

基于 HAPA 模型的脑卒中多病共存患者出院准备服务方案的构建

王彩英 李继红 孔维芹

邹城市人民医院

DOI:10.32629/carnc.v4i4.21446

[摘要] 目的: 构建脑卒中多病共存患者出院准备服务方案,为临床开展相关服务提供参考路径。方法: 通过文献调研、横断面调查、两轮德尔菲专家函询及层次分析法确定指标权重,结合预实验修订完善方案。结果: 两轮专家函询积极性均为100%,专家权威系数均值0.90;第二轮一级、二级、三级指标Kendall和谐系数分别为0.45、0.23、0.29($P < 0.001$);最终方案包含3个一级指标、8个二级指标、28个三级指标。结论: 基于健康行为过程取向(HAPA)模型构建的出院准备服务方案科学、可行,可为脑卒中多病共存患者医院-家庭照护无缝衔接提供有力支撑。

[关键词] 脑卒中; 多病共存; 出院准备服务; 健康行为过程取向模型

中图分类号: R181.3+7 文献标识码: A

Development of a Discharge Preparation Service Protocol for Stroke Patients with Multiple Comorbidities Based on the HAPA Model

Caiying Wang Jihong Li Weiqin Kong

Zoucheng City People's Hospital

[Abstract] Objective: To develop a discharge preparation service protocol for stroke patients with comorbidities, providing a reference framework for clinical implementation. Methods: The protocol was formulated through literature review, cross-sectional survey, two rounds of Delphi expert consultations, and Analytic Hierarchy Process (AHP) for indicator weighting, with revisions based on pilot experiments. Results: Both rounds of expert consultations demonstrated 100% participation rate, with an average expert authority coefficient of 0.90; the Kendall concordance coefficients for first-, second-, and third-level indicators in the second round were 0.45, 0.23, and 0.29, respectively ($P < 0.001$). The final protocol comprises 3 first-level indicators, 8 second-level indicators, and 28 third-level indicators. Conclusion: The discharge preparation service protocol, developed based on the Health-Action Process Approach (HAPA) model, is scientifically sound and feasible, offering robust support for seamless hospital-to-home care transition in stroke patients with comorbidities.

[Key words] Stroke; Polycomorbidity; Discharge Preparation Services; Health Behavior Process-Oriented Model

脑卒中是我国导致伤残调整生命年损失居首位的疾病,多数患者同时合并高血压、糖尿病、冠心病等两种及以上慢性疾病,形成脑卒中多病共存的复杂临床状态^[1-2]。多重疾病叠加易引发功能障碍、康复周期延长,对患者自我管理能力与照护者照护水平均提出更高要求^[3]。当前临床出院准备服务多以单病种常规宣教为主,内容碎片化、个性化不足,缺乏对照护者的系统支持,院内外衔接不畅,导致患者出院后非计划再入院率偏高,严重影响康复效果,加重家庭与社会医疗负担^[4]。

健康行为过程取向模型(Health Action Process Approach, HAPA)将健康行为形成分为前意向、意向、行动三个阶段,通过分阶段、递进式干预促进健康行为建立与维持。该模型已在多

种慢性病健康管理中证实有效,其“需求导向、阶段适配、持续支持”的核心理念,与脑卒中多病共存患者的复杂照护需求高度契合^[5-6]。本研究以HAPA模型为理论框架,整合循证证据、临床实际需求与专家意见,构建针对性出院准备服务方案,为破解临床服务短板提供新思路。

1 资料与方法

1.1 组建多学科研究小组

研究小组涵盖神经内科主任医师,负责病情评估与治疗方案指导;主任护师、副主任护师,负责护理方案设计与实践督导;主管护师负责数据收集与干预实施;护理学研究生负责文献检索与数据分析。

1.2 拟定方案初稿

1.2.1 系统文献调研

检索PubMed、Web of Science、Cochrane Library、中国知网、万方、维普等数据库,检索时间2024年1月—2025年6月。纳入标准:研究对象为脑卒中或脑卒中多病共存患者;涉及出院准备、延续护理或自我管理干预;研究类型为随机对照试验、指南、共识或系统评价;中文为核心期刊、英文为SCI/SSCI收录;语言为中/英文。排除标准:单纯脑卒中无合并症且干预不可迁移、文献质量低、重复发表或数据不全。最终纳入68篇文献(英文32篇、中文36篇),提取核心干预维度与实施方式,为方案构建提供循证依据。

1.2.2 横断面现状调查

采用便利抽样,选取2024年7月—2025年2月市某综合医院神经内科140例脑卒中多病共存患者及照护者为调查对象。

患者纳入标准:年龄 ≥ 60 岁;经CT/MRI确诊缺血性脑卒中,符合2023版指南;合并 ≥ 1 种慢性病;住院 ≥ 7 天;意识清楚,MMSE ≥ 24 分;自愿参与并签署知情同意书。排除标准:严重失语、视听障碍或精神病史;生命体征不稳定;预计生存期 < 6 个月;严重肝肾功能不全或恶性肿瘤。

1.2.3 研究工具

研究工具包括:一般资料调查表、出院准备度量表(RHDS)、出院指导质量量表(QDTS)。由经过培训的研究者在出院前24-48小时面对面调查,有效回收率100%。

1.2.4 调查结果

结果显示:患者平均年龄(67.4 $\pm$ 10.2)岁,男性占59.29%,初中及以下学历72.86%,合并1-2种慢性病患者63.57%;出院准备度总分(79.05 $\pm$ 10.78)分,自我照护方法掌握得分最低;出院指导质量总分(132.68 $\pm$ 15.82)分,急救处理、安全用药、健康行为需求满足度偏低。照护者女性占55.71%,配偶占60.71%,无照护经验者56.43%,照护压力处于中度水平。

1.2.5 形成方案初稿

以HAPA模型三阶段为核心框架,结合循证证据与调研结果,确定一级指标为核心照护环节,二级指标按行为阶段目标分解,三级指标细化干预内容、方式与主体。经小组3轮讨论,形成包含5个一级指标、10个二级指标、28个三级指标的初稿。

1.3 专家遴选与函询

1.3.1 专家遴选

纳入标准:三级医院中级及以上职称;本科及以上学历;相关领域工作 ≥ 10 年;熟悉脑卒中护理或出院准备服务;自愿全程参与。最终入选15名专家,涵盖神经内科护理、康复医学、临床药学、老年护理等领域,其中正高3名、副高10名、中级2名;工作年限10-20年4名、21-30年8名、 ≥ 30 年3名。

1.3.2 专家函询实施

2025年3-6月开展两轮函询,问卷以电子邮件发放回收。专家采用Likert 5级评分(1=非常不重要,5=非常重要)评价指标,并提出修改建议。筛选标准:重要性赋值均数 > 4.00 、变异系

数 < 0.25 。第一轮删除2个三级指标、合并2个二级指标、修订12项表述;第二轮优化权重与干预时机,最终确定3个一级、8个二级、28个三级指标。

1.4 统计学方法

采用SPSS 24.0进行描述性统计、专家权威系数、Kendall和谐系数分析;采用Yaaph 10.3计算指标权重,以一致性比率CR < 0.10 检验判断矩阵一致性,检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 指标修订结果

最终方案包含3个一级指标、8个二级指标、28个三级指标,各指标重要性赋值4.00~4.93,变异系数0.05~0.21,各级判断矩阵CR < 0.10 ,一致性良好。

2.2 方案具体内容

2.2.1 前意向阶段(权重0.3123)

主要在入院时及入院1-2天实施,核心是全面评估与初步认知建立。组建由医生、护士、康复师、营养师、心理咨询师构成的多学科团队,在入院24小时内、病情变化时、出院前3天、出院前1天及出院后随访开展动态评估,内容包括一般资料、疾病状况、自理能力、精神状态及跌倒、压疮、血栓、营养、疼痛等护理风险,以需求为导向建立健康档案。同时对照护者进行能力评估,了解患者治疗意向、家庭与社会支持系统。向患者及照护者讲解疾病知识、病因与应对方式,对筛查评分 ≥ 60 分者纳入重点服务对象。发放多病共存管理手册,内容包括共病协同管理、脑卒中康复要点、并发症预防等,并组建病友交流群,促进经验分享与情感支持。

2.2.2 意向阶段(权重0.1705)

主要在入院1-7天开展,核心是制定个性化计划。院内层面,由多学科团队依据患者共病情况、功能状态、照护能力制定个体化出院准备计划,编制照护清单、药物重整清单、康复锻炼图解、饮食日记模板。院外层面,建立个人健康档案,明确照护者职责,了解患者转介意愿,制作出院核查表,将健康档案与干预计划纳入诊后管理平台,确定随访节点与核心内容。

2.2.3 行动阶段(权重0.5172)

为方案核心模块,覆盖入院至出院后全程,分为院内意向强化、康复训练、院外持续管理。

院内强化宣教:开展疾病、用药、饮食、康复多维度指导,采用文字、图片、视频、一对一示范等形式,培训照护者使用FAST法识别卒中复发先兆,讲解异常症状应急处理。联合药师与医师完成药物整合,提供纸质用药清单,开展用药管理训练,确保患者与照护者掌握用法、剂量、不良反应与注意事项。运用NRS-2002进行营养筛查,联合营养师制定个性化饮食方案,提升饮食自我管理能力和康复训练采用ACTED模式,与患者及照护者共同设定短期与长期目标,分时段开展认知训练、言语训练、日常生活活动训练、手关节功能训练、吞咽训练、步行训练。出院前使用出院准备度量表再评估,对薄弱环节强化指导,确保患者掌握自我护理技能。

院外持续管理: 为患者提供转介资源并完成机构对接; 指导家属准备血压计、血糖仪等护理用品, 培训居家监测技能, 提供适老化环境改造建议; 建立随访微信群, 推送健康资讯与康复经验; 鼓励使用互联网医院线上复诊, 由个案管理师进行用药提醒; 通过云平台开展电话、视频、上门等多形式随访, 动态调整干预计划, 提供持续心理支持与健康管理。

3 讨论与结论

3.1 方案核心指标的实践价值

3.1.1 行动阶段为核心实施模块

行动阶段权重最高(0.5172), 重要性评分最高, 是保障出院准备效果的关键。脑卒中多病共存患者出院后面临卒中复发、误吸、跌倒、用药错误等多重风险, 照护者普遍缺乏专业技能^[7]。本阶段通过宣教、实操、清单、随访闭环管理, 系统开展疾病知识、应急识别、药物管理、康复训练、居家指导与信息化随访, 可显著提升自我管理与照护能力, 降低不良事件发生率。

3.1.2 前意向阶段为实施基础

前意向阶段以二元评估为核心, 兼顾患者与照护者需求, 既评估患者疾病、自理能力、护理风险、营养及心理状态, 也评估照护者照护能力、家庭支持情况^[8], 通过入院早期、多时点、动态化评估, 精准识别高危人群与服务重点, 解决传统出院指导“一刀切”、评估滞后的问题, 为个性化干预奠定基础。

3.1.3 意向阶段驱动行为转变

意向阶段以制订计划、提升自我效能为核心, 促进患者与照护者从被动接受转为主动参与^[9], 通过目标设定、档案管理、同伴支持激发内在动力, 为健康行为长期维持提供保障。

3.1.4 全程个性化与连续性照护

方案贯穿“评估-干预-衔接-随访”全流程, 结合个体功能、营养、照护条件定制用药、饮食、康复方案, 依托信息化平台实现院内外无缝对接, 有效弥补医院到家庭的照护断层, 提升长期康复质量。

3.2 方案的临床应用前景

本研究基于HAPA模型构建分阶段、闭环式出院准备服务体系, 贴合脑卒中多病共存患者特点, 可提高出院准备度与自我

管理能力, 降低再入院率与照护负担, 提升患者满意度。方案标准化、可操作、可复制, 可为各级医院开展连续性护理提供实践参考。

3.3 研究局限性与展望

本研究样本局限, 外部效度有待多中心验证; 随访周期较短, 远期效果需延长观察; 未开展成本-效益分析。未来将开展多中心大样本研究, 延长随访时间, 结合智慧医疗优化干预模式, 并开展卫生经济学评价, 为大规模推广提供依据。

【参考文献】

[1]张艳,李萍,王静.老年脑卒中多病共存患者出院准备度现状及影响因素分析[J].中华现代护理杂志,2022,28(24):3289-3294.

[2]于朋朋,王艳梅,朱蕊,等.缺血性脑卒中多病共存患者出院准备度现状及其影响因素研究[J].中华护理教育,2023,20(05):575-580.

[3]金子媛,张红,刘智利,等.缺血性脑卒中病人出院后6个月内生存质量变化轨迹分析[J].护理研究,2023,37(10):1861-1865.

[4]李明,王强,张伟.脑卒中患者非计划再入院的危险因素分析及干预对策[J].中华老年心脑血管病杂志,2022,24(07):765-768.

[5]潘倩倩.基于HAPA模型的老年慢性心力衰竭患者认知衰弱干预方案的构建及应用[D].河南大学,2025.

[6]魏玉,梁秀琴,闫清秀.健康行动过程取向模型在临床护理中的研究进展[J].循证护理,2021,7(17):2314-2316.

[7]叶凡,朱宁宁.脑卒中病人及其照顾者出院准备度现状及影响因素分析[J].蚌埠医科大学学报,2024,49(5):629-633.

[8]陈秀文,陈丽娟,林晓燕.二元赋能方案对老年脑卒中患者及照护者出院准备度的影响[J].中国实用护理杂志,2025,41(2):101-106.

[9]张艳,李娟,王静.脑卒中患者出院准备服务管理的最佳证据总结[J].中国临床护理,2024,16(2):80-86.

作者简介:

王彩英(1988--),女,汉族,山东济宁人,研究生,主管护师,研究方向为内科护理。