



基于个体症状变化对脑梗死急性期患者实施 PBL 式健康教育的效果观察^{*}

许玉军¹, 孙培养², 王 涛², 余 爽^{3Δ}, 刘 琨⁴, 胡美婷¹

1 庐江县中医院, 安徽 庐江 231500; 2 安徽中医药大学第二附属医院;

3 安徽中医药大学护理学院; 4 安徽省中医药大学第二临床医学院

[摘 要] 目的: 探讨基于个体症状变化对急性脑梗死(acute cerebral infarction, ACI)急性期患者实施基于问题式学习(problem-based learning, PBL)健康教育的效果。方法: 回顾性分析 2018 年 3 月至 2019 年 2 月间收治的 90 例 ACI 患者临床资料, 根据健康教育方法分为观察组(42 例)和对照组(48 例)。对照组采用常规健康教育, 观察组采用 PBL 式健康教育。比较两组干预 2 周后脑梗死健康知识掌握情况、康复训练依从性, 干预前、干预 2 周后, 评估患者心理状况[焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS)、抑郁自评量表(self rating depression scale, SDS)、自尊量表(self-esteem scale, SES)、一般自我效能量表(general self-efficacy, GSES)], 随访 3 个月评估患者生活方式[健康促进生活方式量表 II (health-promoting lifestyles- II, HPLP II)], 功能恢复情况[改良 Barthel 指数(modified barthel index, MBL)、Fugl-Meyer 运动功能评分法(Fugl-meyer motor function assessment, FMA)]。结果: 随访 3 个月后, 两组 MBL、FMA 均高于干预前($P < 0.05$), 观察组增幅大于对照组($P < 0.05$)。干预 2 周后, 观察组 ACI 健康知识问卷得分均高于对照组($P < 0.05$)。干预 2 周后, 两组 SAS、SDS 得分均低于干预前($P < 0.05$), 两组 SES、GSES 得分均高于干预前($P < 0.05$), 观察组变化幅度大于对照组($P < 0.05$)。随访 3 个月后, 观察组 HPLP II 得分均高于对照组($P < 0.05$)。干预 2 周后, 总依从率观察组为 95.24%(40/42), 对照组为 81.25%(39/42), 观察组高于对照组($P < 0.05$)。结论: 基于个体症状变化对 ACI 急性期患者实施 PBL 式健康教育效果良好, 能对患者生理心理、依从性等多方面产生积极效应。

[关键词] 脑梗死; 急性期; 健康教育; 基于问题学习模式

[中图分类号] R255.2 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1004-6852(2020)08-0141-04

Observation on the Effects of PBL Health Education on the Patients with Acute Cerebral Infarction Based on Individual Symptoms Changes

XU Yujun¹, SUN Peiyang², WANG Tao², YU Shuang^{3Δ}, LIU Kun⁴, HU Meiting¹

1 Lujiang County TCM Hospital, Lujiang 231500, China; 2 The Second Affiliated Hospital, Anhui University of Chinese Medicine; 3 Nursing College, Anhui University of Chinese Medicine; 4 The Second Clinical Medical School, Anhui University of Chinese Medicine

Abstract Objective: To explore the effects of PBL health education on the patients with acute cerebral infarction (ACI) at acute stage based on individual symptoms changes. Methods: Clinical data of 90 ACI patients admitted from March, 2018 to February, 2019 was retrospectively analyzed, according to the methods of health education, they were allocated to the observation group (42 cases) and the control group (48 cases). The control group adopted conventional health education, and the observation group PBL health education. To compare the grasping conditions of ACI health knowledge, rehabilitation training compliance two weeks after the intervention between both groups, to assess psychological states (SAS, SDS, SES and GSES) before intervention and two weeks after the intervention, to evaluate lifestyle [HPLP II], functional recovery conditions (MBL and FMA)] of the patients in three-month follow-up. Results: After following for three months, MBL and FMA of both groups were higher than these before the intervention ($P < 0.05$), the increase of the observation group was greater than that of the control group ($P < 0.05$). ACI health knowledge questionnaire scores of the observation group were higher than these of the control group two weeks after the intervention ($P < 0.05$). SAS and SDS scores of both groups two weeks after the intervention were lower than these before the intervention ($P < 0.05$), SES and GSES of both groups were higher than these before the intervention ($P < 0.05$), the changes of the observation group were greater than these of the control group ($P < 0.05$). After following for three months, HPLP II scores of the observation group were higher than these of the control group ($P < 0.05$). Total compliance rate of the observation group was 95.24% (40/42), higher than 81.25% (39/42) of the control group two weeks after the intervention ($P < 0.05$). Conclusion: PBL health education applied to ACI patients at acute stage could obtain notable effects based on the changes of individual symptoms, and it could produce positive effects on the physiology and psychology, compliance and others in the patients.

Keywords cerebral infarction, acute stage; health education; PBL

急性脑梗死(acute cerebral infarction, ACI)是临床常见的心脑血管疾病之一,多见于中老年人群,具有发病隐匿、病情复杂、预后较差的特点^[1]。多数 ACI 患者经急性期治疗后仍存留不同程度功能障碍,因此 ACI 康复治疗成为该病干预重点之一。《中国脑梗死急性期康复专家共识》指出,脑梗死患者发病后即应开始康复干预,脑梗死发病后早期有效的康复治疗能够减轻患者功能障碍,加速恢复进程^[2]。但由于在疾病等因素的影响下,ACI 患者极易产生焦虑、抑郁等负面情绪,进而消极对待治疗和康复训练^[3]。同时,ACI 患者以老年人为主,医学素养有限,不能认识到早期康复训练的重要性。因此,在 ACI 急性期对患者实施有效的健康教育和护理干预是十分必要的。基于问题式学习(problem-based learning, PBL)是一种自主学习模式,多应用于护生教学等,有利于增强学生自主学习能力和综合素养^[4]。这种积极效应正是传统健康教育所缺乏的,基于此,本研究回顾性分析 90 例 ACI 急性期患者临床资料,以探究基于个体症状变化对 ACI 急性期患者实施 PBL 式健康教育的效果,现报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 回顾性分析 2018 年 3 月至 2019 年 2 月在庐江县中医院收治的 90 例 ACI 患者,根据健康教育方法分为两组。观察组 42 例,其中男 26 例,女 16 例;年龄 47~76 岁,平均(63.16±9.31)岁。对照组 48 例,其中男 30 例,女 18 例,年龄 51~78 岁,平均(63.52±10.16)岁。两组患者性别、年龄、病程等临床资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 纳入:1)符合 ACI 诊断标准^[5]者;2)首次发病者;3)年龄>18 岁者;4)处于 ACI 急性期者;4)住院时间>2 周者;5)意识清楚、理解能力及言语交流较正常者;6)存在不同程度后遗症者;7)符合知情同意原则者。

1.3 排除标准 排除:1)合并其他器官功能障碍、严重全身性疾病者;2)既往有精神、心理疾病史者;3)合并影响运动功能的其他疾病者。

1.4 干预方法

1.4.1 对照组 采用常规健康教育:以口头宣教和发放健康教育手册为主,包括饮食指导、体位和活动指导、功能锻炼方法等。

1.4.2 观察组 采用 PBL 式健康教育

1.4.2.1 成立 PBL 式健康教育小组 以护士长为组长,纳入 1 名医生、1 名康复治疗师、5 名高年

资护士成立指导小组,小组成员在干预实施前通过查阅资料了解 PBL 式学习的方法、目的。由小组成员通过观察 ACI 患者及讨论,总结急性期患者可能会遇到的问题、健康教育和护理需求;将上述问题整理成案例,在小组中进行讨论,提供解决问题的策略。

1.4.2.2 评估及确定问题 由责任护士对 ACI 患者进行全面评估,与患者及其家属进行沟通,了解患者需求,总结健康教育的重点;确定该患者在 ACI 急性期存在的健康教育问题,基于干预前的准备,为患者制定个性化的健康教育方案。

1.4.2.3 实施 1)ACI 基本知识健康宣教:ACI 基本知识包括病因、症状体征、发病危险因素及治疗方法,由责任护士向患者及患者家属进行宣讲,宣讲前发放纸质健康教育手册,宣讲过程中尽量遵照是什么、为什么、怎么样的流程,采用通俗易懂的语言进行宣讲;宣讲结束后为患者及家属设置简单情景,帮助其进行记忆和理解,请患者及家属就疑问处进行提问,并耐心解答。2)用药健康教育:在患者急性期用药过程中,告知其用药剂量和种类,并结合脑梗死症状、体征,对药物作用和起效机制进行简单讲解,加强患者对脑梗死基本知识的理解和对治疗方案的认同度。3)功能锻炼健康教育:评估患者吞咽、肢体功能障碍情况,结合既往其他患者病例,使患者了解早期功能训练的积极作用;根据患者功能缺损情况制定功能训练方案,并打印每周训练表格,为患者讲解每项训练锻炼的方法、部位及起效机制,提高患者的参与度。4)健康生活方式健康教育:情绪管理:向患者宣讲积极情绪和负面情绪对人体健康的影响,为患者介绍合适的情绪宣泄方法、放松方法,使患者保持平稳心态。日常生活管理:结合 ACI 主要发病危险因素,如高血压、吸烟、饮酒等,向患者宣讲吸烟饮酒对心脑血管的危害,指导患者戒烟戒酒;对已患高血压的患者,宣讲高血压及血压波动对心脑血管造成的危害,并宣讲按时服药、定期监测自己血压的方法。

1.5 观察指标 比较两组干预后脑梗死健康知识掌握情况、康复训练依从性,以及干预前后心理状况和随访 3 个月时患者生活方式评分(HPLP II)、功能恢复情况评分(MBL/FMA)。

1.5.1 脑梗死健康知识掌握情况 采用自制 ACI 健康知识问卷评估脑梗死健康知识掌握情况,内容包括疾病症状、预防措施、危险因素、诱因、疾病先兆、早期治疗的意义、早期功能锻炼等,

共30个条目,每个条目得分0~1分,得分越高表明患者健康知识掌握情况越好。

1.5.2 康复训练依从性 分为完全依从、部分依从和不依从。完全依从:积极配合康复训练,按时完成全部康复训练;部分依从:能主动配合完成部分训练,或能在医护人员或家属监督下完成康复训练;不依从:不遵照医嘱,不能完成康复训练。

1.5.3 心理状况 焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS)、抑郁自评量表(self-rating depression scale, SDS)^[6]各包含20个条目,每个条目得分1~4分,标准分=(粗分×1.25)的整数部分,得分越高患者焦虑抑郁程度越严重。自尊量表(self-esteem scale, SES)^[7]共10个条目,每个条目得分1~4分,得分越高患者自尊程度越高。一般自我效能量表(general self-efficacy, GSES)^[8]共10个条目,每个条目得分1~4分,得分越高患者自我效能感越高。

1.5.4 生活方式 健康促进生活方式量表II(health-promoting lifestyles-II, HPLP II)^[9]包括人际关系、健康责任、压力管理、营养、体育运动和精神成长6个维度,共40个条目,每个条目得分1~4分,得分越高患者生活方式越健康。

1.5.5 功能恢复情况 改良 Barthel 指数(modified barthel index, MBL)^[10]共10个条目,总分0~100分,得分越高患者生活自理能力越好。Fugl-Meyer 运动功能评分法(Fugl-meyer motor function assessment, FMA)^[11]包括上肢和下肢运动功能,共17个部分、50个条目,每个条目得分0~2分,得分越高表示患者运动功能越好。

1.6 统计学方法 所有数据均经 SPSS 15.0 统计软件进行处理,计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 功能恢复情况 随访3个月后,两组 MBL、FMA 均高于干预前($P < 0.05$),观察组增幅大于对照组($P < 0.05$)。见表1。

表1 两组干预前后 MBL、FMA 评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	例数	时间	MBL	FMA
观察组	42	干预前	59.58 ± 5.80	56.92 ± 6.07
		干预后	87.36 ± 6.31	82.03 ± 11.05
对照组	48	干预前	58.56 ± 8.59	56.98 ± 8.98
		干预后	74.16 ± 4.76	70.53 ± 9.67

2.2 脑梗死健康知识掌握情况 干预2周后,观察组 ACI 健康知识问卷得分均高于对照组($P < 0.05$)。见表2。

2.3 心理状况 干预2周后,两组 SAS、SDS 得分均低于干预前($P < 0.05$),两组 SES、GSES 得分均高于干预前($P < 0.05$),观察组变化幅度大于对照组($P < 0.05$)。见表3。

2.4 生活方式 随访3个月后,观察组 HPLP II 得分均高于对照组($P < 0.05$)。见表4。

2.5 康复训练依从性 干预2周后,总依从率观察组为 95.24%(40/42),其中完全依从 32 例,部分依从 8 例,不依从 2 例;对照组为 81.25%(39/48),其中完全依从 28 例,部分依从 11 例,不依从 9 例。总依从率观察组高于对照组($P < 0.05$)。

表2 两组 ACI 健康知识问卷得分比较 分

组别	例数	危险因素	症状体征	治疗措施	康复训练	总分
观察组	42	5.93 ± 0.56	3.73 ± 0.75	8.55 ± 1.71	8.58 ± 0.63	25.02 ± 1.70
对照组	48	4.60 ± 0.62	3.25 ± 0.68	6.62 ± 1.23	7.50 ± 1.43	22.67 ± 2.01

表3 两组干预前后 SAS、SDS、SES、GSES 评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	例数	时间	SAS	SDS	SES	GSES
观察组	42	干预前	64.81 ± 5.61	58.90 ± 4.64	26.45 ± 5.33	23.96 ± 4.15
		干预后	63.86 ± 5.25	58.13 ± 4.42	26.80 ± 5.54	24.13 ± 4.82
对照组	48	干预前	48.08 ± 4.37	42.64 ± 6.21	30.96 ± 4.68	32.44 ± 5.78
		干预后	53.24 ± 4.51	51.42 ± 7.83	27.39 ± 4.79	28.49 ± 4.67

表4 两组 HPLP II 评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	例数	人际关系	健康责任	压力管理	营养	体育运动	精神成长
观察组	42	23.37 ± 3.88	24.31 ± 5.31	22.06 ± 3.25	26.32 ± 4.86	23.57 ± 3.03	21.43 ± 3.01
对照组	48	21.55 ± 3.31	19.72 ± 5.10	18.43 ± 3.73	23.97 ± 3.20	15.22 ± 4.40	19.60 ± 4.40

3 讨论

ACI 发病后约有 33%~50% 的患者在发病 3 个月内不能恢复独立步行^[12], 因此早期功能训练对 ACI 患者是十分重要的^[13]。但 ACI 急性期有相当部分患者, 由于负面情绪、心理障碍及认知有限等原因, 早期康复依从性并不高。知识是行为转变的必要条件, 健康教育有利于患者对疾病形成正确的认识, 可在一定程度上消除患者的恐慌情绪^[14], 进而改善患者的遵医行为。PBL 本质是一种教学理念^[15], 因此也可应用于患者健康教育中, 但目前 PBL 多用于实习医生和护士的训练, 在健康教育中经验较少, 故本研究就此展开分析。

本研究结果显示, 观察组 ACI 健康知识问卷得分均高于对照组, 这说明 PBL 式健康教育较常规健康教育更能有效提高 ACI 患者对于 ACI 相关健康知识的掌握。实施干预前, 首先建立 PBL 式健康教育小组, 并由健康教育小组总结急性期 ACI 患者可能会遇到的健康教育问题, 因此护理人员在遇到 ACI 患者的健康教育问题时能更好地解决。相关研究表明, 医嘱和健康教育可操作性是影响患者治疗依从性的重要因素^[16-18]。故 PBL 健康教育为提高健康教育可操作性, 采取根据患者功能缺损情况制定功能训练方案的模式。本研究结果显示, 观察组干预 2 周后总依从率明显高于对照组。干预 2 周后两组 SAS、SDS 得分均降低, 但观察组降幅更大。这提示 PBL 式健康教育有利于缓解患者负面情绪。在 PBL 式健康教育中, 研究者主要针对患者心理问题, 一方面纠正患者对于疾病的错误认知; 一方面通过设定情景使患者了解到积极情绪和负面情绪对疾病、人体的不同影响, 使患者学习主动控制自己的情绪, 并采用合适的情绪宣泄、放松方法改善自己的心理状态。本研究还发现, 干预结束随访 3 个月后, 观察组 HPLP II 评分、MBL 评分及 FMA 评分均高于对照组。这说明采用 PBL 式健康教育会对 ACI 患者稳定期及恢复期生活方式产生积极影响, 并使患者获得更好的恢复。

综上所述, 基于个体症状变化对 ACI 急性期患者实施 PBL 式健康教育效果良好, 能促使患者更好地掌握 ACI 相关健康知识, 有利于改善患者心理状况、康复训练依从性、功能恢复情况, 促进患者健康生活。

参考文献

- [1] 张东伟, 孙如, 张莎莎. 中西医结合治疗对脑梗死病人血流变学、超氧化物歧化酶活性和神经功能的影响[J]. 中华中医药学刊, 2017, 35(2): 507-509.
- [2] 中国脑梗死急性期康复专家共识组. 中国脑梗死急性期康

复专家共识[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2016, 38(1): 1-6.

- [3] 王小玲, 胡利, 万熊, 等. 共情护理对老年脑梗死患者情绪、治疗依从性及康复效果的疗效[J]. 国际精神病学杂志, 2018, 45(2): 375-377.
- [4] 王思婷. 情景式基于问题学习在护理双语教学中的应用[J]. 中国现代医学杂志, 2018, 28(30): 133-134.
- [5] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2014[J]. 中华神经科杂志, 2015, 48(4): 246-257.
- [6] 黄冬枚, 陆敏灵, 王韵, 等. 改良镜像疗法对脑卒中患者患侧上肢康复与焦虑、抑郁的影响[J]. 中国康复医学杂志, 2019, 34(06): 699-701+721.
- [7] 刘媛媛, 张晓燕, 张澜. 认知行为集体心理咨询对老年高血压患者焦虑情绪的干预效果[J]. 中国心理卫生杂志, 2017, 31(1): 13-18.
- [8] 王筱筱, 段宏为, 林航, 等. 社区脑卒中病人自我效能及希望水平的相关性研究[J]. 护理研究, 2018, 32(21): 122-124.
- [9] 徐桂红, 欧翠玲, 敖友爱, 等. 老年高血压伴脑梗死患者的健康行为及其影响因素[J]. 中国老年学杂志, 2017, 37(10): 2542-2545.
- [10] 顾琦, 沈光宇, 孙莹, 等. 脑卒中患者专科康复后离院时日常生活活动能力依赖程度分析[J]. 中国康复医学杂志, 2018, 33(11): 61-63.
- [11] 金俏, 吴世政, 任启晶, 等. 重复经颅磁刺激偶联功能性电刺激对脑梗死患者运动功能恢复的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2017, 39(10): 747-749.
- [12] 张玥, 王铁钊, 侯玮佳, 等. 早期介入下肢重复性训练对脑梗死患者下肢运动功能及步行能力的影响[J]. 中国康复医学杂志, 2017, 32(11): 1287.
- [13] 黄捷, 黄芳艳. 早期康复护理对脑梗死后偏瘫患者运动功能恢复的影响[J]. 中国地方病防治杂志, 2017, 32(12): 1418-1420.
- [14] 张照莉, 汪波, 丁丽, 等. 多途径联合的健康教育模式对首次化疗患者知信行水平的影响[J]. 重庆医学, 2017, 46(25): 135-137.
- [15] 米卓琳, 张大庆, 苏静静. 基于问题学习的起源和发展现状探究[J]. 中华医学教育杂志, 2019, 39(6): 430-436.
- [16] 文韬, 邵月, 汪克建, 等. 基于问题教学法联合讨论会模式在肝胆外科规培生临床能力培养中的应用研究[J]. 重庆医学, 2019, 48(12): 2151-2153.
- [17] 李潺, 王冲, 张娜, 等. 基于计划行为理论的健康教育对维持性血液透析患者治疗依从性的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2019, 25(8): 1029-1032.
- [18] 吴帆, 陈康, 毛燕燕, 等. 急性脑梗死后抑郁发生率及相关因素分析[J]. 广东医学, 2018, 39(5): 129-135.

收稿日期: 2020-02-18

* 基金项目: 安徽省自然科学基金项目(1708085QH191)。

作者简介: 许玉军(1981—), 女, 主管护师。研究方向: 神经内科学疾病的护理。

△ 通讯作者: 余爽(1981—) 女, 高级实验师。研究方向: 护理教育, 中医护理。