

• 重点关注——居家康复护理专题 •
• 论 著 •

专科护士主导的健康教练技术干预对老年脑卒中 吞咽障碍患者居家康复的影响

柴会荣, 鲁娟, 梁丽燕, 辛莉, 周彤, 孙晓岚

摘要:目的 探讨专科护士主导的健康教练技术干预对老年脑卒中吞咽障碍患者居家康复的影响。方法 选取 2024 年 7 月至 2025 年 6 月收治的 90 例老年脑卒中吞咽障碍患者, 按入院时间分成对照组和干预组各 45 例。对照组接受传统居家延续性护理, 干预组在对照组基础上实施专科护士主导的健康教练技术居家康复干预。结果 对照组 44 例和干预组 43 例完成研究。出院 4 周、8 周干预组吞咽功能障碍、自我管理与生活质量评分显著优于对照组(均 $P < 0.05$), 且组间、时间及交互效应显著(均 $P < 0.05$)。两组非计划再入院率比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 专科护士主导的健康教练技术应用于老年脑卒中吞咽障碍患者居家康复, 可促进其吞咽功能恢复, 提高居家自我管理水平, 改善生活质量。

关键词:老年人; 脑卒中; 吞咽障碍; 专科护士; 健康教练技术; 自我管理; 延续护理; 康复护理

中图分类号: R473.74; R493 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2026.16.001

Effects of specialist nurse-led health coaching program intervention on home rehabilitation for elderly patients with post-stroke dysphagia

Chai Huirong, Lu Juan, Liang Liyan, Xin Li, Zhou Tong, Sun Xiaolan. Department of Geriatrics, The First Affiliated Hospital of Naval Medical University, Shanghai 200433, China

Abstract: **Objective** To explore the effects of specialist nurse-led health coaching program on home-based rehabilitation in elderly patients with post-stroke dysphagia (PSD). **Methods** A total of 90 elderly patients with PSD admitted between July 2024 and June 2025 were selected and divided into a control group and an intervention group (45 cases each) based on their admission time. The control group received traditional home transitional care, while the intervention group was subjected to a specialist nurse-led health coaching program for home rehabilitation intervention in addition to the routine care provided to the control group. **Results** In this study, 44 cases from the control group and 43 cases from the research group fully participated in the research. At 4 and 8 weeks after discharge, the scores for swallowing dysfunction, self-management, and quality of life in the intervention group were significantly better than those in the control group (all $P < 0.05$), with significant group, time, and group-by-time interaction effects observed between the two groups (all $P < 0.05$). The difference in unplanned readmission rate between the two groups was not statistically significant ($P > 0.05$). **Conclusion** The application of specialist nurse-led health coaching program in the home rehabilitation of elderly patients with PSD can promote the recovery of swallowing function, improve the level of home self-management, and enhance the overall quality of life.

Keywords: older adults; stroke; dysphagia; specialist nurse; health coaching program; self-management; transitional care; rehabilitation nursing

吞咽障碍是脑卒中最常见的并发症之一, 发生率高达 26%~57%^[1-2]。老年脑卒中患者吞咽相关器官发生生理性减退, 肌群力量下降, 更易发生吞咽障碍^[3]。目前, 随着加速康复外科理念的推广, 患者住院周期缩短, 脑卒中后吞咽障碍(Post-Stroke Dysphagia, PSD)的康复模式逐渐由医院康复转向居家康

复。然而, 常规护理多依赖于单向性知识宣教或间断性的电话随访, 由于缺乏持续、针对性的专业支持, 老年 PSD 患者居家康复依从性与安全性难以得到有效保证^[4]。在实际居家康复场景下, 老年患者常因对吞咽障碍引发误吸、窒息等潜在危险的严重性认知不足, 加之长期康复训练过程枯燥, 导致其康复意愿低下。同时因专业监管力度不足, 患者易出现康复训练偏差, 康复依从性不佳^[5-6]。上述问题不仅会直接影响患者吞咽功能恢复及生活质量, 还可能引起误吸、吸入性肺炎、营养不良等严重后果, 增加再入院风险^[7]。因此, 亟待探索有效的居家管理模式。健康教练技术为一种以患者为中心的健康管理策略, 其主张由健康教练和患者构建合作伙伴关系, 通过 8 个核心

作者单位: 海军军医大学第一附属医院老年医学科(上海, 200433)

通信作者: 孙晓岚, 496440106@qq.com

柴会荣: 女, 本科, 主管护师, yh66201@126.com

科研项目: 老年长期照护教育部重点实验室(海军军医大学)开放研究基金资助项目(LNYBPY-2023-11); 第二十八届中国科协年会学术论文成果

收稿: 2026-03-10; 修回: 2026-05-15

步骤(接触、观察、强化、澄清、帮助、鼓励、教育与引导)向患者传授专业知识和技能,激发内在动力、康复意愿,协助制订可行的健康计划,以达到促进自我管理行为形成、提高生活质量的目的^[8-9]。针对老年 PSD 患者居家康复风险高、专业依赖性强的特点,专科护士具有扎实专业技能与较强临床决策能力,成为健康教练技术的理想实施者^[10]。Holder 等^[11]质性研究显示,由护士主导的健康教练对话模式,能有效提升脑卒中患者对个人健康风险及疾病潜在影响的认知程度,唤醒内在健康需求与康复意愿,促进长期健康行为改变。但目前尚无将专科护士主导的健康教练技术用于老年 PSD 患者居家康复的研究。鉴于此,本研究构建并实施专科护士主导的健康教练技术干预方案,以期优化老年 PSD 患者居家康复管理提供实践依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究为前瞻性非同期对照试验,以 2024 年 7 月至 2025 年 6 月海军军医大学第一附属医院接收的老年 PSD 患者为研究对象。以干预后吞咽功能障碍评分为主要结局指标,样本量计算采用公式 $n_1 = n_2 = 2(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 \sigma^2 / \delta^2$, α 取 0.05, Z_{α} 取 1.96, Z_{β} 取 1.282,参照相关研究^[12]中,接受传统延

续性护理后患者吞咽功能障碍评分为 (28.78 ± 3.21) 分,预计接受健康教练技术干预后的吞咽功能障碍评分降低 2.39 分,即 $\sigma = 3.21, \delta = 2.39$,代入公式计算得到 $n_1 = n_2 \approx 38$,考虑 15%脱落率,故每组至少需纳入 45 例。纳入标准:①符合脑卒中诊断标准^[13]及《中国吞咽障碍评估与治疗专家共识(2017 年版)》^[14]关于吞咽障碍的诊断标准;②首发脑卒中,且病情稳定;③年龄 ≥ 60 岁;④能熟练使用智能手机,或有照护者协助操作;⑤视力正常,具备基本阅读与书写能力,能独立完成问卷填写;⑥患者均同意受试。排除标准:①吞咽障碍在脑卒中前已出现;②并存其他严重消耗性疾病,或心肺等器官严重病变,或严重营养不良;③认知障碍,无法正常沟通。剔除及脱落标准:干预期间主动退出或失访,或因脑卒中复发、出现其他疾病而被迫停止研究。将纳入的 90 例患者按入院时间分成两组,2024 年 7—12 月 45 例作为对照组,2025 年 1—6 月 45 例作为干预组。干预期间,干预组有 1 例因出现其他疾病而无法继续研究,1 例主动退出,最终 43 例完成研究;对照组 1 例失访,最终 44 例完成研究。两组一般资料比较,见表 1。本研究已通过医院伦理委员会批准(CHEC2024-157)。

表 1 两组一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	脑卒中中类型(例)		病程(月, $\bar{x} \pm s$)	BMI(kg/m ² , $\bar{x} \pm s$)	文化程度(例)			并存疾病(例)			
		男	女		缺血性	出血性			初中及以下	高中或中专	大专及以上	高血压	糖尿病	冠心病	慢性肺部疾病
对照组	44	29	15	69.57±3.14	28	16	1.49±0.43	22.36±2.04	19	17	8	21	9	14	13
干预组	43	26	17	69.21±3.02	31	12	1.56±0.47	22.51±2.19	17	21	5	19	11	12	15
统计值		$\chi^2 = 0.277$		$t = 0.545$	$\chi^2 = 0.713$		$t = 0.725$	$t = 0.331$	$Z = -0.065$			$\chi^2 = 0.110$	$\chi^2 = 0.323$	$\chi^2 = 0.159$	$\chi^2 = 0.284$
P		0.599		0.587	0.399		0.470	0.742	0.948			0.740	0.570	0.690	0.594

1.2 方法

1.2.1 干预方法

患者入院后均进行吞咽障碍评估,并结合病情指导患者进行口腔运动、舌抗阻训练及 Shaker 训练,每次训练 20~30 min,每日 1 次。对照组由责任护士实施传统延续性护理。出院时,为患者发放 PSD 患者居家管理手册,内容包括功能锻炼的方法、操作要领及注意事项,异常情况的识别及处理方法等;出院 4 周内按每周 1 次的频率进行电话随访,随后改为 2 周 1 次。随访中了解患者居家管理情况及有无遇到疑难问题,并给予指导。干预至出院后 8 周。干预组在对照组基础上实施专科护士主导的健康教练技术干预,具体如下。

1.2.1.1 成立健康教练技术干预团队 成员包括老年医学科护士长、副主任医师、心理治疗师、营养师和信息技术人员各 1 名,专科护士 4 名。护士长负责项目统筹及质量控制;专科护士均接受为期 1 周的健康教练技术培训,内容涵盖微信小程序的使用方法,健康

教练技术的内容、实施方法,重点培训沟通技巧如开放式提问、有效倾听、积极反馈与强化等,考核合格方可参与对患者的干预;副主任医师、心理治疗师、营养师负责提供相关方面的评估和教育指导;信息技术人员负责微信小程序“PSD 居家康复助手”开发和维护,该程序包含健康科普、康复打卡、应急保障等模块,具备信息推送、训练饮食打卡、紧急呼叫响应、线上交流等功能,可支持 PSD 患者居家康复的闭环管理。患者完成训练视频上传、饮食及训练记录打卡后,系统会自动生成康复完成率报表,专科护士后台及时了解居家管理质量并纠偏;患者发起紧急呼叫时,小程序可将预警信息实时推送至护士端,便于专科护士快速作出响应。

1.2.1.2 制订干预方案 团队成员以健康教练技术 8 个核心步骤为核心,检索中国知网、万方数据知识服务平台、PubMed、Embase 等中英文数据库,检索时限从建库至 2024 年 6 月。中文检索词包括健康教练技术,老年人,脑卒中,吞咽障碍;英文检索词包括 health coaching technology, older adults, stroke, dysphagia

等。在排除干预措施叙述模糊及无法查看全文的文献后,由 2 名研究员独立对纳入的文献进行质量评价,随机对照试验采用澳大利亚 JBI 循证卫生保健中心 2016 版随机对照试验质量评价工具进行评价,专家共识采用 JBI 专家共识评价标准进行质量评价。最终筛选出相关高质量文献 8 篇,其中专家共识 2 篇^[14-15]、随机对照试验 6 篇^[5-7,11,16-17],提炼循证依据,并结合临床经验,初步制订吞咽障碍的居家管理方案。邀请 10 名专家(包括老年科护理、神经内科护理、神经内科医疗、康复科护理、康复医学各 2 名,相关工作经验均在 10 年以上,学历本科及以上),采用德尔菲专家咨询法对初稿进行 2 轮函询。专家针对干预流程逻辑、内容适配度、实施频次提出 17 条修改意见,干预团队结合具体意见进行修订完善。经 2 轮专家咨询后,专家意见趋于一致,形成终稿。

1.2.1.3 实施方案

1.2.1.3.1 基线评估和连接建立阶段(出院前 2~3 d)

①接触:专科护士提前在院内介入,以健康教练身份和患者进行床旁面对面沟通,详细介绍干预目的和具体流程,建立信任关系;为患者或照护者提供 PSD 居家康复助手账号注册及使用等方面的指导;通过微信发放电子版《吞咽障碍康复指导手册》(图文版)。专科护士先以引导式对话和患者沟通,评估其对吞咽障碍可能引发误吸、窒息、吸入性肺炎等并发症的认知程度,随后进行通俗化讲解,唤醒其主动进行吞咽功能训练、规避进食安全风险的内在动力。在此基础上,采用 SMART 原则制订个体化康复目标,包括具体性(Specific),目标明确为吞咽功能改善,如减少呛咳;可衡量性(Measurable),量化康复指标,如每日 5 mL 温水吞咽呛咳次数;可实现性(Attainable),结合患者吞咽障碍程度设定可完成的目标,避免过高或过低;相关性(Relevant),目标与吞咽改善、进食安全直接相关;时限性(Time-Bound),设置阶段性评价节点,如以 1 周为 1 个目标节点进行评价。②观察:通过访谈了解患者居家康复管理初始动机水平及照护者的配合情况,对于内在动力不足和照护者配合度低下者,将其列为重点关注对象。

1.2.1.3.2 基础训练和适应阶段(出院 3 周内)

①强化:要求患者每日通过 PSD 居家康复助手上传基础吞咽训练的视频,专科护士在 24 h 内进行反馈,针对错误动作予以纠正。②澄清:每周 1 次线上答疑,询问患者居家训练情况,针对训练中的疑虑如“害怕呛到”“感觉训练的作用不大”,运用教练技术的澄清技巧,纠正其对康复动作安全性的错误认知,并强调当前训练的重要性。③帮助:应急保障模块内设“一键呼叫”按钮,当患者遭遇紧急情况(如呛咳)时,点击该按钮可即

时触发护士端手机与 PSD 居家康复助手后台的双重语音提醒。专科护士负责应答,通过视频可视化评估患者意识、面色、呼吸等,指导照护者采取相应的应急处理措施,并远程综合判定是否需要就近就医。若 60 s 内无响应,系统会自动启动语音急救指导,并同步提醒照护者拨打“120”求助。④教育:以每周 3 次的频率推送进食安全知识(如食物质地、餐具选择)短视频或图文,附食物性状对照表。其中单篇图文字数控制在 300 字以内,短视频时长 1~2 min。

1.2.1.3.3 进阶训练和自我管理强化阶段(出院 4~6 周)

①观察:查看患者后台打卡数据(包括训练频率、饮食记录),了解患者居家管理中的薄弱之处(如饮食质地选择不当),并以视频通话的方式进行指导。②强化:出院后第 4 周门诊复查时,专科护士对患者吞咽功能恢复情况进行评估,依据评估结果调整干预计划。对于标准吞咽功能(Standardized Swallowing Assessment, SSA)^[18]评分下降 ≥ 3 分且洼田饮水试验 ≥ 2 级患者,专科护士面对面指导其增加升级训练内容(包括鼓腮-吞咽组合训练),明确训练频次为每日 2~3 次,并嘱其返回家中后按调整后的方案严格执行;SSA 评分下降 < 3 分,则维持原训练强度,同步评估患者康复依从性与动作准确度,识别潜在障碍因素,据此实施针对性的心理动机干预,并嘱其返回家中后仍严格执行原有方案。③鼓励:向患者推介康复病例的短视频;对于连续打卡 2 周者,系统自动授予“康复之星”称号。④教育:第 6 周开展 1 次线上讲座,主题为“基础疾病管理对吞咽功能康复的影响”,并为患者答疑,时长为 30 min。

1.2.1.3.4 效果巩固与长期规划阶段(出院后 7~8 周)

①观察:第 7 周初,由专科护士依托 PSD 居家康复助手的消息推送功能发放电子版问卷,问卷涵盖呛咳、咽部异物感及进食不畅等吞咽相关症状条目,指导患者或照护者完成线上填写并提交。同时经后台调取患者周康复完成率报表,通过收集信息的梳理,识别患者残留的康复问题。②澄清:针对残留问题制订解决方案,同时澄清患者认知误区。③帮助:每周 1 次线上随访中,专科护士依托后台监测数据并结合视频问询评估患者当前的健康状态,内容包括服药依从性,是否存在头晕、乏力等不适。对于自述有不适或监测指标异常者,专科护士及时对接联合医师进行远程风险评估,并据此调整训练安排,如指导患者避开晨起高危时段,遵循先服药或休息、身体状态平稳后再训练的原则。④鼓励:第 8 周,组织线上“病友座谈会”,邀请 2 例进步显著患者分享训练心得和经验,以增强患者长期坚持的信心。⑤引导:第 8 周末患者门诊复查时,专科护士结合复查情况与患者、照护者共同制订干预结

束后的长期规划,如每周进行 3 次吞咽功能训练,每月线上问诊 1 次。

1.2.2 评价方法 由 2 名经过统一培训的主管护师进行资料收集。于出院时、出院 4 周及 8 周门诊复查时,对患者吞咽功能、自我管理水平和生活质量进行测评,并统计两组出院后 8 周内非计划再入院率。①吞咽功能。采用 SSA 评估,包括临床检查、吞咽试验和吞咽状态评估 3 个步骤,总分 18~46 分,得分≥24 分提示吞咽障碍,且数值越高,吞咽障碍越重。②自我管理。采用由刘延锦等^[19]汉化的自我护理能力测定量表(Exercise of Self-care Agency scale,ESCA)评定。量表包含自护责任感(6 个条目)、自我概念(8 个条目)、健康知识水平(17 个条目)与自我护理技能(12 项)4 个维度共 43 个条目,均以 0~4 分计分,总分 0~172 分。得分越高,表明自我管理水平和越高。该量表的 Cronbach's α 系数为 0.859。③生活质量。采用由谭嘉升等^[20]汉化的吞咽特异性生活质量(Swallowing-Related Quality of Life,SWAL-QOL)量表评价。量表包含 11 个维度(包含食欲、睡眠、心理健康、疲劳、症

状等),共 44 个条目,均以 1~5 分计分,总分 44~220 分。得分越高,表明生活质量越好。该量表的 Cronbach's α 系数为 0.826。

1.2.3 统计学方法 采用 SPSS25.0 软件进行数据分析,计量资料服从正态分布用($\bar{x} \pm s$)表示,行 t 检验和重复测量方差分析;计数资料用频数(%)描述,采用 χ^2 检验及 Fisher 精确概率法;等级资料采用秩和检验。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组不同时间吞咽功能评分比较 见表 2。

表 2 两组不同时间吞咽功能评分比较 分, $\bar{x} \pm s$				
组别	例数	出院时	出院 4 周	出院 8 周
对照组	44	30.45±2.81	29.48±2.74	27.05±2.67
干预组	43	31.37±3.06	28.12±2.86	24.79±2.43
t		1.461	2.265	4.126
P		0.148	0.026	<0.001

注:两组比较, $F_{\text{时间}}=71.238,P<0.001$; $F_{\text{组间}}=6.897,P=0.009$; $F_{\text{交互}}=7.626,P=0.001$ 。

2.2 两组不同时间自我管理评分比较 见表 3。

表 3 两组不同时间自我管理评分比较 分, $\bar{x} \pm s$										
组别	例数	自护责任感			自我概念			健康知识水平		
		出院时	出院 4 周	出院 8 周	出院时	出院 4 周	出院 8 周	出院时	出院 4 周	出院 8 周
对照组	44	12.09±1.95	12.73±2.05	14.48±2.28	15.57±2.42	16.34±2.26	17.84±2.58	32.39±3.81	34.07±3.59	37.25±4.17
干预组	43	11.74±1.82	13.81±2.23	16.51±2.59	15.28±2.15	17.51±2.39	20.35±2.71	31.47±3.49	35.88±3.72	41.33±4.51
t		0.865	2.353	3.883	0.590	2.347	4.425	1.174	2.309	4.383
P		0.389	0.021	<0.001	0.556	0.021	<0.001	0.244	0.023	<0.001

组别	例数	自我护理技能			总分		
		出院时	出院 4 周	出院 8 周	出院时	出院 4 周	出院 8 周
对照组	44	24.07±3.35	25.98±3.04	28.24±3.62	84.11±10.75	89.11±10.95	97.82±10.66
干预组	43	23.60±3.16	27.40±2.92	32.19±3.47	82.09±9.85	94.60±11.26	110.37±11.49
t		0.673	2.221	5.194	0.913	2.306	5.283
P		0.503	0.029	<0.001	0.364	0.024	<0.001

注:两组比较,自护责任感, $F_{\text{时间}}=60.522,F_{\text{组间}}=11.759$,均 $P<0.001$; $F_{\text{交互}}=6.647,P=0.002$ 。自我概念, $F_{\text{时间}}=50.341,F_{\text{组间}}=14.160,F_{\text{交互}}=7.250$;均 $P<0.001$ 。健康知识水平, $F_{\text{时间}}=78.329,F_{\text{组间}}=11.789,F_{\text{交互}}=8.974$;均 $P<0.001$ 。自我护理技能, $F_{\text{时间}}=83.089,F_{\text{组间}}=16.277,F_{\text{交互}}=10.003$;均 $P<0.001$ 。总分, $F_{\text{时间}}=82.349,F_{\text{组间}}=15.837,F_{\text{交互}}=9.828$;均 $P<0.001$ 。

2.3 两组不同时间生活质量评分比较 见表 4。

表 4 两组不同时间生活质量评分比较 分, $\bar{x} \pm s$

组别	例数	出院时	出院 4 周	出院 8 周
对照组	44	116.86±13.70	123.41±14.27	135.75±16.23
干预组	43	115.37±12.49	131.56±15.80	157.30±18.42
t		0.530	2.526	5.793
P		0.598	0.013	<0.001

注:两组比较, $F_{\text{时间}}=88.105,F_{\text{组间}}=24.748,F_{\text{交互}}=12.491$;均 $P<0.001$ 。

2.4 两组非计划再入院率比较 干预组非计划再入

院 2 例(吸入性肺炎 1 例,窒息 1 例),再入院率为 4.65%;对照组 8 例(吸入性肺炎 4 例,窒息 3 例,卒中复发 1 例),再入院率为 18.18%。两组比较, $P=0.089$,差异无统计学意义。

3 讨论

3.1 专科护士主导的健康教练技术干预可改善老年 PSD 患者居家吞咽功能 本研究结果显示,干预组出院 4 周、8 周吞咽功能评分显著低于对照组,且组间、时间及交互效应显著(均 $P<0.05$)。提示专科护士主导的健康教练技术干预策略对老年 PSD 患者吞咽功能具有积极的改善作用。吞咽功能的恢复依赖规

范、持续且具备目标强度的重复性刺激^[21]。然而,老年患者存在认知减退、记忆力下降的特点,在缺乏实时专业引导的居家场景下,易出现训练依从性缺失及动作执行偏差等问题,导致康复干预难以获得预期效果^[22]。本研究由专科护士主导,依托其专业决策优势,将动态评估结果融入健康教练技术干预全过程,对康复目标与训练方案进行动态调整,使居家康复训练更具针对性和科学性。同时,专科护士依托信息化平台实时监测与即时反馈,及时纠正训练动作偏差,有助于保证老年患者居家吞咽训练的规范性。规范化的重复刺激被认为能够强化皮质与脑干吞咽中枢间的协同调控作用,从而在神经可塑性层面为吞咽功能的逐步改善奠定基础^[23]。此外,专科护士定期通过线上沟通澄清患者认知误区,缓解其因害怕呛咳、窒息而对训练产生的回避心理,提升训练依从性,为神经可塑性提供生理基础。

3.2 专科护士主导的健康教练技术干预可提高老年 PSD 患者自我管理水平 本研究结果显示,干预组出院 4 周及 8 周自我管理评分显著高于对照组,且组间、时间及交互效应显著(均 $P < 0.05$),即专科护士主导的健康教练技术可提高老年 PSD 患者自我管理水平和相关研究结果^[16]一致。研究显示,老年 PSD 患者居家期间自我管理水平低下不仅源于健康知识储备不足,还与缺乏将知识转化为行动的内在动力有关^[17]。认知觉醒是行为改变的前奏,本研究中专科护士在系统性评估患者需求的基础上,通过引导式对话与持续的线上沟通,引导患者深化对吞咽功能训练、进食安全重要性的认识,唤醒其健康改善的内在需求,从而促进健康认知向自我管理行为转化。O'Malley 等^[24]研究显示,以用户为中心设计的健康教练技术贴合患者实际需求和接受特点,能提升患者采纳意愿和参与度。同时,健康教练技术强调以患者为中心的持续赋能,专科护士通过康复案例推介、正向激励,以及引导同伴进行经验分享,持续激发患者康复动机,促使其主动将专业知识运用于日常健康管理中。此外,本研究干预中密切关注患者吞咽训练、饮食管理的打卡数据,并给予及时、精准指导,能帮助患者准确掌握吞咽训练操作、科学饮食等自我管理技能。

3.3 专科护士主导的健康教练技术干预可提高老年 PSD 患者生活质量 本研究结果显示,干预组出院 4 周及 8 周生活质量评分显著高于对照组,且组间、时间及交互效应显著(均 $P < 0.05$),提示专科护士主导的健康教练技术干预对老年 PSD 患者生活质量具有积极改善作用。专科护士依托健康教练技术核心的“澄清”与“帮助”环节,引导患者参与康复目标制订,在其逐步掌握科学进食技巧、切实体验到吞咽功能改

善时自我效能感会随之提升,从而减轻进食恐惧,从容应对日常摄食、社交聚餐等生活化场景。同时,通过“康复之星”的正向激励及线上“病友座谈会”的情感共鸣,有助于缓解患者焦虑、抑郁等负面情绪,重塑生活体验。生活场景适应能力的提升与负面情绪的改善,可共同推动生活质量提高。本研究显示,干预组非计划再入院率低于对照组。原因可能是:老年 PSD 患者居家康复面临的主要风险是因进食姿势不当或食物性状选择错误而引发的吸入性肺炎与窒息。两组责任护士在出院前通过出院指导,充分告知患者对上述潜在风险的感知度,指导其在居家期间主动规避进食相关高危行为。此外,干预组专科护士依托本研究构建的应急保障体系,为患者提供持续的专业安全支持。当居家期间遭遇呛咳等突发状况时,患者能获得及时专业指导,有助于避免因照护者处置不当导致的不良事件,从而降低非计划再入院风险。但两组再入院率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),可能与观察例数较少有关,有待于扩大样本量进一步研究。

4 结论

专科护士主导的健康教练技术干预通过实时监测纠偏、认知矫正及应急安全支持等,可改善老年 PSD 患者居家吞咽功能,增强自我管理能力,提高生活质量。本研究存在一定不足:观察时间仅为 8 周,未来研究需延长观察时间;招募对象仅来自单所医院,可能影响结果的外推。未来研究考虑扩大招募对象的范围,增设亚组分析,为不同特征 PSD 患者提供更精准的干预方案。

参考文献:

[1] Yang C, Pan Y. Risk factors of dysphagia in patients with ischemic stroke: a meta-analysis and systematic review[J]. PLoS One, 2022, 17(6): 270-296.

[2] 冯敏,丛芳,卢倩,等. 基于吞咽障碍造影评分量表半定量评估法的脑卒中后吞咽功能相关影响因素分析[J]. 中国康复医学杂志, 2025, 40(3): 343-355.

[3] Fan Q, Zhao Y, Zhang J, et al. Factors influencing early diagnosis and poor prognosis of dysphagia after senile ischemic stroke[J]. J Mol Neurosci, 2024, 74(2): 33-43.

[4] 周艳,吴艳云,谷建松,等. 基于互动达标理论的脑卒中后吞咽障碍患者延续护理方案的构建及应用[J]. 河北医药, 2025, 47(8): 1386-1389.

[5] Guo R, Zhang J, Yang F, et al. Efficacy of an intelligent and integrated older adult care model on quality of life among home-dwelling older adults: randomized controlled trial[J]. J Med Internet Res, 2025, 27(1): 679-690.

[6] Chung E K H, Wong E L, Leung H H, et al. Lay health coaching intervention for older adults with chronic diseases: study protocol for a pragmatic randomised controlled trial[J]. Trials, 2024, 25(1): 817-829.

居家老年患者中的应用[J]. 护理学杂志, 2025, 40(6): 20-23.

[7] 中华医学会骨质疏松和骨矿盐疾病分会. 原发性骨质疏松症诊疗指南(2022)[J]. 中国全科医学, 2023, 26(14): 1671-1691.

[8] 韩宝侠, 高卉, 徐炜, 等. 居家骨科护理平台在老年骨质疏松性股骨粗隆间骨折患者护理中的应用[J]. 实用医学杂志, 2020, 36(14): 2007-2010.

[9] Morisky D E, Ang A, Krouse-Wood M, et al. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting[J]. J Clin Hypertens(Greenwich), 2008, 10(5): 348-354.

[10] 牛琤, 杨正军, 常虹, 等. 中文版 8 条目 Morisky 服药依从性量表在大骨节病治疗中的应用及信效度分析[J]. 中华地方病学杂志, 2024, 43(4): 263-268.

[11] 陈玉平, 刘雪琴, 蔡德鸿. 骨质疏松症知识问卷的信度和效度测定[J]. 中国骨质疏松杂志, 2005, 11(3): 339-341.

[12] 郑光新, 赵晓鸥, 刘广林, 等. Oswestry 功能障碍指数评定腰痛患者的可信性[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2002, 12(1): 13-15.

[13] Fairbank J. The Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire[J]. Physiotherapy, 1980, 66(8): 271-273.

[14] Morin S N, Leslie W D, Schousboe J T. Osteoporosis: a review[J]. JAMA, 2025, 334(10): 894-907.

[15] 俞晓敏, 苗海波. “互联网+”延续性护理对重度骨质疏松患者服药依从性的影响[J]. 中国实用护理杂志, 2020, 36(18): 1421-1424.

[16] Hunegnaw M T, Mesinovic J, Jansons P, et al. Feasibility and effectiveness of a digital voice assistant for improving anti-osteoporosis medication adherence, and osteoporosis knowledge and attitudes, in postmenopausal women with osteoporosis: a 12-month randomised controlled trial[J]. Arch Osteoporos, 2025, 20(1): 43.

[17] 罗屹惟, 程悦, 罗如珍, 等. 骨质疏松椎体压缩性骨折患者术后居家康复体验的质性研究[J]. 中华护理杂志, 2022, 57(10): 1165-1171.

[18] Linhares D G, Borba-Pinheiro C J, Castro J B P, et al. Effects of multicomponent exercise training on the health of older women with osteoporosis: a systematic review and meta-analysis[J]. Int J Environ Res Public Health, 2022, 19(21): 14195.

[19] 中国康复医学会骨质疏松预防与康复专业委员会, 中国老年保健协会骨关节分会. 骨质疏松性骨折一级预防指南(2026 版)[J]. 中华医学杂志, 2026, 106(9): 799-812.

(本文编辑 丁迎春)

(上接第 5 页)

[7] 姚晨. 脑卒中吞咽障碍患者居家康复护理方案的构建与初步应用[D]. 大连: 大连医科大学, 2024.

[8] Rethorn Z D, Bezner J R, Pettitt C D. From expert to coach: health coaching to support behavior change within physical therapist practice[J]. Physiother Theory Pract, 2022, 38(13): 2352-2367.

[9] Obro L F, Heiselberg K, Krogh P G, et al. Combining mHealth and health-coaching for improving self-management in chronic care: a scoping review[J]. Patient Educ Couns, 2021, 104(4): 680-688.

[10] 孔晓霞, 王佳, 于涛. 以专科护士为主导的吞咽康复护理在脑卒中后吞咽障碍患者中的应用[J]. 天津护理, 2024, 32(1): 77-81.

[11] Holder C, Krishnamurthi R, Theadom A. Exploring facilitators and barriers to long-term behavior change following health-wellness coaching for stroke prevention: a qualitative study conducted in Auckland, New Zealand[J]. Brain Behav, 2023, 13(1): 2671-2679.

[12] 高岩, 王诗尧, 姜李, 等. 微信小程序作业法在脑卒中吞咽障碍患者居家延续护理中的应用[J]. 护理学杂志, 2023, 38(10): 1-4.

[13] 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. 中国各类主要脑血管病诊断要点 2019[J]. 中华神经科杂志, 2019, 52(9): 710-715.

[14] 中国吞咽障碍康复评估与治疗专家共识组. 中国吞咽障碍评估与治疗专家共识(2017 年版)[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2017, 39(12): 881-892.

[15] 老年性吞咽障碍康复中国专家共识编写组, 中国康复医学会吞咽障碍康复专业委员会. 老年性吞咽障碍康复中国专家共识[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2025, 47(12): 1057-1065.

[16] 魏雪, 朱晶, 崔李娜, 等. “互联网+”健康教练技术在冠状动脉旁路移植术后患者心脏康复中的应用[J]. 中国护理管理, 2025, 25(8): 1126-1130.

[17] 黄宏汰, 汪莉, 庞舒娴, 等. 基于信息-动机-行为技巧模型理论的脑卒中吞咽障碍护理方案对老年脑卒中吞咽障碍病人的干预效果[J]. 实用老年医学, 2023, 37(12): 1278-1282.

[18] 伍少玲, 马超, 黄粉燕, 等. 标准吞咽功能评定量表的临床应用研究[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2008, 30(6): 396-399.

[19] 刘延锦, 余溯源, 郭丽娜, 等. 汉化修正版自我护理能力评估量表用于成年人群中的信效度研究[J]. 重庆医学, 2018, 47(33): 4266-4269.

[20] 谭嘉升, 丘卫红, 刘中良, 等. 中文版吞咽生命质量量表信度和效度的研究[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2016, 38(9): 669-673.

[21] 李治江, 赵月华, 俞美秀, 等. 全周期康复视角下的老年吞咽障碍相关指南及专家共识解读[J]. 中国医刊, 2024, 59(11): 1194-1196.

[22] Sasegbon A, Cheng I, Hamdy S. The neurorehabilitation of post-stroke dysphagia: physiology and pathophysiology[J]. J Physiol, 2025, 603(3): 617-634.

[23] 李承秀, 周桂卿, 刘莉莉, 等. 目的驱动下的阶段性康复训练计划在获得性吞咽障碍患儿中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2023, 29(1): 136-138.

[24] O'Malley D M, Davis S N, Amare R, et al. User-centered development and patient acceptability testing of a health-coaching intervention to enhance cancer survivorship follow-up in primary care[J]. J Cancer Educ, 2022, 37(3): 788-797.

(本文编辑 丁迎春)