

社区护理人员驱动的老年人体检后慢病精准干预对患者自我管理能力及健康指标的影响

周 婷

杭州市余杭区径山镇社区卫生服务中心, 浙江 杭州 311116

[摘要]目的: 本研究旨在探讨由社区护理人员主导的、基于老年人体检结果的慢病精准干预模式的效果。通过对照实验, 评估该模式对提升慢性病老年患者自我管理能力及改善关键健康指标(如血压、血糖、血脂等)的影响。方法: 选取2024年1月至2025年1月期间社区卫生服务中心体检确诊的老年慢性病患者120例, 按照随机数字表法进行分组, 对照组采用常规慢病健康管理, 观察组采用社区护理人员驱动的体检后慢病精准干预, 比较两组自我管理能力及健康指标。结果: 干预6个月后, 观察组自我管理能力和健康指标评分高于对照组, 观察组空腹血糖、餐后两小时血糖、收缩压、舒张压、总胆固醇、甘油三酯低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 社区护理人员驱动的老年人体检后慢病精准干预的运用能够切实促进患者自我管理能力的提升, 进而推动其各项健康指标得到优化改善, 值得推荐。

[关键词]社区护理人员; 老年人; 体检; 慢性病; 精准干预; 自我管理能力和健康指标

DOI: 10.33142/cm.v4i1.19012

中图分类号: R473.2

文献标识码: A

The Impact of Community Nursing Staff Driven Precision Intervention for Chronic Diseases in Elderly Patients after Physical Examination on Their Self-management Ability and Health Indicators

ZHOU Ting

Community Health Service Center in Jingshan Town, Yuhang District, Hangzhou City, Hangzhou, Zhejiang, 311116, China

Abstract: Objective: this study aims to explore the effectiveness of a precision intervention model for chronic diseases led by community nursing staff and based on elderly physical examination results. Evaluate the impact of this model on improving self-management ability and key health indicators (such as blood pressure, blood glucose, blood lipids, etc.) in elderly patients with chronic diseases through comparative experiments. Method: 120 elderly patients with chronic diseases diagnosed during physical examinations at community health service centers from January 2024 to January 2025 were selected and divided into two groups using a random number table method. The control group received routine chronic disease health management, while the observation group received precise intervention for chronic diseases after physical examinations driven by community nursing staff. The self-management ability and health indicators of the two groups were compared. Result: after 6 months of intervention, the self-management ability score of the observation group was higher than that of the control group. The fasting blood glucose, two-hour postprandial blood glucose, systolic blood pressure, diastolic blood pressure, total cholesterol, and triglycerides of the observation group were lower than those of the control group, and the differences were statistically significant ($P < 0.05$). Conclusion: the application of precise intervention for chronic diseases in elderly patients after physical examination driven by community nursing staff can effectively promote the improvement of patients' self-management ability, and thus promote the optimization and improvement of various health indicators, which is worthy of recommendation.

Keywords: community nursing staff; aged; physical examination; chronic diseases; precise intervention; self-management ability; health indicators

老年慢性病是指60岁及以上人群在长期生活过程中逐步产生并持续存在的慢性疾病类型^[1], 当前在临床诊疗中较为普遍的老年慢性病涵盖糖尿病、高血压、高血脂等^[2]。体检作为早期筛查老年慢性病的关键途径, 然而, 在实际情况中, 多数患者在体检完成后并未获得系统且精准的健康干预措施, 加之老年患者对疾病知识了解甚少, 自我管理能力较差^[3], 从而影响疾病治疗效果。社区护理作为一

种创新型护理服务模式, 以社区为依托载体, 为辖区人群提供涵盖疾病照护、健康管理在内的一体化综合护理服务, 其服务范畴广泛^[4]。精准干预充分考量患者的个体差异, 并以此为依据, 为其制定个性化的干预措施, 以确保干预效果的有效性^[5]。本研究旨在探讨由社区护理人员驱动的老年人体检后慢性病精准干预模式的应用效果, 尤其是对患者自我管理能力和健康相关指标的影响, 具

体报道如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象

选取2024年1月至2025年1月期间社区卫生服务中心体检确诊的老年慢性病患者120例,按照随机数字表法进行分组,各60例,观察组男32例,女28例,年龄61~82岁,均值(69.92±6.52)岁,糖尿病20例、高血压24例、高血脂16例。对照组男31例,女29例,年龄60~82岁,(69.37±6.24)岁,糖尿病21例、高血压24例、高血脂15例。两组资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。纳入标准:①年龄≥60岁;②无精神方面的疾病,可以配合完成干预与随访;③临床资料完整。排除标准:①近段时间内参加过其他类似相关研究;②伴有痴呆症或认知功能障碍;③不能接受随访。

1.2 方法

对照组采用常规慢病健康管理,为患者建立健康档案,内容包括患者的基础信息以及体检数据,每两个月通过电话形式对患者进行随访,了解患者的用药情况以及病情变化。定期在社区举办健康知识讲座,讲解慢性病症状、危害、并发症以及并发症的预防。与此同时,为患者发放慢性病防治宣传手册。

观察组采用社区护理人员驱动的体检后慢病精准干预,(1)组建精准干预小组:由社区护理人员、全科医生组成干预小组,组织小组成员参加培训,着重讲解慢性病精准干预相关内容,对各成员的职责进行明确划分,社区护理人员承担着统筹协调工作,并负责具体干预措施的落实。(2)个体需求评估与方案制定:待患者完成各项目体检流程后,依据患者的体检报告、日常生活习惯、既往病史以及当前心理状态等多维度信息开展个体化需求评估,与全科医生共同探讨,结合患者的具体情况,为其制定个性化的精准干预策略。对于糖尿病患者,检测患者的血糖水平,为患者制定合理科学的饮食计划以及规范的用药计划。对于高血压患者而言,社区护理人员将患者血压控制情况作为重点关注,为患者制定合理个性化的饮食方案与运动计划。(3)精准干预实施:①用药管理干预:社区护理人员指导患者用药时间、用药方法、剂量以及不良反应观察等,向患者说明擅自停药、增减用药剂量的危害。此外,鉴于老年患者记忆力逐渐下退,嘱咐家属监督患者用药或借助手机闹钟设置用药提醒。同时,定期对患者的用药情况进行检查,若病情控制不理想,共同调整用药方案。②饮食管理干预:结合患者的饮食习惯、病情以及身体机能状况,制定个性化的饮食计划。针对糖尿病患者制定饮食方案时,需严格把控碳水化合物、高糖食物的摄入量,为了控制血糖的稳定,建议选择豆类、全谷物、蔬菜等低升糖指数的食物;针对糖尿病患者,日常饮食应严格控制钠盐的摄入量,增加富含钾的食物;高血脂患者中严格控

制饱和脂肪酸以及胆固醇的摄入量,增加糙米、燕麦等膳食纤维的摄入量。社区护理人员定期与患者及其家属沟通,了解患者饮食执行情况,针对患者在饮食过程中存在的问题,提供专业的饮食指导,每月进行1次全面的饮食评估。③运动管理干预:制定个性化运动计划时,充分考量患者的病情、年龄以及机体耐力,建议老年患者选择低强度有氧运动,例如散步、太极拳、八段锦、广场舞等。嘱咐患者合理安排每次运动的时长,逐渐增加频率、强度和持续时间,在运动过程中以不劳累为宜,若运动期间出现不适症状,即刻停止运动并原地休息,必要时及时联系社区护理人员进行专业评估。每两个月评估患者的运动效果,并调整运动计划。④疾病认知干预:通过一对一讲解、借助图文视频等方式为患者普及慢性病相关知识,依据患者的理解能力、文化程度、病情特点针对性地向其讲解慢性病的发病机制、讲解治疗方法和注意事项等,对于重点知识反复强调,在老年患者对知识的理解与记忆。列举具有代表性的真实病例,使患者从案例中吸取经验教训,增强其自我管理行为,知识普及活动时间控制在半小时至一小时,每月至少开展1次。⑤心理干预:社区护理人员多与患者进行沟通交流,了解患者当下的心理状态,如患者存在的焦虑紧张等负面情绪,及时进行针对性的疏导,运用认知行为疗法帮助患者调整不良心理。社区护理人员保持同理心,耐心倾听患者的诉求与感受,及时给予针对性的鼓励与心理支持。引导患者家属给予患者更多的陪伴与照顾,为患者营造温馨的家庭氛围。⑥定期监测:社区护理人员指导患者正确测量血压、血糖等常见健康指标的技巧,记录监测结果,每半个月进行上门随访,随访过程中,检查患者记录的监测结果,若发现健康指标未达到预期的控制目标或出现异常波动,与患者共同探讨,并依据评估结果,合理调整干预方案。⑦生活护理:嘱咐患者避免过度劳累引发的身体负担,每日保证充足的休息时长。同时重视个人卫生管理,降低因卫生疏漏诱发的感染风险,洗澡时,提前调节好水温,水温以接近人体体温为宜,时间控制在半小时左右。

1.3 评价标准

1.3.1 自我管理能力

评估时间为干预前与干预6个月后,采用老年慢性病患者自我管理能力量表作为评估工具,量表涵盖5个核心维度,设置25个条目,采用1-4级评分制,量表总分范围为25~100分,分值与患者的自我管理能力强呈正比相关。

1.3.2 健康指标

采用电子血压计测量患者的血压水平,收集患者干预前与干预6个月后的空腹静脉血样本,检测空腹血糖、总胆固醇、甘油三酯水平。在患者进餐后两小时,对患者进行血糖检测。

1.4 统计学方法

采用SPSS 26.0统计学软件进行数据分析,符合正态

分布的计数资料[n (%)]表示, 利用 χ^2 检验, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后自我管理评分比较

干预 6 个月后, 观察组自我管理评分高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 两组患者干预前后健康指标比较

干预 6 个月后, 观察组空腹血糖、餐后两小时血糖、收缩压、舒张压、总胆固醇、甘油三酯低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

3 讨论

与其他类型疾病相比, 慢性疾病对患者日常生活的干扰程度相对更低, 且慢性病通过规律用药、规律运动以及科学的饮食调整等干预手段得到有效控制^[6-7]。但是慢性病普遍存在治疗周期长的特点, 要求患者具备较强的自我管理意识, 当前, 大量老年慢性病患者因自身健康管理能力不足、健康知识储备欠缺, 致使病情控制效果未达预期, 进而对其身心健康状态及整体生活质量均产生了不容忽视的负面影响^[8]。常规的慢病健康管理采用统一的干预模式, 未充分考虑到患者的个体化需求, 干预内容缺乏针对性, 导致整体干预效果并不理想^[9]。社区护理人员驱动的精准秉持以患者为核心的理念, 结合老年患者的体检数据与个体健康状况制定个性化干预方案, 内容涵盖知识宣教、饮食指导、运动指导、心理干预、健康知识普及、病情监测等, 更精准地契合患者实际需求^[10,11], 进而提升干预措

施的实施成效。

本研究中, 通过对比两组患者自我管理能力, 结果显示观察组评分高于对照组, 说明在老年慢性病患者管理中通过采用社区护理人员驱动的精准干预有助于增强患者的自我管理能力。究其原因: 精准干预通过采用多元化的宣教方式, 帮助患者正确看待自身疾病, 增强患者的认知水平^[12]。同时向患者强调规范用药的重要性, 以及嘱咐患者家属监督、用药提醒、定期检查患者的用药情况等干预措施, 进一步提高患者的用药依从性。结合患者的具体情况, 为其制定个性化的运动、饮食方案以及生活护理, 定期进行追踪指导, 帮助患者构建良好的生活习惯。同时护理过程中充分体现了人文关怀, 加强对患者的心理干预, 减轻其消极情绪, 进一步全面提高患者的自我管理能力水平^[13]。

观察组患者血糖、血压以及血脂水平低于对照组, 由此说明, 社区护理人员驱动的精准干预有助于改善老年慢性病患者健康指标。究其原因, 精准干预是以患者的具体病情状况为依据, 为其制定个性化的干预方案, 针对高血压患者, 通过为患者制定个性化的饮食与运动计划, 有助于控制患者血压水平^[14,15]。同时社区护理人员通过定期上门随访, 监测患者的各项健康指标, 及时发现病情变化, 并对干预方案进行合理的调整, 为提高干预效果, 改善患者健康指标。

综上所述, 社区护理人员驱动的老年人体检后慢病精准干预的运用可以促进患者自我管理能力水平的提升, 进而改善其健康指标。

表 1 两组患者自我管理评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	疾病认知	用药管理	饮食管理	运动管理	定期监测	总分
对照组 (n=60)	干预前	12.35±2.14	11.86±2.05	10.98±1.96	10.52±1.88	10.15±1.76	55.86±8.25
	干预后	15.62±2.31	14.98±2.23	13.85±2.01	13.26±1.95	12.89±1.87	69.60±9.12
观察组 (n=60)	干预前	12.42±2.08	11.93±2.11	11.05±1.89	10.61±1.92	10.23±1.81	56.24±8.31
	干预后	19.85±2.46	18.76±2.35	17.62±2.13	16.98±2.04	16.53±1.96	89.74±9.56
t 值 (干预后组间)	-	9.876	9.234	10.125	9.567	10.342	12.678
P 值 (干预后组间)	-	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

表 2 两组患者健康指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	空腹血糖 (mmol/L)	餐后 2 h 血糖 (mmol/L)	收缩压 (mmHg)	舒张压 (mmHg)	总胆固醇 (mmol/L)	甘油三酯 (mmol/L)
对照组 (n=60)	干预前	8.65±1.52	11.23±2.15	156.82±12.35	95.63±8.24	5.86±1.02	2.35±0.68
	干预后	7.52±1.31	9.86±1.89	145.23±10.56	88.52±7.13	5.23±0.91	1.98±0.56
观察组 (n=60)	干预前	8.72±1.48	11.31±2.08	157.15±12.42	96.05±8.31	5.92±1.05	2.41±0.72
	干预后	6.25±1.12	8.15±1.56	132.56±9.87	82.31±6.54	4.56±0.82	1.52±0.45
t 值 (干预后组间)	-	6.897	7.234	6.543	5.987	7.125	6.342
P 值 (干预后组间)	-	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

[参考文献]

- [1]刘恩颖.护理干预在社区老年人慢性病健康管理的应用研究[J].健康忠告,2024,18(3):168-170.
- [2]邵琼.社区护理服务在社区慢性病管理中的应用及对不良事件发生率的影响[J].婚育与健康,2024,30(7):181-183.
- [3]刘莉娜,胡薇.老年慢性病患者社区护理需求及影响因素分析[J].福建医药杂志,2024,46(1):170-173.
- [4]万晓敏,邹伟霞,李婷.护理循证实践对社区多重用药慢性病患者服药依从性的影响[J].现代医院,2024,24(9):1456-1459.
- [5]孙文娟.社区双轨道互动护理模式对老年2型糖尿病患者服药依从性、护理满意度的影响[J].中国医药指南,2024,22(19):170-173.
- [6]孙洁.社区护理服务在社区老年慢性病患者管理中的应用效果[J].中国社区医师,2023,39(28):119-121.
- [7]朱湘.社区护理在慢性病患者中的应用及睡眠质量、焦虑评分研究[J].临床护理研究,2023,32(5):75-77.
- [8]刘宇,赵芳,王丽,等.基于患者社会网络的健康教育对社区老年慢性病患者自我管理能力的研究[J].中国全科医学,2024,27(34):4295-4301.
- [9]晏开欣.健康教育及管理在社区老年慢性病防治中的应用价值分析[J].生命科学仪器,2023,21(1):476.
- [10]黄豪,陈黎,朱慧蓉,等.基于互联网的社区—医院一体化慢性病管理模式在2型糖尿病患者中的应用效果[J].中国初级卫生保健,2023,37(9):36-38.
- [11]丁芙蓉,牛健妮,杨海艳.社区护理干预对老年慢性病患者生活质量的影响研究[J].自我保健,2023,27(1):165-166.
- [12]郑欢欢.社区养老护理干预对老年慢性病患者的作用效果[J].河南医学研究,2023,32(24):4601-4605.
- [13]金霖,王瑛.连续护理模式在老年慢性病社区护理中的作用分析[J].实用临床护理学电子杂志,2023,8(40):95-97.
- [14]王翠,吕贤荣.社区护理服务对社区老年人慢性病管理的意义[J].实用临床护理学电子杂志,2023,8(34):60-62.
- [15]林燕.社区护理服务在社区老年慢性病患者管理中的应用[J].实用临床护理学电子杂志,2024,9(8):131-133.

作者简介：周婷（1989.11—），女，浙江杭州人，目前就职于杭州市余杭区径山镇社区卫生服务中心，主管护师，深耕社区健康体检管理工作6年。