

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2025.07.040

网络首发 [https://link.cnki.net/urlid/50.1097.R.20250508.2101.019\(2025-05-09\)](https://link.cnki.net/urlid/50.1097.R.20250508.2101.019(2025-05-09))

健康素养理念在高血压患者家庭健康监测管理模式中的应用效果^{*}

黄利^{1,2},廖利平³,李姗彦¹,金韵¹,许超群¹,谭秀娟⁴,田锋^{1△}

(1. 张家界市人民医院护理部,湖南张家界 427000;2. 自贡市第四人民医院消毒供应中心,四川自贡 643000;3. 自贡市第一人民医院呼吸内科,四川自贡 643000;4. 张家界学院医学系,湖南张家界 427000)

[摘要] 目的 探讨健康素养理念在高血压患者家庭健康监测管理模式中的应用效果。方法 选取 2023 年 1 月至 2024 年 2 月在湖南省某三级甲等医院心血管内科门诊就诊的 150 例高血压患者为研究对象,根据随机数字表法分为对照组和观察组,每组 75 例。对照组实施常规管理模式,观察组实施健康素养理念下的家庭健康监测管理模式,干预 6 个月,比较两组健康素养、自我管理、焦虑抑郁评分及血压水平情况。结果 干预后两组健康素养、自我管理各维度评分较干预前升高,且观察组高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。干预后两组焦虑、抑郁评分及血压水平较干预前降低,且观察组低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 健康素养理念下的家庭健康监测管理模式对患者血压控制、提升自我管理效果明显。

[关键词] 健康素养;自我管理;家庭健康监测;焦虑;抑郁

[中图法分类号] R544.1

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2025)07-1749-04

高血压是心血管疾病首要且可改变的危险因素^[1],若未及时控制,易引发冠心病、卒中等严重并发症,致残致死率高,严重影响患者健康^[2]。传统血压管理方法有服用降压药物、健康饮食、适当运动及保持情绪稳定等,若患者健康素养低、自我管理能力弱、依从性差,血压控制不理想,进而对疾病治疗及身心健康威胁较大^[3]。为提高患者依从性,须采取有效管理措施控制血压,减少疾病对人的损害^[4]。研究表明,健康素养理念可促使患者获取健康信息、约束行为,实现有效自我管理与控制血压^[5],该模式需医院、社区、家庭及患者协作,涵盖按时服药、健康饮食、坚持锻炼及定期监测血压等^[6]。因此,本研究采用家庭健康监测管理模式并分析其应用效果,旨在为高血压患者管理提供理论依据,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2023 年 1 月至 2024 年 2 月在湖南省某三级甲等医院心血管内科门诊就诊的 150 例高血压患者为研究对象。纳入标准:(1)符合《中国高血压防治指南》中原发性高血压的诊断标准^[7];(2)年龄 ≥ 18 岁。排除标准:(1)严重的心脑血管疾病;(2)意识模糊或沟通表达障碍;(3)自理能力差。采用随机数字表法分为对照组和观察组,每组 75 例。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性,见表 1。本研究通过张家界市人民医院医学伦理委员会批准(审批号:2022005),患者均知情同意。

表 1 两组一般资料比较[n(%)]

项目	对照组 (n=75)	观察组 (n=75)	χ^2	P
男	43(57.33)	42(56.00)	0.03	0.87
年龄			3.15	0.08
<60 岁	63(84.00)	54(72.00)		
≥ 60 岁	12(16.00)	21(28.00)		
高血压病程			1.56	0.46
<3 年	27(36.00)	20(26.67)		
3~4 年	40(53.33)	45(60.00)		
>4 年	8(10.67)	10(13.33)		
高血压分级			0.05	0.98
I 级	33(44.00)	33(44.00)		
II 级	25(33.33)	26(34.67)		
III 级	17(22.67)	16(21.33)		
其他慢性疾病	43(57.33)	45(60.00)	0.11	0.74
近 1 年因高血压住院	23(30.67)	28(37.33)	0.74	0.39
吸烟情况			0.16	0.92
不吸烟	38(50.67)	36(48.00)		
吸烟	18(24.00)	20(26.67)		
戒烟	19(25.33)	19(25.33)		
居住地			0.67	0.41
城市	43(57.33)	38(50.67)		
农村	32(42.67)	37(49.33)		

1.2 方法

1.2.1 样本量计算

通过两样本均数比较的公式

$$n = \frac{2(Z\alpha + Z\beta)^2 \times \sigma^2}{\delta^2} \quad \text{式①}$$

据文献[8]干预后两组健康素养评分标准差为

* 基金项目:湖南省卫生健康委员会科研计划项目(202214015477)。

△ 通信作者, E-mail:1165524967@qq.com。

8.92,两样本均数差为 5.08;双侧 $\alpha=0.05$,检验效能为 0.8, $\beta=0.2$,得出 $n=65$,考虑 15% 的失访率,最终确定至少 150 例研究对象。采用随机数字表法,将研究对象按入组顺序编号,奇数编号为对照组,偶数编号为观察组,按照 1:1 分为对照组和观察组,各 75 例。

1.2.2 干预方式

对照组每月开展 1 次知识讲座,共 6 次,旨在提升患者对疾病相关知识的认知水平,在沟通过程中,建立个人健康档案,记录患者基本信息、病史、用药情况、日常饮食、运动情况、烟酒及住院史等。根据患者的实际病情,提供个性化的指导,帮助患者科学、有效地管理疾病,从而实现血压控制。

观察组采用健康素养理念下的高血压患者家庭健康监测管理模式,具体如下:(1)组建研究小组。由 5 名医生、3 名护士和 2 名康复师组成,以患者家庭为单位,采用医院指导、家庭监督和患者个人行为约束相结合的综合管理模式。小组成员专业基础扎实、技能熟练且临床经验丰富,分工明确。(2)规范患者管理。遵循评估、计划、实施、协调、监督和评价 6 步进行。首周,患者于高血压专病门诊接受多维度个体化评估,临床医生将综合考量患者年龄、基础疾病、职业特征及生活方式等多重因素,通过医患协作模式制订精准化诊疗方案,最终确立个体血压控制目标值;第 2 周起按计划干预,3 个月后患者再赴专病门诊评估并调整计划,每月进行电话、微信随访持续至第 6 个月。(3)建档教育管理。个人健康档案上传数据库,与社区医院串联,为后续疾病治疗提供依据,同时发放高血压健康手册,加强健康教育。采用通俗易懂的科普方式,医务人员根据患者的具体情况实施个性化教育,以家庭为单位,考虑年龄、职业、文化水平等因素协助患者制订家庭健康监测管理方案,并与患者及其家属同步内容,确保家属监督患者遵循医嘱。(4)家属监督配合。建议家属监督陪伴患者适量运动,定时测量血压并记录,发现不良行为及时提醒,改善负面情绪,从而有助于稳定血压。(5)患者自我管理。饮食方面,清淡,每日盐摄入 <6 g,少油脂和糖分,多吃新鲜果蔬。运动方面,制订每周 3~5 次,每次 30 min 慢跑、游泳等有氧运动计划表。服药方面,制订时间表,按时服规定剂量降压药,避免漏服,观察用药反应,有异常及时处理。血压方面,给患者发放血压计,教会测量方法,研究期间每周测血压并记录,了解血压变化。

1.2.3 结局指标

(1)健康素养量表(health literacy scale for chronic patients, HLSCP):该量表由 JORDAN 等^[9] 编制,孙浩林等^[10] 汉化和文化适应,包括信息获取能力、改善健康意愿、经济支持意愿和交流互动能力 4 个维

度,共 24 个条目。采用 Likert5 级评分法,其中“完全不能”为 1 分,“没有困难”为 5 分,总分为 24~120 分,96 分以上可认为具有慢性病健康素养。Cronbach's α 系数为 0.885~0.925。(2)高血压患者自我管理量表(self-management scale for patients with hypertension, SMSPH):该量表由刘宁等^[11] 编制,包括治疗管理、饮食运动管理、生活习惯管理和危险因素管理 4 个维度,共 21 个条目,采用 Likert5 级评分法,其中“从不”为 1 分,“总是”为 5 分,总分为 21~105 分,其中 <63 分为低等水平,63~ <84 分为中等水平,84~105 分为高等水平。Cronbach's α 系数为 0.854,效度为 0.976。(3)焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS)、抑郁自评量表(self-rating depression scale, SDS):两个量表均包含 20 个条目,每题 4 个分级对应 1~4 分,所得总分 $\times 1.25$ 得到标准分, <50 分表示没有焦虑或抑郁,50~ <60 分表示轻度焦虑或抑郁,60~ <70 分表示中度焦虑或抑郁, ≥ 70 分表示重度焦虑或抑郁^[12]。(4)血压水平:对比干预前后收缩压、舒张压水平,收缩压正常范围为 90~ <140 mmHg,舒张压正常范围为 60~ <90 mmHg,在正常范围内的血压即控制较好。

1.3 统计学处理

采用 SPSS25.0 软件进行数据分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,比较采用 t 检验;计数资料以例数或百分比表示,比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组 HLSCP 评分比较

干预后两组 HLSCP 各维度评分较干预前升高,且观察组高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 2 两组 HLSCP 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

项目	对照组($n=75$)	观察组($n=75$)	t	P
信息获取能力				
干预前	10.43 \pm 0.99	10.45 \pm 1.00	-0.16	0.87
干预后	20.64 \pm 2.51 ^a	32.77 \pm 2.71 ^a	-28.41	<0.01
改善健康意愿				
干预前	7.00 \pm 1.42	7.40 \pm 1.09	-1.93	0.06
干预后	10.48 \pm 2.97 ^a	16.05 \pm 2.86 ^a	-11.70	<0.01
经济支持意愿				
干预前	4.03 \pm 0.77	4.01 \pm 0.81	0.10	0.92
干预后	5.76 \pm 2.06 ^a	6.79 \pm 2.22 ^a	-2.94	<0.01
交流互动能力				
干预前	24.83 \pm 3.98	25.47 \pm 4.54	-0.92	0.36
干预后	26.29 \pm 4.38 ^a	28.31 \pm 5.00 ^a	-2.62	0.01

^a: $P < 0.05$,与干预前比较。

2.2 两组 SMSPH 评分比较

干预后两组 SMSPH 各维度评分较干预前升高,且观察组高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 3。

表 3 两组 SMSPH 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

项目	对照组($n=75$)	观察组($n=75$)	t	P
治疗管理				
干预前	21.08 \pm 1.69	21.43 \pm 1.69	-1.25	0.21
干预后	26.44 \pm 2.03 ^a	33.13 \pm 2.24 ^a	-19.16	<0.01
饮食运动管理				
干预前	11.88 \pm 1.48	12.01 \pm 1.32	-0.58	0.56
干预后	15.15 \pm 2.15 ^a	20.25 \pm 2.46 ^a	-13.56	<0.01
生活习惯管理				
干预前	8.35 \pm 1.10	8.61 \pm 1.14	-1.46	0.15
干预后	12.99 \pm 2.49 ^a	19.37 \pm 2.65 ^a	-15.20	<0.01
危险因素管理				
干预前	4.99 \pm 0.83	5.15 \pm 0.80	-1.20	0.23
干预后	6.97 \pm 2.85 ^a	10.24 \pm 2.94 ^a	-6.92	<0.01

^a: $P < 0.05$, 与干预前比较。

2.3 两组 SAS、SDS 评分比较

干预后两组 SAS、SDS 评分较干预前降低,且观察组低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 4。

表 4 两组 SAS、SDS 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

项目	对照组($n=75$)	观察组($n=75$)	t	P
SAS 评分				
干预前	51.27 \pm 1.17	51.25 \pm 1.16	0.07	0.94
干预后	42.84 \pm 1.99 ^a	40.03 \pm 0.82 ^a	11.33	<0.01
SDS 评分				
干预前	54.30 \pm 1.23	54.28 \pm 1.21	0.13	0.89
干预后	48.84 \pm 1.85 ^a	40.73 \pm 1.55 ^a	29.03	<0.01

^a: $P < 0.05$, 与干预前比较。

2.4 两组血压水平比较

干预后两组血压水平较干预前降低,且观察组低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 5。

表 5 两组血压水平比较($\bar{x} \pm s$, mmHg)

项目	对照组($n=75$)	观察组($n=75$)	t	P
收缩压				
干预前	164.55 \pm 14.05	162.87 \pm 14.24	0.73	0.47
干预后	145.68 \pm 15.14 ^a	136.35 \pm 9.41 ^a	4.54	<0.01
舒张压				
干预前	100.39 \pm 8.06	101.83 \pm 7.34	-1.14	0.25
干预后	90.61 \pm 9.97 ^a	82.71 \pm 7.81 ^a	5.41	<0.01

^a: $P < 0.05$, 与干预前比较。

3 讨 论

本研究发现,健康素养理念下的家庭健康监测管理模式能有效提升高血压患者信息获取的能力及健康意愿,健康素养越高,血压控制效果越好,与周忠贤等^[13]研究结果一致。部分患者患病期间未主动获取疾病信息,健康意愿不良健康素养低,病情随时间加重,不利血压控制^[14]。医院、社区、家庭应让患者正确认识健康素养理念,使其在日常血压监测中主动获取高血压疾病信息及有效控制方法,以加强自身健康监测行为管理,改变不良行为,有效控制血压。

本研究结果显示,健康素养理念下的家庭健康监测管理模式对高血压患者自我健康管理行为有积极作用。高血压病程长,治疗过程中患者易懈怠,在疾病治疗、饮食、生活习惯等行为管理方面不遵医嘱,致血压波动、病情加重。加强患者健康行为管理,以家庭为单位展开健康监测,督促患者形成正确健康行为,提高自我健康管理行为,控制血压^[15]。

本研究还发现,健康素养理念下的家庭健康监测管理模式可缓解高血压患者焦虑、抑郁等负面情绪。负面情绪对患者健康素养和自我健康管理行为影响大,焦虑、抑郁程度轻时,患者健康素养和自我管理行为较高。多数高血压患者患病期间需长期控制血压,因缺乏认识和病情反复易出现负面情绪,不利于血压控制。医院、社区、家属应共同协作,鼓励、安慰患者,疏导其心理,助其认识负面情绪对血压的影响,提高健康素养和自我管理行为,控制血压。

本研究结果还显示,健康素养理念下的家庭健康监测管理模式可提高高血压患者自我健康素养,将血压控制在目标值范围内。但多数高血压患者不重视提升自身健康素养,不主动获取疾病知识,疾病认知不足,无法正确控压,血压长期偏高,影响身心健康。因此,医院、社区、家属等需通过多种方式促使患者主动获取疾病信息,提升认知水平及自我健康管理能力,合理控制血压。

综上所述,健康素养理念下的家庭健康监测管理模式不仅可提升高血压患者健康素养与自我管理能力,还可缓解焦虑抑郁情绪,有效控制血压水平,效果理想。

参 考 文 献

- [1] 姚自强,秦宁,石双姣,等.数字健康技术在高血压患者药物管理中的应用进展[J].中华护理杂志,2023,58(11):1403-1409.
- [2] 黄凤来,韦玉梅,覃姣桃.感知控制在门诊高血压患者健康素养和自我管理行为间的中介效应[J].内科,2023,18(5):497-500.

- [3] 毋瑶瑶,田锋,陈敏,等.原发性高血压患者健康素养与自我管理行为的相关性分析[J].当代护士(下旬刊),2024,31(10):140-145.
- [4] 詹娟梅,徐海鹰,吕青青,等.时效性激励理论的健康教育在高血压患者健康管理中的应用效果观察[J].浙江医学,2023,45(19):2109-2112.
- [5] 李成福.原发性高血压患者自我健康管理能力调查及影响因素分析[J].中外女性健康研究,2021(6):196-197.
- [6] 隋雅婷,宋锦辉.高血压前期人群健康自我管理能力与电子健康素养的相关性分析[J].预防医学论坛,2023,29(9):684-687.
- [7] ZHANG Y, ZHANG W, LIU L. Comments on 2018 ESC/ESH Hypertension Guidelines: Chinese perspective[J]. Circ Res, 2019, 124 (7): 978-980.
- [8] 蔡媛媛,夏珊珊,黄丽丽,等.社区医联体模式下老年高血压患者管理效果研究[J].实用预防医学,2023,30(8):992-995.
- [9] JORDAN J E, BUCHBINDER R, OSBORNE R H. Conceptualising health literacy from the patient perspective[J]. Patient Educ Couns, 2010, 79(1):36-42.
- [10] 孙浩林,彭慧,傅华.慢性病患者健康素养量表
- 信效度的研究[J].复旦学报(医学版),2012,39(3):268-272.
- [11] 刘宁,张婧珺,鱼星锋,等.高血压病人自我管理量表的研制与信效度检验[J].护理研究,2015,29(14):1764-1767.
- [12] 段泉泉,胜利.焦虑及抑郁自评量表的临床效度[J].中国心理卫生杂志,2012,26(9):676-679.
- [13] 周忠贤,费丽萍,田海艳,等.社区高血压患者家庭血压监测行为及影响因素分析[J].预防医学,2021,33(11):1142-1145.
- [14] 吕卓璠.基于动态医疗设备下移动式健康管理系统在社区老年高血压患者血压监测中的应用效果[J].中国医疗器械信息,2023,29(4):176-178.
- [15] WANNASIRIKUL P, TERMSIRIKULCHAI L, SU-JIRARAT D, et al. Health literacy, medication adherence, and blood pressure level among hypertensive older adults treated at primary health care centers[J]. Southeast Asian J Trop Med Public Health, 2016, 47(1):109-120.

(收稿日期:2024-10-28 修回日期:2025-02-28)

(编辑:袁皓伟)

(上接第 1745 页)

- 医疗组织医保制度对紧密型医联体建设启示[J].中国医院,2022,26(5):34-37.
- [19] 杜羽茜,宋宝香,沈艳,等.基于共生理论的国家医联体绩效考核指标分析及优化[J].中国医院管理,2022,42(2):44-46.
- [20] 赵炜,刘姗,庄重.鄂东医疗集团模式对医院张略联盟构建的启示[J].解放军医院管理杂志,2021,28(5):420-421.
- [21] 宫芳芳,孙喜琢,李亚男.建设中国特色国际一流整合型优质医疗服务体系:以深圳市罗湖医院集团为例[J].中国全科医学,2021,24(19):2408-2411.
- [22] 魏伟,罗莉,殷佳,等.以国家公立医院考核为抓手推进医联体建设[J].中国卫生质量管理,2021,28(9):38-41.
- [23] 毛欣.5G 时代智慧医院的发展探索[J].中国研究型医院,2021,8(2):12-15.
- [24] 王威.5G 与人工智能赋能下 VR 探视在临床的实施与应用[J].信息系统工程,2023(3):64-66.
- [25] 崔兆涵,王虎峰.整体性治疗视角下紧密型医共体的构建逻辑与实施路径[J].中国卫生政策研究,2021,14(2):1-7.
- [26] 刘星,龚祖华,柯卉,等.肝胆外科智慧化病房建设与应用[J].护理学杂志,2021,36(18):57-59.
- [27] 陈德真.县域医共体财务一体化管理[J].财会学习,2021(18):16-18.
- [28] 王杏芬,陈娟华,王玲玲,等.医共体模式下“互联网+护理服务”体系的建设与运行[J].护士进修杂志,2021,36(11):1053-1055.
- [29] 侯亚楠,陈芸,王丹,等.县域医共体背景下乡镇卫生院支出与医疗服务投入关系研究[J].中国卫生经济,2021,40(2):51-55.
- [30] 李兴贵,马军,梁小华,等.“互联网+”医共体“石棉模式”经验与成效分析[J].中国卫生事业发展管理,2021,38(9):653-656.

(收稿日期:2024-11-26 修回日期:2025-04-11)

(编辑:张梵捷)