

# 胃癌患者反刍性沉思水平影响因素分析

An Analysis of the Influential Factors of Ruminant Meditation Level in Patients with Gastric Cancer // WANG Xiao-zhen, ZHAO Qing

王小珍, 赵卿

(温州医科大学附属义乌医院, 浙江 义乌 322000)

**摘要:** [目的] 了解胃癌患者反刍性沉思现状, 分析其影响因素。[方法] 方便抽样法抽取 128 例胃癌患者, 采用事件相关反刍性沉思问卷法进行横断面研究。[结果] 胃癌患者反刍性沉思水平处于中等偏下, 受文化程度、家庭月收入、家庭支持、癌症分期、治疗方式和病情自评的影响, 其中文化程度、家庭月收入和治疗方法可解释侵入性反刍性沉思总变异的 42.5%, 家庭支持、癌症分期和病情自评可解释目的性反刍性沉思总变异的 67.8%。[结论] 临床工作中要关注文化程度低、家庭月收入低、家庭关系一般的胃癌患者, 促进其目的性反刍性沉思, 降低其侵入性反刍性沉思水平, 以促进患者的身心康复。

**关键词:** 胃肿瘤; 反刍性沉思; 影响因素

**中图分类号:** R735.2 **文献标识码:** B **文章编号:** 1671-170X(2017)12-01139-03

**doi:** 10.11735/j.issn.1671-170X.2017.12.B019

胃癌作为生活中的重大负性事件, 除了带来生命的威胁还对身心造成严重的创伤, 而良好的认知及自我调节是个体发生积极改变的重要心理机制<sup>[1]</sup>。反刍性沉思是患者罹患重大疾病及负性事件后, 引起自我对病情的主动认知和调节, 可分为侵入性反刍性沉思和目的性反刍性沉思两种类型, 前者是指经历创伤后对事件回避、消极的思考, 后者指对创伤经历进行积极、主动的思考。以往研究表明通过对负面事件进行反刍性沉思, 可以帮助患者更好的调节情绪、适应当下<sup>[2,3]</sup>。因此, 本研究拟通过评估胃癌患者的反刍性沉思水平及其影响因素, 以期临床医护人员为胃癌患者实施有效干预提供临床依据。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

2015 年 2 月至 2016 年 10 月采用方便抽样法, 抽取温州医科大学附属义乌医院胃癌患者进行横断面调查。纳入标准: 经病理诊断确诊为胃癌; 年龄  $\geq 18$  岁; 无严重认知障碍或精神疾病; 无其他严重疾病; 病情稳定, 无急剧恶化; 自愿配合参加研究并签

**通讯作者:** 赵卿, 本科, 主治医师; 温州医科大学附属义乌医院重症监护室, 浙江省义乌市江东路 699 号 (322000); E-mail: magazine1949@163.com

**收稿日期:** 2017-01-19; **修回日期:** 2017-02-16

订知情同意书者。

### 1.2 研究方法

一般资料调查表: 包括文化程度、家庭月收入、家庭支持、癌症分期、治疗方式等人口学和疾病相关特征资料。对符合研究标准的患者, 征得同意后签署知情同意书, 由研究对象自行填写问卷。协助阅读有困难者, 但不使用暗示性语言。问卷当场发放、当场收回并及时检查问卷的完整性, 以确保资料的有效性。

### 1.3 评价指标

事件相关反刍性沉思问卷(event related rumination inventory, ERRI) 是由美国 CAAN 教授研制, 在我国胃癌人群中的信效度良好, 其 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.82~0.95, 内部一致性较好。验证性因子分析也证实两因子模型拟合度较好, 证实其结构效度较好。问卷采用 Likert 4 级评分, 依次计 0~3 分, 总分 0~60 分, 分值越高表示其所处的反刍性沉思水平越高。侵入性反刍性沉思分量表和目的性反刍性沉思分量表 Cronbach's  $\alpha$  系数分别为 0.92 和 0.88。对量表进行验证性因子分析, 得出比较拟合指数 (CFI)=0.856, 拟合度指数 (GFI)=0.934, 近似误差的均方根 (RMSEA)=0.026, 调整后拟合优度指数 (AGFI)=0.156, 绝对拟合指数 (AFI)=0.97, 模型拟合程度较好, 具有良好的结构效度。

### 1.4 统计学处理

采用 SPSS17.0 和 AMOS 统计软件进行分析,符合正态分布的数据采用均数 $\pm$ 标准差( $\bar{x}\pm s$ )描述,单因素方差分析采用  $t$  检验或  $F$  检验。多因素分析采用多元回归分析。采用 AMOS19.0 进行量表的验证性因子分析。 $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结 果

### 2.1 胃癌患者反刍性沉思的单因素分析

经独立样本  $t$  检验或单因素方差分析,结果显示胃癌患者反刍性沉思在文化程度、家庭月收入、家庭支持、癌症分期、治疗方式 5 个变量间差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见 Table 1。

### 2.2 胃癌患者反刍性沉思影响因素的多因素分析

胃癌患者以反刍性沉思两维度得分作为因变量,进行多元逐步回归分析,结果显示反刍性沉思在文化程度、家庭月收入、家庭支持、癌症分期 4 个变量间差异有统计学意义 ( $P<0.05$ ),见 Table 2。

## 3 讨 论

胃癌患者反刍性沉思水平处于中等偏下,目前文献鲜见胃癌患者的反刍性沉思研究分析。胃癌极易引起焦虑、愤怒等负面情绪,若不能够及时的反思和宣泄,有可能引起负面潜在能量的积累,导致心理失控,从而导致身体和心理疾病的发生<sup>[4,5]</sup>。反刍性沉思是通过负面事件的认知及自我调节,从中寻求问题的益处,进而优化心理健康。然而过度的反刍性沉思有可能会引起抑郁、痛苦和焦虑<sup>[6,7]</sup>。因此我们在临床中可以采取一定的干预措施使患者保持恰当的反刍性水平。侵入性反刍性沉思具有消极性及自发

性,是一种不适应现有病情的思维方式。个体对已发生的癌症病情或负面事件存有非意识形态的联想,使自己不由自主的回想患病的过程和求医的经历,而并非自身特意去想,从而导致负面和消极的情绪体验,不利于患者病情的康复<sup>[8]</sup>。而目的性反刍性沉

**Table 1 Ruminant meditation in patients with gastric cancer using single factor analysis**

| Index                             | Invasive ruminant meditation |       | Objective ruminant meditation |       |
|-----------------------------------|------------------------------|-------|-------------------------------|-------|
|                                   | Score                        | t/F   | Score                         | t/F   |
| Education level                   |                              |       |                               |       |
| Primary                           | 11.26 $\pm$ 5.88             | 3.75  | 9.24 $\pm$ 5.27               | 4.85  |
| Junior                            | 9.73 $\pm$ 6.90              |       | 11.42 $\pm$ 6.98              |       |
| College                           | 7.26 $\pm$ 5.16              |       | 12.66 $\pm$ 5.72              |       |
| Postgraduate                      | 6.75 $\pm$ 3.19              |       | 12.97 $\pm$ 5.83              |       |
| Month-earning                     |                              |       |                               |       |
| 2000                              | 15.26 $\pm$ 8.22             | 10.36 | 15.73 $\pm$ 6.83              | 7.17  |
| 2000~5000                         | 12.73 $\pm$ 8.10             |       | 11.59 $\pm$ 6.14              |       |
| 5000~10000                        | 9.68 $\pm$ 7.92              |       | 12.61 $\pm$ 5.38              |       |
| >10000                            | 8.35 $\pm$ 6.28              |       | 9.62 $\pm$ 5.16               |       |
| Family support                    |                              |       |                               |       |
| Nonsupport                        | 15.88 $\pm$ 6.34             | 12.73 | 16.64 $\pm$ 5.23              | 16.82 |
| Support                           | 13.74 $\pm$ 5.82             |       | 20.73 $\pm$ 6.38              |       |
| Cancer staging                    |                              |       |                               |       |
| Stage 1                           | 15.83 $\pm$ 6.87             | 2.16  | 18.62 $\pm$ 5.24              | 1.29  |
| Stage 2                           | 15.62 $\pm$ 5.79             |       | 17.23 $\pm$ 5.23              |       |
| Stage 3                           | 16.81 $\pm$ 6.12             |       | 15.29 $\pm$ 6.13              |       |
| Therapy method                    |                              |       |                               |       |
| Surgery                           | 15.82 $\pm$ 5.37             | 3.28  | 17.42 $\pm$ 5.87              | 2.75  |
| Radiochemotherapy                 | 15.30 $\pm$ 5.93             |       | 18.91 $\pm$ 6.04              |       |
| Surgery/radiotherapy/chemotherapy | 16.82 $\pm$ 6.92             |       | 19.34 $\pm$ 5.83              |       |
| Self-evaluation                   |                              |       |                               |       |
| 0~5                               | 7.80 $\pm$ 6.91              | 3.12  | 9.83 $\pm$ 5.92               | 3.62  |
| 6~10                              | 10.56 $\pm$ 8.27             |       | 13.38 $\pm$ 6.17              |       |

**Table 2 Ruminant meditation in patients with gastric cancer using multi-factor analysis**

| Dependent/variable             | Variable        | SE   | $\beta$ | P      |
|--------------------------------|-----------------|------|---------|--------|
| Invasive ruminant meditation   | Education       | 0.56 | 0.34    | 0.028  |
|                                | Month-earning   | 0.85 | 0.29    | 0.037  |
|                                | Family support  | 0.73 | 0.24    | 0.029  |
|                                | Cancer staging  | 0.67 | 0.31    | 0.035  |
|                                | Therapy method  | 0.84 | 0.43    | 0.062  |
|                                | Self-evaluation | 0.79 | 0.19    | 0.074  |
| Objectives ruminant meditation | Education       | 0.72 | 0.29    | 0.0536 |
|                                | Month-earning   | 0.87 | 0.18    | 0.042  |
|                                | Family support  | 0.79 | 0.26    | 0.027  |
|                                | Cancer staging  | 0.76 | 0.35    | 0.036  |
|                                | Therapy method  | 0.83 | 0.52    | 0.071  |
|                                | Self-evaluation | 0.85 | 0.26    | 0.056  |

思却是患者通过对自身病情进行主动、科学、积极的思考,从而以良好的认知和自我调节来适应病情的现实和变化<sup>[9]</sup>。

本研究结果显示胃癌患者目的性反刍性沉思水平明显高于其侵入性反刍性沉思水平,表明他们经历病情发生后,能够将注意力积极转向病情康复的积极面。本研究得分中等偏下水平,原因可能是胃癌与以往治疗水平相比,已成为治疗手段相对成熟的疾病,与此同时大部分胃癌患者处在生存期随着医疗水平提高而呈现延长状态。单因素分析显示胃癌患者反刍性沉思在文化程度、家庭月收入、家庭支持、癌症分期、治疗方式 5 个变量间差异有统计学意义( $P<0.05$ )。多因素分析显示,反刍性沉思在文化程度、家庭月收入、家庭支持、癌症分期 4 个变量间差异有统计学意义( $P<0.05$ )。诸多研究表明:侵入性反刍性沉思与胃癌应激症状呈正相关、与患病后康复呈负相关,目的性反刍性沉思作为一种主动适应性认知,与患病后康复呈正相关。提示临床医护人员应积极为胃癌患者提供自我调节及认知的康复环境,并且根据患者反刍性沉思的特点,进行有针对性的心理干预,促使其从消极认知转向积极认知,提高其患病后生存的质量。

本研究结果表明我国胃癌患者反刍性沉思总体水平较低,且受文化程度、家庭月收入、家庭关系、治疗方式及癌症分期等影响。临床医护人员可以运用 ERRI 区分胃癌患者所处反刍性沉思的类型,评估患者自我调节及认知水平。并针对不同患者反刍性沉思水平对应的预测因子采用不同干预方案,将有助于促进提升患者目的性反刍性沉思的水平,降低其侵入性反刍性沉思水平,为促进胃癌患者对疾病康复的认知和身心健康的自我调节创造良好的条件。

## 参考文献:

- [1] Kolahdouz Mohammadi R, Bagheri M, Kolahdouz Mohammadi M, et al. Ruminant trans-fatty acids and risk of breast cancer: a systematic review and meta-analysis of observational studies[J]. *Minerva Endocrinol*, 2016, 93(4): 1450–1470.
- [2] Haber A. Phenotypic covariation and morphological diversification in the ruminant skull [J]. *Am Nat*, 2016, 187(5): 576–591.
- [3] Junkuszew A, Dudko P, Bojar W, et al. Risk factors associated with small ruminant lentivirus infection in eastern Poland sheep flocks [J]. *Prev Vet Med*, 2016, (127): 44 – 49.
- [4] Pany SS, Biswas SK, Chand K, et al. Antigenic evidence of bluetongue virus from small ruminant population of two different geographical regions of Odisha, India [J]. *Vet World*, 2016, 9(3): 304–307.
- [5] McAllister TA, Meale SJ, Valle E, et al. Use of genomics and transcriptomics to identify strategies to lower ruminal methanogenesis[J]. *J Anim Sci*, 2015, 93(4): 1431–1669.
- [6] Kohn RA. The impact of the rumen microbiome on nutrition, health, and production[J]. *J Anim Sci*, 2015, 93(4): 1429–1430.
- [7] Laake I, Carlsen MH, Pedersen JI, et al. Intake of trans fatty acids from partially hydrogenated vegetable and fish oils and ruminant fat in relation to cancer risk [J]. *Int J Cancer*, 2013, 132(6): 1389–1403.
- [8] Gebauer SK, Chardigny JM, Jakobsen MU, et al. Effects of ruminant trans fatty acids on cardiovascular disease and cancer: a comprehensive review of epidemiological, clinical, and mechanistic studies[J]. *Adv Nutr*, 2011, 2(4): 332–354.
- [9] Ganguly R, LaVallee R, Maddaford TG, et al. Ruminant and industrial trans-fatty acid uptake in the heart [J]. *J Nutr Biochem*, 2016, (37): 60–66.