

慢性心力衰竭患者的社会支持对治疗负担的影响： 屈服应对的中介作用

陈俊杰¹,余敏睿¹,唐朝桢¹,刘文慧²,阮亮³,冯晓瑜⁴,张国龙³,马春花¹

(1.广州医科大学 护理学院,广东 广州 510180;2.嘉应学院 医学院,广东 梅州 514031;
3.广州医科大学附属第一医院 护理部,广东 广州 510000;4.广州医科大学附属第一医院 心血管内科)

【摘要】 目的 了解慢性心力衰竭(chronic heart failure,CHF)患者的治疗负担现状,并探讨应对方式在社会支持和治疗负担之间的中介作用。**方法** 便利抽样法选取广州市某三级甲等医院 221 名 CHF 患者为研究对象,采用慢性病共病患者治疗负担问卷、社会支持评定量表、医学应对方式问卷对其进行调查。**结果** CHF 患者治疗负担总分为 14.6(8.3,20.8)分、社会支持总分为(33.57±6.06)分。在应对方式中,面对 14.0(11.0,16.0)分,回避 16.0(15.0,16.0)分,屈服 9.0(6.0,11.0)分。社会支持与治疗负担、屈服应对呈负相关($P<0.05$);屈服应对与治疗负担呈正相关($P<0.05$)。屈服应对是社会支持和治疗负担之间的中介变量(效应值:−0.154),中介效应占 34.07%。**结论** CHF 患者的社会支持可以通过屈服应对影响治疗负担。医务工作者在日常工作中要更加关注低社会支持的 CHF 患者,同时要引导患者采取积极的应对方式以减轻其治疗负担。

【关键词】 慢性心力衰竭;社会支持;应对方式;屈服;治疗负担;中介作用

doi:10.3969/j.issn.2097-1826.2024.12.013

【中图分类号】 R473.54 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 2097-1826(2024)12-0052-05

Impact of Social Support on Treatment Burden in Patients with Chronic Heart Failure: Mediating Effect of Acceptance-resignation

CHEN Junjie¹, YU Minrui¹, TANG Chaozhen¹, LIU Wenhui², RUAN Liang³, FENG Xiaoyu⁴, ZHANG Guolong, MA Chunhua¹ (1.School of Nursing, Guangzhou Medical College, Guangzhou 510180, Guangdong Province, China; 2.Medical College, Jiaying University, Meizhou 514031, Guangdong Province, China; 3.Department of Nursing, First Affiliated Hospital of Guangzhou Medical College, Guangzhou 510000, Guangdong Province, China; 4.Department of Cardiovascular Medicine, First Affiliated Hospital of Guangzhou Medical University)

Corresponding author: MA Chunhua, Tel: 020-83079023

【Abstract】 Objective To investigate the status quo of treatment burden in patients with CHF and to explore the mediating effect of coping style between social support and treatment burden. **Methods** A total of 221 patients with CHF from a tertiary A hospital in Guangzhou was selected by convenience sampling and surveyed with multimorbidity treatment burden questionnaire, social support revalued scale, and medical coping modes questionnaire. **Results**

The total scores of treatment burden and social support in patients with CHF were 14.6(8.3,20.8) and (33.57±6.06), respectively. The scores of confrontation, avoidance and acceptance-resignation were 14.0(11.0,16.0), 16.0(15.0,16.0) and 9.0(6.0,11.0). Social support was negatively associated with treatment burden and acceptance-resignation, while acceptance-resignation was positively related to treatment burden($P<0.05$). Acceptance-resignation played a partial mediating role between social support and treatment burden (effect size: −0.154), with a mediating effect accounting for 34.07%. **Conclusions** Social support can influence treatment burden by acceptance-resignation. In order to lessen the treatment burden, medical professionals should pay special attention to patients without adequate social support, as well as guide them to adopt positive coping style.

【Key words】 chronic heart failure; social support; coping style; acceptance-resignation; treatment burden; mediating effect

[Mil Nurs, 2024, 41(12): 52-56]

【收稿日期】 2024-08-12 **【修回日期】** 2024-11-03

【基金项目】 广州市教育局高校科研项目(2024312072);广州医科大学科研能力提升项目基金资助项目(广医发[2023]16号)

【作者简介】 陈俊杰,硕士在读,护士,电话:020-83079023

【通信作者】 马春花,电话:020-83079023

慢性心力衰竭(chronic heart failure, CHF)是各种心脏疾病的严重和终末阶段。CHF 患者需在日常生活中做好症状观察、应对和相应的管理^[1],完成这些工作构成了患者的治疗负担(treatment bur-

den, TB)^[2]。治疗负担是指患者为照顾自己的健康所做出的努力,以及对其身体功能和健康的影响^[3]。治疗负担的增加可能导致患者对治疗处方和自我保健活动的依从性较差,而且可能导致健康相关生活质量下降等^[4]。治疗负担理论^[5]指出,治疗负担的大小取决于患者个人疾病管理能力的表现,其能力主要包括对其社会关系网络和医疗资源的利用和协调能力;患者对二者的良好控制和协调能够促进疾病管理能力的提升,降低其治疗负担。当患者的社会支持不足时,其更倾向于采取消极应对方式,不愿积极参与到自我管理中,治疗负担将会更重^[6]。因此,本研究基于治疗负担理论,探讨社会支持和应对方式对 CHF 患者治疗负担的作用路径,为医护人员降低 CHF 患者治疗负担提供参考。

1 对象与方法

1.1 研究对象 2023 年 10 月至 2024 年 6 月,便利抽样方法选取广州市某三级甲等医院心血管内科住院的 CHF 患者为研究对象。纳入标准:符合《中国心力衰竭诊断和治疗指南 2024》^[7]的诊断标准且确诊时间在 3 个月以上;纽约心功能分级(New York heart association, NYHA)为Ⅱ~Ⅲ级;年龄≥18 岁,并且具备正常沟通能力;患者知情同意并签名。排除标准:病情危重的患者。本研究使用经验估计法^[8]来推算样本量,样本量取条目数的 5~10 倍。本研究以医学应对方式问卷来估算样本量(共计 20 个条目,条目数最多),考虑 20% 的无应答率,最终计算样本量为 $N = [20 \times (5 \sim 10)] / (1 - 20\%) = 125 \sim 250$ 。因研究需要使用结构方程模型的统计方法,样本量至少需要 200。本研究最终纳入 221 例患者,男 148 例,女 73 例;年龄 30~92 岁,平均(68.69±13.22)岁。

1.2 方法

1.2.1 调查工具

1.2.1.1 一般资料问卷 自行设计,包括患者性别、年龄、文化程度、婚姻状况、居住方式、家庭人均月收入、医疗支付方式、NYHA 分级等。

1.2.1.2 慢性病共病患者治疗负担问卷(multimorbidity treatment burden questionnaire, MTBQ)

该量表由豆丽园等^[9]于 2020 年引入并汉化,包括 3 个维度即用药及治疗(5 个条目)、就诊(4 个条目)和生活方式(3 个条目),共 12 个条目。采用 Likert 5 级评分法,“没有困难”到“极度困难”依次计 0~4 分,所有选项得分的平均分乘以 25 计为总分,总分 0~100 分。0 分为无治疗负担,<10 分为低水平治疗负担,10~21 分为中等程度治疗负担,≥22 分为高水平治疗负担。该量表的总 Cronbach's α 系数为 0.81^[9]。

1.2.1.3 社会支持评定量表(social support reval-

ued scale, SSRS) 该量表由肖水源^[10]于 1986 年编制,其内容包括 3 个维度即客观支持(4 个条目)、主观支持(3 个条目)和支持利用度(3 个条目),共 10 个条目;其中 1~4 条、8~10 条均采用 Likert 4 级计分;第 5 条分 5 项,每项从“无”到“全力支持”依次计 0~4 分;第 6、7 条,有几项来源计几分,无则计 0 分,总分 12~66 分。得分≤22 分为低水平,23~44 分为中等水平,45~66 分为高水平。该量表的 Cronbach's α 系数为 0.83~0.90^[10]。

1.2.1.4 医学应对方式问卷(medical coping modes questionnaire, MCMQ) 由沈晓红等^[11]进行汉化和修订,包含 3 个维度即面对(8 个条目)、回避(7 个条目)和屈服(5 个条目),共 20 个条目。采用 Likert 4 级计分法,计为 1~4 分,3 个维度独立计分,维度得分越高,表明患者越倾向于该应对方式。该量表的 Cronbach's α 系数为 0.60~0.76^[11]。

1.2.2 资料收集方法 对调查人员统一进行培训。调查时向患者及其家属解释本研究的目的和意义,取得其支持配合,并签署知情同意书。使用统一指导语介绍问卷填写方法与要求,及时答疑解惑。问卷填写完毕后,若发现有漏填或疑似错填的地方,与患者核对并补充。本次共发放问卷 240 份,回收有效问卷 221 份,问卷的有效回收率为 92.1%。

1.2.3 统计学处理 采用 SPSS 26.0 统计软件进行分析,计数资料采用频数、百分比进行描述性分析;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,组间比较使用非参数检验;使用 Spearman 相关性分析探讨 CHF 患者社会支持、应对方式和治疗负担的相关性;使用 Amos 24.0 构建结构方程模型,通过 Bootstrap 重复抽样 5000 次的方法检验中介效应,以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 CHF 患者治疗负担的单因素分析 不同性别、年龄、文化程度 CHF 患者的治疗负担总分差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$),具体结果见表 1。

表 1 CHF 患者治疗负担的单因素分析($n = 221$)

项目	例数 [$n(\%)$]	治疗负担得分 [$M(P_{25}, P_{75})$, 分]	H	P
性别			-3.241	0.001
男	148(67.0)	12.5(8.3, 18.8)		
女	73(33.0)	16.7(10.4, 25.0)		
年龄(岁)			27.244	<0.001
≤60	50(22.6)	10.4(6.3, 16.7)		
61~70	59(26.7)	14.6(8.3, 18.8)		
71~80	68(30.8)	12.5(6.3, 20.8)		
≥81	44(19.9)	20.8(14.6, 28.7) ^{abc}		

续表 1

项目	例数 [<i>n</i> (%)]	治疗负担得分 [<i>M</i> (<i>P</i> ₂₅ , <i>P</i> ₇₅),分]	<i>H</i>	<i>P</i>
文化程度			33.076	<0.001
小学及以下	81(36.7)	18.8(12.5,24.0)		
初中	59(26.7)	14.6(10.4,20.8)		
高中/中专	49(22.2)	10.4(6.3,18.8)		
大专及以上	32(14.5)	6.3(4.2,12.5) ^{abc}		
婚姻状态			-2.281	0.023
未婚/已婚	188(85.1)	12.5(8.3,20.8)		
离婚/丧偶	33(15.1)	18.8(9.4,27.1)		
居住方式			9.434	0.024
独居	38(17.2)	19.8(10.4,25.0)		
与配偶	60(27.1)	12.5(8.3,19.3)		
与子女	27(12.2)	16.7(8.3,22.9) ^a		
与配偶及子女	94(43.4)	12.5(6.3,19.3) ^a		
职业状况			9.082	0.011
在职	32(14.5)	10.4(6.3,16.2)		
无业	43(19.5)	16.7(10.4,20.8) ^a		
退休	146(66.1)	14.6(8.3,20.8) ^a		
家庭人均月收入(元)			11.923	0.008
<3000	75(33.9)	16.7(10.4,22.9)		
3000~5000	56(25.3)	13.6(8.3,24.5)		
5001~8000	76(34.4)	13.6(8.3,18.8)		
>8000	14(6.3)	6.3(4.2,14.1) ^{abc}		
NYHA 分级			-4.056	<0.001
Ⅱ	121(54.8)	10.4(6.3,19.8)		
Ⅲ	100(45.2)	16.7(12.5,22.9)		
近 1 年再住院次数(次)			15.520	<0.001
0	89(40.3)	12.5(6.3,18.8)		
1	80(36.2)	12.5(8.3,18.8)		
≥2	52(23.5)	20.8(10.9,26.6) ^{ab}		
运动情况			-2.954	0.003
是	103(46.6)	12.5(6.3,18.8)		
否	118(53.4)	15.7(10.4,22.9)		

a:与第 1 层比较, $P<0.05$;b:与第 2 层比较, $P<0.05$;c:与第 3 层比较, $P<0.05$

2.2 CHF 患者治疗负担、社会支持和应对方式得分现状 结果显示,CHF 患者治疗负担总分 14.6(8.3,20.8)分;社会支持总分(33.57±6.06)分,见表 2。

表 2 CHF 患者治疗负担、社会支持和应对方式得分现状[*n*=221,分]

项 目	总 分
治疗负担总分[<i>M</i> (<i>P</i> ₂₅ , <i>P</i> ₇₅)]	14.6(8.3,20.8)
用药及治疗[<i>M</i> (<i>P</i> ₂₅ , <i>P</i> ₇₅)]	2.0(1.0,4.0)
就诊[<i>M</i> (<i>P</i> ₂₅ , <i>P</i> ₇₅)]	2.0(0.0,4.0)
生活方式[<i>M</i> (<i>P</i> ₂₅ , <i>P</i> ₇₅)]	2.0(1.0,3.0)
社会支持总分($\bar{x}\pm s$)	33.57±6.06
主观支持($\bar{x}\pm s$)	9.31±2.10
客观支持($\bar{x}\pm s$)	17.45±3.26
支持利用度($\bar{x}\pm s$)	6.86±2.16
面对[<i>M</i> (<i>P</i> ₂₅ , <i>P</i> ₇₅)]	14.0(11.0,16.0)
回避[<i>M</i> (<i>P</i> ₂₅ , <i>P</i> ₇₅)]	16.0(15.0,16.0)
屈服[<i>M</i> (<i>P</i> ₂₅ , <i>P</i> ₇₅)]	9.0(6.0,11.0)

2.3 CHF 患者治疗负担、社会支持和应对方式的相关性分析 Spearman 相关性分析显示,治疗负担与社会支持呈负相关,与应对方式的面对及回避呈负相关,与屈服呈正相关(均 $P<0.05$);社会支持与面对和回避呈正相关,与屈服呈负相关(均 $P<0.05$),详见表 3。

2.4 CHF 患者社会支持、屈服应对方式与治疗负担的中介效应分析 以治疗负担为因变量,社会支持为自变量,应对方式的 3 个维度分别作为中介变量,构建结构方程模型。屈服应对方式在结构方程模型中的中介效应显著(95%CI:0.237~0.091),见图 1。模型内的各项拟合指标均达到可接受标准(卡方自由度比值为 2.280,规则适配指数为 0.941,相对拟合指数为 0.896,增量拟合指数为 0.966,标准拟合指数为 0.939,比较拟合指数为 0.965,近似误差的均方根为 0.076)。结果显示,社会支持对治疗负担的直接效应为-0.299,屈服应对方式在社会支持和治疗负担之间的中介效应为-0.154,占总效应比值为 34.07%,起部分中介作用。见表 4。

表 3 CHF 患者治疗负担、社会支持及应对方式的相关性分析(*r*,*n*=221)

变 量	治疗负担总分	用药及治疗	就诊	生活方式	社会支持总分	主观	客观	支持利用度	面对	回避	屈服
治疗负担总分	1.000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
用药及治疗	0.776 ^b	1.000	—	—	—	—	—	—	—	—	—
就诊	0.779 ^b	0.414 ^b	1.000	—	—	—	—	—	—	—	—
生活方式	0.547 ^b	0.218 ^b	0.146 ^b	1.000	—	—	—	—	—	—	—
社会支持总分	-0.623 ^b	-0.517 ^b	-0.467 ^b	-0.319 ^b	1.000	—	—	—	—	—	—
主观	-0.491 ^b	-0.409 ^b	-0.375 ^b	-0.242 ^b	0.794 ^b	1.000	—	—	—	—	—
客观	-0.574 ^b	-0.478 ^b	-0.403 ^b	-0.303 ^b	0.908 ^b	0.686 ^b	1.000	—	—	—	—
支持利用度	-0.375 ^b	-0.291 ^b	-0.309 ^b	-0.224 ^b	0.634 ^b	0.260 ^b	0.365 ^b	1.000	—	—	—
面对	-0.404 ^b	-0.226 ^b	-0.262 ^b	-0.420 ^b	0.374 ^b	0.228 ^b	0.311 ^b	0.379 ^b	1.000	—	—
回避	-0.416 ^b	-0.328 ^b	-0.365 ^b	-0.193 ^b	0.485 ^b	0.446 ^b	0.413 ^b	0.330 ^b	0.241 ^b	1.000	—
屈服	0.623 ^b	0.573 ^b	0.493 ^b	0.218 ^b	-0.580 ^b	-0.529 ^b	-0.468 ^b	-0.391 ^b	-0.296 ^b	-0.555 ^b	1.000

b: $P<0.01$

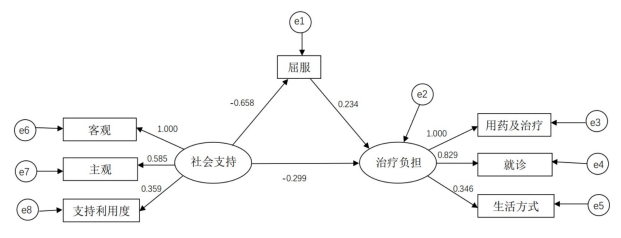


图 1 中介效应模型

表 4 社会支持、屈服应对方式和治疗负担的中介效应检验

路径	效应值	标准误	95%CI		占总效应比例(%)
			下限	上限	
总效应	-0.452	0.063	-0.590	-0.343	—
直接效应					
社会支持→治疗负担	-0.299	0.073	-0.466	-0.177	66.15
中介效应					
社会支持→屈服→治疗负担	-0.154	0.092	-0.237	-0.091	34.07

3 讨论

3.1 CHF 患者社会支持和治疗负担处于中等水平，更倾向于回避应对 本研究结果显示,CHF 患者的治疗负担处于中等水平。其中,生活方式维度条目均分最高。与 Hassen 等^[12]研究不一致,其研究结果表明 CHF 患者的治疗负担主要存在于管理(如预约挂号)、经济和生活方式改变等方面。原因可能是国内外 CHF 患者获取医疗资源便利性差异导致的不同负担。本研究在广州市开展,医疗资源丰富且获取较为容易,患者用药、治疗和就诊相对方便。而且,本次调查的 CHF 患者主要为老年人群,电子健康素养普遍较低,医疗预约等就诊事项通常由其照顾者代替完成^[13],负担感受相对较轻。而生活方式的改变需要患者自身付出更多的努力,他们难以适应日常生活方式发生改变,负担感受更加明显。本研究结果发现,CHF 患者社会支持处于中等水平,与既往研究^[14]结果相似。于 CHF 患者而言,获得社会支持是降低再入院率和增强自我护理的一个重要因素;特别是家人和朋友的支持,对促进他们的治疗依从性、情绪健康、症状管理等有正向激励的作用^[14]。由于 CHF 的病程漫长且常伴有呼吸困难等病症,患者需要进行长期治疗,其社会交往受到较大阻碍,这在很大程度上减少了患者社会支持的获取。本研究 CHF 患者更倾向于选择回避应对方式,与史云霞等^[15]的研究结果相同。既往研究^[16]显示,回避应对会负面影响患者的家庭护理及治疗的决策过程,是一种消极的应对方式。然而,本研究中回避应对方式与治疗负担之间呈负相关的结果表明,回避

应对可能并不是患者的消极应对方式。研究^[6]表明,过多的疾病信息可能使患者感到害怕。当患者回避或忽略疾病,并保持良好的精神状态时,他们可以获得应对心衰的疾病管理能力,一定程度上,回避也成为一种“积极”的应对方式。

3.2 CHF 患者社会支持对治疗负担具有直接预测作用 本研究显示,CHF 患者社会支持与治疗负担呈负相关。这与 Negewo 等^[17]的研究结果一致。当治疗负担重的患者被赋予支持与帮助时,患者对于病情相关的治疗和护理会有更多的掌控感,对治疗方案的依从性也会提高^[17]。这也说明,患者对社会支持的感知在慢性病自我保健行为中起着重要作用^[18]。医务人员应当鼓励 CHF 患者增加与他人的沟通交流和社会交往,并鼓励其家人及朋友参与到 CHF 患者的疾病管理中以增强其社会支持。

3.3 屈服应对方式与社会支持和治疗负担之间的相关性分析 本研究结果显示,屈服应对方式与社会支持呈负相关,与治疗负担呈正相关。当患者社会支持较差时,其可能倾向于采取屈服应对方式。这与高元鹏^[19]的研究结果相似。低社会支持与较差的治疗依从性、症状管理和情绪健康有关^[14],这可能导致患者采取较为消极的应对方式。消极应对方式的患者在治疗过程中负性情绪增加,易丧失治疗疾病的信心^[20],进一步增加其治疗负担。

3.4 屈服应对方式在 CHF 患者社会支持与治疗负担之间具有中介效应 屈服应对方式在社会支持对治疗负担影响中起部分中介作用,中介效应占总效应的 34.07%。提示社会支持能够通过屈服应对方式间接影响 CHF 患者的治疗负担。研究^[21]显示,良好的社会支持可以帮助患者建立积极、正面的应对疾病的动力,从而促使他们表现出积极主动的应对行为,减少患者对屈服应对方式的选择。积极主动的应对能够帮助患者更加有效面对疾病治疗所需要的工作,主动寻求帮助并提高处理问题的能力,从而降低治疗负担。而社会支持不足的 CHF 患者由于其社会网络中的心理和物质资源有限,个体应对压力的能力降低^[22]。面对任务繁重的疾病管理更有可能采取对疾病屈服的应对策略^[23]。这种消极的应对方式不利于患者建立良好的治疗信心和依从性,从而加重治疗负担。因此,医务人员应当关注 CHF 患者的社会支持状况及疾病应对方式,鼓励家属加入患者的疾病治疗管理中,引导患者积极应对。

4 小结

CHF 患者治疗负担和社会支持处于中等水平,屈服应对方式在社会支持和治疗负担之间起中介作用。本研究存在以下局限:(1)男女样本量差异较

大, 男性患者比女性多, 提示结果应谨慎应用于女性患者(2)本研究采用了横断面研究设计, 不能说明社会支持、应对方式和治疗负担间的因果关系, 未能纵向了解内部机制。

【参考文献】

- [1] BAMAN J R, AHMAD F S. Heart failure[J/OL]. [2024-08-01]. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2769187>. DOI:10.1001/jama.2020.13310.
- [2] AUSTIN R C, SCHOONHOVEN L, CLANCY M, et al. Do chronic heart failure symptoms interact with burden of treatment? Qualitative literature systematic review[J/OL]. [2024-08-01]. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8327846/>. DOI:10.1136/bmjopen-2020-047060.
- [3] HOUNKPATIN H O, RODERICK P, HARRIS S, et al. Change in treatment burden among people with multimorbidity: a follow-up survey[J]. Br J Gen Pract, 2022, 72(724): e816-e824.
- [4] RIDGEWAY J L, EGGINTON J S, TIEDJE K, et al. Factors that lessen the burden of treatment in complex patients with chronic conditions: a qualitative study[J]. Patient Prefer Adherence, 2014(8): 339-351.
- [5] MAY C R, ETON D T, BOEHMER K, et al. Rethinking the patient: using burden of treatment theory to understand the changing dynamics of illness[J/OL]. [2024-08-01]. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4080515/>. DOI:10.1186/1472-6963-14-281.
- [6] SEDLAR N, LAINSCAK M, FARKAS J. Self-care perception and behavior in patients with heart failure: a qualitative and quantitative study[J]. ESC Heart Fail, 2021, 8(3): 2079-2088.
- [7] 中华医学会心血管病学分会, 中国医师协会心血管内科医师分会, 中国医师协会心力衰竭专业委员会, 等. 中国心力衰竭诊断和治疗指南 2024[J]. 中华心血管病杂志, 2024, 52(3): 235-275.
- [8] KLINE R B. Principles and practice of structural equation modeling[M]. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2005: 366.
- [9] 豆丽园, 黄娟. 慢性病共存治疗负担问卷的汉化及信效度检验[J]. 中华护理杂志, 2020, 55(3): 476-480.
- [10] 肖水源. 《社会支持评定量表》的理论基础与研究应用[J]. 临床精神医学杂志, 1994(2): 98-100.
- [11] 沈晓红, 姜乾金. 医学应对方式问卷中文版 701 例测试报告[J].

(上接第 30 页)

- [8] 何筱衍, 李春波, 钱洁, 等. 广泛性焦虑量表在综合性医院的信度和效度研究[J]. 上海精神医学, 2010, 22(4): 200-203.
- [9] 卞崔冬, 何筱衍, 钱洁, 等. 患者健康问卷抑郁症状群量表在综合性医院中的应用研究[J]. 同济大学学报: 医学版, 2009, 30(5): 136-140.
- [10] 段建华. 总体幸福感量表在我国大学生中的试用结果与分析[J]. 中国临床心理学杂志, 1996(1): 56-57.
- [11] 刘贤臣, 唐茂芹, 胡蕾, 等. 匹兹堡睡眠质量指数的信度和效度研究[J]. 中华精神科杂志, 1996, 29(2): 103-107.
- [12] 塔亚布·拉希德, 马丁·塞利格曼. 积极心理学治疗手册[M]. 北京: 中信出版集团, 2020, 35-105.
- [13] 秦晓红, 杨素云, 李忻蓉. 早期积极心理干预对分化型甲状腺癌 131I 治疗病人负性情绪和癌因性疲乏的影响[J]. 护理研究, 2022, 36(1): 158-163.
- [14] 王健, 刘书梅, 张沛超, 等. 积极心理干预对抑郁症状大学生情绪及主观幸福感的影响[J]. 中国特殊教育, 2016(11): 44-50.
- [15] 曹德冉, 卢文红, 王廷廷, 等. 积极心理干预对头颈肿瘤术后放疗患

中国行为医学科学, 2000(1): 22-24.

- [12] HASSEN M, MEKONNEN D, MUHAMMED O S. Treatment burden among patients with heart failure attending cardiac clinic of Tikur anbesa specialized hospital: an explanatory sequential mixed methods study[J/OL]. [2024-08-01]. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9640606/>. DOI:10.1038/s41598-022-23700-0.
- [13] 胡重蝶, 刘艳丽, 刘小菲, 等. 积极老龄化背景下老年人电子健康素养研究进展[J]. 中国健康教育, 2024, 40(5): 446-450.
- [14] MERAZ R, MCGEE J, CALDWELL E P, et al. The impact of resilience, health literacy, and social support on medication adherence and self-care among adults with heart failure[J]. J Cardiovasc Nurs, 2023, 38(5): 415-424.
- [15] 史云霞, 张杨, 田竟. 自我效能感和应对方式对慢性心力衰竭患者自我护理行为的影响路径[J]. 解放军护理杂志, 2017, 34(23): 1-5.
- [16] OEKI M, TAKASE M. Coping strategies for self-perceived burden among advanced cancer patients[J]. Cancer Nurs, 2020, 43(6): E349-E355.
- [17] NEGEWO N A, GIBSON P G, WARK P A, et al. Treatment burden, clinical outcomes, and comorbidities in COPD: an examination of the utility of medication regimen complexity index in COPD[J]. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis, 2017(12): 2929-2942.
- [18] GU J, YANG C, ZHANG K, et al. Mediating role of psychological capital in the relationship between social support and treatment burden among older patients with chronic obstructive pulmonary disease[J]. Geriatr Nurs, 2021, 42(5): 1172-1177.
- [19] 高元鹏. 直肠癌永久性结肠造口患者自我感受负担与社会支持、应对方式的研究[D]. 济南: 山东大学, 2018.
- [20] 高杰, 张会敏, 孙羽燕, 等. 应对方式在中青年缺血性脑卒中患者社会支持与疾病不确定感间的中介效应[J]. 解放军护理杂志, 2021, 38(2): 6-9.
- [21] BANDURA A. Social foundations of thought and action: a social cognitive theory[M]. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1986: 416-418.
- [22] COHEN S. Social relationships and health[J]. Am Psychol, 2004, 59(8): 676-684.
- [23] 刘萌荻. 慢性心力衰竭患者健康心理控制源、社会支持与健康促进行为的相关性研究[D]. 大连: 大连医科大学, 2023.

(本文编辑: 王园园)

者身体意象和情绪的影响[J]. 护理学杂志, 2023, 38(1): 10-14.

- [16] HEINTZELMAN S, KUSHLEV K, DIENER E. Personalizing a positive psychology intervention improves well-being[J]. Appl Psychol Health Well Being, 2023, 15(4): 1271-1292.
- [17] HESHMATI S, KIBRISLIOGLU UYSAL N, KIM S H, et al. Momentary PERMA: an adapted measurement tool for studying well-being in daily life[J]. J Happiness Stud, 2023, 24(8): 2441-2472.
- [18] LIN S, LI L, ZHENG D, et al. Physical exercise and undergraduate students' subjective well-being: mediating roles of basic psychological need satisfaction and sleep quality[J/OL]. [2024-03-10]. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9495405/>. DOI:10.3390/bs12090316.
- [19] 胡雨薇, 张吉, 马靖, 等. 正念对大学生睡眠质量的影响: 消极注意偏向与就寝拖延行为的链式中介作用[J]. 中国健康心理学杂志, 2023, 31(5): 796-800.

(本文编辑: 王园园)