



• 临床护理 •

基于格林模式的健康教育干预对胰腺癌患者希望水平的影响

欧阳建芳 (中南大学湘雅二医院普外二病区 湖南长沙 410000)

摘要: **目的** 探讨基于格林模式的健康教育干预对胰腺癌患者希望水平的影响。**方法** 采取方便抽样的方法,选择2015年7月-2017年2月入住我科的胰腺癌患者,按其入院的先后顺序,用随机数字表进行分组,分为干预组和对照组,每组44例。对照组给予常规健康教育方式,干预组采用格林模式的健康教育方式,观察比较两组患者干预前后希望水平的高低。**结果** 对照组与干预组在干预前两组患者的希望水平得分没有统计学差异,干预后,干预组的希望水平得分明显高于对照组,且差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 基于格林模式的健康教育可有效提高胰腺癌患者的希望水平,提升其对生活的信心。

关键词: 格林模式 胰腺癌 希望水平

中图分类号: R473.73 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2017)07-308-02

胰腺癌是一种发病隐匿、恶性程度高、侵袭性强、病死率高的肿瘤之一^[1],已成为常见的消化系统恶性肿瘤之一,也是胰腺外科较常见的疾病,在美国最常见的癌症死亡原因中排第四位^[2],早期症状易被忽视,其五年的生存率低于5%。大多数患者常常因为癌性疲劳、食欲不振、疼痛、呼吸困难等而产生无望感,甚至丧失了生存的意念,希望水平降低^[3]。随着医学模式改变,健康的概念有了新的、全面的内涵:健康不仅仅是没有疾病或虚弱的表现,而是体格、精神和社会适应能力的完美状态,我们称其为“大健康观”,而与之对应的“大健康教育观”应运而生,格林健康教育模式(Precede-Proceed Model)正是美国著名流行病学、健康教育专家Green在这种“大健康教育观”的理念下提出^[4]。该模式注重知识的补充,又注重在信念和行为上的护理干预,旨在给临床和科研提供全面系统和持续动态的指导^[5]。本研究拟探讨基于格林模式的健康教育对胰腺癌患者希望水平的影响,为临床的护理干预提供借鉴和指导。

1 资料与方法

1.1 一般资料

采取方便抽样的方法,选择2015年7月-2017年2月入住我科的患者,纳入标准:确诊为胰腺癌患者;神志清楚,具有阅读交流沟通的能力;知晓自己病情;了解本研究目的,自愿参与本研究。排除标准:既往有精神疾病和精神疾病家族史者;合并其他系统严重疾病;年龄 < 18 岁。按其入院先后顺序,采用随机数字表,将其分为对照组和干预组,每组44例,对照组:男26例,女18例,平均年龄 50.7 ± 11.4 ,肿瘤I期12例,II期19例,III期13例,观察组男24例,女20例,平均年龄 51.3 ± 10.3 ,肿瘤I期13例,II期17例,III期14例。两组患者在性别、年龄、肿瘤分期、手术方式等一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),两组患者均需签署知情同意书,并得到医院伦理委员会的批准。

1.2 方法

1.2.1 调查方法:在实施调查前,对本研究问卷研究员进行相关培训,研究员经过笔试考试合格后再对患者实施问卷调查。在问卷调查时,研究员应说明本研究的目的,说明本研究仅作科学研究,对其问卷填写信息完全保密,让患者如实作答,以最大限度地保持问卷调查结果的真实性。

1.2.2 调查工具:采用赵海平等^[6]翻译而成的中文版希望水平量表(Herth hope index),该量表包括12条目,分3个维度,即对现实和未来的积极态度(temporality and future,T)、采取积极行为态度(positive readiness and expectancy,P)、与他人保持亲密关系的态度(interconnectedness,I)。每条目计分1~4分,总分48分,得分越高,表示患者的希望水平越高。得分水平分3个等级,低水平(12~23)分、中等水平(24~35)分和高水平(36~48)分。该量表信效度较高,Cronbach's α 为0.82,重测信度为0.88,用于癌症患者具有较好的内容效度和结构效度^[7]。

1.2.3 干预方法:(1)对照组患者采用常规方法进行健康教育,即给予病情观察、预防发展、常规护理、并发症预防知识、治疗方式

等方面的宣教。(2)干预组给予基于格林模式理论框架的健康教育,在干预前,对护士进行培训,培训主要包括两个方面的内容:一是讲授PRECEDE健康教育模式的基本理论、应用条件及实践情况;二是参与临床会谈技巧培训课程,以促进研究者与患者沟通。具体干预措施如下:①护士初步评估。评估患者的一般情况,了解患者对胰腺癌的认知程度、对生活的态度和信念,同时,我们还应了解患者对于医疗费用的承受能力。在此阶段,护士应清楚为什么患者需要增强疾病认知度及其对生活的信心,另外也要能回答出提升患者的希望水平的意义在哪里;②护士对三大因素分析:首先从倾向性因素出发,患者在两种态度中选择一种,需要提升希望水平的患者记为阳性,反之记为阴性;然后从促进因素出发,如患者的社会支持、生活技能或资源可得性等客观因素;最后分析其强化因素,如对社会、家庭、环境的反应以及身体、心理状态、经济等后续情况;③个性化的健康教育干预:患者入院时护理人员要参照格林模式健康教育理念及评估分析结果,向患者及其家属认真介绍疾病的发病原因、手术治疗注意事项等,让他们对疾病手术的方式及治疗的过程有所了解,并告知其可能出现的并发症等。术后护理人员要告知患者常见的手术不良反应并给与心理辅导,在此过程中,护理人员要运用标准规范的流程,建立良好的护患关系,引导患者积极主动配合健康教育。我们健康教育的形式可运用集中培训与个体沟通交流的方式。

1.2.4 统计学方法应用SPSS19.0软件对所有数据进行录入与统计分析和处理,采用双人核对法,其中计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用t检验,以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 干预前两组患者的希望水平比较,见表2-1

表2-1:干预前两组患者的希望水平

组别	例数	希望水平总分	T	P	I
干预组	44	33.81 $\pm$ 3.03	10.63 $\pm$ 1.67	11.27 $\pm$ 1.68	11.67 $\pm$ 1.43
对照组	44	34.12 $\pm$ 3.42	10.43 $\pm$ 1.64	11.52 $\pm$ 1.34	11.77 $\pm$ 1.47
T		-0.456	0.571	-0.781	-0.322
P		> 0.05	> 0.05	> 0.05	> 0.05

2.2 干预后两组患者的希望水平比较,见表2-2

表2-2:干预后两组患者的希望水平

组别	例数	希望水平总分	T	P	I
干预组	44	39.69 $\pm$ 4.15	12.64 $\pm$ 2.63	14.27 $\pm$ 1.86	13.02 $\pm$ 1.43
对照组	44	35.68 $\pm$ 3.23	10.82 $\pm$ 1.62	12.05 $\pm$ 1.45	12.02 $\pm$ 1.46
T		5.076	4.044	6.343	0.334
P		< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

3 讨论

3.1 格林模式健康教育的应用现状

格林模式是由Green提出,他认为人们的健康行为与两大因素有关:个人和环境,在格林模式中,主要内容分为两大部分。第一部分为教育诊断(PRECEDE),它是指在教育的诊断和评价中应用“倾向因素”、“促成因素”及“强化因素”。第二部分是生态环境诊断



(PROCEED), 指在执行教育、环境干预中运用政策、法则及组织等手段^[8]。格林健康教育模式已是健康领域中使用最为广泛、评估最为全面的模式之一,也是社区健康促进和公共卫生干预的有效模式。格林模式的干预对象包括健康者和疾病患者,其研究方向主要包括疾病的预防、护理、健康保健和健康需求评估等。其中在疾病的护理中,已应用到高血压^[9]、冠心病^[10]、缺铁性贫血^[11]、乳腺癌等癌症^[12]护理干预中。同时,也有研究将其应用到老年人的压力水平、希望水平等。而格林模式正是基于多学科视角的模式,由上可知,目前该模式已应用在多种领域的健康干预中,取得了非常显著的效果。国内外已有大量的研究表明,基于格林模式理念的健康干预有利于患者健康行为及良好自我管理习惯的形成,提高其生活质量,增强对生活的信心,进而提高其希望水平,在一定程度上可以间接减少对卫生服务的使用。因此,我们在进行相关健康护理干预时,特别对于患者健康的知识、信心、行改变中,可以应用格林模式来达到健康干预的目标。本研究正是借鉴了这样的一种理论框架模式,对胰腺癌患者进行健康教育干预,以期提高其希望水平。

3.2 格林模式的健康教育对胰腺癌患者希望水平的影响

希望是指人们虽然对未来的结果未知,但是却能始终对生活持有坚定的信心和信念,它是一种动态内在力量,可以超越现状对于生命价值的正向的价值观^[13]。相关研究表明^[14],癌症对患者的生活质量和幸福感具有不同程度的影响,其中,希望是影响其生活质量及生存信念的重要因素及其对应应激源的动力^[15],是医护人员减轻患者身心障碍的重要调节中介。另有研究表明^[16],正确的疾病感知有助于减轻患者因疾病所致的不良情绪反应,有效帮助患者树立信心,提高患者的希望水平。而格林模式的健康教育主要是从胰腺癌患者的饮食、运动、药物依从性等方面进行干预,改善其对疾病知识的获益感,进而增加其希望水平,另外,本研究基于格林模式的理念,从患者的倾向因素、促成因素、强化因素等方面进行健康教育干预,从表2-1、2-2研究结果中我们可以看出,基于格林模式框架的健康教育可有效提高患者的希望水平。

综上所述,格林模式为临床护理健康干预提供了一种新的思路 and 新的视角,体现了“大健康教育观”。全世界范围内,以格林模式为框架发表的论文超过一千篇,其中,国外的研究明显多于国内的研究,并且,目前健康教育模式主要是在健康预防及促进等方面应用广泛,对于癌症患者的护理干预,特别是心理干预方面(如生理状态、希望水平等方面)相关研究还尚缺乏,因此,如何将格林模式与我国国情相结合,开发适应我国文化的干预模式框架并应用于健康教育干预中是未来的研究方向。

参考文献

[1] 吴在德, 吴肇汉. 外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社,

2008:201-204.

[2] Siegel R, Ward E, Brawley O, et al. Cancer statistics, 2011: the impact of eliminating socioeconomic and racial disparities on premature cancer deaths[J]. CA Cancer J Clin, 2011, 61(4): 212-236.

[3] 王薇, 程芳, 施欢欢. 头颈部肿瘤患者放疗期间不适体验的质性研究[J]. 护理与康复, 2013, 12(1): 8-11.

[4] Green LW. Health education planning: a diagnostic approach[M]. Mountain View Ca: Mayfield, 1980: 2-17.

[5] Damiani ME, Cattaneo MT, Tansini G, et al. Care of the terminally ill cancer patient[J]. J Med Pers, 2009, 7(1): 27-33.

[6] 赵海平, 王健. 血液透析病人的社会支持和希望[J]. 中华护理杂志, 2000, 35(5): 306-308.

[7] 王艳华. 中文版 Herth 希望量表用于癌症病人的可行性研究[J]. 护理研究, 2010, 24(1A): 20-21.

[8] Green LW. Health education planning: an educational and environmental approach[M]. Mountain View Ca: Mayfield, 1991: 44-214.

[9] 纪诚, 郑昊, 姚桐, 等. 格林模式在社区高血压患者健康教育中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2008, 14(21): 2256-2259.

[10] Pournaghash-Tehrani S, Etemadi S. ED and quality of life in CABG patients: an intervention study using PRECEDE-PROCEED educational program[J]. Int J Impot Res, 2014, 26(1): 16-19.

[11] Sharifirad G, Golshii P, Shahnazi H, et al. PRECEDE educational model for controlling iron-deficiency anemia in Talesh, Iran[J]. J Pak Med Assoc, 2011, 61(9): 862-865.

[12] McCarthy A, Bates P. Using the Precede-Proceed model of health program planning breast cancer nursing research[J]. J Adv Nurs, 2012, 68(8): 1870-1880.

[13] Rustoen T. Hope and quality of life, two central issues for cancer patients: A theoretical analysis[J]. Cancer Nurs, 1995, 18(5): 355-361.

[14] Ledderer L, La Cour K, Mogensén O, et al. Feasibility of a psychosocial rehabilitation intervention to enhance the involvement of relatives in cancer rehabilitation: Pilot study for a randomized controlled trial[J]. Patient, 2013, 6(3): 201-212.

[15] Beckerman A. Hope, chronic illness and the elderly[J]. J Gerontological Nurs, 1996, 22(5): 219-241.

[16] 常海霞, 朱枣兰, 哈丽比努·坎加库力. 延续性健康教育对维吾尔族和哈萨克族食管癌病人术后生活质量的影响[J]. 护理研究, 2014, 28(18): 2241.

(上接第306页)

界最新医学信息文摘(连续型电子期刊), 2015, 25(51): 234.

[2] 胡蓝月, 赵桂芬, 钱绪芬, 等. 支气管哮喘合并肺部感染患者的护理对策探讨[J]. 医学信息, 2015, 14(2): 252.

[3] 吉学兰. 支气管哮喘合并肺部感染实施综合护理临床分析[J]. 中国保健营养(上旬刊), 2014, 24(5): 2681.

(上接第307页)

癌肿溃烂, 腐败坏死致毁容, 影响本人及周围人群生活时才就诊。手术治疗是治疗基底细胞癌的关键方法, 而围手术期护理在确保手术成功上起了至关重要的作用。术前完善相关准备以及心理护理, 术后严密观察病情, 精心护理, 适时进行健康知识宣教, 有利于患者全面理解并配合治疗, 从而减轻病痛, 缩短住院日期, 提高手术成功率, 取得理想的修复效果。

参考文献

[1] 蒋莉, 涂平, 等. 基底细胞癌和日光角化病细胞分化差异的初步研究. Chin J Dermatol Venerol Integ Trad W Med 2010,

[4] 何威, 顾爽, 曲红, 等. 支气管哮喘合并肺部感染治疗观察与临床护理[J]. 医学美容(中旬刊), 2015, 16(5): 399.

[5] 林淑珍, 叶方英. 支气管哮喘合并肺部感染的治疗与护理效果评定[J]. 西藏医药, 2016, 37(4): 82-83.

[6] 黄宝莉. 护理干预对支气管哮喘合并肺部感染临床治疗效果的影响[J]. 实用预防医学, 2012, 19(4): 619-620.

Vol. 9 No. 2: 90. study in a defined Population[J]. Cnaee, 1992, (70): 104-108.

[2] 刘萍, 刘毅, 张晓萍, 等. 面部基底细胞癌的手术治疗[J]. 临床肿瘤学杂志, 2006, 11(1): 37-39.

[3] 邢丽娜. 皮瓣移植术围手术期的观察及护理[J]. 中国误诊学杂志, 2006, 6(22): 4444-4445.

[4] 张晓茂, 顾群英. 皮瓣移植术的观察及护理[J]. 医药信息, 2011, 3(02): 1107-1108.

[5] 孔余聪, 周红. 鼻翼基底细胞癌的手术治疗[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2008, 15(2): 102