

# 应对方式管理对哈尼族、彝族冠心病伴抑郁障碍患者生存质量的影响

胥勇<sup>1</sup> 马晓林<sup>1</sup> 李卫<sup>1</sup>

**【摘要】 目的:**了解红河州哈尼族、彝族冠心病患者合并抑郁障碍的发病情况及其所采取的应对方式的现状,探讨应对方式管理对哈尼族、彝族冠心病患者抑郁情绪与生存质量的影响。**方法:**应用一般情况调查表、综合性医院抑郁量表(HAD)、医学应对问卷(MCMQ)、健康状况问卷(SF-36)对204例哈尼族、彝族冠心病患者进行调查研究。将伴抑郁障碍的78例患者随机分为对照组38例,研究组40例,对研究组进行应对方式管理干预,比较干预前后两组患者的生存质量及抑郁情绪。**结果:**①红河州哈尼族、彝族冠心病患者抑郁障碍的患病率为38.24%。②与不伴抑郁障碍组相比,哈尼族、彝族冠心病伴抑郁障碍的患者更多使用的是消极的应对方式,差异具有统计学意义( $P < 0.01$ )。③进行应对方式管理干预后研究组生存质量较前提高,亦明显高于对照组,差异具有统计学意义( $P < 0.01$ )。**结论:**红河州哈尼族、彝族冠心病患者伴发抑郁障碍有较高的患病率。冠心病伴发抑郁障碍可使哈尼族、彝族冠心病患者生存质量下降。对伴有抑郁障碍的患者进行应对方式的管理干预,可提高冠心病患者的生存质量及身心健康水平。

**【关键词】** 抑郁障碍;冠心病;生存质量;应对方式;哈尼族;彝族

doi:10.13201/j.issn.1001-1439.2016.08.006

**【中图分类号】** R541.4 **【文献标志码】** A

## The Effect of Coping style management on Quality of Life in Hani and Yi coronary heart disease patients with depressive disorder

XU Yong MA Xiaolin LI Wei

(Department of Cardiology, Yunnan Honghe Hani and Yi Autonomous Prefecture First Peoples Hospital, Mengzi, Yunnan, 661100, China)

Corresponding author: XU Yong, E-mail: xuyongyx@126.com

**Abstract Objective:** To explore the effect of coping style on depression and quality of life in Hani and Yi patients with coronary heart disease(CHD). **Method:** The investigation based on 204 Hani and Yi patients with CHD by using the general condition questionnaire including HAD, MCMQ, SF-36. The 78 depressive disorder Patients were randomly divided into control and study groups. Intervention study group were given the coping style management. **Result:** ① The rate of Honghe Hani and Yi coronary heart disease patients with depressive disorder was 38.24%. ② Hani and Yi coronary heart disease patients with depressive disorder were negative coping style compared with the non depressive disorder group ( $P < 0.01$ ). ③ The quality of life of the study group was improved compared with the former research after the intervention, and also significantly higher than control group ( $P < 0.01$ ). **Conclusion:** The Hani and Yi of depressive disorder in patients with CHD have higher prevalence. Hani and Yi CHD with depressive disorder can decrease the quality of life of patients. Management intervention on coping style of patients with depressive disorder, can improve the quality of life and physical and mental health of patients with CHD.

**Key words** depressive disorder; coronary heart disease; quality of life; coping style; Hani; Yi

随着社会生活节奏的加快和生物医学模式的转变,社会心理因素已成为重要的致病因素,精神心理障碍在冠心病人群中具有较高的发病率。大量的流行病学研究显示冠心病患者伴发抑郁症的概率远高于正常人,抑郁是心肌梗死后死亡的独立危险因素,抑郁状态可以增加冠心病患者心血管事件的发生率<sup>[1]</sup>,并被认为是心血管疾病的另一种

重要危险因素<sup>[2-3]</sup>。应对方式是指个体在面对生活事件以及因生活事件引起的不平衡状态时所采取的认知策略和行为措施<sup>[4]</sup>。诊断冠心病对于患者来说是一种突发应激事件,当患者采用积极的应对方式有利于缓冲应激所带来的压力,从而有利于患者的心身健康、提高其生存质量;而消极的应对方式会加重冠心病,特别是伴抑郁障碍患者所面临的应激,不利于患者的身心健康、降低生存质量。

尽管,冠心病合并抑郁障碍有较高的发病率,并且相互影响增加心血管事件发生从而严重影响

<sup>1</sup>云南省红河哈尼族、彝族自治州第一人民医院心内科(云南蒙自,661199)  
通信作者:胥勇, E-mail: xuyongyx@126.com

患者的身心健康,但在目前临床工作中仍未得到足够重视和认识。特别是在红河哈尼族、彝族自治州这样一个西南的少数民族地区,目前尚缺乏对冠心病患者抑郁障碍的发病现状调查研究,更缺乏对冠心病伴抑郁障碍患者系统的诊断及积极干预、治疗。本研究通过对红河州哈尼族、彝族冠心病患者抑郁障碍与生存质量、应对方式的相关研究,探讨对伴有抑郁障碍的冠心病患者进行应对方式管理的干预,能否作为哈尼族、彝族冠心病患者有效的心理干预途径,从而提高其生存质量。

## 1 对象与方法

### 1.1 对象

选择 2014-01—2015-06 在红河州第一人民医院心血管内科住院治疗的哈尼族、彝族冠心病患者 204 例,其中哈尼族 110 例,彝族 94 例,男 113 例,女 91 例,年龄 35~75 岁,平均年龄  $(60.2 \pm 9.4)$  岁。均符合 1979 年国际心脏病协会(ISFC)及世界卫生组织(WHO)制定的冠心病诊断标准。部分患者经冠脉造影确诊。入选病例排除既往有精神疾病史及智能障碍、现患有血液系统疾病、自身免疫疾病、恶性肿瘤、感染性疾病、严重肝肾功能不全者及心功能 NYHA 分级Ⅳ级者。所有患者均以综合性医院抑郁量表(HAD)总分  $\geq 9$  分为冠心病伴抑郁障碍的诊断标准(叶维菲、徐俊冕等研究报道,以 9 分为临界值 HAD 量表可得到较好的敏感性与特异性)<sup>[5]</sup>。其中,伴抑郁障碍患者 78 例,不伴抑郁障碍患者 126 例。采用随机抽样方法将冠心病伴抑郁障碍患者分为对照组 38 例,研究组 40 例;两组患者在年龄、性别、文化程度、居住方式、职业状况、医疗费用支付方式、以及血压、血脂、血糖、病程、用药情况等指标上差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。

### 1.2 方法

通过前瞻性收集住院的哈尼族、彝族冠心病患者一般资料(包括:性别、年龄、职业、文化程度、家庭收入、医疗费用支付方式、居住方式、用药情况、病程、相关病史、家族史等)并应用健康状况问卷(SF-36)、综合性医院抑郁量表(HAD)、医学应对问卷(MCMQ)对患者进行调查研究。

首先,向患者及家属介绍本研究的目的、需要的时间、资料的保密原则等,争取患者及家属的理解和合作。将符合入选条件的冠心病患者在病情基本稳定后分别应用健康状况问卷(SF-36)、综合性医院抑郁量表(HAD)、医学应对问卷(MCMQ)对患者进行调查,并收集患者一般资料;采用统一的指导语,由患者当场填写,测试时间的长短主要根据患者的精神状态决定,必要时每次只测评一个问卷,以保证患者的合作和测试的准确性。对于部分只能听懂哈尼族及彝族语患者,由具有相关语言

知识研究者采用统一的指导语,指导患者填写;调查完成之后按各量表的评分标准进行评分。

其次,再将 78 例冠心病伴抑郁障碍患者分为对照组(38 例)及研究组(40 例),对照组进行常规药物治疗,常规药物治疗包括冠心病及抗焦虑、抑郁相关药物干预;其中,抗焦虑、抑郁药物需经心理科或神经内科会诊后使用。研究组在常规药物治疗基础上给予应对方式的管理干预,重视社会支持与积极应对方式对其健康行为的促进作用。应对方式的管理干预主要采用健康教育、治疗依从性干预、支持性心理干预、运动干预等措施,对患者建立个人档案,对研究组采取每月 1 次,集中进行专题知识讲座及健康教育;增强冠心病患者对疾病的认知性和依从性,适时给予患者情绪上的支持,加强心理护理,调整患者的心理状态、纠正其不良应对方式,帮助患者采取积极应对方式。通过以上干预后 1 年,再次应用健康状况问卷(SF-36)、综合性医院抑郁量表(HAD)对研究组及对照组两组患者进行评定;所有测评均由患者在研究者指导下独立完成。

### 1.3 统计学处理

所有的调查数据利用 SPSS11.1 统计软件进行描述和分析,计量资料用  $\bar{x} \pm s$  表示,计数资料用率或构成比表示,研究组和对照组比较分析采用  $t$  检验;率或构成比检验采用  $\chi^2$  检验。

## 2 结果

### 2.1 一般情况

本研究所调查的哈尼族、彝族冠心病患者共 204 例,其中,伴抑郁障碍组占 78 例,发病率为 38.24%;不伴抑郁障碍组占 126 例。哈尼族占 110 例,彝族占 94 例。两组患者的民族构成、性别、年龄、文化程度、医疗费用支付方式、居住方式、职业状况、高血压病史、糖尿病病史、病程、吸烟史、饮酒史、收缩压、舒张压、LDL-C、空腹血糖等指标对比结果见表 1。其中,两组患者在居住方式、饮酒史的对比具有统计学意义( $P < 0.05$ ),其余项目的对比差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。

### 2.2 冠心病伴抑郁障碍与不伴抑郁障碍两组患者 HAD 总分的比较

冠心病伴抑郁障碍组 HAD 总分为  $11.96 \pm 1.42$ ,明显高于不伴抑郁障碍组的  $4.57 \pm 2.12$ ,差异具有统计学意义( $P < 0.01$ )。

### 2.3 冠心病伴抑郁障碍与不伴抑郁障碍两组患者 SF-36 各因子得分的比较

冠心病伴抑郁障碍组 SF-36 各因子得分均明显低于不伴抑郁障碍组,差异具有统计学意义( $P < 0.01$ ),见表 2。

### 2.4 冠心病伴抑郁障碍与不伴抑郁障碍两组患者 MCMQ 各因子的比较

冠心病伴抑郁障碍组的 MCMQ 面对因子得分低于不伴抑郁障碍组,且差异有统计学意义( $P < 0.05$ );而其 MCMQ 回避因子及屈服因子得分则均高于不伴抑郁障碍组,差异均有统计学意义( $P < 0.01$ ),见表 3。

**2.5 治疗前后研究组与对照组两组患者 SF-36 各因子得分及 HAD 得分的比较**

两组患者治疗前生存质量项目评分比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗 1 年后,两组患者的生存质量指标生理功能、生理职能、躯体疼痛、一

般健康状况、精力、社会功能、情感职能、精神健康等项目分均明显升高,与治疗前比较差异有统计学意义( $P < 0.01$ );且应对方式心理干预组升高幅度更明显( $P < 0.01$ ),见表 4。

治疗前,研究组和对照组 HAD 得分差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗 1 年后,研究组与对照组比较,差异有统计学意义( $P < 0.01$ ),并且研究组与同组治疗前比较差异亦有统计学意义( $P < 0.01$ ),见表 4。

表 1 冠心病伴抑郁障碍与不伴抑郁障碍两组患者基本资料比较

Table 1 General data				$\bar{x} \pm s$
研究项目	冠心病伴抑郁障碍组(78 例)	冠心病不伴抑郁障碍组(126 例)	P 值	
民族/例				
哈尼族	41	69		$>0.05$
彝族	37	57		
性别/例				
男	42	71		$>0.05$
女	36	55		
年龄/岁	61±11.6	62±12.2		$>0.05$
文化程度/例				
小学及以下	38	50		
初中	20	32		$>0.05$
高中及中专	14	29		
大专及以上	6	15		
居住方式/例				
与配偶及子女同住	19	94		$<0.01$
仅与配偶同住或独居	59	32		
职业状况/例				
体力劳动	40	67		$>0.05$
脑力劳动	38	59		
医疗费用支付方式/例				
自费	10	16		$>0.05$
新农合	52	80		
公费及医疗保险	16	30		
高血压病史/例				
有	52	84		$>0.05$
无	26	42		
糖尿病病史/例				
有	28	45		$>0.05$
无	50	81		
吸烟史/例				
有	44	71		$>0.05$
无	34	55		
饮酒史/例				
有	60	32		$<0.01$
无	18	94		
病程/例				
1 个月以内	16	25		$>0.05$
1~12 个月	40	66		
12 个月以上	22	35		
LDL-C/(mmol·L <sup>-1</sup> )	3.20±0.71	2.91±0.92		$>0.05$
收缩压/mmHg	140.12±11.22	142.02±12.14		$>0.05$
舒张压/mmHg	93.08±7.10	92.12±8.86		$>0.05$
空腹血糖/(mmol·L <sup>-1</sup> )	6.58±0.26	6.79±0.22		$>0.05$

表2 冠心病伴抑郁障碍与不伴抑郁障碍组患者 SF-36 各因子得分的比较

Table 2 The comparison of SF-36 scores

SF-36 因子	抑郁障碍组(78 例)	不伴抑郁障碍组(126 例)	t 值	P 值
躯体功能	34.56±11.50	40.94±9.32	3.146	<0.01
生理角色限制	14.32±12.45	29.96±16.98	2.999	<0.01
躯体疼痛	27.34±10.67	39.54±10.97	2.899	<0.01
总体健康	36.66±11.95	48.35±10.41	2.788	<0.01
活力	43.33±7.95	61.55±8.95	-10.561	<0.01
社会功能	40.23±15.15	56.23±12.97	-5.561	<0.01
情感角色限制	28.26±25.21	64.33±27.75	3.776	<0.01
心理健康	56.07±8.72	82.46±8.95	-16.045	<0.01

表3 冠心病伴抑郁障碍与不伴抑郁障碍组患者 MCMQ 各因子得分的比较

Table 3 The Comparison of MCMQ scores

MCMQ 因子	抑郁障碍组(78 例)	不伴抑郁障碍组(126 例)	t 值	P 值
面对	13.62±1.87	15.36±2.50	-2.368	<0.05
回避	14.52±1.45	11.96±2.28	2.789	<0.01
屈服	10.34±1.34	8.87±1.42	2.864	<0.01

表4 治疗前、后两组患者 SF-36 各因子得分及 HAD 得分的比较

Table 4 The Comparison of SF-36 scores and HAD scores

SF-36 因子	研究组(40 例)		对照组(38 例)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
躯体功能	32.84±9.47	57.56±10.50 <sup>1)2)</sup>	33.12±9.62	43.94±9.22 <sup>1)</sup>
生理角色限制	15.72±10.16	40.32±12.45 <sup>1)2)</sup>	16.14±10.25	27.16±10.98 <sup>1)</sup>
躯体疼痛	30.84±9.87	57.14±10.62 <sup>1)2)</sup>	29.78±10.02	41.54±10.91 <sup>1)</sup>
总体健康	38.14±10.97	64.66±11.45 <sup>1)2)</sup>	40.01±10.25	51.85±10.42 <sup>1)</sup>
活力	40.52±7.64	72.93±7.94 <sup>1)2)</sup>	42.12±8.02	56.55±8.67 <sup>1)</sup>
社会功能	41.45±15.26	69.88±16.14 <sup>1)2)</sup>	40.86±14.74	56.23±14.97 <sup>1)</sup>
情感角色限制	27.29±22.07	56.86±25.21 <sup>1)2)</sup>	28.26±21.21	40.33±21.75 <sup>1)</sup>
心理健康	55.62±9.04	80.07±9.12 <sup>1)2)</sup>	56.27±8.92	67.56±8.85 <sup>1)</sup>
HAD 得分	12.27±1.54	5.42±1.51 <sup>1)2)</sup>	11.08±1.46	10.02±1.50

与同组治疗前相比,<sup>1)</sup> P<0.01;与对照组治疗后比较,<sup>2)</sup> P<0.01。

### 3 讨论

随着社会老龄化的到来以及人们生活水平的提高,患冠心病的人数逐年增加,而冠心病又因其不良的预后及较高的猝死风险引起患者的恐惧和不安,故焦虑、抑郁等心理障碍在冠心病患者中发生率极高;特别是在红河州这样一个相对落后的少数民族地区,由于缺乏对疾病相应的认知、应对、管理等相关知识,冠心病伴抑郁障碍的发病率则更高。本研究结果显示,调查的哈尼族、彝族冠心病住院患者中抑郁障碍的发病率 38.24%,明显高于一般人群抑郁障碍发生率的 4%~7%,亦高于国内黄佐等<sup>[6]</sup>发现的冠心病患者 24%的抑郁障碍发生率,以及雍生满等<sup>[7]</sup>研究报道的住院冠心病患者抑郁障碍 32.9% 的发生率。造成发病率较高的原因有:①可能由于不同地区、种族、文化差异及生活方式的不同所致。哈尼族、彝族是红河州主要少数民

族,主要集中在分布在山区,受其特殊地理位置和环境因素的影响,哈尼族、彝族冠心病患者缺乏疾病相关保健知识,加上疾病带来的经济负担、药物不良反应等种种因素导致患者产生了错误认识及不良的心态。加上由于目前我州医疗资源相对紧缺,对边疆地区的少数民族冠心病患者缺乏系统的健康教育及规范化的慢性病管理。这些都可能是造成哈尼族、彝族冠心病患者抑郁障碍发病率偏高的原因。此外,在对患者一般情况研究中发现,冠心病伴抑郁障碍组患者饮酒史及居住方式与不伴抑郁障碍组差别有统计学意义。其中,冠心病伴抑郁障碍组患者居住方式多为仅与配偶同住或独居,而且更容易伴有饮酒等不良的生活习惯。②对患病人群选择不同:如急性患者及慢性患者所占比例不同,本研究对象为住院患者,而其他研究有仅选择门诊患者、社区患者的。③对于疾病缺乏统一规范

的诊断标准及方法,不同的研究者采用不同的诊断标准及心理测试工具及量表。

近年来许多学者将生存质量作为衡量个体生理、心理及社会功能的综合指标,并以此来评价临床疗效、愈后及整体健康水平<sup>[8]</sup>。Rueda等<sup>[9]</sup>研究发现,抑郁等情绪问题与躯体症状相互作用,严重影响了心血管疾病患者的生活质量。我们在对两组患者的生存质量的研究发现,冠心病伴抑郁障碍组 SF-36 各因子得分均明显低于对照组,这与目前国内外的相关研究结果一致。抑郁障碍能降低冠心病患者的生存质量,而且抑郁程度越重,患者生存质量也越差。伴抑郁障碍的冠心病患者更容易出现心理健康水平的受损,导致社会、认知功能障碍,进一步影响患者对治疗、康复等的依从性。因此,我们在对冠心病患者的临床治疗中应将生存质量的改善作为一个重要因素进行考虑。本研究结果显示,冠心病伴抑郁障碍患者在常规药物治疗的基础上予以应对方式管理等心理干预治疗1年后,患者的生存质量各项目评分升高幅度较对照组更明显。说明应对方式管理等心理干预措施可提高冠心病患者的生存质量;经过相应的心理干预治疗,能改变患者的对疾病消极的错误认识,提高其治疗依从性,同时能调动冠心病患者的主观能动性,改变患者过去错误的应对方式,积极主动配合治疗。

本研究发现,与不伴抑郁障碍组相比,哈尼族、彝族冠心病伴抑郁障碍患者的面对因子得分更低,回避、屈服因子得分则相对更高,这说明哈尼族、彝族冠心病伴抑郁障碍的患者在病程中更多使用的是消极的应对方式,较少使用积极的应对方式。国内有研究发现<sup>[10-11]</sup>,采用积极的应对方式虽然不能有效改善患者的症状,但可显著改善患者的心理状况;并且,积极的应对与应激产生的不良心理反应呈负相关,而消极应对则与身体应激反应呈正相关。对冠心病的相关研究也发现<sup>[12]</sup>,积极应对方式是保护性因素,人们积极应对方式越多,抑郁水平越低。本研究结果发现,冠心病伴抑郁障碍患者在常规药物治疗基础上给予应对方式的管理等心理干预治疗1年后,患者的抑郁症状较前明显改善,并且较对照组其提高幅度更加明显,表明应对方式管理的心理干预模式能有效缓解冠心病患者的抑郁、焦虑情绪。

综上所述,抑郁障碍在红河州哈尼族、彝族冠心病人群中具有较高的发病率,冠心病合并抑郁障碍严重影响患者的生存质量以及疾病的预后。因此,在红河州哈尼族、彝族少数民族地区开展冠心

病患者合并精神、心理障碍的干预是必要的。对于冠心病患者心理障碍的干预,需要综合的疾病管理模式,既要兼顾疾病本身的治疗,又要注意精神、心理障碍的干预治疗。对冠心病伴抑郁障碍患者在接受常规药物治疗的基础上予以应对方式管理的心理干预治疗模式,能有效缓解患者的抑郁情绪,改善治疗效果,更有利于患者生活质量的提高。

#### 参考文献

- [1] PENNINX B W, GURALNIK J M, MENDES DE LEON C F, et al. Cardiovascular events and mortality in newly and chronically depressed persons > 70 years of age[J]. *Am J Cardiol*, 1998, 81: 998 - 1001.
- [2] ABRAHAM A A, MARY H, CATHERINE M T, et al. Depression symptoms and risk of coronary heart disease and mortality in elderly American[J]. *Circulation*, 2000, 102: 1773-1779.
- [3] FORCL D E, MEAD L A, CHANG P P, et al. Depression is a risk factor for coronary artery disease in men: the precursors study[J]. *Arch Int Med*, 1998, 158: 1422 - 1424.
- [4] 姚树桥,孙学礼,主编. 医学心理学[M]. 第5版. 北京:人民卫生出版社,2008:22-25.
- [5] 张作记. 行为医学量表手册[M]. 北京:中华医学电子音像出版社,2001:30-35.
- [6] 黄佐,樊民,吴宗贵. 冠心病患者抑郁与冠状动脉病变的关系[J]. *中华心血管病杂志*, 2003, 31(5): 329 - 330.
- [7] 雍生满,周保,栾红,等. 住院冠心病病人焦虑抑郁症状的调查[J]. *宁夏医学杂志*, 2006, 28(8): 606 - 607.
- [8] SCHULZ R B, ROSSIGNOLI P, CORRER C J, et al. Validation of the short form of the Spanish hypertension quality of life questionnaire (MIN ICHAL) for Portuguese(Brazil)[J]. *Arq Bras Cardiol*, 2008, 90: 127-131.
- [9] RUEDA B, P REZ- GARC A A M. A prospective study of the effects of psychological resources and depression in essential hypertension [J]. *Health Psychol*, 2006, 11: 129-140.
- [10] 徐欣,吴军玲,王秀艳,等. 冠心病运动处方的最新研究进展[J]. *中国心血管病研究*, 2014, 12(5): 570 - 572.
- [11] 陈务贤,梁晓梅,李高叶,等. 冠心病患者 PCI 后应对方式与生活质量的相关性研究[J]. *广西医学*, 2013, 5(10): 1301-1304.
- [12] 马骏,刘同涛,贾崇奇. 冠心病患者焦虑抑郁情绪及影响因素分析[J]. *中国公共卫生*, 2010, 26(5): 555 - 556.

(收稿日期:2016-03-30)