

脑卒中患者：动机性访谈联合家庭参与式护理 对康复依从性、生活质量的影响

邵转艳

甘肃省天水市秦安县五营镇卫生院 甘肃天水 741616

摘要：目的 旨在深入剖析动机性访谈协同家庭参与式护理干预手段对脑卒中患者康复依从性提升以及生活质量改善的作用。方法 本研究选取 2024 年 4 月至 2025 年 4 月于本院接受治疗的 90 例脑卒中患者。采用随机数表法随机分配至观察组与对照组，各 45 例。对照组患者遵循常规护理流程，观察组患者则在常规护理基础之上，额外接受动机性访谈与家庭参与式护理的综合干预措施。在干预实施前后，分别对两组患者展开评估。康复依从性方面，采用专门设计的脑卒中康复训练依从性量表进行量化评估；生活质量评估则选用脑卒中特异性生活质量量表（SS-QOL）；运动功能评估借助 Fugl-Meyer 运动评估量表完成；心理状态评估运用焦虑自评量表（SAS）和抑郁自评量表（SDS）；同时还对两组患者的护理满意度进行调查与比较。结果 干预 3 个月后，观察组脑卒中康复训练依从性量表评分（ 34.58 ± 3.20 vs 31.24 ± 5.46 ）、SS-QOL 评分（ 181.02 ± 14.66 vs 159.38 ± 16.74 ）及 Fugl-Meyer 评分（ 62.29 ± 5.32 vs 53.36 ± 5.05 ）均显著高于对照组（ $P < 0.05$ ）；SAS 评分（ 50.49 ± 3.28 vs 62.24 ± 3.71 ）与 SDS 评分（ 53.20 ± 3.92 vs 60.89 ± 3.80 ）显著低于对照组（ $P < 0.05$ ）；对照组护理满意度明显优于对照组（84.44% vs 64.44%）（ $P < 0.05$ ）。结论 动机性访谈与家庭参与式护理的协同实施，可显著提升脑卒中患者的康复依从性，促进其生活质量、运动功能水平的改善，并有效调节心理状态，提高患者对护理服务的满意程度。

关键词：脑卒中；动机性访谈；家庭参与式护理；康复依从性；生活质量

脑卒中是一种急性脑血管疾病，由脑部血液供应障碍引发局部脑组织损伤。其特点包括高发病率、高致残率、高复发率及高死亡率，严重威胁患者的生命健康和生活质量^[1]。尽管医学技术进步和急救水平提升显著提高了脑卒中患者的生存率，但其康复过程仍面临诸多挑战^[2]。康复治疗是降低功能障碍、提高生活自理能力的重要手段，而患者的康复依从性在很大程度上决定了康复效果^[3]。然而，由于疾病认知不足、心理压力以及缺乏家庭支持等原因，许多患者在康复过程中存在依从性差的问题，导致康复效果受限^[4-5]。因此，探索有效干预措施以提升脑卒中患者的康复依从性并改善其生活质量，成为当前临床护理和康复研究亟需解决的问题。动机性访谈是一种以患者为核心展开的沟通技巧，利用引导式对话的方式，察觉并处理患者存在的矛盾心理，以此激发患者内在的改变动机；研究表明，该技术能有效提高慢性病患者的锻炼依从性和健康行为^[6]。而家庭参与式护理强调家庭成员在康复护理中的积极角色，有助于提供情感支持和行为指导，从而提升患者康复积极性^[7]。近年来，将动机性访谈与家庭参与式护理相结合的干预模式逐渐受到关注

^[8]。这种联合干预不仅能够通过专业沟通技巧激发患者的自我管理能力和借助家庭力量提供持续的支持与照顾，从而更全面地提升患者的康复依从性和整体生活质量。尽管这一领域具有广阔的应用前景，但目前相关研究仍较为有限，尤其是在脑卒中患者群体中的具体效果尚需进一步验证。本研究旨在深入探究动机性访谈与家庭参与式护理干预相结合的方式在脑卒中的应用成效，剖析该干预模式对患者康复依从性以及生活质量产生的影响，从而为脑卒中康复护理领域提供理论支撑与实践指引。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究纳入 2024 年 4 月至 2025 年 4 月期间于本院接受治疗的脑卒中患者共 90 例。运用随机数表法，将患者分配至观察组（ $n = 45$ ）与对照组（ $n = 45$ ）。纳入标准：（1）患者的诊断需符合《中国脑卒中防治报告》^[9]所规定的诊断标准，且经颅脑计算机断层扫描或磁共振成像检查确诊为脑卒中；（2）患者存在明确的肢体运动功能障碍（例如偏瘫）、言语表达障碍或吞咽困难等，需接受康复治疗；（3）病情

稳定, 意识清楚, 能进行基本言语沟通或可通过文字、手势有效交流; (4) 患者或家属签署知情同意书。排除标准: (1) 严重心、肝、肾等脏器功能衰竭或合并其他严重疾病影响康复者; (2) 既往有精神疾病史或认知功能障碍严重法配合者; (3) 无固定家庭照顾者或家属拒绝参与研究; (4) 中途退出或失访者。

对两组患者的基线资料展开比较分析, 结果显示在各项指标上均未呈现统计学差异 ($P > 0.05$), 这表明两组患者在基线水平上具有可比性。见表 1。

表 1 两组患者基线资料情况

组别	例数	年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	性别 [n(%)]		NIHSS 评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)
			男	女	
对照组	45	63.51 $\pm$ 7.79	24 (53.33)	21 (46.67)	16.84 $\pm$ 2.88
观察组	45	62.87 $\pm$ 7.96	26 (57.78)	19 (42.22)	16.71 $\pm$ 2.46
t/χ^2		0.386		0.180	0.230
P		0.701		0.671	0.818

1.2 方法

1.2.1 对照组 实施常规康复护理, 包括疾病知识宣教、用药指导、常规康复训练、基础生活护理及出院指导。

1.2.2 观察组 在对照组基础上加动机性访谈与家庭参与护理。具体措施为: (1) 团队建设及培训: 由护士长、责任护士及康复师组成干预团队, 学习动机性访谈核心原则与技巧, 以及家庭参与护理理念。(2) 动机性访谈: ①建立关系与评估 (住院初期): 了解患者及家庭情况, 识别康复动机与阻力, 明确 1-2 个功能目标。②激发动机 (住院期间, 每周 1-2 次): 通过“发展差异”技术, 引导患者权衡康复的利弊。肯定患者努力与家属支持, 提升自信和参与感。③共商计划 (住院后期制定, 出院时细化): 依据 SMART 原则设定目标, 细化任务分工。预测障碍并提前准备应对策略。进行关键技能培训, 确保训练安全有效。④支持执行 (出院后首月): 出院后 2 周访视, 评估环境与执行情况, 解决具体问题。定期电话/视频随访跟踪进展, 持续鼓励与调整目标内容。关注家属负担, 提供情感与资源支持, 增强持续性。⑤巩固维持 (出院后 2.5-3 个月): 与患者回顾康复历程, 强化自我效能。帮助设定新目标并整合康复行为入日常生活。提供复发预防策略, 引导连接社区支持资源。(3) 家庭参与式护理: ①家庭评估与教育: 入院早期评估主要照顾家属的照护能力、心理状态、知识需求及家庭支持系统。对家属进行系统的脑卒中疾病知识、康复重要性、康复训练

方法、并发症预防、心理支持技巧、沟通技巧等培训。强调家属在康复过程中的情感支持者、行为督促者、环境营造者的角色。②共同参与决策与计划: 邀请家属参与动机性访谈过程, 共同讨论康复目标和计划, 确保家属理解、认同并愿意支持。③共同参与康复活动: 家属学习并参与患者的部分日常康复训练。护士指导家属如何正确协助、鼓励和监督患者执行康复计划。④家庭支持环境营造: 指导家属为患者创造安全、便利、鼓励性的家庭康复环境。鼓励家属给予患者持续的情感支持和实际帮助。⑤家属支持与减压: 定期与家属沟通, 了解其困难和压力, 提供必要的心理支持和照护技巧指导, 帮助家属维持良好的身心状态以持续支持患者。

1.3 观察指标

(1) 康复依从性: 采用林蓓蕾^[10]所研制的脑卒中康复训练依从性量表, 分别在干预实施前以及干预开展 3 个月, 对两组患者的康复依从性展开评估。此量表总得分范围为 14 至 56 分; 得分越高, 意味着患者在康复训练方面的依从性越好。量表经信效度检验显示, 内容效度指数为 0.95, Cronbach's α 系数为 0.90, 具有较高的可靠性。

(2) 生活质量: 运用脑卒中特异性生活质量量表 (stroke-specific quality of life, SS-QOL), 对两组患者干预前以及干预 3 个月后的生活质量进行测评。该量表得分范围在 49 至 245 分之间; 分值越高, 提示患者的生活质量越佳。

(3) 运动功能: 采用 Fugl-Meyer 运动功能量表, 对患者干预前与干预 3 个月后的运动功能进行评估。该量表总分为 0 至 100 分; 得分越高, 表明患者的运动功能越强。

(4) 心理状态: 焦虑水平测量: 运用焦虑自评量表 (self-rating anxiety scale, SAS) 对患者的焦虑水平进行测量。该量表包含 20 个项目, 采用 1-4 级评分标准。最终得分计算方式为将原始总分乘以 1.25 后取整数, 得分越高, 反映患者的焦虑程度越严重。抑郁状态评估: 采用抑郁自评量表 (self-rating depression scale, SDS) 评估患者的抑郁状态, 其评分方式与 SAS 相同。评估时间点为干预前以及干预 3 个月。

(5) 护理满意度: 通过本院自主设计的满意度问卷开展调研, 满意度分为三个等级: 非常满意 (生活能力显著恢复, 生活质量显著提升)、较为满意 (部分日常活动需他人辅助, 但生活状况有所改善)、不满意 (无明显改善)。满意度 = (非常满意 + 较为满意例数) / 总例数 $\times$ 100%。

1.4 统计学分析

使用 SPSS 27.0 进行数据分析。计量资料以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间比较采用独立样本 t 检验; 计数资料以 [n(%)] 表示, 组间比较采用卡方检验。P < 0.05 表明差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者康复依从性比较

两组患者干预前康复依从性评分比较 (25.07 ± 4.76 vs 24.93 ± 4.94), 无显著性差异 (P > 0.05); 干预后, 两组患者康复依从性评分较干预前显著增加, 观察组康复依从性评分显著高于对照组 (34.58 ± 3.20 vs 31.24 ± 5.46) (P < 0.05)。见表 2。

表 2 两组患者康复依从性比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	干预前	干预后	t	P
对照组	45	24.93 ± 4.94	31.24 ± 5.46	5.749	0.000
观察组	45	25.07 ± 4.76	34.58 ± 3.20	11.120	0.000
t		0.137	3.540		
P		0.891	0.000		

2.2 两组患者生活质量比较

两组患者干预前 SS-QOL 评分比较 (97.22 ± 11.01 vs 96.87 ± 10.65), 无显著性差异 (P > 0.05); 干预后, 两组患者 SS-QOL 评分较干预前显著增加, 观察组 SS-QOL 评分显著高于对照组 (181.02 ± 14.66 vs 159.38 ± 16.74) (P < 0.05)。见表 3。

表 3 两组患者 SS-QOL 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	干预前	干预后	t	P
对照组	45	96.87 ± 10.65	159.38 ± 16.74	21.130	0.000
观察组	45	97.22 ± 11.01	181.02 ± 14.66	30.660	0.000
t		0.153	6.524		
P		0.879	0.000		

2.3 两组患者运动功能比较

两组患者干预前 Fugl-Meyer 评分比较 (42.33 ± 4.79 vs 41.58 ± 4.90) 无显著性差异 (P > 0.05); 干预后, 两组患者 Fugl-Meyer 评分较干预前显著增加, 观察组 Fugl-Meyer 评分显著高于对照组 (62.29 ± 5.32 vs 53.36 ± 5.05) (P < 0.05)。见表 4。

表 4 两组患者 Fugl-Meyer 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	干预前	干预后	t	P
对照组	45	41.58 ± 4.90	53.36 ± 5.05	11.230	0.000
观察组	45	42.33 ± 4.79	62.29 ± 5.32	18.700	0.000
t		0.734	8.167		
P		0.465	0.000		

2.4 两组患者心理状态比较

两组患者干预前 SAS 评分 (69.89 ± 3.27 vs 70.00 ± 4.37) 和 SDS 评分 (70.80 ± 2.86 vs 70.44 ± 3.03) 比较, 无显著性差异 (P > 0.05); 干预后, 两组患者 SAS 和 SDS 评分较干预前显著降低, 观察组 SAS(50.49 ± 3.28 vs 62.24 ± 3.71) 和 SDS 评分 (53.20 ± 3.92 vs 60.89 ± 3.80) 显著低于对照组 (P < 0.05)。见表 5。

表 5 两组 SAS、SDS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	SAS		SDS	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	45	70.00 ± 4.37	62.24 ± 3.71*	70.44 ± 3.03	60.89 ± 3.80*
观察组	45	69.89 ± 3.27	50.49 ± 3.28*	70.80 ± 2.86	53.20 ± 3.92*
t		0.135	15.920	0.580	9.449
P		0.893	0.000	0.564	0.000

注: 与同组干预前比较, *P < 0.05。

2.5 两组护理满意度比较

观察组护理满意度显著高于对照组 (P < 0.05)。见表 6。

表 6 两组护理满意度比较 [n(%)]

组别	例数	非常满意	比较满意	不满意	总依从率
对照组	45	13 (28.89)	16 (35.56)	16 (35.56)	29 (64.44)
观察组	45	23 (51.11)	15 (33.33)	7 (15.56)	38 (84.44)
χ ²					4.731
P					0.030

3 讨论

脑卒中后康复是一个长期且艰巨的过程, 其效果不仅取决于医疗技术, 更与患者康复锻炼的依从性相关^[11]。康复依从性不足往往导致功能障碍改善滞后、生活质量提升受限, 成为制约康复成效的关键瓶颈^[12]。既往单一护理模式虽能提供基础支持, 却难以系统性解决患者内在动机缺失与家庭支持脱节的双重困境。本研究创新性整合动机性访谈的行为干预内核与家庭参与式护理的社会支持外延, 通过激发患者自主康复动力并同步赋能家庭照护体系, 以期为临床护理实践提供理论依据。

本研究结果显示, 观察组的康复依从性评分显著高于

对照组。这一结果有力地支持了动机性访谈联合家庭参与式护理在提升患者康复行为依从性方面的有效性。动机性访谈通过开放式提问、共情倾听、肯定反馈等技术,帮助患者识别自身存在的矛盾心理,促使其主动思考康复行为与其生活目标之间的联系,从而增强自我改变的动力^[13]。而家庭参与式护理模式则借助家属的参与,提供持续的情感支持、行为监督和环境协助,弥补患者执行康复计划的外在障碍^[14]。联合干预注重个性化目标设定及计划共商,进一步增强患者的自我效能感和执行力。观察组在 SS-QOL 和 Fugl-Meyer 评分方面均优于对照组,表明该干预模式有助于促进功能恢复和提升生活质量。脑卒中常导致患者出现肢体功能障碍、语言障碍、情绪问题等多种影响,严重降低其社会功能与生活满意度^[15]。而动机性访谈关注患者的价值观与生活目标,通过引导其重新定义健康行为的意义,帮助其建立积极的生活态度;家庭成员的陪伴与鼓励则有助于缓解患者的孤独感与无助感,促进其心理调适和社会适应能力的提升^[16]。这种身心并重的干预方式,显然更有利于患者整体生活质量的恢复与提升。康复训练的效果与患者的参与度密切相关,高依从性意味着更多的训练机会和更高的训练质量,从而加速神经重塑与功能恢复^[17]。家庭成员的协助也使康复训练得以延伸至出院后的居家环境中,形成连续性的康复体系,避免了传统康复模式中断后可能出现的功能退化现象^[18]。心理状态方面,观察组 SAS 与 SDS 评分显著下降,说明该干预模式对患者的心理健康具有良好的调节作用。脑卒中患者普遍存在焦虑与抑郁情绪,主要源于对疾病预后的担忧、身体功能受限带来的生活压力以及社交活动减少等多方面因素。动机性访谈通过情感支持和认知重构,帮助患者正视现实、调整心态;家庭深度参与进一步起到了情绪缓冲和心理安抚的作用,避免照护过程中“情绪孤岛”的出现^[19-20]。这种“心理+社会”双重支持机制,有助于构建积极的心理应对策略,从而有效降低焦虑与抑郁的发生率和严重程度。观察组总满意度显著高于对照组,反映出患者及其家属对该护理模式的高度认可。动机性访谈强调以患者为中心的服务理念,提升了患者在护理过程中的主体地位;家庭成员的深度参与不仅增强了护理的个性化与延续性,也让家属在护理过程中获得知识与技能的支持,增强了照护信心与成就感。这种多方共赢的护理模式,自然更容易获得患者与家属的认可与满意。

但研究仍存在一定局限性。样本量较小,且为单中心研究,外推性有限;随访时间为 3 个月,未评估干预的长期效果。未来研究应扩大样本、延长随访周期、引入多中心合作,进一步探讨该模式在不同卒中类型和人群中的适用性及成本效益。

综上所述,动机性访谈与家庭参与式护理相结合的干预模式,可有效增强脑卒中患者的康复依从程度,促进其运动功能恢复,改善心理状态,提高生活质量以及对护理工作的满意度。该干预模式为卒中康复护理领域构建了科学、系统且贴合患者需求的人性化实践框架,具有进一步在临床开展深入研究并加以推广应用的价值。

参考文献:

- [1] Gao Z, Agila R, You C, et al. The impact and projection of the COVID-19 pandemic on the burden of stroke at global, regional, and national levels: A comprehensive analysis for the Global Burden of Disease Study 2021[J]. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2025 Apr 14;34(6):108320.
- [2] 朱龙红,王石凤,潘李.首发脑卒中病人康复期运动恐惧危险因素的 Logistic 回归分析[J].全科护理,2025,23(11):2100-2103.
- [3] 吴培香,徐翠,肖利允,等.中医体质辨识干预对脑卒中病人早期康复依从性及康复效果的影响[J].护理研究,2021,35(18):3357-3359.
- [4] 吕雨梅,郭玉成,周郁秋.脑卒中患者康复锻炼依从性发展轨迹及其潜在类别预测因素分析[J].中华护理杂志,2023,58(17):2103-2111.
- [5] 林艺萍,方鑫.脑卒中患者出院后康复训练依从性现状及影响因素分析[J].中华养生保健,2025,43(08):72-77.
- [6] 王聪.动机性访谈健康教育对脑卒中恢复期患者康复锻炼依从性、健康行为及生活质量的影响[J].航空航天医学杂志,2023,34(07):869-872.
- [7] 夏静华,李霄,雷进.延续性护理结合家庭参与式护理对脑卒中后患者居家锻炼执行及健康行为的影响[J].临床医学研究与实践,2025,10(10):126-129.
- [8] 杨丽,孙霞,李丽梅,等.动机性访谈结合家庭参与式护理在行肠造口患者及其照顾者中的应用[J].中西医结合护理(中英文),2024,10(10):33-36.
- [9] 《中国脑卒中防治报告 2021》概要[J].中国脑血管

病杂志,2023,20(11):783-793.

[10] 林蓓蕾,张振香,孙玉梅,等.社区脑卒中患者功能锻炼依从性量表的编制及信效度检验[J].中国康复医学杂志,2013,28(6):5.

[11] 朱金凤,蔡卫新,陶子荣,等.中青年出血性脑卒中患者康复运动依从性现状及其影响因素分析[J].中华护理杂志,2023,58(05):580-586.

[12] 许霞.神经内科床边早期康复介入在脑卒中患者康复治疗中的效果分析[J].中国冶金工业医学杂志,2025,42(03):347-348.

[13] 林国微.基于动机性访谈理论的延续个体化护理在卒中患者神经功能康复中的应用[J].黑龙江医药,2024,37(03):705-708.

[14] 丁思莲,卞雅红,魏燕,等.家庭参与式口咽操训练在脑卒中后吞咽困难患者中的应用效果评价[J].上海护理,2023,23(08):1-6.

[15] 范彩英,洪翠芹,宋斌,等.介护师参与下多学科延续护理对脑卒中肢体功能障碍患者康复的影响[J].护理学杂

志,2023,38(06):116-120.

[16] 路美,崔愿霞,李雅.行动研究法下的动机性访谈式康复延续护理在脑卒中患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2023,29(24):123-126.

[17] 吴肖洁,金江涛,于媛媛.基于行为改变理论的健康教育在脑卒中患者康复过程中的效果评价[J].中国健康教育,2024,40(12):1138-1142.

[18] 乔彩虹,陈一萍,李琳波,等.以家庭功能为导向的首发脑卒中患者照顾者支持干预方案实施[J].护理学杂志,2022,37(17):13-17.

[19] 刘悦,刘天翔,郑耳,等.“互联网+”远程教育联合动机性访谈对围绝经期脑卒中后抑郁患者的影响[J].中国妇幼保健,2025,40(06):990-994.

[20] 孙倩倩,梅永霞,宋王涛,等.脑卒中患者及其配偶获益感与积极心理资本的二元关系研究[J].中华护理杂志,2024,59(17):2116-2122.

作者简介:邵转艳,女,1987年8月,甘肃天水,本科,主管护师,研究方向;基层单位护理学。