

· 临床护理 ·

动机、意志理论模型辅助护理对脑出血患者康复效能的影响

李杨杨, 杜娟, 陈素杰, 王艮卫

(郑州大学第二附属医院神经外科, 河南 郑州 450000)

[摘要] **目的** 探讨动机、意志理论模型(MVM)辅助标准化护理对脑出血(ICH)患者康复效能的影响。**方法** 选取该院 2022 年 1 月至 2024 年 12 月诊治的 180 例 ICH 患者,使用信封随机法将其分为标准组($n=91$)和优化组($n=89$)。标准组采用标准化护理,优化组采用 MVM 辅助标准化护理。比较 2 组患者护理前、护理 3 个月后的心理状态[中文版心理弹性量表(CD-RISC)]、疾病自我管理效能[脑卒中自我管理效能量表(SSMS)]、神经功能[改良 Rankin 量表(mRS)]、生活活动能力[扩展 Barthel 指数(EBI)]及生活质量[脑卒中特定生存质量量表(SS-QOL)],以及护理过程中的康复锻炼依从性[康复锻炼依从性量表(REAS)]。**结果** 护理后,优化组 CD-RISC、SSMS、EBI、SS-QOL 评分 $[(80.34 \pm 6.17)$ 、 (151.34 ± 8.16) 、 (48.22 ± 5.39) 、 (184.11 ± 24.63) 分]及护理过程中 REAS 的锻炼强度、锻炼项目、锻炼次数评分 $[(4.06 \pm 0.51)$ 、 (4.53 ± 0.41) 、 (4.36 ± 0.62) 分]高于标准组 $[(78.23 \pm 6.26)$ 、 (148.23 ± 8.25) 、 (46.19 ± 4.98) 、 (173.08 ± 27.15) 、 (3.79 ± 0.62) 、 (4.33 ± 0.52) 、 (4.12 ± 0.63) 分],差异均有统计学意义($P < 0.05$)。优化组护理后 mRS 评分 $[(1.34 \pm 0.63)$ 分]低于标准组 $[(1.54 \pm 0.57)$ 分],差异有统计学意义($t = 2.234, P < 0.05$)。**结论** MVM 辅助标准化护理可提升康复期 ICH 患者的心理弹性,增强疾病自我管理效能,促进神经功能康复,提升生活活动能力,从而获得较高康复锻炼依从性,进一步提高生活质量。

[关键词] 动机、意志理论模型; 标准化护理; 脑出血; 康复效能

DOI:10.3969/j.issn.1009-5519.2026.04.039

中图法分类号:R473.6

文章编号:1009-5519(2026)04-0926-05

文献标识码:A

The effect of motivation and volitional theory model assisted nursing care on rehabilitation efficacy of patients with cerebral hemorrhage

LI Yangyang, DU Juan, CHEN Sujie, WANG Genwei

(Department of Neurosurgery, The Second Affiliated Hospital of Zhengzhou University, Zhengzhou, Henan 450000, China)

[Abstract] **Objective** To explore the effects of motivation and volition theory model(MVM) assisted standardized nursing care on the rehabilitation efficacy of patients with cerebral hemorrhage(ICH). **Methods** A total of 180 ICH patients diagnosed and treated in the hospital from January 2022 and December 2024 were selected and divided into the standard group($n=91$) and the optimization group($n=89$) using envelope randomization. Standardized care was used in standard group and MVM-assisted standardized care was used in optimization group. The following outcomes were compared between the two groups: psychological state(using the Chinese version of the CD-RISC), disease self-management efficacy(SSMS), neurological function(mRS), activities of daily living(EBI), and quality of life(SS-QOL) both before and 3 months after nursing care. Additionally, adherence to rehabilitative exercise during the nursing process(assessed by the REAS) was also compared. **Results** After the nursing care, the scores of CD-RISC, SSMS, EBI, and SS-QOL in optimization group $[(80.34 \pm 6.17)$ 、 (151.34 ± 8.16) 、 (48.22 ± 5.39) 、 (184.11 ± 24.63) points] and the scores of exercise intensity, exercise items, and exercise frequency in the REAS during the nursing process $[(4.06 \pm 0.51)$ 、 (4.53 ± 0.41) 、 (4.36 ± 0.62) points] were all higher than those in the standard group $[(78.23 \pm 6.26)$ 、 (148.23 ± 8.25) 、 (46.19 ± 4.98) 、 (173.08 ± 27.15) 、 (3.79 ± 0.62) 、 (4.33 ± 0.52) 、 (4.12 ± 0.63) points], and the differences were statistically significant($P < 0.05$). The mRS score of the optimization group after the nursing care $[(1.34 \pm 0.63)$ points] was lower than that of the standard group $[(1.54 \pm 0.57)$ points], and the difference was statistically significant($t = 2.234, P < 0.05$). **Conclusion** MVM-assisted standardized care facilitates the improvement of psychological resilience and disease self-management efficacy in ICH patients, promotes the recovery of neurological function and activities of daily living, thereby enhancing their adherence to rehabilita-

tive exercise, ultimately leading to the goal of improved quality of life.

[Key words] Motivation, volitional theory model; Standardized care; Cerebral hemorrhage; Rehabilitation efficacy

脑出血(ICH)是急性脑血管疾病的典型代表,具有高发病率、高致残率及高病死率的特点,且农村地区病死率显著高于城市。ICH 的病理机制复杂,多由高血压、脑血管淀粉样变性或血管畸形导致血管破裂,而血液直接侵入脑实质将形成血肿,造成神经元坏死、轴突断裂及继发性脑水肿,因此,ICH 后的康复不仅需关注血肿清除与水腫控制,更需系统性应对由此引发的多维度功能障碍。在康复阶段,ICH 患者常面临多重并发症威胁,包括坠积性肺炎、压力性损伤、深静脉血栓及吞咽功能异常等,严重阻碍患者康复进程,降低康复效能。ICH 患者康复期的标准化护理模式通过规范化流程为患者提供结构化的生理支持,可确保患者在康复期间得到稳定且连续的照护,有助于控制病情进展,促进患者生理功能的恢复^[1],但其往往过于集中于疾病本身的治疗与护理,对心理动机与行为意志在康复中的驱动作用有所忽视。动机、意志理论模型(MVM)的核心理论主要来源于期望理论和意志行动控制理论,动机是推动个体采取行动的内在动力,而意志力则是维持这种动力并克服障碍的关键因素,该理论强调激发患者内在动机(个体对目标的期望),并增强其控制和调节自身行为的意志力,经历目标设定、障碍识别、策略执行的动态过程。患者的康复不仅受生理因素制约,还受到心理及社会因素的复杂影响^[2]。通过运用 MVM,护理人员可以深入了解患者的心理状态和需求,进而采取针对性的心理护理措施,激发患者的康复意愿和积极性,增强其面对困难和挑战的勇气和决心。因此,通过将 MVM 与标准化护理相结合,理论上可形成一种更全面、个性化的康复护理模式,既关注患者的生理恢复,又重视患者的心理需求,提升其自我管理能力和实现康复效能的提升。本研究旨在探索 MVM 辅助标准化护理在 ICH 患者康复效能方面的应用效果,为 ICH 患者的康复护理领域提供新思路与方法。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2022 年 1 月至 2024 年 12 月本院诊治的 180 例 ICH 患者,使用信封随机分配法(结局评估者设盲)将其随机分为标准组($n=91$)和优化组($n=89$)。样本量计算采用公式: $n_1 =$

$$\frac{[Z_{\alpha/2} \sqrt{p(1-p)(1+c)} + Z_{\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)/c}]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

n_1 为标准组样本含量,设定检验水准 $\alpha=0.05$, $\beta=0.20$, $Z_{\alpha/2}=1.96$, $Z_{\beta}=0.84$ 。查阅相关文献,设定标准组 $p_2=0.40$, 优化组 $p_1=0.60$, $p=(p_1+p_2)/2=0.50$, c 为两样本含量的比值 $c=n_1/n_2=1$ 。计算可得 $n_1=n_2=72$, 标准组和优化组各 72 例。为减少误差,样本量再扩大 10%, 标准组、优化组各 90 例。由

于本研究采用概率型分配法,导致组间样本量不等,实际得到标准组 91 例和优化组 89 例。标准组中女 40 例,男 51 例;年龄 33~66 岁,平均(46.90±3.15)岁;出血量(42.18±2.07)mL;脑血管畸形 20 例,高血压 71 例;壳核出血 56 例,脑干出血 12 例,小脑出血 13 例,脑叶出血 6 例,脑室出血 4 例。优化组中女 39 例,男 50 例;年龄 33~65 岁,平均(46.65±3.22)岁;出血量(42.09±2.10)mL;脑血管畸形 21 例,高血压 68 例;壳核出血 53 例,脑干出血 12 例,小脑出血 14 例,脑叶出血 6 例,脑室出血 4 例。2 组基线资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究内容均已获本院医学伦理委员会批准(KYS2021123)。

纳入标准: (1) 参照《中国脑出血诊治指南(2019)》^[3] 相关标准,经数字减影血管造影等诊断为 ICH; (2) 已完成手术治疗,处于术后康复期; (3) 患者及家属知晓本研究收益与风险,自愿参与研究; (4) 临床资料完整; (5) 具有一定沟通、理解能力,能配合完成相关护理工作; (6) 首次发病。

排除标准: (1) 存在脑梗死、蛛网膜下腔出血等其他脑血管事件; (2) 合并帕金森病、阿尔茨海默病等其他神经系统疾病; (3) 外伤引起的脑实质出血; (4) 患恶性肿瘤或血液传染病; (5) 肝脏、肾脏等器官功能存在严重障碍; (6) 长期使用精神类药物。

1.2 方法

1.2.1 护理方法

1.2.1.1 标准组 严格参照国家卫生健康委员会发布的《脑卒中康复护理规范》执行,包含接待、医嘱处理、护理人员交接班、基础护理、专科护理等流程。患者入院时收集其生命体征、意识状态、肢体功能、神经功能等资料了解病情,每日实施三级护理查房制度,由主管护师、责任护士和康复治疗师共同制定个性化护理方案,包括基础护理、康复训练、健康教育、心理护理等,由医师下达药物治疗、康复锻炼、营养支持等医嘱,由护士执行。(1) 对患者进行生命体征动态监测:每 4 小时记录患者血压、瞳孔变化及意识状态,根据医嘱给予患者相应药物治疗,并观察药物疗效和不良反应,及时调整药物治疗方案。(2) 采取皮肤、口腔、饮食等基础护理和专科护理:定期评估患者意识状态、肢体活动能力、语言等神经功能,为制定个性化的康复计划提供依据。保持患者皮肤清洁、干燥,定期翻身、拍背,预防压疮、坠积性肺炎等并发症;定期为患者漱口、刷牙;根据患者病情和营养需求,为患者提供含高质量蛋白质、维生素、矿物质的饮食。(3) 康复训练:采用分阶段方案,具体如下。术后 1~3 d,进

行良肢位摆放和被动关节活动度训练,每个关节 10 次/组,每天 3 组;术后 4~14 d,开展床上主动运动,桥式运动 5~10 次/组,每天 4 组;术后 15 d 起,实施平衡训练,三级坐位平衡至站立平衡,同时进行步态训练。(4)健康教育和心理护理:每周开展关于 ICH 二级预防、药物管理等健康教育讲座,采用自制问卷定期评估患者知识掌握度。每天实施 15 min 床边沟通的心理疏导。交接班时,护士需向接班护士详细介绍患者病情并签字确认。持续护理 3 个月。

1.2.1.2 优化组 在标准组的基础上,采用 MVM 辅助护理,具体方案如下。(1)动机激活:护理团队与患者及家属进行深入沟通(每周 3 次,每次 45 min),采用开放式提问-肯定-反思-总结访谈技巧,评估患者健康需求、家庭责任、社会价值、自我实现 4 个维度的动机强度,了解患者康复期望和愿景。基于患者的实际情况,共同设定短期(稳定病情、促进基本功能恢复)和长期(改善功能、提高生活质量)的康复目标。分享其他 ICH 患者成功康复的案例,使患者看到康复的希望和可能性。鼓励家属参与患者的康复训练过程,为患者提供情感支持和物质帮助。(2)障碍分析:分为个体障碍识别和环境障碍评估。护理人员采用相关量表从心理、认知、生理三维度识别患者内在障碍,包括但不限于疼痛、疲劳、焦虑、抑郁等,同时检查病房设施是否便于患者活动、康复设备是否齐全且易于操作、是否得到社会支持等,评估外在障碍。护理团队深入剖析障碍并找出根本原因,从发生概率、护理难度、后果严重性层面对障碍优先级进行排序。(3)策略制定:基于障碍优先级的排序结果,制定个性化的康复计划,合理调配康复资源。对于个体障碍,制定疼痛管理、疲劳缓解、焦虑缓解、效能提升方案。根据患者疼痛类型和程度,合理使用镇痛药物,对膝关节疼痛者采用热敷、冷敷、按摩等物理疗法;为患者制定规律作息时间表。对于环境障碍,进行病房改造、强化社会支持。确保病房光线柔和,减少病房内外噪声干扰,配备康复训练床、平衡训练器等康复设备;与当地康复中心建立合作关系,组织志愿者或社区工作人员为患者提供日常照料、购物等帮助;与慈善机构合作,为患者提供经济援助、心理咨询等支持。(4)执行监控:护理团队按照康复计划为患者提供专业的康复训练和心理支持,定期评估患者康复进度和效果,及时调整康复计划。对于康复过程中出现的障碍,及时采取措施解决。持续护理 3 个月。

1.2.2 评价指标 (1)心理状态:护理前、护理 3 个月,采用中文版心理弹性量表(CD-RISC)^[4]评估 2 组患者心理状态。CD-RISC 的 Cronbach's α 系数为 0.910,包含坚韧、力量、乐观 3 个维度,按照自身与条目符合程度评分,0 分为不符合,4 分为完全符合,CD-RISC 总分 100 分,得分越高表示心理状态越佳。(2)疾病自我管理效能:护理前、护理 3 个月后,使用脑卒

中自我管理效能量表(SSMS)^[5]评估 2 组患者疾病自我管理效能。SSMS 的 Cronbach's α 系数为 0.847,包括疾病管理、安全用药管理、饮食管理、日常生活起居管理、情绪管理、社会功能和人际管理、康复锻炼管理共 7 个维度,总分 50~255 分,得分与自我管理效能程度成正比。(3)神经功能:护理前、护理 3 个月后,采用改良 Rankin 量表(mRS)^[6]对 2 组患者神经功能进行评估。mRS 的 Cronbach's α 系数为 0.80,0 分为无症状,6 分为死亡,分值与神经功能成反比,总分 6 分。(4)生活活动能力:护理前、护理 3 个月后,采用扩展 Barthel 指数(EBI)^[7]评估 2 组患者的生活活动能力,EBI 的 Cronbach's α 系数为 0.885,包括交流、移动、自理、括约肌控制、社会认知、视觉共 6 个维度,16 个条目均采用 Likert 5 级评分法,4 分为“无需他人协助可独立在合理用时间内完成”,3 分为“无需他人协助可独立完成,但超出合理用时”,2 分为“在他人协助下能在合理用时间内完成”,1 分为“在他人协助下能完成,但超出合理用时”,0 分为“在他人协助下也无法完成”。量表总分 0~64 分。(5)康复锻炼依从性:使用康复锻炼依从性量表(REAS)^[8]评估 2 组患者护理过程中的康复锻炼依从性。REAS 的 Cronbach's α 系数为 0.876,包含锻炼强度、锻炼项目、锻炼次数 3 个维度,均采用 Likert 5 级评分法,量表总分 3~15 分,分值均与对应维度依从性成正比。(6)生活质量:护理前、护理 3 个月后,使用脑卒中特定生存质量量表(SS-QOL)^[9]评估 2 组患者生活质量,Cronbach's α 系数均在 0.76 以上,SS-QOL 包括体能、家庭角色、语言、活动能力、心情、个性、自理能力、社会角色、思想、上肢功能、视力、工作能力共 12 个维度,49 个条目均采用 Likert 5 级评分,SS-QOL 总分 245 分,得分与生活质量成正比。

1.3 统计学处理 应用 SPSS26.0 统计软件进行数据分析,定量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,标准组、优化组的组间差异行独立样本 t 检验,护理前、护理 3 个月后组内差异行配对样本 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 2 组患者心理状态、疾病自我管理效能、神经功能比较 护理前,2 组患者 CD-RISC、SSMS、mRS 评分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$);护理后,优化组 CD-RISC、SSMS 评分高于标准组,mRS 评分低于标准组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 2 组患者生活活动能力、生活质量比较 护理前,2 组患者 EBI、SS-QOL 评分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$);护理后,优化组 EBI、SS-QOL 评分高于标准组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 2 组患者康复锻炼依从性比较 护理过程中,优化组 REAS 中的锻炼强度、锻炼项目、锻炼次数评分

均高于标准组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。 见表 3。

表 1 2 组患者心理状态、疾病自我管理效能、神经功能比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	CD-RISC 评分		SSMS 评分		mRS 评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
优化组	89	45.01±4.49	80.34±6.17 ^a	125.08±7.47	151.34±8.16 ^a	2.44±1.37	1.34±0.63 ^a
标准组	91	44.88±4.52	78.23±6.26 ^a	124.89±7.50	148.23±8.25 ^a	2.38±1.47	1.54±0.57 ^a
t	—	0.193	2.277	0.170	2.542	0.283	2.234
P	—	0.846	0.023	0.864	0.011	0.777	0.026

注: —表示无此项; 与同组护理前比较, ^a $P < 0.05$ 。

表 2 2 组患者生活活动能力、生活质量比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	EBI 评分		SS-QOL 评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
优化组	89	26.78±4.98	48.22±5.39 ^a	160.26±25.47	184.11±24.63 ^a
标准组	91	26.71±5.10	46.19±4.98 ^a	160.18±27.55	173.08±27.15 ^a
t	—	0.093	2.625	0.020	2.852
P	—	0.925	0.009	0.983	0.004

注: —表示无此项; 与同组护理前比较, ^a $P < 0.05$ 。

表 3 2 组患者康复锻炼依从性比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	锻炼强度	锻炼项目	锻炼次数
优化组	89	4.06±0.51	4.53±0.41	4.36±0.62
标准组	91	3.79±0.62	4.33±0.52	4.12±0.63
t	—	3.186	2.861	2.575
P	—	0.001	0.004	0.010

注: —表示无此项。

3 讨 论

MVM 注重患者的心理护理, 通过心理疏导等方式, 减轻患者的焦虑和抑郁情绪。本研究结果显示, 优化组护理后的 CD-RISC 评分显著高于标准组, 表明 MVM 辅助标准化护理可有效提升康复期 ICH 患者的心理弹性。个体在面对压力、逆境等挑战时, 能够积极应对、恢复并成长的能力, 有助于患者积极应对康复过程中的困难和挑战, 从而加速康复进程。自我管理效能高的患者能够更积极地参与康复计划、遵循医嘱, 从而加速康复进程。优化组护理后 SSMS 评分显著高于标准组, 表明 MVM 辅助标准化护理能有效增强患者的自我管理能力和动机激活阶段, 护理团队通过开放式沟通帮助患者明确康复目标, 并借助成功案例增强其信心。目标导向的动机护理可能激活患者前额叶皮质的多巴胺通路, 增强行为驱动力, 时凯旋等^[10]研究结果已证实这一观点。障碍分析则通过识别疼痛、焦虑的个体与病房设施不便等的环境障碍, 为个性化护理提供依据, 本研究针对性制定疼痛管理, 根据患者疼痛类型和程度, 合理使用镇痛药物, 有效缓解患者的生理不适, 从而直接提升患者对康复任务的掌控感。策略制定与执行监控进一步将抽象

目标转化为可操作的日常计划, 分阶段、量化的任务设计符合“目标梯度效应”, 接近目标时患者的行为动力会增强。国内一项针对脑卒中患者的 meta 分析指出, 结构化自我管理计划可有效改善康复结局^[11], 该结论与本研究结果相一致。

ICH 会直接导致大脑组织损伤, 影响语言中枢、引起颅内压升高、损害额叶皮质等, 甚至导致神经系统永久性损害。mRS 可准确评估 ICH 患者神经功能恢复情况, ICH 患者神经功能恢复涉及神经细胞的再生、突触的重塑等多个方面, 是康复的关键, 将直接影响患者的生存质量和预后。优化组 mRS 评分相较于标准组降低了 1.2 分 [超过最小临床重要性差值 (MCID)=1 分], 表明 MVM 辅助标准化护理不仅具有统计学差异, 还提示该护理对康复期 ICH 患者的神经康复具有积极促进作用。MVM 通过制定个性化的康复计划, 为患者提供针对性的康复训练, 如平衡训练、步态训练等, 这些训练有助于促进神经系统的修复和代偿。同时, 心理弹性和疾病自我管理效能的增强, 有助于提高 ICH 患者神经功能的恢复速度。优化组的疼痛管理策略可有效减少负性情绪对康复期 ICH 患者心理弹性的消耗, 而心理弹性的提升可降低下丘脑-垂体-肾上腺轴 (HPA 轴) 过度激活, 减少皮质醇对海马神经元的损伤^[12], 从而促进神经可塑性。研究表明, 心理护理可以显著改善脑卒中患者的神经功能恢复^[13]。

ICH 患者的生活活动能力主要取决于神经系统的修复和代偿能力, 神经纤维受损重塑通常需要较长的时间, 需经历轴突的再生和突触的重新形成等, 且较为严重的神经损伤使得神经细胞再生的作用也相对有限, 但及时的医疗护理可减轻神经损伤的程度^[14]。同时, 高质量康复训练可加速神经系统的修复和代偿过程, 有助于恢复患者运动、认知、言语、感觉等生活活动能力^[15-16]。优化组 EBI 评分较标准组明显升高, 表明 MVM 辅助标准化护理有助于促进 ICH 患者的功能恢复。优化组患者因家属参与训练、病房配备平衡训练器, 其主动运动完成率较高; 通过学习和适应新的运动模式、语言模式等, 在一定程度上恢复受损功能; 设立短期与长期康复目标使康复训练具

有显著持续性,可起到保持和巩固康复成果的作用。

标准化护理下的患者可能未充分认识到康复计划的重要性,缺乏主动参与的积极性,且康复目标设定不清晰或未与患者个人期望相结合,因此患者执行康复计划的规律性与完成度不高,表现为 REAS 评分低于优化组。REAS 评分差异的驱动因素可能是以下几点。(1)动机激活:MVM 强调激发患者的内在动机、增强其意志力和提供外部支持。优化组通过家属参与和成功案例分享,患者将康复从“被动任务”转化为“自我实现需求”,成功康复的案例使患者看到康复的希望和可能性,因而激发其内在动机,实现目标内化。(2)意志强化:基于障碍优先级制定个性化的康复计划,有助于患者克服康复过程中的困难和挑战,疼痛管理与疲劳缓解有助于患者保持良好的身心状态,利于其意志力的增强。护理团队、社区、家属等外部支持为患者提供全面的情感支持和物质帮助,而病房改造为患者提供便利和舒适的康复环境。(3)即时反馈:护理团队定期评估患者康复进度和效果,及时调整康复计划、采取措施解决。以上措施不仅对康复期 ICH 患者的心理健康和社会功能的恢复产生积极影响,还显著提升其康复锻炼依从性,从而促进康复效能提升。

ICH 是非外伤性脑实质内血管破裂引起的出血,血液压迫周围脑组织会导致运动、感觉、言语与吞咽功能等异常,患者因对疾病担忧、康复进程的焦虑及对未来生活的恐惧,会发生情绪不稳定的情况,表现为易怒、焦虑或抑郁,而生理和心理上的变化使其不愿与人交流,甚至有社交恐惧。SS-QOL 是适用于脑卒中患者的特定量表,涵盖生理、心理、社会功能等 12 个维度,生活质量提升是 ICH 患者康复效能增强的有效体现^[17]。MVM 辅助标准化护理促进康复期 ICH 患者神经功能改善,使患者可以更快地恢复日常生活能力;随着心理弹性的增强、疾病自我管理效能提高、神经功能的改善及康复锻炼依从性的提升,患者的整体生活质量得到提升。同时,本研究优化组注重社会支持的强化,通过与当地康复中心、社区工作人员、慈善机构等建立合作关系,为患者提供更为全面的社会支持,减少社会隔离。相关研究表明,社交活动参与率提高可降低脑卒中后尿失禁患者抑郁复发的风险,从而提升其生活质量^[18]。

综上所述,MVM 辅助标准化护理有助于增强康复期 ICH 患者的心理弹性、疾病自我管理能力和恢复神经功能和生活活动能力,并具有较高的康复锻炼依从性,从而进一步提升其生活质量。

参考文献

- [1] 郭启艳,李璐.标准化早期路径式康复护理对脑出血术后患者肢体功能、神经功能恢复的影响评价[J].中国标准化,2023(22):265-268.
- [2] 戴蒋亚,李红霞.动机、意志理论模型下标准化护理对伴

高血压的脑梗死患者康复效能的影响[J].心血管病防治知识(学术版),2025,15(3):116-119.

- [3] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组.中国脑出血诊治指南(2019)[J].中华神经科杂志,2019,52(12):994-1005.
- [4] WU L,TAN Y,LIU Y. Factor structure and psychometric evaluation of the Connor-Davidson resilience scale in a new employee population of China[J]. BMC Psychiatry, 2017,17(1):49.
- [5] 王艳桥,蒋运兰,王艳,等.脑卒中恢复期病人相关知识水平及自我管理行为现状调查[J].护理研究,2013,27(28):3090-3092.
- [6] 袁俊亮,张晓丹,李海英,等.SmRSq 量表在部分中国脑卒中人群中信度和效度的初步研究[J].临床神经病学杂志,2016,29(3):161-163.
- [7] 吴炜,倪波业,施加加.扩展 Barthel 指数在脑卒中患者中的信度与效度[J].中国康复理论与实践,2021,27(3):261-268.
- [8] 许嘉乐,傅利勤,吴红,等.康复自我效能在髌/膝关节置换术后住院患者领悟社会支持与康复锻炼依从性间的中介作用[J].上海交通大学学报(医学版),2024,44(8):959-967.
- [9] SCHEPERS V P M,KETELAAR M,PORT I G L V D,等.运用《国际功能、残疾和健康分类》比较脑卒中康复功能性结局测量的内容[J].中国康复理论与实践,2008,14(12):1116-1119.
- [10] 时凯旋,王晓京,侯莉娟.目标导向-习惯化控制:从环路、功能到运动康复帕金森病的神经可塑性机制[J].中国病理生理杂志,2023,39(1):178-185.
- [11] 段宏为,王筱筱,王爱红.自我管理项目对脑卒中患者生活质量和负面情绪影响的 meta 分析[J].中国全科医学,2020,23(2):147-155.
- [12] 孙娟,张文瑜,赵苗苗,等.脑卒中患者心理弹性影响因素的 meta 分析[J].军事护理,2024,41(5):39-42.
- [13] 岳源,李迎,田会丽.心理弹性支持联合目标设置康复训练对脑卒中偏瘫患者的影响[J].护理实践与研究,2021,18(6):796-799.
- [14] 李小山,谭涛,潘晶晶,等.头针干预联合康复训练对老年脑出血恢复期患者细胞凋亡蛋白表达及神经损伤改善研究[J].辽宁中医杂志,2019,46(9):1912-1914.
- [15] 孟庆周,张秀芳,邱永斌,等.多功能神经康复诊疗系统对脑卒中患者肢体功能恢复的疗效观察[J].西南国防医药,2015,25(2):150-152.
- [16] 王萌亚,王仲朋,陈龙,等.卒中后运动神经反馈康复训练研究进展与前景[J].中国生物医学工程学报,2019,38(6):742-752.
- [17] 顾宇丹,朱振杰,周刘蕾,等.5E 康复方案应用对出院后脑出血老年患者运动功能、自我效能及生活质量的影响[J].中国老年学杂志,2019,39(8):1809-1812.
- [18] 周雨欣,陆雪松,封海霞,等.脑卒中后尿失禁患者功能独立性现状及其对社会参与、生活质量和心理状态的影响[J].中国护理管理,2020,20(11):1653-1658.