

健康教育在社区高血压预防控制中的应用效果观察

周巧莉

陕西省勉县疾病预防控制中心健康教育科 陕西 汉中 724200

摘要: 目的: 研究健康教育在社区高血压预防控制中的应用效果。方法: 选择2024年1月-2024年10月随访管理的110例社区高血压患者作为此次研究的实验对象, 以抽签的方式分组, 每组各55例患者, 抽中红签者选入健教组, 实施健康教育, 抽中紫签者选入指导组, 实施常规干预, 比较健教组与指导组的血压水平、自我效能、治疗依从性和生活质量。结果: 干预后, 健教组社区高血压患者的血压水平、自我效能、治疗依从性和生活质量明显高于指导组, 有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 健康教育在社区高血压预防控制中的应用效果更显著, 应在临床广泛实行。

关键词: 健康教育; 社区高血压; 血压水平; 自我效能; 治疗依从性

高血压以血压持续升高为主要表现, 症状包括头晕、头痛、疲劳、心悸等, 如今病因尚且不明, 常见于老年患者, 若不有效干预, 恐引发严重的心脑血管疾病, 危及患者性命^[1]。此病无法治愈, 需终身治疗, 在药物干预的基础上, 需增强饮食、运动、睡眠管理, 继而降低患者血压水平。现如今, 有报道称^[2-3], 健康教育在社区高血压预防控制中的应用效果显著, 既能提高患者的遵医行为, 使其自主控制血压, 还能改善患者的生活习惯, 加强其生活质量。为了验证此内容, 本文特选择2024年1月-2024年10月随访管理的110例社区高血压患者作为此次研究的实验对象, 以抽签的方式分组, 比较健教组与指导组的血压水平、自我效能、治疗依从性和生活质量。详细报告如下:

1 资料与方法

1.1 基本资料

选择2024年1月-2024年10月随访管理的110例社区高血压患者作为此次研究的实验对象, 以抽签的方式分组, 每组各55例患者, 抽中红签者选入健教组, 实施健康教育, 抽中紫签者选入指导组, 实施常规干预。指导组(男患32例, 女患23例), 年龄介于52-75岁之间, 均龄(61.66±2.17)岁; 健教组(男患33例, 女患22例), 年龄介于52-74岁之间, 均龄(61.88±2.63)岁。研究对象的基本资料具有可比性($P > 0.05$)。

纳入标准: 实验内容经伦理委员会批准, 对象符合社区高血压诊断标准^[4], 由血压检查确诊, 年龄 > 18岁, 资料完整者, 知晓实验操作, 并同意实验内容。

排除标准: 精神病者; 传染病者; 意识模糊者; 癌症患者; 免疫性疾病者; 语言表达不畅者; 药物过敏者; 器官功能障碍患者^[5]。

1.2 方法

指导组实行常规干预: 为患者建立个人档案, 定期进行电话随访, 监测患者血压水平, 督促其按时按量用药等。

健教组实行健康教育, 在上述基础上实行以下操作: 首先, 细讲疾病知识。采用图文并茂的形式向患者科普高血压知识, 纠正其错误认识, 提高认知力; 同时, 指导患者自测血压, 使其自我收缩压与舒张压的正常值, 并定期测定血压水平。其次, 提供用药指导。讲述坚持正确用药的重要性, 调动患者主观能动性, 之后讲述药物使用方法、药效以及不良反应等, 并嘱咐家属监督患者用药, 若其用药后出现异常情况, 则第一时间送院就医。第三, 饮食与运动干预。电话随访期间, 详细掌握患者的饮食规律、运动和睡眠情况, 纠正其错误习惯, 指导患者多食用高蛋白、高维生素、高营养食物, 控制油脂与盐类摄入量, 遵守多餐少吃原则, 确保规律进食, 改善患者机体营养状态; 此外, 鼓励患者科学运动, 每日定时进行打太极、散步等活动, 提高其身体素质, 强化免疫力; 叮嘱患者按时休息, 保持良好的睡眠习惯, 确保睡眠质量。最后, 阐述疾病危害。向患者讲述血压控制不佳的恶劣后果, 提高其重视程度, 改善患者的治疗依从性。

1.3 评定指标

①采用血压计测量舒张压与收缩压水平, 标准收缩压: 90~139 mmHg, 标准舒张压: 60~89 mmHg。

②自我效能利用ESEA评分量表评估, 包含43个条目4个维度, 总分0~172分, 每个条目评0~4分, 评分越高说明自我效能越强^[6]。

③依从性利用自制调查表评估, 由患者本人独立评分。总分30分, 大于22分即依从; 分数介于15-22分间即较依从; 小于15分即不依从, 总依从率 = 总依从例数/总

例数×100%^[7]。

④生存质量利用SF-36评分量表评定,包括36个条目8个维度,总分100分,评分越高说明生存质量越好^[8]。

1.4 统计学方法

应用 SPSS 26.0 系统,计数资料由 (n, %) 表示,采用 χ^2 检验;计量资料有 ($\bar{x}\pm s$) 表示,采用 *t* 检验,有统

计学意义由 $P < 0.05$ 表示。

2 结果

2.1 对比健教组与指导组血压指标

治疗前,健教组与指导组血压水平相近 ($P > 0.05$);治疗后,健教组与指导组血压水平均有下降,而健教组低于指导组,有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表1:

表1 比较健教组与指导组舒张压与收缩压水平 ($\bar{x}\pm s$, mmHg)

组别/例数	舒张压		收缩压	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
健教组 (n = 55)	100.11±7.36	70.56±6.33	150.54±11.05	115.46±6.47
指导组 (n = 55)	99.22±8.27	82.17±8.72	150.46±11.17	125.72±6.13
<i>t</i> 值	0.627	12.501	0.414	16.142
<i>P</i> 值	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

2.2 对比指导组与健教组自我效能

指导组与健教组自我护理总分差异较大,健教组自

我效能强于指导组,有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表2:

表2 对比指导组与健教组ESEA评分 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别/例数	健康知识水平	自我概念	自我责任感	自我护理技能	自我护理总分
健教组 (n = 55)	45.48±8.15	22.34±5.36	16.94±3.64	27.69±5.48	118.05±20.47
指导组 (n = 55)	42.79±5.63	16.06±5.03	14.22±3.17	23.52±6.71	99.51±18.28
<i>t</i> 值	5.066	4.273	3.413	4.051	10.498
<i>P</i> 值	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.3 对比指导组与健教组的依从性

指导组与健教组的总依从率差异较大,健教组依从性高于指导组,有统计学意义 ($P < 0.05$)。详见表3:

表3 指导组与健教组患者的依从性[n(%)]

组别/例数	依从	较依从	不依从	总依从率
健教组 (n = 55)	25	26	4	51 (92.73)
指导组 (n = 55)	18	24	13	42 (76.36)
χ^2 值				4.722

续表:

组别/例数	依从	较依从	不依从	总依从率
<i>P</i> 值				< 0.05

2.4 对比指导组与健教组的生活质量

预前,指导组与健教组SF-36评分差异小 ($P > 0.05$);预后,指导组与健教组SF-36评分皆有提高,而健教组高于指导组,有统计学意义 ($P < 0.05$)。详见表4:

表4 对比指导组与健教组SF-36评分 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别/例数	社会功能(SF)		情感职能(RE)		生理功能(PF)		精神健康(MH)	
	预前	预后	预前	预后	预前	预后	预前	预后
健教组 (n = 55)	68.74±2.61	90.95±1.48	65.85±5.73	89.59±3.74	70.06±3.67	89.64±5.06	69.06±3.59	92.45±2.47
指导组 (n = 55)	68.38±2.48	79.37±3.69	65.84±4.27	80.06±3.62	70.47±3.18	80.57±5.18	70.63±3.28	80.67±3.87
<i>t</i> 值	0.342	4.124	0.363	3.667	0.235	3.514	0.537	4.106
<i>P</i> 值	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

续表:

组别/例数	躯体疼痛(BP)		生理职能(RP)		活力(VT)		总体健康(CH)	
	预前	预后	预前	预后	预前	预后	预前	预后
健教组 (n = 55)	68.27±4.54	91.07±3.64	71.66±2.87	90.47±3.82	70.16±2.45	92.75±2.55	70.47±1.36	93.85±2.16

组别/例数	躯体疼痛(BP)		生理职能(RP)		活力(VT)		总体健康(CH)	
	预前	预后	预前	预后	预前	预后	预前	预后
指导组 (n = 55)	67.27±4.33	81.11±5.33	71.47±2.36	81.46±2.16	70.33±3.32	83.22±1.14	69.48±2.22	82.44±3.55
t值	0.473	3.234	0.352	4.327	0.584	3.097	0.259	4.286
P值	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

3 讨论

高血压属于临床典型的心血管疾病,与错误的饮食习惯、不良的作息时间、年龄等因素有关,目前主要采用药物治疗^[9]。但多数患者并未意识到血压控制的重要性,且对高血压的危害了解甚少,导致其居家治疗依从性较差,从而影响预后效果。基于此,需对患者进行系统干预。

健康教育作为新型的干预方法,运用到社区高血压预防控制中,能够切实加强患者的自我管理能力和提高预后效果。结合患者病情、饮食、运动、作息等方面,对其展开个性化健康教育,有助于提高患者疾病认知度,改善遵医行为,实现自我管理,为血压控制提供助力^[11-12]。本实验结果为:治疗前,健教组与指导组血压水平相近($P > 0.05$);治疗后,健教组与指导组血压水平均有下降,而健教组低于指导组,有统计学意义($P < 0.05$)。指导组与健教组自我护理总分差异较大,健教组自我效能强于指导组,有统计学意义($P < 0.05$)。指导组与健教组的总依从率差异较大,健教组依从性高于指导组,有统计学意义($P < 0.05$)。预前,指导组与健教组SF-36评分差异小($P > 0.05$);预后,指导组与健教组SF-36评分皆有提高,而健教组高于指导组,有统计学意义($P < 0.05$)。与前人研究结果^[13-15]近乎相同,充分证明了健康教育在社区高血压预防控制中的应用效果,同时也验证了此实验的开展价值。

综上所述,健康教育在社区高血压预防控制中的应用效果更显著,进一步强化患者的自我效能与生活质量,改善患者治疗依从性与满意度,应于临床广泛运用。

参考文献

- [1]韩桂香.社区高血压预防控制中健康教育的应用效果[J].中国城乡企业卫生,2025,40(01):21-23.
- [2]邵新珠,姜德阔.高血压健康教育在社区慢性病管理中的应用效果[J].中国社区医师,2025,41(01):144-146.
- [3]卢燕.微信健康教育对社区高血压患者的护理效果分析[J].中国城乡企业卫生,2024,39(10):69-72.
- [4]陈美娟.社区护理管理式健康教育联合家庭强化护

理对高血压防治的效果[J].心血管病防治知识,2024,14(18):56-58.

[5]邵士海,关金辉,沈琰.基于赋权理论的健康教育联合感恩干预对社区老年高血压患者感恩水平及血压控制的影响[J].心理月刊,2024,19(14):153-155.

[6]史荣,王蓓蓓.心理护理联合健康教育在老年高血压患者护理中的应用效果分析——评《高血压的社区管理与自我护理》[J].中国社会医学杂志,2024,41(03):291.

[7]朱汉翠,刘婕.健康教育与慢性病管理护理在社区老年高血压中的应用效果探讨[J].智慧健康,2024,10(11):162-164+168.

[8]郑丽琼,罗钰山,杨奕云.中医辨证论治配合健康教育用于社区青年高血压患者的临床价值[J].深圳中西医结合杂志,2024,34(04):32-35.

[9]杨宗叶.社区健康教育结合行为干预对高血压慢病患者自我管理能力提升的效果分析[J].婚育与健康,2024,30(02):193-195.

[10]齐继文.社区卫生服务中心健康教育对门诊高血压病治疗的价值分析[J].婚育与健康,2023,29(21):193-195.

[11]廖林梅,黄丹.短视频推送的健康教育模式对社区高血压伴抑郁焦虑患者的影响[J].护理实践与研究,2023,20(19):2944-2949.

[12]李贵荣.家庭医生签约的健康教育管理对社区高血压患者SICAM-1及NO指标的改善研究[J].心血管病防治知识,2023,13(27):27-29.

[13]穆敏.临床护理路径在社区老年高血压患者健康教育中的应用效果[J].中国社区医师,2023,39(18):112-114.

[14]曹红,范诚.社区护理管理式健康教育在高血压防治中的应用效果观察[J].医药前沿,2023,13(18):91-93.

[15]王雅茹,吕佳滨,陈引东.基于微信平台的健康教育对社区50岁以下在管高血压患者服药依从性研究[J].中国公共卫生管理,2023,39(03):373-375.