

问题导向式健康宣教联合康复指导对脑梗死患者肢体功能及自护能力的影响

李超凤¹, 管建国¹, 徐玉龙¹, 孙德霞¹, 袁长红²

1. 安徽省第二人民医院急诊病区, 安徽 合肥 230011;

2. 安徽省第二人民医院神经内科, 安徽 合肥 230011

摘要: **目的** 探讨问题导向式健康宣教联合康复指导在脑梗死患者中的应用效果及对患者肢体功能和自我护理能力的影响。**方法** 选取2018年3月至2020年1月收治的脑梗死患者88例为研究对象,采用随机数字表法分为对照组($n=44$)和观察组($n=44$),对照组给予常规健康宣教及康复指导,观察组给予问题导向式健康宣教及康复指导,比较两组干预前后 Barthel 指数(BI)、自我护理能力测定量表(ESCA)评分、健康调查简表(SF-36)评分以及患者满意情况。**结果** 两组 BI 评分干预前比较,差异无统计学意义($P>0.05$);干预后两组 BI 评分均升高,且观察组高于对照组,差异有统计学意义($P<0.01$)。ESCA 量表中自护责任感、自我概念、自护技能、健康知识水平评分及 ESCA 总分干预前两组比较,差异无统计学意义($P>0.05$);干预后,两组各项评分均提高,且观察组高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。SF-36 量表中生理功能、生理职能、总体健康、活力、社会功能、情感职能和精神健康评分干预前两组比较,差异无统计学意义($P>0.05$);干预后,两组除躯体疼痛外各项评分均提高,且观察组高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。干预后,观察组患者满意率为 93.18% (41/44),对照组为 77.27% (34/44),两组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 问题导向式健康宣教联合康复指导有助于提高脑梗死患者自我护理能力,促进患者肢体功能恢复并提高其日常活动能力,从而改善生活质量。

关键词: 脑梗死; 问题导向式健康教育; 康复指导; 日常活动能力; 自我护理能力

中图分类号: R743.3 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2021)03-0426-04

脑梗死是一种严重威胁生命的脑血管疾病,近年来发病率呈不断升高趋势^[1]。脑卒中具有致死、致残率高的特点,存活的患者通常存在不同程度的肢体、语言或认知功能障碍。康复训练可以帮助促进患者肢体、语言功能恢复,改善生活质量,但实际康复训练过程中,患者康复训练的主观能动性不够,自我护理能力不足使康复效果不满意,因此提高脑卒中患者的自我护理能力对于功能恢复至关重要^[2]。已有研究表明,问题导向式健康教育在调动病人积极性上较传统健康宣教方式优势明显^[3-4],而目前将问题导向式健康教育用于脑梗死患者的相关报道较少。本研究探讨问题导向式健康教育配合康复指导脑梗死,患者康复中的作用。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2018年3月至2020年1月安徽省第二人民医院收治的脑梗死患者88例为研究对象,采用随机数字表法分为对照组和观察组各44例。

对照组男29例,女15例;年龄42~91(67.90±10.42)岁,美国国立卫生院卒中量表(NIHSS)评分8~13(9.15±1.27)分。观察组男31例,女13例;年龄42~92(68.64±9.91)岁;NIHSS评分8~12(9.38±1.54)分。两组患者一般资料差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表1。本研究经医院伦理委员会批准。

表1 两组一般资料比较

组别	例数	性别 (男/女,例)	年龄 ($\bar{x}\pm s$)	NIHSS 评分 ($\bar{x}\pm s$)	主要基础疾病 (糖尿病/高血压/其他,例)
对照组	44	29/15	67.90±10.42	9.15±1.27	7/11/8
观察组	44	31/13	68.64±9.91	9.38±1.54	6/13/6
χ^2/t 值		0.210	0.341	0.764	1.731
P 值		0.647	0.734	0.447	0.421

1.2 纳入与排除标准 纳入标准:(1)符合《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2014》急性脑梗死诊断标准^[5];(2)伴有不同程度肢体功能障碍;(3)患者或家属知情同意并自愿参与本研究。排除标准:(1)病

情不稳定,神经功能受损严重或神经系统症状进行性加重者;(2)合并恶性肿瘤、严重心血管疾病;(3)发病前合并精神系统障碍性疾病者。

1.3 护理方法 两组患者病情稳定后给予卒中后常规护理,包括指导患者进食、用药、生命体征监护等;责任护士负责对患者病情、教育背景、疾病知识需求,以及身体功能、心理状况等进行充分评估,全面了解病人,为护理计划实施奠定基础。

1.3.1 对照组 (1)常规健康宣教:患者接受常规健康宣教,包括住院期间就脑梗死相关知识、日常饮食、用药及出院后注意事项进行讲解。(2)康复指导:责任护士负责进行康复训练指导,包括肢体康复训练,语言障碍康复训练及日常生活康复训练,出院时详细指导院外注意事项,嘱患者及时复诊,突出积极康复训练对脑梗死康复期患者的重要性。

1.3.2 观察组 (1)问题导向式健康宣教:①问题的准备和确立阶段,以问卷调查等形式了解患者普遍关心和需要解决的问题,并对问题进行分类汇总;②评价总结阶段,根据患者对康复治疗相关知识了解不足之处以及关心的问题,针对性地结合患者文化程度、既往病史、生活习惯等情况制定个性化的健康教育方案;③问题导向式健康宣教的实施:通过多媒体演示、面对面宣教、讨论等多种形式就制定的健康教育方案进行宣教,患者出院后1周、1个月和3个月时进行电话随访,对康复阶段遇到的问题进行指导。(2)康复指导:接受和对照组同样的康复指导。两组均于干预3个月后,随访干预效果。

1.4 观察指标 (1) Barthel 指数 (Barthel index, BI):采用 Barthel 指数评定量表评估患者日常活动能力 (activities of daily living, ADL),共包括进食、洗澡、修饰、穿衣、大便、小便、上厕所、床椅转移、行走、上下楼梯 10 个项目,满分 100 分,分值越高,表示肢体功能越好,独立性越强;(2)自我护理能力测定量表 (exercise of self-care agency scale, ESCA) 评分:包括自护责任感、自我概念、自护技能、健康知识水平 4 个维度,共 43 个问题,满分为 172 分,得分越高,表明患者的自我护理能力越强;(3)健康调查简表 (the MOS

item short from health survey, SF-36) 评分:包括生理功能、生理职能、躯体疼痛、总体健康、活力、社会功能、情感职能和精神健康 8 个方面,每个方面满分为 100 分,得分越高,表明患者的生活质量越高;(4)满意情况:采用护理满意度问卷评价患者对治疗的满意情况,分为不满意、基本满意、满意和非常满意。

1.5 统计学处理 使用 SPSS 20.0 统计软件进行数据处理。以 $\bar{x} \pm s$ 表示计量资料,组间采用成组 t 检验,组内采用配对 t 检验。计数资料采用例数或率表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组干预前后 BI 评分比较 两组 BI 评分干预前比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$);干预后两组 BI 评分均升高,且观察组高于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。见表 2。

2.2 两组干预前后 ESCA 评分比较 ESCA 量表中自护责任感、自我概念、自护技能、健康知识水平评分及 ESCA 总分干预前两组比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$);干预后,两组各项评分均提高,且观察组高于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

2.3 两组干预前后 SF-36 评分比较 SF-36 量表中生理功能、生理职能、总体健康、活力、社会功能、情感职能和精神健康评分干预前两组比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$);干预后,两组除躯体疼痛外各项评分均提高,且观察组高于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 4。

2.4 两组患者满意情况比较 干预后,观察组患者总满意率高于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 5。

表 2 两组 BI 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	BI 评分	
		干预前	干预后
对照组	44	37.85 ± 5.17	66.84 ± 7.92 ^a
观察组	44	37.36 ± 4.50	75.19 ± 7.60 ^a
t 值		0.474	5.046
P 值		0.637	0.000

注:与本组干预前比较,^a $P < 0.05$ 。

表 3 两组 ESCA 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	自护责任感	自我概念	自护技能	健康知识水平	ESCA 总分
对照组	44	干预前	9.84 ± 2.75	20.32 ± 2.45	11.39 ± 5.82	39.21 ± 5.20	80.76 ± 15.31
		干预后	10.94 ± 2.87 ^a	22.85 ± 2.97 ^a	14.71 ± 5.43 ^a	43.30 ± 5.83 ^a	91.80 ± 13.62 ^a
观察组	44	干预前	9.51 ± 3.26	19.87 ± 4.60	12.05 ± 6.09	39.96 ± 6.18	81.45 ± 17.08
		干预后	13.52 ± 3.06 ^{ab}	25.33 ± 3.30 ^{ab}	18.82 ± 4.97 ^{ab}	48.17 ± 5.42 ^{ab}	105.84 ± 14.73 ^{ab}

注:与本组干预前比较,^a $P < 0.05$;与对照组干预后比较,^b $P < 0.05$ 。

表4 两组 SF-36 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	生理功能	生理职能	躯体疼痛	总体健康	活力	社会功能	情感职能	精神健康
对照组	44	干预前	34.64 ± 7.75	38.32 ± 6.51	89.46 ± 11.87	38.50 ± 5.77	45.22 ± 7.31	49.92 ± 6.54	44.58 ± 5.92	42.97 ± 5.51
		干预后	42.36 ± 7.10 ^a	47.85 ± 5.94 ^a	90.41 ± 11.23	46.29 ± 5.82 ^a	48.15 ± 6.68 ^a	60.10 ± 7.34 ^a	48.74 ± 5.85 ^a	49.27 ± 5.18 ^a
观察组	44	干预前	34.80 ± 7.26	38.60 ± 6.25	89.94 ± 10.09	37.92 ± 5.96	45.58 ± 7.01	49.37 ± 6.25	44.22 ± 6.20	43.32 ± 5.79
		干预后	56.02 ± 8.87 ^{ab}	57.14 ± 7.30 ^{ab}	91.28 ± 12.44	52.16 ± 6.62 ^{ab}	52.46 ± 6.73 ^{ab}	65.87 ± 7.62 ^{ab}	60.75 ± 7.66 ^{ab}	58.53 ± 6.06 ^{ab}

注:与本组干预前比较,^a $P < 0.05$;与对照组干预后比较,^b $P < 0.05$ 。

表5 两组患者满意情况比较 (例)

组别	例数	不满意	基本满意	满意	非常满意	满意率(%)
对照组	44	10	13	12	9	34(77.27)
观察组	44	3	10	17	14	41(93.18)
χ^2 值						4.423
P 值						0.035

3 讨论

脑梗死病人治疗后往往遗留有不同程度的肢体及语言功能障碍,通过早期积极康复训练可极大改善遗留功能障碍,提升患者生活质量^[6-7]。自我护理能力指个体进行自护活动或自我照顾的能力,即个人能够运用内部和外部环境资源维护和促进健康的能力^[8]。自我护理能力是脑梗死患者康复训练的关键,然而良好的自我护理能力的建立需要通过完善的健康教育来获得。传统健康教育基本采取医护人员灌输式的宣教方式,患者主动参与了解疾病的意识薄弱,进而导致自我护理能力较低,不利于康复训练的顺利实施。

问题导向式健康教育是以患者所需要解决的问题为基础,激发自我对罹患疾病相关知识的求知欲望,根据自身学习需求,寻求自己需要的知识,选择可行的资源满足自护需要,通过这种方式获得的疾病知识还不易被遗忘^[9]。目前该模式的健康教育在脑梗死患者中的应用报道甚少。问题导向式健康教育还可以让患者对自己疾病的管理更加具有自主权,医护人员引导患者认识疾病,患者自身积极参与疾病管理,提高疾病管理的自我效能,进而促进自我护理能力的提高。

BI 评分主要用于评估患者躯体活动和日常活动能力。本研究结果表明,与传统常规健康宣教模式相比,问题导向式健康教育有助于提高患者 BI 评分,提示其能促进患者肢体功能恢复,改善日常活动能力。康复医学领域相关研究指出,对于康复阶段的脑卒中患者,主动进行康复锻炼的患者较被动锻炼者日常活动能力的改善更为明显,通过问题导向式健康教育可以提高患者的主动参与康复的积极性。ESCA 评分是用于评估患者自我护理能力的量表,中文版于

2000年由Wang等^[10]汉化,并在后续多种疾病的研究中显示出较好的信度和效度^[11-12]。本研究中,脑梗死患者干预前 ESCA 总分处于中等水平,得分指标为 46.95%,说明脑卒中患者的自我护理能力水平有待进一步提高,应加强对自我护理能力方面的健康教育,干预后观察组 ESCA 量表各维度评分及 ESCA 总分改善优于对照组,提示问题导向式健康教育能促进自我护理能力的提升。生活质量综合概括了生理、心理、社会功能、物质生活条件等多方面的客观状态和主观感受^[13]。本研究还发现,给予问题导向式健康教育结合康复指导干预后,患者 SF-36 量表的生理功能、生理职能、躯体疼痛、总体健康、活力、社会功能、情感职能和精神健康评分均显著提升,且改善优于对照组。分析其原因为,问题导向式健康教育可以让患者更加主动地参与康复管理,提高管理疾病的自我效能,促进自我护理能力和康复训练效果的提升,而康复训练效果的提升直接有利于肢体、语言功能恢复,并进一步提高了患者社会功能,因而生活质量明显提升。另外,观察组干预后患者的总满意率明显高于对照组,说明问题导向式健康教育结合康复指导干预效果更好,更为患者所接受和肯定。

综上所述,问题导向式健康宣教联合康复指导有助于提高脑梗死患者自我护理能力,促进患者肢体功能恢复并提高其日常活动能力,从而改善生活质量。

参考文献

- [1] Members WG, Mozaffarian D, Benjamin EJ, et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2016 Update: A Report From the American Heart Association [J]. Circulation, 2016, 133(4): e38-360.
- [2] 李正连. 护理干预对社区老年脑卒中患者康复依从性的影响 [J]. 齐鲁护理杂志, 2017, 23(15): 26-27.
- [3] 马永娟, 柳春霞, 沈磊. 问题导向式健康教育在冠心病患者二级预防中的应用 [J]. 国际护理学杂志, 2020, 39(6): 1044-1047.
- [4] 汪艳, 金宗兰. 以问题为导向的健康教育模式在上尿路结石病人中的护理效果 [J]. 蚌埠医学院学报, 2017, 42(9): 1283-1285.
- [5] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018 [J]. 中华神经科杂志, 2018, 51(9): 666-682.
- [6] 张通. 脑卒中早期康复 [J]. 中华神经科杂志, 2020, 53(4):

312-316.

- [7] 张芳芳,杨海燕,伍珺.超早期康复训练对脑卒中病人神经生化标志物水平和运动功能的影响[J].护理研究,2019,33(6):1065-1068.
- [8] 孙晓琳.辨证施护对冠心病焦虑抑郁状态及患者自我护理能力的影响[J].长春中医药大学学报,2018,34(1):142-144.
- [9] 陈曼,曹琪,王玉.问题导向式健康教育在2型糖尿病患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2019,25(18):36-38.
- [10] Wang HH, Laffrey SC. Preliminary development and testing of instruments to measure self-care agency and social support of women in Taiwan[J]. Kaohsiung J Med Sci, 2000, 16(9):459-467.
- [11] 刘延锦,余溯源,郭丽娜,等.汉化修正版自我护理能力郭丽娜,刘延锦,李砺锋,等.自我护理能力评估量表和老年人自我护理能力量表用于老年卒中患者的一致性评价[J].中华行为医学与脑科学杂志,2018,27(9):848-852.
- [12] 评估量表用于成年人中的信效度研究[J].重庆医学,2018,47(33):4266-4269.
- [13] 陈馨,白忠良,陶生生,等.社会网络对社区老年卒中患者生活质量的影响[J].中华行为医学与脑科学杂志,2018,27(11):1011-1015.

收稿日期:2020-09-07 编辑:王国品

(上接第425页)

步将借助本研究开展一定规模的量性调查。

参考文献

- [1] Ahmad Sharoni SK, Minhat HS, Mohd Zulkefli NA, et al. Health education programmes to improve foot self-care practices and foot problems among older people with diabetes; a systematic review[J]. Int J Older People Nurs, 2016, 11(3):214-239.
- [2] Ismail K, Winkley K, Stahl D, et al. a cohort study of people with diabetes and their first foot ulcer: the role of depression on mortality[J]. Diabetes Care, 2007, 30(6):1473-1479.
- [3] 李志超,王靳,张志强,等. NLR 与 CPR 对糖尿病足溃疡截肢患者预后的评估能力[J]. 临床和实验医学杂志, 2019, 18(1):75-79.
- [4] 王冰花. 冠心病患者出院准备度及其影响因素调查研究[D]. 武汉:华中科技大学:2017.
- [5] Department of Health. Discharge from hospital: pathway, process and practice[EB/OL]. (2003-01-28)[2013-11-15].
- [6] Horgan O, MacLachlan M. Psychosocial adjustment to lower-limb amputation: a review[J]. Disabil Rehabilitation, 2004, 26(14/15):837-850.
- [7] 许珺文,付阿丹,何婷,等.基于微信公众号构建糖尿病足高危病人交互随访平台的应用效果[J].中国医疗设备,2017,32(S2):27-28.
- [8] 林伟,梅阳阳,林丽娜.延续护理干预对糖尿病足患者自我管理能力的影 响[J].广西中医药大学学报,2019,22(1):91-94.
- [9] Xu X, Hu ML, Song Y, et al. Effect of positive psychological intervention on posttraumatic growth among primary healthcare workers in China; a preliminary prospective study[J]. Sci Rep, 2016, 6:39189.
- [10] 秦素萍,高雅琨,高静,等.卒中患者出院准备计划与居家护理的效果分析[J].中华护理杂志,2014,49(11):1337-1342.
- [11] Humayun MA, Meeking D. Improving a diabetes foot service to prevent amputations; the Portsmouth experience [J]. Br J Diabetes, 2015, 15(4):180.
- [12] 马晴雅,田润溪,李佳痕,等.糖尿病高危足病人足部管理认知、行为及需求的质性研究[J].护理研究,2019,33(10):1782-1785.
- [13] 廖春霞,马红梅,吴佼佼,等.出院空巢老人延续性护理需求的质性研究[J].中华现代护理杂志,2017,23(14):1851-1855.
- [14] Ito J. What kinds of skills are needed to develop the outreach services in the context of community-based mental health? [J]. Seishin Shinkeigaku Zasshi, 2012, 114(1):26-34.
- [15] 陆慧,王建明,吕洁琼,等.老年糖尿病足患者诊疗服务利用及经济负担的定性研究[J].中国卫生政策研究,2015,8(3):60-64.
- [16] Donnelly M, Power M, Russell M, et al. Randomized controlled trial of an early discharge rehabilitation service [J]. Stroke, 2004, 35(1):127-133.
- [17] 唐海霞,张赠频,吴猜,谢波.依托三甲医院提升全科医生临床综合服务能力的探讨[J].重庆医学,2017,46(2):274-276.

收稿日期:2020-06-08 修回日期:2020-08-03 编辑:李方