

老年脑卒中患者基于 IKAP 理论的口腔管理健康教育

王铁成¹, 李建勋¹, 孙艳芳¹, 郭晓杨¹, 王嘉慧², 刘春霞²

摘要:目的 探讨基于 IKAP 理论的口腔管理健康教育对老年脑卒中患者的影响。方法 将 108 例老年脑卒中患者按照住院时间分为对照组和干预组各 54 例。对照组实施常规健康教育, 干预组在此基础上实施基于 IKAP 理论的口腔管理健康教育。比较干预前、干预完成时及干预后 3 个月两组患者口腔健康状况、口腔健康素养及口腔相关生活质量。结果 对照组 50 例、干预组 51 例完成研究。干预完成时及干预后 3 个月, 两组口腔健康状况、口腔相关生活质量及口腔健康素养得分比较, 组间效应、时间效应及交互效应差异有统计学意义(均 $P < 0.05$)。结论 基于 IKAP 理论的口腔管理健康教育能够提高老年脑卒中患者口腔健康状况、口腔健康素养水平及口腔相关生活质量。

关键词:老年人; 脑卒中; 信息—知识—信念—行为; IKAP 理论; 健康素养; 生活质量; 口腔管理; 健康教育

中图分类号:R473.74;R743.3 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2023.02.077

Information-knowledge-attitude-practice based oral health education for elderly stroke patients Wang Tiecheng, Li Jianxun, Sun Yanfang, Guo Xiaoyang, Wang Jiahui, Liu Chunxia. Comprehensive Intensive Care Unit, Fuwai Central Vascular Hospital, Zhengzhou 451460, China

Abstract: **Objective** To explore the effect of information-knowledge-attitude-practice (IKAP) based oral health education for elderly stroke patients. **Methods** A total of 108 elderly stroke patients were chronologically assigned to control group ($n=54$) or intervention group ($n=54$), receiving either routine oral health education or IKAP based oral health education. The Oral Health Assessment Tool, Oral Health Literacy Scale for Stroke Patients and Oral Health Impact Profile-14 were utilized to assess the effect before, immediately after, and at 3 months after the intervention. **Results** Totally, 50 participants in the control group and 51 in the intervention group completed the study. Significant group, time and group-by-time interaction effects were found in the scores measured by the above mentioned scales (all $P < 0.05$). **Conclusion** IKAP-based oral health education can improve oral health status, oral health literacy and oral related quality of life in elderly stroke patients.

Key words: elderly people; stroke; information-knowledge-attitude-practice; IKAP theory; health literacy; quality of life; oral management; health education

第四次全国口腔健康流行病学调查显示,我国老年人群口腔健康状况不容乐观,普遍存在口腔卫生差、龋齿、残冠、残根、牙周炎、口干等问题^[1],导致日常饮食受限、体质量减轻、沟通障碍、负性情绪增加、慢性病控制不稳等。随着人口老龄化的加剧,脑卒中已成为老年人死亡与残疾的重要原因,约 80% 的脑卒中患者伴有不同程度的认知、运动、感觉等功能障碍,进一步限制了患者口腔清洁能力^[2-3]。研究显示,卒中患者比非卒中患者口腔卫生更差、缺失牙更多、牙周病更重,且伴随较差的口腔卫生习惯和健康信念^[4],导致脑卒中患者口腔健康相关生活质量水平较低^[5],同时牙周疾病、失牙、龋菌等导致脑卒中风险增加、二次脑出血发作、住院成本及病死率增加等,严重威胁患者的生存质量^[6-7]。但在临床实践中,脑卒中患者的口腔评估和护理常因疾病治疗而忽略。脑卒中患者卒中后生存期较长,患者作为自身口腔管理的主体,提高口腔健康素养对提高患者口腔健康水平及整体生活质量尤为重要^[8]。口腔健康素养是指个体获取相

关知识、掌握口腔保健相关信息及方法,并作出有利于健康的决策能力^[9]。目前脑卒中患者的口腔健康素养尚处于一般水平^[10]。信息—知识—信念—行为(Information-Knowledge-Attitude-Practice, IKAP)理论是一种融信息、知识、信念、行为于一体的个性化疾病管理理论,通过传授知识、提高自我效能和行为促进相结合的方式,能有效转变患者健康行为,改善健康状况^[11-12]。目前尚缺乏在脑卒中患者口腔管理健康教育中的相关研究。因此,本研究旨在探讨基于 IKAP 理论的口腔管理健康教育在老年脑卒中患者中的应用效果,以为临床实践提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2021 年 1~12 月,便利选取在我院住院治疗的 108 例老年脑卒中患者为研究对象。将 2021 年 1~6 月入院的 54 例设为对照组,7~12 月入院的 54 例设为干预组。纳入标准:①符合《中国脑血管疾病分类 2015》标准^[13],经颅脑 CT 或 MRI 确诊为脑卒中;②病情处于稳定期,年龄 ≥ 60 岁;③具有一定的沟通交流能力;④有照顾者,且为患者配偶或其他一级亲属,出院后与患者共同居住;⑤知情同意,患者与照顾者均愿意配合研究。排除标准:①患有口

作者单位:阜外华中心血管病医院 1. 综合重症监护室 2. 神经疾病科 (河南 郑州,451460)
王铁成:男,本科,主管护师, wangtiecheng0312@126.com
收稿:2022-08-30;修回:2022-10-25

腔癌或伴有张口困难、口腔外伤；②患有精神疾病或其他严重并发症；③长期卧床，伴有严重上肢功能障碍，完全不能自理。剔除标准：①干预期间病情恶化、死亡或主动退出；②住院时间少于 14 d，干预次数<3 次者。采用两样本均数比较公式计算样本量： $n_1 = n_2 = 2[(\mu_\alpha + \mu_\beta)\sigma/\delta]^2$ 。选取 10 例符合纳入与排除标准的脑卒中患者随机分为两组各 5 例进行预试验，以口腔健康素养为样本量估算指标： σ （两组标准差中大的一个）=7.02， δ （两组均数差值）=4.74，按双侧

$\alpha=0.05, \beta=0.10$ ，查表得出 $\mu_\alpha = 1.960, \mu_\beta = 1.282$ ，计算得出每组样本量为 46 例。为避免住院时间缩短造成的样本流失，故增加 15% 的样本流失率，每组需 54 例。干预过程中对照组因住院时间不足，未完成干预脱落 2 例；干预完成 3 个月后因无法与患者取得联系脱落 2 例。干预组因住院时间不足，未完成干预脱落 1 例，因疾病进展或转院至外地脱落 2 例，最终对照组完成 50 例，干预组完成 51 例。两组一般资料比较，见表 1。

表 1 两组一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	文化程度(例)				有配偶 (例)	家庭人均月收入(例)			居住地(例)	
		男	女		小学及以下	初中	高中/中专	大专及以上学历		<3000 元	3000~5000 元	>5000 元	城镇	农村
对照组	50	33	17	65.38±4.87	19	16	11	4	42	22	22	6	22	28
干预组	51	35	16	66.12±4.38	18	15	12	6	40	20	24	7	24	27
统计量		$\chi^2=0.079$		$t=0.803$	$Z=-0.534$				$\chi^2=0.513$	$Z=-0.492$			$\chi^2=0.095$	
P		0.561		0.424	0.593				0.474	0.623			0.758	

组别	例数	卒中类型(例)		功能障碍个数(例)			并存其他慢性病个数(例)				自理程度(例)		首次发病 (例)	病程(例)			与照顾者关系(例)	
		出血性	缺血性	无	1 个	≥2 个	无	1 个	2 个	≥3 个	完全自理	部分自理		<1 年	1~3 年	>3 年	夫妻	子女
对照组	50	5	45	25	17	8	5	19	22	4	28	22	30	35	10	5	38	12
干预组	51	7	44	24	18	9	4	16	26	5	26	25	29	34	9	8	36	15
统计量		$\chi^2=0.335$		$Z=-0.311$			$Z=-0.862$				$\chi^2=0.256$		$\chi^2=0.120$	$Z=-0.497$			$\chi^2=0.378$	
P		0.563		0.756			0.389				0.613		0.749	0.619			0.539	

1.2 干预方法

两组均接受常规临床治疗及基础护理措施，患者口腔评估及口腔护理操作按照护理部制订的口腔护理标准执行。对照组给予常规口腔管理健康教育，包括入院时责任护士对患者及照顾者进行一对一宣教，评估患者口腔状态，发放相关知识手册，告知患者及照顾者口腔护理的重要性、正确的刷牙方法、刷牙次数及牙刷、漱口液的选择等。对存在功能障碍、不能自我护理的患者，嘱照顾者协助。患者出院时再次进行宣教，告知患者及照顾者长期口腔护理对预防卒中复发、再入院及疾病康复的重要性，嘱照顾者进行监督提醒。干预组实施基于 IKAP 理论的口腔管理健康教育，具体如下。

1.2.1 成立研究小组 包括 1 名护士长，担任小组组长，负责课题的质量控制和人员协调；1 名神经内科主任医师，1 名老年科主治医师，1 名口腔科医生，负责干预方案制订过程中相关专业知识指导与审查；1 名心理咨询师，负责相关理论知识和心理指导；1 名全日制护理硕士研究生，与研究组本人一起，负责文献检索与文献质量评价等；3 名责任护士，协助研究者进行方案构建与实施，数据收集与整理等；2 名口腔专科护士，负责对小组成员进行口腔评估、口腔护理等相关知识培训及考核。

1.2.2 制订健康教育方案 以 IKAP 理论为基础^[12]，研究者进行国内外相关文献检索、筛选与质量评价，了解 IKAP 理论应用及老年脑卒中口腔管理现状，并结合 9 例老年脑卒中患者半结构化访谈结果，初步构建健康教育方案初稿。将健康教育方案初稿进行

2 轮专家咨询(18 名专家来自河南、北京、浙江、陕西、四川、上海、安徽、江苏，均为副高级及以上职称，本科及以上学历；专业方向包括神经疾病护理、老年护理、临床医学、口腔疾病护理、护理教育、护理管理、心理学等)。按照专家意见修改方案，用于 5 例老年脑卒中患者进行预试验，根据预试验结果进一步修改完善。最终形成老年脑卒中患者口腔管理健康教育方案施测稿，见样表 1。

1.2.3 实施干预方案 研究者本人为主要干预者，小组成员(3 名责任护士与心理咨询师)协助实施。于入院 24 h 内、入院 1 周、出院前 1 d 共干预 3 次，每次 35~50 min，具体干预时间根据干预内容及患者情况调整。出院后 2 周、1 个月、2 个月进行电话随访，共 3 次，每次 10~15 min。随访内容包括口腔卫生情况、是否继续按照正确流程进行口腔护理、口腔护理过程中遇到的困难和收获等。

1.3 评价方法 分别于干预前、干预完成时及干预后 3 个月由研究者及责任护士收集两组数据。在院患者进行面对面收集，存在功能障碍或行动不便的患者，由照顾者协助收集。对干预后 3 个月未入院复诊的患者，与患者约定时间来院收集，或由研究者进行电话或家庭访视收集。①口腔健康评估工具(Oral Health Assessment Tool, OHAT):由 Chalmers 等^[15]设计，可供非牙科专业人员评估患者的口腔健康状况。共 8 个条目，包括嘴唇、自然牙、义齿、舌、牙龈、唾液等情况。采用 3 级评分，从“健康状态”至“不健康状态”计 0~2 分，总分 0~16 分，得分越高表明口腔健康情况越差。量表 Cronbach's α 系数为 0.780。OHAT 被

脑卒中最佳实践指南推荐,是可靠且可行的口腔健康评估工具^[16]。②脑卒中患者口腔健康素养量表:由向圣晓^[17]编制。包括健康生活方式与行为(9 个条目)、口腔基本知识与理念(6 个条目)、口腔相关技能(5 个条目)、经济支持意愿(2 个条目)4 个维度 22 个条目。采用 Likert 5 级评分,从“完全不符合”至“完全符合”依次计 1~5 分,总分 22~110 分,得分 22~61 分为极低素养,62~73 分为低素养,74~83 分为中等素养,84~110 分为高素养,量表 Cronbach's α 系数为

0.918。③口腔健康影响程度量表(Oral Health Impact Profile-14, OHIP-14):由 Slade^[18] 研制,辛蔚妮等^[19] 汉化,主要用于测量患者口腔健康相关生活质量。包括身体机能不适(3 个条目)、疼痛与不适(3 个条目)、心理不适(3 个条目)、独立能力减弱(5 个条目)4 个维度 14 个条目。采用 Likert 5 级评分,从“没有”至“很/非常”依次计 0~4 分,总分 0~56 分,得分越高表示患者口腔健康相关生活质量越差。量表 Cronbach's α 系数为 0.930。

样表 1 基于 IKAP 理论的口腔管理健康教育内容

干预主题	干预内容
信息(I)	目的:掌握患者口腔健康信息,了解患者自我护理需求 ①制作患者健康信息表,入院时评估并记录患者口腔护理习惯(每日刷牙次数、刷牙方式、每次刷牙时间、饭后是否漱口、牙刷及漱口液等)、口腔健康史(有无佩戴义齿,是否存在牙痛、口腔溃疡等)、用药情况等。②入院 24 h 内、入院 1 周及出院前 1 d,采用口腔健康评估工具评估患者的口腔功能状态、口腔清洁程度(牙菌斑、pH 值、口臭),自理能力、功能受限程度、口腔护理能力与需求、社会心理状态等
知识(K)	目的:给予多方面信息支持,增强患者口腔管理知识 ①结合健康教育手册、指南、图片等资料进行口腔护理知识讲解,包括口腔生理结构,正常及异常的口腔状态,口腔清洁护理与预后的关系等。将牙刷刷牙法、漱口法、义齿护理等方法录制为小视频,并增加动画、音乐等趣味内容,供患者与照顾者观看学习。使用牙齿模型进行护理操作演示和步骤分解,强调操作重点及相关技巧。②帮助患者澄清错误认知。如“没有牙齿就不用清洁口腔”“漱口可以代替刷牙”等。③对存在吞咽障碍、运动协调性低、感觉异常、握力下降的患者,告知患者及照顾者锻炼方法。如采用冷热交替的方式冲洗口腔,以诱导吞咽、促进咀嚼肌运动。口腔擦拭时可配合牙龈按摩、舌肌训练等,还可联合抗菌性溶液、人工唾液等保湿剂、中草药制剂等,以帮助患者改善吞咽功能
信念(A)	目的:促进患者自我效能,帮助患者建立健康信念 ①共进行 3 次动机性访谈,患者及照顾者共同参与,每次 10~15 min。第 1 次访谈(入院 24 h 内):主要以与患者建立良好合作关系、提高患者口腔管理意识为目的。引导患者回忆牙齿松动、龋齿、口腔异味、牙痛等经历,使患者注意力集中于口腔健康问题。引导患者思考脑卒中与口腔健康之间的关系,激发患者行为改变的内在动机。第 2 次访谈(入院后 1 周):主要了解患者过去 1 周进行口腔护理的感受及遇到的问题,引导患者主动寻求帮助,获取相关信息,并做出“我想改变”“我要改变”的承诺,以提高患者行为改变的自我效能。第 3 次访谈(出院前 1 d):主要了解患者积极变化,加强患者赋能,维持健康习惯。提供入院时口腔评估与当下口腔评估资料对比,使患者看到自身口腔健康状态的积极变化,引导患者作出长期坚持健康行为的承诺,促进患者健康信念的建立。②采用医院焦虑抑郁量表及疾病心理社会适应量表 ^[14] 评估患者的心理状况。对焦虑、抑郁水平较严重或疾病社会心理适应较差的患者,加强社会支持,指导照顾者给予更多的理解和陪伴,减轻患者心理负担。同时由心理咨询师给予针对性的心理指导,帮助患者建立健康信念,提高口腔管理的积极性
行为(P)	目的:掌握健康行为技巧,维持健康行动 采用团体教育,每次 4~6 人,每周一、周五 16:00~17:00 进行,每次 15~20 min。患者及照顾者至少参加 2 次。①日常口腔管理行为:每天按巴氏刷牙法刷牙至少 2 次,每次刷牙 3 min 以上,尽量使用含氟或抗过敏牙膏,牙刷每 3 个月更换;佩戴义齿者每次饭后取出义齿刷洗干净,睡前放于清水中保存;发生牙痛、口臭、牙龈出血、脓肿、牙齿有残根等情况及时到医院处理;尽量少食甜食、碳酸饮料等可引起龋齿的食物,或每次进食后及时漱口,可随身携带牙线、小瓶漱口液等,根据口腔状态选择合适的漱口液;养成戒烟限酒及定期检查口腔健康的习惯。②根据患者自理情况及功能障碍程度进行口腔管理。对意识清醒、日常生活能力自理的患者,由患者自我口腔管理;对轻度功能障碍、能够独立完成大部分日常活动的患者,以患者为中心,照顾者适当协助,使患者逐步过渡到能够独立、正确地进行口腔自我护理;对中度功能障碍、需要极大部分帮助完成日常生活活动的患者,主要以照顾者为中心,照顾者帮助患者进行口腔清洁及口腔功能锻炼

1.4 统计学方法 采用 SPSS21.0 软件进行 χ^2 检验、秩和检验、 t 检验及重复测量的方差分析。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组干预前后口腔健康评估得分比较 见表 2。

2.2 两组干预前后口腔健康素养得分比较 见表 3。

表 2 两组干预前后口腔健康评估得分比较
分, $\bar{x} \pm s$

组别	例数	干预前	干预完成时	干预后 3 个月
对照组	50	11.18±2.03	10.86±2.03	11.48±1.76
干预组	51	11.55±1.78	9.04±1.60	8.73±1.36
t		-0.972	5.011	8.805
P		0.690	<0.001	<0.001

注:两组比较, $F_{\text{组间}} = 18.173$, $F_{\text{时间}} = 97.671$, $F_{\text{交互}} = 104.109$,均 $P<0.001$ 。

表 3 两组干预前后口腔健康素养得分比较

		分, $\bar{x} \pm s$			
组别	例数	干预前	干预完成时	干预后 3 个月	
对照组	50	75.74±8.19	77.54±8.23	76.88±8.14	
干预组	51	76.06±7.68	85.82±8.20	96.94±8.23	
<i>t</i>		-0.202	-5.066	-6.310	
<i>P</i>		0.841	<0.001	<0.001	

注: 两组比较, $F_{\text{组间}} = 21.564$, $F_{\text{时间}} = 61.170$, $F_{\text{交互}} = 45.936$, 均 $P < 0.001$ 。

2.3 两组干预前后口腔健康相关生活质量得分比较 见表 4。

表 4 两组干预前后口腔健康相关生活质量得分比较

		分, $\bar{x} \pm s$			
组别	例数	干预前	干预完成时	干预后 3 个月	
对照组	50	42.36±5.09	40.14±4.87	41.24±4.76	
干预组	51	43.22±4.67	33.31±7.86	32.72±7.78	
<i>t</i>		-0.881	5.257	6.951	
<i>P</i>		0.381	<0.001	<0.001	

注: 两组比较, $F_{\text{组间}} = 25.044$, $F_{\text{时间}} = 72.598$, $F_{\text{交互}} = 39.682$, 均 $P < 0.001$ 。

3 讨论

3.1 基于 IKAP 理论的口腔管理健康教育能够改善老年脑卒中患者口腔健康状况 本研究显示, 干预前两组口腔健康评估得分均较高, 表明患者口腔健康状况较差, 可能与研究对象为老年人有关, 随着年龄增长, 老年人口腔功能也随之减弱, 加之老年人普遍存在口腔保健知识不足、口腔保健行为尚未建立等情况, 导致患者口腔健康不理想。此外, 脑卒中患者多伴有多种功能障碍, 进一步限制了自我护理能力, 影响了口腔健康状况。干预完成时两组口腔健康评估得分均有所降低, 干预组降低明显($P < 0.05$); 干预后 3 个月干预组口腔健康评估得分仍有所降低, 对照组得分升高($P < 0.05$); 两组组间效应、时间效应和交互效应差异有统计学意义(均 $P < 0.05$)。可能因为, 常规的口腔管理健康教育, 多与其他入院规章制度告知、饮食睡眠指导、跌倒预防等一起宣教, 内容简单、笼统、主次不够清晰, 相比其他内容, 口腔管理健康教育内容往往被患者忽略, 导致患者住院期间未能建立起良好的口腔卫生习惯, 随着疾病恢复及出院时间的延长, 患者更倾向于患病前的口腔护理习惯, 导致患者口腔健康状况仍处于较低水平。干预组实施基于 IKAP 理论的口腔管理健康教育, 以患者口腔健康状态、自理能力及护理需求为基础, 进行针对性的知识宣教, 并通过动机性访谈了解患者不同阶段内心真实感受, 围绕患者身体及心理变化, 引导患者主动思考, 帮助患者逐步建立健康信念, 同时加强行为指导, 促进患者建立良好的健康行为。此外, 强调照顾者在患者口腔健康管理中的重要作用, 如对功能障碍、部分

自理患者给予补偿护理, 对完全自理患者进行监督、提醒等。该口腔管理健康教育系统、全面、具体, 易于实施, 患者由被动接受变为主动参与, 提高患者口腔健康管理依从性。较符合老年人群特点及自我照护需求, 在一定程度上提高了患者口腔健康水平。

3.2 基于 IKAP 理论的口腔管理健康教育能够提高老年脑卒中患者口腔健康素养 研究表明, 老年人口腔健康素养水平对其口腔健康及生活质量至关重要^[20-21]。本研究显示, 干预结束时两组口腔健康素养得分较干预前均有所增高, 干预组得分增加较明显, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 干预后 3 个月, 干预组口腔健康素养得分仍有增高, 对照组得分下降($P < 0.05$); 两组组间效应、时间效应、交互效应差异有统计学意义(均 $P < 0.05$)。可能因为, 患者口腔健康素养内容主要包括口腔健康相关的知识、行为、技能和自我效能^[10]。口腔健康素养水平的提高需要多方面支持, 常规健康教育为单方向知识宣教, 忽略了患者的健康需求, 缺乏健康信念建立及行为转变过程, 导致效果不佳。基于 IKAP 理论的口腔管理健康教育, 首先收集患者健康信息, 并进行动态评估, 强调从患者需求出发, 由常规知识灌输转变为以患者为中心的个性化管理。同时从知识、信念和行为层面开展健康教育, 使患者全面了解自身口腔状况及口腔管理相关知识, 促进患者采取积极的应对方式, 在一定程度上可提高患者口腔健康素养水平, 并具有一定的远期效果。

3.3 基于 IKAP 理论的口腔管理健康教育能够提高老年脑卒中患者口腔健康相关生活质量 表 4 显示, 干预前两组口腔健康相关生活质量较差, 与有关研究结果^[5]较一致。可能因为, 老年人普遍认为牙痛、牙齿脱落、龋齿等在年老时是正常且不可避免的, 导致未能正确护理或及时就医, 加之照顾者口腔护理知识不足、重视度不够^[22], 进一步影响了患者口腔健康相关生活质量。干预组邀请患者与照顾者一起接受健康教育, 纠正他们的错误认知, 针对不同功能障碍的患者给予不同的护理知识与行为指导, 便于患者或照顾者学习与操作。干预完成时及干预后 3 个月两组口腔健康相关生活质量得分较干预前均有降低, 但干预组得分降低明显($P < 0.05$), 说明基于 IKAP 理论的口腔管理健康教育能有效提高老年脑卒中患者口腔健康相关生活质量。

4 小结

本研究显示, 基于 IKAP 理论的口腔管理健康教育能够提高老年脑卒中患者口腔健康状况、口腔健康素养及口腔健康相关生活质量。后期可进一步扩大研究人群, 增加样本量和延长追踪时间, 进一步验证研究结果和完善方案。

参考文献:

[1] 王兴. 第四次全国口腔健康流行病学调查报告[M]. 北

- 京:人民卫生出版社,2018:13-14.
- [2] Katan M, Luft A. Global burden of stroke[J]. *Semin Neurol*,2018,38(2):208-211.
 - [3] 李佳祺,赵彤,杨琨,等.脑卒中患者恢复期症状负担及其影响因素调查[J]. *护理学杂志*,2021,36(14):1-3.
 - [4] Cho H A, Im A J, Sim Y R, et al. The association between oral health literacy and oral health behaviors in North Korean defectors:a cross-sectional study[J]. *BMC Public Health*,2020,20(1):1074.
 - [5] 李颖,黄启原,周甜,等.缺血性脑卒中患者口腔健康相关生活质量现状及其影响因素分析[J]. *解放军护理杂志*,2022,39(1):50-54.
 - [6] 张倩倩,袁冬,陈曦.口腔健康状况与脑卒中的相关性因素[J]. *北京口腔医学*,2019,27(5):293-297.
 - [7] HÅheim L L, Nafstad P, Schwarze P E, et al. Oral health and cardiovascular disease risk factors and mortality of cerebral haemorrhage, cerebral infarction and unspecified stroke in elderly men;a prospective cohort study[J]. *Scand J Public Health*,2020,48(7):762-769.
 - [8] Baskaradoss J K. Relationship between oral health literacy and oral health status[J]. *BMC Oral Health*,2018,18(1):172.
 - [9] Institute of Medicine. Oral health literacy: workshop summary [M]. Washington, DC: The National Academies Press,2013: 11-12.
 - [10] 向圣晓,王姝,田苗,等.脑卒中患者口腔健康素养现状及其影响因素分析[J]. *护理学杂志*,2021,36(14):4-8.
 - [11] 陈华.基于 IKAP 理论心力衰竭患者易损期容量管理方案的构建与实证研究[D].南昌:南昌大学,2022.
 - [12] 吴惠,符秀梅,王德仙,等. IKAP 管理模式在海口市某医院糖尿病合并抑郁症患者心理干预中的应用[J]. *医学与社会*,2018,31(7):46-48.
 - [13] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组.中国脑血管疾病分类 2015[J]. *中华神经科杂志*,2017,50(3):168-171.
 - [14] 陈会娜,江佳隆,刘文秀,等.缺血性脑卒中患者疾病心理社会适应水平调查[J]. *护理学杂志*,2021,36(14):8-11.
 - [15] Chalmers J M, King P L, Spencer A J, et al. The oral health assessment tool—validity and reliability[J]. *Aust Dent J*,2005,50(3):191-199.
 - [16] Letsos P, Ryall-Henke L, Beal J, et al. More than just a simple swish and spit: implementation of oral care best practice in clinical neurosciences [J]. *Nurs Leadersh*,2013,26(6):27-33.
 - [17] 向圣晓.脑卒中患者口腔健康素养量表的编制与应用研究[D].扬州:扬州大学,2022.
 - [18] Slade G D. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile[J]. *Community Dent Oral Epidemiol*,1997,25(4):284-290.
 - [19] 辛蔚妮,凌均荣.口腔健康影响程度量表的验证研究[J]. *中华口腔医学杂志*,2006,41(4):242-245.
 - [20] Bado F M R, De Checchi M H R, Cortellazzi K L, et al. Oral health literacy, self-rated oral health, and oral health-related quality of life in Brazilian adults[J]. *Eur J Oral Sci*,2020,128(3):218-225.
 - [21] Tenani C F, De Checchi M H R, Bado F M R, et al. Influence of oral health literacy on dissatisfaction with oral health among older people[J]. *Gerodontology*,2020,37(1):46-52.
 - [22] 徐则凌,刘金玲,张甜怡,等.居家老年脑卒中患者照护者口腔护理认知与态度的调查研究[J]. *护理与康复*,2022,21(7):39-42.

(本文编辑 宋春燕)

(上接第 68 页)

- [6] Smith J A, Osborn M. Qualitative psychology:a practical guide to research methods:interpretative phenomenological analysis[M]. London:Sage,2008.
- [7] 刘明. Colaizzi 七个步骤在现象学研究资料分析中的应用[J]. *护理学杂志*,2019,34(11):90-92.
- [8] Sun L, Deng J, Xu J, et al. Rumination's role in second victim nurses' recovery from psychological trauma: a cross-sectional study in China[J]. *Front Psychol*,2022,13:860902.
- [9] 陈娇娇,杨巧,赵庆华,等.患者安全事件中护士作为第二受害者的经历与支持现状[J]. *中华护理杂志*,2020,55(6):894-899.
- [10] Bush I M, Moretti F, Purgato M, et al. Psychological and psychosomatic symptoms of second victims of adverse events:a systematic review and meta-analysis[J]. *J Patient Saf*,2020,16(2):e61-e74.
- [11] Harrison R, Lawton R, Perlo J, et al. Emotion and coping in the aftermath of medical error: a cross-country exploration[J]. *J Patient Saf*,2015,11(1):28-35.
- [12] Terri Hinkley T L. The combined effect of psychological and social capital in registered nurses experiencing second victimization: a structural equation model [J]. *J Nurs Scholarsh*,2022,54(2):258-268.
- [13] Chan S T, Khong B, Pei L T L, et al. Experiences of Singapore nurses as second victims;a qualitative study [J]. *Nurs Health Sci*,2018,20(2):165-172.
- [14] Mok W Q, Chin G F, Yap S F, et al. A cross-sectional survey on nurses' second victim experience and quality of support resources in Singapore[J]. *J Nurs Manag*,2020,28(2):286-293.
- [15] 徐宏宁,齐晓燕,方继红,等.护士第二受害者支持现状与专业生活品质的相关性研究[J]. *护理学杂志*,2021,36(23):5-8.
- [16] 魏静,唐蕾,姜燕,等.儿科护士作为第二受害者的感知及影响因素分析[J]. *中华现代护理杂志*,2020,26(13):1764-1768.
- [17] 陈贵儒,孙慧敏,黄蓉蓉,等.护士第二受害者支持现状及与医院患者安全文化的关系研究[J]. *护理学杂志*,2020,35(2):4-8.
- [18] Scott S D, McCoig M M. Care at the point of impact: insights into the second-victim experience[J]. *J Healthc Risk Manag*,2016,35(4):6-13.

(本文编辑 宋春燕)