

# 首发缺血性脑卒中患者感知控制干预方案的构建及实施

李慧<sup>1</sup>, 陈灿<sup>1</sup>, 翟清华<sup>2</sup>, 孙岩利<sup>2</sup>, 张瑞<sup>2</sup>, 卢昱孜<sup>1</sup>, 邢路瑶<sup>2</sup>

**摘要:**目的 探讨首发缺血性脑卒中患者感知控制干预方案的实施效果。方法 结合文献研究、质性访谈和感知控制双过程理论、认知适应理论构建首发缺血性脑卒中患者感知控制干预方案。将 78 例住院患者以病区为单位按抽签法随机分为对照组和干预组,各 39 例。对照组接受常规健康教育,干预组在其基础上实施感知控制干预方案,共 7 次。干预前及干预结束后即刻采用多维度健康心理控制源量表、脑卒中自我管理行为调查问卷、脑卒中症状体验量表评价干预效果。结果 两组各 37 例患者完成研究。干预后,干预组内部控制、权威人士控制得分显著高于对照组,机遇控制得分显著低于对照组(均  $P < 0.05$ );干预组自我管理行为得分显著高于对照组,症状负担得分显著低于对照组(均  $P < 0.05$ )。结论 感知控制干预方案的实施可改善首发缺血性脑卒中患者感知控制水平,提高自我管理行为,降低症状负担。

**关键词:**缺血性脑卒中; 感知控制; 健康教育; 健康心理控制源; 自我管理; 症状负担; 症状体验; 护理

**中图分类号:**R473.74;R743.31 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2026.07.005

## Development and implementation of a perceived control intervention program for patients with first-episode ischemic stroke

Li Hui, Chen Can, Zhai Qinghua, Sun Yanli, Zhang Rui, Lu Yuzi, Xing Luyao. Nursing and Health School of Zhengzhou University, Zhengzhou 450001, China

**Abstract:** **Objective** To explore the effects of a perceived control intervention program for patients with first-episode ischemic stroke. **Methods** A perceived control intervention program for patients with first-episode ischemic stroke was developed based on literature review, qualitative interviews, the Two-Process Theory of Perceived Control, and the Theory of Cognitive Adaptation. A total of 78 hospitalized patients were randomly assigned by ward using a lottery method to either a control group or an intervention group, with 39 in each group. The control group received routine health education, while the intervention group additionally received a 7-session perceived control intervention program. The Multidimensional Health Locus of Control Scale, the Stroke Self-management Behavior Questionnaire, and the Stroke Symptom Experience Scale were used to evaluate the effects before and immediately after the intervention. **Results** Thirty-seven patients in each group completed the study. After the intervention, the scores for the internal health locus of control and the powerful others health locus of control were significantly higher, where the score for the chance health locus of control was significantly lower in the intervention group compared to the control group (all  $P < 0.05$ ). The self-management behavior score was significantly higher, whereas the symptom burden score was significantly lower in the intervention group compared to the control group (both  $P < 0.05$ ). **Conclusion** The implementation of the perceived control intervention program can improve the level of perceived control, enhance self-management behaviors, and reduce symptom burden in patients with first-episode ischemic stroke.

**Keywords:** ischemic stroke; perceived control; health education; health locus of control; self-management; symptom burden; symptom experience; nursing

缺血性脑卒中是最常见的脑卒中类型<sup>[1]</sup>。近年来,我国缺血性脑卒中发病率和病死率增幅明显,且疾病首次发作后 28 d 内的复发率可达 41%,治疗负担日渐加重<sup>[2-3]</sup>。首发缺血性脑卒中患者多伴有不同程度的功能损伤,且由于医疗经济等因素需回归家庭和社区长期疾病管理。但在疾病管理全周期中,患者多由于发病突然导致疾病知识缺乏、心理应对资源储备不足,常面临较突出的疾病管理失控感<sup>[4-6]</sup>。感知

控制又称健康心理控制源,强调通过调整重评内部资源以获得控制力,从而实现健康行为的重塑,主要分为内部控制型、权威控制型和机遇控制型<sup>[7-8]</sup>。内部控制型有着更强的自我健康控制感,权威控制型认为可通过医护人员或权威人士获得控制感,机遇控制型则倾向于顺从自然的态度,对疾病资源的控制信念较差。研究发现,合理的感知控制水平能够激发个体健康维护的动机,提高内部控制及权威控制并降低机遇控制,激励个体采取积极的应对模式,改变错误认知和强化遵医行为,从而有利于身心良好适应<sup>[9]</sup>。目前首发缺血性脑卒中患者感知控制水平不容乐观,且纵向研究发现其在急性期住院期间处于最低水平,亟需进一步关注<sup>[10]</sup>。本研究基于感知控制双过程理论和认知适应理论构建首发缺血性脑卒中患者感知控制干预方案,旨在改善首发缺血性脑卒中患者感知控制

作者单位:1. 郑州大学护理与健康学院(河南 郑州,450001);2.

郑州大学第二附属医院教育培训部

通信作者:翟清华:zqh166@126.com

李慧:女,硕士在读,学生,13513755201@163.com

科研项目:河南省 2023 年科技发展计划项目(232102310500);

2024 年河南省医学科技攻关计划项目(LHGJ20240320)

收稿:2025-10-28;修回:2026-01-03

水平,提高自我管理能力。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 便利选取 2024 年 7—9 月在郑州大学第二附属医院神经内科一病区 and 神经内科二病区住院的首发缺血性脑卒中患者为研究对象。纳入标准:①符合《中国急性缺血性卒中诊治指南 2023》<sup>[11]</sup>中缺血性脑卒中诊断标准,经 CT 或 MRI 证实,结合病史资料由医生确诊,首次发病;②年龄 ≥ 18 岁;③认知正常,无明显沟通障碍,能够使用智能手机;④病情稳定,生命体征平稳;⑤具有一定自理能力,改良 Barthel 指数得分 > 40 分;⑥感知控制量表<sup>[12]</sup>内部控制得分 ≤ 23 分,权威人士控制得分 ≤ 19 分,机遇控制得分 ≥ 19 分;⑦知情同意,自愿参与本研究。排除标准:①重度身体功能残疾,改良 Rankin 量表 (Modified Rankin Scale, mRS)<sup>[13]</sup>评分 > 4 分;②存在精神

疾病或伴有其他的危重疾病;③正在参与其他研究。剔除标准:①因突发状况不能完成研究;②自动退出。根据两样本均数比较样本量计算公式: $n_1 = n_2 = 2[\sigma(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})/\delta]^2$ ,采用双侧检验, $\alpha = 0.05, \beta = 0.10$ ,查表  $Z_{\alpha/2} = 1.96, Z_{\beta} = 1.282$ 。通过前期 8 例小样本预试验结果,内部控制  $\sigma = 4.33, \delta = 4.00$ ;权威人士控制  $\sigma = 2.69, \delta = 2.75$ ;机遇控制  $\sigma = 3.29, \delta = 3.50$ 。取三者最大值,并考虑 20% 的失访率,计算得出每组所需样本量为 31 例。以病区为单位,采用抽签法将两个病区随机分为对照组和干预组,每组各纳入 39 例患者。干预过程中失访 4 例,其中干预组失访 2 例,1 例在出院后拒绝接受继续干预,1 例由于病情加重退出研究。对照组失访 2 例,均由于个人原因主动退出研究。两组各 37 例完成研究。两组一般资料见表 1。本研究已通过郑州大学伦理委员会审查 (ZZUIRB; 2024-42)。

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)				并存慢性病数量(例)			自理能力(例)		
		男	女		小学及以下	初中	高中或中专	大专及以上	0	1种	≥2种	能自理	轻度依赖	中度依赖
对照组	37	25	12	57.92 ± 7.57	7	15	8	7	3	22	12	3	10	24
干预组	37	29	8	55.76 ± 9.89	7	6	11	13	8	20	9	9	11	17
统计量		$\chi^2 = 1.096$		$t = 1.056$	$Z = -1.661$				$Z = -1.431$			$Z = -1.906$		
P		0.295		0.294	0.097				0.152			0.057		

## 1.2 方法

### 1.2.1 干预方法

对照组实施常规疾病管理健康教育。①集体健康教育:由病区护理人员每 2 周在示教室组织 1 次,包括卒中治疗、康复期注意事项及住院安全等内容,医护团队现场答疑。②个体健康教育:根据患者个体情况,责任护士一对一进行用药指导、康复训练指导及心理支持等。③随访教育:建立 24 h 电话咨询渠道,患者出科后进行电话随访,评估患者身心状况,提供居家指导并督促定期复诊。干预组在对照组的基础上实施 7 次感知控制干预,具体如下。

**1.2.1.1 成立干预团队** 干预团队成员包括课题组导师 1 名,取得国家二级心理咨询师资质的护理专家、神经内科医生、康复治疗师及营养管理师各 1 名,护理研究生 2 名,神经内科护士 3 名。课题组导师负责研究过程的把控和指导;护理专家负责心理指导,协助开展干预实施并监督流程;医生、康复治疗师及营养管理师负责干预中具体专业知识的解答和指导落实;护理研究生在团队其他成员指导和协助下,负责干预方案的构建和实施以及资料的收集与分析;护士负责协助干预方案的实施,协调干预时间和地点,并联络和督促患者。

**1.2.1.2 制订干预方案** 本研究结合感知控制双过程理论及认知适应理论构建干预内容。感知控制双过程理论强调个体可通过初级控制(认知调节、信息处理和行为管理)和次级控制(外部支持)的双过程结

构来获得感知控制加以应对<sup>[14]</sup>。认知适应理论认为个体的适应过程主要包括通过整合自身资源归因及构建益处等过程寻求心理控制感,通过社会比较提升等过程进行自我增强,以促进身心健康和主观幸福的内在稳定状态<sup>[15]</sup>。本研究结合事件归因、构建益处和整合资源寻求控制动机,从认知、信息、行为控制、社会支持等方面刺激初级控制和次级控制过程的启动和不断运作,从而使患者达到内在稳定状态,维持合理的感知控制水平。在此基础上,通过文献回顾,并选取 11 例首发缺血性脑卒中患者进行访谈以探究患者感知控制体验及需求,从而初步设计首发缺血性脑卒中患者感知控制干预方案。邀请 15 名神经内科、神经康复科、慢病管理、护理心理等相关领域专家进行 2 轮函询(均为本科及以上学历,副高及以上职称,10 年以上工作经验),选取 8 例符合纳入标准的首发缺血性脑卒中患者进行预试验,对干预方案进行优化调整后,形成最终干预方案,见表 2。

**1.2.1.3 实施干预方案** 考虑脑卒中患者入科初期的病情稳定状况以及最短住院周期(通常 2 周或以上),共设计 7 次干预,前 4 次干预在患者住院 2 周内完成。住院期间为线下面对面干预,每次干预 30~40 min,每次干预间隔 3~4 d(方便患者理解和吸收前次干预内容);出科后为线上干预(电话或微信视频),每次干预 20~30 min,每次干预间隔 5~6 d。干预形式为团体小组干预(第 2~5、7 次)与个体干预(第 1、6 次)相结合,为确保干预效果,设置团体小组成员 5~7 例。

实施方案前 1 周,对干预团队成员进行 1 次面对面的集中培训,培训内容涵盖感知控制的相关知识、干预的具体内容与实施步骤、成员分工、干预实施过程中的安全性指导以及突发情况应对等。

表 2 首发缺血性脑卒中患者感知控制干预方案

干预时间	干预主题	干预内容
第 1 次 (入科后 4~6 d)	了解感知控制含义,初识感知控制需求	①介绍干预团队成员及权威性,增强患者信任度和安全感;详细介绍本研究的目的、内容,签订知情同意书;建立微信群邀请患者及其照顾者,并发放干预手册。②了解患者的基本情况、生活工作经历、患病经历、目前对疾病管理知识的了解程度及相关知识需求,初步了解患者在疾病感知和控制过程中存在的问题。③介绍感知控制的含义及意义,明确内部控制、权威人士控制、机遇控制的区别,并使用相关量表测量感知控制水平。④学习放松技巧如腹式呼吸放松技术等。⑤安排作业,记录(以书写或录音形式)对脑卒中的了解及目前在管理疾病中关注的问题,在第 2 次干预前完成,并通过群内打卡小程序登记
第 2 次 (入科后 7~9 d)	强化卒中疾病知识,纠正机遇感知偏差	①回顾上一次课程内容。②团体授课:结合第 1 次作业情况分析每例患者存在的感知误区,由医生进行讲解,帮助建立正确认知;结合图片和案例形式讲解饮食、用药、活动等方面注意事项,行为改变对预防卒中复发的重要性等;指导患者以平常心对待疾病,但不可有事不关己的心态。③知识检验:针对上述相关知识进行个人趣味抢答,共 15 题,前 3 名予以奖励。④调节方式学习:由干预团队的护理专家采取情景模拟或视频指导患者学习去灾难化、重归因等负性思维矫正技术(嘱患者闭上眼睛想象自己由于对健康管理不重视,“听天由命”心态而无法控制导致再次住院的场景,休息后重新想象合理控制疾病后的愉悦锻炼、家庭和睦情景)。⑤资源分享:推荐卒中相关书籍以及公众号供患者学习。⑥安排作业:每 2 天在微信群推送 1 个模块(饮食、用药、活动等),患者学习并于下次干预前分享 1 个与之前生活习惯差异最大的管理行为,完成后通过群内打卡小程序登记
第 3 次 (入科后 10~11 d)	提高自我效能水平,激发内部控制信心	①共同回顾上一次课程内容。②明晰作用,激发效能:观看“人民好医生 App”中生活行为控制规范、降低复发风险的例子。③小组讨论,强化信心:由科室护士引导,组内成员现身说法讲解自我正确认知、合理控制取得更好疾病康复效果的例子。④学习自动思维记录等行为应对技巧。⑤制订目标,建立期望:指导患者从疾病康复、生活工作等角度制订个体化 1 周控制行为小目标,并鼓励完成。⑥安排作业:建立自我控制日志,照顾者辅助患者每天记录控制行为计划(如康复活动控制、血压控制等)的完成情况及自我满意度,由科室护士督促,在群内打卡小程序登记
第 4 次 (出科前 1~3 d)	回忆疾病获益体验,提升内部控制信念	①共同回顾上一次课程内容。②即时激励:评价上周控制行为目标完成情况及满意情况,对高效完成(1 周内完成天数≥5 d)且满意度高(1 周内自我满意天数≥5 d)的患者进行鼓励。③同伴激励:请获得奖励的成员分享在控制过程中对自我疾病感知、活动计划等方面的获益体验。④自由讨论:每位成员分享在控制疾病过程中的获益感受或者面临的挑战,头脑风暴共同解决问题。⑤建立希望:每位成员明确在接下来几周内要达到的目标,最后一次干预时进行评价,目标可与康复锻炼、日常健康行为结合。⑥学习使用愉快事件表。⑦安排家庭作业:使用愉快事件记录表,每日记录在控制疾病过程中至少 1 项正向体验或积极事件,培养对疾病管理的信心和乐观态度,完成后在群内打卡登记
第 5 次 (出科后 4~7 d)	加强外部社会支持,丰富外部控制资源	①共同回顾上一次课程内容。②感知社会支持:分享与家人相处的幸福小事,回忆家人对自己的激励话语和疾病控制过程中的点滴经历。③梳理来源:回忆并分享在控制疾病中照顾者、家人朋友、医护人员发挥的角色作用,体会权威、外部支持的重要性,引导其意识到多样性的社会支持来源
第 6 次 (出科后 8~10 d)	积极自我资源重评,整合内外控制动机	①与患者回顾上一次课程内容。②掌握重评方法:指导患者重新评价列举自身所具备的内、外部控制资源,鼓励患者用“与第 1 周相比,我能……”的句式在群内接龙发言近几周自我掌控最明显的行为,体会自我成长。③明确重评价值:使用“脑卒中风险评分卡”,以百分比的形式评价症状复发控制的可能性,并与之前所记录的对比。④心理调节应对:学习公众号推文《关注卒中后抑郁》,察觉负性自动思维,学会并练习负性思维的转移注意训练,如分散注意力、想象放松技术
第 7 次 (出科后 11~14 d)	回顾相伴课程过往,延续美好带病生活	①回顾收获:梳理近期学习成果,鼓励坚持维系控制能力;肯定患者的配合与坚持,对全程参与者发放礼品奖励,分享参与活动的收获,询问对活动的建议。②展望未来:展示患者第 4 次干预时罗列的目标希望,评价完成情况及收获情况,与照顾者共同设定对未来的计划。活动结束后,情谊常在

**1.2.2 评价方法** ①多维度健康心理控制源量表 (Multidimensional Health Locus of Control Scale)<sup>[12]</sup>。包含内部控制因素、权威人士控制因素及机遇控制因素 3 个子量表(每个子量表包含 6 个条目),共 18 个条目。采用 6 级评分法,“非常不同意”至“非常同意”分别计 1~6 分。某分量表得分越高,表示个体相应控制源的倾向性越高。各子量表 Cronbach's  $\alpha$  系数 0.830~0.895。②脑卒中自我管理行为调查问卷。采用陈素艳等<sup>[16]</sup>编制的问卷,包括饮食控制、情绪管理、服药依从性、康复锻炼、体重控制以及戒烟限酒 6 个维度 20 个条目。采用 Likert 5 级评分法,“完全没有做到”至“完全做得到”依次计 0~4 分。总分 0~80 分,分数越高,脑卒中患者自我管理行为越好。问卷 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.813。③脑卒中症状体验量表。由吴蒙蒙等<sup>[17]</sup>编制,包括 6 个维度,共 19 个条目,每个条目均

从症状的频率、强度、困扰度 3 个方面进行评价。采用 Likert 5 级评分法,频率从“无”到“几乎持续”依次计 0~4 分,强度从“无”到“非常严重”依次计 0~4 分,困扰度从“无”到“很多”依次计 0~4 分。3 个方面均值表示患者在该症状上的负担,各题均值之和为患者总体症状负担,分数越高说明患者症状负担越重。量表 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.810。在干预前和最后 1 次干预结束后通过面对面及电话随访收集各评价指标数据。

**1.2.3 统计学方法** 采用 SPSS24.0 软件对数据进行录入和分析。服从正态分布的计量资料以 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示,采用两独立样本  $t$  检验;计数资料和等级资料以频数表示,组间比较分别采用  $\chi^2$  检验、秩和检验。检验水准  $\alpha=0.05$ 。

**2 结果**

**2.1 两组感知控制得分比较** 见表 3。

表 3 两组感知控制得分比较

分,  $\bar{x} \pm s$

组别	例数	内部控制		权威人士控制		机遇控制	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	37	19.37±2.09	23.59±2.24	16.00±2.01	21.95±2.37	23.83±2.52	18.89±2.37
干预组	37	19.18±2.58	29.46±1.94	16.11±1.88	24.22±2.24	23.75±2.14	14.19±1.84
$t$		0.347	12.039	0.239	4.238	0.149	9.546
$P$		0.730	<0.001	0.812	<0.001	0.882	<0.001

**2.2 两组自我管理行为和症状负担得分比较** 见表 4。

表 4 两组自我管理行为和症状负担得分比较

分,  $\bar{x} \pm s$

组别	例数	自我管理行为		症状负担	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	37	41.64±6.89	47.38±4.57	40.91±7.69	36.60±6.27
干预组	37	43.41±3.42	56.59±5.35	39.56±6.04	33.14±6.20
$t$		1.389	7.964	0.846	2.386
$P$		0.169	<0.001	0.401	0.020

感知到自身积极改变,正向体会行为控制得当的益处,从而增强控制信念。在资源整合方面,帮助患者梳理可获得的外部支持来源,激发控制疾病的外部动机,并围绕内外部控制资源鼓励患者开展自我重新评价,促进明确自我价值<sup>[18]</sup>。此外,在干预过程中通过安排定期作业、医生答疑及专业心理咨询等内容,强化了权威性指导的即时效应,即在患者最需要的时候提供指导,使其信息接收和行为反馈效果最大化,并且由专业医护人员等组成跨学科团队,帮助患者及时分析解决问题,增加了其应对疾病的信心<sup>[19]</sup>。以上干预措施使患者的内部控制及权威人士控制得到显著提升,并能够削弱机遇控制水平。

**3 讨论**

**3.1 实施感知控制干预方案可改善首发缺血性脑卒中患者的感知控制水平** 本研究显示,干预后干预组的内部控制、权威人士控制得分显著高于对照组,机遇控制得分显著低于对照组(均  $P<0.05$ ),说明干预方案能够有效改善感知控制水平,使患者更倾向于相信健康取决于自我控制,更易于接纳专业人士的建议,并减轻对疾病管理的消极态度。本研究结合事件归因、构建益处、资源整合等形式丰富的干预主题,围绕初级控制以及次级控制 2 个过程的核心要素指导干预内容的设计。在事件归因方面,帮助患者归因自身所具备的疾病可控资源,设置多种形式详细讲解了脑卒中发病机制、饮食、用药、康复等方面的内容;通过自我调节技巧学习,引导患者体会将健康归为自我可控所带来的好处,提高将机会掌握在自己手中的意识,增强自我积极认知。在构建益处方面,指导患者从康复活动、生活工作等方面制订控制行为目标并记录日志的完成情况,结合内部控制激励策略,使患者

**3.2 实施感知控制干预方案可提高首发缺血性脑卒中患者的自我管理行为** 研究结果显示,干预后干预组自我管理行为得分显著高于对照组( $P<0.05$ ),与李媛<sup>[20]</sup>的研究结果一致。感知控制双过程理论指出,个体通过双过程结构来获得感知控制,而控制倾向会影响其在应激事件中的内心状态和认知评价,进而影响疾病适应<sup>[14]</sup>。因此,感知控制的提升在一定程度上能够帮助患者适应疾病,促使患者主动采取积极的疾病管理行为。方案从初级控制认知、信息和行为多维度引导患者产生对主动控制疾病的适宜认知,建立脑卒中相关知识的正确信息框架,并在目标行为达成过程中主动规范自我管理,以促进其健康意识的觉醒;从次级控制结构帮助患者获得外部支持力量感知(同伴疾病管理获益体验激励和外部支持资源感知等),

这种寻求外部援助的方式进一步强化了患者维护自身健康的动机,提高患者的控制信心和信念感,从而使患者参与自我管理的意愿更强烈。同时通过使用“脑卒中风险评分卡”,帮助患者感知疾病对于生命的威胁,进一步规范其自我管理行为<sup>[21]</sup>。通过对双过程的获得与调节来激发患者的行为内推力及外部控制力,最终提高了自我管理行为水平。

**3.3 实施感知控制干预方案可降低首发缺血性脑卒中患者的症状负担水平** 表 4 显示,干预后干预组症状负担得分显著低于对照组( $P < 0.05$ ),与 Kam Yuet Wong 等<sup>[22]</sup> 研究结果一致。研究指出,积极心态能激发患者在疾病治疗和康复过程中的内部主观能动性,缓解其症状负担<sup>[23-24]</sup>。在干预方案中,通过与患者面对面访谈,引导他们感知自身在疾病管理中已具备的资源条件,从而能够客观对待疾病对生活的影响并正视自我优势;通过团体内部疾病控制获益体验分享,充分发挥同伴间的正向激励和带动作用,进一步调动患者主动获得自我控制的信心;同时引入心理调节技巧如放松技巧、思维矫正技术等,帮助调整心理状态,减轻首次发病带来的负担。权威资源的帮助同样可使患者重新思考自身潜能,促进内心自愈,减轻自我负担<sup>[25]</sup>。本研究为患者提供专业人员帮助,使其能够将超出自身掌控范围的疾病管理权转移至医护人员,在支持性资源的帮助下促进自我监测,发掘自身潜力,逐步掌握并实践疾病自我管理行为,从而减轻症状负担。

## 4 结论

本研究表明,感知控制干预方案在改善首发缺血性脑卒中患者感知控制水平,提高其自我管理行为水平,降低症状负担方面展现出积极效果。但本研究干预时间短,且未能监测脑卒中复发、再入院率等客观指标。未来需延长随访时间,收集感知控制水平的变化趋势及对预后的影响。

## 参考文献:

[1] Nair R, Wagner A N, Buck B H. Advances in the management of acute ischemic stroke[J]. *Curr Opin Neurol*, 2023,36(2):147-154.

[2] Gao Y, Liu K, Fang S. Changing patterns of stroke and subtypes attributable to high systolic blood pressure in China from 1990 to 2019[J]. *Stroke*, 2024,55(1):59-68.

[3] Chen Y, Wright N, Guo Y, et al. Mortality and recurrent vascular events after first incident stroke: a 9-year community-based study of 0.5 million Chinese adults[J]. *Lancet Glob Health*, 2020,8(4):e580-e590.

[4] 江雅倩,汪晖,屈聪惠,等.脑卒中患者出院安置现状及预测因子分析[J]. *护理学杂志*, 2022,37(10):106-109.

[5] Kutlubaev M A, Akhmetova A I, Ozerova A I. Emotional disorders after stroke [J]. *Neurosci Behav Phys*, 2024,54(4):563-568.

[6] 潘习,王稚,徐岚.基于自我损耗理论的脑卒中患者健康行为退化成因的质性研究[J]. *护理学杂志*, 2022,37

(17):18-22.

[7] Jacono C S. Theoretical perspectives of perceived control in older adults: a selective review of the literature[J]. *J Adv Nurs*, 2007,59(1):1-10.

[8] 李芳琳,姜桐桐,余一彤,等.慢性病患者健康心理控制源的研究现状[J]. *中国护理管理*, 2020,20(5):796-800.

[9] Kaiser B N. Locus of control and mental health: human variation complicates a well-established research finding [J]. *Am J Hum Biol*, 2024,36(12):e24147.

[10] 刘枝健.急性缺血性脑卒中患者感知控制变化趋势及其与认知、功能、情绪和生活质量关系的纵向研究[D].上海:中国人民解放军海军军医大学,2022.

[11] 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.中国急性缺血性卒中诊治指南 2023[J]. *中华神经科杂志*, 2024,57(6):523-559.

[12] 汪向东,王希林,马弘.心理卫生评定量表手册[M].增订版.北京:中国心理卫生杂志社,1999:306-307.

[13] 朱金巧,夏雪,胥芹,等.改良 Rankin 量表用于卒中临床试验结局评价及其统计方法研究[J]. *中国卒中杂志*, 2025,20(8):1029-1034.

[14] Xie D. Two-process theory of perceived control: changing the workspace and changing the self[M]. London: Routledge, 2021:124-131.

[15] 陈建文,陈莎.极端应激情境下寻求健康和幸福的新视点:认知适应理论(CAT) [J]. *华中师范大学学报(人文社会科学版)*, 2009,48(1):137-140.

[16] 陈素艳,张振香,渠利霞,等.郑州市社区脑卒中患者实施自我管理的效果[J]. *中国老年学杂志*, 2015,35(3):771-772.

[17] 吴蒙,袁竺方,游旅,等.脑卒中症状群评估量表的编制及信效度检验[J]. *护理学杂志*, 2024,39(3):10-13.

[18] 吕林玉.脑卒中患者健康心理控制源、自我管理与健康促进行为的相关性研究[D].延吉:延边大学,2021.

[19] 王露茗,翟清华,葛爽,等.积极自我表露干预对中青年脑卒中患者照顾者获益感的影响[J]. *护理学杂志*, 2023,38(14):67-71.

[20] 李媛.脑卒中患者积极度干预方案的构建及应用[D].郑州:郑州大学,2022.

[21] 胡琼丹,陈霞,曹教育,等.脑心健康管理师主导脑卒中风险筛查门诊的实践效果[J]. *护理学杂志*, 2022,37(9):38-41.

[22] Kam Yuet Wong F, Wang S L, Ng S S M, et al. Effects of a transitional home-based care program for stroke survivors in Harbin, China: a randomized controlled trial [J]. *Age Ageing*, 2022,51(2):afac027.

[23] 周柯冰,黄晓娇,闫凤侠.首发脑卒中恢复期患者症状负担及其影响因素的网络分析[J]. *中华护理杂志*, 2025,60(7):792-798.

[24] 蔡昕.维持性血液透析患者积极心理品质和症状负担的相关性研究[D].南宁:广西医科大学,2020.

[25] Mozafari S, Yang A, Talaei-Khoei J. Health locus of control and medical behavioral interventions: systematic review and recommendations[J]. *Interact J Med Res*, 2024,13:e52287.