

家庭访视对社区高血压患者治疗行为依从性的影响

陈楚 郑翠红 赵敏 江建辉 张龙贵

【摘要】 目的：通过以奥马哈系统为基础的高血压家庭访视提高患者治疗行为依从性，控制血压。方法：采用随机抽样法将三个社区卫生服务中心高血压档案有记录者分为实验组和对照组，两组各 65 名。实验组采用以奥马哈系统为基础的社区高血压患者家庭访视。对照组采用社区高血压常规护理。比较两组干预前后治疗行为依从性及生理指标变化情况。结果：最终完成实验的人数为实验组 63 名，对照组 62 名。实验组治疗行为依从性干预后较干预前总分中位数提高 14 分，两组干预前后差值在总分、遵医行为、服药行为、日常生活管理方面比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。实验组收缩压较对照组干预前后差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论：家庭访视可提高患者治疗行为依从性，降低患者收缩压。

【关键词】 家庭访视；高血压；护理干预；治疗行为依从性；奥马哈系统

【中图分类号】 R47 [DOI] 10.3969/j.issn.1672-1756.2015.02.019

Implementing home visit to improve treatment compliance of community hypertension patients / CHEN Chu, ZHENG Cuihong, ZHAO Min, JIANG Jianhui, ZHANG Longgui // Fujian Medical University, Fuzhou, 350004 China // Chinese Nursing Management-2015,15(2): 186-190

【Abstract】 Objective: To explore the effect of home visit on treatment compliance in community hypertensive patients. Methods: Totally 130 eligible community hypertensive patients were divided into two groups randomly as the control group ($n=65$) and intervention group ($n=65$), respectively. The intervention group accepted home visit based on Omaha system, while the control group only was provided regularly community care. Their treatment compliance and physiological indicators were collected and compared before and after intervention. Results: The intervention group had better treatment compliance as compared with control group after the intervention, including follow doctor's order, medication compliance and daily management ($P < 0.05$). Patients in intervention group also had lower systolic pressure than control group ($P < 0.05$). Conclusion: Nursing home visit program was helpful for improving patients' treatment compliance and blood pressure control.

【Keywords】 home visit; hypertension; nursing intervention; treatment compliance; Omaha system

高血压是慢性非传染性疾病中发病率最高的心血管疾病，严重危害人们的健康，是心肌梗死、脑卒中、心脏衰竭、肾衰竭的主要危险因素^[1]。高血压控制不良的原因有多方面，其中服药依从性^[2]及行为依从性^[3]是重要因素。社区家庭访视作为慢病防控的手段之一，被认为是控制慢性病经济、有效的办法，对个人、家庭及社会均有益处，可以提高老年慢性病患者的生活质量^[4]。本研究欲通过以奥马哈系统为基础的高血压患者家庭访视方案进行访视，以提高患者的治疗行为依从性，帮助其更好地控制血压。

1 对象与方法

1.1 研究对象

研究对象来自 2013 年 5 月至 2014 年 1 月福州市某三个街道的高血压患者。这三个街道分别由相应的卫生服务中心提供高血压的治疗、健康教育等常规服务。纳入标准：①社区卫生服务中心高血压档案有记录者；②符合高血压诊断标准；③同意参加本项研究；④可以用普通话进行交流；⑤意识清楚；⑥可进行活动锻炼。排除标准：①年龄 > 80 岁者；②继发性高血压；③存在精神障碍；④存在严重慢性躯体疾病。

1.2 研究工具

1.2.1 《高血压患者家庭访视评估表》

《高血压患者家庭访视评估表》由本研究小组在研究前期制定，该表包含三个领域：社会心理领域（人际关系、精神健康），生理领域（循环、排便功能、并发症），健康相关行为领域（营养、睡眠与休息形态、身体活动、烟酒嗜好、健康照顾的督导、药物治疗方案）。经德尔菲专家咨询后，Kendall 协调系数 $W=0.498$ ，说明专家的意见趋于一致。在预实验中，测得评估表总的 Cronbach's α 系数为 0.875，社会心理

基金项目：福建省卫生厅医学创新课题（2011-CX-19）

作者单位：福建医科大学护理学院，350004 福州市（陈楚）；福建省省级机关医院（郑翠红）；福州市华大街道卫生服务中心（赵敏）；福州市鼓西街道卫生服务中心（江建辉）；福州市义州街道卫生服务中心（张龙贵）

作者简介：陈楚，硕士在读

通信作者：郑翠红，本科，教授，硕士生导师，护理部主任，E-mail: fjcuihong@126.com

领域、生理领域、健康相关行为领域的 Cronbach's α 系数分别为 0.848、0.680、0.838；内容效度为 0.882；重测信度系数为 0.949，其中社会心理领域、生理领域、健康相关行为领域的重测信度系数分别为 0.956、0.799、0.946。

1.2.2 《高血压治疗行为依从性量表》

《高血压治疗行为依从性量表》^[5] 由唐红英、朱京慈编制而成。该量表由遵医服药行为(5个条目)、不良服药行为(8个条目)、日常生活管理行为(10个条目)、烟酒嗜好管理行为(2个条目)4个维度,25个条目组成。采用 Likert 5 级评分法,从“没有或极少时间”到“全部时间”,分别赋值 1~5 分,反向题则反向计分(5~1分),总分 25~125 分。评估患者最近 1 个月的高血压治疗依从性,得分越高表示依从性越好。4 个维度的 Cronbach's α 系数为 0.83~0.89,总体 Cronbach's α 系数为 0.86,此量表在城镇高血压患者中的适用性较好。量表的重测信度系数为 0.852,其中遵医服药行为、不良服药行为、日常生活管理行为、烟酒嗜好管理行为各维度的重测信度系数分别为 0.867、0.854、0.852、0.914。

1.3 研究方案

1.3.1 样本的选择

便利选取三个街道辖管下的 12 个社区。在 12 个社区中各随机抽取 2 个社区,保证每个街道均有 2 个社区,其中一个社区为对照组,一个社区为实验组。以某一街道的某一社区为例,该社区在卫生服务中心高血压档案中记录者共 73 名,采用 Excel 中的 random 随机函数进行排序,按照顺序进行甄选,符合纳入排除标准的患者进入研究。以此方法,其他社区同理,最终实验组 65 名,对照组 65 名。

1.3.2 基线调查

采用《高血压患者家庭访视评估表》《高血压治疗行为依从性量表》对两组各 65 名患者进行评估。以认知、行为、

状况任何一项 ≤ 4 分为存在问题^[6],确立患者及其家庭 ≤ 4 分的条目,判断患者及其家庭现存或潜在的问题。

1.3.3 干预方法

对照组由患者所在社区卫生服务中心进行常规指导,如通过社区健康教育宣传栏、定期健康讲座及就诊时社区医生进行健康宣教。实验组以本研究小组成员为主导,在社区卫生服务中心医务人员配合下按照预先制定的高血压家庭访视方案,针对 ≤ 4 分的问题完成以下干预。本研究小组主要成员包括护理部主任一名,专攻老年护理方向;护理部干事一名,老年护理病房护士长一名及老年护理硕士研究生 2 名。具体干预内容如下。

1.3.3.1 针对社会心理领域问题实施干预

教育、指导和咨询:通过口头宣教及相关材料告诉患者与家属不良情绪及人际关系对血压的影响。告诉患者如何进行愤怒的管理、放松/呼吸等技巧。鼓励患者多争取社会支持。鼓励患者家属共同参与疾病的管理。

治疗和程序:对于有老年抑郁的患者,让其依照处方药服用,定期会诊。

个案管理:通过增加家庭访视的频率、关心患者、倾听患者心声等方式进行。如有心理问题严重者,介绍其至医院接受心理治疗。

监测:电话随访及不定期家访的方式,了解患者社会心理领域的情况。

1.3.3.2 针对生理领域问题实施干预

教育、指导和咨询:发放健康材料让患者了解高血压的相关知识。告知患者社区卫生服务中心提供的支持项目,如免费体检、测血压。对于排便功能,通过介绍腹部按摩法,鼓励患者多吃蔬菜水果等方式进行指导。

治疗及程序:鼓励患者按时服药,定期监测,如有血压突然升高等症状立即就医。

个案管理:对于血压长期控制不佳者与社区医生一起进行管理。

监测:家庭血压自测或至社区卫生服务中心测量。

1.3.3.3 针对健康相关行为领域问题实施干预

教育、指导和咨询:①营养方面:观察患者餐桌上的饭菜、食用油,进行实地指导并发放高血压食谱。发放高血压盐勺(6g 和 2g),指导患者每餐最多放入的勺次。进行高血压饮食课程讲座的强化干预。②身体活动方面:告诉患者每天适宜的的活动量及活动方式。③睡眠与休息方面:通过宣教让患者意识到睡眠与高血压的关系。同时教授患者提高睡眠质量的方式。④烟酒嗜好方面:发放吸烟酗酒危害的图片和宣传材料,鼓励患者说出戒烟的经历,了解患者戒烟失败的主要原因,进而加以指导和帮助。⑤健康照顾的督导方面:告知患者社区提供的健康资源。对于家庭有血压计的患者,教授其正确使用血压计的方法,告知患者定期家庭监测血压的意义。⑥药物治疗方面:让患者说出目前使用的药物名称、剂量,根据其目前使用的药物进行健康教育。告知患者坚持服药的重要性以及服药的误区,和患者一起探讨避免忘记服药的措施。

治疗及程序:对于有出现药物不良反应、并发症征象的患者让其近期去医院就诊,进行相关检查。

个案管理:对于治疗行为依从性差的患者施行个案管理。定期进行电话随访和家访,连同家庭成员一起改善患者的不良行为。

监测:鼓励家属参与,共同监测患者的饮食、运动、服药等,对于坚持者给予表扬。此外,电话随访及家访检查患者血压自测情况、药物的依从情况。

1.3.3.4 干预的频率

在初次家访时,询问患者高血压日常就诊的医院及医生。如患者不在社区卫生服务中心就诊,则每两周电话随访一次。如患者在社区卫生服务中心就诊,则每两周至相应社区卫生服务中心处查

看就诊记录,若患者没有就诊,则电话询问情况。此外,家庭访视的时间定为每月1次。对于因意外事件转为个案管理者,增加电话随访或家庭访视的频率,具体依据患者情况而定。

1.3.4 效果评价

6个月后,对两组患者再次进行家庭访视,用《高血压家庭访视评估表》《高血压治疗行为依从性量表》再次进行评估。

1.4 评价指标

干预前后高血压患者治疗依从性得分、血压值、体质量指数和腰围。

1.5 统计学处理

采用SPSS 20.0统计软件进行数据录入、分析。计数资料采用构成比进行描述性分析,差异比较采用卡方检验。计量资料经正态检验为非正态分布,采用中位数、四分位间距进行描述,差异比较采用两独立样本比较的Mann-whitney U秩和检验。

2 结果

2.1 随访结果

家庭访视过程中,1名患者意外死亡,2名患者搬迁,1名患者中途拒绝,1名患者因脑卒中住院。最终完成本研究对象为实验组63人,对照组62人。实验组的63名患者,均按访视频率要求完成家庭访视。

2.2 一般资料可比性分析

干预前,实验组和对照组患者年龄、病程、遗传史、性别、婚姻、居住情况、文化程度、职业、医疗给付情况、人均月收入情况和合并症比较差异均无统计学意义,保证了两组的可比性(表1)。

2.3 高血压患者治疗行为依从情况

2.3.1 两组干预前治疗行为依从情况

实验组和对照组干预前在遵医行为、服药行为、日常生活管理、烟酒嗜好及治疗行为依从总分方面比较差异均无统计学意义($P>0.05$)(表2)。

表1 两组干预前一般资料可比性分析

项目	实验组 (n=63)		对照组 (n=62)		χ^2 值	P 值
	例数	构成比 (%)	例数	构成比 (%)		
年龄 (岁)					1.414	0.702
40 -	1	1.59	1	1.61		
50 -	6	9.52	8	12.90		
60 -	22	34.90	26	41.93		
70 -	34	53.97	27	43.55		
病程 (年)					2.785	0.426
1 -	14	22.22	12	19.35		
5 -	16	25.39	11	17.74		
10 -	11	17.46	18	29.03		
20 -	22	34.92	21	33.87		
遗传史					0.753	0.686
有	28	44.44	30	48.39		
无	27	42.86	27	43.55		
不详	8	12.70	5	8.06		
性别					0.998	0.318
男	20	31.75	25	39.68		
女	43	68.25	37	59.68		
婚姻					1.413	0.234
已婚	61	96.82	57	91.94		
丧偶	2	3.07	5	8.06		
居住					3.301	0.347
独居	3	4.76	0	0.00		
与配偶居住	24	38.10	22	35.48		
与配偶及子女居住	34	53.97	38	61.29		
与子女居住	2	3.17	2	3.23		
文化程度					2.951	0.399
小学及以下	25	39.68	23	37.10		
初中	25	39.68	20	32.26		
高中	3	4.76	8	12.90		
大专及以上	10	15.87	11	17.74		
职业					1.181	0.554
公务员	0	0.00	1	1.61		
退休	59	93.65	56	90.32		
其他	4	6.35	5	8.06		
医疗给付					3.869	0.062
医保	62	98.41	56	90.32		
自费	1	1.59	6	9.68		
人均月收入(元)					1.734	0.629
500 -	5	7.94	9	14.52		
1000 -	36	57.14	31	4.84		
2000 -	20	31.74	19	30.65		
3000 -	2	3.17	3	4.84		
合并症					0.385	0.535
有	36	57.14	32	51.61		
无	27	42.86	30	48.38		

2.3.2 两组干预前后行为依从性量表得分差值情况

两组干预前后差值在遵医嘱、服药行为、日常生活管理及总分方面比较差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 而在烟酒嗜好方面比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。具体见表 3。

2.4 生理指标

2.4.1 两组干预前生理指标的比较情况

干预前两组收缩压、舒张压、体质量指数、腰围、脉搏比较差异均无统计学意义 ($P > 0.05$) (表 4)。

2.4.2 两组干预前后生理指标差值情况

两组收缩压干预前后差值比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。两组舒张压、体质量指数、腰围及脉搏干预前后差值比较差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。具体见表 5。

3 讨论

3.1 家庭访视有利于提高患者的治疗行为依从性

重视患者的治疗行为依从性, 是提高血压控制的重要方式。在本研究中, 经干预后除烟酒嗜好维度外, 其他维度比较差异均有统计学意义。其主要原因分析有以下几点: ①本研究重视知识的宣教。知识是行为的基础, 没有良好的知识就没有健康的行为。本研究通过对认知方面 ≤ 4 分的患者发放健康宣传小册、2g 和 6g 盐勺、高血压健康食谱等方式对其进行高血压知识的教育, 以提高患者对高血压知识的了解。②行为的监督。通过不定期家庭访视、电话随访以及患者家人的监督配合, 提高患者行为的依从性。③个案管理。对于高血压控制不佳及家庭情况特殊的患者, 护士与社区医生联系, 配合社区医生共同对其药物、行为进行调整。在烟酒嗜好方面, 本研究与沈序英等^[7]的研究结果相同, 戒烟行为的改变需要较长时间的干预。高血压患者由于烟龄较长, 受本研究干预时间的限制, 难以改变其长期的习惯。

表 2 两组干预前治疗行为依从性量表得分情况

项目	实验组 (n=63)		对照组 (n=62)		Z 值	P 值
	中位数	四分位间距	中位数	四分位间距		
遵医嘱行为	25	4	23	2	-1.70	0.089
服药行为	36	4	35	6	-1.27	0.204
日常生活管理	39	10	36	6	-1.23	0.220
烟酒嗜好	10	1	10	0	-0.38	0.706
总分	106	14	104	11	-1.04	0.299

表 3 两组干预后行为依从性量表得分差值情况

项目	实验组 (n=63)		对照组 (n=62)		Z 值	P 值
	中位数	四分位间距	中位数	四分位间距		
遵医嘱行为	1	4	0	1	-2.254	0.024
服药行为	1	8	1	2	-2.360	0.018
日常生活管理	9	5	4	5	-5.858	<0.001
烟酒嗜好	0	0	0	0	-0.106	0.916
总分	14	14	8	10	-4.592	<0.001

表 4 两组干预前生理指标比较

项目	实验组 (n=63)		对照组 (n=62)		Z 值	P 值
	中位数	四分位间距	中位数	四分位间距		
收缩压	124	20	130	14	-1.196	0.232
舒张压	70	16	70	16	-1.801	0.072
体质量指数	24.18	1.23	23.56	2.13	-1.504	0.133
腰围	90	8	90	8	-0.725	0.469
脉搏	68	9	68	6	-0.308	0.758

表 5 两组干预前后生理指标差值情况

项目	实验组 (n=63)		对照组 (n=62)		Z 值	P 值
	中位数	四分位间距	中位数	四分位间距		
收缩压	-6	8	-4	8	-2.231	0.026
舒张压	0	0	0	8	-0.277	0.782
体质量指数	-0.78	2.72	-0.77	1.96	-0.062	0.951
腰围	-3	7	-3	8	-0.836	0.403
脉搏	0	8	-2	6	-0.225	0.822

3.2 家庭访视有利于降低患者的收缩压

老年人由于血管压力感受器敏感性减退、动脉粥样硬化、弹性减退等原因, 血压呈现波动大、收缩压升高的特点^[8]。加强对高血压收缩压的控制可以有效减少冠心病、脑卒中的发生, 提高生活质量, 降低病死率^[9]。本研究中, 大多数为老年人, 其血压的控制是衡量社区家庭访视的重要指标。本研究主要通过高血压患者进行问题评估, 并有针对性地对其进行相关饮食、活动、药物的教育、指导和咨询并通过血压监测

等方式, 最终解决患者现存或潜在的问题。在干预 6 个月后, 实验组较对照组有更好的效果, 实验组收缩血压中位数降低 6mmHg (1mmHg=0.133kPa), 这与宁晓东^[10]的研究结果相似, 通过对社区高血压患者进行干预, 可以降低其收缩压。而在舒张压、体质量指数和腰围方面无明显改变, 这与李新辉等^[11]人的研究在舒张压方面不同, 在体质量指数、腰围方面研究相同。这是因为本研究的舒张压实验组和对照组的基线中位数均为 70mmHg, 较其研究低了 10mmHg;

导师组制模式培养护理研究生的实践

赵庆华 熊倩 谢莉玲 肖明朝 王富兰 刘智平

【摘要】近年来,随着护理研究生扩招,传统的单一导师制已不能满足研究生的培养需求,严重影响了研究生的培养质量。而导师组制培养模式则能有效解决单一导师制的种种弊端。本研究通过组建导师团队、学生团队,采用督促研究生课题进展、定期开展专题报告、集体修改文章、邀请交叉学科的专家作报告等方式培养学生,有效提高了护理研究生的培养质量,提高了导师的学术水平及指导研究生的能力,形成了良好的师生协作关系。

【关键词】 导师团队; 培养质量; 培养模式; 研究生培养

【中图分类号】 R47 [DOI] 10.3969/j.issn.1672-1756.2015.02.020

Practice of tutor group model for postgraduate nursing education / ZHAO Qinghua, XIONG Qian, XIE Liling, XIAO Mingzhao, WANG Fulan, LIU Zhiping // Department of Nursing, the First Affiliated Hospital of Chongqing Medical University, Chongqing, 400016 China // Chinese Nursing Management-2015,15(2): 190-192

【Abstract】 With enrollment expansion of postgraduate nursing students in recent years, the traditional single tutorial system cannot meet the demand of the cultivation of graduate students and restricts the improvement of training quality. While the tutor group model can effectively solve the shortcomings of the single tutorial system. In this research, a tutor team and a student team were set up. They carried out research reports regularly, modified papers collectively, and invited cross-disciplinary experts to give lectures and etc. It effectively improved the quality of graduate students' education, the teachers' academic level and their ability to guide graduate students. Meanwhile, a collaborative relationship was built between teachers and students. So, tutor group model based on team learning could improve education quality of postgraduate students effectively.

【Keywords】 tutor group model; education quality; training model; postgraduate education

由于目前中国研究生教育普遍实行单一导师负责制,即由一名导师指导多名研究生,学生仅师承一人,导师之间一般不进行学术交流。加之我国护理研究生导师队伍水平参差不齐,部分年长导师虽具有丰富的临床实践经验,但缺乏科研能力;部分导师由于长期从事教学、护理管理工作而脱离了临床工作实际,对于临床护理问题掌握并不深刻^[1]。

基金项目: 国家临床重点专科护理建设项目(财政[2010]305号)

作者单位: 重庆医科大学附属第一医院护理部, 400016 重庆市

作者简介: 赵庆华, 本科, 主任护师, 硕士生导师, 护理部主任

通信作者: 肖明朝, 硕士, 主任医师, 教授, 硕士生导师, 副院长, E-mail: xzm2004@163.com

此外,舒张压不宜降得过低,有研究显示,冠心病患者的舒张压 $<60\text{mmHg}$ 时,心血管事件的风险可能会增加^[12]。在体质质量指数和腰围方面出现此结果的可能原因有:①干预时间不够长,本研究干预时间共6个月。周薇薇等^[13]的研究发现,干预6个月体质质量指数和腰围两组比较差异无统计学意义,而干预12个月,体质质量指数和腰围两组比较有统计学意义。②本研究的干预季节由夏天转为冬天,在体质质量方面会有所增长,也可能与出现此结果有关。而在脉搏方面,在干预前两组无统计学差异,一方面由于样本量的影响,另一方面未将心率同时纳入判断,因此,还须后续研究了解其关系。

参考文献

- [1] 张红叶,李申生,符英英,等.社区实施慢性病自我管理项目的研究.现代预防医学,2007,34(11):2148-2149,2152.
- [2] 肖慧敏,姜小鹰,陈晓春.高血压病人服药依从性的研究进展.中华护理杂志.2003,1(38):46-47.
- [3] 程婧,何非,王丽姿,等.老年高血压患者达标率与知识、行为依从性及生活方式的相关性研究.中华护理杂志,2011,2(46):117-120.
- [4] Pastor DK. Home sweet home: a concept analysis of home visiting. Home Health Nurse, 2006, 24(6): 389-394.
- [5] 唐红英.高血压治疗依从性量表和态度与信念量表的编制及重庆市常模的建立.重庆:第三军医大学,2011.
- [6] 高擎擎,黄金月,万巧琴,等.奥马哈系统在脑卒中病人社区康复护理中的应用.中国护理管理,2011,11(12):18-22.
- [7] 沈序英,史玲,王路昌,等.高血压患者全科团队式社区健康管理效果评估.中国全科医学,

2010,3(13):873-875.

- [8] 李飒.当你患高血压时.太原:山西科技出版社,2005.
- [9] 胡莹.老年单纯收缩期高血压综合干预研究.济南:山东中医药大学,2010.
- [10] 宁晓东.社区高血压患者自我效能增强干预方案的研究.福州:福建医科大学,2011.
- [11] 李新辉,杜文娟,毛晓润,等.基于标准化语言的社区老年高血压患者家庭访视效果分析.中国全科医学,2013,9(16):3231-3233.
- [12] Cooper-DeHoff RM, Gong Y, Handberg EM, et al. Tight blood pressure control and cardiovascular outcomes among hypertensive patients with diabetes and coronary artery diseases. JAMA, 2010, 304(1): 61-68.
- [13] 周薇薇,翟成凯,姜明霞,等.社区老年高血压复合式营养干预效果评价.中国公共卫生,2007,1(23):32-33.

[收稿日期:2014-06-12]

[修回日期:2014-07-21]

(编辑:卢文娟 英文编辑:苏春燕)