

# 结肠造口患者出院早期电话干预延续护理模式之构建

◆ 张俊娥 郑美春 黄金月

**【摘要】**目的：阐述结肠造口患者出院早期电话干预延续护理模式的构建。方法：对7家三级甲等医院的59名出院早期的结肠造口患者进行出院后1个月内的2~3次电话干预。由造口护士记录电话干预的具体时间、每次电话干预持续时间，59名患者出院后1个月和3个月分别自评电话干预的效果。结果：3次电话的通话时间分别为(9.23±4.94)min、(8.15±4.93)min和(6.87±4.40)min，平均时间为(8.50±4.92)min；通3次电话的时间距离患者出院的天数分别为(8.71±4.72)天、(19.85±6.07)天和(29.65±4.45)天。59名患者出院后1个月和3个月对延续护理服务表示非常满意和满意的分别占98.11%和96.30%；认为造口护士的支持很大和大的分别占96.23%和94.44%。结论：电话干预是一种有效的出院后延续护理的方法。在具体的实施过程中必须满足一定的条件，同时应采取相应的措施以保证电话干预的剂量和效果，对进行电话干预的护士应进行必要的培训，从而使电话干预的效益最大化。

**【关键词】** 结肠造口；造口护士；电话干预；延续护理；模式构建

**【中图分类号】** R494

**Model construction of telephone intervention transitional care among early discharged colostomy patients / ZHANG Jun-e, ZHENG Mei-chun, HUANG Jin-yue // School of Nursing, Sun Yat-sen University, Guangzhou, 510089 China // Chinese Nursing Management-2011,11(8):31-35**

**【Abstract】** Objective: To describe the model construction of telephone intervention transitional care among early discharged colostomy patients. Methods: Fifty-nine patients who had undergone colostomy operation from 7 Third-Grade Class A hospitals in Guangzhou received 2-3 telephone calls within one month post-discharge. Colostomy nurse recorded specific time and phone duration of each call. The patients evaluated the effect of telephone intervention. Results: The average time duration of three calls was 9.23±4.94 min, 8.15±4.93 min and 6.87±4.40 min respectively and the average time duration for all calls was 8.50±4.92 min. The average days from discharge day of three telephone calls was 8.71±4.72 days, 19.85±6.07 days and 29.65±4.45 days respectively. About 96.30% and 98.11% patients evaluated their transitional care as very satisfactory or satisfactory and 96.23% and 94.44% patients thought their enterostomal nurses' support as very high or high at 1 month and 3 months after discharge respectively. Conclusion: The telephone intervention is an effective method for transitional care after hospital discharge. The telephone intervention must satisfy certain conditions in implementation process and we should take appropriate measures to ensure intervention doses and effects. The enterostomal nurses should receive necessary training before intervention to maximize intervention effects within the context of Chinese culture.

**【Key words】** colostomy; enterostomal nurse; telephone intervention; transitional care; model construction

由护士引导的电话随访是国内外比较新的一种干预和随访形式，它最大的特点就是经济、方便、高效、不需要使用者掌握特殊的技能和拥有特殊的设备，能和更多的患者接触并给患者提供信息和支持。电话随访有很多优点，例

如能够随访那些住在偏远地区的患者、减少患者来医院的次数、增加患者和专业人员的接触机会<sup>[1]</sup>、提供个性化的护理、降低费用和提高患者的满意度等等<sup>[2]</sup>，是确保延续护理服务的有效手段。电话随访也有一些缺点：无法亲自检查患者，沟通问题，护患之间存在情感距离等<sup>[3]</sup>。因此，如何在电话干预过程中克服其缺点，确保护理干预的剂量和效果，同时又能针对我国国情使电话干预的效益最大化，仍是目前亟待解决的问题。本研究通过总结由造口护士主导的个体化的教育和支持性的电话随访项目来阐述电话干预延续护理模式的构建。

## 1 对象和方法

### 1.1 对象

2008年12月至2009年10月对在广州市7家“三甲”医院经病理和直肠镜检查被临床医师诊断为直肠癌并行Miles手术或Hartmann手术、术后带有永久性结肠造口的59例出院患者采用电话干预。59例患者的平均年龄为(53±13.24)岁，男性34例(57.6%)，手术后中位住院时间为15天，平均(16.85±10.25)天。

### 1.2 具体实施的方法

#### 1.2.1 电话干预指南和流程等的设计

研究者与2名具有副主任护师职称的造口治疗师和2名护理学教授经过多次讨论并修改，制定出造口术后患者电话干预指南、收集资料和电话干预流程图、电话干预记录单，以及与电话干预

**基金项目：**广东省科技计划项目基金资助(2008B030301097)

**作者单位：**中山大学护理学院，510089 广州市(张俊娥)；中山大学附属肿瘤医院(郑美春)；香港理工大学(黄金月)

**作者简介：**张俊娥，博士，副教授

**通讯作者：**黄金月，博士，教授，E-mail:hsfwong@inet.polyu.edu.hk

配套的给出院患者的书面出院指导,并在患者出院时送给患者阅读。该出院指导主要是根据 Bandura 的社会学习理论 (Social Learning Theory, SLT)<sup>[3]</sup>, 针对患者的自我效能和造口自我护理等方面的问题给予实际的指导、建议和鼓励,从而使电话干预项目做到标准化和模式化。

### 1.2.2 电话干预人员的培训

在电话干预预实验开始之前,研究者先给予 7 家医院中的 1 家医院从事电话干预项目的造口护士一些 SLT 方面的阅读材料,使之对 SLT 有一定的了解后再进行培训。培训采用一对一的面对面交谈的形式,培训时间约为 2h。首先向造口护士阐述研究的意义和目的,然后结合研究者设计的用于本研究的电话干预流程图、电话干预指南和电话干预记录单对造口护士进行培训,重点是给造口护士讲授 SLT 的 4 个主要信息来源在电话干预中的应用。为了保证电话干预的效果,由有丰富电话干预经验的护理专家到该研究医院对造口护士进行沟通技巧和所需能力等方面的培训,同时对电话干预中可能出现的一些常见问题进行讲解,培训时间约为 2h。培训结束之后,在该医院的护士办公室配置录音电话,采用所有干预电话均录音的方式,以便更细致地了解电话干预的具体情形。之后,逐步在其他 6 家医院推行。

### 1.2.3 预实验的实施

在最早做电话干预培训的医院先进行 2 例患者电话干预的预实验,之后,研究者通过和该医院的造口护士进行讨论,找出电话干预中可能遇到的实际问题并探讨应采取的措施,并最终确定研究者所制定的电话干预指南和电话干预记录单在实际电话干预中的适用性。

### 1.2.4 电话干预的实施

患者出院前除接受医院常规的出院指导外,还接受与干预电话相配套的书面的出院指导。造口护士在患者出院的 3~7 天和 14~20 天分别要与患者通 1 次电话,

每次通电话的时间约为 10~20min,这个时间是根据以往研究的电话干预的平均时间在 10~17.5min 来确定的<sup>[4-5]</sup>。每次通话在造口护士讲解完预定的干预内容后,如果患者没有新的情况要汇报或咨询就可以结束通话。造口护士可根据第 2 次通话的情况,如果患者造口自我护理总分仍低于 5 分(用“造口自我护理量表—早期版”进行评估,共 10 个条目,每条 1 分),则可在 23~27 天之间再通 1 次电话进行干预以增强其效果。

造口自我护理量表—早期版 (Stoma Self-care Scale, SSCS—early stage version) 是根据 Piwonka<sup>[6]</sup> 的造口自我护理量表和 Johnson<sup>[7]</sup> 的造口护理可测量的技能所包含的内容并结合手术后早期中国永久性结肠造口患者的特点和简便的要求修改而成的。包括 10 个条目,用于测量术后早期 (3 个月前) 造口患者自我护理造口的能力,包括选择合适的造口袋、准备好更换造口袋所需的物品、从皮肤移除旧的造口袋、清洗并使皮肤干燥、评估造口和造口周围皮肤情况、测量造口大小并剪裁准备好新造口袋、牢固固定好新造口袋、使用必要的辅助产品、丢弃用过的造口袋以及知道并能及时清空和更换造口袋共 10 条,每条 1 分,总分范围为 0~10 分,分数越高,说明患者自我护理造口的能力越高。该量表分别请 2 名护理学教授、2 名造口治疗师和 1 名结直肠专科教授进行修改和评价,均认为和已有的自护量表相比,该量表能简单明了且准确地评定造口患者的自护能力,具有实用价值。正式研究开始之前,又请 3 位造口患者试填,均表示各个条目清楚明了,完全能理解,因此最终定稿。此量表纳入由研究者自行设计的“造口护士电话干预指南”中,以便造口护士在电话干预的过程中能够根据患者造口护理的实际能力进行评分,评分结果记录在由研究者自行设计的“造口护理电话干预记录单”中。由于电话干预的时间有限,造口护士在记录中只

是作出其自我护理能力  $\geq 5$  分或  $< 5$  分的判断,以便决定是否进行第 3 次电话干预。

### 1.2.5 电话干预的模式

电话干预的模式分为 3 个部分:评估患者情况、根据 4 个主要的信息来源提供具体的干预措施和给予合适的转介建议。造口护士以 SLT 作为干预的理论基础指导具体的干预措施,干预信息的 4 个主要来源分别为:鼓励完成造口自护的任务、借鉴他人的成功经验、言语的劝说和情感的疏导,干预的具体措施如下。

(1) 评估患者的情况:评估患者的临床状况,包括造口并发症和其他不适情况;评估患者造口自护能力(采用造口自我护理量表—早期版);评估患者的自我效能(信心)和情绪状态(造口护士在通话时根据对患者自我护理造口和克服、适应困难的自信水平和情绪状况来判断)。

(2) 根据 4 个主要的信息来源提供具体的干预措施:①鼓励完成造口自护任务,回顾和记录造口患者的自护行为,给予患者正性的反馈,鼓励患者再多做 1~2 个自护任务;根据患者的需要给患者提供实用的造口护理知识。②借鉴他人的成功经验,鼓励患者积极加入造口协会;鼓励患者和造口访问者 (colostomy visitor) 或尽量认识其他的造口朋友并保持紧密的联系,通过观察、学习和讨论其他造口患者的成功经验提高自护能力。③言语的劝说:通过不断地表扬和鼓励患者来使患者相信通过自身的努力是完全可以自己护理造口并回归社会生活的。④情感的疏导:护士应该以一个同情、理解和关心的态度倾听患者对造口的负性情绪,同时尽量鼓励、劝说患者减少对造口的负性情绪及其对患者的困扰,并且鼓励患者在感到沮丧的时候和造口护士沟通。

(3) 给予合适的转介建议:护士应根据患者的情况给予合适的转介建议,

例如继续观察,看造口门诊、一般门诊、腹部外科专科门诊等。

### 1.3 测量指标

测量标准依据研究者自行设计的造口护士干预记录单和患者自评的对电话干预效果的评价。造口护士干预记录单的内容包括患者的年龄、性别、手术后住院时间和造口护士记录的2~3次电话的具体时间,通话时长等;患者自评记录包括患者自评的出院后1个月和3个月对电话干预效果的评价,分别为对出院后延续护理服务的满意度(非常满意、满意、一般、不满意和非常不满意5级评分)和造口护士支持程度的大小(很大、大、一般、小和很小5级评分)。

### 1.4 统计处理

采用SPSS17.0软件分析,数据用频数、均数±标准差表示。

## 2 结果

### 2.1 干预电话的通话基本情况

3次电话的通话时间分别为(9.23±4.94)min、(8.15±4.93)min和(6.87±4.40)min,平均时间为(8.50±4.92)min。通3次电话的时间距离患者出院的天数分别为(8.71±4.72)d、(19.85±6.07)d和(29.65±4.45)d,详见表1。

完成电话干预记录的59份电话干预记录中,有40例患者接受了3次电话干预(67.79%),由于造口护士在第2次电话干预时对其造口自我护理能力的评分<5分,因此增加1次电话干预,有17例患者接受了2次电话干预(28.81%),只有2例患者(3.39%)由于各种原因只接受到1次电话干预。考虑到由于患者出院前均接受了按照SLT设计的出院指导(约占干预剂量的30%)以及最重要的第1次电话干预(约占干预剂量的40%),约完成了计划干预量的70%,因此,这2例患者虽然只接受了1次电话干预也视其为基本完成了电话干预,可继续参与研究。

电话干预结束后,所有参与干预的

造口护士都承认造口患者接到他们打来的电话都非常开心和感激,能及时解决造口护理的实际问题和心理问题,因此,虽然护士很忙,时间不够,但都肯定地表示以后会坚持与出院造口患者通电话。

### 2.2 患者出院后1个月和3个月对电话干预效果的评价

患者出院后1个月和3个月对延续护理服务表示非常满意和满意的分别占98.1%和96.3%;认为造口护士的支持力度很大和大的分别占96.2%和94.5%,详见表2。

电话干预结束后,通过和部分造口患者进行深入交谈,发现造口患者都肯定了目前通电话的模式,即在出院早期造口护士的电话指导特别有价值,能及时地给患者提供心理支持和提供造口护理的指导。

## 3 讨论

### 3.1 电话干预需满足的条件

以前的研究结果建议电话干预随访项目如果能满足以下条件就更有利于改善出院后的结果:确立了一个清楚的目标;设立了一个通电话的模式;实施电话随访时有充足的时间来支配<sup>[8]</sup>;通

电话的护士有专业的沟通技巧及评估和评判性思维能力,同时也拥有足够的专业知识指导护理干预<sup>[9-10]</sup>。

以上前2个条件在进行研究设计的时候就已经满足了。由于在研究开始之前就给电话干预护士提供了相应的培训,因此可能增强了干预的总体质量和电话干预的一致性<sup>[11]</sup>,这样也就增加了护理干预剂量<sup>[12]</sup>。这两个情况和最后一个情况在研究开始之前都经过了慎重的考虑。研究结果显示:电话干预能及时提供心理支持和指导实际的造口护理,这对患者来说至关重要,造口治疗师在电话干预后也清楚地认识到了这一点。在电话干预的过程中,造口护士应该立刻回答问题,要提供信息和情感的支持并且能进行相应的转介。也正是因为这种需要,在研究的时候选用造口护理专家来进行电话干预是更佳的选择,因为造口护士不但有造口护理的丰富临床经验,而且在获得造口治疗师资格证书之前都必须经过一段时间的专门培训,其课程就包括专业的沟通和评价技巧等方面的知识。患者出院后1个月和3个月对电话干预效果的评价以及干预结束后造口护士和

表1 156个干预电话的状况

项目	频数	出院后天数 ( $\bar{x} \pm s, d$ )	通话时长 中位数(min)	最短通话 时长(min)	最长通话 时长(min)	平均通话 时长(min)
第1次电话	59	8.71 ± 4.72	9.00	2.00	30.00	9.23 ± 4.94
第2次电话	57	19.79 ± 5.88	7.33	1.38	25.00	8.15 ± 4.93
第3次电话	40	29.65 ± 4.45	5.00	2.00	20.00	6.87 ± 4.40
合计	156	—	8.00	1.38	30.00	8.50 ± 4.92

表2 患者对电话干预效果的评价 [n(%)]

项目	出院后1个月(n=53)	出院后3个月(n=54)
出院后延续护理的满意度		
非常满意	31 (58.5)	32 (59.3)
满意	21 (39.6)	20 (37.0)
一般	1 (1.9)	2 (3.7)
造口护士支持		
很大	36 (67.9)	38 (70.4)
大	15 (28.3)	13 (24.1)
一般	2 (3.8)	3 (5.6)

造口患者对电话干预的评价都印证了电话干预随访的实用性和可行性。

至于第三种情况,在研究过程中研究者面临的一个问题是造口护士的时间和精力。本研究的结果也显示:参与干预的造口护士都反映其时间和精力不足,不仅仅是因为造口护士要处理整个医院的造口、伤口和尿失禁等患者,有的造口护士还担任病区护士长和造口护士的双重身份,所以很难再分出时间与出院的患者通电话。英国皇家护理学院<sup>[13]</sup>建议造口护士的首要目标是:“尽管造口患者遭受了手术和随之而来的身体形象的变化,造口护士仍应促进其独立生活。他们应该在所有可能的阶段给患者提供帮助——因为一旦患者有了造口,他们就永远都不应被认为已经出院了。”这也提示我们专科护士,不仅仅是造口护士,还包括糖尿病专科护士、肿瘤专科护士等因其专业性很强,应该充分认识到自己在患者疾病康复过程中的重要作用,无论患者住院与否,都应把对患者的护理纳入到一个正常的工作范畴而不应将出院后护理干预视为额外的工作,同时应尽量增加和患者直接接触的时间而尽量减少和专科护理无关的工作从而调动出一个护理专家的最大潜能。

本研究能克服造口护士的时间和精力问题,顺利完成电话干预的原因有以下2点:首先是造口护士在和患者的电话交谈中逐渐认识到出院后延续护理对患者的重要性,为此他们都能安排好时间与出院后患者通电话,有些造口护士上班时实在没时间,就利用休息的时间与患者通电话,因此保证了干预的剂量;其次,这也和本次电话干预的设计比较合理有关,电话干预的时间点以出院的时间为初始时间来计算通电话的时间点,时间点的选择比较清楚明确,不易混淆。同时电话干预的次数为2~3次,不算太多,在造口护士可接受的时间范围之内。

### 3.2 电话干预的时间和通话时长

本研究结果显示:第1次电话干

扰的通话时间最长,平均为(9.23±4.94)min;其次为第2次通电话,平均为(8.15±4.93)min;最短的是第3次通电话,平均为(6.87±4.49)min,合计3次通电话的平均时间为(8.50±4.92)min。从3次通电话的内容上看,时间上的差别是很容易解释的。第1次电话主要内容是对患者讲解造口护理的技能,例如怎样剪裁造口袋和什么样的造口袋适合患者等,还要劝说患者自己护理造口,这些都是比较费时间的,所以第1次通电话的时间最长。第2次通电话经常从第1次通电话未解决的问题开始,同时会比较多地关注患者在日常生活中遇到的问题,例如饮食和冲凉等问题,造口护士往往是使患者确信他们能否从事这个活动并告诉他们一些相应的注意事项。第3次通电话是一个用来确认和监督患者有没有听从造口护士的指导,同时也和患者约定一个复查的时间,所以这个电话是最短的。

本研究结果显示:与患者通3次电话的时间距离患者出院的天数分别为(8.71±4.72)d、(19.85±6.07)d和(29.65±4.45)d,该结果和所研究设计的天数大致吻合,最初的研究设计是通3次电话的时间距离患者出院的天数分别为3~7d、14~20d和23~27d。干预时间的选择是根据以前文献研究的结果所显示的患者出院的前两个星期是再入院的高风险时期<sup>[14]</sup>。造成与部分患者通电话的时间比预定时间晚的原因有以下几点:造口护士在规定的时间内由于患者未开手机、未接电话或不在家等原因未找到患者本人,只能推后时间;规定的时间是法定的节假日,只能推后;造口护士由于出差或工作繁忙导致的延误。

为了保证造口护士能及时与患者通电话,研究者也采取了一些对策,例如,在患者的电话记录单上写清楚患者的姓名、出院时间、详细的电话号码和每次通电话的具体时间范围,并用荧光笔将具体时间再着重划出来以起到再提醒的

作用。利用电话、短信、邮件或当面提醒造口护士是否记得要与患者通电话,尤其是长假过后,以防造口护士由于工作繁忙造成遗漏而影响干预效果。

### 3.3 电话干预的剂量

本研究结果显示:绝大部分患者(57例,96.61%)都完成了研究所要求的至少通2次电话的干预剂量。在研究开始之前,研究者就考虑到了由于打不通电话等原因而导致的电话干预不能达到剂量的问题,并尽可能地采取一些办法解决。例如尽可能多地留下患者及其家属的电话,以防联系不上患者时可通过联系家属再与患者联系上;在患者出院前要与患者明确说明出院后1个月内造口护士将会给患者打电话,因此最好留下造口护士直接能找到患者本人的手机号码并保持开机状态。这就提示我们在实际的电话随访中,应该考虑到每一个可能影响干预效果的因素,尽量使每个患者都得到比较标准化的干预,尽量减少由于护士和患者的因素而引起的对干预剂量的影响,从而使每个患者都能在研究中真正受益。

### 3.4 提供延续护理的护士培训

在进行电话干预的时候,护士的知识和技能显得尤为重要,因为它必不可少地要给患者提供及时的医疗、社会和心理方面的建议和帮助<sup>[15]</sup>。确定什么时候进行干预<sup>[16-17]</sup>以及需要什么样的护士进行干预取决于目标患者群体的类型。例如在Poncia等人<sup>[16]</sup>的研究中,成功地使用了社区联络护士可能就不适用于Wiles<sup>[18]</sup>的对心脏病患者的研究,患者更愿意接受专科护士,特别是那个已经参与到他们治疗的专科护士。因此,对于出院后延续护理的提供没有比专科护士更合适的了。因为他们拥有该专科丰富的知识和技能,这些知识和技能的积累仅仅靠短期的培训是难以完成的。

Wong等人<sup>[19]</sup>建议为了确保电话干预过程中护士提供的建议和处理措施是有效、安全和可信赖的,提出对提供干

干预的护士应该给予适当的培训。由于电话干预的不可视性, Wahlberg 等人<sup>[20]</sup>也强调了护士培训的重要性, 包括积极地倾听、咨询技巧和护理决策能力, 重要的培训内容还包括对社会冲突的掌控能力, 尤其是在患者文化背景不同的情况下。Poncia 等人<sup>[16]</sup>的研究需要护士拥有一定的沟通技巧和社会、社区医疗服务知识, 同时还要掌握清楚而具有敏感性的电话礼仪。

因此, 结合本研究的结果和前面的讨论, 我们认为实施电话干预的延续护理之前必须对护士进行系统的培训, 培训的内容应包括: ①对于常见护理问题的处理要进行规范的培训, 例如可设计一个统一的FAQ (frequent asked question) 表格供电话干预时使用; ②沟通技巧的培训, 培训内容应包括电话礼仪和面对不同情况下不同患者的沟通策略等; ③掌控能力和护理决策能力的培训: 包括熟悉干预对象的文化背景, 处理可能遇到的文化冲突并能很好地根据干预对象的文化背景和价值观作出合理的护理决策。

### 3.5 对临床护理工作的启示

造口护士和患者对电话干预效果的评价肯定了电话干预作为一种有效的出院后延续护理的方法值得大力推广, 并且由于其方便、经济的特点, 能够成为一个特别适合我国国情的出院后延续护理的方法。同时我们必须考虑在我国目前造口护士和医疗资源比较稀缺的情况下, 如何使电话干预的效益最大化的问题, 即前面所述的时间点的选择要恰

当, 同时电话干预的次数不宜过多, 以保证干预的剂量和质量。

造口护士主动地与出院患者通电话是一个很好地了解患者和家属存在问题的途径, 不但能够及时地帮助患者而且还可以为今后临床护士做好出院指导提供帮助。但是如果医院政策和管理机制的配套和支持, 要造口护士长期地与每个出院患者通电话仍然是很困难的, 尤其是在目前造口护士短缺的状况下。因此, 本研究的结果可以对医院的管理部门提供一个有益的参考, 使他们更重视出院患者的延续护理服务, 这不仅是患者的福音, 对医院社会效益的提高也是非常有益的。

### 参考文献

- [1] Bohnenkamp SK, McDonald P, Lopez AM, et al. Traditional versus telenursing outpatient management of patients with cancer with new ostomies. *Oncol Nurs Forum*, 2004,31(5):1005-1010.
- [2] Bauer KA. Home-based telemedicine: a survey of ethical issues. *Camb Q Health Ethics*, 2001(10): 137-146.
- [3] Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*, 1977,84(2):191-215.
- [4] Sardell S, Sharpe G, Ashley S, et al. Evaluation of a nurse-led telephone clinic in the follow-up of patients with malignant glioma. *Clinical Oncology*, 2000(12):36-41.
- [5] Livingston P, White V, Hayman J, et al. How acceptable is a referral and telephone-based out call programme for men diagnosed with cancer? A feasibility study. *European Journal of Cancer Care*, 2006(15):467-475.
- [6] Piwonka MA, Merino JM. A multidimensional modeling of predictors influencing the adjustment to a colostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 1999(26):298-305.
- [7] Johnson A, Porrett T. Developing an evidence base for the management of stoma granulomas. *Gastroenterol Nurs*, 2005,3(8):26-28.

- [8] Barners S. Not a social event: the follow-up phone call. *J Perianesth Nurs*, 2000,15(4):253-255.
- [9] Keeling AW, Dennison PD. Nurse-initiated telephone follow-up after acute myocardial infarction: a pilot study. *Heart Lung*, 1995(24):45-49.
- [10] Thome M, Alder B. A telephone intervention to reduce fatigue and symptom distress in mothers with difficult infants in the community. *J Adv Nurs*, 1999,29(1):128-137.
- [11] Turner D. Can telephone follow-up improve post-discharge outcomes? *Br J Nurs*, 1996(5):1361-1365.
- [12] Boter H, Mistiaen P, Groenewegen I. A randomized trial of a telephone reassurance programme for patients recently discharged from an ophthalmic unit. *J Clin Nurs*, 2000(9):199-207.
- [13] Royal College of Nursing. Caring for people with colorectal problems: report of the RCN/Coloplast competencies Project. RCN, London: 2001.
- [14] Wong FKY, Ho M, Chiu I, et al. Factors contributing to Hospital readmission in HongKong regional hospital: a case-control study. *Nurs Res*, 2002(51):40-49.
- [15] Cox K, Wilson E. Follow-up for people with cancer: nurse-led services and telephone interventions. *J Adv Nurs*, 2003(43):51-61.
- [16] Poncia H, Ryan J, Carver M. Next day telephone follow-up of the elderly: a needs assessment and critical incident monitoring tool for the accident and emergency department. *J Accid Emerg Med*, 2000(17):337-340.
- [17] Bowman G, Howden J, Allen S, et al. A telephone survey of medical patients 1 week after discharge from hospital. *J Clin Nurs*, 1994(3):369-373.
- [18] Wiles R. Empowering practice nurses in the follow-up of patients with established heart disease: lessons from patients experiences-ship collaboration group. *J Adv Nurs*, 1997(226):729-735.
- [19] Wong FKY, Chow S, Chang K, et al. Effects of nurse follow-up on emergency room revisits: a randomized controlled trial. *Soc Sci Med*, 2004(59): 2207-2218.
- [20] Wahlberg A, Cedersund E, Wredling R. Telephone nurses' experience of problems with telephone advice in Sweden. *J Clin Nurs*, 2003(12):37-45.

[收稿日期: 2011-01-13]

[修回日期: 2011-03-03]

(编辑: 崔怀志)

## 信息

# 北京市医院管理局挂牌

卫生部部长陈竺指出, 北京市医管局的成立, 是北京继首都医药卫生协调委员会成立之后, 在体制机制创新上的又一重大举措, 是建立现代医院管理制度的大胆尝试。北京市在坚持大部门体制的行政管理体制之下, 建立了统一、高效、权责一致的政府办医体制。新成立的医管局作为北京市卫生局的组成部门和执行机构, 将为北京市加快推进公立医院改革, 解决看病难、看病贵问题提供强大的组织保障, 标志着北京市公立医院改革和管理开始进入了专业化、精细化、科学化的新阶段。卫生部将全力支持北京市医管局的工作, 包括研究推进部属部管医院按照属地化管理原则参与北京市医改工作。

(摘自《健康报》)