

【健康管理】

基于信息-动机-技巧模型对脑卒中患者健康教育的效果观察

黄玲^a, 胡莉萍^b

(华中科技大学同济医学院附属协和医院 a.妇科肿瘤内科; b.综合科, 湖北 武汉 430000)

【摘要】目的 探讨信息-动机-技巧模型干预在脑卒中患者健康教育中的应用效果。**方法** 选取2017年1月—2018年1月入本院治疗脑卒中患者120例为研究对象,采用信息-动机-技巧模型的健康教育,评估干预前和干预3个月末患者自我效能和日常生活能力。**结果** 脑卒中患者干预前和干预3个月末比较,自我效能各维度得分和自我效能总分高于干预前($P<0.05$);干预3个月末日常生活自理能力得分高于干预前($t=18.673, P<0.001$)。**结论** 基于信息-动机-技巧模型健康教育可改善脑卒中患者自我效能,提升日常生活自理能力。

【关键词】 信息-动机-技巧; 脑卒中; 自我效能; 日常生活自理能力

【中图分类号】 R473.54 **【文献标识码】** B **【DOI】** 10.16460/j.issn1008-9969.2020.02.074

我国目前脑卒中患者有700多万,存活者中超过一半的患者日常活动能力不同程度的丧失^[1],脑卒中造成的功能障碍严重降低了患者的自我效能。信息-动机-技巧模型(information-motivation-behavioral skills model, IMB)是由Fisher在开展艾滋病高危行为研究提出,通过提供有利信息,改变患者态度,进而促进特定行为模式的建立,引导完成行为改变并自觉实施^[2]。IMB模型强调完成行为改变,信息、动机、行为技巧三者缺一不可^[3]。研究者可以依据其概念和框架,设计出符合特定研究人群或疾病行为的问卷并进行验证分析,同时可以以该模型为框架制订健康教育方案,探讨对特定健康行为的影响。目前已用于艾滋病、糖尿病、冠状动脉搭桥等患者的干预并取得良好效果^[4]。本研究对脑卒中患者采用信息-动机-技巧模型进行干预,取得一定效果,现报道如下。

1 研究对象

选取2017年1月—2018年1月入住本院的脑卒中患者为研究对象。纳入标准:(1)符合1995年全国第四届脑血管病学术会议通过的脑卒中诊断标准^[5],经头颅CT或MRI检查证实;(2)经过急性期治疗后病情稳定,能进行语言交流和配合指令者;(3)患者和家属自愿参与本研究。排除标准:(1)合并严重心、肝、肾等脏器疾病;(2)失语或存在精神障碍;(3)肢体严重病变,如严重类风湿性关节炎、骨折、糖尿病足等。120例脑卒中患者,男66例,女54例;年龄60~73(65.90±6.30)岁;汉族108例,少数民族12例;文化程度:小学及以下12例,初中44例,

高中60例,大学4例;医保来源:职工医保64例,居民医保46例,自费10例;家庭人均收入:<1000元8例,1000~3000元44例,>3000~<5000元62例,≥5000元6例;病程:1~6年22例,>6~10年72例,>10年26例;缺血性脑卒中96例,出血性脑卒中24例;出现并发症66例,无并发症54例。

2 方法

2.1 成立研究小组 研究小组成员共7名,其中神经内科医生1名,康复师1名,护士长1名,责任护士4名。医生为主治医师职称,护士职称为护师及以上,工作年限≥5年以上。方案实施过程中由医护共同评估负责疾病健康知识的指导,由康复师负责康复指导,护士长负责方案的实施管理,责任护士负责患者的健康教育。

2.2 干预方法

2.2.1 信息阶段 采用针对性的信息干预进行信息支持。通过咨询专家和查找文献^[6]设计脑卒中患者一般需求调查表,护士在患者入院病情稳定后、出院前采用面对面交流方式,出院后采用微信平台交流的方式对患者实施问卷调查和干预,问卷包括疾病治疗方法、饮食指导、运动处方、药物治疗、心理调试、康复锻炼等28个条目。医务人员对问卷结果进行分析,为信息干预提供依据。问卷调查采用面对面的方式,患者入院当天对其信息需求进行评估,对患者提出的疑问进行解答,并给予下一次信息支持,在患者住院期间交流5~6次,每次30~40 min。

2.2.2 动机阶段 通过动机性访谈可以帮助患者发现并克服矛盾心理及遇到的困难,以患者为中心,指导患者进行行为转变的一种人际沟通方法^[7]。对于脑卒中患者,运用动机性访谈的阶段性干预方法可针对患者脑卒中阶段出现的不同问题进行具体访

【收稿日期】2019-08-12

【作者简介】黄玲(1982-),女,湖南零陵人,本科学历,主管护师,护士长。

谈,制定针对性的治疗康复方案。(1)无意图期:与患者沟通初期,与患者建立信任关系,鼓励患者说出想法,通过沟通了解其需求,并表示理解。(2)意图期:帮助患者认识到饮食、运动、服药、康复锻炼的重要性,并帮其分析治疗与转归之间的关系,强化患者追求健康的信念,帮助其纠正对康复治疗不重视的错误观点,激发其行为改变的积极性,帮助其树立信心。(3)准备期:医护团队共同确定治疗方案,对患者提供个性化的治疗目标和计划。(4)改变期:在患者康复治疗前,让患者参与康复治疗的制定,询问患者意见是否要修改康复计划,患者是否已经准备好开始康复训练,并协助患者实施康复计划。(5)维持期:帮助患者利用社会、家庭资源建立一个完善支持体系,确保治疗方案的有效实施。治疗过程中根据患者反馈调整治疗方案,医护团队共同指导并督促患者按计划落实康复目标。在患者住院和随访期间进行为期 2 个月的动机性访谈,每周进行 1~2 次,每次 10~20 min。同时每月组织 1 次成功案例分享大会,引用成功治疗的案例,通过讨论学习帮助患者及家属树立信心,认识到配合治疗所带来的益处。同时让患者感受到医务人员及家人对他的关心与支持。

2.2.3 行为阶段 (1)科室每周四下午 3:00~5:00 开展康复培训,入院时由专科护士通知患者参加。培训内容理论学习与康复技能训练 2 部分组成。理论内容由医生或专科护士以 PPT 的形式进行讲解,内容包括:脑卒中发病原因及复发因素;脑卒中健康的危害性;脑卒中发作的早期症状和发作后的紧急处理;脑卒中中的情绪控制;脑卒中中的饮食搭配;脑卒中中的随访项目等。(2)康复师根据患者的具体情况安排相应练习,如步行训练、关节训练方法、日常生活能力训练、吞咽训练、膀胱功能训练等,由护士先示范后再让患者单独进行康复训练。患者在疾病的不同阶段接受针对性的康复锻炼:发病初期进行床上训练和被动运动;软瘫期注重床上翻身训练、坐起训练、手功能训练、下肢屈曲练习等;痉挛期进行步行训练、上下楼梯训练等;恢复期进行康复训练,指导患者进行改善手功能和改善步态的训练。2 次/d,每

次 20~30 min。(3)科室建立患者微信群,并由专人进行管理。在患者出院前 1 周邀请其加入微信群,指导患者掌握其使用方法,并鼓励患者在微信群里讨论和交流经验。医务人员分享脑卒中健康知识,将康复锻炼方法录制成视频上传到医护微信群内,方便出院患者练习。通过院内院外的持续康复指导帮助患者熟练掌握康复训练的方法。医务工作者积极参与患者讨论并解答他们的问题,对于患者提出的错误认知进行纠正。

2.3 观察指标 在干预前和干预 3 个月末评估患者自我效能和日常生活能力。(1)自我效能:采用周群等^[7]设计的慢性病自我效能表(Chronic Disease Self-Efficacy Scales, CDSES)进行测评,该量表普遍适用于慢性病患者^[8]。量表包括合理休息、情绪控制、疼痛及不适的控制、自我保健、管理健康问题、遵医用药 6 个内容。采用 1~10 级评分方法,1 级表示无信心,10 级表示绝对有信心。满分为 60 分,得分越高表示自我效能水平越高。经检验其重测信度为 0.91, Cronbach α 系数为 0.96。(2)日常生活自理能力:Barthel 指数(Barthel Index, BI)是评价日常生活活动能力的一种有效工具^[9],评价结果分为 4 个等级:100 分为无依赖,61~99 分为轻度功能障碍,能够独立完成部分日常活动,需要部分帮助;41~60 分为中度功能障碍,需要大量帮助才能完成日常生活活动;0~40 分为重度功能障碍,不能完成大部分日常生活活动或依赖他人。

2.4 统计学方法 采用 SPSS 17.0 进行分析,计数资料采用例数、百分率描述,组间比较采用 χ^2 检验;计量资料采用均数 \pm 标准差描述,采用配对 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 脑卒中患者干预前和干预 3 个月末自我效能各维度及总分的比较 干预前与干预 3 个月末比较,自我效能各维度得分和自我效能总分比较差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 脑卒中患者干预前和干预 3 个月末自我效能各维度及总分的比较($\bar{X} \pm S$, 分)

时间	<i>n</i>	合理休息	情绪控制	疼痛及不适控制	自我保健	健康管理问题	遵医用药	自我效能总分
干预前	120	36.52 \pm 7.53	4.76 \pm 0.36	3.38 \pm 1.05	4.07 \pm 1.32	4.78 \pm 0.64	3.57 \pm 1.01	44.02 \pm 5.06
干预 3 个月末	120	52.77 \pm 6.53	8.91 \pm 1.09	7.71 \pm 0.93	7.89 \pm 0.90	7.62 \pm 1.95	7.86 \pm 0.85	55.44 \pm 1.94
<i>t</i>		4.962	3.296	3.962	3.853	3.526	3.955	4.396
<i>P</i>		0.012	0.023	0.017	0.019	0.023	0.020	0.015

3.2 脑卒中患者干预前和干预 3 个月末日常生活自理能力得分的比较 干预前与干预 3 个月末日常

生活自理能力得分分别是(35.52 \pm 6.53)分和(88.76 \pm 8.35)分,干预 3 个月末日常生活自理能力得分高于

干预前($t=18.673, P<0.001$)。

4 讨论

4.1 信息-动机-技巧干预可提高脑卒中患者的自我效能水平 由 Fisher 等提出的信息-动机-行为模型,该模型认为行为的预防或转变受所接受信息、动机、行为三方面的因素所影响,通过明确行为和决定因素之间的关系,帮助实施者更好的制定针对性的有效措施^[10]。自我效能现已被广泛认可为卒中后患者生活质量和身体功能恢复的预测指标^[11],且大量研究证实低自我效能水平对患者的健康行为、情绪管理、运动康复意愿、生活质量等都会产生负面影响,不利于疾病和肢体功能的康复^[12-13]。本研究结果显示,干预3个月末自我效能各维度得分和自我效能总分高于干预前($P<0.05$)。究其原因,采用信息-动机-技巧模型对脑卒中患者进行干预,通过系统化干预模式为患者讲解疾病知识,解答在治疗和护理期间存在的各种问题,提供正确的疾病改变动机。同时通过协助患者制定解决问题的方案,激发患者的潜能,促进患者更主动的配合治疗,最后给予正确的行为技巧指导。国外研究指出,能够提高患者自我效能水平的干预方法和措施对慢性病患者的健康结局有显著的促进作用。与本研究相似,李捷等^[14]采用信息-动机-技巧模型的电话短信教育对老年高血压患者自我效能起到有效的效果且优于常规健康教育方式。

4.2 信息-动机-技巧干预可提高脑卒中患者日常生活自理能力 脑卒中发生后,约有70%~80%的患者会遗留不同程度的残疾,严重者会影响其日常生活及活动。本研究显示随着干预时间的延长,患者自我效能评分成上升趋势。本研究结果显示,干预3个月末日常生活自理能力得分高于干预前($t=18.673, P<0.001$)。究其原因,采用信息-动机-技巧沟通模型的团队干预是一种系统、持续化、系统化的管理方案,强调心理上动机增强疗效,为患者的动机干预提供有效的途径^[15]。脑卒中患者通过信息、动机和行为三个方面进行团队干预,给脑卒中患者提供疾病相关知识,帮助患者树立正确的行为,并给予正确的行为方式进行指导。霍春暖等^[16]的研究中,由护士对住院脑卒中患者进行早期锻炼的健康教育,与患者共同制订锻炼计划,并督促其实施,干预3个月后,主动参与计划患者日常生活活动能力更强。脑卒中患者入院后采用信息-动机-技巧模式的医护一体化的指导方式,医务人员以理论为支撑,让患者获得更有针对性的指导,从而调动患者的主观能动性,激发

患者的自身效能和资源,主动参与行为改变,从而实现治疗效果的最大化,达到提高患者日常生活自理能力的目的。

【参 考 文 献】

- [1] 于丽香.脑中风的预防康复与护理[J].中西医结合心血管病电子杂志,2014,2(17):178-179.DOI:10.16282/j.cnki.cn11-9336/r.2014.17.053.
- [2] Gao JL, Wang JL, Zhu YC, et al.Validation of an Information-motivation-behavioral Skills Model of Self-care among Chinese Adults with Type 2 Diabetes[J]. BMC Pub Heal, 2013,13(4):100-101.DOI:10.1186/1471-2458-13-100.
- [3] Fariba Z, Mohammad AB, Gholamreza S, et al. An Information Motivation-behavioral Skills (IMB) Model-based Intervention for CABG Patients[J]. Int J Behav, 2012, 19(4): 543-549. DOI:10.1007/s12529-011-9193-2.
- [4] 赵援,王燕,廉军孝,等.信息-动机-行为技巧模型在老年全膝关节置换术患者早期康复护理中的应用研究[J].中华护理杂志,2014,49(8):952-954.
- [5] 中华神经科学会.各类脑血管疾病诊断要点[J].中华神经内科学杂志,1996,29(6):379.
- [6] 戴叶花,李小英,贺棋,等.脑卒中患者与家庭延续性护理需求的调查研究[J].护理学报,2014,21(1B):26-28.DOI:10.16460/j.issn1008-9969.2014.02.011.
- [7] 周群,蒋运兰,王艳桥,等.脑卒中恢复期病人自我效能水平及其影响因素分析[J].护理研究,2012,47(5A):440-442.
- [8] Knight KM, Mc Gowan L, Deikens C, et al.A Systematic Review of Motivational Interviewing in Physical Health Care Settings[J].Health Psychology,2006,11(4):319-332.DOI:10.1348/135910705X52516.
- [9] 黄斌英,李亚洁,朱晓菁,等.契约学习对脑卒中患者自我效能和康复的影响[J].护理学报,2014,21(10):1-5.DOI:10.16460/j.issn1008-9969.2014.19.004.
- [10] 梁培荣,薛小玲.信息-动机-行为技巧模型在护理领域的应用现状[J].护理研究,2013,27(3A):584-586.
- [11] Bonetti D, Johnston M. Perceived Control Predicting the Recovery of Individual-specific Walking Behaviors Following Stroke: Testing Psychological Models and Constructs[J]. Brit J Med Psychol,2008,13(3):463-478.DOI:10.1348/135910707X216648.
- [12] Jones F, Riazi A. Self-efficacy and Self-management after Stroke: A Systematic Review[J]. Disabil Rehabil, 2011, 33(10):797-810.DOI:09638288.2010.511415.
- [13] French MA, Moore MF, Pohl R, et al. Self-efficacy Mediates the Relationship between Balance/Walking Performance Activity, and Participation after Stroke[J].Top Stroke Rehabil,2016, 23(2):77-83.DOI:10.1080/10749357.2015.1110306.
- [14] 李捷,杨连招,陈玲,等.基于IMB模型的电话短信教育应用于社区老年高血压病人自我效能的干预研究[J].护理研究,2016,30(11A):3893-3897.
- [15] 徐桂花,陆云,朱勤芬.信息动机行为技巧模型健康教育在结肠造口患者中的实施观察[J].护理学报,2015,22(4):67-69. DOI:10.16460/j.issn1008-9969.2015.08.067.
- [16] 霍春暖,马延爱,黄超,等.与患者共同制订康复护理计划对脑卒中患者日常生活活动能力的促进作用[J].中国临床康复,2004,31(8):6992.

【本文编辑:谢文鸿】