

A study on strategies to improve self-management ability of elderly patients with chronic diseases based on evidence-based nursing

Xiaoli Cao

Maternal and Child Health Care Hospital, Anding District, Dingxi City, Gansu Province, Dingxi, Gansu, 743000, China

Abstract

With the intensification of population aging, the number of elderly patients with chronic diseases continues to rise, and their long-term medication use, lifestyle, and mental health issues have become increasingly prominent. Self-management ability directly impacts disease control and quality of life. Evidence-Based Nursing (EBN), centered on optimal evidence, clinical experience, and patient preferences, emphasizes scientific decision-making and individualized interventions. This paper analyzes the current status and barriers of self-management among elderly chronic disease patients based on EBN principles, explores the role mechanisms of EBN in assessment, intervention, and feedback, and constructs management strategies supported by evidence-based support, team collaboration, and digitalization. The study indicates that the application of scientific evidence and social support can significantly enhance self-management efficacy and promote physical and mental health recovery.

Keywords

evidence-based nursing; chronic diseases in the elderly; self-management ability; health education; nursing intervention

基于循证护理的老年慢性病患者自我管理能力提升策略研究

曹小丽

甘肃省定西市安定区妇幼保健院, 中国·甘肃 定西 743000

摘要

随着人口老龄化加剧,老年慢性病患者数量持续上升,其长期用药、生活方式与心理健康问题日益突出。自我管理能力的直接影响疾病控制与生活质量。循证护理(EBN)以最佳证据、临床经验和患者意愿为核心,强调科学决策与个体化干预。本文基于循证护理理念,分析老年慢病患者自我管理的现状与障碍,探讨EBN在评估、干预与反馈中的作用机制,构建以证据支持、团队协同和信息化为支撑的管理策略。研究指出,科学证据应用与社会支持可显著提升自我管理效能,促进身心健康恢复。

关键词

循证护理;老年慢性病;自我管理能力的提升;健康教育;护理干预

1 引言

我国老年人口已超过 2.8 亿,慢性病患者率接近 80%,高血压、糖尿病、冠心病、慢性阻塞性肺疾病等疾病呈高发与多病共存特征。长期用药、功能退化、社会支持不足及健康素养低下,使老年慢性病管理成为医疗体系的重要挑战。传统护理模式侧重疾病治疗与依从指导,缺乏对患者主观能动性、持续行为改变的系统培养。循证护理以科学研究证据为依据,结合临床经验与患者需求,提供最优护理方案,尤其适用于慢病长期管理领域。该理念可在实践中实现从“以护士为中心”到“以患者为中心”的转变,使老年患者成为

健康管理的主体。本文在循证护理框架下,探讨老年慢性病患者自我管理能力的内涵、现状与问题,并提出科学、系统的提升策略,以期在社区护理与慢病管理提供理论支撑与实践路径。

2 循证护理在老年慢性病自我管理中的理论基础

2.1 循证护理的内涵与实践逻辑

循证护理(Evidence-Based Nursing, EBN)起源于循证医学理念,其核心在于将最佳研究证据、临床专业经验与患者个体意愿相融合,以科学方法指导护理决策与实践。其实施路径通常遵循“五步法”:即提出可回答的临床问题、系统检索证据、评价证据质量、结合临床环境制定干预方案、持续评估与反馈效果。与传统经验导向的护理不同,EBN

【作者简介】曹小丽(1987-),女,中国甘肃定西人,本科,主管护师,从事护理研究。

以客观数据为依据,使护理活动从经验性、随意性转向标准化与可验证性。针对老年慢性病患者的护理管理,循证方法能够整合指南、Meta分析与真实世界研究数据,确定关键干预节点,如高血压患者血压控制目标、糖尿病患者的饮食分配比例及监测频次,从而提升护理措施的精准性与可复制性。通过EBN的系统路径,护理团队不仅能优化决策过程,也能提升服务效率与患者安全水平,实现从“操作性照护”到“科学化管理”的转变。

2.2 老年慢性病自我管理的多维内涵

老年慢性病自我管理是一个集知识、行为与心理于一体的综合过程,不仅包括药物依从与生活方式调整,更涵盖疾病认知、情绪调节与社会互动的全程管理。认知维度上,患者需要理解疾病机制、并发症风险及监测指标意义,从而形成理性健康观。行为维度上,自我管理强调计划化执行与自我反馈机制,通过用药计划、饮食记录与运动追踪表实现目标量化。情感维度上,心理状态与社会支持对自我管理的稳定性起关键作用,积极情绪与支持网络能显著提升行为持续性。老年人常因认知功能减退、信息获取障碍或孤独感导致依从性下降,因此护理干预需以“认知赋能—行为矫正—情感支持”三层策略展开。

2.3 循证护理在自我管理中的价值导向

循证护理的核心价值在于实现护理干预的科学化与个体化统一。其通过系统证据的引入与应用,将健康教育从“普及式指导”转化为“精准化处方”,使护理过程可追溯、可评估、可改进。EBN的实施不仅提升了决策的合理性,更强化了患者的主体参与意识,使其从传统被动接受护理转向主动参与健康决策与行为执行。护士在此过程中由“信息传递者”转变为“行为引导者”“心理支持者”和“健康教练”。研究显示,采用循证护理路径的干预模式,慢病患者的自我管理能力得分可提升20%~30%,血压、血糖达标率提高15%以上,治疗依从性明显增强。其机制在于EBN促进了患者对行为益处与风险的正确认知,强化了自我效能与健康责任感。

3 老年慢性病患者自我管理现状与问题分析

3.1 健康认知与行为依从不足

大量社区随访资料显示,老年患者虽能背诵部分疾病常识,但对危险因素、并发症链条与自我监测的阈值—趋势—处置三元关系认识薄弱,健康素养与数字理解力不足并存。家庭自测常见袖带不合、测时不规范、记录遗漏等技术性偏差,进一步削弱监测有效性;多药联用与复杂处方导致执行疲劳,“症状消失即痊愈”的直觉推断又促发擅自减停药。约四成患者无法正确解读血压或血糖波动含义,出现“看数不懂数”的认知断层,自我管理被动化,长期控制呈间歇性失稳,增加急性事件与医疗资源消耗。

3.2 社会支持缺失与心理因素干扰

独居与空巢情境下,陪伴与监督的日常微支持缺位,

健康行为缺乏外部提醒与即时反馈,易在生活压力与突发事件中被替代。抑郁、焦虑、孤独感与疾病污名化体验强化负性归因,降低问题解决能力与求助意愿,自我效能感显著下滑,出现“努力无效”的学习性无助。认知减退与睡眠障碍又放大执行成本,诱发饮食控制松动与复诊延迟。心理困扰与自我效能呈稳定负相关,既影响目标设定的现实性,也削弱对阶段性成果的感知与强化,形成“情绪—行为—结局”的负向循环,直接制约慢病管理的持续性与质量。

3.3 护理模式与信息服务不足

现行照护流程仍以医嘱执行与单点宣教为主,缺少基于风险分层的连续管理与数据回路,院内外、专—全科与医—护—社之间存在信息割裂,关键指标与干预记录难以贯通,难以及时识别依从性下滑与早期恶化信号。社区端信息化工具覆盖与可用性不足,远程随访与决策支持未形成常态化;同时,一线护理人员循证检索、证据评估与路径转化能力参差不齐,标准作业流程缺乏更新与审计机制,导致干预异质性大、可复制性弱。

4 循证护理促进老年慢性病自我管理的核心路径

4.1 证据筛选与科学决策机制建立

循证护理的核心在于科学证据的选择与临床决策的精准化。护理团队需围绕临床关键问题构建PICO检索策略,系统检索Cochrane、PubMed、NICE、CINAHL等权威数据库,并结合国内指南库与行业标准,形成多维证据池。为保证科学性与客观性,由至少两名研究成员独立完成文献筛选、偏倚风险评估及证据强度分级,采用GRADE体系明确推荐等级。通过多学科团队(MDT)会议将系统综述、高质量指南与患者人群特征、资源可及性及文化因素相融合,提炼流程化干预要点。例如,在糖尿病护理中明确餐次碳水分配比例、运动频率及血糖监测时段;在高血压管理中界定个体化血压目标与监测频次。基于这些证据,护理信息系统嵌入决策支持模块和处置清单,设置自动触发阈值及例外情形,以减少人为差异和遗漏风险。通过持续的审计—反馈机制和PDCA循环更新,确保证据从“文献层面”落地为“标准作业流程”,实现决策科学化、路径规范化与执行可追溯化,推动老年慢病护理由经验驱动向证据驱动转变。

4.2 分层化护理干预与行为指导

针对老年慢性病患者差异化特征,建立多维度风险评估体系,是实现精准护理干预的前提。护理团队依据年龄、病程、并发症谱、衰弱程度、认知功能与社会支持状况,构建综合风险评分模型,将患者分为“强化—标准—基础”三级管理。强化层患者由专业护士实施高频电子随访与家庭访视,动态监测生理参数并制定并发症预警清单;标准层以远程管理与定期复核为主,辅以小组化运动处方与健康教育;基础层侧重健康素养提升与日常自我监测规范。在行为指导上,将用药依从、饮食控制、运动量及自测频率转化为量化

指标,通过周度与月度反馈机制追踪目标完成度。信息系统利用趋势图、雷达图与目标进度条等可视化手段,直观展示患者行为变化趋势,强化自我效能感。针对行为偏离或监测异常,系统可自动触发告警,护理团队及时调整干预措施。

4.3 患者参与与共同决策模式

循证护理倡导的“共同决策(Shared Decision-Making, SDM)”模式,是实现个体化与人文关怀平衡的重要机制。护士在干预过程中不再仅是执行者,而是与患者共同制定健康目标与护理方案的合作者。实践中,护理团队运用价值澄清表、决策辅助工具及风险沟通模型,将不同治疗或护理方案的绝对获益、潜在风险、NNT(治疗所需人数)等信息以图表和可视化形式呈现,帮助患者理解各选项的意义与影响。通过结构化双向沟通,深入了解患者生活习惯、文化信念、经济承受力与照护期望,并应用“教会再述”(Teach-back)法确认理解一致性,确保决策落地可行。对于认知功能受限的老年人群,护理人员需邀请家庭照护者共同参与,明确职责分工与决策授权界限。护理信息系统可将个体化目标、随访计划与执行记录同步至电子病历,实现过程可视化与责任闭环。通过即时反馈与阶段性评估,强化患者承诺感与参与感,并以满意度与依从性数据作为动态优化依据,形成“共同目标—协同执行—持续评估”的护理决策生态。该模式不仅体现以人为本的核心价值,也提升了患者主动性与干预的持续效果,为老年慢性病护理的长期管理提供了制度化支撑与科学依据。

5 循证护理干预的多维支持策略

5.1 信息化平台与数据驱动管理

依托云平台构建慢病护理管理系统,将电子健康档案、穿戴设备与家庭自测终端打通,形成“数据—识别—干预—评估”闭环。系统按标准化数据字典采集血压、血糖、体重、步数与睡眠等关键指标,内置异常阈值与趋势预警规则,自动推送告警与处置路径。护理人员可在患者画像与风险分层看板上进行实时巡检,结合循证护理路径与临床决策支持模块,输出个体化用药、饮食与运动建议。AI算法基于历史纵向数据与同质人群模型进行预测,识别高风险时间窗与依从性下降节点;干预效果通过可视化仪表盘量化呈现,便于开展PDCA持续改进与质量追踪,提高连续性管理与资源配置效率。

5.2 家庭与社区协同机制

以“医—护—患—家—社”五方联动为框架,明确责任清单与沟通频次。家庭层面,通过情景化训练与操作演练,

使照护者掌握配餐、药盒管理、低血糖识别与应急处置,建立每日打卡与周度复盘制度,形成监督与陪伴的微生态。社区层面,卫生服务中心设立慢病俱乐部与互助小组,提供分层运动处方、足部护理工作坊与药师门诊,增强知识更新与情感支持。平台将门诊随访、社区筛查与家庭记录统一到同一时间轴,异常触发多专业联合会诊与快速转诊,减少照护断点。通过同伴榜样与经验分享,提升患者行为承诺与归属感,促进健康行为的内化与稳定化。

5.3 心理疏导与健康信念强化

干预以健康信念模型与自我效能理论为支架,优先评估个体对易感性、严重性、收益与障碍的感知,并据此匹配差异化策略。运用动机性访谈澄清价值与目标,结合认知行为技术纠偏“灾难化”“全或无”等非理性信念,以思维记录、证据平衡与行为实验重构控制感。生理层面配合呼吸训练与渐进性肌肉放松,降低紧张水平,提高睡眠质量。建立与达标天数、运动完成率、饮食质量挂钩的即时反馈与积分激励,强化“努力—成果”的可见性;每月以数据看板复盘情绪波动与依从曲线,必要时转介心理门诊或社会工作服务,构建心理—行为—生理的正向循环,巩固长期自我管理。

6 结语

循证护理作为护理学发展的必然方向,其科学性与实践性为老年慢性病管理提供了坚实支撑。通过整合高质量证据、个体化决策与多层级支持体系,能够有效提升老年患者的自我管理能力与生活质量,实现疾病控制与健康促进的双重目标。未来应进一步完善循证护理培训体系,提升护理人员的证据识别与应用能力,推动信息化管理与智能化支持在社区慢病护理中的普及。同时,应加强跨学科合作,构建医、护、患、家一体化的长期管理平台,实现从“被动护理”向“主动健康管理”的转型,使循证护理真正成为老年慢性病综合防控的重要路径与标准化范式。

参考文献

- [1] 王小梅,赵红艳.循证护理在老年糖尿病护理中的应用效果[J].中国当代医药,2019,26(32):248-250.
- [2] 王小梅,赵红艳.循证护理在老年糖尿病护理中的应用效果[J].中国当代医药,2019,26(32):248-250.
- [3] 张伟萍.循证护理在老年患者临床中的应用现状[J].实用临床护理学电子杂志,2018,3(07):196+198.
- [4] 祝旺.国内循证护理在糖尿病患者中应用效果的Meta分析[J].齐鲁护理杂志,2017,23(15):62-65.
- [5] 常保霞,孟繁洁,靳英辉,等.国内护生对循证护理相关知识认知、态度的调查类文献分析[J].护理研究,2013,27(29):3324-3327.