

· 临床护理 · doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2020.18.037

网络首发 [https://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.R.20200722.1615.004.html\(2020-07-23\)](https://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.R.20200722.1615.004.html(2020-07-23))

基于斯金纳程序教学理论的健康教育在子宫全切术患者中的应用效果研究

王文婧¹, 钟兆绘^{2△}

(1. 华中科技大学同济医学院附属武汉儿童医院内镜中心, 湖北武汉 430015;

2. 湖北医药学院附属人民医院产科, 湖北十堰 442000)

[摘要] **目的** 探讨基于斯金纳程序教学理论的健康教育在子宫全切术患者中的应用效果。**方法** 选取湖北省某医院 2018 年 1—12 月住院行子宫全切术治疗的 90 例患者, 按随机数字表法分为观察组和对照组, 每组 45 例。对照组患者给予常规健康教育, 观察组患者给予基于斯金纳程序教学理论的健康教育。干预前和干预后 3 个月随访时, 分别比较两组患者的焦虑、抑郁、性功能和生活质量水平。**结果** 干预后, 观察组患者的焦虑、抑郁状况改善情况及性功能、总体生活质量均显著优于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 基于斯金纳程序教学理论的健康教育能够减轻子宫全切术患者的负性情绪, 改善患者术后的性功能和生活质量。

[关键词] 斯金纳; 模型; 教育; 健康教育; 子宫切除术; 生活质量

[中图分类号] R473.71 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-8348(2020)18-3139-03

子宫是女性生殖系统中的重要器官。子宫全切术是治疗子宫肌瘤、子宫腺肌症、严重子宫功能性出血等疾病的重要手段^[1]。但在治疗疾病的同时, 该手术给妇女的身心带来了伤害, 患者的生活质量受到一定程度的影响^[2]。国内学者已认识到健康教育在子宫全切术患者护理中的重要性^[3]。但目前常规的健康教育多注重疾病知识的宣教, 而患者的素质参差不齐, 对于知识的接受能力不同, 部分患者可能无法很好地对知识进行理解, 进而影响术后生活。本研究为评价基于斯金纳程序教学理论的健康教育干预在子宫全切术患者中的应用效果, 对湖北省某医院 2018 年 1—12 月行子宫全切术治疗的患者进行相应的教育干预, 现将具体情况报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

采用便利抽样方法, 选取 2018 年 1—12 月在湖北省某医院因妇科疾病而行子宫全切术的患者 90 例。纳入标准: (1) 被确诊为子宫肌瘤、子宫腺肌症或功能性子宫出血, 符合子宫全切术适应证; (2) 已婚; (3) 愿行子宫全切术治疗; (4) 愿配合研究。排除标准: (1) 中途退出者; (2) 有理解力、认知、智力障碍或合并精神障碍者; (3) 伴侣有性功能障碍者。采用随机数字表法将患者分为观察组和对照组, 每组 45 例, 分别安排在两个不同的病区。观察组患者平均年龄 (41.5 ± 1.9) 岁; 初中及以下 10 例, 高中或中专 15 例, 大专及以上 20 例; 子宫肌瘤 25 例, 子宫腺肌症 10 例, 功能性子宫出血 10 例。对照组患者平均年龄 (40.9 ± 1.3) 岁; 初中及以下 9 例, 高中或中专 18 例, 大专及以上 18 例; 子宫肌瘤 23 例, 子宫腺肌症 10

例, 功能性子宫出血 12 例。两组患者年龄、文化程度、疾病种类等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 干预方法

给予对照组患者常规健康教育。由主管医生、康复师、责任护士、心理医师、营养师等组成干预团队。给予观察组患者基于斯金纳程序教学理论的健康教育。研究者在查阅子宫全切术、健康教育、斯金纳强化理论和程序教学知识等文献的基础上, 结合护理专家意见, 制订 7 个健康教育模块。模块一: 认识疾病。内容: 了解病因和临床表现及危害。首次实施时间: 术前 4 d。模块二: 认识女性子宫。内容: 了解子宫的解剖结构、位置及其功能。首次实施时间: 术前 3 d。模块三: 了解全子宫切除的必要性。内容: 了解子宫全切术对治疗的重要性。首次实施时间: 术前 2 d。模块四: 康复锻炼。内容: 盆底肌功能锻炼的重要性及锻炼方法。首次实施时间: 术前 1 d。模块五: 手术方式介绍。内容: 了解子宫全切术的手术过程。首次实施时间: 术前 1 d。模块六: 患者丈夫的思想工作。内容: 了解子宫与性的关系; 丈夫关怀的重要性。首次实施时间: 术后 1 d。模块七: 术后休养期间的自我护理及复查事项。内容: 了解健康的饮食和生活方式; 复查的重要性。首次实施时间: 出院前 1 d。

术前 1 周评估患者健康教育需求及接受能力, 制订方案。每个模块学习完成后, 对患者及家属进行评估。若其已掌握, 则进行下一模块的学习。学习时间为每天 1 次, 每次 15 min, 每次 1~2 个模块。

1.2.2 观察指标及评价工具

利用一般情况调查表对两组患者进行术前一般资料的调查。为了使患者术后伤口能较好愈合,通常患者在术后 3 个月内须禁止性生活。本研究选择在干预前和干预后随访 3 个月时,对患者进行调查,评价以下指标,焦虑水平:采用焦虑自评量表^[4]对两组患者的焦虑状况进行评定,评分越高,焦虑越严重;抑郁水平:采用抑郁自评量表^[4]对两组患者的抑郁状况进行评定,评分越高,抑郁越严重;性功能:采用女性性功能评估量表中文版^[5]对两组患者的性功能进行评定,评分越高,性功能越好;生活质量:采用诺丁汉健康量表^[6]中的健康问卷对两组患者的生活质量进行评定,评分越高,生活质量越差。经检验,各量表均具有较好的信、效度。问卷完成后,现场收回并检查,如有遗漏及时填补。

1.2.3 统计学处理

采用 SPSS17.0 软件进行统计学分析,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,比较采用 t 检验,计数资料用百分率 (%) 表示,比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 健康教育前、后两组患者焦虑情况比较

干预前,两组患者的焦虑自评量表评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。干预后,观察组和对照组患者的焦虑自评量表评分均低于干预前($P < 0.05$),且观察组患者的焦虑自评量表评分低于对照组($P < 0.05$),差异均有统计学意义。见表 1。

表 1 两组患者的焦虑自评量表评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	干预前	干预后	<i>t</i>	<i>P</i>
观察组	45	64.71 ± 8.62	36.55 ± 9.50	14.73	<0.05
对照组	45	63.23 ± 8.41	51.72 ± 10.32	5.80	<0.05
<i>t</i>		0.82	7.25		
<i>P</i>		>0.05	<0.05		

2.2 健康教育前、后两组患者抑郁情况比较

干预前,两组患者的抑郁自评量表评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。干预后,观察组和对照组患者的抑郁自评量表评分均低于干预前($P < 0.05$),且观察组患者的抑郁自评量表评分低于对照组($P < 0.05$),差异均有统计学意义。见表 2。

表 2 两组患者的抑郁自评量表评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	干预前	干预后	<i>t</i>	<i>P</i>
观察组	45	54.41 ± 7.42	42.25 ± 7.50	7.73	<0.05
对照组	45	53.73 ± 7.31	50.72 ± 8.32	1.82	<0.05
<i>t</i>		0.44	5.07		
<i>P</i>		>0.05	<0.05		

2.3 健康教育前、后两组患者性功能比较

干预前,两组患者的女性性功能评估量表评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。干预后,除阴道湿

润度外,观察组和对照组患者的女性性功能评估量表其余维度评分及总分均高于干预前($P < 0.05$),且观察组高于对照组($P < 0.05$),差异均有统计学意义。见表 3。

表 3 两组患者的女性性功能评估量表评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

项目	对照组(<i>n</i> =45)		观察组(<i>n</i> =45)	
	干预前	干预后	干预前	干预后
性欲	2.57 ± 0.28	3.51 ± 0.30 ^a	2.60 ± 0.24	4.37 ± 0.33 ^{ab}
性唤起	2.84 ± 0.32	3.40 ± 0.27 ^a	2.90 ± 0.25	4.22 ± 0.32 ^{ab}
阴道湿润度	2.95 ± 0.34	3.04 ± 0.25	2.88 ± 0.29	3.05 ± 0.28
性满意度	3.04 ± 0.29	3.38 ± 0.33 ^a	2.96 ± 0.32	4.26 ± 0.36 ^{ab}
性高潮	2.76 ± 0.36	3.21 ± 0.32 ^a	2.82 ± 0.28	4.29 ± 0.29 ^{ab}
性交痛	3.57 ± 0.33	3.86 ± 0.32 ^a	3.64 ± 0.31	3.92 ± 0.30 ^{ab}
总分	17.72 ± 0.91	21.35 ± 1.44 ^a	17.81 ± 1.27	23.51 ± 1.68 ^{ab}

^a: $P < 0.05$, 与同组干预前比较; ^b: $P < 0.05$, 与对照组干预后比较。

2.4 健康教育前、后两组患者生活质量比较

干预前,两组患者健康问卷各项评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。干预后,除躯体活动外,观察组患者健康问卷其余维度评分均低于干预前($P < 0.05$);对照组患者的精力、疼痛评分低于干预前($P < 0.05$),观察组患者的睡眠、社会生活、情感、疼痛评分低于对照组($P < 0.05$),差异均有统计学意义。见表 4。

表 4 两组患者健康问卷评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

项目	对照组(<i>n</i> =45)		观察组(<i>n</i> =45)	
	干预前	干预后	干预前	干预后
睡眠	15.03 ± 4.39	13.69 ± 3.85	14.03 ± 4.39	8.59 ± 2.40 ^{ab}
社会生活	21.03 ± 3.78	19.55 ± 3.45	22.01 ± 3.78	10.73 ± 2.65 ^{ab}
情感	25.26 ± 4.61	23.68 ± 4.52	26.08 ± 5.61	12.48 ± 3.45 ^{ab}
躯体活动	2.15 ± 0.48	2.08 ± 0.61	2.11 ± 0.46	1.96 ± 0.38
精力	10.62 ± 1.56	9.86 ± 1.23 ^a	11.15 ± 1.56	9.58 ± 1.25 ^a
疼痛	6.14 ± 1.21	1.86 ± 0.78 ^a	6.27 ± 0.85	1.93 ± 0.76 ^{ab}

^a: $P < 0.05$, 与同组干预前比较; ^b: $P < 0.05$, 与对照组干预后比较。

3 讨 论

20 世纪 50~60 年代,新行为主义心理学派的代表人物斯金纳提出了“程序教学理论”^[7]。斯金纳认为,教师要在明确的时间段内计划教学的内容,把教学目标进行细化,并确保每个步骤的行为都得到及时强化^[8]。他提出教学要遵循 5 个原则:小步子、积极反应、即时反馈、自定步调、低错误率^[9]。该理论在护理领域中已有应用,但仅限于中心静脉置管患者的健康教育^[10-11]和护理教学^[12-13]。本研究为首次将该理论应用于子宫全切术患者。

子宫全切的患者由于相关知识的缺乏,约有 44.3% 和 7.2% 的患者分别有焦虑和抑郁情绪^[14]。本研究中,干预前两组患者均存在焦虑和抑郁情况。干预后,观察组患者焦虑和抑郁症状消失,而对照组

患者仍存在。这表明基于斯金纳程序教学理论的健康教育在改善患者焦虑和抑郁方面作用显著。原因主要在于该理论所遵循的 5 个原则充分考虑到了患者的个体差异,健康教育进度因人而异,利于患者对知识的掌握,且通过积极强化,帮助患者建立自信,消除了对手术风险、预后的疑虑和担心。

行子宫全切的患者,术后性生活质量会受到不同程度的影响^[15-17],这与患者的文化程度、年龄、心理因素等密切相关。赵金荣等^[18]研究显示,健康教育能有效提升子宫全切术患者术后的性生活质量。本研究也得出了与其较一致的结论,干预后观察组患者性功能的改善显著优于对照组。原因可能是,基于斯金纳程序教学理论的健康教育面向的对象不仅有患者还有其丈夫,这使患者对手术给性生活带来影响的认知程度发生积极改变的同时,也帮助其丈夫建立了正确的认知,并给予患者更多支持。家庭支持可以帮助患者维持最佳的心理和健康状况^[19]。

生活质量反映的是个体感受到的躯体、心理、社会各方面的生活适应状态^[20]。健康教育可有效提高子宫全切术患者的生活质量^[3]。本研究中,常规的健康教育并未明显改善患者的生活质量,而基于斯金纳程序教学理论的健康教育使患者的睡眠、社会生活、情感、疼痛情况改善明显。如前所述,本研究中基于斯金纳程序教学理论的健康教育,不仅消除了患者的焦虑,还提高了患者的性功能,使患者在身心上都维持了较好的状态,它不仅有助于患者的睡眠,促进夫妻感情,还有利于促使患者回归社会,这或许是其生活质量改善的重要原因。

综上所述,通过实施基于斯金纳程序教学理论的健康教育,可有效改善患者的焦虑状态,提高女性性功能,最终改善整体生活质量,建议在临床推广使用。

参考文献

- [1] 吴承真. 子宫肌瘤经阴道全子宫切除术与腹式全子宫切除术的应用对比分析[J]. 时珍国医国药, 2012, 23(11): 2947-2948.
- [2] WANG X Q, LAMBERT C E, LAMBERT V A. Anxiety, depression and coping strategies in post-hysterectomy Chinese women prior to discharge[J]. Int Nurs Rev, 2007, 54(3): 271-279.
- [3] 闫素玲, 姬利萍, 张爱军. 健康教育用于改善子宫切除患者情绪和生活质量研究[J]. 河南外科学杂志, 2010, 16(3): 9-11.
- [4] 徐伊拉, 徐晓美, 孙亦珍, 等. 术前视频心理干预对子宫次全切除术患者焦虑抑郁情绪的影响[J]. 实用医学杂志, 2011, 27(12): 2270-2271.
- [5] 楼青青, 张琴薇, 姚慧岚, 等. 女性性功能量表的汉化及其信效度评价[J]. 中国实用护理杂志, 2013, 29(10): 23-26.
- [6] 李立红, 李志锋, 霍会永, 等. 健康教育对性病就诊者生活质量的影响[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2011, 25(12): 965-967.
- [7] 李艺, 单美贤. “教师”的智慧: 谈程序教学思想的兴起与归宿[J]. 电化教育研究, 2013, 34(7): 13-18.
- [8] 丘芳, 廖红华. 应用强化理论提高慢性乙肝患者健康教育效果[J]. 现代中西医结合杂志, 2010, 19(31): 144-146.
- [9] 盘英璇. 斯金纳的操作性强化理论在护理实训教学中的运用[J]. 中国医药指南, 2011, 9(26): 173-174.
- [10] 武月娥, 徐希德, 陈小燕. 基于斯金纳教学理论的健康教育对 PICC 置管患者的影响[J]. 上海护理, 2018, 18(8): 36-40.
- [11] 张海燕, 乔萍, 李铁军, 等. 斯金纳教学理论在肿瘤 PICC 置管患者健康教育中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2016, 22(24): 3527-3530.
- [12] 宋艳丽, 刘伟. 论斯金纳强化理论及其在护理教学中的应用[J]. 医药前沿, 2012, 2(13): 42-43.
- [13] 徐小燕. 辩证应用斯金纳与罗杰斯理论指导临床教学[J]. 中国实用护理杂志, 2008, 24(19): 69-70.
- [14] 陈娇, 张蔚, 敖良飞. 子宫良性病变行子宫切除患者术后心理健康状况研究[J]. 中国现代医学杂志, 2010, 20(18): 2859-2861.
- [15] 杨华, 格央, 朱兰. 子宫肌瘤全子宫切除术后性生活质量调查研究[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2017, 33(3): 312-314.
- [16] THAKAR R, AYERS S, SRIVASTAVA R. Removing the cervix at hyster-ectomy: an unnecessary intervention [J]. Obstet Gynecol, 2008, 112(6): 1262-1269.
- [17] GOKTAS S B, GUN I, YILDIZ T, et al. The effect of total hysterectomy on sexual function and depression[J]. Pak J Med Sci, 2015, 31(3): 700-705.
- [18] 赵金荣, 王海波, 李萍, 等. 术前健康教育对腹腔镜下子宫全切术患者预后及性生活的影响[J]. 中国妇幼保健, 2014, 29(28): 4559-4561.
- [19] 周菁, 王亚仙. 家属同步健康教育对宫颈癌术后化疗患者抑郁相关心理状态和生活质量的影响[J]. 中国医药导报, 2015, 12(31): 164-168.
- [20] 冯良婷, 刘晓丹, 马悦, 等. 中国老年人生活质量的研究进展[J]. 中国老年学杂志, 2015, 35(8): 2269-2270.