

高血压患者用药依从性影响因素的护理干预路径构建

付媛敏

彭阳县人民医院 宁夏 固原 756500

摘要：高血压是导致心血管疾病发生的重要危险因素，在中国发病率逐年增高而有效控制率却很低的原因之一就是患者的服药依从性差。影响服药依从性的原因有很多方面如患者的自身特点、药物治疗方式、社会支持、医疗服务等都会对服药依从性产生影响，而单一的方法进行干预往往达不到预期的效果。本文总结归纳了高血压患者服药依从性的主要影响因素以及它们的作用机理，在健康信念模式、自我管理理论和社会支持理论的基础上提出了一种包括“评估分层-核心干预-协同管理-效果评价”的整体护理干预方法。此方法注重个性化、多样化以及灵活性，希望能给临床工作带来一定的指导意义。利用健康宣教、行为矫正、家庭参与、远程随访以及多学科合作等方式来提高患者的服药依从性从而达到理想的效果。

关键词：高血压；用药依从性；影响因素；护理干预；路径构建

引言

高血压是发病率最高的一种慢性非传染性疾病，在全世界范围内有超过13亿人患高血压，而在我国成人中高血压患病率为27.9%，并且有年轻化的趋势。服药依从性差是造成患者血压控制不佳的主要原因，大约一半到三分之二的高血压病人在服用药物一年后都会不同程度地出现服药不足或者减少剂量甚至停止服药的情况，从而增加了心脑血管疾病的风险以及医疗费用。而服药依从性是一种复杂的行为变化过程，它受到患者的主观意识、情绪、周围环境以及医疗服务水平等多重因素的影响。以往对于患者的护理干预主要是单方面的健康教育或者是简单的提醒，忽视了对这些因素的关注及处理措施，所以产生的效果难以持久而且不具备广泛适用性。

1 章高血压患者用药依从性影响因素的系统分析

1.1 患者个体层面的核心因素

个体因素是影响患者用药依从性最重要的因素，包括认知信念、心理状态以及行为能力等几个方面，在认知信念方面，低健康素养水平患者往往不能认识到高血压是一种慢性疾病并需要终身服药，他们可能会误以为“血压正常就可以停止服药”，或者过分担心药物引起的肝脏或肾脏损害。研究表明，高依从性人群对于疾病的知晓率更高，而且对于“隐性症状疾病”的危险性越敏感，其服药依从性也越好；从心理角度来说，抑郁、焦虑等负面情绪会降低患者的执行能力和动力从而增加漏服的发生率；另一方面，自信心——指患者对自己能够坚持服药的能力所持有的信念——也被证明是一个重要的决定因素，自信心每上升一级，良好的服药依从性

比例就会上升大约30个百分点；另外一些如年龄、记忆力下降、生活习惯不良等因素也不能忽视，老年人由于多种慢性疾病同时存在及多种药物服用易造成混乱或忘记，年轻人因为忙碌的工作而忽略按时服药。

1.2 药物治疗方案与不良反应的影响

药物相关因素直接影响患者的体验以及耐受性问题。每日服药次数以及片剂数量是主要的影响因素，每天只需要服用一次的长效药物依从性明显好于需要每天多次服药方案。不良反应发生概率及严重程度是患者的“代价”，例如血管紧张素转换酶抑制剂所造成的干咳、钙通道阻滞剂所引起的踝部水肿、利尿剂对于电解质和代谢方面的副作用等都可能引起一些患者自觉症状而减少剂量甚至停止服药^[1]。此外，药物可及性的经济成本即药品价格、医保报销比例及交通方便程度对于低收入者来说是一个实际问题，在农村等地医疗设施不足的情况下购药不便也会影响持续服药可能性。

1.3 社会支持与医疗系统环境因素

患者的社交网络以及医患交流的质量是外部的重要因素。家庭的支持作用包括给予安慰、督促服药等，而独居或者与家人关系疏远的人其服药依从性降低更加严重。社区中的邻里关系及同伴教育也可以通过分享经验以及获得归属感促进服药。医疗机构方面，医患之间的有效沟通程度和互信程度对于服药依从性起着决定性的作用，在医生或者护士耐心细致地说明治疗方法的同时积极地了解患者的疑惑并且帮助他们设定合理的目标后，患者就会有更强的认同感和配合意愿；但是相反，如果就诊时间较短、缺少连贯性和协调性的医疗服

务则会让患者丧失对治疗的信心。同时,定期回访次数以及便捷程度(例如打电话、发微信、手机应用程序)都会直接影响行为改变。

1.4 多因素交互作用与累积效应

这些因素不是单独起作用,在一起相互影响构成复杂的关系。比如低健康素养的患者容易把药物副作用理解成严重的问题,从而加剧紧张感,降低自信,再加上缺乏家人的监管,就可能导致长期不服药^[2]。累积风险理论指出如果一个人存在三个以上不利条件,那么他就不服药的风险会急剧增加。因此护理干预不能用“单一原因论”,要从生态学的角度看待每一个患者的主要问题以及次要问题,分级、分层地制定相应的干预措施。

2 护理干预路径构建的理论基础与设计原则

2.1 理论支撑框架

本路径的设计结合三种经典的行为学说。首先是健康信念模式认为人们的行动决定是基于对自身易感性的认识、疾病的严重程度、行动的好处以及障碍进行比较后做出的选择,同时还有行动线索(例如提醒或者他人的示范)可以诱发这种行为,因此干预首先要纠正患者的错误观念,使他们认识到自身的危险性和治疗的益处,还要给予外部提示。其次是自我调节理论关注的是病人自己在制定目标、执行过程中自我监督以及根据反馈做出相应改变的过程,在这里可以通过具体的措施(比如每天按时吃药的时间)和预防措施(比如如果忘记服药如何弥补)来增强病人的动机,使他们的意愿得到实现。最后是社会支持理论认为环境因素对于行为起到的作用是保护性的,所以我们要把家人的帮助、朋友的帮助和社会的帮助都纳入到整个护理计划当中去形成所谓的“护患家庭合作网”。

2.2 路径构建的基本原则

为使路径具有合理性和可行性,在此提出以下五个方面的要求:(1)个性化,根据患者的基线情况制定相应的干预组合,反对一刀切的做法;(2)全面性,既要关注身体、精神和社会等方面的问题,又要区分各个时期的不同重点(起始期、加量期和稳定期等);(3)可操作性,每个干预都有具体的执行者、频率以及方式或者工具等,方便护士进行实践;(4)连贯性,从医院到社区再到家庭,做到环环相扣,利用信息化手段以及定期回访来保证干预的有效覆盖;(5)灵活性,在一定的时间内定期进行评价,依据服药依从性的变化及时提升或降低干预的程度,避免资源的浪费以及过度干预导致的厌倦感。

3 护理干预路径的具体构建与实施流程

这条路径是以“评估—分层—干预—再评估”的循环来组织,分为四个部分。

3.1 模块一:综合评估与风险分层

在患者第一次来院或者住院时,由责任护士使用统一标准对患者进行全面评价。评估工具有:(a)用药依从性量表(如Morisky问卷-8条目);(b)健康素养筛查单(如3项简表);(c)自我效能量表(针对服药行为);(d)社会支持评定量表(家庭以及朋友方面);(e)药物不良反应日记(回顾一个月内情况);(f)日常生活习惯及健忘程度自评^[3]。根据评分结果把患者分为三类:低风险(依从性良好,无明显问题,只需一般指导)、中风险(有1~2个中等程度的问题,例如偶尔记性不好或者有点担心等,需要加强)和高风险(有很多问题或者严重的负面情绪,或者是以前多次不服从医嘱的人,需要大量关注)。这些分类用“红黄绿”标记保存在病历中,用于以后对患者进行不同强度的帮助。

3.2 模块二:核心干预策略的组合设计

3.2.1 教育认知干预

对于低健康素养人群,采取“回授法”,一对一教学,讲解高血压的“无声损害”、按时服药的好处、常见副作用的辨识及处理、漏服后的补救措施等,文字大号字印刷成册,同时附有小视频二维码,在家可反复观看。对中高危患者加动机性访谈,用开放式问题、积极倾听以及建议式言辞启发患者的主观意愿,使他们从“被要求”变为“主动”。

3.2.2 行为强化干预

对于遗忘型患者,提倡应用“固定时间-固定场合”的服药锚点方法(如饭后刷牙时吃药),同时配合使用电子药盒或者手机闹钟提醒;对于需要长期服多种药物老年人,由护士为其准备一周药盒,按天数及时间段进行分配,并教会家属每日检查。此外还应让其养成记药日记的习惯,在上面写每天服药情况、血压以及不适症状等,这既是一种自我监测手段也是复诊提供参考。

3.2.3 情感与社会支持干预

对于有明显焦虑或抑郁情绪的患者,护理人员进行定期的心理疏导,用认知重建的方式减轻患者的药瘾担忧,同时让患者加入在线患者交流群组,相互交流经验。积极引导主要的家庭成员参加“家庭照护者培训”,内容有服药监督方法、沟通鼓励语言以及突发状况应对等,划分好各自的角色定位,防止过分干涉反而引起反弹。

3.2.4 简化方案与不良反应管理

与医生合作,对于符合要求病人优先使用长效复方

制剂,降低服药频次及片数。对于出现不良反应病人,护士认真做好观察症状以及出现时间工作,帮助医生调整治疗方案或者联合用药来缓解不适感,并告知病人应急处理方法(例如把干咳病人从ACEI换成ARB等),让病人感受到医护人员对其不适的关注。

3.3 模块三:多维度协同与持续管理

干预路径注重跨时间和空间的网络合作,在医院期间建立一个由心血管专科护士、医师、药师、营养师以及心理咨询师构成小组,定时进行个案讨论,互相制定干预方案。出院/转诊时,护士撰写一份“过渡期护理计划”,把评估结果、分层等级及目前采取干预方式通过统一格式转交给社区卫生服务中心或者家庭医生团队。社区护士对患者进行进一步追踪随访工作,频次依据等级不同而变化:较低风险者两个月打一次电话;中等风险者一个月打一次或者发一条微信消息并配合一次门诊复诊交谈;较高风险者两周一次的家庭拜访或视频通话,三个月之后再重新划分等级^[4]。信息技术是这一过程的技术支持手段,利用手机应用程序(APP)或者微信小程序给患者提供每日用药提醒、保健信息还有血压监测等功能,并且可以让护士在后台查看患者是否按时服药以及出现高血压情况,属于被动型的数据驱动预警机制。如果系统发现连续三天没有按时上传或者血压变化超出一定范围,则会及时发出护理人员主动联系患者的信号,尽早解决问题。

3.4 模块四:效果评价与动态调整

在每一个干预阶段(推荐为3个月)结束后,再次进行Morisky量表以及血压测定并计算干预前后依从性提高程度以及血压降低情况,在患者依从性达到良好并且血压达标的情况下可以适当降低干预程度进入到维持期(即只提供健康宣教及每三个月一次随访);如果患者的依从性没有得到提升甚至出现下降的情况我们需要找

出原因分析是否存在漏诊的问题(例如出现了新的不良反应或者发生了财务困难等),然后对之前的干预方案做出相应的改进,并尽可能增加更多的心理咨询和社会工作方面的支持。整个过程是一个不断“计划、执行、检查、处理”的过程,在每一次干预中都应当是对上一次改进的结果。

4 结语

高血压用药依从性问题本质上是多因素交织的行为障碍,单一宣教或简单提醒难以实现持久改善。本文构建的护理干预路径以系统评估为前提,以风险分层为枢纽,以模块化组合策略为核心,以动态评价为闭环,兼顾了个体差异、社会资源和医疗流程整合,为临床护理提供了清晰、可循的操作蓝图。该路径不仅强调“做什么”,更注重“对谁做、何时做、怎么做和怎么调整”,体现了精准护理和全人照护的理念。未来研究应进一步开展多中心实证研究,验证路径在不同等级医院和社区环境下的有效性、可行性和成本效益,并借助人工智能和大数据技术优化分层算法及预警模型,推动护理干预从经验型走向智慧型。期待该路径能在实践中不断充实和完善,最终转化为高血压患者的实质健康获益。

参考文献

- [1]中国高血压防治指南修订委员会.中国高血压防治指南(2024年修订版)[J].中华心血管病杂志,2024,52(8):985-1032.
- [2]王丽,张明,李华.高血压患者用药依从性影响因素及干预策略研究进展[J].护理学杂志,2023,38(15):110-115.
- [3]陈晓红,赵静,刘洋,等.基于健康信念模型的护理干预对老年高血压患者依从性的影响[J].中华护理杂志,2022,57(20):2489-2495.
- [4]刘丽萍,王芳.社会支持在慢性病管理中的作用机制与护理应用[J].中国护理管理,2023,23(6):801-805.