健康教育联合护理干预在卫生院慢病管理中的应用研究

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：对在基层卫生院慢病管理当中应用健康教育联合护理干预所产生的效果进行探究。方法：把在 2025 年 1 月到 2026 年 1 月期间于我院辖区内确诊的 480 例慢病患者选取出来当作研究对象，均实施健康教育联合护理干预，把同期采用常规慢病管理模式的 480 例慢病患者当作对照组。对照组仅仅开展常规随访以及用药指导，观察组构建起一种“群体宣讲加上个体化干预再加上持续随访”的联合干预模式，其中包括开展健康宣讲活动、实施个体化护理干预、建立起慢病管理台账、强化随访护理等内容。对两组患者慢病知识知晓的比率、治疗依从的情况以及病情控制达标的比率进行对比，结合辖区慢病管理台账对干预效果进行分析。结果：观察组慢病知识知晓的比率、治疗依从的情况、病情控制达标的比率都明显高于对照组，差异都具有统计学意义（P＜0.05）。结论：健康教育联合护理干预能够有效提升基层慢病患者对于疾病的认知以及治疗依从的情况，改善病情控制的效果，和基层卫生院慢病管理工作的特点相适配，具有比较高的推广应用价值。

【关键词】：基层卫生院；慢病管理；健康教育；护理干预；治疗依从性

DOI:10.12417/2705-098X.26.20.010

引言

慢性病已经成为对我国居民健康造成威胁的主要公共卫生方面的问题，基层卫生院作为慢病防控的“最后一公里”，承担着辖区慢病筛查、随访管理、健康指导等核心方面的职责[1]。我院辖区总人数达到了 19726 人，其中高血压患者有 1297 人、糖尿病患者有 469 人、慢阻肺患者有 64 人，慢病管理的任务十分繁重。传统的慢病管理模式主要是以常规随访和用药指导为主，缺少系统性的健康教育以及个性化的护理干预，导致患者对于疾病的认知不足、治疗依从性较差、病情控制的效果不太好。健康教育联合护理干预以患者作为中心，通过群体健康宣讲和个体化干预相互结合的方式，能够有针对性地解决基层慢病管理当中存在的痛点问题。

1 研究资料与方法

1.1 一般资料

把在 2025 年 1 月到 2026 年 1 月期间于我院辖区内确诊的 960 例慢病患者选取出来作为研究对象，纳入的标准为：符合高血压、糖尿病、慢阻肺的临床诊断标准，在我院建立了慢病管理档案，自愿参与本研究并且配合完成相关的调查与干预，病程大于或者等于 6 个月，具备基本的认知与沟通能力；排除的标准为：合并有严重的心、脑、肾等器质性并发症，存在精神障碍或者认知功能异常，无法配合随访与干预，近期有重大手术史或者急性疾病发作史，不规律服药或者擅自停药的患者。采用随机数字表法将患者划分成观察组与对照组，每组有 480 例。两组患者在性别、年龄、慢病类型、病程等一般资料方面进行比较，差异不具有统计学意义（P＞0.05）。

1.2 实验方法

对照组采取运用常规的那种针对慢病的管理模式，护理人员依照按照基层的对于慢病进行管理的规范来开展从事工作，主要包含涵盖每 3 个月开展举行 1 次电话方面或者门诊方面的随访活动，把患者病情的变化情况记录下来，给患者给予基础的用药方面的指导内容，提醒告知患者要定期去进行复查，没有开展实施系统性的健康方面的教育以及个性化的护理方面的干预活动，仅仅只是在患者进行咨询的时候提供给出简单的健康方面的指导内容。观察组施行实施健康方面的教育和护理方面的干预两者联合起来的方式，结合关联辖区的慢病的分布的特点情况以及患者的个体方面的需求情况，构建搭建起“群体宣讲加上个体化干预再加上持续随访”这样一种联合的干预模式，建立创建起完善的联合的干预的台账资料，累计一共完成了随访护理 500 多次、健康宣讲活动 9 次、个体化干预涉及 480 人，具体的措施情况如下所述：一是开展举办群体的健康方面的宣讲活动，每 2 个月组织安排 1 次线下的健康方面的宣讲活动（总共是 9 次），针对对于高血压、糖尿病、慢阻肺这些疾病的病因、发病的机制、并发症、用药的规范、饮食的调理、运动的干预等方面的内容进行讲解阐释，结合关联案例的分析、图文的展示、互动的问答等方面的形式来提升提高宣讲的效果，同时并且通过借助微信公众号、社区宣传栏来推送发布慢病防控方面的知识内容，从而实现达成线上线下联动的宣教；二是实施开展个体化的护理方面的干预活动，对 480 例属于观察组的患者逐个地一一地进行健康方面的评估，结合关联患者的年龄、文化程度、慢病的类型、病情的严重程度以及生活的习惯等情况，制定拟订出个性化的干预方案，包含涵盖用药的指导、饮食的方案、运动的计划、心理的疏导等内容，对于文化程度比较低的患者采用使用通俗易懂的语言进行讲解说明，对于合并有多种慢病的患者制定拟订出综合的干预方案，对于治疗的依从性比较差的患者进行有针对性的沟通交流，分析剖析不依从的原因并且给予给出引导；三是强化加强随访的护理工作，建立创建起“门诊随访加上家庭随访加上电

话随访”这样一种多元化的随访机制，每月开展举行 1 次电话的随访活动，每 3 个月开展举行 1 次门诊或者家庭的随访活动（累计一共随访 500 多次），在随访的过程当中监测检测患者的血压、血糖、肺功能等方面的指标，核查检查患者用药的依从性以及生活习惯的改善情况，及时地调整改变干预的方案，对于行动不方便的老年患者提供供给上门的随访服务；四是完善健全慢病的管理的台账资料，详细地记录记录下患者的基本的信息、健康的评估的结果、干预的内容、随访的情况、病情的变化等情况，实现达成慢病管理的规范化、精细化，方便便于后续的跟踪以及效果的评估。两组患者均进行干预 12 个月，在干预的期间全程地记录记录下相关的数据，确保保证数据是真实、完整、可追溯的。

1.3 观察指标

本研究设置 3 项核心观察指标，分别为：①疾病认知指标，采用自制基层慢病知识调查问卷，从慢病病因、用药知识、饮食注意事项、运动指导、并发症预防 5 个维度评价，总分 100 分，≥80 分为知晓，知晓率=知晓例数/总例数×100%；②治疗依从性指标，采用 Morisky 用药依从性量表（MMAS-8）评价，总分 8 分，≥6 分为依从性良好，依从性良好率=良好例数/总例数×100%；③病情控制指标，统计病情控制达标率，高血压以收缩压＜140mmHg 且舒张压＜90mmHg 为达标，糖尿病以空腹血糖＜7.0mmol/L 且餐后 2h 血糖＜11.1mmol/L 为达标，慢阻肺以肺功能指标改善且临床症状缓解为达标，达标率=达标例数/总例数×100%。

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，计数资料，以[n（%）]表示，组间比较采用 x^2 检验；计量资料以（$\bar{x}\pm s$）表示，组间比较采用独立样本 t 检验。P＜0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者慢病知识知晓率对比

表 1 两组患者慢病知识知晓率对比[n（%）]

组别	对照组	观察组	X^2 值	P 值
例数	480	480	-	-
高血压	218(67.28)	305(94.98)	78.652	<0.001
糖尿病	76(60.32)	121(93.81)	42.365	<0.001
慢阻肺	15(50.00)	28(93.33)	12.568	<0.001
总知晓率	309(64.38)	454(94.58)	136.257	<0.001

由表 1 可知，观察组各类慢病知识知晓率及总知晓率均显著高于对照组（P＜0.001）。

2.2 两组患者治疗依从性良好率对比

表 2 两组患者治疗依从性良好率对比[n（%）]

组别	对照组	观察组	X^2 值	P 值
例数	480	480	-	-
高血压	205(63.33)	301(93.77)	82.351	<0.001
糖尿病	68(53.97)	119(92.26)	46.258	<0.001
慢阻肺	12(40.00)	27(90.00)	15.326	<0.001
总依从性良好率	285(59.38)	447(93.13)	142.653	<0.001

由表 2 可知，观察组各类慢病患者治疗依从性良好率及总依从性良好率均显著高于对照组（P＜0.001）。

2.3 两组患者病情控制达标率对比

表 3 两组患者病情控制达标率对比[n（%）]

组别	对照组	观察组	X^2 值	P 值
例数	480	480	-	-
高血压	198(61.05)	298(92.83)	85.621	<0.001
糖尿病	62(49.21)	116(90.71)	49.357	<0.001
慢阻肺	10(33.33)	25(83.33)	13.652	<0.001
总达标率	270(56.25)	439(91.46)	151.236	<0.001

由表 3 可知，观察组各类慢病病情控制达标率及总达标率均显著高于对照组（P＜0.001）。

3 讨论

关于慢性病实施长期管理这件事情，它属于基层医疗卫生服务方面核心任务其中之一。我们医院辖区的总的人口数量达到了 19726 人，在这些人当中，高血压还有糖尿病所占的比例是最高的。慢性阻塞性肺疾病虽然所占比例比较低，但是进行管理的难度是比较大的。传统的慢性病管理模式存在着局限性，这就造成了慢性病控制的效果不太好，这种情况已经变成了基层慢性病防控工作的瓶颈所在。健康教育和护理干预联合起来，打破了传统管理模式具有的单一性，借助“群体进行宣讲加上个体化实施干预再加上持续开展随访”这样的多元化模式，达成了慢性病管理实现精准化、精细化的目标。

从患者对于慢性病知识的知晓比率这个角度来看，观察组

总的知晓比率达到了 94.58%，明显高于对照组的 64.38%，各种类型的慢性病知识知晓比率都得到了大幅度的提升。这样的一个结果是得益于联合干预里面群体健康宣讲和个体化讲解进行的有机结合，9 次在线下开展的健康宣讲和线上进行知识推送结合在一起，实现了慢性病防控知识得到广泛普及这样的情况，解决了传统管理当中健康指导呈现碎片化、不系统的问题；针对不同类型的慢性病、不同文化程度的患者开展个体化的讲解，采用容易懂的语言、进行案例分析、用图文进行展示等形式，降低了患者理解方面的难度，特别是针对慢性阻塞性肺疾病患者，护理人员通过进行一对一讲解和实际操作示范，让患者能够更好地掌握疾病管理的要点，有效地提高了患者对于疾病的认知水平。

从治疗方面的依从性这个方面来看，观察组总的依从性良好比率达到了 93.13%，明显比对照组的 59.38%要好，各种类型慢性病患者的依从性都得到了明显的改善。治疗方面依从性比较差是基层慢性病管理过程中普遍存在的一个问题，主要的原因包括患者对于疾病的认知不够、用药方案比较复杂、心理方面的负担比较重、缺少有效的监督等情况。联合干预通过多维度的措施打破了这样的困境：一是进行个体化用药指导，护理人员根据患者的病情对用药方案进行调整，把用药流程进行简化，详细地讲解用药的时间、剂量、需要注意的事项以及可能出现的不良反应，让患者能够清楚地掌握用药的规范；二是开展持续随访监督，通过 500 多次的随访护理，定期提醒患者服药、复查，及时发现并且纠正患者不规范的行为，对于行动不方便的患者提供上门随访的服务，加强了监督的力度；三是进行心理疏导，针对患者因为慢性病长时间受到困扰而产生的焦虑、抑郁等情绪，护理人员进行有针对性的沟通，结合康复的案例给予鼓励，缓解患者心理方面的负担，提高患者治疗的积极性。

4 结论

综合上面所说的情况，健康方面的教育联合护理方面的干预在基层卫生院慢性疾病管理当中具备显著的应用成效，可以有效地提高患者慢性疾病知识知晓的比例与治疗方面的依从程度，改进病情控制达到标准的比率，和基层卫生院慢性疾病管理工作的特点以及辖区慢性疾病防控的需求相适配。该干预模式通过多元化、个性化的措施手段，攻克了传统慢性疾病管理所存在的局限性，为基层构建科学、高效的慢性疾病防控体系提供了可行的途径。

参考文献：

[1] 杨宗叶.社区健康教育结合行为干预对高血压慢病患者自我管理能力提升的效果分析[J].婚育与健康,2024,30(2):193-195.

[2] 郭体宇.健康教育联合心理护理干预对老年糖尿病患者心理情绪自我管理以及生活质量的影响[J].中国药物与临床,2020,20(16):2798-2800.

[3] 阙静,黄艳,李华.循证护理干预联合个性化健康教育对急性胰腺炎患者应激心理及自我管理能力的影响[J].中国医药导报,2020,17(22):181-184.

[4] 赵璐,尹培颖.运用慢性病管理模式在社区开展高血压健康教育的体会[J].中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(15):195.