

脑卒中患者社会支持的有关研究

王 娜 孙济宇 李艳玲

摘 要 **目的** 探讨脑卒中患者的社会支持状况。**方法** 本研究使用社会支持评定量表(SSRS),对经头颅 CT 或 MRI 检查证实为脑卒中,无失语、痴呆和严重精神症状者 162 人及 158 名健康人进行对照研究。**结果** 脑卒中患者 SSRS 中的社会支持总分、客观支持、主观支持、支持利用度得分均要明显低于对照组得分;不同医学变量的脑卒中患者 SSRS 中各因子得分也有差异($P < 0.05$)。**结论** 脑卒中患者社会支持状况差于健康人群,影响脑卒中患者生活质量。

关键词 脑卒中 社会支持 生活质量

Stroke Patients in the Study of Social Support. Wang Na, Sun Jiyu, Li Yanling. Qiqihar Medical College, Heilongjiang 161000, China

Abstract **Objective** To discuss the status of social support for patients with stroke. **Methods** 162 patients with no aphasia, dementia and severe psychiatric symptoms and 158 healthy people were studied as controls. Stroke diagnose was made by SSRS and brain CT or MRI. **Results** The SSRS scores of patients with stroke, including social support, objective support, subjective support, support utilization of support rates, were significantly lower than those of the control group. And various medical variables of stroke patients in the SSRS scores also varied ($P < 0.05$). **Conclusion** The status of social support for patients with stroke is poorer than healthy people, which affects the quality of their life.

Key words Stroke; Social support; The quality of life

脑卒中俗称脑中风,又称“脑血管意外”,凡因脑血管阻塞或破裂引起的脑血流循环障碍和脑组织功能或结构损害的疾病都可以称为脑卒中。其特点为病程长,恢复差,致残率高。我国是脑血管病的高发国家之一,每年至少有 200 万新增脑血管病病例^[1]。脑卒中患者多数心理健康状况不佳,存在轻重不等的心理障碍,合并有心理障碍的脑卒中患者可影响其疾病的康复及预后。为了解脑卒中患者的社会支持状况;笔者使用社会支持评定量表(SSRS)对 150 例脑卒中患者和 150 名健康人的社会支持状况进行调查,并进行比较分析,现报告如下。

对象与方法

1. 对象:样本来源:调查于 2009 年 1~11 月期间进行,本次调查选取哈尔滨医科大学附属第二医院神经内科病房住院患者,病例组发放问卷 182 份,收回有效问卷 148 份,有效回收率为 81.30% 对照组,发放问卷 178 份,收回有效问卷 152 份,有效回收率为 85.40%。

2. 入组标准:病例组:符合全国第 4 届脑血管病学术会议通过的脑血管疾病诊断要点,经头颅 CT 或 MRI 检查证实为

脑卒中,无失语、痴呆和严重精神症状者作为病例组。对照组:同时选取本市内具有相似生活背景、年龄、文化程度的健康人作为对照组。

3. 方法:(1)研究工具:社会支持状况采用社会支持评定量表进行评估。社会支持是指个体与社会各方面包括家属、朋友、同事、伙伴等社会人以及家庭、单位、党团、工会等社团组织所产生的精神上 and 物质上的联系程度。良好的社会支持,一方面对应激状态下的个体提供保护,对应激起缓冲作用,可影响应激的反应程度;另一方面,对维持一般的良好情绪体验具有重要意义(姜乾金,2002)^[2~5]。本次使用肖水源于 1986 年设计的《社会支持评定量表》进行评估,该问卷简明、扼要,所包含的 4 个评定因子——“总分”、“客观支持分”、“主观支持分”、“对支持的利用度”,共 10 条条目,计算每一评定因子的分数。(2)测试过程:在哈尔滨医科大学附属第二医院神经内科的医护人员的大力支持下,收集入组人员的一般资料(如性别、年龄、文化程度、职业等),采用社会支持评定量表(SSRS)进行测定。该量表由患者按指导语自行填写,患者按照自己情况在各条目后面所附的 4 项答案中各选取一项。量表和问卷评估由经过培训的专业人员进行。在评估对象选择上,要求患者意识清醒且自愿参与。被评估者在统一指导语的指导下,对评估量表和问卷内容按照自己的实际情况和自我感受而独立完成答卷^[6]。对部分不能自行填写的被评估者,由评估者逐项读给被评估者听,被评估者自行选择答案由评估者填写^[7]。问卷收回后由笔者逐例审查,300 份调查问卷全部合格,纳入研究范围。

作者单位:161000 齐齐哈尔医学院精神卫生学院(王娜);佳木斯妇幼保健院(孙济宇);齐齐哈尔医学院第三附属医院(李艳玲)

4. 统计学分析:全部统计数据输入 SPSS13.0 统计软件包进行统计分析,计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。

结 果

1. 一般资料:病例组有效被试人数为 148 人,其中男性 94 人,女性 54 人,男女比例 1.74:1;对照组有效被试人数为 152 人,其中男性 87 人,女性 65 人,男女比例 1.34:1。

表 1 两组人群的一般情况比较

项目		病例组		对照组	
		<i>n</i>	构成比(%)	<i>n</i>	构成比(%)
性别	男性	94	63.5	87	57.2
	女性	54	36.5	65	42.8
年龄	45 岁及其以下	22	14.9	18	11.8
	44 ~ 55 岁	41	27.7	44	28.9
	55 ~ 65 岁	55	37.2	58	38.2
	65 岁及其以上	30	20.2	32	21.1
职业	工人	26	17.5	35	23
	农民	15	10.1	12	7.9
	教师	18	12.2	22	14.5
	行政干部	18	12.2	16	10.4
	技术人员	17	11.5	13	8.6
	个体	24	16.2	27	17.8
	其他	30	20.3	27	17.8
学历	小学	35	23.6	27	17.8
	初中	41	27.8	42	27.6
	高中	44	29.7	48	31.6
	大学及其以上	28	18.9	35	23
经济状况	较差	39	26.4	31	20.4
	一般	64	43.2	70	46.1
	较好	45	30.4	51	33.5
病情	轻度	83	56.1	—	—
	中度	44	29.7	—	—
	重度	21	14.2	—	—

2. 社会支持评定量表各因子结果病例组与对照组比较情况,见表 2。表 2 显示量表中总分因子得分病例组低于对照组,客观支持、主观支持、支持的利用度因子得分病例组均明显低于对照组得分,且差异具有统计学意义。

表 2 两组人群社会支持量表各因子的得分比较($\bar{x} \pm s$)

分组	总分	客观支持	主观支持	支持的利用度
对照组	39.84 ± 7.00	20.68 ± 3.98	10.27 ± 2.22	8.89 ± 2.72
病例组	32.86 ± 6.77	16.80 ± 3.57	8.62 ± 2.88	7.44 ± 2.27
<i>t</i>	7.17	7.26	4.54	4.10
<i>P</i>	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

3. 不同人口学及医学变量的脑卒中患者社会支持状况的比较情况:采用方差分析对不同状况的脑卒中患者的社会支持进行比较,结果显示(表 3),不同性别的脑卒中患者社会支持总分、客观支持、主观支持、支持利用度没有显著区别。年龄上(表 4),社会支持总分的差异表现为随着年龄的增高社会支持总分在降低,具体表现在 65 岁及其以上年龄段与 45 岁及以下、45 ~ 55 岁、55 ~ 65 岁年龄段之间,且差异具有统计学意义;客观支持度得分的差异表现为随着年龄的增高客观支持得分在降低,具体表现在 65 岁及其以上年龄段与 45 ~ 55 岁年龄段之间,且差异具有统计学意义;主观支持度得分的差异也表现为随着年龄的增高客观支持度得分在降低,具体表现为在 65 岁及其以上年龄段与 45 岁及以下、55 ~ 65 岁及其以下年龄段之间,且差异具有统计学意义。学历上(表 5),社会支持总分在高中、大学及其以上学历与小学文化程度之间有显著差异,且差异具有统计学意义。主观支持度在小学与初中、高中、大学及其以下文化程度之间有差别,且差别具有统计学意义。经济状况上(表 6),不同经济状况的脑卒中患者社会支持总分因子、主观支持因子、客观支持因子及支持利用度因子没有显著差异。病情程度上(表 7),按照神经功能缺失评分标准将病例组划分为轻、中、重度患者,通过研究结果可见,社会支持总分随着疾病严重程度的加重,得分逐渐在降低,差异具体表现为重度脑卒中患者与轻度脑卒中患者之间,且差异具有统计学意义;客观支持度得分随着疾病严重程度的加重,得分逐渐在降低,差异具体表现在轻度脑卒中患者与中度、重度脑卒中患者之间,且差异具有统计学意义;主观支持度得分随着疾病严重程度的加重,得分逐渐在降低,差异具体表现在重度脑卒中患者与轻度、中度脑卒中患者之间,且差异具有统计学意义;支持利用度得分随着疾病严重程度的加重,得分逐渐在降低,差异具体表现在轻度脑卒中与中度、重度脑卒中患者之间,且差异具有统计学意义。

表 3 不同性别的脑卒中患者社会支持状况的比较($\bar{x} \pm s$)

项目	男性(<i>n</i> = 94)	女性(<i>n</i> = 54)	<i>t</i>	<i>P</i>
总分	33.16 ± 6.43	32.33 ± 7.39	0.58	0.56
客观支持	17.02 ± 3.53	16.42 ± 3.67	0.80	0.42
主观支持	8.67 ± 2.61	8.53 ± 3.35	0.24	0.81
支持利用度	7.47 ± 2.22	7.39 ± 2.38	0.17	0.87

表 4 不同年龄的脑卒中患者社会支持状况的比较($\bar{x} \pm s$)

项目	45 岁及其以下($n=22$)	45 ~ 55 岁($n=41$)	55 ~ 65 岁($n=55$)	65 岁及其以上($n=30$)	F	P
总分	35.50 ± 7.53	34.75 ± 6.79	34.95 ± 5.77	30.13 ± 5.94*▲ [#]	5.01	<0.01
客观支持	17.75 ± 5.43	18.06 ± 3.00	17.74 ± 2.62	15.53 ± 2.66▲	3.75	0.01
主观支持	9.70 ± 3.44	8.94 ± 2.82	9.74 ± 2.45	7.56 ± 2.48* [#]	4.42	<0.01
支持利用度	8.05 ± 1.90	7.75 ± 2.08	7.47 ± 2.72	7.04 ± 2.27	1.04	0.38

*表示与某个项目的第 1 个水平相比, $P<0.05$;▲表示与某个项目的第 2 个水平相比, $P<0.05$;[#]表示与某个项目的第 3 个水平相比, $P<0.05$

表 5 不同学历的脑卒中患者社会支持状况的比较($\bar{x} \pm s$)

项目	小学($n=35$)	初中($n=41$)	高中($n=44$)	大学及其以上($n=28$)	F	P
总分	29.41 ± 5.91	33.41 ± 5.5	36.67 ± 12.19*	36.00 ± 7.78*	4.45	<0.01
客观支持	15.93 ± 2.77	16.87 ± 3.2	17.50 ± 7.50	18.00 ± 4.02	1.12	0.35
主观支持	6.89 ± 2.44	9.00 ± 2.64*	11.00 ± 2.37*	9.54 ± 3.38*	6.22	<0.01
支持利用度	6.59 ± 2.21	7.54 ± 2.06	8.17 ± 3.76	8.46 ± 2.03	2.48	0.07

*表示与某个项目的第 1 个水平相比, $P<0.05$

表 6 不同经济状况的脑卒中患者社会支持状况的比较($\bar{x} \pm s$)

项目	较差($n=39$)	一般($n=64$)	较好($n=45$)	F	P
总分	32.00 ± 8.21	32.69 ± 6.48	33.38 ± 7.17	0.17	0.85
客观支持	16.29 ± 5.71	17.07 ± 3.26	16.41 ± 3.67	0.43	0.65
主观支持	8.43 ± 2.37	8.34 ± 2.85	9.19 ± 3.04	0.91	0.40
支持利用度	7.29 ± 1.38	7.28 ± 2.06	7.78 ± 2.77	0.53	0.59

表 7 不同病情的脑卒中患者社会支持状况的比较($\bar{x} \pm s$)

项目	轻度($n=83$)	中度($n=44$)	重度($n=21$)	F	P
总分	35.18 ± 7.31	32.03 ± 6.04	30.79 ± 5.96*	3.52	0.03
客观支持	18.36 ± 3.96	16.70 ± 2.83*	15.79 ± 3.56*	3.91	0.02
主观支持	9.68 ± 3.10	8.20 ± 2.80	7.79 ± 2.99*	3.64	0.03
支持利用度	9.54 ± 2.77	7.33 ± 2.33*	7.21 ± 1.48*	3.73	0.03

*表示与某个项目的第 1 个水平相比, $P<0.05$

讨 论

本研究结果显示病例组社会支持总分、客观支持、主观支持、支持利用度得分均要明显低于对照组得分,说明脑卒中患者心理健康状况不佳,患者不积极主动的参与到社会团体中,不愿意与家人朋友交往,不愿意寻求支持与帮助,存在较多心理问题^[8]。同时社会支持状况及对支持的利用度较低,即使在可以得到一定的支持时,也会选择放弃。研究中,我们发现年龄上,社会支持总分、主观支持得分的差异表现为随着年龄的增高而降低。原因主要是随着年龄的增高,人们体验到情感上的支持能力在下降,对待困难总是采取消极态度,不愿意向家人、朋友求助,觉得自己是家人的负担,自己没有什么生存价值,所以社会支持状况较差,影响其生活质量。学历上,学历较高的脑卒中患者社会支持情况及主观支持情况较学历低的好。原因主要是学历越高,面对生活及困

难的积极性会越高,体验情感上的支持能力也会增高,对待疾病及生活中的应激事件能够以积极乐观的态度去应对,思考问题全面而合理,同时能够主动地配合医生的治疗,接受家人朋友的照顾,所以社会支持情况较学历低的好,生活质量也较好。病情上,研究发现随着病情的加重,脑卒中患者的社会支持总分得分越低,尤其表现在重度脑卒中患者与轻度脑卒中患者之间。原因主要是随着病情的加重,会影响患者的心理状态,改变他们对待疾病与困难的态度,让他们彻底对自己的健康失去信心,所以,病情越重的脑卒中患者,体验情感上的支持能力越低,很多患者感觉自己患脑卒中病后身体素质急骤下降,自己给家人及朋友带来了极大的麻烦,即使在可以得到一定的物质支持时,也会选择放弃,因此他们不仅获得的客观支持较低,而且对支持的利用度很低。因此,社会支持总分也会大大降低。临床中的调查及研究也证实

了良好的社会支持在疾病预后及患者生活质量中的重要作用。所以,社会支持总体状况偏低也是造成重度脑卒中患者脑卒中病反复发作,久治难愈的一个重要心理社会因素。

在后续的研究中,我们应当以本研究结果为基础,有意识地引导脑卒中患者积极面对疾病和困难,积极寻求社会支持,提高主观支持利用度,才能提高生活质量。在心理医生的指导下,开展患者之间的讨论,使他们相互支持、鼓励,改变不正确的认知,不断完善自己的人格^[9]。针对脑卒中患者的心理健康状况制定相应的教育管理和心理干预方案,达到提高脑卒中患者生活质量的目的。

参考文献

- 崔磊,王依群,王松涛.脑血管所致偏瘫依从性差的原因及对策.张家口医学院学报,2004,21(3):82
- 黄丽,姜乾金,任蔚红.社会支持状况、社会支持与癌症病人身心身

状的相关性研究.中国心理卫生杂志,1996,10(4):160-161

- Goyne JC, Downey G: Stress support. and the coping process. Ann Rev Psychology, 1991, 42: 401-426
- Thoits PA: Dimensions of life events that influence psychological distress: an evaluation and synthesis of the literature. In: Kaplan Het (eds): Psychological Stress. 1st ed. New York, Academic Press, 1983: 33-103
- 肖水源、杨德森. 社会支持对身心健康的影响. 中国心理卫生, 1987, 1: 184-187
- 张明园. 精神科评定量表手册. 长沙: 湖南科学技术出版社, 2003: 16-27
- Gall A. Post stroked epression. Hosp Med, 2001, 62(5): 268
- Fefeil H, Strack S, Nagy VT. Coping strategies anf associated features of medically ill patients. Psychosom Med, 1987, 49: 616-625
- 郭克锋. 脑动脉硬化症患者的性格特征和心理卫生状况. 中国临床康复, 2003, 7(7): 1106-1107

(收稿: 2010-01-08)

(修回: 2010-04-08)

急性心力衰竭患儿血清基质金属蛋白酶-2、-9水平变化的意义

郑兴厂 邢春涛

摘要 目的 探讨急性充血性心力衰竭(CHF)患儿血清基质金属蛋白酶-2(MMP-2)、-9(MMP-9)水平变化及临床意义。**方法** 测定CHF组急性期和缓解期与健康对照组的血清MMP-2、MMP-9水平,同时分析其与心功能的关系。**结果** CHF组血清MMP-2、MMP-9和TIMP-1水平显著高于健康对照组,且随心力衰竭程度的加重而显著增加($P < 0.01$ 或 $P < 0.05$)。**结论** 血清MMP-2、MMP-9参与CHF的发生发展过程,其血清水平的检测有助于评估CHF病情严重程度。

关键词 基质金属蛋白酶-2、-9 心力衰竭 心功能

Change and Significance of Serum Levels of Matrix Metalloproteinase -2, -9 in Children with Heart Failure. Zheng Xingchang, Xing Chuntao. Qingdao Children's Hospital, Shandong 266011, China

Abstract Objective To investigate the changes and clinical significance of serum matrix metalloproteinase -2(MMP-2), -9(MMP-9) concentration in children with congestive heart failure(CHF). **Methods** Serum concentrations of MMP-2, MMP-9 were measured in CHF and control group, and the relationship between serum MMP-2, -9 and cardiac function were also studied. **Results** The serum concentrations of MMP-2, MMP-9 in children with CHF were higher significantly than those in control group, and it also increased with the increased of the severity of heart failure ($P < 0.01$ or $P < 0.05$). **Conclusion** Serum MMP-2, MMP-9 can be involved in the pathogenesis of CHF, and the level of serum MMP-2, -9 is helpful to the judge ment of the severity of CHF.

Key words Matrix metalloproteinase -2, -9; Heart failure; Cardiac function

急性充血性心力衰竭(CHF)是儿科常见危急重症,也是重要的死亡原因之一。近年来发现细胞外基

质(ECM)合成与降解的失衡,与心肌重塑、心力衰竭的发生密切相关^[1]。而细胞外机制合成与降解的平衡又取决于基质金属蛋白酶(MMPs)及其组织抑制因子(TIMPs)的动态平衡。本研究对48例CHF患儿血清MMP-2、MMP-9和其组织抑制物TIMP-1水