

· 临床护理 · doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2018.34.029

基于行为转变理论的护理模式在恶性骨肿瘤综合治疗中的应用研究

陈 红, 陈 培

(贵州医科大学第二附属医院护理部, 贵州凯里 556000)

[中图分类号] R473.73 [文献标识码] C [文章编号] 1671-8348(2018)34-4433-03

恶性骨肿瘤具有发病隐匿、病情进展迅速、致残和致死率极高等特点,应根据肿瘤临床分期选择外科手术、放疗、化疗以及基因治疗等。一旦确诊患者都不可避免地会出现恐惧、抑郁、焦虑等不良情绪,对患者的内分泌、循环、神经系统造成负面影响,还可能导致临床治疗效果下降、预后不良,给患者造成沉重的负担^[1]。行为转变理论是 1983 年 PROCHASKA 在社会心理学基础上提出的,通过重点关注人群行为,强化生活方式干预使不良行为、情绪得以改善,从而促进健康的理论^[2]。目前已在吸烟人群控烟行为转变中取得良好效果^[3]。本研究将行为转变理论应用于恶性骨肿瘤综合治疗的护理中,旨在提高骨肿瘤患者自护能力及生活质量,改善不良情绪。

1 资料与方法

1.1 一般资料 连续选择 2015 年 3 月至 2017 年 3 月本院经病理确诊的恶性骨肿瘤患者 80 例。纳入标准:(1)未截肢,依从性好,完成治疗疗程和随访,临床资料完整;(2)年龄 18~65 岁,受教育时间至少 12 年;(3)治疗有效,预计生存期大于 12 个月。排除标准:(1)伴严重心、肝、肺、肾、脑等脏器障碍;(2)骨肿瘤治疗严重并发症;(3)原发精神或神经病变,认知功能障碍;(4)实施截肢治疗及预计生存期小于 12 个月者。

本研究由本院伦理委员会审核通过且患者均签署知情同意书,采用随机数字法将患者分为对照组和观察组各 40 例,其中对照组男 22 例,女 18 例,年龄 28~63 岁,平均(42.6±15.9)岁,受教育时间 13~22 年,平均(16.5±5.8)年。肿瘤类型为骨肉瘤 20 例,软骨肉瘤 10 例,纤维肉瘤 5 例,恶性骨巨细胞瘤 5 例;肿瘤位置为股骨下端 16 例,胫骨上端 14 例,肱骨上端 10 例。观察组男 21 例,女 19 例,年龄 26~65 岁,平均(43.8±17.6)岁,受教育时间 14~20 年,平均(15.6±6.3)年。骨肉瘤 20 例,软骨肉瘤 8 例,纤维肉瘤 4 例,恶性骨巨细胞瘤 8 例;股骨下端 15 例,胫骨上端 15 例,肱骨上端 10 例。两组患者的基线资料具有可比性($P>0.05$)。

1.2 方法 肿瘤治疗根据肿瘤类型和临床分期,综合患者基础状态,依据骨肿瘤治疗指南要求,采用肿瘤根治术+截骨术+放化疗、新辅助化疗+肿瘤根治

术+术后放化疗、单纯放化疗等多种综合方案。

对照组患者采取常规专科护理,即根据医嘱完成护理操作,具体措施如下:发放健康手册、举办骨肿瘤知识讲座、进行个体化指导及定期随访。(1)饮食指导:推荐高蛋白和高维生素饮食,增强抵抗力;(2)用药指导:遵医嘱按时、按量用药,化疗前半小时预防性服用止吐药,毒性大的化疗药物注射前水化和氯化处理;(3)康复锻炼:注意休息,辅助运动,保肢手术后 24 h 进行皮牵引,患肢保持外展,术后 72 h 指导关节主动屈伸活动,防止下肢深静脉血栓形成;7 d 后下床使用行走器械不负重行走,锻炼以患者能够耐受为宜;(4)心理护理:鼓励患者主动寻求支持与帮助,与亲朋好友及医护人员多交谈,减轻心理压力,多参加娱乐活动,提高社会适应能力。

观察组采用基于行为转变理论的护理模式,分阶段实施护理,(1)无意图阶段:通过第 1 次统一性讲座和“一对一”深度访谈,与患者及家属沟通,提高患者的自我管理能力和健康生活的认知度,时间为 1 周;(2)意图阶段:进行第 2 次讲座,重点分析各种不良生活方式,唤起患者改变的意愿,强化健康生活意识,时间为 1 周;(3)准备阶段:促使患者正确认识健康生活、自我管理对治疗的重要性,由医护人员发放健康手册,举办第 3 次讲座,把护理干预内容告知患者,进行互动答疑,时间为 1~2 周;(4)行动阶段:帮助患者设定行为转变目标,增强信心,用个体化护理帮助患者解决实际问题,时间为 4 周;(5)维持阶段:继续保持改变的行为,每周随访 1 次进行延续护理,督促患者,时间为 16~24 周。

1.3 观察指标和评价标准 两组患者均干预 16~24 周后,由经过培训的第三方统计人员采用自我护理能力测量量表(ESCA)^[3]进行自我护理能力评分,包括健康知识、自护责任感、自我概念和自护技能 4 个维度,43 个条目,采用 0~4 分五级评分法,评分越高表明自我护理能力越佳。采用汉密尔顿焦虑和抑郁量表(HAS、HDS)^[4]进行包含 7 个焦虑问题、7 个抑郁问题的调查,采用 0~3 分四级评分法,其中 7~9 分为症状可疑,>9 分表示有明确的焦虑或抑郁情绪。采用 WHO 生存质量测定量表简表^[5](WHOQOL-BEFF)对生活质量进行测定,包括心理、生理、环境和

社会关系 4 个领域, 26 个条目, 采用 0~5 分评分法, 得分越高表明生活质量越好。

1.4 统计学处理 采用 SPSS20.0 软件进行分析, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用 t 检验; 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 组间自我护理能力评分的比较 观察组护理后健康知识、自护责任感、自我概念及自护技能得分均显著高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 组间自我护理能力评分的比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	健康知识	自护责任感	自我概念	自护技能
观察组	36.5 ± 7.8	32.6 ± 9.3	29.4 ± 6.2	26.7 ± 8.5
对照组	25.3 ± 5.2	23.2 ± 5.6	18.2 ± 5.7	13.6 ± 5.5
t	8.632	8.421	7.965	7.852
P	0.000	0.000	0.000	0.000

表 3 组间 WHOQOL-BEFF 评分的比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	心理	生理	环境	社会关系	总分
观察组	22.5 ± 6.3	31.7 ± 7.5	25.5 ± 5.2	29.8 ± 4.7	124.5 ± 32.6
对照组	10.3 ± 3.5	14.4 ± 8.3	19.3 ± 6.5	20.5 ± 6.6	68.9 ± 24.7
t	6.034	6.852	6.396	5.779	16.532
P	0.011	0.000	0.004	0.017	0.000

3 讨 论

手术、放化疗等是控制恶性骨肿瘤生长和转移的主要方法, 术后疼痛、化学药物细胞毒性增加恶心、呕吐等毒副反应, 患者免疫力降低, 伴随焦虑或抑郁等不良情绪, 严重影响生存质量^[4]。由于社会支持不足、疾病恶化和转移等因素往往导致肿瘤患者以消极情绪面对, 是降低临床疗效和影响预后的主要危险因素^[5]。本研究将行为转变理论应用于恶性骨肿瘤患者的临床护理工作中, 通过对患者循序渐进地进行疾病相关的用药、饮食、康复指导及心理干预, 使患者逐渐形成良好的健康行为, 增强了自我护理能力^[6]。观察组患者的健康知识、自护责任感、自我概念及自护技能得分均显著高于对照组, 焦虑和抑郁评分降低, 心理、生理、环境及社会关系领域评分和总得分均明显高于对照组。提示基于行为转变理论的护理模式有助于提高恶性骨肿瘤患者的自我护理能力, 缓解负性情绪, 改善生活质量, 值得临床推广。

基于行为转变理论的护理模式的引进, 护理工作的重心逐渐转移, 以身心并护为核心^[11]。在行为转变理论应用中, 要求护理人员与患者建立互助、合作关系, 一方面护理人员协助患者提升自我护理能力, 另一方面要求患者以积极的心态配合治疗, 提高护理工作效率^[12]。这种地位平等的相处模优点在于: (1) 在

2.2 组间护理前后 HAS 和 HDS 评分的比较 两组护理后 HAS 和 HDS 评分较护理前降低, 且观察组明显低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 组间护理前后 HAS 和 HDS 评分的比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	HAS		HDS	
	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	15.7 ± 4.4	5.6 ± 2.3 [#]	16.6 ± 4.7	7.4 ± 2.2 [#]
对照组	14.8 ± 5.3	8.5 ± 2.5 [#]	15.7 ± 4.4	10.2 ± 2.4 [#]
t	0.356	5.988	0.212	6.235
P	0.723	0.016	0.832	0.008

[#]: $P < 0.05$, 与护理前比较

2.3 组间 WHOQOL-BEFF 评分的比较 观察组护理后心理、生理、环境及社会关系领域评分和总得分均明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

传统健康教育的基础上进行阶段性干预, 以恶性骨肿瘤患者的实际需求为导向, 采用不同方式提供行为支持, 通过强化健康行为和生活方式干预, 使健康意识与健康生活方式相结合^[7]; 患者日常健康行为有利于生活质量的提高。(2) 强调在行为转变的每一个阶段提供相应策略, 使患者顺利进入行为转变下一个阶段, 不断提升患者自我护理能力和生存质量^[8]。对患者综合治疗出现的不良反应积极对症处理, 尽可能减少疾病及治疗的痛苦^[9]。(3) 基于行为转变理论的护理帮助患者逐渐了解、熟悉疾病相关知识及应对策略, 患者对疾病应对管理能力提高, 焦虑和抑郁情绪逐渐减少^[10]。(4) 随着优质护理、整体护理理论在临床工作中推广, 不仅有利于减轻患者的焦虑和抑郁负面情绪, 还有利于体现个人价值, 改善患者的消极态度^[13-14]。

综上所述, 基于行为转变理论的护理模式通过分阶段方式, 提高了恶性骨肿瘤患者的自我护理水平, 消除和缓解了不良情绪, 改善了生活质量。由于不同的肿瘤患者的临床干预手段不同, 采用行为转变理论是否同样产生相应的效果还需要深入分析。

参考文献

[1] 吴艳, 田薇, 吴丽, 等. 贝克认知疗法在恶性骨肿瘤保技术

- 患者心理护理中的应用[J]. 护理学杂志, 2014, 29(2): 66-68.
- [2] 杨志敏, 谌科, 周凤勤. 行为转变理论在住院高血压病患者生活方式转变中的应用研究[J]. 护士进修杂志, 2012, 27(24): 2271-2273.
- [3] 吴丽萍, 李亚洁. 为转变理论在不良生活方式干预中的应用进展[J]. 护理学报, 2009, 16(8A): 12-14.
- [4] 詹潮勇, 张子盈. 心理治疗对改善癌症患者心理状况的效果分析[J]. 右江民族医学院学报, 2014, 10(5): 773-779.
- [5] KONNO R. Cochrane review summary for cancer nursing: acupuncture point stimulation for chemotherapy-induced nausea or vomiting[J]. Cancer Nurs, 2010, 33(6): 479-480.
- [6] 孙瑞. 基于行为转变理论的护理模式对骨肿瘤患者生存质量与不良反应的影响[J]. 现代医学, 2016, 44(1): 117-120.
- [7] 庞增粉, 李灵娟, 闫晓宁, 等. 行为分阶段转变理论在肿瘤合并糖尿病患者饮食管理中的应用[J/CD]. 实用临床护理学(电子杂志), 2016, 1(2): 86-87.
- [8] 朱四清, 魏进莲, 朱元娜. 行为阶段转变理论在乳腺癌术后患肢功能恢复中的应用效果[J]. 安徽医学, 2016, 37
- 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2018.34.030
- (8): 1043-1045.
- [9] LEUNG D, ESPLIN M J, PETER E, et al. How haematological cancer nurses experience the threat of patients' mortality? [J]. J Adv Nurs, 2011, 11(10): 1365-1368.
- [10] 赵育凌, 顾晴. 跨理论模型在我国慢性病患者健康教育中的应用进展[J]. 中华现代护理杂志, 2015, 21(8): 869-872.
- [11] 单萍, 石瑞新, 李秀翠. 全程康复护理对恶性骨肿瘤保肢治疗下肢功能的疗效分析[J]. 中国肿瘤临床与康复, 2015, 22(2): 211-214.
- [12] 庞静, 蔡益民, 赵天莉, 等. 个性化舒适护理对骨肿瘤患者焦虑、抑郁的影响[J]. 当代护士(下旬刊), 2017, 4(1): 86-88.
- [13] 杨柳, 邓美菊. 强化护理干预对骨肿瘤化疗患者不良反应和生活质量的影响[J]. 中国肿瘤临床与康复, 2016, 23(2): 215-218.
- [14] 林虹. 基于行为转变理论的护理模式对骨肿瘤患者生存质量与不良反应的影响[J]. 中国妇幼保健研究, 2017, 28(1): 577-578.

(收稿日期: 2018-06-10 修回日期: 2018-08-24)

2 型糖尿病患者一级亲属糖尿病知识、态度、行为的现状调查*

王俊锋, 吕素, 郭员志, 李玉雪, 李俊玲[△]

(郑州大学第二临床学院 450000)

[中图分类号] R181.3

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2018)34-4435-04

国际糖尿病联盟(International Diabetes Federation, IDF)最新公布的糖尿病地图显示, 中国 2013 年糖尿病患者为 9 840 万, 居全球首位; 到 2035 年, 中国的糖尿病患者将达到 1.43 亿。目前已经明确家族史和遗传倾向是 2 型糖尿病的不可改变的危险因素, 如果父母有一人患糖尿病, 子女患糖尿病的概率为 10%~20%; 如果父母双方均患有糖尿病, 这一危险性将增加至 30%~50%^[1-2]。糖尿病不仅给患者带来肉体和精神上的损害并导致寿命的缩短, 还给个人和国家带来沉重的经济负担^[3]。本研究通过了解 2 型糖尿病患者一级亲属(父母、兄弟姐妹)的糖尿病知识、态度、行为的现状, 对发现的高危人群、高危因素提出有针对性的干预措施。

1 资料与方法

1.1 研究对象 本研究为横断面调查, 样本量计算根据糖尿病患者一级亲属糖尿病知识、态度、行为问卷 36 个条目乘以 10, 考虑 15% 的失访率, 确定样本量为 414 例。采用便利抽样的方法对郑州市某三级

甲等医院体检科和内分泌科的 2 型糖尿病患者一级亲属进行调查。

1.1.1 纳入标准 (1) 年龄大于或等于 18 岁; (2) 非糖尿病患者; (3) 父母至少一方患有 2 型糖尿病; (4) 意识清楚, 无认知障碍, 能进行语言沟通; (5) 自愿参加本研究。

1.1.2 排除标准 (1) 患有肿瘤或其他严重疾病者; (2) 中途退出研究者。

1.2 研究工具

1.2.1 一般资料调查表 包括研究对象性别、年龄、身高、体质量、职业、文化程度、月收入、医保方式、血糖、糖尿病家族史等。

1.2.2 糖尿病防治健康素养调查问卷 由中国健康教育中心编制, 主要内容包括: 糖尿病基本知识、糖尿病预防相关行为、糖尿病信息的获取和利用情况。

1.2.3 糖尿病患者一级亲属糖尿病知识、态度、行为问卷 该问卷为自设问卷, 分为 3 个维度, 共 36 个条目。问卷以知行模式及健康信念模式为理论基础,