

基于健康信念模型的饮食引导结合思维导图对老年消化道出血患者依从性和自我管理的干预作用

李 慧¹ 李 玲²

南华大学第二医院消化内窥镜中心, 中国·湖南 衡阳 421001

【摘要】目的探讨基于健康信念模式的饮食引导结合思维导图对老年胃肠道出血患者依从性和自我管理能力的干预效果。方法将2019年7月至2020年7月收治的160例老年胃肠出血患者随机分为观察组和对照组(n=80)。分析患者的性别、年龄、BMI、受教育程度等一般资料。对照组给予常规护理和饮食干预,观察组基于健康信念模式进行饮食指导和思维导图。本研究对两组患者干预前后的自我管理能力和饮食依从性和营养指标进行了评估。所有患者均随访3个月,并记录两组不良事件的发生率。结果性别、年龄、BMI、受教育程度均无统计学差异(P>0.05)。干预后,与对照组相比,观察组的自我管理能力和饮食依从性(食物性质、食物匹配、烹饪方法和记录)和营养指标显著升高(P<0.05)。与对照组相比,观察组的营养不良、贫血、便秘、再出血和不良事件总发生率显著降低(P<0.05)。结论基于健康信念模式的饮食指导结合思维导图在老年胃肠道出血患者疾病管理中的应用,可以提高患者的自我管理能力和饮食依从性,改善患者的营养状况,减少再出血等不良事件的发生,具有一定的临床护理价值。

【关键词】胃肠道出血;思维导图;健康信念;饮食指导;自我管理

1 产品介绍

消化道出血是胃肠病学中最常见的危重疾病类型,它一直是一种威胁患者生命和健康的疾病。这类疾病具有突然发作、进展快、死亡率高的特点。在临床治疗中,胃肠道出血患者,特别是老年患者,由于自然不良情绪和日常生活习惯的影响,抢救成功后很有可能出现出血症状,严重威胁到患者的生活质量^[1]。因此,良好的临床治疗健康教育对于提高患者的健康信念和依从性^[2]至关重要。

思维导图是通过简单图形表达发散思维的重要方式。相关研究表明,将思维导图应用于疾病健康教育和疾病教育,有助于提高护理人员对患者调节自身行为和健康意识^[4]的能力。思维导图在胃肠道出血疾病管理中的应用尚未见报道,加强相关研究具有重要的临床和护理价值。

饮食管理对老年胃肠道出血患者的治疗和康复具有重要意义。如果管理或执行无效,可能会加重胃肠道出血和营养不良的^[5]。常规教育可以在一定程度上改善患者的饮食习惯,增加患者的临床效益,但其可行性和可信度往往有限。健康信念模型是一种行为改变理论,可以通过加强个人健康的态度和信念来促进健康行为,并发挥干预作用。目前,它主要应用于多种慢性疾病^[6,7]的临床行为管理。本研究将基于健康信念模型的思维导图与饮食指导相结合应用于老年胃肠道出血患者的临床管理,探讨该组合模型对患者依从性和自我管理能力的管理,为老年胃肠道出血患者提供更有效的护理策略。相关研究结果报告如下:

2 材料和方法

2.1 一般信息

共选取2019年7月至2020年7月收治的120例老年胃肠出血患者,随机分为观察组和对照组(n=80)。观察组男性49例,女性31例,年龄61~78岁,平均年龄(69.9±5.6),平均BMI(23.28±2.23)kg/m²;教育水平:初中及以下、初中、初中及

以上分别为39、25、16例。对照组,男性46例,女性34例,年龄(62~79岁),平均年龄(67.2±6.1),平均BMI为(22.5±3.37)kg/m²。教育水平:初中及以下、高中、技术中学、初中及以上病例分别为35、28、17例。两组患者的一般信息差异无统计学意义(P>0.05),具有可比性。本研究经我院医学伦理委员会批准,告知患者及其家属并签署知情同意书。

2.2 纳入和排除标准

纳入标准:(1)Age≥60岁,内镜证实(2)消化道出血;(3)出血可被控制;(4)清晰意识;(5)具有一定的理解能力;(6)患者治疗合作良好。那些符合上述标准的患者将被纳入本研究。排除标准:由恶性肿瘤引起的(1)出血、凝血功能障碍、药物和机械损伤;(2)联合免疫缺陷、严重感染和慢性消耗性疾病;(3)患者不能合作。满足上述任何一项的患者不被纳入本研究。

2.3 研究方法

对照组给予定期饮食指导。观察组得到了一个基于健康信念模型的饮食干预的联合思维导图。思维导图:(1)思维导图的制作。医院护士结合患者的实际情况和健康教育内容以及传教士关键词的健康有效筛查,在此基础上设计了完整的思维导图。在制作思维导图时,线条、图像和颜色主要被用来表示不同的颜色。不同的颜色代表不同的主题;(2)确定思维导图的内容。对于上消化道出血患者,健康教育主要包括入院教育、血压监测、发病机制、出血症状、用药指导等。在确定思维导图的确定时,应将相关内容添加到思维导图^[8]的相应区域;(3)思维导图的实现。建立以护士长为组长的思维导图健康教育小组,以护理人员为中级职称为小组成员,对患者进行健康教育。教育频率:每周两次,15~20分钟/次,持续3个月。出院后,通过电话随访、微信随访等方法对患者进行健康教育^[9]。

饮食干预:(1)严重程度和易感性^[10]。护理人员结合胃肠道出血的特点和危险因素,告知患者不良饮食行为的健康危害,并

使他们了解其严重程度。同时,他们分析了饮食不良的原因,强化了患者;(2)强调行为改变的好处^[11]:主管护士告知患者良好饮食行为在胃肠功能、营养状况、疾病变化等方面的临床益处,并强调良好饮食习惯在有效性、经济和副作用方面的重要性。以上内容传播3次,10-15分钟/次;(3)分析行为改变障碍:责任护士指导患者在1-2周内总结饮食行为改变障碍的可能因素。4-6名患者组成一个小组,讨论15分钟,并分享饮食行为改变的因素。专业人员被邀请解释饮食行为改变障碍的因素,如认知缺陷、不愉快的经历、环境限制和缺乏监督,并提出相应的解决方案。min讲座30-45min;(4)增强自我效能感^[12]:负责任的护士可以通过发展健康饮食信息支持、计划指导、行为契约、目标设定和经验分享来提高患者的自我效能感。

①患者被告知开放饮食的原则,并引导患者逐步从禁食,液质饮食,半液质饮食,少残留,软质饮食和一般饮食。患者需要加强环境的饮食管理、药物依从性、情绪管理等方面;②制定饮食计划。结合其症状、口味和条件患者,负责的护士可以制定有针对性和完善的饮食计划开启,使患者的饮食行为改变计划可行;③根据患者的营养状况、疾病状况、食物日记和临床结果,负责的护士分析改善饮食行为改变前后的结果,并分析其缺点;④经验分享会议。负责的护士组织专业人员和良好的饮食行为,分享饮食管理经验,使患者可以相互学习获得成功的经验,以提高自我效能感,1次/45-60分钟。

2.4 观察到的指标

(1)自我管理能力:采用成人健康自我管理能力评估量表(ahsmrs)^[13]评价自我管理能力。它主要包括3个分量表中的38个项目,包括自我管理行为(饮食自我管理、运动自我管理和应对

疾病)、认知(健康信念和自我效能感)和环境(资源利用和环境自我管理)。得分越高,表明自我管理能力较强;(2)依从性:从食物性质、规律性、搭配、烹饪风格、记录等依从性行为来评价饮食管理的依从性。按计划实施各饮食行为视为依从性;(3)营养指标:干预前后空腹静脉血,采用自动生化分析仪检测血红蛋白(Hb)、血浆白蛋白(ALB)、转铁蛋白(TRF)、前白蛋白(PAB)水平;(4)不良事件:营养不良、贫血、便秘、再出血的发生率,连续三个月随访一次。

2.5 统计学分析

所有数据均采用SPSS19.0软件进行统计学分析。测量数据以平均值表示,对独立样本进行t检验。计数数据以病例和百分比表示,并检测 χ^2 。P<0.05为差异有统计学意义。

3 研究结果

3.1 两组患者自我管理能力的比较

干预后,两组ahsmrs各亚量表的得分均有所增加(P<0.05),观察组各分量量表得分显著高于对照组(表1)。

3.2 两组间饮食管理依从性的比较

在干预期间,观察组的食物性质、规律性、结扎性、烹饪方式和记录的依从率明显高于对照组(表2)。

表2 两组间饮食管理依从性的比较[n,(%)]

一组	食物的性质	规律性的变化	食物的搭配	烹饪的方法	记录记录
观察组(n=80)	56 (70.00)▲	54 (67.50)▲	50 (62.50)▲	49 (61.25)▲	56 (70.00)▲
对照组(n=80)	48 (60.00)	40 (50.00)	36 (45.00)	42 (52.50)	40 (50.00)

注:与对照组相比,▲P<0.05.

3.3 两组患者营养指标的比较

干预后,两组Hb、ALb、TRF、PAB水平升高(P<0.05),观察组各指标水平显著高于对照组。

表3 两组间Hb、Alb、TRF和PAB水平的比较($\bar{x} \pm s$)

一组	Hb (g/L)		二氧化铝 (g/升)		TRF (mg/dL)		PAB(mg/L)	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组(n=80)	120.21±14.32	146.39±18.98	35.64±5.63	45.66±6.21	165.02±19.66	206.22±25.80	270.97±40.52	325.31±36.03
对照组(n=80)	123.31±15.20	137.65±17.66	36.48±5.59	42.31±7.49	166.03±20.30	188.97±25.39	275.03±39.32	303.29±33.12

注:与干预前的同一组相比,△P<0.05;干预后与对照组相比,▲P<0.05.

表1 两组患者自我管理能力的比较($\bar{x} \pm s$,分数)

一组	你的行为		认知能力		环境	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组(n=80)	55.4±7.4	65.9±5.2▲▲	52.6±9.1	68.5±3.2▲▲	37.1±7.2	48.3±3.6▲▲
对照组(n=80)	56.6±6.8	61.8±5.4△	53.7±8.6	63.6±6.1△	39.6±6.7	43.4±5.7△
t	0.607	4.533	0.355	4.752	1.353	4.702
P	0.533	0.000	0.721	0.000	0.136	0.000

注:与干预前的同一组患者相比,△P<0.05;干预后与对照组相比,▲▲P<0.05.

3.4 两组间不良事件发生率的比较

随访3个月后,观察组的总不良事件发生率明显低于对照组(表4)。

表4 两组间不良事件发生率比较(n、%)

一组	营养不良	贫血症	便秘性	再出血	总计
观察组 (n=80)	1(0.125)▲	2(2.50)▲	2(2.50)▲	1(0.125)▲	6(7.50)▲
对照组 (n=80)	6(7.50)	6(7.50)	8(10.0)	6(7.50)	26(32.5)

注:与对照组相比,▲▲P<0.05.

4 正在进行的讨论

思维导图作为一种新的发散表达工具,通过文本和文本的应用,使一些无聊的文字三维生动,更有利于人们的接受和认知^[4]。将其应用于上消化道出血患者的健康教育干预过程中,可显著提高患者的临床治疗效果和认知能力,提高患者的自我管理能力和依从性。虽然常规饮食干预可以帮助胃肠出血患者在短期内逐渐恢复饮食,纠正不良饮食行为,但一旦脱离医疗环境,患者由于缺乏认知和信念而容易复发,因此加强饮食管理是关键的^[5]。根据健康信念模型,个人健康行为的实施取决于他们对健康威胁的程度和这些行为是否能有效降低威胁感知的程度,和健康行为的转变可以通过促进个人健康态度和信念^[6]。

本研究结果显示,干预后,ahsmrs评分均高于接受常规饮食干预的对照组,各饮食管理的依从性也高于对照组,说明思维导图结合饮食指导可以有效提高自我管理的有效性和依从性。在观察组中,患者首先通过教学模式被告知胃肠出血和饮食之间的潜在联系、不当饮食习惯的形成及其对再出血和营养不良的影响,以及健康危害、住院时间延长和成本增加。其次,通过小组讨论和教育形式,帮助患者分析健康饮食行为转变中的障碍,从环境、技术和心理等角度提供解决方案,帮助患者克服障碍。此外,应采取有针对性的宣传教育,通过健康饮食信息支持、规划指导、行为契约、目标设定和经验分享,使患者有明确的健康饮食行为目标,实现其可行性,提高自我效能感。通过上述干预,患者的改变意愿、健康信念和饮食管理技能都得到了提高,从而提高了其自我管理能力和依从性。

不良的饮食行为可影响患者的胃肠功能和营养状况

胃肠道出血,并与再出血和住院死亡率^[17,18]密切相关。本研究显示,干预后,观察组营养指标Hb、ALB、TRF、PAB水平均优于对照组,3个月随访中不良事件总发生率明显低于对照组,提示饮食指导后患者营养状况改善更好,疾病相关不良事件降低。这可能与患者能否更好地掌握饮食管理技能和依从性有关。

消化道出血是一种与饮食相关的内部疾病。本研究采用思维导图的指导下,结合健康信念模式进行饮食干预,并取得了一定的干预效果。但其缺点是,研究对象的选择需要良好的理解能力

和合作程度,这可能在一定程度上存在偏差。如何使这种干预模式更加灵活和简化的临床应用仍值得进一步探索。

5 结论

综上所述,与传统护理干预相比,基于联合健康信念模型的老年胃肠道出血患者饮食指南具有自我管理能力和依从性,改善患者营养状况,再次减少出血相关不良事件的发生,具有一定的临床价值。

参考文献:

- [1]坎博吉A公司,霍弗斯滕P公司,莱格特CL公司.上消化道大肠出血:病因和管理.梅奥的项目.2019,94(4):697-703.
- [2]上消化道出血.印度J儿科医生.2011,78(2):227-33.
- [3]里昂的血压.对社区老年人的营养教育干预:研究面临的挑战和机会.J社区健康状况.2014,39(4):810-8.
- [4]吴兹,吴QT.思维导图对临床护理学生批判性思维能力及教学应用的影响.J国际资源.2020,48(3):300060519893225.
- [5]纽伯里C.肠内营养在胃肠出血预防中的应用:当前文献综述.CurrNutr众议院2018,7(3):116-120.
- [6]基于健康信念模型的营养教育对血液透析患者营养知识、健康信念模型构建和饮食摄入量的影响.伊朗培养助产士.2019,24(5):372-378.
- [7]基于健康信念模型(HBM)的自我管理干预计划:一项量子实验研究.伊朗医学院.2019,22(4):168-173.
- [8]跑BX,哈里扬托C,VuGT,HoRCM.1990-2018年期间使用身心治疗提高生活质量的干预措施的全局地图.补充的补充.2020,49:102350.
- [9]斯特莱夫森,佩吉,钱尼,钱尼博士.社交媒体在健康促进中的演变作用:健康教育专家的更新责任.国际J环境和公共卫生部门.2020年2月12日;17(4):1153.
- [10]结核病,韦格特J.上胃肠道辐射诱导损伤:临床表现、诊断试验和治疗选择.最好的胃肠内醇.2020,48-49:101711.
- [11]行为改变与电子健康:一个范围的叙事评论.罗马健康技术信息.2020,268:123-138.
- [12]Salles A.自我效能感作为信心的一种衡量标准.日本麻会冲浪.2017,152(5):506-507.
- [13]张伟,曾乐,李杰,邓X,金M,陈Z,方J,余h.肾移植受者饮食自我管理力量表的构建、信度和效度检验.安·帕利亚特医学院.2020,9(2):352-358.
- [14]健康知识素养和自我管理效能对中国西部农村高血压患者健康相关生活质量的影响:横断面研究.国际公平健康.2017,16(1):58.
- [15]映射心脑发展:走向一个全面的理论.J告知.2020,8(2):19.
- [16]洛克A,施耐德汉J,齐克SM.健康饮食:目标和指南.我是家庭医生.2018年6月1日;97(11):721-728.

[17]切穆罕默德, 莫伊科幻, 公元前。健康信念模型问卷对促进乳房自我检查和筛查乳房x光检查对早期癌症检测的有效性和可靠性。亚洲太平洋联合大学癌症专业课程。2019,20(9): 2865-2873.

[18]哈迈西一世, 格拉尔尼克本人。急性上消化道出血(UGIB)-初步评估和治疗。最好的胃肠内醇。2013,27(5): 633-8.