

个性化的系统健康教育在社区脑卒中患者中的应用

邓秋兰 农兰欣 黄银娟 钟美容 潘素兰 成时民 李蓬英 农丽月

(广西中医学院附属瑞康医院南城分院,南宁市 530011)

【摘要】 目的 探讨个性化的系统健康教育对社区脑卒中患者的效果。方法 将96例社区脑卒中患者随机分为观察组及对照组各48例。观察组按照护理程序实施个性化的系统健康教育,对照组进行传统的防脑卒中治疗知识宣传教育;两组均定期跟踪观察3个月以上。结果 观察组健康教育内容知晓率(89.58%)高于对照组(70.83%),差异有统计学意义($P < 0.05$);康复护理日常生活活动(RNADL)评分明显高于对照组;患者对护理质量满意度(97.92%)显著高于对照组(89.58%),差异有统计学意义($P < 0.01$)。结论 个性化的系统健康教育,对提高脑卒中患者健康知识的知晓率、改善日常生活能力具有积极的作用。

【关键词】 社区护理;脑卒中;健康教育

【中图分类号】 R 47;R 743.3 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 0253-4304(2009)03-0371-02

随着现代医学模式的改变,社区护理已成为护理行业发展的方向,社区护理是整体护理的推广。脑卒中是我国的常见病、多发病。随着脑卒中诊疗水平的提高,患者存活率也极大提高,但致残率仍然达72.5%~75.0%^[1,2],给家庭、社会带来了沉重的负担。为了减少疾病复发和降低致残率,加强脑卒中患者的健康教育指导,帮助他们获取健康知识,树立健康意识,自觉地采纳更多有益于健康的行动,促进其早日康复,是整体护理的重要组成部分,又是整体护理实践中最成功的环节之一,是一项投资少、效益大的保健对策。2005年7月至2007年7月,我们对48例脑卒中患者采用个性化的系统健康教育收到较好效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 脑卒中患者96例,均经头颅CT或MRI检查确诊,符合1995年全国第四届脑血管病会议制定的标准^[3]。经广西中医学院附属瑞康医院神经内科、广西中医学院第一附属医院针灸科住院治疗,病情平稳进入恢复期后纳入健康范围。男52例,女44例,年龄40~83(60.60±7.07)岁。文化程度:大专及以上35例,高中23例,初中25例,小学13例。职业:干部54例,工人21例,农民11例,其他10例。随机分为观察组和对照组各48例,两组患者在性别、年龄、职业、文化程度、病情、病程等比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。干预对象纳入标准:(1)符合临床诊断标准,并经颅脑CT或MRI证实。(2)均存在肢体功能障碍。(3)目前在家中康复。(4)能理解家人说话,按家人指导行动。(5)家属能够协助进行康复锻炼。排除标准:(1)有严重肝、肾等脏器疾病。(2)有严重认知功能障碍。

1.2 健康教育时间安排 第1、2周,每周安排2次;第3、4周,每周安排1次;第5~12周,每2周安排1次,上门频率也可根据患者实际掌握情况予以适当变动,共12次。完成12周关键健康教育后,继续跟踪随访。

1.3 方法 每组由2名具有大专以上学历的社区护士负责,均经过统一培训考核,在交流技巧上无明显的差异。对照组采用传统健康教育方法(即解释现有的健康问题);实验组按照护

理程序进行健康教育,即由社区护士对患者实施有目的、有计划的健康教育。(1)内容:脑卒中的概念、发病原因、危险因素、临床症状及危害、诊断及药物治疗;健康的生活方式及饮食;预防脑卒中发生的相关知识及康复功能锻炼的知识及技能。(2)实施方法:护患共同制订教育计划,如教育的目标、内容、时间、措施和评价等,并在实施过程中,尊重患者的权利,让其及时说出自己的感受、意见和建议;护理人员因势利导,适时采用有利于健康的行为,对不利于康复的意见和建议给予解释,加强护患之间的互动性,共同完成健康教育计划。

1.4 教育效果的评估 (1)健康教育内容的知晓率:患者能复述健康教育全部内容的80%以上者为知晓^[4]。(2)日常生活能力(ADL)评定:采用康复护理日常生活活动(RNADL)评定量表^[5]进行评定,以人的最基本生活必须的衣、食、住、行、个人卫生5大内容来评分。(3)患者对护理质量满意度:自制护理质量满意度调查表,包括10个问题,每个问题按满意、部分满意、不满意三级评定。上述三项指标分别于患者出院第1天、第15天、第30天和出院第90天由患者填写(不能书写者由其家属代笔)。

1.5 统计学方法 采用SPSS 11.0软件包进行数据分析,计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,等级资料采用秩和检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组健康教育内容知晓率及RNADL评分比较 对照组48例,健康教育内容知晓34例占70.83%,观察组有43例占89.58%,两组比较差异有统计学意义($\chi^2 = 5.34, P = 0.05$)。两组健康教育后RNADL评分均高于教育前,但观察组明显高于对照组($P = 0.001$)。见表1。

表1 两组健康教育前、后RNADL评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	教育前	教育后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
对照组	48	29.42 ± 13.27	46.14 ± 18.5	5.088	0.000
观察组	48	28.85 ± 14.04	64.70 ± 16.33	115.33	0.000
<i>t</i> 值		0.204	5.211		
<i>P</i> 值		0.839	0.000		

2.2 两组患者对护理质量满意度比较 观察组满意度 97.92%, 高于对照组的 89.58%, 两组比较差异有统计学意义 ($u = 1.677, P = 0.046$) 见表 2。

表 2 两组患者对护理质量满意度比较 (n, %)

组别	n	满意	部分满意	不满意
对照组	48	43(89.58)	4(8.33)	1(2.08)
观察组	48	47(97.92)	1(2.08)	0

3 讨论

3.1 转变观念, 发挥社区护理的作用 社区护理的理念是随着生物-心理-社会模式的确立而产生的, 社区护理增添了新的护理内容, 扩大了护理工作的职能, 实现了从以护理疾病为中心向以人群整体健康为中心的转变。多年来, 护理工作以被动执行医嘱为主, 社区护理仅局限于上门注射、换药, 人们对患者自身在控制疾病中的作用不够重视。本组进行的社区健康教育方法, 使患者在护理人员的帮助下逐渐形成了自我参与意识, 使脑卒中患者及家属获得了多方面的信息, 提高了自我控制疾病、掌握科学康复的方法, 从而使日常生活活动能力得到提高。

3.2 个性化系统健康教育的效果 常规的健康教育主要围绕疾病相关知识, 通过口头说教及书面资料做好防治脑卒中知识宣传教育, 这种教育方式侧重于脑卒中患者的共性问题, 是护理人员单向灌输、患者被动接受教育的过程, 缺乏个性化、人性化和护患互动性, 不能充分调动学习者的积极性, 效果相对较差^[6]。实施健康教育时, 有效的沟通有利于改善护患关系, 使患者对护士产生信任感, 可提高健康教育效果^[7,8]。而个性化的系统健康教育由教育者与被教育者共同参与, 注重人性化和个性化, 注意到每例患者的个体差异及患者的感受和需求, 采用适合于个体需求的教育形式; 教育方式灵活多样, 切实可行, 不局限于某种特定的格式, 采用形象教育法, 使之通俗易懂、易掌握。如脑卒中患者应低盐饮食, 每日的食盐摄入量应在 6 g 以下, 针对食盐的具体摄入量给予指导, 讲明一个啤酒瓶盖平装满是 3 g, 每人每天食盐摄入不能超过 2 个啤酒瓶盖的量。护患共同制订及实施教育计划, 诸如教育的目标、内容、时间、措施、评价等均让患者主动发表看法及意见, 对不利于康复的意见和建议护士给予解释, 加强了护理人员与患者之间的互动, 从而进一步密切了护患关系, 增强了患者对护理人员的信任感, 使之对治疗产生安全感; 同时, 满足

了患者的心理需要, 缓解了患者的不安情绪, 这样既满足了患者的知情权, 促使患者积极、主动地参与并配合治疗, 同时调动了学生的学习积极性, 增加了患者的健康知识, 使之自觉地采用健康的行为, 提高了患者的自我保健能力。另外, 通过实施健康教育, 使护士明确了责任, 提高了健康教育技巧、业务水平及整体素质, 切实、有效地解决了患者的问题, 同时得到了患者的信任和认同, 使患者和家属对护士的满意度大大提高。通过对脑卒中患者采用不同的健康教育方法可以看出系统、个性化的健康教育, 其健康教育知识知晓率 RNADL 评分均明显高于对照组 ($P = 0.000$); 表明运用护理程序实施个性化系统的健康教育能充分调动患者的主观能动性, 积极配合治疗, 达到有效的康复。

3.3 有针对性的个性化系统健康教育效果更明显 实践中我们体会到: 实施教育前, 应了解患者的文化背景及患者现存和潜在的健康问题, 全面评估患者对脑卒中知识的掌握情况, 确定患者不同的需要, 选择患者关注的内容实施教育; 实施中, 要根据患者在治疗和教育中遇到的具体问题, 动态地调整方案, 针对不同个体、不同时期、不同的健康问题给予有效的教育, 可以收到良好的教育效果, 提高患者的教育质量。

参 考 文 献

- [1] 戴红, 王威, 于石成, 等. 北京市城区居民脑卒中致残状况及对社区康复的需求[J]. 中国康复医学杂志, 2000, 15(6): 344-347.
- [2] 黄如训, 苏振培. 脑卒中[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 358-360.
- [3] 全国脑血管病会议. 各类脑血管病诊断要点[J]. 中华神经学杂志, 1996, 29(6): 379-381.
- [4] 张积慧, 黄志红. 量化健康教育与随机健康教育的效果比较[J]. 中华护理杂志, 2000, 35(6): 328-329.
- [5] 郑彩娥, 张荀芳, 林伟, 等. 康复护理 ADL 评定量表的设计[J]. 中国康复, 2004, 19(1): 61-62.
- [6] 李玉华, 李秀丽, 邢丽, 等. 建立乙肝病友俱乐部实施健康教育[J]. 中华护理杂志, 2003, 38(3): 227-229.
- [7] 周庆湘, 李乐之, 赵丽萍, 等. 胆道疾病患者健康教育效果评价[J]. 护理学杂志, 2003, 18(9): 703-704.
- [8] 吴翠萍. 脑卒中病人的健康教育体会[J]. 广西医学, 2003, 25(10): 2041-2042.

(收稿日期: 2008-12-17 修回日期: 2009-01-14)

● 广西拟在二级以上医院配备营养医技人员

首届广西临床营养质量控制中心会议 3 月 14 日上午召开, 广西卫生厅的相关负责人提出, 目前广西的营养专业技术人员严重缺乏, 需要引起有关部门的注意。本次会议、讨论制定了《广西临床营养控制规范征求意见稿》, 会议提出二级以上的医院(包括企业医院、部队医院)均应设营养(学)科或营养室, 配备一定比例的营养医技人员、配制技工和配膳人员。