

脑卒中患者出院过渡期照护服务供需双方真实体验的质性研究

徐敏¹,于晓丽²,孙钰¹,杨霞¹,鹿娱¹,朱晓萍²

(1.同济大学医学院 护理系,上海 200092; 2.同济大学附属第十人民医院 护理部,上海 200072)

【摘要】 目的 基于供需平衡理论探究脑卒中患者出院过渡期照护服务供需双方的真实体验,为优化出院过渡期护理服务体系提供参考依据。方法 2025年2—4月,采用目的抽样法选取上海市某社区卫生服务中心脑卒中专科护士(供给方)及脑卒中患者(需求方)为研究对象进行半结构化访谈,以Colaizzi 7步法分析资料并提炼主题。结果 结合供需平衡理论中供给、需求、供给条件3个维度,共归纳出供给能力不足与服务失配、需求启动不足与参与受限、机制支撑不足与衔接不畅3个主题和9个亚主题。结论 脑卒中患者出院过渡期照护服务供需双方存在着供需错配、供给失衡等问题,需通过强化健康教育、完善需求评估、优化供给结构、推动医院与社区联动等,完善脑卒中患者出院过渡期照护服务体系。

【关键词】 脑卒中;过渡期护理;供需平衡;质性研究

DOI:10.3969/j.issn.2097-1826.2026.05.012

【中图分类号】 R473.74 【文献标识码】 A 【文章编号】 2097-1826(2026)05-0048-04

Real Experience of Both Supply and Demand Sides in Transitional Care Service for Stroke Patients After Discharge: A Qualitative Study

XU Min¹, YU Xiaoli², SUN Yu¹, YANG Xia¹, LU Yu¹, ZHU Xiaoping² (1. Department of Nursing, School of Medicine, Tongji University, Shanghai 200092, China; 2. Department of Nursing, Shanghai Tenth People's Hospital, Tongji University, Shanghai 200072, China)

Corresponding author: ZHU Xiaoping, Tel: 021-66307542

【Abstract】 Objective To explore the real experience of both supply and demand sides in transitional care service for stroke patients after discharge based on the supply-demand balance theory, and to provide reference for optimizing the transitional care service system. **Methods** From February to April 2025, purposive sampling was used to select stroke specialist nurses (suppliers) from a community health service center in Shanghai and stroke patients (demanders) for semi-structured interviews. Data were analyzed using the Colaizzi 7-step method, and themes were extracted. **Results** Based on the 3 dimensions of supply, demand, and supply conditions in the supply-demand balance theory, 3 main themes and 9 sub-themes were identified: insufficient supply capacity and service mismatch, insufficient demand initiation and limited participation, and insufficient mechanism support and poor coordination. **Conclusions** There are issues such as supply-demand mismatch and imbalance between supply and demand sides of transitional care service for stroke patients after discharge. It is necessary to strengthen health education, improve needs assessment, optimize supply structure, and promote hospital-community linkage to enhance the transitional care service system for such patients.

【Key words】 stroke; transitional care; supply-demand balance; qualitative study

[Mil Nurs, 2026, 43(05): 48-51]

出院过渡期是指患者从医院过渡到家庭所经历的时期^[1],该阶段是脑卒中患者及其照护者学习如何康复和护理的关键时期^[2]。目前,社区脑卒中患者出院过渡期照护服务存在供需错配、供给不足、供

给过剩等问题,不仅增加患者负担,也增加医疗资源耗费^[3]。因此,了解供需双方在出院过渡期服务中供需不适配的形成机理尤为重要。供需平衡理论^[4]依托分析供需关系可实现公共服务供给与公众需求精准匹配,使供需在市场运行中处于动态平衡的状态。本研究以该理论中供给、需求、供给条件3个维度为出院过渡期照护服务供需的分析框架,全面且系统地归纳、挖掘社区与脑卒中患者供需双方在出院过渡期所遇到的困境,以期为我国社区脑卒中患

【收稿日期】 2025-06-16 **【修回日期】** 2026-04-28

【基金项目】 国家自然科学基金资助项目(72074168);上海市第十人民医院重点学科(C类学科-护理)

【作者简介】 徐敏,硕士在读,护师,电话:021-61833422

【通信作者】 朱晓萍,电话:021-66307542

者出院过渡期护理服务实现供需平衡提供参考。

1 对象与方法

1.1 研究对象 2025年2—4月,采用目的抽样法选取上海市某社区卫生服务中心脑卒中专科护士(供给方)及脑卒中患者(需求方)为研究对象。护士纳入标准:取得护士执业资格证书;在社区工作时间 ≥ 1 年;参与社区脑卒中管理工作;知情同意并自愿参与本研究。护士排除标准:社区轮转或实习人员。患者纳入标准:符合《中国各类主要脑血管病分类诊断要点2019年》^[5]中的诊断标准,并经头颅CT和/或MRI检查确诊;出院后居家康复;知情同意参与本研究。患者排除标准:出院后转入其他医疗或康复机构者;研究期间再入院患者;研究期间死亡患者。样本量遵循“信息饱和”原则,即当访谈资料中不再出现新的重要信息,且编码趋于稳定时停止纳入。本研究共访谈10名护士、15例患者,一般资料见表1、2。本研究已通过医院伦理委员会批准(2020-KN82-01)。

表1 脑卒中专科护士的一般资料(n=10)

编号	年龄(岁)	学历	职称	工作部门	工作年限(t/a)
N1	37	本科	主管护师	社区病房	15
N2	32	本科	主管护师	社区病房	13
N3	35	本科	主管护师	社区慢病管理站点	16
N4	29	本科	主管护师	社区慢病管理站点	9
N5	40	本科	主管护师	社区随访门诊	15
N6	37	本科	主管护师	社区随访门诊	15
N7	37	本科	主管护师	社区随访门诊	16
N8	40	本科	主管护师	社区护理部	18
N9	34	硕士	护师	社区病房	12
N10	46	本科	主管护师	社区随访门诊	16

表2 脑卒中患者的一般资料(n=15)

编号	年龄(岁)	学历	出院后时间(月)
P1	70	初中	3
P2	49	高中	5
P3	64	高中	3
P4	64	初中	1
P5	70	初中	2
P6	81	初中	1
P7	67	高中	2
P8	66	初中	5
P9	53	高中	6
P10	74	初中	2
P11	61	大专	3
P12	70	初中	1
P13	73	初中	6
P14	66	初中	4
P15	81	小学	3

1.2 方法

1.2.1 确定访谈提纲 根据研究目的及课题组讨论

初拟访谈提纲,分别预访谈2名护士和患者后形成最终提纲。护士访谈提纲:(1)目前社区为脑卒中患者提供哪些出院过渡期护理服务?(2)如何开展出院过渡期护理服务的?效果怎样?(3)在开展服务时有什么感受?遇到的主要障碍是什么?(4)从专业角度,哪些措施能有效提升社区服务利用率?患者访谈提纲:(1)社区在您出院后为您提供过哪些服务?(2)您是如何获取社区康复资源信息?(3)您是否尝试使用过社区康复服务?若未使用,主要原因是什么?(4)现有服务有没有满足您的需求?未满足的需求有哪些?(5)在使用社区服务过程中遇到的最大困难是什么?

1.2.2 资料收集方法 访谈者均为经验丰富且精通方言的护理研究生,采用半结构式访谈法收集资料,访谈以面对面的形式,在相对安静、私密的办公室或示教室进行,约30~60 min/次。访谈过程中仅研究者与受访者在场。访谈前向研究对象说明研究目的并解释相关概念,介绍访谈内容,强调访谈的匿名性与保密性,鼓励受访者真实表达。访谈时根据其回答及时调整相关问题的顺序,必要时追问关键信息,记录表情等非语言信息。在访谈过程中访谈者保持中立态度,不做任何评论或提出具有引导性的问题。

1.2.3 资料分析方法与质量控制 访谈结束后24 h内,由2名研究者将录音逐字转录为文字,并采用Colaizzi 7步分析法^[6]整理分析资料,细读资料、摘录重要陈述、开放性编码、形成主题、引用原始陈述、提炼观点、验证结果。由2名研究者独立进行编码,并通过持续比较与讨论形成一致意见,必要时反复回溯原始访谈文本以提高编码一致性。过程中出现意见分歧时由课题组共同讨论或咨询质性研究专家意见,该专家为护理学副教授并长期从事质性研究方法教学。

2 结果

2.1 主题1:供给维度-供给能力不足与服务失配

2.1.1 专业支撑不足,康复指导经验化 在出院过渡期护理中,社区康复指导普遍缺乏系统化专业支撑,呈现出明显的经验导向特征。护士普遍认为自身康复相关知识与技能储备不足,且缺乏系统培训与稳定的专业协作支持,难以开展规范、连续的康复干预。N4:“我们缺乏专业系统的康复训练技能,也缺乏康复治疗师。”而患者在康复启动阶段因缺乏清晰指引,对训练时机与重点感到困惑。P2:“不清楚什么时候开始锻炼,先练哪里。”

2.1.2 路径标准不清,风险识别滞后 社区过渡期护理服务缺乏清晰、可操作的康复路径与风险分层标准,服务更多围绕固定流程展开。护士多围绕通

用性内容开展指导,难以根据患者恢复阶段动态调整。N5:“一般我们指导患者如何进行居家康复,比如预防跌倒、简单的功能锻炼等。”患者因此对康复进展与风险界限缺乏判断标准,不清楚何时需要干预。P10:“手脚没力气再来医院,怎么才算没力气,该怎么预防复发。”

2.1.3 触达方式受限,服务转化不足 随访方式单一限制了康复信息的理解与落实。护士普遍反映电话随访难以确认患者是否真正理解并执行康复指导内容。N3:“不知道他们听懂了多少。”患者则更直接感受到电话沟通信息量大且缺乏直观性。影响康复指导的可操作性。P5:“电话里说一大堆听不太明白,还是当面说比较好。”

2.2 主题2:需求维度-需求启动不足与参与受限

2.2.1 风险认知不足,需求启动受阻 患者对过渡期康复风险的认知不足,影响服务需求的主动启动。护士在随访中发现,部分患者以当前无明显不适作为判断依据,降低随访配合度。N5:“部分患者觉得没必要,也不太配合。”患者则认为随访收益不明确,增加时间与出行负担。P13:“没觉得不舒服啊,没必要隔一段时间就去,跑来跑去也很麻烦。”

2.2.2 适应压力加重,康复动力受挫 出院后心理适应压力增加,影响患者持续参与康复。护士观察到患者焦虑情绪较为突出,部分患者出现睡眠障碍。N10:“部分患者变得非常焦虑,甚至睡不好觉。”患者叙述中也呈现消极预期与退缩态度。P3:“感觉生命已经进入倒计时,只想待在家里。”

2.2.3 行动支持受限,参与难以持续 受现实条件限制,康复训练难以维持。护士普遍认为患者康复中断多与其行动能力限制以及家庭支持不足有关。N6:“有些患者来了一两次就没再来了,电话里说孩子忙没空来。”从患者视角来看,由于行动不便与缺乏照护支持限制了其参与。P8:“上下楼很困难,没有人可以帮我。”

2.3 主题3:供给条件维度-机制支撑不足与衔接不畅

2.3.1 责任界面不清,启动衔接断档 受访护士普遍反映,患者出院后,医院与社区在康复管理方面的职责划分不清,社区缺少明确介入依据。N2:“哪些病人需要我们跟进、跟进什么并不明确。”患者则表示出院后未感受到系统连续的社区服务。P8:“医院说后续会有社区跟进,但出院后没人管,连个电话也没有。”

2.3.2 闭环反馈缺失,社区承接弱化 护士普遍反映,患者转诊至上级医院后,相关诊疗信息及后续处置意见反馈不及时,影响社区及时调整后续照护方案。N8:“患者从医院转出来以后,我们基本只能被动接收,也没有反馈。”而患者基于安全感与既往就

医经验,更倾向于绕开社区去上级医院。P14:“社区我不太放心。去了也还是会让转去上级医院。”

2.3.3 信息下沉不足,重复评估增多 出院后关键信息传递不充分,影响既往评估结果的延续使用,护士普遍反映需要重新梳理病情并重复评估。N9:“每次都要从头捋一遍,耽误时间。”甚至因关键信息缺失而影响护理延续。N8:“我们想要把出院患者纳入管理,可是很多信息都无法获取。”患者也反映跨机构就诊需反复复述病史资料,P5:“每换一个地方都要从头说一遍,病史、检查结果都要再讲一次,感觉之前做的都接不上。”

3 讨论

3.1 激活需求:重视健康教育,提高疾病认知 本研究发现,患者在疾病风险识别、康复训练方法选择及专业帮助的寻求时机等方面普遍存在认知不足,这在一定程度上限制了其康复服务需求的主动表达,与既往研究结果一致^[7]。同时,本研究中高龄、低学历患者占比较高,进一步加重了认知因素对服务利用的制约。已有研究表明,健康素养和风险认知水平是影响医疗服务利用的重要因素^[8]。然而,现有研究多停留于认知现状的描述,对于潜在需求未能有效激活的机制关注不足^[9]。结合访谈资料可见,患者普遍缺乏判断自身健康状况变化的具体标准,也缺少清晰、可操作的行动指引,因此难以及时识别身体变化并主动提出康复需求。因此,社区护士可在随访中加强以风险识别、症状监测和行为指导为核心的健康教育,向患者及照护者提供符合其理解能力的风险信息、关键随访节点和具体操作建议^[10]。针对高龄或低文化程度患者,应采用通俗易懂的表达方式,并积极引导照护者共同参与支持过程,以提高干预的依从性和可行性^[11]。通过提升患者疾病认知水平,有助于促进潜在康复需求向实际服务利用转化,从而提高出院过渡期康复服务供需匹配效率。

3.2 优化供给:完善需求评估,优化资源配置 研究结果表明,多数脑卒中患者出院后仍存在较高且持续存在的医疗与护理需求。这可能与医疗资源限制和疾病康复的特点有关,这与 Hughes 等^[12]研究结论一致。出院过渡期是患者从医院管理转向居家与社区支持、并重新学习独立生活能力的关键阶段^[13]。然而,从社区服务实践看,目前尚缺乏统一、规范的需求评估工具;同时,多学科协作机制以及转介标准、责任边界和衔接流程仍不明确,导致护理干预在强度调整和服务衔接时缺乏清晰、可执行的依据。这与既往研究^[14]结果一致。因此,建议在社区脑卒中过渡期护理中引入标准化、可操作的需求评

估工具,系统识别患者功能状态、未满足需求及风险特征,并据此制定个体化干预与转介方案^[15]。同时,应进一步明确多学科协作和双向转诊的启动标准、职责分工及衔接流程^[16]。以提升过渡期照护的连续性和干预的精准性。

3.3 强化协同:推进信息共享,完善医社协作机制

本研究表明,脑卒中患者出院过渡期护理仍存在社区联动不足和健康信息连续性欠缺的问题。主要表现为出院信息向社区传递不完整,关键信息在机构间流转不畅,导致社区难以及时掌握患者风险变化和康复进展,并据此实施连续干预。这一结果与既往研究^[17]结果一致。可能与区域信息系统互联互通不足、出院交接标准不统一及跨机构协作流程不完善有关。这些问题会影响健康信息在不同照护环节间的连续传递与反馈,削弱过渡期护理的连续性,并增加患者及照护者在返家后的不确定感^[18]。因此,未来需要加快构建信息共享平台,推动电子健康档案实现同步更新,例如在患者出院时医院可将其相关诊疗信息同步上传至信息平台,便于社区护理人员据此制订并调整个性化护理方案^[19];同时,应完善医-社协作机制,通过联合培训、联合查房和信息化协同等方式,推动医院专科护理能力向社区延伸,提升社区照护能力和过渡期服务连续性^[17]。

4 小结

本研究基于供需平衡理论,应用质性研究方法深入分析并探讨了医护人员和脑卒中患者双方在出院过渡期照护服务中的真实体验,提炼出需求、供给以及供给条件3个维度的3个主题,为实现出院过渡期服务供需适配提供参考依据。未来可以通过强化健康教育、完善需求评估、搭建高效信息交流平台、成立多学科团队制订出院计划等优化服务体系,实现出院过渡期服务供需的动态平衡。但由于本研究仅选取上海市社区卫生服务中心为研究对象,研究结论的推广与应用可能存在一定程度的受限。未来可在不同地区社区开展深入及多层次的探讨。

【参考文献】

[1] VERONESE M, VELLONE E, ALVARO R, et al. The transitional care from hospital to home for stroke survivors and their caregivers: a systematic review[J]. *J Vasc Nurs*, 2025, 43(2): 86-98.

[2] LIN S, WANG C, WANG Q, et al. The experience of stroke survivors and caregivers during hospital-to-home transitional care: a qualitative longitudinal study[J/OL]. [2026-04-26]. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104213>. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2022.104213.

[3] LIN B L, MEI Y X, WANG W N, et al. Unmet care needs of community-dwelling stroke survivors: a systematic review of quantitative studies[J/OL]. [2026-04-26]. [https://doi.org/10.1136/bmjopen-](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045560)

[2020-045560](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045560). DOI: 10.1136/bmjopen-2020-045560.

[4] SAMUELSON P A. The Pure theory of public expenditure[J]. *Rev Econ Stat*, 1954, 36(4): 387-389.

[5] 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.

[6] 刘明. Colaizzi 七个步骤在现象学研究资料分析中的应用[J]. *护理学杂志*, 2019, 34(11): 90-92.

[7] 梅永霞, 赛一溥, 徐盼盼, 等. 脑卒中患者康复期决策参与偏好现状及其影响因素的研究[J]. *军事护理*, 2025, 42(9): 10-13.

[8] KIM H, HAN A, LEE H, et al. Impact of mobile health literacy, stroke-related health knowledge, health beliefs, and self-efficacy on the self-care behavior of patients with stroke[J/OL]. [2026-04-26]. <https://doi.org/10.3390/healthcare12191913>. DOI: 10.3390/healthcare12191913.

[9] YMERAJ M, KOTICA F, BOZZOLAN G, et al. Health literacy in stroke disease: a systematic review[J]. *J Vasc Nurs*, 2025, 43(1): 33-45.

[10] FAKES K, WALLER A, CAREY M, et al. Patient experiences of receiving stroke discharge information in accordance with preferences[J]. *J Clin Nurs*, 2026, 35(5): 2150-2158.

[11] ZELEKE S, ALLIDA S M, FERGUSON C. Stroke survivor caregiver's challenges during hospital-to-home transition[J]. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 2025, 24(7): 1132-1133.

[12] HUGHES A K, WOODWARD A T, FRITZ M C, et al. Unmet needs of US acute stroke survivors enrolled in a transitional care intervention trial [J/OL]. [2026-04-26]. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2019.104462>. DOI: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2019.104462.

[13] CHEN L, XIAO L D, CHAMBERLAIN D. An integrative review: challenges and opportunities for stroke survivors and caregivers in hospital to home transition care[J]. *J Adv Nurs*, 2020, 76(9): 2253-2265.

[14] TEASELL R, SALBACH N M, FOLEY N, et al. Canadian stroke best practice recommendations: rehabilitation, recovery, and community participation following stroke. part one: rehabilitation and recovery following stroke; 6th edition update 2019[J]. *Int J Stroke*, 2020, 15(7): 763-788.

[15] AKKARA Y, AFREEN R, LEMONICK M, et al. Standardizing domains and metrics of stroke recovery: a systematic review[J/OL]. [2026-04-26]. <https://doi.org/10.3390/brainsci14121267>. DOI: 10.3390/brainsci14121267.

[16] 李松, 和欢, 李红玉, 等. 康复锻炼行为执行意向和心理健康素养在住院脑卒中患者领悟社会支持和健康行为之间的链式中介作用[J]. *军事护理*, 2023, 40(7): 34-38.

[17] 李磊, 张金梅, 文喆卿, 等. 社区老年脑卒中患者跌倒风险感知现状及影响因素研究[J]. *军事护理*, 2024, 41(7): 14-17.

[18] INGRAM L, PITT R, SHRUBSOLE K. Health professionals' practices and perspectives of post-stroke coordinated discharge planning: a national survey[J/OL]. [2026-04-26]. <https://doi.org/10.1071/IB23092>. DOI: 10.1071/IB23092.

[19] 毛文平, 骆金铠, 王力华, 等. 智能交互出院随访平台的构建与应用研究[J]. *中华护理杂志*, 2024, 59(15): 1812-1817.