

集体宣教法在大面积烧伤康复期患者健康教育中的应用

方璐,刘小芳,李卉梅,孙天宝

【摘要】 目的:探讨集体健康宣教对大面积烧伤康复期患者的作用。方法:采集大面积烧伤患者65例,随机分为观察组32例和对照组33例。每月宣教干预1次,分别在干预前和干预3次后评测抑郁自评量表(SDS)与焦虑自评量表(SAS),并同期进行康复知识的问卷调查。结果:干预后,2组SDS及SAS评分均较治疗前明显降低($P<0.05$),且观察组更低于对照组($P<0.05$)。干预后,观察组对康复护理问题了解程度提升百分比明显高于对照组(80.0%、67.0%, $P<0.01$)。结论:集体宣教法能减轻大面积烧伤康复期患者焦虑和抑郁等精神问题,有利于患者对烧伤康复知识的掌握,提高其对康复护理工作的满意度。

【关键词】 集体宣教;大面积烧伤;健康教育

【中图分类号】 R49;R644 **【DOI】** 10.3870/zgkf.2016.04.022

我国的烧伤康复护理较为滞后,致残率也较高。制约开展康复护理的因素主要是思想认识不足,丧失了康复治疗的最佳时机^[1]。同时大多烧伤患者存在不同程度的心理问题,严重影响患者对疾病的认知,为此进行相应的心理干预和护理指导就显得尤为重要^[2]。现就65例大面积烧伤患者进行集体宣教法和个体宣教法对比观察结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机选择2014年1月~2015年3月大面积烧伤住院工伤患者65例,入院前均未接受康复护理相关知识的了解或进行过针对性的心理干预,均伴有颜面部和手部烧伤;排除精神类疾病及用药控制的患者。患者随机分为2组,①观察组32例:男25例,女7例;年龄(38.6 ± 9.8)岁;病程(3.3 ± 1.3)个月;烧伤总面积为(76.6 ± 16.3)%。②对照组33例:男27例,女6例;年龄(33.2 ± 10.9)岁;烧伤总面积为(79.6 ± 13.7)% ;病程(3.0 ± 1.4)个月。2组患者一般资料比较差异无统计学意义。

1.2 方法 对观察组患者及家属进行集体宣教,5~10人集中在示教室统一PPT宣教内容,同一护士进行宣教内容,使患者了解烧伤瘢痕形成机制、演变过程及预后,同时介绍各种康复治疗的优缺点,及可能预后;正确引导和帮助,改变其错误的认知结构,启发患者能够接受现实,以积极地态度和行为主动参与烧伤残余创面、瘙痒和瘢痕的治疗和管理,30~40min。宣

教过程中同时邀请烧伤中后期康复效果较好的患者及家属现身说法,介绍经验10~20min;医患及患者间互动10~20min。对对照组患者及家属单独在示教室PPT宣教同观察组相同内容,也为同一个护士进行单独宣教及解答患者的疑问。每月均宣教干预1次。

1.3 评定标准 分别在干预前和干预3次后采用抑郁自评量表(self-Rating Depression scale, SDS)与Zung焦虑自评量表(self Rating Anxiety scale, SAS)进行评价^[3]。使用统一指导语,患者独立作答,当患者不便阅读时,调查者可为其朗读,但不得暗示。SDS每个项目采用1~4级计分法,即按“很少有、有时有、大部分时间有和绝大部分时间有”4个级别,其中2、5、6、11、12、14、16、17、18、20项为反向评题,按4~1计分,各项累计为抑郁粗分,再乘以1.25取其整数为量表分,SDS总粗分的分界值为41分,标准分为53分。SAS每个项目采用的计分法也同SDS,其中5、9、13、17、19项目为反向评题,计分与SDS的评分法一致,各项累计为焦虑粗分,再乘以1.25取其整数为总量表分,总粗分的正常上限为40分,标准总分50分。同期进行康复知识的问卷调查,对各个问题的了解程度的提升百分比作为监测指标。

1.4 统计学方法 采用SPSS 11.0版统计软件包进行数据分析,计数资料用百分率表示, χ^2 检验;计量资料用 $\bar{x}\pm s$ 表示, t 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

干预后,2组SDS及SAS评分均较治疗前明显降低($P<0.05$),且观察组SDS评分更低于对照组($P<0.05$)。见表1。

干预前,2组对康复护理问题的了解程度均为

收稿日期:2015-07-28

作者单位:广东省工伤康复医院,广州510440

作者简介:方璐(1984-),女,主管护师,主要从事烧伤康复护理的研究。

通讯作者:孙天宝, stb8499@126.com

10.0%，干预后，观察组对康复护理问题了解程度提升百分比明显高于对照组(80.0%、67.0%， $P<0.01$)。

表 1 2 组干预前后 SDS 和 SAS 评分比较 分, $\bar{x} \pm s$

组别	n	时间	SDS	SAS
观察组	32	干预前	45.6±12.7	42.6±11.0
		干预后	39.6±11.6 ^{ab}	40.8±13.4 ^a
对照组	33	干预前	43.3±10.3	43.2±11.1
		干预后	41.2±11.4 ^a	41.3±12.1 ^a

与干预前比较, ^a $P<0.05$; 与对照组比较, ^b $P<0.05$

3 讨论

大面积烧伤是指烧伤总面积在 31%~50% 以上或Ⅲ度烧伤 11%~20% 以上, 伴有休克、复合伤或合并伤等患者。患者在渡过休克、感染、削痂、植皮等一系列危重、痛苦的临床治疗阶段后, 往往还要面临创面愈合后疤痕增生、瘙痒、毁容、功能受限等残酷现实。对大面积烧伤患者及早的实行全面的康复护理干预, 给予心理护理、及时预防并发症、帮助患者赢得家属和朋友的支持, 及时进行烧伤康复相关知识的健康教育, 可以从多方面缓解大面积烧伤康复期患者焦虑、恐惧和抑郁等心理, 使患者以正性情绪克制负性情绪, 避免产生不利于治疗的过激行为^[1,4]。而健康教育是一种通过知识、态度、信念的改变, 以及精神运动技能的获得, 从而改变患者个人和家庭成员认知及行为的教学过程^[5], 是护患互动的过程, 如何让患者接受康复治疗并顺从康复护理, 使患者的收益最大化, 一直以来是我们研究的重点。

祝凤叶等^[6]研究证实中重度烧伤成人患者在烧伤早期普遍严重的焦虑抑郁情绪, 女性、重度、农村、头面部烧伤患者焦虑抑郁程度更重。本研究中入选的 65 例患者均有颜面部或手部烧伤, 心理问题均较为明显, 本研究通过随机分组分别应用集体健康教育法和个体健康教育法进行护理干预, 提示集体健康教育法在缓解患者抑郁程度和在康复护理知识掌握程度方面明显优于个体宣教法。集体宣教法是一种集体性和群体性的教育活动, 集体心理干预可以减少患者的孤立感, 使患者对创伤的感受和反应正常化, 帮助其认识到创伤性体验的真实性, 并相互交流有效的应对方式。同时, 患者之间的关系更加平等, 这有助于减少患者的依赖性, 唤起他们自身的力量^[7]。医患之间双方互动, 指导

者全程参与, 耐心解释, 与患者充分沟通交流, 建立良好的医患关系, 有利于增进患者的信任感^[8]。患者之间相互鼓励, 取长补短, 先期优秀康复者以身宣教。当看到其他患者打开心扉宣泄后, 不良情绪得到改善, 医患及家属均会受到鼓舞, 使患-患、患-亲、医-患的沟通逐渐进入开诚布公、彼此了解信任的良性互动状态中。节省护理干预者的操作时间, 使患者满意度增加。个体宣教法形式正规, 实行专人讲解, 让患者个体感受到被重视及宣教的郑重其事和重要性, 激发学生的学习兴趣, 使患者注意力更集中, 操作练习更认真, 促进康复护理健康知识的掌握。在个体临床健康教育中, 同时让家庭成员参与到患者的康复治疗的过程中, 带动和发挥家庭成员和患者的积极性, 可为患者提供持续的心理支持。然而个体宣教受患者及家庭成员文化程度的影响较大, 宣教内容掌握不一, 缺乏大面积烧伤群体认同及支持, 容易造成患者自我封闭, 缺少同社会接触的契机, 患者及其家庭成员在患者康复后期回归家庭或社会心理阻力较大。本研究限于研究设计的不足, 尚需进一步分层研究文化程度等因素对大面积烧伤患者心理问题的影响。

综上所述, 集体宣教法能减轻大面积烧伤康复期患者焦虑和抑郁等精神问题, 有利于患者对烧伤康复知识的掌握, 提高其对康复护理工作的满意度。

【参考文献】

- [1] 孙天宝, 郭钦, 黄伟艺, 等. 烧伤功能障碍综合康复治疗的国内现状[J]. 中华烧伤杂志, 2013, 29(6): 519-522.
- [2] 罗筱媛, 杨晓娜. 烧伤患者的社会心理康复策略[J]. 当代医学, 2011, 17(23): 124-125.
- [3] 喻春红. 心理评定量表在烧伤患者心理治疗中的应用[J]. 江西医药, 2012, 47(11): 1025-1027.
- [4] 李卉梅, 刘小芳, 张强, 等. 康复延伸指导对大面积烧伤患者的疗效观察[J]. 中国康复, 2009, 24(5): 335-335.
- [5] 李峰, 文艳, 尹竹芳. 系统化家属健康教育对精神分裂症患者康复的影响[J]. 中国康复, 2015, 30(1): 76-77.
- [6] 祝凤叶, 王忆红, 何华. 成人中重度烧伤早期焦虑抑郁及相关因素分析[J]. 中国健康心理学杂志, 2015, 20(5): 675-677.
- [7] 施琪嘉. 震灾后不同群体集体心理干预的原则与技巧[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2008, 30(7): 11-14.
- [8] 赵波, 刘红梅, 张金蓉, 等. 集体宣教法在肺功能测定患者教育中的应用效果[J]. 西部医学, 2012, 1(24): 1-1.