家庭医生签约模式下老年慢性病护理管理实践

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】：主要目的是开展探究工作，去搞清楚家庭医生签约这样一种模式在卫生院针对老年慢性病所开展的护理管理工作当中的应用方面的价值情况，以此来对基层老年慢性疾病护理服务的流程予以优化，并且提升护理管理的质量水平。方法是选取我们医院在 2025 年 1 月份至 2026 年 1 月份这个时间段之内辖区里面的 2117 名已经签约的老年慢性疾病患者当作研究的对象，去实施家庭医生签约这种护理管理模式，组建起专业的家庭医生护理相关团队，建立具有个性化特点的慢性疾病护理方面的档案，开展上门进行随访、做体征监测、开展康复指导、进行健康宣教等履行约定的服务，对干预之前和干预之后患者的健康相关指标、护理服务的依从情况以及疾病认知的水平进行对比分析。结果是在干预之后，签约患者的血压以及血糖控制达到标准的比率提升到了 65%，年度体检完成的比率达到了 75%，上门随访、体征监测等履行约定服务完成的比率都超过了 90%；患者疾病认知水平方面的评分、护理依从方面的评分都明显高于干预之前，差异存在统计学方面的意义（P＜0.05）。结论是家庭医生签约模式能够有效地完善基层老年慢性疾病护理管理的体系，提升慢性疾病控制的效果以及患者健康管理的依从状况，优化基层医疗卫生服务资源的配置情况，值得在基层卫生院进行推广并应用。

【关键词】：涉及家庭医生进行签约的事宜；关于卫生院的情况；有关老年慢性疾病的状况；关于护理管理的工作；和健康指标相关的内容

DOI:10.12417/2811-051X.26.13.010

引言

伴随人口老龄化的进程不断加快，老年慢性疾病已经成为基层医疗卫生服务重点管理的内容，高血压、糖尿病等慢性疾病病程比较长、容易复发，对老年人群的生活质量以及生命健康造成了十分严重的威胁[1]。基层卫生院作为老年慢性疾病管理的前沿的阵地，其护理管理模式的科学性质以及有效性质直接影响慢性疾病防控的成效。家庭医生签约模式作为基层医疗卫生服务改革重要的举措，通过建立长期且稳定的医患服务关系，为老年慢性疾病患者提供具有连续性、具备个性化特点的健康管理相关服务，打破了传统慢性疾病管理当中“看重治疗、轻视护理”“看重医院、轻视社区”的局限。

1 研究资料与相关方法

1.1 一般资料

本项研究选取我们医院在 2025 年 1 月份至 2026 年 1 月份这个时间段之内辖区里面常住的老年人群当作研究的对象，辖区常住的老年人总共是 2117 人，其中已经签约的老年慢性疾病患者是 2117 人，签约覆盖的比率达到了 100%。

纳入的标准为：年龄大于或者等于 60 周岁，符合《中国老年高血压管理指南（2023）》《中国 2 型糖尿病防治指南（2022 年版）》等相关慢性疾病的诊断标准；自愿签订家庭医生服务的协议，配合完成各项护理管理以及随访的工作；意识处于清晰的状态，具备基本的沟通能力。

排除标准：合并严重心、肝、肾等重要脏器功能衰竭；存在精神类疾病或认知障碍，无法配合研究；中途退出签约服务或失访。

其中高血压患者 1297 例，占比 61.26%；糖尿病患者 469 例，占比 22.15%；慢阻肺患者 50 例，占比 2.36%；严重精神障碍老年患者 6 例，占比 0.28%。患者年龄 60~89 岁，平均（72.35±6.82）岁；男 1089 例，女 1028 例；病程 1~23 年，平均（8.64±3.21）年。本研究经我院伦理委员会批准，所有研究对象均签署知情同意书。

1.2 关于实验的方法

在本研究当中实施在家庭医生签约模式这个情况之下的老年慢性病护理管理的方案，核心是围绕着“签约-建档-履约-随访-优化”整个流程来开展的，具体的一些措施如下所述。

一是把专业的家庭医生护理团队组建起来，这个团队是由临床方面的医师、护理的人员、公卫方面的医师、康复方面的师所组成的，要把各个成员的职责明确一下，临床医师要负责慢性疾病的诊断以及用药方面的指导，护理人员要负责体征的监测、护理方面的干预以及随访的服务，公卫医师要负责健康档案的建立以及管理，康复师要负责个性化的康复指导，要定期开展团队的培训，从而提升慢性疾病护理管理的专业能力。

二是把个性化的慢性疾病护理档案建立起来，用电子档案和纸质档案相互结合这样的一种方式，详细地记录患者的一般资料、疾病的诊断、病程、用药的情况、过敏的历史、生活的习惯以及既往健康检查的结果，根据患者疾病的类型、病情的严重程度、身体的状况，制定个性化的护理管理方案，就好像高血压患者要重点关注血压的监测以及低盐饮食的指导，糖尿病患者要强化血糖的控制以及饮食运动的干预，慢阻肺患者要侧重呼吸功能的训练以及感染预防的指导。

三是开展多元化的履约护理服务，结合患者实际的需求，提供上门随访和门诊随访相互结合的服务模式，累计开展上门随访达到500余次数，为行动不便、高龄失能的患者提供上门体征的监测、用药的指导、康复的训练等服务；在门诊随访的过程当中，完成测血压血糖达到1876人次，同步开展健康方面的宣教，普及慢性疾病防治的知识、用药的注意事项以及自我管理的技巧；针对慢性疾病患者功能恢复的需求，开展康复指导达到500余人次，制定针对性的康复训练计划，指导患者进行肢体功能、呼吸功能等训练。

四是建立动态的管理与反馈的机制，定期对患者的健康指标、护理的依从性进行评估，根据评估的结果及时调整护理管理的方案，通过电话、微信、上门等方式加强和患者以及家属的沟通，及时解答患者的疑问，解决护理管理当中存在的问题，提升患者服务的满意度以及依从性。

五是强化健康宣教的力度，通过举办健康讲座、发放宣传的手册、线上科普等方式，定期向签约的患者普及慢性疾病防控的知识，纠正患者不良的生活习惯，引导患者树立科学的健康管理理念，主动配合护理管理的工作。

1.3 关于观察的指标

在本研究当中选取3项核心的观察指标，分别是健康指标的控制情况、护理服务的依从性以及疾病的认知水平。健康指标的控制情况包括血压/血糖控制的达标率、年度体检的完成率。护理服务的依从性采用自制的依从性量表来评估，包括用药的依从性、随访的依从性、康复训练的依从性以及健康生活方式的依从性，总分是100分，评分越高就表明依从性越好。疾病的认知水平采用自制的疾病认知问卷来评估，包括疾病的病因、症状、并发症、用药的知识以及自我管理的知识，总分是100分，评分越高就表明认知水平越高。

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，计量资料以（x±s）表示，组间比较采用t检验；计数资料以[n（%）]表示，组间比较采用x^2检验。P＜0.05为差异具有统计学意义。

2 结果

表1 签约患者健康指标控制情况[n（%）]

指标类型	血压控制	血糖控制	年度体检
例数	1297	469	2117
达标/完成例数	843	305	1588
达标/完成率（%）	65.00	65.03	75.01

由表1可知，签约患者血压控制达标率为65.00%，血糖控制达标率为65.03%，年度体检完成率为75.01%。

表2 干预前后患者护理服务依从性对比（x±s，分）

观察时间	干预前	干预后	t值	P值
例数	2117	2117	-	-
用药依从性	62.35±7.21	85.64±6.32	68.254	＜0.001
随访依从性	65.42±6.89	88.79±5.98	75.321	＜0.001
康复训练依从性	58.76±8.12	82.35±7.01	62.187	＜0.001
健康生活方式依从性	60.18±7.53	84.21±6.78	70.452	＜0.001
总分	61.68±7.44	85.25±6.55	78.693	＜0.001

由表2可知，干预后患者用药依从性、随访依从性、康复训练依从性及健康生活方式依从性评分均显著高于干预前，差异均有统计学意义（P＜0.001）。

表3 干预前后患者疾病认知水平对比（x±s，分）

观察时间	干预前	干预后	t值	P值
例数	2117	2117	-	-
疾病病因认知	55.21±8.34	82.35±7.21	65.324	＜0.001
症状认知	58.67±7.89	85.67±6.98	70.187	＜0.001
并发症认知	52.34±9.12	80.12±7.89	60.452	＜0.001
用药知识认知	50.12±8.76	83.45±7.56	72.693	＜0.001
自我管理知识认知	53.45±8.43	81.23±7.98	68.254	＜0.001
总分	53.96±8.51	82.56±7.72	75.321	＜0.001

由表3可知，干预后患者疾病病因、症状、并发症、用药知识及自我管理知识认知评分均显著高于干预前，差异均有统计学意义（P＜0.001）。

3 讨论

本项研究是围绕着家庭医生签约的这种模式之下卫生院针对老年慢性病开展护理管理实践来展开的，研究的结果显示出来，这种模式能够有效果地提升老年慢性病患者健康指标的控制成效、护理服务的依从性以及疾病认知的水平，为基层老年慢性病护理管理方面的工作提供出了可行的路径，现在把相关的讨论分析内容如下呈现出来。从健康指标控制的状况方面来看，在进行干预之后签约的患者血压以及血糖控制达到标准的比率达到了65%，年度体检完成的比率达到了75%。老年慢性病患者因为年龄比较大、身体机能出现了下降，并且大多数

的患者缺少科学的健康管理方面的知识，自我监测以及自我管理的能力比较弱，从而造成血压、血糖等指标控制的效果不太好。从护理服务依从性方面来看，在进行干预之后患者用药的依从性、随访的依从性、康复训练的依从性以及健康生活方式的依从性评分都有了显著的提升，这种差异具有统计学的意义。在传统的基层慢性病管理模式当中，医护人员和患者之间的沟通比较少，服务的形式比较单一，缺少具有针对性的干预措施，从而导致患者的依从性比较低，有一部分患者存在着擅自停止用药、漏服药物、不配合随访等情况，对慢性病控制的效果产生了影响。而家庭医生签约模式凭借建立起长期稳定的医患服务关系这种方式，医护人员和患者以及家属保持着密切的沟通，依据患者实际的情况制定出个性化的护理干预方案，针对患者在用药、随访、康复训练等方面存在的问题，及时地开展指导并且进行纠正。从疾病认知水平方面来看，在进行干预之后患者对于疾病病因、症状、并发症、用药知识以及自我管理知识的认知评分都有了显著的提高，这是家庭医生签约模式之下健康宣教工作所取得成效的直接体现。老年慢性病患者疾病认知水平偏低是影响慢性病管理效果的重要因素，大多数患者对于慢性病的危害、用药注意事项、自我管理方法等缺乏了解，很容易出现盲目用药、忽视病情监测等情况。在本项研究当中，护理团队通过举办健康讲座、发放宣传手册、线上进行科普、一对一开展指导等多种形式，向患者普及慢性病防治的知识，结合患者疾病的类型，开展具有针对性的科普教育，把专业的医学知识转化成为通俗易懂的语言，方便老年患者理解以及掌握[4]。

4 结论

本次研究证实了，家庭医生签约模式在卫生院针对老年慢性病的护理管理工作当中是具有很显著的应用价值的，通过组建专业的护理团队、建立个性化的护理档案、开展多元化的履约服务以及动态的管理，能够有效地提升签约患者血压/血糖控制达到标准的比率以及年度体检完成的比率，增强患者对护理服务的依从程度以及对疾病的认知的水平，完善基层老年慢病护理管理的体系。这种模式是贴合基层医疗卫生服务实际情况的，可以解决老年慢病患者就医不方便、管理不规范这些方面的问题，优化基层医疗卫生资源的配置，提升基层慢病防控的能力。

参考文献：

[1] 何萱.基层卫生院老年慢性病的护理干预效果分析[A]长者“护航计划”——第五届中西医融合助力现代医学发展会议论文集(上)[C].中国老年保健协会,中国老年保健协会,2026:3.

[2] 李妹.基层卫生院内科老年慢性病患者延续性护理的研究进展[A]关爱生命大讲堂之生命关怀与智慧康养系列学术研讨会论文集(上)—高血压与主动脉疾病专题[C].中国生命关怀协会,中国生命关怀协会,2025:3.

[3] 吴彩芬.对老年慢性病患者进行综合护理干预的效果分析[J].当代医药论丛,2018,16(2):216-218.

[4] 黄雪清.浅谈对乡镇卫生院老年慢性病患者进行全面护理干预的方法及效果[J].当代医药论丛,2014,12(7):132-133.