

自我效能理论在脑卒中偏瘫伴心理障碍患者康复训练中的应用

杨文清, 郭克锋, 王志江, 朱银星

[摘要] 目的 探讨自我效能理论在脑卒中偏瘫伴心理障碍患者康复训练中的作用和意义。方法 将 26 例脑卒中偏瘫伴心理障碍患者随机分为综合治疗组 13 例(在常规运动疗法训练中增加自我效能的方法)、常规运动疗法组 13 例, 分别在治疗前、治疗后 1 个月和 3 个月采用一般自我效能感量表(GSES)进行自我效能评价, 采用 Fugl-Meyer 评定法评定运动功能; 在治疗前和治疗后 1 个月采用症状自评量表(SCL-90)对心理健康水平进行检测。结果 两组患者入院时 GSES 评分无显著性差异($P > 0.05$)。综合治疗组 1 个月后 GSES 评分提高 63%, 与运动疗法组比较有非常显著性差异($P < 0.01$)。综合治疗组在治疗后 3 个月与 1 个月时自身前后相比增高幅度为 10%。治疗前简化 Fugl-Meyer 评定评分两组患者无显著性差异, 1 个月后综合治疗组由(53.08 ± 13.04)上升为(90.07 ± 6.54), 运动疗法组由(56.46 ± 12.95)上升为(81.77 ± 8.51), 有显著性差异($F = 85.53, P < 0.05$)。两组患者治疗前 SCL-90 各因子分没有显著性差异, 治疗后综合治疗组抑郁、焦虑、强迫、敌对因子分与运动疗法组比较明显降低($P < 0.01$)。结论 将自我效能理论应用于脑卒中偏瘫伴心理障碍患者的康复治疗, 能充分调动其自身潜能, 增加患者的信心, 改善患者的情绪, 提高训练效果, 从而提高其生活质量。

[关键词] 脑卒中; 偏瘫; 心理障碍; 自我效能; 康复

Application of Self Efficacy Theory in Rehabilitation for Hemiplegics with Psychological Disorder after Stroke YANG Wen-qing, GUO Ke-feng, WANG Zhi-jiang, et al. Department of Rehabilitation Medicine, Tangdu Hospital, Fourth Military Medical University, Xi'an 710038, Shaanxi, China

Abstract: **Objective** To investigate the effect of self-efficacy theory in rehabilitation on stroke patients with hemiplegia complicated psychological disorder. **Methods** 26 cases were divided into the combined therapy group (13 cases, accepted physical therapy with self-efficacy) and the routine physical therapy group (13 cases). They were assessed with General self-efficacy scale (GSES), Fugl-Meyer Assessment before and 1, 3 months after treatment, as well as symptom checklist (SCL-90) before and 1 month after treatment. **Results** The scores of GSES raise 63% in the combined therapy group 1 month after treatment, obviously different from that of routine physical therapy ($P < 0.01$). The score of Fugl-Meyer Assessment of the combined therapy group were increased from (53.08 ± 13.04) to (90.07 ± 6.54) and from (56.46 ± 12.95) to (81.77 ± 8.51) in the routine physical therapy group ($F = 85.53, P < 0.05$). All the scores of depression, anxiety, compulsion, hostility in SCL-90 were markedly lower in the combined therapy group than in the routine physical therapy group ($P < 0.01$). **Conclusion** Utilization of self-efficacy theory in rehabilitation can improve the emotion and effect of rehabilitation.

作者单位: 第四军医大学唐都医院康复医学科, 陕西西安市 710038。作者简介: 杨文清(1966-), 女, 山西临汾市人, 副教授, 副主任医师, 主要研究方向: 神经损伤修复的基础及临床。

Key words: stroke; hemiplegia; psychological disorder; self-efficacy; rehabilitation

[中图分类号] R743.3 [文献标识码] A [文章编号] 1006-9771(2008)11-1045-03

[本文著录格式] 杨文清,郭克锋,王志江,等.自我效能理论在脑卒中偏瘫伴心理障碍患者康复训练中的应用[J].中国康复理论与实践,2008,14(11):1045-1047.

脑卒中后 70% 以上的患者会遗留有偏瘫,33% 以上的患者会出现抑郁,而偏瘫和抑郁严重降低患者的生活质量。提高运动功能和改善抑郁状况的康复是一个漫长的过程,对患者是一个挑战。Bandura 的自我效能(self-efficacy)概念被广泛应用于个体学习以及健康促进等领域的研究。本研究将自我效能理论应用于脑卒中偏瘫伴心理障碍患者的康复训练,探讨自我效能理论对训练疗效的影响,为提高患者的生活质量提供一个新的手段。

1 对象与方法

1.1 研究对象与分组 2006 年 6 月~2008 年 1 月我科收治的脑卒中患者 78 例,均经 CT 证实。其中脑出血 28 例,脑梗死 50 例,均存在偏侧肢体运动功能障碍。所有患者入院时即进行临床精神卫生症状自评量表(SCL-90)评测,筛选出其中有心理障碍的患者 26 例,其中其中男性 11 例,女性 15 例人,年龄(44±13)岁。患者排除精神疾患,意识清楚,可理解治疗师的指令。按入院时间随机分为综合治疗组 13 例,在给与常规运动治疗同时给与增强自我效能的治疗;常规运动疗法组 13 例。

1.2 评价标准 ①一般自我效能感量表(General self-efficacy scale, GSES)^[1]:根据标准分将自我效能分为高(>80)、中(60~80)、低(<60)3 个水平,分别于治疗前、治疗后 1 个月及 3 个月各进行 1 次问卷调查;②简化 Fugt Meyer 运动功能评定^[2]:分别于治疗前、治疗后 1 个月及 3 个月个月进行,由同一位康复医师进行评估;③症状自评量表(SCL-90)^[3]:分别于治疗前、治疗后 1 个月由经过专业培训的医师进行;专业医师用统一指导语向受试者讲解本次研究的目的、意义及有关的解释,要求受试者按照自己的实际情况和自我感受,独立完成答卷;对确有困难或不识字者,由测试者根据其回答如实填写,专人进行效果评定;SCL-90 阳性因子结果以 SCL-90 各症状因子分是否达到或超过中等痛苦水平(≥2)为界限,≥2 者为有心理问题。

1.3 增加自我效能的方法^[4-5]

1.3.1 心理疏导与支持 疾病所产生的情绪和心理反应直接影响患者认知和行为改变。若患者将将这种不良的情绪和反应带到康复训练之中,那只能获得很少效能。因此,我们在训练中主要采用以下的步骤逐步提高患者的自我效能:①根据 SCL-90 测试结果进行详尽的心理分析,找出患者的人格缺陷及不良社会心

理因素,进行有针对性的解释,向患者作切实可行的保证,使患者对即将进行的治疗的重要性有所了解并对可能发生的事情有所预知,从而提高患者控制和调节自己的能力,使患者有目标有信心;②耐心向患者解释,帮助其认识疾病的发生、发展和转归过程及治疗经过,以提高患者对自身人格缺陷及不良应激致病的认识,纠正其不良行为,使其在训练中能够与治疗师积极配合;③鼓励患者学会忽略症状,带症状生活、训练和学习;④让患者主动尝试社会康复、适应性训练,调整生活、工作、学习目标,建立以身心健康为中心的理念。

1.3.2 行为成就 即直接和间接经验:直接经验指个体对自身行为的成败体验,这是最有影响力的信息源。目标活动成功可增强自我效能,反之则降低自我效能^[5]。为了使患者不断有成功体验,我们将肢体的运动动作分解为若干易于掌握、易于实现并可逐步提高的的小的动作,这样患者总能对完成下一个动作充满信心和兴趣。在增加患者自身成功体验的同时,我们定时组织病友之间的交流,互相介绍与分享各自的康复经验与体会,互相借鉴,取长补短,从而进一步增强了综合治疗组患者完成康复训练计划的信心。

1.3.3 发挥社会、家庭支持作用 对患者进行康复训练的同时,我们强调家属的参与并教给家属一定的康复知识和技术,让家属了解患者的康复过程、心理状态,增强家属的信心,使家属能够以乐观的态度、宽松和谐的家庭氛围去感染患者,要让患者了解自己在家庭中的重要地位,以及家人和朋友对他的关心和支持,使患者感受到家庭和社会的温暖,协助患者按计划完成康复锻炼。综合治疗组的患者均得到了家人和朋友的支持。

1.4 运动功能训练 两组患者入院即根据个体情况,有选择性地开始进行康复治疗,内容有:床上抗痉挛体位的摆放,患侧肢体各关节的被动活动,神经促进技术(以 Rood 技术、Brunnstrom 技术为主),健侧肢体的主动运动,卧坐训练,坐站训练;坐位平衡的训练,神经网络、功能性电刺激等;转移训练,神经促进技术应用(以运动再学习方法为主),站位平衡训练,患肢负重训练,步行训练和上下楼梯训,同时加入相应的作业训练。每天 1~2 次,每次 30~40 min,每周 5 d。由治疗师进行。如运动功能进一步改善,指导患者如何适应家庭生活环境,如何独立完成日常生活活动等。另外,康复训练时,要求教会患者家属或护工帮助患者训练。

1.5 统计学方法 数据用($\bar{x} \pm s$)表示,采用 SPSS

11.0 软件包进行单因素方差分析(One-Way ANOVA)。

2 结果

2.1 自我效能 两组患者治疗前 GSES 评分无显著性差异($P>0.05$)。1 个月后综合治疗组 GSES 评分上升 63%,与运动疗法组比较有显著性差异($P<0.05$);3 个月后,综合治疗组于 1 个月时自身前后对比提高 10%。见表 1。

2.2 SCL-90 26 例患者均不同程度地存在心理问题。其中躯体化 26 例,抑郁 15 例,焦虑 13 例,恐惧 10 例,强迫 8 例,人际关系敏感 5 例,敌对 5 例,偏执 2

例,精神病性 1 例。两组患者治疗前 SCL-90 各因子分无显著性差异;治疗后,综合治疗组抑郁、焦虑、强迫、敌对因子分与运动治疗组比较明显降低($P<0.01$)。见表 2。

表 1 两组 GSES 评分比较

组别	例数	治疗前	1 个月	3 个月
运动疗法组	13	18.62±6.83	21.46±8.67	19.15±8.96
综合治疗组	13	19.23±7.06	31.39±7.14 ^{a,b}	34.62±4.17 ^b

注:a:同组治疗前后比较, $P<0.05$;b:与运动治疗组比较, $P<0.05$ 。

表 2 两组 SCL-90 各因子分比较

因子	综合治疗组		仅运动治疗组		F	P
	治疗前	1 个月	治疗前	1 个月		
躯体化	2.43±0.15	1.33±0.21	2.50±0.13	2.19±0.42	40.549	0.000
抑郁	2.66±.31	1.61±0.16	2.40±0.24	2.40±0.20	34.038	0.000
焦虑	2.28±0.42	0.84±0.47	2.22±0.53	2.03±0.53	17.146	0.000
强迫	2.09±0.49	1.20±0.34	2.25±0.45	2.05±0.44	10.835	0.000
敌对	2.10±0.40	1.19±0.39	1.97±0.43	0.27±1.89	10.396	0.000
人际关系	2.01±0.12	1.85±0.30	2.00±0.12	2.10±0.30	1.842	0.159
恐惧	1.70±0.23	1.52±0.19	1.52±0.10	1.54±0.08	1.358	0.273
偏执	1.50±0.13	1.42±0.13	1.35±0.09	1.45±0.11	1.193	0.528
精神病性	1.83±0.15	1.77±0.26	1.74±0.27	1.64±0.21	1.114	0.358

2.3 简化 Fugl-Meyer 评定 治疗前简化 Fugl-Meyer 评定运动治疗组为(56.46±12.95),综合治疗组为(53.08±13.04),无显著性差异($P>0.05$);治疗 1 个月后,综合治疗组 Fugl-Meyer 评定积分为(90.07±6.54),运动治疗组为(81.77±8.51),有显著性差异($F=85.53, P<0.05$);3 个月后运动治疗组为(86.15±11.22),综合治疗组为(94.62±4.88),有显著性差异($P<0.05$)。

3 讨论

自我效能(self-efficacy)是美国心理学家 Bandura 在社会学习理论中提出的一个核心概念,系指人们成功地实施和完成某个行为目标或应付某种困难情境能力的信念^[6-7]。人是行为的主体,人的主体意识支配其行为。自我效能反映人体对自身潜能的发挥,在健康方面的意义表现为人们对追求健康能力的信念。有关研究表明,自我效能与心理健康状况呈正相关。自我效能影响个体的生存状态、行为目标设定、思维模式、动机,决定着个体对困难和挫折的处理方式。自我效能强的人往往把健康或疾病归因于自我原因,而不是外在因素。这样的思维方式能促使个体提高动机水平,发展技能,通过自己的努力改变现实。Tattersalls 倡导在慢性病的治疗中通过增强患者信心,提高自我效能,鼓励他们自我决策,应用自己的见识和技术等实施自我管理^[7-8]。

我们通过对 26 例脑卒中患者的研究显示,加强自

我效能训练的患者能够积极配合治疗,主动坚持训练,面对训练中出现的问题能够沉着应对;而自我效能低的人则往往惊慌失措,采取过分或逃避等消极的应对方式。在临床中我们也观察到,自我效能越高的个体,其健康需求越高,功能训练的迫切性越高^[9]。因此,在设计脑卒中患者的康复方案时,应当注重设计能够激发自我效能的一些措施,在尽可能短的时间内,尽可能地恢复各种功能,提高生活质量。

[参考文献]

[1]王才康.一般自我效能感量表[J].中国行为医学科学,2001,10(特刊):185-186.
[2]周维金,孙启良.瘫痪康复评定手册[M].北京:人民卫生出版社,2006:46-50.
[3]龚耀先.医学心理学[M].北京:人民卫生出版社,1999:132-142.
[4]Dixon G, Thorntonm EW, Young CA. Perceptions of self-efficacy and rehabilitation among neurologically disabled adults[J]. Clin Rehabil, 2007,21:230-240.
[5]George S, Clark M, Crotty A. Development of the Adelaide Driving Self-Efficacy Scale[J]. Clin Rehabil, 2007,21:56-61.
[6]Resnick B. Geriatric rehabilitation: the influence of efficacy belief and motivation[J]. Rehabil Nursing, 2002,27(4):151-159.
[7]Tattersall RL. The expert patient: a new approach to chronic disease management for the twenty-first century[J]. Clin Med, 2002,2(3):227-229.
[8]Lenze E, Munin M, Quear T, et al. The Pittsburgh Rehabilitation Participation Scale: reliability and validity of a clinician-rated measure of participation in acute rehabilitation[J]. Arch Phys Med Rehabil, 2004,85:380-384.
[9]Rigby SA, Domenech C, Thornton EW, et al. Development and validation of a self-efficacy measure for people with multiple sclerosis: The Multiple Sclerosis Self-efficacy Scale[J]. Mult Scler, 2003,9:73-81.

(收稿日期:2008-08-19)