

赋权激励干预对胰十二指肠切除术后带管出院患者自我护理能力和术后恢复的影响

余玫

华中科技大学同济医学院附属同济医院 湖北武汉 430205

【摘要】目的：探究赋权激励干预对胰十二指肠切除术后带管出院患者自我护理能力和术后恢复的影响。方法：选取80例2021年7月~2023年6月于本院接受胰十二指肠切除术的患者为研究对象，按干预方式分为对照组(n=40)和观察组(n=40)。对照组接受常规健康教育，观察组接受赋权激励模式健康教育。比较两组自我护理能力和术后恢复情况。结果：观察组引流管固定、防引流管牵拉、挤压引流管方法、引流袋更换、引流液倾倒等自我护理能力评分均明显高于对照组(P<0.05)。与对照组相比，观察组拔管时间更短，并发症总发生率更低(P<0.05)。结论：赋权激励干预可明显提高胰十二指肠切除术后带管出院患者自我护理能力，改善引流管管理，促进术后恢复。

【关键词】赋权激励干预；自我护理能力；胰十二指肠切除术；出院患者；术后恢复

胰十二指肠切除术属于特大手术，该术创伤大、范围广，具有较高的并发症发生风险。其中，胰瘘、胆瘘等是该术最常见且严重的并发症，可极度影响预后。临床通常采取术后在腹腔内留置引流管进行持续、有效且充分的引流，可作为出血、胰瘘、胆瘘等的观察和治疗手段，术后引流管留置时间通常为4~6周。但为节省医疗资源、减少住院费用，多数患者将带管出院，此类患者在出院后仍有较高护理需求，且患者的自我护理能力将直接影响引流管效能和康复效果。因此，提高患者自我护理能力具有重要意义。然而，以书面/口头教育为主的常规健康教育模式存在内容不全、干预时长不足等缺点，患者被动接受教育，在缺乏实际操作的同时自护积极性也难以提高^[1]。赋权激励干预是一种指导患者掌握自我护理管理的方法，可提高患者自护能力，养成良好习惯，在多种慢性病种应用均取得了较好效果^[2-3]。基于此，本研究旨在探究赋权激励干预对胰十二指肠切除术后带管出院患者自我护理能力和术后恢复的影响，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究符合医学研究伦理。选取80例2021年7月~2023年6月于本院接受胰十二指肠切除术的患者为研究对象。纳入标准：(1)择期行胰十二指肠切除术者；(2)年龄18~70岁；(3)本地常住居民；(4)认知正常，沟通交流能力正常；(5)知情同意参与研究。排除标准：(1)术后病情危重；(2)住院期间拔除引流管；(3)术后转院、失访或主动要求退出。按干预方式将其分为对照组(n=40)和观察组(n=40)。两组一般资料比较差异均无统计学意义(P>0.05)。见表1。

表1 两组一般资料比较($\bar{x} \pm s$ 或n)

组别	男/女	年龄 (岁)	受教育年限 (年)	诊断(胰腺肿瘤/ 十二指肠肿瘤)
观察组(n=40)	21/19	59.87 ± 9.64	14.53 ± 3.87	35/5
对照组(n=40)	24/16	60.72 ± 10.35	14.26 ± 3.77	33/7
t/χ^2	0.457	0.380	0.316	0.392
P	0.499	0.705	0.753	0.531

1.2 干预方法

对照组接受常规健康教育，教育时间为手术前、手术后1d和出院前，形式包括口头宣教、书面教育(纸质宣传册)、视频教育(提前录制引流管护理相关内容)及面对面实际操作演示和指导，内容包括药物知识、饮食、引流管和引流袋操作知识等。观察组接受赋权激励模式健康教育，组建赋权激励干预小组，组内成员共同查阅相关文献，制定具体干预方案(参考文献^[4]，按“MAGIC”策略制定5个干预步骤)，并进行同质化培训，完成住院期间健康教育及出院随访(2个月)，具体为：(1)激发自我意识(M)建立良好护患关系，一对一交流每天1次，集体交流每周1次；术前，引导患者表达对术后留置引流管的思想和认知，分享术后恢复好的案例；术后引导患者分享留置引流管的体验、情感，讨论引流管相关知识和带来的问题，通过“您知道自我护理能力与术后恢复有关吗”等开放式问题激发患者学习自护知识、执行自护行为的积极性和主动性；(2)评估问题来源(A)在术前、术后及出院前各进行1次一对一护患交流，通过“有哪些原因阻碍您进行自我护理”等问题对患者存在的问题进行动态评估，并针对性解决问题，重建其自护行为；在术前交流会上，让患者提前认识引流管，预先了解相关知识，纠正错误认知；(3)设定目标(G)选择在入院时、术后2d、出院前进行患者自护能力、积极性评估，了解患者对手术、护理的期望，整合患者提出的问题和原因，双方共同制定分阶段、个性化目标，如术前准备目标、引流管维护目标、院外自护目标等；(4)制定个性化自护计划(I)以患者为中心，从实际出发，根据患者环境、文化程度、心理、病情等因素，实施健康教育，发放纸质宣传册，播放引流管自我护理管理视频，在术前通过实物模拟教会患者及其家属引流管护理、引流袋更换等技能，术后在实际环境中就这个患者错误手法，切实提高患者的自我护理能力；通过“术后您打算如何照护自己”等问题引导患者自行合适的自我找计划，并按计划执行，将权利移交给患者。(5)效果评估(C)出院前，通过“您有哪些自我护理经验？”“您遇到了哪些困难？如何解决的？”等问题引导患者对自我护理行为进行反思总结，评价患者自护计划执行效果，对达成目标者予以肯定和鼓励，对未达成目标者帮助其寻找原因和解决办法，

重建自护行为。

1.3 观察指标

(1) 自我护理能力 于患者出院前 1d 评估其自我护理能力^[6], 包括引流管固定、防引流管牵拉、挤压引流管方法、引流袋更换、引流液倾倒。每项 0~2 分, 患者对相应问题回答或演示完全正确计 2 分, 仅有 1 处错误时计 1 分, 否则计 0 分。(2) 术后恢复 患者出院后, 每周进行 1 次电话随访, 并嘱患者不适随诊, 遵医嘱复诊; 记录患者拔管时间; 记录导管堵塞、导管滑脱、周围皮肤感染、腹腔内感染等并发症发生情况。

1.4 统计学方法

软件为 SPSS 25.0。计量资料记为 $\bar{x} \pm s$, 比较用独立样本 t 检验; 计数资料记为 n (%), 比较用 χ^2 检验。均以 $\alpha=0.05$ 为检验水准。

2 结果

2.1 自我护理能力

干预后, 观察组引流管固定、防引流管牵拉、挤压引流管方法、引流袋更换、引流液倾倒等评分均明显高于对照组 ($P<0.05$)。见表 2。

2.2 术后恢复

观察组拔管时间明显短于对照组 ($P<0.05$), 且观察组并发症总发生率明显更低 ($P<0.05$)。见表 3。

表 2 两组自我护理能力比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	引流管固定	防引流管牵拉	挤压引流管方法	引流袋更换	引流液倾倒
观察组 (n=40)	1.74 ± 0.29	1.81 ± 0.30	1.85 ± 0.26	1.79 ± 0.27	1.82 ± 0.28
对照组 (n=40)	1.18 ± 0.34	1.29 ± 0.33	1.44 ± 0.35	0.94 ± 0.31	1.25 ± 0.39
t	7.925	7.374	5.947	13.077	7.509
P	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

表 3 两组术后恢复情况比较 [$\bar{x} \pm s$ 或 n (%)]

组别	拔管时间 (d)	并发症				
		导管堵塞	导管滑脱	周围皮肤感染	腹腔内感染	总发生率
观察组 (n=40)	15.48 ± 3.82	1 (2.50)	2 (5.00)	2 (5.00)	0 (0.00)	5 (12.50)
对照组 (n=40)	20.78 ± 4.96	2 (5.00)	3 (7.50)	6 (15.00)	2 (5.00)	13 (32.50)
t/χ^2	5.354					4.588
P	0.000					0.032

3 讨论

3.1 赋权激励干预可提高患者自我护理能力

研究显示, 患者自我护理能力和护士健康教育为正相关关系^[6]。赋权激励干预可通过心理暗示、精神引导来激发患者主观能动性的优势, 其以患者为中心, 培养患者的“主人翁”意识, 使患者意识到参与自我疾病管理中的重要性; 在患者进行自我管理的同时, 及时予以患者指导和帮助, 辅助患者制定个性化自护计划来解决相关问题, 使患者学会直面术后康复中的困难, 掌握自我管理主导权, 积极实现自我管理^[7]; 另外, 患者在接受口头教育的同时, 还接受引流管护理模拟训练, 在术后实际操作中亦有护士在旁指导, 在真实情景中通过视觉、感觉、知觉等多方面提高患者学习积极性, 确保了患者对相关知识的掌握情况, 因而可有效提高患者自我护理能力^[8]。本研究结果显示, 观察组干预后引流管固定、防引流管牵拉、挤压引流管方法、引流袋更换、引流液倾倒等评分均明显高于对照组, 表明赋权激励干预可有效提高患者的自我护理能力。

3.2 赋权激励干预可促进患者术后恢复

引流管的维护情况可直接影响术后并发症的发生。赋权激励干预可有效提高患者对自我护理重要性的认知, 并在引流管护理模拟和实践中掌握自我管理知识, 从而实现自我行为的改变。另外, 制定个性化自护计划也可使患者在出院后无医护人员监督的环境下, 有计划、有目的的自护行为, 将科学的自我管理行为延续至院外, 尽可能保证引流管是有效、通畅、持续的, 从而减少了术后相关并发症发生风险, 促进术后恢复^[9]。本研究结果显示, 观察组拔管时间明显短于对照组, 且观察组并发症总发生率明显更低, 表明赋权激励干预可有效促进患者术后恢复。

综上所述, 赋权激励干预可明显提高胰十二指肠切除术后带管出院患者自我护理能力, 缩短拔管时间, 减少术后并发症发生率。

参考文献:

[1] 罗静, 睦文洁, 樊沙静, 等. 胸腔自护体验式健康教育对肺结节患者术后胸腔自护能力的影响[J]. 护士进修杂志, 2021, 36(5): 450-454.

[2] 苗华丽, 孔祥蕊, 吴欣澎. 赋权激励健康教育模式在系统性红斑狼疮病人中的应用研究[J]. 护理研究, 2021, 35(17): 3170-3173.

[3] 韩瑜, 罗要国, 李转珍. 基于赋权理论的健康教育对社区老年高血压患者的效果研究[J]. 中华全科医学, 2022, 20(10): 1728-1732.

[4] Chen M F, Wang R H. Enhancing Self-Care Behavior to Empower Diabetes Patients: The MAGIC Strategy[J]. Hu li za zhi The journal of nursing, 2012, 59(5): 68-73.

[5] 裴琛, 王玉洁, 张晓婷, 等. 体验式健康教育在胰十二指肠切除术后带管出院患者中的应用[J]. 中国实用护理杂志, 2022, 38(34): 2654-2659.

[6] 王嵘. 多形式护理健康教育对首诊 2 型糖尿病患者自护能力及疾病知识水平的影响[J]. 黑龙江医学, 2021, 45(14): 1499-1500, 1503.

[7] 周鸣鸣, 严敏娟, 王春燕. 赋权教育模式在社区糖尿病前期病人血糖控制中的应用[J]. 护理研究, 2019, 33(24): 4315-4317.

[8] 厉柯轩, 沈利腾, 梁艺, 等. 高血压患者应用体验式健康教育的效果观察[J]. 护理学报, 2021, 28(3): 74-78.

[9] 胡蝶, 王静, 刘慰. 延续护理在胰十二指肠术后并发胰瘘携带管路出院患者中的应用[J]. 当代护士: 中旬刊, 2016(12): 42-44.

作者简介: 余玫 (1979.10-), 女, 汉, 湖北省武汉市, 本科, 主管护师, 主要从事胆胰外科方面的工作。