

契约学习对胃溃疡患者自我效能感和生存状态影响的研究

朱 红, 荣 加(中国人民解放军海军总医院消化内科, 北京 100048)

【摘要】 目的 探讨契约学习对胃溃疡患者自我效能感和生存状态的影响。方法 选取该院 88 例胃溃疡患者, 按照随机数字表法分为对照组(44 例)和观察组(44 例), 对照组予消化内科常规护理, 观察组给予契约学习联合消化内科常规护理, 比较 2 组患者入院时、出院时、出院 6 个月后的自我效能感(GSES)得分以及焦虑自评量表(SAS)评分、自评抑郁量表(SDS)评分。结果 观察组患者临床治疗有效率为 97.73%, 对照组为 81.82%, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 观察组患者在出院时、出院 6 个月后 GSES 评分以及 SAS 评分、SDS 评分小于或等于 50 分均高于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 契约学习联合常规护理不仅能提高临床治疗有效率, 也可有效改善患者的自我效能感及生存状态, 具有临床意义。

【关键词】 契约学习; 胃溃疡; 自我效能感; 生存状态

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2015.12.049 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2015)12-1780-02

胃溃疡是消化性溃疡疾病中最常见的一种, 胃黏膜被胃消化液自身消化造成黏膜肌层的组织损伤, 且患者长期处于疾病状态, 反复治疗对其综合生存状态造成不良影响, 导致治疗信心下降^[1]。同时患者还存在焦虑、抑郁、恐惧等情绪, 不仅不利于胃溃疡的修复, 也会不同程度地影响疼痛感觉阈和耐受阈^[2]。因此, 在临床护理工作中, 找到较好的改善胃溃疡患者自我效能感及生存状态的治疗模式很有必要^[3]。契约学习是以契约为模式的一种教育形式, 同时也是一种具体的学习方法。美国著名的成人教育学家 Knowles 将契约学习概念界定为: 通过学习者与教育者共同协商后签定学习协议书, 是针对学习者的个体差异而帮助学习者组织和实施其学习活动的技术手段。本研究采用随机对照临床实验方法, 建立胃溃疡患者契约学习方案, 改善患者的自我效能感及生存状态。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取该院 2010 年 11 月至 2013 年 2 月收治的 88 例胃溃疡患者, 按照随机数字表法将其分为对照组(44 例)和观察组(44 例)。对照组患者男 25 例, 女 19 例; 年龄 26~71 岁, 平均年龄(38.6±6.7)岁; 病程 10.9~62.4 个月, 平均病程(30.9±4.4)个月; 观察组患者男 24 例, 女 20 例; 年龄 27~72 岁, 平均年龄(40.8±6.4)岁; 病程 11.5~61.3 个月, 平均病程(29.8±4.2)个月。2 组患者的年龄、性别等一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组 按照胃溃疡患者常规三联疗法的基础上进行常规护理。主要是给予相应的健康知识和告知相应的注意事项。一般生命体征的监测及体征、症状等观察评价, 并进行配合治疗的护理及心理辅导等。

1.2.2 观察组 在对照组的常规护理基础上实施契约学习。患者契约学习自入院即开始实施, 具体实施过程: (1) 了解患者病情: 患者入院后即由消化内科医师及专科护士评估病情和患者对病情的知晓程度^[4]。(2) 确定学习目标: 拟定学习契约的初稿, 与患者共同制定计划, 使患者明确每周必须掌握的康复内容, 确定患者个性化康复项目^[5]。(3) 履行学习契约: 医师及专科护士按照学习契约的内容指导患者进行康复项目, 包括①向患者讲述疾病知识、用药知识, 介绍胃溃疡发病原因、诱因, 使患者更好的了解、认识所患疾病, 并告知患者胃溃疡常用药

物的作用、剂量、注意事项等^[6]。②精神调节, 向患者告知不良情绪对胃溃疡以及复发的影响, 嘱咐患者放松心情, 培养乐观愉快的生活态度。③饮食指导, 告知患者培养规律饮食的习惯, 急性发作期应少吃多餐, 注意进食无刺激、易于消化, 保证营养, 避免刺激性食物。④生活方式指导, 劝患者戒烟、限制饮酒, 养成吃早餐的好习惯, 也可适度运动。(4) 检查契约的学习情况并评价契约学习情况, 保证每个患者拥有 1 个记录契约学习内容的记录本, 记录具体每周要掌握的内容、自我评价。每周 6 培训时通过专科护士对患者上一周学习的内容进行考核, 了解患者契约学习的执行情况, 并总结患者恢复情况。发现问题及时解决, 落实契约学习的完成。如发现契约学习有需要修改之处, 与消化内科医师、患者共同协商, 对学习内容进行适度修改。

1.3 疗效评价

1.3.1 自我效能评价 自我效能感(GSES)是 Bandura 社会认知理论中的核心概念^[7-8]。GSES 评分量表的总评分为 1~40 分。评定时间跨度 1 周。得分 1~10 分表示此阶段患者的信心较低; 11~20 分表示信心偏低; 21~30 分表示信心较高; 31~40 分表示信心非常高。

1.3.2 焦虑自评量表(SAS) 是 1 个含有 20 个项目, 分为 4 级评分的自评量表, 用于评价焦虑患者的主观感受。评定时间跨度为最近 1 周。SAS 采用 4 级评分, 主要评定项目所定义的症状出现的频度, 其标准为: “1”没有或很少时间; “2”小部分时间; “3”相当多的时间; “4”绝大部分或全部时间。(其中“1”“2”“3”“4”均指计分分数)。

1.3.3 自评抑郁量表(SDS) 由华裔教授 William W. K. Zung 编制(1965), 为自评量表, 用于衡量抑郁状态的轻重程度及其在治疗中的变化。每一个条目均按 1、2、3、4 级评分, 主要评定症状出现的频度。其标准为: “1”表示没有或很少时间有; “2”表示有时有; “3”表示大部分时间有; “4”表示绝大部分或全部时间都有。SAS、SDS 2 个量表的总分均以小于或等于 50 分代表患者的情绪状态佳, 无焦虑、抑郁等不良情绪^[9]。

1.4 统计学处理 采用 SPSS 19.0 统计软件进行分析, 计量资料使用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 计数资料应用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者治疗前后 GSES 评分结果比较 观察组患者随

着契约学习干预时间的延长,不同时间 GSES 得分差异有统计学意义($\chi^2=36.70, P<0.05$);对照组患者随着治疗时间的延长,不同时间 GSES 得分差异有统计学意义($\chi^2=29.71, P<0.05$);2 组患者出院 6 个月时 GSES 得分比较,差异有统计学意义($\chi^2=7.74, P<0.05$),观察组 GSES 得分高者的比例大于对照组。见表 1。

表 1 2 组患者治疗不同时间 GSES 评分结果比较[n(%)]

GESES 评分	观察组(n=44)			对照组(n=44)		
	入院前	出院时	出院 6 个月	入院前	出院时	出院 6 个月
较低	10(22.73)	0(0.00)	0(0.00)	10(22.73)	1(2.27)	0(0.00)
偏低	12(27.27)	5(11.36)	3(6.82)	12(27.27)	7(15.91)	5(11.36)
较高	12(27.27)	10(22.73)	5(11.36)	13(29.55)	10(22.73)	8(18.18)
非常高	10(22.73)	29(65.91)	36(81.82)	9(20.45)	26(59.09)	31(70.45)

表 2 2 组患者治疗不同时间 SAS 评分结果比较[n(%)]

SAS 评分(分)	观察组(n=44)			对照组(n=44)		
	入院前	出院时	出院 6 个月	入院前	出院时	出院 6 个月
≤50	11(25.00)	32(72.73)	40(90.91)	11(29.55)	24(54.55)	31(70.45)
>50	33(75.00)	12(27.27)	4(9.09)	33(70.45)	20(45.45)	13(29.55)

表 3 2 组患者治疗不同时间 SDS 评分结果比较[n(%)]

SAS 评分(分)	观察组(n=44)			对照组(n=44)		
	入院前	出院时	出院 6 个月	入院前	出院时	出院 6 个月
≤50	10(22.73)	31(70.45)	41(93.18)	10(22.73)	25(56.82)	31(70.45)
>50	34(87.27)	13(29.55)	3(6.82)	34(87.27)	19(43.18)	13(29.55)

3 讨 论

胃溃疡是消化内科的常见病和高、多发病,各个年龄段均可发病,男性比例高于女性,有病程长、周期性及节律性疼痛等特点。胃溃疡临床表现为腹痛、反酸、呕吐、恶心等,甚至可能发展成为癌变^[10-11]。患者常会因为疾病的长周期性,疼痛不适等对治疗丧失信心,而且患者在治疗过程中也表现出明显的心理状态较差的现象,使患者的综合生存状态表现为极为低下。目前临床对胃溃疡的治疗方法大多采用质子泵抑制剂+2 种抗菌药物的三联疗法。但是仅依靠药物通常难以控制疾病的反复发作。最新研究已经普遍认为胃溃疡属于典型的身心疾病,排除幽门螺杆菌(Hp)感染、自身免疫、胃酸分泌过多因素外,遗传、饮食方式、精神等因素和社会生活环境也是重要的诱因^[12-13]。因此,单纯的使用药物治疗并不能从根本上治疗胃溃疡,并且长期服用药物治疗,不仅增加患者的经济负担,也使其经受药物不良反应等的影响。

提高胃溃疡患者对疾病的认知程度,帮助患者建立良好的生活方式,保持愉快的心情,对于患者提高临床治疗的效果,降低复发率有积极的意义。契约学习是一种存在于教育者和学习者之间所达成的一种详细学习计划的协议,包括学习目标、达成目标的资源和策略、展示达成目标的证据以及具体的评价标准,其最大优点是根据学习者个体情况进行针对性训练^[14-15]。在胃溃疡患者的治疗过程中,专业医师和专科护士在科学的医学理论指导下,通过与患者交流,了解患者的病情

2.2 2 组患者治疗前后的 SAS、SDS 评分结果比较 契约学习前 2 组患者 SAS、SDS 评分小于或等于 50 分的比例比较,差异无统计学意义($P>0.05$);随着契约学习干预时间的延长,2 组患者 SAS、SDS 评分小于或等于 50 分的比例比较,差异均有统计学意义($P<0.05$),观察组患者得分小于或等于 50 分者比例均高于对照组。见表 2、3。

程度以及患者自己对疾病的认知,制定科学、个性化的治疗方案。这种新的治疗模式,患者不再是以往被动的接受治疗,而是患者根据自身能力、需要不断与治疗医师、护士协商的自主过程,患者自身也参与到疾病的治疗之中。本研究对胃溃疡患者实施契约学习干预结果表明,2 组患者在常规三联药物治疗的基础上,对照组给予常规护理,观察组则增加契约学习,包括疾病知识普及、健康教育、饮食指导、精神调节以及生活方式指导等,从而帮助患者建立认知-情感-行为三者的和谐观念,养成良好的生活习惯,提高患者自身对疾病认知、治疗的积极性^[16]。

本研究结果显示,观察组患者实施契约学习,针对个体因素实施个体化的治疗方案,在出院时、出院 6 个月后 GSES 评分非常高比例,以及 SAS 评分、SDS 评分小于或等于 50 分的患者比例均高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。

综上所述,契约学习联合常规护理不仅能提高临床治疗有效率,减轻患者经济负担和痛苦,也可有效改善患者的自我效能感及生存状态,具有临床意义。

参考文献

[1] 陈灏珠.实用内科学[M].12 版.北京:人民卫生出版社,2005:1872-1873.
 [2] 林妍.奥美拉唑治疗消化性溃疡 480 例临床观察[J].中国社区医师,2009,11(24):93-94. (下转第 1783 页)

表 4 抗菌药物使用合理性分析[n(%)]

项目	合理	基本合理	不合理
适应证	853(99.31)	16(1.84)	0
药品品种准确性	674(77.56)	293(33.72)	2(0.23)
药物剂量适宜性	823(94.71)	44(5.06)	2(0.23)
用药方式合理性	869(100.00)	0	0
用药时间	207(23.82)	291(33.49)	369(42.46)
禁忌证	810(93.21)	59(67.89)	0
不良反应	769(88.49)	91(10.47)	7(0.81)
联合用药	142(16.34)	32(36.82)	4(0.46)

3 讨论

大部分骨科手术治疗中,为避免术后切口受到细菌感染,临床常会进行预防性抗菌药物的使用,但预防性用药也不能均按 100% 进行。有研究表明,手术切口小且时间短的患者是否预防性应用抗菌药物,差异无统计学意义($P > 0.05$),因此可不使用。但手术时间长、切口大等复杂的手术则有使用抗菌药物预防感染的必要性^[2]。手术后因有切口,也需进行一定时间的抗感染治疗^[3]。因此抗菌药物成为骨科围术期必用的药物之一。

本研究结果表明,2012~2014 年期间,抗菌药物人均使用为 1.14 种,头孢菌素使用频率最高,与近年来头孢菌素的临床应用率相接近^[4-5]。其原因与头孢类的过敏反应较青霉素类低、抗菌谱广,对 β -内酰胺酶的稳定性以及对肝肾功能损害较小有一定的关系^[6-7]。头孢代数的选择,头孢哌酮-舒巴坦钠频率最高,头孢哌酮是第 3 代头孢菌素。有研究认为应首选头孢第 1 代^[8]。

抗菌药物的广泛应用涉及其合理性。本研究结果显示,围术期预防性使用抗菌药物达 95.83%,而用药不合理的主要因素是用药时间,这与其他研究结果有相似之处^[9-10]。从统计结果和其他文献提示,预防性用药的时间比较长,有 90% 以上的病例都超过术前 2 h 的规定,术后用药的持续时间也是用药不合理的一个因素,主要表现为用药疗程较长^[11]。而其他不良

反应等所占比率较少。如何合理用药将成为骨外科围术期抗菌药物使用的一个重点,而其重要措施就是选择合理的时间和合适的疗程^[12-13]。

参考文献

- [1] 卫生部,国家中医药管理局,总后卫生部. 抗菌药物临床应用指导原则[S]. 北京:2004.
- [2] 王蔚,郭荣光,李海波,等. 骨科手术预防性抗菌药物使用调查及疗效分析[J]. 现代预防医学,2011,38(4):756-757.
- [3] 张欢,曾凡健,陈息,等. 骨科抗菌药物应用情况调查分析[J]. 中国医院用药评价与分析,2007,7(2):107-109.
- [4] 何绥平,黎沾良,颜青,等. 围术期预防应用抗菌药物调查分析[J]. 中华外科杂志,2008,46(1):12-14.
- [5] 熊淑华,徐聪. 骨科围术期抗菌药物的使用探讨[J]. 江西医学院学报,2007,47(5):67-70.
- [6] 马清. 头孢唑林与头孢呋辛在预防胃肠手术切口感染中的应用[J]. 中国当代医药,2013,20(23):87-88.
- [7] 刘敬书,韩兵,王勇,等. 头孢美唑用于急性结石性胆管炎手术抗感染疗效评价[J]. 天津药学,2012,24(4):37-38.
- [8] 袁进,石磊,李健,等. 该院清洁手术围术期抗菌药物预防性使用现状调查[J]. 中国临床药理学杂志,2012,28(9):691-693.
- [9] 海霞,李瑛,翟凤琴,等. 骨科围术期抗菌药物合理应用调查分析[J]. 南通大学学报:医学版,2014,16(2):135-136.
- [10] 毛素芳. 该院 994 例骨科手术患者抗菌药物应用分析[J]. 四川医学,2011,32(7):1138-1140.
- [11] 熊淑华,徐聪. 骨科医嘱中抗菌药物不合理应用分析[J]. 江西医药,2007,42(8):707-708.
- [12] 李小红. 骨科围术期抗菌药物使用方法的探讨[J]. 江西医药,2006,41(5):273-274.
- [13] 杨小元. 不同时机预防性应用抗菌药物在骨科手术中的效果比较[J]. 中国药业,2010,19(1):38-38.

(收稿日期:2014-12-22 修回日期:2015-02-16)

(上接第 1781 页)

- [3] 刘伯锋. 健康教育与心理治疗在胃溃疡治疗中的应用[J]. 延安大学学报:医学科学版,2009,7(4):28-29.
- [4] 魏淑瑛,李波. 消化性溃疡复发的影响因素分析及预防对策[J]. 护理与康复,2010,9(4):301-302.
- [5] 章冬瑛,陈雪萍. 老年慢性病康复护理[M]. 杭州:浙江大学出版社,2009:203.
- [6] 朱丽玲. 循证护理对消化性溃疡患者治疗依从性和生活质量的影响[J]. 中国基层医药,2013,20(2):310-311.
- [7] Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change[J]. Psychological Review, 2010, 84(12): 191-215.
- [8] Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control[M]. New York:Freeman,1997.
- [9] 郑成城,马丽红. 健康教育对消化性溃疡患者自我效能的影响[J]. 护士进修杂志,2010,25(9):830-831.
- [10] 吕荣香. 胃溃疡患者心理护理干预效果评价[J]. 医药前沿,2012,7(4):109-110.

- [11] 蒋必巧. 饮食干预对消化性溃疡患者的影响[J]. 安徽医学,2011,32(8):1159-1161.
- [12] 沈妲,章静,冯敏萍. 循证护理在消化性溃疡患者中的应用及临床效果分析[J]. 中国现代医生,2012,50(4):130-132.
- [13] 郑成城,马丽红. 健康教育对消化性溃疡患者自我效能的影响[J]. 护士进修杂志,2010,25(9):830-831.
- [14] Ruth M. Promoting the integration of theory and practice by the use of contract[J]. International Journal by Therapy and Rehabilitation,2003,10(6):264-266.
- [15] Timmins F. The usefulness of learning contracts in nurse-Education; the irish perspective [J]. Nurse Educ Pract, 2002,2(3):190-196.
- [16] 陈红光,刘琼. 认知行为干预对消化性溃疡疾病康复作用及复发率的影响[J]. 国际护理学杂志,2012,31(12):2330-2332.

(收稿日期:2014-12-20 修回日期:2015-02-18)