

[文章编号] 1674-8115(2011)07-0996-04

· 论 著 ·

# 个性化健康教育对脑卒中患者生活质量的影响

孙 敏, 凌霞敏, 余迪斐

(上海市静安老年医院护理部, 上海 200040)

[摘要] **目的** 研究个性化健康教育对脑卒中患者生活质量的影响。**方法** 将 70 例脑卒中康复患者随机分为两组, 对照组给予康复训练及常规健康教育, 干预组在康复训练基础上进行针对性和系统性的个性化健康教育。采用汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评估患者的焦虑症状; Banthel 指数量表评估日常生活能力; 生活满意度指数量表评估生活满意度。比较两组患者治疗前后焦虑症状、日常生活能力和生活满意度的差异。**结果** 两组患者治疗前的 HAMA、Banthel 指数和生活满意度指数评分比较差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。两组患者治疗后的 HAMA 评分显著低于治疗前, Banthel 指数和生活满意度指数评分显著高于治疗前, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。与对照组治疗后比较, 干预组治疗后的 HAMA 评分更低, Banthel 指数和生活满意度指数评分更高, 差异也均有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论** 脑卒中患者在进行康复训练的基础上, 早期接受有针对性和系统性的个性化健康教育能进一步提高患者的生活质量。

[关键词] 脑卒中; 健康教育; 生活质量

[DOI] 10.3969/j.issn.1674-8115.2011.07.028

[中国分类号] R473.74

[文献标志码] A

## Effects of personalized health education on quality of life in patients with stroke

SUN min, LING Xia-min, YU Di-fei

(Department of Nursing, Shanghai Jing'an Geriatric Hospital, Shanghai 200040, China)

[Abstract] **Objective** To investigate the effects of personalized health education on quality of life in patients with stroke. **Methods** Seventy patients with stroke were randomly divided into control group and treatment group. Patients in control group were given rehabilitation training and routine health education, while specific and systematic health education on the basis of rehabilitation training were conducted in treatment group. Hamilton anxiety scale (HAMA) was employed to assess the anxiety status, Banthel index scale was adopted to evaluate the daily living, and life satisfaction index was used to assess the life satisfaction of patients. The anxiety status, daily living and life satisfaction were compared between groups before and after treatment. **Results** There was no significant difference in the scores of HAMA, Banthel index and life satisfaction index between groups before treatment ( $P > 0.05$ ). The scores of HAMA after treatment were significantly lower than those before treatment in two groups ( $P < 0.05$ ), and the scores of Banthel index and life satisfaction index after treatment were significantly higher than those before treatment in two groups ( $P < 0.05$ ). After treatment, the score of HAMA in treatment group was significantly lower than that in control group ( $P < 0.05$ ), and the scores of Banthel index and life satisfaction index in treatment group were significantly higher than those in control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** On the basis of rehabilitation training, specifically and systematically personalized health education may improve the quality of life in patients with stroke.

[Key words] stroke; health education; quality of life

近年来,脑卒中的发病率和致残率升高,使其成为严重威胁人类健康的疾病之一,不但影响患者的日常生活质量,更给家庭和社会带来沉重的负担。国内外学者主张早期开展康复训练,护理人员在康复过程中的地位越来越重要。对患者实施康复训练

的同时,进行科学而系统的健康教育,可以最大限度地提高脑卒中患者的康复质量。目前,我国实施的健康教育模式固定,在护理人员紧缺的情况下进行广泛的健康教育,既耗费人力与时间,又缺乏针对性<sup>[1]</sup>。本研究针对脑卒中患者的生理和社会心理特

[基金项目] 上海市静安区“十、百、千”人才培养工程(Foundation from Talent Project of Jing'an District, Shanghai)。

[作者简介] 孙 敏(1970—),女,主管护师;电子邮箱:sunmin20022007@yahoo.com.cn。

点,设计并实施个性化的健康教育,使其自觉参与康复训练,提高患者的生活质量。

## 1 对象与方法

### 1.1 对象和分组

选取2009年5月—2010年7月在上海市静安老年医院康复科接受康复治疗的脑卒中患者作为研究对象。入选标准:符合1995年全国脑血管学术会议制订的脑卒中诊断标准,经头颅CT或MRI检查确诊<sup>[2]</sup>;急性发病,病程1~3个月;伴有肢体功能障碍,生活不能自理;意识清楚,愿意参加本研究。排除标准:精神病、严重认知障碍;心、肺、脑功能及其他严重并发症。共入选患者70例,其中男性40例,女性30例;年龄45~75岁。

### 1.2 分组和康复治疗

70例患者随机分入对照组和干预组,每组35例。对照组患者康复治疗措施包括康复训练和常规健康教育<sup>[3]</sup>。常规健康教育内容包括饮食、药物、心理、康复等知识。干预组患者的康复治疗措施为在康复训练的基础上,接受有针对性和系统性的个性化健康教育,包括入院后了解患者对脑卒中康复的认知情况;护理人员在健康教育前,以患者为中心,通过评估制定目标和实施详细的康复计划;护理人员作为主导角色的关键作用是通过鼓励、肯定等交流方法提高患者的康复依从性。

### 1.3 个性化健康教育方法

**1.3.1 心理护理** ①交谈法<sup>[4]</sup>:针对伴有情绪焦虑或烦躁的患者,根据病情及时引导和教育,帮助患者改变焦虑心情,使之在恢复过程中处于最佳心理状态,主动配合训练,达到预期结果。②康复心得交流会(病友座谈会):每2周组织1次住院患者交流康复过程中的心得体会。③家庭课程:每周1次组织患者和家属参加脑卒中家庭课程学习,家属的共同参与可给予患者心理支持,帮助患者理解和掌握康复的相关知识。

**1.3.2 健康指导** ①康复训练指南:由护士拟定简单易懂的康复注意事项,发放各类康复训练指南,供患者和家属学习。②个性化康复指导:脑卒中患者早期接受日常生活能力训练是能够恢复以前生活方式的首要步骤。在初次评定患者的日常生活能力(BantheI指数)后,确定患者的依赖程度,拟定指导目标,采用24 h“一对一”个性化康复健康指导的方

法,进行良肢位保持、患侧肢体被动活动、控制和抑制痉挛、坐位平衡训练、站位平衡训练、步行训练、上下楼梯训练以及日常生活能力训练等。

**1.3.3 娱乐休闲康复** 结合每位脑卒中患者的年龄、文化层次和喜好,安排娱乐康复,提高患者的注意力和社交能力。

### 1.4 生活质量评估

两组患者均在康复治疗前(入院时)由受过专门培训的护理人员进行初次评定,康复治疗1个月后再对患者进行末次评定。

**1.4.1 焦虑症状评估** 采用汉密尔顿焦虑量表<sup>[5]</sup>(Hamilton anxiety scale, HAMA)评估患者的焦虑症状。HAMA共包括14个项目,主要评定神经症及焦虑症状的严重程度:总分<7分为无焦虑症状;7~13分为可能有轻度焦虑症状;14~20分为肯定有焦虑症状;>20分为严重焦虑症状。

**1.4.2 日常生活能力评估** 采用BantheI指数量表<sup>[6]</sup>评估患者的日常生活能力。评估内容包括洗澡、进食、个人卫生、穿衣、大小便控制、用厕转移、轮椅转移、平地步行、上下楼梯。0~20分表示极严重功能缺陷;25~45分表示严重功能缺陷;50~70分表示中度功能缺陷;75~95分表示轻度功能缺陷;100分表示日常生活能够自理。

**1.4.3 生活满意度评估** 采用生活满意度指数量表<sup>[7]</sup>评估生活满意度。该项为主观生存质量的评定,共20个项目,总分40分,分数越高表示生活满意度越高。

### 1.5 统计学方法

采用SPSS 13.0软件进行数据统计,计量数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 $t$ 检验进行比较分析。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者基本资料比较

干预组患者35例,其中男性21例,女性14例;年龄45~71岁,平均年龄 $(63.23 \pm 7.98)$ 岁;对照组患者35例,其中男性19例,女性16例;年龄47~75岁,平均年龄 $(64.14 \pm 8.23)$ 岁。两组患者的性别构成比、年龄比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。

### 2.2 焦虑症状比较

康复治疗前,两组患者均为严重焦虑症状,HAMA评分比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗1个

月后,两组患者的 HAMA 评分均显著低于治疗前 ( $P < 0.05$ );干预组为可能有轻度焦虑症状,对照组为肯定有焦虑症状,两组 HAMA 评分比较差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ) (表 1)。

### 2.3 日常生活能力比较

康复治疗前,两组患者的 Banthel 指数评分比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗 1 个月后,两组患者的 Banthel 指数评分均较治疗前显著提高 ( $P <$

$0.05$ ),且干预组的 Banthel 指数评分显著高于对照组 ( $P < 0.05$ ) (表 1)。

### 2.4 生活满意度比较

康复治疗前,两组患者的生活满意度指数评分比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗 1 个月后,两组患者的生活满意度指数评分均显著高于治疗前 ( $P < 0.05$ ),且干预组的生活满意度指数评分明显高于对照组 ( $P < 0.05$ ) (表 1)。

表 1 HAMA、Banthel 指数和生活满意度指数评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

Tab 1 Comparision of scores of HAMA, Banthel index and life satisfaction index ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	HAMA 评分		Banthel 指数评分		生活满意度指数评分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组 ( $n=35$ )	22.0 $\pm$ 1.62	16.5 $\pm$ 1.72 <sup>①</sup>	35.26 $\pm$ 4.98	57.83 $\pm$ 7.22 <sup>①</sup>	18.73 $\pm$ 1.81	22.07 $\pm$ 1.91 <sup>①</sup>
干预组 ( $n=35$ )	22.2 $\pm$ 1.58	9.6 $\pm$ 1.47 <sup>①②</sup>	34.88 $\pm$ 5.49	69.23 $\pm$ 7.56 <sup>①②</sup>	18.82 $\pm$ 1.69	28.14 $\pm$ 1.52 <sup>①②</sup>

①  $P < 0.05$  与治疗前比较;②  $P < 0.05$  与对照组比较。

## 3 讨 论

### 3.1 针对性健康教育提高脑卒中患者及家属康复的积极性

脑卒中患者在患病过程中,往往表现出烦躁、抑郁、消沉的心理特征<sup>[8]</sup>。本研究结果显示:70 例脑卒中患者在入院初次评定时均处于严重焦虑状态,由于急性期患者情绪不稳定,特别是老年患者,面对突发的脑卒中,可能产生较大的情绪变化,从而导致焦虑,容易对康复失去信心。护理人员可通过细心观察和认真听取患者的倾诉,从心理和社会各方面评估患者,让患者主动说出患病后的感受,并给予充分地解释、支持和鼓励,在此期间应注意沟通技巧。有学者<sup>[9]</sup>指出:脑卒中后神经康复效果主要取决于康复开始时间,越早越好。对急性期患者详细讲解康复的原理,激励患者积极配合康复是成功的关键。通过反复的健康教育,增强患者对康复训练的依从性<sup>[10]</sup>。脑卒中患者的日常活动大部分由家属承担,因此,其家属在早期康复过程中起着重要的作用<sup>[11]</sup>。让家属共同参与健康教育过程,组织家属参加脑卒中康复家庭课程,使其了解康复治疗的重要性和必要性,有助于家属积极参与患者的康复治疗,为患者提供一个和谐、安全、支持的康复环境。本研究发现,通过有针对性的健康教育可促进干预组患者积极参与康复治疗,随着肢体功能的逐步恢复,日常生活能力提高,焦虑症状减轻;与对照组比较,效果更加显著。

### 3.2 系统性健康教育提高脑卒中患者的日常生活能力

日常生活能力是指人们为达到独立的生活而必须反复进行的、最基本的一些活动,包括衣、食、住、行以及个人卫生等基本的动作和技巧。有研究<sup>[12]</sup>表明:脑卒中具有长期性和反复性的特点,这就决定了良好的自我护理能力对脑卒中患者至关重要。对照组脑卒中患者因偏瘫活动受限,加上肢体疼痛,进食、穿衣、轮椅转移常常依赖家属。本研究中护理人员针对干预组患者的不同日常生活能力,因人施教,一对一地帮助患者进行进食、梳洗、穿脱衣服、系衣扣、用厕等日常生活能力的训练,循序渐进,鼓励患者做力所能及的事;指导患者和家属共同配合,进行床与轮椅、轮椅用厕等转移;反复训练和反复体验,对患者康复过程中的每一点进步,都给予肯定和鼓励,充分挖掘患者的潜能,实现自我护理。结果显示,通过康复治疗,两组患者的日常生活能力均有提高,但干预组患者在实施个性化健康教育后,通过评估-计划-实施-评价-获得自我护理的技能,日常生活能力中自我进食、穿衣、用厕转移、轮椅转移等能力均明显高于对照组,可见干预组患者治疗后的独立生活能力更强。

### 3.3 个性化健康教育是提高脑卒中患者生活质量的有效保证

脑卒中患者在日常生活中,因肢体功能障碍,加重了患者的恐惧和焦虑心理,以致不愿意参加或不敢参加更多的日常活动和社交活动,从而影响了患

者的生活质量。通过对于干预组患者进行个性化健康教育,改善患者的焦虑情绪,使患者对康复治疗有了正确的认知。成功的康复治疗不仅取决于各种治疗,更取决于患者如何度过治疗以外的时间。鼓励患者参加各类娱乐活动,唱歌、讲故事、朗诵能提高患者的社交能力,抛接球、棋类比赛等使患者的注意力集中。娱乐康复的过程无论对正常人还是脑卒中患者,均可减少压力,提高合作技巧,使参与者得到放松和享受,对生活状态的满意度也有所改善<sup>[13]</sup>。干预组患者对生活满意度指数中“我以后的生活将比现在更快乐”“我所做的事情和以往的一样使我感兴趣”“我已得到很多从生活中我所希望的愉快事情”等指标得分明显提高,而“这是我生活中最使人意志消沉的时间”和“我觉得衰老和有些疲惫”等指标得分明显下降。随着干预组患者对生活满意度的提高,患者主动参与娱乐活动,相互鼓励、模仿、竞赛,产生连带感和回归社会感,消除孤独自卑感,提高了自我发掘、自我认识和自我实现的能力<sup>[14]</sup>。本研究结果显示:治疗1个月后,干预组患者的生活满意指数评分显著高于对照组;证实干预组患者在独立完成日常生活和娱乐活动时,增强了对生活和康复的渴望,明显提高了生活质量。

综上所述,个性化健康教育对增强患者及家属的康复意识、调动患者康复的积极性、改善患者的肢体功能、提高患者的生活质量等具有积极促进作用,因时间及条件的限制,个性化健康教育内容尚有待进一步完善。

## 【参考文献】

- [1] 华晴岚,梅柳蓉.对住院患者实施健康教育的现状与进展[J].上海护理,2005,5(2):52-54.
- [2] 全国第四届脑血管病学术会议.各类脑血管疾病诊断要点[J].中华神经外科杂志,1996,29(6):377-380.
- [3] 饶明俐.中国脑血管疾病防治指南[M].北京:人民卫生出版社,2007.
- [4] 胡永善.早期康复治疗对急性脑卒中患者运动功能的影响[J].中国康复医学杂志,2002,3(5):145-147.
- [5] 张帆,杨进刚.脑卒中合并焦虑抑郁的发病率和相关危险因素分析[J].首都医科大学学报,2005,26(2):140-142.
- [6] 南登昆.康复医学[M].北京:人民出版社,2004:75-77.
- [7] 缪鸿石.中国康复医学诊疗规范[M].北京:华夏出版社,1998:64.
- [8] 梁翠萍,王欣森,徐金秀,等.脑卒中后抑郁与心理社会因素的关系研究[J].中国临床心理学杂志,2005,13(4):470-471.
- [9] 谢瑞满.脑卒中中的神经康复治疗研究进展[J].现代实用医学,2007,19(3):173-175.
- [10] 施宇,殷艳玲,刘文平.激励护理对神经内科康复病人日常生活活动能力恢复的作用[J].护理研究,2009,8(295):2131.
- [11] 黄敏,闵雅莲.脑卒中患者主要照顾者护理知识调查[J].上海护理,2008,8(4):12-15.
- [12] 刘延锦,郭园丽.社区脑卒中患者的健康行为与自我护理能力的相关性[J].中华护理杂志,2011,46(3):279-281.
- [13] Specht J, King G, Brown E, et al. The importance of leisure in the lives of persons with congenital physical disabilities [J]. Am J Occup Ther, 2002, 56(4): 436-445.
- [14] 朱崔钰.娱乐康复对脑卒中患者生存质量的影响[J].中国康复医学杂志,2005,20(12):922-923.

【收稿日期】2011-03-15

【本文编辑】周珠凤