• 临床探讨 •

家庭辅助干预对冠心病患者疾病相关掌握情况及自我效能的影响

陈建静

(南通大学附属海安医院心内科, 江苏海安 226600)

摘要:目的 观察家庭辅助干预对冠心病(CHD)患者疾病相关知识的掌握程度及自我管理效能的影响。方法 选取该科收治的 146 例 CHD 患者,按照入院单双日分成两组,每组 73 例。对照组给予常规健康指导,试验组采取家庭辅助干预,比较两组患者干预效果。结果 干预后,试验组患者心理状态改善、疾病相关知识掌握程度及自我效能评分均优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);且干预后试验组对护理的满意率为 97.3%,对照组为 78.1%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 将家庭辅助干预应用于 CHD 患者中,能够改善患者的心理状态,提高疾病知识的掌握程度,改善自我效能,值得借鉴和推广。

关键词:家庭辅助干预; 冠心病; 健康知识; 自我效能

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.18.048 **文章编号:**1672-9455(2017)18-2775-03

冠心病(CHD)是近年来在中老年群体中呈现显著上升的趋势心血管疾病之一,其发病主要是因动脉硬化、狭窄、阻塞导致心肌缺血甚至坏死,从而出现心绞痛、心律失常、心力衰竭等综合征^[1]。李霞等^[2]报道显示,CHD 是与不健康生活方式所产生的多种危险因素如三高症状、糖尿病、肥胖等相关的疾病。而可通过有效的健康教育来提高 CHD 患者疾病相关知识的掌握程度,从而促进患者形成有利于疾病康复的生活方式。然而健康教育过程中存在着诸多不足,使得健康教育的效果随着时间的延长,效果逐渐下降。因此,对于 CHD 慢性疾病除院内护理人员的健康教育外还应辅以家庭辅助干预,本研究采用家庭辅助干预对 CHD 患者进行护理,研究其对 CHD 患者疾病相关知识掌握情况及自我效能的影响,现分析报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本科 2015 年 1—12 月收治的 146 例 CHD 患者。按照入院单双日分成两组,其中试验组 73 例,男 43 例,女 30 例;年龄 47~68 岁。对照组 73 例,男 40 例,女 33 例;年龄 45~66 岁。纳入标准:符合 CHD 诊断标准^[3];病程 ≥ 3 个月;患者言语能力正常;签订知情同意书者。排除标准:严重肝肾功能不全者;残疾者;认知障碍;资料缺失,依从性差,无法评估效果者。两组患者基础资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),见表 1。具有可比性。

表 1 两组患者基础资料比较

项目	对照组	试验组	χ^2/t	P
n	73	73		
性别				
男/女(n/n)	43/30	40/33	0.220	>0.05
年龄($\bar{x} \pm s$, 岁)	65.23 ± 12.47	66.07 ± 12.25	0.311	>0.05
病程($\bar{x} \pm s$, 月)	4.12 ± 2.75	4.52 ± 2.64	0.492	>0.05
合并症 [$n(\%)$]				
高血压	24(32.88)	21(28.77)	1.049	>0.05
糖尿病	12(16.44)	10(13.70)		
高血脂	7(9.59)	5(6.85)		
文化程度 [$n(\%)$]				
初中及以下	42(57.53)	44(60.27)	0.891	>0.05
高中及以上	31(42.47)	29(29.73)		
婚姻状况 [$n(\%)$]				
已婚	38(52.05)	41(56.16)		
离异	20(27.40)	21(28.77)	0.741	>0.05
丧偶	15(20.55)	11(15.07)		

1.2 方法 两组均接受 CHD 常规内科治疗,在此基础上对照组给予患者及陪护家属常规护理,住院期间每日行护理干预 1 次,每次 20 min。护理内容包括:疾病状况的评估、健康生活方式指导、定期检查等。试验组则同时接受家庭辅助护理干预,具体措施如下。

1.2.1 成立家庭辅助干预专项小组 选择心内科主治医师 1 名,主管护师 3 名,护师 6 名为小组成员,小组成员入组均采取自愿原则。成员入组后进行随机分组,每组 1 名主管护师担任组长,配备 2 名护士,试验组 73 例根据入院时间分入 3 个护理小组中。

1.2.2 辅助干预措施 根据家庭化护理教育模式^[4]要求对患者进行辅助干预。(1)陪护家属培训俱乐部:患者住院期间,成立陪护家属培训俱乐部,每周举行 1 次培训分享专题活动,活动内容包括 CHD 疾病基础知识、CHD 护理知识以及邀请心理专家对陪护家属进行心理护理指导;同时邀请陪护家属分享护理经验,每次培训会议分享两个护理经验。培训方式可选择观看视频,小型讲座,现场答疑等形式。(2)住院期间辅助干预:①心理干预:由小组内 1 名护师负责对患者及陪护家属进行“面对面”“半结构化访谈”形式的心理教育,每周 1 次,同时由陪护家属每天对患者进行 1 次心理干预,每次 10~20 min,主要改善患者的负性情绪,提高治疗的积极性^[5]。②健康教育:根据医嘱由陪护家属每天陪护患者适度进行有氧运动,提高患者机能;并对患者的饮食进行控制,避免进食胆固醇、脂肪含量高的食物。(3)出院家庭辅助干预:①饮食管理。嘱家属坚持在住院期间的饮食结构,嘱患者食低脂、富含维生素及纤维含量高的食物,同时避免高胆固醇、高脂肪、高盐饮食,戒烟戒酒。②用药管理。出院后家属对患者的用药情况进行严格观察,按时、按剂量进行服药,并做好相关记录,保证患者用药安全有效。③心理疏导:出院后,家属坚持每天定期与患者交流,沟通疾病的情况、用药后的反应以及对自身疾病的看法及康复的信心,坚持对患者进行心理疏导,帮助患者树立康复信念,督促其服药依从性^[6]。④微信随访:出院前,小组成员与家属建立微信群,通过微信群保持护士与陪护家属的沟通,方便随时对患者康复情况、陪护家属护理情况进行掌握及指导。

1.3 评价指标

1.3.1 心理状态 采用焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)进行评定^[7]。其中,SDS 共 20 个项目,4 级评分,标准分总分 53~62 分为轻度抑郁,63~72 分为中度抑郁,72 分以上为重度抑郁;SAS 共 20 个项目,4 级评分,50~59 分为轻度焦

虑,60~69 分为中度焦虑,70 分以上为重度焦虑。

1.3.2 CHD 相关知识^[2] 采取自行设计的 CHD 知识掌握状况调查表,内容包括:心肌梗死诱因的认知情况、日常的预防保健(饮食、运动及生活方式)、控制 CHD 进展的注意事项等。每题 3 个答案,回答正确得 1 分,错误得 0 分,不知道者不计分;分数 0~20 分,得分越高,CHD 知识掌握状况越好。

1.3.3 自我效能 采用王才康等^[7] 翻译修订的汉化版量表,其 Cranach's α 系数为 0.873。量表共包含 11 条题目,采用 1~5 级评分法,总分为各条目分数之和,分数越高,表明自我效能感越好。

1.4 统计学处理 采用 SPSS20.0 统计软件,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用独立样本 t 检验,计数资料以率表示,采用 χ^2 检验;以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者心理状态比较 比较两组患者治疗前和结束时 SAS 评分和 SDS 评分改变情况,发现试验组在治疗结束时的 SAS 评分和 SDS 评分明显较对照组低($P < 0.05$),见表 2。

2.2 CHD 相关知识掌握情况比较 干预前,CHD 相关知识评分两组差异无统计学意义($P > 0.05$),干预后试验组患者疾病知识评分均高于对照组($P < 0.05$),见表 3。

2.3 自我效能比较 干预前,自我效能评分两组差异无统计

学意义($P > 0.05$);干预后,两组患者自我效能评分均优于干预前($P < 0.05$),且试验组优于对照组($P < 0.05$),见表 4。

表 2 两组患者治疗前后心理状态变化比较($\bar{x} \pm s$)

时间	n	试验组		对照组	
		SAS	SDS	SAS	SDS
干预前	73	56.1 ± 12.0	58.0 ± 11.8	55.3 ± 10.3	59.4 ± 12.7
干预后	73	22.5 ± 8.8 ^a	36.7 ± 8.4 ^a	29.4 ± 7.9	40.1 ± 10.9
t	—	10.477	5.189	6.265	4.586
P	—	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

注:与对照组相比,^a $P < 0.05$;—表示该项无数据

表 3 CHD 相关知识掌握情况比较($\bar{x} \pm s$,分)

时间	n	试验组	对照组
干预前	73	11.4 ± 4.8	11.4 ± 4.6
干预后	73	18.3 ± 4.8 ^a	15.9 ± 4.4
t	—	10.945	5.034
P	—	<0.05	<0.05

注:与对照组相比,^a $P < 0.05$

表 4 自我效能比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	时间点	护理能力总分	自护技能	自护责任感	自我概念	健康知识
试验组	73	干预前	95.3 ± 11.5	20.8 ± 3.9	13.7 ± 3.4	16.3 ± 2.6	41.2 ± 4.1
		干预后	127.6 ± 12.0 ^{ab}	29.9 ± 4.6 ^{ab}	23.0 ± 3.1 ^{ab}	25.7 ± 3.0 ^{ab}	51.9 ± 4.0 ^{ab}
对照组	73	干预前	98.7 ± 10.5	20.6 ± 3.7	13.6 ± 3.4	17.2 ± 2.4	39.3 ± 4.1
		干预后	113.2 ± 10.6 ^a	24.8 ± 4.3 ^a	16.9 ± 3.0 ^a	21.4 ± 2.6 ^a	47.9 ± 3.6 ^a

注:与干预前比较,^a $P < 0.05$;干预后与对照组比较,^b $P < 0.05$

2.4 两组患者满意度比较 试验组对护理的满意率为 97.3%,对照组为 78.1%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 5。

表 5 两组患者满意度比较

组别	n	满意	基本满意	不满意	满意率
试验组	73	45	26	2	71(97.3)
对照组	73	20	37	16	57(78.1)
χ^2	—	—	—	—	13.394
P	—	—	—	—	0.000

注:—表示该项无数据

3 讨 论

CHD 是国际公认的对人类健康危害较大的身心疾病,也是全球致死率排在前几位的疾病之一。调查显示^[8],我国从 1998—2008 年,CHD 发病率较以往同期上升达 20% 以上,而我国每年因 CHD 死亡的病例数超过 100 万,已成影响我国人们健康的主要疾病。近年来,随着护理学技术的快速发展,许多慢性疾病的康复过程中均发现健康教育干预对其预后及治疗效果具有积极影响,主要是通过改善患者的健康行为,促进生活方式等发生正性改变,从而有效降低慢性疾病的病死率及致残率。美国疾病预防控制中心评估资料显示,通过改进医疗手段进行治疗性生活干预可使 CHD 患者的死亡下降 50%^[9]。

因此,对 CHD 患者进行健康管理意义重大。但由于 CHD 属于慢性疾病,多数时间需要在家里进行康复治疗,而受我国文化程度等影响,大部位患者对于疾病知识掌握较少,出院后的后续护理效果依从性极差,无法保证院内治疗效果,往往导致病情发展,预后差。因此,本研究在以往教育的基础上辅以家庭辅助护理干预,以保证 CHD 患者的延续护理^[10]。

本研究采用系统的家庭辅助护理干预对 CHD 患者进行护理,结果显示,干预前,两组患者均存在不同程度的焦虑、抑郁情况,而干预后,试验组焦虑、抑郁评分有不同程度的减轻,且试验组优于对照组($P < 0.05$),这可能是由于家庭辅助护理能够让患者及陪护家属接受全面的健康知识指导和康复训练培训,并通过培训俱乐部与其他患者陪护家属进行照顾经验的交流,掌握了正确的护理方法,增加了护理信心,从而使其产生了正向心理应激。帮助患者调整心态,主动适应心理应激,重拾生活下去的信心。且干预后试验组患者疾病知识评分均高于对照组($P < 0.05$)。这主要是由于采用家庭辅助护理干预后,无论是住院期间还是出院后均能够保证患者接受到有效的知识指导、心理干预、健康教育、遵医嘱依从性等干预措施,从而保证护理和治疗的持续性,促进患者对疾病的相关知识的掌握程度。其次家庭辅助干预后,两组患者自我效能各项评分均优于干预前($P < 0.05$),且试验组优于对照组($P < 0.05$)。表明家庭辅助干预的实施,能够改善 CHD 患者的自我效能及治疗结局。这主要是由于家庭辅助干预的实施,尤其

是出院后微信群的建立,不仅拉近了护士与患者及陪护家属之间的距离,使护士能够及时了解患者的情况,有效地解决患者对疾病的陌生及自我管理能力的不足^[1]。同时还能够保证患者平时的遇到的问题都能够有效地进行解答,因此,患者自我效能更加提高。

综上所述,将家庭辅助干预应用于 CHD 患者中,能够改善患者的心理善,提高患者疾病知识的掌握程度,提升自我效能,值得借鉴和应用。

参考文献

- [1] 张丽丽,董建群.慢性病患者自我管理研究进展[J].中国慢性病预防与控制,2010,18(2):207-211.
- [2] Task Force Members, Montalescot G, Sechtem U, et al. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease: the Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology[J]. Eur Heart J, 2013, 34(38): 2949-3003.
- [3] 漆红梅,王霞.授权教育对 CHD 患者自我管理行为及自我效能感影响的研究[J].中国实用护理杂志,2013,29(25):62-66.
- [4] Bailey DJ, Buysse V, Edmondson R, et al. Creating family centered services in early intervention: perceptions of pro-

fessionals in four states[J]. Except Child, 1992, 58(4): 298-309.

- [5] 潘承琼,潘唐远,杨小玲.护理干预对 CHD 患者自我护理能力与获得社会支持的影响[J].内科,2011,6(1):84-85.
- [6] 王玲,李秀珍,权彦,等.延伸护理对老年冠心病 PCI 术后患者氯吡格雷用药依从性的影响[J].护士进修杂志,2013,28(16):1520-1521.
- [7] 王才康,胡中锋,刘勇.一般自我效能感量表的信度和效度研究[J].应用心理学,2001,7(1):37-40.
- [8] 屈海宏,陈长香,徐爱茹,等.老年综合评估护理干预在提高老年 CHD 患者生活质量中的应用[J].中华现代护理杂志,2014,20(20):2485-2488.
- [9] 李霞,罗维. CHD 患者疾病相关知识现状及影响因素的调查分析[J].重庆医学,2011,40(6):594-596.
- [10] 牛俊芝.家庭访视护理干预对冠心病患者自我护理能力和生存质量的影响[J].中华现代护理杂志,2013,19(22):2647-2650.
- [11] 李春华,童益新,郑菊仙,等.渐进式护理干预促进冠脉内支架植入术后患者心脏康复的效果评价[J].护士进修杂志,2011,26(14):1337-1338.

(收稿日期:2017-05-14 修回日期:2017-06-23)

心理护理在恢复期精神病患者中的应用研究

徐兴红¹,刘兴高²,邓丽凤^{1△}

(重庆市精神卫生中心:1. 护理部;2. 检验科 400036)

摘要:目的 基于临床患者的自身具备的特点,研究针对恢复期精神病患者实施心理护理干预的临床效果。方法 选取 2014 年 1 月至 2016 年 2 月本院收治的恢复期精神病患者 136 例作研究对象,使用随机数字表法将其平分为研究组和对照组,每组各 68 例患者,对照组患者实施常规护理,研究组患者实施心理护理干预,观察比较两组患者在护理干预前后的抑郁自评量表(SDS)、焦虑自评量表(SAS)和住院患者观察量表(NOSIE)评分水平,以及接受临床护理后两组患者的基础生活质量评分指标水平。结果 接受护理前,研究组和对照组的 SDS 评分以及 SAS 评分指标水平基本一致,差异无统计学意义($P>0.05$)。接受护理后,研究组的 SDS 评分和 SAS 评分都明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。接受护理前,研究组患者的总积极因素得分以及总消极因素得分与对照组患者基本一致,差异无统计学意义($P>0.05$),接受护理后,研究组患者的总积极因素得分明显高于对照组,总消极因素得分明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。接受护理后,研究组患者的总体健康、生理功能、生理职能、躯体疼痛、活力、社会功能、情感职能有以及精神健康等生活质量指标评分都明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 恢复期精神病患者行心理护理干预,能明显改善患者的情绪状态和生活质量,提升精神病患者的整体性生存技能重新建构实现水平,适宜临床推广。

关键词:精神病; 基于患者自身特点; 恢复期; 心理护理干预; 临床效果

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.18.049 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)18-2777-03

2014 年 1 月至 2016 年 2 月本院针对收治的部分恢复期精神病患者实施了心理护理干预,取得了较好效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 择取 2014 年 1 月至 2016 年 2 月本院收治的恢复期精神病患者 136 例,运用随机数字表法将其等分为研究组和对照组,每组各包含 68 例患者,对照组男 32 例,女 36 例;平均年龄(41.6±2.4)岁,平均病程(5.4±1.2)年。研究组男 33 例,女 35 例;平均年龄(41.4±2.6)岁,平均病程(5.3±

1.4)岁。两组患者在性别、年龄及病程等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 对照组患者行常规护理,研究组患者行心理护理干预,其具体内容如下:(1)建构和谐护患关系。护士应当积极与患者展开动态交流互动,及时倾听患者在接受治疗期间的心理感受和具体需求,通过及时解答患者提出的各类问题,了解患者存在的各种负性情绪,建构形成和谐稳定的护患关系。(2)心理辅导。结合恢复期精神病患者的临床症状表现特征以及具体的心理情绪状态,为患者实施针对性的心理辅导支持,