

[21] 张振香,王文娜,郭二锋,等. 基于微动作捕捉的瘫痪病人辅助饮食系统: CN111477301A[P]. 2020-07-31.

[22] SECOM. SECOM 智能系统实验室——通过图像处理实现 My Spoon 自动化[EB/OL]. (2023-04-01)[2023-08-02]. <https://www.secom.co.jp/isl/e2/research/mw/report04/>.

[23] Grayline Medical. Meal buddy[EB/OL]. [2023-08-02]. <https://www.graylinemedical.com/products/meal-buddy>.

[24] 深圳作为科技有限公司. 洗浴机器人[EB/OL]. [2023-07-15]. <http://www.zuowei.com/article/151/4.html>.

[25] 姜晓明,孙元凯. 一种家用护理机器人及控制方法: CN111938952A[P]. 2020-11-17.

[26] 赵欣,王子旋. 一种多功能护理机器人结构: CN209678917U [P]. 2019-11-26.

[27] 大陆智源. 小白消毒机器人[EB/OL]. [2023-08-10]. <https://www.dalurobot.com/>.

[28] Huang T. Interventional unmanned operation chamber system: US20230078240(A1)[P]. 2023-03-16.

[29] Tan S. Integrated device, system and method for blood collection and analysis as well as intelligent image identification and diagnosis: HK40079563(A)[P]. 2023-03-02.

[30] 甘承军,隋晨光. 用于穿刺机器人穿刺定位的定位件、定位装置及定位方法: CN115708710A[P]. 2023-02-24.

[31] 张昊任,史纪鹏,腾绯虎,等. 用于机器人穿刺手术的自动穿刺装置: CN115645012A[P]. 2023-01-31.

[32] 周俊波,陈健敏. 采血输液机器人: CN209611156U[P]. 2019-11-12.

[33] 董杰. 静脉采血机器人原理样机的设计与实验[D]. 哈尔滨工业大学, 2019.

[34] 李鹤,姜德文,白士宇. 一种智能输液机器人: CN219251170U [P]. 2019-01-11.

[35] 黄婷. 一种用于辅助输液的可跨越台阶的医疗机器人: CN109893706A[P]. 2019-06-18.

[36] 张贯京,葛新科,王海荣,等. 基于输液报警机器人的输液报警系统及方法: CN107715221A[P]. 2018-02-23.

[37] 翟文杰. 基于物联网的智能输液机器人行走控制装置: CN108939197A[P]. 2018-12-07.

[38] 王强,叶志弘,王亚娟. 一种弹匣式输液机器人: CN206896557U [P]. 2018-01-19.

[39] 无锡安之卓医疗机器人有限公司. 分拣机[EB/OL]. [2023-08-01]. <http://www.azzy.com/zhongyangji/>.

[40] 施春迅,丁皓,刘浩宇,等. 护理机器人技术的研究和发展[J]. 生物医学工程学进展, 2019, 40(1): 26-29.

[41] Sorell T, Draper H. Robot carers, ethics, and older people[J]. Ethics Inf Technol, 2014, 16(3): 183-195.

(本文编辑 赵梅珍)

脑卒中患者医院-家庭过渡期护理的研究进展

曹晋超¹, 王玫², 李婉玲³, 张辉杰¹, 史淑芳³, 朱文娟³

摘要: 对过渡期护理的概念、脑卒中患者医院-家庭过渡期护理发展现状、我国脑卒中患者过渡期护理存在问题及顺利过渡的改善策略等进行综述,旨在为构建适合我国脑卒中患者的过渡期护理模式、护理方案提供依据,为更好地维护并促进脑卒中患者的康复和健康提供借鉴。

关键词: 脑卒中; 医院; 家庭; 过渡期; 转移; 出院后支持; 过渡期护理; 综述文献

中图分类号: R473.74 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2024.04.112

Research progress of hospital-to-home transitional nursing for stroke patients Cao Jinchao, Wang Mei, Li Wanling, Zhang Huijie, Shi Shufang, Zhu Wenjuan. School of Nursing, Shanxi Medical University, Taiyuan 030001, China

Abstract: This paper overviews the concept of transitional nursing, the development status of hospital-to-home transitional nursing for stroke patients, the existing problems of transitional nursing for stroke patients in China and the improvement strategies for smooth transition, aiming at providing basis for constructing transitional nursing mode and nursing scheme suitable for stroke patients in China, and providing a reference for better maintaining and promoting the rehabilitation and health of stroke patients.

Key words: stroke; hospital; home; transition period; transfer; post-discharge support; transitional nursing; literature review

脑卒中具有高发病率、高致残率、高复发率的特点,已成为全球第一位致残疾病和第二位致死疾

病^[1-2]。我国脑卒中发病率位居全球第一,脑卒中疾病负担呈爆发式增长趋势^[3]。脑卒中患者接受住院系统治疗后,大多仍遗留有偏瘫失语等多种功能障碍,对患者生活造成极大影响,康复难度较大^[4]。受经济和医疗资源限制,2021年我国公立医院脑卒中患者平均住院日仅15.1 d^[5],而其康复周期耗费时间很长,所以多数患者出院后选择回归家庭。但目前我国社区卫生服务发展滞后^[6],且与医疗机构间协调性差,患者出院后支持不足,患者常面临难以适应自我护理的困境,疾病不良转归率、非计划再入院率居高不下。有效的过渡期护理可以促进患者功能

作者单位:1. 山西医科大学护理学院(山西 太原, 030001);2. 华中科技大学同济医学院附属同济医院;3. 山西医科大学第三医院(山西白求恩医院)
曹晋超:女,硕士在读,护士,1754658065@qq.com
通信作者:李婉玲,875071029@qq.com
科研项目:山西省卫生健康委科研课题(2022139);中华医学会儿科杂志护理学科研究课题(CMAPH-NRP2021002)
收稿:2023-09-15;修回:2023-11-16

恢复、改善患者生存质量、降低非计划再入院率。因此,如何确保在医院到家庭过渡期间能获得及时有效、连续协调的护理服务,顺利完成护理过渡,对脑卒中患者具有重要意义。本文对脑卒中患者过渡期护理的发展现状进行综述,并提出脑卒中患者过渡期护理存在问题及改善策略,旨在为推动脑卒中患者医院-家庭过渡期护理的发展提供借鉴。

1 过渡期护理的概念

有研究指出,过渡期护理是延续性护理的主要模式之一,但更加侧重于连续照护中过渡与转移的过程^[7-8],通常是指当患者在疾病治疗与康复阶段,由于诊疗环境和护理需求的改变,需要在各级医疗卫生保健机构之间进行转运与过渡,为确保患者在此过渡期间获得协调、连续的卫生保健服务,以改善患者生存质量、促进患者康复、确保患者安全而采取的一系列护理措施^[9-10],主要措施包括健康需求评估、制定出院后计划、院后随访护理及健康指导等。其主要服务对象包括患有慢性疾病的高危老年患者、手术住院患者、重症监护患者等,服务时间通常为 1 个月,也可根据患者病情需要适当延长^[10]。过渡期护理服务是一种及时、连续、综合、有计划的健康干预措施,由医生、护士及其他专业人员等组成多学科团队,患者及家属(或其他非专业照护者)共同参与配合完成,为患者提供综合有效的过渡期护理计划和家庭随访服务^[11]。能协助患者最大程度适应诊疗环境和护理需求的变化,弥补传统护理工作的不足,缩短住院时间、减少不良事件的发生、降低再入院率等,使患者对护理工作满意度大幅提升^[12-15]。

2 脑卒中患者医院-家庭过渡期护理的发展现状

2.1 国外发展现状

在美国,医院-家庭过渡期护理模式始于 1994 年,现已发展较为成熟。为进一步提供标准化高质量的过渡期循证护理,美国学者现阶段致力于对新项目——急性卒中后综合服务(Comprehensive Post-Acute Stroke Services, COMPASS)模式效果研究^[16]。COMPASS 模式是卒中过渡教练(Transitional Coaching for Stroke, TRACS)模式创新性、综合性的延伸,是由临床医生主导的质量改善模式^[17]。该模式主要由出院后随访和包括社会及功能测定在内的标准化患者及照顾者评估组成,在出院后 2 d、30 d 和 60 d 进行电话随访,由护士和高级执业医师担任过渡教练,在出院后 14 d 内进行门诊访问,并以患者关键问题为指导结合所创建的卒中患者个性化社区资源目录,实时生成“以患者为中心”的个性化电子护理计划(COMPASS-Care Plan, COMPASS-CP)^[18-19]。COMPASS 护理模式还强调协调医疗团队的护理服务,包括急诊医生、神经内科医生、康复医生、护士、物理治疗师、职业治疗师等。不同专业的医务人员共同参与患者的护理,确保衔接和连续性。其

通过整合医疗和社区资源^[20]为患者提供解决方案,促进患者与家庭和社区之间合作,以支持患者更好地恢复和适应环境改变,进而改善了患者结局^[14,16,18,20-22]。然而,实施该模式对资源协调和团队协作的要求较高,需要更多人力、技术和财力等方面的投入支持,多学科团队合作中的沟通协调、角色界定和成员协作也面临极大挑战,可能限制该模式的推广和实施。

加拿大在以往过渡期护理研究的基础上,设计了一种新型过渡护理模式——卒中综合过渡护理干预(Transitional Care Stroke Intervention, TCSI),由注册护士、职业治疗师、物理治疗师、语言治疗师等组成的专业多学科团队提供 6 个月干预。干预方案主要涉及护理协调、家庭访视和每月团队病例会议。职业治疗师作为协调员通过协调主要健康和社会服务,协助患者过渡至基于家庭的健康和社会服务支持,促进患者、家庭和团队之间的沟通。此外,团队内所有成员都将为患者提供家访服务,并基于网络 App“我的卒中团队(MyST)”提供支持,成功实现了过渡期护理团队内的护理协调、沟通和信息共享^[23-24]。其创新性包括优化日常护理实践,提供以人为本的护理;医疗服务提供者和患者之间及各种护理环境间沟通的正式流程;护理协调和系统导航;使用标准评估工具全面和持续的健康评估;持续自我管理教育和支持等。TCSI 模式提升了患者/护理人员对社区资源的了解和获取能力,促进医院、初级保健或社区护理服务之间的护理协调,以确保护理连续性^[23-25]。然而,该模式可能无法充分考虑社会和文化因素的影响,在不同地区和文化背景下,患者和家庭对护理的期望、信仰和价值观可能存在差异,这可能会影响护理效果和满意度,需要进一步的关注和协调。

过渡期护理解决了脑卒中患者出院到家庭期间的护理连续性问题,但各国家过渡期护理发展情况并不一致,有些国家仍面临诸多挑战,如德国尚缺乏关于标准化过渡管理系统的高质量研究^[12],韩国也尚无系统的包括标准化分诊系统及根据卒中后康复需求将患者转至慢性社区康复在内的全面或标准化过渡管理实施方案^[12,26],仍需要研究人员进一步探索、完善和优化。总体上国外应用于脑卒中患者的过渡期护理模式不仅注重患者及家庭的参与合作,患者和家庭成为护理团队的重要成员,与专业人员共同制定护理目标和计划,并参与护理决策的过程。还注重社区支持和资源调配,通过信息化平台协调医院与社区支持组织等机构合作,为患者提供必要的康复支持和社会资源链接。进一步发挥过渡期护理优势的同时能帮助患者更好地回归家庭。

2.2 国内发展现状

与高收入国家相比,我国的医疗体系在支持自我护理、康复、预防脑卒中复发以及

减轻照顾者负担方面仍然存在差距^[27]。我国研究所实施的主要是以医院平台为依托、以护士为主导、多学科团队协作的过渡期护理模式。国内学者多探讨基于不同健康教育策略的过渡期护理模式对脑卒中患者健康状态的影响。Qian等^[28]构建的过渡期护理模式中,出院前为脑卒中患者实施小班健康教育课程,分发自行设计的健康日记(康复训练、饮食调整、生活方式、合理用药和定期随访),出院后通过随访了解患者健康目标的落实情况,提供康复指导,并鼓励填写健康日记。Geng等^[29]将整合行为模型(Integrated Behavioral Model, IBM)应用于老年脑卒中患者的过渡期护理干预中,通过习惯养成来鼓励患者自动重复健康行为,通过技能培训和借助环境设施降低行为实施的难度,并通过促进家庭护理人员的参与增强干预的显著性和长远效应。Lin等^[30]的研究中由护士主导的为期12周的健康指导计划基于班杜拉发展的自我效能理论框架,通过个性化的健康指导课程帮助脑卒中患者设定健康目标、激励他们做出行为改变来实现他们的目标,显著改善患者生活质量和依从性,缩短患者住院时间和减少非计划再入院,从而降低医疗成本。

香港学者Kam等^[31]创建的结构化“4C”出院后居家计划(4C Home-Based Program, 4C-HBP),采用整体方法,解决患者多方面需求。干预计划涵盖健康指导和咨询、治疗和程序、病例管理和监测四部分,康复训练遵循目标导向、任务明确、循序渐进的原则,为脑卒中幸存者带来有效且积极的健康改变。王园等^[32]、刘腊梅^[33]、许佳佳等^[34]的研究从不同角度构建了我国慢性病患者的过渡期护理模式,但由于这些研究还处于不断摸索阶段、理论依据趋于理想化、有效性有待大量研究结果验证,其大规模广泛实施尚存在一定的困难与挑战。

3 脑卒中患者医院-家庭过渡期护理存在的问题

3.1 医院、社区、家庭间缺乏协调沟通 医疗机构、社区与家庭之间的沟通与协调是患者顺利完成过渡的重要因素之一。但不同医疗机构提供的服务与患者及其家庭之间在护理方面缺乏及时沟通、协调合作^[35],且目前医院、社区、家庭的过渡期间缺乏相应的对接机制。其原因一方面为医院、社区、家庭三者间缺乏有效的联动机制;二是社区医护人力资源缺乏,专业知识和操作技能缺乏系统培训和临床实践,无法保障医院转至家庭患者的后续过渡期护理质量;三是医疗机构的专科护理人员人力资源紧张,临床工作任务繁重,又缺乏行政部门的协调组织,无暇顾及出院患者后续治疗和护理的衔接,这些因素均影响了组织间的协调沟通。

3.2 综合需求评估不足 脑卒中患者过渡期护理更

具复杂性和挑战性。此类患者通常为共病患者,至少患有2种疾病^[36],更易发生过渡期相关风险^[23],需要护理人员对其进行综合评估及个性化干预。而目前针对脑卒中患者的过渡期护理评估,多关注的是脑卒中患者的症状管理,对躯体功能康复、认知功能和心理、社会等方面需求关注有限,忽视了人的整体性^[37]。这可能与脑卒中患者过渡期护理评估通常由其专科护士或医生主导,基于专科工作经验对患者临床症状和合并症比较关注,而忽视了以人为整体的全面需求,医护人员针对过渡期护理的评估通常还缺乏整体性的观念;另一方面,未使用科学有效的综合评估工具对患者进行全面评估,数据收集不完善,必然导致患者综合需求被忽视。

3.3 干预缺乏循证支持 目前相关研究虽验证了过渡期护理干预对脑卒中患者健康结局改善的有效性,但大多数研究因缺乏多学科团队协作,资金不足,实践规模小,干预措施的证据等级有待考究。原因可能是脑卒中患者过渡期护理涉及多个方面的管理和干预,如康复治疗、药物管理、心理支持等,这种复杂性和多样性增加了高质量循证研究的难度。此外,在脑卒中患者过渡期护理领域,进行循证研究所需时间周期较长、成本较高,也限制了相关循证研究的开展。

3.4 信息化平台应用不充分 现阶段我国大部分医院信息平台的建设仍主要聚焦于单个医院内部系统的互联互通,较少考虑与社区间的联通,以至于现有传统过渡期护理模式中对患者出院后健康状况的追踪多未形成电子档案记录,与医疗机构端患者住院期间的治疗护理信息缺乏衔接,导致“信息孤岛”的存在^[38-39],不利于患者健康信息跨机构共享,造成过渡期护理环节中某些工作的重复,整体效率降低。这对医院-社区过渡期护理联合开展实施的最优化造成了一定影响。一方面由于资源分配、管理层关注度、政策支持等方面的限制,信息化平台的应用面临一定阻力和困难;另一方面,不同信息系统间数据管理存在差异,缺乏统一技术标准和规范,导致不同系统间存在兼容性问题,限制了数据共享互通。

3.5 质量评价指标体系尚不成熟 现阶段我国过渡期护理服务的评价指标主要针对“结局”维度,缺乏对“结构”和“过程”2个重要维度的评价。此外,结局评价指标未进行标准化,不同研究的效果评价指标不尽相同,如探讨过渡期护理对脑卒中患者生存质量的影响,研究者以不同量表进行单一或综合测评,不利于进行研究间比较,不能较为系统地反映过渡期护理的效果^[40],研究结果缺乏可靠性。可能的原因是在过渡期护理服务的研究和实践中,研究者往往对“结构”和“过程”2个维度的评价认识不足,这种概念和认知的局限性导致评价指标的不全面和不平衡。此外,不同机构和研究者对过渡期护理的定义和范围理解不

一,缺乏一致的定义和标准也是制定质量评价指标体系的一大挑战。

4 脑卒中患者过渡期护理的改善策略

4.1 改善过渡期护理工作的连续性 脑卒中患者医院-家庭的顺利过渡,单靠一方力量难以实现,需要多部门、多环节、多学科的协调与合作。应组建医院-社区-家庭联合体,制定工作制度、流程以及不同层级医疗机构之间的联动机制,依据国家职业技能标准制定照护人员准入资质、职责、考核标准。此外,过渡期干预护士也应充分发挥其在过渡期护理干预中的主导作用,加强与社区护士就患者病情信息及时有效、动态化的沟通和对社区护士的专科技能指导。虽然目前过渡期干预护士在医院并不普遍存在,但随着人民群众多样化护理服务需求的日益增长,对这一岗位的需求也会随之扩大,鼓励有条件的医院设立特定的过渡期干预护士岗位,在患者于不同诊疗环境间过渡时,提供专业护理服务和支撑,如沟通协调、护理计划制定、患者教育和资源引导等。

4.2 完善综合评估和干预策略以改善患者结局 过渡期护理的实施需要加强多学科协作和团队合作,建议将不同专业的医护人员纳入过渡期护理过程,并加强护理人员的培训和教育,提高其对人的整体性认识,综合考虑各方面需求对患者康复的影响。此外,还应尝试使用综合性较强的健康评估工具,如目前国际公认的国际居民评估工具(International Resident Assessment, interRAI)^[41],其子套件家庭护理评估量表(International Resident Assessment Home Care, InterRAI HC)^[41]就可用于评估社区居家环境和出院过渡期的老年人群,从功能状态、认知和精神健康、社会功能状态、临床健康问题 4 个维度早期识别患者现存和潜在健康问题,并结合患者偏好,全面、科学地提供过渡期护理指导以解决患者健康问题。为解决干预时缺乏循证支撑的问题,则需要促进随机对照试验研究开展和循证证据的积累。注重实施的规范化和标准化,建立护理指南和路径,使评估、干预、评价有证可循、有据可依。

4.3 强化互联网技术平台的应用 鼓励管理层和政策制定者支持和推动信息化平台建设,加强技术标准和规范的制定,充分借助云计算、大数据、区块链和移动互联网等信息化技术,促进不同系统之间的互操作性。此外,还应提高医护人员对信息化平台的认知和接受度,加强相关培训和教育。着力加强过渡期护理的信息化应用,最终通过信息共享、跨部门合作和资源整合来实现过渡期护理实施的更优化,推动“互联网+医疗健康”的发展,实现医疗和社区资源的整合。

4.4 构建完善过渡期护理服务标准化评价指标体系 应综合考虑结构、过程、结果 3 个维度,以结果

为导向,注重过程指标,建立更加完善的标准化过渡期护理服务评价指标体系,进一步推动过渡期护理服务评价理念的更新和拓展,强调“结构”和“过程”2 个维度的重要性,提高相关人员的认识和接受度,并鼓励开展评价指标体系研究,制定与“结构”和“过程”相关的科学的评价指标。下一步还应建立统一的标准和指南,规范评价指标的选择和应用。通过这些措施逐步完善我国过渡期护理服务的评价指标,确保评价的全面性和准确性,实施的一致性和可比性。

5 小结

过渡期护理干预的有效性可作为有力的证据,支持并强调脑卒中患者过渡护理的重要性。结合我国人口老龄化形势日益严峻及公众对高质量卫生服务的需求日益高涨,构建适合我国脑卒中患者的过渡期护理模式迫在眉睫。发达国家关于脑卒中患者过渡期护理的研究相较于我国更加成熟,未来应在积极借鉴国外相关研究成果的同时,探索构建能够满足我国脑卒中患者过渡期照护需求且适合我国医疗环境的本土化过渡期护理模式,并推广应用于临床实践,最大限度地提高脑卒中患者生活质量、促进患者康复、减少脑卒中复发及降低再入院率,进而减轻我国脑卒中社会负担状况。

参考文献:

- [1] GBD 2019 Stroke Collaborators. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019[J]. *Lancet Neurol*, 2021, 20(10): 795–820.
- [2] 王庆松. 脑卒中变色龙与类卒中在急性缺血性脑卒中救治中的严峻挑战[J]. *中华老年心脑血管病杂志*, 2022, 24(10): 1009–1012.
- [3] Ma Q, Li R, Wang L, et al. Temporal trend and attributable risk factors of stroke burden in China, 1990–2019: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019[J]. *Lancet Public Health*, 2021, 6(12): e897–e906.
- [4] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会神经康复学组, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国脑卒中早期康复治疗指南[J]. *中华神经科杂志*, 2017, 50(6): 405–412.
- [5] 中华人民共和国国家卫生健康委员会. 2022 中国卫生健康统计年鉴[R/OL]. (2023-05-17) [2023-06-15]. <http://www.nhc.gov.cn/mohwsbwstjxxzx/tjtjnj/202305/6ef68aac6bd14c1eb9375e01a0faaf1b.shtml>.
- [6] 高钊翔, 童星. 论我国社区卫生服务事业发展的困境及治理对策[J]. *华东理工大学学报(社会科学版)*, 2015, 30(4): 96–102.
- [7] 季润琳, 陆群峰, 杨利灵, 等. 过渡期护理的概念分析[J]. *中华护理杂志*, 2022, 57(3): 374–379.
- [8] 汪晖, 王颖, 刘于, 等. 住院患者出院计划关键任务的证据总结[J]. *中华护理杂志*, 2020, 55(9): 1412–1419.
- [9] Coleman E A, Boulton C. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs[J]. *J Am Geriatr Soc*, 2003, 51(4): 556–557.

- [10] Naylor M D, Aiken L H, Kurtzman E T, et al. The care span: the importance of transitional care in achieving health reform[J]. *Health Aff (Millwood)*, 2011, 30(4): 746-754.
- [11] 刘腊梅,李慧兰,周兰妹.美国老年人过渡期护理服务及其对我国发展的启示[J]. *中国全科医学*, 2016, 19(9): 1006-1009.
- [12] Jee S, Jeong M, Paik N J, et al. Early supported discharge and transitional care management after stroke: a systematic review and meta-analysis[J]. *Front Neurol*, 2022, 13:755316.
- [13] Lin S, Xiao L D, Chamberlain D, et al. Nurse-led health coaching programme to improve hospital-to-home transitional care for stroke survivors: a randomised controlled trial[J]. *Patient Educ Couns*, 2022, 105(4): 917-925.
- [14] Duncan P W, Bushnell C D, Jones S B, et al. Randomized pragmatic trial of stroke transitional care: the COMPASS study[J]. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*, 2020, 13(6): e6285.
- [15] 王莉,孙晓,吴茜,等.二、三级医院慢病延续性护理开展现状调查[J]. *护理学杂志*, 2017, 32(2): 85-89.
- [16] Reeves M J. COMPASS trial in transitional stroke care: navigating towards true north[J]. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*, 2020, 13(6): e6745.
- [17] Bushnell C D, Duncan P W, Lycan S L, et al. A person-centered approach to poststroke care: the Comprehensive Post-Acute Stroke Services model[J]. *J Am Geriatr Soc*, 2018, 66(5): 1025-1030.
- [18] Duncan P W, Bushnell C D, Rosamond W D, et al. The Comprehensive Post-Acute Stroke Services (COMPASS) study: design and methods for a cluster-randomized pragmatic trial[J]. *BMC Neurol*, 2017, 17(1): 133.
- [19] Duncan P W, Abbott R M, Rushing S, et al. COMPASS-CP: an electronic application to capture patient-reported outcomes to develop actionable stroke and transient ischemic attack care plans[J]. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*, 2018, 11(8): e4444.
- [20] Gesell S B, Bushnell C D, Jones S B, et al. Implementation of a billable transitional care model for stroke patients: the COMPASS study[J]. *BMC Health Serv Res*, 2019, 19(1): 978.
- [21] Lutz B J, Kucharska-Newton A M, Jones S B, et al. Familial caregiving following stroke: findings from the Comprehensive Post-Acute Stroke Services (COMPASS) pragmatic cluster-randomized transitional care study[J]. *Top Stroke Rehabil*, 2023, 30(5): 436-447.
- [22] Bushnell C D, Kucharska-Newton A M, Jones S B, et al. Hospital readmissions and mortality among fee-for-service medicare patients with minor stroke or transient ischemic attack: findings from the COMPASS cluster-randomized pragmatic trial[J]. *J Am Heart Assoc*, 2021, 10(23): e23394.
- [23] Markle-Reid M, Valaitis R, Bartholomew A, et al. An integrated hospital-to-home transitional care intervention for older adults with stroke and multimorbidity: a feasibility study [J]. *J Comorb*, 2020, 10: 2235042X-19900451X.
- [24] Markle-Reid M, Valaitis R, Bartholomew A, et al. Feasibility and preliminary effects of an integrated hospital-to-home transitional care intervention for older adults with stroke and multimorbidity: a study protocol[J]. *J Comorb*, 2019, 9: 2235042X-19828241X.
- [25] Markle-Reid M, Valaitis R, Bartholomew A, et al. Implementation and evaluation of transitional care intervention linking hospital-based outpatient rehabilitation and community-based care for older adults with stroke and multiple chronic conditions[J]. *Int J Stroke*, 2018, 13: 176.
- [26] Leigh J H, Kim W S, Sohn D G, et al. Transitional and long-term rehabilitation care system after stroke in Korea[J]. *Front Neurol*, 2022, 13: 786648.
- [27] 杜静,云洁,袁佳丽,等.脑卒中三级中西医结合康复养老护理路径的构建[J]. *现代临床医学*, 2022, 48(5): 347-351.
- [28] Qian C, Zhong D, Shen Y, et al. Evaluation of clinical efficacy of transitional care mode for patients with strokes[J]. *Int J Clin Exp Med*, 2019, 12(1): 981-988.
- [29] Geng G, He W, Ding L, et al. Impact of transitional care for discharged elderly stroke patients in China: an application of the Integrated Behavioral Model[J]. *Top Stroke Rehabil*, 2019, 26(8): 621-629.
- [30] Lin S, Xiao L D, Chamberlain D. A nurse-led health coaching intervention for stroke survivors and their family caregivers in hospital to home transition care in Chongqing, China: a study protocol for a randomized controlled trial[J]. *Trials*, 2020, 21(1): 1-11.
- [31] Kam Y W F, Wang S L, Ng S, et al. Effects of a transitional home-based care program for stroke survivors in Harbin, China: a randomized controlled trial [J]. *Age Ageing*, 2022, 51(2): afac027.
- [32] 王园,项丽君,崔艳丽,等.区域医联体内脑卒中患者向下转诊过渡期护理模式的构建[J]. *护理学杂志*, 2023, 38(9): 85-90.
- [33] 刘腊梅.老年慢性病患者过渡期护理服务模式的构建及应用[D]. 郑州: 郑州大学, 2019.
- [34] 许佳佳,翟艳萍,冯玫,等.分级诊疗制度下慢性病患者过渡期护理模式构建[J]. *中华现代护理杂志*, 2020, 26(33): 4598-4606.
- [35] 刘国玉,刘腊梅,郭鑫,等.脑卒中病人实施过渡期护理服务模式的研究进展[J]. *全科护理*, 2018, 16(31): 3855-3857.
- [36] 江佳隆.老年脑卒中患者心理一致感及应对方式与情绪和社会功能障碍的关系[D]. 唐山: 华北理工大学, 2021.
- [37] 孙晓英.门诊老年患者感知护理服务质量评价量表的研制与应用[D]. 苏州: 苏州大学, 2022.
- [38] 赵霞,李小华.“十四五”期间医院信息化建设发展的若干思考[J]. *中国医院*, 2021, 25(1): 64-66.
- [39] 杨茜,鞠梅,李雨昕,等.“互联网+”背景下的智慧护理建设初探[J]. *护理学杂志*, 2017, 32(11): 8-10.
- [40] 周欣怡.肾移植受者延续护理成效评价指标体系的构建[D]. 合肥: 安徽医科大学, 2021.
- [41] 麻珂.国际居民评估工具家庭护理评估量表在老年心血管病患者出院指导中的应用效果研究[D]. 沈阳: 中国医科大学, 2022.