

doi: 10.3969/j.issn.2095-0411.2023.06.012

脑卒中后患者吞咽障碍真实体验的质性 Meta 整合

王 濯, 卢 珏

(常州大学 医学与健康工程学院, 江苏 常州 213164)

摘要: 经计算机检索数据库, 收集从建库至 2021 年 12 月关于脑卒中后患者吞咽障碍体验的质性研究文献, 对结果进行 Meta 整合, 旨在系统评价和整合脑卒中后患者吞咽障碍的真实体验。结果共纳入 11 篇中英文文献, 提炼出 73 个研究结果, 经归纳、综合成 3 个整合结果, 共包含 10 个新类别。整合结果发现患者经历严重的生理障碍与矛盾情绪; 患者的日常生活和家庭社会角色受限, 但随时间推移, 患者尝试恢复日常生活和家庭社会角色; 患者逐渐自我调整, 并管理吞咽障碍, 但仍渴望得到医务人员的持续支持。结果提示医务人员需关注患者的经历、需求与体验, 给予相应支持和指导, 帮助患者改善生理、心理、社会等层面的困境, 提高患者吞咽相关的生活质量。

关键词: 脑卒中; 吞咽障碍; 质性研究; 系统评价; Meta 整合

中图分类号: R 473. 5

文献标志码: A

文章编号: 2095-0411(2023)06-0090-08

Qualitative meta-synthesis of real experiences of stroke patients with dysphagia

WANG Zhuo, LU Jue

(School of Medical and Health Engineering, Changzhou University, Changzhou 213164, China)

Abstract: To systematically review and synthesize the lived experience of living with post-stroke dysphagia, relevant electronic databases were searched from inception to December 2021, to collect qualitative studies in the experience of living with post-stroke dysphagia. A total of 11 studies were included, and 73 complete findings were grouped according to 3 integrated results to form 10 new categories. Integration results found that patients suffered from both physiological and psychological burdens; patients were limited in daily life and social activities, and attempted to reintegrate to social and life roles over time; patients gradually adjusted themselves and achieve self-management, while they desired to receive continuing support from medical staff. Medical staff should pay attention to the patient's needs and experience, giving corresponding support to help patients improving the physiological,

收稿日期: 2023-04-20。

基金项目: 常州市卫健委重大科技资助项目(ZD202014)。

作者简介: 王濯(1991—), 女, 江苏常州人, 博士, 讲师。E-mail: wangzhuo88@cczu.edu.cn

引用本文: 王濯, 卢珏. 脑卒中后患者吞咽障碍真实体验的质性 Meta 整合[J]. 常州大学学报(自然科学版), 2023, 35(6): 90-97.

psychological, social and other aspects, in order to improve the patient's swallowing-related quality of life.

Key words: stroke; dysphagia; qualitative research; systematic evaluation; meta-synthesis

脑卒中是世界范围内致残率、致死率最高的疾病之一^[1]。吞咽障碍是脑卒中后最为常见的临床并发症之一。据报道,在急性期,脑卒中患者的吞咽障碍发生率高达 59%~76%^[2]。吞咽障碍的临床表现为分次吞咽、流涎、进食时食物从口角漏出、口腔控制食物和唾液的能力降低、饮水进食呛咳、吞咽后喘息或憋喘、咽下困难、进餐时间延长、构音障碍、吞咽启动不能等^[3]。吞咽障碍不仅导致患者误吸、肺炎、脱水、电解质紊乱、营养障碍,还大大增加了患者死亡和不良预后的风险,而且对患者的心理、社会、日常生活等方面带来极大的冲击,严重降低患者的生活质量^[4]。

脑卒中管理的最佳实践指南指出,了解功能受损的个体十分重要,不仅能为患者提供高质量的服务,还能理解患者的应对机制和自我管理策略^[5]。因此,对脑卒中后患者吞咽障碍真实体验的质性研究结果进行 Meta 整合,对该领域截至 2021 年 12 月的中、英文质性研究进行分析,对脑卒中后患者吞咽障碍真实体验进行更全面地诠释,为进一步了解脑卒中后吞咽障碍患者的需求并提供针对性的吞咽护理干预提供依据。

1 资料与方法

1.1 纳入与排除标准

纳入标准:① 研究类型(Study design)为质性研究类文章,其采用的方法学包括个案研究、行动研究、田野研究、扎根理论、现象学等;② 研究对象(Population)为脑卒中后吞咽障碍的患者,包括出血性脑卒中和缺血性脑卒中患者;③ 感兴趣的现象(Interest of phenomena)为脑卒中后患者对吞咽障碍的疾病感知和体验、内心需求、康复、自我管理的经历等;④ 情境(Context)为脑卒中后吞咽障碍患者的生活全过程,包括脑卒中急性期、恢复期和后遗症期。

排除标准:① 重复及信息不完整;② 来自家属和照护者的体验报道;③ 无法获取全文。

1.2 文献检索策略

计算机检索 PubMed, The Cochrane Library, Web of Science, EMBASE, CINAHL, CNKI, 万方, 维普中文数据库, 收集从建库至 2021 年 12 月关于脑卒中后患者吞咽障碍体验的质性研究文献。英文检索词包括: Dysphagia/Deglutition disorders/Swallowing dysfunction/Eating difficulties, Stroke/Cerebrovascular accident, Feelings/Qualitative research/Perceptions/Needs/Demands/Attitudes; 中文检索词包括: 脑卒中/中风/脑梗死/脑梗塞/脑血管意外, 吞咽困难/吞咽障碍/进食障碍/进食困难, 质性/体验。

1.3 文献筛选和资料提取

2 位作者独立检索文献,经初步筛选及精读文献,各自筛选、提取文献资料后,再交叉核对。如遇分歧,则由第 3 位学者裁决或 2 位作者协商。提取内容包括文献发表的基本情况、研究对象、使用的质性研究方法、关注的研究问题/现象、场所和研究结果等。

1.4 方法学评价标准

2 位作者各自对纳入的研究进行评价,采用澳大利亚 JBI 循证卫生保健中心“质性研究质量评价

标准”^[6],以反映研究结果与真实情况之间是否出现偏离。2 位作者的评价结果如有意见不同或结果不同之处,则 2 位作者讨论或由第 3 位学者裁决。文献的质量等级从高到低为 A, B, C。A 级需满足所有的质量评价标准;B 级需要满足部分质量评价标准;C 级是完全不满足质量评价标准。

1.5 Meta 整合法

采用澳大利亚 JBI 循证卫生保健中心推荐的“Meta 整合中汇集性整合方法”^[7],对纳入文献的研究结果进行系统评价。在哲学思想和方法论的理论指导下,通过仔细阅读、分析和解释研究结果,将相似结果汇集,形成新类别,最终归纳类别并总结为整合结果。

2 结 果

2.1 文献检索

经 2 位作者初次检索,得到 199 篇文献,其中 3 篇中文,196 篇英文,进一步追踪文献的参考文献后,补充 11 篇文献。经 2 位作者精读删除不符合纳入标准和排除标准的文献以及重复文献,最终共纳入 11 篇研究性文献,其中 1 篇中文,10 篇英文。

2.2 纳入文献情况

纳入文献的基本特征有文献发表的基本情况、研究对象、使用的质性研究方法、关注的研究问题或现象、场所、研究结果等,纳入研究的基本特征见表 1。

2.3 Meta 整合结果

2 位作者共纳入 11 篇中英文文献,提炼出 73 个研究结果,经归纳、综合成 3 个整合结果,共包含 10 个新类属。类属 1:沉重的生理负担;类属 2:心理受到巨大压力;类属 3:感恩支持,渴望康复;类属 4:限制日常生活;类属 5:家庭、社会角色暂缓;类属 6:尝试恢复日常生活和家庭社会角色;类属 7:自我调整与管理;类属 8:缺乏知识与康复训练指导;类属 9:治疗措施的依从性差;类属 10:家庭照护不完善。最终合成 3 个整合结果,整合结果 1:患者经历严重的生理障碍与矛盾情绪;整合结果 2:患者的日常生活和家庭社会角色受限,但随时间推移,尝试恢复日常生活和家庭社会角色;整合结果 3:患者逐渐自我调整,并管理吞咽障碍,但仍渴望得到医务人员的持续支持。

2.3.1 整合结果 1

患者经历严重的生理障碍与矛盾情绪。

1) 类属 1:沉重的生理负担。脑卒中后吞咽障碍患者常伴有咀嚼困难、口唇感觉丧失(“感觉不到食物的温度,吃的食物有时会嵌在颊部或卡在牙齿上”^[9])、味道嗅觉改变(“我闻到所有东西,都带有一股强烈的油和烧焦的气味,吃东西就好像在嚼纸,再也没有了吃饭的乐趣”^[9])、疼痛、恶心、呕吐等症状。此外,部分患者无法控制正常的吞咽进程(“喝咖啡必须要把嘴紧闭着,甚至用手将嘴唇捏在一起,但咖啡仍然从嘴里溅出来,溅满整个桌子”^[11])。吞咽障碍还可导致患者发生误吸、脱水、营养障碍等并发症,甚至窒息(“突然毫无预兆的,吃的东西黏在喉咙里,喘不过气来,无法呼吸”^[8])。

2) 类属 2:心理受到巨大压力。在进食过程中,吞咽控制能力愈加减弱,患者易误吸而发生呛咳、窒息,常产生进食恐惧的心理(“无法感觉和控制食物从喉咙咽下,害怕食物卡在喉咙里,这种恐惧在中风后的头几天最严重”^[8])。部分患者还伴有肢体功能障碍,需依赖他人喂养,从而产生羞

耻、侮辱、依赖的屈辱感等负性情绪（“吃东西时，脖子上围着围兜，女儿用勺子喂食，觉得自己就像个孩子，感觉很耻辱，恨透了这个场景”^[9]）。此外，脑卒中后患者吞咽功能的转归呈现巨大的异质性，多数患者可在短期内恢复，但仍有部分患者长期遗留吞咽障碍，该部分患者对吞咽功能的恢复、预后等感到担忧、悲观、失望（“在 12 个月的吞咽测试中，不断失败，仍然有误吸，又一次让凯文（丈夫）失望了”^[15]），不确定感较重，甚至无希望感（“以前总想象着出院后会慢慢恢复正常，现在才意识到，这都是虚假的错觉，感到无能为力”^[10]）。

表 1 纳入研究的基本特征
Table 1 Characteristics of the included studies

| 序号 | 纳入研究 | 质性研究方法 | 研究对象 | 兴趣现象 | 情景 | 主要结果 |
|----|-----------------------------|-----------------|-----------------------|------------------------------|-------|---|
| 1 | JACOBS-SON 等 ^[8] | 半结构式访谈 | 30 例，急性期 | 描述进食过程，进食和口腔功能的体验 | 医院 | 提炼 7 个主题：窒息的恐惧；口腔和咽喉不适；口渴；因食物产生的不适；羞耻自己的外观；依赖的屈辱感；无希望感 |
| 2 | PERRY 等 ^[9] | 半结构式访谈 | 113 例患者，脑卒中后 6 个月 | 侧重“私人”进食体验，而非脑卒中后生活的“公开”描述 | 家中 | 提炼 6 个主题：胃口受影响；体重变化；生理方面的进食障碍；生活中的实际影响因素很多；影响心理状态；影响社交进餐 |
| 3 | PERRY 等 ^[10] | 半结构式访谈 | 113 例，脑卒中后 6 个月 | 探索患者对进食和营养问题的看法 | 社区 | 提炼 2 个主题：恢复正常；习惯 |
| 4 | CARLSON 等 ^[11] | 探索性案例研究；采访和进食观察 | 3 例，脑卒中后 18 个月至 24 个月 | 描述脑卒中后长期受吞咽障碍影响的患者的体验 | 社区 | 提炼 1 个主题：患者努力回归正常生活；2 个副主题：放弃自我学习；失败感 |
| 5 | MEDIN 等 ^[12] | 扎根理论研究；半结构式访谈 | 14 例，脑卒中后 3 个月 | 侧重于患者的需求，康复和所获支持的体验 | 社区 | 构建了 1 个“争取控制”模式，体现为“安全进食”和“适当进食” |
| 6 | MEDIN 等 ^[13] | 扎根理论研究；半结构式访谈 | 13 例，脑卒中后 6 个月 | 探索脑卒中发病后 6 个月患者的进食情况和管理体验 | 社区 | 构建了 1 个“渴望掌握进食状况”模式 |
| 7 | KLINKE 等 ^[14] | 现象学研究 | 7 例，脑卒中后 6 个月以上 | 探讨和描述居家脑卒中幸存者的进食和吞咽障碍相关问题的体验 | 居家 | 提炼 4 个主题：通过掩饰进食困难的表现来维护自尊；对于身体的局限性时刻保持警惕；走出安全区；在没有过错的情况下继续更好地生活 |
| 8 | MOLONEY 等 ^[15] | 现象学研究；自传文本 | 10 例，脑卒中后 6 个月 | 脑卒中后吞咽障碍的个人经历 | —— | 提炼 6 个主题：吞咽障碍的生理影响；康复的过程；应对和调整；改变关系；社会领域的变化；试图掌握 |
| 9 | MCCURTIN 等 ^[16] | 半结构式访谈 | 16 例，脑卒中后 1~12 月 | 侧重对使用增稠剂改良食物质地的体验 | 社区 | 提炼 3 个主题：不确定感；不愉快的体验；不断权衡利弊 |
| 10 | HELLDEN 等 ^[17] | 个人深入访谈 | 5 例持续吞咽障碍，脑卒中后 2~10 a | 了解脑卒中后吞咽障碍的经历，以及吞咽障碍的自我管理体验 | 家中或医院 | 提炼 1 个主题：吞咽障碍会对生活产生负面作用。3 个类别：学习管理吞咽障碍及其并发症；获得吞咽障碍的支持各不相同；能找到快乐的小时刻 |
| 11 | 董小方 ^[18] | 个人深入访谈 | 10 例，急性期 | 了解吞咽障碍患者对吞咽障碍管理需求 | 医院 | 提炼 4 个主题：吞咽知识和吞咽技能的需求；生理需求；安全需求；社会支持和建议 |

3) 类属 3: 感恩支持, 渴望康复。生病后, 伴侣、孩子等给予悉心的照料和情感支持, 让他们更加感恩家庭^[13] (“女儿们轮流喂饭, 非常有耐心, 每天都会进行吃饭练习”^[15]), 有坚持下去的勇气 (“无法想象没有一个家庭的人如何经历这一切”^[14])。同时, 大多数患者都怀抱满满的康复希望与斗志 (“这就是一场战役, 一定要抗击它”^[10]), 患者认为保持希望是非常必要的, 否则生活将毫无意义, 甚至希望将来疾病突然自发康复, 或新的康复技术能帮助他们恢复 (“吞咽神经在缓慢生长, 如果幸运的话, 它们可能有一天会突然再次接触”^[17])。此外, 吞咽功能的康复进展给患者带来无以伦比的喜悦 (“这是生病后吃得第一种‘真正的’食物, 令人感到兴奋, 夜间翻来覆去无法入睡, 甚至认为可以征服整个世界”^[14])。

2.3.2 整合结果 2

患者的日常生活和家庭社会角色受限, 但随时间推移, 患者尝试恢复日常生活和家庭社会角色。

1) 类属 4: 限制日常生活。进食和享受食物本是生活中的重要组成部分, 吞咽障碍给习以为常的日常生活带去不便 (“在饭店, 有时并不能提供搅拌机, 不得不自行混合、搅碎食物, 做成肠内营养液”^[17]), 社会交往也遇到很大的障碍与挑战 (“在外旅行, 餐馆吃饭已不能带来以前那么多的快乐”^[15]; “如果聚餐, 必须带着围兜并且需要照顾”^[9])。特别是与不熟悉的人一起进餐更加困难, 在陌生人面前出现问题是不舒服、尴尬的 (“害怕食物溢出时的羞愧”^[12])。因而, 部分患者往往会减少外出活动和社会交往 (“参加婚礼、葬礼等社交活动有很大的困扰, 所以一般尽量避免去这些场合”^[17])。此外, 患者从前的生活习惯、爱好等不得不被迫放下 (“与朋友和亲人分享的快乐时光已经一去不返了”^[15])。

2) 类属 5: 家庭、社会角色暂缓。疾病让患者自我否定 (“它摧毁了曾经的自己, 我已经变成了不一样的人”^[10]), 吞咽障碍的局限使得患者无法继续履行家庭的责任 (“之前总是去购物, 照顾孩子, 然而现在不能参与其中, 这是最糟糕的事情”^[13]), 不得不转变家庭角色 (“衣食都依赖照护者准备”^[11]; “我就像是孩子, 我的妈妈不得不为我切碎食物, 而我 5 岁的孩子仍然需要切碎她的饭菜和肉”^[9]), 生病前的社会角色被强烈冲击 (“老板和同事学我咳嗽, 跳来跳去, 嘲笑我, 我永远无法忘记”^[14]; “以前社交很多, 总是认识新朋友, 但现在, 有一些社交恐惧症”^[14])。

3) 类属 6: 尝试恢复日常生活和家庭社会角色。随着时间的推移, 患者尝试走出安全区 (“想变成自己之前的样子, 过正常的生活, 出去认识新朋友, 不在乎他人的目光”^[14])。患者试图运用辅助工具和应对技巧, 在公共社交场所隐藏缺陷, 重新融入社会活动, 维护社会角色 (“在外面, 每吃一口, 我都会擦拭嘴角, 担心是否有食物从嘴巴漏出”^[14])。然而, 回归脑卒中前的生活或者新的“正常化生活”是一个艰难、持久的过程, 部分患者未能完全恢复到脑卒中前^[14]。

2.3.3 整合结果 3

患者逐渐自我调整, 并管理吞咽障碍, 但仍渴望得到医务人员的持续支持。

1) 类属 7: 自我调整与管理。患者逐渐接受吞咽障碍这一缺陷成为自我的一部分 (“总有一些无法控制的事情, 我接受它成为人生的组成部分”^[14]), 主动学习与管理吞咽困难 (“未清除喉咙的残余物可能导致肺炎”^[15]; “保持专注力, 进食就不会中断”^[14]), 并对吞咽障碍时刻保持警惕 (“自从去年的火鸡窒息事件之后, 我在吃火鸡时特别小心, 身体向前倾斜, 不说话, 小心咀嚼食物”^[12])。当以前的进食习惯无法维持时, 患者通过不断练习, 试图寻找到适合的新方法 (“有时想象勺子里装的是我最喜欢的烤鸡”^[15])。患者还可以通过参与不涉及进餐的活动来调整心情, 如听音乐会^[17]。

2) 类属 8: 缺乏知识与康复训练指导。在医院, 医生和护士更换太频繁, 或对吞咽障碍知之甚少, 无法提供给患者适当的支持 (“护士没有交给我们一些进食时的小技巧, 可能太忙, 也可能就不会”^[18])。常规的健康宣教也多流于形式, 患者缺乏在实际生活中安全有效吞咽的知识, (“护士告诉

我们应吃些糊状的东西,但是护士讲完后,我还是不确定糊状的食物都有哪些”^[18])。患者不得不依靠自身的学习和分析、不断“试错”,探索如何最好地管理吞咽(“医院少有吞咽训练、实用性的建议”^[11])。特别是出院后,患者获得的支持尤其匮乏(“医院内,有经验丰富的专业团队监督我、鼓励我,而现在回家后,我只有一个老伴”^[15]),缺乏专业医务人员持续、个性化的支持(“在医院时,语言治疗师每周来1~2次,用电极刺激恢复吞咽,出院后,语言治疗师的预约很少,也不提供吞咽功能的康复锻炼,只是在评估”^[17])。尽管如此,患者认为语言治疗师是唯一提供脑卒中后吞咽障碍支持的人员。

3) 类属 9: 治疗措施的依从性差。患者最初面临脑卒中带来的死亡风险,吞咽障碍这一问题被最小化^[14],甚至部分患者未充分认识吞咽障碍。在医患之间缺乏互动交流(“大多数医院都很忙,他们没有时间解释一切”^[16]),患者在医疗决策中多处于被动地位(“就像小时候,你的妈妈会给你吃药,你不能问问题,在治疗中我们就是这样的角色”^[16])。吞咽障碍患者需采用增稠剂改变食物质地,或依赖管饲进食,以保证进食的安全,然而,患者对这些治疗措施的体验很差(“浓稠液体的味道非常恶心,像毒药,茶和咖啡没有区别”^[16];“带着一个胃管感觉很糟糕,就像是一个跛子,人家怎么看我”^[8]),因而遵医行为和依从性下降(“我讨厌喝它,我决定不接受它”^[16])。

4) 类属 10: 家庭照护不完善。患者在出院后回归家庭,依赖家庭照护,然而,患者认为所接受的家庭照护不匹配,未能满足自身需求(“家人找人来帮助我吃早餐,她来了,但她什么也没做,只是站在那里看着我,她以为我没事”^[9])。同时,照护者的喂养技能欠缺,可能出现强迫喂食、无法控制食物摄入速度等情况(“吃饭快速匆忙,在还没有咽下这一口时,下一口就跟上了,他们应该等到我完成咀嚼、吞咽之后再给我下一勺,而现在几乎像强迫进食”^[12])。

3 结果与讨论

3.1 Meta 整合法

质性研究是一种社会学研究方法,它更强调个体性、主观性、相对性,用于理解人类独特的、变化的、整体的本质,可以用来描述和探索人们在某一特定情形中的体验、感受、经历、价值判断等^[19]。而 Meta 整合体现着后现代主义的世界观,能归纳、提炼并形成各研究间共性的新概念或解释,能更全面、深入地诠释现象,让理解更加丰满,使结果更科学、全面、可靠^[20]。文章采用 Meta 整合的方法对各个质性研究的结果进行重新解释、归纳,基于诠释性哲学理念,依据特异的方法学,组合生成新见解,从而更好地解释与发展概念,更实质性地诠释现象。

3.2 启示

脑卒中患者存活人群中的 70% 有不同程度的残疾,如运动障碍、认知障碍和吞咽障碍等^[21]。吞咽障碍对脑卒中患者的生理、心理、日常生活、社会领域等方面带来极大的冲击,随着时间的推移,患者逐渐自我调整,尝试恢复日常生活和家庭社会角色,但这是一个艰难、持久、不断试错的过程,患者渴望得到医务人员个性化、持续的支持,促进吞咽功能的康复,帮助他们更好地过渡到新的生活。文章更全面、深入地诠释脑卒中后患者吞咽障碍的真实体验、经历、需求等,为制订符合中国脑卒中患者需求的护理提供参考。

急性缺血性脑卒中患者早期治疗指南指出,吞咽障碍的筛查应由语言治疗师或受过培训的医疗保健人员提供,且多学科脑卒中治疗团队应对住院脑卒中患者提供早期康复治疗^[22]。而目前国内语言治疗起步较晚,从业人员严重不足^[23]。在院内,护理人员是与患者直接接触、且时间最长的医务人员

员,对患者吞咽障碍的管理、康复起着举足轻重的作用。就患者来看,医护人员具有系统化的理论知识和大量的临床经验,是吞咽障碍知识的最佳向导。护理人员应重视患者的疾病需求,满足患者对吞咽障碍相关知识与实践的多元化需求,提供针对性的信息和支持。同时,增强医患互动,关注患者的心理感受,挖掘潜在的正性情绪,也可实施心理、认知行为等干预,改变患者的不良认知,增强患者的自我意识、动机和自信心来主动参与疾病管理^[24]。

由于卫生资源的限制,患者经济能力的制约,大部分患者在急性期的治疗后,需回归家庭,依赖于出院后的持续康复训练、家庭的照护与支持^[25]。而现有干预措施多局限于住院期间,出院后患者获得吞咽功能相关方面的支持较少。此外,国内现有的指南往往主要强调脑卒中急性期吞咽功能的筛查,而对后续吞咽功能的持续干预治疗与随访较弱^[26]。2016年,加拿大脑卒中最佳实践指南建议^[27],在患者回归家庭时,应筛查患者、家属的应对水平、生理和心理问题,并提供相应支持,如提供并强化健康教育、促进患者的自我管理、出院支持。出院后,医务人员应定期和持续随访,提供康复干预和技能培训,帮助患者恢复日常生活活动、重新融入社会和生活角色,挖掘社会支持服务。因而,可参考国外成熟的经验和文献指南,从脑卒中患者入院后直至稳定期的整个过程考虑,从人员配置、服务内容、干预阶段、资源利用等多方面合理设计干预措施,从而提高吞咽相关的生活质量。

3.3 研究不足

未能收集到未正式发表的文献,且纳入的 11 篇文献,大部分来自欧洲地区,有且仅有 1 篇文献来自国内,在人种、价值观、文化背景的多元化等方面存在不足,可能影响脑卒中后患者吞咽障碍真实体验的诠释。此外,纳入的文献在患者所处的疾病阶段方面差异性较大,不足以全面、详尽地展示脑卒中后患者吞咽障碍真实体验的全貌,因而有待于进一步深入、详尽地探索该人群的真实体验。

4 结 论

对脑卒中后患者吞咽障碍的真实体验进行了 Meta 整合。研究结果显示,患者经历了严重的生理障碍与矛盾情绪,日常生活和家庭社会角色受限,但随时间推移,患者尝试恢复日常生活和家庭社会角色并逐渐自我调整,管理吞咽障碍,但仍渴望得到医务人员的持续支持。医务人员需关注患者的经历、需求与体验,给予相应支持和指导,帮助患者改善生理、心理、社会等层面的困境,提高患者吞咽相关的生活质量。

参考文献:

- [1] MOZAFFARIAN D, BENJAMIN E J, GO A S, et al. Heart disease and stroke statistics: a report from the American Heart Association[J]. Circulation, 2015, 131(4): 29-322.
- [2] PACHECO-CASTILHO A C, VANIN G M, DANTAS R O, et al. Dysphagia and associated pneumonia in stroke patients from Brazil: a systematic review[J]. Dysphagia, 2019, 34(4): 499-520.
- [3] WILKINSON J M, CODIPILLY D C, WILFAHRT R P. Dysphagia: evaluation and collaborative management[J]. American Family Physician, 2021, 103(2): 97-106.
- [4] PONTES É S, AMARAL A K, RÊGO F L, et al. Quality of life in swallowing of the elderly patients affected by stroke[J]. Arquivos De Gastroenterologia, 2017, 54(1): 27-32.
- [5] LUKER J, LYNCH E, BERNHARDSSON S, et al. Stroke survivors' experiences of physical rehabilitation: a systematic review of qualitative studies[J]. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 2015, 96(9): 1698-1708.
- [6] 冯兰棱, 张迁, 杨雪梅, 等. 国内护理领域高影响力期刊 2016—2018 年发表质性研究报告的质量评价[J]. 中国循

- 证医学杂志, 2020, 20(3): 311-316.
- [7] LOCKWOOD C, MUNN Z, PORRITT K. Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation[J]. International Journal of Evidence-Based Healthcare, 2015, 13(3): 179-187.
- [8] JACOBSSON C, AXELSSON K, ÖSTERLIND P O, et al. How people with stroke and healthy older people experience the eating process[J]. Journal of Clinical Nursing, 2000, 9(2): 255-264.
- [9] PERRY L, MCLAREN S. Eating difficulties after stroke[J]. Journal of Advanced Nursing, 2003, 43(4): 360-369.
- [10] PERRY L, MCLAREN S. Coping and adaptation at six months after stroke: experiences with eating disabilities[J]. International Journal of Nursing Studies, 2003, 40(2): 185-195.
- [11] CARLSSON E, EHRENBORG A, EHNFORSS M. Stroke and eating difficulties: long-term experiences[J]. Journal of Clinical Nursing, 2004, 13(7): 825-834.
- [12] MEDIN J, LARSON J, VON ARBIN M, et al. Striving for control in eating situations after stroke[J]. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2010, 24(4): 772-780.
- [13] MEDIN J, LARSON J, VON ARBIN M, et al. Elderly persons' experience and management of eating situations 6 months after stroke[J]. Disability and Rehabilitation, 2010, 32(16): 1346-1353.
- [14] KLINKE M E, HAFSTEINSDÓTTIR T B, THORSTEINSSON B, et al. Living at home with eating difficulties following stroke: a phenomenological study of younger people's experiences[J]. Journal of Clinical Nursing, 2014, 23(1/2): 250-260.
- [15] MOLONEY J, WALSH M. I had no idea what a complicated business eating is: a qualitative study of the impact of dysphagia during stroke recovery[J]. Disability and Rehabilitation, 2018, 40(13): 1524-1531.
- [16] MCCURTIN A, HEALY C, KELLY L, et al. Plugging the patient evidence gap: what patients with swallowing disorders post-stroke say about thickened liquids[J]. International Journal of Language & Communication Disorders, 2018, 53(1): 30-39.
- [17] HELLDEN J, BERGSTRÖM L, KARLSSON S. Experiences of living with persisting post-stroke dysphagia and of dysphagia management: a qualitative study[J]. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being, 2018, 13(S1): 1522194.
- [18] 董小方. 基于循证构建脑卒中吞咽障碍患者管理方案及效果评价[D]. 郑州: 郑州大学, 2018.
- [19] 刘可, 颜君, 张美芬. 质性研究和量性研究的区别[J]. 中华护理杂志, 2003, 38(1): 68-69.
- [20] 王新田, 候婕, 杨克虎. 护理质性研究对循证护理的影响探讨[J]. 护理学报, 2011, 18(5): 46-48.
- [21] 王祯莲, 宋国强. Drp1 相关线粒体异常与阿尔茨海默病的研究进展[J]. 常州大学学报(自然科学版), 2020, 32(2): 74-79.
- [22] FURIE K L, JAYARAMAN M V. 2018 guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke[J]. Stroke, 2018, 49(3): 509-510.
- [23] 汪婷, 蒋红, 王君俏, 等. 脑卒中患者进食体验的系统评价[J]. 护理学杂志, 2015, 30(5): 94-96, 99.
- [24] 王爱霞, 唐起岚, 郭丽娜. 心理及认知行为干预对脑卒中吞咽障碍患者功能恢复的影响[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2018, 21(12): 1373-1378.
- [25] 李志鹏, 高健, 陈玉倩, 等. 我国治理因病致贫返贫的政策变迁及长效机制研究[J]. 常州大学学报(社会科学版), 2022, 23(4): 39-47.
- [26] 王拥军, 王少石, 赵性泉, 等. 中国卒中吞咽障碍与营养管理手册[J]. 中国卒中杂志, 2019, 14(11): 1153-1169.
- [27] CAMERON J I, O'CONNELL C, FOLEY N, et al. Canadian stroke best practice recommendations: managing transitions of care following stroke, guidelines update 2016[J]. International Journal of Stroke, 2016, 11(7): 807-822.

(责任编辑:李艳,周安迪)