

社区高血压、糖尿病等慢性病管理效果观察

李韦喻

(莒南县洙边镇卫生院 山东省临沂市 276627)

摘要:目的:本报告探讨社区高血压、糖尿病等慢性病管理的效果。方法:根据本镇卫生院收治的高血压和糖尿病患者,抽选2022-01至2023-10期间患者,例数有106例进行研究,根据患者疾病类型分为53例高血压患者、53例糖尿病患者,对患者展开社区慢性病管理,对比分析管理干预前后患者的血压、血糖改善情况,以及遵医行为及生活质量状态。结果:管理前对患者进行血压(收缩压、舒张压)、血糖(空腹及餐后2h)测量,无明显差异性, ($p > 0.05$), 在管理后测量均出现下降趋势,显著比管理前较低, ($p < 0.05$); 经过社区管理干预,患者遵医行为比管理前改善更显著,其情绪管理、合理饮食、规范用药及坚持运动四项评分较优, ($p < 0.05$); SF-36评估患者生活质量状态(生理机能、情感职能、社会功能与精神健康),管理后各项评分相比管理前评分明显较高, ($p < 0.05$)。结论:对于社区高血压、糖尿病等慢性病患者的管理,予以社区慢性病管理效果十分显著,可达到理想的降压、降糖目的,改善患者不良行为习惯,促进其良好生活,值得推广。

关键词:高血压; 糖尿病; 社区管理; 慢性病

本镇卫生院作为社会卫生服务中心,有义务承担对社区高血压、糖尿病等慢性病患者的管理干预工作,以此来强化其认知程度,规范患者的个人行为习惯,进而达到理想的降压及降糖效果^[1]。本文主要针对社区高血压、糖尿病患者的社区慢性病管理进行研究,抽选近年期间本院卫生院收治的106例患者展开分析,阐述如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

根据本镇卫生院收治的高血压和糖尿病患者,抽选2022-01至2023-10期间患者,例数有106例进行研究,根据患者疾病类型分为53例高血压患者、53例糖尿病患者。

1.2 方法

入选患者均予以社区慢性病管理,具体内容如下:

①社区咨询:本镇卫生院医护人员需开展社区咨询服务,对患者进行有关高血压、糖尿病等慢性病相关知识的宣教,并针对其存在的问题,作出耐心详细的解答,来强化患者的认知。

②建立患者档案:由专门护理人员负责,当患者就诊或咨询时,详细记录患者个人信息、联系方式及家庭住址等,将其整理成表格建立患者个人健康档案^[2]。

③发放健康手册:本镇卫生院定期召开健康讲座,邀请患者参加,为其进行疾病发病机制、治疗、用药及日常生活注意事项等方面讲座,同时发放图文结合的健康手册,引导患者阅读手册内容,针对其不理解之处作出针对性讲解^[3]。

④定期体检:护理人员根据患者的个人档案,通知患者定期体检。针对行动无障碍患者,可自行接受血压、血糖等检测,若行动存在明确障碍,护理人员可采用随访方式,前往患者家中为其测量指标,每月需检测1~2次。并针对患者检测结果做

好相应药物、饮食等方面的指导。而家庭条件较好的患者,可自行使用电子血压计、血糖检测仪进行每日监测,以便及时了解自身情况^[4]。

⑤组织集体运动:本镇卫生院医护人员可统一组织患者参与集体运动,针对不同阶段的血压、血糖患者设计针对性的运动方案,以集体健身操、太极拳及八段锦等运动项目为主,并结合患者个人状况,适当鼓励其增加运动时间,帮助患者较好的控制血压或血糖。

⑥心理干预:无论高血压,亦或是糖尿病,均无法根治,需患者经历漫长的治疗周期,很容易导致患者产生悲观、焦虑等负面情绪。护理人员要定期对患者进行心理测试,针对心理状态较差的患者,给予心理疏导,并叮嘱患者家属加强对患者的关心、照护^[5]。

⑦家庭支持管理:护理人员可对患者家属进行疾病防治教育,如健康的饮食、适当的运动、规范的用药、情绪的调节以及血压或血糖的测量方式等,确保家属为患者提供高品质的家庭支持,为患者的病情稳定发挥控制作用^[6]。

1.3 观察指标

观察血压水平、评估遵医行为、评价生活质量状态。

1.4 统计学分析

软件SPSS23.0,主要用作研究数据的统计处理,分析组间资料对比结果,计量均符合正态分布,血压、血糖、遵医行为及生活质量各项评分,以t进行检验, ($\bar{x} \pm s$) 作为表示工具,若差异 $p < 0.05$, 则提示2组数据具有统计学价值^[8]。

2 结果

2.1 患者血压、水平比较

数据见表1。

表1 对比2组血压、血糖水平 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数 (n)	血压 (n=53)		血糖 (n=53)	
		收缩压 (mmHg)	舒张压 (mmHg)	空腹血糖 (mmol/L)	餐后2h (mmol/L)
管理前 (n)	106	161.21 ± 16.43	95.97 ± 9.76	7.57 ± 0.95	11.18 ± 1.46

管理后 (n)	106	131.22 ± 13.27	72.63 ± 7.84	5.57 ± 0.65	7.61 ± 0.97
t 值	-	8.057	9.094	5.319	9.979
p 值	-	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 患者遵医行为比较
详见表 2.

表 2 对比 2 组遵医行为评分 ($\bar{x} \pm s$), 分]

组别	例数 (n)	情绪管理	合理饮食	规范用药	坚持运动
管理前 (n)	106	8.35 ± 0.87	8.33 ± 0.85	8.67 ± 0.98	8.37 ± 0.88

表 3 对比 2 组生活质量水平评分 ($\bar{x} \pm s$), 分]

组别	例数 (n)	生理机能	情感职能	社会功能	精神健康
管理前 (n)	106	77.05 ± 8.26	82.39 ± 8.44	80.16 ± 8.31	79.33 ± 8.16
管理后 (n)	106	70.38 ± 7.24	70.06 ± 8.03	73.03 ± 8.41	72.02 ± 7.46
t 值	-	4.306	6.772	4.829	4.201
p 值	-	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

因临床至今针对高血压、糖尿病尚无根治性的治疗手段, 所以患者无法实现长期住院, 只能居家接受治疗, 通过长时间的药物、良好的生活习惯等方式, 来维持血压或血糖的稳定。但多数患者的自我管理能力较差, 如饮食不合理、用药不规范等, 加之在疾病的困扰下, 所产生的负面情绪, 往往导致血压或血糖指标难以达到标准范围, 进而增多诸多并发症风险, 为此对患者进行社区慢性病管理具有重大意义^[9]。

本镇卫生院作为社会卫生服务机构, 需承担管理患者的责任与义务, 通过对患者进行社区慢性病管理, 建立患者个人健康档案, 针对患者的个人状况给予针对性的干预, 同时做好对患者的健康宣教、日常饮食、运动及用药等指导, 乃至提供心理疏导等服务, 对患者的疾病具有积极的意义。并且本镇卫生院医护人员对患者家属进行科学的指导, 促使家属发挥家庭支持作用, 来有效改善患者的不良行为习惯, 确保患者的病情得到理想的控制, 帮助患者控制好自身的血压或血糖水平, 进而保障患者良好的生活状态^[10]。基于此, 为了进一步证实社区高血压、糖尿病等慢性病管理的效果, 本文抽选 2022-01 至 2023-10 期间, 本镇卫生院收治的 106 例高血压和糖尿病患者, 展开社区慢性病管理的研究。文中数据可知: 管理前对患者进行血压 (收缩压、舒张压)、血糖 (空腹及餐后 2h) 测量, 无明显差异性, ($p > 0.05$), 在管理后测量均出现下降趋势, 血压 (收缩压: $161.21 \pm 16.43\text{mmHg}$ 、舒张压: $95.97 \pm 9.76\text{mmHg}$)、血糖 (空腹: $7.57 \pm 0.95\text{mmol/L}$) 及餐后 2h: $11.18 \pm 1.46\text{mmol/L}$) 显著比管理前较低, ($p < 0.05$); 经过社区管理干预, 患者遵医行为四项评分、生活质量状态各项评分相比管理前评分明显较高, ($p < 0.05$)。

管理后 (n)	106	7.68 ± 0.76	7.62 ± 0.78	7.69 ± 0.81	7.19 ± 0.71
t 值	-	4.584	4.819	4.482	6.491
p 值	-	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 患者生活质量状态比较
见表 3.

综上所述, 社区高血压、糖尿病等慢性病管理具有良好的效果, 可有效控制患者的血压或血糖指标, 提高其遵医行为, 促进患者不良行为习惯得以改正, 为日常生活品质提供支持, 具有推广及借鉴应用的价值。

参考文献:

- [1]隋艳梅,王洪花.老年高血压合并糖尿病社区健康管理与管理干预效果评价[J].中国医药指南,2023,21(22):34-37.
- [2]李亚丽.社区高血压和糖尿病患者的健康管理现状及影响因素[J].河北医药,2023,45(14):2215-2217.
- [3]马华.慢性病管理模式对社区糖尿病合并高血压患者的效果[J].临床研究,2023,31(07):150-153.
- [4]廖朗声,黄宏业.社区卫生服务中心高血压糖尿病慢性病管理模式对患者血压或血糖水平控制的作用[J].智慧健康,2022,8(25):173-176.
- [5]石福荣.老年高血压合并糖尿病社区健康管理与管理干预效果评价[J].航空航天医学杂志,2022,33(08):999-1001.
- [6]王海燕.个性化护理管理对社区老年高血压合并糖尿病患者的干预效果[J].慢性病学杂志,2022,23(01):104-106.
- [7]刘桂元.社区高血压和糖尿病管理中社区卫生定向服务模式的作用评估[J].中国全科医学,2021,24(S2):109-110.
- [8]邵华.社区健康管理模式在老年高血压合并 2 型糖尿病患者中的应用效果[J].慢性病学杂志,2021,22(02):282-284.
- [9]杨玉岩.社区卫生定向服务模式在社区高血压和糖尿病管理中的应用探讨[J].中国社区医师,2020,36(35):144-145.
- [10]张周炎.对社区糖尿病合并高血压患者开展慢性病管理模式疗效的 Meta 分析[J].按摩与康复医学,2020,11(20):1-6.