

家庭及社区环境对脑卒中患者社会参与功能的影响

万宏伟¹,王静¹,陈长香²

【摘要】 目的:了解脑卒中患者社会参与功能及其家庭及社区环境对其产生的影响,为采取应对措施,促进患者社会回归提供临床依据。**方法:**选取某医院住院治疗的脑卒中患者,于出院8周后进行自主参与问卷(IPA)及其影响因素调查。**结果:**脑卒中患者存在社会参与功能缺陷,多因素分析显示,脑卒中患者社会参与功能影响程度由高到低为自行出入家门、形象满意度、卒中类型、年龄、清除室内障碍物、社会支持($P<0.05$)。**结论:**应积极改善家庭及社区环境,增强社会支持,从而提高患者的社会参与功能,减轻家庭和社会负担。

【关键词】 脑卒中;社会参与功能;人文环境;物理环境

【中图分类号】 R49;R743.3 **【DOI】** 10.3870/zgkf.2017.02.014

脑卒中具有复发率、致残率、死亡率高及并发症多等特点^[1],随着医学诊断和治疗技术的提高,患者生存率也大大提升,然而残疾者众多,以往脑卒中患者的康复结局评价一般以患者的身体结构和功能,以及身体状况对于日常生活活动的影响为依据^[2],而社会参与功能应作为康复结局评定的重要指标,因它不仅体现了新医学模式的转变和循证医学的发展,更是脑卒中患者出院后社会水平的康复结局^[3]。了解目前脑卒中患者的社会参与功能及其家庭及社区的人文和物理环境对其的影响,为采取应对措施,促进患者社会回归提供临床依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2015年10月~2016年9月迁西人民医院神经内科病房住院诊断脑卒中的患者共298例,纳入标准:年龄 >18 岁,符合中华医学会编著的《临床诊疗指南·神经病学分册》中的诊断标准^[4],并经CT或MRI确诊。经住院治疗后神志清,能完成问卷;排除标准:短暂性脑缺血发作;严重心、肝、肾功能不全、呼吸衰竭及恶性肿瘤患者;痴呆病史和精神疾病史者;语言表达不清或沟通障碍者;盲、聋、失语患者。出院8周后于患者门诊复查或上门随访时评价,回收问卷281份,有效回收率为94.3%。年龄45~88岁,平均年龄(61.68 ± 10.01)岁。其中男172人,女109人;在婚231人,非在婚50人;小学及以下93人,初、高中131人,大专及以上57人。

1.2 方法 于患者出院8周后进行自主参与问卷调查。①自主参与问卷(Impact on Participation and Autonomy Questionnaire, IPA)评测^[5],IPA由荷兰学者研制,第二军医大学完成中文版IPA的汉化^[5]。该量表包括室内自主参与、家庭角色自主参与、室外自主参与、社会生活自主参与4个维度共25个条目,每个条目采用0~4级评分法,0分视为无参与功能障碍,1~4分为不同程度参与功能障碍,评分范围为0~100分,得分越高表明自我感知日常生活的参与可能性越小^[5]。②家庭功能量表(Family APGAR Index, APGAR)评测,量表评分范围0~10分,总分越高说明家庭功能越好^[6]。该量表共5个条目,每个条目均采用0~2分评分法。总分为7~10分即视为家庭功能良好;4~6分即视为家庭功能中度障碍;0~3分则视为家庭功能重度障碍^[6]。③社会支持评定量表(Social Support Rating Scale, SSRS)该量表是用来评定个体社会支持度的问卷^[7]。量表包括3个维度共10个条目,总分越高,说明社会支持程度越好。总分 >30 分代表高水平的社会支持度;20~30分代表一般水平的社会支持; <20 分代表获得社会支持较少^[7]。同时进行一般人口学资料、卒中类型、家庭及社区的人文环境和物理环境资料收集。

1.3 统计学方法 采用SPSS 19.0统计软件进行描述性分析,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组内均数比较采用 t 检验或方差分析,多重线性回归分析,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 脑卒中患者社会参与功能状况 281例患者IPA总分为(41.91 ± 20.65)分,室内自主参与维度(9.45 ± 6.37)分,家庭角色维度(12.48 ± 8.55)分,室外自主参与维度(10.15 ± 5.86)分,社会生活维度

基金项目:河北省科技厅课题(13277748D)

收稿日期:2016-11-06

作者单位:1. 迁西县人民医院,河北 唐山 063210;2. 华北理工大学护理与康复学院,河北 唐山 063210

作者简介:万宏伟(1974-),女,主管护师,主要从事脑血管疾病方面的研究。

通讯作者:陈长香,hlxccc@163.com

(8.12±5.36)分。

2.2 影响脑卒中患者社会参与功能的单因素分析

结果显示年龄、卒中类型、家庭功能、社会支持、能否自行出入家门、自我形象满意度、地面障碍物清除与否、有无小区活动设施、对小区活动设施利用情况、小区有无无障碍通道与 IPA 总分明显相关($P<0.05$)。见表 1。

表 1 影响脑卒中患者社会参与功能的环境因素分析

因素		n	IPA 总评分	t 或 F 值	P 值
性别	男	172	39.41±25.02	0.192	0.189
	女	109	43.35±24.01		
年龄(岁)	<60	106	36.44±24.02	4.504	0.000
	≥60	175	45.71±24.63		
婚姻	无配偶	50	46.15±25.12	1.662	0.100
	有配偶	231	39.72±24.32		
文化程度	小学及以下	93	40.68±24.22	2.039	0.131
	初、高中	131	43.44±25.37		
	大专及以上	57	35.55±23.26		
卒中类型	缺血性	210	37.28±24.72	-4.729	0.000
	出血性	71	51.63±21.36		
家庭功能 (APGAR)	良好	207	37.63±23.40	10.376	0.000
	中度障碍	65	47.70±25.82		
	重度障碍	9	67.88±19.72		
社会支持 (SSRS)	高水平	218	37.85±24.04	-3.988	0.000
	一般及以下	63	51.47±24.15		
出入家门	独立完成	104	24.51±19.82	-9.987	0.000
	他人协助完成	177	50.62±22.01		
自我形象满意度	满意	40	19.06±16.15	4.831	0.001
	较满意	65	33.27±22.06		
	一般	101	41.26±23.70		
	不满意	53	51.95±18.58		
	非常不满意	22	70.82±15.52		
居住环境是否改造	是	72	36.26±23.12	-1.875	0.060
	否	209	42.56±25.04		
清除家中地面障碍物	是	28	29.77±18.16	-3.324	0.002
	否	253	42.21±25.01		
小区有否活动设施	有	123	33.53±24.01	-4.615	0.000
	否	158	46.71±23.66		
小区活动设施利用情况	满意	31	30.87±23.74	7.127	0.000
	较满意	53	33.95±22.97		
	一般	89	38.63±24.57		
	不满意	88	47.13±23.81		
	非常不满意	20	58.52±20.04		
小区内有无无障碍通道	有	63	28.14±22.31	-4.684	0.000
	否	218	44.32±24.12		

2.3 影响脑卒中患者社会参与功能的多因素分析

以脑卒中患者 IPA 总分为因变量,以单因素分析有统计学意义的因素为自变量进行多元逐步回归分析,结果显示:年龄、卒中类型、自行出入家门、清除室内障碍物、形象满意度、社会支持进入回归方程。影响程度由高到低依次为自行出入家门、形象满意度、卒中类型、年龄、清除室内障碍物、社会支持($P<0.05$)。见表 2。

表 2 影响脑卒中患者 IPA 总分的多因素分析

影响因素	B	Std. Error	Beta	t 值	P 值
常量	-63.44	10.33	-6.141	0.000	
年龄	5.364	1.816	0.153	2.953	0.004
卒中类型	8.879	2.959	0.157	3.000	0.003
自行出入家门	19.079	2.611	0.374	3.828	0.000
清除室内障碍物	7.803	2.981	0.097	2.619	0.009
形象满意度	7.249	1.193	0.362	6.075	0.000
社会支持	-0.269	0.139	0.078	-2.018	0.045

3 讨论

本研究结果显示患者 IPA 总均分为(41.91±20.65)分,提示脑卒中患者存在一定程度的参与功能障碍,与马景全的报道相一致^[8],与病变部位损伤遗留后遗症,许多患者患病后出现肢体运动功能、认知功能、语言等方面的障碍,影响了日常生活能力,也影响了家庭和社会参与功能有关。

本研究结果表明年龄与脑卒中患者社会参与功能紧密相关,与类似相关研究一致^[9]。年龄增大,血管弹性下降、脆性增加,发生卒中的严重程度高,复发率也高,通过临床治疗后并发症较多且预后差,加之自身各器官功能和抵抗力也在不断下降,生理、心理等均发生明显改变,从而使患者的躯体功能下降,导致自主社会参与功能低下^[10]。张硕等^[11]的研究也显示,年龄越大的老年人其越缺乏社会参与的主动性,社会网络越小。另外,有部分老年人因退休,淡出社会造成自身参与社会功能的下降,提示我们可以充分发挥残障老人的余热,支持和鼓励其继续参与社会工作^[11],增加他们自身“被社会需要”、“被家人需要”的信念;同时,社会上也应该提供这样的平台,促进和提高他们的社会参与度,提高生活质量和幸福度。

本研究结果显示卒中类型是脑卒中患者社会参与水平的影响因素,且出血性脑卒中患者的社会参与功能较差,与杜蕾等^[9]研究结果相一致。临床上出血性脑卒中的死亡率大大高于缺血性脑卒中,出血性卒中患者往往病情危重,患者的意识障碍程度和肢体瘫痪程度均较缺血性卒中患者严重,或由手术治疗带来的创伤,使其自主参与社会及生活意识较差^[12],影响了社会参与功能。因此疾病康复期应该对患者的运动功能、认知功能、感知觉、言语功能等进行准确的评估和训练,改善患者的日常生活能力及心理功能,降低致残率,促进患者回归家庭,融入社会。

本研究结果显示在人文环境中的社会支持与 IPA 相关,高水平社会支持 IPA 评分低,即社会参与功能好,与相关报道一致^[13]。社会支持是人们维持心态平衡的重要条件,当人们遭遇挫折困难时,来自家庭、社会中的亲朋好友给予了最大的包容和支持,可提高患

者的自信和自主的感觉,增强患者主观回归社会及家庭的信心^[13]。家人、朋友的探望可以调节因疾病期医源性的限制,导致社会参与功能的缺失,帮助患者感受外界社会,促进患者萌生主动进行社会参与的意愿,体验社会变化,以期早日回归原有的生活状态。

本研究结果显示物理环境中室内障碍物清除、能自行出入家门的脑卒中患者社会参与功能较高,与国外研究结果相一致^[14],脑卒中患者感知到最大的参与受限是活动是否自主,脑卒中患者大部分伴有躯体障碍^[14],如能借助辅助器械达到自主活动的目的,家庭、小区及公共场所如果能设立无障碍通道设施,考虑到该类人群的需求,使行动不便的卒中患者自主活动的空间和范围增多,能够体现社会对他们的尊重更有利于他们融入社会。社区医务人员和家属应鼓励患者实施早期康复训练,参与交流,走出家庭,实现社会回归。

【参考文献】

- [1] 兰天,呼日勒特木尔. 脑卒中流行病学现状 & 遗传学研究进展[J]. 疑难病杂志, 2015, 14(9): 986-989.
- [2] 邱卓英, 苟芳. 基于 ICF 的康复评定工具开发与标准化研究[J]. 中国康复理论与实践, 2011, 17(2): 101-105.
- [3] 张君梅, 蔡飞鸣, 王朴, 等. 针对脑卒中的 ICF 核心分类模板[J]. 中国康复理论与实践, 2008, 14(12): 1124-1127.
- [4] 中华医学会. 临床诊疗指南神经病学分册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 5-6.

- [5] 邱卓英, 李沁蕊, 陈迪, 等. ICF-CY 理论架构、方法、分类体系及其应用[J]. 中国康复理论与实践, 2014, 20(1): 1-5.
- [6] 李荣凤, 徐夫真, 纪林芹, 等. 家庭功能评定量表的初步修订[J]. 中国健康心理学杂志, 2013, 21(7): 996-1000.
- [7] 王晓晰, 张志强. 脑卒中患者社会支持与日常生活能力和焦虑关系[J]. 中国公共卫生, 2015, 31(4): 501-503.
- [8] 马景全, 王静, 陈长香. 康复治疗的介绍与否对脑卒中患者社会参与功能的影响[J]. 现代预防医学, 2016, 43(19): 3556-3559.
- [9] 杜蕾, 陈长香, 姜研, 等. 身体功能状况对脑卒中患者自主社会参与功能的影响[J]. 中国康复理论与实践, 2016, 22(10): 1218-1221.
- [10] Hamzat TK, Peters GO. Motor function and participation among Nigerian stroke survivors: 6-Month follow-up study[J]. Neuro Rehabilitation, 2009, 25(2): 137-142.
- [11] 张硕, 陈功. 中国城市老年人社会隔离现状与影响因素研究[J]. 人口学刊, 2015, 37(4): 65-75.
- [12] Jin M, Pelak VS, Curran T, et al. A preliminary study of functional abnormalities in a MCI subjects during different episodic memory tasks[J]. Magn Reson Imaging, 2012, 30(4): 459-470.
- [13] 贺亚楠, 胡琛, 周兰妹. 首发脑卒中患者出院后 1 周的社会参与水平及影响因素分析[J]. 护理管理杂志, 2013, 13(8): 543-545.
- [14] Fallahpour M. Perceived participation and autonomy: aspects of functioning and contextual factors predicting participation on after stroke[J]. J Rehabil Med, 2011, 43(5): 388-297.

• 近期国外期刊文摘 •

老年人轻度脑损伤的恢复预测

2004 年,世界卫生组织(WHO)强调评定对老年轻度脑损伤(MTBI)恢复的必要性。本研究目的在于确定与年轻患者相比,老年 MTBI 患者的社会心理指标对预后预测的价值。本研究纳入的受试者为年龄在 65 岁及以上、在 MTBI 后 72 小时内被送入急诊的患者。受试者在急诊治疗后 10 天内经由电话随访并且完成电话语音调研。调研内容包括社会人口统计因素、心理因素、精神因素、损伤前的功能状态和脑部健康状态、损伤相关因素,以及既往脑损伤史。在急诊就诊的 6 个月后,受试者需要完成数项恢复结果的评估,包括脑震荡后症状评定(PCSs)量表、格拉斯哥预后量表扩充版、SF-12 和预后自我评定。本研究纳入受试者共 97 例,平均年龄为 76.2 岁。本研究中唯一与所有回复评估独立相关的基线因素是损伤前 1 年健康状态不佳。在治疗后 10 天随访记录有疲劳症状的受试者在第 6 个月随访时预后较差的比例增加 4 倍。自我预测差以及基线调研时存在抑郁与预后差相关,但并未达到统计学显著差异。结论:此项针对老年 MTBI 患者的研究发现,若患者在损伤前一年健康状态较差、患者自我预期恢复差、抑郁,以及损伤后快速出现疲劳症状与患者整体预后不良相关。

Kristman VL, Brison RJ, Bédard M, et al. Prognostic Markers for Poor Recovery after Mild Traumatic Brain Injury in Older Adults: A Pilot Cohort Study. J Head Trauma Rehab, 2016, 31(6): E33-E43.

中文翻译由复旦大学华山医院吴毅教授主译编