

临床护理

DOI:10.13406/j.cnki.cyx.001467

健康教育路径对冠状动脉内支架植入术患者知信行的影响

肖玲¹, 方琴², 王攀¹, 曹培叶¹, 任洪艳³, 肖明朝³, 赵庆华¹

(重庆医科大学附属第一医院 1. 护理部; 2. 心血管内科; 3. 泌尿外科, 重庆 400016)

【摘要】目的:探讨健康教育路径对冠状动脉内支架植入患者健康知识、信念以及自我管理行为三方面的影响。**方法:**采用方便抽样法,在某三级甲等医院心血管内科抽取 120 名拟行支架植入术的冠心病患者为研究对象。随机分为干预组及对照组,干预组采用健康教育路径进行健康教育,对照组采用传统健康教育方式。对比 2 组患者入院时、出院当天健康教育知识、信念得分以及出院 3 个月时的自我管理行为得分。**结果:**患者出院当天,干预组的知识、信念得分为 (55.77 ± 7.71) 分、 (18.90 ± 2.06) 分,高于对照组的 (43.93 ± 9.65) 分、 (16.40 ± 2.85) 分,健康教育的方式及时间,对患者的健康知识、健康信念得分有交互作用,差异有统计学意义($P < 0.001$);患者出院 3 个月时,干预组的自我管理行为得分为 (100.73 ± 8.68) 分,高于对照组的 (91.13 ± 10.70) 分,差异有统计学意义($t = 5.197, P = 0.000$)。**结论:**健康教育路径能提高冠脉内支架植入患者的知识及信念水平,改善冠脉内支架植入患者的自我管理行为。

【关键词】冠心病;健康教育;临床路径;知-信-行模式**【中图分类号】**R473.5**【文献标志码】**A**【收稿日期】**2017-07-09

Effect of health education pathway on knowledge, attitude and practice in patients after coronary artery stent implantation

Xiao Ling¹, Fang Qin², Wang Pan¹, Cao Peiye¹, Ren Hongyan³, Xiao Mingzhao³, Zhao Qinghua¹

(1. Department of Nursing; 2. Department of Cardiology; 3. Department of Urology Surgery,

The First Affiliated Hospital of Chongqing Medical University)

【Abstract】Objective: To explore the effect of health education pathway on the health knowledge, health belief and self-management in patients with coronary stent implantation. **Methods:** One hundred and twenty patients with coronary artery disease who were going to receive stent implantation in the department of cardiology of our hospital were selected by convenient sampling, and they were divided into the intervention group and the control group randomly. For patients in the intervention group, health education pathway was used to give health education to them, and for patients in the control group, they received routine health education. Then their health knowledge, health beliefs at admission and discharge, as well as the self-management behavior scores at three months after discharge in the two groups were compared. **Results:** At the day of discharge, the knowledge, belief scores in the intervention group were (55.77 ± 7.71) , (18.90 ± 2.06) , which were higher than (43.93 ± 9.65) , (16.40 ± 2.85) in the control group, and the differences were statistically significant ($P < 0.001$). The mode and time of health education had interactive effect on the scores of health knowledge and health belief in patients. At three months after discharge, scores of self-management behaviors in the intervention group was (100.73 ± 8.68) , which was higher than (91.13 ± 10.70) in the control group, and the differences were statistically significant ($t = 5.197, P = 0.000$). **Conclusion:** Health education pathway can improve the knowledge, belief level and self-management behavior of patients with coronary stent implantation.

【Key words】coronary heart disease; health education; clinical pathway; KAB model

经皮冠状动脉支架植入术(coronary artery stent implantation, CASI)是经皮冠状动脉介入治疗(per-

cutaneous coronary intervention, PCI)手术方法之一,该治疗方法创伤小、痛苦少、疗效显著,成为临床冠心病介入治疗的主要手段。随着我国 PCI 术的有效性被广大医务人员认可,冠脉支架植入术的手术量也逐年增多,2014 年的治疗例数已高达 50 万余例,成为世界最大的支架大国^[1]。面对众多 PCI 术患者,目前我国对他们的管理主要集中在疾病发作后的紧急抢救、治疗以及血运重建手术,而对疾病的预

作者介绍:肖玲, Email: 985800698@qq.com,

研究方向:健康教育。

通信作者:赵庆华, Email: qh20063@163.com。

基金项目:重庆市卫生和计划生育委员会 2015 年医学科研计划项目重点资助项目(编号:2015ZDXM009)。

优先出版: <http://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1046.R.20180105.1127.022.html>
(2018-01-05)

防和发病后的康复训练(包括二级预防等)则很少受到关注和重视,加上大多数患者对疾病知识的缺乏,使得医疗卫生资源用于患者的反复住院、造影、支架和手术等,浪费了宝贵的医疗卫生资源^[2]。健康教育路径(health education pathway)是将临床路径的理论与方法应用在健康教育中,在循证护理的指导下,依据标准的健康教育计划,在满足患者疾病发生、发展、转归过程中对健康教育需求的前提下,为某一类患者制订的健康教育路线图或表格^[3]。它不同于传统的健康教育方式,是将确定的健康教育内容在规定时间内,系统、有计划性地教授给患者,从而减少健康教育的随意性,使健康教育更加全面,从而提高健康教育的质量。本研究通过探索比较健康教育路径与传统健康教育对冠状动脉内支架植入患者知信行的改变,以期为冠心病患者健康教育提供参考。

1 对象与方法

1.1 样本量计算

根据劣劣势性临床实验的样本量计算公式^[4]: $n=[(U_{\alpha}+U_{\beta})^2 \times 2P \times (1-P)]/(P_1-P_2)^2$, α 取 0.05, β 取 0.10。参照前期学者研究数据^[5],对冠心病介入治疗患者实施健康教育路径方法与传统健康教育方法相比较,患者的知识掌握率分别为 80.0%、53.3%,算得 $n \approx 54$,按照 10% 的样本失访率进行计算,确定调查总数为 120 人。

1.2 研究对象

本研究于 2016 年 3 至 10 月,采用方便抽样法,在某三级甲等医院心血管内科,抽取 120 名拟行支架植入术的冠心病患者为研究对象。纳入标准:①确诊为冠心病,并成功实施冠脉内支架植入术者。②年龄 ≤ 80 岁。③生活自理。④意识清楚,语言表达正常,能进行有效沟通者。排除标准:①伴有其他严重身心疾病患者。②不愿参加或配合本调查者。采用随机分组法,按照患者入院的先后顺序进行编号,同时运用 Excel 表自动生成的 120 个随机数字,按照随机数字的大小顺序由大到小依次排为 1~120 号,其中对应 1~60 号的患者分入对照组,对应 61~120 号的患者分入干预组。

1.3 研究工具

1.3.1 一般情况调查表 根据研究目的自行设计研究对象一般情况调查表,内容包括:年龄、性别、文化程度、婚姻状况、目前工作情况、月收入等信息。

1.3.2 冠心病健康知识、健康信念评价表 冠心病健康知识、健康信念评价表,用于评价 2 组患者入院时、出院当天健康教育知识、信念得分。由重庆医科大学学者熊倩、赵庆华等^[6]于 2013 年研制,包含健康知识(13 个条目)、健康信念(4 个

条目)。采用 Likert 3 级评分法,如健康知识评价表中,“不知道”=1 分,“部分知道”=3 分,“完全知道”=5 分;健康信念评价表中,“不确信”=1 分,“有点确信”=3 分,“十分确信”=5 分。评价表的总分为 17~105 分,分数越高,表明患者冠心病健康教育相关知识及信念越好。该问卷 Cronbach's α 系数为 0.908,各维度 Cronbach's α 系数为 0.709~0.900。

1.3.3 冠心病自我管理量表 冠心病自我管理量表(coronary self-management scale, CSMS)用于评价患者出院 3 个月时的健康行为得分。该量表由重庆医科大学学者任洪艳、赵庆华等^[7]在 2009 年编制而成,包含不良嗜好管理、症状管理、情绪认知管理、急救管理、疾病知识管理、一般生活管理、治疗依从性管理 7 个维度,共计 27 个条目。采用 Likert 5 级评分法进行评分,量表的每个条目得分为 1~5 分,总分为 27~135 分,分数越高,表明患者的自我管理行为越好。目前,CSMS 已在国内广泛使用。胡亚妮等^[8]用该量表于 2012 年调查 30 例冠脉内支架植入术后患者的自我管理能力, Cronbach's α 系数为 0.812,内容信度为 0.940,具有较好的信效度。

1.4 干预方法

本研究围绕患者住院期间的健康教育展开,干预组采用健康教育路径进行健康教育,对照组采用传统健康教育方式,具体干预方法如下。

1.4.1 对照组 采用医院传统健康教育方式进行健康教育。在患者入院时,对患者介绍医院的规章制度、科室物品的使用方法,介绍患者的主治医师及主管护士,使患者适应住院环境。术前对患者讲解手术过程的注意事项、手术的方式、术前后用药的必要性,关注患者心理变化,做好心理护理。术后则向患者解释说明早期活动的注意事项、服药的重要性、心脏康复的方法等。出院时,向患者说明长期遵医嘱服药及急救相关知识等。

1.4.2 干预组 利用制定的冠脉内支架植入患者健康教育路径进行健康教育。具体健康教育内容如下。

1.4.2.1 入院教育(入院第 1 天) ①介绍患者的主管医生及主管护士;②介绍住院探视、陪伴、作息时间以及外出请假等规则;③患者安全宣教:防跌倒,压疮,坠床,如厕、用水用电安全,贵重物品保存等;④呼叫器、病床、陪伴椅的正确使用;⑤评估患者身体、自理能力、心理、精神、社会等健康状态,并给予个性化的心理支持与指导。

1.4.2.2 术前教育(术前 1 天) ①冠心病的危险因素,可控制的危险因素——高血压,血脂异常,超重/肥胖,高血糖/糖尿病,不良生活方式如吸烟、不合理膳食(高脂肪、高胆固醇、高热量等)、缺少体力活动、过量饮酒等;不可控制的危险因素——性别、年龄、家族史。②诱发因素:冠心病的发作常常与季节变化(如寒冷)、情绪激动、剧烈运动或劳累、饱食、大量吸烟和饮酒、用力排便、生活不规律等有关。③常见症状:典型胸痛——突感心前区疼痛,多为发作性绞痛或压榨痛,也可有憋闷感;部分患者的症状并不典型——心前区不适,心悸,乏力;猝死——约 1/3 的患者在冠心病首次发作时,表

现为猝死;其他——可伴有全身症状,如发热、出汗、惊恐、恶心、呕吐等。④治疗方式:药物治疗;经皮冠状动脉介入治疗;冠状动脉旁路移植术简称冠脉搭桥术。⑤各项辅助检查的目的:心电图是冠心病诊断中最基本、最常用的诊断方法,不同类型的冠心病都能有典型的心电图变化;心脏超声能检查心脏的形态及心室功能。目前诊断冠心病的“金标准”是冠状动脉造影,能明确冠状动脉是否有狭窄,以及狭窄的部位、范围和程度,有助于选择最佳的治疗方案。⑥手术配合方式:手术过程中按照医生的要求配合手术、手术过程中放松心情、勿乱动。手术过程中若出现心悸、胸闷等情况时,马上告知医生。⑦术前用药的重要性、服药不良反应及对策指导:术前需要遵医嘱服用抗血小板聚集的药物如氯吡格雷和阿司匹林。⑧术前饮食指导:术前 8 h 禁食水。⑨术前心理指导:教给患者放松的技巧,解答患者的疑惑。⑩术前睡眠评估:指导患者保障术前充足的睡眠与休息。⑪手术过程及时间介绍:通过股动脉或桡动脉两种穿刺方式,支架通过球囊导管送入患者血管狭窄部位,再用球囊扩张的办法使血管扩张,血管扩张后,支架留在血管狭窄处支撑血管,使血液通畅,再撤出球囊导管。整个手术的过程时间要根据每个人的病情、年龄及血管等情况而视。⑫术前病员着装准备:脱去内衣、挂件、金属饰物等。

1.4.2.3 术后教育(手术当天至术后 1 天) ①术后饮食指导:合理饮食,避免过饱,鼓励患者多饮水,以加速造影剂排泄。②术后早期活动方法、功能锻炼进程及方法指导:术后心电监护,严密观察并发症。③术后无特殊病情变化或不适者,可早期下床活动。④术后用药指导:术后常规抗凝治疗,需要注意有无出血倾向。⑤术后心理指导:回答患者的疑惑,如支架后的注意事项。⑥术后病情及并发症观察指导:是否发生腰酸、腹胀,血管穿刺部位的并发症,如淤血或血肿,早期胸痛等。

1.4.2.4 康复教育(术后 2~3 d) ①评估患者的既往史:是否有高血压、糖尿病等病史;本次疾病发病情况;日常的生活方式、运动习惯及性格。②讨论患者的饮食习惯,指导低盐低脂饮食,避免暴饮暴食,少量多餐、保持大便通畅指导。③体质管理、腰围管理指导:建议通过体力活动和合理饮食,适当降低饮食的热量来降低体重,使体重指数(body mass index, BMI)维持在 18.5~23.9 kg/m²,男性腰围≤90 cm、女性腰围≤85 cm。④保持良好心态,避免情绪激动。⑤养成良好的睡眠习惯,夜起注意缓慢起身。⑥彻底戒烟,远离烟草环境,严格控制酒精摄入:有饮酒习惯者应戒酒或严格控制饮酒量,成年男性饮用酒精量≤25g/d(相当于啤酒 750 mL/葡萄酒 250 mL/38°白酒 75 g)。成年女性饮用酒精量≤15 g/d(相当于啤酒 450 mL/葡萄酒 150 mL/38°白酒 50 g)。酒精量(g)=0.8(酒精比重)×饮酒量(mL)×酒精含量(%)。⑦运动的益处、方式、持续时间及注意事项指导:缺乏运动会使运动耐量降低、体能下降。每天保持适当的活动,包括日常生活活动、职业相关活动、休闲活动及体育锻炼活动。适量的有氧运动,如步行、慢跑、太极拳、八段锦等,能使冠心病患者的血管功能改

善。运动时间从每天 10 min 起计算,从 50%的最大心率运动强度开始,最大心率为 220-年龄,逐渐加大运动时间,达到每天的运动量 30~60 min,有氧运动每周 3~5 d。

1.4.2.5 出院教育(出院当天) ①出院流程指导;②出院带药、遵医嘱服药及其重要性、药物不良反应指导:抗血小板药物可联合使用阿司匹林 100 mg/d 和氯吡格雷 75 mg/d 治疗 12 个月,注意出血等不良反应,特别注意消化道出血。β受体阻滞剂:β受体阻滞剂可选择美托洛尔或比索洛尔,按照患者的情况调整用药剂量,使患者清醒时静息心率控制在 55~60次/min,需要关注乏力、心动过缓等不良反应。心率<50次/min 时需及时就诊。他汀类药物:若无他汀使用禁忌证,可长期使用他汀类药物如辛伐他汀片、阿托伐他汀钙片,常见的不良反应有乏力、肌痛、肝转氨酶升高等。③胸闷、胸痛处理方法指导:就地坐下或躺下休息,并含服硝酸甘油,若疼痛仍未缓解,则立即就医。④自我监测血压、血糖、心率的方法指导:建议定时监测血压、血糖及心率,血压的目标值<130/80 mmHg,糖化血红蛋白≤7%,静息心率 55~60 次/min。⑤定期复查的时间及方式指导:术后 1、3、6 个月和 1 年,到医院进行常规复查,包括心电图、血压、血糖等控制情况、心绞痛等发作情况。⑥随访时间及内容指导:监督随访患者心绞痛发生情况、日常生活方式及锻炼、血压、血糖、心率监测、服药情况以及服药效果等。

患者健康知识、信念的评价主要在患者入院时及出院当天进行。由于患者行为的改变是基于知识及信念之上形成的,加上冠心病自我管理量表设计于冠心病患者出院 3 个月时进行评价,故患者健康行为的比较放在出院 3 个月时进行。

1.5 质量控制

本研究在前期两轮专家函询的基础之上制定了科学的健康教育路径。本研究从研究者、患者及问卷整理与数据录入 3 方面入手保证研究质量:

研究者方面:成立健康教育干预实施小组,包括护理研究生 3 名,心血管内科护士长 1 名及护理管理专家 1 名。研究开展前,研究小组查阅大量资料,确定健康教育路径的具体内容,对参与本次调查的 3 名护理研究生进行统一培训。研究开始前,3 名护理研究生按照健康教育路径对 3 名支架植入患者进行住院健康教育演示,护士长对研究人员健康教育的语言等技巧进行矫正后,通过心血管内科护士长的考核合格进入正式研究。其中 2 名研究生主要负责冠心病患者的筛选分组和干预组患者的入院教育部分,另 1 名研究生负责干预组患者的术前教育、术后教育、康复教育和出院教育,并负责出院 3 个月时健康行为状况的随访调查,3 名研究生采用统一语言进行解释、健康教育、回答和提问,以保证本研究实施过程的同质性。护理管理专家全程跟进研究进展,保证 3 名研究生的积极性并负责研究质量的把关。

患者方面:为保证患者对本研究健康教育的接受性和依从性,研究者在研究对象入组时,向其详细解释研究目的、内容,并获得其知情同意,让其明白护士的健康教育对预防再发、促进康复的重要性,使患者积极配合并参与健康教育过

程。对患者进行健康教育时通常选取患者时间较充裕的时候,以免影响教育效果。健康教育过程中,使用通俗易懂的语句进行描述,使患者乐于接受健康教育的方式,易于吸收相关知识。研究对象采用无记名方式填答问卷(无法填答者由研究者代为填写),保证所得调查资料保密,只作为本研究使用,以减轻患者的担忧和顾虑。

问卷整理与数据录入:问卷当场填写当场收回,并进行现场审核,马上整理编码并进行数据录入。数据库建立后,由 2 名研究人员分别录入进行审核,确保数据准确无误。

1.6 伦理道德原则

本研究于 2016 年 1 月 8 日通过了本院伦理委员会审批,研究方案符合医学伦理原则。调查前,给研究对象详细讲解研究目的、过程及研究意义,获得所有研究对象的知情同意。

1.7 统计学方法

通过录入 Excel 2010 进行数据的收集整理。利用 SPSS 21.0 进行统计分析,患者的一般资料、健康知识、健康信念、自我管理行为的得分及总得分,符合正态分布的计量资料,以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示;计数资料采用百分率来表示。采用卡方检验比较 2 组患者的一般资料,采用 t 检验和重复测量的方差分析比较 2 组患者的健康知识、信念得分差异,采用 t 检验比较 2 组患者自我管理行为的得分差异,检验水准为 $\alpha=0.05$ 。

2 结 果

2.1 患者一般情况

2 组患者在年龄、性别、文化程度、婚姻状况、工作等一般资料的比较,差异无统计学意义($P>0.05$),见表 1。

2.2 2 组患者干预及失访情况

部分患者在出院 3 个月时,由于患者电话变更无法取得联系,患者出院 3 个月的自我管理行为调查中,对照组失访 5 例,干预组失访 4 例;对照组与干预组的患者失访率分别为 8.33%、6.67%,2 组患者失访率的差异无统计学意义 ($P>0.05$),见表 2。

2.3 2 组患者干预前及干预后的知信得分比较

由表 3 可见,干预前 2 组患者的知识、信念得分比较差异无统计学意义($P>0.05$);干预后 2 组患者的知识、信念得分均高于各自干预前的得分,差异均有统计学意义($P<0.001$);干预后干预组的知识、信念得分均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.001$);2 种健康教育的方法对患者的健康知识、健康信念得分,与健康教育的时间有交互作用,差异有统计学意义($P<0.001$)。

2.4 出院 3 个月时 2 组患者自我管理行为比较

比较 2 组患者出院 3 个月时自我管理行为的得分,干预组在各维度(不良嗜好管理、一般生活管理、症状管理、疾病知识管理、治疗依从性管理、急救管理、情绪认知管理)及总得分均高于对照组,差异有统计学差异($P<0.05$),见表 4。

表 1 患者一般情况

Tab.1 General data of participants					
一般情况		对照组 (n=60)	干预组 (n=60)	χ^2 值	P 值
年龄				1.76	0.623
	≤ 50	8	8		
	51~60	16	19		
	61~70	19	22		
	> 70	17	11		
性别	男	49	55	2.60	0.178
	女	11	5		
文化程度				2.65	0.449
	小学及以下	14	16		
	初中	22	15		
	高中	16	16		
婚姻状况	大专及以上	8	13	1.75	0.416
	已婚	51	54		
	离婚	1	2		
	丧偶	8	4		
工作				4.05	0.132
	无工作	4	6		
	退休	34	23		
月收入(元)	全职工作	22	31	2.46	0.482
	$< 1\ 000$	4	8		
	1 000~1 999	9	9		
	2 000~2 999	20	14		
	$\geq 3\ 000$	27	29		
居住地				0.62	0.602
	农村	7	10		
付费方式	城镇	53	50	2.77	0.428
	职工医保	48	41		
	居民医保	6	7		
	新农合	5	9		
高血压	自费	1	3	1.88	0.428
	有	38	32		
	无	22	28		
糖尿病				0.57	0.254
	有	15	9		
吸烟	无	45	51	2.94	0.230
	有	34	36		
	无	18	11		
饮酒	已戒烟	8	13	0.57	0.753
	有	26	26		
	无	31	29		
BMI	已戒酒	3	5	2.94	0.504
	< 18.5	0	2		
	18.5~23.9	24	25		
	24.0~27.9	31	21		
冠心病确诊	≥ 28.0	5	12	1.37	0.504
	< 1 个月	41	42		
	1~12 个月	5	8		
	> 12 个月	14	10		
居住情况				2.50	0.204
	家人朋友一起	52	57		
入院诊断	独居	8	3	4.13	0.127
	稳定性心绞痛	17	8		
	不稳定性心绞痛	19	22		
支架史	心肌梗死	24	30	0.78	0.558
	有	8	5		
	无	52	55		

表 2 2 组患者出院 3 个月时的失访率

Tab.2 Loss rate at 3 months after discharge

组别	失访	随访	总例数	失访率 (%)
对照组	5	55	60	8.33
干预组	4	56	60	6.67
合计	9	111	120	7.50

注: Fisher 确切概率法, $P=1.000$

表 3 2 组患者干预前后知信得分比较

Tab.3 The comparison of knowledge and attitude scores before and after the health education intervention

项目	组别	干预前	干预后
知识	干预组 ($n=60$)	37.07 ± 5.42	55.77 ± 7.71
	对照组 ($n=60$)	36.27 ± 5.28	43.93 ± 9.65
	t 值	-0.818	-7.423
	P 值	0.415	0.000
信念	干预组 ($n=60$)	14.10 ± 2.48	18.90 ± 2.06
	对照组 ($n=60$)	13.27 ± 2.21	16.40 ± 2.85
	t 值	-1.943	-5.506
	P 值	0.054	0.000

注: 知识指标: $F_{\text{组别}} = 28.697, P_{\text{组别}} = 0.000; F_{\text{时间}} = 485.222, P_{\text{时间}} = 0.000;$
 $F_{\text{交互}} = 84.966, P_{\text{交互}} = 0.000;$ 信念指标: $F_{\text{组别}} = 21.691, P_{\text{组别}} = 0.000; F_{\text{时间}} =$
 $234.889, P_{\text{时间}} = 0.000, F_{\text{交互}} = 10.367, P_{\text{交互}} = 0.000$

3 讨论

在冠心病的防治过程中, 医务人员熟练掌握先进的医疗技术、手术方式及科学的用药手段能给患者带来新生固然十分重要, 但患者更多时间与经历是在院外度过的, 是在卫生保健人员的帮助与指导下, 依靠自身疾病管理能力, 进行冠心病的预防及治疗保健。所以患者及其家属在整个患病的过程中掌握好冠心病的防治知识, 及时发现并发症、主动就医, 才是保证患者生命健康, 减轻疾病痛苦, 提高生存质量的根本。

“知-信-行”理论强调, 人们只有在了解相关知识的基础上, 才能建立正确积极的态度, 从而改善健康行为。人们对健康的态度和行为, 相比吸烟、超重等危险因素, 更易产生疾病, 甚至导致死亡^[9]。但行为的形成受生物、心理、社会等因素影响, 健康教育是通过教学的途径帮助人们学习、保持或恢复健康知识, 自觉养成健康态度, 形成健康行为, 使人们达到最佳健康状态的手段。

由表 3 可见, 健康教育方式和健康教育时间, 对患者知识的掌握和信念的提升有交互作用, 传统的健康教育方式和健康教育路径对患者知识和信念均有影响, 且随着患者住院时间的延长而作用加强。知识的掌握能帮助患者加深对疾病的认识, 帮助部分患者改变无知的观念及迷信的态度, 正确认识冠心病及支架植入术后并发症的严重危害性, 增强患者对疾病危险因素积极控制的意识, 调动患者主动学习能动性, 提高患者疾病治疗的信心。患者在住院期间是最好接受健康教育的时机, 在住院期间, 他们的大部分时间和注意力都放在疾病的康复和预防上面, 而医疗人员是经过系统全面的医学教育进入医疗机构, 患者相信专业的医疗人员知识和能力, 安心接受治疗, 乐于听取并配合医务人员提供的疾病治疗方案和建议。所以, 不论采用何种形式的健康教育方式, 健康教育知识对患者来说不仅能填补相关知识的盲区, 还能纠正患者错误的知识架构。在此同时, 伴随着患者的疾病症状得到缓解和控制, 患者无形中会加强对战胜疾病的信心, 以更加积极的态度和正确的信念对待疾病。

本研究显示, 相比传统的健康教育, 通过健康教育路径对冠脉内支架植入患者进行健康教育后, 患者对冠心病相关的知识及疾病防治的信心较对照组均有提升和改善, 这与前期所做的 Meta 分析结果一致^[10]。相比传统的健康教育, 本研究构建的健

表 4 2 组患者出院 3 个月时自我管理行为得分比较

Tab.4 The comparison of self-management behaviors scores at 3 months after discharge

项目	对照组 ($n=55$)	干预组 ($n=56$)	t 值	P 值
不良嗜好管理	14.82 ± 2.86	16.61 ± 1.98	3.837	0.000
一般生活管理	16.27 ± 1.85	17.45 ± 1.49	3.685	0.000
症状管理	11.36 ± 3.48	13.23 ± 2.80	3.123	0.002
疾病知识管理	16.02 ± 3.04	17.77 ± 2.31	3.409	0.001
治疗依从性管理	8.67 ± 1.19	9.21 ± 1.14	2.452	0.016
急救管理	9.38 ± 2.71	10.71 ± 2.70	2.600	0.011
情绪认知管理	14.60 ± 1.76	15.75 ± 1.75	3.452	0.001
总分	91.13 ± 10.70	100.73 ± 8.68	5.197	0.000

康教育路径是严格将确定的健康教育内容,在患者住院期间系统、有计划性地教授给患者,覆盖患者从入院到出院随访的相关知识,健康教育的知识较为系统全面,避免了传统健康教育的随意性,使健康教育更加全面,从而提高健康教育的质量。

人们行为改变过程由获得知识、产生信念和形成行为 3 部分组成。冠心病患者的健康行为基于健康知识和信念之上^[11-14]。患者的自我管理行为是通过专业人员的健康教育,使其掌握疾病基本知识和疾病保健技能,以自我监控疾病^[15]。支架术后患者自我健康管理行为水平不高,行为得分为 59.61%^[8]。47.2% 的支架植入术后患者健康水平处于一般和差的水平,有较大的提升空间^[16]。本研究显示,出院 3 个月时,健康教育组患者不良嗜好管理、一般生活管理、症状管理、疾病知识管理、治疗依从性管理、急救管理、情绪认知管理共 7 方面的行为较传统的健康教育组得分高。可能由于在健康教育路径式教育过程中,明确制定了这 7 方面的知识内容,教育的内容较为全面,相关健康指标数据也说明得很清楚。健康教育路径严格遵循“知-信-行”理论。患者前期知识的积累、信念的提升,帮助患者建立于系统的知识与良好态度,患者有章可循易于实践,治疗的依从性也相对更好。通过对支架植入患者实施健康教育路径后,健康教育路径小组患者的得分均高于传统健康教育组,通过系统的路径进行健康教育,促进了支架植入患者自我管理能力“知-信-行”的统一,这与林素清等^[17]学者的研究结果相一致。明朝思想家王阳明提出“知行合一,知是行之始,行是知之成”,意思时知是行的开端,行则为知的完成,两者互为始末,行者必以知为前提,深刻体现了中国传统文化传统思想的精华。王阳明指出,真知即所以为行,不行不足谓之知。真正的“知”必须付诸实行,没有“行”的“知”就不是“真知”。说明健康教育路径是一种能促进健康知识和健康信念提升,能更好地促进患者内化相关知识,并能有效加快患者形成自我管理行为。

综上所述,传统的健康教育和健康教育路径对患者疾病相关的知识、信念提升和行为改变,均有一定程度的促进作用。健康教育路径作用效果较传统的健康教育更好,为冠脉内支架植入术患者的康

复及预后发挥积极作用,值得临床推广应用。

参 考 文 献

- [1] 胡大一. 用支架进入高铁时代[N]. 健康时报, 2011-09-22(23).
- [2] 胡大一. 中国心血管疾病预防治疗及康复若干思考[J]. 中国实用内科杂志, 2013, 33(4): 253-255.
- [3] Campbell H, Hotchkiss R, Bradshaw N, et al. Integrated care pathways[J]. BMJ, 1998, 316(7125): 133-137.
- [4] 刘建平. 临床试验样本含量的计算[J]. 中国中西医结合杂志, 2003, 23(7): 536-538.
- [5] 何 琨, 袁美锦, 余立强, 等. 电子健康教育路径在冠心病介入治疗中的应用研究[J]. 重庆医学, 2014, 43(36): 4988-4990.
- [6] 熊 倩. 冠心病健康教育效果评价指标体系的研究[D]. 重庆: 重庆医科大学, 2015.
- [7] 任洪艳. 冠心病自我管理量表开发及健康教育研究[D]. 重庆: 重庆医科大学, 2009.
- [8] 胡亚妮, 林 平, 张金丽, 等. 经皮冠状动脉支架植入术后患者自我管理行为及其影响因素[J]. 中华护理杂志, 2012, 47(2): 167-169.
- [9] Keeney RL. Personal decisions are the leading cause of death[J]. Operations Research, 2008, 56(6): 1335-1347.
- [10] 肖 玲, 王 攀, 肖明朝, 等. 临床路径在冠脉介入治疗患者健康教育中应用效果的 Meta 分析[J]. 重庆医科大学学报, 2016, 41(12): 1245-1249.
- [11] Fleury J, Sedikides C. Wellness motivation in cardiac rehabilitation; the role of self-knowledge in cardiovascular risk modification [J]. Res Nurs Health, 2007, 30(4): 373-384.
- [12] Lau-Walker M. Importance of illness beliefs and self-efficacy for patients with coronary heart disease[J]. J Adv Nurs, 2007, 60(2): 187-198.
- [13] Mckinley S, Dracup K, Moser DK, et al. The effect of a short one-on-one nursing intervention on knowledge, attitudes and beliefs related to response to acute coronary syndrome in people with coronary heart disease; a randomized controlled trial[J]. Int J Nurs Stud, 2009, 46(8): 1037-1046.
- [14] Sol BG, van der Graaf Y, van der Bijl JJ, et al. The role of self-efficacy in vascular risk factor management; a randomized controlled trial[J]. Patient Educ Couns, 2008, 71(2): 191-197.
- [15] Lorig K. Self-management education; more than a nice extra[J]. Med Care, 2003, 41(6): 699-701.
- [16] 张 红, 赵庆华. 冠脉内支架置入术后患者健康行为影响因素的调查研究[J]. 中华护理杂志, 2008, 43(6): 513-515.
- [17] 林素清, 梁志翔, 袁 勇, 等. 健康教育路径在冠心病介入治疗病人的应用研究[J]. 国际护理学杂志, 2010, 29(2): 178-180.

(责任编辑: 张辉洁)