

· 综 述 ·

手术前患者健康教育的内容和方法

王跃伟¹, 李子芬²

(1 汕头大学医学院; 广东汕头, 515000; 2 香港中文大学那打素护理学院, 香港)

[关键词] 手术患者; 健康教育; 护理

[中图分类号] R47 [文献标识码] C [文章编号] 1671-8283(2013)08-0079-04 [DOI] 10.3969/j.issn.1671-8283.2013.08.026

Review of the preoperative education on surgical patients

Wang Yuewei, Diana T.F.Lee // Modern Clinical Nursing, -2013, 12(8):79.

[Key words] surgery patients; health education; nursing

由于对将要进行的手术及其相关准备以及预后的不确定感,手术患者在术前会产生焦虑情绪^[1],术后如果对于可能出现的问题应对不恰当,则会产生术后焦虑和术后疼痛。目前,中国手术焦虑的发生率为 23.33% ~ 88.64%^[2],急性术后疼痛的发生率在 75% 左右^[3]。手术焦虑和术后疼痛可能导致肺不张、肺部感染、心肌梗死、肠梗阻、睡眠障碍等一系列生理心理并发症,这些并发症可导致了患者术后恢复延迟,延长住院时间,增加患者和医院卫生费用。Weiser 等^[4-6]的研究以及中国公布的相关人卫生数据显示,我国每年发生手术焦虑的患者有 1500 万人、发生术后疼痛的则有 2250 万人,住院日每延长 1 d,全国每年就会多支出 131.3 亿元。手术焦虑和术后疼痛会增加患者和社会的经济负担。有效的术前健康教育可以降低手术患者的焦虑及术后疼痛的发生率,促进患者康复,缩短住院时间,降低住院费用^[7-11]。因此术前健康教育不光对患者,对于医院和整个社会都有着非常重要的意义。本文对术前健康教育的定义、形式、内容,研究方法的现状以及存在的不足综述如下。

1 健康教育

世界卫生组织将健康教育定义为:健康教育是所有通过增加健康知识或者影响健康意识而帮助个人和社区促进健康的经验学习的综合。健康教育是有目标、有计划、有组织、有评价的系统性的教育活动。它以个人、群体以及小区的行为改变为着眼点,根据健康问题特征和角色变化而采取各种教育形式^[12]。

术前健康教育对于手术患者有着非常重要的意义,Williams 等^[7]研究发现,术前健康教育可以缩短手术患者的住院时间,节省住院费用。向肇英等^[13]发现,实验组乳癌妇女焦虑及术后疼痛改善程度显著。Eliza Mi-Ling Wong 等^[8]研究表明,患者在疼痛、焦虑和自我效能领域受益于护理健康教育干预。同时 Li-Ming Lin, Gonzales, Eric, Preminger 等的研究发现^[11-15],合理、恰当、个体化的术前护理健康教育可明显降低患者术后的焦虑程度或(和)疼痛水平。

2 健康教育的内容

国外的术前健康教育内容与其民族、文化特征紧密联系,主要包括告知患者手术时以及手术后患者会面临的一些困难,这些困难都是很常见的,患者在专业人员的帮助下解决这些困难以及预防并发症的发生,用呼吸放松法来缓解焦虑情绪,告知可能的身体形象改变,生理功能和社会功

[收稿日期] 2012-10-25

[作者简介] 王跃伟(1981-),男,河北人,硕士在读。

[通讯作者] 李子芬(1972-),女,香港人,讲座教授,博士生导师,主要从事护理教育工作,Email:tzefanlee@cuhk.edu.hk。

能的变化等^[11-17]。国内术前健康教育内容,主要包括禁食时间、皮肤准备、用药、手术及麻醉的签字;手术衣的穿着方法;疾病简单知识;麻醉简单知识及麻醉后注意事项;手术当天的流程;手术患者的心理自我调节、减轻紧张感的方法;患者家属的教育,如怎样在术前给患者心理支持,术后如何帮助患者早期活动;对手术后换药的配合等^[18]。

3 健康教育的形式

目前,护理健康教育的形式很多,包括口头健康教育、集中授课、平面教材和多媒体教材。口头护理健康教育指护理人员临时的、随机对患者进行相关知识的讲解;集中授课指术前健康教育,将患者集中于某一场所,由护理人员对其进行统一授课,对相关知识进行讲解;平面教材包括护理健康教育单、护理健康教育手册;多媒体如录音带、护理健康教育光盘及远程网络教学等教育形式^[19]。几种健康教育形式各有其优缺点,具体如下。

3.1 口头健康教育

护士通过语言的交流和沟通,根据教育计划内容对患者及家属进行讲解和宣教,对患者提出的问题进行针对性的解释,增强患者对手术及相关问题的认识^[20]。这种健康教育方式形式灵活,可以随时随地进行,适用于所有患者,但是缺乏系统性、一致性,护理人员开展时较为随意,不同的护理人员进行健康教育时内容、观点会有差异,导致患者无所适从。

3.2 集中授课式健康教育

护理人员与患者及家属约好时间,将患者及家属集中于示教室。上课按时间顺序讲解手术室环境,术前、术后注意事项,术后可能出现的并发症及患者家属的应对措施,讲课结束后,让患者和家属自由提问,鼓励说出自己对手术的想法及建议。让患者讨论,表达出内心的感受及与同类疾病病友交流,减轻其对手术的恐惧心理^[18-20]。这种方式的优点是节约时间,能在 30~60 min 内对整个科室的相关患者完成健康教育。不足之处在于很难在同一时间内将需要接受教育的所有患者聚集到一起,在授课结束后还需对未能参加授课的患者重新授课,此外这种形式的授课需要在短时间内对所有患者完成健康教育,故而针对性较差,不能完全顾及每个患者的个体差异及关注要

点。

3.3 健康教育宣传单或健康教育手册

护理人员搜集术前术后相关注意事项、饮食指导等知识,编写有关手术知识健康教育读物或把手术知识整理成护理健康教育宣传单或护理健康教育手册,发给相关手术患者,让患者随时翻阅,对手术的有关事项有初步了解以便更好地配合手术^[20]。这种教育方式的好处是比较系统化,不会因执行健康教育护理人员的不同而产生较大差异,其不足之处在于不同的年龄及受教育程度的患者个体对文字内容的理解力不同,会影响术前健康教育的效果^[21]。

3.4 多媒体健康教育

多媒体健康教育是利用影像、图片、声音等不同文件传达护理指导讯息的方式^[21]。护理人员将健康教育内容存放于光盘内的多媒体教学模式,不仅可以让学习者依个人需要反复学习,还能透过影像产生模仿的学习效果,藉以提高学习者学习记忆^[22]。配合多媒体卫教光盘的护理指导模式,比单独使用护理健康教育宣传单或护理健康教育手册对提升病患对疾病认知及应对有更好的成效。多媒体健康教育的优点是教学模式生动、活泼且具多样性的,没有时间限制,患者可根据需要进行多次的学习,这提升了学生的学习成效^[23]。多媒体健康教育也存在一些不足,例如较其他方式制作成本高,视频内的患者的隐私处理与健康教育效果的冲突,还有视频中的真实的出血、切口可能造成患者的不安,播放多媒体教育材料也需要专门的设备。动画视频可以控制乃至去除相关干扰因素、突出主题,因此理论上较普通视频宣教效果更好,但是目前该领域尚未开展相关研究。

4 健康教育的时间

对于术前护理健康教育的时间, Lepczyk, M 认为^[13],术前护理健康教育时间对于结果没有影响,选择更加经济的时间即可,而 Hughes, S 指出^[24],入院时立即进行护理健康教育不是很合适, Dobree 等认为^[31],入院前 10 d 是进行术前健康教育的最佳时段,而大多数术前护理健康教育都是于手术日期前 1 d 进行。国内的术前健康教育一般也是在术前 1 d 进行^[18,20,32]。

5 健康教育效果评价

评价患者在接受健康教育后对其术后的影响是研究者们最主要的目的之一,评价指标包括患者对于手术的认可程度,患者对于手术的焦虑水平,患者术后疼痛水平,患者的住院天数等^[11,33]。国内研究者主要采用的是满意度,焦虑程度等主观指标和住院天日数,总的住院费用等客观指标。

6 健康教育存在问题

6.1 内容不全面

目前,国内健康教育内容是通过参考相关教材、论文等方式制订,研究者没有完全因时、因地、因人的差异制订健康教育内容而是参考乃至照搬前人的内容,如:禁食时间、皮肤准备、用药、手术及麻醉的签字,疾病知识,麻醉知识及麻醉后注意事项,手术当天的流程等,没有在制订健康教育内容前对当地患者进行一定数量的访谈,获取目前患者迫切想要获得的知识及信息,进而加入相关内容。也少有患者视角的手术室环境介绍等,从而减少患者陌生感,缓解患者焦虑情绪。而且目前的健康教育内容大多是从医生或者护士角度出发制订的,缺少患者的充分参与。

6.2 形式不灵活

术前健康教育形式疏于考虑患者的教育水平、年龄、接受能力等因素,较少采用两个或多个形式对患者开展生动活泼的术前健康教育,往往采取单一的健康教育模式。

6.3 研究设计不足

目前虽然已经慢慢由可信度较低的描述性研究,准实验研究转向可信度和说服力较高的随机对照研究^[17,32,34-37],但是由于研究者考虑问题不全面,统计相关知识不足,使得许多研究设计存在不足之处,如:样本量未经计算或者不能达到随机对照研究的样本量要求;在描述实验组与对照组组间差异时,只是陈述两者各方面差异是否有统计学意义,是否具有可比性,而没有给出具体的数据及统计学结果;研究设计中存在明显的可能影响结果的混杂因素,这使得许多随机对照实验的可信度下降,甚至不具备可信性。评价指标的设定,主要是满意度,焦虑程度,术后疼痛程度等主观指标^[11,33]。住

院天数,总住院费用等客观指标较少呈现,评价结果容易由于患者的主观因素产生偏差。

7 小结

综上所述,现有的术前健康教育不论是内容还是形式甚至研究设计均存在一定的局限性,术前健康教育的研究有必要在完善教育内容,拓展教育形式和研究设计的严谨性方面进行更加深入的研究。建议:①对某地某一类手术患者进行小范围的访视,获取患者最想知道的内容,最迫切要解决的问题,并进行归纳总结得到该地区最具针对性的术前健康教育内容。②实验性的制作某一手术专科手术类型的健康教育动画视频。将患者视角的术前准备如呼吸放松法、手术室环境介绍、手术当日接送患者流程、手术主要步骤、术后容易出现的问题以及应对措施,术后患者的作息时间表等围术期相关内容及该地区或医院、科室独特的术前健康教育内容纳入宣教视频。③将该宣教动画与普通的宣教对于患者的宣教效果在小范围内进行对比研究,以确定基于上述文献的理论假设是否成立,分析该宣教动画较普通宣教录像对于患者手术焦虑、术后疼痛、患者满意度及住院时间和总住院费用方面影响的差异是否有临床意义。

参考文献:

- [1] Tsai 黄,K-C.H 吴,S-SW,等.骨科患者手术前后焦虑程度与不确定感之相关性研究[J].台湾复健医学杂志,2005,33(1):10.
- [2] 周意丹,李晓凡.国内手术焦虑的研究进展[J].中国行为医学科学,2003,12(1):2.
- [3] Donovan BD. Patient attitudes to postoperative pain relief[J]. Anaesth Intensive Care, 1983, 11(2): 125-129.
- [4] Weiser TG, Regenbogen SE, Thompson KD, et al. An estimation of the global volume of surgery: A modelling strategy based on available data[J]. Lancet, 2008, 372(9633): 139-144.
- [5] 中华人民共和国卫生部. 2012年中国卫生统计提要(S). 2012.
- [6] 中华人民共和国国家统计局. 2010年第六次全国人口普查主要数据公报[S]. 2011.
- [7] Williams D. Preoperative patient education: In the home or in the hospital? [J]. Orthopaedic Nursing, 1986, 5(1): 37-41.

- [8] Wong EM, SW Chan, SY Chair. Effectiveness of an educational intervention on levels of pain, anxiety and self-efficacy for patients with musculoskeletal trauma [J]. *J Adv Nurs*, 2010, 66 (5): 1120-1131.
- [9] Ng SKS, AWL Chau, WKLeung. The effect of preoperative information in relieving anxiety in oral surgery patients [J]. *Community Dentistry & Oral Epidemiology*, 2004, 32 (3): 227-235.
- [10] Timmons ME, Bower. The effect of structured preoperative teaching on patients' use of patient-controlled analgesia (PCA) and their management of pain [J]. *Orthopaedic nursing/National Association of Orthopaedic Nurses*, 1993, 12 (1): 23-31.
- [11] Preminger BA, Lemaine, Valerie, et al. Preoperative patient education for breast reconstruction: A systematic review of the literature [J]. *Journal of Cancer Education*, 2011, 26 (2): 270-276.
- [12] 左月燃. 对护理专业开展健康教育的认识和思考 [J]. *中华护理杂志*, 2000, 35 (6): 3.
- [13] 向肇英, 赖裕和, 吴志雄. 探讨卫教护理处置对乳癌妇女焦虑及术后疼痛改善之成效 [J]. *新台北护理期刊*, 2001, 3 (1): 91-102.
- [14] Lin LY, RH Wang. Abdominal surgery, pain and anxiety: preoperative nursing intervention [J]. *J Adv Nurs*, 2005, 51 (3): 252-260.
- [15] Gonzales EA, Ledesma, Rachel J, et al. Effects of guided imagery on postoperative outcomes in patients undergoing same-day surgical procedures: A Randomized, Single-Blind Study [J]. *AANA Journal*, 2010, 78 (3): 181-188.
- [16] Losken A, Burke Renee, Elliott, et al. Infonomics and breast reconstruction: are patients using the internet? [J]. *Annals of Plastic Surgery*, 2005, 54 (3): 247-250.
- [17] Heller L, Parker Patricia A, Youssef, Adel, et al. Interactive digital education aid in breast reconstruction [J]. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 2008, 122 (3): 717-724.
- [18] 蒋丽, 朱梅芳. 眼耳鼻喉病房开展集中授课式术前教育的实施与评价 [J]. *中华护理杂志*, 2005, 40 (5): 3.
- [19] Chelf JH, Agre P, Axelrod A, et al. Cancer-related patient education: An overview of the last decade of evaluation and research [J]. *Oncol Nurs Forum*, 2001, 28 (7): 1139-1147.
- [20] 陈桂园, 纪兰芳, 胡桂芬. 鼻内窥镜手术患者术前教育研究进展 [J]. *全科护理*, 2008, 6 (9): 2.
- [21] Wydra EW. The effectiveness of a self-care management interactive multimedia module [J]. *Oncol Nurs Forum*, 2001, 28 (9): 1399-1407.
- [22] 叶美玲, 陈兴夏, 刘碧霞. 髋关节置换术护理指导: 多媒体激光视盘与手册之研发与测试 [J]. *医护科技学刊*, 2004, 6 (2): 141-152.
- [23] 何素梅, 罗凤娇. 多媒体病房简介之项目计划 [J]. *荣总护理*, 2002, 19 (2): 179-185.
- [24] Allen M., Knight, Falk, et al. Effectiveness of a preoperative teaching programme for cataract patients [J]. *J Adv Nurs*, 1992, 17 (3): 303-309.
- [25] Hughes S. The effects of giving patients preoperative information [J]. *Nursing standard*, 2002, 16 (28): 33-37.
- [26] Lepczyk M, EH Raleigh, C Rowley. Timing of preoperative patient teaching [J]. *J Adv Nurs*, 1990, 15 (3): 300-306.
- [27] 林宜静. 比较多媒体光盘与单张卫教对缓解加护病房病患家属情境焦虑之成效研究 [D]. 慈济大学, 2009.
- [28] 郑玉华. 术前疼痛卫教对改善脊椎术后患者疼痛经验之成效探讨 [D]. 台北医学大学, 2006.
- [29] 郑丽樱. 骨科患者施行内固定复位手术前后焦虑与不确定感对术后生活质量影响之探讨 [D]. 美和科技大学, 2011.
- [30] 陈斐文. 术前准备计划影片对学龄期儿童术前焦虑的影响 [D]. 国立台北护理健康大学, 2011.
- [31] 顾淑芳. 探讨松弛训练对外科加护病房术后病患急性疼痛及焦虑缓解之成效 [D]. 辅仁大学, 2006.
- [32] 苏颖, 程颖. 不同健康教育形式对妇科剖腹术后自行自控镇痛的影响 [J]. *当代医学*, 2011, 17 (2): 2.
- [33] Kosik SL, PJ Reynolds. A Nursing Contribution to cost containment: A group preoperative teaching program that shortens hospital stay [J]. *Journal for Nurses in Staff Development*, 1986, 2 (1): 18-22.
- [34] Johansson Kisi, Nuutila Liisamaija, Virtanen Heli, et al. Preoperative education for orthopaedic patients: Systematic review [J]. *J Adv Nurs*, 2005, 50 (2): 212-223.
- [35] Molenaar S, Sprangers MA, Rutgers EJ, et al. Decision support for patients with early-stage breast cancer: Effects of an interactive breast cancer cdrom on treatment decision, satisfaction, and quality of life [J]. *Journal of Clinical Oncology*, 2001, 19 (6): 1676-1687.
- [36] 赖淑蓉, 陈培雪, 彭利芬. 结直肠癌手术患者进行集中式术前教育的效果观察 [J]. *海南医学*, 2010, 21 (12): 2.
- [37] 张英. 健康教育在剖宫产术后疼痛中的应用 [J]. *医药论坛杂志*, 2011, 32 (21): 2.

[本文编辑: 郑志惠, 曹茜]