

奥马哈系统在脑卒中病人社区康复护理中的应用

◆ 高擎擎 黄金月 万巧琴 朱金萍 尚少梅

【摘要】目的：应用奥马哈系统对出院后一个月内的社区脑卒中病人居家康复效果从认知、行为、状况3个方面进行结局评价。方法：采用方便取样方法选取25例脑卒中病人进行3次社区家庭访视，社区护士应用奥马哈系统评估护理问题，并在实施针对性干预后从认知、行为和状况(K-B-S)方面进行结局评价。结果：脑卒中病人卫生的认知和行为干预效果不明显，疼痛的状况改善不明显及排便功能的行为和状况干预效果不明显($P > 0.05$)。其他健康问题干预前后的认知、行为、状况差异具有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。结论：对出院后一个月内的脑卒中病人进行社区康复护理干预后，应用奥马哈系统从认知、行为、状况3个方面进行结局评价，可明确干预效果，为评价社区护士康复护理干预效果提供依据。

【关键词】 脑卒中；社区家访；效果评价；奥马哈系统；认知；行为；状况

【中图分类号】 R473.2

Implementing Omaha System evaluation on stroke clients' community rehabilitation / GAO Qing-qing, HUANG Jin-yue, WAN Qiao-qin, et al. // Nursing School of Peking University, 100191 China // Chinese Nursing Management- 2011,11(12): 18-22

【Abstract】 Objective: To evaluate the effects of the home visits on knowledge, behavior and status of stroke clients in community rehabilitation with Omaha System. Methods: Convenience sampling method was used to recruit 25 stroke clients. Three home visits were done by community nurses. Omaha System was used to assess the problems and then interventions based on the finding were given to them accordingly. After each home visit, we also used the Omaha System to evaluate knowledge, behavior and status situation of stroke clients. Results: Except hygiene, pain and defecation, all other health problems improved after home visits by Omaha system evaluation ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). Conclusion: Effective evaluation with Omaha System could be helpful to deliver an explicit intervention so as to provide references for community rehabilitation nursing.

【Key words】 stroke; home visit; outcome evaluation; Omaha System; knowledge; behavior; status



脑卒中又称中风或急性脑血管意外，一般包括脑出血、脑栓塞、腔隙性脑梗死等^[1]，其发病率及致残率越来越高，已经成为我国近20年来老年人致残及致死主要原因之一^[2]。在脑卒中病人中，43.2%生活不能自理，致残率高达70%~80%^[3]。康复医疗及护理可以帮助脑卒中患者最大限度恢复肢体功能，重返社会^[4]。Langhorne等^[5]认为早期社区康复可以提高康复效果。在我国，许多研究证实社区康复可以

基金项目：CMB基金(08-887)

作者单位：北京大学护理学院，100191(高擎擎，万巧琴，尚少梅)；香港理工大学护理学院(黄金月)；广东省清远市清新区人民医院内一科(朱金萍)

作者简介：高擎擎，硕士在读，护师

通讯作者：尚少梅，硕士，教授，博士生导师，党委书记

足够人力配置的前提下，增加对慢性病病人的家庭访视，鼓励社区护士走出机构，走向社区，走进居民的家庭，更主动地为慢性病病人提供面对面的、便捷的社区护理服务；③要调整绩效考核的方式，作为与护士的待遇直接挂钩的绩效考核内容，不仅要注重服务的量，也要关注服务过程，关注服务效果，如增加慢性病人对护士的满意度评价，增加对服务细节和效果的评价，并采取一定的激励措施，以充分调动社区护士参与慢性病管理工作的积极性，使社区护士

不再只是做“表面化”工作，而是真正根据病人的需要进行随访和指导。

4.4 进一步研究的建议

本研究在北京、上海、成都市分别选了一个社区卫生服务中心进行案例分析，本文仅分析了其中一个机构的情况，研究结果的代表性还需要在北京市多个社区卫生服务机构进行研究和论证，并可进一步进行不同地区的比较。

参考文献

[1] 国务院,中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见.2009-03-17.

[2] 卫生部.国家基本公共卫生服务规范(2011版).2011-04-25.

[3] 吴亚君.发挥社区护士角色功能的意义.中国全科医学杂志,2009,12(2A):227-229.

[4] 北京市卫生局.北京市关于实行社区卫生服务医护人员岗位管理的意见.2000-06-09.

[5] 陈良英,何仲,赵红,等.社区护士工作内容及任职资格的预测研究.中华护理杂志,2006,41(6):490-493.

[6] 汪涛,陈静,胡代玉,等.运用主题框架方法进行定性资料分析.中国卫生资源,2006,9(2):86-88.

[7] 卫生部.城市社区卫生服务机构设置和编制标准指导意见.2006-08-18.

[收稿日期:2011-11-01]

(编辑:郑艳)

帮助脑卒中患者恢复肢体功能,提高生活质量^[6-7]。社区康复护理作为社区卫生服务中的重要组成部分,在社区康复中起到重要作用,但我国康复机构、专业康复人员严重不足,多数集中在城市中心的医疗机构^[8]。本研究应用美国标准化护理语言——奥马哈系统(Omaha System)对社区出院后一个月内的脑卒中患者进行健康问题评估,实施针对性干预和康复护理结局评价,以了解社区康复护理效果,从而为脑卒中病人社区康复护理的发展提供依据。

1 对象和方法

1.1 对象

采用方便取样,选取2010年9-12月期间由广东省清远市清新县人民医院转至太和社区卫生服务中心的脑卒中患者25例。纳入标准:①确诊脑卒中;②出院时间少于两周;③同意社区护士进行家访。排除标准为:①合并其他严重疾病,如肿瘤、痴呆、心功能2级或2级以上、精神疾患等;②初中以上文化且简易精神状态检查量表(MMSE)评分低于21分,小学及小学以下文化且MMSE评分低于18分。

1.2 方法

1.2.1 研究工具

奥马哈系统是经北美护理协会(ANA)认可的一种标准化护理语言体系,由美国奥马哈家访护士协会(Visiting Nurse Association of Omaha)的Karin S Martin及其带领团队在20世纪70年代研发^[9],香港

理工大学黄金月教授带领团队对其进行翻译并应用于社区护理,并认为奥马哈系统是在社区护理中进行研究和应用的有效工具,值得在国内推广使用^[10]。该系统由问题分类系统,干预系统和结局评价系统3部分组成^[9]。问题分类系统共涵盖环境、社会心理、生理和健康相关行为4个领域的共计42个问题。环境领域包括收入、卫生、住所、邻里/工作场所的安全4个问题;社会心理领域包括联络社会资源、社交、角色改变、心理健康等12个问题;生理领域包括说话和语言、神经-肌肉-骨骼功能、循环、消化-水合等18个问题;健康相关行为领域包括营养、身体活动、个人照顾、药物治疗方案等8个问题。干预系统将护理干预计划分为健康教育、指导和咨询、治疗及程序、个案管理和监测4大范畴,75个干预导向。问题结局评价系统从认知、行为和状况(K-B-S)3个方面对病人存在的问题及干预后的效果采用Likert5级评分法进行评分,其中①认知:服务对象记忆和理解资讯的能力,1分=缺乏认知,2分=少许认知,3分=基本认知,4分=足够认知,5分=充分认知;②行为:服务对象为配合特定的情景或目的而作出可观察的反应、行动或行为,1分=不恰当,2分=甚少恰当,3分=间有恰当,4分=通常恰当,5分=一贯恰当;③状况:服务对象呈现与主观和客观的界定特征相关的状况,1分=极严重的症状/体征,2分=严重的症状/体征,3分=中度

的症状/体征,4分=轻微的症状/体征,5分=没有症状/体征。

1.2.2 研究方法

1.2.2.1 社区护士的培训

在进行研究前,社区护士先接受“奥马哈系统社区护理应用”及“奥马哈系统国内应用现状”工作坊培训,并进行慢性病相关方面研究的培训。在资料收集2个月时,由专家对研究中存在的一些疑问进行解答,保证研究质量。

1.2.2.2 奥马哈系统的应用

经培训的社区护士作为干预的具体实施者,研究者作为观察者,对脑卒中病人提供为期一个月的社区康复护理,共包括3次家庭访视。均采用奥马哈系统评估表进行健康问题评估;以奥马哈干预系统为指导实施针对性康复护理干预;进行结局评价。家庭访视的具体时间和内容见表1。

1.3 数据分析与统计学处理

采用SPSS16.0统计软件包处理。采用描述性统计方法,分析脑卒中病人社区康复护理干预前后认知、行为、状况(K-B-S)评分。计量资料进行配对秩和检验。

2 结果

2.1 基本资料

25例脑卒中病人中,男性16例(64%),女性9例(36%);年龄41~81岁,平均年龄为(65.92±10.93)岁;脑梗塞患者24例(96%),脑出血患者1例(4%),其中合并高血压19例(72%),高血脂4例(16%),糖尿病2例(8%),冠心病2

表1 家庭访视具体时间和内容

家庭访视次数	家庭访视时间	家庭访视内容
首次家庭访视	出院后1~2周	① 健康问题评估及现状结局评价(K-B-S评分); ② 依据奥马哈干预系统指导实施针对性康复护理干预
第二次家庭访视	首次家庭访视后1~2周	① 首次家庭访视康复效果结局评价(K-B-S评分); ② 病人现存健康问题评估; ③ 按照首次家庭访视后根据奥马哈干预系统制定的康复护理计划及病人现存健康问题实施针对性护理干预
第三次家庭访视	第二次家庭访视后1~2周	① 第二次家庭访视康复效果结局评价(K-B-S评分)

例(8%);文化程度:文盲11例(44%),小学文化6例(24%),初中及以上文化程度8例(32%),MMSE平均分为(24.88±4.29)分。

2.2 首次家庭访视 25 例脑卒中病人存在的主要健康问题

首次家庭访视应用奥马哈系统 K-B-S 评分进行结局评价, K-B-S 评分中任何一项评分 ≤ 4 分即认为患者存在健康问题。本次研究中, 25 例脑卒中患者存在的主要健康问题分布在奥马哈系统的各个领域: 环境领域主要问题有卫生和住宅; 社会心理领域问题主要有社交和心理健康; 生理领域问题主要包括神经-肌肉-骨骼功能、循环、消化-水合等; 健康相关行为领域主要问题包括营养、药物治疗方案和身体活动等。

2.3 应用奥马哈系统进行社区康复护理结局评价

由表 2 可看出首次家庭访视病人对住宅、神经-肌肉-骨骼功能、营养及药物治疗方案问题认知得分较低, 均低于 3 分, 其他问题得分均高于 3 分。第三次家庭访视患者认知评分均高于 4 分, 对卫生和排便功能认知干预没有效果 ($P > 0.05$), 对其他问题认知干预均有效 ($P < 0.01$ 或 $P < 0.05$)。

由表 3 可以看出, 首次家庭访视病人行为方面住宅和营养评分较低, 在 2~3 分之间, 其他均高于 3 分。卫生方面行为干预效果不明显 ($P > 0.05$), 其他问题行为干预均有效 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。

由表 4 可看出, 首次家庭访视营养状况得分在 2~3 分之间, 其他问题状况评分在 3~4 分之间。疼痛和排便功能状况干预效果不明显 ($P > 0.05$), 其他问题状况干预有较好效果 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。

3 讨论

3.1 脑卒中病人环境领域的 K-B-S 结局评价

首次家庭访视时, 脑卒中病人环境

表 2 脑卒中患者的认知方面结局评价 ($\bar{x} \pm s$)

领域	首次家庭访视	第三次家庭访视	Z	P
环境领域				
卫生	4.32 ± 1.41	4.76 ± 0.44	-1.89	0.058
住宅	1.84 ± 1.43	4.76 ± 0.44	-4.20	0.000 **
社会心理领域				
社交	4.00 ± 1.38	4.84 ± 0.47	-2.72	0.007 **
心理健康	4.12 ± 1.62	4.88 ± 0.44	-2.23	0.026 *
生理领域				
说话和语言	3.68 ± 1.82	4.88 ± 0.44	-2.71	0.007 **
疼痛	4.32 ± 1.41	4.92 ± 0.28	-2.06	0.039 *
神经-肌肉-骨骼功能	2.44 ± 1.61	4.72 ± 0.46	-3.98	0.000 **
循环	3.80 ± 1.47	4.68 ± 0.58	-2.59	0.010 *
消化-水合	3.80 ± 1.61	4.96 ± 0.20	-2.87	0.004 **
排便功能	4.24 ± 1.42	4.80 ± 0.50	-1.85	0.065
健康相关行为领域				
营养	1.72 ± 0.84	4.92 ± 0.28	-4.37	0.000 **
身体活动	3.44 ± 1.61	4.92 ± 0.28	-3.35	0.001 **
个人照顾	4.00 ± 1.50	4.92 ± 0.28	-2.71	0.007 **
戒除药物滥用	3.72 ± 1.57	4.92 ± 0.28	-3.10	0.002 **
药物治疗方案	2.16 ± 0.94	4.80 ± 0.50	-4.34	0.000 **

* : $P < 0.05$, ** : $P < 0.01$

表 3 脑卒中患者的行为方面结局评价 ($\bar{x} \pm s$)

领域	首次家庭访视	第三次家庭访视	Z	P
环境领域				
卫生	4.44 ± 1.12	4.64 ± 0.81	-1.89	0.058
住宅	2.40 ± 1.23	3.68 ± 1.03	-3.79	0.000 **
社会心理领域				
社交	4.32 ± 0.95	4.80 ± 0.50	-2.59	0.010 *
心理健康	4.32 ± 1.25	4.88 ± 0.33	-2.23	0.026 *
生理领域				
说话和语言	3.88 ± 1.54	4.76 ± 0.60	-2.72	0.007 **
疼痛	4.44 ± 1.23	4.88 ± 0.44	-2.04	0.041 *
神经-肌肉-骨骼功能	3.08 ± 1.26	4.56 ± 0.58	-3.88	0.000 **
循环	3.84 ± 1.49	4.60 ± 0.65	-2.48	0.013 *
消化-水合	3.84 ± 1.60	4.76 ± 0.44	-2.83	0.005 **
排便功能	4.36 ± 1.19	4.84 ± 0.37	-1.98	0.048 *
健康相关行为领域				
营养	2.28 ± 0.79	4.76 ± 0.44	-4.35	0.000 **
身体活动	3.56 ± 1.50	4.56 ± 0.71	-3.02	0.003 **
个人照顾	3.92 ± 1.66	4.76 ± 0.52	-2.60	0.009 **
戒除药物滥用	3.56 ± 1.47	4.04 ± 1.10	-2.34	0.017 *
药物治疗方案	3.68 ± 1.11	4.60 ± 0.91	-3.09	0.002 **

* : $P < 0.05$, ** : $P < 0.01$

领域的住宅和卫生方面 K-B-S 评分均低于 3 分, 说明病人及家属没有认识到卫生和住宅对病人居家康复的重要性, 缺乏卫生和住宅改造相关的康复知识。

表 4 脑卒中病人的状况方面结局评价 ($\bar{x} \pm s$)

领域	首次家庭访视	第三次家庭访视	Z	P
环境领域				
卫生	4.32 ± 1.25	4.60 ± 0.82	-2.07	0.038 *
住宅	3.12 ± 0.83	3.72 ± 0.84	-3.22	0.001 **
社会心理领域				
社交	4.36 ± 0.91	4.88 ± 0.33	-2.60	0.009 **
心理健康	4.40 ± 1.12	4.92 ± 0.28	-2.23	0.026 *
生理领域				
说话和语言	4.32 ± 1.11	4.72 ± 0.68	-2.46	0.014 *
疼痛	4.60 ± 0.91	4.92 ± 0.28	-1.84	0.066
神经-肌肉-骨骼功能	3.84 ± 1.03	4.60 ± 0.58	-3.76	0.000 **
循环	4.28 ± 1.02	4.84 ± 0.37	-2.54	0.011 *
消化-水合	4.28 ± 1.02	4.88 ± 0.33	-2.88	0.004 **
排便功能	4.40 ± 1.16	4.84 ± 0.37	-1.80	0.072
健康相关行为领域				
营养	2.20 ± 1.00	4.48 ± 0.51	-4.34	0.000 **
身体活动	3.88 ± 1.24	4.56 ± 0.77	-2.50	0.013 *
个人照顾	3.92 ± 1.66	4.64 ± 0.64	-2.64	0.008 **
戒除药物滥用	3.52 ± 1.61	4.04 ± 1.21	-2.41	0.016 *
药物治疗方案	3.92 ± 1.12	4.72 ± 0.84	-2.59	0.010 *

* : $P < 0.05$, ** : $P < 0.01$

这与清新县是近 10 年从农村发展为一个新县, 呈现着农村都市化进程, 人均收入偏低, 居住环境较差以及病人居住环境和卫生习惯有关。社区护士发现问题后实施针对性干预, 告知病人和家属卫生对于疾病预防和控制的意义, 使病人和家属充分认知到卫生和环境对病人居家康复的影响, 认知评分均高于 4 分; 并在社区护士指导下尽量做好住宅卫生并进行家居改造, 比如更换有扶手且高度适合的座椅, 加用床垫增加床高, 更换坐便器等, 使居家用品从安全性方面适合病人居家康复, 干预后卫生和环境方面的行为和状况评分在 3 ~ 4 分之间, 这与卫生习惯长期形成, 住宅环境及居家用品改造需要资金支持和社会支持有关。社区护士进行针对性干预后, 病人在卫生方面的认知和行为没有统计学差异 ($P > 0.05$), 但是状况有所改善 ($P < 0.05$); 住宅方面 K-B-S 评分差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 提示社区护士要注重卫生和住宅对病人居家康复的影响, 使病人及家属认识到卫生和住宅

对居家康复的重要性, 改善不良的卫生习惯, 选择合适的居家用品或进行改造从而使居家用品布局合理并正确摆放物品, 使病人在良好的环境中进行居家康复, 从而促进病人的康复。

3.2 脑卒中病人社会心理领域的 K-B-S 结局评价

社会心理领域, 首次家庭访视时部分病人因为肢体功能障碍需要卧床, 改变原有的生活方式并需要进行康复锻炼, 导致主动社交活动减少并出现情绪低落、爱哭泣等心理健康问题; 但是生病之后亲友探望等可以为病人提供恰当的心理支持, 所以患者 K-B-S 评分均在 4 分以上, 提示患者能够采取恰当的行为应对, 仅存在轻微的症状或体征。Zafar 等^[11]研究发现慢性病病人容易出现抑郁、情绪低落等心理问题, 通过恰当的干预可以帮助病人有效地应对心理问题并提高其生活质量。家庭访视过程中社区护士针对病人出现的心理问题, 给家属讲解脑卒中病人的心理变化以及疾病对病人心理方面的影响, 调节病人

和家人之间的矛盾, 使家庭关系更紧密, 使病人和家属认知到社会支持和调节心理健康的重要性, 家属也能够体谅病人并关心和支持病人, 从而改善病人的心理问题, K-B-S 评分均有了不同程度的提高, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$ 或 $P < 0.05$), 提示社区护士在对脑卒中病人的家庭访视过程中需要注意病人心理方面的问题, 根据病人出现的具体问题进行心理护理, 并指导家属给予关心和支持, 帮助病人正确应对疾病, 促进疾病康复。

3.3 脑卒中病人生理领域健康问题的 K-B-S 结局评价

首次家庭访视时, 脑卒中病人生理领域健康问题主要包括肢体功能障碍、言语不清、疼痛、水肿等问题。脑卒中病人神经-肌肉-骨骼功能方面认知评分在 2 ~ 3 分之间, 行为和状况评分在 3 ~ 4 分之间, 病人仅知道脑卒中引起肢体功能障碍, 但是不知道病因、预防、保健及康复等知识。席淑华等人^[12]通过调查发现社区居民对脑卒中中基本知识和急救知识认知情况较差。王秋华等^[13]调查后发现 42.5% 的病人患病后仍不了解脑卒中中的危险因素, 保持健康行为的正确率比较低。社区护士进行家庭访视讲解脑卒中病因、预防及相关康复知识, 使病人正确认识脑卒中; 评估患者肢体功能状况并指导患者进行肢体康复运动, 尽可能地恢复患者的肢体功能, 干预后病人 K-B-S 评分均在 4.5 分以上, 干预前、后差异具有统计学意义 ($P < 0.01$), 社区脑卒中病人干预前说话和语言、消化-水合及循环方面认知和行为评分在 3 ~ 4 分之间, 状况评分在 4 分以上, 社区护士指导病人进行弹舌、伸舌及促进面部和咽喉部肌肉的康复运动, 促进病人语言功能恢复和避免饮食呛咳等, 干预后其 K-B-S 评分均在 4.5 分以上, 干预前、后差异具有统计学意义 ($P < 0.01$ 或 $P < 0.05$)。疼痛和排便功能方面 K-B-S 评分干预前、后均在 4

分以上,社区护士干预后评分有所提高,干预前、后认知和状况评分差异无统计学意义($P > 0.05$),行为评分差异有统计学意义($P < 0.05$)。病人排便功能方面的健康问题主要是便秘,原因是疾病导致肢体功能障碍,运动量减少,大便干结导致便秘,并且疼痛也是由疾病引起,脑卒中是长期慢性疾病,需要较长时间进行恢复,社区护士干预时间为一个月,对症状缓解效果不明显。社区护士在患者出院后需要进行家庭访视,为患者提供相应的康复护理,指导病人进行康复运动并指导家人协助和监督病人进行康复运动,为病人存在的健康问题提供相应的干预措施,帮助病人掌握康复相关知识并能够进行康复运动,促进身体康复。

3.4 脑卒中病人健康相关行为领域健康问题的 K-B-S 结局评价

首次家庭访视时病人营养问题认知得分低于2分,行为和状况在2~3分之间。本研究中48%的病人体重指数超过24,这与病人住院期间及出院后没有医生或康复师为病人制定营养计划,且当地居民饮食以甜食、肥肉等油腻饮食为主有关。高脂饮食是脑卒中的危险因素之一,长期高脂饮食可以导致再发脑卒中^[1]。社区护士根据病人体重指数制定减肥计划及相应的营养饮食计划,要求病人及家属按照饮食计划,促进身体健康,干预后其K-B-S评分均在4分以上,与干预前差异具有统计学意义($P < 0.01$)。药物治疗方案认知评分低于

3分,认知和行为评分在3~4分之间,社区护士家庭访视时发现病人出院后需要长期服药且药物种类繁多,病人不清楚药物的作用和副作用、药物服用时间和药物作用之间的关系,出现停药、漏服、不按时服药的情况,社区护士根据病人情况向病人和家属讲解药物作用和副作用及其他药物基本知识,告诉病人正确服用药物的重要性等相关药物知识,干预后K-B-S评分均高于4.5分,干预前、后差异具有统计学意义($P < 0.01$ 或 $P < 0.05$)。病人身体活动、戒除药物滥用以及个人照顾K-B-S评分均在3~4分之间,社区护士根据病人身体状况指导病人进行自理能力康复锻炼,并教给家属照顾病人的技巧,告知病人及家属自理的重要性,讲解烟酒对身体的危害及对疾病的影响,劝诫病人及家属戒烟戒酒,病人及家属认识到戒烟戒酒及自理能力训练的重要性并愿意配合,干预后认知、行为、状况评分均在4分以上,干预前、后差异具有统计学意义($P < 0.01$ 或 $P < 0.05$)。

3.5 本研究存在的缺陷

本研究仅局限于一个社区卫生服务中心,样本量偏少;另外,本研究主要是实施脑卒中出院后一个月内的延续期康复护理,干预时间较短,而脑卒中是长期慢性病,需要长时间的康复护理,今后可在多个社区进行长时间康复护理相关研究。

志谢:感谢清新县人民医院成阳院长、护理部温清霞主任、清新县人民医

院太和社区卫生服务中心黎仙群主任、潘桂琼护士长对本研究的支持。

参考文献

- [1] 姚景鹏.内科护理学.2版.北京:北京大学医学出版社,2008:355.
- [2] 茹小娟,江滨,王文志,等.脑卒中3年生存和复发的社区干预效果.中国卒中杂志,2006(8):603-607.
- [3] 王宁华,戴红,关骅.康复医学.北京:北京大学医学出版社,2004:12-13.
- [4] Foley NC,Teasell RW,Bhagal SK,et al.The efficacy of stroke rehabilitation:a qualitative review.Top Stroke Rehabil,2003,10(2):1-18.
- [5] Langhorne P,Taylor G,Murray G,et al.Early supported discharge services for stroke patients:a meta-analysis of individual patients' data. Lancet,2005,365(9458):501-506.
- [6] 沈光宇,成彬,蔡俊燕,等.社区康复对脑卒中后遗症患者生存质量的影响.中国康复医学杂志,2010(2):156-157.
- [7] 徐晓众,张萍,徐振华.脑卒中患者社区康复治疗的效果观察.中国慢性病预防与控制,2008(5):511-512.
- [8] 董丽萍,李和兴,张金声,等.社区康复护理对社区卫生服务质量的影响.中国康复医学杂志,2009(11):1032-1034.
- [9] Martin KS.The Omaha System:A Key to Practice,Documentation,and Information Management. Philadelphia Saunders,2005:11-17.
- [10] 黄金月,王少玲,周家仪.奥马哈系统在社区护理和延续护理中的应用.中华护理杂志,2010,45(4):320-323.
- [11] Zafar W,Mojtabai R.Chronic Disease Management for Depression in US Medical Practices: Results From the Health Tracking Physician Survey.Med Care,2011,49(7):634-640.
- [12] 席淑华,朱丽妹,张敏,等.社区居民对脑卒中认知状况调查分析.解放军护理杂志,2005(8):42-43.
- [13] 王秋华,王宜芝.脑卒中患者自身疾病认知情况对康复指导的影响.中国康复理论与实践,2004(12):749-750.

[收稿日期:2011-11-07]

(编辑:郑艳)

信息

北京诊疗人次连续6年破亿

2011年11月21日,北京市卫生局公布,截至2011年9月底,北京市医疗机构诊疗人次累计达1.15亿人次,与去年同期相比增加10.48%(不包括部队医院),这已是北京市门急诊诊疗人次连续第八年保持增长,连续第六年过亿。

据介绍,北京市看病总人次已经连续多年以10%的速度递增。在医疗资源总量基本持平的条件下,北京市卫生局采取多项措施,应对医疗服务需求的快速增长。要求各三级医院主任医师每周出诊不少于3个半天,副主任医师每周出诊不少于5个半天,各级医师在原有基础上整体出诊时间增加50%。此外,该市在53家二级、三级医院开展了双休日全天门诊。截至10月上旬,双休日门诊共接待患者416.5万人次,接诊量相当于2家至3家大型三级医院全年门诊量。继续大力推进预约诊疗服务,截至目前,已有51家三级医院和11家二级医院接入统一平台,各上线医院投入统一平台的号源累计成功预约82万个,整体预约就诊比例达到40%左右,复诊预约比例达到70%左右。

(摘自《健康报》)