

家庭医生签约服务在老年高血压患者社区护理管理中的应用价值

何佩娣

广州市白云区鹤龙街社区卫生服务中心 广东省 广州市 510000

摘要:目的:探讨分析家庭医生签约服务在老年高血压患者社区护理管理中的应用价值。方法:随机选取2021年1月-2022年6月广州市白云区鹤龙社区卫生服务中心纳入管理的110例高血压患者作为本次研究的对象,并随机将其分为研究组与参照组,每组各55例。参照组采取常规的社区护理干预,研究组实施家庭医生签约服务。两组血压指标对比:护理后,研究组舒张压改善效果优于参照组。具体见表1。两组患者生活方式情况比较:管理前参照组与研究组在吸烟、饮酒、规律运动方面比较;管理后研究组在吸烟、饮酒的例数上均明显低于参照组;在运动的例数上明显高于对照组。具体见表2。两组患者管理满意度比较:研究组高血压患者的管理满意度高于参照组,具体见表3。**结论:**在社区高血压综合管理工作中采取家庭医生签约服务,能够有效控制高血压患者的血压值,提升管理满意度,值得在全国各大医院广泛推荐使用。

关键词:老年高血压;家庭医生签约服务;社区护理;应用价值

引言

家庭医生负责制健康管理模式是一种治疗与健康教育干预相结合的新型管理模式,该模式多用于高血压的防治,通过签署协议为患者提供健康干预管理服务。在具体实施过程中,家庭医生应根据患者个人的实际情况,分析影响疾病的高危因素,在社区服务提供者的帮助下,实施个性化、针对性、综合性的家庭服务。

本次研究旨在观察分析社区护理管理中实施家庭医生签约服务的应用效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

随机选取2021年1月-2022年6月在某社区卫生服务中心纳入管理的110例高血压患者作为本次研究的对象,并随机将其分为研究组与参照组,每组各55例。

纳入标准:①确诊为高血压;②患者与家属均同意参与本次研究^[1]。

排除标准:①存在语言或精神障碍;②心脑肝肾等重要脏器功能不全或患有性质严重的病症;③存在躯体功能性损害的情况;④属于临界高血压、继发性高血压。

1.2 方法

参照组实施社区常规护理方法,对患者进行健康教育指导,并定期随访,指导高血压正确用药、合理饮食等。

研究组在参照组的护理基础上采取家庭医生签约服务模式,主要内容包含有:

(1)家庭医生签约:患者与社区卫生团队按照自愿原则签订家庭医疗管理合同。管理时间为1年。

(2)本着自愿原则,由患者与社区健康服务团队签订家庭医生管理服务协议,协议内容必须明确应履行的义务,且管理时间为1年。

(3)建立个人档案:护理人员应详细记录患者的个人信息,包括姓名年龄、病情、联系方式以及家庭地址等^[2]。

(4)家庭医生必须评估患者的具体病情,详细分析对患者疾病不良的影响因素,为患者建立一套的详细的电子档案,根据患者的实际情况制定个性化的治疗计划。

(5)加强对生活行为宣教指导,要求患者做到饮食合理,同时对不良生活行为习惯进行及时改正,钠盐摄入量的标准为6g/d以下,保持饮食健康,增加维生素丰富的果蔬摄入量,胆固醇、脂肪摄入量需要进行严格控制^[3]。定时与家庭联系人或患者联系,提醒其按时复诊,若患者行动不方便,可通过上门方式进行诊治与健康宣教干预,评估血脂、血压改善情况后需要详细记录,通过医患交流沟通的方式对患者血压控制情况进行了解。

(6)建立微信交流群:除患者外,群成员还有家庭医生服务团队成员。鼓励高血压患者多交流,促进同伴教育,加强医患沟通;健康教育人员每月进行电话跟进和/或亲自跟进,并定期提醒居民服药和监测血压;

(7)细化服务内容,对签约成员的具体情况制定个性化、针对性、精细化干预措施,为签约成员提供生活习

惯、日常膳食、康复、药物和护理等指导，定期协助签约者健康体检。以高血压患者为例，制定食盐摄入量标准，即轻度高血压患者食盐摄入量 < 5g/d，中度高血压患者食盐摄入量 < 3g/d，重度高血压患者食盐摄入量1.5~3g/d；能量摄入标准，即热量摄入 < 1200kcal/d，早中晚餐分别占40%、40%、20%，蛋白质占20%，脂肪占25%，碳水化合物占55%；坚持有氧运动^[1]，运动靶心率为最大心率的60%~70%，锻炼3~4次/周，30~60min/次；

(8) 一名患者只能签订一位家庭医生，家庭医生根据患者实际情况提供个性化的护理服务，向患者讲解疾病的相关知识，如病因、临床特点、治疗及预防措施等，并告知他或她遵循医生命令的患者必须遵循剂量剂

量。指导患者合理饮食，多吃新鲜蔬菜和水果，控制热量和脂肪摄入。指导患者适当运动并合理控制体重。

(9) 可根据患者的承受能力，制定有针对性的康复运动计划，家人可在第1~2天适当辅助被动卧床运动，每天2~3次，每次15分钟。2天后，进行体操、太极拳等户外活动，同时记录每周户外活动的的时间和频率，每周家访时详细告知护士，让护士评估病情好转情况。

2 结果

2.1 两组血压指标对比

结果显示，护理后，研究组舒张压(81.17±4.31)mmHg和收缩压(122.25±9.14)mmHg改善效果优于参照组^[5]，差异有统计学意义($P < 0.05$)。具体见表1。

表1 两组血压指标比较($\bar{x} \pm s$, mmHg)

组别	例数	收缩压	舒张压
参照组	55	143.75 ± 9.86	87.36 ± 4.12
研究组	55	122.25 ± 9.14	81.17 ± 4.31
t 值		8.759	5.686
P 值		0.002	0.005

2.2 分析对比两组患者的生活方式状况

结果显示，管理前参照组与研究组在吸烟、饮酒、规律运动方面比较；管理后研究组在吸烟、饮酒的例数上

均明显低于参照组^[6]，差异有统计学意义($P < 0.05$)；在运动的例数上明显高于对照组，差异有统计学意义($P < 0.05$)。具体见表2。

表2 两组患者生活方式方面的比较[n(%)]

组别	例数	吸烟(例数)		饮酒(例数)		规律运动(例数)	
		管理前	管理后	管理前	管理后	管理前	管理后
参照组	55	43(27.39)	22(14.01)	47(29.93)	31(19.75)	130(82.80)	148(94.27)
研究组	55	40(25.48)	36(22.91)	57(36.31)	53(33.76)	131(83.44)	136(86.62)
χ^2 值		0.147	4.14	1.438	7.22	1.081	10.99
P 值		0.701	0.042	0.231	0.01	0.583	0.04

2.3 对比分析两组患者管理的满意度

结果显示，研究组高血压患者的管理满意度高于参

照组，差异有统计学意义($P < 0.05$)，见表3。

表3 两组患者管理满意度比较[n(%)]

组别	例数	十分满意	比较满意	一般	不满意	满意度
参照组	55	8(14.55)	31(56.36)	2(3.64)	14(25.45)	41(74.55)
研究组	55	97(71.85)	25(18.52)	10(7.41)	3(2.22)	132(97.78)
χ^2 值						0.002
P 值						0.005

3 讨论

高血压属于中老年群体极为常见的一种慢性疾病，典型症状表现为血压水平不断升高，病程长且需要终身性治疗，致残率、致死率较高，严重影响和威胁广大患者的生命健康。目前临床主要以家庭用药的方式进行高血压的治疗，但因为缺乏对防控高血压知识的认知，再

加上薄弱的长期服药治疗的意志力，家庭治疗并不能取得显著性成效。

高血压病是一种慢性疾病，需要长期治疗，而社区是高血压治疗的主要场所，加强社区管理可以有效控制患者的血压。家庭医生签约服务是一种新的管理方式，可以在过程中实施患者跟踪服务，进而及时检查患者的

血压。家庭医生签约服务主要是利用社区团队和网络信息技术,在赋能理论的指导下,对高血压患者进行科学全面的健康教育,让患者了解疾病的发病机制和根据自己的实际情况进行有针对性的开发管理服务。这种新的管理模式不仅为患者提供了全面的健康服务,而且在一定程度上有效保障了公共卫生服务质量,突破了常规高血压管理的局限。家庭医生签约服务模式在对患者进行综合评估后,可采取科学、有针对性的治疗策略,在了解和控制患者危险因素的基础上,在饮食、心理、运动等方面提供权威指导。

由家庭医生签约的社区护理服务是签约服务的标志。社区医务人员为患者提供全面和持续的护理。它已广泛用于慢性病护理干预。家庭医生要做的就是从事初级预防保健、常见病诊治、病人康复和慢性病管理等多种工作。家庭医生主要以人为本,以家庭为基础。其目标是改善整体家庭健康,完成长期合同护理,并将个人健康与群体健康相结合^[9-10]。与传统诊疗相比,家庭医生服务不会在生病时随机分配看病,而是直接预约或分诊给签约医生等待,并享有优先权。此外,签约居民除了简单的诊疗外,还可以接受医疗队的健康管理。在社区推行家庭契约式护理服务,可以克服老年患者运动不适和就诊困难的问题,提供居家护理人员,提供有利于饮食、用药和定向运动的指导。稳定患者病情,提高生存率。

本研究结果显示,干预后研究组自我概念评分、健康行为评分均明显好于干预之前,也明显好于参照组。究其原因与采取了以下措施相关:建立签约居民与家庭医生团队之间长期稳定的服务关系,依托基层医疗网络对患者实施针对性管理,改善签约者的健康状态。通过家庭医生签约对居民的实际情况进行评估和建档,针对其具体病情选取针对性干预方法,定期上门随访或电话随访,给予签约者疾病健康教育,使其了解自身病情变化、疾病治疗办法、并发症的预防措施等,耐心地为签约者解决其面临的实际困难。同时,适时调整签约者的饮食结构、运动习惯,通过长期引导逐渐改善签约者的行为方式,为慢性病管理打下良好的基础,并通过各

项护理指导使签约者始终保持健康向上的心理状态。此外,针对病情控制不佳的签约者,在掌握其具体病情信息的基础上,在合适的时机为其联系医院,及时送医治疗,确保其病情不恶化。

结束语

综上所述,在社区高血压综合管理工作中采取家庭医生签约服务,能够有效控制高血压患者的血压值,提升管理满意度,值得在全国各大医院广泛推荐使用。

参考文献:

- [1] 赵路军,蔡艳玲,杜杰会,等.家庭医生签约服务在高血压患者中的应用研究[J].中国城乡企业卫生,2020,35(7):51-53.
- [2] 李琳琳.家庭医生签约服务在老年高血压患者社区护理管理中的效果及依从性评价[J].中国社区医师,2021,37(29):129-130.
- [3] 张利萍,刘彤,李慧,等.基层家庭医生签约服务过程中的问题及对策研究[J].江苏卫生事业管理,2021,32(11):1416-1419.
- [4] 魏佳佳,周绿林,朱铁林,等.家庭医生签约居民的履约行为及其影响因素研究[J].卫生经济研究,2021,38(5):13-17.
- [5] 刘洁.社区高血压慢病管理中家庭医生签约服务的应用及对患者服药依从率的影响[J].山西医药杂志,2021,50(11):1861-1862.
- [6] 赵妍妍.家庭访视护理对老年高血压患者服药遵从行为、社会支持及心理情绪的影响[J].青海医药杂志,2020,50(1):35-38.
- [7] 陈璐,张珍和.家庭医生签约服务在老年高血压患者社区护理管理中的应用[J].中国社区医师,2020,34(23):123,125.
- [8] 刘俊霞.健康教育对社区老年高血压患者血压控制及自我管理行为的影响[J].中国社区医师,2019,35(26):169,171.
- [9] 张燕.社区高血压应用综合防治健康管理模式的治疗效果[J].名医,2019,(7):130.