从性量表和主观相结合, 进一步增加患者药物依从评定的准确性。因此, 在后续研究中, 可以有针对性地改善这些问题, 从而进一步去验证该研究结论。

利益冲突 文章所有作者共同认可文章无相关利益冲突

作者贡献声明 研究设计为周欣怡、周晶晶、王刚, 研究实施、资料收集、论文撰写为周欣怡, 论文修订为周晶晶, 统计分析为周佳

参 考 文 献

- [1] LeMoult J, Gotlib IH. Depression: a cognitive perspective [J]. Clin Psychol Rev, 2019, 69: 51-66. DOI: 10.1016/j.cpr.2018.06.008.
- [2] Lin CH, Park C, McIntyre RS. Early improvement in HAMD-17 and HAMD-7 scores predict response and remission in depressed patients treated with fluoxetine or electroconvulsive therapy [J]. J Affect Disord, 2019, 253: 154-161. DOI: 10.1016/j.jad.2019.04.082.
- [3] Malhi GS, Mann JJ. Depression [J]. Lancet, 2018, 392(10161): 2299-2312. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31948-2.
- [4] Stanley M. A guide to medication adherence in depression [J]. J Psychiatr Ment Health Nurs, 2016, 5(6): 259-261. DOI: 10.12968/bjmh.2016.5.6.259.
- [5] Readdean KC, Heuer AJ, Scott Parrott J. Effect of pharmacist intervention on improving antidepressant medication adherence and depression symptomatology: a systematic review and meta-analysis [J]. Res Social Adm Pharm, 2018, 14(4): 321-331. DOI: 10.1016/j.sapharm.2017.05.008.
- [6] Mert DG, Turgut NH, Kelleci M, et al. Perspectives on reasons of medication nonadherence in psychiatric patients [J]. Patient Prefer Adherence, 2015, 9: 87-93. DOI: 10.2147/PPA.S75013.
- [7] Grenard JL, Munjas BA, Adams JL, et al. Depression and medication adherence in the treatment of chronic diseases in the United States: a meta-analysis [J]. J Gen Intern Med, 2011, 26(10): 1175-1182. DOI: 10.1007/s11606-011-1704-y.
- [8] Jüngst C, Gräber S, Simons S, et al. Medication adherence among patients with chronic diseases: a survey-based study in pharmacies [J]. QJM, 2019, 112(7): 505-512. DOI: 10.1093/qjmed/hcz058.
- [9] Ho SC, Chong HY, Chaiyakunapruk N, et al. Clinical and economic impact of non-adherence to antidepressants in major depressive disorder: a systematic review [J]. J Affect Disord, 2016, 193: 1-10. DOI: 10.1016/j.jad.2015.12.029.
- [10] Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, et al. The mini-international neuropsychiatric interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10 [J]. J Clin Psychiatry, 1998, 59 Suppl 20: 22-33; quiz 34-57. DOI: 10.4088/JCP.v59n0105.
- [11] Li KX, Loshak H. Pharmacogenomic testing in depression: a review of clinical effectiveness, cost-effectiveness, and guidelines [M]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2020.
- [12] Roniger A, Späth C, Schweiger U, et al. A psychometric evaluation of the German version of the quick inventory of depressive symptomatology (QIDS-SR16) in outpatients with depression [J]. Fortschr Neurol Psychiatr, 2015, 83(12): e17-e22. DOI: 10.1055/s-0041-110203.
- [13] Kao YC, Liu YP. Compliance and schizophrenia: the predictive potential of insight into illness, symptoms, and side effects [J]. Compr Psychiatry, 2010, 51(6): 557-565. DOI: 10.1016/

- j.comppsycho.2010.03.007.
- [14] Fond G, Boyer L, Boucekine M, et al. Validation study of the medication adherence rating scale. Results from the FACE-SZ national dataset[J]. Schizophr Res, 2017, 182: 84-89. DOI: 10.1016/j.schres.2016.10.023.
- [15] 崔伟, 张云淑, 严保平, 等. 双相障碍不同首选用药间处方方式、不良反应、经济负担、依从性比较[J]. 中国神经精神疾病杂志, 2016, 42(12): 737-742. DOI: 10.3969/j.issn.1002-0152.2016.12.007.
- Cui W, Zhang YS, Yan BP, et al. The comparison of prescription pattern, adverse events, economic burden and drug-use adherence between the different preferred drug in bipolar disorder[J]. Chin J Nerv Ment Dis, 2016, 42(12): 737-742.
- [16] Lyu CM, Zhang L. Concept analysis of adherence[J]. Frontiers of Nursing, 2019, 6(2): 81-86. DOI: 10.2478/FON-2019-0013.
- [17] Chapman SCE, Horne R. Medication nonadherence and psychiatry[J]. Curr Opin Psychiatry, 2013, 26(5): 446-452. DOI: 10.1097/YCO.0b013e3283642da4.
- [18] Baeza-Velasco C, Olié E, Béziat S, et al. Determinants of suboptimal medication adherence in patients with a major depressive episode[J]. Depress Anxiety, 2019, 36(3): 244-251. DOI: 10.1002/da.22852.
- [19] Pastoor D, Gobburu J. Clinical pharmacology review of escitalopram for the treatment of depression[J]. Expert Opin Drug Metab Toxicol, 2014, 10(1): 121-128. DOI: 10.1517/17425255.2014.863873.
- [20] Robiner WN. Enhancing adherence in clinical research[J]. Contemporary Clinical Trials, 2005, 26(1): 59-77. DOI: 10.1016/j.cct.2004.11.015.
- [21] 刘民, 赵振海. 精神专科医院门诊抑郁症患者服药依从性影响因素分析[J]. 中国心理卫生杂志, 2008, 22(12): 870-873. DOI: 10.3321/j.issn: 1000-6729.2.008.12.002.
- Liu M, Zhao ZH. Related factors of medication compliance of depressive outpatients in psychiatric hospitals[J]. Chinese Mental Health Journal, 2008, 22(12): 870-873.
- [22] Bet PM, Penninx BW, van Laer SD, et al. Current and remitted depression and anxiety disorders as risk factors for medication nonadherence[J]. J Clin Psychiatry, 2015, 76(9): e1114-e1121. DOI: 10.4088/JCP.14m09001.
- [23] Kołtuniuk A, Rosińczuk J. The levels of depression, anxiety, acceptance of illness, and medication adherence in patients with multiple sclerosis - descriptive and correlational study[J]. Int J Med Sci, 2021, 18(1): 216-225. DOI: 10.7150/ijms.51172.
- [24] Aftab A, Levin J, Aebi M, et al. Associations of comorbid anxiety with medication adherence and psychiatric symptomatology in a population of nonadherent bipolar disorder subjects[J]. J Nerv Ment Dis, 2018, 206(4): 258-262.
- [25] Clayton AH, El Haddad S, Iluonakhamhe JP, et al. Sexual dysfunction associated with major depressive disorder and antidepressant treatment[J]. Expert Opin Drug Saf, 2014, 13(10): 1361-1374. DOI: 10.1517/14740338.2014.951324.
- [26] Nil R, Lütolf S, Seifritz E. Residual symptoms and functionality in depressed outpatients: a one-year observational study in Switzerland with escitalopram[J]. J Affect Disord, 2016, 197: 245-250. DOI: 10.1016/j.jad.2016.02.062.
- [27] Jing E, Straw-Wilson K. Sexual dysfunction in selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and potential solutions: a narrative literature review[J]. Mental Health Clin, 2016, 6(4): 191-196. DOI: 10.9740/mhc.2016.07.191.
- [28] Olisah VO, Sheikh TL, Abah ER, et al. Sociodemographic and clinical correlates of sexual dysfunction among psychiatric outpatients receiving common psychotropic medications in a Neuropsychiatric Hospital in Northern Nigeria[J]. Niger J Clin Pract, 2016, 19(6): 799-806. DOI: 10.4103/1119-3077.180063.

(收稿日期: 2021-03-15)

(本文编辑: 赵金鑫)

· 消息 ·

《神经疾病与精神卫生》杂志在线采编系统启用公告

为了更好地服务于广大读者、作者及审稿专家,方便查询论文信息、投稿、询稿及审稿,提高杂志工作效率,《神经疾病与精神卫生》编辑部已开通期刊采编系统。系统入口位于我刊官方网站(www.ndmh.com)首页。作者投稿,请首先在本刊网站在线注册账号,以该账号登录稿件采编系统投稿,并可随时了解稿件编审进度。如您在操作中碰到任何问题,请与编辑部联系(010-83191160)。

本刊编辑部