

# 家庭医生服务对社区慢性病患者健康管理的效果评价

袁春兰

(上海市松江区九亭镇社区卫生服务中心 201615)

**摘要:**目的 分析家庭医生服务对社区慢性病患者健康管理的效果评价。方法 纳入 2023 年 1 月-12 月于本社区进行健康管理的 80 例慢性病患者,随机分组,各 40 例。对照组实施常规慢性病管理,观察组在此基础上纳入家庭医生签约式服务,比较健康管理效果。结果 观察组各生化指标、依从性、自我效能、生活质量均优于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 家庭医生服务模式的应用,使社区慢性病患者自我管理能力和生活质量得到提升,改善了患者的各项生化指标水平,使患者依从性更高,更有益于患者的健康管理。

**关键词:**家庭医生服务;社区;慢性病;健康管理

慢性病是持续时间较长且进展缓慢的一类疾病,主要包含了心血管疾病、呼吸系统疾病、代谢性疾病等类型,临床上较为常见的慢性病包括脑卒中、冠心病、高血压、糖尿病等,这些疾病均有着发病率高、控制效率差等特征,需进行长期的治疗和管理<sup>[1]</sup>。患者需要通过定期的就医、药物治疗、生活方式调整等措施来控制疾病进展,以减少并发症的风险。慢性病发病率逐年增加,已成为全球健康领域的重要挑战之一。临床上大多数慢性病患者均为中老年人,其对疾病的认知度比较差,不能实现有效的自我疾病管理,这就使其慢性病的控制能力比较差,疾病治疗效果比较差<sup>[2]</sup>。随着社区医院的不断发展,家庭医生签约服务模式在慢性病控制中发挥了重要的作用,医养结合的新家庭医生签约服务模式,使得社区慢病管理的优势得到了充分凸显<sup>[3]</sup>。通过家庭医生签约服务模式,可以使慢性病患者的疾病得到系统化管理,应用价值显著,对患者疾病控制中的不足进行弥补和纠正,优化了健康管理过程。本次选取社区中的慢性病患者,并分析家庭医生服务模式的具体应用价值。内容如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 研究对象

纳入 2023 年 1 月-12 月于本社区进行健康管理的 80 例慢性病患者,随机分组,各 40 例。观察组男女比 22:18,年龄 52-76 岁,平均( $63.59 \pm 2.74$ )岁。对照组男女比 23:17,年龄 53-75 岁,平均( $64.08 \pm 2.83$ )岁。资料差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

**纳入标准:**(1)均为本社区慢性病患者;(2)患者知情同意本研究;(3)长期于社区居住者;(4)临床资料完整且有效。

**排除标准:**(1)合并器官功能衰竭者;(2)严重肢体障碍者;(3)交流障碍、精神异常者。

### 1.2 方法

对照组行常规服务。通过张贴海报、广告栏、知识讲座等多种方式,对患者进行健康教育,使其对疾病的知识了解深入。组织患者定期体检,对其身体状况进行评估,并针对性地实施药物干预,并将正确的用药方式进行告知,叮嘱其按时服药。

观察组在慢性病管理基础上纳入家庭医生签约式服务。(1)签约并建档。结合患者的实际情况和健康管理需求,为患者选择适当的家庭医生,并在达成一致意愿之后,将正确的签约方式进行告知,在患者自愿的情况下进行家庭医生签约。并在签约之后为患者建立健康档案,内容要包含患者的基本信息、血压、血糖、体重、生活习惯、作息、疾病了解程度等多项内容。在了解患者的情况之后,为患者建立针对性的服务计划,满足患者的疾病和自身需要,便于后续服务的开展。(2)组织体检。根据患者的病情实际情况,为其进行针对性健康体检,将体检的项目、过程、目的、意义等进行告知,使患者更加配合体检的进行。在体检后完善患者的健康档案,针对患者自身存在的问题对服务计划进行完善,分析患者产生该种情况的原因,并评估服务过程中可能会出现风险事件,提出相应的解决方案。(3)干预措施。①饮食指导。膳食与慢性病之间关系密切,对饮食进行控制可以改善疾病症状,延缓疾病进展。高血压患者要减少饮食中的热量,保持低盐、低脂饮食,多食用一些含钾、含钙量高的食物,养成良好的饮食习惯。如果是糖尿病患者,还要保持低糖饮食,减少葡萄糖、蔗糖类食物摄入,多食用新鲜蔬果,保持充足的饮水量、②运动指导。结合患者的疾病特点,为其制定针对性的运动方案,按时进行规律的运动,运动内容包括散步、太极、骑自行车、慢跑等,并结合患者耐受度和身体指标确定运动的时间、频率和强度。③心理疏导。患者在

疾病控制过程中,会对生活方式进行改变,同时长期服药,极易使患者出现焦虑、抑郁等多种情绪,家庭医生有针对性地进行疏导,并列成功治疗的案例,使患者的疾病对抗信心提升,同时更加配合工作的开展,提升疾病控制效果。(4)加强随访。家庭医生每周都要进行3-4次的随访,通过家庭随访、线上随访、社区随访等多种方式进行,确保能够实时地了解患者的疾病症状。评价患者的疾病控制情况,并针对性地进行调整,对不合理之处进行调整,使患者养成良好的习惯,提高疾病控制能力。

### 1.3 观察指标

1.3.1 评估生化指标水平。包括空腹血糖(FBG)、餐后2h血糖(2hPG)、总胆固醇(TC)、三酰甘油(TG)、舒张压(DBP)、收缩压(SBP)。

1.3.2 评估依从性。完全依从:患者完全遵医嘱进行疾病管理,部分依从:患者需在督促下行疾病控制,不

依从:患者遵医嘱能力差。依从性=(完全依从+部分依从)/n×100%。

1.3.3 评估疾病管理能力和生活质量。以慢性病管理自我效能量表、简明生活质量量表(SF-36)评估,分数与患者自我效能、生活质量成正比。

### 1.4 统计学分析

通过软件 SPSS 26.0 进行数据处理。计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,行独立样本t检验;计数资料以n(%)表示,行 $X^2$ 检验。两组在相同时间点进行比较,P<0.05,差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 评估生化指标水平

观察组各指标优于对照组,差异有统计学意义(P<0.05)。见表1。

表1 评估生化指标水平( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	FBG (mmol/L)	2hPG (mmol/L)	TC (mmol/L)	TG (mmol/L)	DBP (mmHg)	SBP (mmHg)
观察组	40	6.39 ± 1.24	7.74 ± 1.66	3.58 ± 1.24	1.35 ± 0.68	122.53 ± 5.62	80.34 ± 3.58
对照组	40	7.12 ± 1.31	8.81 ± 1.54	4.26 ± 1.19	1.82 ± 0.49	126.49 ± 5.41	82.74 ± 3.50
t	/	2.560	2.989	2.502	3.547	3.211	3.032
P	/	0.012	0.004	0.014	0.001	0.002	0.003

### 2.2 评估依从性

观察组依从性高于对照组,差异有统计学意义(P<0.05)。见表2。

表2 评估依从性[n(%)]

组别	例数	完全依从	部分依从	不依从	依从性
观察组	40	15(37.50)	23(57.50)	2(5.00)	38(95.00)

表3 评估疾病管理能力和生活质量( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	例数	自我效能量表		SF-36 评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	40	4.12 ± 1.35	7.56 ± 1.20	65.38 ± 3.64	78.55 ± 3.46
对照组	40	4.16 ± 1.54	5.83 ± 1.09	65.79 ± 3.49	75.88 ± 3.60
t	/	0.124	6.749	0.514	3.382
P	/	0.902	0.000	0.609	0.001

## 3 讨论

慢性病是全球性的重大公共卫生问题,在我国,慢性病已经成为影响人们身体健康的主要原因,慢性病的患病率不断增加,患者数量已经超过3亿,因慢性病死亡患者已经达到了所有死亡人数的85%左右,危害性极高<sup>[4]</sup>。慢性病均是由多种因素长期作用的结果,生活方式、环境、遗传、饮食等均会对患者的身体造成慢性影响,

对照组	40	12(30.00)	20(50.00)	8(20.00)	32(80.00)
$X^2$	/	/	/	/	4.114
P	/	/	/	/	0.043

### 2.3 评估疾病管理能力和生活质量

观察组评分高于对照组,差异有统计学意义(P<0.05)。见表3。

长期得不到干预就会使患者的器官受到损伤,进而使患者患有多种慢性病<sup>[5]</sup>。慢性病没有特效治疗方式,只能通过长期的控制才可以使疾病症状得到控制和改善,在此过程中受到患者控制能力不高、对疾病了解不深入等多种影响,会使控制效果较差,病情反复,最终加重病情<sup>[6]</sup>。因此,在开展慢性病健康管理的过程中,需要加大对患

者的监督管理力度,使其依从度得到有效的改善,从而提升疾病管理效果。

社区医院是离患者最近的医疗机构,为患者提供了更为便捷、连续、个体化的医疗服务,在慢病管理中扮演了重要角色。家庭医生服务是一种为社区和家庭提供卫生服务的模式,主要由医生、护理人员等组成,为患者提供多角度的疾病管理服务<sup>[7]</sup>。家庭医生服务模式属于新型的医疗服务理念,也是社区卫生服务工作的创新,能够使医疗服务得到延伸,为患者提供持续性的关怀和管理。在家庭医生服务模式下,家庭医生会与患者签订服务协议,使患者的权益得到保障,能够长期地为患者提供服务,防止疾病管理过程中断,影响控制效果<sup>[8]</sup>。家庭医生会为患者进行针对性的健康体检,全方位地了解患者的疾病状况和身体特征,并对生活习惯、作息等进行了解,能够获得全方位的信息,以便于为患者制定更加科学的疾病管理方案。家庭医生会对患者的饮食、运动、心理等各方面进行干预,使其逐渐地养成良好的生活习惯,减少饮食不节、运动过少等对疾病造成的影响。同时加强心理疏导,使患者更有信心对抗疾病,减少了消极因素的干扰,同时对疾病管理工作的配合度进一步提高,改善控制效果。家庭医生会加强与患者的联系,每周定期地进行随访,通过线上、线下等多种途径,使随访更加便捷,对患者的差错之处进行纠正,以便于更好地进行疾病控制<sup>[9]</sup>。

本研究表明,经过家庭医生对慢病进行系统管理之后,患者的生化指标水平得到了改善,疾病管理依从性显著提升。这一研究表明家庭医生服务优势显著,能够协助患者更好地控制慢性病,降低疾病对身体的影响。另外,本研究结果显示,患者的生活质量和慢性病自我管理效能均得到了有效改善。这就是因为家庭医生服务会与患者取得密切的联系,患者能够随时将自身的疑问进行解决,使自身对疾病的了解逐渐深入,知晓如何更好地控制疾病,使其自我效能得到了改善。同时健康管理效果显著,症状得到了改善,使患者能够以更好的状态投入到社会生活之中,使其生活质量得到了有效的改善<sup>[10]</sup>。最后,本研究表明,经过管理后,患者的依从性得到了有效地提升。这就是因为家庭医生签约服务模式使患者在疾病控制过程中的方方面面均得到了针对性地管理,在长期的疾病管理中,患者养成了良好的习惯,同时对疾病的重视程度升高,进而提升了依从性。上述结果均表明了家庭医生服务的应用价值,

使患者自我疾病管理过程中的迷茫感降低,为患者的健康管理提供了新的思路,督促患者逐渐地养成了良好的生活习惯,提升了生活品质,值得进一步推广。

综上所述,家庭医生服务模式的应用,使社区慢性病患者的自我效能和生活质量得到提升,改善了患者的各项生化指标水平,使患者依从性更高,提升了健康管理效果。

参考文献:

[1]何暑.家庭医生团队“三师共管”社区老年慢性病健康管理模式的构建与应用[J].中医药管理杂志,2021,29(9):205-206.

[2]陈婉诗,梁翠婷,冯慧.家庭医生签约式服务对慢性病患者治疗依从性的影响研究[J].智慧健康,2023,9(34):50-53+57.

[3]杨军花,郭稀,华红梅,王培菊,肖显娇.家庭医生个体化综合干预联合糖尿病慢性病管理在2型糖尿病合并便秘患者中的应用效果[J].中国社区医师,2023,39(32):157-159.

[4]周肖华,叶玉清.家庭医生签约制度下药学服务在社区老年慢性病患者疾病管理中的应用效果观察[J].中国实用医药,2023,18(18):159-163.

[5]帅宇曦,钟文娟,杜春齐,杨雪莹,罗甜,朱佳慧.慢性病老年人家庭医生式医养结合居家养老服务需求研究——以武汉市某社区为例[J].现代医药卫生,2023,39(4):704-707.

[6]张影,崔明,韩君华,蒋伟萍,沈雁红,艾自胜.家庭医生签约服务模式对社区老年居民心血管疾病风险管理效果的影响[J].同济大学学报(医学版),2023,44(1):97-104.

[7]刘晓红,张翠萍,宋传忠.家庭医生签约背景下潍坊市社区居民对社区健康服务的评价及满意度研究[J].中国卫生统计,2022,39(5):749-751+754.

[8]巩维佳.新冠肺炎疫情下“互联网+家庭医生团队”的社区慢性病管理新模式应用探讨[J].慢性病学杂志,2022,23(10):1524-1527.

[9]王丽,郑亮,罗明.家庭医生主动健康管理模式对社区原发性高血压合并慢性失眠症的干预效果研究[J].同济大学学报(医学版),2022,43(2):235-242.

[10]李巧燕,陈林飞.基于家庭医生团队管理的干预模式对社区高血压患者服药依从性、血压控制效果及并发症影响的探讨[J].卫生职业教育,2021,39(24):137-139.