

基于跨文化护理理论模式的健康宣教在前列腺增生术后患者出院准备度中的影响

常小玉 张会敏

(新乡医学院, 河南 新乡 450003)

【摘要】目的 探讨跨文化护理理论模式下的健康宣教在前列腺增生患者术后出院准备度的应用效果。方法 选取2022年7月—2022年12月新乡医学院第一附属医院泌尿外科行经尿道前列腺激光汽化术的患者,按照组间基本特征具有可比性的原则分为观察组与对照组,每组各45例患者,观察组患者在对照组基础上应用跨文化护理理论模式的健康宣教护理,为患者提供个性化健康宣教,两组均干预至出院。比较干预后两组患者疾病知识掌握程度、出院准备度、出院指导质量、自我效能及对护理工作满意度之间的差异。结果 干预后,两组患者疾病知识掌握程度、出院准备度、出院指导质量、自我效能、护理工作满意度的差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论 基于跨文化护理理论模式的健康宣教可有效提升前列腺增生术后患者的疾病知识掌握程度、出院准备度及护理满意度。

【关键词】跨文化; 出院准备度; 前列腺增生; 健康宣教

前列腺增生(Benign Prostatic Hyperplasia, BPH)是前列腺上皮增生所致腺体增大而引起的中老年男性排尿障碍的一种疾病^[1]。手术治疗能解除患者的前列腺增生梗阻,提高其生活质量^[2]。随着年龄增长,患者身体的各项生理功能下降,引发认知功能障碍,最终导致高龄患者的低出院准备度,使得老年患者术后的康复效果并不理想。出院准备度是综合衡量患者出院准备状况的重要综合指标^[3]。跨文化护理,由美国著名的护理理论学家莱宁格(Madeleine Leininger)在20世纪60年代首先提出,其核心思想为“文化照顾”,即针对每位患者从特有序体中习得到的、共享的和世代延续下来的价值观、信念、规范和生活方式,护理人员采取符合其相应文化传统的措施对其进行照顾^[5]。为不同文化领域的人群提供有关健康方面的照顾,也能够为特殊文化的人群提供健康的照顾,让其能从疾病当中恢复;除此之外跨文化护理还能够帮助护理的对象改变以往的生活方式养成良好的生活习惯^[6]。基于此,本研究给予BPH术后患者跨文化理论模式的护理辅助健康宣教,为患者提供个性化护理及健康指导,帮助患者提高自我认知,观察其在出院准备度和自我效能、满意度方面的改善情况。

一、对象与方法

(一) 研究对象

采用便利抽样法选取2022年7月—2022年12月在医院行BPH手术患者为研究对象。纳入条件:①在我院行经尿道前列腺增生手术的患者;②无严重听力障碍;③理解沟通能力无障碍患者,小学及以上文

化水平患者;④年龄 ≥ 60 岁。排除条件:①严重心肺功能异常;②合并前列腺癌患者;③严重自理能力缺陷患者。

按照组间基线资料均衡可比的原则将入组患者分为观察组($n=45$)和对照组($n=45$)。观察组年龄58~85岁,平均 71 ± 6.76 岁;病程平均 7.03 ± 2.18 年,小学文化程度22人,初中及中专水平14人,高中及以上9人。对照组年龄57~84岁,平均 72 ± 8.20 岁;病程平均 7.26 ± 2.01 年,小学文化程度24人,初中及中专水平12人,高中及以上9人。两组患者的病程、年龄、文化程度等一般资料无统计学差异($P>0.05$),具有可比性。

(二) 护理方法

1. 对照组实施常规护理,方法如下。对照组:医护人员收集患者在入院后的基本资料,在患者疾病稳定期进行讲解BPH的病因和术后注意事项及出院健康宣教,医护人员对患者术前进行心理护理、健康宣教,术后常规的相关护理。并给予术后健康指导,出院当天给患者发放科室自制的BPH术后健康宣教手册。密切观察患者病情,嘱家属给予患者关心与鼓励,提升其治疗信心。出院当天给予发放科室自制BPH术后健康宣教手册。

2. 观察组在对照组的基础上采用面对面、一对一方式进行跨文化护理辅助健康宣教,具体流程如下:(1)在科内组建前列腺增生术后健康宣教小组:由科室1名主治医师、1名科室护士长、2名主管护师和1名熟悉心理护理的主管护师所组成,观察组在对照组基础上实施基于赖宁格跨文化护理理论模式

的健康教育。(1) 护士与患者及家属进行交流,了解患者心理状态,结合患者心理需求开展护理工作。①针对与家人同住的患者,耐心告知术后自我管理的重要性、必要性及疾病发展规律,与患者及家属交流后了解其生活方式、习惯,并根据其生活方式、习惯针对性的指导适合前列腺增生患者术后的生活方式;②针对独居患者,告知患者术后早期注意休息、自我管理的重要性及做家务时的注意事项;③针对无医保的患者,主动与患者沟通,告知医师会结合其经济情况选用药物进行治疗,及时告知相关药物价格,消除患者疑虑、担忧情绪。(2) 应用多种方式健康宣教。实施过程中,从语言到行动尊重患者个人价值观念,使患者情绪得到放松。(3) 护理人员结合患者语言、饮食、生活方式等情况进行护理,如少数民族在饮食、生活习惯等方面存在特异性,护理人员应尊重其习惯,适当调整照护内容,并采用通俗易懂的语言进行饮食、生活等方面的指导。针对存在忌讳杀生和荤腥信仰的患者,可指导其多使用牛奶、鸡蛋、豆制品以补充蛋白质。(4) 健康宣教。宣教期间询问患者住院期间的意见,并与患者、家属共同沟通并了解患者及家属其家庭居住方式、生活活方式给予个性化健康宣教,并在患者出院前1d根据患者接受度发放并讲解适合患者的BPH术后的宣教手册或视频。

(三) 观察项目及评价标准

1. 比较两组患者BPH术后疾病知识的掌握程度。采用本课题小组自行设计的BPH术后相关知识评价量表,内容包括下尿症状的识别及预防、心态的自我调节、适宜活动、合理饮食、药物知识、康复锻炼、复诊时机及注意事项等共包含10项,每项5分,总分50分,分值越高表示患者掌握知识的程度越高。该量表经5名熟悉BPH的资深专家进行审核。2. 出院准备度:采用中文版出院准备度量表(RHDS)^[7, 8]评估两组患者出院准备度,其包括个人状态、适应能力和预期性支持3个维度,分别包括3个、5个和4个条目,每个条目分值为0~10分,RHDS满分120分。

Cronbach's α 系数为0.821。3. 自我效能:责任护士于入院当天及出院当天对两组患者采用慢性病自我效能量表(CSES)^[9]评估患者的自我效能感,该量表Cronbach's α 为0.87,包含疾病共性管理(2项)与疾病症状管理(4项)2个维度,采用Likert10级评分法,,总分6~60分。4. 整体护理满意度的评价。采用本课题小组设计的量表,包括医护人员态度、技术、舒适度、健康教育、沟通交流、患者家属参与等20项,分为满意、基本满意和不满意3个分类,满意度=(满意+基本满意)/总例数 $\times$ 100%。

1.4 数据分析方法采用SPSS24.0统计学软件对本研究中纳入数据资料进行分析整理,计量资料以“均数 $\pm$ 标准差”表示,组间均数比较采用t检验。计数资料以频数、百分率(%)表示,采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

二、结果

(一) 两组BPH患者术后健康知识掌握得分的比较:干预前,两组健康知识得分无差异,无统计学意义, $P>0.05$,与干预前相比,干预后两组BPH患者术后健康知识掌握程度提高,观察组患者的BPH术后患者疾病知识评分高于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$),见表1。

(二) 两组患者出院准备度评分比较观察组患者的个人状态、适应能力和预期性支持得分均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表2。

(三) 两组患者干预前测的自我效能得分比较, $P>0.05$,无统计学差异,与干预前相比,干预后两组BPH术后患者自我效能得分提高,观察组患者的前列腺增生术后患者自我效能评分高于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$),见表3。

(四) 两组前列腺增生患者对整体满意度的比较:观察组患者的整体满意度高于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$),见表4。

临床常规护理通常遵从医嘱为患者提供护理服务,护理模式固定,未结合患者心理需求、价值观念、

表1 两组BPH患者术后健康知识比较(分, $\pm s$)

组别	例数	干预前	干预后	t 值	P 值
对照组	45	16.20 $\pm$ 4.37	31.95 $\pm$ 7.20	12.620	<0.001
观察组	45	16.22 $\pm$ 4.52	44.33 $\pm$ 6.08	24.586	<0.001
t 值		0.024	9.215		
P 值		0.98	<0.001		

表2 两组前列腺增生患者术后出院准备度得分比较(分, $\pm s$)

组别	例数	个人状态	适应能力	预期性支持
对照组	45	19.9 $\pm$ 4.72	36.75 $\pm$ 3.00	26.82 $\pm$ 6.98
观察组	45	24.7 $\pm$ 4.34	43.84 $\pm$ 4.80	34.80 $\pm$ 4.69
t 值		4.98	5.60	6.36
P 值		<0.001	<0.001	<0.001

表 3 两组前列腺增生患者自我效能得分比较 (分, $\pm s$)

组别	例数	干预前	干预后	t 值	P 值
对照组	45	27.06 $\pm$ 5.13	43.97 $\pm$ 5.05	19.342	< 0.001
观察组	45	26.60 $\pm$ 3.80	56.31 $\pm$ 4.71	28.718	< 0.001
t 值		0.49	12.035		
P 值		0.625	< 0.001		

表 4 两组 BPH 术后患者对护理工作的满意度比较讨论

组别	例数	满意	基本满意	不满意	总体满意率
对照组	45	39	5	1	97.8%
观察组	45	28	9	8	83.7%
χ^2					5.725
P 值					0.02

风俗习惯等文化因素进行个性化评估与照护,缺乏针对性,护理效果不甚理想^[10]。常规健康宣教以医护人员为主体,内容枯燥、形式单一,部分患者接受能力有限,效果得不到保障^[11]。基于赖宁格跨文化理论的护理模式下的健康宣教以患者为中心,结合其特有的价值文化体系和健康照护系统为其提供相适应的专业护理,具有个性化与针对性的优点^[12]。针对不同年龄、生活习惯、教育背景患者制订个性化自我管理方案。干预后患者对心态的调节、合理饮食、活动等相关知识的掌握程度明显优于对照组。

健康宣教过程中,熟悉患者家庭生活环境及习惯,经常鼓励,提高患者自我管理效能,树立战胜疾病的信心,使其出院准备度显著提高。与对照组比较,观察组患者出院准备度中适应能力和预期性支持维度提高较个人状态维度明显提高。

跨文化理论模式的护理辅助健康教育有助于提高患者整体满意度。个性化健康宣教使医护人员其不断学习专业知识和沟通技巧,制订出针对具有不同教育水平、生活习惯的 BPH 术后患者个性化健康宣教方案,使患者自我管理效能提高。使医护人员得到患者及家属信任,提高患者对护理工作的满意度。

综上所述,跨文化理论护理模式的健康教育应用于 BPH 术后患者的健康教育可以有效提升患者健康知识掌握程度,提高患者出院准备度,自我管理效能,进而提高患者对护理工作的满意度。由于本研究样未对患者出院后生活质量及自我管理能力进行研究,在后续研究中,将进行探索此方案对患者的出院后的生活质量及自我管理能力的影

[3]Weiss M E, Piacentine L B. Psychometric properties of the Readiness for Hospital Discharge Scale[J]. J Nurs Meas.2006,14(3): 163-180.

[4]李艳,王永琼,罗琦,等.跨文化护理理论的应用现状[J].中西医结合护理(中英文).2019,5(02): 222-224.

[5]韩东红,陈玲,跨文化护理理论在各民族的应用与研究现状[J].实用临床护理学电子杂志.2019,4(38): 197.

[6]De Lange J S, Jacobs J, Meiring N, et al. Reliability and validity of the Readiness for Hospital Discharge Scale in patients with spinal cord injury[J].S Afr J Physiother. 2020, 76(1): 1400.

[7]Weiss M E, Lerret S M, Sawin K J, et al. Parent Readiness for Hospital Discharge Scale: Psychometrics and Association With Postdischarge Outcomes[J].J Pediatr Health Care. 2020, 34(1): 30-37.

[8]Lorig K R, Sobel D S, Ritter P L, et al. Effect of a self-management program on patients with chronic disease[J]. Eff Clin Pract. 2001,4(6): 256-262.

[9]王金萍,王群,刘敏.家庭参与式健康教育在脑卒中患者康复护理中的应用价值[J].中西医结合护理(中英文).2022,8(7): 41-44.

[10]张建荣,高莹,张淑清.移动平台在冠状动脉支架植入术患者健康教育中的应用研究[J].中华护理杂志.2017,52(6): 712-715.

[11]黄丽红,张秀明,吕莉丽,等.基于赖宁格跨文化理论的护理模式对急性脑出血患者 Fegl-Mevyer 评分、Brunnstrom 指数及肢体功能评分的影响[J].中外医学研究.2020,18(25): 95-97.

作者简介:常小玉(1988—),女,汉族,河南新乡人,主管护师,研究生在读,研究方向:临床护理工作。

通讯作者:张会敏(1979—),女,河南新乡人,汉族,副教授,博士。

参考文献:

[1]良性前列腺增生诊疗及健康管理指南[J].中华男科学杂志.2022,28(04): 356-365.

[2]刘世云,杨博宇,夏术阶,等.前列腺增生症外科治疗优化与并发症的关系[J].中华医学杂志.2020,100(26): 2009-2011.