

【国外护理】

美国低视力公共健康教育规划介绍及其对我国的借鉴

周玲君, 赵继军

(上海长海医院 护理部, 上海 200433)

[摘要] 介绍了美国低视力公共健康教育规划的内容, 规划通过前期调查, 了解低视力在人群中的影响程度, 制定了各种人性化的教育计划, 并对规划作了评价。我国随着社会的老龄化, 低视力人群较多, 健康需求不断增大, 但健康教育却严重不足, 有必要借鉴美国的规划, 以期对我国低视力健康教育有所启发。

[关键词] 美国; 低视力; 健康教育; 规划; 启发

[中图分类号] R777.4; R778 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1008-9969(2006)03-0090-02

Plan of America Low Vision Public Health Education and its Instruction for our Country

ZHOU Ling-jun, ZHAO Ji-jun

(Dept. of Nursing Administration, Shanghai Changhai Hospital, Shanghai 200433, China)

Abstract: The article mainly introduces the American low vision public education plan. Through previous survey, NEI understood the influence of low vision on the masses, made out many kinds of personalized education plans and commented on plan. With the aging population increasing, health need of low vision increased continuously. In our country which had large low vision population and serious inadequacy of health education, they used the American Education Plan for references to inspire our low vision health education.

Key words: America; low vision; health education; plan; inspiration

低视力(low vision)是指手术、药物或一般验光配镜无法改善的视功能障碍, 主要包括视力下降和视野缩小等^[1]。WHO1981年明确低视力的标准: 双眼中视力较好眼最佳矫正视力在0.05或以上, 但低于0.3者即为低视力。对于视野没有明确规定, Dandona等认为双眼中心视野小于106为低视力^[2]。低视力明显影响人群的日常生活、经济收入、社会功能、心理状况, 但多数低视力人群却对低视力本身缺乏认识, 不能得到有效的社会支持, 不能正确使用助视器, 某些眼科医生也认为低视力无法治疗, 因此很少对病人提供这方面的信息。美国1999年提出低视力公共健康教育规划^[3](以下简称“规划”), 通过对人群的教育, 帮助病人恢复正常的社会生活, 提高生活质量。现将规则简介如下, 以期对我国低视力健康教育有所启发。

1 美国低视力公共健康教育规划简介

1.1 背景 1997年美国国家眼科研究所(NEI)开始制定规划, 采用专家组讨论、个人访谈、电话采访、文献综述等方式评估低视力对病人的影响。研究发现: (1)低视力对生活质量的影晌主要在日常生活、教育、工作、社会交流、心理状况等方面。(2)低视力的康复服务、环境改善、助视器对于提高病人的生活质量有很大的帮助, 但病人对低视力的社会支持和助视器了解过少, 实际应用并不多。(3)病人希望的教育宣传词是“知识和帮助是可以得到的”或“你并不孤单”。(4)眼科医生知识缺乏, 并不能给病人提供帮助。(5)病人希望获得知识的途径主要包括: 眼科医生、传播媒介、康复组织、政府机构等。(6)病人希望得到的教

育材料有录像带、宣传册子或电话热线信息。

1.2 规划的必要性和合理性

1.2.1 有利因素 随着社会老龄化, 低视力的发生率不断增加, 对认知的需求也不断增大, 表现在: 低视力人群在寻求康复的希望; 眼科医生非常想了解低视力的相关知识; 一些服务对象是老年人的网站对低视力知识的需求; 家庭帮助机构、日托所、家庭健康咨询机构等一些接触老年人的机构, 对如何帮助低视力人群的知识需求。

1.2.2 存在问题 缺乏低视力的流行病学资料, 缺乏一些助视器对低视力疗效的研究。许多眼科专家对低视力的康复缺乏重视, 认为除了做出诊断以外不能给予病人其他的帮助。老年病人本身比较关注疾病的治疗而对使用助视器不感兴趣。医疗保险和医疗补助并不包括助视器, 因此一些社会经济地位低的老年人不能得到这种帮助。低视力治疗专家分布地区不同, 有些地方很难得到帮助。人群缺乏获得相关信息的途径, 由于受疾病的影响, 无法接触宣传媒介如网络、杂志等。

1.3 规划的内容

1.3.1 规划的总目标 改善低视力人群日常生活功能, 提高生活质量。规划的具体目标: 增加病人、家属、医护人员的认知率; 增强病人有效康复的信心; 提高家属、朋友及照顾人员的行动力; 提高低视力人群社会服务和助视器的使用率; 增加医护人员对社会服务和助视器的推荐率; 争取公共健康组织和政策支持。

1.3.2 规划的目标人群 包括两部分。主要人群: 超过65岁的低视力人群及65岁以下的高危人群, 另外还包括对疾病、助视器、社会服务等认识不足的人群; 次要人群: 病人家属、健康机构的专家, 包括保健

[收稿日期] 2005-12-26

[作者简介] 周玲君(1982-), 女, 山东青岛人, 硕士在读, 护师。

医生、眼科医生、老年工作者、社会工作者、家庭护理人员等。

1.3.3 运作方法 持续1年以上的电视广播媒体宣传;发放教育材料,包括病人、家属、专业人员的不同材料;培训健康机构人员,包括召开会议、期刊介绍、专题讲座等;巡回展示宣传材料,主要由志愿者或当地组织进行;设置免费电话热线;使用网络等新技术进行宣传,如在NEI或其他医学网站上增加低视力的内容。

2 对美国低视力公共健康教育规划的评价

2.1 优点 (1)重视规划启动的宣传,采用多种媒体形式,提高社会的关注度,确保规划的顺利实施。(2)教育规划实施方法多样化,如电视广播、发放材料、召开会议、设置免费电话等,可以保证大部分的目标人群都能接受教育。(3)人性化的规划措施,在规划的前期调查过程中了解低视力人群所希望的教育宣传词,如“希望和帮助是存在的”、“视力的康复训练是有效的”、“极少的花费可以极大改善生活”;重视病人的内心感受,使规划更能被病人接受,提高了规划的可行性。

2.2 缺点 规划中没有考虑儿童的低视力问题,虽然目前儿童低视力发病率在美国只有10.7‰,然而专家一致认为儿童低视力应该比老年低视力受到更多的关注^[4]。由于儿童正处于生长发育阶段,低视力会对其认知、躯体、心理带来巨大影响,对其家庭和社会也会造成严重的影响。另有研究表明^[5],2/3的低视力儿童合并有其他残疾,如智力障碍、听力损害、癫痫等,因此更应重视对低视力儿童及家属进行多学科联合服务,投入更大的教育护理经费。

3 我国人群低视力现状

目前我国低视力人群约500万,随着人口老龄化,低视力病人的数量将进一步增加,如果不采取有力措施,到2020年我国视力残疾人数将为目前的4倍^[6]。我国虽然于2001年提出低视力康复“十五”实施方案,低视力的康复现状得到很大改善。但目前公众对低视力康复的基本知识了解甚少,对低视力康复的重要性认识不足;我国低视力康复技术水平和服务能力尚不能满足低视力病人的需要,助视器应用较少。特别是农村,由于医疗水平低、经济落后,很多低视力人群的生活质量根本得不到改善,调查表明^[7-9],农村经济收入低的地区,低视力发生率很高。对0-6岁的低视力儿童调查发现^[9],无一在特殊机构和普通机构进行康复,仅有14.1%的视力残疾儿童使用器械帮助康复。而研究表明低视力病人又不同于盲人,对于成人各种原因引起的低视力,几乎都可以通过使用助视器配合康复训练得到改善^[10],儿童的视力也可以在屈光矫正的基础上使用助视器得到提高^[11-12]。

4 美国低视力公共健康教育规划对我国低视力人群康复工作的启发

低视力教育康复工作是一项社会工程,涉及从中央到地方的各级残联、卫生部门、特教部门、眼镜行业及众多的医疗机构、学校、家庭等,需要各方面相互配合、协同完成。在我国也需要这样大规模的健康教育规划,借鉴美国规划的内容及实施办法,笔者认为,一是采取积极可行的人性化规划制定方案。调查了解低视力人群的健康需求,特别是低视力人群所能接受的宣传内容,以及所能方便接触到的传播媒体如广播、热线电话等,重视规划启动的宣传,使教育工作更容易接受,提高可行性。二是重视工作人员的教育和培训,不断加强社区服务队伍的建设,提高对低视力可康复性的认识,增加对低视力人群的帮助,重视多部门合作,发动全社会共同参与。三是根据我国具体国情制定规划,针对我国地区发展不平衡、疾病分布不同的特点,特别是如何在农村贫困地区、低收入人群中开展教育工作,如何解决收入低与助视器等服务收费高的矛盾,康复教育需求大与卫生服务资源少的矛盾,制定出实用详细的健康教育计划,彻底提高人群低视力的认知率和助视器的使用率,改善低视力人群的生活质量。

[参考文献]

- [1] 严 密.眼科学[M].北京:人民卫生出版社,1996.
- [2] Dandona R, Dandona L, Srinivas M, et al. Planning Low Vision Services in India: a Population-based Perspective[J]. *Ophthalmology*, 2002,109(10): 1871- 1878.
- [3] National Eye Health Education Program (NEHEP). Low Vision Public Education Plan[M]. Bethesda: National Eye Institute, 1999.
- [4] Day S. Normal and Abnormal Visual Development[J]. *Pediatric Ophthalmology*, 1997,34: 13- 28.
- [5] Cynthia A, Coleen A, Marshaly N. Prevalence and Selected Characteristics of Childhood Vision Impairment[J]. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 2002, 44(8): 538- 542.
- [6] 郑远远.关注健康: 儿童低视力问题亟待关注[EB/OL].(2004-06-09) http://www.chinapop.gov.cn/kpyd/fybj/t20040604_13407.htm.
- [7] 张婷珍,蒋 燕,唐 俊,等.沙湾县45岁及以上人群盲与低视力流行病学调查与治疗[J].*中国实用眼科杂志*,2004,22(11): 934- 936.
- [8] 陈建华,徐 亮,胡爱莲,等.北京市城乡限定人群低视力与盲目的患病率及其病因的调查[J].*中华医学杂志*,2003,83(16): 1413- 1418.
- [9] 傅 培,杨 柳,薄绍晔,等.全国0-6岁儿童视力残疾抽样调查[J].*中华医学杂志*,2004,84(18): 1545- 1548.
- [10] 于金国,颜 华.低视力康复现状与进展[J].*眼视光学杂志*,2003,5(3): 190- 191.
- [11] 吴淑英,王思慧,李凤莲.矫正屈光不正对儿童低视力的康复的意义[J].*眼视光学杂志*,2002,6(2): 110- 111.
- [12] 郑远远,崔彤彤,胡爱莲,等.儿童低视力康复与助视器[J].*中国康复*,2005,20(4): 249- 250.

[本文编辑: 杨玩华 简若姗]