

护理路径在老年高血压患者健康教育中的应用分析

张慧 瞿宝明 姚梅悦 李莹莹*

齐鲁理工学院, 山东 济南 250000

摘要: 目的: 针对老年高血压患者健康教育, 研讨实施护理路径的效果。方法: 2024 年 1 月 -2025 年 3 月, 52 例老年高血压患者入选研究, 掷骰子法区分两组, 施以常规健康教育共 26 例, 作参比组; 施以护理路径的健康教育共 26 例, 作研究组, 对比两组心理状态、依从性、生活质量。结果: 研究组 SAS、SDS、SPBS 评分低于参比组 ($P < 0.05$)。研究组依从性高于参比组 ($P < 0.05$)。研究组 GQOLI-74 评分高于参比组 ($P < 0.05$)。结论: 针对老年高血压患者, 将护理路径应用于健康教育中, 有助于改善患者的心理状态、生活质量, 提高依从性。

关键词: 高血压; 老年患者; 健康教育; 护理路径

随着我国人口老龄化程度的不断加深, 老年高血压患病率呈现持续上升趋势。与此同时, 血压控制情况普遍不理想, 相关并发症发生率高, 对患者个人、家庭以及整个社会都造成了显著负担。在这样一个背景下, 传统的健康教育模式显示出一定的局限性, 如内容较为零散、方法单一、缺乏系统性, 导致患者的参与意愿和依从性偏低, 干预效果难以达到预期, 也无法充分契合老年人群的特殊需求^[1]。护理路径作为一种结构化、标准化的医疗管理策略, 通过设定明确的时间节点、细化操作步骤、整合多学科资源, 并加强过程监督与管理, 为提升健康教育质量提供了新的可能^[2]。基于此, 本研究旨在老年高血压患者健康教育中, 分析护理路径的应用效果, 以下进行详细报告。

1. 资料和方法

1.1 基线资料

2024 年 1 月 -2025 年 3 月, 调查分析对象为老年高血压患者, 52 例入选, 掷骰子法设置组别, 即参比组、研究组, 26 例/每组。参比组中, 男、女各 15、11 例, 年龄 60-89 (74.13 ± 2.73) 岁。研究组中, 男、女各 14、12 例, 年龄 60-92 (74.33 ± 2.56) 岁。组间比较资料 ($P > 0.05$)。

纳入标准: (1) 具备正常的视觉和听觉功能; (2) 能够积极配合研究; (3) 自愿接受定期随访和评估。

排除标准: (1) 关键研究资料不完整或无法获取; (2) 有精神心理障碍相关病史; (3) 研究过程中主动退出或失访。

1.2 方法

参比组: 常规健康教育。通过图文手册讲解高血压的

病因、危害及控制目标, 重点强调规律服药的重要性, 避免自行减药或停药。推荐饮食、运动方案, 指导保持规律睡眠, 避免情绪激动或过度劳累。

研究组: 基于护理路径的健康教育。(1) 全面了解患者需求: 护理人员首先与患者建立良好的信任基础, 通过面对面沟通, 全面掌握其生活习惯、用药背景、心理状态及对高血压的实际了解程度。每次评估约 15-20 分钟, 采用开放式问题引导交谈, 尽量避免专业词汇, 保持自然的目光接触和点头回应, 以鼓励患者表达真实想法。与此同时, 护理人员留意患者的非语言信息, 如肢体动作、表情变化和语气, 从中识别潜在风险。(2) 分阶段实施教育: 初始阶段以普及基本知识为主, 借助生活化比喻解释高血压的成因、血管压力变化、心脏负荷及其可能引发的后果; 第二阶段侧重行为指导, 例如演示低盐食谱、推荐适宜运动、训练放松方法, 并纠正不当服药行为; 第三阶段致力于推动持久行为改变, 借助典型案例增强信心, 建立激励反馈机制, 定期向患者展示改善进展。(3) 家庭参与构建支持网络: 积极邀请患者的主要照顾者参与培训, 内容包括突发高血压事件的识别与处理、急救药物正确使用方法及何时需要就医等。建立家属交流群, 定期发送健康提醒, 交流实用护理经验, 提供实时答疑与情绪支持。通过举办家庭会议共同协商居住环境优化措施, 如减少居家风险点、添置辅助设施、改善休息条件等。(4) 多元化干预激发自我管理: 通过组织小组活动, 促进患者间相互交流与管理经验的分享, 形成同伴支持氛围。借助视频、动画等多媒体工具, 播放易于理解的健康短片, 介

绍治疗新进展和成功案例，以增强信息接收效果。定期开展健康主题活动，邀请专家现场互动，提供义诊服务，并对取得明显进步者予以表扬，维持参与积极性。(5) 持续跟进调整干预方案：建立多途径回访机制（如电话、上门或门诊随访），及时了解计划执行与血压监测情况，评估症状变化。依据回馈信息灵活调整教育策略，例如针对新问题补充知识、调节运动量或优化用药方案。始终重视患者的主观体验，认真倾听其所遇困难，在尊重个人意愿的基础上共同制定对策，避免指令式要求。

1.3 观察指标

(1) 心理状态评估。采用焦虑自评量表 (SAS)、抑郁自评量表 (SDS) 及自我感受负担量表 (SPBS) 对患者的心理状态进行综合评价。各量表得分越高，分别表明患者的焦虑程度、抑郁程度以及自我感受负担水平越严重。

(2) 依从性。完全依从：患者能够主动按规定剂量服药，无需提醒即可定期监测血压；基本依从：患者需经督促方能

服药，对血压测量表现为被动配合；不依从：患者未能按时按量服药，且拒绝配合血压监测。

(3) 生活质量评价。应用 GQOLI-74 生活质量评定量表，从心理功能、躯体功能、社会功能及物质生活状态四个维度全面评估患者的整体生活质量水平。

1.4 统计学处理

SPSS26.0 中，以 $(\bar{x} \pm s)$ 阐述心理状态、生活质量计量资料，符合正态分布，以 $(n\%)$ 阐述依从性计数资料，对应实施 t 、 X^2 验证， $P < 0.05$ 认定差异存在。

2. 结果

2.1 心理状态评估

在护理干预前，两组患者的焦虑 (SAS)、抑郁 (SDS) 及自我感受负担 (SPBS) 评分组间差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。经护理后，两组患者的各项评分均较前显著下降 ($P < 0.05$)，且研究组的评分降低幅度更为明显，显著低于同期参比组 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 心理状态评估 $\{\bar{x} \pm s, \text{分}\}$

组别	SAS		SDS		SPBS	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
研究组 (n=26)	53.65 ± 6.93	40.05 ± 3.23a	52.39 ± 4.56	34.56 ± 5.93a	31.56 ± 2.89	20.13 ± 3.23a
参比组 (n=26)	53.39 ± 5.79	46.88 ± 5.25a	52.40 ± 4.12	45.65 ± 6.39a	31.60 ± 2.90	27.23 ± 3.12a
t 值	0.1468	5.6499	0.0082	6.4866	0.0498	8.0615
P 值	0.8839	< 0.0001	0.9934	< 0.0001	0.9605	< 0.0001

注：与同组护理前比较，aP < 0.05

2.2 依从性评估

研究组患者的护理依从性显著优于参比组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 依从性评估 $\{n(\%)\}$

组别	例数 (n)	完全依从	基本依从	不依从	依从性
研究组	26	16 (61.54)	10 (38.46)	0 (0.00)	26 (100.00)
参比组	26	9 (34.62)	10 (38.46)	7 (26.92)	19 (73.08)

X ² 值	-	-	-	-	8.0889
P 值	-	-	-	-	0.0044

2.3 生活质量评估

在护理干预前，两组患者的 GQOLI-74 生活质量评分差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。护理后，两组患者的 GQOLI-74 评分均较干预前显著提升 ($P < 0.05$)，且研究组生活质量的改善程度明显优于参比组，评分显著更高 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 生活质量评估 $\{\bar{x} \pm s\}$

组别	心理功能		躯体功能		社会功能		物质生活状态	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
研究组 (n=26)	60.23 ± 5.93	83.12 ± 4.56a	60.05 ± 6.98	82.65 ± 4.23a	68.55 ± 6.93	86.96 ± 4.23a	67.89 ± 5.85	83.23 ± 4.23a
参比组 (n=26)	60.13 ± 5.28	75.93 ± 6.23a	60.13 ± 5.89	76.93 ± 3.25a	68.12 ± 7.05	80.13 ± 3.12a	67.80 ± 5.77	76.93 ± 4.25a
t 值	0.0642	4.7486	0.0446	5.4676	0.2217	6.6257	0.0558	5.3572
P 值	0.9491	< 0.0001	0.9646	< 0.0001	0.8254	< 0.0001	0.9557	< 0.0001

注：与同组护理前比较，aP < 0.05

3. 讨论

老年高血压是我国当前公共卫生领域面临的一项严峻挑战。随着机体逐渐老化,血管弹性下降、代谢能力减弱以及自主神经调节功能失衡,共同促使血压持续处于较高水平。由于老年人常存在认知能力下降、用药依从性较差、健康意识不足等问题,不少患者对疾病缺乏正确认知,容易出现自行停药、监测不规律和饮食控制不良等行为,导致血压达标率长期处于较低水平^[3]。

在这一现实背景下,护理路径的引入为老年高血压健康教育提供了新的思路与方法。区别于以往片段化、随机性的健康指导,护理路径以系统性、分阶段、目标明确和流程规范为主要特征,将较为复杂的健康管理任务拆解为具体、可操作的步骤。从患者入院初期的全面评估开始,护理人员会系统收集其生活习惯、用药史、潜在并发症风险及认知水平等信息,据此制订个体化教育方案^[4]。住院期间则分步骤、有重点地进行疾病知识普及,演示血压自测技巧,讲解药物正确使用方法,并引导其建立健康生活方式,以保证患者真正理解并掌握自我管理要点。出院之后,还通过电话随访或上门访视等形式持续提供支持,不断巩固健康行为,纠正管理偏差,最终形成稳定、长期的有效管理机制^[5]。

本研究显示,研究组 SAS、SDS、SPBS 分值低于参比组,研究组依从性、GQOLI-74 评分高于参比组 ($P < 0.05$)。护理路径通过规范化的健康教育,为患者提供持续、系统的心理支持。护理人员定期评估患者情绪变化,及时疏导焦虑抑郁情绪。人性化的沟通方式能增强患者对疾病的正确认知,减轻因知识缺乏导致的无助感。同时,路径化的干预确保患者获得稳定的情感支持,有助于建立积极应对疾病的心

态。护理路径将复杂的治疗方案分解为可操作的阶段性目标,使老年患者更易理解和执行。通过路径设定的定期随访和用药提醒,强化了患者的自我管理意识,提高治疗依从性。护理路径整合了疾病管理、生活方式指导等多维度的干预措施。系统化的运动、饮食指导帮助患者建立健康生活习惯,减轻症状困扰。路径中设置的社会支持网络建设,增强了患者的社会参与度。通过改善躯体症状、心理状态和社会功能三个维度,整体提升了患者的生活质量。

综上所述,在老年高血压患者的健康管理中,引入护理路径能够显著提升健康教育效果。通过系统化的干预措施,不仅能有效改善患者的焦虑、抑郁等负面心理状态,还能全面提升其生活质量和依从性。

参考文献:

- [1] 林倩倩. 基于健康教育路径护理干预对老年高血压合并痛风患者的影响 [J]. 心血管病防治知识, 2023,13(6):71-73.
- [2] 陈丽婷, 庄丽婷. 临床护理路径的健康教育用于妊娠高血压患者中对知识掌握评分及剖宫产率的影响 [J]. 心血管病防治知识, 2023(25):54-56.
- [3] 潘春玲. 临床护理路径在精神分裂症合并高血压患者健康教育中的应用及满意度分析 [J]. 心血管病防治知识, 2022,12(27):59-61.
- [4] 穆敏. 临床护理路径在社区老年高血压患者健康教育中的应用效果 [J]. 中国社区医师, 2023,39(18):112-114.
- [5] 陈丽燕, 梁翠娥, 张姗姗. 临床健康教育路径干预模式对高血压肾病患者的影响研究 [J]. 心血管病防治知识, 2022,12(16):45-47.