

# 基层社区沟通管理流程对 HIV/AIDS 患者随访调查的干预效果<sup>①</sup>

冯桂莹,黎燕清,蒋妙华

(广西南宁市第三人民医院预防保健科,新阳中兴社区卫生服务中心,广西 南宁 530001

E-mail:2550796534@qq.com)

**摘要:**目的 探讨基层社区沟通管理流程对 HIV/AIDS 患者随访调查的干预效果。方法 选取我社区中心的 52 名 HIV/AIDS 患者作为研究对象,按照不同的管理方法将 HIV/AIDS 患者分为对照组和观察组,对照组按照传统的方法进行管理,观察组按照沟通管理流程进行干预,对比分析两组 HIV/AIDS 患者管理后的主要指标。结果 观察组 HIV/AIDS 患者干预后 CD4<sup>+</sup>检测率(92.31%)、配偶检测率(90.00%)、抗病毒治疗率(90.48%)、失访率(15.38%)、遵医嘱依从率(92.31%)均高于对照组,差异具有统计学意义( $P < 0.001$ )。结论 基层社区对 HIV/AIDS 患者实施沟通管理流程干预能够对 HIV/AIDS 患者进行有效的沟通,进而提高感染者及患者综合防治的效果,降低感染者及患者的失访率。

**关键词:** 基层社区; HIV/AIDS; 随访调查; 干预

**中图分类号:** R512.91

**文献标识码:** A

**文章编号:** 1001-5817(2016)03-0324-03

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2016.03.029

加强对 HIV/AIDS 患者的管理是当前有效控制 HIV 进一步传播的主要措施。我国农村地区有 80% 的 HIV 感染者,目前有效控制 HIV 进一步传播的有效措施之一就是加强基层社区沟通管理流程的实施<sup>[1-2]</sup>。基层社区沟通管理流程作为一种 HIV 管理的有效方法,提高了 HIV 感染者的规范化管理,从而提升 HIV/AIDS 患者的生存质量。为了探讨基层社区沟通管理流程对 HIV/AIDS 患者随访调查的干预效果,现对我社区中心的 52 名 HIV/AIDS 患者进行研究,现做如下报告:

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 针对我社区中心 2014 年 1 月~2015 年 1 月接收的 52 名 HIV/AIDS 患者,随访中发现有 10 名感染者出现心理抗拒,甚至逃避,换号码、住址等,经过随访人员的耐心疏导和沟通均接受随访调查。按照不同的管理方法将 52 名 HIV/AIDS 患者平均分成对照组和观察组。对照组中男性 HIV/AIDS 患者 19 名,女性 HIV/AIDS 患者 7 名,年龄在 21~79 岁之间,平均年龄(42.1±1.4)岁。观察组中男性 HIV/AIDS 患者 20 名,女性 HIV/AIDS 患者 6 名,年龄在 22~75 岁之间,平均年龄(42.6±1.2)岁。两组 HIV/AIDS 患者的临床资料差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

## 1.2 方法

1.2.1 对照组 给予对照组 HIV/AIDS 患者实施传统的干预方法。首先从中心专用邮箱接收城区卫计委疾病预防控制中心(CDC)加密下发的 HIV/AIDS 患

者信息,在 2 周内对他们进行首次随访:①联系上的 HIV/AIDS 患者按照 CDC 制定的调查随访表上的相关内容进行询问,主要包括感染者/患者的随访状态、基本信息和身体状况以及相关的临床表现等,并填写随访表,同时讲解疾病的相关知识以及及时转介检查、治疗的重要性。②电话停机、关机、空号以及否认本人等联系不上的感染者/患者,就终止随访,填报随访表为失访并上报城区卫计委 CDC。

1.2.2 观察组 给予观察组 HIV/AIDS 患者实施沟通管理流程的方法。在传统管理的基础上,在 HIV/AIDS 患者随访的个人调查表上增加检查情况、治疗情况、死亡日期、配偶或者性伴侣的死亡情况等内容,同时再造沟通管理流程来进行随访管理 HIV/AIDS 患者。具体流程如下:

1.2.2.1 与 HIV/AIDS 患者的沟通管理流程 从接收城区卫计委 CDC 下发的应治未治的艾滋病感染信息后首次电话随访 1~3 d。

1.2.2.1.1 对能够联系上的 HIV 感染者/患者的流程 ①首先态度要温和,对 HIV 感染者/患者做自我介绍,让对方了解自己的目的,特别强调保密原则,消除 HIV 感染者/患者的心理恐惧和抗拒心理。先对 HIV/AIDS 患者基本情况和住址进行核对,确认后与患者聊天,先不直接切入随访表内容的主题询问,取得其信任,与 HIV/AIDS 患者商量好下次预约的时间、地点以及联系方式等。访谈时间不超过 5 min。②1 周内再次随访:询问 HIV 感染者/患者的身体情况,给予心理支持,告知其签订保密协议,维护感染者的权

① 基金项目:广西壮族自治区卫生厅自筹经费科研课题(Z2014472)

益。通过亲切的询问,了解其身体状况、生活情况及困难,讲解一些政策福利,如四免一关怀政策,低保办理、医保政策等,并提供具体的定点医院位置,告知定点医院提供的服务项目。同时了解感染者/患者的心理承受能力以及对艾滋病防治措施的了解程度等,针对 HIV 感染者/患者出现不良的心理情绪进行沟通,让感染者了解自己疾病的发展程度,增强感染者的心理承受能力和对疾病的适应能力。③周内进行再次的随访:告知 HIV/AIDS 患者以及配偶进行检测的好处,指导其使用安全措施。鼓励 HIV/AIDS 患者及配偶进行转介检测和积极的抗病毒治疗,并电话跟踪转介检测和抗病毒治疗的情况。针对 HIV 感染者/患者出现的问题进行原因分析,作出相应的对策,提供有效的帮助。④随访结束后完善随访表并将 HIV/AIDS 患者的个人信息发送到艾滋病的预防控制中心交给专家对感染者/患者的情况进行评估。⑤定期随访,常规 HIV 感染者 6 个月随访 1 次,患者 3 个月随访 1 次<sup>[3]</sup>。特殊情况进行特殊随访管理。

1.2.2.1.2 对联系不上的 HIV 感染者/患者的管理  
请示上报城区卫计委 CDC 做出相应的对策。

1.2.2.2 与城区卫计委 CDC 的沟通管理流程  
我中心与城区卫计委 CDC 进行有效的沟通,共同开展好 HIV/AIDS 患者随访管理工作。

1.2.2.2.1 请示 CDC 帮助核实失访患者  
遇到电话联系不上的失访患者,及时反馈到 CDC,根据患者的家庭住址所属的社区,由 CDC 出具一份证明,以便我中心人员到社区居委会或派出所核实感染者/患者的情况。

1.2.2.2.2 积极参与 CDC 主办的知识普及活动及培训工作  
CDC 定期主办一些沟通技巧管理培训班、开展医务人员与 HIV/AIDS 患者的交流平台(一起出席会议);协助社区中心医务人员下社区对基层社区居民进行艾滋病防治的知识宣传和讲座,并提供宣传资料、道具等,告知居民艾滋病的防治措施。对基层医院做

好查收文件及报名回执工作,积极开展外展活动提供教育指导工作。

1.2.2.2.3 信息报表交换  
CDC 每月加密发放名单信息,并督促基层医院接收名单;基层医院及时接收,每月按时上报随访报表。

1.2.2.3 与社区居委会、村委会的沟通管理流程  
1.2.2.3.1 随访过程中联系不上的感染者患者  
通过城区卫计委 CDC 开具的证明,联系并亲自下访到辖区居委会或村委会,请他们协助调查患者的户籍信息或联系方式,仍在本辖区居住的,通过居委会或村委会以适当的方式找到患者,来进行随访。若已死亡或迁出本辖区的患者,由居委会或村委会出具说明并盖章,返回到 CDC。

1.2.2.3.2 做好宣传  
与社区居委会或村委会沟通,在基层社区或村里设置艾滋病知识宣传栏目,张贴有关艾滋病防治的知识,利用城区办事处为基层社区居民发放宣传资料和道具。

1.2.2.4 与定点医院的沟通管理流程  
1.2.2.4.1 与定点医院合作  
通过加密邮箱将 HIV/AIDS 患者及配偶的信息资料转介到定点医院,电话沟通,及时发现解决问题。

1.2.2.4.2 接收回执  
在加密邮箱接收定点医院的回执,并存档上报。

1.3 观察指标  
1 年后观察两组 HIV/AIDS 患者接受 CD4<sup>+</sup>检测比例、抗病毒治疗比例、配偶/固定性伴侣检测比例情况、失访率、遵医依从率。

1.4 统计学方法  
采用统计学软件 SPSS 16.0 对本次的研究结果进行统一的分析和处理,用百分比表示计数资料,组间比较用  $\chi^2$  检验,以  $P < 0.05$  表示差异具有统计学意义。

2 结果

与对照组 HIV/AIDS 患者相比,观察组经过沟通管理流程干预后各项主要指标相比具有明显的优势,差异具有统计学意义( $P < 0.001$ ),见表 1。

表 1 两组 HIV/AIDS 患者干预后主要指标的比较 (%)

| 组别       | n  | CD4 <sup>+</sup> 检测率 | 配偶检测率        | 抗病毒治疗率       | 失访率          | 遵医依从率        |
|----------|----|----------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 对照组      | 26 | 38.46(10/26)         | 25.00(5/20)  | 33.33(6/18)  | 76.92(20/26) | 42.31(11/26) |
| 观察组      | 26 | 92.31(24/26)         | 90.00(18/20) | 90.48(19/21) | 15.38(4/26)  | 92.31(24/26) |
| $\chi^2$ |    | 24.24                | 26.24        | 25.47        | 16.45        | 25.67        |
| P        |    | <0.001               | <0.001       | <0.001       | <0.001       | <0.001       |

3 讨论

基层社区通过沟通管理流程进行随访干预,提高艾滋病 HIV/AIDS 患者治疗的依从性,能够降低艾滋病的传播速度,推动艾滋病防治工作的顺利开展。因

此加强对 HIV/AIDS 患者的干预力度能够提高感染者的治疗效果,也是有效防治艾滋病的关键步骤之一。科学的基层社区沟通管理流程具有规范性,从与 HIV/AIDS 患者、城区卫计委 CDC、社区居委会或村

委会、定点医院的沟通管理流程入手,进行有效沟通,并且全程对 HIV/AIDS 患者的情况进行监测,稳定传染源,减少感染者/患者的失访率<sup>[4]</sup>。

在本次研究中,予对照组患者传统的干预方法,往往会出现首次随访时,部分感染者当场就挂断电话或拒绝转介和接受随访;部分之前接受随访的感染者再次对其电话随访时,已经联系不上(电话停机、关机、空号、挂断以及否认是本人)或不配合,拒绝接受随访管理。对观察组 HIV/AIDS 患者实施沟通管理流程干预方法,接收到艾滋病感染者/患者的信息后 1~3 d 首次进行随访干预,对感染者/患者的信息确认无误后针对其具体情况进行有效的沟通管理,如心理支持与干预,提高 HIV/AIDS 患者对疾病的接受能力,给予他们康复治疗的希望和信心,减少其在治疗期间出现的不良情绪造成的人身危险;同时对各部门(城区卫计委 CDC、社区居委会或村委会、定点医院)实施沟通管理流程进行有效沟通<sup>[5-6]</sup>。与对照组相比,观察组 HIV/AIDS 患者的失访率明显降低以及遵医依从性具有良好的优势。HIV/AIDS 患者的遵医行为以及治疗的依从性能够有效地控制疾病的传播,提高 HIV/AIDS 患者的生存能力,确保感染者/患者抗病毒治疗成功。

综上所述,对基层社区 HIV/AIDS 患者实施沟通管理流程能够对感染者/患者进行全面的监测,提高感染者/患者综合防治的效果,降低感染者/患者的失访率。

#### 参考文献:

- [1] 单多,葛增,王璐,等. HIV 感染者不同时期艾滋病知识及高危性行为变化的调查[J]. 国际流行病学传染病学杂志, 2010,37(1):8-11.
- [2] 万绍平,王杉,郑世凡,等. 社区组织对艾滋病病毒感染者与病人的服务效果分析[J]. 实用医院临床杂志,2014(3):70-72.
- [3] 张宝双,刘惠. 浅谈护理干预在干燥综合征患者中的护理体会[J]. 右江民族医学院学报,2015,37(5):763-764.
- [4] 刘琴,吕明磊,贾秋龙,等. 应用 PDCA 模式对社区艾滋病病毒感染者及家属早期干预效果观察[J]. 齐鲁护理杂志, 2007,13(21):1-2.
- [5] 丁俊. 2007~2012 年荷花池社区 43 例艾滋病感染者(患者)随访管理效果分析[J]. 医学信息,2013(17):383-383.
- [6] 陆青梅,黄春兰,梁英,等. 农村留守营养不良儿童营养不良综合干预效果分析[J]. 右江民族医学院学报,2014,36(4):631-632.

收稿日期:2016-01-29;修回日期:2016-03-30

(上接第 323 页)

也发现社区居民对麻风病的总体认知水平仍较低,特别是远离麻风村的居民,将近 80% 者完全不了解麻风病知识。这些都表明要提高全社会居民麻风病认知水平以消除麻风病歧视是相当艰巨而又长期的任务<sup>[6]</sup>。在麻风病发现工作中,普及麻风知识,消除麻风歧视,减少麻风发现工作中的认知方面的障碍,是决定麻风病例发现目标能否实现的重要影响因素<sup>[7]</sup>。

在过去几十年的麻风病防治历程中,强大的政策支持是基本消灭麻风病取得成功的关键因素。麻风病基本消灭后的麻痹思想导致了政策支持的缺失,包括经费短缺、防治队伍不健全,各级医疗卫生人员长期缺乏麻风防治知识培训,使得病人延迟发现。在麻风病低流行状态下,麻风病的危害在短期内仍难以消除,建议将麻风病防治工作纳入国家基本公共卫生服务内容,增加农村公共卫生投入,稳定防治队伍,继续加强医务人员培训,提高医务人员诊断、发现麻风病患者的能力,防止疫情反弹,最终实现消除麻风病的目标<sup>[8]</sup>。

#### 参考文献:

- [1] 李文忠. 现代麻风病学[M]. 上海:上海科学出版社, 2006:19.
- [2] 陈贤义,李文忠,陈家琨,等. 麻风病防治手册[M]. 北京:科学出版社,2002:35.
- [3] 黄志明,黄俊新,刘晖,等. 深圳市宝安区基本消灭麻风病后 13 年发病情况[J]. 中国热带医学,2009,9(5):915-916.
- [4] 孙培文,余美文,严良斌,等. 中国 2010 年麻风病流行病学特征分析[J]. 南京医科大学学报:自然科学版,2012,32(2):155-159.
- [5] 王景权,侯启年,潘春枝,等. 我国麻风病例发现策略的探讨[J]. 中国公共卫生管理杂志,2012,28(1):23-25.
- [6] 陈集敏,周美凤,周世安,等. 现阶段广东顺德区麻风治愈者家属及麻风村附近居民对麻风病认知及歧视状况调查[J]. 右江民族医学院学报,2014,36(2):252-253.
- [7] 沈云良,许亚平,金刚石,等. 中学生麻风病团体检查及健康教育效果评价[J]. 疾病监测杂志,2009,24(8):609-611.
- [8] 孙长喜,刘兴宝,潘丽丽,等. 秦巴山区麻风病流行趋势、发现方法及控制对策[J]. 职业与健康,2014,30(18):2618-2622.

收稿日期:2016-03-25;修回日期:2016-04-10