

# 脑卒中患者社会支持、健康素养 与康复锻炼的相关分析

张慧霞

(新疆医科大学第六附属医院 新疆 乌鲁木齐 830000)

**【摘要】**目的：探讨社会支持、健康素养对脑卒中患者运动康复依从性的影响，为脑卒中后患者神经康复指导和预后提供理论支持。方法：采用观察性研究方法，调查本院康复医学科 274 例脑卒中住院患者社会支持状态、健康素养和康复运动锻炼情况，分析三个因素与患者 3 月后 ADL 评分的相关性。结果：患者主要照顾者健康素养  $124.23 \pm 28.34$ ，脑卒中患者健康素养  $124.09 \pm 30.54$ ，社会支持总分  $31.72 \pm 7.66$ ，锻炼依从性总得分  $32.86 \pm 8.36$ ，ADL 评分为  $58.87 \pm 11.32$ ；患者 ADL 评分与患者主要照顾者健康素养、患者健康素养、社会支持、锻炼依从性的相关系数  $r$  分别为 0.241、0.478、0.329 和 0.536，均有统计学意义。结论：提高患者健康素养水平，增加社会支持，可有效提高脑卒中患者康复锻炼的临床效果。

**【关键词】**脑卒中；社会支持；健康素养；康复锻炼；相关分析

脑卒中是一组以脑组织缺血及出血性损伤为主要临床表现的急性脑血管病，患者因脑组织损伤导致不同程度的功能障碍，具有致残率高的特点<sup>[1]</sup>，已成为全球人类第二大致死疾病<sup>[2]</sup>。脑功能康复理论和实践证明，通过运动康复训练，不仅能恢复肢体功能，更能促进神经运动功能恢复<sup>[3]</sup>。目前，在对脑卒中预后影响因素的研究中，涉及社会因素方面的并不多，本研究通过调查脑卒中患者健康素养水平、社会支持状况、康复锻炼依从性和患者生活能力恢复情况，探讨和分析脑卒中患者社会支持、健康素养、康复锻炼依从性以及康复治疗三月后患者 ADL 评分之间的相关性，为制定更为有效康复治疗措施提供有力依据。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

以方便抽样法抽取 2021 年 11 月—2023 年 1 月本院康复医学科 274 例脑卒中住院患者及其主要照顾人为研究对象。纳入标准：患者按照 1996 脑血管疾病诊断标准<sup>[6]</sup>，经 CT 或磁共振确诊为脑卒中，患者意识清楚，无心理或精神障碍，无失语和失读，康复期间无再次急性脑血管事件发生；照顾者为患者主要照顾人（若同时有几个照顾人，则纳入照顾时间最长者），无严重心理和精神障碍，无失语和失读，患者及其照顾者均自愿配合调查。

### 1.2 评价方法

参考相关文献，本研究小组包括 2 名康复医学科副主任医师，2 名主治医师、1 名神经康复治疗师，制定评价患者及其主要照顾者健康素养水平、患者社会支持情况及 ADL 评分的量表。健康素养水平的评估采用李忠民等编制的健康素养调查表<sup>[7]</sup>，包括基本健康素养、疾病预防与控制素养、安全与急救应急素养

三个维度 98 个条目，总分 0-196 份，得分越高者，患者的健康素养越好。社会支持情况采用肖水源的社会支持评定量表<sup>[8]</sup>，包括客观支持（3 个条目）、主观支持（4 个条目）和对社会支持的利用（3 个条目）三个维度 10 个条目。日常生活活动能力（activities of daily, ADL）评价表：采用中国康复研究中心在 Barthel 指数基础上修订的 ADL 量表<sup>[9]</sup>。

脑卒中患者康复锻炼依从性评价表是由本研究团队在查阅文献的基础上，参考美国脑卒中患者运动锻炼指南制定，包括康复锻炼依从性和锻炼监测依从性两个维度 12 个条目。采用 1-5 级评分，按照完成拟定锻炼任务情况分为根本做不到、很少能做到、能做到一半、大部分能完成和全部能完成 5 个等级，赋值 0-4 分。

患者发病 1-2 周病情平稳时，由康复治疗师完成对入组患者的基本信息，调查患者及其主要照顾者健康素养水平、患者社会支持情况及 ADL 评分。出院后 3 个月内，由护理人员或社区医生调查患者康复锻炼依从情况和 ADL 恢复情况。

### 1.3 统计处理

应用 Epidata3.1 建立数据库，Spss19.0 软件进行数据处理和统计分析，计量资料采用均数（ $\bar{X}$ ）± 标准差（ $S$ ）描述，计数资料采用频数和率描述，计量资料相关性分析采用 Person 相关分析，等级资料相关性分析采用 Spearman 相关分析，统计推断置信水平  $\alpha = 0.05$ 。

## 2 结果

### 2.1 研究对象一般情况

本次研究总调查 296 例脑卒中患者，13 例失访，9 例信息患者或其照顾人信息缺失或存在严重逻辑错误，最终 274 例患者调查信息齐全，其中男性 184 例

表 1 脑卒中患者健康素养、社会支持、锻炼依从性及治疗后 ADL 评分情况

|               | 健康素养             | 社会支持           | 锻炼依从性           | ADL 评分         |
|---------------|------------------|----------------|-----------------|----------------|
| 男 (184)       | 128.84 ± 29.51** | 32.86 ± 8.04** | 33.46 ± 8.05    | 59.72 ± 10.32  |
| 女 (90)        | 114.39 ± 34.04   | 29.39 ± 5.66   | 31.63 ± 8.47    | 57.13 ± 11.28  |
| ≤ 45 岁 (32)   | 109.48 ± 36.46** | 27.48 ± 6.75** | 30.81 ± 9.57*   | 60.24 ± 10.77* |
| 46~59 岁 (165) | 130.54 ± 28.65   | 33.38 ± 7.82   | 33.85 ± 8.28    | 59.85 ± 9.88   |
| ≥ 60 岁 (77)   | 116.35 ± 29.48   | 29.92 ± 8.54   | 31.59 ± 7.56    | 56.20 ± 9.76   |
| 有配偶 (246)     | 124.47 ± 26.83   | 32.05 ± 7.04*  | 33.18 ± 7.89*   | 59.35 ± 9.47*  |
| 无配偶 (28)      | 120.76 ± 32.84   | 28.76 ± 6.83   | 30.02 ± 8.98    | 54.65 ± 12.76  |
| 城市 (195)      | 128.63 ± 24.56** | 31.95 ± 6.78   | 33.71 ± 8.04*   | 59.48 ± 10.78  |
| 农村 (79)       | 112.90 ± 28.31   | 31.13 ± 8.43   | 30.76 ± 9.86    | 57.36 ± 13.88  |
| 初中及以下 (133)   | 103.61 ± 25.46** | 30.68 ± 9.57   | 31.15 ± 10.58** | 57.06 ± 12.33* |
| 高中 / 中专 (80)  | 116.82 ± 34.65   | 32.33 ± 6.87   | 33.65 ± 9.49    | 59.24 ± 11.68  |
| 大专及以上 (61)    | 137.92 ± 30.04   | 33.19 ± 5.78   | 35.55 ± 7.21    | 62.33 ± 10.88  |

注: \*p<0.05, \*\*p<0.01

(67.15%), 女性 90 例 (32.85%); 年龄范围 38~74 岁, 平均年龄 51.84 ± 13.47 岁; 初中以下文化程度 128 例 (46.72%), 高中 / 中专 55 例 (20.07%), 大专 / 本科及以上 91 例 (33.21%); 婚姻状态为未婚 2 例 (0.73%), 已婚 215 例 (78.47%), 再婚 31 例 (11.31%), 离异 / 丧偶 26 例 (9.46%); 常住地为城市 195 (71.17%), 农村 79 (28.83%); 独居者 8 例 (2.92%), 与家人共同居住着 266 例 (97.08%)。

274 名主要照顾者年龄为 (48.76 ± 10.34) 岁, 男性 84 例 (30.66%), 女性 190 例 (69.34%); 与患者为夫妻关系的 196 例 (71.53%), 亲子关系 64 例 (23.36%), 陪护 14 例 (4.11%); 初中及以下 133 例 (48.54%), 高中 / 中专 80 例 (29.20%), 大专 / 本科及以上 61 例 (22.26%)。

### 2.2 研究对象健康素养水平、社会支持状态、ADL 评分情况及其相关性

脑卒中患者健康素养总分 124.09 ± 30.54, 其中基本健康素养 43.56 ± 11.07, 疾病预防素养 50.96 ± 13.85, 急救应急素养 29.57 ± 8.06; 患者主要照顾者健康素养 124.23 ± 28.34, 其中基本健康素养 45.76 ± 10.92, 疾病预防素养 52.46 ± 12.44, 急救应急素养 28.53 ± 7.24; 患者社会支持总分 31.72 ± 7.66, 其中主观支持 17.90 ± 2.91, 客观支持 8.32 ± 3.01, 个人利用度 5.20 ± 1.76; 脑卒中患者锻炼依从性总得分 32.86 ± 8.36, 其中锻炼依从性 22.84 ± 6.32, 锻炼监测依从性 10.02 ± 3.08; 患者治疗后 ADL 评分为 58.87 ± 11.32, 患者各指标得分情况详见表 1。

Person 相关分析结果显示患者锻炼依从性与康复治疗三月后患者 ADL 评分有相关性 (r=0.41,

p<0.01), 主要照顾者健康素养与患者锻炼依从性存在相关性 (r=0.36, p<0.01), 其他指标之间无显著相关性。

将研究对象各指标总得分以其总体四分位点为节点重新赋值, 分为 1~4 四个等级, 再用 Spearman 相关分析的方法分析各指标之间的相关性, 结果显示, 除患者主要照顾者健康素养与患者社会支持之间无显著相关性外 (r=0.097, p=0.104), 其他指标间均有不同程度的相关性, 详细结果如表 2 所示。

### 3 讨论

本研究显示, 患者主要照顾者健康素养、患者健康素养、患者社会支持和患者康复锻炼依从性均与患者三月后生活功能恢复程度相关。

健康素养高的患者对疾病和治疗的认知水平更高, 疾病自我管理能力强<sup>[10]</sup>, 健康素养不足的患者, 疾病预防保健知识不足, 不能很好地理解和合理遵从医嘱<sup>[11]</sup>。有研究证实健康素养影响脑卒中患者服药依从性<sup>[12]</sup>, 进而对患者预后康复产生重要影响。本研究结果显示, 脑卒中患者健康素养水平与其主要照顾者健康素养高相关性, 与患者社会支持也有相关性, 患者健康素养和主要照顾者健康素养与患者锻炼依从性和三月后患者 ADL 评分均有相关性, 提示, 同时对患者和家属或照顾者进行健康教育, 同步提高其健康素养水平, 是提高康复效果的重要措施。健康素养影响患者和家属的健康教育效果<sup>[13]</sup>, 所以在进行脑卒中患者健康教育和宣传时, 应针对不同健康素养水平的人群施以个体化的健康教育方案。另外, 提高健康素养也可减少脑卒中患者发生延迟就医的现象, 及时就医治疗, 避免不良结局<sup>[14]</sup>。

研究表明, 社会支持是影响脑卒中换心理健康的重要因素, 家庭功能是提供社会支持的重要组成部分,

表 2 各指标间的 Spearman 相关关系

|        | 健康素养 1  | 健康素养 2  | 社会支持    | 锻炼依存性   | ADL 评分 |
|--------|---------|---------|---------|---------|--------|
| 健康素养 1 | -       |         |         |         |        |
| 健康素养 2 | 0.732** | -       |         |         |        |
| 社会支持   | 0.186*  | 0.097   | -       |         |        |
| 锻炼依存性  | 0.368** | 0.212** | 0.121*  | -       |        |
| ADL 评分 | 0.475** | 0.241** | 0.329** | 0.536** | -      |

注：健康素养 1 为脑卒中患者健康素养，健康素养 2 为脑卒中患者主要照顾者健康素养；\* 表示  $p < 0.05$ ，\*\* $P < 0.01$ 。

在患者健康中起重要作用<sup>[15]</sup>。本研究显示，患者主要照顾者与患者关系 71.53% 为夫妻关系，23.36% 为亲子关系，均与家人同住，患病后由家属直接参与整个康复护理和监护过程。无论哪种形式的社会支持，均有助于病人维持良好的身心状态，利于患者的康复<sup>[16]</sup>。本研究证实，患者社会支持与锻炼依从性和 ADL 评分呈正相关，提示良好的社会支持对卒中患者康复锻炼依从性和 ADL 的恢复有促进作用。

坚持功能锻炼对促进神经、肢体功能恢复，预防二次卒中中具有显著效果，尤其是院外坚持锻炼，在促进患者功能恢复、善生活质量、降低家庭负担方面，发挥重要作用<sup>[17]</sup>。本研究显示，脑卒中患者锻炼依从性与健康素养水平、其主要照顾者健康素养水平和患者社会支持均有正相关性。健康素养高的个体对疾病和治疗的认知水平更高，疾病自我管理能力强，社会支持是影响心理健康的一个重要因素，充足的社会支持会降低由疾病引起的孤独感，提高患者参与活动的积极性，进而提高其参与社会活动的的能力。

参考文献：

[1] 王陇德. 脑卒中筛查与干预：一项重大的国民保健工程 [J]. 中国实用内科杂志, 2010, 30(11): 965-967.

[2] Feigin VL, Krishnamurthi RV, Parmar P, Bo N, Mensah GA, Bennett DA, et al. Update on the Global Burden of Ischemic and Hemorrhagic Stroke in 1990-2013: The GBD 2013 Study [J]. Neuroepidemiology. 2015, 45(3): 161-76.

[3] Komitova M, Johansson BB, Eriksson PS. On neural plasticity, new neurons and the postischemic milieu: an integrated view on experimental rehabilitation [J]. Experimental Neurology. 2006, 199(1): 42-55.

[4] 张巍. 延吉市老年糖尿病患者健康素养与治疗依从性的相关性分析 [D]. 延边大学, 2014.

[5] 蔡翥. 社会支持对慢性病患者身心健康的影响 [J]. 医学与哲学 (人文社会医学版), 2006, (03): 54-56.

[6] 全国脑血管病会议. 各类脑血管疾病诊断要点 [J]. 中华神经科杂志, 1996, (06): 60-61.

[7] 李忠民. 湖南省居民健康素养现状及影响因素

研究 [D]. 中南大学, 2010.

[8] 肖水源. 社会支持评分量表 [J]. 中国心理卫生杂志, 1999, 13(5): 129.

[9] 崔三生, 王刚. 一种新型 ADL 量表可行性的研究 [J]. 中国康复, 1996, (04): 153-154.

[10] Boren SA. A Review of Health Literacy and Diabetes: Opportunities for Technology [J]. Journal of Diabetes Science & Technology. 2009, 3(1): 202.

[11] 齐艳, 孙文霞, 赵晓云. 健康素养对脑卒中患者教育记忆保持力的影响 [J]. 中国实用护理杂志, 2016, 32(8): 590-593. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1672-7088. 2016.08.007.

[12] 赵晓云. 健康素养对缺血性脑卒中患者服药信念与服药依从性的影响 [D]. 延边大学, 2017.

[13] 王文蕾, 李海峰. 缺血性脑血管病患者和家属健康素养对卒中教育的影响 [C] // 中华医学会 (Chinese Medical Association), 中华医学会神经病学分会. 中华医学会第十七次全国神经病学学术会议论文汇编 (下). 山东省青岛市城阳人民医院神经内科; 山东大学齐鲁医院 (青岛); 2014: 1.

[14] 刘文硕, 张小培, 叶日春等. 健康素养对中青年首发脑卒中患者就医延迟意向的影响分析 [J]. 临床与病理杂志, 2016, 36(12): 2002-2009.

[15] O' Neill NP, Godden DJ. Stroke outcomes in Northern Scotland: does rurality really matter? [J]. Rural & Remote Health. 2003, 3(3): 243.

[16] 郭文斌, 姚树桥, 卢永红等. 抑郁症患者生活事件及社会支持特征的研究 [J]. 中国心理卫生杂志, 2003, (10): 693-695.

[17] Chen JK, Chen TW, Chen CH, Huang MH. Preliminary study of exercise capacity in post-acute stroke survivors [J]. Kaohsiung Journal of Medical Sciences. 2010, 26(4): 175.

作者简介：

张慧霞 (1986.08- )，女，河南人，硕士研究生，共产党员，研究方向：针灸治疗慢性疼痛。