

系统性健康教育对脑卒中偏瘫患者日常生活能力的影响

叶頔,胡军,饶蓉

【摘要】 目的:探讨系统性健康教育对脑卒中偏瘫患者日常生活能力的影响。**方法:**脑卒中偏瘫患者90例,随机分成干预组和对照组各45例,对干预组实施健康教育与康复护理相结合,对照组实施传统康复护理,干预前后对2组患者日常生活能力及生活质量进行比较分析。**结果:**干预5个月后,干预组患者日常生活活动能力及生活质量评分均较干预前及对照组明显提高($P<0.01$),对照组干预前后各项评分比较差异无统计学意义。**结论:**脑卒中偏瘫患者在康复护理过程中进行有效的健康教育干预,患者日常生活活动能力及生活质量均有显著提高。

【关键词】 系统性健康教育;脑卒中偏瘫;日常生活能力

【中图分类号】 R49;R743.3 **【DOI】** 10.3870/zgkf.2017.06.018

据统计,在我国每年约有200万脑卒中新增病例,随着人们生活水平不断提高,患者对脑卒中后的康复和生活质量的需求也不断增加。但因偏瘫患者对疾病防治、诱发因素、康复训练等知识缺乏,故常易引起病情反复、预后差,进而导致生活质量严重下降。系统性健康教育是将医院内的康复护理服务向院外延伸,通过对患者实施系统性健康教育,调动患者及家属的主观能动性,提高患者知、信、行水平^[2],帮助其恢复受损功能,提高生活质量。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2014年8月~2016年8月在我院接受康复治疗的脑卒中患者90例。入选标准:第一诊断必须符合脑卒中诊断标准;神志清楚、病情稳定的康复期患者;不合并严重的其它系统疾病者;患者及家属知情同意,自愿参加本研究项目,接受5个月的随访调查。排除标准:无法通过电信进行交流者;居住较远,交通不便利;严重精神障碍;不具备语言沟通和理解能力的患者。90例患者随机分为2组各45例。①干预组,男27例,女18例;年龄(66.18 ± 6.97)岁;平均病程(47.25 ± 6.88)d;脑梗死24例,脑出血21例。②对照组,男25例,女20例;平均年龄(65.30 ± 9.68)岁;平均病程(46.80 ± 6.57)d;脑梗死23例,脑出血22例。2组一般资料比较差异无统计学意义。

1.2 方法 对照组按照常规康复治疗 and 康复护理,住院期间进行健康教育,后续无相关健康指导;干预组在对照组处理基础上增加了系统性健康教育干预。具体方法如下。①收集资料:出院前对患者进行全面评估,

专门为其建立个人健康档案,包括姓名、性别、年龄、诊断、病情、治疗、职业、联系方式、常住地址、管床医生、责任护士、康复理疗师、入院时间、出院时间、知识水平等内容,做好数据库的登记和管理工^[4]。②制定具体计划,实施干预:针对患者个人情况与患者或家属共同制定健康教育计划,建立出院患者随访制度和电子表格。通过示范操作、讲解和发放资料等对家属同步实施健康教育,并参与到康复的全过程中,取得家属的理解与配合。a.住院期间指导患者卧床、休息及活动,根据患者不同病情进行针对性康复训练。早期以良肢位摆放、床上体位转移及被动运动等为主要内容;恢复期进行坐位到站立训练、言语训练、认知功能训练、日常生活能力训练及心理治疗等。做好常规健康宣教,包括抬高患侧肢体,指导家属做好患肢按摩及被动运动,增加血液循环,肢体感觉较差者应注意预防烫伤;做好饮食指导,给予低盐低脂,营养丰富,清淡易消化食物,主食应粗细搭配,限制摄入高胆固醇食品(如蛋黄、鱼子、动物内脏等);多食瓜果蔬菜,预防便秘。戒除烟酒;避免过度疲劳,戒骄戒躁,保持良好心态;高血压患者应定时服药、定期复查,积极治疗原发疾病,指导正确测量血压的方法及注意事项,预防疾病复发等。b.出院前进行出院指导。向患者发放健康教育处方等资料;根据病情适当锻炼,持之以恒,循序渐进,活动幅度由小到大,由健侧到患侧,运动量不宜过大,强度由小到大,时间由短到长;指导家属正确与患者交流,鼓励患者说出自己的想法或感觉,解除患者的思想顾虑,保持良好心态,树立战胜疾病的信心;告知各种药物的作用原理和副作用,取得患者及家属的合作;指导家属改装座便器,楼梯加扶手,加用防滑垫,更换扶手且高度适宜的座椅,门槛改为斜坡式,减少住所内安全隐患^[5];鼓励患者积极独立完成自理活动,为患者提供自理活动场所,并为其创造利于活动的机会。c.出

收稿日期:2017-09-29

作者单位:武汉大学人民医院,武汉 430060

作者简介:叶頔(1975-),女,主管护师,主要从事康复护理方面的研究。

院后责任护士进行针对性的健康教育^[6]。告知患者及家属功能锻炼的重要性,恢复期由被动运动逐步过渡到主动运动,鼓励家属主动参与、配合和督促患者进行康复训练。根据评估结果对不能按时、正确服用药物的患者指导其自备服药盒,并按服药时间设置闹钟;指导家属在天气骤变时,注意防寒保暖;为患者选择合适衣物,家具应集中放置,防止跌倒;避免与患者发生语言冲突;做好脑卒中健康知识的宣教,及时发现面瘫及肢体无力、麻木、言语不清、视力丧失,眩晕严重头痛等,发现以上情况应尽快就医,挽救生命和降低致残率;每周电话随访一次,每月到患者家庭预约上门一次^[7],具体负责康复训练指导,做好随访记录,对康复技能掌握差者可考虑增加上门访视的次数。③出院后每3~4周回医院预约复查一次,由主管医生重新评估患者病情,并将评估内容记入个人电子档案,根据病情对健康教育计划进行合理调整。干预5个月后进行统计分析。

1.3 评定标准 ①日常生活能力评定 Barthel 指数量表:其内容主要包括进食,修饰,床椅转移,进出厕所,平地行走,上、下楼梯,穿衣,洗澡,大便控制,小便控制等10个方面,得分越高说明独立能力越强^[8]。②生活质量指数评定量表:参照脑卒中专用生活质量量表^[9],选取其内容中身体功能、情绪功能、角色功能、社会功能及总体生活质量5个方面的指标,根据量表的规定统一进行记录评分,分数越高说明生活质量越好。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 18.0 统计软件进行统计分析,数据资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间组内均数比较采用 t 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

干预5个月后,干预组患者日常生活活动能力及生活质量评分均较干预前及对照组明显提高(均 $P < 0.01$),对照组干预前后各项评分比较差异无统计学意义。见表1。

3 讨论

健康教育的核心是使人们树立健康的信念,促使教育对象形成良好的行为生活方式^[10]。通过评估脑卒中防治知识问卷表来确定患者的不良健康问题,根据问题制定具体目标,并实施针对性的健康教育,能有效促进教育对象自觉采纳健康有益的行为和生活方式^[11]。对脑卒中偏瘫患者进行系统性健康教育,帮助患者知晓疾病危险因素、发生先兆及紧急处理方法等,预防二次残疾的发生,增加预防疾病复发意识,定时正确地进行血压监测,尽量避免或减少诱发因素,提高服药、康复训练依从性,促进其建立良好的生活方式和合理饮食习惯,提高日常生活能力及生存质量。

脑卒中患者多有不同程度的功能障碍,如言语、认知、肢体功能等,导致生活部分或全部不能自理,且病程较长,出院后仍需要相当长的时间进行康复训练。本研究结果显示干预组患者经过5个月的系统性健康教育后,其日常生活能力得到有效提高。可见结合实际情况,借鉴外国成熟经验,大力开展健康教育工作,能弥补国内因医疗资源严重匮乏而导致医疗护理工作中的不足,提高患者行为依从性的整体水平。通过健康教育行为干预,提高社会人群对脑卒中及其危险因素知识的掌握程度,自觉采用健康生活方式,降低风险,避免脑卒中再发生率,预防二次残疾的发生。

据相关报告显示,患者生活质量与康复护理干预、社会支持、婚姻状况、性别4个变量有关^[12],患者家属对健康需求技术和行为排在脑卒中患者康复需求的首位^[13]。在研究中发现,家属作为脑卒中后患者在康复的过程中最重要的照顾者和精神支柱,发挥了极为重要的作用。在康复训练过程中,我们对患者及家属同步实施健康教育,取得双方的认同,让患者家属了解疾病的相关知识,并运用到实际生活中,使患者得到积极有效的康复治疗,同时,患者在情感上、经济上、生活上、社会上得到帮助,也增强了战胜疾病的信心,极大地提高偏瘫患者生活质量。

表1 日常生活活动能力及生活质量评分2组患者干预前后比较

分, $\bar{x} \pm s$

组别	n	时间	日常生活活动能力	生活质量				
				身体功能	角色功能	情绪功能	社会功能	总体生活质量
干预组	45	干预前	52.22±13.08	1.49±0.24	1.31±0.23	1.36±0.36	1.51±0.33	4.37±1.06
		干预后	75.10±8.26 ^a	1.86±0.19 ^a	1.88±0.39 ^a	1.92±0.51 ^a	1.84±0.33 ^a	6.68±1.35 ^a
对照组	45	干预前	49.44±10.78	1.53±0.23	1.29±0.33	1.40±0.45	1.50±0.36	4.51±1.21
		干预后	55.56±8.74	1.62±0.22	1.37±0.32	1.56±0.50	1.60±0.31	5.10±1.21

与干预前及对照组比较,^a $P < 0.01$

我们通过示范操作、讲解和发放资料等方法对患者和家属同步实施健康教育,在进行系统性健康教育过程中,结合患者的年龄、生活环境、理解能力等多方面评估,采取医患双方共同制定、适时调整健教计划的方法,采用最佳方式进行健康教育,最终完成个性化健康教育过程,使宣教对象更容易接受。

综上所述,系统性健康教育行为干预能有效纠正不良生活习惯,提高脑卒中偏瘫患者自我康复的依从性行为,对进一步提高日常生活能力及生活质量起到积极作用,较好解决了患者因各种原因出院后无法接受正规的医疗、康复护理的难题,有利于促进我国社区医疗工作的开展。

【参考文献】

- [1] Kelly TN, Gu D, Chen J, et al. Hypertension subtype and risk of cardiovascular disease in Chinese adults [J]. *Circulation*, 2008,118(15):1558-1566.
- [2] 邹继华,王丽萍,崔玉凤,等. 系统健康教育对大庆社区 COPD 稳定期患者知行及生活质量的影响[J]. *护理学杂志*, 2016, 31(15): 80-83.
- [3] 全国第四届脑血管病学术会议. 各类脑血管. 疾病诊断要点[J]. *中华神经内科学杂志*, 1996,12(6):397-400.
- [4] 陈锦治. 社区护理[M]. 北京:人民卫生出版社,2013:8-10.
- [5] 钱春荣,朱京慈,陈颖峥. 延续护理对脑卒中患者出院后独立生活能力和出院护理满意度的影响 [J]. *第三军医大学学报*, 2011, 33(8):843-845.
- [6] 谭晓青,朱金萍,曾丽,等. 慢性病患者健康相关行为领域问题的居家访视效果[J]. *护理学杂志*, 2013,28(11):73-76.
- [7] 饶蓉,叶颀,胡军. 脑卒中康复期患者院外接受延续性护理服务的研究[J]. *中国康复*, 2014, 29(6):453-454.
- [8] 张英,浦菊娣,王响英,等. 日常生活活动能力量表运用于分级护理中其质量及安全的研究[J]. *护理研究*, 2013,24(6):555-557.
- [9] 贾丽娜,庄海林,陈越,等. 居家老年慢性病患者生活质量及影响因素分析[J]. *中华老年医学杂志*, 2013,32(12):1361-1364.
- [10] 包家明. 护理健康教育与健康促进[M]. 北京:人民卫生出版社, 2014:5-6.
- [11] 汪晖,徐蓉,吴前胜,等. 以问题为导向的目标教育对糖尿病患者自护行为的影响[J]. *护理学杂志*, 2015,30(21):6-8.
- [12] 全国第五届脑血管病学术会议. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. *中华神经内科学杂志*, 1996,29(6):379-380.
- [13] 黄津芳,刘玉莹. 护理健康教育学[M]. 北京:科学技术文献出版社,2002,60-60.

· 外刊拾粹 ·

收缩压、脉压与膝关节骨关节炎

骨关节炎(OA)是关节炎的最常见形式,美国至少有 3000 万成年人诊断为临床 OA。以前的研究表明代谢综合征因素与 OA 发病之间存在联系。这是一项嵌套在骨关节炎倡议(OAI)研究中的纵向研究,探讨了血压与 OA 发病之间的联系。符合条件的受试者包括 OAI 研究中基线期未发生 OA 的患者。所有被试在基线时测量血压,并在 12 和 36 个月的随访中重测,脉搏压(PP)计算为收缩压(SBP)减去舒张压(DBP)。还记录了体育活动、药物使用和膝盖 X 片的数据。放射学 OA(ROA)诊断标准为 Kellgren-Lawrence 等级 2 级及以上。协变量包括性别、年龄和体重指数(BMI)。共 1,930 名参与者提供了相关数据,平均年龄为 59.2 岁,平均体重指数为 27.2kg/m²。随着 SBP 和 PP 四分位数的增加,ROA 的年发病率也显著增加。DBP 并没有这种关联性。这种关联性在调整了年龄、性别、BMI 和药物使用的影响后仍然存在。结论:本研究发现较高的收缩压和脉压,而非舒张压与膝关节骨性关节炎发病风险增加有关。

Lo GH, McAlindon TE, Katz JN, et al. Systolic and Pulse Pressure Associated with Incident Knee Osteoarthritis: Data from the Osteoarthritis Initiative. *Clin Rheum*. 2017, 36(9): 2121-2128.

中文翻译由浙江大学医学院附属邵逸夫医院李建华主任主译编