

共享决策指导下系统化护理对慢性胃溃疡患者的应用效果评价

马超蓉

巴音郭楞蒙古自治州人民医院 消化胃肠内科 841000

摘要: 目的: 探究在共享决策指导下, 对慢性胃溃疡患者提供系统化护理的效果。方法: 选定慢性胃溃疡患者 82 例, 操作阶段为 2023 年 2 月—2024 年 2 月, 在随机数字表法支持下实现随机化分组, 对照组 (41 例) 执行常规护理, 基于此, 实验组 (41 例) 执行共享决策指导下系统化护理, 对比组间临床症状改善时间、自护能力评分、心理状况、治疗依从性。结果: 实验组的反酸 (1.22 ± 0.26) d、呕吐 (1.49 ± 0.22) d、胃痛 (2.06 ± 0.31) d、消化不良症状改善时间 (3.12 ± 0.75) d 均比对照组要短 ($P < 0.05$)。自护能力护理前测定组间相近 ($P > 0.05$), 护理后, 实验组的自护能力评分均比对照组要高 ($P < 0.05$)。心理状况测定组间护理前相近 ($P > 0.05$), 护理后, 实验组的 SDS (37.85 ± 3.94) 分、SAS 评分 (36.12 ± 4.71) 分均比对照组要低 ($P < 0.05$)。实验组的治疗依从性 (95.12%) 相较于对照组 (80.49%) 要高 ($P < 0.05$)。结论: 在治疗依从性提升中, 对慢性胃溃疡患者提供共享决策指导下系统化护理的效果显著, 可促使其自护能力提升, 改善心理状态, 缩短症状改善时间, 有推广意义。

关键词: 慢性胃溃疡; 共享决策指导下系统化护理; 治疗依从性

在消化系统疾病类别中慢性胃溃疡的占比颇高, 具有迁延不愈等特征, 针对该疾病临床多选择药物治疗联合饮食管理等疗法, 可改善病症, 但疾病及疗效干扰因素较多, 受认知、自我管理意识与能力薄弱等多因素影响, 患者在用药、饮食等方面不良行为频发, 导致疾病易反复发作, 治疗周期延长 [1-2]。常规护理模式虽然集中于病情管理与治疗辅助, 但对患者个体关注度缺乏, 在影响因素管控中也缺乏全面性, 致使整体效果达不到预期 [3]。因此, 采取高效干预措施提升患者依从性, 减少疗效影响因素十分重要。共享决策强调护理过程中患者的核心地位, 要求患者参与到护理决策过程中, 共同讨论护理方案、执行护理方案 [4]。在该理念指导下进行系统化护理可在满足患者个体需求的同时, 提升护理有效性。对此, 本次研究观察并分析了在共享决策指导下, 为慢性胃溃疡患者提供系统化护理的效果, 现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选定慢性胃溃疡患者 82 例, 操作阶段为 2023 年 2 月—2024 年 2 月, 在随机数字表法支持下实现随机化分组, 对照组 (41 例) 21 例选录为男性, 20 例选录为女性, 年龄集中在 25-68 岁, 均值 (46.35 ± 3.25) 岁, 病程在 3 个月-4 年, 均值 (2.09 ± 0.35) 年。实验组 (41 例) 22 例选录为男性,

19 例选录为女性, 年龄集中在 26-68 岁, 均值 (47.23 ± 3.65) 岁, 病程在 4 个月-4 年, 均值 (2.12 ± 0.32) 年。一般信息细致对比, $P > 0.05$, 组间存在可比性。

纳入标准: ①满足慢性胃溃疡诊断条件者; ②对相关信息细致了解, 同意参与者; ③病历资料核对无异。

排除标准: ①罹患精神疾病者; ②恶性肿瘤并发者; ③肝、心、肾功能受损严重者。

1.2 方法

对照组执行常规护理, 包括口头传输信息完成宣教流程, 说明疾病、用药注意事项。叮嘱饮食禁忌事项, 指导自我饮食管理方法。治疗中对患者病情变化、体征波动持续观察, 若异常发生立即告知医生。定时清洁病区环境, 做消毒、通风处理。

基于此, 实验组执行共享决策指导下系统化护理, ①护理评估: 组建护理小组, 核心构成为护士长、主治医生、护理人员, 成员收集患者信息, 涵盖认知水平、体质量、病史、饮食结构与喜好等, 基于此行综合性护理评估, 明确护理问题及影响因素, 预判患者自我管理潜在风险与问题。②共同护理决策: 基于护理评估结果预制护理方案, 以药物、心理、认知等多维度为切入点制定系统化干预对策。邀请患者及家属参与决策过程, 向其说明预制方案的内容、目的、

需要配合的事项等，并强调患者自我管理的重要性，结合患者及家属的意见及需求对护理方案进行调整。在施护过程中及时反馈护理效果，并根据患者反馈对方案进行优化。③健康宣教：针对个体状况，包括认知度、理解能力等选择合适信息传输方式，并基于认知水平调整宣教内容，着重于错误认知与信息不对等纠正。运用 PPT、视频、思维导图承载信息，并结合通俗语言表达方式详细说明病发原因、自我管理要点等，及时解答疑问。④心理护理：采取引导性沟通模式，引导患者剖析自我心态及健康行为，针对此运用鼓励、表扬、自我心理调节指导等措施辅助转变心态。结合案例展示，重点说明心态转变重要性，予以心理支持。⑤饮食护理：针对个体提供饮食调护及管理方案。以清淡、低盐、高维生素的饮食结构为主，对各类营养物质摄入量严格控制，根据患者体重、年龄等调整饮食方案。要求患者每日记录饮食日记，指导饮食替换法、热量计算法等。⑥用药管理：详细说明药物信息，借助既往案例说明不良用药行为的消极影响。指导患者用药不良反应风险识别方法，说明正确用药方法。⑦随访干预：定期随访，了解病情改善、自我管理情况，基于此予以健康指导。

1.3 观察指标

临床症状改善时间：涵盖反酸、呕吐、胃痛、消化不良。

自护能力评分：借助 ESCA 量表（指代：自护能力评定量表），维度涉及 4 个，条目细化 43 项，涵盖自护责任感（细化 6 项）、健康知识水平（细化 17 项）、自我护理技能（细化 12 项）、自我概念（细化 8 项），区间为 0 ~ 4 分，上

限为 172 分，越高分值提示越强自护能力。

心理状况：借助焦虑自评量表（指代：SAS 量表）：重度界定 > 69 分； $60 \sim 69$ 分界定为中度， $50 \sim 59$ 分定位在轻度。抑郁自评量表（指代：SDS 量表）， > 72 分归于重度， $63 \sim 72$ 分标定标准为中度， $53 \sim 62$ 分定位为轻度。

治疗依从性：依据自主创建的评价尺度，低于 60 分标定在不依从；基本依从设计为 $60 \sim 89$ 分；完全依从划定为 ≥ 90 分。总依从率 = 完全依从率 + 基本依从率。

1.4 统计学分析

用 spss26.0 工具处理实验生成全部数据，计量资料： $(\bar{x} \pm s)$ 表示，t 检验。计数资料： $n(\%)$ 表示， χ^2 检验，于统计学维度描述有差异： $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 临床症状改善时间

实验组的值均较低， $P < 0.05$ ，见表 1。

表 1 临床症状改善时间对比 ($\bar{x} \pm s, d$)

组别	n	反酸	呕吐	胃痛	消化不良
实验组	41	1.22 ± 0.26	1.49 ± 0.22	2.06 ± 0.31	3.12 ± 0.75
对照组	41	2.63 ± 0.31	2.54 ± 0.38	3.61 ± 0.35	4.91 ± 0.85
t	--	22.314	15.312	21.227	10.111
P	--	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 自护能力评分

护理前组间 $P > 0.05$ ，护理后，实验组的值均较高， $P < 0.05$ ，见表 2。

表 2 自护能力评分对比 ($\bar{x} \pm s, 分$)

组别	n	自护责任感		健康知识水平		自我护理技能		自我概念	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
实验组	41	12.86 ± 2.35	20.62 ± 2.15	35.23 ± 4.18	60.32 ± 4.21	24.75 ± 3.25	41.27 ± 4.85	17.05 ± 3.85	27.95 ± 3.06
对照组	41	12.91 ± 2.41	16.38 ± 2.08	35.07 ± 4.23	51.21 ± 4.92	24.68 ± 3.42	34.69 ± 4.57	16.88 ± 3.69	23.94 ± 3.54
t	--	0.095	9.076	0.172	9.008	0.095	6.323	0.204	5.487
P	--	0.925	0.000	0.864	0.000	0.925	0.000	0.839	0.000

2.3 心理状况

护理前比对 $P > 0.05$ ，护理后，实验组的值均较低， $P < 0.05$ ，见表 3。

表 3 心理状态对比 ($\bar{x} \pm s, 分$)

组别	n	SAS		SDS	
		护理前	护理后	护理前	护理后
实验组	41	58.92 ± 4.68	36.12 ± 4.71	60.32 ± 4.85	37.85 ± 3.94
对照组	41	58.89 ± 4.81	42.79 ± 4.59	60.62 ± 5.06	43.68 ± 3.71
t	--	0.029	6.494	0.274	6.898
P	--	0.977	0.000	0.785	0.000

2.4 治疗依从性

实验组的值更高, $P < 0.05$, 见表 4。

表 4 治疗依从性对比 $n(\%)$

组别	n	完全依从	基本依从	不依从	总依从率
实验组	41	23 (56.10%)	16 (39.02%)	2 (4.88%)	(39) 95.12%
对照组	41	20 (48.78%)	13 (31.71%)	8 (19.51%)	(33) 80.49%
χ^2	--	--	--	--	4.100
P	--	--	--	--	0.043

3 讨论

慢性胃溃疡的发病机制多样性, Hp 感染、药物因素、胃黏膜防御功能减弱等均与之有紧密联系^[5-6]。该疾病典型临床症状表现为反复发作的上腹部灼痛、反酸、嗝气等, 伴随恶心、烧心、呕吐等症状, 若治疗不及时或迁延不愈容易引发上消化道出血、胃穿孔等并发症, 严重危害患者生命健康[7-8]。临床治疗可改善病症, 但治疗周期较长, 需要患者高度配合治疗与健康管理。然而患者大多自我管理能力较差, 在治疗期间易出现不规范行为, 对预后构成影响^[9]。因此, 采取高效干预措施提升影响因素管理效果, 促进患者病情改善十分重要。

本次研究结果显示, 临床症状改善时间记录中更低组别为实验组 ($P < 0.05$)。自护能力评定可见, 实验组护理后数据均处在更高区间 ($P < 0.05$)。心理状态评估示护理后处于更低区间的为实验组 ($P < 0.05$)。治疗依从性评价中更高组别为实验组 ($P < 0.05$), 由此说明, 在自我管理能力和依从性改善中, 共享决策指导下系统化护理的应用有显著效果, 且可改善患者心态, 促进其病情恢复。原因分析为, 共享决策指导下系统化护理强调患者主体性, 在该理念下向患者共享信息, 可使患者对自我病情、护理目的、自我管理方法等有充分的了解, 可规避信息不对等对个体依从性及自我管理效果造成的影响^[10]。与患者共同讨论护理方案及风险规避对策, 结合患者的偏好与需求对护理方案进行优化与制定不仅可提升护理的针对性, 还可更好突出患者主体性, 建立互信的护患关系, 利于提升患者依从性。基于此展开系统化护理干预, 从多维度出发对预后影响因素进行管控, 如优化宣教路径、个性化宣教内容, 以此不仅可使患者认知度提升, 还可纠正其错误认知, 初步提升治疗依从性。强化心理干预, 可更好地了解患者心态及需求, 通过多样性个性化措施可更好辅助其转变心态, 增强自我效能, 从而进一步提升依从性。

在用药、饮食方面, 针对个体状况指导自我管理要点及方法, 并建立动态监测体系, 对患者各阶段健康行为进行评估, 灵活调整干预与指导方案以此可更好满足患者需求, 使其形成良好健康行为, 从而减少预后影响因素, 促进病情尽快恢复。

综上, 在共享决策指导下, 为慢性胃溃疡患者提供系统化护理可提升其治疗依从性、自护能力, 改善心理状态, 缩短症状改善时间。

参考文献:

- [1] 孟丽平, 崔玉芬, 孟宝宝. 共享决策指导下系统化护理干预对慢性胃溃疡患者生活质量及自理能力的影响 [J]. 中外医疗, 2024, 43(19):142-146.
- [2] 邱丽英. 系统化护理对慢性胃溃疡患者胃痛消失时间及睡眠质量的影响分析 [J]. 世界睡眠医学杂志, 2023, 10(7):1655-1657.
- [3] 钱瑜, 宁宁, 苏映雪, 等. 慢性病患者参与医患共享决策对医师信任的影响研究 [J]. 中国医院管理, 2023, 43(6):72-75.
- [4] 陆东哲, 邹冬冬, 张懿中, 等. 患者对医患共享决策和医疗价值的感知分析 [J]. 中国医院管理, 2023, 43(7):15-19.
- [5] 刘春兰. 系统化护理对慢性胃溃疡患者胃痛消失时间及睡眠质量的影响 [J]. 医药前沿, 2024, 14(15):102-104.
- [6] 周清. 系统化护理模式对胃溃疡并消化道出血患者治疗依从性、症状改善的影响 [J]. 航空航天医学杂志, 2024, 35(5):617-619.
- [7] 江玲玲. 针对性护理干预对慢性胃溃疡患者康复及生活质量的影响作用分析 [J]. 中国医药指南, 2024, 22(27):152-154.
- [8] 李炜, 李琪, 闵桂英. 探讨针对性护理对慢性胃溃疡患者负性情绪、自护能力、治疗依从性及睡眠质量的影响分析 [J]. 现代诊断与治疗, 2023, 34(11):1710-1713.
- [9] 孙金鑫, 焦敏. 标准化综合护理对慢性胃溃疡患者不良情绪和遵医行为的影响 [J]. 保健医学研究与实践, 2023, 20(3):92-96.
- [10] 任洋洋, 桂英. 系统护理干预对慢性胃炎及胃溃疡患者不良心理及生活质量的影响分析 [J]. 贵州医药, 2023, 47(12):1995-1996.