·重点关注——儿童康复护理专题·
·论　　著·

基于赋能理论的互联网延续护理在吞咽障碍患儿康复中的应用

李萌[1]，彭明琦[2]，徐邦红[2]，赵文静[1]，朱洪漫[1]，邢雯[1]

摘要：目的 探讨基于赋能理论的互联网延续性护理在吞咽障碍患儿康复中的应用效果。**方法** 采用准实验研究设计，通过便利抽样法选取 42 例吞咽障碍患儿及主要照护者为研究对象，按入院时间段顺序分为对照组（2023 年 1—6 月，21 例）和干预组（2023 年 7—12 月，21 例）。对照组接受常规护理，干预组在此基础上接受基于赋能理论的互联网延续性护理干预，包括院内赋能教育、线上视频指导、微信群组支持及《照护日记》管理。分别于干预前，干预 2 周、1 个月、3 个月比较两组患儿 BMI、吞咽功能、摄食功能、照顾者自我效能及照顾积极感受差异。**结果** 两组患儿 BMI、吞咽功能及摄食功能得分，以及两组照护者自我效能、积极感受得分的组间效应、时间效应、交互效应比较，差异有统计学意义（均 $P<0.05$）。**结论** 基于赋能理论的互联网延续性护理保证吞咽障碍患儿出院后护理的延续性，改善患儿吞咽功能和营养状况，并提升照顾者自我效能和照顾积极感受。

关键词：儿童；　吞咽障碍；　赋能理论；　互联网；　延续性护理；　照护者；　自我效能；　康复护理
中图分类号：R473.5；R493　**DOI：**10.3870/j.issn.1001-4152.2026.18.001

Application of internet-based transitional care based on empowerment theory in the rehabilitation of children with dysphagia

Li Meng, Peng Mingqi, Xu Banghong, Zhao Wenjing, Zhu Hongman, Xing Wen. Department of Rehabilitation Medicine, Children's Hospital of Nanjing Medical University, Nanjing 210008, China

Abstract: Objective To investigate the efficacy of Internet-based transitional care grounded in empowerment theory on the rehabilitation outcomes of children with dysphagia. **Methods** A quasi-experimental research design was adopted. Forty-two children with dysphagia and their primary caregivers were selected as research participants using convenience sampling. They were divided into a control group (n=21, from January to June 2023) and an intervention group (n=21, from July to December 2023) based on the sequence of admission periods. The control group received routine care, while the intervention group received internet-based continuous nursing intervention based on empowerment theory in addition to the routine care. This intervention included in-hospital empowerment education, online video guidance, WeChat group support, and "Care Diary" management. Differences in body mass index (BMI), swallowing function, and feeding function of the children, as well as caregiver self-efficacy and positive caregiving feelings, were compared between the two groups before the intervention and at two weeks, one month, and three months post-intervention. **Results** The comparison of the inter-group effects, time effects, and interaction effects for the BMI, swallowing function, and feeding function scores of the children in the two groups, as well as the self-efficacy and positive feeling scores of the caregivers in the two groups, showed statistically significant differences (all $P<0.05$). **Conclusion** Internet-based transitional care grounded in empowerment theory ensures continuity of care for children with dysphagia following discharge. It effectively enhances swallowing function and nutritional status while improving caregiver self-efficacy and fostering a more positive caregiving experience.

Keywords: children; dysphagia; empowerment theory; Internet; transitional care; caregivers; self-efficacy; rehabilitation nursing

吞咽障碍是儿童常见的康复问题之一，严重影响患儿的营养摄入、生长发育以及生活质量[1-2]。传统护理模式多集中于住院期间的治疗和护理，出院后患儿的康复护理往往面临诸多挑战，如家庭照护者缺乏专业技能、护理知识不足以及心理压力较大等[3]。近年来，随着互联网技术的发展，互联网延续护理作为一种新兴的护理模式，为出院后患儿的康复护理提供了新的思路。赋能理论强调通过提升个体的能力和信心，使其能够更好地应对问题和挑战[4]。该理论核心环节“明确问题、表达情感、制定方案、实施方案”与照护者居家康复能力的培养具有高度契合性，已有研究将赋能教育应用于孤独症儿童、早产儿群体的照护者，有效提升了照护者的心理韧性和照护能力[5-6]。赋能理论为照护者提供了内在驱动力和行为改变的路径，互联网技术则为赋能教育的持续渗透和远程督导提供了技术支撑，二者的协同效应有望弥补传统延续性护理在儿童吞咽障碍康复中的不足。本研究旨在探讨基于赋能理论的互联网延续护理在吞咽障碍患儿康复中的应用效果，以期为临床护理实践提供理论依据和实践参考。

作者单位：南京医科大学附属儿童医院 1. 康复医学科 2. 护理部（江苏 南京，210008）
通信作者：彭明琦，18951769629@189.cn
李萌：女，硕士，副主任护师，护士长，511272708@qq.com
科研项目：南京市卫生科技发展专项资金项目（YKK22171）
收稿：2026-04-23；修回：2026-07-20

1　资料与方法

1.1　一般资料　本研究为一项前瞻性、非同期对照的准实验性研究，研究方案经南京医科大学附属儿童医院伦理委员会审批通过（伦理号：202302043-1），并获得所有参与研究的患儿主要照护者知情同意。通过便利抽样法选取2023年1－12月在南京医科大学附属儿童医院康复科住院的吞咽障碍患儿及其主要照护者为研究对象。纳入标准：①患儿年龄1～12岁；②符合《中国吞咽障碍康复管理指南》（2023版）[7]中吞咽障碍的诊断标准，且经临床吞咽评估或视频荧光吞咽造影检查确诊；③患儿主要照护者为父母或亲属，能熟练使用智能手机且自愿全程参与本研究；④患儿生命体征平稳，病情允许进行吞咽康复训练。排除标准：①患儿合并严重的心、肺、肝、肾等重要脏器功能障碍；②患有进行性神经系统退行性疾病、先天性口咽部结构异常或头颈部肿瘤。剔除标准：患儿主要照护者无法配合研究或中途退出研究。样本量估算：以两组患儿干预3个月吞咽功能评分（改良洼田饮水试验）为主要结局指标。依据预试验结果（干预组、对照组各5例，干预组评分均值为1.2，对照组评分均值＝2.1，合并标准差为0.9），设定检验效能$(1-\beta)=0.80$，$\alpha=0.05$，$n_1=n_2=2\times[(Z_\alpha+Z_\beta)\times\sigma/\delta]^2$[8]，考虑20%的失访率，计算出每组约需20例。最终根据我科收治情况确定每组纳入21例，共42例。将2023年1－6月入院的21例患儿设为对照组，2023年7－12月入院的21例患儿设为干预组。研究过程中，对照组无脱落；干预组1例因患儿提前出院、1例因照护者退出微信群而中断研究，最终干预组有效样本为19例。两组患儿及照护者一般资料比较，见表1。

表1　两组患儿及照护者一般资料比较

项目	对照组（$n=21$）	干预组（$n=19$）	t/χ^2	P
患儿年龄（岁，$\bar{x}\pm s$）	3.2±1.1	3.5±1.3	0.782	0.439
患儿性别（例）			0.083	0.774
男	12	10		
女	9	9		
照护者年龄（岁，$\bar{x}\pm s$）	31.5±4.2	32.0±4.3	0.398	0.693
照护者文化程度（例）			−0.204	0.838
小学及以下	2	4		
中学/中专	6	3		
大专及以上	13	12		
与患儿关系（例）			0.301	0.583
父母	15	15		
祖辈	6	4		
患儿基础疾病（例）				1.000*
脑瘫	6	5		
脑炎/脑膜炎	7	6		
脑外伤	6	7		
其他	2	1		

注：* Fisher确切概率法。

1.2　干预方法

1.2.1　对照组　接受常规住院护理及出院指导。由责任护士在患儿入院48 h内于病房内完成系统宣教，内容包括吞咽障碍的病因、并发症（吸入性肺炎、营养不良等）预防知识、安全进食体位及食物性状选择原则等；住院期间根据患儿病情变化及照护者掌握情况由责任护士进行多次补充强化，包括疾病知识宣教、基础吞咽训练指导；出院后电话随访1次（出院后1周内）。

1.2.2　干预组

在对照组基础上，构建并实施基于赋能理论的互联网延续性护理方案，具体如下。

1.2.2.1　构建赋能干预小组　小组共由9名成员组成，具体职责分工如下：①组长1名（康复科护士长，副主任护师），负责方案的整体统筹、质量控制及跨学科协调；②赋能导师2名（康复专科护士，主管护师，均具有5年以上儿童康复护理经验），负责照护者的床旁赋能教育、《照护日记》的每日查阅与线上反馈；③康复治疗师2名（言语治疗师及物理治疗师各1名），负责吞咽功能评估、口肌训练操的制订与床旁实操指导；④主治医师1名（儿童神经康复专业），负责患儿病情的医学评估、诊疗方案审核及并发症处理指导；⑤营养师1名（主管营养师），负责个体化饮食方案设计及食物性状分级调配的指导；⑥信息联络员1名（护师），负责微信群维护、科普视频及图文资料的定期推送、线上答疑的协调与记录；⑦研究助理1名（研究生），负责文献检索、数据收集与整理，不参与临床干预以保持数据客观性。所有小组成员在干预实施前均接受了赋能理论、沟通技巧及互联网平台操作规范的统一培训，考核合格后方可参与研究。

1.2.2.2　文献回顾　检索中国知网、万方数据知识服务平台、维普网、PubMed、Web of Science、UpToDate、BMJ Best Practice等数据库，中文检索词为吞咽障碍，儿童，患儿；赋能理论，授权理论；延续性护理，互联网，远程护理。英文检索词为dysphagia，swallowing disorder；children，pediatric；empowerment theory，family empowerment；transitional care，continuity of care，telehealth，mobile health。初步检出文献586篇，经去重、阅读标题、摘要及全文后，最终纳入37篇相关文献进行证据整合，初步形成“院内赋能准备—院内赋能实施—院外远程赋能支持”三阶段干预方案框架。方案初稿的核心内容涵盖：①干预时机（入院48 h内启动赋能教育、住院期间每日强化实操、出院后持续随访至3个月）；②主要干预内容（疾病认知、照护者情绪疏导、口肌训练与安全进食技能实操、误吸急救技术）；③干预方式（床旁一对一指导、《照护日记》行为记录与反思、微信群组同伴支持、定期视频通话督导）；④评价指标（照护者自我效能、照顾积极感受、患儿吞咽功能、摄食功能及营养指标）。

1.2.2.3　专家咨询　邀请来自北京、上海、广州、南京等地5所三级甲等医院的12名专家进行两轮德尔菲专家咨询。专家年龄33～57（45.2±6.1）岁；正高级职称5名，副高级7名；博士学历2名，硕士6名，本科4名；研究领域涵盖儿童康复护理（6名）、儿童

神经康复(3 名)、护理管理(2 名)、营养支持(1 名)。两轮专家积极系数均为 100%,权威系数(Cr)为 0.87。根据专家意见,对干预方案进行了如下修改:①在《照护日记》中增加“误吸风险每日自查清单”;②明确出院后线上随访的频率和内容。最终形成的基于赋能理论的互联网延续护理方案,见表 2。

表 2 基于赋能理论的互联网延续护理方案

时间	主题	内容	目标
入院 48 h 内	介绍赋能教育相关知识	向照护者介绍赋能教育方案内容和实施流程。阐明照护者的照顾职责,强调赋能教育对患儿吞咽护理的重要意义	使照护者明确其在整个吞咽护理过程中的决定性作用
	明确问题	通过开放性问题引导照护者识别照护难点,如“您在护理过程中最希望得到哪方面的帮助?”“您觉得孩子吞咽问题的护理对家庭造成什么影响?”“您认为通过何种方式可以解决您目前的问题?”	与患儿家属建立信任关系;使其对疾病相关知识有正确的认识
入院后至出院当天	表达情感	与家属探讨患儿吞咽问题造成的精神压力,鼓励其表达负向情绪并指导其自我放松技术	照护者情绪得到宣泄、表达,激发其自我健康管理的责任
	制订计划	以赋能小组成员为主导,引导家庭主要照顾者参与和制订《照护日记》,采用图文结合形式记录每日进食情况、训练记录、问题与反思	照护者熟练掌握吞咽障碍护理的方法与技巧,明确居家护理的自我责任感
	实施计划	床旁实操指导,包括:食物调配与分级、安全进食体位、口肌训练操、海姆立克急救法	照护者能够调整患儿饮食结构,对患儿进行经口进食训练,患儿发生误吸时能够按照应急流程处理
出院至出院后 3 个月	随访	平台与工具:以微信群和公众号为核心平台。第 1~2 周:每周 2 次微信视频通话,进行一对一训练督导与答疑;周二、四通过公众号推送吞咽康复科普图文。第 3~4 周:每周 1 次视频通话;每周一、三、五在微信群推送吞咽科普短视频、安全食谱;每周六将当周短视频与食谱的文字精华版及操作要点汇总发布至公众号,便于照护者随时查阅。第 2~3 个月:每 2 周 1 次视频通话;每周在微信群发起 1 次“照护经验分享”主题讨论	照护者能够保持良好的进食护理,能够识别病情变化的表现,并及时来院就诊
	效果评估	全程:照护者每日需在《照护日记》上记录,并拍照上传至微信群,赋能导师每日查阅并给予个性化反馈。患儿返院复查时,教育者与照护者进行面谈,评估长期效果并调整下一阶段计划。查看《照护日记》,针对照护者不同阶段的问题及时调整目标及计划,激励严格执行干预要求的照护者,增强照护信心	照护计划能够得到很好地落实

1.2.2.4 实施方法 ①住院期间。入院 48 h 内赋能干预小组负责启动赋能教育。赋能导师(2 名康复专科护士)为干预实施的核心人员,负责床旁赋能教育、情绪疏导及《照护日记》的启用指导;并协调康复治疗师、主治医师、营养师的参与。同时,赋能导师引导照护者参与制订《照护日记》,采用图文结合形式记录每日进食情况、训练记录及问题反思,并指导照护者掌握食物调配与分级、海姆立克急救法等实操技能。②出院后(出院至干预 3 个月后)。出院后由赋能导师(与住院期间相同的 2 名康复专科护士)继续负责实施,不另设随访护士,以保证干预的连续性和一致性,信息联络员协助维护微信群运营及资料推送。照护者每日在《照护日记》上记录并拍照上传至微信群,赋能导师每日查阅并给予个性化反馈,《照护日记》连续 3 d 未上传者由信息联络员电话提醒。患儿返院复查时,赋能导师与照护者进行面谈,评估长期效果并调整下一阶段计划。

1.3 质量控制措施 ①统一培训。干预小组的成员在干预实施前均接受赋能理论、沟通技巧、互联网平台操作规范及《照护日记》使用方法的统一培训,考核合格后方可参与研究。②标准化干预流程。制定详细的干预操作指引,明确各阶段干预内容、频次、时长及记录要求,赋能导师严格按指引执行。③过程记录与监督。每次视频通话、床旁指导及微信群互动均由赋能导师填写干预记录表,组长每周抽查复核,确保干预的完整性与一致性。④数据审核。研究结束后,由组长对全部干预记录表、《照护日记》上传记录及评估数据进行审核,剔除不符合方案要求的病例。本研究中干预组 1 例因照护者退出微信群,因而被剔除。

1.4 评价方法

所有结局指标由 2 名经过统一培训且对分组情况不知情的研究助理进行收集和评估。评估时间点为:干预前(入院 24 h 内)、干预 2 周、1 个月、3 个月。出院后各时间点的结局指标收集采用线上线下相结合的方式,如 BMI 由照护者按照统一指导测量后,通过微信拍照上报数值,研究助理即时记录并核实;量表类数据则通过“问卷星”采集。改良洼田饮水试验及摄食功能评估选择患儿返院复查时评估;若因客观原因患儿无法返院,2 名研究助理将上门进行评估。

1.4.1 患儿 BMI 住院期间由责任护士测量身高、体质量;出院后由照护者按照统一指导(使用同一电子秤)在固定时间(晨起空腹)测量后通过微信上报,研究助理进行记录。

1.4.2 改良洼田饮水试验[9] 用于评估吞咽功能。测评者经过严格培训,先从 1 mL 开始,3 次中有 2 次无呛咳,气道瘘口无流水,则试验通过;增加为 3 mL 测试,3 次中有 2 次通过试验,则增加为 5 mL 进行测试。试验通过后开始进行 30 mL 饮水测试,观察和记录患者饮水时间、有无呛咳、饮水状况,并对患者进行分级。分为Ⅰ~Ⅴ级,本研究参考相关研究[10],将Ⅰ~Ⅴ级分别赋值为 1~5 分,分值越高表明吞咽功能越差。

1.4.3　摄食功能评估量表　由研究小组基于文献[11-12]自行设计，用于评估患儿经口进食的质地和效率。共4个条目（食物形态、每口摄入量、每餐耗时、有无呛咳），每个条目0～3分，总分0～12分，分数越低，摄食功能越好。本研究中该量表Cronbach's α系数为0.793。

1.4.4　照护者自我效能量表　由Zhang等[13-14]汉化，共10个条目，采用1～4分评分，总分10～40分，分数越高，自我效能越高。本研究中该量表Cronbach's α系数为0.882。

1.4.5　照顾者积极感受量表　该量表由Tarlow等[15]编制，张睿等[16]汉化，共9个条目，采用1～5分评分，总分9～45分，分数越高，积极感受越强。该量表Cronbach's α系数为0.900[16]，本研究中为0.851。

1.5　统计学方法　采用SPSS22.0软件进行数据分析。服从正态分布的计量资料以均数±标准差表示，偏态分布使用中位数（四分位数）描述，计数资料以频数和百分比表示，组间比较采用t检验、广义估计方程、χ^2检验及Fisher确切概率法。检验水准$\alpha=0.05$。

2　结果

2.1　两组患儿干预前后BMI比较　见表3。

表3　两组患儿干预前后BMI比较　kg/m^2，$\bar{x}\pm s$

组别	例数	干预前	干预2周	干预1个月	干预3个月
对照组	21	15.8±1.2	16.0±1.1	16.5±1.2	16.9±1.3
干预组	19	16.0±1.2	16.5±1.2	17.2±1.3	17.8±1.4
t		−0.512	−1.385	−1.799	−2.130
P		0.612	0.174	0.080	0.040

注：Wald$\chi^2_{组间}=14.213$，Wald$\chi^2_{时间}=68.574$，Wald$\chi^2_{交互}=21.036$，均$P<0.001$。

2.2　两组患儿干预前后吞咽功能得分比较　见表4。

2.3　两组患儿干预前后摄食功能得分比较　见表5。

表4　两组患儿干预前后吞咽功能得分比较　分，$M(P_{25},P_{75})$

组别	例数	干预前	干预2周	干预1个月	干预3个月	Waldχ^2	P
对照组	21	3.0(3.0,4.0)	2.0(2.0,3.0)	2.0(2.0,2.0)	2.0(2.0,2.0)	79.962	<0.001
干预组	19	3.0(2.0,3.0)	2.0(1.0,2.0)	1.0(1.0,1.0)	1.0(1.0,1.0)	99.713	<0.001
Z		−1.805	−4.739	−5.767	−6.667		
P		0.071	<0.001	<0.001	<0.001		

注：两组比较，Wald$\chi^2_{组间}=118.872$，Wald$\chi^2_{时间}=40.631$，Wald$\chi^2_{交互}=147.815$，均$P<0.001$。

表5　两组患儿干预前后摄食功能得分比较　分，$M(P_{25},P_{75})$

组别	例数	干预前	干预2周	干预1个月	干预3个月	Waldχ^2	P
对照组	21	6.0(5.0,7.0)	4.0(3.0,5.0)	2.0(2.0,3.0)	2.0(2.0,2.0)	237.545	<0.001
干预组	19	6.0(5.0,6.0)	2.0(2.0,3.0)	0(0,1.0)	0(0,1.0)	632.603	<0.001
Z		−0.404	−5.059	−5.965	−6.640		
P		0.686	<0.001	<0.001	<0.001		

注：两组比较，Wald$\chi^2_{组间}=163.221$，Wald$\chi^2_{时间}=254.430$，Wald$\chi^2_{交互}=229.348$，均$P<0.001$。

2.4　两组照护者干预前后自我效能得分比较　见表6。

表6　两组照护者干预前后自我效能得分比较　分，$\bar{x}\pm s$

组别	例数	干预前	干预2周	干预1个月	干预3个月
对照组	21	22.92±3.75	28.94±2.66	26.21±3.02	27.33±2.65
干预组	19	23.05±3.83	31.92±4.65	29.35±4.09	28.75±3.12
t		−0.151	2.518	−2.780	1.556
P		0.810	0.016	0.001	0.128

注：Wald$\chi^2_{组间}=8.231$，$P=0.007$；Wald$\chi^2_{时间}=42.567$，$P<0.001$；Wald$\chi^2_{交互}=5.894$，$P=0.002$。

2.5　两组照顾者干预前后积极感受得分比较　见表7。

表7　两组照顾者干预前后积极感受得分比较　分，$\bar{x}\pm s$

组别	例数	干预前	干预2周	干预1个月	干预3个月
对照组	21	23.72±3.25	28.45±2.14	28.55±3.42	28.33±2.15
干预组	19	23.95±3.81	32.92±4.35	29.78±2.09	29.24±2.13
t		−0.462	4.186	1.354	1.343
P		0.641	0.002	0.184	0.187

注：Wald$\chi^2_{组间}=7.563$，$P=0.009$；Wald$\chi^2_{时间}=38.214$，$P<0.001$；Wald$\chi^2_{交互}=4.612$，$P=0.006$。

3　讨论

3.1　赋能干预联合互联网技术可协同促进患儿吞咽功能与营养状况的改善　本研究证实，干预3个月后，干预组患儿的BMI、吞咽功能及摄食功能显著优于对照组（均$P<0.05$），与张冰倩等[17]、李巧秀等[3]的研究结论相吻合。对照组接受常规护理后BMI、吞咽功能、摄食功能得分均较干预前有所改善，但其改善幅度不如干预组。分析可能的原因：①常规护理的核心干预集中在住院期间，出院后仅依赖单次电话随访（出院后1周），缺乏持续性的专业督导，导致院内训练向家庭场景的迁移困难，照护者难以将住院期间习得的康复技能独立、准确地延续至居家护理中；②常规护理模式下照护者处于被动接受知识灌输的状态，缺乏主动参与和自我反思的机会，其照护行为的改变缺乏内在驱动力，易出现训练执行不到位、进食体位不规范、食物性状选择不当等问题，直接影响康复效果。与对照组相比，干预组在BMI、吞咽功能及摄食功能改善方面均有优势，组间效应、时间效应、交互效应比较，差异有统计学意义（均$P<0.05$）。究其原因，赋能干预通过“制订方案”和“实施方案”环节，将专业康复技术（如口肌训练、食物性状调整）转化为照护者能够掌握的日常护理行为，确保了院内训练在家庭场景中的精准延续。《照护日记》结合线上每日反馈，建立了“实践－反

思－调整”的闭环管理机制，能及时发现并纠正照护中的偏差（如食物质地选择不当、进食体位不规范等），从而加速了患儿吞咽功能的恢复进程[18-19]。同时，互联网平台突破了传统随访的时空限制，使专业指导以高频、低成本的方式渗透到家庭护理中，是产生协同效应的关键保障。

3.2 双路径提升照护者自我效能与积极体验 本研究中，两组照护者自我效能、积极感受得分的组间效应、时间效应、交互效应比较，差异有统计学意义（均 $P<0.05$）。具体而言，干预 2 周及 1 个月时，干预组照护者自我效能得分显著高于对照组（均 $P<0.05$）；干预 2 周时，干预组照护者积极感受得分显著高于对照组（$P<0.05$）。原因如下，①认知重构：通过“表达情感-制订方案”环节，照护者成功将负性情绪（如焦虑、挫败感）转化为积极应对策略；本研究还通过《照护日记》实现了更精细化的动态干预，照护日记能记录所发生的症状和处理方法，帮助照护者反思照护行为合理性，所记录的患儿康复情况也为医护人员提供决策参考；同时，照护日记兼具“情感树洞”的功能，帮助照护者宣泄不良情绪，也利于医护人员及时介入疏导，培养积极感受。②技能赋权及同伴支持：常规护理模式中照护者以被动接受知识宣教为主，缺乏主动参与照护计划制订的机会，其照护能力的提升缺乏系统性和针对性，难以形成稳固的自我效能感。干预组通过线上视频教程与线下实操指导相结合，照护者掌握误吸预防等关键技术，增强了照护信心。同时，干预组通过微信群建立的同伴支持网络，降低了照护者的孤立感，在居家护理中遇到问题时可获得及时反馈与情感支持，从而提升其积极应对照护挑战的内在动力。这一结果与魏晓微[20]提出的互联网＋赋能教育可突破时空限制的观点相符。本研究还发现，干预 3 个月时两组自我效能及积极感受得分比较，差异无统计学意义（均 $P>0.05$）。分析原因可能如下。①支持强度衰减：干预组的互联网随访频率随出院时间延长而递减（由每周 2 次视频通话渐减至每 2 周 1 次），可能导致照护者的行为依从性和内在驱动力随时间推移而逐渐弱化。②对照组自然成长：对照组照护者通过 3 个月的居家实践积累，对患儿的照护技能逐渐熟悉，其自我效能感和积极感受亦获得一定程度的自然成长，从而缩小了两组间的差距。

4 结论

基于赋能理论的互联网延续性护理，保证了吞咽障碍患儿出院后护理的延续性，改善患儿吞咽功能并提升照顾者自我效能和照顾积极感受，对长远改善吞咽障碍患儿及照护者生活质量具有积极意义。本研究存在两方面局限。①样本仅来源于一所医疗机构，代表性不足，可能影响结果普适性；②仅随访至干预满 3 个月，缺乏对患儿学龄期社交功能等长期结局的评估。未来研究可延长随访周期至 12 个月，并探索基于人工智能的个性化康复方案推荐系统，实现更精准的延续护理。

参考文献：

[1] 王佳楠，李梅，李成承，等. 儿童吞咽障碍相关研究的文献计量分析[J]. 现代医学，2023，51(11)：1547-1553.

[2] 李梅，冯君，陈丽琴，等. 神经肌肉电刺激联合口腔感觉运动训练对儿童吞咽障碍患儿康复的影响[J]. 河北医药，2023，45(22)：3441-3444.

[3] 李巧秀，徐悦洋，常艳玲，等. 吞咽治疗结合家庭康复训练改善脑瘫儿童吞咽障碍的效果[J]. 中国护理管理，2019，19(11)：1734-1737.

[4] 冉小蓉，冯玥，杨夏渝. 基于赋权理论的吞咽障碍管理方案在老年脑卒中伴吞咽障碍患者中的应用[J]. 中西医结合护理（中英文），2023，9(4)：13-16.

[5] 丁宪伟，许洪伟，姜明霞，等. 赋能教育联合叙事护理在孤独症儿童照顾者中的应用研究[J]. 黑龙江医药科学，2025，48(12)：31-33.

[6] 黄芝蓉，林梅，李正中，等. 对早产儿父母实施家庭赋权方案的效果研究[J]. 护理学杂志，2021，36(21)：37-40.

[7] 中国康复医学会吞咽障碍康复专业委员会. 中国吞咽障碍康复管理指南（2023 版）[J]. 中华物理医学与康复杂志，2023，45(12)：1057-1072.

[8] 方积乾. 生物医学研究的统计方法[M]. 2 版. 北京：高等教育出版社，2019：361-364.

[9] 何杏芳，王帅，邓益君，等. 改良洼田饮水试验评估流程在口腔癌术后患者吞咽功能筛查中的应用[J]. 中国口腔颌面外科杂志，2025，23(1)：24-28.

[10] 马晴，王鹏琴. 应用改良洼田饮水试验评价眼针带针康复疗法改善中风后吞咽障碍[J]. 辽宁中医杂志，2021，48(6)：195-197.

[11] Crary M A，Carnaby Mann G D，Groher M E. Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale for dysphagia in stroke patients[J]. Arch Phys Med Rehabil，2005，86(8)：1516-1520.

[12] Yi Y G，Shin H I. Psychometrics of the Functional Oral Intake Scale for Children with Dysphagia[J]. J Pediatr Gastroenterol Nutr，2020，71(4)：520-524.

[13] Zhang J X，Schwarzer R. Measuring optimistic self-beliefs：a Chinese adaptation of the General Self-Efficacy Scale[J]. Psychologia，1995，38(3)：174-181.

[14] 王才康，胡中锋，刘勇. 一般自我效能感量表的信度和效度研究[J]. 应用心理学，2001，7(1)：37-40.

[15] Tarlow B J，Wisniewski S R，Belle S H，et al. Positive aspects of caregiving：contributions of the REACH project to the development of new measures for Alzheimer′s caregiving[J]. Res Aging，2004，26(4)：429-453.

[16] 张睿，李峥. 中文版照顾者积极感受量表的信效度研究[J]. 中华护理杂志，2007，42(12)：1068-1071.

[17] 张冰倩，宋晓彤，王帅，等. 基于赋能理论的延续性干预对脑梗死患者应对情况及心理状态的影响[J]. 河北医药，2024，46(9)：1340-1344.

[18] 赵伊婷，杨旭博，徐开寿. 脑性瘫痪患儿吞咽障碍的研究进展[J]. 中华物理医学与康复杂志，2021，43(12)：1149-1152.

[19] 冯玉洁，商艳霞，周伟. 儿童慢性病家庭照顾者健康赋能的研究进展[J]. 军事护理，2024，41(5)：90-92，100.

[20] 魏晓微. 数字赋能残疾儿童身体活动与健康：国际政策架构与核心内容及行动战略研究[J]. 中国康复理论与实践，2024，30(4)：381-388.

（本文编辑 赵梅珍）