

# 心理干预与健康教育用于脑梗死护理效果研究

梁翠

广西壮族自治区贵港市人民医院 广西 贵港 537100

**【摘要】目的：**研究分析脑梗死采取心理干预与健康教育的护理效果。**方法：**选取我院在2021年4月-2022年10月期间收治的96例脑梗死患者作为研究对象，按照随机抽签法分为观察组（n=48）和对照组（n=48）。两组患者均接受常规护理，在此基础上观察组联合心理干预与健康教育。比较两组的护理效果。**结果：**护理后的HAMA评分和HAMD评分观察组低于对照组，而自护能力各维度评分和护理满意度则是观察组高于对照组（ $P<0.05$ ）。**结论：**在脑梗死护理中，采取心理干预与健康教育联合能够改善患者的心理状态，并且能够显著提升患者的自护能力，患者对护理服务的满意度更高。

**【关键词】：**心理干预；健康教育；脑梗死

## Effect of Psychological Intervention and Health Education on Cerebral Infarction Nursing

Cui Liang

Guigang People's Hospital of Guangxi Zhuang Autonomous Region Guangxi Guigang 537100

**Abstract:**Objective: To study and analyze the nursing effect of psychological intervention and health education on cerebral infarction. Methods: 96 patients with cerebral infarction admitted to our hospital from April 2021 to October 2022 were selected as the study subjects. They were divided into the observation group (n=48) and the control group (n=48) according to the random drawing method. Both groups of patients received routine nursing, and the observation group combined psychological intervention and health education on this basis. The nursing effects of the two groups were compared. Results: Comparing the psychological status, self-care ability and nursing satisfaction of the two groups, the HAMA score and HAMD score of the observation group after nursing were lower than those of the control group, while the scores of each dimension of self-care ability and nursing satisfaction of the observation group were higher than those of the control group ( $P<0.05$ ). Conclusion: In the nursing of cerebral infarction, the combination of psychological intervention and health education can improve the psychological state of patients, And it can significantly improve the self-care ability of patients, and patients have higher satisfaction with nursing services.

**Keywords:** Psychological intervention; Health Education; Cerebral infarction

脑梗死在临床中有着较高的发病率，在中老年群体中好发，疾病是由于局部脑组织血液障碍所引起的脑组织缺血缺氧性病变坏死。脑梗死的发病因素较为复杂，与年龄、环境、遗传等因素具有着密切的关联性，老年患者随着年龄的增长，身体的各项机能逐渐衰退，加之不良生活习惯，使得脑梗死的发病风险较高<sup>[1]</sup>。脑梗死多在晚间发作，且在疾病发生前，并无先驱症状，疾病发作较为急促，容易造成偏瘫。脑梗死在发病后，可对双侧大脑皮质造成累及，对患者吞咽功能造成影响，引起吞咽障碍。脑梗死病情进展较快，具有较高的致残率和致死率，对患者的心理状态造成影响，使其表现出焦虑、担忧等情绪，不利于临床疾病治疗<sup>[2]</sup>。因此，在脑梗死患者积极治疗的同时，配合心理干预和健康教育是有必要的，以帮助患者稳定情绪，促使其负面情绪改善，对预后有着积极作用。鉴于此，本次研究选取我院收治的脑梗死患者采取心理干预与健康教育，分析其应用效果，内容如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选取我院在2021年4月-2022年10月期间收治的96例脑梗死患者展开分析，参与研究的患者以随机抽签法分为48例观察组和48例对照组。观察组：男性、女性分别为26例、22例；年龄上限80岁，年龄下限54岁，平均年龄（ $68.94\pm 6.13$ ）岁；最短病程7个月，最长病程48个月，平均病程（ $27.08\pm 5.28$ ）个月。对照组：男性、女性分别

为27例、21例；年龄上限79岁，年龄下限55岁，平均年龄（ $68.84\pm 6.06$ ）岁；最短病程9个月，最长病程47个月，平均病程（ $26.92\pm 5.15$ ）个月。两组基线资料比较无差异性（ $P>0.05$ ）。

纳入标准：（1）参与研究的患者均确诊为脑梗死；（2）临床资料未出现内容缺失；（3）在知晓研究全部内容后，仍愿意配合研究并签字。

排除标准：（1）合并肝肾等重要脏器功能不全、恶性肿瘤疾病；（2）存在精神异常，沟通交流能力较差；（3）在研究中途退出。

#### 1.2 方法

##### 1.2.1 对照组

对照组采取常规护理，方法如下：监测患者的生命体征，对于存在低血压、呼吸急促等症状的患者，护理人员应当在第一时间告知医生，并积极配合医生进行急救；对于出现失语症状的患者，护理人员需要加强对患者的面部表情观察，通过患者的表情变化，对患者的需求进行准确判断，为其提供对应的护理服务，与此同时，还需要指导患者进行语言训练，促使其语言功能逐渐恢复；对于偏瘫患者，需要调整体位，保持在患肢功能位，并对患肢进行按摩，以每日2次为宜，通过按摩干预后患者的血液循环能够得到一定改善，同时开展患肢被动锻炼，每次的锻炼时间控制在10—15分钟，以此来增强患者肌力，避免因长时间卧床导致局部皮肤受压，引起肌肉萎缩、压疮等病症，

在被动锻炼过程中，需要控制活动力度和毒副，不可暴力牵拉患肢，以免造成患肢再次损伤。定期协助患者翻身，根据患者的病情，选择合适的训练方式，对于患肢肌力超过4级的患者，应当开展床下活动，需要由护理人员或家属从旁看护，避免意外情况发生。

### 1.2.2 观察组

观察组在对照组的基础上，采取心理干预联合健康宣教，方法如下：（1）心理干预：在患者住院期间，护理人员需要积极与患者进行沟通交流，拉近彼此间的距离，从沟通中了解患者的兴趣爱好，鼓励患者积极参与集体活动，在活动中抒发内心的压抑情绪，保持积极、愉悦的心态，使其能够正确面对治疗。向患者讲解脑梗死的相关知识，帮助患者建立对疾病的正确认知，避免患者因对疾病缺乏了解而产生焦虑、恐惧等心理问题，同时向患者讲解治疗成功案例，在必要情况下，可以邀请成功者为其现身说法，向患者分享治疗心得，这样能够帮助患者提高对治疗的信心。除此以外，在护理过程中，还需要取得家属配合，让患者家属共同参与到患者的心理干预中，为其提供所需的家庭支持，从多方面给予患者关心和照顾，进而提高患者的安全感，使其内心得到充实，能够更好地配合临床工作。部分患者在脑梗死后，出现了语言障碍，这部分患者在交流过程中，需要控制语言速度，并叮嘱家属以慢速进行语言交流，尽可能地让患者理解语言表达意思，给予患者充足的尊重。在为患者制定锻炼和治疗方案时，需要充分尊重患者及家属，让其共同参与制定方案，以提升患者的对方案的认同度，促使方案能够高效开展，缩短患者的治疗时间。（2）健康教育：护理人员需要向患者详细讲解脑梗死的相关知识，促使患者对疾病有更加深刻、全面认识，监测患者的血压水平，严格遵医嘱服用降压药物，维持血压水平稳定。叮嘱患者在起床时，应当避免动作过快，以慢速平稳起床，防止因动作过快造成血压波动，引起晕厥。根据患者饮食偏好，为其制定个性化饮食方案，限制盐分和脂肪的摄入，食用蛋白质和纤维素丰富的食物，每日钠盐摄入量应当在5g以内，并减少动物内脏、蛋黄等高胆固醇食物摄入，叮嘱患者多食用新鲜果蔬，禁烟禁酒，保持规律作息，养成良好的生活习惯。

### 1.3 观察指标

（1）比较两组的心理状态，在护理前后采用汉密尔顿焦虑量表（HAMA）和汉密尔顿抑郁量表（HAMD）展开两组的心理状态评估，上述量表分值分别在7分以下、8分以下，则代表着患者未存在着焦虑、抑郁情绪，得分与焦虑、抑郁呈正相关。

（2）比较两组的自护能力，采用自护能力量表（ESEA）对两组护理前后的自护能力进行评估，量表从自我概念、自我责任感、健康知识和自护技能方面进行评估，各维度的总分值分别为36分、36分、56分、48分，得分与自护能力成正比。

（3）比较两组的护理满意度，采用我院自制满意度问卷进行评估，量表总分值为100分，分值范围分别为<60分、60—80分、>80分代表满意、基本满意和不同意。总

满意度为满意度和基本满意度之和。

## 1.4 统计学方法

将数据输入SPSS21.0系统软件中进行计算，以 $(\bar{x} \pm s)$ 进行计量统计，以（%）进行计数统计，t检验和 $\chi^2$ 检验， $P < 0.05$ 则表示有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 比较两组的心理状态

观察组和对照组在护理前的HAMA评分分别为（19.97±4.12）分、（20.05±3.89）分，HAMD评分分别为（21.25±4.62）分、（21.17±4.38）分，两组上述评分无差异性（ $t=0.098$ 、 $0.087$ ， $P=0.922$ 、 $0.931$ ）；护理后的两组上述评分分别为（8.16±1.22）分、（14.80±2.13）分、（7.59±1.48）分、（15.63±3.80）分，两项量表评分均是观察组低于对照组（ $t=18.741$ 、 $13.659$ ， $P=0.000$ 、 $0.000$ ）。

### 2.2 比较两组的自护能力

观察组和对照组在护理前的自我概念评分分别为（12.37±3.16）分、（12.45±3.08）分，自我责任感评分分别为（10.25±3.07）分、（10.39±3.15）分，健康知识评分分别为（32.79±4.52）分、（33.06±4.32）分，自护技能评分分别为（22.71±4.36）分、（22.94±4.10）分，两组上述评分无差异性（ $t=0.126$ 、 $0.221$ 、 $0.299$ 、 $0.266$ ， $P=0.900$ 、 $0.826$ 、 $0.766$ 、 $0.791$ ）；护理后上述各维度评分两组分别为（23.65±2.48）分、（15.26±2.34）分、（19.55±1.42）分、（13.61±2.60）分、（47.76±3.22）分、（40.28±4.05）分、（33.44±3.50）分、（27.09±4.37）分，观察组的各维度评分均要显著高于对照组（ $t=17.048$ 、 $13.891$ 、 $10.016$ 、 $7.858$ ， $P=0.000$ 、 $0.000$ 、 $0.000$ 、 $0.000$ ）。

### 2.3 比较两组的护理满意度

观察组和对照组的满意例数及占比为32例（66.67%）、26（54.17%），基本满意例数及占比为14例（29.17%）、13例（27.08%），不满意例数及占比为2例（4.17%）、9例（18.75%），总满意度为46例（95.83%）、39例（81.25%），观察组总满意度高于对照组（ $\chi^2=5.031$ ， $P=0.025$ ）。

## 3 讨论

脑梗死是常见的心脑血管疾病，在中老年群体中有着较高的发病率，在脑部供血出现障碍时，则会导致脑部的血液供给不足，脑组织处于缺血缺氧状态，若是未能采取有效的治疗，将会对神经系统造成损伤，引起运动功能和认知功能障碍<sup>[3]</sup>。脑梗死发病较为急促，相关并发症的发生风险较高，可对患者的神经、肢体、吞咽等多功能造成影响，致使其自理能力逐渐降低，进而影响到患者的日常生活。目前，临床对于脑梗死并无有效的根治方案，在发病后患者需要长时间接受规范治疗，导致患者的治疗依从性不断降低，出现抵触、焦虑等负面情绪，不利于疾病治疗。因此，在脑梗死患者接受治疗的同时，配合有效的护理干预是有必要的。

根据以往的研究证实，脑梗死患者通常存在着心理问题，通过心理治疗，对患者的心理状况进行调整，有助于患者的情绪改善，对疾病控制有着积极作用，故在护理过

程中,护理人员需要注意观察患者的心理状态,对患者的心理发展方向进行准确判断,及时发现患者的心理问题,为患者提供对应的心理指导,调整患者的情绪,促使其能够长期保持稳定心态,积极配合临床工作<sup>[4]</sup>。脑梗死的发作较为急促,多数患者在毫无准备的情况下即发病,使得患者的肢体功能骤然丧失,容易引起焦虑、抑郁等情绪,而且疾病有着较长的病程,患者的行为活动长时间受到限制,生活自理能力不断降低,给患者及家庭均带来沉重的打击,导致缓和长时间处于消极情绪中。脑梗死后通常会遗留后遗症,患者在短时间内无法接受,传统护理侧重于对疾病的护理,却忽视了患者的身心健康问题,并不能及时抚平患者的心理创伤,导致患者长时间处于痛苦状态,容易表现出易怒情况,不利于维持和谐稳定的护患关系

### 参考文献

- [1] 戚红艳.脑梗死患者给予健康教育联合心理护理对改善患者神经功能及抑郁程度的思考[J].心理月刊,2020,15(21):84-85.
- [2] 谢红娟,连浩军,汪亚飞.回授法健康教育对脑梗死介入术后超早期康复干预效果及心理应激、希望水平的影响[J].中国健康心理学杂志,2021,29(4):543-547.
- [3] 胡培娟,张香菊,安丽平.HAPA模型的菜单式护理+健康教育在脑梗死后上肢痉挛性偏瘫患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2020,26(19):133-135.
- [4] 李孝岚,唐小红.心理干预及健康教育用于脑梗死患者中的护理效果评价[J].中国现代医生,2021,59(27):164-167.
- [5] 张秀梅,莫娇,周杨.互动式健康教育结合神经康复训练在新发脑梗死合并偏瘫患者中的临床效果[J].中西医结合护理(中英文),2022,8(1):82-84.

<sup>[5]</sup>。因此,提升护理人员服务意识在脑梗死患者的护理中有着积极作用,规范其护理操作,同时还需要不断学习,促使护理人员的专业技能不断提高,提高职业道德水平。通过健康教育能够帮助患者建立对疾病的正确认识,使其能够遵医嘱用药,避免意外情况发生,并且还需要结合患者的营养状况,对饮食结构进行合理调整,为患者的身体康复打下了坚实基础。本次研究结果显示,观察组护理后的HAMA评分、HAMD评分低于对照组,自护能力评分和护理满意度高于对照组。

综上所述,心理干预与健康教育用于脑梗死护理中有着较为确切的应用优势,患者的焦虑、抑郁情绪明显改善,且自护能力和护理满意度显著提升,值得推广。