

表执行,可有效减少护理不良事件发生率,护理质量较高。有学者研究指出,围术期护理中应用临床护理路径可降低护理不良事件发生率,效果较好,与本研究结果相似^[15]。联合组患者护理满意度高于对照组,提示临床护理路径结合健康教育在围术期护理中应用可确保护理工作开展的条理性及规范性,通过健康教育宣讲为患者答疑解惑,借助规范化工作流程减少差错发生率,提供工作效率及质量,患者满意度较高。

综上所述,临床护理路径联合健康教育在经鼻蝶窦入路显微手术治疗垂体瘤中应用可加快患者恢复,减少并发症及护理差错出现率,护理满意度较高,具有临床推广应用价值。

参考文献

- [1] 潘金玉,赖红灿. 神经内镜下经鼻蝶入路垂体瘤切除术的围术期护理[J]. 检验医学与临床, 2016, 13(1): 141-142.
- [2] 廖丽容,谢燕珍,周燕玲. 经口鼻蝶入路手术治疗 159 例垂体瘤的围术期护理体会[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2015, 36(6): 906-908.
- [3] Alvarez Tebar S, Jimenez Marzo R, Montes Rodriguez Mdel M, et al. Nursing care for a patient undergone endonasal endoscopic approach pituitary surgery[J]. Rev Enferm, 2015, 38(3): 10-14.
- [4] 赵欣,马驰原,王友伟,等. 快速康复外科在经鼻蝶入路垂体瘤切除术围术期护理中的应用[J]. 实用临床医药杂志, 2014, 18(20): 85-87.
- [5] 解年娣,严正村,王清,等. 临床护理路径在内镜经鼻蝶窦垂体瘤手术病人中的应用[J]. 护理实践与研究, 2013, 10(4): 54-55.
- [6] 陈佳英. 围术期护理路径在经鼻蝶入路手术治疗垂体瘤患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2013, 19(16): 18-20.

- [7] 赖海燕,卢桂花,秦丽平,等. 临床护理路径在垂体瘤经鼻切除术患者中的应用[J]. 护士进修杂志, 2013, 28(19): 1745-1747.
- [8] 王春艳,孙杰,张春月,等. 经鼻蝶入路垂体瘤切除术后并发症护理体会[J]. 中国医药导刊, 2013, 15(s1): 244-245.
- [9] 马官英,陈蕾,候远征. 路径管理护理在垂体腺瘤手术患者护理中的应用效果[J]. 中国肿瘤临床与康复, 2015, 22(1): 88-91.
- [10] Fahey N, Patel V, Rosseau G. A comparative analysis of online education resources for patients undergoing endoscopic transsphenoidal surgery[J]. World Neurosurg, 2014, 82(6): e671-e675.
- [11] 孙艳杰,肖霞,程岗. 个性化健康教育在垂体瘤患者不同治疗阶段的实施及效果[J]. 解放军护理杂志, 2014, 31(14): 69-70.
- [12] Tell D, Mathews HL, Janusek LW. Day-to-day dynamics of associations between sleep, napping, fatigue and the cortisol diurnal rhythm in women diagnosed with breast cancer[J]. Psychosom Med, 2014, 76(7): 519.
- [13] 高增敏,张庆九,张林会,等. 健康教育路径对巨大垂体瘤切除患者治疗的影响[J]. 河北医科大学学报, 2015, 36(4): 402-404.
- [14] 郭艳,李国荣. 临床护理路径在经鼻蝶垂体瘤切除术患者中的应用[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2014, 17(9): 133-134.
- [15] 于丽华. 临床护理路径在经鼻蝶窦入路垂体瘤切除中的应用价值[J]. 中国当代医药, 2014, 21(14): 147-148.

(收稿日期:2017-01-25 修回日期:2017-03-28)

• 临床探讨 •

健康教育路径对肝硬化患者健康行为水平及自我护理能力影响研究

陈玲丽

(江苏南通市海安县人民医院感染科 226600)

摘要:目的 研究健康教育路径在肝硬化患者的健康行为水平及自我护理能力方面所产生的影响。方法 选取 2013 年 3 月至 2016 年 3 月该院消化科检查确诊为肝硬化并进行住院治疗的患者 600 例,随机分为试验组 300 例和对照组 300 例。对照组患者仅接受常规健康教育,而试验组则接受健康教育路径法。分别于干预前后评估两组患者对肝硬化相关知识的掌握程度、自身健康行为水平及自我护理能力,并进行比较分析。结果 实施健康教育路径护理后,试验组患者肝硬化相关知识得分明显高于对照组($P < 0.05$);同时试验组健康行为水平评估得分为(116.80±13.00)分,对照组为(108.70±18.50)分,差异具有统计学意义($P < 0.05$);试验组自我护理能力评估得分为(106.34±16.90)分,对照组为(92.37±22.03)分,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论 健康教育路径法在临床治疗上对提高患者健康行为水平及自我护理能力方面有显著效果,适合广泛推广。

关键词:健康教育路径; 肝硬化; 健康行为水平; 自我护理能力

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.15.054 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)15-2308-03

在我国,肝硬化是严重威胁人们生命安全的常见慢性疾病之一,病因多且比较复杂,目前还缺乏可靠的治疗手段,治疗着重于对准疾病原因缓解病情。肝硬化病程时间较长且病情易反复,并发症多且预后性差,给患者及其家庭带来较重的负担,因此提高肝硬化患者的健康行为水平和自我护理能力,对提高患者及其家庭整体生活水平有重要的现实意义^[1-3]。有研究表明,健康教育路径在促进患者养成良好的健康习惯并进一步恢

复健康方面发挥重要作用。本研究旨在通过临床随机对照试验,探究健康教育路径法对提高患者健康行为水平和自我护理能力方面所产生的影响,为肝硬化的临床治疗提供新的思路和方法。现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 3 月至 2016 年 3 月来本院检查确诊为肝硬化并进行住院治疗的患者 600 例,其中男 371 例,

女 229 例;年龄 37~75 岁,中位年龄 55.0 岁。纳入标准:临床确诊为肝硬化患者,诊断依据为病毒性肝炎防治方案(2000 版)中诊断标准;病程≥2 个月;患者了解并同意参与;精神状态正常,与人交流无障碍。排除标准:存在精神认知性障碍者;合并有心、肝、肾疾病其他重大系统疾病患者。依据随数字机表,将 600 例研究对象分为试验组 300 例和对照组 300 例。试验组和对照组在性别、年龄分布、学历文化程度、经济情况、病情及用药等基本资料方面差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组 对照组患者采取常规教育法护理,主要包括入院宣传教育及住院期间由责任护士进行的常规性健康教育,形式以口头讲授为主。

1.2.2 试验组 试验组患者则接受健康教育路径法护理,根据健康教育路径表上面的教育计划实施。内容主要包括以下两个方面:首先,制订健康教育路径表。查阅大量相关文献,调查肝硬化患者,充分了解患者住院期间的健康需求和临床护理路径需求,综合考虑相关专家意见、患者及其照顾者的特点进行设计和反复修改,制订出有针对性的健康教育路径表^[4-5]。需要注意的是,健康路径表在实施过程中应结合患者病情进行实时适当的调整。具体实施的主要内容为:(1)住院 24 h 内,向患者和照顾者重点介绍病区环境、管床医师和护士等基本资料,拉近医患距离;同时重点向照顾者讲解常规护理安全防护常识和相关制度,并指导照顾者进行相关操作。(2)次日,访谈患者及其照顾者,了解其对肝硬化相关知识的掌握程度,评估其健康教育需求和临床护理路径需求;(3)入院第 3 天至 1 周内,重点对患者及其照顾者进行肝硬化疾病常见原因、临床表现、治疗措施等知识的基础教育;在患者照顾者方面,引导患者的照顾者进行一些日常护理操作的同时,也要适当提醒其注意患者心理上的波动,适时适当缓解患者的心理压力和负面情绪。(4)入院第 2 周,重点对患者及其照顾者进行肝硬化诱发因素、常见并发症临床表现、日常注意事项及预防并发症的出现等方面理论知识的教育,同时在行动上指导患者养成健康的生活行为习惯;(5)入院第 3 周至出院前,评估患者对肝硬化相关知识的掌握程度,并根据结果中反映出来的问题进行重点教育和指导,对未完全掌握的部分进行加强教育后再评估,如此循环往复,直至患者对该病相关知识的掌握程度符合预期。(6)出院前 1 天,考核评估患者对肝硬化知识的掌握程度、健康行为水平及自我护理能力;(7)出院当天,向患者讲解出院后注意事项并提醒患者定期复查^[6-7]。其次,实施健康路径法护理。依照试验者自制的健康教育路径表,结合肝硬化患者自身特点以及医院的具体情况,由责任护士严格遵循路径表上时间节点、内容安排,每天有计划地对患者进行健康教育;教育过程中详细记录路径表的实施情况,并基于患者的需要进行评估、教育、再评估、再教育这样一个循环往复的过程;实施教育者对患者掌握所实施项目情况做相应记录。同时这里需要注意的是,护理人员对出现的路径变异情况进行详细记录,仔细分析原因并及时处理,保证临床路径实施能顺利进行,满足试验研究预期。

1.3 评估指标 试验过程中,详细记录患者对肝硬化相关知识掌握程度、患者健康行为水平及自我护理能力的变化。(1)观察患者对肝硬化相关知识掌握程度。查阅相关文献自制肝

硬化疾病知识问卷,问卷内容主要包括肝硬化的常见诱因、治疗用药、饮食休息习惯、并发症预防方法等基础知识^[8]。问卷共包含 20 个是非判断题,满分 20 分,答对得 1 分,答错不得分。利用问卷分数衡量患者对肝硬化疾病相关知识掌握程度,分数越高说明对相关知识的掌握程度越好。分别统计试验组和对照组试验前后肝硬化疾病知识问卷分数。(2)评估患者健康行为水平。采用健康促进生活方式量表(HPLP)进行评估,测评患者在躯体活动、人际关系、健康责任感、心理健康、营养和压力调解 6 个维度方面的情况^[9-10]。本试验选用中文版 HPLP,量表 Cronbach's α 系数为 0.94。

HPLP 量表共分为“都是如此”“时常如此”“偶尔如此”“从来没有”4 个级别,分别对应 4 分、3 分、2 分和 1 分^[9-10]。利用问卷分数衡量患者健康行为水平,分数越高说明患者健康行为水平越高。分别统计试验组和对照组 HPLP 量表评估结果。(3)评估患者自我护理能力。采用自我护理能力测定量表(ESCA)中文版进行评估,预实验重测该量表 Cronbach's α 系数为 0.95。ESCA 共分为自护责任感、健康知识水平、自我护理技能和自我概念等几个方面的评估,量表评分共分为 5 个等级:“非常像我”“有一些像我”没有意见“有一些不像我”和“非常不像我”,分别对应评分为 4 分、3 分、2 分、1 分和不得分^[11-12]。利用问卷分数衡量患者自我护理能力,且两者呈正相关,即分数越高说明患者自我护理能力越高。分别记录试验组和对照组该表的得分情况。

1.4 统计学处理 采用 SPSS20.0 软件进行统计学分析。所有计量资料均采用均值 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验。计数资料组间比较采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者对肝硬化疾病相关知识掌握程度 对照组试验前后比较,差异无统计学意义($P>0.05$);试验组干预后患者对肝硬化疾病知识的得分显著高于干预前,差异有统计学意义($P<0.05$)。试验组干预后患者肝硬化知识的得分明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者干预前后肝硬化疾病知识得分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	干预前	干预后
试验组	300	12.5±2.1	18.5±1.8
对照组	300	12.5±2.3	14.0±2.0

注:与对照组比较,* $P<0.05$

2.2 两组患者健康行为水平得分比较 干预前试验组和对照组患者健康行为水平总得分和各维度得分比较差异无统计学意义($P>0.05$);对照组干预前后患者健康教育水平得分差异无统计学意义($P>0.05$)。试验组干预后患者健康行为水平总得分和各维度得分均高于干预前,差异有统计学意义($P<0.05$);干预后,试验组总得分和各维度得分均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

2.3 两组患者自我护理能力得分比较 干预前试验组和对照组患者自我护理能力总得分和各维度得分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);干预后试验组自我护理能力总得分和各维度得分方面均高于对照组,且差异有统计学意义($P<0.05$)。

见表 3。

表 2 干预前后两组患者健康行为水平比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	健康行为总得分	躯体活动	人际关系	健康责任感	心理健康	营养	压力调解
试验组	300	干预前	108.30±17.60	9.03±2.10	14.05±3.52	21.07±3.00	28.11±6.07	12.70±3.26	13.39±2.98
		干预后	116.80±13.00* Δ	11.89±1.88* Δ	17.22±2.48* Δ	23.04±2.80* Δ	32.59±4.88* Δ	15.52±2.35* Δ	16.91±2.31* Δ
对照组	300	干预前	107.10±18.70	8.98±1.96	13.99±3.41	20.03±3.69	27.06±5.93	12.62±3.27	13.52±2.94
		干预后	108.70±18.50	9.08±1.91	15.01±3.03	21.17±3.57	28.00±5.87	13.54±3.01	14.46±2.87

注:与对照组干预后比较,* $P < 0.05$;与干预前比较, $\Delta P < 0.05$

表 3 干预前后两组研究对象自我护理能力比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	自我护理能力总得分	自护责任感	健康知识水平	自我护理技能	自我概念
试验组	300	干预前	73.27±10.08	6.02±1.76	22.03±8.73	15.83±3.72	10.21±2.83
		干预后	106.34±16.90* Δ	15.34±3.02* Δ	46.74±9.87* Δ	25.00±4.31* Δ	18.13±4.03* Δ
对照组	300	干预前	75.02±9.82	5.98±1.52	19.93±7.91	14.04±2.92	9.93±3.01
		干预后	92.37±22.03	13.57±3.11	37.19±9.93	22.19±4.54	15.95±3.82

注:与对照组干预后比较,* $P < 0.05$;与干预前比较, $\Delta P < 0.05$

3 讨论

肝硬化疾病对人体肝脏造成的损害是不可逆转的,目前对该病的治疗尚缺乏可靠有效的手段。健康教育路径是在满足患者健康教育方面需求的前提下,在某一特定时期制订的针对某一特定疾病进行健康教育的技术路线。健康教育路径在增强患者和护士之间的互动和信任的同时,为临床护士工作提供了系统的教育护理指南,能够更好地实现对患者的护理效果^[13-14]。

本研究首先结合理论和实际,建立科学的健康教育路径;其次,根据健康教育路径,护士对患者进行有计划的教育、评价检查、再教育的循环往复活动,帮助患者更好的掌握肝硬化相关知识、养成良好的健康习惯,改善护理质量,最终实现减少患者病痛的效果。最后,采用客观全面的观测指标,对健康教育路径对患者健康教育水平和自我护理能力方面所产生的影响进行了研究。研究结果表明,在患者对肝硬化疾病相关知识掌握程度、患者健康行为水平及自我护理能力 3 个方面,试验组均优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

综上所述,健康教育路径法较传统常规教育,可以有效地提高患者健康行为水平和自我护理能力;同时健康教育路径法可采取的形式多样,实用性强,大众容易接受,适合广泛推广。

参考文献

[1] Esparza MM, Manzano MT, Alcaraz Antonio JR, et al. Inflammatory status in human hepatic cirrhosis[J]. World J Gastroenterol, 2015, 21(41): 11522-11541.

[2] 单晓辉,郝书理,孙颖,等.酒精性肝硬化与乙型肝炎肝硬化、丙型肝炎肝硬化及自身免疫性肝硬化临床特点对比分析[J]. 传染病信息, 2013, 26(5): 279-283.

[3] EASL. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of cholestatic liver disease[J]. J Hepatology, 2009, 51(2): 237-267.

[4] 熊洁,江良英,李小金.健康教育路径在病房护士健康教育中的应用[J]. 全科护理, 2009, 7(12): 3202-3203.

[5] 黄敬亭. 健康教育学[M]. 3 版. 上海: 复旦大学出版社, 2003: 33.

[6] 李惠萍,周美玲,王玲.健康教育路径干预对 PICC 置管肿瘤患者自我护理能力和健康行为的影响[J]. 中国健康教育, 2012, 28(3): 170-173.

[7] 陈玉香. 健康教育路径在肝硬化患者及家庭照顾者中的应用评价[D]. 郑州: 郑州大学, 2014.

[8] Downey LM, Ireson CL, Slavova S, et al. Defining elements of success: a critical pathway of coalition development[J]. Health Promo Tract, 2008, 9(2): 130-139.

[9] Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health-promoting life style profile: development and psychometric characteristic[J]. Nurs Res, 2007, 36(2): 76-81.

[10] Wang HH, Laffrey SC. A predictive model of well-being and self-care for rural elderly women in Taiwan[J]. Res Nurs Health, 2001, 24(2): 122-132.

[11] Klainin P, Ounnapirok L. A meta-analysis of self-care behavior research on elders in Thailand; an update[J]. Nurs Sci Q, 2010, 23(2): 156-163.

[12] 高丽红,李萍,张俊娥,等.急性心肌梗死患者自我护理能力与机体功能状态的相关性分析[J]. 中华护理杂志, 2003, 38(4): 248-250.

[13] 陈玉香,张伟宏.健康教育路径在肝硬化家庭照顾者中的应用评价[J]. 临床护理, 2014, 4(7): 126-128.

[14] 李瑞萍,陈忠华,江玉棉.运用护理程序对 2 型糖尿病患者实施健康教育的效果观察[J]. 现代临床护理, 2011, 10(6): 61-62.