

激发起参与工娱治疗的主观能动性,减少其病态注意力,规避其幻觉、妄想等不良症状,避免其产生苦闷、抑郁等情绪,并通过活动开展帮助其重新形成集体观念、关爱意识等。

#### 参考文献

- 1 胡佩诚.医学心理学[M].北京:北京医科大学出版社,2000.6:144.
- 2 苗新香.工娱治疗对慢性精神分裂症患者康复的疗效观察[J].中国民康医学,2014(13):30-32

- 3 顾燕,杨帆,杨玉清,等.代币法行为治疗对慢性精神分裂症患者阴性症状的影响[J].中国民康医学,2014(5):39-41.
- 4 陶用富,李银屏,张平,等.工娱治疗对慢性精神分裂症患者康复效果的对照研究[J].四川精神卫生,2014,27(3):251-253.
- 5 钟雪连.精神疾病患者工娱治疗的康复作用及护理[J].当代护士,2014(3):121-123.

(收稿日期 2017-12-13)

(本文编辑 蔡华波)

## ·全科护理·

# 以家庭为中心的健康教育在小儿癫痫延续性护理管理中的应用

张秀平 高建娣 林雪曼

小儿癫痫是儿童期最常见的慢性中枢神经系统疾病<sup>[1]</sup>,主要是以药物治疗控制癫痫发作,对于反复入院或出院后继续长期依靠药物维持治疗者,延续性护理模式具有极大帮助。但报道指出,以往小儿癫痫的健康教育干预大部分仅单一的针对患儿或家庭照护者,未将其作为一个整体,干预缺乏全面性和连续性,因此教育效果有限<sup>[2,3]</sup>。鉴于此,本次研究尝试在小儿癫痫延续性护理管理中应用以家庭为中心的健康教育,即运用以家庭为中心的护理理念<sup>[4]</sup>,强调家庭在疾病治疗康复中的作用,鼓励患儿及其家庭照护者参与健康教育,与医务人员合作,共同促进患儿健康,效果满意。现报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2016年1月至2018年1月于温州医科大学附属第一医院儿科诊治的小儿癫痫患儿及其家庭照护者作为研究对象。纳入标准:①符合2012年抗癫痫联盟癫痫分类标准并确诊小儿癫痫;②病程3个月及以上;③自愿参与研究并签署

知情同意书。排除标准:①手术治疗,服用除抗癫痫药物外的其他影响神经系统药物;②合并精神科疾病、其他神经系统疾病或躯体疾病;③听力异常、视力异常等影响沟通和理解困难者;④因各种原因中途退出者。本次研究共纳入对象140例,其中男性79例、女性61例;年龄6~14岁,中位年龄8.92岁;小学生93例、中学生47例;主要照护者:123例为父母、17例为其他;照护者年龄22~45岁,中位年龄35.21岁;照护者文化程度:初中及以下37例、高中或中专55例、大专及以上48例。采用前瞻性研究设计,随机分为观察组与对照组,各70例。两组患儿及其家庭照护者的各项一般资料见表1,两组比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

1.2 方法 对照组在延续性护理管理中应用常规的健康教育模式,即建立延续性护理小组,在小儿癫痫患儿出院后的3个月内,根据其需求及所制定的健康教育方案提供延续性护理服务,建立网络交流平台(微信群或QQ群),患儿及其家庭照护者选择性参与;出院后,1个月进行1次常规电话随访;出院后3个月,在回院复诊时发放1份小儿癫痫健康知识手册。观察组在对照组的基础之上,应用以家庭为中心的健康教育,具体如下。

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2018.04.035

作者单位:325000 浙江温州,温州医科大学附属第一医院儿科(张秀平、林雪曼);浙江大学医学院附属儿童医院神经内科(高建娣)

表1 两组一般资料比较

一般资料		观察组	对照组
性别	男	38(54.29)	41(58.57)
	女	32(45.71)	29(41.43)
年龄/岁		8.86 ± 0.71	9.05 ± 0.75
教育情况/例(%)	小学	43(61.43)	50(71.43)
	中学	27(38.57)	20(28.57)
癫痫类型/例(%)	症状性癫痫	54(77.14)	56(80.00)
	其他	16(22.86)	14(20.00)
发作频率/例(%)	2次及以下	53(75.71)	51(72.86)
	2次以上	17(24.29)	19(27.14)
病程/年		5.27 ± 0.31	5.48 ± 0.93
主要照护者/例(%)	父母	64(91.43)	59(84.29)
	其他	6(8.57)	11(15.71)
照护者年龄/岁		35.43 ± 3.55	35.57 ± 4.21
照护者文化程度/例(%)	初中及以下	17(24.29)	20(28.57)
	高中或中专	24(34.29)	31(44.29)
	大专及以上学历	29(41.42)	19(27.14)

1.2.1 干预前准备 住院治疗期间,建立良好的合作互动关系,首先护士对患儿及其家庭照护者的疾病知识水平及态度、患儿的服药依从性、家庭照护者的疾病管理能力等进行评估;其次进行共同讨论,协同制定并执行健康教育干预的目标和具体实施计划,其中,医务人员主要负责提供信息与咨询、适当调节相应的心理问题,家庭照护者主要协助记录患儿癫痫的发作情况、患儿的照料与监督管理,例如提醒患儿规律服药和监督避开癫痫促发因素等;出院时,每位患儿家庭均加入网络交流群,小组成员指导使用;出院后3个月内,小组专人

负责落实网上互动,不定期提供小儿癫痫相关知识与操作技能。

1.2.2 干预内容设置 ①针对疾病知识和疾病管理能力:主要为疾病一般知识、用药知识和日常生活注意事项,鼓励家庭照护者在交流群里分享心得、交流经验,小组成员提供个性化的指导并接受咨询。包括通过在线答疑、上传健康宣传资料和示范视频的方式,提供小儿癫痫早期、紧急发作症状的识别和处理方法;通过答题游戏闯关和积分的方式,激励患儿家庭照护者学习疾病管理相关内容。②针对家庭功能和任务:通过预约线上互动的方式进行讨论交流和心理支持,包括以每3个家庭的3位照护者为1个小组,共同讨论照护患儿和控制癫痫发作过程中的困难、经验及应对技巧等内容,并分享小儿癫痫病情控制良好家庭的经验;指导自我监督与家长监督,讲解小儿癫痫监督记录表的记录方法,包括癫痫每日的发作次数、持续时间和定期服药情况等。

1.3 观察指标 分别在管理前(入组时)、管理后(干预3个月后)采用问卷调查的方式进行评价两组疾病管理能力和服药依从性。所有问卷均现场回收并及时补充遗漏,问卷有效回收率100%。①疾病管理能力:采用家庭管理量表,包括疾病管理困难和疾病管理能力两个亚表。②服药依从性:采用自制小儿癫痫的服药依从性量表,Cronbach's  $\alpha$  为0.90,评分越高则服药依从性越好。

1.4 统计学方法 采用软件SPSS 19.0分析数据,计量资料以均值±标准差( $\bar{x} \pm s$ )描述,采用 $t$ 检验;计数资料以例(%)描述,采用 $\chi^2$ 检验;以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组疾病管理能力比较见表2

表2 各组家庭照护者的疾病管理能力比较/分

组别	疾病管理困难		疾病管理能力	
	管理前	管理后	管理前	管理后
观察组	43.26 ± 8.86	34.78 ± 5.16*#	36.46 ± 3.78	45.13 ± 7.01*#
对照组	43.82 ± 8.10	39.57 ± 3.78*	37.90 ± 6.20	41.09 ± 6.42*

注: \*与对照组比较,  $P < 0.05$ ; #: 与管理前比较,  $P < 0.05$ 。

由表2可见,两组管理前的疾病管理困难和疾病管理能力评分比较,差异均无统计学意义( $t$ 分别为0.39、1.66,  $P$ 均 $> 0.05$ );两组管理后的疾病管理困难评分均明显低于管理前( $t$ 分别=3.98、6.92,  $P$ 均 $<$

0.05)、疾病管理能力评分均明显高于管理前( $t$ 分别=2.99、9.11,  $P$ 均 $< 0.05$ )。且观察组管理后的疾病管理困难评分明显低于对照组,疾病管理能力评分明显高于对照组( $t$ 分别=6.27、3.56,  $P$ 均 $< 0.05$ )。

## 2.2 两组服药依从性情况见表3

表3 两组患儿的服药依从性评分比较/分

组别	管理前	管理后
观察组	9.04 ± 1.75	14.16 ± 1.33*#
对照组	9.35 ± 1.90	11.91 ± 1.40#

注: #:与对照组比较,  $P < 0.05$ ; #:与管理前比较,  $P < 0.05$ 。

由表3可见,两组管理前的服药依从性评分比较,差异无统计学意义( $t=1.00, P > 0.05$ );两组管理后的服药依从性评分均高于管理前( $t$ 分别=2.98、19.49,  $P$ 均 $< 0.05$ );且观察组管理后的服药依从性评分明显高于对照组,差异具有统计学意义( $t=9.75, P < 0.05$ )。

## 3 讨论

我国小儿癫痫的发病率呈逐年上升趋势<sup>[5]</sup>,不仅严重影响对患儿生长发育,同时对患儿家庭及社会均带来较大负面影响。研究指出,知识水平、认知态度、家庭照护能力及患儿服药依从性是促进小儿癫痫患儿健康状况的重要干预因素<sup>[6]</sup>。故本研究在小儿癫痫延续性护理管理中应用了以家庭为中心的健康教育,旨在改善患儿及其家庭照护者对小儿癫痫的认知、态度和行为,进一步促进患儿健康。

本次研究结果显示,管理前两组疾病管理能力各项指标比较均无明显差异( $P > 0.05$ );两组管理后各项指标均较管理前明显改善( $P < 0.05$ ),且管理后观察组疾病管理能力评分较对照组改善明显( $P < 0.05$ ),患儿服药依从性评分较对照组明显提高( $P < 0.05$ ),说明通过常规健康教育模式和以家庭为中心的健康教育均可获得有效的延续性护理,且以家庭为中心的健康教育在增强家庭照护者疾病管理水平及患儿服药依从性方面的效果更为理想,这与相关研究结果具有一致性<sup>[7,8]</sup>。分析原因主要为:①对照组采用选择性参与健康教育的方式,可使部分家庭照护者也有机会与其他家庭和医务人员进行讨论,从而获取应对疾病和照护患儿的方法与经验,因此两组管理后教育效果均具有一定提高,但随着患病时间的延长,常规的健康教育由于授课时间过长、讲授内容过多、教育形式单一等原因,导致患儿注意力不能集中、家庭照护者参与积极性降低并对教育所授内容失去兴趣,最终由于遗忘规律、干预频率及强度的减弱而导致教育效果下降,不能达到改善最大的教育效果,从而对照组在管理后的家庭照护者疾病管理能力不及观察组。②对照组经常规的健康教育干预后,虽然对其疾病知识水平具有

一定增强作用,但信息量相对较少,不够个体化,且院外电话随访对教育效果强化程度有限,因此教育效果不明显,对患儿帮助较少。观察组应用了以家庭为中心的健康教育,通过个体指导、示范和互动、讨论交流和心理支持等方式实施健康教育干预,可不断强化患儿及其家庭照护者对小儿癫痫相关知识的记忆并纠正认知偏差,同时加大了心理层面的干预和支持,将患儿和家庭照护者作为整体,与医务人员合作,积极创造适宜患儿身心发展的家庭和社会环境,从而帮助患儿建立和维持信心,在一定程度上也帮助患儿更好的了解疾病相关知识,因此在出院后较长的时间内维持较好的服药依从性。

综上所述,以家庭为中心的健康教育可切实有效的增强小儿癫痫患儿服药依从性和家庭照护者疾病管理能力,为探讨适合儿科教育干预模式及开展延续性护理模式提供了一定的参考和依据;但本研究由于时间的限制,对出院后家庭照护者在家庭中是否起到预期作用缺乏监督,建议延长干预时间并采取与社区卫生服务中心合作长期随访等形式,以更好的落实以家庭为中心的干预,进一步增强干预的力度和效果。

## 参考文献

- 夏泳,姜敏.癫痫患儿家长对癫痫的认知状况调查及健康宣教对策研究[J].山西医药杂志,2017,46(2):151-154.
- 马海萍,涂惠,顾蕊欣,等.微信平台在癫痫术后患者延续护理中的应用[J].现代预防医学,2018,45(5):936-939.
- 胡诚,王蕾,霍光研,等.自制宣教视频+科普视频对患儿家属的健康教育效果[J].中国医药导报,2018,15(02):140-142,150.
- 王英杰,李杨.以家庭为中心教育干预对癫痫患儿父母疾病认知及管理能力的影 响[J].护理学杂志,2018,33(1):86-88.
- 刘花艳,谷利凤,朱丽辉,等.癫痫患儿家庭管理干预的效果研究[J].中华护理杂志,2017,52(10):1157-1162.
- 董梅花,隆卫娟,解红文.跨理论模型的照护行为干预对新诊断癫痫患儿家属照护行为及心理状况的影响[J].护士进修杂志,2017,32(18):1641-1645.
- 刘花艳,刘美华,谷利凤,等.家庭管理干预对0岁~6岁癫痫患儿家庭功能的影响[J].护理研究,2017,31(14):1725-1728.
- 班瑞益,苏红梅,张宝燕,等.延续护理对难治性癫痫病人遵医行为和生活质量的影响[J].护理研究,2017,31(11):1373-1376.

(收稿日期 2018-03-13)

(本文编辑 蔡华波)