

老年慢性病共病患者基于社区家庭医生制的健康赋权干预

郭熙, 贾会英, 张立明, 葛秀芬, 曲茹虹, 董海静

摘要:目的 探讨基于社区家庭医生制的健康赋权干预对老年慢性病共病患者疾病管理的影响。方法 将社区并存高血压、糖尿病、冠心病及骨关节病等 2 种以上的老年患者 94 例随机分为研究组 48 例和对照组 46 例。对照组接受常规社区家庭医生制健康管理, 研究组在对照组的基础上实施健康赋权干预 16 周。结果 干预后, 研究组赋能水平各维度得分及总分显著高于对照组, 服药依从和慢性病控制显著优于对照组, 患者生活质量除生理职能维度外, 其他维度得分及总均分显著高于对照组 ($P < 0.05$, $P < 0.01$)。结论 基于社区家庭医生制的健康赋权干预有利于提高老年慢性病共病患者的赋能水平, 改善服药依从及慢性病控制情况, 从而提高其疾病管理能力及生活质量水平。

关键词: 老年人; 慢性病共病; 社区; 家庭医生制服务; 健康赋权; 赋能; 服药依从性; 生活质量

中图分类号: R473.2 **文献标识码:** A **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2020.16.097

Health empowerment intervention based on family doctor service system for elderly patients with multiple chronic conditions Guo Xi, Jia Huiying, Zhang Liming, Ge Xiufen, Qu Ruhong, Dong Haijing. Department of Cardiology, Qingdao Municipal Hospital, Qingdao 266011, China

Abstract: **Objective** To explore the impact of health empowerment intervention based on family doctor service system on disease management in elderly patients with multiple chronic conditions. **Methods** Totally, 94 elderly patients with two or more chronic conditions (hypertension, diabetes, coronary heart disease and osteoarthritis, etc) were randomly divided into 2 groups. The control group ($n=46$) received regular health management service provided by family doctors, while the intervention group ($n=48$) received health empowerment intervention based on family doctor service for 16 weeks. **Results** The dimension scores and total scores of health empowerment in the intervention group were significantly higher than those in the control group; the intervention group did better in medication adherence and chronic disease control than the controls; all the dimension scores (except physical function) and total scores of quality of life in the intervention group were higher than those in the control group ($P < 0.05$, $P < 0.01$). **Conclusion** Health empowerment intervention based on family doctor service system improves empowerment level of elderly patients with multiple chronic conditions, enhances their disease management ability, and quality of life.

Key words: the elderly; multiple chronic conditions (MCC); community; the family doctor service system; empowerment; empower; medication compliance; quality of life

慢性病共病 (Multiple Chronic Conditions, MCCs) 是目前我国老年人普遍存在的疾病现象。据统计, 65 岁以上的老年人 MCCs 发病率达 70%^[1], 且发病率随年龄的增长而急剧上升, 显著降低老年人的健康水平, 增加了再入院率及潜在的社会、经济负担, 甚至增加了死亡风险, 已成为医疗卫生工作的严重威胁和挑战^[2-3]。研究发现, MCCs 最常见于并存 2~3 种慢性病 (37.8%) 的患者, 共病模式多来自高血压、糖尿病、冠心病及骨关节病^[4-5]。健康赋权干预可提高患者对自身健康的意识和疾病自我管理认知, 为患者提供针对性的健康教育、健康咨询及以患者为中心诊疗模式的服务, 使患者达到自我教育、自我管理、自主决策和帮助并赋予他人疾病管理能力的结果^[6]。本研究基于社区家庭医生制为 48 例

老年 MCCs 患者实施健康赋权干预, 取得较满意的效果, 报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象 2018 年 6~12 月便利选取青岛市某社区卫生中心参与社区家庭医生制, 并存高血压、糖尿病、冠心病及骨关节病中 2 种以上的老年患者为研究对象。纳入标准: ① 辖区内常住居民 (居住半年以上); ② 年龄 ≥ 60 岁; ③ 签约社区家庭医生; ④ 具有一定的沟通能力; ⑤ 知情同意参与本研究。共纳入 100 例患者, 采用随机数字表分为研究组和对照组各 50 例。两组患者健康管理的终止缘由为死亡、迁出、失访、不配合等, 均记录日期。研究组失访 2 例; 对照组失访 2 例, 身体不适退出 1 例, 转出 1 例, 最终研究组 48 例和对照组 46 例完成本研究, 两组一般资料比较见表 1。

1.2 干预方法

对照组接受常规的社区家庭医生制健康管理, 按《国家基本公共卫生服务规范 (第 3 版)》^[7] 对患者进

作者单位: 青岛市市立医院 1. 心内科 2. 泌尿外科 (山东 青岛, 266011)

郭熙: 女, 本科, 主管护师, 护士长

通信作者: 董海静, haijing1005@sina.com

收稿: 2020-03-20; 修回: 2020-05-14

行疾病筛查、健康体检等,根据患者的主要健康问题和服务提供情况填写相应记录。健康档案根据复诊情况及时更新、补充相应记录内容。研究组在对照组的基础上实施健康赋权干预,具体如下。

表 1 两组一般资料比较

项 目	对照组 (n=46)	研究组 (n=48)	统计量	P
性别(例)			$\chi^2=1.042$	0.357
男	24	20		
女	22	28		
年龄(岁, $\bar{x} \pm s$)	70.3±7.1	71.0±7.6	$t=0.461$	0.646
婚姻状况(例)			$\chi^2=0.143$	0.931
已婚	34	37		
丧偶	9	8		
未婚/离异	3	3		
子女数[个, $M(P_{25}, P_{75})$]	2.0(1,2)	1.5(1,2)	$Z=-0.674$	0.500
文化程度(例)			$Z=-0.277$	0.782
小学以下	3	5		
初中	16	14		
高中/职高/中专	20	24		
大专以上	7	5		
退休前职业(例)			$\chi^2=2.396$	0.499
农民	4	2		
企业职工	23	31		
事业单位人员	11	8		
其他	8	7		
经济来源(例)			$\chi^2=1.230$	0.746
退休金/养老金	37	41		
政府补贴	4	2		
子女供养	3	2		
个体劳动收入	2	3		
个人月收入(元/例)			$Z=-0.759$	0.448
<1000	8	5		
1000~	26	29		
3000~	10	11		
>5000	2	3		
居住方式(例)			$\chi^2=0.161$	0.923
与子女同住	6	5		
与配偶同住	30	32		
独居	10	11		
慢性病种类数 [种, $M(P_{25}, P_{75})$]	2(2,3)	2(2,3)	$Z=-0.160$	0.873
患慢性病时间 (年, $\bar{x} \pm s$)	31.5±19.0	35.2±25.9	$t=0.793$	0.430
自理水平(例)			$\chi^2=0.000$	1.000
自理	43	44		
部分自理	3	4		
医保类型(例)			$\chi^2=0.882$	0.644
城镇职工医保	26	24		
城镇居民医保	17	22		
新农合/其他	3	2		
除生活外主要支出(例)			$\chi^2=0.003$	0.953
医疗保健费用	42	45		
人际交往/休闲娱乐/其他	4	3		

1.2.1 成立干预小组 包括社区全科医生 1 名,负责持续性监测患者疾病状况,并评价干预效果;社区护士及老年人健康管理各 1 名,负责评估并实施干预措施;社区老年护理方向的研究生 2 名,负责收集研究资料。医护人员均具有 20 年以上的社区工作经验。

1.2.2 制定与实施干预方案

在查阅资料和前期研究基础上^[7-10],依据赋权理论^[11-12]制定干预方案,该干预周期为 16 周,具体干预时间可在计划周次范围内根据患者的实际情况而调

整。干预策略包括以下 5 个步骤。

1.2.2.1 激发患者觉醒 医护人员以伙伴关系取代权威关系,通过倾听一对话的方式引起患者批判性思考,以使患者察觉自我管理问题,并意识到自己有权利/能力执行自我管理行为。医护人员主动倾听患者患 MCCs 期间的的生活体验,例如“同时或相继被诊断患有 2 种以上的慢性病后,您的生活发生了什么变化?”“最近 3 个月内,您的住院经历与体验”等。另外,询问患者现存的疾病症状,使患者察觉自己的行为决定健康结果,让其意识到疾病自我管理行为是生活的一部分,以引导患者积极参与到健康赋权干预中。该干预于第 1~2 周进行,每周 1 次,每次 60 min。

1.2.2.2 评估问题根源 在患者对 MCCs 自我管理形成良好的认知后,根据患者的个人基本信息(既往史、家族史等)、健康体检(一般健康检查、生活方式、健康状况及疾病用药情况、健康评价)等,干预小组通过问答的交流方式深入探讨阻碍患者执行自我照顾行为的根源。此时,干预小组需充分考虑患者的个人因素(如对 MCCs 的认知不足、没有信心、情感因素、外在环境改变等)、人际关系因素(与医护人员的沟通、家人的支持等)、社会环境因素(社交场合、费用等),深入讨论影响患者自我管理行为执行问题的根源,制定符合患者要求的目标计划。开放性话题如“您是否满意并能够完全理解目前医护人员对您疾病的管理策略?”“您是否质疑目前联合用药情况?”“为综合控制病情,您采取过哪些方法?效果如何?”等。该干预于第 3 周实施,干预 1 次,时间 60 min。

1.2.2.3 目标设定 除将 MCCs 的相关生理、生化指标控制一定范围内外,干预小组将管理 MCCs 的决策权力转移,促使患者主动表达自己对健康的期望,并引导患者根据自己的实际情况主动参与决策制定,同时协助患者进行目标时序的设定,并促进其调整计划以融入生活,如合并关节炎的患者,与医护人员协调制定机体功能康复的强度和进程。为增进患者自信心,为其设定短期、中期、长期目标,目标评价于第 5、7、11 周进行。此外,干预小组需向患者说明不同目标对疾病控制的影响及完成自我管理计划对目标控制的重要性,并协助患者及时调整目标,使目标可见,以正向引导患者。该干预于第 4 周进行,干预 1 次,时长 30~45 min。

1.2.2.4 自我照顾计划的发展 针对存在特殊情况(慢性病患病种类、数量、存在残疾等)、身心及社会层面和其他医疗卫生服务记录(转诊、会诊等)的患者,为其制定个性化的自我照顾计划,包括充实患者能力、他人赋权两个层面。在提高患者能力方面,为减少患者获得疾病自我管理知识差异,干预小组根据患者的文化水平、生活自理能力、认知功能及情感状态等,针对性地采用面对面赋权教育、播放音像资料、提

供健康管理指导手册、开展公众咨询活动、电话咨询等多种方式实施强化策略,依据患者的实际情况提供必要的支持。在他人赋权方面,促进患有相同疾病的患者相互激励,分享应对疾病的策略,如举行高血压-糖尿病俱乐部,分享疾病自我管理经验。该阶段于短期、中期及长期目标评价后进行,即在第 5、7、11 周进行,共 3 次,每次 60 min。

1.2.2.5 评价目标达成情况 干预小组与患者共同评价计划的执行效果、意义及价值,使患者思考自己的行为与预期目标之间的差异,若目标或行为计划达成,给予患者正向肯定,并鼓励其分享达成后的感受,以增加患者的自我效能,同时向下一个目标跟进;若目标或行为计划未达成,应探究原因,支持患者再次调整计划。该干预于第 16 周完成,干预 1 次,时间 60 min。

1.3 评价方法 ①赋能水平。采用李璇等^[13]汉化的慢性病患者赋能量表(Long-term Condition Empowerment Scale, LTCES),包括自主决策(8 个条目)、自我管理(11 个条目)、自我认知(6 个条目)、生活态度(9 个条目)、赋能他人(7 个条目)、知识获取(3 个条目)6 个维度共 44 个条目,采用 Likert 5 级评分法,从“非常不同意”到“非常同意”依次赋 1~5 分,得分越高说明赋能水平越高。其 Cronbach's α 系数 0.950,分半信度 0.930,各维度 Cronbach's α 系数

0.694~0.877,重测信度 0.921,内容效度(CVI) 0.950。②慢性病管理效果。干预结束时,根据家庭医生制管理要求^[7],统计两组服药依从情况:“规律”为按医嘱服药,“间断”为未按医嘱服药、频次或数量不足,“不服药”为医生开了处方,但患者未使用此药。同时统计两组慢性病控制情况:“控制良好”即慢性病控制在目标范围内者,“建议复查”即慢性病控制有异常者,“建议转诊”即连续 2 次出现疾病控制不满意或药物不良反应难以控制以及出现新的并发症或原有并发症加重者。③生活质量。选用 SF-36 健康调查量表(The MOS 36-item Short Form Health Survey, SF-36)^[14],从生理机能(10 个条目)、生理职能(4 个条目)、躯体疼痛(2 个条目)、一般健康状况(5 个条目)、精力(4 个条目)、社会功能(2 个条目)、情感职能(3 个条目)、精神健康(5 个条目)8 个维度及 1 个健康变化条目(本研究未纳入该条目)。按照规范的计分及换算方法计算各维度及总均分最终分,范围为 0~100 分,得分越高说明生活质量越高。

1.4 统计学方法 应用 Epidata3.0 软件双人录入数据,采用 SPSS21.0 软件进行 t 检验、 χ^2 检验及秩和检验,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组干预前后赋能水平比较 见表 2。

表 2 两组干预前后赋能水平比较 分, $\bar{x} \pm s / M(P_{25}, P_{75})$

时间	组别	例数	自我决策	自我管理	自我认知	生活态度	赋能他人	知识获取	总分
干预前	对照组	46	27.2±5.6	36.8±7.8	20.8±3.7	31.3±6.9	23.2±5.1	11.0(9.7,12.0)	149.9±27.4
	研究组	48	25.9±5.2	34.7±7.8	20.1±3.2	29.4±7.3	22.2±5.1	11.0(8.2,12.0)	142.4±26.9
	Z/t		-1.227	-1.263	-1.005	-1.278	-0.997	-0.857	-1.341
	P		0.223	0.210	0.317	0.204	0.321	0.392	0.183
干预后	对照组	46	28.5(16.0,31.0)	40.0(30.0,43.0)	24.0(22.0,27.0)	35.0(32.0,37.0)	25.0(21.7,26.0)	12.0(11.0,13.0)	155.8±17.3
	研究组	48	29.0(29.0,32.0)	43.0(40.0,44.0)	27.0(23.0,28.0)	36.0(35.0,42.0)	26.0(25.0,34.0)	13.0(12.0,14.0)	175.5±9.2
	Z/t		-3.019	-3.191	-2.409	-2.113	-4.436	-2.272	6.918
	P		0.003	0.001	0.016	0.035	0.000	0.023	0.000

2.2 两组干预后慢性病管理效果比较 见表 3。

表 3 两组干预后慢性病管理效果比较 例

组别	例数	服药依从情况			慢性病控制情况		
		规律	间断	不服药	控制良好	建议复查	建议转诊
对照组	46	34	8	4	36	7	3
研究组	48	45	2	1	46	2	0
Z/ χ^2		-2.603			6.958		
P		0.009			0.031		

2.3 两组干预前后生活质量比较 见表 4。

表 4 两组干预前后生活质量比较 分, $\bar{x} \pm s / M(P_{25}, P_{75})$

时间	组别	例数	生理机能	生理职能	躯体疼痛	一般健康状况	精力	社会功能	情感职能	精神健康	总均分
干预前	对照组	46	85.0(75.0,91.2)	50.0(0.0,100.0)	74.0(52.0,84.0)	44.0±15.1	71.9±15.1	57.6±19.4	0.0(0.0,66.7)	72.00(60.0,80.0)	58.6±17.0
	研究组	48	85.0(65.0,95.0)	0.0(0.0,100.0)	74.0(54.5,100.0)	40.1±13.4	69.8±15.3	57.8±17.8	16.7(0.0,66.7)	70.0(64.0,80.0)	57.4±17.1
	Z/t		-0.143	-0.971	-0.082	-1.315	-0.669	-0.303	-1.015	-0.435	-0.353
	P		0.886	0.331	0.934	0.192	0.503	0.762	0.310	0.663	0.725
干预后	对照组	46	85.0(80.0,90.0)	50.0(0.0,100.0)	74.0(59.5,88.0)	48.3±17.1	66.9±20.6	58.1±18.1	33.3±40.9	66.9±15.5	59.1±15.4
	研究组	48	95.0(85.0,100.0)	100.0(0.0,100.0)	92.0(74.0,100.0)	60.0±23.4	77.9±16.7	73.4±23.4	57.6±47.0	77.5±13.6	72.1±18.4
	Z/t		-3.803	-1.337	-2.739	-2.512	2.839	3.527	-2.483	3.505	3.708
	P		0.000	0.181	0.006	0.012	0.006	0.001	0.013	0.001	0.000

Liddy 等^[15]倡导医护人员 MCCs 应以患者为中心,应用认知策略对患者现存的问题重构、优先排序,制定

个体化护理服务计划。本研究研究组对患者实施基于社区家庭医生制的健康赋权干预,通过与患者协商

或相互作用建立平等的医患关系,引导患者对自身疾病积极表述,并主动与医护人员共同讨论存在的健康问题以采取应对措施^[16],增强其疾病管理的自信心和能力,最终激发患者内在潜能,提高其对 MCCs 的自我管理、自我决策、健康目标制定和自我效能的能力。

3.2 健康赋权干预有利于提高老年 MCCs 患者慢性病管理效果 表 3 显示,干预后研究组服药依从情况及慢性病管理情况显著优于对照组 ($P < 0.05, P < 0.01$),表明基于社区家庭医生制的健康赋权干预有利于提高老年 MCCs 患者慢性病管理效果。WHO 表示,良好的初级预防和健康促进可使全球疾病负担减少 70%,而社区医护工作者是可信的健康信息资源,且有能力对人们的健康产生正面的影响^[17]。因此,本研究基于社区家庭医生制的健康赋权干预充分发挥了社区卫生资源,保证 MCCs 综合护理的持续推进。同时,本研究以 MCCs 为视角纳入患者的个人需求,并鼓励患者参与疾病管理决策和规划过程,使患者掌握必要的疾病知识和自我管理意识,有效改善患者的临床指标,提升患者的临床综合疗效。

3.3 健康赋权干预有利于提高老年 MCCs 患者生活质量 表 4 显示,除生理职能外,干预后研究组 SF-36 总均分及各维度评分显著高于对照组 ($P < 0.05, P < 0.01$),表明基于社区家庭医生制的健康赋权干预有利于提高老年 MCCs 患者的生活质量。因长期、持续的药物治疗,老年 MCCs 患者常表现出身体虚弱、疲惫等,易产生紧张、焦虑、抑郁等负性情绪,在一定程度上影响着患者的生活质量。本研究基于社区家庭医生制的健康赋权干预可提高老年 MCCs 患者对病情的掌握和理解程度,促进其主动采取正确的行为以促进/维持机体功能处于最佳状态,同时可在一定程度上缓解和疏导患者的负性情绪,最终改善患者的生活质量。但该干预措施改善生理职能维度的效果不显著,可能因为老年 MCCs 患者年龄大、机体功能低下、疾病复杂,严重弱化了其生理机能;另外,该干预时长为 16 周,可有效减少疾病对其正常的生理活动影响,但不足以提高患者的生理机能,今后有待于进一步研究。

4 小结

基于社区家庭医生制为老年 MCCs 患者实施健康赋权干预有利于提高患者的赋能水平、慢性病管理效果及其生活质量。但本研究样本量较小,干预项目包含的内容较多,尚未形成统一的干预框架,可能对干预的效果造成一定影响。后期有待于基于循证医学制定社区老年 MCCs 患者健康赋权干预框架,并扩大样本量,进行多中心随机对照研究探讨干预方案的有效性。

参考文献:

[1] Held F P, Blyth F, Gnjidic D, et al. Association rules a-

analysis of comorbidity and multimorbidity: the concord health and aging in men project[J]. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 2015, 71(5): 217-223.

- [2] Fabbri E, An Y, Zoli M, et al. Aging and the burden of multimorbidity: associations with inflammatory and anabolic hormonal biomarkers[J]. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 2014, 70(1): 63-70.
- [3] Stenholm S, Westerlund H, Head J, et al. Comorbidity and functional trajectories from midlife to old age: the health and retirement study[J]. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 2014, 70(3): 332-338.
- [4] Skinner H G, Coffey R, Jones J, et al. The effects of multiple chronic conditions on hospitalization costs and utilization for ambulatory care sensitive conditions in the United States: a nationally representative cross-sectional study[J]. *BMC Health Serv Res*, 2016, 16(1): 77-85.
- [5] 贾丽娜,袁平,庄海林,等. 社区老年人慢性病患现状及其与生命质量关系[J]. *中国公共卫生*, 2011, 27(11): 1361-1364.
- [6] Zhang X, Xi W, Liu L, et al. Improvement in quality of life and activities of daily living in patients with liver cirrhosis with the use of health education and patient health empowerment[J]. *Med Sci Monit*, 2019, 25(6): 4602-4608.
- [7] 中华人民共和国国家卫生计生委. 国家基本公共卫生服务规范(第三版)[S]. 2017.
- [8] Chen M F, Wang R H. Enhancing self-care behavior to empower diabetes patients: the MAGIC strategy[J]. *Hu Li Za Zhi*, 2012, 59(5): 68-73.
- [9] Huang T T, Sung C C, Wang W S, et al. The effects of the empowerment education program in older adults with total hip replacement surgery[J]. *J Adv Nurs*, 2017, 73(8): 1848-1861.
- [10] 杨阳,曾铁英. 老年慢性病患者健康赋权理念的质性研究[J]. *护理学杂志*, 2017, 32(7): 14-17.
- [11] Simpson K, Freeman R. Critical health promotion and education — a new research challenge[J]. *Health Educ Res*, 2004, 19(3): 340-348.
- [12] Rissel C. Empowerment: the holy grail of health promotion? [J]. *Health Promot Int*, 1994, 9(1): 39-47.
- [13] 李璇, Nicola Small, 王晓艳, 等. 慢性病赋能量表的汉化及在社区中老年慢性病患者中的信效度分析[J]. *中国全科医学*, 2017, 20(10): 1234-1239.
- [14] 张作记. 行为医学量表手册[J]. 北京: 中华医学电子音像出版社, 2005: 59.
- [15] Liddy C, Blazkho V, Mill K. Challenges of self-management when living with multiple chronic conditions: systematic review of the qualitative literature[J]. *Can Fam Physician*, 2014, 60(12): 1123.
- [16] 罗迪祎, 周会兰, 胡燕华, 等. ICU 集束化策略中家属参与和赋权的研究进展[J]. *护理学杂志*, 2019, 34(23): 86-90.
- [17] 世界卫生组织. 卫生服务不应遗漏老人[EB/OL]. (2017-09-29)[2019-10-30]. <https://www.who.int/zh/news-room/detail/29-09-2017-health-services-must-stop-leaving-older-people-behind>.

(本文编辑 韩燕红)