

脑卒中患者家庭护理循证实践方案的构建

何兴月, 杨辉, 曹慧丽

摘要:目的 构建脑卒中患者家庭护理循证实践方案,为临床护理随访提供指引。方法 检索国内外数据库获取脑卒中患者家庭管理最佳证据并形成推荐意见,拟定脑卒中患者家庭护理循证实践方案初稿,进行 2 轮专家函询。结果 构建包括组织管理、护理评估、设定目标、家庭管理、患者个性化服务、远程服务 6 个方面共 40 个条目的方案,据此形成问题评估清单和实践流程。第 1 轮及第 2 轮专家积极性分别为 93.75%、100%,权威系数为 0.805、0.810, Kendall's *W* 系数为 0.326、0.442 及 0.422、0.456 (均 $P < 0.01$)。结论 脑卒中患者家庭护理循证实践方案构建过程规范严谨,内容全面,可用于脑卒中患者家庭护理实践。

关键词:脑卒中; 家庭护理; 德尔菲; 最佳证据; 护理实践方案; 循证护理

中图分类号:R473.74;R473.2 **文献标识码:**A **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2021.20.005

Development of an evidence-based practice protocol for home care of stroke patients He Xingyue, Yang Hui, Cao Huili. Nursing School of Shanxi Medical University, Taiyuan 030001, China

Abstract: **Objective** To develop an evidence-based practice protocol for home care of the stroke patient, and to provide a guide for nurse follow-up. **Methods** We searched foreign and domestic electronic databases to retrieve the best evidence of family caregiving for patients with stroke and to form recommendations, then we wrote draft of evidence-based practice protocol for home care of the stroke patient, and conducted two rounds of expert consultation. **Results** The protocol was composed of 40 items, including six aspects of organizational management, nursing assessment, goal setting, family management, patient-centered service and remote service. And problem evaluation list and practice process were formulated based on the protocol. The return rate of questionnaires was 93.75% in round 1 and 100% in round 2 of expert consultation. The authority coefficients of two rounds were 0.805 and 0.810, respectively. The Kendall's coefficients of concordance *W* were 0.326 and 0.442 in round 1, 0.422 and 0.456 in round 2 ($P < 0.01$ for all), respectively. **Conclusion** The process of developing home care practice protocol for stroke patients is standardized and rigorous, and the content is comprehensive, which can be used in the practice of home care for stroke patients.

Key words: stroke; home care; Delphi technique; best evidence; practice protocol; evidence-based nursing

脑卒中是全球第 2 位致死疾病^[1-2]。据全球疾病负担研究(Global Burden of Disease Study)显示,我国总体脑卒中终生发病风险为 39.9%,3 个月缺血性卒中复发率为 6.8%^[3]。大多数脑卒中幸存者从医院返回家中很长时间内仍然需要医疗保健,且超过 65% 的患者需要家庭护理服务^[4]。目前,脑卒中患者的家庭管理通常是针对某一特定症状构建管理方案,如卒中后社会参与轨迹研究^[5]、卒中后吞咽障碍研究^[6]等,缺乏全面性。从纵向而言,管理方案的构建由经验主义向循证护理的发展,系统评价和证据综合的文章逐年增多,但研究内容较为局限。目前仅有英国国家卫生与临床优化研究所(National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE)和新加坡卫生部专门制定了家庭护理指南,分别为"Home care: delivering personal care and practical support to older people living in their own homes"和"Guidelines for home care",但这两部指南内容对脑卒中患者的适用性还需进一步考究。另外在其他针对脑卒中管理的指南中,部分有涉及家庭护理,但仍需要进一步综合

提炼。鉴此,本研究于 2020 年 12 月至 2021 年 2 月,采取循证和德尔菲专家咨询方法,构建脑卒中患者家庭护理循证实践方案,以期将最佳证据应用于脑卒中患者家庭护理中,为临床护理随访提供综合指导方案。

1 对象与方法

1.1 函询专家 本研究选取咨询专家 16 人。入选标准:①具有本科以上学历;②中级以上职称;③从事脑卒中临床护理或慢性病管理工作 > 5 年;④研究领域为循证护理、护理管理、社区护理等。男 4 人,女 12 人;年龄 36~62 (52.73 ± 8.90) 岁;工作年限 18~40 (30.20 ± 9.17) 年;本科 5 人,硕士 9 人,博士 2 人;中级职称 5 人,副高级 6 人,正高级 5 人;专业领域为临床护理 3 人,社区护理 2 人,老年护理 2 人,康复护理 2 人,循证护理 3 人,护理管理 2 人,护理教育 2 人;地域分布:河南省 4 人,山西省 6 人,广州市 3 人,山东省 3 人。

1.2 循证方法

1.2.1 临床问题的确立 采用复旦大学循证护理中心提出的循证问题开发工具^[7],形成循证护理的初始问题。证据应用目标人群:居家脑卒中患者;干预方法:家庭护理的评估、管理等;应用证据的专业人员:临床护士;结局:护士家庭护理评估能力、患者自我管理、社会支持系统状况等;证据应用场所:神经内

作者单位:山西医科大学护理学院(山西 太原,030001)

何兴月,女,硕士在读,护师

通信作者:杨辉, qyhui2020@163.com

科研项目:山西省研究生教育创新项目(2020SY238)

收稿:2021-05-12;修回:2021-06-30

科;证据类型:指南、专家共识、系统评价、临床决策、推荐实践、最佳实践信息册等。

1.2.2 文献检索 按照“6S”证据模型,自上而下分别检索 UptoDate、BMJ Best Practice、The Cochrane Library、NICE、美国心脏协会/美国卒中协会(American Heart Association/American Stroke Association, AHA/ASA)、世界卒中组织(World Stroke Organization, WSO)、医脉通指南网、临床指南网、中国卒中协会、PubMed、Ovid、Web of Science、Embase、中国知网、万方数据库、维普数据库和中国生物医学文献数据库。英文检索词为 stroke * /cerebrovasc * /CVA * /brain vascular accident *, home nursing, follow-up care *, care, follow-up/cares, follow-up/continu * of care/transitional care/discharg * ;中文检索词为卒中、脑卒中、脑血管、脑血管障碍,家庭护理、延续护理、后续护理、过渡期护理。

1.2.3 文献纳入与排除标准 纳入标准:①研究主题涉及脑卒中患者家庭护理评估、管理等相关内容;②研究对象为居家脑卒中患者;研究类型包括指南、专家共识、系统评价、临床决策、推荐实践、最佳实践信息册等,对于同一协会或机构出版的不同主题的指南均纳入,相同主题的指南保留最新版;③语言类型为英文或中文文献。排除标准:①重复收录的指南;②新闻、评论、社论、会议摘要、指南解读等;③无法获得全文的文献。

1.2.4 文献质量评价 指南采用 2017 版指南研究与评价工具 AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation, AGREE) 进行评价^[8]。专家共识采用澳大利亚 JBI 循证卫生保健中心专家共识评价标准(2017)进行评价^[9]。临床决策、证据总结、最佳实践追溯到证据的原始文献,依据原始文献的文献类型进行质量评价^[10]。由 2 名研究者对纳入研究的文献进行独立评价,如遇分歧,则由第 3 名研究者仲裁决定。当证据结论冲突时,遵循循证证据、高质量证据、最新发表文献优先原则。

1.2.5 证据等级划分与推荐级别 本研究证据统一采用澳大利亚循证卫生保健中心证据分级及证据推荐级别系统(2014)^[11]。证据等级分为 Level 1~5 级,Level 1 为最高级别,Level 5 为最低级别。根据 JBI 的 FAME 结构和 JBI 证据推荐级别,A 级推荐(强推荐)或 B 级推荐(弱推荐)^[12]。

1.2.6 构建方案初稿 由课题组成员根据推荐意见构建脑卒中患者家庭护理实践方案的初稿,采用德尔菲专家咨询法进行修改,确定最终方案、问题评估清单和实践框架图。

1.3 德尔菲法 拟定专家函询问卷,共 3 部分。第 1 部分为专家的基本情况。第 2 部分为基于循证的脑卒中患者家庭护理实践方案,条目按其重要程度分为

5 个等级:很重要、重要、一般、不重要、很不重要,并相应赋予 5、4、3、2、1 分,同时问卷中设有修改意见栏,专家可以删除、修改或增加新条目。第 3 部分为专家自评表。实施咨询并根据 2 轮专家咨询结果形成最终方案。

1.4 统计学方法 采用 SPSS26.0 软件进行统计分析。①专家一般情况,用频数、百分比表示。②专家积极系数用问卷的回收率表示,问卷回收率 > 70% 认为专家积极性高;专家权威系数(Cr)用判断系数(Ca)和熟悉程度(Cs)的算术平均数表示, $Cr \geq 0.7$ 即可接受。③专家意见的协调程度用变异系数(CV)和肯德尔和谐系数(Kendall's W)来表示, $CV < 0.25$, 专家协调程度较一致;Kendall's W 值为 0~1, 其值越大且 $P < 0.05$, 表明专家对该方案协调程度越高。

2 结果

2.1 文献检索及质量评价结果 检索文献 3 923 篇,排除不符合条件的文献后,最终纳入文献 10 篇,其中指南 7 篇,专家共识 3 篇。7 篇指南中,2 篇^[13-14]来源于 WSO,2 篇^[15-16]来源于 AHA/ASA,1 篇^[17]来源于 BMJ,1 篇^[18]来源于 NICE,1 篇^[19]来源于医脉通。纳入指南总体质量较高:2 篇指南为 A 级推荐,5 篇指南为 B 级推荐。3 篇专家共识中,2 篇^[20-21]来源于 AHA/ASA,1 篇^[22]来源于临床指南网。3 篇专家共识均除“所提出的观点与以往文献是否有不一致的地方”不清楚外,其他条目均为“是”,均达到纳入标准。

2.2 证据汇总形成初稿 本次最终汇总出组织管理、护理目标、评估时机、评估方式、患者评估、患者管理、社会支持系统、脑卒中远程服务及健康教育 8 个方面 50 条证据。

2.3 德尔菲专家咨询定稿 ①专家积极性。第 1 轮发放问卷 16 份,回收 15 份,回收率 93.75%;第 2 轮发放问卷 15 份全部回收,回收率 100%,专家积极性较高。②专家权威程度系数。第 1 轮权威程度系数为 0.805,第 2 轮为 0.810,均 ≥ 0.7 ,入选专家权威程度较高。③专家意见协调程度。第 1 轮专家一级条目和二级条目 Kendall's W 系数分别为 0.326、0.442(均 $P < 0.01$);第 2 轮专家咨询一级条目和二级条目 Kendall's W 系数分别为 0.422、0.456(均 $P < 0.01$),专家意见趋于一致。④经整合,将 8 个方面修改为组织管理、护理评估、设定目标、家庭管理、患者个性化服务、远程服务 6 个方面,删除 9 个条目,增加 4 个条目,修改合并 5 个条目。最终形成的脑卒中患者家庭护理实践方案共 6 个方面 40 个条目,具体见表 1;根据最终方案形成脑卒中家庭护理问题评估清单,见样表 1;脑卒中家庭护理实践流程图,见图 1。

表 1 脑卒中患者家庭护理实践方案函询结果

项 目	重要性评分 ($\bar{x} \pm s$)	推荐 级别
I 组织管理	4.80±0.41	
1. 建立脑卒中支持系统,成立包括神经内科医生、营养师、康复治疗师等的多学科团队,明确团队成员职责 ^[18]	4.93±0.26	B
2. 制订家庭培训计划和随访制度,脑卒中患者出院后由指定团队成员随访 ^[14]	4.87±0.35	B
II 护理评估	4.93±0.26	
3. 一般患者出院后 2~4 周进行初级护理评估,存在功能障碍患者出院后 72 h 内进行评估,脑卒中后 6 个月及以后每年评估健康需求、社会需求、护理需求。同时,当患者健康状况发生变化时,需要重新评估;评估异常,应促进转诊 ^[14,18]	4.93±0.26	A
4. 在任何情况下,应使用经过验证的评估工具来确定潜在问题,评估脑卒中患者的心理功能、生理功能、社会功能和健康行为 ^[14,20]	4.93±0.26	B
5. 采用 Essen 卒中风险量表或卒中预测工具-II (SPI-II) 量表评估脑卒中患者长期复发的风险 ^[22]	4.67±0.49	B
6. 痉挛状态评估使用 Ashworth 痉挛量表和改良 Ashworth 量表 ^[17]	4.00±0.85	B
7. 构音障碍评估使用西方失语测验(WAB)和汉语标准失语检查法(CRRCAE),包括访谈、对话、观察、标准化测试、言语评估、语言使用和阅读 ^[17]	4.33±0.49	B
8. 吞咽困难评估使用吞咽筛查量表(EAT-10)、临床吞咽功能评估表、标准化吞咽评估(SSA)等 ^[17]	4.33±0.49	A
9. 认知障碍评估使用简易精神状态检查量表(MMSE)和蒙特利尔认知评估量表(MoCA)。当评估提示认知障碍时,应进行更详细的神经心理学评估 ^[17]	4.33±0.49	B
10. 脑卒中后抑郁评估常规使用结构性抑郁量表,如患者健康问卷-2(PHQ-2) ^[15-16]	4.33±0.49	B
11. 评估脑卒中患者的膀胱功能,通过膀胱扫描或排尿后间歇导尿来评估尿潴留 ^[17]	4.00±0.00	B
12. 肠功能评估应包括大便硬度、脑卒中前排便频率和时间以及肠道治疗史 ^[17]	4.67±0.49	B
13. 偏瘫肩痛的临床评估包括肌肉骨骼评估、痉挛评估、肩关节半脱位和局部感觉障碍检查 ^[17]	3.67±0.49	B
14. 采用 Morse 跌倒评估量表或者 FRA 量表评估脑卒中患者跌倒风险,以改善患者生活和家庭环境,减少事故发生 ^[17]	4.33±0.49	B
15. 采用口腔健康评估工具(OHAT)或口腔评估指南(OAG)评估脑卒中患者口腔健康状况 ^[17]	4.33±0.49	B
16. 评估脑卒中后的体力活动水平 ^[17]	4.93±0.26	B
17. 使用巴氏指数评估脑卒中患者的日常生活能力 ^[17]	4.93±0.26	B
18. 采用半结构式访谈了解脑卒中患者重返工作岗位的影响因素和需求 ^[17]	4.93±0.26	B
III 设定目标	4.93±0.26	
19. 采用设定目标策略,在每个阶段应设定长期目标与短期目标 ^[18]	4.93±0.26	B
20. 每次设定目标应包含明确目标、制订行动计划、形成可能阻碍的相关应对计划等 ^[14,17]	4.67±0.49	A
IV 家庭管理	4.93±0.26	
21. 应定期评估社区资源水平,管理家庭环境,确定家庭环境安全、无障碍 ^[14,16]	4.93±0.26	B
22. 促进脑卒中患者的自我管理,提高其康复的主动性和药物依从性,鼓励患者参与职业、娱乐、重返社会相关的活动 ^[13]	4.93±0.26	B
23. 对脑卒中患者进行访谈和个性化教育,确定个体风险因素,控制脑卒中风险因素 ^[13,16]	4.93±0.26	B
24. 脑卒中患者、照顾者和家庭成员的健康教育是脑卒中综合护理的组成部分,应以多种语言和方式提供交互性、实时性、持续性、重复性的个性化教育(如书面、口头、图片、团体咨询方法),解决不同程度的健康素养问题 ^[13]	4.67±0.49	B
25. 脑卒中患者、照顾者和家庭成员应接受如何快速识别脑卒中复发的教育,最大限度地提前到医院就诊 ^[19]	4.93±0.26	A
26. 评估照顾者和家庭成员需求、准备度、身心健康状况、护理能力和经验、就业情况等 ^[14]	4.67±0.49	B
27. 评估其他家庭成员、亲属、病友和社交网络的支持能力 ^[14]	4.93±0.26	B
V 患者个性化服务	4.87±0.35	
28. 脑卒中吞咽障碍患者 2~3 周喂养途径选择鼻胃管,长期喂养选择经皮内镜下胃造瘘术。在喂养过程中指导食物营养和性状,并将床头抬高 20~45°,以减少因体位不当引起的反流性误吸 ^[17,20]	4.33±0.49	B
29. 脑卒中语言障碍的干预应该是个体化的,包括有针对性的行为技术和策略,可以用音乐促进康复效果 ^[17]	4.67±0.49	B
30. 脑卒中患者体力活动的促进应强调低至中等强度的有氧活动、肌肉强化活动、减少久坐行为和风险管理 ^[21]	5.00±0.00	B
31. 根据不同部位的疼痛类型选择合适的药物 ^[20]	4.93±0.26	B
32. 白天过度嗜睡的脑卒中患者应被转诊到睡眠中心 ^[20]	4.33±0.49	B
33. 出院后脑卒中中并存尿失禁患者,应考虑定期排尿和盆底肌肉训练 ^[17]	4.67±0.49	B
34. 脑卒中患者保持足够的营养摄入、供水和动态体位管理可以有效降低皮肤损伤的风险 ^[17]	4.93±0.26	A

续表 1 脑卒中患者家庭护理实践方案函询结果

项 目	重要性评分 ($\bar{x} \pm s$)	推荐 级别
35. 考虑对脑卒中患者和伴侣进行教育,以适应预期的性行为变化,制订改善性功能障碍的策略 ^[20]	4.67±0.49	B
36. 抑郁症接受抗抑郁治疗,特别是选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂。对卒中后抑郁可采用正念减压和正念认知疗法,建议丰富环境,增加认知活动的参与度 ^[17,20]	4.33±0.98	B
37. 脑卒中后至少 4 周内不要驾驶私人汽车,至少 3 个月内不要驾驶商业汽车 ^[19]	4.93±0.26	B
38. 有能力参与康复并能够实现功能目标的患者每周至少 5 d,每次至少 45 min 康复治疗。有能力参与康复并继续取得康复成果的患者每周 5 d,每次超过 45 min 的康复治疗。若每次康复治疗时间不能达到 45 min 的患者,要确保每周连续 5 d 的治疗 ^[18]	4.93±0.26	B
VI 远程服务	4.33±0.49	
39. 无论患者处于城市、农村,远程脑卒中护理服务应是脑卒中支持系统的一部分。在考虑成本效益前提下,居住在城市且具有较好设备支持患者可使用远程护理服务,对于居住在农村或偏远地区的人群,建议面对面随访 ^[13-14]	4.93±0.26	B
40. 应建立实时双向视频通讯,运动监测、活动强度调整、失语症言语治疗等可使用远程护理 ^[13]	4.93±0.26	B

样表 1 脑卒中家庭护理问题评估清单

领域	问题	症状
生理	痉挛	<input type="checkbox"/> 无僵硬 <input type="checkbox"/> 手/腕或其他部位存在僵硬
	构音	<input type="checkbox"/> 交流无障碍 <input type="checkbox"/> 交流障碍
	吞咽	<input type="checkbox"/> 饮水无障碍 <input type="checkbox"/> 饮水呛咳
	认知	<input type="checkbox"/> 记忆力正常 <input type="checkbox"/> 记忆力下降
	排尿	<input type="checkbox"/> 排尿功能正常 <input type="checkbox"/> 尿频/尿急 <input type="checkbox"/> 尿失禁
	排便	<input type="checkbox"/> 排便正常 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 大便失禁
	皮肤	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 充血/红肿 <input type="checkbox"/> 黏膜受损
	疼痛	<input type="checkbox"/> 无疼痛 <input type="checkbox"/> 轻度疼痛 <input type="checkbox"/> 中度以上疼痛
	跌倒	<input type="checkbox"/> 从未跌倒 <input type="checkbox"/> 3 个月内发生跌倒
	口腔健康	<input type="checkbox"/> 清洁 <input type="checkbox"/> 黏膜破损/食物残渣
	性功能	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 性欲下降 <input type="checkbox"/> 性生活质量下降
		<input type="checkbox"/> 性功能障碍
	睡眠	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 嗜睡 <input type="checkbox"/> 睡眠障碍
	运动	<input type="checkbox"/> 可进行日常运动 <input type="checkbox"/> 肢体移动困难
<input type="checkbox"/> 精细功能障碍		
日常生活能力	<input type="checkbox"/> 能正常穿衣/洗澡 <input type="checkbox"/> 穿衣/洗澡困难	
心理社会	心理	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 焦虑/抑郁
	社区资源	<input type="checkbox"/> 社区资源充足 <input type="checkbox"/> 社区资源匮乏
	社会支持	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 生活照顾不足 <input type="checkbox"/> 医疗照顾不足
	驾驶能力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 轻度困难 <input type="checkbox"/> 中度以上困难
环境	家庭收入	<input type="checkbox"/> 无负担 <input type="checkbox"/> 轻度经济负担
	家庭环境	<input type="checkbox"/> 中度以上经济负担
健康行为	家庭环境	<input type="checkbox"/> 安全 <input type="checkbox"/> 障碍
	康复依从性	<input type="checkbox"/> 按时康复 <input type="checkbox"/> 需他人监督 <input type="checkbox"/> 无康复行为
	药物使用	<input type="checkbox"/> 遵医嘱 <input type="checkbox"/> 不按时服药
	自我管理	<input type="checkbox"/> 能力佳 <input type="checkbox"/> 能力较差 <input type="checkbox"/> 能力弱
	疾病知识	<input type="checkbox"/> 了解疾病知识 <input type="checkbox"/> 了解一些疾病知识
		<input type="checkbox"/> 从不了解疾病知识

注:上述问题如有异常,使用专业量表评估。

3 讨论

3.1 脑卒中患者家庭护理实践方案具有规范性和实用性 本研究以循证理论为基础,按照“6S”证据模型,自上而下检索脑卒中患者家庭护理管理相关文献,确保证据来源的多元性,并且对纳入的文献进行评价,汇总相关证据,构成初步方案;通过 2 轮专家咨询,专家意见趋于一致,形成最终方案,保证了方案的规范性。最终方案包括 6 个方面 40 个条目,包含了

组织管理、护理评估、设定目标、家庭管理、患者个性化服务、远程服务,为临床护士管理直接从医院返回家庭的患者提供了具体的参考方案。同时,本方案制订了具体实施方案、评估清单和实践流程,相较于其他一般性方案更具有实用性,便于护理人员参照与使用。

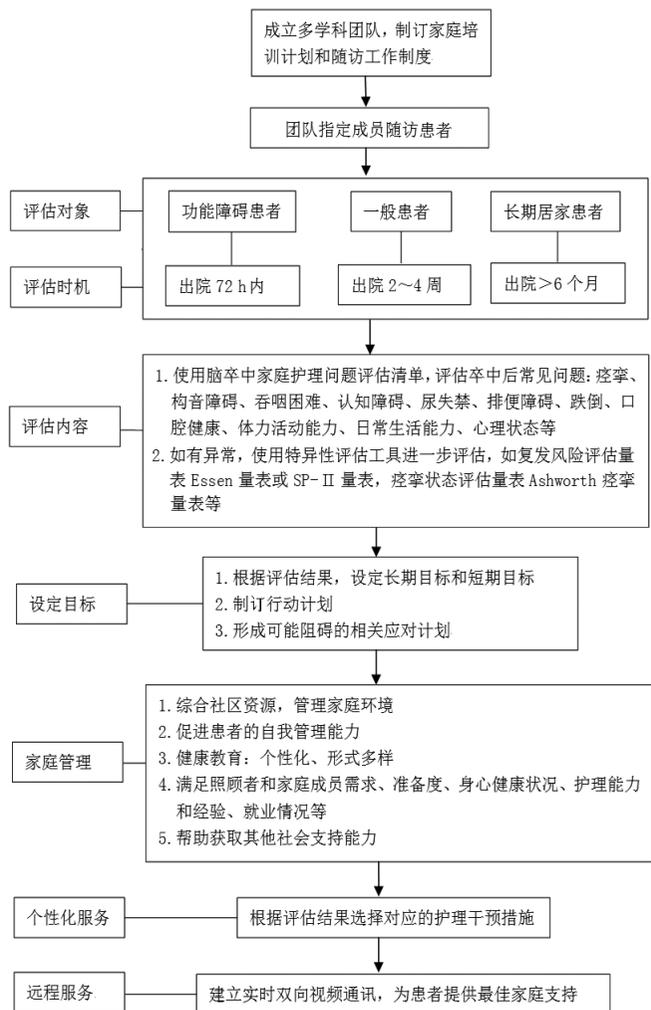


图 1 脑卒中患者家庭护理实践流程图

3.2 脑卒中患者家庭护理实践方案的内容分析 研究报道,脑卒中患者出院后护理出现“断崖式”状态,关于如何开展家庭护理服务,由谁来进行家庭护理尚无统一论^[23]。本研究方案提出成立多学科团队,由团队指定成员对出院患者实施家庭护理,管理疾病带来的变化,并且建议使用经过验证的工具对一般患者、脑卒中后残疾患者、长期居家患者进行护理评估。方案从制订护理目标为切入点,设立长期和短期目标,形成行动计划方案,对脑卒中吞咽障碍、语言障碍、肢体活动障碍、疼痛、疲劳、睡眠障碍、压力性损伤、尿失禁、性功能障碍、抑郁和焦虑、卒中后驾驶等的护理干预措施给出了建议。此外,本研究给出了家庭管理的具体内容、个性化健康教育的方式以及远程服务的内容。

3.3 脑卒中患者家庭护理实践方案的特点

3.3.1 以脑卒中家庭护理问题评估清单为引导,科学评估居家问题 目前,既全面又简单的评估工具难以推荐,在选择评估工具时,要着重考虑评估的目的、对象和所处的环境^[24]。本研究对于评估工具的选择,使用自编综合性护理问题评估清单为引导,筛选出患者的特异性问题,随后针对具体问题再使用经过验证的特异性评估工具进行评估,最大程度地保证了筛选问题的全面性和评估专业性,为临床医务人员客观、清晰、全面地评估和收集患者问题提供了导向。

3.3.2 制订脑卒中家庭护理整体实践流程 本研究从家庭视角出发,以有效衔接医院一家庭的过渡。方案的实践流程符合一般家庭护理模式^[25-26],体现为:①全面性。方案强调医务人员从医院到家庭对患者持续、动态和全面的评估,并且设计了脑卒中后常见问题评估表,以了解患者病情和护理需求,保障方案全方位适应患者需求。②合作性。体现为家庭参与疾病的管理。在目标设定时,除了医务人员的专业判断,患者及其家庭也参与整个目标设定的过程,以提高患者及其家庭的参与度、积极性和自主性^[27]。③协调性。组织协作有效性是方案实施过程的保障,跨学科团队合作是脑卒中护理服务质量的关键因素^[28]。因此,有效的协作沟通是提高决策质量、患者和家庭满意度的核心能力,多学科团队成员应提高以患者为中心的沟通技巧,在医疗保健系统的所有过渡点及时有效地传输患者的相关信息,以确保“无缝”过渡。④延续性。本方案在家庭管理过程中提出建立双向视频远程护理服务,并且根据不同地区和人群、疾病种类给出了建议,以期为患者提供最佳家庭支持。

4 小结

本研究以循证护理为理论框架,以最新的脑卒中患者家庭评估、管理相关证据为基础,并结合专家意见,使证据本土化以构建方案。在方案构建基础上,本研究绘制了评估清单和流程图,清晰呈现了护士在

脑卒中患者出院后工具选择、干预措施等,具有一定的科学性和可行性。但本研究也存在不足,文献的纳入和评价可能存在研究者主观因素,部分证据的等级不高,需要更多高质量研究来加以验证。证据汇总的内容,如目标设定的时间和实现过程的有效性、远程服务内容等有待进一步明确,认知、言语障碍的患者如何参与护理没有进一步说明。此外,本研究目前仅完成方案构建,而未进行临床应用,需进一步验证,使本研究方案在实际操作中发挥更大的价值。

参考文献:

- [1] Varghese C, Onuma O, Johnson W, et al. Organizational update: World Health Organization[J]. Stroke, 2017, 48(12): e341-e342.
- [2] WHO CVD Risk Chart Working Group. World Health Organization cardiovascular disease risk charts: revised models to estimate risk in 21 global regions[J]. Lancet Glob Health, 2019, 7(10): e1332-e1345.
- [3] 《中国脑卒中防治报告》编写组.《中国脑卒中防治报告 2019》概要[J]. 中国脑血管病杂志, 2020, 17(5): 272-281.
- [4] Chen L, Sit J W, Shen X. Quasi-experimental evaluation of a home care model for patients with stroke in China [J]. Disabil Rehabil, 2016, 38(23): 2271-2276.
- [5] Zhang Q, Schwade M, Smith Y, et al. Exercise-based interventions for post-stroke social participation: a systematic review and network meta-analysis[J]. Int J Nurs Stud, 2020, 111: 103738.
- [6] Eltringham S A, Kilner K, Gee M, et al. Impact of dysphagia assessment and management on risk of stroke-associated pneumonia: a systematic review[J]. Cerebrovasc Dis, 2018, 46(3-4): 99-107.
- [7] 朱政, 胡雁, 邢唯杰, 等. 不同类型循证问题的构成[J]. 护士进修杂志, 2017, 32(21): 75-78.
- [8] 周芬, 郝玉芳, 丛雪, 等. 指南研究与评价工具 AGREE II 及各领域分值的补充解释及思考[J]. 护理学报, 2018, 25(18): 61-63.
- [9] 谭然. 基于最佳临床实践指南的给药错误预防及管理策略的构建与初步应用[D]. 济南: 山东大学, 2020.
- [10] 邢唯杰, 胡雁, 周英凤, 等. 推动证据向临床转化(六)证据总结的制作与撰写[J]. 护士进修杂志, 2020, 35(12): 1129-1132.
- [11] 王春青, 胡雁. JBI 证据预分级及证据推荐级别系统(2014 版)[J]. 护士进修杂志, 2015, 30(11): 964-967.
- [12] 胡雁. 循证护理学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2019: 90-91.
- [13] Blacquiere D, Lindsay M P, Foley N, et al. Canadian stroke best practice recommendations; telestroke best practice guidelines update 2017[J]. Int J Stroke, 2017, 12(8): 886-895.
- [14] 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]. Int J Stroke, 2016, 11(7): 807-822.