

doi: 10.3969/j.issn.1672-4933.2025.03.017

老年脑出血致听力障碍患者的知信行及生活质量健康教育

Constructing Health Education in Improving the Knowledge, Behavior and Life Quality of Elderly Patients with Hearing Impairment Caused by Cerebral Hemorrhage

负媛 张向华 杨露 李茜楠 刘可欣

YUN Yuan, ZHANG Xiang-hua, YANG Lu, LI Xi-nan, LIU Ke-xin

【摘要】目的 分析健康教育在改善老年脑出血致听力障碍患者中的价值。**方法** 对2022年10月~2024年9月首都医科大学附属北京友谊医院收治的112例老年脑出血致听力障碍患者进行分组对比试验,按照随机投掷法将患者分为研究组(56例,开展基于知识可视化构建的健康教育图文册健康教育)和对照组(56例,开展常规健康教育)。比较两组患者干预前后疾病相关“知信行”情况、听力康复情况、心境状态、应对方式及生活质量。**结果** 干预后,研究组疾病相关“知信行”水平显著高于对照组,听力康复情况较对照组好,心境状态量表(profile of mood states,POMS)评分相较对照组低,医学应对方式问卷(medical coping modes questionnaire,MCMQ)中面对评分及中文版健康效用指数量表(health utility index mark 3,HUI3)评分均较对照组显著提高($P<0.05$)。**结论** 基于知识可视化构建健康教育图文册不仅能提高老年脑出血致听力障碍患者疾病相关知信行水平,改善其心境状态与应对方式,还能积极促进患者听力康复与生活质量。

【关键词】 知识可视化;健康教育;老年;脑出血;听力障碍;知信行

【中图分类号】 G766

【文献标识码】 A

【文章编号】 1672-4933(2025)03-0298-04

【Abstract】 Objective To analyze the value of constructing health education graphic book based on knowledge visualization in improving elderly patients with hearing impairment caused by cerebral hemorrhage. **Methods** A group comparative trial was conducted on 112 elderly patients with hearing impairment caused by cerebral hemorrhage admitted to XX Hospital. The cases were collected from October 2022 to September 2024. The patients were randomly divided into two groups: the research group (56 cases) and the reference group (56 cases) receiving regular health education. Disease-related knowledge and behavior, hearing recovery, (Chinese version of POMS), coping style (Chinese version of MCMQ), quality of life before and after intervention (Chinese version of Health Effectiveness Index-HUI3) were compared between the two groups. **Results** After intervention, the research group had higher levels of disease-related knowledge, beliefs, and behaviors compared to the control group, better hearing rehabilitation, lower Profile of Mood States (POMS) scores compared to the control group, and significantly improved face-to-face scores in the Medical Coping Modes Questionnaire (MCMQ) and the Chinese version of the Health Utility Index Mark 3 (HUI3) scores compared to the control group ($P<0.05$). **Conclusion** For elderly patients with hearing impairment caused by cerebral hemorrhage, not only can the application of health education book based on knowledge visualization can not only improve their disease-related knowledge and behavior level, improve their mood state and coping style, but also actively promote the recovery of hearing and guarantee their quality of life.

【Key words】 Knowledge visualization; Health education; Old age; Cerebral hemorrhage; Hearing impairment; Knowledge, faith and practice level

脑出血是急性脑血管病中常见的疾病类型,具有病情变化迅速、高致死率和致残率的特点^[1]。心脑血管疾病是老年人听力损失的影响因素之一^[2]。脑出血后会影 响听觉神经或内耳结构,引发听力下降或耳鸣等症状,从而导致听力障碍。脑出血致听力障碍的老年患者,在疾病认知方面不足、心理落差较大、自护能

力低下。基于知识可视化构建健康教育图文册是一种新型的健康教育手段,将健康数据和信息转化为视觉形式,便于患者对疾病相关知信行有深刻全面的认识。为进一步明确基于知识可视化构建健康教育图文册的应用价值,本研究设计分组对比试验,现报道如下。

作者单位:首都医科大学附属北京友谊医院 北京 100050

作者简介:负媛 本科 护师;研究方向:神经康复

通讯作者:杨露, E-mail: 1065634569@qq.com

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2022年10月~2024年9月首都医科大学附属北京友谊医院收治的老年脑出血致听力障碍患者112例,采用随机投掷法分为对照组和研究组各56例。对照组男性31人,女性25人;年龄65~83岁,平均年龄 74.09 ± 3.05 岁;脑出血部位为基底节18例、脑叶9例、小脑12例、脑干17例。研究组男性29人,女性27人;年龄65~85岁,平均年龄 75.06 ± 3.31 岁;出血部位为基底节26例、脑叶5例、小脑10例、脑干15例。两组资料对比无显著差异($P>0.05$)。本研究已获得医院医学伦理委员会审批,患者及其家属知情同意。

纳入标准:①符合《中国脑出血诊治指南(2019)》^[3]相关标准,经颅脑CT、MRI等检查证实;②中文版老年听力障碍筛查量表(Chinese version hearing handicap inventory for the elderly screening, cHHIE-s)^[4]评分 >8 分,经纯音测听检查、耳部影像学检查等证实为听力障碍;③智力正常,无其他相关障碍性疾病,如老年性痴呆等;④意识清晰,具备基本阅读及理解能力,能够完成量表调查。排除标准:①其他原因所致听力障碍;②合并恶性肿瘤、心肝肾功能严重损害等;③患有精神疾患或既往存在精神疾病史;④同时参与其他研究或不合作、不能配合者。

1.2 方法

1.2.1 对照组开展常规健康教育 以口头宣教为主,必要时选择书面方式向患者及其家属说明脑出血后出现听力障碍的原因及干预方案,给予饮食、运动及用药指导,嘱患者保持充足睡眠与良好心态。

1.2.2 研究组开展基于知识可视化构建的健康图文册教育 收集患者临床资料,包括现病史、文化程度、社会活动、功能状况、心理状态等,为制订针对性、个性化的健康教育方案提供依据。①疾病相关知识可视化。制作并发放图文宣教手册,主要内容包括脑出血与听力障碍间的关联和疾病相关健康知识、症状表现、危险因素、干预措施、注意事项等。②疾病相关信念可视化。采用注意力转移法等疏导患者负面情绪。③疾病相关行为可视化。将疾病相关健康行为以动画演示的方式展示,并加以文字说明,着重标注不良行为的危害;演示听力康复训练,根据患者需求,引导其练习动作。干预时间3个月。

1.3 观察指标

1.3.1 疾病相关知信行情况 采用本院自制的老年脑出血致听力障碍“知信行”调查问卷(信度系数0.793,效度系数0.806)进行评判,该问卷主要由疾病知识、健康信

念、健康行为3方面构成,每个维度5个条目,共计15个条目,每个条目的赋值范围为1~5分,分值越高,提示患者疾病相关“知信行”水平越高。

1.3.2 听力康复情况 根据国标GB16043-1996 纯音听阈测试方法,采用纯音听力计完成双耳0.5~4.0 kHz 4个频率气导纯音听阈测试,计算平均听阈。

1.3.3 心境状态及应对方式 采用中文版简式心境状态量表(profile of mood states, POMS)^[5]测评患者心境状态,该量表含7个分量表,共计40个条目(每个条目均按照0~4分赋值),分数越高,表明患者的心境状态越差。采用医学应对方式问卷(medical coping modes questionnaire, MCMQ)中文版^[6]评价患者应对方式,主要包括面对、回避、屈服3个分量表,对应的条目分别为8个、7个、5个,共计20个条目,每个条目0~3分。患者的应对方式与所得分数呈正相关。

1.3.4 生活质量 参考中文版本健康效用指数量表(health utility index mark 3, HUI3)^[7]进行评估,该量表共有8个维度,根据需求,仅评估听力(0~6分)、言语(0~5分)、情绪(0~5分)、认知(0~6分)4项内容,患者的生活质量随分数的增加而提升。

1.4 统计学分析

应用SPSS 27.0软件处理数据,计量资料表示为 $\bar{x}\pm s$,采取 t 检验;计数资料表示为%,采取 χ^2 检验; $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组干预前后疾病相关“知信行”情况

干预前,两组患者间疾病相关“知信行”水平对比具有良好的均衡性($P>0.05$);干预后研究组疾病相关知信行水平显著高于对照组($P<0.05$),见表1。

2.2 两组患者听力康复情况

干预前,两组患者听力水平具有良好的均衡性($P>0.05$);干预后研究组0.5~4 kHz 4个频率平均听阈均显著低于对照组($P<0.05$),见表2。

2.3 两组患者干预前后心境状态及应对方式比较

干预前,两组间心境状态及应对方式对比差异无统计学意义($P>0.05$);干预后研究组POMS及MCMQ评分中的回避、屈服评分均较显著低于对照组,MCMQ评分中的面对评分显著高于对照组($P<0.05$),见表3、4。

2.4 两组患者干预前后生活质量比较

干预前,两组间生活质量无显著差异($P>0.05$);干预后研究组听力、言语、情绪、认知评分均较显著高于对照组($P<0.05$),见表5。

表1 两组疾病相关“知信行”水平比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	疾病知识		健康信念		健康行为	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
参照组	56	11.48±2.29	15.83±2.58*	12.59±2.12	16.87±2.24*	10.26±2.09	14.97±2.26*
研究组	56	11.52±2.30	17.09±2.61*	12.45±2.24	18.12±2.35*	10.38±2.16	16.21±2.39*
<i>t</i>		0.092	2.569	0.340	2.881	0.299	2.821
<i>P</i>		0.927	0.012	0.735	0.005	0.766	0.006

与干预前对比,* $P<0.05$,下同

表2 两组患者听力康复情况($\bar{x}\pm s$,dB HL)

组别	n	0.5 kHz		1 kHz		2 kHz		4 kHz	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	56	49.56±5.32	43.64±5.29*	51.42±5.61	45.19±5.34*	52.09±5.47	43.73±5.20*	53.08±5.46	44.69±5.32*
研究组	56	49.23±5.47	40.82±5.16*	51.57±5.43	42.35±5.28*	52.18±5.35	41.04±5.11*	53.25±5.39	41.57±5.23*
<i>t</i>		0.324	2.856	0.144	2.830	0.088	2.761	0.166	3.130
<i>P</i>		0.747	0.005	0.886	0.006	0.930	0.007	0.869	0.002

表3 两组干预前后心境状态比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	紧张		愤怒		疲劳		抑郁	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	56	17.59±2.42	14.03±2.31*	14.29±2.40	10.15±2.28*	13.57±2.41	10.65±2.24*	17.28±2.36	13.52±2.23*
研究组	56	17.64±2.30	12.87±2.23*	14.36±2.27	8.94±2.12*	13.49±2.35	9.43±2.14*	17.46±2.21	12.34±2.15*
<i>t</i>		0.112	2.704	0.159	2.908	0.178	2.947	0.417	2.851
<i>P</i>		0.911	0.008	0.874	0.004	0.859	0.004	0.678	0.005

组别	n	精力		慌乱		与自我有关的情绪	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	56	12.42±2.37	10.31±2.28*	11.36±2.45	9.05±2.26*	12.89±2.54	10.35±2.23*
研究组	56	12.59±2.40	9.20±2.14*	11.43±2.38	7.79±2.13*	12.93±2.45	9.18±2.07*
<i>t</i>		0.377	2.656	0.153	3.036	0.085	2.878
<i>P</i>		0.707	0.009	0.878	0.003	0.933	0.005

*表示与同组干预前对比, $P<0.05$

表4 两组患者干预前后应对方式比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	面对		回避		屈服	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	56	12.49±2.25	17.84±2.35*	14.32±2.31	11.09±2.24*	10.49±2.37	7.43±2.12*
研究组	56	12.58±2.32	19.02±2.41*	14.23±2.47	9.85±2.16*	10.28±2.40	6.32±2.04*
<i>t</i>		0.208	2.623	0.199	2.982	0.466	2.823
<i>P</i>		0.835	0.010	0.843	0.004	0.642	0.006

表5 两组患者干预前后生活质量比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	听力		言语		情绪		认知	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	56	3.17±0.32	4.21±0.45*	2.07±0.18	3.92±0.24*	2.39±0.11	3.89±0.25*	2.74±0.31	3.86±0.43*
研究组	56	3.09±0.27	4.46±0.51*	2.11±0.06	4.08±0.30*	2.41±0.09	4.05±0.32*	2.82±0.23	4.15±0.54*
<i>t</i>		1.430	2.751	1.578	3.117	1.053	2.949	1.551	3.144
<i>P</i>		0.156	0.007	0.118	0.002	0.295	0.004	0.124	0.002

3 讨论

在人口老龄化进程加快、生活方式转变等因素影响

下,我国老年脑出血的发病人数日益增加^[8]。脑出血患者听力障碍的原因可能与听力传导通路损伤或(和)中枢听

觉神经系统血液供应不足有关^[9]。由于老年人生理机能减退,易出现听力障碍,脑出血可能进一步加重听力障碍,因此,罹患脑出血的老年患者发生听力障碍的风险相对较高。临床实践中,老年脑出血所致听力障碍的临床表现形式较少或程度较轻,易被忽视,使病情无法得到及时有效地干预。

本研究结果显示,干预后,两组间疾病相关“知信行”水平研究组显著高于对照组($P<0.05$)。分析原因基于知识可视化构建健康教育图文册以多媒体为载体,将疾病相关“知信行”的有关内容以图文、表格、动画等形式向患者展示,不仅易于理解与接受,还能充分调动患者的主动性,促使其在潜移默化中提高自身对疾病的认识,树立积极的疾病信念,养成良好行为习惯。本研究结果显示,研究组干预后0.5~4 kHz 4个频率的平均听阈均低于对照组低($P<0.05$)。分析原因可视化健康教育有益于帮助患者理解、接受、掌握健康知识,提升遵医行为,建立健康的自我管理行为,从而改善预后^[10]。基于知识可视化构建健康教育图文册是将疾病相关信息整合成图画、文字结合的可视界面,通过视觉刺激有效传递信息,达到教育目的。以患者的临床资料为依据制订针对性、个性化的健康教育方案,可最大限度满足患者的需求,有助于提高患者对健康信息的可读性和可理解性,从而激发其主观能动性,积极参与疾病管理过程,促进病情转归。

从生理健康角度分析,脑出血所致听力障碍可造成老年患者对声音的灵敏度下降、音调辨别困难、耳鸣或对背景噪声的耐受性降低等,易引起心理落差,进而产生恐惧、焦虑等负性情绪,从而消极对待疾病;从心理健康角度分析,脑出血所致听力障碍在一定程度上影响老年患者的社交活动、情感交流等,使其产生孤独、沮丧、抑郁等心理^[11]。本研究结果显示,干预后,研究组POMS及MCMQ评分中回避、屈服评分较对照组低,MCMQ评分中的面对评分更高($P<0.05$)。分析原因基于知识可视化构建健康教育图文册将疾病相关“知信行”内容转化为图片、表格、文字、动画等可视、直观的形式,促使患者正确认识自身疾病,树立健康的疾病观念,有效激发患者的主观能动性,在一定程度上疏解负性情绪,维持良好的心境状态,从而积极面对疾病,与李凤花等^[12]研究结果一致。

在社会老龄化的影响下,更多的老年脑出血患者亦

可能并发听力障碍,继而对患者生活质量造成不同程度的影响。本研究结果显示,研究组干预后HUI3评分中听力、言语、情绪、认知评分均显著高于对照组($P<0.05$)。分析原因基于知识可视化构建健康教育图文册的健康宣教以患者为中心,着重患者对疾病相关“知信行”内容的认识与理解,关注患者心理健康对疾病的影响,能够在充分尊重患者个体差异的基础上,最大限度帮助其实现“知信行”统一,降低疾病及消极情绪的不良影响,减轻老年脑出血患者因听力障碍带来的不适体验,帮助患者早日回归正常生活。

参考文献

- [1] 张谦,冀瑞俊,赵萌,等.中国脑血管病临床管理指南(第2版)(节选)——第5章脑出血临床管理[J].中国卒中杂志,2023,18(9):1014-1023.
- [2] 葛剑力,耿莎莎,陈昕,等.智慧医疗背景下社区老年听力损失筛查软件开发及验证[J].中国全科医学,2023,26(2):201-209.
- [3] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组.中国脑出血诊治指南(2019)[J].中华神经科杂志,2019,52(12):994-1005.
- [4] 陈建勇,胡婉婷,裴斐,等.中文版老年听力障碍筛查量表临床应用评价[J].听力学及言语疾病杂志,2015,23(5):449-452.
- [5] Katja Petrowski, Cornelia Albani, Markus Zenger, et al. Revised Short Screening Version of the Profile of Mood States (POMS) From the German General Population[J].Front Psychol,2021,31(12):631668.
- [6] 沈晓红,姜乾金.医学应对方式问卷中文版701例测试报告[J].中国行为医学科学,2000,9(1):18-20.
- [7] 郑文雯.听力障碍人群生活质量的评估以及两种干预方式的经济学评估[D].安徽医科大学,2022.
- [8] 李宏建.脑出血发病率、病死率以及与口服抗凝治疗的关系[J].国际脑血管病杂志,2021,29(5):369-369.
- [9] Yan Deng, Jin Shi, Ming Zhang, et al. Clinical characteristics of cerebral hemorrhage with bilateral sudden deafness as the first symptom[J].Neurol Sci,2021,42(1):141-150.
- [10] 陈义彤,武美茹,苗亚杰,等.定制个体化可视化健康教育在缺血性卒中患者中的应用[J].中国卒中杂志,2023,18(8):959-965.
- [11] 于澄,阎美英,吴欣旻,等.老年人心理健康在听力障碍与生活质量间的中介效应[J].中华耳科学杂志,2023,21(2):175-181.
- [12] 李凤花,刘铁梅,马粤婷.基于知识可视化的经典病例分析联合健康教育二维码干预对突发性耳聋患者的影响[J].齐鲁护理杂志,2023,29(2):112-114.

收稿日期 2024-11-20

责任编辑 薛 静