

·全科护理·

溃疡性结肠炎患者全程健康教育模式干预效果分析

余佳

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)是一种病因未明的结肠、直肠慢性非特异性的炎症性疾病,其病变多发生于乙状结肠与直肠,也可以延伸至降结肠,甚至全结肠。UC多发生于中青年,其症状表现为血性腹泻、腹痛、身体疲乏、体重减轻等,并发症多,病程较为漫长,容易反复发作和迁延不愈^[1],需要长期药物治疗。在治疗过程中,患者的心理状态、生活方式、遵医行为、感染因素等对UC的治疗效果起到重要作用^[2],因此,本次研究对64例UC患者进行全程健康教育,探讨全程健康教育干预对患者的自护能力、健康行为等方面的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2017年6月至2018年5月在恩泽医院消化内科收治的128例UC患者作为研究对象,其中男性80例、女性48例;年龄18~59岁,平均(41.11±6.97)岁;文化程度:高中及以下66例,大专及以上62例;病程1~8年,平均(3.42±1.47)年。纳入标准:①经结肠镜检查再行活检确诊为UC;②UC疾病的活动性严重程度处于轻度或中度。排除标准:①合并肿瘤、感染、肝硬化、血液疾病等重大疾病;②克罗恩病、未定型的结肠炎、伴有肠梗阻或穿孔的严重并发症;③有精神病史、认知功能障碍;④不能够密切配合干预和随访调查。本研究得到医院伦理委员会的审批,所有患者均知情同意。采用随机数字表法将患者分为对照组和观察组,各64例。两组患者的性别、年龄、文化程度、病程见表1,两组一般资料比较,差异均无统计学意义(P 均>0.05)。

1.2 方法 对照组住院期间给予常规健康教育,发放健康教育手册。出院后进行电话随访,每2周进

表1 两组患者的一般资料比较

组别	性别 (男/女)	年龄/岁	高中及 以下	大专 及以上	病程/年
观察组	41/23	40.82 ± 6.43	31	33	3.29 ± 1.24
对照组	39/25	41.39 ± 7.50	35	29	3.54 ± 1.70

行1次,持续6个月。观察组在对照组基础上,给予全程健康教育模式干预措施:①成立UC健康管理小组:由病区护士长、主管护师2人、护师4人、副主任医师1人组成;小组成员均经过UC慢病管理和健康教育的综合培训。②制定并实施健康教育计划:由UC管理小组对患者的病情、症状体征、并发症、营养状况、心理状况、经济水平等进行综合评估,制定出患者的用药计划、护理计划、饮食计划、心理指导、灌肠教育、自护能力培养和考核计划、延续性健康教育计划等,并在院内和院外实施健康教育计划。③提高患者的自护能力:进行动机性访谈,找出患者疾病康复的主要问题,与患者及其家属共同分析和探讨,制定出自我管理的阶段性计划和目标,自我管理内容包括遵医行为、自我监测、饮食控制、运动锻炼、健康心理、定期复查等,在住院期间进行自护能力培养,并且通过考核后方可出院。④延续性健康教育:患者出院前加入“UC之家”微信公众号和微信交流群,每个星期定期在公众号上推送通俗易懂的文字、图片、视频等健康教育内容,并且进行1~2次微信群互动交流,收集问题并及时反馈。

1.3 评价指标 分别于干预前、出院6个月后对患者进行评估。①自护能力评估:采用自我护理能力测定量表^[3],分值越高表示自我护理能力越好。②健康行为评估:包括遵医行为率、自我监测率、饮食控制率、运动锻炼率及健康心理率等健康行为进行评估。

1.4 统计学方法 应用SPSS 18.0进行数据处理。计量资料采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采

DOI:10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2019.04.033

课题项目:浙江省医药卫生科技计划项目(2016KYA191)

作者单位:318000 浙江台州,台州恩泽医疗中心(集团)恩泽医院消化内科

用 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验。设 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组自护能力得分比较见表2

表2 两组患者的自护能力得分比较/分

组别		健康知识水平	自我概念	自我护理责任感	自我护理技能
观察组	干预前	33.45 ± 5.08	22.44 ± 4.51	19.46 ± 4.08	26.64 ± 4.27
	干预后	43.17 ± 6.73	28.30 ± 5.36	26.39 ± 5.25	37.26 ± 5.85
	差值	9.72 ± 3.96*	5.86 ± 2.47*	7.03 ± 2.88*	10.62 ± 3.54*
对照组	干预前	32.69 ± 4.84	22.05 ± 4.28	18.74 ± 3.93	27.35 ± 3.69
	干预后	36.84 ± 5.92	24.58 ± 4.15	21.65 ± 4.79	30.72 ± 4.51
	差值	4.15 ± 2.67	2.53 ± 1.09	2.91 ± 1.32	3.37 ± 1.76

注: *: 与对照组差值比较, $P < 0.05$ 。

由表2可见,干预前后观察组的自护能力4个维度得分提高程度明显大于对照组(t 分别=9.33、

9.87、10.40、14.67, P 均 < 0.05)。

2.2 两组健康行为比较见表3

表3 两组患者的健康行为比较/例(%)

组别		遵医行为	自我监测	饮食控制	运动锻炼	健康心理
观察组	干预前	36(56.25)	13(20.31)	31(48.44)	29(45.31)	39(60.94)
	干预后	58(90.63)*	54(84.38)*	53(82.81)*	51(79.69)*	57(89.06)*
对照组	干预前	34(53.13)	15(23.44)	28(43.75)	30(46.88)	35(54.69)
	干预后	45(70.31)	42(65.63)	39(60.94)	37(57.81)	46(71.88)

注: *: 与对照组干预后比较, $P < 0.05$ 。

由表3可见,干预前,两组的遵医行为率、自我监测率、饮食控制率、运动锻炼率及健康心理率等比较,差异无统计学意义(χ^2 分别=0.13、0.18、0.28、0.03、0.51, P 均 > 0.05);干预后,观察组的遵医行为率、自我监测率、饮食控制率、运动锻炼率及健康心理率均大于对照组(χ^2 分别=8.40、6.00、7.58、7.13、6.02, P 均 < 0.05)。

3 讨论

自护能力是慢性病患者为了维持生命、健康、舒适而进行的自我照顾活动,包括治疗性的自我护理及自我护理能力,其职能涵盖维持健康、预防疾病、自我诊断、自我用药和治疗、参加康复工作等^[4]。本研究显示,观察组通过全程健康教育干预后,其自护能力(健康知识水平、自我概念、自我护理责任感及自我护理技能)水平均明显好于对照组($P < 0.05$),这说明全程健康教育干预可以提高UC患者的自护能力。本研究将患者的自护能力培养放在院内,通过制定详细的自护能力培养方案,并对患者进行考核,有助于患者及时掌握自护能力技能,以便患者在出院后的长期康复过程中能够应用这些自护技能。本研究还显示,观察组干预后的健康

行为率(遵医行为、自我监测、饮食控制、运动锻炼及健康心理)均明显好于对照组($P < 0.05$),这与黄海东^[5]报道健康教育干预可提高患者的自我管理能力和行为等结果相近。通过自护能力的培养,再加上院外的延续性健康教育干预,使得患者掌握了自护技能,出院后仍有医护人员的监督,使得患者的健康行为率明显地提高,为改善治疗效果提供了依据。

本次研究在全程健康教育的过程中,及时关注患者的负性情绪,并给予心理指导,舒缓患者的情绪,并教会他们如何处理治疗过程中所面临的各种问题,提高他们对疾病治疗的信心和积极性;出院后,通过微信群互动交流,了解患者的各种心理问题,并且及时进行反馈,解决了患者的各种困惑,提高了治疗依从性和健康行为率,从而为改善临床治疗效果和预后生活质量提供了基础。

参考文献

- 1 刘坤, 于晏, 王英杰, 等. 协同护理模式对溃疡性结肠炎患者生活质量和住院次数的影响[J]. 护理管理杂志, 2016, 16(1): 50-52.

- 2 侯冬娇, 林红, 毛玲红. 溃疡性结肠炎患者实施自我管理健康教育干预效果分析[J]. 中国农村卫生事业管理, 2018, 38(9): 1206-1208.
- 3 Wang HH, Lafrey SC. 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.
- 4 朱卉. 提高肠造口病人术后自我护理能力的护理干预进展[J]. 中华结直肠疾病电子杂志, 2015, 4(5): 559-561.
- 5 黄海东. 浙江省舟山市某医院溃疡性结肠炎患者健康教育的效果评价[J]. 中国健康教育, 2014, 30(4): 374-376.

(收稿日期 2018-12-22)

(本文编辑 蔡华波)

·全科护理·

完全植入式输液港与外周静脉穿刺中心静脉置管在乳腺癌术后患者的应用比较

童玲玲 毛雪萍

乳腺癌是女性最常见的恶性肿瘤,其发病率为43/10万。化疗在乳腺癌的治疗中发挥着重要作用^[1]。完全植入式输液港(totally implantable access port, TIAP)和外周静脉穿刺中心静脉置管(peripherally insertend central catheter, PICC)两种输液装置的末端均终止于上腔静脉,其完全依靠患者中心静脉的大流量,其血液会在一段时间内以相对较快的速度迅速稀释,将药物输送此处,此方法能够防止化疗药物进一步损伤患者的血管内膜^[2]。相关研究表明, TIAP导管留置时间比PICC长,导管相关并发症比PICC低^[3]。因此患者化疗的理想通路首推TIAP。但我院TIAP开展时间较短,本次研究对我院采用PICC和TIAP置管化疗的乳腺癌患者进行观察比较,为临床患者提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2017年1月至2017年10月期间衢州市人民医院接受化疗的128例乳腺癌患者作为研究对象,均为女性,年龄32~78岁,平均年龄为(50.22±3.72)岁;病程为(3.33±1.47)年;3例患者合并糖尿病。纳入标准:①符合乳腺癌诊断标准;②

定时回院维护输液装置。排除标准:①合并严重心脏病患者;②合并心血管疾病患者。患者均知情同意本研究,根据患者选用的输液装置不同分为PICC组(72例)和TIAP组(56例),PICC组年龄34~76岁,平均年龄为(51.21±4.52)岁,病程为(3.23±1.32)年,合并糖尿病1例;TIAP组年龄32~78岁,平均年龄为(49.23±2.92)岁,病程为(3.43±1.62)年,合并糖尿病2例。两组患者年龄、病程、合并糖尿病例数一般资料比较,差异无统计学意义(P 均>0.05)。

1.2 方法 TIAP组选用5~7F植入式静脉输液港,置管由麻醉科医生在手术室进行。PICC组选用4~5F三向瓣膜式导管,根据患者的情况确定导管型号,操作由具有置管资质的护士担任。置管工作之后需要经X线检查进行确认。TIAP组置管后维护:以注射座为圆心,用75%乙醇棉球消毒3次,再用2%洗必泰棉球消毒3次,消毒范围10 cm×12 cm。医生需要戴无菌手套,穿刺之后接20 ml 0.9%氯化钠注射液,抽得回血后脉冲式冲管,再用100U/ml的稀肝素3 ml压封管,将无损针拔除,将创可贴贴于穿刺处压迫止血约5 min,无治疗时需每月维护一次^[4]。PICC组置管后维护:移除原贴膜,用75%乙醇棉球清洁周围皮肤3次,再用2%洗必泰棉球消毒3次,消毒以穿刺点为

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2019.04.034

作者单位: 324000 浙江衢州, 衢州市人民医院乳甲外科