

神经病学

DOI: 10.13406/j.cnki.cyxh.001423

协同护理模式在首发脑卒中患者自我护理能力和抑郁情绪中的应用研究

汪克丽,程吉英,姚丽君,高长燕

(重庆市第九人民医院康复理疗科,重庆 400700)

【摘要】目的:探讨协同护理模式对首发脑卒中患者自我护理能力和抑郁情绪的影响。**方法:**在 2016 年 1 至 6 月使用便利抽样法抽取首发脑卒中病例 101 例,采用随机数字表法将其分为试验组(51 例)和对照组(49 例),试验组接受协同护理模式护理,对照组接受常规护理,干预后 6 个月,采用自我护理量表(the Exercise of Self-care Agency Scale,ESCA)和自评抑郁量表(Self-rating Depression Scale,SDS)比较 2 组干预效果。**结果:**干预前试验组、对照组自我护理能力($t=-0.375, P=0.708$)和抑郁情绪($t=-0.258, P=0.797$)均无明显差异,干预后试验组自我护理能力($t=4.122, P=0.000$)和抑郁情绪($t=-2.515, P=0.014$)较对照组明显改善;干预后试验组自我护理能力($t=-2.980, P=0.004$)和抑郁情绪($t=10.491, P=0.000$)较干预前也明显改善。**结论:**协同护理模式可以有效提高首发脑卒中患者的自我护理能力并改善其抑郁情绪。

【关键词】首发脑卒中;协同护理模式;自我护理能力;抑郁

【中图分类号】R473.5

【文献分类号】A

【收稿日期】2017-04-05

Application of collaborative care model in self-care agency and depression among patients with first stroke

Wang Keli, Cheng Jiyi, Yao Lijun, Gao Changyan

(Department of Rehabilitation, the Ninth People's Hospital of Chongqing)

【Abstract】Objective: To evaluate the effect of the collaborative care model on self-care agency and depression in patients with first stroke. **Methods:** A total of 101 first stroke patients were randomly chosen between January and June of 2016, and randomly assigned into experimental group (52 persons) and control group (49 persons). The patients in experimental group received collaborative care and the ones in control group only received routine care. After 6 months, the both groups were assessed with the Exercise of Self-care Agency Scale (ESCA) and Self-rating Depression Scale (SDS) to explore the effect of collaborative care on patients' self-care agency and depression. **Results:** There was no significant difference in the self-care agency ($t=-0.375, P=0.708$) and depression ($t=-0.258, P=0.797$) between the two group before intervention. The self-care agency ($t=4.122, P=0.000$) and the depression ($t=-2.515, P=0.014$) of the experimental group were significantly improved compared with those of control group after the intervention, and the self-care agency ($t=-2.980, P=0.004$), depression ($t=10.491, P=0.000$) of the experimental group were also significantly improved after intervention. **Conclusion:** Collaborative care model can significantly improve first stroke patients' self-care agency and depression.

【Key words】first stroke patients; collaborative care model; self-care agency; depression

随着我国慢性疾病的高发,以脑卒中为代表的心脑血管疾病也进入高发期,我国城区脑卒中的年平均发病率约为 280/10 万,农村脑卒中的年平均发病率约为 185/10 万^[1]。脑卒中的死亡率、致残率和复

发率都很高,严重影响患者的运动能力和生存质量^[2]。首发脑卒中患者是康复医学治疗和护理的重要对象,提高首发脑卒中患者参与治疗的积极性、自我护理能力,改善患者的情绪状态,对提高患者生存质量、预防脑卒中的复发具有深远意义,加强对首发脑卒中患者的护理干预,是脑卒中工作二三级预防工作的重要环节。传统的医院常规护理已经无法满足首发脑卒中患者的照护需求,患者迫切需要

作者简介:汪克丽, Email: 540616696@qq.com,

研究方向:康复护理。

优先出版: <http://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1046.R.20171128.1702.030.html>
(2017-11-28)

一种更细化、综合化和互动化的护理模式来促进其有效康复和预防复发。协同护理模式(collaborative care model, CCM)即是符合上述要求的一种开放性护理模式,在近十年间得到广泛应用和研究。它是由 Lott 根据自我管理理论提出^[3],被定义为“用于指导和支持患者疾病自我管理,医疗健康专家与患者的互动”^[4]。近十年间,CCM 在国外已经得到较为广泛的应用,发展也比较系统化,综合护理化的特点突出^[5-6]。国内也有研究者开始将 CCM 应用到尿毒症、糖尿病、心力衰竭等慢性疾病患者的护理,都证明了协同护理对改善患者自护能力和负性情绪有积极作用^[7-9],但是对于 CCM 在首发脑卒中患者中的应用研究还较少。本文旨在通过对重庆市首发脑卒中患者进行 CCM 护理,比较其与对照组自我护理能力和抑郁情绪的变化,探讨 CCM 对首发脑卒中患者自我护理能力和抑郁情绪的影响,为临床上 CCM 在首发脑卒中患者中的临床应用提供理论依据。

1 对象和方法

1.1 研究对象

在 2015 年 1 至 6 月共纳入住院的首发脑卒中病例 119 名。使用随机数字表法将患者随机分为试验组(60 例)和对照组(59 例)。其中因为转院、中途退出、流失等原因,试验组完成研究的被试有 52 名,对照组 49 名。

纳入标准:①符合 1995 年全国第四届脑血管病的诊断标准,经颅脑 CT 或核磁共振检查确诊。②首发脑卒中,病情稳定且处于恢复期者。③肌力 II 级及以上,日常活动能力(barthel index, BI)>20 分。④无精神、意识障碍,语言沟通有效。⑤了解研究程序,同意参加研究。⑥家属了解研究程序,同意配合参与研究。排除标准:①有严重伴随疾病:如严重心律失常、严重肝肾功能不全等疾病患者。②有严重吞咽功能障碍,无法自行经口进食吞咽患者。剔除和终止标准:①患者和家属失联或明确表示退出研究。②患者和家属因个人原因转院,无法随访。③患者出现较大病情变化,经医生评估无法继续研究。

1.2 方法

1.2.1 研究设计 组间设计,问卷调查法。试验组和对照组病情稳定,由主管医师和康复治疗师评定准许后开始前测,试验组患者接受协同护理模式护理,对照组患者接受常规护理。2 组患者均在出院 6 个月后复诊时进行后测,所有测定均在 2015 年 1 月至 2016 年 12 月之间完成。

1.2.2 调查工具 ①一般资料调查问卷:包括患者姓名、年龄、文化程度、家庭收入、婚姻状况、伴发疾病情况等。②自我

护理能力测定量表(the Exercise of Self-care Agency Scale, ESCA):由美国学者 Kearney 等^[10]根据 Orem 的自我护理理论设计,包括自我概念、知识和信息寻求、被动性和动机 4 个维度。本研究采用的是由香港中文大学在 2011 年由 Wong 等^[11]修订后的中文版本,共 35 个条目,其中 11 项条目为反向计分条目,五点计分法,分值越高,能力越强,满分为 140 分。该量表的信度为 0.92。③抑郁调查量表:Zung 于 1971 年编制而成的抑郁自评量表(Self-rating Depression Scale, SDS),共 20 个条目。其中 15 个条目为正向评分,5 个条目为反向评分。采用 4 级症状评分法,转化为标准分后,得分越高,抑郁症状越重。标准分 ≥ 50 分为抑郁障碍的筛查分值。彭慧等^[12]在测得该量表的 Cronbach α 系数为 0.784。

1.2.3 研究方法 由康复医学专科护士担任主试,同时有专科医师、康复治疗师和心理治疗师参与研究。专科医师、康复治疗师和心理治疗师主要负责对护士的培训,参与健康知识讲座,指导专科护士对患者的个体辅导。护士被分为 3 个工作小组,每组护士除承担自身责任护士的工作责任之外,还分别承担“健康教育”“心理护理”“技能培训”的小组职责。

1.2.3.1 对照组实施方法 责任护士按照护理常规向对照组病例收集基本资料,进行前测和常规护理,包括症状管理、饮食、用药、运动方面,对其进行健康教育和康复指导,并在其出院后 1、3、6 个月进行电话回访,回访内容包括:患者目前的病情;患者的用药和饮食情况;康复锻炼的进展情况;家庭护理存在的问题和解答。6 个月后患者复诊时进行后测。

1.2.3.2 试验组实施方法 ①试验组病例给予 CCM 护理,责任护士负责评估病例状况,向患者及其家属介绍 CCM 方法,告诉他们协同护理的目的在于培养他们自己护理的能力,共同参与康复进程。评估患者和家属对脑卒中相关健康教育知识、技能的掌握程度,心理健康状态和社会支持程度,并建立档案;责任护士还要同患者、家属根据患者的实际情况一起制定护理计划,商讨相关细节。②健康教育指导:首先向每位患者发放健康知识手册,每周三举行健康知识讲座 2 个,讲座的内容包括:脑卒中的发病原因和风险因素;复发的风险因素;脑卒中发生的早期症状;脑卒中发生后的紧急处理;脑卒中患者的饮食管理;脑卒中患者运动康复。对年龄偏大或其他特殊情况的患者采取一对一的个体讲解。③心理护理组:通过倾听和共情,告诉患者“我不能真正理解您现在的痛苦,因为我毕竟没有跟您处在同样的位置,但是我愿意尽量去理解您,如果您有什么痛苦和难受,可以向我倾诉”,与患者建立良好的护患关系,帮助患者宣泄不良情绪,完成和患者的初步心理沟通;使用音乐疗法、放松疗法,为患者播放舒缓的音乐,要求患者配合想象“夕阳、大海、田野”等令人心情放松的场景,帮助患者舒缓焦虑强迫情绪;增强与家属的沟通,帮助家属和患者建立良好的沟通渠道,帮助患者建立更完善的社会支持;介绍恢复良好、重返社会的典型病例,帮助患者建立治疗信心。心理护理通常在患者下午休息后进行,

一般一个患者接受 2~3 次心理护理,2 周内完成。④技能培训组:在做日常生活活动能力(activities of daily living, ADL)训练前,先与康复治疗师沟通,根据患者的年龄、体质、疾病情况、运动功能损害及恢复情况,选择合适的训练方式并配合各种矫形器的使用,对患者进行 ADL 训练,如穿衣、洗澡、进食、行走、排泄、使用工具等,对患者的 ADL 康复训练起到延续护理的目的,最大限度帮助患者恢复活动能力。给予患者一周 3~5 次的日常活动训练,培训时要求家属协助患者进行反复训练和反复体验,让家属掌握 ADL 康复训练的技能和方法,避免家属“包办”患者的衣食住行。⑤护士在患者出院后第 1 周,及之后的 6 个月内每个月对患者进行电话回访,回访内容同对照组,并提醒患者按时复诊。患者最后一次复诊时要求回住院部进行自我护理能力和抑郁自评量表的评分。

1.3 统计学方法

计算机建立 Excel 数据库,应用 SPSS 18.0 统计学软件

进行统计分析,主要使用描述性统计、卡方检验和独立样本 t 检验,检验水准 $\alpha=0.05$ (双侧)。

2 结果

2.1 人口学统计变量分析

2 组病例的一般资料无统计学差异 ($P>0.05$),具有可比性(表 1)。

2.2 干预前后 2 组病例自我护理能力和抑郁的得分

2 组病例在干预前的 ESCA 和 SDS 得分无明显差异 ($P>0.05$),具有可比性,见表 2,但在实施协同护理后,试验组病例 ESCA 总分 ($t=4.122, P=0.000$)、知识和信息寻求 ($t=3.658, P=0.000$)、被动性 ($t=2.975, P=0.004$)、动机 ($t=2.617, P=0.010$) 维度得分均在统计学意义上高于对照组,SDS 得分明显低于对照组 ($t=-2.515, P=0.014$),见表 3。

表 1 2 组病例一般资料比较

Tab.1 Comparison of general data between two groups

项目	试验组	对照组	χ^2/t 值	P 值
性别 (男, $n, \%$)	42 (59.15)	26 (57.17)	0.005	0.946
年龄 (岁)	54.25 $\pm$ 10.59	56.76 $\pm$ 11.33	-1.148	0.254
教育 ($n, \%$)				
小学及以下	21 (40.38)	25 (51.02)	3.790	0.158
中学	23 (44.23)	22 (44.89)		
大专及以上	8 (15.38)	2 (4.08)		
居住 ($n, \%$)				
同子女	34 (65.38)	31 (63.27)	3.210	0.190
与配偶	14 (26.92)	18 (36.73)		
独居	3 (5.77)	0 (0.00)		
医保 (职工医保, $n, \%$)	43 (82.69)	38 (77.55)	0.420	0.517

表 2 2 组病例干预前 ESCA 和 SDS 比较

Tab.2 Comparison of ESCA and SDS scores between two groups before the intervention

项目	试验组	对照组	t 值	P 值
自我概念	47.48 $\pm$ 9.87	49.35 $\pm$ 10.92	-0.902	0.369
知识和信息寻求	21.85 $\pm$ 3.31	21.04 $\pm$ 3.46	1.196	0.235
被动性	10.75 $\pm$ 3.73	10.65 $\pm$ 3.08	0.146	0.884
动机	12.33 $\pm$ 3.91	12.75 $\pm$ 4.35	-0.520	0.604
ESCA	92.65 $\pm$ 12.25	93.59 $\pm$ 12.86	-0.375	0.708
SDS	45.90 $\pm$ 5.18	46.18 $\pm$ 5.74	-0.258	0.797

表 3 2 组病例干预后 ESCA 和 SDS 比较

Tab.3 Comparison of ESCA and SDS scores between two groups after the intervention

项目	试验组	对照组	t 值	P 值
自我概念	49.25 $\pm$ 5.33	46.49 $\pm$ 8.45	1.976	0.051
知识和信息寻求	24.54 $\pm$ 6.43	20.78 $\pm$ 3.32	3.658	0.000
被动性	13.21 $\pm$ 4.13	11.09 $\pm$ 2.90	2.975	0.004
动机	13.53 $\pm$ 3.26	11.94 $\pm$ 2.85	2.617	0.010
ESCA	97.69 $\pm$ 7.48	90.29 $\pm$ 10.41	4.122	0.000
SDS	37.54 $\pm$ 3.69	39.61 $\pm$ 4.58	-2.515	0.014

表 4 试验组干预前后 ESCA 和 SDS 比较

Tab.4 Comparison of ESCA and SDS scores in experiment group before and after the intervention

项目	干预前	干预后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
自我概念	47.48 ± 9.87	49.25 ± 5.33	-1.330	0.189
知识和信息寻求	21.85 ± 3.31	24.54 ± 6.43	-2.589	0.013
被动性	10.75 ± 3.73	13.21 ± 4.13	-3.764	0.000
动机	12.33 ± 3.91	13.53 ± 3.26	-1.701	0.095
ESCA	92.65 ± 12.25	97.69 ± 7.48	-2.980	0.004
SDS	45.90 ± 5.18	37.54 ± 3.69	10.491	0.000

2.3 干预前后试验组自我护理能力和抑郁的比较

同时,对试验组干预前后 ESCA 和 SDS 的得分进行了比较,在实施协同护理后,试验组病例在 ESCA 总分($t=-2.980$, $P=0.004$)、知识和信息寻求($t=-2.589$, $P=0.013$)、被动性($t=-3.764$, $P=0.000$)维度上得分均高于干预前的数据,而 SDS 得分明显低于干预前($t=10.491$, $P=0.000$),见表 4。

3 讨论

3.1 CCM 提高了脑卒中患者的自我护理能力

表 3 的结果显示,实施 CCM 干预之后,除自我概念分量表外,首发脑卒中患者的自我护理能力测定都有明显的提高。脑卒中患者的康复是一个持续性、长期性的过程,首发脑卒中患者切身体会到疾病的深切危害,往往主动希望能控制相关风险因素,积极改善预后状态,对相关知识和技能的需求迫切。而相关调查显示国内首发脑卒中患者对相关知识和自我管理行为程度差,对延续性护理的需求普遍存在^[13-14]。国内还有研究者从二级预防的角度出发,提出临床医疗护理工作者还应当加强对患者的监督,提高其自我管理能力^[15],才能真正有利于他们的康复和社会回归。本科室的 CCM 护理强调护士作为“教育者”和“协调者”的角色:首先,在患者的参与下,为其量身定制康复计划,通过讲座、个体指导和 ADL 训练增加患者的知识技能;其次,心理支持组通过对患者的心理护理,有利于患者建立更好的治疗信心、自我效能感,成为患者出院后健康自我管理行为的一重保证;再次,对患者家属的再教育、对家属辅助患者 ADL 训练技能的培训,增加了家属的相关知识技能水平,协调家属监督和帮助患者完善自我管理,成为患者健康行为的第二重保证;最后,护士在患者出院之后不间断的电话回访

及就诊提醒,提醒和鼓励患者健康自我管理行为的持续实施,成为第三重保证。最终结果显示,CCM 护理改变了患者对脑卒中的认知行为,有效改善了患者的自我护理能力。这与国内将 CCM 应用到糖尿病患者、血液透析患者和慢性心力衰竭患者领域的相关研究结果基本一致^[17-9]。

3.2 CCM 减少了患者的抑郁状况

由于肢体功能、外形、社会功能丧失等因素,脑卒中患者广泛存在抑郁障碍,各家报道的患病率为 20%~80%不等^[16-19]。研究表明抑郁会导致脑卒中患者死亡率上升、自杀率增加^[19-20],会加重患者认知功能损害并对神经功能康复产生负面影响^[21]。所以有学者在建构脑卒中患者连续康复护理模式时,认为信心支持和心理护理是脑卒中患者康复的重要组成部分^[22]。而本研究结果显示,接受 CCM 护理模式的患者较对照组自评抑郁量表得分明显降低,提示 CCM 护理可有效改善患者的心理健康状态。除上文中提到的“教育者”和“协调者”,CCM 还强调护士作为“支持者”的角色。首先,将患者和家属邀请到康复计划的制定过程中来,有利于调动患者和家属的主动性,与护士形成紧密的团队伙伴关系,有利于情感的分享。其次,在共同康复训练的培训中,协助患者和家属建立更好的应对方式,加强了患者及家属的有效沟通,从而加强了家属对患者的社会支持。再次,一对一心理护理中利用放松疗法、宣泄疗法等方式,帮助患者克服不良情绪,有利于患者的心理健康。最后,为患者和家属介绍恢复良好的典型病例,为患者树立良好的社会模仿模型,增强了其战胜疾病的信心。本研究中,CCM 减少了患者的抑郁状况,与李莎莎和陈琛^[23]对慢性心力衰竭患者的研究结果相似。

4 小 结

CCM 强调护理人员作为患者、家属知识技能的教育者,健康行为的协调者和患者家属社会心理支持者的角色,调动了患者和家属的积极性、主动性,增加了其健康自我管理行为的持续性,体现了现代护理模式的优越性。但是由于研究周期的关系,本研究样本量还比较小,对 CCM 的长期效应跟踪时间较短。同时本研究是三甲医院专科医护人员和患者之间的护理模式的探讨,缺乏社区人员的参与。今后拟将扩大样本量,延长跟踪时间,协同社区卫生人员,进一步探讨 CCM 的应用。

参 考 文 献

- [1] Liu M, Wu B, Wang WZ, et al. Stroke in China: epidemiology, prevention and management strategies[J]. Lancet Neurol, 2007, 6(5): 456-464.
- [2] 李爱东, 黄宗青, 刘洪涛, 等. 脑卒中患者及家属对脑卒中与康复相关知识/态度和行为水平的调查[J]. 中国康复理论与实践, 2009, 15(3): 252-254.
- [3] Lott TF, Blazey ME, West MG. Patient participation in health care: an underused resource[J]. Nurs Clin North Am, 1992, 27(1): 61-76.
- [4] Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness?[J]. Eff Clin Pract, 1998, 1(1): 2-4.
- [5] Katon WJ, Lin EH, Von KM, et al. Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses[J]. N Engl J Med, 2010, 363(27): 2611-2620.
- [6] Gysan DB, Albus C, Riedel R, et al. CorBene: a new model for collaborative care of patients with congestive heart failure[J]. Herz, 2012, 37(1): 56-58.
- [7] 张 艳, 高 珊, 崔鲜妮, 等. 协同护理模式在 2 型糖尿病患者中的应用研究[J]. 护理管理杂志, 2016, 16(9): 664-666.
- [8] 王新歌, 樊少磊, 韩 晗. 协同护理模式对血液透析患者自我护理能力和生活质量的影响[J]. 中华护理杂志, 2012, 48(3): 207-209.
- [9] 姜淑霞, 程建云, 牛 琴, 等. 协同护理模式对慢性心力衰竭患者自我护理能力和生活质量的影响[J]. 新疆医科大学学报, 2014, 37(2): 241-244.
- [10] Kearney BY, Fleischer BJ. Development of an instrument to measure exercise of self-care agency[J]. Res Nurs Health, 1979, 2(1): 25-34.
- [11] Wong CL, Ip WY, Shiu TY. Translation and validation of the Chinese-Cantonese version of the Exercise of Self-Care Agency Scale[J]. Int J Nurs Stud, 2012, 49(9): 1122-1137.
- [12] 彭 慧, 张一英, 季 莹, 等. 农村地区女性自评抑郁量表中文版的信度效度分析[J]. 上海医药, 2013, 34(14): 20-22.
- [13] 穆 欣, 李 娟, 刘瑞荣, 等. 首发脑卒中患者自我管理行为及影响因素的研究[J]. 中华护理杂志, 2016, 51(3): 289-292.
- [14] 苏永静, 许继哈, 黄月友, 等. 首发脑卒中患者延续性护理需求调查分析[J]. 现代临床护理, 2013, 9(9): 8-12.
- [15] 邓 娟, 沈 洁, 姜安丽. 缺血性脑卒中患者二级预防护理干预现状[J]. 中华护理杂志, 2012, 47(1): 87-89.
- [16] 秦素萍, 高雅琨, 高 静, 等. 脑卒中患者出院准备计划与居家护理的效果分析[J]. 中华护理杂志, 2014, 49(11): 1337-1341.
- [17] 刘 粹, 康 岚, 黄成兵, 等. 住院脑卒中患者抑郁障碍现状调查[J]. 中国心理卫生杂志, 2013, 27(2): 93-97.
- [18] 杨 欢, 王 丽, 王小平, 等. 脑卒中后急性期抑郁及焦虑发生率及相关因素调查[J]. 中华全科医学, 2015, 13(4): 624-626.
- [19] Zhang W, Sun JH, Gao Y, et al. System review on treating post-stroke depression with acupuncture[J]. World Journal of Acupuncture-Moxibustion, 2014, 24(2): 689.
- [20] Ayerbe L, Ayis S, Crichton S, et al. The long-term outcomes of depression up to 10 years after stroke; the South London Stroke Register[J]. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2014, 85(5): 514-521.
- [21] Bour A, Rasquin S, Limburg M, et al. Depressive symptoms and executive function in stroke patients: a follow-up study[J]. Int J Geriatr Psychiatry, 2011, 26(7): 679-686.
- [22] 李星丹. 脑卒中患者连续康复护理模式的建构[D]. 郑州: 郑州大学, 2014.
- [23] 李莎莎, 陈 琛. 协同护理模式对慢性心力衰竭患者负性情绪及生活质量的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2016, 22(7): 989-991.

(责任编辑: 冉明会)