

比较[J]. 中国医师杂志, 2020, 22(9): 1401-1403.

生物医学进展, 2021, 21(10): 1934-1937.

[9] 韩燚, 李敬娴, 杨欣伟, 等. 阿立哌唑结合心理行为疗法治疗儿童抽动障碍的疗效及对血流动力学的影响[J]. 现代

(收稿日期: 2022-09-11 修回日期: 2022-12-28)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2023. 05. 025

健康信念及家庭功能对慢性阻塞性肺疾病患者病情控制的影响*

施建英

抚州健强第五医院心内科, 江西抚州 344000

摘要:目的 探讨健康信念及家庭功能对慢性阻塞性肺疾病(COPD)患者病情控制的影响。方法 采用方便抽样法, 抽取 2019 年 5 月至 2021 年 12 月该院呼吸内科收治的 COPD 患者 128 例为研究对象。采用 COPD 评估测试(CAT)问卷评估患者病情控制情况, 根据 CAT 评分将患者分为完全控制组(CAT 评分 0~10 分)、部分控制组(CAT 评分 10~20 分)、未控制组(CAT 评分 20~40 分)。采用 Champion 健康信念模型量表(CHBMS)评估患者的健康信念。采用家庭功能量表(FAD)评估患者的家庭功能。采用 Pearson 相关分析 COPD 患者 CAT 评分与 CHBMS 评分及 FAD 评分的相关性。结果 根据 CAT 评分, 将 COPD 患者分为完全控制组 38 例, 部分控制组 42 例, 未控制组 48 例, 患者病情总体控制率为 62.50%。不同 COPD 控制情况患者 CHBMS 各项评分及总评分比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。不同 COPD 控制情况患者 FAD 各项评分比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。Pearson 相关分析结果显示, 除严重性及易感性评分外, COPD 患者 CAT 评分与 CHBMS 中的障碍认知、自我效能、健康动力、益处评分及总评分均呈负相关($P < 0.05$), 而 CAT 评分与 FAD 各项评分均呈正相关($P < 0.05$)。结论 COPD 患者健康信念及家庭功能与患者病情控制情况关系密切, 临床在对 COPD 患者进行疾病管理的同时应指导患者提升健康信念, 帮助患者改善家庭功能。

关键词:慢性阻塞性肺疾病; 健康信念; 家庭功能; 病情控制

中图分类号: R473.5

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2023)05-0682-04

慢性阻塞性肺疾病(COPD)是由多种炎症细胞因子介导的气道慢性炎症反应性疾病, 患者表现为急性发作期呼吸困难、气道高反应性及运动耐受能力下降, 严重影响患者生活质量^[1]。积极控制 COPD 患者病情对改善患者预后, 提高患者生活质量具有积极意义^[2]。然而, COPD 病情控制情况除了与治疗有关外, 还与患者心理因素、家庭功能及家庭环境有密切联系^[3]。研究指出, 良好的家庭功能及环境可给予患者足够的情感支持, 有利于患者病情控制, 促进患者身心健康^[4]。由于 COPD 为伴随患者终生的慢性疾病, 患者需要长期服药治疗, 而治疗期间家庭成员给予患者足够的情感支持及参与疾病管理将有助于改善患者遵医行为, 有利于患者病情控制^[5]。因此, 本研究通过对 COPD 患者健康信念及家庭功能与病情控制的关系进行探讨, 了解其相互关系, 以期对 COPD 患者病情控制提供指导, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用方便抽样法, 抽取 2019 年 5 月至 2021 年 12 月本院呼吸内科收治的 COPD 患者 128 例为研究对象。纳入标准: 符合 COPD 诊断标准^[6]; 经治疗后病情稳定; 无沟通障碍、认知功能障碍、读写障碍或精神类疾病; 愿意积极配合本研究。排除标

准: 合并其他呼吸系统疾病, 如哮喘、肺部感染或呼吸道狭窄等; 合并心、肝、肾等脏器功能不全; 中途退出研究。纳入患者对本研究内容知情同意。

1.2 方法

1.2.1 基本资料调查 采用自拟的《COPD 患者基本资料调查问卷》进行调查, 内容包括患者性别、年龄、病程、学历、家庭经济收入、医疗支付方式、婚姻状况等。

1.2.2 病情控制情况 采用 COPD 评估测试(CAT)问卷^[7]进行评价, 该问卷包括 8 个条目, 每个条目 1~5 分, 总评分 0~40 分, 分值越高提示患者病情控制越差。根据 CAT 评分将患者分为完全控制组(CAT 评分 0~10 分)、部分控制组(CAT 评分 10~20 分)、未控制组(CAT 评分 20~40 分)。患者病情总体控制率 = (完全控制例数 + 部分控制例数) / 总例数 × 100%。

1.2.3 健康信念 采用 Champion 健康信念模型量表(CHBMS)^[8]进行评价, 量表包括益处、严重性、障碍认知、自我效能及健康动力 6 个维度, 合计 36 个条目, 每个条目采用 Likert 1~5 级评分法, 总评分 36~180 分, 评分越高说明患者健康信念水平越高, 该量表 Cronbach's α 系数为 0.812~0.892, 信度系数为 0.795~0.903, 提示量表信效度理想。

* 基金项目: 江西省抚州市科技计划项目[抚科计字(2021)21 号序列号 89]。

1.2.4 家庭功能 采用家庭功能量表(FAD)^[9]进行评价,该量表包括 7 个维度:角色、沟通、问题解决、情感介入、情感反应、行为控制、总的功能,合计 60 个条目,每个条目赋值 1~4 分,每个维度的评分为该维度所有条目得分的平均值,分值越高说明患者家庭功能越差,反之则提示患者家庭功能越理想。

1.2.5 调查方法 患者入组后由责任护士向其讲解本次调查的目的及相关量表/问卷填写注意事项,由责任护士向患者发放相关量表/问卷,患者现场填写,填写完毕后现场回收。有效回收率为 100%。

1.3 统计学处理 采用 SPSS21.0 软件对数据进行

统计分析。符合正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,多组间比较采用方差分析;计数资料以例数或百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验;采用 Pearson 相关进行相关性分析。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 不同 COPD 控制情况患者基线资料比较 根据 CAT 评分,将 COPD 患者分为完全控制组 38 例,部分控制组 42 例,未控制组 48 例,患者病情总体控制率为 62.50%。3 组患者性别、年龄、病程、学历、家庭经济收入、医疗支付方式、婚姻状况比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),见表 1。

表 1 不同 COPD 控制情况患者基线资料比较

组别	n	男/女(n/n)	年龄($\bar{x} \pm s$,岁)	病程($\bar{x} \pm s$,年)	学历[n(%)]		
					初中或以下	高中/中专	大专及以上
完全控制组	38	24/14	61.25±3.26	11.02±2.36	17(44.74)	10(26.31)	11(28.95)
部分控制组	42	24/18	61.33±3.18	11.36±2.48	10(23.81)	14(33.33)	18(42.86)
未控制组	48	25/23	61.52±3.70	11.60±2.86	12(25.00)	16(33.33)	20(41.67)
χ^2/F		1.062	1.256	1.477		2.281	
P		0.588	0.792	0.746		0.260	

组别	n	家庭经济收入[n(%)]		医疗支付方式[n(%)]		婚姻状况[n(%)]	
		<5 000 元/月	≥5 000 元/月	农村合作医疗	医疗保险	未婚/离异	已婚
完全控制组	38	16(42.11)	22(57.89)	15(39.47)	23(60.53)	10(26.32)	28(73.68)
部分控制组	42	22(52.38)	20(47.62)	24(57.14)	18(42.86)	14(33.33)	28(66.67)
未控制组	48	26(54.17)	22(45.83)	24(50.00)	24(50.00)	20(41.67)	28(58.33)
χ^2/F		1.376		2.511		2.246	
P		0.503		0.285		0.325	

2.2 不同 COPD 控制情况患者健康信念比较 不同 COPD 控制情况患者 CHBMS 各项评分及总评分比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

2.3 不同 COPD 控制情况患者家庭功能比较 不同 COPD 控制情况患者 FAD 各项评分比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$),见表 3。

表 2 不同 COPD 控制情况患者 CHBMS 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	益处	易感性	严重性	障碍认知	自我效能	健康动力	总评分
完全控制组	38	12.98±2.02	12.89±2.10	10.98±2.69	14.02±1.28	12.98±2.99	15.89±2.02	79.74±7.20
部分控制组	42	10.88±1.01	10.02±1.23	8.23±1.22	12.02±1.15	11.02±3.26	12.85±2.77	65.02±5.36
未控制组	48	9.02±1.02	8.25±1.36	6.88±1.05	10.11±2.02	8.96±3.01	10.02±2.69	53.24±6.52
F		86.094	91.877	59.538	66.284	21.893	56.815	182.745
P		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

表 3 不同 COPD 控制情况患者 FAD 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	角色	沟通	问题解决	情感介入	情感反应	行为控制	总的功能
完全控制组	38	2.02±0.33	1.85±0.21	1.39±0.16	1.28±0.17	1.31±0.12	1.04±0.26	1.65±0.30
部分控制组	42	2.89±0.28	2.22±0.18	2.12±0.39	2.08±0.32	2.32±0.42	2.28±0.29	2.33±0.24
未控制组	48	3.01±0.37	2.78±0.17	2.82±0.33	2.77±0.27	2.88±0.39	2.79±0.41	2.89±0.32
F		107.978	274.566	221.08	338.703	221.200	301.936	194.059
P		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.4 COPD 患者 CAT 评分与 CHBMS 评分及 FAD 评分的关系 Pearson 相关分析结果显示,除严重性

及易感性评分外, COPD 患者 CAT 评分与 CHBMS 中的障碍认知、自我效能、健康动力、益处评分及总评分均呈负相关($P < 0.05$), 而 CAT 评分与 FAD 各项评分均呈正相关($P < 0.05$), 见表 4。

表 4 COPD 患者 CAT 评分与 CHBMS 评分及 FAD 评分的相关性分析结果

评分	维度	<i>r</i>	<i>P</i>
CHBMS 评分	益处	-0.485	<0.001
	易感性	-0.110	0.756
	严重性	-0.072	0.821
	障碍认知	-0.432	<0.001
	自我效能	-0.448	<0.001
	健康动力	-0.436	<0.001
	总评分	-0.471	<0.001
FAD 评分	角色	0.421	<0.001
	沟通	0.398	<0.001
	问题解决	0.506	<0.001
	情感介入	0.472	<0.001
	情感反应	0.588	<0.001
	行为控制	0.610	<0.001
	总的功能	0.502	<0.001

3 讨 论

3.1 COPD 患者病情控制情况 在临床治疗过程中如何帮助 COPD 患者正确评估病情控制情况是调整患者治疗方案的重要依据^[10]。研究指出, COPD 患者病情控制情况与呼气容积具有较强的相关性, COPD 患者预后不良与病情急性加重间也存在显著关系^[11]。本研究结果显示, COPD 患者病情总体控制率为 62.50%, 提示患者整体病情控制情况较差, 分析可能是由于患者对疾病的重视程度不足, 对疾病的认知水平较低, 治疗依从性较差, 从而导致病情控制不理想^[12]。因此, 在护理过程中不仅要提升患者对疾病的重视程度, 还要提升患者对疾病的认知水平和治疗依从性, 协助患者养成良好的自护行为及建立良好的健康信念。

3.2 COPD 患者病情控制与健康信念的关系 健康信念是指患者维持自身健康的信心。研究指出, 患者健康信念水平越高越有助于其积极应对疾病, 提高其遵医行为, 有助于病情控制^[13]。高水平的健康信念可提高患者疾病治疗信心, 使患者养成健康行为, 从而改善患者疾病状况。丁玉艳^[14]研究显示, 健康信念可以改善 COPD 患者的日常照顾模式, 通过对患者进行健康教育不仅可以提升患者对疾病的认知, 还可以使患者与医护人员更好地配合, 使患者能更好地参与疾病管理, 缓解患者的不良情绪。本研究结果表明, 除严重性及易感性评分外, COPD 患者 CAT 评分与 CHBMS 中的障碍认知、自我效能、健康动力、益处评分及总评分均呈负相关($P < 0.05$), 说明 COPD 患者病情控制与健康信念有密切关系。因此, COPD 患者疾病管理过程中应提高患者健康信念, 从而使患者更好地了解疾病, 增强患者应对疾病的信心^[15]。在临床

上, 可通过评估患者健康信念, 根据患者健康信念水平来实施针对性的护理, 从而帮助患者改善不良行为, 有效控制病情^[16]。

3.3 COPD 患者病情控制与家庭功能的关系 相关研究表明, 家庭作为患者康复的主要环境, 家庭功能会对患者的疾病控制情况产生较大影响^[17]。当患者家庭承受着经济或精神压力时, 家庭功能发生障碍, 不仅会影响患者的康复质量, 严重时还会对患者的机体造成二次伤害^[18]。安莉等^[19]研究指出, 家庭功能较差的哮喘患者, 因其不具备良好的自我管理能力和常导致预后较差。本研究结果显示, CAT 评分与 FAD 各项评分均呈正相关($P < 0.05$), 说明患者家庭功能可影响其病情控制, 分析其原因可能是家庭功能较差的 COPD 患者与外界的沟通能力及行为控制水平偏低, 从而导致其来自家庭成员的支持减少, 影响患者治疗信心, 不利于病情控制; 而当患者的家庭功能较好时, 患者与家庭成员的关系良好, 有助于其获得来自家庭的关怀及支持, 提升患者自身管理能力, 有助于病情控制; 当患者处于康复阶段时, 其家庭成员可以通过彼此合作, 提升家庭内部的凝聚力, 共同帮助患者养成良好的生活、行为习惯^[20]。患者家庭成员应加强沟通, 让患者能获得来自家庭的支持及监督, 以提升患者疾病管理能力。对于 COPD 控制不佳的患者, 护士应帮助患者家属寻求正确解决家庭问题的方法, 实现患者与其家属之间的有效沟通, 从而改善家庭关系, 使患者获得来自家庭的支持, 最终有助于患者病情控制。

综上所述, COPD 患者健康信念及家庭功能与患者病情控制情况关系密切, 临床在对 COPD 患者进行疾病管理的同时应指导患者提升健康信念, 帮助患者改善家庭功能。

参考文献

- [1] 罗哲. 家庭主要照顾者赋权在慢性阻塞性肺疾病患者中的应用效果研究[D]. 广州: 暨南大学, 2020.
- [2] 修麓璐. 家庭支持对 COPD 患者自我管理、生活质量及情绪管理的干预研究[D]. 青岛: 青岛大学, 2017.
- [3] 侯慧婕. 认知行为疗法对于慢性阻塞性肺病合并抑郁的疗效的研究[D]. 天津: 天津医科大学, 2017.
- [4] 周春霞, 倪芳. 慢性阻塞性肺病患者新喋呤浓度及与病情严重程度的关系[J]. 临床与病理杂志, 2020, 40(1): 46-51.
- [5] 李宗英. 基于健康信念模式的健康教育对慢性阻塞性肺疾病患者心理状态及治疗依从性的影响[J]. 系统医学, 2020, 5(12): 153-155.
- [6] 黄俊芳, 王广发. 慢性阻塞性肺病全球倡议慢性阻塞性肺病指南(2013 更新版) 解读[J/CD]. 中国医学前沿杂志(电子版), 2013, 5(3): 58-60.
- [7] 申海燕, 潘小青, 冼伟玲, 等. CAT 问卷在 COPD 稳定期患者社区管理中的应用研究[J]. 中国现代医生, 2017, 55

- (6):85-88.
- [8] 黄仕明,李江旭,张晓芳,等.健康信念模式在 COPD 患者健康教育中的应用效果[J].护士进修杂志,2013,28(19):1774-1776.
- [9] 张莹,魏珉.中文版 Feetham 家庭功能量表的信效度[J].解放军护理杂志,2012,29(1):22-25.
- [10] 李妍.健康信念模式教育对慢性阻塞性肺疾病稳定期患者自我管理能力与健康知识认知水平的影响[J].中国民康医学,2020,32(17):151-153.
- [11] 王婷,夏菊芳,黄燕洁.健康信念模式应用于老年慢性阻塞性肺疾病稳定期患者的护理效果[J].临床与病理杂志,2020,40(10):2678-2681.
- [12] 蒋改霞.基于知信行理论模式的健康教育对 COPD 稳定期患者肺功能及生命质量的影响[J].中国民康医学,2021,33(5):169-171.
- [13] 姚文杰,许凤琴,张洁,等.基于健康信念模式的健康教育在慢性阻塞性肺疾病患者吸入剂管理中的应用效果研究[J].实用心脑血管病杂志,2021,29(7):29-34.
- [14] 丁玉艳.老年慢性阻塞性肺疾病病人疾病控制与心理弹性及其应对方式关系研究[J].全科护理,2021,19(19):2710-2713.
- [15] 马佳楚,商临萍,李淑花,等.COPD 再入院病人出院准备服务需求的质性研究[J].护理研究,2021,35(17):3144-3148.
- [16] 吉梅,马霞,王宜顺,等.健康信念模式联合多阶段改变理论在老年慢性阻塞性肺疾病患者中的应用[J].当代护士,2021,28(10):60-62.
- [17] 钟海靓,王庆,陆瑶,等.再入院 COPD 病人家庭照顾者照护能力现状及其影响因素分析[J].循证护理,2021,7(16):2244-2249.
- [18] 李琳.健康信念模式对 COPD 稳定期患者吸入剂使用依从性的干预效果研究[D].呼和浩特:内蒙古医科大学,2021.
- [19] 安莉,何雅,周丽娟.健康信念模式教育联合呼吸功能锻炼对 COPD 稳定期患者健康行为和预后的影响[J].中国健康教育,2018,34(11):1046-1048.
- [20] 修麓璐,高玉芳,王会会,等.以家庭为中心的慢病管理对 COPD 患者自我管理及生活质量的影响[J].中国医药导报,2017,14(11):151-154.

(收稿日期:2022-09-03 修回日期:2022-12-26)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2023.05.026

不同眼轴长度高度近视伴白内障患者超声乳化术中囊袋张力环植入的应用

王立肖,高丽娜[△],张恒

陕西省宝鸡市人民医院眼科,陕西宝鸡 721000

摘要:目的 分析不同眼轴长度(AL)高度近视伴白内障患者超声乳化术中囊袋张力环(CTR)植入的应用。方法 选取 2019 年 1 月至 2021 年 10 月于该院就诊的 92 例(92 眼)高度近视伴白内障患者为研究对象,随机将其分为观察组和对照组,各 46 例(46 眼)。观察组中 26 mm≤AL<30 mm 有 20 例(20 眼),AL≥30 mm 有 26 例(26 眼);对照组中 26 mm≤AL<30 mm 有 24 例(24 眼),AL≥30 mm 有 22 例(22 眼)。观察组给予超声乳化白内障摘出+人工晶状体(IOL)植入+CTR 植入术治疗,对照组给予超声乳化白内障摘出+IOL 植入术治疗。比较两组不同 AL 患者术前及术后 1 个月、3 个月的最佳矫正视力(BCVA)、角膜内皮细胞密度、高阶像差的均方根值(RMS)、主观视觉质量评分;比较两组不同 AL 患者术后 1 个月、3 个月前囊口面积及 IOL 倾斜度;比较两组并发症发生情况。结果 与术前比较,两组不同 AL 患者术后 1 个月及 3 个月的 BCVA 及角膜内皮细胞密度均降低($P<0.05$);与对照组比较,观察组 26 mm≤AL<30 mm 和 AL≥30 mm 患者术后 3 个月的 BCVA 较低($P<0.05$)。与术前比较,两组不同 AL 患者术后 1 个月及 3 个月的前囊口面积及 IOL 倾斜度均升高($P<0.05$);与对照组比较,观察组 26 mm≤AL<30 mm 和 AL≥30 mm 患者术后 1 个月及 3 个月的前囊口面积较大($P<0.05$)。与术前比较,两组不同 AL 患者术后 1 个月及 3 个月的主观视觉质量评分均升高($P<0.05$);与对照组比较,观察组 26 mm≤AL<30 mm 和 AL≥30 mm 患者术后 1 个月及 3 个月的主观视觉质量评分较高($P<0.05$)。与对照组比较,观察组术后并发症总发生率较低($P<0.05$)。结论 对于不同 AL 高度近视伴白内障患者,超声乳化术中植入 CTR 利于患者视觉功能的改善,且安全性较好。

关键词:白内障; 眼轴长度; 高度近视; 超声乳化术; 囊袋张力环

中图分类号:R776.1

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2023)05-0685-05

白内障主要表现为眼内晶状体透明度改变,进而阻碍光线聚焦,造成视物模糊、视力下降^[1]。高度近

[△] 通信作者, E-mail: gaoln07@163.com。