

授权教育在脑卒中患者健康教育中应用的研究进展

赵蒙,牟善芳,王庭敏,魏慧超
(山东中医药大学,山东济南,250011)

[关键词] 授权教育;脑卒中;健康教育

[中图分类号] R47 [文献标识码] A [文章编号] 1671-8283(2016)07-0078-06 [DOI] 10.3969/j.issn.1671-8283.2016.07.021

Application of authorization education in health education for stroke patients

Zhao Meng, Mou Shanfang, Wang Tingmin, Wei Huichao//Modern Clinical Nursing, -2016, 15(7):78.

[Key words] authorization education; stroke; health education

脑卒中是一种突然起病的脑血液循环障碍性疾病,具有发病率高、病死率高、致残率高等特点,是我国第一致死病因,且发病率居世界首位^[1]。发病后大多数幸存者会留有不同程度的生理、心理及社会功能障碍,其病程长、恢复慢,患者可能长期处于一种对疾病失控感的状态,容易产生焦虑、抑郁等心理负担,导致自我管理水平降低,严重影响其康复进程和生存质量,因此提高患者应对不良情绪的能力,增加其对疾病的控制感,积极参与医疗护理决策,实现早日康复是健康教育的重要目标^[2]。授权教育以授权理论为基础,作为一种新的教育方式,积极鼓励患者参与医疗护理决策,充分发挥管理疾病的潜力和自信,保证行为改变的持久性^[3]。目前,授权教育在脑卒中健康教育中的应用刚刚起步,本文就授权教育的内涵、特点及其在脑卒中健康教育中的应用进行综述,现报道如下。

1 授权教育的内涵

授权理论(empowerment philosophy)起源于1960年的社会意识形态及1970年的自助、自立概念,强调组织或个人的能力,而非不足和需求^[4]。但由于学者们研究视角和目的的不同,对授权(empowerment)的界定并没有形成统一的说法。在

护理领域,学者们经常将“empowerment”翻译为“授权”、“赋能”、“充权”等,而本文采用最广泛的“授权”译法。在护理活动中,授权是指授予患者一定的权利,帮助患者发现和发展自我管理责任的内在能力,即充分发掘患者的潜能,提高主观能动性^[3]。20世纪90年代,以授权理论为基础的授权教育引入健康促进领域,被解释为患者掌控自己生命的过程^[5]。其核心内容就是由脑卒中患者承担自我管理的主要责任,而医护人员的责任是利用自己的专业知识提供其改变某种状态或处境的信息、技能、资源和支持,同时要改变以自己为主导的权威教育,尊重而不代替患者的选择,因为只有患者自己做出的选择和行动,其产生行为改变才能长久^[6]。

2 授权教育的特点

2.1 授权教育是以患者为中心,相互协作的教育方式

授权教育是以患者为中心,医护人员与其相互协作的教育方式。Roswell^[7]认为,授权教育是帮助患者恢复健康的过程,它重视护患之间的合作关系,两者可利用现有的医疗资源一起探讨现存的问题并制订计划,评价效果,提高其行为改变的自信心,但是医护人员的角色是协作者,患者是最终的决策者,对自身的健康负有责任。而传统的健康教育方式,医护人员处于专家或权威地位,只注重在短时间内灌输给患者特定的知识,而未考虑患者的实际需求和接受能力,容易使患者产生依赖情绪,

[收稿日期] 2016-02-28

[作者简介] 赵蒙(1990-),女,山东泰安人,硕士在读。

[通信作者] 牟善芳,主任护师,本科,E-mail:mushanfang@sina.com。

不能认识到自己在行为改变中的重要作用,使健康教育难以达到预期的结果^[8]。

2.2 授权教育是一个涉及到意识和行为双重转变的过程

首先,授权教育在临床实践中可以理解为一个意识逐渐发展的过程,即护理人员通过提供知识、技能、资源,充分发挥患者自身潜能,提高其评判性思维能力和自我管理疾病的意识,使患者主动参与护理决策的过程^[9],它是促进行为改变和提高护理依从性的基础;其次,Aujoulat 等^[10]认为,授权教育也是一个产生积极行为转变的过程,即患者是行为改变的主体,承担疾病管理的主要责任,通过对疾病有效的认同感和控制感,保持长久的行为改变,最终实现由疾病向健康、舒适的转变过程。可见患者主动参与所产生的意识和行为的转变是整个授权教育的核心。

2.3 授权教育具有系统性和波动性

其一,临床实践中,授权教育的实施共分 5 个步骤即:明确问题;表达情感;设立目标;制定计划;评价结果^[11]。医护人员帮助患者宣泄情绪,分析现存的问题,并定期评价健康教育的效果,总结学到的经验,对于未完成的目标或出现的新问题,则进入下一个授权循环。可见授权教育是一个系统性的螺旋上升过程。其二,随着病情和康复治疗的进展,授权教育的效果受多重因素的影响,因而它具有波动性的特点。要维持患者行为改变的长久性,就要持续关注患者的需求,对于出现的积极改变要及时鼓励,提高其主观能动性,因此它是一个关注患者权利与能力的积极动态过程^[12]。

3 授权教育在脑卒中患者健康教育中应用的研究现状

3.1 干预模式

根据授权教育组织形式的不同主要有以下几种干预模式,它们可以单独应用也可以联合应用。

3.1.1 家属授权教育模式 即在医护人员的帮助下让家属参与患者治疗、决策制订和参与照护的一个指导框架^[13]。脑卒中的康复是一个长期过程,大部分患者在医院渡过急性期后会回到家中进行康复,而家属作为其支持系统中的重要组成部分,

对家属进行授权教育不仅可以帮助患者改变不良的生活方式,保证康复效果的延续性,而且还可以减轻照顾者的负担,提高其生活质量^[14]。刘延锦等^[15]发现,用家属赋能式健康教育,可显著提高青年脑梗死患者药物治疗依从性和健康信念。

3.1.2 同伴支持授权教育模式 是指拥有相同经验或体验,以及相似人口学特征如性别、年龄等的个体自发组织在一起,分享情感、信息和经验,而医护人员主要作为咨询者解答患者问题的一种教育模式^[16]。组织中的个体可以实现互惠互利,即个体可以从同伴中获得心理支持,也可以在向同伴分享自己成功经验的同时提高自信心和自我管理能力^[16]。与其他教育模式相比,此模式可节省人力和物力资源。Judith 等^[17]发现,组织中的个体一致性越高其效果越好。Muller 等^[18]在医院开展青年脑卒中患者授权支持项目,该项目由同伴支持者开展,每 2 周 1 次,共 9 次,每次 90 min,结果发现该项目使脑卒中患者在康复过程中实现角色重获,减少孤独感,恢复社交功能。

3.1.3 小组协作授权教育模式 小组人数 2~20 人不等,没有严格限制,教育者和患者在相互尊重和信任的基础上建立协作关系,由教育者在小组内定期开展疾病预防、行为改变等主题的脑卒中健康管理培训,以激励患者参与讨论,提高其自我管理疾病的能力^[19]。此模式与同伴支持模式的区别在于,由医护人员定期组织开展,参与讨论,并且引导讨论的方向。Ch'Ng 等^[20],在一项卒中小组授权教育的前瞻性研究中,职业治疗师和神经系统专家通过在小组中设定角色缺失,维持就业以及焦虑等主题,引导讨论的方向,不仅促进了参与者的社会适应过程,减少了个体孤立的感觉,还帮助参与者形成了有效的应对机制,帮助其恢复。

3.1.4 高校附属医院城市社区授权教育模式 即由高校附属医院和社区卫生服务中心共同组成教育小组,为患者提供信息和技术支持,保证其疾病管理权利,这是在我国大力进行医疗改革,推进医疗服务均等化的背景下产生的,目的是整合医院与社区间的医疗资源,为居民提供连续持久的照护^[21],其可以减少医疗转诊的次数,合理利用医疗资源。袁添等^[21]运用此模式对 120 脑卒中患者进

行健康教育,发现出院6个月时,干预组患者血压得到有效控制,焦虑、抑郁状况明显缓解,生活质量大幅提高。此模式与“医院-社区-家庭”授权教育模式类似,后者在整合医院技术优势和社区的医疗卫生资源的基础上,充分发挥了家属参与的协同作用,使医院、社区、家庭无缝隙对接,保证了连续护理服务的效果。

上述教育模式多为团体教育,在我国由于医疗水平和资源的限制以及医院内患者容易观察和获得等原因,教育场所主要在医院进行,教育模式的运用也较为单一,教育者多为临床护士和医生。而国外的教育场所更加广泛,涉及家庭、社区、学校、教堂、老年中心、诊所等,教育模式也更加多样化,常为多种教育模式相结合,教育者通常为多学科的团队,有专科护士、医生、临床护理专家,并会根据脑卒中患者的特点辅以康复治疗师、临床心理学家和营养师对其进行健康教育,促进患者早日康复。

3.2 教育方法

授权教育作为一种教育方式,在教育过程中常会借助具体的教育方法,①动机性访谈(motivational interviewing, MI),特点是以访谈对象为中心,支持并尊重患者的自我决策,提高对治疗的参与度和解决问题的能力^[22]。Yvonne等^[23]认为在个体教育过程中常与患者进行面对面的交流,因而需借助动机性访谈的相关技巧,如构建访谈提纲,引导其进行有效的沟通,避免发生争论。黄映华等^[22]研究发现,实施动机性访谈能够提高糖尿病患者自我管理行为,从而延缓疾病进展。②传统教育方法,包括专题讲座、床边教育指导、脑卒中健康手册、出入院健康宣教等。此法注重短时间内给患者注入脑卒中预防和治疗的相关知识,而忽略了患者的接受能力。Hafsteinsdottir等^[24]在一项对中风及其照顾者进行授权教育的系统评价中表明,结合适当的医学知识,通过书面信息,如手册或传单,处理患者和照顾者的教育需求,对解决出院后患者面临的挑战可产生积极的效果。③随访,包括门诊随访、家庭随访和电话随访。家庭随访通过面对面访谈,在增强护患之间的信任和了解的同时能够更深层次地发现患者存的问题,进行及时引导和教育。Fordeucey等^[25]对脑卒中患者授权教育时发现,电话

随访是家庭随访的一种补充,不仅为患者提供咨询服务对其进行持续的关注和支持,还能减少家庭随访的成本,但是其不能取代家庭随访的作用。Araújo等^[26]在对卒中后老年人的非正式照顾者进行授权教育的试验中,干预组在家庭随访的基础上提供电话支持,目的是促进照顾者根据中风的需求及时调整护理计划,增加知识和实践技能,以支持他们的决策,结果发现不仅节省了家访的成本,还提高了照顾者及中风老年患者内在依从性。④基于网络平台的授权教育,如微信、微博、QQ等,在同伴授权教育模式中得到广泛应用,此法可以大量节省资源,并且对于存在的问题也可以及时反馈,不受时间地域的限制,方便快捷^[27]。Morris等^[28]在对中年脑卒中患者开展同伴支持授权教育中,发现中年脑卒中的康复过程可能影响不同的生活阶段,同时年轻人接受能力强,通过借助平板电脑和智能手机等信息技术,以他们的需求为中心,提供针对性信息和教育,可显著提高社会参与度和自主解决问题的能力,避免交通和社会资源的限制。⑤国外授权教育的方法更加趋于多样化,如将放松疗法(渐进性肌肉放松训练、听音乐)、认知行为疗法等融入授权教育中,发现能有效缓解脑卒中焦虑、抑郁等负性情绪,增强其行为改变的感知^[29]。Morris^[30]在对中青年脑卒中患者心理授权的研究中发现,由于中风的影响,年轻和年老的幸存者有不同的经验和需求,其中“隐藏”的认知障碍,破坏了自我意识,痛苦在年轻者中更明显,而通过认知行为训练,中青年脑卒中患者的心理状况明显得到改善。

3.3 评价工具

由于授权教育是发生在特定的环境下,评价工具也应该针对特定的人群。目前,随着国内外对授权教育研究的深入,针对糖尿病、心脑血管病、失能老人、癌症等特定人群的测量工具也逐渐增多。但是对脑卒中授权教育效果的评价仍处在探索阶段。

2001年Man^[31]研制了影响脑外伤患者授权因素的开放式调查问卷,包括技能、知识、支持和希望4个维度,共42个条目,构成授权的初步框架,用以指导临床护理,并以此框架为基础协助康复护理措施的开发,但是此问卷只关注了个人和家庭在上述4个维度对患者授权的影响,忽略了外部

资源比如卫生保健者、同事朋友对患者的作用。在2003年Man等^[32]又将此问卷扩充到52个条目,并用此问卷探讨了家庭成员和专业康复人士对患者授权的看法,结果显示由于亚洲文化的独特性,患者更倾向于需求家庭成员的支持,同时由于专业价值观的不同,家庭成员更注重短期目标的实现,而专业康复人士更注重对长期目标的规划,提示今后在借鉴和研制量表的过程中要充分考虑东西方文化、价值观和宗教信仰的不同,制订符合我国脑卒中授权量表。同时家庭成员和专业康复人士应相互合作,共同促进脑卒中患者早日康复。2014年张秀波^[33]研制了脑卒中患者赋能护理评价量表,包括4个维度:信息、设立和达到目标、寻求支持、应对压力,共23个条目,强调个体的责任感。并用此量表调查了太原市120例脑卒中患者赋能护理现状及影响因素,结果发现与糖尿病相比,脑卒中患者赋能护理得分相对较低,并且发现一般自我效能感、婚姻状况、年龄和陪护类型是其主要影响因素。但是此量表刚刚研制,今后还需进行大样本,多中心的验证。

4 授权教育在脑卒中患者教育中的应用效果

4.1 提高患者的日常生活能力和生活质量

脑卒中患者具有达到更高水平肢体活动能力的潜质,但患者的实际康复情况却不理想^[24]。这可能与身体形象的改变和社会角色的丧失,尤其是青年脑卒中患者不能维持其在家庭中的作用和重返工作岗位有关,因而常产生自卑、焦虑和抑郁等负性情绪^[20]。而授权教育在实施过程把患者看做是独立的个体,尊重并鼓励其参与决策和自我管理,同时还有医护人员和家属的协同参与,保证自我管理的持续性,延缓了并发症的发生和疾病的复发率,改善了患者的生活自理能力和生活质量,使脑卒中患者的社会化程度提高。Muller等^[18]使用脑卒中影响量表(stroke impact scale, SIS)测量青年脑卒中患者授权支持项目的干预效果,发现患者的自我感觉评分,生活自理能力及力量得分较干预前显著提高,生活质量明显改善,这可能与干预中注重教育者和成员的平衡,鼓励成员学习积极的应对策略,专注于情绪管理和改善沟通实现社会化有关。

4.2 减少过度照护和医疗资源的浪费

授权教育是一个帮助患者自我控制疾病的过程。刘森^[34]通过对脑卒中康复运动实施授权教育,帮助患者实施自我康复管理,对于能通过患者自己努力能解决的问题,鼓励患者积极参与,增强了对疾病管理的信心,积极主动参与康复训练,减少了照顾者对患者的过度照护。同时随着高校附属医院社区授权教育模式的开展,有效整合各级单位的医疗资源,减少了医疗转诊次数和患者的再次入院率,不仅减轻了患者的经济负担,也减少了医疗资源的浪费^[35]。

4.3 提高患者满意度,促进优质护理服务的开展

护理人员是否愿意与患者分享权力,是否鼓励患者主动参与护理决策是优质护理服务的保证^[36]。而授权教育倡导以人为中心,教育过程中关注患者的内心体验,尊重患者的选择,可见两者的理念是相辅相成的。在实践中,脑卒中病程长,患者更了解自己的身体状况,其决定往往更符合自己的需要,因此医护人员可利用自己的专业知识和技能对患者进行健康教育,而不替患者做决定,提高其主观能动性和满意度,减少医疗纠纷,有助于优质护理服务的开展。袁添^[1]在首发脑卒中患者授权教育的干预研究中,通过自行设计的健康教育满意度调查问卷,发现授权教育可提高居民对社区健康教育服务的满意度和社区卫生服务质量。同时Mola^[37]调查发现,欧洲等国家通过实施初级卫生保健,不但提高了患者和从业人员的满意度,而且改善了患者的临床结果,从而进一步指出优质护理服务的开展是实施授权教育最合适的环境,而且互相促进。

5 结论

①授权教育中权利和责任的分配尚无明确规定,即医务人员如何与患者分享权力以及患者拥有多大程度的自主权还不清楚,同时授权教育强调患者承担疾病管理的责任,但这并不意味着医护人员可以推卸责任,其责任反而加重了。期望在今后的工作中制订详细的标准,医护人员根据患者的整体情况,同其制订最佳的方案,对于患者由于缺乏医疗常识,做出的不恰当选择不依从现象,要耐心解释避免发生争论。②另外,国内多数研究为短期

干预(<6个月),尽管在教育过程中患者会适度调整其健康行为,完成部分既定的目标,但是由于缺乏长期随访,这些效果将维持多长时间和多大程度都很难评估。因此,在后续的研究中利用家访和电话随访的方法,给予持续关注,维持意识和行为改变的持久性。③目前,我国授权教育起步晚,授权教育的实施往往流于模式和方法的借鉴,缺乏针对性的干预措施,内容有待丰富。而大部分研究又将重点放在知识和教育的传授、社会支持利用度、自我效能和自我管理水平的提高以及目标的制订等方面,而哪些因素是组成授权教育的核心,以及这些因素在什么样的条件下如何起作用尚不清楚,因而限制了授权教育在脑卒中健康教育中的应用。在今后的研究中,将重点分析这些因素与授权教育的联系,构建脑卒中授权教育具体的项目框架,期望能为临床工作者提供参考。

参考文献:

- [1] 袁添. 授权教育在首发脑卒中患者中的应用效果研究[D]. 辽宁:辽宁医学院,2015.
- [2] William S. Anonymous patients empowerment—who empowers whom[J]. The Lancet,2012,379(9827):1677.
- [3] Shearer NBC, Fleury J, Ward KA, et al. Empowerment intervention for older adults[J]. West J Nurs Res,2012,34(1):24-51.
- [4] Tribble D, Gallagher F, Bell L, et al. Empowerment interventions, knowledge translation and exchange: perspectives of home care professionals, clients and caregivers[J]. BMC Health Serv Res,2008,8(1):177.
- [5] Funnell M, Brown T, Childs B, et al. National standards for diabetes self-management education[J]. Diabetes care,2007,30(6):1630-1637.
- [6] Thorne SE, Nyhlin KT, Paterson B. Attitudes toward patient expertise in chronic illness[J]. International Journal of Nursing Studies,2000,37(4):303-311.
- [7] Rodwell CM. An analysis of the concept of empowerment[J]. J Adv Nurs,1996,23(2):305-313.
- [8] 李曼帝,倪敏,胡丽丽,等. 赋能式健康教育对白血病患者照顾者焦虑、抑郁及自我效能的影响[J]. 现代临床护理,2015,14(9):72-77.
- [9] McAllister M, Dunn G, Payne K, et al. Patient empowerment: the need to consider it as a measurable patient-reported outcome for chronic conditions[J]. BMC Health Services Research,2012,12(1):157.

- [10] Aujoulat I, Marcolongo R, Bonadiman L, et al. Reconsidering patient empowerment in chronic illness: a critique of models of self-efficacy and bodily control[J]. Social Science & Medicine,2008,66(5):1228-1239.
- [11] De Souza R. Local perspectives on empowerment and responsibility in the new public health[J]. Health Commun,2011,26(1):25-36.
- [12] 牟利宁. 授权教育在糖尿病健康教育中的研究进展[J]. 中华护理杂志,2010,45(4):372-374.
- [13] Small N, Bower P, Chew-Graham CA, et al. Patient empowerment in long-term conditions: development and preliminary testing of a new measure[J]. BMC Health Services Research,2013,13(1):263.
- [14] Araujo O, Lage I, Cabrita J. Intervention in informal caregivers who take care of older people after a stroke (In-CARE): study protocol for a randomised trial[J]. Journal of Advanced Nursing,2010,71(10):2435-2443.
- [15] 刘延锦,吕培华,王爱霞,等. 家属赋能模式在青年脑梗死患者药物治疗依从性中应用的效果评价[J]. 中国实用护理杂志,2014,30(13):33-35.
- [16] Dennis CL. Peer support with in a health care context: a concept analysis[J]. Int J Nurs Stud,2003,40(3):321-332.
- [17] Judith ZG, Ian M, Kronish, KF, et al. Peer education for secondary stroke prevention in inner-city minorities: Design and methods of the prevent recurrence of all inner-city strokes through education randomized controlled trial[J]. Contemporary Clinical Trials,2012,33(5):1065-1073.
- [18] Muller M, Toth-cohen S, Mulcahey MJ. Development and evaluation of a hospital-based peer support group for younger individuals with stroke[J]. Occupational Therapy in Health Care,2014,28(3):277-295.
- [19] Mok E. Empowerment of cancer patients: from a Chinese perspective[J]. Nurs Ethics,2001,8(1):69-76.
- [20] Ch'Ng A, French D, Mclean N. Coping with the challenges of recovery from stroke: long term perspectives of stroke support group members[J]. Journal of Health Psychology,2008,13(8):1136-1141.
- [21] 袁添,刘沫. 高校附属医院城市社区授权教育对首发脑卒中患者的干预效果研究[J]. 中国全科医学,2015,19(18):2337-2340.
- [22] 黄映华,郭粉莲,陈雪云. 动机性访谈对2型糖尿病患者自我管理行为的影响[J]. 现代临床护理,2015,14(5):35-37.
- [23] Yvonne JL, Daemen L, schaper N, et al. Implementation of motivational interviewing in a diabetes care management initiative in the Netherlands[J]. Patient Education Counseling,2011,84(1):10-15.