

病病人进行并发症的体验,使病人懂得并发症发生后,将给生活带来的不便,从而使得病人提高对疾病的重视程度,充分发挥了病人的主观能动性。其次,对病人进行定期电话随访,延伸了护理工作的内涵,加强了护患之间的沟通,能帮助解决病人的疑问,有效对病人进行心理疏导。本研究结果显示,干预3个月后,两组病人的心理痛苦程度及自我管理行为评分均较干预前有所改善,但研究组病人心理痛苦程度及自我管理行为的改善明显优于对照组( $P < 0.05$ )。在自我管理方面,病人饮食、运动均有较好的改善,并能够积极进行血糖监测和足部护理,遵医嘱服药,提高治疗依从性。由此可见,对2型糖尿病病人实施并发症体验式教育并随访,可减轻病人心理痛苦程度,提高病人自我管理行为能力。

综上所述,对2型糖尿病病人实施并发症体验式教育,能够提高病人的自我管理行为能力,有助于改善病人的糖代谢指标。

参考文献:

[1] XU Y, WANG L, HE J, et al. Prevalence and control of diabetes in Chinese adults. [J]. JAMA, 2013, 310(9): 948-959.  
 [2] GUANG NING, WENHUA ZHAO, WEIQING WANG. Study Evaluates Prevalence of Diabetes Among Adults in China [J]. JAMA Releases, 2013, 8(2): 168099.  
 [3] KEOGH K M, WHITE P, SMITH S M, et al. Changing illness perceptions in poorly controlled type 2 diabetes, a randomized con-

trolled trial of a family-based intervention: protocol and pilot study [J]. BMC Fam Pract, 2007, 36(8): 1256-1259.  
 [4] Anneke van dijk-de vries Marloes A. Van bokhoven, et al. Patient readiness to receive psychosocial care during nurse-led routine diabetes consultations in primary care: A mixed methods study [J]. International Journal of Nursing Studies, 2016, 10(8): 87-88.  
 [5] 中华医学会糖尿病分会. 中国2型糖尿病防治指南(2013版)[J]. 中国糖尿病杂志, 2014, 22: 2-42.  
 [6] 杨青, 刘雪琴. 中文版糖尿病痛苦量表信效度评价[J]. 护理学报, 2010, 17(9A): 8-10.  
 [7] FISHER L, HESSLER D M, POLONSKY W H, et al. When is diabetes distress clinically meaningful: establishing cut points for the Diabetes Distress Scale [J]. Diabetes Care, 2012, 35: 259-264.  
 [8] TOOBERT D J, HAMPSON S E, GLASGOW R E. The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale [J]. Diabetes Care, 2000, 23: 943-950.  
 [9] 姜文玲, 张晓锐, 王晓春. 体验式健康教育在糖尿病患者血糖控制中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2014, 49(4): 440-442.  
 [10] 张森, 刘敬华, 李国华. 管理干预社区糖尿病的临床效果观察[J]. 中国社区医师, 2014, 30(4): 150-151.  
 [11] 林燕珊, 吴凤玲, 徐红梅, 等. 知行信健康教育模式对2型糖尿病患者自我血糖监测能力的影响[J]. 护理实践与研究, 2018, 15(6): 47-48.  
 [12] American diabetes association: Standards of medical care in diabetes-2014 [J]. Diabetes Care, 2014, 37: 14-80.  
 [13] 蒋梅, 刘晓晨, 张兰. 健康信念模式在2型糖尿病患者行为改变中的应用[J]. 中华护理杂志, 2010, 45(9): 807-810.

(收稿日期: 2018-07-23)

(本文编辑 郭海瑞)

# 协同护理模式对慢性心力衰竭病人自我容量管理的影响

龚艳辉, 万艳平, 谭力权, 赵娜



**摘要:** [目的]探讨协同护理模式对慢性心力衰竭病人自我容量管理的影响。[方法]选取医院2017年10月—2018年5月住院的108例慢性心力衰竭病人,随机分为观察组和对照组各54例。观察组和对照组均采用常规护理,观察组在常规护理的基础上进行协同护理,比较两组病人入院时、出院时和出院后3个月的自我护理能力、生活质量和出院后3个月的再入院率。[结果]出院时和出院后3个月,观察组病人的SCHFI v6.2得分明显高于对照组;观察组出院后3个月的MLHFQ得分低于对照组,再入院率低于对照组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。[结论]协同护理模式可以提高病人自我护理能力、自我容量管理能力和生活质量,降低其再入院率。

**关键词:** 协同护理; 心力衰竭; 容量管理; 自我护理; 生活质量

中图分类号: R473.5 文献标识码: A doi: 10.12104/j.issn.1674-4748.2019.15.026

随着人口老龄化的加剧,慢性心力衰竭已成为一个全球瞩目的公共卫生问题<sup>[1]</sup>,尤其是在我国。虽然

近几年,由于医疗水平的发展,我国心力衰竭的病死率明显下降,但其病死率依旧高达60%~80%<sup>[2]</sup>。慢性心力衰竭严重威胁病人的健康,明显降低病人劳动能力和生活质量,并耗费巨大的医疗资源,给家庭和社会带来沉重的负担<sup>[3]</sup>。如果做好心力衰竭病人的自我容量管理是治疗心力衰竭病人的关键之一<sup>[4]</sup>。传统的护理模式都是一种单向的,向病人传授知识的护理模式,无法有效评价病人的掌握程度。协同护理模式(collaborative care model, CCM)是一种注重护士-病人-家

**作者简介** 龚艳辉, 主管护师, 硕士研究生在读, 学习单位: 410000, 南华大学护理学院; 工作单位: 421002, 长沙市中心医院; 万艳平(通讯作者)单位: 421000, 南华大学护理学院; 谭力权、赵娜单位: 410002, 长沙市中心医院。

**引用信息** 龚艳辉, 万艳平, 谭力权, 等. 协同护理模式对慢性心力衰竭病人自我容量管理的影响[J]. 全科护理, 2019, 17(15): 1856-1858.

属三维一体,共同参与护理的模式<sup>[5]</sup>。近年来,许多研究者均探讨 CCM 在各种疾病中的应用<sup>[6]</sup>。CCM 强调护士、病人和家属三者的协同作用,是以病人和家属为中心,充分激发病人自我管理和护理的潜力,护士协同病人和家属形成一个护理集体,通过强化集体的作用来提升护理质量和效果,从而促进病人的自我护理能力,提高其生活质量,降低家庭和社会负担<sup>[7]</sup>。目前国内还没有针对心力衰竭病人的自我容量管理能力的研究。本研究在护士的指导下对 54 例心力衰竭病人进行 CCM 干预,效果满意。现报告如下。

## 1 对象与方法

1.1 研究对象 研究对象为 2017 年 10 月—2018 年 5 月到我院住院的 108 例慢性心力衰竭病人。纳入标准:①符合慢性心力衰竭诊断标准;②意识清楚,可配合研究者进行问卷调查;③签署知情同意书,自愿参加。排除标准:①合并心功能障碍、肝肾功能不全等严重疾病;②精神障碍。108 例病人中男 62 例,女 46 例,年龄 49~83(63.8±17.4)岁。按随机数字表法分为观察组和对照组各 54 例,两组病人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 两组病人均按照慢性心力衰竭病人常规护理,观察组在此基础上实施个体化的 CCM 护理干预。观察组病人入院后责任制护士收集病人一般资料,查阅病人的实验室检查结果,关注病人有无其他心脏疾病。根据病人的一般资料和疾病相关资料,评估病人和家属的自我护理能力及行为,和病人及家属一起制订和实施容量管理协同护理计划,并全程督促和指导病人。①评估:和病人建立良好的协同关系,评估病人对疾病和容量管理知识的了解程度、病人的心理状况和自我容量管理的态度及自我护理能力和需求。②知识指导:每天向病人和家属进行疾病知识指导、容量管理指导、CCM 知识指导,每次 20~30 min。由于多数慢性病人为老年病人,对知识的接收和掌握能力较差,故采用多媒体和宣传册的形式进行指导。根据病人和家属对心力衰竭知识的了解程度和护理的需求,向其进行疾病知识指导,主要包括饮食、生活方式、用药及自我监测等方面的知识,指导病人每天记录出入量,清淡饮食,禁辛辣刺激食物,降低食盐和脂肪的摄入量,避免腌制食物的摄入,戒烟限酒,根据病人的病情和饮食喜好和病人及家属一起制定多份食谱,鼓励病人遵照食谱进食;根据自身承受能力和运动习惯,和病人及家属一起制订运动计划,并在实施过程中及时修正病人的运动计划,避免重体力活动,保证充足的睡眠;向病人和家属介绍药物的种类和作用,告知其不遵医嘱服药的后果,以引起病人的重视,指导其严格遵照医嘱服药;指导病人和家属如何测量血压、脉搏、体重,如何观察体重,并向病人进行示范,耐心多次讲解,

直到病人和家属掌握为止;指导病人如何识别心力衰竭加重的症状,如气促、心悸、下肢水肿等;通过向病人讲解 CCM 的方法和优点,可增强护患关系,加强彼此信任感,有助于病人和家属主动参与自我容量管理的护理;③心理护理:对病人进行心理评估,针对性地为病人进行心理护理;同时鼓励家属多和病人沟通。减少病人的焦虑情绪,帮助其树立战胜疾病的信心。④出院后随访:在病人出院后每周对病人进行 2 次电话随访,及时解决病人的问题和困难,必要时上门随访。

## 1.3 评价指标

1.3.1 心力衰竭病人自我护理指数量表(SCHFV v6.2) 该量表由 Riegel 等<sup>[8]</sup>基于自我管理量表研制而成。本研究采用郭金玉等<sup>[9]</sup>汉译的量表。该量表包括自我护理维持(10 个条目),自我护理管理(6 个条目),自我护理信心(6 个条目)3 个维度 22 个条目,采用 Likert 4 级评分法,总得分为 22~88 分,得分越高说明病人自我护理状况越好。

1.3.2 明尼苏达州心力衰竭生活质量调查表(Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire, MLHFQ)<sup>[10-11]</sup> 采用该量表评估病人的生活质量。该量表包括体力、疲劳、情绪、经济等方面,共 21 个条目,采用 Likert 6 级评分法,总分为 105 分。评估时间为 5~10 min。得分越高说明病人的生活质量越差。

1.3.3 资料收集方法 调查前,由本研究第一作者对调查员进行统一培训。分别在病人入院、出院时和出院后 3 个月,经病人同意后一对一发放 SCHFV v6.2 和 MLHFQ 量表;在病人出院后 3 个月统计病人的再入院率。不使用暗示性的词语,协助病人完成问卷。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 23.0 软件对数据进行统计分析。计量资料以均数±标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示,计数资料用率(%)表示;计量资料比较采用  $t$  检验,计数资料比较采用  $\chi^2$  检验,以  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

表 1 两组病人 SCHFV v6.2 得分比较( $\bar{x}\pm s$ ) 分

组别	例数	入院时	出院时	出院 3 个月
观察组	54	32.95±7.34	53.21±7.14	58.96±7.35
对照组	54	32.64±8.07	44.06±7.35	43.47±7.14
$t$ 值		0.165	2.825	4.681
$P$		0.872	<0.001	<0.001

表 2 两组病人 MLHFQ 得分比较( $\bar{x}\pm s$ ) 分

组别	例数	入院时	出院 3 个月	$t$ 值	$P$
观察组	54	74.69±3.13	40.46±2.26	8.837	<0.001
对照组	54	75.36±3.27	54.34±2.54	6.572	<0.001
$t$ 值		-0.247	-3.758		
$P$		0.736	<0.001		

表 3 两组病人出院后 3 个月再入院情况比较 例(%)

组别	例数	再入院
观察组	54	12(22.2)
对照组	54	25(46.3)

注： $\chi^2 = 8.865, P < 0.001$

### 3 讨论

3.1 协同护理可提高慢性心力衰竭病人自我护理能力 本研究结果显示:协同护理可提高对照组心力衰竭病人的自我护理能力,这可能是由于 CCM 强调以病人和家属为中心,充分激发病人和家属自我护理的潜力,强化护士—病人—家属的协同护理作用。通过病人和家属的参与,明确病人的问题,设定目标,并为病人制订针对性的护理计划,让病人和家属参与到计划的制订,可激发病人的内在动力,针对性解决病人的健康需求,指导病人进行有效的自我护理和容量管理,从而提高病人的自我护理能力。王新歌等<sup>[12]</sup>的研究也表明协同护理可提高血液透析病人的自我护理能力。

3.2 协同护理可提高慢性心力衰竭病人生活质量 本研究结果显示,观察组出院后 3 个月的生活质量明显高于对照组。说明相比于常规护理,CCM 更有助于提高病人生活质量。可能是由于 CCM 强调以病人和家属为中心,并和病人一起制订了饮食和运动计划,对病人进行了生活方式相关的宣教,降低了病人的无助感,提高了病人自我护理的能力;对病人进行了心理指导,增强了病人战胜疾病和自我护理的信心;并在病人出院后及时对病人进行随访,解决病人遇到的问题和困难,从而改善病人的生活质量。赵小飞<sup>[13]</sup>的研究结果也表明协同护理可提高白内障病人的生活质量。

3.3 协同护理可降低慢性心力衰竭病人的再入院率 本研究结果显示,观察组出院后 3 个月的再入院率明显低于对照组。说明相比于常规护理,CCM 更有助于降低病人的再入院率。调查发现,在慢性心力衰竭病人出院后 3~6 个月其再入院率为 55%,其主要原因为病人的自护能力较低,无法快速适应出院后的状态。CCM 强调以病人和家属为中心,培养病人自我护理的能力,并在出院后及时与病人进行随访,及时解决病人的问题,提高病人的自我护理能力;向病人讲解自

我容量管理的方法,避免病人的容量负荷过重,减轻心脏负担,避免疾病的加重,从而降低病人的再入院率。

综上所述,CCM 干预强调护士-病人-家属三者的协同护理作用,通过建立护患信任关系,评估病人自我护理的能力,明确病人的健康需求,进行知识指导,鼓励病人及家属进行自我护理,可以提高病人自我护理能力、自我容量管理能力和生活质量,降低其再入院率。

#### 参考文献:

- [1] 邢作英,王永霞,朱明军.慢性心力衰竭流行病学研究现状及其病因[J].中华实用诊断与治疗杂志,2012,26(10):937-938.
- [2] 黄峻.慢性心力衰竭诊断和治疗 2012:现状和进步[J].心血管病学进展,2012,33(1):1-5.
- [3] LOTT T F, BLAZEY M E, WEST M G. Patient participation in health care: an underused resource [J]. Nurs Clin North Am, 1992,27(1):61-76.
- [4] 胡清,金勤,王念坚.应用 PICCO 监测指标指导严重心力衰竭患者容量管理的效果[J].中华现代护理杂志,2012,18(30):3691-3693.
- [5] 朱志红,杨丽.协同护理——一种新颖的护理模式[J].国际护理学杂志,1994,13(2):70-72.
- [6] 王玉荣.协同护理模式在老年 COPD 患者自我护理能力和生活质量中的应用[J].齐鲁护理杂志,2015,21(1):28-30.
- [7] 蒋爱军.协同护理在肠造口术后患者中的应用[J].当代护士,2014(1):50-51.
- [8] RIEGEL B, CARLSON B, GLASER D. Development and testing of a clinical tool measuring self-management of heart failure[J]. Heart Lung, 2000,29(1):4-15.
- [9] 郭金玉,李峥,康晓凤.心力衰竭自我护理指数量表的汉化及信效度检测[J].中华护理杂志,2012,47(7):653-655.
- [10] RECTOR T S, COHN J N. Assessment of patient outcome with the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire: reliability and validity during a randomized, double-blind, placebo-controlled trial of pimobendan. Pimobendan multicenter research group[J]. American Heart Journal, 1992,124(4):1017-1025.
- [11] 龚开政,张振刚,张昕,等.明尼苏达州心力衰竭生活质量问卷与 36 条简明健康状况调查表对慢性心力衰竭患者生活质量的评估作用[J].中国组织工程研究,2005,9(28):29-31.
- [12] 王新歌,樊少磊,韩晗.协同护理模式对血液透析患者自我护理能力和生活质量的影响[J].中华护理杂志,2013,48(3):207-209.
- [13] 赵小飞.协同护理对白内障患者手术疗效及术后舒适度的影响[J].实用临床医药杂志,2015,19(16):176-177.

(收稿日期:2018-08-03)

(本文编辑 郭海瑞)