

national burden of stroke and its risk factors, 1990 – 2019:a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019[J]. Lancet Neurol, 2021, 20(10): 795-820.

[2] García-Cabo C, López-Cancio E. Exercise and stroke[J]. Adv Exp Med Biol, 2020, 1228: 195-203.

[3] Cho S J. A self-efficacy reinforcement stretching exercise program for community-dwelling older women with osteoarthritis:a pilot study[J]. Rehabil Nurs, 2021, 46(1): 11-23.

[4] 马潇然,孙国珍,林红,等.舒张性心力衰竭患者运动自我效能与家庭运动行为相关性研究[J]. 护理学杂志, 2016, 31(23): 9-11.

[5] 沈梦英.中国成年人锻炼行为的干预策略:TPB 与 HA-PA 两个模型的整合[D].北京:北京体育大学,2011.

[6] 《中国脑卒中防治报告》编写组.《中国脑卒中防治报告 2020》概要[J]. 中国脑血管病杂志, 2022, 19(2): 136-144.

[7] Ekker M S, Boot E M, Singhal A B, et al. Epidemiology, aetiology, and management of ischaemic stroke in young adults[J]. Lancet Neurol, 2018, 17(9): 790-801.

[8] 陈泽峰,崔丽英.关于肌力分级评定的探讨[J]. 中华神经科杂志, 2010, 43(2): 86.

[9] 侯东哲,张颖,巫嘉陵.中文版 Barthel 指数的信度与效度研究[J]. 临床荟萃, 2012, 27(3): 219-221.

[10] 林蓓蕾,张振香,孙玉梅,等.社区脑卒中患者功能锻炼依从性量表的编制及信效度检验[J]. 中国康复医学杂志, 2013, 28(6): 574-578.

[11] Lee L L, Perng S J, Ho C C, et al. A preliminary reliability and validity study of the Chinese version of the Self-Efficacy for Exercise Scale for older adults[J]. Int J Nurs Stud, 2009, 46(2): 2300-238.

[12] 李红霞,孟凡梅,董爱芹.脑卒中患者康复运动现状及影响因素分析[J]. 华南预防医学, 2021, 47(3): 374-377.

[13] 曹莹,张振香,林蓓蕾,等.农村地区脑卒中患者院外康复锻炼依从性现状及对策分析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2020, 23(7): 625-630.

[14] 陈祖森,郑丽维,赖丽娅,等.卒中患者运动自我效能水平及其影响因素研究[J]. 广西中医药大学学报, 2018, 21(3): 6-11.

[15] 盛晗,邵圣文,王惠琴,等.脑卒中患者康复锻炼依从性动态变化的研究[J]. 中华护理杂志, 2016, 51(6): 712-715.

(本文编辑 韩燕红)

脑卒中吞咽障碍患者习得性无助感现状及影响因素分析

贾露,许何春

Learned helplessness and its influencing factors among stroke patients with dysphagia Jia Lu, Xu Hechun

摘要:目的 了解脑卒中吞咽障碍患者习得性无助感现状,并分析影响因素,为制订针对性干预措施提供参考。**方法** 便利选取 236 例接受康复治疗的脑卒中吞咽障碍患者为研究对象,采用一般资料调查表、习得性无助感量表、脑卒中自我效能感问卷、领悟社会支持量表、心理一致感量表进行调查。**结果** 患者习得性无助感得分为(76.07±5.63)分,自我效能、心理一致感、社会支持得分分别为 60.40±7.24、62.24±8.96、52.81±6.75。分层回归分析结果显示,文化程度、家庭人均月收入、吞咽障碍程度、自我效能感、社会支持、心理一致感为习得性无助感的主要影响因素(均 $P<0.05$),可解释习得性无助感总变异的 48.40%。**结论** 脑卒中吞咽障碍患者存在较严重的习得性无助感。医护人员可通过提高患者社会支持水平、增强自我效能感与心理一致感,从而降低其习得性无助感。

关键词:脑卒中; 吞咽障碍; 习得性无助感; 自我效能; 社会支持; 心理一致感; 康复护理

中图分类号:R47;R493 **文献标识码:**B **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2022.23.039

研究显示,20%~37%脑卒中患者会发生吞咽障碍^[1-2]。吞咽功能训练是常用且有效的干预方法之一,但病情改善缓慢,对患者配合度要求较高。脑卒中吞咽障碍患者经过多次吞咽练习仍不能改变进食现状,且可能伴随其他功能障碍,患者心理负担较重,易出现无助感^[3]。习得性无助感是指个体经历多次失败和挫折后,面对现状时产生失控感的心理状态^[4]。习得性无助感严重的患者倾向于将不可控制的吞咽障碍归因于自身的智力、能力,自我评价降低,

动机减弱,偏执地认为这种无能为力无法改善^[4]。这种不良心理状态不仅影响患者康复治疗的依从性,还可能造成严重的心理疾病。脑卒中吞咽障碍患者的心理适应过程首先是重新获得控制感,而个体能够充分利用内部资源与外部资源对抗压力是其获得控制感的有效方式^[5]。自我效能感、心理一致感属于个体内部资源,自我效能感已被证实影响个体心理与行为^[6],自我效能感强的个体情绪控制感更强,反之更易陷入情绪低迷、意志消沉。心理一致感由可理解感、可控制感和意义感组成,水平越高则个体越倾向于积极应对压力源^[7]。社会支持为重要外部资源,是疾病获益感的重要因素,而疾病获益感越强越有助于增强患者对重获生命的控制感^[8]。鉴此,本研究调查脑卒中吞咽障碍患者习得性无助感现状,并分析影响

作者单位:浙江中医药大学附属金华市中医医院康复医学科(浙江 金华, 321000)
贾露:女,本科,主管护师
通信作者:许何春,41516819@qq.com
收稿:2022-07-20;修回:2022-09-16

因素,探讨习得性无助与内外部资源的关系,旨在为制订针对性干预措施,降低患者习得性无助感提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象 采用便利抽样法,选取 2020 年 1 月至 2021 年 12 月在我院接受康复治疗的 236 例脑卒中吞咽障碍患者为研究对象。纳入标准:①符合《各类脑血管疾病诊断要点》诊断标准且经头颅 CT 或 MRI 诊断为脑卒中,病情稳定;②处于恢复期或后遗症期;③文化程度为小学及以上,能够理解问题选项;④洼田饮水试验评定为吞咽障碍;⑤知情同意,自愿参与。排除标准:①并存其他系统严重疾病或恶性肿瘤;②存在语言沟通障碍或认知功能障碍。根据横断面研究样本量为自变量的 10~20 倍^[9],本研究纳入 12 个人口学变量,自我效能感 2 个维度,社会支持 2 个维度,心理一致感 3 个维度,共 19 个潜在影响因素,考虑 20% 的样本脱落率,最少样本量为 $(19 \times 10) / 0.8 \approx 237$ 例。本研究最终有效调查 236 例患者,年龄 45~78(61.48 ± 5.33)岁;缺血性卒中 147 例,出血性卒中 89 例;发病时间 7~136 d,中位数 30($24,85$)d;在职 139 例。自费 10 例,农村合作医疗 133 例,城镇职工/居民保险 93 例;照顾者为家人 204 例,护工或保姆 32 例;并存糖尿病 37 例,并存高血压 94 例。

1.2 方法

1.2.1 调查工具 ①一般资料调查表。通过查阅文献自行设计,包括性别、年龄、卒中类型、文化程度、职业状态、医保类型、家庭人均月收入、照顾者类型、糖尿病、高血压、发病时间、吞咽障碍程度(责任护士采用洼田饮水试验进行吞咽功能筛查,I 级正常,II 级可疑,III、IV、V 级存在吞咽障碍)。②习得性无助感量表(Learned Helplessness Scale,LHS)。采用武晓艳等^[10]编制的量表,含绝望感(5 个条目)和无助感(13 个条目)2 个维度,采用 Likert 5 级评分法,从“完全不符合”到“完全符合”分别计 1~5 分,总分 18~90 分,总分越高说明习得性无助感越严重。量表 Cronbach's α 系数为 0.93^[10],本研究量表的 Cronbach's α 系数为 0.887。③脑卒中自我效能感问卷(Stroke Self-efficacy Questionnaire,SSEQ)。采用杨玉洁等^[11]汉化的中文版量表,侧重于评估脑卒中后患者日常生活活动的信心,包括日常活动(条目 1~8)和自我管理(条目 9~13)2 个维度,采用 Likert 11 级评分法,患者按照自己完成事情的信心程度计 0~10 分,总分 0~130 分,得分越高表明自我效能感越高。量表 Cronbach's α 系数为 0.87^[11],本研究量表的 Cronbach's α 系数为 0.854。④领悟社会支持量表(Perceived Social Support Scale,PSSS)。采用黄丽等^[12]汉化的中文版量表,评估个体领悟到的来自家庭、朋友和其他人的支持程度,量表包括家庭内支持(4 个条目)和家庭外支持(8 个条目)2 个维度,采用

Likert 7 级评分法,由“极不同意”到“极同意”分别计 1~7 分,总分 12~84 分,分值越高表明社会支持水平越高。量表 Cronbach's α 系数为 0.76^[12],本研究该量表的 Cronbach's α 系数为 0.785。⑤心理一致感量表(Sense of Coherence-13,SOC-13)。采用包蕾萍等^[13]修订的中文版,量表包括可理解感(5 个条目)、可控制感(4 个条目)和意义感(4 个条目)3 个维度,采用 Likert 7 级评分,从“从来没有”到“经常”分别计 1~7 分,总分 13~91 分,得分越高表明个体的心理一致感水平越高。量表 Cronbach's α 系数为 0.76^[13],本研究该量表的 Cronbach's α 系数为 0.792。

1.2.2 调查方法 2 名调查者均接受统一培训,正式调查前便利抽取 15 例患者进行预调查,熟悉问卷内容并适当调整语言叙述。患者问卷填写完毕当场收回,针对患者不理解的题目由调查员及时解释,但不使用诱导性语言。本研究共发放问卷 254 份,回收有效问卷 236 份,有效回收率 92.91%。

1.2.3 统计学方法 采用 SPSS22.0 软件进行描述性分析、*t* 检验、方差分析、Pearson 相关性分析及分层回归分析。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 脑卒中吞咽障碍患者各变量评分 见表 1。

表 1 脑卒中吞咽障碍患者各变量评分($n=236$)

分, $\bar{x} \pm s$		
项目	得分	条目均分
习得性无助感	76.07 $\pm$ 5.63	4.22 $\pm$ 0.48
绝望感	20.32 $\pm$ 2.18	4.06 $\pm$ 0.45
无助感	55.75 $\pm$ 4.60	4.28 $\pm$ 0.50
自我效能感	60.40 $\pm$ 7.24	4.65 $\pm$ 1.07
日常活动	38.56 $\pm$ 5.31	4.82 $\pm$ 1.31
自我管理	21.84 $\pm$ 4.29	4.37 $\pm$ 1.18
社会支持	52.81 $\pm$ 6.75	4.40 $\pm$ 1.26
家庭内支持	19.53 $\pm$ 3.06	4.88 $\pm$ 1.63
家庭外支持	33.28 $\pm$ 4.64	4.16 $\pm$ 1.24
心理一致感	62.24 $\pm$ 8.96	4.79 $\pm$ 1.38
可理解感	23.63 $\pm$ 5.28	4.73 $\pm$ 1.29
可控制感	18.34 $\pm$ 3.62	4.59 $\pm$ 1.40
意义感	20.27 $\pm$ 4.85	5.07 $\pm$ 1.47

2.2 不同人口学特征的脑卒中吞咽障碍患者习得性无助感得分比较 不同职业状态、医保类型、照顾者类型、发病时间及是否并存糖尿病、高血压的患者习得性无助感得分比较,差异无统计学意义(均 $P>0.05$),差异有统计学意义的项目见表 2。

2.3 自我效能感、社会支持、心理一致感与习得性无助感相关性分析 Pearson 相关性分析结果显示,习得性无助感评分与自我效能感、社会支持、心理一致感评分的相关系数为 -0.455、-0.404、-0.356,均 $P<0.001$ 。

表 2 不同人口学特征的脑卒中吞咽障碍患者
习得性无助感得分比较

项目	例数	得分($\bar{x} \pm s$)	t/F	P
性别			2.801	0.006
男	145	75.36±4.86		
女	91	77.22±5.13		
文化程度			6.917	<0.001
小学及以下	78	77.80±4.16		
初中	88	75.93±5.09		
高中/中专	51	74.52±4.83		
大专及以上	19	73.75±4.65		
家庭人均月收入(元)			7.871	<0.001
<1000	36	77.12±4.74		
1000~3000	152	76.37±5.06		
>3000	48	73.45±4.38		
吞咽障碍程度			4.896	0.008
Ⅲ级	162	75.54±4.43		
Ⅳ级	56	76.67±5.14		
Ⅴ级	18	78.90±4.73		

2.4 脑卒中吞咽障碍患者习得性无助感影响因素的分层回归分析 以单因素分析有统计学意义的变量作为自变量,习得性无助感作为因变量进行多元线性分层回归分析。第一层纳入人口学变量,第二层增补纳入自我效能感、社会支持、心理一致感。模型 1 结果显示,文化程度(赋值:小学及以下=1,初中=2,高中/中专=3,大专及以上=4)、家庭人均月收入(赋值:<1 000 元=1,1 000~3 000 元=2,>3 000 元=3)、吞咽障碍程度(赋值:Ⅲ级=1,Ⅳ级=2,Ⅴ级=3)是习得性无助感的独立预测因子(均 $P<0.05$)。模型 2 结果显示,自我效能感、社会支持、心理一致感为习得性无助感的独立预测因子(均 $P<0.05$)。共线性诊断显示, VIF 为 1.054~1.210,各变量间不存在多重共线性。分析结果见表 3。

表 3 脑卒中吞咽障碍患者习得性无助感影响因素的
多元线性分层回归分析($n=236$)

模型	变量	β	SE	β'	t	P
1	常量	20.153	0.864	—	23.321	<0.001
	文化程度	-0.623	0.160	-0.217	-3.905	<0.001
	家庭人均月收入	-1.633	0.248	-0.365	-6.595	<0.001
	吞咽障碍程度	1.045	0.235	0.244	4.456	<0.001
2	常量	34.245	1.999	—	17.132	<0.001
	文化程度	-0.415	0.143	-0.144	-2.905	0.004
	家庭人均月收入	-1.174	0.230	-0.262	-5.102	<0.001
	吞咽障碍程度	0.675	0.213	0.158	3.170	0.002
	自我效能感	-0.099	0.017	-0.289	-5.835	<0.001
	社会支持	-0.084	0.024	-0.181	-3.510	0.001
	心理一致感	-0.053	0.015	-0.178	-3.649	<0.001

注:模型 1, $R^2=0.344$,调整 $R^2=0.333$, $F=30.315$, $P<0.001$;模型 2, $R^2=0.499$,调整 $R^2=0.484$, $F=32.487$, $P<0.001$ 。 R^2 变化量为 0.155。

3 讨论

3.1 脑卒中吞咽障碍患者习得性无助感处于较高水平 本研究结果显示,脑卒中吞咽障碍患者习得性无助感得分(76.07±5.63)分,高于 Smallheer 等^[14]对心肌梗死患者的调查结果。脑卒中患者神经信号改

变可对心理健康产生直接影响,在某些情况下表现为习得性无助,与神经肌肉控制改变、动力降低和心理缺陷有关^[15]。脑卒中相对其他疾病致残性更高,而吞咽障碍对患者最基本的生理需求——进食需求产生直接影响,患者在进食或吞食药丸过程中可能出现梗噎、药物嵌顿、疼痛等现象,增强了患者的危险感知,在康复过程中极易出现恐惧、紧张、无助等不良情绪^[16]。患者对病情的失控感与恐惧感是习得性无助感的重要影响因素,故脑卒中吞咽障碍患者习得性无助感水平较高。

3.2 脑卒中吞咽障碍患者习得性无助感的影响因素

3.2.1 人口学因素 表 3 显示,患者文化程度是习得性无助感的独立影响因素,李红霞等^[17]研究发现,文化程度更高的脑卒中患者康复运动依从性更好。可能因为文化程度较高的患者可以通过与医护人员沟通或其他渠道获得更多有价值的医疗资源及信息,疾病认知水平更高,能更加理性看待疾病,从而减少疾病不确定感与无助感。本研究结果显示,吞咽障碍程度高的患者习得性无助感水平也较高。Vergara 等^[18]研究发现,类风湿性关节炎患者病情越严重习得性无助感越强。本研究结果显示,经济水平越高的患者习得性无助感水平越低,与相关报道结果^[19]一致。可能因为经济收入水平较高的患者经济负担较小,获得的医疗资源和内容更丰富,能够保持平和的心境,感知到更多积极因素,无助情绪更少。

3.2.2 自我效能感 本研究结果显示,自我效能感是习得性无助感的影响因素。自我效能感是个体蕴藏的积极资源,指个体对执行某一特定行为的能力的主观判断,决定了个体为达到目标付出的努力程度。自我效能感可预测疼痛感知、疲劳感知和残疾感知^[20]。脑卒中吞咽障碍患者自我效能感较低时,倾向于选择消极应对方式,不主动寻求自我改变,从而增加了残疾感知,这是患者习得性无助感产生的内部动机。Smallheer 等^[14]指出,随着心肌梗死患者自我效能感的提高,其习得性无助感也降低,与本研究结果一致。因此,医护人员可以通过认知疗法、心理干预措施促进患者认知重构,增强患者对病情康复的信心,通过提升患者自我效能感来降低其习得性无助感水平。

3.2.3 领悟社会支持 本研究显示,患者领悟社会支持水平越高,则习得性无助感越低。社会支持可帮助个体增强战胜疾病的信心。脑卒中患者常伴随躯体活动受限,加之并存吞咽障碍,对家属依赖较高。缺乏家属关心和支持的脑卒中后患者发生抑郁、焦虑等不良情绪的风险更高^[21]。来自医护人员、家人、朋友的支持有助于提升吞咽障碍患者对疾病的认知,减轻心理负担,改善心境状态,从而积极应对困境。因此,医护人员不仅应重视院内的专业支持,还应关注来自家人、朋友、病友等方面的支持,为患者构建完善

的社会支持系统,提高患者对来自亲朋的物质情感资源和来自医疗卫生支持的识别与利用,降低习得性无助感。

3.2.4 心理一致感 本研究发现,心理一致感是脑卒中吞咽障碍患者习得性无助感的独立影响因素。心理一致感体现了个体的适应能力与情绪耐力^[22]。习得性无助感产生的主要内因在于患者感觉自身在遵循医嘱治疗的情况下仍不能有效控制病情从而产生挫败感,寻找不到重新生活的意义。寻找不到生活的意义,倾向于将当前的压力源归因于外部无法克服的因素,影响康复依从性。心理一致感较强的患者能够更快识别压力所在,并评估自己的行动能力,从而有效应对当前的挫败感,重新振作,积极参与康复治疗,减少习得性无助感的产生。王玲娟^[23]指出,归因是控制感的重要影响因素,个体只有将自身失败归因于自己努力程度、使用的方法等可改变的因素时,才可能获得控制感。医护人员应了解患者当前的归因方式,对患者进行归因训练,让吞咽障碍患者将减轻吞咽障碍归因于努力、勤奋、训练依从性佳等内部可以控制的原因,逐渐使患者感受康复训练的益处,重新获得控制感。

4 小结

本研究发现,脑卒中吞咽障碍患者有较严重的习得性无助感,应重视文化程度低、经济条件较差及吞咽障碍严重患者。医护人员可通过采取措施提高患者社会支持水平、增强自我效能感与心理一致感,使患者重获控制感,增强治疗信心,进而降低习得性无助感水平。本研究为横断面调查,缺乏对各因素间的交互作用及因果关联的研究,今后需开展多中心大规模调查,并分析各变量间的作用机制。

参考文献:

- [1] Arnold M, Liesirova K, Broeg-Morvay A, et al. Dysphagia in acute stroke: incidence, burden and impact on clinical outcome[J]. PLoS One, 2016, 11(2): e0148424.
- [2] 曹猛, 宋学梅, 梁丽, 等. 急性缺血性脑卒中后吞咽障碍发病率及影响因素分析[J]. 护理学杂志, 2021, 36(2): 24-27.
- [3] Ikeda S, Washida K, Tanaka T, et al. A nationwide multi-center questionnaire survey on the real-world state and issues regarding post-stroke complications in Japan[J]. J Stroke Cerebrovasc Dis, 2021, 30(4): 105656.
- [4] 李虹, 胡可芹. 卒中患者习得性无助感研究现状[J]. 医学信息, 2022, 35(12): 85-88.
- [5] Braun M, Naor L, Hasson-Ohayon I, et al. Oncologists' locus of control, compassion fatigue, compassion satisfaction, and the mediating role of helplessness[J]. Curr Oncol, 2022, 29(3): 1634-1644.
- [6] Mesurado B, Vidal E M, Mestre A L. Negative emotions and behaviour: the role of regulatory emotional self-efficacy[J]. J Adolesc, 2018, 64(1): 62-71.
- [7] 陈凌云, 肖碧玲, 陈海莲, 等. 心理一致感、家庭功能对脑外伤偏瘫患者伤残接受度的影响[J]. 国际护理学杂志, 2017, 36(22): 3054-3057.
- [8] Bedaso A, Adams J, Peng W, et al. The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis[J]. Reprod Health, 2021, 18(1): 162-185.
- [9] 郑卫军, 何凡. 现况调查的样本量计算方法[J]. 预防医学, 2020, 32(6): 647-648.
- [10] 武晓艳, 曾红, 马绍斌, 等. 习得性无助量表研制及其与人格相关研究[J]. 中山大学学报(医学科学版), 2009, 30(3): 357-361.
- [11] 杨玉洁, 王艳, 王秋芳, 等. 脑卒中自我效能感问卷的汉化及信效度检验[J]. 中国实用护理杂志, 2015, 31(5): 377-379.
- [12] 黄丽, 姜乾金, 任蔚红. 应对方式、社会支持与癌症病人身心症状的相关性研究[J]. 中国心理卫生杂志, 1996, 10(4): 160-161.
- [13] 包蕾萍, 刘俊升. 心理一致感量表(SOC-13)中文版的修订[J]. 中国临床心理学杂志, 2005, 13(4): 24-26.
- [14] Smallheer B A, Vollman M, Dietrich M S. Learned helplessness and depressive symptoms following myocardial infarction[J]. Clin Nurs Res, 2018, 27(5): 597-616.
- [15] Goodin P, Lamp G, Vidyasagar R, et al. Correlated resting-state functional MRI activity of frontostriatal, thalamic, temporal, and cerebellar brain regions differentiates stroke survivors with high compared to low depressive symptom scores[J]. Neural Plast, 2019, 2019(1): 2357107.
- [16] 李莎. 脑卒中后吞咽障碍患者生活质量的相关因素[J]. 中国康复理论与实践, 2016, 22(5): 563-568.
- [17] 李红霞, 孟凡梅, 董爱芹. 脑卒中患者康复运动现状及影响因素分析[J]. 华南预防医学, 2021, 47(3): 374-377.
- [18] Vergara F, Rosa J, Orozco C, et al. Evaluation of learned helplessness, self-efficacy and disease activity, functional capacity and pain in Argentinian patients with rheumatoid arthritis[J]. Scand J Rheumatol, 2017, 46(1): 17-21.
- [19] 陈妍伶, 陈红, 梁燕, 等. 类风湿关节炎患者无助感及其干预研究进展[J]. 护理学杂志, 2019, 34(5): 96-100.
- [20] Adamopoulou F, Alikari V, Zyga S, et al. The effect of fatigue and pain self-efficacy on health-related quality of life among patients with multiple sclerosis[J]. Mater Sociomed, 2019, 31(1): 40-44.
- [21] 燕春花, 魏莉, 李国庆, 等. 脑卒中吞咽障碍患者经皮胃造瘘术后生存质量的影响因素[J]. 实用心脑血管病杂志, 2022, 30(9): 41-45.
- [22] 黄丽洁, 刘永闯, 郭丽娜, 等. 心理一致感在老年患者睡眠障碍与心理健康的中介效应[J]. 护理学杂志, 2017, 32(7): 68-70.
- [23] 王玲娟. 文科硕士生心理资本与科研动机的关系——学业控制感的中介作用[D]. 兰州: 兰州大学, 2022.

(本文编辑 韩燕红)