

## 系统性健康教育促进老年冠心病患者生活质量的效果评价\*

龙梦云<sup>1,2</sup>, 鄢晓丽<sup>1,2</sup>, 李慧敏<sup>1</sup>, 罗仕兰<sup>1△</sup>

(1. 重庆医科大学附属第二医院老年病科 400010; 2. 重庆医科大学第二临床学院 400010)

[中图分类号] R473.5

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2018)17-2385-04

随着世界人口老龄化进程,老年患者心血管疾病发病率也随之不断增加,其中冠状动脉粥样硬化性心脏病(简称冠心病)在老年人心血管疾病的发病率中居首位<sup>[1]</sup>。许多冠心病患者接受经皮冠状动脉介入术(percutaneous coronary intervention, PCI)或冠状动脉旁路移植术(coronary artery bypass graft, CABG)后得以治疗,然而大多数老年冠心病患者缺乏对冠心病疾病的正确认识,多数老年患者不能有效地控制血压、血糖及血脂等重要危险因素,从而导致术后患者冠状动脉再次狭窄率居高不下。研究表明,心脏康复可使冠心病患者 5 年病死率下降 25%~46%,非致命性心肌梗死的再发率降低 31%<sup>[2]</sup>。然而目前许多医院在心脏康复的落实中仅仅只注重于运动功能锻炼,对患者生活质量尚缺乏具体的实现措施。因此,本研究提出以系统性健康教育模式尝试对老年冠心病心脏康复患者实施系统全方位的健康教育,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择 2016 年 1 月至 2017 年 1 月在重庆医科大学附属第二医院老年病科和心脏康复科确诊为冠心病的患者。纳入标准:(1)年龄在 60 岁以上的老年患者;(2)行冠状动脉造影术,确诊为冠心病的患者;(3)既往或本次入院行 PCI 术或 CABG 术治疗的患者;(4)根据心脏康复危险性分层评估为低危或中危的患者;(5)评估、随访信息完整;(6)患者自愿参与研究,签署知情同意书。排除标准:(1)同时合并重要脏器功能损害;(2)认知障碍不能配合研究者;(3)肢体功能明显障碍者;(4)患有恶性肿瘤且预期寿命不超过半年者。根据患者收治入院的前后顺序分为干预组和对照组,对照组为先入院的 58 例患者,后入院的 55 例患者纳入干预组。对照组纳入 58 例,其中 5 例由于病情恶化再次入院治疗、1 例死亡、1 例电话空号失访而中途退出研究,失访率为 12.1%;干预组纳入 55 例,由于病情恶化再次入院治疗、拒绝后续随访而放弃的有 4 例,失访率为 7.3%。

## 1.2 方法

**1.2.1 对照组** 按照老年专科护理常规给予传统的

健康教育模式:(1)入院时,进行常规资料评估,予以统一的入院宣教;(2)住院过程中指导正确的生活方式,如戒烟限酒、适当运动、合理膳食、心理平衡等;(3)出院时,指导患者既往和现阶段存在的疾病相关的危险因素及预防冠心病再发的方法,强调遵医嘱服药,建立正确生活方式和行为习惯及定期随访等;(4)遵照科室常规院外追踪随访。

**1.2.2 干预组** 成立老年冠心病心脏康复小组,由 3 名老年病科医生和 5 名护理人员共同组成,其中包括 2 名心理咨询师和 1 名在读护理硕士生,均经过心脏康复知识的培训学习。采用系统性健康教育模式,包括 3 个阶段的内容。

第 I 期(院内心脏康复阶段),(1)入院时进行系统评估:由心脏康复小组成员严格控制纳入排除标准。一般评估内容包括:患者病情(参考病例资料);现存冠心病危险因素;患者生活方式,如是否吸烟、饮酒史、功能锻炼及睡眠情况;患者目前用药情况,如用药种类、依从性等;患者对于冠心病心脏康复的了解、参与情况。(2)按照评估结果制订个性化、系统性的健康教育目标,健康教育内容包括以下几点,①个体化的健康教育:入院当天由康复小组成员评估患者文化程度、病情及危险因素,选择合适、个性化健康教育内容深度及方式;②饮食营养:指导确保患者每日摄入适量的蔬菜水果、鱼禽肉蛋、奶制品等,控制每天食盐摄入量在 5 g 以内;③理论教育:入院第 2、3 天,讲解疾病的知识如发病原因、危险因素及治疗护理方法,心脏康复的重要性及方法;④运动锻炼:入院时通过心肺运动试验评价心肺功能,与医生、患者共同制订住院期间运动计划,如下午非输液时间鼓励患者们参与科室内组织的有氧运动小组,确保每天至少半小时的运动锻炼时间;⑤心理调适:根据患者心理状态,在康复小组心理咨询师的指导下,协助完成患者心理护理;⑥制订计划:协助患者制订健康生活计划,避免高危因素,戒烟限酒;⑦自我监测:出院前教会患者脉搏的测量方法、自我感知劳累程度分级法检测运动强度及发生紧急情况如何自救。(3)实施健康教育:由康复小组成员实施健康教育,形势多样如多媒体,在

科室走廊墙壁上悬挂生动形象的宣传海报等。(4)动态评价教育效果:在实施健康教育时,康复小组成员通过患者的反馈不间断地评估健康教育效果,具有针对性地调整健康教育方案。(5)患者出院前与患者及家属签署系统性健康教育知情同意书,建立患者健康档案,内容包括:姓名、年龄、入院日期、诊断、家庭住址、联系方式、微信号、健康教育随访时间、医院复查随访时间等,新注册康复小组微信,经过患者及家属同意后,部分患者通过微信进行后续随访,向患者发放《冠心病心脏康复健康手册》,包括了心脏康复小组随访人员电话、联系地址及双方共同商定的健康教育随访时间。

第Ⅱ期(院外早期康复阶段),出院后,第1、4、8、12周,康复小组随访员在约定的随访时间通过电话或微信进行健康教育随访,指导内容包括以下几点,(1)运动:有氧运动为主,每周3~5次;抗阻运动和柔韧运动为辅,每周2~3次,至少中间要间隔1d。(2)日常注意:建议淋浴,10~15min为宜,泡澡水位不超过胸口;多食粗纤维食物,适度补充水分,避免用力排便;保证充足的睡眠和休息;保持心情愉悦,避免情绪不稳定;监测血压体质量,体质量增加1kg/d以上应引起重视;低盐饮食( $<5$ g/d),控制饮水量,避免加重心脏负担。(3)遵医嘱按时服药,如有不适,及时就医。每次康复小组随访员随访结束前,通过患者反馈、重诉等方式确保患者已掌握相关指导内容。

第Ⅲ期(院外长期康复阶段),即社区或家庭康复期,是第Ⅱ期康复的延续,康复小组随访员与患者通过电话或微信在约定好的时间内进行健康教育随访,关键是维持已形成的健康生活方式和运动习惯。第16周评估患者处于何种危险程度,低危者康复活动不需要监护,中危者需要监护,指导内容包括维持健康生活方式和行动的健康教育、危险因素指导、心理指导和运动指导。第24周对患者所掌握心脏康复知识及健康教育内容进行反馈评价,通知其医院随访时间,由康复小组课题资料收集员完成患者干预后生活质量评价。

**1.3 评估工具及方法** (1)患者一般情况:患者基本信息、冠心病病程、心功能分级等。心功能分级标准:采用美国纽约心脏病学会提出的心功能分级标准。(2)美国12条目简明健康测量量表(medical outcomes study 12-item short-form health survey, SF-12):是目前国际上采用的美国36条目简明健康测量表(SF-36)的简版,具有普适性、条目简单、操作作用时少等特点,SF-12与SF-36之间存在很高的相关性<sup>[3]</sup>,共12个条目,包含了8个维度:总体健康(general health, GH)、生理功能(physical functioning, PF)、生理职能(role-physical, RP)、躯体疼痛(bodily pain, BP)、精力(vitality, VT)、社会功能(social functioning, SF)、情感职能(role-emotional, RE)、精神健康

(mental health, MH),得分越高生活质量越好。

**1.4 评价方法** 当患者出院前由康复小组课题资料收集员收集数据资料,包括患者一般情况、生活质量SF-12调查;患者出院后的第24周在两组患者复查时,提前3d联系患者或家属叮嘱按时复查,复查时由康复小组课题资料收集员再次评价患者生活质量。

**1.5 统计学处理** 数据收集录入Excel表,导入SPSS17.0统计软件进行分析,计量资料分析采取 $\bar{x} \pm s$ 表示,比较采用 $t$ 检验,计数资料采用 $\chi^2$ 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 研究患者基本情况** 干预组与对照组患者基本情况比较,两组患者之间的基本情况差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性,见表1。

表1 两组患者基本情况

项目	干预组( $n=51$ )	对照组( $n=51$ )	$\chi^2/t$	$P$
男/女( $n$ )	28/23	30/21	0.16	0.842
年龄( $\bar{x} \pm s$ ,岁)	68.29 $\pm$ 5.87	68.29 $\pm$ 5.87	0.32	0.974
文化程度( $n$ )			0.96	0.811
文盲	9	6		
小学	19	20		
中学	16	19		
大学	7	6		
月收入(元)			0.428	0.807
$\leq 1000$	14	17		
1000~2999	29	27		
$\geq 3000$	8	7		
病程(年)			2.127	0.345
$< 1$	19	25		
1~5	23	16		
$> 5$	9	10		
合并疾病( $n$ )				
高脂血症	27	25	0.157	0.843
高血压	23	28	0.980	0.428
糖尿病	9	17	3.304	0.111
其他	14	16	0.189	0.828
心功能分级( $n$ )			1.352	0.509
I级	10	15		
II级	38	33		
III级	3	3		
治疗方式( $n$ )			0.297	0.786
PCI	42	44		
CABG	9	7		
ADL评分( $\bar{x} \pm s$ ,分)	96.96 $\pm$ 8.13	87.06 $\pm$ 8.07	-0.61	0.951

ADL:日常生活能力量表

**2.2 干预前后干预组和对照组患者 SF-12 生活质量**

评分

**2.2.1** 两组患者干预前后 SF-12 总得分差值比较  
 两组患者干预后生活质量的得分均提高,然而干预组两次 SF-12 得分的总分差值为(6.59±3.91)分,提高的幅度明显大于对照组(3.90±3.80)分,差异有统计学意义( $P=0.001$ ),见表 2。

表 2 两组患者干预前后 SF-12 总得分差值比较

组别	n	干预前后总分差值	t	P
干预组	51	6.59±3.91	3.520	0.001
对照组	51	3.90±3.80		

**2.2.2** 两组患者 SF-12 各维度得分比较  
 干预组的患者经过系统性健康教育后各维度的分值都有所提升,其中 GH、PF、RP、VT、SF、RE、MH 7 个维度干预前后差异有统计学意义( $P<0.05$ ),VT 维度经过干预后差异无统计学意义( $P=0.335$ ),可能的原因是患者的躯体疼痛是由于其他并发症引起的,而与冠心病无关;然而,对照组在同期比较中,仅有 RP、SF、RE 3 个维度上差异有统计学意义( $P<0.01$ ),而 GH、PF、BP、VT、MH 5 个维度差异无统计学意义,提示系统性健康教育对于促进老年冠心病患者心脏康复过程中的生活质量有积极作用,见表 3。

表 3 两组患者 SF-12 生活质量各维度得分比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	GH	PF	RP	BP	VT	SF	RE	MH
干预组									
干预前	51	2.49±0.58	8.75±1.44	16.20±2.47	4.08±0.87	3.39±0.83	3.82±0.84	18.20±1.84	15.88±2.54
干预后	51	3.10±0.58	9.88±1.29	18.12±1.67	4.20±0.83	3.88±0.74	4.14±0.72	18.71±1.59	17.92±1.70
t		-7.636	-7.538	-8.095	-0.973	-0.435	-3.170	-3.061	-7.854
P		<0.01	<0.01	<0.01	0.335	<0.01	0.003	0.004	<0.01
对照组									
干预前	51	2.61±0.64	9.53±1.63	16.00±2.99	3.43±1.01	3.73±0.80	3.37±1.00	16.04±2.45	16.63±1.85
干预后	51	2.80±0.57	9.06±1.81	16.67±2.39	3.57±0.86	4.04±0.77	3.96±0.63	17.61±1.79	16.75±1.96
t		-1.527	2.279	-3.007	-1.124	-2.759	-4.105	-6.934	-0.503
P		0.133	0.27	0.004	0.266	0.008	<0.001	<0.001	0.617

3 讨 论

心脏康复自 20 世纪 60 年代被提出以来,大量研究表明,心脏康复可以有效改善患者心肺功能<sup>[4]</sup>,降低老年患者一些心血管不良事件的发生,帮助大多数患者恢复生活自理能力,增强社会适应能力<sup>[5-7]</sup>。另有研究发现<sup>[8-9]</sup>,经过 PCI 术或 CABG 术后的患者,接受心脏康复治疗组的患者与常规治疗对照组相比,全因死亡率降低 20%~50%。因此,心脏康复过程在心血管疾病一级、二级和三级预防中,起着不可或缺作用。然而,冠心病危险因素很多,心血管疾病患者出院后如果不能有效、科学地选择健康的生活方式,一些患者在 PCI 术后 1 年后未能恢复正常生活和控制高危因素,从而导致心血管事件复发的风险大大增加<sup>[10]</sup>,导致患者不断“返修”,即反复住院治疗、再行介入、再安支架或再搭桥<sup>[11]</sup>,如此循环,给患者及家属带来了不止身心上的痛苦,还加重了卫生经济负担,造成医疗资源的浪费。目前患者及家庭对心脏康复的意义与重要性缺乏相关认知,有研究表明,我国心脏康复的社会人群知晓率极低,88.6%的患者表示从未听说过<sup>[12]</sup>。由于心脏康复过程实施的缺陷性,患者出院后无法持续获得心脏康复知识相关的健康指导,从而无法有效、科学地控制疾病的高危因素。因此,健康教育在冠心病患者健康促进中起着很重要的作用。

系统性健康教育作为护理干预的一种方法,其通

过护理人员对患者实施有计划、有组织、有系统的教育活动,使人们自愿采取有利于自身健康的行为,从而达到降低疾病发病率和病死率的目的,是提高患者生活质量并对所掌握教育知识结果进行评价的过程。白杨等<sup>[13]</sup>研发了一项心脏风险评估安卓系统软件,结果发现该软件可以给院外心脏康复的患者提供有效护理措施,进一步提高了冠心病患者对心脏康复过程的依从性。然而,由于老年患者生理特殊性,该软件对于老年冠心病患者的适用性并不强。因而,探索出一套适用于老年冠心病心脏康复患者的健康教育方案是非常必要的。

本研究在系统性健康教育的理论基础上,将患者住院期间及出院后的健康教育分为 3 个阶段:院内心脏康复、院外早期康复、长期康复。通过个体化的健康教育,生动、形象的健康教育方式,关注患者的心理健康,并注重与患者出院后的沟通,都有助于患者学习兴趣的提升,避免了健康教育流于形式。其次,系统性健康教育的实施也有助于护理人员明确患者不同时期的健康教育内容,避免了工作中的盲目性,特别是年轻的低年资护士。从本研究资料分析得出,护理人员对患者及家属的健康教育可以提高患者的生活质量,但采用系统性健康教育模式的干预组患者的生活质量提高程度明显大于接受传统健康教育的对照组,差异有统计学意义( $P=0.001$ );经过系统性健

康教育之后,生活质量各维度得分都有提升,其中 GH、PF、RP、VT、SF、RE 差异有统计学意义( $P < 0.01$ ),证实了系统性健康教育模式对老年冠心病心脏康复患者是可行的。

本研究结合临床护理工作,针对不同年龄、不同生活自理能力、不同文化层次、不同病情的患者实施个性化的系统性健康教育,建立个体化心脏康复方案,与患者共同管理其一般情况、高危因素和心理压力,促使患者达到躯体、心理和情感的最佳状态,从而显著提高了患者生活质量,因此在今后的临床护理工作中,可采用系统性健康教育模式作为参照,提高患者生存质量,降低患者疾病复发率和病死率。

心脏康复已成为老年医学领域新的研究热点,由于研究时间、病例数量的局限性,尚缺乏大样本数据来进一步证实系统性健康教育的普适性和适用性,但心脏康复小组会持续观察系统性健康教育对老年冠心病心脏康复患者的应用效果,对研究对象术后并发症的预防、护理措施等多方面进行研究,获得更深层次的研究数据,从而为老年患者营造更安全的就医环境。

## 参考文献

- [1] 杜闻莹. 冠心病患者心脏康复研究进展[J]. 中国心血管病研究, 2015, 13(2): 106-109.
- [2] KING M, BITTNER V, JOSEPHSON R, et al. Medical director responsibilities for outpatient cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: 2012 update: a statement for health care professionals from the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation and the American Heart Association[J]. *Circulation*, 2012, 126(21): 2535-2543.
- [3] 王海棠, 任利民, 刘瑶, 等. SF-12 健康调查量表的评价研究现状[J]. 中华全科医师杂志, 2015, 14(7): 574-576.

(上接第 2384 页)

- [11] 郝薇, 王志稳, 张晖, 等. 居家痴呆老年人照护问题评估单的构建研究[J]. 中华护理杂志, 2016, 51(12): 1504-1508.
- [12] GOGUS A, ERTEK G. Learning and personal attributes of university students in predicting and classifying the learning styles: Kolb's nine-region versus four-region learning styles[J]. *Social Behav Sci*, 2017, 217: 779-789.
- [13] KNOWLES M S. *Andragogy in action: applying modern principles of adult learning*[M]. 1st ed. San Francisco: Jossey-Bass, 1984.
- [14] ANDREA SULLIVAN E. Critical thinking in clinical nurse education: application of Paul's model of critical thinking[J]. *Nurse Educ Pract*, 2012, 12(6): 322-327.
- [15] 潘靖菁, 王惠珍, 高钰琳. 临床护理教师核心能力研究现状及展望[J]. 护理学报, 2017, 24(6): 23-26.

- [4] SANDESARA P B, LAMBERT C T, GORDON N F, et al. Cardiac rehabilitation and risk reduction: time to "re-brand and reinvigorate"[J]. *J Am Coll Cardiol*, 2015, 65(4): 389-395.
- [5] OLDRIDGE N. Exercise-based cardiac rehabilitation in patients with coronary heart disease: meta-analysis outcomes revisited[J]. *Future Cardiol*, 2012, 8(5): 729-751.
- [6] YOHANNES A M, DOHERTY P, BUNDY C, et al. The long-term benefits of cardiac rehabilitation on depression, anxiety, physical activity and quality of life[J]. *J Clin Nurs*, 2010, 19(19/20): 2806-2813.
- [7] SHEPHERD C W, WHILE A E. Cardiac rehabilitation and quality of life: a systematic review[J]. *Int J Nurs Stud*, 2012, 49(6): 755-771.
- [8] PACK Q R, GOEL K, LAHR B D, et al. Participation in cardiac rehabilitation and survival after coronary artery bypass graft surgery: a community-based study[J]. *Circulation*, 2013, 128(6): 590-597.
- [9] GOEL K, LENNON R J, TILBURY R T, et al. Impact of cardiac rehabilitation on mortality and cardiovascular events after percutaneous coronary intervention in the community[J]. *Circulation*, 2011, 123(21): 2344-2352.
- [10] LAVIE C J, ARENA R, FRANKLIN B A. Cardiac rehabilitation and healthy life-style interventions: rectifying program deficiencies to improve patient outcomes[J]. *J Am Coll Cardiol*, 2016, 67(1): 13-15.
- [11] 孙卉丽. 软坚通脉汤对 PCI 术后 III 期康复患者心脏标志物及生活质量研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2016.
- [12] 陆晓. 心脏康复的演变与进展[J]. 中国康复医学杂志, 2017, 32(1): 4-9.
- [13] 白杨, 肖瑜琦, 修建成, 等. 冠心病患者对安卓系统心脏康复风险评估软件应用的效果分析[J]. 重庆医学, 2016, 45(18): 2507-2509, 2512.

(收稿日期: 2017-12-24 修回日期: 2018-02-03)

- [16] KNISELY M R, FULTON J S, FRIESTH B M. Perceived importance of teaching characteristics in clinical nurse specialist preceptors[J]. *J Professl Nurs*, 2015, 31(3): 208-214.
- [17] LIVIA R M, WHITCOMB K, CRAIG D. Interprofessional objective structured teaching exercise (iOSTE) to train preceptors[J]. *Currents Pharma Teach Learn*, 2017, 4(9): 605-615.
- [18] MÅRTENSSON G, LÖFMARK A, MAMHIDIR A G, et al. Preceptors' reflections on their educational role before and after a preceptor preparation course: a prospective qualitative study[J]. *Nurse Educ Pract*, 2016, 19: 1-6.

(收稿日期: 2018-01-10 修回日期: 2018-03-18)