

Quality indicators for GI endoscopic procedures [J]. Am J Gastroenterol, 2015, 110(1): 48-59.

[18] JOHNSON D A, BARKUN A N, COHEN L B, et al. Optimizing adequacy of bowel cleansing for colonoscopy: Recommendations from the US multi-society task force on colorectal cancer [J]. Gastroenterology, 2014, 147 (4): 903-924.

[19] 韩旭, 郭亚慧, 时晓冬, 等. 2019 版《中国消化内镜诊疗相关肠道准备指南》解读[J]. 临床荟萃, 2020, 35(1): 72-75.

[20] 李兆申. 中国消化内镜的未来[J]. 中华医学信息导报, 2017, 32(21): 21.

[21] 黄婵, 刘宇, 陆虹. 消化内镜护士的角色职能及专业实践能力发展现状[J/CD]. 中华胃肠内镜电子杂志, 2021, 8(2): 89-93.

(收稿日期: 2023-05-25 修回日期: 2023-10-02)

• 护理研究 •

动机性访谈联合奥瑞姆自护模式在病毒性肝炎患者中的应用价值

刘玉英¹, 张伟娜¹, 翟慧娜¹, 马秀丽², 吴秋利²

(1. 濮阳市第五人民医院感染一科, 河南 濮阳 457000; 2. 濮阳市人民医院感染科, 河南 濮阳 457099)

[摘要] **目的** 探讨动机性访谈联合奥瑞姆自护模式对病毒性肝炎患者自我效能感、病耻感、应对方式的影响。**方法** 选取濮阳市第五人民医院 2020 年 8 月至 2022 年 7 月收治的 108 例病毒性肝炎患者, 按照随机数字表法分为常规护理组(54 例)和联合护理组(54 例)。两组患者均行对症的药物治疗, 常规护理组给予常规护理, 联合护理组在常规护理基础上给予动机性访谈联合奥瑞姆自护模式。干预 8 周后, 比较两组患者治疗依从率、自我效能感[慢性病自我效能感量表(CSES)]、病耻感[社会影响量表(SIS)]、应对方式[医学应对方式问卷(MCMQ)]。**结果** 干预后, 联合护理组患者治疗依从率(98.15%)高于常规护理组(83.33%), 差异有统计学意义($P < 0.05$); 联合护理组 CSES 量表中疾病共性管理与疾病症状管理 2 个维度评分高于常规护理组, SIS 量表中社会隔离、社会歧视、自我羞耻感、经济歧视 4 个维度评分均低于常规护理组 MCMQ 中回避、屈服 2 个维度评分低于常规护理组, 面对维度评分高于常规护理组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 动机性访谈联合奥瑞姆自护模式能提高病毒性肝炎患者治疗依从性及自我效能感, 促进其积极应对疾病, 从而降低病耻感。

[关键词] 病毒性肝炎; 动机性访谈; 奥瑞姆自护模式; 病耻感; 应对方式; 自我效能

DOI: 10.3969/j.issn.1009-5519.2024.01.032

文章编号: 1009-5519(2024)01-0158-05

中图法分类号: R473.5

文献标识码: B

病毒性肝炎是具有传染性的肝脏疾病。据调查, 该疾病每年可导致约 140 万人死亡, 已成为全球范围内的公共卫生问题^[1-2]。由于病毒性肝炎具有较强的传染性, 公众对病毒性肝炎患者常持厌恶、躲避态度, 导致此类患者产生较强烈的病耻感, 加之该疾病迁延难愈, 在精神压力与经济压力双重作用下, 患者往往采取消极应对方式, 从而导致治疗依从性下降^[3-4]。因此, 在药物治疗的基础上, 开展有效的护理干预和健康指导是尤为必要的。动机性访谈是以患者为中心, 通过访谈探索患者的矛盾心理状态, 有针对性地从事认知、心理、行为等方面进行健康指导, 在增强患者疾病认知的同时, 也能激发患者内在驱动力, 增加行为改变的意愿, 提高患者治疗依从性, 进而促进疾病康复^[5]。奥瑞姆自护模式是通过评估患者的自护能力, 根据自护能力缺陷的严重程度, 进行完全性补偿、部分补偿及支持性教育的干预策略, 以提高患者的自

护能力和治疗依从性, 积极应对疾病, 进而改善疾病的康复效果^[6]。目前, 临床上探讨动机性访谈、奥瑞姆自护模式在病毒性肝炎中应用的相关研究不多。基于此, 本研究选取 108 例病毒性肝炎患者开展对比研究, 探讨动机性访谈联合奥瑞姆自护模式在病毒性肝炎患者中的应用价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取濮阳市第五人民医院 2020 年 8 月至 2022 年 7 月收治的 108 例病毒性肝炎患者。纳入标准: 符合病毒性肝炎诊断标准^[7]; 年龄大于或等于 18 岁; 均接受常规对症治疗; 沟通交流无障碍。患者对本研究风险、收益、目的等均知情, 自愿签署书面同意书。排除标准: 认知功能障碍; 存在精神病史; 合并恶性肿瘤或心肝肾等严重障碍; 视听功能障碍; 内分泌系统或造血系统异常; 疾病已进展至肝硬化。按照随机数字表法将患者分为常规护理组(54 例)和

联合护理组(54 例)。常规护理组中男 28 例,女 26 例;年龄 20~68 岁,平均(42.84±6.49)岁;病程:≥1 年 32 例,<1 年 22 例;病原学分型:甲型 15 例,乙型 20 例,丙型 19 例。联合护理组中男 31 例,女 23 例;年龄 18~65 岁,平均(41.69±7.26)岁;病程:≥1 年 30 例,<1 年 24 例;病原学分型:甲型 13 例,乙型 23 例,丙型 18 例。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 常规护理组 该组给予常规护理。住院期间,采用口头宣教方式告知患者各型肝炎传播途径、注意事项、用药方法等,注意调整饮食、作息规律。如患者具有负性情绪,做好心理疏通,排解负性情绪。出院前,再次强调肝炎传播途径、遵医嘱规律用药对疾病控制的重要性,指导患者及家属做好预防、消毒工作,以避免反复感染,同时叮嘱患者 8 周后回院复诊。每月电话随访 1 次,了解患者病情,并给予康复指导。

1.2.2 联合护理组 在常规护理基础上给予动机性访谈联合奥瑞姆自护模式。(1)动机性访谈。入院后,首次动机性访谈目的是与患者建立良好的医患关系,宣教病毒性肝炎的病因、传播途径、治疗和预后情况,评估患者病情、心理健康状态及对疾病的应对态度,解答患者的疑虑。第 2 次访谈是患者接受治疗期间,强调按时服药对疾病预后的重要性,督促患者调整为健康的生活和作息习惯,帮助患者树立对抗疾病的信心。第 3 次访谈是在患者出院前,根据患者住院期间的表现,评估患者的自我管理能力、治疗依从性,鼓励患者加强自我管理,增强其自我管理决心,再次强调健康饮食、规律用药对控制疾病的重要性,提升患者的配合度。(2)奥瑞姆自护模式实施。针对动机性访谈结果,评估患者健康状况、对疾病的认知程度、心理健康、病耻感、自我效能感、自护能力,制定奥瑞姆自护模式的护理方案。①完全性补偿。患者缺乏对病毒性肝炎的认知,具有较强的病耻感和负性情绪,自护能力较差,给予情景式的知识宣教。护理人员根据各型肝炎疾病特点编排为一个情景剧宣教病毒性肝炎,使患者熟练掌握肝炎传播途径、正确生活方式及消毒隔离操作。情景剧以家庭为主,利用各种道具以发现患者不良生活习惯、错误预防操作等,并予以纠正指导,直至患者能完全掌握正确生活方式及消毒隔离操作等。加强患者家属的理解与支持,鼓励家属主动参与患者的疾病管理,在此期间关注患者情绪变化,帮助患者排解心理压力;正念减压疗法帮助患者识别、排解压抑情绪,增强患者心理复原力,其中包含认识正念、正念饮食、静坐冥想、正念行走、正念

想法与声音、正念响应压力、正念人际沟通与正念生活。②部分补偿。患者具备一定疾病认知,负性情绪较轻,具有一定的自护能力。医护人员引导患者创建健康的生活和作息习惯,家属进行日常监督;再次强调遵医嘱用药对疾病预后的重要性;充分了解患者饮食喜好,以清淡为原则,保证患者摄入充足热量及蛋白质,减少低脂肪、高糖食物并适当补充维生素;若患者具有明显厌油、恶心、黄疸症状,推荐患者以绿豆、薏苡仁、赤小豆熬汤或煮粥食用,健脾退黄;若患者存在腹水症状,要严格限制钠盐摄入,减轻肝脏和肾脏负担。家属应实施关注患者的心态变化,适时给予心理疏导,邀请病情控制良好的患者现身说法,分享自身康复的过程与经验,帮助患者重燃康复的希望与信念。③支持性教育。采用动画形式向患者演示酒精在体内的分解过程与损害机制,使患者了解饮酒对肝脏的危害及严重后果,劝告患者摒弃不良饮酒习惯;通过微信群不定时向患者分享权威的疾病相关知识文章或公众号,指导患者正确消灭传染源、切断传播途径,如护理用具、食具等在 100℃沸水中煮 20 min,被子、衣物等阳光暴晒 4~6 h,才可将肝炎病毒杀灭,吃饭时可采用分餐制,以提高患者自护能力。两组均持续干预 8 周。

1.2.3 观察指标 (1)治疗依从性。干预前、干预 8 周后,采用医院自制治疗依从性调查量表评估患者的治疗依从性。经验证该量表 Cronbach's α 为 0.86,分半信度为 0.82,内容包含遵医用药、生活起居、消毒隔离、规律饮食等,共 16 个评价条目,总分 0~100 分,分别将大于或等于 90、60~<90、<60 分记为十分依从、依从、不依从,总依从率=(总例数-不依从例数)/总例数 $\times 100\%$ 。(2)自我效能感。干预前、干预 8 周后,采用慢性病自我效能感量表(CSES)^[8]评估患者的自我效能感,该量表 Cronbach's α 为 0.87,包含疾病共性管理(2 项)与疾病症状管理(4 项)2 个维度,采用 Likert10 级评分法,从“毫无信心”到“信心十足”依次计 1~10 分,总分 6~60 分,分数越高,患者自我效能感越强。(3)病耻感。干预前、干预 8 周后,采用社会影响量表(SIS)^[9]评估患者的病耻感,该量表 Cronbach's α 为 0.85,包含社会隔离(7 项)、社会歧视(9 项)、自我羞耻感(5 项)、经济歧视(3 项)4 个维度,采用 Likert4 级评分法,单项 1~4 分,总分 24~96 分,分数与患者病耻感严重程度呈正相关。(4)应对方式。采用医学应对方式问卷(MCMQ)^[10]评估患者的应对方式,该量表 Cronbach's α 为 0.91,包含回避(7 项)、屈服(5 项)、面对(8 项)3 个维度,采用 Likert-4 级评分法,单项 1~4 分,分数与相应应对方式呈正相关。

1.3 统计学处理 采用 SPSS22.0 统计软件分析数据。符合正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组内比较行配对 t 检验,组间比较行独立 t 检验,计数资料以例数(%)表示,行 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 治疗依从性 干预后,联合护理组患者治疗总依从率为 98.15%,高于常规护理组的 83.33%,差异有统计学意义($\chi^2 = 7.053, P = 0.008$)。见表 1。

表 1 两组治疗依从性比较[n(%)]					
组别	<i>n</i>	十分依从	依从	不依从	总依从率
联合护理组	54	28(51.85)	25(46.30)	1(1.85)	53(98.15) ^a
常规护理组	54	22(40.74)	23(42.59)	9(16.67)	45(83.33)

注:与常规护理组比较,^a $P < 0.05$ 。

2.2 自我效能感 干预后,联合护理组患者 CSES 中疾病共性管理与疾病症状管理 2 个维度评分均高于干预前,且高于常规护理组,差异均有统计学意义($P < 0.05$);而常规护理组患者 CSES 中 2 个维度评分干预前后比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 2。

2.3 病耻感 干预后,两组患者 SIS 中社会隔离、社会歧视、自我羞耻感、经济歧视 4 个维度评分均低于干预前,且联合护理组患者 4 个维度评分低于常规护理组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

2.4 应对方式 干预后,两组患者 MCMQ 中回避、屈服 2 个维度评分均低于干预前,面对维度评分高于干预前,且联合护理组患者回避、屈服维度评分低于常规护理组,面对维度评分高于常规护理组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 4。

表 2 两组患者自我效能感比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	疾病共性管理		疾病症状管理	
		干预前	干预后	干预前	干预后
联合护理组	54	10.28±2.01	14.38±2.03 ^a	18.96±3.75	27.38±3.62 ^a
常规护理组	54	9.79±2.13	10.15±2.26	19.33±3.52	19.14±2.54
<i>t</i>	—	1.230	10.232	0.529	13.693
<i>P</i>	—	0.222	<0.001	0.598	<0.001

注:—表示无此项;与同组干预前比较,^a $P < 0.05$ 。

表 3 两组患者病耻感比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	社会隔离		社会歧视		自我羞耻感		经济歧视	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
联合护理组	54	18.64±3.83	12.53±3.29 ^a	17.31±3.35	11.64±3.04 ^a	11.79±3.01	7.33±2.59 ^a	8.49±2.13	5.84±1.42 ^a
常规护理组	54	19.02±3.67	15.88±3.62 ^a	17.86±3.76	15.03±2.69 ^a	12.18±2.75	9.42±2.86 ^a	8.18±2.05	6.74±1.76 ^a
<i>t</i>	—	0.527	5.033	0.803	6.137	0.703	3.980	0.771	2.925
<i>P</i>	—	0.600	<0.001	0.424	<0.001	0.484	<0.001	0.443	0.004

注:—表示无此项;与同组干预前比较,^a $P < 0.05$ 。

表 4 两组患者应对方式比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	回避		屈服		面对	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
联合护理组	54	15.79±2.45	11.53±1.87 ^a	13.45±3.73	8.58±1.62 ^a	16.76±3.19	20.62±2.97 ^a
常规护理组	54	16.28±2.37	13.19±2.08 ^a	12.93±2.95	10.36±2.48 ^a	16.24±3.60	18.49±3.34 ^a
<i>t</i>	—	1.056	4.361	0.804	4.416	0.794	3.502
<i>P</i>	—	0.293	<0.001	0.424	<0.001	0.429	<0.001

注:—表示无此项;与同组干预前比较,^a $P < 0.05$ 。

3 讨 论

在实际生活中,病毒性肝炎患者可能会遭受不同程度的社会歧视、就业歧视等,导致其有较强的自卑感与社会退缩感,而自我效能感普遍较低,治疗依从性较

低,不利于患者改善预后和患者的心理健康^[11-12]。

本研究将动机性访谈联合奥瑞姆自护模式用于病毒性肝炎患者护理中,结果显示,干预后,联合护理组患者 CSES 中疾病共性管理与疾病症状管理 2 个维

度评分均高于干预前,且高于常规护理组,差异均有统计学意义($P < 0.05$),与丁丽^[13]研究结果一致,表明动机性访谈联合奥瑞姆自护模式可有效提升患者的自我效能感。可能原因:在常规护理中,护理人员多遵医嘱开展用药、预防等健康宣教,常忽视患者的消极认知对疾病康复的影响。陈燕会等^[14]研究指出,有效的健康指导能降低患者自我感受负担,进而提高患者自我效能感。本研究首先通过动机性访谈评估患者的健康状况、对疾病的认知程度、心理健康、病耻感、自我效能感、自护能力,然后采取奥瑞姆自护模式进行护理干预,通过情景剧方式使患者亲自参与、互动,能充分理解教育内容,且情景剧模式新颖,能调动患者学习积极性,将教育寓于无形中,可提高患者疾病知识掌握度及健康素养;同时通过心理干预调节患者的负性情绪,有效提高患者自护能力及抗压能力,从而有助于提升患者自我效能感。

病毒性肝炎患者的病耻感处于中高等水平,且病耻感是患者滋生抑郁情绪、隐藏症状、治疗依从性下降的主要原因之一^[15-17]。本研究结果发现,干预后,联合护理组患者 SIS 中社会隔离、社会歧视、自我羞耻感、经济歧视评分低于常规护理组,而治疗依从性高于常规护理组,差异均有统计学意义($P < 0.05$),表明动机性访谈联合奥瑞姆自护模式能有效弱化病毒性肝炎患者病耻感,提升其治疗依从性。黄海燕等^[18]研究证实,社会支持度与病耻感之间呈负相关,提高患者社会支持度能有效降低患者病耻感。因此,本研究采取的奥瑞姆自护模式中,重视家属与同伴的社会支持作用,鼓励病情恢复良好的患者现身说法,创造患者之间互动的机会,使其产生情感共鸣,能减少患者社会隔离感,通过家属的同步支持,能增强患者康复自信,也能起到监督作用,有助于提高患者治疗依从性;另一方面,本研究重视患者自身的心理修复,通过正念减压疗法,将正念行走、正念饮食等融入患者日常生活,有助于引导患者接纳自身的病情,化解其内心矛盾,从而降低患者病耻感。

此外,有学者发现,患者的疾病应对方式在病耻感与社会支持度间具有中介作用,健康教育有助于提高患者领悟社会支持的能力,能促进患者以积极应对方式应对疾病产生的不良反应,从而降低患者病耻感^[19]。本研究结果显示,干预后,联合护理组患者 MCMQ 中面对维度评分高于常规护理组,回避、屈服维度评分低于常规护理组,差异均有统计学意义($P < 0.05$),表明动机性访谈联合奥瑞姆自护模式能促使患者应对疾病的方式更为积极。可能原因:动机性访谈可全面了解患者的心理健康状态和对疾病的应对方式,而奥瑞姆自护模式不仅全面宣教病毒性肝炎的

知识,强调健康饮食、规律用药对控制疾病的重要性,熟练掌握肝炎传播途径、正确生活方式及消毒隔离操作,还通过心理干预、加强患者家属的理解与支持等,支持性教育持续性提升患者的自护能力,增强其积极面对疾病的信心。

综上所述,动机性访谈联合奥瑞姆自护模式能提高病毒性肝炎患者治疗依从性及自我效能感,促进其积极应对疾病,从而降低病耻感。

参考文献

- [1] DUNN R, WETTEN A, MCPHERSON S, et al. Viral hepatitis in 2021: The challenges remaining and how we should tackle them[J]. World J Gastroenterol, 2022, 28(1): 76-95.
- [2] 杨瑞锋, 陈红松.《2022—2030 年全球卫生部门关于艾滋病、病毒性肝炎和性传播疾病行动计划》在病毒性肝炎领域的要求: 解读及临床实践[J]. 中华检验医学杂志, 2023, 46(1): 12-18.
- [3] 张德慧, 门雪妍. 以问题为导向的健康教育对慢性乙型病毒性肝炎患者的临床意义观察[J]. 护理实践与研究, 2021, 18(21): 3243-3246.
- [4] BURGUI C, SAN MIGUEL R, GOÑI-ESARTE S, et al. Effectiveness of hepatitis C antiviral treatment and feasibility of hepatitis C elimination goal[J]. Postgrad Med, 2023, 135(4): 352-360.
- [5] 张婉君, 李润花, 王萌萌. 基于动机性访谈制定的心理护理在晚期癌症病人中的应用效果[J]. 全科护理, 2023, 21(12): 1687-1690.
- [6] 李江滢, 张妍, 张海燕. 情绪护理结合奥瑞姆自护模式在中老年 2 型糖尿病患者中的应用价值[J]. 中西医结合护理(中英文), 2023, 9(2): 29-32.
- [7] 中华医学会传染病与寄生虫病学分会. 病毒性肝炎防治方案[J]. 中华内科杂志, 2001, 40(1): 62-68.
- [8] 秦发伟, 刘美凤, 李福霞, 等. 慢性病自我效能感在乳腺癌术后化疗患者疲乏和社会支持间的中介作用[J]. 中华现代护理杂志, 2022, 28(5): 596-601.
- [9] 肖海敏, 周鲜艳, 张晓娟, 等. 乳腺癌术后患者病耻感影响因素分析及与自尊、生活质量和心理社会适应能力的关系[J]. 现代生物医学进展, 2021, 21(23): 4522-4526.
- [10] 徐玲, 孔悦, 彭山玲, 等. 肝移植受者生活质量与医学应对方式、领悟社会支持相关性研究[J]. 齐

鲁护理杂志,2021,27(5):1-4.

[11] 马冰,白黎. 提升自我效能的护理干预对慢性乙型肝炎患者治疗依从性、心理状况的影响[J]. 国际护理学杂志,2020,39(12):2169-2171.

[12] 赵晓佩,贾海琼,李飒飒,等. 以格林模式为指导的健康宣教对病毒性肝炎患者自我效能及应对方式的影响[J]. 国际护理学杂志,2022,41(3):438-442.

[13] 丁丽. 动机性访谈联合奥瑞姆自护理念对慢性心力衰竭患者自我管理能力及预后的影响[J]. 基层医学论坛,2022,26(11):109-111.

[14] 陈燕会,胡书丽,文凯歌. 分层次个性化健康指导对宫颈癌患者术后自我效能感、自我护理能力及功能锻炼效果的影响[J]. 癌症进展,2022,20(3):319-323.

[15] 赵鹏,于紫微,马升高. 乙型肝炎患者病耻感及其影响因素的调查分析[J]. 实用预防医学,2020,27(2):210-212.

[16] LE GAUTIER R, WALLACE J, RICHMOND

• 护理研究 •

健康教育联合延伸护理对女性烧伤患者负性情绪及机体炎症的影响

姚冰冰,孙俊,王秀成

(南阳市中医院烧伤整形创面修复科,河南 南阳 473000)

[摘要] **目的** 探讨健康信念模式下的健康教育联合延伸护理对女性烧伤患者负性情绪、机体炎症的影响。**方法** 选取该院 2022 年 1—12 月女性烧伤患者 80 例,采用随机抽签法分为观察组(40 例)、常规组(40 例),两组持续干预 6 个月,常规组给予常规护理,观察组在此基础上实施健康信念模式下的健康教育联合延伸护理。比较两组负性情绪[汉密尔顿焦虑量表(HAMA)、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)]、炎症因子[肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-6(IL-6)、IL-8]、睡眠质量[匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQI)]、生活质量[世界卫生组织生活质量测定量表简表(WHOQOL-BREF)]、健康知识掌握度及并发症发生率。**结果** 干预后观察组 HAMA、HAMD、PSQI、WHOQOL-BREF、健康知识掌握度评分改善幅度均高于常规组($P<0.05$);干预后观察组 TNF- α 、IL-6、IL-8 水平降低幅度高于常规组($P<0.05$);观察组并发症发生率(10.00%)低于常规组(30.00%)($P<0.05$)。**结论** 健康信念模式下的健康教育联合延伸护理能减少女性烧伤患者负性情绪及炎症反应,降低并发症发生率,提高生活质量。

[关键词] 健康信念模式; 健康教育; 延伸护理; 负性情绪; 心理健康

DOI:10.3969/j.issn.1009-5519.2024.01.033 **中图法分类号:**R473

文章编号:1009-5519(2024)01-0162-04 **文献标识码:**B

烧伤是指热力所引起的皮肤或黏膜损害,严重者可伤及皮下或黏膜下组织,甚至内脏^[1]。虽然随着医疗科技的提升,烧伤患者存活率也随之提高,但烧伤患者在康复时需要忍受剧烈疼痛,且预后通常会留下烧伤瘢痕,尤其是女性患者,更容易产生自卑、抑郁、恐惧等负性情绪,降低患者睡眠质量,从而影响组织

J A, et al. The personal and social impact of chronic hepatitis B: A qualitative study of vietnamese and Chinese participants in Australia [J]. Health Soc Care Community, 2021, 29(5): 1420-1428.

[17] JIN D, BRENER L, TRELOAR C. Hepatitis B-related stigma among Chinese immigrants living with hepatitis B virus in Australia: A qualitative study [J]. Health Soc Care Community, 2022, 30(6): e5602-e5611.

[18] 黄海燕,李云峰,张灿玲,等. 社会支持在慢性乙型肝炎患者病耻感与自我管理行为之间的中介作用[J]. 齐鲁护理杂志,2021,27(15):10-13.

[19] 艾宪英,郑美,王爱青,等. 精神分裂症患者家属应对方式在病耻感及社会支持中的中介效应[J]. 护士进修杂志,2020,35(24):2209-2214.

(收稿日期:2023-06-16 修回日期:2023-10-15)

器官的自我修复,不利于患者预后^[2-3]。健康信念模式是指为了保持健康或促进健康而采取的行为和信念,对个体的健康状况有积极影响,有利于实现自我满足,包括疾病知识知晓程度、健康知识掌握程度等方面的行为^[4-5]。健康教育可帮助患者了解掌握有益于健康的行为生活方式^[6];延伸护理可帮助患者及其