

赋权教育对颅脑损伤患者出院准备度、自我护理能力及生活质量的影响

石 丽

曲阜市人民医院 山东省 济宁市 273100

【摘要】目的：探讨颅脑损伤患者给予赋权教育对出院准备度、自我护理能力及生活质量的影响。**方法：**选取2019年3月—2020年2月我院收治的82例颅脑损伤患者作为研究对象，按照随机数字表法将其分成A组（41例）与B组（41例），B组给予常规健康宣教，A组给予赋权教育。比较两组出院准备度、自我护理能力及生活质量。**结果：**两组干预后出院准备度量表（RHDS）评分均有所提高（ $P<0.05$ ），A组高于B组（ $P<0.05$ ）；两组干预后自我护理能力量表（ESCA）评分均有所提高（ $P<0.05$ ），A组高于B组（ $P<0.05$ ）。两组干预后生活质量综合评定问卷（GQLI）评分均有所提高（ $P<0.05$ ），A组高于B组（ $P<0.05$ ）。**结论：**颅脑损伤患者给予赋权教育，能改善出院准备度，提高患者自我护理能力，改善其生活质量。

【关键词】 颅脑损伤；赋权教育；出院准备度；自我护理能力；生活质量

Effect of empowerment education on discharge readiness, self-care ability and quality of life of patients with craniocerebral injury

【Abstract】 Objective: To investigate the effect of empowerment education on discharge readiness, self-care ability and quality of life. **Methods:** 82 patients with craniocerebral injury admitted to our hospital from March 2019 to February 2020 were selected and divided into group A (41 cases) and Group B (41 cases) according to the random number table, group B gave routine health education, and Group A gave empowerment education, and compared the discharge readiness, self-care ability and quality of life of the two groups. **Results:** The discharge preparation scale (RHDS) was significantly higher ($P<0.05$), higher than group A and B ($P<0.05$), self-care Scale (ESCA) ($P<0.05$), higher than B ($P<0.05$), higher quality of life (GQLI) ($P<0.05$), and higher than group A and B ($P<0.05$). **Conclusion:** Emempowerment can improve discharge readiness, self-care ability and quality of life.

【Key words】 Craniocerebral injury; Empowerment education; Discharge readiness; Self-care ability; Quality of life

【中图分类号】 R47

【文献标识码】 A

【文章编号】 2096-1685(2022)05-0054-04

颅脑损伤由外界暴力作用导致，其发病率约占全身各部位创伤的9%~21%；部分颅脑损伤患者在接受治疗后会遗留神经功能障碍，对其生活自理能力、学习及工作产生巨大影响，因此导致患者易出现多种负性情绪，预后情况相对较差^[1]。临床上多采用健康宣教的方式，促使患者转变自身行为，但常规健康宣教强调患者遵从，易导致患者出现逆反心理或依赖心理，干预效果不理想^[2]。赋权教育主张赋予患者自我管理疾病的权利，改变患者被动地位，使护患双方达成合作关系，共同解决问题^[3]。本研究通过对82例患者进行分析，旨在探讨其对出院准备度、自我护理能力及生活质量的影响，结果汇报如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2019年3月—2020年2月我院收治的82例颅脑损伤患者作为研究对象，按照随机数字表法将其分成A组（ $n=41$ ）与B组（ $n=41$ ）。A组男性23例，女性18例，年龄19~71岁，平均年龄（ 43.62 ± 3.98 ）岁；致伤原因：交通事故28例，高空坠落7例，重物砸伤6例；受教育程度：初中及以下学历13例，高中或中专学历16例，大专及以上学历12

例。B组男性24例，女性17例，年龄20~73岁，平均年龄（ 43.68 ± 4.03 ）岁；致伤原因：交通事故26例，高空坠落9例，重物砸伤6例；受教育程度：初中及以下学历14例，高中或中专学历13例，大专及以上学历14例。两组患者基线资料差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），研究可比。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准：(1) 均经头部X光片、磁共振成像、脑脊液检查等确诊；(2) 均为首次发生颅脑损伤；(3) 沟通能力正常，可理解并完成相关问卷；(4) 患者均知情同意。排除标准：(1) 合并心、肝、肾等重要脏器功能不全者；(2) 合并恶性肿瘤者；(3) 合并其他部位损伤者；(4) 合并慢性内科疾病、严重感染、视听功能障碍、认知功能障碍者；(5) 合并精神疾病者。

1.3 方法

1.3.1 B组给予常规健康宣教 分别在患者入院后、出院前开展常规口头宣教，宣教内容包括颅脑损伤相关知识、用药及饮食指导、康复锻炼指导等。

1.3.2 A组给予赋权教育 具体内容如下：

1.3.2.1 成立小组 由主治医师1名、主管护师1名、临

床经验丰富的护士 3 名, 共同组成赋权教育小组; 对小组成员进行系统性培训, 讲解赋权教育的概念、优势、具体步骤, 同时培养各小组成员的沟通交流能力。

1.3.2.2 制定个体化赋权教育方案 患者入院后, 收集整理其个人信息、病历资料, 积极主动与患者进行沟通, 并结合沟通情况评估患者的性格特点、身心状态, 根据所得信息制定个体化赋权教育方案。

1.3.2.3 赋权教育面谈 向患者发起赋权教育面谈, 第一次面谈的时间选在患者入院后 1d 内, 此后每 3d 进行一次面谈, 直至患者出院, 面谈时间控制在 20~40min/ 次; 利用第 1、2 次面谈, 了解患者具体情况, 第 3~5 次面谈充分获取患者信任, 在之后的面谈中不断完善教育方案、推动宣教进程。

1.3.2.4 确立问题 根据患者情况设计访谈提纲, 采用半结构访谈的方式与患者进行深入交流, 通过开放式提问引导患者提出当前需求, 如“您当前最担心什么问题?” “您当前心情如何? 有何压力?” “您对未来有什么打算和预期?” 等, 借此了解患者的情绪状态和看待疾病的态度, 分析患者康复预期, 确立当前存在的问题。

1.3.2.5 表达感情 与患者共同探讨当前问题, 鼓励患者合理宣泄情绪, 适当表达内心感情, 学会分析自我问题、坚定康复信念; 医护人员在患者表达感情的过程中保持耐心倾听态度, 不给予任何主观评价, 根据患者讲述的内容发掘潜在问题。

1.3.2.6 设立目标 通过谈话的方式引导患者确立康复总目标, 再根据实际情况将总目标分为阶段性目标, 循序渐进地推动目标完成进度, 并在每一个阶段制定评估标准。

1.3.2.7 制订计划 指导患者制订自身健康行为计划,

若制定过程中遇到困难, 由医护人员试探性地给予专业建议及指导。

1.3.2.8 效果评估 引导患者进行自我评估, 从评估过程中发现仍待解决的问题, 并主动解决; 由医护人员对患者进行客观评估, 充分肯定当前成就, 增强患者康复信心。

1.4 观察指标

1.4.1 出院准备度 干预前后采用出院准备度量表 (RHDS) 评估, 共包含个人状态 (0~30 分)、适应能力 (0~50 分)、预期性支持 (0~40 分) 3 个维度, 得分与出院准备度呈正比。

1.4.2 自我护理能力 干预前后采用自我护理能力量表 (ESCA) 评估, 共包含健康知识水平 (0~80 分)、自我责任感 (0~30 分)、自我护理技能 (0~40 分)、自我概念 (0~60 分) 4 个维度, 得分与自我护理能力呈正比。

1.4.3 生活质量 干预前后采用生活质量综合评定问卷 (GQLI) 评估, 共包含躯体健康、社会功能、物质生活条件、心理健康 4 个维度, 均以 100 分为满分, 得分与生活质量呈正比。

1.5 统计学方法

计量资料 (出院准备度、自我护理能力、生活质量) 描述方法 ($\bar{x} \pm s$)、 t 检验, 计数资料描述方法 $n(\%)$ 、 χ^2 检验, 录入 SPSS 25.0 统计学软件, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组出院准备度比较

在 RHDS 评分上, 两组干预前比较无明显差异 ($P > 0.05$); 干预后较干预前, 两组均有所提高 ($P < 0.05$), 与 B 组相比, A 组个人状态、适应能力、预期性支持评分均更高 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组出院准备度比较 [$(\bar{x} \pm s)$, 分]

组别	例数	个人状态		适应能力		预期性支持	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
A 组	41	13.75±2.26	25.91±2.15a	34.14±3.75	46.27±1.96a	19.32±2.05	35.54±2.23a
B 组	41	13.28±2.39	21.56±3.01a	34.22±3.68	40.09±2.54a	19.38±2.11	27.89±2.66a
t	—	0.915	7.530	0.097	12.334	0.131	14.112
P	—	0.363	0.000	0.923	0.000	0.896	0.000

注: 与本组干预前比较, ^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组自我护理能力比较

在 ESCA 评分上, 两组干预前比较无明显差异 ($P > 0.05$);

干预后较干预前, 两组均有所提高 ($P < 0.05$), 与 B 组相比, A 组健康知识水平、自我责任感、自我护理技能、自我概念评分均更高 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组自我护理能力比较 [$(\bar{x} \pm s)$, 分]

组别	例数	健康知识水平		自我责任感		自我护理技能		自我概念	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
A 组	41	53.25±4.32	73.01±3.26a	12.35±1.18	24.61±2.23a	16.54±1.36	33.25±3.68a	35.29±2.36	52.98±3.76a
B 组	41	53.29±4.17	65.88±3.95a	12.29±1.34	18.52±2.31a	16.28±1.52	26.17±3.93a	35.34±2.21	43.65±3.22a
t	—	0.043	8.914	0.215	12.145	0.816	8.420	0.099	12.068
P	—	0.966	0.000	0.830	0.000	0.417	0.000	0.921	0.000

注: 与本组干预前比较, ^a $P < 0.05$ 。

2.3 两组生活质量比较
在 GQLI 评分上, 两组干预前比较无明显差异 ($P>0.05$); 干预后较干预前, 两组均有所提高 ($P<0.05$), 与 B 组相比, A

组躯体健康、社会功能、物质生活条件、心理健康评分均更高 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组生活质量比较 [$(\bar{x}\pm s)$, 分]

组别	例数	躯体健康		社会功能		物质生活条件		心理健康	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
A 组	41	58.79±3.62	78.06±5.39a	55.24±3.96	80.02±4.21	59.34±3.72	82.19±5.52a	58.96±3.25	80.15±5.12a
B 组	41	58.34±3.75	72.41±5.22a	55.38±3.75	74.45±5.18a	59.13±3.66	76.46±5.31a	58.87±3.29	77.27±5.58a
t	—	0.553	4.822	0.164	5.343	0.258	4.790	0.125	2.435
P	—	0.582	0.000	0.870	0.000	0.797	0.000	0.901	0.017

注:与本组干预前比较, ^a $P<0.05$ 。

3 讨论

随着社会经济的不断发展, 由交通事故、建筑事故等因素导致的颅脑损伤病例逐渐增多; 该病主要累及患者头皮、颅骨、颅内组织, 可造成脑内神经牵拉或撕裂, 继而引起肢体无力、认知障碍、昏迷等症状^[4-5]。颅脑损伤具有发病率高、致残率高、死亡率高等特点, 不仅患者自身承受着身心痛苦, 还会加重家庭、社会负担^[6]。患者的健康行为直接关系到预后情况, 但大部分患者对疾病了解不足, 且缺乏自我管理意识及自护能力, 因此, 临床上迫切需要科学有效的健康教育方法^[7]。

在常规健康宣教模式中, 患者处于相对被动的一方, 难以准确感知自身状态, 易产生疾病不确定感, 可能使患者出现依从性下降、过度依赖等问题^[8]。赋权教育是基于健康赋权理论的宣教方式, 在赋权教育过程中, 医护人员与患者处于平等地位, 患者拥有更多的决定权及选择权, 而非被动接收相关知识^[9-10]。赋权教育模式能够激发并增强患者的主观能动性, 使其合理表达自身情感, 明确康复目标, 并为实现目标而努力, 从而减少对医护人员、家属的依赖, 提高患者的自我管理能力和自我护理能力^[11-12]。此外, 赋权教育注重医护人员与患者之间良好沟通, 定期面谈可帮助医护人员准确了解患者情况, 同时使患者更充分地获取相关信息, 以减轻知识缺乏导致的疾病不确定感^[13-14]。分阶段设立目标可增强患者的康复积极性, 使其学会发掘自身问题, 并利用现有资源将问题解决, 从而提升自我效能感, 缓解焦虑、抑郁等负面情绪^[15-16]。赋权教育充分尊重、照顾患者, 通过专业指导帮助患者发展自身能力, 增强其在面对疾病时的适应能力, 在提高生活质量的同时减轻医护人员及患者家庭负担^[17-18]。

从本研究结果可知, A 组与 B 组比较, 前者 RHDS 评分更高; 究其原因, 赋权教育能够使患者由被动地位转变为主动地位, 帮助患者更好地处理自身症状及压力, 缓解疾病不确定感, 增强康复信心, 进一步提高出院准备度。本研究中, A 组与 B 组比较, 前者 ESCA 评分更高; 究其原因, 赋权教育能够引导患者发掘自身问题, 使其充分认识到自我管理的必要性, 从而摆脱依赖情绪, 提高自我护理能力。此外, A 组与 B 组比较, 前者 GQLI 评分更高; 究其原因, 赋权教育能激发患者的主观能动性和康复积极性, 促使患者向健康行为转变, 自觉规

避不良因素, 改善身心健康状况, 从而提高生活质量。

综上所述, 赋权教育用于颅脑损伤患者, 对出院准备度有显著提升作用, 可增强患者自我护理能力, 对生活质量的提高具有重要作用, 值得推广使用。

参考文献

- [1] 范宇召, 李岫炜. 小组式健康教育在预防颅脑损伤患者肌肉废用性萎缩中的应用 [J]. 中华现代护理杂志, 2017, 23(24): 3118-3121.
- [2] 薄巍巍, 李湘军. 优质护理与健康教育的联合运用对颅脑外伤患者的临床护理效果研究 [J]. 包头医学院学报, 2017, 33(5): 109-111.
- [3] 张文坚, 马灵甫, 曾云香, 等. 基于赋权模式的健康教育对异基因造血干细胞移植患者生活质量的影响 [J]. 国际护理学杂志, 2021, 40(20): 3693-3697.
- [4] 杜娟, 童宇平, 王子秀, 等. 出院计划模式在创伤性颅脑损伤病人护理中的应用 [J]. 护理研究, 2018, 32(12): 1907-1909.
- [5] 路法枝, 秦沙沙, 朱旭静. 路径式健康教育在颅脑损伤患者恢复期的应用效果及对生活质量的影响分析 [J]. 黑龙江医学, 2018, 42(9): 921-922, 924.
- [6] 何春玲. 颅脑创伤患者联合应用优质护理与健康教育的效果研究 [J]. 基层医学论坛, 2021, 25(9): 1293-1295.
- [7] 李慧琴, 杨健慧. 基于行为转变的健康教育对颅脑损伤术后患者健康行为的影响 [J]. 检验医学与临床, 2020, 17(16): 2325-2327, 2331.
- [8] 李子, 杨元立, 臧理政, 等. ICU 转出后颅脑损伤气管切开患者康复护理中量化健康教育的应用 [J]. 中国实用医药, 2021, 16(8): 184-186.
- [9] 龙林子, 谷松穗, 崔瑾, 等. 赋能教育对脑卒中后强制诱导运动治疗病人康复的影响 [J]. 全科护理, 2017, 15(19): 2308-2310.
- [10] 郭丽莎, 石贞玉, 芦良花. 健康赋权理论在脑卒中住院病人健康教育中的应用 [J]. 全科护理, 2018, 16(15): 1830-1832.

(下转第 59 页)

取两种药物结合治疗后患者天冬氨酸转氨酶(AST)、总胆红素(TBIL)及丙氨酸转氨酶(ALT)、白介素-6(IL-6)、C反应蛋白(CRP)及肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、超氧化物歧化酶(SOD)、丙二醛(MDA)均优于单独药物治疗,并且两种药物结合治疗安全性较高,不良反应发生率较低,说明此次治疗中采取异甘草酸镁联合舒肝宁治疗方法值得肯定。

综上所述,多稀磷脂酰胆碱,异甘草酸镁联合舒肝宁、氯雷他定应用于治疗肝功能损伤为主要表现的肌炎效果较明显,值得推广采纳。

参考文献

- [1] 李芬,李良,莫雨灵,等.肺结核患者中丙型肝炎分布特征及与肝功能损害的相关性[J].吉林医学,2022,43(3):596-598.
- [2] 陈建丽.肝炎肝硬化患者的肝功能检测结果分析及其临床指导价值[J].吉林医学,2022,43(3):808-810.
- [3] 李应,庞源源,陈虹余.自身免疫性肝炎临床特点分析及血清相关抗体检测水平分析[J].分子诊断与治疗杂志,2022,14(2):346-349,353.
- [4] 张鹭坚,蔡梅真.肝炎肝硬化患者血清总胆固醇、血清白蛋白与胆碱酯酶水平在肝功能评估中的应用[J].吉林医学,2022,43(2):482-484.
- [5] 李姣.还原型谷胱甘肽联合甘草酸二铵治疗乙型病毒性肝炎的效果分析[J].中国现代药物应用,2022,16(2):145-147.
- [6] 梅寒颖,刘炬,于乐,等.环磷酰胺与他克莫司在不同肌炎合并间质性肺炎中的疗效[J].吉林医学,2022,43(2):456-458.
- [7] 蔡慧,叶绿,龙小琴,等.特发性炎症性肌病合并间质性肺炎患者病死的影响因素分析[J].现代实用医学,2022,34(1):16-19.
- [8] 刘翠莲,谢静仪,胡秋,等.肌炎特异性抗体与特发性炎症肌病患者症状特征及短期预后的相关性分析[J].医学信息,2022,35(2):83-85.
- [9] 郑丽,刘燕,李俊男,等.以发热为首发表现的皮肤炎患者临床特征分析[J].中国药物与临床,2020,20(11):1789-1792.
- [10] 丁晓红,金宏慧,黄春红.多发性肌炎误诊为肝炎2例临床分析[J].中国社区医师,2017,33(36):159-160.
- [11] 李玉婷,汤绍辉.肌酸激酶显著升高的多发性肌炎伴肝功能损害1例[J].重庆医学,2017,46(26):3742-3743.
- [12] 曾锦辉,罗芳涛,陈英红,等.多稀磷脂酰胆碱联合双环醇治疗甲亢性肝病患者的疗效观察[J].现代医药卫生,2016,32(6):898-900.
- [13] 包双宝,孔繁皓,徐长荣.多稀磷脂酰胆碱治疗酒精性脂肪肝72例疗效观察[J].内蒙古医学杂志,2011,43(11):1332-1333.
- [14] 杨智彬,邵艳芳,潘丽,等.异甘草酸镁治疗抗结核药物性肝损伤疗效[J].临床荟萃,2021,36(11):972-975.
- [15] 张满英,吴春城,毛乾国,等.以肝功能损害为主要表现的EV71感染1例报道[J].医学信息,2021,34(19):187-188.
- [16] 陈晖,张鹏,蒙毅军.甘草酸二铵、异甘草酸镁、复方甘草酸苷预防抗结核药物致肝损伤的药物经济学评价[J].中国药物经济学,2021,16(10):28-31.
- [17] 朱志辉.舒肝宁联合异甘草酸镁治疗急性肝炎的临床疗效观察[J].基层医学论坛,2021,25(35):5173-5175.

(上接第56页)

[11] 敖渝娟,关红英,陈静,等.强化健康教育对颅脑损伤后肢体功能障碍患者康复效果的影响[J].当代护士(上旬刊),2021,28(4):62-64.

[12] 彭文亮,张苍,罗恒,等.基于赋权教育模式的自我管理计划对糖尿病血糖控制不佳患者的影响[J].解放军护理杂志,2019,36(4):25-28,74.

[13] 史莉.赋能教育联合信息-动机-行为技巧模型对脑梗死后偏瘫患者康复锻炼依从性及日常生活活动能力评分的影响[J].实用医技杂志,2020,27(1):141-143.

[14] 钱丹,陈利勤,顾敏琴,等.赋权教育对老年全髋关节置换患者出院准备度和自我护理能力的影响[J].中国老年

学杂志,2021,41(4):858-861.

[15] 毛津津.PDCA循环健康教育对颅脑损伤患者术后康复的影响[J].中国基层医药,2021,28(4):617-620.

[16] 张艳,聂贝贝,李雪.半结构化访谈联合赋能教育对脑梗死后偏瘫患者康复效果的影响[J].临床心身疾病杂志,2021,27(5):122-124.

[17] 孙喜凤,杨海新,袁玮,等.授权赋能式健康教育在脑卒中伴肢体功能障碍患者中的应用[J].中国临床护理,2021,13(11):677-682.

[18] 孟庆坤.量化健康教育在颅脑损伤气管切开患者康复护理中的应用[J].辽宁医学杂志,2019,33(2):114-115.