

基于“医院-社区-家庭”模式探究社区护理实践

聂紫滢

重庆市渝中区上清寺街道社区卫生服务中心 重庆 400010

【摘要】目的：构建“医院-社区-家庭”模式，并通过社区护理实践验证其护理效果，提升社区护理质量和水平。方法：随机抽取我院康复一科接受康复治疗护理的120例慢性病患者，随机分为对照组和观察组，对照组采取常规护理措施进行护理，观察组采取“医院-社区-家庭”模式进行护理，对两组患者的服药依从性、再入院率、自我护理情况进行调查，并对比。结果：两组患者的数据无统计学差异($P>0.05$)，但是观察组的服药依从性和自我护理情况均优于对照组，再入院率低于对照组。结论：基于“医院-社区-家庭”模式的护理效果更好，明显提高了社区护理质量和水平，可以将之应用和推广于社区护理工作之中。

【关键词】“医院-社区-家庭”模式；社区护理实践；护理

引言

现代医学不断发展，医学护理模式不断更新，社区护理应运而生。我国推行分级诊疗制度至今，多数城市都积极推广、发展社区卫生服务，并取得了一定的成果，有效缓解了社区居民的看病问题，改善了社区居民的身体健康状况，这是我国医疗事业中的重要成就。同时，我国人口基数大，医疗资源相对缺乏，医院医疗难以满足所有群众的医疗需求，这对社区护理带来了挑战也带来了机遇。社区护理要立足自身贴近群众生活和能够有效与医院对接的位置，积极探索和构建“医院-社区-家庭”模式，为群众提供高治疗护理服务，同时也减轻医院接诊负担，发挥社区护理的独特作用，维护好群众的身体健康，推动我国医疗事业发展。

1 资料与方法

1.1 一般资料

在社区护理实践中，选择了120位患者，年龄范围在18至80岁之间。这一群体包括了患有高血压、糖尿病、冠心病和中风等多种慢性病的患者。对照组中，有35例男性和25例女性，年龄分布在38至76岁之间。其中，23位患者独居，37位已婚，小学及以下学历的患者占16例，初中/高中学历的患者占29例。在慢性病分布上，有31例患有高血压，22例患有糖尿病，19例患有冠心病，13例患有中风。观察组中，有37例男性和23例女性，年龄分布在37至78岁之间。其中，25位患者独居，35位已婚，小学及以下学历的患者占18例，初中/高中学历的患者占26例。在慢性病分布上，有32例患有高血压，23例患有糖尿病，18例患有冠心病，15例患有中风。这一详细的患者数据揭示了社区护理实践中研究对象的多样性，为后续深入分析慢性病患者康复效果提供了具体的基础。

1.2 方法

(1) 对照组患者的管理措施相对欠缺，缺乏系统的随访计划和个性

化的指导内容。随访形式可能仅限于电话或入户检查的一种，而随访频率和内容未必能够覆盖患者出院后的各个关键时期。可能存在对失访的管理标准不够明确，导致对患者的失访情况处理不及时。此外，随访记录可能不够详细和全面，未能真正实现对患者全程的关注和记录。相较之下，社区护理实践的随访方案在形式和内容上更为完善。采用电话和入户检查相结合的形式，旨在确保多层次的关怀和监测。随访频率的设置更加细致，不仅包括短期内的多次随访，还考虑到长期的半年和一年一次的随访，更有针对性地关注患者的动态变化。随访内容基于循证医学，涵盖了服药、饮食、症状管理、居家环境等多方面的指导，强调了个性化服务，更符合患者的实际需求。失访标准的设定明确，有利于及时发现患者的异常情况。随访记录的详细记录确保了患者每次随访的内容都能被记录，为后续医疗决策提供了充分的依据。整体而言，社区护理实践的随访方案更注重全程、全面、个性化的患者关怀，相比对照组更具有操作性和实效性。

(2) 观察组患者的管理措施相较传统医疗模式更具前瞻性和全面性。医院社区家庭模式的组建架构了一个专业的慢病管理团队，团队成员的明确分工，尤其是中医特色护理的融入，为患者提供了更为全面和个性化的服务。在职责划分方面，专科护士和社区医务人员各司其职，实现了医院与社区的有效衔接。患者在家庭管理中既有专科护士的个性化管理方案，又得到了社区医务人员的全面关怀，形成了一种协同作战的局面。健康教育与指导方面，不仅医务人员向患者提供个性化的健康教育，社区还通过讲座形式面向更广泛的患者和居民朋友提供实际需求的健康知识。这一点相较于传统模式更强调社区的互动和广泛的健康教育。中医特色延续护理干预方面，艾灸疗法、针刺疗法等中医特色手段的运用，为患者提供了更为多元化的治疗选择。社区卫生服务中心也强调了健康教育和饮食指导，使中医特色融入整个慢病管理的过程。患者

家属在整个管理过程中的参与被强调为一个重要角色，他们不仅在家庭管理中提供支持，还在监督和引导患者改变生活方式、膳食等方面发挥关键作用。这种强调家庭支持的方式相对于传统模式更具综合性和系统性。社区互动方面，社区医务人员与患者家属的协作、全科医生及护理人员健康教育，以及患者本人在指导下提升自我管理能力等环节，形成了一个密切互动的社区护理网络。综合而言，观察组患者的管理措施更加注重全程、全面、个性化的患者关怀，通过医、社、家三方的协同作战，为患者提供了更为科学、全面和人性化的慢病管理服务。

1.3 观察指标

1.3.1 患者服药依从性

Morisky-8 量表是一有效的药物依从性评估工具，通过简短的 4 个问题，全面评估患者在药物治疗中的依从性。其累计得分越高，反映患者依从性越好。该量表在医学研究和临床实践中广泛应用，为量化评估提供了相对客观的指标。其优势在于简便易行，有助于快速了解患者的依从水平。

1.3.2 患者再入院率

患者家属参与，共同推动患者自我管理。六个月后的随访记录包括两组的预后情况和再入院情况，以客观数据评估护理效果。

2 结果

2.1 患者服药依从性结果

两组慢性病患者采用社区护理前后用药依从性的结果如下表。

表 1 干预前后用药依从性对比

组别	例数	干预前	干预 3 个月	干预 6 个月
对照组	60	5.11 ± 0.85	5.33 ± 0.91	5.51 ± 0.75
实验组	60	5.12 ± 1.01	5.69 ± 0.86	6.41 ± 1.12
p		< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.2 患者再次入院情况统计结果

表 2 干预后再次入院情况对比

组别	例数	干预 3 个月	干预 6 个月
对照组	60	1	7
实验组	60	1	1
p		< 0.05	< 0.05

2.3 医院-社区-家庭三联动护理促进依从性的提升

用药依从性，作为评估患者是否进行合理用药的重要标准，直接关系到治疗效果的优劣。患者对医嘱的依从性表现出卓越的药效增强作用，进而对促进疾病康复产生积极的影响。针对患者出院后，用药依从性愈

发成为决定治疗效果的关键因素，其对患者健康结果产生深远的影响。该研究专注于为出院患者提供个性化护理，以确保医疗计划更贴近患者的个体差异，最大化治疗效益。在 APP 平台上实施的记忆辅助指导和自我监测机制，旨在提升患者用药依从性水平，从而实现更好的治疗结果。社区医护人员在面对患者病情的变化时，通过针对性的用药指导，致力于维持患者的用药依从性。研究的总体目标在于协助患者实现合理用药，以达到最佳的治疗效果，提高患者的生活质量。

2.4 医院-社区-家庭三联动护理的价值

三联动延续性护理的独特之处在于其将医院护理的延续性贯穿至出院后的阶段，实现了医疗过程的连续性。该护理模式的实施有助于患者的康复，同时有效减轻了社会经济的负担，为可持续的医疗提供了可行的途径。研究发现，通过线上指导和社区支持，能够提升患者的自我护理能力，加深对病情变化的理解。家属在病情变化时，能够更迅速地采取应对措施，进一步提高了患者的护理质量。互联网结合社区医疗团队，为病情不严重的患者提供了良好的治疗方案，实现了医疗资源的更合理分配。该模式的实施不仅减轻了患者的住院负担，同时也有效降低了医务工作者的工作量，提高了医疗效率。总体而言，这种综合护理模式使医疗工作更为高效，为患者提供更全面、连贯的医疗服务。

3 结束语

综上所述，通过本次研究可以发现，接受“医院-社区-家庭”模式护理的患者相比接受普通护理的患者，服药依从性更高，再住院率更低，自我护理情况量表分数更高，由此可见，“医院-社区-家庭”模式能够为慢性病患者、空巢老人等病情缓、轻，需要日常护理的患者提供整体性的优质护理服务，成为社区群众健康的守护者，一定程度上也能够减轻患者的经济负担，提升护理服务质量和水平，构建和谐医患关系，助力医疗事业健康稳定发展。

参考文献：

- [1]卢雯,陈丽萍.高龄骨折患者出院后医院与社区护理有效衔接的效果评价[J].中华护理杂志,2015,50(3):4.
- [2]邓水桃.社区护理干预对糖尿病患者遵医行为及血糖控制的影响[J].实用临床医药杂志,2015,19(12):2.
- [3]朱敏,李薇,朱浩,等.老年糖尿病患者血糖代谢情况及社区护理对其疗效的影响[J].护士进修杂志,2016,31(16):3.

作者简介:聂紫滢(1988.10-),女,四川达州,大学本科,主管护师。