

论著 · 临床研究 doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.05.015

认知行为疗法对 T2DM 患者社会支持及应对方式和糖代谢的影响*

彭娟¹, 黄凤茜², 宋兴勇¹, 高琳³
(遵义医学院:1. 管理学院;2. 管理学院 2009 级;3. 附属医院内分泌科, 贵州遵义 563099)

[摘要] **目的** 探讨认知行为疗法对 2 型糖尿病(T2DM)患者社会支持及应对方式和糖代谢的影响。**方法** 将 201 例 T2DM 患者分为观察组和对照组,对照组采用降糖药物治疗,观察组在药物治疗的基础上应用认知行为疗法进行干预。采用社会支持评定量表、应对方式问卷分别于干预前和干预后第 12 周末评定两组患者社会支持和应对方式变化,同时测定空腹血糖(FPG)、餐后 2 h 血糖(2hPG)、体质量指数(BMI)。**结果** 干预后观察组社会支持各因子均高于对照组($P<0.05$)。应付方式中,观察组成熟型因子高于对照组,不成熟型因子低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。观察组 FPG 和 2hPG 均低于对照组($P<0.01$)。观察组干预后社会支持各因子均高于干预前;成熟型应对方式均高于干预前,不成熟型应对方式均低于干预前;FPG 和 2hPG 低于干预前($P<0.05$)。对照组干预后,社会支持系统中主观支持、应对方式中求助因子、FPG 和 2hPG 低于干预前($P<0.05$)。**结论** 认知行为疗法能增强糖尿病患者社会支持和成熟的应对方式,有助于患者血糖的控制。

[关键词] 糖尿病,2 型;认知行为疗法;社会支持;应对方式

[中图分类号] R749.92 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1671-8348(2016)05-0625-03

Influence of cognitive behavioral therapy on social support, coping style and glucose metabolism in patients with type 2 diabetes mellitus*
Peng Juan¹, Huang Fengxi², Song Xingyong¹, Gao Lin³
(1. School of Management; 2. Grade 2009, School of Management; 3. Department of Endocrinology, Affiliated Hospital of Zunyi Medical College, Zunyi, Guizhou 563003, China)

[Abstract] **Objective** To investigate the influence of the cognitive behavioral therapy on social support, coping style and glucose metabolism in the patients with type 2 diabetes mellitus(T2DM). **Methods** 201 patients with T2DM were randomly divided into the observation group(OG) and control the group(CG). The CG group adopted the anti-diabetic medication therapy, while on this basis the OG group adopted the cognitive behavioral therapy for conducting intervention. The social support rating scale(SSRS) and coping style questionnaire were adopted to evaluate the changes of the social support and coping style modes before intervention and at the end of 12-week intervention. At the same time FPG, 2hPG and BMI were detected. **Results** The various factors of social support after intervention in the OG group were significantly higher than those in the control group($P<0.05$). In the coping style, the mature factor in the OG group was higher than that in the CG group, while the immaturity factor was lower than that in the CG group, the difference was statistically significant($P<0.05$). The levels of FPG and 2hPG in the OG group were lower than those in the control group($P<0.01$). In the self-comparison of the OG group between before and after intervention, the various factors of social support after intervention, the mature type coping style was higher than those before intervention, while the immature type coping style was lower than that before intervention($P<0.05$); FPG and 2hPG in the OG group were lower than those before intervention($P<0.05$). The subjective support in the social support system, resource factor in coping style, FPG and 2hPG were lower than those before intervention($P<0.05$). **Conclusion** The cognitive behavioral therapy can enhance the social support and mature coping style in T2DM patients, and conduces to control their blood sugar.

[Key words] diabetes mellitus, type 2; cognitive behavioral therapy; social support; coping style

目前中国已有 9 200 万糖尿病患者,1.48 亿糖尿病前期患者,是糖尿病患者增长最快的国家。糖尿病成为威胁中国公众健康的一项重大因素^[1],也是严重威胁人类健康的世界公共卫生问题^[2]。糖尿病作为心身疾病,心理因素影响疾病的发生、发展、疗效及预后。国内外研究表明,糖尿病患者存在心理障碍,其主要表现为焦虑症、抑郁症等^[3-4],而认知行为疗法对抑郁症的效果明显^[5-6]。中国在生理、心理、社会的医学模式上对待糖尿病尚未引起广泛注意,临床上尚处于探索阶段。因此,本研究采用认知行为疗法对 2 型糖尿病(type 2 diabetes mellitus, T2DM)及其并发症患者进行干预,探讨对其社会支持和应

对方式的影响,为糖尿病的心理干预提供实证研究依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2011 年 7~10 月在遵义医学院附属医院内分泌科门诊和住院的 T2DM 患者 201 例,将其分为观察组($n=100$)和对照组($n=101$)。入选标准:符合 1999 年 WHO 公布的 T2DM 诊断标准及分类标准;排除其他严重躯体疾病及精神障碍者;患者签署书面知情同意。

1.2 方法

1.2.1 药物控制 两组患者均饮食控制,用药情况相同。对照组单纯使用药物治疗,观察组在药物治疗的基础上同时予以

* 基金项目:贵州省科学技术基金资助项目[黔科合 J 字 LKZ(2011)51 号]。 作者简介:彭娟(1972—),教授,硕士研究生,主要从事心身疾病的心理咨询与治疗。

心理干预。

1.2.2 心理干预 采用认知行为疗法,分为治疗初始阶段、治疗中间阶段和治疗最后阶段,采用团体治疗和个别治疗。共 12 次,每周治疗 1 次,每次 1 h,疗程 12 周。心理治疗过程:(1)初始阶段,建立信任性的治疗关系与联盟,保证患者的合作和积极参与;在此基础上评估患者的基本情况,包括生活经历、重要生活事件;了解患者在生活的最基本信念、假设、期望、规则和态度,主要技术是情感的疏泄,通过与医师的交谈和倾诉,缓解抑郁、焦虑、紧张等负性情绪。(2)中间阶段,帮助患者认识到认知治疗的基本原理,为患者制订治疗计划,安排治疗日程设置。用结构方式教患者评估他的自动想法,每次治疗后布置家庭作业,监测自动想法。帮助患者察觉他(她)的现实生活正在发生什么事情,其消极信念、自动想法、想象和行为与疾病的关系,识别并矫正自动想法,识别、检验并矫正核心信念,建立新的认知模式。行为训练可帮助患者减轻心理应激和躯体并发症,干预技术有生物反馈训练、转移注意力、制订活动计划以及社交技巧训练为主。(3)最后阶段,进行总结以巩固强化治疗效果。

1.2.3 调查问卷 (1)采用社会支持评定量表(SSRS)^[7],该量表共有 10 个条目,包括客观支持(3 条)、主观支持(4 条)和对社会支持的利用度(3 条)3 个维度,用于测量个体的社会支持度。满分分别为 20、32 和 12 分,社会支持总分为 64 分,分值越高越好。(2)应付方式问卷^[7],该问卷共设 62 个条目,包括解决问题、自责、求助、幻想、退避及合理化 6 个因子,在 6 个因子的基础上又分为成熟型、不成熟型和混合型 3 种应对方式,成熟型应对方式包括解决问题、求助 2 个因子,不成熟型应对方式包括自责、幻想、退避 3 个因子,合理化为混合型的应对方式,每个条目有“是”与“否”2 个答案供选择。

1.2.4 检测指标 采用 SSRS、应付方式问卷分别于干预前和干预后第 12 周末评定两组患者社会支持和应对方式变化,同时测定两组治疗前后空腹血糖(FPG)、餐后 2 h 血糖(2hPG)及体质质量指数(BMI)水平。

1.3 统计学处理 所有数据采用 SPSS17.0 软件进行分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验。检验水准为 $\alpha = 0.05$,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者一般资料比较 实际完成量表 186 例,观察组 96 例,男 48 例,女 48 例;平均年龄(57.48 ± 11.93)岁,平均病程(5.50 ± 4.50)年;小学 24 例,初中 35 例,高中或者大专 20 例,大专以上 17 例;农村 46 例,城市 50 例。对照组 90 例,男 49 例,女 41 例;平均年龄(56.01 ± 14.54),平均病程(5.40 ± 4.90)年;小学 33 例,初中 25 例,高中或者大专 18 例,大专以上 14 例;农村 53 例,城市 37 例。两组患者教育程度($F = 1.162, P = 0.282$)、居住地($F = 2.249, P = 0.135$)、婚姻状况($F = 0.826, P = 0.365$)、年龄($F = 1.700, P = 0.194$)比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

2.2 两组患者干预后社会支持及应对方式比较 干预后,观察组社会支持各因子均高于对照组($P < 0.05$);而在退避、幻想、自责、合理化因子中,对照组均高于观察组($P < 0.05$);求助及解决问题因子中,观察组高于对照组($P < 0.01$),见表 1。

2.3 观察组自身干预前、后社会支持及应对方式比较 观察组干预后社会支持各因子均高于干预前($P < 0.01$),在退避、幻想、自责、合理化消极因子中均低于干预前,而在求助、解决问题积极应对因子中均高于干预前($P < 0.5$),见表 2。

表 1 两组患者干预后社会支持及应对方式的比较($\bar{x} \pm s$)

因子	对照组 (<i>n</i> = 90)	观察组 (<i>n</i> = 96)	<i>t</i>	<i>P</i>
客观支持	9.20 ± 3.15	10.88 ± 2.86	-3.797	0.000
主观支持	23.96 ± 4.82	25.48 ± 4.52	-2.225	0.027
对支持利用度	6.82 ± 2.01	9.13 ± 1.65	-8.566	0.000
退避	0.54 ± 0.21	0.45 ± 0.18	3.465	0.001
幻想	0.54 ± 0.21	0.46 ± 0.20	2.675	0.008
自责	0.43 ± 0.27	0.21 ± 0.20	6.065	0.000
求助	0.53 ± 0.20	0.68 ± 0.18	-5.266	0.000
合理化	0.56 ± 0.20	0.45 ± 0.20	3.706	0.000
解决问题	0.73 ± 0.22	0.87 ± 0.13	-5.234	0.000

表 2 观察组干预前、后社会支持及应对方式比较($\bar{x} \pm s, n = 96$)

因子	干预前	干预后	<i>t</i>	<i>P</i>
客观支持	8.96 ± 3.95	10.88 ± 2.86	-5.592	0.000
主观支持	23.85 ± 5.73	25.48 ± 4.52	-3.808	0.000
对支持的利用	7.68 ± 2.35	9.13 ± 1.65	-7.115	0.000
退避	0.55 ± 0.23	0.45 ± 0.18	4.979	0.000
幻想	0.53 ± 0.23	0.46 ± 0.19	3.467	0.001
自责	0.36 ± 0.33	0.21 ± 0.20	4.747	0.000
求助	0.57 ± 0.21	0.68 ± 0.18	-7.175	0.000
合理化	0.54 ± 0.23	0.45 ± 0.20	4.808	0.000
解决问题	0.76 ± 0.22	0.87 ± 0.13	-6.358	0.000

2.4 对照组自身干预前、后社会支持及应对方式比较 对照组干预后,社会支持系统中主观支持低于干预前,差异有统计学意义($t = 2.045, P < 0.05$);应对方式中求助因子低于干预前,差异有统计学意义($t = 3.912, P < 0.05$)。

2.5 两组患者干预前、后各临床生理指标的比较 观察组干预后,FPG、2hPG 都有明显降低,与干预前比较差异有统计学意义($t = 8.202, 9.880, P < 0.01$)。对照组干预后,FPG 和 2hPG 降低,BMI 增高,与干预前比较差异有统计学意义($t = 2.280, 2.509, 2.257, P < 0.05$)。干预后,观察组 FPG、2hPG 均低于对照组($t = 5.184, 4.253, P < 0.01$),两组患者干预后 BMI 比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),见表 3。

表 3 两组患者干预前、后各临床生理指标的比较($\bar{x} \pm s$)

指标	对照组		观察组	
	干预前	干预后	干预前	干预后
FPG(mmol/L)	9.16 ± 4.30	8.15 ± 2.39 ^a	9.78 ± 3.74	6.57 ± 1.76 ^{bc}
2hPG(mmol/L)	12.67 ± 4.98	11.44 ± 3.58 ^a	14.24 ± 4.81	9.47 ± 2.70 ^{bc}
BMI(kg/m ²)	24.33 ± 3.53	24.94 ± 3.57 ^a	25.80 ± 6.26	25.09 ± 4.07

^a: $P < 0.05$, ^b: $P < 0.01$,与同组干预前比较; ^c: $P < 0.01$,与对照组干预后比较。

3 讨 论

社会支持通常是指来自社会各方面,包括父母、亲戚、朋友等给予个体的精神上或者物质上的帮助和支持系统,它在缓解个体压力,消除心理障碍,增进个体心理健康等方面具有重要的作用^[8]。应对方式是个体在具体的压力情境中,为减轻压力

的影响而有目的地采取的认知和行为的手段、方法和策略,它是心理应激过程中一种重要的中介调节因素^[9]。认知行为疗法是一组通过改变思维或信念和行为的方法来改变不良认知,达到消除不良情绪和行为的短程心理治疗方法,此法强调人的认知对其情感和行为具有决定性作用^[10-12]。糖尿病是一种终身慢性疾病,并发症多,致残致死和经济负担等应激事件易引起不同程度的心理健康问题,不利于血糖控制。本研究结果显示,干预后观察组主观支持、客观支持和支持利用度均显著高于对照组;观察组多选择求助、解决问题等积极应对方式,对照组在退避、自责、幻想以及合理化等消极应对方式中均高于观察组;观察组 FPG 和 2hPG 明显均低于对照组;观察组干预后的社会支持各因子均高于干预前,退避、自责、合理化、幻想等消极因子中均低于干预前,求助因子和解决问题等积极因子高于干预前;干预后对照组的主观支持、求助因子明显低于干预前。观察组自身干预前、后各生理指标的比较中,FPG 和 2hPG 均有明显降低($P<0.01$),对照组自身干预前、后各生理指标比较中,FPG 和 2hPG 也均有降低($P<0.05$),观察组干预后的改善情况优于对照组;观察组干预后 BMI 低于干预前,对照组干预后 BMI 高于干预前。干预后观察组 FPG 和 2hPG 均低于对照组,与文献^[13-14]研究相似。

综上所述,认知行为疗法是一种操作性强、见效快而持久,易于推广的治疗方法,可通过矫正患者的思想、信念和态度,从而达到治疗的目的^[15]。正确认识疾病,提高控制血糖的信心和依从性,更加接受和理解家人、亲戚、朋友、同事以及社会各方面的支持、关心、帮助。同时,减少退避、幻想、自责以及合理化等消极的应对方式,更多的自觉地采用求助、解决问题等积极的应对方式。指导训练患者正确的监测血糖值的方法,膳食平衡,适当锻炼等,对糖代谢指标控制有积极作用。但对其远期疗效和并发症的防治尚需进一步观察。

参考文献

[1] 葛均波.内科学[M].8版.北京:人民卫生出版社,2013:733-756.

[2] Yang WY,Lu JM,Weng JP. PrevMence of diabetes among men and women in China[J]. New Engl J Med, 2010,362(12):1090-1101.

[3] Jahan F,Jabbar A,Naqvi H,et al. Depression in patients

with diabetes mellitus and its impact on diabetes self-care,medication adherence and glycemic control[J]. Int J Diabetes Dev Ctries,2011,31(3):154-160.

[4] 唐伟,蔡娅,黄晓萍,等.2型糖尿病患者焦虑状况调查及危险因素分析[J/CD].中华临床医师杂志:电子版,2010,4(9):13-18.

[5] 尹心红,李乐之.聚焦解决模式在糖尿病患者健康教育中的应用[J].中华现代护理杂志,2008,14(18):2007-2008.

[6] Wilson KC,Mottram PG,Vassilas CA. Psychotherapeutic treatments for older depressed people[J]. Cochrane Database Syst Rev,2008,23(1):48-53.

[7] 汪向东.心理卫生评定量表手册(增订版)[M].北京:中国心理卫生杂志社,1999:113-115,130-131.

[8] 全宏艳.社会支持研究综述[J].重庆科技学院学报:社会科学版,2008(3):69-70.

[9] 纪红艳.应对方式与心理健康关系研究综述[J].辽宁教育行政学院学报,2010,27(1):51-53.

[10] Creswell C,Hentges F,Parkinson M,et al. Feasibility of guided cognitive behavior therapy (CBT) self-help for childhood anxiety disorders in primary care[J]. Ment Health Fam Med,2010,7(1):49-57.

[11] Tarrier N. Cognitive behavior therapy for schizophrenia and psychosis: current status and future directions[J]. Clin Schizophr Relat Psychol,2010,10(2):176-184.

[12] Tai S,Turkington D. The evolution of cognitive behavior therapy for schizophrenia: current practice and recent development s[J]. Schizophr Bull,2009,35(5):865-873.

[13] Peyrot M,Rubin RR. Behavioral and psychosocial interventions in diabetes: a conceptual review [J]. Diabetes Care,2007,30(10):2433-2440.

[14] 王令花,孟丽红,李伟.认知行为治疗在2型糖尿病患者健康教育中的应用[J].医学检验与临床,2010,21(6):113-114.

[15] 单丽艳,张丽华,康贝贝.认知行为疗法的研究进展[J].黑龙江医药科学,2011,34(5):41-42.

(收稿日期:2015-07-08 修回日期:2015-10-14)

(上接第 624 页)

粒的变化及临床意义[J].河北医药,2014,36(4):554-556.

[10] Phang M,Lincz L,Seldon M,et al. Acute supplementation with eicosapentaenoic acid reduces platelet microparticle activity in healthy subjects[J]. J Nutr Biochem, 2012,23(9):1128-1133.

[11] Aird WC. The Hematologic System as a Marker of Organ Dysfunction in Sepsis[J]. Mayo Clinic Proc,2003,78(7):869-881.

[12] Flaumenhaft R. Formation and fate of platelet microparticles[J]. Blood Cells Mol Dis,2006,36(2):182-187.

[13] Kahn F,Hurley S,Shannon O. Platelets promote bacterial dissemination in a mouse model of streptococcal sepsis [J]. Microb Infect,2013,15(10/11):669-676.

[14] 范震,蔡国龙,严静. MicroRNA 对脓毒症炎症因子的调控[J].中国急救医学,2010,30(3):271-274.

[15] 王中华,梁艳冰,唐皓,等.微小 RNA-155 在脓毒症小鼠肝脏内的表达变化及作用研究[J].中国危重病急救医学,2012,24(3):154-157.

[16] 汪勤,赵春辉,蔡琴,等.脓毒症患者外周血微小 RNA-155 和调节性 T 细胞表达的关系[J].中华危重病急救医学,2014,26(3):179-183

[17] Bender L,Mayr M,Kaudewitz D,et al. Plasma microRNA levels in patients with acute coronary syndrome are associated with platelet function[J]. Atherosclerosis, 2014, 237(2):e5.

(收稿日期:2015-07-25 修回日期:2015-10-14)