·临床研究·

脊髓损伤心理压力应对量表的编制

孙知寒[1] 邱卓英[2] 朱 平[1] 杨平梅[1] 王莲屏[1] 郭 微[1]

摘要

目的:编制脊髓损伤压力应对量表,并评估其心理学特性。

方法:根据压力与应对交互理论,通过个别访谈和文献回顾,初步编制了脊髓损伤压力应对量表,对261例患者进行测试,并对量表进行因素分析。

结果:经探索性因素分析,脊髓损伤压力应对量表由30条目构成,提取6个一阶因子,解释方差52.92%,分别命名为拒绝与否认、面对、幻想、依赖与妥协、寻求支持、合理化。从上述6个一阶因子进一步提取出2个二阶因子:问题指向的应对和情绪指向的应对。全量表内部一致性系数和折半系数分别为0.825和0.704。经方差分析,不同年龄的脊髓损伤患者在面对、依赖与妥协维度的得分差异有显著性意义($P<0.05$),伤后时间不同的患者在幻想、依赖与妥协、寻求支持维度的得分差异有显著性意义($P<0.01$),男性与女性脊髓损伤患者在寻求支持维度的得分差异有显著性意义($P<0.01$)。

结论:初步编制的脊髓损伤压力应对量表基本符合心理测评的要求。

关键词 脊髓损伤;应对;量表;心理测评

中图分类号:R651.2, R395 **文献标识码:**A **文章编号:**1001-1242(2011)-06-0518-05

Development of spinal cord injury coping scale/SUN Zhihan, QIU Zhuoying, ZHU Ping, et al.//Chinese Journal of Rehabilitation Medicine, 2011, 26(6): 518—522

Abstract

Objective: To develop a scale assessing coping style in people with spinal cord injuries, and to evaluate the psychometric properties.

Method: Spinal cord injury coping scale was developed from the transactional theory of stress and coping, individual interviews and literature reviews. Two hundred and sixty one in-patients with spinal cord injury were assessed with the scale. Principal components factor analysis was performed.

Result: The scale included 30 items, and exploratory components factor analysis revealed 6 first-order factors explaining 53% of the total variance, labeled refusal and denial, confrontment, fantasy, reliance and compromise, seeking support, rationalization. Two second-order factors (problem focused and emotion focused coping) were derived from the 6 first-order factors. Internal consistency was shown with a Cronbach's α coefficient of 0.825 overall, and split-half reliability coefficient was 0.704. There were significant differences in scores of confrontment and reliance and compromise among groups based on age ($P<0.05$), and significant differences in scores of fantasy, reliance and compromise, and seeking support among groups based on time post-injury ($P<0.01$), and a significant difference in scores of seeking support between groups based on gender ($P<0.01$).

Conclusion: Reliability and validity of the spinal cord injury coping scale are both satisfactory enough to meet psychometric indexes.

Author's address Chinese Rehabilitation Research Center, Beijing, 100068

Key word spinal cord injury; coping; scale; psychometric indexes

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2011.06.006

1 中国康复研究中心北京博爱医院社会职业康复科,北京,100068; 2 中国康复研究中心信息研究所

作者简介:孙知寒,男,硕士,助理研究员; 收稿日期:2010-09-14

各种原因造成的脊髓损伤,都会导致患者的生理、心理和社会功能的急剧变化。脊髓损伤患者面对从未体验过的残疾状态和由此引发的各种压力,需要长时间的适应与调整。他们的抑郁和焦虑水平也较常人高[1]。如何有效应对这些压力,保持健康的心理状态成为脊髓损伤患者和康复工作者的共同任务。

过去认为,脊髓损伤者的心理适应过程大致可分为震惊期、否认期、抑郁期、反对独立期和适应期几个阶段[2],脊髓损伤的康复目标就是促进患者经过以上几个阶段,最终接受残疾。但由于缺乏实证研究的支持,这个阶段模型理论已受到越来越多的挑战[3]。目前认为康复是一个多因素的过程,强调应对和评价在残疾调适中发挥的作用[4]。

Lazarus和Folkman[5]认为,应对是人们面对超出个人承受能力的外部压力环境或事件,所做出的认知和行为上的努力。换句话说,应对就是努力让自己摆脱不适的压力状态的一种持续动态的过程。按照Lazarus和Folkman的理论,压力应对方式可分为问题指向的应对和情绪指向的应对。问题指向的应对是用于改变引起应激的问题或挑战的各种认知和行为努力,针对的是造成困扰的外部环境和内在的价值观与信仰。情绪指向的应对则是用于控制由压力源所引发的情绪反应的各种策略,以减轻情绪困扰为主。在实际应用过程中这两种应对策略经常互为补充。

我国的压力应对研究从20世纪80年代起步,已经引进和发展了不少压力应对测量工具,但到目前还没有适用于脊髓损伤患者的压力应对量表。已有的工具多数是"特质取向的"而不是"情境取向的",难以说明具体情境下一个人的应对方式[6]。本研究试图编制一个脊髓损伤患者面对残疾情境的压力应对量表。

1 资料与方法

1.1 临床资料

以北京博爱医院住院脊髓损伤患者为测试对象。要求调查对象年龄在16岁以上,无合并脑外伤,脊髓损伤超过1个月,共287例同意接受调查,回收有效量表261份,有效率90.94%。261例患者中,男性227例,女性34例,平均年龄[37.64±10.36(16—73)]岁,平均伤后时间[32.67±46.54(1—306,M=12)]个月;完全性四肢瘫39例,不全性四肢瘫44例,完全性截瘫124例,不全性截瘫54例。

首先向脊髓损伤患者介绍调查的目的,在征得患者同意后进行测试。量表由被试患者在病房中自己填写完成,执笔有困难的,由患者本人口头答题,调查员或家属代为填写。

1.2 初始量表的编制

根据Lazarus和Folkman的交互作用理论,本研究将脊髓损伤压力应对量表的结构分为"问题指向的应对"和"情绪指向的应对"。参考国内外相关的应对方式量表[7—10],对其进行归纳整理,条目编制以脊髓损伤为特定情境,并以脊髓损伤患者的角度进行表述,使之符合其特点。在此基础上,对15例脊髓损伤1年以上的患者进行个别访谈,请他们描述脊髓损伤后面对残疾的现状和今后的生活采取了哪些态度和做法。结合访谈的结果,对条目进行修改,形成脊髓损伤压力应对量表的原始稿。条目编制过程中,特别注意剔除反映心理状态而非应对方式的条目。原始稿经心理学专家和脊髓损伤康复专家审阅修订后,形成初始的脊髓损伤压力应对量表。

初始量表的理论结构:"问题指向的应对"分量表包括面对、寻求支持、合理化3个维度;"情绪指向的应对"分量表包括否认、幻想、转移焦点、依赖4个维度,每个维度4—5个条目,共32个条目。量表采用Likert 5点记分法(0=从不,1=很少,2=有时,3=经常,4=总是)。指导语:面对自己受伤/患病的现状和以后的生活,您也许会采用以下的态度和做法。请您仔细阅读每一项,然后从后面5个选项中选出最符合您目前实际情况的一项。回答时不要考虑"应该怎样",而要按照您实际的做法来回答。

1.3 统计学分析

采用SPSS 17.0软件进行数据分析处理。用Cronbach α系数、折半系数、因素分析和单因素方差分析来评价量表的信效度。

2 结果

2.1 一阶因素分析

见表1。对初始量表的32个条目的数据做因素

分析，生成特征值大于1的因子8个，累积方差贡献率为58.956%。根据碎石检验提取6个因子，删除一个负荷低于0.4的条目和一个在不同因子上负荷接近的条目。对其余30个条目再次进行因素分析，生成6个特征值大于1的因子，累积方差贡献率为52.921%，经极大方差正交旋转后，得到最终的因素结构分析结果，见表1。

因子1共8个条目，如“避免让过去的熟人看见我现在的样子”、“讨厌别人说我是残疾人”、“难以接受一辈子坐在轮椅上”。这一因子主要反映出否认、回避和拒绝所面临残疾的态度，因此命名为“拒绝与否认”。

表1　脊髓损伤压力应对量表的一阶因素分析

	F1		F2		F3		F4		F5		F6	
	条目	负荷	条目	负荷	条目	负荷	条目	负荷	条目	负荷	条目	负荷
	V13	0.734	V23	0.816	V5	0.795	V28	0.634	V3	0.701	V19	0.589
	V10	0.646	V24	0.780	V15	0.720	V12	0.625	V31	0.681	V21	0.520
	V2	0.580	V26	0.684	V1	0.708	V9	0.603	V30	0.677	V16	0.493
	V20	0.558	V22	0.561	V8	0.574	V17	0.549			V29	0.457
	V7	0.550	V11	0.525	V25	0.540						
	V27	0.544	V32	0.445								
	V18	0.514										
	V14	0.449										
特征值	3.406		3.282		2.710		2.274		2.110		2.095	
方差贡献率(%)	11.354		10.940		9.032		7.581		7.032		6.983	
累计贡献率(%)	11.354		22.293		31.325		38.906		45.938		52.921	

因子2共6个条目，如“了解其他病友的康复历程和他们的生活状况，获取经验”、“同别人一起讨论脊髓损伤以及未来的打算”、“珍惜自己所拥有的”、“尽可能做到生活自理”。这些条目反映了正视现实，对残疾能够做出积极回应，故命名为“面对”。

因子3共5个条目，如“希望奇迹出现，回到过去的生活”、“我认为我能恢复正常（无残疾）”、“祈求有治疗脊髓损伤的灵丹妙药”。这些条目涉及幻想问题得到解决，以此来摆脱现实环境的压力，故命名为“幻想”。

因子4共4个条目，如“认为自己以后离不开别人的照顾”、“尝试降低生活的期望值/目标”、“让家人来安排我的生活”。这些条目反映出对他人的依赖，以及对现实的妥协和退缩，因此命名为“依赖与妥协”。

因子5共3个条目，如“争取社会/单位的支持，保障正常的医疗和生活水平”、“通过专业人员/媒体、书刊了解政策法规，维护权益”。此因子反映出寻求周围资源，为自己提供帮助，命名为“寻求支持”。

因子6共4个条目，如“好好康复治疗，避免去想以后的生活”、“认为与伤残程度更高的人相比，我还算幸运”、“尽管身体不如以前，但我还是愿意过好每一天”。这些条目涉及对现状做出评估后，理性接纳残疾，故命名为“合理化”。

2.2　二阶因素分析

对6个一阶因子进行二阶因素分析，结果提取出两个特征值大于1的因子。可分别命名为“问题指向的应对”和“情绪指向的应对”。前者包含面对、寻求支持、合理化3个因子；后者包括拒绝与否认、幻想、依赖与妥协3个因子。2个二阶因子可解释总方差的58.481%，见表2。

表2　二阶因素分析

	问题指向（负荷）	情绪指向（负荷）
F2面对	0.850	–0.043
F5寻求支持	0.830	0.074
F6合理化	0.590	0.326
F1拒绝与否认	0.068	0.875
F3幻想	–0.025	0.637
F4依赖与妥协	0.259	0.626
特征值	1.831	1.677
方差贡献率(%)	30.525	27.956
累计贡献率(%)	30.525	58.481

2.3　信度分析

全量表的内部一致性系数α为0.825，折半系数为0.704。6个一阶因子的Cronbach α系数分别为：因子1拒绝与否认0.787，因子2面对0.782，因子3幻想0.736，因子4依赖与妥协0.619，因子5寻求支持0.674，因子6合理化0.568。二阶因素分析的问题指

向和情绪指向因子的Cronbach α系数分别为0.818和0.822,全量表及各因子的系数能够满足心理测量学的要求。

2.4 应对比较

将脊髓损伤患者分别按性别、年龄、伤后时间、损伤程度分组,比较各组间在6个因子得分上的差异,见表3。

表3 脊髓损伤患者压力应对差异比较 ($\bar{x}\pm s$)

	F1(拒绝与否认)	F2(面对)	F3(幻想)	F4(依赖与妥协)	F5(寻求支持)	F6(合理化)
性别(例)						
男(n=227)	14.77±6.48	15.06±3.68	10.62±4.76	7.43±3.34	7.36±2.85	10.12±2.96
女(n=34)	14.21±6.94	14.53±3.47	11.26±4.99	8.44±3.69	5.94±3.45	10.18±3.03
F	0.222	0.618	0.531	2.645	6.890②	0.012
P	0.638	0.432	0.467	0.105	0.009	0.911
年龄(岁)						
<29(n=83)	15.50±6.01	14.19±3.78	11.33±4.48	7.25±3.22	6.63±2.96	9.88±3.13
30—39(n=78)	14.38±6.79	15.46±3.38	10.59±4.71	7.21±3.31	7.50±2.99	10.29±2.86
40—49(n=65)	14.58±6.71	14.85±3.83	10.22±5.12	7.54±3.24	7.22±2.91	10.05±2.99
>50(n=35)	14.09±7.24	16.00±3.21	10.60±5.07	9.23±3.89	7.83±2.99	10.49±2.80
F	0.576	2.748①	0.707	3.422①	1.831	0.460
P	0.631	0.043	0.548	0.018	0.142	0.710
伤后时间(月)						
<6(n=75)	15.08±6.67	14.49±3.41	12.23±4.50	7.04±3.00	5.75±2.66	9.87±3.26
7—12(n=51)	14.08±5.78	14.71±3.85	11.76±4.30	6.63±3.47	6.45±2.78	9.65±2.67
13—24(n=41)	14.44±6.66	16.20±4.20	11.44±3.85	7.68±3.66	7.83±3.07	10.34±3.20
>25(n=93)	15.10±6.90	14.99±3.39	8.74±4.94	8.51±3.36	8.53±2.64	10.55±2.72
F	0.353	2.084	9.892②	4.452②	16.278②	1.344
P	0.787	0.103	0.000	0.005	0.000	0.260
损伤程度						
完全性四肢瘫(n=39)	14.64±5.93	14.54±3.73	10.44±5.14	8.15±3.61	7.13±3.33	9.21±2.81
完全性截瘫(n=124)	15.06±6.87	15.44±3.55	10.51±4.78	7.68±3.43	7.38±2.95	10.55±2.93
不全性四肢瘫(n=44)	14.57±5.96	14.61±4.05	10.52±4.86	7.86±3.45	6.61±2.94	9.68±3.30
不全性截瘫(n=54)	14.26±6.95	14.54±3.39	11.63±4.49	6.69±3.01	7.30±2.81	10.19±2.74
F	0.208	1.257	0.800	1.774	0.744	2.471
P	0.891	0.290	0.495	0.152	0.527	0.062

①$P<0.05$;②$P<0.01$

3 讨论

本研究量表的30个条目经因素分析集中在6个维度上:拒绝与否认、面对、幻想、依赖与妥协、寻求支持、合理化,虽与理论建构的维度略有差异,但仍然有较好的内在逻辑关系。二阶因素分析发现此6个因子集中在问题指向的应对和情绪指向的应对两个维度上,符合理论建构。量表的内部一致性系数α为0.825,折半系数为0.704。说明量表的信度和效度能够满足心理测量学的要求。

Lazarus和Folkman认为[5],压力能够对个人产生影响必须存在两个特点:被视为要求或威胁的特定情况,以及个人必须相信他或她缺乏足够的资源,以应付这一局面。当个体经过评估后,认为可以通过行为改变压力情境时,多会采取问题指向的应对;当认为压力源既不能减少,也没有办法解决时,情绪指向的应对就是非常现实和有成效的处理方式。情绪指向的应对着重减少负性情绪的压力,它并不能解决实际问题,但能够分散情绪,改善感觉[11]。

否认是脊髓损伤患者最初面对残疾的一种本能反应。它在短期内是一种有效的防御机制,因为在急性期否认能减轻自身的情绪不适及相关的生理反应,保护患者免于过度的精神压力。同样幻想也能给自己描绘一个美好前景,使患者免于功能丧失的绝望,把自己包裹在虚幻的泡沫中,与现实隔离。而依赖则在一定程度上能维护脊髓损伤患者的自尊,减轻因丧失功能产生的无助感。当患者无法面对脊髓损伤的严重后果时,这些应对策略在急性期可以缓解压力水平,为患者提供有效的缓冲。但长期使用这些情绪指向的应对机制则不利于脊髓损伤患者的远期康复目标[12]。倾向于依赖他人的脊髓损伤患

者,容易把自己生活的主导权归因于外部力量,也不愿对自己的事情负责,心理上“去成人化”,行为上不能独立。幻想和否认为其不能适应残疾提供了借口,美丽的肥皂泡一旦破灭,患者将遭受第二次精神重创。长期使用这些应对方式会延后康复进程,不能顺利回归社会的同时,也浪费了医疗资源。

面对策略的使用说明脊髓损伤者能够正视自己的残疾,认同和肯定自我价值,能够适应现实生活,并愿意努力改善生存质量。使用寻求支持的脊髓损伤者善于利用周围资源来处理问题,应对压力局面。合理化的应对方式使脊髓损伤者能够接纳自己的残疾,并给予合理的解释。人们在应对压力时,往往不会单独使用某一种策略,而是联合几种不同的策略来应对困难局面,这是一个连续动态的过程。在脊髓损伤者的康复过程中,康复工作者在急性期可以尝试帮助患者使用情绪指向的应对方式,而在此后则应有意识地引导患者运用问题指向的策略,并持续提供有效的支持,促进其发掘周围的社会资源,帮助患者尽早实现康复的最终目标。

本研究在建构理论应对条目时,曾经把“好好康复治疗,避免去想以后的生活”设计为转移焦点维度,但在因素分析中该条目落到了合理化维度上。分析发现,该条目反映出把注意力集中在积极康复治疗上面,不让不良情绪干扰康复,有其积极意义。

对脊髓损伤患者的应对方式进行分组比较发现,男性在寻求支持维度的得分明显高于女性($P<0.01$),可能因为女性面对残疾更容易封闭自己不愿主动寻求帮助,这与其性别角色有关。50岁以上组的患者同时在面对和依赖与妥协维度上的得分高于其他组别($P<0.05$),说明该组患者的人生经历更丰富,更能够正视现实,但由于身体和年龄的关系,他们对家庭和周围人的依赖程度更高。在寻求支持维度上,患者的伤后时间越长得分越高($P<0.001$),说明受伤时间长的患者更善于利用周围的资源。伤后时间少于6个月的患者幻想维度得分高于其他组别,超过24个月的患者得分则远低于其他组别($P<0.001$),说明受伤时间越长,幻想能起到的作用越弱。7—12月组患者在依赖与妥协维度上的得分最低($P<0.01$),提示经过康复多数患者伤后1年内依赖程度明显降低;但伤后13—24月和超过24个月的患者在此维度的得分反而高于少于6个月的脊髓损伤患者,表明受伤1年以后依赖的应对策略应用非但没有减少,反而增多,可能部分原因在于回归家庭和社会难度较小的患者都已出院。然而,在实际观察中发现,住院时间长的脊髓损伤患者相对有更多的医疗保障,他们回归社会的意愿也更低。这一问题有待于今后的工作中进一步探究。另外,不同损伤程度的患者在应对策略的使用上并无显著差异。

尽管康复工作者都同意独立生活和回归社会是脊髓损伤者最重要的康复目标,但在实际工作中我们常把身体功能作为主要的康复指标,而忽略了患者心理和社会功能的恢复。本研究只是在此方向上做了初步的探索。

附:脊髓损伤压力应对量表

F1 拒绝与否认
13 避免让过去的熟人看见我现在的样子
10 讨厌别人说我是残疾人
2 难以接受一辈子坐在轮椅上
20 想着“如果当初我……,就会躲过这场灾难了”
7 面对这种状况,真想一了百了
27 用回忆过去来忘记痛苦
18 避免去陌生人多的地方
14 借烟、借酒消愁

F2 面对
23 了解其他病友的康复历程和他们的生活状况,获取经验
24 同别人一起讨论脊髓损伤以及未来的打算
26 通过医务人员/媒体、书刊了解康复知识
22 珍惜自己所拥有的
11 尽可能做到生活自理
32 学会适应目前的生活,并接受它

F3 幻想
5 希望奇迹出现,回到过去的生活
15 我认为我能恢复正常(无残疾)
1 告诉自己:再治疗康复一段时间,我就能恢复正常
8 祈求有治疗脊髓损伤的灵丹妙药,让我重新站起来
25 祈求上天/神明保佑自己

F4 依赖与妥协
28 认为自己以后离不开别人的照顾
12 尝试降低生活的期望值/目标
9 让家人来安排我的生活
17 同意“生死有命,富贵在天”这句话

F5 寻求支持
3 争取社会/单位的支持,保障正常的医疗和生活水平
31 通过专业人员/媒体、书刊了解政策法规,维护权益
30 认为单位(或肇事方/社会/家人)应该管我一辈子

F6 合理化
19 好好康复治疗,避免去想以后的生活
21 认为与伤残程度更高的人相比,我还算幸运
16 尽管身体不如以前,但我还是愿意过好每一天
29 做其他事打发多余的时间,避免想太多

(下转第542页)