

赋能心理护理联合健康信念教育干预对重症脑梗死患者睡眠质量、负性情绪的影响

邱松旺 厦门大学附属第一医神经内科,福建省厦门市 361001

摘要 目的:探讨赋能心理护理联合健康信念教育干预在重症脑梗死患者中的应用效果。**方法:**回顾性分析我院2020年1—12月收治的90例重症脑梗死患者的临床资料,按照护理方法的不同分为观察组与对照组。两组均行常规治疗,对照组(45例)实施常规护理,观察组(45例)在对照组基础上实施赋能心理护理联合健康信念教育干预。两组均持续随访1个月,对比两组睡眠质量、负性情绪及自我效能。**结果:**护理后观察组匹兹堡睡眠质量指数调查问卷(PSQI)评分、焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)评分均低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);护理后观察组自我效能量表(GSES)评分高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论:**赋能心理护理联合健康信念教育干预在重症脑梗死患者中具有较好的应用效果,利于提升其睡眠质量,减轻负性情绪,提升自我效能。

关键词 重症脑梗死 赋能心理护理 健康信念教育干预 睡眠质量 负性情绪 自我效能

中图分类号:R473 **文献标识码:**B **doi:**10.19381/j.issn.1001-7585.2023.24.053

脑梗死又称为缺血性脑卒中,属于临床常见脑血管疾病,是脑血流供应障碍导致的脑组织缺血缺氧性坏死,尤其对于重症脑梗死患者而言,病情危重,患者的神经功能可出现严重损害,甚至诱发一系列严重并发症^[1]。当前临床急性期多采取静脉溶栓和血管内介入治疗重症脑梗死,能够获得确切的治疗效果,但患者受到突然发病、手术治疗等多种因素的影响,不可避免存在一定的应激刺激,可对其身心健康造成负面影响,引发内分泌紊乱、心理健康水平下降、失眠等多种不良预后的发生,还会进一步影响患者缺损神经功能的康复,这就要求临床应实施有效的护理干预措施。赋能心理护理是在通过各种方式与途径对个体的心理活动进行积极影响与引导的同时,赋予个体更大的做事可能性空间,强调激发个人才智与潜能,以达到提升护理效果的目的^[2]。健康信念教育干预强调帮助患者建立健康信念,以增强其战胜疾病的信心,纠正不良行为,改善疾病预后。基于此,本文探讨赋能心理护理联合健康信念教育干预在重症脑梗死患者中的应用效果,内容如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析我院2020年1—12月收治的90例重症脑梗死患者的临床资料,按照护理方法的不同分为观察组与对照组,每组45例。观察组中男27例,女18例;年龄50~74(61.58±3.60)岁。对照组中男28例,女17例;年龄50~72(61.53±3.58)岁。两组一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$),有可比性。

1.2 选择标准 (1)纳入标准:①经CT、核磁共振、脑血管造影等检查,由3位神经内科主治以上医生独立确诊为重症脑梗死;②患者及其家属均知情同意本研究;③能够有效进行沟通,配合完成本研究。(2)排除标准:①合并精神异常或存在精神障碍;②合并脑疝、出血性疾病或恶性肿瘤;③合并颅脑外伤。

1.3 方法 两组均行常规治疗。对照组实施常规护理:常

规密切监护患者意识、瞳孔、神经功能及生命体征,如有异常,应及时通知医师予以相应处理;待患者生命体征平稳后,向其讲解脑梗死疾病相关知识,提升其疾病认知水平;评估其面部表情变化,了解其内心感受,并予以适当的心理疏导,缓解负性情绪;早期协助患者瘫痪的肢体保持功能位,指导患者家属每日进行2次肢体被动训练与按摩,10~15min/次;定时协助患者进行翻身,结合其恢复情况予以床上、床旁及下床活动指导,并注意遵循循序渐进的原则,以患者能够耐受为宜;训练过程中护理人员或家属应从旁陪同,防止意外摔倒。观察组在对照组基础上实施赋能心理护理联合健康信念教育干预:(1)成立小组:成立护理小组,组内成员包含主治医师、护理组长及责任护士,针对组内成员开展培训,内容包括护理注意事项、赋能心理护理、健康信念教育的方式方法、目的及意义等,并通过考核的方式,确保其充分掌握相关内容,以便于护理工作的有效开展;待患者生命体征平稳并可有效沟通后,评价其疾病认知、心理状态等方面,并制定相应的干预对策。(2)赋能心理护理:①赋能激发:协助患者进行自理活动,鼓励其完成自主翻身、进食、穿衣等力所能及的事情;结合患者的疾病认知评估,采取提问、解答的方式对其存在的错误认知进行纠正,并引导其情绪、行为正向发展;结合患者恢复情况,共同设立康复目标,并遵循循序渐进的原则逐渐提高。②心理干预:待患者沟通能力恢复后,积极与其进行沟通,建立信任关系;及早采取语言指导、肢体抚触的方式缓解其负性情绪;耐心倾听患者诉求,并对其合理要求尽可能予以满足;督促家属积极与患者沟通交流,使其感受家庭温暖,缓解孤独感受;在拉近与患者的距离后,采取列举成功案例、正向心理暗示等方式提高其康复信心与配合度;同时,采取设立阶段性目标的方式管理患者情绪,设置不同目标设置的奖励。10~15min/次,1次/d。(3)健康信念教育干预:①认知评估:待患者沟通能力恢复后,评估其健康信念及影响因素,包含患者疾病的严重性、危险性的认知,患

者、家属对健康的重视程度及其在饮食、活动及运动等方面的预防情况;结合患者认知情况及实际需求,确定教育目标与教育方案。②规范化健康教育:采取发放健康宣教手册、多媒体演讲等方式,提升患者认知水平,使其充分了解高血压、高血脂、糖尿病等疾病对脑梗死的危害,同时使其知晓脑梗死发病率与吸烟、喝酒、熬夜等不健康生活习惯的相关性,提升其对健康行为的重视与认知程度,帮助建立康复信念与健康行为。③一对一宣教:加强与患者的沟通交流,鼓励其提出问题,并由专业的护理人员予以专业解答,可有效纠正其对疾病的错误认知;邀请预后良好的患者进行现身说法,可促使患者纠正不良的生活习惯,并逐步建立健康的生活方式。④出院指导:待患者符合出院标准后,于其出院前进行整体综合性评价,确认其建立基本的健康行为,并实施出院指导,告知遵医嘱用药及养成健康生活方式的重要性;建立微信群,待患者出院后,利用微信向患者推送疾病相关知识及康复指导相关内容,对其不良行为进行干预指导,对其良性行为予以强化肯定,促进健康行为的养成,形成良性循环。两组均持续随访1个月。

1.4 观察指标 对比两组护理前及护理后(随访1个月后)睡眠质量、负性情绪及自我效能。(1)睡眠质量:采用匹兹堡睡眠质量指数调查问卷(PSQI)^[3]评价,共7个条目,均采用0~3分评分法,分值0~21分,分数与睡眠质量呈负相关。(2)负性情绪:采用焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)^[4]评价。SAS:20个项目,均采用4级评分法,>50分为有焦虑症状;SDS:20个项目,均采用4级评分法,>53分为有抑郁症状;分数越高,患者的负性情绪越强烈。(3)自我效能:采用自我效能量表(GSES)^[5]评价,包含10个项目,均采用4级评分法,分值10~40分,分数越高,自我效能越好。

1.5 统计学方法 采用SPSS20.0软件分析数据,计数资料用百分比表示,采用 χ^2 检验,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 睡眠质量 护理前,两组PSQI量表评分相比,差异无统计学意义($P > 0.05$);护理后,观察组PSQI量表评分较对照组低($P < 0.05$)。见表1。

表1 两组睡眠质量对比($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	护理前	护理后	<i>t</i>	<i>P</i>
对照组	45	16.22 ± 2.33	11.24 ± 1.96	10.972	0.000
观察组	45	16.02 ± 2.15	8.16 ± 1.46	20.288	0.000
<i>t</i>		0.423	8.454		
<i>P</i>		0.673	0.000		

2.2 负性情绪 护理前,两组SAS、SDS评分相比,差异无统计学意义($P > 0.05$);护理后,观察组SAS、SDS评分均较对照组低($P < 0.05$)。见表2。

2.3 自我效能 护理前,两组GSES量表评分相比,差异无统计学意义($P > 0.05$);护理后,观察组GSES量表评分较对照组高($P < 0.05$)。见表3。

3 讨论

重症脑梗死属于神经内科常见的急危重症,通常由梗死面积过大、梗死位置差所致,具有发病率、死亡率、致残率均

表2 两组负性情绪对比($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	SAS		SDS	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	45	53.56 ± 5.02	48.42 ± 4.11	55.78 ± 5.62	49.19 ± 5.18
观察组	45	53.63 ± 5.10	45.13 ± 3.96	55.80 ± 5.66	46.12 ± 4.62
<i>t</i>		0.066	3.867	0.017	2.967
<i>P</i>		0.948	0.000	0.987	0.004

表3 两组自我效能对比($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	护理前	护理后	<i>t</i>	<i>P</i>
对照组	45	23.78 ± 2.68	28.36 ± 2.99	7.652	0.000
观察组	45	23.42 ± 2.70	33.60 ± 3.12	16.551	0.000
<i>t</i>		0.635	8.134		
<i>P</i>		0.527	0.000		

高的特点,即使患者能够在时间窗内获得有效救治,仍会出现多种严重并发症,遗留不同程度的后遗症,这就要求临床应在予以有效救治的同时配合开展相应的康复护理工作。但患者仍会受到疾病折磨、活动受限、治疗、陌生环境等多种因素的刺激,导致心理及精神状态较差,容易出现丧失康复信心的情况,可对疾病预后产生严重影响,降低生命质量,推迟出院时间,增加住院费用等,这给临床护理提出较大挑战^[6]。

常规护理以基础性的护理服务为主,强调辅助治疗的有效开展,较为缺乏对患者心理方面的关注,在改善患者身心健康方面的效果不甚理想。本文结果显示,与对照组相比,护理后观察组PSQI量表评分及SAS、SDS评分均较低,GSES量表评分较高,提示针对重症脑梗死患者实施赋能心理护理联合健康信念教育干预的效果较好。赋能心理护理是一个积极的动态过程,强调从患者角度出发,通过开发、利用其自身潜能,以达到对自我生活的控制,进而满足自身的情感需求^[7]。本文将其应用于重症脑梗死患者的护理工作中,首先对其认知及心理进行评估,并结合评估结果予以协助与指导,帮助其激发赋能,使其在力所能及的范围内积极参与到自我护理中,以发挥个人潜能,为疾病的早期康复奠定良好基础;同时,联合家属予以耐心倾听、正确指导、心理疏导等多种措施,满足患者心理需求,进而利于缓解其负性情绪,改善其情绪状态,还可通过阶段性的情绪目标管理,不断增强其情绪调节能力,进一步改善心理状态,减轻负性情绪带来的负面影响,提升睡眠质量。健康信念教育干预是在常规健康宣教的基础上,引入社会心理学方法,以健康信念形式为出发点,实施针对性干预,以促使其积极开展健康行为,进而达到改善疾病预后的目的^[8-9]。本文将其应用于重症脑梗死患者中,在评估患者认知水平的基础上,采取多种方式开展疾病健康宣教,提升其对脑梗死危害性的认知,了解促进脑梗死病情康复健康行为的重要性,帮助建立健康信念。同时,采取一对一宣教的方式纠正其患者误认知,可进一步提升其认知水平,配合病例现身说法,促进增强其健康信念,进而积极参与到健康行为的实施中。待患者符合出院标准后,通过出院指导、随访的方式予以持续性的健康指导,强化其健康行为,形成良性循环,利于增强患者的自我效能,提升康复效果,改善疾病预后。

综上所述,赋能心理护理联合健康信念教育干预能够增

强重症脑梗死患者的自我效能,改善负性情绪,提升睡眠质量,利于预后。

参 考 文 献

[1] 杨萍,张萍. 多元化健康教育对急诊住院脑梗死患者直接照顾者心理健康及照顾水平的影响[J]. 医学临床研究, 2022, 39(1):120-122.

[2] 石强,段淑敏,刘楠. 赋能心理干预模式对重症脑梗死患者应激及睡眠状况的影响[J]. 国际精神病学杂志, 2023, 50(1):163-166.

[3] 邱建青,周密,邱培媛,等. 匹兹堡睡眠质量指数用于农村老年人群的信效度分析[J]. 现代预防医学, 2016, 43(10):1835-1838.

[4] 段泉泉,胜利. 焦虑及抑郁自评量表的临床效度[J]. 中国心理卫生杂志, 2012, 26(9):676-679.

[5] 金佳瑶,张会君. 中文版自我效能评定量表在社区居住老年人

中应用的信效度研究[J]. 中国全科医学, 2017, 20(29):3665-3668.

[6] 范海青,韩海燕,于晓娟. 中医情志顺势护理干预对脑梗死患者心理水平及生活质量的影响[J]. 长春中医药大学学报, 2021, 37(5):1090-1092.

[7] 余祖琳,胡素君,潘月璐,等. 赋能心理护理干预在癫痫患儿直接照顾者中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2021, 27(13):1797-1801.

[8] 吴晓芬. 基于 Pender 模式的健康教育对脑梗死合并高血压患者预后的影响[J]. 检验医学与临床, 2021, 18(20):3033-3036.

[9] 李娜. 基于健康信念模式的健康教育对永久性心脏起搏器植入术患者自我效能感及心理状态的影响[J]. 临床与病理杂志, 2021, 41(6):1369-1375.

收稿日期 2023-06-10

(编辑 凤培)

行动研究法对改进麻醉恢复室患者交接班流程的效果观察

陈 磊 辛 莲 南京医科大学附属无锡人民医院麻醉科,江苏省无锡市 214023

摘要 目的:探究行动研究法对改进麻醉恢复室患者交接班流程的效果。**方法:**选取 2021 年 7 月—2022 年 6 月医院麻醉恢复室接收的患者 120 例,随机分为两组,各 60 例。对照组采取常规交接班流程,观察组在此基础上实施行动研究法,比较两组护理交接班质量、患者苏醒时间及苏醒期间并发症发生率。**结果:**干预后观察组护理交接班质量优于对照组,患者苏醒时间短于对照组,患者苏醒期间并发症总发生率低于对照组($P < 0.05$)。**结论:**将行动研究法应用于麻醉恢复室患者的交接班流程中,能够提高护理交接班质量,缩短患者苏醒时间,并且还能够减少其相关并发症的发生率。

关键词 行动研究法 麻醉恢复室 交接班流程

中图分类号:R473 **文献标识码:**B **doi:**10.19381/j.issn.1001-7585.2023.24.054

麻醉恢复室也称为麻醉后监测治疗室(PACU),是医院重要的护理单元之一。对于手术后转入 PACU 的患者,需密切观察其生命体征变化情况,做到早期识别并处理相关并发症,直至其达到出科标准后方可转出。因治疗需要,患者会接受肌松药、麻醉药等,人体在药理作用下易出现各类并发症,若监测不到位极有可能给患者预后带来不利影响^[1]。PACU 入室交接班是患者麻醉苏醒过程中的重要环节,科室护士在完成大量重复性强、周转率高的工作后,难免会出现信息遗漏情况,造成临床工作的严重失误。行动研究法属于合作式自我反思的工作方法,通过计划—行动—观察—反思 4 个步骤,发现并解决工作中存在的问题,在 PACU 交接班流程的改进与落实中具有重要意义^[2]。本研究将行动研究法应用到 PACU 交接班流程中。结果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2021 年 7 月—2022 年 6 月医院 PACU 接收的患者 120 例,按照其入院时间分为对照组和观察组,每组 60 例。对照组男 36 例,女 24 例;年龄 25~69 岁,平均年龄(45.35 ± 6.58)岁;其中耳鼻喉科 12 例,胃肠外科 14 例,肝胆外科 13 例,骨科 11 例,妇产科 10 例。观察组男 35

例,女 25 例;年龄 25~70 岁,平均年龄(45.67 ± 6.40)岁;其中耳鼻喉科 13 例,胃肠外科 13 例,肝胆外科 14 例,骨科 11 例,妇产科 9 例。两组一般资料相比差异无统计学意义($P > 0.05$)。纳入标准:具备正常交流、理解能力。排除标准:合并其他慢性疾病;伴有精神疾病。

1.2 方法 对照组采取常规交接班流程,在麻醉苏醒转出 PACU 后,与病房护士进行常规口头交接班,包括手术、麻醉信息、病历资料、管道状况及特殊情况等。观察组在对照组基础上应用行动研究法,具体内容如下。

1.2.1 组建行动研究小组:由 1 名护理科护士长、1 名麻醉科护士长、1 名科研组长及 3 名麻醉师组成。所有成员在 PACU 工作时间均在 3 年及以上,且均具有中级及以上职称。科研组长主要负责研究方案的设计,科护士长主要负责组织、督导与协调临床工作,其他成员主要负责收集资料、落实方案等。

1.2.2 行动研究法内容:组织小组成员进行培训,以发现问题—计划—行动—观察—反思—再计划等步骤进行循环,修订并落实 PACU 的交接班流程。具体内容为:(1)发现问题:查阅相关文献资料,结合 PACU 患者特点,制定“PACU 患者病情交接掌握情况考核标准”;对 PACU 护士进行考核,与其