

# 老年患者健康管理中卫生院护理模式应用研究

保少琴

宁夏吴忠市利通区郭家桥乡卫生院 宁夏 吴忠 751100

**【摘要】：**目的：对创新类型的卫生院护理模式在老年患者健康管理当中的应用效果进行探究，为基层老年慢病管理提供实践方面的依据。方法：把2025年3月到2026年3月这一时间段内我院签约的老年慢病患者320例选取出来，采用随机数字表的方法将其分成对照组和观察组，每组各160例。对照组进行常规护理管理的实施，观察组采用“分层评估然后个性化干预接着全程随访最后人文关怀”这种一体化的护理模式，对两组的血压控制达到标准的比率、血糖控制达到标准的比率、年度健康体检完成的比率、规范服药的比率以及健康生活方式依从的比率进行对比。结果：观察组签约的老年高血压患者血压控制达到标准的比率、糖尿病患者血糖控制达到标准的比率都是65%，比对照组的42.5%、40.0%要高；观察组年度健康体检完成的比率是75%、规范服药的比率以及健康生活方式依从的比率是85%，都明显高于对照组的51.3%、60.0%，这些差异都具备统计学上的意义( $P<0.05$ )。结论：创新类型的卫生院护理模式能够有效地提升老年慢病患者各项健康管理的指标，让基层老年健康管理的质量得到优化，值得进行推广应用。

**【关键词】：**老年患者；健康管理；卫生院；护理模式；慢病控制

DOI:10.12417/2705-098X.26.17.011

## 引言

随着人口老龄化的进程不断加快，我国老年慢病的患病率一年比一年升高，高血压、糖尿病等慢性疾病已经成为影响老年群体健康的主要因素，基层卫生院作为老年健康管理的前沿之处，它的护理服务质量直接和老年患者的健康结局有关系<sup>[1]</sup>。当前基层老年健康管理当中存在护理模式比较单一、干预的针对性不够、随访的衔接不紧密等问题，使得慢病控制达到标准的比率、体检完成的比率等指标比较低。

## 1 研究资料与方法

### 1.1 一般资料

把2025年3月到2026年3月我院签约管理的老年慢病患者320例选取出来当作研究的对象，纳入的标准为：年龄大于或者等于60周岁，符合高血压、糖尿病相关的诊断标准，自愿签约我院家庭医生服务，认知功能正常并且能够配合完成护理干预以及随访工作；排除的标准为：合并严重的心、肝、肾等脏器功能方面的障碍，是精神疾病的患者，中途退出研究或者失访的人。采用随机数字表的方法将患者分成对照组和观察组，每组各160例。对照组里面男性有86例，女性有74例；年龄在60到82岁之间，平均是 $(68.5\pm 5.2)$ 岁；其中高血压患者有92例，糖尿病患者有68例。观察组里面男性有82例，女性有78例；年龄在61到83岁之间，平均是 $(69.2\pm 5.5)$ 岁；其中高血压患者有90例，糖尿病患者有70例。两组患者在性别、年龄、慢病类型等一般资料方面进行对比，差异不具备统计学上的意义( $P>0.05$ )，具有可以对比的性质。本研究经过我院伦理委员会的批准，所有患者都签署了知情同意的文书。

### 1.2 关于实验方法的情况说明

在对照组方面，要去执行常规的那种护理管理的模式，这个工作是由卫生院的护理人员来做的，他们要按照基层慢病管理的规范来开展相关工作。这些工作主要包含有定期地通过电话的方式提醒患者去进行复诊，发放关于慢病管理的宣传手册，在患者来就诊的时候要进行比较简单的用药方面以及饮食方面的指导。这里并没有设置专门用来进行随访的团队，所采取的干预措施是比较笼统的，缺少针对性和连续性。对于观察组而言，采用的是“分层评估-个性化干预-全程随访-人文关怀”这样一种一体化的创新护理模式，具体的措施是下面这些：一是要建立起分层评估的体系，护理人员在患者完成签约之后，通过进行入户走访、开展面对面访谈并且结合实验室检查的方式，从患者病情严重的程度、自理的能力、健康认知的水平、家庭支持的情况这四个维度来进行综合性的评估，把患者划分成低风险、中风险、高风险这三个等级，然后建立起个性化的健康管理档案，要明确不同风险等级对应的干预频次以及重点内容。二是要实施个性化的护理干预，针对高血压患者，除了要进行常规的用药指导之外，还要结合患者饮食的偏好来制定低盐、低脂的饮食方案，指导患者去进行有规律的有氧运动，像太极拳、慢走之类的，要定期去监测血压并且记录血压的变化情况；针对糖尿病患者，要开展血糖自我监测方面的培训，指导患者合理地控制碳水化合物的摄入，根据血糖波动的情况来调整饮食以及运动的计划，避免出现低血糖的情况。同时，每个月要组织1次关于慢病健康的讲座，邀请专科医生来讲解慢病管理的知识，开展病友之间的交流活动，提升患者健康认知的程度。三是要构建全程随访的机制，组建一个由专科护士、家庭医生、乡村医生所组成的随访团队，对于低风险患者每2个月进行1次随访，中风险患者每个月进行1次随访，高风险

患者每2周进行1次随访，随访的方式包括入户随访、电话随访、微信随访这几种方式结合在一起，及时去了解患者用药的情况、病情变化的情况以及生活方式执行的情况，对不规范的行为要进行及时的纠正，对病情出现异常的患者要协助其进行转诊。四是要融入人文关怀的护理，考虑到老年患者容易出现孤独、焦虑等负面的情绪，护理人员在随访的过程当中要加强和患者的沟通交流，耐心地倾听患者的诉求，对存在负面情绪的患者要进行心理方面的疏导，联合家属给予患者情感方面的支持，提升患者护理依从的程度。

1.3 关于观察指标的情况说明

本研究选取了3项核心的观察指标，分别是：1.慢病控制达到标准的比率，这里面包括签约老年高血压患者血压控制达到标准的比率（收缩压 $<140\text{mmHg}$ 并且舒张压 $<90\text{mmHg}$ ）、签约老年糖尿病患者血糖控制达到标准的比率（空腹血糖 $<7.0\text{mmol/L}$ 并且餐后2h血糖 $<10.0\text{mmol/L}$ ）；2.签约老年慢病人群年度健康体检完成的比率，统计1年之内完成我院组织的全面健康体检的患者所占的比例；3.慢病患者规范服药的比率、健康生活方式依从的比率，规范服药率指的是按照医嘱有规律服药的患者所占的比例，健康生活方式依从率指的是遵循饮食、运动、作息等健康指导的患者所占的比例。

1.4 统计学分析

采用SPSS 26.0统计学软件对研究数据进行分析处理，计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，组间对比采用t检验；计数资料以 $[n(\%)]$ 表示，组间对比采用 $\chi^2$ 检验。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

表1 两组老年高血压患者血压控制达标率对比 $[n(\%)]$

| 组别   | 对照组  | 观察组  | $\chi^2$ 值 | P值      |
|------|------|------|------------|---------|
| 例数   | 92   | 90   |            |         |
| 达标例数 | 39   | 59   |            |         |
| 达标率  | 42.5 | 65.0 | 10.256     | $<0.05$ |

由表1可知，观察组老年高血压患者血压控制达标率为65.0%，显著高于对照组的42.5%，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。

表2 两组老年糖尿病患者血糖控制达标率对比 $[n(\%)]$

| 组别 | 对照组 | 观察组 | $\chi^2$ 值 | P值 |
|----|-----|-----|------------|----|
| 例数 | 68  | 70  |            |    |

|      |      |      |       |         |
|------|------|------|-------|---------|
| 达标例数 | 27   | 46   |       |         |
| 达标率  | 40.0 | 65.0 | 9.872 | $<0.05$ |

表2显示，观察组老年糖尿病患者血糖控制达标率为65.0%，远高于对照组的40.0%，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。

表3 两组老年慢病人群体检完成率及依从性对比 $[n(\%)]$

| 组别           | 对照组      | 观察组       | $\chi^2$ 值 | P值      |
|--------------|----------|-----------|------------|---------|
| 例数           | 160      | 160       | -          | -       |
| 年度体检完成率      | 82(51.3) | 120(75.0) | 16.325     | $<0.05$ |
| 规范服药及生活方式依从率 | 96(60.0) | 136(85.0) | 25.618     | $<0.05$ |

从表3可见，观察组年度健康体检完成率75.0%、规范服药及健康生活方式依从率85.0%，均显著高于对照组的51.3%、60.0%，差异均有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。

3 讨论

本研究最终得出的结果清楚地显示出来，有这么一个观察组，他们采用了创新型一体化的护理模式，在这个观察组当中，老年高血压、糖尿病患者的慢病控制达标方面的比率都达到了65%，年度进行健康体检的完成率是75%，规范地去服药以及保持健康生活方式的依从比率为85%，各项相关指标都非常明显地比实施常规护理的对照组要好很多，这就充分地体现了创新护理模式在老年患者健康管理这件事情当中所具有的应用价值。结合基层卫生院实际的服务情况，针对研究结果开展深入的讨论。

从慢病控制能够达标的比率这方面来看，观察组在血压、血糖控制方面达到达标的比率都是65%，跟对照组相比较提升了20%以上，这一结果和创新护理模式所具有的分层评估、个性化干预的举措有着十分密切的联系。基层卫生院所采用的常规护理模式大多是用“一刀切”这样的干预方式，没有去考虑到患者存在的个体差异情况，从而导致干预措施缺乏应有的针对性，很难去满足不同患者在健康方面的需求。而本研究构建起来的分层评估体系，把患者按照风险等级来进行分类，针对高风险的患者增加随访以及干预的频次，针对不同类型的慢病制定个性化的饮食、运动以及用药的方案，就好像为高血压患者制定低盐低脂的饮食计划，为糖尿病患者开展血糖自我监测方面的培训，能够精准地解决患者在慢病管理过程当中存在的核心问题，帮助患者更好地去控制病情<sup>[2]</sup>。

在年度健康体检完成的比率这一方面，观察组达到了75%，远远高于对照组的51.3%，这主要是得益于全程随访机制得到了有效的落实。老年患者因为行动不方便、健康意识比较薄弱等方面的原因，通常存在体检依从性比较低的问题，在

常规护理当中仅仅通过电话进行简单的提醒,很难达到理想的效果。本研究组建起来的多学科随访团队,采用入户随访、电话随访、微信随访相结合的方式,不但能够及时地提醒患者去参加体检,还能够为行动不方便的患者提供上门体检预约、陪同体检等方面的服务,解决了老年患者在体检方面存在的实际困难。与此同时,护理人员在随访的过程当中向患者讲解健康体检所具有的重要性,帮助患者认识到定期进行体检对于慢病早发现、早干预所具有的意义,转变了患者的健康观念,提升了患者参加体检的积极性<sup>[3]</sup>。

规范服药的比率以及保持健康生活方式的依从比率得到提升,是创新护理模式融入人文关怀的一个非常重要的体现。老年慢病患者病程比较长、病情容易反复,有一部分患者因为对疾病的认知不够、担心药物存在不良反应等方面的原因,存在擅自停药、减药或者不遵循健康生活方式的情况,在常规护理当中缺乏具有针对性的心理疏导以及行为干预,很难去改善这一现状。本研究在护理的过程当中重视人文关怀,护理人员和患者建立起良好的护患关系,耐心地去倾听患者的诉求以及

顾虑,针对存在焦虑、抑郁情绪的患者进行心理方面的疏导,缓解他们的负面情绪;同时联合患者的家属给予患者情感方面的支持,监督患者规范地去服药、遵循健康生活方式,形成了“医护-患者-家属”三位一体的干预体系<sup>[4]</sup>。

#### 4 结论

通过对比常规护理和创新型一体化护理模式在老年患者健康管理当中的应用效果,证实了创新护理模式能够明显提升老年高血压、糖尿病患者的慢病控制达标比率,提高老年慢病人群年度健康体检的完成比率,增强患者规范服药以及健康生活方式的依从性质。该模式立足于基层卫生院服务特点,通过分层评估、个性化干预、全程随访以及人文关怀的有机结合,优化了基层老年健康管理的流程,解决了常规护理模式针对性不够、随访衔接不紧密等方面的问题。创新护理模式具有较强的可行性与实用性质,能够有效提升基层老年健康管理的质量,改善老年慢病患者的健康结局,为基层老年健康管理工作的开展提供了新的实践途径,值得在基层医疗卫生机构进行推广应用。

#### 参考文献:

- [1] 张可可,高甜甜,刘玉华.动机行为转化理论在老年原发性高血压患者健康管理中的应用效果分析[J].医药前沿,2026,16(18):107-110.
- [2] 王小群,张琼,韦书荣,沈秀琳,黄延敏,廖露霞.健康管理对老年高血压合并糖尿病患者健康结局的影响研究[J].中国典型病例大全,1-6.
- [3] 翟言言,杨杰,杨亚惠,曹晓静.基于知识-行动框架的康复护理在老年慢性病患者健康管理中的应用[J].山东医学高等专科学校学报,2026,48(2):58-60.
- [4] 王育霞,杨云芳,侯晓莉.老年慢性阻塞性肺疾病患者健康管理需求调查研究[J].健康体检与管理,2026,7(2):274-278.