

· 护理研究 ·

医护患协同模式对心力衰竭患者自我管理能力及遵医行为的影响*

赵毅, 蔡丹霞, 郭燕, 陈士芳[△]

(河南科技大学第一附属医院心内科, 河南 洛阳 471003)

[摘要] 目的 探讨医护患协同模式对心力衰竭患者自我管理能力及遵医行为的影响。方法 选取 2022 年 1—6 月该院收治的 356 例心力衰竭患者作为研究对象, 按照随机抽签法分为研究组和对照组, 各 178 例。对照组接受常规护理, 研究组基于对照组接受医护患协同模式干预, 持续干预至出院, 比较 2 组遵医行为、护理满意度、干预前后心功能[6 min 步行距离、左室射血分数(LVEF)]、自我管理能力[成年人健康自我管理能力测评量表(AHSMRS)]、自护能力[自我护理能力测定表(ESCA)]、心理状况[焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)]。结果 研究组干预后 6 min 步行距离、LVEF、AHSMRS、ESCA 升高幅度大于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。研究组干预后 SAS、SDS 降低幅度大于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。研究组遵医率、护理满意度变化幅度大于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 医护患协同模式应用于心力衰竭患者能显著改善患者心功能、心理状况, 提高患者自我管理能力和提升患者遵医行为、护理满意度。

[关键词] 医护患协同模式; 心力衰竭; 自我管理能力和遵医行为; 自护能力

DOI: 10.3969/j.issn.1009-5519.2024.03.025

中图分类号: R543

文章编号: 1009-5519(2024)03-0482-04

文献标识码: B

心力衰竭是常见的心血管疾病, 治疗复杂、周期长, 导致患者依从性低, 医护患矛盾增加, 且大多患者自我护理能力预后较差, 常因自我管理方法不当, 出院后疾病复发, 导致再次入院^[1-2]。有研究表明, 应用科学有效的护理干预模式, 对提升患者遵医行为、自我管理能力和具有重要意义^[3]。医护患协同模式是指医生、护理人员、患者之间相互合作, 彼此作用的合作模式, 是保证医院工作有序进行、提升患者康复水平、改善医护患关系的有力保障^[4-5]。本研究将医护患协同模式用于心力衰竭患者, 探究其应用效果。

1 资料与方法

1.1 资料

1.1.1 一般资料 选取本院 2022 年 1—6 月收治的 356 例心力衰竭患者作为研究对象, 按照随机抽签法分为研究组和对照组, 各 178 例。对照组男 92 例, 女 86 例; 年龄 47~78 岁, 平均(61.27±4.17)岁; 病程 2~7 年, 平均(3.55±1.22)年。研究组男 96 例, 女 82 例; 年龄 45~76 岁, 平均(59.49±4.15)岁; 病程 1~8 年, 平均(3.56±1.02)年。2 组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。本研究经本院医学伦理委员会审批同意。

1.1.2 纳入及排除标准 纳入标准: (1) 与《中国心

力衰竭诊断和治疗指南》^[5]中标准相符; (2) 患者及家属均签知情同意书; (3) 意识无障碍, 能正常沟通交流。排除标准: (1) 存在肝、肾等严重脏器疾病; (2) 存在恶性肿瘤; (3) 存在精神疾病。

1.2 方法

1.2.1 对照组 对照组患者接受常规护理。入院当天, 护理人员对患者、家属实施健康宣教, 介绍责任护士、科室布局。入院第 1 天, 护理人员通过一对一方式利用宣教手册讲述疾病相关知识。住院期间监测患者生命体征, 并指导用药、饮食、运动注意事项, 切勿情绪激动, 同时告知保障良好睡眠质量。护理人员主动与患者沟通, 了解患者心理状况并予以心理疏导。

1.2.2 研究组 基于对照组接受医护患协同模式干预。(1) 小组创建及培训。由配合积极患者、责任护士与主治医师组成合作小组, 并对组员予以培训。主治医师整合饮食习惯、病情与病情等状况, 针对性培训用药注意事项、饮食特点与管理要点; 护士长与主任医师定期点评、考核小组成员工作。(2) 需求评价。入院 1 d, 责任护士主动与患者沟通, 了解患者学历水平、预后生活期望、性格、心理状况、宗教信仰、再适应能力及疾病知识掌握度等, 了解患者实际需求。(3)

* 基金项目: 河南省医学科技计划资助项目(LHGJ20230463)。

[△] 通信作者, E-mail: fangzj791010@163.com。

制定护理方案。合作小组邀请患者参与互助式讨论会,为患者提供15 min面对面沟通时间,患者可在讨论会上针对自身病情等进行沟通。讨论会结束后,医生与患者结合患者状况制定具有针对性的干预方案。制定干预方案时可邀请家属参与,协助了解干预重点内容,并解答家属、患者疑问,同时叮嘱家属主观能动性,协助患者遵医用药。(4)联合查房。护士、医生联合查房,积极鼓励患者讲述自身状况,关注自身病情变化;护士、医生了解患者病情后及时沟通,便于更好地解答患者疑问。(5)护理措施。①心理干预。护理人员积极与患者沟通,交流时应用尊称,且全程面带微笑,保持亲好态度,耐心倾听患者疑问,及时帮忙解决,针对合并焦虑、紧张等负性情绪者,及时予以心理疏导。②对卧床休息者,护士指导家属按摩,以免发生静脉血栓;对可自行活动者,护士指导开展股四头肌收缩等康复锻炼,以提高运动耐力。③结合患者病情、营养状况,制定饮食计划,遵循少食多餐原则,多食用新鲜水果蔬菜,控制钠、脂肪摄入量,禁食辛辣刺激类食物;调整生活习惯,保障充足睡眠。④出院前1 d,通过视频、宣教手册,再次普及疾病相关知识,强化遵医用药、良好生活习惯等重要性。2组患者均干预至出院。

1.2.3 观察指标 (1)比较2组患者遵医行为。采用本院自制《遵医行为调查问卷》进行评估,调查问卷包括遵医用药、遵医锻炼、遵医饮食等,共25项,每项1~4分,总分为25~100分, ≥ 95 分为遵医良好;70~94分为遵医一般; < 70 分为不遵医。遵医率=良好遵医率+一般遵医率。Cronbach's α 系数为0.870,效度系数为0.888,信效度较高。(2)比较干预前后2组患者心理状况评分。包括:焦虑自评量表(SAS)^[6]、抑郁自评量表(SDS)^[7]。SAS、SDS各包含20个项目,包括正向评分15个、反向评分5个,得分总和和相加=粗分,标准分=粗分 $\times 1.25$ (取整数),标准分总分0~100分,分值越高表示患者负性情绪越严重。(3)比较干预前后2组患者健康自我管理能力的测评量表(AHSMRS)^[8]、自我护理能力测定表(ESCA)评分。AHSMRS主要包括3个部分:14~70分自我管理认知、14~70分自我管理行为、10~50分自我管理环境,总和38~190分,得分总和与AHSMRS得分成正比。ESCA由自我护理责任感、自我护理知识、自我护理技能、自我概念4个方面组成,总分范围0~172分,评分越高,提示其自我护理能力越好^[9]。(4)对比干预前后2组护理满意度评分。通过自制护理满意度调查问卷进行评估,包括用药指导、饮食指导等,满分100分, ≥ 90 分非常满意,59~89分比较满意, ≤ 60 分不满意,1-不满意率=护理

满意度。Cronbach's α 系数为0.866,效度系数为0.872,表示问卷信效度较高。(5)比较2组干预前后心功能评分。测试患者护理前后6 min步行距离;同时使用BLS-X8彩色多普勒超声检查检测患者护理前后左心室射血分数(LVEF)^[10]。

1.3 统计学处理 应用SPSS22.0统计软件进行数据分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验;计数资料以率或构成比表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者遵医行为比较 对照组总遵医率低于研究组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

表1 2组患者遵医行为比较[n(%)]

| 组别 | n | 良好遵医 | 一般遵医 | 不遵医 | 遵医率 |
|-----|-----|------------|----------|-----------|------------|
| 研究组 | 178 | 161(90.45) | 12(6.74) | 5(2.81) | 173(97.19) |
| 对照组 | 178 | 130(73.03) | 16(8.99) | 32(17.98) | 146(82.02) |

2.2 2组患者心理状况比较 研究组干预后SAS、SDS改善幅度均大于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

表2 2组患者心理状况比较($\bar{x} \pm s$,分)

| 组别 | n | SAS | | SDS | |
|-----|-----|------------------|-------------------------------|------------------|-------------------------------|
| | | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 |
| 研究组 | 178 | 68.56 \pm 8.02 | 54.78 \pm 9.53 ^a | 65.23 \pm 7.89 | 54.06 \pm 9.77 ^a |
| 对照组 | 178 | 67.86 \pm 8.36 | 60.32 \pm 9.13 | 66.32 \pm 8.01 | 61.56 \pm 9.62 |
| t | — | 0.806 | 5.601 | 1.293 | 7.298 |
| P | — | 0.421 | < 0.001 | 0.197 | < 0.001 |

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$;—表示无此项。

2.3 2组患者心功能评分比较 2组患者干预前6 min步行距离、LVEF评分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。研究组干预后6 min步行距离、LVEF心功能评分大于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表3。

表3 2组患者心功能评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

| 组别 | n | 6 min步行距离 | | LVEF | |
|-----|-----|--------------------|---------------------------------|------------------|-------------------------------|
| | | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 |
| 研究组 | 178 | 353.35 \pm 52.26 | 452.86 \pm 74.74 ^a | 45.65 \pm 5.21 | 54.24 \pm 5.01 ^a |
| 对照组 | 178 | 357.12 \pm 53.31 | 402.23 \pm 72.23 | 46.36 \pm 5.33 | 51.69 \pm 5.04 |
| t | — | 0.674 | 6.499 | 1.271 | 4.787 |
| P | — | 0.501 | < 0.001 | 0.205 | < 0.001 |

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$;—表示无此项。

2.4 2组患者AHSMRS、自护能力评分比较 2组患者干预前AHSMRS、ESCA评分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。研究组干预后AHSMRS、

ESCA 评分明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 2 组患者 AHSMRS、自护能力评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

| 组别 | n | AHSMRS | | ESCA | |
|-----|-----|-------------|--------------|-----------|-----------|
| | | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 |
| 研究组 | 178 | 115.53±9.59 | 164.46±9.63 | 1.86±0.31 | 2.85±0.36 |
| 对照组 | 178 | 116.29±9.89 | 144.36±10.02 | 1.91±0.36 | 2.34±0.21 |
| t | — | 0.736 | 19.296 | 1.404 | 16.326 |
| P | — | 0.462 | <0.001 | 0.161 | <0.001 |

注: —表示无此项。

2.5 2 组患者护理满意度比较 研究组干预后十分满意 161 例、一般满意 12 例、不满意 5 例, 护理满意度为 97.19% (173/178); 对照组十分满意 130 例、一般满意 17 例、不满意 31 例, 护理满意度为 82.58% (147/178)。研究组护理满意度高于对照组, 差异有统计学意义 ($\chi^2 = 20.890, P < 0.001$)。

3 讨 论

心力衰竭是心脏疾病末期阶段表现, 不是独立疾病, 病因复杂且伴有多种并发症, 多表现为呼吸困难、咳血、头晕并伴有双下肢水肿、乏力等, 其病程长常导致患者忘记用药、不坚持锻炼、不规范饮食等情况出现^[11-12]。因此, 科学有效的护理模式干预对改善心力衰竭患者遵医用药、合理饮食, 提升其心功能、自我管理能力的具有重要意义。

常规护理仅仅根据患者病情被动给予简单护理, 缺乏主动性。本研究通过医护患协同模式强化心力衰竭患者自我管理能力、遵医行为等, 通过建立责任护士、主治医生、患者合作小组, 医生、护士、患者三方配合, 针对性整合患者用药事项、饮食管理等, 了解患者实际需求, 讲解疾病相关知识、健康知识等, 并制定干预方案, 有助于改善其遵医用药、健康饮食等遵医行为, 促进患者健康行为养成^[13]。开展互助讨论会, 为患者、家属解疑答惑, 有利于提高其学习主动性, 增加其自我护理知识、自我护理技能等, 从而改善其自我管理能力、自护能力, 提升其生活质量, 增加其护理满意度^[14]。本研究结果显示, 研究组遵医率、护理满意率均高于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 提示医护患协同模式能提升患者遵医行为、护理满意度。研究组干预后自我管理能力提升幅度大于对照组, 提示医护患协同模式能提高患者自我管理能力。

相关调查研究显示, 许多患者对心力衰竭不了解, 极易产生焦虑、抑郁、惶恐等负性情绪^[15]; 通过联合查房, 及时、准确关注患者病情、心理状况等, 耐心倾听、疏导, 及时解答患者疑惑, 有助于缓解患者焦虑、紧张等负性情绪, 从而改善其心理状况。针对患

者病情, 进行合理康复训练、锻炼指导, 有利于提高其运动耐力, 增强患者体质, 增加 LVEF 分数; 通过调整患者生活习惯, 保障充足睡眠, 从而加快患者心功能恢复。本研究结果显示, 研究组干预后心功能、心理状况改善程度大于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 提示医护患协同模式能显著加快患者心功能恢复, 改善患者心理状况。

综上所述, 医护患协同模式应用于心力衰竭患者能显著改善其心理状况、心功能, 提高患者遵医行为、护理满意度、自我管理能力的。

参考文献

- [1] KOSIBOROD M N, JHUND P S, DOCHERTY K F, et al. Effects of dapagliflozin on symptoms, function, and quality of life in patients with heart failure and reduced ejection fraction: Results from the DAPA-HF trial[J]. Circulation, 2020, 141(2): 90-99.
- [2] 杨泽漫, 唐立鸿, 黄淑萍. CAAP-AF 评分和 APPLE 评分对心房颤动合并心力衰竭患者导管消融术后复发的预测价值[J]. 中国介入心脏病学杂志, 2020, 28(8): 430-435.
- [3] 黄杨, 张秀峰, 程宇. 延续性护理对维持性血液透析患者自我管理能力及生活质量的影响[J]. 海南医学, 2018, 29(5): 734-736.
- [4] 徐英, 侯霁芯, 庄雪平, 等. 医护患协同模式对经皮冠状动脉介入治疗术后患者自我管理能力及心血管事件的影响[J]. 中国实用护理杂志, 2021, 37(3): 190-196.
- [5] 中华医学会心血管病学分会, 中华心血管病杂志编辑委员会. 中国心力衰竭诊断和治疗指南 2014[J]. 中华心血管病杂志, 2014, 42(2): 98-122.
- [6] 陈政文, 汪艳萍, 陈爱芳, 等. 非心脏手术患者术前焦虑和抑郁状态与术后神经认知功能恢复延迟的相关性[J]. 临床麻醉学杂志, 2021, 37(9): 941-944.
- [7] 刘宝燕, 赵晋, 郑冬. HAMD 与 SDS 区分抑郁症严重程度的准确性研究[J]. 重庆医学, 2021, 50(18): 3174-3177.
- [8] 夏迪, 陈霞, 申明, 等. 健康信念模式为基础的饮食指导对老年消化道出血患者管理能力及依从性影响[J]. 老年医学与保健, 2020, 26(5): 865-868.
- [9] 南方, 田梓蓉, 任晓波, 等. 喉癌患者术后自我护理能力与生活质量的相关性研究[J]. 中华现代

护理杂志, 2021, 27(13):1754-1758.

[10] 康锐, 陈珂, 谢秀乐, 等. 射血分数与低剂量螺内酯治疗射血分数保留型心力衰竭疗效和患者预后的关系研究[J]. 中国全科医学, 2020, 23(3): 281-288.

[11] ROSANO G M C, MOURA B, METRA M, et al. Patient profiling in heart failure for tailoring medical therapy. A consensus document of the heart failure association of the european society of cardiology [J]. Eur J Heart Fail, 2021, 23(6):872-881.

[12] 邓敏, 陈彩霞, 郑海林, 等. 沙库巴曲缬沙坦钠联合琥珀酸美托洛尔治疗慢性心力衰竭的临床效

果及预后分析[J]. 临床医学工程, 2022, 29(7): 957-958.

[13] 张军, 王斌, 黄莹, 等. 医护患一体化教育对老年 2 型糖尿病患者自我效能、健康知识及生活质量的影响[J]. 海南医学, 2020, 31(6):808-812.

[14] 高传娥, 袁英丽. 同伴支持为导向的互助模式对慢性阻塞性肺疾病患者自护能力戒烟依从性的影响[J]. 实用医技杂志, 2020, 27(2):268-270.

[15] 肖维, 方雷, 付莉, 等. 认知行为干预对慢性心力衰竭患者自我护理行为及负性情绪的影响[J]. 山西医药杂志, 2022, 51(8):933-935.

(收稿日期:2023-05-26 修回日期:2023-08-16)

• 护理研究 •

脑卒中患者主观幸福感在病耻感和生活质量间的中介效应研究^{*}

刘亚锋¹, 李瑞玲^{2△}, 韩玲玉¹, 李巧丽¹, 白晓路³

(1. 河南大学第一附属医院康复医学科, 河南 开封 475000; 2. 河南大学护理与健康学院, 河南 开封 475004;

3. 河南大学淮河医院神经内科, 河南 开封 475000)

[摘要] 目的 探讨脑卒中患者主观幸福感在病耻感水平与生活质量之间的中介效应, 为临床干预提供理论依据。方法 采取便利抽样法选取 2022 年 12 月河南大学第一附属医院和河南大学淮河医院神经内科住院患者 500 例作为研究对象, 采用脑卒中病耻感量表(SSCI)、纽芬兰大学幸福度量表(MUNSH)、脑卒中专用生活质量量表(SS-QOL)调查患者对疾病本身的负向情绪、幸福感水平、生活质量水平, 分析病耻感水平、主观幸福感和生活质量之间的相关性, 并对主观幸福感在病耻感水平与生活质量之间的中介作用进行分析。结果 脑卒中患者 MUNSH[(26.36±3.90)分]、SSCI[(24.79±8.66)分]和 SS-QOL[(174.68±44.22)分]得分均处于中等水平, 其中 MUNSH 维度: NE 得分最低[(4.46±3.66)分], PE 得分最高[(8.48±2.90)分]。脑卒中患者的 MUNSH 水平与 SSCI 水平呈负相关, 与 SS-QOL 呈正相关, SSCI 与 MUNSH 和 SS-QOL 水平均呈负相关, SS-QOL 水平和 MUNSH 呈正相关, 与 SSCI 水平呈负相关。主观幸福感在病耻感与生活质量之间存在部分中介效应, 中介效应为 49.76%。结论 主观幸福感在脑卒中患者病耻感和生活质量之间存在部分中介效应, 可以通过提高患者主观幸福感, 降低病耻感, 最终提高生活质量。

[关键词] 脑卒中; 主观幸福感; 病耻感; 生活质量

DOI:10.3969/j.issn.1009-5519.2024.03.026

文章编号:1009-5519(2024)03-0485-05

中图法分类号:R743

文献标识码:B

流行病学调查发现, 脑卒中是我国疾病死亡的第一原因, 且脑卒中后 75% 患者会出现生活自理能力缺陷^[1], 患者面临着来自病痛、残疾和社会歧视等方面的巨大压力, 这些因素可能会导致他们感到病耻感和自卑心理, 从而降低患者的主观幸福感和生活质量。病耻感最早是由美国社会学家 GOFFMAN^[2]于 1963

年提出, 病耻感是患者身体和生理上不完整引起的心理应激反应^[3]。主观幸福感最早是在 20 世纪中期提出的^[4], 各国学者对此提出不同的观点, 本研究主要沿用景淑华等^[5]的观点, 他认为主观幸福感反应的是人们的生活态度, 以及对生活的满意度。主观幸福感是衡量一个人生活质量的重要指标之一。脑卒中患

* 基金项目: 河南省医学教育研究基金项目(Wjlx2021046); 河南省开封市科技发展计划项目(2304023)。

△ 通信作者, E-mail: kflrl66@163.com。