

社区高血压患者家庭医生签约护理服务效果评价

刘庆芬

广州市白云区鹤龙街社区卫生服务中心 广东省 广州市 510425

摘要:目的:讨论家庭医生签约服务在高血压社区护理管理方法中的运用实际效果。方法:选取本社区高血压患者80例,时间段为2021年1月至2022年1月。将患者任意分成对照组和观察组,每一组40例。对照组患者接纳基本社区治理,观察组患者接纳家庭医生采购管理。比较2组血压控制状况。结果:观察组治疗依从性评分远高于对照组($P < 0.05$)。观察组健康教育知识评分高过对照组,差别有统计意义($P < 0.05$)。与对照组对较,观察组收缩压和收缩压比较低,差别有统计意义($P < 0.05$)。观察组日常生活质量得分高过对照组,差别有统计意义($P < 0.05$)。结论:针对高血压的社区护理管理中应用家庭医生签约服务,能够更好地控制患者的血压水平,具有重要的临床意义,值得推广和应用。

关键词:家庭医生签约服务;高血压;社区护理管理;应用效果

引言

高血压是临床医学最常见慢性疾病,是导致脑中风和冠心病的独立危险因素。除此之外,高血压是不可逆性疾病,应从饮食搭配、健身运动、药品等多个方面干涉,控制高血压水平。但高血压患者一般对用药治疗的必要性认识不到位,不健康的生活习惯与对诊疗药品的依赖感差,造成血压控制欠佳,损伤靶器官,造成心血管疾病。因而,在高血压患者的治疗中,给与高效的护理对策至关重要。

医学上高血压患者一般采用内服有关用药治疗,但是由于各种因素的影响,功效不显著,患者血压控制也不是理想。数据调查报告,老年人群主题活动地点关键在社区。提升社区护理管理方法能进一步降低老年人高血压的几率。但是和社区护理管理方法对比,家庭医生签约服务应该是患者的全过程护理方式,能够对患者的治疗方法开展全过程随诊,进而增强血压控制的效果。为剖析家庭医生签约服务对社区护理管理效果和有效性产生的影响,文中挑选80例社区接诊高血压患者,报告如下^[1]。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本社区接诊的老年高血压患者80例,时间段为2021年1月至2022年1月。选用随机数字表法将患者分成对照组和观察组,每一组40例。对照组男21例,女19例,年纪62~88岁,均值(69.4 ± 2.9)岁。观察组男25例,女15例,年纪62~89岁,均值(69.9 ± 2.2)岁。全部患者对本科学研究都有知情同意,2组基础数据信息、资料、年纪、性别无显著性差异。因而,应基于此推进实验比

较, P 值大于0.05。

1.2 方法

1.2.1 对照组推行基本社区护理管理方法,备案社区高血压患者个人信息。包含名字、年纪、血压值、医治等情况。并定时机构以社区为核心的高血压患者健康教育讲座,给与饮食搭配、服药、运动指导等。

1.2.2 观察组由家庭医生签署服务协议,高血压患者亲属与家庭责任医师签署服务协议,家庭责任医师承担高血压患者各个方面的护理管理与健康教育知识。具体内容如下所示。

① 建立患者档案:从档案中初步对患者的健康情况进行评估,考虑患者高血压具体情况、既往治疗史、用药史等情况,制定有针对性的科学护理管理方案。

② 人性化护理:社区护理人员创立人性化护理工作组,挑选工作强度大、护理资深的护理人员做为组员。依据治疗原则,探讨制定精准医疗护理现行政策,对护理员工进行精准医疗护理,授予精准医疗护理核心理念,包含健康教育知识、不良的生活习惯干涉、饮食指导、服药管理方法、日常日常生活等,注重护理人员的专业素养和综合能力^[2]。

③ 家庭医生正确引导:依据老年高血压患者生活习惯的特征,团体家庭医生要深入了解家政服务的范畴、项目及质量评价标准,使医师把握服务和客户满意度方式,与此同时塑造职业道德规范和职业道德。在社区宣传家中合同书医师护理方式,使社区掌握家中合同书医生的职责、功效和特点,激励高血压患者家中选用家中合同书医师护理方式^[3]。

④ 向签署家庭医生合同书提供服务的患者详细描述

护理步骤, 派发家庭医生联系卡, 为患者制定护理计划方案, 对患者所提出的有关病症难题给与用心详尽的解释。语言表达应尽可能简要通俗易懂, 使患者能省时省力地了解和理解。每个月家庭医生开展家中护理, 查验患者血压值, 掌握最近血压值、用药治疗、是否存在按时饮食和健身运动。激励患者, 正确引导亲属尽可能充分发挥督查功效, 帮助患者自我约束, 持之以恒的坚持健康饮食和良好生活习惯^[4]。

⑤ 每个月在社区开展健康知识宣传, 邀约患者及其家属准时参加。尽可能根据PPT、短视频、宣传画册等几种专题讲座方法进行推广, 有益于加重患者的第一印象。激励患者在授课环节中多提出问题, 规定患者在授课环节中用心慎重。

⑥ 家庭医生应每两个月对患者进行一次体格检查, 掌握对高血压的认知能力, 了解生活品质有没有改进, 血压值改进状况, 患者盲区, 并予以有针对性的表明^[5]。

⑦ 创建家庭医生团队管理方案。家庭医生对工作的热情和主动性设立了三个体系管理。家庭医生规章制度: 为每一个通过考核市场竞争家庭医生配置和指导; 支撑体系: 社区卫生服务部门和工作临床科室创建包含信息内容、诊疗、后勤管理、护理和公共卫生服务等在内的5个智能管理系统, 适用家庭医生服务项目; 质量认证体系: 挑选防止科和药剂科技术骨干创建品质管理队伍, 与此同时制定社区业务流程评判标准、家庭医生团队专业技能, 健全质量控制^[6]。

1.3 临床分析指标

比较2组患者医治依从性、健康知识、血压水平、生活质量评定和护理满意率。医治依从性包含用药治疗、饮食搭配、健身运动、歇息、控制情绪。该社区卫生服务选用自做评定量表进行评价, 每项10分。评分越大, 患者医治依从性就越好。专业知识水平包含发病机理、治疗方式、科学饮食、健康锻炼方法、病发症防范措施等。每项10分。评分越大, 患者的健康知识水平就越好。血压包括收缩压与舒张压。生活质量包含患者生理作用、自身身心健康、人际交往和身心健康。该社区卫生服务所进行的调查问卷用以评定, 各项10分。评分越大, 患者的生活质量就越好。

1.4 统计学方法

本科学研究医治依从性、健康知识学习情况、血压水平、生活质量得分、医护满意率等相关信息用SPSS 22.0软件开展统计分析解决, 在其中医治依从性、健康知识学习情况、血压水平、生活质量得分用($\bar{x} \pm s$)表明, 组间对比做t检验; 医护满意率用[n(%)]表明, 小组之间较为

选用 χ^2 检验。 $P < 0.05$, 差别有统计意义。

2 结果

2.1 治疗依从性比较

观察组各项治疗依从性评分明显高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 见表1。

表1 治疗依从性比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	用药	饮食	运动	休息	情绪控制
观察组	40	8.9 ± 0.5	9.0 ± 0.6	9.0 ± 0.5	9.2 ± 0.4	9.1 ± 0.6
对照组	40	7.9 ± 0.6	8.1 ± 0.5	8.0 ± 0.4	8.3 ± 0.5	7.8 ± 0.5
t值	/	9.054	8.148	11.043	9.939	11.770
P	/	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.2 健康知识水平比较

各项健康知识水平评分观察组高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 见表2。

表2 健康知识水平比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	发病机制	治疗方案	健康饮食	健康运动方式	并发症预防措施
观察组	40	9.1 ± 0.5	9.3 ± 0.3	9.2 ± 0.5	9.2 ± 0.6	9.0 ± 0.5
对照组	40	7.8 ± 0.6	8.1 ± 0.4	8.3 ± 0.4	8.0 ± 0.3	7.7 ± 0.4
t值	/	11.770	16.971	9.939	12.649	14.356
P	/	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.3 血压水平比较

与对照组相比, 观察组的收缩压、舒张压水平较低, 差异均有统计学意义($P < 0.05$), 见表3。

表3 血压水平比较(mmHg, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	收缩压	舒张压
观察组	40	130.0 ± 2.3	80.5 ± 1.3
对照组	40	148.9 ± 3.5	96.8 ± 2.0
t值	/	-31.910	-48.319
P	/	< 0.05	< 0.05

2.4 生活质量评分比较

生活质量各项评分观察组高于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$), 见表4。

表4 生活质量评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	生理功能	自身健康情况	社会沟通情况	心理健康
观察组	40	9.5 ± 0.4	9.4 ± 0.6	9.3 ± 0.4	9.0 ± 0.6
对照组	40	8.0 ± 0.3	8.2 ± 0.3	8.4 ± 0.5	7.8 ± 0.4
t值	/	21.213	12.649	9.939	11.767
P	/	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

3 讨论

近些年, 由于社会经济发展迅速, 再加上大家生活的节奏的加速、不良生活习惯、精神压力大等多种因素, 高血压患病率逐年递增, 已经成为心脑血管病和死亡的风险源。高血压是老人的高发病症, 发病原因诸

多,包含先天因素、年纪、生活习惯、药品要素。血压值不断或忽然上升会严重影响心、脑、肾等关键人体器官,引发各种各样病发症,提升医治难度系数,威胁患者健康与人身安全。现阶段,由于社会老龄化的加重,高血压发病率逐步增加,对社会健康平稳组成严重危害。因而,在积极主动降血压患者的前提下,采用有效管理对策对操控病况发展趋势,推动患者恢复起着至关重要的作用。这会对社区高血压患者的监管至关重要。塑造较好的生活习惯、的规律生活习惯和饮食结构,标准服药,以控制高血压和加重血压引发并发症发生^[7]。

家庭医生签约是临床医学进行的一种新型健康管理模式,主要是在社区开展,具有一定的实效性有效性。创建家庭医生团队,根据医师负责制和家庭医生团队服务水平,保持医患关系间长期性、固定的医患关系,合理填补基本服务项目上的不足,推动高血压防治。

科学研究数据显示,观察组治疗依从性评分远高于对照组($P < 0.05$);观察组健康教育知识评分高过对照组,差别有统计学意义($P < 0.05$);观察组收缩压和舒张压低于对照组,差别有统计学意义($P < 0.05$);观察组日常生活质量得分高过对照组,差别有统计学意义($P < 0.05$)。

剖析原因:口服药物为高血压的关键治疗方案。考虑到病情长,家中变成疾病的治疗的主要场地。执行社区家中签约医师管理方法,医师、护理人员依据患者病况执行相对应护理诊断,为患者维持服药宣传推广健康习惯的必要性,提高患者信心,同步进行自我约束,防止不良生活习惯和饮食习惯造成血压控制欠佳造成血脂指标上升,降血脂和血压水平,降低心血管疾病发生率,提高患者健康水平和生活质量。

此外,家庭医生能够对签订患者进行负责,避免社区护理的实效性客观性较弱。家庭医生也可以根据患者实际情况和生活习惯,有计划的医护患者,从制定医护方式、进行走访护理管理、评定患者认知度,到处理盲区、追踪优质护理服务整个过程等科学合理、全方面的护理质量管理。家庭医生签约服务有利于患者高效管理自身,以开朗良好的心态面对疾病,提升生活质量,提

升临床医学实际效果^[8]。

4 结束语

总的来说,社区高血压患者运用家庭医生签约管理服务项目,设立了医生服务患者负责制,与长期性服药患者设立了优良相对稳定的关联,填补了传统式临床观察的不足。对社区便民服务里的老年人患者,标准患者合理的服药和生活习惯,提升患者回绝服药、中断服药、服药监管、积极主动服药的良好依存性全过程,使患者养成良好生活习惯,降低身体各项指标的起伏,维持血压的正常水平。除此之外,社区签约医生还解决了老年患者就医难的问题,签约医生可持久的观察患者动态指标变化,减少传统医院就医过程中反复检查和问诊所需时间。

参考文献

- [1]黎月银,汪顺澄.家庭医生签约服务在实施高血压患者社区护理管理中的应用[J].黑龙江医药,2019,29(2):371-373.
- [2]崇芳琴.家庭医生签约服务在高血压患者社区护理管理中应用的效果[J].甘肃科技,2019,33(14):128-129.
- [3]贾秋萍,张娟.家庭协同护理在社区高血压患者管理中的应用效果分析[J].泰州职业技术学院学报,2019,19(3):66-69.
- [4]过莉莉,许芬明.医院-社区-患者三元联动延续护理模式在高血压患者管理中的应用效果[J].中国基层医药,2020,27(5):629-632.
- [5]熊婷.家庭医生签约服务模式对高血压患者健康管理的效果[J].中国社区医师,2019,35(32):185-186.
- [6]杨涛,许丹丹,滕斌,等.家庭医生签约式服务模式对社区高血压患者管理效果分析山西医药杂志,2019,48(21):2678-2679.
- [7]叶俊,郭佩佩,陈春,等.浙江省家庭医生签约服务政策响应及优化策略分析[J].中华医院管理杂志,2019,34(4):279-283.
- [8]杜晓甫,梁明斌,方乐,等.浙江省农村社区高血压人群氯化钠摄入量现状及影响因素分析[J].营养学报,2019,40(1):87-89.