

基于LEARNs模式的健康教育对慢性胃溃疡患者疾病感知控制和生活质量的影响

兰岚 卓悦 沈森霞

慢性胃溃疡主要是由幽门螺杆菌入侵,致使胃黏膜受损而导致的消化道疾病^[1]。患者常伴有反酸、恶心、上腹疼痛等不良症状^[2]。现代社会生活节奏快,导致罹患慢性胃溃疡的人数与日俱增,在药物治疗的同时配合护理,能提高患者生活质量。LEARNs模式包括六大板块,中心思想是以患者为核心,鼓励患者自主学习。本次研究探讨基于LEARNs模式的健康教育对慢性胃溃疡患者疾病感知控制、饮食保健知识及生活质量的影响。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2020年1月至2020年12月在丽水市中心医院接受治疗的178例慢性胃溃疡患者,其中男性102例、女性76例;年龄20~74岁,平均年龄 (43.98 ± 10.55) 岁;病程2~8年,平均 (4.09 ± 0.35) 年;所有患者均符合慢性胃溃疡的诊断标准^[3];经胃镜及病理组织学检查,确诊为慢性胃溃疡患者。并剔除:①有胃手术史者;②合并自身免疫缺陷、血液疾病者;③合并心肝肾肺及其它恶性肿瘤疾病者。本次研究经本院医学伦理委员会同意,所有患者及家属均签署知情同意书。随机分为干预组(89例)和对照组(89例)。干预组中男性49例、女性40例;平均年龄 (44.65 ± 10.27) 岁;平均病程为 (4.06 ± 0.32) 年;发病部位:胃窦42例、幽门部20例、胃小弯16例、胃底部与大弯11例;受教育程度:高中及以下57例、大专及以上32例。对照组中男性53例、女性36例;平均年龄 (43.32 ± 10.82) 岁;平均病程 (4.11 ± 0.38) 年;发病部位:胃窦46例、幽门部

21例、胃小弯13例、胃底部与大弯9例;受教育程度:高中及以下53例、大专及以上36例。两组患者的一般资料比较,差异均无统计学意义(P 均 >0.05)。

1.2 护理方法 对照组患者入院后予以常规健康教育。干预组予以LEARNs模式,具体方案如下。

1.2.1 成立健康教育小组 健康教育小组成员由科主任从各个科室精心挑选而成,均有3年以上工作经验,包括5名主治医师、3名护士长及8名护士。所有成员入组后均系统学习LEARNs模式,掌握六大环节的操作要点。

1.2.2 LEARNs模式干预 ①聆听:患者入院的24 h内,小组成员主动联系患者进行当面沟通,患者可以由亲属陪同。在沟通过程中,了解患者基本信息,注意患者表达时的心理状态,帮助他们树立战胜疾病的信心。②建立:医护双方初次接触时,建立友好合作伙伴关系,根据患者的实际情况,有针对性地制定个性化的护理学习计划,引导患者自主学习。③应用:搭建教学平台,通过微信公众号内容推送,派发慢性胃溃疡相关知识学习手册, PPT宣讲等形式为患者提供学习的环境,并根据患者的喜好决定学习的方式;定期组织讨论会,讨论会的主题由患者投票决定,患者和小组成员全部参与。④提高:为患者提供实践机会,帮助他们在学习的基础上可以学以致用,加强自我护理,鼓励患者进行一些适宜的运动,提供自身免疫体抗力,促进康复。⑤反馈教学:跟进每个学生的学习进度,每三天进行一次评估,对学习成绩好和进步大的患者予以适当的奖励,对学习效果不明显的患者适当调整教学方式。⑥强化:患者出院后,应用微信和电话随访,了解患者日常生活状况、健康知识掌握程度,指导患者学习,并对主动性差的患者提供护理干预。所有出院患者1个月后重新回到

DOI:10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2022.003.023

基金项目:丽水市科技计划项目(2019SJZC60)

作者单位:323000 浙江丽水,丽水市中心医院消化内科(兰岚、沈森霞);丽水市中医院普外科(卓悦)

医院,由专科医生对身体进行检查,现场使用量表和问卷考核观察指标。

1.3 观察指标 比较两组患者干预前后的遵医依从性、疾病感知控制水平、生活质量水平和护理满意度。

1.4 统计学方法 采用SPSS 20.0统计学软件进行数据分析。计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示。组间计量资料比较采用 t 检验;计数资料比较采用 χ^2 检验。设 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组干预前后的遵医依从性比较见表1

由表1可见,干预前两组服药依从、运动依从以及饮食依从比较,差异均无统计学意义(t 分别=

0.48、1.95、0.51, P 均 >0.05);干预后,干预组服药依从、运动依从以及饮食依从均高于对照组,差异均有统计学意义(t 分别=10.94、6.46、18.36, P 均 <0.05)。

表1 两组干预前后的遵医依从性比较/分

评价 指标	干预组		对照组	
	干预前	干预后	干预前	干预后
服药	19.82 $\pm$ 3.51	28.46 $\pm$ 2.44*	19.56 $\pm$ 3.74	24.54 $\pm$ 2.34
运动	1.97 $\pm$ 0.47	3.16 $\pm$ 0.63*	1.84 $\pm$ 0.42	2.51 $\pm$ 0.71
饮食	2.24 $\pm$ 0.42	4.66 $\pm$ 0.31*	2.21 $\pm$ 0.37	3.75 $\pm$ 0.35

注:*,与对照组干预后比较, $P<0.05$ 。

2.2 两组干预前后的疾病感知控制水平比较见表2

表2 两组干预前后的疾病感知控制水平比较/分

项目	干预组		对照组	
	干预前	干预后	干预前	干预后
疾病统一性	6.90 $\pm$ 1.45	4.22 $\pm$ 1.23*	6.85 $\pm$ 1.42	5.36 $\pm$ 1.14
疾病急性性	15.94 $\pm$ 2.06	13.85 $\pm$ 2.48*	16.12 $\pm$ 2.18	14.71 $\pm$ 2.67
疾病周期性	11.28 $\pm$ 2.12	9.47 $\pm$ 2.37*	11.31 $\pm$ 2.05	10.25 $\pm$ 2.23
疾病严重后果	19.42 $\pm$ 3.76	16.26 $\pm$ 3.48*	19.34 $\pm$ 3.84	17.65 $\pm$ 3.43
个人控制	18.14 $\pm$ 3.31	20.89 $\pm$ 3.16*	18.22 $\pm$ 3.42	19.73 $\pm$ 3.14
治疗控制	18.62 $\pm$ 3.26	21.48 $\pm$ 4.15*	18.53 $\pm$ 3.18	19.82 $\pm$ 3.67
疾病相关性	16.18 $\pm$ 3.24	13.96 $\pm$ 3.25*	16.31 $\pm$ 3.05	15.25 $\pm$ 3.23
情绪陈述	20.24 $\pm$ 3.77	17.47 $\pm$ 2.39*	20.45 $\pm$ 3.84	19.05 $\pm$ 2.43

注:*,与对照组干预后比较, $P<0.05$ 。

由表2可见,干预前两组疾病感知控制水平各维度比较,差异均无统计学意义(t 分别=0.23、0.57、0.96、0.14、0.16、0.19、0.28、0.37, P 均 >0.05);干预后,干预组个人控制、治疗控制评分高于对照组,

其余6个维度评分均低于对照组,差异均有统计学意义(t 分别=6.41、2.23、-2.26、-2.68、-2.46、-2.83、-2.66、-4.37, P 均 <0.05)。

2.3 两组干预前后的生活质量水平比较见表3

表3 两组干预前后的生活质量水平比较/分

项目	干预组		对照组	
	干预前	干预后	干预前	干预后
生理功能	65.90 $\pm$ 8.45	84.22 $\pm$ 8.23*	65.85 $\pm$ 8.42	75.36 $\pm$ 8.14
生理职能	24.94 $\pm$ 2.06	53.85 $\pm$ 2.48*	24.12 $\pm$ 2.18	26.71 $\pm$ 2.67
躯体疼痛	48.28 $\pm$ 5.12	59.47 $\pm$ 3.37*	49.31 $\pm$ 5.05	54.25 $\pm$ 3.23
一般健康	28.42 $\pm$ 5.76	46.26 $\pm$ 4.78*	29.34 $\pm$ 5.84	37.65 $\pm$ 5.43
活动精力	38.14 $\pm$ 5.31	59.89 $\pm$ 3.16*	38.22 $\pm$ 5.42	40.73 $\pm$ 3.14
社会功能	51.62 $\pm$ 3.26	61.48 $\pm$ 4.15*	51.53 $\pm$ 3.18	55.82 $\pm$ 4.67
情感职能	42.18 $\pm$ 8.94	63.96 $\pm$ 9.25*	42.31 $\pm$ 9.05	49.25 $\pm$ 9.23
精神健康	45.24 $\pm$ 5.77	57.47 $\pm$ 4.39*	45.45 $\pm$ 5.84	50.05 $\pm$ 4.43

注:*,与对照组干预后比较, $P<0.05$ 。

由表3可见,干预前两组生活质量水平各维度比较,差异均无统计学意义(t 分别=0.04、2.58、1.35、1.06、0.10、0.19、0.10、0.24, P 均 >0.05);干预后,干预组生活质量水平各维度评分均高于对照组,差异均有统计学意义(t 分别=7.22、70.26、10.55、11.23、40.58、8.55、10.62、11.22, P 均 <0.05)。

2.4 两组干预后护理满意度比较见表4

表4 两组干预后护理满意度比较/分

项目	干预组	对照组
关爱与沟通	31.75 ± 5.25*	21.71 ± 3.83
健康教育	34.54 ± 5.34*	24.56 ± 4.74
服务态度与主动性	31.51 ± 5.91*	22.34 ± 3.42
总分	97.80 ± 10.34*	68.61 ± 10.74

注:*,与对照组比较, $P<0.05$ 。

由表4可见,干预后,干预组的关爱与沟通、健康教育、服务态度与主动性评分及总分均高于对照组,差异均有统计学意义(t 分别=14.58、13.19、12.67、18.47, P 均 <0.05)。

3 讨论

胃溃疡病因繁多,该病难以治愈且病程较长。研究显示,长期处于不健康的心理状态会引起消化道的应激反应,导致胃酸分泌过量,影响治疗效果。采用有效的健康教育可以规范患者饮食用药,树立良好的健康心态,从而提高生活质量^[4]。常规的健康教育指导内容笼统单一,患者难以真正掌握胃溃疡的相关知识内容。LEARNs模式的健康教育,医护人员结合患者的个人资料,给予个性化的专业指导,帮助患者学习,进而掌握慢性胃溃疡健康知识。

本次研究结果显示,干预后干预组遵医嘱依从性评分高于对照组(P 均 <0.05),提示基于LEARNs模式的健康教育可以提高遵医嘱行为。LEARNs模式中的医护人员和患者是平等友好的关系,以患者为中心,医护人员会认真聆听患者的需求,结合慢性胃溃疡的基本防治内容,会对每一位患者提供一份针对性的护理学习计划,包括疾病认知、饮食、运动等方面,有助于患者配合护理人员,提高遵医嘱行为。本次研究结果显示,干预后干预组的疾病感知控制水平较对照组有所改善(P 均 <0.05),提示基于

LEARNs模式的健康教育可以提高患者疾病感知控制水平。李月翠等^[5]指出,患者缺乏对自身疾病相关内容的认知,容易引起心理应激,产生负向情绪。LEARNs模式的医护人员本身就具有专业的知识,通过微信公众号内容推送,派发学习手册,PPT宣讲等多种形式,为患者创造学习的环境,并且还会根据患者的学习情况,调整教学方式,因此可以提高患者疾病感知控制水平。

本次研究结果还显示,干预后干预组的生活质量各项指标评分高于对照组(P 均 <0.05),提示基于LEARNs模式的健康教育可以提高患者的生活质量。LEARNs模式六大环节,内容充实完善,激励患者自我学习,从身体、心理各方面提升自己,变被动学习为主动,全面提升自己^[6]。本次研究结果显示,干预后干预组的护理满意度评分高于对照组(P 均 <0.05),提示基于LEARNs模式的健康教育有助于提升护理满意度。

综上所述,基于LEARNs模式的健康教育能提高患者的遵医行为,改善疾病感知控制水平,提升生活质量和护理满意度,具有临床应用价值。另外,本次研究样本量较少,研究时间不足,在后续工作中会扩大样本量,延长研究时间进一步研究。

参考文献

- 1 段燕飞.饮食护理对胃溃疡患者饮食保健知识及疗效的影响[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2020,20(87):337-338.
- 2 吴艳.针对性护理提升慢性胃溃疡患者生活质量的效果及对护理满意度的影响[J].临床检验杂志(电子版),2019,8(2):51-52.
- 3 葛均波,徐永健,王辰.内科学[M].第9版.北京:人民卫生出版社,2020:358-363.
- 4 郑怀玉,曾霞,王燕.健康教育在胃溃疡患者护理中的价值分析[J].贵州医药,2020,44(2):323-324.
- 5 李月翠,应小燕,楼群儿,等.医护配合综合心理治疗对慢性乙型肝炎患者疾病感知和负性情绪及生命质量的影响[J].中华全科医师杂志,2020,19(8):732-736.
- 6 秦国民.LEARNs模式在冠心病支架植入术后患者健康教育中的应用[J].临床与病理杂志,2021,41(1):103-108.

(收稿日期 2021-12-12)

(本文编辑 高金莲)