

双模式健康教育对预防住院老年患者跌倒的效果研究

张奕¹, 陈卫永²

1. 浙江省德清县人民医院, 浙江 德清 313200; 2. 浙江省疾病预防控制中心, 浙江 杭州 310009

摘要: **目的** 探讨双模式健康教育对住院老年患者跌倒的预防效果。 **方法** 选取 2017 年 10 月-2018 年 3 月入住德清县人民医院的老年住院患者 240 例, 随机分为对照组 ($n=120$) 和观察组 ($n=120$), 对照组给予常规跌倒预防健康教育, 观察组给予双模式健康教育; 比较两组干预前后跌倒预防知识评分、健康信念评分、预防跌倒健康行为评分, 并统计两组跌倒发生情况及对健康教育满意度。 **结果** 干预后, 观察组跌倒预防知识各维度(跌倒危险因素、跌倒预防、对跌倒后果认知)评分、健康信念各维度(易感性、严重性、益处、障碍)评分及预防跌倒健康行为各维度(环境健康行为、生活习惯行为、药物健康行为、情绪健康行为、自我保护行为)评分均明显高于对照组(均 $P<0.05$)。观察组住院期间、出院 6 个月跌倒发生率分别为 0%、2.50%, 均明显低于对照组的 5.00%、8.33%(均 $P<0.05$)。观察组对健康教育满意度明显高于对照组($z=11.570, P<0.05$)。 **结论** 双模式健康教育能够提高住院老年患者跌倒预防知识水平及健康行为, 对预防跌倒发生有积极作用。

关键词: 住院老年患者; 跌倒; 双模式健康教育; 预防

中图分类号: R193 **文献标识码:** B **文章编号:** 1006-3110(2019)04-0477-04 **DOI:** 10.3969/j.issn.1006-3110.2019.04.026

跌倒是指倒在地面或低于原始位置的平面上, 由突发、不自主、意外体外改变引起。报告显示, 住院患者每年人均跌倒 1.4 次^[1]。跌倒发生不仅可引起身体不适, 严重时可能造成脑部损伤、骨折等各种损伤, 甚至可致死亡, 住院患者跌倒率已成为医院护理质量的重要评价指标^[2-3]。老年患者由于机体功能退化, 是跌倒高风险人群, 统计显示, 65 岁以上老年人每年跌倒发生率达 33.33%, 而 80 岁以上老年人每年跌倒发生率高达 50%^[4]。因此, 加强防范老年患者住院期间跌倒尤为重要。医院安全管理重在预防, 而健康教育是防范与减少跌倒发生的重要措施。本研究基于护理

程序与健康信念双模式对住院老年患者进行健康教育, 取得良好效果, 现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象 选取 2017 年 10 月-2018 年 3 月入住德清县人民医院的老年住院患者 240 例为研究对象。纳入标准: (1) 年龄 ≥ 60 岁; (2) 意识清晰, 且具备日常生活自理能力; (3) 认知正常, 能够完成相关评估; (4) 对研究知情并签署知情同意书。排除标准: (1) 老年痴呆者; (2) 伴有严重肢体障碍或精神疾病者; (3) 病情过于严重而无法完成相关测评者; (4) 需绝对卧床休息者; (5) 文盲; (6) 正在参与其他临床试验者。应用随机数字表法进行随机分组: 对照组 ($n=$

study[J]. Bmc Infect Dis, 2013, 13(6):691-694.

[13] Gordana H, Markus S, Bolormaa D, et al. Biological activity of probable/possible high - risk human papillomavirus types in cervical cancer[J]. Int J Cancer, 2013, 132(1):63-71.

[14] 张丽娜, 周蓓蓓, 陈昕华, 等. 区域性人乳头状瘤病毒基因型别检测临床研究[J]. 中国妇幼保健, 2010, 25(16):2216-2218.

[15] 王伟红, 黄燕军, 丁洪强. 1 444 名疑似感染妇女 HPV 基因分型检测分析[J]. 疾病预防控制通报, 2012, 27(6):73-74.

[16] Castle PE, Wacholder S, Lorincz AT, et al. A prospective study of high-grade cervical neoplasia risk among human papillomavirus-infected women[J]. J Natl Cancer Inst, 2002, 94(18):1406-1414.

[17] Franco EL, Duarte-Franco E, Ferenczy A. Cervical cancer: epidemiology, prevention, and the role of human papillomavirus infection[J]. Can Med Assoc J, 2001, 164(7):1017-1025.

[18] 李欣荣, 刘岱璿, 周小容, 等. 湖南省 3 451 例宫颈人乳头状瘤病毒感染状况分析[J]. 检验医学与临床, 2014, 15(A01):38-40.

[19] 聂妹芳, 李登清, 黄民主, 等. 11 461 例妇科门诊患者 HPV 亚型感染状况的研究[J]. 中国现代医学杂志, 2011, 21(27):3434-3438.

[20] 贺国丽, 吴秀荣, 杨舒盈, 等. 海南地区宫颈癌的 HPV 基因型检测及其临床意义[J]. 实用妇产科杂志, 2009, 25(7):407-409.

[21] Silvia DS, Mireia D, Xavier C, et al. Worldwide prevalence and genotype distribution of cervical human papillomavirus DNA in women with normal cytology: a meta-analysis[J]. Lancet Infect Dis, 2007, 7(7):453-459.

[22] 黄俊远, 张战锋. 广州地区 7 340 例人乳头瘤病毒基因分型及感染情况分析[J]. 检验医学与临床, 2017, 18(V01):1672-1675.

收稿日期: 2018-09-21

120) 和观察组 ($n=120$)。对照组:男 52 例,女 68 例;年龄 (70.25 ± 6.42) 岁;文化水平:小学及初中 69 例,高中及以上 51 例;居住状态:和亲属同住 50 例,养老机构 41 例,独居 29 例;基础疾病:外伤性疾病 12 例,心血管系统疾病 34 例,脑血管疾病 25 例,呼吸系统疾病 12 例,消化系统疾病 14 例,内分泌系统疾病 13 例,其他 10 例;Morse 跌倒评估量表^[5] 评估跌倒风险:低风险 41 例,中风险 50 例,高风险 29 例。观察组:男 59 例,女 61 例;年龄 (71.21 ± 6.79) 岁;文化水平:小学及初中 64 例,高中及以上 56 例;居住状态:和亲属同住 59 例,养老机构 37 例,独居 24 例;基础疾病:外伤性疾病 10 例,心血管系统疾病 39 例,脑血管疾病 27 例,呼吸系统疾病 9 例,消化系统疾病 12 例,内分泌系统疾病 11 例,其他 12 例;Morse 跌倒评估量表评估跌倒风险:低风险 38 例,中风险 54 例,高风险 28 例。两组一般资料均衡可比 ($P>0.05$)。本研究通过德清县人民医院医学伦理委员会审核。

1.2 方法 对照组予以常规教育,针对患者进行跌倒发生原因、危害、危险因素、预防措施等健康教育,让患者明白预防跌倒的意义、重要性,并向患者发放跌倒预防知识手册。观察组则实施双模式健康模式,即将健康信念融入至护理工作中,加以整合,并充分根据护理程序的整体性及间断性,有条不紊地实施针对性健康教育。按评估-制定方案-实施方案-评价的步骤进行健康教育,具体如下:(1)评估患者健康教育需求。制定住院老年患者预防跌倒基本情况调查表,了解患者文化水平、生活状况、跌倒史、跌倒预防知识水平、跌倒预防态度、跌倒的预防行为等,确定患者健康教育需求。(2)制定个性化健康教育方案。对患者存在的跌倒预防方面存在的不足进行原因及后果分析,并根据患者当前健康教育需求制定具体的健康教育方案及目标,包括设计针对性教育内容、适宜的宣教方式、适宜的宣教时间及健康教育后最终达到的效果等。宣教方式可采用口头面对面宣教、发放健康预防宣传册、开展跌倒预防健康教育讲座、播放跌倒预防健康教育微视频、组织病友经验交流会、定期查房等。经过健康指导,最终使患者能够复述跌倒预防相关知识,充分了解跌倒危害、预防的重要性及主要预防措施等,增强患者对不健康行为的认识,帮助其建立健康信念。(3)实施健康教育方案。由责任护士根据已制定好的方案,遵照教育程序实施健康教育。从环境、生活习惯、用药、活动训练、情绪、跌倒预防措施、跌倒急救策略等方面对患者及家属进行教育。宣教过程中,要发挥患者主动参与性,引导患者表达自己想法、内心感受。并将

健康信念理念融入教育程序中,不仅要让患者认识跌倒的危害,纠正其认识偏差,同时又提高其对跌倒预防的信心,增强健康信念。(4)动态评估健康教育达到的效果。院内由责任护士对患者进行跌倒预防健康教育的效果评价,并根据收集的反馈信息及时对教育计划进行调整。主要采取观察、问卷调查等方式进行评价,评估实施健康教育所产生的效果。出院时,再次对患者跌倒预防感受、预防措施、日常注意事项、跌倒急救等方面进行评估,并根据患者情况制定个体化出院健康教育指导。出院时,除对患者予以常规健康教育内容(院外活动、用药、跌倒预防、危险因素、正确评估生活自理能力等)外,还应定期以电话或门诊随访等方式了解患者跌倒预防健康行为,并给予相应健康指导,促进患者养成健康行为。

1.3 观察指标 (1)采用跌倒预防知识问卷^[6] 评价患者跌倒预防知识水平,问卷信度系数为 0.81,共含 30 条目,包括跌倒危险因素了解程度、预防跌倒知识及跌倒后果认知三个维度,评分越高表示相应知识水平越高。(2)根据彭慧姣等^[7] 修订的中文版 Champion 健康信念评估表对患者健康信念进行评估,信度系数为 0.89,包括感知到的易感性、感知到严重性、感知到益处、感知到障碍四个维度,行 Likert 5 级评分,评分越高表示相应健康行为信念越高。(3)采用汪春华等^[8] 制定的老年患者跌倒预防健康行为评估表对患者健康行为进行评估,该量表信度为 0.87,共 27 个条目,包括环境行为、生活习惯行为、药物健康行为、情绪健康行为、自我保护行为五个维度,行 Likert 5 级评分,均以评分越高表示患者跌倒预防健康行为越好。以上问卷分别于干预前后进行一次评估。(4)统计住院期间及出院 6 个月两组跌倒发生情况。(5)干预后调查患者对健康教育满意情况,以满意、比较满意、一般、不满意四个等级进行评价。

1.4 统计分析 采用 SPSS 22.0 软件进行数据处理,定量变量均符合正态分布,以均数 \pm 标准差进行描述,同组干预前后比较行配对 t 检验,组间比较行独立样本 t 检验;定性变量以例 (%) 描述,无序分类变量比较行卡方检验或校正卡方检验,等级变量比较行秩和检验; $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 跌倒预防知识水平 干预前,两组跌倒预防知识各项评分差异无统计学意义 ($P>0.05$)。干预后,两组跌倒预防知识各项评分较干预前均明显提高 ($P<0.05$),且观察组跌倒预防知识各项评分显著高于对

照组($P<0.05$)。见表 1。

| 表 1 两组干预前后跌倒预防知识评分比较(分, $\bar{x}\pm s$) | | | | | |
|--|-----|------------|------------|------------|-----------|
| 组别 | 例数 | 时间点 | 跌倒危险因素认知 | 跌倒预防知识 | 对跌倒后果认知 |
| 观察组 | 120 | 干预前 | 27.12±4.22 | 9.81±2.22 | 5.02±1.49 |
| | | 干预后 | 32.54±4.26 | 13.45±2.39 | 6.35±1.86 |
| | | <i>t</i> 值 | 14.003 | 17.299 | 8.698 |
| | | <i>P</i> 值 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |
| | | | | | |
| 对照组 | 120 | 干预前 | 26.87±3.89 | 10.08±1.96 | 4.95±1.37 |
| | | 干预后 | 30.21±4.51 | 11.87±2.34 | 5.62±1.46 |
| | | <i>t</i> 值 | 8.711 | 9.120 | 5.187 |
| | | <i>P</i> 值 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |
| | | | | | |

注:干预后组间比较,跌倒危险因素、跌倒预防知识、对跌倒后果认知 $t=4.114$ 、 5.469 、 3.382 ,均 $P<0.05$ 。

2.2 健康信念水平 两组干预前健康信念量表中易感性、严重性、益处、障碍四个维度评分差异无统计学意义($P>0.05$)。干预后,两组健康信念各项评分较干预前均明显提高($P<0.05$),且观察组健康信念各项评分均显著高于对照组($P<0.05$)。见表 2。

| 表 3 两组干预前后预防跌倒健康行为评分比较(分, $\bar{x}\pm s$) | | | | | | | |
|--|-----|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|
| 组别 | 例数 | 时间点 | 环境健康行为 | 生活习惯行为 | 药物健康行为 | 情绪健康行为 | 自我保护行为 |
| 观察组 | 120 | 干预前 | 71.58±5.92 | 68.21±8.76 | 53.36±7.68 | 48.63±6.21 | 53.87±8.32 |
| | | 干预后 | 92.41±4.29 | 91.54±5.64 | 89.87±6.58 | 88.36±4.25 | 78.54±10.58 |
| | | <i>t</i> 值 | 44.698 | 39.167 | 59.094 | 83.216 | 28.597 |
| | | <i>P</i> 值 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |
| | | | | | | | |
| 对照组 | 120 | 干预前 | 72.93±6.84 | 69.63±7.21 | 54.39±8.62 | 50.25±5.74 | 51.65±7.62 |
| | | 干预后 | 81.87±7.21 | 79.87±7.64 | 67.65±6.42 | 70.87±9.36 | 62.35±9.48 |
| | | <i>t</i> 值 | 13.941 | 15.108 | 19.316 | 30.138 | 13.709 |
| | | <i>P</i> 值 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |
| | | | | | | | |

注:干预后组间比较,环境健康行为、生活习惯行为、药物健康行为、情绪健康行为、自我保护行为 $t=13.762$ 、 13.462 、 26.477 、 18.670 、 12.484 ,均 $P<0.05$ 。

2.4 跌倒发生情况 住院期间,观察组无跌倒发生,对照组出现 6 例跌倒,两组跌倒发生率比较(0% vs. 5.00%)差异有统计学意义($\chi^2_{校正}=4.274$, $P<0.05$)。出院 6 个月,观察组出现 3 例(2.50%)跌倒,对照组出现 10 例跌倒(8.33%),差异有统计学意义($\chi^2=3.985$, $P<0.05$)。

2.5 满意度 观察组对跌倒预防健康教育满意度明显优于对照组($z=11.570$, $P<0.05$)。见表 4。

| 表 4 两组对跌倒预防健康教育满意度比较[例(%)] | | | | | |
|----------------------------|-----|-----------|-----------|-----------|---------|
| 组别 | 例数 | 满意 | 比较满意 | 一般 | 不满意 |
| 观察组 | 120 | 98(81.67) | 17(14.17) | 5(4.17) | 0(0.00) |
| 对照组 | 120 | 75(62.50) | 30(25.00) | 13(10.83) | 2(1.67) |

3 讨论

跌倒是常见的医院不良事件,也是高龄患者(≥ 65 岁)主要的院内伤害死因,防范与减少住院患者跌倒是

| 表 2 两组干预前后健康信念评分比较(分, $\bar{x}\pm s$) | | | | | | |
|--|-----|------------|------------|------------|------------|------------|
| 组别 | 例数 | 时间点 | 易感性 | 严重性 | 益处 | 障碍 |
| 观察组 | 120 | 干预前 | 9.68±1.95 | 9.33±1.58 | 8.79±2.21 | 6.32±2.17 |
| | | 干预后 | 24.54±6.52 | 26.87±7.65 | 21.37±4.62 | 19.57±3.28 |
| | | <i>t</i> 值 | 38.438 | 41.634 | 40.353 | 53.264 |
| | | <i>P</i> 值 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |
| | | | | | | |
| 对照组 | 120 | 干预前 | 9.46±1.84 | 9.62±1.79 | 8.57±1.92 | 6.49±1.96 |
| | | 干预后 | 18.37±5.79 | 21.57±4.68 | 17.89±5.49 | 16.83±3.18 |
| | | <i>t</i> 值 | 25.584 | 40.465 | 27.556 | 44.074 |
| | | <i>P</i> 值 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |
| | | | | | | |

注:干预后组间比较,易感性、严重性、益处、障碍 $t=7.751$ 、 6.474 、 5.313 、 6.570 ,均 $P<0.05$ 。

2.3 预防跌倒健康行为 两组干预前预防跌倒健康行为各项评分比较差异无统计学意义($P>0.05$)。干预后,两组预防跌倒健康行为各项评分较干预前均明显提高($P<0.05$),且观察组预防跌倒健康行为各项评分均显著高于对照组($P<0.05$)。见表 3。

《医院管理评价指南(2008 年版)》中评价医院护理管理质量的重要指标之一^[9]。老年人是跌倒高发人群,其跌倒流行特点与干预有效性均经阐明及验证,30%以上老年跌倒是能够有效预防的^[10-11]。尽管不同研究结论有差异,但加强风险评估及干预对于预防老年跌倒的作用仍取得广泛认同^[12-13]。健康教育可提高老年患者跌倒知识水平,促进健康行为,是预防老年跌倒的重要基础。高茂龙等^[14]调查显示,老年人跌倒预防知识知晓率仅为 37.5%,大部分老年人认为跌倒属于意外,具有不可避免性。实践表明,实施跌倒预防健康教育,有助于避免大部分跌倒,降低跌倒危害^[15]。

目前国内应用于临床的健康教育以计划性、自主性、护理程序式、健康信念式四种模式为主^[16]。随着医学模式发展,健康教育在临床应用逐渐广泛,已成为护理环节的基本内容。然而,因医护人员往往工作任务繁重、宣教时间比较少、对健康教育未引起足够重

视、宣教方法不全面等,易使健康教育流于形式。加之以往的计划性健康教育既未了解患者个性化需求,也未开展教育前评估,仅仅是采取机械化宣读。而临床上不同患者有着个体情况,在宣教方式、内容上需求亦有差别。住院期间,患者由于对医护人员及住院环境较为陌生,内心急于救治,并无心听取医护人员讲解及建议,如此将极大影响健康教育效果。双模式健康教育是将健康信念模式融入程序式健康教育中,有机结合而成的一种新型健康教育模式,较之常规健康教育,双模式健康教育特别强调患者主观能动性的重要性,让患者及家属参与教育过程中,如此有利于护理资源分配、利用,有效避免护理工作的盲目性、低效性等不足,促使护理工作由经验式、机械化渐渐步入规范、科学管理路径发展,是一种解决问题的更优质方法^[17]。实施过程中,充分考虑患者生活方式、文化水平、认知理解能力等个体化特征,全面评估患者健康教育需求,制定个体化教育方案、目标,并根据效果评价调整教育方案。此外,双模式健康教育强调通过增强患者健康信念来提高患者对掌握相关知识的积极性,促进患者建立健康行为^[18]。只有在真正意识到疾病或不良事件的易感性、严重性、障碍及严格遵医嘱会带来的益处时,患者才会积极主动地执行相关健康行为,从而增强健康教育效果^[19-20]。

为提高住院老年患者跌倒预防知识水平及健康行为,防范与减少跌倒事件发生,选择适宜的宣教方式及内容尤为重要。跌倒发生具有突发性、意外性,对老年患者跌倒预防健康教育不能一蹴而就,需要不断追踪随访,患者在不同阶段对健康教育需求是不断变化的。这就要求医护人员在对老年患者进行健康教育前,应对患者需求进行全面评估,使宣教内容具体、具有针对性、易于接受。本研究显示,干预后观察组跌倒预防知识评分、健康信念评分及预防跌倒健康行为评分均明显高于对照组,表明双模式健康教育能够改善住院老年患者知、信、行。住院患者跌倒率已成为医院护理质量的重要评价指标。本研究显示,观察住院期间、出院 6 个月跌倒发生率分别为 0%、2.50%,均明显低于对照组的 5.00%、8.33%,表明双模式健康教育对预防住院老年患者跌倒发生有积极作用。此外,本研究还表明,双模式健康教育能够提高患者对健康教育满意度,有助于改善医患关系。

综上所述,双模式健康教育能够有效提高住院老年患者跌倒预防知识及健康信念水平,促进健康行为,

对跌倒预防有重要意义。

参考文献

- [1] 许春娟,姚琳,石玉慧,等. 风险管理在住院患者跌倒/坠床预防中的应用[J]. 中国护理管理, 2013, 13(1):66-69.
- [2] 向莹君,曾念彬,周海滨,等. 深圳市福田区老年人跌倒现状及影响因素分析[J]. 预防医学情报杂志, 2016, 32(5):435-438.
- [3] 曾念彬,谢延,马锦济,等. 深圳市福田区社区老年跌倒情况及知信行调查[J]. 实用预防医学, 2016, 23(1):82-84.
- [4] 赵鸣,王浩,罗央努,等. 社区老年人跌倒发生情况及家庭环境危险因素分析[J]. 浙江预防医学, 2017, 29(9):888-891.
- [5] 李娟,胡丽,赵庆华,等. 应用 ROC 曲线评价汉化版 Morse 跌倒评估量表的高危临界值[J]. 重庆医科大学学报, 2017, 42(5):591-595.
- [6] 周君桂,李亚洁,范建中. Morse 跌倒评估量表中文版在我国住院老年患者中的信度及效度研究[J]. 中国康复医学杂志, 2012, 27(3):244-247.
- [7] 彭慧蛟,万丽红,黄月友,等. 脑卒中患者健康信念与健康行为的调查研究[J]. 中华护理杂志, 2012, 47(1):10-13.
- [8] 汪春华,常娟,朱江. 防跌倒护理流程对老年住院患者健康行为及满意度的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2013, 19(21):2514-2517.
- [9] 陈志玲,江锦芳,曾珊,等. 持续质量改进在肿瘤高危跌倒患者中的护理效果[J]. 中国肿瘤临床与康复, 2015, 22(12):1519-1521.
- [10] Keall MD, Piers N, Howdenchapman P, et al. Home modifications to reduce injuries from falls in the home injury prevention intervention (HI-PI) study: a cluster-randomised controlled trial[J]. Lancet, 2015, 385(9964):231-238.
- [11] Chiu MH, Hwang HF, Lee HD, et al. Effect of fracture type on health-related quality of life among older women in Taiwan[J]. Arch Phys Med Rehab, 2012, 93(3):512-519.
- [12] 申志祥,郑邦,殷钢,等. 老年体检人群心脑血管疾病患者健康状况综合评估[J]. 实用预防医学, 2018, 25(8):905-910.
- [13] 邢桃红,王朝娟,朱晓敏,等. 提高高危住院患者预防跌倒依从性的实践及效果[J]. 中华护理杂志, 2014, 49(9):1080-1083.
- [14] 高茂龙,王静,白旭晶,等. 北京市西城区老年人跌倒发生及跌倒知晓情况调查[J]. 中国健康教育, 2014, 30(2):168-169.
- [15] Shivaji T, Lee A, Dougall N, et al. The epidemiology of hospital treated traumatic brain injury in Scotland[J]. Bmc Neurology, 2014, 14(1):2-12.
- [16] 廖春霞,马红梅,徐旭,等. 达标理论在我国慢性病病人健康教育中的应用研究[J]. 护理研究, 2016, 30(29):3585-3587.
- [17] Rowland P, Kuper A. Beyond vulnerability: how the dual role of patient-health care provider can inform health professions education[J]. Adv Health Sci Educ Theory Pract, 2018, 23(1):115-131.
- [18] 贾金忠,曹炜,吴珂,等. 健康需求视角下我国高等护理教育的挑战与对策[J]. 中华现代护理杂志, 2016, 22(11):1598-1601.
- [19] 王幼芳,王芳. 可视健康教育对提高老年住院患者预防跌倒行为认知水平的影响[J]. 广西医学, 2018, 40(9):1112-1118.
- [20] 王晓春. 图文手册联合视频健康教育模式防范老年科住院病人跌倒的效果观察[J]. 全科护理, 2016, 14(28):3004-3006.