

科研项目合作协议书

甲方 (委托单位) : 鄞州区疾病预防控制中心

乙方 (受委托单位) : 鄞州区横溪中心卫生院、鄞州区姜山镇茅山卫生院、鄞州区首南街道社区卫生服务中心

经甲 (项目委托单位 , 以下简称甲方) 乙 (项目受委托单位 , 以下简称乙方) 共同协商 , 鉴定本协议 :

一、为了开展 社区精神分裂症患者情绪管理与健康管理技术研究 , 甲方特以科研项目的形式委托乙方承担项目现场干预、调查及成果转化工作。

二、本协议所立项目为横向合作项目。甲方负责提供科研设计、指导、相关材料 , 乙方负责项目的现场干预、调查。

三、项目研究所需经费由甲方提供。甲方在项目立项后 , 向乙方支付科研经费 1 万元 , 用于开展项目干预、调查、劳务支出等项目。

四、本协议所立项目的研究时间为 : 自 2016 年 11 月 1 日至 2018 年 12 月 31 日止。乙方应于 2018 年 1 月 1 日前完成所有干预和调查工作

五、乙方在本协议生效后 , 应按甲方所提供的相关要求及时组织、协调课题组开展项目研究 , 并保证按时完成研究

任务。

六、本协议所立项目取得的各类成果的知识产权属甲、乙双方共同所有。一方如需转让或变更知识产权的归属须经另一方同意，否则无效，由此引起的责任由责任方承担。

七、本协议未尽事宜由甲、乙双方届时另行商定。

甲方：

鄞州区疾病预防控制中心（章）

甲方代表：

2016年10月20日

乙方：

鄞州区横溪中心卫生院（章）

代表签字：

2016年10月21日

鄞州区姜山镇茅山卫生院（章）

代表签字：

2016年10月24日

鄞州区首南街道社区卫生服务中心（章）

代表签字：

2016年10月27日





持证人签名:

Signature of the Bearer

陈奇

管理号:

File No.:

姓名:

Full Name

陈奇

性别:

Sex

男

出生年月:

Date of Birth

1981年05月

专业名称:

Speciality

卫生

资格级别:

Qualification Level

中级

类别:

Type

疾病控制

批准日期:

Approval Date

2011年05月29日

签发单位盖章:

Issued by

签发日期:

Issued on



05 3246

附件 1

宁波市卫生和计划生育委员会 市医学科技计划项目申报表

项目立项后，本表内容将作为合同重要组成部分，请慎重填写

项目名称：社区精神分裂症患者情绪管理与健康管理技术

申请单位：宁波市鄞州区疾病预防控制中心

合作单位：鄞州区横溪中心卫生院、鄞州区姜山镇茅山卫生院、
鄞州区首南街道社区卫生服务中心

项目负责人：陈奇

主管部门：鄞州区卫生和计划生育局

申请时间：2016.10.18

宁波市卫生和计划生育委员会

二〇一四年制

填 报 说 明

1. 本表适用于向宁波市卫生和计划生育委员会申报市医学科技计划项目。
2. 填表前，请先仔细阅读《宁波市医学科技计划项目管理暂行办法》和申报通知。
3. 申报材料使用 A4 纸打印，于左侧装订整齐。为了减轻申请书的重量和便于整理，所有申请材料请采用双面印刷，普通装订。
4. 严格按照规定申报格式如实填写相关内容。
5. 申报材料须由各县（市）区卫生计生局、市级医疗卫生单位等项目归口管理部门审核后，报送市卫生和计划生育委员会。
6. 申请表中名词术语，由市卫生和计划生育委员会负责解释。

一、项目基本情况

项目名称	社区精神分裂症患者情绪管理与健康管理技术		申报类别	成果转化推广
申报单位	鄞州区疾病预防控制中心			(盖章)
行业分类	卫生			
技术领域	社区精神卫生管理	学科领域	公共卫生	
归口部门	卫计委	技术来源	国家自然科学基金项目(编号: 71173065)	
申报日期	2016年10月20日	起止年限	2016年11月至2018年10月	

二、预期效益和成果

预期年度效益 (万元)	总产值	新增 产值	总销 售额	新增 销售额	总利税	新增 利税
	0	0	0	0	0	0
预期成果	论文数		专利总数		其中发明专利数	
	2		0		0	

三、主要承担单位

主 持 单 位	单位名称	鄞州区疾病预防控制中心		单位类型	事业单位
	法人代码	1233022773947102XQ	联 系 人	陈奇	
	联系电话	13777142531	传 真		
合 作 单 位	单位名称		法人代码	联系人	联系电话
	1	鄞州区横溪中心卫生院	419611775	闻咪波	13777975786
	2	鄞州区姜山镇茅山卫生院	419611791	周亚彩	13566571928
	3	鄞州区首南街道社区卫生服务中心	681052323	郑猛雷	13586508699
	4				
	5				
	6				

四、主要项目成员

1	姓 名	陈奇		身 份 证	330203198105221815	签名
	出生年月	1981.5		联系电话	13777142531	
	职务/职称	副科长/主管		专 业	公共卫生	
	项目分工	项目设计、数据分析、项目报告				
	工作单位	鄞州区疾病预防控制中心				
	电子邮件	47229942@qq.com				
2	姓 名	闻咪波		身 份 证	33022719721105544X	签名
	出生年月	1972.11		联系电话	13777975786	
	职务/职称	副院长/副主任		专 业	公共卫生	
	项目分工	干预现场协调				
	工作单位	鄞州区横溪中心卫生院				
3	姓 名	麻万俊		身 份 证	330226197312100792	签名
	出生年月	1973.12		联系电话	13738852112	
	职务/职称	院长/副主任		专 业	公共卫生	
	项目分工	干预现场协调				
	工作单位	鄞州区姜山镇茅山卫生院				
项目 组 其 他 成 员	姓 名	出生 年月	专业技 术职务	专 业	工作单位	本项目中 分工
	郑猛雷	1979.3	主治	临床医学	首南街道社区卫生服务中心	现场
	付芹芹	1986.11	主管	精神卫生	宁波市康宁医院	培训
	周亚彩	1978.11	副主任	公共卫生	鄞州区姜山镇茅山卫生院	现场
	陆怀初	1971.11	主任	公共卫生	鄞州区疾病预防控制中心	督导
	吴金萍	1983.2	主管	公共卫生	鄞州区横溪中心卫生院	现场
	陈亚君	1976.5	主管	临床医学	鄞州区姜山镇茅山社区卫生服 务中心	现场
	徐银儿	1962.7	副主任	精神卫生	宁波市康宁医院	培训
	林鸿波	1967.4	副主任	公共卫生	鄞州区疾病预防控制中心	协调
	周郁秋	1952.6	教授	护理学	哈尔滨医科大学	指导

五、项目概要

1、国内外现状（限 300 字）

国外对于关于类似情感技术的可行性、安全性、效果方面的研究 Moritz 等已有报告。结果显示患者对该情绪管理干预的主观评价都比较高，特别是趣味性、是否推荐给其他人、无聊感降低和在日常生活中的用处四项得分较对照组显著增高，小组的依从性也非常好。研究得出干预患者阳性症状较积极干预组有中等强度的改善。英国 Ross 等进行的干预模式训练研究显示，研究组较对照组在轻率下结论行为上有明显的改善；该研究还初步证实该技术可以改善妄想信念。印度 Kumar 等进行的研究提示研究组患者妄想和幻觉改善明显。国内尚未有相关大规模的社区推广研究。

2、主要内容（关键技术）（限 300 字）

精神分裂症患者情绪管理与健康管理的核心技术：社区精神卫生工作人员通过元认知干预技术和情绪管理技术，指导患者学习相关知识，认识、评估自身情绪，工作人员通过系统性的量表测试，评估干预效果，并帮助患者进行修正性地调整，参与情绪管理技能训练，正确处理情绪问题，并能很好地识别他人情绪，处理人际关系，保持良好的情绪状态。入组开始后，研究组患者在接受基本随访的条件下，每月接受 1 次、每次约 60 分钟的情绪管理训练和元认知技术干预，而对照组患者仅接受基本随访。于入组时采用一般情况问卷、简明精神病量表(BPRS)、个人和社会功能量表(PSP)及日常生活能力量表(ADL)等对两组患者进行测评；另外，分别于入组 6 月后、12 月后各重复测评一次，并作对照研究。

3、先进性和创新性（限 300 字）

宁波市作为首批精神卫生试点示范市，如果开展该适宜技术的研究将在国内精神疾病患者社区康复领域处于领先。目前全市管理的严重精神障碍患者共 26511 名，其中精神分裂症 20500 名。大量的管理病例，使得社区医生也亟需一种行之有效的社区适宜技术。通过对精神分裂症患者情绪管理与健康管理模式的推广，总结经验，形成适合宁波本地特色，适合其他严重精神障碍，以及抑郁症干预的行之有效的社区干预模式，将带来极大的社会效益。

4、主要技术指标（限 200 字）

患者脱落率、干预有效性、成本效益分析、情绪化行为量表（EBS）、正性负性情绪量表（PANAS）、多伦多述情障碍量表（TAS）、情绪管理分量表（MES）、情绪管理问卷（ERQ）、个人和社会功能量表(PSP)、日常生活能力量表(ADL)

5、预期效益成果分析（限 200 字）

- 1) 发表论文 2 篇
- 2) 形成社区精神分裂症患者情绪管理与健康管理技术文档
- 3) 形成推广应用报告

六、计划进度目标

起始年月	进度目标要求（每栏限 80 字）
2016. 11 至 2016. 3	文献复习 项目规划
2016. 4 至 2016. 6	干预组入组 干预组、对照组基线调查
2016. 7 至 2016. 12	培训材料编译 专家论证 资料修订 培训师资
2016. 12 至 2017. 12	项目干预实施 半年度调查
2017. 12 至 2018. 1	终末调查
2018. 2 至 2018. 10	论文发表 推广技术方案编写
至	

七、项目经费概算

金额单位：万元

7.1 经费来源

项目经费	总经费	申请资助	归口部门经费	自筹资金
	6	3	3	0

7.2 经费支出概算

序号	科目名称	合计	申请经费		归口部门经费	自筹经费
			内部支出	合作外拨		
1.	1、设备费	0				
2.	（1）购置设备费	0				
3.	（2）试制设备费	0				
4.	（3）设备改造与租赁费	0				
5.	2、材料费	1	0.5		0.5	
6.	3、测试化验加工费	0				
7.	4、燃料动力费	0.1	0.05		0.05	
8.	5、差旅费	0.1	0.1		0.1	
9.	6、会议费	0.1	0.1			
10.	7、国际科技合作与交流费	0.6	0.2	0.1	0.3	
11.	8、出版/文献/信息传播/知识产权事务费	0.5	0.1	0.1	0.3	
12.	9、劳务费	2		1	1	
13.	10、专家咨询费	0.5	0.25		0.25	
14.	11、激励支出	1	0.25	0.25	0.5	
	合计	6	1.55	1.45	3	0

八、需增添的仪器及用途

金额单位：万元

序号	名称及规格型号	数 量	单 价	金 额	用途说明
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
合 计					

九、推荐意见

县（市）区卫生计生局、市级医疗卫生单位推荐意见

并承诺：如该项目立项，则给予____万元经费资助（或配套）。

盖 章

负责人签字：

年 月 日

“社区精神分裂症患者情绪管理与健康管理技术”

推广项目可行性报告

1. 适宜技术成果内容

1.1 技术内容的基本情况

精神分裂症是一种重性、高致残性的精神疾病，患者的预后不仅与治疗 and 康复训练有关，也与情绪管理关系密切。近年来国外已开展精神分裂症患者情绪管理相关研究，并证实情绪管理可以有效改善患者社会认知功能，但目前国内对该领域的研究较少。

精神分裂症患者情绪管理与健康管理的核心技术可以简要叙述为：社区精神卫生工作人员通过元认知干预技术和情绪管理技术，指导患者学习相关知识，认识、评估自身情绪，工作人员通过系统性的量表测试，评估干预效果，并帮助患者进行修正性地调整，参与情绪管理技能训练，正确处理情绪问题，并能很好地识别他人情绪，处理人际关系，保持良好的情绪状态。

1.2 省内外该技术已研发和推广应用情况

主要技术来源于国家自然科学基金项目(编号:71173065)“精神分裂症恢复期患者支持性干预及健康管理模式研究”，根据我市实际情况进行适当调整。目前国内仅在内蒙古进行了推广应用。

2. 推广应用内容

2.1 技术推广应用的必要性

2.1.1 政策层面

2013 年国务院办公厅下发《转发中央综治办等部门关于加强肇事肇祸等严重精神障碍患者救治救助工作意见的通知》，2014 年省综治办等十一部门下发《关于加强肇事肇祸等严重精神障碍患者救治救助工作的实施意见》，同年宁波市委、市政府办公厅转发《关于进一步加强严重精神障碍患者综合管理的意见》，2015 年国家卫生计生委等六部委发布了《关于开展全国精神卫生综合管理试点工作的通知》，宁波市作为首批示范市，发布了《宁波市精神卫生综合管理试点市建设实施方案（2015-2017 年）》。均体现了政府对严重精神障碍患者康复救助的重视重视，因此如何管理好严重精神障碍患者，帮助他们更好的恢复，稳定情绪、融入社区康复，预防肇事肇祸的发生是目前所亟需解决的难题。

2.1.2 管理层面

目前全市管理的严重精神障碍患者共 26511 名，其中精神分裂症 20500 名。以鄞州区为例，管理严重精神障碍患者共 3882 名，其中精神分裂症 2383 名。大量的管理病例，使得社区医生也亟需一种行之有效的，投入小，效果明显的社区适宜技术，来有效地对患者进行随访服务。如果通过对精神分裂症患者情绪管理与健康管理模式的推广，总结经验，形

成适合宁波本地特色，适合其他严重精神障碍，以及抑郁症干预的行之有效的社区干预模式，将带来极大的社会效益。

2.1.3 技术层面

目前的公共卫生服务规范（重性精神疾病患者健康管理服务项目规范）所提到的随访内容为：对患者进行危险性评估；检查患者的精神状况；询问服药状况等。这些内容更多意义上来说，是疾病监测而不是康复随访技术，对于患者几乎没有帮助，对于管理本身的目的：稳定病情，也几乎没有帮助。因此，康复技术层面，也呼唤一种社区可以操作的适宜技术。

2.2.4 国内外研究

国外对于关于类似情感技术的可行性、安全性、效果方面的研究 Moritz 等已有报告。结果显示患者对该治疗的主观评价都比较高，特别是趣味性、是否推荐给其他人、无聊感降低和在日常生活中的用处四项得分较对照组显著增高，小组的依从性也非常好。元认知小组研究得出干预患者阳性症状较积极干预组有中等强度的改善。英国 Ross 等进行的干预模式训练研究显示，研究组较对照组在轻率下结论行为上有明显的改善；该研究还初步证实该技术可以改善妄想信念。印度 Kumar 等进行的研究提示研究组患者妄想和幻觉改善明显。

2.2 推广应用方案

2.2.1 研究对象

在试点的 3 个乡镇街道，每个区域至少选择 50 例非住院的慢性精神分裂症患者为研究组。同时在另外 3 个乡镇街道，共选择 150 例作为对照组，尽量按照年龄、性别等因素进行匹配。

研究对象选择恢复期精神分裂症患者为主，在项目开始前需要严格界定纳入标准、排除标准、脱落标准。

2.2.2 核心技术解读分析并编制培训材料

组织团队对元认知干预技术和情绪管理技术进行分解，并编写培训教材。

2.2.3 师资团队组建培训

计划对 3 个试点单位每个单位组建 5 个师资团队，每个团队包括 1 名医生、1 名村干部，1 名家属代表。由宁波市康宁医院、鄞州区疾控中心组织专家进行师资培训，对 15 名责任医师进行干预技术培训，培训计划 1 个月，每周一次，一共四次，最后增加一次模拟考试。

2.2.3 研究方案

入组开始后，研究组患者在接受基本随访的条件下，在经过培训的社区医务工作人员带领下，每月接受 1 次、每次约 60 分钟的情绪管理训练和元认知技术干预，而对照组患者仅接受基本随访。于入组时采用一般情况问卷、简明精神病量表(BPRS)、个人和社会功能量表(PSP)及日常生活能力量表(ADL)等量表对两组患者进行测评；另外，分别于入组 6 月

后、12月、18月后各重复测评一次，并作对照研究。

2.2.3.1 情绪管理训练

通过团体成员叙述发生在自己身上的典型事件，找出其中的不合理信念并与之辩论，用新的辩证的合理的信念替代其不合理的信念，从而改变情绪，分三个阶段进行。

第一阶段：团体形成阶段，内容为自我介绍，相互认识，初步形成团体；

第二阶段：团体发展阶段，逐步形成相互信任与接纳的团体气氛，通过分享各自的经历和与情绪处理相关的典型事件，共同找出引起不良情绪的不合理信念，并加以辩驳，用新的辩证的合理信念替代不合理信念；在第二阶段使用元认知训练（MCT）。

第三阶段：结束阶段，总结每个成员在团体中的收获，鼓励成员把在团体中学到的技巧运用到日常生活中去。

时间安排：每月安排1次，每次约60分钟，连续安排12次，共计历时1年。

2.2.3.2、元认知训练（MCT）

基本内容包括2个平行循环（A和B），每个循环有8个模块。元认知训练计划包含下列材料：16个pdf格式的幻灯片（包括两个循环）；6份家庭作业手册（模块2和7，模块4和6采用相同的手册）；每个参与者一张黄色卡片和一张红色卡片。

目标人群：精神分裂症和精神分裂症谱系障碍患者。当前或曾经表现出精神症状（尤其是妄想、牵连观念、幻觉）的患者。

模块介绍：MCT 强调思维风格、妄想和精神疾病之间的关系，借助互助和娱乐性训练，提高患者对自身认知错误和问题解决偏倚的觉知，以期达到缓解或治疗妄想、幻觉等精神症状的目的。它每个模块训练都有相对应的幻灯片（图片训练材料）和家庭作业。

1) **模块 1 和模块 8：**归因偏倚和低自尊训练目的：模块 1 运用一些案例鼓励患者要考虑三种可能的因素（单独的或联合的）为不同情景提出解释：自我的，他人的，或情景的因素。目标并不是引导患者得到确定的答案。相反，这些不同的可能性被预期能够改变功能失调性归因模式（如，“总是我的错”，或相反，“总是他人的错”）。这一模块的主要关注点是，指出多种因素能够导致一种事件/情景。模块 8 通过案例材料进一步向患者介绍哪些不良思维形式可能导致抑郁和低自尊的形成和持续。

2) **模块 2 和模块 7：**轻率下结论训练目的：两个模块主要训练参与者避免屈从于第一印象，这种第一印象最终可能被证实是错误的或只是部分真实的。事情/情景会随着时间改变，逐步增加的证据经常能带来不同的解释；因此，不应该过早的排斥不同观点和解释。元认知训练（MCT）模块 2 和

模块 7 训练开始时用几个例子指出轻率下结论的可能后果。然后给出身边的错误信念案例（如，各类谣言等），让患者收集支持和反对这一信念的论据，互相交流并评价这些论据成立的可能性。最后要澄清并强调是轻率下结论和可疑证据才导致这类谣言的产生，类似妄想观念的产生。后用幻灯片形式向患者展示训练材料（常见物品的图片，如青蛙），这些物品以一种越来越趋向完整的方式显示。在信息不断增加的联系过程中，要求参与者评价自己的解释或者事先指定的解释的可能性。在充分的证据被呈现出来之前，患者应该保留意见。训练患者认识解决复杂问题的关键是需要花充足的时间的。

3) 模块 3：反对驳斥证据偏倚。训练目的：训练患者抵制固守于第一印象的倾向，对各种信息保持开放的心态。该模块大多数图片序列的灵感来源于韦氏（WAIS）的图片排列任务。练习的主体部分包含一系列按逆序呈现的三张图片。图片出现的顺序逐步揭示了一个模糊的情节。每张图片呈现后，参与者被要求评价四种不同解释的可能性。在练习结束时正确的答案被突出显示。在第一张图片显示时其中一种解释似乎是不可能的答案，但大多数时候最终被证实是正确答案。由此强调匆忙下结论可能导致误解和社会冲突的产生。

4) 模块 4 和模块 6：训练目的：促使患者换位思考，以达到共情，最终改善人际交往。任务开始时，要求参与者识别

基本的人类情感，并指出这些情感和面部表情的对应关系。并强调面部表情对于理解一个人精神状态和内在的情感非常重要，但面部表情也很容易被误解。另外讨论各种途径（如外表和语言）在获得社会认知时的区别，以及它们的准确性和其不确定性，强调只有多种途径获得社会认知才是最佳的。

5) 模块 5: 元记忆—过度信任错误信息训练目的: 该模块的目的之一就是告诉患者如果记忆不生动时要怀疑其真实性。提供的刺激材料在 50% ~ 80% 健康被试中也可诱发出错误记忆，这有助于提示我们即使被相信是确凿的事实记忆也可能是虚假记忆。在呈现错误记忆效应的幻灯片时，要让患者知道在熟悉情景下错误记忆的发生率会增加。因此验证我们的第一印象尤其重要。此外，要教参与者如何区分真实记忆和错误记忆（高度的生动性，记忆的细节），这对于人际交往情景（如，冲突）尤其有意义。

3、评价模式

3.1 情绪化行为量表 (emotional behavior scale, EBS) 该量表由 LEE 等编制，主要通过医生观察来评估患者的情绪化行为。该量表共有 20 项条目，各条目采用 Likert 5 点计分法，总分 20~100 分，总分越高表明行为越情绪化。LEE 等对精神分裂症患者情绪管理进行研究显示，该量表具有良好内部一致性，Cronbach' s α 系数为 0.92~0.94，该量表有助

于评价患者的情绪行为。

3.2 正性负性情绪量表 (positive and negative affect scale, PANAS) 该量表 1988 年由 WATSON 等编制, 主要用于评估个体的正性和负性情绪。该量表为 20 项条目, 分正性和负性情绪 2 个维度, 各条目按 1~5 级评分。中文版则分别为 0.85 和 0.83, 2 个维度重测信度相关系数 r 均为 0.47, 具有较高的同质性; 对 2 个维度进行 Pearson 相关分析, 中文版 PANAS 的相关系数 r 为 -0.11。郭明珠等的研究显示, PANAS 扩展版总量表的 Cronbach' s α 系数为 0.976, 各分量表 Cronbach' s α 系数为 0.639~0.905, 1 周、1 个月后的重测信度相关系数 r 分别为 0.69、0.64。该量表现已广泛应用于心理健康状况的评估。

3.3 多伦多述情障碍量表 (Toronto alexithymia scale, TAS) TAS 由 TAYLOR 等编制, 主要用于评价患者的情感表达状况, 原有 26 项条目, 后修订为 20 项条目, 包括难以识别自己的情感、难以描述自己的情感和外向性思维等 3 个因子, 各条目按 1~5 级评分。TAS-20 中文版的信效度研究结果显示, 各因子的重测相关系数 r 为 0.687~0.893, 表明具有较好的跨时间稳定性, 其 Cronbach' s α 系数为 0.581~0.739, 各因子的分半信度为 0.558~0.803, 精神疾病患者与正常对照之间各因子得分存在显著差异。

3.4 情绪管理分量表 (branch 4-managing emotions scale,

MES) 该量表是 MAYER 等编制的梅耶—沙洛维—库索情绪智力测验 (Mayer-Salovey-Caruso emotional intelligence test, MSCEIT) 中一个分量表, 主要用于评估被试者的情绪管理能力。MES 包括情绪管理和情绪关系 2 个任务, 共 29 项条目。通常以缺陷分 >0.5 分判断被试是否存在功能缺陷, 共分为 6 个等级, 0 分为无缺陷, 1~5 分分别表示轻度到重度认知功能缺陷。研究表明该量表的重测信度相关系数 $r>0.7$ 。EACK 等对 64 例早期精神分裂症、分裂情感性障碍及分裂样障碍患者研究表明, MSCEIT 的 Cronbach' s α 系数为 0.94, 其中 MES 的 Cron-bach' s α 系数为 0.81, 但患者全量表及各维度的内部一致性均低于正常标准, 其差异性可能与评分标准不统一有关。目前研究主要运用 MSCEIT v2.0 的 MES 分测验来评估患者的情绪管理能力。

3.5 情绪管理问卷 (emotion regulation questionnaire, ERQ) 由 GROSS 等于 2003 年编制, 最初的设计旨在测量常使用的情绪管理策略, 现在已广泛应用于情绪管理的评估。该量表为自评量表, 共 10 项条目, 组成认知重测 (6 项条目) 和自我抑制 (4 项条目) 2 个维度。各条目采用 1~7 级评分, 得分越高反映使用特定情绪管理策略越频繁。ERQ 在健康人群和精神分裂症患者都具较高的信效度。

3.6 其他相关评价量表

3.6.1 个人和社会功能量表 (PSP): 是个 1—100 分的单项评

定量表，总分越高，患者的社会功能越好，有四个维度：(1) 对社会有益的活动，包括工作和学习；(2) 个人关系和社会关系；(3) 自我照料；(4) 扰乱及攻击行为。根据功能水平，总评分大致分为 3 个层次：71—100 分表示仅有轻度困难；31. 70 分表示有不同程度的残疾；0. 30 分表示功能极差，患者需要密切支持或监护；

3.6.2 日常生活能力量表(ADL)：是近年 WHO 所推荐的作为慢性精神疾病患者生活质量的重要评估内容，量表共 14 项内容，20 分以上为有异常，得分越高说明日常生活能力越差。

3.6.3 精神障碍疗效评定：以两组患者组间及组内简明精神病量表(BPRS)评分对比得到；

3.6.4 个人和社会功能疗效评定：以两组患者组间及组内个人和社会功能量表(PSP)评分对比得到；

3.6.5 日常生活能力量表疗效评定：以两组患者组间及组内日常生活能力量表(ADL)评分对比得到。

2.3 推广应用范围

在鄞州区选择横溪镇、姜山镇、首南街道开展推广应用。

2.4 已有工作基础和优势

1) 鄞州区网点扎实，所有社区卫生服务站点均配备有社区责任医生，由于本项目需要大量的培训医生组成训练团队开展训练，因此扎实的工作基础有助于工作开展。

2) 项目负责人经历

毕业于复旦大学公共卫生学院，浙江大学公共卫生硕士学位在读。2013 年纳入鄞州区卫生系统高层次青年人才培养计划。长期在一线从事精神卫生管理和心理卫生工作，参与主持了多项课题。以第一作者在国家级杂志发表 3 篇论文：中小学生心理与行为问题现况调查（论著）浙江预防医学；社区两类精神疾病患者生活质量的现状研究（论著）；中国慢性病预防与控制；公务员慢性疲劳综合征现况及影响因素分析 中国公共卫生。

3) 团队介绍

本团队包括市级层面（宁波市康宁医院）、区级层面（区疾控中心）、社区（横溪卫生院、茅山卫生院、首南卫生院），对于推广适宜技术，总结经验来说，团队结构合理。

2.5 可能存在的风险

该技术可能会对患者的幻觉、幻听等症状产生未知的影响。在干预全程需要由医护人员主导，并制定相应的处理突发事件的细则。

3. 项目考核指标

- 1) 发表论文 2 篇
- 2) 形成社区精神分裂症患者情绪管理与健康管理技术文档
- 3) 形成推广应用报告

4. 经费预算与说明

序号	科目名称	合计	申请经费		归口部门 经费	自筹经费
			内部支出	合作外拨		
1.	1、设备费	0				
2.	（1）购置设备费	0				
3.	（2）试制设备费	0				
4.	（3）设备改造与租赁费	0				
5.	2、材料费	1	0.5		0.5	
6.	3、测试化验加工费	0				
7.	4、燃料动力费	0.1	0.05		0.05	
8.	5、差旅费	0.1	0.1		0.1	
9.	6、会议费	0.1	0.1			
10.	7、国际科技合作与交流费	0.6	0.2	0.1	0.3	
11.	8、出版/文献/信息传播/知 识产权事务费	0.5	0.1	0.1	0.3	
12.	9、劳务费	2		1	1	
13.	10、专家咨询费	0.5	0.25		0.25	
14.	11、激励支出	1	0.25	0.25	0.5	
	合计	6	1.55	1.45	3	0

5. 归口管理部门的详细审查意见

该项目具有非常强的实用性,由于目前严重精神疾病回归社区后,没有有效的社区康复技术,使患者症状稳定成为一个难题。该适宜技术的推广,为目前严重精神疾病患者管理难点提供一种适宜、实用的解决方案,使得患者的随访管理服务真正落地,同时也能帮助患者自我控制情绪,融入社会,造福这一弱势群体。

6、参考文献

- 1、GOLEMAN D. Emotional intelligence [M]. New York: Bantam Books, 1995: 34-39.
- 2、HOLM AL, SEVERINSSON E. Systematic review of the emotion-al state and self-management of widows [J]. Nurs Health Sci, 2012, 14(1): 109-120.
- 3、HOCHSCHILD A. Emotion Work, Feeling Rules, and Social-Structure [J]. Am J Sociology, 1979, 85(3): 551-561. MAYER JD, SALOVEY P, CARUSO DR, et al. Measuring emo-tional intelligence with the MSCEIT V2.0 [J]. Emotion, 2003, 3(1): 97-105.
- 4、许诺兰. 论情绪管理[J]. 理论与改革, 2001, 6(2): 83-84.
- 5、DAWSON S, KETTLER L, BURTON C, et al. Do people with schizophrenia lack emotional intelligence [J]. Schizophr ResTreatment, 2012, 20(12): 495-174.
- 6、LEE UK, LEE WH, HWANG TY. Cognitive behavioral rehabili-tation training and emotion management training [C]. Seoul: Hakjisa, Seoul, Korea, 2004. WATSON D, CLARK LA, TELLEGEN A. Development and vali-dation of brief measures of positive and negative affect: the PA-NAS scales [J]. J Pers Soc Psychol, 1988, 54(6): 1063-1070.
- 7、TAYLOR GJ, BAGBY RM. Measurement of alexithymia. Recom-mendations for clinical practice and future research [J]. Psychiat Clin North Am, 1988, 11(3): 351-366. BAGBY RM, TAYLOR GJ, PARKER JD. The Twenty-item To-ronto Alexithymia Scale--II. Convergent, discriminant, and con-current validity [J]. J Psychosom Res, 1994, 38(1): 33-40.
- 8、MAYER JD, SALOVEY P, CARUSO DR, et al. Measuring emo-tional intelligence with the MSCEITV2.0 [J]. Emotion, 2003, 3(1): 97-105.
- 9、NUECHTERLEIN KH, GREEN MF, KERN RS, et al. the mat-rices consensus cognitive battery, part 1: test selection, reliability, and validity [J]. Am J Psychiatry, 2008, 165(2): 203-213. MAYER JD, SALOVEY P, CARUSO DR. Mayer-Salovey-Caru-so Emotional Intelligence Test User's Manual [M]. Toronto: MHS Publishers, 2005.
- 10、EACK SM, GREENO CG, POGUE-GEILE MF, et al. Assessingsocial-cognitive deficits in schizophrenia with the Mayer-Sa-lovey-Caruso Emotional Intelligence Test [J]. Schizophr Bull, 2010, 36(2): 370-380.
- 11、GROSS JJ, JOHN OP. Individual differences in two emotion regu-lation processes: implications for affect, relationships, and well-being [J]. J Pers Soc Psychol, 2003, 85(2): 348-362. SPAAPEN DL, WATERS F, BRUMMER L, et al. The emotion regulation questionnaire: validation of the ERQ-9 in two commu-nity samples [J]. Psychol Assess, 2014, 26(1): 46-54.