

急性心肌梗死护理干预中应用健康教育的效果分析

冯翠丽

新疆库尔勒巴州人民医院 心血管内科心脏重症监护室 841000

摘要:目的:探讨健康教育在急性心肌梗死护理干预中的临床应用价值。方法:选取 108 例一年内确诊住院的急性心肌梗死患者,分为干预组与对照组。对照组实施常规护理,干预组接受系统性健康教育干预。采用自制认知评估问卷、SAS 及 SDS 量表评估干预前后。结果:干预后,干预组疾病认知评分高于对照组 ($P < 0.05$), SAS 及 SDS 评分较对照组显著下降,分别为 (44.65 ± 5.43) 分与 (42.98 ± 5.32) 分,差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论:健康教育干预能有效提升急性心肌梗死患者的认知水平,增强治疗依从性,缓解焦虑与抑郁情绪,改善生活行为,降低不良结局发生率,体现出良好的临床推广价值。

关键词:急性心肌梗死; 护理干预; 健康教育

引言:急性心肌梗死是冠状动脉粥样硬化导致冠状动脉供血中断,进而引发心肌组织急性、持续性缺血坏死的严重临床综合征,具有起病急的特点。近年来急诊介入治疗技术不断进步,明显提升患者急性期救治成功率,但其后期康复效果、生活质量仍受限于患者对疾病的认知水平。患者的健康行为与心理状态在很大程度上影响预后走向,而传统护理方式多侧重生理层面干预,忽视系统管理个体认知、情绪及生活方式,难以形成有效的护理闭环。健康教育作为延展性护理的重要手段,强调利用系统化、针对性宣教提升患者主动参与程度,有效改善患者预后。本研究比较常规护理与健康教育干预在急性心肌梗死患者中的应用效果,探讨其在优化护理服务结构、促进疾病康复中的实践价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究纳入一年内接受治疗的急性心肌梗死患者共 108 例,采用随机数字表法分为对照组与干预组,每组各 54 例。对照组中男性 32 例,女性 22 例,年龄范围 45 ~ 78 岁,平均年龄 (61.4 ± 8.3) 岁;干预组中男性 30 例,女性 24 例,年龄范围 46 ~ 80 岁,平均年龄 (60.9 ± 7.9) 岁。两组患者在性别构成、年龄分布等一般资料方面比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 筛选标准

1.2.1 纳入标准

(1) 发病时间在 24 小时内并完成急诊入院治疗者。

(2) 年龄在 40 至 80 岁之间,性别不限。

(3) 意识清晰,具有基本沟通能力,能配合完成护理干预与健康教育内容。

(4) 签署知情同意书,自愿参与本研究,依从性良好。

1.2.2 排除标准

(1) 合并严重心律失常、心源性休克等危重症影响干预实施者。

(2) 有精神障碍、认知功能障碍或语言障碍者,无法配合健康教育者。

(3) 在研究期间转院或中途退出干预者。

(4) 既往有心肌梗死病史且再次发作,可能影响干预评估结果者。

1.3 方法

对照组实施常规护理措施,医护人员密切监测患者生命体征,且按医嘱给予药物治疗、氧疗、心理疏导与预防并发症等基本护理内容。

干预组在常规护理基础上,实施系统性健康教育干预,具体措施包括:(1) 健康宣教制度化:入院后由责任护士对患者及家属进行首次健康评估,并制定个体化健康教育方案,明确教育时间、内容与形式。(2) 认知干预引导:医护人员采用通俗语言讲解急性心肌梗死的发病机制、诱因、症状识别及康复目标,提升患者对疾病的认知水平。(3) 行为指导训练:医护人员重点指导合理用药、科学饮食、限盐限脂、规律作息等日常生活管理方式,发放健康教育手册,

设置问题反馈机制。(4) 心理调适支持: 针对患者常见的焦虑、恐惧、抑郁等负性情绪, 医护人员提供心理疏导与情绪管理技巧, 必要时联合心理科协助干预。(5) 随访与持续教育: 医护人员建立健康教育随访档案, 出院后定期利用电话或微信平台进行健康咨询、康复指导与依从性追踪, 持续巩固教育成效。

1.4 观察指标

①疾病认知水平: 采用自制认知问卷评估患者对急性心肌梗死病因、症状、用药与预防知识的掌握情况。

②心理状态评分: 采用焦虑自评量表(SAS)与抑郁自评量表(SDS)评估干预前后心理状况变化。

1.5 统计学方法

使用 SPSS27.0 统计学软件进行数据分析处理, 计量资料以均数 \pm 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 两组间比较采用独立样本 t 检验, 如果 $P < 0.05$, 差异则有统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组患者疾病认知水平

观察结果显示, 干预后, 干预组认知评分高于对照组 ($P > 0.05$)。结果表明, 健康教育干预能够显著提升急性心肌梗死患者对疾病相关知识的掌握水平。具体数据见表 1。

表 1. 对比两组患者疾病认知水平 [$\bar{x} \pm s$, 分]

组别	例数	干预前认知评分	干预后认知评分
对照组	54	56.28 \pm 6.45	62.37 \pm 6.82
干预组	54	56.14 \pm 6.38	78.92 \pm 5.76
t		19.47	18.93
P		<0.05	<0.05

2.2 对比两组患者心理状态评分

观察结果显示, 干预后, 对照组 SAS 评分、SDS 评分均明显高于干预组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结果表明, 在急性心肌梗死护理干预中引入健康教育措施, 能够有效缓解患者的焦虑与抑郁情绪, 改善其心理状态。具体数据见表 2。

表 2. 对比两组患者心理状态评分 [$\bar{x} \pm s$, 分]

组别	例数	干预前 SAS 评分	干预后 SAS 评分	干预前 SDS 评分	干预后 SDS 评分
对照组	54	61.35 \pm 6.12	55.84 \pm 5.76	63.02 \pm 5.98	58.26 \pm 6.04
干预组	54	60.87 \pm 6.08	44.65 \pm 5.43	62.71 \pm 5.84	42.98 \pm 5.32
t		11.41	13.23	12.53	13.87
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

急性心肌梗死是一种进展快、致死率高的临床急症,

常引发患者强烈的心理应激反应。若不及时干预, 可能导致交感神经持续亢进、心率升高等一系列生理变化, 加重心肌耗氧量, 影响病情恢复, 甚至诱发再次心梗或心律失常。因此, 在急性心肌梗死的综合护理中, 改善患者心理状态是不可忽视的重要组成部分。本研究采用焦虑自评量表(SAS)与抑郁自评量表(SDS)评估两组患者在干预前后的心理状态, 以客观反映健康教育在心理调适方面的干预效果。干预前, 干预组与对照组 SAS 与 SDS 评分差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 说明两组心理基础状态相当, 具有比较基础。干预后, 对照组 SAS 评分降至 (55.84 \pm 5.76) 分, SDS 评分为 (58.26 \pm 6.04) 分, 仅表现出有限程度的情绪改善; 而干预组 SAS 评分显著降至 (44.65 \pm 5.43) 分, SDS 评分降至 (42.98 \pm 5.32) 分, 两项评分改善幅度明显优于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。这说明系统性健康教育既能提升患者认知水平, 还在心理调适方面产生积极影响。从干预内容分析可知, 健康教育中设置多维度心理支持策略。在入院初期医护人员就利用疾病认知教育减少患者对“心梗即死亡”的恐惧, 增强其对医疗过程的信任感。同时, 在治疗过程中辅以个性化情绪疏导, 借助护士访谈、家属陪伴建议及传授焦虑应对方法, 使患者能够表达、觉察并管理自身情绪。除此之外, 医护人员还在出院后设置连续的康复教育及电话随访机制, 使患者感受到持续的关注, 强化心理安全感。健康教育强调主动参与、行为转化与正向反馈。当患者能够明确疾病机制、理解药物作用且建立科学生活方式后, 能有效增强自我掌控感, 有助于降低焦虑水平。抑郁则多源于疾病导致的生活能力丧失, 若在教育过程中医护人员能引导患者树立康复目标, 逐步回归社会生活, 亦可随之缓解抑郁情绪。因此, 在急性心肌梗死护理体系中引入结构化健康教育, 既能提高临床康复效率, 还有助于患者的长期生理恢复与心理预后。

综上所述, 在急性心肌梗死护理中应用健康教育干预, 能够显著降低患者的 SAS 与 SDS 评分, 提高认知水平。相较于常规护理, 健康教育干预具备更强的系统性, 能有效提升整体护理质量, 优化患者心理与生理, 建议在临床推广应用。

参考文献:

[1] 余丽丽, 杨荣. 精细护理干预对急性心肌梗死术后患者健康信念及自我管理行为的影响[J]. 贵州医药, 2023, 47(12): 2012-2013.

[2] 孙倩 . 急性心肌梗死经皮冠状动脉介入治疗术后施行健康知识教育护理干预的价值 [J]. 中西医结合心血管病电子杂志 ,2023,11(14):50-52+49.

[3] 孙玉茹 , 许小凤 . 健康教育在急性心肌梗死护理干预中的效果评价 [J]. 中西医结合心血管病电子杂志 ,2022,10(25):11-13+7.

[4] 洪婷 . 急性心肌梗死护理干预中应用健康教育的效果及对生活质量的影响分析 [J]. 中西医结合心血管病电子杂志 ,2022,10(18):116-118.

[5] 刘佳 . 健康教育在急性心肌梗死护理中的效果分析 [J]. 实用医技杂志 ,2020,27(12):1732-1733.