

论著·护理研究

基于赋能教育模式水凝胶摄食训练干预应用于脑卒中
吞咽障碍患者效果研究*杨虹,毛忠南[△]

(甘肃中医药大学附属医院康复医学科,甘肃兰州 730020)

[摘要] **目的** 探讨基于赋能教育模式水凝胶摄食训练干预在脑卒中吞咽障碍患者中的应用效果。**方法** 选择 2022 年 1 月至 2023 年 10 月该院收治的 100 例脑卒中吞咽障碍患者,采用随机数表法将其分为参照组和干预组,每组 50 例,2 组分别脱落 2 例,最终例数为每组 48 例。参照组患者采用常规教育及摄食训练干预,干预组患者在参照组基础上采用基于赋能教育模式的水凝胶摄食训练干预,2 组干预时间均为 1 个月。观察 2 组患者干预前、干预 1 个月后的自我效能感、自我护理能力、渗漏-误吸、吞咽功能及生活质量变化。**结果** 2 组患者干预后的一般自我效能感量表(GSES)与自护能力测定量表(ESCA)评分均高于干预前,且干预组高于参照组,差异均有统计学意义($P<0.05$);2 组患者干预后的 Rosenbek 渗漏-误吸分级量表(PAS)评分均低于干预前,且干预组低于参照组,差异均有统计学意义($P<0.05$);2 组患者干预后的功能性经口摄食量表(FOIS)评分、吞咽障碍生活质量量表(EDQOL)除经济状况外各项评分均高于干预前,且干预组评分高于参照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 基于赋能教育模式水凝胶摄食训练干预可提高脑卒中吞咽障碍患者自我效能感及自我护理能力,减轻渗漏-误吸程度,有助于促进吞咽功能恢复,改善其生活质量。

[关键词] 赋能教育; 水凝胶摄食训练; 脑卒中; 吞咽障碍; 吞咽障碍生活质量量表评分; 一般自我效能感量表评分

DOI:10.3969/j.issn.1009-5519.2024.20.020

中图法分类号:R743

文章编号:1009-5519(2024)20-3518-05

文献标识码:A

Effects study of an empowering educational model hydrogel-based ingestion training
intervention for stroke patients with dysphagia*YANG Hong, MAO Zhongnan[△](Department of Rehabilitation Medicine, Affiliated Hospital of Gansu University
of Chinese Medicine, Lanzhou, Gansu 730020, China)

[Abstract] **Objective** To investigate the effects of hydrogel ingestion training intervention based on empowerment education model in stroke patients with dysphagia. **Methods** A total of 100 cases of stroke patients with dysphagia admitted to the hospital from January 2022 to October 2023 were selected and divided into the reference group and the intervention group using the randomized number table method, with 50 cases in each group, and 2 cases were dislodged from each of the 2 groups, resulting in a final number of cases of 48 cases in each group. The reference group used conventional education and ingestion training intervention, and the intervention group used hydrogel ingestion training intervention based on empowerment education model on the basis of the reference group, and the intervention time of both groups was 1 month. The self-efficacy, self-care ability, leakage-aspiration, swallowing function and quality of life of the patients in the 2 groups were observed before and 1 month after the intervention. **Results** After intervention, the General Self-Efficacy Scale(GSES) and Self-Care Competency Assessment(ESCA) scores of the patients in both groups were higher than those before intervention, and the intervention group was higher than that of the reference group, with statistically significant differences($P<0.05$); the Rosenbek Leakage-Misaspiration Scale(PAS) scores of the

* 基金项目:兰州市科学技术局项目(2022-5-116)。

作者简介:杨虹(1986—),本科,主管护师,主要从事吞咽障碍康复护理工作。 [△] 通信作者, E-mail:maozhongnan521@163.com。

two groups were lower than that before intervention, and the intervention group was lower than that of the reference group, with statistically significant differences ($P < 0.05$); the Functional Oral Intake Scale (FOIS) score and the Dysphagia Quality of Life Scale (EDQOL) scores except for economic status were higher than those before intervention in both groups, and the intervention group's score was higher than that of the reference group, with statistically significant differences ($P < 0.05$). **Conclusion** Hydrogel ingestion training intervention based on empowerment education model improves self-efficacy and self-care ability of stroke patients with dysphagia, reduces the degree of leakage-misaspiration, and helps to promote the recovery of swallowing function and improve their quality of life.

[Key words] Empowering educational; Hydrogel-based ingestion training; Stroke; Dysphagia; Dysphagia Quality of Life Scale score; General Self-Efficacy Scale score

吞咽障碍是脑卒中常见后遗症,可出现饮食呛咳、进食困难及误吸等,不利于患者康复^[1]。摄食训练是目前临床上改善脑卒中患者吞咽功能的主要途径之一。常规摄食训练模式中采用的直接经口摄食训练未能充分考虑食物安全性及有效性问题,可能会增加误吸风险。而水凝胶摄食训练作为一种常用的摄食训练方式,基本原理是通过使用特殊的水凝胶材料来模拟食物的压力和黏度,用于训练患者的吞咽动作,可能更具安全性。但需要注意的是,水凝胶摄食训练在脑卒中吞咽障碍患者中的应用效果在很大程度上受到患者依从性与持续性的影响,需加强对患者的健康教育与护理干预,以确保良好的训练依从性与持续性。常规教育更为强调知识宣教,对于患者自我效能感及自我管理意识、能力的重视度不足,可能不利于调动患者依从性。基于赋能教育模式水凝胶摄食训练干预将赋能教育模式与水凝胶摄食训练进行融合,其中赋能教育强调激发患者主观能动性,调动其自我管理积极性,或可促进患者摄食训练的依从性,充分发挥水凝胶摄食训练干预对卒中后吞咽障碍患者病情康复的促进作用^[3]。本研究尝试在卒中后吞咽障碍患者中应用基于赋能教育模式水凝胶摄食训练干预模式,观察其应用效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 资料

1.1.1 一般资料 选择 2022 年 1 月至 2023 年 10 月就诊于本院的 100 例脑卒中吞咽障碍患者作为研究对象,通过随机数表法实施分组,参照组 50 例,干预组 50 例,每组脱落 2 例,最终例数各 48 例。参考组中男 26 例,女 22 例;年龄 45~78 岁,平均(61.57±4.26)岁;病程 3~80 d,平均(45.68±5.09)d;脑卒中类型:脑出血 26 例,脑梗死 22 例。干预组中男 25 例,女 23 例;年龄 47~80 岁,平均(62.07±4.41)岁;病程 2~83 d,平均(46.10±6.38)d;脑卒中类型:

脑出血 24 例,脑梗死 24 例。2 组患者基础资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。本研究提前向医院伦理委员会提出申请且通过审批。

1.1.2 纳入标准 (1)诊断为脑卒中,临床诊断符合《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018》^[4]中相关标准,并通过颅脑 CT 等影像学检查确认;(2)伴吞咽障碍,评估符合《中国吞咽障碍评估与治疗专家共识(2017 年版)》^[5]中相关标准;(3)首次发病,吞咽障碍结局与严重度量表^[6]评定为 2~6 级,轻、中度吞咽障碍;(4)符合摄食训练适应证,即患者意识状态清醒、全身状态稳定、能产生吞咽发射、少量吸入或误咽能通过随意咳嗽咳出;(5)患者及家属对研究内容知情同意。

1.1.3 排除标准 (1)严重真性球麻痹;(2)合并恶性肿瘤;(3)伴认知障碍、意识障碍、精神障碍或患精神性疾病;(4)由其他疾病及原因导致的吞咽障碍;(5)丧失沟通交流能力;(6)肝、心、肾等重要脏器功能障碍。

1.2 方法

1.2.1 护理方法 所有患者均予以降压、控制血糖、抗血小板聚集、改善微循环及神经系统营养等常规药物治疗,并强化营养支持。同时,根据患者病情,常规予以口面肌群训练、舌根部冰刺激、喉上抬训练、空吞咽训练、咳嗽与呼吸训练,以及语言发音训练等物理训练。

1.2.1.1 参照组 参照组患者采用常规教育及摄食训练干预。常规予以患者健康教育,向患者及家属口头介绍脑卒中吞咽障碍相关疾病知识,尤其是要向患者强调摄食训练的目的、过程及效果,增进患者的了解。向患者及家属发放脑卒中吞咽障碍康复知识手册,指导其正确阅读,对于他们提出的问题及时给予耐心解答,消除其疑虑。在基础训练后,根据患者吞咽功能改善情况,尝试将打碎的菜泥、蛋羹及糊餐等喂食给患者,根据患者吞咽情况循序渐进地对食物摄入量进行增加。

1.2.1.2 干预组 干预组患者在基础训练的同时予

以基于赋能教育模式的水凝胶摄食训练干预。(1)组建小组。组建基于赋能教育模式的水凝胶摄食训练干预小组,纳入康复科护士长 1 名,骨干护士 3 名,营养师 1 名。由护士长担任小组组长,负责组织组员进行系统化的专业培训,重点培训其赋能教育及水凝胶摄食训练操作技能,确保所有组员通过考核。营养师负责根据患者病情制定相应的营养管理手册,视患者营养状态制订水凝胶摄食训练干预方案。骨干护士负责对干预方案各项措施进行落实。

(2)干预方案实施。

①明确问题。骨干护士针对患者入院后的吞咽功能进行评估,了解其吞咽障碍状态,并主动与患者沟通交流,了解其吞咽障碍自我管理中的问题及最迫切想要改变的问题。

②情感表达。患者入院后,骨干护士主动与患者及家属沟通交流,鼓励患者表述内心真实想法和情感,给予疏导和安慰,帮助患者减轻焦虑及抑郁等不良情绪。

③设定目标。骨干护士向患者介绍水凝胶摄食训练的目的、方法及优点等,与患者及家属共同讨论并设定摄食训练目标(例如训练次数等)及计划。

④训练干预。基础训练结束后,选择舒食素 G 1 袋(规格:1.5 g),以 200 mL 开水将其搅拌均匀,待其冷却后制成水凝胶备用。训练前向患者介绍水凝胶摄食训练的目的、操作过程、注意事项等,改善患者及家属配合度。水凝胶初始用量为一口 3 mL,按照 2 次/天经口摄食,将水凝胶舀成片状,嘱患者勿需咀嚼直接咽下。根据吞咽造影结果,引导患者正确进行姿势代偿,例如转头、侧头、低头等,并可向其教授声门上吞咽法,指导患者多次吞咽并进行空吞咽。在摄食训练过程中实时监测患者咳嗽、进食前后音色及指脉血氧饱和度共 3 项安全性指标变化。当患者水凝胶摄入总量达到 100 mL,同时连续三餐不存在安全性受损时,可将一口摄入量增加至 5 mL,继续观察三餐情况,确认不存在安全性受损后再将一口摄入量增加至 10 mL,若患者 5 min 内能够摄入 200 mL 水凝胶,同时连续三餐不存在安全性受损,则可转为经口摄入细泥状食物。细泥状食物最初一口摄入量控制为 3 mL,每餐摄入量 300 mL,观察患者三餐进食情况,确认无异常后可尝试细馅状食物,根据上述步骤递进式过渡到软食、普食。

⑤效果评估。通过开放性提问,询问患者目标完成情况等,鼓励患者回顾既往经历,总结心得体会和个人经验,使其学会自我肯定并感受该过程带来的愉悦。2 组均持续干预 1 个月。

1.2.2 观察指标 (1)自我效能感。干预前、干预 1 个月后,通过一般自我效能感量表(GSES)^[7]评估患

者自我效能感。该量表总分 10~40 分,评分越高表示自我效能感越高。

(2)自我护理能力。干预前、干预 1 个月后,采用自护能力测定量表(ESCA)^[8]评估患者自我护理能力。该量表总分 0~172 分,评分越高表示自我护理管理能力越强。

(3)渗漏-误吸。干预前、干预 1 个月后,使用 Rosenbek 渗漏-误吸分级量表(PAS)^[9]评估患者渗漏-误吸情况。该量表根据造影过程中食团进入喉及气道的深度、咳嗽强度,以 0~8 分描述渗漏及误吸程度,评分越高说明渗漏-误吸程度越严重。

(4)吞咽功能。干预前、干预 1 个月后,通过功能性经口摄食量表(FOIS)^[10]评估患者吞咽功能。该量表以 1~7 分描述患者经口进食情况,分值越高说明经口进食质量越高,吞咽功能越好。

(5)生活质量。干预前、干预 1 个月后,采用吞咽障碍生活质量量表(EDQOL)^[11]评估患者生活质量。该量表包括生理/认知(6 个条目)、经济状况(5 个条目)、心理(9 个条目)、工作或学习(5 个条目)4 个维度共 25 个条目,评分越高表示吞咽障碍对生活质量产生的影响越严重。

1.3 统计学处理 应用 SPSS25.0 统计软件进行数据分析,符合正态分布规律的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组内对比采用配对 t 检验,组间对比行独立样本 t 检验,不满足正态分布规律的计量资料以 $M(P_{25}, P_{75})$ 表示,数据对比予以非参数检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 2 组患者自我效能感及自我护理能力比较 2 组患者干预前的 GSES 与 ESCA 评分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$);与同组干预前比较,2 组患者干预后的 GSES 与 ESCA 评分均提高,且干预组均较参考组高,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组患者自我效能感与自我护理能力比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	GSES 评分		ESCA 评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
参考组	48	26.39±2.48	30.68±3.74 ^a	110.25±11.77	121.64±15.37 ^a
干预组	48	25.95±3.12	34.57±3.42 ^a	109.88±12.30	129.35±16.20 ^a
<i>t</i>	—	0.765	5.318	0.151	2.392
<i>P</i>	—	0.446	<0.001	0.881	0.019

注:—表示无此项;与同组干预前比较,^a $P < 0.05$ 。

2.2 2 组患者渗漏-误吸程度比较 2 组患者干预前的 PAS 评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);与同组干预前比较,2 组患者干预后的 PAS 评分均更低,且干预组较参考组低,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 2 组患者渗漏-误吸程度比较[M(P ₂₅ ,P ₇₅),分]				
组别	n	干预前	干预后	
参考组	48	6.00(5.00,7.00)	5.00(4.00,6.00) ^a	
干预组	48	6.00(4.00,7.00)	3.00(2.00,5.00) ^a	
Z	—	1.202	3.795	
P	—	0.497	<0.001	

注：—表示无此项；与同组干预前比较，^aP<0.05。

2.3 2 组患者吞咽功能比较 2 组患者干预前 FOIS 评分比较,差异无统计学意义(P>0.05);较之本组干预前,2 组患者干预后的 FOIS 评分均更高,且干预组评分较参考组高,差异均有统计学意义(P<0.05)。见表 3。

表 3 2 组患者吞咽功能比较 [M(P ₂₅ ,P ₇₅),分]				
组别	n	干预前	干预后	
参考组	48	2.00(2.00,3.00)	4.00(3.00,5.00) ^a	
干预组	48	2.00(2.00,4.00)	6.00(4.00,7.00) ^a	
Z	—	1.319	-1.244	
P	—	0.922	<0.001	

注：—表示无此项；与同组干预前比较，^aP<0.05。

2.4 2 组患者生活质量比较 2 组患者干预前 EDQOL 量表各项评分比较,差异无统计学意义(P>0.05);与同组干预前比较,2 组患者干预后 EDQOL 量表除经济状况外各项评分均更低,且干预组分值较参考组低,差异均有统计学意义(P<0.05)。见表 4。

表 4 2 组患者生活质量对比 ($\bar{x}\pm s$,分)				
维度	参考组(n=48)	干预组(n=48)	t	P
生理/认知				
干预前	25.27±2.80	24.85±3.03	0.705	0.482
干预后	19.22±2.46 ^a	16.08±2.69 ^a	5.968	<0.001
经济状况				
干预前	20.16±2.05	20.35±2.24	0.434	0.666
干预后	20.20±2.14	20.47±2.77	0.534	0.594
心理				
干预前	37.96±3.12	38.21±2.97	0.402	0.689
干预后	32.33±3.40 ^a	27.14±3.63 ^a	7.230	<0.001
工作或学习				
干预前	20.81±2.25	21.05±1.97	0.556	0.580
干预后	16.53±2.34 ^a	14.22±2.01 ^a	5.188	<0.001

注：与同组干预前比较，^aP<0.05。

3 讨 论

目前,国内外关于脑卒中吞咽障碍患者赋能教育和水凝胶摄食训练的报道不多,关于赋能教育模式联合水凝胶摄食训练用于脑卒中吞咽障碍患者的报道

更少。水凝胶摄食训练的原理是利用水凝胶的特性,在嘴巴中形成一种仿真食物的感觉,能为患者的吞咽训练提供安全的训练环境。但是,水凝胶摄食训练并非在 1~2 d 内就能达到训练效果,需要经历较长的训练时间,部分患者对摄食训练缺乏充分认识,依从性及自我效能感不高,缺乏良好的自我护理管理意识,可能会出现半途而废等现象,影响训练效果。赋能教育作为一种新型健康教育模式,以患者为主体,护理人员只需根据患者需求提供知识支持与技能传授,可激发患者主观能动性及自我管理积极性^[12]。将赋能教育与水凝胶摄食训练联合用于脑卒中吞咽障碍患者,或可促进整体护理效果的提升,

本研究发现,干预组患者干预后的 GSES 与 ES-CA 评分较参考组高。自我效能感是指个体对于完成特定任务或面对特定挑战时的信心和能力评估,而自我护理能力是指个体独立进行日常生活活动和应对健康问题的能力。对于脑卒中患者而言,较高的自我效能感意味着较高的自我管理及康复信心,患者能够更加积极主动配合摄食训练等相关康复措施,以缓解吞咽障碍。常规教育及摄食训练模式下,相对忽略患者的主观能动性,对于患者主动性及积极性的调动不足,可能会影响其自我效能感,不利于提高其自我护理意识与自我护理能力。赋能教育模式通过提供相关知识宣教,可帮助患者了解自身吞咽障碍的原因和影响,以及如何通过水凝胶摄食训练来改善这一问题,提高患者对自身情况的认识和理解程度,从而增强其自我效能感^[13]。水凝胶摄食训练是一种针对吞咽障碍的干预方法,通过引导患者进行特定的吞咽练习,可帮助改善其吞咽功能。通过提供这种技能和策略的训练,可以提高患者的自护能力,并增强其信心。此外,脑卒中吞咽障碍患者常常伴随着焦虑和抑郁等心理问题,这些问题可能影响患者的自我效能感和自护能力。赋能教育模式可以通过提供情感支持和鼓励,帮助患者积极面对困难和挑战,改善其心理状态,增强信心,使其采取主动行动来应对吞咽障碍。年秀梅等^[14]研究认为,赋能健康教育可帮助减轻脑卒中患者焦虑及抑郁情绪,提示该教育模式确实对改善患者负性情绪有积极作用,这可能也是赋能教育提高患者自我效能感的重要原因之一。

本研究结果显示,干预组患者干预后的 PAS 评分较参考组低。PAS 常用于评估渗漏及误吸程度,脑卒中作为一种常见的神经系统疾病,易导致吞咽功能障碍,可能会引起渗漏和误吸,造成患者的病情恶化,甚至增加死亡风险。渗漏是指食物或液体从口腔进

入气管,而误吸是指食物或液体进入肺部,此类事件可能会导致肺部感染、呼吸道炎症甚至窒息。观察脑卒中吞咽障碍患者的渗漏-误吸分级情况对于指导治疗、评估预后和预防并发症非常重要。在常规直接经口摄食训练中,使用的食物是真实的固体或液体食物,食物质地和浓度往往难以个性化调整和控制。对于吞咽障碍患者来说,特别是在初始康复阶段,这些食物的质地和浓度可能会导致吞咽困难、渗漏或误吸等问题。水凝胶摄食训练使用凝胶产品进行训练,此类产品可以在患者的口腔中形成类似食物的质地,模拟真实的经口摄食过程。训练时可以调整水凝胶的黏稠度和输送速度,使其适应患者的吞咽能力和康复进展。同时,训练时还可以观察患者的吞咽动作,给予反馈和指导,帮助其改善吞咽技巧,从而减轻渗漏-误吸程度。黄绍春等^[15]研究指出,水凝胶摄食训练能够改善卒中后吞咽障碍患者 PAS 评分,该研究中仅涉及水凝胶摄食训练方法,未同时开展赋能教育,与本研究存在一定程度的差异,但在该模式下仍可取得较好的渗漏-误吸改善效果。赋能教育模式可以为患者及其家属提供关于水凝胶摄食训练的安全性指导,帮助患者更好地掌握正确的吞咽姿势和运动,更有利于降低渗漏和误吸的风险。

本研究结果显示,干预组患者干预后的 FOIS 评分较参照组高。FOIS 评分能够反映患者的吞咽障碍情况,评估其吞咽功能。水凝胶是一种特殊的材料,具有弹性和可塑性,可以按照个体需求进行形态调整。将水凝胶应用于摄食训练中,可以根据患者的吞咽能力进行个性化的调整,帮助患者逐步恢复吞咽功能。赋能教育模式注重患者的主动参与和自我管理,通过提供知识、技能和支持来增强患者的自信心和自主能力。在水凝胶摄食训练中,赋能教育模式通过明确问题、设定目标、训练实施及效果评估等环节,能够引导患者主动参与训练过程,增强他们的训练积极性、依从性和信心,更有利于促进患者神经肌肉控制功能的恢复,改善其吞咽功能。

本研究发现,干预组患者干预后的 EDQOL 量表除经济状况外各项评分较参考组低。水凝胶摄食训练干预可以帮助患者重新学习正确的咀嚼和吞咽技巧,以确保食物和液体不被误吸,或最大限度地降低窒息风险,使患者能够安全地进食,并从各种营养物质中受益,维持身体健康。脑卒中吞咽障碍可能会导致患者在进食时感到焦虑和压力。通过赋能教育,患者可以更好地了解吞咽障碍的原因和处理方法,增加对自身情况的认知和控制感,减少焦虑和压力,改善

其认知状况和心理状况,提高进食的舒适性和满意度。通过基于赋能教育的水凝胶摄食训练干预,能够促进患者吞咽功能的改善,减少渗漏及误吸等不良事件,改善患者生理状况,可能有助于促进工作或学习能力的恢复,提高其生活质量。李娟等^[16]研究认为,团体正念减压疗法联合赋能教育能够降低脑卒中后康复期患者不良事件发生率。虽然该研究中所用的干预方法与本研究存在一定差异,但均涉及赋能教育,仍能够在一定程度上证实该干预模式在脑卒中康复期患者中的积极作用。

综上所述,脑卒中吞咽障碍患者采用基于赋能教育模式的水凝胶摄食训练干预,能够改善患者的自我效能感及自我护理能力,缓解渗漏-误吸程度,同时可促进患者吞咽功能的恢复,提高其生活质量。但是,本研究样本量仍偏小,可能会影响研究结果的可靠性和说服力,且观察时间偏短,难以科学评估其长期效果,存在一定局限性。后续研究应扩大研究样本量,并延长观察随访时间,最大限度地提高研究结果的说服力。

参考文献

[1] 安德连,樊萍,侯幸岳,等. 广东省护士对脑卒中患者吞咽障碍康复护理的知信行现状调查[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2023, 45(9): 826-829.

[2] 邓丽,何英姿,金燕萍,等. 基于容积黏度试验测试的摄食训练对脑卒中后吞咽障碍患者的影响[J]. 康复学报, 2022, 32(4): 352-358.

[3] 石东辉. 社区护士对脑卒中偏瘫病人实施赋能教育的效果观察[J]. 护理研究, 2019, 33(19): 3395-3398.

[4] 彭斌,刘鸣,崔丽英. 与时俱进的新指南-《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018》解读[J]. 中华神经科杂志, 2018, 51(9): 657-659.

[5] 中国吞咽障碍康复评估与治疗专家共识组. 中国吞咽障碍评估与治疗专家共识(2017 年版)[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2018, 40(1): 1-10.

[6] 楼伟伟,窦祖林. 吞咽障碍结局与严重度量表[J]. 神经损伤与功能重建, 2007, 2(1): 63-64.

[7] CLAVIJO M, YÉVENES F, GALLARDO I, et al. Escala de autoeficacia general: reevaluación de su evidencia de confiabilidad y validez en Chile [The general self-efficacy scale (GSSES): reevaluation of its reliability (下转第 3532 页)]