

[文章编号] 1000-2200(2016)08-1094-03

· 护理学 ·

多形式健康教育对脑卒中康复期患者 治疗依从性、效能感及生存质量的影响研究

吴黎东,刘桂琴,童燕碧

[摘要] **目的:**探讨多形式健康教育对脑卒中康复期患者治疗依从性、效能感及生存质量的影响。**方法:**选取 90 例脑卒中康复期患者,随机分为常规健康教育组(对照组)和多形式健康教育组(观察组),各 45 例。对 2 组患者健康教育前与健康教育后 4、12 周时的治疗依从性、效能感及生存质量进行评估与比较。**结果:**观察组患者健康教育后 4、12 周治疗依从性及生存质量和健康教育后 12 周效能感均明显高于对照组($P < 0.01$)。**结论:**多形式健康教育对脑卒中康复期患者治疗依从性、效能感及生存质量的影响较大,为患者康复锻炼效果改善奠定了基础。

[关键词] 脑血管意外;康复期;多形式健康教育;治疗依从性;效能感;生存质量

[中图分类号] R 743.3 **[文献标志码]** A **DOI:** 10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2016.08.040

Effect of multiform health education on the treatment compliance, efficacy and quality of life of cerebral stroke patients in recovery period

WU Li-dong, LIU Gui-qin, TONG Yan-bi

(Department of Emergency, Traditional Chinese Medicine Hospital of Emeishan, Emeishan Sichuan 614200, China)

[Abstract] **Objective:** To investigate the effects of multiform health education on the treatment compliance, efficacy and quality of life of cerebral stroke patients in recovery period. **Methods:** Ninety patients with cerebral stroke in recovery period were randomly divided into the conventional health education group (control group) and multiform health education group (observation group) (45 cases each group). The treatment compliance, efficacy and quality of life between two groups were compared and evaluated before education and after 4 and 12 weeks of education. **Results:** The treatment compliance and quality of life after 4 and 12 weeks of education and efficacy after 12 weeks of education in observation group were higher than those in control group ($P < 0.01$). **Conclusions:** The effects of the multiform health education on treatment compliance, efficacy and quality of life in cerebral stroke patients in recovery period are great, which can lay the foundation in improving the rehabilitation exercise effect.

[Key words] cerebrovascular accident; recovery period; multiform health education; treatment compliance; efficacy; quality of life

脑卒中对患者造成的危害较大,致死率与致残率较高,患者早期疾病控制后,后期的康复锻炼期仍然较长,面对的困难较多,对患者的耐力要求较高,且较多患者因改善较为缓慢而表现出对预后的信心不足,甚至出现抵触康复锻炼及其他治疗的情况,此种不良情况的发生率较高^[1-2]。因此对其进行干预

的需求极高。本研究就多形式健康教育对脑卒中康复期患者治疗依从性、效能感及生存质量的影响程度进行探讨。现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2012 年 3 月至 2013 年 9 月我院 90 例脑卒中康复期患者为研究对象,将 90 例患者随机分为常规健康教育组(对照组)和多形式健康教育组(观察组),各 45 例。对照组中,男 25

[收稿日期] 2015-04-25

[作者单位] 四川省峨眉山市中医医院 急诊科,614200

[作者简介] 吴黎东(1975-),女,主管护师。

[3] 中华人民共和国卫生部.手足口病诊疗指南(2010年版)[J]. 国际呼吸杂志,2010,30(24):1473.

[4] MAO QY, WANG Y, BIAN L, et al. EV71 vaccine, a new tool to control outbreaks of hand, foot and mouth disease (HFMD) [J]. Expert Rev Vaccines, 2016, 15(5):599.

[5] 李莹,李社会. 硝普钠治疗重症手足口病合并高血压患者疗效观察[J]. 蚌埠医学院学报, 2015, 8(5):599.

[6] 谢晓梅,孔悦,杨大金. 改良早期预警评分在急危重症患者抢

救中的应用[J]. 护理管理杂志, 2010, 10(5):363.

[7] KASPER RS, NOBBE S, THEILER M, et al. Sudden painless nail shedding. Hand-foot-and-mouth disease (HFMD) [J]. JAMA, 2015, 169(4):405.

[8] 郑志英,郭晓翠,林梅芳. 护理干预对手足口病患者态度行为及依从性的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2012, 16(8):81.

(本文编辑 刘畅)

例,女 20 例;年龄 37~77 岁;脑梗死 25 例,脑出血 20 例;文化程度:小学与初中 25 例,中专和高中 15 例,大专和以上 5 例。观察组中,男 24 例,女 21 例;年龄 36~77 岁;脑梗死 26 例,脑出血 19 例;文化程度:小学与初中 26 例,中专和高中 14 例,大专和以上 5 例。2 组患者性别、年龄、疾病分类与文化程度均具有可比性。

1.2 方法 对照组患者按照常规的健康教育方式进行干预,即对患者进行康复锻炼与治疗重要性的告知;另对相关锻炼措施进行指导,同时对患者的相关治疗护理方面的疑问进行解答;再者,积极与患者沟通,疏导其不良心理情绪。观察组以多形式健康教育对患者进行干预,即健康教育的形式不仅仅局限于语言交流,而是形式更为多样,包括语言沟通、板书、光盘、小册子及电话随访等多形式的教育方式;另外,注意与患者家属保持联系与积极的沟通,以了解患者的治疗态度及效果,根据其变化随时调整健康教育及治疗、锻炼方案;再者,与患者及家属沟通的过程中,应积极了解影响患者治疗锻炼态度的因素,并针对这些影响因素制定解决措施,同时积极疏导患者的不良情绪,并指导家属参与到疏导患者不良心理情绪的过程中,从而达到较好且不断改进的健康教育效果,实现医护患及家属的全面协调与配合,最终实现较佳的康复效果。

1.3 评价标准 对 2 组患者健康教育前与健康教育后 4 周与 12 周时的治疗依从性、效能感及生存质量进行评估与比较。(1) 治疗依从性根据患者的表现进行评估,以评估时间段内患者对于治疗、锻炼及其他相关措施均完全配合并有效完成为完全依从;以患者不能完全配合完成,但可完成总量的 3/4 以上为部分依从;以完成总量不足 3/4 为依从差。(2) 效能感以一般自我效能感量表为依据,将其中调查条目均换为康复锻炼治疗的相关内容,总分 > 30 分为很高,总分 > 20 ~ 30 分为较高,总分 > 10 ~ 20 分为较低,≤ 10 分为很低^[3]。(3) 生存质量以卒中特定生活质量量表(SS-QOL)为准,量表涉及对卒中患者的 12 个方面的评估,分别为语言、活动、个性、情绪、精力、思维、家庭角色、社会功能、自理能力、视力、上肢功能及工作能力,每个方面均以分值越高表示质量越高^[4]。

1.4 统计学方法 采用 *t* 检验和秩和检验。

2 结果

2.1 2 组患者健康教育前后治疗依从性比较 2 组

患者健康教育前治疗依从性差异无统计学意义($P > 0.05$),而健康教育后 4 周与 12 周时观察组患者治疗依从性均高于对照组($P < 0.01$)(见表 1)。

表 1 2 组患者健康教育前后的治疗依从性比较(*n*)

分组	<i>n</i>	完全依从	部分依从	依从差	u_c	<i>P</i>
教育前						
对照组	45	30	10	5	0.19	>0.05
观察组	45	29	11	5		
合计	90	59	21	10		
教育后 4 周						
对照组	45	33	9	3	2.18	<0.01
观察组	45	41	3	1		
合计	90	74	12	4		
教育后 12 周						
对照组	45	34	9	2	3.09	<0.01
观察组	45	44	1	0		
合计	90	78	10	2		

2.2 2 组患者健康教育前后治疗效能感比较 2 组患者健康教育前和健康教育后 4 周效能感差异均无统计学意义($P > 0.05$),而健康教育后 12 周观察组患者效能感明显高于对照组($P < 0.01$)(见表 2)。

表 2 2 组健康教育前后治疗效能感比较(*n*)

分组	<i>n</i>	治疗效能感				u_c	<i>P</i>
		很高	较高	较低	很低		
教育前							
对照组	45	22	12	6	5	0.07	>0.05
观察组	45	22	11	7	5		
合计	90	44	23	13	10		
教育后 4 周							
对照组	45	25	12	5	3	1.69	>0.05
观察组	45	32	10	2	1		
合计	90	57	22	7	4		
教育后 12 周							
对照组	45	29	11	3	2	2.76	<0.01
观察组	45	40	4	1	0		
合计	90	69	15	4	2		

2.3 2 组健康教育前后生存质量评分比较 2 组患者健康教育前 SS-QOL 评分差异均无统计学意义($P > 0.05$),而健康教育后 4 周与 12 周时观察组的评分均明显高于对照组($P < 0.01$)(见表 3)。

3 讨论

脑卒中作为心脑血管疾病中极为常见的一类疾

表3 2组健康教育前后 SS-QOL 评分比较($\bar{x} \pm s$;分)

分组	n	语言	活动	个性	情绪	精力	思维	家庭角色	社会功能	自理能力	视力	上肢功能	工作能力
教育前													
对照组	45	68.85 ± 6.16	34.54 ± 4.20	70.46 ± 5.45	65.51 ± 5.86	48.52 ± 5.43	64.14 ± 5.80	35.65 ± 4.36	40.05 ± 4.14	45.85 ± 5.59	68.68 ± 5.75	26.45 ± 2.36	41.50 ± 4.46
观察组	45	68.87 ± 6.11	35.56 ± 4.18	70.50 ± 5.42	65.52 ± 5.82	48.54 ± 5.39	64.17 ± 5.78	35.67 ± 4.33	40.09 ± 4.11	45.89 ± 5.56	68.70 ± 5.72	26.47 ± 2.32	41.53 ± 4.44
t	—	0.02	1.15	0.03	0.82	0.02	0.02	0.02	0.05	0.03	0.02	0.04	0.03
P	—	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05
教育后4周													
对照组	45	73.93 ± 6.45	60.46 ± 5.33	75.76 ± 5.91	71.43 ± 5.84	56.76 ± 6.20	68.45 ± 5.95	52.46 ± 5.39	52.25 ± 4.63	60.57 ± 6.23	73.43 ± 6.05	50.36 ± 3.53	66.26 ± 5.59
观察组	45	84.74 ± 7.10	72.73 ± 6.46	82.77 ± 6.31	80.65 ± 6.18	74.63 ± 6.69	78.20 ± 6.53	65.49 ± 6.16	64.90 ± 5.49	72.95 ± 7.17	82.57 ± 6.22	64.46 ± 4.48	78.57 ± 5.96
t	—	7.56	9.83	5.44	7.27	13.14	7.40	10.68	11.82	8.74	7.07	16.58	10.11
P	—	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01
教育后12周													
对照组	45	79.89 ± 6.91	71.08 ± 6.15	79.63 ± 6.22	76.36 ± 6.05	72.61 ± 6.56	75.37 ± 6.40	62.62 ± 6.34	65.48 ± 5.57	69.98 ± 7.07	80.46 ± 6.19	61.36 ± 4.43	72.06 ± 5.83
观察组	45	90.76 ± 7.24	80.73 ± 7.35	90.46 ± 6.47	87.33 ± 6.26	82.49 ± 7.10	84.34 ± 6.71	77.27 ± 6.51	79.89 ± 5.85	80.83 ± 7.46	91.12 ± 6.43	75.83 ± 4.75	85.49 ± 6.35
t	—	7.29	6.75	8.09	8.45	6.86	6.49	10.81	11.97	7.08	8.01	14.95	9.67
P	—	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

病,其临床危害程度极高,致死率极高,因此在早期救治后,此类患者的康复期较长,且较多患者康复进度较慢,因此对患者的治疗和预后信心均可造成较大的不良影响,甚至导致患者出现对康复锻炼的抵触情绪^[5-6],而这对于患者康复极为不利。对患者治疗依从性及效能感的干预极为重要。临床较多研究^[7-8]认为,患者依从性较差及效能感较低等均与其对于疾病及治疗的认知程度较低有较大的关系,因此对患者认知程度的提升是改善患者上述不良情况的重要前提。而健康教育作为有效提升患者认知程度的手段,不同的健康教育模式的差异较大,对患者治疗认知程度的提升效果也存在一定差异,选取健康教育模式方面应引起重视。

本研究中我们就多形式健康教育对脑卒中康复期患者治疗依从性、效能感及生存质量的影响程度进行探讨,并与常规的健康教育模式进行比较,结果显示,多形式健康教育模式对提升脑卒中康复期患者的治疗依从性及效能感均发挥着积极的作用,而患者的康复效果即随之改善,这又进一步提升了患者对于进一步治疗的信心,同时其生存质量也随之得到改善,从而肯定了多形式健康教育的临床作用。而这均与多形式健康教育的模式满足了不同患者的不同需求有关,且其多形式的沟通模式更易于引起患者学习的兴趣,因此其认知程度即得以提升^[9-10]。综上所述,我们认为多形式健康教育对脑卒中康复期患者治疗依从性、效能感及生存质量的

影响较大,为患者康复锻炼效果的改善奠定了基础。

[参 考 文 献]

- [1] 王建华,杨秀兰,张宏. 系统性健康教育对脑卒中患者肢体功能恢复的影响[J]. 中华现代护理杂志,2013,19(33):4106.
- [2] 吴航,赖美春,黎雪梅,等. 临床护理路径在脑卒中患者健康教育及遵医行为中的应用[J]. 护理实践与研究,2013,10(18):138.
- [3] 王素霞. 康复治疗和康复健康教育对脑卒中恢复期患者功能预后的影响分析[J]. 中国伤残医学,2013,21(9):425.
- [4] CHOI DH,JEONG BO,KANG HJ, *et al.* Psychiatric comorbidity and quality of life in patients with post-stroke emotional incontinence[J]. *Psychiatry Investig*,2013,10(4):382.
- [5] 曾继红,周取英,潘必玲,等. 脑卒中患者院内外实施健康教育路径管理的康复促进效果评价[J]. 齐齐哈尔医学院学报,2013,34(7):1065.
- [6] 虞美慧,何园园. 临床护理路径在脑卒中患者健康教育中的应用[J]. 上海预防医学,2013,25(5):287.
- [7] 刘晓春,徐莉,凌玲,等. 中西医结合健康教育方案在脑卒中恢复期病人中的应用[J]. 护理研究(中旬版),2013,27(3):712.
- [8] LACKLAND DT,ROCCELLA EJ,DEUTSCH AF, *et al.* Factors influencing the decline in stroke mortality:a statement from the American Heart Association/American Stroke Association[J]. *Stroke*,2014,45(1):315.
- [9] 谢小蔓,卢瑞丽. 60例缺血性脑卒中患者生活质量调查[J]. 中国中西医结合急救杂志,2013,20(2):83.
- [10] 钱艳波. 两种健康教育模式对脑卒中患者康复治疗依从性的影响[J]. 中国医药指南,2013,11(5):227.

(本文编辑 刘梦楠)