

# 区域医联体延续护理对脑卒中患者自我护理能力及生活质量的影响

张颖杰<sup>1</sup>, 黎月娥<sup>1</sup>, 黄志强<sup>1</sup>, 宋小花<sup>1</sup>, 黎玉冰<sup>2</sup>, 赵志君<sup>2</sup>, 苏珂洁<sup>3</sup>, 周光辉<sup>1</sup>

**摘要:**目的 探讨区域医联体延续护理模式提高脑卒中患者自我护理能力及生活质量的作用,为脑卒中患者出院后的延续护理提供参考。**方法** 将 147 例脑卒中出院患者按照入院时间分为对照组 75 例,观察组 72 例。对照组实施常规出院后护理随访;观察组实施区域医联体下的医院-社区-家庭延续性护理。出院时及出院后 6 个月对两组患者自我护理能力和生活质量进行比较。**结果** 观察组出院后 6 个月自我护理能力及生活质量评分显著高于对照组(均  $P < 0.01$ )。**结论** 实施区域医联体下医院-社区-家庭延续性护理模式的健康管理,可以提高脑卒中患者的自我护理能力,提升其生活质量。

**关键词:** 脑卒中; 区域医联体; 延续护理; 健康管理; 自我护理能力; 生活质量

**中图分类号:** R473.5 **文献标识码:** A **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2021.22.087

**Impact of regional medical alliance based transitional care on self-care agency and quality of life in stroke patients** Zhang Yingjie, Li Yue'e, Huang Zhiqiang, Song Xiaohua, Li Yubing, Zhao Zhijun, Su Kejie, Zhou Guanghui. Department of Rehabilitation of TCM, Songshan Lake Central Hospital of Dongguan, Dongguan 523000, China

**Abstract:** **Objective** To explore the effects of regional medical alliance based transitional care on self-care agency and quality of life of stroke patients, and to provide reference for delivery of continuing care for stroke patients. **Methods** A total of 147 stroke patients discharged from hospital were chronologically divided into a control group of 75 and an intervention group of 72. The control group was given routine follow-ups, while the intervention group received "hospital-community-family" continuing care which was provided by regional medical alliance. Self-care agency and quality of life of patients in both groups were measured at discharge and 6 months after discharge. **Results** After the intervention, the scores of self-care agency and quality of life in the intervention group were significantly higher than those in the control group ( $P < 0.01$  for both). **Conclusion** The implementation of "hospital-community-family" continuing care by regional medical alliance can improve self-care ability and quality of life of stroke patients.

**Key words:** stroke; regional medical alliance; transitional care; health management; self-care agency; quality of life

脑卒中是指发生在脑血管的一系列突发事件,包括缺血性脑卒中与出血性脑卒中。脑卒中、缺血性心脏病等心脑血管疾病已成为中国居民的首要死因<sup>[1]</sup>。我国每年脑卒中幸存者 600~700 万,残疾率高达 75%<sup>[2]</sup>。患者的自我护理能力不足,生活质量低下,给家庭和社会带来了极大的负担。绝大多数患者选择出院后在社区、家庭进行康复护理<sup>[3]</sup>。但由于国内社区居家护理起步较晚,现仅能为患者提供基础疾病指导,而目前医院临床普遍采用的电话随访方式效果不理想,家庭访视受人力、物力的限制无法大范围推广应用,造成大部分脑卒中患者出院后得不到正规的延续追踪管理,增加了再次卒中的风险和非计划入院。我国以医疗联合体(下称医联体)为载体促进医疗整合,以实现医疗卫生服务的可及性、均衡性和持续性,确保出院后患者的信息、关系和管理具有延续性<sup>[4-6]</sup>。本研究探索基于区域医联体下延续护理模式

在出院脑卒中患者健康管理中的应用效果,旨在为患者延续性护理的开展提供参考。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本研究已获得医院伦理委员会批准。将我院 2017 年 9 月至 2018 年 8 月收治的初次发生脑卒中患者设为对照组;2018 年 9 月至 2019 年 8 月收治的初次发生脑卒中患者设为观察组。纳入标准:年龄  $> 18$  岁;符合中华医学会全国第四届脑血管病会议通过的脑卒中诊断标准,经颅脑 CT 或 MRI 确诊为脑卒中;出院后选择居家休养且居住在区域医联体所辖社区,LACE 指数评分<sup>[7]</sup>  $\geq 7$  分;依从性好,能以文字或语言沟通并知情同意,能配合研究。排除标准:参加过心血管疾病干预研究;既往存在严重的认知障碍或精神障碍;合并多功能脏器衰竭、恶性肿瘤及长期卧床完全不能自理;完全性失语。符合纳排标准的脑卒中患者 153 例,观察组 76 例,对照组 77 例,失访 6 例(观察组 4 例,对照组 2 例),其中 5 例中途退出、1 例转入 ICU,最终观察组 72 例、对照组 75 例完成研究。两组一般资料比较,见表 1。

## 1.2 方法

**1.2.1 干预方法** 两组住院期间,医护人员按照卒中管理常规进行治疗、护理。出院前 3 d,由责任护士对患者及家属进行健康知识指导,主要内容包括脑卒

作者单位:1. 东莞市松山湖中心医院康复医学科(广东 东莞, 523000);  
2. 东莞市石龙镇社区卫生服务中心;3. 东莞市松山湖(生态园)社区卫生服务中心

张颖杰;女,硕士,主管护师,护士长

通信作者:周光辉,zhouguanghui2072@163.com

科研项目:广东省医学科学技术研究基金项目(A2018436)

收稿:2021-06-01;修回:2021-07-26

表 1 两组一般资料比较

| 组别  | 例数 | 性别(例)          |    | 年龄<br>(岁, $\bar{x}\pm s$ ) | 文化程度(例)   |       |      | 婚姻状况(例)        |    |    | 职业(例)          |    |    |    |
|-----|----|----------------|----|----------------------------|-----------|-------|------|----------------|----|----|----------------|----|----|----|
|     |    | 男              | 女  |                            | 初中以下      | 高中/中专 | 大专以上 | 已婚             | 丧偶 | 其他 | 工人             | 农民 | 干部 | 其他 |
| 对照组 | 75 | 58             | 17 | 63.92±14.12                | 45        | 29    | 1    | 56             | 17 | 2  | 24             | 36 | 8  | 7  |
| 观察组 | 72 | 60             | 12 | 62.54±11.29                | 43        | 29    | 0    | 56             | 15 | 1  | 23             | 27 | 10 | 12 |
| 统计量 |    | $\chi^2=0.835$ |    | $t=0.653$                  | $Z=0.032$ |       |      | $\chi^2=0.404$ |    |    | $\chi^2=2.785$ |    |    |    |
| P   |    | 0.361          |    | 0.515                      | 0.975     |       |      | 0.817          |    |    | 0.426          |    |    |    |

| 组别  | 例数 | 经济状况(例)    |    |    | 医疗支付(例)        |      |      | 合并症(例)     |    |    | 照顾者(例)         |    |    |    |
|-----|----|------------|----|----|----------------|------|------|------------|----|----|----------------|----|----|----|
|     |    | 好          | 一般 | 较差 | 自费             | 医疗保险 | 合作医疗 | 无          | 1种 | 2种 | 2种以上           | 配偶 | 子女 | 其他 |
| 对照组 | 75 | 32         | 33 | 10 | 5              | 68   | 2    | 1          | 16 | 40 | 18             | 32 | 35 | 8  |
| 观察组 | 72 | 28         | 31 | 13 | 4              | 64   | 4    | 0          | 9  | 42 | 21             | 28 | 36 | 8  |
| 统计量 |    | $Z=-0.681$ |    |    | $\chi^2=0.851$ |      |      | $Z=-1.388$ |    |    | $\chi^2=0.220$ |    |    |    |
| P   |    | 0.496      |    |    | 0.653          |      |      | 0.165      |    |    | 0.896          |    |    |    |

中的基础知识、自我检测方法、用药指导、饮食管理、运动管理、危险因素预防等。出院时告知患者下次复诊的时间和注意事项。对照组出院后常规进行电话随访,2周1次,内容包括治疗效果反馈、药物依从性、满意度等。观察组实施区域医联体延续护理模式,具体如下。①组建区域医联体团队。由东莞市松山湖中心医院牵头成立松山湖区域医联体,下辖石龙镇社区卫生服务中心、松山湖(生态园)社区卫生服务中心,建立区域医联体卒中延续护理团队。医院人员有神经内科医生、康复科医生、营养师、心理医生各1人,康复技师、护理人员各2人。医生主要负责处理患者在院期间存在的相应医疗、心理、营养及康复问题,并与社区医护人员分别对接医疗、康复关注重点。出院前2~3d交由护士主导、康复技师跟进。每个社区由全科医生1人、护理人员2人组成,以社区护士为主导,全科医生协作。全科医生负责跟进再次发生卒中的高危风险;社区护士主要是针对高风险患者进行入户宣教,对患者居家期间生活和康复存在的障碍因素给予指导。②出院前2~3d,由责任护士按照出院准备服务程序,评估患者出院准备护理需求,与社区卫生服务中心团队进一步对接。科室设计制作卒中延续康复护理微信小程序“卒V人生”,医院护理人员定期发布卒中患者用药护理、饮食、运动指导、言语训练、随访等方面的知识,提供家庭环境、康复运动视频,开展线上、线下知识问答活动。必要时与患者进行视频沟通。出院1周后对患者进行电话随访,针对患者存在的问题进行相应指导。③社区全科医生每2个月组织1次卒中专题讲座和技能展示,通过电话随访记录的共性问题确定内容,包括卒中发作症状识别、安全用药、合理饮食、辅具使用等,每次约30min,现场为患者及主要照顾者答疑解惑。④评估筛查寻找目标人群。社区全科医生采用LACE指数评分<sup>[8]</sup>筛查患者再次发生卒中的高危风险,识别再发高危人群,对高危人员发出干预预警。0~6分为低危风险,7~10分为中危风险,11~15分为高危风险。对于高风险患者,全科医生将在1周内通过电话评估病情、依从性、并发症,并考虑启动重新入院预防计划,安排

社区护士纳入家访追踪。⑤社区护士告知患者每周康复科医生及康复技师到社区卫生服务中心出诊时间,预约患者复诊时间。根据高危筛查评分选择团队居家访视的患者名单,再次评估其居家环境、辅具及其使用等,跟进完成遵医嘱用药计划和康复训练阶段目标的情况,予调整指导。每2个月康复技师与社区护士上门对高危人群进行探视,家庭访视促进健康问题的解决,必要时召开临时家庭会议,及时调整家庭康复指导方案。随访至出院后6个月末。

1.2.2 评价方法 ①自我护理能力量表(Exercise of Self-Care Agency Scale,ESCA)<sup>[9]</sup>。包括自我护理责任感(6个条目)、自我概念(8个条目)、自我护理技能(12个条目)和健康知识水平(17个条目)4个维度。采用5级评分法,“非常不像我”“有一些不像我”“没有意见”“有一点像我”“非常像我”分别计0~4分,其中有11条为反向条目。总分为172分,得分越高,自我护理能力越好。<57分为低等水平,57~113分为中等水平,>113分为高等水平。②脑卒中专用生活质量量表(Stroke-Specific Quality of Life Scale,SS-QOL)<sup>[10]</sup>。包括精力(3个条目)、家庭角色(3个条目)、语言(5个条目)、活动能力(6个条目)、情绪(5个条目)、个性(3个条目)、自理能力(5个条目)、社会角色(5个条目)、思维(3个条目)、上肢功能(5个条目)、视力(3个条目)、工作/劳动(3个条目)12个维度。每个条目采用5级评分法,“完全困难”计1分,“完全没有困难”计5分。得分越高,表示患者生活质量越好。王伊龙等<sup>[11]</sup>对SS-QOL量表进行了修订,其Cronbach's α系数为0.76。本研究采用修订版量表。在两组患者入组时、出院后6个月采用上述2个量表进行评估。

1.2.3 统计学方法 双人进行数据录入,采用SPSS25.0软件进行 $\chi^2$ 检验、t检验及秩和检验,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组出院前与出院后6个月自我护理能力评分比较 见表2。

2.2 两组出院前与出院后6个月生活质量评分比较 见表3。

表 2 两组出院前与出院后 6 个月自我护理能力评分比较

|                   |          | 分, $\bar{x} \pm s$ |            |            |            |             |
|-------------------|----------|--------------------|------------|------------|------------|-------------|
| 组别                | 时间       | 自我护理责任感            | 自我概念       | 自我护理技能     | 健康知识水平     | 总分          |
| 对照组<br>( $n=75$ ) | 出院前      | 10.32±1.83         | 16.93±1.56 | 24.05±2.69 | 36.72±3.27 | 88.03±5.81  |
|                   | 出院后 6 个月 | 11.80±1.98         | 17.65±1.72 | 25.03±2.55 | 39.91±3.68 | 94.39±6.11  |
| 观察组<br>( $n=72$ ) | 出院前      | 10.33±1.78         | 16.81±1.64 | 24.15±2.70 | 36.81±2.87 | 88.10±5.87  |
|                   | 出院后 6 个月 | 17.33±1.60         | 23.94±1.78 | 35.82±2.80 | 49.46±2.88 | 126.56±4.84 |
| $t$ (两组干预前比较)     |          | 0.071              | 0.027      | 0.662      | 0.725      | 0.073       |
| $t$ (两组干预后比较)     |          | 18.580*            | 21.789*    | 9.266*     | 17.474*    | 35.292*     |

注: \*  $P<0.01$ 。

表 3 两组出院前及出院后 6 个月生活质量评分比较

|     |    | 分, $\bar{x} \pm s$ |             |
|-----|----|--------------------|-------------|
| 时间  | 例数 | 出院前                | 出院后 6 个月    |
| 对照组 | 75 | 128.07±8.24        | 141.55±9.88 |
| 观察组 | 72 | 128.99±6.98        | 171.14±4.86 |
| $t$ |    | 0.725              | 22.619      |
| $P$ |    | 0.467              | 0.000       |

3 讨论

3.1 区域医联体延续护理模式的实施可提高脑卒中患者自我护理能力 当前,我国大部分脑卒中患者选择出院后在社区、家庭进行急症后的康复护理。由于院外管理的不连贯和无效对接,导致患者非计划就诊和再入院比例较高<sup>[12]</sup>。本研究基于区域医联体组建了多专科团队,护士在延续护理中发挥关键作用。通过筛查高危人群,全科医生评估患者的病情、依从性、并发症,并考虑启动重新入院预防计划,安排社区护士纳入家访追踪,患者不适随诊。加入“卒 V 人生”微信康复护理小程序的学习,有助于患者随时学习卒中康复护理知识,提升了患者及家属自我护理技能,增加了健康管理知识水平<sup>[13]</sup>。本研究结果表明,观察组出院后 6 个月的自我护理能力显著优于对照组( $P<0.01$ )。多项研究结果表明,延续护理模式可以减少其他急性后护理的数量和护理的总成本,改善患者健康结局<sup>[14-16]</sup>,与本研究结果一致。

3.2 区域医联体延续护理模式的实施可提升脑卒中患者的生活质量 提高生活质量不仅是脑卒中患者的康复终极目标,也是评价脑卒中延续康复方案效果的依据。本研究结果提示,出院后 6 个月观察组生活质量评分显著高于对照组( $P<0.01$ ),说明实施区域医联体的医院—社区—家庭延续性护理优于常规护理。本研究通过组建区域医联体团队,联动医院—社区资源,结合线上咨询、线下授课、电话随访、居家访视等多种措施,为脑卒中出院后患者提供康复信息、满足患者及家属的需求,加强与患者的沟通和交流,了解患者心理状况,及时进行心理护理,帮助提高了患者的自护能力,进而提高了其生活质量,改善其健康结局,与有关研究结果<sup>[15-18]</sup>相似。

4 小结

本研究结果显示,实施区域医联体的延续护理模式可以提高脑卒中患者的自我护理能力,提升其生活

质量。在未来研究中,可争取多种形式的社会力量的参与,促进患者的康复。

参考文献:

[1] 刘源,徐巧华,殷蕾,等. 湖南省 1990—2017 年脑卒中疾病负担[J]. 中华疾病控制杂志,2021,25(1):101-107.

[2] 国家卫生计生委脑卒中防治工程委员会. 中国脑卒中护理指导规范[EB/OL]. (2017-03-22)[2020-07-08]. /https://www.sohu.com/a/129775902\_632002.

[3] 黄美玲,王玉龙,王尧. 康复医学专科医疗联合体中脑卒中患者康复疗效的同质化研究[J]. 中国康复医学杂志,2017,32(6):618-623.

[4] 刘俐,冷瑶,邓晶. 美国整合医疗对我国医联体建设的启示[J]. 卫生软科学,2021,35(2):93-97.

[5] 姜立文,宋述铭,郭伟龙. 我国区域纵向医联体模式及发展现状[J]. 医学与社会,2014,27(5):35-38.

[6] 岳艳玲,瞿春艳,闵锐. 医联体护理延伸服务现状及路径分析[J]. 医学与社会,2018,31(12):38-40.

[7] 吴盈莹,张政国,林玲玉,等. 结合 LACE、8P 工具及医院整合医学专科医师介入创新制度降低出院后 30 日内再住院率及照护费用:以某医学中心为例[J]. 医务管理期刊,2018,19(2):79-98.

[8] Carlv W, Irfan A D, Chaim B, et al. Derivation and validation of an index to predict early death or unplanned re-admission after discharge from hospital to the community [J]. CMAJ,2010,182(6):551-557.

[9] Kearney B Y, Fleischer B J. Development of an instrument to measure exercise of self-care agency[J]. Res Nurs Health,1979,2(1):25-34.

[10] Williams L S, Weinberger M, Harris L E, et al. Development of a stroke-specific quality of life scale[J]. Stroke, 1999,30(7):1362-1369.

[11] 王伊龙,马建国,李军涛,等. 脑卒中生存质量量表中文本信度和效度及敏感度的初步研究[J]. 中华老年心脑血管病杂志,2003,5(6):391-394.

[12] 敖梅,阮舒华,陈日喜. 冠心病患者基于出院评估单的医院—社区—家庭联动延续护理[J]. 护理学杂志,2020,35(18):99-102.

[13] Zawawi N S M, Aziz N A, Fisher R, et al. The unmet needs of stroke survivors and stroke caregivers: a systematic narrative review[J]. J Stroke Cerebrovasc Dis, 2020,29(8):104875.

[14] Riegel B, Moser D K, Buck H G, et al. Self-care for the prevention and management of cardiovascular disease and stroke:a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association[J]. J Am Heart