

老年慢性疾病健康管理采用家庭医生签约服务的效果分析

刘海青 (北京市朝阳区劲松社区卫生服务中心, 北京 100021)

摘要: 目的: 研究老年慢性疾病健康管理采用家庭医生签约服务的效果。方法: 按照是否实施家庭医生签约服务, 将2019年1~12月北京朝阳区劲松社区接收的786例老年慢性疾病患者分为对照组和观察组各393例。对照组进行常规健康管理, 未采用家庭医生签约服务; 观察组利用家庭医生签约服务进行健康管理。比较两组干预效果。结果: 观察组慢性疾病知识掌握率、遵医率以及干预后的HPLP II评分均高于对照组 ($P < 0.05$); 观察组患者干预后的FPG、2 h PG、HbA1c、DBP、SBP、TC、TG、LDL-C水平均低于对照组, 干预后的HDL-C水平高于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 家庭医生签约服务应用于社区老年慢性疾病患者中可提升健康管理效果, 有助于提高患者认知水平和遵医行为, 改善相关指标, 促进其形成健康的生活方式。

关键词: 老年慢性疾病; 家庭医生签约服务; 健康管理

慢性疾病的病程长且长期需要用药控制病情, 对人们的身体健康以及生活质量造成了严重危害^[1]。老年人是慢性疾病的高发群体, 75.0%的老年人存在一种或合并多种慢性疾病。社区是老年慢性疾病患者居家休养的重要场所, 对基层医疗服务能力提出了较高的要求^[2-3]。近年来, 我国的基层医疗卫生机构条件在不断改善, 社区卫生服务中心的服务能力及质量也在逐渐提升。家庭医生签约服务是指由专门的家庭医生团队为居民提供约定的签约服务, 包括基本医疗服务、公共卫生服务、健康管理服务等, 能够对签约居民进行健康监控和指导帮助^[4]。本研究针对家庭医生签约服务在老年慢性疾病患者健康管理中的实施效果进行观察, 旨在提升此类患者的健康水平。

1 资料和方法

1.1 一般资料

按照是否实施家庭医生签约服务, 将2019年1~12月北京朝阳区劲松社区接收的786例老年慢性疾病患者分为对照组和观察组各393例。对照组男210例, 女183例; 年龄62~78岁, 平均 (70.42 ± 4.56) 岁; 糖尿病85例, 高血压152例, 冠心病126例, 其他30例; 病程为2~14年, 平均 (8.25 ± 2.10) 年。观察组男208例, 女185例; 年龄63~80岁, 平均 (70.51 ± 4.63) 岁; 糖尿病87例, 高血压153例, 冠心病121例, 其他32例; 病程为3~16年, 平均 (8.32 ± 2.14) 年。两组一

般资料比较无显著性差异 ($P > 0.05$), 具有可比性。

纳入标准: 满足《慢性病诊治与生活指南》中的有关诊断标准; 本社区常住居民, 愿意接受随访。排除标准: 存在危重疾病、预计生存期不足1年者; 存在肢体障碍导致无法配合进行运动训练; 存在视听觉障碍、精神障碍、老年痴呆; 失访者。

1.2 方法

对照组进行常规健康管理。观察组进行家庭医生签约服务下的健康管理: (1) 签约服务: 家庭医生向患者及其家属详细介绍家庭医生签约服务有关知识, 如服务范围、服务项目等。在患者及其家属同意的情况下, 与患者完成签约。(2) 建立健康档案: 完成签约后, 家庭医生团队安排患者进行体检, 将所有患者的年龄、性别、血糖、血脂、血压等资料整理成健康档案, 并对患者的病情、健康状况进行全面评估, 做好家庭风险评估及干预方案。(3) 加强沟通: 家庭医生团队定期通过微信、电话随访、上门访视对患者的各项指标监测结果、饮食、用药、运动及作息情况进行了解, 并多与患者进行沟通交流, 拉近彼此之间的距离, 增强患者的信任感, 之后纠正患者的错误行为习惯, 指导患者健康的生活方式。同时对患者进行心理评估, 针对存在心理问题的患者, 及时为其进行针对性的心理干预, 改善其遵医行为。上门访视前再次进行健康评估, 根据评估结果提出下一步的干预方案或调整管理措施。叮嘱患者在居家休养过程中遇到疾病

相关问题时及时通过微信和电话与家庭医生联系,以便家庭医生通过电话指导或上门干预帮助患者解决问题。(4)健康宣教:定期在社区内开展免费的体检、健康讲座、健康知识答题领奖等活动,鼓励老年患者多主动学习健康知识和自身疾病管理知识,了解健康生活方式对疾病控制的重要性。针对不同的慢性疾病,家庭医生团队为患者讲解各种疾病的防治方法,让患者掌握自身疾病在生活中需要注意的地方。

两组均随访1年。

1.3 观察指标

比较两组慢性疾病知识掌握率、遵医率、HPLP II 评分、FPG、2 h PG、HbA1c、DBP、SBP、TC、TG、LDL-C 以及 HDL-C 水平。

(1)采用慢性疾病知识调查问卷了解两组患者慢性疾病知识掌握情况,包括疾病相关知识、合理饮食、遵医用药、规律运动、自我监测、并发症预防等,每项0~20分,总分120分,100~120分表示基本掌握,80~99分表示部分掌握,<80分表示未掌握。基本掌握+部分掌握=总掌握。

(2)通过微信或电话、上门访视、询问家属等方式了解干预后两组患者遵医行为。饮食、用药、运动、自我监测等行为均能自觉遵医嘱完成,为完全遵医;上述行为中的部分行为能够自觉遵医嘱完成,即为部分遵医;对上述行为完全不配合,存在抗拒心理,即为不遵医。遵医率=完全遵医百分比+部分遵医百分比。

(3)应用健康促进生活方式量表 II (The Health Promotion Lifestyle Profile II, HPLP II) 评估两组患者健康生活方式,包括健康责任感、营养、运动锻炼、自我实现、人际关系、压力管理共6个维度52个条目,采用1~4分的计分方法,总分52~208分,分值越高提示健康行为越好,选择的生活方式越健康。

(4)于清晨抽取患者空腹状态下的外周静脉血6 ml,以3 500 r/min的速度进行离心处理,时间5 min,分离出血清,应用全自动生化分析仪测定空腹血糖(FPG)、总胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C),运用糖化血红蛋白分析仪对糖化血红蛋白(HbA1c)进行测定,在进食2 h后对餐后2 h血糖(2 h PG)进行检测。同时应用鱼跃YE670CR电子血压计检测舒张压(DBP)、收缩压(SBP)。

1.4 统计学处理

数据处理采用SPSS25.0统计学软件,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用t检验;计数资料用比率表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组慢性疾病知识掌握情况比较

观察组慢性疾病知识掌握率明显高于对照组($P < 0.05$)。见表1。

表1 两组慢性疾病知识掌握情况比较[n(%)]

组别	n	基本掌握	部分掌握	未掌握	总掌握
对照组	393	149 (37.91)	153 (38.93)	91 (23.16)	302 (76.84)
观察组	393	301 (76.59)	84 (21.37)	8 (2.04)	385 (97.96)
χ^2					79.614
P					0.001

2.2 两组遵医行为比较

观察组遵医率高于对照组($P < 0.05$)。见表2。

表2 两组遵医行为比较[n(%)]

组别	n	完全遵医	部分遵医	不遵医	合计
对照组	393	134 (34.10)	172 (43.77)	87 (22.14)	306 (77.86)
观察组	393	316 (80.41)	70 (17.81)	7 (1.78)	386 (98.22)
χ^2					77.334
P					0.001

2.3 两组 HPLP II 评分比较

两组患者干预前的 HPLP II 评分比较无显著

性差异 ($P > 0.05$)；干预后，观察组 HPLP II 评分高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组 HPLP II 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	干预前	干预后	t	P
对照组	393	105.52 ± 17.68	132.25 ± 20.33	19.668	0.001
观察组	393	105.60 ± 17.81	167.94 ± 24.30	41.020	0.001
t		0.063	22.332		
P		0.950	0.001		

2.4 两组血糖、血压水平比较

干预后，观察组血糖、血压水平优于对照组 ($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 两组血糖、血压水平比较 ($\bar{x} \pm s$, n=393)

组别	FPG (mmol/L)		2hPG (mmol/L)		HbA1c (%)		DBP (mmHg)		SBP (mmHg)	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	7.51 ± 1.28	6.12 ± 0.80	12.14 ± 1.56	9.73 ± 1.12	7.92 ± 1.35	5.87 ± 0.98	93.52 ± 4.27	87.19 ± 3.40	151.72 ± 19.56	136.03 ± 12.71
观察组	7.58 ± 1.33	5.21 ± 0.59	12.20 ± 1.62	7.57 ± 0.86	7.98 ± 1.40	5.02 ± 0.60	93.60 ± 4.33	82.51 ± 1.82	151.81 ± 19.67	127.55 ± 9.86
t	0.752	18.148	0.529	30.324	0.612	14.664	0.261	24.058	0.064	10.451
P	0.452	0.001	0.597	0.001	0.541	0.001	0.794	0.001	0.949	0.001

2.5 两组血脂水平比较

干预后，观察组 TC、TG、LDL-C 水平低于 对照组，HDL-C 高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 5。

表 5 两组血脂水平比较 ($\bar{x} \pm s$, mmol/L)

组别	TC		TG		LDL-C		HDL-C	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	5.86 ± 1.14	4.74 ± 0.95	1.84 ± 0.53	1.25 ± 0.32	2.98 ± 0.61	2.17 ± 0.41	0.85 ± 0.16	1.27 ± 0.22
观察组	5.92 ± 1.20	3.87 ± 0.64	1.88 ± 0.56	0.70 ± 0.14	3.01 ± 0.64	1.48 ± 0.25	0.87 ± 0.19	1.67 ± 0.33
t	0.719	15.057	1.028	31.216	0.673	28.485	1.596	19.994
P	0.473	0.001	0.304	0.001	0.501	0.001	0.111	0.001

3 讨论

家庭医生签约服务制度近年来在我国的发展迅速，社区卫生服务由公立医疗机构、私立医疗机构共同提供，社区居民在选择家庭医生方面具有较大的自主权。本研究结果显示，干预后，观察组患者慢性疾病知识掌握度、遵医率明显更高，血糖、血脂、血压等指标显著改善，HPLP II 评分更高，充分说明了家庭医生签约服务在健康管理的有效性。家庭医生签约服务制度的具有以下优势：（1）成功签约后，家庭医生团队能主动为患者提供全程、连续性服务，从坐诊向主动问诊转变，从单纯的疾病治疗向综合的健康管理转化，通过预约服务、上门服务能够满足签约患者的就医需求^[5-6]。（2）家庭医生签约服务能够增加医生与患者的相处时间，有利于改善医患关

系，并有助于患者依从性的提升。（3）家庭医生能够为签约的慢性疾病患者增加单次配药量，减少患者往返开药的次数，且方便患者优先就诊和住院治疗。（4）家庭医生能够定期对老年慢性疾病患者进行健康评估，根据评估结果进行针对性的指导干预，帮助患者形成健康的生活方式，养成良好的行为习惯，从而可有效改善患者的健康状况。（5）通过社区健康讲座、健康知识有奖问答能够进一步加深患者对于疾病知识的了解程度，从而能自觉采取有益于自身健康的行为，并对患者进行心理干预，能够减轻负面情绪对治疗依从性、身体状况的不良影响，促进其生活质量的改善，因此观察组患者对家庭医生签约服务的满意度更高。

综上，家庭医生签约服务可提升健康管理水平，适合应用于社区老年慢性病患者的健康管理中。

社区高血压老人健康教育需求调查及优化对策

王泽柔 (广东省揭阳市普宁市流沙西街道社区卫生服务中心, 广东揭阳 515300)

摘要: 目的: 研究社区高血压老人的健康教育需求及优化对策。方法: 纳入2020年1月~2021年3月在某社区服务中心进行体检的200例老年高血压患者展开研究, 通过问卷调查的形式了解患者的健康教育需求, 并制定相应的个性化健康教育措施。结果: 绝大部分老年高血压患者的高血压相关认知水平低; 老年高血压患者对饮食指导、病因和诱因等健康教育内容具有较高的需求; 面对面一对一咨询是体检者需求比较强烈的健康教育方式。结论: 社区高血压老人健康教育需求大, 社区医务人员需制定针对性的健康教育对策, 满足患者需求。

关键词: 社区高血压; 健康教育; 需求; 对策

伴随工作节奏的加快、饮食结构及生活方式的改变, 糖尿病、高血压等慢性病的发生率持续升高, 社区人群对健康教育知识的需求也在不断增长^[1]。高血压在社区老年群体中较为常见及多发, 通过加强社区人群的健康教育, 一方面能够起到改善社区人群生活方式和自我保健意识的作用, 预防高血压的发生; 另一方面能够改善社区老年高血压患者的遵医行为, 提高自我管理能力和用药依从性。为了对社区老年高血压患者更好地进行健康宣教, 本研究以2020年1月~2021年3月于我社区服务中心接受体检的原发性老年高血压患者为研究对象, 明确患者的健康教育需求, 为护理措施的制定提供参考。

1 资料和方法

1.1 资料

纳入2020年1月~2021年3月在某社区服务中心进行体检的200例老年高血压患者展开研究, 其中男110例、女90例, 年龄62~86岁、平均年龄(73.42±4.86)岁; 小学及初中文化48例, 高中及中专文化42例, 大专及以上学历文化

110例。

纳入标准: 符合《中国高血压防治指南(2010年修订版)》中关于原发性高血压诊断标准; 服药史超过1年且生活自理能力较好; 非重度或恶性高血压; 可准确理解他人意愿并能清楚表示自己意愿。

排除标准: 存在高血压并发症者; 存在癌症且正在接受放化疗者; 存在其他严重慢性疾病者; 近期参与过类似研究者。

1.2 方法

1.2.1 调查方法

由高血压专科医护专家根据当地卫生服务条件、社区老年高血压患者的实际情况自行设计调查问卷, 安排社区医护人员参加统一培训, 掌握问卷调查相关事项。采用入户面对面交谈的方式了解社区高血压患者的相关情况, 针对文化程度低、视力障碍者, 则由调查者为其逐条解释和询问, 患者口述后, 由调查者代填。调查表当场发放并当场回收。

问卷调查具体内容主要包括两个方面: (1) 一般情况: 年龄、性别、患病情况、治疗情况等。(2) 健康教育需求调查: 1) 体检者对高血压的

参考文献

- [1] 翁丹. 老年慢性病健康管理的研究进展与思考[J]. 中医药管理杂志, 2019, 27(5): 202-203.
- [2] 吴晓丽, 徐辉, 余清, 等. 健康管理对老年人慢性疾病的干预效果评价[J]. 中华疾病控制杂志, 2018, 22(6): 573-576, 639.
- [3] 章腊梅. 社区老年人消化慢病对健康管理状况的影响[J]. 中医药管理杂志, 2018, 26(23): 190-191.

- [4] 彭丽云, 计娜, 张榕江. 家庭医生签约服务结合家庭支持在老年慢性疾病健康管理中的应用效果评价[J]. 基层医学论坛, 2020, 24(29): 4251-4253.
- [5] 杨元敏, 谭卫国, 崔砚峰. 慢性阻塞性肺疾病应用慢病管理一体化模式的效果研究[J]. 中国现代药物应用, 2017, 11(15): 4-6.
- [6] 韩春芳. 社区个性化健康管理对528例2型糖尿病患者治疗依从性的影响[J]. 中国药物与临床, 2020, 20(12): 2056-2057.