

# 常态化协同护理干预对脑卒中患者遵医行为和生活质量的影响

王丽华, 肖进群, 王东亚, 毛毅, 谭慧, 陈艺

中国人民解放军南部战区总医院干部病房五科, 广东 广州 510010

**摘要:** **目的** 了解常态化协同护理干预应用于脑卒中患者对其遵医行为和生活质量的效果及影响。**方法** 以 2016 年 3 月至 2018 年 9 月收治的 300 例脑卒中患者为研究对象, 使用硬币投掷法将患者均分为对照组(常规护理)和试验组(常态化协同护理), 每组 150 例。比较两组患者干预前、干预后(15 d) WHOQOL-BREF 量表和 SCL-90 量表评分, 以及出院后 30 d 护理依从性。**结果** 干预后与干预前比较, 两组患者生活质量各维度评分均显著增加( $P < 0.05$ ), 心理状态各维度评分均显著下降( $P < 0.05$ )。干预后进行两组之间 WHOQOL-BREF 量表评分的比较, 试验组环境领域、社会领域、心理领域、生理领域得分均高于对照组( $P < 0.05$ ), 干预后进行两组之间 SCL-90 量表评分的比较, 试验组精神症状、偏执、恐怖、敌对、焦虑、抑郁得分均低于对照组( $P < 0.05$ )。两组患者出院后 30 d 护理依从性的比较, 试验组患者疾病认知、遵医嘱服药、掌握药物服用知识、良好生活方式、门诊复诊率显著优于对照组( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ )。**结论** 常规护理模式基础上强化常态化协同护理干预, 有助于改善脑卒中患者生活质量及心理状态, 并有助于提升患者出院后遵医行为。

**关键词:** 协同护理, 常态化; 脑卒中; 遵医行为; 生活质量

**中图分类号:** R 473.5 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2019)11-1602-04

脑卒中又称中风, 是一种急性脑血管疾病, 是由于脑部血管突然破裂(或因血管阻塞), 导致血液不能流入大脑而引起的脑组织损伤<sup>[1]</sup>。脑卒中患者由于病情危急而具有较高的病死率和致残率, 对患者长期预后均有一定影响<sup>[2]</sup>。有研究指出, 各医院神经外科对脑卒中患者虽然采取了系统的康复和预防措施, 但仍有大量患者因为病情严重或医护不当而留下永久残疾<sup>[3]</sup>。同时, 传统护理侧重于在患者脑卒中住院期间对其原发病症、并发症进行积极处理; 患者出院之后并不能很好遵照医嘱, 患者家属也缺乏足够的医学常识, 不能对患者进行很好的监督<sup>[4-5]</sup>。本研究观察常态化协同护理干预对脑卒中患者住院期间和出院后遵医行为和生活能力的影响。

## 1 对象与方法

**1.1 研究对象** 以 2016 年 3 月至 2018 年 9 月某医院收治的 300 例脑卒中患者为研究对象。诊断标准: 参照《急性缺血性脑卒中诊治指南(2016 版)》。纳入标准: 收缩压  $\geq 140$  mm Hg, 舒张压  $\geq 90$  mm Hg; 年龄 40~85 岁; 脑部确诊无其他恶性肿瘤等; 有一定的认知功能, 可进行正常沟通; 签署知情同意书者。排

除标准: 有其他严重躯体疾患及重要脏器功能衰竭者; 伴随其他恶性肿瘤; 精神疾病者; 妊娠及哺乳期妇女。两组患者性别、吸烟史、饮酒史、高血压史、糖尿病史、文化程度、年龄、病程指标差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。见表 1。

**1.2 分组及治疗方法** 使用硬币投掷法将患者随机均分为对照组和试验组, 每组 150 例, 分别给予不同护理措施, 具体如下。

**1.2.1 对照组(常规护理)** 予以常规护理管理模式, 即科室护士长根据护士的各自特点及护理经验情况进行工作分配, 根据职责对其进行要求及工作安排, 指导患者遵医嘱用药治疗, 定时测量血压和血糖, 适当开展活动锻炼, 减少高油脂、高糖分食物的摄取, 多食用高纤维、高蛋白食物, 养成良好的生活饮食习惯, 保证充足的睡眠时间等<sup>[6-7]</sup>。

**1.2.2 试验组(常态化协同护理)** 对试验组患者在常规护理的基础上给予常态化协同护理和日常管理, 首先根据学历、工作年限、职称将护理人员分为不同层级, 并根据其层级予以不同的工作职责, 再根据患者病情及护理需求针对性给予护理管理, 开展基础护理、饮食护理、心理护理、健康教育、行为干预、院外

表 1 两组患者基本情况比较 [n = 150, 例 (%)]

项目	对照组	试验组	$\chi^2/t$ 值	P 值
性别				
男	105 (70.00)	109 (72.67)	1.639	0.521
女	45 (30.00)	41 (27.33)		
吸烟史				
否	57 (38.00)	54 (36.00)	1.826	0.749
是	93 (62.00)	96 (64.00)		
饮酒史				
否	31 (20.67)	35 (23.33)	1.347	0.296
是	119 (79.33)	115 (76.67)		
高血压史				
无	19 (12.67)	21 (14.00)	1.528	0.493
有	131 (87.33)	129 (86.00)		
糖尿病史				
无	93 (62.00)	96 (64.00)	1.742	0.637
有	57 (38.00)	54 (36.00)		
文化程度				
高中/中专	102 (68.00)	105 (70.00)	1.429	0.357
大专及以上	48 (32.00)	45 (30.00)		
年龄(岁, $\bar{x} \pm s$ )	56.37 $\pm$ 4.19	56.49 $\pm$ 4.25	0.316	0.784
病程(年, $\bar{x} \pm s$ )	9.13 $\pm$ 1.57	9.20 $\pm$ 1.50	0.826	0.241

随访等综合护理管理服务<sup>[8]</sup>。患者住院期间由护理人员主导,患者家属协同配合进行各项护理或康复措施,护理内容具体包括如下几点。(1)健康教育:患者入院后,以患者为中心服务患者,面带微笑有礼貌地介绍住院的相关规定及医院环境、责任护士、护士长、主任;告知患者有事可以随时,摁呼叫器;以病情为基础,给患者讲解相关注意事项,疾病的发病原因、预防措施、护理措施、预后等;与患者家属沟通并讲解相关疾病知识和护理重点,使患者出院后仍能够得到较好的护理<sup>[9-10]</sup>。(2)用药指导:在给患者静脉输液的过程中,讲解相应药物的作用及可能引起的不适,告诉患者不可随意调节滴速,如有不适,随时呼叫护士;指导患者正确服用药物,服用口服药后,不要喝牛奶、茶叶等影响药效的物质。交代患者饭前饭后服药的准确时间等<sup>[11-13]</sup>。(3)饮食护理:为促进疾病的康复,对患者进行饮食指导,保证营养充足,避免不利于疾病恢复的食物。告知患者及家属,宜食用高蛋白、高维生素、高热量、清淡、低盐、低脂的食物。可以多吃些蔬菜、水果,蔬菜水果中的维生素 C 可以调节胆固醇的代谢,减缓动脉粥样硬化的发展,控制饮食中油脂的摄入量,避免进食油炸类食物;尽量不吃含有胆固醇过高的食物,如动物的内脏、蟹黄、肥肉等;不吃腌渍、罐头装食物等,控制饮食中盐的含量;避免进食大量含糖量高的食物等。有条件时,由营养师给患者制定饮食<sup>[14]</sup>。(4)心理护理:脑卒中患者往往有严重的心理反应,肢体的障碍使他们的生活不能自理,加上医药费用等,担心成为家人负担,会产生抑郁情绪,甚至有自杀的念头。作为护士,可以通过和蔼

可亲的态度、熟练的操作技术、温馨周到的服务与患者建立良好的医患关系;耐心倾听患者的困惑,使患者以正确的态度面对疾病,充分认识到情绪变化与病情有着密切的联系;取得患者的信任,疏导患者的不良情绪,帮助患者正确认识疾病,消除紧张的情绪;密切观察患者的心理变化,给患者讲解一些治疗成功的案例,促进其树立战胜疾病的信心;与患者家属沟通,争取家属的配合,与家属共同关怀、支持患者<sup>[15]</sup>。(5)康复护理:患者病情稳定后 48 ~ 72 h 内,对其进行康复训练。运动功能训练,指导患者在床上进行主动的功能锻炼,如上肢的伸展、翻身、练习等;帮助患者进行肢体按摩,并指导患者家属学习肢体按摩,促进患者的血液循环,防止肌肉萎缩<sup>[4]</sup>;每天对患者的关节进行外展、内旋等的被动运动;指导患者床边站立,根据患者病情逐步由原地踏步过渡到步行练习。嘱咐患者及患者家属,患者出院后一定要坚持康复训练。(6)人性化护理:给患者营造良好的护理环境,关爱患者,贴心服务,使患者感受到温暖;给患者病房配置轮椅,卫生间内装有扶手,床边带有护栏,在病房外的走廊中安装扶手,方便患者锻炼<sup>[5]</sup>;病房内环境清洁、安静,经常通风,可适当摆放鲜花等,使患者休息好,情绪稳定,配合治疗。注意保护患者隐私,操作时,避免其他患者及其他患者家属在场,尊重患者。

1.3 调查内容 患者入院时采集基本情况,干预前和干预后(15 d)分两次评估患者生活质量、心理状态,于患者出院后 30 d 对其遵医行为及护理依从性进行评价,内容具体如下。(1)生活质量:应用世界卫生组织修订的生存质量表(WHOQOL-BREF)进行评分,该量表共包括 26 项条目,每项条目按 1 ~ 5 级进行评分,量表包括环境、社会、心理以及生理,生活质量越好分值越高。(2)心理状态:应用 SCL-90 症状自评表评定患者心理状态,量表包括精神症状、妄想、恐怖、敌对、焦虑以及抑郁,心理情绪越差分值越高。两组并发症情况,包括导管相关性血流感染、血栓、导管脱出以及穿刺点感染<sup>[16]</sup>。(3)问卷调查:根据参考文献[5]设计护理依从性问卷,共包括疾病认知、遵医服药、掌握药物服用知识、良好生活方式、门诊复诊率共五方面内容。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 21.0 软件对数据进行分析。WHOQOL-BREF 量表、SCL-90 量表评分结果经检验均服从正态分布,用  $\bar{x} \pm s$  描述,组间比较用独立样本  $t$  检验,干预前和干预后比较用配对设计  $t$  检验;治疗依从性各项的构成用例(%)描述,组间比较用  $\chi^2$  检验。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组患者生活质量评分的比较 干预前两组患者生活质量 4 个维度评分的差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。干预后两组患者生活质量评分高于干预前,且试验组对象各项指标评分均高于对照组,差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

2.2 两组患者心理状态评分的比较 干预前两组患者心理状态 6 个维度评分比较差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。干预后两组患者心理状态评分均低于干预前,且试验组各项指标得分均低于对照组,差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 3 两组患者心理状态评分的比较 ( $n = 150$ , 分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	精神症状	偏执	恐怖	敌对	焦虑	抑郁
试验组	干预前	3.45 ± 0.74	3.51 ± 0.87	4.25 ± 0.77	3.49 ± 0.47	5.13 ± 0.99	4.76 ± 0.74
	干预后	1.35 ± 0.39 <sup>ab</sup>	1.41 ± 0.43 <sup>ab</sup>	1.37 ± 0.39 <sup>ab</sup>	1.32 ± 0.44 <sup>ab</sup>	1.59 ± 0.56 <sup>ab</sup>	1.76 ± 0.51 <sup>ab</sup>
对照组	干预前	3.46 ± 0.78	3.52 ± 0.76	4.31 ± 0.80	3.52 ± 0.53	5.19 ± 0.87	4.82 ± 0.67
	干预后	1.78 ± 0.75 <sup>b</sup>	1.89 ± 0.73 <sup>b</sup>	1.86 ± 0.72 <sup>b</sup>	1.84 ± 0.74 <sup>b</sup>	2.78 ± 0.83 <sup>b</sup>	2.99 ± 0.87 <sup>b</sup>

注:与对照组比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$ ;与干预前比较,<sup>b</sup> $P < 0.05$ 。

表 4 两组患者护理依从性的比较 [ $n = 150$ , 例 (%) ]

组别	疾病认知	遵医嘱服药	掌握药物服用知识	良好生活方式	门诊复诊率
试验组	57(38.00)	54(36.00)	65(43.33)	64(42.67)	75(50.00)
对照组	36(24.00)	38(25.33)	41(27.33)	40(26.67)	48(32.00)
$\chi^2$ 值	6.872	4.013	8.403	8.477	10.045
$P$ 值	0.009	0.045	0.004	0.004	0.002

## 3 讨论

脑卒中是一种常见的脑血管疾病,其原始病因和诱因多种多样,对疾病进行完全预防具有一定难度。同时,由于该病发生后对患者躯体、身体等功能均有一定创伤,通过一段时间的治疗和护理干预难以达到预期治疗效果<sup>[15-16]</sup>。还有研究指出,国内的出血性脑卒中患者出院治疗的效果并不理想,其中只有小部分人群能遵医嘱长期服药并进行适量的康复训练,不利于患者远期的康复<sup>[3,17]</sup>。考虑到患者疾病发生之后,家属参与患者康复的重要价值,本文尝试在原有护理措施的基础上,对脑卒中患者强化常态化协同护理干预的内容。

本研究发现,干预后和干预之前比较,两组患者生活质量 4 个维度(环境领域、社会领域、心理领域、生理领域)评分均有显著提升,充分说明无论采取何种护理模式,患者经过及时、积极、有效的护理干预,均能一定程度上改善自身生活质量和生活能力。该结果也从侧面说明,脑卒中患者在接受临床专业治疗的同时有必要强化各项护理干预措施和康复训练内容,这将有助于提升患者的生活质量。同时对两组患

2.3 两组患者出院后护理依从性的比较 试验组患者疾病认知、遵医嘱服药、掌握药物服用知识、良好生活方式、门诊复诊率显著优于对照组 ( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ )。见表 4。

表 2 两组患者生活质量评分的比较 ( $n = 150$ , 分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	环境领域	社会领域	心理领域	生理领域	
试验组	干预前	6.32 ± 1.40	8.14 ± 1.88	6.78 ± 1.07	5.12 ± 1.42
	干预后	13.26 ± 1.75 <sup>ab</sup>	12.62 ± 1.80 <sup>ab</sup>	12.24 ± 1.69 <sup>ab</sup>	12.07 ± 1.59 <sup>ab</sup>
对照组	干预前	6.35 ± 1.28	8.21 ± 1.92	6.79 ± 1.05	5.20 ± 1.37
	干预后	11.01 ± 1.42 <sup>b</sup>	10.22 ± 1.10 <sup>b</sup>	9.90 ± 1.47 <sup>b</sup>	9.42 ± 1.14 <sup>b</sup>

注:与对照组比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$ ;与干预前比较,<sup>b</sup> $P < 0.05$ 。

者干预后进行比较,发现试验组环境领域、社会领域、心理领域、生理领域评分均高于对照组,说明试验组患者经过常态化协同护理,其身体、生理、心理等领域的适应能力或生存质量均有大幅度提升。主要与试验组采取的护理模式密切相关,试验组护理方法侧重于让患者家属协同参与,加强病患诊治的亲密度,而患者家属对患者身体状况具备一定了解之后,也能根据护理人员的要求对患者加强日常病情的监测<sup>[18]</sup>。同时由于该护理模式不限定于患者住院期间进行,患者出院之后,将改为由家属进行主导,常态化、持续性的进行各项护理康复训练,可极大的改善患者病情现状,使其重新适应病后新的生活环境<sup>[19]</sup>。

研究还发现,干预后试验组精神症状、偏执评分、恐怖评分、敌对评分、焦虑评分、抑郁评分均低于对照组,说明通过常态化协同护理,患者心理状态区域平稳,其焦虑和抑郁情绪得到较好缓解。分析具体原因,试验组的护理模式由于对患者进行针对性的健康宣教,且干预时间较为持久,能让患者更好的面对疾病、克服困难<sup>[20]</sup>。同时,通过健康教育,能使患者熟悉医院环境,并了解规章制度,也有助于降低患者对自身疾病的恐怖情绪<sup>[21]</sup>。

同时,治疗依从性的比较显示,试验组患者疾病认知、遵医嘱服药、掌握药物服用知识、良好生活方式、门诊复诊率显著优于对照组。常态化协同护理由护理人员牵头,患者家属积极参与患者的护理全程,可减少医护之间的距离感,增加各项护理措施的可行

性<sup>[22]</sup>。特别是患者出院后的护理过程中,患者家属可以通过康复训练的细致指导,使患者在以后的生活中,能够最大程度的恢复、保持肢体的功能状态;通过心理护理,帮助患者以积极的心态面对疾病,树立战胜疾病的信心;通过与家属沟通,使家属配合,与医护人员共同支持患者的治疗,给患者温馨的治疗环境<sup>[23]</sup>。

综上所述,常规护理模式基础上强化常态化协同护理干预,有助于改善脑卒中患者的生活质量及心理状态,提升患者出院后遵医行为。但是本研究为单中心进行的病例收集,研究时间和病例数均有一定局限,需要在后续研究中加以完善,同时考虑到科室收治疾病较为繁杂,而脑卒中仅为其中一种,常态化协同护理是否适用于其他疾病也需进一步探讨。

## 参考文献

[1] 鲁慧. 协同护理干预对脑卒中恢复期患者遵医行为、生活能力及生活质量的影响[J]. 河南医学研究, 2018, 27(22): 4196-4197.

[2] Skolarus LE, Feng CY, Burke JF. No racial difference in rehabilitation therapy across all post-acute care settings in the year following a stroke[J]. Stroke, 2017, 48(12): 3329-3335.

[3] 郭维. KAP 健康教育模式对脑卒中恢复期患者遵医行为及日常生活能力的影响[J]. 河南医学研究, 2018, 27(7): 1334-1335.

[4] 吴婕, 奚广军, 居海艳. 系统化认知干预辅以情境模拟演练对脑卒中患者的临床成效[J]. 西部医学, 2018, 30(4): 609-612.

[5] Rac VE, Sahakyan Y, Fan I, et al. The characteristics of stroke units in Ontario: a pan-provincial survey [J]. BMC Health Serv Res, 2017, 17(1): 154.

[6] 邱红虹, 陈静文. 延续性护理模式对脑卒中患者遵医行为及日常生活能力的影响[J]. 白求恩医学杂志, 2017, 15(6): 804-806.

[7] 王芳, 肖红, 范润平, 等. 医护一体化临床护理模式对脑卒中患者遵医行为和继发合并症的影响分析[J]. 吉林医学, 2017, (9): 1778-1781.

[8] 张惠玲, 冯惠颜, 黄玉娟, 等. 微信指导照顾者对脑卒中患者家属遵医行为的影响[J]. 天津护理, 2017, 25(3): 233-234.

[9] 郑立娟, 张文梅, 冷亮, 等. 急性冠脉综合征患者出院后接受延

续性护理对复发率的影响[J]. 中国临床研究, 2019, 32(2): 137-140.

[10] 钱彦, 姜丽娜, 周论朱利. 延续性护理对溃疡性结肠炎患者的生活质量及心理健康水平的影响[J]. 中国临床护理, 2018, 10(1): 24-26.

[11] 刘小琪, 巫倩. 延续性护理模式对脑卒中患者生活质量及遵医行为的影响[J]. 现代医药卫生, 2017, 33(1): 119-120.

[12] Asdaghi N, Romano JG, Wang KF, et al. Sex disparities in ischemic stroke care: FL-PR CRESD study (Florida-Puerto Rico collaboration to reduce stroke disparities) [J]. Stroke, 2016, 47(10): 2618-2626.

[13] 吴宏美, 黄琼, 高碧容. 延续性护理干预对老年缺血性脑卒中患者预后的影响[J]. 中国临床护理, 2016, 8(5): 393-395.

[14] 张小红. 全程护理干预模式在脑卒中患者中的应用研究[J]. 中国药物与临床, 2016, 16(9): 1383-1385.

[15] 高碧容, 叶少宏, 吴宏美. 针对性护理干预对老年脑卒中偏瘫患者康复治疗遵医行为的影响[J]. 海南医学, 2016, 27(15): 2579-2580.

[16] 郑晓丽, 姚梅琪. 超早期康复护理对缺血性卒中患者运动功能恢复影响的分析[J]. 中华全科医学, 2017, 15(12): 2148-2151.

[17] 雷芬芳, 陈红涛, 邓翠珍, 等. 网络互动式一级预防教育用于社区卒中高危人群效果观察[J]. 护理学杂志, 2016, 31(9): 88-89.

[18] Ramsay AI, Morris S, Hoffman A, et al. Effects of centralizing acute stroke services on stroke care provision in two large metropolitan areas in England [J]. Stroke, 2015, 46(8): 2244-2251.

[19] 刘瑞, 何永东, 何彩东. 不同随访方式对脑卒中出院患者早期康复影响的效果观察[J]. 中华全科医学, 2015, 13(12): 2065-2067.

[20] 彭卓慧, 谢文燕, 陈汉波. 大剂量氯吡格雷治疗进展性脑卒中 40 例临床疗效及护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2015, 21(17): 91-93.

[21] 钱培娣, 熊嘉玮, 戴正银. 多学科护理照顾模式对脑卒中患者日常生活能力及应对方式的影响[J]. 中国临床研究, 2016, 29(7): 985-987.

[22] 张敏, 汪友兰, 刘蕾, 等. 脑卒中患者的延续性护理效果评估[J]. 护理学杂志, 2015, 30(5): 30-32.

[23] 李桂兰, 张丽. 早期护理干预对急性脑卒中患者肢体功能障碍及生活质量的影响[J]. 河北医学, 2015, 21(2): 343-345.

收稿日期: 2019-02-27 修回日期: 2019-03-30 编辑: 王国品