

本文引文格式:杨威,王雪微,陈晓煦,等.急性缺血性脑卒中患者就医决策延迟的调查分析[J].右江民族医学院学报,2026,48(1):138-141,146.

【临床护理】

急性缺血性脑卒中患者就医决策延迟的调查分析

杨威¹,王雪微²,陈晓煦²,张蕊²,闫雪²,司雯²,赵娜²,刘金楠²

(1. 黑龙江省第二医院护理部,黑龙江 哈尔滨 150028;

2. 黑龙江省第二医院神经内科,黑龙江 哈尔滨 150028)

摘要:目的 探讨急性缺血性脑卒中(acute ischemic stroke, AIS)患者就医决策延迟现状及其影响因素。方法 于2023年7月至2024年11月,采用便利抽样选取哈尔滨市某三级甲等医院的312例AIS患者,采用一般资料调查表、社会支持评定量表、Herth希望量表、简易应对方式问卷、慢性病健康素养量表对其进行调查,并分析其就医决策延迟的影响因素。结果 本研究发放问卷312份,回收有效问卷303份,有效回收率为97.11%。303例患者决策平均时间为(125.35±111.04) min,健康素养($\beta=-3.362, P<0.05, 95\% CI: 0.009\sim 0.131$)、应对方式($\beta=-4.957, P<0.05, 95\% CI: 0.002\sim 0.024$)是影响AIS患者就医决策延迟的因素。结论 AIS患者就医延迟突出,医护人员需重点关注健康素养低、应对方式消极者,提升其疾病认知与就医能力,纠正不合理应对习惯,从认知和行为层面降风险。

关键词:卒中;就医决策延迟;影响因素

中图分类号:R473.5

文献标识码:C

文章编号:1001-5817(2026)01-0138-05

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2026.01.023

急性缺血性脑卒中(acute ischemic stroke, AIS)是全球范围内的重大健康挑战,导致极高的致残率与死亡率^[1]。1995年,美国国家神经疾病和中风研究所证实静脉注射组织纤溶酶原激活剂可有效治疗AIS,该里程碑式的研究显著改善了患者的临床结局^[2-3]。然而,当前我国AIS患者的溶栓率仍处于较低水平,其原因复杂多样,其中院前延迟尤为关键^[4]。而患者就医决策的延误,又是导致院前延迟的核心因素^[5]。目前,国内外相关研究多集中于急性冠状动脉综合征(acute coronary syndrome, ACS)患者^[6-9],针对AIS患者决策过程的研究仍较为有限。

疾病自我调节常识模型是一种基于社会认知视角的理论框架,它系统阐释了个体在感知与应对健康威胁过程中的行为决策机制^[10],已被广泛用于解释患者的疾病应对行为^[11]。该理论指出,社会支持、健康素养与应对方式在个体决策中起着关键作用^[10]。此外,研究显示希望水平也对决策行为具有显著影响^[6]。基于此,本研究拟以疾病自我调节常识模型为理论框架,深入探讨影响AIS患者决策延迟的多维度因素,旨在为今后制定针对性干预策略提供理论依据

1 对象与方法

1.1 研究对象 本研究于2023年7月至2024年11月在哈尔滨市某三级甲等医院神经内科病房,采用便利抽样选取研究对象(诊断为AIS的初诊患者)。纳入标准:①年龄18岁以上;②符合“中国急性缺血性脑卒中诊治指南(2019年版)”诊断标准^[4];③本次发病为首发;④知情同意。排除标准:①发病过程中出现过认知障碍的患者;②患者和亲属均不能正确回忆发病时间;③患者发病地点为医院或养老院;④患者无法回答问题;⑤患者拒绝提供相关信息。本研究已通过黑龙江省第二医院医院伦理委员会并获批开展[医学伦理2024第(96)号]。

1.2 研究方法

1.2.1 研究工具 ①一般资料调查表。包括AIS患者的一般人口学因素、疾病相关资料及症状发作时机。一般人口学因素主要包括性别、居住地、文化程度、劳动类型、是否定期体检等。疾病相关资料包括冠心病史。症状发作时机包括症状个数、发病时身边是否有人、出现症状第一反应等;②社会支持评定量表(social support rating scale, SSRS)。该量表由肖水源^[12]

基金项目:黑龙江省卫生健康委员会科研课题(20231414010514)

第一作者:杨威,硕士,研究方向:慢性病管理、护理教育, E-mail:506347655@qq.com

通讯作者:王雪微,主管护师,研究方向:脑卒中管理, Email:835500026@qq.com

编制,涵盖 3 个维度和 10 个条目,采用 Likert 4 级评分制,分值范围为 12~66 分。该量表的 Cronbach's α 系数为 0.89~0.94,重测信度为 0.92,结构效度和内容效度均良好;③ Herth 希望量表(Health hope inndex, HHI)。该量表是赵海平等^[13]引进翻译,包括 3 个维度、12 个条目。该量表的 Cronbach's α 系数为 0.88,重测信度为 0.90;④ 简易应对方式问卷(Simplified Coping Style Questionnaire, SCSQ)。该量表是由解亚宁^[14]编制,由两个维度组成:积极应对、消极应对(共 20 个条目)。该量表的 Cronbach's α 系数为 0.883,重测信度为 0.890;⑤ 慢性病健康素养量表。该量表由孙浩林^[15]开发,包括 4 个维度、24 个条目,得分在 96 分以上说明具备健康素养。该量表的 Cronbach's α 系数为 0.894,重测信度为 0.974。

1.2.2 调查方法 由经过统一培训的调查员前往各科室,向符合纳入标准的患者发放问卷。问卷由患者本人填写,对于因视力下降或不识字而无法填写的患者,则由调查员朗读问卷条目并询问家属为其填写。每份问卷填写完毕后,调查员均会仔细检查是否存在缺项,以确保问卷的完整性和数据的准确性。本研究发放问卷 312 份,回收有效问卷 303 份,有效回收率为 97.11%。

1.3 统计学方法 采用 SPSS 25.0 统计软件。计数资料数据用例数和构成比表示,用 χ^2 检验计算计数资料,正态分布计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示;影响因素采用二分类 Logistic 回归法分析,入选标准为 $\alpha=0.05$,排除标准为 $\alpha=0.10$ 。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患者的就医决策延迟现状 本研究中有 67.65% AIS 患者就医决策处于延迟状态,就医决策时间为 1~600 min,平均决策时间为(125.35 \pm 111.04) min。

2.2 AIS 患者就医决策延迟的单因素分析 通过查阅文献,本研究以 1 h 为界,将就医决策分为及时组(≤ 1 h)和延迟组(> 1 h)^[16],对其一般资料、应对方式、社会支持、希望水平、健康素养等进行单因素分析,结果显示:文化程度、性别、劳动类型、居住地、是否定期体检、是否有冠心病病史、首发症状个数、发病时身边是否有人、出现症状的第一反应、社会支持、应对方式、希望水平、健康素养在两组患者中的差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 AIS 患者就医决策及时组与延迟组的单因素分析
($n=303$)

因素	n	≤ 1 h	> 1 h	χ^2	P
性别				4.748	0.029
男	203	74(24.42)	129(42.57)		
女	100	24(7.93)	76(25.08)		
居住地				15.797	0.003
城市	131	51(16.83)	80(26.40)		
城郊	32	16(5.28)	16(5.28)		
县城	60	17(5.61)	43(14.19)		
乡镇	19	4(1.32)	15(4.95)		
农村	61	10(3.30)	51(16.83)		
文化程度				18.95	< 0.001
初中及以下	190	46(15.18)	144(47.52)		
高中至大专	107	47(15.51)	60(19.80)		
本科及以上	6	5(1.65)	1(0.33)		
劳动类型				8.798	0.003
体力劳动者	173	44(14.52)	129(42.57)		
非体力劳动者	130	54(17.82)	76(25.08)		
是否定期体检				25.585	< 0.001
是	70	40(13.20)	30(9.90)		
否	233	58(19.14)	175(57.76)		
是否有冠心病病史				4.395	0.036
是	28	14(4.62)	14(4.62)		
否	275	84(27.72)	191(63.04)		
首发症状个数				21.192	< 0.001
1 个	239	62(20.46)	177(58.42)		
≥ 2 个	64	36(11.88)	28(9.24)		
发病时身边是否有人				16.286	< 0.001
是	217	85(28.05)	132(43.56)		
否	86	13(4.29)	73(24.09)		
出现症状的第一反应				6.067	0.048
放松	110	30(9.90)	80(26.40)		
采取措施	98	28(9.24)	70(23.10)		
就医	95	40(13.20)	55(18.15)		
应对方式				190.633	< 0.001
积极应对	85	78(25.74)	7(2.31)		
消极应对	218	20(6.60)	198(65.35)		
希望水平				9.318	0.002
高水平	49	25(8.25)	24(7.92)		
中等水平	254	73(24.09)	181(59.74)		
健康素养				242.148	< 0.001
具有	96	90(29.70)	6(1.98)		
不具有	207	8(2.64)	199(65.68)		
社会支持				129.181	< 0.001
低水平	9	4(1.32)	5(1.65)		
中等水平	220	24(7.92)	196(64.69)		
高水平	74	70(23.10)	4(1.32)		

注:表内计数资料数据用[$n(\%)$]表示。

2.3 AIS 患者就医决策延迟的多因素分析 以单因素分析中筛选出具有统计学显著性的变量作为自变量,以就医决策是否延迟为因变量,运用二分类 Logistic 回归的 Forward-LR 逐步法开展分析,且所有哑变量均以第一类别为参照标准,赋值情况详见表 2。结果显示,健康素养($\beta = -3.362$, $P < 0.001$)和应对方式($\beta = -4.957$, $P < 0.001$)是影响 AIS 患者就医决策延迟的关键因素,具体情况见表 3。

表 2 变量赋值方式

变量	赋值
是否延迟	延迟=1,及时=2
性别	女=1,男=2
居住地	城市=1,城郊=2,县城=3,乡镇=4,农村=5
文化程度	本科及以上=1,高中至大专=2,初中及以下=3
劳动类型	体力劳动=1,非体力劳动=2
体检	否=1,有=2
冠心病	有=1,否=2
身边是否有人	否=1,有=2
首发症状个数	1个=1,≥2个=2
第一反应	放松=1,采取措施=2,就医=3
应对方式	消极应对=1,积极应对=2
希望水平	低水平=1,中等水平=2
社会支持	低水平=1,中等水平=2,高水平=3
健康素养	不具有=1,具有=2

表 3 AIS 患者决策延迟影响因素的回归分析 (n=303)

变量	β	SE	Wald χ^2	自由度	P	OR	95% CI
应对方式	-4.957	0.620	63.989	1	<0.001	0.007	0.002~0.024
健康素养	-3.362	0.677	24.638	1	<0.001	0.035	0.009~0.131

3 讨论

3.1 AIS 患者就医决策延迟值得关注 本研究发现 AIS 患者平均就医决策时间为(125.35±111.04) min,高于 KHARBACH A 等^[17]对法国 AIS 患者研究的结果。其原因可能与我国居民疾病认知不足,对疾病知晓率低^[18],引发此类患者就医决策时间普遍处于延迟状态。因此,社区工作人员应对 AIS 高危人群予以重点关注,应进行多场景、多方式健康宣传,如电梯内、社区人员密集处等通过张贴海报、网络视频、健康讲座等方式进行,加强对 AIS 危险因素、临床症状、治疗窗等方面相关知识的普及。此外,本研究中 AIS 患者中有 67.65% 患者就医决策处于延迟状态,比例高于杨丽等^[19]对青岛市 AIS 患者进行研究的結果,分析原因可能与纳入人群的居住地、文化程度等人口学特征差异有关。未来,建议进行多中心的大样本研究,进一步验证不同地域、不同人口学特征 AIS 患者就医决策延迟的差异,为制定更具针对性的干预措施提供依据。

3.2 AIS 患者就医决策延迟的影响因素分析

3.2.1 应对方式 本研究发现,发病后采取应对方式会影响患者的就医决策时间。应对方式是指个人为满足内部和外部需求而做出的行为方式^[14]。应对方式是人们面对各种应激状态采取的策略,分为积极应对和消极应对^[20]。AIS 患者在发病后所采取何种应对

方式对后续的治疗及预后有着重大的影响。突如其来的疾病威胁着身体健康,促使人们采取各种应对策略来减轻疼痛和焦虑,其中积极应对方式的作用尤为关键^[21]。当患者采取积极的应对方式时,能够以客观、理性的视角审视自身病情,摆脱恐惧或焦虑等负面情绪的束缚,进而更主动地去了解疾病相关信息,清晰认识自身健康状况,准确判断病情发展,为后续治疗的顺利推进和良好预后奠定坚实基础^[22-23]。从积极的心理学角度看,积极的应对方式有助于激发患者的内在动力,增强其对治疗的信心和配合度,从而在面对疾病挑战时表现出更强的韧性和适应性^[24]。据此,医务人员在开展针对性健康教育的同时,应关注患者的应对方式,针对不同个体制定相应的干预措施,以使患者在发病后采取积极态度,增强治疗信心,避免消极应对带来的决策延迟情况。建议护理人员在患者就诊时同步开展积极应对指导,如通过案例讲解帮患者理性看待病情、提供疾病科普手册;社区工作人员组织 AIS 患者分享会,邀请康复者讲积极应对经验,同时开设心理辅导课,帮助提升应激时的积极应对能力。

3.2.2 健康素养 本研究结果提示健康素养是影响患者决策延迟的重要因素,与黄红艳等^[25]研究结果相符。健康素养被视为一种综合能力,是个人能够找到、理解和使用信息与服务,为自己和他人做出与健康相关的决策和行动的程 度,可以提高人们更好地理解健

康相关概念的能力,并可能提高他们对健康负责的能力,也被认为与健康促进相关的决策有关^[15]。许多政府认识到其重要性,中国和美国等国家将健康素养纳入其公共卫生战略。《健康中国 2030》将提升民众的健康素养列为健康促进的重要目标之一^[26]。在美国,《Healthy People 2030》也将健康素养纳入其框架的核心组成部分^[27]。既往研究发现,健康素养低会限制个体承担和参与健康相关任务的能力,这对于决策行为的产生及改善健康结果至关重要^[28]。低健康素养与缺乏疾病相关知识有关^[29],易发生就医决策延迟。综上,提升 AIS 患者健康素养对改善决策延迟至关重要。因此,建议社区卫生保健人员针对健康素养构建“数字+实体”双轨培育体系,打造线上线下联动的健康知识传播平台。线上方面,可以利用社交媒体平台,定期发布 AIS 防治科普短视频,扩大健康知识传播范围。线下方面,开展健康素养提升工作坊,组织 AIS 高危患者及其家属参与健康讲座、技能培训、模拟演练等活动,提高健康素养水平,从而减少就医决策延迟现象的发生。

AIS 患者及时进行溶栓治疗与预后及生活质量息息相关,而就医决策延迟是导致无法在规定时间内进行溶栓的主要原因,严重影响了疾病的治疗。目前国内针对 AIS 患者的救治工作投入大量精力,并在卫生健康行政部门统筹规划下,将医院多个学科进行整合,打造防治一体的卒中中心。在此基础上,AIS 患者的转运和院内流程已持续优化,然而,患者就医决策的延迟依然成为其及时接受溶栓治疗的主要障碍。本研究对 AIS 患者决策延迟的现状进行探讨,并对影响决策延迟的因素进行分析,期望能够帮助缩短决策时间。护理人员应重视 AIS 患者决策延迟的现象,及时给予护理干预,提高患者的治愈率,降低致残率、致死率。本研究属于横断面研究,且研究对象均来自同一地区,研究结果可能无法应用到其他地区,后续仍需扩大样本量以深入探讨。

参考文献:

- [1] ALRUWAILI R, AL-KURAI SHY H M, ALRUWAILI M, et al. The potential therapeutic effect of phosphodiesterase 5 inhibitors in the acute ischemic stroke (AIS) [J]. *Mol Cell Biochem*, 2024, 479(5): 1267-1278.
- [2] CAPUANA M L, LORENZANO S, CASELLI M C, et al. Hemorrhagic risk after intravenous thrombolysis for ischemic stroke in patients with cerebral microbleeds and white matter disease [J]. *Neurol Sci*, 2021, 42(5): 1969-1976.
- [3] BLAIR C, EDWARDS L, CAPPELEN-SMITH C, et al. Intravenous thrombolysis is associated with less disabling stroke and lower mortality in multiple-pass endovascular thrombectomy [J]. *Cerebrovasc Dis*, 2021, 50(2): 156-161.
- [4] 《中国脑卒中防治报告 2019》编写组.《中国脑卒中防治报告 2019》概要 [J]. *中国脑血管病杂志*, 2020, 17(5): 272-281.
- [5] 李天晓. 急性缺血性脑卒中血管内再通技术 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2024: 408.
- [6] 刘杨, 刘敏. 急性冠状动脉综合征患者决策延迟现状及其影响因素分析 [J]. *河南医学研究*, 2025(2): 234-239.
- [7] 龙春花, 吴丝丝, 李莎莎, 等. 急性冠脉综合征患者首次医疗接触延迟现状及影响因素分析 [J]. *心血管康复医学杂志*, 2021, 30(3): 264-268.
- [8] 辛小云, 刘荣妹, 仲芳玉. 急性胸痛患者症状至首次医疗接触时间的延迟因素及对直接经皮冠状动脉介入术临床疗效的影响 [J]. *江西医药*, 2023, 58(4): 453-456.
- [9] ARREBOLA-MORENO M, PETROVA D, GARRIDO D, et al. Psychosocial markers of pre-hospital decision delay and psychological distress in acute coronary syndrome patients [J]. *Br J Health Psychol*, 2020, 25(2): 305-323.
- [10] HALE E D, TREHARNE G J, KITAS G D. The common-sense model of self-regulation of health and illness: how can we use it to understand and respond to our patients' needs? [J]. *Rheumatology (Oxford)*, 2007, 46(6): 904-906.
- [11] WALSH J C, LYNCH M, MURPHY A W, et al. Factors influencing the decision to seek treatment for symptoms of acute myocardial infarction: an evaluation of the Self-Regulatory Model of illness behaviour [J]. *J Psychosom Res*, 2004, 56(1): 67-73.
- [12] 肖水源.《社会支持评定量表》的理论基础与研究应用 [J]. *临床精神医学杂志*, 1994, 4(2): 98-100.
- [13] 赵海平, 王健. 血液透析患者的社会支持和希望 [J]. *中华护理杂志*, 2000, 35(5): 306-308.
- [14] 解亚宁. 简易应对方式量表信度和效度的初步研究 [J]. *中国临床心理学杂志*, 1998, 6(2): 114-115.
- [15] 孙浩林. 慢性病病人健康素养量表的研究及其初步应用 [D]. 上海: 复旦大学, 2012.
- [16] 雷婉莹, 郭丽娜, 潘兰霞, 等. 缺血性脑卒中就医延迟的概念分析 [J]. *循证护理*, 2024, 10(19): 3421-3426.
- [17] KHARBACH A, OBTEL M, ACHBANI A, et al. Ischemic stroke in Morocco: Prehospital delay and associated factors [J]. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 2021, 69(6): 345-359.

2022,34(2):187-194.

- [7] 张柳,余友霞,杨娟,等. FOCUS-PDCA 模块化分层培训模式在护理管理中的应用[J]. 安徽医学,2022,43(4):438-442.
- [8] 谭鸿霞,郑文,田雅,等. FOCUS-PDCA 模式在构建护士预防针刺伤管理体系中的应用[J]. 内蒙古医学杂志,2024,56(9):1139-1142.
- [9] 曹艳佩,马昕,杨晓莉,等. 失效模式与效应分析在用药流程中的应用[J]. 中国卫生质量管理,2011,18(2):37-40.
- [10] 张妮娜,王振宏,盛晓华,等. 医疗失效模式与效应分析在维持性血液透析病人静脉用药流程中的应用[J]. 护理研究,2023,37(18):3362-3367.
- [11] 卢道兵. 我院门诊预约挂号应用实践与思考[J]. 中国医疗设备,2016,31(5):124-126.
- [12] 刘安,刘远飞,张少丽,等. 基于 FOCUS-PDCA 持续质量改进模式提高门诊预检分诊质量[J]. 护理学报,2016,23

(23):24-26.

- [13] 樊佩茹,李倩倩,邢冰,等. 医疗失效模式与效应分析联合 SHEL 模式在消毒供应中心安全管理中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2023,29(14):74-76.
- [14] 徐琼,刘颖,王海燕,等. 健康教育对门诊学龄期静脉留置针患儿相关知识知晓率及并发症的影响[J]. 齐鲁护理杂志,2023,29(7):143-145.
- [15] 赵婧伊,陈科名,李祥伟,等. FOCUS-PDCA 模式在口腔门诊院感质控管理中的应用[J]. 智慧健康,2024,10(13):130-133.
- [16] 莫春亮,陈梁芳,吕宁,等. 医疗失效模式与效应分析方法改进门诊检查用药信息化管理的实践[J]. 中国现代应用药学,2025,42(17):2957-2962.

收稿日期:2025-10-16;修回日期:2025-11-12

(本文编辑 钟琳)

(上接第 141 页)

- [18] 李玲,王蕊,王宏,等. 老年急性缺血性卒中患者脑梗死增长速率的影响因素及对预后的影响[J]. 中华老年医学杂志,2022,41(4):417-422.
- [19] 杨丽,邝金珂,高子寒,等. 基于系统动力学的急性缺血性脑卒中患者就医决策延迟影响因素研究[J]. 军事护理,2024,41(4):46-50.
- [20] 黄德敏,卢宏强,李丹,等. 颅脑外伤患者创伤后应激障碍的影响因素分析[J]. 全科医学临床与教育,2025,23(3):234-237.
- [21] LE T T, JIN R N. Vortex of regret: How positive and negative coping strategies correlate with feelings of guilt [J]. Acta Psychol,2024,247:104320.
- [22] 邓曼,于卫华,张世晴,等. 老年脑卒中患者症状群与健康行为的相关性研究[J]. 护理学杂志,2025,40(5):26-32.
- [23] 杨威,朱雪梅,沈晓颖,等. 首发急性缺血性脑卒中患者就医决策延迟与希望水平、社会支持和应对方式的相关性[J]. 解放军护理杂志,2021,38(6):42-45.
- [24] XIONG C, WANG Y R, XIE X Q, et al. Mediating effect of coping style between risk perception of complications

and self-management in patients with type 2 diabetes mellitus[J]. Diabetes Metab Syndr Obes,2024,17:4367-4376.

- [25] 黄红艳,高西西,茅新蕾. 急性缺血性脑卒中患者就医延迟情况及影响因素与预防策略探讨[J]. 实用预防医学,2025,32(8):949-953.
- [26] 潘匀,沙天宇,赵加奎,等. 主动健康视域下数字健康素养的研究进展[J]. 健康教育与健康促进,2025,20(3):271-274.
- [27] RINE C M. Healthy people 2030: tools for action[J]. Health Soc Work,2023,48(4):225-226.
- [28] LUAN S H, YANG Y J, HUANG Y Q, et al. Public knowledge of stroke and heart attack symptoms in China: a cross-sectional survey[J]. BMJ Open,2021,11(1):e043220.
- [29] RAFFERTY A P, LUO H B, LITTLE N R G, et al. Self-reported health literacy among north Carolina Adults and associations with health status and chronic health conditions[J]. N C Med J,2020,81(2):87-94.

收稿日期:2025-06-17;修回日期:2025-09-15

(本文编辑 钟琳)