

心理干预联合健康教育在脑梗死患者护理中的效果评价

郑 芳 张 琼 (通讯作者)

华中科技大学同济医学院附属同济医院 湖北 武汉 430030

【摘 要】：目的：评价心理干预联合健康教育在脑梗死患者护理中的效果。方法：于 2024 年 03 月-2025 年 02 月期间，选取 70 例脑梗死患者为研究对象，数字随机表法将患者分为两组，对照组采用常规护理，观察组采用心理干预联合健康教育，对比护理效果。结果：观察组较对照组负面情绪明显改善 ($P<0.05$)；观察组较对照组疾病知识掌握水平明显提升 ($P<0.05$)；观察组较对照组生活质量评分明显提高 ($P<0.05$)。结论：在脑梗死患者护理中，心理干预联合健康教育可以明显改善患者的负面情绪，提高疾病知识掌握水平及生活质量。

【关键词】：心理干预；健康教育；脑梗死；负面情绪；生活质量

DOI:10.12417/2705-098X.26.14.095

在脑血管疾病中，脑梗死属于发病率较高的类型，近年来受老龄化现象的影响，已经成为较为严峻的公共卫生问题。随着饮食结构、生活方式的改变，脑梗死的发病人群开始出现年轻化的趋势，对人们的身体健康威胁极大。相比其他脑血管疾病，脑梗死具有发病率高、致残率高和死亡率高的特点，已经严重威胁到正常的生活^[1]。通过流行病学调查显示，在脑梗死患者中约有 75% 的占比存在不同程度的神经功能障碍，不仅会降低患者的生活质量，还会给家庭和社会带来照护负担。脑梗死疾病在损伤患者生理功能的同时，还会诱发心理问题，表现为焦虑、抑郁、情绪暴躁等，从而影响治疗、康复的依从性，延长整体康复周期。针对脑梗死患者面临的挑战，予以护理干预作用明显，但是常规护理缺乏针对性，常在护理过程中忽略患者的情绪，无法有效缓解负面情绪，提升治疗依从性。心理护理则可以针对患者的情绪问题展开护理服务，通过多种手段帮助患者疏解不良情绪，积极配合治疗和康复。健康教育则可以帮助患者正确认识疾病，与心理护理联合形成协同增效的作用，调动患者的积极性，加快病情康复进程，减少相关并发症的发生^[2]。因此，本文将探讨心理干预联合健康教育在脑梗死患者护理中的效果，获取更多的研究数据，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

于 2024 年 03 月-2025 年 02 月期间，选取 70 例脑梗死患者为研究对象，每组各 35 例。其中对照组男 19 例，女 16 例；年龄 43-85 岁，均值 (61.47 ± 4.59) 岁。观察组男 18 例，女 17 例；年龄 40-88 岁，均值 (62.21 ± 4.71) 岁。一般资料对比无统计学意义 ($P>0.05$)。

纳入标准：(1) 临床诊断确诊为脑梗死患者；(2) 患者和家属对本次研究知情；(3) 个人相关信息完整；(4) 签署知情同意书。

排除标准：(1) 患有精神疾病；(2) 无法积极配合者；(3) 合并肝肾功能异常者；(4) 严重脏器器官衰竭。

1.2 方法

1.2.1 对照组

予以常规护理。密切监测患者血压、心率、呼吸等生命体征，加强对患者血压的管理，从而有效避免血压异常对脑灌注的影响。同时注意观察患者的意识状态、瞳孔变化等，便于及时发现异常，降低再出血风险。加强对床栏等的稳固情况，保持地面无障碍且干净卫生，夜间留置夜灯提供光线柔和的照明，预防发生坠床、跌倒等风险事件。合理使用减压床垫对骨突部位进行保护，每隔两小时协助患者翻身一次，期间注意检查患者受压处的皮肤状态，确保无红肿、破溃等情况，预防压力性损伤。指导患者正确的良肢位摆放技巧，教授正确踝泵运动技巧，每天按时完成相应的肢体训练，预防深静脉血栓、关节挛缩和肌肉萎缩等并发症。日常鼓励患者自主完成饮食、如厕、洗漱等基本生活操作。

1.2.2 观察组

予以心理护理联合健康教育。

(1) 心理护理。患者入院后以热情的工作态度进行接待，为患者留下良好的印象。带领患者和家属熟悉住院环境、医院布局以及医疗团队，与患者建立良好的护患关系，拉近彼此之间的距离。使用专业的评估工具判断患者是否存在负面情绪以及严重程度，根据评分结果予以患者心理护理干预。针对在治疗过程产生的焦虑、抑郁情绪，合理引入情绪 ABC 应激-应对理论，协助患者识别并认识疾病，指导其采用问题聚焦和情绪聚焦相结合的方法。同时，参照情绪 ABC 理论，帮助患者分析其不合理信念，通过认知矫正技术，引导患者将不健康的思维转换为合理、现实的认知，减少降低负性情绪的产生。针对治疗依从性较差的患者，参照自我效能感理论，通过典型案例分享、口头鼓励和目标分解的方法，帮助患者提升康复信心和治疗依从性。同时，指导患者进行规范的放松训练，如腹式深呼吸、渐进式肌肉放松或正念冥想训练，以降低疾病的影响性，缓解紧张情绪。同时构建社会支持系统，鼓励患者与家属、病

友建立良性互动，组织小组交流或家属教育，帮助患者获得信息、情感支持。

(2) 健康教育。通过与患者或家属的沟通，对患者疾病认知程度进行了解，将疾病相关知识整理成视频，邀请家属一同参与到健康教育中，正确认识疾病，包括病因、发病机制、并发症、危害、影响以及后遗症种类等，帮助患者从专业角度重新了解疾病，纠正错误认知和想法。分板块予以患者饮食、用药、康复及生活方式方面的针对性教育，叮嘱患者加强饮食管理，遵循清淡、易消化的饮食原则，严格控制盐分、糖分以及脂肪的摄入量。严格遵照医嘱按时用药，禁止私自增药或减药，以免影响治疗效果。告知患者康复是需要长期坚持的过程，按照康复师指导的动作、时间按时完成，对病情的恢复帮助较大。日常生活中尽可能独立完成穿衣、吃饭等操作，从而增强自信心，加快病情康复。

1.3 观察指标

(1) 负面情绪评分，使用焦虑 (SAS)、抑郁 (SDS) 自评量表^[3]对负面情绪进行评分，得分越低负面情绪改善越明显。

(2) 疾病知识掌握水平，包括疾病基础知识、并发症预防知识、用药知识、康复知识以及生活方式知识等。

(3) 生活质量评分，采用健康调查简表 (SF-36) 对社会、躯体、生理及情感进行评分，每一项满分 100 分。

1.4 统计学分析

数据录入 SPSS22.0 统计学软件计算。符合正态分布的计量数据，以 ($\bar{x} \pm s$) 表示，以 t 检验；计数数据以 n (%) 表示，以 χ^2 检验。P<0.05，对比有统计学意义。

2 结果

2.1 对比负面情绪评分

两组对比，观察组负面情绪评分明显降低 (P<0.05)。详见表 1。

表 1 对比负面情绪评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别		观察组	对照组	t	P
例数		35	35	-	-
焦虑(SAS)	护理前	63.53±4.28	64.12±4.23	0.580	0.564
	护理后	34.12±3.05	42.18±3.37	10.491	0.000
抑郁(SDS)	护理前	60.89±5.75	61.05±5.64	0.118	0.907
	护理后	36.56±4.95	44.46±5.02	7.468	0.000

2.2 对比疾病知识掌握水平

两组对比，观察组疾病知识掌握水平明显提高 (P<0.05)。详见表 2。

表 2 对比疾病知识掌握水平 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	观察组	对照组	t	P
例数	35	35	-	-
疾病基础知识	91.13±5.25	83.25±5.09	6.375	0.000
并发症预防知识	87.57±3.62	81.14±3.50	7.555	0.000
用药知识	90.58±4.45	85.56±4.22	4.843	0.000
康复知识	88.85±5.34	83.67±5.47	4.009	0.000
生活方式知识	86.59±3.41	80.02±3.39	8.084	0.000

2.3 对比生活质量评分

两组对比，观察组生活质量评分明显提升 (P<0.05)。详见表 3。

表 3 对比生活质量评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别		观察组	对照组	t	P
例数		35	35	-	-
社会功能	干预前	66.36±5.29	66.52±5.38	0.125	0.901
	干预后	82.41±4.15	77.57±4.46	4.700	0.000
躯体功能	干预前	61.27±6.56	61.35±6.67	0.051	0.960
	干预后	78.92±4.38	74.49±4.25	4.294	0.000
生理功能	干预前	60.05±6.92	60.28±7.11	0.137	0.891
	干预后	76.53±4.49	70.03±4.28	6.199	0.000
情感职能	干预前	65.28±6.78	65.34±6.81	0.037	0.971
	干预后	80.01±5.79	74.97±5.66	3.683	0.001

3 讨论

近年来，在我国脑梗死的临床发病率显著提高，已经严重威胁到人们的身体健康、正常生活，且受多因素的影响，该病上升趋势明显。脑梗死疾病的发生会严重影响脑部正常的供血和供氧，若在短时间内无法恢复正常的血运则会造成局部组织坏死、软化，最终表现为不同部位的功能障碍。语言、吞咽、肢体均是脑梗死患者常见的后遗症表现，不仅会影响身体健康，还会造成严重的心理负担，影响整体治疗效果^[4]。依从性差和负面情绪在脑梗死患者中属于常见现象，需要通过护理手段进行干预，缓解负面情绪，积极配合治疗，以达到理想的治疗效果。

心理护理干预联合健康教育相比常规护理具有针对性，心理护理主要针对患者的负面情绪，在理论机制上，本研究引入普通心理学中的情绪 ABC 理论、自我效能感理论及应激-应对

理论。通过提供情感支持可以缓解焦虑、抑郁等情绪问题,促使患者治疗期间保持稳定的情绪,积极配合治疗和康复训练。健康教育则可以提高患者疾病认知水平,与心理护理产生协同增效的作用,为病情恢复创造条件。通过心理护理干预联合健康教育,观察组患者的负面情绪得到了明显的改善,不仅疾病认知水平提高了,其预后生活质量评分也显著提升了。原因分析如下:在心理护理中可以根据患者的实际情况进行护理干预,方案中涵盖了倾听、共情、放松训练等多种模式,可促使大脑从防御模式转变为学习模式。心理护理可以为健康教育创造条件,待患者情绪相对稳定以后予以健康教育,能够更加准确的了解和掌握疾病的相关知识,在短时间内提高疾病认知水平,积极配合医护人员的工作^[5]。与常规护理不同,心理护理

联合健康教育属于双向强化机制,不仅能够帮助患者正确掌握脑梗死的病因、治疗方法以及康复重要性相关知识,还能缓解焦虑、抑郁等负面情绪,进而帮助患者重新建立正确的认知体系,确保整个治疗过程中稳定的情绪和配合度。另外,随着患者负面情绪的改善以及疾病认知水平的提升,病情可得到有效的控制,间接影响患者的生活质量。与常规护理不同,心理护理和健康教育是根据疾病特点以及患者需求制定的,护理过程中可以精准满足患者的需求,其护理效果则更加明显^[6]。

综上所述,在脑梗死患者中,予以心理护理联合健康教育对改善患者负面情绪有显著效果,同时还能提高疾病认知水平和生活质量。

参考文献:

- [1] 刘海霞.心理护理干预联合健康教育在脑梗死中的应用[J].中国城乡企业卫生,2025,40(12):79-81.
- [2] 李晶,杨聃.心理干预联合健康教育在脑梗死患者护理中的应用效果分析[J].中国社区医师,2025,41(22):145-147.
- [3] 刘燕,生常青,刘丽娜,等.赋能心理护理联合健康信念教育干预对重症脑梗死患者的影响[J].齐鲁护理杂志,2024,30(15):141-144.
- [4] 邱松旺.赋能心理护理联合健康信念教育干预对重症脑梗死患者睡眠质量、负性情绪的影响[J].医学理论与实践,2023,36(24):4277-4279.
- [5] 郝丹.脑梗死患者护理中心理干预与健康教育的临床应用效果[J].中国医药指南,2023,21(7):171-173.
- [6] 张志敏.脑梗死病人实施心理护理联合健康教育干预的效果评价[J].山西卫生健康职业学院学报,2023,33(1):126-128.