

Teach-back 法健康教育在胸外科术后疼痛控制中的应用

陆小萍, 吴金梅

(广西医科大学附属民族医院 胸心腺体外科, 广西 南宁, 530001)

摘要: **目的** 探讨 Teach-back 法对胸外科患者术后疼痛控制的影响。**方法** 80 例行胸外科手术患者随机分为对照组及实验组, 各 40 例。对照组采用常规方式进行疼痛宣教, 实验组在对照组基础上采用 Teach-back 法开展疼痛教育。对比 2 组患者的疼痛控制基础知识知晓程度、术后 24 h 及 48 h 疼痛 NRS 评分、睡眠时间和患者满意度。**结果** 实验组患者对疼痛控制基础知识知晓程度优于对照组, 术后 1 周内睡眠时间长于对照组, 护理满意度高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$); 实验组术后 48 h NRS 评分低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。**结论** Teach-back 法能有效改善胸外科术后患者的疼痛控制效果, 提高患者疼痛控制知识掌握程度。

关键词: Teach-back 法; 健康教育; 胸外科手术; 疼痛控制

中图分类号: R 473.6 文献标志码: A 文章编号: 2096-0867(2016)10-037-03 DOI: 10.11997/nitcwm.201610012

Effects of teach-back health education on postoperative pain management in patients with thoracic surgery

LU Xiaoping, WU Jinmei

(Department of Thymus and Cardiothoracic Surgery, Minzu Hospital
Affiliated to Guangxi Medical University, Nanning, Guangxi, 530001)

ABSTRACT: Objective To investigate the effect of teach-back health education on postoperative pain management in patients with thoracic surgery. **Methods** A total of 80 patients with thoracic surgery were randomly divided into the control group and study group, with 40 cases in each group. Both two groups were given conventional health education on postoperative pain management, and the study group received teach-back health education intervention. The knowledge control on postoperative pain, numeric rating scale (NRS) on postoperative pain 24 h and 48 h after operation, sleeping time and nursing satisfaction rate were compared between two groups. **Results** Patients in the study group had a better knowledge control on postoperative pain, longer averaged sleeping time and higher level of nursing satisfaction compared with those in the control group ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). The NRS was lower in the study group than that of control 48 h after operation ($P < 0.01$). **Conclusion** Using teach-back health education can improve the effect and knowledge control on postoperative pain management in patients with thoracic surgery.

KEY WORDS: Teach-back; health education; thoracic surgery; postoperative pain management

术后疼痛是患者最惧怕的症状之一,不但影响患者日常活动、自理能力和情感活动,还可能导致患者与外界环境交流障碍,也是癌症患者失去治疗信心和生存欲望的重要原因之一^[1]。2001年,亚太地区疼痛控制会议专家呼吁:消除疼痛是基本人权。2002年,第10届世界疼痛大会指出:疼痛是人类的第5大生命体征,它不仅仅是一种症状,而是一种疾病,所有的疼痛都是恶性的^[2]。

然而,受限于患者文化程度及护士对疼痛健康教育的水平,患者的护理依从性不佳,术后疼痛控制不理想,严重者影响了患者的身心健康,延缓术后恢复^[3]。为了减轻胸外科术后患者的疼痛,本研究在常规健康教育的基础上对胸外科术后患者采用 Teach-back 法健康教育,探讨其在提高患者疼痛知识、生存质量等方面的效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2015年1月—2016年5月广西医科大学附属民族医院收治的行胸外科手术的患者80例为研究对象,采取随机分配方法,将2组患者病例数按1:1进行分配,应用SAS软件将样本量及分组数输入电脑,将由电脑产生的随机分配卡放入按顺序编码、密封、不透光的信封,实施临床随机操作时,操作者按顺序拆开信封,并将受试对象随机分配到相应的实验组和对照组^[4]。对照组40例,男25例,女15例,平均年龄(53.04±8.64)岁;疾病种类:食道癌18例、肺癌12例、胸腺瘤8例、纵隔肿瘤2例;受教育程度:文盲4例、小学13例、初中14例、高中5例、大专及以上4例。实验组40例,男24例,女16例,平均年龄(52.96±7.96)岁;疾病种类:食道癌17例、肺癌10例、胸腺瘤9例、纵隔肿瘤4例;受教育程度:文盲5例、小学15例、初中9例、高中6例、大专及以上5例。2组患者一般资料分布差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 制定疼痛控制健康教育内容:①疼痛基础知识:护士耐心讲解引起疼痛的原因,如手术对组织损伤、疾病本身的影响等;介绍术后镇痛方法,如镇痛泵、阿片类药物的使用方法、剂量和注意事项,讲解各类止痛药的作用及不良反应;解释疼痛可能引起不良反应,如影响患者的呼吸功能,严重者会引起肺不张、肺部感染等^[5],使患者意识到术后镇痛的重要性。重点讲解非药物性镇痛方法,如改变体位、深呼吸、听轻音乐、冥想放松、按摩、与人聊天等。②NRS数字评分知识:用0~10的数字来代表不同的疼痛程度。0分:无痛;1分:安静平卧不痛、翻身咳嗽时疼痛;2分:咳嗽疼痛、深呼吸不痛;3分:安静平卧不痛、咳嗽、深呼吸疼痛;4分:安静平卧时间疼痛;5分:安静平卧时持续疼痛;6分:静卧时疼痛较重;7分:疼痛较重、翻转不安、疲乏、无法入睡;8分:持续疼痛难忍、全身大汗;9分:剧烈疼痛无法忍受;10分:最疼痛。1~3分为轻度疼痛,不影响睡眠;4~6分为中度疼痛,影响睡眠;7~10分为重度疼痛,无法睡眠。

1.2.2 疼痛教育方法:对照组采用常规的阶段性健康教育方法,即评估患者-宣教-评价。实验组在对照组基础上,采用Teach-back法,即护

士对患者详细讲解如何疼痛控制知识后,让患者用自己的语言复述一遍刚刚所接受到的知识,如果患者表述错误或者有遗漏的信息,护士即刻给予补充和纠正,直到确定患者已掌握疼痛控制所有的知识为止^[6]。

1.3 观察指标

采用科室自行制定的知识问卷调查患者疼痛知识及疼痛NRS评分法知晓程度,共20个题目,每题1分,18~20分为掌握,10~17分为基本掌握,<10分为未掌握。值班护士严格按照疼痛评估表上时间对患者进行疼痛NRS评价,3次/d,对比2组患者术后24h和48h NRS评分的差异。记录患者术后一周内晚22时至次日晨7时的睡眠时间。此外,采用医院统一制定的满意度调查表,于患者出院前调查患者对护理服务满意程度,分为非常满意、满意、一般、不满意四个级别。

1.4 统计学方法

采用SPSS 17.0软件,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,配对资料采用独立样本 t 检验,计数资料采用率(%)表示,分类资料采用卡方检验、等级资料采用秩和检验。检验水准 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者疼痛控制基础知识知晓程度比较

疼痛知识及疼痛NRS评分法知晓程度评价结果显示,对照组掌握26例(65.0%),基本掌握12例(30.0%),未掌握2例(5.0%);实验组掌握37例(92.5%),基本掌握3例(7.5%)。实验组患者掌握控制疼痛的基础知识程度优于对照组($P<0.01$)。

2.2 2组术后NRS评分比较

实验组术后24h疼痛NRS评分与对照组比较,差异无统计学意义($P>0.05$);实验组术后48h疼痛NRS评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.01$),见表1。

表1 术后24h、48h疼痛NRS评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	术后24h	术后48h
对照组	40	5.10±2.02	5.08±1.76
实验组	40	4.43±1.60	3.85±1.35**

与对照组比较, ** $P<0.01$ 。

2.3 2组患者术后1周内睡眠时间比较

与对照组比较,实验组患者术后1周内平均睡眠时间较长,差异有统计学意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$),见表2。

表 2 2 组患者术后 1 周内平均睡眠时间比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	术后第 1 天	术后第 2 天	术后第 3 天	术后第 4 天	术后第 5 天	术后第 6 天	术后第 7 天
对照组	40	2.88 ± 0.46	2.98 ± 0.16	3.98 ± 0.16	3.03 ± 0.16	4.08 ± 0.35	4.15 ± 0.58	5.10 ± 0.38
实验组	40	3.73 ± 0.55**	4.88 ± 0.33*	5.76 ± 0.42*	6.48 ± 0.84*	6.63 ± 1.13*	6.03 ± 0.48**	6.05 ± 0.22**

与对照组比较, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$ 。

2.4 2 组护理满意度比较

护理满意度评价结果显示, 对照组非常满意 16 例(40.0%), 满意 8 例(20.0%), 一般 11 例(27.5%), 不满意 5 例(12.5%)。实验组非常满意 28 例(70.0%), 满意 8 例(20.0%), 一般 4 例(10.0%)。实验组护理满意度高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。

3 讨 论

部分医护人员对术后疼痛的认识可能存在一些误区^[7], 对疼痛评估缺乏常规性^[8], 对因为术后疼痛而引起的一系列不良反应预见性不足, 对疼痛本身的性质、分级缺乏准确、及时的评估, 对镇痛药的耐药性和成瘾性概念混淆^[9]。对于患者来说, 一方面, 部分患者认为疼痛是术后正常现象, 羞于跟医护人员提出, 默默忍受疼痛; 另一方面, 患者缺乏对疼痛知识的了解, 担心术后疼痛难以忍受, 常伴有恐惧、焦虑等心理。这些负性心理会刺激大脑神经中枢, 导致内分泌功能紊乱, 使得血液激素酶分泌异常, 内源性抑痛物质降低, 延长疼痛时间和加重疼痛程度^[10]。因此, 开展有效疼痛控制教育显得尤为必要。健康教育是一项投资少、回报率高的保健措施, 美国医学协会调查显示: 对患者的健康教育每投入 1 美元, 就会让患者节省 6 美元的医疗费用^[11]。有效的健康教育是医院推行整体护理服务的一个关键关节。目前, 国内外已广泛应用 Teach-back 法进行健康教育, 并取得良好的效果^[12-13]。Teach-back 法要求患者重复新学的知识、技能, 如果有错误或者偏差, 能得到护士及时的更正, 直到确保患者能够正确的理解并能复述出来为止^[14], 这样可以有效的预防医护之间相互理解知识能力的偏差。Teach-back 法应用在胸外科患者术后疼痛护理中, 能提高患者掌握疼痛控制知识的能力, 使患者能够将所掌握的知识, 尤其是自我运用非药物镇痛方法来减少或减轻自身疼痛, 从而保证了晚上有效的睡眠时间, 促进病情康复。范红芬等^[15]等报道 Teach-back 法能有效提高肠造口患者肠造口护理相关知识掌握程度。本研究中, 实验组患者控制疼痛基础知识的掌握程度优于对照组($P < 0.01$), 且实验组术后

48 h 疼痛 NRS 评分低于对照组($P < 0.01$), 术后 1 周内平均睡眠时间较对照组患者长($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。

综上所述, Teach-back 法, 能够提高胸外科术后患者控制疼痛的水平, 同时, 也能加强护患之间的沟通、交流, 使护患关系更融洽, 提高患者对护理的信任及依从性。

参考文献

- [1] 李晓青, 缪雪蓉, 俞卫锋. 癌疼痛分子机制的研究进展[J]. 国际麻醉学与复苏杂志, 2007, 28(2): 146-149.
- [2] 董昌盛, 王菊勇, 郑展, 等. 中医外治癌性疼痛临床研究进展[J]. 山东中医药大学学报, 2012, 36(2): 161-166.
- [3] Ferrell B R. The impact of pain on quality of life. A decade of research[J]. Nurs Clin North Am, 1995, 30(4): 609-624.
- [4] 邓伟, 贺佳. 临床试验设计与统计分析[M]. 北京: 人民卫生出版社出版, 2012: 126.
- [5] 李美霞, 林刚, 林春莉, 等. 肋间神经冷冻止痛的临床应用[J]. 中国热带医学, 2005, 5(4): 758-759.
- [6] Schillinger D, Piette J, Grumbach K, et al. Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy [J]. Arch Intern Med, 2003, 163(1): 83-90.
- [7] 朱俊红, 刘魏, 李忠丽, 等. 护士在儿童术后疼痛评估中面临的问题[J]. 中国护理管理, 2013, 13(7): 84-88.
- [8] 田子明, 郭建军. 外科疼痛的评估及护理进展[J]. 全科护理, 2010, 8(13): 1201-1202.
- [9] 叶赞, 张兰凤. 术后疼痛管理影响因素及对策研究进展[J]. 中国护理管理, 2012, 12(7): 77-79.
- [10] 姜强翠, 陈前波, 肖桃丽, 等. 术前疼痛认知教育对病人疼痛认知度及术后镇痛效果影响的 Meta 分析[J]. 护理研究, 2010, 24(6): 1496-1499.
- [11] Tones K, Robinson Y K, Tilford S. Health education: effectiveness and efficiency[M]. Springer, 2013.
- [12] Tamura-Lis W. Teach-back for quality education and patient safety[J]. Urol Nurs, 2013, 33(6): 267.
- [13] Kornburger C, Gibson C, Sadowski S, et al. Using "teach-back" to promote a safe transition from hospital to home: an evidence-based approach to improving the discharge process [J]. J Pediatr Nurs, 2013, 28(3): 282-291.
- [14] Peter D, Robinson P, Jordon M, et al. Reducing readmissions using teach-back: enhancing patient and family education [J]. J Nurs Adm, 2015, 45(1): 35-42.
- [15] 范红芬, 胡文莲, 龙霖. Teach-back 法在肠造口患者健康教育中的应用[J]. 成都医学院学报, 2016, 11(3): 373-376.