

- 7 万美珍,周林艳,陈玉芳. 卵巢种植性畸胎瘤综合征1例[J]. 临床实验病理学杂志,2015,31(8):958-959.
- 8 Li S,Liu Z,Dong C,et al. Growing Teratoma Syndrome Secondary to Ovarian Giant Immature Teratoma in an Adolescent Girl:A Case Report and Literature Review[J]. Medicine(Baltimore),2016,95(7):e2647.
- 9 Spiess PE,Kassouf W,Brown GA,et al. Surgical management of grow-

- ing teratoma syndrome;the M. D. Anderson cancer center experience [J]. J Urol,2007,177(4):1330-1334.
- 10 Gorbatiy V,Spiess PE,Pisters LL. The growing teratoma syndrome: Current review of the literature[J]. Indian J Urol,2009,25(2):186-189.

[收稿日期 2019-03-03][本文编辑 刘京虹 韦所苏]

## 护理研讨

# 青年脑卒中患者急诊术后反刍性沉思水平与应对方式的关系探讨

李常乐

作者单位: 450000 河南,郑州人民医院急诊科

作者简介: 李常乐(1986-),女,大学本科,主管护师,研究方向:临床护理。E-mail:ke14mu@163.com

**[摘要]** **目的** 了解青年脑卒中患者急诊术后反刍性沉思水平,探讨青年脑卒中患者反刍性沉思与应对方式的关系。**方法** 采用一般资料调查表、医学应对方式量表(MCMQ)和简体中文版事件相关反刍性沉思问卷(C-ERRI)对116例青年脑卒中患者进行调查分析。**结果** 青年脑卒中患者面对维度得分为(16.04±4.17)分,低于全国常模,回避维度得分为(17.12±3.86)分,高于全国常模,差异均有统计学意义( $P<0.05$ );屈服维度得分为(9.07±3.54)分,与全国常模比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。高目的性反刍性沉思组(54例)面对应对得分高于低目的性反刍性沉思组(62例),回避应对和屈服应对得分低于低目的性反刍性沉思组(均 $P<0.05$ )。高侵入性反刍性沉思组(65例)面对应对得分低于低侵入性反刍性沉思组(51例),回避应对和屈服应对得分高于低侵入性反刍性沉思组(均 $P<0.05$ )。多元线性回归分析显示家庭平均收入、面对得分、回避得分是影响青年脑卒中患者目的性沉思的独立相关因素(均 $P<0.05$ ),家庭平均收入、屈服得分是影响青年脑卒中患者侵入性沉思的独立相关因素(均 $P<0.05$ )。**结论** 青年脑卒中患者急诊术后更倾向于采取回避应对方式,应结合具体情况进行分析,并通过鼓励、减少侵入性反刍性沉思等方法引导患者由消极认知转向积极认知,积极面对疾病。

**[关键词]** 脑卒中; 青年; 反刍性沉思; 应对方式

**[中图分类号]** R 473.74 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2020)04-0405-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2020.04.23

随着社会经济的快速发展,生活方式和环境因素发生不断变化,脑卒中的发病人群呈现年轻化的趋势,近年来青年卒中发病人数与比例不断升高<sup>[1,2]</sup>。青年人是社会与家庭的重要支柱,青年阶段突发脑卒中不仅严重影响患者的个人生活质量,而且会对家庭和社会造成沉重的负担<sup>[3]</sup>。反刍性沉思是指个体在经历创伤性事件或负性变化后的认知加工过程,包括目的性沉思和侵入性沉思两种类型<sup>[4,5]</sup>。应对方式是个体在应激事件中表现出的认知活动和行为,有效的应对方式可以减少脑卒中患者不良情绪

的发生<sup>[6]</sup>。目前,对青年脑卒中患者反刍性沉思与应对方式关系的研究少见报道。为此,本研究以青年脑卒中患者作为研究对象,对其急诊术后反刍性沉思水平与应对方式进行调研分析,并探讨二者的相关性,以期为医护人员开展干预措施提供依据。现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 采取便利抽样法,选取2015-03~2018-10在我院就诊的116例青年脑卒中患者为研究对象。其中男65例,女51例,年龄21~45(35.72±

6.47)岁;初中及以上文化程度占82.76%;医保和公费患者占74.14%;家庭平均月收入3000元以上占62.07%;有配偶者占86.21%;术前收缩压118~164(139.26±20.83)mmHg,舒张压72~97(84.02±13.20)mmHg;发病至急诊手术时间窗2~6h;梗死灶≥3cm 89例,梗死灶<3cm 27例。纳入标准:(1)符合全国第四届脑血管病诊断标准,结合《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2014》<sup>[7]</sup>急性脑卒中诊断标准,并经颅脑CT或MRI确诊;(2)年龄18~45岁;(3)认知功能正常,可正确回答研究者的提问;(4)术后病情稳定;(5)知情同意并自愿参与本研究。排除标准:(1)合并心、脑、肾或神经系统等严重并发症者;(2)既往有精神疾病史或认知障碍者;(3)此前接受过其他调查、咨询者。

### 1.2 调查工具

1.2.1 一般资料问卷表 采用自行设计的一般资料问卷表,内容包括性别、年龄、文化程度、职业、婚姻状况及付费方式等。由调查者根据病历内容填写,缺如部分由患者或其家属提供。

1.2.2 简体中文版事件相关反刍性沉思问卷(Chinese version event-related ruminant meditation questionnaire, C-ERRI) 事件相关反刍性沉思问卷(ERRI)是由美国学者Caan等研制,国内董超群等<sup>[8]</sup>对其汉化修订形成了C-ERRI,并在意外创伤患者中进行了信度效度分析,显示该量表Cronbach's α系数为0.92,两个子量表Cronbach's α系数分别为0.93和0.85。问卷共20个条目,分为侵入性沉思和目的性沉思2个维度,每个维度10个条目,问卷共60分,每个维度30分,得分越高则表示个体反刍性沉思水平越高。

1.2.3 医学应对方式量表(medical coping modes questionnaire, MCMQ) MCMQ是专业用于评估患者对于疾病应对方式和应对特点的量表,共20个条目,包含面对、回避、屈服三个维度,“面对”量表分由1、2、5、10、12、15、16、19共8个条目分累计,“回避”量表分由3、7、8、9、11、14、17共7个条目分累计,“屈服”量表分由其余5个条目分累计,各条目使用Likert 1~4级评分法,其中条目1、4、9、10、12、13、18、19使用反向计分的方式。某应对策略得分越高,则表示个体愈倾向于采取这种应对方式。中文版MCMQ经沈晓红和姜乾金<sup>[9]</sup>测试,重测信度分别为0.64、0.85、0.67,Cronbach's α系数分别为0.69、0.60、0.76,是目前国内研究中测量患者应对方式最常用的量表。

1.3 调查方法 采用便利抽样法选取符合条件的患者进行问卷调查。在患者知情同意前提下,调查

者负责解释调查目的和填写量表的注意事项及要求。受调查者应根据自身实际情况如实填写问卷,对不识字或存在视力障碍的受调查者,由调查者以清晰的语言表述题目和选项,并根据受调查者的回答情况如实填写,填写完毕后及时收回。本调查共发放问卷130份,有效收回116份,有效回收率为89.23%。

1.4 统计学方法 应用SPSS20.0统计软件进行数据分析,计量资料以均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,组间比较采用独立样本t检验;患者反刍性沉思影响因素使用多元线性回归模型分析。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 116例青年脑卒中患者反刍性沉思及其各维度得分情况 青年脑卒中患者反刍性沉思总分、目的性反刍性沉思总分、侵入性反刍性沉思总分及条目均分见表1。

表1 116例青年脑卒中患者反刍性沉思及其各维度得分情况[( $\bar{x} \pm s$ ),分]

项目	总分	条目均分
反刍性沉思总分	30.74 ± 7.12	1.54 ± 0.36
目的性沉思	14.29 ± 3.92	1.43 ± 0.39
侵入性沉思	16.45 ± 5.46	1.64 ± 0.55

2.2 116例青年脑卒中患者应对方式得分与全国常模比较 116例青年脑卒中患者的应对方式得分与全国常模<sup>[9]</sup>比较,面对维度得分低于全国常模,回避维度得分高于全国常模,差异均有统计学意义( $P < 0.01$ ),屈服维度得分与全国常模比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。见表2。

表2 116例青年脑卒中患者应对方式得分与全国常模比较[( $\bar{x} \pm s$ ),分]

项目	总分(n=116)	全国常模(n=701)	t	P
面对	16.04 ± 4.17	19.48 ± 3.81	8.884	0.000
回避	17.12 ± 3.86	14.44 ± 2.97	8.594	0.000
屈服	9.07 ± 3.54	8.81 ± 3.15	0.809	0.419

2.3 高目的性和低目的性反刍性沉思患者不同应对方式得分比较 取青年脑卒中患者目的性反刍性沉思得分平均值作为分界点将患者分为高目的性反刍性沉思组(54例)和低目的性反刍性沉思组(62例),结果显示高目的性反刍性沉思组面对应对得分高于低目的性反刍性沉思组,而回避应对和屈服应对得分低于低目的性反刍性沉思组,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表3。

表3 高目的性和低目的性反刍性沉思患者不同应对方式得分比较[( $\bar{x} \pm s$ ),分]

组别	例数	面对	回避	屈服
高目的性反刍性沉思组	54	19.18 ± 2.37	12.73 ± 2.20	6.24 ± 2.16
低目的性反刍性沉思组	62	17.11 ± 1.92	15.93 ± 2.49	8.25 ± 2.48
<i>t</i>	-	5.194	7.286	4.621
<i>P</i>	-	0.000	0.000	0.000

**2.4 高侵入性和低侵入性反刍性沉思患者不同应对方式得分比较** 取青年脑卒中患者侵入性反刍性沉思得分平均值作为分界点,将患者分为高侵入性反刍性沉思组(65例)和低侵入性反刍性沉思组(51例),结果显示高侵入性反刍性沉思组面对应对得分低于低侵入性反刍性沉思组,回避应对和屈服应对得分高于低侵入性反刍性沉思组,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表4。

表4 高侵入性和低侵入性反刍性沉思患者不同应对方式得分比较[( $\bar{x} \pm s$ ),分]

组别	例数	面对	回避	屈服
高侵入性反刍性沉思组	65	15.56 ± 2.32	16.91 ± 2.80	11.68 ± 2.41
低侵入性反刍性沉思组	51	18.82 ± 2.39	12.83 ± 2.58	6.96 ± 2.05
<i>t</i>	-	7.413	8.061	11.169
<i>P</i>	-	0.000	0.000	0.000

**2.5 青年脑卒中患者反刍性沉思影响因素的多元逐步线性回归分析结果** 分别以青年脑卒中患者目的性反刍性沉思得分和侵入性反刍性沉思得分作为因变量,并以年龄、文化程度、家庭平均收入、面对得分、回避得分及屈服得分作为自变量进行多元逐步线性回归分析,结果显示家庭平均收入、面对得分、回避得分是影响青年脑卒中患者目的性沉思的独立相关因素(均 $P < 0.05$ ),家庭平均收入、面对得分、回避得分越高,目的性沉思水平越高。见表5。家庭平均收入、屈服得分是影响青年脑卒中患者侵入性沉思的独立相关因素(均 $P < 0.05$ ),收入越高,侵入性沉思水平越低,屈服得分越高,侵入性沉思水平越高。见表6。

表5 目的性反刍性沉思影响因素的多元逐步线性回归分析结果

自变量	<i>B</i>	<i>SE</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>P</i>
常数项	7.798	1.457	-	5.353	0.000
家庭平均收入	8.145	1.506	0.466	5.408	0.000
面对得分	1.238	0.416	0.192	2.975	0.003
回避得分	1.450	0.705	0.131	2.055	0.041

表6 侵入性反刍性沉思影响因素的多元逐步线性回归分析结果

自变量	<i>B</i>	<i>SE</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>P</i>
常数项	16.003	0.810	-	19.767	0.000
家庭平均收入	-1.849	0.562	-0.204	-3.286	0.001
屈服得分	2.968	0.496	0.371	5.986	0.000

### 3 讨论

**3.1 应对方式是指个体应对内外环境要求及其有关情绪困扰采取的方法、手段及策略**<sup>[6]</sup>。不同的应对方式对个体心理健康和治疗结局影响不同。研究一致认为面对和屈服分别对应个体面对压力时所采取的积极和消极应对策略,但回避应对对个体的影响,不同的研究结论存在差异<sup>[10,11]</sup>。在医学应对方式中,面对维度被认为是一种积极的、有益的应对方式,本研究中患者面对得分低于全国常模<sup>[9]</sup>,这可能是青年脑卒中患者在发病后,其生活的内外环境出现巨大变化,患者由于短期内无法适应环境和角色的突然改变,使其无法积极地面对这种落差,故导致其面对维度得分较低<sup>[12]</sup>,这与原志芳等<sup>[13]</sup>对150例首发脑卒中患者的研究结果类似。回避应对表现为患者以转移话题、分散注意力等方式来暂时忘却疾病,而屈服应对则表现为患者对疾病持听天由命的态度,多认为疾病康复无望,对疾病有一种无力感。本研究中,青年脑卒中患者回避应对得分较全国常模高,分析可能是在脑卒中急诊术后初期患者采取“鸵鸟政策”可以让悲哀和恐惧情绪得以暂时缓解,以应对突发性疾病带来的心理创伤,同时为其后期逐步适应患病事实提供缓冲时间。屈服得分与全国常模无明显差异,这与Felder<sup>[14]</sup>的研究中慢性病患者倾向于采取回避和屈服的结果有所不同,考虑其可能与本研究中患者皆为急诊术后恢复初期有关。

**3.2 反刍性沉思是指个体在经历创伤性事件或负性变化后的认知加工过程,包括目的性沉思和侵入性沉思两种类型。**目的性反刍性沉思指个体主动进行的涉及个体对创伤事件的理解、积极解释、探索内心感受及寻求解决问题方法的思考<sup>[15]</sup>。目的性沉思水平高的患者倾向于采取积极的应对方式。本研究中也发现高目的性反刍性沉思得分的青年脑卒中患者面对得分明显高于低目的性反刍性沉思组患者。同时,青年脑卒中患者目的性反刍性沉思与面对应对、回避应对呈正相关,分析可能是患者在脑卒中发生这一应激情景下,试图通过目的性反刍性沉思去理解脑卒中这一突发性创伤事件,重构事件的意义,但青年患者由于人生阅历尚浅以及缺乏对疾

病知识的了解,因而倾向于采取回避这一防御机制,暂时隔离患病事实,以缓解内心痛苦。回避面对曾被认为是个体面对压力源时的消极应对方式,但近年来研究显示回避和面对应对一样是危重疾病患者有效的应对方式<sup>[11]</sup>。同时,我们须注意临床上部分患者拒绝按医嘱进行治疗可能与其采取回避等防御机制看待疾病有关,这可能导致患者不能获得及时治疗而延误病情。因此,护理人员有必要根据患者的实际情况,帮助患者选择适应性的应对,同时积极引导、鼓励患者思考疾病对自身的意义。

**3.3 侵入性反刍性沉思易导致个体持续心理痛苦,妨碍其成长,它是个体反复、被动地关注创伤事件所产生的侵入性思维,通常出现在患者创伤早期<sup>[8]</sup>。患者若持续沉浸于创伤事件所带来的负性情绪,最终将难以避免屈服于疾病。青年脑卒中患者急诊术后早期面临行动、语言等功能障碍,当患者缺乏对疾病的了解,容易对疾病产生无力感并向疾病屈服<sup>[3]</sup>。本研究中屈服应对方式与侵入性反刍性沉思呈明显正相关,这提示我们在青年脑卒中患者护理工作中,对于经常沉浸在负性情绪中即侵入性反刍性沉思的患者,应积极引导患者由消极认知转向积极认知,以有助于促进患者的心理健康。**

总之,青年脑卒中患者急诊术后更倾向于采取回避应对方式,对于回避应对方式应结合具体情况进行分析,引导患者减少侵入性沉思,积极面对疾病,促进康复。

**参考文献**

1 Writing Group Members, Mozaffarian D, Benjamin EJ, et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2016 Update: A Report From the American Heart Association[J]. Circulation, 2016, 133(4):e38-360.  
 2 上官稳. 80例青年脑梗死的临床分析[J]. 中国临床新医学, 2010, 3(4):324-326.

3 梁莉莉, 许梦雅, 王丽君, 等. 中青年脑卒中患者康复自我效能与日常生活活动能力及创伤后成长的相关性研究[J]. 重庆医学, 2018, 47(30):3928-3932.  
 4 Smith JM, Alloy LB. A roadmap to rumination: A review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct[J]. Clin Psychol Rev, 2009, 29(2):116-128.  
 5 Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence[J]. Psychol Inq, 2004, 15(1):1-18.  
 6 付文娟, 赵超男, 方玉美, 等. 脑卒中患者康复初期应对方式与抑郁的相关性及护理对策[J]. 中国康复理论与实践, 2010, 16(11):1083-1084.  
 7 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南2014[J]. 中华神经科杂志, 2015, 48(4):246-257.  
 8 董超群, 巩树梅, 刘晓虹. 简体中文版事件相关反刍性沉思问卷在意外创伤者中应用的信效度分析[J]. 中华护理杂志, 2013, 48(9):831-834.  
 9 沈晓红, 姜乾金. 医学应对方式问卷中文版701例测试报告[J]. 中华行为医学科学, 2000, 9(1):18-20.  
 10 Ghazanfar L, Shafiq S. Coping Strategies and Family Functioning as Predictors of Stress among Caregivers of Mentally Ill Patients[J]. Int J Clin Psychiat, 2016, 4(1):8-16.  
 11 胡琛, 潘凌蕴, 刘晓虹. 终末期肾病患者透析早期阶段的应对方式及其影响因素[J]. 解放军护理杂志, 2016, 33(8):22-26, 30.  
 12 梁莉莉, 张振香, 林蓓蕾, 等. 中青年脑卒中患者心理研究现状及展望[J]. 广东医学, 2018, 39(7):1110-1112.  
 13 原志芳, 柴倩文, 金奕, 等. 首发脑卒中患者医学应对方式及其影响因素调查研究[J]. 中国全科医学, 2016, 19(2):210-215.  
 14 Felder BE. Hope and coping in patients with cancer diagnoses[J]. Cancer Nurs, 2004, 27(4):320-324.  
 15 Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking Rumination[J]. Perspect Psychol Sci, 2008, 3(5):400-424.

[收稿日期 2019-10-21][本文编辑 刘京虹 韦所芬]