

doi:10.3969/j.issn.1000-9760.2014.03.016

系统强化健康教育对支气管哮喘患者生活质量的影响

周彩兰 耿爱香

(天津市宝坻区钰华医院;天津市宝坻区人民医院,天津 301800)

摘要 **目的** 探讨系统强化健康教育对支气管哮喘患者生活质量的影响。**方法** 选取 2013 年 3 月至 2013 年 8 月在我院治疗管理的支气管哮喘患者 150 例,随机分为对照组和观察组各 75 例,对照组病人采用在就诊、检查、取药时给予疾病有关知识、发放健康教育资料、演示行为操作技术等普通教育方式,观察组在普通教育方式基础上给予系统强化健康教育。通过患者的一般资料和病情严重程度分级的比较,观察两组护理效果。**结果** 观察组经过 6 个月系统强化健康教育,其生活质量测评结果优于对照组($P < 0.05$);肺功能检查各项结果均优于对照组($P < 0.05$)。**结论** 对支气管哮喘患者实施系统强化健康教育能显著改善支气管哮喘患者的生活质量和肺功能。

关键词 健康教育;支气管哮喘;生活质量

中图分类号:R562.25 **文献标识码**:B **文章编号**:1000-9760(2014)06-199-03

目前支气管哮喘尚不能根治,但通过有效的管理,可以有效地控制哮喘的发作,患者可以从事日常生活与工作。支气管哮喘的控制需要长期规范的阶梯式治疗^[1],病情加重时住院治疗,病情得到控制以后可以遵医嘱在家治疗。家庭是患者出院后长时间康复生活的主要场所,所以患者出院后建立医患之间的合作关系,使患者及家属对哮喘治疗的长期性有一个正确、全面的认识,增强遵医行为,坚持治疗,可以有效减少门诊就诊次数,降低再住院率,同时也能减轻经济负担,提高生活质量^[2]。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选择 2013 年 3 月至 2013 年 8 月中度非急性发作期门诊支气管哮喘患者 150 例,符合中华医学会呼吸病学分会支气管哮喘诊断和非急性发作期分级标准^[3],且符合以下条件:1)同意接受试验;2)年龄 > 18 岁;3)小学或小学以上文化程度;4)无智力障碍;5)无认知障碍;6)近期无负性生活事件。排除标准:1)急性发作期哮喘患者;2)观察期间因急性加重需住院治疗患者;3)未按研究方案完成者;4)合并甲状腺疾病及其他内分泌疾病;5)合并其他心、肝、肾等严重慢性疾病;6)合并恶性肿瘤;7)妊娠或哺乳者。

采用随机数字法随机分为对照组和观察组各 75 例。两组对象在性别、年龄、病程、病情严重程度分级差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比

性,结果见表 1。

1.2 方法

1.2.1 基线调查 所有患者于试验前进行一般情况调查和生活质量测评,同时进行肺功能检查。生活质量测评应用李凡等^[4]设计的“支气管哮喘生存质量评估表”(AQLQ)。肺功能检查应用美国产 SensorMedics2100 自动肺功能测定仪,测定第 1 秒用力呼气容积(FEV1);峰值呼气流速(PEF);FEV1 和 PEF 各占预计值的百分比(FEV1%pre 和 PEF%pre)。

1.2.2 健康教育内容 对照组采用普通教育方式,病人在就诊、检查、取药时给予疾病有关知识、发放健康教育资料、演示行为操作技术等指导;观察组给予系统强化健康教育,具体内容为:结合病人知识结构层次,对于本科及以上文化水平者,先告知了解和掌握疾病知识对控制哮喘反复发作或加重的重要性,然后发给包括调查问卷在内的健康教育资料,推荐相关书籍,以自学为主,对于不明白之处及时给予耐心解答或一起讨论;每次复查均演示行为操作技术,包括定量雾化吸入器(metered dose inhaler,MDI)、峰流速仪的正确使用、呼吸肌功能锻炼的要点等。对于高中及以下文化水平者,采取由责任护士、患者、家属共同参与的一对一的疾病知识讲解、行为演示和咨询,每次 30 min,每日 1 次,分次进行,直至掌握,并发放有关哮喘的健康教育资料。成立哮喘之家,不分文化程度均定期(每月 1 次)举办哮喘专题讲座,观看哮喘的管理与

预防录像,举行哮喘防治经验交流会;开通热线咨询及专家门诊咨询;个别指导与交流每周1次复查时进行;家庭随访与电话随访每月1次;考试每月1次,反复强化教育,直至患者掌握预防哮喘反复发作知识,能处理轻症哮喘发作,掌握各种行为操作技术。

1.2.3 健康教育效果调查 6个月以后再进行生活质量测评和肺功能检查,比较两组现在生活质量和肺功能各项指标的差异性。

1.3 统计学方法

采用 SPSS 15.0 软件包进行数据结果处理。

2 结果

2.1 两组患者一般资料比较

见表 1。

2.2 两组患者生活质量测评比较

见表 2。

2.3 两组患者肺功能检查比较

见表 3。

表 1 两组患者一般资料比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	年龄(岁)	性别(n)		哮喘病程(a)	病情严重程度分级(n)			
			男	女		第 1 级	第 2 级	第 3 级	第 4 级
观察组	75	27.09±19.15	44	31	6.95±1.99	18	27	25	5
对照组	75	22.97±20.27	46	29	6.68±1.78	15	28	26	6
u/χ^2		1.28	0.111		0.88	0.401			
P		>0.05	>0.05		>0.05	>0.05			

表 2 两组患者生活质量测评比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	活动受限	哮喘症状	心理功能状况	对刺激原的反应	对自己健康的关心
观察组	75	66.8±8.55	49.4±7.79	27.7±7.65	27.3±8.62	22.4±7.45
对照组	75	57.6±8.43	42.3±8.02	22.8±7.55	21.9±7.98	19.9±7.62
u		6.64	5.50	3.95	3.98	2.03
P		<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.05

表 3 两组患者肺功能检查比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	FEV1(L)	PEF(L/min)	FEV1%pre(%)	PEF%pre(%)
观察组	75	1.82±0.586	443.5±80.1	77.6±17.6	78.7±16.3
对照组	75	1.56±0.643	414.3±91.2	70.7±18.9	72.9±19.2
u		2.59	2.08	2.32	1.99
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

支气管哮喘是一种反复发作的慢性疾病,其发作难以预料,常起病急,病情变化快,可在几分钟内突然发作气促、喘息、咳嗽、胸闷、呼吸困难等症状,其程度轻重不一,严重的甚至危及生命。随着近几年哮喘病发病率、死亡率的不断增高,对哮喘患者的生活质量的关注和研究凸显其重要意义^[5]。

有人认为,对哮喘的防治应当从控制哮喘急性

发作转移到预防哮喘发作,保持病人长期相对稳定,以提高生活质量^[6]。而目前,国内健康教育的研究主要集中在哮喘发作期的住院患者的用药、心理指导,对哮喘患者做到早期诊断、长期规范治疗、减少发作次数、减缓疾病进展、保证哮喘患者正常生活、心理健康等方面还存在很大的欠缺。所以,探讨系统强化健康教育对哮喘患者生活质量的提高意义重大。健康教育是一项投资少、产出高、效益大的保健措施,易于实施。某些研究结果^[7]说明,对慢性病病人必须通过有组 (下转第 203 页)

解镇痛效果,及时处理药物不良反应,提高患者生活质量。2)镇痛效果降低、不良反应增加或出现其它不适状况时,由回访小组医生连续回访,给予调整药量或指导对症处理。3)护士的鼓励能增强患者服药的信心,为患者提供专业的心理护理。消除患者的焦虑和对阿片类药物的误解,并敦促患者积极参与癌症疼痛的管理^[7]。4)与患者家属沟通,取得支持,督促患者按时按量服药;指导其门诊开取麻醉药品的方法。患者获得更好的社会、家庭支持,感觉身边有专业的保健医生。而常规出院回访多数流于形式,目的是为了完成工作任务。

电话回访式健康教育实际推广仍存在一些困难。我们的解决方法如下:1)电话回访式健康教育每周 2 次,平均通话时间 10min,而常规回访每周 1 次,每次平均 5min,观察组每周花费的时间是对照组的 4 倍。癌痛回访小组护士由责任护士兼职,工作量较大,绩效考核时适当给予经济补偿或排班时给予补休,以提高护士的积极性。2)回访时患者经常提到抗肿瘤治疗、化验检查、住院治疗等问题,此项工作需获得科主任及医疗团队的支持。3)患者及家属文化差异及信息接受能力差异较大,护士回访需要较强的沟通能力和极大的耐心,时间长了会有工作疲惫感。建议癌痛回访小组成员每 3 个月更换 1 次。

电话回访式健康教育是当前健康教育的一种新形式,它是利用信息化工具,能及时在护士与患者及其家庭成员间建立有目的地互动^[8],是住院病人教育的延续,将服务延伸到家庭,使病人在生活、

(上接第 200 页)织、有计划、系统的健康教育,才能取得更好的效果,达到健康教育的目的。系统强化健康教育,能够从整体上实现哮喘患者的早期诊断、长期规范治疗、减少发作次数、减缓疾病进展、保证哮喘患者正常生活、心理健康等,改善病人的生活质量和肺功能。从表 3 可以看出,教育后两组患者生活质量测评各项指标差异均有统计学意义,观察组明显优于对照组,均 $P < 0.05$ 。表 4 显示,两组患者肺功能各项指标差异有统计学意义($P < 0.05$)。由此可见,系统强化健康教育改善哮喘患者生活质量和肺功能。

参考文献:

[1] 何海燕,何娇. 出院电话随访式健康教育在支气管哮喘患者

心理、社会等方面得到全面护理,对延缓病情发展、预防并发症、减少住院时间、减轻经济负担、提高生活质量起到了促进作用^[9]。对院外癌痛患者通过电话回访式健康教育,指导患者及家属应对服用阿片类药物出现的不良反应,大大提高了患者服药的依从性、疼痛缓解的有效率和癌痛治疗的满意度,同时提高了患者的生活质量。

参考文献:

[1] 马双莲,丁玥. 临床肿瘤护理学[M]. 北京:北京大学医学出版社,2003:96.
 [2] 诸海燕,赵建国,罗慧群. 院外延续管理在癌痛患者镇痛治疗中的应用[J]. 医院管理论坛,2013,30(8):60-61.
 [3] 诸海燕,刘秋霞,赵建国,等. 双向随访对中重度癌痛患者的影响[J]. 护理学杂志,2013,28(19):19-20.
 [4] 谢瑰. 癌症晚期的疼痛治疗[J]. 中国医药指南,2012,10(2):173-174.
 [5] 杨建美,徐会英. 护理干预在阿片类药物致便秘患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2013,19(15):24-25.
 [6] 钟金霞,陈小琼,李雁玲,等. 影响癌痛疼痛治疗依从性的原因分析及护理对策[J]. 护理实践与研究,2009,6(5):20-22.
 [7] Ferrell BR, Juarez G. Cancer pain education for patients and the public[J]. J Pain Symptom Manage, 2002, 23(4): 329-336.
 [8] 陆燕琼,陈秀云,杨月彩,等. 电话回访式健康教育对大肠癌患者院外依从性的影响[J]. 齐齐哈尔医学院学报,2012,2:245-245.
 [9] 唐金凤,杨晓梅. 出院电话回访式健康教育在慢性阻塞性肺疾病患者中的作用[J]. 中国实用护理杂志 2008,24(11):41-45.

(收稿日期 2014-04-15)

中的应用[J]. 现代医药卫生,2013,29(8):1132-1133,1135.
 [2] 李国宁,王国军,冯保廷. 健康教育对成人支气管哮喘患者吸入治疗依从性的影响[J]. 宁夏医科大学学报,2013,35(2):204-206.
 [3] 中华医学会呼吸病学会哮喘组. 支气管哮喘防治指南[J]. 中华结核和呼吸杂志,1997,20(5):261-267.
 [4] 李凡,蔡映云. 支气管哮喘生存质量评估表的制定、评估和临床应用[J]. 现代康复,2001,5(2):18-19.
 [5] 李艳芳,胡晓华. 支气管哮喘 47 例健康教育[J]. 齐鲁护理杂志,2011,17(16):113-114.
 [6] 何权瀛. 开展哮喘的系统教育与长期管理[J]. 中国慢性病控制与预防,1997,5(2):81.
 [7] 杨秀芳,陈桂香. 护理干预模式在支气管哮喘患者中的应用及效果观察[J]. 齐鲁护理杂志,2013,19(13):7-9.

(收稿日期 2014-04-11)