

·全科护理·

可视化技术联合回馈教学对乙肝患者生存质量的影响

陈玲 刘明晨 喻玮 张家杰

慢性乙型病毒性肝炎(简称乙肝)增加了肝硬化、肝衰竭及肝癌的发生风险。回馈教学是健康教育的一种方法,让患者参与并复述教学内容,以检测其理解和掌握的程度^[1]。该方法可以降低患者对临床信息的误解,保障医疗安全,提高其健康素养^[2]。本次研究以回馈教学联合可视化技术,探讨其对乙肝患者生存质量的影响。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2018年1月至8月浙江省人民医院感染科收治的乙肝患者80例,其中男性

60例、女性20例;年龄28~74岁,平均年龄(50.15±11.83)岁。符合2015版慢性乙型肝炎防治指南[3]中的肝炎诊断标准。所有患者和家属均知情同意。剔除合并乙肝并发症、甲肝和丙肝等其他肝炎病毒的重叠感染、自身免疫性疾病、有其他重要脏器严重病变及有视听障碍、认知和精神异常的患者。以2018年5月1日为时间节点,将2018年1~4月住院的40例乙肝患者作为对照组,2018年5~8月住院的40例乙肝患者作为实验组。两组性别、年龄、文化程度、乙肝病程的比较见表1。两组一般资料,差异均无统计学意义(P 均>0.05)。

表1 两组一般资料比较

组别	n	性别 (男/女)	年龄/岁	文化程度/例				乙肝病程/例		
				小学及以下	初中及以下	高中或中专	大专及以上	<10年	10~20年	>20年
实验组	40	31/9	50.85±11.48	10	12	11	7	12	13	15
对照组	40	29/11	49.45±12.28	12	9	14	5	14	16	10

1.2 方法 对照组于入院当天开始每天进行常规的健康教育,由责任护士进行一对一的口头健康教育和发放健康教育手册,包括疾病知识、饮食、生活方式、心理护理、用药及治疗。实验组在对照组的基础上加入可视化技术和回馈教学,具体如下。

1.2.1 乙肝患者可视化教育平台的建立 成立健康教育小组,副主任医生1人、主治医生1人、病区护士长1人、责任护士2人。根据头脑风暴方法,制定乙肝健康教育内容,并制作成二维码。在责任护士指导下,患者用微信扫二维码关注公众号,里面包括四大主块健康教育内容:疾病、饮食、生活方式及心理护理。用图片、图表或视频的方式进行宣教。①疾病模块:用图片展示乙肝传染源、传播途

径及常用药物;医生录制视频内容对乙肝常见临床症状讲解;将乙肝药物说明及化验指标制成表格,注明各指标的意义及治疗。②饮食模块:根据饮食的种类用图片展示可食及避免食用食物。③生活方式模块:用图片展示不良生活习惯,将患者的病情与休息活动制成表格。④心理模块:视频介绍科室环境及发展背景;分享网络上优质的乙肝相关的宣传片;科室全体医护录制鼓励视频。患者无论是住院还是出院都可以用二维码查阅健康教育内容。

1.2.2 基于可视化平台的回馈教学 根据乙肝患者的可视化教育内容制定回馈教学提问单。具体回馈教学步骤如下:①传递信息:每天责任护士根据患者的需求结合可视化平台进行健康教育。②复述信息:护士对相关健康教育内容进行提问,提问语言通俗易懂,营造轻松的氛围。患者再对问题进行阐述。③评价效果:如果患者能正确理解健康教育的内容,

DOI:10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2019.010.030

作者单位:310014 浙江杭州,浙江省人民医院、杭州医学院附属人民医院感染科

则本轮健康教育结束,每次教育时间大约 15 min。反之,再次进行健康指导,加深患者的理解。④确保掌握:用开放式提问评价患者的掌握情况。

1.3 评价指标 两组均在干预前和出院当日进行慢性肝病问卷(chronic liver disease questionnaire, CLDQ)和健康调查简表(the MOS item short from health survey, SF-36)评分。CLDQ 量表包括腹部症状、乏力、全身症状、活动能力及情感功能、焦虑 6 个分量表,共 29 个条目^[4],采用 Likert 5 级计分,总分范围为 0~30 分,CLDQ 评分越高代表生存质量越

好。SF-36 量表包括生理功能、生理职能、躯体疼痛、总体健康、活力、社会功能、情感职能和精神健康。每个量表包含 2~10 个项目,共 36 个项目^[5]。SF-36 评分越高代表生存质量越好。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 20.0 统计软件。计量资料采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示。两组计量资料比较采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。设 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组干预前后 CLDQ 评分比较见表 2

表 2 两组干预前后 CLDQ 评分比较/分

组别		腹部症状	乏力	全身症状	活动能力	情感功能	焦虑
实验组	干预前	12.13 ± 4.50	17.80 ± 4.76	23.50 ± 6.22	11.80 ± 3.07	35.55 ± 8.80	23.53 ± 5.27
	干预后	15.23 ± 4.22* [#]	21.03 ± 4.95* [#]	26.40 ± 5.02* [#]	13.10 ± 2.08* [#]	41.33 ± 8.01* [#]	27.58 ± 4.99* [#]
对照组	干预前	12.43 ± 4.01	18.00 ± 4.86	22.70 ± 5.03	11.88 ± 3.16	35.18 ± 8.74	22.80 ± 5.24
	干预后	13.20 ± 4.06*	18.50 ± 5.12*	23.58 ± 4.99*	12.18 ± 2.74*	36.05 ± 8.61*	24.45 ± 5.27*

注:*,与同组内干预前比较, $P < 0.05$;#:与对照组干预后比较, $P < 0.05$ 。

由表 2 可见,两组干预前 CLDQ 得分比较,差异均无统计学意义(t 分别=0.32、0.19、-0.63、0.11、-0.19、-0.62, P 均 >0.05)。实验组和对照组 CLDQ 得分在干预前后自身比较,各评分指标差异均有统计学意义(t 分别=-9.62、-6.54、-7.22、-6.71、

-8.51、-13.72; -9.24、-3.36、-3.29、-2.22、-2.62、-6.13, P 均 <0.05)。干预后实验组 CLDQ 得分高于对照组,各评分指标差异均有统计学意义(t 分别=-2.19、-2.20、-2.53、-2.07、-2.84、-2.07, P 均 <0.05)。

2.2 两组干预前后 SF-36 评分比较见表 3

表 3 两组干预前后 SF-36 评分比较/分

组别	生理功能	生理职能	躯体疼痛	总体健康	活力	社会功能	情感职能	精神健康
实验组								
干预前	72.75 ± 25.54	57.50 ± 24.81	68.75 ± 22.89	55.50 ± 24.72	56.63 ± 17.95	60.94 ± 24.22	53.33 ± 30.01	64.80 ± 21.17
干预后	82.75 ± 15.36* [#]	68.75 ± 19.41* [#]	81.25 ± 17.13* [#]	69.25 ± 20.80* [#]	67.23 ± 16.43* [#]	76.56 ± 19.24* [#]	71.67 ± 24.52* [#]	79.20 ± 15.79* [#]
对照组								
干预前	73.38 ± 19.95	55.00 ± 26.07	70.50 ± 22.75	54.13 ± 23.28	55.50 ± 16.63	63.44 ± 25.54	51.67 ± 31.08	66.10 ± 21.32
干预后	75.25 ± 18.11*	58.13 ± 22.21*	72.50 ± 21.57*	58.88 ± 22.14*	57.63 ± 16.64*	66.56 ± 23.75*	60.00 ± 27.43*	70.90 ± 20.30*

注:*,与同组内 干预前比较, $P < 0.05$;#:与对照组干预后比较, $P < 0.05$ 。

由表 3 可见,两组干预前 SF-36 评分比较,差异均无统计学意义(t 分别=0.14、-0.44、0.24、-0.26、-0.29、0.45、-0.24、0.27, P 均 >0.05)。实验组和对照组 SF-36 得分在干预前后自身比较,各评分指标差异均有统计学意义(t 分别=-2.73、-5.65、-6.19、-8.06、-7.89、-7.86、-5.45、-8.53; -2.11、-2.08、-2.73、-5.11、-3.19、-2.04、-2.91、-9.59, P 均 <0.05)。干预后实验组 SF-36 得分高于对照组,各评分指标差异均有统计学意义(t 分别=-1.99、-2.28、-2.01、

-2.16、-2.74、-2.07、-2.01、-2.04, P 均 <0.05)。

3 讨论

有研究表明 80% 乙肝患者对疾病认知不足、不了解药物的使用、服药依从性差、存在不健康的生活行为方式^[6]。健康教育作为疾病防控措施,可以提高乙肝患者的自我管理能力和改善患者疾病症状。本次研究显示,干预前后患者的腹部症状、乏力、全身症状及活动能力都明显提高,且实验组的症状改善效果比对照组显著(P 均 <0.05)。究其原因

因,传统健康教育形式单一,多采用口头宣教,并且与护士的沟通能力有关。可视化平台将信息进行图形、图表或其他类型的可视化,可一定程度上提高患者的理解^[7]。同时对患者进行回馈教学,让患者参与健康教育活动,可以更好地掌握健康知识。Yu等^[8]研究显示,通过护理干预,让乙肝患者了解疾病相关知识,可以改善乙肝患者的肝功能指标,缓解患者的焦虑,从而提高患者的生存质量。

我国慢性乙型肝炎防治指南指出,乙肝的治疗目标是抑制乙肝DNA病毒的复制和改善肝功能,对于达到抗病毒条件的患者,需及时进行抗病毒治疗^[3]。长期抗病毒治疗患者可能会存在焦虑和抑郁的情绪,影响患者的心理健康,从而降低患者的生存质量。在Chao等^[9]研究指出,对乙肝患者实施生理、心理和社会的干预,可以提高患者的疾病知识和生存质量。本次研究结果显示,对乙肝患者进行可视化技术联合回馈教学后,干预组患者的健康指标较对照组明显提高(P 均 <0.05)。本次研究采用健康教育二维码,包含简单的文字和大量的图表及视频,可以增加患者的理解,提高患者的学习兴趣。通过回馈教学,使护士对患者的健康教育更行之有效。

综上所述,使用可视化技术创建健康教育二维码,可以使乙肝患者通过手机随时查询想要的信息,学习次数不受限制。回馈教学可以加深患者的理解,解决患者的困惑,提高掌握程度,对乙肝患者的生存质量有一定地改善。但是,目前设计的二维码内容是固定的,只能供患者学习,但无线上交流。将来设计网络平台覆盖健康教育、游戏互动和线上问答功能,可能给患者带来更大的便利。

参考文献

- 1 Centrella-Nigro AM, Alexander C. Using the teach-back method in patient education to improve patient satisfaction[J]. J Contin Educ Nurs, 2017, 48(1): 47-52.
- 2 Klingbeil C, Gibson C. The teach back project: A system-wide evidence based practice implementation[J]. J Periatr Nurs, 2018, 42(1): 81-85.
- 3 中华医学会肝病学会, 中华医学会感染病学分会. 《慢性乙型肝炎防治指南》(2015年版)[S]. 中国肝脏病杂志(电子版), 2015, 7(3): 1-18.
- 4 Liu Y, Zhang S, Zhao Y, et al. Development and application of the chinese (mainland) version of chronic liver disease questionnaire to assess the health-related quality of life (hrqol) in patients with chronic hepatitis B[J]. PLoS One, 2016, 11(9): e0162763.
- 5 Zhou KN, Zhang M, Wu Q, et al. Reliability, validity and sensitivity of the Chinese (simple) short form 36 health survey version 2 (SF-36v2) in patients with chronic hepatitis B[J]. J Viral Hepat, 2013, 20(4): e47-55.
- 6 齐海峰. “新模式”健康教育在慢性乙型肝炎患者管理中的应用[D]. 吉林: 延边大学, 2018.
- 7 Lor M, Koleck TA, Bakken S. Information visualizations of symptom information for patients and providers: A systematic review[J]. J Am Med Inform Assoc, 2019, 26(2): 162-171.
- 8 Yu J, Yu Y. Therapeutic effects of targeted nursing interventions combined with auricular-plaster therapy on anxiety level and life quality of hepatitis B patients[J]. Pak J Pharm Sci, 2018, 31(4): 1375-1378.
- 9 Chao J, Song L, Zhang H, et al. Effects of comprehensive intervention on health-related quality of life in patients with chronic hepatitis B in china[J]. BMC Health Serv Res, 2013, 13: 386-401.

(收稿日期 2019-03-19)

(本文编辑 蔡华波)