

- 度研究[J]. 应用心理学, 2001, 7(1): 37-41.
- [6] 郭娜娜, 王黎明, 初慧君, 等. 保留盆腔自主神经广泛性子官切除术对早期宫颈癌患者术后膀胱功能及性生活质量的影响[J]. 山东医药, 2017, 57(1): 88-90.
- [7] CHIOU S T, WU C Y, HURNG B S, et al. Changes in the magnitude of social inequality in the uptake of cervical cancer screening in Taiwan, a country implementing a population-based organized screening program[J]. Int J Equity Health, 2014, 13(1): 4-10.
- [8] 王国莲, 林铃, 陈运群, 等. 团体活动式延续护理对宫颈癌患者抑郁和自我效能的影响[J]. 临床与病理杂志, 2016, 36(8): 1129-1133.
- [9] 吕亚, 吕霞娟. Orem 自理理论在宫颈癌术后化疗患者中的效果观察[J]. 护理实践与研究, 2015, 12(2): 58-59.
- [10] 陈静, 龙德蓉, 俞劲, 等. 团体心理治疗对妇科肿瘤化疗患者焦虑、抑郁及自尊水平的影响[J]. 护理研究, 2014, 28(5): 566-567.
- (收稿日期: 2017-09-21 修回日期: 2017-11-19)
- 临床探讨 · DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2018.07.032

基于健康意识理论的指导对白内障患者的影响

安靓琪¹, 林小敏²

(四川大学华西医院: 1. 眼科; 2. 精神科, 成都 610041)

摘要:目的 探讨基于健康意识理论的指导对白内障患者疾病知识掌握程度及满意度的影响。方法 选取 2016 年该院精神卫生科住院治疗的 156 例白内障患者作为研究对象, 随机分成对照组和研究组, 每组各 78 例, 对照组给予常规护理及健康教育, 研究组给予基于健康意识理论为指导的健康教育, 应用焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)分别于干预前及干预 3 个月对两组患者进行测试, 同时在干预前后对患者疾病知识掌握程度以及满意度进行比较。结果 干预后, 研究组患者 SAS、SDS 评分、疾病知识、态度及行为认知得分均优于干预前及对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 研究组满意度高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 基于健康意识理论的指导可以改善老年白内障患者的不良情绪, 提高疾病知识掌握程度及护理满意度。

关键词: 白内障; 健康教育; 满意度; 疾病知识

中图分类号: R776.1

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2018)07-0990-04

白内障是常见的致盲性疾病之一, 现今随着老龄化进程的加快, 白内障群体不断扩大, 对老年患者的生活产生着不利的影响^[1]。对于老年白内障的治疗, 采用手术的方式可获得较好的治疗效果, 但由于疾病能够造成患者的视力降低, 增加患者的恐惧感, 进而引发不同程度的抑郁、焦虑等不良情绪, 降低患者的配合度; 同时由于老年患者对于疾病知识的了解较少, 且接受能力差, 常规的健康教育很难大幅提高老年患者对于疾病知识的掌握程度, 从而导致治疗配合性差, 临床护理满意度低, 最终影响治疗效果及患者生活质量^[2]。因此, 良好的护理模式对于老年白内障患者的治疗极为重要。健康意识理论(HEC)是 Newman 于 1986 年首次提出, 自 HEC 被提出至今其已被广泛应用于各种疾病康复中, 并取得了较好效果^[3]。本研究对白内障患者给予 HEC 指导的健康教育, 效果较为满意, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院精神卫生科 2016 年收治的 156 例白内障患者作为研究对象。按照随机数字表法分成对照组和研究组, 每组各 78 例, 对照组中男

27 例, 女 51 例; 平均年龄(72.23 ± 2.46)岁; 平均病程(2.43 ± 1.03)个月; 发病情况: 左眼 39 例, 右眼 39 例; 疾病类型: 后囊下白内障 12 例, 核型白内障 28 例, 皮质性白内障 38 例; 晶状体硬度: II 度 54 例, III 度 24 例; 文化程度: 初中及以下 46 例, 高中及以上 32 例。观察组中男 31 例, 女 47 例; 平均年龄(73.07 ± 1.98)岁; 平均病程(2.32 ± 1.14)个月; 发病情况: 左眼 45 例, 右眼 33 例; 疾病类型: 后囊下白内障 10 例, 核型白内障 27 例, 皮质性白内障 41 例; 晶状体硬度: II 度 57 例, III 度 21 例; 文化程度: 初中及以下 50 例, 高中及以上 28 例。两组患者性别、年龄、病程、发病情况、疾病类型、晶状体硬度、文化程度等一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。所有研究对象均签署治疗知情同意书。

1.2 纳入及排除标准

1.2.1 纳入标准 年龄 ≥ 60 岁; 符合白内障疾病的诊断标准; 单眼发病; 患眼的裸眼视力 < 0.5 ; 入组前无特大疾病和精神障碍史; 自愿配合医务人员的指导和安排。

1.2.2 排除标准 以往接受过眼部手术; 严重脑、

肝、肺、肾功能不全者；躯体残疾者；语言交流障碍者；无法评估效果者；吸毒或药物依赖者。

1.3 方法 所有人组患者均接受手术治疗，其中对对照组给予常规护理及健康教育，包括一般访谈式交谈、饮食指导、生活护理、心理护理、疾病知识宣教等。研究组按照 HEC 进行教育指导。具体措施如下：

(1) 形式 1 具体表现为疾病过度担心，健康意识处于混乱状态。护理措施，①责任护士向患者介绍科室及医院的规模、病房管理等相关内容；②责任护士用轻柔的语言与患者进行沟通，了解患者的健康意识情况，并向患者讲述白内障的表现及治疗等相关知识，介绍成功病例，树立患者信心；③告知患者应相信经过规范的治疗可提高生活质量，逐渐消除疾病症状；④指导患者学习可以改善其健康意识及行为的新事实、观念，“一对一”分析行为改变对于疾病康复所带来的益处，提供健康教育手册，交流期间多让患者提问，促进健康意识的提高。(2) 形式 2 具体表现为患者已发现自己健康存在的问题，并准备采取行动，下定决心进行改正。护理措施，①心理支持，患者意识到自身问题，其心理状况得到明显改善，应继续加强心理护理，护士每周选择 3 d 的固定时间与患者进行谈心，引导患者回忆以往的幸福时光，使患者在温馨的气氛中渐渐消除不良情绪，避免患者因情绪低落而导致纠正健康问题信心不足。②健康行为纠正，采取固定的时间(30~40 min)与患者进行面对面的交流，让患者讲述自身不健康的行为习惯，并说出这些习惯对于自身健康及疾病的影响，由责任护士进行指导；同时对患者健康行为方式进行指导，以促进患者健康行为向正性转变。(3) 形式 3 具体表现为患者开始有自我意识，采取自我控制，并积极投入至行为改变中，学会新的生活方式并改变不好的行为和习惯。护理措施，指导患者掌握打喷嚏、咳嗽、头部与眼球等运动的方法，指导患者饮食，保持大便畅通，适当地限制患者饮水量(每日≤1 500 mL)。避免眼内房水过度导致眼压增加，嘱患者进食时需动作轻柔，勿食用刺激性食物，降低结膜充血、炎性反应等。(4) 形式 4 具体表现为患者正性健康行为转变成功。护理措施，帮助患者制订具体奖励计划，如饮食控制、用眼卫生、作息习惯等，完成任务即可获得相应的奖励。(5) 形式 5 具体表现为通过家庭支持巩固来改变不良行为。护理措施，患者出院后往往依从性下降，已发生的正性健康行为改变又会逐渐被不良行为所替代。因此，出院后的家庭支持极为重要。出院后护士指导家属对健康意识及行为改变进行支持，多监督及照顾患者的居家自我管理。(6) 形式 6 具体表现为患者形成良好的生活方式，最终获得自信和自尊。护理措施，出院后患者应保持良好的健康行为，避免疾病复发，加强

锻炼，提高身体机能；同时通过电话、微信对患者进行随访，随访 3 个月，主要随访患者用药情况，督促患者定期复查，并对随访中发现的问题及时进行指导及干预。

1.4 效果评价

1.4.1 心理状态 采用焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)^[4]进行测评。其中，SDS 共 20 个项目，4 级评分，标准分总分 53~62 分为轻度抑郁，>62~72 分为中度抑郁，>72 分为重度抑郁；SAS 共 20 个项目，4 级评分，50~60 分为轻度焦虑，>60~70 分为中度焦虑，>70 分为重度焦虑。SAS 量表的 Cronbach's α 系数为 0.892。SDS 量表的 Cronbach's α 系数为 0.875。

1.4.2 知识及行为评价 参照文献[5-6]，本院自行设计关于白内障疾病知识、态度及行为问卷，问卷分为 3 个部分：(1) 白内障知识认知量表，包括病因、症状体征、治疗等共 20 个条目，正向及反向各 10 个条目，均以对错作答，分别计 1 分和 0 分，总分 20 分。(2) 白内障行为认知量表，涉及活动、自我管理、健康行为等 10 个条目，正向及反向各 5 个条目，均以对错作答，分别计 1 分和 0 分，总分 10 分。(3) 白内障态度量表，包括对疾病的恐惧感等 10 个条目，正向及反向条目各 5 个，以是否作答，分别计 1 分和 0 分，总分 10 分；总的重测信度为 0.821。

1.4.3 满意度评价 采取本院自制的问卷调查表，总分值为 100 分，>85 分为很满意，60~85 分为满意，<60 分为不满意，满意度=(很满意+满意)/总数×100%。

1.5 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计学软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，组间比较采用 *t* 检验；计数资料以例或百分率表示，组间比较采用 χ^2 检验，以 *P*<0.05 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后 SAS、SDS 评分比较 干预前两组患者 SAS、SDS 评分比较差异无统计学意义(*P*>0.05)，干预后，两组患者 SAS、SDS 评分均较干预前改善；且研究组 SAS、SDS 评分好于对照组，差异有统计学意义(*P*<0.05)，见表 1。

表 1 两组患者干预前后 SAS、SDS 评分比较(*n*=78, $\bar{x} \pm s$, 分)

| 组别 | 干预前 | | 干预 3 个月后 | |
|----------|------------|------------|-------------------------|-------------------------|
| | SAS 评分 | SDS 评分 | SAS 评分 | SDS 评分 |
| 对照组 | 47.19±7.23 | 52.24±7.41 | 31.11±6.65 [△] | 41.11±9.52 [△] |
| 研究组 | 50.41±6.12 | 52.98±7.36 | 23.12±7.61 [△] | 37.24±7.55 [△] |
| <i>t</i> | 0.848 | 1.047 | 3.225 | 4.578 |
| <i>P</i> | 0.342 | 0.104 | 0.032 | 0.016 |

注：与本组干预前比较，[△]*P*<0.05

2.2 两组患者干预前后疾病知识、态度及行为认知评分比较 干预 3 个月后,对照组在疾病知识认知得分上优于干预前,差异有统计学意义($P < 0.05$),在态度及行为认知得分上均与干预前差异无统计学意义

($P > 0.05$);而干预 3 个月后,研究组疾病知识、态度及行为认知得分均优于干预前及对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 2 两组患者干预前后疾病知识、态度及行为认知评分比较($n=78, \bar{x} \pm s, \text{分}$)

| 组别 | 干预前 | | | 干预 3 个月后 | | |
|----------|------------|-----------|-----------|-------------------------|------------------------|------------------------|
| | 疾病知识认知 | 态度 | 行为认知 | 疾病知识认知 | 态度 | 行为认知 |
| 对照组 | 10.00±1.29 | 5.47±0.85 | 6.04±0.64 | 12.00±1.94 [△] | 6.03±0.48 | 6.29±0.63 |
| 研究组 | 10.01±1.30 | 5.59±0.88 | 6.04±0.71 | 15.30±2.05 [△] | 8.44±0.47 [△] | 8.36±0.60 [△] |
| <i>t</i> | 0.805 | 0.569 | 0.758 | 3.683 | 3.947 | 4.747 |
| <i>P</i> | 0.387 | 0.511 | 0.432 | 0.025 | 0.020 | 0.013 |

注:与本组干预前比较,[△] $P < 0.05$

2.3 两组患者满意情况比较 干预后,研究组满意度明显高于对照组,差异有统计学意义($\chi^2 = 7.487, P < 0.05$),见表 3。

表 3 两组患者满意情况比较[$n=78, n(\%)$]

| 组别 | 很满意 | 满意 | 不满意 | 总体 |
|-----|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 对照组 | 38(48.72) | 28(35.90) | 12(15.38) | 66(84.62) |
| 研究组 | 60(76.93) | 16(20.51) | 2(2.56) | 76(97.44) |

3 讨 论

白内障为眼科常见病,好发于老年群体中,最主要的临床表现为视力下降,易导致患者心理压力增加,抑郁、焦虑、恐惧等情绪明显,影响老年患者的生活质量。且由于白内障患者多为老年人群,患者接受能力差,住院期间存在的安全隐患较多,对于医务人员的健康教育理解力差,依从性低,对其治疗效果及康复也产生了不利影响^[7-8]。所以,对于老年白内障患者,除了积极行手术治疗外,在住院期间的护理及健康教育及出院后的延续护理就显得尤为重要^[9]。

本研究中,干预前两组患者 SAS、SDS 评分均较高,表明白内障患者均存较严重的焦虑、抑郁情绪;而干预后,两组患者 SAS、SDS 评分均较干预前明显降低,差异有统计学意义($P < 0.05$),表明在接受手术治疗及健康教育等常规护理后,患者的不良情绪得以改善,而采用 HEC 为指导的健康教育模式后,研究组患者焦虑、抑郁情绪改善较对照组明显,差异有统计学意义($P < 0.05$),表明基于 HEC 为指导的健康教育模式对于改善白内障患者的情绪具有明显效果。这与黄馨颖^[10]报道结果一致。

疾病知识的掌握程度是提高患者依从性,纠正患者不良行为的重要基础,本研究显示,在干预前两组患者疾病知识认知、态度及行为得平均较低,表明患者对于疾病知识掌握水平较低,而给予健康教育后,对照组在疾病知识认知得分上优于干预前,差异有统

计学意义($P < 0.05$),而在态度及行为认知得分上均与干预前差异无统计学意义($P > 0.05$);而干预 3 个月后,研究组疾病知识认知、态度及行为认知得分均优于干预前及对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。通过与对照组患者及主要照顾者交流了解到,绝大部分主要照顾者均通过网络或咨询医生对患者进行较好的照顾,且严格监督患者服药,平时会上网查找相关疾病知识告知患者,因此,患者对于疾病知识的认知程度有所提升,但对于态度及行为方面并未见明显改善。而基于 HEC 的健康教育则大大提高了患者对于疾病知识、态度及行为的认知,促进了患者健康行为的转变。这主要是由于护理干预期间,HEC 通过 6 种形式的指导,有效促进了患者健康恢复,并使患者充分认识到自身的问题及健康行为对于自身疾病康复的积极影响,树立了患者向正性健康行为转变的信心;同时通过采用电话或微信对患者进行随访管理,更有效地将院内护理延续到院外,促进了患者健康行为的养成。基于上述因素,研究组患者满意度明显高于对照组,表明 HEC 健康教育模式的应用不仅能提高患者疾病知识的掌握程度,还能够促进患者满意度的提高。

综上所述,基于健康意识理论的指导可以改善老年白内障患者的不良情绪,提高疾病知识掌握程度,提高护理满意度,可在临床上进一步推广使用。

参考文献

- [1] 丁晓霞,陆博,赵江月,等.不同形态年龄相关性白内障对客观视觉质量的影响[J].中国实用眼科杂志,2015,33(8):876-880.
- [2] 徐兵.临床护理路径在白内障患者护理中的应用及效果[J].中国实用护理杂志,2016,32(1):69-70.
- [3] 谢萍,王艳,陈娟,等.基于健康意识理论的教育模式对急性胰腺炎出院患者生活质量的影响[J].中华现代护理杂志,2015,21(28):3349-3353.

- [4] 段泉泉,胜利.焦虑及抑郁自评量表的临床效度[J].中国心理卫生杂志,2012,26(9):676-679.
- [5] 韩雪晶,颜廷霞,樊海英,等.临床护理路径在白内障患者护理中的应用效果[J].实用临床医药杂志,2016,20(10):187-188.
- [6] 代美虹,唐丽,海萍,等.多媒体情景模式在眼科健康教育中的应用[J].中国实用护理杂志,2016,32(z1):74-75.
- [7] 陈月玲.临床护理路径在 50 例白内障患者护理中的应用[J].检验医学与临床,2014,11(2):260-262.
- [8] 万丽萍,李晓玲.超声乳化白内障吸除及人工晶状体植入术治疗超高度近视合并白内障围术期处理观察[J].检验医学与临床,2016,13(19):2803-2805.
- [9] 宋君,易娟,余时智,等.围术期护理干预减少白内障术后感染性眼内炎的效果观察和满意度调查[J].检验医学与临床,2016,13(13):1848-1850.
- [10] 黄馨颖.老年白内障患者心理情绪及并发症的护理干预效果分析[J].中华现代护理杂志,2016,22(29):4257-4260.
- (收稿日期:2017-09-11 修回日期:2017-11-22)
- 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2018.07.033

探讨持续质量改进对提高 OSAHS 患者行多导睡眠监测的准确性

马 玲

(四川大学华西医院心理综合科,成都 610041)

摘要:目的 评价持续质量改进护理对提高阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征(OSAHS)患者行多导睡眠监测(PSG)的准确性。方法 选取该院 120 例 OSAHS 患者,按入院日期分为改进组与对照组,每组各 60 例,对照组给予常规护理模式,改进组给予持续质量改进护理,比较两组患者行 PSG 的准确性及满意度。结果 干预后,改进组患者 PSG 的准确率(78.33%)高于对照组(50.00%),差异有统计学意义($P < 0.05$);干预后,PSG 结果显示改进组睡眠呼吸暂停低通气指数、最低血氧饱和度、最长呼吸暂停时间与对照组比较有明显改善,差异有统计学意义($P < 0.05$);且改进组满意度(90.00%)高于对照组(66.67%),差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 持续质量改进护理可提高 PSG 的准确性及满意度,值得临床推广应用。

关键词:多导睡眠监测; 准确性; 持续质量改进

中图分类号:R473.5

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2018)07-0993-03

阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征(OSAHS)的临床症状是患者在睡眠状态中反复出现低通气或呼吸暂停症状^[1],最终会导致如高血压、心脑血管疾病、猝死等并发症的发生。多导睡眠监测(PSG)是国际公认的诊断 OSAHS 的“金标准”,但 PSG 的准确性是作出正确诊断及治疗的前提,不准确的 PSG 结果不仅会延误患者病情,增加患者的经济负担,产生医疗纠纷,而且还会耽误手术的最佳时间。因此,提高 PSG 的准确性对于 OSAHS 患者的诊断及治疗极为重要。既往研究显示,有效的护理干预对 PSG 的准确性具有积极影响,同时还能够改善患者的不良心理情绪,拉近医患关系,促使治疗结果良性发展^[2]。本研究对 OSAHS 患者在行 PSG 过程中采取持续质量改进护理模式进行探讨,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2014 年 11 月至 2016 年 1 月的 120 例 OSAHS 患者作为研究对象,依照入院日期分为对照组和改进组,每组各 60 例。其中改进组男 26 例,女 34 例;年龄 56~74 岁,平均(64.48±5.83)岁。对照组男 28 例,女 32 例;年龄 54~77 岁,平均(65.25±5.77)岁。两组患者年龄、性别等一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 纳入及排除标准

1.2.1 纳入标准 OSAHS 符合 2002 年全国 OSAHS 会议对其的确诊标准^[3];神志清楚,表达流畅;患者及家属均签署知情同意书。

1.2.2 排除标准 既往有手术史者;精神病史或乙醇、药物依赖者;过敏体质;资料缺失,无法评估效果者。

1.3 方法 对照组采用常规护理,改进组采用持续质量改进护理模式,具体护理措施如下:(1)准备阶段,建立护理小组,由研究者与护士长牵头组织成立持续质量改进小组,小组成员为科室主任、副主任医师以上医生 2 名,中高级职称护士 3 名,初级职称护士 6 名。对入组的成员进行培训,培训内容为持续质量改进健康教育护理方法及 PGS 的内容及注意事项,OSAHS 患者的临床表现等理论知识^[4]。(2)问题评估及原因分析,质量改善团队通过文献检索、讨论,设计“OSAHS 患者 PSG 表”,包括患者基本情况、影响 PGS 准确性的因素以及监测结果 3 个部分。根据对照组患者临床资料进行分析。小组成员集思广益,对影响 PSG 准确性的因素进行剖析。并总结为:①患者因素,白天睡眠过多;饭后饮用过多流质食物。②家属因素,未做好患者 PSG 前的准备;不了解 PSG