

## 以赋能授权理论为基础的集束化护理对类风湿关节炎患者的效果评价

王园园<sup>1</sup>, 季倩雯<sup>1</sup>, 刘词<sup>2</sup>, 张阳<sup>2</sup>, 盛荣\*

海军军医大学附属第二医院 上海

**【摘要】目的** 以赋能授权理论为基础的集束化护理对类风湿关节炎患者的影响价值。**方法** 选择 2020 年 1 月至 2020 年 12 月收治的类风湿关节炎患者 164 例作为研究对象并根据随机数字表法分为对照组、观察组, 各为 82 例, 两组患者全部给予生物制剂等基础压力治疗, 前者给予常规护理干预而后者给予赋能授权理论为基础的集束化护理。比较两组患者的护理效果。**结果** 干预 3 个月后, 观察组的自我效能感、应对方式和生活质量水平比对照组高得多 ( $P > 0.05$ )。观察组焦虑水平、应对方式回避、产量评分比对照组低得多 ( $P < 0.05$ )。**结论** 基于赋能理论的集群护理能有效提高类风湿关节炎患者的生活质量, 使患者的应对疾病方式不断科学化, 从而使患者的生活质量不断提高, 效果较明显。

**【关键词】** 赋能授权; 集束化护理; 类风湿关节炎; 应用效果

### Effect evaluation of cluster-based nursing for patients with rheumatoid arthritis based on empowerment theory

Yuanyuan Wang<sup>1</sup>, Qianwen Ji<sup>1</sup>, Ci Liu<sup>2</sup>, Yang Zhang<sup>2</sup>, Rong Sheng\*

The Second Affiliated Hospital of Naval Medical University Shanghai

**【Abstract】 Objective:** Impact value of cluster-based care on patients with rheumatoid arthritis based on empowerment theory. **Methods** A total of 164 patients with rheumatoid arthritis admitted from January 2020 to December 2020 were selected as the research subjects. According to random number table method, they were divided into control group ( $n=82$ ) and observation group ( $n=82$ ). All patients in the two groups were given basic stress therapy such as biological agents. The control group was given conventional nursing intervention, and the observation group was given cluster-based nursing based on the theory of empowerment. The self-efficacy, anxiety, coping style and life quality of the two groups were compared. **Results** After 3 months of intervention, the self-efficacy, coping style and quality of life of observation group were higher than those of control group ( $P > 0.05$ ). The anxiety level, coping style avoidance and yield equalization in observation group were lower than those in control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** Clustering nursing based on empowerment theory can effectively improve the level of self-efficacy of patients with rheumatoid arthritis, improve the way of drug coping and negative emotion of patients with anxiety, and improve the quality of life.

**【Keywords】** Empower; Cluster care; Rheumatoid arthritis; Application effect

授权赋能出处为管理学, 20 世纪 80 年代, Conger 和 Kanungo 将其带入心理学。近年来, 授权赋能理论在医学方面广泛应用, 在慢性病患者的护理教育中效果显著, 帮助患者树立控制疾病的信心和勇气, 改善了患者一直处于被动的状态, 获取选择权和决定权, 更好的获取医护人员专业知识, 技能和健康教育, 在慢性病患者的自我管理中的作用明显<sup>[1]</sup>。赋权护理被定义为个人能最大限度地利用资源、识别和应对自己的需

求, 增强解决和控制自己生活的能力<sup>[2]</sup>。赋能授权更加关注患者的需求和自我保护的主观能动性从而使自我管理的潜力得以充分发掘<sup>[3]</sup>, 让患者热衷参与决策<sup>[4]</sup>, 从而发挥患者加强自我管理能力、控制负面情绪功效, 促进患者疾病进一步康复<sup>[2,5]</sup>。集束化护理干预是一种以循证医学为基础, 结合一系列循证治疗和护理措施来应对临床疾病的新型护理干预方法, 将理论融入具体的临床护理实践, 最大限度地发挥护理效果<sup>[6-8]</sup>。类

\*通讯作者: 盛荣

风湿性关节炎 (Rheumatoid arthritis, RA) 其实质为外周小关节和周围组织被侵蚀而引发的全身性疾病。如果对该病不及时治疗, 随着病情的漫延, 关节畸形和功能下降, 自理能力下降且致残率很高<sup>[9-11]</sup>。据研究<sup>[12,13]</sup>, 该病症将给患者带来生理、心理、社会等诸多方面造成的影响非常恶劣, 使患者的生命质量降低严重。尽管随着医学的发展, 类风湿性关节炎的防治也取得了一些令人满意的成果, 然而类风湿性关节炎的护理仍然面临着严峻的挑战。田丽<sup>[14]</sup>报道有 24% 的患者并未得正确的护理。当患者病情稳定时以居家维持治疗为主要方式, 干预人员不能对居家患者提供有效干预。因此, 有必要发挥患者最大限度的主观能动性, 促进自我管理意识的, 提高类风湿性关节炎患者的生存质量, 已成为护理研究的重点<sup>[15]</sup>。本研究将 164 例患者予以基于授权理论的集束化护理, 具体报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2020 年 1~12 月入住我科的类风湿关节炎 164 例患者。纳入标准: ①符合美国风湿病学会类风湿关节炎诊断标准<sup>[16]</sup>。②活动性类风湿关节炎患者,  $\geq 6$  个关节肿胀;  $\geq 8$  关节压痛; 调查日晨僵持续时间  $>45\text{min}$ , 红细胞沉降率 (ESR)  $>28\text{mm/h}$ , C 反应蛋白 (CRP) 为正常上限 1.5 倍。③遵医嘱使用多种药物 (包括 NSAIDs、缓效抗风湿药)。排除标准: ①其他严重器质性疾病; ②不配合或不能坚持 6 周锻炼; ③干预前 3 个月内使用各种生物制剂。④严重的关节畸形。随机将他们分为观察组和对照组, 各 82 例。两组性别、年龄、病程、学历与工作性质情况表 1 所示。两组一般资料比较无统计学意义 ( $P>0.05$ ), 无可比性。具体见表 1。

表 1 两组基线资料对比分析

组别	例数	性别		平均年龄 (岁)	病程 (年)	学历				工作性质		
		男	女			初中	高中	专科	本科	事业	企业	自由职业
对照组	82	24	58	51.25 ± 15.83	3.7 ± 1.4	22	21	19	20	25	40	17
观察组	82	22	60	50.86 ± 15.40	3.8 ± 1.5	20	23	17	22	24	38	20
p				>0.05	>0.05				>0.05			>0.05

### 1.2 方法

两组患者均给予生物制剂等基础药物治疗。其中, 对照组给予入院时、检查、用药、出院时的口头宣教的常规干预, 而基于赋能授权的集束化护理的方式为观察组而使用。首先, 成立基于赋能理论的集束化护理干预小组: 小组共 9 人, 并作明确分工, 5 人负责干预、2 人发放回收问卷、2 人组织患者参与干预。所有团队成员都需要学习和培训集束化护理的相关知识和科室授权赋能理论的方法、技能和内容。团队成员将共同评估患者的病情、心理特征, 找出循证问题。通过文献查阅, 找出护理问题并制定完善的基于授权理论的集束化护理方案对策。尤其对出现的问题进行综合集束, 然后针对性解决。具体如下:

#### (1) 护理计划的制定

(1) 共享信息。干预人员向患者讲解药物知识、预期疗效, 让患者知悉用药对疾病治疗的作用, 并告知在不良反应时要采取的措施。赋予患者对其知识掌握得反馈及措施可实施性给予认可。(2) 发掘问题。干预人员通过深度访谈与患者进行沟通, 鼓励患者主动提出问题和需求, 并将问题集中整合寻找日常生活

中阻碍疾病治疗的问题和不良习惯。在与患者沟通的过程中, 要逐渐建立良好的关系让他们感受到患护地位相互上对等的, 促进患者毫不犹豫地对于干预人员倾诉心里想法。(3) 制定行为改变措施。干预人员在发现患者面临问题后以其专业精准知识为患者提出问题出现的归因, 并在征求患者意见基础上, 患者实施自己的决策权, 与干预人员一同制定具有一定可行性的解决问题的方案。在制定过程中, 干预人员只是作为专业顾问, 明确中立原则和不评判的态度, 让患者自己判断行为的好坏, 从而达到改变不良行为的目的。在沟通过程中, 当患者拒绝接受干预人员建议时, 干预人员不能强迫患者立即做出改变, 并给予一定的思考时间。

#### (2) 护理方案的实施

1) 线上教育护理。通过微信平台, 组建微信群, 风湿免疫疾病公众号。小组成员定期每周周一, 周五在微信平台更新药物治疗, 饮食注意事项, 自我功能锻炼及急救技能等健康教育视频。由资深护师进行线上的答疑环节。督促患者从用药, 运动, 饮食等方面记录自我管理日记并传至微信平台, 以供干预人员病

人了解居家信息, 并给予适宜的指导。2) 居家功能锻炼督导。出院后, 下发功能锻炼操视频及功能锻炼登记表。将进行日常锻炼时间、地点及未行使原因如实记录并定期电话随访, 保持每周至少 1 次随访, 利用患者复查机会予以健康宣教。经过部门专家鉴定和指导, 应制定了标准的联合功能锻炼流程, 具体包括: ①手指和腕掌部运动: 拇指依次与其他 4 个手指接触并保持 3S 时间, 来回接触, 共 10 次; 握紧 3 到 5 秒, 尽量伸展 5 个手指, 使手掌和手指张开, 保持 3 到 5 秒手指并拢, 展开手掌和手指, 重复 1 至 4 次共计 20 次左右。②膝关节运动: 站立时一只手放在桌边并将左膝屈伸, 运动强度由弱到强、运动时间由短到长, 不过度超过容许范围。同时, 我科制定功能锻炼宣传教育处方, 指导患者正确规范练习以帮助患者恢复日常生活运动的协调性不断提高。3) 情感支持。干预人员详细了解患者父母, 子女, 配偶等家庭成员并与之交流。鼓励家属给予患者理解和支持, 及时了解患者的心理状态, 并疏导其不良情绪, 保持积极乐观心态。鼓励患者与家属积极交流, 反应自己现存的问题, 并尽最大限度取得与单位或者社区做好沟通, 以取得情感、经济等各方面的支持, 最大限度的利用社会支持, 提升治疗和自我管理效果。4) 同伴支持教育。每两周开展一次病人座谈会。采用线上会议, 疾病控制较好的同类患者与其他类风湿关节炎患者进行交流, 分享自我管理技能, 为他们树立了良好的榜样, 其榜样学习增强其他患者对疾病居家管理的热情。时间是 45 分钟。5) 赋予患者自我管理技能。干预人员与患者采用开放式提问形式进行有效沟通, 鼓励患者提出问题, 并询问其打算, 听取患者的意见, 给出专业的指导及建议, 根据患者的认知接受水平, 病情, 及用药方案选择患者需要了解的知识进行个别指导。个别指导是在患者家属同意的情况下, 与家属一起, 形式不限的商榷, 与患者一同制定合理的自我管理计划, 明确自身利弊, 感受行为改变的重要性, 起到提高疾病治疗

和护理效果,

### 1.3 观察指标

分别在患者入院及 3 个月后对以下项目进行评估:

(1) 自我效能感。采用慢性病自我效能感量表<sup>[17]</sup> (CDSSES), 量表 Cronbach's A 系数为 0.96, 重测信度为 0.91, 包括自我管理完成度、一般自我效能感、达成结果和解决问题 4 个维度 33 个条目。采用 10 级评分法, 得分越高患者的自我效能感水平越高。(2) 焦虑和抑郁<sup>[18]</sup>。采用汉密尔顿焦虑量表和抑郁量表, HAMA 有 14 项评分指标, 各指标评分为 0~4 分, ≥29 分为重度焦虑, 21~<29 为中度焦虑, 14~<21 为轻度焦虑, 得分<14 为心理健康。HAMD 共有 24 个评分指标, 分别为 0~2 分和 0~4 分, 总分 72 分。≥35 分为重度抑郁, 20~<35 分为中度, 8~<20 分为轻度, <8 分为非抑郁。(3) 应对方式。采用医学应对问卷 (MCMQ) 量表<sup>[19]</sup>, 包括对抗、回避、屈服 3 方面 20 个项目, 采用 4 级计分法, 评分越高患者发生采取这种应对方式越容易。“面对”、“避免”和“屈服”策略 Cronbach's A 系数分别为 0.69、0.64 和 0.60, 重测信度分别 0.85、0.76 和 0.67。(4) 生活质量。采用 HAQ 量表, 共有 29 个项目包括生理、心理、社会和健康自我知识 4 个子量表<sup>[20]</sup>, 得分越高表示生活质量越差。

### 1.4 统计学方法

此次研究的数据资料均采取 SPSS19.0 统计学软件进行数据分析与处理, 计量资料以 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 采用 t 检验, 计数资料以  $\chi^2$  检验, 以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义

## 2 结果

2.1 干预前后 CDSSES 评分比较 (表 2)

2.2 干预前后 HAMA、HAMD 评分比较 (表 3)

2.3 干预前后 MCMQ 评分比较 (表 4)

2.4 干预前后 HAQ 评分比较 (表 5)

表 2 CDSSES 评分比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	完成自我管理		一般效能管理		达成结果		应对问题	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	82	3.68±0.79	5.47±1.24	4.52±0.94	6.78±1.30	4.92±1.03	6.84±1.28	4.07±0.83	6.57±1.25
观察组	82	3.76±0.83	6.09±1.35	4.38±1.91	7.25±1.43	4.86±0.97	7.31±1.45	4.12±0.87	6.94±1.36
t		3.562	7.389	0.343	8.459	2.228	7.654	13.028	7.285
p		0.174	0.012	0.262	0.018	0.216	0.038	0.193	0.007

注: 组间、不同时间点交互作用均有统计学意义,  $P < 0.05$

表 3 HAMA、HAMD 评分比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	HAMA 评分		HAMD 评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	82	37.63±3.20	26.75±4.12	58.73±3.64	25.43±3.01
观察组	82	37.69±3.26	18.12±4.09	58.39±3.56	18.95±2.16
t		0.083	9.402	0.422	11.062
p		0.934	0.000	0.674	0.000

注: 与同组护理前比较均有统计学意义,  $P < 0.05$

表 4 MCMQ 评分比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	面对		回避		屈服	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	82	14.32±2.98	17.83±3.41	17.80±3.47	14.36±3.14	9.78±1.96	9.02±1.83
观察组	82	14.26±3.05	19.34±4.17	17.69±3.52	13.48±2.65	9.84±2.03	8.56±1.54
t		3.251	9.443	2.868	3.462	7.771	4.545
p		0.131	0.004	0.179	0.013	0.246	0.028

注: 组间、不同时间点交互作用均有统计学意义,  $P < 0.05$

表 5 HAQ 评分比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	生理状态		心理状态		社会状态		自我认知		总体生活质量	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	82	33.51±3.88	29.25±3.03	21.24±3.72	18.13±2.73	20.67±3.95	17.58±3.96	21.73±4.54	18.15±3.18	99.01±15.97	88.92±11.83
观察组	82	33.54±2.22	28.15±2.85	22.16±3.48	16.87±3.35	21.64±2.18	16.72±22.34	21.69±5.02	16.38±2.85	99.47±13.64	81.46±12.72
t		9.831	0.549	7.765	3.219	14.221	8.274	6.248	7.352	0.826	6.658
p		0.241	0.018	0.158	0.006	0.179	0.011	0.103	0.002	0.074	0.016

注: 组间、不同时间点交互作用均有统计学意义,  $P < 0.05$

### 3 讨论

类风湿关节炎是世界上致残率较高的疾病之一<sup>[21]</sup>。有研究表明<sup>[22]</sup>, 患者在 5~10 年病程中的致残率为 60%, 不仅给患者带来身心上的巨大痛苦的同时, 而且对他们的生活和工作也有很大的影响。早期患者往往因疼痛愿意采取舒适的体位, 不愿进行活动。此外, 疾病本身具有腐蚀关节危险, 如果不及时治疗最终会导致关节畸形灾难, 大多数患者为此失去工作增加其家庭的负担, 患者将遭受精神上的打击并严重影响他们生活质量的提高。授权的概念是指由核心理念的决策者将管理行为规范发布后然后逐渐应用于实践中以增强对个人期望和努力的认知度, 从而使自我激励的作用得以积极发挥。集束化护理最早由美国健康促进研究所提出而来, 旨在改善患者预后的结果。本研究中, 基于赋能理论的集束化护理包括授予权利、

参与决策等组织行为, 还包括通过提供实用性和有效性信息来增强个体对努力和期望的认知, 从而提高个体对努力和期望的认知, 产生自我激励, 达到心理赋能的目的。同时, 通过对患者进行各种集群护理的方式进行整体护理, 以循证基础为指导解决相关问题。近年来, 这种护理模式在医学上得到广泛应用, 以提高患者控制和治疗疾病的信心<sup>[22]</sup>。

表 2 显示两组护理前 CDSSES 评分差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 但在 3 个月两组 CDSSES 评分均下降且观察组比对照组低 ( $P < 0.05$ ), 说明该干预方法可以有效提高类风湿关节炎患者的自我效能感。自我效能感是个体对其完成某种行为的能力的主观评价, 通过基于授权的干预, 患者可以与医护人员保持良好的关系。干预人员基于“聚类”问题解决的理念, 不断为患者提供专业的信息支持后使患者能够自己定义行

为改变流程, 并使计划和目标不断完善<sup>[23]</sup>。通过同伴教育后患者可以接受其他患者的支持获得替代自己的主观经验。此外, 他们可以介绍自己的成功经验以让其他患者更积极地参与疾病管理, 促进自我效能感的提高<sup>[24]</sup>。

表 3 显示两组 HAMA、HAMD 评分护理前差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ), 可在 3 个月后分均下降且观察组比对照组低得多 ( $P<0.05$ ), 说明基于赋能理论的集束化护理干预在缓解患者心理压力和负面情绪的优势所在。大部分患者病后关节受累, 关节变形严重时, 可能压迫患者神经引起其他不可预料的后果。目前, 临床研究中还没有出现很好的治愈方案, 对患者的日常生活造成诸多不良因素。基于授权理论的集束化护理可以根据患者不良心理反应提供不同的护理需求服务, 更加注重调动患者自身的主观能动性。当患者满意各种技术力量、社会支持时, 信心度上升而焦虑度, 对治疗的适应能力提高, 从而促进患者与家属、患者与干预人员、患者与社会良性循环链成功形成<sup>[25]</sup>。此外, 这种护理模式以循证指导解决相关问题并共同实施, 从而加强了患者、家属和医务人员之间的联系, 方便了出院后的随访和延续护理<sup>[26]</sup>。

表 4 显示护理前两组 MCMQ 评分差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ), 护理 3 个月后均评分下降明显且观察组比对照组低得多 ( $P<0.05$ ), 提示该护理干预能够有效改善类风湿关节炎患者的应对方式。该护理方式是通过患者提升自我效能感, 使患者明显增强承担病情管理的信心与决心, 相信自己能力战胜病魔, 让患者不再在逃避困难, 在疾病面前更加积极, 改变过去的错误认知和日常习惯, 主动做出有利于计划完成和目标实现的决策, 从而有助于改善患者的病情。

表 5 显示两组护理前 HAQ 评分差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ), 可在 3 个月后观察组评分及总分均比对照组高得多 ( $P<0.05$ ), 说明基于授权理论的集束化护理干预能有效提高类风湿性关节炎患者生活质量。该护理模式在实施中进行持续干预, 而不是间歇性实施或仅实施一两次, 最终目的提高患者在社会中的存在感与价值; 利用深入访谈的方式与患者沟通, 发现存在的问题, 并根据患者的病情和行为共同制定计划目标, 让患者积极参与疾病管理<sup>[27]</sup>。最终提高患者在社会中的存在感和价值。

综上所述, 基于赋能理论的集束化护理模式能够有效提高类风湿关节炎患者的自我效能感, 使患者的应对疾病方式不断科学化, 从而使患者的生活质量不

断提高, 效果较明显。

## 参考文献

- [1] 陆军. 赋能教育模式对老年糖尿病患者血糖控制、自我管理行为及生活质量的影响[J]. 护理实践与研究, 2017,14(11): 34-36.
- [2] Gibson CH. A concept analysis of empowerment[J]. J Adv Nurs, 1991, 16(3): 354-361.
- [3] 刘敏杰, 张兰凤. 基于赋能理论的癌症患者自我管理研究现状[J]. 中国护理管理, 2012,12(12): 89-92.
- [4] 张姬, 姜安丽. 健康赋能理论在老年慢性病管理中的应用和启示[J]. 护士进修杂志, 2012,27(10): 875-878.
- [5] Spence LHK, Read E, Wilk P, et al. The influence of nursing unit empowerment and social capital on unit effectiveness and nurse perceptions of patient care quality[J]. J Nurs Adm, 2014, 44(6): 347-352.
- [6] Hawe C, Elis K, Cairns C. Preventing ventilator associated pneumonia. Infection surveillance, process measurement and education [EB/OL]. [2009-07-12]. <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-009-146-1-0>. htm.
- [7] 吴竹群, 张斌, 马娟妹, 等. 集束化管理在类风湿关节炎患者雅美罗治疗及护理中的应用[J]. 中国现代医生, 2016, 54(34): 131-134.
- [8] 洪显钗, 舒美春, 留盈盈, 等. 集束化护理对脑卒中吞咽功能障碍患者康复效果及生存质量的影响研究[J]. 中国全科医学, 2015, 4(8): 950-953.
- [9] 栗占国, 张奉春, 鲍春德. 类风湿性关节炎[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 6-27.
- [10] Zlatkovic Svenda M, Rouse M, Radak-Perovic M, et al. Adaptation and validation of the Rheumatoid Arthritis Quality of Life (RAQoL) questionnaire for use in Serbia[J]. Rheumatol Int, 2017, 37(4): 641-646.
- [11] Jin S, Li M, Fang Y, et al. Chinese Registry of rheumatoid arthritis (CREDIT): II. prevalence and risk factors of major comorbidities in Chinese patients with rheumatoid arthritis[J]. Arthritis Res Ther, 2017, 19(1): 251.
- [12] Ji J, Zhang L, Zhang Q, et al. Functional disability associated with disease and quality-of-life parameters in Chinese patients with rheumatoid arthritis[J]. Health Qual Life Outcomes, 2017, 15(1): 89.
- [13] 刘建军, 白洁, 李晓平, 等. 类风湿关节炎四肢关节病变的磁共振影像学表现[J]. 中国药物与临床, 2016, 16(10): 1431-1433.

- [14] 田丽.系统健康教育在类风湿关节炎护理中的作用[J].中国医药指南,2021,19(25):162-164.
- [15] 刘齐,唐美香,刘桂瑛.风湿免疫性疾病患者疾病不确定感与信息需求情况的调查分析[J].广西医学,2017,39(9):1447-1449.
- [16] 常晓琳,李晓飞.综合康复护理方案对类风湿关节炎肩袖功能改善的观察[J].实用临床医药杂志,2016,20(10):68-70.
- [17] Sapir T, Rusie E, Greene L, et al. Influence of Continuing Medical Education on Rheumatologists' Performance on National Quality Measures for Rheumatoid Arthritis[J]. *Rheumatol Ther*, 2015, 2(2): 141-151.
- [18] Ahluwalia V, Rampakakis E, Mowalhed M, et al. Predictors of patient decision to discontinue anti-rheumatic medication in patients with heumatoid arthritis: results from the Ontario best practices research initiative[J]. *Clin Rheumatol*, 2017, 36(11): 2421-2430.
- [19] 许静.疼痛护理对类风湿关节炎患者生活质量的影响[J].中国继续医学教育,2016.8(23):239-240.
- [20] 吴莉萍,张子云,李晓情,等.活动期类风湿关节炎患者关节功能锻炼的延续护理[J].护理学杂志,2017.32(7):83-85.
- [21] 赵辉,杨国峰,伊天爽,等.临床护理路径在类风湿性关节炎治疗和康复护理中的效果评价[J].实用临床医药杂志,2017,21(6):74-77.
- [22] 吴丽莹.一体化护理模式对老年冠状动脉粥样硬化性心脏病合并心力衰竭患者遵医行为的影响[J].护理实践与研究,2017,
- [23] 孙查,高蕾,李亚芳,等.中文版类风湿关节炎自我效能量表的信效度研究[J].中国实用护理杂志,2019,35(1):32-36.
- [24] 康娟.30例类风湿关节炎行32P胶体放射性滑膜切除术患者的护理[J].天津护理,2017,25(2):124-125.
- [25] 张欢,张春燕,王薇,延续性护理方案在类风湿关节炎患者中的应用[J].解放军护理杂志,2017,34(16):38-41.
- [26] 刘志琛,张文皓,张宏晨,等.184例类风湿关节炎围绝经期患者生活质量及影响因素分析[J].护理学报,2018,25(1):39-42.
- [27] 吴莉萍,张子云,李晓情,等.活动期类风湿关节炎患者关节功能锻炼的延续护理[J].护理学杂志,2017,32(7):83-85.

**收稿日期:** 2022年4月21日

**出刊日期:** 2022年6月22日

**引用本文:** 王园园,季倩雯,刘词,张阳,盛荣,以赋能授权理论为基础的集束化护理对类风湿关节炎患者的效果评价[J].国际护理学研究,2022,4(2):25-30  
DOI: 10.12208/j.ijnr.20220039

**检索信息:** RCCSE 权威核心学术期刊数据库、中国知网(CNKI Scholar)、万方数据(WANFANG DATA)、Google Scholar 等数据库收录期刊

**版权声明:** ©2022 作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC)所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



**OPEN ACCESS**