

社区慢性病管理模式在老年高血压管理中的效果评价

赵海德

海东市平安区平安镇卫生院 青海海东 810699

摘要: **目的:** 探讨社区慢性病管理模式在老年高血压护理管理中的效果, 以期为社区老年高血压患者的护理管理提供参考。**方法:** 将2019年8月-2020年8月100例社区老年高血压患者随机均分为对照组和实验组各50例, 分别接受普通社区护理管理和慢性病护理管理模式, 比较两组患者1年内的血压情况、患者对疾病相关知识的掌握情况和社区护理管理的满意度。**结果:** 实验组脑卒中发生率明显低于对照组; 两组患者在护理管理后血压均较管理前明显下降, 但实验组的下降水平明显高于对照组; 实验组患者对疾病知识掌握情况和社区护理管理的满意度均明显高于对照组, P 均 < 0.05 。**结论:** 在老年高血压护理管理中应用社区慢性病管理模式不仅可有效降低脑卒中发生率和血压水平, 而且提高老年患者对疾病知识的掌握程度和社区护理管理工作的满意度, 建议社区慢性病管理模式在社区老年高血压患者的护理管理中推广使用。

关键词: 老年高血压患者; 社区慢性病管理模式; 应用效果

引言:

高血压属于临床常见的慢性疾病之一, 大部分患者可在无任何临床表现的情况下发病, 同时由于血管壁长时间处于高压状态, 极易引发卒中、冠心病等严重并发症, 对患者生命安全产生严重威胁。由于高血压病程较长, 患者在医院接受有效治疗后, 通常会选择居家治疗, 因此社会管理在高血压疾病管理中具有重要作用。临床有研究指出, 对高血压患者实施社区慢性病管理模式, 可有效控制患者血压水平, 提升其生活质量^[1]。但目前, 临床对于这一说法尚未形成统一结论。因此, 本研究探讨社区慢性病管理模式在老年高血压管理中的效果。现报告如下。

一、资料与方法

1. 一般资料

研究对象为选取2019年8月-2020年8月在本社区就诊的100例高血压老年患者作为研究对象, 根据随机投掷硬币单双面法分成观察组及对照组, 每组50例。纳入标准: 全部患者通过血压水平检测以及实验室检查确诊为高血压^[2]; 年龄 ≥ 60 岁; 患者和家属在充分了解研究内容后自愿签署同意书; 均经本院伦理委员会批准。排除标准: 机体肝肾功能存在明显障碍者; 继发性高血压患者; 高血压性心脏病患者; 近半年内出现过卒中等

脑血管风险事件者^[3]; 患者有精神障碍, 缺乏正常语言沟通能力。观察组男50例, 女50例; 年龄50~80岁, 平均 (70.22 ± 2.11) 岁; 病程2~8年, 平均 (6.69 ± 1.57) 年。两组一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

2. 方法

予以对照组常规管理, 即提供社区健康护理, 并进行门诊随访、电话随访等, 随访时需监测体重、血压等指标, 并了解服药情况。予以实验组社区慢性病管理模式: (1) 患者信息管理: 为患者建立个体电子档案, 记录饮食习惯、病情、作息时间、生活习惯等, 并记录各个时间段治疗进展、生理指标结果, 每周检测一次血压, 按时随访; (2) 加强健康教育: 管理人员参照相关文献资料, 提供高血压知识培训, 增加患者疾病知晓度; 结合患者身体状况制定个性化管理方案, 实施生活指导、健康指导、运动指导等, 如指导患者合理饮食, 注意膳食结构, 控制食物种类、进食时间与食量等, 确保充足营养, 防止营养不良, 宜进食低胆固醇、低脂肪类食物, 适当摄入牛奶、鱼肉、瘦肉、鸡蛋等, 多饮水, 禁食油腻食物, 若是肥胖患者, 还需控制脂肪、糖分与食盐量; (3) 完善管理系统: 依据患者病情表现、系统状态、血压水平等, 全面评估病情, 并制定健康计划表, 每月按时、当面访查, 了解真实情况, 当发现有急症、重症患者, 需及时送至医院救治, 以稳定血压, 降低并发症发生率; (4) 进行社区宣讲: 以社区为单位, 组织老年人活动中心、健康教育中心等, 进行健康反馈、体检等管理, 且需定期邀请专家举办健康宣讲活动, 便于患者及

作者简介: 赵海德, 1978.11.21, 男, 汉, 青海, 海东市平安区平安镇卫生院, 全科医学副主任医师, 本科, 全科医学, 邮箱: 734399358@qq.com。

其家属增加对高血压疾病的认识,能够强化自我防范能力,加强自我管理。

3. 观察指标

两组患者1年内的脑卒中发生率、血压情况、对疾病相关知识的掌握情况及患者对社区护理管理的满意度。血压情况主要评估患者管理后的舒张压和收缩压的水平;疾病知识的掌握程度采取试卷考核的方式(对不识字的老年人采取问答的方式),试卷满分为100分,分数越高表明患者对疾病知识掌握越好;患者对工作人员的满意度通过匿名填写调查问卷的方式,满分100分,分数越高表明对社区管理工作的满意度越高。

4. 统计学处理

将以上实验数据进行SPSS 20.0软件分析,两组患者血压情况进行t检验,用均数 $\pm$ 标准差表示,两组患者满意度采用 χ^2 检验,用率(n%)表示。

二、结果

1. 两组患者的血压改善情况比较

两组患者管理后血压水平比较:观察组管理后舒张压和收缩压水平均低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

表1 两组患者的血压改善情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	人数	舒张压(mmHg)	收缩压
对照组	50	70.02 $\pm$ 4.32	122.18 $\pm$ 7.32
实验组	50	79.64 $\pm$ 5.16	135.39 $\pm$ 8.44
t	-	14.295	11.824
P	-	0.001	0.001

2. 两组患者的满意度比较

两组患者满意度比较:观察组患者满意度高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

表2 两组患者满意度比较 例(%)

组别	人数	满意人数	满意率
对照组	50	30	60.00%
实验组	50	50	100.00%

三、讨论

高血压属于老年群体当中一类较为常见的心脑血管病症,其临床多表现为脉压增大,收缩压上升等症状特征,是当前严重威胁老年患者健康的主要疾病之一,具有较高发病率和病死率^[4]。老年高血压是一种较为常见的全身性慢性疾病,因病程周期长,面临长期持续用药,易引发其他并发症,如高血压心脏病、合并心脑血管疾病等。因此,加强患者的管理对老年高血压患者具有重要意义。

社区慢性疾病管理模式遵循“以患者为中心”的

原则,在构建信息系统的基础上,针对患者疾病实施相应干预措施,从而维护其机体健康^[5]。社区慢性疾病管理模式采取多种形式对患者进行全面健康教育指导,不仅包含传统的宣教方式,还可利用微信交流平台对患者进行持续干预,该种方式无时间限制,社区医务人员通过在微信推送高血压相关知识,可满足患者对疾病认知的需求,尤其是对于无法外出的患者而言,通过微信即可及时与社区医务人员进行交流,同时也有利于医护人员及时了解患者病情^[6, 7]。高血压患者实施该种管理模式,一方面避免患者反复在家庭与医院之间往返,患者在社区即可获得有效干预;另一方面还可提升患者自我管理能力以及依从性,社区医务人员定期对其进行随访,有利于及时掌握患者病情,并依据其病情变化情况及时对治疗方案作出调整,从而维护其机体健康^[8, 9]。

20世纪70年代开始,慢性病自我管理计划模型在芬兰出现,该模式重点干预和管理慢性病患者饮食、行为习惯、锻炼强度、心理变化、疾病病程等因素,并分析疾病相关的资料,传播健康知识,让患者逐步实现自我管理,显著降低医疗费。这种模式得到了世界卫生组织的高度赞赏,并向全世界各国推广。在我国以往单方面的宣传成效有限,对于大多数缺乏医学知识的学生及家属而言,需要的是可以指导、可以答疑解惑的帮助,社区慢性病管理正是以此作为切入点,落实到患者血压控制的点点滴滴,从细节出发,帮助社区高血压患者管理血压,降低相关并发症的发生。高血压是指患者的收缩压、舒张压超过一定的标准,增加了患者的心脏负担,如果得不到良好的控制将会造成严重后果的常见病。随着社会的进步和人们饮食结构的变化,高血压的发病率逐年上升,目前的治疗手段主要为药物控制血压,科学、有效、及时的使用抗高血压药物能降低心力衰竭的发生。由于高血压的治疗是一个长期的过程,会影响高血压患者的生活质量,加重家庭与社会的压力,因此慢性病管理模式运用到社区高血压患者的护理管理中具有较好的临床价值。

本文以分组对照的方式研究100例社区高血压患者,通过分组后接受不同的护理管理模式,来探讨社区慢性病管理模式在老年高血压护理管理中的效果,研究结果显示:实行慢性病管理的护理管理可有效降低患者的脑卒中发生率,调节患者的血压水平,帮助提高老年患者对于疾病知识的掌握程度,同时提高患者对社区护理管理工作的满意度,建议在社区老年高血压患者的护理管

理中推广慢性病管理模式。

综上,老年高血压患者实施社区慢性病管理,可改善其生理指标水平,提升患者高血压知识掌握率,提升管理效果。

参考文献:

[1]张丽.社区慢性病管理模式在老年高血压管理中的应用效果观察[J].基层医学论坛,2019,23(17):2482-2483.

[2]钱建新.评价慢性病管理模式在老年高血压患者管理中的应用效果[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(40):93-94.

[3]中国高血压基层管理指南修订委员会.中国高血压基层管理指南(2014年修订版)[J].中华健康管理学杂志,2015,9(1):10-30

[4]张丽.社区慢性病管理模式在老年高血压管理中的应用效果观察[J].基层医学论坛,2019,23(17):

2482-2483

[5]梁晓明.社区慢性病管理模式在老年高血压管理中的作用分析[J].中国社区医师,2019,35(15):177,179

[6]李佳.基于“互联网+”的医院-社区一体化慢性病管理模式在老年高血压病人中的应用[J].护理研究,2019,33(7):1237-1240

[7]张冉,路云,张闪闪,等.中国老年人慢性病共患病模式及疾病相关性分析[J].中国公共卫生,2019,35(8):1003-1005.

[8]江长勇,杨梅,胡薇.社区高血压签约患者参与慢病健康管理的影响因素研究[J].中国全科医学,2020,23(3):323-326,332.

[9]胡雪芹,张妮.慢性病健康管理模式用于高血压患者管理的效果观察[J].中国基层医药,2019,26(16):1933-1936.