

[5] 赵滌. 妇科盆腔手术预防下肢深静脉血栓的护理干预[J]. 中国病案, 2013, 14(6): 80-81.
 [6] 伍香姑. 妇科盆腔手术围术期预防下肢深静脉血栓形成的护理[J]. 实用临床医学, 2014, 15(1): 118-119.
 [7] 李薛鹏. 妇产科术后并发下肢深静脉血栓的特点分析与防治措施[J]. 中国实用医刊, 2013, 40(15): 6-8.
 [8] 甘艳微, 胡桂芳, 陈泳玉, 等. 护理干预预防重症产妇剖宫产术后下肢深静脉血栓形成的临床价值[J]. 国际医药卫生导报, 2014, 20(17): 2735-2738.

[9] 银萍, 谢军燕, 葛晓琳. 整体化护理在预防妇科盆腔手术患者下肢深静脉血栓中的应用效果[J]. 安徽医学, 2015, 36(8): 1020-1021.
 [10] 屠悦, 林雪娟. 围术期预防性护理干预对预防妇科盆腔术后下肢深静脉血栓形成的效果观察[J]. 全科护理, 2016, 14(21): 2194-2196.

(收稿日期: 2017-10-21 修回日期: 2018-01-13)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2018. 10. 041

健康教育结合运动锻炼对绝经后骨质疏松症患者知-信-行及骨密度效果影响

庄华敏, 陈少婷, 陈宏如

(中国人民解放军第一八〇医院骨二科, 福建泉州 362000)

摘要:目的 探讨健康教育结合运动锻炼和传统护理对绝经后骨质疏松症患者知-信-行及骨密度效果的影响。方法 选取 2016 年 1—12 月该院 122 例绝经后骨质疏松症患者, 按随机数字法分为研究组与对照组, 各 61 例。对照组采用常规健康教育, 研究组使用健康教育结合运动锻炼, 比较 2 组患者的干预效果。结果 干预后 2 组患者的知-信-行总评分及各维度评分均高于干预前 ($P < 0.05$), 且干预后研究组优于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 干预后研究组自我效能量表总分及运动效能、摄钙效能评分均优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 干预后研究组腰椎、股骨颈密度均优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 应用健康教育结合运动锻炼能有效提高绝经后骨质疏松症患者知-信-行水平及自效效能水平, 改善患者骨密度。

关键词:骨质疏松; 健康教育; 绝经; 运动锻炼

中图分类号: R681

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2018)10-1499-03

骨质疏松是由多种因素引起的骨量减少的代谢性、功能障碍性疾病^[1]。大量研究显示, 骨质疏松与女性雌激素分泌下降及卵巢功能衰退有关, 处于围绝经期的女性骨质疏松发生率明显高于经期女性^[2]。近年来随护理学科的迅速发展, 有效的护理方法对提高围绝经期骨质疏松症患者疾病知识、促进康复方式发挥了重要作用。有研究报道, 对有骨质疏松的患者制定有效的早期干预措施, 提供最佳运动治疗和训练手段, 对提高患者生活质量具有重要的价值。现探讨绝经期骨质疏松症患者应用健康教育结合运动锻炼进行干预, 并对干预效果进行观察, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取该院 2016 年 1—12 月 122 例绝经期骨质疏松症患者。按照随机数字表法分成 2 组, 对照组 ($n=61$) 和研究组 ($n=61$), 各 61 例。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。本研究经该院伦理委员会批准同意, 所有患者均签署治疗知情同意书。见表 1。

1.2 纳入与排除标准 (1) 纳入标准: 年龄 50~75 岁; 符合 2011 年中华医学会骨质疏松和骨矿盐疾病分会《原发性骨质疏松症治疗指南》诊断标准^[3]; 自然绝经 10~20 年; 无运动禁忌证; 智力正常, 以往无精

神病史; 具有正确沟通理解能力。(2) 排除标准: 患有其他影响骨代谢的疾病, 如甲状腺功能亢进、骨转移瘤、慢性肾炎等; 继发性/特发性骨质疏松症; 运动功能障碍者; 恶性肿瘤; 近 3 个月内服用过糖皮质激素类药物者。

表 1 2 组患者一般资料结果比较

项目	对照组($n=61$)	研究组($n=61$)	χ^2 / t	P
年龄($\bar{x} \pm s$, 岁)	57.02 ± 6.23	58.07 ± 6.53	0.576	0.433
绝经年龄($\bar{x} \pm s$, 岁)	48.02 ± 7.31	49.07 ± 7.70	0.763	0.272
绝经年限($\bar{x} \pm s$, 年)	4.82 ± 0.96	4.79 ± 1.03	0.647	0.396
文化程度 [$n(\%)$]				
初中及以下	36(59.02)	39(63.93)	0.311	0.577
高中及以上	25(40.98)	22(36.07)		
婚姻状况 [$n(\%)$]				
已婚	34(55.74)	38(62.30)	0.542	0.462
离婚或丧偶	27(44.26)	23(37.70)		

1.3 方法 2 组患者均给予传统日常活动及药物治疗。对照组采用传统健康教育方法, 患者入院后由经培训的 1 名护理人员对其进行健康教育, 形式为向患者讲解骨质疏松相关知识, 内容包括围绝经期骨质疏松发生的原因、饮食干预、药物干预、运动干预等知识。研究组使用健康教育结合运动锻炼, 具体措施: (1) 健康教育: 健康知识讲座, 患者入组后, 每 2 周进

行1次骨质疏松相关知识讲座,采用PPT讲解的方式,每次30~40 min。内容包括:骨质疏松的类型、病因、预防措施;膳食指导及平衡膳食宝塔的应用^[4];骨质疏松患者常见食物的烹调方法;有利于骨骼健康的运动方式和方法,并当场展示负重运动及抗阻运动的动作。通过信息传播和行为指导,帮助患者正确认识骨质疏松症。发放健康教育手册,《中国居民平衡膳食宝塔》《中国居民膳食营养素参考摄入量》及研究小组自行设计的《骨质疏松知识教育手册》^[5]。面对面指导,评估患者每日钙的摄取量和运动情况,结合骨密度测定的结果,制定有个性的膳食钙摄取和运动计划,督促患者多进行户外运动,多晒太阳,有利于维生素D的合成,以促进钙的吸收。网络教育,通过QQ、微信定时向患者推送骨质疏松相关知识信息,患者可随时查阅,提高健康教育效果^[6]。心理教育,评估每例患者的性格特点,有针对性地进行沟通交流,与其建立良好的关系,耐心听取患者的问题并给予个体化的指导,使患者知晓良好的心理健康状态对疾病康复的重要作用。(2)运动锻炼:大量研究表明,运动具有骨性效应,即维护和提高骨矿密度,适当的运动还能增强肌肉力量,提高平衡能力,减少跌倒的危险性,降低因骨质疏松引起的骨折发生率^[7]。临床研究显示,运动疗法能适当减轻骨质疏松患者的疼痛感,调节患者的心情,从而有利于提高患者身体和心理素质,加强患者日常活动能力和生活质量的提高。这些都是药物疗法和营养疗法所不具备的。由于年龄增长和绝经等因素引起的骨矿减少,虽然通过运动疗法不能完全控制,但对预防和缓解骨质疏松至关重要。目前,运动疗法是唯一的非药物疗法,疗效可靠、不良反应小、节省开销、持续时间长等优点而受到重视。

1.4 效果评价

1.4.1 骨质疏松症知-信-行 采用骨质疏松症健康信念量表(OHBS)^[7]。量表包括3个维度,31个条

目,其健康信念14条,骨质疏松知识10条,预防保健行为7条,均采用Lilert 5级评分法,1分表示非常不同意;2分表示不同意;3分表示无所谓;4分表示同意;5分表示非常同意,问卷总分为31~155分,分值越高表示患者信念越好。该问卷Cronbach's α 系数为0.739。

1.4.2 骨质疏松自我效能 采用骨质疏松自我效能问卷(OSES)中文版本^[8]。量表共12个条目,运动效能钙摄入效能各6个条目。计分方法:0~10分,分别表示从一点也无信心至很有信心。每条目得分乘以10为该条目最后得分。总量表与每个分量表的得分=各自总分/各自条目数,即得分范围均为0~100分。该量表Cronbach's α 系数为0.91~0.94,重测信度为0.63~0.82。

1.4.3 骨密度指标 测量仪器为美国NORLAND公司生产的XR-36双能X线骨密度仪,分别在干预前及干预后6个月测量患者腰椎及股骨颈的骨密度^[9]。

1.5 统计学处理 采用SPSS16.0统计软件进行数据分析,计数资料以例数或百分率表示,组间比较使用卡方检验,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较应用*t*检验或*F*检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者知-信-行调查结果比较 干预后2组患者知-信-行总评分及各维度评分高于干预前($P < 0.05$),且干预后研究组优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

2.2 2组患者自我效能调查结果比较 干预后研究组患者自我效能量表总分及运动效能、摄钙效能评分均优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表3。

2.3 2组患者干预前后骨密度结果比较 干预后研究组患者腰椎、股骨颈密度均优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表4。

表2 2组患者知-信-行调查结果比较($\bar{x} \pm s, P$)

项目	干预前		<i>t</i>	<i>P</i>	干预后		<i>t</i>	<i>P</i>
	对照组	研究组			对照组	研究组		
知识认知	12.98±2.32	13.04±2.25	0.785	0.383	31.94±4.98*	43.26±5.01**	3.521	0.033
健康信念	23.41±7.87	23.59±7.95	0.573	0.501	51.05±12.50*	65.35±11.43**	3.874	0.021
预防保健行为	9.00±2.69	9.04±2.63	0.763	0.436	22.24±5.66*	32.36±4.59**	4.786	0.016
知-信-行总分	52.79±7.67	53.02±7.46	0.401	0.657	104.82±30.62*	139.38±28.50**	4.411	0.013

注:与干预前比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$

表3 2组患者自我效能调查结果比较($\bar{x} \pm s, P$)

项目	干预前		<i>t</i>	<i>P</i>	干预后		<i>t</i>	<i>P</i>
	对照组	研究组			对照组	研究组		
运动效能	63.82±12.61	64.78±12.64	0.276	0.753	71.60±12.62	86.65±11.62*	4.476	0.012
摄钙效能	74.94±15.57	75.91±15.07	0.428	0.651	80.61±12.61	89.11±13.65*	4.936	0.014
总分	70.76±14.55	71.63±13.85	1.043	0.279	75.65±11.80	88.03±13.57*	5.427	0.001

注:与干预前比较,* $P < 0.05$

表 4 2 组患者干预前后骨密度结果比较($\bar{x} \pm s$)

项目	干预前		<i>t</i>	<i>P</i>	干预后		<i>t</i>	<i>P</i>
	对照组	研究组			对照组	研究组		
腰椎	0.672±0.080	0.669±0.095	0.078	0.951	0.689±0.081*	0.718±0.125*	3.289	0.031
股骨颈	0.613±0.115	0.612±0.117	0.029	0.982	0.634±0.107*	0.668±0.113*	2.889	0.036

注:与干预前比较,* $P < 0.05$

3 讨 论

本研究通过与患者及家属沟通交流表明,骨质疏松症患者及家属对于骨骼健康知识掌握甚少,即便少部分患者具备一定的骨骼健康知识,也与骨质疏松治疗及预防无关。健康教育对提高人群健康生活质量及疾病知识具有重要的意义。采用科学、易被患者接受的教育方法及运动锻炼不仅可提高健康教育的效果,同时能有效改善患者病情,促进患者康复。

3.1 健康教育结合运动锻炼对患者知-信-行的影响 知-信-行理论认为疾病保健知识是形成正常治疗态度及健康信念的基础,正确的治疗态度及健康信念是患者保健行为改变的动力^[9-10]。本研究结果显示,2 组患者知-信-行总评分及各维度评分显著高于干预前,且研究组高于对照组($P < 0.05$),说明健康教育结合运动锻炼能有效改善骨质疏松症患者知-信-行评分,而对照组传统健康教育主要以口头教育方式为主,内容抽象、深奥,理解困难,加之传统教育内容及受教时间较随意,系统性较差,难以确保患者全方位接受知识^[11]。

3.2 健康教育结合运动锻炼对患者自我效能的影响 自我效能是指对自己是否能够成功地进行某一成就行为的主观判断,与自我能力感是同义^[12]。本研究结果显示,干预后研究组患者自我效能量表总分及运动效能、摄钙效能评分均优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。这是由于运动作为骨质疏松症的一种有效防治手段,不仅骨量及骨生物力学的性能促进成骨细胞分化,抑制破骨细胞表达,还可改善关节和骨骼肌的功能,增强肌力和耐力^[13]。同时采用多模式的教育方式,让患者了解采取骨质疏松症相关教育信息,并提高其相关知识水平,有效促进自我效能的提升。

3.3 健康教育结合运动锻炼对患者骨骼健康的影响 王文娟等^[14]研究报道,健康教育能有效提高围绝经期骨质疏松症患者知-信-行评分,提高患者骨密度,改善临床症状,促进康复。本研究结果证实,2 组患者干预后腰椎、股骨颈密度均优于干预前,且研究组优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),说明健康教育能有效改善患者骨密度及临床症状,促进患者预后。与传统健康教育相比,健康教育结合运动锻炼对骨质疏松症患者骨密度改善效果更显著,其原因可能与本研究健康教育更系统化、个性化,患者易接受,提高对疾病的重视程度,有助于提高治疗依从性;而通过运动疗法,提高了患者性激素分泌、调节钙吸收,改善患者骨密度。

综上所述,应用健康教育结合运动锻炼能有效提高绝经后骨质疏松症患者知-信-行水平及自我效能水平,改善患者骨密度。

参考文献

- [1] 张云林,周祥,张红,等.中老年女性骨转换指标与骨密度和骨质疏松风险的关系[J].中国骨质疏松杂志,2016,22(12):1561-1567.
- [2] 杨卫红,俞洁菲,张琼.老年骨质疏松患者对骨质疏松认知程度和生活质量现况调查[J].中华老年医学杂志,2015,34(11):1254-1256.
- [3] 刘利民.《骨质疏松性骨折诊疗指南》《原发性骨质疏松症诊疗指南》联合解读[J].北京医学,2017,39(2):180-182.
- [4] 陈巧鸽,金莹,朱京京,等.路径式健康教育在老年性骨质疏松症康复中的应用[J].护士进修杂志,2013,28(19):1776-1778.
- [5] 张伟,张锐,冯国和.多学科健康教育对非骨质疏松症住院患者知信行的影响[J].中华现代护理杂志,2016,22(20):2857-2861.
- [6] 江育琴,叶玲,张莉,等.模块式教育计划在老年骨质疏松症病人健康教育中的应用研究[J].护理研究,2015,22(19):2408-2409.
- [7] 李国平,李可贵,姜娜.3 种模式整合式健康教育对社区中老年人骨质疏松症的干预效果[J].护理学报,2015,31(2):68-71.
- [8] 苑秋兰.中文版骨质疏松症自我效能量表应用于社区中老年人的信效度分析[J].中华现代护理杂志,2014,20(17):2061-2063.
- [9] 赵春燕,周瑞华,田永芝,等.营养教育与膳食干预对中老年骨质疏松患者营养状况和骨密度的影响[J].卫生研究,2016,45(2):230-235.
- [10] 彭娟,王吉平,沈英.知信行理论对 2 型糖尿病患者行为干预的效果[J].上海护理,2014,14(2):8-10.
- [11] AGGARWAL N, RAVEENDRAN A, KHANDELWAL N, et al. Prevalence and related risk factors of osteoporosis in peri- and postmenopausal Indian women [J]. J Midlife Health, 2011, 32(2): 81-85.
- [12] 石倩,杨雨佳,高丽,等.骨密度异常人群骨质疏松知识与自我效能的调查分析[J].中华护理杂志,2013,48(4):331-334.
- [13] 吴运明,郝小波,王喜臣,等.运动干预对老年性骨质疏松的影响[J].中国老年学杂志,2014,26(14):4113-4115.
- [14] 王文娟,金建岳,罗惠倩,等.图文式健康教育路径在绝经后骨质疏松症患者中的应用价值[J].中华现代护理杂志,2014,20(31):3944-3947.