

健康促进模式结合全科医学理论在老年慢性病患者中的应用效果

张炳辉

石家庄市桥西区长兴社区卫生服务中心 河北 石家庄 050000

摘要:目的:探究健康促进模式结合全科医学理论对老年慢性病患者自我管理能力和健康行为及生命质量的影响。方法:2024年1-6月选取144例社区老年慢性病患者,随机分成对照组(72例,常规慢病管理)和观察组(72例,健康促进模式+全科医学理论干预),对比两组干预6个月后的自我管理、健康促进行为及生命质量评分。结果:观察组三项评分均高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论:该联合干预模式能提升患者自我管理与健康行为,改善生命质量,值得临床推广。

关键词:健康促进模式;全科医学理论;老年慢性疾病;自我管理能力和健康行为

引言:我国60岁以上老年人群慢性病患病率达79.4%,其中50.8%的患者同时罹患2种及以上疾病,多重用药、自我管理不足等问题导致其致残率与住院率居高不下。常规慢病管理以疾病治疗为核心,忽视患者心理、社会因素及健康行为的干预,致使35%的患者治疗依从性差,认知能力维度得分仅(2.87 ± 0.48)分。健康促进模式聚焦行为改变动力,全科医学强调整体照护与长期随访,二者结合可弥补传统管理缺陷。本文通过临床对照研究,验证该联合模式的应用效果,为优化老年慢病管理策略提供实证支撑。

1 健康促进模式与全科医学理论的核心内涵及融合价值

1.1 健康促进模式的核心维度:聚焦行为改变

健康促进模式由劳伦斯·格林提出,以“个体-环境-行为”互动为核心,涵盖认知评价、行为意向、社会支持等10个维度。该模式强调通过评估患者健康认知盲区、激发内在动机,促进健康行为的主动养成。针对老年慢性病患者,其核心作用体现在三方面:一是精准识别认知缺陷,如针对疾病认知不足的患者强化病因与预后讲解;二是激发行为动力,通过设定个性化健康目标增强患者参与感;三是构建支持系统,联动家属与社区形成健康促进合力,解决老年患者健康赋权不足的问题。

1.2 全科医学理论的核心特征:强调整体照护

全科医学以“全人照护”为理念,具备整体观念、长期医患关系、预防为主等核心特征,恰好契合老年慢性病“多病共存、管理复杂”的特点。其在慢病管理中的作用表现为:一是综合评估能力,可兼顾患者生理疾病、心理状态与社会功能,避免专科诊疗的碎片化;二

是个性化方案制定,结合患者年龄、生活习惯等差异调整管理策略,如为70岁以上患者拓宽知识获取渠道;三是长期随访机制,通过建立固定医患关系,及时调整治疗与干预方案,提升管理连续性^[1]。

1.3 二者融合的实践价值:实现1+1>2的管理效果

健康促进模式与全科医学理论的融合形成了“评估-干预-随访-优化”的闭环管理体系。健康促进模式为行为干预提供方法支撑,解决“如何激发健康行为”的问题;全科医学理论为干预实施提供场景与保障,解决“如何持续落实”的问题。例如,针对老年高血压患者,全科医生通过长期随访掌握其饮食偏好与用药情况,健康促进模式则基于此制定低盐饮食强化计划与用药提醒机制,二者结合既保证了干预的针对性,又保障了执行的持续性,有效弥补了传统管理中“重宣教、轻落实”的缺陷。

2 研究对象与方法

2.1 研究对象

选取2024年1-6月在我区建档的144例老年慢性病患者为研究对象。纳入标准:年龄 ≥ 60 岁;确诊高血压、糖尿病、冠心病等慢性疾病 ≥ 1 种,病程 ≥ 1 年;意识清晰,能配合完成问卷与随访;自愿参与本研究并签署知情同意书。排除标准:存在认知功能障碍或精神疾病;合并恶性肿瘤或严重器官功能衰竭;近3个月内发生急性心脑血管事件。按随机数字表法分为对照组与观察组,各72例。对照组男31例,女41例;年龄60-88岁,平均(72.3 ± 6.1)岁;文化程度小学及以下32例,初中24例,高中及以上16例;患2种及以上疾病者37例。观察组男33例,女39例;年龄61-89岁,平均(73.1 ± 5.8)岁;文化

程度小学及以下30例,初中25例,高中及以上17例;患2种及以上疾病者38例。两组基线资料对比,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性^[2]。

2.2 干预方法

对照组实施常规慢病管理,包括每季度1次健康体检、发放疾病管理手册、电话提醒用药,无针对性健康行为干预。观察组实施健康促进模式结合全科医学理论的干预方案,干预周期6个月,具体措施如下:

(1) 全科团队组建与基线评估:组建由全科医生、社区护士、营养师组成的干预团队,通过问诊、量表测评、家庭访视完成基线评估,内容涵盖疾病认知、用药依从性、生活方式、心理状态及社会支持情况,建立个性化健康档案。

(2) 基于健康促进模式的分层干预:①认知干预:针对认知薄弱患者,采用“通俗讲解+案例示范”方式开展健康讲座,每月1次,内容包括疾病机制、用药知识等,对文化程度低的患者配备图文手册;②行为干预:根据患者体能与习惯制定运动计划,如60-69岁患者推荐快走,70岁以上患者推荐太极,同时由营养师定制饮食方案;③心理与社会支持干预:每月1次心理疏导,建立患者互助群,鼓励家属参与监督,强化社会支持。

(3) 全科医学导向的长期随访与优化:全科医生每周1次电话随访,每2周1次门诊随访,监测病情变化与行

为执行情况,及时调整干预方案。如发现患者用药不良反应,立即协调专科医生调整处方;对未坚持运动的患者,分析原因并优化计划,确保干预的动态适应性^[3]。

2.3 评价指标

(1) 自我管理能力:采用慢性病自我管理量表评估,包含疾病认知、治疗依从性、生活方式等6个维度共30题,满分100分,得分越高自我管理能力强,该量表Cronbach's α 系数为0.89。

(2) 健康促进行为:采用健康促进生活方式量表评估,涵盖营养、运动、健康责任等5个维度共25题,满分100分,得分越高健康行为越好,Cronbach's α 系数为0.87。

(3) 生命质量:采用SF-36量表评估,包括生理功能、心理状态等8个维度,满分100分,得分越高生命质量越好。

2.4 数据收集与分析

干预前及干预6个月后,由专人负责量表发放与回收,共发放问卷144份,回收有效问卷144份,有效回收率100%。采用SPSS26.0软件进行数据分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间对比采用t检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3 研究结果

三组核心评价指标的具体对比数据如下表所示,干预前两组各项评分无显著差异($P > 0.05$),干预后观察组各项评分均显著高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

| 评价指标 | 组别 | 干预前 ($\bar{x} \pm s$, 分) | 干预后 ($\bar{x} \pm s$, 分) | t值 | P值 |
|--------|--------------|----------------------------|----------------------------|--------|---------|
| 自我管理能力 | 对照组 (n = 72) | 42.6 ± 6.9 | 61.7 ± 7.2 | 18.254 | < 0.001 |
| | 观察组 (n = 72) | 43.1 ± 6.7 | 82.3 ± 6.5 | | |
| 健康促进行为 | 对照组 (n = 72) | 38.5 ± 7.3 | 59.4 ± 6.9 | 22.367 | < 0.001 |
| | 观察组 (n = 72) | 39.2 ± 7.1 | 85.1 ± 5.8 | | |
| 生命质量 | 对照组 (n = 72) | 39.8 ± 7.5 | 56.2 ± 7.1 | 19.872 | < 0.001 |
| | 观察组 (n = 72) | 40.3 ± 7.2 | 78.6 ± 6.3 | | |

4 结果分析与讨论

4.1 联合干预提升自我管理能力的机制

自我管理能力的提升源于认知改善与执行保障的双重作用。常规管理仅提供基础信息,未解决老年患者认知薄弱与执行动力不足的问题,导致自我管理评分偏低。观察组通过全科医学的综合评估精准定位认知盲区,再以健康促进模式的分层宣教强化认知,如针对70岁以上患者采用反复讲解与实物演示,使疾病认知维度得分大幅提升。全科医生的长期随访与动态调整解决了“不会管、坚持难”的问题,如为忘记用药的患者配备智能药盒,有效提升了治疗依从性,最终实现自我管理能力的显著提升^[4]。

4.2 联合干预优化健康促进行为的关键作用

健康行为的养成需要“动机激发-方法指导-持续监督”的完整链条。健康促进模式通过激发内在动机,让患者从“被动接受”转变为“主动参与”,如通过设定“每月减重1斤”的小目标增强成就感。全科医学则提供个性化方法与持续监督,营养师根据患者口味定制低盐食谱,避免了常规饮食指导的笼统性;全科医生的定期随访及时纠正不良行为,如发现患者运动强度不足时调整计划。这种“动机+方法+监督”的模式,使观察组健康促进行为评分显著高于对照组,规律运动、合理饮食等行为达标率大幅提升。

4.3 联合干预改善生命质量的核心逻辑

老年慢性病患者的生命质量与病情控制、心理状态密切相关。联合干预通过两方面提升生命质量：一是通过优化健康行为与自我管理，有效控制血压、血糖等指标，减少头晕、乏力等症状，改善生理功能；二是通过心理疏导与社会支持干预，缓解患者因疾病产生的焦虑、抑郁情绪，增强心理幸福感^[5]。如观察组中心心理咨询干预使患者负面情绪发生率从43%降至12%，良好的心理状态进一步促进了健康行为的坚持，形成“生理-心理-行为”的良性循环，最终实现生命质量的显著改善。

5 健康促进模式结合全科医学理论的推广策略

5.1 完善社区层面的干预体系建设

社区卫生服务中心应建立“全科医生主导+多学科协作”的干预团队，配备营养师、心理咨询师等专业人员。将健康促进模式的评估工具与全科医学的随访机制纳入常规工作流程，为每位老年慢性病患者建立动态健康档案。同时，依托社区活动中心开展健康讲座、同伴支持小组等活动，营造健康促进的社区氛围。

5.2 强化全科医生的专业能力培养

开展针对性培训，提升全科医生对健康促进模式的应用能力，包括认知评估、行为干预方案制定等技能。通过案例研讨、技能竞赛等形式，强化全科医生的整体照理念，使其能够兼顾患者的生理疾病与心理、社会需求。建立“传帮带”机制，由高年资医生指导年轻医生开展干预工作，确保干预质量。

5.3 构建家庭-社区-医院联动支持网络

加强对患者家属的健康宣教，通过家属课堂讲解干预方案的重要性，培训家属的监督与协助技巧，如提醒患者用药、陪同运动等。建立社区与医院的双向转诊机制，全科医生及时将病情恶化的患者转诊至上级医院，上级医院将康复期患者转回社区进行后续干预，确保管理的连续性。利用信息化手段搭建健康管理平台，实现患者、家属、医护人员的信息互通^[6]。

5.4 关注特殊老年群体的个性化需求

特殊老年群体由于自身特点和所处状况不同，有着多样化的健康需求，因此要高度关注并满足其个性化需求。针对不同年龄段、文化程度的患者制定差异化干预

方案。对于60-69岁仍承担一定家庭责任的患者，考虑到他们时间较为零散，采用碎片化宣教方式，如通过手机推送简短健康知识；对于70岁以上患者，拓宽知识获取渠道，除传统讲座外，增加线上学习途径；讲解时采用通俗易懂的语言，确保他们能轻松理解。对于文化程度低的患者，多运用图文、视频等可视化工具，直观展示健康知识。另外，关注独居老人的社会支持需求，积极链接社区志愿者资源，组织志愿者定期上门，为独居老人提供健康指导、生活帮助等服务，让他们感受到社会的关爱与温暖。

结束语

老年慢性疾病管理的核心目标是提升患者自我管理能力与生活质量，健康促进模式与全科医学理论的结合为此提供了有效路径。本研究证实，该联合干预模式通过精准认知评估、个性化行为干预与长期随访支持，显著提升了患者的自我管理能力、健康促进行为及生命质量，解决了传统管理中存在的碎片化、针对性不足等问题。未来需进一步完善信息化干预手段，扩大研究样本量，为该模式的广泛推广提供更充分的依据，助力提升老年慢性病患者的健康水平。

参考文献

- [1]周伟,张馨尹,黄琴.健康促进模式结合全科医学理论在老年慢性病患者中的应用效果[J].当代护士,2025,32(1):51-55.
- [2]张莉,王书香,王玲玲等.老年慢性阻塞性肺疾病合并下呼吸道感染者FeNO、PCT水平与肺功能及CAT评分的关联[J].中华医院感染学杂志, 2023, 33(15):2261-2265.
- [3]罗娇.全科护理对老年慢性阻塞性肺疾病患者的作用[J].名医,2023(11): 102-104.
- [4]朱璇,陈爱云.国外经典慢性病管理模式对我国慢性病管理的启示[J].中国全科医学,2023,26(1):21-26.
- [5]杨坤."健康中国"政策导向下叙事医学助力全科医学服务效果提升探析[J].卫生软科学,2022,36(3):76-81.
- [6]王飞跃,路孝琴,金光辉.全科医疗慢性病管理质量评价研究进展[J].中国全科医学,2023,26(13):1648-1654.