

医院-社区-家庭联动在首次确诊慢性肾脏病病人管理中的应用效果分析

罗依琪

(华中科技大学同济医院附属武汉中心医院 431004)

摘要:目的:探讨医院-社区-家庭联动在首次确诊慢性肾脏病病人管理中的应用效果。方法:选择本院于2018年4月至2020年4月收治的首次确诊慢性肾脏病患者82例作为资料,随机分组各41例,对照组常规护理干预,观察组医院-社区-家庭联动干预,评价两组自我管理能力及肾功能。结果:护理后,观察组自我管理评分显著高于对照组,肾功能指标水平显著低于对照组, $P < 0.05$ 。结论:首次确诊慢性肾脏病患者接受医院-社区-家庭联动干预可进一步提高自我管理能力和肾功能,实现肾功能良好改善,值得推广。

关键词:医院-社区-家庭联动;慢性肾脏病;自我管理能力和肾功能

慢性肾脏病属于常见的肾内科疾病,主要是指患者受到各种因素导致肾脏损伤或肾功能下降,早期无明显症状,持续进展可能发展至尿毒症期,严重威胁机体生命安全,因此需采取可靠的延缓病情进展措施^[1]。医院-社区-家庭联动则将医院专业护理延续至社区及家庭,并体现长期管理优势,提高患者自我管理能力和肾功能^[2]。为此,本次研究对医院-社区-家庭联动在首次确诊慢性肾脏病病人管理中的应用效果进行了探讨,如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择本院于2018年4月至2020年4月收治的首次确诊慢性肾脏病患者82例作为资料,随机分组各41例,符合《慢性肾脏病临床实践指南(K/DOKI)》相关标准^[3]。对照组男性25例,女性16例,年龄28岁至70岁,平均 (44.72 ± 3.65) 岁;观察组男性27例,女性14例,年龄29岁至70岁,平均 (44.88 ± 3.74) 岁;排除血液透析、腹膜透析等治疗患者、无法正常交流患者等。两组资料经比较无明显差异, $P > 0.05$ 。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 实施常规护理干预,门诊进行健康教育、用药指导等。

1.2.2 观察组 结合上述护理实施医院-社区-家庭联动干预:①组建护理团队,团队成员包含医院医生及护理人员、社区医生及护理人员、家庭陪护人员,医院成员总体指挥,社区成员具体落实措

施及嫁接医院与患者的联动桥梁,家庭成员监督患者落实情况。②层级管理,医院成员负责对社区成员相关知识及技能的教育培训,包含用药指导、生活指导、运动指导、营养指导及并发症预防等,并编写相关护理流程及规范,由社区成员负责向患者及家庭执行。借助微信平台完成医院与社区联动,包含远程会诊,共享病历资料及跟进患者康复计划等,同时医院与患者之间也需联动,可通过组建病友交流群,定期发布相关知识,及时解答患者疑虑。社区成员负责上门随访,面对面指导。

1.3 观察指标

评价两组自我管理能力和肾功能,采取慢性肾脏病自我管理行为量表(慢性肾脏病-SM)测评,包含自我调节、解决问题、遵医行为、寻求社会支持等维度,29分-116分,分数越高自我管理能力和肾功能越好。测定肾功能指标变化,包含血肌酐及血尿素氮等。

1.4 统计学处理

采用SPSS17.0进行处理,计数资料以%表示,采用 χ^2 检验,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用t检验,差异有统计学意义为 $P < 0.05$ 。

2 结果

分析表1可知,护理前两组自我管理能力和肾功能比较无统计学意义, $P > 0.05$;护理后,观察组自我管理评分显著高于对照组,肾功能指标水平显著低于对照组, $P < 0.05$ 。

表1 两组自我管理能力和肾功能比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	自我管理能力和肾功能(分)		血肌酐($\mu\text{mol/L}$)		血尿素氮(mmol/L)	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	41	70.52 ± 8.46	100.03 ± 12.23	98.82 ± 10.36	72.25 ± 6.11	12.05 ± 1.12	6.44 ± 0.75
对照组	41	70.25 ± 8.28	84.42 ± 10.12	98.75 ± 10.42	85.52 ± 8.13	12.09 ± 1.07	7.75 ± 0.81
t	--	0.146	6.296	0.030	8.354	0.165	7.598
P	--	0.884	0.000	0.975	0.000	0.869	0.000

3 讨论

由于慢性肾脏病患者日常生活方式及营养支持方式与病情进展密切相关,对患者自我管理能力和肾功能提出较高要求,而首次确诊患者对疾病认知不足、自制力有限,常规护理干预缺乏长期管理能力,护理效果有限^[4]。医院-社区-家庭联动干预作为体现现代化护理理念的模式,虽然涉及多个环节,增加护理流程,但满足患者个性化特征,且护理延续性符合慢性病管理要求,从患者生活方式及依从性方面改善,实现疾病的良好控制。管理中医院负责人总体指挥,并负责制定诊疗计划、出院管理方案,社区成员负责随访教育及管理,协助医院举办讲座、义诊活动,并指导患者及家庭成员掌握居家照顾方法,多元联动,保证管理效果。本次研究结果显示观察组自我管理能力和肾功能评分高、肾功能指标水平低,提示医院-社区-家庭联动干预更符合慢性肾脏病患者的自我照顾需求,培养其形成良好的自我管理能力和肾功能,保证遵医行为,利于病情控制,促进肾功能改善。

与[1]结果“观察组病人自我调节、解决问题、寻求社会支持、遵医行为均明显高于对照组;BUN、Scr明显低于对照组”基本一致。

综上所述,首次确诊为慢性肾脏病患者实施医院-社区-家庭联动干预对病情控制效果较好,值得推广。

参考文献:

- [1]顾静,张惠萍.医院-社区-家庭联动在首次确诊慢性肾脏病病人管理中的应用[J].全科护理,2018,16(30):3764-3766.
- [2]邹丽敏,肖雪,陈丽云,等.出院计划服务在慢性肾脏病非透析患者中的应用[J].中外医学研究,2020,18(2):178-180.
- [3]姚晶,徐林芳.个案管理模式在慢性肾脏病患者护理中的应用[J].齐鲁护理杂志,2019,25(9):112-114.
- [4]朱俊,陆小双,尹晓丽,等.延续性护理在慢性肾脏病中的应用及效果分析[J].齐齐哈尔医学院学报,2019,40(3):378-381.