

健康教育在肿瘤患者门诊护理中的应用

魏霞 靳杨丽 蔡丹 钟阿敏

(海军第九〇五医院 上海 长宁区 200052)

[摘要] 目的:分析与讨论健康教育在肿瘤患者门诊护理中的应用效果。**方法:**研究时间2019年1月至2022年1月,将我院门诊50例肿瘤患者以随机抽样法分对照组(常规护理)和研究组(健康教育)各25例,针对两组间患者满意度、遵医依从性、健康宣教的效果及心理状况对比。**结果:**SAS、SDS干预后评分对比研究组低于对照组,且和干预前对比 $P < 0.05$,患者满意度对比研究组高出对照组12.00%,同时遵医依从性主动配合率高,以及健康宣教结果的评分研究组更高,主要体现在疾病相关知识、健康指导、化疗相关知识、心理疏导。**结论:**健康教育较常规护理更能提高对疾病的认知,缓解不良情绪,从而提高对疾病治疗的信心,值得临床广泛使用。

[关键词] 门诊护理; 肿瘤; 健康教育

恶性肿瘤是严重威胁人类生存与社会发展的重大疾病,是21世纪全球最为严重的公共卫生问题之一^[1]。WHO最新数据显示,全球每年超过1400万新发癌症病例,死亡病例达880万,占全球每年死亡总人数近1/6。当确诊是肿瘤时,产生一种严重的心理冲击,使患者产生不利于治疗与康复的情绪和消极的应对方式,加上治疗肿瘤的药物毒副作用引起心率障碍,两者间相互影响,从而影响到治疗效果,降低了生存质量^[2-3]。近些年,随着人们对医疗护理服务质量要求越来越高,医疗模式也随之发生变化,原有医疗模式较难满足患者日益增长的服务需求,开展肿瘤患者门诊能有效节约医疗资源,以患者为中心,减少等候住院时间,使肿瘤患者得到住院同质化的治疗^[4]。并因患病后有许多需要不能自行满足,需他人协助满足,否则

将加重机体的失衡状态,使健康状况进一步恶化,门诊患者所患疾病种类及对各种不适症状忍受能力差,因此,使患者临床诊治中的健康需求各不相同^[5]。本现将2019年1月至2022年1月我院50例门诊肿瘤患者作为研究对象,分析健康教育的干预效果,具体情况如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究时间2019年1月至2022年1月,50例肿瘤患者纳入标准:①无视力、认知行为、听力障碍,能有效配合;②一般资料齐全;③未转移;排除标准:①中途退出者;②同时参与其他研究;③给予传染性疾病。将我院门诊50例肿瘤患者以随机抽样法分对照组和研究组各25例,患者一般资料呈正比($P > 0.05$),见表1:

表1 肿瘤患者一般资料

组别	例数	性别 (%)		平均年龄(岁)	肿瘤类型 (%)				文化程度 (%)		
		男	女		肠癌	肺癌	乳腺癌	鼻咽癌	初中	高中	大学及以上
对照组	25	16 (64.00)	9 (36.00)	51.56±1.22	6 (24.00)	5 (20.00)	8 (32.00)	6 (24.00)	9 (36.00)	6 (24.00)	10 (40.00)
研究组	25	15 (60.00)	10 (40.00)	51.49±1.36	5 (20.00)	7 (28.00)	7 (28.00)	6 (24.00)	8 (32.00)	6 (24.00)	11 (44.00)
χ^2/t		0.084		0.191	0.116	0.438	0.095	0.000	0.089	0.000	0.082
P		0.770		0.848	0.732	0.507	0.757	1.000	0.765	1.000	0.774

1.2 方法

对照组实施常规护理,对肿瘤的护理计划、方案、步骤、实施不作统一规定。

研究组实施健康教育,(1)设置健康教育咨询服务台:向患者赠送健康教育宣传资料,例如《健康教育处方》、戒烟处方等,对前来咨询的病人及家属,针对其知识层次、掌握疾病知识、对健康教

育的需求及提出的问题不同进行指导,并耐心回答提出的问题。(2)开展多种形式的健康教育门诊:在大厅中设置健康教育宣传栏,配备健康教育图书,墙上悬挂健康教育宣传袋,内装各种健康教育手册,如,肿瘤早期信号、预防知识、并发症、预防,以及用药常识、注意事项等,并按照肿瘤差异对候诊大厅配置不同的健康教育资料。(3)患者进入门

诊就诊时,护理人员要以人性化的护理服务,热情、耐心询问患者的病情和需求,将其带领到相应就诊室内,并告知门诊就诊流程,当存在疑问时耐心解答,并了解其生理和心理状况,若有必要进行心理疏导,例如,抚触、眼神等,可利用疾病相关知识教育缓解其不安和焦虑情绪,从而提高其就诊护理依从性。(4)护理人员可结合患者具体情况,在进行诊治中个别宣教和指导,不但能及时有效的健康教育,患者又乐意接受,若医师开处方后向患者接受该药用药常识和注意事项,并告知复查时间。

1.3 观察指标

针对患者满意度、遵医依从性、健康宣教的效果及心理状况对比。

患者满意度:由我院设计的患者满意度调查表评估,包含服务态度、环境、疾病指导、护患沟通、操作技术,依照十分满意(≥85分~100分)、较为满意(≥65~84分)、不满意评分(≤65分以下)。

健康宣教的效果:疾病相关知识、化疗相关知识、健康指导、心理疏导,每项设立25分,总分100分,得分>80分为掌握,<80分为未掌握。

遵医依从性:根据患者配合治疗、护理程度分3级标准评定,主动配合:对治疗护理要求无抵触,并能主动执行;基本配合:对部分治疗护理存在抵触,经劝说后能主动执行。勉强配合:对部分治疗具有抵触要求,经劝说后被动执行;不配合:完全抵触,经劝说后无效。

心理状况:利用焦虑(SAS)、抑郁(SDS)自评量表进行评估^[6],总分均100分,分数越高代表患者不良情绪越为严重,SDS以53分为界值,正常<53分,53~62分轻度抑郁,63~72分中度抑郁,重度抑郁>72分,SAS以50分为界值,<50分正常,50~59分轻度焦虑,中度焦虑60~69分,重度焦虑>69分。

1.4 统计学处理

采用SPSS24.0统计分析软件,符合正态分布的计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,两组间对比用 t 检验,计数资料以率表示,两组间比较以 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 SAS、SDS 评分结果

SAS、SDS 干预后评分对比 $P < 0.05$,研究组低于对照组,且和干预前对比 $P < 0.05$,见表2:

表 2 SAS、SDS 评分对比 [$(\bar{x} \pm s)$, 分]

组别	例数	SAS		SDS	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	25	79.96±6.19	54.03±6.22	76.19±5.49	58.47±5.49
研究组	25	79.59±6.85	34.03±6.47	76.24±5.43	36.49±6.49
χ^2/t		0.200	11.142	0.032	12.928
P		0.842	0.001	0.974	0.001

2.2 满意度的结果

患者满意度对比研究组更高,高出对照组12.00% ($P < 0.05$),见表3:

表 3 患者满意度 [n (%)]

组别	例数	非常满意	较为满意	不满意	满意率
对照组	25	10	11	4	21 (84.00)
研究组	25	18	6	1	24 (96.00)
χ^2/t					2.000
P					0.157

2.3 遵医依从性的结果

遵医依从性对比研究组主动配合率明显高于对照组 ($P < 0.05$),并且无不配合率,见表4:

表 4 遵医依从性对比 [n (%)]

组别	例数	主动配合	基本配合	勉强配合	不配合
对照组	25	3 (12.00)	9 (36.00)	8 (32.00)	5 (20.00)
研究组	25	11 (44.00)	11 (44.00)	3 (12.00)	0 (0.00)
χ^2/t		6.349	0.333	2.913	5.555
P		0.001	0.563	0.087	0.001

2.4 健康宣教的结果

健康宣教结果的评分对比研究组更高,主要体现在疾病相关知识、健康指导、化疗相关知识、心理疏导,见表5:

表 5 健康宣教的效果 [$(\bar{x} \pm s)$, 分]

组别	例数	疾病相关知识	化疗相关知识	健康指导	心理疏导	总分
对照组	25	14.03 ±2.58	15.29 ±2.69	13.89 ±2.49	12.59 ±2.17	55.80 ±9.93
研究组	25	19.69 ±2.14	20.56 ±1.49	20.19 ±2.41	19.89 ±2.11	80.33 ±8.15
χ^2/t		8.442	8.568	9.090	2.059	9.547
P		0.001	0.001	0.001	0.001	0.001

3 讨论

随着城市化进程的加速,人口结构老年化,恶性肿瘤在我国的发病率和死亡率呈逐年增趋势,恶性肿瘤所致死亡在我国人口死亡率中位居第一位,近30年发病率增加80%,恶性肿瘤是典型的大病,病程长,需消耗大量的医疗组,诊治费用高,对国家、

社会、个人造成沉重经济负担^[7-8]。肿瘤门诊护理工作主要是受众特殊,工作难度也随之增加,伴随着医院、护理模式的相关转变,传统医疗与护理仅局限在生物学范畴的现象不复存在,同时,由于近年来人们生活条件不断升高和健康意识增强的形式对医院门诊护理质量提出更高要求^[9]。

门诊患者一般心里压力非常大、害怕、担心、迷惘甚至绝望,特别是初诊患者。因年龄、文化背景的不同,患者语言表达和接受能力不同,对健康教育内容的理解也有所不同,因此造成患者参与和配合教育的主动性差,同时年龄大、文化层次低、理解力差的能力也较差,尤其是疾病知识、抗肿瘤药物的应用,并因在得知自身患有癌症后均会出现不同程度的焦虑、恐惧等心理,对自己家庭经济过度担心,给治疗和护理工作造成巨大困难^[10]。另由张学敏^[11]表示,教育形式老套也是影响健康教育的因素,影响到主动参与的积极性。本文现针对门

诊肿瘤患者实施健康教育,主要以人性化的健康教育流程对肿瘤患者进行健康教育,指导正确理解健康的意义,从多方面进行健康宣教,改变不良的生活、行为习惯,树立正确的健康观,可减轻肿瘤心理负担,了解疾病的相关知识,从而主动配合治疗护理,促进康复。由本文研究结果可知,在实施教育后患者不良情绪干预评分降低,与对照组相较明显较低,并由满意度显示高达96.00%,遵医嘱从性主动配合率高,以及健康宣教结果的评分高,主要体现在疾病相关知识、健康指导、化疗相关知识、心理疏导。有效说明健康教育较常规护理更为有效,能提高对疾病的认知,遵医嘱性,养成良好的生活习惯和对疾病治疗的信心。

综上所述,通过对肿瘤门诊患者实施健康教育能有效了解患者内心的真实想法,对其后续实施科学的护理工作有积极作用,能促使人们自觉采取有利健康的行为,维持与促进人体健康。

参考文献

- [1] 朱莎莎,沈霞,李彬霞,等.回授式健康教育计划表对胃癌化疗患者遵医行为与护理满意度的影响[J].山西医药杂志,2021,50(6):1012-1014.
- [2] 高明月,徐晓丽,杨冬冬,等.延续性护理健康教育对胃癌术后患者负性情绪及生活质量的影响[J].中国临床研究,2017,30(3):417-419.
- [3] 杨东霞,曲慧丽,宋真,等.医护一体化健康教育提高乳腺癌氟维司群注射患者依从性效果研究[J].中华现代护理杂志,2017,23(31):4017-4020.
- [4] 华红霞,马克勤,卢回芬.肿瘤带管患者化疗间歇期网络健康管理平台的建立与应用[J].中华现代护理杂志,2017,23(31):4041-4044.
- [5] 何少丽,张莉,魏伟宏,等.医护一体化管理模式在门诊肿瘤放疗患者中的应用效果[J].护士进修杂志,2019,34(24):2247-2249.
- [6] 刘志超,曹家燕,陈昌连.以家庭为中心的健康教育在提高甲状腺癌术后患者甲状腺素服药依从性中的应用[J].解放军护理杂志,2017,34(7):65-67,71.
- [7] 沈玲,宗慧霞.护患双方对经外周静脉的中心静脉置管带管出院患者健康教育认知差异性的调查[J].解放军护理杂志,2014,31(10):15-18.
- [8] 廖昆仑,万笑,陈盈.恶性肿瘤患者门诊化疗的健康教育需求及调查分析[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(42):153,158.
- [9] 樊艳华.个性化健康教育在肿瘤患者门诊经外周静脉置入中心静脉导管术中的效果观察[J].中国当代医药,2018,25(24):162-165.
- [10] 张莹莹,刘锦丹.门诊联合微信群健康教育对农村妇女宫颈癌筛查自我效能的影响[J].齐鲁医学杂志,2016,31(5):559-560,563.
- [11] 张学敏,周春晓,应霞艳.影响肿瘤患者健康教育效果的因素及对策[J].护理学报,2007,14(7):11-13.

(上接第80页)

- [9] 王净,刘定刚,肖瑶.失能老人对家庭照护者的不利影响及对策[J].中国老年学杂志,2018,38(15):3824-3826.
- [10] 黄海耀.调查社区失能老人现状及医疗服务照护需求研究[J].中国全科医学,2017,20(S3):433-434.
- [11] 王觉,段志远.社区老年高血压患者SF-36健康问卷评分调查[J].中国老年保健医学,2015,13(01):81-82.
- [12] 陈传波,路雪芹,黄霞,魏艳艳,滕楠.农村失能老年人生活质量及影响因素调查分析[J].中华护理杂志,2013,48(08):710-713.
- [13] 张然,金瑞华,淮盼盼.基于社会生态系统理论的家庭管理改善1型糖尿病患者血糖及家庭管理水平的效果[J].护理研究,2021,35(11):2001-2005.

基金项目:齐齐哈尔医学院社会科学基金项目 编号:QYSKL2022-01QN