

微信联合 teach-back 法在肝硬化患者健康教育中的实施效果

周双红 於彩霞 杨晶艳

肝硬化作为我国常见的慢性疾病之一,具有病程长、治愈率低、死亡率高的特点,目前尚无特效治疗方法,药物治疗联合支持干预是目前治疗的基本原则,而这必须依赖于患者良好的健康素养及治疗依从行为的养成^[1-2]。健康教育对于促进患者健康行为养成、提高自我管理能力效果值得肯定。但记忆过程“遗忘曲线”的存在,常规健康教育约有40%~80%的患者不能准确记住、掌握健康教育中内容^[3]。teach-back法通过让受教育者用自己的语言复述或演示学到的健康信息或行为,以加强患者对健康知识的巩固^[4]。微信平台传递信息具有实时、主动、形式多样、无时间空间限制等特点,本次研究旨在探讨微信联合 teach-back 宣教方法在肝硬化患者的健康素养及治疗依从性方面的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取金华市磐安县人民医院感染科2018年1月至2019年5月收治的肝硬化患者90例,其中男性63例、女性27例;年龄42~68岁,平均(48.94±8.11)岁;初中及以下66例、高中及中专21例、本科3例。纳入标准为:①年龄>18岁;②符合肝硬化的诊断标准^[5];③无视力障碍且能使用或在指导下可以使用智能手机;④病情稳定;⑤对本研究知情同意。排除:①合并其他器官严重疾病者;②认知和语言功能障碍者;③中途退出或者访问脱落者。所有患者随机分为观察组45例和对照组45例。观察组中男性32例、女性13例;平均年龄(49.08±7.89)岁;初中及以下32例、高中及中专11例、本科2例。对照组中男性31例、女性14例;平均年龄(48.71±8.20)岁;初中及以下34例、高中及中

专10例、本科1例。两组患者性别、年龄、文化程度等比较,差异无统计学意义(P 均>0.05)。

1.2 方法 对照组采用常规健康教育,发放健康教育手册、集中宣教(不低于3次,每次30~40 min)、个体指导(利用护理间隙)、随访管理等。观察组采用微信联合 teach-back 宣教方法,设立健康教育小组,由专科医生2名、护士长1名、责任护士4名共7人组成,护士长负责对团队成员进行 teach-back 法实施方法、注意事项等内容的培训和考核,考核合格者予以干预资格。小组成员在查阅肝硬化相关文献及既往患者病历的基础上,自行制作肝硬化健康素养手册,将手册内容制作成PPT微课视频(要求图文并茂、附加语音讲解、同步操作演示)。建立微信群,教会患者和家属使用微信进行信息浏览及沟通交流的方法。宣教实施步骤:①传递信息。向患者发放《肝硬化患者健康素养手册》,并将微课视频分享至微信平台,责任护士采用通俗易懂的日常用语向患者讲解相关内容,并配合微课视频向受教者及家属进行技能示范,并邀请患者及家属亲身练习,每次讲授2~3个知识点,每次不超过30 min,方便受教育者记忆,防止混淆。②复述信息。评估患者理解程度,对患者进行一对一访谈,访谈提纲均为开放性的问题,如“刚才我介绍了日常饮食原则,您能否用自己的话把我介绍内容重复一遍呢?”、“看看我是否讲清楚了,请您告诉我为什么要……?”,避免回答“是”和“否”的问题。提问时护士尽量营造轻松地氛围,使用关爱的语气和态度,若患者回答不上或未能正确回答问题时,不予责备,予以鼓励,并再次复述“可能是我刚才表述不够清楚,它是…”,以缓解患者心理压力。③解释澄清。护士对患者的复述内容进行评估,有误解或者错误的地方进行再一次的讲解,若讲解2~3次后,患者依

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2020.004.031

作者信息:322300 浙江金华,金华市磐安县人民医院感染科

然未能正确理解,则可更换其它语言进行表述或结合其他宣教方式反复宣教患者不懂之处,直到完全理解。④患者的再评估。再次让患者用自己的语言描述传递的信息,并进行相应问题开放式提问,直到确认患者掌握所有的信息。⑤患者出院后由责任护士以电话、微信的方式进行跟踪随访,并通过微信群进行互动或留言,对患者提出的疑问或理解偏差之处及时予以解答、纠正,实时掌控患者健康教育内容的落实情况。

1.3 观察指标 ①健康素养:干预前、干预6个月后,采用《慢性病病人健康素养调查量表》^[6]进行测评,包括信息获取能力(9条目)、交流互动能力(9条

目)、改善健康意愿(4条目)、经济支持意愿(2条目),每个条目采用5级评分法,总分120分,分值越高,健康素养水平越高。②治疗依从性:采用我院自制的遵医行为评分量表,分为“按时服药、自我保健、积极治疗、定期复查”4个维度,每个维度评分为100分,评分越高,依从性越好。

1.4 统计学方法 运用SPSS 19.0进行数据分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,行 t 检验。计数资料以例(%)表示,采用 χ^2 检验。设 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后健康素养比较见表1

表1 两组患者干预前后健康素养水平比较/分

组别		信息获取能力	交流互动能力	改善健康意愿与技能	经济支持意愿
观察组	干预前	31.09 ± 5.24	33.32 ± 4.92	13.42 ± 2.35	7.46 ± 1.45
	干预后	38.23 ± 4.87* [#]	40.56 ± 3.57* [#]	18.35 ± 1.57* [#]	8.75 ± 1.20* [#]
对照组	干预前	30.32 ± 5.18	32.62 ± 4.88	13.03 ± 2.01	7.35 ± 1.62
	干预后	33.42 ± 5.03 [#]	36.52 ± 3.45 [#]	15.13 ± 2.23 [#]	7.94 ± 1.23 [#]

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

由表1可见,干预前,两组患者健康素养水平(知识和信念获取能力、交流互动能力、改善健康意愿与技能、经济支持意愿)得分比较,差异无统计意义(t 分别=0.71、0.68、0.85、0.41, P 均 > 0.05);干预后,两组患者健康素养水平均得到明显提升(t 分别=

6.69、7.98、10.71、3.53、2.88、4.37、4.69、2.14, P 均 < 0.05),且观察组健康素养各维度得分明显高于对照组,差异有统计意义(t 分别=4.61、5.46、7.92、3.16, P 均 < 0.05)。

2.2 两组患者服药依从性比较见表2

表2 两组患者治疗依从性比较/分

组别	按时用药	自我保健	积极治疗	定期复查
观察组	91.34 ± 7.22*	89.77 ± 7.08*	91.21 ± 6.24*	91.26 ± 6.87*
对照组	82.79 ± 6.86	81.94 ± 6.79	82.63 ± 7.15	83.71 ± 6.36

注: *:与对照组比较, $P < 0.05$ 。

由表2可见,观察组治疗依从性“按时服药、自我保健、积极治疗、定期复查”得分均高于对照组,差异具有统计学意义(t 分别=5.78、5.32、6.06、5.41, P 均 < 0.05)。

3 讨论

健康素养已成为改善慢性病患者生活质量的一个重要决定因素,它包括人们的知识、动机和能力,使人们能够理解、评价和应用健康信息,从而在日常生活中对医疗保健、疾病预防和健康促进做出判断和决策,特别是加强慢病患者药物依从性方面可以发挥关键作用^[7]。本研究显示,干预后,接受微信联合 teach-back 宣教的患者的健康素养各维度得

分明显高于常规教育($P < 0.05$)。提示微信联合 teach-back 宣教能有效提升肝硬化患者健康素养水平。这与 Samuels-Kalow 等^[8]研究报告相一致,说明 teach-back 宣教在提高患者健康素养方面具有积极意义。传统的健康教育模式多采用单向传递、灌输模式,不注重患者知识掌握和运用情况,缺乏对患者的评估与反馈。teach-back 法是信息的双向传递,可以及时了解患者的掌握情况,并进行评估、纠正,并帮助患者巩固加强理解,降低信息的错误传递,使用微信作为健康指导的平台,可兼顾患者院内外诊疗全过程,便于患者对健康信息的获取,并能及时纠正错误观念与认知,使他们获得正确信息

并加以处理,从而提高了患者健康教育的掌握与运用程度,提高其自我健康管理能力的自信心及自我效能感,从而提高肝硬化患者健康素养。

本研究结果还显示,接受微信联合 teach-back 宣教的患者四项遵医行为评分均高于常规教育,说明微信联合 teach-back 宣教有利于提高患者治疗依从性。这可能因为微信联合 teach-back 法能够使患者更迅速、更便捷获取较多的健康信息并且利用这些信息解决了自身的健康问题。teach-back 宣教不仅使患者有效掌握健康知识,并能通过患者的复述,评估其理解错误或认识有偏差的地方促使其改进,加强患者对健康知识的巩固。

参考文献

- 1 张静雯,时永全,韩英.肝硬化的治疗进展[J].临床肝胆病杂志,2015,31(3):465-468.
- 2 张顺祥,杨晶超,蔡亚丽,等.基于社区慢性乙型肝炎抗病

- 毒治疗策略成本效果分析[J].中华流行病学杂志,2017,38(7):860-867.

- 3 Taylor DM,Fraser S,Dudley C,et al.Health literacy and patient outcomes in chronic kidney disease:a systematic review[J].Nephrol Dial Transplant,2018,33(9):1545.
- 4 赵蕊,典慧娟.视频宣教联合回授法在脑胶质瘤患者术后肢体康复训练中的应用[J].护理学报,2018,25(9):64-67.
- 5 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].泸州医学院学报,2016,19(1):1-20.
- 6 孙浩林,彭慧,傅华.《慢性病病人健康素养调查量表》的维度结构分析[J].环境与职业医学,2013,30(3):171-175.
- 7 李长宁,李英华.健康素养促进工作现状及展望[J].中国健康教育,2015(2):233-237.
- 8 Samuels-Kalow M,Hardy E,Rhodes K,et al.'Like a dialogue': Teach-back in the emergency department[J].Patient Educ Couns,2016,99(4):549-554.

(收稿日期 2019-10-06)

(本文编辑 蔡华波)

(上接第381页)

- 3 Bosarge PL, Shultz TH, Griffin RL, et al. Stress-induced hyperglycemia is associated with higher mortality in severe traumatic brain injury[J].J Trauma Acute Care Surg,2015,79(2):289-294.
- 4 周已焰.益生菌联合肠内营养对重型颅脑损伤患者胃肠动力障碍及预后的影响[D].重庆:第三军医大学,2013.
- 5 黎丽,刘珊,刘亚卿.早期益生菌肠内营养联合护理干预对重型颅脑损伤患者胃肠动力障碍和营养状况的影响[J].医疗装备,2018,31(16):6-7.
- 6 武俊娜.重型颅脑损伤患者血糖波动幅度对其病情转归的影响[D].青海:青海大学,2017.
- 7 赵彦标,高超,王宏昭.血糖与重型颅脑损伤患者预后相

- 关性的研究进展[J].解放军预防医学杂志,2019,37(4):191-192.

- 8 包义君,陶山伟,李力卓,等.急性创伤性颅脑损伤患者围手术期血糖变化与颅脑损伤严重程度的相关性[J].中国医科大学学报,2016,45(4):313.
- 9 Wood JD.Enteric nervous system:reflexes, pattern generators and motility[J].Curr Opin Gastroenterol,2008,24(2):149-158.
- 10 张珍珍.足三里穴位注射治疗颅脑损伤术后并发胃肠功能紊乱的临床研究[D].山西:山西中医学院,2014.

(收稿日期 2019-12-05)

(本文编辑 蔡华波)