

慢性高血压患者实施社区护理管理的效果评估

周嘉, 王瑜

昌吉州人民医院准东分院 新疆昌吉

【摘要】目的 探讨社区护理管理在慢性高血压患者中的应用效果。**方法** 选取 2023 年 8 月至 2024 年 9 月社区门诊诊治的慢性高血压患者 110 例, 随机分为观察组 (社区护理管理) 和对照组 (常规护理管理) 各 55 例, 对比效果。**结果** 观察组血压水平低于对照组, 健康知识知晓情况评分及生活质量评分高于对照组 ($P<0.05$)。**结论** 社区护理管理可增加慢性高血压患者健康知识, 有效改善血压水平, 提升生活质量, 效果良好。

【关键词】 健康知识; 社区护理管理; 生活质量; 慢性高血压; 血压

【收稿日期】 2025 年 7 月 27 日

【出刊日期】 2025 年 8 月 22 日

【DOI】 10.12208/j.cn.20250434

Evaluation of the effectiveness of community nursing management for patients with chronic hypertension

Jia Zhou, Yu Wang

Zhundong Branch of Changji Prefecture People's Hospital, Changji, Xinjiang

【Abstract】Objective To explore the application effect of community nursing management in patients with chronic hypertension. **Methods** 110 patients with chronic hypertension treated in community outpatient clinics from August 2023 to September 2024 were randomly divided into an observation group (community nursing management) and a control group (routine nursing management), with 55 patients in each group, and the effects were compared. **Results** The blood pressure level of the observation group was lower than that of the control group, and the scores of health knowledge awareness and quality of life were higher than those of the control group ($P<0.05$). **Conclusion** Community nursing management can increase the health knowledge of patients with chronic hypertension, effectively improve blood pressure levels, enhance quality of life, and achieve good results.

【Keywords】 Health knowledge; Community nursing management; Quality of life; Chronic hypertension; Blood pressure

现阶段, 高血压患者的人数在现代生活方式改变、社会压力的不断增加下显著升高, 此病不但会损伤患者的重要脏器功能, 如心脏、肝脏、肾脏等, 也可能导致严重的并发症, 如冠心病等, 增加患者负担, 威胁其生命安全^[1]。某些医院的治疗对于诊断及治疗疾病重视度更高, 对于该类患者长时间且不间断的健康管理需求来讲不能有效满足。并且该类患者中的大部分人的血压水平处于不稳定状态, 而相关原因主要是生活方式不健康、疾病认知度低等, 若想将上述问题有效解决, 全面且系统的管理模式十分必要^[2]。社区护理可以将系统、全面且连续的健康管理服务提供给患者, 其突破传统医疗模式的枷锁, 使护理服务从医院延伸到家庭、社区, 通过构建健康当担、定时随访等多项工作使患者形成高度认知, 更好的配合相关工作, 从而有效控制病情^[3]。所以, 本文分析慢性高血压患者开展社区护理管理

的效果, 如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料

2023 年 8 月至 2024 年 9 月, 社区门诊诊治的 110 例慢性高血压患者, 随机分为观察组 55 例, 男 35 例, 女 20 例, 平均年龄 (65.26 ± 7.33) 岁, 平均病程 (8.33 ± 2.55) 年; 对照组 55 例, 男 33 例, 女 22 例, 平均年龄 (64.88 ± 7.22) 岁, 平均病程 (8.44 ± 2.66) 年。两组资料对比 ($P>0.05$)。

1.2 方法

对照组: 常规护理管理, 含运动、饮食以及运动等多方面的常规护理。观察组: 社区护理管理方案。1) 档案管理。当患者于社区门诊就诊时, 即刻为其创建动态电子健康档案, 详细录入患者个人信息、病情分级、最新血压数据等基础资料, 并持续更新不同阶段的检

查报告。基于这些数据,为患者量身定制个性化的健康管理方案,包括科学作息安排、营养均衡的饮食计划和适度运动规划。同时,向患者深分析吸烟、酗酒等不良生活习惯对血管功能及动脉粥样硬化进程的负面影响,协助患者养成健康生活方式。2) 健康宣教。针对高血压初期症状隐匿、患者认知不足的特点,开展全面的健康知识普及。内容不仅包括高血压的危害,也系统讲解血压自我监测方法、疾病定义、发病机制、控制手段及典型症状等知识。着重强调高血压的终身性特质,让患者明白规范护理管理对稳定血压的重要性,从而强化其长期用药意识。3) 药物管理。在常规用药指导基础上,深化药物知识宣教。详细阐释各类降压药物的作用机制、使用禁忌及可能出现的不良反应。如提醒患者利尿剂宜在清晨或上午服用,规避夜间频繁起夜影响睡眠;告知使用肾素血管紧张素类药物需警惕高血钾、低血压风险,严格遵医嘱用药,杜绝随意增减药量或停药。4) 家庭医生签约服务。先对家庭医生开展职业素养与专业技能培训,深入解读高血压患者的生活习性和疾病特征以提升服务能力。积极向患者宣传签约服务的优势,协助患者匹配合适的家庭医生,并鼓励

通过线上线下多渠道互动交流。社区护理人员为患者配发服务联系卡,定制专属诊疗方案,每两个月通过调查问卷评估患者状况,及时补充健康知识。家庭医生每月上门随访,了解患者身心状态,指导血压测量和日常注意事项。此外,每月举办社区健康教育讲座,动员患者及家属参与,充分发挥家庭监督作用,现场答疑解惑,全方位提升患者健康管理能力。

1.3 观察指标

血压水平包括舒张压、脉压差、舒张压以及平均动脉压;健康知识知晓情况评分为自制调查表,含疾病认知评分、饮食管理评分等多个方面,分数越高说明健康知识知晓度越高;生活质量用 SF-36 评价,含生理功能、心理功能等多个方面,分数越高代表生活质量越好^[4]。

1.4 统计学处理

SPSS23.0 分析数据,计数、计量(%)、($\bar{x} \pm s$)表示,行 χ^2 、t 检验, $P < 0.05$ 统计学成立。

2 结果

2.1 血压水平

护理后,组间比较($P < 0.05$),见表 1。

表 1 血压水平 ($\bar{x} \pm s$, mmHg)

指标	时间	观察组 (n=55)	对照组 (n=55)	t	P
收缩压	护理前	158.60±15.31	157.82±15.03	0.323	>0.05
	护理后	132.41±10.12	145.25±12.43	5.875	<0.05
舒张压	护理前	95.39±6.39	94.76±8.59	0.411	>0.05
	护理后	82.29±6.35	88.51±7.13	5.452	<0.05
平均动脉压	护理前	116.46±10.21	115.76±10.25	0.386	>0.05
	护理后	99.02±7.48	107.53±8.59	5.764	<0.05
脉压差	护理前	63.15±8.88	63.05±8.76	0.297	>0.05
	护理后	50.12±6.28	57.02±7.14	5.421	<0.05

2.2 健康知识知晓情况评分

护理前,观察组:疾病认知评分(58.31±7.79)分、饮食管理评分(59.43±7.89)分、用药知识评分(60.13±8.03)分、运动知识评分(57.80±7.59)分、并发症预防评分(56.77±7.45)分,对照组:(58.03±7.69)分、(60.01±7.79)分、(59.13±7.76)分、(57.58±7.46)分、(56.66±7.14)分,组间比较($t=0.311/0.286/0.297/0.275/0.301$, $P > 0.05$);护理后,观察组:(87.53±9.36)分、(88.59±9.46)分、(86.76±9.28)分、(85.36±9.03)分、(84.76±9.03)分,对照组:(75.26±8.55)分、(76.25±8.66)分、(74.77

±8.46)分、(73.50±8.26)分、(72.56±8.13)分,组间比较($t=6.542/6.764/6.653/6.875/6.986$, $P < 0.05$)。

2.3 生活质量评分

护理前,观察组:生理功能评分(62.29±8.47)分、心理功能评分(58.56±7.68)分、社会功能评分(61.26±8.15)分、总体健康评分(60.76±7.76)分,对照组:(62.03±8.26)分、(58.42±7.76)分、(61.12±8.02)分、(60.28±7.70)分,组间比较($t=0.297/0.311/0.286/0.301$, $P > 0.05$);护理后,观察组:(85.59±9.21)分、(82.36±8.57)分、(83.46±8.88)分、(84.15±8.26)分,对照组:(73.33±8.22)

分、(70.45±8.11)分、(72.26±8.33)分、(71.76±8.02)分,组间比较($t=6.542/6.765/6.653/6.986, P<0.05$)。

3 讨论

在慢性疾病中,高血压属于一种常见的慢性病,尽管在急性期治疗中医院诊疗模式具有重要作用,但是对于长时间管理慢性病患者来讲效果并不如意^[5]。社区护理作为一种持续性的医疗服务,其实现护理服务向社区的眼神,提供管理慢性病的新方式^[6]。

本研究结果说明对慢性高血压患者实施社区护理管理,能有效改善患者血压水平、提升健康知识知晓评分并改善生活质量,分析原因:1) 血压管理。社区护理管理通过建立电子档案,全面收录患者基本信息与检查报告便于医护人员及时掌握患者病情动态,据此制定个性化的作息、饮食和运动计划,从生活方式干预入手,减少不良生活习惯对血管的损害,进而辅助控制血压^[7]。同时,详细的药物分析和指导,不仅告知患者药物使用方法,也介绍用药禁忌与不良反应,提高患者用药依从性,保障药物治疗效果,稳定血压水平^[8]。2) 健康知识普及。定期开展的健康宣教包括高血压危害、定义、发病因素等多方面内容,使患者全面认识疾病,知晓自我监测血压、控制病情的重要性^[9]。家庭医生签约服务中的健康教育和每月一次的知识讲座进一步强化患者的疾病认知,帮助其扫除知识盲点,提升健康知识知晓评分,促使患者主动配合治疗和护理^[10]。3) 生活质量改善方面。家庭医生上门随访和线上沟通,能及时了解患者运动、心理等情况,给予针对性指导和心理支持,缓解患者因疾病产生的焦虑情绪^[11]。此外,通过发挥家属监督作用,鼓励患者参与健康活动并答疑解惑,营造良好的康复环境,助力患者形成健康生活习惯,从生理和心理层面共同改善患者的生活质量^[12]。

综上所述,社区护理管理通过多维度、全方位的干预措施,从疾病管理、知识普及到生活支持,形成一套完整的护理体系,从而有效改善慢性高血压患者的健康状况,值得推广应用。

参考文献

- [1] 董萍,于苗苗,赵静.社区老年高血压患者实施健康教育与慢性病管理联合护理的效果观察[J].每周文摘·养老周刊,2023(13):134-136.
- [2] 张洁玲,杜清妹,汤彩芬.社区护理干预对老年高血压患

者自我管理能力的改善效果[J].中国医药指南,2023,21(17):45-48.

- [3] 陈华婕,冯少馨,陈丽娟,游少珺,陈德英.微信平台的自我效能护理在慢性胃炎伴高血压患者中对 GSES 评分及生活质量的效果[J].心血管病防治知识(学术版),2023,13(19):88-90.
- [4] 刘文娟,马媛媛,蔡琦,曹婕,李思哲.基于耐受性评估的心脏康复护理在慢性心力衰竭患者中的应用效果[J].护理实践与研究,2023,20(17):2534-2538.
- [5] 贺丽丽.老年人高血压及糖尿病社区健康管理与社会护理干预效果分析[J].中文科技期刊数据库(引文版)医药卫生,2023(4):129-132.
- [6] 郑丽,杰常明,荣超.中医“治未病”视角下杭州市家庭医生签约服务对高血压患者管理的效果评价研究[J].浙江中医药大学学报,2023,47(9):1073-1077.
- [7] 薛娟,雷明霞.医院-社区-家庭健康管理模式结合知行干预对老年高血压患者健康认知、行为及血压控制的影响[J].临床医学研究与实践,2023,8(9):158-160.
- [8] 姜珊珊.以 CGA 的社区家庭访视护理干预对老年高血压患者血压水平和生活质量的影响[J].心血管病防治知识(学术版),2023,13(27):90-92.
- [9] 丘桂芳,陈璟,蔡少娜,吴丽妹,杨源.医学生参与社区中年高血压患者健康管理的联动效应研究[J].首都食品与医药,2023,30(13):84-87.
- [10] 金茜,吴红燕.基于保护动机理论的体质量管理联合分级活动对慢性充血性心力衰竭患者的效果[J].国际医药卫生导报,2023,29(20):2941-2946.
- [11] 刘小兰,任文,雷欣瑶.集束化护理在慢性肾脏病-矿物质及骨代谢异常患者血磷管理中的应用观察[J].四川医学,2023,44(9):972-976.
- [12] 陈芳,刘海娟,吴小梅,兰彩云,顾文婷,欧阳俊红.基于“医院-社区-家庭”三位一体的老年痴呆患者健康管理模式的构建与应用效果[J].当代护士(中旬刊),2023,30(1):114-118.

版权声明: ©2025 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