

延续赋能教育联合情志护理对炎症性肠病患者生活质量及营养状况的影响

周灿, 孙苗芳

上海交通大学附属新华医院消化内科, 上海 200092

摘要: **目的** 探讨延续赋能教育联合情志护理在炎症性肠病 (IBD) 患者中的应用及其对生活质量和营养状况的影响。**方法** 选取 2016 年 3 月至 2017 年 6 月收治的 IBD 患者 88 例为研究对象, 采用随机数字表法将其分为对照组和观察组, 各 44 例。对照组住院期间给予常规护理, 出院后给予电话随访; 观察组住院期间给予常规护理, 出院后给予延续赋能教育联合情志护理。比较两组的生活质量、营养状况和自我效能感。**结果** 出院时两组 IBD 患者生活质量量表 (IBDQ) 中的各项评分及总分、血清前白蛋白 (PA) 和白蛋白 (ALB) 水平、体质指数 (BMI)、自我效能测量表中的各项评分及总分的差异均无统计学意义 (P 均 >0.05)。出院 6 个月时, 观察组肠道症状、全身症状、情感功能、社会功能评分及总分分别为 (54.23 ± 10.12) 分、(33.51 ± 8.18) 分、(75.49 ± 14.62) 分、(32.50 ± 8.55) 分和 (203.83 ± 21.27) 分, 显著高于对照组的 (48.95 ± 9.76) 分、(29.16 ± 6.37) 分、(66.26 ± 13.44) 分、(27.38 ± 6.74) 分和 (175.65 ± 18.26) 分 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。出院 6 个月时, 观察组血清 PA、ALB 水平分别为 (255.35 ± 23.40) mg/L、(33.02 ± 2.41) g/L, 显著高于对照组的 (211.84 ± 20.37) mg/L、(31.76 ± 2.28) g/L ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$); 观察组的 BMI 为 (23.87 ± 1.87), 显著大于对照组的 (22.45 ± 1.93) ($P < 0.01$)。出院 6 个月时, 观察组饮食选择、性生活信心、社交信心、从事体力劳动信心、保持活力信心、自我护理信心评分及总分分别为 (7.68 ± 2.46) 分、(2.01 ± 0.51) 分、(5.24 ± 2.30) 分、(3.37 ± 1.32) 分、(3.97 ± 1.14) 分、(4.33 ± 1.42) 分和 (27.69 ± 7.58) 分, 显著高于对照组的 (6.07 ± 2.58) 分、(1.34 ± 0.45) 分、(3.86 ± 2.02) 分、(2.59 ± 1.21) 分、(3.08 ± 1.13) 分、(3.11 ± 1.37) 分和 (22.72 ± 7.45) 分 (P 均 < 0.01)。**结论** 延续赋能教育联合情志护理应用于 IBD 患者的护理中能够提高患者生活质量, 改善其营养状况, 增强其自我效能感。

关键词: 炎症性肠病; 延续赋能教育; 情志护理; 生活质量; 营养状况; 自我效能感

中图分类号: R 473.5 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2019)04-0573-04

炎症性肠病 (IBD) 是消化内科常见的慢性非特异性肠道炎症性疾病, 其病因尚不明确, 主要包括溃疡性结肠炎^[1]和克罗恩病, 临床表现为腹痛、腹泻、血便等, 好发于青壮年人群^[2]。IBD 病程长、复发率高, 对患者的生理、心理及生活质量等造成不良影响, 且临床上缺乏有针对性、有效的治疗方法, 因此护理干预措施在 IBD 的发生发展中起着重要作用^[3-4]。赋能教育是一种重视患者自身的能力, 引导患者主动对自身疾病进行自我管理, 并延续到患者出院后数月的干预方法; 而情志护理是通过医护人员的言语、行为、态度等增强患者治愈疾病的信心, 以达到消除患者不良情绪、促进疾病康复目的的护理方法。本研究旨在探讨延续赋能教育联合情志护理对 IBD 患者生活质量及营养状况的影响, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 3 月至 2017 年 6 月本院收治的 IBD 住院患者 88 例。纳入标准: (1) 符合《对我国炎症性肠病诊断标准和资料规范的公示意见 (2007 年, 济南)》^[5] 中的诊断标准; (2) 年龄 ≥ 18 岁; (3) 为首次发病住院治疗; (4) 本研究经我院伦理委员会审批同意, 同时患者及其家属均对本研究知情同意。排除标准: (1) 伴有肠道癌变、肠梗阻等恶性疾病; (2) 患有严重器质性疾病; (3) 不能按时复查和接受随访; (4) 因各种因素中途退出本研究。采用随机数字表法将纳入的 88 例患者分为对照组和观察组, 各 44 例。对照组中男 25 例 (56.82%), 女 19 例 (43.18%); 年龄 (36.52 ± 3.18) 岁; 体重 (52.64 ± 11.31) kg; 疾病类型: 溃疡性结肠炎 24 例, 克罗恩病 20 例。观察组中男 26 例 (59.09%), 女 18 例

(40.91%); 年龄(37.05 ± 3.25)岁; 体重(53.13 ± 12.23)kg; 疾病类型: 溃疡性结肠炎 23 例, 克罗恩病 21 例。两组患者性别、年龄、体重、疾病类型对比, 差异无统计学意义(P 均 > 0.05)。

1.2 对照组护理方法 患者住院期间给予常规护理, 包括以下内容: (1) 参加 IBD 相关知识讲座, 并由专家解答患者提出的问题; (2) 观看 IBD 宣教片; (3) 医护人员向患者讲解 IBD 的发病机制、临床表现、治疗方法、疾病的发展趋势及预后; (4) 医护人员督促患者遵医嘱服药, 避免自行停药或改变用药剂量, 并了解所用药物的不良反应。患者出院后仅接受常规电话随访 1 次/月, 在电话随访中护理人员了解患者的健康状况, 同时解答患者及家属提出的问题, 并叮嘱患者有问题要与医院联系或到院就诊, 按时复查。

1.3 观察组护理方法 患者住院期间给予常规护理, 出院后给予延续赋能教育联合情志护理。

1.3.1 延续赋能教育 (1) 建立 IBD 患者管理组: 由消化内科的 2 位医师、5 位护士(具有 5 年以上工作经验)、1 位营养师和 1 位心理咨询师组成患者管理组, 专门负责对患者进行延续赋能教育。(2) 明确问题并设定计划: 管理组成员积极与患者及其家属沟通, 详细了解患者的病情、性格特点和文化程度, 了解患者的需求和存在的问题, 为其制定有针对性的延续赋能教育方案, 并与患者及家属共同制定可行计划。(3) 建立医患 QQ 群和微信群: 由 IBD 患者管理组成员和观察组患者及其家属共同组建 QQ 群和微信群, 为医患交流及病友间的相互交流提供平台。(4) 体温监测: 督促患者在固定时间测量体温, 出现异常可通过电话、QQ 群或微信群告知医护人员。(5) 饮食: 医护人员向患者介绍适于疾病的饮食和烹饪方法, 以蒸、煮、焖、炖为主, 禁食生冷、刺激性食物。(6) 用药: 医护人员在 QQ 群和微信群发布灌肠视频, 并向患者及家属讲解灌肠过程中的注意事项和操作要点。(7) 预防并发症: 教授患者正确清洁肛门的方法, 避免发生肛周、会阴部感染。(8) 生活: 指导患者培养有规律的作息习惯, 适当进行体育锻炼, 鼓励患者写健康日记, 根据出院前医护人员制定的可行计划与家人、病友或朋友分享自己的心得以及取得的进步。(9) 心理: 根据之前所了解的患者情况指导家属对其给予精神上的帮助, 心理问题严重者可由心理咨询师进行家庭访视。(10) 计划实行效果评估: 患者每月向医护人员反馈计划的实行情况, 包括实行进度、取得的成效和存在的问题, 并对计划进行适当的调整。

1.3.2 情志护理 (1) 答疑解惑: 医护人员向患者

讲解疾病发生发展的相关知识及治疗、预后的情况, 缓解患者因对疾病知识缺乏了解产生的焦虑情绪。(2) 以情胜情: 医护人员对患者进行充分的安慰, 并鼓励患者做或想一些让自己开心的事, 利用愉快的情绪抑制不良情绪。(3) 音乐疗法: 音乐有调理情绪的作用, 鼓励患者在感到焦虑、抑郁或沮丧时, 听一些音乐来放松心情。(4) 发泄情绪: 医护人员通过与患者建立良好的关系, 引导患者道出内心的负性情感, 鼓励患者与家人、朋友或心理咨询师进行交流, 以正确的方式发泄自己的情绪。(5) 安神: 指导患者进行静坐, 在静坐的过程中体会、化解消极情绪, 养心安神。两组患者接受护理的时间到出院 6 个月后截止。

1.4 观察指标 分别在出院时和出院 6 个月时进行下述三方面量表的评定或指标的检测。(1) 生活质量: 使用 IBD 患者生活质量量表(IBDQ)^[6] 评价两组患者的生活质量, 该量表包括肠道症状、全身症状、情感功能和社会功能四个维度, 每个维度下又分别有 10、5、12、5 个问题, 每个问题有七项选择, 1 分为“最差”, 7 分为“最好”, 总分为 32 ~ 224 分, 分数越高代表生活质量越好, 该量表的 Cronbach'a 系数为 0.94。(2) 营养状况: 采集两组患者的晨起空腹静脉血 2.5 ml, 在 3 000 r/min 的速度下离心 20 min, 分离出血清, 使用全自动化生化分析仪(日立 7600-210-ISE) 检测前白蛋白(PA)和白蛋白(ALB)水平, 并计算两组患者出院时和出院 6 个月时的晨起空腹体质指数(BMI)。(3) 自我效能感: 使用 Lorig 等编制的自我效能测量表^[7] 评价两组患者的自我效能感, 该量表包括饮食选择效能、性生活信心、社交信心、从事体力劳动信心、保持活力信心、自我护理信心六项, 每项得分为 1 ~ 10 分, 分数越高自我效能感越强, 该量表的 Cronbach'a 系数为 0.82。

1.5 统计学方法 采用 SPSS 25.0 统计学软件分析数据。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用独立样本 t 检验; 性别以例(构成比)表示, 采用计数资料比较的四格表 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组生活质量比较 两组出院时 IBDQ 中的各项评分及总分差异无统计学意义(P 均 > 0.05), 出院 6 个月时观察组上述各项评分及总分显著高于对照组($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。见表 1。

2.2 两组营养状况比较 两组出院时血清 PA、ALB 水平和 BMI 差异无统计学意义(P 均 > 0.05), 出院 6 个月时观察组的血清 PA、ALB 水平显著高于对照组

表 1 两组生活质量比较 ($n=44$, 分, $\bar{x} \pm s$)

时间	组别	肠道症状	全身症状	情感功能	社会功能	总分
出院时	对照组	33.78 ± 8.64	22.75 ± 3.21	56.89 ± 10.22	21.13 ± 5.65	133.97 ± 14.63
	观察组	34.02 ± 8.53	23.10 ± 4.13	57.01 ± 10.46	20.82 ± 5.47	134.25 ± 15.04
<i>t</i> 值		0.131	0.444	0.054	0.261	0.089
<i>P</i> 值		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05
出院 6 个月	对照组	48.95 ± 9.76	29.16 ± 6.37	66.26 ± 13.44	27.38 ± 6.74	175.65 ± 18.26
	观察组	54.23 ± 10.12	33.51 ± 8.18	75.49 ± 14.62	32.50 ± 8.55	203.83 ± 21.27
<i>t</i> 值		2.491	2.783	3.083	3.119	6.668
<i>P</i> 值		<0.05	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

表 2 两组营养状况比较 ($\bar{x} \pm s$)

时间	组别	例数	PA(mg/L)	ALB(g/L)	BMI
出院时	对照组	44	176.64 ± 19.61	31.18 ± 2.56	20.75 ± 3.31
	观察组	44	177.11 ± 19.53	31.22 ± 2.28	20.68 ± 3.39
<i>t</i> 值			0.113	0.077	0.098
<i>P</i> 值			>0.05	>0.05	>0.05
出院 6 个月	对照组	44	211.84 ± 20.37	31.76 ± 2.28	22.45 ± 1.93
	观察组	44	255.35 ± 23.40	33.02 ± 2.41	23.87 ± 1.87
<i>t</i> 值			9.303	2.519	3.505
<i>P</i> 值			<0.01	<0.05	<0.01

表 3 两组自我效能测量表评分比较 ($n=44$, 分, $\bar{x} \pm s$)

时间	组别	饮食选择	性生活信心	社交信心	从事体力劳动信心	保持活力信心	自我护理信心	总分
出院时	对照组	4.54 ± 2.35	1.12 ± 0.56	3.61 ± 1.64	2.27 ± 1.03	2.62 ± 1.01	2.47 ± 1.34	16.76 ± 7.85
	观察组	4.58 ± 2.27	1.16 ± 0.41	3.59 ± 1.66	2.30 ± 1.05	2.65 ± 1.04	2.50 ± 1.33	16.82 ± 7.91
<i>t</i> 值		0.081	0.398	0.057	0.135	0.137	0.105	0.036
<i>P</i> 值		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05
出院 6 个月	对照组	6.07 ± 2.58	1.34 ± 0.45	3.86 ± 2.02	2.59 ± 1.21	3.08 ± 1.13	3.11 ± 1.37	22.72 ± 7.45
	观察组	7.68 ± 2.46	2.01 ± 0.51	5.24 ± 2.30	3.37 ± 1.32	3.97 ± 1.14	4.33 ± 1.42	27.69 ± 7.58
<i>t</i> 值		2.996	6.534	2.990	2.889	3.678	4.101	3.102
<i>P</i> 值		<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$), BMI 显著大于对照组 ($P < 0.01$)。见表 2。

2.3 两组自我效能感比较 两组出院时自我效能测量表中的各项评分及总分差异无统计学意义 (P 均 > 0.05), 出院 6 个月时观察组上述各项评分及总分均显著高于对照组 (P 均 < 0.01)。见表 3。

3 讨论

近年来,随着人们饮食、生活环境的变化,我国 IBD 的发病率呈逐年上升趋势,IBD 虽很难治愈,但通过控制饮食、调节情绪、积极服用药物治疗等能够控制病情,降低复发率,IBD 患者可以恢复和正常人一样的生活^[8]。有研究表明,医护人员在对 IBD 患者进行的健康教育中起到重要的作用,医护人员主导的健康服务能够增强患者对自身疾病的认知和管理,进而缓解临床症状,降低发作频率^[9-10]。但以往 IBD 患者常被动接受护理,在其出院后缺少持续性的随访观察,导致患者接受治疗的主动意愿不强。

延续赋能教育是延伸到患者出院后的有个体差异性的健康教育模式,可根据患者的具体情况制定合

适的可行计划,相较于传统的护理模式更加人性化,医护人员对患者进行各方面的指导和监督的本质是为患者赋能,使患者改善自己的生活方式,从被动接受治疗转为主动保持健康。IBD 患者发生营养不良的情况较为严重,患者在没有接受相关指导的情况下,往往对饮食选择感到困惑,而医护人员对其进行饮食指导能够帮助患者恢复健康饮食,减少营养不良情况的发生;同时医护人员对患者进行疾病知识、用药、并发症等方面的指导,对患者来说都是十分有必要的,通过学习,患者能够掌握疾病护理、用药的技巧,处理并发症的正确方法等,进而增强治愈疾病的信心;而微信、QQ 群的建立为医患和病友间交流提供了更加便捷的途径,病友能够通过这些平台互相监督、鼓励,医患间能够进行更好的交流,患者能够感受到病友、医护人员的陪伴,减少独自对抗疾病的孤独感,增强对抗疾病的信心^[11]。有研究表明,赋能教育能够提高糖尿病患者的自我管理能力和提高自身控制血糖的能力^[12]。有研究对脑外伤术后患者采用延续至出院后 6 个月的健康教育联合延续性护理,结果显著提高了患者认知功能及自理能力^[13]。

近年研究表明,IBD 为身心疾病,大多数患者存在敏感、焦虑、抑郁等心理问题^[14-15],心理问题的严重程度与 IBD 患者的肠道症状、躯体症状呈显著的正相关性,因此对 IBD 患者进行情志护理是十分必要的。情志护理中的音乐疗法源于《黄帝内经》中的五音疗疾,音乐有通畅心脉的作用,而静坐是积极心理学的干预手段,能够激发患者的积极情绪和体验,增强患者的自我效能感^[16]。

本研究的观察组采用延续赋能教育联合情志护理的方法进行护理,研究结果显示,出院 6 个月时,观察组 IBDQ 中的各项评分及总分显著高于对照组;血清 PA、ALB 水平显著高于对照组;BMI 显著大于对照组;自我效能量表中的各项评分及总分显著高于对照组。其中自我效能感是具有代表性的积极心理品质,心理治疗可能对 IBD 患者的疾病活动、情绪和生活质量产生有益的影响^[17]。

综上所述,延续赋能教育联合情志护理应用于 IBD 患者的护理中,能够提高患者生活质量,改善其营养状况,增强其自我效能感。但本研究的样本数量、研究时间有限,尚需大样本量的观察进行进一步探讨。

参考文献

- [1] 秦幸茹,赵相轩,闫浩,等. 溃疡性结肠炎相关分子机制研究进展[J]. 中国临床研究,2018,31(4):558-561.
- [2] 罗丹,林征,卞秋桂,等. 炎症性肠病患者自我管理体验质性研究的系统评价[J]. 中华护理杂志,2018,53(1):41-47.
- [3] 许珊珊,戴新娟. 炎症性肠病患者延续护理的研究进展[J]. 中华护理杂志,2017,52(7):879-882.
- [4] Xu J, Lin H, Feng X, et al. Different therapeutic approaches on quality of life in patients with inflammatory bowel disease[J]. BMC Gastroenterol, 2014, 14:199.
- [5] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病协作组,欧阳钦,胡品津,等. 对我国炎症性肠病诊断治疗规范的共识意见(2007年,济南)[J]. 中华消化杂志,2007,27(8):545-550.
- [6] 胡义亭,张建,贾桂丛,等. 黛力新在炎症性肠病中的治疗效果及机制探讨[J]. 中国医药导报,2017,14(32):133-136.
- [7] 郭莉,包素婷,石书芹,等. 糖尿病住院病人主观幸福感与自我效能的相关性分析[J]. 全科护理,2017,15(11):1281-1283.
- [8] Mountfield R, Andrews JM, Mikoocka-Walus A, et al. Doctor communication quality and friends' attitudes influence complementary medicine use in inflammatory bowel disease[J]. World J Gastroenterol, 2015, 21(12):3663-3670.
- [9] Larsson K, Löf L, Nordin K. Stress, coping and support needs of patients with ulcerative colitis or Crohn's disease: a qualitative descriptive study[J]. J Clin Nurs, 2017, 26(5/6):648-657.
- [10] Hou JK, Turkeltaub JA, McCarty Iii TR, et al. Assessment of disease specific knowledge and health-related quality of life among United States military veterans with inflammatory bowel disease[J]. World J Gastroenterol, 2015, 21(19):6001-6007.
- [11] 张迎迎,朱丽瓊,胡芳,等. 食物不耐受相关性赋能教育对溃疡性结肠炎患者的效果研究[J]. 中国全科医学,2017,20(14):1671-1674.
- [12] 余贺泉,莫绮华,马亮,等. 赋能教育模式对社区老年 2 型糖尿病患者血糖控制及自我管理行为的影响[J]. 现代临床护理, 2016, 15(3):70-74.
- [13] 杨小燕,杨健,寿棘,等. 健康教育联合延续性护理对脑外伤患者术后康复效果的影响[J]. 中华全科医学,2017,15(4):704-707.
- [14] Jelsness-Jørgensen LP, Frigstad SO, Moum B, et al. Pain may be an important factor to consider in inflammatory bowel disease patients troubled by fatigue[J]. United European Gastroenterol J, 2017, 5(5):687-693.
- [15] Gracie DJ, Irvine AJ, Sood R, et al. Effect of psychological therapy on disease activity, psychological comorbidity, and quality of life in inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analysis[J]. Lancet Gastroenterol Hepatol, 2017, 2(3):189-199.
- [16] 张佳媛,周郁秋,张全志,等. 正念减压疗法对乳腺癌患者知觉压力及焦虑抑郁水平的影响[J]. 中华护理杂志,2015,50(2):189-193.
- [17] 周怡,吴高珏,陆芹. 授权教育对炎症性肠病患者情绪、自我效能感、遵医行为及生活质量的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2017, 23(21):2731-2734.

收稿日期:2018-08-30 修回日期:2018-09-30 编辑:王国品