

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2020.07.028

跨理论模型健康教育对脑卒中后偏瘫患者自我护理能力的影响^{*}

景颖颖,唐丽春,唐雪敏

同济大学附属杨浦医院神经内科,上海 200090

摘要:目的 探讨跨理论模型健康教育对脑卒中后偏瘫患者自我护理能力的影响。方法 选取该院神经内科收治的 120 例脑卒中后偏瘫患者为研究对象,采用随机数字表法分为对照组与观察组,每组 60 例,对照组患者给予常规健康教育进行干预,观察组患者在此基础上实施跨理论模型的健康教育干预,对比两组患者干预前后神经功能缺损评分和自我护理能力评分。结果 干预后观察组患者神经功能缺损评分低于对照组,自我护理能力评分高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 跨理论模型健康教育能改善脑卒中后偏瘫患者的神经功能缺损情况,提高患者的自我护理能力,值得临床推广应用。

关键词:脑卒中; 跨理论模型; 健康教育; 自我护理能力**中图法分类号:**R473.5**文献标志码:**A**文章编号:**1672-9455(2020)07-0966-04

脑卒中是一种突然起病的脑部血液循环障碍性疾病,该病造成以偏瘫为主的肢体功能损害及不同程度的神经功能缺损。脑卒中发病急骤、病情严重,常危及患者生命,而大部分幸存者也会遗留不同程度的肢体、语言、认知功能障碍^[1]。脑卒中的复发率较高,每次发病都会使患者的残障程度加重,患者要维持和促进健康,不能完全依赖家庭和专业人员的照顾,更多的是需要自我保健和自我护理。自我护理能力是指个体为维护和促进身心健康所习得的一种复杂的能力,良好的自我护理能力是治疗疾病和管理疾病的基础,能积极促进机体的康复^[2]。健康教育是通过信息传播及行为干预帮助患者掌握疾病保健知识,树立健康观念,自愿采纳有利于健康的行为和生活方式的系统教育活动^[3]。跨理论模型是由美国罗德岛大学心理学教授 PROCHASKA 等^[4]首次提出的一种预测性理论,该模式根据患者行为改变的意愿和时间,把整个行为改变过程分为前意向、意向、准备、行动和维持 5 个阶段,对所处不同阶段的个体采取不同的行为转换策略,以促进个体行为改变的发生。国内外研究发现,跨理论模型健康教育能改善脑卒中患者健康信念和健康行为,降低疾病复发的风险^[5-6],但是有关于此种健康教育模式对脑卒中后偏瘫患者自我护理能力影响的研究甚少。本研究将跨理论模型健康教育应用于脑卒中后偏瘫患者的护理中,探讨其对脑卒中后偏瘫患者自我护理能力的影响,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2017 年 8 月至 2019 年 6 月在本院神经内科病房治疗的 120 例脑卒中后偏瘫患者为研究对象,诊断标准符合全国脑血管病学术会议通

过的脑卒中诊断标准^[7-8],并经颅脑 CT 或 MRI 检查证实。将符合纳入标准的患者根据入院时间的先后顺序编号,采用随机数字表法将患者分为对照组和观察组,每组 60 例。对照组中男 33 例,女 27 例;年龄 48~84 岁,平均 (68.23 ± 10.67) 岁;婚姻状况:无配偶 6 例,有配偶 54 例;文化程度:初中及以下 38 例,高中、中专 16 例,大专及以上学历 6 例;居住类型:独自居住 4 例,与家人同住 56 例;医疗费用支付方式:医保 57 例,自费 3 例;脑卒中类型:脑梗死 54 例,脑出血 6 例。观察组中男 34 例,女 26 例;年龄 47~85 岁,平均 (68.97 ± 9.63) 岁;婚姻状况:无配偶 7 例,有配偶 53 例;文化程度:初中及以下 40 例,高中、中专 15 例,大专及以上学历 5 例;居住类型:独自居住 3 例,与家人同住 57 例;医疗费用支付方式:医保 57 例,自费 3 例;脑卒中类型:脑梗死 53 例,脑出血 7 例。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准:(1)急性脑卒中初次发病者;(2)一侧肢体偏瘫,患侧上肢肌力 3 级及以下;(3)意识清楚,能进行语言或文字沟通,充分理解治疗要求并遵照执行;(4)自愿参与本次研究,签署知情同意书。排除标准:(1)合并严重心、肺、肝、肾等脏器衰竭;(2)患有恶性肿瘤;(3)遗留失语和认知功能障碍;(4)有痴呆病史和其他精神疾病史;(5)听力下降、失聪或耳聋以及视力下降、眼盲等日常生活能力受损者。

1.3 方法 对照组在住院期间进行常规的健康宣教指导 2 次,内容包括心理护理、疾病知识、特殊检查、饮食指导、用药护理、功能锻炼以及防跌倒、防坠床措施等;设立出院患者随访登记本,在患者出院 2 周、1

* 基金项目:上海市同济大学附属杨浦医院科研基金项目(Se1201734)。

个月通过电话、微信或面谈的形式各随访 1 次,随访内容为心理指导、饮食指导、用药指导、生活方式指导、康复训练指导、复诊指导等,并对患者提出的问题给予解答。观察组在常规健康宣教基础上以跨理论模型为理论依据制订健康教育计划,由经过统一培训的课题组成员对观察组患者进行面对面访谈评估及健康指导。住院期间 2 次/周,每次 20~30 min;出院 3 个月内,2 次/月,每次 20~30 min;出院 4~6 个月,1 次/月,每次 20~30 min,连续干预 6 个月。具体阶段内容如下。

1.3.1 前意向阶段 入院 3~4 d,课题组成员发放脑卒中健康宣教图册,讲解脑卒中常见症状、危险因素、治疗方法、康复锻炼及自我护理等方面知识;采取列表方式对比患者发病前后的生活状态,了解患者有无行为改变的意愿以及不能实施行为改变的原因,告知正确的行为及按照正确行为实施的效果是什么,激发患者行为改变的积极性,推动其从前意向阶段向意向阶段的转变。

1.3.2 意向阶段 入院 5~6 d,课题组成员帮助患者识别自身存在的不良生活习惯,告知脑卒中复发的危险因素,让患者认识到控制危险因素及改善不良行为的益处;分别向患者及家属讲解提高自我护理能力对患者康复、预后的重要性,增强患者的自信心和治疗依从性,消除顾虑,从意向阶段过渡到准备阶段,形成行为改变的动机。

1.3.3 准备阶段 入院 7~9 d,课题组成员与患者、家属共同分析在改善行为过程中可能遇到的困难障碍、矛盾心理及应对措施,增强患者面对疾病的积极信念和行为改变意愿;帮助患者制订具体的行为改变计划,如改变生活方式、培养良好的饮食习惯、肢体功能的康复训练及学习自我护理技能等,建立健康行为周记,并制订一定的奖励措施,帮助患者从准备阶段发展到行动阶段。

1.3.4 行动阶段 出院后 3 个月内,课题组成员每月对患者随访评估和健康指导 2 次,查看健康行为周记的记录,观察有无中断、倒退现象,回顾患者在行为改变中所遇到的困难,以及克服这些困难的过程,避免行为改变的中断;当患者出现行为退步或停滞不前时,帮助患者寻找原因,同时调整干预策略,结合社会支持系统如家庭支持、同伴帮助、随访指导等方法给予帮助,减少社会环境的不良刺激,鼓励患者继续进行行为改变和学习自我护理技能。

1.3.5 维持阶段 出院后 3~6 个月,课题组成员每月对患者随访评估和健康指导 1 次,及时纠正不适宜的生活方式,对患者的行为改变和自我护理能力进行肯定,并给予一定的奖励,以增强正反馈,巩固已形成

的自我护理行为模式;询问家庭成员是否感受到患者积极变化的方面,让患者意识提高自我护理能力带来的各种益处,激励并促进患者维持现有行为,从而养成良好的生活习惯,掌握一定的自我护理技能。

1.4 观察指标 由经过统一培训的研究人员采用美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)^[9]、自我护理能力量表(ESCA)^[10],在干预前及干预后 1、3、6 个月分别评估两组患者的神经功能缺损情况和自我护理能力,比较上述量表评分在两组之间的差异。NIHSS 应用简便,是临床应用最多的脑卒中患者神经功能检查量表,医护人员可以快速、准确地评估脑卒中患者相关神经功能缺损情况,不同文化工作背景的测评者之间的重测信度差异无统计学意义($P>0.05$)^[11]。NIHSS 共包括意识(意识水平、意识水平提问、意识水平指令)、凝视、视野、面瘫、上肢运动、下肢运动、肢体共济失调、感觉、语言、构音障碍、忽视 11 个项目,总分 0~42 分,分数越高表示神经功能缺损越严重。量表 Cronbach's α 系数为 0.914。

ESCA 共包括 43 个条目,包括健康知识水平(0~76 分)、自我概念(0~28 分)、自护责任感(0~24 分)、自我护理技能(0~44 分)共 4 个维度,采用 5 分评分法,其中 11 条为反向计分,总分 172 分,分值越高表明自我护理能力越强^[12]。自我护理能力分级:≤56 分为低等自我护理能力,57~112 分为中等自我护理能力,≥113 分为高等自我护理能力。量表 Cronbach's α 系数为 0.866。

1.5 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计软件处理数据。计数资料采用百分数表示,组间比较采用 χ^2 检验;计量资料采用 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 干预前后两组患者 NIHSS 评分比较 干预前两组患者 NIHSS 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。干预 1、3、6 个月后观察组患者 NIHSS 评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 干预前后两组患者 NIHSS 评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	干预前	干预后		
			1 个月	3 个月	6 个月
对照组	60	17.13±4.17	10.42±3.85	9.20±3.74	9.03±3.66
观察组	60	17.80±4.83	10.38±3.32	7.85±3.38	5.88±3.05
<i>t</i>		0.635	2.073	3.532	6.646
<i>P</i>		0.528	0.043	0.001	<0.001

2.2 干预前后两组患者 ESCA 评分比较 干预前两组患者 ESCA 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。干预 1、3、6 个月后观察组患者 ESCA 评分高

于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 干预前后两组患者 ESCA 评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)					
组别	n	干预前	干预后		
			1 个月	3 个月	6 个月
对照组	60	97.05±39.36	103.13±41.20	105.07±41.31	99.87±42.69
观察组	60	97.27±38.46	114.57±27.19	124.93±26.21	135.78±20.96
t		-0.035	2.196	3.491	6.165
P		0.972	0.032	0.001	<0.001

3 讨 论

脑卒中的发病率逐年增高,患者在住院期间虽然可得到积极有效和科学规范的治疗护理,但其较高的致残率、致死率、复发率给家庭和社会带来了较大的负担。目前,临床治疗脑卒中的主要方法为药物治疗和康复训练,但由于患者缺乏疾病相关知识、自我护理技能较差等严重影响临床疗效,导致脑卒中后偏瘫患者存在着不同程度的自理能力下降或缺失,大大降低了患者及其家庭的生活质量。跨理论模型以社会心理学为理论基础,是综合多种理论而形成的一个系统研究个体行为改变的方法,是一个有目的的行为改变模式,能使个体的行为变化呈现一个连续性的过程,把重点集中在行为改变方面的个体决策能力,而非社会的、生物学的影响力。跨理论模型健康教育的应用主要包括两个方面:改变个体不健康行为,帮助人们培养良好的、健康的行为;个体所接受的健康教育与改变阶段相匹配,真正做到让患者持续进行行为改善。因此,跨理论模型的出现使健康行为领域有了新的发展,现已被广泛应用于多种慢性病的不良生活行为干预中,且被证明卓有成效^[13-15]。本研究采用跨理论模型健康教育对脑卒中后偏瘫患者实施干预,强调关注患者每个阶段的健康需求,采取针对性的健康教育干预措施,并应用于 5 个阶段中,鼓励患者从一个阶段过渡到下一个阶段,以促进患者的认知和行为发生根本改变。

本研究结果显示,两组患者干预前的 NIHSS 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。跨理论模型健康教育干预后,观察组患者 NIHSS 评分均低于对照组($P<0.05$),且观察组患者 NIHSS 评分随着时间变化有递减趋势,说明跨理论模型健康教育能显著改善脑卒中后偏瘫患者的神经功能缺损情况,优于常规健康教育,远期效果显著。分析原因可能为脑卒中患者的康复主要基于神经系统可塑性运动功能重组原理,跨理论模型健康教育可帮助患者充分认识脑卒中发病原因、危险因素及进行康复训练、自我护理的必要性和重要性,从认知、心理和行为等多方面进行干预,将患者所接受的健康教育内容与其行为转变的

动态过程相适应,增强患者康复的自信心,使患者从被动接受治疗、护理到主动参与康复治疗、自我护理,主动进行肢体功能的康复锻炼,有利于促进患者生理功能的康复,有助于神经功能的恢复。

同时,本研究结果显示,干预前两组患者的自我护理能力得分水平较低,且两组比较差异无统计学意义($P>0.05$)。可能因为脑卒中发生后,患者的生理功能突然出现明显的改变,机体的活动能力也受到极大的限制,给患者心理造成了巨大的负面影响,影响其主动学习健康知识和自我护理技能的意愿。干预后 1、3、6 个月后,观察组患者的自我护理能力得分显著高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。充分说明了跨理论模型健康教育能显著提高脑卒中后偏瘫患者的自我护理能力。究其原因可能为跨理论模型健康教育是在与患者建立良好护患关系的基础上应用个体化的沟通方法,鼓励患者积极参与自我护理活动,确保自我护理行为的有效性,在整个阶段性的健康教育过程中,适时评价,循环进行,一个阶段目标完成后即进入下一个阶段的健康教育,循序渐进地帮助患者掌握疾病相关知识和自我护理技能。随着跨理论模型健康教育时间的增加,观察组患者意识到提高自我护理能力的重要性,这一改变有助于患者从意识、准备阶段向行动和维持阶段的推进,对于改善患者的预后和减少患者伤残程度有着重要的临床意义。

综上所述,脑卒中后偏瘫患者的自我护理能力水平较低,运用跨理论模型健康教育的分阶段干预措施,针对患者行为所处的不同阶段,制订与之相对应的措施并对其实施干预,帮助脑卒中后偏瘫患者树立行为改变的信念,并转变为积极的健康行为,可显著改善患者神经功能缺损情况和提高自我护理能力,值得临床推广使用。

参考文献

[1] 景颖颖,万婕,沈佳雯,等.脑卒中患者疾病不确定感及自我感受负担的相关性研究[J].护理管理杂志,2017,17(5):344-346.

[2] 高宇,雷晓春,布凡.北京市社区脑卒中高危人群患病危险因素研究[J].中国全科医学,2013,16(36):4261-4264.

[3] 陈巍,林平,李玲,等.基于跨理论模型的健康教育对心力衰竭患者自我护理行为的影响[J].中华护理杂志,2013,48(4):293-296.

[4] PROCHASKA J O,DICLEMENTE C C. Stages and processes of self-change of smoking:toward an integrative model of change[J]. J Consult Clin Psychol,1983,51(3):390-395.

[5] NATHENSON P A,NATHENSON S L,DIVITO K S. Implementing the new CARF wellness standards[J]. J

- Stroke Cerebrovasc Dis, 2014, 23(5):1118-1130.
- [6] 晁素兰, 郭玉清. 基于跨理论模型的健康教育对脑卒中患者可控行为因素的影响[J]. 国际护理学杂志, 2015, 34(19):2671-2674.
- [7] 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.
- [8] 袁桂清. 中华医学会神经病学分会脑血管病学组成立[J]. 中华医学杂志, 2002, 88(16):55.
- [9] 北京神经病学学术沙龙. BNC 脑血管病临床指南[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003:245-263.
- [10] WANG H H, LAFFREY S C. 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] 王云霄, 袁俊亮, 胡文立. 常用卒中量表的研究进展[J]. 中国卒中杂志, 2016, 11(12):1072-1077.
- [12] YAMASHITA M. The exercise of self-care agency scale [J]. West J Nurs Res, 1998, 20(3):370-381.
- [13] 杨孟丽, 卢喜玲, 丁玉华. 基于跨理论模型的健康教育对社区脑卒中高危人群健康行为的影响[J]. 全科护理, 2015, 13(23):2238-2240.
- [14] EAMES S, HOFFMANN T C, PHILLIPS N E. Evaluating stroke patients' awareness of risk factors and readiness to change stroke Risk-Related behaviors in a randomized controlled trial[J]. Top Stroke Rehabil, 2014, 21(1):S52-S62.
- [15] 周善娟, 郭飞, 刘国珍, 等. 基于跨理论模型的家庭访视对人工髋关节置换术后患者髋关节功能的影响[J]. 现代临床护理, 2017, 16(9):40-43.
- (收稿日期:2019-09-12 修回日期:2019-12-29)
- 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2020.07.029

输液港脐静脉置管在危重新生儿救治中的应用效果*

李雪莲, 汪丽[△], 伍莉
陆军特色医学中心儿科, 重庆 400042

摘要:目的 探讨输液港脐静脉置管(UVC)在危重新生儿救治中的应用效果。方法 89 例危重新生儿出生后尽早行深静脉置管建立静脉通道, 将其随机分为输液港 UVC 组(29 例), 传统 UVC 组(30 例)以及中心静脉置管(PICC)组(30 例), 比较 3 组患儿置管时间、置管成功率、导管相关感染发生率、堵管率、脱管率等。结果 输液港 UVC 组的导管相关感染发生率、脱管率、堵管率显著低于传统 UVC 组和 PICC 组($P < 0.05$); 输液港 UVC 组的置管时间和置管成功率与传统 UVC 组比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 而两组置管时间和置管成功率均显著优于 PICC 组($P < 0.05$)。结论 在危重新生儿出生后早期建立静脉维持通道时, 输液港 UVC 的置管成功率较高, 置管时间较短, 导管相关感染发生率、堵管率、脱管率较低, 更具优势。

关键词: 静脉输液港; 脐静脉置管; 新生儿

中图分类号: R473.72

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2020)07-0969-03

受生育年龄、社会生活压力等多方面因素的影响, 近年来, 我国危重新生儿的出生率逐年增加, 这部分患儿常常具有病情重、变化快, 血管条件差、穿刺困难等问题, 影响救治速度, 容易继发感染等特征。而早期建立安全、稳定的静脉通道是实施救治的前提和基础, 也是成功救治的关键。

目前国内新生儿主要采用的静脉通道为外周静脉留置针和深静脉置管, 后者主要包括经外周中心静脉置管(PICC)和脐静脉置管(UVC)。对于危重新生儿, 外周静脉留置针和 PICC 穿刺难度大, 耗时长, 抢救时穿刺成功率低; 且较长的操作时间, 增加了导管相关感染(CRBIs)的发生率^[1]。因此, 早期建立更安全有效的静脉通道具有重要的意义。

输液港是一种完全植入皮下并可长期留置在体

内的静脉输液封闭装置, 感染率相对较低。有研究显示, 静脉输液港 CRBIs 的发生率仅为 1.00% ~ 3.03%, 明显低于传统 UVC (8.9% ~ 11.4%) 和 PICC (14.39%)^[2-6]。且由于其具有特殊的聚氨酯材质和远端压力出口设计, 降低了在输液过程中堵管的概率。而脐静脉置管快, 成功率高, 是新生儿早期建立静脉抢救及营养通道的较好方式。因此本研究拟将输液港和 UVC 的优势相结合, 将其应用于危重新生儿早期静脉通道的建立, 并与传统 UVC 和 PICC 的疗效、并发症和安全性等多方面进行比较, 探讨将输液港用于危重新生儿 UVC 输液的可行性。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2017 年 4 月至 2019 年 7 月本科室新生儿重症监护病房(NICU)收治的 89 例危重

* 基金项目: 重庆市科学技术委员会民生项目(cstc2018jcsx-msyb0531)。

[△] 通信作者, E-mail: liwang8771@126.com。