

· 护 理 ·

基于华生关怀理论的护理干预对慢性心力衰竭患者心理状态、自我效能的影响

卢晓虹¹, 李少玲¹, 王立艳¹, 胡建¹, 张艳², 崔岩¹

1. 青岛大学附属医院心血管内科, 山东 青岛 266000;

2. 青岛大学附属医院护理部, 山东 青岛 266000

摘要: **目的** 探讨基于华生关怀理论的护理干预对慢性心力衰竭患者心理状态、自我效能及生活质量的影响。**方法** 选取2019年1月至9月青岛大学附属医院收治的慢性心力衰竭住院患者90例,按入院顺序依次进入A病区(对照组)和B病区(观察组)各45例,对照组采用常规护理措施,观察组在对照组的基础上给予基于华生关怀理论的护理干预,采用医院抑郁焦虑量表(HADS)、自我效能感量表(SECD6)及明尼苏达心力衰竭生活质量量表(MLHFQ)比较干预3个月后两组患者焦虑抑郁、自我效能以及生活质量的差异。**结果** 研究过程中共5例失访,对照组43例、观察组42例完成研究。两组患者干预前HADS、SECD6、MLHFQ得分比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。干预3个月后,观察组患者HADS、SECD6、MLHFQ得分优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$, $P < 0.01$)。**结论** 基于华生关怀理论的护理措施可以有效改善慢性心力衰竭患者负性情绪,提升患者的自我效能感和生活质量。

关键词: 华生关怀理论; 心力衰竭; 负性情绪; 自我效能; 生活质量

中图分类号: R473.5 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2021)07-0995-04

慢性心力衰竭(chronic heart failure, CHF)是心血管疾病的终末期表现,其病程长、病情反复的特点极易导致患者产生不同程度的自卑、焦虑等不良心理反应^[1]。同时,CHF患者常伴有呼吸困难、乏力等躯体症状,自我效能感降低,影响其生活质量^[2-3]。目前,国内临床护理普遍存在重症状轻心理的现象,因此,对患者采用一般护理的同时,给予其心理层面的人性化关怀至关重要。华生关怀理论是由美国华生博士创立,该理论强调人性照护是护理实践的核心和本质,注重患者心理与生理的双重照护,为护理实践中患者的人性照护提供理论框架^[4-7]。本研究以华生关怀理论为指导制定护理干预措施,探讨其对于CHF患者负性情绪、自我效能和生活质量的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用便利抽样法,选取2019年1月至9月在青岛大学附属医院心血管内科住院的CHF患者为研究对象。纳入标准:(1)符合CHF诊断标

准^[8],纽约心功能分级(NYHA)为Ⅱ~Ⅳ级;(2)年龄>18周岁;(3)认知能力良好,能够进行正常沟通交流;(4)有移动通讯设备,能随时与其取得联系;(5)知情同意,自愿参加本研究。排除标准:(1)采用抗抑郁剂等药物治疗;(2)患有其他精神疾病或使用精神类药物;(3)合并其他重要器官衰竭。所有患者均已签署知情同意书并上报医院伦理委员会批准。符合纳入标准的CHF患者按入院的先后顺序依次进入A病区(对照组)和B病区(观察组)治疗,两病区实施统一管理。

1.2 研究方法 患者住院期间,两组患者分别实行相应的护理措施,出院当天,由专人负责构建个人档案,与患者家属互加微信并建立微信群。责任护士每周在微信群内发送1次与心力衰竭(HF)相关的健康教育知识,由主管医师及时解答患者提出的问题。

1.2.1 对照组 实行常规护理措施,包括入院宣教、疾病健康宣教、用药指导、饮食指导、症状护理、心理疏导、专科护理、出院指导等。患者出院后,责任护士每月电话随访1次,给予患者常规护理指导。

DOI: 10.13429/j.cnki.cjcr.2021.07.032

基金项目: 山东省医药卫生科技发展计划项目(2017WS316)

通信作者: 崔岩, E-mail: cuiyan0532@126.com

1.2.2 观察组 实行基于华生关怀理论的个性化护理干预措施。(1)成立关怀照护小组:小组成员由HF专科护士、心内科医师、心理专科护士、责任护士组成,均进行“华生关怀护理”的理论及实践培训,培训内容包括十大关怀要素、个体化、全程化人文关怀护理的实施,护患沟通技巧等方面。(2)制定干预措施:华生关怀理论的核心内容是关怀的十要素^[9],即人文利他主义价值体系,信心和希望的灌输,对自己及他人敏感,帮助与信赖关系的发展,鼓励正、负情感的表达,科学系统的解决问题的方法,促进人际间的教与学,提供精神心理与社会文化的支持性环境,满

足人的需求,允许存在主义、现象主义力量的存在。根据该理论的指导,制定下列立体化护理干预措施^[10],具体见表1。(3)实施干预措施:责任护士严格按照基于华生关怀理论制订的护理措施对患者进行干预,实施过程中根据患者具体情况及时调整,保证干预措施实施的有效性。(4)出院随访:患者出院后护士每月与患者进行电话随访1次,继续基于华生关怀理论对患者进行指导,每次电话随访后,针对患者存在的问题与患者家属进行1次电话或微信沟通,鼓励家属在患者日常生活中给予鼓励和帮助。

表1 基于华生关怀理论的护理干预措施

关怀要素	护理干预措施
信心和希望的灌输;对自己及他人敏感;建立帮助与信任关系	(1)护士主动对患者进行关怀,住院全程为其提供帮助;(2)创建护患沟通执行单,责任护士每天下午在患者床边与其进行>10 min的沟通,耐心倾听患者感受并记录;(3)敏锐观察患者的情绪和反应,向患者灌输乐观心态的重要性,鼓励保持积极乐观态度,避免情绪波动。
鼓励正、负情感的表达	(1)鼓励患者表达内心的感受,引导其多回忆和讲述快乐的正性情绪和经历;(2)借鉴压力管理和情绪管理技巧,对患者的负性情绪予以开导,支持其宣泄负面情绪,帮助患者逐渐学会排遣负性情绪。
科学系统的解决问题的方法;促进人际间的教与学	评估患者的认知,针对患者各种认知不良的原因采取相应措施干预,根据其认知能力进行相关知识教育,采用口头讲述结合视频教学的方式,讲解HF疾病相关知识、用药原则以及疾病自我管理技能,增强患者对疾病的认识。
提供精神心理与社会文化的支持性环境	开展“心情”小讲堂,为患者家属讲解负性情绪的危害,帮助家属理解、关心患者的心理反应,并教会家属安慰、鼓励患者的技巧。教会患者家属与患者自我护理相关的知识与技能,共同参与患者的自我护理。
满足人的需求;人文利他主义价值体系;允许存在主义、现象主义力量的存在	(1)根据患者病情,灵活调整心理干预实施方式;每周开展两次团体干预,学习放松疗法 ^[10] :指导患者做腹式深呼吸15 min,待生命体征平稳后继续平卧15 min,重复3次。(2)放松听音乐每日至少1次,鼓励病友之间相互交流。(3)根据患者的生理心理特点和文化水平给予心理疏导。

1.3 研究工具 采用医院抑郁焦虑量表(HADS)调查CHF患者的心理状态,自我效能感量表(SECD6)评价患者的自我效能,明尼苏达心力衰竭生活质量量表(MLHFQ)评估患者的生活质量。

1.3.1 HADS量表 由Zigmond和Snaith于1983年编制,主要用于综合医院患者抑郁焦虑状况的快速筛查^[11]。HADS经国内学者检验具有良好的信效度,符合心理测量学要求,可作为综合性医院筛查抑郁焦虑情绪的工具^[12]。全量表共有14个自评条目组成,其中7条用于评定抑郁,7条用于评定焦虑。两个分量表分值划分在0~7分属于无症状,8~10分属于症状可疑,11~21分属于肯定存在症状,分量表的得分叠加即为HADS测评得分。

1.3.2 SECD6量表 该量表由美国斯坦福大学病人教育中心研制,用于评估慢性病患者管理疾病的信心,其信效度良好^[13]。该量表为单维度量表,共6个条目,采用Likert10级评分法,1为“完全不同意”、10为“完全同意”,总分为各项目的平均分,分为低(<4分)、中(4~7.9)、高(≥8分)3种自我效能水平。得分越高,自我效能越好。该量表的Cronbach's α 系数为0.91^[14]。

1.3.3 MLHFQ量表 该量表是用于针对HF患者生活质量的主要评估工具^[15],包括躯体领域8个条目、情绪领域5个条目和其他领域8个条目,共21个条目,每个条目评分0~5分,满分为105分,总分越高表示生活质量越差。本研究采用的是汉化量表,其信效度、反应性已经试验证实,能够对不同程度的HF人群做出判别^[16]。

1.4 调查方法 HADS、SECD6、MLHFQ首次调查于住院2 d内完成,采用纸质版问卷,由责任护士负责问卷的发放、填写指导与回收,不能独立完成问卷者,在征得患者同意后,由责任护士代填。患者出院3个月后复查时,再次对患者进行HADS、SECD6、MLHFQ的问卷调查。

1.5 统计学方法 采用SPSS 25.0软件进行统计分析。符合正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组间比较采用独立样本 t 检验,组内比较使用配对 t 检验;计数资料采用例数(%)表示,组间比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者一般资料比较 本研究共纳入90例

患者,对照组和观察组各45例。在研究过程中有5例(对照组3例、观察组2例)失访,最终对照组42例、观察组43例完成本研究。对照组患者年龄为(67.98±7.22)岁,观察组患者年龄为(67.42±7.81)岁。两组患者年龄、性别、文化程度、病程、心功能分级、住院天数等方面差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表2。

2.2 两组患者 HADS 得分比较 干预前两组患者 HADS 得分比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。干预后两组 HADS 得分均下降,且观察组低于对照组,

差异有统计学意义($P < 0.01, P < 0.05$)。见表3。

2.3 两组患者 MLHFQ 得分比较 干预前两组患者 MLHFQ 总分及各维度得分差异无统计学意义($P > 0.05$)。干预后两组患者 MLHFQ 总分及各维度得分均下降,且观察组低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01, P < 0.05$)。见表4。

2.4 两组患者 SECD6 得分比较 干预前两组患者 SECD6 得分比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。干预后两组 SECD6 得分均升高,且观察组高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01, P < 0.05$)。见表5。

表2 两组患者一般资料情况 [例(%)]

组别	例数	性别		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	文化程度			病程		
		男	女		小学及以下	初中	高中及以上	3月~1年	>1年~3年	>3年
对照组	42	25(59.5)	17(40.5)	67.98±7.22	19(45.2)	16(38.1)	7(16.7)	13(31.0)	20(47.6)	9(21.4)
观察组	43	27(62.8)	16(37.2)	67.42±7.81	16(37.2)	22(51.2)	5(11.6)	8(18.6)	23(53.5)	12(27.9)
χ^2/t 值		0.095		0.342	1.526			1.817		
P 值		0.757		0.734	0.466			0.403		

组别	例数	心功能分级			合并症			住院天数 (d, $\bar{x} \pm s$)
		II级	III级	IV级	1个	2~3个	>3个	
对照组	42	16(38.1)	22(52.4)	4(9.5)	7(16.7)	23(54.8)	12(28.6)	9.17±1.78
观察组	43	14(32.6)	26(60.5)	3(7.0)	9(20.9)	24(55.8)	10(23.3)	9.49±2.10
χ^2/t 值		0.598			0.441			0.762
P 值		0.742			0.802			0.448

表3 两组患者 HADS 得分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	焦虑得分		抑郁得分		总分	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	42	6.31±2.54	5.83±1.92 ^a	4.29±2.21	4.05±1.94 ^a	10.60±2.59	9.88±2.19 ^a
观察组	43	6.47±2.42	4.91±1.55 ^a	4.09±1.78	2.93±1.29 ^a	10.56±2.43	7.84±1.69 ^a
t 值		0.206	2.470	0.459	3.180	0.074	4.874
P 值		0.760	0.016	0.648	0.002	0.941	<0.001

注:与干预前相比,^a $P < 0.01$ 。

表4 两组患者生活质量 MLHFQ 得分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	生活质量总分		身体领域		情绪领域		其他领域	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	42	53.24±7.68	50.21±6.05 ^a	22.43±4.74	20.86±4.35 ^a	13.31±2.87	12.45±2.45 ^a	17.50±4.09	16.90±3.12 ^a
观察组	43	52.72±6.57	43.23±5.05 ^a	21.95±4.12	18.28±4.17 ^a	13.07±2.79	9.98±2.47 ^a	17.70±3.75	14.98±3.57 ^a
t 值		0.334	5.785	0.494	2.188	0.390	4.634	0.232	2.648
P 值		0.739	<0.001	0.623	0.007	0.697	<0.001	0.817	0.010

注:与干预前相比,^a $P < 0.01$ 。

表5 两组患者自我效能 SECD6 得分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	干预前	干预后	t 值	P 值
对照组	42	5.55±0.77	5.75±0.55	0.206	0.033
观察组	43	5.42±0.85	6.30±0.86	5.187	<0.001
t 值		0.731	3.655		
P 值		0.467	<0.001		

3 讨论

3.1 华生关怀理论能有效改善 CHF 患者的负性情绪 本研究显示,干预前 CHF 患者存在不同程度的

焦虑、抑郁状况,与以往研究一致^[1,17],患者出院后3个月,两组的负性情绪均下降,但观察组始终优于对照组,表明本研究基于华生关怀理论的护理干预措施可以显著改善 CHF 患者焦虑抑郁等负性情绪。CHF 患者以治疗为主,医务人员较容易忽视治疗及周围环境等方面对患者的心理影响,因而并不能真正了解其内心感受。本研究采取的措施通过与患者建立帮助与信任关系、向患者灌输积极乐观的信念、鼓励患者表达内心的感受、关注患者的内心生活,并给予个性化的心理疏导等,有效地缓解了患者的紧张与焦虑的

情绪,有利于患者康复。

3.2 华生关怀理论可以提高 CHF 患者的自我效能感 本研究显示,干预后观察组自我效能感均高于对照组,战胜疾病的信心增加,与以往研究一致^[6]。这提示基于华生关怀理论的护理干预措施可以提升 CHF 患者的自我效能感,可能与患者感知获得的社会支持增多有关。研究表明,积极的社会支持能够提升患者的自我效能感^[18],缺少社会支持的患者缺乏自我管理疾病的信心,其自护行为也较差,并可能影响疾病的转归^[19]。本研究中关怀小组成员通过主动了解患者的需求,及时为患者提供生理、心理和信息等方面的帮助,鼓励患者家属积极参与到患者的疾病自我护理中,并通过随访对患者自我护理中存在的问题予以指导,增加其社会支持,增强其管理疾病、控制和改善症状的自信心,从而提升患者的自我效能感。

3.3 华生关怀理论可以提升 CHF 患者的生活质量

本研究结果显示 CHF 患者生活质量处于中低等水平,说明 CHF 患者生活质量普遍较低,与以往研究相似^[20-21]。实施以华生关怀理论为基础的护理措施后,CHF 患者生活质量及各维度得分均优于干预前,与龙涓^[5]研究一致。以华生关怀理论为基础的护理措施强调人文性,其能够掌握患者的内心需求与情感变化,有效地减轻患者紧张与焦虑的情绪,以良好的心理状态积极地接受并主动参与到治疗过程中。此外,还有利于建立医患之间良好的沟通,缓解因疾病带来的困扰,增强患者治疗疾病的信心,从而改善患者的生活质量。

综上所述,本研究将华生关怀理论应用于 CHF 患者的护理过程中,将抽象的理论形象化,对 43 例 CHF 患者进行以华生关怀理论为基础的护理措施干预,通过信心和希望的灌输、建立帮助与信任关系、鼓励正、负情感的表达、提供精神心理与社会文化的支持性环境等关怀措施,不仅弥补了护理人员对患者心理护理方面的不足,使护理人员更关注患者的内心需求,还能够提高患者的自我效能感,对患者生活质量的提高有积极的促进作用。

参考文献

[1] 温雪梅,卢仁泉,郭林. 中国心力衰竭患者抑郁焦虑发病及干预效果的 Meta 分析[J]. 中华临床医师杂志(电子版),2014(4): 100-105.

[2] Du HY, Everett B, Newton PJ, et al. Self-efficacy: a useful construct to promote physical activity in people with stable chronic heart failure[J]. J Clin Nurs, 2012, 21(3/4): 301-310.

[3] 马晓婷,张琳,徐文炳,等. 高原地区慢性心力衰竭患者生活质

量及其影响因素分析[J]. 中国护理管理, 2016, 16(3): 327-331.

- [4] Santos MR, Bousso RS, Vendramim P, et al. The practice of nurses caring for families of pediatric inpatients in light of Jean Watson[J]. Rev Esc Enferm USP, 2014, 48: 80-86.
- [5] 龙涓. 华生关怀理论对面部激素依赖性皮炎患者心理状况及生活质量的影响[J]. 护理实践与研究, 2017, 14(13): 19-21.
- [6] 曾慧频,钟艳华,卢仲武,等. 华生关怀理论在耐多药结核患者中的应用效果[J]. 广西医科大学学报, 2018, 35(8): 1180-1182.
- [7] Vandenhouten C, Kubsch S, Peterson M, et al. Watson's theory of transpersonal caring: factors impacting nurses professional caring[J]. Holist Nurs Pract, 2012, 26(6): 326-334.
- [8] 中华医学会心血管病学分会心力衰竭学组, 中国医师协会心力衰竭专业委员会, 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 2018[J]. 中华心血管病杂志, 2018, 46(10): 760-789.
- [9] Watson J. Nursing: human science and human care. A theory of nursing[M]. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers Inc, 1999.
- [10] 戴晖,闫海春,张影,等. 立体化心理干预对改善慢性心力衰竭患者焦虑抑郁状况的效果观察[J]. 中华现代护理杂志, 2016, 22(27): 3925-3927.
- [11] Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale[J]. Acta Psychiatr Scand, 1983, 67(6): 361-370.
- [12] 孙振晓,刘化学,焦林瑛,等. 医院焦虑抑郁量表的信度及效度研究[J]. 中华临床医师杂志(电子版), 2017, 11(2): 198-201.
- [13] Scott F. Outcome measures for health education and other health care interventions[J]. Am J Health Syst Pharm, 1997, 54(8): 1002.
- [14] Lorig KR, Sobel DS, Ritter PL, et al. Effect of a self-management program on patients with chronic disease[J]. Eff Clin Pract, 2001, 4(6): 256-262.
- [15] Rector TS, Kubo SH, Cohn YN. Patients' self-assessment of their congestive heart failure. Part 2: content, reliability and validity of a new measure, the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire[J]. Heart Fail, 1987, 3(5): 198-209.
- [16] 奚悦文,范维琥. 明尼苏达心力衰竭生活质量调查表适用性的评价[J]. 上海医学, 2004, 27(4): 222-225.
- [17] Rutledge T, Reis VA, Linke SE, et al. Depression in heart failure: a meta-analytic review of prevalence, intervention effects, and associations with clinical outcomes[J]. J Am Coll Cardiol, 2006, 48(8): 1527-1537.
- [18] Kline KS, Scott LD, Britton AS. The use of supportive-educative and mutual goal-setting strategies to improve self-management for patients with heart failure[J]. Home Healthc Nurse, 2007, 25(8): 502.
- [19] 刘珊珊,王蓓. 慢性心力衰竭患者自我管理的研究现状[J]. 解放军护理杂志, 2013, 30(18): 22-24.
- [20] Jovanić M, Zdravković M, Stanisljević D, et al. Exploring the importance of health literacy for the quality of life in patients with heart failure[J]. Int J Environ Res Public Health, 2018, 15(8): 1-13.
- [21] 衣艳凤,袁越,宋红霞,等. 心力衰竭患者症状群与生活质量的关联性研究[J]. 护理学报, 2018, 25(1): 14-17.

收稿日期:2020-11-25 编辑:李方