

# 结构化教育对痛风患者慢性病自我效能水平的影响<sup>▲</sup>

周冰<sup>1,2</sup> 陈谊月<sup>2</sup> 谢晓炜<sup>2</sup> 罗静<sup>2</sup> 李飞燕<sup>2</sup>

(1 中南大学湘雅护理学院,湖南省长沙市 410013,电子邮箱:zhoubing05@csu.edu.cn;

2 中南大学湘雅二医院护理学教研室,湖南省长沙市 410011)

**【摘要】 目的** 探讨结构化教育对痛风患者自我效能水平的影响。**方法** 将104例痛风患者随机分为观察组54例和对照组50例。对照组进行常规健康教育,观察组在此基础上进行结构化教育,采用慢性病自我效能水平量表评价两组患者的自我效能水平。**结果** 干预后,对照组自我效能水平总分及各维度得分与干预前比较差异无统计学意义(均 $P > 0.05$ ),但观察组自我效能水平总分及疲劳乏力、疼痛、自我保健评分高于干预前及对照组(均 $P < 0.05$ )。**结论** 结构化教育干预可以提高痛风患者的慢性病自我效能水平。

**【关键词】** 痛风;结构化教育;自我效能;护理

**【中图分类号】** R 589.7 **【文献标识码】** B

**【文章编号】** 0253-4304(2020)05-0637-04

**DOI:**10.11675/j.issn.0253-4304.2020.05.28

痛风是由单钠尿酸盐沉积导致的晶体相关性炎性关节病,属于代谢性风湿病范畴<sup>[1]</sup>,该病在我国大陆地区的患病率为1.1%<sup>[2]</sup>,且有逐年上升的趋势,严重危害人类健康。痛风与饮食、生活方式密切相关,开展健康教育可帮助患者加深对疾病的认知,从而更好地自我管理,控制疾病发展<sup>[3]</sup>。结构化教育是根据研究对象的教育背景和具体情况而进行的有目的、个体化、分阶段全面灵活的健康教育<sup>[4]</sup>,适用于不同知识水平的个体,可以满足不同患者的生理和心理需求<sup>[5]</sup>。本研究探讨结构化教育对痛风患者自我效能水平的影响,现报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 临床资料** 选取2017年6月至2018年6月我院收治的104例痛风患者作为研究对象。纳入标准:(1)符合痛风诊治指南中的诊断标准<sup>[1]</sup>;(2)无沟通障碍,具有完全的认知和行为能力;(3)知情同意,自愿参与本研究。排除标准:(1)合并其他严重心、肝、肾及神经系统疾病;(2)严重认知及精神障碍者。本研究经医院医学伦理委员会审查批准,所有研究对象均签署知情同意书。根据随机数字表法将患者分为观察组54例和对照组50例,两组患者一般资料差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),见表1。

表1 两组患者一般资料比较

项目	对照组 (n=50)	观察组 (n=54)	$t/\chi^2$ 值	P 值
年龄( $\bar{x} \pm s$ ,岁)	50.58 ± 12.81	51.69 ± 12.89	-0.438	0.662
性别[n(%)]				
男性	49(98.0)	52(96.3)	0.269	0.604
女性	1(2.0)	2(3.7)		
文化程度[n(%)]				
未受教育	2(4.0)	3(5.6)		
小学	6(12.0)	7(13.0)		
中学	25(50.0)	26(48.1)	1.566	0.955
中专	2(4.0)	4(7.4)		
大专	8(16.0)	8(14.8)		
本科	6(12.0)	4(7.4)		
硕士及以上	1(2.0)	2(3.7)		
婚姻状况[n(%)]				
已婚	44(88.0)	42(77.8)		
未婚	5(10.0)	9(16.7)	2.098	0.350
丧偶	1(2.0)	3(5.6)		

## 1.2 方法

**1.2.1 对照组:**开展常规健康教育,制作疾病知识手册,手册主要包括疾病基础知识、饮食护理、运动方法、用药指导、心理调适和疼痛管理等。督促患者自学手册内容;同时,患者住院期间,护士组织患者进行集体授课,30 min/次,干预期间共授课1次。

**1.2.2 观察组:**采用结构化教育,以科室示教室为教育场所。患者入院后第2天,在对其进行常规宣教的基础上,根据患者对知识的掌握情况,对各个模块进行强化再教育。(1)组建干预团队。干预团队由风

▲基金项目:湖南省财政厅医疗卫生和计划生育资助项目(湘财社指[2018]95号)

作者简介:周冰(1993~),女,在读硕士研究生,研究方向:风湿疾病的康复护理。

通信作者:陈谊月(1982~),女,硕士,主管护师,研究方向:临床护理,电子邮箱:chenyiyue01@csu.edu.cn。

避免疫科医师、责任护士、国家二级心理咨询师、国家公共营养师及取得省级专科护士证书的疼痛管理护士和康复专科护士组成。(2) 干预内容。① 疾病基础知识模块,由责任护士讲解,内容包括痛风的定义、发病机制、临床表现、并发症及预防等。② 饮食模块,由取得公共营养师证书的护士向患者介绍常见食物的嘌呤含量,打印成册便于患者记忆,教会患者健康的烹饪方式,告知其每日合理的饮水量,鼓励患者改变不良的饮食习惯。③ 运动模块,由康复专科护士指导患者在有氧运动前测量脉搏,并安排 20 min 热身运动。运动遵循循序渐进的原则,以不出现持续性疲劳或其他不适为宜,督促患者制定慢跑、健身操等锻炼计划,引导患者坚持锻炼,强调坚持锻炼的重要性。④ 药物模块,由责任护士向患者讲解常见药物的作用、服药方法及不良反应。强调遵医嘱服药的重要性,不随意增减药物或停药。鼓励家属参与到患者的行为管理中,督促患者按时、按量服药。⑤ 心理模块,由取得心理咨询师证书的护士与患者互动沟通,鼓励患者主动表达不良感受,并及时给予回应。鼓励患者调整心态,提高治疗疾病的信念,以疾病控制较好的患者为范例对患者进行现身说法,增强患者治疗疾病的信心。⑥ 疼痛模块,由疼痛专科护士为患者讲解评估疼痛的方法及常用的非甾体消炎药和镇痛药,告知镇痛药物的作用和不良反应,并教会患者采取看电视、听音乐等转移注意力的方式来缓解疼痛。(3) 干预阶段。整个干预过程分为三个阶段,每个阶段由目标—学习—反馈 3 个部分组成。① 第一阶段(入院第 2 天)学习疾病知识。目标:患者基本了解痛风的基础知识。学习:由责任护士进行疾病基础知识理论授课,共 1 个课时,在下午进行,时间为 30 min。反馈:采用双向提问的方式,授课结束后患者自由提问,责任护士耐心解答,将患者未掌握或不了解的知识记录在健康档案中。同时授课护士根据授课内容提问,请患者回答,护士耐心解答患者未掌握的知识并及时记录。② 第二阶段(入院第 3~5 天)个体化教育。目标:患者能掌握第一阶段未掌握的知识,并学习其余 5 个模块的知识。学习:由责任护士根据患者第一阶段知识掌握的情况进行评估,总结每

位患者知识的薄弱环节,与医师、专科护士共同制订个体化的教育方案。由责任护士、心理咨询师、公共营养师、专科护士(康复、疼痛)进行药物、饮食、运动、疼痛、心理调适等 5 大结构知识的教育,形式为一对一宣教,每个模块宣教时间约为 30 min。反馈:对患者知识的掌握程度进行反馈总结,及时调整,并鼓励患者进行日常生活方式的自我管理。③ 第三阶段(入院第 6 天~出院)行为自我管理。目标:患者能根据自身情况制订饮食及运动计划,进行生活方式的自我管理。学习:运用已习得的知识进行自我管理,学习制订饮食及运动计划,并根据血尿酸水平和关节疼痛情况进行调整。反馈:监督患者制订计划,观察其实施情况,并协助患者适时调整。

1.3 观察指标 观察干预前后两组患者慢性病自我效能水平。慢性病自我效能水平量表由美国斯坦福大学患者教育中心研制<sup>[6]</sup>,量表由 6 个项目组成,1~4 项为症状管理自我效能(控制疲劳乏力、疼痛、情绪压抑、症状及健康问题的自信心),5~6 项为疾病共性管理自我效能(自我保健、遵医行为)。每项均采用 1~10 级评分法,1 分为“完全没有信心”,10 分为“完全有信心”,取 6 个项目的平均分作为患者慢性病自我效能水平得分,得分 < 5 分为低水平,5 ≤ 得分 < 7 分为中水平,得分 ≥ 7 分为高水平<sup>[7]</sup>。该量表使用简便,Cronbach  $\alpha$  系数为 0.87,重测信度为 0.91。

1.4 统计学分析 采用 SPSS 21.0 软件进行统计学分析。计量资料以  $(\bar{x} \pm s)$  表示,组间比较采用  $t$  检验;计数资料以例数(百分比)表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验。以  $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

干预前,两组患者自我效能水平总分及各项目评分比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );干预后,对照组自我效能水平总分及各维度得分与干预前比较差异无统计学意义(均  $P > 0.05$ ),但观察组患者自我效能水平总分、疲劳乏力、疼痛、自我保健评分高于干预前及对照组(均  $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 两组患者干预前后慢性病自我效能水平比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	n	总分		t 值	P 值	疲劳乏力		t 值	P 值
		干预前	干预后			干预前	干预后		
对照组	50	18.82 ± 6.21	21.18 ± 10.02	-1.936	0.059	3.86 ± 2.75	4.08 ± 2.83	-0.554	0.582
观察组	54	19.15 ± 8.28	34.09 ± 7.28	-4.399	0.001	3.69 ± 2.43	8.17 ± 2.46	-2.828	0.007
t 值		-0.227	-3.847			-0.369	-2.584		
P 值		0.821	<0.001			0.713	0.011		

续表 2

组别	n	疼痛		t 值	P 值	情绪		t 值	P 值
		干预前	干预后			干预前	干预后		
对照组	50	3.22 ± 2.280	3.70 ± 2.62	-1.129	0.264	3.30 ± 2.53	3.48 ± 2.23	-0.437	0.664
观察组	54	3.69 ± 2.43	7.96 ± 2.26	-2.951	0.005	3.59 ± 2.61	3.91 ± 2.17	-1.865	0.068
t 值		-1.001	-2.908			-0.580	-1.966		
P 值		0.319	0.005			0.563	0.052		

组别	n	症状		t 值	P 值	自我保健		t 值	P 值
		干预前	干预后			干预前	干预后		
对照组	50	3.00 ± 2.12	3.70 ± 2.61	-1.490	0.143	2.92 ± 2.33	3.46 ± 1.92	-1.268	0.211
观察组	54	2.48 ± 2.06	3.28 ± 2.55	-1.955	0.056	2.93 ± 2.60	7.52 ± 2.51	-4.004	0.001
t 值		1.242	0.590			-0.012	-3.200		
P 值		0.217	0.557			0.990	0.002		

组别	n	遵医行为		t 值	P 值
		干预前	干预后		
对照组	50	2.40 ± 2.08	2.62 ± 2.13	-0.582	0.564
观察组	54	2.35 ± 2.61	3.15 ± 2.51	-1.987	0.052
t 值		0.104	-1.514		
P 值		0.918	0.133		

### 3 讨 论

自我效能是人对自身行为能力的认知与评价,自我效能高的人能选择高的健康目标<sup>[8]</sup>。有研究结果表明,慢性阻塞性肺疾病<sup>[9]</sup>、类风湿关节炎<sup>[10]</sup>、2型糖尿病<sup>[11]</sup>等患者的自我效能均处于低水平。本研究结果也显示,干预前两组患者自我效能均处于低水平。可能原因有:(1)痛风以疼痛、疲劳乏力为主,且反复发作,降低了患者控制疼痛、疲乏等症状方面的自我效能。Doğan 等<sup>[12]</sup>研究表明患者疼痛视觉模拟评分越高,自我效能得分越低。我们认为疼痛可能是痛风患者自我效能低的原因。(2)痛风病情反复发作,患者需接受多次治疗以控制病情,易出现消极情绪,失去治疗信心。有研究证实患者心理状况越好,自我效能水平越高<sup>[13]</sup>,而痛风患者出现的消极情绪可导致其自我效能降低。(3)因受到经济、知识水平的影响,患者自我保健意识不强,遵医行为和自我管理能力较差。有研究显示,患者的教育和经济水平与自我效能水平呈正相关<sup>[14]</sup>。因此,医护人员应根据患者的知识构成、对疾病知识的掌握情况进行健康教育,提高其自我效能。

结构化教育由英国糖尿病患者教育工作组在2005年提出并应用于临床<sup>[15]</sup>,研究显示该教育模式可提高2型糖尿病<sup>[16]</sup>、强直性脊柱炎<sup>[17]</sup>、癌症<sup>[18]</sup>患

者的自我效能水平。本研究结果表明,结构化教育可提高痛风患者控制疲劳、疼痛及自我保健方面的自我效能,与上述研究结果相似。提示结构化教育可以加深患者对痛风症状的认知,学会控制或缓解相关症状的方法,从而提高控制疲劳、疼痛及自我保健方面的自我效能。我们在进行结构化健康教育过程中,在开始新的教育模块前均评估上一次的宣教效果,对完成计划的患者给予鼓励,分析未完成计划的原因,重建学习计划,从而增强了患者控制症状和进行自我保健的信心。

还有研究表明<sup>[19]</sup>,结构化教育可改善孤独症儿童母亲的焦虑、抑郁水平。但本研究结果显示,两组患者情绪因子评分差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),可能与病种、病情轻重及心理干预程度不同有关,今后需加强痛风患者的心理干预,改善其不良情绪,提高其遵医行为。

综上所述,运用结构化教育对住院痛风患者进行宣教,可提高其自我效能水平。但本研究仅局限性住院痛风患者,该教育模式对出院后患者自我效能水平的影响如何还有待研究。

### 参 考 文 献

- [1] 中华医学会风湿病学分会. 2016 中国痛风诊疗指南[J]. 中华内科杂志, 2016, 55(11): 892-899.
- [2] Liu R, Han C, Wu D, et al. Prevalence of hyperuricemia and gout in mainland China from 2000 to 2014: a systematic review and meta-analysis[J]. Biomed Res Int, 2015, 2015: 762-820.
- [3] 徐文艺, 邱雪. 延续性护理在痛风和高尿酸血症病人干预中的应用[J]. 护理研究, 2016, 30(26): 3303-3305.

(下转封三)

为导向,以达到既能培养高素质医学人才,又能将科研成果应用于临床的目的。因此,希望有关部门能够通过适当增加对临床医学课题的科研资助比例,为专业型硕士提供必要的科研实践保障。

### 3 结 语

当前医学教育改革与发展的新形势,要求医学教育工作者们加快对新医学知识的深入发掘、应用、积累和传承,培养出更多高水平、高素质的医疗服务人才,为医学卫生事业的发展奠定人才基础。应严格执行专业型医学硕士研究生科研能力培养方案及要求,注重培养专业型医学硕士研究生的科研意识,制定科学合理的科研培养时间计划,同时通过增加对专业型医学硕士研究生的科研投入,帮助他们重塑科研自信,从而为社会输送更多既能胜任临床工作与解决临床实际问题,又具备扎实的理论基础和科研技能的“复合型”人才,以满足人民日益增长的对高水平、高

素质的医疗服务人才的需求。

### 参 考 文 献

- [1] 中华人民共和国国务院学位委员会. 临床医学专业学位试行办法[J]. 中医教育,1998,17(5):3-4.
- [2] 陈琪,刘娅,叶运莉. 医学研究生科研能力培养现状与对策分析[J]. 卫生职业教育,2015,33(1):12-13.
- [3] 程雯,杨敏京,王以新,等. 医学硕士专业学位研究生科研能力培养现状与对策[J]. 中华医学教育杂志,2015,35(3):367-368,395.
- [4] 吴佩丽,张素素,孙嘉."双轨合一"模式下医学专业型研究生科研素质提升实践与探索[J]. 医学教育研究与实践,2018,26(5):804-807.
- [5] 杨莉,黄开勇,王晓敏. 预防医学硕士研究生创新性教育模式改革构想[J]. 高教论坛,2017(1):107-108.
- [6] 刘洁. 临床医学专业学位研究生培养与住院医师规范化培训并轨的探索与思考[J]. 学位与研究生教育,2014(6):13-16.  
(收稿日期:2019-10-10 修回日期:2020-01-20)
- [7] Appl Nurs Res,2017,36:25-32.
- [8] Cooney A, O'Shea E, Casey D, et al. Developing a structured education reminiscence-based programme for staff in long-stay care facilities in Ireland[J]. J Clin Nurs,2013,22(13/14):1977-1987.
- [9] Adepu R, Ari SM. Influence of structured patient education on therapeutic outcomes in diabetes and hypertensive patients[J]. Asian J Pharm Clin Res,2010,3(3):174-178.
- [10] Lorig K, Stewart A, Ritter P, et al. Outcome measure for health education and other health care interventions[M]. Thousand Oaks:Sage Publications,1996:41-44.
- [11] Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, et al. Patient self-management of chronic disease in primary care[J]. JAMA,2002,288(19):2469-2475.
- [12] 韩燕霞,钮美娥,汪小华,等. 慢性阻塞性肺疾病患者健康知识水平与自我效能的相关性[J]. 解放军护理杂志,2012,29(7):12-14.
- [13] 马伟光,郭爱敏,石松华,等. 慢性阻塞性肺疾病患者自我效能现状及其影响因素研究[J]. 中国护理管理,2015,15(7):808-811.
- [14] 于力,崔岚,郡岩,等. 类风湿关节炎患者自我效能水平及相关因素分析[J]. 现代生物医学进展,2011,11(19):3749-3751.
- [15] D'Souza MS, Karkada SN, Parahoo K, et al. Self-efficacy and self-care behaviours among adults with type 2 diabetes[J]. Appl Nurs Res,2017,36:25-32.
- [16] Doğan N, Göriş S, Demir H. Levels of pain and self-efficacy of individuals with osteoarthritis[J]. Agri,2016,28(1):25-31.
- [17] 吴垠,曹玲,戴艳,等. 自我效能干预对下肢骨折患者术后锻炼依从性及负性情绪的影响[J]. 实用医院临床杂志,2016,13(1):84-86.
- [18] 尚刘文心,沈美芳,陈文瑶,等. 慢性心力衰竭患者症状管理自我效能及其影响因素的调查研究[J]. 中华护理杂志,2014,49(6):674-679.
- [19] 周莹霞,陆骆,赵列宾,等. 结构化饮食管理课程对2型糖尿病血糖控制及饮食行为的影响[J]. 上海交通大学学报(医学版),2013,33(8):1131-1134.
- [20] 刘娟,龚光明,杨慧,等. 结构化教育结合ABC管理方法在2型糖尿病健康教育的应用[J]. 成都中医药大学学报,2014,37(3):66-68.
- [21] Kasapoglu Aksoy M, Birtane M, Taştekin N, et al. The effectiveness of structured group education on ankylosing spondylitis patients[J]. J Clin Rheumatol,2017,23(3):138-143.
- [22] Tokdemir G, Kav S. The effect of structured education to patients receiving oral agents for cancer treatment on medication adherence and self-efficacy[J]. Asia Pac J Oncol Nurs,2017,4(4):290-298.
- [23] 黄师菊,秦秀群,邹园园,等. 家庭结构化教育对孤独症儿童母亲焦虑、抑郁的影响[J]. 中国儿童保健杂志,2013,21(6):633-635.  
(收稿日期:2019-11-10 修回日期:2020-01-14)

(上接第639页)