

# 首发脑卒中患者照顾者家庭抗逆力干预方案的构建及应用

周振峰<sup>1</sup>, 刘美艳<sup>1</sup>, 姜文彬<sup>2</sup>, 李笑<sup>1</sup>, 姜永梅<sup>2</sup>

**摘要:**目的 构建首发脑卒中患者照顾者家庭抗逆力干预方案,并评价其应用效果。方法 通过文献研究、德尔菲专家函询及预试验构建首发脑卒中患者照顾者家庭抗逆力干预方案。将首发脑卒中患者照顾者按入院时间分为对照组 41 人和观察组 40 人;对照组实施常规护理,观察组在此基础上实施首发脑卒中患者照顾者家庭抗逆力干预方案。比较两组干预前、干预后 1、3 个月家庭抗逆力、脑卒中照顾者综合照顾能力及照顾者负担评分。结果 干预后,观察组照顾者家庭抗逆力、综合照顾能力评分显著高于对照组,照顾者负担评分显著低于对照组(均  $P < 0.05$ )。结论 首发脑卒中患者照顾者家庭抗逆力干预方案能显著提高照顾者家庭抗逆力和综合照顾能力,降低照顾负担。

**关键词:**脑卒中; 首发; 照顾者; 家庭抗逆力; 综合照顾能力; 照顾负担; 家庭功能; 康复护理

**中图分类号:**R473.74 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2023.24.005

## Construction and application of a family resilience intervention program for caregivers of first-time stroke patients

Zhou Zhengfeng, Liu Meiyang, Jiang Wenbin, Li Xiao, Jiang Yongmei, School of Nursing, Qingdao University, Qingdao 266071, China

**Abstract:** **Objective** To construct and implement a family resilience intervention program for caregivers of first-stroke patients, and to evaluate its application effect. **Methods** Based on literature study, delphi expert consultation and a pilot study, a family resilience intervention program for caregivers of first-stroke patients was constructed. Eighty-one caregivers of first-stroke patients were divided into a control group ( $n = 41$ ) and an intervention group ( $n = 40$ ) chronologically. The control group received routine nursing, while the intervention group additionally received the family resilience intervention program for caregivers of first-stroke patients. The scores of the Shortened Chinese Version of Family Resilience Assessment Scale (FRAS-C), the Stroke Caregivers' Comprehensive Care Ability Scale and the Zarit Caregiver Burden Interview (ZBI) were compared between the two groups before the intervention, 1 month and 3 months after the intervention. **Results** After the intervention, the scores of the FRAS-C and the Stroke Caregivers' Comprehensive Care Ability Scale in the intervention group were significantly higher than those in the control group, while its score of ZBI was significantly lower than that in the control group (all  $P < 0.05$ ). **Conclusion** The family resilience intervention program for caregivers of first-stroke patients can significantly improve the family resilience and comprehensive care ability of caregivers, and reduce their care burden.

**Key words:** stroke; first episode; caregivers; family resilience; comprehensive care ability; care burden; family function; rehabilitation nursing

脑卒中已成为我国成人致死、致残的首位病因<sup>[1]</sup>。约 80% 的脑卒中患者入院经急性期治疗后,由家属承担照顾者角色提供日常照护<sup>[2]</sup>。良好的家庭功能是促进脑卒中患者功能康复和保持心理健康的关键<sup>[3]</sup>,但突发的脑卒中事件对于家庭来说是应激压力事件,尤其是首次承担照顾者角色的家庭成员,由于缺乏脑卒中相关知识、技能等,承担着较重的照顾负担,导致家庭功能和结构发生改变<sup>[4-5]</sup>。家庭抗逆力作为一种帮助家庭在重大应激源面前实现健康调适并从中恢复的力量,认为家庭压力和挑战不是破坏性的,而是促进愈合和成长的机会<sup>[6-7]</sup>。近几年,家庭抗逆力成为我国护理领域的研究热点之一,但主要聚焦在家庭抗逆力概

念模型研究、本土化研究、影响因素研究等,目前国内关于家庭抗逆力的实证研究在脑卒中家庭中应用较少<sup>[8]</sup>。本研究旨在基于 Walsh 家庭抗逆力理论框架<sup>[9]</sup>构建并实施首发脑卒中患者照顾者家庭抗逆力干预方案,报告如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 采用便利抽样法,选取 2022 年 7 月至 2023 年 6 月在青岛大学附属医院神经内科住院首发脑卒中患者的照顾者为研究对象。患者纳入标准:①年龄  $\geq 18$  岁;②符合脑卒中诊断标准<sup>[10]</sup>,为首次发病;③病情稳定,无意识障碍,存在肢体运动功能障碍,日常生活功能量表评分  $\leq 60$  分,肌力  $\leq 3$  级;④知情,同意参与本研究。患者排除标准:并存其他严重心、肺、肾等疾病或恶性肿瘤。照顾者纳入标准:①年龄  $\geq 18$  岁;②为脑卒中患者家属,如配偶、父母、儿女、兄弟姐妹;③承担主要照顾任务,即照顾时间最长或照顾任务最重;④知情同意,自愿参加本研究。照顾者排除标准:

作者单位:1. 青岛大学护理学院(山东 青岛,266071);2. 青岛大学附属医院  
周振峰:男,硕士在读,学生  
通信作者:姜永梅, jymqfy@163.com  
收稿:2023-07-20;修回:2023-10-20

①家庭成员罹患其他重大疾病或半年内遭受重大变故;②存在沟通障碍,不能配合调查;③接受过其他心理干预。样本量的确定:以照顾者家庭抗逆力评分为主要评价指标,采用两样本均数比较的计算公式: $n=2\times[(\mu_{\alpha}+\mu_{\beta})\sigma/\delta]^2[11]$ ,根据预试验结果, $\sigma=10.39$ , $\delta=7.90$ ,按双侧 $\alpha=0.05$ , $\beta=0.10$ ,计算得出两组样本量共需72,考虑到20%的失访率,应纳入样本量为90。

表 1 两组患者一般资料比较

| 组别  | 例数 | 性别(例)          |    | 年龄<br>(岁, $\bar{x}\pm s$ ) | 脑卒中类型(例)       |     | 入院时 ADL 评分(例) |         |         |
|-----|----|----------------|----|----------------------------|----------------|-----|---------------|---------|---------|
|     |    | 男              | 女  |                            | 缺血性            | 出血性 | 0~20 分        | 21~40 分 | 41~60 分 |
| 对照组 | 41 | 23             | 18 | 66.90±12.48                | 36             | 5   | 7             | 16      | 18      |
| 观察组 | 40 | 26             | 14 | 65.68±12.26                | 31             | 9   | 15            | 17      | 8       |
| 统计量 |    | $\chi^2=0.671$ |    | $t=0.446$                  | $\chi^2=1.504$ |     | $Z=-0.584$    |         |         |
| P   |    | 0.413          |    | 0.656                      | 0.220          |     | 0.816         |         |         |

表 2 两组照顾者一般资料比较

| 组别  | 人数 | 性别(人)          |    | 年龄<br>(岁, $\bar{x}\pm s$ ) | 文化程度(人)    |    |       |       |
|-----|----|----------------|----|----------------------------|------------|----|-------|-------|
|     |    | 男              | 女  |                            | 小学及以下      | 初中 | 高中或中专 | 大专及以上 |
| 对照组 | 41 | 17             | 24 | 49.46±13.28                | 7          | 12 | 13    | 9     |
| 观察组 | 40 | 16             | 24 | 49.88±11.95                | 4          | 14 | 10    | 12    |
| 统计量 |    | $\chi^2=0.018$ |    | $t=0.150$                  | $Z=-0.678$ |    |       |       |
| P   |    | 0.893          |    | 0.884                      | 0.498      |    |       |       |

| 组别  | 人数 | 家庭人均月收入(人) |               |          | 与患者关系(人) |    |      |    | 自觉身体状态(人)* |     |    |
|-----|----|------------|---------------|----------|----------|----|------|----|------------|-----|----|
|     |    | <2 000 元   | 2 000~4 000 元 | >4 000 元 | 配偶       | 子女 | 兄弟姐妹 | 父母 | 健康         | 亚健康 | 患病 |
| 对照组 | 41 | 6          | 13            | 22       | 14       | 24 | 0    | 3  | 22         | 11  | 8  |
| 观察组 | 40 | 8          | 11            | 21       | 13       | 25 | 1    | 1  | 25         | 9   | 6  |
| 统计量 |    | $Z=-0.297$ |               |          |          |    |      |    | $Z=-0.805$ |     |    |
| P   |    | 0.766      |               |          | 0.747    |    |      |    | 0.421      |     |    |

注:\* 健康指身体、精神处于良好状态,无疾病;亚健康指处于健康与疾病之间的一种状态;患病指人体任一系统存在功能异常。

1.2 干预方法

对照组在住院期间接受常规护理,内容包括:入院宣教、疾病危险因素、饮食指导、用药指导、康复护理等,帮助照顾者掌握基本照顾技能;出院宣教,包括出院带药指导、复查时间和病情监测指导等。建立照顾者微信交流群,每周定时推送脑卒中相关知识,以文字、视频、公众号信息等发送。出院后每2周进行1次电话随访,每次15~20 min,共6次,了解患者病情变化,帮助照顾者答疑解惑。观察组在此基础上实施首发脑卒中患者照顾者家庭抗逆力干预方案,具体如下。

1.2.1 成立干预小组 由护理硕士研究生导师、神经内科护士长、神经内科医生、康复科医生及心理科医生各1人,责任护士2人(工作时间均大于5年,并经过统一培训)、护理专业在读研究生2人组成。研究生导师负责统筹整个研究过程的质量评估和指导;护士长承担协调、组织管理、监督执行工作;研究生负责文献研究、专家函询、干预方案构建及应用和后期数据处理,神经内科、康复科和心理科医生协助方案的构建与审核,2名责任护士协助研究者实施干预和数据收集。

1.2.2 干预方案的构建 本研究以Walsh家庭抗逆力理论框架为基础,包括家庭信念系统、家庭组织系

统、家庭沟通与问题解决系统<sup>[9]</sup>。干预目标:①家庭沟通与问题解决系统。研究者与照顾者建立良好的联系,明确照顾者家庭目前存在的问题;讲解脑卒中相关知识,培养照顾者的照顾技能,强化综合照顾能力,以提高其面对问题时的应对能力;增加照顾者与患者的互动,促进有效沟通,同时加强照顾者与医护人员的沟通。②家庭信念系统。了解家庭抗逆力的概念和意义,使照顾者正向看待脑卒中疾病;保持积极、乐观的心态,树立家庭信念,掌握缓解压力和情绪的方法。③家庭组织系统。确定家庭的优势和可利用资源,并学习如何使用,以获得同伴支持;总结过去克服困难的经验,增强家庭凝聚力。研究者通过查阅国内外文献进行质量评价与总结,制定出照顾者家庭抗逆力干预方案初稿。邀请来自山东、江苏、上海等省市共15名专家进行2轮函询,均为副高级及以上职称,本科及以上学历,工作年限(20.33±10.06)年;专家研究领域包括临床医学、护理学、康复学、心理学等。2轮函询问卷间隔2~3周发放,2轮专家问卷回收率分别为88.24%和100.00%;专家的判断依据(Ca)为0.95,熟悉程度(Cs)为0.81,专家权威系数(Cr)为0.88;2轮专家函询4个指标变异系数>0.25,其他56个指标重要性赋值均>3.5,变异系数为0.07~0.25。干预小组成员根据函询结果对干预

方案进行修改。选取 10 名符合本研究纳入和排除标准的首发脑卒中患者照顾者进行预试验,进一步修订、完善干预方案。最终形成首发脑卒中照顾者家庭抗逆力干预方案,见表 3。

表 3 首发脑卒中照顾者家庭抗逆力干预方案

| 干预时间                | 干预主题及地点              | 干预目标                                  | 干预内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------|----------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 第 1 次<br>(住院期间)     | 建立联系(病房)             | 研究者与照顾者建立良好的联系;了解并评估照顾者目前存在的问题        | ①研究者与责任护士一同前往患者床旁,了解患者病情,签署知情同意书并添加联系方式;②鼓励照顾者表达目前存在的问题;③为照顾者讲解家庭抗逆力的概念和作用,讨论危机产生的原因;鼓励照顾者主动学习、主动解决问题,填写调查问卷                                                                                                                                                                                                        |
| 第 2 次<br>(住院期间)     | 聚焦疾病<br>(示教室)        | 照顾者树立对脑卒中的认知;纠正患者日常生活习惯               | ①向照顾者讲解脑卒中的概念、危险因素、诱因、发病症状、临床表现、发作后应对策略等相关知识;②介绍脑卒中可能出现并发症和后遗症,以及对患者和家庭在日常活动、生活、社会等方面产生的影响,帮助照顾者转变观念,缓解心理负担;③指导照顾者定期、定时对患者的血压、血糖、活动能力等进行测量,监测患者病情变化;④为照顾者介绍健康生活方式,督促其改变患者不良生活习惯,如吸烟、酗酒,高盐高脂饮食等                                                                                                                      |
| 第 3 次<br>(住院期间)     | 强化综合照顾能力<br>(病房、示教室) | 对脑卒中患者的用药安全、饮食等进行指导;学习基本照顾技能;树立早期康复意识 | ①指导照顾者督促患者遵医嘱服药,讲解脑卒中常见药物用法、作用及不良反应,强调正确、坚持服药的重要性,增强服药依从性;②向照顾者介绍适合脑卒中患者的食物,主张低盐低脂饮食;对于存在吞咽障碍和带鼻胃管的患者,讲解食物选择、如何协助进食、鼻胃管护理及相关并发症预防等;③根据患者的日常活动能力,指导照顾者患侧肢体功能位摆放、翻身叩背、体位转移、如厕等基本照顾技巧;④指导照顾者树立早期康复意识,讲解康复锻炼的概念和重要性。根据患者病情,进行有针对性的康复技能指导,包括肢体位摆放、关节被动活动、坐位维持训练、站立行走训练、肌力训练等;⑤存在语言障碍的患者,鼓励照顾者引导患者结合脑卒中健康宣传手册,进行听、说、读、写练习 |
| 第 4 次<br>(住院期间)     | 促进有效沟通<br>(病房、示教室)   | 了解家庭沟通;学习有效沟通技巧;促进照顾者与医护人员间的沟通        | ①结合 1 例家庭成员因沟通不当而引起争吵的视频案例,向患者和照顾者展示什么是沟通,以及家庭沟通的类型;②通过讨论,帮助确定家庭沟通中的问题及原因,结合图片和视频,向患者和照顾者介绍有效的沟通技巧,鼓励照顾者和患者互相保持同理心,站在彼此的角度想问题,体谅彼此承受的压力;③“澄清 1 件事”游戏,照顾者与患者互相说出以前有误会的事,说出自己真实想法,澄清误会。鼓励照顾者与患者有效地疏导情绪,真诚坦率地对待彼此,澄清模糊的信息,避免误会产生;④鼓励自由表达观点,通过互相协商做出家庭决策;⑤建立微信群,便于照顾者向干预小组成员咨询患者病情及居家护理问题,研究者定期向微信群转发与脑血管病相关的健康科普知识     |
| 第 5 次<br>(出院后第 1 周) | 了解家庭抗逆力<br>(线上会议室)   | 了解家庭抗逆力的概念和意义                         | ①帮助照顾者了解脑卒中家庭的特征及家庭角色变化,解释家庭抗逆力对照顾者及其家庭的定义和重要性;②鼓励照顾者表达自己的情感,树立积极乐观的信念;③帮助照顾者认识到自身存在负担和脆弱的情绪是一种正常现象,并视脑卒中这一危机为有意义、可处理的挑战;④与照顾者一起分析疾病产生的原因,讨论照顾者在当下应采取什么样的行动才能避免不良后果的发生                                                                                                                                              |
| 第 6 次<br>(出院后第 2 周) | 积极展望<br>(线上会议室)      | 使照顾者正向看待脑卒中;保持积极、乐观的心态,树立家庭信念         | ①向照顾者分享脑卒中患者预后良好的病例,树立信心,鼓励患者在接受现实的基础上对治疗保持希望,积极主动地配合治疗;②指导照顾者学会自我减压的技巧,配合正念训练视频、音乐、呼吸、冥想的音频进行学习;③鼓励照顾者在空闲时间发展新的兴趣爱好,进行休息、娱乐、社会活动等,发现生活的乐趣;④对照顾者的变化给予肯定和表扬,增强照顾者的信心                                                                                                                                                 |
| 第 7 次<br>(出院后第 3 周) | 发掘社会资源<br>(线上会议室)    | 确定照顾者家庭的优势和可用的社会资源,并学习如何使用;获得同伴支持     | ①帮助照顾者看到自身的优势,如经济条件尚可、儿女孝顺、家庭和睦等;②鼓励照顾者与家属、亲戚朋友维持良好的人际关系,进行倾诉,主动寻求帮助,增强自身的社会支持系统;③由研究者主持会议,照顾者之间相互交流照顾经验,分享情绪变化和应对方式,使照顾者相互帮助;④向照顾者推荐可利用的社会支持和医疗卫生资源,如医院、社区、网络资源、微信公众号等,获取相关的支持,通过微信向照顾者发送患者复查、用药、病情监测的信息                                                                                                           |
| 第 8 次<br>(出院后第 4 周) | 增强家庭联结<br>(线上会议室)    | 增强家庭凝聚力;总结经验                          | ①通过幻灯片、视频资料向照顾者展示什么是家庭责任,明确家庭成员在家庭中的角色和承担的责任;②照顾者和患者共同制定 1 个目标并为之奋斗,以加强家庭成员之间的互动,加强家庭纽带,促进家庭关系;③回顾干预阶段所学的内容,照顾者分享参与干预以来的收获和感想,总结经验                                                                                                                                                                                  |

1.2.3 实施干预方案 ①干预准备阶段。干预小组成员通过小组会议制定脑卒中健康宣传手册,用于辅助干预方案实施。由神经内科护士长对研究者和责任护士进行照顾者家庭抗逆力干预方案培训,考核合

格后方可实施干预,以确保干预方案效果。②干预阶段。患者住院期间,由研究者和责任护士共同实施干预方案,共进行4次干预,每次25~30 min。采取一对一的方式进行健康教育,干预地点包括示教室和病房床旁,使用脑卒中健康宣传手册、PPT和视频资料辅助教学;照顾技能的练习,以研究者和责任护士为主导,指导患者和照顾者协同练习,直至照顾者能够熟练掌握。出院后,由研究者实施干预计划,每周1次,共4次,每次30~40 min,使用微信群或钉钉线上会议的方式进行。其中第3、4、8次干预要求照顾者和患者一起参加。每次干预前研究者提前联系照顾者预约并确定干预时间及形式。干预过程严格按照干预方案实施,每次干预结束后询问照顾者的体验与疑虑,及时提供解决方法,确保照顾者能够掌握干预内容,干预方案得到有效实施。③随访。照顾者加入“医路有你”微信群,由研究者每周定时进行知识推送,推送内容为脑卒中疾病知识、患者康复知识、健康生活知识和减压技巧等,以文字、视频、微信公众号文章等形式发送。每2周进行1次电话随访,评估干预内容实施情况,答疑解惑,查漏补缺。

1.3 评价方法 干预前(面对面调查)、干预后1个月及3个月(研究者通过微信发送电子问卷填写或电话联系逐条询问并填写)对首发脑卒中患者及照顾者采用以下工具进行调查。①中文版家庭抗逆力评估问卷(Shortened Chinese Version of Family Resilience Assessment Scale, FRAS-C)。采用Li等<sup>[12]</sup>翻译并进行文化调适的FRAS-C,包括家庭沟通与问题解决(23个条目)、保持积极态度(6个条目)、利用社会资源(3个条目)3个维度共32个条目。采

用4级评分法,从“非常不同意”到“非常同意”分别赋1~4分,总分32~128分,得分越高代表家庭抗逆力水平越高。该量表Cronbach's α系数为0.960。②脑卒中照顾者综合照顾能力评估问卷(Stroke Caregivers' Comprehensive Care Ability Scale)。采用王赞丽<sup>[13]</sup>编制的评估问卷,包含脑卒中疾病相关知识(9个条目)、日常及疾病相关照顾技能(16个条目)、自我压力与健康管理的(5个条目)、应对策略(5个条目)4个维度共35个条目。脑卒中疾病相关知识中各条目按“不知道、知道一些、基本知道、完全知道”,其他3个维度按“不能够、稍微能够、基本能够、完全能够”4个级别排列,每个条目以1~4分赋值,总分35~140分,得分越高说明照顾者照顾能力越强。该问卷的Cronbach's α系数0.938。③Zarit照顾者负担量表(Zarit Caregiver Burden Interview, ZBI)。采用王烈等<sup>[14]</sup>翻译的中文版ZBI,包括个人负担(12个条目)和责任负担(6个条目)2个维度共22个条目。条目采用Likert 5级评分法,“没有、偶尔、有时、经常、总是”分别赋0~4分,总分0~88分,得分越高代表照顾者照顾负担越重。该量表总的Cronbach's α系数为0.87。

1.4 统计学方法 采用SPSS25.0软件进行统计,计量资料比较行*t*检验和广义估计方程分析;计数资料采用χ<sup>2</sup>检验、Fisher确切概率法比较;等级资料比较采用Wilcoxon秩和检验。检验水准α=0.05。

2 结果

两组干预前后家庭抗逆力、照顾者综合照顾能力、照顾负担得分比较,见表4。

| 表4 干预前后两组照顾者家庭抗逆力、照顾者综合照顾能力、照顾负担得分比较 |    |             |             |             |                    |                    |                     |             |             | 分, $\bar{x} \pm s / M(P_{25}, P_{75})$ |
|--------------------------------------|----|-------------|-------------|-------------|--------------------|--------------------|---------------------|-------------|-------------|----------------------------------------|
| 组别                                   | 人数 | 家庭抗逆力       |             |             | 照顾者综合照顾能力          |                    |                     | 照顾负担        |             |                                        |
|                                      |    | 干预前         | 干预后1个月      | 干预后3个月      | 干预前                | 干预后1个月             | 干预后3个月              | 干预前         | 干预后1个月      | 干预后3个月                                 |
| 对照组                                  | 41 | 90.85±10.61 | 95.91±9.00  | 98.22±6.76  | 75.00(64.00,82.50) | 82.00(74.50,90.00) | 89.00(82.50,97.00)  | 41.32±16.79 | 37.12±14.98 | 32.27±13.84                            |
| 观察组                                  | 40 | 91.93±11.29 | 100.16±9.25 | 105.10±8.47 | 74.50(66.00,84.75) | 88.50(81.00,95.75) | 96.50(90.50,105.50) | 40.80±16.23 | 31.35±13.18 | 24.90±11.34                            |
| <i>t/Z</i>                           |    | -0.602      | -3.498      | -4.046      | -0.345             | -2.624             | -3.587              | 0.141       | 1.840       | 2.617                                  |
| <i>P</i>                             |    | 0.549       | <0.001      | <0.001      | 0.730              | 0.009              | <0.001              | 0.888       | 0.070       | 0.011                                  |

注:两组家庭抗逆力得分比较,Waldχ<sup>2</sup><sub>时间</sub>=531.365,Waldχ<sup>2</sup><sub>组间</sub>=5.866,Waldχ<sup>2</sup><sub>交互</sub>=46.177,均*P*<0.05;两组照顾者综合照顾能力得分比较,Waldχ<sup>2</sup><sub>时间</sub>=1 060.815,Waldχ<sup>2</sup><sub>组间</sub>=4.754,Waldχ<sup>2</sup><sub>交互</sub>=45.177,均*P*<0.05;两组照顾负担得分比较,Waldχ<sup>2</sup><sub>时间</sub>=577.654,Waldχ<sup>2</sup><sub>组间</sub>=4.093,Waldχ<sup>2</sup><sub>交互</sub>=48.552,均*P*<0.05。

3 讨论

3.1 家庭抗逆力干预方案有利于提高照顾者家庭抗逆力水平 脑卒中事件对于家庭是应激压力事件,不仅给患者身体、心理带来巨大痛苦,也给家庭成员带来诸多生理、心理和社会问题,破坏家庭功能和结构,影响患者的康复结局<sup>[15]</sup>。本研究针对首发脑卒中患者的家庭照顾者构建家庭抗逆力干预方案,结果显示,两组照顾者家庭抗逆力得分时间效应、组间效应和交互效应差异有统计学意义(均*P*<0.05),且观察组干预后1、3个月得分显著高于对照组(均*P*<

0.05),提示照顾者家庭抗逆力干预方案能有效提高照顾者家庭抗逆力水平,与Inci等<sup>[16]</sup>的研究结果相似。分析原因可能为:家庭功能反映家庭成员承担生活事件及压力源的能力,良好的家庭功能可以提高家庭抵抗逆境的能力<sup>[17]</sup>,而家庭成员在面对逆境时“反弹”或获得成长的能力即为家庭抗逆力<sup>[18]</sup>。本研究以Walsh家庭抗逆力理论框架为基础构建干预方案,该模型结构相对简单,更适合临床医护人员评估和干预照顾者的家庭状况,为家庭抗逆力干预提供更简洁、易于操作的策略和框架。在个人层面帮助照顾者树

立积极、乐观的心态,强化综合照顾能力,提高解决问题的能力;在照顾者家庭层面促进患者和照顾者之间的有效沟通;在社会层面照顾者之间相互交流,医护人员与照顾者保持良好沟通,帮助照顾者通过利用家庭系统内外环境中的优势资源,使家庭功能实现良好调适,从而提高了照顾者家庭抗逆力水平。

**3.2 家庭抗逆力干预方案有利于提高照顾者的综合照顾能力** 照顾者由于角色转变适应不良、脑卒中知识缺乏以及患者疾病的不确定性,导致照顾能力欠缺,从而直接影响患者的康复进程<sup>[19]</sup>。本研究结果显示,两组综合照顾能力得分时间效应、组间效应和交互效应差异有统计学意义(均  $P<0.05$ ),且观察组干预后 1、3 个月得分显著高于对照组(均  $P<0.05$ ),与张旭等<sup>[20]</sup>的研究结果相近。分析原因:首先,在患者入院期间,研究者通过与照顾者沟通评估其照顾能力,充分了解照顾者目前所存在的照顾问题,并以此为出发点制定具有针对性、个性化的干预计划,帮助照顾者适应照顾角色并鼓励其积极主动参与到照顾患者的工作中。一方面,对于操作性较强的康复与照顾技能,在理论教育、研究者示范基础上,鼓励和帮助患者与照顾者以互动学习的方式进行实践,提升照顾者护理技巧的同时,也调动了照顾者的积极性。另一方面,干预小组建立病友微信群,与照顾者保持良好联系,定期向其推送脑血管病相关健康知识,及时解答疑惑,为照顾者提供丰富的社会资源,使其综合照顾能力得到显著提升。

**3.3 家庭抗逆力干预方案有利于缓解照顾者的照顾负担** 照顾负担是照顾者在照顾患者过程中所经历的来自躯体、心理及经济等方面的不良结局<sup>[21]</sup>。本研究结果显示,两组照顾者负担得分时间效应、组间效应和交互效应差异有统计学意义(均  $P<0.05$ ),且观察组干预后 3 个月,较对照组得分显著下降( $P<0.05$ )。Fang 等<sup>[5]</sup>研究指出,照顾者若在对脑卒中患者照顾过程中有积极体验,可在一定程度上缓解其照顾负担。本方案中研究者为照顾者树立脑卒中疾病相关认知,培养综合照顾能力,切实提高照顾者解决问题的能力,减少其照顾负担;干预过程中向照顾者分享脑卒中患者预后良好的病例,指导照顾者学会自我减压的技巧,注重对照顾者的心理健康指导,使其保持良好心态,减轻心理负担;通过病友交流、同伴支持来增加脑卒中家庭与外界联系,建立稳定的家庭联结并使其得到一定的社会支持,从而有效缓解了照顾者的照顾负担。Palacio 等<sup>[22]</sup>的研究也指出,家庭抗逆力是照顾负担的保护性因素,提高照顾者家庭抗逆力水平的同时,有助于降低照顾者的照顾负担。

4 结论

本研究构建并实施首发脑卒中患者照顾者构建家庭抗逆力干预方案,有效提高了照顾者家庭抗逆力

和综合照顾能力,降低照顾负担,在促进患者康复中起到积极作用。提示护理人员可关注脑卒中照顾者的家庭抗逆力并进行干预,发掘其家庭优势和潜力,帮助其适应压力并获得积极成长。但本研究样本量较小,未来可进一步扩大样本量,延长随访时间,验证家庭抗逆力干预方案的远期效果。

参考文献:

[1] 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(2):136-144.

[2] Li X, Xia X, Wang P, et al. Needs and rights awareness of stroke survivors and caregivers: a cross-sectional, single-centre questionnaire survey [J]. Bmj Open, 2017, 7 (10):e13210.

[3] Gibbs L, Anderson M I, Simpson G K, et al. Spirituality and resilience among family caregivers of survivors of stroke: a scoping review [J]. Neurorehabilitation, 2020, 46 (1):41-52.

[4] Zhou J, He B, He Y, et al. The effectiveness of psychoeducational interventions on family function among families after stroke: a meta-analysis [J]. Int J Nurs Pract, 2022, 28(6):e13081.

[5] Fang L, Dong M, Fang W, et al. Relationships between care burden, resilience, and depressive symptoms among the main family caregivers of stroke patients: a cross-sectional study [J]. Front Psychiatry, 2022, 13:960830.

[6] 叶明明,张薇,周兰姝. 家庭抗逆力实践干预项目的研究进展及启示 [J]. 护理学杂志, 2020, 35(18):110-113.

[7] 辛菊花,杨巧芳,申文佳. 慢性病患者家庭抗逆力的研究进展 [J]. 职业与健康, 2022, 38(5):712-715.

[8] 李汶窈,李玲,廖宗峰,等. 脑卒中患者家庭复原力的研究进展 [J]. 护理学杂志, 2023, 38(13):116-119.

[9] Walsh F. Family resilience: a developmental systems framework [J]. Eur J Dev Psychol, 2016, 13(3):313-324.

[10] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国各类主要脑血管病诊断要点 2019 [J]. 中华神经科杂志, 2019, 52(9):710-715.

[11] 黄悦勤. 医学科研中随机误差控制和样本量确定 [J]. 中国心理卫生杂志, 2015, 29(11):874-880.

[12] Li Y L, Zhao Y, Zhang J, et al. Psychometric properties of the Shortened Chinese Version of the Family Resilience Assessment Scale [J]. J Child Fam Stud, 2016, 25 (9): 2710-2717.

[13] 王赞丽. 对脑卒中家庭照顾者实施过渡期护理干预的效果研究 [D]. 天津:天津医科大学, 2012.

[14] 王烈,杨小混,侯哲,等. 护理者负担量表中文版的应用与评价 [J]. 中国公共卫生, 2006, 22(8):970-972.

[15] Le Danseur M. Stroke rehabilitation [J]. Crit Care Nurs Clin, 2020, 32(1):97-108.

[16] Inci F H, Temel A B. The effect of the support program on the resilience of female family caregivers of stroke patients: randomized controlled trial [J]. Appl Nurs Res, 2016, 32:233-240.

[17] Butsriphum N, Getsuwan S, Prabpram W, et al. Family