

全程健康教育模式在心血管护理管理中的应用价值分析

许艳萍

西安交通大学第一附属医院东院区 陕西 西安 710089

摘要: **目的:** 在心血管护理管理中, 对采用全程健康教育模式的实际效果进行评价与研究。**方法:** 纳入时间段范围为2023年1月—2025年1月期间, 以我院收治的64例心血管疾病患者展开研究, 结合实际的护理管理形式差异分组, 具体分为常规组与实验组, 各组患者人数均为32例。常规组患者实行基础护理干预, 实验组患者实行全程健康教育干预, 研究对比两组患者如下指标: 治疗依从度、自我效能评分、自我护理能力评分、生存质量评分、不良反应风险发生率。**结果:** 实验组患者的治疗依从度较高, 明显优于常规组 ($P < 0.05$)。护理后, 实验组患者的自我效能评分、自我护理能力评分更高, 明显优于常规组 ($P < 0.05$)。实验组患者的生存质量水平改善效果较为突出, 明显优于常规组 ($P < 0.05$)。实验组患者的不良风险发生率更低, 明显优于常规组 ($P < 0.05$)。**结论:** 在心血管护理管理中, 采用全程健康教育模式的效果较为显著, 主要发挥的实际作用为提升患者的治疗依从度。在改善其自我效能水平, 提升自我护理能力的基础上, 改善患者的生存质量水平, 降低不良反应风险发生率, 建议临床实践应用以及推广。

关键词: 全程健康教育模式; 心血管; 护理管理

现阶段, 社会经济的发展速度持续加快, 人们的生活习惯、饮食习惯也产生了较大的变化, 心血管病人数量也明显增加, 具体疾病类型包括心绞痛、高血压、心肌梗死。临床对心血管疾病患者进行治疗, 不仅需要进行药物治疗、医疗器械治疗, 还需要确保全面化、细致化护理干预活动到位^[1]。为了有效避免不良风险问题发生, 护理人员就需要有效提高患者、家属对心血管疾病的认知程度, 实行全程健康教育, 为患者提供高质量的护理管理服务。本次研究对常规组患者实行基础护理干预, 对实验组患者实行全程健康教育干预, 研究对比两组患者的治疗依从度、自我效能评分、自我护理能力评分、生存质量评分、不良反应发生率, 现对具体内容做出如下报道与阐述。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入时间段范围为2023年1月—2025年1月期间, 以我院收治的64例心血管疾病患者展开研究, 结合实际的护理管理形式差异分组, 具体分为常规组与实验组, 各组患者人数均为32例。常规组男女实际比例为19:13, 年龄为58-84岁期间, 平均 (70.14 ± 2.36) 岁; 实验组男女实际比例为20:12, 年龄为59-84岁期间, 平均 (70.38 ± 2.55) 岁。两组一般数据比较存在差别不大, 可研究对比 ($P > 0.05$)。

1.1.1 纳入标准

患者确诊为心血管疾病; 患者意识清晰, 可沟通;

患者临床资料完整, 患者与家属配合度较高。

1.1.2 排除标准

合并严重恶性肿瘤疾病患者; 合并凝血功能损伤情况患者; 合并器质性病变情况患者; 合并精神障碍、意识障碍患者; 中途退出本次研究。

1.2 方法

常规组患者实行基础护理干预: 护理团队根据患者个体情况制定科学合理的饮食计划, 依据心血管疾病的饮食要求, 严格叮嘱患者忌食辛辣、油腻、高盐、高脂类食物。患者入院时, 告知患者心血管科室的相关注意事项, 如按时测量血压、心率的重要性, 保持情绪稳定对病情的影响等^[2]。

实验组患者实行全程健康教育干预: ①饮食健康。在患者入院后, 营养师与责任护士共同评估患者饮食习惯、身体营养状况及疾病特点, 为其制定个性化饮食方案。除了遵循一般心血管疾病饮食原则外, 还会根据患者具体病情进行针对性指导。例如, 对于合并糖尿病的心血管患者, 严格控制碳水化合物摄入, 合理分配三餐热量; 对于心力衰竭患者, 限制液体摄入量, 避免加重心脏负担。同时, 定期开展饮食健康讲座, 现场示范健康食谱的制作方法, 提高患者对健康饮食的认知与依从性。②健康用药。护理人员可采用多种方式进行用药健康教育, 如制作图文并茂的用药手册, 详细介绍每种药物药理作用、服用方法、注意事项及常见不良反应, 发放给患者及家属^[2]。在病房设置用药知识宣传栏, 定期

更新用药科普内容。同时,利用床旁教育时间,一对一为患者进行用药指导,确保患者理解并掌握正确用药方法。③生活健康。从生活作息、日常活动等方面给予患者全面指导,指导患者养成规律的作息习惯,保证充足睡眠,避免熬夜,每天睡眠时间不少于7~8小时。鼓励患者在病情允许的情况下,适当进行日常活动,如在病房内进行简单的肢体伸展运动,逐渐增加活动量。同时,教导患者保持良好的生活姿势,避免久坐、久站,以减轻心脏压力。④情感健康教育。心血管疾病病程长、易反复,患者常会出现焦虑、抑郁等不良情绪,这些负面情绪会对病情产生不利影响。护理人员可与患者进行深入沟通,了解其心理状态,然后针对性地进行心理疏导。对于情绪问题较为严重的患者,及时联系心理医生进行专业干预,帮助患者缓解心理压力,促进身心康复。⑤出院健康教育。在患者出院前,护理团队要为其制定详细的出院指导计划,再次强调药物服用方法、复诊时间与项目,告知患者出院后饮食、运动、休息等方面的注意事项。同时,为患者提供医护人员的联系方式,方便患者在出院后遇到问题时能够及时咨询^[4]。⑥微信延续护理与同伴支持教育。建立心血管患者微信交流群,由专业医护人员定期在群内推送心血管疾病防治知识、健康生活小贴士等内容,解答患者及家属提出的问题。鼓励患者在群内分享康复经验、生活感悟,形成同伴支持氛围。同时,通过微信视频、语音通话等方式,定期对患者进行随访,了解患者出院后的身体状况、生活习惯及用药情况,及时发现并解决问题。对于康复效果较好的患者,可以邀请其在群内进行经验分享,以增强其他患者康复信心,实现从院内到院外的全程健康管理。

1.3 观察指标

(1) 研究对比两组患者的治疗依从度:患者配合临床治疗活动,调整饮食结构,参与康复运动锻炼,各项指标趋于正常,则表示为完全依从;患者基本配合各项治疗活动,对调整饮食方案、运动锻炼方案配合度一般,各项指标有所恢复,则表示为部分依从;不满足上述标准,则表示为不依从^[5-6]。

(2) 研究对比两组患者的自我效能评分、自我护理能力评分:以GSES自我效能量表为基础评估标准,评估患者自我效能提升情况。总分为0~50分,分数越接近50分,表示自我护理能力越强。以ESCA自我护理能力量表为基础标准,评估两组患者的自我护理能力,总分为0~100分,评分越接近100分,表示自我护理能力越佳。

(3) 研究对比两组患者的生存质量评分:观察研究两组患者的生存质量改善效果:以GQOLI生存质量评定量表为基础标准,评估两组患者的生存质量水平。实际维度选择精神状态、社会交往、物质生活、心理情绪。各项分数为0~100分,分数越接近100分,表示生存质量效果改善越突出。

(4) 研究对比两组患者的不良风险发生率:具体选取指标包括压疮、下肢静脉血栓、跌倒^[7-8]。

1.4 统计学分析

本次研究选用SPSS 25.0软件完成数据处理,自我效能评分、自我护理能力评分、生存质量评分“($\bar{x} \pm s$)”表示, t 检验;治疗依从度、不良反应风险发生率以“ $n/\%$ ”表示,用 χ^2 检验,当 $P < 0.05$ 表示有统计学意义。

2 结果

2.1 研究对比两组患者的治疗依从度

具体参考数据详见表1,实验组患者的治疗依从度较高,明显优于常规组($P < 0.05$)。

表1 常规组与实验组患者的治疗依从度(%)

组别	完全依从	部分依从	不依从	总依从率
实验组 ($n = 32$)	17 (53.13)	14 (43.75)	1 (3.13)	31 (96.88)
常规组 ($n = 32$)	11 (34.38)	12 (37.50)	9 (28.13)	23 (71.88)
χ^2 值	—	—	—	7.585
P 值	—	—	—	0.006

2.2 研究对比两组患者的自我效能评分、自我护理能力评分

具体参考数据详见表2,护理后,实验组患者的自我效能评分、自我护理能力评分更高,明显优于常规组($P < 0.05$)。

表2 常规组与实验组患者的自我效能评分、自我护理能力评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	自我效能		自我护理能力	
	护理前	护理后	护理前	护理后
实验组($n = 32$)	24.41 $\pm$ 2.13	42.18 $\pm$ 3.01	68.87 $\pm$ 2.45	90.44 $\pm$ 3.46
常规组($n = 32$)	24.69 $\pm$ 2.46	30.77 $\pm$ 3.38	68.79 $\pm$ 2.59	71.53 $\pm$ 3.21
T 值	0.487	14.261	0.127	22.665
P 值	0.628	0.000	0.899	0.000

2.3 研究对比两组患者的生存质量评分

具体参考数据详见表3, 实验组患者的生存质量水平改善效果较为突出, 明显优于常规组 ($P < 0.05$)。

表3 常规组与实验组患者生存质量评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	精神状态	社会交往	物质生活	心理情绪
实验组	32	90.44±3.26	90.24±2.56	91.52±3.25	90.45±2.74
常规组	32	64.25±3.38	64.78±2.79	64.18±3.38	64.22±2.69
<i>t</i>		31.549	38.036	32.983	38.643
<i>P</i>		0.000	0.000	0.000	0.000

2.4 研究对比两组患者的不良风险发生率

具体参考数据详见表4, 实验组患者的不良风险发生率更低, 明显优于常规组 ($P < 0.05$)。

表4 常规组与实验组患者的不良风险发生率比较

组别	例数	压疮	下肢静脉血栓	跌倒	不良反应发生率 (n, %)
实验组	32	1 (3.13)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (3.13)
常规组	32	4 (12.50)	3 (9.38)	1 (3.13)	8 (25.00)
χ^2 值	—	—	—	—	6.335
<i>P</i> 值	—	—	—	—	0.012

3 讨论

心血管疾病特征为病程慢和反复发作, 这使其成为威胁公众健康的重要隐患。伴随人口老龄化进程加速, 我国心血管疾病发病率持续攀升, 这一疾病不仅会严重干扰患者日常生活, 也给家庭带来照护负担和心理压力。由于缺乏疾病认知, 多数患者在诊疗过程中出现焦虑、恐惧等负面情绪, 这种心理应激反应会影响机体生理调节功能, 进而削弱治疗效果。因此, 在临床治疗基础上开展系统化健康教育, 对提升患者疾病认知、促进康复进程具有重要意义。健康教育是临床护理工作的重要组成部分, 通过知识传播与行为指导, 能够帮助患者建立科学的健康观念, 主动配合治疗并纠正不良生活习惯^[9-10]。

本次研究结果显示, 实验组患者的治疗依从度较高, 明显优于常规组 ($P < 0.05$)。护理后, 实验组患者的自我效能评分、自我护理能力评分更高, 明显优于常规组 ($P < 0.05$)。实验组患者的生存质量水平改善效果较为突出, 明显优于常规组 ($P < 0.05$)。实验组患者的不良风险发生率更低, 明显优于常规组 ($P < 0.05$)。从中不难了解到, 采用全程健康教育模式的实际效果较为突出, 以细致、全方位护理形式, 可以使得患者了解心血管的疾病进展情况, 遵医嘱服药、定期复查, 改善各项指标, 避免发生多方面不良风险问题。全程健康教育模式会对患者进行全面的生活方式指导, 包括饮食、运动、作息等方面。从心血管疾病患者入院到出院, 对其

进行系统化的健康教育与指导。通过一系列的健康教育活动, 患者能够认识到不良生活习惯对病情的影响, 从而主动改变生活方式, 养成健康的生活习惯, 提高生活方式依从性, 缩短患者机体恢复时间。每天坚持摄入新鲜的水果蔬菜、容易消化的低脂肪、高纤维食物, 避免摄入高糖、高盐的食物, 使得心血管疾病患者机体免疫力明显增强。

综上所述, 在心血管护理管理中, 采用全程健康教育模式的效果较为显著, 主要发挥的实际作用为提升患者的治疗依从度。在改善其自我效能水平, 提升自我护理能力的基础上, 改善患者的生存质量水平, 降低不良反应风险发生率, 建议临床实际应用以及推广。

参考文献

[1]侯明明,王鑫,李舒琪.基于系统化健康教育的心脏康复护理对心力衰竭患者心血管不良事件及生活质量的影响[J].罕少疾病杂志,2024,31(02):132-133.

[2]曾毅红.多元化健康教育模式在老年心血管疾病患者临床护理中的运用价值研究[J].心血管病防治知识,2024,14(03):127-130.

[3]邵仙梅.健康教育在老年心血管疾病患者临床护理中的作用[J].中西医结合心血管病电子杂志,2022,10(33):115-118.

[4]陈庆兰.老年心血管疾病患者护理管理中健康教育的应用效果研究[J].世界睡眠医学杂志,2021,8(08):1384-1385.

[5]张香金.规范化健康教育对高血压伴心血管危险因素患者治疗的影响研究[J].心血管病防治知识,2021,11(20):72-74.

[6]刘子硕,刘星,司金春.健康教育模式在心血管护理管理中的应用效果观察[J].黑龙江中医药,2021,50(03):301-302.

[7]张海霞,周昌盛,王静.中西医结合健康教育护理在心血管病患者护理中的效果分析[J].中西医结合心血管病电子杂志,2021,9(14):112-114+39.

[8]钟琳,苏慧娜.心血管护理对冠心病患者急性心脑血管事件发生率的干预价值分析[J].心血管病防治知识,2021,11(13):38-40.

[9]李萍.多元化健康教育模式在老年心血管疾病患者临床护理中的运用价值分析[J].黑龙江医学,2021,45(08):830-832.

[10]王贺,侯晓丽,宋科,等.全程健康教育联合风险管理在心血管内科护理管理中的应用[J].临床心身疾病杂志,2020,26(03):173-176.