

## 多元化健康教育对肺结核患者的影响分析

曾丽

(泸州市人民医院 四川泸州 646000)

**【摘要】目的:** 研究对于肺结核患者采用多元化健康教育的效果。**方法:** 在2020年1月-2021年1月择取我院接诊的60例肺结核患者作为本次研究对象,按照对所有患者展开护理方式的差异将其均分为两组,将选择常规护理患者作为对照组,将采用常规护理联合多元化健康教育患者作为观察组,各30例,比较两组不良情绪评分。**结果:** 与对照组比较,观察组不良情绪评分低( $P<0.05$ )。**结论:** 在对肺结核患者采用多元化健康教育,可提升患者对肺结核疾病的认识度,提高患者护理期间配合度。

**【关键词】** 多元化健康教育; 肺结核; 护理疗效; 生活质量

**【中图分类号】** R473 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1008-0430(2021)07-0227-01

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

在2020年1月-2021年1月择取我院接诊的60例肺结核患者作为本次研究对象,按照对所有患者展开护理方式的差异将其均分为两组,将选择常规护理患者作为对照组,将采用常规护理联合多元化健康教育患者作为观察组,各30例;观察组男、女各18、12例。年龄:22~62岁,平均:(47.32±1.05)岁,病程:4~11个月,平均:(7.54±0.48)个月;对照组男、女各17、13例。年龄:22~62岁,平均:(47.35±1.02)岁,病程:4~11个月,平均:(7.51±0.42)个月。两组一般资料比较( $P>0.05$ ),具有可比性。

#### 1.2 方法

对照组选择常规护理方式,主要涉及关注患者病情,针对患者实际情况制定治疗方案,告知家属药物可能产生的不良反应,对患者进行生活指导,并且督促患者养成良好生活习惯。观察组在此基础上增加多元化健康教育,涉及护理内容如下:

(1) 疾病知识讲解:由于大多数患者对于该疾病的认识度较低,从而在患病后出现较严重的负性情绪,不愿配合治疗工作。因此医护人员需要针对患者及家属的认识度,为其制定更具针对性的健康教育方式,对于年轻且认知度高患者,则分发健康手册,播放视频,参与知识讲座等方式,提高患者对疾病的了解度;若患者属于年龄较大且认知度低,则需要与其进行面对面交流,仔细地为患者介绍肺结核产生的原因、治疗方式等,从而提高患者对疾病的认识度。(2) 服药健康教育:在患者服药前,医护人员需要为家属详细地介绍药物服用方式、次数、剂量、不良反应等,并且告知家属监督患者进行正确服药,针对不愿服药患者,则需要由家属进行督促,同时告知患者按时服药的重要性,避免对患者的治疗效果产生影响。(3) 饮食健康教育:在治疗期间,医护人员需要根据患者的实际病情、饮食喜好,为其制定针对性饮食方案,主要给予患者营养丰富、清淡类、易消化食物,在为患者提供丰富营养的同时,增强患者自身免疫力;同时由于患者代谢速度较快,因此医护人员需要给予患者大量水分,为机体补充水分。(4) 心理健康教育:由于治疗周期较长,并且服药量较多,且无法参与日常社交活动,从而给患者的心理造成极大的影响,导致患者产生焦虑、抑郁等情绪,对患者的病情恢复造成极大的影响。医护人员需要增加与患者及家属的沟通,了解患者产生不良情绪原因,为其采取针对性措施进行疏导,鼓励患者积极地参与配合,提高患者治疗依从性。

#### 1.3 效果判定

比较两组不良情绪评分,主要采用SAS和SDS焦虑与抑郁情绪量表对患者的心理状态进行评估,分数越高则说明患者心理状态越差。

#### 1.4 统计学方法

以统计学软件SPSS 22.0对资料进行分析处理,计量采用均数( $\bar{x} \pm s$ )来表示,采用t检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

### 2 结果

干预前,观察组SAS评分为(31.45±1.48)分,SDS评分为(32.44±1.08)分,对照组SAS评分为(31.50±1.50)分,SDS评分为(32.45±1.07)分,两组不良情绪评分比较差异小(SAS:  $t=0.130, P=0.897$ ; SDS:  $t=0.036, P=0.971, P>0.05$ );干预后观察组SAS评分为(18.66±0.48)分,SDS评分为(17.36±0.52)分,对照组SAS评分为(25.50±1.02)分,SDS评分为(28.71±1.12)分,观察组不良情绪评分低于对照组(SAS:  $t=33.137, P=0.000$ ; SDS:  $t=50.344, P=0.000, P<0.05$ )。

### 3 讨论

在对患者选择常规护理干预时,主要针对其病情进行介绍,为其选择针对性治疗方案,告知家属监督患者服药,但是由于大多数患者对疾病知识了解程度较低,因此易出现严重负性情绪,影响治疗效果。给予多元化健康教育则通过为患者及家属展开更细致的疾病知识讲解,提高患者及家属对疾病的认识度,增强治疗期间依从性;同时告知家属服药期间可能产生的不良反应,尽早发现尽早治疗,降低对患者身体造成的危害。除此之外,还对患者展开饮食护理与心理护理,可有效地确保患者在治疗期间营养均衡,同时减轻患者治疗期间的心理负担,提高患者治疗积极性<sup>[1-2]</sup>。除此之外,对患者密接成员展开健康教育也是非常重要的,因大部分密接者对于肺结核的知识了解度较低,未及时发现到院进行肺结核筛查,因此在感染肺结核后仍然参与集体生活中,导致更多健康者感染肺结核,加重社会负担。因此在对患者展开健康教育时,还需要对患者家属、密接者进行定期筛查,详细地介绍有关肺结核相关知识,正确地掌握防范措施,从而降低肺结核感染率;此外还可以在学校、社区等地方组织肺结核知识讲座,提高群众对肺结核的认识度。

本研究结果显示,与对照组比较,观察组不良情绪评分低( $P<0.05$ );由此可见,在对患者采用多元化健康教育后,能够让患者更加了解疾病相关知识,并且能严格按照医嘱进行服药,利于达到最佳治疗效果。

综上,对于肺结核患者采用多元化健康教育,可提高患者治疗配合度,效果显著。

### 参考文献

- [1] 陈兆霞,许巧珍.多元化健康教育对慢性乙型肝炎抗病毒治疗患者知信行水平及自我管理能力的影[ J ].医学临床研究,2019,36(1):137-139.
- [2] 王燕萍,华文贤,徐锡明.多元化健康教育对高血压脑出血术后患者健康行为改变的影响[ J ].中国健康教育,2020,36(2):175-177,185.

### 作者简介:

曾丽(1989-)女,四川自贡,大专,护士,研究方向:肺结核病人的管理。

## 健康教育在子宫肌瘤患者中的应用

顾欣 崔丽丽 (通讯作者)

(泰州市人民医院 江苏泰州 225300)

**【摘要】目的:** 分析健康教育在子宫肌瘤患者中的应用效果。**方法:** 通过2020年1月-2020年11月在本医院进行子宫肌瘤剔除的患者150名,按照随机对照分组方式对患者进行分组,分成常规组和对照组,每组有子宫肌瘤患者75名。常规组按照科室对患者的护理要求进行一般护理。对照组在常规护理的基础上对患者实施健康教育。分别对患者的掌握的健康知识及护理满意度进行评分。**结果:** 常规组患者的健康知识掌握情况评分为(78.82±5.11)分,对照组患者的健康知识掌握评分为(93.12±4.22)分,相互健康知识的掌握程度比较对照组较高,相互比较有统计学差异, $(P<0.05)$ 。患者对于科室护理人员的满意度评分比较中,常规组患者对于护理人员的满意度评分为(83.12±6.67)分,对照组患者对于科室护理人员的满意度评分为(96.11±4.55)分,对照组患者对于护理人员的满意度评分较高,相互满意度评分比较有差异( $P<0.05$ )。**结论:** 通过对子宫肌瘤手术患者实施健康教育,改善了患者对于疾病的认知情况,促进了患者后期的康复。

**【关键词】** 健康教育; 子宫肌瘤

**【中图分类号】** R473 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1008-0430(2021)07-0227-02

子宫肌瘤是一种好发于女性患者中的良性肌瘤,主要的临床表现是阴道流血等,对于患者的身体健康造成一定的影响<sup>[1-2]</sup>。目前常规采用手术的方式对患者的子宫肌瘤进行切除,但是由于患者对于疾病相关知识缺乏,导致患者在住院期间出现焦虑等负面情绪,影响手术的进行。为了更好的配合手术医生完成手术,我们对2020年1月-2020年11月在本医院进行子宫肌瘤剔除的患者实施健康教育,取得了良好效果,现进行汇报:

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选择2020年1月-2020年11月在本院进行子宫肌瘤剔除的患者150名,按照随机对照双盲的实验分组。患者的纳入标准符合子宫肌瘤的诊断标准。排除标准:患者无法进行沟通,有精神类疾病的既往历史。常规组患者身高150-170cm,体重45-70kg,年龄18-45岁。对照组患者身高150-170cm,体重45-70kg,年龄18-45岁。患者的身高、体重、年龄等一般基本资料无统计学差异。

#### 1.2 方法

常规组按照一般的护理流程对患者进行护理。对照组在常规护理的基础上对患者进行了健康教育,具体护理方式如下:巡回护士根据手术安排,术前一日对进行子宫肌瘤的患者进行访视,访视的过程中对患者进行子宫肌瘤相关知识的普及,要根据不同患者的需求进行分层次的解答问题。对于患者比较在意的后期怀孕等问题要及时的进行沟通取得患者的认同。引导患者如何去对子宫肌瘤的相关健康知识进行查询,使得患者对于一般的知识能够自己掌握。术前注意和患者进行沟通,进行健康教育相关的内容进行一些提问,使得患者能够转移注意力,这样减少术前的焦虑抑郁。术后3天内对患者进行再次回访,了解患者伤口的恢复情况,及患者对健康教育内容的实施情况进行考评。术后3个月内对患者进行电话回访,了解患者出院的身体恢复情况<sup>[3]</sup>。

#### 1.3 统计学方法

采用SPSS 22.0统计学软件进行数据分析,计量资料以均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,

比较t检验;计数资料以率(%)表示,比较 $\chi^2$ 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

### 2 结果

常规组患者的健康知识掌握情况评分为(78.82±5.11)分,对照组患者的健康知识掌握评分为(93.12±4.22)分,相互健康知识的掌握程度比较对照组较高,相互比较有统计学差异, $(P<0.05)$ 。患者对于科室护理人员的满意度评分比较中,常规组患者对于护理人员的满意度评分为(83.12±6.67)分,对照组患者对于科室护理人员的满意度评分为(96.11±4.55)分,对照组患者对于护理人员的满意度评分较高,相互满意度评分比较有差异( $P<0.05$ ),见表1。

组别	人数	健康知识评分	护理满意度
常规组	75	78.82±5.11	83.12±6.67
对照组	75	93.12±4.22	96.11±4.55
P	/	P<0.05	P<0.05

### 3 讨论

子宫肌瘤是一种良性的疾病,但是临床表现对于患者的生活质量产生了重要影响,必须对患者进行有效的治疗<sup>[4-5]</sup>。但是在和患者的交流中,患者对于自身隐私考虑对于疾病相关情况不能如实陈述,对于疾病的治疗及护理造成影响。患者由于缺乏相关的健康教育相关理论,所以治疗中如意出现各种负面反应。

在本次的健康教育实验中:常规组患者的健康知识掌握情况评分为(78.82±5.11)分,对照组患者的健康知识掌握评分为(93.12±4.22)分,相互健康知识的掌握程度比较对照组较高,相互比较有统计学差异, $(P<0.05)$ 。患者对于科室护理人员的满意度评分比较中,常规组患者对于护理人员的满意度评分为(83.12±6.67)分,对照组患者对于科室护理人员的满意度评分为(96.11±4.55)分,对照组患者对于护理人员的满意度评分较高,相互满意

度评分比较有差异 (P<0.05)。说明通过护理人员对患者进行健康教育, 患者能够保持一个良好的心态去完成住院期间的各种治疗及护理。

综上所述, 对子宫肌瘤患者实施健康教育, 患者对于健康相关知识的掌握程度提升, 护理满意度提升, 促进了护患和谐, 促进了患者康复。

参考文献

[1] 崔冀芳. 术前心理健康教育对子宫肌瘤年轻患者的心理应激反应的影响[J]. 中国健康心理学杂志, 2018, 26(6): 888-891.

[2] 刘冰, 李咏, 段爱红, 等. 医护协同健康教育模式在有生育需求子宫肌瘤剔除术患者管理中的应用[J]. 北京医学, 2016, 38(11): 1235-1237.
[3] 贾晓燕, 王怡. 强化健康教育对子宫肌瘤患者围术期认知水平及生活质量的影响[J]. 中国妇幼保健, 2020, 35(8): 1374-1377.
[4] 朱红艳, 闫娟娟, 毛新敬. 乌鲁木齐市少数民族子宫肌瘤认知度及医院-社区联盟健康教育团队构建[J]. 生殖医学杂志, 2020, 29(3): 369-373.
[5] 殷佳丽. 对接受腹腔镜子宫肌瘤剔除术的患者进行临床路径护理的效果探究[J]. 当代医药论丛, 2019, 17(18): 252-253.

医院—社区延续性健康教育对精神病患者的重要性及实施难点分析

牛少辉

(安徽医科大学附属巢湖医院 安徽合肥 238000)

【摘要】精神疾病是一个治疗过程漫长, 而又容易反复发作的疾病。患者往往在医院治疗一段时间后, 都会回到正常社会中, 所以患者在社区的管理也尤为重要。本文将论述精神病患者住院治疗从医院到社区如何开展延续性健康教育, 并将实施难点进行综合分析

【关键词】精神疾病; 健康教育; 社区
【中图分类号】R197 【文献标识码】A 【文章编号】1008-0430 (2021) 07-0228-01

1 重要性

1.1 随着国家落实分级诊疗制度<sup>[1]</sup>, “小病进社区, 大病急病进医院, 康复进社区”这种新型模式逐渐被广大群众接受, 延续性健康教育主要以患者为中心, 强调从医院到社区的健康教育衔接。精神疾病患者即使出院后, 依然需要继续服用药物以促使其康复, 但由于症状的改善及家属的疏忽, 致使患者因漏服或服药依从性降低而不服药, 使病情反复发作。因此, 来自社区医护人员的延续性健康教育就显得尤为重要, 患者从医院回到家后, 由于身心的放松和管理上的松懈, 使得在医院养成的按时服药习惯慢慢淡忘消失, 而社区医务人员此时就可以代替医院履行职能, 催促其遵照医嘱, 按时按剂量服药, 增强患者及家属对疾病的治疗意识。

1.2 延续性健康教育利于提升患者的疾病认知, 告知患者及家属疾病的后续管理, 进行专业性的指导, 对维持治疗效果尤为重要。护理人员应定期与患者家属联系, 并将近期患者所遇到的问题整理成册, 再一一为患者解惑, 提升其对抗疾病的信心。还可定期举行心理讲座, 对患者进行心理指导, 端正治疗态度, 提高自身管理能力。对于患者家属, 医护人员应该促使其多陪伴病人, 防止一个人在家胡思乱想, 致使病情加重, 亦可保障病人的安全。

1.3 社区护理人员可以采用情景剧的方式, 传授患者沟通交流技巧, 学会怎样沟通能使他人愉悦, 建立自己的社交圈子, 走出心理困境。患者家属平时亦可作为传教老师, 如出门购物, 走亲访友, 积极向上的活动, 都可以带着患者亲身言教。鼓励患者找到自己的兴趣点, 激发对生活的向往, 有助于早日融入社会, 摆脱病耻。

1.4 精神疾病发作往往是有征兆的<sup>[2]</sup>, 而延续性健康教育因为与患者及家属建立了密切的往来, 社区医护人员对患者的病情及进展都非常了解, 一旦患者有征兆或者发病, 便可以早发现, 早就医, 减少精神病复发时意外的发生。另外社区人员应嘱咐家属, 对患者做好心理疏导, 教导家属对患者的精神状态进行评估, 如发现患者情绪不稳定, 家属应立即收起家中危险物品, 防止意外发生。

2 实施延续性健康教育难点

2.1 患者从医院-社区的态度转变

因环境的不同, 患者在医院和社区时的治疗态度可能完全不同。在医院时病房中, 除了医师及护理人员, 接触的的人群也都是同类病症者, 医护人员也会因为病情而同化自己, 迁就患者, 更加容易接受自己患病的心态。而社区在患者看来便是一个小型的社会, 因为缺少对疾病的认知, 便会害怕他人发现自己病人的身份, 恐遭受人异样的眼光, 进而怀疑自己, 丧失自信。另一方面, 精神疾病在部分人群的不正确认知中的确处于“异类”<sup>[3]</sup>。这就可能导致患者情绪发生变化, 病情加重。在许多确诊病例中, 明明已经得了病, 却因害怕世俗眼光而害怕就医, 最终导致病情恶化。

2.2 社区缺乏针对性科室

社区医院相较于常规医院而言, 一般规模较小, 虽有多科室, 但多为日常常见病的针对护理, 专门服务精神疾病的科室较少。且基层服务人员居多, 缺乏专业人才。延续性健康教育的质量得不到保障, 无法对从医院回到家庭的患者进行有效的管理治疗, 缺乏专业知识, 不利于患者的康复。

2.3 社区难以完善患者需求

患者从患病到康复, 往往是一个漫长的过程。在这其中, 患者的居住环境, 日常行文, 甚至婚嫁生育等各方面都需要专业人员及家属的配合完成, 以满足患者个体化的方方面面,

需要耗费大量专业性的人力, 以追求健康服务的质量。

3 延续性教育的方向

3.1 加大宣传力度

无论是医院或是地方, 都应该加大力度普及精神病的相关知识。使民众能正确看待精神病, 不带有“有色眼镜”看待精神病患者。也可以对自己的精神进行评估, 预防于未来, 不因世俗眼光而拒诊, 达到早就医, 早治疗。

3.2 正视社区人才队伍的培养

在医院, 专科护士和实习生可参与日常的健康教育工作, 在医师的指导下累计经验。定期对科内人员展开培训, 全面的掌握专业技能。而社区因为人员较少的原因, 可以向三级精神科医院或者精神科室申请帮扶, 组建专业人才团队进入社区实习, 定期开展培训, 不仅缓解人手的困难, 也让实习生学习到了经验。

3.3 制定标准化的精神病健康教育方针

组建由医院到社区的专业团队, 两方精密合作。预设结构化的健康管理教育方案, 设有完善的疾病评估及管理团队, 甚至可以通过网络搭建跨区域健康教育平台, 方便经验交流

3.4 医院-社区健康教育的双向衔接

“医联”<sup>[4]</sup>可以帮助社区从大数据方面获得所辖范围内患者的详细数据, 对即将到来社区的病人可以提前了解, 方便把控。对每个到达辖区的病室建立电子档案, 实时上传。构建远程会诊平台, 便于延续性教育的开展。而社区对患者延续性多元化的管理方式, 亦能配合家属实现心理教育, 认知训练, 紧急干预等康复手段。使得患者复发的几率减小, 有其特别的优势。

4 总结

对于精神病患者来说, 身体的痛楚可以说忽略不计, 早日走出医院, 回归正常生活才是他们所期盼的。而医院-社区延续性健康教育就极适用于精神病患者, 与家属的配合, 可以降低疾病复发的概率, 且对患者安全也有相当的保障。增强患者自我管理意识, 树立起对战胜病魔的决心。帮助其融入社会, 接受自我及他人认可。

但因为社区人才的缺失, 护理工作繁杂, 仍使得社区延续性健康管理工作难以开展。且管理较为分散, 未制定有针对性的专人护理方针等方面问题。因此, 重视人才的培养, 完善奖励机制, 实现信息共享, 在医院, 社区, 家庭三方配合下, 为精神病患者提供标准化的健康教育护理。

参考文献

[1] 高叶青. 重症精神病患者社区延续性康复管理模式的探讨[J]. 中国农村卫生事业管理, 2013, 33(09): 986-987.
[2] 高叶青, 王洁. 延续性护理对社区重症精神病患者稳定期生活质量的影响[J]. 解放军护理杂志, 2016, 33(12): 69-70+76.
[3] 高叶青, 王洁. 延续性护理对社区重症精神病患者稳定期生活质量的影响[J]. 解放军护理杂志, 2016, 33(12): 69-70+76.
[4] 王超, 韩芳, 黎丽燕. 延续性护理在精神科的应用现状与进展[J]. 齐鲁护理杂志, 2018, 24(01): 100-103.

WPBA 评价工具在临床护理实习教学中的运用

伍姗姗 万群 (通讯作者)

(四川大学华西第二医院护理部/出生缺陷与相关妇女儿童疾病教育部重点实验室 四川成都 610041)

【摘要】本文主要介绍了基于场所的评估模式的相关背景以及三种 WPBA 评价工具的临床实践运用探索经验分享。

【关键词】WPBA、mini-CEX、DopS、CbD
【中图分类号】R473 【文献标识码】A 【文章编号】1008-0430 (2021) 07-0228-02

当今, 临床护理教学的目标是为社会培养集临床、科研、教学、管理为一体的综合性护理人才。科学、客观的评价方法同时能够反映教师的教学水平和学生的学习能力, 为教学工作的整体评价提供事实依据。20 世纪 80 年代开始教育理论的发展开始进入第四代评价阶段, 评价是评价者与评价对象双方交互作用、共同构建统一观点的过程。未适应当今护理教育发展的需求, 我院于 2016 年引进了全新的考核评价模式——基于工作场所的评估(WPBA), 2017 年起我科沿用至今。

基于工作场所的评价 WPBA (Workplace based assessment) 是一种以工作场所为, 评价住院医师实际执业能力的评价模式。主要包括: 迷你临床演练 (mini-CEX)、操作技能直接观察评量 (DOPS)、个案为基础的讨论 (CbD)。传统的考核模式, 一次定结论多、多次综合评价少, WPBA 评价模式的原理, 来源于米勒临床能力标准化金字塔模型, 能够准确的、多维度反映学生的学习状况, 并能激励学生在学习上作出进一步努力, 最终达到米勒能力金字塔顶端实际应用要求能力。现将 WPBA 评价模式的三种考核方法介绍如下:

1 mini-CEX 是由美国内科医学学会发展设计的临床能力评估工具

在美、英等国广泛运用, 我科主要运用于评估护生临床能力。考核步骤如下: 1. 教师、学生、患者准备; 2. 学员填写考核表基本信息; 3. 学员在教师观察下执行诊疗工作, 观察 15

分钟; 4. 教师评分、反馈、记录 5 分钟。评价内容涉及护理程序各步骤 7 条目: 1. 问诊技巧: 确认患者身份、自我介绍、鼓励患者陈述病史、适当的提问引导以获得正确而足够的信息、对患者的情绪及肢体语言有适当回应; 2. 体格检查: 做好手卫生、告知患者检查目的及范围、注意检查场所及私密性、根据病情进行全面而有重点的检查、正确操作及设施步骤、适当且谨慎处理患者不适; 3. 临床判断: 能归纳病史及体检资料、能判读相关检查结果、具有鉴别诊断和临床判断能力、能判读护理措施的益处和风险; 4. 咨询宣教: 运用恰当的护理指导策略及教材, 提供患者及家属个性化的健康教育及谘商; 5. 专业素养: 具有人文关怀意识、建立护患良好关系相互信赖、保护患者隐私; 6. 组织效能: 诊疗过程具有系统性、逻辑性、能按合理顺序处理; 7. 整体表现: 对本次护理活动的总体评价, 注意确保患者安全体现临床良好临床知识和技能。mini-CEX 采用 9 级评分: 1-3 级未达要求、4-6 及符合要求、7-9 级表现优秀。mini-CEX 反馈要在安静私密的环境中进行, 首先征询学员自我评价, 采用“三明治”方法反馈, 使用描述性而非批判性语言, 建议正确的做法, 而不仅仅是强调错误之处。完成反馈一定要了解学习是否理解教师给予的反馈信息, 往往大部分反馈需要后续追踪。

2 DopS 操作技能评估由英国皇家内科医师协会设计

DOPS 与 mini-CEX 同属于医院互动的直接观察, 可取代或与 mini-CEX 并行, 我科主要用