

多元化健康教育对糖尿病合并冠心病患者行为信念和自我认知的影响

辛静 张静涛^{通讯作者}

(陕西省人民医院 陕西西安 710068)

摘要: 目的 分析多元化健康教育对糖尿病 (diabetes mellitus, DM) 合并冠心病 (coronary heart disease, CHD) 患者行为信念与自我认知的影响。方法 本次实验研究将 2020 年 1 月至 2022 年 12 月之间在医院接受 DM 合并 CHD 治疗的患者 64 例根据随机数字表法分为各有 32 例患者 A 组与 B 组, B 组患者的护理方法为常规护理, A 组患者在 B 组基础上加用多元化健康教育。结果护理前 A 组患者空腹血糖、餐后 2 小时血糖、糖化血红蛋白以及自我认知、行为信念与生活质量、疾病知识掌握度与 B 组患者相比均无显著差异, $P>0.05$; 两组患者护理后上述相关指标存在显著统计学差异, $P<0.05$ 。结论对于 DM 合并 CHD 患者实施护理服务的过程中多元化健康教育的应用对其行为信念、自我认知有着积极影响, 可以更好控制患者血糖水平, 提高了患者生活质量与对疾病知识的了解, 是一种理想的护理方法。

关键词: 多元化健康教育; DM; CHD; 行为信念; 自我认知

DM 与 CHD 均属于临床较为常见的疾病类型, 二者之间相互作用与影响, 往往合并存在, 不仅仅加重了患者的病情, 同时也增加了治疗难度, 给预后改善造成了一定的影响^[1]。在为 DM 合并 CHD 患者实施治疗的过程中以药物治疗为主, 患者所需要接受治疗的时间较长且发生急性冠脉事件与死亡的风险均相对较高, 且患者因为不了解疾病、治疗往往并不能很好的配合疾病治疗, 甚至影响着患者的自我认知与行为信念, 在这样的情况下为了更好的治疗与病情控制就需要给予患者健康教育工作, 让其对疾病、治疗有更多的了解, 从而为患者的更好治疗奠定基础^[2]。基于此, 本次实验研究分析了多元化健康教育对 DM 合并 CHD 患者行为信念与自我认知的影响, 现总结如下。

1 资料以及方法

1.1 一般资料

本次实验研究将 2020 年 1 月至 2022 年 12 月之间在医院接受 DM 合并 CHD 治疗的患者 64 例根据随机数字表法分为各有 32 例患者 A 组与 B 组。A 组有男性患者 17 例, 女性患者 15 例, 年龄最高者有 75 岁, 年龄最低者有 48 岁, 平均年龄 (64.35 ± 3.28) 岁, DM 病程介于 3~18 年之间, 平均 (8.96 ± 0.42) 年, 心功能分级为 II 级的有 17 例, III 级的有 10 例, IV 级的有 5 例, 文化程度为中学及以下的有 8 例, 高中的有 12 例, 高中及以上的有 12 例; B 组有男性患者 18 例, 女性患者 14 例, 年龄最高者有 74 岁, 年龄最低者有 47 岁, 平均年龄 (64.27 ± 3.32) 岁, DM 病程介于 3~17 年之间, 平均 (8.72 ± 0.38) 年, 心功能分级为 II 级的有 18 例, III 级的有 10 例, IV 级的有 4 例, 文化程度为中学及以下的有 7 例, 高中的有 13 例, 高中及以上的有 12 例, 两组患者上述一般资料并无显著统计学差异, $P>0.05$ 。

纳入标准: ①符合 DM 与 CHD 的相关判定标准^[3]; ②患者年龄在 75 岁以下; ③患者认知、听力、语言以及沟通能力正常且无精神障碍与疾病; ④患者与家属均知情并自愿参与。

排除标准: ①存在恶性肿瘤与先天性心脏病的患者; ②合并严重 DM 并发症的以及重要器官严重障碍的患者; ③临床资料不全与治疗、护理配合度不佳的患者。

1.2 方法

B 组患者给予常规护理, 密切监测患者的病情变化, 并按照医嘱告知其药物的使用方法、剂量以及可能出现的不良反应, 纠正患者的不良饮食方式与生活习惯, 常规开展心理疏导并介绍有关于 DM、CHD 的基本知识。A 组患者在 B 组基础上加用多元化健康教育, 具体的内容如下。

1.2.1 形式多元化: 在实际开展健康教育的过程中可以采用的形式有很多, 每一种形式均具有自己的特点、优势, 可以满足不同患者的实际需求, 因此在为 DM 合并 CHD 患者实施健康教育的过程中, 就要保证形式多元化, 具体包括的形式有组建多元化健康宣教小组、一对一针对性健康教育、PPT 知识展示、健康教育手册编制与发放以及健康教育专题讲座和情境模拟演练, 根据患者实际情况的不同进行针对性运用。

1.2.2 内容多元化: 在为患者实施健康教育的过程中保证内容的多元化是非常重要的, 因此, 就要从以下几个方面出发更好实现患

者的健康教育工作。第一, 要帮助每一位患者建立健康档案, 不仅要记录患者性别、年龄、病情、病史等基本内容, 同时也要了解患者的心理、身体情况, 定期对患者病情的变化情况进行评价与记录。第二, 要规范患者的饮食方式与习惯, 告知患者要避免高蛋白质、碳水化合物以及脂肪类食物的进食, 并以低脂、低糖和高纤维的食物为主, 做好每日进食的记录, 及时纠正不良的饮食结构。第三, 科学运动指导, 根据患者年龄、体质来制定运动内容与方法, 年龄较小的患者可以选择慢跑、游泳, 每天 1 次, 每次 30~40 分钟, 年龄偏大的患者可以选择太极拳、瑜伽, 每天 1 次, 每次 20 分钟左右。第四, 科学用药指导, 告知患者千万不能随机增加、减少药物用量或者是停药, 按照医嘱实现药物的服用, 严格控制服药的间隔时间, 并正确时间血糖测量工作。第五, 心理疏导, 大多数患者均存在负性情绪, 因此, 护理人员就要积极与患者沟通、交流, 并给予其支持、鼓励与安慰, 让其以积极的心态正确的面对疾病, 耐心回答、讲解患者、家属的相关问题, 让其对治疗、恢复充满信心与希望。

1.3 评价指标

本研究两组患者观察、评价指标涉及空腹血糖、餐后 2 小时血糖、糖化血红蛋白以及自我认知 (采用自制认识水平问卷进行测定, 总分为 100 分, 评分越高表示认知水平越高)、行为信念 (采用积极度测评量表^[4]进行评价, 包括 20 个项目, 每个项目按照 1~5 分评价, 满分为 100 分, 评分越高行为信念越理想) 与生活质量 (采用西雅图心绞痛调查问卷^[5]评价, 共包括 5 个维度, 19 个条目, 最高分为 100 分, 评分与生活质量呈正相关)、疾病知识掌握度 (采用自制疾病知识调查问卷评价, 问卷最高分为 100 分, 疾病知识掌握情况与评分之间呈正相关)。

1.4 统计学分析

借助统计学软件 SPSS21.0 实现数据分析, 计数、计量数据分别以 %、 $(\bar{X} \pm s)$ 表示, 并以 χ^2 与 t 检验, 统计学差异显著以 $P<0.05$ 作为标准。

2 结果

2.1 护理前 A 组患者空腹血糖、餐后 2 小时血糖、糖化血红蛋白与 B 组患者相比均无显著差异, $P>0.05$; 两组患者护理后上述相关指标存在显著统计学差异, $P<0.05$ 。详见表 1。

表 1 护理前后两组患者血糖指标水平比较

组别	空腹血糖 (mmHg)		餐后 2 小时血糖 (mmHg)		糖化血红蛋白 (%)	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
A 组 (n=32)	8.62 ± 1.35	6.20 ± 0.87	15.21 ± 2.06	11.25 ± 1.98	8.14 ± 1.53	6.48 ± 0.72
B 组 (n=32)	8.58 ± 1.41	7.56 ± 0.93	14.89 ± 2.21	14.23 ± 1.69	8.09 ± 1.48	7.49 ± 0.85
t	1.345	2.306	1.753	3.182	1.341	2.131
P	0.103	0.041	0.078	0.039	0.112	0.042

2.2 护理前两组患者自我认知、行为信念与生活质量、疾病知识掌握度基本一致, $P>0.05$; 护理后, A 组患者上述指标显著差别于 B 组患者, $P<0.05$ 。详见表 2。

表2 两组患者护理前后自我认知、行为信念与生活质量、疾病知识掌握度比较(分)

组别	自我认知		行为信念		生活质量		疾病知识掌握度	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
A组 (n=32)	48.56 ± 2.42	83.15 ± 2.63	45.63 ± 2.50	86.35 ± 2.74	50.23 ± 2.15	80.25 ± 3.14	47.21 ± 2.26	83.63 ± 3.14
B组 (n=32)	48.69 ± 2.50	65.23 ± 2.58	46.21 ± 2.62	62.74 ± 2.57	51.12 ± 2.20	61.52 ± 3.07	48.05 ± 2.30	54.33 ± 3.14
t	1.886	4.303	2.132	2.365	1.533	2.262	1.943	2.228
P	0.124	0.040	0.084	0.038	0.141	0.033	0.095	0.029

3 讨论

DM 属于临床常见、多发的一种疾病类型,可能累及患者多个器官、系统,严重威胁着患者的身心健康,其治疗的重点在于科学用药与规范干预,患者的积极配合是非常重要的。CHD 也属于临床高发病,患者发病后活动受限,严重的甚至可能导致心力衰竭、猝死的出现,其中有 50% 左右的患者合并存在 DM^[6]。也就是说在临床上 DM 合并 CHD 这一合并症较为常见,合并发作不仅仅使得患者的病情更为复杂,同时其死亡风险也更高,对于患者的治疗来说规范病人的行为、习惯是非常重要的,而临床可以有效达到这一目的就是健康教育。

在以往实施 DM 合并 CHD 患者护理的过程中所运用的为常规健康教育,其模式单一且内容枯燥,可以获得的实际效果有限,无法有效规范患者行为,提高其治疗依从性,需要分析一种更为理想的健康教育方式。多元化健康教育属于临床一种新型健康教育方式,其形式更多且可以灵活选择,更好的满足了处于不同状态下患者的实际需要,同时内容也更加的丰富、多样,可以从患者治疗、恢复的实际需要出发为其提供更多的知识,有助于患者更好规范行为,提高了其治疗的依从性与配合度^[7]。在为 DM 合并 CHD 患者实施护理服务的过程中多元化健康教育获得了较为理想的护理效果,

从本研究结果“A 组患者后血糖指标以及自我认知、行为信念与生活质量、疾病知识掌握度与 B 组患者相比均存在显著统计学差异, $P < 0.05$ 。”不难看出,多元化健康教育有助于患者血糖指标的合理控制,改善了患者的自我认知、行为信念与生活质量、疾病知识掌握度,有助于患者的更好治疗。同时周维芬,林丽容,黄贝真^[8]的相关实验结果、结论与本研究有着较强的一致性,进一步说明了本研究的可靠性,表明了多元化健康教育与 DM 合并 CHD 患者中的应用价值。

综上所述,多元化健康教育对 DM 合并 CHD 患者的血糖指标水平以及行为信念和自我认知有着积极影响。

参考文献:

- [1]王腊梅.基于家庭医生签约服务的社区护理在老年糖尿病合并冠心病患者中的应用[J].黑龙江医药,2022,35(02):479-481.
- [2]施新艳,朱瑜,姜丽.多学科协作量化管理一体化护理模式在糖尿病合并冠心病患者护理中的应用[J].齐鲁护理杂志,2022,28(07):109-112.
- [3]湛梦,张邢炜,邵枫,等,屠家辉.基于健康信念理论的微信健康教育在冠心病患者中的应用及效果评价[J].当代医学,2021,27(21):71-74.
- [4]王晓芳.全程健康教育在糖尿病护理中的应用效果——评《现代糖尿病护理与健康管理》[J].中国实验方剂学杂志,2021,27(12):132.
- [5]张爱红,李静竹,程军,等.基于 CGA 的专科护理结合反馈式健康教育在老年冠心病患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2022,28(24):60-63.
- [6]卓亚娥.糖尿病门诊健康教育在糖尿病健康教育中的应用价值研究[J].糖尿病新世界,2022,25(10):142-145.
- [7]王秋云,宋尚红,荣旺.心理暗示联合健康教育对老年糖尿病合并冠心病患者的影响[J].心理月刊,2022,17(11):180-182.
- [8]周维芬,林丽容,黄贝真.多元化健康教育对糖尿病合并冠心病患者行为信念和自我认知的影响[J].基层医学论坛,2021,25(09):1202-1204.