

· 临床护理 · doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2019.09.045

网络首发 http://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.r.20190226.1004.002.html(2019-02-27)

基于互联网的远程多学科延续性护理对慢性病患者健康管理知信行的影响*

杨启慧^{1,2},程华刚^{3△},石兴莲³,李元³

(1. 遵义医学院临床系, 贵州遵义 56300; 2. 青海大学附属医院护理部, 西宁 810001;

3. 遵义医学院附属医院办公室, 贵州遵义 56300)

[中图分类号] R195

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2019)09-1615-04

在生物-心理-社会医学模式背景下,整合多学科医学专家,基于互联网,实施远程延续性医疗既可以提高我国慢性病患者全生命周期的生活质量和生存时间,也可以使我国优质医疗人才的人力资本使用效率最大化。“整合”是指将分散的、各自独立的事物聚合到一起,形成相互分工、相互配合、有机统一的整体过程^[1]。有研究表明,跨学科团队可提高慢性病患者的健康管理能力、降低再入院率、加速康复,减缓疾病进展^[2]。慢性病已成为我国重大公共卫生问题之一,据我国 2017 年最新统计年鉴报道,2016 年恶性肿瘤、心脑血管、呼吸系统、内分泌代谢疾病四大慢性疾病占主要疾病死因构成 83.8%。延续护理(transitional care)又称过渡期护理,是通过一系列的行动设计用以确保患者在不同的健康照护场所(如从医院到家庭)及同一健康照护场所受到不同水平的协作性与连续性的照护,通常是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随访与指导^[3],被认为是改善患者生活质量、节约卫生服务成本的重要方式^[4]。实施延续性医疗服务既是夯实 2018 年《进一步改善医疗服务行动计划》的重要表现,也是践行慢性病中长期规划(2017—2025 年)的重要举措。本文利用自行设计的知行信调查问卷,调查基于互联网的远程多学科延续性护理对慢性病患者健康管理知信行的影响,以期为临床具体工作的开展提供理论依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用便利抽样法,选择 2017 年 10 到 2018 年 4 月贵州省某三甲医院慢性病出院患者 88 例作为研究对象,其中包括肿瘤患者、高血压患者、糖尿病患者、慢性阻塞性肺疾病患者各 22 例。(1)患者纳入标准:①出院后需要继续药物治疗;②保证有专业的医护人员提供连续性医疗服务;③小学文化以上;④自愿参加该研究。(2)排除标准:①近期有严重并发症;②居住区无网络信号覆盖或家庭成员不会使

用网络手机;③生活尚不能自理,需要他人协助。本研究经过该医院伦理管理委员会批准,患者自愿参加本研究,同时签署知情同意书。

1.2 方法

1.2.1 研究方法 患者出院前给予一般常规出院宣教,包括饮食指导、用药指导,并发症的观察及康复教育指导等。出院后基于互联网继续实施专科护士为主导的多学科延续性护理,具体方法如下:(1)成立健康管理小组,选取肿瘤内科、心血管科、呼吸科、糖尿病科持有专科护士证书的护士、医生、心理咨询师、营养师、康复锻炼师成立健康管理小组。为控制研究质量,由课题负责人统一培训相关知识,培训周期至少 2 周,培训内容为延续性护理、健康管理、多学科合作等相关理论知识;延续性护理方式、注意事项、服务周期;健康管理信息内容的审核;多学科专家之间交流与患者治疗方案的制订等。(2)建立健康管理微信群,专科护士负责建立科室健康管理微信群,其中包含专科医生、专科护士、心理咨询师、营养师、康复师及符合纳入标准的出院患者。(3)多学科医务人员通过健康管理微信群定期给患者推送健康管理知识,各学科专家每周推送 1 次健康管理知识,内容涉及疾病相关知识、常见症状护理、用药注意事项、康复保健方法、饮食营养的选择、并发症的早期识别、心理护理等。(4)在患者出院后的第 3、6 个月,专科护士定期通过电话随访患者康复状况,随访结果反馈给专科医生,经过多学科专家讨论,制订健康管理方案,并及时给予相关干预措施。

1.2.2 调查工具 (1)一般资料调查表:该调查表由研究者自行设计,包括姓名编号、性别、年龄、学历、居住地、疾病种类。(2)出院患者健康管理知行信调查问卷:该问卷用于测量研究对象健康管理知行信得分情况。研究者基于知行信理论,在查阅文献、研究小组讨论、8 位专家函询后自行设计问卷,包含知识、态度、行为 3 个维度 15 个条目的问卷。①健康管理知识(5

* 基金项目:贵州省高校人文社会科学研究硕士点项目(14SSD004)。 作者简介:杨启慧(1986—),主管护师,本科,主要从事医疗服务管理研究。 △ 通信作者,E-mail:1415454489@qq.com。

个条目),包括药物治疗相关知识、饮食治疗相关知识、运动治疗相关知识、复查相关知识、并发症的早期识别知识 5 个方面;②健康管理态度(5 个条目),药物治疗态度、饮食治疗态度、运动治疗态度、复查态度、并发症的识别态度 5 个方面;③健康管理行为(5 个条目),包括药物治疗行为、饮食治疗行为、运动治疗行为、复查行为、并发症的识别行为 5 个方面。问卷采用 Likert5 级评分法,健康管理知识从 1 分(非常不熟悉)到 5 分(非常熟悉),健康管理态度从 1 分(非常不同意)到 5 分(非常同意),健康管理行为从 1 分(从不)到 5 分(总是)。预调查 30 例出院患者,测得的 Cronbach's α 系数为 0.978,重测信度为 0.962,总体的分半信度(相关系数)为 0.972,8 位专家的积极系数分别为 87.0%,权威系数为 0.86,显示该问卷信效度良好观察指标。

1.3 统计学处理 采用 SPSS21.0 统计软件进行统计分析,计数资料采用百分比表示,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;多因素分析采用 Logistic 回归分析方法,检验水准均 $\alpha = 0.05$,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 患者基线资料情况 本研究共调查慢性病出院患者 88 例,其中男 42 例(47.73%)、女 46(52.27%),见表 1。

表 1 患者一般资料($n=88$)

项目	构成[n(%)]	项目	构成[n(%)]
性别		学历	
男	42(47.73)	小学	28(31.82)
女	46(52.27)	初中及高中	29(32.95)
年龄(岁)		大专以上	31(35.23)
30~<50	32(36.36)	疾病	
50~<70	29(32.95)	肿瘤疾病	23(26.14)
≥70	27(30.68)	高血压	21(23.86)
居住地		慢阻肺	21(23.86)
城市	43(48.86)	糖尿病	23(26.14)
农村	45(51.14)		

2.2 健康管理前后慢性病患者知信行得分比较 经过 6 个月的多学科延续性护理后,88 例慢性病患者健康管理知信行得分较出院前明显提高,健康管理知信行维度得分比较,差异均有统计学意义($P < 0.01$),见表 2。

2.3 慢性病患者健康管理知信行得分影响因素 以健康管理总知信行得分为因变量,以年龄段(30~<50 岁=0,50~<70 岁=1,≥70 岁=2)、文化程度(小学=0,初中及高中=1,专科及以上=3)、性别(男=0,女=1)、居住地(城镇=0、农村=1)、疾病种类(肿瘤疾病=0,心血管疾病=1,慢性阻塞性肺气肿=2,

糖尿病=3)为自变量,以 0.05 为入选标准,进行 Logistic 回归分析,结果见表 3。得到最终的最优回归方程为:健康管理知信行水平=40.928-0.338×疾病种类+2.357×年龄段-1.276×居住地+0.439×学历。

表 2 出院前后患者健康管理知信行得分比较($\bar{x} \pm s, n=88$,分)

维度	出院前	出院后 6 个月	t	P
知识	9.85±1.31	13.40±2.13	13.027	0.000
态度	10.95±0.99	18.29±1.28	41.017	0.000
行为	8.61±1.62	13.20±1.94	18.098	0.000
总分	29.51±2.62	44.10±3.16	32.142	0.000

表 3 慢性病患者健康管理知信行影响因素的多重线性回归分析

自变量	偏回归系数	标准误差	标准回归系数	t	P
常数项	40.928	1.703	—	24.033	0.000
疾病种类	-0.338	0.179	-0.199	-1.888	0.063
年龄	2.357	0.355	0.591	6.649	0.000
居住地	-1.276	0.544	-0.203	-2.344	0.022
文化程度	0.439	0.249	0.115	1.764	0.082

3 讨 论

3.1 基于互联网的远程多学科延续性护理可提高慢性病患者健康管理知信行得分 本研究结果显示,基于互联网平台,对慢性病出院患者实施 6 个月的多学科延续性护理后,患者的健康管理知信行总得分从出院前的(29.51±2.62)分提高(44.10±3.16)分,说明此干预模式效果明显。国外研究表明,针对老年慢性病患者,6 个月的健康管理并不能提高老年慢性病患者的健康管理,如对药物的依存性等,12 个月以上健康管理才能显效^[5]。健康管理循环的任何残缺、停顿、中断都不能保证健康管理的有效性^[6]。不连续的医疗体制、专业人才缺乏、健康信息沟通欠缺是造成患者健康管理效率低下的主要原因^[7]。信息化管理手段可提高患者健康管理效率^[8]。基于互联网实施家庭远程健康护理检测,可提高患者的生活质量,改善患者的焦虑、抑郁等心理状态^[9];网络诊室即在线医疗,可以减少再住院次数^[10];电话随访也可提高患者的自我护理能力^[11]。有研究表明,如果没有电话随访,38.6%的患者会去找他们的全科医生(GP),40.1%患者可能会去急诊科(ED),15.9%患者会寻找以小时为单位的医疗服务机构,而 5.5%将什么也不做^[12]。国内研究,以电话随访为主、微信为辅的多样化延续性护理可改善患者的健康管理效能^[13-18]。知信行理论模式认为,人的健康相关行为以卫生保健知识为基础,只有当人们了解了健康知识,建立起积极、正确的信念与态度,才有可能形成有益于健康的行

为^[19]。本研究基于互联网平台,整合多学科专家定期进行健康信息普及,提高了患者的健康管理知识,改善了患者的健康管理态度和健康管理行为,很大程度上满足了患者的多元化康复需求。健康管理知识缺乏,培训系统缺失、多学科合作不足是影响健康管理的重要因素^[2],提高慢性病管理人员的专业知识、加强学科间的交流合作、建立多学科延续性护理薪酬激励体制是有效推进健康管理的重要保障。

3.2 不同人口学特征对慢性病患者康复管理知信行有影响 本研究结果显示,疾病种类、年龄、文化程度、居住地对慢性病出院患者健康管理知信行得分有影响。有研究显示,年龄与老年人慢性病健康管理水平呈正相关^[20-21],年龄越大,患者的健康需求越高。本研究显示,50~<70 岁患者康复管理得分最高,随着年龄的增加,超过 70 岁之后,患者的康复管理得分逐渐下降,主要考虑与高龄老年人机体退行性改变与不良生活方式有关。有研究显示,居住地对患者的健康管理知信行水平有影响^[22],文化程度越高的患者,慢性病知识的掌握情况越好^[23],农村居民的经济水平及文化水平均较低,疾病知识匮乏,对知识的需求较高,因此基于互联网的延续性护理,应提高对农村患者的健康管理意识,这对于提高居民德康健康管理知信行水平非常重要。AHMED 等^[24]研究证明,随着学历的升高,患者的健康管理能力也提高。王璟^[25]研究显示,学历越高,其健康管理知识也就越高,对健康管理越加重视。低学历的患者健康管理得分低,主要考虑与受教育程度低,健康管理意识不强,利用健康资源的主动性低有关。随着我国延续性护理服务的不断推广,加强多学科医护人员之间的合作,基于患者个体化差异,实施差异化的延续性健康护理,是满足不同特征患者的多元化康复需求,提高延续性护理服务能力的重要举措。

慢性病已成为危害人类健康的主要疾病,习近平总书记在十九大报告中提出,医疗卫生事业要为人民提供全方位、全周期的健康管理任务要求,本研究基于互联网实施慢性病患者的延续性护理,充分运用医院优质人才和互联网平台,为慢性病出院患者实施远程延续性健康教育,很大程度上提高了慢性病患者的健康管理知信行水平,这对于提高我国慢性病患者的健康管理水平非常重要,值得进一步推广研究。

参考文献

[1] 周业勤,钱东福. 卫生资源整合:一个概念分析框架[J]. 中国卫生事业管理,2013,30(10):724-725.
[2] BOYLAN P, JOSEPH T, HALE G, et al. Chronic obstructive pulmonary disease and heart failure Self-Management Kits for outpatient transitions of care[J]. Consult Pharm,2018,33(3):152-158.

[3] COLEMAN E A, BOULT C. AMER GERIATRIC SOC HLTH CARE SYST. improving the quality of transitional care for persons with complex care needs[J]. J Am Geriatr Soc,2003,51(4):556-557.
[4] CARROLL A, DOWLING M. Discharge planning: communication, education and patient participation[J]. Br J Nurs,2007,16(14):882-886.
[5] LEE S, JIANG L, DOWDY D, et al. Effects of the chronic disease self-management program on medication adherence among older adults[J]. Transl Behav Med,2019,9(2):380-388.
[6] 朱小蔚,杨翔,刘瑜,等. 军队离休干部健康管理模式探索及实践[J]. 医学研究生学报,2014,27(5):521-523.
[7] 仇嘉禾,郭琪,任艳苹,等. 关于我国社区-家庭康复医疗现状与模式建设的探讨[J]. 中国康复医学杂志,2014,29(7):661-663.
[8] 唐怀蓉,曾莉,冯超,等. 以精细化为抓手切实提升健康管理中心工作[J]. 中国卫生事业管理,2016,33(4):262-263.
[9] BOHINGAMU M S, STEVENS J, WATTS J J, et al. Personalised telehealth intervention for chronic disease management: A pilot randomised controlled trial[J]. J Telemed Telecare,2018(7):1357633x18775850.
[10] YAN YAN, LIU LI, ZENG JING, et al. Evaluation and exploration on the effect of the management of chronic obstructive pulmonary disease in rural areas through internet-based network consulting room

[J]. Med Princ Pract,2018,12(10):e0186944.
[11] 吕桂兰,周婷婷,王青尔,等. 护士主导的专病一体化管理模式在腹膜透析患者随访中的应用[J]. 医学研究生学报,2014,27(8):854-856.
[12] IFEDIORA C O, ROGERS G D. Continuity of care in after-hours house call medical services: An exploration of follow-up patterns in an Australian context[J]. J Eval Clin Pract,2018,24(3):514-520.
[13] 袁爱茵,程琳,邹碧霓. 连续性护理对老年慢性病患者知识掌握,自理能力及焦虑情绪的影响[J]. 护理实践与研究,2018,15(4):42-44.
[14] 何红娟. 连续性护理模式在老年慢性病患者护理中的应用[J/CD]. 实用临床护理学电子杂志,2017,2(36):27,38.
[15] 闫子璇,杨辉. 连续性护理对脑卒中患者知信行的应用与效果分析[J]. 中国现代医生,2017,55(16):149-151.
[16] 王丽,周月琴,顾勤华,等. 知信行延续性护理教育在院外糖尿病患者中的应用[J]. 护理实践与研究,2017,14(17):45-47.
[17] OLTHOF M, GROENHOF F, BERGER M Y. Continuity of care and referral rate: challenges for the future of health care[J]. Fam Pract,2019,36(2):162-165.
[18] 魏梅,陈焕娣,谭静,等. 延续性护理干预对 2 型糖尿病患者生活质量的影响[J]. 广东医学,2013,34(9):1473-1475.
[19] 洪玥铃. 重庆市社区居民对中医药的知信行现状及对策研究[D]. 重庆:重庆医科大学,2014.

- [20] 郭延通,姚慧. 老年人健康管理需求及影响因素研究[J]. 中国公共卫生管理,2018,34(5):600-603.
- [21] ISHIHARA H, TAKEDA S, TAMURA A, et al. Disruption of the WFS1 gene in mice causes progressive beta-cell loss and impaired stimulus-secretion coupling in insulin secretion[J]. Hum Mol Genet, 2004, 13(11): 1159-1170.
- [22] 蔡万华,陈瑜. 强化健康教育“知信行”提高公民健康素养[J]. 中国卫生事业管理,2015,32(2):158-159.
- [23] 连燕舒,褚新春,娄德,胡晓江,李艳. 知己量化健康管理

- 对高血压高危人群知信行的影响[J]. 中国卫生事业管理,2014,31(2):144-145,152.
- [24] AHMED F, WASLIEN C, AL-SUMAIE M, et al. Trends and risk factors of hypercholesterolemia among Kuwaiti adults: National Nutrition Surveillance Data from 1998 to 2009[J]. Nutrition, 2012, 28(9): 917-923.
- [25] 王璟. 北京市和平里地区 2 型糖尿病中西医结合健康管理知信行调查研究[D]. 北京:中国中医科学院,2014.

(收稿日期:2018-09-22 修回日期:2018-12-08)

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2019.09.046

网络首发 <http://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.r.20190226.1653.014.html>(2019-02-27)

延续性护理管理模式对慢性心力衰竭患者认知功能的影响*

瞿广素,甘春霞,周蓓,罗维[△]

(重庆医科大学附属第二医院心内科,重庆 400010)

[中图分类号] R473.5

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2019)09-1618-03

心力衰竭是指由于心脏结构和(或)功能异常引起静息或负荷时心输出量减少和(或)心腔内压力增高,从而导致的一种临床综合征^[1]。慢性心力衰竭和认知功能障碍是老年人较常见的两种疾病状态,二者的共同点是致死、致残率高,以及生活质量的下降,由此给家庭和社会带来沉重的负担。有多项研究表明,慢性心力衰竭患者认知功能损伤发生率高,进而影响到患者在提醒用药、定期复查、病情监测、识别心力衰竭症状等方面的自我护理能力^[2-3]。我国多项研究表明,延续性护理能够降低患者的再住院率,节约医疗成本,提高患者的生存质量^[4-5]。目前国内主要通过药物治疗和运动康复来提高认知功能^[6]。而通过延续性护理干预措施来提高慢性心力衰竭患者认知功能的研究较少。本研究主要探讨延续性护理对慢性心力衰竭患者认知功能、服药依从性、自我护理能力、生活质量及预后的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 6 月至 2017 年 6 月入住本院心内科住院治疗的慢性心力衰竭患者 120 例,纳入标准:(1)符合纽约心脏病协会心功能分级(The New York Heart Association, NYHA) II~III 级;(2)左心室射血分数(LVEF) $<50\%$;(3)具有初中及以上文化程度;(4)病情稳定并且签订知情同意书。排除标准:(1)有明显的神经系统疾病病史(如老年痴呆症、卒中)、头部外伤病史、严重的精神疾病(如精神分裂症)病史或肝、肾衰竭病史;(2)不能坚持随访或主动退出研究者。

1.2 方法

1.2.1 护理方法 根据纳入及排除标准,共纳入 120 例患者,采用抽取随机数字法将目标人群随机分为两组,每组各 60 例。(1)对照组:对患者及家属实施常规的健康教育,内容包括:心力衰竭患者低盐、限水饮食指导,药物服用方法,心力衰竭患者体质量监测的正确方式,自我心力衰竭症状监测,康复运动指导问题,在患者出院时嘱其出院后 1、2、3、6、9、12 个月行门诊随访,同时发放《慢性心力衰竭患者手册》。(2)干预组:患者除实施常规的健康教育外,根据患者的认知功能得分情况,制订个性化护理措施,在患者出院后实施延续性护理。①家庭访视,由经过培训的课题组护理人员 1 名带领 1~2 名轮转护士及实习生完成。首次家庭访视于出院后 1 周,干预性家庭访视分别于首次家访后 1、3、6、12 个月进行,内容包括测量脉搏、呼吸、血压、心率,评估患者的精神状态、健康状况,进而指导患者服药及康复训练。②电话随访,在患者出院后每月电话随访 1 次,内容包括患者健康恢复情况、服药情况,并给予服药、饮食、康复训练相关的指导。③心力衰竭门诊随访,在患者出院后 1、2、3、6、9、12 个月由 1 名护士进行预约,由 1 名专职医生根据患者的情况调整药物。

1.2.2 评价指标 主要终点是评估 12 个月后两组患者的认知功能,应用蒙特利尔认知评估量表(Montreal cognitive assessment, MoCA)进行评价。次要终点包括明尼苏达心力衰竭生活质量量表(Minnesota living with heart failure questionnaire, MLHFQ)、心

* 基金项目:重庆市科委社会事业与民生保障科技创新专项课题(cstc2017shmsA130086);重庆医科大学附属第二医院内课题(08-1279-001)。作者简介:瞿广素(1978—),主管护师,本科,主要从事内科护理相关的研究。△ 通信作者,E-mail:724771702@qq.com。