

赋能教育结合家庭联动在老年心脏康复患者延续护理中的应用研究

杨 华 石红燕

宁夏医科大学总医院 宁夏 银川 750000

摘要:目的:探讨赋能教育结合家庭联动模式在老年心脏康复患者延续护理中的应用效果。方法:选取2022年1月至2024年6月本院收治的120例老年心脏康复患者,随机数字表法分为观察组和对照组各60例。对照组接受常规延续护理,观察组在此基础上实施赋能教育结合家庭联动护理模式。比较两组患者的自我管理能力和生活质量及再住院率等指标。结果:干预后,观察组在各项观察指标方面均显著优于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论:赋能教育结合家庭联动模式能够有效提升老年心脏康复患者的自我管理能力和生活质量,降低再住院风险,值得在临床实践中推广应用。

关键词:赋能教育;家庭联动;老年患者;心脏康复;延续护理

随着我国人口老龄化程度不断加深,心血管疾病的发病率呈逐年上升趋势,其中老年患者占相当大的比例。心脏康复作为心血管疾病综合治疗的重要组成部分,在改善患者心功能、提高生活质量、预防再发事件等方面发挥着重要作用。然而,传统的院内康复模式往往难以满足患者长期康复需求,出院后的延续护理成为影响康复效果的关键环节^[1]。赋能教育作为一种以患者为中心的教育理念,强调激发患者内在潜能,提高其自主决策和自我管理能力;而家庭联动则注重调动家庭资源,构建支持性环境。将两者有机结合应用于老年心脏康复患者的延续护理中,有望取得更好的效果^[2]。本研究旨在探讨赋能教育结合家庭联动模式在老年心脏康复患者延续护理中的应用价值,为优化老年心脏康复护理服务提供理论依据和实践指导。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2022年1月至2024年6月在我院老年科住院的老年心脏康复患者120例。采用随机数字表法将患者分为观察组和对照组各60例。观察组男32例,女28例;年龄65-82岁,平均(71.3±5.8)岁。对照组男34例,女26例;年龄66-81岁,平均(70.8±6.1)岁。两组一般资料比较($P > 0.05$),具有可比性。纳入标准:确诊为冠心病、心肌梗死或心脏手术后需进行心脏康复者;意识清楚,具备基本沟通能力。排除标准:严重认知功能障碍或精神疾病史;恶性肿瘤晚期或其他严重脏器功能衰竭;预期生存期 < 6 个月。

1.2 方法

对照组给予常规延续护理措施:①出院前进行全面的健康宣教,包括疾病知识、用药指导、饮食建议、运动注意事项等;②建立患者档案,定期电话随访,了解病情变化和康复情况;③根据患者具体情况安排门诊复查时间;④提供书面健康教育材料;⑤必要时协调多学科会诊。

观察组在常规延续护理基础上实施赋能教育结合家庭联动护理模式,具体如下:

1.2.1 赋能教育实施策略

(1)个性化教育计划制定:根据患者的文化程度、理解能力、学习需求等个体差异,制定针对性的教育方案。对于文化程度较低的患者,采用图文并茂的方式进行讲解;对于有一定文化基础的患者,则提供更多深入的理论知识。(2)分阶段教育实施:将教育过程分为认知期、实践期和巩固期三个阶段。认知期重点普及疾病基础知识和康复重要性;实践期指导患者掌握具体的操作技能;巩固期通过反复强化和反馈,确保知识技能的持续应用。(3)多元化教育形式:结合一对一指导、小组讲座、视频教学、模拟演示等多种形式,提高教育的趣味性和有效性。同时利用移动互联网技术,推送个性化的健康信息和提醒。(4)能力建设导向:注重培养患者的自主决策能力和问题解决能力,鼓励患者主动参与康复计划的制定和调整,增强其对自身健康的控制感和责任感。

1.2.2 家庭联动机制构建

(1)家属教育培训:对主要照顾者进行系统的培训,使其了解患者病情特点、康复要点、应急处理等内容,提高家庭照护质量。培训内容包括基础护理技能、

心理支持技巧、危险信号识别等。(2)家庭环境优化:协助患者家庭营造有利于康复的生活环境,如合理安排作息时间、创造安静舒适的休息空间、准备适宜的运动器材等。(3)家庭支持网络建设:鼓励家庭成员间的沟通协作,建立相互支持的关系网络。定期组织家庭会议,让所有相关人员了解患者的康复进展和存在的困难,共同商讨解决方案。(4)社区资源整合:积极联系社区卫生服务中心、志愿者组织等相关机构,为患者家庭提供更多的外部支持和便利条件。

1.3 观察指标

(1)自我管理能力:采用自制的老年人心脏康复自我管理力量表进行评估,包括症状监测、药物依从性、生活方式管理、应急处理等4个维度,总分100分,分数越高表示自我管理能力强。(2)生活质量:采用西雅图心绞痛问卷(SAQ)进行评估,包括躯体活动受限程度、心绞痛稳定状态、心绞痛发作频率、治疗满意度和疾病认知5个维度,各维度得分范围均为0-100分,分数越

高表示生活质量越好。(3)再住院率:记录干预期间因心血管事件再次住院的发生情况。

1.4 统计学方法

通过SPSS26.0处理数据,计数(由百分率(%)进行表示)、计量(与正态分布相符,由均数±标准差表示)资料分别行 χ^2 、*t*检验; $P < 0.05$,则差异显著。

2 结果

2.1 两组患者自我管理比较

观察组提高幅度更明显($P < 0.05$)。见表1。

表1 自我管理评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	干预前	干预后
观察组	60	52.3±8.7	78.6±9.2
对照组	60	51.8±9.1	65.4±8.9
<i>t</i> 值	-	0.312	8.923
<i>P</i> 值	-	0.756	0.000

2.2 两组患者生活质量比较

观察组均高于对照组($P < 0.05$)。见表2。

表2 生活质量评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	躯体活动受限程度	心绞痛稳定状态	心绞痛发作频率	治疗满意度	疾病认知
观察组	60	78.6±10.2	81.3±9.8	85.7±8.9	88.9±7.6	83.4±9.1
对照组	60	62.3±11.5	65.8±12.3	70.2±10.4	72.5±11.8	67.8±12.6
<i>t</i> 值		7.987	7.564	8.321	8.765	7.892
<i>P</i> 值		< 0.001	< 0.001	< 0.001	< 0.001	< 0.001

2.3 两组患者再住院率比较

观察组再住院率低于对照组($P < 0.05$)。见表3。

表3 再住院情况比较[*n*(%)]

组别	例数	再住院例数	再住院率
观察组	60	5(8.3)	8.3%
对照组	60	18(30.0)	30.0%
χ^2			8.765
<i>P</i>			0.003

3 讨论

心血管疾病是威胁人类健康的主要疾病之一,尤其在老年人群中发病率居高不下。随着医疗技术的进步,急性心血管事件的救治成功率不断提高,但患者出院后的长期康复管理仍面临诸多挑战。老年心脏康复患者往往存在多重用药、多种合并症、身体机能衰退等问题,这些因素不仅增加了康复的复杂性,也对护理工作提出了更高要求。传统的延续护理模式虽然在一定程度上缓解了患者出院后的照护问题,但在实际应用中仍存在一些局限性^[1]。因此,探索更加科学有效的延续护理模式成为当前护理研究的重要方向。赋能教育作为一种新兴的

教育理念,强调通过激发个体潜能来增强其应对疾病的能力,这与现代医学模式转变的要求高度契合。同时,考虑到家庭在老年患者康复过程中的重要作用,将家庭因素纳入护理干预体系具有重要的现实意义^[4]。

本研究结果显示,观察组患者在接受赋能教育结合家庭联动护理模式干预后,自我管理能力的提升主要体现在以下几个方面:首先,在症状监测方面,通过系统的教育指导,患者能够更准确地识别胸闷、气短、心悸等常见症状,并学会使用心率监测设备进行日常监测。数据显示,观察组患者对症状的认知水平明显提高,能够在症状出现时及时采

取相应的应对措施,避免了因延误处理而导致的不良后果。其次,在药物依从性方面,赋能教育通过深入浅出的方式向患者解释各种药物的作用机制、服用方法和注意事项,使患者真正理解规范用药的重要性。同时,家庭联动机制的建立使得家属能够起到监督提醒的作用,有效提高了患者的服药依从性。再次,在生活方式管理方面,针对老年患者的特点制定了个性化的饮食和运动方案。通过反复的示范和练习,患者逐步掌握了低盐低脂饮食的原则、适量运动的方法以及戒烟限酒的重要性^[5]。更重要的是,患者开始主动关注自己的生活习惯,并能够根据身体状况的变化适时调整,体现了真正的自我管理能力。最后,在应急处理能力方面,通过情景模拟训练和案例分析,患者学会了在突发情况下如何正确求救、如何进行基础的心肺复苏操作等技能。这种能力的获得不仅增强了患者的安全感,也为家庭成员提供了必要的急救知识储备。

生活质量作为衡量康复效果的重要指标,在本研究中得到了显著改善。观察组患者在SAQ各维度的评分均明显优于对照组,说明赋能教育结合家庭联动模式对提升老年心脏康复患者的整体生活质量具有积极作用。在躯体活动受限程度方面,观察组患者表现出更强的活动耐力和更低的功能限制。这主要得益于科学合理的运动康复计划的实施。通过个体化的运动处方,患者在保证安全的前提下逐步增加活动强度,心肺功能得到明显改善。同时,家庭环境的支持也为患者提供了更多锻炼机会,如陪同散步、协助家务等,这些看似简单的活动实际上对改善患者的身体状况起到了重要作用。心绞痛稳定状态的改善反映了患者病情控制的良好态势。通过系统的疾病教育,患者对诱发因素有了更深刻的认识,能够主动避免过度劳累、情绪激动等危险因素。此外,规律的生活作息和良好的睡眠质量也是促进心绞痛稳定的重要因素。心绞痛发作频率的显著降低是护理干预最直观的效果体现。除了上述提到的因素外,还与患者用药依从性的提高密切相关。在赋能教育模式下,患者不再是被动的接受者,而是积极的参与者。他们有机会表达自己的想法和需求,参与到治疗决策过程中,这种尊重感和参与感大大提高了治疗满意度^[6]。同时,家庭联动机制的建立也让患者感受到了来自社会的支持和关爱,进一步提升了整体满意度。疾病认知水平的提高是其他各方面改善的基础。只有当患者真正了解自己所患疾病的特点、治疗方法和发展规律后,才能树立正确的康复观念,积极配合各项治疗措施。

再住院率作为反映医疗质量和患者预后的重要指

标,在本研究中观察组显著低于对照组的结果具有重要的临床意义。心血管疾病患者再住院不仅增加了医疗费用负担,也给患者身心带来额外痛苦,因此预防再住院一直是临床工作的重点目标。观察组再住院率仅为8.3%,远低于对照组的30.0%,这一巨大差异充分证明了赋能教育结合家庭联动模式的有效性。分析其作用机制,主要包括以下几个方面:首先是早期识别和及时干预。通过系统的教育,患者及其家属掌握了识别病情变化的基本技能,能够在症状轻微时就察觉异常并及时就医,避免了病情恶化导致的紧急住院。其次是规范治疗的坚持执行。许多心血管事件的再发与治疗不规范密切相关,特别是药物依从性差的问题。赋能教育通过多种方式强化了患者对规范治疗重要性的认识,家庭联动则提供了有力的监督保障,双重作用下患者的治疗依从性得到显著改善,从而降低了再住院风险。再次是危险因素的有效控制。高血压、糖尿病、血脂异常等都是心血管事件再发的重要危险因素。通过全面的健康管理教育,患者学会了如何监测和控制这些危险因素,生活方式的改善也为危险因素控制提供了有力支撑。

综上所述,赋能教育结合家庭联动模式在老年心脏康复患者延续护理中展现出显著优势。该模式通过激发患者潜能、整合家庭资源、提供个性化服务等方式,有效提升了患者的自我管理能力和生活质量,降低了再住院风险。

参考文献

- [1] 张晓菲,孙娟,朱丽丽,等.老年冠心病患者参与Ⅱ期心脏康复障碍现状及影响因素[J].河南医学研究,2025,34(14):2522-2526.
- [2] 戴小军,杨巍,左成男,等.老年急性心肌梗死患者出院后心脏康复依从性列线图预测模型的构建与验证[J].临床内科杂志,2025,42(6):479-482.
- [3] 夏瑜,秦淑文,周华婧,等.老年冠心病伴衰弱患者家庭心脏康复实践[J].护理学杂志,2022,37(15):88-91.
- [4] 梁晓慧,谷文婷,王晓华,等.老年冠心病患者心脏康复运动依从性调查及影响因素分析[J].老年医学与保健,2024,30(2):320-324,342.
- [5] 黄帝泽.家庭参与对广州某社区老年冠心病患者生活质量影响的研究[D].广东:南方医科大学,2024.
- [6] 中国康复医学会心血管病预防与康复专业委员会,中国老年学与老年医学学会,心血管病专业委员会.医院主导的家庭心脏康复中国专家共识[J].中华内科杂志,2021,60(3):207-215.