

液透析患者液体平衡的影响[J]. 实用医学杂志, 2012, 28 (9): 1549-1550.

[5] 邢伟, 吴艳青, 宋延锋, 等. 维持性血液透析患者的健康教育干预与生活质量[J]. 中国组织工程研究与临床康复, 2011, 15(5): 901-904.

[6] 周晓娟, 赵庆华, 刘丽萍. 维持性血液透析患者症状负担与生活质量相关性研究[J]. 第三军医大学学报, 2013, 35 (5): 464-467.

[7] Lopes AA, Bragg J, Young E, et al. Depression as a predictor of mortality and hospitalization among hemodialysis patients in the United States and Europe[J]. *Kidney Int*, 2002, 62(1): 199-207.

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.08.049

[8] Bossola M, Ciciarelli C, Di Stasio E, et al. Correlates of symptoms of depression and anxiety in chronic hemodialysis patients[J]. *Gen Hosp Psychiatry*, 2010, 32(2): 125-131.

[9] Katon W, Lin EH, Kroenke K. The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness[J]. *Gen Hosp Psychiatry*, 2007, 29(2): 147-155.

(收稿日期: 2014-10-11 修回日期: 2014-12-10)

# 不同健康教育方案对白血病患者自我护理行为影响的对比研究

王燕玲

(海南医学院附属医院血液肿瘤内科, 海口 570102)

[中图分类号] R473.1

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2015)08-1143-03

化疗是目前治疗白血病常用的方法。但治疗过程中可引起患者出现不同程度的不良反应, 如胃肠道反应、免疫抑制、疼痛等, 从而导致患者对治疗产生恐惧心理, 甚至对治疗效果产生怀疑, 更有甚者直接放弃治疗或转向采用非正规性治疗, 从而影响患者治疗效果<sup>[1]</sup>。研究表明<sup>[2]</sup>, 提高患者自我护理行为能力有助于提高患者治疗依从性及治疗效果。跨理论模型认为个体行为改变是需要经历一系列动态循环阶段性改变后才能实现<sup>[3]</sup>。目前, 该理论已被应用在心内科患者不良行为运动锻炼及健康教育中, 但在白血病患者中的应用效果目前研究甚少。因此, 本文将对白血病患者应用跨理论模型进行健康教育, 并分析该理论对患者遵医行为、心理状况及自我护理行为影响, 现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取本院 2012 年 6 月至 2013 年 6 月收治的 80 例白血病患者为研究对象, 纳入标准: (1) 患者均经病理组织学确诊; (2) 预计生存期限大于 6 个月; (3) 均签署知情同意书。排除精神障碍、语言障碍、阅读障碍及肝肾功能不全者。其中, 男 45 例, 女 35 例, 年龄为 38~82 岁, 平均(56.3±5.4) 岁。根据随机数字表法将患者分为观察组及对照组各 40 例, 两组患者性别、年龄等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 对照组** 对照组患者给予血液科常规健康教育, 具体如下, (1) 饮食指导: 给予患者清淡易消化且蛋白质丰富的食物, 增加患者机体免疫功能; (2) 运动锻炼: 合理安排患者活动及休息, 运动锻炼应以有氧运动为主, 如散步、太极拳, 以缓解患者焦虑、抑郁的情绪; (3) 其他指导: 嘱咐患者按时、按量服药, 按疗程完成化疗。

**1.2.2 观察组** 观察组患者在对照组的 treatment 基础上进行跨理论健康教育, 具体如下, (1) 成立健康教育小组: 由具有 5 年工作经验以上的护师组成健康教育小组, 根据跨理论模型对患者进行白血病健康教育; (2) 确定健康教育内容: 由健康教育小组

向患者解析化疗不良反应产生的原因及其防治措施, 消除患者治疗疑虑, 改善患者焦虑、抑郁情绪。指导患者正确用药, 避免药物不良反应, 同时将白血病化疗知识制成健康教育宣传手册发给患者; (3) 对患者行为变化阶段进行评估: 评估患者所处行为阶段, 并针对相应阶段实施对应的干预措施。①前意向阶段: 该阶段患者由于化疗引起各种不适而存在放弃治疗的意愿。因此, 针对该阶段患者, 护理人员应向患者讲解行为改变对疾病治疗的好处, 鼓励患者积极面对病情, 分享调查研究结果, 同时邀请治疗效果理想的患者对其进行病例讲解, 提高患者治疗信心。②意向阶段: 该阶段患者虽有接受化疗治疗的意愿, 但对治疗无明确计划。对于该类患者护理小组可让其回顾性分析其行为, 并让其说出行为与认知不一致的地方, 让患者描述自从疾病发病以来对生活方式的改变。同时对患者家属做好思想工作, 鼓励家属多与患者沟通, 增加患者治疗信心。③准备阶段: 该阶段患者已有明确接受化疗治疗的意愿, 但患者治疗不规范。对该类患者护理人员应加强与患者沟通, 告诉患者药物可能存在的风险及不良反应, 并通过与患者家属进行交流, 获取家属成员的配合及支持。化疗前让患者充分阅读化疗相关注意事项, 并耐心回答患者提出的问题。④行动阶段: 该阶段患者已经规范性地接受化疗, 该阶段护理人员应强化患者管理及社会支持, 指导患者合理用药, 减少不良反应, 鼓励患者坚持治疗。⑤维持阶段: 该阶段患者坚持规范化疗相对稳定, 对于该类患者应与患者多沟通, 了解其心理状况, 与其建立良好的护患关系。

**1.3 评价指标** (1) 遵医行为: 采用自行设计的调查问卷对患者遵医行为进行调查, 问卷内容包括患者基本情况、规律服药、功能锻炼、合理饮食、规范化疗等方面遵医行为, 问卷经 Cronbach's  $\alpha$  值检验, 问卷的整体信度值为 73.9%, 证实该问卷具有较高的可信度。 (2) 应用焦虑自评表(SAS)以及抑郁自评表(SDS)对两组患者心理状况进行评价。按照中国常模结果 SAS 总分为 100 分, SAS 得分大于或等于 50 分为焦虑, 分值越高, 患者焦虑感越强。中国以 SDS 标准分大于或等于 50 分为

表 1 两组患者干预前、后遵医行为比较[n(%)]									
组别	n	规律服药		功能锻炼		合理饮食		规范化疗	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	40	9(22.50)	37(92.50)	10(25.00)	38(95.00)	9(22.50)	37(92.50)	10(25.00)	39(97.50)
对照组	40	10(25.00)	28(70.00)	9(22.00)	24(60.00)	10(25.00)	25(62.50)	9(22.00)	24(60.00)
$\chi^2$		1.012	5.896	0.984	6.321	0.869	6.405	0.895	5.886
P		0.140	0.005	0.109	0.002	0.196	0.001	0.159	0.005

有抑郁症状,分值越高患者抑郁症状越严重<sup>[4]</sup>。(3)自我护理行为:采用由 Zheng 等学者编制的自我护理能力测评表进行测量,共分为自我护理机能、自我概念、自我责任感共 3 个维度合计 22 个条目,每个维度采用 0~4 分计分法计算,每个维度可单独计分,可转化为标准分 0~100 分,>70 分自护行为良好。

**1.4 统计学处理** 采用 SPSS 17.0 软件进行统计学分析,计量资料采用  $\bar{x}\pm s$  表示,计数资料采用率表示;组间计量资料采用成组  $t$  检验,组间计数资料采用  $\chi^2$  检验,以  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

**2 结 果**

**2.1 两组患者干预前、后遵医行为比较** 两组患者干预前规律服药、功能锻炼、合理饮食、规范化疗遵医行为率的比较差异无统计学意义( $P>0.05$ );而干预后观察组规律服药、功能锻炼、合理饮食、规范化疗遵医行为率显著高于对照组( $P<0.05$ ),见表 1。

**2.2 两组患者干预前、后心理状况分析** 与干预前相比,观察组干预后 SAS、SDS 评分显著下降( $P<0.05$ ),而对照组干预

前、后 SAS、SDS 评分比较无变化( $P>0.05$ ),见表 2。

**表 2 两组患者干预前、后 SAS 及 SDS 评分比较( $\bar{x}\pm s$ ,分)**

组别	n	SAS		SDS	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	40	65.98±5.87	28.63±12.28 <sup>△</sup>	64.59±4.28	29.14±11.26 <sup>△</sup>
对照组	40	66.12±4.95	65.48±4.79 <sup>▲</sup>	65.96±5.12	64.39±5.02 <sup>▲</sup>
t		0.962	5.889	0.874	6.025
P		0.145	0.000	0.214	0.000

<sup>△</sup>: $P<0.05$ ,与观察组干预前比较;<sup>▲</sup>: $P>0.05$ ,与对照组干预前比较。

**2.3 两组患者干预前、后自我护理行为评分比较** 观察组患者干预后自我护理技能、自我概念、自我责任感、自护能力总评分显著高于对照组干预后,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表 3。

表 3 两组患者干预前、后自我护理行为评分比较( $\bar{x}\pm s$ ,分)									
组别	n	自我护理技能		自我概念		自我责任感		自护能力	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	40	32.15±11.21	73.69±20.15 <sup>△</sup>	38.05±13.69	76.85±22.56 <sup>△</sup>	39.02±12.25	76.39±21.69 <sup>△</sup>	39.02±12.25	75.48±20.68
对照组	40	33.24±12.04	50.56±14.24 <sup>▲</sup>	39.05±14.25	52.25±13.44 <sup>▲</sup>	40.02±13.79	52.85±12.33 <sup>▲</sup>	40.02±13.79	52.03±17.21 <sup>▲</sup>
t		1.012	4.695	1.113	4.985	1.225	5.021	1.158	5.396
P		0.285	0.002	0.198	0.000	0.191	0.000	0.172	0.000

<sup>△</sup>: $P<0.05$ ,与观察组干预前比较;<sup>▲</sup>: $P>0.05$ ,与对照组干预前比较。

3 讨 论

跨理论模型属于目的性明确的行为改变模型,该模型强度个体行为非单一事件而是连续性的行为过程<sup>[5]</sup>。跨理论模型核心结构为个体性行为改变阶段,其将个体行为改变分为前意向阶段、意向阶段、准备阶段、行动阶段及维持阶段<sup>[6]</sup>。对于前意向阶段、意向阶段、准备阶段的患者主要干预策略是自我再评估、意识唤醒、环境再评估,其目的是为了提高患者对化疗的认知,增强患者治疗信心。对于行动阶段及维持阶段患者主要干预策略是自我解放、强化管理及控制,其目的是为了提高患者自我效能及知识需求,使得患者坚持化疗。由于不同阶段干预的侧重点不同,使得干预更符合个体需求,更具针对性。Sabado 等<sup>[7]</sup>研究表明,以跨理论作为护理干预方案制订的依据可有效改善患者的自我护理行为。

自护能力是指患者为了维持自身功能正常及身体健康而采取的一系列的自我调节性活动<sup>[8]</sup>。白血病患者自我能力包括自我护理技能、自我概念、自我责任感等能力。本研究结果显示,观察组患者干预后自我护理技能、自我概念、自我责任

感、自护能力总评分显著高于对照组干预后,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),研究结果与 Donald 等<sup>[9]</sup>一致,从而提示以跨理论论作为干预方案制订的依据可有效提高白血病患者自护行为,并能在一定程度上改善患者遵医嘱行为,降低患者因化疗不适而产生的恐惧、焦虑心理。本研究中干预后观察组患者规律服药、功能锻炼、合理饮食、规范化疗遵医行为率显著高于对照组( $P<0.05$ ),且与干预前比较,观察组患者干预后 SAS、SDS 评分显著下降( $P<0.05$ ),而对照组患者干预前、后 SAS、SDS 评分无变化( $P>0.05$ )。Paradis 等<sup>[10]</sup>对癌症疼痛患者应用跨理论模型进行护理干预,与干预前比较,患者遵医行为率显著上升,本研究结果与其基本一致。与常规健康教育比较,跨模型健康教育能更准确地评估白血病患者存在的问题,并能抓住患者心理特点,有针对性地对患者存在的问题进行护理干预,从而改善患者存在的不良行为。而常规性护理只是简单地向患者说明化疗期间的注意事项,并没有对患者存在的问题进行评估,效果较差。此外,跨理论模型通过引进自我效能从而增加患者在特定环境下治疗的信心。Cheng 等<sup>[11]</sup>指出,根据自我

效能理论,成功的经验可增加患者自我效能感,而失败的经验则降低患者自我效能感。因此,本研究在干预过程中让处于维持阶段的患者向其他阶段患者讲解坚持健康生活方式及持续治疗对疾病控制的成功体验,从而消除患者焦虑、抑郁等负性情绪,增加患者自护信心及自我效能。

患者从前意向阶段向维持阶段发展过程中,患者思想观念不断转换,因此,护理人员在正确评估患者所处的阶段时,应着手对患者下一阶段的治疗做好准备,使得健康教育可在白血病患者治疗过程中发挥促进作用。此外,由于患者思想是反复变化的,尽管部分患者处于行动期或维持阶段,但仍有可能由于各种因素而放弃治疗,因此,对于这 2 个阶段的患者护理人员不能掉以轻心,应加强与患者沟通,鼓励患者继续接受治疗。

参考文献

[1] 周建芳,金钰梅,马燕萍,等.全反式维甲酸诱导联合化疗治疗急性早幼粒细胞性白血病并发症的护理[J].中华护理杂志,2012,47(12):1072-1073.

[2] Kam LY,Knott VE,Wilson C,et al. Using the theory of planned behavior to understand health professionals' attitudes and intentions to refer cancer patients for psychosocial support[J]. Psychooncology,2012,21(3):316-323.

[3] 蒋志,周乐山.跨理论模型在肥胖儿童体重管理中的应用[J].护理管理杂志,2012,12(3):217-219.

[4] 孙凤伟.跨理论模型干预对慢性阻塞性肺疾病患者生活质量与心理的影响[J].护理学杂志,2012,27(21):40-41.

[5] 蒋志,陈伶俐,周乐山,等.跨理论模型应用于肥胖儿童体育锻炼的护理干预[J].护理学杂志,2013,28(11):34-36.

[6] 罗倩倩,高芳.跨理论模型及其在糖尿病患者生活方式干预中的应用进展[J].护理学杂志,2013,28(3):88-90.

[7] Sabado M,Tanjasiri SP,Alil SM. Role of Spirituality in Coping with Breast Cancer:Qualitative Study of Samoan Breast Cancer Survivors and their Supporters[J]. Californian J Health Promot,2010,8(2):11-22.

[8] Jim HS,Quinn GP,Gwede CK,et al. Patient education in allogeneic hematopoietic cell transplant: what patients wish they had known about quality of life[J]. Bone Marrow Transplant,2014,49(2):299-303.

[9] Donald M,Dower J,Coll JR,et al. Mental health issues decrease diabetes-specific quality of life independent of glycaemic control and complications:findings from Australia's living with diabetes cohort study[J]. Health Qual Life Outcomes,2013,11:170.

[10] Paradis V,Cossette S,Frasure Smith N,et al. The efficacy of amotivational nursing intervention based on the stages of change on sem care in heart failure patients[J]. J Cardiovasc Nurs,2010,25(2):130-141.

[11] Cheng F,Meng AF,Yang LF,et al. The correlation between ostomy knowledge and self-care ability with psychosocial adjustment in Chinese patients with a permanent colostomy:a descriptive study[J]. Ostomy Wound Manage,2013,59(7):35-38.

(收稿日期:2014-10-08 修回日期:2014-12-10)

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.08.050

200 例吡嗪酰胺引起高尿酸血症的观察与护理

张晓蓉<sup>1</sup>,樊安芝<sup>2△</sup>

(重庆市公共卫生医疗救治中心:1. 结核四科;2. 结核一科 400036)

[中图分类号] R589;R47 [文献标识码] C [文章编号] 1671-8348(2015)08-1145-02

吡嗪酰胺是一种重要的抗结核杆菌的一线药物,所有的初、复治抗结核治疗方案均包括吡嗪酰胺,对处于酸性环境中缓慢生长的吞噬细胞内的结核杆菌来说,吡嗪酰胺是目前最佳杀菌药物,其可透过血脑屏障,且与其他药物无交叉耐药,是短程化疗的主要药物之一,常用于各类结核病的强化期治疗<sup>[1]</sup>。吡嗪酰胺口服易于吸收,服药后 2 h 血药浓度达到高峰,半衰期为 6 h,主要从尿中排出,30% 为吡嗪酸,4% 为原材料排出<sup>[2]</sup>。吡嗪酰胺作为常规治疗肺结核的药物之一,在临床上广泛使用,其常见的不良反应为高尿酸血症和关节疼痛<sup>[1]</sup>。急剧的血尿酸升高可引起肾小管急性、大量、广泛的尿酸结晶阻塞,出现急性肾衰竭,还可导致关节疼痛,发生率约 10%<sup>[3]</sup>。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2013 年 1~9 月,本院收治的肺结核患者 546 例,初治及第 1 次复治病例并使用含吡嗪酰胺方案抗结核治疗者 346 例,因服用吡嗪酰胺导致高尿酸血症(伴或不伴

关节疼痛)的 200 例肺结核患者。将此 200 例患者分试验组和对照组各 100 例。其中,试验组男 76 例,女 24 例,年龄 16~75 岁,平均(42.6±8.6)岁;对照组男 75 例,女 25 例,年龄 17~77 岁,平均(43.2±8.3)岁。两组患者初治病例抗结核方案为 2HREZ/4HR,复治病例抗结核方案为 2HREZAmk/6HRE。两组患者在年龄、性别及病情方面比较差异无统计学意义(P>0.05),具有可比性。观察两组患者护理干预前、后血尿酸值、血尿酸达标数等指标。

1.2 方法 对照组进行常规护理。试验组在常规护理的基础上予以饮食干预、治疗干预、疼痛护理及系统的健康指导。

1.3 常规护理 讲解吡嗪酰胺的不良反应。嘱患者多食新鲜蔬菜和水果,因为新鲜蔬菜和水果不仅含有丰富的维生素、矿物质、纤维和某些生物活性物质,而且属于碱性食物,有利于降低血液和尿液的酸度,增加尿酸的溶解,有利于尿酸的排出,如土豆、牛奶、橘子、西瓜等。关节疼痛时卧床休息,注意关节