

性溃疡老年患者认知储备、自护能力的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2022, 28(17): 41-44.

[2] 周风华. 临床护理路径对老年消化性溃疡患者临床症状、生活质量及心理状态的影响[J]. 国际护理学杂志, 2022, 41(20): 3817-3820.

[3] 李晓璐, 王海燕, 李娜. 基于PMT的健康教育结合针对性护理干预对慢性消化性溃疡患者的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2021, 27(1): 4-7.

[4] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 消化性溃疡中西医结合诊疗共识意见(2011年天津)[J]. 中国中西医结合杂志, 2012, 32(6): 733-737.

[5] 邹正荣, 何敏, 李惠兵. 优质护理对消化性溃疡致上消化道出血患者病情改善的影响分析[J]. 贵州医药, 2020, 44(8): 1322-1323.

[6] 刘丹丹. IKAP理论干预模式在消化性溃疡出血患者中的应用效果[J]. 中华现代护理杂志, 2022, 28(19): 2600-2604.

[7] 王静, 薛蓓, 尤强娜, 等. 延续性干预在加味黄芪建中汤治疗幽门螺杆菌阳性消化性溃疡中的作用[J]. 陕西中医, 2022, 43(9): 1226-1229.

[8] 汪春燕, 尹梅, 张静, 等. 基于“互联网+”的医院-社区-家庭三元联动健康管理模式在消化性溃疡患者中的应用[J]. 护理学杂

志, 2020, 35(15): 96-98, 106.

[9] 苏少锋, 符岸秋, 郭泽霞, 等. 反馈性健康教育联合饮食干预对消化性溃疡患者的影响[J]. 中国医药导报, 2020, 17(22): 167-170.

[10] 丁春红, 王晓云, 殷静. 消化性溃疡幽门螺杆菌反复阳性患者危险因素分析及护理对策[J]. 齐鲁护理杂志, 2021, 27(1): 69-71.

[11] 黄燕芬, 许伟珠, 王贤君, 等. 全程督导式健康教育在消化性溃疡并发出血患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2020, 26(21): 94-97.

[12] 李卫辉. 序贯康复护理方案改善消化道溃疡患者消化功能和生活质量的研究[J]. 贵州医药, 2022, 46(9): 1500-1502.

[13] 王睿. 基于Orem自理理论的综合护理对胃溃疡患者不良情绪、自护能力及生活质量的影响[J]. 国际护理学杂志, 2020, 39(19): 3611-3613.

[14] 裴静, 庞咪, 何婷. 系统化护理对慢性胃炎胃溃疡患者焦虑抑郁负性心理情绪及生活质量改善探讨[J]. 山西医药杂志, 2020, 49(12): 1597-1599.

[15] 徐丽娜, 林旭榕, 李雪, 等. 强化护理对消化性溃疡患者生命质量与护理质量的影响[J]. 中国民康医学, 2020, 32(10): 146-147, 150.

个体化健康教育在慢性阻塞性肺气肿患者护理中的应用效果

邱云波

(赤峰市医院呼吸与危重症医学科, 内蒙古赤峰, 024000)

摘要: **目的** 评估慢性阻塞性肺气肿(COPE)患者接受个体化健康教育的应用效果并探究其临床价值。**方法** 选取2022年3月—2023年3月赤峰市医院收治的80例COPE患者作为研究对象,按照随机数表法将患者分为观察组和对照组,每组40例。观察组实施个体化健康教育,对照组实施常规健康教育,比较两组护理前后不同时段肺功能[用力肺活量(FVC)、第1秒用力呼气容积(FEV₁)、呼气流量峰值(PEF)]、疾病认知水平、自我护理能力以及护理满意度情况。**结果** 护理后,两组各项肺功能指标均高于护理前,且观察组各项肺功能指标高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。护理后,两组疾病认知评分均高于护理前,且观察组各项疾病认知评分高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。护理后,两组自我护理能力评分均高于护理前,且观察组自我护理能力评分高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组护理满意度高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 个体化健康教育的应用,对COPE患者肺功能改善效果显著,有利于提高患者疾病认知,提升患者自我管理能力和护理满意度。

关键词: 健康教育;慢性阻塞性肺气肿;肺功能;自我管理能力和护理满意度

中图分类号: R473.5 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-8011(2024)-01-0142-04

慢性阻塞性肺气肿(COPE)是各类慢性肺部疾病发展到一定程度的结果,早期表现为慢性咳嗽,随着疾病进展会出现咳痰、桶状胸,部分在运动状态下有呼吸困难表现,严重影响患者生活质量^[1-2]。COPE患者疾病认知程度低,日常行为不规范,因此需要辅之以必要的健康教育。以往健康教育缺乏针对性,在具体开展过程中缺乏科学、有效的系统支撑,难以满足患者个体化健康需求。随着护理服务质量的持续改

进,个体化健康教育在COPE患者中得以应用,作为一种新型健康教育模式,贯穿患者就诊、治疗、出院等全过程,旨在为患者提供个性化健康服务^[3]。为探究其应用价值,本研究选取2022年3月—2023年3月赤峰市医院收治的80例COPE患者进行分析,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2022年3月—2023年3月赤峰市医院收治的80例COPE患者作为研究对象,按照随机数表法将患者分为观察组和对照组,每组40例。观察组男25例,女15例;年

作者简介: 邱云波(1990—),女,蒙古族,籍贯:内蒙古自治区赤峰市,本科,主管护师,研究方向:呼吸科相关疾病护理。

龄 51 ~ 75 岁, 平均年龄 (63.28 ± 4.58) 岁; 病程 2 ~ 8 年, 平均病程 (4.61 ± 0.84) 年。对照组男 27 例, 女 13 例; 年龄 50 ~ 75 岁, 平均年龄 (62.72 ± 4.52) 岁; 病程 2 ~ 9 年, 平均病程 (4.64 ± 0.88) 年。两组一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 有可比性。患者及家属对研究知情同意, 自愿签署知情同意书。本研究经赤峰市医院医学伦理委员会审核批准。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准: ①影像学检查及临床诊断确诊, 与 COPE 症状相符^[4]; ②年龄 50 ~ 75 岁; ③具备正常的听、说能力, 沟通顺畅, 可完成治疗及随访; ④临床资料完整; ⑤生命体征稳定, 精神状态良好。

排除标准: ①危重症患者或合并脏器衰竭、损伤严重者; ②存在意识模糊或神志不清、精神障碍者; ③合并凝血功能障碍、自身免疫系统障碍者; ④依从性差; ⑤中途退出研究者; ⑥合并其他类型肺部疾病者。

1.3 方法

对照组实施常规健康教育。按照常规流程制订各项健康教育活动, 遵照医嘱指导患者合理用药, 严密监测病情变化情况及生命体征, 予以及时、恰当的处理。

观察组实施个性化健康教育。(1) 建立个性化健康教育小组。小组由护士长担任组长, 4 ~ 6 名具有丰富经验的护理人员为组员, 组内进行定期培训, 掌握护理操作技巧, 明确护理目标。干预前均接受系统的 COPE 健康宣教培训, 掌握健康教育的流程及技巧, 定期进行组内考核, 激发内在动力。(2) 制订个性化健康教育计划。了解患者的生活习惯及作息, 结合患者实际情况采取相应的健康教育方式, 制订专门的计划, 每周进行 1 次健康教育, 30 min ~ 60 min/ 次。住院治疗期间可以通过口头疾病知识讲解、疾病知识手册发放、多媒体视频播放等方式进行健康宣教; 居家康复阶段可采用电话随访、微信健康教育、专家讲座等方式予以护理干预。(3) 实施个性化健康教育。①了解患者需求。为患者发放 COPE 疾

病认知水平调查问卷, 评估患者的疾病认知情况, 并与患者建立良好的沟通关系, 引导患者表达诉求, 明确其健康需求, 并由患者选择疾病健康教育的方式或途径, 如面对面讲解、健康手册、专题讲座等。②满足需求。对不同个体特征患者的健康需求进行总结与归纳, 并给予对应的健康教育支持。女性学习健康教育知识热情高, 参与度高, 可采用健康手册、专题讲座、微信公众号相结合的方式; 男性建议采用家属同步健康教育或同伴支持的方式予以健康教育。中年患者对微信公众号疾病知识推送、发放健康手册等接受度高; 老年患者更倾向于面对面口头宣教、家属督促等。③健康教育内容。心理层面: 加强护患沟通, 为患者介绍科室优势及病房环境, 使患者尽快适应。引导患者表达不适与需求, 评估患者心理状态, 鼓励患者积极应对, 保持良好心态。呼吸支持: 指导患者学会有效咳嗽, 促进痰液排出。告知患者氧疗及雾化吸入的重要性, 说明相关注意事项。指导患者呼吸训练, 维持呼吸通畅。个体化营养指导: 评估患者营养状态, 结合患者饮食喜好及病情制订个性化膳食方案, 加强营养支持。坚持少食多餐的原则, 补充维生素、蛋白质。

1.4 观察指标

①比较两组肺功能指标。采用日本便携式捷斯特肺功能检测仪 (生产企业: 成都柏威斯科技有限公司, 型号: HI-801) 对患者肺功能 [用力肺活量 (FVC)、第 1 秒用力呼气容积 (FEV₁)、呼气流量峰值 (PEF)] 指标进行检测。

②比较两组疾病认知水平评分。采用赤峰市医院自制问卷调查评估, 包括疾病基础知识、治疗知识、自我护理知识以及肺康复训练知识 4 个方面, 每项均为 25 分, 分值越高表示疾病认知水平越高。

③比较两组自我护理能力改善情况。采用自我护理能力测定量表 (ESCA) 评估^[5], 包含 4 个维度, 分别是自护技能、健康知识水平、责任感和自护概念, 主要是对患者自护能力的测定, 共 43 个条目。并选择 0 ~ 4 级评分法完成, 满分为 172 分。

表 1 两组肺功能指标比较

($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	FVC (L)		FEV ₁ (L)		PEF (L/s)	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	40	1.95 ± 0.33	3.04 ± 0.52*	1.03 ± 0.32	1.67 ± 0.34*	3.32 ± 0.21	6.46 ± 0.43*
对照组	40	2.02 ± 0.35	2.22 ± 0.43*	1.09 ± 0.35	1.23 ± 0.27*	3.29 ± 0.25	4.22 ± 0.62*
<i>t</i>		0.920	7.686	0.800	6.410	0.581	18.776
<i>P</i>		0.360	<0.001	0.426	<0.001	0.563	<0.001

注: 与同组护理前比较, * $P < 0.05$ 。

表 2 两组疾病认知水平比较

($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	基础知识		治疗知识		肺康复训练知识		自我护理知识	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	40	14.28 ± 1.32	21.38 ± 1.67*	11.37 ± 2.65	20.73 ± 1.27*	15.50 ± 1.32	22.48 ± 0.75*	14.22 ± 2.75	21.22 ± 1.74*
对照组	40	14.47 ± 1.29	17.48 ± 1.05*	11.48 ± 2.02	14.38 ± 1.78*	15.13 ± 1.37	18.25 ± 0.96*	14.04 ± 2.68	18.64 ± 1.62*
<i>t</i>		0.651	12.504	0.209	18.367	1.230	21.960	0.297	6.864
<i>P</i>		0.517	<0.001	0.835	<0.001	0.222	<0.001	0.768	<0.001

注: 与护理前比较, * $P < 0.05$ 。

表 3 两组自我护理能力比较

($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	自我概念		健康认知		自我责任感		自我护理技能	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	40	18.56 ± 3.14	27.51 ± 2.25*	35.36 ± 3.12	61.45 ± 3.16*	12.55 ± 3.72	21.13 ± 2.10*	23.94 ± 2.24	41.45 ± 2.32*
对照组	40	19.05 ± 3.36	23.13 ± 2.58*	35.23 ± 3.25	56.12 ± 3.25*	12.50 ± 3.68	14.35 ± 2.32*	23.78 ± 2.18	36.31 ± 3.23*
<i>t</i>		0.674	8.092	0.183	7.437	0.060	13.703	0.042	8.174
<i>P</i>		0.502	<0.001	0.856	<0.001	0.952	<0.001	0.967	<0.001

注: 与同组护理前比较, * $P < 0.05$ 。

④比较两组护理满意度。采用满意度问卷进行评估, 满分为 10 分, 8 ~ 10 分为十分满意、5 ~ 7 分为基本满意、0 ~ 4 分为不满意, 总满意度 = (十分满意 + 基本满意) 例数 / 总例数 × 100%。

1.5 统计学分析

采用 SPSS 22.0 统计学软件对数据进行分析, 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 行 *t* 检验; 计数资料以 [n (%)] 表示, 行 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组肺功能指标比较

护理后, 两组各项肺功能指标均高于护理前, 且观察组各项肺功能指标高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

2.2 两组疾病认知水平比较

护理后, 两组疾病认知评分均高于护理前, 且观察组各项疾病认知评分高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

2.3 两组自我护理能力比较

护理后, 两组自我护理能力评分均高于护理前, 且观察组自我护理能力评分高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

2.4 两组护理满意度比较

观察组护理满意度高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 4。

表 4 两组满意度比较

[n (%)]

组别	例数	十分满意	基本满意	不满意	护理满意度
观察组	40	30 (75.00)	8 (20.00)	2 (5.00)	38 (95.00)
对照组	40	22 (55.00)	9 (22.50)	9 (22.50)	31 (77.50)
χ^2					5.165
<i>P</i>					0.023

3 讨论

作为肺气肿的常见类型, COPE 的发生与内因、外因均密切相关, 前者包括呼吸道感染、阿尔法蛋白酶缺乏等; 后者为长期吸烟史、大气污染以及长期接触有害化学物质等, 成为影响居民健康的公共卫生问题^[6]。临床强调针对 COPE 应以缓解症状、阻止病情反复加重、提升肺功能为主。大部分患者健康意识差, 尤其是高龄患者, 疾病认知水平低, 依从性不高, 出院后由于缺乏专业的护理干预及指导, 治疗依从性下降, 影响患者预后^[7]。因此, 加强对患者的疾病知识健康教育

尤为重要。

健康教育能够帮助纠正患者的错误认知及不正确的生活方式, 使得患者能够主动规避危险因素, 提升健康意识, 以达到疾病防控、增强预后的目的^[8-9]。健康教育旨在帮助患者建立健康意识, 在治疗的同时, 配合生活方式及饮食结构的改变, 纠正错误行为, 提升疾病控制效果。常规健康教育模式大多停留在卫生知识宣教层面, 部分甚至流于形式, 且患者出院也意味着健康教育的结束, 患者居家康复阶段对自我护理知识不了解, 自理能力差, 健康教育成效不甚理想。本研究结果显示, 护理后, 两组各项肺功能指标均高于护理前, 且观察组各项肺功能指标高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 说明个体化健康教育强调针对不同个体、不同时期及不同健康状态, 为患者量身定制健康教育计划, 采取多样化健康教育方式, 为患者提供个体化干预服务, 使患者成为护理工作的中心, 患者的需求得到满足。疾病知识宣教落到实处, 便于患者掌握, 从而规范自身的行为^[10-11]。

本研究结果显示, 护理后, 两组疾病认知评分均高于护理前, 且观察组各项疾病认知评分高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 说明采用该健康教育模式能明显提升患者疾病认知水平。COPE 患者多发于中老年群体, 此类人群疾病认知水平普遍偏低, 考虑与患者年龄、文化背景等有关。与男性相比, 女性对用药管理、饮食需求等健康知识需求更高, 且对微信宣教、多媒体宣教及疾病知识手册发放等形式的健康教育接受度高^[12]。中年人工作繁忙, 对自身疾病缺乏足够的关注, 同伴或家属支持的健康教育模式较为适用。老年人思维定势, 且接受新事物能力差, 对智能手机、微信等不熟练, 因此多采取口头宣教或家属督促的方式。针对患者个体开展丰富的健康教育, 有利于提升患者的疾病认知^[13-14]。本研究结果显示, 护理后, 两组自我护理能力评分高于护理前, 且观察组自我护理能力评分高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 说明健康教育模式的有效性与优越性。在个体化健康教育阶段, 围绕饮食、呼吸锻炼、心理等方面指导患者自我调节, 不仅有利于患者临床症状的缓解, 而且有助于患者自护能力的提升, 掌握有效咳嗽的方式, 养成良好的生活习惯与卫生习惯, 合理膳食, 对疾病康复有利^[15]。

但本研究尚存在一定的局限性, 样本量较少, 可能存在一定的偏倚, 后续研究将会扩大样本量, 进行深入探究。观察时间短, 远期效果尚未得到证实。后续应扩大样本, 增加随访时间, 为健康教育的优化改进提供依据。

综上所述,COPE 患者应用个性化健康教育,有利于提升肺功能,对于疾病认知水平、自我护理能力提升意义重大,患者满意度高,值得临床应用。

参考文献

- [1] 何玉琢,徐伟,王海波,等.安徽省40岁及以上人群慢性呼吸道症状流行及慢性阻塞性肺疾病认知现状[J].中国慢性病预防与控制,2021,29(3):172-177.
- [2] 吴苏倩,魏毅,石俊青,等.肺纤维化合并肺气肿综合征的临床特征与危险因素分析[J].中国呼吸与危重监护杂志,2021,20(1):4-11.
- [3] 黄志萍,劳玉妹,肖丹丹.基于HAPA模式的渐进式抗阻训练对老年慢性阻塞性肺气肿患者健康行为和运动耐力的影响[J].中华肺部疾病杂志(电子版),2021,14(1):37-42.
- [4] 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组,中国医师协会呼吸医师分会慢性阻塞性肺疾病工作委员会.慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2021年修订版)[J].中华结核和呼吸杂志,2021,44(3):170-205.
- [5] 张玉姬,黄瑞英,冯惠霞.目标执行理念健康教育对结直肠癌患者术后自我护理能力健康认知度及心理弹性的影响[J].临床心身疾病杂志,2021,27(6):71-74.
- [6] 王金诚,弋可,曾强,等.绵阳市年龄 ≥ 40 岁常住居民慢性阻塞性肺疾病流行病学调查及其影响因素分析[J].山东医药,2021,61(5):47-50.
- [7] 吴美景,梁梅兰,吴玉丹.老年慢性阻塞性肺疾病患者健康教育需

求调查分析[J].河北医药,2020,42(6):936-938,942.

- [8] 赵亚,王旭东.多元化中医健康教育在稳定期慢性阻塞性肺疾病患者中的应用[J].四川中医,2020,38(11):214-218.
- [9] 刘静,薛璐.同伴支持联合视频宣教在慢性阻塞性肺气肿患者呼吸功能锻炼中的应用效果[J].医学临床研究,2021,38(4):613-616.
- [10] 徐海霞,叶莎莎,王倩倩,等.以需求为导向的健康教育对慢性阻塞性肺气肿患者疾病认知水平及自我管理能力的管理影响[J].中国医学前沿杂志(电子版),2022,14(2):29-33.
- [11] 姚文杰,许凤琴,张洁,等.基于健康信念模式的健康教育在慢性阻塞性肺疾病患者吸入剂管理中的应用效果研究[J].实用心脑血管病杂志,2021,29(7):29-34.
- [12] 王岩,张儒,张清.社区健康教育路径在慢性阻塞性肺疾病高危者中的应用效果[J].解放军护理杂志,2021,38(2):41-44.
- [13] 毛雪娟,王红.基于坚强概念的健康教育对慢性阻塞性肺疾病合并肺结核患者自我管理效能及治疗依从行为的影响[J].中国医药导报,2021,18(21):161-164.
- [14] 王玲.跨理论模型健康教育干预对慢性阻塞性肺疾病患者自我管理、呼吸功能锻炼行为及生活质量的影响[J].国际护理学杂志,2021,40(9):1609-1612.
- [15] 杨媛媛.理性情绪行为疗法在轻度慢性阻塞性肺气肿患者中的应用[J].上海护理,2022,22(9):58-60.

冥想放松减痛法配合潜伏期自由体位待产 对初产妇妊娠结局的影响

赵维

(滕州市妇幼保健院产科,山东滕州,277599)

摘要:目的 探讨冥想放松减痛法配合潜伏期自由体位待产对初产妇妊娠结局的影响。方法 选取2020年1月—2023年1月滕州市妇幼保健院收治的80例足月分娩初产妇作为研究对象,应用随机数表法分为观察组和对照组,每组40例。对照组实施常规护理,观察组在常规护理基础上增加冥想放松减痛法配合潜伏期自由体位待产,比较两组产妇第一、二、三产程时间及住院时间、产后2h出血量,干预后分娩恐惧情况及平均VAS评分,比较产妇剖宫产、产后出血、子宫颈裂伤、子宫颈水肿发生情况及5min新生儿Apgar评分。结果 观察组第一、二、三产程时间及住院时间、产后2h出血量和剖宫产率明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。干预后,观察组医疗护理、自我控制、产痛伤害、胎儿健康及分娩恐惧总分明显低于对照组,且观察组平均VAS评分明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。两组产后出血发生率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);观察组剖宫产率、子宫颈裂伤和子宫颈水肿发生率明显低于对照组,且观察组5min新生儿Apgar评分明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 对初产妇分娩过程中采用冥想放松减痛法配合潜伏期自由体位待产可减少产妇产程时间、住院时间与产后出血量,同时减轻产妇对于分娩的恐惧感与疼痛感,降低初产妇剖宫产率和阴道分娩过程中子宫颈裂伤和宫颈水肿发生率,对新生儿安全性较高。

关键词:冥想放松减痛法;潜伏期;自由体位;初产妇;妊娠结局

中图分类号:R473.71 **文献标识码:**A **文章编号:**1009-8011(2024)-01-0145-04

分娩潜伏期主要指的是在第一产程之中出现的规律性宫

缩直到宫口扩张到6cm的时间段,这一时间胎儿的头部慢慢下降,宫口扩张,也是分娩的准备阶段^[1]。随着宫口的扩张,产妇会出现阵发性宫缩,导致产妇承受着巨大痛苦,再加上精力和体力的严重消耗,很多产妇由于无法承受长时间的宫

作者简介:赵维(1984—),女,汉族,籍贯:山东省滕州市,本科,主管护师,研究方向:妇产科护理。