

实施家庭医生签约式服务模式对社区老年人慢性病防治的影响

张丽娟^{1,2}

1.中国科学院合肥肿瘤医院 安徽 合肥 230031

2.蜀山区经济技术开发区社区卫生服务中心 安徽 合肥 230031

【摘要】目的：探讨实施家庭医生签约式服务模式对社区老年人慢性病防治的影响。方法：选取2024年1月至2025年10月社区内符合纳入标准的60例老年慢性病患者，随机分为两组各30例。对照组实施常规护理管理，观察组实施家庭医生签约式服务模式，比较两组干预效果。结果：观察组干预后的血糖和血压水平低于对照组，ESCA评分和满意度高于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论：实施家庭医生签约式服务模式可有效改善社区老年人慢性病患者血糖和血压水平，提高自我管理能力和满意度。

【关键词】家庭医生签约式服务模式；社区；老年人；慢性病；防治效果

DOI:10.12417/2811-051X.26.06.078

随着人口老龄化加剧，社区老年群体中高血压、糖尿病等慢性病患者率持续上升，其病程迁延、多病共存及功能衰退等特点，对基层卫生服务体系提出严峻挑战^[1]。传统以疾病为中心的碎片化管理模式难以满足老年人对连续性、整合性健康照护的需求，导致用药依从性差、自我管理能力强、并发症控制不佳等问题普遍存在。家庭医生签约服务作为深化医药卫生体制改革的重要举措，旨在通过建立稳定的服务契约关系，由全科医生牵头组建多学科团队，为签约居民提供预防、治疗、康复和健康管理一体化服务，该模式强调主动随访、个体化干预、长期健康档案动态管理及转诊绿色通道等机制，在理论上可有效弥补传统服务的不足，但是在社区老年慢性病患者中，家庭医生签约式服务对血糖、血压等核心指标的实际影响以及其在提升患者自我管理能力和满意度方面的效果，仍需通过严谨的临床研究加以验证^[2-3]。本研究选取社区内符合条件的老年慢性病患者，对比实施家庭医生签约式服务与常规护理的差异，旨在为优化基层慢病管理模式提供实证依据，报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2024年1月至2025年10月社区内符合纳入标准的60例老年慢性病患者，随机分为两组各30例。观察组男/女=16/14；年龄62~80（ 70.85 ± 2.17 ）岁；患慢性病种类：高血压23例，糖尿病17例，冠心病11例，慢性阻塞性肺疾病5例（部分患者患多种慢性病）。对照组男/女=17/13；年龄61~80（ 70.30 ± 2.56 ）岁；患慢性病种类：高血压22例，糖尿病15例，冠心病9例，慢性阻塞性肺疾病6例。两组一般资料对比（ $P > 0.05$ ），有可比性。

纳入标准：①年龄 ≥ 60 岁；②符合至少一种上述慢性病诊断标准且病情稳定；③意识清楚或在主要照护者协助下可配合研究；④自愿参与并签署知情同意书。排除标准：①合并严重认知障碍或精神疾病；②晚期恶性肿瘤或其他终末期器官功能衰竭，预期寿命有限；③长期卧床或完全失能，生活不能自理；

④研究期间计划长期迁离本社区。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组实施常规护理管理，在干预期间由社区护士每三个月进行一次电话随访，了解患者近期血压、血糖监测情况、服药依从性及有无不适主诉；通过电话进行高血压、糖尿病基本知识、常见并发症及长期管理重要性的口头宣教；指导患者按处方按时服用降压药、降糖药，强调不得自行增减剂量或停药；建议患者如有血压、血糖监测需求或出现明显药物不良反应时，自行前往社区卫生服务中心就诊或咨询。

1.2.2 观察组

观察组实施家庭医生签约式服务模式，

（1）组建多学科服务团队，由1名全科医生、1名社区护士及1名社区公共卫生人员组成固定服务团队；所有成员接受统一培训，内容包括高血压、糖尿病等老年常见慢性病的诊断标准、用药规范、并发症识别、生活方式干预及沟通技巧，培训后通过考核方可上岗。

（2）签署知情同意协议，入组时由团队医生向患者及家属详细说明签约服务内容、预期目标及双方责任义务；在患者自愿前提下，签署《家庭医生签约服务知情同意书》，明确服务起止时间、联系方式及退出机制，协议一式两份，医患各执一份。

（3）建立个人健康档案与持续支持机制，由责任护士收集患者既往病史、用药清单、过敏史、近期检验结果及家庭支持情况，录入电子健康档案系统；每月更新档案内容，动态记录血压、血糖、体重、用药依从性等指标；制定个体化管理计划，包括饮食控制目标、运动处方、药物调整建议等；互留手机号码及微信，提供工作日8:00~18:00内的电话或线上咨询服务，解答用药、饮食、康复训练等问题。

（4）集中随访与家庭支持，每月在社区卫生服务中心安

排一次集中随访,使用经校准的电子血压计和血糖仪测量并记录血压、空腹或餐后2小时血糖;现场指导患者及家属正确使用家用监测设备,示范采血、读数及记录方法;根据病情制定药物管理方案,明确每种药物的名称、剂量、用法、时间及注意事项;结合患者心肺功能及关节活动度,推荐适宜的居家运动方式(如散步、八段锦),规定频率(每周 ≥ 5 天)、时长(每次20~30分钟)及强度(微汗、可交谈)。

(5) 定期沟通与综合评估,每周通过电话或微信与患者及家属沟通1次,询问近期药物服用情况、有无漏服或错服、饮食控制执行度及情绪状态;每月复评血压、血糖控制水平,结合家庭自测数据判断趋势;根据评估结果动态调整干预措施,如优化药物方案、强化饮食限制或增加心理支持频次。

(6) 线上健康宣教,建立“慢性病管理”微信群,成员包括患者、家属及团队医护人员;每周定期推送图文或短视频内容,涵盖低盐食谱示例、足部护理要点、低血糖识别与处理、季节性健康提醒等;对群内提出的共性问题集中解答,个性问题私信回复,确保信息准确、及时。

(7) 心理与情感支持,每两周通过电话或微信主动联系患者,关注其情绪变化,识别焦虑、抑郁或孤独感表现;对存在心理困扰者,采用倾听、共情、认知引导等方式进行疏导;鼓励参与社区老年活动,促进社会交往;对独居或丧偶老人,增加随访频次,提供情感陪伴与生活关怀。

1.3 观察指标

①血糖水平,包括空腹血糖和餐后2h血糖。

②血压水平,包括舒张压和收缩压。

③自我管理能力,采用自我护理力量表(ESCA)评估,得分越高自我管理能力强。

④满意度,采用自制问卷评估,总分100分, ≥ 80 分为满意,60~79分为一般, < 60 分为不满意。

1.4 统计学处理

SPSS24.0分析,计量资料($\bar{x} \pm s$)用t检验,计数资料[n(%)]用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 血糖水平比较

观察组干预后的血糖水平低于对照组($P < 0.05$)。见表1。

表1 血糖水平比较($\bar{x} \pm s$, mmol/L)

组别		观察组 (n=30)	对照组 (n=30)	t 值	P 值
空腹	干预前	8.72 \pm 0.59	8.73 \pm 0.63	0.063	0.950
	干预后	5.06 \pm 0.57	6.64 \pm 0.78	7.406	< 0.001
餐后	干预前	7.70 \pm 0.78	7.68 \pm 0.80	0.049	0.961
	干预后	5.06 \pm 0.57	6.64 \pm 0.78	7.406	< 0.001

2h 血糖	干预后	4.64 \pm 0.66	5.69 \pm 0.78	5.629	< 0.001
-------	-----	-----------------	-----------------	-------	-----------

2.2 血压水平比较

观察组干预后的血压水平低于对照组($P < 0.05$)。见表2。

表2 血压水平比较($\bar{x} \pm s$, mmHg)

组别		观察组 (n=30)	对照组 (n=30)	t 值	P 值
舒张压	干预前	105.80 \pm 6.05	105.76 \pm 6.07	0.026	0.980
	干预后	82.02 \pm 4.35	95.27 \pm 4.49	11.609	< 0.001
收缩压	干预前	162.56 \pm 6.18	162.27 \pm 6.03	0.184	0.855
	干预后	109.91 \pm 5.53	141.77 \pm 5.72	21.933	< 0.001

2.3 自我管理比较

观察组干预后的ESCA评分高于对照组($P < 0.05$)。见表3。

表3 自我管理比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别		观察组 (n=30)	对照组 (n=30)	t 值	P 值
自我概念	干预前	12.49 \pm 1.91	12.34 \pm 2.01	0.296	0.768
	干预后	17.43 \pm 2.97	14.70 \pm 1.56	4.457	< 0.001
自我管理责任感	干预前	9.60 \pm 0.98	9.76 \pm 0.79	0.696	0.489
	干预后	13.84 \pm 1.85	11.45 \pm 1.90	4.936	< 0.001
自我管理知识	干预前	22.16 \pm 3.92	22.25 \pm 3.91	0.089	0.929
	干预后	43.92 \pm 2.73	38.60 \pm 4.05	5.966	< 0.001
自我管理技能	干预前	17.03 \pm 2.82	17.32 \pm 3.06	0.382	0.704
	干预后	27.27 \pm 4.14	24.02 \pm 3.68	3.214	0.002

2.4 满意度比较

观察组满意度高于对照组($P < 0.05$)。见表4。

表4 满意度比较[n(%)]

组别	观察组 (n=30)	对照组 (n=30)	χ^2 值	P 值
满意	16 (53.33)	14 (46.67)		
一般	13 (43.33)	10 (33.33)		
不满意	1 (3.33)	6 (20.00)		
满意度	29 (96.67)	24 (80.00)	4.043	0.044

3 讨论

社区老年人群因生理机能减退、常合并多种慢性疾病,其健康管理具有高度复杂性,不仅涉及药物治疗的规范性,更包括生活方式干预、心理支持及长期随访等多个维度^[4]。若缺乏系统、持续且贴近生活的专业指导,患者易陷入恶性的循环,

大大降低生活质量并增加医疗负担,所以构建一种能够整合医疗资源、强化医患协作并覆盖院外全过程的干预策略,对于实现慢性病的有效控制、延缓疾病进展及促进健康老龄化具有不可替代的作用。

观察组干预后的血糖和血压水平低于对照组 ($P<0.05$)。传统碎片化照护难以动态响应病情变化,而该模式通过实时数据记录与月度综合评估,实现对血压、血糖趋势的精准捕捉,药物方案、饮食及运动处方可及时调整,避免治疗滞后^[5]。高频次面对面指导强化了患者对正确用药、规范监测及生活方式干预的理解与执行,减少因认知偏差或操作错误导致的控制不佳;医患间稳定契约关系增强了患者对治疗建议的信任与遵从,共同促成代谢指标的持续优化^[6]。

观察组干预后的 ESCA 评分高于对照组 ($P<0.05$)。老年患者常因知识缺乏、技能不足或信心缺失而难以有效管理慢性病,该模式通过结构化健康宣教(如微信群推送)、个性化计划制定(如明确运动强度、饮食目标)及反复技能训练(如家用设备使用、低血糖应对),逐步构建患者的疾病认知体系

与实操能力;每周沟通不仅监督行为执行,更通过正向反馈强化健康行为;心理支持与社会参与鼓励则提升其自我效能感,这种“知识—技能—信心”三位一体的干预策略,使患者从被动接受者转变为主动管理者,促使患者的自我管理能力的全面提升^[7]。

观察组满意度高于对照组 ($P<0.05$)。固定团队提供专属联系方式与工作日即时咨询,显著降低就医沟通门槛;定期远程随访将专业服务延伸至家庭,减少高龄患者往返奔波负担;个体化方案尊重患者生活习惯与家庭条件,增强干预可行性;情感支持、孤独疏导及社区活动引导满足了老年人的社会心理需求^[8]。这种兼具专业性、便捷性与温度感的服务模式,使患者在获得有效疾病管理的同时,感受到被关注、被尊重与被支持,在信任度、便利性及情感体验层面形成高度满意。

综上所述,实施家庭医生签约式服务模式可有效改善社区老年人慢性病患者的血糖和血压水平,提高自我管理能力和满意度。

参考文献:

- [1] 李云,吴绍波.家庭医生签约式服务模式对社区老年患者慢性病防治效果体会[J].大医生,2022,7(4):87-89.
- [2] 张影,崔明,韩君华,等.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.
- [3] 蒋敏.家庭医生签约服务模式在老年慢性病社区护理中的应用效果观察[J].每周文摘·养老周刊,2025(5):127-129.
- [4] 关冰,关震,冯书鑫,钱笑琴.家庭医生签约服务在老年慢性病健康管理中的应用效果评价[J].医院管理论坛,2023,40(2):94-9655.
- [5] 韩德伟,郭欣.家庭医生团队签约服务在慢性病健康管理中的实施价值[J].中国社区医师,2022,38(13):135-137.
- [6] 陈婧.基层卫生院家庭医生签约服务对老年慢性病管理的影响[J].西藏医药,2025,46(2):71-73.
- [7] 冯建荣.家庭医生签约和慢性病管理对社区高血压控制效果及其影响因素分析[J].婚育与健康,2023,29(1):85-87.
- [8] 倪丽芳,王卉.家庭医生签约服务在社区高血压慢病管理中的应用效果[J].中国卫生标准管理,2024,15(13):84-88.