

doi:10.3969/j.issn.1005-3697.2023.08.032

❖ 护理 ❖

目标执行理念健康教育对多发性骨髓瘤化疗患者疾病认知度、自护能力及心理状态的调节作用

陈颖颖, 屈晓燕, 张飞彦

(南京医科大学第一附属医院血液四病区, 江苏 南京 210029)

【摘要】目的: 探讨目标执行理念健康教育对多发性骨髓瘤化疗患者疾病认知度、自护能力及心理状态的调节作用。**方法:** 选取130例多发性骨髓瘤化疗患者为研究对象, 根据护理方式不同分为观察组与对照组, 每组各65例。对照组患者予以常规护理宣教; 观察组患者在对照组基础上予以目标执行理念健康教育, 干预时间均为两个月。比较两组患者知信行水平(多发性骨髓瘤调查问卷评分)、自护能力[自我护理能力量表(ESCA)]、心理状态[焦虑量表(SAS)评分、抑郁量表(SDS)评分、心理韧性量表(CD-RISC)评分]、疾病不确定感[疾病不确定感量表(MUIS-A)评分]及健康行为[健康促进生活方式量表(HPLP)评分]。**结果:** 干预后, 观察组患者多发性骨髓瘤调查问卷各维度评分及总分、ESCA各维度评分及总分、CD-RISC各维度评分及总分、HPLP各维度评分及总分均高于对照组($P < 0.05$); RPFS各维度评分及总分、SAS及SDS评分、MUIS-A各维度评分及总分均低于对照组($P < 0.05$)。**结论:** 在常规护理宣教基础上予以目标执行理念健康教育可提升多发性骨髓瘤化疗患者知信行水平, 提高自护能力, 减轻癌因性疲乏, 降低疾病不确定感, 改善不良心理状态, 增强心理韧性, 促进患者健康行为形成。

【关键词】 多发性骨髓瘤; 化疗; 健康教育; 目标执行理念; 疾病认知度; 自护能力

【中图分类号】 R733.3 **【文献标志码】** A

Regulatory effect of health education of goal implementation concept on disease awareness, self-care ability and mental state in patients with multiple myeloma chemotherapy

CHEN Ying-ying, QU Xiao-yan, ZHANG Fei-yan

(Department of Hematology IV, the First Affiliated Hospital with Nanjing Medical University, Nanjing 210029, Jiangsu, China)

【Abstract】Objective: To explore the regulatory effects of health education of goal implementation concept on disease awareness, self-care ability and mental state of patients with multiple myeloma chemotherapy. **Methods:** 130 patients with multiple myeloma chemotherapy were selected and divided into observation group and control group according to different nursing methods, 65 cases in each group. The control group was given routine nursing education, while the observation group was given routine nursing education + target implementation concept health education, continuous intervention for 2 months. The knowledge and practice level (multiple myeloma questionnaire score), self care ability (ESCA), mental state [SAS score, SDS score, resilience scale (CD-RISC) score], disease uncertainty (MUIS-A score), and health behavior (HPLP score) were compared between the two groups. **Results:** After intervention, the scores of all dimensions and total scores of multiple myeloma questionnaire, ESCA, CD-RISC and HPLP in the observation group were higher than those in the control group ($P < 0.05$). The RPFS scores in all dimensions and total scores, SAS and SDS scores, MUIS-A scores in all dimensions and total scores in the observation group were lower than those in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** Health education intervention of goal implementation concept can improve the knowledge and practice level of patients with multiple myeloma chemotherapy, improve self-care ability, reduce cancer fatigue, reduce disease uncertainty, improve adverse mental state, enhance mental toughness, and promote the formation of healthy behavior of patients.

【Key words】 Multiple myeloma; Chemotherapy; Health education; Goal execution philosophy; Disease awareness; Self-protection ability

多发性骨髓瘤属于一种恶性浆细胞疾病, 发病机制为异常浆细胞浸润骨髓, 生成单克隆免疫球蛋白

基金项目: 江苏省第五期“333工程”科研项目(BRA2018389)

作者简介: 陈颖颖(1982-), 女, 主管护师。E-mail: 13382007576@163.com

通讯作者: 张飞彦。E-mail: ff_2758@126.com

白及其轻链,引发多发性溶骨性损害,导致骨骼疼痛、骨骼破坏、贫血、肾功能损伤等^[1]。相关研究^[2]显示,在血液系统恶性肿瘤中,多发性骨髓瘤占比超过约10%,且在老年人群中多发,随着我国老龄化进一步加快,疾病的发生率亦逐年提高。目前临床多采用硼替佐米为主的化疗,疗效明显,但较多患者因对疾病认知不足、恐惧等,进而产生悲观心理,不利于疾病的有效控制。因此在治疗过程中,护理干预有非常重要的辅助作用。常规护理宣教主要以“灌输式”为主,患者被动接受,干预效果欠佳。目标执行理念健康教育制定个性化教育计划,引导患者设定目标,将复杂的问题简单化,将患者需要转变为动机,支配行动达成目标,使其能更自觉地坚持治疗方案^[3]。本研究旨在探讨目标执行理念健康教育对多发性骨髓瘤化疗患者疾病认知度、自护能力及心理状态的调节作用。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2019年7月至2022年6月南京医科大学第一附属医院收治的130例多发性骨髓瘤化疗患者为研究对象,根据护理方式不同分为观察组和对照组,每组各65例。本研究经院伦理委员会审核批准,患者及家属知情同意,两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表1。纳入标准:(1)符合《血液病诊断及疗效标准》中多发性骨髓瘤诊断^[4]的初诊患者,于本院接受化疗治疗;(2)年龄 ≥ 18 岁。排除标准:(1)存在其他原因引起的恶性肿瘤;(2)慢性粒细胞白血病急性病变者;(3)合并严重感染;(4)合并心肺、肝肾功能障碍等;(5)合并循环或呼吸系统疾病;(6)阿片类药物成瘾或精神疾病患者;(7)存在语言沟通障碍、理解障碍;(8)临床资料不全。

表1 两组患者一般资料比较 $[\bar{x} \pm s, n(\%)]$

组别	观察组($n=65$)	对照组($n=65$)	t/χ^2 值	P 值
男/女	43(66.15)/22(33.85)	42(64.62)/23(35.38)	0.034	0.854
年龄(岁)	54.17 \pm 13.95	55.06 \pm 12.17	0.388	0.349
受教育程度			0.126	0.726
初中及以下	19(29.23)	20(30.77)		
中专及高中	29(44.62)	27(41.54)		
大专及以上	17(26.15)	18(27.69)		
ISS分期			0.132	0.716
I期	11(16.92)	10(15.38)		
II期	39(60.00)	41(63.08)		
III期	15(23.08)	14(21.54)		

1.2 方法

对照组患者给予常规健康宣教:包含入院宣教、住院宣教、出院宣教,宣教方式主要为护理人员口头宣教,课堂宣传健康教育,发放健康教育手册。观察组患者在对照组基础上给予目标执行理念健康教育干预:(1)建立目标执行理念管理小组,包括主管护师与心理咨询师各1名,责任护士7名,主管护师担任小组组长,负责人员与物资协调;心理咨询师主要评估患者心理并根据患者具体情况制定干预措施;实施具体护理措施以及患者计划完成监督则有责任护士执行。(2)制定“护理服务需求调查表”评估患者疾病认知度、自护能力、依从性、健康状况等,收集资料,确认患者具体问题。(3)为患者制定个性化健康教育计划,共分为6个阶段,根据患者掌握情况推动计划的实施。第1阶段:疾病知识掌握,如疾病病因、临床表现、治疗方式等;第2阶段:化疗注意事项,如化疗靶向药种类、作用、副作用,掌握化疗相关注意事项;第3阶段:休息与活动,与患者共同制定休息、活动注意事项掌握规划;第4阶段:指导患者食用高热量、高蛋白、富含维生素、易消化的食物,提高机体抵抗力,建议日饮水量2 000~3 000 mL,保持大便通畅;第5阶段:生活指导,与患者共同制定日常生活中注意事项;第6阶段:并发症与化疗不良反应预防与指导,引导患者认识到自我管理存在的问题,与患者共同制定化疗不良反应预防以及疾病并发症管理要点。(4)参照上述已制订计划,对患者进行疾病知识教育、信念干预以及行为干预。首先帮助患者构建知识框架,指导患者日常护理。患者在院期间通过责任护士一对一讲解、宣教视频播放等进行疾病知识学习;出院后,则通过健康教育手册发放、手机端健康资料推送等方式进行疾病知识巩固学习。信念干预主要为警示教育,向患者耐心讲解不良行为导致的不良后果,若患者有疑问,及时予以专业解答;以激励式沟通对患者进行心理疏导,讲解疾病的预防、控制及治疗方式,建立良好护患关系,关注患者心理改变,鼓励其表达内心需求,通过放松训练、转移法等帮助患者提高疾病治疗信心,保持积极乐观心理;建立家庭-社会支持系统,病友间进行互动交流,开展经验交流会,并邀请患者家属参与,使家属同样意识到疾病的危害性,提升其责任心。行为干预为指导患者将健康行为、不健康行为制备成不同颜色的卡片,放置于醒目处,以提醒患者时刻注意保持健康行为。指导填写健康行为日记,若患者抵触或终止健康行为以及产生负面情绪,则需指导患者进行调节,恢复健康行为。(5)健康宣教及操作指导后,护理人员就教育内容展开针对

性提问,患者通过自己的语言复述相关知识,对其正确回答予以肯定、鼓励;若其回答存在误差,则需及时予以纠正,并耐心讲解,直至患者理解。采用口头评价、精神鼓励、物质激励相结合的方式,引导患者执行和落实各项目标,要求家属监督和协助完成相关目标。(6)以管理小组为核心,组织患者目标达标后,薄弱环节或执行不全面环节进行归纳、总结,形成具体的改善计划,制订针对性的学习目标;关注不同宣教方式来自患者和家属的效果反馈,及时调整,以达到更佳的效果。干预时间均为两个月。

1.3 观察指标

(1)知信行水平:干预前后采用自行设计的多发性骨髓瘤调查问卷评分评估。包括 3 个维度共 24 题,其中知识 12 题,单选题答对计 1 分,多选题答对 1 项计 1 分,满分为 26 分;信念 5 题,同意计 2 分,不清楚或不同意计 0 分,满分为 10 分;行为 7 题,依回答结果计分,正向行为计 2 分,否则计 0 分,满分为 14 分。问卷效度 0.885, Cronbach's α 为 0.863。(2)自我护理能力:干预前后采用自我护理能力量表(exercise of self-care agency scale, ESCA)^[5]评分评估。包含 4 个维度 43 个条目,采用 Likert 6 级计分法,0~5 分,总分为 172 分。总分 > 66% 为高水平;总分 33%~66% 为中等水平;总分 < 33% 为低水平。(3)癌因性疲乏情况:干预前后采用 Piper 等疲乏修订量表(revised piper fatigue scale, RPFS)^[6]评分评估。包含 4 个维度共 22 个条目,0 分为没有,10 分代表极重度,各维度评分为条目总分值/维度总条目,总分为条目总分值/总条目数;1~3 分为轻度;4~6 分中度;7~10 分为重度。(4)心理状态:干预前后采用焦虑量表(self-rating anxiety scale, SAS)、抑郁量表(self-rating depression

scale, SDS)^[7]及心理韧性量表(Connor-Davidson resilience scale, CD-RISC)^[8]评分评估。SAS 及 SDS 各 20 个条目,采用 1~5 分计分,其中正向计分 9 条,反向计分 11 条,量表得分 $\times 1.25$ 为最后得分, SAS 评分 ≥ 50 分、SDS 评分 ≥ 53 分分别代表存在焦虑和抑郁情绪。CD-RISC 包括 3 个维度共 25 个条目,每个条目得分范围 0~4 分,总分 100 分,分数越高则心理韧性越强。(5)疾病不确定感:干预前后采用疾病不确定感量表(mishel uncertainty in illness scale-adult, MUIS-A)^[9]评分评估。包含 4 个维度 32 个条目,采用 Likert 5 级计分法,依次从“完全不同意”到“完全同意”分别计 1~5 分,分值范围 32~160 分,得分越高代表疾病不确定感越强烈。(6)健康行为:干预前后采用健康促进生活方式量表(health promoting lifestyle profile, HPLP)^[10]评分评估。包含 6 个维度 52 个条目,每个条目得分范围 1~4 分,分数越高代表健康行为越佳。

1.4 统计学分析

采用 SPSS20.0 软件对数据进行分析与处理。计量资料符合正态分布且方差齐性,以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较行独立样本 t 检验,组内比较行配对样本 t 检验;计数资料以[n(%)]表示,组间比较行独立样本 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者知信行水平比较

干预前,两组患者知信行水平各维度评分及总评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。干预后,两组患者知信行水平各维度评分及总评分均升高,且观察组高于对照组($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者知信行水平比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	知识评分		信念评分		行为评分		总评分	
	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($n=65$)	11.89 \pm 2.07	22.07 \pm 1.88 *	4.33 \pm 0.97	8.27 \pm 0.86 *	6.85 \pm 1.14	11.63 \pm 1.16 *	23.07 \pm 3.14	41.97 \pm 4.14 *
对照组($n=65$)	12.43 \pm 2.15	17.35 \pm 2.63 *	4.19 \pm 1.10	7.05 \pm 0.73 *	7.07 \pm 1.28	9.81 \pm 1.24 *	23.69 \pm 3.29	34.21 \pm 4.08 *
t 值	1.459	11.771	0.770	8.719	1.035	8.642	1.099	10.763
P 值	0.147	<0.001	0.443	<0.001	0.303	<0.001	0.274	<0.001

* $P < 0.05$, 与组内干预前相比。

2.2 两组患者自我护理能力比较

干预前,两组患者 ESCA 量表各维度评分及总评分差异无统计学意义($P > 0.05$)。干预后,两组患者 ESCA 量表各维度评分及总评分均升高,且观察组高于对照组($P < 0.05$)。见表 3。

2.3 两组患者癌因性疲乏情况比较

干预前,两组患者 RPFS 量表各维度评分及总评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。干预后,两组患者 RPFS 量表各维度评分及总评分均降低,且观察组低于对照组($P < 0.05$)。见表 4。

表3 两组患者 ESCA 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	自我概念评分		自护责任评分		自我护理技能评分		健康知识水平评分		总评分	
	干预前	干预后	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($n=65$)	15.94±1.59	22.67±2.84*	27.49±4.14	33.84±3.92*	21.06±3.37	31.27±3.06*	22.89±2.47	32.76±3.21*	87.38±6.06	120.54±5.15*
对照组($n=65$)	16.27±1.66	19.18±2.36*	28.03±4.23	31.26±3.05*	21.48±3.18	27.19±4.09*	22.58±2.96	26.95±3.09*	88.36±6.41	104.58±7.07*
t 值	1.157	7.620	0.736	4.189	0.731	6.440	0.648	10.513	0.896	14.711
P 值	0.249	<0.001	0.463	<0.001	0.466	<0.001	0.518	<0.001	0.372	<0.001

* $P < 0.05$,与组内干预前相比。表4 两组患者 RPFs 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	行为疲乏评分		情感疲乏评分		感知疲乏评分		认知疲乏评分		总评分	
	干预前	干预后	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($n=65$)	6.34±1.30	4.25±0.79*	5.80±1.39	3.97±0.93*	6.92±1.22	3.95±0.79*	6.08±1.04	3.66±0.85*	6.29±1.38	3.96±0.78*
对照组($n=65$)	6.03±1.21	5.28±0.85*	5.91±1.17	4.86±1.01*	6.76±1.13	4.77±1.06*	6.35±1.20	4.83±0.94*	6.25±1.43	4.94±0.93*
t 值	1.407	7.156	0.488	5.226	0.776	5.001	1.371	7.443	0.162	6.642
P 值	0.162	<0.001	0.626	<0.001	0.439	<0.001	0.173	<0.001	0.871	<0.001

* $P < 0.05$,与组内干预前相比。

2.4 两组患者心理状态比较

干预前,两组患者 SAS 及 SDS 评分、CD-RISC 量表各维度评分及总评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。干预后,两组患者 SAS 及 SDS 评分均降低($P < 0.05$),且观察组低于对照组($P < 0.05$); CD-RISC 量表各维度评分及总分均升高($P < 0.05$),且观察组高于对照组($P < 0.05$)。见表5及表6。

表5 两组患者负性情绪比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	SAS 评分		SDS 评分	
	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组($n=65$)	45.62±3.93	39.30±3.63*	47.28±4.89	38.91±3.93*
对照组($n=65$)	46.05±4.27	42.38±3.19*	48.03±5.17	41.59±4.08*
t 值	0.597	5.138	0.850	3.814
P 值	0.551	<0.001	0.397	<0.001

* $P < 0.05$,与组内干预前相比。表6 两组患者 CD-RISC 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	坚韧评分		自强评分		乐观评分		总评分	
	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($n=65$)	30.49±4.15	37.46±5.02*	21.99±3.50	28.55±3.93*	8.24±1.19	14.83±2.96*	60.72±4.30	80.84±5.13*
对照组($n=65$)	29.91±3.93	34.73±4.73*	22.48±4.77	25.06±3.09*	8.57±1.24	12.01±2.63*	61.16±4.78	71.80±5.94*
t 值	0.818	3.191	0.668	5.628	1.548	5.741	0.552	9.286
P 值	0.415	0.002	0.506	<0.001	0.124	<0.001	0.582	<0.001

* $P < 0.05$,与组内干预前相比。

2.5 两组患者疾病不确定感比较

干预前,两组患者 MUIS-A 量表各维度评分及总评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。干预

后,两组 MUIS-A 量表各维度评分及总评分均降低($P < 0.05$),且观察组低于对照组($P < 0.05$)。见表7。

表7 两组患者 MUIS-A 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	不明确性评分		复杂性评分		信息缺乏评分		不可预测性评分		总评分	
	干预前	干预后	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($n=65$)	39.89±6.32	31.93±4.25*	18.18±2.77	13.04±1.73*	19.79±3.07	15.11±2.58*	17.94±1.88	15.24±1.91*	95.80±11.40	75.32±8.75*
对照组($n=65$)	40.55±5.78	34.02±4.96*	17.84±2.39	14.25±1.44*	20.02±2.98	17.02±3.03*	18.22±2.96	16.43±1.54*	96.63±10.33	82.22±7.46*
t 值	0.621	2.580	0.749	4.334	0.433	3.869	0.644	3.910	0.435	4.838
P 值	0.536	0.011	0.455	<0.001	0.665	<0.001	0.521	<0.001	0.664	<0.001

* $P < 0.05$,与组内干预前相比。

2.6 两组患者健康行为比较

干预前,两组患者 HPLP 评分比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。干预后,两组 HPLP 量表各维

度及总分均较干预前提高,且观察组高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 8。

表 8 两组 HPLP 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	躯体活动评分		压力应对评分		健康责任评分		营养评分	
	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 ($n=65$)	7.51 ± 1.24	10.19 ± 1.38 *	11.85 ± 1.37	15.91 ± 2.11 *	12.55 ± 1.93	17.12 ± 2.24 *	10.96 ± 1.88	14.38 ± 1.37 *
对照组 ($n=65$)	7.20 ± 1.33	9.27 ± 1.29 *	12.03 ± 1.55	14.89 ± 1.75 *	13.04 ± 2.04	15.68 ± 2.08 *	11.45 ± 2.02	13.09 ± 1.95 *
<i>t</i> 值	1.374	3.926	0.702	3.000	1.407	3.798	1.432	4.364
<i>P</i> 值	0.172	<0.001	0.484	0.003	0.162	<0.001	0.155	<0.001

续表 8

组别	人际关系评分		心理健康评分		总评分	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组 ($n=65$)	11.91 ± 2.28	14.07 ± 1.94 *	24.77 ± 2.85	32.66 ± 4.55 *	79.55 ± 12.87	104.33 ± 10.06 *
对照组 ($n=65$)	11.64 ± 1.93	13.15 ± 1.77 *	25.26 ± 3.17	28.83 ± 3.05 *	80.62 ± 13.36	94.91 ± 8.93 *
<i>t</i> 值	0.729	2.824	0.927	5.637	0.465	5.646
<i>P</i> 值	0.468	0.006	0.356	<0.001	0.643	<0.001

* $P < 0.05$, 与组内干预前相比。

3 讨论

随着传统生物医学模式向生物-心理-社会模式转变,传统护理模式已不能满足患者和医疗需要。传统健康宣教偏向于填鸭式指导,一次性传输较多知识,但因患者疾病知识储备缺乏,不能有效转化和理解,效果并不理想。目标执行理念健康教育根据患者时间、意愿等,制定相应目标管理方案,不同阶段采取相应针对性干预策略,将宣教知识在具体行动中落实,完成知识内化,提高患者认知度^[11]。

心理学上,知识为个体基于环境相互作用得到的信息;信念为人按照确信观点、原则、理论行动的倾向;行为为思想支配表现出来的外部活动。本研究中,干预后观察组患者知信行水平较对照组高 ($P < 0.05$),与吕魏潇等^[12]研究结果一致。目标执行理念健康教育施行过程中,护理人员依患者情况,提出针对性干预目标,通过激励手段规范和引导患者认知方向,从全局角度,监测管理方案,依照疾病发展特征对不同阶段个体采取认知干预策略,提高患者疾病认知度,并将抽象认知转化为实践,提高知信行水平。此外,干预后观察组患者自护能力高于对照组 ($P < 0.05$),原因可能是目标执行理念健康教育为患者提供严谨化、个性化、系统化健康知识,向患者讲述疾病知识、护理技能,从而提高患者自我护理能力。癌因性疲乏是一种肿瘤相关扰乱机体正

常功能的劳累感,严重影响患者临床康复其发生与疾病、心理压力等相关。本研究中,干预后观察组患者癌因性疲乏严重程度较轻 ($P < 0.05$),原因可能是目标执行理念健康教育干预策略对患者的接受程度进行充分考虑,制订不同阶段的干预目标,通过对患者进行饮食、运动干预指导,加强患者营养,增加活动耐力,改善患者机体状况,同时减轻了患者心理应激,从而有效缓解癌因性疲乏^[13]。

Happell 等^[14]研究认为,目标执行理念健康教育干预实施可提高患者心理健康水平,改善不良情绪,为促使患者康复奠定良好基础。本研究中,干预后观察组患者 SAS、SDS 评分低于对照组 ($P < 0.05$),表明目标执行理念健康教育干预可减轻患者心理压力,改善焦虑抑郁症状。心理韧性为个体情绪保护机制,本研究中,干预后观察组患者 CD-RISC 量表评分高于对照组 ($P < 0.05$),提示目标执行理念健康教育干预可提高多发性骨髓瘤化疗患者心理韧性水平,目标执行理念健康教育干预帮助患者正确认识疾病,缓冲疾病造成的不良影响,推动心理健康发展,提高心理韧性水平。干预后观察组患者疾病不确定感评分较对照组低 ($P < 0.05$),原因可能是目标执行理念健康教育预先设定近或远期目

(下转第 1149 页)