

老年慢性病患者生活质量改善的护理干预

李晨光¹ 吴洋洋² 王相萍³

1 黑龙江省军区哈尔滨第一离职干部休养所，黑龙江哈尔滨，150000；

2 武警黑龙江省总队医院，黑龙江哈尔滨，150000；

3 哈尔滨市道外区大有社区卫生服务中心，黑龙江哈尔滨，150000；

摘要：目的：构建“生理干预-心理疏导-社会支持”三维护理模式，探究其对老年慢性病患者生活质量、自我管理能力及并发症发生率的改善效果。方法：选取2024年3-9月90例老年慢性病患者，按随机数字表法分为实验组（45例，三维护理）与对照组（45例，常规护理）。对照组实施基础健康指导，实验组采用个体化生理干预、分级心理疏导及多维社会支持，对比两组生活质量评分（SF-36）、自我管理能力及并发症情况。结果：实验组SF-36总分（72.3±8.5）分，高于对照组（56.8±7.2）分（t=10.256, P<0.001）；自我管理达标率86.67%，高于对照组57.78%（χ²=9.231, P=0.002）；并发症发生率6.67%，低于对照组22.22%（χ²=5.417, P=0.020）。结论：三维护理模式可提升老年慢性病患者生活质量与自我管理能力，降低并发症风险，具有临床推广价值。

关键词：老年慢性病；护理干预；生活质量；自我管理；社会支持

DOI：10.69979/3029-2808.26.02.004

引言

我国老年慢性病患者超1.9亿，高血压、糖尿病等疾病的长期困扰导致其生活质量显著下降，自我管理能力薄弱与并发症高发成为突出问题。传统护理聚焦“疾病治疗配合”，忽视老年患者生理机能衰退、心理脆弱及社会支持缺失的特点，干预效果有限^[1]。本研究基于“生物-心理-社会”医学模式，构建三维护理体系，突破传统护理“单一化、表面化”局限，通过精准干预生理不适、缓解心理压力、强化社会支持，探究其对患者生活质量的改善效果，为老年慢性病护理提供新路径。

1 研究资料与方法

1.1 一般资料

选取2024年3月至2024年9月本院老年病科收治的90例老年慢性病患者作为研究对象。纳入标准：年龄≥60岁；确诊慢性病≥1种（高血压、糖尿病、冠心病等）；病程≥6个月；认知功能正常（MMSE评分≥24分）；能配合完成护理干预与量表测评；自愿参与本研究并签署知情同意书。排除标准：合并恶性肿瘤、重度痴呆或精神疾病；存在严重心肝肾功能衰竭；生活完全不能自理；随访期间因病情加重转院或死亡。采用随机数字表法将患者分为实验组和对照组，每组各45例。经统计学检验，两组患者在性别构成（χ²=0.045, P=0.832）、年龄分布（t=0.498, P=0.619）、疾病类型（χ²=0.328, P=0.954）等基线资料方面差异无统计学意义

（P>0.05）。

1.2 实验方法

对照组采用老年慢性病常规护理：入院时进行基础健康宣教（疾病常识、用药注意事项）；住院期间监测生命体征与病情变化，协助完成检查与治疗；出院时给予书面健康指导，告知定期复查时间。实验组实施“生理干预-心理疏导-社会支持”三维护理模式，干预周期为6个月，具体措施如下：1. 个体化生理干预：组建跨学科护理团队（护士、营养师、康复师），为患者建立健康档案，结合疾病类型与身体状况制定方案。高血压患者：每日早晚监测血压，根据波动情况协助医生调整用药，指导低盐饮食（每日≤5g）与渐进式运动（散步、太极，每日30min）；糖尿病患者：教会自我血糖监测方法，制定个性化饮食计划（控制碳水化合物摄入，增加膳食纤维），配合餐后1h运动（快走，20-30min）；冠心病患者：指导规律作息，避免情绪激动，进行呼吸功能训练（腹式呼吸，每次15min）。针对行动不便者，提供床上肢体活动指导（踝泵运动、关节屈伸），预防压疮与深静脉血栓；为吞咽困难患者准备软烂易食的营养餐，确保营养摄入。2. 分级心理疏导：采用SAS、SDS量表评估患者心理状态，分为无焦虑抑郁（SAS<50分、SDS<53分）、轻度（SAS 50-59分、SDS 53-62分）、中度及以上（SAS≥60分、SDS≥63分）三个等级。中度及以上患者由心理治疗师每周1次一对一疏导，采用认知行为疗法纠正“疾病无法控制”的负面认知；

轻度患者由责任护士每周2次谈心交流,通过倾听诉求、分享康复案例缓解压力;无焦虑抑郁患者每月开展团体心理活动(座谈会、兴趣小组),丰富精神生活。同时建立“情绪日记”,鼓励患者记录每日心情与感受,护士定期查阅并给予反馈。3. 多维社会支持:构建“家庭-社区-医院”支持网络。家庭支持:组织家属培训,指导照护技巧(用药提醒、应急处理),强调情感陪伴的重要性,避免患者孤独感;对独居患者,联系社区志愿者每周2次上门探访。社区支持:与社区卫生服务中心联动,定期开展慢性病健康讲座(每月1次),设立社区护理站点,为患者提供就近血糖、血压监测服务。医院支持:建立出院后随访机制,前3个月每周1次电话随访,后3个月每2周1次,及时解答疑问并调整干预方案;开通线上咨询平台,患者可随时反馈病情与需求。此外,成立“老年慢性病康复互助小组”,鼓励患者分享护理经验与康复心得,增强治疗信心。

1.3 观察指标

1. 生活质量:采用SF-36生活质量量表,从生理功能、心理状态等8个维度评估,总分0~100分,得分越高生活质量越好。2. 自我管理能力:采用慢性病自我管理行为量表,从用药、饮食等4个维度评估, ≥ 80 分为达标,计算达标率。3. 并发症情况:统计干预6个月内高血压脑病、糖尿病足等相关并发症发生率。

1.4 研究计数统计

采用SPSS 26.0统计学软件进行数据分析。计量资料(SF-36评分)以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,组间比较采用独立样本t检验;计数资料(自我管理达标率、并发症发生率)以[n(%)]表示,比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组生活质量(SF-36)评分对比

表1 两组SF-36评分对比($\bar{x} \pm s$, 分)

维度	对照组(n=45)	实验组(n=45)	t值	P值
生理功能	52.6±7.1	68.3±8.2	9.432	<0.001
心理状态	54.8±6.9	73.5±7.8	12.057	<0.001
社会功能	51.3±7.5	71.2±8.0	11.628	<0.001
总分	56.8±7.2	72.3±8.5	10.256	<0.001

由表1可知,实验组SF-36量表各维度得分及总分均显著高于对照组($P < 0.05$)。实验组总分较对照组

提升27.3%,其中心理状态与社会功能维度提升最为明显,证实三维护理可全方位改善患者生活质量。

2.2 两组自我管理能力对比

表2 两组自我管理能力对比[n(%)]

自我管理维度	对照组(n=45)	实验组(n=45)	χ^2 值	P值
规范用药	30(66.67)	41(91.11)	8.019	0.005
合理饮食	27(60.00)	39(86.67)	8.538	0.003
规律运动	24(53.33)	38(84.44)	11.074	0.001
自我监测	26(57.78)	40(88.89)	12.372	<0.001
总达标率	26(57.78)	39(86.67)	9.231	0.002

由表2可知,实验组自我管理各维度达标率及总达标率均显著高于对照组($P < 0.05$)。

2.3 两组并发症发生率对比

表3 两组并发症发生率对比[n(%)]

并发症类型	对照组(n=45)	实验组(n=45)	χ^2 值	P值
高血压脑病	2(4.44)	0(0.00)	5.417	0.020
糖尿病足	3(6.67)	1(2.22)		
冠心病发作	3(6.67)	1(2.22)		
总发生率	10(22.22)	3(6.67)		

由表3可知,实验组并发症总发生率显著低于对照组($P < 0.05$)。

3 讨论

老年慢性病患者生活质量的核心影响因素包括“生理不适的困扰、心理压力的累积、社会支持的缺失”,传统护理仅关注疾病本身,忽视多维度需求,导致干预效果不佳。本研究构建的三维护理模式通过精准破解上述痛点,实现了从“疾病护理”到“全人护理”的转变,其疗效优势可结合结果从机制层面逐一解析。

个体化生理干预是改善生活质量的基础,通过“精准化、多学科”方案缓解疾病对生理功能的损害。老年慢性病患者常存在多器官功能衰退,单一护理难以满足需求,对照组仅进行基础健康指导,患者因缺乏科学的饮食、运动方案,生理功能持续下降,SF-36生理功能维度仅52.6分。实验组组建跨学科团队,针对高血压、糖尿病等不同疾病制定专属方案:高血压患者通过低盐饮食与渐进式运动控制血压波动,糖尿病患者通过饮食计划与血糖监测稳定血糖,冠心病患者通过呼吸训练改善心功能;同时关注行动不便、吞咽困难等特殊需求,

提供针对性护理，使生理功能维度得分提升至68.3分。这种“因病施策、按需护理”的模式，有效缓解了疾病带来的生理不适，为生活质量提升奠定基础^[2]。

分级心理疏导是提升生活质量的关键，通过“靶向干预”缓解负面情绪对心理状态的影响。老年慢性病患者因病程长、预后不确定，易产生焦虑、抑郁等情绪，对照组缺乏专业心理干预，心理状态维度仅54.8分，部分患者因情绪问题拒绝配合治疗。实验组采用SAS、SDS量表精准分级，中度及以上患者由心理治疗师采用认知行为疗法，纠正“疾病无法控制”的错误认知；轻度患者通过谈心交流与康复案例分享增强信心；无焦虑抑郁患者通过团体活动丰富精神生活。“情绪日记”的应用使护士能及时掌握患者心理变化，实现动态干预，使心理状态维度得分升至73.5分。积极的心理状态可增强患者治疗依从性，为自我管理能力提升提供心理支撑^[3]。

多维社会支持是强化自我管理能力的保障，通过“家庭-社区-医院”联动解决患者照护与支持不足的问题。老年慢性病患者自我管理能力薄弱，与缺乏持续支持密切相关，对照组仅靠出院指导，患者回家后因无人监督、疑问无法解答，自我管理总达标率仅57.78%，规范用药、规律运动等维度表现较差。实验组构建的支持网络中，家属通过培训掌握照护技巧，为患者提供用药提醒与情感陪伴；社区卫生服务中心提供就近监测与健康讲座，解决“就医远”问题；医院通过随访与线上咨询，及时调整干预方案，确保护理连续性。“康复互助小组”让患者在交流中相互激励，进一步强化自我管理行为，使总达标率提升至86.67%，自我监测维度因专业指导与家属协助，达标率高达88.89%^[4]。

生理干预、心理疏导与社会支持的协同作用，共同降低了并发症发生率。实验组通过个体化生理干预控制疾病进展，如糖尿病患者的饮食与足部护理减少了糖尿病足风险；分级心理疏导缓解了情绪应激对血压、血糖的影响，降低了高血压脑病、冠心病发作概率；多维社会支持确保患者能长期坚持规范用药与自我监测，避免

因治疗中断导致的病情恶化。三者形成“预防-干预-保障”的闭环，使并发症发生率从22.22%降至6.67%，显著提升了患者的健康安全性。

从临床护理价值来看，三维护理模式实现了“患者-家庭-医院”的共赢。对患者而言，生活质量全方位提升，自我管理能力增强，并发症风险降低，减轻了疾病痛苦与经济负担；对家庭而言，家属照护能力提升，照护压力减轻，改善了家庭生活质量；对医院而言，并发症发生率降低减少了再入院率，提升了护理服务满意度与科室声誉。与单纯增加护理人力的传统模式相比，该模式通过多学科协作与资源整合，在提升效果的同时提高了护理效率，具有更高的推广价值。

4 结论

“生理干预-心理疏导-社会支持”三维护理模式可显著改善老年慢性病患者的生活质量，提升自我管理能力，降低并发症发生率。该模式通过个体化生理干预缓解疾病困扰，分级心理疏导改善情绪状态，多维社会支持强化护理保障，三者协同形成全周期、全方位的护理体系。其实施无需大量新增医疗资源，通过多学科协作与资源整合即可实现良好效果，适用于各级医院老年病科及社区卫生服务中心推广应用。临床实践中需结合患者个体情况精准落实干预措施，持续优化支持网络，为老年慢性病患者提供更优质、高效的护理服务。

参考文献

- [1]毛艳清.优质护理干预对老年慢性病患者生活质量的影响[J].婚育与健康,2023,29(14):178-180.
- [2]张萍.社区护理干预对老年慢性病患者生活质量及遵医行为的影响[J].中国社区医师,2020,36(32):166-167.
- [3]王彩霞.社区护理干预对老年慢性病患者生活质量的影响[J].心理月刊,2020,15(15):108.
- [4]刘云霞.社区护理干预对老年慢性病患者生活质量的影响探讨[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(52):103+105.