

·综述·

脑卒中居家护理评估的研究进展*

孟茜, 乔雨晨, 刘媛, 常红

(首都医科大学宣武医院, 北京, 100053)

[关键词] 脑卒中; 居家护理评估

[中图分类号] R473.74 [文献标识码] A [文章编号] 1671-8283(2016)04-0055-06 [DOI] 10.3969/j.issn.1671-8283.2016.04.015

Assessment of home nursing of stroke patients

Meng Qian, Qiao Yuchen, Liu Yuan, Chang Hong//Modern Clinical Nursing, -2016, 15(4):55.

[Key words] stroke; home nursing assessment

脑卒中(stroke)又称中风或脑血管意外,是指各种血管性病因引起的单一或多处脑血管损害,导致暂时或永久性脑功能障碍,包括出血性脑出血与蛛网膜下腔出血和缺血性脑梗死以及短暂性脑缺血发作等^[1]。据报道^[2],我国每年新发脑卒中150万,因脑卒中死亡130万,约70~80%的幸存者遗留有不同程度的功能障碍。国外研究显示^[3],约20%的患者发生脑卒中后只用1个月左右时间就可以恢复,但另外50%患者需要更长时间来恢复身体功能,需要长时间甚至永久的照顾,还有30%患者神经功能永久性损伤,对照顾者的依赖程度更大。在我国受医疗资源和家庭经济能力限制,大多数患者在急性期治疗后只有选择回家治疗^[4]。而患者出院后社区医疗支持水平相对发达国家差距较大,家庭支持的研究相对其他护理研究,尚处于初步探索阶段^[5]。目前社区护士缺乏系统的居家护理评估工具,对社区患者评估不到位,资料收集不完整,进而影响护理措施的制订和实施及社区护理

的质量和效果。因此,本文就脑卒中居家护理评估进行综述,为制订合适的居家护理评估措施提供理论依据。

1 脑卒中居家护理评估的概念

国内外文献中尚无明确说明脑卒中居家护理评估的确切定义。国外研究表明^[6],脑卒中评估和干预包括身体、心理、社会和环境等多方面。国内脑卒中居家护理评估系统的研究尚处于起步阶段。国内对居家护理评估系统的研究多是从患者的需求角度出发,以自评为主,缺乏专业判断,容易引起偏差^[7];或者直接搬来国外的评估表,不符合国情,可操作性不强,难以广泛应用^[8]。国内居家护理评估系统统一标准、统一的定义均尚未形成。笔者认为,脑卒中居家护理评估包括对脑卒中患者的身心状况、家庭成员以及家居环境等情况的评估,有利于护士更有针对性地对患者进行心理疏导、身体康复和风险防护。

2 脑卒中的居家评估系统

2.1 奥马哈系统

奥马哈系统(Omaha system, OS)旨在促进社区护理、家庭护理、长期照护等医疗机构对护理实践的护理评估、干预处置和结局评价,干预措施的目的是直接改变或控制评估对象的症状和体征^[9]。

[基金项目] * 本课题为北京市医院管理局青年人才培养“青苗”计划,项目编号为QML20150805。

[收稿日期] 2015-06-03

[作者简介] 孟茜(1985-),女,北京人,护师,本科,主要从事神经内科护理工作。

[通信作者] 常红,副主任护师,硕士在读,科护士长, E-mail:changhong19791111@126.com。

由于 OS 适用于各种疾病患者的居家评估和护理,因此研究者多广泛入组研究对象,不限病种,其中包括脑卒中患者,也包含其他疾病患者。OS 是一种评估问题、实施干预的有效工具,在居家护理和护理教育中均起到了积极的作用。

土耳其 Erdogan 等^[10]组织 159 名学生运用 OS 对 598 名患者(其中 11.94% 为神经疾病患者)进行居家评估和护理,结果显示,其常见问题是皮肤、神经功能缺失、个人卫生、营养和排尿护理需求。

黄金月等^[11]用了近 10 年时间分别在中国香港和内地,以不同疾病人群和护士为对象,跨越医院、门诊、社区和家庭的社区护理或延续护理实践的 6 项研究,阐述了 OS 系统在构建研究的理论框架、设计研究干预方案、诊断研究对象的健康问题、检视护理活动、干预内容和评价研究成效方面的应用和成效,认为护理研究人员可灵活地应用 OS 解决多种研究问题,在中国内地社区护理和延续护理实践和研究中推广应用。OS 的优点是内容全面,评估系统中不仅有患者身心状况,还包含家庭环境等。谭晓青^[12]应用 OS 系统评估结果显示,部分邻里安全、人际关系、社交、性生活和虐待发生比例均为 0,结果可能与研究人群的传统思想观念有关。在国内的国情下,OS 系统评估实际操作起来并不容易,评估系统中的性生活等问题易引起患者反感,在护理措施中的一些项目,如帮助就业、灵性(宗教信仰)护理等是目前环境下无法完成的,而牙医保健、营养师护理、家政服务 etc 则需要多领域、多学科的共同合作。

2.2 Friedman 家庭评估模式

Friedman 家庭评估模式^[13]由美国 Marilyn M. Friedman 教授提出,其核心是把家庭、社会与个体紧密联系,共同合作达到患者康复的最佳效果。该模式以家庭为单位,采用整体、系统和互动的护理方式,对家庭实施高级护理,达到增强家庭优势、促进家庭健康的目的;根据 Friedman 家庭评估模式,对患者从 6 个方面进行考察:家族病史、家庭发展史、家庭环境(家庭及个人成长背景)、家庭功能(情感交流、经济状况、健康等)、家庭结构(与人交往沟通能力、角色分配、权利与义务等)、家庭的应变能力(压力、应对策略等)。无家族病史,家庭经

济条件越好,受教育程度越高,家庭越和睦,邻里关系越融洽,越有利于康复护理工作的开展。

郑冬梅^[14]以 78 名脑卒中吞咽障碍的患者为研究对象进行的对照研究,脑卒中吞咽障碍患者在经过 Friedman 家庭评估模式为指导的家庭康复护理干预后,大多数患者能恢复经口进食,实验组总有效率达 84.6%,较对照组明显恢复,其差异具有统计学意义($P < 0.01$)。Friedman 家庭评估模式是评估家庭情况的较好工具,但对于患者身体评估并不全面,且分析这些家庭信息并做出处理决策也需要较强的专业能力。

3 脑卒中居家评估工具

3.1 脑卒中患者的评估量表

3.1.1 日常活动能力

3.1.1.1 Lawton 生活能力评分量表 (the Lawton instrumental activities of daily living scale, IADL)

IADL 能够度量患者独立运动的某些功能和依赖帮助的程度,包括是否能够使用电话、去商店、准备饭菜、服用药物、管理财务和旅行等能力,Cronbach's α 系数为 0.86,具备良好的信效度。Oliveira 等^[15]研究运用 IADL 量表和简易精神状态量表(minimum mental state examination, MMSE)对患者进行了心理和生活能力的评估,结果表明脑卒中患者生活依赖程度较高,95.1% 患者 MMSE 得分都低于其教育水平下正常分数范围,从而也影响了生活能力。

3.1.1.2 Barthel 日常生活能力评定量表 (Barthel index, BI)

BI 量表 Cronbach's α 系数 0.90^[16],内容包括进食、床与轮椅转移、个人卫生、如厕、洗澡、步行、上下楼梯、穿衣、大便控制、小便控制等 10 项。上官世娜^[17]对 50 例脑卒中患者进行 BI 量表评估,用对比试验方法证明了强制性运动对脑卒中患者日常生活能力的作用。

3.1.2 精神状况

3.1.2.1 MMSE 和汉密尔顿抑郁量表 (Hamilton depression scale, HAMD)

MMSE 量表内容包括定向力、即时记忆、注意力和计算力言语能力以及视空间能力等 10 个维度,重测信度为 0.80 ~ 0.99^[18-19]。HAMD 是由 Hamilton 于 1960 年编制,其内容包括:抑郁情绪、罪恶感、自杀、睡眠、兴趣、激越情绪、焦

虑、躯体症状、疑病、自知力、体重、强迫症状、绝望和自卑感等,信效度较好,反应临床症状严重程度的经验真实性系数为 0.92^[20]。侯勇^[21]运用 MMSE 和 HAMD 对脑卒中患者心理状况进行测试,结果显示脑卒中后抑郁发病率为 55.83%,各种不同人群的抑郁发病率有显著差异,文化程度高、从事脑力劳动者发病率较高;经济状况和家庭关系差者发病率较高。

3.1.3 生活质量

3.1.3.1 生活质量测评表(the MOS item short from health survey, SF-36) 该量表有 36 个条目,分 8 个维度,包括躯体功能、躯体角色功能、总健康、疼痛、情绪角色功能、生命活力、心理健康、社会功能^[22]。王洪平^[23]用 SF-36 评估 17 名脑卒中患者接受干预前后的生活质量,证明了同步家属健康教育对脑卒中患者远期生活质量的正性影响。

3.1.3.2 脑卒中专用生活质量量表(stroke specific quality of life scale, SS-QOL) Williams 等^[24]1999 年综合前人量表的经验,首次以患者为中心(量表以患者提供的资料为基础)制订 SS-QOL,中文版在大陆测评,8 个分量表的 Cronbach's α 系数均高于 0.78。SS-QOL 包括精力、家庭角色、语言、活动、情绪、个性、自理能力、社会角色、思维、上肢功能、视力、工作/劳动等 12 个领域。Cortez 等^[25]对实验组患者进行了为期 6 年的信件跟踪调查,结果显示,脑卒中严重程度和患者生活质量之间是两个相对独立的内容,并不直接相关。

3.1.4 疾病特征

3.1.4.1 美国国立卫生研究院脑卒中量表(National Institutes of Health Stroke scale, NIHSS) NIHSS 涵盖重要的神经功能评估,如意识水平、视野、面瘫、运动、感觉、语言等,有较高的重测信度($K=0.66\sim 0.77$)^[20]。张晓琼^[26]等将 136 例患者分为 3 组进行对照研究,对照组采用常规上门随访,随访宣教组定期康复评定和健康教育,脑卒中单元组通过建立社区脑卒中单元,采用 NIHSS 评估患者情况以及康复效果,结果表明社区脑卒中康复单元可实现连续性的早期评估和康复,促进神经功能康复和肢体运动功能恢复,减少伤残。

3.1.4.2 MRS 评估量表(modified ranking scale,

MRS) MRS 评分^[27]以残疾障碍、卧床、失禁、行走、日常活动及自理能力等情况为评估标准,分值为 0~5 分,分值越低提示功能障碍恢复越好。MRS 的信度 $K=0.25\sim 0.46$ ^[28]。许晓敬等^[29]对脑卒中患者出院的随访中,MRS 评分 0~2 分为预后较好 114 例,MRS 评分 3~5 分为预后差患者 49 例,并表明年龄、高脂血症及 NIHSS 是急性缺血性脑卒中预后不良的影响因素。

3.2 患者照顾者的评估量表

3.2.1 脑卒中患者照顾者的照顾能力测量量表(family caregiver task inventory, FCTI) 香港学者 Lee 等^[30]修订的中文版 FCTI,包括 5 个分量表、25 个条目,分别为适应照顾角色和应变及提供协助、处理个人情绪需要、评估家人及社区资源和调整个人生活与照顾上的需求。该量表是针对老年慢性病的家属照顾者制订,在脑卒中家属人群中的内部一致性系数为 0.93,5 个分量表的内部一致性系数在 0.71~0.87。

3.2.2 脑卒中照顾者照护结果量表(Bakas caregiving outcome scale, BCOS) BCOS 涵盖主要照顾者经历的正面和负面影响,具有良好的信度和效度,可行性高,是测量脑卒中照顾者照顾负担的有效工具^[31]。张锦玉^[32]认为,BCOS 是唯一针对脑卒中照顾者人群设计的量表,最适用于测量照顾者的负担程度。

3.2.3 脑卒中照顾者压力量表(caregiver strain index, CSI) CSI 由 Robinson 于 1983 年研制,中文版一致性系数为 0.828,是信效度较好、应用较为广泛的压力量表。该量表对患者照顾者的心理压力进行评分,包含 13 个条目,含有客观因素和主观因素,从身体、心理、工作、经济和社交方面测定照顾者的压力^[33]。姜小鹰等^[34]运用 CSI 量表对 157 名脑卒中患者的家庭主要照顾者进行调查,结果显示患者身体和社交压力最大,其次是经济压力。

3.2.4 Zarit 照顾者负担量表(Zarit burden interview, ZBI) ZBI 是被北美和欧洲国家普遍使用的照顾者负担水平评定量表,国内学者王烈等将 ZBI 译为中文,包括个人负担和责任负担 2 个维度,共 22 个条目,问题有“是否自己时间不够,是否烦恼,是否影响与他人关系”等^[35]。郑茶凤等^[36]运用 ZBI 对

26名脑卒中患者照顾者进行调查,发现照顾时间的长短、收入的高低、工作与否均与照顾者负担有关。

3.2.5 照顾者角色紧张量表(caregiver role strain, CRS) CRS 的内容包括身体、心理、睡眠、头痛、疲劳、食欲、时间等方面的问题,量表 Cronbach's α 值 0.70 ~ 0.87^[37]。Oliveira 等^[37]采用 CRS 对 42 名脑卒中患者照顾者的负担压力和情绪状态进行分析,结果显示 73.8%的照顾者处于角色紧张状态,发生率较高的问题是缺乏满足个人需要的时间、不稳定情绪增加、退出社会生活、休闲活动改变等。

3.2.6 照顾者问题评估表(modified caregiver assessment scale, MCAS) MCAS^[38]是一个自评量表,主要用于评估脑卒中照顾者在提供照顾过程中的需求或遇到的问题,内容效度 0.91, Cronbach's α 为 0.9。Backstrom 等^[39]研究显示,在脑卒中患者出院 1 年后,家庭主要照顾者状态也在不断变化着,由“自我否定”阶段进入“自我承认”阶段。主要照顾者的身心健康及照顾常识水平越来越多的得到专业护理人员的关注。

3.3 脑卒中家庭功能的评估量表

3.3.1 脑卒中家庭关怀度指数问卷(family APGAR index, APGAR) APGAR^[40]用于评价患者的家庭关怀度,包括适应度(adaptation),指家庭成员遇到危险或危机时,能从家庭内外获得哪些资源,能否帮助其解决问题;合作度(partnership),指家庭成员间相互分担责任、解决问题和做决定的方式;成长度(growth),指家庭成员在身心发展上得到其他成员的支持与引导的程度;情感度(affection),指家庭成员间存在的相互关心、爱护的情感程度;亲密度(resolve),指家庭成员在时间、空间及金钱等方面的共享程度等 5 个因子。

3.3.2 家庭环境量表中文版(family environment scale Chinese version, FES-CV) FES-CV 所评价的家庭精神特征有亲密度、情感表达、矛盾性、独立性、知识性、成功性、娱乐性、组织性、道德宗教观和控制性共 10 个分量表,其中亲密度、矛盾性、知识性和组织性的内部一致性很好^[41]。张瑞红等^[42]将农村 60 例脑卒中患者进行分组实验,结果萨提尔治疗模式下的干预组 FES-CV 得分明显高于对照组。

3.3.3 家庭功能评定量表(family assessment device,

FAD) FAD 理论基础是 McMaster 家庭功能模式,所测定的家庭功能范围与临床关系密切,是简单而有效找到家庭系统中可能存在的问题的一种方法,从而进一步在生物、社会心理因素等方面进行探讨^[43]。FAD 量表包括问题解决、沟通、角色情感反应、情感介入、行为控制、总的功能 7 个分量表,共 60 个条目。陈刚等^[44]对 95 例脑卒中患者进行问卷调查,其家庭功能越差,患者的健康信念也就越差。

3.3.4 家庭亲密度与适应性量表中文版(the Chinese version for family adaptability and cohesion evaluation, FACES II -CV) FACES II -CV 为自评量表,由费力鹏等^[41]引进并修改,共 30 个项目,采用 5 级评分,包括两个分量表:适应性,即随家庭不同发展阶段出现的问题而做出相应改变的能力;亲密度,即家庭内部成员的情感交流。该量表从康复期精神分裂症患者对自己家庭现状的实际感受(即实际亲密度和实际适应性),以及患者自己所希望的理想家庭的亲密性和适应性(即理想亲密度、理想适应性) 2 个方面进行观察,评价家庭康复的效果,比较不同的家庭类型的关系和动力学因素,发现需要解决的家庭矛盾。孙德娟等^[45]运用 FACES II -CV 对 327 例脑卒中患者及其配偶进行评估,发现脑卒中患者配偶实际家庭亲密度水平高于我国一般人群,而实际适应性水平则低于国内常模,并且脑卒中患者配偶的家庭亲密度与适应性水平与其性别、文化程度、家庭收入、婚龄、职业、子女数量、有无其他照顾者、病程、患者日常生活活动能力等显著相关,应有针对性地对其开展家庭及社会心理干预。

4 相关居住环境评估

Reid^[46]对居住在多伦多地区的 19 位老年中风幸存者进行一项横断面研究显示,做家务是脑卒中患者最大的难题;在家里、进出口和上下楼梯也非常困难;地面水泥和石板不平坦、门太窄、没有扶手都是患者行动的障碍;中风幸存者的生活中可用性的环境可以提高其生活质量,应该像关注脑卒中患者本人一样关注患者内部和外部的居住环境。

脑卒中患者康复环境与其他病种略有差异,为

患者创造良好的病房环境,有助于改善患者的不良情绪,增加战胜疾病的信心,主动配合治疗与护理工作,积极参加功能训练,对其康复有促进作用^[47]。薛杨等^[48]研究认为,将患者安置于家中采光好、通风好、相对安静的房间中,由护士和家属一起将房间按照适合治疗、方便舒适、兼具家庭氛围的要求重新布置,对家属及保姆进行康复技术与护理知识培训,使其能够按照护理要求照顾患者,能达到预防并发症、提高卒中患者生活质量、延长其生命的目的。除了房间内部的居住环境,外部环境包括治疗性的花园、气候环境和社会环境^[49]与室内环境同等重要。

5 脑卒中居家评估的应用环境

5.1 国内护理居家评估缺乏统一的整体评估标准

美国在上世纪七十年代已经确定奥马哈系统为十二种标准化护理语言之一,并且用于社区居家护理实践,国内社区护理起步晚,发展至今仍然没有科学、全面、适用于我国国情的统一标准,不仅不利于社区护理的管理,也不利于居家患者的健康管理和康复。

5.2 社区医疗护理与居民及患者联系不紧密

脑卒中患者返回家庭后,社区医院不会主动联系患者,而是患者有需要联系社区医院,但现在国内患者的康复意识以及寻求帮助的意识较差,对康复效果没信心,对居家指导的护理人员缺乏信任,这都导致患者出院后接受不到居家护理评估及照护,因此居家护理评估在国内发展滞后。

6 小结

本研究总结了脑卒中居家评估常用量表,能对我国脑卒中患者的居家评估系统的建立略尽绵力。国内脑卒中患者居家护理评估系统的建立和发展需要护理同仁的共同努力,任重而道远。

参考文献:

[1] 郭国际. 实用神经系统疾病诊断与治疗[M]. 北京:中国医药科技出版社,2006:580-603.
[2] 王陇德. 脑卒中筛查及干预——一项被忽略的国民保健工程[EB/OL]. (2009-06-20)[2016-06-03].http://bj.39.net/zt/096/19/906150.html.

[3] Marques S,Rodrigues RAP,Kusumota L. Cerebrovascular accident in the aged: changes in family relations[J]. Rev Latino Am Enferm,2006,14(3):364-71.
[4] 刘娟. 康复期脑卒中患者家庭护理的研究进展[J]. 世界最新医学信息文摘,2014,14(26):61-63.
[5] 梁珍红,曹晓翼,刘晓虹. 我国临床患者家庭支持及干预的研究现状与思考[J]. 中华护理杂志,2009,44(8):745-746.
[6] Redfern J,McKevitt C,Wolfe CDA. Development of complex interventions in stroke care: a systematic review[J]. Stroke,2006,37(9):2410-2419.
[7] 曾友燕,王志红,吕伟波,等. 上海某社区老年人家庭护理需求的调查分析[J]. 解放军护理杂志,2008,25(2A):31-33.
[8] 宁丽,邵爱仙,李益民,等. 应用德尔菲法构建老年慢性病患者居家护理评估表[J]. 解放军护理杂志,2013,30(12):6-9.
[9] 赵岳. 奥马哈评估系统在社区护理学中的应用[J]. 天津护理,2005,13(5):309.
[10] Erdogan S,Secginli S,Cosansu G,et al. Using the Omaha system to describe health problems, interventions, and outcomes in home care in Istanbul, Turkey[J]. Computers, Informatics, Nursing,2013,31(6):290-298.
[11] 黄金月,王少玲,周家仪. 奥马哈系统在社区护理和延续护理中的应用[J]. 中华护理杂志,2010,45(4):320-323.
[12] 谭晓青. 应用奥马哈系统构建居家访视流程和记录模式以及访视成效评价的研究[D]. 广州:南方医科大学,2011.
[13] Freidman MM. Family nursing: research, theory and practice[M]. Appleton & Lange,1998:31-42.
[14] 郑冬梅. Friedman 家庭评估模式在脑卒中吞咽障碍患者康复护理中的应用[J]. 当代护士(专科版),2013(7):45-46.
[15] Oliveira AR,de Araujo TL,Costa AG,et al. Evaluation of patients with stroke monitored by home care programs [J]. Rev Esc Enferm USP,2013,47(5):1143-1149.
[16] 栗洁婷,杨辉,曹静,等. 脑卒中患者日常生活自理能力现状的调查分析[J]. 中华护理教育,2012,9(4):166-169.
[17] 上官世娜. 改良强制性运动疗法对脑卒中偏瘫患者上肢功能及日常生活能力的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2015,13(15):1796-1797.
[18] Jose G,Merino M D,Mphil. Untangling vascular cognitive impairment[J]. Stroke,2008,39(3):739-740.
[19] Mowla A,Zandi T. Mini-mental status examination: a screening instrument for cognitive and mood disorders of elderly[J]. Alzheimer Dis Assoc Disord,2006,20(2):124.

- [20] 张婧. 脑血管病量表手册[M]. 北京, 人民卫生出版社, 2009:319.
- [21] 侯勇. 脑卒中后抑郁与自身素质及周围环境的关系[J]. 中国保健营养, 2014(4): 1985.
- [22] 李鲁, 王红妹, 沈毅. SF-36 健康调查量表中文版的研制及其性能测试[J]. 中华预防医学杂志, 2002, 36(2): 109-113.
- [23] 王洪平. 同步家属健康教育对 17 例脑卒中患者远期生活质量的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2011, 17(4): 21-22.
- [24] Williams LS, Weinberger M, Harris LE, et al. Measuring quality of life in a way that's meaningful to stroke patients [J]. Neurology, 1999, 53(8): 1839-1843.
- [25] Cortez MM, Wilder MJ, McFadden M, et al. Quality of life after intra-arterial therapy for acute ischemic stroke [J]. J Stroke Cerebrovasc Dis, 2014, 23(7): 1890-1896.
- [26] 张晓琼, 王琛, 毕真真, 等. 脑卒中患者早期康复的前瞻性随机对照研究[J]. 上海医药, 2015, 36(12): 47-50.
- [27] 杨声坤. OCSF 分型对脑梗死患者 NIHSS BI rankin 评分及预后的相关性分析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2014, 17(16): 64-66.
- [28] Wilson JTL, Hareendran A, Hendry A, et al. Reliability of the modified rankin scale across multiple raters: benefits of a structured interview [J]. Stroke, 2005, 36(4): 777-781.
- [29] 许晓敬, 韩凝, 贾阳娟, 等. 急性缺血性脑卒中 3 个月预后相关影响因素[J]. 河北医科大学学报, 2015, 36(9): 996-999.
- [30] Lee RL, Mok ES. Evaluation of the psychometric properties of a modified Chinese version of the caregiver task inventory [J]. J Clin Nurs, 2011, 20(23-24): 3452-3462.
- [31] 韩明华, 张萍, 李蕾, 等. 脑卒中照顾者照护结局量表中文版的信效度研究[J]. 护理研究, 2009, 23(12): 3119-3122.
- [32] 张锦玉, 吕探云, 王君俏, 等. Bakas 照顾结果量表评估脑卒中主要居家照顾者负荷的适用性研究[J]. 中国实用护理杂志, 2008, 24(5): 4-7.
- [33] 张亚玲, 杜鹃. 常用家庭照顾者负担评估工具[J]. 继续医学教育, 2011, 25(5): 11-13, 22.
- [34] 姜小鹰, 王丽霞. 照顾者压力量表中文版的测试研究[J]. 中国实用护理杂志, 2006, 22(34): 1-2.
- [35] 王烈, 杨小泥, 侯哲, 等. 护理者负担量表中文版的应用于评价[J]. 中国公共卫生, 2006, 22(8): 970-972.
- [36] 郑茶凤, 邵秀芹. 脑卒中患者照顾者负担的调查[J]. 实用临床医学, 2012, 13(11): 128-129, 139.
- [37] Oliveira AR, Rodrigues RC, de Sousa VE, et al. Clinical indicators of 'caregiver role strain' in caregivers of stroke patients [J]. Contemporary Nurse, 2013, 44(2): 215-224.
- [38] 殷少华, 万丽红, 杨文君. 脑卒中照顾者的预期需求与社会支持的相关性研究[J]. 国际护理学杂志, 2012, 31(5): 780-783.
- [39] Baekstrom B, Sundin K. The experience of being a middle-aged close relative of a person who has suffered a stroke, 1 year after discharge from a rehabilitation clinic [J]. International Journal of Nursing Studies, 2009, 46: 1475-1484.
- [40] 张作记. 家庭关怀度指数//中国行为医学科学编辑委员会. 行为医学量表手册[M]. 北京, 中华医学电子音像出版社, 2005: 156.
- [41] 费立鹏, 沈其杰, 郑延平, 等. “家庭亲密度和适应性量表”和“家庭环境量表”的初步评价[J]. 中国心理卫生杂志, 1991, 5(5): 198-203.
- [42] 张瑞红, 王宝珠, 王叶, 等. 萨提尔治疗模式对农村脑卒中患者自尊及家庭关系的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2011, 17(26): 3105-3108.
- [43] 汪向东, 王希林, 马弘. 心理卫生评定量表手册(增订版)[M]. 北京: 中国心理卫生杂志社, 1999: 151-152.
- [44] 陈刚, 曹艳菲, 王玉春, 等. 脑卒中患者家庭功能与健康信念的相关性分析[J]. 中华现代护理杂志, 2015, 21(15): 1760-1762.
- [45] 孙德娟, 焦阳, 王艳慧. 脑卒中患者配偶家庭亲密度与适应性的调查分析[J]. 当代护士(学术版), 2011(8): 114-116.
- [46] Reid D. Accessibility and usability of the physical housing environment of seniors with stroke [J]. International Journal of Rehabilitation Research, 2004, 27(3): 203-208.
- [47] 孙青. 探讨环境因素对脑卒中病人康复的影响[J]. 按摩与康复医学, 2011, 2(2): 23.
- [48] 薛杨, 赵霞, 宁小香. 脑卒中后遗症患者一例的家庭护理[J]. 解放军护理杂志, 2014, 31(5): 56-57.
- [49] 董根芸. 浅论社会与疾病发生的关系[J]. 当代医学, 2008(14): 42-43.

[本文编辑:李彩惠]