

# 叙事家庭疗法在老年卒中后非痴呆认知障碍患者延续护理中的应用

王茹霜<sup>1</sup> 孙虎<sup>2</sup> 盛丹丽<sup>1</sup> 胡晶<sup>3</sup>

<sup>1</sup> 浙江医院三墩院区神经科, 浙江杭州 310030; <sup>2</sup> 浙江医院神经外科, 浙江杭州 310013; <sup>3</sup> 浙江医院神经内科, 浙江杭州 310013

通信作者: 王茹霜, Email: wjoi8694231@163.com

**【摘要】目的** 探讨叙事家庭疗法在老年卒中后非痴呆认知障碍(PSCIND)患者延续护理中的作用。**方法** 选取浙江医院三墩院区 2017 年 1 月至 12 月初次诊断为 PSCIND 的老年患者 100 例,以 1~6 月出院的患者为对照组,7~12 月出院的为试验组,每组 50 例,最终完成研究者对照组 46 例、试验组 48 例。对照组进行的是常规延续护理;试验组根据叙事家庭疗法实施延续护理。比较两组干预 12 周后蒙特利尔认知评估量表(MoCA)评分、改良 Barthel 指数(MBI)评分、照顾者负荷量表(ZBI)评分的差异。**结果** 干预前两组患者 MoCA、MBI、ZBI 评分比较差异均无统计学意义(均  $P > 0.05$ )。干预后,试验组患者 MoCA 评分明显高于对照组(分:  $24.61 \pm 2.03$  比  $22.98 \pm 2.34$ ,  $P < 0.05$ ),ZBI 评分低于对照组(分:  $34.89 \pm 7.12$  比  $38.17 \pm 6.53$ ,  $P < 0.05$ ),而试验组与对照组 MBI 评分比较差异无统计学意义(分:  $54.65 \pm 6.32$  比  $52.33 \pm 7.36$ ,  $P > 0.05$ )。**结论** 叙事家庭疗法能有效提高老年 PSCIND 患者的认知功能,降低照顾者负担。

**【关键词】** 叙事家庭治疗; 延续护理; 卒中后非痴呆认知障碍; 老年人

**基金项目:** 浙江省医药卫生科技计划项目(2017KY179)

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2019.01.024

## Application of narrative family therapy in continuous nursing for elderly patients with post-stroke cognitive impairment non-dementia

Wang Rushuang<sup>1</sup>, Sun Hu<sup>2</sup>, Sheng Danli<sup>1</sup>, Hu Jing<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Department of Neurology, Sandun Hospital District of Zhejiang Hospital, Hangzhou 310030, Zhejiang, China;

<sup>2</sup>Department of Neurosurgery, Zhejiang Hospital, Hangzhou 310013, Zhejiang, China; <sup>3</sup>Department of Neurology, Zhejiang Hospital, Hangzhou 310013, Zhejiang, China

Corresponding author: Wang Rushuang, Email: wjoi8694231@163.com

**【Abstract】Objective** To explore the effect of continuing nursing care based on narrative family therapy for elderly patients with post-stroke cognitive impairment non-dementia (PSCIND). **Methods** One hundred elderly patients with PSCIND were firstly diagnosed in Sandun Hospital District of Zhejiang Hospital from January to December 2017, the patients discharged between January and June were set as a control group, and the patients discharged between July and December were arranged in an experimental group, 50 cases in each group. Finally, 46 cases in control group and 48 cases in experimental group completed the study. The control group was given routine continuing nursing; while the experimental group was given continuing nursing based on narrative family therapy. The differences of Montreal Cognitive Assessment Scale (MoCA), Modified Barthel Index (MBI) score and Caregiver Load Scale (ZBI) score between the two groups after 12 weeks of intervention were compared. **Results** There were no statistical significant differences in the scores of MoCA, MBI and ZBI between the two groups before intervention (all  $P > 0.05$ ). After intervention, the MoCA score of experimental group was significantly higher than that of control group ( $24.61 \pm 2.03$  vs.  $22.98 \pm 2.34$ ,  $P < 0.05$ ), and the ZBI score was obviously lower than that of control group ( $34.89 \pm 7.12$  vs.  $38.17 \pm 6.53$ ,  $P < 0.05$ ). But, there was of no statistical significant difference in MBI score between experimental group and control group ( $54.65 \pm 6.32$  vs.  $52.33 \pm 7.36$ ,  $P < 0.05$ ). **Conclusion** Narrative family therapy in continuing nursing care can effectively improve the cognitive function of elderly patients with PSCIND and reduce the burden of caregivers.

**【Key words】** Narrative family therapy; Continuous nursing care; Post-stroke cognitive impairment non-dementia; Elderly patients

**Fund program:** Zhejiang Provincial Medical and Health Science and Technology Project (2017KY179)

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2019.01.024

卒中是临床上常见致残原因,不仅影响患者运动功能,也会增加认知障碍和痴呆的发生风险。卒中后非痴呆认知障碍(PSCIND)是认知功能障碍常见的亚型,常发生在卒中后急性期,患病率为 48.91%<sup>[1-2]</sup>,表现为定向力、注意力、记忆力、分析和理解、判断力、执行力等多认知域损害的轻度认知障碍,会对个体的日常活动造成不良影响,但 PSCIND 对机体功能的影响并不取决于卒中的严重程度。叙事家庭疗法是家庭治疗领域中的一个新

方法,是咨询者通过倾听他人的故事,运用适当问话技巧帮助当事人找出故事叙述过程中未曾注意到而被遗漏的片段,使问题外化,从而引导当事人重构积极故事和改变内在力量的过程,其核心法则是“人不是问题,问题才是问题”,也就是将问题与人分开,对症治疗,是花更多时间帮助个人重新审视自我而不是讨论家庭问题<sup>[3]</sup>。卒中患者治疗一段时间后势必会回归家庭,老年人由于心理、生理和社会功能减弱,一定程度上限制了他们的日常活动,而且

卒中后的各种并发症影响了老年患者的生理、心理健康,需要持续获得照料。研究显示 PSCIND 患者的认知功能往往在卒中后 6 个月内出现好转<sup>[4]</sup>,因此早期识别和干预 PSCIND 有重要意义。本研究采用叙事家庭疗法对老年 PSCIND 患者进行延续护理干预,探索叙事家庭疗法在卒中认知康复训练中的可行性和有效性,为有针对性的家庭干预提供依据。

## 1 对象与方法

**1.1 研究对象的选择:**选取 2017 年 1 月至 12 月在本院首次诊断为卒中经治疗出院的 100 例患者。

**1.1.1 纳入标准:**① 年龄 $\geq 60$ 岁;② CT 或磁共振成像(MRI)证实为卒中;③ 均处于恢复期(发病 2 周至 6 个月);经简易智能精神状态检查量表(MMSE)、蒙特利尔认知评估量表(MoCA)、日常生活能力(ADL)量表等心理学量表评定,确定为认知功能损害是血管性,且不符合卒中后痴呆(PSD)诊断标准<sup>[1]</sup>者,并经有经验的神经科医生确诊存在显著认知、感知或 ADL 下降,并再次确诊为 PSCIND (MoCA 评分 $< 26$ 分);④ 无重要器官功能损害;⑤ 意识清晰,检查合作;⑥ 我市城区常住居民;⑦ 能交流和完成指令性动作;⑧ 有专职的 1~2 名照顾者;⑨ 自愿参与研究并签署知情同意书。

**1.1.2 排除标准:**① 再发或复发卒中;② 既往有抑郁等疾病史;③ 吸烟、嗜酒等导致的认知功能障碍;④ 严重失语、视听障碍、失用等;⑤ 骨折、截肢、下肢骨关节炎等影响运动功能;⑥ 合并严重原发疾病;⑦ 恶性肿瘤或颅内肿瘤;⑧ PSD。

**1.2 研究分组:**采用不同期对照试验,将 2016 年 1~6 月、7~12 月诊疗出院的患者分别设置为对照组和试验组,每组 50 例,对照组和试验组分别脱落 4 例、2 例,最终纳入对照组 46 例、试验组 48 例。两组性别、年龄、病程、MMSE 评分、ADL 评分、伴发疾病比较差异均无统计学意义(均 $P>0.05$ ;表 1),有可比性。

表 1 不同护理方法两组 PSCIND 患者一般资料的比较

组别	例数 (例)	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$ )	病程 (d, $\bar{x} \pm s$ )
		男性	女性		
对照组	46	31	15	62.43 $\pm$ 6.12	69.47 $\pm$ 9.83
试验组	48	32	16	63.17 $\pm$ 6.45	71.98 $\pm$ 9.72

  

组别	例数 (例)	MMSE 评分 (分, $\bar{x} \pm s$ )	ADL 评分 (分, $\bar{x} \pm s$ )	伴发病(例)		
				高血压	糖尿病	冠心病
对照组	46	21.22 $\pm$ 2.34	33.92 $\pm$ 10.83	40	27	33
试验组	48	21.18 $\pm$ 2.25	33.79 $\pm$ 10.76	41	29	35

注:对照组采用卒中临床路径康复治疗;试验组在对照组基础上纳入以叙事家庭疗法为指导进行延续护理

## 1.3 干预方法

**1.3.1 对照组:**接受卒中临床路径康复治疗;出院前 1 d 评估患者的身体功能、自理能力、精神状况,并进行出院前技能指导,将患者纳入个案录入随访系统;并于出院后 2、4、8 和 12 周门诊复诊各 1 次,对无法如期完成门诊复诊的患者,根据具体情况进行家庭或电话或远程网络视频随访;出院后每月均集中进行 1 次 30~40 min 专题讲座,在课后设置互动环节,答疑解惑;同时通过微信公众号给患者及照顾者推送健康教育资料每周 3~4 次。

**1.3.2 试验组:**在对照组的基础上纳入了心理咨询师、社区医务工作者、同伴教育者等专业和非专业人员,以叙事家庭疗法为理论指导进行延续护理,把患者的问题看成整个家庭的问题来解决,分为问题叙说、发现例外、支持性补充 3 个阶段进行,具体内容如下。

**1.3.2.1 问题叙说:**即问题外化阶段,由患者描述影响其认知问题的过程和具体方式,目的是帮助患者和家庭在生活经历中寻找与问题不同的独特经验,共完成出院前、电话随访、门诊复诊或家庭随访 3 次对话,每次访谈均录音。其中出院前对话主要是了解患者的心理、生理、情感、社会现状,明确其出院后面面对的重要冲突和压力。电话随访、门诊复诊或家庭随访主要是倾听患者或家庭的故事,让患者围绕故事诠释身处的环境和将来面对的问题,值得注意的是这些故事包括了实际发生或虚构的事件或生活经验、次序、时间、情节等,目的是通过个人对自身和生活的理解,主动对自己的经验、与别人的关系、社会现实等作出诠释,方便评价其自我理解和对未来的塑造能力。如果患者无法启齿,也可以通过信件、日记、影像、绘画等方式表达故事。

**1.3.2.2 发现例外:**叙事故是改变自我的一种方法,该阶段的目的是帮助患者及家庭发现先前没有意识到的是又强有力地限制自己生活的问题。主要是医务团队通过录音等文件,了解与问题故事不符的时间及经验,可以从语速、语调、动作、语气等,发现个人和家庭以往经历中被主导故事忽视的内容,了解整个家庭的结构、环境、反馈、弹性、症状问题、惯用的交往方式和认知等细节,进而从故事中发现有意义的亮点,编辑和总结治疗访谈的特定内容,从旁观者角度找到问题的不同感受,分析问题产生的深层原因。同时,专家们通过叙述的故事筛选和组织他们的生活经验,分析其对与错、好与坏、正常与不正常、有问题与没问题等,以了解个人视觉空间

与执行能力、命名能力、记忆力、计算力、语言等认知域现状,了解患者对自己和环境的各种认知,并与家庭成员沟通,在患者和家庭的支持配合下,结合其经济情况、文化程度、个人喜好、家庭照顾能力等制定计划并记录计划完成情况,保证干预措施落实,最大可能减少创伤的影响。

**1.3.2.3 支持性补充:**卒中发生后,患者和家庭往往可能忘记过去生活中积极向上的故事,过多关注于对自己不利的叙事上,需要通过分析患者或家庭的故事,从问题、感受、态度、信念等认知中找出导致患者问题存在的深层原因,梳理事情的条理,明确个人、家庭、社会层面需要的支持,着重训练注意力、记忆力两方面的认知。同时,为了鼓励和强化问题解决的行为,重新构建一个自己与他人之间的关系网络,鼓励患者走出家门、走进社区,同时在尊重和保密原则的前提下,建议患者或照顾者在社区小组活动中积极参与游戏、讲故事、扮演角色等,与其他患者分享故事以共同交流,大家以同伴教育者的身份解决问题。而且每次的社区小组活动需要照顾者参加,将家庭情感、思想、行动串联起来,以拉近彼此的亲近感,改变视角、重新看待问题,构建生命的新故事。如果有需要,可以将个性较强的案例以微信推送等形式共享。

**1.4 观察指标及方法:**于出院时、干预后 12 周采用统一的调查表收集资料。

**1.4.1 认知功能障碍:**采用 MoCA 评分<sup>[5]</sup>评价患者的认知功能,量表的 Cronbach  $\alpha$  系数为 0.87,从视空间与执行功能(交替连线、立方体、钟表)、语言功能(命名、句子复述、词语流畅性)、注意力(注意、集中、警觉性)、计算力、抽象思维、记忆力(延迟回忆)、定向力 11 项内容 8 个领域进行认知评估,总分为 30 分,得分在 26 分及以上为正常。

**1.4.2 ADL:**采用改良 Barthel 指数(MBI)<sup>[6]</sup>评价患者的 ADL,该量表包括进食、修饰、入厕、洗澡、穿脱衣服、转移和大小便控制 8 项自我照顾活动,以及行走或借助轮椅行走 50 m、上下楼梯 2 项行为相关活动,总分为 100 分,得分越高说明个体的 ADL 越高好,独立性越强。

**1.4.3 照顾者负担:**采用照顾者负荷量表(ZBI)<sup>[7]</sup>评价患者照顾者的负荷, Cronbach  $\alpha$  系数为 0.87,包括了照顾者的健康情况、精神状态、经济社会生活等 4 方面共 22 个条目,采取 Likert 5 级评分法分别记 0~4 分,总分 0~88 分,得分越高提示个体的照顾负荷越大。

**1.5 统计学方法:**使用 SPSS 18.00 软件处理数据,符合正态分布的计量资料以均数  $\pm$  标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用  $t$  检验; $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

表 2 结果显示,两组患者干预前 MoCA、MBI、ZBI 评分比较差异均无统计学意义(均  $P > 0.05$ );干预后试验组 MoCA 评分明显高于对照组, ZBI 评分明显低于对照组(均  $P < 0.05$ );两组 MBI 评分比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

表 2 不同护理方法两组老年 PSCIND 患者延续护理干预前后 MoCA、MBI、ZBI 评分的比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	例数(例)	MoCA(分)	MBI(分)	ZBI(分)
对照组	干预前	46	19.32 $\pm$ 2.84	53.68 $\pm$ 6.82	42.23 $\pm$ 8.56
	干预后		22.98 $\pm$ 2.34	55.33 $\pm$ 7.36	38.17 $\pm$ 6.53 <sup>a</sup>
试验组	干预前	48	18.76 $\pm$ 2.11	52.43 $\pm$ 7.66	44.70 $\pm$ 9.35
	干预后		24.61 $\pm$ 2.03 <sup>ab</sup>	57.65 $\pm$ 6.32 <sup>ab</sup>	34.89 $\pm$ 7.12 <sup>ab</sup>

注:对照组采用卒中临床路径康复治疗;试验组在对照组基础上纳入以叙事家庭疗法为指导进行延续护理;与干预前比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$ ;与对照组比较,<sup>b</sup> $P < 0.05$

## 3 讨论

**3.1 家庭叙事疗法可提高老年 PSCIND 患者的认知功能:**认知障碍是卒中后的常见表现,卒中幸存者的认知障碍发生率很高,而且年龄不仅是卒中发生的危险因素,也是导致认知功能障碍的危险因素之一<sup>[2]</sup>。常规的延续护理、二级预防可能对减少卒中后认知损害的发生有一定作用,神经心理康复减少了卒中后负担<sup>[8]</sup>,虽然能在一定程度上改善老年 PSCIND 患者的认知功能,但其效果并不显著。本研究显示,干预后试验组患者 MoCA 评分高于对照组。这与高磊等<sup>[9]</sup>研究显示,缺血性中风急性期认知障碍患者治疗后 MoCA 评分明显升高的结论一致。分析主要因为认知障碍的个体差异很大,患者由于潜在的恐惧,并不愿意谈及与疾病相关的心理、社会情况,出院后,不太重视认知和记忆上的交流缺陷,近 50% 的卒中患者认为对精神疲劳和记忆力的支持低,感觉离开医院后被遗弃<sup>[10]</sup>,医务工作者又大部分关注运动障碍康复,对卒中后记忆和认知关注较少,卒中后记忆和认知问题困难、当前服务缺乏明确性、临床医生往往不确定应该由谁来负责患者认知问题的随访<sup>[11]</sup>,因而无法获取患者出院后的各项非生理指标,常规延续护理干预可能存在一定的缺失。家庭叙事疗法的延续护理,是以家庭整体作为治疗的单位,以家庭整体的角度观察、理解个人,循环问题叙说、发现例外、支持性补充 3 个阶

段挖掘患者及家庭存在的问题,通过语言、信件、日记、影像、绘画等叙事治疗文件,分析其信念、梦想、希望等,积极回应并有针对性地共同制订计划,从最简单的对自己和对环境的确定、感知、理解、判断到完成记忆训练、计算等认知技能,相互督促完成目标,为其持续延伸提供环境,因而叙事家庭疗法能有效提高老年 PSCIND 患者的认知功能。

**3.2 家庭叙事疗法能降低老年 PSCIND 患者的照顾负担:**照顾负担是照顾者在照顾患者的过程中所经历的躯体、心理、经济等方面的不良结局,传统上中国老年人的养老大部分依赖于家庭照顾,急性期康复干预至关重要,由于老年 PSCIND 患者疾病的特殊性,照顾者也或多或少有不同程度的负担,表现为轻至中度的卒中照顾负担<sup>[12]</sup>,即使医务人员能提供专业的医学信息,对于 PSCIND 患者和他们的照顾者来说仍是一个重大的挑战,而且目前临床医生关注的焦点在于改善患者的身体机能,让患者尽快回家,认知训练和治疗时间并不总是相符的。对卒中后信息缺乏的不满,一定程度上限制了延续护理的效果,因而传统的延续护理对照顾者的负担改善效果并不太理想。叙事家庭治疗的延续护理,不仅关注患者的心理、生理、情感和社会现状,以家庭为一个整体叙述故事,患者或照顾者在自我叙事或聆听经验的过程中,产生了对生活意义和对生活感受的思考,逐步了解自己的家庭角色、社会角色,有自己的选择说“是”或“不是”,专业也不再是问题的解决者,而是协助患者自己充实故事,在故事中寻求解决问题的方案,降低了照顾者的照顾压力。同时,社会参与、娱乐活动、认知康复是社区老年卒中患者生活质量改善的潜在策略<sup>[13]</sup>,这些都强调需要更好的社区护理以解决社会心理领域的康复,本研究充分利用社区医疗资源,筹备和开展社区小组活动,引入卒中照顾者、同伴教育者共同参与评估过程、跨专业沟通,增进了对疾病的了解和与患者之间的沟通,降低了一味等待、逃避现实的消极应对方式,能以合理的方式排解压力,降低了照顾负担。

**3.3 局限性:**身体功能的行走速度和握力会影响老年卒中患者的生存质量和功能恢复,然而在现实生活中,卒中幸存者通常表现为低水平的体力活动,特别是老年人,行走速度显著较慢,平衡、行走速度、动机性等身体功能,以及抑郁、健康相关生活质量、跌倒相关自我效能感等心理因素<sup>[14]</sup>,都影响了老年 PSCIND 患者的日常活动。

认知状态是康复成功的因素,严重影响预后,基

于叙事家庭疗法的延续护理,在出院后 12 周内的急性期,能有效改善老年 PSCIND 患者的认知功能,降低照顾者的负担,但家庭问题不是一朝一夕就可以解决的,需要长期合作和努力才能实现。对老年卒中患者进行前瞻性随访评估,着眼于提高医院和社区护理的凝聚力,适当引导,以提高个人和整个家庭的护理能力,为卒中后患者提供认知障碍的干预仍任重而道远。

## 参考文献

- [1] 中国卒中学会,卒中后认知障碍管理专家委员会.卒中后认知障碍管理专家共识[J].中国卒中杂志,2017,12(6):519-531. DOI: 10.3969/j.issn.1673-5765.2017.06.011.
- [2] Chinese Stroke Society, Expert Committee on Management of Poststroke Cognitive Impairment. Expert consensus on post-stroke cognitive impairment management [J]. Chin J Stroke, 2017, 12 (6): 519-531. DOI: 10.3969/j.issn.1673-5765.2017.06.011.
- [3] Qu Y, Zhuo L, Li N, et al. Prevalence of post-stroke cognitive impairment in China: a community-based, cross-sectional study [J]. PLoS One, 2015, 10 (4): e0122864. DOI: 10.1371/journal.pone.0122864.
- [4] 肖来付.家庭叙事疗法及其启示[J].医学与社会,2009,22(2):57-59. DOI: 10.3870/YXYSH.2009.02.021.
- [5] Xiao LF. Family narrative therapy and its enlightenment [J]. Med Soc, 2009, 22 (2): 57-59. DOI: 10.3870/YXYSH.2009.02.021.
- [6] Mahon S, Parmar P, Barker-Collo S, et al. Determinants, prevalence, and trajectory of long-term post-stroke cognitive impairment: results from a 4-year follow-up of the arcs-IV study [J]. Neuroepidemiology, 2017, 49 (3-4): 129-134. DOI: 10.1159/000484606.
- [7] Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, et al. The montreal cognitive assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment [J]. J Am Geriatr Soc, 2005, 53 (4): 695-699. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x.
- [8] Leung SO, Chan CC, Shah S. Development of a Chinese version of the modified barthel index: validity and reliability [J]. Clin Rehabil, 2007, 21 (10): 912-922. DOI: 10.1177/0269215507077286.
- [9] 王烈,杨小湜,侯哲,等.护理者负担量表中文版的应用与评价[J].中国公共卫生,2006,22(8):970-972. DOI: 10.3321/j.issn:1001-0580.2006.08.040.
- [10] Wang L, Yang XS, Hou Z, et al. Application and evaluation of chinese version of zarit caregiver burden interview [J]. Chin J Public Health, 2006, 22 (8): 970-972. DOI: 10.3321/j.issn:1001-0580.2006.08.040.
- [11] Mellon L, Brewer L, Hall P, et al. Cognitive impairment six months after ischaemic stroke: a profile from the ASPIRE-S study [J]. BMC Neurol, 2015, 15 : 31. DOI: 10.1186/s12883-015-0288-2.
- [12] 高磊,焦静,王美姣,等.芪参通络增智汤对缺血性中风急性期患者认知障碍的干预研究[J].中国中西医结合急救杂志,2014,21(5):331-334. DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2014.05.004.
- [13] Gao L, Jiao J, Wang MJ, et al. A study of Qishen Tongluo Zengzhi decoction for intervention of cognitive impairment in patients with acute phase of ischemic stroke [J]. Chin J TCM WM Crit Care, 2014, 21 (5): 331-334. DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2014.05.004.
- [14] Liu H, Lou VWQ. Functional recovery of older stroke patients discharged from hospital to home: the effects of cognitive status and different levels of therapy intensity [J]. J Clin Nurs, 2018, 28 (1-2): 47-55. DOI: 10.1111/jocn.14617.
- [15] Tang EYH, Price C, Stephan BCM, et al. Gaps in care for patients with memory deficits after stroke: views of healthcare providers [J]. BMC Health Serv Res, 2017, 17 (1): 634. DOI: 10.1186/s12913-017-2569-5.
- [16] 郑婧,李瑞玲,王亚霖,等.老年脑卒中患者主要照护者照顾负担及影响因素研究[J].中国实用护理杂志,2016,32(6):421-424. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1672-7088.2016.06.006.
- [17] Zheng J, Li RL, Wang YL, et al. The level and influencing factors of caregiver burden among primary caregivers of stroke patients in old age [J]. Chin J Pract Nurs, 2016, 32 (6): 421-424. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1672-7088.2016.06.006.
- [18] Goh HT, Tan MP, Mazlan M, et al. Social participation determines quality of life among urban-dwelling older adults with stroke in a developing country [J]. J Geriatr Phys Ther, 2018. [2018-11-14]. [published online ahead of print May 25, 2018]. DOI: 10.1519/JPT.0000000000000196.
- [19] Vahlberg B, Bring A, Hellström K, et al. Level of physical activity in men and women with chronic stroke [J]. Physiother Theory Pract, 2018: 1-9. [2018-11-14]. [published online ahead of print April 16, 2018]. DOI: 10.1080/09593985.2018.1460646.

(收稿日期:2018-11-14)