

· 家庭护理 ·

以家庭为中心的护理在儿童哮喘慢性持续期管理中的应用

胡丽娅,金丽红,林建军,林海芳,尤佩,朱可雯

(丽水市人民医院,浙江丽水 323000)

摘要:目的 观察以家庭为中心的护理模式在儿童哮喘慢性持续期管理中的应用效果。方法 选择某三级甲等医院儿童哮喘门诊 4~11 岁的哮喘慢性持续期患儿 80 例,按编号随机分为观察组和对照组。两组患儿均在哮喘专科门诊随访,观察组接受 12 个月以家庭为中心的护理管理,对照组实施系统化整体护理管理。比较干预后两组患儿哮喘总控制情况、用药依从性及患儿家长满意度。结果 随着随访时间的延长,观察组与对照组患儿 C-ACT 评分均有提高;在不考虑时间因素的影响下,以家庭为中心的护理在儿童哮喘慢性持续期管理中可有效提升哮喘控制水平分级;随着干预时间的延长,观察组 C-ACT 评分提高水平优于对照组;比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组用药依从率为 75%,对照组为 45%;观察组患儿家长对护理满意度为 85%,对照组为 50%,比较差异均有统计学意义($P < 0.01$)。结论 以家庭为中心的护理能有效提升儿童慢性持续期的哮喘控制水平,提高患儿使用药物依从性,提高患儿家长满意度。

关键词:儿童;哮喘;以家庭为中心;护理 doi:10.3969/j.issn.1671-9875.2019.12.020

中图分类号:R473.2

文献标识码:A

文章编号:1671-9875(2019)12-0064-04

哮喘为一组异质性疾病,以慢性气道炎症为特征,具有呼吸道症状病史,包括喘息、气促、胸闷和咳嗽等,症状及程度可随时间而变化,并伴有可变的呼气气流受限^[1]。儿童哮喘慢性持续期是指近 3 个月内不同频率和(或)不同程度地出现过喘息、咳嗽、气促、胸闷等症状^[2]。哮喘严重影响患儿的心身健康,给家庭和社会带来沉重的精神和经济负担。目前我国儿童支气管哮喘的总体控制水平尚不理想。以家庭为中心的护理(family centered care,FCC)模式是指通过家庭和专业人员的合作共同促进患儿健康。FCC 尊重合作关系中每个人的力量、文化、传统以及特长,是提高服务质量的实践标准^[3]。本研究通过应用 FCC 模式鼓励患儿及家属与医护人员合作共同参与儿童支气管哮喘防治的决策、管理、随诊的全过程,使儿童哮喘得到有效的控制。现报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象 纳入标准:诊断及分度符合儿童支气管哮喘慢性持续期的分度标准^[2],临床确诊为哮喘慢性持续期的患儿;4~11 岁学龄期非重症哮喘患儿,意识清醒,言语正常;患儿须有固定的 1~2 名

家长陪伴;患儿家长知情同意并自愿参与研究。排除标准:合并其他严重疾病患儿。选取 2016 年 5 月至 2017 年 4 月符合纳入和排除标准的 80 例患儿为研究对象,按照登记的编号顺序随机分为对照组和观察组各 40 例。对照组:男 21 例,女 19 例;年龄 4~11 岁,平均(8.42±1.23)岁;病程 1~4 年,平均(2.13±0.15)年。观察组:男 24 例,女 16 例;年龄 4~11 岁,平均(8.12±2.14)岁;病程 1~4 年,平均(2.32±0.20)年。两组患儿性别、年龄、病程等一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 疾病管理方法

1.2.1 对照组 采用系统化整体护理(systematic approach to holistic nursing care,SHN)实施相关护理措施,严格按程序制定标准护理计划、教育计划,给予常规护理、健康知识教育、随访观察等。在哮喘专科门诊随访治疗,护士对患儿及家长按儿童哮喘专科要求进行口头与书面的健康教育,内容包括饮食指导、用药指导、居家指导及门诊随访时间等。

1.2.2 观察组 采用 FCC 模式实施疾病管理。

1.2.2.1 成立儿童支气管哮喘管理团队 团队成员包括哮喘专科医生、专科护士、临床药师、心理咨询师、患儿家长等,分别负责对患儿的指导和随访。患儿家长负责落实患儿日常用药、生活、运

作者简介:胡丽娅(1979-),女,本科,副主任护师,护士长。

收稿日期:2019-07-29

通信作者:金丽红,jinlihong0918@126.com

基金项目:浙江省医药卫生科研面上项目,编号 2018KY927

动的管理和心理支持。医护人员每月定期召开儿童哮喘防治知识和技能培训,使哮喘防治管理同质化,召开哮喘管理质量分析会,对升级治疗或不能按时随诊的患儿分析原因,持续质量改进。

1.2.2.2 鼓励家长参与患儿护理的决策 承认患儿的个体性及家庭的力量,针对不同患儿、不同家庭采取个性化的处理方式。鼓励家庭成员主动参与患儿护理的决策,维持家庭成员与患儿之间的情感联系。重视家庭治疗的作用:教会家长测量体温,观察咳嗽、喘息等病情变化,协助患儿做好生活护理,掌握正确雾化吸入的方法和维护、清洗雾化器,教会家长在患儿哮喘发作时给予及时救治,以提高家长的居家照护能力。

1.2.2.3 对患儿与家长的心理支持 儿童哮喘是慢性疾病,入组患儿的年龄在 4~11 岁,FCC 关注哮喘患儿及家长面临的心理压力,专科护士在随诊前与家长沟通并进行情绪评估,发现有情绪问题的家长 and 患儿,心理咨询师进行干预。协助家长认识疾病中患儿的心理变化与需要,增强其对患儿的病情评估、管理能力。尊重患儿家庭种族、文化、社会经济、伦理等,了解患儿及家庭的需求,并支持、提供和满足患儿及家长的需求。

1.2.2.4 Teach-back 健康教育模式 Teach-back 方法,又称反馈式教育或回授法,指教育者实施健康教育后,让受教育者用自己的语言复述或演示学到的健康信息^[4-5],其分段式的健康教育方式让受教育者易于掌握,是对健康教育提供者解释健康相关概念是否清楚的检查^[6]。专科护士对患儿家庭进行 teach-back,先评估患儿及家长对哮喘相关知识掌握应用情况,肯定患儿及家长已掌握的知识,站在家长的角度,补充其忽视的部分。应用 teach-back 健康教育模式教会家长如何使用雾化吸入器、如何配制雾化吸入药液,怎样使用会增加治疗效果等。针对孩子的年龄特点,对儿童进行图文并茂、浅显易懂的教育,制作动画片,“西游记-哮喘篇”,使患儿在观看动画的过程掌握哮喘知识。

1.2.2.5 制定哮喘家庭自测表与哮喘日记 由哮喘管理团队制定哮喘家庭自测表,并向家长介绍主要检测指标:白天咳嗽、喘息次数,夜间咳嗽、喘息次数,自觉憋闷感,能否活动,用药次数,用药前后症状变化,家长与患儿共同按照自测表完成哮喘日记,来哮喘中心随诊时给专科护士查阅,专

科护士根据哮喘日记向专科医生汇报,为医生下一周期的哮喘控制治疗方案提供依据。

1.2.2.6 多模式健康宣教 建立哮喘之家微信平台,由专科护士负责,哮喘团队协助完成,通过医、护、患儿家长,定期更新哮喘知识,困惑答疑,哮喘患儿家长相互支持。护士主导下每周二、四哮喘专科门诊集中授课,发放健康教育小册子。每年科室医护组织哮喘家庭联谊会,建立哮喘之家,选出抗哮喘明星,介绍自我管理经验,激励哮喘病友。

1.2.2.7 门诊与家庭随访 建立哮喘患儿专科病历,订制随诊计划,使用云随访系统进行短信提示,帮助预约挂号,随诊时专科护士先进行哮喘控制测试评估,肺通气功能测试,为医生调整方案做好准备。对于反复发作的或升级治疗的患儿给予家庭访视,了解患儿及家庭居住环境、饮食特点、生活习惯等,与患儿家长探讨分析可能的原因,并进行专业的指导和支持。

1.3 评价指标与方法

1.3.1 哮喘控制水平 儿童哮喘控制测试问卷(Asthma Control Test to Children,C-ACT)^[7]可以判断哮喘儿童临床控制水平、患儿病情变化,是评估儿童哮喘控制情况的特异性工具。满分 27 分,其中 C-ACT 评分 ≤ 19 分表明哮喘处于未控制状态, ≥ 23 分表明哮喘完全控制,20~22 分表明哮喘处于部分控制状态。于患儿干预后 1 个月、3 个月、6 个月、12 个月就诊时,由哮喘专科医生评估、记录哮喘控制水平。

1.3.2 用药依从性 采用叶晓青等^[8]编制的用药依从性问卷评价哮喘儿童的用药依从状况。从用药次数、用量、时间及是否坚持 4 个方面评价。共 4 个条目,使用 Likert 4 级评分,在 4 个条目中只要有 1 个或以上被确认为依从性差者,则被定义为总体依从性差。4 个条目均被定义为依从性好者,则被定义为总体依从性好。问卷由患儿与家长一同填写。干预后 12 个月在门诊随诊时由专科护士调查。

1.3.3 患儿家长满意度问卷 随访 12 个月后以本院自制的患儿家长满意度问卷评估两组家长满意度。满意度调查表的内容包括预约及现场等待时间、综合费用、就诊环境、哮喘疗效、健康教育 5 个方面,每个方面以满意 5 分、较满意 3 分、一般 1 分、不满意 0 分表示,按照实际得分/总分 $\times 100$

换算成百分制,总分范围 0~100 分。分为非常满意(大于 95 分)、满意(大于等于 90)、不满意(低于 90 分),将非常满意与满意计入总满意度。总满意度=90 分及以上的问卷数/总有效问卷×100%。

1.4 统计学方法 本研究采用 SPSS 21 统计学软件对结果进行统计分析,定量资料使用均数±标准差的方法进行描述,组间对比进行 *t* 检验;涉及两组多个时间节点的比较使用重复测量方差分析;计数资料用数值或百分率(%)表示,采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患儿哮喘控制情况 两组患儿各个时期哮喘总控制率比较见表 1。

表 1 两组患儿不同时间 C-ACT 评分的变化

时 间	观察组	对照组
干预后 1 个月	15.88±4.91	17.00±4.56
干预后 3 个月	18.03±4.04	17.43±4.04
干预后 6 个月	19.95±3.84	17.88±3.93
干预后 12 个月	23.43±3.73	18.10±3.79
$F_{\text{组间}}/P$ 值	4.067/ 0.047	
$F_{\text{时间}}/P$ 值	81.949/<0.001	
$F_{\text{时间} \times \text{组间}}/P$ 值	45.414/<0.001	

2.2 两组患儿用药依从情况 观察组总体依从性优于对照组,两组患儿用药依从性比较见表 2。

表 2 两组患儿用药依从性比较 例(%)

组 别	例数	依从性好	依从性差
观察组	40	30(75)	10(25)
对照组	40	18(45)	22(55)
χ^2 值	7.5		
P 值	0.006		

2.3 患儿家长满意度 观察组护理满意度为 85%,对照组满意度为 50%,患儿家长满意度情况见表 3。

表 3 患儿家长满意度情况

组 别	例数	满 意 程 度			满意 度/%
		非常满意	满意	不满意	
观察组	40	22	12	6	85
对照组	40	15	5	20	50
χ^2 值					11.168
P 值					0.001

3 讨 论

3.1 FCC 可提高儿童哮喘慢性持续期控制水平

我国儿童哮喘总体控制水平不够理想,这与患儿家长对疾病的认知不足、临床医生规范化管理水平参差不齐有关^[1]。FCC 中患儿不再被单纯地作为一种临床病例看待,而是被看作一个家庭、一个社区、一种生命或文化的特殊形式,在医疗问题方面受到更多关注和重视。本研究将 FCC 模式应用于儿童哮喘的慢病管理,是哮喘团队全方位全周期为患儿提供的持续管理。专科医生对患儿制定规范化控制方案,临床药师解决患儿在长期用药过程中对药物不良反应的担心,心理咨询师对患儿和家长在长期规范治疗中产生的情绪问题进行及时排解,专科护士主导的 teach-back 健康教育模式充分尊重患儿性格特征及家长知识层次,易于使患儿、家长更好理解掌握哮喘知识。研究结果显示,随着随访时间的延长,观察组与对照组患儿 C-ACT 评分均有提高,哮喘控制水平明显改善,时间因素对哮喘控制评分的影响有统计学意义($P < 0.05$)。在不考虑时间因素的影响下,观察组与对照组哮喘控制测试的评分比较有统计学意义($P < 0.05$),说明以家庭为中心的护理在儿童哮喘慢性持续期管理中可有效降低哮喘控制水平分级。同时,随着干预时间的延长,观察组 C-ACT 评分提高水平优于对照组。

3.2 FCC 可提高患儿用药依从性 英国一项关于哮喘儿童使用药物依从性监测回顾性研究表明,约一半的研究报告平均服药坚持率为 50% 或以下,而大多数报告的服药坚持率低于 75%^[9]。无法坚持服药的原因可能与疾病严重程度,家长的文化程度较低,患儿及其家长担忧持续用药所带来的不良反应有关。SHN 模式下护士着重于患儿的护理,对家长的关注度不够高,因而家长掌握药物知识不全面,甚至有偏差,无法更好的对患儿实施家庭病情监测。FCC 模式用 teach-back 健康教育加强了对患儿家长的培训,使其能充分掌握本病的发病机制、临床表现、治疗目的、治疗方法、护理措施、预防方法等,促进家长与护理人员的良性合作,提高药物治疗的配合准确度。另一方面,FCC 重视患儿家长的积极参与,针对家长的文化知识、经济情况、性格特点进行个性化教育,对重点病例进行家庭访视。研究结果显示,干预 12 个月后观察组用药的依从率达 75%,明显高于对照组的 45%。

3.3 FCC 可提高患儿家长满意度 FCC 是儿科优质服务的核心,理解和关注患儿及家长的需求,通过成立哮喘专科医生、专科护士、儿童临床药师和心理治疗师组成团队的哮喘防治管理中心,同时发挥家庭在儿童支气管哮喘防治管理和控制的重要作用,采用灵活多样的培训方式,及时与家长分享最新信息,了解患儿及家庭成员的需求,并支持、提供和满足其需求,认真听取患儿及家庭成员所提的意见和建议并整合到哮喘防治和管理中,鼓励患儿与家长和医护人员合作共同参与哮喘防治和管理的过程,使满意度明显提高。本次研究结果显示,观察组患儿家长满意度为 85%,对照组为 50%,比较差异有统计学意义。

参考文献:

- [1] 沙莉,刘传合. 2014 全球哮喘防治倡议委员会儿童支气管哮喘最新修订指南[J]. 中国医刊,2015,50(7):16-18.
- [2] 中华医学会儿科学分会呼吸学组,《中华儿科杂志》编辑委员会. 儿童支气管哮喘诊断与防治指南(2016 年版)[J]. 中华儿科杂志,2016,29(1):67-76.
- [3] SEVI C, MATTHEW D, BASIL E, et al. Patient- and Family- Centred Care[J]. Canadian Journal of Critical Care Nursing, 2018, 29(3):6-7.
- [4] Agency for Healthcare Research and Quality. AHRQ health literacy universal precautions toolkit second edition[M]. Aurora: University of Colorado Anschutz Medical Campus, 2015: 18-20.
- [5] KORNBERGER C, GIBSON C, SADOWSKI S, et al. Using "teach-back" to promote a safe transition from hospital to home: an evidence-based approach to improving the discharge process[J]. Journal of Pediatric Nursing, 2013, 28(3): 282-291.
- [6] FARRIS C. The teach back method[J]. Home Healthcare Now, 2015, 33(6):344-345.
- [7] 肖厚兰,陈振华,张栋武,等. 呼出气温度对儿童哮喘气道炎症变化的预测意义[J]. 中国当代儿科杂志,2019, 21(8):806-811.
- [8] 叶晓青,林芳宇,陈维清. 高血压病患者药物治疗依从性影响因素的研究[J]. 现代预防医学,2007, 34(3):494-496.
- [9] MORTON R W, EVERARD M L, ELPHICK H E. Adherence in childhood asthma: the elephant in the room[J]. Arch Dis Child, 2014, 99(10):949-953.

基于“互联网+”延续护理服务在尿路造口患者出院随访中的应用

袁媛,程静娴,陈倩倩,丁萍

(安徽医科大学第一附属医院高新院区,安徽合肥 230000)

摘要:目的 观察基于“互联网+”延续护理服务技术对尿路造口患者出院后实施随访的效果。方法 选取行全膀胱切除+尿流改道术的患者 76 例,采用随机数字表分为对照组 36 例和观察组 40 例。对照组采用传统方式进行出院随访,观察组在传统随访的基础上实施基于“互联网+”延续护理服务技术实施随访。干预后,统计并分析两组患者出院后 1 个月、3 个月的病耻感、医学应对方式、生存质量以及术后 3 个月造口并发症的发生率。结果 出院后 1 个月、出院后 3 个月,观察组患者的生存质量及医学应对方式的面对维度的评分较对照组高(均 $P < 0.05$),患者的病耻感、并发症的发生率以及医学应对方式的回避和屈服维度也随“互联网+”延续护理服务的跟进而降低(均 $P < 0.05$)。结论 基于“互联网+”延续护理服务技术可降低患者的病耻感、并发症的发生率,促使患者积极面对疾病,提高其生存质量。

关键词:尿路造口;随访;互联网;延续护理 doi:10.3969/j.issn.1671-9875.2019.12.021

中图分类号:R473.2

文献标识码:A

文章编号:1671-9875(2019)12-0067-06

膀胱癌具有高复发率和高病死率,是泌尿系统常见的恶性肿瘤之一^[1]。根治性全膀胱切除+尿流改道术是治疗浸润性膀胱癌最有效的途径^[2]。

术后腹壁造口的终身存在使这类患者在自护能力、生理、心理方面均需要面临众多专业性的指导^[3]。如何与出院后患者保持长期联络,对其需求或问题有效监测、准确评估、及时反馈,以帮助患者尽快适应造口,掌握相关护理技能,提高生命质量,成为近年来造口延续护理工作的热点之一^[4]。“互联网+”延续护理服务是通过构建智慧化患者管理平台,以智能自主随访引擎和在线知识库为依托,为患者提供闭环式的健康管理及在线医疗

作者简介:袁媛(1980-),女,本科,主管护师,护士长。

收稿日期:2019-08-14

通信作者:丁萍,dp7395@163.com

基金项目:国家自然科学基金面上项目,编号 81630019;安徽省 2017 年第一批科技计划项目,编号 1704a0802173;安徽省教育厅高校人文社科基金,编号 SK2017A0171