

论著·临床研究 doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2022.21.017

网络首发 [https://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.R.20220725.1733.026.html\(2022-07-26\)](https://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.R.20220725.1733.026.html(2022-07-26))

老年冠心病 PCI 治疗患者认知加工与应对方式对其创伤后成长水平影响研究*

黄彩妹¹, 陆柳雪^{2△}, 邓惠英¹, 韦素雨², 杨婷³, 黄兰晶³

(右江民族医学院附属医院:1. 呼吸与危重症医学科;2. 护理部;3. 心血管内科, 广西百色 533000)

[摘要] **目的** 探讨老年冠心病经皮冠状动脉介入(PCI)治疗患者认知加工及应对方式对其创伤后成长(PTG)的影响,为提高患者 PTG 水平提供依据。**方法** 采用便利抽样方法,选取 2020 年 8 月至 2021 年 8 月在该院心血管内科住院治疗的 212 例老年冠心病 PCI 治疗患者为研究对象,采用一般资料问卷、简体中文版创伤后成长评定量表(C-PTGI)、简体中文版事件相关反刍性沉思问卷(C-ERRI)、医学应对问卷(MC-MQ)对其进行调查,运用分层回归分析进行影响因素分析。**结果** 212 例老年冠心病 PCI 治疗患者均存在不同程度 PTG 水平,低水平 3 例(1.4%),中等水平 159 例(75.0%),高水平 50 例(23.6%),C-PTGI 总分平均(64.16±8.12)分。分层回归分析结果显示,BMI、工作状况、心功能分级、目的性反刍性沉思、面对应对方式及屈服应对方式可显著影响患者 PTG 水平($P<0.01$),共同解释 PTG 变异的 60.0%,其中认知加工解释 PTG 变异的 15.6%,应对方式解释 PTG 变异的 11.3%。**结论** 老年冠心病 PCI 治疗患者均存在不同程度的 PTG 水平,BMI、工作状况、心功能分级、目的性反刍性沉思、面对应对及屈服应对方式是其主要影响因素,通过加强健康教育,引导患者采取积极认知加工方式及恰当的应对方式来促进其 PTG 发展。

[关键词] 老年患者;冠心病;创伤后成长;认知加工;应对方式;影响因素**[中图分类号]** R473.5 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1671-8348(2022)21-3681-08

Study on influence of cognitive processing and coping styles on post-traumatic growth level of elderly patients with coronary heart disease treated with PCI*

HUANG Caimei¹, LU Liuxue^{2△}, DENG Huiying¹, WEI Suyu², YANG Ting³, HUANG Lanjing³

(1. Department of Respiratory and Critical Care Medicine; 2. Department of Nursing; 3. Department of Cardiovascular Internal Medicine, Affiliated Hospital of Youjiang Medical University for Nationalities, Baise, Guangxi 533000, China)

[Abstract] **Objective** To investigate the influence of cognitive processing and coping styles on post-traumatic growth (PTG) of elderly patients with coronary heart disease (CHD) undergoing percutaneous coronary intervention (PCI) treatment, so as to provide a basis for improving the PTG level of the patients. **Methods** A total of 212 elderly inpatients with CHD treated by PCI in the Cardiovascular Department of this hospital from August 2020 to August 2021 were selected as the study subjects by using the convenience sampling method. All subjects were investigated by the General Information Questionnaire, Chinese-Posttraumatic Growth Inventory (C-PTGI), Simplified Chinese version of the Chinese-Event Related Rumination Inventory (C-ERRI) and Medical Coping Modes Questionnaire (MC-MQ). The hierarchical regression analysis was used to analyze the influencing factors. **Results** All 212 elderly cases of CHD treated by PCI had different degrees of PTG level, including 3 cases of low PTG levels (1.4%), 159 cases of mild PTG levels (75.0%) and 50 cases of high level (23.6%). The total score was (64.16±8.12) points. The hierarchical regression analysis results showed that the BMI, work status, cardiac function grade, purposeful rumination, face coping and yield coping styles could significantly affect the PTG level ($P<0.01$), which commonly explained 60.0% of PTG variant, and among them the cognitive processing could explain 15.6% of PTG variant, the coping style could

* 基金项目:广西壮族自治区自然科学基金项目(2020GXNSFAA259038);广西壮族自治区医疗卫生适宜技术开发与推广应用项目(S2019016);百色市科学研究与技术开发计划项目(百科 20204729);百色市科学研究与技术开发计划课题(百科 20193216)。作者简介:黄彩妹(1987—),硕士,主要从事慢性病患者护理及急危重症患者护理工作。△ 通信作者, E-mail: 1329557080@qq.com。

explain 11.3% of PTG variant. **Conclusion** The elderly patients with CHD treated with PCI have different degrees of PTG level, BMI, work status, cardiac function grade, purposeful rumination meditation, face coping and yield coping styles are the main influencing factors. By strengthening the health education, the patients are guided to adopt actively cognitive processing methods and appropriate coping methods to promote their PTG development.

[Key words] elderly patients; coronary heart disease; post-traumatic growth; cognitive processing; coping style; influencing factors

冠心病是一种临床常见的心血管疾病,发病率呈逐年上升,多发于中老年人群,具有发病率高、病死率高、致残率高、复发率高、病程长及难治愈等特点,是影响老年人健康的主要因素之一^[1]。冠心病急性发作时患者有胸痛胸闷及濒死感的表现,经皮冠状动脉介入(percutaneous coronary intervention, PCI)以独特优势成为冠心病最有效治疗手段之一。PCI术虽然创伤小且疗效可靠,但它是一种有创的操作治疗,手术有一定的风险,术后需长期进行心脏康复及服药治疗,而PCI治疗只是针对较大冠状动脉血管且管腔狭窄程度 $\geq 70\%$ 的情况,术后还会反复出现不同程度胸痛胸闷等不适症状,给患者带来较大心理负担和身心痛苦^[2]。有研究显示心肌梗死患者PCI术后24h内抑郁和焦虑发生率分别高达21.5%和8.9%,出院前有所下降,但出院后,随时间推移,抑郁和焦虑的发生率逐渐升高^[3],而老年冠心病患者PCI术后抑郁和焦虑发生率更高,分别高达22.2%和21.5%^[4],且焦虑和抑郁是增加PCI术后发生不良心脏事件的主要风险因素,严重影响患者的康复和预后^[2]。因此,关注老年冠心病PCI患者术后的心理状态,评估其心理适应过程非常重要。创伤后成长(posttraumatic growth, PTG)是指个体经历创伤性质事件或情境后并为之抗争过程中所体验到的积极心理变化^[5]。研究表明冠心病PCI术这一创伤性事件除了给患者带来消极情绪体验,还促使患者表现出与成长相关的积极改变^[6]。以PTG为特征的积极改变不仅可以促使患者更好应对疾病这一创伤事件,而且还可以使患者拥有更好的遵医行为,促进康复,改善预后,从而达到身心健康的最佳状态^[7]。PTG理论模型^[8]指出认知加工是个体创伤后心理调适的重要机制,积极的认知加工类型可以引导患者选择恰当的应对方式,积极应对疾病带来的影响,从而促进患者产生更高水平的PTG。目前关于认知加工与应对方式对老年冠心病PCI治疗患者的PTG水平影响研究较少,本研究将从积极心理学角度出发,探索认知加工与应对方式对老年冠心病PCI治疗患者的PTG水平的影响,为提高老年冠心病PCI治疗患者PTG水平提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究运用横断面调查方法。样本量根据计算

公式 $n = \text{Max}(\text{条目数}) \times (5 \sim 10) \times [1 + (10\% \sim 30\%)]$ ^[9]进行计算,本研究简体中文版事件相关反刍性沉思问卷(Chinese-event related rumination inventory, C-ERRI)、医学应对问卷(medical coping modes questionnaire, MC-MQ)及简体中文版创伤后成长评定量表(Chinese-posttraumatic growth inventory, C-PTGI)条目数均为20条,最大条目数为20,考虑无效问卷,将样本量扩大10%,最终样本量为121~286例。采用便利抽样方法,选取2020年8月至2021年8月在本院心血管内科住院且接受过PIC治疗的老年冠心病患者为研究对象。入选标准:(1)年龄 ≥ 60 岁;(2)经冠状动脉造影确诊为冠心病;(3)接受过经皮冠状动脉支架植入术治疗;(4)病情稳定,神志清醒,识字并能理解和正确填写问卷;(5)自愿参加并签署知情同意书。排除标准:(1)合并有其他恶性疾病和重症疾病,如恶性肿瘤、脑出血、多器官功能衰竭等;(2)近3个月内遭遇重大生活应激事件,如亲人去世、离婚、重大车祸或意外伤害等。本研究已通过本院医学伦理委员会审查。

1.2 方法

1.2.1 调查工具

1.2.1.1 一般资料调查问卷

根据研究目的,查阅相关文献,自行设计一般资料调查问卷,包括社会人口学资料和疾病相关资料。社会人口学资料包括:性别、BMI、婚姻状况、文化程度、工作状况、医疗付费方式、家庭人均月收入、入院时生活自理能力;疾病相关资料包括:住院次数、植入支架方式、心功能分级及是否合并其他疾病种类数等。BMI的评定是采用中国肥胖问题工作组发布的适合中国人BMI界点的标准^[10],分为4类:偏瘦: $\text{BMI} \leq 18.5 \text{ kg/m}^2$;正常: $\text{BMI} 18.5 \sim < 24.0 \text{ kg/m}^2$;超重: $\text{BMI} 24.0 \sim < 28.0 \text{ kg/m}^2$;肥胖: $\text{BMI} \geq 28.0 \text{ kg/m}^2$ 。心功能评估采用美国纽约心脏病协会(NYHA)心功能分级方法,分为I~IV级。生活自理能力采用改良Barthel指数^[11]进行评定,共10个项目,总分100分,得分越低表明患者自理能力越差,依赖性越强, ≤ 40 分为重度依赖,41~60分为中度依赖,61~99分为轻度依赖,100分为无依赖。

1.2.1.2 C-PTGI

本研究采用汪际^[12]的汉化修订版本,修订后5个

维度共有 20 个条目,其中“自我转变”4 个条目(1,3,4,7),“人生感悟”6 个条目(2,5,11,13,15,19);“与他人关系”3 个条目(6,8,20);“新的可能性”4 个条目(9,14,16,17);“个人力量”3 个条目(10,12,18);采用 Likert 6 级评分法,总分 0~100 分。根据 C-PTGI 总分分为 3 个等级:0~35 分为低水平,36~70 分为中等水平,71~100 分为高水平,分值越高代表 PTG 水平越高^[13]。本研究 C-PTGI 的 Cronbach's α 系数为 0.837。

1.2.1.3 C-ERRI

本研究采用巩树梅^[14]汉化修订的 C-ERRI,主要用于测量个体经历创伤性事件后的认知加工水平,包括 2 个维度共 20 个条目,其中 1~10 条目为“侵入性反刍性沉思”,后 11~20 条目为“目的性反刍性沉思”,该问卷采用 Likert 4 级评分法依次计分,总分范围为 0~60 分,得分越高表明个体的认知加工水平越高。本研究 C-ERRI 的 Cronbach's α 系数为 0.862。

1.2.1.4 MC-MQ

本研究采用沈晓红等^[15]进行翻译修订的版本,主要用于测量各种慢性病和癌症患者对自己目前疾病的应对方式,反映个体为了达到康复而采取的应对策略。修订后 3 个维度共 20 个条目,其中“面对”8 个条目(条目 1、2、5、10、12、15、16、19);“回避”7 个条目(条目 3、7、8、9、11、14、17);“屈服”5 个条目(条目 4、6、13、18、20),其中有 8 个条目(条目 1、4、8、10、12、16、18、20)是反向计分,每个条目采用 1~4 级评分法依次计分,总分 20~80 分,维度得分越高,表示个体越倾向于该种应对方式。本研究 MC-MQ 各维度 Cronbach's α 系数在 0.801~0.845。

1.2.2 调查方法

在心血管内科招募 2 名专科护士,并进行培训。由研究者本人和专科护士对患者进行面对面调查。调查前,向患者说明本次调查的目的和意义,征得患者同意后,方可进行。调查问卷尽可能由患者在统一的指导下独立完成,填写过程中如患者有疑问,采用一致性语言当场解答,对于有阅读或书写困难的患者,由调查者大声一念出,在患者理解的基础上做出选择后由调查者完成答案勾选,在填写过程中,调查者不能暗示患者作答,调查结束后当场回收问卷。本研究共发放 220 份问卷,有效问卷 212 份,有效率 96.4%。

1.3 统计学处理

原始数据采用 EpiData 软件进行双人双录入,并随机抽查 10.0% 的数据进行复核,以确保数据的真实性和准确性。采用 SPSS22.0 软件进行统计学分析,计数资料以频数和百分比(%)描述,组间比较采用 χ^2 检验;符合正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,2 组间比较采用独立样本 t 检验,多组间比较采用单因素方差分析;非正态分布的计量资料采用中位数和四分位

间距 $[M(P_{25}, P_{75})]$ 表示,组间比较采用秩和检验;双变量资料采用 Pearson 相关分析;采用分层回归分析探讨老年冠心病 PCI 治疗患者 PTG 的主要影响因素,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 老年冠心病 PCI 治疗患者 PTG、认知加工及医学应对现状

212 例老年冠心病 PCI 治疗患者均存在不同程度的 PTG 水平,低水平 3 例(1.4%),中等水平 159 例(75.0%),高水平 50 例(23.6%),总分(64.16 \pm 8.12)分,人生感悟维度得分最高,新的可能性维度得分最低。C-ERRI 总分(35.12 \pm 5.47)分,目的的反刍性沉思得分高于侵入性反刍性沉思得分,且差异有统计学意义($P < 0.05$)。MC-MQ 总分(41.72 \pm 4.27)分,面对应对方式得分最高,屈服应对方式维度得分最低。见表 1。

表 1 老年冠心病 PCI 治疗患者 C-PTGI、C-ERRI、MC-MQ 得分情况($n=212$,分)

项目	条目 (n)	分值范围	维度得分 ($\bar{x} \pm s$)	条目得分 ($\bar{x} \pm s$)
C-PTGI 总分	20	0~100	64.16 \pm 8.12	3.21 \pm 0.41
自我转变	4	0~20	11.96 \pm 2.26	2.99 \pm 0.57
人生感悟	6	0~30	21.44 \pm 2.24	3.57 \pm 0.37
与他人关系	3	0~15	10.43 \pm 2.14	3.47 \pm 0.71
新的可能性	4	0~20	11.43 \pm 2.09	2.85 \pm 0.52
个人力量	3	0~15	8.89 \pm 1.49	2.96 \pm 0.49
C-ERRI 总分	20	0~60	35.12 \pm 5.47	1.76 \pm 0.27
侵入性反刍性沉思	10	0~30	16.19 \pm 3.45	1.62 \pm 0.35
目的性反刍性沉思	10	0~30	19.93 \pm 3.24 ^a	1.99 \pm 0.32
MC-MQ 总分	20	20~80	41.72 \pm 4.27	2.09 \pm 0.21
面对	8	8~32	20.18 \pm 3.35	2.52 \pm 0.42
回避	7	7~28	14.53 \pm 1.97	2.07 \pm 0.28
屈服	5	5~20	7.01 \pm 2.08	1.40 \pm 0.42

^a: $P < 0.05$,与侵入性反刍性沉思比较。

2.2 老年冠心病 PCI 治疗患者一般资料及 PTG 单因素分析

统计结果显示:不同 BMI、婚姻状况、文化程度、工作状况、医疗付费方式、家庭人均收入、入院时自理能力、住院次数、心功能分级及合并其他慢性疾病的老年冠心病 PCI 治疗患者 C-PTGI 得分比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

2.3 老年冠心病 PCI 治疗患者 PTG、认知加工及应对方式相关性分析

统计结果显示:老年冠心病 PCI 治疗患者 C-PTGI 总分及各维度均与侵入性反刍性沉思、目的性反刍性沉思存在正相关($P < 0.05$),与面对应对方式呈正相关($P < 0.05$),与屈服应对方式呈负相关($P < 0.$

05);C-PTGI 总分、自我转变及人生感悟与回避应对方式呈正相关($P<0.05$),见表 3。

表 2 老年冠心病 PCI 治疗患者一般资料对其 PTG 影响的单因素分析(分, $n=212$)

项目	<i>n</i>	C-PTGI 评分	<i>t</i> / <i>F</i> / <i>H</i>	<i>P</i>
性别($\bar{x}\pm s$)				
男	158	63.89±8.51	-0.778 ^a	0.437
女	54	64.93±8.17		
BMI($\bar{x}\pm s$)				
偏瘦	17	60.06±5.74	14.120 ^b	<0.001
正常	86	67.83±8.25		
超重	49	64.35±8.85		
肥胖	60	59.90±6.33		
婚姻状况($\bar{x}\pm s$)				
已婚	179	65.34±8.33	12.994 ^b	<0.001
离婚	14	59.00±4.99		
丧偶	19	56.79±5.99		
文化程度($\bar{x}\pm s$)				
小学	62	60.29±8.15	4.750 ^b	<0.001
初中	68	63.22±7.74		
高中/中专	57	67.32±8.07		
大专及以上	25	69.08±6.69		
工作状况[$M(P_{25}, P_{75})$]				
在业	147	63(57,68)	14.152 ^c	0.001
无业	19	65(54,69)		
退休	46	68(64,73)		
医疗付费方式($\bar{x}\pm s$)				
自费	9	59.44±5.79	9.248 ^b	<0.001
社会保险	81	67.10±7.06		
农村合作保险	122	62.55±8.86		
家庭人均收入($\bar{x}\pm s$)				
≤1 000 元	85	62.58±9.22	4.361 ^b	0.005
1 001~3 000 元	65	63.22±8.15		
3 001~5 000 元	37	67.24±6.23		
>5 000 元	25	67.40±7.33		
入院时自理能力($\bar{x}\pm s$)				
无须依赖	59	66.25±7.47	4.167 ^b	0.007
轻度依赖	91	64.78±8.41		

表 3 老年冠心病 PCI 治疗患者 PTG 与认知加工及应对方式相关性(*r* 值)

项目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	1												
2	0.73	1											
3	0.87	0.57	1										
4	0.69	0.37	0.55	1									

续表 2 老年冠心病 PCI 治疗患者一般资料对其 PTG 影响的单因素分析(分, $n=212$)

项目	<i>n</i>	C-PTGI 评分	<i>t</i> / <i>F</i> / <i>H</i>	<i>P</i>
中度依赖	23	61.77±6.91		
重度依赖	39	60.85±9.52		
住院次数[$M(P_{25}, P_{75})$]				
首次	53	63(57,65)	15.400 ^c	<0.001
第 2 次	33	63(57,69)		
≥3 次	126	66(60,72)		
支架植入方式($\bar{x}\pm s$)				
急诊手术	60	62.62±6.52	-1.679 ^a	0.095
择期手术	152	64.76±9.01		
心功能分级($\bar{x}\pm s$)				
I/II 级	152	65.23±7.24	2.585 ^a	0.012
III/IV 级	60	61.43±10.43		
合并其他慢性病($\bar{x}\pm s$)				
无	32	59.53±11.99	-3.458 ^a	0.001
有	180	64.98±7.36		

^a: *t* 值, ^b: *F* 值, ^c: *H* 值。

2.4 老年冠心病 PCI 治疗患者 PTG 多因素分析

采用分层回归分析明确 PTG 的主要影响因素,以 PTG 为因变量,以患者一般资料、认知加工及应对方式在单因素分析和相关分析中差异有统计学意义($P<0.05$)的变量为自变量,采用分层回归分析方法进入方程模型(α 入=0.05, α 出=0.10),自变量赋值见表 4。第 1 层纳入患者一般资料(BMI、婚姻状况、文化程度、工作状况、医疗付费方式、家庭人均收入、入院时自理能力、住院次数、心功能分级及合并其他慢性疾病),第 2 层纳入侵入性反刍性沉思和目的性反刍性沉思,第 3 层纳入面对、回避、屈服 3 种应对方式。3 层所有的自变量进入模型后共解释了 PTG 因变量 60.0% 的变异。第 1 层回归分析显示患者社会人口学资料和疾病相关资料共同解释了 PTG 因变量 33.1% 的变异;第 2 层回归分析显示,侵入性反刍性沉思和目的性反刍性沉思单独对 PTG 因变量的解释力为 15.6%;第 3 层回归分析显示,“面对、回避、屈服”3 种应对方式单独对 PTG 因变量的解释力为 11.3%,见表 5。

续表 3 老年冠心病 PCI 治疗患者 PTG 与认知加工及应对方式相关性(*r* 值)

项目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
5	0.77	0.43	0.56	0.45	1								
6	0.54	0.22	0.33	0.26	0.44	1							
7	0.49	0.44	0.43	0.28	0.38	0.23	1						
8	0.23	0.18	0.23	0.16	0.17	0.16	0.83	1					
9	0.58	0.56	0.49	0.34	0.46	0.27	0.81	0.38	1				
10	0.44	0.39	0.35	0.29	0.28	0.34	0.58	0.45	0.49	1			
11	0.63	0.54	0.55	0.39	0.43	0.36	0.49	0.26	0.54	0.74	1		
12	0.19	0.28	0.19	0.11 ^e	0.08 ^e	-0.01 ^e	0.41	0.35	0.31	0.63	0.22	1	
13	-0.29	-0.34	-0.34	-0.16	-0.19	-0.18	0.02 ^e	0.17	-0.15	0.26	-0.29	-0.01 ^e	1

1:C-PTGI 总分;2:自我转变;3:人生感悟;4:与他人关系;5:新的可能性;6:个人力量;7:C-ERRI 总分;8:侵入性反刍性沉思;9:目的性反刍性沉思;10:MC-MQ 总分;11:面对应对;12:回避应对;13:屈服应对;^e: $P>0.05$,其余 $P<0.05$ 。

表 4 自变量赋值表

自变量	变量名	赋值方法
BMI	X ₁	偏瘦=1,正常=2,超重=3,肥胖=4
婚姻状况	X ₂	已婚=1,离婚=2,丧偶=3
工作状况	X ₄	在业=1,无业=2,退休=3
医疗付费方式	X ₅	自费=1,社会保险=2,农村合作保险=3
家庭人均收入	X ₆	≤1 000 元=1,1 001~3 000 元=2,3 001~5 000 元=3,>5 000 元=4
入院时自理能力	X ₇	无须依赖=1,轻度依赖=2,中度依赖=3,重度依赖=4
住院次数	X ₈	首次=1,2 次=2,≥3 次=3
心功能分级	X ₉	I 或 II 级=1,III 或 IV 级=2
合并其他慢性病	X ₁₀	有=1,无=2,
侵入性反刍性沉思	X ₁₁	实测值录入
目的性反刍性沉思	X ₁₂	实测值录入
面对应对	X ₁₃	实测值录入
回避应对	X ₁₄	实测值录入
屈服应对	X ₁₅	实测值录入

表 5 老年冠心病 PCI 治疗患者 PTG 影响因素分层回归分析($n=212$)

变量	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i>	<i>P</i>	<i>R</i> ² (%)	ΔR^2 (%)	<i>F</i> (%)
第 1 层						33.1	33.1	9.95 ^a
常数项	73.16	5.37	—	13.64	<0.001			
BMI	-2.28	0.51	-0.26	-4.48	<0.001			
婚姻状况	-2.74	0.86	-0.19	-3.19	0.002			
文化程度	1.31	0.56	0.16	2.36	0.019			
工作状况	0.83	0.67	0.08	1.25	0.212			
医疗付费方式	0.36	1.09	0.03	0.33	0.743			
家庭人均收入	0.49	0.61	0.06	0.82	0.416			
入院时自理能力	0.09	0.51	0.01	0.17	0.866			
住院次数	1.24	0.73	0.13	1.70	0.090			
合并其他慢性病	-0.63	1.79	-0.03	-0.35	0.727			
心功能分级	-5.78	1.16	-0.31	-4.98	<0.001			
第 2 层						48.7	15.6	30.18 ^a

续表 5 老年冠心病 PCI 治疗患者 PTG 影响因素分层回归分析 ($n=212$)

变量	B	SE	β	t	P	R ² (%)	ΔR^2 (%)	F(%)
常数项	48.50	5.69	—	8.52	<0.001			
BMI	-1.69	0.45	-0.19	-3.72	<0.001			
婚姻状况	-1.60	0.78	-0.12	-2.05	0.041			
文化程度	0.90	0.49	0.11	1.83	0.068			
工作状态	1.09	0.59	0.11	1.86	0.065			
医疗付费方式	0.21	0.97	0.02	0.22	0.827			
家庭人均收入	0.23	0.54	0.03	0.42	0.672			
入院时自理能力	0.19	0.45	0.02	0.41	0.680			
住院次数	0.92	0.65	0.09	1.42	0.156			
合并其他慢性病	-0.97	1.58	-0.04	-0.61	0.541			
心功能分级	-4.23	1.05	-0.23	-4.04	<0.001			
侵入性反刍性沉思	0.11	0.14	0.04	0.78	0.437			
目的性反刍性沉思	1.08	0.16	0.42	6.93	<0.001			
第 3 层						60.0	11.3	18.52 ^a
常数项	43.60	5.92	—	7.37	<0.001			
BMI	-1.72	0.41	-0.19	-4.18	<0.001			
婚姻状况	-0.92	0.70	-0.07	-1.31	0.193			
文化程度	0.66	0.45	0.08	1.47	0.143			
工作状态	1.17	0.52	0.12	2.25	0.026			
医疗付费方式	0.76	0.87	0.05	0.88	0.380			
家庭人均收入	-0.12	0.48	-0.01	-0.24	0.805			
入院时自理能力	0.29	0.41	0.04	0.70	0.485			
住院次数	1.14	0.59	0.12	1.90	0.059			
合并其他慢性病	-0.96	1.41	-0.04	-0.68	0.498			
心功能分级	-4.25	0.93	-0.23	-4.56	<0.001			
侵入性反刍性沉思	0.09	0.13	0.04	0.74	0.461			
目的性反刍性沉思	0.64	0.15	0.25	4.17	<0.001			
面对应对	0.74	0.16	0.29	4.67	<0.001			
回避应对	0.16	0.22	0.04	0.73	0.466			
屈服应对	-0.79	0.21	-0.19	-3.71	<0.001			

^a: $P<0.01$;—: 此项无数据。

3 讨 论

3.1 老年冠心病 PCI 治疗患者 PTG 水平、认知加工及应对方式现状

本研究 212 例老年冠心病 PCI 治疗患者均存在不同程度的 PTG 水平,总分为(64.16±8.12)分,与魏欣欣^[6]研究结果[(69.01±15.96)分]一致,但高于张管等^[16]研究结果的(49.87±19.95)分,原因可能是因纳入研究对象的疾病状态、文化背景及研究者调查方法等不同而引起的差异。患者目的性反刍性沉思得分高于侵入性反刍性沉思得分,且差异有统计学意义($P<0.05$),这说明老年冠心病 PCI 治疗患者目的性反刍性沉思占主导地位。患者面对应对方式得分最高,表明老年冠心病 PCI 治疗患者在应对疾病时更

倾向采取积极面对的应对方式,这也解释了本研究患者 PTG 水平较高的原因。患者经历冠心病 PCI 治疗后 PTG 水平越高,越有利于患者应对疾病带来的压力及促进疾病康复。本研究结果显示,患者 C-PTGI 总分及各维度得分均与侵入性反刍性沉思、目的性反刍性沉思及面对应对方式得分呈显著正相关($P<0.05$),说明老年冠心病 PCI 治疗患者在应对疾病时,采取积极面对方式越多,PTG 水平越高;患者侵入性反刍性沉思和目的性反刍性沉思两者具有共存现象,共同促进患者 PTG 产生。回避应对方式得分与 C-PTGI 总分、自我转变及人生感悟呈正相关,而与他人关系、新的可能性及个人力量无关,这与曾秋霞等^[17]的研究结果不一致,即回避方式得分与 C-PTGI 总分

及各维度均呈不同程度负相关,这可能与本研究纳入研究对象年龄及调查时患者所处的疾病阶段不同有关。本次纳入的研究对象年龄均在 60 岁以上,调查时间为患者 PCI 术后住院治疗阶段,面对突如其来的疾病及有创 PCI 术治疗,老年患者生理、心理及精神上早期较难接受,可能会采取消极应对方式如回避和屈服应对方式来转移注意力及缓冲疾病带来的负面情绪,随着对疾病及治疗的深度认知,患者将逐渐从早期消极应对方式向积极应对方式发展,后期治疗患者更倾向于采取面对应对方式应对疾病带来的影响,进而促进 PTG。

3.2 老年冠心病 PCI 治疗患者 PTG 水平的主要影响因素分析

分层回归分析显示,所有自变量进入回归方程后,共解释了 PTG 因变量 60.0% 的变异,其中 BMI、工作状况、心功能分级、目的性反刍性沉思、面对应对及屈服应对方式可预测患者 PTG 水平,其中 BMI、心功能分级及屈服应对方式对 PTG 产生具有负向预测作用,工作状况、目的性反刍性沉思及面对应对方式对 PTG 产生具有正向预测作用,这说明 BMI 越高、心功能分级越高及越倾向采取屈服应对方式应对疾病的患者,其 PTG 水平越低,在业、拥有目的性反刍性沉思认知加工方式及采用面对应对方式应对疾病的患者,其 PTG 水平越高。从个别解释来看,第 1 层回归分析显示,患者社会人口学资料和疾病相关资料共同解释了 PTG 33.1% 的变异,具有统计学意义的变量是 BMI、婚姻状况、文化程度及心功能分级,其解释力(β 值)分别为 -0.26 、 -0.19 、 0.16 和 -0.31 ,其中心功能分级解释力最大,对患者 PTG 水平影响最大。认知加工进入回归方程后,其单独对 PTG 的解释力为 15.6%,其解释力主要来自于目的性反刍性沉思($\beta = 0.42$, $P < 0.001$),而侵入性反刍性沉思对 PTG 无显著预测力($\beta = 0.04$, $P = 0.437$),说明目的性反刍性沉思认知加工方式是老年冠心病 PCI 治疗患者 PTG 的主要影响因素,应引导患者采取该类型认知加工方式,促进其 PTG 发展。相关研究认为侵入性反刍性沉思是一种消极的认知加工形式,目的性反刍性沉思是一种积极的有意义的认知加工形式^[18-19],还有研究显示,侵入性反刍性沉思的作用与事件发生的时间长短有关,早期的侵入性反刍性沉思可唤醒个体最初的创伤记忆并促使其进行积极主动思考,进而获得积极改变认知模式,而长时间持续的侵入性反刍性沉思使患者处于持续心理冲突状态而产生消极影响,无法获取积极的认知加工方法,侵入性反刍性沉思认知加工对 PTG 的作用目前还存在争议^[20]。应对方式进入回归方程后,其单独对 PTG 因变量的解释力为 11.3%,其主要解释力来自于面对和屈服 2 种应对方式,解释力(β 值)分别为 0.29 、 $-0.$

19,回避应对方式对 PTG 无显著预测力($\beta = 0.04$, $P = 0.466$),这表明面对和屈服 2 种应对方式主要影响老年冠心病 PCI 治疗患者 PTG 水平。因此,医护人员在给患者治疗和护理的过程中,应根据老年冠心病患者疾病及个体特征,关注患者认知加工方式变化对 PTG 作用的规律,引导患者由侵入性反刍性沉思的认知加工方式向目的性反刍性沉思的认知加工方式转变,减少侵入性反刍性沉思持续时间,了解患者不同疾病阶段应对疾病时采取何种应对方式,及时进行指导,并开展应对策略方面的培训,帮助患者采取正确的应对技巧,促进 PTG 发展,改善患者预后。

综上所述,老年冠心病 PCI 治疗患者均存在不同程度 PTG 水平,BMI、工作状况、心功能分级、目的性反刍性沉思、面对应对及屈服应对方式可预测患者 PTG 水平。医护人员应根据老年冠心病 PCI 治疗患者疾病特点,主动评估患者 PTG 状况,制订个体化的饮食计划法,帮助患者有效控制 BMI;了解患者工作状况,及时引导和减轻患者因工作状况带来的压力,准确给予患者治疗和护理,促进康复,改善患者心功能分级;积极调动患者身边的人为患者提供更多的支持与帮助,做好疾病相关知识的健康教育及鼓励并指导患者认知自身力量的重要性,引导患者由侵入性反刍性沉思的认知加工方式向目的性反刍性沉思的认知加工方式转变;不同疾病阶段,引导患者采取正确应对方式,减少疾病带来的影响,最大程度地促进患者 PTG 的产生和提升。利用 PTG 这种心理资源优势,让老年冠心病 PCI 治疗患者能够适时积极地面对疾病,促进其身心健康发展,改善其预后,帮助其顺利回归家庭和社会。

参考文献

- [1] 中国心血管健康与疾病报告 2020 概要[J]. 中国循环杂志,2021,36(6):521-545.
- [2] 付广芳,吴敏,梁嘉琪. 经皮冠状动脉介入治疗患者心理状态及心理护理研究进展[J]. 中国医药导报,2018,15(2):39-42.
- [3] PETR K, NELA H, MICHAL J, et al. Depression and anxiety after acute myocardial infarction treated by primary PCI[J]. PLoS One, 2016,11(4):e0152367.
- [4] 刘霞,丁飏,章雅青. 经皮冠状动脉介入治疗老年患者焦虑、抑郁情绪与睡眠质量及生活质量的相关性[J]. 上海交通大学学报(医学版),2018,38(9):1086-1091.
- [5] TEDESCHI R G, CALHOUN L G. The posttraumatic growth inventory: measuring the positive legacy of trauma[J]. J Trauma Stress,

- 1996,9(3):455-471.
- [6] 魏欣欣. 冠心病介入治疗患者社会支持、心理弹性与创伤后成长的相关性研究[D]. 济南:山东大学,2018.
- [7] 曾秋霞,刘蕾,何海燕,等. 国内外创伤后成长的临床干预研究进展[J]. 重庆医学,2018,47(10):1380-1383.
- [8] RICHARD G T, LAWRENCE G C. Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence[J]. Psychol Inq, 2004, 15(1):1-18.
- [9] 肖顺贞. 临床科研设计[M]. 北京:北京大学医学出版社,2003.
- [10] 中国肥胖问题工作组数据汇总分析协作组. 我国成人体重指数和腰围对相关疾病危险因素异常的预测价值:适宜体重指数和腰围切点的研究[J]. 中华流行病学杂志,2002,22(1):10-15.
- [11] 王赛华,施加加,孙莹,等. 简体版改良 Barthel 指数在脑卒中恢复期中的信度与效度研究[J]. 中国康复,2020,35(4):179-182.
- [12] 汪际. 创伤后成长评定量表及其意外创伤者常模的研制[D]. 上海:第二军医大学,2011.
- [13] 贾晓琴. 乳腺癌住院患者创伤后成长现状及影响因素分析[D]. 唐山:华北理工大学,2016.
- [14] 巩树梅. 意外创伤者认知加工的测评工具及其干预研究[D]. 上海:第二军医大学,2014.
- [15] 沈晓红,姜乾金. 医学应对方式问卷中文版 701 例测试报告[J]. 中国行为医学科学,2000,9(1):22-24.
- [16] 张莹,周帅帅,刘太芳,等. 冠心病介入治疗患者注意偏向及反刍性沉思对创伤后成长的影响[J]. 中国实用护理杂志,2018,34(18):1370-1375.
- [17] 曾秋霞,何海燕,徐春美,等. 急性心肌梗死患者创伤后成长特征及其与社会支持和应对方式的关系[J]. 第三军医大学学报,2018,40(2):176-182.
- [18] DONG C, GONG S, JIANG L, et al. Posttraumatic growth within the first three months after accidental injury in China: the role of self-disclosure, cognitive processing, and psychosocial resources[J]. Psychol Health Med, 2015, 20(2):154-164.
- [19] SOO H, SHERMAN K A. Rumination, psychological distress and post-traumatic growth in women diagnosed with breast cancer[J]. Psychooncology, 2015, 24(1):70-79.
- [20] 周汉京,梁志金,钟美容,等. 中青年冠心病 PCI 术后患者社会功能现状及影响因素分析[J]. 中华现代护理杂志,2020,13(8):1025-1031.

(收稿日期:2022-06-22 修回日期:2022-08-20)

(上接第 3680 页)

- 创踝关节融合术治疗足踝创伤性关节炎的疗效观察[J]. 骨科,2017,8(1):16-19.
- [6] 程根熙. 前路锁定钢板联合加压螺钉行踝关节融合治疗创伤性关节炎的临床效果[J]. 中外医学研究,2018,16(17):172-173
- [7] 魏廷举. 前路锁定钢板联合加压螺钉行踝关节融合治疗创伤性关节炎临床观察[J]. 黑龙江医药,2019,32(4):959-960.
- [8] 丁松,周耀君,陈明亮,等. 踝关节融合术的研究进展[J]. 国际骨科学杂志,2020,41(1):32-36.
- [9] 赵正斌. 微创踝关节融合术与开放式踝关节融合术治疗创伤性关节炎的临床疗效分析[J]. 中国医药指南,2017,15(26):119.
- [10] 王立松,王鹏斌,苏秀君,等. 踝关节融合术治疗终末期关节炎的临床效果研究[J]. 陕西医学杂志,2017,46(12):1743-1744.
- [11] 武勇. 踝关节骨关节炎的手术治疗[J]. 骨科临床与研究杂志,2018,3(6):321-322.
- [12] 张晓军. 保守治疗与踝关节融合术治疗足踝创伤性关节炎的效果比较[J]. 实用医技杂志,2020,27(10):1344-1345.
- [13] MURPHY E P, CURTIN M, MCGOLDRICK N P, et al. Prospective evaluation of intra-articular sodium hyaluronate injection in the ankle [J]. J Foot Ankle Surg, 2017, 56(2):327-331.
- [14] BENICH M R, LEDOUX W R, ORENDURFF M S, et al. Comparison of treatment outcomes of arthrodesis and two generations of ankle replacement implants[J]. J Bone Joint Surg Am, 2017, 99(21):1792-1800.
- [15] FAN J, ZHANG X, LUO Y, et al. Tibiotalocalcaneal (TTC) arthrodesis with reverse PHILLOS plate and medial cannulated screws with lateral approach[J]. BMC Musculoskelet Disord, 2017, 18(1):317.
- [16] 李新路. 无头加压螺钉和锁定加压钢板在踝关节融合固定中的对比[J]. 双足与保健,2017,26(16):165-166.

(收稿日期:2022-06-05 修回日期:2022-08-05)