

协同护理模式在慢性阻塞性肺疾病患者康复护理中的应用

黄伟莲, 周婉洪

(广州市番禺区市桥街社区卫生服务中心, 广东广州, 511400)

[摘要] **目的** 探讨协同护理模式(collaborative care model, CCM)对社区慢性阻塞性肺疾病(chronic obstructive pulmonary disease, COPD)患者肺功能及生活质量的影响。**方法** 按照随机数字表法, 将 60 例在社区治疗的 COPD 患者分为对照组和实验组, 每组各 30 例。对照组实施社区常规护理, 实验组实施 CCM。干预后对两组患者的肺功能和进行生活质量进行测评。**结果** 干预后实验组患者肺功能优于对照组, 生活质量量表(the short form health survey questionnaire, SF-36QOL)得分高于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.001$)。**结论** 实施 CCM 能改善 COPD 患者的肺功能, 提高患者生活质量。

[关键词] 慢性阻塞性肺疾病; 协同护理模式; 生活质量; 肺功能

[中图分类号] R473.5 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1671-8283(2014)05-0039.04 **[DOI]** 10.3969/j.issn.1671-8283.2014.05.12

Application of collaborative care model in the rehabilitation intervention of COPD patients

Huang Weilian, Zhou Wanhong// Modern Clinical Nursing, -2014, 13(5):39.

[Abstract] **Objective** To investigate the effect of collaborative care model (CCM) on the rehabilitation of nursing intervention of COPD (chronic obstructive pulmonary disease) patients. **Methods** Sixty COPD patients treated in the community clinics were equally divided into control and experiment group and the former received routine nursing and the latter CCM. After nursing intervention, the two groups were compared in terms of pulmonary function and quality of life. **Result** After intervention, the experiment group was better in pulmonary function and the score by SF-36QOL was higher than that of the control group ($P < 0.001$). **Conclusion** CCM helps the improvement of pulmonary function of COPD patients and therefore enhances the quality of life.

[key words] chronic obstructive pulmonary disease; collaborative care model; quality of life; pulmonary function

慢性阻塞性肺疾病(chronic obstructive pulmonary disease, COPD)是一种气流受限特征的疾病, 具有病情迁延不愈、反复发作、逐渐加重、多次住院、经济负担重的特点^[1]。在 COPD 患者的临床治疗中, 往往只注重常规治疗, 忽视康复护理, 患者的临床效果达不到预期的目的^[2]。协同护理模式(collaborative care model, CCM)由 Lott^[3]等根据 Orem 自理理论提出, 其目标为以现有的人力资源最大限度地发挥患者和家属参与健康护理的能力, 强化集体的协同作用, 护士担任临床教育者、支持者和协同者等多种角色。2012 年 1 月~2013 年 10 月笔者对在社区治疗的 COPD 患者实施 CCM, 取得较好的效果, 现将方法和结果报道如下。

1 对象与方法

1.1 对象

[收稿日期] 2014-02-19

[作者简介] 黄伟莲(1976-), 女, 广东番禺人, 主管护士, 本科, 主要从事护理工作。

2012 年 1 月~2013 年 10 月选择在本中心属下的 6 个社区服务站的 60 例 COPD 患者。入选标准: 所有病例诊断符合慢性阻塞性肺疾病诊断标准^[4]; 知情同意; 能理解量表的意思。排除标准: 既往有精神病史、痴呆症、有严重认知障碍者。60 例患者中, 男 36 例, 女 24 例; 年龄: 43~96 岁, 平均 (71.33 ± 2.28) 岁; 文化程度: 本科及以上 2 例, 大专 6 例, 中专 16 例, 初中及以下 36 例; 疾病严重程度^[5]: 轻度 14 例, 中度 18 例, 重度 20 例, 极重度 8 例; 最大肺活量(forced vital capacity, VCmax): 1.90~2.86 L, 平均 (2.35 ± 0.37) L; 第 1 秒用力呼气容积(forced expiratory volume in one second, FEV₁): 1.50~1.70 L, 平均 (1.58 ± 0.16) L; 呼气峰流速(peak expiratory flow, PEF): 2.82~3.39 s, 平均 (3.01 ± 0.43) s; 第 1 秒用力呼气容积/用力肺活量比值(FEV₁/FVC): 62.10%~68.19%, 平均 (64.05 ± 4.25) %。按照随机数字表法, 将 6 个社区服务站分成两组, 再从这两组中分别抽取 30 例患者, 分为对照组和实验组, 每组各 30 例。两组一般资料比较, $P > 0.05$, 差异

无统计学意义,具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组 由中心及社区服务站的责任护士负责,给予社区常规护理,包括健康教育、康复运动、药物治疗、家庭氧疗、饮食指导和心理支持等,每周电话或家庭随访 1~2 次,对患者进行口头宣教,时间为 3 个月。

1.2.2 实验组 根据患者的情况制订针对性的护理计划,由责任护士和社区护士、患者和家属 3 方共同执行,每周电话或家庭随访 1~2 次,时间为 3 个月。具体方法如下。

1.2.2.1 小组成员 由本中心主管护士以上职称的护士担任小组长,组员由 3~5 名中心及属下服务站的护士组成,要求组员具备丰富专科护理知识、沟通能力强、服务态度好,组长参与管理和督促,不定期检查访视工作情况。

1.2.2.2 内容和方法 ①了解患者的健康状况、治病过程以及家庭成员的情况。②对患者及家属讲解有关疾病知识、康复运动和家庭氧疗的相关事项,提高其对疾病知识的了解和家属协助日常护理的能力。③向患者和家属示范正确使用氧气吸入装置,使用息喘气雾剂和氧气吸入的方法,将吸入气雾剂和氧气的装置、功能和步骤分解,强化记忆。④根据患者病情制订 1 周内的膳食处方,以蛋白质 1~1.5 g/kg/d、能量 20~40 kcal/kg/d 的标准来计算,同时嘱患者家属重视患者的营养膳食,补充能量、增强患者体质。⑤指导患者进行腹式呼吸、缩唇呼吸操和有效咳嗽的练习,每天早上 9:00,下午 15:00 和晚上 8:00 进行,具体方法为:取立位、半坐位、侧卧位,将两手放于前胸或上腹部,用鼻深吸气、升高腹部至最大隆起,进行均匀、深、慢的腹式呼吸,然后缩唇,缓慢呼气,在深吸一口气后屏气 3~5 s,身体前倾,用力咳嗽、咳痰。嘱家属督促患者执行。⑥嘱患者戒烟酒、少接触粉尘和化学物质等,改善居住环境,绿化、美化居家,早

睡早起,避免疲劳,养成良好的生活方式,鼓励患者家属和朋友积极参与,关怀体贴患者,给予患者情感和经济支持。

1.2.2.3 评价效果 小组成员每月评估患者缩唇呼吸操、腹式呼吸以及康复运动锻炼掌握情况,检查雾化吸入和氧气装置的使用情况;根据患者存在问题,了解是否存在患者执行不到位还是护理计划有欠缺,分析原因,对护理计划进行适当调整。对患者的进步给予表扬,鼓励家属继续监督患者完成治疗和康复训练。

1.3 效果评价

1.3.1 肺功能 检测两组患者 VCmax、FEV₁、PEF 以及 FEV₁/FVC,测量 3 次取平均值。

1.3.2 生活质量 采用生活质量量表(the short form health survey questionnaire, SF-36QOL)^[6]对患者进行测评。SF-36QOL 共有 36 个项目,8 个维度,包括心理健康、躯体角色、情绪角色、社会功能、躯体功能、疼痛、活力和总健康,得分范围为 0~100 分,得分 < 70 分为生活质量低水平,70~80 分为生活质量中水平,> 80 分为生活质量高水平,得分越高,表示生活质量越好。

1.4 资料收集方法

在获得调查对象同意并签署知情同意后,进行调查。干预后两组患者分别发放问卷 30 份,各回收有效问卷 30 份,有效回收率均为 100.00%。

1.5 统计学方法

数据采用 SPSS17.0 统计软件进行统计学分析,干预后两组患者肺功能各项指标值和 SF-36QOL 得分比较采用独立样本 *t* 检验。

2 结果

2.1 干预后两组患者肺功能各项指标值比较

干预后两组患者肺功能各项指标值比较见表 1。从表 1 可见,干预后实验组患者肺功能优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.001$)。

表 1 干预后两组患者肺功能各项指标值比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	VCmax (V/L)	FEV ₁ (L)	PEF (s)	FEV ₁ /FVC (%)
对照组	30	2.15 ± 0.37	1.59 ± 0.12	3.83 ± 0.48	67.13 ± 5.37
实验组	30	2.88 ± 0.36	1.86 ± 0.17	5.12 ± 0.38	81.80 ± 2.11
<i>t</i>		-9.19	-8.00	-9.50	-16.34
<i>P</i>		< 0.001	< 0.001	< 0.001	< 0.001

表 2 干预后两组患者 SF-36QOL 得分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	心理健康	疼痛	活力	情绪角色	社会功能	躯体功能	躯体角色	总分
对照组	30	76.23 ± 4.68	70.87 ± 5.99	51.77 ± 4.17	70.97 ± 4.82	63.87 ± 4.67	64.83 ± 4.93	66.60 ± 6.81	67.63 ± 5.03
实验组	30	86.53 ± 4.09	78.07 ± 2.95	70.93 ± 6.73	79.10 ± 3.10	71.50 ± 5.73	71.53 ± 4.60	72.13 ± 3.94	75.93 ± 2.59
t		-9.70	-6.44	-13.30	-9.12	-6.02	-4.99	-3.75	-7.49
P		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.2 干预后两组患者 SF-36QOL 得分比较

干预后两组患者 SF-36QOL 得分比较见表 2。从表 2 可见,干预后,实验组患者 SF-36QOL 总分及其 8 个维度得分均高于对照组,差异均有统计学意义 ($P < 0.001$)。

3 讨论

3.1 实施 CCM 可改善 COPD 患者肺功能

本研究结果显示,干预后实验组患者肺功能优于对照组,差异均有统计学意义 ($P < 0.001$),结果说明,CCM 应用可改善 COPD 患者肺功能,从而改善患者预后。COPD 是老年人常见病、多发病。鲍士利^[7]认为,除急性发作期外,家庭是患者主要的康复场所,家庭护理水平的高低对于患者的病情影响很大。使用气雾剂及家庭氧疗已成为公认有效的临床呼吸康复医学的重要手段,COPD 患者多为老年人,动作迟缓,记忆力差,对雾化吸入的操作掌握不好,对氧疗的管理也存在很大安全隐患。CCM 是护士的护理能力与患者及家属的特点和需求相适应时,最终将使患者及其家庭和健康保健系统本身受益的一种护理模式^[8]。CCM 是由护士、患者和家属三方共同协作,引导家属参与护理,在护士操作示范和讲解后,患者和家属能熟悉使用气雾剂和氧疗,即使患者气喘发作不能自主操作时,家属也能协助患者使用气雾剂和氧疗,以免情急之下手忙脚乱。通过有效呼吸技巧的指导提高了患者有效咳嗽、缩唇呼吸和腹式呼吸的效果,增加支气管内压,提高呼吸肌肌力,改善肺功能,减少气喘发作频率。

3.2 实施 CCM 可提高 COPD 患者生活质量

本结果显示,实验组患者 SF-36QOL 总分及其 8 个维度得分均高于对照组,差异均有统计学意义 ($P < 0.001$)。结果说明,采用 CCM 可提高患者生理、心理和社会的质量。由于 COPD 患者长期慢性缺氧导致中枢神经系统器质性损害,以及气喘、呼

吸困难反复发作造成病程迁延不愈,急性期症状加重导致体力不足,活动能力受限,严重影响患者的生活能力和生活质量。本研究根据患者的健康状况、治病过程以及家庭成员情况,由护士、患者、家属 3 方共同制订饮食、活动等计划,使患者及家属对各项措施能知其然而知其所以然,患者能主动和积极执行各项治疗方案,患者家属能主动督促患者完成,保证措施的落实。CCM 改变以往灌输式教育,与患者建立伙伴性关系,体现了“以患者为中心”的服务宗旨。CCM 的护理计划是通过建立家访,指导患者运动锻炼、氧疗、气雾剂吸入、营养膳食、建立健康生活方式等来实现的,通过家属的监督执行,护士在随访过程中同时监测、评估并调整计划,以达到延缓患者肺功能的下降、提升体力、改善患者生活质量的效果。

4 结论

综上所述,实施 CCM 使患者在社区治疗中也能得到较系统、全面的医疗服务,使社区治疗更规范、更有效,患者由被动接受护理转化为主动的自我护理,以及家属积极参与护理,从而提高疾病治疗效果,进而提高患者生活质量。

参考文献:

- [1] 崔妙玲,赵琳,李敏燕,等.慢性阻塞性肺疾病患者 BODE 指数与焦虑抑郁状况的研究进展[J].中国实用护理杂志,2013,29(11):6-8.
- [2] 吴军勇,李莲,乔有萍.呼吸训练对慢性阻塞性肺疾病患者预后的影响研究[J].国际护理学杂志,2011,30(6):895-898.
- [3] Lott TF,Blazey ME,West MG. Patient participation in health care: an underused resource[J]. Nurs Clin North Am,1992,27(1):61-76.
- [4] 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组.慢性阻塞性肺疾病诊治指南[J].中华结核和呼吸杂志,2007,30(1):8-17.
- [5] 陆再英,钟南山.内科学[M].7版.北京:人民卫生