

基于跨理论模型健康教育模式对老年心血管疾病患者运用效果观察

贺 丽

中南大学湘雅二医院老年病学科二区 湖南长沙 410001

[摘要]目的 探讨基于跨理论模型构建健康教育模式对老年心血管疾病患者的效果,为老年心血管疾病患者提供一种全新的健康教育模式,以提高患者生活质量提供临床依据。**方法** 选取 2016 年 1 月-2016 年 6 月我科收治纳入标准的 84 名老年心血管疾病患者作为研究对象,按患者入院奇偶顺序分为实验组和对照组。对照组实施常规的心内科护理常规和传统健康教育模式,实验组基于跨理论模型构建健康教育模式并实施。比较两组患者生活质量、自我效能感及不良事件发生率变化情况。**结果** 干预前,两组“中国心血管病人生活质量评定问卷”(CQQC)评分及一般自我效能感量表(GSES)评分比较,无差异, ($P>0.05$); 6 个月后,实验组患者 CQQC、GSES 评分明显高于对照组患者,而不良事件发生率明显低于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。**结论** 基于跨理论模型构建健康教育模式在老年心血管疾病患者运用能提高患者一般自我效能感和生活质量,降低不良事件发生率,改善患者医疗结局。

[关键词] 跨理论模型; 老年; 心血管疾病; 健康教育; 生活质量

[中图分类号] R473.5

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561 (2017) 02-324-02

随着疾病谱的变化,心血管疾病死亡占城乡居民总死亡原因的首位^[1]。据统计,中国已进入老龄化社会,2012 年 65 岁以上老年人口已达到 9.4%,其中 65% 的老年人至少患有 1 种慢性病,而心血管病患病率居慢性病患病率首位^[2],老年心血管疾病患者较其他年龄段人群有更高的住院率和更长的住院时间,对老年人来说,住院通常是身体功能下降、生活质量下降以及失能开始的最主要的危险因素^[3]。有研究证实,对患者进行有效的健康指导,能有效的提高心血管患者生活质量,降低患者死亡率和心血管事件的发生率^[4]。老年心血管疾病患者在往返于医院和家庭时,会遇到很多的问题,疾病的折磨,对疾病的恐惧感,都会使患者产生紧张、焦虑、抑郁,甚至是绝望的负性情绪,这样会增加疾病的复发率和不良事件的发生,严重影响患者生活质量。如何构建一套全新的健康教育模式,从而能帮助老年心血管病人提高自我效能感,提高生活质量,安全完美的回归社会,是我们该探索的问题。跨理论模型(TTM)根据需改变患者的个体化需求提供针对性的行为支持,以阶段性行为改变模式为核心结构,根据患者行为改变轨迹,将行为改变过程分为多个阶段,在尊重患者实际的基础上实施个体化阶段性健康教育^[5],这非常符合老年心血管疾病患者疾病管理特点。我科于 2016 年 1 月-2016 年 6 月对 42 名患者基于跨理论模型构建健康教育模式在老年心血管疾病患者运用,取得了一定的成效,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象

选取 2016 年 1 月-2016 年 6 月我科收治纳入标准的 84 名老年心血管疾病患者作为研究对象,入选标准:①根据临床医师确诊符合由吕新湖^[6]2009 年出版的《心血管内科疾病诊断标准》;②年龄在 60 岁及以上者;③自愿参与本研究;④意识清楚,有一定沟通和理解能力者;⑤无明显并发症者。排除对象:①不配合或不愿参加本研究者;②有严重并发症者;③认知功能障碍或无法沟通者。84 名老年心血管疾病患者中有男性 49 例,女性 35 例;年龄在 60-84 岁,平均年龄为 66.21±7.55 岁。按患者入院奇偶顺序分为实验组和对照组。对照组实施常规的心内科护理常规和传统健康教育模式,实验组基于跨理论模型构建健康教育模式并实施。两组患者一般资料比较,无差异 ($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组患者实施常规的心内科护理常规和传统健康教育模式,即从饮食、运动、遵嘱服药、康复锻炼、记录出入量、监测血压、避免加重心脏负荷诱因、出院后定期复查等。

1.2.2 实验组患者基于跨理论模型构建健康教育模式并实施,具体操作如下:

1.2.2.1 基于跨理论模型构建健康教育模式的构建:①成立基于跨理论模型构建健康教育模式小组,成立以老年心血管科护士长为组长,主管护师 2 名,护师 2 名,护士 1 名共同组成。②基于跨理论模型构建健康教育模式小组查阅国内外相关老年心血管疾病知识、跨理论模型文献,通过多次会议商榷和讨论,确定基于跨理论模型构建健

康教育模式框架,包括患者药物的自我管理、饮食指导、生活方式改变、康复锻炼、心理支持、早期识别和应对疾病恶化的危险因素 6 方面,从意向阶段、准备阶段、行动阶段和维持阶段 4 个阶段来构建老年心血管疾病患者基于跨理论模型构建健康教育模式。③将构建好基于跨理论模型构建健康教育模式请医院护理专家进行考核,修订,校改。并通过预实验检验,并修订完善。

1.2.2.2 基于跨理论模型构建健康教育模式的实施:①小组成员对本科室护理人员进行培训,并严格考核。②意向阶段从患者入院开始,责任护士评估每个患者自我效能感、对心血管方面知识掌握程度、生活方式等,找出影响患者生活质量和自我效能感的因素,让患者认识到不良生活方式、治疗依从性差对疾病的复发和心脏不良事件发生的危害性和严重性。③准备阶段根据评估结果,制定出健康教育计划,研究者根据患者药物的自我管理、饮食指导、生活方式改变、康复锻炼、心理支持、早期识别和应对疾病恶化的危险因素 6 方面的知识、行为方面评估结果,跟患者和家属讲解疾病复发、不良事件发生的影响因素,寻求患者家属帮助、监督和支持,共同制定健康教育计划。④行动阶段邀请了处于维持阶段的患者讲解坚持健康生活方式使疾病得到控制后的成功体验,加强患者宣教,让患者真正认识到严格执行健康宣教的益处,让患者家属督促患者严格执行,并注重患者反馈,对于患者良性反馈,及时肯定;负性反馈,及时寻找原因,采用分散注意力、自我暗示等方式来缓解患者负性反馈。⑤维持阶段此阶段主要是鼓励患者,并帮助其养成记录日记的习惯,分析影响依从性因素,并请求家属一起管理患者疾病。

1.3 评价

1.3.1 两组患者生活质量评价:采用“中国心血管病人生活质量评定问卷”(CQQC)^[7]进行评价,该问卷包括体力 70 分(体力状况和有无参加康复运动 2 个问题)、病情 26 分(心绞痛、心悸、呼吸困难、对疾病的认识、生死观 5 个问题)、医疗状况 6 分(对治疗和医务人员的满意度 2 个问题)、一般生活 17 分(饮食、睡眠、自我感觉、娱乐、性生活 5 个问题)、社会心理状况 26 分(抑郁、焦虑、记忆力、智力、生活信心、亲人关系、夫妻关系 7 个问题)、工作状况 9 分(工作能力、人际关系 2 个问题)6 个项目,24 个条目。该问卷完成时间约 4 分钟,得分范围 0-154 分。

1.3.2 两组患者自我效能感评价:采用一般自我效能感量表^[8],该量表由 10 个条目组成,采用 4 个等级计分:几乎总是(4 分),常常(3 分),偶尔(2 分),几乎没有(1 分),总分范围 10-40 分,得分越高,自我效能水平越高,患者具有的自信心和解决问题的能力就越高。该量表汉化后具有良好的信效度^[9]。

1.3.3 两组患者心脏不良事件发生评价:记录两组患者 6 个月来,心脏不良事件发生情况。

1.4 统计学方法

采用 SPSS13.0 分析软件进行统计分析,计量资料用均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示,采用 t 检验;计数资料比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$

为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者生活质量比较

干预前, 两组患者“中国心血管病人生活质量评定问卷”(CQQC)评分比较, 无差异, ($P>0.05$); 6 个月后, 实验组患者 CQQC 评分明显高于对照组患者, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1: 两组患者出院 6 个月后 CQQC 评分比较

项目	对照组	实验组	T 值	P
体力	50.08±7.60	60.22±6.56	30.223	<0.001
病情	13.71±3.46	21.34±3.56	42.127	<0.001
医疗状况	3.24±0.45	4.94±0.58	5.359	<0.05
一般生活	10.32±2.62	13.67±2.75	3.616	<0.05
工作状况	4.74±0.48	7.27±0.58	7.887	<0.001
社会心理状况	12.16±2.86	20.39±3.94	48.232	<0.001
总分	69.23±25.50	82.59±27.69	7.671	<0.001

2.2 两组患者自我效能感比较

干预前, 两组患者 GSES 评分比较, 无差异, ($P>0.05$); 6 个月后, 实验组患者 GSES 评分为 31.32±5.57 明显高于对照组 23.02±5.24 分, 比较差异有统计学意义 ($P<0.05$)。

2.3 两组患者心脏不良事件发生率比较

经过干预, 实验组患者心脏不良事件发生率为 3 (7.14%), 明显低于对照组患者 18 (42.86%), 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。

3 讨论

3.1 基于跨理论模型构建健康教育模式在老年心血管疾病患者运用能降低心脏不良事件发生率, 提高患者生活质量

心血管疾病的发生、发展及转归都与患者的生活方式有着紧密的联系。研究表明良好的生活习惯能降低心血管疾病的危险因素^[10]。传统的健康教育模式是患者在住院期间, 医务人员灌输大量的有关心血管疾病知识及技能, 因为患者及家属心理处于一个高压和脆弱的状态下, 真正能被掌握的只有非常小的一部分。患者出院后, 由于我国医疗模式的局限, 患者的护理也中断, 虽然也有文献报道, 电话随访能够对患者遵医行为起到一定的作用, 但是, 心血管疾病是一种慢性疾病, 治疗疗程长, 患者治疗依从性低。很多患者很难真正接受各种因治疗而“限制”行为, 导致治疗依从性低, 患者生活质量不高。跨理论模型是一个有目的的行为改变模型, 该模型强调个体的行为变化是一个连续的过程而非单一的事件, 人们在真正做到行为改变之前, 是朝向一系列动态的循环变化阶段发展^[3]。在整个健康教育过程中, 研究者并不急于让患者接受, 而是先让患者了解遵守各种“限制”行为的好处, 增强患者行为改变的意图。并在干预过程中, 让帮助回忆疾病发作时的痛苦感受, 让患者自己权衡利弊关系, 从而提高治疗依从性, 降低心脏不良事件发生率, 提高生活质量。通过医务人员与患者的互动, 拉近了两者之间的距离, 让他们有医务人员就身边的感觉、感受到安全的氛围, 从而减轻心理压力, 改善患者的生活质量。通过研究从表 1 可见, 干预前, 两组患者“中国心血管病人生活质量评定问卷”(CQQC)评分比较, 无差异, ($P>0.05$); 6 个月后, 实验组患者 CQQC 评分明显高于对照组患者, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 实验组患者心脏不良事件发生率明显低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。

3.2 基于跨理论模型构建健康教育模式在老年心血管疾病患者运用, 能提高患者自我效能感

心血管疾病是一种病程长、需要长期服药的疾病, 很多患者因为出院后自我感觉症状好转就中断服药, 这会导致疾病复发甚至更严重。同时, 长疗程的治疗会大大消磨患者意志, 使患者对疾病预后不抱希望, 产生沮丧的心理, 这非常不利于患者治疗。传统健康教育模式一般只是向患者在饮食、运动、遵医嘱服药、康复锻炼、记录出入量、监测血压、避免加重心脏负荷诱因、出院后定期复查等方面应注意的问题, 没有让患者真正了解, 为什么要遵守这些“限制”, 导致效果不理想。基于跨理论模型构建健康教育模式的构建, 是在护理人员评估出老年心血管患者目前在健康管理方面存在的问题为基础, 继而设计和开展有目的地、有针对性的护理健康教育, 紧紧抓住患者的心理特点, 来制定护理健康教育计划, 从而显著改善患者行为的模式。这就将患者自我效能感激发出来, 从而增加患者战胜疾病的信心。根据自我效能理论, 他人失败的经验会降低个体的自我效能感, 成功的经验则可提高个体的自我效能感^[11]。研究者邀请了处于维持阶段的患者讲解坚持健康生活方式使疾病得到控制后的成功体验, 提高患者的自我效能感^[5]。同时, 研究者反复向患者讲解严格执行健康宣教的好处, 并反复强调治疗依从性差的严重后果, 让患者真正意识到正规治疗能够提高治疗疗效, 降低心脏不良事件发生率和疾病复发率, 从而采取正确的生活方式, 树立战胜疾病的信心。通过表 2 可见, 干预前, 两组患者 GSES 评分比较, 无差异, ($P>0.05$); 6 个月后, 实验组患者 GSES 评分明显高于对照组患者, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。

4 结论

由此可见, 基于跨理论模型构建健康教育模式是一种新型的健康教育手段, 它不仅能够提高患者一般自我效能感和生活质量, 降低不良事件发生率, 改善患者医疗结局, 还具有实用、成本低、性价比高的优势, 值得推广应用。

[参考文献]

- [1] 陈伟伟, 高润霖, 刘力生, 等. 中国心血管病报告 2013 摘要 [J]. 中国循环杂志, 2014, 29(7):487-491.
- [2] 中国国家卫生和计划生育委员会统计信息中心. 2013 年中国卫生和计划生育统计年鉴 [EB/OL].
- [3] 李雪玉, 李榕梅, 王爽, 等. 医院—家庭过渡期运动干预对高龄心血管病患者功能性体适能的影响 [J]. 中华护理杂志, 2015, 6(50):650-653.
- [4] 郝云霞, 周政, 刘庆荣, 等. 从心血管专科发展看护理在心脏康复中的作用 [J]. 中华护理杂志, 2015, 50(6):645-649.
- [5] 戴丽群, 叶彩霞, 蓝艳, 等. 跨理论模型及动机性访谈对 PCI 术后患者服药依从性的影响 [J]. 实用医学杂志, 2016, 6(32):1013-1015.
- [6] 吕新潮. 心血管内科疾病诊断标准 [M]. 科技文献出版社. 2009.
- [7] 刘江生, 马琛明, 涂良珍, 等. “中国心血管病人生活质量评定问卷”及其常模的测定 [J]. 心血管康复医学杂志, 2012, 21(2):105-108.
- [8] 杨廷忠, 施卫星, 许亮文. 自我效能: 临床护理的一种思路和方法 [J]. 中华护理杂志, 2004, 39(5):393-395.
- [9] 张明园. 精神科评定量表手册 [M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 2003:35-39.
- [10] 张晓梅, 张颖, 周文悦, 等. “生命网”健康教育流程对促进冠心病患者改变不良生活方式的作用 [J]. 中华护理杂志, 2009, 44(2):144-146.
- [11] 蒋晓莲, 薛咏红, 汪国成. 自我效能研究进展 [J]. 护理研究, 2004, 18(9):15-19.

(上接第 323 页)

92.64%, 同时护理后患者生活质量明显提高, 因此在心理、术前、术中、术后病情、药物等方面进行护理干预, 可以有效的缓解患者的不良情绪, 提高患者的配合度, 降低术中不良反应发生率, 同时也能加速患者的恢复, 保障治疗效果, 提高患者的生活质量。

[参考文献]

- [1] 郭玉清. 心理护理干预对糖尿病视网膜病变患者生活质量的影响 [J]. 现代中西医结合杂志, 2013, 22(5):547-548

- [2] 宋君, 裴文莹. 激光结合药物治疗糖尿病视网膜病变的疗效观察与护理 [J]. 激光杂志, 2016, 37(5):125-127.
- [3] 王晓辉, 梁爱明. 护理干预对糖尿病视网膜病变患者疾病不确定感及治疗依从性的影响 [J]. 河南医学研究, 2015, 24(2):158-159
- [4] 李婷, 雷绪, 刘小芳. 护理干预对糖尿病视网膜病变患者生活质量的影响 [J]. 当代医学, 2013, 19(21):7-9.
- [5] 李军. 护理干预对糖尿病视网膜病变患者生活质量的影响 [J]. 基层医学论坛, 2014, 18(6):689-69