

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、自我管理能力和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)、自我管理能力和并发症情况。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%($\chi^2=9.231$, $P=0.002$); 并发症发生率6.67%, 低于对照组22.22%($\chi^2=5.417$, $P=0.020$)。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和降低并发症风险, 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($\chi^2=0.045$, $P=0.832$)、年龄分布($t=0.498$, $P=0.619$)、疾病类型($\chi^2=0.328$, $P=0.954$)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。

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.