

家庭医生团队慢病延续性护理服务模式的构建与效果评价

马 婷¹ 刘国丽²

1. 吴忠市利通区金银滩卫生院 宁夏 吴忠 751100

2. 宁夏医科大学总医院 宁夏 银川 750000

摘 要：目的：探讨家庭医生团队慢病延续性护理服务模式的构建方法及其在乡镇辖区慢性病患者管理中的应用效果。方法：选取2023年1月至2023年12月某乡镇卫生院签约的慢性病患者240例，按随机数字表法分为对照组（120例）和观察组（120例）。对照组给予常规家庭医生签约服务，观察组在此基础上实施家庭医生团队慢病延续性护理服务模式。比较两组患者干预前后慢性病知识掌握程度、自我管理能力、健康生活方式养成、治疗依从性、健康指标控制情况以及医疗服务满意度。结果：干预6个月后，观察组患者慢性病知识掌握程度、自我管理能力评分、健康生活方式养成率、治疗依从性明显高于对照组（ $P < 0.05$ ）；观察组血压、血糖、血脂等健康指标控制达标率显著高于对照组（ $P < 0.05$ ）；观察组医疗服务满意度明显高于对照组的（ $P < 0.05$ ）。结论：家庭医生团队慢病延续性护理服务模式能有效提高慢性病患者的疾病认知和自我管理能力，促进健康行为养成，提高治疗依从性，改善健康指标控制效果，提升医疗服务满意度，值得在乡镇卫生院中推广应用。

关键词：家庭医生；慢性病；延续性护理

慢性病已成为全球疾病负担的主要来源，我国慢性病发病率逐年上升，慢性病防控形势日益严峻。随着分级诊疗制度的推进，家庭医生签约服务成为慢性病防控的重要模式^[1]。然而当前我国家庭医生签约服务中仍存在服务内容同质化、服务连续性不足、团队协作不密切、患者参与度低等问题，难以满足慢性病患者长期、持续、个性化的健康管理需求^[2]。延续性护理作为一种跨越不同医疗环境和时间的协调性服务模式，强调护理工作的连贯性和整体性，对慢性病管理具有重要意义^[3]。本研究旨在构建一种家庭医生团队慢病延续性护理服务模式，将延续性护理理念融入家庭医生团队服务中，通过明确团队成员职责分工、优化服务流程、强化信息化支持等手段，形成覆盖院内、院外、家庭全过程的慢病管理闭环，并评价其应用效果，为促进家庭医生签约服务质量提升提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2023年1月至2023年12月在某乡镇卫生院签约的慢性病患者240例作为研究对象。纳入标准：(1)年龄 ≥ 18 岁；(2)经医院确诊为高血压、糖尿病、冠心病等慢性病；(3)在某乡镇卫生院中心签约家庭医生且签约时间 ≥ 1 年；(4)具有正常认知能力，能够配合完成问卷调查；(5)自愿参与本研究并签署知情同意书。排除标准：(1)患有严重精神疾病者；(2)存在严重功能障碍，无法进行自我管理；(3)近期将要搬离本乡镇者。采用随机数字表法

将患者分为对照组（120例）和观察组（120例）。两组患者在性别、年龄、文化程度、慢性病类型、病程等一般资料比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

1.2 方法

对照组给予常规家庭医生签约服务，包括定期健康体检、基本医疗服务、用药指导、健康教育等。

观察组在常规服务基础上实施家庭医生团队慢病延续性护理服务模式，具体内容如下：

(1) 组建家庭医生团队：以全科医生为核心，融合乡镇护士、公卫医师，明确诊疗决策、随访执行、档案动态管理、功能康复指导、个性化膳食干预等分工，建立跨学科病例研讨、双向转诊对接及信息共享机制，通过定期协同会议优化服务流程，确保医、护、公卫等服务环节无缝衔接。(2) 构建延续性护理服务体系：包括信息延续性（建立统一的健康档案，开发慢病管理系统）、关系延续性（保持团队成员稳定性，建立家医-患者信任关系）、管理延续性（制定统一的慢病管理规范 and 个性化随访计划）。(3) 分层分类管理：依据患者病情严重程度、自我管理能力等因素，将患者分为高、中、低风险三级，采取差异化服务策略，确定随访频次、内容和方式。(4) 多元化健康服务：包括健康评估（定期开展健康状况和风险评估）、健康计划（制定个性化干预方案）、健康干预（用药指导、生活方式干预、心理支持等）、健康评价（定期评估干预效果并调整计划）。(5) 建立双向转诊机制：与上级医院建立合作关系，明确

转诊标准和流程，确保患者在不同医疗单位间的诊疗连续性。(6) 强化自我管理支持：开展慢病自我管理小组活动，培训家庭健康守门人，提供自我监测工具，增强患者自我管理能力。(7) 运用信息化手段：搭建集成电子健康档案、诊疗记录、用药信息的慢病管理信息系统，开发支持智能设备数据同步的移动健康应用，用药 / 复诊智能提醒及基于机器学习的健康风险预测分析，构建“数据采集 - 智能处理 - 精准干预”的数字化管理闭环。(8) 质量控制与持续改进：构建涵盖服务过程（随访频次、干预落实率）、健康结局（指标达标率）、患者体验（满意度）的多维评估体系，每季度开展数据复盘与患者反馈收集，通过跨部门协作会议制定改进方案，动态修订服务规范与流程节点，形成“评估 - 分析 - 优化”的闭环管理机制。

干预周期为6个月，干预结束后评价干预效果。

1.3 观察指标

(1) 慢性病知识掌握程度：采用自行设计的慢性病知识问卷，包括疾病基本知识、症状识别、并发症预防、用药管理、生活方式调整等5个维度，总分100分，得分越高表示知识掌握越好。(2) 自我管理能力：采用慢性病自我管理量表（CSMS）评价，包括症状管理、日常生活管理、情绪管理、人际关系管理、医疗管理5个维度，总分100分，得分越高表示自我管理能力越强。(3) 健康生活

方式养成：包括规律运动、合理膳食、戒烟限酒、心理平衡4个方面，全部达标视为健康生活方式养成。(4) 治疗依从性：包括按时服药、定期复查、饮食控制、运动锻炼等，依从率 $\geq 80\%$ 视为依从。(5) 健康指标控制情况：高血压患者血压控制达标（ $< 140/90\text{mmHg}$ ），糖尿病患者空腹血糖控制达标（ $< 7.0\text{mmol/L}$ ），高脂血症患者血脂控制达标（总胆固醇 $< 5.2\text{mmol/L}$ ）。(6) 医疗服务满意度：采用医疗服务满意度问卷，包括服务态度、专业水平、沟通效果、服务可及性、服务连续性等方面，总分100分， ≥ 80 分视为满意。

1.4 统计学分析

采用SPSS 25.0软件进行数据处理，计量资料以均数 $\pm$ 标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，采用 t 检验；计数资料以例数和百分比 $[n(\%)]$ 表示，采用 χ^2 检验，以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后慢性病知识掌握程度和自我管理能力比较

干预前，两组慢性病知识掌握程度和自我管理能力评分比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；干预后，两组评分均有提高，且观察组明显高于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表1。

表1 两组患者干预前后慢性病知识掌握程度和自我管理能力比较（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	例数	慢性病知识掌握程度		自我管理能力	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	120	65.37 $\pm$ 12.46	85.62 $\pm$ 8.35*	62.14 $\pm$ 11.78	83.25 $\pm$ 7.96*
对照组	120	64.89 $\pm$ 12.83	73.45 $\pm$ 9.27	61.86 $\pm$ 12.05	70.18 $\pm$ 8.43
t 值		0.296	10.752	0.183	12.126
P 值		0.768	< 0.001	0.855	< 0.001

注：与对照组比较，* $P < 0.05$

2.2 两组患者干预后健康生活方式养成、治疗依从性、健康指标控制达标率及满意度比较

从率、各项健康指标控制达标率及满意度均显著高于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表2。

干预后，观察组患者健康生活方式养成率、治疗依

表2 两组患者干预后健康生活方式养成、治疗依从性、健康指标控制达标率及满意度比较 $[n(\%)]$

指标	观察组($n = 120$)	对照组($n = 120$)	χ^2 值	P 值
健康生活方式养成	96(80.00)	72(60.00)	11.429	< 0.001
治疗依从性	108(90.00)	89(74.17)	10.521	0.001
血压控制达标	82/94(87.23)	63/95(66.32)	11.558	< 0.001
血糖控制达标	60/68(88.24)	46/70(65.71)	9.826	0.002
血脂控制达标	54/60(90.00)	43/62(69.35)	7.853	0.005
医疗服务满意度	115(95.83)	100(83.33)	9.825	0.002

3 讨论

慢性病具有病程长、进展缓慢的特点,其有效管理需要连续、协调的服务体系^[4]。本研究构建的家庭医生团队慢病延续性护理服务模式,强调以患者为中心,以团队为支撑,以延续性为核心,通过多学科协作和全程管理,为患者提供个性化、连续性的健康服务。研究结果表明,该模式能显著提高患者疾病认知、自我管理能力和治疗依从性,改善健康指标控制效果。本模式的核心在于实现护理服务的连贯性和整体性。从信息延续性、关系延续性和管理延续性三个维度构建护理体系,通过统一健康档案和信息系统实现信息共享,避免服务碎片化;通过稳定团队成员建立长期信任关系^[5];通过统一规范和个性化随访确保管理连贯性。这三方面的延续性保障了患者在不同场景中获得一致的健康管理。分层分类管理打破了传统“一刀切”模式的局限^[6]。根据病情严重程度和自我管理能力将患者分为三级风险,采取差异化服务策略,合理分配医疗资源。高风险患者增加随访频次,提供密集干预;中低风险患者强化自我管理支持,减少不必要干预,实现精准化管理。

多学科团队协作整合了不同专业优势。以全科医生为核心,结合护士、公卫医师等专业人员,各司其职优势互补,为患者提供全方位服务。相比传统一人负责制,团队模式能满足患者多元化健康需求,提供更专业、全面的健康管理^[7]。自我管理支持是本模式的重要内容。通过小组活动、培训家庭健康守门人、提供自我监测工具等方式,增强患者自我效能感和管理技能。结果显示观察组自我管理能力评分和健康行为养成率显著提高,这与既往研究一致。信息技术应用打破了传统服务的时空限制。通过慢病管理系统和移动应用,实现远程监测、在线咨询等功能,扩展服务范围 and 深度,特别是对行动不便患者提供了便捷服务^[8]。质量控制体系通过定期评估,形成闭环管理,推动服务质量持续提升,使观察组满意度达95.83%。本研究局限性包括:随访时间短,

样本代表性有限,未对不同疾病类型分别评价。后续研究可延长随访时间,扩大样本量,对不同疾病分层分析,进一步优化服务模式。

综上所述,家庭医生团队慢病延续性护理服务模式以患者为中心,通过分层分类管理、多学科协作、自我管理支持和信息技术应用,能提高患者疾病认知、自我管理能力、治疗依从性及健康指标控制效果,值得在乡镇推广。

参考文献

- [1]赵琳琳,罗琪,胡清华,等.家庭医生团队开展慢性病医防融合服务现状及阻碍的定性研究[J].中国全科医学,2025,28(13):1661-1667.
- [2]吴贻红,王黎,马亚婷,等.家庭医生服务对慢性阻塞性肺病患者自我管理能力和生活质量的影响[J].生命科学仪器,2025,23(1):83-85.
- [3]晏琼,杨睿,黄芳,等.基于家庭医生签约服务的社区慢病患者居家药学服务模式构建与应用[J].现代医药卫生,2024,40(2):339-341.
- [4]熊巨洋,朱璇,马赫.医患共同决策对老年慢性病共病患者家庭医生签约服务质量的影响[J].中国卫生政策研究,2024,17(8):1-9.
- [5]刘芹.基于老年综合评估平台家庭签约医生主导的贫困地区老年慢性病管理研究[J].卫生职业教育,2024,42(7):143-146.
- [6]李玉梅,吴漫.医联体分级诊疗结合家庭医生服务模式在社区老年慢性病控制中的应用及实践[J].当代医药论丛,2024,22(1):5-7.
- [7]林国通,邵丽萍,王唯予,等."互联网+家庭医生签约服务平台"在社区高血压慢病管理中的应用价值及可行性分析[J].智慧健康,2024,10(26):148-150.
- [8]王英."医联体"环境下家庭医生签约服务模式在慢病患者中的管理应用[J].黑龙江中医药,2024,53(4):143-145.