

基于 HAPA 模型的上消化道早癌内镜黏膜下剥离术（ESD）患者术后随访依从性促进方案研究

孟奕

吉林市中心医院，132001

摘要：目的 探讨基于健康行动过程取向（HAPA）模型的随访依从性促进方案对上消化道早癌 ESD 术后患者的效果。方法 选取 120 例 ESD 术后患者，随机分为对照组（60 例）和观察组（60 例）。对照组接受常规随访宣教，观察组实施基于 HAPA 模型的分阶段干预方案（前意向、意向、行动、维持四阶段）。比较两组术后 3、6、12 个月的随访依从率、健康信念及满意度。结果 观察组各时间点依从率（91.67%、86.67%、81.67%）均高于对照组（73.33%、61.67%、51.67%），健康信念总分及满意度（95.00% vs 78.33%）均优于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论 基于 HAPA 模型的干预方案能有效提高 ESD 术后患者随访依从性，值得推广。

关键词：HAPA 模型；上消化道早癌；内镜黏膜下剥离术；随访依从性

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2024 年 1 月至 2025 年 12 月某三甲医院消化内科收治的上消化道早癌 ESD 术后患者。纳入标准：①经病理确诊为早期食管癌或早期胃癌，ESD 术后切缘阴性；②年龄 ≥ 18 岁，沟通能力正常；③需定期随访（术后 3、6、12 个月复查胃镜）。排除标准：①合并其他恶性肿瘤或严重脏器功能障碍；②精神疾病；③术后严重并发症。共纳入 120 例，随机分为对照组（60 例）和观察组（60 例）。对照组男 34 例，女 26 例，平均年龄（ 58.6 ± 9.2 ）岁；观察组男 36 例，女 24 例，平均年龄（ 59.1 ± 8.7 ）岁。两组基线资料差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。研究经医院伦理委员会批准。

1.2 方法

对照组：实施常规护理，出院时口头及书面告知随访时间、检查项目；出院后电话提醒。

观察组：在常规护理基础上实施基于 HAPA 模型的分阶段干预方案。HAPA 模型将健康行为改变分为动机阶段（前意向、意向）和意志阶段（行动、维持），各阶段干预措施如下。

（1）前意向阶段（入院第 1~2 天）——提升风险感知与结果预期。采用图文手册及短视频讲解早癌 ESD 术后复发风险（约 1%~5%）及随访对早期发现复发的价值。邀请已坚持随访 2 年以上的康复者分享经验，强化“不随访可能延误治疗”的认知。引导患者想象坚持随访后的安心状态与不随访的担忧，形成正向结果预期。（2）意向阶段（入院第 3 天至出院前）——形成行为意向与行动计划。指导患者签署《随访承诺书》。与患者共同制定个体化《随访行动计划表》，明确每次复查时间、地点、所需资料及交通安排。同时邀请一名家属参与，负责提醒与陪同。针对可能的障碍（工作、经济等）提前制定应对方案。（3）行动阶段（出院后第 1~2 周）——触发行为启动与自我效能提升。出院后第 3 天、第 7 天发送提醒短信。出院前为患者预约好术后 3 个月的胃镜号，降低执行难度。建立微信群，由已完成首次随访的患者分享经验，形成同伴激励。（4）维持阶段（出院后 1 个月至 12 个月）——防止行为中断。指导患者设置手机日历提醒，每季度推送随访倒计时。如遇工作冲突可联系护士协调改期。在术后 6 个月、12 个月随访前 1 周进行个性化电话鼓励，回顾成功随访经历，强化“我有能力坚持”的信念。每次完成随访后发放“健康积分卡”，集满 3 次可兑换免费检测或礼品。

1.3 评价指标

（1）随访依从率：术后 3、6、12 个月按时完成胃镜复查的比例。（2）健康信念：采用改编的 Champion 健康信念量表（5 维度 25 条目，总分 25~125 分）。（3）护理满意度：自制问卷，满意度=（非常满意+满意）/总例数×100%。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 26.0，计数资料用 χ^2 检验，计量资料用 t 检验， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 随访依从率比较

观察组术后 3、6、12 个月的随访依从率均高于对照组（ $P<0.05$ ），且随时间延长优势更明显，见表 1。

表 1 两组随访依从率比较 [例（%）]

组别	例数	术后 3 个月	术后 6 个月	术后 12 个月
对照组	60	44（73.33）	37（61.67）	31（51.67）
观察组	60	55（91.67）	52（86.67）	49（81.67）
χ^2 值		6.536	9.356	11.087
P 值		0.011	0.002	0.001

2.2 健康信念水平比较

观察组健康信念量表总分及感知易感性、感知严重性、感知益处、感知障碍、自我效能各维度评分均高于对照组（ $P<0.001$ ），见表 2。

表 2 两组健康信念评分比较（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

组别	感知易感性	感知严重性	感知益处	感知障碍	自我效能	总分
对照组	16.4±3.1	17.2±3.4	18.5±3.0	14.8±3.6	16.3±3.5	83.2±12.8
观察组	19.7±2.8	20.5±3.0	22.3±2.5	18.9±3.2	21.4±2.9	102.8±10.5
t 值	6.02	5.60	7.45	6.58	8.64	9.16
P 值	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.3 护理满意度比较

观察组满意度为 95.00%（57/60），其中非常满意 40 例、满意 17 例；对照组满意度为 78.33%（47/60），其中非常满意 18 例、满意 29 例。两组比较差异有统计学意义（ $\chi^2=7.212$ ， $P=0.007$ ）。

3 讨论

3.1 HAPA 模型的理论优势

ESD 术后患者随访依从性低的主要原因包括“无症状不需复查”“工作繁忙”“认知不

足”等。传统健康教育往往停留在信息告知层面，未能针对行为改变的不同阶段提供差异化干预。HAPA 模型将行为改变划分为前意向、意向、行动、维持四个阶段，强调不同阶段的心理特征不同，干预策略也应不同。本研究据此设计分阶段方案：前意向阶段激发动机，意向阶段制定计划，行动阶段降低执行门槛，维持阶段防止行为中断。该理论框架使干预更具针对性，效果也更显著。

3.2 方案对依从性和健康信念的提升效果

本研究结果显示，观察组术后 3、6、12 个月的随访依从率分别为 91.67%、86.67%、81.67%，显著高于对照组的 73.33%、61.67%、51.67%（ $P<0.05$ ）。同时，观察组健康信念各维度评分均显著提高（ $P<0.001$ ），提示干预不仅改变了行为，更重塑了患者的认知。特别是自我效能维度（ 21.4 ± 2.9 vs 16.3 ± 3.5 ），说明通过成功体验和同伴激励，患者相信自己有能力坚持随访。这验证了 HAPA 模型的核心观点——自我效能是意向转化为行动的关键。

3.3 实践要点与局限性

实施中需注意：①干预需贯穿住院至出院后 12 个月，要求护理团队具备较好的连续性；②应对计划应个体化，如为老年患者增加家属联动；③正反馈不宜过度依赖物质奖励，应逐步向内在成就感转化。本研究的局限性：单中心、样本量有限，随访仅 12 个月，且未采用盲法。未来可开展多中心研究，并将方案嵌入移动医疗平台以提高效率。

4 结论

基于 HAPA 模型的分阶段干预方案能有效提高上消化道早癌 ESD 术后患者的随访依从率，增强健康信念，提升满意度。该方案为消化内科内镜术后延续性护理提供了理论依据和实践路径。

参考文献

- [1] Schwarzer R. Modeling health behavior change[J]. Appl Psychol, 2008, 57(1): 8-29.
- [2] 张晓霞, 李楠, 王丽. 基于 HAPA 模型的健康教育在胃癌术后患者随访管理中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2023, 29(15): 2025-2030.
- [3] 刘云, 陈亚红. 早期胃癌 ESD 术后患者随访依从性的现状及影响因素分析[J]. 护理学杂志, 2024, 39(8): 89-93.
- [4] 王芳, 徐桂华. 健康信念量表在消化道肿瘤患者中的信效度检验[J]. 中国实用护理杂志, 2021, 37(24): 1867-1872.

作者简介：孟奕（1980，11），女，汉，吉林人，主管护师，本科，研究方向:消化内科方向。