

# 冠心病患者基于出院评估单的医院-社区-家庭联动延续护理

敖梅,阮舒华,陈日喜

**摘要:**目的 探讨冠心病患者基于出院评估单的医院-社区-家庭三方联动的延续护理实施效果。方法 根据住院时间将 2019 年 1~5 月心内科收治的 78 例冠心病患者设为对照组,给予常规出院评估、出院指导和随访;2019 年 6~10 月心内科收治的 80 例冠心病患者设为观察组,在常规出院处置基础上,出院前评估患者出院准备度,根据出院评估单实施医院-社区-家庭三方联动的延续护理。比较两组出院准备度、家庭自我管理、复诊、基层医疗机构就诊、非计划就医和再入院情况。结果 观察组出院准备度得分、家庭自我管理得分显著高于对照组(均  $P < 0.01$ ),患者基层医疗机构就诊、复诊情况高于对照组,而非计划就医和再入院情况低于对照组。结论 基于出院评估单的医院-社区-家庭三方联动延续护理的实施,可加强医院-社区-家庭三方的互联互通,完善冠心病患者的院外管理,改善患者预后,减少非计划就医和再入院,并提高患者的基层就诊率,促进分级诊疗。

**关键词:**冠心病; 出院评估; 出院准备; 医院-社区-家庭联动; 延续护理; 分级诊疗

**中图分类号:**R473.2 **文献标识码:**A **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2020.18.099

**Hospital-community-family linkage transitional care based on discharge evaluation sheet for patients with coronary heart disease** Ao Mei, Ruan Shuhua, Chen Rixi. Medical Union Coordination Department, Yangjiang People's Hospital, Yangjiang 529500, China

**Abstract:** **Objective** To explore the application effect of hospital-community-family trinity linkage transitional care based on discharge evaluation sheet for patients with coronary heart disease. **Methods** According to hospitalization time, 78 patients with coronary heart disease admitting to the department of cardiology from January to May 2019 were taken as a control group, who were given routine discharge assessment, discharge guidance and follow-up; and another 80 patients admitting to the department from June to October 2019 were regarded as an experimental group, who additionally received discharge readiness assessment and hospital-community-family trinity linkage transitional care according to the discharge evaluation sheet. The discharge readiness, family self-management, follow-up visit, primary health care institution visit, unplanned visit and readmission were compared between the two groups. **Results** The score of discharge readiness and family self-management in the experimental group were significantly higher than those in the control group ( $P < 0.01$  for both). The primary health care institution visits and planned follow-up of the experimental group were more than those of the control group, and the unplanned emergency visit and readmission were less than those of the control group. **Conclusion** Implementation of the hospital-community-family trinity linkage transitional care based on discharge evaluation sheet, can strengthen the hospital-community-family connection and communication, effectively improve the management of patients with coronary heart disease at home and their prognosis, reduce unplanned emergency visit and readmission, enhance primary treatment rate, and promote the hierarchical diagnosis and treatment.

**Key words:** coronary heart disease; discharge assessment; discharge preparation; hospital-community-family linkage; transitional care; hierarchical diagnosis and treatment

随着医疗模式的发展及人民群众对健康需求的日益提高,患者出院后的生存质量及健康结局越发受到关注,越来越多的出院患者有延续性护理服务的需求<sup>[1]</sup>。但由于院外管理的不连贯和无效对接,导致冠心病患者非计划就诊和再入院情况比例较高。国外研究表明,20%的慢性病患者在出院后 30 d 内会重新入院<sup>[2]</sup>。医院-社区-家庭三方联动可加强患者的院内外管理,给患者提供连续性的健康服务<sup>[3]</sup>。为贯彻落实分级诊疗制度,我院以高血压、糖尿病、冠心病等常见病、多发病、慢性病分级诊疗为突破口,以基层医师培训为启动点,建立慢性病基层管理医师培训基地,分批次开展慢病基层管理医师培训班<sup>[4]</sup>,并构建医院-社区-家庭三方联动的慢性病管理流程等。2019

年 6~10 月,我院心内科对冠心病患者应用出院评估单进行医院-社区-家庭三方联动模式的延续护理干预,效果显著,现报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2019 年 1~10 月我院心内科收治的冠心病患者为研究对象。纳入标准:符合国际心脏病学会及 WHO 冠心病的诊断标准,且纽约心脏病学会心功能分级 I~II 级<sup>[5]</sup>;在本市内生活;能够完成问卷调查;知情同意,愿意接受出院后随访和社区服务。排除标准:合并有恶性肿瘤或其他器官系统严重疾病。将 2019 年 1~5 月收治的 78 例冠心病患者设为对照组,2019 年 6~10 月收治的 80 例冠心病患者设为观察组。两组一般资料比较,见表 1。

## 1.2 方法

### 1.2.1 干预方法

两组住院期间给予规范化治疗和护理,出院时,对照组按常规进行出院评估、出院指导,出院后 1 周内由

作者单位:阳江市人民医院医联体协调科(广东 阳江, 529500)

敖梅:女,本科,副主任护师,副科长,1678623124@qq.com

科研项目:阳江市医疗卫生类科技计划项目(52)

收稿:2020-04-15;修回:2020-06-08

责任护士电话回访,了解患者家庭自我管理情况,并给予相应的指导及干预。根据患者的居家康复情况与遵医行为,决定接下来的随访时间表,每2周或1个月回访1次,鼓励患者到当地基层医院获取专业的指导。

表1 两组一般资料比较

| 组别         | 例数 | 性别(例) |    | 年龄<br>(岁, $\bar{x}\pm s$ ) | 疾病诊断(例) |       |      |     | 病程<br>(年, $\bar{x}\pm s$ ) |
|------------|----|-------|----|----------------------------|---------|-------|------|-----|----------------------------|
|            |    | 男     | 女  |                            | 心肌梗死型   | 心肌缺血型 | 心绞痛型 | 隐匿型 |                            |
| 对照组        | 78 | 42    | 36 | 65.8±4.3                   | 25      | 22    | 24   | 7   | 6.6±3.8                    |
| 观察组        | 80 | 45    | 35 | 66.4±2.2                   | 23      | 26    | 20   | 11  | 5.9±3.4                    |
| $\chi^2/t$ |    | 0.092 |    | -1.099                     |         | 1.644 |      |     | 1.221                      |
| P          |    | 0.761 |    | 0.274                      |         | 0.649 |      |     | 0.224                      |

**1.2.1.1 出院准备服务** 组建出院准备服务小组,护士长担任组长,组员包括中级以上职称心内科医生3名、中级以上职称护理人员6名,出院准备专职护士1名。由组长牵头,制订出院准备服务流程,并根据慢性病疾病管理和延伸服务需求制定个性化的出院评估单。出院准备专职护士由病区副护士长担任,是出院准备服务的关键决策者,每天参加晨会交接班,关注并掌握全病区待出院患者动态,并组织开展出院准备服务。出院准备服务小组成员在患者进入康复期后,评估患者对疾病相关知识、疾病危险因素及药物相关知识的掌握情况,监督并考核责任护士的健康宣教(内容包括饮食、用药、康复运动、放松技巧、复诊、家庭康复等)落实情况,并进行查遗补漏,对患者进行针对性健康指导。

**1.2.1.2 出院评估单的使用** 患者进入康复期,出院准备小组的专科医生和专业护士评估患者出院后的监测重点、护理需求与家庭康复需求,完成出院评估。评估患者的服务需求,制定个性化的出院评估内容,一般包括疾病相关知识、照护技巧和能力、心理社会支持、居家准备及后续医疗支持等。出院评估单的内容包括住院经过、出院带药、个性化出院指导(合理膳食、控制体质量、适量活动、戒烟戒酒、按时复诊、遵医嘱服药等)、社区/家庭监测重点(重点监测体重指数、持续观察指标与体征、患者出院后的护理需求等)。医院与基层医疗机构通过该评估单进行联动,社区的全科医生、护士根据出院评估单内容对患者进行健康管理,患者根据出院评估单内容进行家庭自我管理。

**1.2.1.3 医院-社区-家庭三方联动延续护理干预的实施** ①医院转介。专科医生和专业护士评估患者并填写出院评估单,由出院准备专职护士负责建档、上传信息平台,与所属地域基层医疗机构联系,对患者后续的治疗护理进行对接,对出院准备度评分低的患者重点关注。出院1周电话回访,了解患者的家庭自我管理情况和遵医行为,指引到属地基层卫生机构复诊,并将回访情况反馈给基层医院。②基层医院健康干预。基层医院医护人员从信息平

台获取患者转回属地基层医疗机构的相关信息,了解患者治疗及护理需求。出院2周后电话回访,了解患者需求并及时给予指导。定期对患者的自我管理情况和遵医行为进行评估,必要时上门随访指导,指引患者定期社区复诊,通过心电图、实验室检查等了解患者疾病恢复情况。对出院准备度评分低的患者重点关注,社区护士将随访期间发现的问题及时反馈给出院准备专职护士,必要时组织医院及社区联合家访。③家庭自我管理。根据出院评估单提供的个性化出院指导进行自我健康管理,如为患者设定目标血压与目标脉搏,方便患者家庭自我监测与指导运动康复方案;为患者建立个体化的运动康复方案,建议患者在体感“轻松”或“稍微有点用力”的范围内进行运动。患者根据出院评估单上的要求,在社区医护人员的指导下,完成日常生活管理、不良嗜好管理、疾病知识管理、症状管理、急救管理、治疗依从性管理、情绪认知管理等。

**1.2.2 评价方法** ①出院当天由出院准备服务小组成员指导患者完成出院准备度测评,并将得分记录到出院评估单中,以便社区护士重点关注。出院准备度采用林佑桦等<sup>[6]</sup>于2014年翻译并修订的中文版出院准备度量表,该量表共3个维度12个条目,分别为个人状态(3个条目)、适应能力(5个条目)和预期性支持(4个条目),每个条目根据患者情况计0~10分,总分120分,得分越高表明患者出院准备度越高。该量表的Cronbach's  $\alpha$ 系数为0.89,具有良好的信度,整体内容效度为0.88。②出院当天由出院准备服务小组成员指导患者完成冠心病自我管理行为测评。出院半年后,患者复诊时由接诊医疗机构工作人员指导患者完成测评,未能按时复诊的患者,由社区护士电话随访或上门家访完成自我管理行为的调查。冠心病自我管理行为能力测评采用任洪艳等<sup>[7]</sup>编制的冠心病自我管理行为量表(Coronary Artery Disease Self-management Scale, CSMS),该量表共7个维度27个条目,即日常生活管理(4个条目)、不良嗜好管理(4个条目)、疾病知识管理(5个条目)、症状管理(4个条目)、急救管理(3个条目)、治疗依从性管理(3个

条目)、情绪认知管理(4 个条目)。每个条目采用 5 级评分法,总分 27~135 分,分数越高,表明自我管理行为越好。该量表具有较好信度,量表 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.91,各维度 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.71~0.90。

③查看患者半年内的就诊记录,汇总患者半年内按计划复诊(包含基层医疗机构就诊)、非计划急诊就医、再入院情况。

**1.2.3 统计学方法** 应用 SPSS20.0 软件进行数据处理,计量资料组间比较行  $t$  检验,计数资料组间比较行  $\chi^2$  检验,检验水准  $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组出院准备度评分比较 见表 2。

表 2 两组出院准备度评分比较 分,  $\bar{x} \pm s$

| 组别  | 例数 | 个人状态       | 适应能力       | 预期性支持      | 总分           |
|-----|----|------------|------------|------------|--------------|
| 对照组 | 78 | 20.28±3.42 | 36.28±5.20 | 28.36±5.73 | 84.92±14.35  |
| 观察组 | 80 | 24.32±4.85 | 42.52±6.22 | 33.44±5.78 | 100.29±16.85 |
| $t$ |    | 6.063      | 6.833      | 5.547      | 6.166        |
| $P$ |    | 0.000      | 0.000      | 0.000      | 0.000        |

2.2 两组出院前后自我管理行为能力评分比较 见表 3。

表 3 两组出院前后自我管理行为能力评分比较 分,  $\bar{x} \pm s$

| 组别  | 例数 | 出院前         | 出院半年后        |
|-----|----|-------------|--------------|
| 对照组 | 78 | 82.54±12.38 | 80.82±13.42  |
| 观察组 | 80 | 83.69±15.11 | 106.24±14.96 |
| $t$ |    | 0.524       | 11.234       |
| $P$ |    | 0.601       | 0.000        |

**2.3 两组出院后 6 个月内非计划急诊就医、再入院、复诊情况** 对照组非计划急诊就医 12 例次,再入院 10 例次,按计划复诊 483 例次,其中基层医疗机构就诊 234 例次;观察组非计划就医 4 例次,再入院 3 例次,按计划复诊 678 例次,其中基层医疗机构就诊 569 例次。

3 讨论

**3.1 出院评估单在医院-社区-家庭三方联动慢性病管理中的意义** 出院准备服务是评价患者在出院后康复能力的一种措施,是对患者是否具备出院条件的一种评估,并预测患者出院后是否能够保持理想疗效的措施<sup>[8-9]</sup>。本研究出院评估单内容来源于出院准备服务中专科医生和护士的出院准备评估,是适用于冠心病患者的个性化的出院指导,可有效促进医院与基层医疗机构的联动,医院的专科医生、护士通过出院评估单对患者进行出院准备服务,对社区医生、护士的疾病管理和患者的家庭康复进行指引,而社区的全科医生、护士根据出院评估单的内容对患者进行规范化管理,患者则根据评估单内容进行家庭自我管理。研究结果显示,观察组出院准备度评分显著高于对照组(均  $P<0.01$ ),为下一步的社区和家庭健康干预奠

定了基础。出院评估单主导的医院-社区-家庭三方联动模式能保证出院患者在院外护理服务的连续性,推进医疗、康复、护理的有序衔接,是对院内护理的一种延伸,并将医院、社区、家庭等有机地融合在一起,保证了冠心病患者院外的慢病管理、治疗康复、护理、随访等,避免了院外疾病管理脱节的状态,在冠心病二级预防中发挥积极作用。

**3.2 出院评估单主导的医院-社区-家庭三方联动延续护理干预能有效改善冠心病患者的院外管理** 医院-社区-家庭三方联动模式是从医院到社区或家庭过渡时期的有效策略,能对患者出院后健康问题和健康需求进行持续关注和应对,确保患者在医院-社区-家庭中获得协调性和连续性的照顾和护理<sup>[10-11]</sup>。患者出院后在社区定期监测血压、血糖、血脂、心率、心功能等指标,并由社区护士对患者的饮食、运动等进行评估、指导和纠正,有利于对心血管危险因素进行监控和干预,减少非计划就医。张艳梅等<sup>[12]</sup>的研究认为,医院与社区之间,患者的基本信息对接是实施延伸服务的基本保障。在以往的出院指导和随访中,患者无法获得规范的、个体化的康复指导,仅仅是通过出院宣教来获取康复知识<sup>[13]</sup>。本研究对患者进行出院准备服务和出院评估,为患者的家庭康复提供了个性化康复指引,成为患者自我管理的重要工具,督促患者做到正确用药、合理膳食、戒烟限酒、坚持运动、情绪控制、自我监测、定期复诊,并最终提高患者的自我管理能力,提高了冠心病患者的遵医行为,减少患者非计划就医及再入院次数,与相关的研究结果<sup>[14-16]</sup>一致。说明出院评估单主导的医院-社区-家庭三方联动延续护理干预能保证出院患者在院外护理服务的连续性,有效改善冠心病患者的院外管理,减少心血管事件的发生,改善患者预后。

**3.3 出院评估单主导的医院-社区-家庭三方联动延续护理干预能有效提高复诊及基层医疗机构就诊率,促进分级诊疗** 冠心病分级诊疗服务技术方案<sup>[17]</sup>提到,慢性病分级诊疗,为冠心病患者提供连续性医疗服务,对于保障患者健康权益具有重要意义。慢病规范化管理培训能提高社区医生的专业能力、诊治水平以及疾病管理能力,从而更好地获得患者的信任,提高患者的基层就诊率,提高慢病的社区综合防治效果,促进分级诊疗。研究结果显示,观察组按要求平均每月复诊 1~2 次,其复诊情况及基层医疗机构就诊情况高于对照组,与许家仁等<sup>[18]</sup>的研究相一致。我院前期对二级以下医疗卫生机构医生、家庭医生、乡村医生进行规范化培训,提高了基层医院的服务能力,提高了患者选择基层医院的信心和意愿。医院-社区-家庭三方联动模式的无缝对接,促使社区资源的有效利用,实现了患者从医院环境向社区、家庭康复环境的顺利过渡,使患者下沉到社区就近诊治,提高患者的复诊率和基层就诊率。

#### 4 小结

医院-社区-家庭三方联动延续护理的实施有利于提高患者的自我管理能力,有效提高复诊及基层医疗机构就诊率,为实现分级诊疗奠定基础,在全面推进分级诊疗工作中发挥了重要作用。目前,三级医院普遍存在患者看病难、医护人员工作强度大的问题,依靠大医院来完成慢性病管理是不现实的。提高基层医疗机构的服务能力,是解决医疗资源与需求相矛盾的有效举措,促进基层医疗机构与三级医院良性互动,必将全面推动医疗卫生服务的发展。但实际上,医院与社区卫生机构之间的转介系统仍薄弱,下一步应继续完善大型医院与社区卫生机构的有效沟通渠道,利用先进的信息手段建立沟通平台,以促进慢病患者的连续性照护,深化分级诊疗。

#### 参考文献:

- [1] 何桂平,柳韦华,张桂芹,等.出院准备计划应用于延续性护理的研究进展[J].护士进修杂志,2019,34(5):411-414.
- [2] Centeno M M, Kahveci K L. Transitional care models preventing readmissions for high-risk patient populations [J]. Crit Care Nurs Clin North Am, 2014, 26(4): 589-597.
- [3] 张玲芝. 丹麦脑卒中患者医院-社区-家庭延续护理模式介绍及启示[J]. 中国护理管理, 2016, 16(8): 1112-1114.
- [4] 黄晓淦,莫北溪,鲁桓,等.高血压规范化管理培训对社区医师高血压诊治水平及社区综合防治效果的影响[J]. 内科, 2019, 14(1): 20-22.
- [5] 尤黎明,吴瑛. 内科护理学[M]. 5版. 北京:人民卫生出版社, 2012: 163-167.
- [6] 林佑桦,高家常,黄阿美,等.中文版医院出院准备度量表之信效度检定[J]. 护理杂志, 2014, 61(4): 56-65.
- [7] 任洪艳,唐萍,赵庆华. 冠心病自我管理量表的开发和评价[J]. 第三军医大学学报, 2009, 31(11): 1087-1090.

(上接第95页)

- [3] D'Antoni A V, Zipp G P, Olson V G, et al. Does the mind map learning strategy facilitate information retrieval and critical thinking in medical students? [J]. BMC Med Educ, 2010, 10: 61.
- [4] 杨婷婷,张成帅. 思维导图在国内护理教学和临床护理中的 Meta 分析[J]. 齐鲁护理杂志, 2016, 22(4): 36-38.
- [5] 刘洋,邢跃垒. 思维导图在外科护理学教学中的应用研究[J]. 卫生职业教育, 2017, 35(4): 52-53.
- [6] 苏友利,阚朝辉,王冬梅. 思维导图在外科护理教学中的应用探讨[J]. 普洱学院学报, 2019, 35(3): 53-54.
- [7] 吴东洪,刘利华. 思维导图在外科护理教学中的应用效果分析[J]. 广东职业技术教育与研究, 2018(6): 103-105.
- [8] 臧淦梨,娄凤兰,陈满辉,等. 医学及其相关专业大学生学习积极主动性测量工具的研制[J]. 中华护理教育, 2006, 3(1): 14-17.
- [9] 彭美慈,汪国成,陈基乐,等. 批判性思维能力测量表

- [8] 李梦楠,田风华,王婉,等. 出院准备服务在冠状动脉介入患者中应用的研究进展[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(36): 29-30.
- [9] Rochefort C M, Rathwell B A, Clarke S P. Rationing of nursing care interventions and its association with nurse-reported outcomes in the neonatal intensive care unit: a cross-sectional survey [J]. BMC Nurs, 2016, 15(1): 46-53.
- [10] 许玉洁,刘晓霞,张泓. 高尿酸血症患者医院-社区-家庭一体化管理模式研究进展[J]. 护理学杂志, 2019, 34(19): 99-101.
- [11] 苏晓娟,钱小芳,刘桂华,等. 早产儿医院-社区-家庭联动管理研究[J]. 护理学杂志, 2018, 33(5): 1-5.
- [12] 张艳梅,梁媛,黄海霞,等. 医院-社区联合延续护理对急性失代偿性心力衰竭出院患者的影响[J]. 护理学杂志, 2019, 34(19): 86-88.
- [13] 敖梅,谢春燕,阮舒华. 家庭自我管理监测表在慢性心力衰竭患者家庭康复中的应用效果[J]. 护理与康复, 2017, 16(3): 221-224.
- [14] 娄兰兰. 冠脉内支架植入患者出院计划方案的构建及应用研究[D]. 重庆:重庆医科大学, 2015.
- [15] 王家美,文凤,刘楚君,等. 冠状动脉介入治疗患者出院准备计划的实施与效果[J]. 上海护理, 2017, 17(3): 63-65.
- [16] 曹葵兰,梁静,陶宝明,等. 医院-社区-家庭联动管理方案的制订及其在冠心病患者二级预防中的应用研究[J]. 中华护理杂志, 2018, 53(10): 1157-1162.
- [17] 中华人民共和国国家卫生计生委,国家中医药管理局. 关于冠状动脉粥样硬化性心脏病和脑血管疾病分级诊疗服务技术方案的通知[S]. 2016.
- [18] 许家仁,周艳琴. 综合性医院助力慢性病分级诊疗的实践探索——以江苏省老年医院“医院-社区糖尿病一体化管理”为例[J]. 江苏卫生事业管理, 2016, 27(4): 5-7, 12.

(本文编辑 李春华)

的信效度测试研究[J]. 中华护理杂志, 2004, 39(9): 7-10.

- [10] 林虹,吕一婷,林梅. 思维导图在高职护理专业内科护理学中的应用研究[J]. 中华护理教育, 2015, 12(5): 363-366.
- [11] 田昌英,樊英,吴艳丽,等. 基于艾宾浩斯遗忘曲线规律的自我管理干预在住院妇科恶性肿瘤患者中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2014, 20(35): 4459-4462.
- [12] 邓文芳,任伯绪,龚权,等. 387 名医学生批判性思维能力现状及其影响因素[J]. 西北医学教育, 2015, 23(4): 642-646.
- [13] 方雪梅,谭玉婷,易霞,等. 思维导图在《医院感染预防与控制》护理教学中的应用[J]. 护理学杂志, 2017, 32(4): 60-63.
- [14] 易琦峰,齐梦影,严谨,等. 症状引导下的思维导图在心内科临床护理教学中的应用[J]. 护理学杂志, 2018, 33(22): 72-75.

(本文编辑 宋春燕)