

健康行为在中青年脑卒中患者 残疾接受度和生活质量的中介作用

毛李烨^{1,2}, 李玲¹, 廖宗峰¹, 黄海珊¹, 易巧利^{1,2}, 沈凡^{1,2}

摘要 目的:探讨中青年脑卒中患者健康行为在残疾接受度和生活质量之间的中介作用。**方法:**选取2019年7月至2022年2月武汉市某三甲医院神经内科192例中青年脑卒中患者,采用一般资料调查表、残疾接受度修订量表、健康促进生活方式量表、生活质量量表进行问卷调查。**结果:**中青年脑卒中患者残疾接受度得分为(81.13±10.58)分,健康行为得分为(124.47±25.17)分,生活质量量表百分制总分为(59.59±10.52)分。残疾接受度和健康行为均与生活质量呈正相关($P<0.01$)。健康行为在残疾接受度与生活质量间起部分中介作用,中介效应占总效应的13.74%。**结论:**中青年脑卒中患者残疾接受度、健康行为和生活质量均处于中等水平,健康行为可在残疾接受度和生活质量之间起部分中介作用。

关键词 中青年脑卒中;残疾接受度;健康行为;生活质量;中介作用

中图分类号 R741;R743.3 文献标识码 A DOI 10.16780/j.cnki.sjssgncj.20220503

本文引用格式:毛李烨, 李玲, 廖宗峰, 黄海珊, 易巧利, 沈凡. 健康行为在中青年脑卒中患者残疾接受度和生活质量的中介作用[J]. 神经损伤与功能重建, 2023, 18(3): 145-149.

Mediating Role of Health Behaviors between Disability Acceptance and Quality of Life in Young and Middle-Aged Stroke Patients

MAO Li-ye^{1,2}, LI Ling¹, LIAO Zong-feng¹, HUANG Hai-shan¹, YI Qiao-li^{1,2}, SHEN Fan^{1,2}. 1. Department of Neurology, Tongji Hospital, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan 430030, China; 2. Department of Nursing, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan 430030, China

Abstract Objective: To explore mediating role of health behaviors between disability acceptance and quality of life in young and middle-aged stroke patients. **Methods:** From July 2019 to February 2022, 192 cases of young and middle-aged stroke inpatients from the Department of Neurology of a tertiary care hospital in Wuhan were selected. Questionnaires were conducted using the general information questionnaire, Acceptance of Disability Scale-Revised (ADS-R), Health Promoting Lifestyle Profile II (HPLP II), and World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF). **Results:** The ADS-R score was (81.13 ± 10.58), the HPLP II score was (124.47 ± 25.17), and the WHOQOL-BREF percentile score was (59.59 ± 10.52). Correlation analysis showed that both disability acceptance and health-promoting lifestyles were positively associated with quality of life ($P<0.01$). The mediating effect of health behaviors between disability acceptance and quality of life accounted for 13.74% of the total effect. **Conclusion:** Disability acceptance, health-promoting lifestyle, and quality of life are all moderate in young and middle-aged stroke patients. Health-promoting behavior plays a partially mediating role between disability acceptance and quality of life.

Keywords young and middle-aged stroke patients; disability acceptance; health behavior; quality of life; mediating effect

脑卒中是我国成年人死亡和残疾的主要原因^[1],《中国脑卒中防治报告2020》数据显示40~60岁脑卒中人群占49.20%,其发病率逐渐呈年轻化趋势^[2]。中青年人群作为家庭重要支柱和社会中坚力量,由于疾病带来的身体形象改变,患者难以适应和接受残疾现状,易产生焦虑、抑郁等消极心理^[3],这些负面情绪同时会影响患者对现存功能的评估,使患者对自身健康水平和能力持贬低态度^[4],不利于康复治疗 and 疾病预后,从而导致生活质量下降,加重家庭及社

会医疗负担。残疾接受度是指个人通过价值观和适应社会生活,逐渐接受自身变化,能够感知到除残疾以外的现存正常功能及存在意义^[5]。残疾接受度在伤残患者心理健康和生存结局中发挥重要作用。研究表明,残疾接受度高的患者能采取积极的态度面对疾病,有利于缓解残疾带来的压力,有效提高生活质量^[6]。健康促进生活方式是一系列促使个人维持或提高健康水平的健康行为^[7]。健康行为的养成对改善慢性病者生活质量有积极作用。研究发现,良好

作者单位

1. 华中科技大学同济医学院附属同济医院神经内科
武汉 430030

2. 华中科技大学同济医学院护理学院
武汉 430030

基金项目

华中科技大学同济医学院附属同济医院科研基金(No. 2019D04)

收稿日期

2022-06-06

通讯作者

李玲

361543862@qq.com

的健康行为可以有效激发患者健康意识,提高自我护理能力,并改善生活质量^[8]。目前国内外已有较多对于脑卒中残疾接受度、健康行为与生活质量两两之间的相关性研究,但尚未见三者间相互关系的研究报道。因此本研究拟探讨残疾接受度、健康行为及生活质量之间的关系,以期为中青年脑卒中群体制定心理干预及康复实践提供可靠依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

采用便利抽样法,选取2019年7月至2022年2月湖北省武汉市某三甲医院神经内科192例中青年脑卒中住院患者。纳入标准:年龄18~60岁;符合第四届全国脑血管疾病诊断标准;卒中后改良Rankin评分(modified Rankin scale, mRS)评分 ≥ 2 分^[9];能正常沟通和交流;自愿参与本研究。排除标准:由其他原因所致的残疾;存在既往精神病史;罹患严重的呼吸、循环、消化、泌尿系统疾病或恶性肿瘤。

1.2 研究工具

1.2.1 一般资料调查表 采用一般情况调查表统计患者的一般资料,患者资料包括性别、年龄、婚姻状况、职业、医疗付费方式等,疾病相关资料包括脑卒中类型、目前自理能力等。

1.2.2 残疾接受度量表(Acceptance of Disability Scale-Revised, ADS-R) 采用陈妮等^[10]汉化的中文版ADS-R评估患者的残疾接受度,该量表包含扩大、从属、包容和转变4个维度,共32个条目。量表使用Likert 4级评分,各条目从“很不同意”到“很同意”分别计1~4分,逆向条目则反向计分,分别记为4~1分,总分为32~128分,分数越高表明患者残疾接受度越高。量表Cronbach's α 值为0.83,本研究测得Cronbach's α 值为0.84。

1.2.3 健康促进生活方式量表II(Health Promoting Lifestyle Profile II, HPLP-II) 采用Walker等^[11]编制并改进的HPLP-II评估个体对于疾病所采取的健康促进行为。该量表共包括自我实现、健康责任、运动锻炼、营养、人际关系和压力应对6个维度,共52个条目。采用Likert 4级评分法,各条目从“从不”到“总是”分别计为1~4分,总分为52~208分,分数越高表明健康行为越好。量表各维度Cronbach's α 值为0.63~0.81,本研究测得Cronbach's α 值为0.96。

1.2.4 生存质量量表(World Health Organization Quality of Life-BREF, WHOQOL-BREF) 采用世界卫

生组织编制的WHOQOL-BREF量表^[12]测评患者的生存质量,包括生理、心理、社会、环境4个维度,以及2个有关总体健康和生存质量的独立分析条目,共26个条目。采用Likert 5级评分法,其中3、4、26条目为反向计分,分别记为5~1分。为客观反映患者生存质量各领域得分情况,根据该量表使用说明将各领域得分转换为百分制^[13]。本研究测得Cronbach's α 值为0.86。

1.3 资料收集方法

本研究在征得科室相关负责人与脑卒中住院患者知情同意后,由经过培训的四名调查员向患者发放问卷,采用统一的指导语解释调查目的、意义及问卷正确填写方法,现场发放问卷。问卷经调查员检查后当场收回,本次调查共发放问卷204份,回收有效问卷192份,有效回收率为94.12%。

1.4 统计学处理

采用SPSS 26.0软件对数据进行描述性分析和相关性分析,采用Mplus 8.3软件和Bootstrap法进行中介模型构建并检验。

2 结果

2.1 一般资料

总共纳入中青年脑卒中患者192例,男153例(79.7%),女39例(20.3%);年龄18~57岁,平均(39.38 $\pm$ 7.70)岁;婚姻:有配偶160例(83.3%),无配偶32例(16.7%);医疗支付方式:城镇居民/职工医保80例(41.7%),新农合/省医疗85例(44.3%),其他27例(14.1%)。疾病类型:缺血性脑卒中148例(77.1%),出血性脑卒中44例(22.9%);自理能力:完全自理83例(43.2%),部分自理98例(51.0%),完全不能自理11例(5.7%)。

2.2 残疾接受度、健康促进生活方式、生活质量得分情况 中青年脑卒中患者残疾接受度总分为(81.13 $\pm$ 10.58)分,健康行为总分为(124.47 $\pm$ 25.17)分,生活质量转化为百分制为(59.59 $\pm$ 10.52)分,见表1。

2.3 残疾接受度、健康促进生活方式与生活质量的的相关性分析

中青年脑卒中患者残疾接受度、健康促进生活方式与生活质量呈正相关($r=0.422, 0.388$, 均 $P<0.01$),残疾接受度与健康促进生活方式呈正相关($r=0.178, P<0.05$),各维度之间的相关系数见表2。

2.4 健康行为在中青年脑卒中患者残疾接受度与生活质量之间的中介效应检验

根据文献回顾,提出“健康行为在残疾接受度与生

表1 中青年脑卒中患者ADS-R、HPLP-II、WHOQOL-BREF得分情况

维度	条目数	得分	标准化得分/百分制
残疾接受度总分	32	81.13±10.58	63.38%
扩大	9	25.96±3.92	72.11%
从属	5	10.48±2.33	52.42%
包容	9	21.89±4.84	60.79%
转变	9	22.81±4.22	63.37%
健康行为总分	52	124.47±25.17	59.84%
自我实现	9	23.1±4.83	64.18%
健康责任	9	19.05±5.45	52.92%
运动锻炼	8	16.67±4.98	52.10%
营养	9	22.97±4.53	63.80%
人际关系	9	23.41±4.55	65.03%
压力应对	8	19.27±4.32	60.21%
生存质量总分	24	59.59±10.52	63.38%
生理	7	58.04±11.88	72.11%
心理	6	57.29±11.76	52.42%
社会	3	64.02±15.2	60.79%
环境	8	59.02±13.46	63.37%

活质量中起到中介作用”的假设,运用Mplus 8.3软件构建结构方程模型。采用最大似然法对模型进行拟合,见图1。采用Bootstrap法检验,样本量设置为1 000(迭代次数),结果显示残疾接受度对生活质量的直接效应、间接效应的95%CI均未包括0($P<0.05$),表明中介效应显著,健康行为在残疾接受度和生活质量的中介模型成立,中介效应总占比为13.74%(0.058/0.422),见表3。

3 讨论

3.1 中青年脑卒中患者残疾接受度、健康行为和生活质量的现状

本研究结果显示,中青年脑卒中患者残疾接受度得分为(81.13±10.58)分,整体处于中等水平,这可能是由于中青年患者过于关注自身残损体格,对于恢复健康体格和回归正常生活的迫切渴望,而忽视了其他潜在的能力;健康行为得分为(124.47±25.17)分,处于中等偏低水平,与刘华玲等^[14]的研究结果一致,这可能与中青年患者大部分处于事业和工作期间,对自我保健意识不足和运动锻炼严重缺乏有关。生活质量转化为百分制为(59.59±10.52)分,患者生活质量水平一般,与郭其花等^[15]的研究结果一致。各维度得分从高到低依次为:生理、环境、社会、心理,表明患者在面对疾病导致的躯体功能障碍时,心理和社会方面承受较大压力,需要医务人员引导患者合理应对不良情绪并帮助建立

社会支持系统,以改善自身健康状况。
3.2 中青年脑卒中患者残疾接受度、健康行为与生活质量的的相关性

本研究结果显示,中青年脑卒中患者的残疾接受度与健康行为呈正相关($P<0.05$),即患者残疾接受度越高,健康行为越好。这与Corbin和Strauss提出的慢性疾病轨迹框架^[16]相符合,该模型强调致残性疾病的累积过程对患者个人生活和社会参与能力的影响,其中健康促进活动是该模式中的重点,包括对慢性疾病采取预防措施和促进患者应对致残性疾病导致的不良影响。研究表明^[17,18],脑卒中患者在疾病不同时期对自身健康状况的反应和感知不同,从最初的关注身体和日常生活的改变,逐渐转变到专注对自我的理解和继续生活,这种对疾病长期的自我适应和对自身残疾的接受程度促进个人进入康复模式,通过调整生活方式能适应疾病和残疾现状,满足患者的照护需求和康复需求。患者的残疾接受度与生活质量呈正相关($P<0.01$),残疾接受度越高,其生活质量越高。Bishop的残疾中心模式^[19]指出,增强伤残及患有慢性疾病患者的残疾接受水平有助于帮助其积极应对病情治疗,促进身心康复,提高生命质量。残疾接受度能引导患者关注残疾以外自身有价值的部分,服从自身性格和特质,控制伤残对正常生理和社会功能的影响,这样使患者和正常人一样施展能力,从而肯定自我价值。研究显示^[20,21],残疾接受度高的患者通过接受自我逐渐建立强大的信心,终止不良情绪体验,使患者正确认识自身情况,提高生活质量水平。患者健康行为与生活质量呈正相关($P<0.01$),健康行为水平越高,其生活质量就越高。研究表明^[22,23],采取健康行为生活方式的患者在疾病过程中能处理生理、心理方面的问题,如增强营养以加强身体机能需求、增加人际关系交流以营造积极的环境氛围等,这些积极的反馈能有效减少身心困扰,相应地改善生活质量。

3.3 健康行为在中青年脑卒中患者残疾接受度和生活质量间的中介效应分析

中介效应分析显示,残疾接受度直接影响中青年脑卒中患者生活质量,并通过健康行为间接影响生活质量,即健康行为是残疾接受度与生活质量的中介变量。这可能是由于患者残疾接受度越高,更注重对其现存功能的使用,因此能关注日常功能锻炼,提高健康意识,患者的生活质量也相应提高^[14,24]。且健康行为的中介效应显著,其原因也可用罗伊的适应模式理论^[25]解释。罗伊的适应理论主要探讨个体作为一个整体面

表2 残疾接受度、健康行为与生活质量的相关分析

	1	2	3	4	5	6	7	8
1 残疾接受度总分	1							
2 扩大	0.282 ^②	1						
3 从属	0.649 ^②	−0.108	1					
4 包容	0.863 ^②	−0.114	0.531 ^②	1				
5 转变	0.884 ^②	−0.051	0.563 ^②	0.829 ^②	1			
6 健康行为总分	0.178 ^①	0.187 ^②	−0.032	0.163 ^①	0.110	1		
7 自我实现	0.232 ^②	0.196 ^②	−0.054	0.228 ^②	0.175 ^①	0.877 ^②	1	
8 健康责任	0.123	0.128	0.035	0.111	0.049	0.887 ^②	0.646 ^②	1
9 运动锻炼	0.146 ^①	0.161 ^①	0.010	0.125	0.075	0.882 ^②	0.662 ^②	0.846 ^②
10 营养	0.099	0.181 ^①	−0.070	0.067	0.046	0.860 ^②	0.698 ^②	0.712 ^②
11 人际关系	0.203 ^②	0.187 ^②	−0.094	0.208 ^②	0.151 ^①	0.844 ^②	0.824 ^②	0.627 ^②
12 压力应对	0.137	0.139	−0.008	0.123	0.085	0.920 ^②	0.813 ^②	0.802 ^②
13 生活质量总分	0.422 ^②	0.280 ^②	0.136	0.336 ^②	0.333 ^②	0.388 ^②	0.476 ^②	0.241 ^②
14 生理	0.427 ^②	0.254 ^②	0.171 ^①	0.350 ^②	0.339 ^②	0.251 ^②	0.339 ^②	0.161 ^①
15 心理	0.329 ^②	0.248 ^②	0.050	0.251 ^②	0.277 ^②	0.421 ^②	0.506 ^②	0.278 ^②
16 社会	0.257 ^②	0.209 ^②	0.054	0.191 ^②	0.194 ^②	0.227 ^②	0.327 ^②	0.099
17 环境	0.363 ^②	0.197 ^②	0.170 ^①	0.307 ^②	0.281 ^②	0.369 ^②	0.380 ^②	0.256 ^②
	9	10	11	12	13	14	15	16
1 残疾接受度总分								
2 扩大								
3 从属								
4 包容								
5 转变								
6 健康行为总分								
7 自我实现								
8 健康责任								
9 运动锻炼	1							
10 营养	0.701 ^②	1						
11 人际关系	0.614 ^②	0.698 ^②	1					
12 压力应对	0.796 ^②	0.737 ^②	0.712 ^②	1				
13 生活质量总分	0.251 ^②	0.294 ^②	0.456 ^②	0.350 ^②	1			
14 生理	0.176 ^①	0.152 ^①	0.266 ^②	0.241 ^②	0.806 ^②	1		
15 心理	0.297 ^②	0.345 ^②	0.448 ^②	0.359 ^②	0.805 ^②	0.626 ^②	1	
16 社会	0.089	0.139	0.379 ^②	0.183 ^①	0.788 ^②	0.481 ^②	0.450 ^②	1
17 环境	0.268 ^②	0.328 ^②	0.370 ^②	0.363 ^②	0.823 ^②	0.547 ^②	0.582 ^②	0.517 ^②
								1

注：^①P<0.05, ^②P<0.01

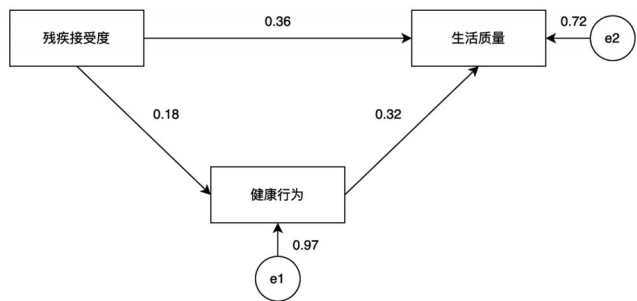


图1 健康行为在残疾接受度和生活质量间的中介模型

对环境中的各种刺激的适应层次和适应过程,包括输入、控制过程、适应方式、输出和反馈五个部分。当中

青年脑卒中患者面临疾病导致的残疾现状,除对自身健康水平和能力持贬低的消极态度,也会挖掘自身现存的价值和潜在能力,尽可能采取积极的健康行为去应对这一创伤性应激^[26],将自我认知和不良情绪转化为行为改变,最后通过生活质量结果反馈到个体。本研究中健康促进行为虽然对生活质量具有间接作用,但影响力较为薄弱,可能是由于中青年脑卒中人群对自我接受程度不足,医疗保健人员对健康相关知识宣教不够,患者对卫生服务资源利用程度有限。这也提示医疗人员在临床中,一方面要注重患者的自我接纳

表3 健康行为在残疾接受度和生活质量中介效应

项目	点估计值	SE	Z	P	95%CI
直接效应	0.364	0.060	6.019	<0.001	0.233 ~ 0.491
间接效应	0.058	0.029	1.984	<0.05	0.008 ~ 0.131
总效应	0.422	0.062	6.777	<0.001	0.285 ~ 0.564

程度,帮助丰富社会支持网络,强化疾病体验的积极感受,帮助患者认识到自身价值;另一方面要关注健康生活方式,为患者提供有效的护理服务,帮助并指导患者改善健康生活方式,以适应和应对疾病带来的不良影响,进而提升整体生活质量。

中青年脑卒中患者的残疾接受度和健康促进生活方式总体处于中等水平,但生活质量水平整体偏低。残疾接受度、健康行为是影响生活质量的关键,且健康行为在两者间起到中介作用。因此在临床工作中,医疗保健人员可通过残疾接受度、健康行为方面制定干预方案,关注患者心理状态,提高自我接纳程度,同时将健康意识持续渗透进患者的日常生活中,进而提高生活质量。本研究仅调查武汉市地区某三甲医院,样本数量较少,今后可扩大样本量并结合其他影响因素进一步探讨更准确的影响路径。

参考文献

[1] Ma Q, Li R, Wang L, et al. Temporal trend and attributable risk factors of stroke burden in China, 1990-2019: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 [J]. *Lancet Public Health*, 2021, 6: e897-e906.

[2] 王陇德, 彭斌, 张鸿祺, 等. 《中国脑卒中防治报告2020》概要[J]. *中国脑血管病杂志*, 2022, 19: 136-144.

[3] 吕敏, 李雪冰. 脑卒中后焦虑障碍研究现状[J]. *中国康复医学杂志*, 2021, 36: 353-359.

[4] Robinson RG, Jorge RE. Post-Stroke Depression: A Review [J]. *Am J Psychiatry*, 2016, 173: 221-231.

[5] Li L, Moore D. Acceptance of disability and its correlates [J]. *J Soc Psychol*, 1998, 138: 13-25.

[6] Zapata MA. Disability affirmation and acceptance predict hope among adults with physical disabilities [J]. *Rehabil Psychol*, 2020, 65: 291-298.

[7] World Health Organization. Ottawa charter for health promotion, 1986 [R]. World Health Organization. Regional Office for Europe, 1986.

[8] Tabriz ER, Ramezani M, Heydari A, et al. Health-Promoting Lifestyle in Colorectal Cancer Survivors: A Qualitative Study on the Experiences and Perspectives of Colorectal Cancer Survivors and Healthcare Providers [J]. *Asia Pac J Oncol Nurs*, 2021, 8: 696-710.

[9] Bamford JM, Sandercock PA, Warlow CP, et al. Interobserver agreement for the assessment of handicap in stroke patients [J]. *Stroke*, 1989, 20: 828.

[10] 陈妮. 臂丛神经损伤患者伤残接受度和相关因素及其干预的研究[D]. 复旦大学, 2009.

[11] Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The Health-Promoting Lifestyle Profile: development and psychometric characteristics [J]. *Nurs Res*, 1987, 36: 76-81.

[12] [No authors listed]. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group [J]. *Psychol Med*, 1998, 28: 551-558.

[13] 郝元涛, 方积乾. 世界卫生组织生存质量测定量表中文版介绍及其使用说明[J]. *现代康复*, 2000, 8: 1127-1129, 1145.

[14] 刘华玲, 时艳霞, 朱海萍, 等. 中青年脑卒中患者健康行为调查及影响因素分析[J]. *中华护理杂志*, 2015, 50: 981-985.

[15] 郭其花, 张会君. Athos服饰结合康复训练对脑卒中偏瘫病人日常生活活动能力及生存质量的影响 [J]. *护理研究*, 2020, 34: 3745-3748.

[16] Corbin JM, Strauss A. A nursing model for chronic illness management based upon the trajectory framework [J]. *Sch Inq Nurs Pract*, 1991, 5: 155-174.

[17] Burton CR. Re-thinking stroke rehabilitation: the Corbin and Strauss chronic illness trajectory framework [J]. *J Adv Nurs*, 2000, 32: 595-602.

[18] Eilertsen G, Kirkevold M, Bjørk IT. Recovering from a stroke: a longitudinal, qualitative study of older Norwegian women [J]. *J Clin Nurs*, 2010, 19: 2004-2013.

[19] Bishop M, Stenhoff DM, Shepard L. Psychosocial Adaptation and Quality of Life in Multiple Sclerosis: Assessment of the Disability Centrality Model [J]. *J Rehab*, 2007, 73: 10.2519/jospt.2007.2121.

[20] 张旭. 缺血性脑卒中患者残疾接受度及其影响因素研究[D]. 河南大学, 2018.

[21] 张琳, 赵炜, 旷咏梅, 等. 自我超越对脑卒中患者残障接受度的影响 [J]. *医院管理论坛*, 2016, 33: 35-39.

[22] Nguyen LTK, Do BN, Vu DN, et al. Physical Activity and Diet Quality Modify the Association between Comorbidity and Disability among Stroke Patients [J]. *Nutrients*, 2021, 13: 1641.

[23] Ran Lee Y, Kim YJ. Moderating Effect of Disability Acceptance in the Influence of Discrimination Experience by Individuals Disabled Regarding the Sense of Happiness [J]. *Medico-Legal Update*, 2019, 19: 507-512.

[24] 李婷, 熊钰, 齐纯, 等. 缺血性脑卒中患者伤残接受度与生活质量的相关性研究[J]. *护理学杂志*, 2018, 33: 40-43.

[25] Roy C, Andrews HA. The Roy adaptation model[M]. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 1999.

[26] 刘清玄, 张振香, 张乐芸, 等. 中青年脑卒中病人真实体验质性研究的Meta整合[J]. *护理研究*, 2021, 35: 1562-1572.

(本文编辑:王晶)