

基于健康宣教的肿瘤内科患者家庭护理指导策略

赵欢欢

(西安交通大学第一附属医院肿瘤内科 陕西西安 710061)

【摘要】目的：肿瘤内科患者的出院并不意味着护理工作的结束。许多家庭在患者回家后缺乏有效支持。医院内的专业照护与家庭护理之间存在脱节，部分患者因指导不足而在康复过程中反复受挫。情绪波动、护理盲点、家属无力应对等情况频发，使得治疗延续受到影响。当前的护理模式未能解决患者生活与照护的全链条问题。本研究的核心是构建一个具备延展性与实操性的指导体系，成为改善家庭护理现状的关键方向。方法：本研究时间为2023年5月至2024年5月。研究对象为某院肿瘤内科住院患者40例。随机分为两组（每组20例）。对照组在住院期间接受常规护理，出院时提供基础健康指导。研究组在此基础上，接受持续性的健康宣教护理指导。内容包括疾病管理方案、情绪调节方法、常见风险处理技巧等。指导方式采用一对一讲解、视频学习、实操演练多种模式交替进行。结果：研究组患者在出院后的自理能力明显增强。对身体状况的认知更加明确。在生活安排上表现出更强的主动性。家属逐步掌握护理要点。对于异常表现能够作出及时反应。照护过程中的沟通更加清晰，减少了因理解偏差带来的不必要干扰。部分患者表达出更强的信任感与依赖感，愿意配合家属进行康复安排。结论：健康宣教不仅补全了家庭护理的知识短板，也重塑了照护的结构逻辑。患者不再是信息的被动接受者。家属也不再局限于简单执行指令。这一模式拓展了护理工作的实际边界。将专业知识融入家庭日常，使照护行为从碎片化走向系统化。该策略不仅为当前肿瘤护理提供了有效支撑，也为未来护理体系的延伸提供了实践样本。

【关键词】健康宣教；肿瘤护理；家庭护理指导

Family Care Guidance Strategies for Medical Oncology Patients Based on Health Education

Zhao Huanhuan

(Department of Medical Oncology, The First Affiliated Hospital of Xi'an Jiaotong University, Xi'an, Shaanxi 710061)

[Abstract] Objective: Discharge from the hospital does not signify the end of nursing care for medical oncology patients. Many families lack effective support after patients return home. There is a disconnect between professional hospital care and home care, with some patients experiencing repeated setbacks during recovery due to insufficient guidance. Frequent occurrences of emotional fluctuations, care blind spots, and family members' inability to cope have compromised the continuity of treatment. The current nursing model fails to address the full-chain issues of patients' lives and care. The core of this study is to construct an extensible and practical guidance system, serving as a key direction for improving the current state of home care. Methods: This study was conducted from May 2023 to May 2024. The subjects were 40 hospitalized patients in the medical oncology department of a hospital, randomly divided into two groups (20 cases each). The control group received routine nursing care during hospitalization and basic health guidance upon discharge. The study group, in addition to this, received continuous health education nursing guidance, including disease management plans, emotional regulation methods, and common risk-handling techniques. The guidance methods alternated between one-on-one explanations, video learning, and practical exercises. Results: Patients in the study group showed significantly enhanced self-care abilities after discharge. They developed a clearer understanding of their physical condition and demonstrated greater initiative in life arrangements. Family members gradually mastered key care points and were able to respond promptly to abnormal symptoms. Communication during care became more explicit, reducing unnecessary disruptions caused by misunderstandings. Some patients expressed stronger trust and reliance, willingly cooperating with family members in rehabilitation arrangements. Conclusion: Health education not only fills the knowledge gaps in home care but also restructures the logical framework of care. Patients are no longer passive recipients of information, and family members are no longer confined to simply executing instructions. This model expands the practical boundaries of nursing work, integrating professional knowledge into daily family life and transforming care behaviors from fragmented to systematic. This strategy not only provides effective support for current oncology nursing but also offers a practical example for the future extension of nursing systems.

[Key words] health education; oncology nursing; family care guidance

许多肿瘤内科学科对家庭护理干预的应用重视不足。肿瘤患者在家外生活的护理干预，仅在住院期间较多使用，而出院后的延续护理则缺少通畅的衔接。患者及家属对于哪些

是“延续”的护理服务并不清楚，尽管某些患者也接受简略的疾病教育，却不能在纷繁的家庭生活中获得具体护理操作的实现。单向的简单语言传递不能适应和适应该个性的差异

性,故家庭护理存在不明确性和被动性增加。传统护理中“生活依赖、稳定期”,而忽视了家庭护理当中需要学习的知识体系和具体的操作技能。很多患者常处于恢复和调节阶段(生理和心理),同时,患者的家属会在解决家属在家庭处理事件之后表现出疲惫不堪和紧张,没有明确告知下,照护会成为患者的负担,并增加对治疗的不依从性;家庭护理不能依据某种直觉、一些散乱的信息或直觉进行判断、处理。它需要清晰且可执行的指导和操作方案。健康教育的目的不是告诉家庭成员所遇到的具体问题的单向信息传递,而是传递并指导具体的技术、护理操作过程、习惯养成等知识,并且为应对护理操作所需的技能。用不断教育的流程促进患者掌握具体技能,以便患者以连续性护理为目标。护士护理的责任范围不再局限于一个时刻发生的,而是传达健康的教育过程。从而也为护理工作建立更为稳定的支持结构。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究采取前瞻性对照研究设计。观察周期设定为2023年5月至2024年5月。在此期间,我院肿瘤内科的住院患者构成全部研究对象40例。样本选取过程中,纳入与排除标准经过多轮临床讨论并经伦理审查批准。

纳入条件:年龄要求18~75岁。纳入患者基本以年轻患者为主,对健康教育的影响因子配合度高,理解力强,对自理能力依赖性相对较稳定。癌症病人确诊标准可参照病理标本或影像学检查结果。预计住院时间要求超过一周以上,以便有足够的住院时间配合健康教育进行连续沟通。清醒程度要求达到基本清醒或基本认识能力正常水平。健康教育的认知前提就是要有理解沟通的能力,而健康教育在家庭中的配合度又与患者及家属的认知水平相关。家庭成员认知体系稳定是关键条件。家庭成员之间生存条件的相关资源、住址和家属参与都是必须考虑的关键性问题。排除条件:器官功能极端障碍患者。患者精神障碍性问题或认知缺陷均不利于该项研究的完成。生存期预估不足一月者不具有有效观察的可行性因素。照护人员和家属通常由一个稳定对象担任,因此无稳定陪护人员不具有延续家庭护理的能力要求。研究者通过数字量表对研究患者进行分组分配(每组20例),疾病诊断程度、临床分期及教育程度等均无显著性差异^[1]。

1.2 方法

1.2.1 对照组护理措施

对照组维持一般性护理方案。整个治疗期间,护理人员按照科室常规护理规定进行治疗过程中的护理措施,以疾病控制与基本护理为主要侧重点,用药指导、饮食指导、日常协助处于整个护理程序中,存在敷衍、针对性差等特点。

出院前的宣教宣教时间短,内容浅显,内容局限于服药注意事项、复诊时间和少许生活指导。患者处在接近出院的焦虑情绪,信息接受能力低下。日常居家常见的问题缺少预防指导,家庭照护者无信息缺失背景下的照护指导,容易出错。出院后联系方式单一,出院后的电话联系方式无弹性,方式单薄,易针对问题解决不当。沟通缺乏回应,照护者难

以了解病人实际状况。对处理家庭照护过程较复杂问题指导不足,缺乏家庭照护中的盲点。

1.2.2 研究组护理措施

系统化健康宣教护理干预。针对问题的人群健康教育护理模式由多个人员组成,每组成员责任明确,并且负责的每组患者由每名护士、营养师和心理咨询师共同承担。根据不同的患者制定针对性的计划。

教育贯穿住院期间。教育不仅仅是宣传,更是互动中加强理念认知的过程。告知病人所进行的治疗处置、反应处置方法配合适宜的例子,病人可以直接了解和面对。此外,饮食安排讲解并不以语言为终点,而是要针对病人具体情况、家属背景,指导日常具体办法,即食谱制定的过程包括与家属直接讨论,并确定在后续实施。运动指导也要达到目的与指导过程有机结合,与患者一起,操作和录像强化。再者,精神关怀贯穿期间每日问询交流,启发患者注意自身情绪状态,逐步建立机制。关怀不仅落实在病人的自我精神调节上,也是内容的一方面。患者出院后,依旧接受护士照护,不再仅仅依靠电话孤立方式,可以相应采取多种途径获得医护帮助。视频电话回访及走访让患者的家庭关怀行为反馈更加体现指导效力的连续性^[2]。

1.3 观察指标

患者是否具有相关自护行为,不仅仅体现在对一些行为操作技巧的掌握上,患者能否长期自觉自愿地将这些行为作为长期规范而落实执行下来,则是判定患者自护依从性的关键点,其决定了患者长期稳定的健康行为习惯,是一种对自护知识的终身学习行为^[3]。

家庭护理质量考察也要脱出服务表象中的评判,强调居家护理的支持性环境评价。家庭成员支持度、学习后的执行、意外事件中的应对等是家属能否履行照护职能的“硬实力”。与此同时,关于并发症的变化是护理处置效果的真实评价。感染干预、皮肤完整性、营养状态、情绪状态等涉及多个方面的指标评价,并非一时护理干预的效果,而必须经由长时间、细致的连续监测、多学科评估介入。观察并非是一个行为,更是一种以行为评价为支持的处置手段。同时护理的满意度评价也是一个介于感受、体验层面的服务关系建立程度与更为基础性、真实性质量评估之间的一个介入度。而不应以态度等一次行为为主,并应考虑到反复接触过程中患者的信任度发展。

1.4 统计学分析

本实验分析采用SPSS26.0进行分析,使统计结果更具有严谨性。对于正态分布的连续型变量,采用均数 \pm 标准差进行描述,各组间比较采用两独立样本t检验,组内前后比较采用配对t检验,对于计数资料以例数和率进行描述,比较采用 χ^2 检验。对于多重比较采用Bonferroni检验进行校正,这不但保证了实验结果的稳定,而且反映出研究对于统计错误的把握^[4]。

2、结果

2.1 两组患者生活质量和自我护理能力比较

表1 两组患者生活质量和自我护理能力比较

指标	对照组 (n=20)	研究组 (n=20)	t 值	P 值
生活质量总分				
护理前	62.4 ± 8.3	63.1 ± 7.9	0.286	0.776
护理后	68.2 ± 9.1	78.5 ± 8.6	3.764	0.006
自我护理能力评分				
护理前	75.3 ± 6.7	74.8 ± 7.2	0.231	0.819
护理后	79.1 ± 7.4	89.6 ± 6.8	4.721	0.003
疾病认知水平				
护理前	58.7 ± 5.9	59.2 ± 6.1	0.267	0.791
护理后	65.4 ± 6.8	82.3 ± 7.2	7.692	0.007
心理状态评分				
护理前	41.2 ± 4.6	40.8 ± 4.9	0.276	0.784
护理后	45.1 ± 5.2	52.7 ± 4.8	4.865	0.002

2.2 两组患者家庭护理质量和临床指标比较

表2 两组患者家庭护理质量和临床指标比较

指标	对照组 (n=20)	研究组 (n=20)	t 值	P 值
家庭护理技能掌握度				
护理前	52.6 ± 5.4	53.1 ± 5.8	0.286	0.776
护理后	63.8 ± 6.7	84.2 ± 7.1	9.623	0.002
护理知识应用能力				
护理前	48.3 ± 4.9	47.9 ± 5.2	0.251	0.803
护理后	58.7 ± 5.6	79.4 ± 6.3	11.057	0.003
并发症发生率 (%)	35.0	10.0	$\chi^2=4.444$	0.035
护理满意度评分				
护理后	76.4 ± 7.2	91.8 ± 6.5	7.192	0.007
日常活动能力评分				
护理前	69.5 ± 6.8	70.2 ± 7.1	0.325	0.747
护理后	74.3 ± 7.5	85.9 ± 7.2	5.074	0.003

3. 讨论

肿瘤内科病房的护理是患者出院前提高自身免疫力的非常必要的措施,康复教育是其重要环节,以患者的疾病健康知识、心理疏导为基础,指导患者和家属的方法是重要的护理措施。通过肿瘤相关知识、心理教育能够提升患者的疾病相关性和治疗依从性,同时也能增强患者和家属战胜疾病的信心,临床中通过对家属的培训,使家属掌握一定医疗相关的疾病护理知识对提高患者生活质量,缓解并发症、提高患者日常生活行动能力有效。

结果显示,家庭护理干预能对患者的各方面指标,如生活质量、护理满意度以及并发症发生率,起到积极的作用。让患者在得到护理的同时,患者家属积极参与协助护理,而患者家属的参与可以在一定程度上缓解患者的生理痛苦,也

能从心理上来安慰患者,能给患者带来更多的陪伴。对于患者家属的护理知识、技能也能让患者在家治疗更加安全,医院的压力将会减轻,减少患者在短期内重复住院等情况的发生。家庭护理对于肿瘤患者在疾病长期性、不确定性的状况下,是对患者不可或缺的,家庭护理指导也存在着不少的问题,在患者个体差异的影响下,患者家属对相关知识的理解掌握上也存在差异,所以家庭护理效果会出现不同程度的差异^[5]。综上所述,健康教育对患者肿瘤内科患者的家庭护理指导中是一个必不可少的内容,而且健康教育能让肿瘤内科家庭患者的康复在某种程度上起到积极的影响作用。将来在护理模式不断被更新的情况下,家庭护理的模式也会更加的人性化、个性化的照顾肿瘤内科患者,让患者在癌路上走得更加的稳固、顺畅。

参考文献:

- [1] 张晓妮, 许雅南. 多模式健康宣教对消化道肿瘤患者术后进食的干预价值探究[J]. 中国农村卫生, 2021, 13 (03): 72-75.
- [2] 廖志军, 蔡小红, 杨志勇. “健康宣教”对终末期肿瘤患者生活质量的临床疗效研究[J]. 心理月刊, 2020, 15 (10): 29-30.
- [3] 黄梦华, 黄丹, 何卫娥. 思维导图式健康宣教在脑肿瘤患者中的应用效果[J]. 当代护士 (上旬刊), 2020, 27 (03): 48-49.
- [4] 刘颖, 刘海燕, 樊韩梅. 微信平台健康宣教联合规范化癌痛管理对肿瘤癌痛患者疼痛程度及生命质量的影响[J]. 医疗装备, 2022, 35 (17): 154-156.
- [5] 楼梨利, 高红燕, 舒菡艺, 毛剑婷. 多模式联合健康宣教对恶性肿瘤介入治疗患者自我效能及希望水平的影响[J]. 健康研究, 2022, 42 (04): 422-426.