

# 基于跨理论模型干预方案对癫痫患者的延续性护理

朱建英, 向阳, 刘朝红, 唐玥, 徐媛君, 林倩

南京医科大学附属脑科医院神经内科, 江苏 南京 210029

**摘要:** **目的** 探讨跨理论模型(TTM)的护理干预对癫痫患者的心理状况、生活质量的影响。**方法** 选择南京医科大学附属脑科医院 2018 年 6 月至 2019 年 12 月住院癫痫患者 200 例,采用随机数字表法分为观察组与对照组各 100 例。对照组患者接受常规延续护理中的心理护理和健康教育,观察组在与对照组相同护理基础上,根据评估结果,针对患者制定并实施个性化的 TTM 护理行为干预,为期 6 个月。两组在干预前和出院 3、6 个月进行焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)、癫痫患者生命质量专用量表-31(QOLIE-31)量表评估,评价患者 TTM 健康行为阶段和 TTM 健康行为阶段状态波动性情况。**结果** 出院 3、6 个月,两组 SAS、SDS 评分均低于干预前,且观察组低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。出院 6 个月,观察组各项生活质量评分优于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。出院 6 个月,观察组行为改变阶段数分别优于对照组( $Z=66.842, P<0.01$ ),健康行为阶段跨度变化数优于对照组( $Z=98.973, P<0.01$ ),差异有统计学意义。**结论** 运用 TTM 的癫痫患者行为护理干预,能有效改善癫痫患者的行为,降低焦虑、抑郁水平,提高患者的生活质量。

**关键词:** 跨理论模型; 癫痫; 延续护理; 生活质量; 健康行为阶段

**中图分类号:** R473.74 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2021)11-1584-05

癫痫是一种长期致痫的脑部疾病,我国癫痫的患病率为 5%<sup>[1]</sup>。很多神经病学家的共识为癫痫的发作和一些易感性与诱因结合相关<sup>[2]</sup>。很多癫痫患者会出现焦虑等不良情绪。这些不良情绪又是癫痫发作的诱因<sup>[3]</sup>,反复发作导致患者的生活质量下降。笔者所在单元是收治癫痫的神经内科亚专科病区,收治很多反复住院的患者,观察到此类患者在疾病认知、情绪等方面存在很多的困惑和担心。

跨理论模型(the transtheoretical model, TTM)是目前较为典型的健康促进理论模型。作为一体化、综合、开放的研究方法,结合系列的心理理论(包括弗洛伊德的意识唤起、罗杰斯中的协作关系和斯金纳突变管理)的精粹,且又能把这些理论相互融合,形成改变自我行为的系统体系。此体系着重于个体的自我决策能力,而非单纯的生物学作用。所以,跨理论模型被应用医学领域,帮助患者树立良好的健康行为认知,以此改变不健康行为<sup>[4-5]</sup>。本研究探讨跨理论模型应用于癫痫患者健康行为中的效果,制定与癫痫患者行为改变所匹配的护理干预方案,取得了较好效果,报道如下。

## 1 对象与方法

**1.1 研究对象** 采用随机分组、单盲对照试验法。选择 2018 年 6 月至 2019 年 12 月在南京脑科医院住院的患者 200 例作为研究对象。纳入标准:(1)经临床医师确诊符合癫痫规范化诊疗指南(2015 版)的诊断标准;(2)年龄 $\geq 18$  周岁;(3)患者意识清楚,有良好的语言沟通能力;(4)患者或其家属能够熟练使用智能手机,并保证可以及时接收信息;(5)自愿参与研究,并签署知情同意书。排除标准:(1)其他严重器质性疾病;(2)不能坚持,主动提出退出者;(3)认知障碍。采用随机数字表法将 200 例患者分为观察组和对照组,各 100 例。

## 1.2 研究方法

**1.2.1 成立研究小组** 在课题负责人和癫痫疾病专家的指导下,成立护理干预小组。由 5 名高年资护士组成(工作年限 $\geq 5$  年),专科医生 2 名。均具有良好的沟通、协调能力,经过相应培训,能对跨理论模型的运用熟练掌握,对智能手机和医疗 APP 等微信的各项操作掌握,掌握癫痫患者延续护理的方法及相关知识。

**1.2.2 跨理论模型实施中各个阶段的界定和护理措**

DOI: 10.13429/j.cnki.cjcr.2021.11.035

基金项目:南京市卫生科技发展专项资金项目(YKK18113)

通信作者:向阳, E-mail: 308418449@qq.com

施制定 本课题主要研究者在 PubMed、NDNQI、CI-NAHL 检索关键词“trans theoretical model” and “Medication compliance”, 以及中文数据库中国知网数据库、万方数据、维普中文科技期刊全文数据库的检索关键词“跨理论模型”和“服药依从性”在 2015 年 1 月至 2019 年 6 月共检出 24 篇相关文献。本研究特请专家小组, 由 6 名成员组成, 均具有副高级及以上职称。通过对文献中模型的 TTM 阶段界定和给予相应阶段匹配护理措施提取、梳理和总结。构建出表 1 的模型干预方案。

1.2.3 干预方法 观察组应用跨理论模型对癫痫患者行为管理。住院期间加以单独沟通、面授、手机健康咨询。健康宣教内容由小组护士讨论后经癫痫专科医生核准后编辑, 手机 APP 上进行上传。上传内容包括: 心理疏导、癫痫疾病基础知识、用药指导、生活护理、饮食指导、功能锻炼、复诊时间及专科医生介

绍等。针对各期的特点编辑对应的文字、语音短信、视频、图片等, 共 6 个月。如有个体特殊情况, 则由医生和护士共同参与并提供医疗服务。小组成员每天均要有 1 h 的在线回答患者问题时间。同时邀请患者上传自己的心得体会。针对癫痫患者各期的阶段变化特点和过程, 采用相应的行为改变的措施和内容(表 1)。对照组例行住院常规护理及出院后的电话延续护理。

1.2.4 评价工具 (1) SAS、SDS 量表均由 Zung 编制。主要用于评估研究对象有无焦虑、抑郁症状连同严重程度, 各含有 20 个条目。SAS 标准分为 50 分, SDS 标准分为 53 分, 得分越高越表示重焦虑、抑郁越严重<sup>[6-7]</sup>。(2) 癫痫患者生命质量专用量表-31 (QOLIE-31)<sup>[8]</sup>。生命质量能够综合评价人群或个人的心理、生理和社会功能状态。采用 QOLIE-31 测量患者生命质量。此量表涉及自评项目的 8 个方面共

表 1 跨理论模型构建组的护理干预

变化阶段	时间	变化过程	干预特点	干预策略	实施者
前意向阶段	入院 1~5 d	意识唤醒	提供并学习相关健康行为的理论	认知的建立, 宣教良好健康行为对癫痫康复的有益效果, 建立一个癫痫诱因导致反复发作和健康行为相结合好的成功的资料库, 并且与患者互动。	医生、副主任 护士、责任 护士
		回忆病程	介绍相关不遵守健康行为带来的困扰和身体上的不适, 回忆发病后家庭的状态	帮助患者回忆癫痫发作时自己和家人的状态(再次住院、发作用药、各种抢救带来的身体上的痛苦及家人的各种不安因素)。	
		自我效能	患者自我判断能胜任角色的信心	成年人具有自我管理的能力, 癫痫的一些发作诱因完全可以靠自我的管理得到改善。找病区成功的案例现身说法。	
意向阶段	入院 6~ 拟 出院	自我评价	患者自己评价自身不健康的行为的感受	帮助患者一起回忆, 曾经自己的一些不健康行为导致自身和家庭一些变化, 例如: 发病后家庭开支的缩减, 孩子的嫌弃, 家人放弃工作带患者反复就医的痛苦。患者一段时间听从医生的教导, 发病的频次拉长后的身体的舒适度和家人和睦等。	医生、副主任 护士
		环境评价	对自己曾经的健康行为能做出正确的评价	请患者亲属描述家人发病后的对家庭的影响。下载 APP, 教会患者使用, 并模拟护患之间交流。小组针对患者的情况进行讨论。	
准备阶段	出院前 3 d	自我解放	找一个合适的时间做出决定并一起见证	医护和家属一起见证患者树立战胜疾病的信心, 梳理生活中的不良应急事件的避免, 例如: 服药依从性加强和技巧(购买药物提醒盒); 增强睡眠的技巧; 焦虑改善的方法。从文献中寻找方法和家属共同实施, 家属和患者表示要遵循。	医生、副主任 护士
		帮助关系	寻求社会可能对患者支持有益的资料和人员	让家属和患者梳理身边对患者有积极影响的人, 并能起到一定的监督作用。癫痫疾病知识宣教; 对家属也行相关知识宣教, 强化诱因对癫痫发作的不利影响, 如诱因导致发作频次的增加等。提供医护沟通平台, 对患者表示能够做得到的行为给予积极的肯定。改变和触发患者不健康行为的改变。	
行动阶段	出院 1~3 个月	反条件作用	实施健康的行为	按时作息、定时服药、规范饮食、对应急事件的自我释放和家属的疏导。微信鼓励患者的健康行为强化, 并行信息化督促和评价。	癫痫随访医 生、责任护 士
		刺激控制	让患者正常生活, 对一些正确的习惯给予提醒	随身携带药物, 药物的副作用要关注。从事正常的工作和社会交往, 正常饮食和作息, 劳逸结合。不从事刺激和高空作业。让社会正常接纳患者现状。	
维持阶段	出院 4~6 个月	强化管理	对患者的积极行为给与正反馈, 肯定他的努力成效	邀请家属共同对患者的表现评价。用事实的成效来激励患者, 相信并激励患者继续努力, 从而形成常规的状态。	癫痫随访医 生、责任护 士

31 个问题,值越高,代表生命质量越佳<sup>[9]</sup>。(3)评价患者 TTM 健康行为阶段。前意向阶段向维持阶段递进的每个阶段都是一个健康行为阶段的提高,越是趋于向维持阶段,代表健康行为越好。(4)评价患者 TTM 健康行为阶段状态波动性情况。评估患者在 TTM 中五个阶段中的患者健康行为的维持性和进退阶段的变化。向维持阶段递进的跨度的级别越大,说明个体的健康行为提升越快。

1.2.5 资料收集方法 入院当日(干预前)、出院 3 个月、出院 6 个月对两组患者行 QOLIE-31、SAS、SDS 量表进行测评。入院当日(干预前)、出院 6 个月行健康行为改变阶段,阶段进退跨度测评和对患者家属行遵医服用癫痫药物问卷调查。在手机的问卷星或者机 APP 上填写并提交。

1.2.6 统计学方法 所有数据均由双人录入、核对。运用 SPSS 21.0 软件进行数据分析,计数资料采用例数(%)表示,采用 $\chi^2$ 检验。计量资料采用 $\bar{x}\pm s$ 表示,两组比较采用独立样本 *t* 检验。等级资料比较用秩和检验。 $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组患者一般资料比较 两组患者年龄、性别、职业、病程等一般资料比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。见表 2。

表 2 两组患者一般资料比较 ( $n=100$ ,例)

项目	观察组	对照组	$t/\chi^2$ 值	<i>P</i> 值
年龄(岁, $\bar{x}\pm s$ )	51.27±13.40	52.08±11.49	0.459	>0.05
性别				
男	52	56	0.332	>0.05
女	48	44		
文化程度				
小学	8	7	0.755	>0.05
初中、高中(中专)	55	50		
大学及以上	37	43		
职业				
工人(职员)	65	70	0.571	>0.05
干部	20	17		
无业	15	13		
病程				
5~10 d	30	23	1.341	>0.05
11~20 d	62	67		
21~30 d	8	10		
发作类型				
全面性发作	58	54	0.660	>0.05
部分性发作	23	28		
其他	19	18		
费用来源				
医保	89	92	0.523	>0.05
自费	11	8		

2.2 两组干预前后焦虑、抑郁情况比较 干预前两组 SAS、SDS 评分比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。出院 3、6 个月,两组 SAS、SDS 评分均低于干预前,且观察组低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 3。

2.3 两组各项生活质量评分比较 干预前各项生活质量评分比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。出院 6 个月,观察组各项生活质量评分优于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 4。

2.4 两组患者干预前后健康行为改变阶段情况比较 干预前两组比较差异无统计学意义( $Z=0.422, P>0.05$ )。出院 6 个月,观察组行为改变阶段数分别优于对照组,差异有统计学意义( $Z=66.842, P<0.01$ )。见表 5。

2.5 两组出院 6 个月健康行为改变阶段跨度比较 出院 6 个月观察组患者健康行为阶段跨度变化数优于对照组,差异有统计学意义( $P<0.01$ )。见表 6。

## 3 讨论

3.1 基于跨理论模型的护理干预能降低癫痫患者焦虑和抑郁 由于癫痫是慢性疾病,和一般的胃肠型或者内分泌等慢性疾病不同之处在于,症状复发出现在瞬间,癫痫患者会担心自己在公共场合发病,引起社会公众的反感,有的承受自身家庭方面的歧视,常伴发抑郁和焦虑<sup>[10]</sup>。延续护理应用跨理论模型能够提高老年高血压和冠心病患者服药遵从行为,降低患者的抑郁和焦虑程度<sup>[11-12]</sup>。也有助于明显改善自我健康行为的管理能力,从而巩固临床疗效<sup>[13]</sup>。本研究结果显示,护理干预后 3、6 个月,两组 SAS、SDS 评分均较干预前降低,观察组优于对照组。说明常规的延续护理和护理干预组的有效程度均呈递进性的增加,体现了延续护理的重要性。医护人员再利用现有通信系统的便捷实施延续护理,更能够很好的掌握患者的动态,达到及时提醒、及时强调等作用。及时了解患者的动态,及时纠正不良的健康行为,树立患者正确的认知行为,从而也进一步提高了患者信心。

3.2 基于跨理论模型的护理干预能够提高癫痫患者生活质量 本研究结果显示,护理干预后,患者生活质量每项得分均较干预前提高,观察组优于对照组。具体干预实施:根据出院之前患者 QOLIE-31 问卷调查分析,得出患者既往问卷分项中存在问题,进行分析和追因,确立改善问题源头。根据跨理论模型中强调问题的认知,让患者对疾病有主动认识,接受自己认知中存在的问题,处于行动阶段时,延续医护人员

表3 两组干预前后 SAS、SDS 评分比较 (n=100, 分,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	SAS 量表			SDS 量表		
	干预前	出院 3 个月	出院 6 个月	干预前	出院 3 个月	出院 6 个月
对照组	48.68±4.68	45.67±4.84 <sup>a</sup>	42.82±5.85 <sup>ab</sup>	51.44±3.63	48.57±5.45 <sup>a</sup>	46.87±6.35 <sup>ab</sup>
观察组	49.90±5.04	40.46±3.53 <sup>a</sup>	38.46±3.53 <sup>ab</sup>	51.21±3.85	44.58±4.12 <sup>a</sup>	40.18±3.19 <sup>ab</sup>
t 值	1.774	8.709	6.381	0.435	5.840	9.414
P 值	>0.05	<0.05	<0.05	>0.05	<0.05	<0.05

注:与干预前比较,<sup>a</sup>P<0.05;与干预3个月比较,<sup>b</sup>P<0.05。

表4 两组各项生活质量评分比较 (n=100, 分,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	对发作的担忧		情绪健康		精力和疲乏		认知功能	
	干预前	出院 6 个月	干预前	出院 6 个月	干预前	出院 6 个月	干预前	出院 6 个月
对照组	54.92±7.83	55.52±7.26	48.85±6.78	50.66±5.89	44.56±7.38	46.66±5.42	48.82±7.35	49.82±8.34
观察组	54.52±8.65	58.77±9.25	49.66±7.83	54.79±5.23	43.37±5.42	49.52±6.85	49.70±8.58	58.00±9.78
t 值	0.343	2.764	0.782	5.243	1.299	3.355	0.779	6.364
P 值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

  

组别	药物影响		社会功能		生活质量总分	
	干预前	出院 6 个月	干预前	出院 6 个月	干预前	出院 6 个月
对照组	39.62±7.61	41.72±5.82	43.64±9.15	45.74±6.18	45.45±8.04	46.84±7.41
观察组	40.32±6.60	47.88±8.67	44.44±8.36	52.45±9.48	46.34±7.25	55.00±6.85
t 值	0.273	13.208	0.646	5.929	0.882	8.086
P 值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

表5 两组患者干预前后健康行为改变阶段情况 (n=100, 例)

时间	组别	前意向阶段	意向阶段	准备阶段	行动阶段	维持阶段	Z 值	P 值
干预前	观察组	34	43	12	7	4	0.422	0.981
	对照组	32	46	13	6	3		
出院 6 个月	观察组	0	12	34	42	12	66.842	<0.001
	对照组	25	40	21	10	4		

表6 两组患者干预前后末服药遵医行为改变阶段跨度比较 (n=100, 例)

组别	退行至前阶段	保持原阶段	向前跨越 1 阶段	向前跨越 2 阶段	向前跨越 3 阶段
观察组	1	12	35	46	6
对照组	3	64	24	7	2
Z 值	98.973				
P 值	<0.001				

的随访、医疗 APP、微信等都是强化了患者的认知和对疾病的自主控制感觉和能力。在维持阶段,需要大家的共同关注,包括家人或者患者的好友等。在这整个过程中,每个阶段都有可能反复或者消失。如果患者退回到意向阶段时或准备前阶段,甚至到前意向阶段,不能懈怠和放弃,要及时查找原因,帮助患者解决问题。部分癫痫患者承受自身家庭带来的歧视,会有不良情绪的产生,也是降低癫痫患者生活质量的主要因素<sup>[10]</sup>。跨理论模型的延续护理通过家庭随访模式,可以提高患者的生活质量<sup>[14-17]</sup>。同时可以改变癫痫患者家属的不良认知,提高护理能力,对患者出院后的治疗也给予很好的保障,对患者的不良情绪也达到一定程度缓解作用,最终达到提高患者治疗效果

与生活质量的目<sup>[18-19]</sup>。

### 3.5 基于 TTM 的护理干预能提升患者健康行为

根据其本身的特点,评估所处阶段性情况,予以匹配的阶段性特征的护理干预内容,进行维持现有阶段的同时促进向高阶段跨越。TTM 能根据每个人的特点调节,在动态变化中强化阶段性改变,使向更规范和健康行为改变<sup>[20]</sup>。本研究观察组在出院 6 个月末健康行为改变阶段情况优于对照组,延续性护理中应用 TTM,患者的趋向健康行为阶段性数越多,改善自我健康行为的管理能力和生活质量也相应增高<sup>[13]</sup>。家庭访视中的 TTM 应用也能增强患者的健康行为,向高阶段跨进,观察组患者健康行为阶段向前跨进的级数也优于对照组,得出相同时间内向高一阶段跨进越大,则良好健康行为的建立也越快且越好。

3.4 本次研究的局限性 本研究对每例对象的干预时间仅 6 个月,如果延长干预时间能否达到更好的结果有待进一步研究。该模型的各个阶段是有一定的主观判断因素,是否准确,需要专业的心理知识储备。同时模型的阶段变化是动态变化的,每个患者有不同的行为变化的原因,一旦停止护理干预后,患者重新

回归自己的生活环境,是否会出现所有的行为阶段的退化<sup>[21-22]</sup>。本研究也呈现常规护理在延续护理的问题所在,提示延续护理的不足之处,也有待进一步研究。

综上所述,对癫痫患者采用基于跨理论模型的干预方法,能够激发患者的潜能,改善其消极心理状态,提高认知,从而由外界干预转换成内心自我的管理。

#### 参考文献

- [1] 贾建平,陈生弟.神经病学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2013:213-316.
- [2] 尹延肖,余年,狄晴.癫痫发作诱因的研究现状[J].癫痫杂志,2017,3(4):310-314.
- [3] 周友田,康健捷,黎春镛,等.医护联合应用微信和移动医疗APP协助管理癫痫伴焦虑抑郁情绪患者的临床研究[J].中华现代护理杂志,2017,23(8):1050-1055.
- [4] 岑琼,顾捷,陶春,等.基于跨理论模型的牙周病病人健康行为管理的研究[J].护理研究,2019,33(2):194-199.
- [5] 李玲,祁小红,杨巧绘,等.基于跨理论模型的护理干预对心力衰竭患者生活质量的影响[J].中华现代护理杂志,2014,20(2):150-154.
- [6] 乐霄,赵体玉,旷婉.术前焦虑测评量表的研究进展[J].护理学报,2017,24(9):26-30.
- [7] 刘婉莹,金瑞华,凌陶.情绪释放疗法对社区老年高血压病人焦虑、抑郁及生活质量的影响[J].护理研究,2019,33(16):2754-2758.
- [8] 王秀锋,陈晏,李蕾,等.中国北方成人癫痫患者生活质量的影响因素及性别差异[J].中华神经科杂志,2017,50(1):34-39.
- [9] 孔艳莉,郑杰,陈尧,等.多元化延续护理对大脑半球萎缩继发性癫痫患者生命质量和日常生活能力的影响[J].中国实用护理杂志,2016,32(2):104-107.
- [10] 张珊珊,常红,王玉平,等.团体艺术行为治疗对癫痫患者焦虑、抑郁情绪的影响[J].中国护理管理,2018,18(12):1622-1626.
- [11] 刘甜,刘杏,李胜玲,等.基于跨理论模型的社区家庭访视护理对老年高血压患者服药遵从行为的影响[J].中华护理杂志,2016,51(5):629-634.
- [12] 孙丽丽,刘丹.跨理论模型对冠心病患者吸烟行为的影响[J].中华现代护理杂志,2018,24(9):1055-1057.
- [13] 尹航.基于跨理论模型的社区延续护理干预对哮喘病人生活质量的影响[J].护理研究,2018,32(21):3430-3434.
- [14] 胡晓红,王锁良,黎巧玲.基于跨理论模型的延续性护理对老年膝关节炎患者的干预效果[J].中国实用护理杂志,2018,34(28):2166-2170.
- [15] 王谊,陈亚梅.基于跨理论模型的干预对克罗恩病患者鼻胃管家庭肠内营养效果的影响[J].中国护理管理,2019,19(8):1164-1170.
- [16] 马倩,霍冬琴,黄露,等.基于跨理论模型的健康教育对高尿酸血症及痛风患者饮食依从性的影响[J].中国临床研究,2020,33(8):1146-1149.
- [17] 丁利萍,张妹宁,李黎,等.跨理论护理模式对颅内肿瘤射波刀治疗患者生存质量的影响[J].中国临床研究,2021,34(7):991-994.
- [18] 张蕾,陆剑嵘,毛莉娟,等.跨理论模型及动机性访谈干预对起搏器囊袋感染移除术患者负性情绪及生活质量的影响[J].中国临床研究,2020,33(6):860-862.
- [19] 孙超峰,李晓琴.跨理论模型在辅助生殖不孕症患者中的应用[J].中国临床研究,2018,31(9):1295-1297.
- [20] 周莹莹,于水,丰小星.冠状动脉支架植入术后患者基于跨理论模型行为干预的效果观察[J].护理学报,2016,23(12):5-8.
- [21] 汤爱红,仲崇俊.基于跨理论模型(TTM)的健康教育对冠心病患者自我效能、健康信念、健康行为的影响[J].国际护理学杂志,2016,35(17):2388-2393.
- [22] 周玉珍,李留芝.基于跨理论模型干预对癫痫患儿自尊水平的影响[J].中国实用护理杂志,2016,32(17):1310-1314.

收稿日期:2020-08-19 修回日期:2020-10-10 编辑:王宇