

健康教育对妇科癌症术后患者自我护理能力及负性情绪的影响分析

马志莹(首都医科大学附属北京潞河医院妇科 101101)

【摘要】 目的 分析问题式健康教育措施在妇科癌症术后的应用效果,以及对患者自我护理能力及负性情绪的影响。**方法** 选择 2014 年 2 月至 2015 年 2 月该院妇科收治的癌症术患者 110 例,根据随机数字表将其平均分为研究组与对照组,每组各 55 例。对照组术后采取常规健康教育,研究组采取问题式健康教育干预。**结果** 健康教育干预后,研究组自我概念、护理技能、自护责任感、健康知识 4 个自护能力维度评分均高于对照组($P<0.05$),焦虑自评量表(SAS)及抑郁自评量表(SDS)评分均低于对照组($P<0.05$)。干预前两组患者 QLQ-C30 功能评分比较差异无统计学意义($P>0.05$),干预后两组患者 QLQ-C30 功能评分均显著升高,研究组 QLQ-C30 显著高于对照组($P<0.05$)。**结论** 问题式健康教育可以有效提高妇科癌症术后患者的自我护理能力,改善其负性情绪,适于临床应用及推广。

【关键词】 健康教育; 妇科癌症; 自我护理能力; 负性情绪

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.07.039 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2016)07-0957-03

近年来,随着妇科肿瘤学术式的不断发展与完善,妇科癌症患者的生存率得到了一定的提高。然而,随着生存率的提高,患者需要承受的疾病耐受度及治疗所带来的不适也随之加大,多数患者易出现紧张、焦虑、恐惧、抑郁等不良情绪,加之缺乏自我护理意识,这给其治疗及术后恢复带来了极大的影响^[1]。因此,采取有效的措施提高妇科癌症术后患者的自护能力,改善其负性情绪十分必要。本院对 55 例妇科癌症患者进行了问题式健康教育干预,临床收效显著,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2014 年 2 月至 2015 年 2 月本院妇科收治的癌症术患者 110 例,根据随机数字表将其平均分为研究组与对照组,每组各 55 例。纳入标准:(1)所有研究对象均为妇科初发性恶性肿瘤术患者,且经病理检查证实;(2)手术前未采取过放化疗治疗;(3)对本次研究内容知情,已签署同意书。排除标准:(1)合并严重脏器疾病;(2)严重感染;(3)精神疾病史。研究组:年龄 28~67 岁,平均(45.5±5.3)岁;疾病类型:卵巢癌 10 例,宫颈癌 10 例,子宫内膜癌 15 例,绒毛膜癌 8 例,外阴癌 7 例,恶性葡萄胎 5 例;文化水平:大专及以上 10 例,高中 11 例,初中 18 例,小学及以下 16 例。对照组:年龄 28~67 岁,平均(45.8±5.5)岁;疾病类型:卵巢癌 12 例,宫颈癌 10 例,子宫内膜癌 13 例,绒毛膜癌 9 例,外阴癌 6 例,恶性葡萄胎 5 例;文化水平:大专及以上 10 例,高中 10 例,初中 20 例,小学及以下 15 例。两组患者在性别、疾病类型、文化水平方面比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 对照组术后采取常规健康教育,即护理人员通过口头讲解方式向患者进行疾病知识指导。研究组采取问题式健康教育干预,具体方法如下。(1)设计健康教育手册,并提出相关问题。与专科医师共同制订出妇科癌症术后的相关健康教育问答内容及健康教育手册,例如:“您对妇科癌症有多少认知?妇科癌症术后为何要采取化疗治疗?放化疗后恶性、呕吐、脱发、贫血等相关不良反应能否说明病情恶化?癌症患者为什么要加强运动?不良生活习惯对癌症有什么影响?什么食物与饮食结构对癌症有利?”等。(2)实施个体化健康教育。护理人员对患者的健康知识掌握程度、饮食情况、生活状态、治

疗结果及心理情况进行全面评估,之后根据每例患者的情况制订出针对性的问题,并给予个体化指导。例如:有 1 例患者担心术后脱发影响美观度而不愿意配合术后放化疗,护理人员可以提出问题“您是否知道术后放化疗能够延长生存周期及预防复发吗?您是否知道不完全化疗的危害?术后放化疗为何会影响美观度?等问题;同时,还有 1 例患者具有不健康的饮食与生活习惯,护理人员可以提出:“您知识哪类食物可以诱发癌症吗?您知道哪类食物可以抗癌吗?您知道积极且合理的运动可以抗癌吗?您知道不良作息习惯可以使癌细胞复发吗?”等问题。护理人员在实施个体化健康教育的同时,将上述问题罗列于健康教育手册中,问题直观全面,使患者能够一目了然。最后,根据患者存在的健康问题给予针对性的指导,必要时可以为患者制订专属的健康教育内容,并以打印材料形式发放,使患者得能够真正重视术后健康行为,改变不良生活方式及负性情绪,建立对疾病的信心,为术后恢复做好保障措施。

1.3 观察指标 (1)参照自我护理能力量表(ESCA)^[2]对比两组患者健康教育干预前后自我护理能力的变化。该量表包括自我概念、护理技能、自护责任感、健康知识水平 4 个维度,评分越高则说明自护能力越佳。(2)采取焦虑自评量表(SAS)及抑郁自评量表(SDS)^[3]对比两组患者健康教育干预前后负性情绪的变化,评分越低则说明负性情况改善效果越佳。应用 QLQ-C30 功能评分量表评定患者生活质量,包含躯体功能、角色功能、情绪功能、认知功能、社会功能 5 项,评分越高表面功能越好。

1.4 统计学处理 采用 SPSS18.0 统计软件分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,比较采用 t 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组妇科癌症患者健康教育干预前后自我护理能力对比 两组患者健康教育干预前各项自我护理能力指标对比差异无统计学意义($P>0.05$);健康教育干预后,研究组自我概念、护理技能、自我护理责任感、健康知识 4 个自我护理能力维度评分均高于对照组($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组妇科癌症患者健康教育干预前后自我护理能力对比(̄x±s,分)

组别	n	时间	自我概念	护理技能	自我护理责任感	健康知识水平
研究组	42	干预前	10.5±4.5	80.5±7.4	50.5±4.1	30.5±2.4
		干预后	52.0±5.4 ^{ab}	128.6±14.52 ^{ab}	73.5±7.4 ^{ab}	43.5±5.7 ^{ab}
对照组	42	干预前	10.5±4.4	80.7±7.4	50.3±4.5	30.3±2.2
		干预后	48.6±5.2 ^a	95.6±7.4 ^a	62.3±4.5 ^a	37.5±2.3 ^a

注:与干预前相比,^a*P*<0.05;与对照组相比,^b*P*<0.05。

2.2 两组患者健康教育干预前后负性情绪的变化 两组患者健康教育干预前 SAS 及 SDS 评分对比差异无统计学意义(*P*>0.05);健康教育干预后,研究组 SAS 及 SDS 评分均低于对照组(*P*<0.05)。见表 2。

2.3 两组患者健康教育干预前后生活质量比较 干预前两组患者 QLQ-C30 功能评分比较差异无统计学意义(*P*>0.05),干预后两组患者 QLQ-C30 功能评分均显著升高,研究组 QLQ-C30 显著高于对照组(*P*<0.05)。见表 3。

表 2 两组患者健康教育干预前后负性情绪的变化(̄x±s,分)

组别	n	时间	SAS	SDS
研究组	42	干预前	40.8±8.2	30.3±9.1
		干预后	11.5±4.3 ^{ab}	17.5±6.5 ^{ab}
对照组	42	干预前	40.5±8.5	30.5±8.8
		干预后	20.5±5.6 ^a	27.5±8.5 ^a

注:与干预前相比,^a*P*<0.05;与对照组相比,^b*P*<0.05。

表 3 两组患者健康教育干预前后 QLQ-C30 评分比较(̄x±s,分)

组别	n	时间	躯体功能	角色功能	情绪功能	认知功能	社会功能
研究组	42	干预前	64.2±11.4	50.3±11.2	53.2±12.4	71.4±12.4	50.2±9.8
		干预后	75.8±12.4 ^{ab}	60.2±14.2 ^{ab}	79.4±11.5 ^{ab}	80.8±12.4 ^{ab}	62.4±11.0 ^{ab}
对照组	42	干预前	63.1±12.5	51.8±12.5	52.5±11.8	72.8±12.8	50.5±9.8
		干预后	70.2±10.6 ^a	55.8±10.5 ^a	60.8±10.6 ^a	75.9±11.7 ^a	55.8±10.5 ^a

注:与干预前相比,^a*P*<0.05;与对照组相比,^b*P*<0.05。

3 讨 论

有资料统计发现,妇科癌症患者不良心理疾病的发生率占 22%~33%,其中抑郁的发生率为 74.3%,而焦虑的发生率约为 62.9%^[4]。此外,术后是妇科癌症患者恢复及化疗的重要时期,此期间若护理不当或持续负性情绪表现,则易使免疫系统出现抑制状态,降低了机体抵抗癌细胞的能力,这也是促使疾病恶化的重要原因。因此,采取一种有效的措施提高妇科癌症患者术后的自我护理能力,改善其负性情绪十分必要。

健康教育是临床护理工作中的重要组成单元,它是指通过有组织、有计划、有系统的教育活动,使人们自觉地采取有益于健康的生活方式及行为,继而改善或消除影响健康的危险因素,最终达到促进健康、预防疾病,提高生活质量的目的^[5-6]。然而,多项研究发现,传统的健康教育方案仅在患者入院后对其实施相关知识如妇科癌症健康知识、健康生活方式、术后自我护理等内容的讲解工作,这种情况可能出现多数患者也只能记住 1~2 条的健康教育内容,整体开展效果仍不够理想^[7-8]。同时,传统健康教育时,护理人员仅关注患者的共同问题,采取最为普适性的讲解,而这些均无法满足于患者对术后恢复的要求与期望^[9-10]。问题式健康教育是一种新型的健康教育模式,它在传统健康教育的基础上增加了对患者的综合评估与问答,使护理人员能够全面、准确及科学地掌握妇科癌症患者术后自我护理需求及负性情绪表现,继而通过客观性、个性化的健康教育问答为术后康复提供支持与保障。同时,清晰、简洁的问答模式利于患者对知识的掌握与记忆,继而消除疾病的疑虑,提高了治疗的依从性。有学者研究指出,统一的健康教育在患者癌症术后无法发挥出满意的效果,部分患者甚至出现厌恶、

反感等情绪,表现出抵触、不配合等行为,而问题式健康教育可以从侧面缓和切入教育主题,间接地发挥了心理支持与护理作用。本文研究结果发现,研究组经健康教育干预后,自我概念、护理技能、自我护理责任感、健康知识 4 个自我护理能力维度评分均高于对照组(*P*<0.05)。结果可见,患者通过问题式健康教育干预后,将掌握的知识内容与自身情况相对比,有效强化了自我护理能力,保障了术后恢复质量。研究组健康教育干预后,SAS 及 SDS 评分均低于对照组,研究组 QLQ-C30 显著高于对照组。表明问题式健康教育能够在一定程度上改善或消除患者焦虑、紧张等负性情绪,继而降低了机体的应激反应,为术后恢复提供了有效的支持,患者术后生活质量显著提高。

总之,问题式健康教育可以有效提高妇科癌症术后患者的自我护理能力,改善其负性情绪,适于临床应用及推广。

参考文献

[1] 陈露露,彭李,唐棠,等.妇科癌症患者心理弹性及影响因素的研究[J].第三军医大学学报,2012,2(10):137-140.
[2] 汤新风,陈燕,王军,等.妇科癌症患者主要照顾者生存质量的纵向研究[J].中华护理杂志,2012,10(5):895-897.
[3] 莫建英.健康教育在妇科恶性肿瘤患者围手术期中的应用[J].当代护士,2012,11(20):119-120.
[4] 李秋萍,Alice YL.癌症患者家庭照顾者的研究现状[J].中华护理杂志,2012,12(15):1132-1135.
[5] 叶素琪,梁剑华,余迪仪.集束化护理对妇科恶性肿瘤化疗患者生活质量及心理状态的影响[J].中国肿瘤临床与

- 康复, 2015, 22(2): 249-251.
- [6] 祝晓红. 持续健康教育对妇科癌症患者生活质量的影响[J]. 临床医药实践, 2014, 4(8): 295-298.
- [7] 柯淑兰. 个性化健康教育对妇科肿瘤患者化疗依从性的影响[J]. 医学理论与实践, 2013, 7(4): 968-969.
- [8] 魏春燕, 肖燕, 龚敏. 个体化护理干预对妇科肿瘤患者术后负性情绪和免疫功能及生活质量的影响[J]. 中国肿瘤临床与康复, 2015, 22(4): 489-491.
- [9] 路璐, 王竹青, 薛颖, 等. 妇科恶性肿瘤化疗患者对健康教育需求的调查分析[J]. 贵阳中医学院学报, 2013, 6(4): 252-254.
- [10] 陈英, 冯茜茜, 彭伟萍, 等. 健康教育路径在妇科恶性肿瘤手术患者中的应用[J]. 中外医学研究, 2015, 8(2): 79-81.
- (收稿日期: 2015-09-22 修回日期: 2015-11-15)

• 临床探讨 •

生长分化因子-15 表达水平与心肌梗死致心力衰竭程度的相关性研究

刘 哲¹, 王 晶² (1. 延安大学附属医院乐关分院心内科, 陕西延安 716000; 2. 延安大学附属医院内分泌科, 陕西延安 716000)

【摘要】 目的 探讨生长分化因子-15(GDF-15)的表达水平与心肌梗死致心力衰竭程度的相关性。**方法** 随机选取 2013 年 5 月 1 日至 2014 年 12 月 1 日于该院心内科治疗的急性心肌梗死导致心力衰竭的患者 200 例作为心力衰竭组(试验组), 并于体检中心随机选取 200 例健康体检者作为健康组(对照组)。其中心力衰竭组中 I、II 级心力衰竭患者 80 例, III 级心力衰竭患者 70 例, IV 级心力衰竭患者 50 例。采集试验组中各级心肌梗死患者和对照组健康体检者的静脉血, 然后用双抗体夹心酶联免疫吸附试验(ELISA)测定心肌梗死患者和健康体检者血清中 GDF-15 的浓度, 并进行分析和比较。**结果** 试验组中心心肌梗死导致心力衰竭的患者血清中的 GDF-15 水平显著高于对照组中的健康体检者($P < 0.05$); 并且急性心肌梗死导致心力衰竭的患者血清中 GDF-15 的浓度水平为 IV 级大于 III 级大于 I、II 级($P < 0.05$)。**结论** GDF-15 的表达水平与心肌梗死致心力衰竭有关; 并且 GDF-15 的表达水平与心肌梗死致心力衰竭的严重程度呈正相关增长。故 GDF-15 的表达水平的测定有助于心肌梗死致心力衰竭患者的心力衰竭程度的判定。

【关键词】 生长分化因子-15; 心肌梗死; 心力衰竭
DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2016. 07. 040 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2016)07-0959-02

随着老龄化社会的来临, 许多老年性疾病的发病率也逐渐增高, 其中心肌梗死尤为严重。心肌梗死大部分是由于冠状动脉粥样硬化引起心脏血管的管腔发生狭窄, 导致心肌的供血不足, 发生缺血性的坏死。心肌梗死后患者心脏的收缩力和舒张力明显的减弱, 收缩舒张不协调, 最终导致心力衰竭。但是至今为止, 心力衰竭的严重程度一直没有明确的因子可以用来判定。近年来, 越来越多的研究者将关注点放在了生长分化因子-15(GDF-15)上。GDF-15 属于生长分化因子家族, 是转化生长因子 β 超家族的重要成员之一^[1]。近年发现 GDF-15 的增高与心力衰竭急性冠状动脉综合征原发性肺动脉高压等疾病密切相关^[2]。此外, 越来越多的证据表明, 血浆 GDF-15 是心血管疾病危险分层和制订治疗决策的新的生物标志物^[3-6]。所以研究心肌梗死致慢性心力衰竭患者的血液中 GDF-15 水平的高低与心力衰竭程度的关系是有临床意义的, 对心肌梗死后心力衰竭的评估和进一步治疗有利。

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机选取 2013 年 5 月 1 日至 2014 年 12 月 1 日在本院治疗的急性心肌梗死导致心力衰竭患者 200 例作为试验组(所有入选患者心肌梗死诊断符合通用心肌梗死的统一定义^[7], 并排除患者现患有或曾经患有其他心脑血管疾病), 按照 Killip 分级法, 其中心力衰竭组中 I、II 级心力衰竭患者 80 例, III 级心力衰竭患者 70 例, IV 级心力衰竭患者 50 例, 并于体检中心随机选取 200 例健康体检者作为对照组。其中试验组男 140 例, 女 60 例, 平均年龄(65.5 $\pm$ 8.5)岁, 对照组男 135 例, 女 65 例, 平均年龄(64.0 $\pm$ 10.3)岁。两组研究对象的性

别、年龄比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。本次研究的研究对象均签署了知情同意书, 并且通过了医院伦理委员会的审核。

1.2 方法 确诊患者为心肌梗死致心力衰竭, 住院治疗并抽取静脉血, 静置 2 h 后, 以 3 000 r/min 离心 10 min 获得血清, -20℃冰箱保存。于美国 ADL 公司购买的 GDF-15 的酶联免疫吸附试验(ELISA)试剂盒, 采用双抗体夹心 ELISA 对所有研究者的血清进行 GDF-15 检测, 具体的操作步骤以说明书为准, 记录所有测得的 GDF-15 值。将试验组(心力衰竭患者组)和对照组(健康体检者)测得的数值进行统计学分析比较。分析 GDF-15 的表达水平与心肌梗死致心力衰竭程度的相关性。

1.3 统计学处理 采用 SPSS16.0 统计软件进行分析, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 比较采用 t 检验分析。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组研究对象血清中 GDF-15 水平的比较 试验组患者血清中 GDF-15 的水平(2 000.51 $\pm$ 163.04)ng/L 显著高于健康体检者(620.06 $\pm$ 75.70)ng/L, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.2 心肌梗死后不同分级的心力衰竭患者血清中 GDF-15 的水平比较 心力衰竭 I、II 级 GDF-15 的水平(1 512.06 $\pm$ 95.70)ng/L, III 级(2 300.51 $\pm$ 103.04)ng/L, IV 级(3 013.52 $\pm$ 123.04)ng/L。随着心力衰竭程度的加重, 患者血清中 GDF-15 的浓度逐渐升高($P < 0.05$)。