

5A 护理模式联合结构化健康教育在全髋置换患者围手术期中的应用

张岩 范景梅 范霖 王虹^{通讯作者}

(大连大学附属中山医院 骨科 辽宁省大连市 116000)

摘要:目的:探讨 5A 护理模式联合结构化健康教育在全髋置换患者围手术期中的应用效果。方法:选取 2021 年 10 月-2022 年 9 月收治的 216 例全髋关节置换术患者为研究对象,对照组与干预组各 108 例。对照组采取常规护理模式,干预组采取 5A 护理模式联合结构化健康教育,比较两组患者对健康教育知识掌握情况、术后关节功能恢复情况、术后疼痛情况是否有差异。结果:干预组术后 1 周健康教育知识掌握情况得分优于对照组,干预组术后 1 周 Harris 评分高于对照组,干预组术后 1 周 VAS 评分低于对照组差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论:5A 护理模式联合结构化健康教育可提高全髋关节置换患者健康知识掌握情况,缓解疼痛,提高关节功能恢复情况,值得临床应用。

关键词:全髋关节置换术; 5A 护理; 结构化健康教育; 护理

全髋关节置换术以人工假体替换病变关节,对于许多髋关节病变治疗效果良好,可有效减轻患者疼痛,改善髋关节功能及关节畸形,健康教育的质量也间接影响了髋关节术后恢复的质量。有研究显示临床 33% 患者术后功能锻炼依从性低,影响后期恢复甚至引起并发症^[1]。常见的护理健康教育模式有微课模式、跨理论模型、多学科协作模式等^[2-4],但目前健康教育时间零碎化,宣教形式书面化,患者无法在短时间内完全记忆和理解大量宣教知识,护士需不断的重复宣教和指导内容,影响工作效率和患者的康复进度。5A 护理是一种信息反馈式健康管理模式,包括询问 (Ask)、评估 (Assess)、建议 (Advise)、协助 (Assist)、安排随访 (Arrange) 5 项内容,可让干预人员及时了解患者健康状态及行为,并针对性予以调整,从而保障护理干预的针对性、持续性及有效性。结构化健康教育是一种通过有计划、有目的、阶段性设置课程,让患者更好地明确自身健康需求、提高疾病管理参与度的健康教育模式,最终达到改善健康教育效果、促进健康的目的^[5]。本研究采取 5A 护理模式联合结构化健康教育对全髋关节置换术患者围术期进行干预,取得显著效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象:采用目的性抽样法,抽取 2021 年 10 月至 2022 年 9 月符合纳排标准的 216 例患者为研究对象,将 2021 年 10 月至 2022 年 3 月抽取的患者归为对照组,将 2022 年 4 月至 2022 年 9 月抽取的患者归为干预组,对照组男 62 例,女 46 例;年龄为 (61.15 ± 5.46) 岁,文化程度:大专以上 36 例,高中及中专 47 例,初中以下 25 例;干预组男 67 例,女 41 例,年龄为 (61.32 ± 5.65) 岁,文化程度,大专以上 31 例,高中及中专 50 例,初中以下 27 例;两组一般资料比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。本研究经我院医学伦理委员会审核批准

1.2 纳排标准纳入标准:符合 ARCO 分期股骨头坏死中晚期诊断标准;拟首次行单侧全髋关节置换术;意识清楚,有正常沟通、阅读能力,能取得问卷调查、随访配合;均自愿签署本研究知情同意并签字。排除标准:伴精神异常或认知障碍;有相关影响活动功能疾病(如重症肌无力、瘫痪等);一般资料不全或正在参与其他试验;因为无法耐受等原因无法接受干预的患者。

1.3 方法

1.3.1 对照组采用常规护理干预。入院、术前均采用告知书进行

宣教,术后采用床旁口头宣教和口头指导,出院前发放健康宣教手册,出院后定期随访,电话随访 1 次/2 周,出院后第 1 个月、第 3 个月、第 6 个月门诊随访。

1.3.2 干预组采用 5A 护理模式联合结构化健康教育进行干预。

①创建小组:由专科医生、护士长、责任护士、营养师、康复师组建干预小组,小组成员均接受统一培训,掌握 5A 护理模式和结构化健康教育的实施方法,设计全髋关节置换术围术期健康教育知识掌握情况问卷,设计结构化宣教课程。②询问:分为五个阶段,第一阶段:术前责任护士询问患者的既往史、心理状态、社会支持情况、文化水平、髋关节相关知识的掌握情况以及需求情况,询问时间 20-40 min;第二阶段术后当日、第三阶段术后第一日、第四阶段术后第二日、第五阶段术后一周,主要询问患者现存的问题,阶段性宣教知识落实情况以及需求。③评估:根据每个阶段询问的结果通过观察、查体等方式评估患者现存问题。④建议:针对问题设计结构化健康教育课程,每阶段课程由六大主项内容组成,分别是髋关节疾病相关知识、功能锻炼、饮食指导、心理护理、用药指导、个性化问题指导,每项内容又按阶段按重点进行内容分解和健康指导。第一阶段与第五阶段课程采用统一 PPT 授课方式,第二阶段、第三阶段、第四阶段课程采用床旁一对一视频演示和现场指导的方式,每节课时在 30min-40min。⑤协助:每一阶段宣教后均要评估患者对宣教内容的落实情况,对耐受力较差的患者要根据患者实际情况适时调整健康教育的内容,充分调动来自医护、病友及家庭方面的支持,帮助患者共渡难关。⑥安排随访:出院前护士发放健康宣教手册,出院后电话随访 1 次/2 周,互联网加护理上门服务,微信群答疑解惑,出院后第 1 个月、第 3 个月、第 6 个月门诊随访。

1.3.3 观察指标

(1) 健康教育知识掌握情况:自行设计全髋关节置换术围术期健康教育知识掌握情况问卷。设计步骤:文献回顾分析,专家会议法,资料比对分析,小组讨论。设计原则:确保内容合适,措辞清楚,避免双重负载,保持客观公正,避免在题目中使用引导性语句。由经培训的责任护士在入院时和术后 1 周采用全髋置换术健康教育知识掌握情况问卷对患者进行调查,记录每位患者知晓率,比较两组情况。

(2) 髋部静息痛评分 (VAS):采用数字疼痛强度量表(包括 11 点数字评分法,以无痛的 0 依次增强到最剧烈疼痛的 10 的 11

个点来描述疼痛强度)。^[6]由经培训的责任护士在入院时和术后3天进行VAS评分,比较两组情况。

(3) 髌关节功能恢复情况评分:采用Harris评分量表。该量表有4个领域,15个条目,四个领域分别是:疼痛、功能、畸形和关节活动度,总分为100分,分值越高表明患者的功能恢复越好。Cronbach's α 系数为0.811~0.904,重测信度和测量者间的信度系数均大于0.9,各领域得分与总量表相关系数0.718~0.872。^[7]由经培训的责任护士在患者术后1周时进行Harris评分量表测评,并记录评分,比较两组分数。

1.3.4 统计学处理

采用SPSS 19.0统计软件进行数据的统计分析,计量资料符合正态分布,以均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)描述,采用t检验对两组进行比较, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 入院时两组患者全髌关节置换术围术期健康教育知识掌握情况得分差异无统计学意义($P > 0.05$),术后1周干预组患者全髌关节置换术围术期健康教育知识掌握情况得分高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$)。见表1

表1 全髌关节置换术围术期健康教育知识掌握情况得分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	入院知晓率	术后1周知晓率
对照组	43.09 \pm 13.39	87.72 \pm 12.74
干预组	43.55 \pm 14.35	96.84 \pm 5.2
t值	0.24	6.89
P	0.81	<0.01

2.2 两组患者术前静息痛评分差异无统计学意义($P > 0.05$),干预组术后3天髌关节静息痛评分低于对照组,差异有统计学意义;干预组术后1周Harris评分高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。见表2

表2 髌关节静息痛评分比较与髌关节功能评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	术后3天VAS	术后一周Harris
对照组	1.94 \pm 1.20	38.38 \pm 5.375
干预组	1.26 \pm 1.05	42.79 \pm 6.12
t值	4.41	5.62
P	<0.01	<0.01

3 讨论

人工全髌关节置换术可有效缓解疼痛,恢复关节功能,提高患者的生活质量。护理作为人工全髌关节置换术的主要组成部分,护理质量的好坏很大程度上决定了手术疗效。临床护理工作量大,责任护士如何利用最短的时间和方式对患者和家属进行有效的宣教,提高患者和家属的遵医行为,与护士共同完成高质量护理,是本研究重点需要解决的问题。

本研究采取5A护理模式联合结构化健康教育,将5A护理模式的针对性、连续性的特征与结构化健康教育的目标明确性、阶段性特征相结合,即可以分阶段的为患者提供重点健康教育内容使患者有效的记忆,又可以全程及时有效的评估、协助、督导、鼓励患者,便于给予患者全方位护理,促进患者康复。5A护理模式联合

结构化健康教育的具体方法是:首先对患者进行询问与评估,再根据评估的护理问题和疾病治疗进程制定结构化健康教育课程,不同的护理阶段对重点需要患者掌握的内容进行宣教,并采取适合的宣教方法,最后责任护士分阶段对患者的康复质量进行评估、及时解决存在的问题,出院后与患者或家属保留长期联系方式,及时协助解决患者出院后的护理问题。

两组患者全髌关节置换术围术期健康教育知识掌握情况比较结果显示,术后1周干预组的全髌关节置换术围术期健康教育知识掌握情况优于对照组。这是因为将整个围术期的护理分为五个阶段,第一阶段是术前让患者了解整个围术期涉及到的重点护理知识,之后的每一阶段都有对应的重点护理内容需患者亲身体验和掌握,每一阶段护士都有评估的重点并及时协助解决问题,这种模式既可以让患者重复性记忆、体验式学习,又可以让护士高效率实施健康宣教和有重点的督导,所以患者健康知识掌握情况提高^[8]。

两组患者髌关节静息痛比较结果显示,术后3天干预组髌关节静息痛程度要低于对照组。分析原因与术前教会患者术后如何改变体位、术后当日与次日重复宣教如何超前镇痛、物理镇痛、术后第2日进行踩称训练掌握患肢行走力度以及护士对疼痛的及时跟踪与解决有关。

两组患者术后1周Harris评分比较结果显示,干预组关节功能恢复情况要优于对照组。这可能与干预组的患者及家属对健康教育知识掌握程度和分阶段分重点的体验式宣教使功能锻炼的概念深入人心以及责任护士床旁持续有效评估和协助有关^[9]。

综上所述,结构化健康教育联合5A护理模式具有针对性、持续性、有效性,不仅使患者更能直观、清楚的理解和记忆康复内容,也将责任制护理工作系统化、统一化,提高了护理工作效率和质量,值得临床推广应用。

参考文献:

- [1]侯晨霞,陈彦玲,黄威威,等.髌关节置换术后患者功能锻炼依从性的研究进展[J].护理实践与研究,2021,18(14):2105-2107.
- [2]温秀锋.微课模式健康教育对髌关节置换术后患者健康教育及功能锻炼依从性的影响[J].中国医药科学,2020,10(8):187-189.
- [3]刘婷.互动健康教育模式联合术后康复训练在小儿发育性髌关节脱位治疗中的作用[J].国际护理学杂志,2021,40(5):822-825.
- [4]刘静,李伦兰.老年髌骨骨折患者多学科协作模式的应用研究进展[J].长春中医药大学学报,2020,36(6):1341-1343
- [5]张亚伟,叶红丽,武园园.结构化健康教育联合5A护理模式在糖尿病性骨质疏松患者中的应用[J].中华现代护理杂志,2020,26(27):3817-3821
- [6]吴欣娟.护理管理工具与方法实用手册[M].北京:人民卫生出版社,2015:10.
- [7]杜炯,胡世鹏,詹红生,等.Harris髌关节功能评分量表的汉化及其信度的研究[J].世界临床医学,2013,(7).
- [8]包良笑,李婧,张洋,史占军.294例全髌关节置换术患者出院准备度现状及影响因素分析[J].护理学报,2021,28(17):59-63
- [9]殷瑛,俞蒙倩.功能锻炼路径护理对老年髌骨骨折患者术后肢体功能恢复的影响[J].中西医结合护理(中英文),2021,7(4):1-4