

CHINESE

ISSN 1007-9572

CN 13-1222/R

CODEN ZQYHAK

GENERAL
PRACTICE

中国全科医学®

Volume 24 Number 22

August 2021

ZHONGGUO
QUANKEYIXUE

中文核心期刊

中国科技核心期刊

中国科技论文统计源期刊



国家卫生健康委员会 主管
中国医院协会 主办

ISSN 1007-9572



9 771007 957215 22

8.2021

2021年8月5日

第24卷 第22期

中国全科医学[®]



订阅杂志
赠送课程

ZHONGGUO QUANKE YIXUE

1998年6月创刊 总第685期 第24卷 第22期 2021年6月在线出版 2021年8月5日发行

主 管

国家卫生健康委员会

主 办

中国医院协会

100080北京市海淀区

知春路6号锦秋国际21层

学术顾问

John Murtagh (澳大利亚)

主任委员

李长明

副主任委员

祝增珠 杜雪平 张静波 傅 华

主 编

杨 辉

总发行人

韩建军

澳大利亚

Leon Piterman David Legge

Shane Thomas Colette Browning

Hui Yang Geroge Liu

美 国

Kurt C. Stange LiLi

Martin. Ronnie B James Xu

编 辑

中国全科医学杂志编辑委员会

100010北京市东城区内务部街19号

电话: 010-63052088 83525550

传真: 010-83116369

http://www.chinagp.net

E-mail: zgqkx@chinagp.net.cn

上海工作部

联络人: 潘颖

地址: 200090上海市杨浦区腾越路450号

单位: 上海同济大学附属杨浦医院

电话: 021-65690520-646

E-mail: qkoffice@126.com

中国标准连续出版物号

ISSN 1007-9572

CN 13-1222/R

投稿与稿件查询

http://www.chinagp.net/Magazine

电话: 010-63052088 83525550

0310-2067118

E-mail: zgqkx@chinagp.net.cn

目 次 CONTENTS

他山之石 Reflection

英国卫生服务购买经验及启示

Healthcare Procurement of Clinical Commissioning Groups in the UK: Experience and Implications

..... 张小娟, 朱坤 2757

全科医生职业发展 Career Development of General Practitioners

提升全科医生职业吸引力的SWOT分析

Enhancing the Attractiveness of General Practice as a Career: a SWOT Analysis

..... 申鑫, 冯晶, 甘勇, 卢祖洵 2765

国内外全科医生离职意愿研究进展

New Advances in Turnover Intention of General Practitioners at Home and Abroad

..... 申鑫, 姜恒, 冯晶, 甘勇, 卢祖洵 2770

论 著 Article

我国东中西部地区基层医疗资源配置与经济发展耦合协调关系研究

Degree of Coordination between Primary Care Resource Allocation and Economic Development in Eastern,

Central and Western China 李丽清, 周绪, 赵玉兰, 卢祖洵 2777

我国老年流动人口常见病症患病及就诊情况的影响因素研究

Prevalence and Healthcare-Seeking for Common Diseases and Associated Factors in Elderly Migrants in China

..... 霍添琪, 闫晓, 郭峻, 郭清芳, 肖革新 2785

——家庭医生签约服务专题研究 Contracted Family Doctor Services

科创承载型功能社区家庭医生服务需求及其影响因素研究

Needs of Family Doctor Services and Associated Factors in Functional Communities Bearing Science Innovation

..... 梅立辰, 汤真清, 章悦, 钟姮, 汪澜, 徐蔚琦, 俞双燕, 何江江 2793

家庭医生守门人“签而有约”实证分析: 以上海市静安区某街道为例

Making and Keeping an Appointment in Residents Contracting Services Delivered by Gatekeeper Family Doctors

in a Subdistrict of Jing'an District: an Empirical Study

..... 黄蛟灵, 袁旻健, 孙瑾, 许彬, 周良, 石建伟, 俞文雅, 李松光, 王朝昕, 陈晨 2800

出版

中国全科医学杂志社
100010北京市东城区内务部街19号
电话: 010-63052088 83525550
传真: 010-83116369
E-mail: zgqkyyx@chinagp.net.cn

印刷

廊坊市佰利得彩印制版有限公司

发行

国内: 中国邮政集团公司
北京市报刊发行局
邮发代号: 80-258
国外: 中国国际图书贸易集团
有限公司
(北京399信箱; 100044)
邮发代号: M 5123

订购

全国各地邮局

邮购

中国全科医学杂志社发行部
100010北京市东城区内务部街19号
电话: 010-83116360 63052088
传真: 010-83116270

定价

每期15.00元, 全年540.00元

广告经营许可证

许可证号: 1304034000014

本刊2021年版权归中国全科医学杂志社所有

未经编辑部许可, 不得转载和摘编

本刊所发表作品仅为作者观点, 并不代表编委会和编辑部意见

如有印装质量问题请向本刊发行部调换



官网稿件
查询通道



中国全科医学
教育平台



中国全科
医学杂志



中国全科医学
学术平台

扫描上方二维码关注
《中国全科医学》官方微信

北京市东城区家庭医生签约服务效果及影响因素研究

Effectiveness of Family Doctor Services and Associated Factors in Dongcheng District, Beijing

..... 王芳, 邓红月, 曹桂丽, 沈嵩 2805

——全科临床研究 General Practice Research

综合性医院多学科综合门诊病例特点分析

Clinical Profile of Patients Treated in the MDT Clinic in a General Hospital

..... 邵双阳, 任菁菁, 魏国庆, 陆莉萍, 陆敏霞, 刘颖 2810

北京市城区全科医生基本药物处方行为的定性研究

Essential Medicine Prescribing Behaviors of Urban General Practitioners in Beijing: a Qualitative Study

..... 陈小垒, 邵爽, 吴莹, 徐筱婧媛, 张天程, 杜娟 2814

全科医生认知功能评估量表在轻度认知功能障碍筛查中的应用研究

Application of the Chinese Version of the General Practitioner Assessment of Cognition in Screening for Mild

Cognitive Impairment in Older Physical Examinees in Primary Care

..... 刘亚林, 陆媛, 徐圣明, 于德华, 薛娅雅, 周路路 2819

社区中老年正常高值血压及高血压人群微信干预的依从性及影响因素研究

Adherence to WeChat Interventions and Associated Factors among Middle-aged and Elderly People

with Prehypertension and Hypertension in the Community 罗阳, 李晓雯, 林爱华 2826

——全科医生与便携式超声检查专题研究 General Practitioners' Portable Ultrasound

社区全科医生与专科医生对全科医生学习超声的观点差异及未来便携式超声

向基层普及的意见与建议

General Practitioners' Learning Ultrasound Techniques and Future Applicability of Portable Ultrasound Device

in Primary Care: Perspectives from General Practitioners and Sonographers

..... 傅晓红, 贾瑛熙, 赵峰, 黄国倩, 张轶 2832

《社区全科医生使用便携式超声技术探查甲状腺及颈动脉服务规范》开发

Development of the Specifications for Community General Practitioners to Screen for Thyroid and Carotid

Diseases Using the Portable Ultrasound Device 赵峰, 贾瑛熙, 陈悦, 张轶 2838

《社区全科医生使用便携式超声技术探查甲状腺及颈动脉服务规范》的AGREE工具

评价结果与应用建议

Specifications for Community General Practitioners to Screen for Thyroid and Carotid Diseases Using the

Portable Ultrasound Device: Quality Evaluation Using AGREE II and Recommendations

..... 宋焱, 赵峰, 陈明, 张轶 2843

脑卒中患者电子健康素养现状及影响因素研究

Status and Influencing Factors of eHealth Literacy in Stroke Patients

..... 张振香, 任慧, 平智广, 郭云飞 2850

脑卒中患者与其照顾者心理健康素养的相关性研究

Correlation of Mental Health Literacy between Stroke Patients and Their Caregivers

..... 张振香, 李会, 平智广, 刘清玄, 刘凤 2855

老年脑卒中患者心理健康素养与健康行为的相关性研究

Relationship between Mental Health Literacy and Health Behaviors among Elderly Stroke Patients

..... 张振香, 任娟娟, 林蓓蓓, 平智广, 王文娜, 郭云飞, 梁文艳 2860

全科医学教育研究 *General Practice Education*

四元合力全科师资队伍构建研究

The Building of a Four-force General Medicine Faculty Team

..... 朱文华, 方力争, 戴红蕾, 陈丽英, 晁冠群, 祝悦 2866

“校院区贯通式”助理全科医生培养模式研究

Research on the Mode of "College-Hospital-Community Linkage" Assistant General Practitioner Training

..... 蒋丽华, 乌建平, 张莉, 叶建丽, 邱模昌 2870

医学人文 *Medical Humanities*

全科医学安宁疗护多专业团队服务模式构建及效果研究

Exploration and Effect of Hospice Care by the Hospice Multiple Professional Team in Support of General Practice

..... 唐跃中, 徐东浩, 程明明, 周大双, 虞智杰, 陈雯 2874

家庭访视在以家庭为单位的健康照顾中的实施效果研究

Implementation Effect of Home Care: a Case Report and Exploratory Home Follow-up Study

..... 杨凯文, 姜岳, 赵付英 2880

《中国全科医学》稿约见官方网站www.chinagp.net杂志专区

For CGP Instructions for Authors, Please Click Journal Section at www.chinagp.net

【期刊基本参数】 CN13-1222/R*1998*t*A4*120*zh*p*¥ 15.00*22*2021-22

本期责任编辑 段淑娟 英文编辑 李秀娟 责任排版、校对 尹鹏 张亚丽

全科之声

——与家庭医生共建未来

在新型冠状病毒肺炎疫情防控期间,我们亲眼目睹或亲身体会到全科医生在疫情防控战场、社区医疗服务战场两条战线同时作战,他们是名副其实的一线医疗卫生专业人员。第一接触、社区为基础、持续服务、预防措施、以病人为中心、综合和团队行动,所有这些全科的标志性特征,让全科医生成为飘扬在中国抗疫战场最前沿的旗帜。全科医生是擅长团队合作的协调者,与其他医学专业工作者、社区护士和协理工作者、社区非医学服务资源通力合作,致力于发挥医疗系统的最大可能绩效。

中国在疫情防控中取得了傲人成绩,但全科医生们没有一刻可以懈怠。病毒的传播能力及变异产生的不确定性、长期防疫给一线工作者带来的焦虑和压力、新的关系和格局及其对社会经济的长期影响,从生物和医学、社会心理、社会经济政治等各方面带来巨大挑战。对于全科医学来说,这是给学科和队伍发展提出的新要求。21世纪20年代,是新全科医学时代,其因新型冠状病毒肺炎疫情而催生,在以往的学科和经验上叠加和演化。要求在平时与战时、急性与长期、传染性与生活行为方式等各方面,建立起新的平衡。显然,为了人民健康,现有全科医生队伍需要数量上成倍增长、质量上本质提升。

报告显示,社区居民和患者在疫情期间对医疗卫生服务的利用显著下降,随着疫情控制虽有所回升,但仍未达到期望水平。急性病诊治不及时、慢性病随访和复诊不连续、重大疾病和心理健康问题筛查不到位、医学专业知识传播不足和不实等,都会给个体和家庭的健康,以及广泛社区健康带来长期负面影响。全科医生承诺准备好给社区和居民提供更安全和更高质量的基本医疗服务,希望通过建立维护健康的伙伴关系,共同面对新的挑战。

“Building the Future with Family Doctors”是2021年世界家庭医生日的宣传主题。《中国全科医学》杂志将一如既往地通过支持学科建设和全科医学服务,支持全科团队发展。再次感谢你们在巨大挑战中做出的卓越贡献!

杨辉.与家庭医生共建未来[J].中国全科医学,2021,24(22): 目次页.

**聚焦全科前沿
引领学科发展**

New frontiers focuses guide the development in general practice

CHINESE GENERAL PRACTICE

Established in June 1998 Volume 24, Number 22 August 5, 2021

Administrative Institution

National Health Commission of
the People's Republic of China

Sponsor

Chinese Hospital Association Suites
21st Floor, Jinqiu International Building,
No. 6 Zhichun Road, Haidian District
Beijing 100080, China

Academic Adviser

John Murtagh

Chairman

Li Changming

Vice-Chairman

Zhu Shanzhu Du Xueping
Zhang Jingbo Fu Hua

Editor-in-Chief

Yang Hui

Managing Director

Han Jianjun

Editing

Editorial Board of Journal of
Chinese General Practice
19 Nei wu Street,
Dongcheng District, Beijing 100010, China
Tel: 010-63052088 83525550
Fax: 010-83116369
http://www.chinagp.net
E-mail: zgqkx@chinagp.net.cn

Publication

Publishing House of Journal of
Chinese General Practice
19 Nei wu Street,
Dongcheng District, Beijing 100010, China
Tel: 010-63052088 83525550
Fax: 010-83116369
E-mail: zgqkx@chinagp.net.cn

Printing

Bailide Colored Printing Co., Ltd.
Langfang

Distribution

Domestic Distributor:
Beijing Post Offices
Code No. 80-258
Overseas Distributor:
China International Book Trading
Corporation
(P.O. Box 399 Beijing, China 100044)
Code No. M 5123

Price

RMB 15.00 Yuan

CSSN

ISSN 1007-9572
CN 13-1222/R

Copyright © 2021 by the
Chinese General Practice

CONTENTS IN BRIEF

- 2757 **Healthcare Procurement of Clinical Commissioning Groups in the UK: Experience and Implications**
ZHANG Xiaojuan, ZHU Kun
- 2765 **Enhancing the Attractiveness of General Practice as a Career: a SWOT Analysis**
SHEN Xin, FENG Jing, GAN Yong, LU Zuxun
- 2770 **New Advances in Turnover Intention of General Practitioners at Home and Abroad**
SHEN Xin, JIANG Heng, FENG Jing, GAN Yong, LU Zuxun
- 2777 **Degree of Coordination between Primary Care Resource Allocation and Economic Development in Eastern, Central and Western China**
LI Liqing, ZHOU Xu, ZHAO Yulan, LU Zuxun
- 2785 **Prevalence and Healthcare-Seeking for Common Diseases and Associated Factors in Elderly Migrants in China**
HUO Tianqi, YAN Xiao, GUO Jun, GUO Qingfang, XIAO Gexin
- 2793 **Needs of Family Doctor Services and Associated Factors in Functional Communities Bearing Science Innovation**
MEI Lichen, TANG Zhenqing, ZHANG Yue, ZHONG Heng, WANG Lan, XU Weiqi, YU Shuangyan, HE Jiangjiang
- 2800 **Making and Keeping an Appointment in Residents Contracting Services Delivered by Gatekeeper Family Doctors in a Subdistrict of Jing'an District: an Empirical Study**
HUANG Jiaoling, YUAN Minjian, SUN Jin, XU Bin, ZHOU Liang, SHI Jianwei, YU Wenya, LI Songguang, WANG Zhaoxin, CHEN Chen
- 2805 **Effectiveness of Family Doctor Services and Associated Factors in Dongcheng District, Beijing**
WANG Fang, DENG Hongyue, CAO Guili, SHEN Qiang
- 2810 **Clinical Profile of Patients Treated in the MDT Clinic in a General Hospital**
SHAO Shuangyang, REN Jingjing, WEI Guoqing, LU Liping, LU Minxia, LIU Ying
- 2814 **Essential Medicine Prescribing Behaviors of Urban General Practitioners in Beijing: a Qualitative Study**
CHEN Xiaolei, SHAO Shuang, WU Ying, XU Xiaojingyuan, ZHANG Tiancheng, DU Juan
- 2819 **Application of the Chinese Version of the General Practitioner Assessment of Cognition in Screening for Mild Cognitive Impairment in Older Physical Examinees in Primary Care**
LIU Yalin, LU Yuan, XU Shengming, YU Dehua, XUE Yaya, ZHOU Lulu
- 2826 **Adherence to WeChat Interventions and Associated Factors among Middle-aged and Elderly People with Prehypertension and Hypertension in the Community**
LUO Yang, LI Xiaowen, LIN Aihua
- 2832 **General Practitioners' Learning Ultrasound Techniques and Future Applicability of Portable Ultrasound Device in Primary Care: Perspectives from General Practitioners and Sonographers**
FU Xiaohong, JIA Zhenxi, ZHAO Feng, HUANG Guoqian, ZHANG Tao
- 2838 **Development of the Specifications for Community General Practitioners to Screen for Thyroid and Carotid Diseases Using the Portable Ultrasound Device**
ZHAO Feng, JIA Zhenxi, CHEN Yue, ZHANG Tao
- 2843 **Specifications for Community General Practitioners to Screen for Thyroid and Carotid Diseases Using the Portable Ultrasound Device: Quality Evaluation Using AGREE II and Recommendations**
SONG Ye, ZHAO Feng, CHEN Ming, ZHANG Tao
- 2850 **Status and Influencing Factors of eHealth Literacy in Stroke Patients**
ZHANG Zhenxiang, REN Hui, PING Zhiguang, GUO Yunfei
- 2855 **Correlation of Mental Health Literacy between Stroke Patients and Their Caregivers**
ZHANG Zhenxiang, LI Hui, PING Zhiguang, LIU Qingxuan, LIU Feng
- 2860 **Relationship between Mental Health Literacy and Health Behaviors among Elderly Stroke Patients**
ZHANG Zhenxiang, REN Juanjuan, LIN Beilei, PING Zhiguang, WANG Wenna, GUO Yunfei, LUAN Wenyan
- 2866 **The Building of a Four-force General Medicine Faculty Team**
ZHU Wenhua, FANG Lizheng, DAI Honglei, CHEN Liying, CHAO Guanqun, ZHU Yue
- 2870 **Research on the Mode of "College-Hospital-Community Linkage" Assistant General Practitioner Training**
JIANG Lihua, WU Jianping, ZHANG Li, YE Jianli, QIU Mochang
- 2874 **Exploration and Effect of Hospice Care by the Hospice Multiple Professional Team in Support of General Practice**
TANG Yuezhong, XU Donghao, CHENG Mingming, ZHOU Dashuang, YU Zhijie, CHEN Wen

【Serial Parameters】 CN13-1222/R * 1998 * t * A4 * 120 * zh * p * ¥15.00 * 22 * 2021-22

· 他山之石 ·

【编者按】当前，已经有越来越多的共识：如果要实现全民健康覆盖，卫生服务的购买必须更加积极和更具战略性。购买服务是筹集资金和高效提供高质量卫生服务之间的关键联系。2020年2月，中共中央国务院《关于深化医疗保障制度改革的意见》（以下简称《意见》）也提出“发挥医保基金战略性购买作用，推进医疗保障和医药服务高质量协同发展”。要实现战略性购买，作为最大购买方的医疗保障部门也面临更多的挑战。《意见》中也明确要求“推进医保治理创新”。由于医疗服务市场的特殊性，传统医保治理主体作为患者的代理人购买医疗服务过程中，难以与医疗服务的提供方直接对话，也难以解决医疗服务市场中存在的信息不对称问题并代替患者购买服务。临床医生的加入能够有效解决这一问题。全科医生是居民健康的“守门人”，也是控制医疗费用支出的“守门人”。全科医生参与购买有四大好处：一是全科医生与患者直接接触，了解患者；二是全科医生在一线工作，对可获取的服务非常了解；三是全科医生的临床经验使得其有能力跟其他医生对话，能够对其他医生的服务提出挑战和疑问，有利于改进购买；四是临床医生和管理者的共生关系使得全科医生和管理者的工作效率远远超过各自独立工作。本文就全科医生参与购买卫生服务的经验详细全面地介绍英国临床委托服务组织（CCGs）的构成、功能和筹资模式等，可以为我国全科医生参与实施战略性购买提供借鉴。敬请关注。

英国卫生服务购买经验及启示

张小娟^{1, 2*}, 朱坤³



扫描二维码查看
原文 + 培训视频

【摘要】战略性购买是我国提高医保资金利用效率的关键举措。英国卫生筹资制度虽然不是社会医疗保险模式，但其卫生服务购买组织——临床委托服务组织（CCGs）为我国实施战略性购买提供了一些有益的经验。推行初级卫生保健是实现“人人享有卫生保健”的关键和基本途径。全科医生加入并领导CCGs使得采购组织能够直接了解患者需求，而且有能力跟卫生服务提供方对话，这是实施战略性购买的基本前提。另外，CCGs是自下而上由全科诊所自发形成的，有不同的规模和治理结构，完全基于各地的实际需要并有助于满足群众的需要，有利于确保服务质量的持续改进、减少不公平、保障选择权和患者参与，并促进整合型卫生服务的提供，减少住院服务利用，提高资金利用效率。

【关键词】临床委托服务组织；整合型服务；战略购买

【中图分类号】R 197 【文献标识码】A DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.203

张小娟, 朱坤. 英国卫生服务购买经验及启示 [J]. 中国全科医学, 2021, 24 (22): 2757-2764. [www.chinagp.net]

ZHANG X J, ZHU K. Healthcare procurement of clinical commissioning groups in the UK: experience and implications [J]. Chinese General Practice, 2021, 24 (22): 2757-2764.

Healthcare Procurement of Clinical Commissioning Groups in the UK: Experience and Implications ZHANG Xiaojuan^{1, 2*}, ZHU Kun³

1. Institute of Medical Information, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100020, China

2. School of Public Administration and Policy, People's University of China, Beijing 100872, China

3. Chinese Academy of Fiscal Sciences, Beijing 100142, China

*Corresponding author: ZHANG Xiaojuan, Associate professor; E-mail: zhangxiaojuan@imicams.ac.cn

【Abstract】Strategic procurement is a key way to improve the utilization efficiency of health insurance fund. The financing of England is not the bismarck model, but Clinical Commissioning Groups (CCGs) still can provide some experience for strategic procurement in China. The promotion of primary healthcare is important to achieve "healthcare for all". General practitioners being involved and responsible for CCGs enable purchasers to have a good understanding of residents' healthcare needs, so that they can communicate with suppliers more effectively, which is the essential premise of implementing strategic

基金项目：国家自然科学基金资助项目（71573276）

1.100020 北京市，中国医学科学院医学信息研究所 2.100872 北京市，中国人民大学公共管理学院 3.100142 北京市，中国财政科学研究院

*通信作者：张小娟，副研究员；E-mail: zhangxiaojuan@imicams.ac.cn

本文数字出版日期：2021-05-28

procurement. CCGs are formed by general practice clinics spontaneously using a bottom-up approach, which are totally built on the special local situation with differences by scale and governing structure, aiming to help to satisfy residents' healthcare needs, ensure continuous improvement of service quality, reduce healthcare inequality, ensure the right for choosing healthcare and patient participation, promote the provision of integrated health services and reduce the use of inpatient services.

【Key words】 Clinical commissioning groups; Integrated care; Strategic purchasing

卫生服务筹资方式主要包括俾斯麦模式（社会医疗保险）和贝弗里奇模式（国民卫生服务）两种，而英国是后者的创始者和代表。一直以来英国国家医疗服务体系（National Health Service, NHS）面临缺乏竞争、效率低下的问题，为了解决这个问题，20世纪90年代英国在NHS内部引入了购买制度，形成内部市场，以促进竞争。购买组织的形式不断发展变化，直到临床委托服务组织（Clinical Commissioning Groups, CCGs）成立。

我国虽然实行社会医疗保险制度，但要提高医保基金的利用效率，实施战略性购买是关键。我国政府近年来一直在探索医保支付方式改革，试图改进医疗服务利用结构，实现分级诊疗和控制医疗费用过快增长，尽管局部的改革取得了一定成效，但整体来看战略性购买有很大的改进空间。英国的CCGs是全科医生参与购买的创新和探索，能为我国实施战略性购买提供一定借鉴。

1 什么是 CCGs?

1.1 CCGs 的定义 Commissioning 代表了一些专业技术人员所做的一系列活动：评估需要、规划和采购服务（procurement），监测服务质量。而 Clinical Commissioning 就是让临床医生在这些活动中承担主要角色。CCGs 最早在2010年提出，但一直以较隐蔽的方式运行，直到2012年作为英国健康和社会保健法案（the Health and Social Care Act）的一部分被建立，并于2013年4月取代初级保健基金会（Primary Care Trusts, PCTs），成为英国NHS大多数服务的代理人。CCGs是英国政府卫生保健系统改革的重要组成部分，是NHS的法定机构，负责规划和采购卫生保健服务。CCGs的支柱是全科诊所成员，作为成员，每一个诊所都要任命代表参加会议，代表可以是全科医生也可以是其他人员，比如诊所的经理。

1.2 CCGs 的发展 早在20世纪90年代，英国将卫生服务的购买和提供区分开来以形成内部市场时，购买的概念就已经引入NHS，但是大多都没能成功为患者带来预期的益处^[1-2]。自此，因为缺少成功的临床参与和周期性的结构性重组，购买的组织形式不断变化。但当时

已经有广泛的共识，即临床医生的积极参与对于有效的购买是必不可少的^[3-5]，否则购买方不能有效地质疑提供方，也没有足够的能力改变服务^[6]。

CCGs 是英国增加临床医生参与当地服务规划和采购的第4次尝试，在此次尝试中全科医生处在购买过程的最前线。将购买和规划地方卫生服务的责任交给当地全科医生的逻辑在于全科医生日常工作跟患者接触，能够深度了解患者，因此其有能力设计卫生服务以最好地满足患者需要^[7]。CCGs跟全科医生的密切联系也使得CCGs有能力转变医院外服务的提供方式，这也是NHS未来几年改革的关键^[8]。

CCGs 成立后，初级卫生保健基金会的购买功能分解给了3个组织：CCGs、地方行政部门（管理公共卫生预算）和NHS的27个区域团队（负责初级保健和专科服务，确保CCGs行使责任并为其提供支持）。CCGs有很多法定责任，有些责任原先不属于PCTs，如：以患者为中心，确保服务质量的持续改进，减少不公平，保障选择权和患者参与，促进整合、创新和研究。

1.3 CCGs 的规模 英国NHS采购组织的结构和覆盖人口的变化反映了规模采购和考虑地方需要的平衡。大规模采购能够减少采购成本并分散经济风险；而考虑地方性需要则依靠临床医生的专业知识，而且可能需要采购组织覆盖较小的人群。采购组织没有确定的理想规模，基于不同的目的需要覆盖不同的人口。如某些罕见病或者花费非常高的疾病需要较大人群覆盖来分担小部分高费用患者的支出，而某些当地的服务，采购组织需要足够的地方化，以便充分了解地方背景和利益相关者的信息。基于服务的类型和经济风险，采购组织能够在不同人群规模间合作，因此采购组织需要一定的弹性安排。

2012年CCGs成立之初，一些全科诊所联合在一起申请CCGs授权。这些不同的小团体受到很多因素的影响：患者流、地方人口的差异、专业关系，以及基于人口的筹资和运行费用限制。这种自下而上的聚集过程造成了CCGs的规模差异很大。最小的CCGs覆盖78 000人口，最大的覆盖130万人口^[9]。每个CCGs负责为成员诊所的签约人群购买服务。CCGs经历数次正式的

合并，数量从 211 个减少到 2019 年 4 月的 191 个。

1.4 CCGs 的治理 CCGs 有很多复杂的治理安排，而且差异较大。有些 CCGs 会跟其他的 CCGs 合作和形成联盟，其会联合购买或分担风险或共享管理人员。如有些 CCGs，尤其是覆盖人口较少的 CCGs，经常会跟其他 CCGs 合作；在有些地区，一个 CCGs 被指派为主要采购者，以减少购买负担，并跟提供者的管理相协调；在有些地区，CCGs 会共享高级管理职位或者共担经济风险。至少，相邻的 CCGs 都会互相沟通活动信息。大多数 CCGs 会有一些地方性机构来支持全科医生加入，并有地区优先性。

CCGs 内部治理安排主要有 3 种：治理机构、成员理事会和执行团队。CCGs 的治理机构负责主要的决策，由选举的全科医生担任主席，还包括全科诊所成员代表，执行团队成员，医院的医生、护士、业外人士（可能来自志愿部门）和其他当地合作方成员。CCGs 的治理机构必须包括除全科医生之外的临床医生，但是法律层面对此要求很低，只要求每个 CCGs 有一个护士和一个二级医疗机构的医生，而且不能跟 CCGs 的责任有利益冲突^[10]。治理机构的具体组成有差别，有些 CCGs 允许非全科医生担任代表，但有些 CCGs 要求必须是卫生技术人员担任代表。某些成员会关注 CCGs 某个具体领域，如业外人士主要负责患者公众参与。

大多数 CCGs 都有成员理事会，具体职能有所不同，但一般都代表了成员，同时跟治理机构和执行团队保持联络。成员理事会需要同意 CCGs 的价值观，并且支持 CCGs 的计划和任何变更。较大规模的 CCGs 成员理事会包括所有的诊所代表，较小规模的 CCGs 仅包括地方性代表。

执行团队是 CCGs 的雇员，负责管理 CCGs 的日常活动。执行团队的规模取决于 CCGs 有多少活动已经外

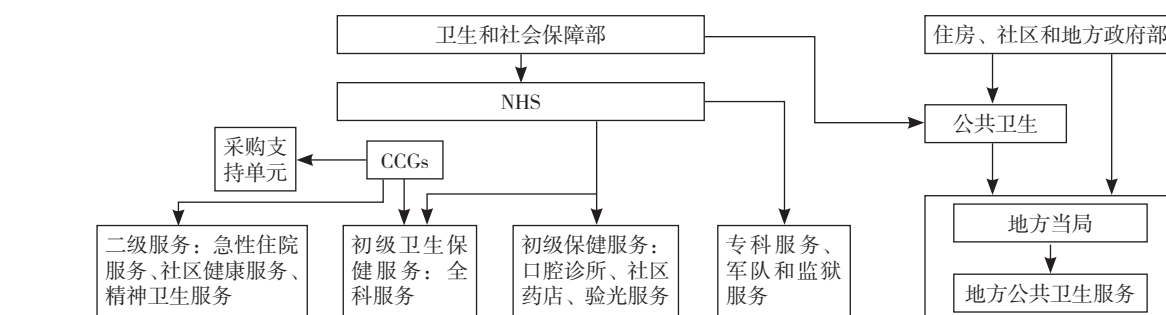
包。执行团队由一个法律上负责 CCGs 活动的官员领导，官员可能是医生，但实际上更可能是专业经理。

1.5 CCGs 与其他购买组织的比较 CCGs 有很多独特之处：一是英国所有全科诊所都必须成为 CCGs 的成员，其可以选择加入哪一个 CCGs，但英国 NHS 最终决定一个诊所是否可以加入某个 CCGs 或者是否可以改变成员单位^[11]。每一个诊所都必须任命一个全科医生代表诊所跟 CCGs 讨论，这些诊所代表将全地区的全科医生和 CCGs 紧密联系起来。二是 CCGs 作为法定机构，必须承担一定的法律职责，并有一些结构上的要求来确保管理好和对公众负责。三是 CCGs 控制真正的预算而不是名义预算。在英国以前的购买模式中，法律责任都在临床医生之上的管理层面，比如卫生行政部门或者 PCTs，这些组织提供一个安全网，防止临床医生不能很好地控制费用或不能恰当地完成责任。而 CCGs 是自治组织，面对全部的经济风险。四是跟其他法定机构不同，CCGs 是会员制机构。作为会员制单位，CCGs 除了对英国 NHS、患者和其他人负责外，还要对会员诊所负责，反过来也是如此^[12]。

2 CCGs 做什么及怎么做

2.1 CCGs 的功能 为了便于理解 CCGs 的功能，采用图 1 展示英国卫生服务购买和筹资的整体结构。卫生和社会保障部负责卫生筹资，对议会负责。NHS 对卫生和社会保障部负责，确保采购系统恰当运行，并采购专科服务（如罕见病的治疗）和初级保健服务、军人和司法部门健康服务，其可以独立完成也可以跟 CCGs 合作^[13]。NHS 也是负责监督 CCGs 的法定机构：其一方面需要让 CCGs 承担责任，并对 CCGs 的绩效进行年度评估；另一方面需要支持 CCGs 来改进健康结果。

CCGs 对 NHS 负责，主要是计划和采购二级服务，并配合 NHS 采购全科服务。目前 CCGs 控制了约三分



注：NHS= 国家医疗服务体系，CCGs= 临床委托服务组织

图 1 英国卫生服务的购买和筹资结构

Figure 1 The purchasing and financing structure of NHS of England

之二的 NHS 预算。2018—2019 年度, NHS 经费共计 1 138 亿英镑, 其中 844 亿英镑由 CCGs 负责购买^[14]。CCGs 的代表也是地方健康和福利局 (the Local Health and Wellbeing Board, HWB) 的法定成员。HWB 负责战略需要评估和健康与福利战略, CCGs 在制定采购计划时必须考虑这些因素。

2013 年成立之初, CCGs 管理除初级卫生保健和专科服务外的绝大多数卫生服务 (二级和社区卫生保健服务)。采购初级卫生保健服务的责任由 NHS 负责, 以避免 CCGs 的全科医生小组采购其自己诊所的服务时存在利益冲突问题^[15-16]。2015 年 4 月开始, NHS 将购买初级卫生保健服务的责任也移交给 CCGs。这主要是考虑到 CCGs 掌握当地人口健康的需要, 而且其承担采购整合性服务的责任, 因此好处是大于利益冲突的。改革的目的是鼓励临床医生在规划当地卫生服务和决定 NHS 基金如何支付方面发挥更大的作用。因此 CCGs 承担初级卫生保健服务的采购, 包括设计、监督、谈判和终止合同, 设计当地的激励机制, 建立新诊所的决策, 负责诊所合并的批准。到 2018 年 4 月, 178 个 CCGs (占 91%) 已经承担了采购全科服务的全部责任, 其他的要么跟 NHS 联合采购, 要么跟 NHS 团队合作更加紧密。新的责任使得 CCGs 有机会改变全科诊所, 但也使得决策更频繁地面临利益冲突的风险^[17]。目前有些 CCGs 还承担了购买专科服务的责任。将购买责任从 NHS 转移给 CCGs 使得 2012 年时存在的购买碎片化减少, 但是额外的责任并没有获得额外的资金支持, 很多 CCGs 都在用更少的资源提供更多的服务。

2.2 CCGs 购买初级卫生保健服务 CCGs 了解初级卫生保健和当地的需要, 让 CCGs 采购初级卫生保健及其他服务, 有助于服务改进策略的发展、初级卫生保健的创新及初级卫生保健的新投资, 最终改进服务质量, 使得初级卫生保健更有吸引力, 促进卫生人员招募和留住人才。如 CCGs 跟 NHS 共同采购初级卫生保健服务被认为有助于减少初级、社区和二级服务之间的传统界限, 能够促进整合和以人为中心的卫生服务提供, 并符合战略性购买的概念^[8]。

CCGs 在执行购买初级卫生保健服务的职责时必须咨询其成员, 有些 CCGs 采取投票的方式。目前主要有三种采购模式: 一是更广泛的参与, 即 CCGs 会影响当地全科服务采购, 但不会发挥主导作用, 没有正式的过程; 二是联合采购, CCGs 跟 NHS 地区团队建立联合委员会, 保持参与购买初级卫生保健的决策过程, 但是分

配资金仍然是 NHS 的责任; 三是采购权下放, CCGs 领导初级卫生保健的采购并为预算负责。2014 年初级卫生保健采购转移给 CCGs 时, 大多数都选择了联合采购模式, 因为不确定在没有额外资源投入的情况下, 会转给其多少责任。2018 年 4 月, 209 个 CCGs 中的 178 个选择了采购权下放的安排^[18]。

2.3 CCGs 购买功能的实现 为了完成法定责任, CCGs 需要实施一系列活动: 跟其他地方组织, 包括卫生服务提供者和地方当局, 评估和规划当地的健康需要; 从各种卫生服务提供者采购服务, 包括急诊住院基金、精神卫生基金、社区健康提供者、急诊基金、全科诊所、NHS 111 个提供者、患者转运提供者和其他的公共和私立的部门; 通过合同管理监测服务质量, CCGs 管理的合同书可以达到数百个, 合同的大小和复杂性差异很大; 促进系统的整合及不同提供者和部门的整合; 其他的活动, 包括为儿童和成人提供保护, 实施持续的卫生保健评估和改进药物的处方。

CCGs 可以选择不同的方式实现购买功能, 或者自己完成, 或者以小组的形式 (某个 CCGs 主导) 跟其他地方机构合作, 或利用外部的采购支持, 但 CCGs 的法定责任不能分配给其他组织。很多 CCGs 成立之初就建立联合工作安排, 比如共享一个资深管理团队。CCGs 可以自己采购一些服务, 也可以在一个 CCGs 小组内采购其他服务, 由一个 CCGs 承担管理合同的责任, 比如急诊服务通常就是通过 CCGs 小组形式采购。

CCGs 相比 PCTs 要小得多, 因此需要依赖外部资源。提供外部支持的主要是采购支持单元 (Commissioning Support Units)。大多数采购支持单元保留了一些 PCTs 的成员和经验, 并且提供当地的、实用的采购支持, 比如采购信息、合同管理、商务智能、服务重新设计、交流、公众与患者参与。英国有很多登记的采购支持单元, 每个 CCGs 可自主选择跟任何一个采购支持单元签约, 或者所有服务都自己提供, 不利用外部资源。

2.4 CCGs 的运行成本 CCGs 对 NHS 负责, 后者每年对 CCGs 进行评估。CCGs 的运行费用仅占总支出的很小一部分。而且 CCGs 每年的实际运行支出都小于预算支出。2014—2015 年度, 运行费用预算为 13.5 亿英镑 (25 英镑/人), 2015—2016 年度减少 10%, 为 12.1 亿英镑 (21 英镑/人), 2018 年 11 月, NHS 确认 2020—2021 年运行经费再减少 20%, 见表 1。

3 CCGs 和整合型服务

3.1 英国整合型服务的规划 整合型服务是国际上普

表1 CCGs运行经费预算和实际支出
Table 1 CCGs operating budget and actual expenditure

年度	预算运行成本 (×10亿英镑)	实际运行成本 (×10亿英镑)	比预算少支出 (%)
2014—2015	1.35	1.23	9
2015—2016	1.21	1.15	5
2016—2017	1.21	1.13	6
2017—2018	1.21	1.13	7

注: CCGs=临床委托服务组织; 数据来源于英格兰国家审计局分析 CCGs 年度报告和会计数据

遍追求的目标。不同卫生服务提供者之间卫生服务的碎片化是很多国家都存在的问题^[19]。初级卫生保健和二级服务、治疗和预防及不同专科服务之间一直在寻求整合。初级卫生保健作为卫生系统的基石被认为在整合卫生系统中发挥重要作用^[20]。英国全科医生充当“守门人”的模式,被认为是促进整合的有效机制^[21]。2014年NHS发布五年规划(NHS Five Year Forward View),提出要改变卫生服务来满足人群的需要,要求跨组织边界整合服务,强调预防,以及患者、社区能够更多地控制自己的健康。2015年12月,NHS规划指南宣布建立可持续和转变规划(Sustainability and Transformation Plans, STPs),作为促进实现五年规划的动力。2019年1月英国发布NHS长期规划,到2021年整合的保健系统将覆盖整个国家。

另外,2016年NHS引入了属地规划(place-based planning)的概念,即在按机构规划的同时要有针对当地居民的整体规划。多年以来,NHS一直强调每个机构的独立和自主性,但这对于其服务的居民和患者是不合理的。基于属地规划,NHS提供者和购买机构联合编写STPs,用来处理经济上面面临的挑战。2016年英格兰建立44个可持续和转变伙伴关系,2018年,其中3个合并,现在还有42个。每一个STPs平均包括5个CCGs,但是实际上1~12个。CCGs在发展和执行这些STPs中发挥了主要作用。这种新的规划过程表示CCGs独自购买服务,但是一些高层次的决定如何实现转变,将会跟当地其他CCGs和提供者一起讨论。这也是走向基于属地规划卫生服务提供的一步,而提供者和购买者之间不仅仅是竞争,更多的是超越组织边界合作为患者提供服务^[22]。这种合作进一步混淆了购买者和提供者之间的界限,提供者在决定卫生服务如何提供方面发挥更重要的作用。

3.2 整合型服务的典型做法 英国整合型服务是让各组织作为整合的系统更紧密地合作承担综合性的责任来

改进人群健康。但英国并没有单一的整合型模式,每一个地区根据当地的情况发展不同的模式。英国有很多联合购买的例子,如NHS购买者和社会服务购买者联合;CCGs购买很多新型的服务,如多学科的社区提供方(Multispeciality Community Provider)、初级保健和急诊服务系统(Primary and Acute Care System)、初级保健之家(Primary Care Home)等。再如伦敦东部地区成立了社区治疗团队,提供完全整合的服务,包括社会服务和卫生保健服务;CCGs负责购买社区治疗团队的服务,但CCGs并非单打独斗,跟地方当局、医院都有紧密的合作。社区治疗团队服务使得患者能够在家里接受服务,减少了患者对住院治疗的依赖。

CCGs购买整合服务的合同有很多种,如主合同模式(a prime contract)和联盟合同模式(an alliance contract),前者又包括主承包商模式(prime contractor model)、主提供者模式(prime provider model)。主承包商模式是指CCGs跟一个组织签约,这个组织负责其他提供者根据合同规定提供服务的日常管理。而主提供者模式除了管理提供者外,也直接提供服务。联盟合同模式是一些独立的提供者跟CCGs签订同一个合同提供服务,合同内的所有提供者和购买方一起承担风险和责任。实际上,这些合同在实践中如何激励提供方紧密合作并没有清晰的分界线,而以合同的具体条款作为合作的杠杆。合同的目标是让提供者者为结果负责,让提供者优化不同服务提供者之间的空隙,转变资金在提供者之间的流动。这两种模式均是关注某一个特定人群(如老年人)或者某种疾病(如骨骼肌肉保健)。

4 CCGs的筹资

NHS的资金分配是按照一定的公式将中央的资金分配给地方。2019—2020年度,NHS的人头资金平均为1 318英镑,最高的是Knowsley CCG,为1 742英镑,最低的是Oxfordshire CCG,为1 091英镑。人头经费最高的10个CCGs都在东北和西北地区。资源分配的核心原则是分配最终要保障这个国家所有有同样需要的人有同样的机会获得服务。如果每个地区的人群都有同样的需要,并且满足这些需要的成本相同,那么筹资分配的公式就很简单,只需要按人头分配即可。但是成本(人员、土地、建筑成本)和需要(年龄、健康状况和贫穷水平)是不同的,因此就需要按一定的权重来分配。

从1971年开始,资金的分配考虑人口、性别、年龄3个因素,20世纪90年代增加了贫穷程度这一因素。资金分配的具体原则周期性调整,因此每个指标的权重

也会变化。当前权重计算公式基于:年龄相关的需要(更年老的人群需要更多服务,其他人需要相同),高于年龄相关的需要(如健康状况),没有满足的需要和健康不平等的调整,不可避免的提供卫生服务的高成本。这些权重因素表明,覆盖更年长的人群、在城市地区或者在更贫穷地区的 CCGs 应该有更多的资金分配。没有满足的需要用 75 岁以下人群的标化死亡率来反映。不可避免的成本主要由 3 个因素反映:市场压力因素(如伦敦的人工、土地和建筑成本高于其他地区)、急诊费用调整、贫乏(sparity)调整。市场压力因素主要包括四部分:临床和口腔医生人力成本、其他人员、土地和建筑。在 NHS 内部,支付率由国家决定,因此差异相对较小,但是间接支付成本的差异很大,如职位空缺比率、员工流动率和代理员工的使用。急诊费用调整主要是不同地区提供急诊服务的成本,尤其是人口较少地区和大都市。贫乏调整主要是偏远地区医院不可避免的高成本,因为这些医院的活动水平很低,很难高效运行^[23]。

5 CCGs 面临的挑战和对策

5.1 全科医生实际参与 CCGs 的程度参差不齐 全科医生参与 CCGs 的水平差异很大,但是一般来说,CCGs 的临床参与水平要远远大于以前其他形式的购买组织^[24]。虽然很难实现所有的全科医生都愿意参加 CCGs,但是要确保 CCGs 能够创新和执行新的服务提供模式,促进参与或者至少减少不参与是至关重要的。实际上,虽然全科诊所是 CCGs 会员,但是大多数全科医生跟 CCGs 直接接触很少。有些有领导职位的,如治理机构的成员、临床领导或者全科诊所代表,对于确保购买决定能够接受临床观点和全科医生关于当地居民需要的认知非常重要。

要确保购买由临床医生领导,CCGs 需要招募那些愿意承担额外责任的医生并且确保这些人能够获得恰当的支持来完成其工作,而且其时间能有效利用。因为全科医生时间紧张,而 CCGs 领导岗位需要花费大量时间,因此很难找到全科医生担任领导岗位^[25]。

尽管总体的参与水平保持稳定,但是没有正式职位(在 CCGs 内部治理中有正式职位)的全科医生感到其对购买决定的影响很小(2016 年只有 20% 觉得自己能影响 CCGs 的决定),其不能充分了解 CCGs 的意图,或者不能感觉到 CCGs 的决定反映了其观点,大多数并未感到 CCGs 归成员所有(23% 感到 CCGs 归成员所有或者感到 CCGs 是全科医生的组织),而且情况在恶化。

原因可能有两个:一是 CCGs 经理对购买决定的影响要大于全科医生对治理机构的影响;二是 CCGs 的领导没有足够的时间和资源去充分咨询其成员。

有证据显示领导层面临临床参与的可持续性有一定风险,因为尽管大多数领导人表示想继续留在其岗位,但是随着较大规模全科诊所数量的增加,越来越多的全科医生有竞争领导职位的热情,竞争越来越激烈。另外,有全科医生认为,CCGs 并没有改进全科服务的质量和患者体验。

5.2 利益冲突问题 临床参与采购可能会导致采购决定受到全科医生个人利益的影响,尤其是采购全科服务时。有研究发现,除全科医生自己诊所存在利益关系外,1/3 的全科医生治理机构成员跟其他的提供者存在利益关系^[26]。

委托代理理论能很好地解释 CCGs 采购初级卫生保健服务存在的利益冲突问题。委托人以合同的形式将一些任务委托给代理人执行,如果代理人和委托人的目标一致或者委托人有充足信息就没有任何问题。否则,如果委托人和代理人都寻求自身利益的最大化,委托人和代理人之间就会发生利益冲突。委托人可以通过恰当的激励限制代理人按照自己的利益行动,也可以监测代理人的活动^[27-28]。如在一个企业,公司股东可以看作委托人,将公司的管理委托给董事会,监测管理活动很难,而且所有的股东都可以从一个股东的监测中获益,这就导致了股东的“搭便车”思想,反过来就会减少某个股东采取监督活动的可能性。因为缺少监督,再加上管理人员和所有者之间的利益分歧,就会导致管理者牺牲股东的利益、追求自身的利益而带来利益冲突^[29-31]。CCGs 可以看作 NHS 的代理人,而 NHS 是纳税人的代理人,承担支出公共资金的责任。全科医生承担这些资金的管理功能,可以直接获得经济和非经济利益,或者非直接利益,由于缺少充足的监督,全科医生有追求跟 NHS 矛盾的自身利益的潜在利益冲突。

6 对我国的启示

6.1 全科医生参与采购对于实现战略性购买至关重要

近几年我国一直强调发挥医保的战略性购买功能,强调医保在三医联动中的杠杆作用。医保作为第三方支付机构,掌握了大量资金,能够通过医保政策来引导医疗服务高效率提供。但医保基金管理机构人员较少,且大多是非临床专业人员,对医疗服务购买的专业知识掌握有限,难以实现战略性购买的目标。英国在形成医疗

服务内部市场时,一直强调临床医生参与购买过程,CCGs是由全科医生参与并领导的机构,负责医疗服务的购买。全科医生参与购买有四大好处:一是全科医生与患者直接接触,了解患者。全科医生参与CCGs代表签约人群购买服务,全科医生很容易发现问题,如哪些服务没有提供,哪种服务方式不合适,而且能够解决这些问题。我国当前大力发展全科医生制度,国务院办公厅发布《关于改革完善全科医生培养与使用激励机制的意见》(国办发〔2018〕3号),提到全科医生在基本医疗卫生服务中发挥着重要作用,要求加强全科医生的培养,让全科医生和家庭医生团队做好医保控费方面的“守门人”。按照顶层设计的预期,全科医生将成为改变医疗资源“倒三角”结构的关键,而且通过全科医生首诊把关,把患者下沉社区后,能切实促进基层医疗卫生服务的公平可及,同时还能避免医疗服务的过度消费,对医保控费亦有益处,但是全科医生代表患者去购买患者需要的各种服务还有很长的路。二是全科医生在一线工作,对可获取的服务非常了解,跟各种各样的提供者都有联系,包括社会服务和其他政府机构。三是医生和医生的对话。全科医生的临床经验使得其有能力跟其他医生对话,能够对其他医生的服务提出挑战和疑问,这有利于改进购买,而这些显然是非临床专业的管理者做不到的。我国医保部门作为购买方,在无临床医生参与的情况下,难以在购买过程中与医疗服务提供方直接对话。四是临床医生和管理者的共生关系。全科医生和管理者的共生关系是一加一大于二的,其共生关系使得工作效率远远超过各自独立工作。全科医生和管理者彼此需要,而且绩效明显改进。管理者可能关注于形成政策和策略,比如政策形成过程中引导方向,撰写政策文稿、计划及跟外部的联络;而全科医生可以专注于临床相关的事情。

6.2 CCGs发挥战略性购买功能,减少住院服务利用,控制卫生费用过快增长 我国三大基本医保制度以“保大病”为主,医保支付倾向于保障住院服务,对门诊服务的覆盖程度轻,存在一定程度的门诊转住院,住院服务需求不断增长,刺激我国各级医院床位不断增加,床位供给的增加又反过来进一步诱导需求,最终导致我国住院率不断攀升,从2010年的10.59%增长到2018年的18.27%,住院率的快速攀升带来医疗费用的飞速增长,医保基金面临赤字风险,患者个人负担难以下降。英国预算和采购责任整合到CCGs一个采购方,为一个

地区的人口采购初级保健、社区服务和二级服务,使得资源在不同部门间转移,促进服务提供的进一步整合,而且可以创造条件支持能够提供新型整合服务的组织,最终更多的服务在医院外提供。而且从患者角度来说,服务更加整合、更有效率、更有效、更便宜。CCGs采购强调人群的需要,在一定的地理范围内,利用固定的预算和关注结果导向的采购^[32-33]。这跟国际上强调的战略性购买十分一致,也进一步证明购买在刺激形成新的整合服务模式方面有很重要的作用^[34]。我国三大医保已经归于医保局管理,医保局作为强大的购买方可以借鉴CCGs的做法,发挥战略性购买功能,减少住院服务利用。

6.3 CCGs由全科诊所自下而上主动聚集而成,并根据各地实际情况采取不同形式的整合服务 目前我国医疗服务存在严重的碎片化,不同医疗机构间甚至同一医疗机构内部不同科室间难以提供整合型服务。为了促进卫生服务整合,国家卫生健康委倡导实施县域医共体模式。各地在国家政策文件的引导下,探索了不同的医共体模式,有一些成效,但仍存在大医院借此“跑马圈地”、基层医疗卫生机构提供服务不断“萎缩”等问题。英国CCGs并不是NHS自上而下安排、规划形成的,而是由全科诊所自下而上聚集而成,各地根据地方的医疗服务需要和地方的特定情况,CCGs有不同规模和运作形式。英国CCGs成立以来,作为采购组织,CCGs购买了很多整合型服务,如多学科治疗小组、出院处理小组等,将全科医生、专科医生、社会组织等联合起来提供整合型服务,减少对住院服务的依赖。

作者贡献:张小娟负责资料的收集、整理和文章的撰写;朱坤对文章的结构和内容提出了修改意见。

本文无利益冲突。

参考文献

- [1] Health Committee. Commissioning: fourth report of session 2009—2010 [R]. London: House of Commons, 2010.
- [2] MAYS N, DIXON A, JONES L. Understanding new labour's market reforms of the English NHS [R]. London: the King's Fund, 2011.
- [3] SMITH J, CURRY N, MAYS N, et al. Where next for commissioning in the English NHS? [R]. London: Nuffield Trust, 2010.
- [4] MCDERMOTT I, COLEMAN A, PERKINS N, et al. Exploring the GP' added value' in commissioning: what works, in what circumstances, and how? [R]. PRU Comm: University of Manchester, 2015.
- [5] MILLER R, PECKHAM S, COLEMAN A, et al. What happens

- when GPs engage in commissioning? Two decades of experience in the English NHS [J]. *Journal of Health Services Research and Policy*, 2015, 21 (2): 126–133. DOI: 10.1177/1355819615594825.
- [6] Secretary of State for Health. Government response to the NHS future forum report [R]. London: Department of Health, 2011.
- [7] Department of Health. Equity and excellence: liberating the NHS [R]. London: the Stationary Office, 2010.
- [8] NHS England, Care Quality Commission, NHS Health Education England, et al. The NHS five year forward view [R]. London: National Audit Office, 2014.
- [9] NHS England. A review of the role and costs of clinical commissioning groups [R]. London: National Audit Office, 2018.
- [10] NAYLOR C, CURRY N, HOLDER H, et al. Clinical commissioning groups Supporting improvement in general practice? [R]. London: the King's Fund Nuffield Trust, 2013.
- [11] NHS England. CCGs improvement and assessment framework 2016/17 [R]. London: NHS England, 2016.
- [12] IMISON C, ASHTON B, STEWARD K, et al. Good governance for clinical commissioning groups: an introductory guide [R]. London: the King's Fund, 2011.
- [13] DEPANI N. Practical guide to engaging with clinical commissioning groups [R]. London: Compact Voice, 2015.
- [14] Department of Health and Social Care. Department of health and social care annual report and accounts 2018—2019 [R]. London: Department of Health and Social Care, 2019.
- [15] MCDERMOTT I, CHECKLAND K, WARWICK-GILES L, et al. Understanding primary care co-commissioning: uptake, scope of activity and process of change. Interim report [R]. Manchester: Policy Research Unit in Commissioning and the Healthcare System, 2016.
- [16] MCDERMOTT I, CHECKLAND K, COLEMAN A. Primary care co-commissioning: challenges faced by clinical commissioning groups in England [J]. *Br J Gen Pract*, 2018, 68 (666): 37–38. DOI: 10.3399/bjgp17X694325.
- [17] ROBERTSON R, HOLDER H, ROSS S, et al. Clinical commissioning: GPs in charge? [R]. London: the King's Fund and Nuffield Trust, 2016.
- [18] NHS England. Clinical commissioning groups (CCGs) with delegated and joint arrangements as of 1 April 2018 [R]. London: NHS England, 2018.
- [19] GRUNDMEIJER H. General practitioner and specialist: why do they communicate so badly? [J]. *Eur J Gen Pract*, 2009, 2: 53–54. DOI: 10.3109/13814789609162141.
- [20] VALENTIJN P P, SCHEPMAN S M, OPHEIJ W, et al. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care [J]. *Int J Integr Care*, 2013, 13: e010. DOI: 10.5334/ijic.886.
- [21] CALNAN M, HUTTEN J, TILJAK H. The challenges of coordination: the role of primary care professionals in promoting integration across the interface [M] //SALTMAN R B, RICO A, BOERMA W, et al. Primary care in the driver's seat? Organisational reform in European primary care. Berkshire, England: Open University Press, 2006: 85–104.
- [22] HAM C, ALDERWICK H. Place-based systems of care: a way forward for the NHS in England [R]. London: The King's Fund, 2015.
- [23] RACHAEL H. NHS Funding Allocations: Clinical Commissioning Groups [Z]. 2019.
- [24] HOLDER H, ROBERTSON R, ROSS S, et al. Risk or reward? The changing role of CCGs in general practice [R]. London: the Nuffield Trust, 2015.
- [25] BAIRD B, CHARLES A, HONEYMAN M, et al. Understanding pressures in general practice [R]. London: the King's Fund, 2016.
- [26] IACOBUCCI G. BMJ investigation finds GP conflicts of interest "rife" on commissioning boards [R]. London: British Medical Journal Website, 2013.
- [27] JENSEN M C, MECKLING W H. Theory of the firm: managerial behavior, agency costs and ownership structure [J]. *J Financ Econ*, 1976, 3: 305–360. DOI: 10.1016/0304-405X(76)90026-X.
- [28] SMITH P C, STREET A, SMITH P C, et al. Concepts and challenges in measuring the performance of health care organizations [M] //JONES A. The elgar companion to health economics. Cheltenham: Edward Elgar, 2012: 341–349.
- [29] HART O. Corporate governance: some theory and implications [J]. *Economic Journal*, 1995, 105 (430): 678–689. DOI: 10.2307/2235027.
- [30] INGLEY C B, VAN DER WALT N T. Corporate governance, institutional investors and conflicts of interest [J]. *Corporate Governance*, 2004, 12 (4): 534–551. DOI: 10.1111/j.1467-8683.2004.00392.x.
- [31] REHBEIN K. What does more executive discretion mean for corporate governance? [J]. *Acad Manag Perspect*, 2009, 23 (2): 101–103. DOI: 10.5465/amp.2009.39985547.
- [32] NHS Clinical Commissioners. Making strategic commissioning work: lessons from home and away [R]. London: NHS Confederation, 2017.
- [33] SIMON J. The changing commissioning landscape [R]. London: NHS Clinical Commissioners, 2017.
- [34] KLASA K, GREER S L, VAN GINNEKEN E. Strategic purchasing in practice: comparing ten European countries [J]. *Health Policy*, 2018, 122 (5): 457–472. DOI: 10.1016/j.healthpol.2018.01.014.

(收稿日期: 2021-01-27; 修回日期: 2021-03-12)

(本文编辑: 段淑娟)

· 全科医生职业发展 ·

【编者按】 2021年全国基层卫生健康工作会议中要求,不断扩充基层适宜卫生人才队伍,努力提升家庭医生签约和基本公共卫生服务质量。2018年印发的《国务院办公厅关于改革完善全科医生培养与使用激励机制的意见》指出,可通过建立相关的激励机制并逐步改善全科医生职业环境有效提升全科医生的职业吸引力。可见全科医生职业吸引力不足已成为制约基层卫生进一步发展的主要原因,而全科医生职业吸引力不足的主要表现形式为离职意愿高。高的离职意愿会使全科医生工作积极性降低、离职率上升,影响基层医疗卫生机构人才队伍的稳定性,甚至影响卫生服务的供给。本期“全科医生职业发展”通过SWOT分析全科医生职业吸引力的决定因素,并综述全科医生离职意愿,文章引用文献详实,分析问题结合当前国内国外现状,提出的建议有价值,有利于各地政府部门借鉴。敬请关注。

提升全科医生职业吸引力的SWOT分析

申鑫,冯晶,甘勇*,卢祖洵



扫描二维码查看
原文+培训视频

【摘要】 我国全科医生队伍人才短缺、人员留用困难的问题极大地影响着基层医疗卫生服务的发展,也给分级诊疗制度的落实与推进带来巨大挑战,亟须制定策略维护和提升全科医生的职业吸引力。本文基于SWOT分析法,探讨当下全科医学与全科医生队伍具备的优势与劣势,以及所面临社会环境的机会和威胁。提出:目前我国提升全科医生职业吸引力面临的优势在于广泛的政策支持、全科教育的持续发展及符合健康中国发展目标;劣势在于全科医生的社会认同不高及管理制度的缺乏;机会在于医药卫生体制改革、医联体建设和健康信息技术的发展;威胁在于具体医疗行为的限制及培养体系、硬件基础的缺乏。同时,文章在分析全科医生职业吸引力提升动因和面临挑战的基础上,制定符合全科医学发展方向的应对策略,包括增加财政支持力度、强化制度建设、拓宽晋升平台、优化团队配置等方面,以期提升全科医生职业吸引力,促进我国全科医生队伍可持续发展。

【关键词】 全科医生;职业吸引力;SWOT分析

【中图分类号】 R 197 【文献标识码】 A DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.152

申鑫,冯晶,甘勇,等.提升全科医生职业吸引力的SWOT分析[J].中国全科医学,2021,24(22):2765-2769.

[www.chinagp.net]

SHEN X, FENG J, GAN Y, et al. Enhancing the attractiveness of general practice as a career: a SWOT analysis [J]. Chinese General Practice, 2021, 24 (22) : 2765-2769.

Enhancing the Attractiveness of General Practice as a Career: a SWOT Analysis SHEN Xin, FENG Jing, GAN Yong*, LU Zuxun

School of Public Health, Tongji Medical College, Huazhong University of Science & Technology, Wuhan 430030, China

*Corresponding author: GAN Yong, Lecturer; E-mail: scswj2008@163.com

【Abstract】 In China, the shortage of general practitioners (GPs) and difficulties in retaining general practice talents have produced great effects on the development of primary healthcare services, and also brought great challenges to the implementation and promotion of the tiered healthcare system. So it is necessary to formulate policies to maintain and improve the attractiveness of general practice as a career. To this end, we performed a SWOT analysis based on an overview of domestic general practice and general practice workforce, and proposed the following ideas: strengths consist of extensive policy support, continuous development of general practice education and developmental significance similar to a goal of building a healthy China; weaknesses include low social identity for GPs, and lack of efficient manage system for GPs; opportunities cover the reform of the pharmaceutical and healthcare system, construction of the medical consortium, and development of health information technologies; threats contain lack of limitations for some medical practice behaviors, training system for GPs and appropriate hardware infrastructure. Then we put forward recommendations as incentive solutions to enhance the attractiveness

基金项目:国家自然科学基金资助项目(71804049);中央高校基本科研业务费资助项目(2020kfyXJJS059)

430030 湖北省武汉市,华中科技大学同济医学院公共卫生学院

*通信作者:甘勇,讲师;E-mail:scswj2008@163.com

本文数字出版日期:2021-05-21

of general practice as a career and promote the sustainable development of general practice, including increasing the financial support for general practices, strengthening the development of a management system for general practices, broadening the promotion platform for GPs, and optimizing the configuration of the GP team.

【Key words】 General practitioners; Occupational attractiveness; SWOT analysis

全科医生是指通过全科医学专业培养,在基层医疗卫生服务中提供综合型卫生保健服务的医师^[1]。作为全科医疗服务的主要提供者,全科医生在保障居民个人健康、降低其医疗费用支出等方面发挥着重要作用^[2]。近年来随着医改的不断深入,全科医学人才得到了越来越多的重视。2018年《关于改革完善全科医生培养与使用激励机制的意见》(国办发〔2018〕3号)出台,阐明了建立全科医生绩效激励机制,增强其职业吸引力的重要性。然而,当下基层医疗卫生机构却面临着全科医生岗位吸引力减弱、人才队伍缺乏稳定性的问题,并最终导致卫生服务供给的不平衡^[3]。全科医生的数量和质量关系着基层卫生服务水平,只有提升全科医生队伍稳定性,才能更有效地提升基层卫生服务能力,落实“分级诊疗”制度^[4]。SWOT分析法能够依据组织或事物发展过程中面临的内外部态势,针对优势(Strength)、劣势(Weakness)、机会(Opportunity)和威胁(Threat)进行梳理,得出高效的问题解决和科学管理策略^[5]。本文通过对全科医生职业吸引力关键环节与决定因素的SWOT分析,旨在探索制定具体、高效的策略和措施吸引和保留高质量的全科医生人才,促进基层卫生服务能力的提升。

1 全科医生职业吸引力 SWOT 分析

1.1 优势(Strengths)

1.1.1 广泛的政策支持 《国务院关于发展城市社区卫生服务的指导意见》(国发〔2006〕10号)出台提出以全科医生和基层医疗卫生服务机构建立全民的基本医疗服务体系;《以全科医生为重点的基层医疗卫生队伍建设规划》(发改社会〔2010〕561号)中明确了基层医疗卫生人才培养的重要性,提出在十年中培养超过30万名职业全科医生的系统性目标。《关于建立全科医生制度的指导意见》(国发〔2011〕23号)中提出了改革职业方式、优化培养路径的全科医生培养策略。《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》(国办发〔2015〕70号)则指出“强基层”应当为分级诊疗服务体系建设的重点,必须依托全科医生在基层医疗中的重要作用。《关于改革完善全科医生培养与使用激励机制的意见》(国办发〔2018〕3号)对全科医生的职业吸引力建设提出了更高的要求。各项政策为提升我国基层医疗卫生能力,建立分级诊疗制度,以及提升我国全科医生职业吸引力提供了重要的基础^[6]。

1.1.2 全科医学教育持续发展 《关于实施临床医学教育综合改革的若干意见》(教高〔2012〕6号)中提出要大力发展全科医学教育,在2015年建立住院医师规范化培训制度,将全科医学作为紧缺性专业培养,以期扩大师资队伍。2017年《关于加强医教协同实施卓越医生教育培养计划2.0的意见》(教高〔2018〕4号)又将培养全科医生作为医学人才培养的重点。随着全国多个省份探索试点医学院校与政府合作的全科医生教育项目,全科医学逐渐成为医疗机构必不可少的学科。《住院医师规范化培训基地(综合医院)全科医学科设置指导标准(试行)》(国卫办科教发〔2018〕21号)将全科医学作为一级临床科室,并对其科室建制提出了细化的要求,涉及医疗、转诊、教学等多方面,为全科医学培养提供了细化的方案。

1.1.3 全科医学服务内涵符合健康中国发展目标 全科医学具有独特的医学观、健康观和系统的学科理论基础。由于全科医学的属性,更关注患者的全局健康,而不仅以专科的思维来治疗疾病,是从医学、心理学等多学科评估患者的健康状况。相较于专科医生将重心放在“疾病治愈”,全科医生的健康观则提供以“健康管理”为核心的服务,致力于在柔性的医患关系基础上,关注慢性病患者和易感人群,注重疾病风险因素对群体的影响^[7]。全科医生的健康紧密围绕着群众的需求,倡导健康的生活方式,让人们“不得病、少得病”。“治未病”理念使得全科医生致力于引导民众形成呵护健康、预防疾病的健康思维,减轻医疗系统的负担。同时,“治未病”等疾病预防理念也得到了充分的传播,全科医学健康观逐步在全社会得到了支持,进而形成认可全科医学的社会氛围,有利于全科医生职业吸引力的提升。

1.2 劣势(Weaknesses)

1.2.1 全科医生的社会认同不高 柔性的医患关系是全科医学的关键环节,患者的信任是达成医患和谐、满足人文关怀的根本^[8]。目前,初级卫生保健的预防理念还需进一步宣传,部分居民对基层卫生服务、全科医学服务的重要性缺乏清晰的认识。全科医学与全科医生更容易被患者误认为是“差的医生”或者“分诊医生”,从而无法发挥全科医生的重要作用,易形成“社会认可度低—职业吸引力不足—队伍建设缓慢”的恶性循环。

全科医学在社会大环境中得到了政府更多的支持,而在社会上并未形成对其认可的氛围,这大大降低了全

科医生职业吸引力。受社会环境影响,部分群众对全科医学存在偏见,认为社区全科医生技术水平一定低于专科医生,面对常见病和慢性病仍选择在大医院诊疗。这种现象加重了上级医院的“虹吸现象”,不利于分级诊疗制度的落实。

1.2.2 缺乏完善的基层全科医生管理制度 全科医学通常不作为一种高精尖医疗技术的创新,而是更多地体现在提供持续性的卫生服务,因此目前我国全科医生较大比例地设置在基层。但由于基层医疗卫生机构的限制,医生的奖金、职称晋升及业务培训都受到影响,加之人员配备不足、工作强度高、工作压力大,基层全科医生易产生疲惫情绪,缺乏物质满意度和成长满意度^[9]。同时,由于经常面对常见病、多发病患者,基层医师职业成就感匮乏。当下的社会环境使全科医生难以取得居民的信任,社会认可度不高,易产生冷漠、易怒情绪,这些因素都导致全科医生职业吸引力下降,产生较高的离职意愿。

1.3 机会 (Opportunities)

1.3.1 发展全科医学是医药卫生体制改革的关键环节

2019年博鳌亚洲论坛全球健康论坛大会上,习近平主席强调人人享有健康是共建人类命运共同体的重要环节,也是全人类的共同愿景^[10]。发展全科医学、提高全科医生职业吸引力符合全球的健康潮流趋势。医药卫生体制的改革将卫生服务“以疾病和患者为中心”转向以“健康为中心”,为医疗机构带来了新的挑战。只有破除医院“唯高精尖仪器、高技术手段”的导向,紧紧抓住居民健康这一根本目标,发挥基层全科医生的作用,才能实现这一目标。

伴随着医药卫生体制改革的全面推进,社区卫生服务也迎来了更加现代化的发展环境。2019年《中国卫生健康统计年鉴》显示,目前我国共有社区卫生服务中心(站)共计3.5万个,乡镇卫生院3.6万个,全科医生30.9万人^[11]。基层医疗卫生机构的作用正在进一步得到发挥。研究显示,我国大多数地区全科医生的工资水平已逐步达到社会平均工资水平,但仍存在部分地区全科医生待遇不及社会平均收入水平的现象,北京、上海、南京、青岛、武汉和广州6个城市的全科医生与社会平均工资水平比分别为1.17、1.10、1.00、0.76、0.90、1.17^[12-13]。2014年开始,中央财政按照每年3万元/人的标准对参与规范化培训的全科医生进行补贴。全科医生薪酬待遇的提高促进了全科医生职业吸引力的提升。

1.3.2 全科医学与医联体建设紧密相关 区域内医疗健康服务协同体的构建,例如浙江省在全省范围内,以县域为基本单位,将乡镇卫生院纳入县级医院,这跟以

往的根本区别在于,不是组成一个松散的联合体,而是打破人事权和财政权,由县级医疗机构统一管理。这样做的好处是:给予基层全科医生一个上升的通道,而作为县域龙头,与省级三家医院结成利益共同体,做成省-县-乡镇卫生院的顺畅通道,从而解决全科医生技术的可持续性发展;另外,作为县域内协同体,将乡镇卫生院纳入共同体内,可以带来品牌价值。

1.3.3 全科医学的发展依托健康信息技术的进步 随着信息技术的快速发展,医疗卫生领域的智能化水平不断提升,诞生了居民电子健康档案、电子护理记录等信息化产物,为加强居民健康监测、疾病早期诊疗提供了高效的基础,也为提供针对性的治疗服务,同时拉近医患关系提供了充分的保障^[14]。

由于空间位置的限制,全科医生,特别是基层全科医生在人人享有卫生服务的可及性方面存在阻碍,而互联网技术能够有效破除这一阻碍,提升服务的便捷性。基层卫生服务机构采用健康信息技术的主要目标是全科医生依托信息化工具,远程了解患者的患病、用药和康复状况,并提供周期性的健康管理服务,提升医疗服务的可及性和患者慢性病健康管理效果。健康信息技术汇集患者的首诊、检查及治疗等多个环节的信息,实现基层医疗服务的全流程智能化管理,进一步提升了基层医疗服务的质量。5G移动通信技术真正为远程医疗技术提供了可能,能够让患者在家里就可以与全科医生进行交流,能够减少全科医生与患者面诊过程中患者的经济负担,同时能够提升全科医生的诊疗效率,实现智能化诊疗的重要基础。健康信息技术的应用扩展了全科医生的服务半径,进一步保障了居民的卫生服务可及性。

1.4 威胁 (Threats)

1.4.1 全科医生具体医疗行为的限制 我国社区卫生服务的发展尚处于初期探索阶段,缺乏该专业理论和适宜技术支持,全科医生的具体执业范围仍不明晰。尽管政府为全科医生,特别是基层医疗卫生机构的全科医生在职称等条件上给予了优惠,但由于缺乏平台优势和病例供给,基层医疗卫生机构的医务人员诊疗技术上仍然很难得到有效提高,因而亟须训练全科医生的整体思维能力,弥补专科思维的局限性,培养以症状为导向的全科临床思维能力。

1.4.2 我国全科医学发展起步晚,缺乏成熟的培养体系

全科医学于20世纪60年代兴起,我国全科医学建设和培养则起步较晚,至今仍缺乏完善的全科医学学科体系和人才培养方案,学科建设亟待加强。目前我国全科医学人才的培养仍无法在培养单位、培养体系和组织体系上实现统一^[15]。

我国全科医生队伍就业方向多样,涵盖社区卫生服务机构、综合医院及农村定向培养。现有的培养体系尚且无法根据生源和就业方向的差异给予培养方案,缺乏具有侧重和提升的递进教育模式。目前,我国的全科培训大纲聚焦培训内容,而分层分级培训和考核则缺乏相应的规范。我国全科医生在通过以临床基地轮转和社区基地实践学习为主要内容的规范化培训后,即可参加技能和临床考核,通过则可获得规范化培训合格证书,考核流程缺乏过程性评价和淘汰分流制度。全科医生培养体系的不完整可能成为影响全科医生职业吸引力持续性的重要因素。

1.4.3 缺乏全科医生持续培养的硬件基础 全科医生的课程体系内容丰富,既包括通识课程、公共基础课程、专业基础课程、拓展选修课程等理论课程,也包括实习培训。新时代背景下,全科医生亟待提升人文关怀、人际沟通能力。每个培养阶段都不能缺失医学人文培养、职业素质培养。我国目前尚且无法将基础知识、临床实践、社区基地培养融合为完善的课程体系,我国全科医学教材编写处于起步阶段,教学素材内容不够丰富完善,缺乏针对基层医疗卫生服务的教学素材,制约着全科医学教育的发展^[16]。

同时,社区培养基地建设尚不规范,缺乏能够开展高质量全科医疗活动的医生,缺乏经验丰富的带教全科医生,社区实践基地数量不足,无法满足实践需要。规范化培训相关制度不完善,缺乏对师资的考核评价体系和监督管理办法,基层医生的带教方法、教学水平不足都是目前的主要问题。提升全科医生职业吸引力,需要完善全科医生培养的硬件基础。

2 提升我国全科医生职业吸引力可持续发展的策略与措施

依据当下全科医生职业吸引力的内生现状和外部环境,分析全科医生实践中存在的问题并提出政策建议,为全科医生职业吸引力的发展和提升提供参考。

2.1 依靠内部属性优势,利用外部环境机遇(SO)

我国正处于医疗卫生体制改革的关键时期,提升全科医生职业吸引力是加强基层卫生服务体系建设、发挥基本医疗和公共卫生服务作用的重要一环。应增加财政对全科医生的支持力度,保障全科医生的薪酬水平,提高规范化培训中的补助标准;社区一线工作的全科医生优先获得晋升,对于愿意到边远地区工作的全科医生给予子女教育、收入等方面的政策倾斜;鼓励专科医师转岗制度,使愿意从事全科医疗的人才不断补充到基层和社区,

为促进实施医院分级诊疗制度、提高医院基层医疗服务水平、构建合理的就医秩序奠定基础。

在卫生改革的大背景下,应当尝试引入医疗保险政策,作为撬动全科医生职业吸引力提升的杠杆。发挥医疗保险具备的导向作用,以报销条件和支付标准为杠杆,引导患者完成“社区首诊”。同时,放开全科医生的资源分配权,建立绩效机制引导费用控制,社区居民诊疗费用按人头支付签约全科医生,全科医生为居民购买适合的二、三级医疗服务,实现资金跟着患者走。这样不仅可以促进基层全科医生服务模式向主动服务转变,提升医患间的信任度;而且有利于保障全科医生收入水平,激励医疗服务的供给。

2.2 克服内部属性劣势,利用外部环境机遇(WO)

提升基层医疗卫生服务的水平、落实“分级诊疗”制度建设,首先应关注对全科医生人才的吸引和保留。在分级诊疗制度的政策背景下,全科医生可个人或以群体的形式与综合性医疗机构建立利益共同体,在转诊上建立便利性,同时可定期在综合性医疗机构进修,了解前沿医疗资讯,学习新的医疗技术。

除了医联体建设,还应发挥社会资本的作用,利用政策引导和购买服务,鼓励有条件的企业和社会组织根据医疗机构设置与发展规划,立足基层,举办全科医疗服务机构,提供预防保健和慢性病护理等多元性全科医学服务,参与健康产业链,弥补政府举办的公立性卫生机构服务能力不足的问题,同时也助于形成市场竞争,在提升全科医生各项待遇的同时,促进整个健康服务业的发展。

2.3 利用内部属性优势,克服外部环境威胁(ST)

全科医生职业吸引力的不足主要来自资源配置不合理,应当拓宽全科医生职业晋升平台,完善绩效考核与晋升制度,建立起多维度递进的培养体系,每学年规划不同的培养目标,以避免碎片化的培养逻辑,定向输出具有高层次岗位胜任力的全科医学人才。

应当着力于提升全科医生的职业满意度,这不仅与其个人身心健康密切相关,更是关系着提供医疗服务的整体质量和水平,以及全科医生职业吸引力的可持续发展。着力提高全科医生的工作满意度,应重视其心理健康状态,充分调动其工作积极性。基层医疗卫生机构应广泛开展针对医护人员心理咨询活动,增强医护人员心理适应能力;管理部门出台专项政策法规保护全科医生权益,提高其社会保障,进而降低其心理压力。

2.4 减轻内部属性劣势,规避外部环境威胁(WT)

近年来,我国更加重视以全科医生为核心的家庭医生签约制度,采取了多种措施普及、推广这项服务。家庭医生签约制度的实行,能够为居民带来规范化、专业化的基层医疗服务,将健康管理、健康宣传等工作有效地落在诊疗服务当中。鼓励全科医生与社区、单位签订协议,建立起长期的健康维护协议,稳定医生的患者流,将会为居民带来更加充分的健康保障^[17]。

优化家庭医生服务团队的人员配置,引入多学科医务人员联合开展全科医学服务,实现服务方式、服务内容的转变。目前,政府逐步将基本公共卫生服务职能下放到社区卫生服务机构,利用市场机制提升公共卫生服务效率,缓解医疗资源紧张的现状。提高全科医生职业吸引力,是加强全科医学建设、优化家庭医生签约服务的重要基础,也是满足群众对优质卫生服务需求的关键环节。

综上,提升基层医疗服务能力建设,关键在全科医生队伍建设;而强化全科医生队伍建设,应着眼于职业吸引力的提升。目前,我国仍需进一步开展关于全科医生职业吸引力的研究,以丰富相关理论基础,为实践提供充分的指导。应关注全科医生的薪资待遇、职业认同度、工作满意度等因素的影响作用,开展深入的研究,理顺具体影响机制,以提升全科医生的职业吸引力,为我国全科医生的职业发展提供助力。

作者贡献:申鑫负责文章的构思与设计、论文撰写;甘勇负责文章的可行性分析、英文的修订,并对文章整体负责,监督管理;冯晶负责文献/资料收集与整理;卢祖洵负责论文的修订、文章的质量控制及审核。

本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 梁万年.全科医学、全科医疗和全科医生[J].中国学校卫生, 2004, 25(2): 252-256.
- [2] 鲁文勇.城市社区卫生服务发展障碍因素研究[D].杭州:浙江大学, 2008.
- [3] 刘懿霆,张和平.西宁社区医院全科医生离职意向影响因素鱼骨图分析[J].人力资源管理, 2014, 9(3): 149-150. DOI: 10.3969/j.issn.1673-8209.2014.03.089.
- [4] 甘勇,杨婷婷,杨宇迪,等.国内外全科医生职业吸引力研究进展[J].中国全科医学, 2019, 22(28): 3490-3494. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2019.00.333.
- GAN Y, YANG T T, YANG Y D, et al. Recent advances in attractiveness of a career as a general practitioner [J]. Chinese General Practice, 2019, 22(28): 3490-3494. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2019.00.333.
- [5] 王良君.高等医学院校全科医学学科建设的SWOT分析——以锦州医科大学为例[J].卫生职业教育, 2018, 36(22): 1-3.

- [6] 郑海萍,杨波,陆崇君,等.某社区卫生服务中心在分级诊疗趋势下全科医生队伍建设现状及路径[J].江苏卫生事业管理, 2018, 29(9): 1008-1011.
- [7] 金琳雅,尹梅.浅议“大健康”观:从疾病到健康[J].中国医学伦理学, 2017, 30(7): 908-910. DOI: 10.12026/j.issn.1001-8565.2017.07.26.
- JIN L Y, YIN M. Discussion on the viewpoint of "great health": from disease to health [J]. Chinese Medical Ethics, 2017, 30(7): 908-910. DOI: 10.12026/j.issn.1001-8565.2017.07.26.
- [8] 蒋祎.我国全科医师培训人文医学执业技能研究[D].重庆:第三军医大学, 2011.
- [9] 郑艳玲,余芳,陈艳黎,等.我国全科医生离职意愿及其影响因素分析[J].中华全科医学, 2019, 17(9): 1543-1546. DOI: 10.16766/j.cnki.issn.1674-4152.000993.
- ZHENG Y L, YU F, CHEN Y L, et al. Turnover intention and related factors among general practitioners in China [J]. Chinese Journal of General Practice, 2019, 17(9): 1543-1546. DOI: 10.16766/j.cnki.issn.1674-4152.000993.
- [10] 习近平致信祝贺博鳌亚洲论坛全球健康论坛大会开幕[J].中国纪检监察, 2019, 32(12): 4.
- [11] 夏敬.我国城乡基本医疗卫生服务均等化研究[D].大连:东北财经大学, 2019.
- [12] 徐静,周亚夫,葛运运,等.国内外全科医生的覆盖范围及待遇和相应支付方式[J].中国全科医学, 2013, 16(8): 2787-2789. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2013.08.076.
- XU J, ZHOU Y F, GE Y Y, et al. Practitioners' coverage, remuneration and related payment methods at home and abroad [J]. Chinese General Practice, 2013, 16(8): 2787-2789. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2013.08.076.
- [13] 苏曼.社区卫生技术人员薪酬水平研究[D].太原:山西医科大学, 2017.
- [14] 刘戈,曹晶,贺茜,等.健康信息技术在慢病管理中的应用现状[J].中国护理管理, 2015, 15(3): 301-303. DOI: 10.3969/j.issn.1672-1756.2015.03.013.
- [15] 马晓静,代涛,杨顺心,等.全科医生执业及服务方式的国际经验与启示[J].中国卫生政策研究, 2015, 8(2): 13-18. DOI: 10.3969/j.issn.1674-2982.2015.02.003.
- MA X J, DAI T, YANG S X, et al. International experiences and implications of the practice and service mode of general practitioners [J]. Chinese Journal of Health Policy, 2015, 8(2): 13-18. DOI: 10.3969/j.issn.1674-2982.2015.02.003.
- [16] 刘颖,蒋国平,任菁菁.我国全科医生培养现状与发展策略[J].中国工程科学, 2019, 21(2): 74-78.
- [17] 王梓懿,刘丽杭.家庭医生签约服务:治理困境与机制构建[J].中国卫生政策研究, 2019, 12(6): 63-68. DOI: 10.3969/j.issn.1674-2982.2019.06.011.
- WANG Z Y, LIU L H. Family doctor contracting services: governance dilemma and mechanism construction [J]. Chinese Journal of Health Policy, 2019, 12(6): 63-68. DOI: 10.3969/j.issn.1674-2982.2019.06.011.

(收稿日期:2020-10-15;修回日期:2021-01-29)

(本文编辑:张亚丽)

• 全科医生职业发展 •

国内外全科医生离职意愿研究进展

申鑫¹, 姜恒², 冯晶¹, 甘勇^{1*}, 卢祖洵¹



扫描二维码查看
原文 + 培训视频

【摘要】 降低全科医生离职意愿, 加强全科医生人才队伍建设, 是加强基层医疗卫生服务体系建设、建立分级诊疗制度、维护和增进人民群众健康、实现“健康中国”目标意义的关键环节。本研究从全球范围内初级卫生保健供给不足、我国对全科医学与全科医生的重视日益提高的现状入手, 探讨全科医生在初级卫生保健中的作用, 系统分析降低全科医生离职意愿的重要意义, 全面总结影响全科医生离职意愿的人口学特征、工作满意度、组织认同度、薪酬待遇和工作积极性关键因素, 提出应对我国全科医生离职意愿的政策建议, 为相关部门制定政策和措施、稳定全科医生队伍、提升全科医生的职业吸引力提供参考。

【关键词】 全科医生; 离职意愿; 综述

【中图分类号】 R 197 **【文献标识码】** A DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.106

申鑫, 姜恒, 冯晶, 等. 国内外全科医生离职意愿研究进展 [J]. 中国全科医学, 2021, 24 (22): 2770-2776. [www.chinagp.net]

SHEN X, JIANG H, FENG J, et al. New advances in turnover intention of general practitioners at home and abroad [J]. Chinese General Practice, 2021, 24 (22): 2770-2776.

New Advances in Turnover Intention of General Practitioners at Home and Abroad SHEN Xin¹, JIANG Heng², FENG Jing¹, GAN Yong^{1*}, LU Zuxun¹

1.School of Public Health, Tongji Medical College, Huazhong University of Science & Technology, Wuhan 430030, China

2.School of Psychology and Public Health, La Trobe University, Melbourne, Victoria VIC 3000, Australia

*Corresponding author: GAN Yong, Lecturer; E-mail: scswj2008@163.com

【Abstract】 Reducing the turnover intention among general practitioners (GPs) and strengthening the construction of GPs workforce are the key links to improve the development of primary healthcare system and hierarchical medical system to maintain and improve people's health, and achieve the goals of Healthy China. Considering global shortage of primary healthcare and China's increasing emphasis on both general medicine and GPs, we discussed the role of GPs in primary healthcare, and systematically analyzed the significance of reducing GPs turnover intention, and comprehensive summarized the key factors associated with turnover intention among GPs, including demographic characteristics, job satisfaction, organizational identity, salary and work enthusiasm, then put forward some advice on dealing with turnover intention among domestic GPs, which may provide effective evidence for related departments to formulate policies and measures to stabilize GPs team, and to improve the attractiveness of GPs as an occupation.

【Key words】 General practitioners; Turnover intention; Review

2018年10月, 世界家庭医生组织(WONCA)在韩国首尔召开了第22届会议, 并发表《首尔宣言》。《首尔宣言》指出全科医生将在提供有效、合格、可负担、个性化的初级卫生保健方面发挥关键作用^[1]。全科医生是指通过全科医学的培训与考核, 基于社区层面, 提

供连续型的基本医疗服务和基本公共卫生服务的医务人员^[2]。全科卫生服务在保障基层居民健康、控制医疗费用支出等方面具有重要意义^[3]。全科医生激励机制的完善是提升全科医生职业吸引力、落实家庭医生制度、推进分级诊疗模式的关键^[4]。《首尔宣言》呼吁各国政府进一步发展全科医学, 培训技能娴熟的全科医生, 并为初级卫生保健的工作人员提供培训, 为提供高质量和安全的临床服务而进行初级卫生保健改革, 支持有助于高质量临床照护的研究和科技, 同时为家庭医生及其团队提供合理的薪酬待遇与工作条件。我国基层医疗工作大多需要以全科医生为核心, 而全科人才紧缺, 并且

基金项目: 国家自然科学基金资助项目(71804049); 中央高校基本科研业务费资助项目(2020kfyXJJS059)

1.430030 湖北省武汉市, 华中科技大学同济医学院公共卫生学院

2.School of Psychology and Public Health, La Trobe University, Melbourne, Victoria VIC 3000, Australia

*通信作者: 甘勇, 讲师; E-mail: scswj2008@163.com

本文数字出版日期: 2021-05-21

在一些基层地区,全科医生离职现象频频发生。降低全科医生队伍的离职意愿,提高基层全科医生的留职率,是推动我国全科人才培养,建设分级诊疗制度的关键环节。同时,此次新型冠状病毒肺炎疫情也对全科医生的培养提出了新要求。习近平总书记于2020-02-14主持召开中央全面深化改革委员会第十二次会议,针对疫情暴露出的问题与短板提出四项制度,其中第一项制度就是全科医生培养与分级诊疗等制度。因此,非常有必要在此基础上全面分析全科医生离职意愿的现状及其影响因素,进一步推动全科医生培养与使用激励机制政策落实。

1 全科医生在初级卫生保健中的作用

随着现代社会的发展,全科医生的重要性日益增强^[5]。ALLEN等^[6]指出,在当代社会,快餐视频、酒精饮料、空气污染等因素都导致了慢性病的流行规模扩大,如果不加控制,这些因素将会增加当地初级卫生保健系统的问诊量、开支,以及工作复杂性;未来初级卫生保健的改革方向核心在于强化全科医生的社区干预能力。全科医生需要深入社区,对影响健康的社会因素进行更深入的预防性干预。只有推动全科医生对社会的健康风险因素进行主动干预,才能实现对社区居民健康风险的全面预防。

全科医生的作用还体现在对患者的社会干预。HUSK等^[7]对社会处方(social prescribing,又名社区引导,即全科医生、护士和其他初级保健专业人员将人们转介到一系列本地非临床服务当中,以满足其社会与情感的需求)的积极作用加以肯定,指出即便目前仍存在研究困难,且缺乏实证,但社会处方已被英国等国家使用和推广,并被视为一种全科医生从传统的以预防与慢性病管理为主要目的,对患者的生活方式所施加的医疗干预,转向为患者的身心健康提供个性化照护为目的的社会干预重要手段;认为社会处方具有很大的潜力,特别是对有复杂健康和社会保健需求的患者更为有益。这意味着,全科医生将进一步发挥自身作为疾病预防“第一道关口”的作用。

代涛等^[8]对国内外医疗卫生服务的实践进行了分析,强调了建立全科医生服务团队对于落实分级诊疗制度、保障人民健康水平的重要作用。甘勇等^[9]研究表明,我国的全科医生服务由于起步晚、定位不清、缺乏社会认可度等问题,全科医生离职意愿较高,必须通过降低全科医生离职意愿才能提升全科医生留存率,形成完善的签约服务和整合医疗服务,促进全科医学持续

深入发展。

2 国内外初级卫生保健与全科医疗的发展现状

2.1 全球范围内初级卫生保健供给不足 20世纪60年代以来,美国卫生体系依托社区建立全科医生服务体系,将医疗咨询、养老等服务纳入全科医学服务,形成了较为完备的初级卫生保健体系^[10]。然而一些研究表明,美国初级卫生保健正遭遇连续性的下降,主要表现在全科医生的薪酬问题、社会对医生择业的影响等多方面^[11]。随着与社区家庭及患者联系的减弱,家庭医生工作的满意度与归属感开始下降,而患者在付出更昂贵的医疗费用后,获得的却是质量更低的医疗服务^[12]。在英国,初级卫生保健的衰落则表现为全科医生服务的连续性遭到破坏。随着英国国家医疗服务体系(National Health Service, NHS)越来越注重初级卫生保健的可及性,初级卫生保健的服务范围也逐渐扩大,以往建立在小规模家庭医生团队和稳定社区分布基础上的病患关系,正在被人口流动、全科医生协作照护、全科医生日益增加的临时工作等因素所影响,使得社区患者与同一个临床医生保持持续的医疗服务和医患关系变得越发困难^[13]。澳大利亚初级卫生保健所暴露的主要问题在于各级政府所资助的初级卫生保健服务之间的分裂,即联邦政府和州政府间会因医疗保险支付问题产生矛盾,公立社区卫生机构与私立医院及诊所的分裂,如精神障碍患者与牙病患者难以在公立机构得到有效的医疗服务,这些阻碍都影响着全科医生的薪酬问题和工作积极。LEGGE^[14]提出,这种效应正在为澳大利亚以人为本的初级卫生保健服务带来障碍,也影响着全科医生的招募与保留。

2.2 我国对全科医学与全科医生的重视日益提高 近年来,全科医生和基层卫生服务的重要性日益提高。2011年国务院发布《关于建立全科医生制度的指导意见》(国发〔2011〕23号),指出建立全科医生制度是保障和改善城乡居民健康的迫切需要,是提高基层医疗卫生服务水平的客观要求,是促进医疗卫生服务模式转变的重要举措。2015年国务院发布《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》(国办发〔2015〕70号),指出分级诊疗服务体系以“强基层”为重点,发挥全科医生“守门人”的作用。2018年国务院发布的《关于改革完善全科医生培养与使用激励机制的意见》(国办发〔2018〕3号)提出到2020年全科医生职业吸引力显著提高的目标。

在中央各项政策的指导下,各地对全科医生的培训、薪酬、编制等关键问题展开了积极探索。内蒙古自治区、

陕西省、青海省等全科住院医师规范化培训人员占比已经超过 20%；上海市、浙江省实现全科住院医师规范化培训和硕士专业学位研究生双向并轨衔接，并探索全科博士研究生培养^[15]。为了提升全科医生收入，浙江省、天津市、深圳市、厦门市将不低于 70% 的签约服务费用于签约团队内部分配，提升全科医生收入水平；江苏省推行了调整和增补体现基层特点的巡诊、家庭病床、健康管理等基层医疗服务价格改革，实行备案管理人员与编内人员同工同酬及签约服务费可用于家庭医生团队人员的薪酬分配等政策；安徽省和广东省部分县市完善编制周转池制度，编制和岗位优先保证全科医生；天津市、海南省、湖北省武汉市、四川省成都市、甘肃省兰州市等地开始试行“县管乡用”“乡管村用”政策^[16]。

3 全科医生离职意愿研究的现状

近年来，患者对医疗服务需求不断增加，全球越来越多的初级卫生保健研究发现，全科医生的招募和保留是当下初级卫生保健的关键性问题^[17]。新入职医生不断减少，现有医生不断离职，多项研究表明这一现象的产生与全科医生的离职意愿息息相关。随着医生的工作量不断增加且薪水普遍不高，全科医生往往产生职业倦怠，导致医学生和医生放弃从事初级保健工作，进而使初级卫生保健系统逐渐丧失活力^[18]。SOLER 等^[19]对英国全科医生培训项目的毕业生进行访谈，同时回顾了近年欧洲初级卫生保健中劳动力匮乏的问题，研究结果表明，目前英国等欧洲国家在初级卫生保健的发展方面，全科医生的征募和留存是一项亟待解决的问题；日益繁重的工作量是全科医生产生离职意愿的重要因素。WILLARD-GRACE 等^[20]的研究主要关注美国地区，其研究团队通过对旧金山的 740 名全科医生进行以离职意愿为主题的调查，结果显示，53% 的医生与工作人员存在职业倦怠，30% 的医生与 41% 的工作人员会在 2~3 年后选择离职。这一研究表明，美国全科医生同样存在职业倦怠和产生离职意愿的现实问题，美国全科医生正在面对工作条件的“不合理”并可能会影响初级卫生保健工作的普及和开展。

建立和完善以全科医生为核心的基层医疗卫生服务体系是我国医改的关键环节^[21]。然而，目前我国的全科医生留存仍面临着多重挑战。明确全科医生的离职意愿现状和影响因素有助于在提升全科医生留存率，进而发挥全科医生的重要作用。

3.1 全科医生离职意愿现状 FLETCHER 等^[22]研究发现，欧洲 70.51% 的全科医生具有中等或较高的离职

意愿。澳大利亚学者 GARDINER 等^[23]的研究表明，澳大利亚 52.7% 的全科医生具有中等或较高的离职意愿。MCCOMB^[24]的研究发现，新西兰有超过 30% 的全科医生表示有意在 5 年内离开。VANASSE 等^[25]的研究结果显示，有 23.6% 的加拿大全科医生计划未来两年内将其业务转移到其他地区或不再从事全科医学相关业务。KUUSIO 等^[26]的研究表明，52% 的芬兰全科医生具备较高的离职意愿。中国学者 GAN 等^[27]的研究结果显示，超过 70.0% 的全科医生有中等或较高的离职意愿。纵观全球范围内全科医生的高离职意愿率对全科医生的招募、保留有重要影响，对基层卫生服务体系亦有重大影响。因此，必须采取措施改革和完善全科医生培训和使用激励机制，降低全科医生的离职意愿，稳定全科医生人才队伍，提升全科医生职业吸引力。

3.2 全科医生离职意愿的影响因素

3.2.1 人口学特征因素 研究表明，年龄^[28]、性别^[29-30]、婚姻状况^[31]、文化程度^[32-33]、职称^[34]等因素是全科医生离职意愿产生的重要因素。黄蕾等^[35]的研究表明，青年、未婚全科医生的工作激情较低，这个年龄段的心理尚不稳定，业务技能都处于上升期，也未成为社区卫生服务机构的业务骨干，这一阶段的全科医生在工作的认知、情感和意愿方面处于相对较低的水平，还不能充分感知到全科医学工作对个体的重要意义，因此，青年全科医生总体留存率不足；而男性、文化程度较高、职称较高的全科医生则有较低的离职意愿。这提示，在全科医学实践过程中，应该为青年、未婚、女性、职称低和文化程度较低的全科医生创造更多的工作机会和晋升机会，提升这一群体的职业积极性^[13]。

3.2.2 工作满意度因素 全科医生是社区卫生服务的主要提供者，是维护居民健康的“第一道防线”。全科医生的工作满意度不足是其产生离职意愿的主要原因^[36]。我国全科医学发展动力不足，社会对全科医生认可度较低，薪酬待遇水平较低，基层社区对优秀人才的吸引力不足。甘勇等^[37]的研究表明，全科医生往往根据工作经验和对组织的认知和评价产生对工作福祉的基本判断，进而决定其主要的工作意向和工作激情。全科医生对个人工作缺乏满意度，往往导致工作积极性不高，工作激情不足^[38]。曹阳等^[39]发现，这一现象会导致全科医生总量增速缓慢，甚至大幅降低，进而影响初级卫生保健服务的整体建设。

3.2.3 组织认同度因素 组织认同也影响着全科医生的离职意愿。全科医生大多供职于基层卫生组织，相对于

公立医院的专科医生,在工作收入和职业发展方面,基层都不具备优势。郑艳玲等^[40]的研究发现,我国基层卫生组织的管理制度策略和自身建设周期均处于起步阶段,尚不具备足够的吸引力引导全科医生积极加入社区组织,更缺乏牢固的心理联结、契约感和责任感。全科医生受目前的工作环境、晋升途径、薪资水平和社会地位等因素影响,选择从事全科医学工作动力不足。我国全科医学正处在发展初期,社区卫生服务的主体功能尚不健全,全科医生对基层卫生组织缺乏基础的价值认同感,基层机构的组织文化多样性不足,缺乏凝聚力,全科医生缺乏归属感和积极工作的责任感。组织认同的不足严重影响着工作动机,进而影响其工作积极性和工作激情,带来全科医生的高离职意愿。然而,组织认同的提升是一个相对渐进的过程,需要对社区卫生服务功能进行完善,体现社会价值,建立起医护人员与组织间的深度联结,这将是一个系统化的治理过程^[41]。

3.2.4 薪酬待遇因素 薪酬是全科医生产生离职意愿的重要因素之一。GAN等^[42]的研究表明,薪酬水平的不满将会激起全科医生工作态度和医疗行为的缺失。当全科医生的实际收入未达到其预期的水平,个人期望未得到充分满足时,就会因此产生不平衡感,导致全科医生的工作动力降低,离职意愿升高。全科医生以消极的诊疗态度对抗对于薪酬待遇的不平衡感,将会进一步挫伤全科医生的工作积极性,也会影响基层医疗卫生机构整体的服务水平。只有当全科医生对薪酬待遇达到基本满意时,才会积极回应组织提出的工作目标,提升自身的诊疗水平和质量,以回报组织给予的物质支持。因此,必须给予全科医生足够的经济支持,保障其能够安心工作,发挥工作积极性,同时,这也体现出社会对医务工作者的尊重和对其工作价值的认可^[43]。

3.2.5 工作积极性因素 工作积极性的提升可以降低全科医生的离职意愿。余芳等^[44]的研究表明,工作积极性会强化全科医生对于组织的认同感和责任感,提升其工作嵌入度。随着对于全科医学工作的情感依附逐步提升,全科医生的工作意愿也会随之上升,离职意愿将会进一步降低。全科医生和基层卫生组织形成的紧密性联结,全科医生以高嵌入度进入卫生组织,将会减少全科医生对于工作内容的认知偏差,激励其产生更高的工作积极性,促进其进一步提升工作投入。充分的物质回报、正向的内在激励及良好的工作环境,将会全面提升全科医生的工作积极性,减少其职业倦怠等负面情绪,这是对于基层卫生组织来说最具可操作性的建议。

4 应对我国全科医生离职意愿的政策建议

全科医生工作年龄、工作满意度、组织认同、薪酬、工作积极性等因素都会影响离职意愿。因此,激发全科医生投入基层医疗卫生保健工作的积极性,需要从全科医学的全周期、全流程入手。物质层面上,应当提升全科医生的物质回报、晋升机会;心理精神层面上,应提升全科医生的心理体验和群体认同感,全方位调动起全科医生的工作积极性^[45]。政府应着眼于全科医生的薪资待遇水平,推动全科医生能够深度嵌入基层医疗组织中^[46]。制度层面上,管理部门应继续推进我国分级诊疗制度落实,广泛建设全科医生首诊制试点,重视全科医生在基层卫生服务中的作用,强化其话语权,推动全科医生充分发挥基层首诊的重要作用,提升社会认同度,通过多重策略满足全科医生的精神和物质需求,降低其离职意愿^[47]。各地区加快全科医生培养与使用激励改革推进步伐,探索机制创新突破,既有成功经验,也仍然存在一定的挑战与问题。针对尚存问题与挑战,给出政策建议如下。

4.1 完善全科医生制度,关注质量、履约和注册 我国应加快多渠道全科医生培养的同时,关注全科医生质量提升和结构优化,全科医生队伍中应逐步扩大全科专业住院医师招生和全科硕士研究生招生规模,提高“5+3”全科人才占比。应从多方面强化全科人才履约:首先,加大农村订单定向医学生就业安置和履约管理,督促县级卫生行政部门和用人单位做好医学生就业安置工作,严格按照有关文件和协议及时办理聘用签约、入编入岗、工资核准、起薪时间等工作;其次,建立全科医生社会诚信体系,建立信用监督与惩戒机制,运用行政、经济、道德等多种手段,对于违约的全科医生进行约束。在提升全科医生注册方面:一方面应实行全科医生培训和执业注册政策联动,确保全科医生培训后注册为全科;另一方面积极宣传专科医生全科转岗培训合格后加注册政策。

4.2 推进基层薪酬制度改革,提高全科医生薪酬水平 我国应积极扩大全科医生薪酬来源,为基层医疗卫生机构和全科医生提供工资保障。首先,财政部门按照基层与县(区)级公立医院薪酬水平相衔接原则,对基层医疗卫生机构人员经费补助标准重新核算,提高补助标准;其次,提高基层医疗服务收费价格并辅以医保报销,制定或完善家庭病床、出诊、家庭巡诊、签约服务、养老服务价格,让基层医疗卫生机构有医疗收支结余;第三,明确家庭医生签约服务付费标准和支付渠道,将

签约服务费作为新增薪酬经费来源。可借鉴广东省、海南省等基层医疗卫生机构“公益一类财政供给、公益二类绩效管理”的方法,解决基层医疗卫生机构薪酬总量和水平突破问题,区(县)人力资源和社会保障部门按照“两个允许”要求,重新核定基层医疗卫生机构薪酬总量和水平。通过落实全科内部分配设立全科医生津贴政策和签约服务费向家庭医生倾斜政策来提高全科医生薪酬水平。

4.3 多措并举,提高全科医生岗位吸引力 完善编制周转池制度,将全科人才优先纳入编制管理,探索县级公立医院编制和基层医疗卫生机构编制的对接。积极探索“县聘乡用”政策,让在读农村订单定向医学生和已经履约的全科医生放心,将国家大力培养的“5+3”全科人才留在县域内^[48]。对助理全科医生开放“乡聘村用”,让其借助乡镇卫生院平台参加城镇职工养老险,解决后顾之忧。县(区)级编办、人力资源及社会保障部门要科学合理核定基层医疗卫生机构专业技术人员中高级岗位数量,对全科医生高级职称评聘采取倾斜政策,高级岗位同等条件下优先评聘全科医生。

4.4 发挥好全科医生健康“守门人”作用,推进分级诊疗进程 重视全科医生在基层首诊过程中的重要作用,重视培养其医疗服务能力和公共卫生应急能力,强调全科医生和家庭医生团队在面对疫情等突发公共卫生事件时,在早期发现病例和进行公共健康教育方面的职能^[49],发挥好疫情平战时期居民健康“守门人”作用,推进分级诊疗进程。要完善健康“守门人”制度和分级诊疗制度,加强制度引导,如提高基层医疗卫生机构报销比例,完善价格和支付政策,加强政府多部门联动,从制度和资源上引导医疗工作重心下移、卫生资源下沉,同时培育居民对健康“守门人”制度和分级诊疗制度的认知和科学合理健康消费理念。

随着时代的发展,患者的医疗服务需求越来越复杂。全科医生作为居民健康水平“第一道防线”,不仅要有系统的知识和技能,还要有扎实的诊疗能力。未来,全科医生将会承担起基层社区健康服务的主要内容,而降低其离职意愿,保证其职业的长期发展,将会得到越来越多的关注。

作者贡献:甘勇负责文章的构思与设计、论文的修订,并对文章整体负责,监督管理;卢祖洵负责文章的可行性分析、质量控制及审校;姜恒负责文献/资料收集;申鑫、冯晶负责文献/资料整理;申鑫撰写论文;姜恒、甘勇负责英文的修订。

本文无利益冲突。

参考文献

- [1] SHANAFELT T, TROCKEL M, RIPP J, et al. Building a program on well-being: key design considerations to meet the unique needs of each organization [J]. Acad Med, 2019, 94 (2): 156-161. DOI: 10.1097/ACM.0000000000002415.
- [2] 梁万年. 全科医学、全科医疗和全科医生 [J]. 中国学校卫生, 2004, 25 (2): 252-256. DOI: 10.3969/j.issn.1000-9817.2004.02.098.
- [3] 李丽清, 卢祖洵. 全科医生职业吸引力的结构方程模型研究 [J]. 中国卫生统计, 2019, 36 (4): 601-603.
- [4] 马晓静, 代涛, 杨顺心, 等. 全科医生执业及服务方式的国际经验与启示 [J]. 中国卫生政策研究, 2015, 8 (2): 13-18. DOI: 10.3969/j.issn.1674-2982.2015.02.003.
MA X J, DAI T, YANG S X, et al. International experiences and implications of the practice and service mode of general practitioners [J]. Chinese Journal of Health Policy, 2015, 8 (2): 13-18. DOI: 10.3969/j.issn.1674-2982.2015.02.003.
- [5] HOLT-LUNSTAD J, SMITH T B, LAYTON J B. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review [J]. PLoS Med, 2010, 7 (7): e1000316. DOI: 10.1371/journal.pmed.1000316.
- [6] ALLEN L N, BARRY E, GILBERT C, et al. How to move from managing sick individuals to creating healthy communities [J]. Br J Gen Pract, 2019, 69 (678): 8-9. DOI: 10.3399/bjgp19X700337.
- [7] HUSK K, ELSTON J, GRADINGER F, et al. Social prescribing: where is the evidence? [J]. Br J Gen Pract, 2019, 69 (678): 6-7. DOI: 10.3399/bjgp19X700325.
- [8] 代涛, 黄菊, 马晓静. 国际全科医生制度发展历程: 影响因素分析及政策启示 [J]. 中国卫生政策研究, 2015, 8 (2): 1-7. DOI: 10.3969/j.issn.1674-2982.2015.02.001.
DAI T, HUANG J, MA X J. Recent advances in attractiveness of a career as a general practitioner [J]. Chinese Journal of Health Policy, 2015, 8 (2): 1-7. DOI: 10.3969/j.issn.1674-2982.2015.02.001.
- [9] 甘勇, 杨婷婷, 杨宇迪, 等. 国内外全科医生职业吸引力研究进展 [J]. 中国全科医学, 2019, 22 (28): 3490-3494. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2019.00.333.
GAN Y, YANG T T, YANG Y D, et al. Research progress of incidence and risk factors associated with workplace violence [J]. Chinese General Practice, 2019, 22 (28): 3490-3494. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2019.00.333.
- [10] SHANAFELT T D, NOSEWORTHY J H. Executive leadership and physician well-being: nine organizational strategies to promote engagement and reduce burnout [J]. Mayo Clin Proc, 2017, 92 (1): 129-146. DOI: 10.1016/j.mayocp.2016.10.004.
- [11] NORFUL A A, YE S, VAN DER-BIEZEN M, et al. Nurse practitioner-physician comanagement of patients in primary care [J]. Policy Polit Nurs Pract, 2018, 19 (3/4): 82-90.

- DOI: 10.1177/1527154418815024.
- [12] FREY J R. Colluding with the decline of continuity [J]. *Ann Fam Med*, 2018, 16 (6): 488-489. DOI: 10.1370/afm.2322.
 - [13] ENGAMBA S A, STEEL N, HOWE A, et al. Tackling multimorbidity in primary care: is relational continuity the missing ingredient? [J]. *Br J Gen Pract*, 2019, 69 (679): 92-93. DOI: 10.3399/bjgp19X701201.
 - [14] LEGGE D G. Striving towards integrated people-centred health services: reflections on the Australian experience [J]. *Fam Med Community Health*, 2019, 7 (1): e56. DOI: 10.1136/fmch-2018-000056.
 - [15] 徐静, 周亚夫, 葛运, 等. 国外全科医学教育和全科医生培训情况分析及其启示 [J]. *中国全科医学*, 2013, 16 (27): 3155-3158. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2013.27.001.
XU J, ZHOU Y F, GE Y Y, et al. Education of general practice and training of general practitioners abroad and the enlightenment [J]. *Chinese General Practice*, 2013, 16 (27): 3155-3158. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2013.27.001.
 - [16] 杨森, 石建伟, 金花, 等. 基层医疗机构全科医学管理者领导力研究进展 [J]. *中国全科医学*, 2020, 23 (22): 2763-2767. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2020.00.127.
YANG S, SHI J W, JIN H, et al. Development of international general practice system: influencing factors and policy implications [J]. *Chinese General Practice*, 2020, 23 (22): 2763-2767. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2020.00.127.
 - [17] LOWN M, LEWIS G, SIMON C, et al. Resilience: what is it, why do we need it, and can it help us? [J]. *Br J Gen Pract*, 2015, 65 (639): e708-710. DOI: 10.3399/bjgp15X687133.
 - [18] SWINBURN B A, KRAAK V I, ALLENDER S, et al. The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: the lancet commission report [J]. *Lancet*, 2019, 393 (10173): 791-846. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)32822-8.
 - [19] SOLER J K, YAMAN H, ESTEVA M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study [J]. *Fam Pract*, 2008, 25 (4): 245-265. DOI: 10.1093/fampra/cmn038.
 - [20] WILLARD-GRAVE R, KNOX M, HUANG B, et al. Burnout and health care workforce turnover [J]. *Ann Fam Med*, 2019, 17 (1): 36-41. DOI: 10.1370/afm.2338.
 - [21] 余芳, 郑艳玲, 乔岩, 等. 国内外护理人员工作场所暴力发生率及其影响因素研究进展 [J]. *中国社会医学杂志*, 2019, 36 (5): 498-501. DOI: 10.3969/j.issn.1673-5625.2019.05.015.
YU F, ZHENG Y L, QIAO Y, et al. Study on the relation of job burnout and turnover intention in the resident physician of general standardized training program [J]. *Chinese Journal of Social Medicine*, 2019, 36 (5): 498-501. DOI: 10.3969/j.issn.1673-5625.2019.05.015.
 - [22] FLETCHER E, ABEL G A, ANDERSON R, et al. Quitting patient care and career break intentions among general practitioners in South West England: findings of a census survey of general practitioners [J]. *BMJ Open*, 2017, 7 (4): e15853. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-015853.
 - [23] GARDINER M, SEXTON R, DURBRIDGE M, et al. The role of psychological well-being in retaining rural general practitioners [J]. *Aust J Rural Health*, 2005, 13 (3): 149-155. DOI: 10.1111/j.1440-1854.2005.00677.x.
 - [24] MCCOMB E D. Which psycho-demographic factors predict a doctor's intention to leave New Zealand general practice? [J]. *N Z Med J*, 2008, 121 (1273): 25-36.
 - [25] VANASSE A, SCOTT S, COURTEAU J, et al. Canadian family physicians' intentions to migrate: associated factors [J]. *Can Fam Physician*, 2009, 55 (4): 396-397.
 - [26] KUUSIO H, HEPONENIEMI T, VÄNSKÄ J, et al. Psychosocial stress factors and intention to leave job: differences between foreign-born and Finnish-born general practitioners [J]. *Scand J Public Health*, 2013, 41 (4): 405-411. DOI: 10.1177/1403494813477248.
 - [27] GAN Y, JIANG H, LI L, et al. A national survey of turnover intention among general practitioners in China [J]. *Int J Health Plann Manage*, 2020, 35 (2): 482-493. DOI: 10.1002/hpm.2921.
 - [28] WEN T, ZHANG Y, WANG X, et al. Factors influencing turnover intention among primary care doctors: a cross-sectional study in Chongqing, China [J]. *Hum Resour Health*, 2018, 16 (1): 10. DOI: 10.1186/s12960-018-0274-z.
 - [29] MINAMIZONO S, NOMURA K, INOUE Y, et al. Gender division of labor, burnout, and intention to leave work among young female nurses in Japan: a cross-sectional study [J]. *Int J Environ Res Public Health*, 2019, 16 (12): 2201. DOI: 10.3390/ijerph16122201.
 - [30] LU Y, HU X M, HUANG X L, et al. The relationship between job satisfaction, work stress, work-family conflict, and turnover intention among physicians in Guangdong, China: a cross-sectional study [J]. *BMJ Open*, 2017, 7 (5): e14894. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-014894.
 - [31] MOU H, OLFERT M R. Inter-provincial migration intentions of family physicians in Canada: the roles of income and community characteristics [J]. *Health Policy*, 2015, 11 (2): 58-71.
 - [32] KELLEY M L, KULUSKI K, BROWNLEE K, et al. Physician satisfaction and practice intentions in Northwestern Ontario [J]. *Can J Rural Med*, 2008, 13 (3): 129-135.
 - [33] ROY A, VAN DER WEIJDEN T, DE VRIES N. Relationships of work characteristics to job satisfaction, turnover intention, and burnout among doctors in the district public-private mixed health system of Bangladesh [J]. *BMC Health Serv Res*, 2017, 17 (1): 421. DOI: 10.1186/s12913-017-2369-y.
 - [34] BEASLEY J W, KARSH B T, SAINFORT F, et al. Quality of work life of family physicians in Wisconsin's health care organizations: a WReN study [J]. *WMJ*, 2004, 103 (7): 51-55.
 - [35] 黄蕾, 胡世钰, 汪浩, 等. 全科住院医师职业倦怠与离职意愿

- 的相关性研究[J].上海医药, 2017, 38(24): 7-11. DOI: 10.3969/j.issn.1006-1533.2017.24.003.
- HUANG L, HU S Y, WANG H, et al. status quo of occupational pressure and job satisfaction of general practitioners and its influencing factor[J]. Shanghai Medical & Pharmaceutical Journal, 2017, 38(24): 7-11. DOI: 10.3969/j.issn.1006-1533.2017.24.003.
- [36] 李姝洁, 张海瑞, 朱丽娜, 等. 全科医生工作压力和工作满意度现状及其影响因素研究[J]. 中国全科医学, 2015, 18(4): 387-390. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2015.04.008.
- LI S J, ZHANG H R, ZHU L N, et al. Status quo of occupational pressure and job satisfaction of general practitioners and its influencing factor[J]. Chinese General Practice, 2015, 18(4): 387-390. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2015.04.008.
- [37] 甘勇, 杨婷婷, 杨宇迪, 等. 我国东中西部全科医生职业倦怠现状及影响因素[J]. 医学与社会, 2020, 33(3): 99-103. DOI: 10.13723/j.yxysh.2020.03.023.
- GAN Y, YANG T T, YANG Y D, et al. Job burnout and its influencing factors among general practitioners in the eastern, central and western China[J]. Medicine and Society, 2020, 33(3): 99-103. DOI: 10.13723/j.yxysh.2020.03.023.
- [38] JOHNSON J, HALL L H, BERZINS K, et al. Mental healthcare staff well-being and burnout: a narrative review of trends, causes, implications, and recommendations for future interventions[J]. Int J Ment Health Nurs, 2018, 27(1): 20-32. DOI: 10.1111/inm.12416.
- [39] 曹阳, 宋雨佳. 基于结构方程的基层医生工作满意度及离职意愿影响因素研究[J]. 中国卫生事业管理, 2018, 35(1): 24-26.
- CAO Y, SONG Y J. Studying on the doctors' job satisfaction and demission intention in grass-roots medical institutions and its influencing factors based on structural equation model[J]. Chinese Health Service Management, 2018, 35(1): 24-26.
- [40] 郑艳玲, 余芳, 陈艳黎, 等. 我国全科医生离职意愿及其影响因素分析[J]. 中华全科医学, 2019, 17(9): 1543-1546. DOI: 10.16766/j.cnki.issn.1674-4152.000993.
- ZHENG Y L, YU F, CHEN Y L, et al. Turnover intention and related factors among general practitioners in China[J]. Chinese Journal of General Practice, 2019, 17(9): 1543-1546. DOI: 10.16766/j.cnki.issn.1674-4152.000993.
- [41] STEVANIN S, PALESE A, BRESSAN V, et al. Workplace-related generational characteristics of nurses: a mixed-method systematic review[J]. J Adv Nurs, 2018, 74(6): 1245-1263. DOI: 10.1111/jan.13538.
- [42] GAN Y, GONG Y, CHEN Y, et al. Turnover intention and related factors among general practitioners in Hubei, China: a cross-sectional study[J]. BMC Fam Pract, 2018, 19(1): 74. DOI: 10.1186/s12875-018-0752-3.
- [43] VAN DER HEIJDEN B, BROWN M C, XU Y. Impact of job demands and resources on nurses' burnout and occupational turnover intention towards an age-moderated mediation model for the nursing profession[J]. Int J Environ Res Public Health, 2019, 16(11): 2011. DOI: 10.3390/ijerph16112011.
- [44] 余芳, 郑艳玲, 杨婷婷, 等. 东中西部全科医生工作满意度现状及其影响因素分析[J]. 现代预防医学, 2019, 46(16): 2986-2990.
- [45] 刘坤, 荆丽梅, 周徐红, 等. 卫生人才激励机制改革背景下医务人员离职意愿研究[J]. 中国全科医学, 2017, 20(19): 2338-2341. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2017.19.009.
- LIU K, JING L M, ZHOU X H, et al. Practical exploration of improving the professional identity of general resident doctors in standardized training[J]. Chinese General Practice, 2017, 20(19): 2338-2341. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2017.19.009.
- [46] 张水娟, 郭发刚, 杨璐, 等. 提升全科住培医师职业认同感的实践探索[J]. 中国医学伦理学, 2019, 32(2): 255-259. DOI: 10.12026/j.issn.1001-8565.2019.02.25.
- ZHANG S J, GUO F G, YANG L, et al. Practical exploration of improving the professional identity of general resident doctors in standardized training[J]. Chinese Medical Ethics, 2019, 32(2): 255-259. DOI: 10.12026/j.issn.1001-8565.2019.02.25.
- [47] HAMIDI M S, BOHMAN B, SANDBORG C, et al. Estimating institutional physician turnover attributable to self-reported burnout and associated financial burden: a case study[J]. BMC Health Serv Res, 2018, 18(1): 851. DOI: 10.1186/s12913-018-3663-z.
- [48] 袁莎莎, 王芳, 李陈晨, 等. 社区卫生服务机构签约服务模式分析[J]. 中国卫生政策研究, 2015, 8(8): 56-62. DOI: 10.3969/j.issn.1674-2982.2015.08.011.
- YUAN S S, WANG F, LI C C, et al. Analysis on the contracting service model in community health centers[J]. Chinese Journal of Health Policy, 2015, 8(8): 56-62. DOI: 10.3969/j.issn.1674-2982.2015.08.011.
- [49] 袁莎莎, 王芳, 李陈晨, 等. 社区卫生服务中心全科团队构成模式分析[J]. 中国卫生政策研究, 2014, 7(12): 37-42. DOI: 10.3969/j.issn.1674-2982.2014.12.007.
- YUAN S S, WANG F, LI C C, et al. Analysis on general practice teams in community health service centers[J]. Chinese Journal of Health Policy, 2014, 7(12): 37-42. DOI: 10.3969/j.issn.1674-2982.2014.12.007.

(收稿日期: 2020-06-22; 修回日期: 2020-10-07)

(本文编辑: 张亚丽)

· 论著 ·

我国东中西部地区基层医疗资源配置与经济发展耦合协调关系研究



扫描二维码查看
原文 + 培训视频

李丽清¹, 周绪¹, 赵玉兰¹, 卢祖洵^{2*}

【摘要】 背景 基层医疗资源配置的公平和合理及与经济适应情况将会影响区域经济发展水平的提升。目前,对于基层医疗资源配置与区域经济发展之间的耦合协调发展情况鲜有研究。**目的** 测算我国东、中、西部基层医疗资源配置与经济发展的耦合协调度,明确两者的协调发展关系,为促进两者间良性互动、实现均衡发展提供参考。**方法** 通过查阅2014—2019年《中国卫生和计划生育统计年鉴》《中国卫生健康统计年鉴》《中国统计年鉴》,收集衡量基层医疗资源配置和经济水平的相关指标,基于熵值法、综合评价函数等构建耦合协调模型,对我国基层医疗资源配置与经济水平两者的耦合协调度进行实证研究。**结果** 我国基层医疗资源配置与区域经济发展水平不高,全国仅6个省(直辖市)实现协调发展。总体上两者的耦合协调发展处于停滞状态并出现倒退现象,东、中、西部地区耦合协调度年均增长率分别为-0.31%、-1.69%、-0.45%。从地理分布看,东部地区基层医疗资源配置与经济发展耦合协调度为0.63,处于初级协调阶段(0.6, 1],协调发展等级提升受基层医疗资源配置滞后制约;中部地区和西部地区耦合协调度分别为0.45和0.44,均处于勉强协调阶段(0.4, 0.6],经济发展落后成为基层医疗资源配置与经济协调发展的限制因素。**结论** 为实现基层医疗资源配置与经济的协调发展,应缩小地区间发展差异,各地区需结合自身实际,提高基层医疗资源配置和经济发展水平,促进两者间良性互动,达到优质协调发展。

【关键词】 基层医疗卫生机构;资源配置;经济发展;耦合协调

【中图分类号】 R 197 **【文献标识码】** A DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.234

李丽清,周绪,赵玉兰,等.我国东中西部地区基层医疗资源配置与经济发展耦合协调关系研究[J].中国全科医学,2021,24(22):2777-2784. [www.chinagp.net]

LI L Q, ZHOU X, ZHAO Y L, et al. Degree of coordination between primary care resource allocation and economic development in eastern, central and western China [J]. Chinese General Practice, 2021, 24(22): 2777-2784.

Degree of Coordination between Primary Care Resource Allocation and Economic Development in Eastern, Central and Western China LI Liqing¹, ZHOU Xu¹, ZHAO Yulan¹, LU Zuxun^{2*}

1.School of Economics and Management, Jiangxi Science and Technology Normal University, Nanchang 330031, China

2.School of Public Health, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan 430030, China

*Corresponding author: LU Zuxun, Professor, Doctoral supervisor; E-mail: luac6@163.com

【Abstract】 Background The equity and rationality of primary care resource allocation and their adaptation to economic development will affect the improvement of regional economic development level. At present, there is little research on the coupling and coordinated development between primary care resource allocation and regional economy. **Objective** To measure the degree of coordination between primary care resource allocation and economic development in eastern, central and western China to clarify the coordination development relationship, to provide a reference for achieving balanced development between them via promoting sound interaction. **Methods** By consulting *China's Health and Family Planning Statistical Yearbook*, *China's Health Statistics Yearbook* and *China Statistical Yearbook* (2014—2019 volumes), relevant indicators measuring primary care resource allocation and economic level were collected, and the degree of coordination between the two aspects was evaluated empirically using a coordination model constructed using the entropy method and comprehensive evaluation function. **Results** On the whole, the degree of coordination between primary care resource allocation and regional economic development was not high, only six regions had achieved coordinated development. In general, the degree of coordination

基金项目:国家自然科学基金资助项目(71964015);国家哲学社会科学重大项目(18ZDA085);2020江西省教育厅科技项目(GJJ201102);2020江西省高校人文社科项目(GL20107)

1.330031 江西省南昌市,江西科技师范大学经济管理学院 2.430030 湖北省武汉市,华中科技大学同济医学院公共卫生学院

*通信作者:卢祖洵,教授,博士生导师;E-mail: luac6@163.com

本文数字出版日期:2021-05-28

between them seemed to come to a halt with appearance of regression, and the average annual growth rates of coordination degree in eastern, central and western regions were -0.31% , -1.69% and -0.45% , respectively. Geography-based analysis found that the degree of coordination between primary care resource allocation and regional economic development in eastern China was 0.63, which was in the primary coordination stage (0.6, 1]. The promotion of the coordination was restricted by the lagging allocation of primary care resources. Central and western China owned a degree of coordination of 0.45 and 0.44, respectively, both were in the barely coordinated stage (0.4, 0.6]. The lagging economy restricted the degree of coordination between primary care resource allocation and regional economic development. **Conclusion** To achieve a good coordinated development between primary care resource allocation and economy at the national level, it is necessary to reduce regional development differences, and improve the levels and sound interaction of regional primary care resource allocation and economic development.

【Key words】 Primary health institutions; Resource allocation; Economic development; Coupling and coordination

2016年10月中共中央 国务院颁布实施《“健康中国2030”规划纲要》强调“健康是促进人的全面发展的必然要求,是经济社会发展的基础条件,是国家富强、民族振兴的重要标志”^[1],基层医疗作为我国医疗卫生服务体系的根基,为广大城乡居民提供医疗、预防、保健等服务,是保障人民健康的重要阵地^[2],发挥着医疗卫生服务体系的“网底”作用。2018年,我国基层医疗卫生机构达94.3万个,占医疗机构总数的94.6%,而基层医疗卫生机构床位数、卫生技术人员数仅占全国总量的18.8%和28.2%,财政收入占医疗总收入的14.9%,基层医疗卫生机构分配的医疗资源微乎其微,医疗资源配置严重失衡^[3]。当前,我国正处于经济高速增长向高质量发展的过渡阶段,人力资本积累水平的提高是推动我国经济高质量发展的核心因素^[4]。因此,改善国民健康状况,提高人力资本质量,对于我国经济发展转型具有积极意义,而医疗资源配置的不合理则会明显影响这一进程,尤其在医疗资源总量不足、人口老龄化程度进一步加深、人民健康需求多样化背景下,更需明确基层医疗资源配置与区域经济的协调发展情况,促进两者间的良性互动,提高基层医疗服务水平,带动国民健康持续发展,以推进健康中国宏伟战略目标的实现,为经济增长提供更加持久的动力。

随着市场经济的发展,医疗资源配置和利用由基层医疗卫生机构向城市公立医院流动,基层医疗卫生机构服务能力被不断削弱^[5]。“强基层”一直是我国医改工作的重点,分级诊疗、家庭医生签约服务、医疗联合体等制度建设为“强基层”积累了大量的理论和实践经验^[6],对于基层医疗资源配置公平^[7-9]和效率^[10-12]的研究颇多,并得出了基层医疗卫生机构资源配置不足、服务水平低、居民信任度不高、服务利用率低等结论。鉴于医疗卫生事业在经济发展中的重要作用,国内学者从多个角度研究了医疗卫生事业与经济发展的互动关系,如医疗保障制度与经济发展^[13-17]、医疗卫生服务与经济发展水平^[18-21]、卫生支出与经济发展^[22-25]等。此外,栾素英^[26]和耿爱生等^[27]分析了卫生事业

对经济发展的贡献;李亦兵等^[28]研究了基本医疗服务均等化与经济增长的相互促进关系;张栗楠等^[29]针对如何实现医院医疗服务与社会经济发展同步提出建议。研究从多个方面探讨了医疗卫生服务与经济发展的关系,但对基层医疗资源配置与经济发展之间的关系研究较少。作为国家医疗卫生体系的重要基石,基层医疗卫生机构资源配置的公平和合理及与经济发展的适应情况将会影响区域经济发展水平的提升。目前,已有学者对基本公共服务与经济发展之间的耦合协调关系进行了研究^[30-31],对于基层医疗资源配置与区域经济的耦合协调发展情况鲜有研究。基于此,本研究从系统耦合视角出发,尝试构建基层医疗资源配置与区域经济的耦合协调模型,分析我国东、中、西部地区两系统间耦合协调发展关系,为提高基层医疗服务水平、促进我国基层医疗资源配置与区域经济协调发展提供参考。

1 资料与方法

1.1 数据来源 以全国31个省(自治区、直辖市)为研究对象,按照区域划分标准将其划分为东、中、西部3个区域。选取全国31个省(自治区、直辖市)的数据进行分析,基层医疗资源配置和经济发展所选指标数据均来源于2014—2019年《中国卫生和计划生育统计年鉴》《中国卫生健康统计年鉴》《中国统计年鉴》。

1.2 研究方法 利用耦合协调度模型对2013—2018年我国东、中、西部地区基层医疗资源配置与经济水平的协调状况进行实证分析,以反映区域发展耦合协调度的现状及其演变规律。

1.2.1 指标体系构建 卫生机构数、床位数、人员数常用于反映卫生资源配置的总体规模和人力资源情况^[32],卫生财力资源代表了卫生资源配置对居民健康的影响程度。为准确评价我国东、中、西部地区基层医疗资源配置与经济水平之间的相互作用关系,结合基层医疗资源配置的实际情况并兼顾指标体系的目的性、系统性、层次性等指标设计原则,从基层医疗卫生机构设施、人员和卫生经费3个一级指标下选取医疗机构数、医疗机构床位数、执业(助理)医师、注册护士和财政补助5个二级指标评价

我国基层医疗资源配置的发展情况,为消除地区人口差异带来的影响,各指标均采用人均指标(每千人口数量)表示。在经济发展评价体系中,从经济发展规模和经济发展效益两个方面选取地区生产总值、地方财政收入、城镇居民人均可支配收入和人均国内生产总值(GDP)4个指标衡量地区经济发展水平。最终,构建的我国基层医疗资源配置与经济发展水平评价指标体系见表1。

1.2.2 指标权重确定 由于各指标量纲不同,指标间不具有可比性,需对指标进行无量纲化处理。为避免赋值数的无意义,在数据的处理结果后加上一个略大于0的正数,如0.001。正向指标采用公式1进行标准化处理,负向指标采用公式2进行标准化处理。

$$x'_{ij} = \frac{x_{ij} - \min x_{ij}}{\max x_{ij} - \min x_{ij}} + 0.001 \quad (\text{公式1})$$

$$x'_{ij} = \frac{\max x_{ij} - x_{ij}}{\max x_{ij} - \min x_{ij}} + 0.001 \quad (\text{公式2})$$

其中*i*(*i*=1, 2, 3……*m*)表示地区,*j*(*j*=1, 2, 3……*n*)表示评价指标,*x_{ij}*表示原始数据,*maxx_{ij}*表示*j*指标序列下的最大值,*minx_{ij}*表示*j*指标序列下的最小值。

确定指标权重的方法分为主观赋权法和客观赋权法。为了确保研究的客观性,通常倾向于客观赋权法,其中熵值法由于其准确、简便等优点,在实践研究中得到广泛应用^[33]。熵值法计算步骤如下:

首先,计算*j*指标序列下*i*区域的比重*p_{ij}*:

$$p_{ij} = \frac{x'_{ij}}{\sum_{i=1}^m x'_{ij}} \quad (i=1, 2, 3 \dots m, j=1, 2, 3 \dots n) \quad (\text{公式3})$$

其次,计算*j*评价指标的熵值*e_j*:

$$e_j = -\frac{1}{\ln m} \sum_{i=1}^m p_{ij} \ln p_{ij} \quad (i=1, 2, 3 \dots m, j=1, 2, 3 \dots n) \quad (\text{公式4})$$

最后,计算第*j*个评价指标的权重*w_j*:

$$w_j = \frac{1 - e_j}{\sum_{j=1}^n (1 - e_j)} \quad (j=1, 2, 3 \dots n) \quad (\text{公式5})$$

1.2.3 综合发展水平测量 正确认识基层医疗资源配置和区域经济发展现状是促进二者协调发展的前提和关键。根据上述公式得到各指标权重和标准化得分值,采用线性加权法模型分别计算各省份两子系统综合得分值,对其综合发展水平进行度量。其中,*u_i*为系统综合评价指数,*u_i*越大表示系统发展水平越高。

$$u_i = \sum_{j=1}^n W_j x'_{ij} \quad (i=1, 2, 3 \dots m) \quad (\text{公式6})$$

1.2.4 耦合协调度模型 耦合度模型是一个物理模型,用来描述系统或系统内部要素之间相互作用、彼此影响的程度^[34]。基层医疗资源配置与经济发展系统相互影响,根据两系统之间的耦合关系构建耦合模型:

$$C = \sqrt{\frac{u_1 \times u_2}{[(u_1 \times u_2) / 2]^2}} = 2 \frac{\sqrt{u_1 \times u_2}}{u_1 + u_2} \quad (\text{公式7})$$

式中,*u₁*表示基层医疗资源配置子系统的综合评价指数,*u₂*表示区域经济发展子系统的综合评价指数,*C*为

两子系统的耦合度,取值范围为[0, 1]。*C*越大表示基层医疗资源配置与区域经济的关联程度越大,随着*C*的增大,系统由有序向无序发展,当*C*=1时,表明两系统处于最佳耦合状态^[35]。耦合度按高低可具体划分为低水平耦合(0 ≤ *C* < 0.30)、颀颀(0.30 ≤ *C* < 0.49)、磨合(0.49 ≤ *C* < 0.79)、高水平耦合(0.79 ≤ *C* < 1)4个阶段。

由于耦合度模型无法判别子系统是在各自何种发展水平之下的协调,为全面反映我国基层医疗资源配置和经济发展的协调关系,引入耦合协调度模型:

$$D = \sqrt{C \times T} \quad (\text{公式8})$$

$$T = \alpha u_1 + \beta u_2 \quad (\text{公式9})$$

式中,*D*为耦合协调度,取值范围为[0, 1];*C*为耦合度,取值范围为[0, 1];*T*为基层医疗资源配置与经济发展整体综合评价指数;*α*、*β*分别代表两者的贡献系数,因为研究中基层医疗资源配置与经济发展具有相当的重要性,且*α*+*β*=1,令*α*=*β*=0.5。为了直接反映基层医疗资源配置和经济发展的耦合协调度,对两个子系统的耦合协调度进行等级分类^[31],见表2。

表1 基层医疗资源配置与经济发展指标评价体系

Table 1 Primary care resource allocation and economic development evaluation system

目标系统	一级指标	二级指标
基层医疗资源配置	卫生设施	医疗机构数(万个/千人)
		医疗机构床位数(万个/千人)
	卫生人员	执业(助理)医师(个/千人)
		注册护士(个/千人)
经济水平	卫生费用	财政补助(万元/千人)
	经济规模	地区生产总值(亿元)
		地方财政收入(亿元)
	经济效益	城镇居民人均可支配收入(元) 人均GDP(元)

注:GDP=国内生产总值

表2 耦合协调度等级评价标准

Table 2 Evaluation criteria for the degree of coordination between primary care resource allocation and economic development

协调类型	取值范围	耦合协调等级	子系统对比
失凋衰退区间	[0, 0.1]	极度失凋	
	(0.1, 0.2]	严重失凋	当 $u_1 > u_2$ 时, 为
	(0.2, 0.3]	中度失凋	经济发展滞后
过渡调和区间	(0.3, 0.4]	轻度失凋	型协调;
	(0.4, 0.5]	濒临失凋	当 $u_1 = u_2$ 时, 为
	(0.5, 0.6]	勉强协调	同步型协调;
协调发展区间	(0.6, 0.7]	初级协调	当 $u_1 < u_2$ 时, 为
	(0.7, 0.8]	中级协调	基层医疗资源
	(0.8, 0.9]	良好协调	配置滞后型
	(0.9, 1.0]	优质协调	协调

注:*u₁*和*u₂*分别表示基层医疗资源配置与经济发展子系统综合评价值

2 结果

2.1 基层医疗资源配置与经济发展耦合协调度的时间特征 运用上述公式分别测量 2013—2018 年我国东、中、西部基层医疗资源配置与经济发展子系统综合评价价值 u_1 和 u_2 、两系统间耦合度 C 及耦合协调度 D ，见表 3。

近年来，我国基层医疗资源配置与区域经济发展出现不同程度的波动，两子系统发展水平整体上未发生较大变化。2013—2018 年，东部地区基层医疗资源配置发展水平维持在 0.38 左右，中部和西部地区基层医疗资源配置发展波动较明显，整体水平有所下降，基层医疗资源配置发展水平平均值分别为 0.31 和 0.36，表明我国中、西部地区基层医疗服务发展存在一定短板。在经济方面，我国区域经济发展水平呈东、中、西阶梯发展态势，东部地区经济发展水平维持在 0.5 左右，中部和西部地区基本稳定在 0.18 和 0.13，中、西部地区经济有较大提升空间。

2013—2018 年，我国东、中、西部地区基层医疗资源配置与经济发展耦合度年均增幅分别为 0.21%、-0.41%、-0.23%，两系统耦合发展均保持在高水平耦合阶段，系统间关联程度高，交互效应强，处于有序发展状态。东、中、西部地区耦合协调度年均增幅分别为 -0.31%、-1.69%、-0.45%，各地区耦合协调度水平出现不同程度降低，耦合协调类型未发生变化。东部地区耦合协调度维持在 0.64 左右，处于协调发展区间，同时基层医疗资源配置供给低于经济发展所需，为基层医疗资源配置滞后型协调，基层医疗资源配置滞后阻碍着东部地区进一步协调发展；中部地区耦合协调度维持在 0.47 左右，处于过渡调和区间，对比基层医疗资源配置与区域两子系统，可知中部地区为经济发展滞后型协调，经济发展水平低成为制约中部地区协调发展的主要原因；西部地区耦合协调度维持在 0.44 左右，处于过渡调和区间，分析西部地区基层医疗资源配置与经济发展水平可知，经济发展子系统发展滞后阻碍西部地区协调水平的提升。

2.2 基层医疗资源配置与经济发展耦合协调度的区域

特征 从空间角度分析我国基层医疗资源配置与经济发展耦合协调度的分布情况，计算 2018 年我国 31 个省（自治区、直辖市）基层医疗资源配置与经济发展子系统综合评价价值和耦合协调度，见表 4。

从三大区域上看，2018 年基层医疗资源配置与区域经济耦合协调度东部地区最高（0.63），处于初级协调状态，中部地区次之（0.45），西部地区最低（0.44），中部和西部地区处于濒临失调等级。

从各个地区上看，2018 年东部地区各省份处于协调发展区间、过渡调和区间和失调衰退区间的数量分别为 6、5、0 个，整体以协调发展和过渡调和类型为主，其中北京（0.86）协调发展等级最高，达到良好协调等级，海南（0.42）协调发展等级最低，处于濒临失调等级。中部地区各省份处于协调发展区间、过渡调和区间和失调衰退区间的数量分别为 0、7、1 个，整体以过渡调和类型为主，无省份处于协调发展区间，耦合协调水平最高的为湖北（0.56），达到勉强协调等级，最低为黑龙江（0.32），处于轻度失调等级。西部地区各省份处于协调发展区间、过渡调和区间和失调衰退区间的数量分别为 0、8、4 个，整体以过渡调和和失调衰退类型为主，无省份处于协调发展区间，四川（0.55）耦合协调度最高，处于勉强协调等级，甘肃（0.33）耦合协调度最低，处于轻度失调等级。

2.3 基层医疗资源配置与经济发展耦合协调度的空间分布特征 根据耦合协调度分布图（图 1），2018 年我国基层医疗资源配置与经济发展耦合协调度符合“胡焕庸线”的空间分布规律^[36]，耦合协调度中值区、高值区集中分布于胡焕庸线以东，耦合协调度低值区主要分布在胡焕庸线以西。统计研究表明，我国整体社会经济也符合“胡焕庸线”的分布规律，胡焕庸线右侧区域主要城市平均地区生产总值高于左侧主要城市^[37]。耦合协调度与经济发展水平分布具有类似的空间特征，呈现出与当前经济发展总体水平相一致的格局。地图来源于中国基础地理信息矢量图^[38]。

3 讨论

本文运用耦合协调模型从时间和空间角度对我国

表 3 2013—2018 年我国东、中、西部地区基层医疗资源配置与经济发展耦合协调度分析

Table 3 Degree of coordination between primary care resource allocation and economic development in eastern, central and western China from 2013 to 2018

年份 (年)	东部				中部				西部			
	u_1	u_2	C	D	u_1	u_2	C	D	u_1	u_2	C	D
2013	0.36	0.53	0.95	0.64	0.28	0.21	0.98	0.49	0.34	0.15	0.85	0.45
2014	0.37	0.50	0.96	0.64	0.31	0.18	0.96	0.48	0.37	0.13	0.80	0.44
2015	0.38	0.50	0.96	0.64	0.32	0.18	0.95	0.48	0.38	0.13	0.82	0.45
2016	0.39	0.48	0.96	0.64	0.31	0.17	0.94	0.47	0.37	0.13	0.82	0.45
2017	0.38	0.48	0.96	0.63	0.28	0.18	0.95	0.46	0.35	0.13	0.84	0.44
2018	0.38	0.47	0.96	0.63	0.25	0.18	0.96	0.45	0.33	0.13	0.86	0.44

注： u_1 和 u_2 分别表示基层医疗资源配置与经济发展子系统综合评价价值， C 和 D 是两系统间耦合度及耦合协调度

表4 2018年我国省域基层医疗资源配置与经济发展耦合协调度分析
Table 4 Degree of coordination between primary care resource allocation and economic development at the regional level in China, 2018

地区	u_1	u_2	D
东部			
北京市	0.76	0.72	0.86
天津市	0.18	0.37	0.51
河北省	0.27	0.21	0.49
辽宁省	0.21	0.22	0.46
上海市	0.47	0.74	0.77
江苏省	0.44	0.69	0.74
浙江省	0.45	0.61	0.72
福建省	0.31	0.36	0.58
山东省	0.36	0.47	0.64
广东省	0.33	0.70	0.69
海南省	0.36	0.09	0.42
平均值	0.38	0.47	0.63
中部			
山西省	0.30	0.12	0.44
吉林省	0.34	0.11	0.44
黑龙江省	0.13	0.08	0.32
安徽省	0.14	0.20	0.41
江西省	0.19	0.16	0.42
河南省	0.22	0.24	0.48
湖北省	0.39	0.26	0.56
湖南省	0.30	0.24	0.52
平均值	0.25	0.18	0.45
西部			
内蒙古自治区	0.37	0.22	0.53
广西壮族自治区	0.32	0.12	0.44
重庆市	0.38	0.20	0.53
四川省	0.39	0.23	0.55
贵州省	0.27	0.10	0.41
云南省	0.24	0.12	0.41
西藏自治区	0.39	0.06	0.39
陕西省	0.30	0.19	0.49
甘肃省	0.31	0.04	0.33
青海省	0.41	0.06	0.40
宁夏回族自治区	0.28	0.08	0.39
新疆维吾尔自治区	0.32	0.12	0.44
平均值	0.33	0.13	0.44

东、中、西部地区31个省（自治区、直辖市）基层医疗资源配置与经济协调发展情况进行实证研究，根据各地区协调发展情况分析内在原因，为实现我国基层医疗资源配置与区域经济间的协调发展提供依据。

3.1 我国基层医疗资源配置与区域经济整体协调发展水平不高，各地区协调发展“稳中有降” 2018年，我国东、中、西部地区基层医疗资源配置与经济耦合协调发展仅东部地区（0.63）勉强达到协调发展区间，中部地区（0.45）

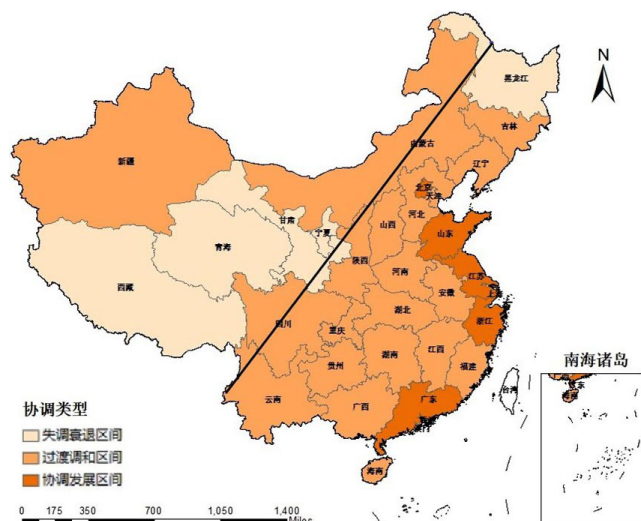


图1 2018年我国省域基层医疗资源配置与经济发展耦合协调度
Figure 1 Degree of coordination between primary care resource allocation and economic development at the regional level in China, 2018

和西部地区（0.44）未实现协调发展，三大地区基层医疗资源配置与经济发展耦合度都低于耦合协调度，处于低发展水平下的协调。全国31个省（自治区、直辖市）中仅6个处于协调发展区间，比例为19.4%，整体协调发展水平有待提高。2013—2018年，东、中、西部地区耦合度和耦合协调度水平出现小幅度下降，基层医疗资源配置与经济发展不协调情况有加深的趋势。各地区对于基层医疗资源配置与经济适应情况未给予重视，导致两者间协调水平不高，协调发展出现倒退。因此，有针对性地促进基层医疗资源配置与区域经济协调发展将成为东、中、西部地区未来发展的必然选择。

3.2 东部地区协调发展水平提升受基层医疗资源配置滞后限制，中部和西部地区协调发展受经济落后制约 从基层医疗资源配置与区域经济的耦合协调情况来看，我国整体协调发展水平不高。东部地区基层医疗资源配置水平未达到经济发展需求，协调发展等级提升受到约束；中部地区和西部地区经济发展滞后于基层医疗资源配置，未能实现协调发展。当前东部地区经济发展迅速，基层医疗资源配置未能跟上经济发展的步伐，以上海和广东为例，上海和广东经济发展子系统综合评价价值分别为0.74和0.70，基层医疗资源配置子系统综合评价价值为0.47和0.33，两子系统协调发展存在“脱节”现象，阻碍协调水平提升。中部地区在政策上的支持落后于其他地区，又因自然条件的限制形成了“中部塌陷”的迹象^[39]，经济发展水平远低于东部地区，发展速度不及西部地区，制约基层医疗资源配置与经济的协调发展；西部地区幅员辽阔，人口稀少，受历史、社会、自然条件等多方面因素影响，经济发展处于全国最低水平，经济因素同时也阻碍着基层医疗资源配置与区域经济两系统间的协调发展。

3.3 协调发展存在地区间差异,经济发展水平成为提升基层医疗资源配置与区域经济耦合协调水平的重要因素。我国基层医疗资源配置与区域经济耦合协调度分布有着显著的空间格局特征,存在明显的地区差异,基层医疗资源配置与区域经济发展水平具有关联性,耦合协调度高值区集中分布于东部经济发达地区。政府医疗卫生的投入较强地依赖于地方的经济与财政实力^[40],经济发展水平和质量的提升对于促进基层医疗资源配置乃至两者协调发展将起到积极作用。北京和上海耦合协调发展水平位居全国前列,原因在于其发达的经济对于基层医疗资源配置的支撑,进而带动两者协调发展。

4 政策建议

基层医疗资源配置与经济发展存在相互影响、相互制约的关系,耦合协调发展状况是衡量两者可持续发展水平的重要标准。根据对我国东、中、西部基层医疗资源配置与经济耦合协调发展的讨论分析,给出以下建议,以促进基层医疗资源配置与区域经济长远可持续发展。

4.1 倡导基层医疗资源配置与区域经济优质协调发展

各地区应加强对基层医疗资源配置与区域经济协调发展状态的研究,在提升基层医疗服务与经济发展水平的同时,注意两者之间的协调发展。基层医疗资源配置供给也应以当前区域经济发展水平为基准,维持一定的基层医疗资源配置相对发展水平,避免与经济发展不相适应的基层医疗资源配置超前与滞后供给。此外,针对基层医疗资源配置政策的制定应立足于不同时期经济社会发展的实际需求,使基层医疗资源配置成为推动区域经济发展的重要力量,达到基层医疗资源配置与区域经济优质协调发展的目的。

4.2 加强基层医疗资源配置,提升基层医疗服务水平

各级政府应积极发挥主导作用,明确区域内基层医疗资源配置情况,合理调配卫生资源投入。针对资源匮乏地区,一方面加快区域医疗中心建设^[41],实现短期内医疗服务能力的大幅提升;另一方面推动基层医疗卫生机构升级,选取医疗水平、人文建设、基础设施较好的基层医疗卫生机构,按照实际需求进行设施建造、设备更新和人才引进,使基层医疗服务得到长远发展。发达地区应充分发挥经济和科技优势,加强基层医疗卫生服务人才队伍建设,对基层医疗卫生机构实施对口帮扶政策^[42],强化医疗机构间纵向协作和交流,做到知识、技术及管理经验的共享,实现优质医疗资源下沉,提高基层医疗卫生机构服务水平。

4.3 提高经济发展水平,创造良好协调发展环境。经济欠发达地区需积极探索经济发展道路,提高经济发展水平,带动基层医疗资源配置的发展。以海南为主的东部地区可借鉴上海和江苏的发展历程,依靠其独特地理位置和自由贸易港优势,吸引投资,加强外贸、旅游等

行业发展;中部地区与西部地区则需完善基础设施建设,依托其劳动力成本优势,承接东部地区制造业转移,推动以劳动密集型制造业发展为基础提升地区的经济水平^[43]。各地区也可鼓励社会资本进入基层医疗服务市场,形成多元办医格局,将基层医疗资源配置的“短板”转化为经济新增长点。

基层医疗服务的发展提高了人们的健康水平,改善了社会人力资本结构,促进了经济发展和社会进步,经济水平的提高又为基层医疗资源配置的发展提供财政支持和良好外部环境,两者相辅相成的关系也就为两者之间的协调发展提出了更高要求。当前,我国东、中、西部地区基层医疗资源配置与经济发展耦合协调度整体水平偏低,地区间差异较大,各地区需结合自身实际,提升基层医疗服务或经济发展水平,合理配置基层医疗资源,适应当前经济发展需求,以实现两者的协同发展。

作者贡献:李丽清、卢祖洵负责研究设计与质量控制;周绪负责文章的撰写;赵玉兰负责资料的收集与数据计算;李丽清、周绪、赵玉兰、卢祖洵负责全文审核并对文章负责。

本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 单菁菁. 建设健康中国:现状、问题与对策[J]. 中州学刊, 2018, 40(2): 71-77. DOI: 10.3969/j.issn.1003-0751.2018.02.012.
- [2] SHAN J J. To build a "Healthy China": current situation, problems and countermeasures [J]. Academic Journal of Zhongzhou, 2018, 40(2): 71-77. DOI: 10.3969/j.issn.1003-0751.2018.02.012.
- [3] 傅雅欣, 李倩, 唐梅. 基层医疗践行高价值医疗卫生服务的机遇、挑战及对策[J]. 中国卫生事业管理, 2020, 37(4): 279-282.
- [4] FU Y X, LI Q, TANG M. Opportunities, challenges and countermeasures for practicing high-value medical and health services in primary care [J]. Chinese Health Service Management, 2020, 37(4): 279-282.
- [5] 国家卫生健康委员会. 中国卫生健康统计年鉴(2019)[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2019.
- [6] 刘成坤, 林明裕. 人口老龄化、人力资本积累与经济高质量发展[J]. 经济问题探索, 2020, 41(7): 168-179.
- [7] 余瑞芳, 朱晓丽, 杨顺心. 分级诊疗下基层医疗卫生机构的发展现状及建议[J]. 中国全科医学, 2016, 19(28): 3413-3416. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2016.28.006.
- [8] SHE R F, ZHU X L, YANG S X. Development status and suggestions of primary medical and health institutions under the circumstance of hierarchical diagnosis and treatment [J]. Chinese General Practice, 2016, 19(28): 3413-3416. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2016.28.006.
- [9] 卢祖洵, 徐鸿彬, 李丽清, 等. 关于加强基层医疗卫生服务建设的建议——兼论推进疫情防控关口前移[J]. 行政管理改革, 2020, 12(3): 23-29. DOI: 10.14150/j.cnki.1674-7453.2020.03.003.
- [10] 杨展, 胡晓, 陈饶, 等. 我国基层医疗卫生资源配置公平性研究[J]. 中国卫生资源, 2017, 20(2): 106-109, 122. DOI:

- 10.13688/j.cnki.chr.2017.16539.
- YANG Z, HU X, CHEN R, et al. Research on the equity of the primary medical and health resource allocation in China [J]. Chinese Health Resources, 2017, 20 (2): 106-109, 122. DOI: 10.13688/j.cnki.chr.2017.16539.
- [8] 刘冠宇, 李潇, 任思姚, 等. 吉林省基层医疗机构人力资源现状及影响因素分析 [J]. 中国卫生经济, 2019, 38 (6): 49-53. DOI: 10.7664/CHE20190613.
- LIU G Y, LI X, REN S Y, et al. Analysis on the current situation and influencing factors of human resources in primary medical institutions in Jilin [J]. Chinese Health Economics, 2019, 38 (6): 49-53. DOI: 10.7664/CHE20190613.
- [9] 王芳, 朱晓丽, 丁雪. 我国基层卫生人力资源配置现状及公平性分析 [J]. 中国卫生事业管理, 2012, 29 (2): 108-110. DOI: 10.3969/j.issn.1004-4663.2012.02.009.
- WANG F, ZHU X L, DING X. Analyzing the status of grassroots health human resources allocation in China and its equity [J]. Chinese Health Service Management, 2012, 29 (2): 108-110. DOI: 10.3969/j.issn.1004-4663.2012.02.009.
- [10] 姚魏紫, 张雅莉, 蒲星月, 等. 区域协同背景下的四川省基层医疗卫生机构资源配置效率分析 [J]. 现代预防医学, 2021, 48 (5): 849-853.
- YAO W Z, ZHANG Y L, PU X Y, et al. Analysis of resource allocation efficiency of Sichuan primary medical and health institution under the background of regional cooperation [J]. Modern Preventive Medicine, 2021, 48 (5): 849-853.
- [11] 田晋莹, 廖瑞斌, 张慧, 等. 分级诊疗视域下广东省基层卫生资源配置效率分析 [J]. 现代预防医学, 2021, 48 (3): 464-468.
- TIAN J Y, LIAO R B, ZHANG H, et al. Analysis on the allocation efficiency of primary medical institutions in Guangdong from the perspective of hierarchical diagnosis and treatment [J]. Modern Preventive Medicine, 2021, 48 (3): 464-468.
- [12] 黄河, 胡琳琳, 刘远立. 中国基层医疗卫生机构运行效率及影响因素研究 [J]. 中国全科医学, 2019, 22 (19): 2280-2285. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2018.00.369.
- HUANG H, HU L L, LIU Y L. Operation efficiency and influencing factors of primary healthcare institutions in China [J]. Chinese General Practice, 2019, 22 (19): 2280-2285. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2018.00.369.
- [13] 何国平, 王婧. 新型农村合作医疗制度对我国经济发展的影响 [J]. 中华全科医学, 2010, 8 (11): 1461-1462. DOI: 10.16766/j.cnki.issn.1674-4152.2010.11.010.
- HE G P, WANG J. Impact of the new rural cooperative medical care system on economic development of China [J]. Chinese Journal of General Practice, 2010, 8 (11): 1461-1462. DOI: 10.16766/j.cnki.issn.1674-4152.2010.11.010.
- [14] 王沁, 王治军. 医疗保障制度与经济增长的关系研究 [J]. 保险研究, 2016, 36 (9): 89-102. DOI: 10.13497/j.cnki.is.2016.09.009.
- [15] 张姝, 付晓萌, 龚卉, 等. 发展中国家经济发展对全民健康及医疗保障制度的影响 [J]. 中国卫生经济, 2014, 33 (5): 93-96. DOI: 10.7664/CHE20140529.
- ZHANG S, FU X M, GONG H, et al. The impact of developing country economic development on the national health and health care system [J]. Chinese Health Economics, 2014, 33 (5): 93-96. DOI: 10.7664/CHE20140529.
- [16] 俞卫. 医疗卫生服务均等化与地区经济发展 [J]. 中国卫生政策研究, 2009, 2 (6): 1-7. DOI: 10.3969/j.issn.1674-2982.2009.06.001.
- YU W. Equality in health service and regional economic development [J]. Chinese Journal of Health Policy, 2009, 2 (6): 1-7. DOI: 10.3969/j.issn.1674-2982.2009.06.001.
- [17] 武孟君, 戴力辉, 李思琦, 等. 我国不同经济发展水平地区城乡居民医保政策对比研究 [J]. 中国卫生经济, 2020, 39 (9): 18-21. DOI: 10.7664/CHE20200904.
- WU M J, DAI L H, LI S Q, et al. Comparative study on medical insurance policies of urban and rural residents in different economic development levels in China [J]. Chinese Health Economics, 2020, 39 (9): 18-21. DOI: 10.7664/CHE20200904.
- [18] 聂春雷, 李谨邑, 贾翠平, 等. 我国不同经济发展水平地区卫生资源配置分析 [J]. 医学与社会, 2004, 17 (3): 4-6. DOI: 10.3870/j.issn.1006-5563.2004.03.002.
- [19] 张文斌, 徐海峰, 贾丹丹, 等. 我国不同经济发展水平地区眼科资源配置分析 [J]. 中国卫生统计, 2005, 22 (6): 391-392, 394. DOI: 10.3969/j.issn.1002-3674.2005.06.013.
- ZHANG W B, XU H F, JIA D D, et al. Analysis of ophthalmic resources allocation in different economic development regions in China [J]. Chinese Journal of Health Statistics, 2005, 22 (6): 391-392, 394. DOI: 10.3969/j.issn.1002-3674.2005.06.013.
- [20] 韩月. 我国各地区经济发展与医疗卫生事业发展的关系 [J]. 中国卫生统计, 2018, 35 (4): 603-604.
- HAN Y. The relationship between the economic development and the development of medical and health services in various regions of China [J]. Chinese Journal of Health Statistics, 2018, 35 (4): 603-604.
- [21] 赵雪雁, 王晓琪, 刘江华, 等. 基于不同尺度的中国优质医疗资源区域差异研究 [J]. 经济地理, 2020, 40 (7): 22-31. DOI: 10.15957/j.cnki.jjdl.2020.07.003.
- ZHAO X Y, WANG X Q, LIU J H, et al. Regional differences of high quality medical resources in China based on different scales [J]. Economic Geography, 2020, 40 (7): 22-31. DOI: 10.15957/j.cnki.jjdl.2020.07.003.
- [22] 周德水. 我国卫生支出结构与经济发展关系研究 [J]. 中国卫生经济, 2016, 35 (1): 57-59. DOI: 10.7664/CHE20160116.
- ZHOU D S. Research on the relation between health expenditure structure and economic development in China [J]. Chinese Health Economics, 2016, 35 (1): 57-59. DOI: 10.7664/CHE20160116.
- [23] 钟晓敏, 杨六妹. 公私医疗卫生支出与经济增长关系的实证分析 [J]. 财经论丛, 2016, 32 (3): 20-27. DOI: 10.13762/j.cnki.cjlc.2016.03.001.
- ZHONG X M, YANG L M. An empirical study of the relationship between public and private health spending and economic growth [J]. Collected Essays on Finance and Economics, 2016, 32 (3): 20-27. DOI: 10.13762/j.cnki.cjlc.2016.03.001.
- [24] 宋英杰, 曹鸿杰. 政府医疗卫生支出对经济增长具有正向效应——基于山东省的实证分析 [J]. 财会月刊, 2017, 37 (9):

- 125-128. DOI: 10.19641/j.cnki.42-1290/f.2017.09.023.
- SONG Y J, CAO H J. Government medical and health expenditure has a positive effect on economic growth: an empirical analysis based on Shandong Province [J]. Finance and Accounting Monthly, 2017, 37(9): 125-128. DOI: 10.19641/j.cnki.42-1290/f.2017.09.023.
- [25] 赵刚. 卫生与经济发展之间的关系探索研究 [J]. 企业改革与管理, 2019, 27(23): 217-218. DOI: 10.13768/j.cnki.cn11-3793/f.2019.3195.
- [26] 栾素英. 卫生事业对经济发展的贡献浅析 [J]. 企业改革与管理, 2014, 22(14): 135. DOI: 10.13768/j.cnki.cn11-3793/f.2014.2579.
- [27] 耿爱生, 李鲁, 姜敏敏. 卫生事业对经济发展的贡献分析 [J]. 中国农村卫生事业管理, 2003, 23(4): 11-15. DOI: 10.3969/j.issn.1005-5916.2003.04.006.
- [28] 李亦兵, 孙晓晴. 我国基本医疗卫生服务均等化与经济增长的实证研究——基于向量自回归模型 [J]. 价格理论与实践, 2016, 36(11): 146-149. DOI: 10.19851/j.cnki.cn11-1010/f.2016.11.038.
- LI Y B, SUN X Q. An empirical study on Equalization of basic medical and health services and economic growth in China: based on vector autoregressive model [J]. Price: Theory & Practice, 2016, 36(11): 146-149. DOI: 10.19851/j.cnki.cn11-1010/f.2016.11.038.
- [29] 张栗楠, 赵志江. 浅谈医院医疗服务如何与社会经济发展同步 [J]. 科学之友, 2012, 32(15): 106-107.
- [30] 蔡秀玲, 乔术好. 福建省基本公共服务与经济发展耦合协调度分析 [J]. 福建论坛 (人文社会科学版), 2017, 37(7): 146-158.
- CAI X L, QIAO S H. Analysis on the coupling coordination degree between basic public service and economic development in Fujian Province [J]. Fujian Tribune (the Humanities & Social Sciences), 2017, 37(7): 146-158.
- [31] 刘璐. 京津冀地区基本公共服务与经济发展协调关系研究 [D]. 石家庄: 河北师范大学, 2020.
- [32] ZHANG T, XU Y, REN J, et al. Inequality in the distribution of health resources and health services in China: hospitals versus primary care institutions [J]. Int J Equity Health, 2017, 16(1): 42. DOI: 10.1186/s12939-017-0543-9.
- [33] 惠调艳, 郭筱. 西部地区经济-资源-环境协调发展水平测度 [J]. 统计与决策, 2019, 35(11): 124-128. DOI: 10.13546/j.cnki.tjyjc.2019.11.029.
- [34] 张予川, 李思萌. 区域经济与制造业服务化耦合协调度研究——以长江经济带为例 [J]. 统计与管理, 2020, 35(12): 30-36. DOI: 10.16722/j.issn.1674-537x.2020.12.005.
- ZHANG Y C, LI S M. Research on coupling coordination degree of regional economy and servitization of manufacturing industry: taking Yangtze River Economic Belt as an example [J]. Statistics and Management, 2020, 35(12): 30-36. DOI: 10.16722/j.issn.1674-537x.2020.12.005.
- [35] 张予川, 戴承, 张金鑫. 长江经济带制造业服务转型路径选择——基于微笑曲线的实证研究 [J]. 软科学, 2017, 31(6): 24-29. DOI: 10.13956/j.ss.1001-8409.2017.06.06.
- ZHANG Y C, DAI C, ZHANG J X. The choice of the manufacturing service transformation path in Yangtze River Economic Belt: a empirical study based on smiling curve [J]. Soft Science, 2017, 31(6): 24-29. DOI: 10.13956/j.ss.1001-8409.2017.06.06.
- [36] 胡焕庸. 中国人口之分布——附统计表与密度图 [J]. 地理学报, 1935, 2(2): 33-74.
- [37] 刘志彪. 建设优势互补高质量发展的区域经济布局 [J]. 南京社会科学, 2019, 30(10): 18-26. DOI: 10.15937/j.cnki.issn.1001-8263.2019.10.003.
- LIU Z B. Building a regional economic layout with complementary advantages and high-quality development [J]. Social Sciences in Nanjing, 2019, 30(10): 18-26. DOI: 10.15937/j.cnki.issn.1001-8263.2019.10.003.
- [38] 赵雪雁, 王晓琪, 刘江华, 等. 基于不同尺度的中国优质医疗资源区域差异研究 [J]. 经济地理, 2020, 40(7): 22-31. DOI: 10.15957/j.cnki.jjdl.2020.07.003.
- ZHAO X Y, WANG X Q, LIU J H, et al. Regional differences of quality medical resources in China based on different scales [J]. Economic Geography, 2020, 40(7): 22-31. DOI: 10.15957/j.cnki.jjdl.2020.07.003.
- [39] 张立恒. 基于集聚效应分析中部地区经济塌陷问题研究 [J]. 金融教育研究, 2014, 27(1): 56-59.
- [40] 曹鸿杰, 宋英杰, 黄晓花. 政府医疗卫生支出的经济发展效应研究述评 [J]. 山东工商学院学报, 2016, 30(2): 112-118. DOI: 10.3969/j.issn.1672-5956.2016.02.017.
- CAO H J, SONG Y J, HUANG X H. Review on the economic development effect of government medical and health expenditure [J]. Journal of Shandong Institute of Business and Technology, 2016, 30(2): 112-118. DOI: 10.3969/j.issn.1672-5956.2016.02.017.
- [41] 雷鹏, 冯志昕, 丁荆妮, 等. 中国医疗资源配置与服务利用现状评价 [J]. 卫生经济研究, 2019, 36(5): 50-55. DOI: 10.14055/j.cnki.33-1056/f.2019.05.014.
- LEI P, FENG Z X, DING J N, et al. Evaluation of the status quo of medical resource allocation and service utilization in China [J]. Health Economics Research, 2019, 36(5): 50-55. DOI: 10.14055/j.cnki.33-1056/f.2019.05.014.
- [42] 郑继承. 我国医疗卫生资源配置的均衡性研究 [J]. 中国卫生资源, 2019, 22(5): 362-366. DOI: 10.13688/j.cnki.chr.2019.19225.
- ZHENG J C. Study on the equilibrium of health resource allocation in China [J]. Chinese Health Resources, 2019, 22(5): 362-366. DOI: 10.13688/j.cnki.chr.2019.19225.
- [43] 段敏芳, 田秉鑫. 差距与发展: 西部地区制造业如何在承接中升级 [J]. 湖北大学学报 (哲学社会科学版), 2018, 45(2): 118-125. DOI: 10.3969/j.issn.1001-4799.2018.02.016.
- DUAN M F, TIAN B X. Gap and development: how to upgrade the manufacturing industry in western China [J]. Journal of Hubei University (Philosophy and Social Sciences), 2018, 45(2): 118-125. DOI: 10.3969/j.issn.1001-4799.2018.02.016.

(收稿日期: 2021-02-03; 修回日期: 2021-03-29)

(本文编辑: 段淑娟)

· 论著 ·

我国老年流动人口常见病症患病及就诊情况的影响因素研究



扫描二维码查看
原文 + 培训视频

霍添琪¹, 闫晓², 郭峻³, 郭清芳⁴, 肖革新^{1*}

【摘要】 背景 随着我国老年流动人口数量的不断增加,该群体面临的健康和就诊问题成为建设健康中国的重要内容和关注热点。**目的** 了解我国老年流动人口的常见病症患病情况、就诊情况及影响因素。**方法** 使用2017年全国流动人口动态监测调查数据,以6 478名60岁及以上的老年流动人口为研究对象,收集老年流动人口个人及家庭特征、流动特征、公共服务利用情况、个人健康状况4个方面变量。采用二元 Logistic 回归模型分析老年流动人口常见病症患病及就医行为选择的影响因素。**结果** 6 478个有效样本中,健康自评结果显示,“健康”和“基本健康”的老年流动人口5 264人(81.2%),而实际患有高血压和/或糖尿病的比例为35.0%(2 270/6 478)。4 112人(63.5%)表示在1年之内出现过常见病症的症状,其中,仅有1 624人(39.5%)去医院就诊。Logistic 回归分析结果显示,受教育程度、同住家庭成员数、流动范围、流入地区、参加健康教育情况、参加医疗保险情况、自评健康情况及慢性病患病情况是老年流动人口是否患有常见病症的影响因素($P<0.05$);年龄、受教育程度、户口性质、流入地区、参加健康教育情况及自评健康情况是老年流动人口常见病症就诊情况的影响因素($P<0.05$)。**结论** 老年流动人口对自身健康的评价偏高,而就医主动性整体较差。老年流动人口常见病症的患病率和就诊情况受多维度因素影响。建议重点加强老年流动人口的健康教育力度,优化异地就医政策,关注老年流动人口医疗服务需求与利用情况,有效改善老年流动人口健康水平。

【关键词】 老年人;流动人口;就诊;患病;常见病症;影响因素分析

【中图分类号】 R 197 **【文献标识码】** A DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.240

霍添琪, 闫晓, 郭峻, 等. 我国老年流动人口常见病症患病及就诊情况的影响因素研究[J]. 中国全科医学, 2021, 24(22): 2785-2792. [www.chinagp.net]

HUO T Q, YAN X, GUO J, et al. Prevalence and healthcare-seeking for common diseases and associated factors in elderly migrants in China [J]. Chinese General Practice, 2021, 24(22): 2785-2792.

Prevalence and Healthcare-Seeking for Common Diseases and Associated Factors in Elderly Migrants in China HUO Tianqi¹, YAN Xiao², GUO Jun³, GUO Qingfang⁴, XIAO Gexin^{1*}

1.National Institute of Hospital Administration, National Health Commission, Beijing 100044, China

2.Migrant Population Service Center, National Health Commission, Beijing 100191, China

3.Tianjin University of Science & Technology/State Key Laboratory of Food Nutrition and Safety, Tianjin 300457, China

4.Fuwai Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100037, China

*Corresponding author: XIAO Gexin, Professor, Master supervisor; E-mail: biocomputer@126.com

【Abstract】 **Background** As an important task for building a "Healthy China", the health issues and health-care seeking in an increasing number of elderly migrants, have become a key concern. **Objective** To examine the prevalence and healthcare-seeking for common diseases and associated factors in elderly migrants in China. **Methods** Data stemmed from the results of 2017 China Migrants Dynamic Survey, involving 6 478 cases aged 60 or over. Four variables including personal and family characteristics, mobility characteristics, utilization of public services and personal health status were collected. The binary Logistic regression model was used to explore factors associated with prevalence and healthcare-seeking behaviors for common diseases in the participants. **Results** Among the participants, 5 264 (81.2%) rated their health status as "healthy" and "basically healthy", but in reality, the prevalence of hypertension, diabetes, plus hypertension with diabetes in them was 35.0% (2 270/6 478). 4 112 (63.5%) cases reported that they had experienced symptoms of common diseases, but only 1 624 (39.5%)

1.100044 北京市, 国家卫生健康委医院管理研究所 2.100191 北京市, 国家卫生健康委流动人口服务中心 3.300457 天津市, 天津科技大学 省部共建食品营养与安全国家重点实验室 4.100037 北京市, 中国医学科学院阜外医院

*通信作者: 肖革新, 教授, 硕士生导师; E-mail: biocomputer@126.com

本文数字出版日期: 2021-05-28

of them had seen a doctor. Logistic regression analysis revealed that the prevalence of a common disease in the participants was associated with education level, number of family members living together, geographical scope of migration, inflow area, status of health education participation, medical insurance coverage, self-rated health and prevalence of chronic diseases ($P<0.05$). And health-seeking behavior for a common disease was associated with age, education level, urban or rural hukou, inflow area, status of health education participation and self-rated health ($P<0.05$). **Conclusion** These elderly migrants overrated their health status to a certain extent, and had a low rate of actively seeking healthcare for a common disease. The prevalence and healthcare-seeking for common diseases in them were found to be associated with multi-dimensional factors. To effectively improve their health status, it is suggested to make more efforts to health education promotion, and optimize the policies for inter-regional on-the-spot settlement of medical bills for this group, with a focus on their needs and utilization of medical services.

【Key words】 Aged; Migrants; Health-seeking behavior; Prevalence; Common diseases; Root cause analysis

近年来,我国流动人口总量始终保持在较高水平,其中老年流动人口的规模在2000年以后快速增长,在2015年达到1 304万人,占全国流动人口的5.3%^[1]。随着流动人口群体自身的老化及人口流动家庭化的趋势不断增加,未来老年流动人口的比例将会进一步提升。老年流动人口具有“老年”与“流动”双重属性^[2],相较于其他年龄段的流动人口,老年流动人口身体机能衰退,对环境适应能力较弱,具有较高的患病率和发病率^[3]。数据显示,近年来65岁及以上老年人的两周患病率达到62.2%;老年人口的住院人次在2008—2017年呈逐年递增趋势,平均年增长率高达27.48%^[4]。同时老年流动人口自身群体特征和一系列影响老年流动人口群体接受卫生健康服务的因素将会导致该群体面临更多的健康风险。老年流动人口除具有较高的自身身体健康风险外,还面临心理健康、社会适应等各种健康相关问题^[2],逐渐受到学术界和社会的广泛关注。已有报道中有学者将老年流动人口在年龄上限定为60岁及以上的流动人口^[5-6],本文参照过往研究对老年流动人口的界定开展相关研究。目前已有研究探讨老年人口的就医行为,发现个体特征、经济因素、健康状况、医疗保险制度等因素对老年人口的就医行为有影响^[2, 7],相对而言,鲜有对老年流动人口就诊情况及影响因素的研究报道。本文针对老年流动人口这一具有流动特征属性的群体,从主观自评健康情况、常见病症患病情况分析其健康状况,从老年流动人口的就诊情况及影响因素分析研究不同特征对其就诊行为的影响。

1 资料与方法

1.1 资料来源 本研究使用数据来源于原国家卫生计生委开展的中国流动人口动态监测调查(China Migrants Dynamic Survey, CMDS)数据库,CMDS是原国家卫生计生委自2009年起一年一度大规模全国性流动人口抽样调查,覆盖全国31个省(自治区、直辖市)和新疆生产建设兵团中流动人口较为集中的流入地,调查样本近17万人。CMDS以31个省(自治区、直辖市)和新疆生产建设兵团2016年的全员流动人口年报数据为

基本抽样框,采取分层、多阶段、概率比例规模抽样(PPS抽样)方法进行抽样,调查对象为在流入地居住1个月及以上,非本区(县、市)户口的15周岁及以上流入人口,调查内容涉及流动人口及家庭成员的基本信息、流动与居留意愿、就业与收支情况、健康与公共卫生服务等。本研究基于2017年流动人口卫生计生动态监测调查数据,调查样本共计169 999个,本研究选取60岁及以上的老年流动人口为研究对象,共得到有效样本6 478个。

1.2 变量选择

1.2.1 因变量选择 老年人由于身体机能在不断下降,容易受到各类疾病困扰,常见病症患病风险也会加大。因此,本文选用老年流动人口1年之内是否出现过常见病症及出现常见病症后是否选择就医作为因变量,研究流动老年人常见病症患病及就诊情况。其中,问卷中涉及的常见病症包括以下6种:腹泻(每日腹泻 ≥ 3 次)、发热(腋下体温 $\geq 38^\circ\text{C}$)、皮疹(皮肤表面出现颜色异常、隆起或发生水泡等)、黄疸(血清中胆红素升高致使皮肤、黏膜和巩膜发黄)、结膜红肿(眼结膜充血时出现的发红、肿胀现象)、感冒。问卷中涉及就诊情况只有“出现常见病症是否选择就医”一个问题。

1.2.2 自变量选择 根据现有研究及数据的可获得性,本研究从老年流动人口个人及家庭特征(包括性别、年龄、受教育程度、户口性质、婚姻状况、同住家庭成员人数、家庭人均年收入)、流动特征(包括流动范围、流动时长、流入地区)、公共服务利用情况(是否建立健康档案、是否接受过健康教育、是否参与医疗保险、是否听说过“国家基本公共卫生服务项目”、最近就医时长)、个人健康状况(包括自评健康、是否确诊高血压或2型糖尿病)4个方面选取自变量。

1.3 统计学方法 本研究使用SPSS 19.0统计软件进行统计分析,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,计数资料以相对数描述,计数资料比较采用 χ^2 检验。老年流动人口常见病症患病及就诊情况的影响因素采用二元Logistic回归分析。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 基本情况 6 478 人中,男 3 771 人 (58.2%),女 2 707 人 (41.8%);老年流动人口年龄 60~96 岁,平均 (66.0±5.6) 岁;小学及以下学历 3 091 人 (47.7%),初中学历 1 956 人 (20.2%),高中及中专学历 1 012 人 (15.6%),大学及以上学历 419 人 (6.5%);农业户口 3 740 人 (57.7%),城镇户口 2 738 人 (42.3%);已婚 5 443 人 (84.0%),未婚 1 035 人 (16.0%);同住家庭成员数最多的为 10 人,最少为 1 人,平均人数接近 3 人。

2.2 自评健康及慢性病患病情况 被调查的 6 478 名老年流动人口中,自评健康状况以“健康”和“基本健康”为主,“生活不能自理”的比例较低。其中,自评“健康”2 769 人 (42.7%),自评“基本健康”2 495 人 (38.5%),自评“不健康但生活能自理”1 139 人 (17.6%),“生活不能自理”75 人 (1.2%),见表 1。在慢性病患病方面,均未患有医生确诊的高血压和 2 型糖尿病的老年流动人口占大多数,为 4 023 人 (62.1%),患有高血压或 2 型糖尿病者 1 930 人 (29.8%),同时患有高血压和 2 型糖尿病者 340 人 (5.2%),不确定是否患有慢性病者 185 人 (2.9%),见表 2。

表 1 我国老年流动人口自评健康情况

Table 1 Self-rated health status in the participants

自评健康状况	人数	构成比 (%)
健康	2 769	42.7
基本健康	2 495	38.5
不健康但生活能自理	1 139	17.6
生活不能自理	75	1.2
合计	6 478	100.0

表 2 我国老年流动人口高血压或 2 型糖尿病患病情况

Table 2 Hypertension and/or type 2 diabetes prevalence in the participants

患病情况	人数	构成比 (%)
患有高血压	1 669	25.8
患有 2 型糖尿病	261	4.0
患有高血压和 2 型糖尿病	340	5.2
均未患有	4 023	62.1
不清楚	185	2.9
合计	6 478	100.0

2.3 老年流动人口常见病症患病情况影响因素分析

2.3.1 不同特征老年流动人口 1 年内出现常见病症情况的比较 6 478 人中,4 112 人 (63.5%) 表示在 1 年内出现过常见病症,2 366 人 (36.5%) 表示在 1 年内未出现过常见病症。不同性别、年龄、受教育程度、户口性质、同住家庭成员数、家庭人均年收入、流动范围、流入地区、建立健康档案情况、参加健康教育情况、参加医疗保险情

况、听说过“国家基本公共卫生服务项目”情况、自评健康情况、慢性病患病情况的老年流动人口在 1 年内出现常见病症情况比较,差异有统计学意义 ($P<0.05$),见表 3。

2.3.2 老年流动人口常见病症患病情况影响因素的 Logistic 回归分析 以老年流动人口是否患有常见病症为因变量,以单因素分析中差异有统计学意义的 14 个指标为自变量进行二元 Logistic 回归分析 (变量赋值情况见表 4)。根据模型系数综合检验结果,模型 $\chi^2=544.863$, $P<0.001$;根据模型的拟合优度检验结果,模型 $\chi^2=11.909$, $P=0.155$ 。该模型能够正确分类 66.0% 的研究对象,模型的灵敏度为 86.7%,特异度为 30.0%,阳性预测值为 68.3%,阴性预测值为 56.5%。结果显示,受教育程度、同住家庭成员数、流动范围、流入地区、参加健康教育情况、参加医疗保险情况、自评健康情况及慢性病患病情况是老年流动人口是否患有常见病症的影响因素 ($P<0.05$),见表 5。

2.4 老年流动人口常见病症就诊情况影响因素分析

表 4 老年流动人口常见病症患病及就诊情况影响因素的 Logistic 回归分析的变量定义及描述

Table 4 The definition and description of factors potentially associated with prevalence and healthcare-seeking for common diseases in elderly migrants explored using Logistic regression

变量	赋值
1 年内是否出现常见病症	否 =0, 是 =1
出现常见病症是否选择就医	否 =0, 是 =1
个人及家庭特征	
性别	男 =1, 女 =2
年龄 (岁)	以实际值纳入
受教育程度	小学及以下 =1, 初中 =2, 高中及中专 =3, 大学及以上 =4
户口性质	农业户口 =0, 城镇户口 =1
同住家庭成员数 (人)	以实际值纳入
家庭人均年收入对数 (元)	以实际值纳入
流动特征	
流动范围	跨省 =1, 省内跨市 =2, 市内跨县 =3
流入地区	东部 =1, 中部 =2, 西部 =3, 东北 =4
公共服务利用情况	
是否建立健康档案	否 =0, 是 =1
是否接受过健康教育	否 =0, 是 =1
是否参加医疗保险	否 =0, 是 =1
是否听说过“国家基本公共卫生服务项目”	否 =0, 是 =1
个人健康状况	
自评健康	生活不能自理 =1, 不健康但生活能自理 =2, 基本健康 =3, 健康 =4
慢性病患病情况	否 =0, 是 =1

注:受限于数据库原始问卷条目,本研究常见病症包括腹泻、发热、皮疹、黄疸、结膜红肿、感冒,本文以出现任意一种为出现常见病症,慢性病仅涉及高血压和 2 型糖尿病

表3 不同特征老年流动人口1年内出现常见病症情况的比较〔n(%)〕

Table 3 The prevalence of common symptoms in the previous year in elderly migrants by socio-demographic characteristics

特征	人数	未出现病症	出现病症	χ^2 值	P 值	特征	人数	未出现病症	出现病症	χ^2 值	P 值
性别				10.759	0.001	流动时长(年)				6.200	0.185
男	3 771	1 440 (38.2)	2 331 (61.8)			1~5	2 324	881 (37.9)	1 443 (62.1)		
女	2 707	926 (34.2)	1 781 (65.8)			6~10	1 815	642 (35.4)	1 173 (64.6)		
年龄(岁)				17.534	<0.001	11~15	1 052	395 (37.5)	657 (62.5)		
60~70	5 270	1 988 (37.7)	3 282 (62.3)			16~20	620	225 (36.3)	395 (63.7)		
>70	1 208	378 (31.3)	830 (68.7)			>20	667	223 (33.4)	444 (66.6)		
受教育程度				45.133	<0.001	是否建立健康档案				5.468	0.019
小学及以下	3 091	1 004 (32.5)	2 087 (67.5)			否	4 463	1 672 (37.5)	2 791 (62.5)		
初中	1 956	762 (39.0)	1 194 (61.0)			是	2 015	694 (34.4)	1 321 (65.6)		
高中及中专	1 012	429 (42.4)	583 (57.6)			是否接受过健康教育				12.062	0.001
大学及以上	419	171 (40.8)	248 (59.2)			否	2 547	996 (39.1)	1 551 (60.9)		
户口性质				5.279	0.022	是	3 931	1 370 (34.9)	2 561 (65.1)		
农业户口	3 740	1 322 (35.3)	2 418 (64.7)			是否参加医疗保险				38.599	<0.001
城镇户口	2 738	1 044 (38.1)	1 694 (61.9)			否	444	223 (50.2)	221 (49.8)		
婚姻状况				2.628	0.105	是	6 034	2 143 (35.5)	3 891 (64.5)		
非在婚	1 035	355 (34.3)	680 (65.7)			是否听说过“国家基本公共卫生服务项目”				3.312	0.036
在婚	5 443	2 011 (36.9)	3 432 (63.1)			否	2 812	1 062 (37.8)	1 750 (62.2)		
同住家庭成员数(人)				40.216	<0.001	是	3 666	1 304 (35.6)	2 362 (64.4)		
1	483	181 (37.5)	302 (62.5)			最近就医时长(min)				6.630	0.085
2~3	4 286	1 668 (38.9)	2 618 (61.1)			<15	4 901	1 832 (37.4)	3 069 (62.6)		
4~6	1 641	499 (30.4)	1 142 (69.6)			15~30	1 371	464 (33.8)	907 (66.2)		
>6	68	18 (26.5)	50 (73.5)			>30~60	180	60 (33.3)	120 (66.7)		
家庭人均年收入(元)				11.230	0.004	>60	26	10 (38.5)	16 (61.5)		
<2 000	4 074	1 426 (35.0)	2 648 (65.0)			自评健康情况				354.073	<0.001
2 000~5 000	2 102	826 (39.3)	1 276 (60.7)			生活不能自理	75	15 (20.0)	60 (80.0)		
<5 000	302	114 (37.7)	188 (62.3)			不健康但生活能自理	1 139	218 (19.1)	921 (80.9)		
流动范围				55.773	<0.001	基本健康	2 495	790 (31.7)	1 705 (68.3)		
跨省	2 906	1 205 (41.5)	1 701 (58.5)			健康	2 769	1 343 (48.5)	1 426 (51.5)		
省内跨市	2 237	734 (32.8)	1 503 (67.2)			慢性病患情况				66.773	<0.001
市内跨县	1 335	427 (32.0)	908 (68.0)			否	4 208	1 688 (40.1)	2 520 (59.9)		
流入地区				81.637	<0.001	是	2 270	678 (29.9)	1 592 (70.1)		
东部	1 926	792 (41.1)	1 134 (58.9)								
中部	691	222 (32.1)	469 (67.9)								
西部	2 587	802 (31.0)	1 785 (69.0)								
东北	1 274	550 (43.2)	724 (56.8)								

2.4.1 不同特征老年流动人口常见病症就诊情况的比较

出现常见病症的4 112人中,仅有1 624人(39.5%)进行了就诊,2 488人(60.5%)未进行就诊。不同年龄、受教育程度、户口性质、家庭人均年收入、流入地区、建立健康档案情况、参加健康教育情况、听说过“国家基本公共卫生服务项目”与否情况、自评健康情况、慢性病患情况的老年流动人口在出现常见病症后是否选择就诊比较,差异有统计学意义($P<0.05$),见表6。

2.4.2 老年流动人口常见病症就诊情况影响因素的 Logistic 回归分析

以老年流动人口出现常见病症是

否就医为因变量,将单因素分析中差异有统计学意义的10个指标为自变量纳入二元 Logistic 回归模型(变量赋值见表4)。根据模型系数综合检验结果,模型 $\chi^2=182.919$, $P<0.001$;根据模型的拟合优度检验结果,模型 $\chi^2=10.755$, $P=0.216$ 。该模型能够正确分类62.7%的研究对象,模型的灵敏度为88.1%,特异度为23.7%,阳性预测值为56.5%,阴性预测值为64.0%。结果显示,年龄、受教育程度、户口性质、流入地区、参加健康教育情况及自评健康情况是老年流动人口常见病症就诊情况的影响因素($P<0.05$),见表7。

3 讨论

健康自评作为个体对自身健康情况的主观评价被认为是测量健康的较为稳定的指标^[8]。本研究从整体自评健康情况来看,我国老年流动人口的健康状况良好,自评健康的比例为42.7%,自评基本健康的比例为38.5%,两者合计比例为81.2%。而实际该人群中患有高血压、糖尿病的患者比例总和为35%,说明我国老年流动人口中在自评健康比例中存在主观偏高的情况,这可能与部分老年流动人口医学及健康知识缺乏有关,错误地将一些老年慢性病理解为机体衰老的正常现象而自

表5 我国老年流动人口常见患病情况的影响因素的二元 Logistic 回归分析

Table 5 Binary Logistic regression analysis of factors potentially associated with common disease prevalence in elderly migrants

自变量	<i>b</i>	<i>SE</i>	Wald χ^2 值	<i>P</i> 值	<i>OR</i> (95% <i>CI</i>)
性别					
女	0.082	0.057	2.088	0.148	1.086 (0.971, 1.214)
年龄(岁)	0.008	0.005	2.496	0.114	1.008 (0.998, 1.019)
受教育程度					
初中	-0.134	0.068	3.825	0.050	0.875 (0.765, 1.000)
高中及中专	-0.221	0.088	6.260	0.012	0.802 (0.675, 0.953)
大学及以上	-0.145	0.125	1.353	0.245	0.865 (0.677, 1.105)
户口性质					
城镇户口	0.020	0.068	0.090	0.765	1.020 (0.894, 1.165)
同住家庭成员数(人)	0.112	0.020	30.573	<0.001	1.119 (1.075, 1.164)
家庭人均年收入对数(元)	-0.013	0.094	0.020	0.887	0.987 (0.820, 1.187)
流动范围					
省内跨市	0.289	0.068	18.146	<0.001	1.335 (1.169, 1.525)
市内跨县	0.261	0.081	10.498	0.001	1.299 (1.109, 1.521)
流入地区					
中部	0.090	0.108	0.692	0.406	1.094 (0.885, 1.353)
西部	0.150	0.076	3.960	0.047	1.162 (1.002, 1.348)
东北	-0.284	0.088	10.516	0.001	0.753 (0.634, 0.894)
是否建立健康档案					
是	-0.032	0.068	0.213	0.644	0.969 (0.847, 1.108)
是否接受过健康教育					
是	0.217	0.060	13.082	<0.001	1.243 (1.105, 1.398)
是否参加医疗保险					
是	0.462	0.106	19.026	<0.001	1.587 (1.289, 1.952)
是否听说过“国家基本公共卫生服务项目”					
是	0.026	0.065	0.164	0.685	1.027 (0.904, 1.166)
自评健康					
不健康但生活能自理	0.148	0.304	0.239	0.625	1.160 (0.640, 2.103)
基本健康	-0.509	0.298	2.926	0.087	0.601 (0.335, 1.077)
健康	-1.169	0.298	15.336	<0.001	0.311 (0.173, 0.558)
慢性病患病情况					
是	0.144	0.061	5.543	0.019	1.155 (1.024, 1.301)
常量	-0.367	0.579	0.401	0.527	0.693

评为基本健康,同时表明这两类疾病成为老年流动人口潜在的健康风险。

本研究在调查的老年流动人口中有63.5%的群体表示在1年内出现过常见病症,不同特征的老年流动人口群体中除去不同婚姻状况、流动时长、最近就医时长,其余变量特征群体1年内出现过常见病症存在差异。自评健康状况不健康、生活不能自理及患高血压/糖尿病的群体患常见病症的比例相对较高,这与老年人身体健康状态直接相关,同时患慢性病增加了患常见病症的风险。调查结果中女性老年流动人口患常见病症的比例明显高于男性,表明老年流动人口中女性的健康风险更高。宋全成等^[9]对2015年全国流动人口动态监测调查数据进行分析,发现男性老年流动人口自评健康比例高于女性且患慢性病的比例低于女性,其变化趋势与本研究流动中患常见病症的老年流动人口的性别变化趋势一致。武玉等^[7]基于2017年全国流动人口卫生计生动态监测调查数据的研究也得到了类似结果,这与女性在实际生

表7 我国老年流动人口常见病症就诊情况影响因素的二元 Logistic 回归分析

Table 7 Binary Logistic regression analysis of factors potentially associated with the treatment of common diseases in elderly migrants

自变量	<i>b</i>	<i>SE</i>	Wald χ^2 值	<i>P</i> 值	<i>OR</i> (95% <i>CI</i>)
年龄(岁)	0.012	0.006	3.960	0.047	1.012 (1.000, 1.024)
受教育程度					
初中	0.342	0.163	4.397	0.036	1.408 (1.023, 1.939)
高中及中专	0.200	0.160	1.559	0.212	1.222 (0.892, 1.672)
大学及以上	0.265	0.168	2.508	0.113	1.304 (0.939, 1.811)
户口性质					
城镇户口	-0.164	0.082	3.988	0.046	0.848 (0.722, 0.997)
家庭人均年收入对数(元)	0.030	0.110	0.072	0.788	1.030 (0.830, 1.278)
流入地区					
中部	0.046	0.119	0.150	0.699	1.047 (0.829, 1.324)
西部	0.138	0.086	2.613	0.106	1.148 (0.971, 1.358)
东北	-0.482	0.110	19.270	<0.001	0.618 (0.498, 0.766)
是否建立健康档案					
是	0.043	0.081	0.285	0.593	1.044 (0.891, 1.225)
是否接受过健康教育					
是	0.219	0.074	8.809	0.003	1.245 (1.077, 1.439)
是否听说过“国家基本公共卫生服务项目”					
是	0.107	0.079	1.825	0.177	1.113 (0.953, 1.300)
自评健康					
不健康但生活能自理	0.722	0.277	6.805	0.009	2.059 (1.197, 3.542)
基本健康	0.779	0.097	64.516	<0.001	2.179 (1.802, 2.635)
健康	0.319	0.079	16.395	<0.001	1.376 (1.179, 1.605)
慢性病患病情况					
是	0.100	0.070	2.012	0.156	1.105 (0.963, 1.268)
常量	-2.072	0.572	13.123	<0.001	0.126

表6 不同特征老年流动人口就诊情况的比较〔n(%)〕

Table 6 Healthcare-seeking status for a common disease in elderly migrants by socio-demographic characteristics

特征	人数	未就诊	就诊	χ^2 值	P 值	特征	人数	未就诊	就诊	χ^2 值	P 值
性别				1.090	0.297	流动时长 (年)				6.143	0.189
男	2 330	1 426 (61.2)	904 (38.8)			1~5	1 444	903 (62.5)	541 (37.5)		
女	1 782	1 062 (59.6)	720 (40.4)			6~10	1 172	706 (60.2)	466 (39.8)		
年龄 (岁)				10.208	0.001	11~15	657	374 (56.9)	283 (43.1)		
60~70	3 282	2 026 (61.7)	1 256 (38.3)			16~20	395	236 (59.7)	159 (40.3)		
>70	830	462 (55.7)	368 (44.3)			>20	444	269 (60.6)	175 (39.4)		
受教育程度				29.400	<0.001	是否建立健康档案				7.350	0.007
小学及以下	2 088	1 184 (56.7)	904 (43.3)			否	2 792	1 729 (61.9)	1 063 (38.1)		
初中	1 194	762 (63.8)	432 (36.2)			是	1 320	759 (57.5)	561 (42.5)		
高中及中专	583	369 (63.3)	214 (36.7)			是否接受过健康教育				14.158	<0.001
大学及以上	247	173 (70.0)	74 (30.0)			否	1 550	995 (64.2)	555 (35.8)		
户口性质				15.449	<0.001	是	2 562	1 493 (58.3)	1 069 (41.7)		
农业户口	2 419	1 403 (58.0)	1 016 (42.0)			是否参加医疗保险				0.790	0.374
城镇户口	1 693	1 085 (64.1)	608 (35.9)			否	221	140 (63.3)	81 (36.7)		
婚姻状况				0.093	0.760	是	3 891	2 348 (60.3)	1 543 (39.7)		
不在婚	680	415 (61.0)	265 (39.0)			是否听说过“国家基本公共卫生服务项目”				5.867	0.015
在婚	3 432	2 073 (60.4)	1 359 (39.6)			否	1 751	1 097 (62.6)	654 (37.4)		
同住家庭成员数 (人)				7.753	0.051	是	2 361	1 391 (58.9)	970 (41.1)		
1	302	198 (65.6)	104 (34.4)			最近就医时长 (min)				7.231	0.065
2~3	2 617	1 592 (60.8)	1 025 (39.2)			<15	3 070	1 860 (60.6)	1 210 (39.4)		
4~6	1 143	674 (59.0)	469 (41.0)			15~30	906	560 (61.8)	346 (38.2)		
>6	50	24 (48.0)	26 (52.0)			>30~60	120	61 (50.8)	59 (49.2)		
家庭人均年收入 (元)				10.765	0.005	>60	16	7 (43.8)	9 (56.2)		
2 000	2 649	1 559 (58.9)	1 090 (41.1)			自评健康				91.909	<0.001
2 000~5 000	1 275	819 (64.2)	456 (35.8)			生活不能自理	60	30 (50.0)	30 (50.0)		
5 000	188	110 (58.5)	78 (41.5)			不健康但生活能自理	921	451 (49.0)	470 (51.0)		
流动范围				2.107	0.349	基本健康	1 704	1 030 (60.4)	674 (39.6)		
跨省	1 701	1 041 (61.2)	660 (38.8)			健康	1 427	977 (68.5)	450 (31.5)		
省内跨市	1 504	917 (61.0)	587 (39.0)			慢性病患病情况				14.555	<0.001
市内跨县	907	530 (60.5)	377 (39.5)			否	2 520	1 583 (62.8)	937 (37.2)		
流入地区				55.225	<0.001	是	1 592	905 (56.8)	687 (43.2)		
东部	1 134	722 (63.7)	412 (36.3)								
中部	469	273 (58.2)	196 (41.8)								
西部	1 785	985 (55.2)	800 (44.8)								
东北	724	508 (70.2)	216 (29.8)								

活中承担了更多的家务劳动导致健康受损相关^[9-10]。结果表明老年人口常见病症患病率在不同受教育程度、户口性质特征群体中存在明显差异,受教育程度低者常见病症患病率高,农业户口群体常见病症患病率高,此结果与宋全成等^[9]报道的此两类群体中健康自评结果趋势一致。对于明显影响老年流动人口常见病症患病的变量中,是否参加医疗保险这一变量对老年流动人口患常见病症的影响最为强烈,参加医疗保险的流动老年人常见病症的发生率是未参加医疗保险的1.587倍,另外,接受过健康教育的流动老年人口常见病症的发生率是未

接受健康教育者的1.243倍,表明教育水平高及接受过健康教育的老年流动人口对于常见病症的科学认识更高,对于健康风险的预防意识更强。流动范围这一变量也明显影响老年流动人口常见病症患病情况,其中,省内跨市流动的老年人口常见病症的发生率是跨省流动老年人口的1.335倍。此外,同住家庭人员数同样是老年流动人口常见病症的主要影响因素之一。武玉等^[7]研究表明,与配偶及与配偶和子女一起流动的老年人的健康自评情况明显降低,分别下降15.79%和34.28%,这部分老人主要属于帮助子女照顾孙辈或异地养老,对流

入地的医疗机构及公共卫生服务了解较少,子女忙于工作缺少对其的照顾,缺乏环境适应性将面临更大的健康风险。

本研究结果显示,建立了健康档案、接受过健康教育、参加了医疗保险、听说过“国家基本公共卫生服务项目”及患有高血压或糖尿病的老年流动人口的就诊比例明显较高。进一步对老年流动人口就诊情况影响因素进行 Logistic 回归分析,结果表明年龄是影响老年流动人口就诊的主要因素之一,年龄每增加 1 岁,就诊发生率增加 1.2%。有研究表明 65~70、70 岁以上的老年流动人口年龄每增加 1 岁,其健康自评情况较 60~64 岁的低龄老年流动人口下降约 24.91%、49.73%,而在患慢性病方面,65~70、70 岁以上的老年流动人口其年龄每增加 1 岁,罹患高血压、心脑血管、糖尿病等慢性病风险较 60~64 岁的低龄老年流动人口分别提升 1.31 倍和 1.68 倍^[7]。这说明随着年龄的增加,老年流动人口身体机能及对疾病的抵抗能力下降,从而对就诊的需求增加。受教育程度、户口性质、是否接受过健康教育、自评健康情况 4 个因素对老年流动人口的就诊情况同样有明显影响。相对于小学及以下学历的老年流动人口,初中学历老年流动人口常见病症就诊率更高,表明受教育程度低的老年流动人口健康意识及疾病的科学意识较薄弱,与武玉等^[7]的研究结论相似。户口性质作为另一主要影响因素对老年流动人口就诊情况有明显影响,相对城镇户口老年流动人口,农业户口老年流动人口常见病症就诊意愿更加强烈。城乡居民基本医疗保险和城镇职工基本医疗保险主要是以地级市为统筹主体^[11],虽然多地为解决流动人口就医问题出台了一些相关政策,但由于各地医保政策的差异性、异地报销程序复杂性和限制条件多的原因,异地医保仍会对老年流动人口的就诊情况造成一定影响^[12]。接受过健康教育的老年流动人口倾向于在出现病症时就诊,与自评健康的老年流动人口相比,自评基本健康与自评不健康的老年流动人口在出现常见病症后选择就诊意愿明显增加,自评健康状况对老年流动人口常见病症就诊选择的影响最为强烈,其中,自评不健康但生活能自理、自评基本健康、自评健康的老年流动人口就诊率分别是自评生活不能自理老年流动人口的 2.059、2.179、1.376 倍。虽然接受健康健康及自评健康状况更好的老年流动人口就诊率相对较高,但仍存在一定问题,老年流动人口文化程度、健康意识相对薄弱,主动获取健康资源的能力较弱,并且老年流动人口健康的管理情况较差,杨菊华^[2]研究显示老年流动人口建立健康档案的比例不到一半,与本研究数据一致。同时老年流动人口缺少社会支持,应当为该特殊群体提供均等化的健康教育,提高其健康意识及素

养,增加老年流动人口对公共卫生服务的了解和利用率,增强该群体利用相关服务的主动性^[13-14]。

目前结果表明,随着我国老年流动人口数量的增长,该群体所面临的健康和就诊问题成为社会关注的重点问题,解决该群体的健康和就诊问题也是建设健康中国的重要内容。因此相关政策制定和公共卫生健康工作的开展也应重点关注以下几个方面。

第一,加强老年流动人口健康教育力度,以全科医生下社区结合智慧诊疗为抓手,提高老年流动人口就诊便利性和积极性。老年流动人口对健康及疾病的科学认识相对薄弱,应加强其在健康、保健、疾病、就诊等方面的健康教育工作;以提高基层医疗服务能力为重点,以常见病、多发病、慢性病分级诊疗为突破口,加大全科医生下社区、全科医生签约家庭的推广力度,引导优质医疗资源下沉,形成科学合理的就医秩序和分级诊疗制度,提高老年流动人口享受医疗卫生服务的便利性和积极性。加大智慧诊疗、信息技术在基层诊疗的应用力度,提升远程医疗服务能力,利用信息化手段促进医疗资源纵向流动,鼓励二、三级医院向基层医疗卫生机构提供远程会诊、远程病理诊断、远程影像诊断、远程心电图诊断、远程培训等服务,鼓励有条件的地方探索“基层检查、上级诊断”的有效模式,发展基于互联网的医疗卫生服务,充分发挥互联网、大数据、智慧诊疗等信息技术手段在分级诊疗中的作用。同时加强老年流动人口子女对全科医生及智慧诊疗的相关医疗健康知识的教育普及工作,提升其对全科医生及智慧诊疗的了解和接受程度,推进老年流动人口定期进行健康体检,及早发现疾患,打造“小病在社区、大病进医院、康复回社区”就医格局,增强老年流动人口看病就医的获得感、幸福感,让更多的老年流动人口得到应有的健康医疗服务。

第二,加强、建立针对不同特征老年流动人口的健康医疗服务模式。重点针对女性、高龄老年流动人口、文化程度低、农村户籍的老年流动人口等弱势群体,建议有关部门加强对这部分人群的健康档案的管理和健康教育的普及工作,同时加强电子档案等信息的异地对接,实现电子健康档案和电子病历的连续记录及不同级别、不同类别医疗机构之间的信息共享,确保转诊信息畅通,确保该群体人群在流入地获得及时的健康咨询、干预等服务,提高其对国家基本公共卫生服务项目的了解程度,关心老年流动人口的心理健康及社会融入感。

第三,加快完善异地医疗保险的统筹和报销制度。建议有关部门加快完善异地医疗保险统筹工作,以解决老年流动人口异地就医医疗保险报销繁琐问题。一方面规范统一医保政策、医药报销目录、报销水平和结算方式,另一方面提升医疗保险信息标准化水平,实现异地

医疗保险信息的共享,同时探索不同的医保付费的新模式,近年来,很多省份和城市陆续出台子女医疗保险可以用于支付父母健康体检、商业健康保险及部分医疗费用等,通过多种方式以提高老年流动人口的就诊意愿,使其获得及时就诊,提升老年流动人口的健康水平。

本研究受限于数据库原始问卷条目,涉及的慢性病仅高血压和2型糖尿病两类。结果显示,老年流动人口主观自评健康状况整体良好,但实际是患有高血压或糖尿病的慢性病的比例相对偏高,有超60%的老年流动人口1年内出现了常见病症,由此可以看出我国老年流动人口客观患病与主观健康认知存在偏差;受教育程度、流入地区、健康教育、自评健康情况等特征因素既是老年流动人口1年内出现常见病症的影响因素,也是影响老年流动人口就诊行为的主要因素。今后需进一步加强老年流动人口健康教育力度、促进全科医生及医疗资源下沉社区,形成医疗资源、医疗档案信息及医疗保险等信息的互通对接、智慧共享,利用大数据、智慧诊疗手段,提升老年流动人口就诊的便利性看,从而提高老年流动人口的生命质量。

作者贡献:霍添琪、肖革新进行文章的构思与设计、研究的实施与可行性分析;闫晓进行数据收集;闫晓、郭清芳进行数据整理、结果的分析与解释;霍添琪、闫晓、郭峻、肖革新进行论文撰写、论文修订;肖革新负责文章的质量控制及审校,并对文章整体负责,监督管理。

本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 国家卫生健康委员会.中国流动人口发展报告2018[M].北京:中国人口出版社,2018:8.
- [2] 杨菊华.流动时代中的流动世代:老年流动人口的多维特征分析[J].人口学刊,2018,40(4):43-58. DOI: 10.16405/j.cnki.1004-129X.2018.04.004.
YANG J H. Attributes of elderly migrants: evidence from the 2016 MDSS in China [J]. Population Journal, 2018, 40 (4): 43-58. DOI: 10.16405/j.cnki.1004-129X.2018.04.004.
- [3] 薛新东,葛凯啸.社会经济地位对我国老年人健康状况的影响:基于中国老年健康影响因素调查的实证分析[J].人口与发展,2017,23(2):61-69. DOI: 10.3969/j.issn.1674-1668.2017.02.007.
XUE X D, GE K X. The effect of socioeconomic status on the health of the elderly in China: evidence from the chinese longitudinal healthy longevity survey [J]. Population and Development, 2017, 23 (2): 61-69. DOI: 10.3969/j.issn.1674-1668.2017.02.007.
- [4] 曹丰,王亚斌,薛万国,等.中国老年疾病临床多中心报告[J].中华老年多器官疾病杂志,2018,17(11):801-808. DOI: 10.11915/j.issn.1671-5403.2018.11.185.
CAO F, WANG Y B, XUE W G, et al. Clinical multi-centers report of chronic diseases among elderly inpatients in China [J]. Chinese Journal of Multiple Organ Diseases in the Elderly, 2018, 17 (11): 801-808. DOI: 10.11915/j.issn.1671-5403.2018.11.185.
- [5] 王世斌,申群喜,连茜平.广州流动老年人口的社会支持与融入[J].探求,2013,23(3):19-24. DOI: 10.3969/j.issn.1003-8744.2013.03.003.
- [6] 王世斌,申群喜,王明忠.比较视角下流动老年人社会参与的实证研究[J].南方人口,2015,31(5):44-51,80. DOI: 10.3969/j.issn.1004-1613.2015.05.005.
WANG S B, SHEN Q X, WANG M Z. An empirical study on the social participation of floating elderly in comparative perspective [J]. South China Population, 2015, 31 (5): 44-51, 80. DOI: 10.3969/j.issn.1004-1613.2015.05.005.
- [7] 武玉,方志,刘爱华.“年龄-流动”双重视角下老年流动人口健康及影响因素——基于2017年全国流动人口卫生计生动态监测调查数据[J].兰州学刊,2020,41(1):157-171. DOI: 10.3969/j.issn.1005-3492.2020.01.014.
WU Y, FANG Z, LIU A H. The health status and its influencing factors of the elderly floating population from the dual perspective of "Age and Mobility" [J]. Lanzhou Academic Journal, 2020, 41 (1): 157-171. DOI: 10.3969/j.issn.1005-3492.2020.01.014.
- [8] 邢荔函,牛越,高明月,等.基于个体-家庭层面全国成人健康自评研究[J].中国公共卫生,2019,35(10):1383-1387. DOI: 10.11847/zgggws1124647.
XING L H, NIU Y, GAO M Y, et al. Self-rated health and associated individual and family factors among adult residents in China [J]. Chinese Journal of Public Health, 2019, 35 (10): 1383-1387. DOI: 10.11847/zgggws1124647.
- [9] 宋全成,张倩.中国老年流动人口健康状况及影响因素研究[J].中国人口科学,2018,32(4):81-92.
- [10] 易瑶,廖羽,郑玲玲,等.基于倾向得分匹配-双重差分法探讨乡城流动对劳动力健康的影响[J].现代预防医学,2019,46(8):1408-1412.
YI Y, LIAO Y, ZHENG L L, et al. The impact of rural-urban migration on the health of workforce: an empirical analysis based on PSM-DID method [J]. Modern Preventive Medicine, 2019, 46 (8): 1408-1412.
- [11] 郑功成.让社会保障步入城乡一体化发展轨道[J].中国社会保障,2014,21(1):10-13.
- [12] 楚蓓,于永娟.老年流动人口就医行为及影响因素分析[J].中国农村卫生事业管理,2015,35(7):856-859.
CHU B, YU Y J. Health seeking behavior of elderly floating population and the influence factors [J]. Chinese Rural Health Service Administration, 2015, 35 (7): 856-859.
- [13] 张静茹,倪冰莹,纪颖,等.中国老年流动人口健康状况及卫生服务利用分析[J].现代预防医学,2017,44(19):3526-3530.
ZHANG J R, NI B Y, JI Y, et al. Health status and the utilization of basic public health service of the Chinese elderly floating population [J]. Modern Preventive Medicine, 2017, 44 (19): 3526-3530.
- [14] 平卫伟,翟艳丽,原建慧,等.老年人卫生服务需求与利用的现状调查及影响因素[J].中国老年学杂志,2015,35(11):3093-3094. DOI: 10.3969/j.issn.1005-9202.2015.11.101.

(收稿日期:2021-04-21;修回日期:2021-05-21)

(本文编辑:段淑娟)

· 论著 ·

科创承载型功能社区家庭医生服务需求及其影响因素研究



扫描二维码查看
原文 + 培训视频

梅立辰¹, 汤真清², 章悦³, 钟姮⁴, 汪澜⁵, 徐蔚琦⁶, 俞双燕¹, 何江江^{2*}

【摘要】 背景 上海市作为国家科技创新中心重要承载区,除了满足创新创业的政策支持、创业环境、资金投入等需求外,满足各类人才在健康保健等方面的延伸需求对于促进“产城融合”至关重要。发展功能社区卫生服务是完善功能配套、促进“产城融合”的关键环节,但当前功能社区服务存在短板,无法为“产城融合”提供支撑,亟须突破。**目的** 分析科创承载型功能社区人群多样化的健康服务需求,并为家庭医生健康服务在功能社区的拓展提供建议。**方法** 2019年3—11月,通过对上海市科创承载型功能社区进行分层随机抽样调查,共发放1500份问卷,获得功能社区人群基本情况及生活方式、心理健康状况、卫生服务需求与利用等相关数据,了解功能社区人群的健康状况、卫生服务需求与利用情况,并分析功能社区家庭医生服务需求的影响因素;并参考文献研究结果,对比与其他类型功能社区人群的主要健康问题与卫生服务需求的差异。**结果** 共回收有效问卷1487份(99.13%),其中调查对象两周患病率〔5.92%(88/1487)〕、慢性病患率〔5.98%(89/1487)〕较低;功能社区人群健康服务主观需求主要是常见疾病处理(1251人,84.13%)、健康管理(858人,57.70%)、健康体检(699人,47.01%)、健康咨询(586人,39.41%)、心理咨询(470人,31.61%)。功能社区人群家庭医生签约服务知晓率为57.03%(848/1487),45.73%(680/1487)有签约意愿,且性别、年龄、文化程度、自我感觉健康状况、慢性病患情况对家庭医生签约意愿产生影响($P<0.05$);就诊意愿调查中,患病后想去的卫生机构前3位分别是市级医院(620人,41.69%)、区级医院(404人,27.17%)、门诊部(所)/卫生室/卫生服务站(153人,10.29%),其中质量(734人,25.41%)、距离(732人,25.34%)和有可信赖的医生(391人,13.48%)是主要影响因素;卫生服务实际利用情况与就诊意愿基本一致。**结论** 在科创承载型功能社区中开展健康保健服务具现实意义和可操作性。不同类型功能社区卫生服务需求可能存在差异,应针对不同需求提供差异化的健康服务方案,并吸取其他类型功能社区健康服务发展的优秀经验。建议从明确覆盖人群与服务内容、丰富供给方式、优化筹资来源、加强统筹协调等角度完善功能社区家庭医生服务的推进工作。

【关键词】 功能社区;家庭医生签约服务;健康服务需求;科创承载区

【中图分类号】 R 197 **【文献标识码】** A DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.236

梅立辰, 汤真清, 章悦, 等. 科创承载型功能社区家庭医生服务需求及其影响因素研究[J]. 中国全科医学, 2021, 24(22): 2793-2799. [www.chinagp.net]

MEI L C, TANG Z Q, ZHANG Y, et al. Needs of family doctor services and associated factors in functional communities bearing science innovation [J]. Chinese General Practice, 2021, 24(22): 2793-2799.

Needs of Family Doctor Services and Associated Factors in Functional Communities Bearing Science Innovation MEI

Lichen¹, TANG Zhenqing², ZHANG Yue³, ZHONG Heng⁴, WANG Lan⁵, XU Weiqi⁶, YU Shuangyan¹, HE Jiangjiang^{2*}

1.School of Economics and Management, Jiangxi University of Chinese Medicine, Nanchang 330000, China

2.Shanghai Health Development Research Center/Shanghai Institute of Medical Science and Technology Information, Shanghai 200040, China

3.Shanghai Jiangnan Shipyard (Group) Co., Ltd. Workers Hospital, Shanghai 200011, China

4.Department of Primary Health, Shanghai Municipal Health Commission, Shanghai 200125, China

5.Shanghai Xuhui District Health Commission, Shanghai 200030, China

6.Shanghai Xuhui District Center for Disease Control and Prevention, Shanghai 200030, China

*Corresponding author: HE Jiangjiang, Associate professor; E-mail: hejiangjiang@shdrc.org

基金项目: 上海市卫生健康委员会卫生政策定向委托项目(2019HP21)——促进本市功能社区家庭医生服务发展的政策研究

1.330000 江西省南昌市, 江西中医药大学经济与管理学院 2.200040 上海市卫生和健康发展研究中心 上海市医学科学技术情报研究所 3.200011 上海市, 上海江南造船集团职工医院 4.200125 上海市卫生健康委员会基层卫生健康处 5.200030 上海市徐汇区卫生健康委员会 6.200030 上海市徐汇区疾病预防控制中心

*通信作者: 何江江, 副研究员; E-mail: hejiangjiang@shdrc.org

本文数字出版日期: 2021-05-28

【Abstract】 Background For Shanghai, an important bearing area of the National Science and Technology Innovation Center, Shanghai, it is essential to meet the extended needs of various talents in healthcare and other aspects to promote the industry-city integration besides meeting the needs of policy support for innovation and entrepreneurship, entrepreneurial environment, capital investment, etc. The development of functional community health services is a key link to improve functional facilities and promote the industry-city integration. However, the current functional community services are limited and cannot provide support for the integration, and need a breakthrough urgently. **Objective** To analyze the diversified health service needs of people in functional communities bearing science innovation, providing suggestions for the expansion of family doctor services in functional communities. **Methods** Data were collected through a stratified cluster sampling survey carried out with 1 500 individuals selected from Shanghai's functional communities bearing science innovation from March to November 2019 using a self-developed questionnaire, including general demographic information, lifestyle, mental health status, health service demand and utilization. The health status, health service demand and utilization were analyzed, and factors associated with health service demand were explored. Then the health problems and health service demand in this population were compared to those of populations in other types of functional communities reported in other studies. **Results** A total of 1 487 cases (99.13%) who returned responsive questionnaires were finally included. The two-week morbidity [5.92% (88/1 487)] and chronic disease prevalence [5.98% (89/1 487)] were relatively low. The subjective health service needs in functional communities were mainly common disease treatment [84.13% (1 251/1 487)], health management [57.70% (858/1 487)], physical examination [47.01% (699/1 487)], health consultation [39.41% (586/1 487)], psychological consultation [31.61% (470/1 487)]. The rates of knowing and intending to contract family doctor services were 57.03% (848/1 487), and 45.73% (680/1 487), respectively. The intention to contract family doctor services differed significantly by gender, age, education level, physical condition, and chronic disease prevalence ($P<0.05$). In terms of preferred healthcare institutions, the top three were municipal hospitals [41.69% (620/1 487)], district hospitals [27.17% (404/1 487)], outpatient department (clinic)/community health clinic/health station [10.29% (153/1 487)]. Healthcare quality [25.41% (734/1 487)], distance between home and the healthcare institution [25.34% (732/1 487)] and reliable doctors working at the healthcare institution [13.48% (391/1 487)] were main factors associated with the choice of healthcare institution. The actual utilization of health services was basically consistent with the healthcare-seeking intention. **Conclusion** It is practical and operable to deliver healthcare services to functional communities bearing science innovation. The needs of community health services may differ across different types of functional communities, so service provision should be based on the specific conditions of the community, with experiences of other types of functional communities as a reference. To promote family doctor services in functional communities, it is recommended to determine the coverage population and service scope, enrich the ways of provision, optimize funding sources, and strengthen overall planning and coordination.

【Key words】 Functional communities; Contracted family doctor services; Demand for health services; Scientific innovation-bearing area

功能社区是由学校、企业、机关等相似处境或相同职能的人群构成的社区共同体,是青少年和劳动力人群聚集的场所^[1]。在人类生命周期中,功能社区人群正处于功能管理期,是最关键、最复杂的人类健康管理价值所在^[2],其健康状况很大程度上会影响生产力水平^[3]。当前上海市的“1+1+1”家庭医生签约服务基本实现对生活社区重点人群全面覆盖,而功能社区家庭医生服务尚处在探索阶段。2020-06-01,上海市卫生健康委、中医药管理局发布了《上海市家庭医生签约服务规范(2020版)》,要求社区卫生服务机构在覆盖辖区内常住居民签约服务的基础上,以需求为导向,逐步与辖区内学校、企业园区、办公楼宇等功能社区人群进行签约。将家庭医生服务拓展至功能社区,有利于推进基层医疗卫生机构综合改革,也能为上海科创中心建设创造更具竞争力

的就业和营商环境,进一步促进“产城融合”。但目前功能社区健康服务探索存在一系列问题,如功能社区人群健康服务需求复杂多样,社区机构单体或家庭医生个人卫生服务供给能力有限^[4],功能社区人群在服务利用与费用补偿之间出现脱节^[5],管理与分工协作机制亟须完善。因此,本文在功能社区人群需求调查的基础上,结合功能社区卫生服务现状探索实施难点,探索具有针对性的功能社区家庭医生签约方案与服务路径。

1 对象与方法

1.1 调查对象 本研究开展时间为2019年3—11月,选取2019年上海市徐汇区功能社区在职人员为调查对象。徐汇区是开埠以来中西科技交流的发源地之一,区域内共有25个园区、55个园区外企业、56个机关事业单位、28所大学、84所中小学、104所幼儿园及27个

其他性质的机构。在高新技术产业的发展和科研院所及高校的支撑下，徐汇区成为上海市国家科技创新中心重要承载区之一，区域内各功能社区具有“科创承载”的典型性，以及“产城融合”的迫切性。依托徐汇区虹梅街道及漕泾河开发区的支持，本研究运用分层整群抽样的方法，将区域内功能社区根据产业性质分类为科技创新类、贸易/运营类、金融管理类、互联网电子信息类、工程制作类等，再在各类企事业单位中随机抽取调查对象作为样本进行问卷调查。

1.2 研究方法 问卷内容部分选取自国家卫生服务调查“家庭健康询问调查问卷”，并结合功能社区性质与特点进行问题设定。(1)人口学特征：包括性别、年龄、文化程度、参加医保情况等。(2)健康状况与健康危险因素：自我感觉健康状况(良好/一般/较差)、失眠情况(经常/偶尔/从不)、压力情况(没有/较小/一般/较大)及抽烟、喝酒、饮食、锻炼等频率情况。(3)客观卫生服务需求与主观卫生服务需求情况：客观需求包括以既往医生诊断为主的慢性病患病情况、以自觉身体不适为判断的两周患病情况，计算慢性病患病率(调查前半周内患慢性病人数量与调查总人数之比)及两周患病率(调查前两周内患病人数与调查总人数之比)；主观需求设置了16项选5项的健康服务内容主观需求多选题，以及家庭医生签约服务的意愿及服务内容与方式。

(4)卫生服务利用情况：包括就诊首选医院意愿、实际就诊利用情况、影响就诊的因素及满意度调查。在徐汇区卫生健康委的支持下由专业化的调查员调查，采用功能社区人群自填问卷的方式，最终获得功能社区人群基本情况及生活方式、心理健康状况、健康服务需求与利用等相关数据。在此基础上，采用目的抽样方法对上海市功能社区卫生服务政策的重要知情人和关键人物进行非结构化访谈，包括上海市徐汇区公共卫生中心、徐汇区疾控中心及徐汇区部分街道办事处、社区卫生服务中心的工作人员共12位供方代表，徐汇区大型工业园区、科创园区、企事业单位负责人代表等共18位需方代表。结合情景分析法了解当前功能社区卫生服务的内部条件、需求、问题及外部政策与法律支撑等情况，进一步探讨科创承载型功能社区家庭医生服务路径。

1.3 统计学方法 在进行数据清理核查后，采用SPSS 20.0软件对所获数据进行统计检验。计数资料以相对数表示，组间比较采用 χ^2 检验，计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，影响因素分析采用多因素Logistic回归分析。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 人口学特征 本次调查共发放问卷1 500份，共回收有效问卷1 487份，有效回收率为99.13%。其中，男

752人(50.57%)、女735人(49.43%)，本科/大专学历者818人(55.01%)，1 096人(73.71%)有城镇职工基本医疗保险，659人(44.31%)额外购买了商业医疗保险，见表1。

表1 1 487例功能社区在职人员的人口学特征

Table 1 Demographic characteristics of 1 487 employees in functional communities

人口学特征	例数	百分比(%)
性别		
男	752	50.57
女	735	49.43
年龄(岁)		
≤ 35	976	65.63
36~45	311	20.92
≥ 46	200	13.45
文化程度		
高中/中专及以下	550	36.99
本科/大专	818	55.01
硕士研究生	104	6.99
博士研究生	15	1.01
参加医保情况		
城镇职工基本医疗保险	1 096	73.71
城乡居民基本医疗保险	188	12.64
其他社会医疗保险	119	8.00
无	84	5.65
商业医疗保险(额外购买)	659	44.31

2.2 健康状况与健康危险因素 1 487人中，688人(46.27%)自我感觉健康状况良好；821人(55.21%)有过失眠(经常失眠+偶尔失眠)的情况；331人(22.26%)觉得来自生活/工作/学习的压力较大；257人(17.28%)存在既饮酒又吸烟的情况；254人(17.08%)一日三餐不规律，235人(15.80%)有时会因心情好/不好而不断地吃；在体育锻炼方面，990人(66.58%)偶尔参加体育锻炼。

2.3 客观卫生服务需求情况 本次调查人群的慢性病患病率为5.98%(89/1 487)，其中28人(31.46%)患有高血压，7人(7.87%)患有糖尿病，6人(6.74%)患有慢性鼻炎。两周患病率为5.92%(88/1 487)，其中56人(63.64%)为两周内突发的急性疾病，32人(36.36%)为慢性病延续到两周内；两周患病持续时间(54 ± 3.1)d，两周患病停工/休学时间(12 ± 1.9)d，两周患病卧床时间(1.0 ± 1.7)d。

2.4 主观卫生服务需求情况 在功能社区人群健康服务主观需求调查中，问卷设置了16项选5项的健康服务内容主观需求多选题，结果按照降序排列前5项分别

为常见疾病处理、健康管理、健康体检、健康咨询、心理咨询,见表2。

为分析调查对象的健康服务主观需求,本研究对最主要的5项健康服务进行了分析,由于在人口学调查中,参加医保情况,按有医保和无医保进行二次分类,只有5.65%的调查对象无医保,故未纳入影响因素的分析。慢性病患者具有健康服务的客观需求,故不纳入主观需求分析。结

表2 1487例功能社区在职人员健康服务主观需求情况

Table 2 Subjective demand for health services of 1 487 employees in functional communities

健康服务内容	例数	百分比 (%)
常见疾病处理	1 251	84.13
健康管理	858	57.70
健康体检	699	47.01
健康咨询	586	39.41
心理咨询	470	31.61
中医特色服务	361	24.28
急救服务	294	19.77
上级医院就诊预约	254	17.08
转诊指引	248	16.68
运动指导	233	15.67
饮食干预	205	13.79
护理服务	156	10.49
康复训练	150	10.09
建立健康档案	144	9.68
保健服务	140	9.41
健康教育	131	8.81

果显示:不同性别调查对象健康体检需求选择率比较,差异有统计学意义($P<0.05$);不同年龄调查对象常见疾病处理、健康体检、健康咨询、心理咨询需求选择率比较,差异有统计学意义($P<0.05$);不同文化程度调查对象常见疾病处理、健康体检、健康咨询、心理咨询需求选择率比较,差异有统计学意义($P<0.05$),见表3。

调查对象针对不同服务项目的支付意愿分别为:(1)愿意全额支付的服务项目前4位依次是:常见疾病处理(661人,44.45%)、健康管理(169人,11.37%)、健康体检(167人,11.23%)、中医特色服务(153人,10.29%)。(2)愿意部分支付的服务内容前4位依次是:心理咨询(173人,11.63%)、健康体检(171人,11.50%)、健康管理(157人,10.56%)、中医特色服务(156人,10.49%)。(3)希望无偿得到的服务内容前4位依次是:健康咨询(250人,16.81%)、转诊指引(147人,9.89%)、运动指导(136人,9.15%)、上级医院就诊预约(126人,8.47%)。

本次调查人群的家庭医生签约服务知晓率为57.03%(848/1487),639人(42.97%)不知道家庭医生签约服务,680人(45.73%)愿意与家庭医生签约,546人(36.7%)有健康管理服务的需求,923人(62.1%)首选的服务提供渠道是通过微信/健康类APP等手机客户端与医生互动。以家庭医生签约意愿为因变量,以性别、年龄、文化程度、参加医保情况、自我感觉健康状况、两周内是否患病、是否患有慢性病为自变量(赋值情况见表4),构建多因素Logistic回归分析模型。结果显示:性别、年龄、

表3 不同人口学特征功能社区在职人员健康服务主观需求的比较[n(%)]

Table 3 Comparison of subjective needs for health services of employees in functional communities with different demographic characteristics

人口学特征	例数	常见疾病处理	健康管理	健康体检	健康咨询	心理咨询
性别						
男	752	568 (77.8)	358 (49.0)	348 (47.7)	276 (37.8)	225 (30.8)
女	735	525 (73.5)	358 (50.1)	260 (36.4)	252 (35.3)	188 (26.3)
χ^2 值		1.957	2.306	16.246	1.137	2.621
P 值		0.162	0.129	<0.001	0.286	0.105
年龄 (岁)						
≤ 35	976	754 (77.3)	532 (54.5)	468 (48.0)	390 (40.0)	299 (30.6)
36~45	311	232 (74.6)	164 (52.7)	107 (34.4)	91 (29.3)	78 (25.1)
≥ 46	200	136 (68.0)	53 (26.5)	51 (25.5)	44 (22.2)	50 (25.0)
χ^2 值		7.385	0.847	42.771	35.662	6.943
P 值		0.025	0.655	<0.001	<0.001	0.031
文化程度						
高中/中专及以下	550	373 (67.8)	336 (61.1)	242 (44.0)	110 (20.0)	114 (20.7)
本科/大专	818	653 (79.8)	335 (40.9)	360 (44.0)	396 (48.4)	269 (32.9)
硕士研究生	104	90 (86.5)	46 (44.6)	20 (19.2)	44 (42.7)	34 (32.7)
博士研究生	15	9 (60.0)	8 (55.2)	5 (33.3)	4 (23.4)	6 (40.0)
χ^2 值		33.981	6.493	24.619	104.346	25.923
P 值		<0.001	0.090	<0.001	<0.001	<0.001

文化程度、自我感觉健康状况、慢性病患病情况是家庭医生签约意愿的影响因素 ($P<0.05$)，见表5。

2.5 卫生服务利用及影响因素 在就诊意愿调查中，患病后想去的卫生机构前3位分别是市级医院 (620人, 41.69%)、区级医院 (404人, 27.17%)、门诊部 (所) / 卫生室 / 卫生服务站 (153人, 10.29%)。其中，影响调查对象就诊意愿的主要因素是质量 (734人, 25.41%)、距离 (732人, 25.34%) 和有可信赖的医生 (391人, 13.48%)。

表4 功能社区人群家庭医生签约意愿影响因素分析相关变量及赋值
Table 4 Potential associated factors of the intention to contract family doctor services in individuals from functional communities and their assignments

变量	赋值
家庭医生签约意愿	无意愿 =0, 有意愿 =1
性别	男 =1, 女 = 2
年龄 (岁)	≤ 35=1, 36~45=2, ≥ 46=3
文化程度	高中 / 中专及以下 =1, 本科 / 大专 =2, 硕士研究生 =3, 博士研究生 =4
参加医保情况	无 =1, 城镇职工基本医疗保险 =2, 城乡居民基本医疗保险 =3, 其他社会医疗保险 =4
自我感觉健康状况	良好 =1, 一般 =2, 较差 =3
两周内是否患病	是 =1, 否 =2
是否患有慢性病	是 =1, 否 =2

表5 功能社区人群家庭医生签约意愿影响因素的 Logistic 回归分析
Table 5 Logistic regression analysis of factors associated with the intention to contract family doctor services in individuals from functional communities

自变量	<i>b</i>	<i>SE</i>	Wald χ^2 值	<i>P</i> 值	OR (95%CI)
性别					
女	0.51	0.17	8.31	0.004	1.65 (1.17, 2.32)
年龄 (岁)					
36~45	0.54	0.22	6.30	0.012	1.72 (1.12, 2.63)
≥ 45	1.24	0.30	16.60	<0.001	3.44 (1.90, 6.24)
文化程度					
本科 / 大专	0.80	0.21	14.40	<0.001	2.23 (1.47, 3.38)
硕士研究生	-0.13	0.34	0.14	0.705	0.88 (0.45, 1.71)
博士研究生	0.38	0.71	0.30	0.587	1.47 (0.37, 5.86)
参加医保情况					
城镇职工基本医疗保险	0.57	0.38	2.19	0.139	1.76 (0.83, 3.72)
城乡居民基本医疗保险	0.14	0.43	0.10	0.750	1.15 (0.50, 2.65)
其他社会医疗保险	0.03	0.48	<0.01	0.951	1.03 (0.40, 2.63)
自我感觉健康状况					
一般	0.71	0.20	13.24	<0.001	2.03 (1.39, 2.97)
较差	1.01	0.25	16.10	<0.001	2.76 (1.68, 4.53)
两周内是否患病					
否	0.21	0.37	0.33	0.563	1.24 (0.60, 2.54)
是否患有慢性病					
否	-1.97	0.61	10.32	0.001	0.14 (0.04, 0.46)

卫生服务实际利用情况与就诊意愿基本一致。针对两周内患病 88 人的卫生服务利用调查中, 74 人 (84.1%) 患病后进行了治疗, 14 人 (15.9%) 因感病轻未进行治疗; 18 人 (24.3%) 选择市级医院就诊, 29 人 (39.2%) 选择区级医院就诊, 选择相应机构的原因主要是离家近、质量好和有信赖的医生。在实际就诊满意度方面, 15 人 (20.3%) 因等候时间过长对就诊医院不满意, 22 人 (29.7%) 因看病手续繁琐对就诊医院不满意。

3 讨论

3.1 开展功能社区人群家庭医生服务的重要性 科创承载型功能社区人群以青年、中年为主, 从事的行业以商务楼宇型为主, 拥有相似的文化背景, 基本医保享有率高, 符合王婷等^[1]对于功能社区人群“最富有生命力、创造力及生产力”“是医保缴费主力军”的特点判断, 具有开展功能社区卫生服务的经济可及性, 适于开展健康教育、健康管理等措施。本研究中, 功能社区人群健康服务主观需求主要是常见疾病处理、健康管理、健康体检、健康咨询、心理咨询。这与张佳蕾^[6]的调查研究中健康服务最感兴趣的主题依次为日常预防保健、中医保健、家庭用药等健康需求略有不同, 原因可能是其问卷设计以了解健康宣讲主题为调查目的, 在条目选项设计上以健康宣教为主; 与刘向红等^[7]的调查研究中在职人群社区卫生服务需求研究结果中顺位前两位服务需求内容一致。主观需求差异对比上, 不同性别、年龄、文化程度的调查对象的部分需求存在差异。其中因年龄和文化程度存在差异的需求项目数量较多, 年龄不同存在需求不同显而易见, 不同文化水平者的健康素养不同, 同时也能从侧面印证相似文化背景的人群更适宜开展健康干预。针对功能社区人群开展健康保健服务, 进行多样化的健康管理和健康教育, 对改善该人群健康状况有重要意义。且功能社区人群具备经济可及性、健康同质性和文化背景相似性, 也更适宜在功能社区的支持环境下以同伴教育等方式开展一体化的健康干预和个性化的健康管理, 其健康产出将更加明显^[7]。

根据《上海市家庭医生签约服务规范 (2020 版)》中规定的服务内容, 基本上可以满足功能社区人群常见病处理、健康管理等基本医疗与基本公共卫生服务的需求。另一方面, 功能社区人群卫生服务需求相比生活社区重点人群 (老年人等) 有不同的维度, 需要家庭医生团队制定更具针对性的服务项目与计划以应对功能社区人群可能存在的新型职业病、情绪病及亚健康状态^[8-9]。功能社区人群多维的健康服务需求对家庭医生服务提出了新的挑战, 进一步丰富了家庭医生服务项目内容, 促进家庭医生服务能力不断完善, 一定程度上增加家庭医生团队收入。同时, 在深化医改的大背景下将家庭医生服务延伸至功能社区对于落实“保基本、强基层、建机

制”和建设分级诊疗制度也有重要的现实意义。

3.2 不同类型功能社区人群卫生服务需求差异 与生产型功能社区人群健康状况相比,本研究调查的科创承载型功能社区人群健康状况较好,两类功能社区人群卫生服务需求存在差异。在刘兴娣^[10]的功能社区卫生服务调查中,两周患病率、慢性病患率、失眠比例分别为21.5%、46.8%和39.1%,卫生服务需求以职业卫生服务、预防保健服务及医疗服务为主;而本研究结果中,两周患病率(5.92%)、慢性病患率(5.98%)处于低水平,存在失眠情况(55.21%)的比例较之高16.1%。差异的产生可能与调查对象的选取有关:本研究调查对象以年轻化的商业楼宇型白领为主,主要有睡眠、饮食、锻炼、吸烟饮酒等健康危险因素及心理压力问题,造成亚健康状态及新型职业病的出现;而刘兴娣^[10]所调查的功能社区中75.2%为生产型企业,其中64.6%为污染性生产企业,工作场所空气、空间、粉尘、噪声等职业危险因素高。针对不同需求,不同类型的功能社区应开展差异化的健康服务项目^[11]。

高教功能社区人群健康服务需求主要为健康管理与健康教育。倪小玲等^[12]在高教功能社区人群健康管理模式的研究中,对不同健康需求的人群提供多样化的卫生服务,并利用新媒体进行一体化健康管理,在健康产出、社会效益、经济效益方面有较好的结果。高教功能社区与科创承载型功能社区部分职能重叠,人员构成相似性高,其健康管理的优秀经验可供科创承载型功能社区参考。

3.3 功能社区家庭医生服务路径探索

3.3.1 明确覆盖人群与服务内容 现有的家庭医生服务供给能力在覆盖辖区内常住居民的前提下,很难完全覆盖所有功能社区人群。通过与社区卫生服务机构相关工作人员的访谈可知,目前社区卫生服务中心医疗服务能力和人员数量有限,且人员认同感低,家庭医生的拓展服务很难一步到位。为了提高人群覆盖精准性和卫生服务针对性,可以通过识别功能社区人群健康的重点人群和优先解决的健康问题,设计针对性的诊疗服务、健康管理与健康促进项目。结合问卷调查结果及需方代表访谈结果,考虑人群实际需求状况与意愿情况,建议优先覆盖功能社区女性职工、慢性病患者、职业健康风险高的重点人群和高危人群,并分阶段有序覆盖功能社区全人群。优先覆盖的功能社区人群同时可以起到“同伴教育”的宣传作用,有利于功能社区家庭医生服务的全面推开。在服务内容方面,家庭医生应该在提供规定的服务项目(如常见疾病处理、健康体检、慢性病管理与健康管理、电子档案、分级诊疗等基本服务项目)之外,提高服务主动性,拓展符合区域特色的健康服务(如白领人群特色服务项目、职业女性服务项目和个性化健康管理服务),丰富签约服务内容,以满足功能社区人群

多样化的服务需求。

3.3.2 丰富供给方式 功能社区家庭医生服务主要由辖区内社区卫生服务机构覆盖提供,面向固定且集中的服务对象,明确家庭医生为功能社区人群签约服务的第一责任人和其他服务转介(采购)人。为优化卫生资源,丰富服务供给,满足功能人群不同层次的健康需求,应以属地社区卫生服务机构覆盖为主,鼓励社会办基层医疗卫生机构(包括功能社区内设医疗机构、私立诊所和外资医院等)对接辖区内的社区卫生服务平台,采取公私合作方式开展适宜的签约服务。功能社区内部的医务室和门诊部等内设医疗机构可以在社区卫生服务机构的指导下,协助家庭医生团队负责基本医疗服务和基本公共卫生服务;社会办医疗健康公司可以作为家庭医生基础卫生服务的错位补充,针对功能社区人群高层次、高水平 and 个性化的需求,提供家庭医生规定服务项目以外的服务,如戒烟戒酒指导、睡眠指导、减重减肥指导、口腔护理、皮肤护理、心理咨询与疏导等精准型健康服务。

需方代表在访谈中表示,功能社区亚健康问题突出,但人口呈钟摆式流动特点,朝夕差异明显,需求时间不一致,可允许接受服务的时间短,且园区内提供服务的场所较难达到卫生监督部门要求的服务软硬件条件,同时服务地点距离远近也影响服务人群的拓展服务。因此,针对科创承载型功能社区人群的特点及其健康保健、健康教育为主的需求特性,可在健康档案的基础上建立区域互联互通的信息化管理体系,充分利用人群更愿意接受的“互联网+”医疗模式提供线上的医疗服务、健康管理 with 教育,一定程度上避免功能社区服务在时间与空间上可能存在的矛盾,提高患者满意度。另一方面,也可以在一定程度上减轻家庭医生工作压力。

3.3.3 优化筹资来源 基于功能社区人群需求的多维性和支付意愿的复杂性,需要综合考虑高匹配性的功能社区家庭医生签约服务筹资来源和支付方式。由辖区社区卫生服务机构覆盖的家庭医生基本服务项目,根据签约人数按年收取签约服务费,由医保基金、基本公共卫生服务经费和签约功能社区人员付费等分担,依据辖区内签约服务费标准“按人头收费”“按签约服务绩效分配”;职业病防治服务项目由财政支持或功能社区自行采购的职业卫生经费支持;白领人群特色服务项目、职业女性服务项目和个性化健康管理服务项目等由商业保险覆盖、企业自行采购或个人自费等形式收取费用。由内设医疗机构协助提供的基本医疗服务项目和基本公共卫生服务项目,家庭医生团队需要根据服务数量和质量支付其一定费用;由社会办医疗健康机构提供的家庭医生错位补充服务,可按照一定标准以年度打包的签约形式向企业收取服务费,一方面引入市场竞争优化卫生资源配置,另一方面减轻政府财政压力。

3.3.4 明确政府责任, 加强统筹协调 政策支持、筹资来源与分配、组织管理及监督考核是推进功能社区健康服务的重要因素。推进功能社区健康服务首先要明确政府责任, 加强统筹协调, 卫生健康行政部门承担协调与管理工作, 为功能社区健康服务发展提供有力的政策保障。其次, 建立长效稳定的经费保障机制, 尽快建立与功能社区健康服务发展相适应的投入政策和筹资机制, 建立“费随人走”的补偿机制。在组织管理方面, 逐步形成“党建引领、工会协调、街道支持、企业参与”的工作机制, 加强与营商环境建设措施的联动, 进一步发展“产城融合”。同时, 加强人才队伍建设, 着力提升功能社区健康管理能力和水平, 建立功能社区健康服务相关的考核指标体系以便与服务提供者的薪酬增量挂钩; 并建立服务反馈渠道, 监控服务提供方的服务资质与质量。

3.4 本研究的不足 本研究基于功能社区人群健康情况与主客观需求出发, 在问卷设计和结果中不涉及需求满足分析, 因此没有考虑人群可支配收入对于支付意愿的影响; 结果分析只涉及与功能社区人群健康服务需求相关的问题, 未对问卷结果全面展开。另外, 上海市家庭医生签约服务发展在全国范围内处于领先地位, 但中西部地区基层卫生发展与之差距较大, 以上海功能社区家庭医生服务为示范案例在全国范围内推广可能存在一定难度。

作者贡献: 梅立辰、汤真清、何江江负责文章的构思和设计; 章悦负责项目的组织实施与管理; 钟姮、汪澜、徐蔚琦负责问卷收集与数据统计; 梅立辰负责结果分析与论文撰写; 俞双燕、何江江负责审核和监督管理。

本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 王婷, 贾建国. 我国发展功能社区卫生服务的意义及建议[J]. 中国全科医学, 2017, 20(25): 3075-3078. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2017.25.003.
- [2] 赵芳, 戴俊明, 黄晓霞, 等. 职业人群健康对生产力影响的定量研究[J]. 环境与职业医学, 2011, 28(12): 741-743. DOI: 10.13213/j.cnki.jeom.2011.12.002.
- [3] 本刊编辑部. 全科医生小词典——功能社区[J]. 中国全科医学, 2008, 11(15): 1393.
- [4] 李永斌, 王芳, 丁雪, 等. 上海市闸北区功能社区卫生服务模式探析[J]. 中国社会医学杂志, 2012, 29(6): 405-407. DOI: 10.3969/j.issn.1673-5625.2012.06.014.
- [5] 王芳, 李永斌, 丁雪, 等. 功能社区卫生服务发展现状与问题分析[J]. 中国卫生事业管理, 2012, 29(12): 894-896. DOI: 10.3969/j.issn.1004-4663.2012.12.004.
- [6] 张佳蕾. 上海市长宁区商务楼宇职业人群健康需求调查[J]. 中国初级卫生保健, 2015, 29(11): 68-69. DOI: 10.3969/j.issn.1001-568X.2015.11.0028.
- [7] 刘向红, 杜娟, 郭爱民, 等. 北京德胜功能社区18~60岁在职人群社区卫生服务需求和就医行为及影响因素研究[J]. 中国全科医学, 2013, 16(33): 3982-3986. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2013.33.028.
- [8] 蒋品, 李结华, 唐海沁, 等. 某功能社区职业人群高血压规范化管理效果评价[J]. 中国临床医生杂志, 2019, 47(12): 1419-1422. DOI: 10.3969/j.issn.2095-8552.2019.12.012.
- [9] 黄赞红, 程婷婷, 薛伟杰. 以体重控制为重点的职业人群健康干预效果评价[J]. 预防医学, 2017, 29(1): 101-104. DOI: 10.19485/j.cnki.issn1007-0931.2017.01.029.
- [10] 刘兴娣. 上海市职业人群卫生服务模式研究[D]. 上海: 复旦大学, 2014.
- [11] 张佳蕾, 钱蕾, 夏庆华. 上海市长宁区商务楼宇职业人群亚健康现状及影响因素分析[J]. 中国初级卫生保健, 2019, 33(4): 10-12. DOI: 10.3969/j.issn.1001-568X.2019.04.0004.
- [12] 倪小玲, 孟浦, 邵义舜, 等. 高校功能社区职业人群开展健康管理服务的探索与思考[J]. 中国健康教育, 2019, 35(4): 377-380. DOI: 10.16168/j.cnki.issn.1002-9982.2019.04.021.
- NI X L, MENG P, SHAO Y S, et al. Exploration of health management service for professional populations in college communities[J]. Chinese Journal of Health Education, 2019, 35(4): 377-380. DOI: 10.16168/j.cnki.issn.1002-9982.2019.04.021.

(收稿日期: 2021-03-25; 修回日期: 2021-04-27)

(本文编辑: 段淑娟)

LI Y B, WANG F, DING X, et al. The model analysis of the basic

• 论著 •

家庭医生守门人“签而有约”实证分析： 以上海市静安区某街道为例

黄蛟灵¹, 袁旻健², 孙瑾², 许彬², 周良¹, 石建伟¹,
俞文雅¹, 李松光¹, 王朝昕¹, 陈晨^{2*}



扫描二维码查看
原文 + 培训视频

【摘要】 背景 针对盲目追求签约率这一现象,国家与地方层面相应出台了一系列政策文件,同时政策重心也从追求“签约率”向做实签约服务转变。**目的** 以做实签约服务为切入点,以上海市某区域为例,探讨家庭医生签约服务是否做到了“签而有约”。**方法** 本研究以上海市静安区某街道为例,抽取了2017—2020年该街道平台与静安区平台医院信息系统(HIS)、家庭医生健康档案数据库、家庭医生签约服务平台、社区卫生服务中心年度报表等研究相关数据资料。**结果** 2017—2020年,本街道签约居民由8 554人上升至24 485人,签约率从13.8%上升至36.3%,老年人签约率从38.7%上升至70.9%。同时,高血压患者签约人数由3 409人上升至7 271人,糖尿病签约人数也由1 463人升至3 088人。2018—2020年签约居民本街道就诊人次由2018年的162 640人次上升至2019年的232 772人次,其就诊比例始终高于未签约居民。从就诊结构上看,签约居民超过60%选择在社区卫生服务中心或站点就诊,二级医院与三级医院就诊人次比例分别稳定在26%~30%与6%~9%。但是从趋势上看,随着时间推移社区卫生服务中心就诊比例略有下降,从66.5%下降至62.4%。签约居民在静安区内社区卫生服务中心就诊形成的费用增长平稳,2019年与2020年增幅分别为13.9%与14.0%。在区内二级医院就诊总医疗费用近三年分别是21 854 472.1、24 843 680.2、26 556 426.3元(折算后),增幅分别为13.7%、6.9%。而在全市范围内也出现了同样现象。**结论** 家庭医生签约人数逐渐增长的同时,吸引超过六成签约居民定点就诊。同时,签约居民医疗费用在社区卫生服务中心保持稳定增长,二、三级医院虽然绝对数值仍然保持增长但是增长率得到遏制。

【关键词】 家庭医生签约服务;签而有约;签约率;社区卫生服务

【中图分类号】 R 197 **【文献标识码】** A DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.237

黄蛟灵,袁旻健,孙瑾,等.家庭医生守门人“签而有约”实证分析:以上海市静安区某街道为例[J].中国全科医学,2021,24(22):2800-2804,2809. [www.chinagp.net]

HUANG J L, YUAN M J, SUN J, et al. Making and keeping an appointment in residents contracting services delivered by gatekeeper family doctors in a subdistrict of Jing'an District: an empirical study [J]. Chinese General Practice, 2021, 24(22): 2800-2804, 2809.

Making and Keeping an Appointment in Residents Contracting Services Delivered by Gatekeeper Family Doctors in a Subdistrict of Jing'an District: an Empirical Study HUANG Jiaoling¹, YUAN Minjian², SUN Jin², XU Bin², ZHOU Liang¹, SHI Jianwei¹, YU Wenyi¹, LI Songguang¹, WANG Zhaoxin¹, CHEN Chen^{2*}

1. School of Public Health, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai 200025, China

2. Jing'an District Jiangning Community Health Center of Shanghai, Shanghai 200040, China

*Corresponding author: CHEN Chen, Associate chief physician; E-mail: 25522121@qq.com

【Abstract】 Background In response to the phenomenon of blindly pursuing the contract rate, the national and local governments have issued a series of policy documents, the focus of which has shifted from the pursuit contracting rate to making and keeping the contracted services. **Objective** To investigate the status of making and keeping an appointment in residents contracting services delivered by family doctors from a subdistrict of Shanghai, to promote the development of such services. **Methods** Data mainly about the contracting of family doctor services, healthcare-seeking in contracted and non-contracted residents in a subdistrict of Shanghai's Jing'an District during 2017—2020 were collected from the subdistrict information system,

基金项目:国家自然科学基金资助项目(71904145, 71774116);国家重点研发项目(SQ2018YFC130057);上海市卫生系统优秀青年人才项目(2018YQ52);中国医院发展研究院2019年度地高大医院管理专项(CHDI-2019-C-01)

1.200025上海市,上海交通大学医学院公共卫生学院 2.200040上海市静安区江宁街道社区卫生服务中心

*通信作者:陈晨,副主任医师;E-mail: 25522121@qq.com

本文数字出版日期:2021-05-28

Jing'an District hospital information system, electronic health records of patients created by family doctors, the online platform of contracted family doctor services, annual reports of community health centers, and so on. **Results** The number of contracted residents in the subdistrict in 2020 increased compared to that of 2017 (24 485 vs 8 554), so did the contracting rate (36.3% vs 13.8%). Moreover, the contracting rate in older people increased from 38.7% in 2017 to 70.9% in 2020. The number of contracted hypertension patients rose from 3 409 to 7 271, and that of contracted diabetes patients rose from 1 463 to 3 088. In 2018, the visits of contracted residents in hospitals in the subdistrict numbered 162 640, accounting for a larger percentage of the total patients compared to non-contracted residents. In 2019, the visits of contracted residents in hospitals in the subdistrict numbered 232 772, which also accounted for a larger percentage of the total patients compared to non-contracted residents. During 2017 to 2020, the percentage of contracted residents visiting community health centers (healthcare settings) was above 60% in each year, but that for 2020 showed a decrease compared to that for 2017 (62.4% vs 66.5%). But the percentages of contracted residents visiting secondary and tertiary hospitals ranged from 26%–30%, and 6%–9%, respectively, without significant changes. The annual healthcare cost of contracted residents in community health centers in Jing'an District increased steadily during 2018–2020, with 13.9%, and 14.0% year-over-year growth for 2019, and 2020, respectively. The annual healthcare costs (after conversion) of contracted residents in secondary hospitals in Jing'an District in 2018, 2019, and 2020 were 21 854 472.1 yuan, 24 843 680.2 yuan, and 26 556 426.3 yuan, respectively, with 13.7%, and 6.9% year-over-year growth for 2019, and 2020, respectively. The healthcare cost status of contracted residents in this district was similar to that of contracted residents in Shanghai. **Conclusion** The number of contracted residents in the subdistrict of Jing'an District increased during the period, and more than 60% of them sought healthcare in designated healthcare settings. Moreover, the healthcare cost of them in community health centers showed a stable increase. Although the absolute value of healthcare cost of them in secondary and tertiary hospitals also showed an increase, the growth rate was controlled.

【Key words】 Contracted family doctor services; Contract and service; Contraction rate; Community health services

家庭医生签约服务自 2009 年新医改以来成为基层医疗卫生改革的重点工作,在经历了十余年探索实践后取得了一定成效,签约率已经基本实现了全人口 30% 覆盖、重点人群 60% 覆盖的政策目标^[1]。然而在全国不同地区出现了“被签约”问题及“签约无约”现象,也就是为了追求签约覆盖目标而出现的盲目追求签约率的行为^[2]。针对这一现象,国家与地方层面纷纷出台了一系列政策,政策重心也从追求“签约率”向做实签约服务转变^[3]。上海市作为家庭医生制度的早期试点区域,在家庭医生制度探索中取得了丰富的经验^[4-5]。本文以做实签约服务为切入点,以上海市某区域为例,从签约居民就诊行为与医疗费用两方面探讨家庭医生“守门人”是否做到了“签而有约”。

1 资料与方法

1.1 数据来源 本研究以上海市静安区某街道为例,抽取了 2017—2020 年该街道平台与静安区平台医院信息系统(HIS)、家庭医生健康档案数据库、家庭医生签约服务平台、社区卫生服务中心年度报表等一系列研究相关数据资料。其中由于数据报送节点问题,2020 年数据更新至 2020-09-30,2020 年数据相对不完整,这使得签约率、就诊人次等数字与同年年底相比会较低,尤其是在费用分布上问题较为突出,本研究重点对费用进行了测算。本项研究于 2020 年 10 月开始。

1.2 变量情况 抽取变量包括签约居民基本人口特征变量(包括性别与年龄)、2017—2019 年签约信息(包

本文要点:

本文以上海市静安区某街道为例,从签约居民就诊行为与医疗费用两方面探讨家庭医生“守门人”是否做到了“签而有约”。结果发现,2017—2020 年居民签约率从 13.8% 上升至 36.3%,65 岁以上人群签约率由 38.7% 上升至 70.9%。超过 60% 的签约居民就诊集中在社区卫生服务中心或站点,二级医院与三级医院就诊人次比例分别稳定在 26%~30% 与 6%~9%,但是从趋势上来看社区就诊比例略有下降。2019、2020 年签约居民在本区社区医院就诊形成的医疗费用基本保持稳定,在区内二级医院费用增长率有下降趋势;在全市范围内,签约居民医疗费用除了在一级医院保持稳定增长外,在二、三级医院增长率均得到遏制。建议“签约一人、履约一人”,将签约质量控制的管理考核与绩效考核进行关联。

括常住人口签约人数与百分比、高血压管理对象签约人数、糖尿病管理对象签约人数、老年人签约人数与百分比)、2018—2020 年于该社区卫生服务中心就诊信息(包括签约与未签约居民的就诊人次分布)、2017—2020 年签约居民于全市范围内就诊情况(包括签约居民在静安区范围内与静安区以外于各级医院就诊人数与次数分布)、签约居民定点状况(包括社区就诊人数、就诊率及组合内就诊率)及签约与未签约居民的费用情况。虽然本项研究已经尽可能做了数据采集与整理工作,但是

由于数据通道上报问题,2017—2020年数据仍然存在部分年份缺失情况。

1.3 统计学方法 本研究使用 Excel 软件进行数据采集与整理,采用 Stata 13.0 统计软件对数据进行分析。计数资料以绝对数值与百分比(%)表示。由于本次研究获取了该街道范围内全部人口的数量、服务利用、费用等相关变量,因此该数据为全人口数据而非抽样调查数据,并不涉及统计推断与检验。

2 结果

2.1 签约人口特征与签约状况 静安区该街道 2017—2020 年持续开展签约工作,签约居民人数从 2017 年的 8 554 人上升至 2020 年的 24 485 人,签约率也从 13.8% 上升至 36.3%。而高血压与糖尿病患者的签约人数与签约率持续上升,分别由 2017 年的 3 409、1 463 人上升至 2020 年 7 271、3 088 人。由于数据采集问题,无法获得历年常住高血压与糖尿病基数,因此这部分慢性病患者的签约率难以在此处汇报。但是,当前最新的数据显示该街道重点人群签约率已超过 60%。此外,65 岁以上签约人数也在持续上升,由 2017 年的 5 592 人上升至 2020 年的 12 645 人,签约率由 38.7% 上升至 70.9%,见表 1。由于数据采集问题,部分签约居民的年龄与性别数据存在一定程度的缺失。但是从数据结果看,老年人始终是主要构成人群,但是老年人口的签约占比逐渐下降,从 2017 年的 69.1% 下降到 2020 年的 59.0%;相反,中青年人群(尤其是 36~59 岁)上升趋势明显;而签约居民中女性比例始终高于男性,见表 2。

2.2 家庭医生“签而有约”实证分析

2.2.1 就诊情况 从社区定点就诊情况来看,2018—2020 年签约居民于本街道就诊人次由 2018 年的 162 640 人次上升至 2019 年的 232 772 人次,由于 2020 年数据尚未截至 12 月底,不做绝对数值的比较。从结构上看,签约居民在本街道就诊比例由 2018 年的 62.35% 上升至 2020 年的 73.09%,且签约居民于本街道就诊比例始终高于未签约居民,见表 3。

聚焦签约居民就诊机构选择,签约居民在本区就诊(不一定定点就诊)的人次分布中,超过 60% 集中在一级医院(社区卫生服务中心或站点),二级医院与三

级医院就诊人次占比分别稳定在 26%~30% 与 6%~9%。但是从趋势上来看,2017—2020 年本区社区卫生服务中心或站点就诊比例略有下降。上海市层面的就诊分布中,二、三级医院就诊的比例明显更高,见表 4。

2.2.2 就诊费用 费用数据的调取由于涉及不同级别医院跨部门与跨区域管理问题,因此缺失部分变量,同时难以获得未签约居民相关数据用以比较。从已有数据来看签约居民在静安区内社区医院就诊形成的费用逐年平稳上升。由于 2020 年只统计到 9 月底,笔者团队进行简单的年份折算预计至 2020 年将形成医疗费用 50 844 186.4 元,进一步计算历年增幅可以发现 2019 年与 2020 年签约居民本区社区医院就诊形成医疗费用较上一年分别增长 13.9% 与 14.0%,基本保持稳定。同理,在区内二级医院就诊总医疗费用近三年分别是 21 854 472.1、24 843 680.2、26 556 426.3 元(折算后),2019 与 2020 年增幅分别为 13.7%、6.9%,区内二级医院费用增长率

表 1 2017—2020 年家庭医生签约基本情况

Table 1 Basic information regarding contracted family doctor services in a subdistrict of Jing'an District, 2017—2020

年度 (年)	常住人口 签约人数 (人)	常住人口 签约率 (%)	65 岁 以上签 约人数 (人)	老年人 签约率 (%)	高血压管 理对象签 约人数 (人)	糖尿病管 理对象签 约人数 (人)
2017	8 554	13.8	5 592	38.7	3 409	1 463
2018	19 951	32.3	10 949	75.7	6 002	2 567
2019	21 532	31.9	11 573	64.9	6 423	2 773
2020	24 485	36.3	12 645	70.9	7 271	3 088

注:由于无法获得管辖区域内所有高血压与糖尿病的准确人数,即分母,因此未计算高血压与糖尿病管理百分比

表 3 2018—2020 年该街道社区卫生服务中心及站点定点就诊人次分布〔人次, n (%)〕

Table 3 Annual visits, contracted and non-contracted patient visits in community health centers (including designated ones) in a subdistrict of Jing'an District, 2018—2020

年度 (年)	总就诊人次	签约居民 就诊人次	未签约居民 就诊人次
2018	260 855	162 640 (62.35)	98 215 (37.65)
2019	358 730	232 772 (64.89)	125 958 (35.11)
2020	167 653	122 532 (73.09)	45 121 (26.91)

表 2 2017—2020 年签约居民基本人口特征〔n (%)〕

Table 2 Socio-demographic characteristics of contracted residents in a subdistrict of Jing'an District, 2017—2020

年度 (年)	性别			年龄			
	人数	男	女	人数	≤ 18 岁	19~35 岁	36~59 岁
2017	8 116	3 415 (42.1)	4 701 (57.9)	8 051	907 (11.3)	178 (2.2)	1 406 (17.5)
2018	17 127	7 472 (43.6)	9 655 (56.4)	17 039	1 524 (8.9)	574 (3.4)	4 121 (24.2)
2019	18 552	8 046 (43.4)	10 506 (56.6)	18 461	1 535 (8.3)	771 (4.2)	4 711 (25.5)
2020	21 256	9 251 (43.5)	12 005 (56.5)	21 132	1 650 (7.8)	1 051 (5.0)	5 962 (28.2)

注:因为修约,部分百分比之和非 100.0%

有下降趋势。而在全市范围内,签约居民在二、三级医院就诊的医疗总费用增长率也出现下行,二级医院2019与2020年增幅分别是13.8%、8.0%,三级医院增幅分别是28.3%、12.3%,签约居民医疗费用除了在一级医院保持稳定增长外,在二、三级医院增长率均得到遏制,见表5。

3 讨论

3.1 签约人数与管理人数持续增长,中青年签约比例缓慢上升 本研究发现该街道居民与家庭医生签约人数在持续上升,签约率也在持续提升,突破30%签约率瓶颈。这与已有研究的发现高度一致,比如有研究对当前家庭医生签约率文献进行了Meta分析,研究结果表明我国城市、农村地区的居民家庭医生签约率分别为38.6%和35.7%^[6],签约率的上升也得到已有文献的支持^[7-8]。签约率的持续提升离不开家庭医生制度的政策顶层设计与

全国层面的落地执行^[9]。从签约人口结构来看,明显的特征是老年人签约比例远高于其他年龄段人群。这与老年人为重点签约对象的政策目标离不开^[10]。然而另外一个细微的特征是老年人口的签约比例在缓缓下降,而中青年人群的签约人数与占比在上升。这在很大程度上与政策的目标转变有关系,而近年试点的功能社区与家庭医生楼宇服务则直接定位了中青年楼宇人群^[11]。建议全国有能力的地区进一步开展家庭医生楼宇服务试点工作,探索由家庭医生去覆盖老年与慢性病人群之外的中青年人群。

3.2 签约居民定点就诊人数持续增长,签约居民远高于未签约居民 本研究发现超过60%的居民选择在签约社区卫生服务中心(或站点)就诊,到了2020年该比例超过了70%。而2020年末签约居民选择在本街道社区卫生服务中心就诊的比例仅为26.91%,远远低于签约居民。这在很大程度上表明签约已经逐步走向实处,居民不是“被签约”或者“签而不约”,超过六成居民在签约后会选择到本街道的基层医疗卫生机构就诊,已逐步培养并形成就医习惯。当前研究在很大程度上证实了签约居民的这种就医行为习惯^[12]。有研究跟踪了上海市某区3 040名签约居民,观察了签约情况的变化并比较了签约居民就诊行为与未签约居民的差异,研究结果表明,不管是在基本医疗服务上还是在慢性病管理服务上,签约居民对社区卫生服务的利用均明显高于未签约居民^[13]。这提示家庭医生签约服务已经逐步从签约数量向签约服务转变,吸引签约居民下沉后的进一步工作应当是健康管理,比如做实家庭医生健康档案、切实开展全生命周期的健康管理服务。

3.3 签约居民基层就诊比例稳中有降,市内三级医院就诊比例提升明显 从就诊结构上看,静安区超过60%

表4 2017—2020年签约居民不同级别医疗机构就诊分布[人次,n(%)]
Table 4 Distribution of hospitals by level visited by contracted residents in a subdistrict of Jing'an District, 2017—2020

年度 (年)	总人 次数	一级医院	二级医院	三级医院
静安区				
2017	249 630	166 068 (66.5)	67 232 (26.9)	16 330 (6.5)
2018	376 797	237 255 (63.0)	110 792 (29.4)	28 750 (7.6)
2019	411 513	263 405 (64.0)	111 287 (27.0)	36 821 (8.9)
2020	245 689	153 287 (62.4)	71 864 (29.2)	20 538 (8.4)
上海市				
2017	309 917	184 681 (59.6)	87 182 (28.1)	38 054 (12.3)
2018	503 200	270 087 (53.7)	153 331 (30.5)	79 782 (15.9)
2019	554 646	299 574 (54.0)	157 618 (28.4)	97 454 (17.6)
2020	344 395	179 830 (52.2)	102 206 (29.7)	62 359 (18.1)

注:全市范围包括静安区就诊人次

表5 2018—2020年签约居民医疗费用情况
Table 5 Medical expenses of contracted residents in a subdistrict of Jing'an District, 2018—2020

年度 (年)	一级医院			二级医院			三级医院		
	总费用(元)	增幅(%)	次均费用(元)	总费用(元)	增幅(%)	次均费用(元)	总费用(元)	增幅(%)	次均费用(元)
静安区									
2018	39 151 578.0	—	164.8	21 854 472.1	—	212.1	—	—	—
2019	44 612 922.5	13.9	169.2	24 843 680.2	13.7	240.2	—	—	—
2020 ^a	38 133 139.8	—	248.6	19 917 319.7	—	304.5	—	—	—
2020 ^b	50 844 186.4	14.0	—	26 556 426.3	6.9	—	—	—	—
上海市									
2018	45 388 072.9	—	166.5	33 220 798.3	—	235.7	29 821 194.8	—	359.4
2019	52 865 979.6	16.5	171.9	37 791 439.8	13.8	262.4	38 261 451.9	28.3	384.7
2020 ^a	45 706 847.4	—	246.5	30 615 358.9	—	333.2	32 239 251.6	—	494.1
2020 ^b	60 942 463.2	15.3	—	40 820 478.5	8.0	—	42 985 668.8	12.3	—

注: ^a 为2020年实际1—9月费用, ^b 为2020年折算预计费用,历史数据显示费用在每个月的分布较为均衡,因此2020年折算预计费用计算方法为首先计算2020年实际1—9月平均每月数据,然后假设该平均数值为全年平均数值,计算得到12个月也就是2020年全年数值;—表示未获得相应数据

的签约居民就诊集中在社区卫生服务中心或站点,二级医院与三级医院就诊人次比例分别稳定在26%~30%与6%~9%。但是从趋势上来看社区就诊比例略有下降。这与已有研究发现较为一致,比如有研究调查了2013—2016年上海市某区社区卫生服务中心定点与家庭医生定点率,结果显示随着签约人数的逐渐增加,定点率出现了下降趋势^[14]。社区就诊比例略微的下降与签约人数快速增长有关,这提示在推进家庭医生签约工作过程中,仍然需要坚持管好每一位签约对象。建议试行“签约一人、履约一人”,而家庭医生建立早期的“扩面”工作,管理好每一位签约居民,同时建议将签约质量控制的管理考核与绩效考核进行关联,加强签约服务绩效考核体系建设。

3.4 基层医疗卫生机构医疗费用增幅稳定,二、三级医院费用增幅遏制 本研究发现,签约居民在社区卫生服务中心或站点发生的医疗费用每年均有所增长,但是其增幅稳定,这与签约人数的增加有关,同时也与老龄化有紧密联系。随着社会老龄化的到来,老年人口的增长对医疗资源的利用与医疗负担的压力均持续增长,已有研究对此进行了充分论证^[15-16]。另一方面本研究发现,签约居民发生的二、三级医院已有的增幅有所缓和,这在一定程度上为家庭医生控费的观点提供了证据,虽然并不是直观的因果推断结果。已有不少国际研究对此观点进行了实证分析与论证^[17-18]。然而国内学者发现,签约居民产生医疗费用远高于未签约居民,从而进入了签约更贵的误区。但是有研究对此进行了澄清,认为年龄与疾病结构导致了签约居民个人现金支出高的假象,并指出随着时间的推移签约对医疗费用的抑制作用已初显成效^[18]。建议在此领域开展更为长期的跟踪研究,以提供更直接的证据。

3.5 本研究的局限性 本文还存在一定程度的不足:第一,数据部分虽然是全数据而非抽样数据,但是存在数据报送节点问题(数据截至2020-09-30),这在一定程度上可能影响了分析结果的准确性与无偏性。笔者团队尽可能对该问题进行了修正,比如医疗费用的折算预期值等,但是签约率与就诊人次数据仍然存在一定程度偏误。此外,平台数据采集存在一定程度缺失,因此难以实现数据的完整性(比如年龄等字段的采集)。在未来的研究中,将进一步完善数据的采集完整性,以确保数据结果的准确。第二,本文虽然使用所谓一定区域内全数据进行数据分析,但是本文并未建立就诊行为或医疗费用与签约之间的因果关系。由于数据限制无法获得更多控制变量数据,因此通过调查数据进行必要的研究设计同时进行因果关系探究是下一步研究的重点。

作者贡献:黄蛟灵撰写论文;袁旻健进行文章的构思与设计;孙瑾进行研究的实施与可行性分析;许彬进

行数据收集与整理;周良、石建伟、俞文雅进行统计学处理;李松光进行论文的修订;王朝昕负责文章的质量控制及审校;陈晨对整体负责,监督管理。

本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 刘利群. 推进家庭医生签约服务 加强分级诊疗制度建设[J]. 中国全科医学, 2018, 21(1): 1-4. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2018.01.001.
LIU L Q. Promotion contracted services to strengthen the construction of hierarchical medical system [J]. Chinese General Practice, 2018, 21(1): 1-4. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2018.01.001.
- [2] 高和荣. 签而不约: 家庭医生签约服务政策为何阻滞[J]. 西北大学学报(哲学社会科学版), 2018, 48(3): 48-55. DOI: 10.16152/j.cnki.xdxbsk.2018-03-006.
GAO H R. Signed without agreement: why family doctor service policy hindered [J]. Journal of Northwest University (Philosophy and Social Sciences Edition), 2018, 48(3): 48-55. DOI: 10.16152/j.cnki.xdxbsk.2018-03-006.
- [3] 郭惊雷. “1+1+1”签约分级诊疗上海之路[J]. 中国卫生, 2017, 33(7): 38-39.
WU J L. “1+1+1” contract practice of Shanghai in hierarchical system [J]. China Health, 2017, 33(7): 38-39.
- [4] 黄蛟灵, 梁鸿, 张宜民, 等. 家庭医生制度本土化困境与策略: 以上海市虹口区为例[J]. 中国卫生政策研究, 2016, 9(8): 37-43. DOI: 10.3969/j.issn.1674-2982.2016.08.007.
HUANG J L, LIANG H, ZHANG Y M, et al. Promoting the localization dilemma and strategy for the family doctor system: a case study of Hongkou District, Shanghai [J]. Chinese Journal of Health Policy, 2016, 9(8): 37-43. DOI: 10.3969/j.issn.1674-2982.2016.08.007.
- [5] 芦伟, 张宜民, 梁鸿, 等. 家庭医生制度的发展路径与逻辑阶段分析——基于上海长宁的经验[J]. 中国卫生政策研究, 2016, 9(8): 10-14. DOI: 10.3969/j.issn.1674-2982.2016.08.003.
LU W, ZHANG Y M, LIANG H, et al. The development path and logic stage of the family doctor system: based on experience in Changning District, Shanghai [J]. Chinese Journal of Health Policy, 2016, 9(8): 10-14. DOI: 10.3969/j.issn.1674-2982.2016.08.003.
- [6] 张霄艳, 张晓娜, 方鹏骞. 我国家庭医生签约率的Meta分析[J]. 中国卫生统计, 2019, 36(2): 255-257.
ZHANG X Y, ZHANG X N, FANG P Q. Family doctor contraction rate analysis in China [J]. Chinese Journal of Health Statistics, 2019, 36(2): 255-257.
- [7] 黄蛟灵, 方帅, 梁鸿, 等. 家庭医生签约服务协同改革对居民健康管理的影响[J]. 中国卫生资源, 2018, 21(4): 329-332. DOI: 10.3969/j.issn.1007-953X.2018.04.010.
HUANG J L, FANG S, LIANG H, et al. Effect of the collaborative reform of family doctor contract service on residents' health management [J]. Chinese Health Resources, 2018, 21(4): 329-332. DOI: 10.3969/j.issn.1007-953X.2018.04.010.

· 论著 ·

北京市东城区家庭医生签约服务效果及影响因素研究



扫描二维码查看
原文 + 培训视频

王芳, 邓红月, 曹桂丽, 沈蔷*

【摘要】 背景 近年来,北京市东城区家庭医生签约服务从供需两端发力,创新家庭医生激励机制,取得了一些成效。研究家庭医生签约服务效果和影响因素对完善相关政策、提高签约居民和家庭医生签约服务团队获得感具有重要意义。**目的** 分析北京市东城区2018—2019年家庭医生签约服务现状、成效及存在问题,提出进一步完善北京市乃至全国家庭医生签约服务相关政策的建议。**方法** 于2020年1—6月,利用北京市常规数据监测平台和医改监测平台、东城区社区卫生服务信息平台相关数据分析东城区家庭医生签约率、重点人群签约率和签约居民履约情况;利用家庭医生团队和签约居民问卷调查,获得社区家庭医生团队和居民对签约服务满意度情况。**结果** 2019年东城区一般人群和重点人群签约率分别为36.26%和94.50%,高于2018年(33.19%、88.08%),高于同期北京市(35.02%、93.06%)。2019年签约居民预约就诊率达到17.41%,与上年相比提高8.13个百分点,高于同期北京市5.44个百分点。与2018年相比,2019年东城区高血压和糖尿病患者规范管理率分别提升2.12、3.61个百分点,控制率分别提升11.65、13.78个百分点。签约居民满意度为83.09%(3596/4328),签约服务提供者满意度达到91.59%(850/928),家庭医生团队愿意继续提供签约服务的达89.22%(828/928)。定性研究结果显示部分居民对家庭医生签约服务的理解存在偏差、家庭医生工作负荷重、医保政策支持不足等。**结论** 东城区家庭医生签约服务一般人群签约率和重点人群签约率均符合北京市工作要求;居民对签约服务的认知度、利用率和满意度较好,下一步需要通过加强精准宣传、遵循客观实际不冒进、创新考评激励机制和完善医保调节政策等措施,促进家庭医生签约服务发挥更大作用。

【关键词】 家庭医生签约服务;现状研究;影响因素分析;北京

【中图分类号】 R 197 **【文献标识码】** A DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.227

王芳,邓红月,曹桂丽,等.北京市东城区家庭医生签约服务效果及影响因素研究[J].中国全科医学,2021,24(22):2805-2809. [www.chinagp.net]

WANG F, DENG H Y, CAO G L, et al. Effectiveness of family doctor services and associated factors in Dongcheng District, Beijing [J]. Chinese General Practice, 2021, 24 (22): 2805-2809.

Effectiveness of Family Doctor Services and Associated Factors in Dongcheng District, Beijing WANG Fang, DENG Hongyue, CAO Guili, SHEN Qiang*

Dongcheng District Community Health Service Management Center, Beijing 100010, China

*Corresponding author: SHEN Qiang, Chief physician; E-mail: shenzaotong@263.net

【Abstract】 Background Beijing's Dongcheng District has achieved some improvements in the effectiveness of family doctor services via balancing supply and demand and innovating incentive mechanisms for family doctors. It is of great importance to study the effectiveness of family doctor services and associated factors to improve relevant policies and the sense of gain of both contracted residents and family doctor teams. **Objective** To analyze the status of family doctor services implemented in Beijing's Dongcheng District from 2018 to 2019, and the effectiveness and problems, providing policy recommendations for improving such services in Beijing and the whole country. **Methods** From March to June 2020, we collected the data used for analyzing the contracting rates of general population and priority populations, rates of making and keeping an appointment in contracted residents and so on in Beijing's Dongcheng District during 2018 to 2019 from Beijing Common Data Monitoring Platform, Beijing Healthcare Reform Monitoring Platform and Dongcheng District Community Health Information System, and obtained the information regarding satisfaction levels with family doctor services of both family doctor team members and contracted residents using questionnaire surveys. **Results** Dongcheng District owned a higher contracting rate of general population in 2019 compared to 2018 (36.26% vs 33.19%). It also had a higher contracting rate of priority populations in 2019 compared to 2018 (94.50% vs 88.08%). Moreover, the contracting rates of general population (36.26% vs 35.02%) and priority populations (94.50% vs 93.06%) in the district in 2019

100010 北京市东城区社区卫生服务管理中心

*通信作者: 沈蔷, 主任医师; E-mail: shenzaotong@263.net

本文数字出版日期: 2021-05-21

were all higher compared with those of Beijing. The rate of keeping an appointment in contracted residents in the district was 17.41% in 2019, with a year-on-year increase of 8.13 percentage points. And it was 5.44 percentage points higher than that of Beijing in 2019. Compared with 2018, the standardized management rate of hypertension and diabetes in the district raised by 2.12 and 3.61 percentage points, respectively, and the control rates of hypertension and diabetes raised by 11.65 and 13.78 percentage points, respectively, in 2019. 83.09% (3 596/4 328) of the contracted residents were satisfied with the services they received. 91.59% (850/928) family doctors were satisfied with the delivery of contracted services, and 89.22% (828/928) of them were willing to continue to provide such services. Qualitative data reflected that residents' misunderstanding of contracted services, heavy workload of service delivery and inadequate health insurance policy support. **Conclusion** Both the contracting rates of general population and priority populations in Dongcheng District met the requirements of Beijing. The residents' understanding level, utilization rate and satisfaction level regarding the contracted services were relatively good. To further improve the effectiveness of such services, more efforts should be made to strengthen the relevant publicity appropriately, deliver the services according to the real condition by step not by leap, innovate evaluation and incentive systems, and improve health insurance policies.

【Key words】 Contracted family doctor services; Current status analysis; Root cause analysis; Beijing

推进家庭医生签约服务是强化基层医疗卫生服务网络功能、深化医药卫生体制改革的重要任务,也是落实分级诊疗制度、促进人民群众健康的重要途径^[1]。实行家庭医生签约服务不但可以增强医务人员的责任意识,凸显以健康为中心的理念,密切与社区居民的关系,同时对社区首诊、定点就诊、分级诊疗等政策目标的实现具有重要的促进作用^[2-3]。北京市东城区家庭医生签约服务从供需两端发力,近期创新家庭医生薪酬分配激励机制,极大地调动了社区医务人员签约积极性。本文以北京市东城区2018—2019年家庭医生签约服务实践为例,深入分析家庭医生签约服务的作用和影响,为进一步完善北京市乃至全国家庭医生签约服务相关政策提供决策和循证依据。

1 对象与方法

1.1 定量研究

1.1.1 监测数据收集、分析 调取2018—2019年北京市常规数据监测平台“家庭医生签约服务月报表”、北京市医改监测平台“门急诊月报表”、东城区社区卫生服务信息平台“医生工作站、护士工作站”相关数据,以及2018—2019年东城区家庭医生签约服务绩效评价结果。

1.1.2 问卷调查

1.1.2.1 家庭医生团队问卷调查 2020年1月对东城区236支家庭医生团队944名工作人员通过网络小程序进行问卷调查,收集有效问卷928份,问卷内容包括对家庭医生签约工作整体管理水平、工作量、工作环境、薪酬待遇、职业发展、人际关系方面的满意度。

1.1.2.2 签约居民问卷调查 2020年1月聘请第三方采用计算机辅助电话方式选取4 500名签约居民进行问卷调查(类似于拦截调查),收集有效问卷4 328份,问卷内容包括签约知晓率、签约服务利用及签约满意度等。所有调查员全部进行规范培训。东城区社区卫生服务管理中心全程协调安排,以保证调查对象的依从性。调查

指导员逐份检查每日收集的问卷,并对其中5%问卷进行复核,保证数据的真实性。

1.1.3 指标定义及计算 签约率 = 签约人数 / 东城区常住人口数; 重点人群签约率 = 重点人群签约数 / 重点人群底数(来自北京市社区卫生服务中心),其中重点人群包括高血压、糖尿病、冠心病、脑卒中患者、65岁以上老年人、残疾人、孕产妇、0~6岁儿童、严重精神障碍患者、肺结核患者、低收入人群、计划生育特殊家庭。履约情况通过履约率、服务人次、长处方数量、预约率体现; 履约率 = 全年提供过一次及以上服务的签约人数 / 签约人数; 服务人次 = 签约居民全年就诊次数 / 签约居民人数。长处方: 签约居民慢性病病情稳定的情况下可一次开具的超过1个月但不超过2个月药量的处方。预约率 = 通过预约就诊次数 / 全部就诊次数。根据数据的可得性,本文将全人群签约率、重点人群签约率、签约居民预约就诊率等指标与北京市相关指标进行比较。

1.2 定性研究 2020年1月随机选取10名签约并接受过服务的居民、10名开展签约服务1年以上的医务人员和10名社区卫生服务中心副主任(本岗位工作1年以上),在东城区社区卫生服务管理中心分别进行小组访谈,访谈提纲内容分别包括居民对家庭医生签约服务的认知、医务人员签约服务开展情况、管理者的可持续发展建议。

1.3 统计学方法 定量资料采用Excel 2010进行录入,使用SPSS 23.0进行统计分析。计数资料以相对数表示。

2 结果

2.1 东城区家庭医生签约率

2.1.1 全人群签约服务现状 2018年东城区家庭医生签约率为33.19%,低于北京市0.67个百分点; 2019年东城区家庭医生签约率为36.26%,高于2018年3.07个百分点,高于北京市1.24个百分点,见表1。

2.1.2 重点人群签约现状 2018年东城区重点人群签

约率为 88.08%，高于北京市 4.97 个百分点；2019 年东城区重点人群签约率为 94.50%，高于 2018 年 6.42 个百分点，高于北京市 1.44 个百分点，见表 2。东城区 2018、2019 年管理高血压患者、糖尿病患者（目前，北京市常规数据监测平台中只有慢性病管理表中上报了高血压和糖尿病的签约数、规范管理率和控制率，其他人群只上报签约数，没有其他相关数据供进一步分析管理效果，因此单独提出高血压和糖尿病而不描述其他人群情况）签约率均达到 100.0%。

表 1 2018—2019 年东城区家庭医生签约服务情况

Table 1 Status of family doctor services in Beijing's Dongcheng District, 2018—2019

年份 (年)	东城区			北京市		
	服务人口 数(人)	签约人数 (人)	签约率 (%)	服务人口 数(人)	签约人数 (人)	签约率 (%)
2018	821 934	272 800	33.19	21 541 887	7 294 083	33.86
2019	793 905	287 870	36.26	21 537 276	7 542 354	35.02

表 2 2018—2019 年东城区重点人群家庭医生签约服务情况

Table 2 Contracting rate of priority populations in Beijing's Dongcheng District, 2018—2019

年份 (年)	东城区			北京市		
	重点人群 底数(人)	签约人数 (人)	签约率 (%)	重点人群 底数(人)	签约人数 (人)	签约率 (%)
2018	189 060	166 522	88.08	4 790 000	3 980 742	83.11
2019	182 600	172 555	94.50	4 736 101	4 407 424	93.06

2.2 签约人群履约情况

2.2.1 一般情况 2018 年东城区签约居民年人均接受服务次数 6.21 次，2019 年为 7.13 次，增加 0.92 次，2019 年家庭医生为签约居民开具处方 1 655 人次、2 381 张，较 2018 年 1 557 人次、2 052 张均有所增加。签约居民预约就诊率由 2018 年的 9.28% 上升到 2019 年的 17.41%，提高 8.13 个百分点，2018 年东城区签约居民预约就诊率低于北京市 1.86 个百分点，2019 年高于北京市 5.44 个百分点，见表 3。

表 3 2018—2019 东城区社区卫生服务机构预约就诊情况

Table 3 The status of making and keeping an outpatient appointment in community health facilities of Dongcheng District, 2018—2019

年份 (年)	东城区			北京市		
	全科门诊人 次(人次)	预约就诊人 次(人次)	预约就诊 率(%)	全科门诊人 次(人次)	预约就诊人 次(人次)	预约就诊 率(%)
2018	1 798 068	166 945	9.28	46 000 563	5 123 797	11.14
2019	1 922 614	334 819	17.41	49 897 314	5 971 807	11.97

2.2.2 重点人群履约情况 2018 年和 2019 年东城区重点人群有效签约服务人数占比分别为 90.96% 和 86.69%，与上年相比，2019 年有效签约服务人数占比

有所降低。高血压患者规范管理率从 67.95% 上升到 70.07%，血压控制率从 61.98% 上升到 73.63%，分别提升 2.12 个和 11.65 个百分点；糖尿病患者规范管理率从 66.39% 上升到 70.00%，血糖控制率从 51.40% 上升到 65.18%，分别提升 3.61 个和 13.78 个百分点，见表 4。

表 4 2018—2019 东城区社区卫生服务机构高血压、糖尿病管理情况

Table 4 Management of hypertension and diabetes in community health facilities of Dongcheng District, 2018—2019

年份 (年)	高血压			糖尿病		
	管理人数 (人)	规范管理 率(%)	血压控制 率(%)	管理人数 (人)	规范管理 率(%)	血糖控制 率(%)
2018	68 514	67.95	61.98	33 270	66.39	51.40
2019	58 838	70.07	73.63	28 819	70.00	65.18

2.3 签约居民和医务人员满意度

2.3.1 签约居民满意度 2019 年，东城区签约居民满意度达到 83.09%（3 596/4 328），其中非常满意、比较满意者分别占 57.09%、25.99%。75.00%（3 246/4 328）的居民知晓家庭医生签约工作，79.99%（3 462/4 328）的签约居民在 1 年内接受过签约服务；居民对签约期满后续约意愿达到 85.91%（3 718/4 328）。

2.3.2 家庭医生团队满意度 2019 年，东城区家庭医生团队对管理水平、工作环境、医患关系、职称晋升制度、绩效工资分配、工作压力、收入满意度分别为 91.59%（850/928）、90.19%（837/928）、89.22%（828/928）、87.93%（816/928）、80.71%（749/928）、76.29%（708/928）和 74.68%（693/928），未来愿意继续提供签约服务比例为 89.22%（828/928）。

2.4 访谈结果 部分签约居民对于家庭医生签约服务的概念理解存在偏差和歧义，反映出家庭医生签约服务政策宣传不准确、不到位；部分家庭医生表示在日常诊疗任务下开展签约服务工作时长和压力激增，反映出家庭医生人力不足、工作负荷过重的现状；签约居民普遍反映医保对签约后的起付线及报销项目、报销比例等没有差异性规定，反映出医保在签约服务中的调节作用不足的现状。

3 讨论

3.1 东城区家庭医生签约效果和成绩明显 2019 年东城区家庭医生签约率、重点人群签约率、签约居民预约就诊率等指标较上年有较大提升，并且高于北京市，取得这样效果和成绩得益于政府支持、社区卫生管理中心和社区卫生服务机构医务人员齐心协力和绩效激励发挥作用。一是政府重视支持，全社会动员。2017 年以来，东城区深入贯彻落实《关于推进家庭医生签约服务的指导意见》（国医改办发〔2016〕1 号）和《北京市推进家庭医生签约服务实施意见的通知》（京医改〔2017〕

2号),同年东城区出台《东城区家庭医生签约服务实施方案》(东政办发〔2017〕20号),以医改为契机,政府给予政策支持,在扎实的社区卫生服务工作基础上,注重制度设计,整合区域资源,优化服务平台,打造“1112”智慧家庭医生服务模式,即建立1个平台——“佳医东城”健康管理平台,丰富线上线下签约服务方式,实现健康管理的连续性、实时性、有效性;建立1个机制,按照“街道吹哨,部门报到”工作机制,街道牵头,部门协同,开展精准履约服务;建立1套个性化签约服务包,精准对接社区人群需求;建立“互联网+物联网”2张网,创新服务手段。二是绩效激励分配机制突破。东城区在全市率先启动了家庭医生签约服务专项奖励机制的探索,建立了家庭医生签约服务团队专项考核评价体系和奖励机制,实现了以家庭医生团队为主体,管理、支持人员为支撑的全覆盖奖励模式,落实“两个允许”政策,奖励经费由各社区卫生服务机构收支结余支付,不纳入工资总额,全区家庭医生签约服务专项奖励总额2019年达到2097万元,团队中全科医生、社区护士、防保人员平均奖励额度分别提高2.61万、2.45万、1.52万元,个人最高奖励额度为4.98万元,激发了签约、履约的动力,提高了工作质量和满意度;发挥社区卫生信息系统优势,委托第三方进行专项考核,实现了“智慧评价”,评价结果真实、客观、公正。

3.2 东城区家庭医生签约服务存在的问题 一是居民有效签约服务人员占比受到供需双方影响,有所降低。2019年东城区重点人群有效签约服务人数占比为86.69%,较2018年下降4.27个百分点,反映出重点人群签约人数提升,人员工作负荷重、履约困难增加、医务人员对收入满意度相对不高的现状;尽管东城区全社会动员,但由于宣传渠道单一,部分居民对现行家庭医生签约服务政策存在误解,如个别居民认为签约限制就诊自由等。二是医保在家庭医生签约服务中的调节作用尚未充分体现。长处方及转诊服务受到签约居民欢迎,但对起付线、报销项目和比例等没有差异性,影响签约获得感;由于北京市尚未明确签约费中医保基金支付比例,各机构虽制定了个性化签约服务包,但有偿签约服务落实举步维艰,影响家庭医生团队获得感和满意度;由于信息共享尚未实现,在社区卫生服务机构内部,预防保健服务和医疗服务信息系统未实现互联互通,在整个卫生健康系统,未能通过北京健康云实现以居民健康档案为基础的医疗健康信息共享,增加了签约后全生命周期健康管理的难度。

3.3 相关政策建议 一是加强家庭医生签约精准宣传。(1)宣传对象的精准:抓住重点人群及潜在签约服务

需求的人群精准宣传,做到有的放矢,事半功倍;还可开展功能社区宣传。(2)宣传内容的精准:既要签约的好处向居民讲清楚,积极引导居民进行签约,又不要夸大好处、空许诺,避免因期望过高而导致落差。同时,还要在全社会为签约服务营造“我知道,我签约”和“我为居民签约,居民为我点赞”的良好社会氛围。二是遵循客观实际,不盲目冒进。家庭医生签约服务不能一蹴而就。应结合实际,逐步扩大签约服务的覆盖面。不能单单以“签约率”论成效,关注签约居民及家庭医生团队的获得感和满意度,避免出现居民“被签约”或团队工作负荷过重“拒签约”,签约服务工作重点应转移到提高履约服务能力和质量上。福建省厦门市的“三师共管”模式、上海市“1+1+1”签约服务模式^[4]均值得借鉴。三是考评激励机制进一步突破和创新。科学设置考评体系,将服务项目相关的过程指标、效果指标纳入考核,与时俱进,不断完善;发挥信息化在考评中的优势,实现“智慧评价”;创新激励机制,将物质激励和精神激励相结合,一方面侧重完善收入分配机制和综合激励机制,提升家庭医生薪酬水平,另一方面,开展评选“最美家庭医生”“最佳家庭医生团队”“明星家庭医生工作室”等活动^[5],给予精神奖励,提高荣誉感。四是完善医保调节政策。促进医保杠杆作用的发挥,将签约与医保报销挂钩^[6],实行差异化管理。目前包括上海、浙江在内的十几个省、市均已实现医保政策助力签约服务。建议北京市明确签约服务费中医保基金支付比例,增加个性化服务包的医保支付,提高签约服务的吸引力。条件成熟时可以将医保资金打包支付给家庭医生团队,通过科学、有效管理,发挥健康“守门人”作用。

作者贡献:王芳、沈嵩负责文章的构思与设计、研究的实施与可行性分析、统计学处理、结果的分析与解释、论文撰写,并对文章整体负责,监督管理;曹桂丽负责数据收集;邓红月负责数据整理;王芳负责论文的修订、文章的质量控制及审核。

本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 严莉,彭琰.云南省家庭医生签约服务开展现状研究[J].中国全科医学,2020,23(1):35-39. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2019.00.588.
- [2] YAN L, PENG Y. Current status of contracted family doctor services in Yunnan Province[J]. Chinese General Practice, 2020, 23(1): 35-39. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2019.00.588.
- [3] 佟欢.基于结果链框架的上海市家庭医生制服务试点评价研究[D].上海:复旦大学,2013:1-138.
- [4] 贾勇,秦丽霞,曾玲,等.“基层医疗卫生机构的能力建设”主题研讨[J].中国全科医学,2017,20(2):127-132. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2017.02.002.

- JIA Y, QIN L X, ZENG L, et al. Thematic discussion "capacity building of primary health care institutions" [J]. Chinese General Practice, 2017, 20 (2): 127-132. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2017.02.002.
- [4] 殷东, 张家睿, 王真, 等. 中国家庭医生签约服务开展现状及研究进展 [J]. 中国全科医学, 2018, 21 (7): 753-760. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2018.07.001.
- YIN D, ZHANG J R, WANG Z, et al. Delivery status of contractual services from family doctors in China and advances in the related studies [J]. Chinese General Practice, 2018, 21 (7): 753-760. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2018.07.001.
- (上接第 2804 页)
- [8] 刘姗姗, 葛敏, 江萍, 等. 家庭医生签约服务对社区居民就诊行为的影响研究 [J]. 中国全科医学, 2018, 21 (4): 407-410. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2018.04.007.
- LIU S S, GE M, JIANG P, et al. Effects of contractual services from family doctors on the healthcare-seeking behavior among community residents [J]. Chinese General Practice, 2018, 21 (4): 407-410. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2018.04.007.
- [9] 梁鸿, 贺小林. 中国家庭医生制度探索与改革的长宁模式 [J]. 中国卫生政策研究, 2017, 10 (10): 1-2. DOI: 10.3969/j.issn.1674-2982.2017.10.001.
- LIANG H, HE X L. The Changning model in the exploration and reform of Chinese family doctor system [J]. Chinese Journal of Health Policy, 2017, 10 (10): 1-2. DOI: 10.3969/j.issn.1674-2982.2017.10.001.
- [10] 葛敏, 江萍, 芦伟, 等. 家庭医生制度的推进路径、服务模式 and 制度架构的探讨: 以长宁为例 [J]. 中国卫生资源, 2012, 15 (5): 420-422. DOI: 10.3969/j.issn.1007-953X.2012.05.025.
- GE M, JIANG P, LU W, et al. The path, pattern and system frame explore of family doctor: case study of Changning [J]. Chinese Health Resources, 2012, 15 (5): 420-422. DOI: 10.3969/j.issn.1007-953X.2012.05.025.
- [11] 江萍, 郑星, 毕芳芳, 等. 上海市长宁区家庭医生探索功能社区健康管理服务的实践与思考 [J]. 中国全科医学, 2019, 22 (28): 3438-3440. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2019.00.490.
- JIANG P, ZHENG X, BI F F, et al. Practice and thinking of health management services provided by general practitioners in the functional community in Changning District of Shanghai [J]. Chinese General Practice, 2019, 22 (28): 3438-3440. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2019.00.490.
- [12] 陈翔, 黄蛟灵, 田文华. 家庭医生制度实施后居民社区门诊就诊状况分析 [J]. 中国卫生资源, 2017, 20 (2): 142-145. DOI: 10.13688/j.cnki.chr.2017.16310.
- CHEN X, HUANG J L, TIAN W H. The analysis of residents community outpatient medical condition under family doctor system [J]. Chinese Health Resources, 2017, 20 (2): 142-145. DOI: 10.13688/j.cnki.chr.2017.16310.
- [5] 私人定制的签约服务——宁波市古林镇卫生院家庭医生团队 [J]. 健康博览, 2020, 29 (z2): 56.
- [6] 张招椿, 胡海源, 陈川, 等. 政策工具视角下我国家庭医生政策量化分析 [J]. 中国全科医学, 2019, 22 (10): 1139-1146. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2018.00.465.
- ZHANG Z C, HU H Y, CHEN C, et al. Quantitative analysis of family doctor policies in china from the perspective of policy tools [J]. Chinese General Practice, 2019, 22 (10): 1139-1146. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2018.00.465.
- (收稿日期: 2021-02-24; 修回日期: 2021-05-04)
(本文编辑: 张亚丽)
- [13] HUANG J L, LU W, WANG L, et al. A preliminary effect analysis of family doctor and medical insurance payment coordination reform in Changning District of Shanghai, China [J]. BMC Family Practice, 2019, 20 (1): 60. DOI: 10.1186/s12875-019-0949-0.
- [14] 葛敏, 江萍, 朱敏杰, 等. 家庭医生签约服务联动改革对有序诊疗格局的作用效果研究 [J]. 中国全科医学, 2018, 21 (4): 415-419. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2018.04.009.
- GE M, JIANG P, ZHU M J, et al. Effects of coordinated reform in the delivery of contractual services by family doctors on the orderly diagnosis and treatment pattern [J]. Chinese General Practice, 2018, 21 (4): 415-419. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2018.04.009.
- [15] 李乐乐, 杨燕绥. 人口老龄化对医疗费用的影响研究——基于北京市的实证分析 [J]. 社会保障研究, 2017, 10 (3): 4. DOI: 10.3969/j.issn.1674-4802.2017.03.004.
- LI L L, YANG Y S. The impact of population aging to the growth of health care cost [J]. Social Security Studies, 2017, 10 (3): 4. DOI: 10.3969/j.issn.1674-4802.2017.03.004.
- [16] 杨昕, 左学金, 王美凤. 前瞻年龄视角下的人口老龄化及其对我国医疗费用的影响 [J]. 人口研究, 2018, 42 (2): 84-98. DOI: 10.1111/1475-6773.00149.
- YANG X, ZUO X J, WANG M F. Population ageing and its effect on total health expenditure: a prospective age perspective [J]. Population Research, 2018, 42 (2): 84-98.
- [17] MACINKO J, STARFIELD B, SHI L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970—1998 [J]. Health Services Research, 2003, 38 (3): 831-865. DOI: 10.1111/1475-6773.00149.
- [18] 黄蛟灵, 邱宝华, 梁鸿, 等. 签约家庭医生对居民医疗费用的影响分析 [J]. 中国卫生经济, 2018, 37 (5): 46-49. DOI: 10.7664/CHE20180512.
- HAUNG J L, QIU B H, LIANG H, et al. Analysis on the effect of family doctor contraction on residents' medical expenses [J]. Chinese Health Economics, 2018, 37 (5): 46-49. DOI: 10.7664/CHE20180512.
- (收稿日期: 2021-03-25; 修回日期: 2021-04-28)
(本文编辑: 段淑娟)

• 论著 •

综合性医院多学科综合门诊病例特点分析

邵双阳^{1,2}, 任菁菁³, 魏国庆⁴, 陆莉萍⁵, 陆敏霞⁵, 刘颖^{3*}



扫描二维码查看
原文 + 培训视频

【摘要】 背景 多学科团队 (MDT) 协作诊治模式已成为国际医学领域积极倡导的重要医学新模式, 使传统的个体式、经验式医疗模式转变为现代的小组协作、决策模式, 旨在为患者提供优质的服务。**目的** 调查并分析综合性医院多学科综合门诊病例特点。**方法** 选取 2018-07-24 至 2019-01-31 就诊于浙江大学医学院附属第一医院多学科综合门诊符合纳入标准的患者 145 例, 通过医院 MDT 平台系统收集患者的一般情况 (包括性别、年龄)、患病情况、申请 MDT 的原因、MDT 参加科室、MDT 建议, 并对患者资料进行回顾性分析。**结果** 145 例患者中, 男 66 例 (45.5%), 女 79 例 (54.5%), 45 岁及以上人群 104 例 (71.7%)。其中, 疑似肿瘤病例 97 例 (66.9%), 非肿瘤病例 48 例 (33.1%)。申请门诊 MDT 的目的主要是需进一步明确诊断 (99 例, 68.3%) 和希望优化治疗方案 (124 例, 85.5%) 两方面, 而同时存在明确诊断和优化治疗方案需求者 87 例 (60.0%)。MDT 后治疗建议完善检查 78 例 (53.8%)、定期复查 45 例 (31.0%)、药物治疗 45 例 (31.0%) 和建议手术治疗 39 例 (26.9%)。**结论** MDT 门诊就诊人群以中老年人为主, 就诊目的主要为确诊是否为肿瘤, 其在疑难病患者、肿瘤患者和共病患者的诊治上更有优势。另外, 超过一半患者需完善检查, 因此需对 MDT 进行严格审核。

【关键词】 多学科综合诊疗; 病例特点; 医院, 综合

【中图分类号】 R 197.3 **【文献标识码】** A DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.206

邵双阳, 任菁菁, 魏国庆, 等. 综合性医院多学科综合门诊病例特点分析 [J]. 中国全科医学, 2021, 24 (22): 2810-2813. [www.chinagp.net]

SHAO S Y, REN J J, WEI G Q, et al. Clinical profile of patients treated in the MDT clinic in a general hospital [J]. Chinese General Practice, 2021, 24 (22): 2810-2813.

Clinical Profile of Patients Treated in the MDT Clinic in a General Hospital SHAO Shuangyang^{1,2}, REN Jingjing³, WEI Guoqing⁴, LU Liping⁵, LU Minxia⁵, LIU Ying^{3*}

1.General Practice Residency Training Base, the First Affiliated Hospital, Zhejiang University School of Medicine, Hangzhou 310003, China

2.Shepan Health Center, Sanmen People's Hospital Medical Consortium, Taizhou 317111, China

3.Department of General Practice, the First Affiliated Hospital, Zhejiang University School of Medicine, Hangzhou 310003, China

4.Department of Medical Affairs, the First Affiliated Hospital, Zhejiang University School of Medicine, Hangzhou 310003, China

5.Consultation Center for Difficult and Complicated Diseases, the First Affiliated Hospital, Zhejiang University School of Medicine, Hangzhou 310003, China

*Corresponding author: LIU Ying, Associate chief physician; E-mail: 1511018@zju.edu.cn

【Abstract】 Background In contrast to the traditional individual care and experience-based care, multidisciplinary team (MDT) model is a new care delivery model that is actively recommended internationally, which is aimed at providing quality care for patients using based on team collaboration. **Objective** To investigate the clinical profile of patients treated in the MDT clinic in a general hospital. **Methods** A total of 145 eligible outpatients were recruited from the MDT Clinic, the First Affiliated Hospital, Zhejiang University School of Medicine between July 24th, 2018 and January 31st, 2019. Data were collected through the electronic MDT platform, including basic demographics (sex, age), diagnosis, reasons for visiting the MDT clinic, departments involved in the consultation and care suggestions, and were analyzed retrospectively. **Results** Of the patients, 45.5% (66/145) were men, 54.5% (79/145) were women; 71.7% (104/145) aged over 45 years old; 66.9% (97/145)

基金项目: 国家自然科学基金专项基金资助项目 (71350006); “十三五”国家科技重大专项 (2018ZX10715014)

1.310003 浙江省杭州市, 浙江大学医学院附属第一医院全科医学住院医师培训基地 2.317111 浙江省台州市, 三门县医共体蛇蟠分院 3.310003 浙江省杭州市, 浙江大学医学院附属第一医院全科医学科 4.310003 浙江省杭州市, 浙江大学医学院附属第一医院医务部 5.310003 浙江省杭州市, 浙江大学医学院附属第一医院疑难病会诊中心

*通信作者: 刘颖, 副主任医师; E-mail: 1511018@zju.edu.cn

本文数字出版日期: 2021-05-28

had a suspected tumor, and 33.1% (48/145) had one or more non-tumor illnesses. The major reasons for visiting the MDT clinic were hoping to get a definite diagnosis after further consultation [68.3% (99/145)] and/or to obtain a modified regimen [85.5% (124/145)], and 60.0% (87/145) of the patients visiting the MDT clinic for the above-mentioned two reasons. The recommendations given by the MDT clinic included having a further examination [53.8% (78/145)], regular review [31.0% (45/145)], pharmacological treatment [31.0% (45/145)], and surgical treatment [26.9% (39/145)]. **Conclusion**

The majority of patients encountered by the MDT clinic were middle-aged and elderly, and the main reason for treatment was to determine whether there is a tumor, for the MDT clinic has advantages in the diagnosis and treatment of difficult and complicated diseases, such as tumor, and comorbidities. In addition, more than half of the patients were recommended to have a further examination, so the prescriptions of the MDT clinic need to be strictly reviewed.

【Key words】 Multidisciplinary comprehensive diagnosis and treatment; Characteristics of cases; Hospitals, general

现代医学学科越分越细、门诊过于专科化,为无法明确诊断或所属专科疾患的患者,尤其是多病共存或需要多学科共同诊治患者的就诊带来了困难。多学科团队(multi-disciplinary team, MDT)协作诊治模式指临床多学科工作团队针对某一疾病进行的临床探讨会,从而有计划地制定规范化、个体化治疗方案^[1]。综合性医院承担着疑难病诊治任务,而疑难病的诊治往往需MDT协作。通过MDT协作可达到各学科相互融合,在治疗技术、方法、理念上达成共识,提高疾病的治疗效果^[2]。MDT诊治模式早已广泛应用于住院患者的诊疗及护理等方面,但是很多非住院患者或门诊患者,当涉及疑难未诊断问题或存在多学科问题,且没有明确住院指征时,往往反复游离于多个科室而得不到有效解决。MDT门诊是针对涉及多学科的综合性疾病,采用跨学科联合诊断方式对疑难杂症提供全方位、多学科的综合诊疗,主要服务对象包括已经就诊3个专科或在1个专科就诊3次以上尚未明确诊断,以及所患疾病诊断较为明确,但病情涉及多器官、多系统、多学科,需要多个专科协同诊疗的门诊患者。其主要优势在于减少患者就诊环节、优化就诊流程,实现了医学资源整合,缩短患者就诊等候时间,减少其多次往返各诊室的不便,促进疑难杂症诊治的科学化、规范化^[3]。浙江大学医学院附属第一医院(以下简称浙大一院)于2013年7月正式成立MDT中心。2018年7月,为响应浙江省委省政府“最多跑一次”改革,让在多家医院或多个专科间辗转仍无法解决问题的疑难病患者获得“一站式”门诊体验,获得科学规范的个体化诊疗方案,MDT中心将服务扩展至门诊,设立了MDT门诊专区。本研究旨在通过对浙大一院MDT门诊工作模式进行总结,并对已就诊患者资料进行回顾性分析,进而了解MDT门诊患者的特征,以期后续更具针对性服务的开展提供依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象 2018-07-24至2019-01-31在浙大一院MDT门诊就诊,由全科医生参与开展MDT协作诊治并完成随访的患者均纳入研究。排除标准:信息资料不全

者。最终共纳入145例患者。该研究方案已获得浙大一院医学伦理委员会的审批(伦理批准号2021055)。

1.2 MDT门诊工作模式 MDT门诊工作模式包括审核、MDT前、MDT及MDT后四部分。首先由全科医生负责MDT病例审核工作,在充分了解患者病史资料基础上,判断该患者是否需要门诊MDT协作诊治。如确定符合MDT服务范围,全科医生对患者既往相关资料进行全面梳理,确定是否存在需在MDT前完善的检查。随后,由MDT管理协调人员负责确定MDT协作诊治时间、地点、参与科室及专家。然后,相关专科专家开展MDT讨论,确定最终治疗方案并予以实施。MDT协作诊治结束后2周患者及其家属、参与MDT的各专科医生和作为协调者的全科医生对MDT协作诊治情况进行评价,包括本次MDT协作诊治流程存在的问题及建议。MDT协作诊治结束后1个月,全科医生需对门诊MDT协作诊治患者进行随访,密切关注患者后续情况,见图1。

1.3 资料收集 通过医院MDT平台系统,收集研究期间MDT就诊患者的一般情况(包括性别、年龄)、患病情况、申请MDT的原因、MDT参加科室、MDT建议。

1.4 统计学方法 所有资料导入Excel 2019软件进行整理并进行描述性分析。计量资料采用($\bar{x} \pm s$)进行统计描述,计数资料采用频数和构成比进行统计描述。

2 结果

2.1 一般情况 2018-07-24至2019-01-31,浙大一院MDT门诊共完成145例患者的多学科讨论。其中男66例(45.5%),女79例(54.5%);年龄15~86岁,平均年龄(55.3 ± 16.4)岁, ≥ 45 岁104例(71.7%)。

2.2 MDT门诊患者患病情况 145例MDT病例中,内科病例71例(49.0%),外科病例74例(51.0%),内外科病例比例为1:1.04;疑似肿瘤病例97例(66.9%)(其中57例确诊、40例未确诊),非肿瘤病例48例(33.1%);确诊肿瘤病例中,术前综合评估确诊26例(17.9%),术后确诊31例(21.4%)。

2.3 申请门诊MDT的原因分类 145例病例中,9例(6.2%)因手术参加MDT,99例(68.3%)需进一步明

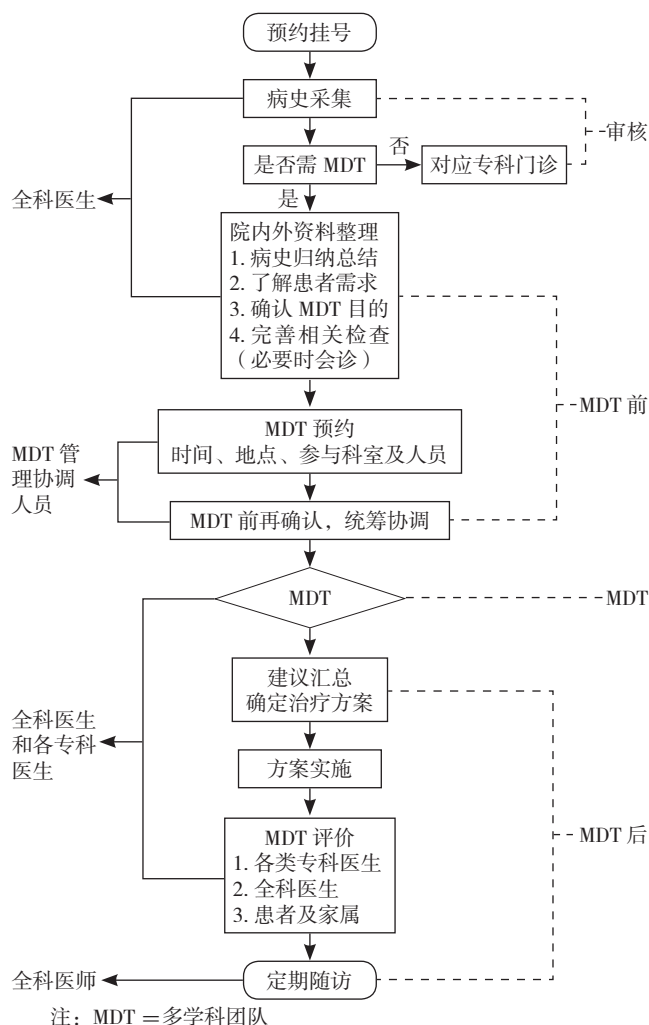


图 1 浙江大学医学院附属第一医院 MDT 工作架构图

Figure 1 Workflow diagram of the MDT clinic, the First Affiliated Hospital, Zhejiang University School of Medicine

确诊断, 124 例 (85.5%) 希望优化治疗方案, 其中 87 例 (60.0%) 同时存在明确诊断和优化治疗方案的需求。27 例 (18.6%) 需手术前风险评估 / 围术期管理, 38 例 (26.2%) 因需多科协作手术行手术方案讨论。

2.4 MDT 后治疗建议 经过 MDT 后, 其中 45 例 (31.0%) 建议定期复查, 78 例 (53.8%) 建议完善检查, 39 例 (26.9%) 建议手术治疗, 45 例 (31.0%) 建议药物治疗, 23 例 (15.9%) 建议化疗和放疗。MDT 后治疗建议还与疾病类别相关, 内外科病例在定期复查、手术治疗、放化疗上占比相差较大, 而是否疑似肿瘤病例, 则是在手术治疗、药物治疗、放化疗上占比相差较大, 见表 1。

3 讨论

本研究结果显示, 我院 MDT 门诊就诊人群男女比接近 1:1, 年龄覆盖范围广泛, 包含青少年至老年各年龄人群, 总体以中老年人为主, 中老年人常因多种慢性病需往返于各个门诊, 就医难度高、体验差, MDT 门诊能够很好地帮助共病患者优化就诊流程, 在一次门诊

表 1 MDT 后治疗建议情况 [n (%)]

Table 1 Recommendations for patients given by the MDT clinic

项目	例数	定期复查	手术治疗	药物治疗	放化疗
科室					
内科	71	28 (39.4)	12 (16.9)	25 (35.2)	3 (4.2)
外科	74	17 (23.0)	27 (36.5)	20 (27.0)	20 (27.0)
是否为肿瘤					
疑似	97	34 (35.1)	32 (33.0)	19 (19.6)	23 (23.7)
否	48	11 (22.9)	7 (14.6)	26 (54.2)	0

注: MDT = 多学科团队

中解决各方面问题, 制定个体化、全方位的治疗方案, 使患者受益最大化^[4]。本研究内科病例与外科病例所占比例相当, 病因以肿瘤问题为主。丁学兵等^[5]对专科门诊和 MDT 门诊肺结节患者就诊特点进行调查研究发现, MDT 组与普通专科门诊相比, 其就诊首要目的为确诊是否为肺癌, 这与本文调查结果相符, 可以推论疑似肿瘤患者更倾向于到 MDT 门诊就诊。MDT 门诊就诊的肿瘤患者多以确诊者为主 (58.8%), MDT 协作诊治模式已成为 21 世纪治疗肿瘤的最佳模式^[6], 肿瘤患者病情常涉及多个学科, MDT 讨论能够有效实现各科资源整合, 患者至 MDT 门诊就诊寻求最优治疗方案, 且 MDT 能够明显提高疾病的诊疗质量, 提高医疗服务的管理水平, 同时为医疗资源的共享提供有效的渠道^[7]。研究显示, 结肠癌根治术患者在围术期应用 MDT 协作诊治模式进行管理后, 有效提高患者的健康教育知识掌握程度和自我护理能力, 降低术后并发症的发生风险^[8]。

MDT 治疗后建议中手术治疗与药物治疗所占比例相差不大, 超过一半患者需完善检查, 这也侧面反映了就诊 MDT 门诊的患者病情疑难, 经过 MDT 决策后才能完善患者诊断及评估所需检查。而 MDT 的发展优势正是在于有利于疑难杂症明确症状, 如上海交通大学附属上海儿童医学中心开创了罕见疑难病整合门诊^[9]。另外, 近三分之一患者需定期复查, 反映了随访的重要性。疑似肿瘤患者及非肿瘤患者在部分治疗方式上建议不同, 反向印证疾病需明确诊断的重要性, 与本次申请门诊 MDT 原因的研究结果一致。

随着生物 - 心理 - 社会医学模式的转变, 患者需求逐渐从疾病治愈到全身健康, 现代社会也从而追寻着更高的医疗水平, MDT 模式通过集聚多学科医疗资源为每一位患者提供综合性、全方位的建议, 避免单一诊疗的局限及重复诊疗、过度诊疗^[10], 另外, MDT 的建立为各科医生提供交流和学习的平台, 有利于医疗技术的进步^[11]。除中老年人、疑似肿瘤患者外, 共病患者也是 MDT 门诊的主要人群之一, 本文不足之处为未进一步调查分析门诊 MDT 患者多病共患情况。

综合性医院常同时开展门诊MDT和住院MDT,门诊MDT面向非住院患者,与住院MDT相比,门诊MDT存在便民、费用低、时间短和心理负担轻等优点,且可根据医院自身的发展情况及患者的需求将门诊科目进行整合^[12],如浙大一院将不明原因症状作为导向,开展了针对“不明原因血尿”“肺部结节”“不明原因头痛”的MDT门诊,更精准地针对不同类型的受益群体,有效诊断部分难治性疾病、边缘性疾病,使患者到医院就诊的次数得以降低。

全科医生作为MDT门诊的参与者,贯穿全程并承担了后期跟踪随访工作,在一定程度上体现了全科连续性管理的理念。各专科协作初期可能会出现专科的弊端,MDT停留在表面,仍然各顾各的,而全科医生的参与协调可以弥补其中不足。另外,医院可以通过完善MDT信息平台、简化就诊流程等方式降低患者就诊时间,提高患者就诊体验感^[13]。信息化支撑下的门诊多学科联合诊疗的优化运行研究,对MDT门诊的管理起到了推动作用,促使其在高效及高质量的轨道上良性运行^[13]。

综上所述,MDT协作诊治模式通过多学科资源整合从而发挥各专科优势,促进诊疗水平、效率的提升,改善患者生活质量^[14]。相比普通专科门诊,MDT协作诊治模式在疑难病患者、肿瘤患者和共病患者的诊治上更有优势。门诊MDT具有便民、费用低、时间短、心理负担轻等优点,满足了广大患者的需求,全科医生需对MDT进行严格审核,统筹协调各专科医生,重视后期随访。

作者贡献:邵双阳、刘颖负责文章的构思与设计、研究的实施与可行性分析;邵双阳、陆莉萍、陆敏霞负责数据收集;邵双阳负责数据整理、统计学处理、结果的分析与解释、论文撰写;任菁菁、魏国庆负责论文的修订;任菁菁负责文章的质量控制及审校;刘颖负责英文的修订,对文章整体负责,监督管理。

本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 周琦, 龙行涛. 多学科团队在国内妇科恶性肿瘤中的应用与展望[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2020, 36(1): 32-36. DOI: 10.19538/j.fk2020010108.
- [2] POWELL H A, BALDWIN D R. Multidisciplinary team management in thoracic oncology: more than just a concept? [J]. Eur Respir J, 2014, 43(6): 1776-1786. DOI: 10.1183/09031936.00150813.
- [3] 吴非, 田丹, 张晓青, 等. 实现医学整合, 满足门诊患者新需求——“一站式”多学科综合门诊[J]. 医学与哲学, 2010, 31(7): 11-13. DOI: CNKI:SUN:YXZX.0.2010-04-007.
- [4] 魏巍, 王祥清, 宋子枝. 河南省某公立医院多学科诊疗(MDT)门诊模式的推广与思考[J]. 河南外科学杂志, 2019, 25(4): 162-164. DOI: CNKI:SUN:HLWK.0.2019-04-094.
- [5] 丁学兵, 龚永生, 成刚, 等. 专科门诊和多学科综合治疗门诊肺结节患者就诊特点的调查研究[J]. 中国全科医学, 2017, 20(36): 4547-4550. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2017.00.203.
- [6] DING X B, GONG Y S, CHENG G, et al. Characteristics of pulmonary nodules outpatients receiving treatment in specialized clinic versus multi-disciplinary team clinic [J]. Chinese General Practice, 2017, 20(36): 4547-4550. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2017.00.203.
- [7] 韩悦, 翁卫群, 黄馨仪, 等. 多学科协作诊疗模式的发展现状与实践探索[J]. 基层医学论坛, 2020, 24(22): 3239-3241. DOI: 10.19435/j.1672-1721.2020.22.079.
- [8] HAN Y, WENG W Q, HUANG X Y, et al. Development status and practical exploration of multidisciplinary collaborative diagnosis and treatment model [J]. The Medical Forum, 2020, 24(22): 3239-3241. DOI: 10.19435/j.1672-1721.2020.22.079.
- [9] 张琪亮, 张华英, 张峰嵘. 某三甲医院多学科协作治疗模式应用管理实践与体会[J]. 家庭医药, 2018, 17(12): 218. DOI: 10.3969/j.issn.1671-4954.2018.12.275.
- [10] 李金凤, 李南, 王慧英. MDT模式在结肠癌根治术患者围手术期中的应用效果[J]. 癌症进展, 2019, 17(12): 1485-1488. DOI: 10.11877/j.issn.1672-1535.2019.17.12.
- [11] LI J F, LI N, WANG H Y. Application effect of MDT model in perioperative period of patients with colon cancer after radical resection [J]. Oncology Progress, 2019, 17(12): 1485-1488. DOI: 10.11877/j.issn.1672-1535.2019.17.12.
- [12] 孙湛, 杨丽, 邵雨婷, 等. 多学科诊疗模式现状分析与思考[J]. 中国卫生质量管理, 2018, 25(6): 37-40. DOI: 10.13912/j.cnki.chqm.2018.25.6.13.
- [13] SUN Z, YANG L, SHAO Y T, et al. Analysis and thinking on the current situation of multidisciplinary diagnosis and treatment mode [J]. Chinese Health Quality Management, 2018, 25(6): 37-40. DOI: 10.13912/j.cnki.chqm.2018.25.6.13.
- [14] 朱华, 俞卓伟, 郑松柏, 等. 公立医院实施多学科协作诊疗整合门诊服务模式探讨[J]. 中国医院, 2016, 20(7): 14-16. DOI: 10.3969/j.issn.1671-0592.2016.07.006.
- [15] 陈晶, 李志伟, 张艳桥. MDT在肿瘤领域的发展[J]. 现代肿瘤医学, 2019, 27(5): 895-899. DOI: 10.3969/j.issn.1672-4992.2019.05.045.
- [16] 刘子涵, 刘丹丹, 关晶石, 等. 门诊多学科协作诊疗信息平台构建与应用体会[J]. 饮食保健, 2019, 6(10): 276. DOI: 10.3969/j.issn.2095-8439.2019.10.355.
- [17] 鲍瑞庆, 左民, 张秧儿, 等. 信息化支撑下的门诊多学科协作诊疗的优化运行研究[J]. 中国医院, 2016, 20(7): 9-11. DOI: 10.3969/j.issn.1671-0592.2016.07.004.
- [18] BAO R Q, ZUO M, ZHANG Y E, et al. Research on MDT treatment process optimization by the support of informatization [J]. Chinese Hospitals, 2016, 20(7): 9-11. DOI: 10.3969/j.issn.1671-0592.2016.07.004.
- [19] 屈忠, 谢明, 邵启兵, 等. 多学科协作诊疗模式在普外科危重患者管理中的应用探讨[J]. 当代医学, 2020, 26(26): 142-143. DOI: 10.3969/j.issn.1009-4393.2020.26.060.

(收稿日期: 2020-11-29; 修回日期: 2021-02-01)

(本文编辑: 毛艳红)

• 论著 •

北京市城区全科医生基本药物处方行为的定性研究



扫描二维码查看
原文 + 培训视频

陈小垒¹, 邵爽¹, 吴莹², 徐筱婧媛¹, 张天程¹, 杜娟^{1*}

【摘要】 背景 随着我国医疗费用的不断增加,国家基本药物制度在降低医疗费用、减轻患者医疗负担上的作用也更加凸显,因此国务院办公厅明确指出要强化基本药物的使用,坚持以基本药物为主导,为基层首诊提供用药保障。**目的** 了解北京市城区全科医生基本药物处方行为的现状,为国家基本药物制度在基层医疗卫生机构的实施和推广提供参考。**方法** 于2020年1—3月,采用目的抽样法选取北京市城区17家基层医疗卫生机构的17名全科医生作为研究对象,通过微信语音的形式分别对其进行个人深入访谈,访谈时间控制在30 min以内。通过内容分析法对访谈资料进行分析。**结果** 14例(82.3%)全科医生基本药物处方比例为50%~60%。对访谈资料进行分析后共提炼出6个访谈主题:全科医生对基本药物制度的了解程度普遍偏低;基层医疗机构药品供应不及时;缺乏对基本药物有效性和安全性的监测随访;基本药物无法完全满足全科医生的临床用药需求;基本药物与原研药医保报销比例无差异,不利于基本药物的推广;患者对基本药物的选择偏好较低。**结论** 目前北京市城区全科医生基本药物处方比例不高,基本药物制度实施过程存在不足,因此完善基本药物制度的相关政策、提高全科医生及居民对基本药物的认知程度是进一步提高全科医生基本药物处方行为的有效措施。

【关键词】 全科医生;国家基本药物制度;处方行为;定性研究

【中图分类号】 R 197 **【文献标识码】** A DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.190

陈小垒,邵爽,吴莹,等.北京市城区全科医生基本药物处方行为的定性研究[J].中国全科医学,2021,24(22): 2814-2818. [www.chinagp.net]

CHEN X L, SHAO S, WU Y, et al. Essential medicine prescribing behaviors of urban general practitioners in Beijing: a qualitative study [J]. Chinese General Practice, 2021, 24 (22) : 2814-2818.

Essential Medicine Prescribing Behaviors of Urban General Practitioners in Beijing: a Qualitative Study CHEN Xiaolei¹, SHAO Shuang¹, WU Ying², XU Xiaojingyuan¹, ZHANG Tiancheng¹, DU Juan^{1*}

1.School of General Practice and Continuing Education, Capital Medical University, Beijing 100069, China

2.Outpatient Department, Beijing Anzhen Hospital, Capital Medical University, Beijing 100029, China

*Corresponding author: DU Juan, Professor, Doctoral supervisor; E-mail: cuckoo@ccmu.edu.cn

【Abstract】 Background The role of China's national essential medicine system (NEMS) has been highlighted by its implementation effects on easing patient burden of healthcare costs via reducing the increased medical expenses. The General Office of the State Council of the People's Republic of China, clearly stated that the determined functions of essential medicines shall be strengthened, priority shall be given to the use of essential medicines for drug treatment, and the provision of essential medicines for initial treatment in primary care shall be ensured. **Objective** To investigate essential medicine prescribing behaviors in urban general practitioners (GPs) in Beijing, to provide a reference for the implementation and promotion of the NEMS in primary care. **Methods** Purposive sampling was used to select 17 GPs from 17 urban community health centers in Beijing from January to March 2020. Individual in-depth interviews were conducted with voice call in WeChat, and each interview was kept under 30 minutes. The interview data were analyzed through content analysis. **Results** In all, 82.3% (14/17) of the GPs said that essential medicines prescriptions accounted for 50%~60% of the total prescriptions written by them. Six themes were identified: GPs had a low level of understanding of the NEMS; The supply of medicines in primary care was not timely; There was a lack of surveillance and follow-up for effectiveness and safety of essential medicines; The available essential medicines could not fully meet the clinical needs in primary care; The health insurance reimbursement for cost of essential medicines was

基金项目:北京市教育委员会社科计划一般项目(SM202010025002)

1.100069北京市,首都医科大学全科医学与继续教育学院 2.100029北京市,首都医科大学附属北京安贞医院门诊部

*通信作者:杜娟,教授,博士生导师;E-mail: cuckoo@ccmu.edu.cn

本文数字出版日期:2021-05-28

similar to that for the cost of originally developed medicines, negatively affecting the promotion of the use of essential medicines; Patients showed a low preference for essential medicines. **Conclusion** In Beijing, the proportion of essential medicine prescriptions written by urban GPs was not high, and the implementation of the NEMS needs to be improved. To further improve essential medicine prescribing behaviors of GPs, it is suggested to modify the policies related to the NEMS, and enhance the awareness levels of GPs and residents.

【Key words】 General practitioners; National essential medicine system; Prescribing behavior; Qualitative study

我国于1979年加入世界卫生组织基本药物行动计划,并于1996年首次发布国家基本药物中成药和化学药品目录^[1]。我国基本药物制度虽然建立得相对较早,但这一政策并没有得到广泛地推广和应用,直到2009年国家基本药物制度才正式开始实施^[2]。随着我国医疗费用的不断增加,国家基本药物制度在降低医疗费用、减轻患者医疗负担上的作用也更加凸显^[3]。国务院办公厅为进一步完善国家基本药物制度,于2018年发布了《国务院办公厅关于完善国家基本药物制度的意见》^[4],并明确指出要强化基本药物的使用,坚持以基本药物为主导,为基层首诊提供用药保障。

北京市基层医疗卫生机构于2010年正式实施国家基本药物制度,并要求将基本药物作为首选用药,同时要求达到一定的使用比例^[5]。随着医药卫生体制改革进程的不断深入,2019年北京市在基本药物制度的基础上,开始实施《国家组织药品集中采购和使用试点方案》(简称“4+7”带量采购)^[6]。“4+7”带量采购中的药品绝大多数属于国家基本药物,该政策的实施在一定程度上进一步推动了基本药物的使用。国家基本药物制度的实施可以提高药品的可获得性,保障药品的可负担性,同时可以有效促进药品的合理使用,是我国深化医药卫生体制改革的重大举措,是基本医疗卫生制度的重要组成部分。本研究通过对北京市城区的全科医生实施个人深入访谈,了解全科医生基本药物处方行为的现状,以期为基础药物制度在基层医疗卫生机构的实施和推进,减少药物费用支出、节约医疗成本提供参考。

1 对象与方法

1.1 研究对象 于2020年1—3月,采用目的抽样法^[7],分别选取来自北京市西城区、东城区、朝阳区、海淀区、丰台区及石景山区的17家基层医疗卫生机构。在每家基层医疗卫生机构中选取1名全科医生作为本次访谈对象。以上各城区访谈对象分别用A、B、C、D、E、F代表,如A1代表访谈者为东城区第一位全科医生。纳入标准:

(1)从事一线基层医疗工作时间 ≥ 5 年,目前正在从事社区门诊工作;(2)具有较强的理解和表达能力;(3)对本研究有一定的积极性,愿意参加本次访谈。

1.2 研究方法 采用个人深入访谈法,通过微信语音的方式进行资料收集。访谈由1名经验丰富的课题组研究人员担任主持人,1名记录员记录,经受访者同意后

对访谈内容进行全程录音。访谈时间控制在30 min之内,当受访者不能提供更多有用的信息时,即已达“信息饱和”。

1.2.1 访谈提纲 调查小组成员结合研究目的,通过查阅相关文献[8-9]后设计访谈提纲,并在正式访谈前,邀请该领域相关专家对访谈提纲进行修改和完善,形成最终的访谈提纲:(1)您对国家基本药物制度有了解吗?对该制度的重要性和必要性有哪些认识?(2)您所在的区(社区)对基层医生处方基本药物有何制度上的规定?对这个规定您有什么意见和建议?(3)您在平时的工作中完成规定的基本药物处方比例情况如何?您认为影响您处方基本药物的因素有哪些?(4)您认为提高基层医生处方基本药物行为的措施有哪些?

1.2.2 资料整理和分析 通过内容分析法^[10],在访谈结束后的24 h内反复听取访谈录音,并在访谈结束后24 h内及时将录音转换为文字,通过计算机将其转化为Word文档,并对资料进行编码、归类、精简,提取有意义的信息,进而提炼出访谈主题。

1.2.3 质量控制 提纲设计阶段,邀请相关领域的专家对访谈提纲进行修改和完善;访谈前,主持人提前通过微信与受访者取得联系,发送访谈提纲并确定访谈时间,让受访者有充足的时间进行准备;访谈时,主持人、记录员和受访者选择在安静、网络连接通畅的环境下进行微信语音连线,确保通话质量,并全程予以录音;访谈过程中选取经过培训、有丰富经验的课题组人员主持,使用半结构化的访谈提纲,主持人利用访谈者身份根据受访者的回答情况对提问内容和提问顺序做灵活调整,在访谈过程中对受访者进行适当的引导,让受访者充分地表达想法;对访谈内容进行全程录音,及时将录音转换为文字,尽可能保证资料的完整性和准确性。采用双人分别对资料进行分析,之后课题组讨论统一分析结果的方法,确保分析结果的准确性。

2 结果

2.1 受访者的基本情况 共访谈全科医生17例,其中男1例(5.9%),女16例(94.1%);年龄33~45岁,平均年龄(38.5 $\pm$ 3.9)岁;13例(76.5%)来自社区卫生服务中心,4例(23.5%)来自社区卫生服务站;硕士研究生及以上学历6例(35.3%),本科学历11例(64.7%);副主任医师及以上职称5例(29.4%),主

治医师 12 例 (70.6%) ; 西城区 3 例 (17.6%) , 东城区 2 例 (11.8%) , 朝阳区 3 例 (17.6%) , 海淀区 3 例 (17.6%) , 丰台区 4 例 (23.6%) , 石景山区 2 例 (11.8%)。

2.2 北京市全科医生基本药物处方现状 14 例 (82.3%) 全科医生基本药物处方比例为 50%~60% , 2 例 (11.8%) 受访全科医生基本药物处方比例超过 60% , 其中 1 例 (5.9%) 受访全科医生由于其所在的基层医疗卫生机构未对每个医生基本药物处方比例进行规定, 因此不知晓基本药物具体的处方比例。

2.3 访谈结果分析 对访谈资料整理和分析, 共提炼出 6 个访谈主题。

2.3.1 主题一: 全科医生对基本药物制度的了解程度普遍偏低 本研究显示, 14 例 (82.3%) 全科医生对基本药物制度的了解程度并不高, 其了解途径主要是通过上级领导传达基本药物制度的相关政策, 其次是参加药物使用的相关培训, 医生通过网络等途径自行了解基本药物制度相关知识的较少。受访者 B2: “不是很了解。知道 (上级卫生行政部门) 发通知的时候领导去开过 (基本药物) 相关的会议, 但是并没给我们进行二次培训; 我参加过的一个药学培训中, 涉及一小部分国家基本药物的相关知识。” 受访者 C3: “有一些了解, 主要是通过单位下达基本药物相关政策的时候进行了解, 有时候也会通过网络查一下哪些药物在基药目录里。”

2.3.2 主题二: 基层医疗卫生机构药品供应不及时 2 例 (11.8%) 受访者表示, 基本药品中有部分药品由于效果明确、价格便宜, 患者接受程度较高, 使得该类基本药物由于临床需求较大而出现药品供应不及时、断货的情况。受访者 D1: “还有一个问题就是像 ‘4+7’ 带量采购中的部分药品, 现在就是完全供应不上, 好多人都出现了断药的情况, (这样) 患者还要面临调药换药, 这个就挺不好的。” 受访者 E4: “希望基本药物能够不断货, 老百姓能够随到随拿, 一定要达到足量的供应。”

2.3.3 主题三: 缺乏对基本药物有效性和安全性的监测随访 通过访谈了解到, 药物的有效性和安全性是影响全科医生处方基本药物的重要因素。在处方过程中全科医生更愿意使用循证医学证据充足及临床中经常使用的药物, 但是有 7 例 (41.2%) 全科医生表示, 虽然目前基本药物经过了一致性评价, 但是发现仍有部分基本药物的有效性和安全性较差。全科医生目前只能短时间内通过观察少数服药患者来评估基本药物的有效性和安全性, 社区层面缺乏对患者长期系统的用药随访和药品不良反应监测。受访者 A3: “患者使用基本药物后, 疗效如何, 能不能达标, 我会监测自己的签约患者, 但是从整个单位层面没有对病人信息的反馈进行整合, 可能就是个别随访。” 受访者 F1: “由于某些仿制基药的疗效较差, 导致患者不能坚持使用基药,

建议加强政府监管, 保证仿制药品的质量。”

2.3.4 主题四: 基本药物无法完全满足全科医生的临床用药需求 虽然目前基本药物目录中的药品种类已高达六百多种, 但有 5 例 (29.4%) 全科医生反映, 基本药品仍无法完全满足其临床用药需求; 而对于全科医生在临床中经常使用及临床指南推荐使用的部分药品或新型药品并未纳入基本药品目录当中。受访者 A2: “虽然现在我们的目录中基本药物已经很多了, 但是真正用到老百姓身上的话, 还是满足不了百姓的需求, 一些医生临床常用的药很多都是非基药, 还需要有更多老百姓常用的、疗效好的、安全性好的 (药物) 纳入基药目录中。” 受访者 D3: “基本药物目录更新比较慢, 有些患者使用得比较多的药物, 医生认为应该在基药目录里, 但是却不在里边。”

2.3.5 主题五: 基本药物与原研药医保报销比例无差异, 不利于基本药物的推广 通过访谈发现, 虽然基本药物比原研药价格低, 能够有效降低居民的医疗花费, 但是由于患者的经济收入及生活质量明显提升, 同时北京市两类药品在基层医疗卫生机构门诊报销比例均高达 90% , 报销之后患者购买两类药品自行承担的医疗费用差异不大, 因此患者出于经济因素选择基本药物的较少。受访者 B2: “基本药物制度一定要和患者的医保相结合, 北京医保报销 (比例) 90% , 患者不在乎这个钱, 如果想把基药的处方比例提高, 比如基药可以报销 90% , 非基药可以报销百分之六七十或者更低, 这样就能 (将基本药品和非基本药品报销比例) 拉出差距, 如果疗效差不多大家还是想要报销比例高的药物。” 受访者 D2: “居民现在生活水平、经济条件、收入比原来提高了, 对医疗也有更高层次的需求, 更看重疗效、品牌, 比如更愿意选择大公司、大厂家的药物。虽然基药费用更便宜, 非基药偏贵一些, 但是随着生活水平的提高, 对 (药品价格) 这一块可能并不是特别在意。”

2.3.6 主题六: 患者对基本药物的选择偏好较低 8 例 (47.1%) 全科医生反映目前绝大多数患者对基本药物的认识存在较大误区, 患者对基本药物的选择偏好较低。主要表现为: (1) 患者对基本药物认知程度较低, 对基本药物的有效性和安全性存在较大质疑, 同时患者往往更加相信原研药, 使得患者对基本药物接受程度普遍较低。(2) 由于目前二、三级医疗机构基本药物使用比例普遍偏低, 同时患者对全科医生信任程度不高, 更愿意相信二、三级医疗机构的处方建议, 使得患者在治疗时不愿接受与二、三级医院不同的处方建议。受访者 B1: “中国的老百姓自主性太强, 他们来社区有些完全就是照方抓药, 甚至还要求药品的厂家都一致, 尤其是一些老患者往往会迷信进口药, 他认为价格越贵可能疗效会越好。” 受访者 D3: “我觉得患者对基药根本不了解, 他们 (患者) 对社区的要求不是给他开基药还是

非基药，主要是他想要什么药，社区能满足他就行。”
受访者F1：“基药在大医院处方率低，很多从大医院转到社区的患者基药使用率低，更换有难度。”

3 讨论

3.1 提高全科医生及居民对基本药物的认知程度 访谈结果发现，尽管目前北京市城区全科医生对基本药物制度的重要性有所认识，但是对制度具体要求的认知程度普遍较低，这与其他地区的研究结果一致^[11-12]，其主要原因可能是全科医生参加基本药物相关培训较少，获取基本药物相关知识的途径单一。而医生作为推行基本药物制度的主要执行者，其对基本药物的认知程度会直接影响医生的处方行为^[13]。因此建议基层医疗卫生机构定期为全科医生提供基本药物相关知识的培训并予以考核。同时鼓励全科医生通过多种途径自行获取相关知识，增加基本药物处方的合理性和有效性。

目前绝大多数患者对基本药物的认识存在较大的误区，盲目相信原研药，认为“药品贵即好”^[14-15]，加之对全科医生的医疗水平不够信任，使得全科医生纠正患者错误的用药观念存在困难。因此需加强基本药物的宣传工作，如通过电视、网络、社区开展基本药物知识讲座，发放基本药物宣传手册，全科医生提供一对一的指导等方式，让居民更多地了解关于基本药物的正确知识，提高居民对基本药物的知晓程度，扭转其对基本药物的错误态度，引导居民使用基本药物。

3.2 切实保障基本药物的生产供应，建立基本药物监测随访机制，及时优化调整基本药物目录 本次访谈发现部分基本药物存在供应不及时的问题，而药品能否及时供应会直接影响患者的服药依从性及疾病的控制情况。因此政府要完善基本药物的供应体系，鼓励大型制药企业进行技术革新，提高基本药物的生产能力^[16]，对于临床使用过程中容易短缺的基本药物，可采取集中采购、统一配送、纳入储备等措施来保证供应。

本次访谈发现，基本药物虽然经过了一致性评价，但并未向大众公布一致性评价的过程和结果，全科医生对部分基本药物的有效性和安全性仍存在质疑，而大部分临床常用药物并未纳入基本药物目录当中，同时在国家和基层医疗卫生机构层面缺乏对基本药物有效性和安全性长期系统的监测随访。因此政府应该加强基本药物的质量监管，建立与基本药物有关的随访制度，密切监测患者服用基本药物后的不良反应，落实药物不良反应报告制度；加快推进药品的一致性评价，并及时进行信息公开。剔除基本药物目录中未通过一致性评价及随访过程中质量和安全性不佳的药品；同时允许各地区根据当地用药情况，对基本药物目录中的药品种类进行适当的调整^[17]。

3.3 调整药物报销比例，合理规定全科医生基本药物

处方比例 相较于原研药，基本药物价格较低，此外北京市两类药物的门诊医保报销比例并无明显差异，对于医保报销比例较高（城镇职工基本医疗保险、公费医疗等）的患者无论购买哪类药物，自行承担的医疗花费均不高，原研药往往会作为此类患者的首选；医保报销比例较低（城乡居民基本医疗保险）或经济状况较差的患者，在疗效相差不大的情况下，多会选择价格低廉的基本药物^[18]。

本次定性访谈也发现北京市城区全科医生基本药物处方比例整体不高，且各城区基本药物的处方比例也存在一定差异，其原因可能与各区的经济水平和基层医疗卫生机构基本药物处方规定不同有关。由此可见，基本药物的处方情况受到医保类型和经济水平的影响，因此，一方面可以采取调整药品报销比例（如提高基本药物报销比例、降低原研药的报销比例），增加原研药和基本药物价格上的差距，通过经济手段刺激患者优先选择基本药物；另一方面也可以因地制宜，根据地区的经济水平和医保类型合理规定全科医生基本药物的处方比例，满足不同地区居民的用药需求。

3.4 各级医疗机构推广并实施基本药物制度 访谈发现，目前绝大多数患者对全科医生的信任度较低，更愿意接受二、三级医院医生的处方建议，而目前二、三级医院对基本药物处方比例或缺乏明确规定或规定比例偏低，使得医生开具的处方中基本药物所占比例较低，这对于全科医生基本药物的处方行为有较大影响。一方面提示全科医生需不断提升自身临床专业技能，提高诊疗能力，增强患者的信任度；另一方面也反映出二、三级医院全面推广并实施基本药物制度的迫切性，同时制定合理的处方比例，充分发挥上级医院的引领作用。

3.5 局限性 本研究的局限性在于受访对象都是来自北京市城区的全科医生，远郊区（县）全科医生基本药物处方比例及处方过程中面临的问题与城区相比可能存在较大差异（如乡村医生基本药物处方率可能很高），未来的研究中需要扩大研究范围及样本量。

作者贡献：陈小垒、邵爽、杜娟负责文章的构思与设计、论文的修订；邵爽、杜娟负责研究的实施与可行性分析；陈小垒、邵爽、张天程负责数据收集；陈小垒、吴莹负责数据整理、结果的分析与解释；陈小垒负责统计学处理、论文撰写；陈小垒、徐筱婧媛负责英文的修订；杜娟负责文章的质量控制及审校，并对文章整体负责，监督管理。

本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 梁轶, 李奕辰, 王婷, 等. 完善国家基本药物制度“五统一”的实施路径研究[J]. 卫生软科学, 2019, 33(11): 11-14.
DOI: 10.3969/j.issn.1003-2800.2019.11.003.

- LIANG Y, LI Y C, WANG T, et al. Study on perfecting the implementation path of the "Five Unification" of national essential drug system [J]. *Soft Science of Health*, 2019, 33 (11): 11-14. DOI: 10.3969/j.issn.1003-2800.2019.11.003.
- [2] 李琛, 王文杰, 肖琳琪, 等. 我国国家基本药物制度实施现状评述 [J]. *中国医院管理*, 2018, 38 (6): 28-31. DOI: CNKI:SUN:YYGL.0.2018-06-014.
- LI C, WANG W J, XIAO L Q, et al. Review of implementation status of essential medicine system in China [J]. *Chinese Hospital Management*, 2018, 38 (6): 28-31. DOI: CNKI:SUN:YYGL.0.2018-06-014.
- [3] LI Q, CHEN F, YANG M, et al. The effect of China's national essential medicine policy on health expenses: evidence from a national study [J]. *Inquiry*, 2018, 53: 11-15. DOI: 10.1177/0046958018787057.
- [4] 国务院办公厅. 国务院办公厅关于完善国家基本药物制度的意见 [EB/OL]. (2018-09-19) [2020-04-06]. <http://www.nhc.gov.cn/yaozs/s7655/201809/feb1852027a949f7894b03394784dd3f.shtml>.
- [5] 杨雨, 张方. 北京市社区卫生机构基本药物使用状况分析 [J]. *中华医院管理杂志*, 2016, 32 (3): 180-183. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1000-6672.2016.03.006.
- YANG Y, ZHANG F. Analysis on the utilization status of essential medicines in Beijing's community health centers [J]. *Chinese Journal of Hospital Administration*, 2016, 32 (3): 180-183. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1000-6672.2016.03.006.
- [6] 国务院办公厅. 国家组织药品集中采购和使用试点方案 [EB/OL]. (2019-01-17) [2020-04-06]. http://www.gov.cn/xinwen/2019-01/17/content_5358643.htm.
- [7] TONG A, SAINSBURY P, CRAIG J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups [J]. *International Journal for Quality in Health Care*, 2007, 19 (6): 349-357. DOI: 10.1093/intqhc/mzm042.
- [8] 郑双江. 促进云南省某医院门诊医生处方基本药物的策略研究 [D]. 武汉: 华中科技大学, 2011.
- [9] DUONG M, MOLES R J, CHAAR B, et al. Essential medicines in a high income country: essential to whom? [J]. *PLoS One*, 2015, 10 (12): e0143654. DOI: 10.1371/journal.pone.0143654.
- [10] ANDREW L. Content analysis [EB/OL]. [2020-04-06]. https://www.researchgate.net/publication/305349131_Content_Analysis.
- [11] 王琼, 万华麒, 吴金府, 等. 泸州市基层医师对国家基本药物制度的认知与行为调查 [J]. *中国药房*, 2017, 28 (21): 2890-2894. DOI: 10.6039/j.issn.1001-0408.2017.21.03.
- WANG Q, WAN H Q, WU J F, et al. Investigation on recognition and behavior of primary physicians to national essential medicine system in Luzhou [J]. *China Pharmacy*, 2017, 28 (21): 2890-2894. DOI: 10.6039/j.issn.1001-0408.2017.21.03.
- [12] 李亚县, 张海霞, 刘军. 新疆基层医务人员对国家基本药物制度认知情况的调查分析 [J]. *中国药房*, 2016, 27 (21): 2890-2892. DOI: 10.6039/j.issn.1001-0408.2016.21.04.
- LI Y T, ZHANG H X, LIU J. Investigation and analysis of the cognition of basic medical staff to the national essential medicine system in Xinjiang [J]. *China Pharmacy*, 2016, 27 (21): 2890-2892. DOI: 10.6039/j.issn.1001-0408.2016.21.04.
- [13] WANG H, LI N N, ZHU H, et al. Prescription pattern and its influencing factors in Chinese county hospitals: a retrospective cross-sectional study [J]. *PLoS One*, 2013, 8 (5): e63225. DOI: 10.1371/journal.pone.0063225.
- [14] 李逸云, 胡欣, 武志昂. 2013—2014 年上半年北京地区 20 家医疗卫生机构基本药物使用分析 [J]. *中国药房*, 2015, 26 (24): 3354-3357. DOI: 10.6039/j.issn.1001-0408.2015.24.17.
- LI Y Y, HU X, WU Z A. Analysis of the use of essential medicines in 20 medical and health institutions in Beijing from 2013 to the first half year of 2014 [J]. *China Pharmacy*, 2015, 26 (24): 3354-3357. DOI: 10.6039/j.issn.1001-0408.2015.24.17.
- [15] 马金华, 席晓宇, 褚淑贞. 基于患者的角度对基本药物可及性情况的知识-态度-行为调查分析 [J]. *中国新药杂志*, 2012, 21 (18): 2109-2112, 2120.
- MA J H, XI X Y, CHU S Z. A survey analysis of the knowledge-attitude-practice (KAP) of essential drugs in the view of patients [J]. *Chinese Journal of New Drugs*, 2012, 21 (18): 2109-2112, 2120.
- [16] 李政阳. 完善药品供应保障体系的策略探析 [J]. *中国药物经济学*, 2018, 13 (6): 93-98. DOI: 10.12010/j.issn.1673-5846.2018.06.026.
- LI Z Y. An analysis of strategies to improve drug supply system [J]. *China Journal of Pharmaceutical Economics*, 2018, 13 (6): 93-98. DOI: 10.12010/j.issn.1673-5846.2018.06.026.
- [17] 梁永晴, 马含情, 张湛, 等. 广州市基层临床医生对国家基本药物制度评价状况调查 [J]. *医学与社会*, 2016, 29 (10): 11-13. DOI: 10.13723/j.yxysh.2016.10.004.
- LIANG Y Q, MA H Q, ZHANG Z, et al. Investigation of evaluation on national essential medicine system of clinicians in primary hospitals in Guangzhou [J]. *Medicine and Society*, 2016, 29 (10): 11-13. DOI: 10.13723/j.yxysh.2016.10.004.
- [18] 许欣悦, 唐佳骥, 张旭, 等. 患者使用国家集中采购药品影响因素分析——以北京某三级医院为例 [J]. *中国医疗保险*, 2020, 13 (7): 61-64. DOI: 10.19546/j.issn.1674-3830.2020.7.013.
- XU X Y, TANG J J, ZHANG X, et al. Analysis on the influencing factors of patients using national centralized purchasing drugs: taking a tertiary hospital in Beijing as an example [J]. *China Health Insurance*, 2020, 13 (7): 61-64. DOI: 10.19546/j.issn.1674-3830.2020.7.013.

(收稿日期: 2020-11-13; 修回日期: 2021-01-14)

(本文编辑: 毛艳红)

· 论著 ·

全科医生认知功能评估量表在轻度认知功能障碍筛查中的应用研究



扫描二维码查看
原文 + 培训视频

刘亚林^{1, 2}, 陆媛^{1, 3*}, 徐圣明⁴, 于德华³, 薛娅雅², 周路路¹

【摘要】 背景 痴呆患病率随着人口老龄化加剧而上升, 痴呆负担重却无有效治疗方法, 轻度认知功能障碍(MCI)作为痴呆前阶段引起关注, 但用于筛查 MCI 的各种量表因存在不足未广泛开展, 因此, 寻找适合基层医疗卫生机构筛查 MCI 的简易工具非常重要。**目的** 探讨全科医生认知功能评估量表(GPCOG)在基层医疗卫生机构 MCI 筛查中的应用价值。**方法** 采用简单随机抽样加系统抽样的方法从 2020 年 5—7 月在嘉定区嘉定镇参加 60 岁以上老年人健康体检的人群 4 962 人中抽出 860 人进行问卷调查, 由经过统一培训的大学生志愿者通过采用自制调查问卷和认知功能相关量表〔蒙特利尔认知评估基础量表(MoCA-B)、日常生活能力量表(ADL)、临床痴呆量表(CDR)、GPCOG〕进行调查, 根据 Petersen 标准诊断 MCI。根据 MCI 确诊者年龄、性别、受教育年限特征用 SPSS 软件对认知正常者按照 1:1 随机抽样进行匹配, 之后通过对比分析, 绘制受试者工作特征曲线(ROC 曲线), 得出划界分、灵敏度、特异度、阳性预测值、阴性预测值。GPCOG 量表信度采用 Spearman 秩相关分析法, 量表内部一致性以 Cronbach's α 进行评价。**结果** 参加此次调查并配合完成所有测试的人数为 812 人, 符合 MCI 诊断者 192 人(24.27%)。进行抽样匹配后 MCI 组与认知正常组(对照组)各 187 例。与 MCI 诊断“金标准”进行对比, GPCOG 用于筛查 MCI 的约登指数最大为 0.43, 其曲线下面积(AUC)为 0.78, GPCOG 总分以 12 分为界, 灵敏度为 70.05%, 特异度为 69.52%, 阳性预测值为 69.68%, 阴性预测值为 69.89%。对照组 MoCA-B 评分、GPCOG 分高于 MCI 组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。两组 MoCA-B 用时比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 而 GPCOG 用时比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。MCI 组时间定位、绘制时钟、消息、记忆(姓、名、市、路、门牌号)、患者部分、知情者部分及总分均低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。GPCOG 量表各项目间的相关性结果显示, 画钟与记忆(名)、知情者部分呈负相关, 其他各项目间部分呈正相关, 相关系数为 0.097~0.836。GPCOG 量表的 Cronbach's α 系数为 0.78。MCI 组与对照组合并后, 374 例研究对象 MoCA-B 用时大于 GPCOG 用时, 差异有统计学意义($P < 0.001$); GPCOG 总评分与 MoCA-B 总评分呈正相关($r_s = 0.484$, $P < 0.001$)。**结论** GPCOG 在 MCI 筛查中的信度效度尚可, 可用于基层医疗卫生机构进行 MCI 的初步筛查。

【关键词】 轻度认知障碍; 全科医生认知功能评估量表; 蒙特利尔认知评估基础量表

【中图分类号】 R 741 **【文献标识码】** A DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.228

刘亚林, 陆媛, 徐圣明, 等. 全科医生认知功能评估量表在轻度认知功能障碍筛查中的应用研究[J]. 中国全科医学, 2021, 24(22): 2819-2825. [www.chinagp.net]

LIU Y L, LU Y, XU S M, et al. Application of the Chinese version of the General Practitioner Assessment of Cognition in screening for mild cognitive impairment in older physical examinees in primary care[J]. Chinese General Practice, 2021, 24(22): 2819-2825.

Application of the Chinese Version of the General Practitioner Assessment of Cognition in Screening for Mild Cognitive Impairment in Older Physical Examinees in Primary Care LIU Yalin^{1, 2}, LU Yuan^{1, 3*}, XU Shengming⁴, YU Dehua³, XUE Yaya², ZHOU Lulu¹

1.Department of General Practice, Tongji University School of Medicine, Shanghai 200438, China

2.Community Health Service Center, Jiading Town, Jiading District, Shanghai 201899, China

3.Department of General Practice, Yangpu Hospital, Tongji University School of Medicine, Shanghai 200090, China

4.Jiading District Nanxiang Town Community Health Center, Shanghai 201802, China

*Corresponding author: LU Yuan, Associate chief physician, Master supervisor; E-mail: lussy@126.com

基金项目: 上海市卫生健康委员会科研课题(20194Y0159)

1.200438 上海市, 同济大学医学院全科医学系 2.201899 上海市嘉定区嘉定镇街道社区卫生服务中心 3.200090 上海市, 同济大学附属杨浦医院全科医学科 4.201802 上海市嘉定区南翔镇社区卫生服务中心

*通信作者: 陆媛, 副主任医师, 硕士生导师; E-mail: lussy@126.com

本文数字出版日期: 2021-05-21

【Abstract】 Background There are no effective treatments for dementia, a disease with a heavy burden, which is becoming increasingly prevalent among the rapidly growing aging population. As a pre-stage of dementia, mild cognitive impairment (MCI) has attracted wide attention, but the screening for it using scales has not been popularized due to various scale limitations. So it is very important to find a simple tool suitable for screening for MCI in primary care. **Objective** To explore the value of the Chinese version of the General Practitioner Assessment of Cognition (GPCOG-C) in screening for MCI in primary care. **Methods** By use of simple random sampling and systematic sampling, 860 cases were selected from 4 962 physical examinees (≥ 60 years old) in Shanghai to attend a questionnaire survey conducted from May to July 2020 by unified trained college student volunteers using a demographic questionnaire developed by our research group, four MCI assessment scales [Montreal Cognitive Assessment Basic (MoCA-B), Activities of Daily Living (ADL) Scale, Dementia Rating Scale (CDR) and GPCOG-C]. MCI was diagnosed using the criteria proposed by Petersen et al. Participants with MCI were matched 1:1 to those with normal cognitive function randomly in terms of age, sex, and years of education using SPSS software to run a comparative analysis. ROC curve of the GPCOG-C in screening for MCI was plotted to examine its cut-off threshold, sensitivity, specificity, positive and negative predictive values. Spearman's rank correlation analysis was used to measure the reliability of the GPCOG-C. The internal consistency of the scale was measured by Cronbach's α . **Results** Altogether, 812 cases completed the survey, and 192 of them (24.27%) were assessed to have MCI. 187 MCI cases (MCI group) and 187 matched cases of normal cognitive function (control group) were finally included. Compared with the criteria for MCI defined by Petersen et al, the gold standard, the GPCOG-C was found by ROC analysis to have a maximal Youden index of 0.43. When the cut-off threshold was determined as 12 points, the sensitivity, specificity, positive predictive value and negative predictive value of the GPCOG-C were 70.05%, 69.52%, 69.68% and 69.89%, respectively. The control group had higher mean scores of MoCA-B and GPCOG ($P<0.05$). The mean time used for completing the MoCA-B differed significantly between the groups ($P<0.05$), but that used for completing the GPCOG-C did not ($P>0.05$). MCI group had statistically significantly lower mean scores of time orientation, clock drawing, message, memory (first name, last name, city, road, house number), patient part, informed part and total score ($P<0.05$). The inter-item correlation analysis of the GPCOG-C showed that the correlation between clock drawing and memory (last name) was negative and the correlation between clock drawing and informant section was negative. Other items were positively correlated to a certain extent, and the correlation coefficient r ranged 0.021 to 0.836. The Cronbach's α of GPCOG-C was 0.78. The mean time used for completing the MoCA-B was longer than that used for completing the GPCOG-C in all participants ($P<0.001$). And the mean total GPCOG-C score was positively correlated with the mean MoCA-B score ($r_s=0.484$, $P<0.001$). **Conclusion** The reliability and validity of the GPCOG-C have proved to be reasonable, suggesting that it may be used for the screening for MCI in primary care.

【Key words】 Mild cognitive impairment; General Practitioner Assessment of Cognition; Montreal Cognitive Assessment Basic

国家统计局数据显示中国老龄化逐年加剧, 预测到2050年, 中国60岁以上人口约为44 988万, 其中痴呆人数将达3 003万, 占60岁以上人口的6.68%^[1-2]。痴呆已经成为耗费最高的疾病之一, 甚至超过了癌症及心血管疾病^[3]。痴呆患者生活无法自理, 为其照顾者带来极大的生活和心理负担^[4]。然而痴呆的机制尚不明确, 也无有效的治疗措施, 对其进行早期干预成为改变现状的有效途径之一。基于此, 介于正常衰老和痴呆之间的一种临床过渡状态——轻度认知功能障碍 (MCI) 得到了广泛关注^[5]。对MCI进行早期筛查、早期干预, 可能减少或者延缓MCI向痴呆的转化, 甚至逆转为健康者^[6]。然而早期筛查工具因存在种种不足, 无法在社区广泛开展。比如简易智力状态检查量表 (Mini-Mental State Examination, MMSE), 虽广泛用于认知障碍的筛查, 但有荟萃研究指出其区分MCI与健康者能力较差, 故不适用于社区MCI的筛查^[7]。蒙特利尔认知评估量

表 (Montreal Cognitive Assessment, MoCA) 现被广泛推荐用于MCI的筛查, 但其对于年龄较大、文化程度较低的患者得分偏低, 不能很好地反映真实的认知水平, 且其用时较长, 不适合基层医疗卫生机构进行人群中MCI的筛查^[8]。全科医生认知功能评估量表 (General Practitioner Assessment of Cognition, GPCOG) 是一种新的简易认知功能筛查量表^[9], 研究表明该量表用于筛查痴呆灵敏度及特异度高, 可靠、有效、简便^[10-11]。但将该量表应用于筛查MCI的研究甚少, 有研究验证了其可用于筛查MCI^[12], 但是例数少, 且样本选择范围局限, 故本研究通过扩大范围, 对MCI的老年人和认知功能正常的老年人进行GPCOG筛查, 通过对比分析, 验证GPCOG对MCI的诊断价值, 以期成为MCI的早期诊断寻找适合社区的筛查工具。

1 对象与方法

1.1 研究对象 2020年5—7月嘉定区嘉定镇社区服务

中心参加老年人健康体检者共4 962人,体检天数共设定42 d,每天120人左右,42 d中按照简单随机抽样的方法抽出29 d,每天再按系统抽样方法抽取30人(最后一天为补充体检,人数较少,系统抽样抽取20人)进行调查,共抽取目标人数860人。纳入标准:(1)年龄 ≥ 60 岁;(2)意识清楚,有一定理解能力及配合力;(3)患者及家属均知情同意。排除标准:(1)因失语、失聪、失明或其他躯体疾病不能配合完成调查者;(2)拒绝MCI筛查者。全部受试者对本次研究知情,并签署知情同意书。本研究经上海市杨浦区中心医院伦理委员会审核批准(伦理批号LL-004)。

1.2 研究工具

1.2.1 自制调查问卷 包括知情同意、参与者的基本信息(姓名、身高、体质量、腰围、臀围)、人口学资料(性别、年龄、教育年限、婚姻状况、子女数、居住情况、每月固定收入、职业)、慢性病患情况(高血压、糖尿病、冠心病、脑卒中)、生活方式(听力下降、会说外语、宗教信仰、饮食习惯、保健品、喝茶、喝咖啡、吸烟、饮酒、排使用便、安眠药、惯用手、锻炼频率、睡眠时间)。

1.2.2 蒙特利尔认知评估基础量表(Montreal Cognitive Assessment Basic, MoCA-B) MoCA-B包括十大项,其中执行功能1分、即刻回忆不计分、流畅性2分、定向6分、计算力3分、抽象思维3分、延迟回忆5分、视知觉3分、命名4分、注意3分,共30分。为校正教育程度所致偏移,采用MoCA-B按受教育年限划分的划界分筛查MCI,受教育年限 ≤ 6 年者得分13~19分可诊断为MCI,受教育年限7~12年者为15~22分,受教育年限 >12 年划界分为16~24分^[13]。

1.2.3 日常生活能力量表(Activity of Daily Living Scale, ADL) ADL共有14项,包括两部分内容:一是躯体生活自理能力量表,共6项(上厕所、进食、穿衣、梳洗、行走和洗澡);二是工具性日常生活能力量表,共8项(打电话、购物、备餐、做家务、洗衣、使用交通工具、服药和自理经济),每项1~4分,1分为正常,2~4分为功能下降。总分16分为完全正常; >16 分有不同程度的功能下降;凡2项或2项以上 ≥ 3 分,或总分 ≥ 22 分,为功能明显障碍^[14]。

1.2.4 临床痴呆量表(Clinical Dementia Rating Scale, CDR) CDR主要分析痴呆患者认知功能及社会生活功能损害程度,从解决问题、受评者记忆、社交事务、定向、生活自理及家庭生活等方面对受评者的痴呆程度进行评定,0分代表受评者健康,无痴呆症状;0.5分代表受评者为可疑痴呆;1分代表受评者为轻度痴呆;2分代表受评者为中度痴呆;3分代表受评者为重度痴呆^[15]。本研究根据Petersen标准^[16]诊断MCI,要求

受试者CDR评分 ≤ 0.5 分排除痴呆。

1.2.5 GPCOG 该量表于2009年被翻译成汉语版本在我国进行研究应用^[9, 11]。GPCOG分为两部分:患者部分及知情者部分。其中患者部分包括9个条目:时间定位、画钟、钟表时间、消息、记忆(姓、名、城市、街道、门牌号)。知情者部分包括6个关于患者过去的问题,要求知情者把患者当前的能力与前几年比较,问题包括:(1)记忆事情;(2)记忆谈话;(3)找词情况;(4)理财能力;(5)能否独自安排服药;(6)出行是否需要帮助。总计15个项目,每个项目1分,患者部分9分,知情者部分6分,共15分。知情者部分有6个问题,每个问题有4个选项,回答“是”计0分,其他答案计1分。本研究全部受试者均进行患者部分及知情者部分测试。

1.2.6 MCI诊断标准 根据Petersen标准,即:(1)患者或知情者报告,或有经验的临床医师发现认知的损害;(2)存在一个或多个认知功能域损害的客观证据(本研究采用MoCA-B对受试者执行功能、语言、定向、计算、抽象思维、记忆、视知觉、命名和注意进行评估);(3)复杂的工具性日常能力可以有轻微损害,但保持独立的日常生活能力(ADL评分,凡2项或2项以上 ≥ 3 分,或总分 ≥ 22 分,为功能明显障碍,需排除);(4)尚未达到痴呆的诊断(CDR评分 ≤ 0.5 分)。由精神卫生中心精神科医生最后确诊。

1.3 研究设计及质量控制 本课题邀请到认知障碍相关专家进行现场培训,现场评判测评问卷,所有志愿者均经过一致性检验。对所有受试者均进行了课题介绍,获得知情同意。量表部分指导语一般只读一次,如有特殊情况,可重复一次。过程中要求调查员认真细致,严格遵循培训时的调查要求,减少误差。数据由数据录入专员严格审核,剔除不合格问卷后精准录入,确保数据的准确性。

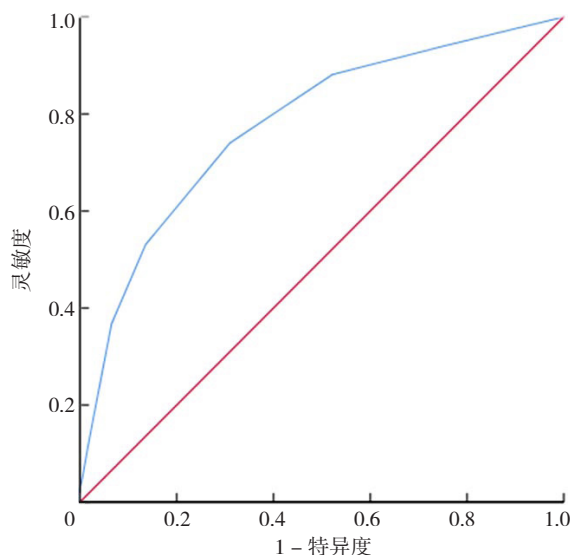
1.4 统计学方法 采用Excel 2003录入数据,统计分析采用SPSS 26.0软件。计量资料因不符合正态分布,采用中位数(四分位数间距) $[M(QR)]$ 描述,组间比较采用两独立样本Mann-Whitney U检验;计数资料以相对数表示,组间比较采用 χ^2 检验。GPCOG区分MCI患者划界分采用受试者工作特征曲线(ROC曲线)获得,再列出四格表计算灵敏度、特异度等。GPCOG量表信度分析因量表各部分计量资料不符合正态分布,GPCOG总分与MoCA-B总分不符合正态分布,相关性分析采用Spearman秩相关分析,GPCOG内部一致性以Cronbach's α 系数进行评价。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患病现状 参加体检者共计4 962人,从中抽取

号)、患者部分、知情者部分、总分部分呈正相关,相关系数为0.097~0.836 ($P<0.05$),见表6。GPCOG的Cronbach's α 系数为0.78。

2.7 MCI组与对照组 374例研究对象 MoCA-B 总分与GPCOG 总分的相关性分析 MCI组与对照组合并后,



注: GPCOG=全科医生认知功能评估量表, MCI=轻度认知功能障碍, ROC曲线=受试者工作特征曲线

图1 GPCOG筛查MCI的ROC曲线

Figure 1 ROC curve of GPCOG-C in screening for MCI in older physical examinees

表5 GPCOG总分效度分析

Table 5 Validity analysis of the total GPCOG score

GPCOG得分	MCI“金标准”诊断		合计
	是	否	
阳性	131	57	188
阴性	56	130	186
合计	187	187	374

表6 GPCOG各项相关性矩阵(r_s 值)

Table 6 Correlation matrix among GPCOG items

项目	时间定位	画钟	钟表时间	消息	姓	名	市	路	门牌号	患者部分	知情者部分	总分
时间定位	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
画钟	0.049	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
钟表时间	0.056	0.366 ^a	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
消息	0.031	0.044	0.033	1	-	-	-	-	-	-	-	-
姓	0.156 ^a	0.021	0.147 ^a	0.068	1	-	-	-	-	-	-	-
名	0.171 ^a	-0.010	0.143 ^a	0.025	0.782 ^a	1	-	-	-	-	-	-
市	0.117	0.088	0.195 ^a	0.081	0.225 ^a	0.240 ^a	1	-	-	-	-	-
路	0.099	0.058	0.202 ^a	0.231 ^a	0.198 ^a	0.207 ^a	0.261 ^a	1	-	-	-	-
门牌号	0.108 ^a	0.142 ^a	0.177 ^a	0.053	0.275 ^a	0.322 ^a	0.293 ^a	0.312 ^a	1	-	-	-
患者部分	0.205 ^a	0.365 ^a	0.519 ^a	0.278 ^a	0.454 ^a	0.490 ^a	0.518 ^a	0.713 ^a	0.633 ^a	1	-	-
知情者部分	0.029	-0.050	0.151 ^a	0.115 ^a	0.141 ^a	0.193 ^a	0.154 ^a	0.250 ^a	0.097 ^a	0.240 ^a	1	-
总分	0.176 ^a	0.246 ^a	0.472 ^a	0.252 ^a	0.418 ^a	0.467 ^a	0.448 ^a	0.622 ^a	0.507 ^a	0.836 ^a	0.709 ^a	1

注: ^a $P<0.05$; -表示不再重复给出相关系数

374例研究对象 MoCA-B 总分为23(8)分, GPCOG总分为12(3)分, Spearman秩相关分析结果显示, GPCOG总分与MoCA-B总分呈正相关($r_s=0.484$, $P<0.001$)。

3 讨论

3.1 GPCOG在MCI诊断中的必要性 随着人口老龄化加速发展, 痴呆人数也会相应上升, 对社会造成巨大压力。MCI患者是痴呆的高危人群, 每年有10%~15%的MCI患者转化为痴呆^[17], 是认知功能正常者转化为痴呆的10倍^[18], 但经过相关治疗及干预有可能逆转为认知正常者^[19]。因此应尽早识别MCI并进行有效的干预, 对预防痴呆及延缓其向痴呆的进展具有非常重要的意义。目前用于筛查痴呆及MCI的量表普遍用时长, 比如MMSE、MoCA, 不便于常规筛查, 且多数在专科医院开展, 加之患者及家属对该类疾病认识不够, 不重视, 以及抑郁等的影响, 很大程度上导致早期痴呆或MCI患者的漏诊。现在倡导分级诊疗, 全科医生是健康守门人, 直接面对广大的社区人群, 探讨适用于社区认知障碍的筛查量表至关重要。GPCOG就是应运而生的适合基层医疗卫生机构使用的量表。

3.2 GPCOG在MCI诊断中的可行性 GPCOG是一种简易筛查量表, 其用时短、操作简单^[20]。多数观点认为GPCOG评分不受文化和语言背景的影响^[21], 且成本效益低^[22], 适用于基层医疗卫生机构。国内外多家研究发现其筛查痴呆的灵敏度及特异度高^[9-10, 12, 23-24], 且有研究表明其筛查MCI亦具有很好的价值, 但是样本量偏少或者研究人群较局限^[12, 25-26]。此外MCI患者经常会否认疾病, 可能由于其不愿相信或者更多将其表现归结为增龄所致, 这种情况下知情者部分的补充筛查便是更准确的信息来源, 使得GPCOG有更高的使用价值。就实际应用而言, 患者在基层医疗卫生机构就

诊时可能不知情者陪同,但可以通过电话联系知情者来获取相关信息。本研究亦证明GPCOG用时明显少于MoCA-B,故认为GPCOG可用于基层医疗卫生机构筛查MCI。

3.3 GPCOG在MCI诊断中的可靠性 通过计算GPCOG量表各项目间的相关性,其中画钟与名、知情者部分相关性为负数,其他各项目间部分存在正相关,相关系数为0.097~0.836。量表的Cronbach's α 系数为0.78,均提示GPCOG具有较好的稳定性和内部一致性,是一个较为可靠的认知筛查工具。本研究以MCI的Petersen诊断标准作为“金标准”,GPCOG总分以12分为界,灵敏度为70.05%,特异度为69.52%,AUC为0.78,灵敏度、特异度略低于国内同类研究^[12],分析原因可能为所选人群不同,该研究人数少,且所选患者为市精神卫生中心就诊的MCI患者,而本研究所选人群为社区体检人群,且人数众多。其次对比分析的量表不同,文献[12]以MMSE为参照,但有荟萃研究指出MMSE区分MCI与健康者能力较差,故不适用于社区MCI的筛查^[7];而MoCA现在被广泛推荐用于筛查MCI,但MoCA版本众多,比如台湾版、北京版、MoCA-B等,其中MoCA-B比其他版本适用性更广,其适用于不同教育水平的人群^[13],故本研究认为以MoCA-B为参照量表更合理,可能亦会造成结果的差异。此外在处理GPCOG的知情者部分时,其他研究可能直接采用了原表设计的“若患者部分得分为1~4分或者9分,则无须行知情者问卷调查”,但考虑需探讨GPCOG用于筛查MCI的划界分,故本研究将所有人进行了知情者部分筛查,可能会导致研究结果的差异。本研究提示GPCOG用于筛查MCI的灵敏度、特异度低于MoCA-B,但优于MMSE^[13]。然而,GPCOG用时较MoCA-B短,操作简单易行,灵敏度尚可,虽然特异度稍偏低,但较适合社区基层将此量表作为体检项目之一进行MCI的早期筛查。对于GPCOG筛查为阳性者则会按照Petersen诊断标准通过MoCA-B等实验室检查进一步拟诊,最后转诊至专科进一步确诊,通过此过程主要考虑到量表在具有较高信效度的基础上更要贴切社区实际,从而提高MCI的检出率。由此,GPCOG可作为基层医疗卫生机构筛查MCI的工具。

3.4 尚待完善的问题

3.4.1 量表标化问题 本次研究所用量表为GPCOG官方网站下载,患者部分记忆部分“市(南京市)”和“路(东海路)”得分偏低,可能由于上海有南京路步行街,导致记忆偏差,参照类似研究,有人将该两项的名称根据当地情况进行修改,后续的研究可尝试将“市”“路”这两项根据本地特色进行修改后再行研究。

3.4.2 量表的界值问题 本研究以MCI的Petersen诊断标准作为“金标准”,GPCOG总分以12.5分作为分界值,在对两组进行区分时,约登指数最大,因为量表执行过

程中均为整数,故而据SPSS分析过程中定义分数越小越诊断为MCI,取分界值为12分,再列出新的GPCOG总分效度表。该过程可能会造成MCI的漏诊,需要后续进一步扩大研究进行分界值的探讨。

3.4.3 诊断资料欠缺 神经心理学测试对MCI只能起到筛查和辅助诊断的功能,不能作为诊断工具代替实验室及仪器检查。结合相关指南,实验室及影像学检查部分确有欠缺,可能对结果有一定影响,但本研究是通过详细询问病史,包括既往史、家族史、症状、体征及神经心理学检查,结合Petersen诊断标准,请精神科医生进行了最后诊断,结果可靠。

3.4.4 样本代表性欠佳 本研究纳入的为60岁以上体检人群,非60岁以上所有人群,且有部分人拒绝调查,严格来说对嘉定区嘉定镇MCI流行病学现状缺乏绝对的代表性。可在日后的实际应用中增加更加准确的结果。

综上,本研究证明GPCOG操作快速、简单,具有较好的内部一致性,对MCI与认知正常者有很好的区分,能够发现MCI患者,在基层医疗卫生机构中具有一定的使用价值。若可以将MCI的初步筛查加入老年人健康体检项目或者作为门诊就诊的常规筛查,可以在很大程度上提高MCI的检出率,进而实现早期干预,提高患者及家属的生活质量。但是由于其仍存在漏诊误诊可能性,可能也是国内未广泛使用GPCOG的原因,建议可联合其他量表(如MoCA-B)进行筛查,提高筛查的准确性。当然最终的诊断仍然需要专科医生根据诊断标准进行进一步诊断,而社区医生只需负责严格筛查,尽早识别出可疑人群。只有全科专科配合好才能更好地做好痴呆的防治工作,进而减轻家人及社会的负担。

作者贡献: 陆媛负责文章的构思与设计、英文的修订、文章的质量控制及审校;刘亚林、陆媛负责研究的实施与可行性分析,并对文章整体负责,监督管理;刘亚林、徐圣明、薛娅雅、周路路负责数据收集;刘亚林、薛娅雅负责数据整理;刘亚林、徐圣明负责统计学处理;刘亚林、徐圣明、周路路负责结果的分析与解释;刘亚林撰写论文;陆媛、于德华负责论文的修订。

本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 李希如. 人口总量平稳增长城镇化水平稳步提高 [EB/OL]. (2019-03-21) [2020-10-07]. http://www.stats.gov.cn/tjsj/sjjd/201901/t20190123_1646380.html.
- [2] 王英全, 梁景宏, 贾瑞霞, 等. 2020—2050年中国阿尔茨海默病患者情况预测研究[J]. 阿尔茨海默病及相关病, 2019, 2(1): 289-298.
- [3] WANG Y Q, LIANG J H, JIA R X, et al. Study on the prevalence of Alzheimer's disease in China from 2020 to 2050 [J]. Alzheimer's Disease and Related Diseases, 2019, 2(1): 289-298.
- [4] HURD M D, MARTORELL P, DELAVANDE A, et al. Monetary costs of dementia in the United States [J]. N Engl J Med, 2013, 368(14): 1326-1334. DOI: 10.1056/NEJMs1204629.

- [4] 许丽华, 张敏, 闻子叶. 老年痴呆患者家庭照顾者负担与压力现状及影响因素[J]. 中国老年学杂志, 2016, 36(12): 3025-3027. DOI: 10.3969/j.issn.1005-9202.2016.12.095.
XU L H, ZHANG M, WEN Z Y. Current situation and influencing factors of burden and stress on family caregivers of senile dementia patients[J]. Chin J Gerontol, 2016, 36(12): 3025-3027. DOI: 10.3969/j.issn.1005-9202.2016.12.095.
- [5] PETERSEN R C. Mild cognitive impairment[J]. Lancet, 2006, 367(9527): 1979. DOI: 10.1016/S0140-6736(06)68881-8.
- [6] MALEK-AHMADI M. Reversion from mild cognitive impairment to normal cognition: a Meta-analysis[J]. J Alzheimer Disease and Associated Disorders, 2016, 30(4): 324-330.
- [7] MITCHELL A J. A meta-analysis of the accuracy of the mini-mental state examination in the detection of dementia and mild cognitive impairment[J]. J Psychiatr Res, 2009, 43(4): 411-431. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2008.04.014.
- [8] 陈阳, 于德华, 杨蓉, 等. 国内外认知功能障碍常用筛查量表及其社区应用[J]. 中国全科医学, 2018, 21(12): 1392-1396, 1401. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2018.00.100.
CHEN Y, YU D H, YANG R, et al. The commonly used screening scale for cognitive dysfunction at home and abroad and its community application[J]. Chinese General Practice, 2018, 21(12): 1392-1396, 1401. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2018.00.100.
- [9] 朱敏捷, 肖世富, 李霞, 等. GPCOG: 一个新的用于全科医生的认知功能评估量表[EB/OL]. [2020-10-07]. https://www.docin.com/p-1616636291.html.
- [10] PIRANI A, BRODATY H, MARTINI E, et al. The validation of the Italian version of the GPCOG (GPCOG-It): a contribution to cross-national implementation of a screening test for dementia in general practice[J]. Int Psychogeriatr, 2010, 22(1): 82-90. DOI: 10.1017/S104161020999113X.
- [11] LI X, XIAO S, FANG Y, et al. Validation of the General Practitioner Assessment of Cognition-Chinese version (GPCOG-C) in China[J]. Int Psychogeriatr, 2013, 25(10): 1649-1657. DOI: 10.1017/S1041610213001117.
- [12] 朱敏捷, 肖世富, 林翔, 等. GPCOG 中文版对轻度认知功能障碍和正常老人的评分比较[J]. 东南大学学报(医学版), 2018, 37(2): 289-292.
- [13] CHEN K L, XU Y, CHU A Q, et al. Validation of the Chinese Version of Montreal Cognitive Assessment Basic for screening mild cognitive impairment[J]. Journal of the American Geriatrics Society, 2016, 64(12): 285-290. DOI: 10.1111/jgs.14530.
- [14] 冯芳. 安徽省某农村地区老年人日常生活能力现状及影响因素研究[D]. 合肥: 安徽医科大学, 2016.
- [15] 中国痴呆与认知障碍诊治指南写作组, 中国医师协会神经内科医师分会认知障碍疾病专业委员会. 2018 中国痴呆与认知障碍诊治指南(三): 痴呆的认知和功能评估[J]. 中华医学杂志, 2018, 98(15): 1125-1129.
Writing Group of Guidelines for Diagnosis and Treatment of Dementia and Cognitive Disorders in China, Cognitive Disorders Professional Committee of Neurology Physicians Branch of Chinese Medical Doctor Association. 2018 guidelines for the diagnosis and treatment of dementia and cognitive disorders in China(Ⅲ): cognitive and functional assessment of dementia[J]. National Medical Journal of China, 2018, 98(15): 1125-1129.
- [16] 中国痴呆与认知障碍诊治指南写作组, 杜怡峰, 吕佩源, 等. 2018 中国痴呆与认知障碍诊治指南(五): 轻度认知障碍的诊断与治疗[J]. 中华医学杂志, 2018, 98(17): 1294-1301.
Chinese Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Dementia and Cognitive Impairment, DU Y F, LYU P Y, et al. 2018 Chinese guidelines for the diagnosis and treatment of dementia and cognitive impairment (V): diagnosis and treatment of mild cognitive impairment[J]. National Medical Journal of China, 2018, 98(17): 1294-1301.
- [17] GANGULI M, CHANG C C H, SNITZ B E, et al. Prevalence of mild cognitive impairment by multiple classifications: the Monongahela-Youghiogheny Healthy Aging Team (MYHAT) project[J]. Am J Geriatr Psychiatry, 2010, 18(8): 674-683. DOI: 10.1097/JGP.0b013e3181cdee4f.
- [18] POLYAKOVA M, SONNABEND N, SANDER C, et al. Prevalence of minor depression in elderly persons with and without mild cognitive impairment: a systematic review[J]. Journal of Affective Disorders, 2014, 152-154: 28-38. DOI: 10.1016/j.jad.2013.09.016.
- [19] HEATHER W. Meta-analysis finds high reversion rate from MCI to normal cognition[J]. Nature Reviews Neurology, 2016, 12(4): 189. DOI: 10.1038/nrneurol.2016.29.
- [20] BRODATY H, POND D, KEMP N M, et al. The GPCOG: a new screening test for dementia designed for general practice[J]. J Am Geriatr Soc, 2002, 50(3): 530-534. DOI: 10.1046/j.1532-5415.2002.50122.x.
- [21] QUITORIANO J, HAMM R M. In patients suspected of cognitive decline, what is the most accurate in-office screening instrument to determine if there is dementia needing further evaluation and management?[J]. Journal of the Oklahoma State Medical Association, 2017, 110(8): 454-457.
- [22] TONG T, THOKALA P, MCMILLAN B, et al. Cost effectiveness of using cognitive screening tests for detecting dementia and mild cognitive impairment in primary care[J]. International Journal of Geriatric Psychiatry, 2017, 32(12): 1392-1400.
- [23] RASHEDI V, FOROUGHAN M, NAZARI H, et al. Validity and reliability of the Persian version of General Practitioner Assessment of Cognition (P-GPCOG)[J]. Aging & Mental Health, 2019, 23(8): 961-965. DOI: 10.1080/13607863.2018.1473840.
- [24] EMY Y J, KATRIN S, DE O G M, et al. Cognitive screening test in primary care: cut points for low education[J]. Rev Saude Publica, 2018, 52: 88.
- [25] WON P J, KIM Y. Validation of the Korean Version of the General Practitioner Assessment of Cognition (K-GPCOG)[J]. Korean Journal of Rehabilitation Nursing, 2010, 13(1): 5-12.
- [26] XU F, MA J J, SUN F, et al. The efficacy of general practitioner assessment of cognition in chinese elders aged 80 and older[J]. Am J Alzheimers Dis Other Dement, 2019, 34(7/8): 523-529. DOI: 10.1177/1533317519860333.

(收稿日期: 2021-01-07; 修回日期: 2021-05-12)

(本文编辑: 张亚丽)

• 论著 •

社区中老年正常高值血压及高血压人群微信干预的依从性及影响因素研究



扫描二维码查看
原文 + 培训视频

罗阳¹, 李晓雯¹, 林爱华^{1, 2*}

【摘要】 背景 随着科技的发展和智能手机的普及, 微信已成为社区高血压管理的潜在工具。**目的** 研究社区中老年正常高值血压及高血压人群微信干预的依从性及其影响因素。**方法** 2018年11月—2019年5月, 采用便利抽样法抽取广州市越秀区白云街道中老年正常高值血压及高血压人群, 利用微信进行6个月的分层干预, 前3个月为健康教育阶段, 后3个月为健康行为促进阶段。对干预过程中干预对象的依从性进行描述, 并采用 Logistic 回归分析方法对依从性的影响因素进行分析。**结果** 共纳入研究对象209人, 干预6个月后, 167人(79.9%)完成干预过程。其中, 依从性良好者81人(48.5%), 依从性差者86人(51.5%)。多因素 Logistic 回归分析结果显示, 文化程度、目前婚姻状况、合并症情况、饮酒情况是社区中老年正常高值血压及高血压人群微信干预依从性的影响因素($P<0.05$)。**结论** 社区中老年正常高值血压及高血压人群微信干预依从性有待提高, 并受多种因素的影响。在干预过程中, 应重点关注文化程度低、有配偶、无合并症、饮酒的干预对象。

【关键词】 社区卫生服务; 正常高值血压; 高血压; 微信; 依从性; 影响因素分析

【中图分类号】 R 181.37 R 544.1 **【文献标识码】** A DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.239

罗阳, 李晓雯, 林爱华. 社区中老年正常高值血压及高血压人群微信干预的依从性及影响因素研究[J]. 中国全科医学, 2021, 24(22): 2826-2831. [www.chinagp.net]

LUO Y, LI X W, LIN A H. Adherence to WeChat interventions and associated factors among middle-aged and elderly people with prehypertension and hypertension in the community [J]. Chinese General Practice, 2021, 24(22): 2826-2831.

Adherence to WeChat Interventions and Associated Factors among Middle-aged and Elderly People with Prehypertension and Hypertension in the Community LUO Yang¹, LI Xiaowen¹, LIN Aihua^{1, 2*}

1.Department of Medical Statistics, School of Public Health, Sun Yat-sen University, Guangzhou 510080, China

2.School of Health Sciences, Guangzhou Xinhua University, Guangzhou 510520, China

*Corresponding author: LIN Aihua, Associate professor, Master supervisor; E-mail: linaihua@mail.sysu.edu.cn

【Abstract】 Background The development of science and technology and the popularity of smart phones have made WeChat a potential tool for community-based hypertension management. **Objective** To study the adherence to WeChat interventions and associated factors in middle-aged and elderly people with prehypertension and hypertension in the community. **Methods** From November 2018 to May 2019, we delivered a six-month WeChat-based tiered interventions (first three-month health education, then three-month health behavior promotion) to middle-aged and elderly people with prehypertension and hypertension selected using convenient sampling method from Baiyun Subdistrict, Guangzhou's Yuexiu District. A descriptive analysis of the adherence to the interventions was performed. Logistic regression analysis was used to identify the associated factors of adherence to the interventions. **Results** A total of 209 cases were enrolled, and 167 (79.9%) of them completed the study, including 81 with good intervention adherence, and 86 (51.5%) with poor adherence. Multivariate Logistic regression analysis found that education level, current marital status, comorbidities, and drinking status were influencing factors of adherence to WeChat interventions in middle-aged and elderly people with prehypertension and hypertension in the community ($P<0.05$). **Conclusion** The adherence to WeChat-based interventions in these people may be associated with multiple factors, and needs

基金项目: 广州市科学(技术)研究专项一般项目(201707010077); 2016年广东省特色重点学科“公共管理”建设项目(2017STSZD01)

1.510080 广东省广州市, 中山大学公共卫生学院医学统计学系 2.510520 广东省广州市, 广州新华学院健康学院

*通信作者: 林爱华, 副教授, 硕士生导师; E-mail: linaihua@mail.sysu.edu.cn

本文数字出版日期: 2021-05-28

to be improved. To do this, priority during the intervention delivery shall be given to individuals having a low level of education, spouse, at least one comorbidity, or drinking.

【Key words】 Community health services; Prehypertension; Hypertension; WeChat; Compliance; Root cause analysis

高血压是心血管疾病的重要危险因素,已成为世界范围内重大公共卫生问题。我国成年人高血压患病率为27.9%,呈上升趋势,其中,老年人高血压患病率高达53.2%^[1-3]。社区管理是高血压防治的关键,我国社区高血压管理主要有三级管理、自我管理、契约管理、社区护理干预、电话回访管理等多种管理模式,这些传统的社区高血压管理模式仍然存在医护人员与患者联系不紧密、沟通不及时、资源配置与患者需求不匹配等问题,迫切需要一种新颖、科学且可行的方法开展社区高血压管理^[4-5]。随着电子信息技术的普及,以社区干预为基础的移动互联网新技术支撑的健康管理模式应运而生,并取得了良好的控压效果,微信因其用户广泛、功能强大的特点成为社区高血压管理的潜在工具。在干预实施过程中,干预对象的依从性是影响干预效果的重要因素。高血压管理依从性会受到人口学因素、高血压知识、疾病因素、药物因素、生活方式等多种因素的影响。目前,在社区干预项目中关于干预对象行为依从性及影响因素的研究较少,本文旨在通过研究基于心血管危险分层社区中老年正常高值血压及高血压人群微信干预的依从性及影响因素,探究社区高血压微信分层管理模式的可行性,为进一步提高微信干预的依从性及完善社区高血压管理模式提供参考。

1 对象与方法

1.1 研究对象 2018年8月起,在广州市越秀区白云街道社区卫生服务中心进行3个月招募,采用便利抽样法将符合条件的对象纳入研究。诊断标准:正常高值血压者指不使用降压药,120 mm Hg ≤收缩压 ≤ 139 mm Hg (1 mm Hg=0.133 kPa) 和/或80 mm Hg ≤舒张压 ≤ 89 mm Hg。高血压患者指不使用降压药,收缩压 ≥ 140 mm Hg 和/或舒张压 ≥ 90 mm Hg 或有高血压病史,目前正在服用降压药^[6]。纳入标准:(1)符合《中国高血压防治指南2010》中关于正常高值血压或高血压诊断标准^[6];(2)在该街道居住6个月以上且年龄为45~70岁的社区居民;(3)具有微信使用习惯和熟练的读写能力;(4)能够使用血压计进行血压自我监测;(5)具有提供知情同意的能力;(6)自愿参加本研究并承诺坚持到随访结束。排除标准:(1)严重的认知障碍;(2)需要住院治疗,有肾脏疾病、糖尿病足等严重临床并发症;(3)继发性高血压或心律失常;(4)恶性肿瘤;(5)在1年内参加了其他类

本文要点:

目前,高血压防治是我国基本公共卫生服务的重点项目,开展社区干预成为高血压管理的重要途径和方向。正常高值血压指不使用降压药,120 mm Hg ≤收缩压 ≤ 139 mm Hg 和/或80 mm Hg ≤舒张压 ≤ 89 mm Hg,指南主张所有正常高值血压人群都应该进行必要的行为干预。

本文基于心血管危险分层对社区中老年正常高值血压及高血压人群进行不同频次的微信干预,探讨其依从性及其影响因素。结果发现,社区中老年正常高值血压及高血压人群微信干预依从性有待提高,并受多种因素的影响。文化程度、目前婚姻状况、合并症、饮酒是正常高值血压者和高血压患者干预依从性的影响因素($P<0.05$)。与文化程度为初中及以下的干预对象相比,文化程度为大专及以上的干预对象依从性高[OR(95%CI)=4.210(1.611, 11.004)];无配偶[OR(95%CI)=4.633(1.394, 15.403)];有合并症[OR(95%CI)=2.157(1.083, 4.297)];不饮酒[OR(95%CI)=5.946(1.723, 20.516)]的干预对象依从性高。

建议通过引入高血压知识讲解短视频,定期邀请“控压达人”通过微信群语音聊天的形式分享控制血压的经验,在微信公众平台发送“反面教材案例”和“社区控压典型人物事迹”,获得干预对象家人、朋友的支持和配合,增加干预频率或通过微信私聊多次提醒等多种方式提高正常高值血压及高血压人群的依从性。在干预过程中,重点关注文化程度低、有配偶、无合并症、饮酒的干预对象。

似研究。

1.2 研究方法

1.2.1 基线分组 在基线调查中,教会研究对象如何填写电子问卷并正确测量血压。然后,根据血压值和《中国高血压防治指南2010》中心血管危险分层标准^[6],将研究对象分为正常高值组、低中危组和高危组3组。其中,血压处于正常高值的研究对象组成正常高值组;具有 ≥ 3个危险因素(男性>55岁或女性>65岁、吸烟、血脂异常、心血管疾病早期发作的家族病史、BMI ≥ 28 kg/m²)或临床并发症(脑血管疾病、心脏病、肾脏疾病、周围血管疾病、视网膜病变、糖尿病)或收缩压 ≥ 180 mm Hg/舒张压 ≥ 110 mm Hg的高血压患

者组成高危组,其余高血压患者为低中危组。将3组研究对象纳入不同的微信群,并要求各组研究对象订阅由研究人员自行建立的相应的微信公众号,利用微信实施分层干预和管理。

1.2.2 干预频率 根据研究对象心血管危险分层确定干预措施实施频率和强度。心血管危险分层越高,干预频率越高。正常高值组每2周干预1次,低中危组每周干预1次,高危组每周干预2次。正常高值组实施干预14次,低中危组实施干预28次,高危组实施干预56次。

1.2.3 干预阶段及措施 干预包括前3个月的健康教育阶段和后3个月的健康行为促进阶段。在干预过程中,每次干预都包括公众号文章阅读、血压监测、微信群聊天3项干预措施(具体干预内容参照文献[7])。干预对象阅读公众号文章后,需填写文章最后附加的问卷星二维码进行登记,通过私人聊天的方式或者发送至微信群组的方式报告血压值。

1.3 资料收集 在广州市越秀区白云街道社区卫生服务中心完成基线调查,通过现场测量获取血压值,其他信息通过自填式问卷收集。问卷包括基本情况(性别、年龄、文化程度、目前婚姻状况、目前工作状态、每月可支配收入、高血压家族史、合并症)、高血压知识问卷及健康生活行为(血压监测频率、吸烟、饮酒、规律运动)三部分。其中,高血压知识问卷由35道题目组成,包括诊断标准(1个项目)、每天盐限量(1个项目)、症状(10个项目)、危险因素(7个项目)、不良后果(8个项目)和治疗技能(8个项目)6个维度,每个项目1分,得分越高,说明高血压知识掌握得越好^[8]。为了便于各维度高血压知识得分呈现和比较,将原始得分标准化,标准化得分=原始得分/理论总分 $\times 100\%$ 。健康生活行为中,吸烟指每天至少吸1支烟,连续或累计6个月及以上;饮酒为每次饮酒 ≥ 50 ml,平均每周 ≥ 1 次,饮酒年数 ≥ 1 年;规律运动指每周锻炼不少于5 d,每天应不少于30 min。依从情况及失访数据通过微信聊天记录和问卷星系统的统计数据获得。

1.4 评价指标 研究对象完成公众号文章阅读、血压监测、微信群聊天3项干预措施的判断标准依次为阅读公众号文章并在问卷星系统登记阅读情况、通过微信报告血压监测值、在研究人员组织微信群讨论时发言。每次干预实施时,若研究对象完成干预措施(公众号文章阅读、血压监测、微信群聊天) ≥ 2 项,则研究对象完成一次干预,干预依从性=(完成干预次数/干预实施次数) $\times 100\%$,依从性 $\geq 50\%$ 为依从性良好, $<50\%$ 为依从性差。

1.5 伦理原则 所有干预对象调查前都签署了知情同意书,该研究方案已通过中山大学公共卫生学院伦理

委员会批准(2017008)。

1.6 统计学方法 采用SPSS 25.0统计软件对数据进行分析,计量资料用($\bar{x} \pm s$)进行统计描述,统计推断采用独立样本 t 检验;计数资料用百分比描述,采用 χ^2 检验进行统计推断;将单因素分析 $P < 0.10$ 的因素作为自变量,采用非条件Logistic回归模型分析社区中老年正常高值血压及高血压人群微信干预依从性的影响因素。检验水准均为双侧,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 基本情况 本研究共有209名正常高值血压者和高血压患者纳入基线调查,在干预期间失访42人,失访率为20.1%,完成随访的正常高值血压者和高血压患者167人(79.9%)。其中,正常高值组35人(21.0%),低中危组75人(44.9%),高危组57人(34.1%)。

2.2 不同基本情况正常高值血压者和高血压患者依从性比较 根据对干预措施的执行情况,依从性良好者81人(48.5%),依从性差者86人(51.5%)。不同文化程度、目前婚姻状况、合并症和心血管危险分层的干预对象干预依从性比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表1。

2.3 不同高血压知识得分正常高值血压者和高血压患者依从性比较 在高血压知识得分的6个维度中,不同症状知识得分的正常高值血压者和高血压患者干预依从性比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表2。

2.4 不同健康生活行为正常高值血压者和高血压患者依从性比较 健康生活行为中,不饮酒的正常高值血压者和高血压患者干预依从性比饮酒者好,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表3。

2.5 干预依从性影响因素的Logistic回归分析 以干预依从性为因变量(赋值:干预依从性差=0,干预依从性良好=1),将单因素分析 $P < 0.10$ 的因素作为自变量,包括性别、文化程度、目前婚姻状况、高血压家族史、合并症、心血管危险分层、每天盐限量得分、症状得分、吸烟及饮酒,选用向前逐步回归法($\alpha = 0.05$)建立Logistic回归方程。结果显示,文化程度、目前婚姻状况、合并症、饮酒是正常高值血压者和高血压患者干预依从性的影响因素($P < 0.05$)。与文化程度为初中及以下的干预对象相比,文化程度为大专及以上的干预对象依从性高[OR(95%CI)=4.210(1.611, 11.004), $P=0.003$];无配偶[OR(95%CI)=4.633(1.394, 15.403), $P=0.012$];有合并症[OR(95%CI)=2.157(1.083, 4.297), $P=0.029$];不饮酒[OR(95%CI)=5.946(1.723, 20.516), $P=0.005$]的干预对象依从性高,见表4。

3 讨论

目前,高血压防治是我国社区卫生服务的重点项

目,开展社区干预成为高血压管理的重要途径和方向^[9]。实施以健康教育、健康促进为主导的社区高血压干预措施,可以降低高血压高危人群及高血压患者

表1 不同基本情况正常高值血压者和高血压患者依从性比较
[n(%)]

Table 1 Comparison of adherence to WeChat-based tiered interventions in middle-aged and elderly people with prehypertension and hypertension in the community by demographic factors

基本情况	人数	依从性良好	χ^2 值	P 值
性别			3.625	0.057
男	66	26 (39.4)		
女	101	55 (54.5)		
年龄(岁)			2.831	0.243
45~54	26	11 (42.3)		
55~64	88	40 (45.5)		
65~70	53	30 (56.6)		
文化程度			10.405	0.006
初中及以下	36	15 (41.7)		
高中或中专	73	28 (38.4)		
大专及以上	58	38 (65.5)		
目前婚姻状况			4.544	0.033
有配偶	149	68 (45.6)		
无配偶	18	13 (72.2)		
目前工作状态			1.919	0.166
在职	32	12 (37.5)		
退休	135	69 (51.1)		
每月可支配收入(元)			1.092	0.579
1 200~	47	20 (42.6)		
3 000~	71	35 (49.3)		
4 500~	49	26 (53.1)		
高血压家族史			2.957	0.085
有	124	65 (52.4)		
无	43	16 (37.2)		
合并症			5.274	0.022
有	92	52 (56.5)		
无	75	29 (38.7)		
心血管危险分层			6.215	0.045
正常高值血压	35	13 (37.1)		
低中危高血压	75	33 (44.0)		
高危高血压	57	35 (61.4)		

的血压水平,提高管理率,减少并发症发生^[10-11]。随着互联网技术的快速发展,微信等移动医疗技术在社区慢性病管理中逐步兴起和发展。社区高血压微信分层管理成为一种创新型的社区高血压管理模式。在干预实施过程中,干预对象的依从性是干预研究的关键问题,可直接对干预效果产生影响,依从性的影响因素是完善和优化干预方案的重要依据^[12]。本研究基于心血管危险分层对广州市越秀区白云街道中老年正常高值血压者和高血压患者进行微信干预,探讨干预过程中干预对象的依从性及影响因素。

结果表明,该模式下,干预对象中依从性良好者占48.5%,干预对象的依从性有待提高,干预方案仍需进一步完善和优化。分析干预对象依从性的影响因素,文化程度为大专及以上、无配偶、有合并症、不饮酒的社区中老年正常高值血压及高血压人群干预依从性高。文化程度高的干预对象依从性好,与虞泽星等^[13]和张曼等^[14]的研究结果一致,原因可能是文化程度高者对干预目的的理解透彻,更希望通过此次干预获取更多高血压相关知识,养成良好的生活习惯,最终达到降低血压的目的。离异、丧偶等无配偶者一般在生

表3 不同健康生活行为的正常高值血压者和高血压患者依从性比较
[n(%)]

Table 3 Comparison of adherence to WeChat-based tiered interventions in middle-aged and elderly people with prehypertension and hypertension by healthy life behaviors

健康生活行为	人数	依从性良好	χ^2 值	P 值
血压监测频率			3.402	0.182
每周	76	38 (50.0)		
每月	59	32 (54.2)		
1 个月以上	32	11 (34.4)		
吸烟			3.369	0.066
是	30	10 (33.3)		
否	137	71 (51.8)		
饮酒			6.468	0.011
是	19	4 (21.1)		
否	148	77 (52.0)		
规律运动			0.012	0.914
是	90	44 (48.9)		
否	77	37 (48.1)		

表2 依从性好和依从性差正常高值血压者和高血压患者高血压知识得分比较

Table 2 Comparison of the score of hypertension knowledge between high adherence and low adherence to WeChat-based tiered interventions in middle-aged and elderly people with prehypertension and hypertension

依从性	人数	诊断标准[n(%)]		每天盐限量[n(%)]		症状 ($\bar{x} \pm s$, 分)	危险因素 ($\bar{x} \pm s$, 分)	不良后果 ($\bar{x} \pm s$, 分)	治疗技能 ($\bar{x} \pm s$, 分)	高血压知识总分 ($\bar{x} \pm s$, 分)
		1 分	0 分	1 分	0 分					
依从性良好	81	38 (46.9)	43 (53.1)	57 (70.4)	24 (29.6)	54.20 $\pm$ 14.48	64.35 $\pm$ 34.41	74.96 $\pm$ 15.74	72.84 $\pm$ 26.94	65.19 $\pm$ 18.05
依从性差	86	47 (54.7)	39 (45.3)	48 (55.8)	38 (44.2)	48.49 $\pm$ 13.42	56.54 $\pm$ 35.03	73.59 $\pm$ 15.58	70.06 $\pm$ 28.65	60.66 $\pm$ 1.97
$\chi^2(t)$ 值		0.999		3.786		2.645 ^a	1.453 ^a	0.564 ^a	0.645 ^a	1.609 ^a
P 值		0.317		0.052		0.009	0.148	0.573	0.520	0.110

注: ^a 为 t 值; 诊断标准与每天盐限量各只有 1 个项目, 以得 1 分的人数统计推断; - 表示无此项内容

表4 正常高值血压者和高血压患者干预依从性影响因素的多因素 Logistic 回归分析

Table 4 Multivariate Logistic regression analysis of the factors potentially associated with adherence to WeChat-based tiered interventions in middle-aged and elderly people with prehypertension and hypertension in the community

自变量	<i>b</i>	<i>SE</i>	Wald χ^2 值	<i>P</i> 值	OR (95%CI)
文化程度 (以初中及以下为参照)					
高中或中专	0.319	0.459	0.482	0.487	1.376 (0.559, 3.386)
大专及以上	1.437	0.490	8.598	0.003	4.210 (1.611, 11.004)
目前婚姻状况 (以有配偶为参照)					
无配偶	1.533	0.613	6.258	0.012	4.633 (1.394, 15.403)
合并症 (以无为参照)					
有	0.769	0.352	4.780	0.029	2.157 (1.083, 4.297)
饮酒 (以是为参照)					
否	1.783	0.632	7.958	0.005	5.946 (1.723, 20.516)

活中缺乏陪伴,其孤独感比有配偶者强烈,其可以在此次干预过程中通过微信群聊结识更多有相似经历的伙伴,在干预过程中找到归属感,所以依从性更高。有合并症者由于受多种疾病的影响和困扰,对疾病危害的认识更加深刻,改善高血压现状的愿望更迫切,参与干预更为积极,依从性更高,与相关研究结果一致^[15-16]。不饮酒者自身具有良好的生活习惯和健康的生活方式,干预措施的参与率和配合度更高。因此,针对社区中老年正常高值血压者及高血压患者微信干预依从性的影响因素,医护人员需要重点关注文化程度低、有配偶、无合并症及饮酒的正常高值血压者及高血压患者。该干预方案可以从以下几个方面进一步改进:第一,创新干预措施调动干预对象的积极性,一方面,引入高血压知识讲解短视频,加深文化程度低者对高血压相关知识的理解和记忆,另一方面,定期邀请“控压达人”通过微信群语音聊天的形式,分享控制血压的经验,鼓励其他干预对象积极参与;第二,进一步完善健康教育内容,在微信公众平台发送“反面教材案例”和“社区控压典型人物事迹”,使干预对象受到震动,进而提高干预依从性;第三,获得干预对象家人、朋友的支持和配合,让家人鼓励并监督干预对象定期阅读公众号文章、进行血压监测并上报血压值;第四,对于依从性低的干预对象,医护人员可以通过增加干预频率或通过微信私聊等方式多次提醒,从而提高其干预依从性。

本研究基于心血管危险分层对广州市越秀区白云街道中老年高血压风险人群进行微信干预,极大地减少了医疗资源浪费,创新了社区高血压管理模式,使医护人员与高血压风险人群沟通更及时,联系更紧密,一定程度上弥补了传统社区高血压管理模式的弊端。目前,国内对于社区干预项目依从性及影响因素的研究较少,此研究为社区高血压干预项目和管理模

式的深入研究提供参考。但是,由于人力、时间的限制,只针对越秀区白云街道社区正常高值血压及高血压人群进行干预和研究;此外,本研究仅从干预对象的角度研究依从性,医护人员的态度在一定程度上也会影响依从性^[17]。在今后的研究中,可进一步扩大研究对象的范围,从干预对象、医护人员两大参与主体探究干预依从性的影响因素。借助微信进行社区高血压管理具有较好的前景,值得推广试行并在实践中不断完善和优化。

作者贡献:罗阳是本研究的设计者,完成数据分析、论文初稿的写作;李晓雯参与研究设计和实施,并对论文进行修改;林爱华是项目的构思者及负责人,指导研究设计、数据分析、论文写作与修改。

本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 胡盛寿,高润霖,刘力生,等.《中国心血管病报告 2018》概要[J].中国循环杂志,2019,34(3):209-221. DOI: 10.3969/j.issn.1000-3614.2019.03.001.
HU S S, GAO R L, LIU L S, et al. Summary of the 2018 report on cardiovascular diseases in China [J]. Chinese Circulation Journal, 2019, 34 (3): 209-221. DOI: 10.3969/j.issn.1000-3614.2019.03.001.
- [2] 李静,范利,华琦,等.中国老年高血压管理指南 2019 [J].中华老年多器官疾病杂志,2019,18(2):81-106. DOI: 10.11915/j.issn.1671-5403.2019.02.019.
LI J, FAN L, HUA Q, et al. Chinese guidelines for the management of hypertension in the elderly (2019) [J]. Chinese Journal Multiple Organ Diseases in the Elderly, 2019, 18 (2): 81-106. DOI: 10.11915/j.issn.1671-5403.2019.02.019.
- [3] WANG J G. Unique approaches to hypertension control in China [J]. Annals of Translational Medicine, 2018, 6 (15): 296. DOI: 10.21037/atm.2018.07.27.
- [4] 孟文文,皮红英.基于互联网的高血压管理新模式[J].解放

- 军护理杂志, 2017, 34(8): 52-54. DOI: 10.3969/j.issn.1008-9993.2017.08.011.
- MENG W W, PI H Y. New model of hypertension management based on internet [J]. Nursing Journal Chinese People's Liberation Army, 2017, 34(8): 52-54. DOI: 10.3969/j.issn.1008-9993.2017.08.011.
- [5] 高珊. 老年高血压病的移动平台管理新模式探索 [D]. 大连: 大连医科大学, 2018.
- [6] 刘力生. 中国高血压防治指南 2010 [J]. 中华高血压杂志, 2011, 19(8): 701-743. DOI: 10.16439/j.cnki.1673-7245.2011.08.009.
- LIU L S. 2010 Chinese guidelines for the management of hypertension [J]. Chinese Journal Hypertension, 2011, 19(8): 701-743. DOI: 10.16439/j.cnki.1673-7245.2011.08.009.
- [7] LI T, DING W, LI X, et al. Mobile health technology (WeChat) for the hierarchical management of community hypertension: protocol for a cluster randomized controlled trial [J]. Patient Preference and Adherence, 2019, 13: 1339-1352. DOI: 10.2147/PPA.S215719.
- [8] 张冠荣, 林爱华, 骆福添. 广州市社区中老年居民高血压相关知识及防治状况调查 [J]. 广东医学, 2011, 32(2): 233-236. DOI: 10.13820/j.cnki.gdyx.2011.02.001.
- ZHANG G R, LIN A H, LUO F T. Survey of control status of hypertension and relative knowledge in middle and old aged population in communities of Guangzhou [J]. Guangdong Medical Journal, 2011, 32(2): 233-236. DOI: 10.13820/j.cnki.gdyx.2011.02.001.
- [9] 王金明, 王家骥, 欧伟麟, 等. 高血压社区健康管理的现状与发展 [J]. 中华健康管理学杂志, 2016, 10(3): 237-239. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1674-0815.2016.03.017.
- WANG J M, WANG J J, OU W L, et al. Current situation and development of community health management of hypertension [J]. Chinese Journal of Health Management, 2016, 10(3): 237-239. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1674-0815.2016.03.017.
- [10] LI X, LI T, CHEN J, et al. A WeChat-based self-management intervention for community middle-aged and elderly adults with hypertension in Guangzhou, China: a cluster-randomized controlled trial [J]. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2019, 16(21): 4058. DOI: 10.3390/ijerph16214058.
- [11] 赵晓敏. 高血压社区干预的现状与展望 [J]. 全科护理, 2011, 9(2): 548-549. DOI: 10.3969/j.issn.1674-4748.2011.06.061.
- ZHAO X M. Current status and prospects of community intervention for hypertension [J]. Chinese General Nursing, 2011, 9(2): 548-549. DOI: 10.3969/j.issn.1674-4748.2011.06.061.
- [12] 段明香, 莫明露, 王太武, 等. 社区糖尿病前期人群对健康行为干预的依从性及影响因素研究 [J]. 第三军医大学学报, 2017, 39(13): 1404-1409. DOI: 10.16016/j.1000-5404.201703143.
- DUAN M X, MO M L, WANG T W, et al. Compliance and influencing factors of health behavior intervention among community people with prediabetes [J]. Journal of Third Military Medical University, 2017, 39(13): 1404-1409. DOI: 10.16016/j.1000-5404.201703143.
- [13] 虞泽星, 陈倩. 高血压患者药物治疗依从性的影响因素与社区干预 [J]. 中华全科医师杂志, 2015, 14(10): 802-805. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-7368.2015.10.023.
- YU Z X, CHEN Q. Influencing factors and community intervention in the compliance of patients with hypertension [J]. Chinese Journal of General Practitioners, 2015, 14(10): 802-805. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-7368.2015.10.023.
- [14] 张曼, 王皓翔, 杨志鹏, 等. 珠江三角洲地区社区高血压患者服药依从性及其影响因素分析 [J]. 中华健康管理学杂志, 2018, 12(2): 97-102. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1674-0815.2018.02.001.
- ZHANG M, WANG H X, YANG Z P, et al. Community hypertension in Pearl River Delta of Guangdong Province: medication adherence and its influential factors [J]. Chinese Journal of Health Management, 2018, 12(2): 97-102. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1674-0815.2018.02.001.
- [15] 杨蕾, 屠燕, 朱敏芳, 等. 高血压治疗依从性现状调查分析 [J]. 广东医学, 2018, 39(17): 2646-2651. DOI: 10.13820/j.cnki.gdvx.2018.17.011.
- YANG L, TU Y, ZHU M F, et al. Investigation and analysis of current status of hypertension treatment compliance [J]. Guangdong Medical Journal, 2018, 39(17): 2646-2651. DOI: 10.13820/j.cnki.gdvx.2018.17.011.
- [16] WANG W, LAU Y, LOO A, et al. Medication adherence and its associated factors among Chinese community-dwelling older adults with hypertension [J]. Heart Lung, 2014, 43(4): 278-283. DOI: 10.1016/j.hrtlng.2014.05.001.
- [17] 黄志杰, 王皓翔, 周志衡, 等. 远程动态血压监测下综合干预在社区高血压管理中的应用效果及影响因素研究 [J]. 中国全科医学, 2018, 21(19): 2343-2347. DOI: 10.12114/j.issn.17-9572.2018.19.015.
- HUANG Z J, WANG H X, ZHOU Z H, et al. Application effect and associated factors of comprehensive community interventions for hypertension control based on remote ambulatory blood pressure monitoring [J]. Chinese General Practice, 2018, 21(19): 2343-2347. DOI: 10.12114/j.issn.17-9572.2018.19.015.

(收稿日期: 2021-03-18; 修回日期: 2021-05-08)

(本文编辑: 段淑娟)

· 论著 ·

【编者按】 随着医疗改革的不断推进,提升基层医疗卫生机构人员临床诊断、治疗能力的重要性日益凸显。研究者团队立足于综合医院超声医师、社区卫生机构管理者、社区超声学科建设者身份探索超声技术领域与社区全科医学范畴相结合的方向和范围,开始进一步探究社区全科医师参与超声技术的可行性和具体落地的实施办法;并同步了解综合医院超声医师对此假设(社区全科医师参与超声技术)的看法和观点,以全面收集“如果未来在社区普及全科医师学习和应用超声技术,具体能做什么?如何做?”的相关信息,为下一步超声技术如何向社区基层下沉给出意见和建议,总结提炼各个传统的学科领域快速在社区卫生医疗场景中发展出适合基层医疗卫生机构自身的服务范围、服务技术、服务团队及可持续的人才培养和技术升级模式的关键要点。敬请关注!

社区全科医生与专科医生对全科医生学习超声的观点差异及未来便携式超声向基层普及的意见与建议



扫描二维码查看
原文+培训视频

傅晓红¹, 贾瑱熙², 赵峰³, 黄国倩^{4*}, 张韬^{2, 5*}

【摘要】 背景 超声医学与全科医学作为两个迅猛发展的学科,随着超声技术中便携式超声的不断升级和普及,便携式超声技术能否为全科医生所用,助力全科发展?超声医学能否抓住全科医学的人文关怀、早筛查、广泛基层和控费等特征,找到可以加速超声技术在基层普及和多途径培养超声人才的新思路和新方法?目的 了解社区基层全科医生、社区超声医师和综合医院超声医师对于全科医生学习超声并应用便携式超声的观点、意见,以及具体操作过程要求和目标的实施建议。方法 2019年10—12月,采用目的抽样法,从2018年度“社区超声医学学科建设专题学习班”参培人数最多的一家社区卫生服务机构抽取全科医生和超声医生进行一对一半结构化访谈,访谈提纲主要围绕两类人群对于社区全科医生学习并进行超声操作的态度、意愿和对全科医生知识储备要求,以及全科医生在技术超声流程中执行的具体程度。在此基础上邀请国内综合医院工作10年以上的17位超声影像从业者参与咨询,咨询采用两轮德尔菲法方式进行,咨询内容主要为超声影像数据的采集、保存、传递、诊断等全过程中对社区全科医生的要求。结果 最终访谈了6名全科医生和3名超声科医师,结果显示社区全科医生对超声技术有兴趣,关心学习后的技术应用问题,社区超声医师认为全科医生可以执行筛查环节,从体表的、简单的器官探查开始,如甲状腺和颈动脉。两轮咨询专家积极系数为100.0%,权威程度>0.7,结果显示综合医院超声医学专家对社区全科医师参与超声技术影像数据采集对执行人要求为最低本科学历、临床医学专业、至少从事3年临床工作,具有全科执业医师和超声上岗证,每年至少参加2次继续教育;其余对社区全科医生进行超声数据采集部位、需掌握的数据采集操作技术(包括常见的仪器调节,患者体位指导,操作手法,切面选择,探头位置摆放,需达到图像记录、保存、文字报告内容,诊断分级的常见要求等)提出了与超声医生几乎一致的要求。结论 全科医生有一定兴趣使用超声技术发展自己的能力,可以尝试教授甲状腺和颈动脉超声探查技术。同时需要进一步界定全科医生可操作的环节和全科医生在当前社区医疗实际工作中应用超声的执业场景,便携式特征是优化当前超声技术为全科医生使用的关键,当前超声技术主要可用于甲状腺、颈动脉等形状明确、结构简单且是社区大力推行的慢性病管理范畴疾病的初步筛查。

【关键词】 社区卫生服务;医院,综合;全科医生;超声医师;便携式超声

【中图分类号】 R 197 【文献标识码】 A DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.149

傅晓红, 贾瑱熙, 赵峰, 等. 社区全科医生与专科医生对全科医生学习超声的观点差异及未来便携式超声向基层普及的意见与建议[J]. 中国全科医学, 2021, 24(22): 2832-2837. [www.chinagp.net]

FU X H, JIA Z X, ZHAO F, et al. General practitioners' learning ultrasound techniques and future applicability of portable ultrasound device in primary care: perspectives from general practitioners and sonographers [J]. Chinese General Practice, 2021, 24(22): 2832-2837.

基金项目:浦东新区卫生系统领先人才培养计划(PWR12017-05);上海市卫生健康委员会科研课题(202040022)

1.200135 上海市浦东新区公利医院超声科 2.200136 上海市浦东新区金杨社区卫生服务中心超声科 3.201300 上海市浦东新区光明中医医院超声科 4.200040 上海市,复旦大学附属华山医院超声科 5.200136 上海市浦东新区金杨社区卫生服务中心

*通信作者:黄国倩,主任医师,硕士生导师;E-mail: 18121015910@163.com 张韬,主任医师;E-mail: jysqzhangtao@126.com

本文数字出版日期:2021-05-21

General Practitioners' Learning Ultrasound Techniques and Future Applicability of Portable Ultrasound Device in Primary Care: Perspectives from General Practitioners and Sonographers FU Xiaohong¹, JIA Zhenxi², ZHAO Feng³, HUANG Guoqian^{4*}, ZHANG Tao^{2, 5*}

1.Department of Ultrasound, Pudong Gongli Hospital, Shanghai 200135, China

2.Department of Ultrasound, Pudong New Area Jinyang Community Health Center, Shanghai 200136, China

3.Department of Ultrasound, Pudong New Area Guangming Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 201300, China

4.Department of Ultrasound, Huashan Hospital, Fudan University, Shanghai 200040, China

5.Medical Affairs Department, Pudong New Area Jinyang Community Health Center, Shanghai 200136, China

*Corresponding authors: HUANG Guoqian, Chief physician, Master supervisor; E-mail: 18121015910@163.com

ZHANG Tao, Chief physician; E-mail: jysqzhangtao@126.com

【Abstract】 Background Both ultrasound imaging and general medicine are developing rapidly. But it is still unknown that whether the advancement and popularization of portable ultrasound imaging can be used by general practitioners (GPs) to promote the development of general medicine, and what innovative ideas and methods can be used to accelerate the popularization of ultrasound imaging in primary care and to train ultrasound professionals with humanistic care, early disease screening, high service accessibility, and medical insurance expense control in primary care under consideration. **Objective** To explore the perspectives of multiple healthcare providers (community GPs, community sonographers, and general hospital sonographers) on GPs' learning ultrasound techniques and applying portable ultrasound devices, and their suggestions on the implementation goals and specific operation requirements. **Methods** The study was implemented from October to December 2019. In-person interviews using a semi-structured format were conducted with GPs and sonographers from Pudong New Area Jinyang Community Health Center, a community hospital that has trained the most GPs in China so far in terms of ultrasound learning and practice (two authors' current affiliation) for investigating their attitude and willingness regarding learning ultrasound techniques and delivering ultrasound services, and their opinions on the required ultrasound knowledge and level of actual performance. And two rounds of consultation using the Delphi technique were carried out with 17 sonographers with an experience of working at least 10 years in the general hospital for investigating their opinions on the specific requirements for community GPs to perform the ultrasound examination, such as collecting, storing and transmitting ultrasound imaging data, and making an ultrasound-based diagnosis. **Results** Altogether, six community GPs and three community sonographers attended the interviews. The results showed that community GPs had interests in learning ultrasound techniques, and expressed their concerns about the post-learning application. Community sonographers believed that trained GPs would be capable of performing ultrasound examinations, and they could begin from performing simple scanning of external organs, such as thyroid and carotid. The positive and authoritative coefficients of senior sonographers for the two rounds of consultation were all 100.0%, and greater than 0.7, respectively. The consultation results indicated that eligible community GPs for collecting data of ultrasound examinations should have: a bachelor degree or above, major in clinical medicine, at least three years' clinical practice, GP certification, ultrasound technician certification, and at least two times of attending continuing ultrasound education per year. The required levels of knowledge and skills for GPs to store and transmit ultrasound imaging data, and make an ultrasound-based diagnosis were almost the same for sonographers, including common instrument adjustment, postural guidance, operation techniques, plane choice, probe placement, knowledge of data should be recorded, stored and reported, and knowledge of common requirements for diagnostic classification. **Conclusion** Community GPs showed interests in learning ultrasound techniques for increasing their competencies, and they could try to begin from performing scanning of thyroid and carotid. The operational procedures and actual settings appropriate for GPs to perform ultrasound examinations should be determined. The use of portable ultrasound device may be a key to benefiting the ultrasound performance of GPs, which can be used to scan thyroid, carotid and other organs with a clear shape and simple structure, and to screen for chronic diseases as a chronic disease management program vigorously promoted in the community.

【Key words】 Community health services; Hospitals, general; General practitioners; Ultrasoundphysicians; Portable ultrasound

社区卫生机构作为卫生健康系统的“网底”，需承担基本医疗与基本公共卫生工作，这其中少不了必要的诊断设备、诊断工具，以及会使用设备、工具的专业技术人员^[1]。目前超声严苛的执业要求一度造成超声技术人才

极度匮乏。当前社区全科人才也在蓬勃发展，亟须培养和掌握具有独特学科特征的技术，以增加学科识别度、提高居民依附性。超声设备发展至今的透视感、即得性、便携式，有望成为全科医生门诊、病房、站点、家庭随访时的

第二个“听诊器”。因此,全科医生与超声技术因技术特征上匹配,未来有一定的互动可能性,在此背景下,无论是巩固超声技术、培养超声人才、引发超声医学在其他交叉学科领域构建新的学术阵地,还是洞察和把握超声技术发展前沿为社区全科赋能,都需要了解社区全科医生、社区超声医生和综合医院超声医生对于全科医生学习超声并实践超声的认知匹配度,分析认知产生差异的原因并针对现状提出可行性对策和建议,为未来培养具备超声实践能力的全科医生提供借鉴和参考依据。

1 对象与方法

1.1 定性访谈

1.1.1 访谈对象 于2019年10月,采用目的性抽样法,基于2018年度开展的“社区超声医学学科建设专题学习班”^[2]抽取访谈对象。以参培人数最多的一家社区卫生服务机构为抽样机构,向参培的45名全科医生和3名超声医师发送访谈邀请,要求3 d内回复。以访谈资料达到饱和为判断标准,最终共访谈6名全科医生和3名超声医师。

1.1.2 访谈提纲和访谈方法 访谈提纲由本研究所在机构超声医学和全科医学双重背景人员根据访谈需求自行编制。针对全科医生的访谈提纲:(1)参加本次学习班的目的和收获。(2)对全科应用超声技术的设想?(3)如愿意学习超声技术,作为全科医生学习的意愿和目的是什么?(4)就你所了解的超声知识,你认为自己作为全科医生在超声操作中可以操作到哪个阶段?针对社区超声医师的访谈提纲:(1)如果全科医生愿意掌握超声技术,可以学习哪些部位的操作?(2)建议全科医生知识储备到什么程度?(3)建议全科医生在整个技术流程中执行到什么程度?(4)你如何看待全科医生参与超声技术?于受访者确认接受访谈后的3 d内安排半结构化访谈,访谈人为研究团队核心成员同时为本研究所在机构科教负责人,具有科研和临床的双重背景,具有质性研究访谈实施开展经验,全程参与本研究项目的发起、设计、申报及实施,从科研设计、实施环节把关项目开展质量。

1.1.3 资料收集与分析 经受访者同意后对访谈进行录音,每次访谈结束后,将录音转述为文字,并参考现场记录的笔记,将访谈内容整理成完整的文字资料。采用Colaizzi现象学资料七步分析法^[3]对录音资料进行整理分析,包括:仔细阅读所有访谈记录;析取有重要意义的陈述;对反复出现的、有意义的观点进行编码;将编码后的观点汇集,归纳和提炼意义;写出详细、无遗漏的描述;辨别相似的观点,升华主题概念;将所得结果返给受访者,求证内容的真实性。

1.2 德尔菲法

1.2.1 咨询专家选取 2019年11—12月,基于未来实

践的可操作性考虑,目前长三角地区综合医疗和全科医疗发展水平相对高,本研究邀请国内长三角地区二级及以上综合医院工作10年以上的超声影像从业者参与咨询。最终共邀请17名超声医师参与此次咨询。专家年龄39~62岁,平均年龄(48 ± 7)岁;工作年限14~45年,平均工作年限(25 ± 9)年;三级医院医师8名,二级医院9名;大专学历1名,本科学历10名,硕士研究生5名,博士研究生1名;副高级职称14名,正高级职称3名;从事超声检查诊断的工作年限14~34年,平均从业年限(22 ± 7)年。此外,17人中,有9人除了从事超声检查诊断领域,还从事超声介入治疗、内科等领域。

1.2.2 咨询工具和咨询方法 咨询工具是基于文献^[4-13]自行编制的专家咨询表,咨询采用两轮德尔菲法方式进行,通过问卷星,以微信定点推送方式进行咨询表的发放和回收。咨询表内容主要包括:(1)专家基本情况,包括姓名、年龄、学历、工作单位、工作岗位、技术职称、工作年限、专业领域和专业领域工作年限等。(2)专家权威程度自我评价,包括判断依据和熟悉程度。其中熟悉程度分为不熟悉、不太熟悉、一般熟悉、比较熟悉和非常熟悉,依次计为0.2、0.4、0.6、0.8、1。判断依据是理论分析、实践经验、对国内外同行的了解和主观判断4个方面对专家回应此次咨询内容影响程度的大小,4个方面的评分加总取值为0.6~1。(3)超声影像数据的采集、保存、传递、诊断等全过程中对社区全科医生的要求,包括:参与超声检查的社区全科医生应具备的资质或条件;上述执行人可参与的超声检查范围;社区全科医生操作的仪器设备要求;执行人需掌握的超声影像数据采集操作技术;执行人在超声影像数据存储与记录、诊断过程中需达到的标准和要求5方面的内容。

1.2.3 资料分析和标准构建 结合专家意见和统计学结果,对第1轮问卷进行修改、删减与补充,形成第2轮函询问卷。根据最后一轮咨询结果,基于众数原则,形成超声影像数据采集标准:单选题时,以选择数量最多的为入选标准;多选题时,以选择数量超过50%为入选标准。

2 结果

2.1 社区全科医生的观点与期望 从对本机构参加过超声技术学习的全科医生的一对一访谈结果来看,全科医生对超声技术未来的应用场景持积极态度,认为超声的便捷和即时反馈适合全科执业环境;但对于学习后应用这个技术属于哪一类工作范畴及是否能够收费有一定困扰,这与“如何定位全科医生学习超声技术尚不清晰”有关。定位和工作属性不界定清楚,一方面学习范围无法界定,实际工作中流程无法切分,另一方面也无法确定“如何促使全科医生更快地学习”、放在哪个环节进行患者收费或者绩效补助。社区全科医生对未来全科医生使用便携式超声在社区开展慢性病筛查的观点见表1。

2.2 社区超声医师的观点与期望 超声医师一开始否定全科医生参与超声技术,认为时间保障上不可行,但在访谈过程中了解到全科医生的态度反馈后,认为可以试试,作为判断居民或患者是否有必要进一步行超声检查前的筛查动作,不属于医疗范畴,而是初筛或初步排查;这样一来,就无法收费,全科医生是否还有积极性?同时,认为全科医生如果学习超声可以从体表的、社区日常管理的病种涉及的器官筛查开始,比如甲状腺和颈动脉,同时指出颈动脉需要花费几倍于甲状腺的时间来学习。社区超声医生对于未来全科医生使用便携式超声在社区开展慢性病筛查的观点见表1。

2.3 综合医院超声医师的德尔菲咨询结果 两轮咨询各回收17份咨询表,所有咨询表填写均完整有效,专家积极系数为100.0%。两轮咨询专家权威程度自评均大于0.7。结合众数原则和第二轮咨询结果,社区超声影像数据采集标准包含5个方面。

2.3.1 社区超声影像数据采集对执行人要求 社区超声影像数据采集对执行人要求为:最低本科学历、临床医学专业、至少从事3年临床工作,具有全科执业医师和超声上岗证,每年至少参加2次继续教育。

2.3.2 执行人开展社区超声影像检查的范围 从检查目

的来看,社区全科医生可参与病变随访、常规体检、疾病诊断等各类目的的超声检查;从检查部位来看,社区全科医生可参与甲状腺、肝脏、脾脏、乳腺、胆囊、胆管、肾脏和输尿管、胰腺、膀胱、前列腺和精囊、子宫、卵巢和双侧附件、腹腔、颈部血管、阴囊和睾丸等部位的检查,且首先应掌握的是肝脏、胆囊、胆管;相关检查部位的适应证以肝脏占位病变、肝硬化、胆囊结石、胆结石、泌尿系结石、急腹症、甲状腺肿大和结节为主,并注意超声检查对严重肥胖和肠道积气患者的局限性。

2.3.3 执行人配备的仪器要求 探头频率包含2~5 MHz和7~10 MHz,彩色多普勒超声仪,可调节深度、探头频率、血流速度标尺、扫查角度等,便携。

2.3.4 执行人需掌握的数据采集操作技术 需要掌握频率调节、焦点调节、成像深度调节等仪器调节技术,坐位、仰卧位、侧卧位等患者体位指导技术,平行滑移、原位侧角、原位旋动等操作手法,横切、纵切、斜切、矢状切、扫切、放大等切面选择技术,以及探头位置的正确摆放。

2.3.5 在数据存储与记录、诊断方面需达到的要求 在数据存储与记录、诊断方面需达到的要求包括图像记录、保存、文字报告书写、诊断分级等内容。

表1 社区全科医生、社区超声医师及综合医院超声医师的观点差异

Table 1 Perspectives on general practitioners' learning ultrasound techniques and applicability of portable ultrasound device in primary care from community general practitioners, community sonographers and general hospital sonographers

分析条目	社区全科医生	社区超声医师	综合医院超声医师
全科医生准入条件和学历要求	准入条件:参与5 d学习班培训的全科医生,年龄30~56岁,达到了从事5年以上临床工作的要求,具有本科学历、全科执业医师资格证书 学习要求:7 d的学习班承受起来有困难,需要针对全科医生开发对应的课程,希望完成此学习班的学习后,能够胜任一定的工作	准入条件:最低本科学历、临床医学专业、至少从事5年临床工作、具有全科执业医师资格证书;超声上岗证是否一定要考,还是看全科医生做什么 学习要求:即使是仅实施免费初筛环节,一个器官至少学习6个月,并且要到超声室跟着打一定数量的报告	准入条件:最低本科学历、临床医学专业、至少从事3年临床工作、具有全科执业医师资格证书和超声上岗证 学习要求:获得超声上岗证,每年应至少参加2次相关继续教育
全科医生可操作范围及达到的目的	可操作范围:能使用便携的设备,方便触及且没有太多风险的器官 目的:只采集数据	可操作范围:先学习甲状腺、颈动脉;两者中,先学习甲状腺 目的:筛查	可操作范围:应做尽做,先学习肝脏、胆囊、胆管 目的:初步诊断
全科医生超声数据采集、存储、传输、诊断的要求水准	数据采集环节:在数据的采集环节,特别是判断环节,设备自身能实现智能化,全科医生只要掌握扫查手法即可 数据存储、记录、传输:要求机器实现自动化 诊断:初步判断并口头告知有无异常,不出具具有法律意义的筛查及诊断报告	数据采集环节:应包含超声检查所见、印象、提示等的描述 数据存储、记录、传输与诊断:应向就诊/体检居民报告超声初筛结果,告知有无异常,是否需要到中心超声影像科接受复查。应将超声检查过程中所采集的就诊/体检居民图像信息,以及超声初筛报告单,一并通过院内办公室自动化(OA)系统传递给中心超声医师。由超声医师对所收到图像信息的合格与否进行判定,并结合就诊/体检居民复查结果,对超声初筛报告单进行判定,并将判定结果通过OA系统反馈给检查医师(全科医生)	数据采集环节:应包含超声检查所见、印象、提示等的描述 记录:(1)观察分析后特征认定;(2)图像中病变(要点)加注释;(3)写出重要观察记录结果;(4)重点指出图像特征 保存:(1)图像连续、全面且清晰完整;(2)具备体现病变周围重要提示性及标志性解剖结构;(3)清晰显示靶器官或者病变整体、局部特征、毗邻关系;(4)病灶整体观,至少3个切面,血流图;(5)图像Dicom格式保留阳性诊断依据;(6)保存阳性图像和有鉴别意义的阴性图像 诊断:报告检查时的发现,出具超声检查后的诊断意见,并要求给出一、二、三、四、五级的相应级别诊断
为下一步推进工作的观点和态度	要完全掌握超声技术很难,希望操作时间和技术难度大幅下降,依托智能化来实现,全科医生做出规范的扫查提供数据可以,其他环节应由设备自身的智能化来补充	超声科、社区居民、社区卫生机构都对全科医生参与有需求,但是学习难度和学习成本、未来这一环节的收费、对全科医生形成挑战;甲状腺全科医生可以先做	专家圈出了超声和全科的关系点,就是便携式超声设备的应用。专家提出的其他要求均与对一般超声医师的要求相同;从对服务规范的评价来看,甲状腺服务规范可以应用和推行

2.4 三类人员的观点差异 社区全科医生、社区超声医师和综合医院超声医师三类人群对于未来全科医生使用便携式超声在社区开展慢性病筛查的前景和意义表示认可,但具体实践应该达到的技术水平要求三者之间存在差异:社区全科医生认为依托于互联网及人工智能技术的便携式超声机器和系统应该具备更多的智能性完成超声图像异常的初筛,全科医生只能承担数据采集工作;社区超声医师则认为全科医生应该在超声临床实践投入更多时间、能达到数据采集、存储、记录传输与初步诊断的要求;综合医院超声医师的要求则跟超声医学执业的临床超声医师的实践要求等同,见表1。

3 讨论

3.1 未来全科与超声互动的可能性与可行性 本研究结果显示,目前在社区卫生机构工作的全科和超声从业人员基于对社区卫生和全科执业现状的了解,能够洞察到超声技术未来对于全科医生的价值,同时也洞察到全科医生的执业环境为超声技术带来的更广阔的使用空间。全科医学一向是一个为满足百姓需求和因医疗人才缺口而随时迎难而上补位的学科。从无到有,建立全科医学^[14];从满足居民需求发展中医技术,进而开展“西学中”^[15-16];从儿科医师短缺,进而培养全科儿科医师^[17],全科本身就是一个“一专多能、兼收并蓄”的学科,因此,吸收超声技术并不存在理念上的困难。唯一的区别在于,超声医师是一个很重操作、不同于其他临床诊疗专业的学科,这对全科医生的动手操作能力提出了一定的挑战;其次则是超声医师自身的理念转换,超声医师作为临床医学背景的、掌握超声技术的医师型人才,又在医技的功能性科室从事诊断而无临床处置的工作,本身对于临床业务科室有一定隔阂,如今,对于临床业务科室学习本学科技能,还拥有临床处置权,心态上是否能“开放式拥抱”是挑战之一。然而,如果能创新性思考全科医生学习超声技术和学会后应用超声技术的定位,从跨专业交叉融合角度拓宽超声医学学科发展,进而弥合两个学科之间的隔阂甚至有机融合和整合,就有望出现双赢的局面。

3.2 社区全科医生学习与实践超声的思考及实施建议

从上述问题发起、探究过程及研究结果结论可以看出,理想积极,现实多困难。随着研究的推进,技术细节渐进明细,社区全科医生呈现出热情明显渐减,而社区超声医师的信心和积极性则在上升,这一定程度上预示着未来还存在推进的空间。但此过程中,需要学科建设者优先考虑超声技术引入全科医学中超声探查的应用实施环节与当前家庭医生制度、全科医生签约服务等衔接问题,如果不能尽快明确、厘清超声探查技术对于全科医生更好完成工作的价值和后续考核上的操作细节,模糊的积极性将无法驱动全科医生真正接纳超声探查技

术,这是后续研究的重中之重。

要将跨学科的技术引入全科,首先是因为更贫瘠的土壤而对技术提出了更高的要求,其次是全科引发的技术要求,不是对技术原来的核心原理的要求,而是对技术吸纳其他领域技术实现全科医学土壤所需要的信息传输无障碍、读取判断智能化的其他技术领域的要求,这与颠覆传统市场的都是外来者的原理一致^[18],当一个技术放入新的场景,对其要求不再是原来的技术要求,而是新场景适应激发的新需求和要求,这也是难以在传统超声医师经验中获取可被全科吸收的经验道理。不同学科对技术的需求点完全不同,传统学科聚焦超声技术本身,全科医学倚重技术内核之外的如装置形态、数据存储传输、自动判断等类似于技术外部的传送带的部分。这提示在后续的学科建设中,传统技术用于新场景,新场景才是定标技术关键点的决策依据,并积极吸纳技术关键点对应的专家来加入学科建设,以本次超声为例,5G技术、图像处理技术、人工智能技术的专家应是纳入咨询的对象^[19],可能会提供更积极的意见、观点和解决方案,带来更大的发展机遇。跨界融合创新^[20],看来不是一句口号,而是一个本质的技术要求和需求。

此外,再次纵览整个学科建设过程及其呈现出来的全科吸纳其他技术或其他技术引入全科的特征,可以发现任何技术嫁接进全科业务时,必须充分考量技术的时间长度、技术难度和风险程度^[21],让全科医生操作的部分以上三点越低,就越有可操作性。这对便携式超声设备提出了更高的要求,也即主观上就不能依赖于全科医生来学习、承接、消化和推广技术,将学习成本和运营成本转嫁到全科医生和社区卫生服务机构,而是必须要求技术本身本着减负增效的逻辑进行相应的完善。未来需要政府卫生主管部门开发针对性的亚专业强化技能培训来实施完成,需要组织相关全科临床医学专家、全科教学专家和临床超声医学专家共同制定全科医生超声实践技能强化培训的培训模块及各部分细致培训内容,建立综合性考核评价机制,对于经过评定达到要求的全科医生才可以执业相应的亚专科,执业后同样需要定期追踪培训的效果,主要针对技能的评定,以操作技能考核为主,也可附带参考全科医生与此相关的临床工作绩效、科学研究项目、获得的荣誉和奖励等作为考核的内容,从而长期保持培训及实践的效果。当前我国住院医师规范化培训已经全面普及,上述的亚专业强化技能培训可以考虑整合嵌入全科医师规范化培训,即能否考虑在全科住院医师规范化培训阶段增加一年左右(需要深入研究所需课程和时间)的超声医学科住院医师规范化培训,以同时获取超声医学范围的执业资格证书^[22]。两张证书的颁发,不仅能吸引更多的医学生从事全科,也能极大程度解决超声人才缺乏的问题,更是将超声技术充分应用于基层医疗的有效促进手段。在为基层赋

能的同时,也给社区居民创造更多便利,有益于健康促进。另一方面,正如本文前言中所述,超声技术的发展,也使得超声医师人才从原来狭隘的诊断环节,逐步进入借助超声技术进行治疗的环节^[23],如果能不断加快超声医师和超声团队发展超声介入治疗而成为真正的独立临床学科,那么,超声学科新的广阔天地也会引发超声医师在其他交叉学科领域构建和驻扎自己的同背景团队,为未来的发展结盟联谊,进而支持全科向超声的发展。

作者贡献:黄国倩、张韬负责文章的构思与设计、论文的修订;傅晓红、贾琪熙、赵峰负责研究的实施与可行性分析、统计学处理、结果的分析与解释;贾琪熙负责数据收集;贾琪熙、张韬负责数据整理;傅晓红撰写论文;张韬负责英文的修订、文章的质量控制及审校,并对文章整体负责,监督管理。

本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 赵冬蕊. 社区医院超声医师培养现状浅析[J]. 影像研究与医学应用, 2019, 3(22): 254-255.
- [2] 全科之窗. 规范、循证、需要、精准——《社区超声医学学科建设专题学习班》[EB/OL]. (2018-06-06) [2020-01-07]. <https://mp.weixin.qq.com/s/uJ9VELMWR5oKsUZdAjYdoQ>.
- [3] COLAIZZI P. Psychological research as the phenomenologist views it [M] // VALLE RS, KING M. Existential phenomenological alternatives for psychology. New York: Oxford University Press, 1978: 487.
- [4] 中国医师协会超声医师分会. 二级医院超声质量控制指南(试行稿) [Z]. 2014.
- [5] 中国医师协会超声医师分会. 三级医院超声质量控制指南(试行稿) [Z]. 2014.
- [6] CARDIM N, DALEN H, VOIGT J, et al. The use of handheld ultrasound devices: a position statement of the European Association of Cardiovascular Imaging (2018 update) [J]. European Heart Journal Cardiovascular Imaging, 2019, 20(3): 245-252. DOI: 10.1093/ehjci/jej145.
- [7] The use of handheld ultrasound devices—an EFSUMB position paper [EB/OL]. (2019-04-25) [2020-10-03]. <https://max.book118.com/html/2019/0425/7130062114002022.shtm>.
- [8] 华扬, 高山, 吴钢, 等. 经颅多普勒超声操作规范及诊断标准指南[J]. 中华医学超声杂志: 电子版, 2008, 5(2): 2-6. DOI: 10.3969/j.issn.1672-6448.2008.02.002.
- [9] 徐蔚海. 经颅多普勒超声的操作规范——从“破”到“立” [J]. 中华医学杂志, 2017, 97(39): 3041-3042. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0376-2491.2017.39.001.
- [10] 中华医学会. 临床技术操作规范超声医学分册 [M]. 北京: 人民军医出版社, 2007.
- [11] 中国医师协会神经内科医师分会神经超声专业委员会, 中华医学会神经病学分会神经影像协作组. 中国神经超声的操作规范(一) [J]. 中华医学杂志, 2017, 97(39): 3043-3050. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0376-2491.2017.39.002.
- [12] 中国医师协会神经内科医师分会神经超声专业委员会, 中华医学会神经病学分会神经影像协作组. 中国神经超声的操作规范(二) [J]. 中华医学杂志, 2017, 97(41): 3208-3212. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0376-2491.2017.41.003.
- [13] 中国医师协会神经内科医师分会神经超声专业委员会, 中华医学会神经病学分会神经影像协作组. 中国神经超声的操作规范(三) [J]. 中华医学杂志, 2017, 97(43): 3361-3370. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0376-2491.2017.43.001.
- [14] 于晓松. 新中国成立70年以来中国全科医学发展与展望 [J]. 中华全科医学, 2019, 17(11): 1797-1799. DOI: 10.16766/j.cnki.issn.1674-4152.001058.
- [15] 宁蔚夏. 发展全科医生需要“西学中” [N]. 中国中医药报, 2012-01-06 (003).
- [16] 陶鹰. 从西医向中医延伸的探索——专访北京市昌平区卫健委“西学中培训” [J]. 人口与健康, 2019, 27(11): 35-42.
- [17] 周雪迎, 齐建光, 韩彤妍, 等. 全科医生儿科专业培训的探索与建议 [J]. 中国医刊, 2019, 54(1): 112-115. DOI: 10.3969/j.issn.1008-1070.2019.01.029.
- ZHOU X Y, QI J G, HAN T Y, et al. A pilot project to strengthen training of general practitioners in pediatrics: exploration and suggestions [J]. Chinese Journal of Medicine, 2019, 54(1): 112-115. DOI: 10.3969/j.issn.1008-1070.2019.01.029.
- [18] 张庆普, 周洋, 王晨筱, 等. 跨界整合式颠覆性创新内在机理与机会识别研究 [J]. 研究与发展管理, 2018, 30(6): 93-105. ZHANG Q P, ZHOU Y, WANG C X, et al. Inherent mechanism and opportunity recognition of cross-industrial integrated disruptive innovation [J]. R & D Management, 2018, 30(6): 93-105.
- [19] 刘义源, 吕发勤, 黎檀实. 5G 超声时代来临: 远程超声应用的现状及进展 [J]. 中华医学超声杂志: 电子版, 2019, 16(4): 241-243.
- [20] 曾强. 跨界创新融合发展 [J]. 中华健康管理学杂志, 2017, 11(1): 1-2.
- [21] 江萍, 王洁, 赵琦, 等. 基于家庭医生工作室标化工作量的绩效管理应用研究 [J]. 中国卫生政策研究, 2017, 10(10): 16-22. DOI: 10.3969/j.issn.1674-2982.2017.10.004.
- JIANG P, WANG J, ZHAO Q, et al. Research on performance management based on standardized workload of family doctor studio [J]. Chinese Journal of Health Policy, 2017, 10(10): 16-22. DOI: 10.3969/j.issn.1674-2982.2017.10.004.
- [22] 杨爽, 林雅杰, 刘宏武, 等. 超声医学基地住院医师规培教学实践及探索 [J]. 中国继续医学教育, 2020, 12(13): 60-62. DOI: 10.3969/j.issn.1674-9308.2020.13.025.
- [23] 中国超声医学走过60年, 潜力无穷但需更多专业人才 [EB/OL]. (2018-10-07) [2020-06-18]. <https://new.qq.com/omn/20181007/20181007B0HIF3.html>.

(收稿日期: 2020-10-15; 修回日期: 2021-03-26)

(本文编辑: 张亚丽)

• 论著 •

《社区全科医生使用便携式超声技术探查甲状腺及颈动脉服务规范》开发



扫描二维码查看
原文 + 培训视频

赵峰¹, 贾瑱熙², 陈悦^{3*}, 张韬^{2, 4*}

【摘要】 背景 社区全科医生对学习超声技术有一定兴趣,但需要结合全科医生的社区工作场景和学科背景为其开发能帮助其快速、有效、高效学习的工具。**目的** 开发一套简易的、适合社区全科医生使用的、用于指导规范使用便携式超声初筛式探查体表两个器官(甲状腺和颈动脉)的超声探查服务规范。**方法** 于2019年10月,通过个人深度访谈,形成探查流程,指导后续服务规范范围的框定;根据前一步确定的社区全科医生执行超声探查的流程,查阅相关文献,进行内容梳理,形成社区全科医生使用便携式超声技术探查甲状腺及颈动脉服务规范初稿;交参与前一轮流程开发的全科医生审核,形成审核后版本;组织项目组成员召开小组会议专题研讨,针对服务规范进行分块审核并修订,形成终稿。**结果** 形成社区全科医生使用便携式超声技术探查甲状腺及颈动脉服务规范各一份,社区全科医生对于规范中规定的需要进行的数据采集和判断工作感到焦虑,社区超声医师对社区全科医生执行服务规范中的内容有信心,但认为该服务能否收费会直接影响全科医生参与和持续参与的积极性。**结论** 从修订意见反馈数量来看,第一轮文本基本达到制定目的,最终文本有应用价值。从服务规范修订过程中社区全科医生和社区超声医师的反馈来看,技术难度和工作绩效是未来落地执行的关键。执行过程中的时间消耗和漏筛带来的风险也是需要考虑的问题。总之,满足和推进社区全科医生对超声技术的兴趣,首先,选择适合全科医生开展超声探查的部位是关键,需要考虑社区执业场景、技术操作时间、难度和风险;其次,进一步推行时,需要考虑绩效补贴及如何与家庭医生制度工作相结合。

【关键词】 社区卫生服务;全科医生;超声探查;甲状腺;颈动脉;服务规范

【中图分类号】 R 197 **【文献标识码】** A DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.151

赵峰,贾瑱熙,陈悦,等.《社区全科医生使用便携式超声技术探查甲状腺及颈动脉服务规范》开发[J].中国全科医学,2021,24(22):2838-2843. [www.chinagp.net]

ZHAO F, JIA Z X, CHEN Y, et al. Development of the specifications for community general practitioners to screen for thyroid and carotid diseases using the portable ultrasound device [J]. Chinese General Practice, 2021, 24(22): 2838-2843.

Development of the Specifications for Community General Practitioners to Screen for Thyroid and Carotid Diseases Using the Portable Ultrasound Device ZHAO Feng¹, JIA Zhenxi², CHEN Yue^{3*}, ZHANG Tao^{2, 4*}

1.Department of Ultrasound, Pudong New Area Guangming Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 201300, China

2.Department of Ultrasound, Pudong New Area Jinyang Community Health Center, Shanghai 200136, China

3.Department of Ultrasound, Huadong Hospital Affiliated to Fudan University, Shanghai 200040, China

4.Medical Affairs Department, Pudong New Area Jinyang Community Health Center, Shanghai 200136, China

*Corresponding authors: CHEN Yue, Chief physician, Master supervisor; E-mail: ultrasound_chen@126.com

ZHANG Tao, Chief physician; E-mail: jysqzhangtao@126.com

【Abstract】 Background Community general practitioners (GPs) with interests in learning ultrasound techniques need a tool with applicability in settings and academic disciplines to help them learn the techniques quickly, effectively, and efficiently. **Objective** To develop a set of simple guide specifications applicable for community GPs to screen for diseases of two external organs of human body (thyroid and carotid) using the portable ultrasound device in a standardized way. **Methods**

We conducted this study in October 2019. By using in-depth, semi-structured interviews, we formulated the framework of specifications for community GPs to screen for thyroid and carotid diseases using the portable ultrasound device, and used it to develop the draft of the specifications by use of literature review, then revised it according to the review of GPs participating in the development, and revised it again according to the results of expert consultation to produce the final version. **Results** Two

基金项目:浦东新区卫生系统领先人才培养计划(PWR12017-05);上海市卫生健康委员会科研课题(202040022)

1.201300 上海市浦东新区光明中医医院超声科 2.200136 上海市浦东新区金杨社区卫生服务中心超声科 3.200040 上海市,复旦大学附属华东医院超声科 4.200136 上海市浦东新区金杨社区卫生服务中心院部

*通信作者:陈悦,主任医师,硕士生导师;E-mail: ultrasound_chen@126.com 张韬,主任医师;E-mail: jysqzhangtao@126.com

本文数字出版日期:2021-05-21

set of specifications were developed, one for thyroid screening, and the other for carotid screening. The community GPs were anxious about the data collection and assessment required by the specifications. The community sonographers believed that they could perform practices well according to the specifications, but they thought that whether it is a paid service or not would directly affect GPs' enthusiasm in the delivery and long-term delivery of such services. **Conclusion** The feedbacks for the development indicated that the first revised version of the specifications met the goals of development, and the final version is applicable. In the opinion of community GPs and sonographers involved in the development, the technical difficulty in delivery such services and performance measurement are closely associated with the application of the specifications. In addition, time consuming and missed diagnosis in the delivery are also issues to be considered. In short, to help GPs develop their interests in learning ultrasound techniques, one key is to select suitable body parts to be screened by GPs with settings, time consuming, technical difficulty, and risk in the implementation taken into account, and there is also a need to consider performance subsidy and ways for integrating the implementation of these services with the family doctor system.

【Key words】 Community health services; General practitioners; Ultrasonography; Thyroid; Carotid artery; Service specifications

在前期获悉社区全科医生有意愿参与超声技术学习,并邀请社区超声医师基于对超声技术的了解和对社区全科同行工作内涵的了解所得出的全科医生可以参与的超声技术操作环节(筛查)和可以优先掌握的超声技术探测部位(甲状腺和颈动脉)的基础上^[1],结合综合医院超声医学科专家提出的行超声检查时的数据记录要求和上传超声探查数据以供超声医师直接给出临床诊断时应达到的数据上传要求^[2],本研究进一步通过焦点小组会议、文献循证及小组会议专题研讨等形式,明确了全科医生在超声诊断技术中可执行的技术环节,以及可以优先掌握的两个代表性部位的超声探测技术所需掌握的基础知识和操作规范,最终形成《社区全科医生使用便携式超声技术探查甲状腺及颈动脉服务规范》。

1 对象与方法

1.1 半结构化访谈 为进一步清晰梳理社区卫生服务场景中超声检测的全过程,并清晰界定全科医生可以参与执行的环节,确保做好上下游的无缝衔接,于2019年10月对1名社区超声医师(年龄48岁,女,执业年限16年,社区卫生服务中心超声科主任)进行个人深度访谈。访谈内容为:就目前的全科医生工作场景,你认为全科医生应该如何将超声筛查嵌入日常的业务流程?访问者为项目小组的2名科研秘书,访谈时间为48 min。访谈完成后,对访谈结果进行整理,并发送给前期接受访谈的6名社区全科医生(年龄33~57岁,男2名、女4名,执业年限6~34年),要求3 d内反馈意见。与超声科主任沟通社区全科医生的反馈意见,并对可行性建议进行补充。最终,将修订后的访谈结果绘制成流程图。

1.2 文献循证 根据绘制出的全科医生参与超声技术相应环节流程图,结合超声技术领域专业教科书、工具书、相关指南、标准及专家共识等^[3-27],吸收新一轮综合医院超声医师的意见和建议,编制结构化的供社区全科医生使用的《社区全科医生使用便携式超声技术探查甲状腺及颈动脉服务规范》。

参与人:社区超声医师1名,年龄48岁,女,执业年限16年;社区全科医生3名,年龄33~45岁,女,执业年限6~18年;项目小组科研秘书2名。

实施过程:(1)建立服务规范目标、框架,进一步确定可参考的文献;(2)由项目小组科研秘书在社区超声科主任指导下完成服务规范的编制初稿;(3)将初稿交予参加前一轮流程反馈的全科医生审核,对是否能看懂文本描述进行反馈,根据反馈意见进行修订,以确保文本的表面效度;(4)由机构超声医师审核修订后的文本,对是否有错误进行反馈,根据反馈意见进行修订,以确保文本的内容效度;(5)最终形成服务规范一审版本。

1.3 小组会议专题研讨 针对服务规范一审版本,召集项目小组会议为形成终稿而进行专题研讨。

参与人:社区超声医师3名,年龄41~48岁,女2名、男1名,执业年限10~16年;社区全科医生3名,年龄33~45岁,女,执业年限6~18年;项目小组科研秘书2名。

实施过程:现场就明确服务规范的使用对象、使用目的,内容的科学性、完整性和表达精确性等,逐一主题沟通探讨,直至形成修订意见,最终交由项目小组科研秘书进行汇总和修订,并再次邮件发送相关参与者进行确认和再次反馈。如涉及较大改动,超出之前讨论范围的,再次召集小组会议,如只是细节的补充,由科研秘书直接采纳意见,再次修订版本,直至没有新增意见,最终形成机构内部的服务规范。

1.4 质量控制 实施单位为社区卫生机构超声医学专委会主任委员所在单位,参与本次调研、文献整理和后期研讨的相关成员及全科医生均参加了5 d的国家级继续教育班,以及后期机构内部开展的关于超声医学继续教育内容;社区超声医师每周均参加1次内部学习。本研究所在机构全科医生及超声医师人均及总量对于超声技术的知识和技能储备程度在上海排名前列,一定程度上保障了服务规范在社区卫生机构层面的代表性和可借鉴性。

2 结果

2.1 全科医生可参与的实施环节 梳理出来的全科医生可参与实施环节见图1, 报告单中需要客观记录的内容包括: (1) 个人就诊信息、病史信息等基本部分; (2) 与实施本次筛查相关的主诉及实验室检查结果等筛查依据部分; (3) 全科医生行超声筛查后收集到的相关数据及可能的结果提示等结果部分。这三部分内容由全科医生收集并记录, 留存在就诊系统的数据库中。客观记录过程中, 全科医生需要进行的核心工作任务为: (1) 向就诊对象介绍医师将使用超声设备了解其病情相关情况(如无法获得对方支持, 过程终止, 且不在系统中留下记录); (2) 在看诊对象同意后行超声初筛; (3) 完成信息的填写后, 针对填写的提示结果向就诊对象提供下一步的建议; (4) 出现阳性指征时, 如就诊对象同意复查, 将本次筛查信息对应的超声数据进行上传。

2.2 内部审核及小组会议专题研讨过程中收集到的核心修订建议 共收到来自5人的10条反馈, 收集到的意见分为两类: 临床信息修订类、个人对技术的疑问和担忧类。

临床信息修订共4条: 2条来自全科医生, 如甲状腺增加峡部探查, 增加就诊者的身高、体质量, 均是为了获得更多就诊者信息, 以辅助判断; 2条来自超声医师, 分别是纠正部位表述问题, 认为服务规范全面详细。

个人对技术的疑问和担忧共6条。来自全科医生5条: (1) 颈动脉增加考量标准辅助对结果的判断; (2) 机器会否自行判读; (3) 锁骨下动脉太难; (4) 采集数据还好, 但是出判断结果很难; (5) 出诊断结果全科医生有权限吗? 均属于对技术掌握的焦虑, 对于要判断结果, 信心不足。来自超声医师1条: 如果能做到筛查, 对机构和居民都很好, 但对全科医生的挑战不小, 见表1。

2.3 最终形成的《社区全科医生使用便携式超声技术

探查甲状腺及颈动脉服务规范》经项目小组成员一致审核通过而生成的服务规范目录及要点见表2。甲状腺探查和颈动脉探查使用相同的体例, 颈动脉由于是血管聚集区, 其探查技术较甲状腺更为复杂。

3 讨论

3.1 全科医生在超声技术应用中的角色可定位为筛查, 但具体落实时仍将面对挑战 从流程图可以看出, 经过讨论, 最终将全科医生在超声技术应用中的角色定位为筛查, 故而最终的服务结果是形成上述的社区卫生服务中心超声初筛报告单, 这对全科医生参与超声技术的积极性形成挑战。同时, 即便仅是初筛, 报告单中也需

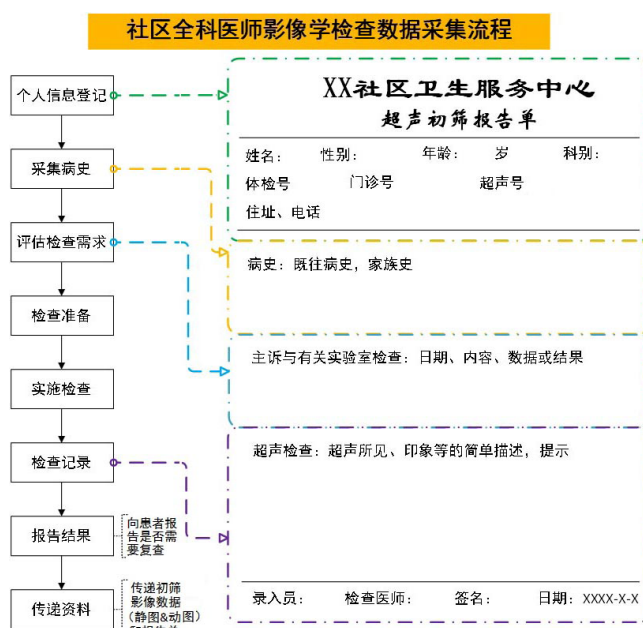


图1 社区超声技术中全科医生可参与的实施环节

Figure 1 Community-based ultrasound services can be delivered by general practitioners

表1 内审与定稿探讨会中收集到的反馈意见

Table 1 Feedbacks collected in discussions for internal review and finalization

成员	甲状腺探查 服务规范建 议修订内容	颈动脉探查服务规范建议修订内容	对两份规范改进均有用的意见
社区 超声 医师	无	因为斑块易发部位有无名动脉分叉处、锁骨下动脉起始段、颈总动脉分叉处、颈内动脉及颈外动脉起始段, 所以颈动脉检查会常规重点关注这些部位, 有阳性发现的必需留图。而颈动脉球部实际临床报告中很少用到, 其位置其实就是颈动脉分叉处, 有时也称为颈动脉窦部, 临床报告书写中最常用的还是颈动脉分叉处	(1) 两份超声检查数据采集服务规范, 无论从采集流程、检查要求还是评价标准等都非常全面, 内容丰富, 详细到位 (2) 如果可以在社区筛查中普及的确可以进一步满足社区居民对于医疗卫生服务的需求, 同时也给从事一线临床工作的全科医生提出了更高的要求
社区 全科 医生	全科医生乙的意见: 甲状腺腺的检查加峡部	全科医生甲的意见: 颈动脉探查可以加一下内中膜厚度增厚的标准 全科医生乙的意见: 对于锁骨下动脉超声检查需要全科医生来做可能太难, 应该由超声医师介入	全科医生乙的意见: “频谱形态”是自己出来的吗? 如何操作? 这些狭窄如何操作和测量? 也是机器自己会跳出来的吗 全科医生丙的意见: (1) 文末提到最后要出筛查报告, 但是目前由于专业注册的问题, 全科医生不具备出报告的资质, 此处是否有执业方面的问题; (2) 目前只是朝着训练全科医生采集图像, 有异常后面会电话通知, 全科医生现场不能够、也没有能力出诊断, 这个标准感觉对目前全科医生来说太专业、难度和要求太高, 目前要马上推广实施的话做不到 全科医生丁的意见: 建议加上就诊者的身高、体质量信息

要客观记录结果 2.1 中所述 7 条信息,且整个流程上述 8 个环节不可缺失。这样一来,如果看诊对象最终送至社区超声科复查,全科医生将在此前花费 5~8 min 完成 8 个环节的一一落实,这对全科医生当前的工作习惯及节奏^[28-29](出诊时与访视对象接触的总时长、门诊上与就诊患者接触的总时长)、工作负荷,都是一种很大的考验。没有相应的技术保障、激励保障、家庭医生制度工作开展基础,所学技能可能难以落到实处应用,除非不断压缩精简流程,控制最小时长,或者由全科医生助手进行^[30]。

表 2 社区全科医生使用便携式超声技术探查甲状腺及颈动脉服务规范目录及要点

Table 2 Inventory and key points of the specifications for community general practitioners to screen for thyroid and carotid diseases using the portable ultrasound device

条目	甲状腺探查	颈动脉探查
基本结构	前言(Ⅱ) 社区甲状腺超声检查数据远程采集服务规范(1) 1 范围(1) 2 规范性引用文件(1) 3 术语和定义(1) 3.1 甲状腺(1) 4 社区甲状腺超声检查数据采集流程与要求(2) 4.1 个人信息登记(3) 4.2 采集病史(3) 4.3 评估检查需求(3) 4.4 检查准备(4) 4.5 实施检查(4) 4.6 检查记录(5) 4.7 报告结果(5) 4.8 传递资料(6) 参考文献(7)	前言(Ⅱ) 社区颈动脉超声检查数据远程采集服务规范(1) 1 范围(1) 2 规范性引用文件(1) 3 术语和定义(1) 3.1 颈总动脉(1) 3.2 颈内动脉(1) 3.3 颈外动脉(1) 3.4 椎动脉(2) 3.5 无名动脉(2) 3.6 颈动脉球部(2) 4 社区颈动脉超声检查数据采集流程与要求(3) 4.1 个人信息登记(4) 4.2 采集病史(4) 4.3 评估检查需求(4) 4.4 检查准备(5) 4.5 实施检查(5) 4.6 检查记录(7) 4.7 报告结果(7) 4.8 传递资料(7) 附录 A 颈内、外动脉的鉴别(8) 附录 B 颈动脉、椎动脉狭窄评价标准(9) 参考文献(10)
全文字数	3 163 字	4 200 字
核心要点	形态和血流	血流和各种血管形态

注:括号中罗马数字和数字为文件在报标准时的页码

3.2 内部审核及小组会议专题研讨过程中收集到的核心修订建议 服务规范审修过程收集到的意见共来自 5 人 10 条,收集到的意见分为两类:临床信息修订类,个人对技术的疑问和担忧类,分别有 4 条和 6 条。一方面说明服务规范本身考虑较为健全,没有太多增删补改;另一方面也说明,从业者的主观忧虑大于超声技术的客观限制。具体来说,随着参与超声技术所要掌握和执行的细节逐步清晰化,全科医生对自己的技术焦虑在升级,超声医师对全科医生实际要开展部分胜任与否的焦虑在下降,也即尽管全科医生最先积极反馈,但也更容易因为行业的差异而

产生退缩心态,反之,有技术背景的超声医师更关注全科医生的心态,认为只要有兴趣,技术上的难度有望通过分类分步逐一解决。这提示后续的推进工作将充满挑战。全科医生自身的积极性将成为能否成功推行的决定性要素,而超声医师作为重要的带教者,再获益逐步凸显,带教技术难度不断下降过程中,积极性逐步上升。未来如何把握两个群体的状态,形成良性互动是关键。

3.3 所形成的《社区全科医生使用便携式超声技术探查甲状腺及颈动脉服务规范》两份服务规范最终获得项目小组成员的一致审核通过,可见服务规范并没有创造新内容,其核心价值在于将专业深奥的内容进行跨专业、场景化的可操作性解读,使得全科医生能够理解其中的内容,并很好地遵照服务规范执行,以确保数据采集质量和整个服务质量,应用的成效如何?有待进一步研究报道。但就两份服务规范内容来看,社区超声医师选择的两个器官在契合全科医生重点工作内容和日常工作场景的同时,更是两个非常有技术代表性的超声器官。首先,超声探查为全科医生提供的信息,从技术上来讲,一是器官的(正常)相对位置,二是器官的(正常)形态,三是器官的(正常)血流,超声探查的核心在于精准把握这些数据,而全科医生在操作超声并试图完成初筛时,也是从以上 3 个方面进行研判和分析,通过识别正常区间来发现异常情况。其次,超声技术探查的人体器官根据形态类型大致可分为两大类,器质性为主的器官和血流型为主的器官,甲状腺是较有代表性的器质性为主的器官,颈动脉是较有代表性的血流型为主的器官,器官的结构决定了超声设备的扫描路径和后续报告内容的要点,掌握了这两个有代表性的器官,将有助于全科医生快速学会其他器官的探查、数据分析和初步报告出具。最后,甲状腺病变和颈动脉病变在疾病早期发现,对于后续防治有较高的提示价值,而一旦因各种原因出现漏筛,给被筛查对象造成的伤害轻于其他器官筛查误判带来的伤害。加之甲状腺病变防治近年来开始在社区推行^[31],而心脑血管疾病防治在社区推行已久^[32],全科医生在签约和首诊时的超声探查增加被筛查对象重视程度之获益客观存在,而一次的筛查阳性漏检,有望很快在后续在社区体检和常规检查中得以纠正^[33]。因此,从安全性上,全科医生进行签约对象的甲状腺和颈动脉超声探查也是可行的和值得推行的。

综上所述,基于本研究设计的开发流程,梳理出来的服务规范获得参与各方的认可,适合全科医生开展甲状腺和颈动脉超声初步探查时参考使用;但服务规范展示的相关信息,从时间消耗到技术难度和风险,都引发了全科医生群体的焦虑;同时也启示了后续推进工作的难点和主要突破点。难点在于,如何让全科医生有积极性推进?突破点在于,升级技术、压缩时长及考虑全科

助理来实施;改进教学方案,不断开发更适合全科的教学方案,压缩学习成本;将超声筛查与家庭医生工作相结合,使得筛查环节成为提升家庭医生工作绩效的一种方法,使得全科医生愿意去执行。

作者贡献:陈悦、张韬负责文章的构思与设计;贾瑱熙、陈悦、张韬负责文章的可行性分析;贾瑱熙负责文献/资料收集;贾瑱熙、张韬负责文献/资料整理;赵峰、贾瑱熙撰写论文;陈悦、张韬负责论文的修订;张韬负责英文的修订、文章的质量控制及审校;陈悦对文章整体负责,监督管理。

本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 傅晓红,贾瑱熙,赵峰,等.全科医生与专科医生对全科医生学习超声的观点差异及未来便携式超声向基层普及的意见与建议[J].中国全科医学,2021,24(22):2832-2837. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.149.
- FU X H, JIA Z X, ZHAO F, et al. General practitioners' learning ultrasound techniques and future applicability of portable ultrasound device in primary care: perspectives from general practitioners and sonographers [J]. Chinese General Practice, 2021, 24 (22): 2832-2837. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.149.
- [2] 宋焯,赵峰,陈明,等.《社区全科医生使用便携式超声技术探查甲状腺及颈动脉服务规范》的 AGREE 工具评价结果与应用建议[J].中国全科医学,2021,24(22):2843-2849. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.150.
- SONG Y, ZHAO F, CHEN M, et al. Specifications for community general practitioners to screen for thyroid and carotid diseases using the portable ultrasound device: quality evaluation using AGREE II and recommendations [J]. Chinese General Practice, 2021, 24 (22): 2843-2849. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.150.
- [3] CARDIM N, DALEN H, VOIGT J, et al. The use of handheld ultrasound devices: a position statement of the European Association of Cardiovascular Imaging (2018 update) [J]. European Heart Journal Cardiovascular Imaging, 2019, 20 (3): 245-252. DOI: 10.1093/ehjci/jej145.
- [4] The use of handheld ultrasound devices: an EFSUMB position paper [EB/OL]. (2019-04-25) [2020-10-03]. <https://max.book118.com/html/2019/0425/7130062114002022.shtm>.
- [5] 中华医学会.临床技术操作规范超声医学分册[M].北京:人民军医出版社,2007.
- [6] 中国医师协会超声医师分会.二级医院超声质量控制指南(试行稿)[Z].2014.
- [7] 中国医师协会超声医师分会.三级医院超声质量控制指南(试行稿)[Z].2014.
- [8] 刘平,寇韬,魏杰.“甲状腺结节和分化型甲状腺癌的诊断治疗指南”评介[J].中外医学研究,2019,17(8):180-181. DOI: 10.14033/j.cnki.cfmr.2019.08.087.
- [9] 中国超声医学工程学会浅表器官及外周血管专业委员会.甲状腺及相关颈部淋巴结超声若干临床常见问题专家共识(2018版)[J].中国超声医学杂志,2019,35(3):193-204. DOI: 10.3969/j.issn.1002-0101.2019.03.001.
- [10] 中华医学会检验分会,卫生部临床检验中心,中华检验医学杂志编辑委员会.甲状腺疾病诊断治疗中实验室检测项目的应用建议[J].中华检验医学杂志,2012,35(6):484-492. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1009-9158.2012.06.002.
- [11] 中华医学会内分泌学分会《中国甲状腺疾病诊治指南》编写组.甲状腺疾病诊治指南——甲状腺功能减退症[J].中华内科杂志,2007,46(11):967-971. DOI: 10.3760/j.issn.0578-1426.2007.11.032.
- [12] 中华医学超声杂志(电子版)编辑委员会浅表器官学组.甲状腺结节超声诊断规范[J].中华医学超声杂志:电子版,2017,14(4):241-244. DOI: 10.3877/cma.j.issn.1672-6448.2017.04.001.
- [13] 高明.甲状腺结节和分化型甲状腺癌诊治指南[J].中国肿瘤临床,2012,39(17):1249-1272. DOI: 10.3969/j.issn.1000-8179.2012.17.003.
- [14] 中华医学会放射学分会头颈学组.甲状腺结节影像检查流程专家共识[J].中华放射学杂志,2016,50(12):911-915. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1005-1201.2016.12.003.
- [15] 中华医学会内分泌学分会《中国甲状腺疾病诊治指南》编写组.中国甲状腺疾病诊治指南——甲状腺功能亢进症[J].中华内科杂志,2007,46(10):876-882. DOI: 10.3760/j.issn.0578-1426.2007.10.035.
- [16] 中华医学会内分泌学分会,《中国甲状腺疾病诊治指南》编写组.中国甲状腺疾病诊治指南——甲状腺疾病的实验室及辅助检查[J].中华内科杂志,2007,46(8):697-702. DOI: 10.3760/j.issn.0578-1426.2007.08.038.
- [17] 中华医学会内分泌学分会《中国甲状腺疾病诊治指南》编写组.中国甲状腺疾病诊治指南——甲状腺结节[J].中华内科杂志,2008,47(10):867-868. DOI: 10.3321/j.issn.0578-1426.2008.10.034.
- [18] NETTER F H.奈特人体解剖彩色图谱(TB)[M].3版.北京:人民卫生出版社,2005:23-31,70-76.
- [19] 中国医疗保健国际交流促进会血管疾病高血压分会专家共识写作组.锁骨下/颈外椎动脉狭窄的处理:中国专家共识[J].中国循环杂志,2019,34(6):523-532. DOI: 10.3969/j.issn.1000-3614.2019.06.002.
- [20] 王伊龙,韩尚容,曹勇,等.中国脑血管病临床管理指南(节选版)——脑血管病高危人群管理[J].中国卒中杂志,2019,14(7):700-708.
- [21] 费菲,焦力群.《中国颈动脉内膜剥脱术指导规范》“划重点”解读和更新预告[J].中国医药科学,2018,8(22):11-14.
- [22] 中华医学会外科学分会血管外科学组.颈动脉狭窄诊治指南[J].中国血管外科杂志:电子版,2017,9(3):169-175. DOI: 10.3760/cma.j.issn.2096-1863.2017.02.003.
- [23] 黄志芳,陈明,王超,等.颈总动脉内中膜增厚患者低壁面剪应力分布的探讨[J].中华超声影像学杂志,2013,22(3):208-212. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1004-4477.2013.03.009.
- [24] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组.中国头颈部动脉粥样硬化诊治共识[J].中华神经科杂志,2017,50(8):572-578.
- [25] 中国医师协会神经内科医师分会神经超声专业委员会,中华医学会神经病学分会神经影像协作组.中国神经超声的操作规范(一)[J].中华医学杂志,2017,97(39):3043-3050.

· 论著 ·

《社区全科医生使用便携式超声技术探查甲状腺及颈动脉服务规范》的 AGREE 工具评价结果与应用建议



扫描二维码查看
原文 + 培训视频

宋焱¹, 赵峰², 陈明^{3*}, 张韬^{4*}

【摘要】 背景 为了让社区全科医生高效高质量地掌握使用便携式超声技术进行甲状腺和颈动脉的初步超声探查技术,开发了社区全科医生使用便携式超声技术探查甲状腺及颈动脉服务规范。**目的** 选择临床指南研究与评价工具 (AGREE II) 对服务规范进行评价,精准、全面、结构化地获取相关专家意见,以进一步改进服务规范的质量。**方法** 2019年12月,以 AGREE II 工具为基础,结合本次评价目的,对工具进行一定的场景适应性修订,邀请社区和综合医院专家5名,使用修订后的 AGREE II 工具对服务规范进行评价。**结果** 专家总体给出了较高的分数,单个条目得分均在4分以上 (满分7分),平均得分均在5分以上,颈动脉服务规范的得分低于甲状腺服务规范,1名专家认为难以评分而放弃对颈动脉服务规范进行评分。**结论** 专家可能给出了较高的评价分数,根据评价结果,甲状腺服务规范质量较高并可推行应用,颈动脉服务规范得分相对较低,且专家对后续推进的可行性给出了较低分数,暂不建议推行。从评价过程和评价结果来看,AGREE II 工具适合用作评价范围的指导,但对于内容本身的评价,建议使用效度理论对文本每段内容逐条进行评价,以深度收集专家意见,提升文本质量。

【关键词】 社区卫生服务;全科医生;超声探查;甲状腺;颈动脉;服务规范;评价;AGREE II

【中图分类号】 R 197 **【文献标识码】** A DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.150

宋焱, 赵峰, 陈明, 等.《社区全科医生使用便携式超声技术探查甲状腺及颈动脉服务规范》的 AGREE 工具评价结果与应用建议 [J]. 中国全科医学, 2021, 24 (22): 2843-2849. [www.chinagp.net]

SONG Y, ZHAO F, CHEN M, et al. Specifications for community general practitioners to screen for thyroid and carotid diseases using the portable ultrasound device: quality evaluation using AGREE II and recommendations [J]. Chinese General Practice, 2021, 24 (22): 2843-2849.

基金项目:浦东新区卫生系统领先人才培养计划 (PWR12017-05);上海市卫生健康委员会科研课题 (202040022)

1.201318 上海市浦东新区周浦医院超声科 2.201300 上海市浦东新区光明中医医院超声科 3.200120 上海市, 同济大学附属东方医院超声科 4.200136 上海市浦东新区金杨社区卫生服务中心

*通信作者:陈明,主任医师,硕士生导师;E-mail: mingchen1283@vip.163.com 张韬,主任医师;E-mail: jysqzhangtao@126.com

本文数字出版日期:2021-05-21

DOI: 10.3760/cma.j.issn.0376-2491.2017.39.002.

- [26] 中国医师协会神经内科医师分会神经超声专业委员会, 中华医学会神经病学分会神经影像协作组. 中国神经超声的操作规范 (二) [J]. 中华医学杂志, 2017, 97 (41): 3208-3212. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0376-2491.2017.41.003.
- [27] 中国医师协会神经内科医师分会神经超声专业委员会, 中华医学会神经病学分会神经影像协作组. 中国神经超声的操作规范 (三) [J]. 中华医学杂志, 2017, 97 (43): 3361-3370. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0376-2491.2017.43.001.
- [28] 世界家庭医生组织 (WONCA) 研究论文摘要汇编——全科诊所聘用文书对运营成本和工作时间的影响的微观仿真研究 [J]. 中国全科医学, 2018, 21 (28): 3517.
- [29] 于海燕, 魏云, 金光辉, 等. 社区全科医疗门诊患者诊疗和候诊时间调查 [J]. 中华全科医师杂志, 2019, 18 (6): 541-546. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-7368.2019.06.007.
- [30] 李瑶, 冯玫, 王志中. 医务社会工作服务包对全科门诊就诊效率和满意度的影响 [J]. 中华全科医师杂志, 2018, 17 (7): 524-528. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-7368.2018.07.008.
- [31] 许英, 唐岚, 王文红, 等. 上海市花木社区甲状腺癌患者社区管理调查 [J]. 中国初级卫生保健, 2016, 30 (8): 35-36. DOI: 10.3969/j.issn.1001-568X.2016.08.0013.
- [32] 徐琦, 沈节艳, 施榕, 等. 社区中年人群十年缺血性心血管病风险评估及干预效果研究 [J]. 中国全科医学, 2017, 20 (11): 1305-1309. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2017.11.006.
- XU Q, SHEN J Y, SHI R, et al. Ten-year risk assessment of ischemic cardiovascular disease and the intervention effect in middle-age population: a community-based study [J]. Chinese General Practice, 2017, 20 (11): 1305-1309. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2017.11.006.
- [33] 甘雨, 李宇婷, 何春晓, 等. 高龄老年人健康体检及社区卫生服务的实践 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19 (58): 227-228. DOI: 10.19613/j.cnki.1671-3141.2019.58.150.

(收稿日期: 2020-10-15; 修回日期: 2021-03-26)

(本文编辑: 张亚丽)

Specifications for Community General Practitioners to Screen for Thyroid and Carotid Diseases Using the Portable Ultrasound Device: Quality Evaluation Using AGREE II and Recommendations SONG Ye¹, ZHAO Feng², CHEN Ming^{3*}, ZHANG Tao^{4*}

1.Department of Ultrasound, Shanghai Pudong New District Zhoupu Hospital, Shanghai 201318, China

2.Department of Ultrasound, Pudong New Area Guangming Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 201300, China

3.Department of Ultrasound, Dongfang Hospital Affiliated to Tongji University, Shanghai 200120, China

4.Pudong New Area Jinyang Community Health Center, Shanghai 200136, China

*Corresponding authors: CHEN Ming, Chief physician, Master supervisor; E-mail: mingchen1283@vip.163.com

ZHANG Tao, Chief physician; E-mail: jysqzhangtao@126.com

【Abstract】 Background To enable community general practitioners (GPs) to screen for thyroid and carotid diseases using the portable ultrasound device high efficiently and effectively at the community level, we developed the Specifications for Community General Practitioners to Screen for Thyroid and Carotid Diseases Using the Portable Ultrasound Device (hereinafter referred to as the Specifications). **Objective** To evaluate the quality of the Specifications using AGREE II precisely, comprehensively and structurally by experts, to make further improvement. **Methods** In December 2019, for further improving the specifications via situation adaptation, we invited five experts from community and general hospitals to evaluate the specifications using the modified AGREE II. **Results** On the whole, the items of the Specifications were rated high, each was rated higher than four out of seven points, with an average score of higher than five. Compared to the part of thyroid screening, the part of carotid screening was rated lower. And one expert abstained from the assessment for the part of carotid screening. **Conclusion** Overall, the experts rated the Specifications high, but specifically, they recommended the use of the part of thyroid screening owing to higher quality, but did not recommend the use of part of carotid screening presently due to lower quality and feasibility. Our study indicates that the AGREE II is suitable to be used to evaluate practice guidelines. In terms of evaluating the specific contents of such guidelines to improve the quality, we suggest to use the validity theory to perform a thorough item-by-item expert evaluation.

【Key words】 Community health services; General practitioners; Ultrasonography; Thyroid; Carotid artery; Service specification; Evaluation; AGREE II

在前期经过单机构的《社区全科医生使用便携式超声技术探查甲状腺及颈动脉服务规范》开发后,形成了单机构截至2019-12-07的最终版本,为进一步提高服务规范的外部适用性和推广性,拟邀请浦东新区各级医疗机构的超声医学科从业人员对服务规范进行评价,并给出修订意见和建议。

关于评价工具,目前,针对服务规范类、用于指导临床业务开展的文件,依据证据级别,分别有指南、标准、专家共识、规范、参考等类型的综合文本^[1]。其中,临床实践指南是证据级别最高的、可直接指导临床实践的文本,也是强调和推行临床医务人员践行“循证临床”所给到医务人员的工具和手段。临床实践指南的质量保证来源于循证医学思想指导下的、对纳入指南编制的证据的严苛选择,以及对证据进行荟萃综合时标准化的操作流程及透明化的信息披露^[2]。同时,随着对临床实践指南质量的日益重视,学者们发现,单条证据的选择和质量评价可以量化,但对于整个指南生成的过程和结果,仍需结构化的有效工具来指导整个开发过程,以保证指南质量,同时应该对开发过程和结果进行量化的评价,得出各环节分值,以使得临床实践指南的使用者对手中正在参阅的指南质量有一定的把握,在此需求下,临床指南研究与评价工具(AGREE)应运而生^[3-4]。

本研究拟纳入评价的服务规范是证据级别低于指南

的操作指导性文本,其中的证据多来自教科书^[5]、超声专业工具书^[6-8]、专家共识^[9-12]、规范^[13-17]、建议^[18]、指南^[19-25]等,且指导范围较指南更窄,仅用于“探查”这一信息收集环节的指导;指导目标较指南更明确,仅为规范地完成探查数据采集,以确保数据的准确度和可用性。因此,与指南既有相似也有不同之处。然而,其他类型文本因自身完备性尚不具备,更缺乏相应的评价工具,难以参考借鉴。最终,本研究基于部分同行相同类型实践经验的参考^[26-27],结合拟评价的文本,对AGREE II工具进行情境适应类的修订,得到本文本的评价工具,面向浦东新区各级医疗机构超声医学从业人员进行相关信息的收集,来评价前期研究开发的《社区全科医生使用便携式超声技术探查甲状腺及颈动脉服务规范》^[28],以期完善该规范,为后期投入临床应用做准备。

1 对象与方法

1.1 咨询对象 于2019年12月,邀请浦东新区各级医疗机构的超声医学科从业人员参与评价。纳入标准:从事超声诊断临床工作年限满15年。排除标准:学历低于本科者。专家数量根据AGREE II工具使用所建议的专家数量制定,为4~6名。最终共邀请5名超声医师参与此次咨询和评价。专家年龄38~66岁,平均年龄(47.2±11.1)岁;工作年限17~46年,平均工作年限(25.6±12.0)年;来自三级医院1名,二级医院1名,

社区卫生服务中心3名;本科学历4名,硕士研究生1名;中级职称2名,副高级职称2名,正高级职称1名;从事超声检查诊断的工作年限为16~41年,平均从业年限(22.4±10.7)年。此外,5人中,有2人除了从事超声检查诊断领域,还从事心电图技术等领域。

1.2 咨询工具 拟邀请专家审阅并评价的文本为《社区全科医生使用便携式超声技术探查甲状腺及颈动脉服务规范》,由前期经过焦点小组会议、文献循证、小组会议专题研讨等方式开发而成^[28]。

邀请专家使用的用于评价服务规范的“《社区全科医师使用便携式超声技术探查甲状腺及颈动脉服务规范》专家咨询表”包括专家基本情况、修订后AGREE II评价表、开放性专家意见。修订后AGREE II评价表由本研究项目组成员参考指南评价相关文献^[29-33]方法,以AGREE II评价表为基础,基于评价目的,对内容进行必要的转换修订而成。该评价表由6个领域组成,包括范围和目的(3个条目)、参与人员(3个条目)、严谨性(8个条目)、清晰性(3个条目)、应用性(4个条目)和独立性(2个条目),共23个条目。每个领域得分:针对AGREE II的6个领域23个条目进行评价,每个条目从“非常不同意”到“非常同意”评分为1~7分,每个领域得分=(实际得分-最低可能得分)/(最高可能得分-最低可能得分)×100%。得分越高,说明被评价内容(服务规范)在该领域的方法学质量越高,根据被评价内容6个领域的得分情况将被评价内容的推荐级别分为3级。A级(推荐),6个领域得分均≥60%,可不更改直接推荐;B级(不同程度修改完善后推荐),领域得分≥30%的领域数≥3,但有<30%的领域,须不同程度修改完善;C级(不推荐),领域得分<30%的领域数≥3。汇总专家的开放性意见,提取核心内容,按照内涵无交叉原则逐条列出。

1.3 咨询方法 事前确定专家池,向专家一一介绍项目咨询目的并征询参与意愿,对愿意参与的专家,采用邮件一对一发送形式,在邮件中再次说明咨询目的,同时发送《社区全科医生使用便携式超声技术探查甲状腺及颈动脉服务规范》和“《社区全科医师使用便携式超声技术探查甲状腺及颈动脉服务规范》专家咨询表”,并要求专家1周内返回。

1.4 统计学方法 采用SPSS 25.0统计软件进行统计分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用组内相关系数(interclass correlation coefficient, ICC)进行组内一致性分析,具体采用标度-可靠性分析来进行。对ICC值的评价,参照AGREE II工具评价要求:ICC<0.20说明评价者间一致性非常差;ICC为0.21~0.40表示评价者间一致性一般;ICC为0.41~0.60表示评价者间一致性中等;ICC为0.61~0.80表示评价者间一致性好;ICC>0.80表示评价者间一致性非常好^[3-4]。部分因评价分数过于接近而导致ICC值无法计算^[34]。

2 结果

2.1 专家积极系数 发放5份咨询表,每位专家审阅2份(甲状腺与颈动脉服务规范各一份),应收到10份回复,实际收到9份完整回复,1份认为难以评分的回复,但在该回复中专家给出较为详实的开放性意见。该份回复打分按照AGREE II工具使用相关建议,将该专家对此份咨询表的评分全部记为4分。填写完整有效率为9/10,专家积极系数为90.0%。

2.2 AGREE II得分

2.2.1 服务规范在AGREE II各领域得分情况 在范围和目的、参与人员、严谨性、清晰性、应用性和独立性6个领域的平均得分率,内部一致性分析结果显示,得分均高于60%,按照AGREE II评级原则,可给予A级推荐级别,见表1~2。

2.2.2 服务规范在AGREE II各条目评分情况 根据AGREE II评价要求,每个条目从“非常不同意”到“非常同意”评分为1~7分,专家对6个领域23个条目均给出了较高的评价,平均得分均在5分以上,且对甲状腺服务规范每个条目的评价得分均高于颈动脉服务规范,各条目专家评分情况见表3。

2.3 开放性意见汇总 在评估末尾收集到的开放性反馈意见见表4。

3 讨论

3.1 实施过程专家反馈意见质量较高 使用AGREE II工具进行评价过程中,有1名专家对甲状腺咨询表给出了回复,但对颈动脉咨询表的审阅认为难以评分,回复原因为,颈动脉超声探查变异性强,全科医生难以掌握,因此,建议不纳入全科医生应学习的器官范围,或者作

表1 《社区全科医生使用便携式超声技术探查甲状腺及颈动脉服务规范》AGREE II评价各领域评分

Table 1 Scores of various domains of the Specifications for Community General Practitioners to Screen for Thyroid and Carotid Diseases Using the Portable Ultrasound Device evaluated by AGREE II

服务规范	范围和目的 (%)	参与人员 (%)	严谨性 (%)	清晰性 (%)	应用性 (%)	独立性 (%)	≥ 60% 领域数(个)	≤ 30% 领域数(个)	推荐级别
甲状腺服务规范	94.44	85.56	88.33	82.22	85.00	85.00	6	0	A
颈动脉服务规范	81.11	73.33	80.00	74.44	76.66	75.00	6	0	A

注:AGREE=临床指南研究与评价工具

表3 《社区全科医生使用便携式超声技术探查甲状腺及颈动脉服务规范》AGREE II 评价各条目评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

Table 3 Each item score of Specifications for Community General Practitioners to Screen for Thyroid and Carotid Diseases Using the Portable Ultrasound Device evaluated by AGREE II

条目	甲状腺	颈动脉
领域1: 范围和目的		
1. 明确阐述“规范”的总目的	7.00 ± 0.00	6.20 ± 1.30
2. 明确阐述“规范”所涵盖的卫生问题	6.40 ± 0.89	5.80 ± 1.30
3. 明确阐述“规范”所要应用的人群	6.60 ± 0.55	5.60 ± 1.34
领域2: 参与人员		
4. “规范”制定组包括所有相关专业的人员	6.00 ± 1.00	5.40 ± 1.51
5. 考虑到目标人群的观点和选择	6.20 ± 1.10	5.20 ± 2.17
6. “规范”的适用者已经明确规定	6.20 ± 1.10	5.60 ± 1.14
7. 用系统的方法检索证据	6.20 ± 0.84	5.80 ± 1.30
领域3: 制定的严谨性		
8. 清楚描述选择证据的标准	6.20 ± 1.10	5.60 ± 1.34
9. 清楚描述证据的优势和不足	6.00 ± 1.41	5.60 ± 1.34
10. 明确阐述形成推荐意见的方法	6.60 ± 0.55	5.80 ± 1.30
11. 在形成推荐意见时考虑了对健康的效益、副作用及风险	6.60 ± 0.55	6.40 ± 1.34
12. 推荐意见和支持证据之间有明确的联系	6.40 ± 0.89	6.00 ± 1.22
13. “规范”在发表前经过专家的外部评审	6.00 ± 1.41	5.60 ± 1.34
14. 提供“规范”更新的过程	6.40 ± 0.89	5.60 ± 1.34
领域4: 清晰性		
15. 推荐意见明确不含糊	6.00 ± 1.41	5.60 ± 1.34
16. 明确列出不同的选择	5.60 ± 1.34	5.20 ± 1.30
17. 主要的推荐意见清晰易辨	6.20 ± 1.10	5.60 ± 1.51
领域5: 应用性		
18. 讨论推荐建议应用中可能遇到的障碍	6.20 ± 0.84	5.60 ± 1.34
19. “规范”提供配套工具	6.20 ± 1.10	5.60 ± 1.34
20. “规范”考虑了应用推荐建议时潜在的资源投入问题	5.80 ± 1.64	5.80 ± 1.30
21. “规范”提供了监控和/或审计标准	6.20 ± 1.10	5.40 ± 1.52
领域6: 编辑的独立性		
22. “规范”独立于赞助单位而编辑	6.20 ± 1.10	5.60 ± 1.34
23. “规范”记录并考虑了制定小组成员的利益冲突	6.00 ± 1.41	5.40 ± 1.52

为第二阶段、第三阶段的学习内容。可见, 专家首先对服务规范的可行性较为敏感, 一旦可行性受到质疑, 后续服务规范将难以或者不应推行, 评价也就没有继续进行的意义。针对此种情况, AGREE II 工具使用建议给出的参考做法为, 当遇到未填写项, 但仍希望使用这条信息时, 可以记为4分^[29]。故本研究中该位专家的评分在数据处理时全部按4分打分。针对该赋分对整体评

表2 《社区全科医生使用便携式超声技术探查甲状腺及颈动脉服务规范》AGREE II 评价各领域内部一致性分析

Table 2 Analysis of internal consistency in various domains of the Specifications for Community General Practitioners to Screen for Thyroid and Carotid Diseases Using the Portable Ultrasound Device evaluated by AGREE II

分类 领域	甲状腺服务规范			颈动脉服务规范		
	ICC (95%CI)	F值	P值	ICC (95%CI)	F值	P值
范围和目的	0.43 (-5.09, 0.99)	1.75	0.28	0.21 (-7.37, 0.98)	1.27	0.37
参与人员	-	-	-	-	-	-
严谨性	0.26 (-1.49, 0.84)	1.36	0.30	0.35 (-1.20, 0.86)	1.53	0.23
清晰性	0.21 (-7.37, 0.98)	1.27	0.37	-	-	-
应用性	-	-	-	-	-	-
独立性	-	-	-	-	-	-

注: - 表示无法计算

表4 开发性意见汇总

Table 4 Summary of developmental comments

核心内容	所属问题范畴	反馈人数(人)
规范中“甲状腺正常参考值: 上下径4.0~5.5 cm, 横径2.0~2.5 cm, 前后径1.0~1.5 cm, 峡部前后径0.4 cm”, 目前甲状腺正常值标准不甚统一, 结合相关书籍及实际工作中测量结果多为: 上下径4.0~5.5 cm, 横径1.5~2.5 cm, 前后径1.0~2.0 cm, 峡部前后径不超过0.5 cm, 其中上下径可不作常规测量, 横径、前后径都大, 则加测上下径	甲状腺	1
在16点, 明确列出不同的选择中, 由于每个人检查手法不同, 虽然检查标准切面及结节测量的规范已有文字说明, 但是最好加上图示, 能使检查者更加一目了然, 使甲状腺及甲状腺结节测量更加规范, 减少误差	甲状腺	1
在实践中进一步发展与完善	甲状腺	1
在实际工作中, 根据经验予以完善	颈动脉	1
采集病史中, 除了既往史、家族史、现病史之外, 还可纳入一些实验室检查, 如血脂、血糖及凝血功能等; 报告结果中若怀疑患者有不稳定斑块, 可建议至上级医院行颈动脉超声造影	颈动脉	1

价产生的影响, 4分低于剩余4位专家评审的平均分, 因此纳入该意见, 压低了平均分, 降低了高估的风险, 反之, 则可能汇报了过高的平均分。

3.2 《社区甲状腺及颈动脉超声检查数据远程采集服务规范》的AGREE II 评分等级较高 两份服务规范在范围和目的、参与人员、严谨性、清晰性、应用性和独立性6个领域的平均得分率均在60%以上, 甲状腺服务规范的范围和目的领域, 评价者之间一致性中等, 严谨性和清晰性领域则一般, 参与人员、独立性、应用性因评分过于接近, 无法用ICC值来体现评价者之间的一致性; 颈动脉服务规范的范围、目的及严谨性领域, 评价者之间的一致性一般, 其余领域因评分过于接近, 无法用ICC值来体现评价者之间的一致性; 按照AGREE II 工具的评价原则, 两份规范均可评为A级, 为最高级别, 表明服务规范方法学质量较高。按照AGREE II 工具约定, 达到A级别, 被评价内容可以不

做更改直接推荐使用。故本次被评价的两份服务规范可以直接用于日常工作发挥应有作用。

本研究结果显示,专家对各个条目的打分,整体来说较高,均在4分以上,特别是甲状腺服务规范的评分,23个条目中有21个条目平均分在6分以上,剩余2个条目的平均分也接近于6分(5.6、5.8分),满分项是第1条对服务规范总目标的评价,5位专家均打了满分。这表明从技术本身的成熟度到技术的实施者、技术的目标人群、技术的扩大推行,专家都给出很积极的评价,甲状腺由全科医生初步探查,未来实施有一定保障,下一步可以优先推行。

颈动脉服务规范的评分都在5~6分,相较于专家们对甲状腺服务规范的评价,这是较低的分数,其中得分最低的是第5条(考虑到目标人群的观点和选择)和第16条(明确列出不同的选择),这表明,与拒填的专家意见一致,剩余4位专家均为颈动脉超声实施的可行性和技术上达成的可能性给出了23个条目中最低的分数,也即专家们认为,颈动脉超声探查技术有难度,全科医生可能难以掌握,对于目标人群来说,由全科医生来执行这一行为,有一定风险。由此看来,让全科医生参与颈动脉超声的初步探查,还需要再审议,暂时不宜提上落地推行应用的日程。

3.3 专家开放性意见 5位专家中,有2位专家未填写,有2位专家均给出了细致的评价,有1位专家建议规范都需要在实践中不断改进。从提交的开放性意见可见,提交意见的专家对咨询内容进行了十分细致的评阅,并给出了十分详尽的改进建议,可推测专家对评分的打分也是效度较高的,这其中包括认为无法对颈动脉进行评分的专家,这也表明将未评分状态按4分计入数据处理而不是剔除,十分有必要^[30]。

分析AGREE II工具用于评价服务规范的适用性,尽管专家层面给出了较为乐观的评价,并对借用该工具进行评价表示认可,但这可能是专家对咨询内容的新颖性所吸引而产生的正面效应。仔细分析AGREE II工具中所要求提供的内容,不少内容,对于服务规范来说,难以提供或者给不出更为具体的信息,比如第9条描述证据的优势和不足,第12条推荐意见和支持证据之间有明确的联系,本研究进行评价的服务规范属明确范围内的操作指导性文件,其证据多是现行标准、教科书、工具书,这种级别的证据对于指南来说是难以通过的,服务规范也不太会收集到单个研究的证据,而单个研究对于现行实践的优化,正是指南形成最终意见的基础,最终,本服务规范其实无法对所有证据给出GRADE(Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation)评分^[31]。而对于指南评价等相关知识和原理,参与评价的专家未必十分了解,这就造成了填写者的打分困难,很可能会给出高分;其次,第19条“规范”提供配套工具(将指南改成了规范),

由于本《社区全科医生使用便携式超声技术探查甲状腺及颈动脉服务规范》信息量较小且范围明确,变异性可控,可提供或者需提供的配套工具十分有限;最后,服务规范与指南之间仍存在着本质的差异,服务规范更加强调操作,一步紧跟一步地精密执行,而指南是对一个疾病的综合研判^[32],从流行到病因到防治,防治中又包括诊断环节的筛查、标准诊断,治疗又包括预防性治疗、临床治疗和后期康复治疗等,因此,指南实际上是一个判别文件,处处都是“如果怎样,则怎样”(if-then)的判断^[33]。两者本质上的差异,导致AGREE II工具用于服务规范评价时,显得过于庞大。然而,AGREE II工具有许多可贵的考量,能够全面提点服务规范质量并有效促进服务规范后续的使用,比如领域1、领域3、领域4,很好地保证了服务规范的质量,而第18条讨论推荐建议应用中可能遇到的障碍,则提醒了服务规范的推行条件和普及困难。

综上所述,《社区全科医生使用便携式超声技术探查甲状腺及颈动脉服务规范》使用AGREE II工具评分获得了较好的评价,按工具约定,可不用更改,直接推荐使用,但可能存在高估。后续建议对操作性为主、较少判别环节的服务规范类文件,使用效度理论作为基础,对内容的表面效度、内容效度、结构效度、校标效度^[35]进行针对性的逐一审查和深入评价,如周永祥等^[36]曾开展此类实践。但可充分借鉴AGREE II工具中所考虑到的、方方面面的会影响到服务规范质量和后续推行的因素。根据评分结果和回顾评分过程,甲状腺服务规范可用,后续全科医生初步探查可进一步推进,而颈动脉服务规范的应用和推行还需要根据技术难度再做研判,至于开发短期培训内容及纳入第一批培训和推行内容等,根据专家意见看来,不建议过早提上日程。

作者贡献:陈明、张韬负责文章的构思与设计,并对文章整体负责,监督管理;张韬负责研究的实施与可行性分析、数据收集与整理、统计学处理、结果的分析与解释、英文的修订;宋烨撰写论文;赵峰进行论文的修订;陈明负责文章的质量控制及审校。

本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 赵琨,肖月,池延花,等.英国NICE技术评估和临床指南的实施对我们的启示[J].中国卫生资源,2011,14(3):63-65. DOI: 10.3969/j.issn.1007-953X.2011.03.022.
- ZHAO K, XIAO Y, CHI Y H, et al. Implementation of UK NICE's technology evaluation and clinical guidelines and its implication [J]. Chinese Health Resources, 2011, 14(3): 63-65. DOI: 10.3969/j.issn.1007-953X.2011.03.022.
- [2] 张悦,张士靖,周志超,等.国际临床指南评价工具的发展与启示[J].中华医学图书情报杂志,2015,24(1):11-16. DOI: 10.3969/j.issn.1671-3982.2015.01.003.
- ZHANG Y, ZHANG S J, ZHOU Z C, et al. Development of international appraisal tools for clinical guidelines [J]. Chinese

- Journal of Medical Library and Information Science, 2015, 24 (1): 11-16. DOI: 10.3969/j.issn.1671-3982.2015.01.003.
- [3] 王丽颖, 刘孟宇, 王跃溪, 等. 我国临床诊疗指南评价现状述评[J]. 中华中医药杂志, 2016, 31 (4): 1316-1319.
WANG L Y, LIU M Y, WANG Y X, et al. Review on the present situation of evaluation of clinical practice guidelines [J]. China Journal of Traditional Chinese Medicine and Pharmacy, 2016, 31 (4): 1316-1319.
- [4] 韦当, 王聪尧, 肖晓娟, 等. 指南研究与评价 (AGREE II) 工具实例解读[J]. 中国循证儿科杂志, 2013, 8 (4): 316-319. DOI: 10.3969/j.issn.1673-5501.2013.04.017.
- [5] 中华医学会. 临床技术操作规范超声医学分册[M]. 北京: 人民军医出版社, 2007.
- [6] 中国医师协会超声医师分会. 二级医院超声质量控制指南 (试行稿) [Z]. 2014.
- [7] 中国医师协会超声医师分会. 三级医院超声质量控制指南 (试行稿) [Z]. 2014.
- [8] NETTER F H. 奈特人体解剖彩色图谱 (TB) [M]. 3版. 王怀经, 译. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 23-31, 70-76.
- [9] 中国超声医学工程学会浅表器官及外周血管专业委员会. 甲状腺及相关颈部淋巴结超声若干临床常见问题专家共识 (2018版) [J]. 中国超声医学杂志, 2019, 35 (3): 193-204. DOI: 10.3969/j.issn.1002-0101.2019.03.001.
- [10] 中华医学会放射学分会头颈学组. 甲状腺结节影像检查流程专家共识[J]. 中华放射学杂志, 2016, 50 (12): 911-915. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1005-1201.2016.12.003.
- [11] 中国医疗保健国际交流促进会血管疾病高血压分会专家共识工作组. 锁骨下/颈外椎动脉狭窄的处理: 中国专家共识[J]. 中国循环杂志, 2019, 34 (6): 523-532. DOI: 10.3969/j.issn.1000-3614.2019.06.002.
- [12] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国头颈部动脉粥样硬化诊治共识[J]. 中华神经科杂志, 2017, 50 (8): 572-578. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1006-7876.2017.08.003.
- [13] 费菲, 焦力群. 《中国颈动脉内膜剥脱术指导规范》“划重点”解读和更新预告[J]. 中国医药科学, 2018, 8 (22): 11-14. DOI: 10.3969/j.issn.2095-0616.2018.22.001.
- [14] 中国医师协会神经内科医师分会神经超声专业委员会, 中华医学会神经病学分会神经影像协作组. 中国神经超声的操作规范 (一) [J]. 中华医学杂志, 2017, 97 (39): 3043-3050. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0376-2491.2017.39.002.
- [15] 中国医师协会神经内科医师分会神经超声专业委员会, 中华医学会神经病学分会神经影像协作组. 中国神经超声的操作规范 (二) [J]. 中华医学杂志, 2017, 97 (41): 3208-3212. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0376-2491.2017.41.003.
- [16] 中国医师协会神经内科医师分会神经超声专业委员会, 中华医学会神经病学分会神经影像协作组. 中国神经超声的操作规范 (三) [J]. 中华医学杂志, 2017, 97 (43): 3361-3370. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0376-2491.2017.43.001.
- [17] 甲状腺结节超声诊断规范[J]. 中华医学超声杂志: 电子版, 2017, 14 (4): 241-244.
- [18] 中华医学会检验分会, 卫生部临床检验中心, 中华检验医学杂志编辑委员会. 甲状腺疾病诊疗中实验室检测项目的应用建议[J]. 中华检验医学杂志, 2012, 35 (6): 484-492.
- [19] 刘平, 寇韬, 魏杰. “甲状腺结节和分化型甲状腺癌的诊断治疗指南”评介[J]. 中外医学研究, 2019, 17 (8): 185-186. DOI: 10.14033/j.cnki.cfmr.2019.08.087.
- [20] 中华医学会内分泌学分会《中国甲状腺疾病诊治指南》编写组. 甲状腺疾病诊治指南——甲状腺功能减退症[J]. 中华内科杂志, 2007, 46 (11): 967-971. DOI: 10.3760/j.issn:0578-1426.2007.11.032.
- [21] 中华医学会内分泌学分会《中国甲状腺疾病诊治指南》编写组. 中国甲状腺疾病诊治指南——甲状腺功能亢进症[J]. 中华内科杂志, 2007, 46 (10): 876-882. DOI: 10.3760/j.issn:0578-1426.2007.10.035.
- [22] 中华医学会内分泌学分会, 《中国甲状腺疾病诊治指南》编写组. 中国甲状腺疾病诊治指南——甲状腺疾病的实验室及辅助检查[J]. 中华内科杂志, 2007, 46 (8): 697-702. DOI: 10.3760/j.issn:0578-1426.2007.08.038.
- [23] 中华医学会内分泌学分会《中国甲状腺疾病诊治指南》编写组. 中国甲状腺疾病诊治指南——甲状腺结节[J]. 中华内科杂志, 2008, 47 (10): 867-868. DOI: 10.3321/j.issn:0578-1426.2008.10.034.
- [24] 王伊龙, 韩尚容, 曹勇, 等. 中国脑血管病临床管理指南 (节选版)——脑血管病高危人群管理[J]. 中国卒中杂志, 2019, 14 (7): 700-708. DOI: 10.3969/j.issn.1673-5765.2019.07.013.
- [25] 中华医学会外科学分会血管外科学组. 颈动脉狭窄诊治指南[J]. 中国血管外科杂志: 电子版, 2017, 9 (3): 169-175. DOI: 10.3969/j.issn.1674-7429.2017.03.003.
- [26] 陈旭青. 变应性鼻炎未病的标准化制订研究[D]. 南京: 南京中医药大学, 2017.
- [27] 李楠, 姚亮, 吴琼芳, 等. 2012—2013年中国大陆期刊发表临床实践指南质量评价[J]. 中国循证医学杂志, 2015, 15 (3): 259-263. DOI: 10.7507/1672-2531.20150045.
- LI N, YAO L, WU Q F, et al. Quality evaluation of clinical practice guidelines published in journals of Mainland China during 2012—2013 [J]. Chinese Journal of Evidence-Based Medicine, 2015, 15 (3): 259-263. DOI: 10.7507/1672-2531.20150045.
- [28] 赵峰, 贾琪熙, 陈悦, 等. 《社区全科医生使用便携式超声技术探查甲状腺及颈动脉服务规范》开发[J]. 中国全科医学, 2021, 24 (22): 2838-2843. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.151.
- ZHAO F, JIA Z X, CHEN Y, et al. Development of the specifications for community general practitioners to screen for thyroid and carotid diseases using the portable ultrasound device [J]. Chinese General Practice, 2021, 24 (22): 2838-2843. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.151.
- [29] 陈尹, 胡世莲, 李幼平, 等. 全球药物干预治疗单纯性高血压指南的系统评价[J]. 中国循证医学杂志, 2012, 12 (10): 1180-1194.
- CHEN Y, HU S L, LI Y P, et al. Guidelines concerning pharmacological intervention in simple hypertension: a systematic review [J]. Chinese Journal of Evidence-Based Medicine, 2012, 12 (10): 1180-1194.
- [30] 张方圆, 康晓凤, 韦丙奇, 等. 基于 AGREE II 评价急性心力

- 衰竭临床实践指南的质量[J]. 中国护理管理, 2016, 16(1): 50-54. DOI: 10.3969/j.issn.1672-1756.2016.01.014.
- ZHANG F Y, KANG X F, WEI B Q, et al. Quality appraisal of clinical practice guidelines for acute heart failure using AGREE II [J]. Chinese Nursing Management, 2016, 16(1): 50-54. DOI: 10.3969/j.issn.1672-1756.2016.01.014.
- [31] SHROUT P E, FLEISS J L. Intraclass correlations: uses in assessing rater reliability[J]. Psychological Bulletin, 1979, 86(2): 420-428. DOI: 10.1037//0033-2909.86.2.420.
- [32] RÍOS E, SERÓN P, LANAS F, et al. Evaluation of the quality of clinical practice guidelines for the management of esophageal or gastric variceal bleeding [J]. European Journal of Gastroenterology & Hepatology, 2014, 26(4): 422-431. DOI: 10.1097/MEG.0000000000000033.
- [33] 陈瑞琳, 杨珺超, 季聪华, 等. 《肺病中医内科临床诊疗指南(2017年修订评价稿)》的 AGREE 评价[J]. 中华中医药杂志, 2018, 33(11): 116-119.
- CHEN R L, YANG J C, JI C H, et al. Evaluating manuscript of Clinic Guide of Chinese Medicine for Lung Carbuncle (Revised edition 2017) with AGREE II [J]. China Journal of Traditional Chinese Medicine and Pharmacy, 2018, 33(11): 116-119.
- [34] 蔡雪亚, 金丕焕. 用组内相关系数评价一致性的方法及局限性[J]. 中华预防医学杂志, 1999, 33(3): 175-176. DOI: 10.3760/j.issn:0253-9624.1999.03.018.
- [35] KAPLAN R M, SACCUZZO D P. 心理测验[M]. 6版. 陈国鹏, 席居哲, 译. 上海: 上海人民出版社, 2010: 99-117.
- [36] 周永祥, 秦燕, 张虹, 等. 基于效度理论的《社区脑卒中患者居家康复工作手册》质量评价[J]. 中华全科医师杂志, 2017, 16(3): 195-199. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-7368.2017.03.006.
- ZHOU Y X, QIN Y, ZHANG H, et al. Evaluation on validity of Manual of Home-Based Rehabilitation Mode for Stroke Patients in Community [J]. Chinese Journal of General Practitioners, 2017, 16(3): 195-199. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-7368.2017.03.006.
- (收稿日期: 2020-10-15; 修回日期: 2021-03-26)
(本文编辑: 张亚丽)

· 读者服务 ·

《中国全科医学》“基层卫生改革·典型案例研究”栏目征稿启事

新时期我国卫生与健康工作方针是“以基层为重点,以改革创新为动力,预防为主,中西医并重,把健康融入所有政策,人民共建共享”。随着我国医疗体制改革的深入推进,各地纷纷加快探索特色医改之路,不断增进群众健康福祉。基层医改取得哪些成绩,下一步将有哪些重要规划?

作为中国全科医学领域重要的学术发表期刊和发声平台,《中国全科医学》杂志有责任、有能力关注基层、反馈基层声音。为此,本刊特在 2021 年策划了“基层卫生改革·典型案例研究”栏目,一方面,总结基层医疗卫生机构建设的成功经验,挖掘亮点,树立典型;另一方面,反馈基层医疗卫生机构在改革实施过程中面临的困难和挑战及可能的对策,倾听基层意见,助推基层医疗卫生服务进一步发展。

结合国家政策的重点和热点,拟征集下面几个方向的“典型”:

- | | | |
|---------------|---------------|-------------|
| 一、社区医院建设 | 二、互联网医院(社区)建设 | 三、医联体/医共体建设 |
| 四、医防融合服务模式 | 五、基层特色专科建设 | 六、业务流程再造/改善 |
| 七、质量控制与管理 | 八、慢性病防治 | 九、多学科协作 |
| 十、社区医养康复/安宁疗护 | 十一、社区常态化疫情防控 | |

我国正经历“重大慢性病+新发传染病”的疾病谱转变、“老龄化+城镇化”的社会发展和“大数据+互联网”的技术革新,强化基层医疗卫生服务既是历史的需要也是战略的机遇。典型经验具有示范引领作用,能够增强基层实践的信心和动力。欢迎广大作者、读者积极参与,与编辑部共同探讨基层卫生改革相关话题。可以是“新模式”“新经验”,也可以是针对“老问题”的“新方法”“新举措”,介绍背景、基本思路、主要做法、取得成效、存在的挑战或困难、进一步发展的建议或思考,要求模式有创新、经验有特色、方法很实用、举措很得力,内容详实、重点突出,有指标可佐证,能够作为典型进行推广。

投稿途径:请登录本刊官网 www.chinagp.net 进行在线投稿

咨询电话:010-83116039

注:投稿时文题前标注“基层卫生改革·典型案例研究”字样

本刊已刊登的“基层卫生改革·典型案例研究”相关文章,可作为参考,扫描二维码获取。



• 论著 •

【编者按】 提升健康素养是提高全民健康水平最根本、最经济、最有效的措施之一。从目前来看,我国居民健康素养还有很大提升空间。2020-04-24,国家卫生健康委员会宣传司发布2019年全国健康素养监测结果,我国居民健康素养水平上升至19.17%,比2018年提升2.11个百分点。但与群众的健康需求仍有很大距离,与国际社会也有一定差距。根据《国务院关于实施健康中国行动的意见》,到2022年和2030年,全国居民健康素养水平分别不低于22%和30%。与此同时,近年来我国脑卒中疾病发展迅速,而在信息化背景下,脑卒中患者健康素养及健康行为水平仍较低,其与照顾者共同承受着多重压力,焦虑抑郁等心理问题突出。基于此,本期刊登“脑卒中患者健康素养与健康促进专题研究”,旨在从脑卒中患者、照顾者角度出发,对其电子健康素养、心理健康素养及相关因素等进行分析,从而为相关人员制定健康素养和健康行为干预方案、提升脑卒中患者及照顾者健康素养水平提供参考。

脑卒中患者电子健康素养现状及影响因素研究

张振香^{1*}, 任慧¹, 平智广², 郭云飞¹



扫描二维码查看
原文+培训视频

【摘要】 背景 随着互联网的高速发展,电子资源在公众健康中扮演着日益重要的角色。目的 调查脑卒中住院患者电子健康素养现状,分析影响因素,为提高脑卒中住院患者电子健康素养提供依据。方法 采用便利抽样法,于2020年7—10月选取河南省3所三级甲等医院住院的580例脑卒中患者及其主要照顾者为调查对象,采用电子健康素养量表(eHEALS)调查其电子健康素养现状,并采用Logistic回归分析脑卒中住院患者电子健康素养的影响因素。结果 共发放问卷580份,回收有效问卷558份,有效率为96.2%。脑卒中住院患者电子健康素养总分是13(13)分,合格率为5%。网络健康信息与服务的应用能力测试维度总分为8(7)分,评判能力测试维度总分为4(4)分,决策能力测试维度总分为2(2)分。照顾者电子健康素养水平合格率为24.7%(138/558)。二元Logistic回归分析结果显示,年龄及照顾者电子健康素养水平是脑卒中住院患者电子健康素养的影响因素($P<0.05$)。结论 脑卒中住院患者电子健康素养水平较低,医护人员应对脑卒中住院患者的电子健康素养予以关注,并制定针对性的干预措施,从而帮助患者更好地解决自身健康问题。

【关键词】 卒中;电子健康素养;影响因素分析

【中图分类号】 R 743 【文献标识码】 A DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.209

张振香,任慧,平智广,等.脑卒中患者电子健康素养现状及影响因素研究[J].中国全科医学,2021,24(22): 2850-2854, 2865. [www.chinagp.net]

ZHANG Z X, REN H, PING Z G, et al. Status and influencing factors of eHealth literacy in stroke patients [J]. Chinese General Practice, 2021, 24 (22): 2850-2854, 2865.

Status and Influencing Factors of eHealth Literacy in Stroke Patients ZHANG Zhenxiang^{1*}, REN Hui¹, PING Zhiguang², GUO Yunfei¹

1.School of Nursing and Health, Zhengzhou University, Zhengzhou 450001, China

2.College of Public Health, Zhengzhou University, Zhengzhou 450001, China

*Corresponding author: ZHANG Zhenxiang, Professor, Doctoral supervisor; E-mail: zhangzx6666@126.com

【Abstract】 Background Thanks to the rapid development of Internet technologies, electronic resources have come to play an increasingly important role in public health. Objective To investigate the status and influencing factors of eHealth literacy in hospitalized patients with stroke, providing evidence for improving eHealth literacy in this group. Methods A total of 580 hospitalized stroke patients and their main caregivers in three grade A tertiary hospitals in Henan Province were selected by convenience sampling from July to October 2020. The Chinese version of the eHealth Literacy Scale (eHEALS) was used to investigate their eHealth literacy and associated factors. Results The survey obtained a response rate of 96.21% (558/580). The mean total score of the eHEALS in the respondents was 13 (13). The rate of having qualified total eHEALS score was only 5%.

基金项目: 河南省哲学社会科学规划项目阶段性成果(2020BSH015); 国家卫生健康委科学研究基金省部共建项目(SBGJ202002014)

1.450001 河南省郑州市, 郑州大学护理与健康学院 2.450001 河南省郑州市, 郑州大学公共卫生学院

*通信作者: 张振香, 教授, 博士生导师; E-mail: zhangzx6666@126.com

本文数字出版日期: 2021-05-21

The mean total scores of dimensions of network health information and service application ability, evaluation ability, and decision-making ability were 8 (7), 4 (4), and 2 (2), respectively. The rate of having qualified total eHEALS score of caregivers was 24.7% (138/558). Binary Logistic regression analysis showed that age of stroke inpatients and eHealth literacy of their caregivers were associated with the level of eHealth literacy of stroke inpatients ($P<0.05$). **Conclusion** The level of eHealth literacy of hospitalized patients with stroke was low. Our study suggests that the eHealth literacy in these patients should be concerned about clinically, and interventions developed according to factors associated with eHealth literacy will help improve patients' health better.

【Key words】 Stroke; eHealth literacy; Root cause analysis

脑卒中具有发病率高、致残率高、病死率高、复发率高和经济负担高的特点^[1]。据世界互联网用户统计,2020年全世界超过50亿人使用网络,互联网渗透率为64.2%^[2]。2018年国务院发布《国务院办公厅关于促进“互联网+医疗健康”发展的意见》(国发〔2015〕40号),指出全国各地区应积极发展“互联网+医疗健康”,提高医疗健康服务的可及性^[3]。电子资源在公众健康中扮演着日益重要的角色,互联网已成为寻求新颖和相关健康信息的主要工具。电子健康素养(eHealth literacy)指个体在电子资源中检索、理解和评价健康信息,并利用这些信息解决健康问题的能力^[4]。《中国防治慢性病中长期规划(2017—2025年)》中指出,慢性病防治工作应坚持以预防为主,促进健康管理^[5],但近年来我国脑卒中患者的健康行为仍处于中等偏下水平^[6-7]。研究表明,提高慢性病患者电子健康素养水平,有利于患者进行自我管理,改善健康行为^[8]。目前,我国关于电子健康素养的研究主要在学生^[9]和老年人^[10]等群体,而在脑卒中患者方面的研究较少。因此,本研究旨在调查脑卒中住院患者电子健康素养水平,分析其影响因素,以期提升脑卒中患者电子健康素养水平、制定干预措施、提高患者自我管理能力提供依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象 采用便利抽样法,于2020年7—10月选取河南省3所三级甲等医院的神经内科、神经外科及康复科住院患者及其照顾者为研究对象。住院患者纳入标准:(1)年龄 ≥ 18 岁;(2)符合《中国各类主要脑血管疾病诊断要点2019》脑卒中诊断标准^[11],并经颅脑CT或者MRI确诊;(3)疾病处于稳定恢复期,意识清楚,可正常交流;(4)知情同意,自愿参加。排除标准:(1)伴有心功能衰竭、呼吸功能衰竭、恶性肿瘤等危重病症;(2)既往有精神障碍史或现存精神障碍;(3)伴有认知障碍者。照顾者纳入标准:(1)主要照顾者;(2)年龄 ≥ 18 岁;(3)每天照顾患者时间 ≥ 4 h,总照顾时长 ≥ 1 个月;(4)可正常交流沟通;(5)知情同意,自愿参加。排除标准:经专业训练有偿的照顾者,如护工、保姆等。当患者或其照顾者任意一方或两者均不符合纳入标准者,不纳入本研究。

1.2 调查方法 由事先经过统一培训的调查员进行调

查,向患者及其照顾者讲述问卷目的及注意事项,在获得患者知情同意后,发放问卷,由患者及其照顾者独立填写,对于不能自行填写问卷者,由调查员采用一问一答的形式进行现场调查,问卷当场收回,现场检查有无缺失项并及时补充。本研究共发放问卷580份,回收有效问卷558份,有效率为96.2%。

1.2.1 一般资料调查问卷 由研究者自行设计,包括性别、年龄、文化程度、婚姻状况、居住情况、职业、主要照顾者、家庭人均月收入、罹患疾病的病程、卒中发生类型、卒中发生次数、获取健康相关信息来源、有无电子设备、使用电子设备上网的频率。

1.2.2 电子健康素养量表(eHealth Literacy Scale, eHEALS) eHEALS由NORMAN等^[12]编制,由郭帅军等^[13]翻译成中文,形成eHEALS汉化量表。量表包括网络健康信息与服务的应用能力测试(第1、2、3、4、5条目)、评判能力测试(第6、7条目)和决策能力测试(第8条目)3个维度,共8个条目。采用Likert 5级计分,1分表示“非常不相符”,5分表示“非常相符”,总分8~40分,得分越高说明电子健康素养水平越高,32分以上为合格^[14]。本研究中汉化版eHEALS量表Cronbach's α 系数为0.958(患者)和0.973(照顾者)。

1.3 统计学方法 采用SPSS 21.0软件进行统计分析。正态分布的计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,非正态分布的计量资料采用中位数(四分位数间距)[$M(QR)$]表示;计数资料以相对数表示,组间比较采用 χ^2 检验或Fisher's确切概率法;采用二元Logistic回归分析影响脑卒中住院患者电子健康素养的因素。检验标准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 一般资料 558例脑卒中住院患者平均年龄(68.0 ± 11.2)岁;男320例(57.3%),女238例(42.7%);文化程度为小学及以下225例(40.3%),初中174例(31.2%),高中或中专121例(21.7%),大专及以上38例(6.8%);婚姻状况中选择在婚者476例(85.3%);是否上网中选择是者211例(37.8%);其他一般资料见表1。

2.2 脑卒中住院患者及其照顾者电子健康素养现状 经正态性检验,脑卒中住院患者电子健康素养各条目、

维度及总分均不服从正态分布,因此采用〔 $M(QR)$ 〕来表述。本研究中,脑卒中住院患者电子健康素养总分为13(13)分,合格率为5%。网络健康信息与服务的应用能力测试维度总分为8(7)分,评判能力测试维度总分为4(4)分,决策能力测试维度总分为2(2)分,

见表2。脑卒中住院患者主要照顾者电子健康素养水平合格率为24.7%(138/558)。

2.3 不同特征脑卒中住院患者电子健康素养得分比较
不同性别、婚姻状况、居住情况、罹患疾病的病程、卒中发生类型、卒中发生次数、获取健康信息的来源〔来

表1 不同特征脑卒中住院患者电子健康素养合格率比较〔 $n(%)$ 〕

Table 1 Comparison of qualified rate of eHealth literacy among hospitalized stroke patients with different characteristics

项目	例数	电子健康素养得分合格	χ^2 值	P 值	项目	例数	电子健康素养得分合格	χ^2 值	P 值
性别			1.331	0.249	卒中发生的次数(次)			0.402	0.818
男	320	19(5.9)			1	267	15(5.6)		
女	238	9(3.8)			2	174	8(4.6)		
年龄(岁)			25.655	<0.001	≥3	117	5(4.3)		
18~59	123	17(13.8)			获取健康信息的来源(多选)				
≥60	435	11(2.5)			书籍/杂志/手册			1.787 ^a	0.181
文化程度			39.597	<0.001	是	36	4(11.1)		
小学及以下	225	1(0.4)			否	552	24(4.6)		
初中	174	6(3.4)			(通过电脑/手机等)上网			91.248	<0.001
高中或中专	121	13(10.7)			是	109	25(22.9)		
大专及以上	38	8(21.1)			否	449	3(0.7)		
婚姻状况			0.373	0.542	医务人员			<0.001 ^a	0.996
在婚	476	25(5.3)			是	528	27(5.1)		
其他	82	3(3.7)			否	30	1(3.3)		
居住情况			6.764	0.080	朋友/家人			0.991	0.320
独居	21	1(4.8)			是	436	24(5.5)		
夫妻同住	336	17(5.1)			否	122	4(3.3)		
与子女同住	79	0			其他患者			0.014	0.906
其他	122	10(8.2)			是	154	8(5.2)		
职业			20.897	<0.001	否	404	20(5.0)		
工人	107	9(8.4)			支持小组(如脑卒中俱乐部)			— ^b	1.000
农民	212	1(0.5)			是	4	0		
教师	22	1(4.5)			否	554	28(5.1)		
无业	99	4(4.0)			其他			— ^b	1.000
其他	118	13(11.0)			是	8	0		
主要照顾者			4.846	0.028	否	550	28(5.1)		
配偶	327	22(6.7)			有无上网设备			37.377	<0.001
其他	231	6(2.6)			有	229	27(11.8)		
家庭人均月收入(元)			21.316	<0.001	无	329	1(0.3)		
<3 000	306	5(1.6)			是否上网			48.480	<0.001
3 000~	224	18(8.0)			是	211	28(13.3)		
5 000~	28	5(17.9)			否	347	0		
罹患疾病的病程			2.077	0.557	上网查询健康相关信息的频率			116.314	<0.001
3个月以内	267	17(6.4)			总是 ^c	1	0		
3个月~	44	2(4.5)			经常	27	11(40.7)		
1年~	72	3(4.2)			偶尔	110	17(15.5)		
3年~	175	6(3.4)			从不	420	0		
卒中发生类型			1.228 ^a	0.268	照顾者电子健康素养水平			24.777	<0.001
缺血性脑卒中	519	28(5.4)			合格	138	18(13.0)		
其他	39	0			不合格	420	10(2.4)		

注:—为无此项内容;^a采用连续校正 χ^2 检验,^b采用Fisher's确切概率法,^c只有1人,在统计时进行了合并(经常与总是合并)

自书籍/杂志/手册、医务人员、朋友/家人、其他患者、支持小组(如脑卒中俱乐部)、其他]脑卒中住院患者电子健康素养合格率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。不同年龄、文化程度、职业、主要照顾者、家庭人均月收入、获取健康信息的来源(通过电脑或手机等上网)、有无上网设备、是否上网、上网查询健康相关信息的频率及照顾者电子健康素养水平的脑卒中住院患者电子健康素养合格率比较,差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。

2.4 脑卒中住院患者电子健康素养影响因素的二元 Logistic 回归分析 将脑卒中住院患者电子健康素养水平是否合格(赋值:不合格=0,合格=1)作为因变量,将单因素分析中差异有统计学意义的因素[年龄、文化程度、职业、主要照顾者、家庭人均月收入、获取健康信息的来源(通过电脑或手机等上网)、有无上网设备、是否上网、上网查询健康相关信息的频率及照顾者电子健康素养水平]作为自变量进行二元 Logistic 回归分析,各变量赋值见表3。结果显示,年龄及照顾者电子健康素养水平是脑卒中住院患者电子健康素养的影响因素($P<0.05$),回归模型预测准确率为96.1%,见表4。

3 讨论

3.1 脑卒中住院患者电子健康素养现状 本研究结果显示,脑卒中住院患者电子健康素养总分是13(13)分,合格率为5%,低于李少杰等^[15]的调查结果,提示脑卒中住院患者的电子健康素养水平处于较低水平。可能与本研究中老年脑卒中住院患者较多(占78.0%),并且老年人中不使用电子设备的脑卒中住院患者占69.4%,老年人可能较少接触电子设备,在获取和使用电子健康信息方面的能力较低有关。本研究中,脑卒中住院患者的评判能力测试和决策维度评分相对较低。因此,医护人员可以向患者分享一些官方的、可获取的在线健康信息网站和/或软件,鼓励其根据电子健康信息进行自我决策,提高其评判和决策能力。研究表明,电子健康素养水平与脑卒中患者健康行为独立相关^[16],电子健康素养通过促进健康行为直接影响老年人的生活质量^[17]。因此,在“互联网+”的背景下,医护人员应关注脑卒中住院患者电子健康素养,制定针对性的干预措施,提升其电子健康素养水平,从而提高其自我管理能力,进一步改善健康行为,提高生活质量。

3.2 脑卒中住院患者电子健康素养影响因素分析 二元 Logistic 回归分析结果表明,年龄及照顾者电子健康素养水平是影响脑卒中住院患者电子健康素养的主要因素。

3.2.1 年龄 年龄是影响脑卒中住院患者电子健康素养的影响因素之一,与HOOGLAND等^[18]针对癌症患者的研究结果一致。研究表明,老年人电子健康素养水平较低^[15],且存在高效获取健康信息能力不够、科学解读和评判健康信息能力较弱及运用数字媒介参与健康管

理动力不足等问题^[19],且我国卒中患者平均发病年龄在65岁左右^[1]。由此提示,制定脑卒中患者电子健康素养干预方案时,应注意老年群体的特点,增强老年患者对电子健康信息媒介的正确认识,创建易理解和易操作的电子健康知识及技能健康教育平台,引导其主动寻求电子健康信息资源,从而提高其电子健康素养水平。

3.2.2 照顾者电子健康素养水平 本研究显示照顾者电子健康素养水平是影响患者电子健康素养水平的因素。周寒寒等^[20]的研究表明,家庭成员教授利用网

表2 脑卒中住院患者电子健康素养得分情况[M(QR),分]

Table 2 Mean item and total scores of eHealth literacy in hospitalized stroke patients

量表条目	得分
1. 我知道如何上网查找有用的卫生资源信息	2(1)
2. 我知道如何利用网络来解答自己的健康问题	2(2)
3. 我知道从网上可以获取的卫生资源有哪些	1(1)
4. 我知道从网络上哪里可以获取有用的卫生资源信息	1(1)
5. 我知道如何利用获取的网络卫生资源信息帮助自己	2(2)
6. 我具备评价网络资源信息好坏的技能	2(2)
7. 我能够区分网络上高质量和低质量的卫生资源信息	2(2)
8. 我对应用网络信息做出相关决定充满自信	2(2)
总分	13(13)

表3 脑卒中住院患者电子健康素养影响因素的二元 Logistic 回归分析变量赋值

Table 3 Assignment for factors potentially associated with eHealth literacy in inpatients with stroke analyzed using binary Logistic regression analysis

自变量	赋值说明
年龄(岁)	18~59=1, ≥60=2
文化程度	小学及以下=1, 初中=2, 高中或中专=3, 大专及以上=4
职业	工人=1, 农民=2, 教师=3, 无业=4, 其他=5
主要照顾者	配偶=1, 其他=2
家庭人均月收入(元)	<3 000=1, 3 000~=2, 5 000~=3
获取健康信息的来源	
(通过电脑/手机等)上网	否=0, 是=1
有无上网设备	否=0, 是=1
是否上网	否=0, 是=1
上网查询健康相关信息的频率	从不=1, 偶尔=2, 经常=3, 总是=4
照顾者电子健康素养水平	不合格=0, 合格=1

表4 脑卒中住院患者电子健康素养影响因素的二元 Logistic 回归分析

Table 4 Binary Logistic regression analysis of influencing factors of eHealth literacy in inpatients with stroke

自变量	b	SE	Wald χ^2 值	P值	OR(95%CI)
年龄(岁)					
≥60	-1.168	0.543	4.637	0.031	0.311(0.107, 0.900)
照顾者电子健康素养水平					
合格	2.148	0.557	14.861	<0.001	8.571(2.875, 25.553)
常量	-0.976	0.535	3.326	0.068	0.377

注:表中仅列出有统计学意义的自变量

络查找卫生资源是影响社区老年人电子健康素养的重要因素。SONG 等^[21]针对前列腺患者的研究显示,家庭成员的参与不仅可以提升患者电子健康素养,还可以帮助其更好地做出决策。VLOOTHUIS 等^[22]的研究表明,提高照顾者电子健康素养,促进其更好地利用电子健康信息,对于改善脑卒中患者的康复结局有重要意义。目前我国关于脑卒中患者和照顾者电子健康素养相关性的研究较少,今后可进行进一步的探究。在制定针对性的干预措施时,应注意患者家人或朋友的同伴作用,可通过提高其照顾者电子健康素养,进而提高患者的电子健康素养。

综上,本研究通过调查 558 例脑卒中住院患者电子健康素养状况,结果显示脑卒中住院患者电子健康素养水平不容乐观,其中年龄及照顾者电子健康素养水平为脑卒中住院患者电子健康素养水平的影响因素。因此,医务人员进行健康教育时应注意上述影响因素对脑卒中患者电子健康素养的影响,针对其健康教育需求,制定个性化的健康教育方案,向患者推荐可获得的权威的健康网站,提高患者健康信息搜集能力,同时注意同伴作用,从多角度制定干预措施,提升其电子健康素养,使患者运用获得的电子健康信息处理和解决自身健康问题。但是本研究仍具有一定的局限性,本次研究仅调查河南省某 3 所三级甲等医院的脑卒中住院患者及其照顾者,可能具有一定的选择偏倚,今后可扩大样本量及增加研究对象的丰富性,进一步探究脑卒中患者电子健康素养现状及影响因素。

作者贡献:张振香负责文章的构思与设计、研究的实施与可行性分析、论文撰写、文章的质量控制及审核;任慧负责数据收集;张振香、任慧负责数据整理,并对文章整体负责,监督管理;任慧、平智广负责统计学处理;张振香、平智广负责结果的分析与解释;郭云飞负责论文的修订。

本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 《中国脑卒中防治报告》编写组.《中国脑卒中防治报告 2019》概要[J].中国脑血管病杂志,2020,17(5):272-281. DOI: 10.3969/j.issn.1672-5921.2020.05.008.
- [2] 2021 年第一季度世界互联网使用和人口统计[EB/OL]. (2021-03-21) [2021-04-03]. <http://www.internetworldstats.com/stats.htm>.
- [3] 国务院办公厅.国务院办公厅关于促进“互联网+医疗健康”发展的意见[EB/OL]. (2018-04-28) [2021-04-03]. http://www.gov.cn/zhengce/content/2018-04/28/content_5286645.htm.
- [4] NORMAN C D, SKINNER H A. EHealth literacy: essential skills for consumer health in a networked world[J]. Journal of Medical Internet Research, 2006, 8(2): e9. DOI: 10.2196/jmir.8.2.e9.
- [5] 关于印发中国防治慢性病中长期规划(2017—2025 年)的通知[EB/OL]. (2017-01-22) [2021-04-03]. http://www.gov.cn/zhengce/content/201702/14/content_5167886.htm.
- [6] 陈娟,董明霞,杨琪,等.青年脑卒中患者健康行为及其影响因素分析[J].中国卫生统计,2019,36(5):722-723,727. CHEN J, DONG M X, YANG Q, et al. Influencing factors of health behavior among young stroke patients[J]. China Journal of Health Statistics, 2019, 36(5): 722-723, 727.
- [7] 井坤娟,戎艳琴,李颖.老年脑卒中患者健康行为及影响因素[J].中国老年学杂志,2018,38(23):5826-5829. DOI: 10.3969/j.issn.1005-9202.2018.23.075. JING K J, RONG Y Q, LI Y. Influencing factors of health behavior among elder stroke patients[J]. Journal of Gerontology, 2018, 38(23): 5826-5829. DOI: 10.3969/j.issn.1005-9202.2018.23.075.
- [8] KIM K A, KIM Y J, CHOI M. Association of electronic health literacy with health-promoting behaviors in patients with type 2 diabetes: a cross-sectional study[J]. Comput Inform Nurs, 2018, 36(9): 438-447. DOI: 10.1097/CIN.0000000000000438.
- [9] 崔光辉,尹永田,王铭洲,等.医学生电子健康素养与健康生活方式的关系[J].中国学校卫生,2020,41(6):936-938. DOI: 10.16835/j.cnki.1000-9817.2020.06.037. CUI G H, YIN Y T, WANG M Z, et al. The relationship between electronic health literacy and healthy lifestyle[J]. Journal of Chinese School Health, 2020, 41(6): 936-938. DOI: 10.16835/j.cnki.1000-9817.2020.06.037.
- [10] 刘珍,张晗,张艳,等.郑州市农村老年人电子健康素养现状及影响因素分析[J].现代预防医学,2020,47(2):283-286,309.
- [11] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组.中国各类主要脑血管病诊断要点 2019[J].中华神经科杂志,2019,52(9):710-715. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1006-7876.2019.09.003.
- [12] NORMAN C D, SKINNER H A. eHEALS: the eHealth Literacy Scale[J]. Journal of Medical Internet Research, 2006, 8(4): e27. DOI: 10.2196/jmir.8.4.e27.
- [13] 郭帅军,余小鸣,孙玉颖,等.eHEALS 健康素养量表的汉化及适用性探索[J].中国健康教育,2013,29(2):106-108,123. DOI: 10.16168/j.cnki.issn.1002-9982.2013.02.019. GUO S J, YU X M, SUN Y Y, et al. Adaptation and evaluation of Chinese version of eHEALS and its usage among senior high school students[J]. Chinese Journal of Health Education, 2013, 29(2): 106-108, 123. DOI: 10.16168/j.cnki.issn.1002-9982.2013.02.019.
- [14] 孟舒娴,沈冲.南京某高校大学生电子健康素养及行为现状调查[J].中国健康教育,2018,34(3):254-257. DOI: 10.16168/j.cnki.issn.1002-9982.2018.03.014.
- [15] 李少杰,徐慧兰,崔光辉.老年人电子健康素养及影响因素[J].中华疾病控制杂志,2019,23(11):1318-1322. DOI: 10.16462/j.cnki.zhjbkz.2019.11.004. LI S J, XU H L, CUI G H. Analysis of eHealth literacy and its influencing factors among the elderly[J]. Chin J Dis Control Prev, 2019, 23(11): 1318-1322. DOI: 10.16462/j.cnki.zhjbkz.2019.11.004.

· 论著 ·

脑卒中患者与其照顾者心理健康素养的相关性研究



扫描二维码查看
原文 + 培训视频

张振香^{1*}, 李会¹, 平智广², 刘清玄¹, 刘凤¹

【摘要】 背景 在应对疾病的过程中,脑卒中患者与其照顾者作为一个二元整体均面临着心理健康问题。心理健康素养水平的提高有助于心理健康,而目前缺乏脑卒中患者与其照顾者心理健康素养关系的现状及相关性调查。**目的** 探讨脑卒中患者与其照顾者心理健康素养的相关性,为制定相应的干预措施提供依据。**方法** 2020年7—10月,采取便利抽样的方法,在河南省3所医院抽取脑卒中患者及其照顾者共580对,采用多元心理健康素养量表对患者及其照顾者心理健康素养情况进行调查,分析两者的相关性。**结果** 发放问卷580份,回收有效问卷558份,有效回收率为96.2%。脑卒中患者心理健康素养总得分为8(8)分,脑卒中患者心理健康知识、信念和资源维度得分分别为4(4)、4(4)、0(1)分;脑卒中患者照顾者心理健康素养总得分为8(8)分,脑卒中患者照顾者心理健康知识、信念和资源维度得分分别为4(4)、3(3)、0(2)分。脑卒中患者心理健康素养水平与其照顾者心理健康素养水平呈正相关($r_s=0.715$, $P<0.001$)。**结论** 脑卒中患者及其照顾者心理健康素养均处于低水平且二者呈正相关,护士在进行健康教育时,应注重对脑卒中患者及其照顾者的同步教育,以期达到双方相互促进,共同提高心理健康素养的目的。

【关键词】 卒中;患者;照顾者;心理健康素养;相关性

【中图分类号】 R 743 **【文献标识码】** A DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.208

张振香,李会,平智广,等.脑卒中患者与其照顾者心理健康素养的相关性研究[J].中国全科医学,2021,24(22): 2855-2859. [www.chinagp.net]

ZHANG Z X, LI H, PING Z G, et al. Correlation of mental health literacy between stroke patients and their caregivers [J]. Chinese General Practice, 2021, 24 (22) : 2855-2859.

Correlation of Mental Health Literacy between Stroke Patients and Their Caregivers ZHANG Zhenxiang^{1*}, LI Hui¹, PING Zhiguang², LIU Qingxuan¹, LIU Feng¹

1.School of Nursing and Health, Zhengzhou University, Zhengzhou 450001, China

2.College of Public Health, Zhengzhou University, Zhengzhou 450001, China

*Corresponding author: ZHANG Zhenxiang, Professor, Doctoral supervisor; E-mail: zhangzx6666@126.com

【Abstract】 Background As a whole, both stroke patients and their caregivers face mental health problems during treatment. Improving mental health literacy is conducive to mental health, but there is a lack of investigations on the status and relationship regarding mental health literacy in stroke patients and their caregivers. **Objective** To explore the correlation of mental health literacy between stroke patients and their caregivers, providing a basis for formulating corresponding interventions. **Methods** This investigation was conducted between July and October 2020 with 580 stroke patient-caregiver pairs selected using convenience sampling from three hospitals of Henan Province using the Chinese version of the Multicomponent Mental Health Literacy Measure (MMHLM-C). The correlation of mental health literacy between patients and their caregivers was analyzed. **Results** In all, 558 patient-caregiver pairs (96.2%) who returned responsive questionnaires were included for final analysis. The total score of the MMHLM-C and subscale scores of knowledge-oriented, beliefs-oriented, and resource-oriented mental health literacy were 8(8), 4(4), 4(4), 0(1), respectively for stroke patients, and were 8(8), 4(4), 3(3), 0(2), respectively, for caregivers. The mental health literacy level of stroke patients was positively correlated with that of caregivers ($r_s=0.715$, $P<0.001$). **Conclusion** The mental health literacy was low in both stroke patients and their caregivers, and was positively correlated. So nurses should pay attention to give health education to both stroke patients and their caregivers simultaneously to achieve mutual promotion to improve their mental health literacy.

【Key words】 Stroke; Patients; Caregivers; Mental health literacy; Correlation

基金项目: 河南省哲学社会科学规划项目阶段性成果(2020BSH015); 国家卫生健康委科学研究基金省部共建项目(SBGJ202002014)

1.450001 河南省郑州市, 郑州大学护理与健康学院 2.450001 河南省郑州市, 郑州大学公共卫生学院

*通信作者: 张振香, 教授, 博士生导师; E-mail: zhangzx6666@126.com

本文数字出版日期: 2021-05-21

脑卒中是全球人口死亡和致残的重要原因^[1],我国是世界上卒中危险因素高暴露的国家之一,每年死于脑卒中的患者达196万^[2]。在全球范围内,大量资源用于全民保健,但公众的心理健康状况却被忽视^[3]。脑卒中后患者常出现焦虑、抑郁等不良情绪,严重影响患者的康复与预后^[4],照顾者也长期承受沉重的照顾负担,约56%的照顾者有焦虑症状,28%的照顾者有抑郁症状,影响着自身健康与照护质量^[5]。在应对疾病过程中,患者与照顾者相互依赖和互惠,患者的疾病进程、心理健康状况与其照顾者的心理健康状况密切相关^[6-7]。心理健康素养由JORM等^[8]在1997年提出,定义为一个人识别精神疾病症状和意识到心理疾病的自我治疗和寻求专业帮助的能力,有助于人们认识、管理和预防心理问题^[9]。心理健康素养水平的提高有助于人们提高心理健康、减轻负担和提高生活质量^[10]。综合国内外研究,目前缺乏脑卒中患者及其照顾者心理健康素养关系的现状及相关性调查,本研究拟探讨脑卒中患者与其照顾者心理健康素养之间的关系,为制定相关干预措施提供理论依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象 采取便利抽样法,抽取2020年7—10月在河南省3所三级甲等医院神经内科、神经外科和康复科就诊的脑卒中患者及其照顾者580对,共1160人作为研究对象。脑卒中患者纳入标准:(1)符合《中国各类主要脑血管病诊断要点2019》脑卒中诊断标准^[11],经颅脑CT或MRI确诊为脑卒中;(2)年满18周岁;(3)疾病处于稳定恢复期;(4)理解交流能力正常;(5)知情同意。排除标准:(1)伴有严重的心、肝、肾功能不全、呼吸衰竭及恶性肿瘤者;(2)伴有认知功能障碍者;(3)既往有精神疾病者。照顾者纳入标准:(1)年满18周岁;(2)共计照顾患者时长≥4周;(3)无严重躯体和精神疾病;(4)知情同意。排除标准:经专业训练的有偿照顾者,如护工、保姆等。

1.2 研究工具

1.2.1 一般资料调查表 由研究者自行设计,患者一般资料调查表内容包括年龄、性别、脑卒中类型、文化程度、罹患疾病时长、发生次数;照顾者一般资料调查表内容包括年龄、性别、文化程度、与患者关系、是否与患者同住、共计照顾患者时间、每天照顾的时间。

1.2.2 多元心理健康素养量表 JORM等^[8]在1997年研制出一种心理健康素养调查问卷,以情景案例访谈的方法向研究对象阐述问卷内容。JUNG等^[12]依据JORM的心理健康素养概念开发的多元心理健康素养量表适用于成年群体心理健康素养水平的评估,由心理健康知识、信念和资源3个维度共26个条目组成。明志君等^[13]将多元心理健康素养量表汉化,修订后的多元心

理健康素养量表由心理健康知识、信念和资源3个维度共22个条目组成。其中,知识维度为正向题,信念维度为反向题;知识和信念维度应答方式均采用Likert量表加“不知道”的形式,即设置“非常同意”“同意”“不确定”“不同意”“非常不同意”“不知道”6个选项,采用二分法计分,即对于正向题选择“非常同意”“同意”计1分,对于反向题选择“非常不同意”“不同意”计1分,其他均计0分;资源维度为是非题,选择“是”计1分,选择“否”计0分。总分为各条目得分之和,分数为0~22分,得分越高表明心理健康素养水平越高,并在中国男性军人中检验其信效度^[13],该量表的内部一致性信度Cronbach's α 系数为0.80,心理健康知识、信念和资源3个维度的Cronbach's α 系数分别为0.76、0.71和0.77。

1.3 资料收集方法 由经过统一培训的护理研究生发放问卷,每份问卷包括患者和照顾者两部分资料,在征得医院护理部与各科室领导同意后,调查员向患者及其照顾者详细介绍研究目的,征得其同意后发放问卷,采用统一的指导语指导患者及其照顾者匿名填写。问卷填写完成后,由经过培训的调查员仔细检查后当场收回,发现有遗漏及时询问补充,最后双人核对无误后录入数据。本次调查共发放问卷580份,回收有效问卷558份,有效回收率为96.2%。

1.4 统计学方法 数据收集完毕后,采用SPSS 22.0软件分析数据。计数资料以相对数表示;不服从正态分布的计量资料采用中位数(四分位数间距)[$M(QR)$]表示,两组间比较采用Mann-Whitney U 检验;相关性分析采用Spearman秩相关分析,双侧检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 脑卒中患者及其照顾者一般资料 558例参与调查的脑卒中患者中,缺血性脑卒中519例(93.0%),出血性脑卒中24例(4.3%),混合型脑卒中15例(2.7%);参与调查的脑卒中患者照顾者中,与患者同住438例(78.5%),不与患者同住120例(21.5%)。脑卒中患者及其照顾者其他一般资料见表1。

2.2 脑卒中患者及其照顾者多元心理健康素养水平 本次纳入调查的脑卒中患者及其照顾者多元心理健康素养得分最低分均为0分,最高分均为22分,二者多元心理健康素养中位得分分别为8(8)、8(8)分。二者多元心理健康素养总分及各维度得分比较,差异有统计学意义($P<0.001$),见表2。

2.3 脑卒中患者与其照顾者多元心理健康素养相关性分析 相关性分析结果显示,本次调查的脑卒中患者多元心理健康素养总分及各维度得分与其照顾者多元心理健康素养总分及各维度得分均呈正相关($P<0.001$),见表3。

表1 脑卒中患者及其照顾者一般资料〔n(%)〕

Table 1 General demographic information of stroke patients and their caregivers

一般资料	患者 (n=558)	照顾者 (n=558)
年龄 (岁)		
18~	11 (2.0)	92 (16.5)
45~	179 (32.1)	308 (55.2)
65~	368 (65.9)	158 (28.3)
性别		
男	320 (57.3)	234 (41.9)
女	238 (42.7)	324 (58.1)
文化程度		
小学及以下	225 (40.3)	135 (24.2)
初中	174 (31.2)	170 (30.5)
高中或中专	121 (21.7)	172 (30.8)
大专及以上	38 (6.8)	81 (14.5)
罹患疾病时长		
3个月以内	267 (47.8)	-
3个月~	44 (7.9)	-
1年~	72 (12.9)	-
3年~	175 (31.4)	-
发生次数 (次)		
1	267 (47.8)	-
2	174 (31.2)	-
≥3	117 (21.0)	-
与患者关系		
配偶	-	295 (52.9)
子女	-	241 (43.2)
儿媳或女婿	-	10 (1.8)
其他亲属	-	12 (2.2)
共计照顾患者时间		
3个月以内	-	264 (47.3)
3个月~	-	52 (9.3)
1年~	-	74 (13.3)
3年~	-	168 (30.1)
每天照顾的时间 (h)		
<4	-	50 (9.0)
4~8	-	260 (46.6)
>8	-	248 (44.4)

注: - 表示无此项

表2 脑卒中患者及其照顾者多元心理健康素养得分〔M(QR), 分〕

Table 2 Total and subscale scores of the Multicomponent Mental Health Literacy Measure in stroke patients and their caregivers

人群	多元心理健康素养总分	心理健康知识	信念	资源
患者	8 (8)	4 (4)	4 (4)	0 (1)
照顾者	8 (8)	4 (5)	3 (3)	0 (2)
Z 值	-10.424	-8.122	-4.345	-11.122
P 值	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

表3 脑卒中患者与其照顾者心理健康素养总分及各维度得分的相关性 (r_s 值)

Table 3 Correlation analysis of the total score and each subscale score of the Multicomponent Mental Health Literacy Measure in stroke patients and their caregivers

患者电子健康素养	照顾者			
	多元心理健康素养总分	心理健康知识	信念	资源
多元心理健康素养总分	0.715	0.663	0.643	0.410
心理健康知识	0.643	0.674	0.523	0.318
信念	0.637	0.520	0.661	0.359
资源	0.383	0.309	0.286	0.444

注: P 均 <0.001

3 讨论

3.1 脑卒中患者心理健康素养现状 本研究显示,脑卒中患者心理健康素养总得分为8(8)分,处于低水平,与FRIIS等^[14]的研究结果一致。脑卒中患者在心理健康知识、信念和资源3个维度的中位得分分别为4(4)、4(4)、0(1)分,均处于低水平,可能与本研究调查地区的经济水平、卫生知识普及程度及患者个人的受教育程度、年龄、认知水平、宗教信仰等有关^[15]。患者的心理健康素养水平对于早期疾病的识别和干预至关重要,患者对于疾病知识的了解和对待疾病的态度影响着其寻求帮助的行为^[16]。心理健康素养水平较低的人群不理解疾病的真正含义,无法识别风险因素和相关心理健康症状,进而影响其就医行为,心理健康素养水平较高的人群则具有更积极的心理健康态度^[10]。脑卒中后患者由于身体形象受损,长期依赖于照顾者等多种因素的影响,常伴有一定程度的羞耻体验,病耻感的产生造成了脑卒中患者社会身份的丧失,限制其寻求社会资源帮助,进一步损害其心理健康^[17]。提示医务人员应根据患者的认知水平、所处文化环境等进行健康教育,帮助患者正视疾病及康复过程,保持积极态度和发展应对潜力,注重用患者自身的认知资源去适应改变,从而促进其心理健康。同时,注重良好社会环境的营造,呼吁社会各界加大对脑卒中群体的关注,帮助大众树立正确的疾病观念,给予患者更加宽容的社会态度,以增强患者的治疗信心。

3.2 脑卒中患者照顾者心理健康素养现状 脑卒中致残率高,患者一般都遗留有不同程度的功能障碍,即使出院后仍需家庭的长期照护^[18],照顾者是患者获取社会支持的主要来源^[19]。本研究显示,脑卒中患者照顾者心理健康素养总得分为8(8)分,处于低水平,与HURLEY等^[20]对照顾者心理健康素养水平的研究相似。但脑卒中患者照顾者与患者的心理健康素养均值比较存在差异,脑卒中患者照顾者心理健康素养水平较高,可

能是由于照顾者在照护过程中,面临着较大压力,主动寻求社会支持,也可能是由于照顾者与医疗人员更加频繁的接触,以及信息化时代下,照顾者主动地获取相关信息和资源有关^[21-22]。这提示,应加强对照顾者心理健康的关注,同时,照顾者可成为健康知识传播的另一重要途径。研究显示,公众的心理健康素养普遍偏低,寻求治疗、对待精神疾病的态度和信念与心理健康素养有关,中国人更倾向于关注身体方面,而不是情感或心理因素^[3]。目前,照顾者面临相关照护知识缺乏、生活节奏紊乱、角色转变困难等多种因素的影响,身心承受巨大压力和痛苦。研究表明,照顾者的照顾需求与其照顾负担呈正相关^[23],提示医护人员要重视对照顾者需求的满足,尤其是心理需求,在对患者进行健康教育的同时,可以将其照顾者纳入健康教育的团队中,给予照顾者社会支持,增强其对相关知识的了解。提升照顾者心理健康素养水平,一方面可减轻照顾者照顾负担;另一方面可帮助患者及其照顾者构建良好的家庭和社会环境,从而形成对患者心理健康素养的正性影响。

3.3 脑卒中患者与其照顾者心理健康素养的相关性
疾病治疗过程中,脑卒中患者需要照顾者的长期照顾和陪伴,照顾者对疾病的认知和态度也会影响患者对待疾病的看法。本研究发现,脑卒中患者心理健康素养总分及各维度得分与其照顾者心理健康素养总分及各维度得分呈正相关。公众对治疗结果持积极态度的人比对精神疾病持消极态度的人表现出更高的心理健康服务利用率,对专业治疗的信心和信念也影响求助行为^[3]。研究显示,向家人或朋友等非正式人员求助是患者常见的求助来源^[24]。然而,当非专业人员的心理健康素养较低时,将缺乏帮助患者的知识和能力,无法正确识别疾病,对患者的心理健康状况了解较少,这将延误患者就医^[25],使患者的康复周期延长^[26]。美国学者 LYONS 等^[27]提出,要将患者和照顾者作为一个二元整体,强调疾病管理是一种二元现象,而不是患者或照顾者的个体反应。TERRILL 等^[28]基于积极心理学,对 11 对脑卒中患者及其配偶开展为期 6~8 周的二元应对干预研究,内容包括专业人员给予的面对面培训和自我主导的二元心理干预,鼓励患者及其配偶共同完成活动,研究证实基于积极心理学的居家自我主导的二元应对干预措施是可行的,可以促进夫妻双方积极情感和认知的建立,共同提高疾病应对能力。医护人员在实施护理服务过程中,要将脑卒中患者及其照顾者视为一个整体,可以探讨以家庭为中心的干预对患者及其照顾者心理健康素养的影响。同时,护理人员要肩负起向公众普及卫生知识的责任,为公众树立正确疾病观,减少心理疾病污名化,提高公众整体心理健康素养。

综上,脑卒中患者与其照顾者心理健康素养水平密切

相关,心理健康素养知识、对待治疗的信念和资源的利用都会影响人们整体的心理健康素养。护士在进行公共教育和加强整体公共卫生服务方面发挥重大作用,提示要进一步加强护理人员心理健康素养的相关培训,提高识别水平和能力。目前相关研究多关注患者的体验,较少探讨患者与其照顾者两者之间的关系对双方健康的重要影响,提示下一步可采取质性研究,从二元视角深入了解脑卒中患者及其照顾者的心理健康素养,挖掘二者内在感受并为其心理干预设计提供实证支持;也可探讨以自助为核心的干预对患者及其照顾者心理健康素养的影响。此外,医护人员不仅需要对患者及其照顾者,而且应对一般公众,开展更多关于心理健康卫生的知识教育,可通过互联网、媒体、书籍等多种渠道营造良好舆论氛围,改变大众旧观点,减少社会污名化。另外,本次调查仅局限于河南省 3 所医院的脑卒中患者及其照顾者,可能具有一定的偏倚,以后的研究可进一步扩大地域及样本量,进一步验证二者心理健康素养水平及其影响因素。

作者贡献:张振香负责文章的构思与设计,并对文章整体负责,监督管理;刘清玄负责研究的实施与可行性分析、数据整理;李会负责数据收集、论文撰写、论文修订;平智广负责统计学处理、结果的分析与解释;刘凤负责文章的质量控制及审核。

本文无利益冲突。

参考文献

- [1] FEIGIN V L, NORRVING B, MENSAH G A. Global burden of stroke [J]. *Circ Res*, 2017, 120 (3): 439-448. DOI: 10.1161/CIRCRESAHA.116.308413.
- [2] 王陇德, 刘建民, 杨弋, 等. 我国脑卒中防治仍面临巨大挑战——《中国脑卒中防治报告 2018》概要 [J]. *中国循环杂志*, 2019, 34 (2): 105-119. DOI: 10.3969/j.issn.1000-3614.2019.02.001.
- [3] WANG L D, LIU J M, YANG Y, et al. Stroke prevention and treatment in China still faces great challenges: summary of China Stroke Prevention and Treatment Report 2018 Profile [J]. *Chinese Journal of Circulation*, 2019, 34 (2): 105-119. DOI: 10.3969/j.issn.1000-3614.2019.02.001.
- [4] TAY J L, TAY Y F, KLAININ-YOBAS P. Mental health literacy levels [J]. *Arch Psychiatr Nurs*, 2018, 32 (5): 757-763. DOI: 10.1016/j.apnu.2018.04.007.
- [5] 关菲, 蒋虹, 齐丽娜, 等. 运动引导想象训练对脑卒中后病人焦虑、抑郁和疼痛的影响 [J]. *护理研究*, 2020, 34 (4): 590-594. DOI: 10.12102/j.issn.1009-6493.2020.04.005.
- [6] GUAN F, JANG H, QI L N, et al. Effects of motion-guided imagination training on anxiety, depression and pain in post-stroke patients [J]. *Nursing Research*, 2020, 34 (4): 590-594. DOI: 10.12102/j.issn.1009-6493.2020.04.005.
- [7] JARACZ K, GRABOWSKA-FUDALA B, GORNA K, et al. Burden in caregivers of long-term stroke survivors: prevalence and determinants at 6 months and 5 years after stroke [J]. *Patient*

- Educ Couns, 2015, 98 (8): 1011-1016. DOI: 10.1016/j.pec.2015.04.008.
- [6] 郭恒, 盛小添, 笪姝, 等. 心理健康素养的概念、测量及影响因素[J]. 中国健康教育, 2017, 33 (10): 918-922. DOI: 10.16168/j.cnki.issn.1002-9982.2017.10.013.
- GUO H, SHENG X T, DA S, et al. The concept, measurement and influencing factors of mental health literacy [J]. Health Education in China, 2017, 33 (10): 918-922. DOI: 10.16168/j.cnki.issn.1002-9982.2017.10.013.
- [7] GÖRİŞ S, KLÇ Z, ELMAL F, et al. Care burden and social support levels of caregivers of patients with chronic obstructive pulmonary disease [J]. Holist Nurs Pract, 2016, 30 (4): 227-235. DOI: 10.1097/HNP.000000000000153.
- [8] JORM A F, KORTEN A E, JACOMB P A, et al. "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment [J]. Med J Aust, 1997, 166 (4): 182-186. DOI: 10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x.
- [9] CHEUNG T Y, ONG Y Y, NG T, et al. Assessment of mental health literacy in patients with breast cancer [J]. J Oncol Pharm Pract, 2016, 22 (3): 437-447. DOI: 10.1177/1078155215587541.
- [10] LEE H Y, HWANG J, BALL J G, et al. Mental health literacy affects mental health attitude: is there a gender difference? [J]. Am J Health Behav, 2020, 44 (3): 282-291. DOI: 10.5993/AJHB.44.3.1.
- [11] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国各类主要脑血管病诊断要点 2019 [J]. 中华神经科杂志, 2019, 52 (9): 710-715. DOI: 10.3760/ema.j.issn.100677876.2019.09.003.
- [12] JUNG H, VON STERNBERG K, DAVIS K. Expanding a measure of mental health literacy: development and validation of a multicomponent mental health literacy measure [J]. Psychiatry Res, 2016, 243: 278-286. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.06.034.
- [13] 明志君, 陈祉妍, 王雅芯, 等. 中文版多元心理健康素养量表在男性军人中信效度评价[J]. 中国公共卫生, 2021, 37 (1): 86-91. DOI: 10.11847/zgggws1123418.
- MING Z J, CHEN Z Y, WANG Y X, et al. Evaluation of Chinese Multivariate Mental Health Literacy Scale on the CID validity of male soldiers [J]. Public Health in China, 2021, 37 (1): 86-91. DOI: 10.11847/zgggws1123418.
- [14] FRIIS K, PEDERSEN M H, AABY A, et al. Impact of low health literacy on healthcare utilization in individuals with cardiovascular disease, chronic obstructive pulmonary disease, diabetes and mental disorders. A Danish population-based 4-year follow-up study [J]. Eur J Public Health, 2020, 30 (5): 866-872. DOI: 10.1093/eurpub/ckaa064.
- [15] TONSING K N. A review of mental health literacy in Singapore [J]. Soc Work Health Care, 2018, 57 (1): 27-47. DOI: 10.1080/00981389.2017.1383335.
- [16] BONABI H, MARIO M, AJDACIC-GROSS V, et al. Mental health literacy, attitudes to help seeking, and perceived need as predictors of mental health service use: a longitudinal study [J]. J Nerv Ment Dis, 2016, 204 (4): 321-324. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000488.
- [17] 邓翠玉, 赵岳, 卢琦. 脑卒中患者病耻感的研究进展[J]. 中华护理杂志, 2016, 51 (6): 733-736. DOI: 10.3761/j.issn.0254-1769.2016.06.021.
- DENG C Y, ZHAO Y, LU Q. Research progress of stigma in stroke patients [J]. Chinese Journal of Nursing, 2016, 51 (6): 733-736. DOI: 10.3761/j.issn.0254-1769.2016.06.021.
- [18] RAFFIN E, HUMMEL C F. Restoring motor functions after stroke: multiple approaches and opportunities [J]. Neuroscientist, 2018, 24 (4): 400-416. DOI: 10.1177/1073858417737486.
- [19] BUCKI B, SPITZ E, BAUMANN M. Emotional and social repercussions of stroke on patient-family caregiver dyads: analysis of diverging attitudes and profiles of the differing dyads [J]. PLoS One, 2019, 14 (4): e0215425. DOI: 10.1371/journal.pone.0215425.
- [20] HURLEY D, SWANN C, ALLEN M S, et al. A systematic review of parent and caregiver mental health literacy [J]. Community Ment Health J, 2020, 56 (10): 2-21. DOI: 10.1007/s10597-019-00454-0.
- [21] QIU X, SIT J W H, KOO F K. The influence of Chinese culture on family caregivers of stroke survivors: a qualitative study [J]. J Clin Nurs, 2018, 27 (1/2): e309-319. DOI: 10.1111/jocn.13947.
- [22] 何叶, 王元姣. 脑卒中家庭主要照顾者社会支持性服务的研究进展[J]. 中华现代护理杂志, 2020, 26 (30): 4287-4292. DOI: 10.3760/ema.j.cn115682-20200410-02637.
- [23] 李银萍, 刘昌龄, 涂双燕, 等. 脑卒中病人照顾者需求状况研究进展[J]. 护理研究, 2019, 33 (4): 73-76. DOI: 10.12102/j.issn.1009-6493.2019.04.016.
- [24] PICCO L, ABDIN E, CHONG S A, et al. Attitudes toward seeking professional psychological help: factor structure and socio-demographic predictors [J]. Front Psychol, 2016, 7: 547. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.00547.
- [25] KAYROUZ R, DEAR B F, JOHNSTON L, et al. Intergenerational and cross-cultural differences in emotional wellbeing, mental health service utilisation, treatment-seeking preferences and acceptability of psychological treatments for Arab Australians [J]. Int J Soc Psychiatry, 2015, 61 (5): 484-491. DOI: 10.1177/0020764014553004.
- [26] GOLAY P, ALAMEDA L, BAUMANN P, et al. Duration of untreated psychosis: impact of the definition of treatment onset on its predictive value over three years of treatment [J]. J Psychiatr Res, 2016, 77: 15-21. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2016.02.017.
- [27] LYONS K S, LEE C S. The theory of dyadic illness management [J]. J Fam Nurs, 2018, 24 (1): 8-28. DOI: 10.1177/1074840717745669.
- [28] TERRILL A L, REBLIN M, MACKENZIE J J, et al. Development of a novel positive psychology-based intervention for couples post-stroke [J]. Rehabil Psychol, 2018, 63 (1): 43-54. DOI: 10.1037/rep0000181.

(收稿日期: 2021-02-07; 修回日期: 2021-04-04)

(本文编辑: 张亚丽)

· 论著 ·

老年脑卒中患者心理健康素养与健康行为的相关性研究



扫描二维码查看
原文 + 培训视频

张振香^{1*}, 任娟娟¹, 林蓓蕾¹, 平智广², 王文娜¹, 郭云飞¹, 栾文艳¹

【摘要】 背景 既往研究发现,老年脑卒中患者心理问题突出,健康行为及健康素养水平较低。有证据提示心理健康因素与健康行为改变关系密切,但针对该人群心理健康素养的研究较少。**目的** 了解老年脑卒中患者心理健康素养水平与健康行为现状,探讨两者的相关性,为改善老年脑卒中患者心理健康水平及健康行为提供干预依据。**方法** 2020年7—10月,采用便利抽样法选取河南省某三级甲等医院≥60岁脑卒中住院患者265例为调查对象,使用一般情况调查表、多元心理健康素养量表(MHL)、脑卒中患者健康行为量表(HBS-SP)进行调查。**结果** 共发放问卷265份,回收有效问卷247份,问卷回收率93.2%。不同文化程度、居住情况、家庭人均月收入老年脑卒中患者MHL得分比较,差异有统计学意义($P<0.05$);不同文化程度、病程脑卒中患者HBS-SP得分比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。老年脑卒中患者心理健康素养总分为(10.27 ± 5.04)分,健康行为总分为(62.68 ± 8.58)分。相关性分析结果显示,老年脑卒中患者心理健康素养与健康行为呈中度正相关($r_s=0.525$, $P<0.01$)。**结论** 老年脑卒中患者心理健康素养水平及健康行为均有待提高,心理健康素养与健康行为水平呈正相关。临床医护人员对老年脑卒中患者心理健康加强关注,制定个性化护理路径方案,可融入心理健康知识教育、积极信念培养强化、健康资源创新宣传、健康行为监测管理等,以心理健康促进健康行为转变。

【关键词】 卒中;老年人;心理健康素养;健康行为;康复干预;相关性

【中图分类号】 R 743 **【文献标识码】** A DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.207

张振香,任娟娟,林蓓蕾,等.老年脑卒中患者心理健康素养与健康行为的相关性研究[J].中国全科医学,2021,24(22):2860-2865. [www.chinagp.net]

ZHANG Z X, REN J J, LIN B L, et al. Relationship between mental health literacy and health behaviors among elderly stroke patients [J]. Chinese General Practice, 2021, 24(22): 2860-2865.

Relationship between Mental Health Literacy and Health Behaviors among Elderly Stroke Patients ZHANG Zhenxiang^{1*}, REN Juanjuan¹, LIN Beilei¹, PING Zhiguang², WANG Wenna¹, GUO Yunfei¹, LUAN Wenyan¹

1.School of Nursing and Health, Zhengzhou University, Zhengzhou 450001, China

2.College of Public Health, Zhengzhou University, Zhengzhou 450001, China

*Corresponding author: ZHANG Zhenxiang, Professor, Doctoral supervisor; E-mail: zhangzx6666@126.com

【Abstract】 **Background** Elderly stroke patients have been found with notable psychological problems and low levels of health behaviors and health literacy. Evidence suggests that mental health factors are closely related to the changes in health behaviors, but there are few studies on the relationship between mental health literacy and behaviors in elderly stroke patients. **Objective** To explore the status of mental health literacy and health behaviors and their relationship in elderly stroke patients, providing a basis for improving mental health and health behaviors in this group. **Methods** From July to October 2020, 265 stroke inpatients aged 60 and above were selected by convenience sampling from a grade A tertiary hospital in Henan Province, and surveyed using the General Conditions Questionnaire, the Chinese version of the Multicomponent Mental Health Literacy Measure (MMHLM-C), and Health Behavior Scale for Stroke Patients (HBS-SP). **Results** Altogether, 247 cases (93.2%) who handed in responsive questionnaires were finally included. The survey revealed that the total score of MMHLM-C in the respondents differed significantly according to education level, residence status, and monthly household income per capita ($P<0.05$). The total score of HBS-SP varied notably by education level and duration of stroke ($P<0.05$). On average, the total MMHLM-C score was (10.27 ± 5.04) and the total HBS-SP score was (62.68 ± 8.58). Correlation analysis showed a moderate positive

基金项目: 河南省哲学社会科学规划项目阶段性成果(2020BSH015); 国家卫生健康委科学研究基金省部共建项目(SBGJ202002014)

1.450001 河南省郑州市, 郑州大学护理与健康学院 2.450001 河南省郑州市, 郑州大学公共卫生学院

*通信作者: 张振香, 教授, 博士生导师; E-mail: zhangzx6666@126.com

本文数字出版日期: 2021-06-04

correlation between mental health literacy and health behavior ($r_s=0.525$, $P<0.01$)。 **Conclusion** In elderly stroke patients, the mental health literacy and health behavior level showed a positive correlation, and both need to be improved. To enhance their health behaviors via mental health, it is suggested to provide targeted care interventions in accordance with the mental health of these people observed with full attention, with mental health education, positive belief cultivation and strengthening, innovative publicity of health resources, and monitoring and management of health behaviors incorporated if possible.

【Key words】 Stroke; Aged; Mental health literacy; Health behavior; Rehabilitation intervention; Correlation

脑卒中具有发病率高、死亡率高、复发率高和致残率高的特点^[1-2],其发生发展很大程度上归因于生活方式等危险因素^[3-4],而加强对脑卒中危险因素(包括核心健康行为,如吸烟、身体活动、饮食等)的认识和管理可降低复发风险^[5-7],有助于心血管健康^[8]。研究表明,老年脑卒中患者健康行为及健康素养总体水平一般^[9-10],老年脑卒中患者健康行为问题仍需关注,但至今未得到有效解决。有学者指出,心理一致感、应对方式对脑卒中患者健康行为有一定的预测作用^[11];此外,老年人健康心理控制源与健康行为存在一定关系^[12];而加强人们对疾病严重性及易感性的认知、增强自我效能,可促使健康行为产生^[13]。心理健康素养是指帮助个体识别、管理和预防有关心理疾病的知识或信念^[14]。高水平的心理健康素养对早发现、早干预,增强心理健康意义重大^[15]。心理因素可能对个体健康行为产生重要影响^[16],通过提升心理健康素养或可改变健康行为^[17-18]。而国内外相关研究多集中于老年脑卒中患者健康生活方式现状、影响因素及干预研究,较少聚焦心理健康素养与其健康行为两者间内在逻辑,且缺乏成熟的研究指导。因此,需展开横断面调查深入了解老年脑卒中患者心理健康素养及与健康行为间潜在联系,找寻关键因素,解决行为管理难题。

1 对象与方法

1.1 研究对象 采用便利抽样的方法,于2020年7—10月对河南省某所三级甲等医院住院脑卒中患者进行问卷调查。纳入标准:(1)年龄 ≥ 60 岁;(2)符合《中国各类主要脑血管病诊断要点2019》脑卒中诊断标准^[19],经颅脑CT或MRI确诊为脑卒中;(3)疾病处于稳定恢复期;(4)理解交流能力正常。排除标准:(1)伴有认知功能障碍者;(2)伴有严重的心、肝、肾功能不全、呼吸衰竭及恶性肿瘤;(3)既往有精神障碍者。

1.2 研究方法

1.2.1 测量工具

1.2.1.1 一般资料调查表 自行设计,包括患者性别、年龄、文化程度、婚姻状况、居住情况、主要照顾者、家庭人均月收入、病程、卒中类型、卒中次数。

1.2.1.2 多元心理健康素养量表(Multicomponent Mental Health Literacy, MHL) 由JUNG等^[20]于2012年编

制,用于测量成年人的心理健康素养水平,明志君等^[21]进行汉化,包括心理健康知识、信念和资源3个维度,共22个条目。其中,知识维度为正向题,信念维度为反向题;知识和信念维度应答方式均采用Likert 5级评分加“不知道”的形式,即设置“非常同意”“同意”“不确定”“不同意”“非常不同意”“不知道”6个选项,采用二分法计分,即对于正向题选择“非常同意”“同意”计1分,对于反向题选择“非常不同意”“不同意”计1分,其他均计0分;资源维度为是非题,选择“是”计1分,选择“否”计0分。总分为各条目得分之和,分数为0~22分,得分越高表明心理健康素养水平越高。经测验,量表总体Cronbach's α 系数和重测信度分别为0.80和0.64,知识、信念和资源3个维度的Cronbach's α 系数分别为0.76、0.71和0.77^[21]。

1.2.1.3 脑卒中患者健康行为量表(Health Behavior Scale for Stroke Patients, HBS-SP) HBS-SP由万丽红等^[22]于2014年编制,用于测量脑卒中患者健康行为水平。该量表共25个条目,包括运动、服药、指令、责任、营养、烟酒6个维度。各条目采用Likert 4级评分法,“从不”“有时”“经常”“常规进行”分别赋值为1~4分,其中烟酒及服药维度采用反向计分,总分为各条目得分之和,分数愈高表示健康行为水平愈高。总量表的Cronbach's α 系数为0.878,运动、服药、指令、营养、责任、烟酒维度的Cronbach's α 系数分别为0.869、0.896、0.733、0.714、0.708、0.699。

1.2.2 资料收集方法 由事先经过统一培训的10名调查员负责问卷调查,采取面对面方法向患者及其家属说明本次调查目的及注意事项,征求患者同意后发放问卷,使用统一指导语,指导患者独立填写问卷,不方便填写者由调查者仔细询问后帮助其填写,问卷现场回收并检查。共发放问卷265份,回收有效问卷247份,问卷回收率为93.2%。

1.3 统计学方法 数据收集完毕后,由双人核对录入计算机建立SPSS数据库,采用SPSS 26.0软件进行数据分析。呈正态分布计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 描述,两组间比较采用 t 检验,多组间比较采用单因素方差分析;非正态分布计量资料采用中位数(四分位数间距 $[M(QR)]$)表示;计数资料以相对数表示;采用Spearman秩相关进行相关性分析。双侧检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 老年脑卒中患者一般资料 247 例老年脑卒中患者中,男 125 例 (50.6%),女 122 例 (49.4%);文化程度为小学及以下 97 例 (39.3%),初中 53 例 (21.4%),高中或中专 77 例 (31.2%),大专及以上 20 例 (8.1%);其他一般资料见表 1。

2.2 老年脑卒中患者心理健康素养及健康行为各维度得分 老年脑卒中患者 MHL 总分为 (10.27 ± 5.04) 分, HBS-SP 总分为 (62.68 ± 8.58) 分。MHL 和 HBS-SP 各维度得分情况见表 2。

2.3 不同人口学特征老年脑卒中患者心理健康素养及健康行为得分比较 不同文化程度、居住情况、家庭人均月收入老年脑卒中患者 MHL 得分比较,差异有统计学意义 ($P < 0.05$);不同性别、婚姻状况、主要照顾者、病程、卒中类型、卒中次数老年脑卒中患者 MHL 得分比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。不同文化程度、病程脑卒中患者 HBS-SP 得分比较,差异有统计学意义 ($P < 0.05$);不同性别、婚姻状况、居住情况、主要照顾者、家庭人均月收入、卒中类型、卒中次数脑卒中患者 HBS-SP 得分比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$),见表 3。

2.4 老年脑卒中患者心理健康素养与健康行为总分及其各维度得分的相关性分析 MHL 总分与 HBS-SP 总分、运动维度、责任维度、营养维度呈正相关,与指令维度呈负相关 ($P < 0.05$);MHL 知识维度与 HBS-SP 总分、运动维度、责任维度、营养维度呈正相关,与指令维度呈负相关 ($P < 0.05$);MHL 信念维度与 HBS-SP 总分、运动维度、责任维度、营养维度呈正相关 ($P < 0.05$);MHL 资源维度与 HBS-SP 总分、运动维度、责任维度、营养维度呈正相关,与指令维度呈负相关 ($P < 0.05$),见表 4。

3 讨论

3.1 老年脑卒中患者心理健康素养水平较差 本研究表明,老年脑卒中患者心理健康素养总分为 (10.27 ± 5.04) 分,整体水平偏低,与江光荣等^[18]的研究一致;可能与目前我国心理资源建设不完善、心理健康知识与信息宣传缺失、大众对精神类疾病的污名化等因素有关^[20, 23]。老年脑卒中患者易出现焦虑抑郁等心理障碍^[24-25],加之年龄较大,学习新知识的能力与意愿下降,同时经济收入不足可能更关注基本生活需要而忽视心理疾病问题。因此,提高老年脑卒中患者心理健康素养水平任重道远且亟待关注。首先,医院要严明院内各项制度,全面了解患者衣食住行基本需求,营造正视心理疾病的积极环境,平等对待患者;其次,社区卫生服务中心要做好心理健康知识及资源的向下传递,家庭医生与社区护士要观察记录患者心态与情绪变化,适当增加心理健康知识教育;而后,家庭可建立心理疏导亲友小团体,成员间交流分享心理健康知识,通过融

表 1 老年脑卒中患者一般资料

Table 1 General information of elderly stroke patients

项目	例数	构成比 (%)	项目	例数	构成比 (%)
性别			家庭人均月收入 (元)		
男	125	50.6	<1 000	11	4.4
女	122	49.4	10 00~	96	38.9
文化程度			3 000~	126	51.0
小学及以下	97	39.3	5 000~	14	5.7
初中	53	21.4	病程		
高中或中专	77	31.2	3 个月以内	96	38.8
大专及以上	20	8.1	3 个月~	14	5.7
婚姻状况			1 年~	38	15.4
在婚	202	81.8	3 年~	99	40.1
丧偶/离异	45	18.2	卒中类型		
居住情况			缺血性	237	96.0
独居	3	1.2	出血性	6	2.4
夫妻同住	123	49.8	混合性	4	1.6
与子女同住	48	19.4	卒中次数 (次)		
与配偶及子女同住	73	29.6	1	90	36.4
主要照顾者			2	99	40.1
配偶	119	48.2	≥ 3	58	23.5
子女	122	49.4			
其他	6	2.4			

表 2 老年脑卒中患者心理健康素养及健康行为各维度得分

Table 2 Total score and domain scores of the Chinese version of the Multicomponent Mental Health Literacy Measure achieved by the elderly stroke patients

项目	条目数 (个)	得分 (分, $\bar{x} \pm s$)
MHL		
知识	10	4.98 ± 2.99
信念	8	4.61 ± 2.06
资源	4	0 (1) ^a
总分	22	10.27 ± 5.04
HBS-SP		
运动	6	13.94 ± 5.13
服药	4	6.53 ± 2.88
指令	4	15.11 ± 3.07
责任	3	5.42 ± 2.44
营养	6	14.08 ± 3.36
烟酒	2	2.40 ± 1.14
总分	25	62.68 ± 8.58

注: MHL= 多元心理健康素养量表, HBS-SP= 脑卒中患者健康行为量表; ^a 数据非正态分布, 以 $M (QR)$ 表示

入亲情同伴支持,形成家庭内部联动。此外,个体在疾病期要敞开心扉,正确认识心理疾病,可撰写个人日记,寻求同伴支持,多与家人倾诉等。其中个体为心理健康主体,家庭为心理健康支持,社区为心理健康促进,医院为心理健康保障,形成个体、家庭、社区和医院四方

表3 不同人口学特征老年脑卒中患者心理健康素养及健康行为得分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

Table 3 Average total scores of the Chinese version of the Multicomponent Mental Health Literacy Measure and Health Behavior Scale for Stroke Patients in elderly stroke patients by demographic characteristics

一般资料	例数	MHL		HBS-SP		
		总分	F(t) 值	P 值	总分	F(t) 值 P 值
性别			-1.106 ^a	0.269		-0.980 ^a 0.327
男	125	10.56 ± 0.43			63.26 ± 0.75	
女	122	9.97 ± 0.48			62.08 ± 0.79	
文化程度			1.691	0.016		13.962 <0.001
小学及以下	97	10.33 ± 4.73			60.40 ± 7.11	
初中	53	10.19 ± 5.25			66.58 ± 8.23	
高中或中专	77	10.83 ± 5.47			64.73 ± 8.87	
大专及以上	20	8.00 ± 3.81			55.50 ± 7.61	
婚姻状况			2.492 ^a	0.085		2.141 ^a 0.120
在婚	202	10.60 ± 5.02			62.99 ± 8.62	
丧偶/离异	45	8.22 ± 4.98			61.64 ± 8.20	
居住情况			4.353	0.005		1.324 0.267
独居	3	16.33 ± 3.22			66.00 ± 12.12	
夫妻同住	123	10.98 ± 4.98			63.64 ± 8.87	
与子女同住	48	8.56 ± 4.56			61.29 ± 7.67	
与配偶及子女同住	73	9.95 ± 5.17			61.84 ± 8.58	
主要照顾者			0.917	0.471		1.003 0.417
配偶	119	10.80 ± 4.97			63.83 ± 8.94	
子女	122	9.89 ± 5.14			61.65 ± 8.16	
其他	6	7.50 ± 5.66			57.00 ± 5.56	
家庭人均月收入(元)			4.215	0.006		1.063 0.365
<1 000	11	10.18 ± 5.44			65.36 ± 10.12	
1 000~	96	9.31 ± 5.36			62.05 ± 10.10	
3 000~	126	11.29 ± 4.80			62.60 ± 7.44	
5 000~	14	7.71 ± 2.05			65.57 ± 4.55	
病程			1.047	0.373		2.784 0.042
3个月以内	96	10.78 ± 5.01			62.04 ± 8.34	
3个月~	14	10.71 ± 5.65			63.29 ± 8.22	
1年~	38	10.61 ± 5.04			66.26 ± 7.84	
3年~	99	9.58 ± 4.99			61.84 ± 8.90	
卒中类型			2.950	0.054		0.465 0.629
缺血性	237	10.36 ± 5.02			62.64 ± 8.67	
出血性	6	10.67 ± 5.79			65.67 ± 5.01	
混合性	4	4.25 ± 0.50			60.75 ± 8.22	
卒中次数(次)			0.391	0.677		0.559 0.573
1	90	10.60 ± 4.98			62.38 ± 8.46	
2	99	9.95 ± 5.42			62.34 ± 8.75	
≥3	58	10.29 ± 4.51			63.72 ± 8.55	

注: ^a 为 t 值

表4 老年脑卒中患者心理健康素养与健康行为总分及各维度得分的相关性分析 (r_s 值)

Table 4 Correlation analysis of the total score and domain scores of the Chinese version of the Multicomponent Mental Health Literacy Measure with those of the Health Behavior Scale for Stroke Patients in elderly stroke patients

MHL	HBS-SP						
	总分	运动	服药	指令	责任	营养	烟酒
总分	0.525 ^a	0.577 ^a	0.023	-0.176 ^a	0.550 ^a	0.199 ^a	-0.109
知识	0.385 ^a	0.522 ^a	0.041	-0.196 ^a	0.538 ^a	0.203 ^a	-0.059
信念	0.399 ^a	0.497 ^a	-0.011	-0.047	0.414 ^a	0.149 ^a	-0.106
资源	0.174 ^a	0.278 ^a	0.013	-0.168 ^a	0.275 ^a	0.152 ^a	-0.048

注: ^a $P < 0.05$

量表各维度中, 服药和责任维度得分较低, 提示患者总体健康行为有待进一步提高, 与相关学者研究一致^[26-27]。本研究结果显示, 老年脑卒中患者健康行为水平受文化程度和病程的影响。文化程度低的患者理解健康知识能力和途径受限, 且收入不足对健康资源投入较少, 随着年龄增长, 沟通交流与理解表达能力不足, 无法对健康信息及时准确做出判断, 加之病程较长, 疾病极易复发迁延不愈, 生活压力与疾病负担较重, 其康复信心也可能深受打击, 行为改变更加被动。研究指出, 基于信息化的卒中干预可提高患者健康行为水平^[28-29]。这提示应改变传统“填鸭式”普适性护理模式, 针对老年群体, 一方面可加强与互联网技术的结合, 通过方便快捷的途径, 将干预内容和方法可视化, 传播健康行为知识与疾病可防可控理念; 另一方面可针对不同文化程度和病程的患者进行分级调整, 实施精准护理, 分人群、分学历、分病程阶段推广干预, 协助老年脑卒中患者调整心态, 为其提供专业化指导, 促使患者充分认识心理疾病, 理性看待疾病, 满足患者自我管理和预防复发的内在需求, 增强健康管理责任感。

3.3 老年脑卒中患者心理健康素养与健康行为的相关性 相关分析结果表明, 老年脑卒中患者心理健康素养与健康行为呈中度正相关, 即心理健康素养水平较高时, 其健康行为水平可能也较高, 与 AABY 等^[30]的研究一致。首先, 心理健康素养水平高的老年脑卒中患者, 可以充分发挥自我效能的中介作用, 有信心采取行动战胜疾病, 应对心理问题。其次, 在丰富的心理健康资源和知识环境背景下, 健康信息的获取渠道和方式更多样, 老年脑卒中患者对心理疾病认知更充分, 其促进健康的动力也更积极, 更可能通过主动健康饮食、减少久坐、安全用药等延缓复发, 为健康行为形成提供保障。再者, 通过可获得的心理干预资源, 老年脑卒中患者可以寻求专业人员的帮助, 其对家庭成员的依赖程度降低, 逐步找回自我价值, 主动参与配合治疗的意愿增强, 为健康行为转变奠定基础。最后, 心理健康信念的建立与坚持

联动模式, 可帮助患者拓展心理健康知识, 正视心理疾病。
3.2 老年脑卒中患者健康行为水平有待提高 老年脑卒中患者健康行为总分为 (62.68 ± 8.58) 分, 健康行为

可以减轻患者心理负担,增强康复信心和自我效能,促进其家庭和社会角色转变,助推健康行为维持。因此,临床医护人员和社区工作者应对老年脑卒中患者行为管理问题时,在加强多学科团队合作的基础上,要多维度剖析老年脑卒中患者特殊心理健康问题,从知识、信念、资源等多层次出发进行精准评估,分析健康素养水平、应对方式和积极心理等因素的潜在联系,发挥心理健康素养对健康行为的正性作用。

综上所述,老年脑卒中患者心理健康素养水平较差,总体健康行为水平有待提高,且心理健康素养与健康行为呈中度正相关。这提示临床医护人员和社区卫生工作者要对老年脑卒中患者心理健康素养引起重视,尤其需要关注文化程度较低且病程长的患者,探索自上而下的心理健康素养与健康行为链式助推效应,形成问题四方联动解决模式。首先,可由就诊医院和所属社区联合专业机构、家庭和个体等多方力量参与,在分级诊疗或日常体检中融入心理健康知识现况调查,完善其心理健康素养水平轨迹档案;其次,可由多学科团队分析影响因素及相应对策,有条件地整合心理健康资源,结合信息化健康教育手段,分人群、分学历、分病程传播心理健康知识,增加心理健康教育,激发患者自我健康驱动意识,捕捉患者心理与疾病变化信息,及时反馈当地社区或医院,从而促使老年脑卒中患者多渠道了解疾病康复及心理健康知识,树立正确的疾病观,增强“每个人是自己健康的第一责任人”意识,帮助患者主动改变不良行为,形成健康生活方式,促进其生活质量及整体幸福感的提升。

作者贡献:张振香负责文章的构思与设计,并对文章整体负责,监督管理;王文娜负责研究的实施与可行性分析;任娟娟、王文娜负责数据收集;任娟娟负责数据整理、结果的分析与解释、论文撰写;平智广负责统计学处理;林蓓蕾、王文娜、郭云飞、栾文艳负责论文的修订、文章的质量控制及审核。

本文无利益冲突。

参考文献

- [1] CHEN Y, WRIGHT N, GUO Y, et al. Mortality and recurrent vascular events after first incident stroke: a 9-year community-based study of 0.5 million Chinese adults [J]. *Lancet Glob Health*, 2020, 8 (4): e580-590. DOI: 10.1016/S2214-109X(20)30069-3.
- [2] 赵洁, 常红, 王晓娟, 等. 脑卒中患者静脉溶栓 24 小时内血压与出血的相关性研究 [J]. *中华护理杂志*, 2019, 54 (7): 981-984. DOI: 10.3761/j.issn.0254-1769.2019.07.004.
- ZHAO J, CHANG H, WANG X J, et al. The relationship between blood pressure and bleeding within 24 hours of intravenous thrombolysis in stroke patients [J]. *Chinese Journal of Nursing*, 2019, 54 (7): 981-984. DOI: 10.3761/j.issn.0254-1769.2019.07.004.
- [3] 郭健. 中国居民合并慢性病的脑卒中发病危险因素及对二级预防药物依从性研究 [D]. 北京: 北京协和医学院, 2019.
- [4] WANG W, JIANG B, SUN H, et al. Prevalence, incidence, and mortality of stroke in China: results from a nationwide population-based survey of 480 687 adults [J]. *Circulation*, 2017, 135 (8): 759-771. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.116.025250.
- [5] JAIN P, SUEMOTO C K, REXRODE K, et al. Hypothetical lifestyle strategies in middle-aged women and the long-term risk of stroke [J]. *Stroke*, 2020, 51 (5): 1381-1387. DOI: 10.1161/STROKEAHA.119.026761.
- [6] FAIZ K W, LABBERTON A S, THOMMESSEN B, et al. Stroke-related knowledge and lifestyle behavior among stroke survivors [J]. *J Stroke Cerebrovasc Dis*, 2019, 28 (11): 104359. DOI: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2019.104359.
- [7] TOWFIGHI A, CHENG E M, HILL V A, et al. Results of a pilot trial of a lifestyle intervention for stroke survivors: healthy eating and lifestyle after stroke [J]. *J Stroke Cerebrovasc Dis*, 2020, 29 (12): 105323. DOI: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.105323.
- [8] VIRANI S S, ALONSO A, BENJAMIN E J, et al. Heart disease and stroke statistics-2020 update: a report from the American heart association [J]. *Circulation*, 2020, 141 (9): e139-596. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000757.
- [9] 尚芳芳. 老年脑卒中患者健康素养与复发再入院相关性研究 [J]. *中国老年保健医学*, 2020, 18 (4): 99-100. DOI: 10.3969/j.issn.1672-2671.2020.04.032.
- [10] 井坤娟, 戎艳琴, 李颖. 老年脑卒中患者健康行为及影响因素 [J]. *中国老年学杂志*, 2018, 38 (23): 5826-5829. DOI: 10.3969/j.issn.1005-9202.2018.23.075.
- [11] 谭琳, 李倩, 罗珊, 等. 应对方式在脑卒中患者心理一致感与健康行为间的中介效应 [J]. *护理管理杂志*, 2019, 19 (10): 687-692. DOI: 10.3969/j.issn.1671-315x.2019.10.001.
- [12] 赵婷婷. 老年人健康心理控制源与体育锻炼行为之间的影响研究 [D]. 成都: 四川师范大学, 2018.
- [13] 田双芬, 方学文, 金丽芬. 保护动机理论在重症病人护理中应用的研究进展 [J]. *循证护理*, 2021, 7 (2): 193-196. DOI: 10.12102/j.issn.2095-8668.2021.02.008.
- [14] WANG W, ZHANG Y, LIN B, et al. The urban-rural disparity in the status and risk factors of health literacy: a cross-sectional survey in central China [J]. *Int J Environ Res Public Health*, 2020, 17 (11): 3848. DOI: 10.3390/ijerph17113848.
- [15] RIEBSCHLEGER J, COSTELLO S, CAVANAUGH D L, et al. Mental health literacy of youth that have a family member with a mental illness: outcomes from a new program and scale [J]. *Front Psychiatry*, 2019, 10: 2. DOI: 10.3389/fpsy.2019.00002.
- [16] JIMENEZ D E, THOMAS L, BARTELS S J. The role of serious mental illness in motivation, participation and adoption of health behavior change among obese/sedentary Latino adults [J]. *Ethn Health*, 2019, 24 (8): 889-896. DOI: 10.1080/13557858.2017.1390552.
- [17] NISHIDA-HIKIJI E, OKAMOTO M, IWANAGA R, et al. Mental health literacy regarding eating disorders in female Japanese university students [J]. *Eat Disord*, 2021, 29 (1): 17-28. DOI: 10.1080/10640266.2019.1610629.

- [18] 江光荣, 李丹阳, 任志洪, 等. 中国国民心理健康素养的现状与特点[J]. 心理学报, 2021, 53(2): 182-201. DOI: 10.3724/SP.J.1041.2021.00182.
- [19] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国各类主要脑血管病诊断要点 2019[J]. 中华神经科杂志, 2019, 52(9): 710-715.
- [20] JUNG H, VON STERNBERG K, DAVIS K. Expanding a measure of mental health literacy: development and validation of a multicomponent mental health literacy measure[J]. Psychiatry Res, 2016, 243: 278-286. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.06.034.
- [21] 明志君, 陈祉妍, 王雅芯, 等. 中文版多元心理健康素养量表在男性军人中可信度评价[J]. 中国公共卫生, 2021, 37(1): 86-91. DOI: 10.11847/zgggws1123418.
- MING Z J, CHEN Z Y, WANG Y X, et al. Evaluation of the validity of the Chinese Multiple Mental Health Literacy Inventory in male military personnel[J]. China Public Health, 2021, 37(1): 86-91. DOI: 10.11847/zgggws1123418.
- [22] 万丽红, 熊小妮, 潘俊豪, 等. 脑卒中患者健康行为量表的编制及信效度检验[J]. 护理学杂志, 2017, 32(1): 25-29. DOI: 10.3870/j.issn.1001-4152.2017.01.025.
- [23] 李丹阳. 社会治理视阈下我国社会心理服务体系的建设与运行研究[D]. 青岛: 青岛大学, 2020.
- [24] DAS J, RAJANIKANT G K. Post stroke depression: the sequelae of cerebral stroke[J]. Neurosci Biobehav Rev, 2018, 90: 104-114. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2018.04.005.
- [25] SHEK A C, BIONDI A, BALLARD D, et al. Technology-based interventions for mental health support after stroke: a systematic review of their acceptability and feasibility[J]. Neuropsychol Rehabil, 2021, 31(3): 432-452. DOI: 10.1080/09602011.2019.1701501.
- [26] CRAYTON E, WRIGHT A J, ASHWORTH M. Improving medication adherence in stroke survivors: the intervention development process[J]. BMC Health Serv Res, 2018, 18(1): 772. DOI: 10.1186/s12913-018-3572-1.
- [27] 闫婷婷, 郑蔚, 段好丽, 等. 首发脑卒中患者健康行为现状及相关因素的研究[J]. 现代预防医学, 2016, 43(21): 3940-3944. DOI: CNKI:SUN:XDYF.0.2016-21-027.
- [28] RADFORD K A, CRAVEN K, MCLELLAN V, et al. An individually randomised controlled multi-centre pragmatic trial with embedded economic and process evaluations of early vocational rehabilitation compared with usual care for stroke survivors: study protocol for the return to work after stroke (RETAKE) trial[J]. Trials, 2020, 21(1): 1010. DOI: 10.1186/s13063-020-04883-1.
- [29] 陈妍熙, 翟清华, 张春慧, 等. 微信平台在脑卒中患者延续护理中的应用现状[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2020, 23(9): 826-829. DOI: 10.12083/SYSJ.2020.09.133.
- CHEN Y X, ZHAI Q H, ZHANG C H, et al. Current status of the application of WeChat platform in the extended care of stroke patients[J]. Chinese Journal of Practical Neurological Disorders, 2020, 23(9): 826-829. DOI: 10.12083/SYSJ.2020.09.133.
- [30] AABY A, FRIIS K, CHRISTENSEN B, et al. Health literacy is associated with health behaviour and self-reported health: a large population-based study in individuals with cardiovascular disease[J]. Eur J Prev Cardiol, 2017, 24(17): 1880-1888. DOI: 10.1177/2047487317729538.
- (收稿日期: 2021-02-07; 修回日期: 2021-04-04)
(本文编辑: 张亚丽)

(上接第 2854 页)

- [16] 戴春花, 王雪, 曾杏梅, 等. 电子健康素养与中青年卒中患者健康行为的相关性分析[J]. 实用心脑血管病杂志, 2020, 28(6): 57-61. DOI: 10.3969/j.issn.1008-5971.2020.06.011.
- DAI C H, WANG X, ZENG X M, et al. Correlation between electronic health literacy and health behaviors in young and middle-aged stroke patients[J]. Practical Journal of Cardiac Cerebral Pneumal and Vascular Disease, 2020, 28(6): 57-61. DOI: 10.3969/j.issn.1008-5971.2020.06.011.
- [17] LI S, CUI G, YIN Y, et al. Health-promoting behaviors mediate the relationship between eHealth literacy and health-related quality of life among Chinese older adults: a cross-sectional study[J]. Quality of Life Research, 2021. [Epub ahead of print]. DOI: 10.1007/s11136-021-02797-2.
- [18] HOOGLAND A I, MANSFIELD J, LAFRANCHISE E A, et al. eHealth literacy in older adults with cancer[J]. Journal of Geriatric Oncology, 2020, 11(6): 1020-1022. DOI: 10.1016/j.jgo.2019.12.015.
- [19] 刘思奇, 罗月, 付晶晶, 等. 积极老龄化背景下老年人数字健康素养现状及对策研究[J]. 护理研究, 2021, 35(2): 250-254. DOI: 10.12102/j.issn.1009-6493.2021.02.010.
- LIU S Q, LUO Y, FU J J, et al. Research on status quo and countermeasures of elderly digital health literacy under the background of active aging[J]. Chinese Nursing Research, 2021, 35(2): 250-254. DOI: 10.12102/j.issn.1009-6493.2021.02.010.
- [20] 周寒寒, 郑爱明. 社区老年人电子健康素养现状及影响因素分析[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2018, 18(6): 455-458. DOI: 10.7655/NYDXBSS20180610.
- ZHOU H H, ZHENG A M. Current situation and influencing factors of e-health literacy among community older adults[J]. Journal of Nanjing Medical University (Social Sciences), 2018, 18(6): 455-458. DOI: 10.7655/NYDXBSS20180610.
- [21] SONG L, TATUM K, GREENE G, et al. EHealth literacy and partner involvement in treatment decision making for men with newly diagnosed localized prostate cancer[J]. Oncology Nursing Forum, 2017, 44(2): 225-233. DOI: 10.1011/17.ONF.225-233.
- [22] VLOOTHUIS J D M, MULDER M, NIJLAND R H M, et al. Caregiver-mediated exercises with e-health support for early supported discharge after stroke (CARE4STROKE): a randomized controlled trial[J]. PLoS One, 2019, 14(4): e0214241. DOI: 10.1371/journal.pone.0214241.
- (收稿日期: 2021-02-07; 修回日期: 2021-04-04)
(本文编辑: 张亚丽)

• 全科医学教育研究 •

四元合力全科师资队伍构建研究

朱文华, 方力争*, 戴红蕾, 陈丽英, 晁冠群, 祝悦



扫描二维码查看
原文 + 培训视频

【摘要】 加强全科师资队伍是全科医学发展的重要环节,但目前仍然存在全科专业师资建设薄弱、教学水平参差不齐的情况。为进一步充分发挥多元师资在全科医学人才培养中的综合作用,本文通过构建四元合力的师资队伍,创建全科导师-全科师资-专科师资-社区师资的合力带教模式,体现全科医学培养特色,为提升全科人才培养质量提供保障。

【关键词】 四元合力;全科医学;师资;构建

【中图分类号】 R 192 **【文献标识码】** A DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.214

朱文华,方力争,戴红蕾,等.四元合力全科师资队伍构建研究[J].中国全科医学,2021,24(22):2866-2869.
[www.chinagp.net]

ZHU W H, FANG L Z, DAI H L, et al. The building of a four-force general medicine faculty team [J]. Chinese General Practice, 2021, 24 (22) : 2866-2869.

The Building of a Four-force General Medicine Faculty Team ZHU Wenhua, FANG Lizheng*, DAI Honglei, CHEN Liying, CHAO Guanqun, ZHU Yue

Department of General Practice, Sir Run Run Shaw Hospital, Zhejiang University School of Medicine, Hangzhou 310016, China

*Corresponding author: FANG Lizheng, Chief physician, Master supervisor; E-mail: lizheng.f@163.com

【Abstract】 Strengthening the building of a general medicine faculty team is an important part for the development of general practice in China. But the overall building status is unsatisfactory, and teaching levels of the teams across regions are uneven currently. To give full play to the role of diversified faculty in the training of general medical talents, we have developed a combined teaching model by constructing a four-force faculty team, which consists of general practice supervisors, teachers of general medicine, specialty medicine and community medicine. This model fully reflects the characteristics of general practice training, and ensures the quality of general practice personnel training.

【Key words】 Four-force; General practice; Teaching staff; Construction

加强全科师资队伍是实施健康中国战略的重要举措。国务院、多部委连续颁发文件指出“加快发展全科医学,大力培养全科医生”^[1]。2018年1月国务院发文《关于改革完善全科医生培养与使用激励机制的意见》指出要大力提高全科医师的培养质量与数量^[2]。然而,目前我国还存在全科专业师资严重匮乏的局面^[3],大部分综合性医院缺乏专职全科师资,基层社区实践基地的师资大部分未经过规范系统的全科理论知识及技能培训。因此,加强全科学科建设,建立以全科专业导师为核心,整合临床经验丰富且教学、科研能力较强的相关学科师资队伍,四元合力解决这一问题具有重要意义。浙江大学医学院附属邵逸夫医院全科医学科经过长期实践探

索,建立了四元合力的师资团队,创新合力培养模式,为实现高质量培养全科人才目标提供重要依据。

1 四元合力师资队伍构建方法

2015年起浙江大学医学院附属邵逸夫医院全科医学科针对目前国内全科医学发展中存在全科专业师资短缺及师资素质不均衡的现象,结合全科医学的特色,加强全科师资团队建设,构建四元合力全科师资团队模式,即全科导师-全科师资-专科师资-社区师资,形成了四元合力的全科师资团队。

1.1 制定师资准入标准,建立多元师资准入模块

1.1.1 确定多元师资能力要素 用德尔菲专家咨询法、文献查询法确定全科师资队伍核心能力要素^[4],通过电子邮件的方式进行两轮专家咨询,第一轮专家咨询邀请20名全科专家(具有高级职称、分布在省内外)按照五级重要性等级对指标采用专家情况、咨询方法及过程等,以体现设置标准的科学合理的“重要性”进行打分,分为很不重要(1分)、不重要(3分)、一般(5分)、重要(7分)和很重要(9分),并根据指标重要程度提出修改意见。同时,请专家填写指标

基金项目:浙江大学教学改革基金项目(yxyb20172019)

310016 浙江省杭州市,浙江大学医学院附属邵逸夫医院全科医学科

*通信作者:方力争,主任医师,硕士生导师;

E-mail: lizheng.f@163.com

本文数字出版日期:2021-05-28

熟悉程度评级表和影响程度量化表。第二轮专家咨询是在分析第一轮专家咨询结果及专家提出的意见基础上进行的,第二轮专家咨询表附有第一轮专家咨询的结果及详细的填表说明,邀请专家根据第一次专家咨询结果再次对指标重要性进行评价。最后,分析整理第二次专家咨询结果,以此形成全科师资队伍核心能力要素。确定全科师资的核心能力包括模块1全科医学基本素质(全科医学职业精神、道德素质);模块2全科医疗能力(临床技能、社区适宜技术);模块3全科教学能力(带教技能、评估反馈及反思的能力);模块4管理能力(团队组织管理能力、硕士研究生导师引导及管理的能力);模块5科研能力(研究能力,持续的全科专业职业发展)。

1.1.2 制定师资准入标准 (1)基本认定标准:具有本科及以上学历,在临床工作5年以上并具有3年以上主治工作经历及教学经历,参加过医疗机构全科师资培训并获得证书,对全科医学事业充满热情;(2)根据德尔菲专家咨询法确定的全科师资的核心能力,进一步归纳师资能力准入模块,以多元师资必须掌握基础模块,即全科医疗能力、教学技能和沟通交流能力为基础,全科导师需具备基础模块加教学研究能力、组织管理能力模块;全科临床师资需具备基础模块加全科专业带教能力、教学管理能力模块,专科师资需具备基础模块加专业能力及教学指导模块;基层社区师资需具备基础模块加教学技能和实践能力模块等,由教学管理组实施准入评估,严格把握师资准入质量。

1.2 构建“四位一体”合力模式,实现优势互补并相互衔接 围绕全科医师核心能力培养目标及要求^[5],构建“四位一体”的联合组合模式,由全科导师(培养过程中全程指导的师资)、全科师资(全科轮转过程中的带教师资)、专科师资(专科轮转过程的带教师资)、社区师资(垂直教学过程中社区带教师资)合力教学,运用全科理念,强化实践教学,在全科住院医师培训中各层面的师资环环相扣,交叉融合,根据不同师资专业特点及背景,确立教学过程中各自的作用,以全科导师为主导,四元合力,协同管理,指导带教,使全科导师强化全科专业培养、科研能力的角色功能,全科师资强化全科临床思维及综合技能等角色功能,专科师资提升临床专科与全科临床接轨的教学能力,社区师资加强全科临床技能训练与全程管理等角色功能,并实现优势互补带教,有机衔接培养,既充分展示全科医学专业培养特色,又横向提升临床和社区的知识技能,提高岗位胜任力,为毕业后独立执业打下良好的基础。

1.3 建立“分层递进”的全科师资梯队质量提升方式 参考全科医生六大核心能力〔世界家庭医生组织(WONCA)〕及全科专业培训标准〔英国皇家全科医师学院(RCGP)〕^[6],结合中国基本医疗的实际需求,以目标导向-能力提升设计模块,以全科综合实践能力为主是,全人全程管理能力、岗位胜任技能、全科职业发展能力等为主要内容遴选在综合性医院及社区工作水平高、临床、教学、科研经验丰富的高年资全科资深带教师资,培养四元合力的全科师资梯队,包括初级、中级、高级梯队,采取“分层递进”“多维实践”的

梯队培养方式,对初级梯队以提升全科理念、实践技能、门诊带教能力为主线,中级梯队以提升专业能力、适宜技能、教学能力为主线,高级梯队以培养综合能力、科学研究能力、管理能力为主线,见表1。实施过程中采用以团队为单位的讨论式教学模式,以网络为载体的互动教学,以反思为策略的创新教学模式^[7],全面提升多元师资的综合能力。

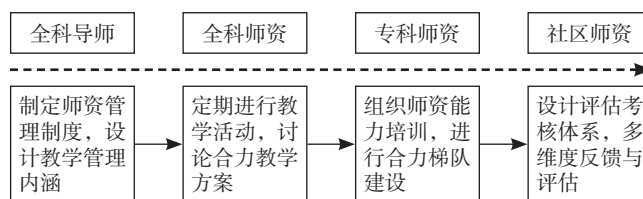
表1 分层递进的梯队建设方案

Table 1 Hierarchical and ordered construction plan of the four-force general medicine faculty team

梯队分层	培养目标	强化能力	指导方法
初级梯队	培养实践/教学融合型师资	全科思维能力 全科实践能力 门诊带教能力 全科基本理念	全科实战演练 临床教学实践 教学工作坊 情景教学实践
中级梯队	培养专业/教学融合型师资	专业医疗能力 全科适宜技能 临床带教能力 教学管理能力	全科临床实践 教学实践 教学工作坊 SP模拟训练
高级梯队	培养研究/管理融合型师资	全科综合能力 全科执业技能 基地管理能力 科研指导能力	多维能力实践 讨论互动教学 教学工作坊 多元融合教学

注:SP=标准化病人

1.4 构建四元合力的全科师资一体化组织管理程序 按师资准入标准遴选出全科导师-全科师资-专科师资-社区师资,形成了四元合力的全科师资团队,经过2年国内外的师资梯队严格培训,强化全科带教能力训练,并考核通过组建导师团队,将全科导师作为全科住院医师培训基地教学及管理的核心团队,围绕全科专业特色,协调主导,高效发挥各类师资的作用,进行横向一体化组织管理、模式探索、集体备课、多维评价等,实现优势互补,充分体现全科特色,使得全科教学切实有效,为培养高质量全科人才提供保障,见图1。



注:虚线箭头为横向一体化管理

图1 四元合力的全科师资一体化团队管理模式

Figure 1 Integrated management model of the four-force general medicine faculty team

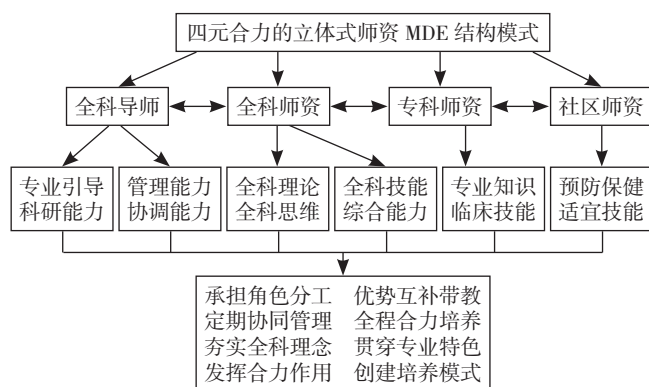
2 建立四元合力全科师资共同带教模式

2.1 建立四元合力全科共同带教的“M-D-E”教学模式

基于全科理论-临床-社区教学交叉融合为序贯式的教学方式^[8],建立了全科师资四元合力共同带教模式,在原有的“以问题为基础”的教学模式(PBL)基础上,采用多学科(M)团队(D)协作教学(E)“M-D-E”模式,从不同角度协同教学,展开多学科病例讨论,workshop实践教学法^[9],结合全科专业特色,采用循问教学模式(problem-based

learning, M-PBL) / 案例教学模式 (cased-based learning, CBL) / 团队教学模式 (team-based learning, TBL) 的方法, 将多元师资有效合力, 互补教学, 发挥全科师资合力协同带教技能, 强强联合培养, 各级师资参与联合教学, 优势互补, 提高合力师资的综合带教水平, 提高全科人才的培养质量, 见图 2。

实施过程中由多元师资管理小组制定教学计划、确定多元师资衔接管理方法、组织集体备课, 并进行课程建设与教学效果评价。选定全科大纲中综合性临床教学课程, 实施四元合力全科共同带教的“M-D-E”带教方案, 在慢性病多系统病的病例讨论、虚拟仿真临床实践技能、临床联合教学查房等带教中实施多元合力带教模式, 由多元师资管理小组集体书写教案, 并进行联合教学演练, 其中全科导师侧重全科理念提升及人文指导, 全科师资侧重全科思维及综合能力提升, 专科师资侧重临床专科知识及技能提升, 社区师资侧重预防保健及适宜技能提升, 通过多元合力进行优势互补, 协同带教, 取得较好的教学效果。



注: MDE= 多学科团队协作教学

图 2 四元合力的全科师资 MDE 教学框架

Figure 2 MDE teaching framework of the four-force general medicine faculty team

2.2 建立综合医院 - 社区 (H-C) 多元师资垂直实践联合教学法 为进一步提升全科人才培养的执业胜任力, 建立综合医院 - 社区 (H-C) 多元师资垂直实践联合教学方法, 由全科师资每周两次下基层与社区师资合力进行垂直联合教学, 采用门诊四步法、运用“反思性”教学方法^[10], 定期进行全科与社区师资联合门诊教学, 同时社区师资上达综合医院进行联合查房带教等, 保证了综合性医院和社区基地教学连续性和同质化; 使全科临床基地和社区实践基地紧密合作, 密切配合, 临床基地师资“下社区”起到“传”“帮”“带”的作用, 社区基地师资“走上来”参与教学, 实现一体化教学管理, 提升合力师资的综合带教能力^[11]。

3 工作成效

3.1 全科住院医师规范化培训学员的能力提升情况 通过四元合力的师资队伍建设、分层强化师资培训及能力评估探索与实践, 提高了全科住院医师规范化培训学员的能力水平。2016—2019 年理论考核、技能考核均稳步提高, 理论考核平均分较 2014 年提高了 5.52~9.85 个百分点, 技能考核平均分

较 2014 年提高了 4.72~8.26 个百分点。

3.2 培养的全科研究生的能力提升情况 所培养的全科研究生的临床能力、教学能力及团队管理能力快速提升, 在国内核心期刊发表了高质量全科学术论文十余篇, 并在杂志发表多篇学术短评, 创建浙江青年全科医生论坛, 展现了全科培养人才的拓展研究与管理能力。

4 讨论

通过构建四元合力的师资队伍, 创建全科导师 - 全科师资 - 专科师资 - 社区师资的合力带教模式, 提升了全科住院医师规范化培训学员的综合能力, 体现了全科医学专业培养特色, 为提升全科人才培养质量提供了保障。与传统师资单一带教模式相比, 四元合力师资队伍构建的主要特色和优势如下:

4.1 构建多元合力师资带教模式, 有利于实现与基层全科岗位的无缝对接 建立一支综合实力强、能力过硬的高素质全科师资队伍, 是培养全科人才的关键^[12], 构建由多元合力的“四位一体”全科师资队伍带教模式是实现这一目标的重要保障。本研究根据不同师资专业特点及背景, 确立教学过程中各自的作用, 以全科导师为主导, 四元合力, 优势互补, 有机衔接, 协同管理, 指导带教, 实现优势互补带教, 有机衔接培养, 实现与基层全科岗位的无缝对接, 通过合力带教具体实施中的集体备课、教学演练, 进一步提升四元合力教学效果, 有效提升全科专业培养特色, 解决专科轮转叠加培养全科专业人才、全科专业特点缺失的问题^[13]。

4.2 全面提升全科师资队伍综合能力, 发挥多元师资的互补优势 实施健康中国战略是我国的基本国策, 大力推进中国全科医学发展、加强全科师资队伍是培养高质量的全科人才的重要环节^[14]; 由于目前仍然存在全科专业导师及师资匮乏、教学资源不均衡、教学水平参差不齐等因素, 如何建立高素质的综合师资梯队, 围绕全科医师培养目标及全科医师岗位胜任力, 开展高水平的教学活动, 对培养综合能力强的全科人才有着重要意义。本研究以全科师资的核心能力为目标导向, 以能力提升为主线, 根据多元师资的优势及功能定位, 建立分层递进的体现全科医学特色的师资梯队建设方案, 以培养综合能力、科学研究能力、管理能力为主的卓越师资为目标, 对全面提升全科师资的综合能力有重要意义。在实施中关键在于如何充分发挥多元师资的互补优势, 全面提升全科师资队伍综合能力, 需要在实践中不断完善。

4.3 建立“分层递进”的全科师资梯队质量提升方式, 为提升师资质量提供保障 为促进全科医学教育的快速发展, 我国目前部分城市已成立了全科师资培训基地, 但大部分的临床及社区基地却并没有系统的全科师资梯队质量提升方式。本研究结合全科师资的培养目标, 根据 ACGME 和 GMA 师资能力评估体系及全科师资的核心能力要素^[15], 建立全科师资队伍梯队质量提升方式, 并按照初、中、高级师资进行分层, 以目标导向 - 能力提升设计模块, 全面提升多元师资的综合能力, 为提升全科师资队伍的质量提供保障。

综上所述, 围绕全科人才培养目标及岗位胜任力^[15], 创建全科导师 - 全科师资 - 专科师资 - 社区师资有效合力的

教学梯队与带教方法,通过实施多元合力的全科师资团队建设模式,打造了高素质多元合力的师资队伍,发挥全科导师、全科师资、专科师资、社区师资的综合优势,既把握全科专业方向,又强化临床技能,围绕全科专业特色,实现全科-专科-社区融贯培养,开展高水平的教学活动,体现了全科医学专业培养特色,解决教学资源不均衡、教学水平参差不齐的局面,为培养高层次的全科医学专业人才提供保障。但有关多元合力的全科师资团队建设实施的效应及效果评价体系及方法,有待进一步在今后的研究中完善。

作者贡献:朱文华、戴红蕾负责研究的实施与可行性分析;晁冠群、祝悦负责数据收集、统计学处理;朱文华、祝悦负责数据整理、论文撰写;朱文华、陈丽英负责结果的分析与解释;方力争、戴红蕾负责论文的修订;朱文华、方力争负责文章的构思与设计、质量控制及审校,并对文章整体负责,监督管理;陈丽英、祝悦负责英文的修订。

本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 中华人民共和国国务院. 国务院关于建立全科医生制度的指导意见 [EB/OL]. (2011-07-07) [2020-10-20]. http://www.gov.cn/jwqk/2011-07/07/content_1901099.htm.
- [2] 中华人民共和国国务院. 关于改革完善全科医生培养与使用激励机制的意见 [EB/OL]. (2018-01-24) [2020-10-20]. http://www.gov.cn/jwqk/2018-01/24/content_5260073.htm.
- [3] 王荣英, 贺振银, 赵稳稳, 等. 全科医学师资培训研究进展 [J]. 中国全科医学, 2017, 20 (25): 3144-3148. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2017.25.017.
WANG R Y, HE Z Y, ZHAO W W, et al. Research progress of teacher training in general practice [J]. Chinese General Practice, 2017, 20 (25): 3144-3148. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2017.25.017.
- [4] 姬军生, 刘刚, 陈虹, 等. 国外全科医生培养概况及其对我国全科医学教育的启示 [J]. 中华医学教育杂志, 2014, 34 (3): 474-477, 480. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1673-677X.2014.03.044.
JI J S, LIU G, CHEN H, et al. Overview of general practitioners training abroad and the enlighten about domestic general practice education [J]. Chinese Journal of Medical Education, 2014, 34 (3): 474-477, 480. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1673-677X.2014.03.044.
- [5] 刘彦玲, 谢苗荣, 陈建军. 国内外全科医学师资建设研究 [J]. 中国全科医学, 2017, 20 (4): 388-393, 398. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2017.04.003.
LIU Y L, XIE M R, CHEN J J. Construction of teaching staff in general medicine at home and abroad [J]. Chinese General Practice, 2017, 20 (4): 388-393, 398. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2017.04.003.
- [6] Committee of GP Education Directors, Royal College of General Practitioners. Guidance for deaners/letbs on the standard for GP specialty training [Z]. 2014.
- [7] 徐春丽, 王青丽. 医教协同背景下全科医师培训师资队伍建设的思路与策略 [J]. 现代医院, 2019, 19 (6): 794-797. DOI: 10.3969/j.issn.1671-332X.2019.06.005.
- [8] XU C L, WANG Q L. The thoughts and strategies of teachers' team construction through hospital and school collaboration in general practitioner training [J]. Modern Hospital, 2019, 19 (6): 794-797. DOI: 10.3969/j.issn.1671-332X.2019.06.005.
- [9] 李虹, 张海英, 左延莉, 等. 广西医科大学全科医学教学基地师资培养的思考与建议 [J]. 中国高等医学教育, 2012, 27 (8): 5-6. DOI: 10.3969/j.issn.1002-1701.2012.08.003.
LI H, ZHANG H Y, ZUO Y L, et al. Thoughts and suggestions of general family medicine teaching base for training teaching staff in Guangxi Medical University [J]. China Higher Medical Education, 2012, 27 (8): 5-6. DOI: 10.3969/j.issn.1002-1701.2012.08.003.
- [10] 李娜, 马力, 方红娟, 等. 综合医院全科医学师资队伍建设探索 [J]. 中华医院管理杂志, 2016, 32 (9): 678-681. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1000-6672.2016.09.012.
- [11] 戴红蕾, 卢崇蓉, 裘力锋, 等. 全科专业师资团队建设的探索与实践 [J]. 中国高等医学教育, 2019, 34 (8): 39-40. DOI: 10.3969/j.issn.1002-1701.2019.08.020.
- [12] 江孙芳, 杨华, 寿涓, 等. 上海市全科医师规范化培训临床教学基地师资评估标准的建立 [J]. 中华全科医师杂志, 2015, 14 (8): 587-593. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-7368.2015.08.005.
JIANG S F, YANG H, SHOU J, et al. Establishment of assessment criteria for general practitioner trainers in clinical training base [J]. Chinese Journal of General Practitioners, 2015, 14 (8): 587-593. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-7368.2015.08.005.
- [13] 全科医师规范化培训师资标准建议专家组. 关于建立全科医师规范化培训师资标准的建议 [J]. 中华全科医师杂志, 2016, 15 (11): 835-838. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-7368.2016.11.005.
Expert Group of Establishment of Criteria for General Practitioner Trainers. Suggestions of criteria for general practitioner trainers [J]. Chinese Journal of General Practitioners, 2016, 15 (11): 835-838. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-7368.2016.11.005.
- [14] 陆媛, 王朝昕, 王明虹, 等. 基于层次分析法全科临床师资标准的构建研究 [J]. 中国全科医学, 2016, 19 (4): 442-446. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2016.04.017.
LU Y, WANG Z X, WANG M H, et al. Establishment of standard for clinical teachers in general practice based on analytic hierarchy process [J]. Chinese General Practice, 2016, 19 (4): 442-446. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2016.04.017.
- [15] The College of Family Physicians of Canada. Fundamental teaching activities in family medicine framework for faculty development [Z]. 2015.
- [16] 顾杰, 寿涓, 顾晓青, 等. 客观结构化教学评估在全科基层实践师资教学能力评估中的应用 [J]. 中华全科医师杂志, 2019, 18 (5): 431-436. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-7368.2019.05.007.

(收稿日期: 2020-12-14; 修回日期: 2021-03-26)

(本文编辑: 毛艳红)

• 全科医学教育研究 •

“校院区贯通式”助理全科医生培养模式研究



扫描二维码查看
原文 + 培训视频

蒋丽华¹, 乌建平¹, 张莉¹, 叶建丽², 邱模昌^{1*}

【摘要】 为加强“3+2”助理全科医生培养学校阶段与医院阶段的衔接,提升培养质量,江西医学高等专科学校紧扣两个阶段人才培养的特点,探索开展了“校院区贯通式”助理全科医生培养模式改革,充分利用医学院校与附属医院隶属关系及紧密合作开展教学工作的特性,将学校、附属医院、社区医院三方融合贯通,由学校统筹管理“3+2”的两个阶段,将理论教学、实践培训及职业精神培养交替实施,促进了人才培养质量的提升,为完善医学人才培养体系提供了思路。

【关键词】 助理全科医生; 人才培养模式; 基层医疗服务

【中图分类号】 R 192 **【文献标识码】** A DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.232

蒋丽华, 乌建平, 张莉, 等. “校院区贯通式”助理全科医生培养模式研究 [J]. 中国全科医学, 2021, 24 (22): 2870-2873. [www.chinagp.net]

JIANG L H, WU J P, ZHANG L, et al. Research on the mode of "college-hospital-community linkage" assistant general practitioner training [J]. Chinese General Practice, 2021, 24 (22): 2870-2873.

Research on the Mode of "College-Hospital-Community Linkage" Assistant General Practitioner Training

JIANG Lihua¹, WU Jianping¹, ZHANG Li¹, YE Jianli², QIU Mochang^{1*}

1.School of Clinical Medicine, Jiangxi Medical College, Shangrao 334000, China

2.Railway New Village Community Health Center, the First Affiliated Hospital of Jiangxi Medical College, Shangrao 334000, China

*Corresponding author: QIU Mochang, Associate professor; E-mail: jxsqmc@163.com

【Abstract】 To improve the quality of talent cultivation by strengthening the linkage between in-school phase and hospital-based phase for the "3+2" training program with assistant general practitioners (3-year education on clinical medicine+2-year training as an assistant general practitioner), Jiangxi Medical College, basing itself on the features of talent cultivation in these two phases, consolidates the hospital-college integration, and explores the reform in the "college-hospital-community linkage" training mode for assistant general practitioners. On account of this, the integration of college, the affiliated hospital and community hospital is fully conducive to the hospital affiliation to the medical college and their close cooperation in teaching. The two phases of "3+2" training mode, administered by the college as a whole, alternate theoretical teaching, practical training and professional spirit training, which promotes boosting the talent cultivation quality and provides an approach to optimizing medical talent cultivation system.

【Key words】 Assistant general practitioners; Personnel training mode; Primary health care

全科医学人才队伍建设是健康中国战略实施的基础保障,全科医生总体数量不足和分布不均衡是目前的关键问题之一,采取“3+2”模式培养的助理全科医生,因其培养周期短、适用性强,是解决问题的有效途径。目前“3+2”助理全科医生

培养工作尚在探索阶段,3年在校培养与2年医院培养之间的有效衔接方面还存在一些问题。江西医学高等专科学校立足两个阶段人才培养的特点,强化院校融合,提出“校院区贯通式”助理全科医生培养模式,助推医学人才培养体系的完善,服务医疗卫生服务体系建设,为家庭医生签约服务制度、分级诊疗制度的实施发挥其积极作用。

1 基层全科医学人才现状及其原因

1.1 人才总量配置不足 据2018年全科医师培训高峰论坛暨第十五届社区卫生与全科医学学术年会会议报道,截至2017年底,培训合格的全科医生共25.3万人,每万人口拥有全科

基金项目:江西省教育厅教学研究重点项目(JXJG-18-45-1)

1.334000 江西省上饶市,江西医学高等专科学校临床医学院

2.334000 江西省上饶市,江西医学高等专科学校第一附属医院铁路新村社区卫生服务中心

*通信作者:邱模昌,副教授;E-mail: jxsqmc@163.com

本文数字出版日期:2021-05-28

医生1.8人,距离2030年规划尚缺少50万人,缺口巨大^[1]。此外,因经济发展和政策待遇等因素影响,目前我国全科医生地域分布很不均衡,江苏、上海、北京、浙江4省(直辖市)每万人口全科医生数高于3人;陕西、江西、辽宁等7省份每万人口全科医生数仍低于1人;21个省处于全国平均水平以下,其中包括山东、河南、四川等人口大省^[1]。在总量不足的同时,基层全科医学人才队伍还存在学历层次偏低、职称结构不合理、稳定性差、流失严重等情况,呈现“缺乏人才—功能萎缩—人员大量流失”的不良循环^[2-5]。

1.2 人才培养有待加强 基层全科医生主要来源于现有医生转岗培训,通过院校培养的较少,全科医生队伍建设的人力资源配置后劲不足^[6]。以现有8年培养周期的“5+3”全科医生培养模式,难以在规定时间内保障基层医疗卫生服务体系建设的的人才需求。并且,当前大学本科毕业的医学生基本集中在县级以上医院之中,经过5年全日制临床医学本科教育的大学生到农村社区去做全科医生的意愿较低,更别提还需要再参加3年的规范化培训^[7]。助理全科医生采取“3+2”模式培养,因其培养周期短,能更快速地提供全科医学人才,且其“完成3年临床医学类专业高职(专科)教育的毕业生,在助理全科医生规范化培训基地接受2年助理全科医生培训”培养机制已经初步建立^[8]。庄林等^[9]通过调研发现,完成3年临床医学专业学业后,毕业生后续参加助理全科医师规范化培训的人数不足10%,面向基层医疗卫生机构培养人才的职责未能得到充分发挥。

1.3 现状原因分析 造成总量不足与供应乏力的原因包括多个方面。首先,“3+2”模式培养体系尚不完善。其前3年在医学院校完成,由教育主管部门主导,按照医学院校的临床医学专业人才培养目标进行培养,后2年在医院进行,由卫生健康主管部门主导,按照《助理全科医生培训标准(试行)》实施。人才培养的两个阶段缺乏衔接,相互孤立,未能建立一个完善的从学校(学生)—医院(助培医生)—社区(全科医生)的直通道路,毕业生全科职业精神的培养缺失,职业生涯缺乏规划和引导,导致“下不去”的现状。其次,目前助理全科医生的2年规范化培训存在采用住院医师规范化培训压缩形式的现状,未能凸显全科医学“六位一体”公共卫生服务的能力培养,培养目标与就业定位缺乏一致性,毕业生全科职业岗位胜任力不足,导致“难用上”的现状。此外,培训基地与医学院校不同,其只负责专业技能培训,缺乏对学生学历提升、资格获取、就业渠道等方面的关注与支持,再加上基层卫生人才福利待遇、职业地位较低,职业发展路径缺乏等情况,导致“留不住”的现状。

2 “校院区贯通式”助理全科医生培养的实践

2.1 构建人才培养体系 江西医学高等专科学校总结十多年专科层次全科医学人才培养经验,积极探索创新,将学校、附属医院、社区医院三方融合贯通,充分利用医学院校与附

本文要点:

目前“3+2”助理全科医生培养工作尚在探索阶段,3年在校培养与2年医院培养之间的有效衔接方面还存在一些问题。江西医学高等专科学校的“校院区贯通式”助理全科医生培养模式,指借鉴本科临床医学专业“5+3”本硕一体化培养模式,将学校、附属医院、社区医院三方融合贯通,充分利用医学院校与附属医院的隶属关系及紧密合作开展教学工作的特性,由学校统筹管理“3+2”的两个阶段,实行“校院区贯通式”助理全科医生培养模式。经过实践,该模式有效提升了人才培养的数量、提升了毕业生的岗位胜任力、促进了校院区的发展和服务能力的提升。

属医院隶属关系及紧密合作开展教学工作的特性,由学校统筹管理“3+2”的两个阶段,实行“校院区贯通式”助理全科医生培养模式。“校院区”分别指的是医学专科学校、医学院校附属医院、附属医院的直属社区医院。由学校临床医学系主导,组建由学校、附属医院、社区医院三方共同参与的专业团队,制定5年一体化的人才培养方案和课程体系。学校全程参与教学管理,保障教学计划的实施。“校院区贯通式”培养的前3年在校学习期间,定期安排学生赴社区医院承担健康服务工作,强化实践能力,培养职业精神;后2年在附属医院参加国家助理全科医生规范化培训,定期返校学习,加强理论知识的巩固和实践能力的考核。学生入校即明确职业发展规划,通过5年“校院区贯通式”的培养,获得学历、职业资格且通过规范化培训,可直接胜任岗位需求。

2.2 组建专业团队 组建专业建设指导委员会,聘任医疗卫生行业、全科医学教育研究领域、卫生健康主管部门、用人单位等方面的专家为专业建设指导委员会委员,为专业建设的发展方向提供决策咨询。组建专业团队,主要由专业核心课程教师、附属医院实习与规范化培训带教老师、社区医院参与教学人员组成,并从中遴选、聘任专业团队负责人。专业团队负责制定人才培养方案、建设课程体系、教学改革等工作,对人才培养质量负责。

2.3 优化人才培养方案与课程体系 专业团队负责赴就业单位进行调研,掌握基层卫生服务机构的人才需求现状,立足全科医生岗位胜任力需求,确定人才培养目标。以培养目标为导向,兼顾《助理全科医生培训实施意见(试行)》、执业医师考试大纲中相关标准,制定五年贯通的人才培养方案。将现有三年制的全科医学专业课程体系进行大幅度调整,以“3+2”模式的五年制人才培养周期为前提,充分调整理论与实践课程的教学内容与时间,增加大量的见习课程。以“早临床(社区)、多临床(社区)、反复临床(社区)”为总体思路,以“理论与实践教学相互穿插”“在校学习与

医院(社区医院)学习交互”为基本原则,制定培养具有“基础理论知识、临床实践技能、全科职业精神与能力”人才为目标的课程体系。

2.4 打造师资队伍 根据课程设置,打造一支教学能力强、专业素质高、具备职业精神的师资队伍。通过赴临床一线、社区一线实践锻炼,培养在校教师的职业精神与专业能力,促进其理论教学与实践相结合。通过学校教师与临床一线教师集体备课、教学能力培训及细化教学规范管理等举措,强化临床教师的教学水平,促进其科学、系统地开展教学工作。抽调双师型专业教师(熟悉学校与医院教学规律)组成兼职辅导员团队,承担学校与医院两个阶段共5年培养期间的学生管理与职业规划引导工作。

2.5 保障体系建设 完善实训设施建设,由学校统一规划,在附属医院建立与校内同一标准的临床实践实训室,确保人才培养的每一个阶段都可进行实践操作训练。完成客观结构化临床技能考核(OSCE)的软硬件设施建设,保证在实习前、毕业前、规范化培训结束前开展3次全覆盖的临床技能考核。与卫生健康主管部门做好衔接,保障毕业生在附属医院参加助理全科医生规范化培训期间,享受国家助理全科医生规范化培训的相应政策。与意向用人单位达成就业协议,解决落实好毕业生助理规范化培训结束后的就业问题。与本科医学院校做好衔接,将成人本科学历教育的内容融入贯通式培养的体系中,为毕业生今后的职业发展铺设了一条顺畅的道路。组织相关教师成立培训团队,开展执业助理医师资格考试的培训工作,提升资格考试通过率。通过上述保障措施,全面确保毕业生完成5年的贯通式培养后,具备扎实的专业能力,获得毕业证书、助理执业医师资格证书、助理全科医生培训合格证书,且能直接上岗就业。

3 “校院区贯通式”助理全科医生培养的特色

3.1 有效提升人才培养数量 采取“校院区贯通式”培养的助理全科医生,按照五年一体化的助理全科医生人才培养方案实施教学,并且在整个培养过程中贯穿有社区服务的实践,所以其毕业生基层卫生服务、健康管理等职业能力比较强,毕业后完全“能胜任”基层全科医生岗位工作。其次,在入学之初就已经明确职业生涯规划,且在教学过程中注重职业精神养成,所以学生毕业后基层工作接受度高,而且能安心服务基层,属于踏踏实实“能留住”的人才。再者,因学校全程参与教学实施与管理,相对于医院面向社会招收的助理全科医生规范化培训,贯通式培养的学生一直处于在校(附属医院)学习状态,具有较好的学习氛围和较优的学习环境,同时学校在后两年培训期间全面组织理论知识强化教学,利于学生执业助理医师资格证的获取,培养的学生持续发展能力较强,具有“能发展”的特点。

3.2 毕业生岗位胜任力提升 根据现有助理全科医生岗位胜任力指标体系^[10-12],结合乡村全科执业助理医师资格考试大

纲与专家咨询意见,设计了毕业生岗位胜任力调查问卷。通过理论考试、实践技能考核、岗位胜任力问卷调查3个方面的综合分析,毕业生在临床专业知识、临床诊疗技能、医学人文关怀、职业态度与素养、沟通交流能力、团队协作能力、自主学习能力等基层医疗卫生机构各岗位普遍需求的能力均有提升。

3.3 促进校、院、区的发展和服务能力提升 由于医学教育逐步向高层次发展,本科临床医学专业将逐步提升为一本招生。按此趋势发展,高职(高专)类医学院校将不再适合举办临床医学等专业,面临教学资源的闲置与师资队伍转型的问题,开展助理全科医生的培养,可以充分发挥高职(高专)类医学院校的临床教学资源。另一方面,通过“校院区贯通式”培养,提升了人才培养质量,解决了专科层次临床医学专业毕业生就业困难的尴尬局面,同时也有利于学校全科医学师资队伍的建设。在5年的人才培养过程中,附属医院、社区医院全程参与教育,通过承担教学与培训任务提升了附属医院及社区医院现有专业技术人员的业务能力,通过大量助培生在社区医院承担工作,提升社区医院的健康服务能力。

4 进一步完善“3+2”助理全科医生培养的思考

4.1 本科院校参与,给予本科学历 借鉴本科临床医学专业“5+3”本硕一体化培养(5年临床医学本科教育完成后,在3年临床医学硕士专业学位研究生教育的同时完成住院医师规范化培训)的模式,探索医学专科学校与本科医学院校共同参与的“3+2”专本一体化培养模式,三年制专科培养之后,选拔优秀毕业生纳入“一体化”培养,即在完成助理全科医师规范化培训的同时完成本科学历教育,获得全日制本科学历与学士学位。此举可解决大部分学生对“专升本”升学的期望值较高、不安心临床实习和规范化培训的问题,大幅提高助理全科医师规范化培训对毕业生的吸引力,让更多优秀的人才愿意从事基层医疗卫生服务工作,也有利于促进基层医疗卫生机构人才质量整体提升。

4.2 加强培训基地的建设 由于助理全科医生培养工作开展的时间较短,助理全科医师规范化培训基地建设还不够,参加规范化培训的毕业生人数有限,难以满足基层医疗体系建设对人才的迫切需求。由于参加助培人数较少,占毕业生总数比例较低,不利于“贯通式”人才培养体系的全面推进和“一体化”课程体系的实施。目前,针对第二阶段的培养模式创新较多,针对第一阶段的在校期间人才培养改革创新只能停留在教学内容的调整,增加社区见习培养职业精神等较浅的层面,较深层次的改革只能以试点班的形式开展。应进一步加快培训基地的建设步伐,特别是将一批医学院校的附属医院、教学医院纳为助培基地,并增加基地接收助培生的名额,使“3+2”助理全科医师培养形成一定规模,助推培养模式的创新与培养质量的提升。

4.3 完善质量监控体系 助理全科医生是未来基层医疗卫生机构的中坚力量,是居民健康的“守门人”,是影响基层医

疗卫生服务水平的核心要素^[13]，因此，提高全科医学人才培养的水平与质量至关重要。应重视人才培养质量考核与评价体系的建立，组建第三方质量考核队伍，立足岗位胜任力制定合理有效的考核标准，加强过程监督与结果评价，并形成质量反馈机制，从制度上保障助理全科医生的培养质量。

作者贡献：蒋丽华提出研究思路、政策解读、调研；乌建平、张莉、叶建丽、邱模昌培养模式构建与论证。

本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 中国医师协会：2018年全科医师培训高峰论坛暨第十五届社区卫生与全科医学学术年会会议报告[EB/OL]. (2018-04-27) [2020-03-12]. <http://mcq.people.com.cn/news/2018427/20184271035324386641.htm>.
- [2] 王嫔，张志红. 全科医学人才队伍建设发展及探索[J]. 全科医学临床与教育，2017，15(5)：481-483. DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2017.05.001.
WANG L, ZHANG Z H. Development and exploration of general practice talent team construction [J]. Clinical Education of General Practice, 2017, 15(5)：481-483. DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2017.05.001.
- [3] 郑艳玲，余芳，陈艳黎，等. 我国全科医生职业倦怠状况及影响因素研究[J]. 中国全科医学，2019，22(7)：764-769. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2019.07.005.
ZHENG Y L, YU F, CHEN Y L, et al. Prevalence and influencing factors for job burnout among general practitioners in China [J]. Chinese General Practice, 2019, 22(7)：764-769. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2019.07.005.
- [4] 曾建军，杨灵军，卿川. 基层人才队伍建设问题与对策[J]. 中国农村卫生，2016，8(17)：17-18. DOI: CNKI:SUN:NCWS.0.2016-17-008.
ZENG J J, YANG L J, QING C. Problems and countermeasures in the construction of grassroots talent team [J]. China Rural Health, 2016, 8(17)：17-18. DOI: CNKI:SUN:NCWS.0.2016-17-008.
- [5] 祝嫦娥，陈昭蓉，周丹丹，等. 基层卫生人才队伍建设路径探索[J]. 医学与社会，2019，32(9)：24-27, 51. DOI: 10.13723/j.xysh.2019.09.006.
ZHU C E, CHEN Z R, ZHOU D D, et al. Path exploration of grassroots health personnel team construction: based on human resource management perspective [J]. Medicine and Society, 2019, 32(9)：24-27, 51. DOI: 10.13723/j.xysh.2019.09.006.
- [6] 林春梅，秦江梅，张丽芳，等. 基层医疗卫生人力配置及公平性实证分析[J]. 中国卫生经济，2017，36(12)：64-66. DOI: 10.7664/CHE20171217.
LIN C M, QIN J M, ZHANG L F, et al. Empirical analysis on allocation and equity of primary health human resources [J]. Chinese Health Economics, 2017, 36(12)：64-66. DOI: 10.7664/CHE20171217.
- [7] 黄全华，王瑾，李黎. “3+2”全科医学培养模式中存在的问题和解决方式[J]. 临床医学研究与实践，2018，3(8)：188-189, 192. DOI: 10.19347/j.cnki.2096-1413.201808092.
HUANG Q H, WANG J, LI L. Problems and solutions in “3+2” general medical training mode [J]. Clinical Research and Practice, 2018, 3(8)：188-189, 192. DOI: 10.19347/j.cnki.2096-1413.201808092.
- [8] 助理全科医生培训实施意见(试行)[EB/OL]. [2020-03-12]. <http://www.nhfpc.gov.cn/qjjys/s3593/201606/ac7465a778f24fd9a47f7cec54a3974.shtml>.
- [9] 庄林，史卫红，乔学斌. 江苏省基层全科医生队伍建设现状及思考[J]. 南京医科大学学报(社会科学版)，2019，19(6)：465-468. DOI: 10.7655/NYDXBSS20190609.
ZHUANG L, SHI W H, QIAO X B. The current situation and consideration of general practitioner teams of primary health care in Jiangsu Province [J]. Journal of Nanjing Medical University (Social Sciences), 2019, 19(6)：465-468. DOI: 10.7655/NYDXBSS20190609.
- [10] 张鑫岩. 中国乡村全科执业助理医师岗位胜任力模型构建研究[D]. 沈阳：中国医科大学，2020.
- [11] 张莉，单楠，马玲，等. 德尔菲法在助理全科医师岗位胜任力指标体系构建中的应用[J]. 中国初级卫生保健，2019，33(6)：12-14. DOI: 10.3969/j.issn.1001-568X.2019.06.0005.
ZHANG L, SHAN N, MA L, et al. Application of Delphi method in the construction of assistant general practitioner competency index system [J]. Chinese Primary Health Care, 2019, 33(6)：12-14. DOI: 10.3969/j.issn.1001-568X.2019.06.0005.
- [12] 钱志龙，戈园园，陆萍，等. 社区全科医师不同临床岗位胜任力的同质性和差异性研究[J]. 中国全科医学，2020，23(28)：3576-3582. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2020.00.453.
QIAN Z L, GE Y Y, LU P, et al. Similarities and differences of position-specific competencies among community general practitioners [J]. Chinese General Practice, 2020, 23(28)：3576-3582. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2020.00.453.
- [13] 酒卫华，谢协驹，王胜，等. 临床医学专业“3+2”助理全科医生培养模式的临床医学及全科医学课程体系构建探索[J]. 基层医学论坛，2020，24(34)：5002-5004. DOI: 10.19435/j.1672-1721.2020.34.060.
JIU W H, XIE X J, WANG S, et al. Research on constructing curriculum mode of clinical medicine and general medicine of “3+2” assistant general practitioner in clinical medicine [J]. The Medical Forum, 2020, 24(34)：5002-5004. DOI: 10.19435/j.1672-1721.2020.34.060.

(收稿日期：2021-03-11；修回日期：2021-04-16)

(本文编辑：段淑娟)

• 医学人文 •

全科医学安宁疗护多专业团队服务模式构建及效果研究

唐跃中¹, 徐东浩¹, 程明明^{2*}, 周大双¹, 虞智杰¹, 陈雯¹



扫描二维码查看
原文 + 培训视频

【摘要】 背景 安宁疗护已成为国家健康体系中的重要环节。2017年以来国家卫生主管部门主导开展了两个批次的全国安宁疗护试点, 共计1个直辖市及76个城市(区)成为试点单位。然而, 作为安宁疗护主要服务提供者和主要服务场所的社区卫生机构, 目前尚未形成切实可行的服务模式, 亟须探索研究。**目的** 基于社区卫生工作实际, 组建全科医学背景下安宁疗护多专业团队, 确立团队成员角色, 探索安宁疗护多专业团队服务模式(H-MPT)并评估其运行效果。**方法** 本研究采用定量与定性混合研究设计对2016年10月—2019年12月在康健安宁疗护开展的H-MPT进行效果评估。定量研究采用自行编制的“H-MPT团队成员评估表”“H-MPT服务患者家属评估表”。定性研究的开展则采用自编访谈提纲, 对H-MPT团队成员中的医生、护士进行录音访谈。对量表评估和访谈结果进行描述性统计。**结果** 量表评估结果显示, 团队成员对各条目的评估值为4.58~5.00分, 患者家属对各条目的评估值为4.60~5.00分。访谈结果显示, H-MPT服务模式提升了人文关怀服务质量、提高了团队协作效率、有助于改善医患关系及提升对医务社会工作者的认可。**结论** 基于全科医学平台组建安宁疗护多专业团队的服务模式, 不仅提升了安宁疗护的总体服务质量, 而且为当下开展社区为本的安宁疗护提供一个专业服务的框架。

【关键词】 安宁疗护; 全科医学; 多专业团队; 医务社会工作者

【中图分类号】 R 473 R 197 **【文献标识码】** A DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.017

唐跃中, 徐东浩, 程明明, 等. 全科医学安宁疗护多专业团队服务模式构建及效果研究[J]. 中国全科医学, 2021, 24(22): 2874-2879. [www.chinagp.net]

TANG Y Z, XU D H, CHENG M M, et al. Exploration and effect of hospice care by the hospice multiple professional team in support of general practice [J]. Chinese General Practice, 2021, 24(22): 2874-2879.

Exploration and Effect of Hospice Care by the Hospice Multiple Professional Team in Support of General Practice

TANG Yuezhong¹, XU Donghao¹, CHENG Mingming^{2*}, ZHOU Dashuang¹, YU Zhijie¹, CHEN Wen¹

1. Department of Hospice, Xuhui District Kangjian Subdistrict Community Health Centre, Shanghai 200233, China

2. School of Sociology and Political Science, Shanghai University, Shanghai 200444, China

*Corresponding author: CHENG Mingming, Association professor, Doctoral supervisor; E-mail: chengmmthu@163.com

TANG Yuezhong and XU Donghao are the first authors

【Abstract】 Background In China, hospice care has become an important part of the national healthcare system. Since the year of 2017, the national health authorities have initiated two rounds of implementing hospice care at the national level with 1 municipality, and 76 cities /districts as the pilot areas. However, there is no available practical pattern for delivering hospice care by community healthcare institutions, a major kind of healthcare settings for delivering such services, which needs to be explored urgently. **Objective** To establish a hospice multiple professional team (H-MPT) in support of general practice with determined roles of team members for delivering hospice care in community healthcare settings, and to assess the management effect of the team. **Methods** A quantitative and qualitative mixed design was used to evaluate the effect of hospice care delivered by a H-MPT in Kangjian Subdistrict Community Health Centre from October 2016 to December 2019. Two self-made questionnaires, the H-MPT Team Member Assessment Form and Patient's Family Members' Assessment of H-MPT Services were used in the quantitative study. Interviews with self-developed outlines were used in the qualitative study. Descriptive statistical analyses of questionnaire assessment results and recorded interview results were performed. **Results** The members

基金项目: 国家社科基金青年项目(13CSH101); 上海市社区卫生协会社区科研项目(SWX19M10)

1.200233 上海市徐汇区康健街道社区卫生服务中心安宁疗护科 2.200444 上海市, 上海大学社会学院

*通信作者: 程明明, 副教授, 博士生导师; E-mail: chengmmthu@163.com

唐跃中和徐东浩共同为第一作者

本文数字出版日期: 2020-10-30

of the H-MPT had scores ranging from 4.58 to 5.00 in terms of each assessment item. The scores of the effect of hospice care delivered by the H-MPT evaluated by patients' family members ranged from 4.60 to 5.00 in terms of each assessment item. The interviews indicated that hospice care delivered by the H-MPT significantly improved the quality of humanistic care services, efficiency of team cooperation, and doctor-patient relationship as well as the recognition of medical social workers. **Conclusion** The H-MPT established for supporting general practice to offer hospice care may significantly improve the quality of hospice care. Moreover, this pattern may provide a referential practical framework for the delivery of community-based hospice care in China.

【Key words】 Hospice care; General practice; Multiple professional team; Medical social worker

安宁疗护又称“临终关怀”。早在中世纪,欧洲就出现了安宁疗护的萌芽,现代意义上的安宁疗护机构于20世纪60年代在英国出现。随之,安宁疗护运动在欧美国家兴起。中国对于安宁疗护的相关研究起步较晚,从20世纪80年代开始经历了一个缓慢的发展过程。早在1994年,临终关怀科就已经列入我国医疗机构诊疗科目名录,科室代码为“24”^[1],2000年国家卫生行政部门规定城市社区卫生服务中心可开展临终关怀服务^[2]。2016年《“健康中国2030”规划纲要》^[3]提出“为老年人提供治疗期住院、康复期护理、稳定期生活照料、安宁疗护一体化的健康和养老服务”。随后,2017年原国家卫生计生委制定《安宁疗护实践指南(试行)》明确指出:“安宁疗护实践以临终患者和家属为中心,以多学科协作模式进行,主要内容包括疼痛及其他症状控制,舒适照护,心理、精神及社会支持等”^[4]。同年,原国家卫生计生委确定5个城市进行首批安宁疗护试点,并颁布《安宁疗护中心基本标准和管理规范(试行)》^[5],2019年国家卫生健康委确定第二批试点,上海市为第二批全国安宁疗护试点省(直辖市),北京市西城区等71个城市(区)为第二批全国安宁疗护试点市(区)^[6],自此,安宁疗护被纳入国家健康发展战略中,成为国家健康照顾体系的重要一环。目前国内尚未注册临终关怀专科医师,安宁疗护临床服务多由肿瘤科、老年科、内外科等专科医生担当。为终末期患者提供“照顾”应是全科医学的内容,也应是全科医生的本色担当。加拿大临终关怀在综合医疗机构、专业安宁疗护机构和社区进行,一般将在社区的服务称为安宁疗护,其余场所的称姑息照料^[7]。美国MD Anderson肿瘤中心将安宁疗护描述为基于社区为生命最后几个月的患者进行的姑息照料^[8]。由此可见,社区为主的基层医疗卫生机构是开展以全科为基础的安宁疗护的主要阵地。因此,在基层医疗卫生机构建设一支具有较强的专业性和团队合作能力的多学科团队是当下“健康中国”背景下提升安宁疗护服务质量的当务之急。

1 全科医学背景下安宁疗护多专业团队

1.1 团队的组建 该团队始建于2012年,基于社区卫生服务实际,依托全科医学平台,以全科医生、护士为主体,医务社会工作者为纽带,临床辅助人员(临床药师、康复师、营养师)、心理治疗(咨询)师、护理员及志愿者为协作者,共同组建了全科医学背景下安宁疗护多专业团队(hospice multiple professional team, H-MPT)。

1.2 人员分工 (1)全科医护:执业医师负责疾病终末期或老年临终患者的全程诊疗管理,负责患者上门建床、入院和

转诊,控制疼痛等不适症状,提供咨询,对团队成员进行技术指导等。执业护士开展症状控制护理、舒适护理;动态评估患者,制定照护计划;缓解并支持患者和家属生理、情感问题;开展丧亲护理,包括尸体护理和家属情感支持等。了解心理变化和社会需求,与专科医生合作,与上级医院进行双向转诊及主持相关临床科研工作等。(2)专科医护:主要指导专科诊疗工作,包括对疑难病案控制不适症状、坐诊专题门诊、开展双向转诊工作及对社区全科医护临床科研工作进行指导等。(3)临床辅助:参与多专业团队查房,在医学营养、医学康复及临床药学方面提供专业服务。(4)医务社会工作者:主持多专业团队查房,评估案例社会需求,连接社会资源。负责协调患者及家属与医护人员的沟通;为患者及家属提供人文关怀,帮助患者尽可能实现临终愿望;开展对患者及家属的生命教育,协助磋商与疾病相关的家庭问题;协助患者申请医疗保险、贫困经济补助;定期开展家访或联系已离世患者家属;协调解决语言沟通障碍;协调指导患者及家属应用居家照护用具;指导和培训志愿者等;开展实习生带教及外联等工作。(5)护理员:参与多专业团队查房,平日对病患进行衣食住行照顾。负责陪伴患者实施各项检查及治疗;协助患者洗头、洗澡、口腔清洁、食物准备与喂食等;协助患者开展简易肢体运动,并实施适宜按摩。(6)心理咨询师:参与多专业团队查房,评估患者及家属的心理状况,填写分析相关量表,开展心理咨询,心理医师介入负责评估缓解心理问题,舒缓压力;缓解安宁疗护团队人员的心理压力,进行心理治疗并指导相关药物治疗。(7)社会工作专家:参与多专业团队查房,负责医务社会工作者教育、培训、督导。(8)伦理专家:参与多专业团队查房,负责案例伦理审查,指导叙事医学与平行病历书写,开展哀伤辅导等。(9)志愿者:参与多专业团队查房,负责关怀、倾听及陪伴患者;为患者读报或代写书信;协助患者完成心愿;协助患者洗头、洗澡、口腔清洁、食物准备与喂食等;组织患者相互沟通、交流;鼓励患者参与适当的文化娱乐活动;进行灵性关怀,包括助念、音乐治疗、祈福、哀伤辅导、网络视频、生前预嘱等。H-MPT成员的基本情况和团队服务参与情况见表1。

1.3 工作模式及运行 团队工作模式自2012年进行探索、运行,由全科医护+专科医护联合查房的模式逐渐引入心理学提供心理评估及治疗、社会学专职社工提供社会治疗、医学伦理学等多专业团队服务模式,基于社区卫生服务实际,依托全科医学平台,以全科医生、护士为主体,医务社会工作者为纽带,临床辅助人员(临床药师、康复师、营养师)、

心理治疗(咨询)师、护理员及志愿者为协作者,共同组建了全科医学背景下安宁疗护多专业团队。(1)准备阶段:①明确查房对象;②明确相关重要问题,如床位占有率、预期新患者入住、预期出院、人员短缺。(2)查房实施阶段:①回顾每位患者住院期间的病历;②评估新患者的实验室检查结果、检查、用药等,并做出跟进与调整计划;③对每位患者提供有效的咨询,包括谈话、检查及护士组提供信息;④与护士组讨论医疗相关问题,针对患者现有医疗管理计划做出必要调整;⑤对患者住院期间的治疗进行总结以备进一步调查、治疗和出院。尤其是关于患者涉及要做出决定的事宜,包括何时做决定及如何做决定。确保患者理解与同意以上计划。(3)查房结束阶段:①总结查房和计划,包括时间表和协商结果或需要进一步讨论的内容;②总结达成团队成员对于这些计划的一致意见;③与护士团队评估查房。(4)评估阶段:对团队成员及患者和家属进行团队查房效果评估。(5)跟进阶段:观察患者对于团队查房后新方案实施的有效性,收集患者与家属反馈意见;同时跟进患者是否有新的问题或需求出现,并及时反馈给团队成员。依据团队查房的程序及需求,进一步发展出团队各成员的查房内容。团队查房中核心的活动内容包括确认病史与体检报告、完善诊断、预后计划、治疗计划、出院计划、跨学科交流、医疗成本分析、优先级设置、与患者沟通、与亲属沟通及教学。根据需求邀请专科医护(外院专家)、临床辅助人员(临床药师、康复师、营养师)、心理治疗(咨询)师、护理员及志愿者,对患者进一步评估并制定诊疗计划。社会工作专家、伦理专家参与多专业团队查房,并给出指导性意见。

2 服务模式的效果评价

2.1 对象与方法

2.1.1 研究对象 研究对象均来自上海市徐汇区康健街道社区卫生服务中心安宁疗护(简称康健安宁疗护)团队和服务对象(终末期患者)的家属。(1)康健安宁疗护团队成员:于2017年10月—2019年12月选取安宁疗护团队成员12例作为研究对象,完成调查评估与访谈。纳入标准:①从事安宁疗护工作 ≥ 1 年;②全科医护人员经安宁疗护岗位培训并

考核合格;③非本单位人员参与团队服务次数 ≥ 4 次;④本单位人员全程参与,缺席 ≤ 2 次。排除标准:①参与团队服务次数 <4 次;②不愿配合调查。平均年龄为 (38.5 ± 8.3) 岁,从事安宁疗护平均年限 (5.25 ± 1.86) 年,参与团队服务平均次数 (25.00 ± 12.25) 次。(2)服务对象(终末期患者)的家属:选取2018年1月—2019年12月经综合医疗机构影像学和/或病理学确诊晚期肿瘤患者的家属10例(指家庭主要照料者)为研究对象。纳入标准:①调查开始时患者卡氏评分(Karnofsky performance status, KPS) ≤ 50 分;②预估生存期 ≤ 3 个月;③接受评估次数 ≥ 4 次。排除标准:①随访期间拒绝继续评估,因病情变化评估次数 <4 次;②随访期间失访(包括电话失访)。家属平均年龄 (57.8 ± 8.9) 岁,平均接受评估 (5.10 ± 1.10) 次,照顾患者平均时间 (3.85 ± 1.81) 年,其他情况见表2。

2.1.2 研究方法 本研究采用定量调查与定性访谈混合研究设计,以增强研究的信度和效度。采用定量与定性混合研究设计对2016年10月—2019年12月在康健安宁疗护开展的安宁疗护多专业团队模式进行效果评估。查房每周1次,每个病例床边查房后至他处进行案例讨论。定量研究包括人口学统计变量的信息收集(性别、年龄、文化程度、婚姻状况、工作状况、居住状况等)和采用自编针对团队人员及患者和家属的安宁疗护多专业团队模式评估表。定性研究的开展则采用自编访谈提纲,进行录音访谈。

2.1.2.1 问卷评估 定量评估包括以丹麦学者KIRSTEN等^[9]发展的内科团队查房效果评估清单为框架,团队自编“H-MPT团队成员评估表”“H-MPT服务患者家属评估表”两份评估表。条目筛选采用焦点小组讨论,由课题小组基于文献查阅拟定的条目,经过小组成员共同讨论确定调查问卷初稿,其中,尤为重视社区全科医生的反馈。效度评价采用内容效度,各条目相关系数均 >0.1 ,移除任何一个条目后,评估表的Cronbach's α 系数 >0.6 。信度评价采用内部一致性信度和分半信度,内部一致性信度Cronbach's α 系数为0.727,标准化Cronbach's α 系数为0.742;分半信度通过分半相关系数评价,分半信度为0.686。“H-MPT团队成员评估表”包括8个条目,评估团队合作功能(包括沟通、支持、效率、信任、认同和

表1 H-MPT成员的基本情况和团队服务参与情况

Table 1 Basic information and participation in the delivery of hospice care of members of the hospice multiple professional team

编号	来源	职位	参与情况				
			团队查房	临床诊疗	心理诊疗	社会治疗	灵性关怀
1	N	全科医护	***	***	**	**	*
2	I	专科医护	*	**	*	—	—
3	N	临床辅助	**	**	—	—	—
4	N	医务社会工作者	***	—	**	***	*
5	N	护理员	***	—	*	*	*
6	N、I	心理医师(咨询师)	**	**	***	**	**
7	I	社会工作专家	*	—	**	***	**
8	I	伦理专家	*	—	**	***	**
9	N、I	志愿者	**	—	*	*	***

注: H-MPT=安宁疗护多专业团队; N本单位人员, I外请人员; —不参与, *偶尔参与(团队服务次数 ≥ 1 次), **经常参与(参与团队服务次数 ≥ 4 次), ***全程参与

表2 调查对象参与情况
Table 2 Demography situation of the respondents

编号	性别	年龄 (岁)	从业 / 照顾 时间 (年)	参与次数 (次)
D1	男	51	7	30
D2	男	32	6	40
D3	男	36	6	30
N1	女	38	7	30
N2	女	37	5	10
N3	女	38	6	10
N4	女	34	2	10
N5	女	37	7	40
SW1	女	26	4	40
V1	女	31	2	30
A1	女	52	4	15
A2	女	50	7	15
FM1	男	70	7	5
FM2	男	61	6	4
FM3	女	53	3	4
FM4	女	73	5	6
FM5	女	54	1.5	4
FM6	男	48	2.5	6
FM7	男	65	5	7
FM8	女	49	3	5
FM9	女	54	2	4
FM10	男	51	3.5	6

注: D全科医生, N护士, SW 医务社会工作者, V 志愿者, A 护理员, FM 患者家属

冲突解决)、对安宁疗护服务质量影响和对医务社会工作者的认识。“H-MPT 服务患者家属评估表”共 7 个条目, 评估团队查房对改善医患沟通、改善患者与家属相互沟通、负向情绪、掌握医疗信息(了解病情及诊疗计划)、总体照顾质量及总体满意度。以上两个量表均采用 Likert 5 点计分, 1 分表示无效, 5 分表示最有效。共发放“H-MPT 团队成员评估表”12 份, 回收有效问卷 12 份, 有效回收率为 100.0%; 共发放“H-MPT 服务患者家属评估表”10 份, 回收有效问卷 10 份, 有效回收率为 100.0%。对回收问卷进行检查, 对于漏填、错填的选项由专人与被调查人沟通后及时给予纠正和补充并录入, 并由专人核对。采用 SPSS 19.0 对问卷进行描述性统计。

2.1.2.2 访谈 采用半结构式访谈提纲对团队成员中的医生、护士进行深入访谈, 主持人为经过培训的专业医务社会工作者, 开展个案访谈, 访谈场所为医生办公室, 相对安静并保持隐私, 访谈时间 20~30 min, 访谈内容主要围绕多专业团队服务模式开展情况。具体访问提纲内容如下: H-MPT 模式对安宁疗护人文关怀服务质量、团队协作、医患关系和对医务社会工作者角色认识等。访谈方式为录音形式, 录音访谈之前, 请研究对象签订知情同意书。录音后, 进行录音文本的转换并进行进一步分析, 资料由医务社会工作者整理, 人工直接录音转文字录入。通过最大差异法选择访谈对象来比较快速地达到信息饱和, 访谈过程中不再有新的信息即为资料饱和。

2.2 结果

2.2.1 团队成员评估结果 H-MPT 团队成员评估表各条目平均分为 4.58~5.00 分, 其中提升沟通效果、工作效率及专业认同感条目均为满分, 见表 3。

表3 团队成员评估量表得分($\bar{x} \pm s$, 分)

Table 3 Mean scores of the roles of members of the hospice multiple professional team assessed by using the H-MPT Team Member Assessment Form

问卷条目	得分
提升团队成员沟通效果	5.00
促进团队成员相互支持	4.83 ± 0.39
提升团队合作效率	5.00
促进团队成员信任	4.92 ± 0.29
提升团队成员专业认同	5.00
解决团队成员间角色冲突	4.58 ± 1.00
提升安宁疗护总体服务质量	4.83 ± 0.39
提高对医务社会工作者角色了解	4.92 ± 0.29

2.2.2 患者家属评估结果 患者家属在 H-MPT 服务评估量表各条目平均分为 4.60~5.00 分, 其中在促进与医护人员沟通、促进对病情了解及治疗计划有更好了解条目为满分, 见表 4。

表4 患者家属评估量表得分($\bar{x} \pm s$, 分)

Table 4 Mean scores of the effect of hospice care delivered by the hospice multiple professional team assessed by patients' family members using the Patient's Family Members' Assessment of H-MPT Services

问卷条目	得分
促进与医护人员沟通	5.00
改善与家人们不良情绪	4.60 ± 0.49
促进与家人沟通	4.60 ± 0.49
促进我或家人对病情了解	5.00
促进我或家人对治疗计划了解	5.00
提升了我或家人的总体照顾质量	4.80 ± 0.40
总体上说我对团队查房是满意的	4.80 ± 0.40

2.2.3 访谈结果

2.2.3.1 H-MPT 模式提升安宁疗护人文关怀质量 经过评估, 团队成员中的医生、护士均提出自开展 H-MPT 查房以来, 除临床医疗照料外, 包括心理、伦理、社会需求在内的人文关怀有了更多体现, 多数团队成员认为医务社会工作者在其中发挥了纽带作用。医生 D2: “团队查房对于提高服务质量方面是有影响的, 具体表现在提高患者的人文伦理方面。以往的临床护理忽视了病人人文伦理和情感方面的需求, 而这个方面是作为医护人员比较欠缺的, 社工做了一个很大的补充。”医生 D3: “过去安宁疗护局限于临床治疗和护理, 由医生和护士进行协作, 人文关怀做得还不够, 而由社工主导的大查房弥补了这一缺陷, 毕竟让医生和护士去做人文方面的服务, 存在第一不够专业, 第二占用了他们更多的专业时间。”

2.2.3.2 H-MPT 模式有助提高团队协作效率和不同专业之间

的沟通 团队查房及案例讨论将不同专业信息汇集分享讨论,共同制定治疗方案,提高了团队合作效率,也增进了团体成员之间的沟通。医生 D3:“(团队查房)从各个方面集中了解病人的情况与问题,各个团队之间信息共享,及时地关注病人生理状况和心理状况的变化,我们可以花更少的时间做更多的事情。起到了 1+1>2 的作用。”不同专业背景的团队人员借此可丰富本专业思路。护士 N4:“我觉得社工为主导的团队查房,对于病人除了病情之外的东西我了解得更多了,像我们平时更加重视了解病人的病情,在实施团队查房后,我们对病人的家庭情况、宗教信仰等其他方面都了解得比较多一点,而这些之前关注得比较少。”

2.2.3.3 H-MPT 模式有助于改善医患关系 有团队成员认为开展 H-MPT 查房以来,医患关系有所改善,服务对象易接受诊疗方案和病情变化,医患沟通比较顺畅。护士 N2:“(我们病区的)总体服务质量也是在提高的,以前医生管治疗,护士管护理,现在每个星期都有重点病人,大家都要进行交流,家属也参与,交流比较透彻,从医生那里得到的信息也多一点,我们给医生的反馈也多一点,这也是个机会和平台。”医务社会工作者在医患沟通中起到了重要的“桥梁”作用。医生 D3:“我们作为医务人员向患者解释病情的时候表达过于专业,社工能运用通俗易懂的表达向患者解释。在传统意义上,‘医’和‘患’是一个对立面的角色,有时候人们认为医生站在居高临下的地位,说话和表达让患者觉得处于被动接受,不能主动地参与医疗的决策,社工加入后,在双方之间起到了沟通和桥梁作用,协调双方的需求,包括情感、人文、伦理……”

2.2.3.4 H-MPT 模式增强了团队成员对医务社会工作者角色的认识 团队成员及患方提高了医务社会工作者角色的专业认同度,充分认识到医务社会工作者与志愿者的本质区别。护士 N4:“我认为社工的工作涉及范围好多。社工要了解病人的病情、病人的家庭状况、病人的家庭关系、情感支持、患者的信仰和灵性照护方面的情况,都能够提供一定的服务,这也是我对社工的新认识,以前可能没有现在这么了解社工,以前只知道社工是帮助别人的,具体在哪些方面帮助就不太清楚了。”此外,在 H-MPT 服务中,医务社会工作者的主导协调起到了不同专业成员之间的“黏合剂”的作用。医生 D1:“我觉得跨学科团队大查房对于社工是一个促进作用。过去我们认为社工主要从事一些志愿者管理、链接社会资源的工作,现在看来社工在我们这个团队里面扮演了组织者的角色,是一个黏合剂。”

3 讨论

研究结果显示,以全科医学为基础的安宁疗护多学科团队服务模式能够提升安宁疗护人文关怀质量,促进团队专业人员之间及医患之间的沟通协调,促进医患关系和谐,提升安宁疗护整体服务质量。尤其,跨学科多专业的团队协作可以多方面及早发现问题而开展干预,以切合患者与家属的实际需求,实现提高患者临终生存质量的最终目的。

3.1 安宁疗护多学科团队服务模式基于全科医学应运而生 专科医疗负责疾病形成以后一段时期的诊治,而全科医疗负责健康时期、疾病早期乃至经专科诊疗后需要长期照顾的疾

病或无法治愈的疾病后期,甚至是终末期阶段。全科医生类似于“医学服务者”与“管理者”,其工作遵循“照顾”的模式,其责任既涉及医学科学,又延及与这种服务相关的各个专业领域(包括医学以外的行为科学、社会学、人类学、伦理学、文学、艺术学等)^[10]。基于对文献的梳理与当下“健康中国”中对安宁疗护现实需求的回应,本研究以全科医学为基础,组建安宁疗护多学科团队,并探索该模式下的运行效果,为提升我国社区为本的安宁疗护服务的专业化提供一种创新的思路。

3.2 安宁疗护多学科团队服务模式有效提升服务质量 《安宁疗护实践指南(试行)》明确有关疼痛等症状控制的诊疗护理要点、舒适照护要点,以及对患者及家属的心理支持和人文关怀等服务要求^[2]。一项回顾性调查表明,在接受安宁疗护服务的终末期恶性肿瘤患者中约 35% 要求获得心理支持,经过 2 周时间的躯体症状控制和情绪疏导,患者抑郁和焦虑状态可轻度减轻^[11]。多数欧美国家都具有较完备的安宁姑息照护体系和规范,如加拿大在 2002 年发布并于 2013 年修订的《基于国家原则和规范的临终关怀与姑息照料实践模式指南》(A Model to Guide Hospice Palliative Care based on National Principles and Norms of Practice)中建议临终关怀团队由丧亲顾问、牧师、营养师、综合治疗师、护士、职业治疗师、药师、心理学家、医师、理疗师、社工、语言治疗师、护理员、志愿者和顾问等组成,其他成员还有管理者和后勤人员,其服务是跨专业团队进行的高度跨学科的活动^[7]。值得注意的是,患者家属参与安宁疗护对提升照顾质量有重要的积极作用,如澳大利亚国家姑息照料战略(National Palliative Care Strategy 2018)表明,让个人、家属和照顾者参与服务的设计和监测可很好地提高照顾能力^[12]。综上所述,安宁疗护是融医学照顾与人文关怀为一体的交叉学科,服务对象有生理、心理、社会和灵性等多维度综合治疗需求,这也对服务提供者提出更高的要求——开展以团队形式的多学科且专业化的服务。本研究基于全科医学的安宁疗护多学科团队服务的有效性,充分体现了全科医学的运用对提升安宁疗护服务质量具有较强的优势。

3.3 安宁疗护团队服务模式各司其职、整体运行功能得到提升 医生与护士的角色并没有弱化,与此同时,志愿者与护理员则承担着辅助的角色。安宁疗护多学科团队成员各司其职,使得医疗、护理、人文关怀、灵性关怀、志愿服务在医务社会工作者的整合下获得了效率的最大化,从而提升了临终关怀的总体质量。此外,团队运行功能的提升有赖于来自团队内部的“团体动力”。团体动力关注的变量主要有团体气氛、团体成员间的关系、领导作风对团体功能的影响等^[13]。在安宁疗护多学科团队查房模式中,将团体动力的方法运用其中,使得团队成员沟通、团队气氛、团体信息整合的效率、团队目标统一效率、创造性活动等方面有了不同程度的改善。

3.4 医务社会工作者专业性凸显,在安宁疗护团队服务中起到重要作用 此外,本研究结果还显示,医务社会工作者在安宁疗护团队服务中具有重要的作用。医务社会工作在预防疾病、健康教育与促进、医患沟通、支持患者和家属、多学

科团队服务、医疗救助、社区动员与整合资源、优化医疗服务流程、提高医疗服务质量等方面可发挥独特作用^[14-15]。本研究证实医务社会工作者凭其专业性技能成为患者、家属和来自不同专业的照顾者之间的沟通协调者,并在整体服务流程设计优化、服务品质管理控制等方面发挥主导作用。尽管如此,一项针对上海的调查显示,多数社区卫生服务中心的医务社会工作者仍较为缺乏^[16]。缺少社工编制、岗位设置不明确等是阻碍医务社会工作者在社区发展的重要因素。随着国家层面对安宁疗护试点工作的推进,医务社会工作者在安宁疗护人文关怀中作用亟待加强和重视。因此,推进社区医务社会工作者的人才培养、增加编制、明确岗位职责定位等措施的加强是未来提升安宁疗护总体质量的重要保障。

3.5 优势与局限 本研究采用量性(问卷评估表)及质性(访谈)相结合,访谈主要是对问卷调查的结果进行补充,对量性研究难以获得的结果进行分析,从主观和客观多角度阐述问题,更具说服力,安宁疗护多专业团队服务模式为现阶段社区安宁疗护服务模式提供了新模式,提升了安宁疗护的总体服务质量。另外,本次研究对象中并未包含所有 H-MPT 成员,如专科医护、临床辅助人员、心理治疗(咨询)师、护理员及志愿者,存在一定局限性,可在以后研究中进一步补充。而在 H-MPT 模式下运行过程中,较小的样本量与单一研究设计弱化了研究的信度,未来应扩大样本量,增加团队查房对象的数量。由于问卷及访谈均调查被研究者的主观感受,H-MPT 模式下哪些干预变量直接导致了安宁疗护质量的改善和提升,并没有客观的数据,待今后进一步完善。最后,H-MPT 模式是基于社区为本安宁疗护研究,对于在更高层级医院的适用性需待进一步探讨。

综上所述,本研究为当下开展社区为本的安宁疗护提供一种全科医学视角下的多专业团队服务的创新模式。尽管如此,研究仍存在研究样本量较少、缺少对照组的实验设计等不足之处,因此,未来研究建议扩大样本量并设立对照组以增加研究的信度与效度。

作者贡献:唐跃中、程明明、周大双、虞智杰、陈雯负责研究的实施与可行性分析;徐东浩负责文章的构思与设计;周大双、虞智杰负责数据收集与整理、统计学处理;唐跃中、程明明、虞智杰负责结果的分析与解释、论文撰写、论文修订;程明明负责英文的修订;虞智杰负责文章的质量控制及审校;唐跃中对文章整体负责,监督管理。

本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 原国家卫生部. 关于下发《医疗机构诊疗科目名录》的通知 [EB/OL]. (1994-09-05) [2019-09-25]. <http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s3577/200804/4e62749aefed4c679231f8c1a3015a95.shtml>.
- [2] 原国家卫生部. 卫生部关于印发城市社区卫生服务机构设置原则等三个文件的通知 [EB/OL]. (2000-12-29) [2019-09-25]. <http://www.nhc.gov.cn/wjw/gfxwj/201304/499177a487ac4cbaac1a28dbf80123cb.shtml>.
- [3] 中共中央国务院. “健康中国2030”规划纲要 [EB/OL]. (2016-10-25) [2019-09-25]. http://www.gov.cn/zhengce/2016-10/25/content_5124174.htm.
- [4] 原国家卫生和计划生育委员会. 国家卫生计生委办公厅关于印发安宁疗护实践指南(试行)的通知 [EB/OL]. (2017-01-25) [2019-09-25]. <http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s3593/201702/83797c0261a94781b158dbd7666b717.shtml>.
- [5] 原国家卫生和计划生育委员会. 安宁疗护中心基本标准和管理规范(试行) [J]. 中国护理管理, 2017, 17(3): 289-290. DOI: 10.3969/j.issn.1672-1756.2017.03.001.
- [6] 国家卫生健康委员会. 国家卫生健康委办公厅关于开展第二批安宁疗护试点工作的通知 [EB/OL]. (2019-12-05) [2020-03-25]. <http://www.nhc.gov.cn/cms-search/xxgk/getManuscriptXxgk.htm?id=efe3ed3d9dce4f519bc7bba7997b59d8>.
- [7] Canadian Hospice Palliative Care Association. A Model to Guide Hospice Palliative Care based on National Principles and Norms of Practice: revised and condensed edition; 2013 [EB/OL]. (2013-09-08/2016-11-08) [2019-09-25]. <http://www.chpca.net/media/319547/norms-of-practice-eng-web.pdf>.
- [8] DAVID H, EDUARDO B. Integrating palliative care into the trajectory of cancer care [J]. Nat Rev Clin Oncol, 2016, 13(3): 159-171. DOI: 10.1038/nrclinonc.2015.201.
- [9] KIRSTEN N, RINGSTED C, DOLMANS D. Validation of a checklist to assess ward round performance in internal medicine [J]. Medical Education, 2004, 38(7): 700-707. DOI: 10.1111/j.1365-2929.2004.01840.x.
- [10] 祝瑞珠. 全科医学概论 [M]. 4版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 12.
- [11] 唐跃中, 陈雯. 康健社区卫生服务中心临终关怀服务回顾 [J]. 上海医药, 2013, 35(18): 49-50. DOI: 10.3969/j.issn.1006-1533.2013.18.019.
- TANG Y Z, CHEN W. Review of hospice care service in Kangjian Community Health Service Center [J]. Shanghai Medical and Pharmaceutical Journal, 2013, 35(18): 49-50. DOI: 10.3969/j.issn.1006-1533.2013.18.019.
- [12] Australian Government Department of Health. The national palliative care strategy 2018 [R]. <https://www.health.gov.au/sites/default/files/national-palliative-care-strategy-2018.pdf>.
- [13] LINDESMITH A R, CARTWRIGHT D, ZANDER A, et al. Group dynamics: research and theory [J]. American Journal of Sociology, 1953, 19(2): 228.
- [14] 刘继同. 中国医务社会工作十年发展成就、主要挑战与制度建设路径 [J]. 社会政策研究, 2017, 2(3): 66-78.
- [15] 张爱军, 王治国, 王雪敬, 等. “医务社工+志愿者”在安宁疗护患者陪伴服务中的实践 [J]. 中国社会工作, 2019, 4(12): 45-48. DOI: 10.3969/j.issn.1674-3857.2019.12.012.
- [16] 徐嘉婕, 彭颖, 施永兴, 等. 上海市社区卫生服务中心安宁疗护服务提供和补偿研究 [J]. 中国卫生经济, 2019, 38(8): 64-67. DOI: 10.7664/CHE20190816.
- XU J J, PENG Y, SHI Y X, et al. Study on the provision and compensation of hospice care services in Shanghai community health service centers [J]. Chinese Health Economics, 2019, 38(8): 64-67. DOI: 10.7664/CHE20190816.

(收稿日期: 2020-08-20; 修回日期: 2020-09-15)

(本文编辑: 毛艳红)

• 医学人文 •

家庭访视在以家庭为单位的健康照顾中的实施效果研究



扫描二维码查看
原文 + 培训视频

杨凯文¹, 姜岳^{2, 3*}, 赵付英^{2, 3}

【摘要】 对家庭的照顾是全科医学的核心特征之一, 家庭中各种因素、家庭成员间的相互作用关系及家庭资源的利用等对患者患病、治疗和康复具有重要意义, 因此, 全科医生在临床诊疗中, 在考虑患者个人健康问题的同时, 还需关注患者的家庭。本文的主要目的是探讨通过家庭访视实施以家庭为单位的健康照顾在全科诊疗中的优势, 以期全科医生进行全家庭照顾提供参考。本文从1例“评估性家庭访视”案例出发, 全科医生通过深入患者家庭、进行个人评估和家庭评估、协调家庭内外部资源及全家庭管理, 可快速识别家庭中的安全隐患, 有效解决家庭问题, 减少生活不良事件的发生。通过长期、连续性随访及对于干预效果的不断正反馈, 全科医生见证了家庭问题日益得到改善, 巩固了良好的医患关系。可见, 家庭访视是一项灵活而高效的诊疗服务, 具有很高的实用价值, 适用于基层医疗卫生机构在社区环境中开展。

【关键词】 全科医学; 以家庭为单位的照顾; 家庭访视; 全科医生; 基层卫生保健

【中图分类号】 R 197 **【文献标识码】** A DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.212

杨凯文, 姜岳, 赵付英. 家庭访视在以家庭为单位的健康照顾中的实施效果研究[J]. 中国全科医学, 2021, 24(22): 2880-2884. [www.chinagp.net]

YANG K W, JIANG Y, ZHAO F Y. Implementation effect of home care: a case report and exploratory home follow-up study [J]. Chinese General Practice, 2021, 24 (22): 2880-2884.

Implementation Effect of Home Care: a Case Report and Exploratory Home Follow-up Study YANG Kaiwen¹, JIANG Yue^{2, 3*}, ZHAO Fuying^{2, 3}

1.Liulimiao Community Health Center, Huairou District, Beijing 101409, China

2.Gaobeidian Community Health Center, Chaoyang District, Beijing 100124, China

3.School of General Practice and Continuing Education, Capital Medical University, Beijing 100069, China

*Corresponding author: JIANG Yue, Chief physician, Master supervisor; E-mail: redtealook9@sina.com

【Abstract】 Home care is one type of essential services included in primary care services. Various family-related factors, interaction between family members and family resource utilization are important for disease incidence, treatment and rehabilitation of a family member. So it is necessary for a general practitioner (GP) to pay attention to the patient's family-related factors besides the health problem when delivering diagnosis and treatment services clinically. To explore the benefits of home care via follow-up investigation as useful evidence, we analyzed the data of home care for a case obtained by home follow-ups. The analysis indicates that by home follow-up assessment of the patient and his family, family resource management and family management, GPs may identify the potential family health risks, effectively address family health problems, and reduce the possibility of the patient having an adverse event. Moreover, long-term continuous home follow-ups and patient's positive feedback of interventions may also facilitate the solving of family health problems, and the building and strengthening of a good patient-physician relationship. Furthermore, home follow-up has been proved applicable for community care as a flexible and efficient consultation way.

【Key words】 General practice; Family-based care; Home visits; General practitioners; Primary health care

基金项目: 首都医科大学教学改革项目 (2020JYJX079); 北京市中医住院医师规范化培训三优教学团队项目 (2018-140)

1.101409 北京市怀柔区琉璃庙镇社区卫生服务中心 2.100124 北京市朝阳区高碑店社区卫生服务中心 3.100069 北京市, 首都医科大学全科医学与继续教育学院

*通信作者: 姜岳, 主任医师, 硕士生导师; E-mail: redtealook9@sina.com

本文数字出版日期: 2021-05-28

全科医学具有“将医疗保健引入家庭，为家庭提供一个完整的照顾”的理念，而“以家庭为单位的健康照顾”是全科医学的特色和总体价值观。提供以家庭为单位的照顾形式主要包括一般性照顾、家庭咨询、家庭访视和家庭病床服务^[1]。在交通与通信不发达的20世纪50年代，对患者进行家庭访视是许多国家全科医生日常工作的重要组成部分^[2]，随着现代科技的发展及基层医疗服务的可及性提高，家庭访视频率开始下降，门诊服务占主导，但家庭访视仍以其不可替代的独特优势在基层卫生保健环境中占有一席之地，其主要原因是家庭访视可以快速直观地评估家庭问题，考察家庭环境，掌握患者的真实病情和生活习惯，对患者患病、治疗和康复具有重要意义。因此，家庭访视作为以家庭为单位的照顾形式之一，是每位全科医生的必备技能。本文从1例“评估性家访”案例出发，介绍家庭访视实施的背景和流程，通过个人评估、家庭评估、干预及随访效果，阐述如何从家庭的角度为家庭成员提供综合性、连续性的健康管理服务，以期为全科医生实施以家庭为单位的健康照顾提供借鉴。

1 家庭访视背景

患者黄某，男，80岁，家属来门诊代开药，家属诉患者有脑梗死、高血压等多种疾病，行动不便，近半年有多次跌倒史。考虑患者为多病共存的老年人，行动不便，近半年未有就诊记录，为进一步了解患者跌倒原因及慢性病控制情况，与家属沟通并征得同意后，全科医生主动提出上门访视。

2 家庭访视实施的具体过程

患者：黄爷爷，男，80岁，退休职工，初中文化。

2.1 主观资料(S)

主诉：右侧肢体活动不利7年，近半年跌倒6次。

现病史：患者7年前休息时出现右侧肢体活动不利，无头晕、头痛，无恶心、呕吐，无视物模糊、饮水呛咳，无意识障碍、四肢抽搐及大小便失禁，于外院就诊，行颅脑CT示“左侧基底节区脑梗死”，予改善循环等治疗后症状有所好转，出院后遗留言语不清及右侧肢体活动不利，规律服用脑血管病二级预防用药。目前在家中应用双轮助步器辅助行走，近半年来跌倒6次，每于洗脸时跌倒，无头昏、眩晕，无意识丧失，无骨折等跌倒相关损伤。患者平素精神可，尿频，起夜3~4次/晚，因起夜睡眠欠佳，大便3d一次，体质量无明显变化。

既往史：高脂血症10年，规律口服阿托伐他汀20mg，1次/晚。原发性高血压7年，血压最高160/100mmHg(1mmHg=0.133kPa)，目前口服氯沙坦钾80mg，1次/d，苯磺酸氨氯地平片5mg，1次/d，未规律监测血压。2型糖尿病4年，上级医院就诊建议饮食治疗，未服药，偶测空腹血糖8.0mmol/L。

个人史：吸烟10年，5~10支/d，已戒烟1年。不饮酒。否认药物过敏史。既往喜爱油炸食品，患脑梗死后饮食较前清淡，摄盐量约5g/d，主食量约250g/d，喜肉食，无规律运动锻炼，性格内向少言寡语，大多数日常活动需要配偶帮助。对自己反复跌倒未重视，认为与自身脑梗死后腿脚活动不利相关，未有寻医请求。

家庭情况：与配偶(黄奶奶)同住，育有1子1女，儿子患有2型糖尿病。家庭和睦，经济良好。

2.2 客观资料(O)

查体：血压150/80mmHg(双侧)，BMI25.7kg/m²，神清，构音障碍，全槽义齿，伸舌居中。双侧颈动脉及锁骨下动脉未闻及血管杂音。心、肺、腹查体未见明显异常。双下肢无水肿，双侧足背动脉搏动有力。痉挛步态，四肢肌力V级，左侧肌张力正常，右下肢肌张力稍增高，双侧膝、腱反射存在，感觉对称，指鼻试验(-)，卧立位血压、Romberg等试验不能配合。右侧Babinski征(+)。

日常生活活动能力(ADL)量表(Barthel指数)为85分。

从家庭基本信息初步了解到，患者日常生活能力评定为1级，提示轻度功能障碍，能独立完成部分日常活动，但平素需黄奶奶照顾其生活起居，作为患者“照顾的实施者”“情感的支持者”和“依从性代理者”^[3]，黄奶奶的健康情况也很重要。因此，全科医生考虑从“以个人为基础的照顾”转向“以家庭为单位的照顾”。

3 确定家庭访视的服务对象并建立新的医患关系

全科医生向夫妻二人说明此次家庭访视的意义，对于以家庭为单位的照顾，不仅仅是解决某个人的健康问题，其家庭成员也同样需要进行健康管理，尤其是家庭照顾者，对于帮助患者疾病康复起着至关重要的作用。全科医生同夫妻二人进行了良好的沟通，二人对建议表示高度认可，因此对家庭照顾者黄奶奶也进行了病史采集及健康评估。

患者配偶：黄奶奶，女，退休职工，初中文化。

3.1 主观资料(S)

主诉：血压升高15年。

现病史：患者15年前体检发现血压升高，血压最高160/100mmHg，就诊于三级医院诊断为“高血压”，规律降压治疗，血压控制在120/80mmHg左右，无头晕、头痛，无恶心、呕吐等不适。因黄爷爷起夜需要帮助，睡眠欠佳。

既往史：脂肪肝、脊柱变形病史。

个人史：否认吸烟、饮酒。否认药物过敏史。尽心尽力照顾黄爷爷，做饭时注意低盐少油、荤素搭配。由于黄爷爷跌倒每次都未受伤，因此也未予重视。作为家庭照顾者，儿女偶尔埋怨其照顾不佳心里有些委屈。

家庭情况：同前。

3.2 客观资料(O)

查体：血压120/80mmHg(双侧)，BMI29.51kg/m²，神清。双侧颈动脉及锁骨下动脉未闻及血管杂音。心、肺、腹查体未见异常。双下肢无水肿，双侧足背动脉搏动有力。

为有效整合患者及家庭照顾者的信息，此次家庭访视采用“以家庭为单位的家庭照顾模式框架图”(图1)进行总结，即首先利用SOAP模式评估患者及家庭照顾者的健康问题，然后进行家庭评估，并对二者的健康问题及家庭问题进行综合干预，最终制定具体措施。

4 评估个人及家庭健康问题

全科医生首先完成患者及家庭照顾者个人健康问题评估^[4]，结果见表1，然后进行家庭评估^[5]，主要包括：(1)

家庭结构：家系图（图2）；（2）家庭功能：家庭圈（图3），家庭功能APGAR量表；（3）家庭生活周期^[6]；（4）家庭环境评估（OBSERVES记录）；（5）家庭资源：家庭内资源、家庭外资源、PRACTICE评估模型等。

评估结果：患者目前的家庭生活周期处于退休阶段，家庭结构为主干家庭，家庭决策者是患者的儿子。

环境评估：患者目前居住在某城乡接合部的平房，室外公共厕所（患者使用坐便器）和厨房（煤气），家中灯光昏暗，室内空间紧凑，过道较窄，地面有油渍和水滴，卫生可，患者平日穿拖鞋走路，双轮助步器辅助行走。

家庭评估：儿子在患者住宅区附近工作，常来探望，关系密切。家庭经济基础好。儿子负责帮患者开药，黄奶奶照顾起居，女儿买生活日用品，分工明确。

社会资源：周围有一处公共健身场所，患者很少参与社区活动，妻子带其外出晒太阳，观看他人下棋。

5 根据评估结果制定干预计划

5.1 生物 P1：完善个人档案及慢性病管理档案，进行慢性病管理及健康宣教；建议黄爷爷每日进行15~30 min中等强度的抗阻运动，增强下肢肌肉力量，防止脑梗死后右侧肢体失用性萎缩，预防跌倒发生。P2：完善个人档案及慢性病管理档案，指导如何制作“低盐、低脂、高纤维素糖尿病饮食”，定期监测黄爷爷血糖及夫妻二人的血压，血糖水平不高暂予饮食治疗。机会性预防：建议夫妻二人接种流感疫苗及肺炎疫苗；每年来社区卫生服务中心进行老年体检。

5.2 心理 P1：子女多陪伴以消除黄爷爷退休后孤独感，给患者提供心理咨询以适应退休后角色的转变。P2：要求子女协助缓解黄奶奶护理压力，适时寻求帮助。

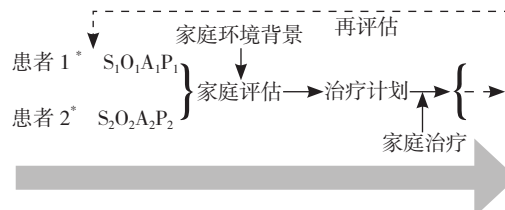
5.3 社会 P1：建议患者积极主动参与社区周边的老年团体活动，如下棋等；利用便民措施，如健身器材等。P2：家庭成员主动关心黄奶奶，黄奶奶在护理时遇到困难，可寻求家人帮助。

5.4 家庭 （1）结构支持：建议儿子对于家居结构进行改良，如更换明亮的灯泡，在放有脸盆的椅子下方放置防滑垫，保持室内地面干净无水无油渍等；（2）情感支持：进行家庭成员之间的沟通（电话召开家庭会议），协调家庭内部资源的利用，增加家人对患者的关注度；协调患者与配偶及子女间的关系，嘱子女关心患者的同时，对于家庭照顾者黄奶奶也应适当关爱，理解其照顾不易；由于患者社交活动少，建议家庭其他成员多陪伴，如孙子来家中看望时可以陪伴打牌等。

6 随访干预效果评估一再干预一再评估

6.1 干预效果评估（1个月后随访） （1）家庭成员。①黄爷爷：近1个月未跌倒。进食低盐、低脂糖尿病高纤维素食物，诉大便较前改善，心态良好。血压控制在120~140/80~90 mm Hg，服药规律。空腹血糖控制在5.3~6.5 mmol/L，餐后血糖控制8.0~9.0 mmol/L。社交仍少，认知功能及肢体康复训练不熟练。②黄奶奶：血压控制满意，饮食结构较好，夫妻二人对疾病的认知较前增加。自诉照顾黄爷爷有些心理压力。

（2）家庭环境：家中灯泡明亮，保持地面无水无油渍，儿子带其外出洗澡请护工帮助，无不良事件发生。过道仍较窄。（3）



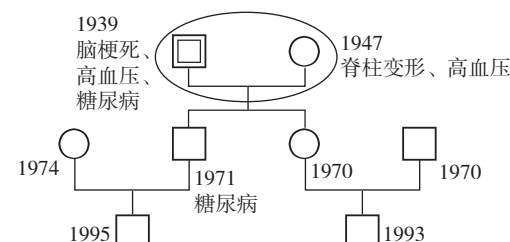
注：患者1*为患者本人，即黄爷爷；患者2*为患者的家庭照顾者，即患者配偶黄奶奶；实线表示家庭访视的实施过程；虚线表示正反馈循环评估

图1 以家庭为单位的家庭照顾模式框架

Figure 1 Framework of the home care model of the patient

表1 家庭中患者及其健康照顾者的个人健康问题列表

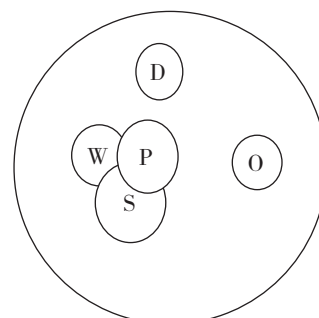
健康问题	黄爷爷 (A1)	黄奶奶 (A2)
生物		
病理解剖	义齿	脊柱变形
危险因素	高龄，尿频，便秘，跌倒史	肥胖
明确诊断	脑梗死(后遗症期)，高血压，高血压，脂肪肝 2型糖尿病，高脂血症	
心理		
心理学	对跌倒及脑卒中康复认知较差，退休后孤独感	对疾病认知较差，心理委屈，护理压力
行为学	依从性一般，未规律监测血压及血糖	依从性较好
社会		
经济学	经济良好	经济良好
社会学	社会交际少，长期居家	社会交际少，长期居家



注：○表示女性，□表示男性，■表示患者

图2 家庭关系结构图

Figure 2 Family relationship chart of the patient



注：P为患者，W为妻子，S为儿子，D为女儿，O为家庭其他成员；患者是一位80岁的老年男性，配偶照料生活起居，目前儿子主宰全家，患者性格内向，同儿子关系亲密

图3 家庭圈

Figure 3 Family circle of the patient

家庭内部资源的使用:患者家属来拜访,陪同下棋,心情愉快。

6.2 再干预(1个月后随访) (1)家庭成员。①黄爷爷:多参与社会活动,提高认知功能,并进行认知功能及简单肢体康复训练。②黄奶奶:进行家庭照顾者的护理压力评估。(2)家庭环境:建议家属改善室内布局,尽快购置防滑垫。

6.3 再评估(1年后随访) (1)家庭成员。①黄爷爷:近1年未跌倒,偶参与周围老年人活动,如下棋等;性格较前开朗、爱笑;血糖、血压控制满意。②黄奶奶:血压控制满意,子女较前更理解其照顾不易,目前尚未感到明显的护理压力,不愿意请护工或将患者送至疗养院。(2)家庭环境:室内布局较前改善,儿子已购置防滑垫,家居摆放较前合理,跌倒风险较前减少。(3)家庭内部资源的使用:女儿对黄奶奶较前关爱,一起陪同患者进行下肢康复锻炼,增强肌肉力量,防止萎缩。

7 实施以家庭为单位的健康照顾体会

7.1 家庭访视在全科诊疗中的特色 家庭访视作为以家庭为单位的照顾形式之一,可作为全科门诊服务的补充,具有更高的实效性,适用于基层卫生保健的社区环境。由于目前的全科医疗以门诊服务为主,因此对于年老体弱、行动不便等不能来社区就诊患者难以进行有效的诊疗。在诊室中的诊疗又存在片面性,过分关注以个人为基础的照顾而忽略家庭因素对患者健康的影响。家庭访视恰好弥补了门诊服务的不足,不仅关注个人的健康问题,还能通过实地考察评估家庭问题,对患者及其整个家庭有更全面、更立体的认识,有助于更好地制定综合诊疗计划。

此次家庭访视虽然疗效较满意,但仍存在不足:在病情评估方面,对于高龄老人,多病共存,可进一步采取基于老年综合评估(CGA)的社区家庭访视护理模式^[7],有助于全面评估患者躯体功能及认知心理功能,尽早识别,尽早干预。在护理及康复方面,可进一步将社区护士及康复师纳入家庭访视团队中。有研究表明社区护士可有效解决家庭护理难点、预防老年痴呆并发症的发生^[8],并对老年人的心理健康起到促进作用^[9],提高了患者的生活质量。此外,对于康复期脑卒中患者,利用Friedman家庭评估模式^[10]实施家庭康复干预可取得良好的效果。在疾病认知方面,可进一步将健康信念模式与知行信理论结合,提高患者对疾病的认知水平,增强其对于跌倒及其不良后果的重视程度,改善患者的健康行为。李新辉等^[11]在基于标准化护理语言的家庭访视中体现了有效的健康管理模式,提高了老年高血压患者的管理水平。在医患沟通方面,医患及护患间的信任关系是保证家访顺利实施的关键,医患沟通贯穿始终。有研究表明基于Peplau人际关系模式^[12]在社区家庭访视中具有较好的适用性,可在后期借鉴使用。在时间管理方面,此次家庭访视采用面对面预约家庭访视时间,前期准备工作只查阅了患者本人的健康档案及相关就诊信息,忽视了家庭照顾者的健康信息,导致家庭访视时间延长,日后可参考GTD时间管理(即收集、整理、组织、回顾与检讨、执行)提高家庭访视效率^[13]。

7.2 以家庭为单位的健康照顾的优势 家庭照顾是全科医生

区别于专科医生的工作特色之一,全科医生把家庭也看作一个患者,综合考虑家庭对其成员疾病的影响,以及家庭成员间的相互作用,在整个家庭的范围内,提供咨询、教育、治疗和预防服务,使得家庭参与三级预防,促进整体的家庭健康^[2]。然而,需要考虑患者照顾者的利益和需求,家庭照顾者常常负担过重,CHENG等^[14]在心理健康家访服务的研究中发现,在社区中,家庭照顾者是患者的主要支持系统,也承担了照顾患者的大部分负担。因此,从生物-心理-社会层面关爱家庭照顾者黄奶奶不仅有助于患者疾病康复,同时还有利于稳定家庭结构和家庭关系。此次家庭访视中突出了家庭管理,打破了传统以个人为基础的照顾,在评估患者的同时,关注家庭照顾者在患者疾病康复中发挥的重要作用,通过干预取得了满意的效果。

7.3 全科医生在家庭照顾中的责任、职责 对于全科医生而言,其必须做到了解患者、家庭和社区;有足够的能力分析、界定和处理常见的健康问题,有能力做好疾病预防、健康促进和康复等工作;承担起全科医生的责任,适当地利用社区资源,协调其他健康照顾者来帮助解决患者的问题。首先,全科医生是患者的辅助者:在患者出现病情变化时,全科医生能够辅助患者了解可能出现的病因,并帮助其治疗疾病,尤其是门诊服务不能解决患者问题时,全科医生需通过深入社区,深入患者的家中,挖掘健康问题的根源^[15],并消除家庭环境中不安全的致病因素,确保家庭环境的健康^[16]。其次,全科医生是家庭的协调者:WILLEMSE等^[17]在5个欧洲国家(比利时、荷兰、卢森堡、法国和德国)进行的实证定性案例研究中发现,来自同一家庭的成员,在生活的不同阶段都会各自履行相互照顾的义务,共同为老年人提供连续性的护理。因此,通过协调家庭内外部资源,有利于帮助患者解决个人健康问题。然而,在协调家庭内部资源时,“医生-患者-家庭”新型三角关系的出现给全科医生带来挑战的同时,也提供了与家庭进行频繁交往的机遇,更容易实施家庭治疗,有利于家庭成员的疾病康复^[18]。最后,全科医生是资源的整合者:在家庭照顾中,全科医生不仅需要关注家庭内部资源,同时也需要了解家庭外部资源如社区资源等的利用情况,通过生物-心理-家庭-社会多资源的整合,多维度全方位地为患者提供健康照顾,有助于促进患者的疾病康复,改善患者的预后并维护健康。

此次家庭访视通过干预-评估一再干预一再评估的良性循环,不断协调家庭内外部资源,切实达到管理患者及家庭健康问题的目的,最终减少生活不良事件的发生,改善患者的预后,融洽了家庭成员间的关系。通过长期连续性的家庭访视服务,体现了全科医疗以个人为中心、家庭为单位、社区为基础的全方位服务,家庭管理更凸显了对家庭的照顾是全科医学的核心特征之一。综上所述,在社区中实施以家庭为单位的照顾,通过协调家庭内外部资源及社会资源等方面,为家庭成员提供综合性、连续性的健康管理,能取得较好的效果。此外,家庭访视作为一项灵活而高效的诊疗服务,具有很高的实用价值,可作为门诊服务的补充,适用于基层医疗卫生机构在社区环境中开展。

作者贡献: 杨凯文、姜岳负责文章的构思与设计、统计学处理、结果的分析与解释、中英文修订; 姜岳、赵付英负责研究的实施与可行性分析; 杨凯文、赵付英负责数据收集与整理; 杨凯文负责论文撰写; 姜岳负责文章的质量控制及审校, 并对文章整体负责, 监督管理。

本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 于晓松, 路孝琴. 全科医学概论[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2018.
- [2] 顾源, 吕繁. 全科医学理论与实践[M]. 北京: 世界图书出版公司, 1995.
- [3] JOHN W S. 家庭医学教程[M]. 梁万年, 译. 北京: 高等教育出版社, 2003.
- [4] 赵付英, 姜岳, 刘玉江. 社区以家庭为单位健康管理模式个案体会[J]. 继续医学教育, 2018, 32(9): 161-164. DOI: 10.3969/j.issn.1004-6763.2018.09.088.
- [5] 梁万年, 路孝琴. 全科医学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013.
- [6] 吴春容. 全科医生社区发展技能(4)——通过家庭生活史周期了解病人[J]. 中国全科医学, 2003, 6(4): 348-350. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2003.04.054.
- [7] 刘赞赞, 陈红, 刘国莲, 等. 基于老年综合评估的社区家庭访视护理对老年高血压患者生活质量的影响研究[J]. 中国全科医学, 2018, 21(28): 3478-3484. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2018.28.013.
- LIU Y Y, CHEN H, LIU G L, et al. Effect of home visits based on comprehensive geriatric assessment by community health workers on the quality of life of elderly patients with hypertension [J]. Chinese General Practice, 2018, 21(28): 3478-3484. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2018.28.013.
- [8] 易景娜, 陈利群, 贾守梅, 等. 护士主导的全科团队家访服务对居家老年人生活质量的影响[J]. 护理学杂志, 2012, 27(2): 74-76. DOI: 10.3870/hlxx.2012.02.074.
- YI J N, CHEN L Q, JIA S M, et al. Effects of a nurse-led multidisciplinary home visiting program on quality of life among community-dwelling older adults [J]. Journal of Nursing Science, 2012, 27(2): 74-76. DOI: 10.3870/hlxx.2012.02.074.
- [9] 吴晓梅, 徐芬. 社区护士在老年痴呆患者家庭护理中的作用[J]. 新疆中医药, 2014, 32(5): 92-93. DOI: CNKI:SUN:XJZY.0.2014-05-044.
- [10] 单岩, 孙会, 张振香, 等. Friedman 家庭评估模式在康复期脑卒中患者社区护理中的应用[J]. 护士进修杂志, 2011, 26(22): 2035-2037. DOI: 10.3969/j.issn.1002-6975.2011.22.008.
- [11] 李新辉, 杜文娟, 毛晓润, 等. 基于标准化护理语言的社区老年高血压患者家庭访视效果分析[J]. 中国全科医学, 2013, 16(27): 3231-3233, 3236. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2013.27.022.
- LI X H, DU W J, MAO X R, et al. Effect of home visit applying standardized nursing language to the elderly with hypertension in community [J]. Chinese General Practice, 2013, 16(27): 3231-3233, 3236. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2013.27.022.
- [12] 徐月贞, 刘丽, 曹祝萍, 等. 基于 Peplau 人际关系模式的社区老年 2 型糖尿病患者家庭访视效果分析[J]. 中国全科医学, 2013, 16(3): 344-347. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2013.01.114.
- XU Y Z, LIU L, CAO Z P, et al. Analysis of home visiting efficacy for elderly patients with diabetes in community based on Peplau's Interpersonal Relations Model [J]. Chinese General Practice, 2013, 16(3): 344-347. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2013.01.114.
- [13] 王晓红, 刘柳英, 徐见仪, 等. GTD 时间管理在提高产后家庭访视效率中的应用效果研究[J]. 中华现代护理杂志, 2014, 20(12): 1436-1438.
- WANG X H, LIU L Y, XU J Y, et al. Effect of GTD time management on efficiency of postnatal home visits [J]. Chinese Journal of Modern Nursing, 2014, 20(12): 1436-1438.
- [14] CHENG J F, HUANG X Y, LIN M J, et al. The influence of a mental health home visit service partnership intervention on the caregivers' home visit service satisfaction and care burden [J]. J Clin Nurs, 2018, 27(3/4): e668-677. DOI: 10.1111/jocn.14123.
- [15] THEILE G, KRUSCHINSKI C, BUCK M, et al. Home visits—central to primary care, tradition or an obligation? A qualitative study [J]. BMC Fam Pract, 2011, 12: 24. DOI: 10.1186/1471-2296-12-24.
- [16] JENNIFER L W, DEBRA L R. Family presence in routine medical visits: a meta-analytical review [J]. Social Science & Medicine, 2011, 72(6): 823-831. DOI: 10.1016/j.socscimed.2011.01.015.
- [17] WILLEMSE E, ANTHIERENS S, FARFAN-PORTET M I, et al. Do informal caregivers for elderly in the community use support measures? A qualitative study in five European countries [J]. BMC Health Serv Res, 2016, 16: 270. DOI: 10.1186/s12913-016-1487-2.
- [18] 章越松. 家庭变化与全科医学互动关系探析[J]. 医学与社会, 2002, 15(2): 7-9. DOI: 10.3870/j.issn.1006-5563.2002.02.003.
- ZHANG Y S. Interaction between the family changes and general family medicine [J]. Medicine and Society, 2002, 15(2): 7-9. DOI: 10.3870/j.issn.1006-5563.2002.02.003.
- (收稿日期: 2020-12-20; 修回日期: 2021-03-15)
(本文编辑: 毛艳红)