

Ahmadi 模式延续性护理对居家脑卒中患者康复效果的影响

叶婷婷 邹珺珺

上海市长宁区仙霞街道社区卫生服务中心, 上海 200336

摘要: 目的: 探讨 Ahmadi 模式延续性护理对居家脑卒中患者康复效果的影响, 以为居家脑卒中患者的康复护理提供参考。方法 选取 2024 年 2 月—2024 年 10 月转入社区进行居家照护的脑卒中患者 50 例, 采用方便抽样法分为 2 组, 即对照组和研究组, 每组各 25 例。对照组患者接受常规护理干预, 研究组患者采用 Ahmadi 模式的延续性护理干预。干预前, 两组患者的一般资料评分差异不具有统计学意义 ($P>0.05$)。干预后, 干预组患者在自我效能及生活质量方面的评分均高于对照组, 两组之间的差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。结论 Ahmadi 模式延续性护理可有效提升居家脑卒中患者的遵医行为, 并促进康复效果的改善。

关键词: Ahmadi 模式延续性护理; 脑卒中; 康复护理

脑卒中是由于脑血管突发性破裂或阻塞而导致血液无法流入大脑因而造成的脑组织损伤, 发病率高达 60% ~ 70%^[1], 是全球第三大致死和第二大致残病因^[2]。

“中国脑卒中防治报告”显示^[3-4], 我国每年新增约 200 万例, 死亡高达 180 万例, 且 75% ~ 80% 的幸存患者伴有功能障碍, 5 年内复发率约为 40%, 给个人、家庭及国家均带来沉重而长久的负担。虽然部分脑卒中患者本来可以在康复机构获得一定时期的专业康复指导, 但受限于经济压力、时间成本以及照护资源等因素, 转为居家康复的患者居多, 因此如何做好居家康复, 提高康复效率已成为脑卒中患者必然面对的问题。因此, 做好对脑卒中病人的居家功能恢复、日常自理生活对整个社会意义重大^[5]。伊朗学者 Ahmadi 于 2002 年针对慢性冠状动脉疾病患者设计了一种家庭延续护理方案称为 Ahmadi 延续性护理模式。Ahmadi 延续性护理模式 (continuous care model, CCM) 是针对慢性病病人的管理制度, 由定向、敏感、控制和评价 4 个步骤组成, 该延续性护理模式相比传统模式更具有动态性和灵活性, 主要以护理人员提供持续关怀为核心, 病人期望为导向, 基于病人或家庭确定主要的需求和问题, 从而使其能够更好地接受和维持健康行为。目前, 基于 Ahmadi 延续性护理模式已应用于血液透析^[6]、系统性红斑狼疮^[7]、早产儿^[8]等家庭护理中, 取得较好效果, 但是在居家脑卒中康复护理中尚未见相关报道。本研究以 Ahmadi 理论为基础, 在居家脑卒中患者中实施该模式, 旨在为 Ahmadi 模式延续性护理在社区居家脑卒中患者的

应用推广提供参考依据, 现将实验过程报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

采用方便抽样法, 选取 2024 年 1 月至 2024 年 7 月由上级医院下转至社区居家治疗的脑卒中患者 50 例。纳入标准: ①患者为首次发病 ②经诊断确诊为脑卒中中的患者; ③病情稳定, 下转社区的恢复期患者 ④意识清楚, 能流畅的进行沟通表达 ⑤在自愿的原则下签署知情同意书。排除标准: ①患者合并有严重心、肾、肺疾病以及恶性肿瘤患者 ②既往患有精神病史。干预组和实验组在一般资料方面比较无统计学差异 ($P>0.05$), 具有可比性。见表 1。

1.2 方法

1.2.1 对照组

采用常规护理方法干预, 即为社区中的居家老年脑卒中患者提供了涵盖有健康饮食模式、运动康复指导以及相关并发症预防等方面的知识教育和照护技能培训内容。社区护士按慢病防治要求每月定期对患者及照顾者进行随访, 并提供脑卒中患者居家护理的专业指导。

1.2.2 实验组在对照组的干预措施上增加采用 Ahmadi 延续性护理模式

(1) 建立专业的 Ahmadi 延续性护理模式干预小组, 包括组长 1 名, 由社区家庭医生担任。组员 3 名, 其中 2 名护士 (需具备主管护师及以上职称, 并在社区临床一线工作 3 年以上) 和 1 名康复治疗师。小组成员在对患者病情研究的情况下共同商议制定 Ahmadi 延续性护理模式的

表 1 一般资料比较 [n (%)]

项目		实验组 (n=25)	对照组 (n=25)	统计 量 值	P 值
年龄/岁		68.80±5.36	67.60±6.81	0.514 ^{b)}	0.633
性别	男	15(60.0)	16(64.0)	0.302 ^{c)}	0.584
	女	10(40.0)	9(36.0)		
诊断	脑出血	5(20.0)	3(12.0)	1.001 ^{c)}	0.315
	脑梗死	20(80.0)	22(88.0)		
	糖尿病	3(12.0)	1(4.0)		
	高血压	15(60.0)	18(72.0)		
合并慢性病 ^{a)}	冠心病	4(17.3)	3(12.0)	1.682 ^{c)}	0.193
	其他	3(12.0)	3(12.0)		
	大学及以上	2(8.0)	5(20.0)		
	高中	10(40.0)	7(28.0)		
文化程度	初中	6(24.0)	6(24.0)	-1.391 ^{d)}	0.164
	小学及以下	7(28.0)	7(28.0)		
	配偶	18(72.0)	16(64.0)		
主要照顾者	子女	5(20.0)	6(24.0)	0.761 ^{c)}	0.684
	保姆	2(8.0)	3(12.0)		

注: a) 非必选或多选, b) t 值, c) χ^2 值, d) Z 值

具体方案并落实,组长定期对护理质量以及患者情况进行监督和评估。

(2) Ahmadi 延续性护理模式干预方案的制定与实施

方案制定:小组成员分头通过文献查阅、访谈、社区了解等多种渠道,全面了解居家脑卒中患者对健康知识的了解程度、目前心理状态以及最迫切希望解决的生活技能。在此基础上,小组成员针对定向、敏感、控制和评估四个环节,制定干预方案。该方案旨在对接上级医疗机构的治疗方案,将护理康复过程进行延展,更好的衔接至患者的日常生活中,增强其安全感和康复信心。

实施方法:

①定向环节:

小组成员与患者深入沟通,了解其对健康知识的具体需求及心理状况,明确健康教育的方向和目标。向患者详细说明后续医疗救治信息、家庭医生门诊时间、心理应对策略、自我管理的相关方法、健康饮食的注意事项以及相关并发症的鉴别等内容,帮助患者全面掌握居家康复的关键信息。

②敏感环节:

在患者的同意下,每周由小组成员通过上门访视的方式,观察了解为患者及照顾者的饮食、运动康复等情况,并提出个性化的建议指导以及常见急性并发症的预防措施。同时,通过居家护理视频和专题讲座,向患者普及脑卒中疾病知识、康复锻炼方法及不良症状的识别技巧。

③控制环节:

主要是联系各方面的帮助,为患者提供强大而有力的社会支持系统。

心理支持:小组成员在和患者以及照顾者不断地接触下,了解其心理状态,在患者感受挫折的时候,及时提供

心理疏导,通过大量的案例,不断提振患者客服困难的信心,以期尽快融入社会。

社会支持:协助患者建立强大社会支持网络。每周二、五上午,护士在病友微信群发布各类不同的标准化康复视频 20 分钟,患者由照顾者陪同在确定安全的情况下尽力完成,留存视频或照片反馈至护士,以便根据患者实际情况调整康复计划。

④评估环节:

通过组织卒中患者交友会,通过轻松的活动氛围缓解患者的情绪。结合有趣的各种话题和活动为患者提供交友以及融入社会做准备。组长对整个活动过程进行监督和评估,及时发现不足并予以纠正,确保护理方案的持续优化和有效实施。

1.3 观察指标及评价标准

(1) 脑卒中自我效能量表 (GSES) 量表:脑卒中自我效能量表 (GSES) 由 Jones 等人^[9]开发,用于评估脑卒中患者在功能训练中的自信心水平。量表包含 13 个条目,其中 10 个条目用于反映患者的自我效能感。每个条目采用 10 级评分。量表的 Cronbach's α 系数为 0.9,具有较高的信度。根据总分,患者的自我效能感可分为四个等级:< 11 分为较低,11 ~ 20 分为很低,21 ~ 30 分为偏高,31 ~ 40 分为很高。(2) 脑卒中专用生活质量量表 (SS-QOL):由 WILLIAMS 等人针对脑卒中患者研制,共 49 个条目,12 个领域。采用等距等级条目形式及 Likert 5 级评分法,总评分 49~245 分,分值与生活质量呈正比,得分越高说明健康状况越好^[10]。该量表的 Kappa 系数介于 0.82 至 1.00 之间,内容一致性通过 Cronbach's α 系数测得为 0.76。有研究结果表明该量表信、效度良好且使用方便,已广泛应用于脑卒中患者生活质量的评定^[11-12]。

表2 2组自我效能感得分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	干预前	干预后1个月	干预后3个月	F _{组别}	P值	F _{时间}	P值	F _{交叉}
实验组	25	23.73±2.64	32.87±3.34	36.32±3.57	181.101	0.003	207.173	<0.001	163.927
对照组	25	23.14±2.75	26.60±3.07	28.65±3.24					

表3 SS-QOL 评分比较

组别	干预前	干预1个月	干预2个月	干预3个月	F值	P值
试验组	116.32±6.02	116.46±6.82	127.88±4.23	133.60±10.26	341.103	0.000
对照组	117.41±7.89	123.48±6.15	119.20±4.53	125.04±7.30	192.518	0.000
F值	1.665	9.381	55.841	11.484	12.647	
P值	0.211	0.003	0.000	0.001		

1.4 统计学方法

本研究数据由双人录入,采用 Excel 2003 软件。统计分析使用 IBM SPSS 22.0 软件。患者的一般资料以例数和百分比(%)进行表述;生活质量得分以均值±标准差($\bar{x} \pm s$)表示。对照组和干预组的一般资料的比较采用 χ^2 检验,生活质量采用两独立样本 t 检验, $P < 0.05$ 。

2 结果

(1) 两组患者的自我效能感得分在组间效应以及时间变化上均差异明显($P < 0.05$),表明干预组的患者其自我效能感随着时间的推移而发生明显变化;此外,干预因素与时间因素在自我效能感得分上交互作用显著($P < 0.05$)。见表2。

(2) 两组生活质量得分(SS-QOL 评分)在不同时间点均符合正态分布和方差齐性,根据多变量检验分析:时间效应 $P < 0.05$,说明在排除干预因素的影响下,两组的 SS-QOL 评分随着时间拉长均发生了显著的变化;2)交互效应 $P < 0.05$,说明干预组随着时间的变化效果明显优于对照组;3)组间效应 $P = 0.001$,表说明排除了时间因素的话,两组的干预措施不同导致评分存在显著差异。见表3。

3 讨论

(1) 脑卒中患者在出院后如果选择居家康复的方式,那么是否能够的持续坚持康复训练,保持健康的生活方式对于其能否重新融入社会生活尤其重要,因此如何发挥护理随访的作用管理好患者的行为模式,在这一过程中发挥着重要的促进作用。近年来,学者们提出了多种新型的护理模式,对脑卒中病人而言,在受到疾病打击后,容易出现抑郁或者病耻感的消极体验,其心理社会状态也应在居家护理的过程中得到评估与干预。Ahmadi 模式的延续性护理通过定向、敏感、控制和评估 4 个步骤,针对患者实际生活中存在的问题制定并实施持续的护理康复干预计划,同时对于患者疾病基础知识的薄弱方面提供全面的教育。

加强与患者的日常沟通,实时评估涵盖心理、饮食、运动等方面的护理成效,持续为患者提供精准有效的护理服务,以确保护理干预的效用。

(2) 与常规护理方法中的灌输式教育教育方式容易导致信息过载的问题,Ahmadi 延续性护理模式在评估的基础上精准提供护理服务,防止患者因厌烦而产生回避心理。通过个性化的健康教育和持续的互动评估,该模式能够更好地帮助患者应对康复过程中的挫折,更贴近患者的实际需求,督促其形成一贯式的健康生活方式和良好的康复运动习惯^[3]。Ahmadi 模式的另一个优点就是通过心理问题定向输入,协调护患之间的期望和需求,落实医护人员与患者之间的合作更加紧密。

综上所述,本研究显示,居家康复的脑卒中患者在应用了 Ahmadi 模式延续性护理后,显著提升了自我效能,大大提高了生存质量,对于提高其康复效果有明显作用。但本研究样本量比较有限,需进一步扩大样本量进行下一步研究。

参考文献:

- [1] 计海霞,张建风,张蕾,等.缺血性脑卒中病人疾病感知的影响因素分析[J].中国动脉硬化杂志,2016,24(10):1001-1006.
- [2] KRISHNAMURTHI R, FEIGIN V, L, FOROUZANFAR M H, et al. Global and regional burden of first-ever ischaemic and haemorrhagic stroke during 1990-2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010[J]. Lancet Glob Health, 2013, 1(5): e259-281.
- [3] 王丽琼,潘群,周金蔓,等.武汉市老年脑卒中患者健康自我管理现状及影响因素[J].中国老年学杂志,2017,37(18):4658-4660.
- [4] 茹小娟,江滨,张辉,等.北京城市卒中社区康复及危险因素自我管理效果分析[J].中国卒中杂志,2017,12(7):598-603.

- [5]许彬,杨阳,陈卫海,等.脑卒中远程康复与传统专业康复效果比较的循证分析[J].中国康复医学杂志,2017,32(12):1394-1398.
- [6]罗燕,张华,李雪芹,等.维持性血液透析病人延续性护理需求的调查分析[J].护理研究,2018,32(1):120-122.
- [7]AHMADI B, BONAKDAR Z S, HASHEMISM, et al. Endothelial dysfunction in Iranian lupus patients[J]. Rheumatology International, 2011, 31(1): 27-31.
- [8]方娇娇,张岚,殷秀,等.延续性护理模式对早产儿母亲育儿认知与心理健康的影响[J].中华护理杂志,2017,52(8):938-943.
- [9]Jones F, Partridge C, Reid F. The stroke self-efficacy questionnaire: measuring individual confidence in functional performance after stroke[J]. Journal of Clinical Nursing, 2008, 17(7B): 244-252.
- [10]王伊龙,马建国,李军涛等.脑卒中生存质量量表中文译本信度和效度及敏感度的初步研究[J].中华老年心脑血管病杂志,2003(06):391-394.
- [11]ROWAT A. Enteral tube feeding for dysphagic stroke patients[J]. British Journal of Nursing, 2015, 24(3): 138, 140, 142-145.
- [12]谷秋云.院外延伸康复护理模式对脑卒中患者的效果[J].中国实用神经疾病杂志,2017,20(17):96-98.
- [13]张丽华,葛艳红,唐丽梅,等.认知行为疗法对脑卒中合并糖尿病患者血糖及自我管理行为的影响[J].山西医药杂志,2018,47(11):1286-1288.
- 作者简介:**叶婷婷(1980-),女,汉族,上海,本科,上海市长宁区仙霞街道社区卫生服务中心,社区护士长,副主任护士,社区健康管理、糖尿病专病护理。