

健康信念模式教育对 COPD 患者自我护理能力与生存质量的影响

黄仕明, 黄泽礼, 李江旭, 王秋梅·王俊, 姚其英

遵义医学院附属医院, 贵州 遵义 563003

摘要 目的 探讨健康信念模式教育对COPD患者自我护理能力与生存质量的影响。**方法** 选取2011年3月~11月在遵义医学院附属医院呼吸科住院的COPD患者90例。其中2011年3月~6月入院的47例为实验组, 2011年7月~11月入院的43例为对照组, 实验组运用健康信念模式在患者住院及出院后持续进行健康教育干预, 对照组按常规方式进行健康教育。在干预前与出院干预6月后, 采用自我护理能力量表 (ESCA)、圣乔治呼吸问卷(SGRQ)测评两组患者的自我护理能力与生存质量。**结果** 与常规健康教育方式的患者相比较, 运用健康信念模式教育的患者在干预6月后自我护理能力, 及其生存质量均有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 运用健康信念模式实施健康教育可提高COPD患者的自我护理能力, 改善患者生存质量。

关键词: 健康信念模式 ;健康教育;COPD 患者;自我护理能力 ;生存质量

慢性阻塞性肺疾病 (COPD) 是威胁人类健康的呼吸系统常见病、多发病。据 2000 年国内统计数据显示, COPD 在中国的主要致死病因中排第三位, 仍是危害我国公众健康的主要疾病之一^[1]。这不仅导致患者身心痛苦, 还造成家庭和社会经济负担加重。国际 COPD 教育和预防组织指出: COPD 控制成功的关键在于良好的自我护理^[2]。自我护理能力是影响生存质量的重要因素, 自我护理能力越强, 生存质量越高^[3]。而大多数 COPD 患者自我护理能力处于低水平^[4]。为此, 本研究拟运用健康信念模式对 COPD 患者进行系统的健康教育干预, 以探讨其对 COPD 患者自我护理能力与生存质量的影响。

1 对象与方法

1.1 研究对象选择 选取 2011 年 3 月~11 月入住遵义医学院附属医院呼吸科的 COPD 患者。纳入标准: 符合中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病诊治指南标准^[5], 年龄 40 岁及以上, 文化程度小学以上, 意识清醒并具有一般交流能力, 无严重心脏病及其它限制活动的致残性疾病。排除严重心肺疾病急性发作期, 同时合并其他严重疾病及精神病史者。研究经本院伦理委员会批准, 纳入前告知患者研究内容, 签署知情同意后列为研究对象。2011 年 3 月~6 月入院的 47 例患者为实验组, 其中男 41 例, 女 6 例, 年龄 40~81 岁, 平均年龄 66.13 ± 7.65 岁; 2011 年 7 月~11 月入院的 43 例患者为对照组, 其中男 38 例, 女 5 例, 年龄 43~82 岁, 平均年龄 65.76 ± 8.21 岁。两组患者在性别、年龄、文化程度、经济收入、家庭支持、医疗费来源及住院频次等具有可比性, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 研究方法

1.2.1 研究人员的组成 研究人员由呼吸内科医生与护士构成, 其中高级职称 3 人、中级职称 3 人、初级职称 4 人。为保证教育的规范和一致性, 在研究开始前对研究人员进行统一培训。

基金项目: 2010 年贵州省教育厅高等学校人文社会科学研究基地项目 (10JD68)

作者简介: 黄仕明, 女, 1964-, 贵州习水县人, 汉族, 本科学历, 主任护师, 副教授, 主要从事内科护理、护理管理与护理教学工作。

1.2.2 干预方法 实验组患者在住院期间运用健康信念模式进行健康教育，出院后通过电话进行6个月的强化教育；对照组在住院期间进行常规健康教育，出院后常规随访。

1.2.2.1 评估患者的健康信念 在患者住院后，由研究人员通过问卷评估患者对COPD基本知识（包括严重性和威胁性）、治疗知识、自我护理知识及肺康复锻炼知识的认知；评估患者对呼吸功能锻炼可改善肺功能与生活质量等益处的认知；评估影响或制约患者呼吸功能锻炼的因素，如年龄、文化程度、经济收入、医疗费来源、家庭支持、心理状况等。

1.2.2.2 运用健康信念模式对实验组患者进行健康教育。根据评估结果，制定教育计划和流程，由研究组成员对患者进行多形式与系统的健康教育。教育原则为循序渐进，不断强化，逐渐深入。（1）住院期间：①定期开展COPD健康知识讲座。每周组织1次患者及家属参与的COPD知识讲座，让患者及家属了解COPD，认识COPD的严重性、危害性与威胁性。②指导患者进行呼吸功能锻炼，让患者了解呼吸功能锻炼的益处和障碍。应用图片、示范、多媒体等形式对患者及家属进行呼吸功能锻炼培训，讲解呼吸功能锻炼的好处，及时发现和解决锻炼过程中遇到的困难，让患者逐渐掌握呼吸功能锻炼的方法。③帮助患者树立坚持呼吸功能锻炼的信心。针对患者年龄大、文化程度低（初中及以下占55.56%）、经济收入低（<1500元/月者占60%）、心理状况不同及接受能力差等特点，采取个体化健康教育、心理疏导和呼吸功能锻炼指导，同时让患者家属参与呼吸功能锻炼培训，通过医护及家属的共同努力帮助患者树立坚持呼吸功能锻炼的信心。④充分认识影响患者自我护理的因素，鼓励患者坚持自我护理。通过制作图文并茂、通俗易懂的自我护理手册与呼吸功能锻炼卡，组织患者之间互相交流学习，指导患者在网上学习COPD自我护理知识等，为患者学习自我护理技能提供支持，使患者能坚持自我护理。（2）出院前：评估健康教育效果，根据结果制定出院后的教育计划，并建立教育档案。（3）出院后：将患者分为两组，由两名研究人员各负责1组按计划完成2周1次的电话随访与教育，了解患者身心状况及自我护理执行情况，根据存在问题对患者和家属进行强化教育，评价教育效果并记录。

1.2.2.3 对照组 由责任护士在患者床边进行常规健康教育，内容为COPD休息、药物、饮食及呼吸功能锻炼等。出院前给予常规出院教育。出院后随访频次与实验组相同，但不进行任何指导，只了解基本情况和解答患者提出的问题。

1.2.3 评价工具

1.2.3.1 自我护理能力测定量表（ESCA） 该量表是美国学者1979年根据Orem的自我护理理论设计制定的^[6]，研究显示该量表具有较好的信效度。量表包括43个条目，分为4个维度，即自我护理技能、自护责任感、自我概念和健康知识水平，5分制计分，总分在0~172分之间，得分越高，自我护理能力越强。根据总分及各项得分，将自我护理能力分为高、中、低3个水平，其中得分大于该项总分的66%为高水平，33%~66%为中等水平，小于33%为低水平^[2]。

1.2.3.2 圣乔治呼吸问卷（SGRQ） SGRQ是目前公认的评价COPD患者生存质量和疗效的重要手段之一。由

Jonrs^[7]等在 1991 年设计而成, 具有良好的信效度。SGRQ 包括 50 个问题, 分为 3 个维度: 呼吸症状、活动受限、疾病影响。总分范围是 0~100 分, 0 分表明对生活质量完全无影响, 得分越高则受影响程度越大。

1.3 评价方法 在干预前与干预 6 月后采用 ESCA 与 SGRQ 问卷评价两组患者的自我护理能力与生存质量。问卷由研究人员发放, 患者在统一指导语下填写。干预前发放问卷 90 份; 干预 6 月后实验组有 5 名患者因联系不上失访, 剩余 42 名患者发放问卷 42 份; 对照组有 1 名患者死亡, 7 名患者联系不上失访, 剩余 35 名患者发放问卷 35 份。所发问卷全部收回、有效。

1.4 统计学方法 采用 SAS 8.20 版统计软件包进行统计分析, 计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 t 检验, 计数资料用百分率表示, 进行 χ^2 检验与秩和检验, $P < 0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 干预前两组患者自我护理能力、自我护理能力水平分级、SGRQ 得分情况

2.1.1 干预前自我护理能力情况 干预前两组患者自我护理能力各维度得分及总分较低, 说明患者自我护理能力较差。将两组得分相比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结果见表 1。

表 1 干预前两组患者自我护理能力总分及各维度得分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

项 目	实验组 (n=47)	对照组 (n=43)	t	p
自我护理技能	21.27±12.81	20.86±12.96	-0.14	>0.05
自护责任感	13.44±2.01	14.70±2.47	-0.15	>0.05
自我概念	17.73±5.50	17.51±5.52	-0.18	>0.05
健康知识水平	42.82±9.37	43.70±12.51	-0.36	>0.05
自我护理能力总分	95.27±28.10	96.77±31.00	-0.23	>0.05

2.1.2 干预前自我护理能力水平分级情况 干预前两组患者自我护理能力高等水平者少, 中低等水平者多。将两组相比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结果见表 2。

表 2 干预前两组患者自我护理能力水平分级比较 (n%)

项 目	实验组自我护理能力水平分级 (n=47)			对照组自我护理能力水平分级 (n=43)		
	低等水平	中等水平	高等水平	低等水平	中等水平	高等水平
自我护理技能	15(31.91)	26(55.32)	6(12.77)	13(30.23)	24(55.81)	6(13.95)
自护责任感	12(25.53)	28(59.57)	7(14.89)	11(25.58)	26(60.47)	6(13.95)
自我概念	18(38.29)	24(51.06)	5(10.64)	17(39.53)	21(48.84)	5(11.63)
健康知识水平	13(27.66)	28(59.57)	6(12.77)	12(27.91)	25(58.14)	6(13.95)
自我护理能力	18(38.30)	24(51.06)	5(10.64)	16(37.21)	22(51.16)	5(11.63)

注: 与对照组比较, $P > 0.05$;

2.1.3 干预前 SGRQ 得分情况 干预前两组患者 SGRQ 各维度得分及总分较高, 其中活动受限项目得分最高, 说明患者生活受影响程度大, 生活质量低。将两组得分及总分相比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结果见表 3。

表 3 干预前两组患者 SGRQ 各维度得分及总分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

项 目	实验组 (n=47)	对照组 (n=43)	t	p
呼吸症状	58.85±17.38	59.16±18.23	-0.87	>0.05
活动受限	69.12±18.25	68.87±17.98	-0.70	>0.05
疾病影响	48.95±19.56	48.92±18.87	-0.54	>0.05

SGRQ总评分 58.66±15.91 58.33±16.31 -1.03 >0.05

2.2 干预后两组患者自我护理能力、自我护理能力水平分级、SGRQ得分情况

2.2.1 干预后自我护理能力情况 干预后实验组患者自我护理能力各维度得分及总分均高于对照组，将两组相比较，差异有统计学意义($P<0.05$)，说明干预后实验组患者自我护理能力得到了提高。结果见表4。

表4 干预后两组患者自我护理能力总分及各维度得分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

项目	实验组 (n=42)	对照组 (n=35)	t	p
自我护理技能	36.14±4.59	23.83±12.39	-5.52	<0.05
自护责任感	18.54±2.51	15.14±2.23	-4.26	<0.05
自我概念	23.05±3.35	18.69±5.44	-4.07	<0.05
健康知识水平	55.19±3.43	44.09±6.21	-9.44	<0.05
自我护理能力总分	131.90±9.57	101.74±23.11	-7.30	<0.05

2.2.2 干预后自我护理能力水平分级情况 干预后实验组高等水平患者增多，中低等水平患者减少。实验组高等水平者少，中低等水平者多，将两组相比较，差异有统计学意义($P<0.05$)，说明干预后实验组患者自我护理水平得到了提高。结果见表5。

表5 干预后两组患者自我护理能力水平分级比较(n%)

项目	实验组自我护理能力水平分级 (n=42)			对照组自我护理能力水平分级 (n=35)		
	低等水平	中等水平	高等水平	低等水平	中等水平	高等水平
自我护理技能	6(14.28)	17(40.48)	19(45.24)	10(28.57)	19(54.29)	6(17.14)
自护责任感	5(11.90)	20(47.62)	17(40.48)	8(22.86)	21(60.00)	6(17.14)
自我概念	7(16.67)	18(42.86)	17(40.48)	13(37.14)	17(48.57)	5(14.29)
健康知识水平	4(9.52)	18(42.86)	20(47.62)	9(25.71)	20(57.14)	6(17.14)
自我护理能力	7(16.67)	17(40.47)	18(42.86)	13(37.14)	17(48.57)	5(14.29)

注：与对照组干预后比较， $P<0.05$ ；

2.2.3 干预后SGRQ得分情况 干预后实验组SGRQ各维度得分及总分均低于对照组，将两组相比较，差异有统计学意义($P<0.05$)，说明干预后实验组患者呼吸症状、活动受限及疾病影响程度降低，生活质量得到了提高。结果见表6。

表6 干预后两组患者SGRQ各维度及总分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

项目	实验组 (n=42)	对照组 (n=35)	t	p
呼吸症状	37.24±15.32	57.87±18.42	-3.91	<0.05
活动受限	46.16±16.13	68.23±18.11	-5.43	<0.05
疾病影响	35.71±14.58	49.17±17.52	-3.54	<0.05
SGRQ总评分	39.32±15.36	56.72±16.31	-2.43	<0.05

3 讨论

3.1 COPD患者自我护理能力与生存质量较低，需进一步提高 自我护理能力是满足自身需要，维持正常生命过程，是一种后天学习而得的并受外界环境因素和个体身心状况影响的能力^[3]。自我护理已成为COPD防治体系中一种重要的手段^[5]。表1、表2、表3结果显示，干预前两组患者的自我护理能力得分低，SGRQ得分较高。对自我护理能力水平进行分析后发现，大部分COPD患者自我护理能力处于中低等水平，这与相关研究结果一致^[2]。说明COPD患者自我护理能力与生存质量较低，需进一步提高。

3.2 运用健康信念模式实施健康教育对 COPD 患者自我护理能力的影响 COPD 是一种气流受限不完全可逆、呈进行性发展的慢性肺部疾病。COPD 的发生发展与患者的健康行为密切相关，不良的健康行为会加速疾病的发展，良好的健康行为可促进自我护理能力的形成，对阻止疾病的发展有重要作用^[3]。调查显示^[8-9]：本组患者对健康知识的认知水平低，对健康行为的依从性差。而健康信念模式（health belief model, HBM）是运用社会心理学方法解释健康相关行为的主要理论模式，常被用来预测人的预防性健康行为和实施健康教育^[10]，是人们接受劝导、改变不良行为的重要模式。研究表明^[11-13]：健康信念模式教育在提高患者的自我护理能力及生存质量等方面具有较好的促进作用。为此，我们运用健康信念模式理论为指导，对实验组患者实施多形式与系统的院内外健康教育干预，使患者及家属充分了解 COPD 的严重性与危害性，知晓掌握自我护理知识与技能对维持病情稳定、改善生活质量的好处。在教育中重视对患者的心理疏导，帮助患者树立健康信念与自我护理意识，培训患者与家属掌握自我护理知识与技能。在患者出院后通过定期电话随访，了解患者在自我护理中存在的问题，及时进行解答，使患者的自我护理知识与技能进一步得到巩固和提高，自我护理能力得到增强。从表 4、表 5 结果显示：经过住院与出院后 6 个月的干预，实验组患者自我护理能力各维度得分及总分明显高于对照组，且自我护理能力高等水平患者增多，中低等水平患者减少，将两组相比较，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），说明运用健康信念模式实施健康教育可提高 COPD 患者的自我护理能力与自我护理水平。

3.3 运用健康信念模式实施健康教育对 COPD 患者生存质量的影响 研究表明^[14]，COPD 患者生存质量普遍偏低，其次是气道疾病引起的社会能力损害和心理障碍。对 COPD 患者进行系统的健康教育干预，尤其是通过呼吸功能锻炼可减轻 COPD 患者的症状，增强体质及日常生活能力，提高生活质量^[15]。调查显示^[9]：本组患者对呼吸功能锻炼的依从性差。而健康信念模式认为信念是人们采纳有利于健康行为的基础和动因，人们如果具有与疾病、健康相关的信念，他们就会有愿意采纳健康行为，改变危险行为^[10]。为此，我们采取医护患及家属共同参与、个性化与系统教育相结合的方式，帮助实验组患者树立正确的健康信念，认识呼吸功能锻炼的好处，学会呼吸功能锻炼的方法。在患者出院后通过电话随访与教育帮助患者克服锻炼中遇到的障碍，缓解焦虑情绪，坚持呼吸功能锻炼，改善呼吸症状与通气功能，增加活动耐力，促进生存质量的提高。从表 6 可看出，经过住院与出院后 6 个月的干预，实验组患者 SGRQ 总得分与各维度得分明显低于对照组，将两组相比较，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），说明运用健康信念模式实施健康教育可减轻患者呼吸症状、活动受限程度及疾病影响因素，改善患者生存质量。

参考文献

- [1] 钟南山. 慢性阻塞性肺疾病在中国中国实用内科杂志[J], 2011, 31(5):321-322.
- [2] 唐湘林, 瞿云中. COPD 患者自我护理能力与生活质量的相关性研究[J]. 湖南师范大学学报(医学版), 2008, 5(1) 78-80.
- [3] 徐晓梅, 杨萍. 对 80 例 COPD 患者自我护理能力与健康行为的调查[J]. 现代临床医学, 2008, 34(1): 61-63.
- [4] 李淑霞. 慢性阻塞性肺病患者自我护理能力与生活质量的相关性研究[J]. 护理研究, 2007, 21(2): 313-315.
- [5] 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组. 慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2007 年修订版)[J], 中华结核和呼吸杂志, 2007, 30(1): 8-17.

- [6] Mineko Yamashita. The exercise of self care agency scale [J]. Western Journal of Nursing Research , 1998, 20(3): 370-381.
- [7] Jones PW, Quirk Fh, Baveystock CM. The ST George' s respiratory questionnaire [J]. Respir Med , 1991, 85 (Suppl B): 25-31.
- [8] 黄仕明, 袁莉, 李江旭, 等. COPD 患者疾病知识认知调查分析与策略 [J]. 中国医药导报, 2012, 9 (24) : 124 - 125.
- [9] 黄仕明, 李江旭, 王秋梅, 等. 健康信念模式教育对 C O P D 患者疾病认知与呼吸功能锻炼依从性的影响 [J], 重庆医学, 2013, 42 (10) : 1136-1138.
- [10] 李小妹. 护理学导论 [M]. 第 1 版. 长沙: 湖南科学技术出版社, 2001: 165-166.
- [11] 王召芳, 李晓红, 孙佰珍. HBM 干预对社区糖尿病患者生存质量的影响 [J]. 国际护理学杂志, 2009, 28 (10) : 1343-1345.
- [12] 许美华, 邱锡坚, 陈淑葵, 等. 健康信念模式教育对阴道炎患者自我效能及自我管理能力的影晌 [J]. 现代护理杂志, 2010, 9 (1) : 48-50.
- [13] 王凤兰. 健康信念模式教育对糖尿病患者自我管理疾病能力的影响 [J]. 实用预防医学, 2011, 18 (8) : 1591-1592.
- [14] Monique MD, Emnianue MD, Elisabeth Q, et al. Prognostic factors in COPD patients receiving long-term oxygen therapy [J]. Chest, 1995, 107 (5) : 1193-1198.
- [15] 周玉兰, 刘枢晓, 米继民. 呼吸肌功能锻炼及心理护理对 COPD 康复期患者的影响 [J]. 护士进修杂志, 2004, 19 (4) 361-363.