

## • 临床护理 •

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2025.12.036

网络首发 [https://link.cnki.net/urlid/50.1097.r.20250723.1724.006\(2025-07-24\)](https://link.cnki.net/urlid/50.1097.r.20250723.1724.006(2025-07-24))

## 精神分裂症照护者心理韧性水平的影响因素及其与家庭凝聚力的相关性

鲍星星,梅武玲,林丽芬

(丽水市第二人民医院精神康复科,浙江丽水 323000)

**[摘要]** **目的** 探讨精神分裂症照护者心理韧性水平的影响因素及其与家庭凝聚力的关联性。**方法** 选取 2022 年 6 月至 2024 年 6 月在该院治疗的 85 例精神分裂症照护者为研究对象。采用一般资料调查问卷、心理韧性量表(CD-RISC)、家庭生活问卷(FLQ)的家庭凝聚力维度进行调查,分析照护者心理韧性水平的影响因素及其与家庭凝聚力的相关性。**结果** 发放问卷 85 份,回收有效问卷 85 份,有效回收率为 100.0%。85 例照护者 CD-RISC 总分为(50.74±8.33)分,其中乐观维度为(7.58±2.03)分、自强维度为(17.35±2.88)分、坚韧维度为(25.31±3.29)分。多因素 logistic 回归分析结果显示,患者病程时间越短、每天照护时间越短、使用医保付费的照护者 CD-RISC 评分更高( $P<0.05$ )。85 例照护者 FLQ-家庭凝聚力评分为(12.07±2.12)分。Pearson 相关性分析结果显示,照护者 CD-RISC 总分及乐观、自强、坚韧 3 个维度评分与 FLQ-家庭凝聚力评分呈正相关( $P<0.05$ )。**结论** 精神分裂症照护者心理韧性水平与家庭凝聚力呈正相关。

**[关键词]** 精神分裂症;照护者;心理韧性;家庭凝聚力;影响因素;相关分析

**[中图法分类号]** R749.3

**[文献标识码]** B

**[文章编号]** 1671-8348(2025)12-2929-05

精神分裂症是一种严重的精神障碍,以思维、情感及行为紊乱为主要特征,发病率为 0.4~0.8%<sup>[1-2]</sup>。该疾病具有病程长、复发率高等特点,不仅严重影响患者的社会功能,还为其家庭带来沉重负担。研究表明,精神分裂症照护者的抑郁、焦虑发生率明显高于普通人群<sup>[3-4]</sup>。作为患者康复过程中的核心支持者,照护者不仅需承担日常护理责任,还需应对疾病症状波动、社会歧视及经济负担等多重压力,因此其心理健康与适应能力直接关系到患者的治疗依从性和预后<sup>[5]</sup>。

心理韧性是个体在逆境中维持心理平衡并积极适应的核心能力,近年被证实是缓解照护者压力、提升照护质量的关键保护因素<sup>[6]</sup>。心理韧性高的照护者在面对患者病情波动时能保持更沉稳的心态,并更好地应对长期照护压力<sup>[7]</sup>。而家庭凝聚力作为家庭内部情感联结与协作能力的体现,可能通过提供情感支持、分担责任等途径增强照护者的心理韧性<sup>[8-9]</sup>。然而,目前关于两者关联性的研究多聚焦于理论探讨,缺乏基于本土化的实证分析,且对医疗付费形式、家庭经济水平等现实因素的考察不足,导致临床支持措施的针对性和可及性受限<sup>[10-11]</sup>。此外,现有干预策略多集中于个体心理调适,未能重视家庭系统在压力缓冲中的结构性作用。因此,本研究旨在系统分析精神分裂症照护者心理韧性水平的影响因素,并探讨其与家庭凝聚力的关联性,以期构建“家庭-社会-医疗”协同支持体系、优化照护者心理健康干预路径提供实证依据,现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2022 年 6 月至 2024 年 6 月在本院治疗的 85 例精神分裂症照护者为研究对象。纳入标准:(1)照护的患者符合《中国精神障碍分类与诊断标准(第三版)》<sup>[12]</sup>中精神分裂症诊断标准;(2)照护的患者病情处于缓解期,且于家中康复;(3)照护的患者于社区卫生服务机构登记,并接受医生管理 1 个月以上;(4)与患者存在血缘关系,且是患者的主要照护人,与其共同生活及照料时间 1 年以上;(5)沟通、认知和理解均无障碍。排除标准:(1)照护的患者合并其他精神类疾病;(2)照护的患者合并严重躯体性疾病;(3)合并精神类疾病或严重躯体性疾病;(4)有严重暴力倾向、酗酒或药物滥用史;(5)依从性较差,不愿意配合研究。本研究已通过本院伦理委员会批准(审批号:L2024-IRB-036),患者监护人及照护者均知情同意。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 样本量计算

参照《医学统计学(2014 版)》<sup>[13]</sup>中多因素研究样本量计算方式,同时考虑 5%~10%的脱落率,本研究所需的最小样本量为 78 例,实际纳入 85 例。

#### 1.2.2 研究工具

(1)一般资料调查问卷:包括患者性别、年龄、文化程度、病程,照护者性别、年龄、文化程度、每天照护时间、与患者关系、对疾病了解程度,家庭人均月收入、医疗付费形式、照护者人数。(2)心理韧性量表(Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC):由乐观

(4 个条目)、自强(8 个条目)和坚韧(13 个条目)3 个维度、25 个条目构成<sup>[14]</sup>,采用 Likert5 级评分法,总分 100 分,得分越高表示心理韧性越好。该量表 Cronbach’s  $\alpha$  系数为 0.900<sup>[15]</sup>。(3)家庭生活问卷(family life questionnaire, FLQ):采用 FLQ 中的“家庭凝聚力”维度评估照护者的家庭凝聚力,该部分涵盖 4 个条目<sup>[16]</sup>,采用 Likert5 级评分法,总分 20 分,得分越高表示家庭凝聚力越好。该量表 Cronbach’s  $\alpha$  系数为 0.860。

### 1.2.3 调查方式

于研究正式开始前挑选 15 名照护者进行问卷预测试。测试结果显示 Cronbach’s  $\alpha$  系数为 0.860~0.920,条目水平内容效度指数(item-level content validity index, I-CVI) $>0.83$ ,工具适用性良好。由研究者向照护者解释研究内容、问卷及量表填写方法及注意事项,并以统一指导语指导其填写问卷。完成问卷作答后,研究者立即回收问卷,同时安排两名调查员独立对每份问卷进行逐题核对,重点检查是否存在漏填项、逻辑矛盾项、书写模糊无法辨识等情况。

### 1.3 统计学处理

采用 SPSS26.0 软件进行数据分析,计量资料以  $\bar{x}\pm s$  表示,比较采用  $t$  检验或方差分析;逐步 logistic 回归分析影响因素,Pearson 检验分析相关性,以  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结 果

### 2.1 照护者心理韧性现状

发放问卷 85 份,回收有效问卷 85 份,有效回收率为 100.0%。85 例照护者 CD-RISC 评分见表 1。

表 1 照护者 CD-RISC 评分情况( $n=85$ )				
维度	条目( $n$ )	理论评分(分)	实际评分(分)	评分( $\bar{x}\pm s$ ,分)
乐观	4	0~16	2~13	7.58 $\pm$ 2.03
自强	8	0~32	13~25	17.35 $\pm$ 2.88
坚韧	13	0~52	14~44	25.31 $\pm$ 3.29
总分	25	0~100	29~82	50.74 $\pm$ 8.33

### 2.2 影响照护者心理韧性水平的单因素分析

单因素 logistic 回归分析结果显示,不同患者病程、每天照护时间、照护者对疾病了解程度、家庭人均月收入、医疗付费形式及照护者人数的照护者 CD-RISC 评分比较,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表 2。

### 2.3 影响照护者心理韧性水平的多因素 logistic 回归分析

以照护者 CD-RISC 评分作为因变量,将单因素分析中差异有统计学意义的项目作为自变量纳入多因素 logistic 回归分析,结果显示,患者病程时间越短、每天照护时间越短、使用医保付费的照护者 CD-RISC 评分更高( $P<0.05$ ),见表 3。

表 2 影响照护者心理韧性水平的单因素分析( $\bar{x}\pm s$ ,分)				
项目	$n$	CD-RISC 评分	$t/F$	$P$
患者性别			1.270	0.208
男	61	51.69 $\pm$ 6.23		
女	24	50.03 $\pm$ 2.24		
患者年龄			0.759	0.450
18~60 岁	78	52.54 $\pm$ 7.92		
>60 岁	7	50.07 $\pm$ 0.95		
患者文化程度			0.724	0.471
高中/中专以下	26	51.07 $\pm$ 3.02		
高中/中专及以上	59	50.33 $\pm$ 4.80		
患者病程			11.947	<0.001
<3 年	39	52.36 $\pm$ 4.26		
3~5 年	25	50.08 $\pm$ 2.14		
>5 年	21	48.05 $\pm$ 2.31		
照护者性别			1.609	0.111
男	26	51.03 $\pm$ 4.33		
女	59	49.71 $\pm$ 3.05		
照护者年龄			1.850	0.068
18~60 岁	58	51.18 $\pm$ 4.35		
>60 岁	27	49.32 $\pm$ 4.24		
照护者文化程度			-1.852	0.068
高中/中专以下	62	49.01 $\pm$ 5.53		
高中/中专及以上	23	51.29 $\pm$ 3.34		
每天照护时间			3.114	0.003
<3 h	39	51.97 $\pm$ 4.25		
$\geq 3$ h	46	49.24 $\pm$ 3.83		
照护者与患者关系			-0.403	0.688
配偶	66	50.35 $\pm$ 5.03		
其他	19	50.83 $\pm$ 2.32		
照护者对疾病了解程度			24.209	<0.001
详细了解	26	54.35 $\pm$ 2.28		
简单了解	39	50.90 $\pm$ 3.65		
不了解	20	48.35 $\pm$ 2.03		
家庭人均月收入			3.544	0.001
$\geq 3\ 000$ 元	46	51.87 $\pm$ 3.14		
<3 000 元	39	49.23 $\pm$ 3.73		
医疗付费形式			2.095	0.039
医保	63	51.30 $\pm$ 4.46		
自费	22	49.23 $\pm$ 2.05		
照护者人数			3.690	<0.001
$\geq 2$ 人	55	52.38 $\pm$ 4.33		
1 人	30	49.30 $\pm$ 1.95		

### 2.4 照护者心理韧性水平与家庭凝聚力的相关性

85 例照护者 FLQ-家庭凝聚力评分为(12.07 $\pm$

2.12)分。Pearson 相关性分析结果显示,照护者 CD-RISC 总分及乐观、自强、坚韧 3 个维度评分与 FLQ-家庭凝聚力评分呈正相关( $P<0.05$ ),见表 4。

表 3 影响照护者心理韧性水平的多因素 logistic 回归分析

项目	B	SE	$\beta$	t	P
常量	50.764	1.309		38.783	<0.001
患者病程	-12.430	4.287	-0.438	-2.899	0.005
每天照护时间	-8.570	3.440	-0.384	-2.491	0.015
照护者对疾病了解程度	-2.567	2.692	-0.131	-0.954	0.343
家庭人均月收入	0.608	3.527	0.023	0.172	0.864
医疗付费形式	6.919	2.733	0.269	2.532	0.013
照护者人数	-2.409	2.176	-0.121	-1.107	0.272

$R^2=0.187$ , 调整  $R^2=0.125$ ,  $F=2.998$ ,  $P=0.011$ 。

表 4 照护者心理韧性水平与家庭凝聚力的相关性(r)

项目	CD-RISC				FLQ-家庭凝聚力
	总分	乐观	自强	坚韧	
CD-RISC					
总分	1.000				
乐观	0.204 <sup>a</sup>	1.000			
自强	0.368 <sup>a</sup>	0.230 <sup>a</sup>	1.000		
坚韧	0.251 <sup>a</sup>	0.210 <sup>a</sup>	0.176 <sup>a</sup>	1.000	
FLQ-家庭凝聚力	0.396 <sup>a</sup>	0.323 <sup>a</sup>	0.349 <sup>a</sup>	0.312 <sup>a</sup>	1.000

<sup>a</sup>:  $P<0.05$ 。

3 讨 论

照护者作为精神分裂症患者日常照护、康复推进与社会支持网络衔接的关键枢纽,承担着多维度的责任与压力<sup>[17]</sup>。由于长期处于高应激状态,且缺乏系统性社会支持与专业心理干预,照护者普遍存在焦虑、抑郁、躯体化症状等心理问题,其心理韧性在持续消耗中面临严峻考验,而照护者心理状态的波动又通过家庭互动间接作用于患者的康复进程,形成复杂的交互影响机制<sup>[18-19]</sup>。因此,探讨照护者心理韧性的影响因素及其与家庭凝聚力的内在联系,对于加速患者康复和促进照护者心理健康具有重要意义。

通过分析照护者心理韧性的影响因素,发现患者病程较短(<3 年)、每天照护时间较短(<3 h)及采用医保付费的照护者 CD-RISC 评分更高( $P<0.05$ ),与周迎春等<sup>[20]</sup>研究结果相似。分析原因考虑:(1)病程较短的患者通常处于疾病初期或急性发作后的缓解期,精神症状(如幻觉、妄想、情感淡漠等)的波动性相对较低,因此照护者无需长期应对频繁且剧烈的症状波动,减少了因患者行为异常引发的情绪耗竭与认知负荷<sup>[21]</sup>。同时早期病程患者的治疗依从性普遍高于长期患者,尚未形成药物不良反应、耐受性下降或治疗倦怠等问题,因此降低了照护者的决策压力与道德困境<sup>[22]</sup>。(2)每日照护时间较短的照护者通常具备职

业身份或社会角色,其日常时间分配更趋多元化,使其既能履行家庭责任,又能通过工作获得成就感与经济自主性,避免陷入“照护者”单一身份认同的困境<sup>[23]</sup>。同时,照护时间短的照护者保留了专属的“心理缓冲区”,使其得以通过兴趣活动、体育锻炼或正念练习实现压力疏解与情绪调节。(3)医疗付费形式(医保)的影响则凸显了经济压力在心理韧性中的调节作用,医保群体可能享有更稳定的就业(带薪照护假)、更高的健康素养(高效利用医疗资源),而自费群体面临“双重剥夺”,即医疗支出挤压生活预算,且更易因经济压力放弃专业支持服务,这提示医保政策中若增设“精神疾病照护者专项补助”,则可能帮助减轻精神分裂症家庭的脆弱性<sup>[24-25]</sup>。值得注意的是,虽然单因素 logistic 回归分析显示照护者对疾病了解程度是照护者心理韧性水平的影响因素( $P<0.05$ ),但多因素 logistic 回归分析则显示其不为影响因素( $P>0.05$ ),这可能与知识转化的“实践鸿沟”有关,即照护者虽然了解疾病知识,但若缺乏应对技能培训或社会支持,仍难以有效提升心理韧性<sup>[26]</sup>。

Pearson 相关性分析结果显示,照护者 CD-RISC 总分及各维度(乐观、自强、坚韧)评分均与 FLQ-家庭凝聚力评分呈正相关( $P<0.05$ ),这一结果支持了 Bowen 家庭系统理论的观点。首先,该理论中家庭凝聚力通过情感联结和自我分化双重机制增强照护者心理韧性,其中情感联结体现为家庭成员间的情感支持与责任分担(如多照护者协作),直接缓解照护压力;自我分化则表现为照护者在维持家庭角色同时保持独立身份(如坚持职业发展),避免陷入“过度融合”状态<sup>[27]</sup>。研究显示,在高凝聚力家庭中,成员间的情感表达更为开放,在面对特殊事件时,更倾向于寻求家庭内部讨论而非独自应对<sup>[28]</sup>,因此照护者更易获得理解与鼓励,从而维持了乐观的心态。其次,责任分担减少了个体照护者的负荷,家庭凝聚力通过明确责任分工实现了照护任务的模块化处理,因此当家庭中存在多位照护者时,主要照护者的日常压力明显降低<sup>[29]</sup>( $P<0.001$ )。同时,高凝聚力家庭通过建立动态责任调整机制,允许成员根据自身状态灵活切换照护角色,使照护者感知到家庭系统的资源优势,从而在面对困难时更倾向于采取主动应对策略而非消极逃避,这与自强的核心特征高度契合<sup>[30]</sup>。最后,共同决策过程通过将个体困境升华为家庭共同使命,且照护者的付出被赋予更高层次的家庭与社会价值,使照护者从“被动受害者”转变为“主动参与者”,这种意义感升级是心理韧性中“坚韧”维度的深层动力,可有效抵御长期照护中的意义缺失感,形成“压力-成长”的良性循环<sup>[31]</sup>。然而,家庭凝聚力的作用可能受文化背景调节。本研究 FLQ-家庭凝聚力评分偏低[(12.07±2.12)分],反映了传统中国家庭对情感表达的抑制可能弱化了 Bowen 理论中的“去三角化”效应,需通过干



预促进开放性沟通。

综上所述,精神分裂症照护者的心理韧性水平受患者病程、照护时间及医疗付费形式多重影响,并与家庭凝聚力呈正相关。本研究仍存在局限性,如横断面设计限制因果推断、未纳入照护者的个性特质(如应对风格)等潜在混淆变量,未来研究可采用交叉滞后设计在入院、出院 3 个月、出院 1 年追踪变量交互轨迹,并引入简明人格量表进行分层回归控制此类混淆,以期提升照护者的心理适应能力,最终改善患者康复结局。

## 参考文献

- [1] JESTER D J, THOMAS M L, STURM E T, et al. Review of major social determinants of health in schizophrenia-spectrum psychotic disorders: I. clinical outcomes [J]. *Schizophr Bull*, 2023, 49(4): 837-850.
- [2] 杨凡, 徐沛琳, 黄悦勤, 等. 不同首发年龄精神分裂症患者临床特征及影响因素[J]. *中国心理卫生杂志*, 2024, 38(1): 16-24.
- [3] OKAFOR A J, MONAHAN M. Effectiveness of psychoeducation on burden among family caregivers of adults with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis[J]. *Nurs Res Pract*, 2023, 2023: 2167096.
- [4] GIRDHAR A, PATIL R. Caregivers' burden in patients with bipolar disorder and schizophrenia and its relationship with anxiety and depression in caregivers: a narrative review [J]. *Cureus*, 2023, 15(10): e47497.
- [5] 段登艾, 王维, 张志雄, 等. 昆明市寻甸县重性精神病患者主要照料者照料负担的影响因素[J]. *昆明医科大学学报*, 2023, 44(11): 120-125.
- [6] 孟令瑶, 刘明明, 张燕, 等. 阿尔茨海默病患者照顾者照料负担与心理韧性、接纳程度的相关性研究[J]. *中华现代护理杂志*, 2021, 27(18): 2425-2430.
- [7] CUI P, YANG M, HU H, et al. The impact of caregiver burden on quality of life in family caregivers of patients with advanced cancer: a moderated mediation analysis of the role of psychological distress and family resilience[J]. *BMC Public Health*, 2024, 24(1): 817.
- [8] 刘欣怡, 梅永霞, 赛一溥, 等. 脑卒中患者及其配偶照顾者家庭韧性对心理困扰的主客体互倚模型分析[J]. *军事护理*, 2024, 41(5): 35-38.
- [9] WANG N, WANG K, LU X, et al. Effects of family dignity interventions combined with standard palliative care on family adaptability, cohesion, and anticipatory grief in adult advanced cancer survivors and their family caregivers: a randomized controlled trial [J]. *Helvion*, 2024, 10(7): e28593.
- [10] 王瑾, 许凤琴, 吕娜, 等. 宫颈癌患者心理弹性及家庭关怀度在社会支持与家庭韧性间的中介作用[J]. *安徽医学*, 2024, 45(3): 360-366.
- [11] MARCON S S, PIZZOL EDS R D, LINO I G T, et al. Association between sociodemographic characteristics, stress level and resilience with family functioning of immigrants [J]. *Rev Gaucha Enferm*, 2025, 45: e20240061.
- [12] 李广智. 精神分裂症[M]. 2 版. 北京: 中国医药科技出版社, 2020: 184-188.
- [13] 孙振球, 徐勇勇. 医学统计学[M]. 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2020: 168-175.
- [14] HALKIAKAKIS P N, MAHAJAN S, CROSBY D R, et al. A prospective assessment of resilience in trauma patients using the connor-davidson resilience scale [J]. *Surgery*, 2023, 174(5): 1249-1254.
- [15] 黄磊, 李乐君, 梁梓莹, 等. 基于系统性评价的我国心理韧性量表编制本土化研究之现状[J]. *心理学探新*, 2024, 44(6): 539-549.
- [16] LAST A, MILES R, WILLS L, et al. Reliability and sensitivity to change of the family life questionnaire in a clinical population [J]. *Child Adolesc Ment Health*, 2012, 17(2): 121-125.
- [17] CHOW J Y A, YEO Y T T, GOH Y S. Effects of psychoeducation on caregivers of individuals experiencing schizophrenia: a systematic review and meta-analysis [J]. *Int J Ment Health Nurs*, 2024, 33(6): 1962-1987.
- [18] 王双, 宋静静, 候金波, 等. 研究生自杀倾向与家庭亲密度及心理韧性和特质应对方式的关系 [J]. *中国心理卫生杂志*, 2024, 38(10): 901-907.
- [19] KIM S H, PARK S. Effectiveness of family interventions for patients with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis [J]. *Int J Ment Health Nurs*, 2023, 32(6): 1598-1615.
- [20] 周迎春, 胡隼, 汪春雨, 等. 心理韧性在肿瘤患儿父母疾病不确定感和医学应对方式间的中介效应分析[J]. *检验医学与临床*, 2024, 21(9): 1312-1316, 1320.
- [21] 孙倩, 杨晓婕, 马云, 等. 短程认知行为治疗改善精神分裂症患者生活质量的效果及影响因素 [J]. *四川精神卫生*, 2024, 37(3): 219-225.
- [22] SHIRAISHI N, REILLY J. Positive and nega-

tive impacts of schizophrenia on family caregivers:a systematic review and qualitative meta-summary[J]. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol,2019,54(3):277-290.

[23] 段登艾,张勇辉,王维,等. 重症精神病患者主要照料者的焦虑抑郁水平及生活质量的现状[J]. 国际精神病学杂志,2024,51(2):419-421.

[24] 付蓉,陈磊. 伤残调整寿命年结合人力资本法估计江苏省缺血性心脏病间接经济负担[J]. 中国卫生统计,2024,41(1):72-75,79.

[25] 贾云洋,霍妍,梁小芹,等. 老年骨折患者自我感受负担影响因素及支持性照护方案应用效果分析[J]. 骨科临床与研究杂志,2024,9(6):332-337.

[26] 郭晓铭,杨风勤,宋凯琳,等. 老年结核病患者家庭照顾者照护能力现状及其影响因素[J]. 国际老年医学杂志,2024,45(2):210-214.

[27] RIVED-OCANA M,CALATRAVA M,ROD-RÍGUEZ-GONZÁLEZ M. Relational ethics and differentiation of self:an empirical study of the key constructs of contextual theory and bowen family systems theory[J]. Fam Process,2025,64(1):e70005.

[28] 李丽君,张娟,张宁,等. 家庭凝聚力及家庭冲突对学龄前儿童睡眠时长的影响[J]. 中华行为医学与脑科学杂志,2024,33(7):624-629.

[29] BHADAURIA U S,BHUKAL A,PUROHIT B,et al. Effect of family cohesion on oral health predictors in children and adolescents:a systematic review[J]. Community Dent Health,2024,41(2):134-139.

[30] WANG Y, QIU Y, REN L, et al. Social support,family resilience and psychological resilience among maintenance hemodialysis patients:a longitudinal study[J]. BMC Psychiatry,2024,24(1):76.

[31] 周路路,陆媛,张怡,等. 轻度认知障碍家庭照料者社会支持度及影响因素研究[J]. 中国全科医学,2024,27(16):1977-1983.

(收稿日期:2025-03-22 修回日期:2025-07-12)  
(编辑:袁皓伟)

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2025.12.037

网络首发 [https://link.cnki.net/urlid/50.1097.R.20250814.1142.012\(2025-08-14\)](https://link.cnki.net/urlid/50.1097.R.20250814.1142.012(2025-08-14))

# ADOPT 模式团队管理在卒中吞咽障碍患者中的应用研究<sup>\*</sup>

王金凤<sup>1,2</sup>,汤先萍<sup>3</sup>,李洪艳<sup>1,2△</sup>,郭文丹<sup>1</sup>,王春丽<sup>1</sup>,李 芳<sup>1</sup>  
(1. 徐州市康复医院护理部,江苏徐州 221003;2. 徐州市中心医院康复医学科,江苏徐州 221009;3. 徐州医科大学护理学院,江苏徐州 221000)

**[摘要]** **目的** 探讨态度-定义-开放思维-计划-实施(ADOPT)模式团队管理在卒中吞咽障碍患者中的应用效果。**方法** 选取 2023 年 6—12 月在本院康复医学科住院的卒中吞咽障碍患者作为研究对象,采用随机数字表法分为对照组( $n=63$ )和观察组( $n=62$ )。对照组患者采用常规吞咽功能康复训练,观察组在对照组干预基础上联合 ADOPT 管理模式。比较两组干预前后的血清学指标、吞咽功能相关指标、洼田饮水试验分级、临床总有效率、生活质量等。**结果** 干预后,观察组 Hb、白蛋白和总蛋白水平均高于对照组( $P<0.05$ );观察组舌压力、吞咽期间咽喉肌电图、VFSS 评分高于对照组,吞咽反应时间短于对照组( $P<0.05$ );观察组洼田饮水试验分级 I 级例数多于对照组,临床总有效率高于对照组( $P<0.05$ );观察组简明健康调查量表-36 项生理功能分量表及心理健康分量表评分高于对照组( $P<0.05$ )。**结论** ADOPT 模式团队管理可提高卒中吞咽障碍患者的康复效果。

**[关键词]** ADOPT 模式;团队管理;卒中;吞咽障碍,生活质量  
**[中图法分类号]** R473 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-8348(2025)12-2933-05

卒中具有较高的患病率、致残率及病死率,是重大公共卫生问题之一<sup>[1-2]</sup>,也是全球第二大疾病死亡原因<sup>[3]</sup>。我国卒中患病率居全球首位,病死率远高于心血管疾病和恶性肿瘤<sup>[4]</sup>。吞咽障碍是卒中常见并

发症之一,患病率为 50%~80%<sup>[5]</sup>。吞咽障碍不仅严重影响患者生活质量,还可能导致严重并发症,甚至危及生命<sup>[6-7]</sup>。因此,如何有效管理卒中吞咽障碍患者成为需要解决的临床问题。目前,传统吞咽障碍康

<sup>\*</sup> 基金项目:江苏省老年健康科研项目(LSD2022010);江苏省徐州市科技重点研发计划项目(KC23193);江苏省徐州市卫生健康委科技项目(XWKYHT20250009)。△ 通信作者,E-mail:lhysam1017@163.com。