

的作用不大,可能与情绪属于人格中比较稳定的一部分,不易改变,需要长期专业的干预才会有效有关,故在以后的家庭访视活动中,仅仅靠专业知识丰富的医务人员是不够的,需要动员广大心理学家积极参与。

以家庭访视为基础,联合集体活动和电话随访的多种干预模式对降低艾滋病相关羞辱与歧视有一定作用,为在社区层面开展艾滋病相关羞辱和歧视的干预研究提供研究基础。但是本研究也有不足之处,首先采用了前后自身对比的类实验研究,可能会降低本实验的可行性,其次在项目开展中,干预次数仅为 3 次家庭访视,3 次集体活动和部分电话随访。若能开展较多的家庭访视次数,对患者和家属的干预效果会更明显,对降低患者艾滋病相关的羞辱和歧视的干预效果可能会更佳。

参考文献:

- [1] Carr RL, Gramling LF. Stigma: a health barrier for women with HIV/AIDS[J]. J Assoc Nurses AIDS Care, 2004,15(5):30-39.
- [2] Aranda-Naranjo B. Quality of life in the HIV-positive patient: implications and consequences[J]. J Assoc Nurses AIDS Care, 2004,15 Suppl 5:S20-27.
- [3] Wight RG, Aneshensel CS, Murphy DA, et al. Perceived HIV stigma in AIDS caregiving dyads[J]. Soc Sci Med, 2006,62(2):444-456.
- [4] Komiti A, Judd F, Grech P, et al. Suicidal behaviour in people with HIV/AIDS: a review[J]. Aust N Z J Psychiatry, 2001,35(6):747-757.
- [5] Parker R, Aggleton P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications

for action[J]. Soc Sci Med, 2003,57(1):13-24.

- [6] Brown L, Macintyre K, Trujillo L. Interventions to reduce HIV/AIDS stigma: what have we learned? [J]. AIDS Educ Prev, 2003,15(1):49-69.
- [7] Radloff LS. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general[J]. Appl Psychol Meas, 1977,1(3):385-401.
- [8] 章婕,吴振宇,方格,等.流调中心抑郁量表全国城市常模的建立[J].中国心理卫生杂志,2010,24(2):139-143.
- [9] 陈社妍,杨小冬,李新影.流调中心抑郁量表在我国青少年中的试用[J].中国临床心理学杂志,2009(4):443-445.
- [10] 李现红,何国平,王红红,等. HIV/AIDS 相关羞辱和歧视量表的编制及评价[J].中华护理杂志,2010,45(6):496-499.
- [11] Cao X, Sullivan SG, Xu J, et al. Understanding HIV-related stigma and discrimination in a "blameless" population [J]. AIDS Educ Prev, 2006,18(6):518-528.
- [12] Ibrahim K, Haroen H, Pinxten L. Home-based Care: a need assessment of people living with HIV infection in bandung, indonesia[J]. J Assoc Nurses AIDS Care, 2011, 22(3):229-237.
- [13] Wang H, Zhou J, Huang L, et al. Effects of nurse-delivered home visits combined with telephone calls on medication adherence and quality of life in HIV-infected heroin users in Hunan of China[J]. J Clin Nurs, 2010,19(3/4):380-388.

(收稿日期:2014-02-16 修回日期:2014-08-25)

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.36.050

电子健康教育路径在冠心病介入治疗中的应用研究*

何琨¹,袁美锦²,余立强³,杨东东⁴,武雪亮⁴

(河北北方学院附属第一医院:1.老干部科;2.护理部;3.儿科教研室;4.胃肠外科,河北张家口 075000)

中图分类号:R193;R473.5

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2014)36-4988-03

健康教育是有组织、有计划地通过信息传播和行为干预,帮助患者了解并掌握健康知识,树立健康观念,改善患者的健康行为和生活方式的教育活动^[1]。近年来,随着生活水平的提高、饮食结构的改变及人口老龄化趋势,冠心病的发病率逐年上升,严重威胁人类健康。冠状动脉介入治疗以其效果理想、可靠、手术风险小等优点被越来越多的人所认同^[2-3]。患者入院后给予相关健康知识的宣教能够增加其对疾病的认知,加强自我保健意识^[4-5],而且能够减少术后并发症,避免意外事件的发生,因此,属于非常重要的环节。对此,本研究结合本院的多种健康宣教途径和形式,综合制订了健康教育路径表,并结合护理电子工作站将其电子化,从而极大地提高了冠心病介入

治疗的健康宣教质量,改善了护患关系。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2011年6月至2012年3月河北北方学院附属第一医院心内科行介入治疗的冠心病患者共60例,男38例,女22例,年龄55~74岁,平均(61.8±6.5)岁。所选患者均符合WHO冠心病诊断标准,其中,稳定性心绞痛14例,不稳定性心绞痛21例,陈旧性心肌梗死25例。将患者分为试验组($n=30$)和对照组($n=30$),试验组采用电子健康教育路径表的形式进行护理宣教,对照组采用传统方法进行健康宣教,两组患者年龄、性别、病情及病程等方面比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 电子健康教育路径表 试验组依据 2009 年卫生部制定的临床路径标准为参考,并参照美国东南外科协会制订的临床路径表内容制订本科冠心病介入治疗患者健康宣教表,具体方法如下;对照组按传统的护理模式进行护理,入院后给予卧床、吸氧、静脉治疗、有效止痛、心电监护、做好基础护理及病情观察,并在术前术后按常规访视患者,进行相关健康知识的宣教等。

1.2.1.1 入院宣教 向患者详细讲述医院相关规章制度,住院期间不得私自外出、探视、作息、贵重物品保管等相关制度,使患者尽快熟悉病区环境,学会使用呼叫器,了解安全防护知识,使用药物的名称、主要作用及不良反应,服药方法,完善常规心电图、生化、凝血、B 超等检查。讲述冠心病的概念、发病原因、危险因素、临床表现及基本的治疗方法。使患者保持心情舒畅,避免情绪激动、紧张、焦虑,了解出现危险情况的处理措施,控制体质量,戒烟戒酒,指导患者饮食应低盐、低钠、低胆固醇,切忌暴饮暴食、多食新鲜水果,防止便秘,切勿用力排便。

1.2.1.2 手术宣教 向患者详细介绍冠心病介入治疗的相关知识及具体操作,根据不同的知识人群,使用尽可能通俗易懂的语言,力求形象化,使患者充分了解冠状动脉介入治疗的可靠性与科学性,使之对手术充满信心,缓解患者紧张焦虑的情绪。

1.2.1.3 术前 1 h 宣教 配合导管护士术前探视、核对病例,对患者进行准确评估,发现并及时解决相应问题,指导患者排空大小便,介绍手术室情况、手术医生、手术时间、麻醉及简单的手术过程,进行术前的心理疏导,如有条件,请术后的患者现身说法,传授经验,力求缓解患者的紧张情绪,使之更好的配合,注意嘱患者佩戴识别腕带。

1.2.1.4 术中宣教 将患者接入手术室,核对患者信息,输液,采用局部麻醉方式,患者术中是清醒状态,再次向患者简要介绍手术过程及术中可能出现的不适症状,缓解患者紧张情绪,指导患者采用有效的放松方法,手术过程中时刻注意心电监测,严密注意患者生命体征的变化。

1.2.1.5 术后 1~2 h 宣教 待患者稳定后,由责任护士回访,再次向患者交代注意事项,并对患者及家属所提出的问题作出正确的告知,做好疏导工作。

1.2.1.6 术后查房宣教 严密观察每日患者的生命体征,对患者出现的不适症状给予耐心详细的解答,嘱患者按时服用药物,并注意饮食及活动等方面的指导。

1.2.1.7 出院宣教 向患者提供个体化的出院后指导,包括伤口护理、注意休息、大便情况、合理饮食、戒烟戒酒、适量运动、保持良好的情绪,嘱患者按要求服用抗凝、降脂、降压、降糖等药物治疗,提高患者对药物的依从性,预防血管再次狭窄,定期复查随时指导,做好随访。

1.2.2 规范填写电子健康教育路径表 责任护士每日按时按要求对患者进行健康宣教,并于每日下班前,整理路径表,查漏补缺,完成对患者宣教掌握情况的总体评估。在表格中选择完全掌握、部分掌握、未掌握,满意、较满意、不满意等情况。对于未掌握的内容,责成相关责任护士务必巩固完善当天宣教内容,重新评估,填写掌握及满意情况。

1.2.3 效果评价及方法 术后 6~8 d 对患者进行回访,比较两组患者对冠心病介入治疗知识的掌握情况:冠心病的相关知

识(病因、危险因素、饮食结构等)、冠心病的药物治疗、冠状动脉介入治疗、介入治疗的相关知识、术后如何预防并发症,每项 10 分,5 项共 50 分,完全掌握每项得 10 分,部分掌握 5 分,未掌握或掌握很少 0 分,得分越高,说明效果越好。比较两组患者的满意度及治疗参与依从性;护士的服务态度、患者是否对治疗过程基本了解、访视的到位情况、护士的专科理论知识及实际操作、是否尽职尽责等,分为满意、较满意和不满意,强、一般和弱。此外,比较两组患者的平均住院时间。

1.3 统计学处理 数据采用 SPSS17.0 统计软件包进行分析,采用 t 检验比较两组间的差异性, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者中试验组健康宣教知识掌握情况平均分均高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组患者健康宣教知识掌握比较(n)

组别	n	掌握	部分掌握	未掌握/掌握很少	掌握率(%)
试验组	30	24	5	1	80.0
对照组	30	16	8	6	53.3

$\chi^2 = 4.800, P = 0.028。$

2.2 两组患者中试验组对护理工作的满意度优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 2 两组患者满意度情况比较

组别	n	满意	较满意	不满意	满意率(%)
试验组	30	27	3	0	90.0
对照组	30	20	5	5	66.7

$\chi^2 = 4.812, P = 0.028。$

2.3 两组患者中试验组对护理工作参与依从性优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 3。

表 3 两组患者参与依从性比较(n)

组别	n	强	较强	较差	依从率(%)
试验组	30	25	4	1	83.3
对照组	30	18	6	6	60.0

$\chi^2 = 4.022, P = 0.045。$

2.4 两组患者中试验组平均住院时间少于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 4。

表 5 两组患者平均住院时间比较(d)

组别	n	平均住院时间
试验组	30	6.12 ± 1.02
对照组	30	8.51 ± 1.21

$\chi^2 = 2.421, P = 0.033。$

3 讨论

国内外大量资料表明介入治疗是目前治疗冠心病的有效手段,其特点是直接可靠,效果理想、手术创伤及风险较小。介入手术的成功,不仅需要术者娴熟的操作技巧及密切配合,而且术前的健康宣教也是非常重要的^[6-7]。实施电子健康教育路径满足了患者的健康需求,保障了护患沟通的及时性,极大提高了患者的满意度,不仅充分调动了患者的自我参与积极

性和在各检查治疗护理过程中的依从性,而且加强了对冠心病知识的掌握,有效避免了各种并发症的发生,从而更好地支持临床诊疗工作^[8-10]。

电子健康教育路径表对护士尤其是低年资的护士有较重要的指导意义,从患者入院到手术再到出院,每一步都有清楚的提示,由于其为电脑监控,要求据实填写,时间记录不能随意修改,因此对环节质控和终末质控的安全性有了极大的保障,避免了不必要的人为失误,让护理工作更有规范性和计划性^[11-12]。

随着社会的发展进步,人们对冠心病的健康知识和诊疗知识的获取需求越来越高^[13-15]。健康教育是患者获取准确详尽的疾病防治知识的主要渠道,如何做到既全面又不乏个体,如何进一步规范护士行为,从而更充分准确的宣教,以提高患者的满意度,成为每个护理工作者的迫切追求的目标。电子临床路径宣教提高了患者对冠心病及介入治疗有关知识的掌握率,降低了术前术中患者的紧张情绪,有效地保证了手术的成功,且减少了术后相关并发症,改善了患者的生存质量;同时,也提高了患者治疗的依从性,减少了住院天数及医疗成本,取得了不菲的社会效益,因此值得推广。

参考文献:

- [1] 周志,李建军. 糖尿病健康教育的研究现状[J]. 中华护理教育杂志,2007,4(1):39.
- [2] 张云强,宋昱. 冠状动脉介入治疗术后电解质紊乱观察[J]. 实用医学杂志,2010,26(10):1797.
- [3] 王巧芝,李晓红,王婧. 冠心病患者介入治疗心理状况的调查及护理[J]. 中国误诊学杂志,2010,10(20):5039.
- [4] 于红静,黄国莹,吕慕红. 健康教育路径对高血压患者健康生活方式的影响[J]. 广东医学,2011,32(13):1781-

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.36.051

1782.

- [5] 袁蕊. 应用临床路径的方法制订标准健康教育[J]. 重庆医学,2007,36(11):1108.
- [6] 贾伟平,刘菊香. 临床护理路径在急性心肌梗死患者健康教育中的对比探讨[J]. 护理实践与研究,2009,6(11):99-100.
- [7] 陈豫红. 临床护理路径在急性心肌梗死患者护理中的应用效果[J]. 中国医药导报,2010,8(1):102.
- [8] 蒲亨萍,汪晓媛,杨平,等. 临床路径护理电子表的设计与应用探讨[J]. 护士进修杂志,2012,27(19):1741-1742.
- [9] 顾丽萍. 健康教育路径对冠脉介入治疗患者的应用效果[J]. 当代护士,2012,20(12):128-130.
- [10] 黄如兰,王新惠. 探讨全程健康教育护理临床路径对降低冠心病患者并发症发生的影响[J]. 国际护理学杂志,2013,32(6):1314-1315.
- [11] 宋娅琴. 电子健康宣教路径表在心脏病专科医院的实施与应用[J]. 当代护士,2012,20(3):170-171.
- [12] 雷芳,袁亚梅. 临床路径式健康宣教在高龄患者宣教中的应用[J]. 全科护理,2010,8(31):2902-2903.
- [13] 田秀君,殷彩铃,徐玉鹏. 列表式健康宣教流程在冠心病患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2009,15(7):5-7.
- [14] 林索清,梁志翔,袁勇,等. 健康教育路径在冠心病介入治疗病人的应用研究[J]. 国际护理学杂志,2010,29(2):178-180.
- [15] 王艳,乔玉宁,陈珊珊. 临床护理路径在冠心病患者介入治疗中的应用[J]. 护理实践与研究,2012,9(18):9-10.

(收稿日期:2014-04-08 修回日期:2014-08-26)

临床护理人员有效倾听能力他评量表的构建研究*

李燕萍¹,张绍蓉²

(1. 重庆医科大学附属第一医院康复科 400016;2. 第三军医大学大坪医院护理学教研室,重庆 400042)

中图分类号:R471

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2014)36-4990-03

有效倾听是以患者为中心的一种沟通交流技巧^[1],是一种对说话者积极关注的有效行为,占据了整个沟通时间的45%^[2]。有效倾听帮助护理人员从整体上去了解患者,与患者产生共鸣,达成共识,增进医护患之间的友谊和信任^[3-4],最终和患者建立良好的建设型伙伴式合作性关系,以促进患者的健康^[5]。目前关于有效倾听的研究主要是集中与大量自评量表的研究,如信效度较高的 Parsell 等^[6]的有效沟通态度的量表,霍德盖茨的倾听能力测验量表等^[7],自评量表往往不能克服被测评者的主观性,不能避免部分作答者的不重视性造成的结果的失真。此外 Fassaert 等^[8]提出的有效倾听观察测量的工具 ALOS-global,这一量表主要用于医生对患者的病情咨询时使用。尚未发现公开发表的用于评价临床护理人员有效倾听能力的评价指标体系,为此,本研究在理论构建的基础上,对护士

的有效倾听能力经过系列研究,编制出了临床护理人员有效倾听能力测评量表,旨在分析有效倾听能力的核心构成要素及其指标评价体系,通过将定性的倾听技能进行定量分析,构建信效度较高的临床护理人员有效倾听能力指标评价体系,指导护理人员有效倾听能力的培训及考核,以不断提高临床护理人员主动有效倾听能力,促进其和患方的有效沟通,改善护患关系。

1 研究方法

1.1 文献分析、理论研究及小组讨论法 以“倾听”和“沟通”为关键词,检索 1989~2011 年清华同方中国期刊全文数据库(CNKI)、维普中文科技期刊数据库、PubMed 和 Medline 数据库,共检索出 1 584 篇相关文献,全面回顾国内、外有效倾听能力的相关理论及其测评工具的研究现状,并结合实际临床护理工作现状调查进行深入分析,总结归纳临床护理人员有效期倾

* 基金项目:重庆市高等教育课题项目(1203066)。 作者简介:李燕萍(1987—),硕士,护师,主要从事医患沟通方面的研究。