

本文引用格式:孟燕,熊存锦,刘美辰.基于ERAS理念的HAPA模型健康教育在肝切除术中的应用效果[J].安徽医学,2023,44(4):464-469.DOI:10.3969/j.issn.1000-0399.2023.04.022

· 护理医学 ·

基于ERAS理念的HAPA模型健康教育在肝切除术中的应用效果

孟燕 熊存锦 刘美辰

[摘要] **目的** 探讨基于加速康复外科(ERAS)理念的健康行动过程取向(HAPA)模型健康教育在肝切除术中的应用效果。**方法** 选取2020年1月至2022年6月在湖北省荆州市第一人民医院行肝切除术的患者90例,按照随机数字表法,分为干预组和对照组,每组45例。对照组给予常规健康教育,干预组给予基于ERAS理念的HAPA模型健康教育,比较两组患者术后身体体征恢复情况、自我效能感、健康行为、自我管理能力的差异。**结果** 干预组患者首次活动时间为 (23.87 ± 4.32) min、首次进食时间为 (9.87 ± 2.67) h、首次通气时间为 (45.28 ± 4.32) min、引流管拔管时间为 (22.45 ± 4.25) h、住院时间为 (10.53 ± 2.85) d,均短于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$);干预后,干预组患者自我效能感量表、健康促进生活方式量表II、成年人健康自我管理能力测评量表评分均高于对照组,且干预前后各指标差值比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 肝切除术患者采用基于ERAS理念的HAPA模型健康教育干预,能够提高术后身体体征恢复效率,改善患者自我效能感、健康行为及自我管理能力。

[关键词] 加速康复外科理念;健康行动过程取向模型;健康教育;肝切除术;身体体征恢复效率

doi:10.3969/j.issn.1000-0399.2023.04.022

Effect of HAPA model health education based on ERAS concept for liver resection

MENG Yan¹, XIONG Cunjin², LIU Meichen³

1. Department of Hepatobiliary and Pancreatic Surgery, the First People's Hospital of Jingzhou City, Jingzhou 434000, China

2. Department of Pediatric Nail and Abdominal Andrology, the First People's Hospital of Jingzhou City, Jingzhou 434000, China

3. Hubei Changjiang University, Jingzhou 434000, China

Funding project: Jingzhou Medical and Health Science and Technology Plan Project (No.2022HC05)

Corresponding author: XIONG Cunjin, hty1116@163.com

[Abstract] **Objective** To explore the effectiveness of health and health action process orientation (HAPA) model health education based on the concept of accelerated rehabilitation surgery (ERAS) in liver resection. **Methods** A total of 90 patients undergoing liver resection from January 2020, to June 2022 were divided into intervention group and control group according to random number table method, with 45 cases in each group. The control group received routine health education, and the intervention group was given health education in the HAPA model based on the ERAS concept to compare the recovery of postoperative physical signs, self-efficacy, health behaviors, and self-management ability between the two groups. **Results** In the intervention group, the first active time of the patients was (23.87 ± 4.32) min, first time of feeding was (9.87 ± 2.67) h, time of first ventilation was (45.28 ± 4.32) min, time of drain extubation was (22.45 ± 4.25) h, time of hospitalization was (10.53 ± 2.85) d, which were all lower than those in the control group, and the differences were all statistically significant ($P < 0.05$). After the intervention, patients' self-efficacy scale, health promotion lifestyle scale, and adult health self-management ability assessment scale in the intervention group were all higher than those in the control group, and the difference between the indicators before and after the intervention was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusions** The health education intervention of HAPA model based on ERAS concept in liver resection patients can improve the recovery of postoperative physical signs and improve patients' self-efficacy, health behavior and self-management ability.

[Key words] Enhanced recovery surgery concept; Healthy action process orientation model; Health education; Hepatectomy; Recovery

基金项目:荆州市医疗卫生科技计划项目(编号:2022HC05)

作者单位:434000 湖北荆州 湖北省荆州市第一人民医院肝胆胰外科(孟燕),小儿甲腹男科(熊存锦)

434000 湖北荆州 湖北省长江大学(刘美辰)

通信作者:熊存锦, hty1116@163.com

efficiency of physical signs

肝切除术是临床治疗原发性肝癌、肝包虫病等疾病的常用手段,虽然能够去除病灶,但由于手术具有创伤性,存在一定风险,部分患者术后容易产生负性情绪、抵触心理,不良健康行为等,阻碍术后恢复^[1-2]。常规健康教育主要对患者实施手术宣教为主,干预措施单一,不利于患者积极心理状态的建立及自我管理能力的提高^[3]。加速康复外科(enhanced recovery after surgery, ERAS)理念是针对患者围手术期所实施的模式,通过优化术前、术中、术后干预措施,能够帮助患者建立健康行为,提高患者治疗依从性,加快患者术后恢复^[4]。健康行动过程取向(health action process approach, HAPA)模型健康教育是给予自我效能感的一种教育模式,主要以改善患者心理状态为目的进行宣教,有利于帮助患者建立正性心理,提升自我效能感,促进患者自我管理能力提高,促进健康恢复^[5]。它将个体健

康行为分为前意图阶段、意图阶段和行动阶段,制定了意图和行为之间的意志过程,弥补了意图和行为之间的空白,有利于行为意图向实际行动的转化^[6]。本研究对 2020 年 1 月至 2022 年 6 月湖北省荆州市第一人民医院收治的 90 例肝切除术患者进行分析,旨在探讨基于 ERAS 理念的 HAPA 模型健康教育在肝切除术中的应用效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2020 年 1 月至 2022 年 6 月湖北省荆州市第一人民医院收治的肝切除术患者 90 例,采用随机数字表法,将其分为干预组和对照组,每组 45 例。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较

组别	例数	性别 (男/女,例)	年龄(岁)	疾病类型[例(%)]			
				肝癌	肝血管瘤	肝脏囊肿	其他类型
对照组	45	26/19	58.58±6.69	18(40.00)	5(11.11)	15(33.33)	7(15.56)
干预组	45	24/21	58.64±6.73	19(42.22)	4(8.89)	14(31.11)	8(17.78)
χ^2/t 值		0.180	0.042			0.239	
P 值		0.671	0.966			0.971	

1.2 纳入与排除标准 纳入标准:①符合肝切除术指征、手术行肝切除术者;②语言及听力能力较好,能够正常沟通者;③患者知情同意。排除标准:①存在明显肝切除术禁忌证者;②多脏器功能发生障碍者;③患有精神系统性疾病,依从性不高者。本研究经过湖北省荆州市第一人民医院医学伦理委员会批准,批准文号:KY202339。

1.3 方法 两组患者均进行常规护理,围手术期护理、生活护理、并发症护理等。

1.3.1 对照组 给予常规健康教育,为患者简单讲解关于肝切除术的手术过程,告知患者及其家属术前注意事项,做好术后康复指导。

1.3.2 干预组 给予基于 ERAS 理念的 HAPA 模型健康教育干预,具体如下:①前意向阶段,以宣传讲座或发放宣传手册的方式为患者介绍关于肝切除术的手术过程及对疾病的重要性,指出不进行肝切除术对身体健康造成的不良影响,说明目前临床先进的技术,告知患者肝切除的安全性;为患者及其家属讲解过往手术结果较好的案例,通过病友成功的案例,激励患者产生健康行为意向^[7],积极对患者心中存在的疑问进行解答,减少患者对疾病及手术的误解;对患者心理状态进行判断,若发现患者对手术存在恐惧及抵触心理,

则分析患者出现不良心理的原因,根据患者不同情况给予针对性心理疏导。②意向阶段,帮助患者对自我过往行为进行回忆,判断是否存在不良健康行为,分析不良健康行为对身体健康造成的影响,正确认识当前行为方式,并确定正确的目标,对不良健康行为进行改正;指出日常生活中酗酒对健康造成的危害,说明患者疾病的发生与酗酒等不良生活行为存在密切关系,叮嘱患者戒酒,鼓励其主动建立健康行为。同时,说明术前准备中的注意事项,使患者积极配合,包括叮嘱患者术前 1 天进食流质饮食,术前 6 小时禁食、2 小时禁饮,指导患者进行常规检查及补液。③计划阶段,根据患者实际情况制定相应干预计划,给予患者鼓励与支持,使患者根据分析自身存在的问题,根据相关问题对自身行为管理方案进行制定,使其每日对病情变化进行观察并记录;为患者讲解治疗围手术期注意事项,指导患者学会病情的自我管理,评估患者管理过程中可能出现的问题,提前对可能出现问题解决进行设定,以改善患者健康行为。④行动阶段,术中护理人员对手术室内温度(25℃左右)、湿度(60%左右)进行合理控制,手术台使用保温毯,将患者体温尽量控制在 36~37℃,加强观察患者术中血压、心率等生命体征变化,出现异常及时进行急救;术后为患者讲解手术的成功,

指出术后恢复过程中的注意事项;建立微信群或病友俱乐部,互相分享术后病情改善的经验,使患者之间进行交流、学习,以增强其术后康复信心;每日对患者病情恢复情况检查,将病情改善情况对患者进行反馈,给予患者鼓励与赞美;说明术后保持健康行为对康复的作用,使患者保持良好行为、纠正不良行为,对患者的进步进行鼓励与肯定,帮助患者对生活中的问题进行解决;为患者讲解术后疼痛出现的原因及程度,告知患者术后有预防性疼痛方案,减轻患者的疼痛焦虑,指导患者学会自我评估疼痛的方法,为患者播放音乐,提供娱乐活动(下棋、看书等),疼痛严重不能忍受者使用止痛药物进行缓解;判断患者术后胃肠道功能等恢复情况,对患者实施早期拔管;叮嘱患者合理饮食,帮助患者养成良好饮食习惯,建立饮食健康行为^[8],叮嘱患者术后饮食以清淡、易消化为主,禁食刺激性较强(辛辣、生冷等)的食物,适量补充维生素、蛋白质等营养物质,循序渐进逐渐恢复正常饮食;指导患者学会自我调节情绪的方法,帮助患者建立正性情绪,提高自我效能感^[9],以注意力转移法、语言安抚法减少患者对疾病的关注,增强患者对疾病的抗压能力,建立健康恢复的信心;告知患者术后早期活动对病情改善的重要性,指导患者进行术后早期下床活动,能够促进患者胃肠蠕动,加快术后各项机能恢复,提高术后身体体征恢复效率^[10],首先指导患者进行肢体的被动运动,然后逐渐转为肢体的主动运动,并进行散步、快走等活动,详细讲解活动的方法及注意事项,使患者量力而行,避免活动过度。⑤出院指导,叮嘱患者严格遵医嘱进行用药,使其坚持进行术后康复训练,禁止饮酒,合理饮食,养成良好生活习惯。两组患者均由本院护理人员干预2周,且干预前均进行肝切除术围手术期护理专业知识及操作方面的培训。

1.4 观察指标

1.4.1 术后身体体征恢复情况 对两组患者术后首次活动、首次进食、首次通气、引流管拔管及住院时间

进行观察记录。

1.4.2 自我效能感 干预前、干预2周后使用一般自我效能感量表(general self-efficacy scale, GSES)^[11]从2个维度(症状管理、共性管理,10个条目)进行评估,Cronbach's α 系数为0.86,重测信度为0.77,每个项目分值1~4分,总分10~40分,GSES评分升高,提示患者自我效能感提高。

1.4.3 健康行为 干预前、干预2周后使用健康促进生活方式量表Ⅱ(health promoting life style profile Ⅱ, HPLP Ⅱ)^[12]进行评估,Cronbach's α 系数为0.90,包括6个维度,分别为人际关系、压力应对、自我实现、健康责任、运动、营养,共52个条目,使用Likert式四级评分法进行评分,“从不”计1分,“偶尔”计2分,“经常”计3分,“总是”计4分,其中,HPLP Ⅱ评分170~208分,说明健康行为优,HPLP Ⅱ130~169分,说明健康行为良好,HPLP Ⅱ评分91~129分,说明健康行为一般,HPLP Ⅱ评分52~90分,说明健康行为差。

1.4.4 自我管理能力 干预前、干预2周后分别采用成年人健康自我管理能力测评量表(the rating scale of health self-management skill for adults, AHSMARS)^[13]进行评估,Cronbach's α 系数为0.75,包括认知(14条细则)、行为(14条细则)、环境(10条14条细则)3个分量表,采用5级评分法,AHSMARS评分越高,表示自我管理能力越强。

1.5 统计学方法 应用SPSS 25.0软件对数据进行统计分析,符合正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组间均数比较采用 t 检验;计数资料用率表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术后身体体征恢复情况比较 干预组患者首次活动、首次进食、首次通气、引流管拔管、住院时间均短于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

表2 两组患者术后身体体征恢复情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	首次活动时间 (min)	首次进食时间(h)	首次通气时间 (min)	引流管拔管时间 (h)	住院时间(d)
对照组	45	30.25 $\pm$ 5.67	16.13 $\pm$ 3.78	56.31 $\pm$ 6.87	25.06 $\pm$ 4.41	15.28 $\pm$ 3.64
干预组	45	23.87 $\pm$ 4.32	9.87 $\pm$ 2.67	45.28 $\pm$ 4.32	22.45 $\pm$ 4.25	10.53 $\pm$ 2.85
t 值		6.004	9.074	9.117	2.859	6.892
P 值		<0.001	<0.001	<0.001	0.005	<0.001

2.2 两组患者自我效能感比较 两组患者干预前GSES评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。干预后,干预组患者的症状管理、共性管理、总分均高于对

照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。两组患者干预前后症状管理、共性管理、总分的差值进行比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表3。

表 3 两组患者自我效能感比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	症状管理			共性管理			总分		
		干预前	干预后	差值	干预前	干预后	差值	干预前	干预后	差值
对照组	45	6.52±1.23	10.64±2.15 ^①	4.12±0.96	7.42±1.23	12.24±3.21 ^①	4.82±1.05	14.23±3.15	22.96±5.15 ^①	8.73±2.18
干预组	45	6.45±1.15	13.28±2.47 ^①	6.83±1.29	7.48±1.19	14.76±3.50 ^①	7.28±2.02	14.19±3.26	28.09±5.56 ^①	13.90±3.12
<i>t</i> 值		0.279	-5.408	11.305	-0.235	-3.560	7.249	0.059	-4.541	9.112
<i>P</i> 值		0.781	<0.001	<0.001	0.815	0.001	<0.001	0.953	<0.001	<0.001

注:与组内干预前比较,^①*P*<0.05。

2.3 两组患者健康行为比较 两组患者干预前 HPLP II 评分比较,差异无统计学意义(*P*>0.05),干预后,干预组患者的健康责任、自我实现、压力应对、人际关系、营养、运动、总分均高于对照组,差异有统计学意义(*P*<

0.05)。两组患者干预前后健康责任、自我实现、压力应对、人际关系、营养、运动、总分的差值进行比较,差异有统计学意义(*P*<0.05)。见表 4。

表 4 两组患者健康行为比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	健康责任			自我实现		
		干预前	干预后	差值	干预前	干预后	差值
对照组	45	16.31±3.35	19.69±2.69 ^①	3.38±1.13	18.51±3.48	22.68±3.84 ^①	4.17±1.09
干预组	45	16.45±3.41	25.45±2.87 ^①	9.00±2.47	18.64±3.52	26.45±2.96 ^①	7.81±2.07
<i>t</i> 值		-0.196	-9.823	13.880	-0.176	-5.216	10.437
<i>P</i> 值		0.845	<0.001	<0.001	0.861	<0.001	<0.001

组别	例数	压力应对			人际关系		
		干预前	干预后	差值	干预前	干预后	差值
对照组	45	19.69±3.17	22.47±2.67 ^①	2.78±0.55	18.96±3.25	22.17±2.63 ^①	3.21±0.56
干预组	45	19.78±3.23	25.23±2.98 ^①	5.45±1.32	19.04±3.34	25.02±2.74 ^①	5.98±1.22
<i>t</i> 值		-0.133	-4.627	12.525	-0.115	-5.034	13.842
<i>P</i> 值		0.894	<0.001	<0.001	0.909	<0.001	<0.001

组别	例数	营养			运动			总分		
		干预前	干预后	差值	干预前	干预后	差值	干预前	干预后	差值
对照组	45	23.60±3.39	25.89±2.58 ^①	2.29±0.47	9.77±1.57	12.97±2.06 ^①	3.20±0.61	106.84±4.41	125.87±4.96 ^①	19.03±3.59
干预组	45	23.75±3.45	28.64±2.67 ^①	4.89±0.92	9.84±1.45	16.34±2.23 ^①	6.50±1.29	107.50±4.32	147.13±5.21 ^①	39.63±4.96
<i>t</i> 值		-0.208	-4.969	16.882	-0.220	-7.447	15.514	-0.717	-19.826	22.569
<i>P</i> 值		0.836	<0.001	<0.001	0.827	<0.001	<0.001	0.475	<0.001	<0.001

注:与组内干预前比较,^①*P*<0.05。

2.4 两组患者自我管理能力比较 两组患者干预前 AHSMARS 评分比较,差异无统计学意义(*P*>0.05),干预后,干预组患者的认知、行为、环境、总分高于对照组,差异有统计学意义(*P*<0.05)。两组患者干预前后认知、行为、环境、总分的差值进行比较,差异有统计学意义(*P*<0.05)。见表 5。

3 讨论

3.1 HAPA 模型健康教育对肝切除术患者术后身体特征恢复的影响 术后早期下床活动是 ERAS 中的一项重要干预措施。但由于专业知识限制,护理人员多采用相似的健康教育方法,少有对特定患者和特定适应证的个体化运动指导,导致患者对早期下床活动这一

措施持有模糊的态度,从而不敢活动或不知如何活动,随之带来术后康复时间延长、并发症增加、住院时间延长等问题。HAPA 模型的健康教育注重在不同行为阶段对患者实施靶点式护理干预,具有针对性的特点,能够避免不同层级护理人员造成的宣教差异,保证宣教内容的完整兴奋性及标准性,使宣教语言更加规范,从而促进患者对疾病的掌握,提高其治疗依从性及自我管理能力^[14-15]。本研究结果显示,干预组患者首次活动、首次进食、首次通气、引流管拔管、住院时间均短于对照组,差异均有统计学意义(*P*<0.05),表明 HAPA 模型健康教育对肝切除患者术后加速康复均有影响,与张英等^[16]研究结果相似。

3.2 HAPA 模型健康教育对肝切除术患者自我效能感的影响 自我效能感高的患者在面对困难和压力时,

表5 两组患者自我管理能力比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	认知			行为		
		干预前	干预后	差值	干预前	干预后	差值
对照组	45	30.25±2.45	38.86±3.28 ^①	8.61±1.69	30.19±2.64	39.34±3.64 ^①	9.15±1.22
干预组	45	30.12±2.31	44.37±3.75 ^①	14.25±2.63	30.28±2.45	45.13±3.82 ^①	14.85±2.51
<i>t</i> 值		0.259	-7.419	12.102	-0.168	-7.361	13.701
<i>P</i> 值		0.796	<0.001	<0.001	0.867	<0.001	<0.001

组别	例数	环境			总分		
		干预前	干预后	差值	干预前	干预后	差值
对照组	45	21.51±2.31	30.02±3.17 ^①	8.51±1.36	81.95±5.61	108.22±6.28 ^①	26.27±4.52
干预组	45	21.48±2.25	34.45±3.64 ^①	12.97±2.37	81.88±5.43	123.95±7.34 ^①	42.07±5.21
<i>t</i> 值		0.062	6.157	10.949	0.060	10.923	15.367
<i>P</i> 值		0.950	<0.001	<0.001	0.952	<0.001	<0.001

注:与组内干预前比较,^①*P*<0.05。

能够坦然接受并积极应对,表现出较强的战胜疾病的信心;反之,自我效能感低的患者遇到问题和阻碍时,会产生消极态度,没有足够的信心战胜疾病。本研究通过基于HAPA模型制定合理的健康宣教方案,指导患者学会自我调节情绪的方法,帮助患者建立正性情绪,提高自我效能感。本研究结果显示,干预组患者的GSES评分在症状管理、共性管理两方面均高于对照组,差异具有统计学意义(*P*<0.05),与Wilson^[17]等研究结果一致。表明基于HAPA模型的行为干预,可以有效提高患者自我效能感,促进患者生理与心理的健康。

3.3 HAPA模型健康教育促进肝切除术患者健康教育行为的形成和维持 目前,肝癌发病率随年龄增长而上升^[18],研究^[19]认为,患者的自我健康管理水平对疾病的控制和预后十分重要的影响,应该予以重视。本研究纳入的研究对象平均年龄达到(58.64±6.73)岁。老年患者受认知度差、理解能力不足、精力及体力欠缺或受其他因素的影响,对疾病治疗的依从性往往较差,对自我健康的管理能力也不够重视。本研究通过实施HAPA模型的护理干预,针对患者不同阶段面临的健康问题给予相应对策,让患者认识到自己在管理疾病过程中收获的成果和存在的不足,促使患者不断改善自我管理行为并长期坚持。本研究结果显示,干预组患者的HPLPⅡ、AHSMARS评分均高于对照组,差异均有统计学意义(*P*<0.05),与陈慕洁等^[20]研究结果相似。表明采取与患者健康行为相匹配的健康教育,对患者的健康行为的形成和维持有显著的意义。

总之,肝切除术患者采用基于ERAS理念的HAPA模型健康教育干预,可以在护理过程中调动患者自身的潜能,能够促进术后身体体征恢复效率,缩短术后恢

复时间,提升患者自我效能感及自我管理能力,改善其健康行为,值得推广。但本研究为单中心研究,所用样本量相对较少、研究时间较短,在以后的研究中,将采用大样本、多中心、随机双盲试验进行深入分析,以减少研究偏倚的发生。

参考文献

- [1] URDANETA P M, MORRIS K T, STEWART K, et al. Development of a risk score to predict post-discharge rehabilitation care after liver metastasectomy[J]. J Surg Res, 2022, 280: 44-49.
- [2] DIPERI T P, NEWHOOK T E, ARVIDE E M, et al. Prospective implementation of standardized post-hepatectomy care pathways to reduce opioid prescription volume after inpatient surgery[J]. J Am Coll Surg, 2022, 235(1): 41-48.
- [3] 王玮. 营养干预联合健康教育在乙型肝炎肝硬化患者中的应用效果[J]. 中西医结合护理(中英文), 2021, 7(11): 145-147.
- [4] 李蓉蓉, 罗鸿萍, 王婷. 多元信息化健康教育联合ERAS理念的回授法对肝切除患者的影响[J]. 当代护士:下旬刊, 2022, 29(6): 140-143.
- [5] 胡培娟, 张香菊, 安丽平. HAPA模型的菜单式护理+健康教育在脑梗死后上肢痉挛性偏瘫患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2020, 26(19): 133-135.
- [6] 魏玉, 梁秀琴, 闫清秀. 健康行动过程取向模型在临床护理中的研究进展[J]. 循证护理, 2021, 7(17): 2314-2316.
- [7] 潜艳, 董翠萍, 蔡纯, 等. 基于HAPA模型的菜单式护理干预在食管癌根治术病人咽功能康复中的应用[J]. 全科护理, 2021, 19(22): 3097-3100.
- [8] 曹玉伦, 何国林, 洪合蔡磊, 等. 快速康复外科理念对肝切除术患者康复及应激的影响[J]. 中华肝胆外科杂志, 2019, 25(3): 164-167.

本文引用格式:沈旻静,孙琳,丁玉珍,等.基于格林模式的智能延续护理在改善直肠癌预防性肠造口患者生活质量中的价值[J].安徽医学,2023,44(4):469-473.DOI:10.3969/j.issn.1000-0399.2023.04.023

基于格林模式的智能延续护理在改善直肠癌预防性肠造口患者生活质量中的价值

沈旻静 孙琳 丁玉珍 陈珊珊 叶龙

[摘要] 目的 探讨基于格林模式下智能延续护理在直肠癌预防性肠造口患者中对于改善自护能力和生活质量的影响。方法 选取2020年10月至2021年11月在中国科学技术大学附属第一医院胃肠外科行直肠癌预防性造口手术患者67例,根据住院号的尾数奇偶数进行分组研究,对照组采用常规护理,干预组采用基于格林模式的智能延续护理。采用肠造口自护能力评分量表、知信行量表以及生命质量评分表进行评估,分析两组患者出院后造口并发症、自护能力、知信行水平以及生命质量等情况。结果 干预组患者的自护能力评分、知信行水平、生命质量评分均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);干预组患者出院后3个月的造口并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 基于格林模式的智能延续护理新模式能提高肠造口患者的健康教育水平,促进患者康复。

[关键词] 格林模式;直肠癌;肠造口;自护能力;生命质量

doi:10.3969/j.issn.1000-0399.2023.04.023

随着腹腔镜技术的发展及术前新辅助放化疗的规范化应用,给低位直肠癌患者带来了手术的希望,但是吻合口漏仍然是最常见且影响患者生活质量的严重并发症之一^[1-2]。预防性造口可以减少低位直肠癌保肛手术后吻合口漏的发生,但这些会引起造口并发症,以及造口还纳后引起的肛门功能障碍问题同样影响患者的

生活质量^[3]。护理健康教育是指通过传播健康知识及干预认知的行为,从而提升患者对健康知识的掌握能力,树立健康的理念和行为,并主动采取积极的健康行为方式改善不良行为的教育活动和过程^[4]。格林模式是由美国的Green教授等创立的以患者为主体进行全面干预和健康教育,使教育过程更加系统和全面;而且

基金项目:安徽高校自然科学研究项目(编号:KJ2021ZD0021)

作者单位 230000 安徽合肥 中国科学技术大学附属第一医院普外科胃肠外科

通信作者:孙琳,592677696@qq.com

- [9] 李蓉蓉,罗鸿萍.加速康复理念下的全程症状管理方案在机器人肝切除病人症状困扰改善中的应用效果研究[J].护理研究,2020,34(12):2215-2218.
- [10] 柏乐,颜婉华.基于健康行动过程取向模型的健康行为干预策略对支气管哮喘患者用药依从性的影响[J].中国实用护理杂志,2020,36(12):895-900.
- [11] 王才康,胡中锋,刘勇.一般自我效能感量表的信度和效度研究[J].应用心理学,2001,7(1):37-40.
- [12] PENDER N J, MURDAUGH C L, PARSONS M A. Health Promotion in Nursing Practice[M]. 5th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2006: 37.
- [13] 赵秋利,黄菲菲.成年人健康自我管理能力和测评量表的编制及信度和效度检验[J].中华现代护理杂志,2011,17(8):869-872.
- [14] 罗鸿萍,王婷,李蓉蓉.多模式全程化健康教育在肝脏外科快速康复中的应用[J].腹部外科,2019,32(5):381-384.
- [15] 李蓉蓉,罗鸿萍,王婷.多元信息化健康教育联合ERAS理念的回授法对肝切除患者的影响[J].当代护士(下旬刊),2022,29(6):140-143.
- [16] 张英,郭敬,杨凤霞,等.ERAS理念下护理健康教育路径在腹腔镜肝叶切除围手术期的应用[J].昆明医科大学学报,2021,42(4):168-171.
- [17] WILSON H, SHEEHAN M, PALK G, et al. Self-efficacy, planning, and drink driving: applying the health action process approach[J]. Health Psychol, 2016, 35(7): 695-703.
- [18] 孙晓琨.近四十年来我国消化系统癌症的发病状况及其危险因素研究[D].遵义:遵义医科大学,2021.
- [19] 赵子煜,高志娟,陆嘉燕,等.目视健康管理对2型糖尿病患者自我管理能力及行为的影响研究[J].中国全科医学,2019,22(13):1603-1607.
- [20] 陈慕洁,石晨燕.基于自我调节理论的护理干预对老年糖尿病、高血压合并冠心病患者自我健康管理的影响[J].当代护士(下旬刊),2022,29(7):57-61.

(2022-10-23收稿)

(本文编校:周雪春,张迪)