

社区护理服务在社区老年慢性病管理中的应用效果

田波

江阴市璜土社区卫生服务中心 江苏无锡

【摘要】目的 将社区护理服务应用在社区老年慢性病患者管理中, 探究其护理价值。**方法** 2023 年 1 月-2024 年 1 月期间在本社区中选择 65 岁及以上的老年慢性病患者 80 例为范例。以电脑随机数字表法分组。观察组(n=40) 实施社区护理服务干预, 对照组 (n=40) 实施基础社区健康管理干预。比较两组的护理成效。**结果** 干预前两组患者的自我管理评分比较无统计学意义 ($P>0.05$)。观察组患者干预 6 个月后, 自我管理评分各维度均高于对照组, 组间比较差异有统计学意义 ($P<0.05$)。观察组并发症占比低于对照组, 有统计学意义 ($P<0.05$)。**结论** 社区护理服务方法的应用, 能够有效提升患者自我管理能力, 降低并发症的发生风险。

【关键词】 社区护理服务; 社区; 老年; 慢性病管理

【收稿日期】 2026 年 3 月 21 日

【出刊日期】 2026 年 4 月 20 日

【DOI】 10.12208/j.jacn.20260222

The application effect of community nursing services in the management of chronic diseases among the elderly in the community

Bo Tian

Jiangyin Huangtu Community Health Service Center, Wuxi, Jiangsu

【Abstract】 Objective To apply community nursing services in the management of elderly patients with chronic diseases in the community and explore its nursing value. **Methods** From January 2023 to January 2024, 80 elderly patients aged 65 and above with chronic diseases in this community were selected as the sample. They were divided into groups using the computer random number table method. The observation group (n=40) received community nursing service intervention, while the control group (n=40) received basic community health management intervention. The nursing effects of the two groups were compared. **Results** Before the intervention, there was no statistically significant difference in the self-management scores of the two groups ($P>0.05$). After 6 months of intervention, the self-management scores of each dimension of the observation group were higher than those of the control group, and the difference between the groups was statistically significant ($P<0.05$). The proportion of complications in the observation group was lower than that in the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** The application of community nursing service methods can effectively improve patients' self-management ability and reduce the risk of complications.

【Keywords】 Community nursing service; Community; Elderly; Chronic disease management

前言

在人口结构老龄化加速的背景下, 老年慢性病已成为我国公共卫生领域的突出挑战, 且老年人群中, 高血压、糖尿病、冠心病等慢性疾病患病率较高, 呈现出“高发病率、高致残率、高病死率”的态势^[1]。社区作为老年慢性病管理的首要防线, 其护理水平直接关系到患者疾病控制效果与生活品质。当前社区健康管理普遍聚焦于疾病筛查与用药指导, 缺少连续、精准的个体化干预, 难以应对老年患者的多样化健康需求。近年来强调“以人为中心、针对性干预”的个性化社区护理模式,

在慢性病管理领域逐渐受到重视, 然而其对于改善老年患者自我管理行为的具体成效, 仍缺乏系统性临床证据支持^[2]。鉴于此, 该文通过设置对照研究, 旨在探究应用社区护理服务后取得了怎样效果。详情如下所述。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2023 年 1 月-2024 年 1 月期间在本社区中选择 65 岁及以上的老年慢性病患者 80 例为范例。以电脑随机数字表法分组。观察组 (n=40) 男 22 例, 女 18 例, 年龄范畴 65-82 岁, 均年龄 (73.55 ± 8.00) 岁; 其中高

血压 18 例, 糖尿病 12 例, 冠心病 6 例, 多种慢性病共存 4 例。对照组 ($n=40$) 男 23 例, 女 17 例, 年龄范畴 65-83 岁, 均年龄 (74.00 ± 7.55) 岁; 其中高血压 16 例, 糖尿病 13 例, 冠心病 7 例, 多种慢性病共存 4 例。比较患者的临床资料后未见统计学意义, $P > 0.05$ 。

1.2 方法

对照组采用基础社区健康管理干预, 社区需要每季度组织一次慢性病的专题健康讲座, 涵盖疾病基本认知、规范用药等内容; 还要每月通过电话或微信随访, 提示患者要进行按时的服, 还要定期监测血压或血糖水平。另外社区需要每年安排一次包含血常规、肝肾功能、心电图等项目的免费体检, 以此了解老年人的身体变化情况。若是老年患者有进一步诊疗需求, 社区将及时提供转诊支持与就医引导。

观察组采用社区护理服务模式干预, 要点为:

(1) 个性化健康建档

由专职护士及健康管理师通过家庭访视进行深入访谈, 系统采集患者的多维健康数据, 包括疾病进展程度、用药依从性、日常饮食结构与运动频率、心理健康状态及家庭支持资源等, 建立动态电子健康档案, 实现诊疗数据与生活方式信息的同步更新与长期跟踪。

(2) 营养与运动干预

需要根据患者代谢指标及生活习惯制定结构化膳食方案, 如为高血压患者设计每日钠摄入量低于 2000mg 的食谱, 为糖尿病患者规划血糖负荷均衡的三餐搭配; 同时联合康复治疗师制定阶梯式运动处方, 涵盖低强度有氧训练 (如每日散步 30 分钟)、柔韧性练习 (如简化太极拳) 及适度抗阻运动 (如使用弹力带), 每周安排 3-5 次活动, 单次时长 30-45 分钟, 并依据患者体能变化进行适应性调整。

(3) 用药安全管理

社区应该实施月度上门药学服务, 核对药品库存与服用记录, 开展个体化用药教育, 解析药物机理、潜在不良反应及配伍禁忌; 针对认知功能下降的患者, 配置智能化分药盒, 同步绑定亲属端用药提醒程序; 建立用药偏差预警机制, 对漏服、误服情况及时干预, 并通过医联体绿色通道协助进行治疗方案复审与调整。

(4) 关注患者心理与社会需求

社区要通过定期交流识别焦虑、抑郁等情绪, 开展一对一心理支持, 并邀请康复良好的居民分享经验; 定期组织病友交流活动, 鼓励彼此支持, 并引导家人共同参与照护, 构建温暖的家庭康复环境。

(5) 建立系统化随访机制

实施周度远程健康监测 (血压、血糖电子数据传输) 结合月度上门体征核查; 每两个月组织社区健康驿站集中检测, 项目包括动态血压监测、糖化血红蛋白检测、血脂四项及人体成分分析, 通过数据趋势分析实现并发症风险的早期预警与分级处理。

组间患者均持续干预 6 个月。

1.3 观察指标

1.3.1 慢性病自我管理行为评分

以《老年慢性病自我管理行为量表》作为评价依据, 内容: 饮食管理、用药依从、运动锻炼、定期监测, 合计 20 个条目, 每条目用 1-5 分评分法计分, 百分制, 患者的得分越高代表其自我管理行为越佳。分别在干预前、干预 6 个月后进行测评。

1.3.2 并发症

记录干预 6 个月内患者出现的慢性病相关并发症, 如高血压脑出血、糖尿病肾病、冠心病心绞痛等, 计算并发症发生率。

1.4 统计学分析

使用 SPSS 27.0 统计软件对数据进行分析, 计量资料用 (均数 \pm 标准差) 表示, t 检验比较, 组间计数资料采用卡方检验比较, 表示为 $n/\%$ 。当 $P < 0.05$, 有统计学意义。

2 结果

2.1 组间自我管理能力评分比较

干预前两组患者的自我管理评分比较无统计学意义 ($P > 0.05$)。观察组患者干预 6 个月后, 自我管理评分各维度均高于对照组, 组间比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.2 组间并发症对比

观察组患者干预 6 个月后, 高血压脑出血 1 例、糖尿病肾病 1 例, 并发症占比 5.00% (2/40); 对照组高血压脑出血 3 例、糖尿病肾病 2 例、冠心病心绞痛 2 例、糖尿病足 1 例, 并发症占比 20.00% (8/40)。前者低于后者, 有统计学意义 ($\chi^2 = 4.114, P = 0.043$)。

3 讨论

慢性病自我管理行为是影响病情控制的关键因素, 老年患者由于认知水平、健康意识等差异, 往往存在饮食不规律、用药依从性差、缺乏运动等问题^[3]。经过本研究可知: 观察组患者干预 6 个月后, 自我管理评分各维度均高于对照组, 组间比较差异有统计学意义。究其原因: 通过建立个性化健康档案, 精准掌握患者的个体差异, 制定专属的饮食、运动与用药方案, 有效解决了常规管理中“一刀切”的弊端^[4-6]。

表 1 组间自我管理评分比较[n/ ($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	时间	饮食管理	用药依从	运动锻炼	定期监测	总分
观察组	40	干预前	21.35±3.26	23.18±3.52	18.62±3.15	19.25±3.38	82.40±12.15
		干预后	28.64±3.51	32.45±3.86	26.78±3.42	27.56±3.65	115.43±13.26
		<i>t</i>	9.625	11.223	11.099	10.565	11.652
		<i>P</i>	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
对照组	40	干预前	20.98±3.31	22.86±3.48	18.35±3.22	18.96±3.45	81.15±12.32
		干预后	23.52±3.46	26.78±3.65	21.45±3.36	22.34±3.58	94.09±12.87
		<i>t</i>	3.355	4.916	4.213	4.300	7.304
		<i>P</i>	0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
组间比较 <i>t</i>		6.570	6.750	7.031	6.457	4.594	
组间比较 <i>P</i>		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	

例如：对高血压患者而言，其低盐饮食指导、糖尿病患者的血糖监测提醒，以及为记忆力较差患者配备分药盒等措施，切实提升了患者的自我管理能力和行为。另外通过定期随访与入户指导，及时发现并纠正患者的不良行为，形成了完整的闭环管理，这种由专业指导、家庭协助、同伴支持共同构建的健康管理生态，帮助老年患者逐步建立起稳定、可持续自我管理能力和行为，从而为长期病情控制奠定了坚实基础^[7-8]。

经过本研究得知：观察组患者的并发症发生率显著（5.00%）低于对照组（20.00%）。由此表明：在实施社区护理服务模式之后，能降低并发症风险发生几率；其主要得益于以下几点：（1）通过系统化的用药指导与监督管理，有效提升了患者用药的准确性与规律性，保障了药物疗效的稳定发挥，从而避免了因病情波动可能引发的并发症。（2）依托常态化的指标监测体系与动态反馈机制，能够及时发现血压、血糖等关键指标的异常变化，为治疗方案的适时调整提供依据，防止疾病进展。（3）结合患者自身的代谢特点制定的饮食与运动方案，能够进一步改善患者整体代谢状态，减轻高血糖、血脂异常等危险因素对血管及靶器官的持续性损害，从源头上降低并发症发生可能^[5]。

本研究存在一定局限性：在设计及实施过程中仍存在若干有待完善的方面。首先，受研究条件所限，样本规模相对有限，且所有样本均来自同一社区卫生服务中心，这一抽样方式可能导致一定的选择偏倚。未来研究有必要扩大样本覆盖范围，开展跨区域、多中心的协作研究，以进一步验证当前结论的普适性与稳定性。同时，本研究的随访周期设定为 6 个月，这一时长虽能反映干预措施的中期效果，但对慢性病管理这类需要长期跟踪的评价目标而言仍显不足。社区护理模式的长期效益、患者行为改变的可持续性，以及其对远期

并发症发生率的影响，未来均有待通过延长随访时间、建立动态健康档案等方式进行持续观察与评估。

综上所述，社区护理服务方法的应用，能够有效提升患者自我管理能力和行为，降低并发症的发生风险。

参考文献

- [1] 赵岩,马影蕊,刘姿瑶.社区老年慢性病护理视域下数字化健康管理的应用进展[J].全科护理,2025,23(24):4677-4682.
- [2] 李宏,付晶,王明欢,等.社区老年慢性病共病患者自我管理现状及影响因素的研究[J].心理月刊,2025,20(20):61-63+66.
- [3] 宁淑仪.社区护理服务是老年慢性病管理的排头兵[J].家庭生活指南,2025,41(10):124-125.
- [4] 倪凌雁,秦宁.“互联网+”家庭护理管理模式在社区老年慢性病患者中的应用效果分析[J].中国社区医师,2025,41(22):157-159.
- [5] 庞丽莉.社区护理服务在社区老年慢性病管理中的应用效果[J].继续医学教育,2025,39(05):173-177.
- [6] 夏燕,黄贝瑛,辛晓艳,等.家庭医生签约服务在社区老年慢性病患者管理中的应用价值.检验医学与临床,2021,18(15):2262-2265.
- [7] 齐志伟,黄莉莉.健康管理在社区老年慢性病防治中的应用效果.养生保健指南,2020(39):218.
- [8] 伍咏梅.社区护理在社区慢性病管理中的作用及效果观察.中国保健营养,2020,30(7):154.

版权声明：©2026 作者与开放获取期刊研究中心（OAJRC）所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS