

效果评价方法以多种组合评价方法为主,主要有自制问卷调查评价 20 篇(71.43%)、操作考核评价 15 篇(53.57%)、理论考核评价 10 篇(35.71%)、量表评价 4 篇(14.28%)、质性访谈评价 1 篇(3.57%)。

3 讨 论

从文献可知,汕头大学医学院最早于 2002 年引进挪威 Laerdal 公司出品的 SimMan 综合模拟人,主要应用到临床医学专业学生的临床技能教学和考核<sup>[3]</sup>。我国护理教学最早使用是从 2004 年开始,至今已有十余年<sup>[4]</sup>。现阶段以模拟教学为基础的医学教育在中国仍处于起步阶段,但随着政府对教育投入的逐年增加,各地医学院校逐渐加大以模拟教学为基础的实训中心的建设,从硬件设施上逐步达到国际先进水平。据统计 32 篇文献作者分别来自浙江、江苏、湖北、北京等 10 个省及直辖市,提示近年来国内医学院校及护理教育者逐渐重视模拟教学。但文献总体数量较少,表明 SimMan 综合模拟人在我国护理教学中的应用还需进一步探索与研究。

32 篇文献主要发表在 22 种期刊,以护理类期刊为主,读者可以优先从《中华护理教育》《护理研究》《中华护理杂志》等期刊搜索相关文献。其中中文核心期刊发表的文献仅 4 篇,提示研究质量和深度还有提升的空间。32 篇文献仅 4 名作者发表的论文数量在 3 篇及以上,说明高产作者少,目前国内 SimMan 综合模拟人应用于护理教学研究的作者群尚未形成。但文献的合作度为 3.0,合著率为 84.37%,说明此领域的作者有一定的科研合作意识,今后可以充分利用既有的合作形成核心研究力量。32 篇文献中共有 27 篇文献被引,有 13 篇(40.62%)论文受地厅级以上项目基金资助,说明依托 SimMan 综合模拟人为平台的护理模拟教学逐渐受到重视与关注,此领域的研究发展态势较好。

关键词是表达论文主题概念的自然词汇,隐含着该学科的研究现状、研究热点、发展规律和发展趋势等线索<sup>[5]</sup>。通过对关键词词频及文献内容的分析,发现 SimMan 综合模拟人应用于我国护理教学主要涉及急救护理学、内科护理学等课程及护理技能实训<sup>[6-8]</sup>,从侧面反映出 SimMan 综合模拟人的护理教学还需要进一步拓宽研究的课程领域。此外,SimMan 综合模拟人除了可以应用到教学与培训中,还具有评价功能。护理教育者可以利用 SimMan 综合模拟人对学生进行基础护理、心电图的判断、气道管理、重症监护等技能考核,可全程记录、打印、分析和评估,对学生的操作技能作出客观公正的评价<sup>[4]</sup>,但目前尚未见到该方面的文献报道。32 篇文献以试验性研究或类试验性研究为主,目的为探讨 SimMan 综合模拟人应用到护理

• 医学教育 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2017.21.045

教学的效果,方法涉及的具体流程为“设计模拟案例-模拟案例编程-运行模拟案例-效果评价”。我国的护理模拟教学刚刚起步,目前没有成形的配套教材,教师需自行设计案例,案例设计中如何挖掘模拟人更多的功能、突出护理特色等问题需要更深入地探讨与完善,以期达到更好的教学效果。基于 SimMan 综合模拟人的模拟教学具有传统护理教学无法比拟的优势<sup>[9]</sup>,但目前相关文献涉及的效果评价方法以自制问卷调查和理论、操作考核为主。在评价模拟教学的成效方面,目前还没有很好的评价工具。

随着医患关系的日趋紧张,患者维权意识的不断增强,越来越需要理性化、人性化的医学模拟教育<sup>[2]</sup>。高仿真模拟教学是理论结合实际、知识转化为能力的桥梁,已在护理教育中占据一席之地,具有广泛发展潜力。本研究采用文献计量学分析方法,对 SimMan 综合模拟人应用于我国护理教学的相关文献进行分析,从文献的外部特征和内容特征等方面分析该领域研究的现状与发展趋势,为进一步研究提供了信息和方向。

参考文献

[1] 李国臣,袁华,张萍. SimMan 综合模拟人在急救护理实践教学中的应用[J]. 教育教学论坛,2014,6(24):73-74.  
[2] 臧营. SimMan 综合模拟人在《内科护理学》实验教学中的应用探讨[J]. 中国卫生产业,2015,13(5):51-52.  
[3] 施楚君. SimMan 综合模拟人在临床技能教学中的应用[J]. 西北医学教育,2004,12(2):152-153.  
[4] 钟建群,朱群娥. SimMan 综合模拟人在护理技能教学中的应用[J]. 中国实用护理杂志,2008,24(10):64-65.  
[5] 谭潇,段春波,郭程然,等. 2009—2013 年我国老年医学文献关键词分析[J]. 中华老年医学杂志,2014,33(6):676-679.  
[6] 刘颖青,孙卫楠,霍然. 应用 SimMan 综合系统模型进行急救护理实践教学的效果评价[J]. 中国护理管理,2014,14(6):608-611.  
[7] 马玲,蔡小红,胡小萍,等. 情景教学法在内科护理学实践教学中的应用[J]. 护理管理杂志,2011,11(7):501-502.  
[8] 娄芫,季兰芳,吴玲玲. 综合模拟人在仿真教学中的应用[J]. 中华护理教育,2011,8(1):7-8.  
[9] 杨冰香,王爱玲,喻思红. 模拟教学在护理教育中的应用[J]. 护理研究,2015,29(4):390-394.

(收稿日期:2017-02-05 修回日期:2017-04-10)

延续护理课程核心知识体系的构建研究\*

祁俊菊,江领群<sup>△</sup>

(重庆医药高等专科学校 401331)

[中图法分类号] R47;G642 [文献标识码] B [文章编号] 1671-8348(2017)21-3014-04

延续护理又称为过渡护理(transitional care)或长期护理(long term care),通常指从医院到家庭的延续,包括经由医院制订的出院计划、转诊、患者回归家庭或社区后的持续性随访和指导<sup>[1]</sup>。《中国护理事业发展规划纲要(2016—2020)》提出

\* 基金项目:重庆市社会科学规划博士项目(2014BS118);重庆市高等教育教学改革研究重点项目(152062)。 作者简介:祁俊菊(1978—),副教授,硕士,主要从事护理教育、老年护理方面的研究。 <sup>△</sup> 通信作者,E-mail:805531472@qq.com。

要拓展护理外延,提高医疗机构的长期护理服务能力<sup>[2]</sup>。研究发现,我国很多医院已开设了延续护理服务,但由于缺乏系统的训练,延续护理质量还需提高<sup>[3]</sup>。一些国家已将延续护理纳入学校的护理教育中<sup>[4-5]</sup>,近年来我国也陆续举办了延续护理相关的会议和培训,但护理教育课程体系中未设置延续护理教学内容。本研究通过德尔菲法(Delphi)构建延续护理课程核心知识体系,为护理教育的内容拓展进行积极探索。

1 资料与方法

1.1 一般资料 研究采取便利抽样法,抽取全国 25 所专科、本科医学院校的护理教师、护理教学管理者 17 名,10 所不同级别医疗机构的医生、护士、护理管理者 13 名,共计 30 名函询专家。专家均为大专及以上学历,年龄 30~55 岁,平均(42.25±8.14)岁;中级职称 9 名,高级职称 21 名(其中正高级职称 9 名)。专家纳入标准:(1)从事本专业工作 5 年以上;(2)护理学教师,了解延续护理或接受过相关培训学习;(3)临床医生或注册护士;主要从事心血管内科、神经内外科、骨科、老年科、康复科及肿瘤科的诊疗和护理,了解延续护理或接受过相关培训学习;(4)社区医生或护士;从事慢性病管理工作,了解延续护理或接受过相关培训学习;(5)知情同意;对本研究有比较深入的了解,愿意支持护理研究。

1.2 方法

1.2.1 研究工具的形成 根据研究目的和研究内容要求,通过文献检索法,了解国内外相关研究动态。资料来源包括:OVID 电子期刊全文数据库、Medline 数据库、中国期刊全文数据库、中国科技期刊数据库、万方全文数据库等。在文献研究基础上,参考国内外延续护理会议与培训资料,基于我国延续护理实践现状,结合知识学习特点在专家指导和前期开放式问卷调查的基础上,自行设计延续护理核心知识咨询问卷,共 5 个一级知识条目,22 个二级知识条目,42 个三级知识条目。为了解咨询问卷表述是否清晰、内容涵盖是否全面等问题,先对 5 位专家进行预咨询,对预试验暴露出的不足进行修改和补充,结合专家建议进行修订,初步形成第 1 轮专家咨询问卷。对第 1 轮专家咨询问卷的结果进行统计分析,并采纳部分专家的建议对指标进行整合,最终形成第 2 轮专家咨询问卷。问卷分为两部分:(1)第 1 部分为问卷正文,包括备选条目、重要程度判断和专家修改建议,其中重要程度判断采用 Likert 五点评分法(5 分为很重要,4 分为重要,3 分为一般重要,2 分为不重要,1 分为很不重要);(2)第 2 部分为专家的基本信息,包括专家的基本情况、专家对该问题的熟悉程度和专家进行判断的主要依据,用于定量分析专家的权威性。

1.2.2 咨询方法 采用电子邮件和向专家亲自发放咨询问卷的方式进行。评价知识体系及知识点的合理性、完备性、独立性等,咨询时请专家判断各条目的重要程度,给出条目重要等级评分;若专家认为该条目陈述不准确或不具体,可直接在选项上修改;若专家认为有未考虑到或需要删减的项目,可在“修改栏”内补充。经研究小组讨论和整理,最终形成第 1 轮咨询问卷。第 2 轮咨询方法同第 1 轮,咨询的专家仍然为第 1 轮专家,咨询问卷中列出的知识条目为第 1 轮专家咨询结果的汇总,请专家再次进行重要性赋值。

1.2.3 资料收集 (1)回收、整理第 1 轮问卷,汇总、讨论专家的意见,并将结果反映在第 2 轮问卷中;间隔 2~3 周后再进行第 2 轮专家咨询,回收第 2 轮咨询问卷,研究分析专家提出的意见,找出存在的分歧,计算变异系数,如果已形成趋势性意见,则整理结果,形成延续护理核心知识框架。(2)整理结果,将出现缺项,或重复回答、字迹潦草无法识别的咨询问卷列为

无效,共发放 42 份咨询问卷,第 1 轮有效回收 30 份,回收率 66.7%。

1.3 资料的处理

1.3.1 专家一般情况 通过统计学描述性分析法描述函询专家的年龄、学历、专业技术职称、工作年限、主要工作内容等一般特征。

1.3.2 专家的积极程度 本研究用问卷回收率和提出建议的专家所占百分率作为评价指标,回收率越大,提出建议的专家百分率越大,说明专家的积极性越高。问卷回收率=(回收问卷数/发出问卷数)×100%。对问卷提出建议的专家比率=(提出建议专家数/回复的总专家数)×100%。

1.3.3 专家的权威程度 Delphi 专家权威程度一般由专家本身的学术造诣、对指标进行判断的依据及对指标的熟悉程度 3 个因素决定<sup>[6]</sup>。本研究中专家学术水平权威(Cx)以专家的技术职称为依据制订。综合评价权威系数(Cr)=(Ca+Cs+Cx)/3(其中 Ca 为专家判断问题的依据,Cs 为专家对问题的熟悉程度),咨询专家技术层次高,从事与延续护理专业相关工作,理论或实践经验丰富,权威赋值就高。Cx=ΣM<sub>j</sub>W<sub>j</sub>/M,Cs=ΣM<sub>j</sub>W<sub>j</sub>/M。Ca 包括理论分析、实践经验、国内外情况和直观感觉 4 个维度,理论分析按大、中、小分别赋值为 0.3、0.2、0.1;实践经验按大、中、小分别赋值 0.5、0.4、0.3;国内外情况和直观感觉赋值 0.1。本研究在发放调查问卷的同时附《专家权威程度自我评价表》。

1.3.4 专家意见离散程度 用变异系数(CV)来衡量,并用 $\bar{x}\pm s$ 反映专家对每一条目的综合意见。

1.4 统计学处理 研究结果经 SPSS16.0 统计软件录入,一般资料、专家权威程度和问卷调查情况进行描述性分析,计数资料以例数或百分率表示,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示。分析调查内容的 CV。CV 越小专家的协调程度越高,<20%为可接受范围。

2 结果

2.1 专家情况

2.1.1 专家一般资料 按照严格的纳入标准选择该领域的专家 42 名,第 1 轮调查共 30 名专家有效参与并入选第 2 轮咨询,第 2 轮调查共 25 名专家有效参与。专家一般资料见表 1。

表 1 咨询专家一般资料

变量	第 1 轮(n=30)		第 2 轮(n=25)	
	频数	构成比(%)	频数	构成比(%)
专家构成				
从事护理教育	14	46.6	10	40.0
从事相关延续护理工作	8	26.7	8	32.0
从事相关延续医疗工作	5	16.7	4	16.0
从事护理教学管理	3	10.0	3	12.0
年龄(岁)				
30~<40	9	30.0	6	28.5
40~50	15	50.0	13	57.3
>50	6	20.0	6	14.2
职称				
中级	9	30.0	6	24.0
副高	12	40.0	11	44.0
正高	9	30.0	8	32.0
学历				
大专	6	20.0	4	16.0
本科	12	40.0	9	36.0

续表 1 咨询专家一般资料				
变量	第 1 轮( <i>n</i> =30)		第 2 轮( <i>n</i> =25)	
	频数	构成比(%)	频数	构成比(%)
硕士	9	30.0	8	32.0
博士	4	13.3	4	16.0
工龄(年)				
5~<10	5	16.7	3	12.0
10~<20	11	36.6	9	36.0
20~<30	8	26.6	5	20.0
≥30	6	20.0	4	16.0

**2.1.2 专家的权威程度** 按照表 2 赋值,专家的学术权威值  $C_x=0.643$ ,30 名专家对判断依据依赖的权威得分为 0.923;按表 3 赋值, $C_s=0.686$ ;最终判断该研究专家权威程度  $C_r=0.750$ , $C_r>0.70$  为接受程度,专家在该领域有较高的权威性,咨询结果可信。

表 2 专家的学术权威赋值( <i>n</i> =30)		
学术权威	赋值	专家人数
从事延续护理研究或实践的高级职称	1.0	5
除上述外的护理或临床医学高级职称	0.9	8
其他正高级职称	0.7	2
其他副高级职称	0.5	6
其他级别	0.3	9

表 3 专家对问题熟悉程度的自评结果( <i>n</i> =30)		
熟悉程度	专家人数	权威赋值
很熟悉	9	0.9
比较熟悉	13	0.7
一般	5	0.5
不太熟悉	3	0.3
不熟悉	0	0.1

2.2 专家咨询结果

**2.2.1 专家提建议情况** 第 1 轮咨询发出问卷 42 份,回收 30 份,回收率为 71.4%,提出建议的专家有 14 名(46.7%);第 2 轮咨询共发出问卷 30 份,回收 25 份,回收率为 83.3%,3 位专家提出建议(12.0%)。专家提出建议的情况见表 4。

表 4 专家提出建议的情况				
专家类别	第 1 轮( <i>n</i> =30)		第二轮( <i>n</i> =25)	
	回收	提出建议	回收数	提出建议数
从事护理教育	14	8(57.1)	10	2(20.0)
从事延续护理工作	8	4(50.0)	8	1(12.5)
从事相关延续诊疗工作	5	1(20.0)	4	0
从事护理教学管理	3	1(33.3)	3	0

2.2.2 专家咨询结果

**2.2.2.1 第 1 轮专家的总体意见** (1)知识内容共包括 5 个一级知识条目,分别为延续护理概论、国内外延续护理模式、延续护理相关理论及应用、慢性病患者的延续护理、延续护理中的行为规范和相关法律问题。专家对于内容设置表示一致认

可,评分均高于 4 分,但表述方式需改善。(2)第 1 轮问卷共包括 22 个二级知识条目,剔除低于 4 分的条目内容。(3)部分专家建议将第 5 个条目合并到第 1 条目内,分 2 节,并增加“延续护士的任职资格和能力要求”。(4)第 2 条目编写序目将“国外和国内的延续护理模式”改为“医院和社区延续护理模式”,补充三级条目“延续护理结果评价”。(5)第 3 个条目关于护理相关理论在延续护理中的应用,专家建议相关理论描述适当减少,避免与《护理学导论》中相关内容重复。选择能有效指导延续护理并且实践应用成熟的理论。(6)第 4 条目关于慢性病患者的延续护理,选择开展延续护理较成熟的慢性疾病,体现知识体系的科学性和严谨性;增加伤口、造口,老年痴呆等新出现的延续护理问题及信息化技术在延续护理中的应用。

**2.2.2.2 第 2 轮专家的总体意见** 综合整理第 1 轮专家的意见形成第 2 轮函询问卷进行调查。(1)专家总体意见较为统一,同意修改后 4 个一级条目的划分,对具体细节进行调整。最后确定延续护理课程核心知识体系为为 4 个一级条目,20 个二级知识条目,47 个三级知识条目,见表 5。

两轮专家对延续护理课程核心知识的意见分析见表 6。第 1 轮咨询结果中有 6 个知识点的 CV 大于 20%,分别进行修改和删除;第 2 轮分析各知识点 CV 均小于 20%,具有意见一致性。修改意见:(1)延续护理概述:与第五模块整合,增加延续护士的任职要求和能力要求;(2)延续护理模式介绍:①分医院和社区模式介绍,②增加对延续护理本身的评价介绍;(3)护理相关理论在延续护理中的应用:①选择合适、相关性大、应用成熟的理论,②相关理论描述适当减少,避免与《护理学导论》重复;(4)慢性病患者的延续护理:①选择延续护理实践模式成熟的慢性疾病;②可根据需求增加伤口、造口,老年痴呆等的延续护理及信息化技术的应用;③延续护理对象的纳入过程,常见慢性病延续护理评估工具的应用;④对疾病本身的描述重点在预后、流行病学特点;(5)延续护理工作行为中的行为规范与相关法律问题:将此部分分节整合到第 1 部分。

表 5 延续护理课程一、二级知识条目	
一级条目	二级条目
延续护理概述	延续护理的产生背景,延续护理的内涵
	延续护理的特点和意义
	延续护士的任职资格与职责
	延续护士的行为规范
延续护理模式介绍	延续护理中常见的护理差错和相关法律问题
	医院开展的延续护理模式
	社区开展的延续护理模式
	常见的延续护理干预方式
护理相关理论在延续护理中的应用	延续护理的质量控制
	一般系统论在延续护理中的应用
	基本需要层次论在延续护理中的应用
	沟通论在延续护理中的应用
慢性病患者的延续护理	奥瑞姆的自护理论在延续护理中的应用
	奥马哈系统在延续护理中的应用
	高血压患者的延续护理
	糖尿病患者的延续护理
	慢性阻塞性肺疾病患者的延续护理
	造口患者的延续护理
	阿茨海默症患者的延续护理

表 6 专家对延续护理核心知识体系的意见分析(n=30)

条目	很重要	重要	一般	不太重要	不重要	评分( $\bar{x}\pm s$ ,分)	CV(%)
延续护理概述	24	5	1	0	0	4.10±0.36	13.6
延续护理模式介绍	20	6	4	0	0	4.53±0.42	6.9
护理相关理论在延续护理中的应用	9	10	8	3	0	4.03±0.26	16.6
慢性病患者的延续护理	8	16	6	0	0	4.06±0.31	9.8
延续护理工作中的行为规范与相关法律问题	15	8	6	1	0	4.20±0.54	15.7

3 讨 论

3.1 延续护理课程核心知识体系的构建具有严谨性和科学性 本研究咨询专家的选择具有代表性和权威性。函询专家选择的合适度和优劣度将直接决定研究结果的可信性、科学性和适用性<sup>[7]</sup>。本课题组根据 Delphi 专家函询法要求,结合我国延续护理理论和实践发展现状,制订了本研究函询专家的遴选标准,共纳入专家 30 位,多角度、多层次地体现对延续护理的理解和定位。Cr 显示,参加本研究的专家权威性较高,选择的专家组合理,结果可信。

本研究的构建方法严谨、课程体系核心知识条目科学。在设计知识体系整体构架和对各级条目的筛选过程中,首先根据文献资料、相关培训的网络资源及专家调研结果,总结延续护理的发展现状及延续护士的作用和职责<sup>[8-10]</sup>,对有代表性的知识条目进行类属划分。根据知识学习的连续性和层次,采用课程建设的内容分析法<sup>[11]</sup>,先概括介绍理论知识,再说明其实际应用情况,并补充国内外发展现状。收集、整理、分析专家的咨询意见,并将结果再次反馈给所有专家进行下一轮次咨询,直至专家总体意见趋于一致,确保课程内容设置的合理性和代表性。通过统计专家对知识条目重要性的评分,分析专家提出的需要增加或删除条目的理由,使研究的结果更为科学。

3.2 延续护理课程核心知识体系的构建具有前沿性和适用性 本研究进行了广泛的资料分析,并借鉴国内外延续护理的理论研究、发展动态与实践成果,使延续护理课程核心知识体系的构建具有前沿性。在此基础上充分结合不同层级医院、社区相关岗位从事延续护理的专家意见,课程内容紧贴延续护理岗位需求和职业特点,如常见病的延续护理模式、延续护理工作的任职要求、行为规范及常见的法律法规问题,使课程内容设置具有实用性和合理性。

3.3 延续护理课程核心知识体系整合与序化了相关学科知识 延续护理课程核心知识涵盖了诸多学科,如护理学理论、内科护理学、老年护理学、护理心理学、护患沟通与交流、社会学等相关内容。为避免内容的交叉重复,突出延续护理岗位特点,在设置延续护理核心知识体系与内容时充分尊重专家意见,整合与序化了相关学科知识,课程内容以常见慢性疾病的延续护理为重点,补充伤口、造口及老年痴呆患者的延续护理。目的是既注重延续护理专业知识和能力的培养,也强调社会和人文学科知识在延续护理中的应用,这将有助于在延续护理实施中满足服务对象,尊重其权益,以及保护自己等综合能力的训练,具一定的创新性<sup>[12]</sup>。但对于专家提出的“延续护理工作的评价指标”,因相关研究较少,还不能引入课程知识体系中,“常见慢性病的延续护理评估”也因各家医疗机构制作使用的评估工具不统一而未能详细介绍。

本课程知识体系基于岗位需求、依托课程建设特点构建,可为制订延续护理专科护士执业标准和资质认证提供科学的理论参照;为开展延续护理教育、提高护理人员的延续护理知

识和技能水平,促进延续护理服务科学、规范、高效的开展奠定基础。

参考文献

[1] Coleman EA. Falling through the cracks: challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs[J]. J Am Geriatr Soc, 2003, 51(4): 549-555.

[2] 国家卫生和计划生育委员会. 全国护理事业发展规划纲要(2016—2020 年). 国卫医发[2016] 64 号[A/OL]. (2016-11-18)[2017-02-21]. <http://www.nhfp.gov.cn/zyygj/s3593/201611/92b2e8f8cc644a899e9d0fd572aefcf3.shtml>.

[3] 覃桂荣. 出院患者延续护理的现状与发展趋势[J]. 护理学杂志, 2012, 27(3): 89-91.

[4] 张平平, 万巧琴, 大塚真理子. 日本老年护理领域中延续护理的发展及现状[J]. 中国护理管理, 2013, 13(10): 42-44.

[5] 李望, 刚海菊, 周小林, 等. 新加坡南洋理工学院高职护理专业教学分析及其启示[J]. 护理研究, 2013, 27(25): 2810-2811.

[6] José C, José L, De La Calle, et al. A modified delphi survey on the signs and symptoms of low back pain: indicators for an interventional management approach[J]. Pain Practice, 2015, 15(1): 12-21.

[7] 伍琳, 孙艳杰. 德尔菲法简介及在护理学中的应用现状[J]. 护理研究, 2015, 29(10): 3599-3601.

[8] Sommers A, Cunningham PJ. Physician visits after hospital discharge: implications for reducing readmissions[R]. Washington, DC: National Institute for Health Care Reform, 2011.

[9] 徐娜, 芦桂芝, 张颜. 肠造口患者延续护理的研究进展[J]. 护理学杂志, 2014, 29(2): 94-96.

[10] 钱春荣, 朱京慈, 杨燕妮. 国内外延续护理的研究方案及构建[J]. 中华现代护理杂志, 2012, 18(21): 2481-2484.

[11] Gordon SC, Barry CD. Development of a school nursing research agenda in Florida: a Delphi study[J]. J School Nurs, 2006, 22(2): 114-119.

[12] Graven C, Brock K, Hill K, et al. Are rehabilitation and/or care co-Ordination interventions delivered in the community effective in reducing depression facilitating participation and improving quality of life after stroke[J]. Disabil Rehabil, 2011, 33(17): 1501-1520.