

# 社区全科医生团队健康管理模式对高血压患者血压和依从性的影响

周 岚 田翻合<sup>通讯作者</sup>

(上海市金山区亭林镇社区卫生服务中心 上海 201505)

**【摘要】**目的: 为改善高血压患者血压情况, 强化依从性, 本研究于高血压群体推行社区全科医生团队健康管理模式。方法: 调取 2018 年 6 月到 2019 年 6 月某社区医院的 200 例高血压患者临床信息资料作为研究基础, 于治疗阶段推行社区全科医生团队健康管理, 将治疗效果观察时间跨度设为一年, 以患者血压、依从性变化和相关知识掌握情况为参照指标。结果: 应用该模式一年后, 200 例患者血压控制效果理想, 相关知识体系愈加完善, 依从性也更为优越,  $P < 0.05$ 。结论: 于社区开展的围绕高血压患者的研究活动中行社区全科医生团队健康管理, 可以达成理想的血压控制目标, 完善患者血压疾病知识体系, 并强化治疗依从性, 值得推广。

**【关键词】** 高血压; 血压水平; 依从性; 社区全科医生团队; 健康管理模式

在我国老龄化趋势持续加深、公众生活质量日渐提升的背景下, 不健康的生活现象已经成为社会生活的常态, 在一定程度上, 诱发了高血压疾病的出现。作为临床领域常见的一种心血管病, 高血压已经成为世界范围内一项亟待解决的重大卫生问题, 严重影响着社会的稳定, 基于高血压疾病带有的严重性特点, 仅仅依赖门诊治疗方式效果微乎其微, 因此, 务必要以社区为单位, 重视社区高血压疾病防治和高血压患者有效管理工作的开展。本研究详细内容报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

调取 2018 年 6 月到 2019 年 6 月某社区医院的 200 例高血压患者临床信息资料作为研究基础, 全部患者皆接受社区全科医生团队健康管理模式。患者性别分布情况: 男 95 例, 女 105 例, 年龄最小、最大分布区间为 40—80 岁, 平均 (60.22±10.01) 岁, 文盲、小学、初中、高中和大专文化患者例数依次为 14 例、62 例、88 例、20 例和 16 例, I 级高血压、II 级高血压、III 级高血压患者例数依次为 140 例、52 例和 8 例。

纳入标准: 全部患者皆与世界卫生组织规定的高血压诊断标准相契合; 全部患者皆临床资料健全。

排除标准: 排除继发性高血压患者; 排除临床资料缺失患者; 排除语言功能障碍患者。

### 1.2 研究方法

(1) 组建社区全科医生团队。团队人数最少 3 人, 最多 5 人, 选择一位具备优秀领导和统筹能力的人员作为组长, 全面安排团队工作, 对高血压患者开展规范化的健康管理工作, 主要包括建立患者电子和纸质档案, 直接与学生沟通, 进行健康知识教育, 血压持续性监测、心理疏导、运动和服药指导以及定期电话、上门随访等工作。

(2) 社区全科医生团队健康管理措施。一是健康知识管理, 社区可以以月为周期, 主动构建疾病知识讲座, 同时, 社区护理人员要鼓励患者参与, 在讲座中, 全面掌握疾病的

发病机制、因素、治疗和诱发因素等知识, 同时, 组织患者观看高血压疾病常识知识录像, 强化患者疾病认知<sup>[1]</sup>。二是用药管理, 社区医生在治疗阶段, 要和患者做好交流, 告知患者坚持服药的必要性, 并在患者服药阶段, 适时管理, 确保患者科学用药, 坚决避免患者出现私自换药<sup>[2]</sup>。三是限制患者每日饮食钠盐的摄入。四是体重管理, 基于高血压疾病可知, 患者要严格控制自身体重, 故社区医生可采取有效措施, 确保患者体重处于合理区间内。五是膳食指导, 为避免病情恶化, 社区医生要为患者制定饮食方案, 饮食方案要以瓜果蔬菜、粗纤维食物为主<sup>[3]</sup>。六是运动指导, 结合患者运动习惯和喜好, 提倡患者选择适合自身的运动方式。七是帮助患者养成持续性记录血压的习惯<sup>[4]</sup>。八是为患者和患者家属讲解高血压急症表现, 要求患者在出现异常情况的第一时间内, 前往医院治疗。九是做好定期随访工作, 掌握患者病情动态, 进而在第一时间内, 为患者圆满解决问题。

### 1.3 评价指标

一年后观察 200 例高血压患者血压变化、依从性变化和高血压

相关知识掌握程度变化。

### 1.4 统计学方法

应用 SPSS 26.0 系统, 计数资料 (n, %) 表示,  $\chi^2$  检验; 计量资料 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, t 检验, 检验水准  $P < 0.05$ 。

## 2 结果

### 2.1 患者干预前后血压变化对比

结果显示, 一年后, 患者血压水平控制效果理想,  $P < 0.05$ , 见表 1。

表 1 患者干预前后血压变化对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	收缩压 (mmHg)	舒张压 (mmHg)
干预前	200	157.8±11.8	84.4±8.4
干预后	200	134.3±11.1	74.7±7.2
T		20.5144	12.3993
P		0.0000	0.0000

### 2.2 患者干预后依从性变化和高血压相关知识掌握程度变化

结果显示, 一年后, 患者依从性明显提升, 由干预前的 85% (170/200) 上升到 97% (194/200); 患者高血压相关知识掌握程度也更为理想, 由最初的 66.25±8.37 分上升至 91.22±7.22 分,  $P < 0.05$ 。

## 3 讨论

基于高血压疾病发病带有的群体性特点, 因此, 对其开展防治工作时, 也要秉持群体防治原则, 本研究即围绕社区医院开展, 推行社区全科医生团队健康管理模式 [5]。

基于本研究可以知悉, 经由社区全科医生团队健康管理模式护理干预一年后, 高血压患者的血压控制情况明显更为理想、依从性和高血压相关知识掌握程度明显更高,  $P < 0.05$ 。

综上, 在社区高血压患者群体中推行社区全科医生团队健康管理模式, 能够优化患者血压水平的控制效果, 强化患者对高血压相关知识的掌握程度, 进而提升患者的治疗依从性, 效果理想, 值得大范围推广。

## 参考文献:

[1] 袁美娟. 家庭医生团队管理对社区高血压患者管理依从性、血压控制情况及并发症的影响 [J]. 检验医学与临床, 2020, 017(010):1439-1441.

[2] 张海霞. 家庭医生签约服务模式对高血压患者血压控制及健康管理的影响 [J]. 山西医药杂志, 2019, 48(08):952-954.

[3] 王莎, 杨洪华, 王秀华, 等. 社区护士主导的新型社区慢性病团队管理模式对高血压患者服药自我效能及依从性的影响研究 [J]. 中国全科医学, 2017(27).

[4] 丁平俊, 张华, 王春梅. 家庭责任医生签约模式下护理干预对老年高血压患者血压控制的影响 [J]. 中国实用护理杂志, 2015, 31(006):410-413.

[5] 陈露丝, 刘平方, 李韶南, 等. 社区综合防治合作模式对基层高血压患者控制率的影响 [J]. 岭南心血管病杂志, 2019, 25(02):92-96.

## 作者简介:

周岚, 女性, 汉族, 籍贯: 上海金山 1977 年 7 月出生, 本科学历, 研究方向: 社区全科医生团队健康管理模式对高血压患者血压和依从性的影响; 职称: 主治医师; 科室: 全科门诊。