

· 临床探讨 · DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2023.10.035

生活空间扩展联合增能视角叙事心理干预对老年 COPD 患者自我感受负担及认知情绪调节的影响

杨敏¹, 陈芳¹, 魏鑫¹, 田云青¹, 姚宏燕^{2△}

西安医学院第一附属医院:1. 呼吸与危重症医学科;2. 护理部, 陕西西安 710077

摘要:目的 探究生活空间扩展联合增能视角叙事心理干预对老年慢性阻塞性肺疾病(COPD)患者自我感受负担及认知情绪调节的影响。方法 选取 2020 年 1 月至 2021 年 9 月于该院就诊的 104 例老年 COPD 患者为研究对象,采用随机数字表法分为观察组和对照组,每组各 52 例。对照组采用生活空间扩展联合常规护理模式干预,观察组在对照组的基础上联合增能视角叙事心理护理干预模式进行干预,两组干预时间均为 3 个月。比较两组自我感受负担[自我感受负担量表(SPBS)]及生活自理能力[日常生活能力量表(ADL)]、生活质量评分[生存质量测定量表简表(WHOQOL-BREF)]、心理状态[情绪调节自我效能感量表(RES)]、认知情绪调节能力[认知情绪调节问卷(CERQ)]。结果 干预后,两组 SPBS、ADL 评分均较干预前明显下降,且观察组明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。干预后,两组 WHOQOL-BREF 5 项评分、RES 评分均明显高于干预前,且观察组明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。干预后,两组 CERQ 积极调节评分较干预前明显升高,且观察组明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);CERQ 消极评分较干预前明显降低,且观察组明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 生活空间扩展联合增能视角叙事心理干预可明显降低患者自我感受负担,提升患者日常生活质量,改善患者情绪调节自我效能感,并且可提高患者积极情绪,值得临床推广应用。

关键词:老年; 慢性阻塞性肺疾病; 生活空间扩展; 叙事心理干预; 自我感受负担; 认知情绪调节

中图分类号:R473.75

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2023)10-1486-04

慢性阻塞性肺疾病(COPD)是一种多发于老年吸烟群体,且男性发病率高于女性的呼吸系统疾病^[1]。老年 COPD 致残率极高,另外由于受年龄限制,患者自理能力普遍较低,长期依赖于他人照顾,因此老年 COPD 患者极易产生自我感受负担(SPBS)^[2]。SPBS 于 2003 年被首次提出,包括 2 个层次:其一,受照顾者因依赖于照顾者而产生内疚感和挫败感;其二,患者因自身原因给照顾者带来各种负面影响,容易产生自身是照顾者负担的想法,进而丧失尊严,产生抑郁等负性情绪,甚至产生自杀情绪^[3-5]。研究表明,认知情绪调节在个体受到应激源刺激时会影响个体心理状态^[6]。因此,如何通过护理干预调节老年 COPD 患者的认知情绪,降低患者 SPBS,已成为老年 COPD 患者护理干预的重要研究方向。叙事护理可有效提高护理人员与患者之间的沟通有效率,增强患者自我护理能力,缓解患者因疾病产生的心理压力,及时调整患者心理状态^[7-8]。有研究报道,对老年患者进行生活空间扩展可有效改善其心理、生理健康,提高生活质量^[9]。目前,鲜有生活空间扩展联合增能视角叙事心理干预应用于老年 COPD 患者护理的研究报道。本研究将生活空间扩展联合增能视角叙事心理干预应用于老年 COPD 患者护理中,通过分析其对患者自我感受负担及认知情绪调节的影响,探究生活空间扩展联合增能视角叙事心理干预在老年 COPD 患者护理

中的优势,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2020 年 1 月至 2021 年 9 月于本院就诊的 104 例老年 COPD 患者为研究对象。(1)纳入标准:①符合 COPD 诊断标准者^[10];②年龄为 60~75 岁者;③精神正常,具有沟通能力者。(2)排除标准:①患有其他严重器质性疾病者;②伴有肺癌等其他严重呼吸系统疾病者;③因鼻咽癌、扁桃体肿大等疾病导致上呼吸道梗阻者;④有气胸、肺部手术既往史者。(3)剔除标准:①干预期间病情加重者;②干预期间不愿配合者;③干预期间失联者。采用随机数字表法将所有研究对象分为观察组和对照组,每组各 52 例,两组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性,见表 1。本研究符合《赫尔辛基宣言》,所有研究对象均自愿参与本研究,并签署知情同意书。本研究经本院医学伦理委员会审核通过。

表 1 两组一般资料比较

| 组别 | n | 性别[n(%)] | | 年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁) | 病程 ($\bar{x} \pm s$, 年) |
|------------|----|----------|----------|------------------------------|------------------------------|
| | | 男 | 女 | | |
| 观察组 | 52 | 37(71.2) | 15(28.8) | 66.75 \pm 5.65 | 6.37 \pm 1.71 |
| 对照组 | 52 | 32(61.5) | 20(38.5) | 67.06 \pm 5.39 | 6.45 \pm 1.56 |
| χ^2/t | | 1.077 | | 0.286 | 0.249 |
| P | | 0.299 | | 0.775 | 0.804 |

△ 通信作者, E-mail:3338224947@qq.com.

1.2 方法 对照组采用生活空间扩展联合常规护理模式干预。常规护理包括门诊宣教、日常生活护理等。生活空间扩展包括：(1)建立护理干预小组，小组成员由 1 名副主任医师、1 名心理咨询师(具有心理咨询师专业技能等级证书)及 2 名护士组成，干预小组人员向患者及其家属说明生活空间扩展、家庭陪伴对患者心理状态的影响，叮嘱家属经常探望患者，日常多与患者进行交流；(2)对患者家中环境进行调整，为患者制造积极愉悦的居住环境，嘱咐患者经常进行户外活动，活动空间以患者日常居所逐步向外扩展；(3)组织患者一起进行户外文娱活动，愉悦身心。对排斥进行户外活动者，应加强对其进行鼓励和劝说，并嘱咐家属多给予陪伴。

观察组在对照组的基础上联合增能视角叙事心理护理干预模式进行干预，包括：(1)建立增能叙事心理护理干预小组，小组成员由 1 名副主任医师、1 名心理咨询师(具有心理咨询师专业技能等级证书)及两名护士组成，小组成员应充分了解 COPD 疾病知识及日常护理方式，了解患者可能会产生的负性情绪及其应对措施，小组成员应在研究开始前参加心理护理及日常护理培训，并通过培训后试卷考核及现场实操考核；(2)外化对话：每例患者的负性情绪各有不同，通过询问患者“疾病给生活带来哪些不便”，引导患者讲述具体经历，将负性情绪具体化，将内化对话转化为外化对话；(3)确认增能途径：记录患者需求并对其进行评估，确认患者有信心并愿意改变自身现状，缓解压力，同时根据患者需求确认帮助患者增能途径为提升其自我护理能力、增强患者心理调节技巧、促进患者主动扩展生活空间；(4)改写对话：该过程通过增能理论突显患者自我能力，通过叙述具体事件改善患者负面自我定论，引导患者体验积极自我价值感，指导患者学习自我护理技巧，增强患者自我管理能力；(5)重塑对话：根据患者现存问题，分析其原因并有针对性地制订护理方案，引导患者积极应对，同时以增能视角理论为指导，鼓励患者学习自我护理，唤醒患者主观能动性。观察组患者于每周门诊复诊时进行干预，每次干预时长 30 min，每个干预阶段干预次数为 3 次。两组患者均干预 3 个月。

1.3 观察指标 各项指标均于两组患者干预前及干预 3 个月后进行检测。(1)PBS 及日常生活自理能力：采用自我感受负担量表^[11](SPBS)测量患者 PBS，该量表共 10 个条目，采用 5 级评分法，总分 1~50 分，其中 >40 分为重度 PBS，20~40 分为轻、中度 PBS，<20 分为无明显 PBS，得分越高说明患者 PBS 越重；采用日常生活能力量表^[12](ADL)测量患者日常生活自理能力，该量表共 14 个条目，采用 4 级评分法，总分 1~56 分，其中 >22 分为自理能力明显缺陷，16~22 分为自理能力缺陷，<16 分为自理能力正常。(2)生活质量评分：采用生存质量测定量表简表^[13]

(WHOQOL-BREF)评估患者日常生活质量，该量表包括心理(6~30 分)、生理(7~35 分)、社会(3~15 分)、环境(8~40 分)和总体评价(2~10 分)5 个项目，得分越高说明患者各项能力越强，生活质量越高。(3)心理状态：采用情绪调节自我效能感量表^[14](RES)评估患者情绪调节自我效能感，该量表包含 3 个维度，共 12 个条目，采用 5 级评分法，总分 12~60 分，得分越高，说明患者情绪调节自我效能感越好。(4)认知情绪调节能力：采用认知情绪调节问卷^[15](CERQ)测量患者自我认知情绪调节能力，该问卷包括积极调节与消极调节 2 个部分，采用 5 级评分法，积极调节共 20 个条目，总分 20~100 分，消极调节共 16 个条目，总分 16~80 分，某个部分得分越高，表明患者面对消极事件越倾向于采用该种调节方式。

1.4 统计学处理 采用 SPSS25.0 统计软件进行数据处理及统计学分析。呈正态分布、方差齐的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，两组间比较采用 *t* 检验；计数资料以例数或百分率表示，两组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组干预前后 PBS 及日常生活自理能力比较 两组干预期间均无失访情况。干预前，两组 SPBS、ADL 评分比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)；干预后，两组 SPBS、ADL 评分均较干预前明显下降，且观察组明显低于对照组，差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组干预前后 SPBS 及 ADL 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

| 组别 | n | SPBS 评分 | | ADL 评分 | |
|----------|----|------------|-------------|------------|-------------|
| | | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 |
| 观察组 | 52 | 39.33±3.46 | 19.37±2.98* | 24.37±2.69 | 15.44±3.72* |
| 对照组 | 52 | 38.98±3.92 | 21.52±2.86* | 23.82±2.38 | 17.06±3.43* |
| <i>t</i> | | 0.483 | 3.754 | 1.104 | 2.309 |
| <i>P</i> | | 0.630 | <0.001 | 0.272 | 0.023 |

注：与同组干预前相比，* $P < 0.05$ 。

2.2 两组干预前后生活质量比较 干预前，两组 WHOQOL-BREF 5 项评分比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)；干预后，两组心理、生理、社会、环境和总体评价评分均明显高于干预前，且观察组明显高于对照组，差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

2.3 两组干预前后心理状态比较 干预前，两组 RES 评分比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)；干预后，两组 RES 评分较干预前明显升高，且观察组明显高于对照组，差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 4。

2.4 两组认知情绪调节能力比较 干预前，两组 CERQ 积极调节评分与消极调节评分比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)；干预后，两组 CERQ 积极调节评分较干预前明显升高，且观察组明显高于对照组，差异有统计学意义($P < 0.05$)；干预后，两组 CERQ 消极评分较干预前明显降低，且观察组明显低于对照

组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 5。

表 3 两组干预前后 WHOQOL-BREF 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

| 组别 | n | 心理 | | 生理 | | 社会 | | 环境 | | 总体评价 | |
|-----|----|------------|-------------|------------|-------------|-----------|-------------|------------|-------------|-----------|------------|
| | | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 |
| 观察组 | 52 | 13.66±2.71 | 22.57±1.74* | 15.48±3.99 | 29.16±2.82* | 6.83±1.46 | 12.55±1.17* | 26.92±2.94 | 34.39±3.25* | 4.97±1.10 | 7.82±1.34* |
| 对照组 | 52 | 14.09±2.43 | 20.85±1.92* | 15.27±3.87 | 27.51±2.37* | 6.61±1.27 | 10.39±1.91* | 27.81±2.76 | 31.17±3.47* | 4.73±1.07 | 6.56±1.29* |
| t | | 0.852 | 4.787 | 0.272 | 3.230 | 0.820 | 6.954 | 1.592 | 4.884 | 1.128 | 4.885 |
| P | | 0.396 | <0.001 | 0.786 | 0.002 | 0.414 | <0.001 | 0.115 | <0.001 | 0.262 | <0.001 |

注:与同组干预前相比,* $P < 0.05$ 。

表 4 两组干预前后 RES 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

| 组别 | n | 干预前 | 干预后 |
|-----|----|------------|-------------|
| 观察组 | 52 | 16.38±2.93 | 28.86±4.56* |
| 对照组 | 52 | 16.87±2.68 | 24.51±4.79* |
| t | | 0.890 | 4.743 |
| P | | 0.376 | <0.001 |

注:与同组干预前相比,* $P < 0.05$ 。

表 5 两组干预前后 CERQ 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

| 组别 | n | CERQ 积极调节评分 | | CERQ 消极调节评分 | |
|-----|----|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 |
| 观察组 | 52 | 33.29±2.67 | 73.40±5.45* | 59.83±4.84 | 28.27±3.37* |
| 对照组 | 52 | 34.12±2.54 | 69.88±6.27* | 58.67±4.96 | 31.22±3.44* |
| t | | 1.624 | 3.055 | 1.207 | 4.417 |
| P | | 0.107 | 0.003 | 0.230 | <0.001 |

注:与同组干预前相比,* $P < 0.05$ 。

3 讨 论

老年 COPD 具有高致伤率、病程较长、损伤不可逆的特点,严重影响患者的身心健康,同时给家庭带来了沉重的经济负担^[16]。因 COPD 患者为老年群体,大多数患者无法自理,不得不长期依赖他人照护,这种照护行为给照顾者的正常生活规律造成极大影响,额外增加照顾者的负担。同时,这种长期依赖他人的照护行为使老年 COPD 患者产生挫败、自责等负面情绪,加重患者 SPB,进而影响患者后续治疗意愿及预后。因此,如何改善老年 COPD 患者 SPB 是临床 COPD 患者护理干预的重点。

本研究发现,在对老年 COPD 患者进行护理干预后,两组 ADL、SPBS 评分明显降低,且观察组明显低于对照组,同时 WHOQOL-BREF 5 项评分较干预前明显上升,且观察组明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。分析其原因,增能视角叙事心理干预护理模式通过激发患者独立自主意识,提高患者自我认知,促进患者主动提升自我护理能力,进而减少患者因必须依赖于他人而产生的内疚、挫败情绪;在护理干预的过程中,护理人员对患者的倾诉给予及时

有效的积极回应,对患者负性情绪具有一定的缓解作用;生活空间扩展联合增能视角叙事心理干预护理模式对患者进行干预,可改善患者心理状态,满足患者心理需求,有助于提高患者生活质量,降低其 SPB。

有研究指出,患者负性情绪的产生和发展与其生活空间是否受限、独处时间等因素有关,其中生活空间与老年患者身心健康及生活质量有重要关系^[17]。本研究结果表明,干预后,两组 RES 评分均明显高于干预前,差异有统计学意义($P < 0.05$)。对患者进行 CERQ 调查,两组 CERQ 积极调节评分较干预前明显升高,同时 CERQ 消极调节评分明显低于干预前,且观察组 RES 评分及 CERQ 2 项评分改善程度均优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。分析其原因,在护理干预过程中,对患者生活空间进行扩展,给予患者愉悦轻松的心理暗示,患者不再局限于单一空间,鼓励患者进行户外社交,有助于患者情绪自我调节;同时联合增能视角叙事心理干预,可提高患者对负面心理状态的自我调节能力,提升老年 COPD 患者情绪调节自我效能感,使患者更多地以积极应对方式去处理消极事件。

综上所述,生活空间扩展联合增能视角叙事心理干预护理模式有助于降低老年 COPD 患者 SPB,帮助提升其自我管理能力和提高患者日常生活质量,缓解其心理状态,增强患者认知情绪调节能力,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 王蕾,黄卉,倪芳,等.不同氧流量驱动肝素雾化吸入对老年 COPD 并呼吸衰竭患者血浆和肽素水平的影响[J].中国老年学杂志,2019,39(21):5255-5259.
- [2] 邵红艳.老年 COPD 患者自我感受负担的研究进展[J].齐鲁护理杂志,2019,25(5):11-13.
- [3] COUSINEAU N, MCDOWELL I, HOTZ S, et al. Measuring chronic patients' feelings of being a burden to their caregivers: development and preliminary validation of a scale[J]. Med Care, 2003, 41(1): 110-118.
- [4] TANG S T, CHEN J S, CHOU W C, et al. Prevalence of severe depressive symptoms increases as death approaches and is associated with disease burden, tangible social

support, and high self-perceived burden to others[J]. Support Care Cancer, 2016, 24(1):83-91.

[5] 刘桂霞,张慧,孟云. 化疗肺癌患者自我感受负担与疾病感知、疾病不确定感、心理弹性的关系[J]. 中国心理卫生杂志, 2019, 33(11):816-821.

[6] 熊欢,张翀旒,宋玉洁. 永久性结肠造口病人心理弹性、认知情绪调节与伤残接受度的关系研究[J]. 护理研究, 2018, 32(14):2246-2249.

[7] 倪菟景,高俊平,王静,等. 叙事护理干预对腹壁造口病人病耻感及造口适应水平的影响[J]. 护理研究, 2021, 35(8):1398-1402.

[8] 李玉梅,黄瑛,薛智颖,等. 叙事护理对晚期肺癌患者心境与症状群管理的效果[J]. 解放军护理杂志, 2018, 35(21):28-31.

[9] 季梦婷,周嫣,钱娟,等. 社区老年心血管病患者生活空间与生活质量相关性研究及影响因素分析[J]. 中华现代护理杂志, 2016, 22(2):170-175.

[10] VOGELMEIER C F, CRINER G J, MARTINEZ F J, et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive lung disease 2017 report. GOLD executive summary[J]. Am J Respir Crit Care Med, 2017, 195(5):557-582.

[11] 张庆娜,李惠萍,王德斌. 中文版自我感受负担量表在癌

症患者中应用的信效度评价[J]. 中国实用护理杂志, 2013, 29(2):1-4.

[12] LAWTON M P, BRODY E M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living[J]. Gerontologist, 1969, 9(3):179-186.

[13] 王明航,李建生,李素云,等. 世界卫生组织生存质量测定量表简表用于老年肺炎的信度、效度和反应度[J]. 中医杂志, 2010, 51(11):984-986.

[14] 林子江,王常绿,林海西,等. 认知行为团体治疗对社交焦虑症患者情绪调节自我效能感的影响[J]. 浙江医学, 2019, 41(23):2546-2548.

[15] 孙俊俊,罗艳艳,张瑞芹. 社区老年人抑郁、焦虑情绪状况及其与认知情绪调节策略的关系研究[J]. 中国全科医学, 2019, 22(31):3887-3892.

[16] 张玲玲,徐建如,钱湘云. 健康信念模式联合营养支持对稳定期 COPD 老年患者自我效能及呼吸状况的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2022, 28(1):102-104.

[17] 董泗芹,王珊珊,杨琰,等. 急性脑梗死后患者情绪-社交孤独与心理因素的相关性[J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2020, 29(12):1106-1110.

(收稿日期:2022-09-28 修回日期:2023-02-20)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2023.10.036

重庆市 44 家二级及以上中医医院护理不良事件管理现状调查

石奥利¹,杨婵娟²,杨光静²,冉真榕³,李飞丽²,蒋昕^{2△}

1. 湖南中医药大学护理学院,湖南长沙 410208; 2. 重庆市中医院护理部,重庆 400021;
3. 成都中医药大学护理学院,四川成都 611137

摘要:目的 了解重庆市中医医院护理不良事件管理现状,为科学规范管理护理不良事件提供参考。
方法 采用问卷调查法,从护理不良事件分级及依据、护理不良事件管理、安全文化营造情况等对重庆市 44 家二级及以上中医医院护理不良事件管理情况进行调查。**结果** 重庆市 44 家二级及以上中医医院均对护理不良事件进行明确分级,其中 61.36% 的中医医院护理不良事件分级依据中国医院质量安全管理团体标准;40.91% 的中医医院领导非常重视护理不良事件管理,会全程参与,并定期督导;97.73% 的中医医院管理部门鼓励上报护理不良事件;75.00% 的中医医院护士会主动上报护理不良事件;79.55% 的中医医院开展了闭环管理;79.55% 的中医医院要求一线人员人人参与营造护理质量安全文化。**结论** 结合重庆市中医医院护理不良事件管理现状,可从统一中医医院护理不良事件分级依据、提高全院人员参与护理不良事件管理意识、积极营造中医医院护理质量安全文化氛围等举措出发,完善护理不良事件相关管理,减少护理不良事件发生,提高护理质量。

关键词: 中医医院; 护理不良事件管理; 安全文化

中图分类号: R47

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2023)10-1489-05

护理不良事件是指在护理过程中,未预计到或不希望发生的,可能影响患者诊疗、增加患者痛苦和负担,甚至引发护理纠纷或事故的负性事件^[1]。据估计,在低收入和中等收入国家,医院每年会发生 1.34 亿例不良事件,导致 260 万人死亡,是造成全球死亡和残疾的主要原因之一,其中护理不良事件约占 50.00%,且 7.00% 是致命的,已成为近年来国家、医

院的管理重点^[2]。2022 年 3 月发布的《国家卫生健康委办公厅关于印发 2022 年国家医疗质量安全改进目标的通知》(国卫办医函〔2022〕58 号)要求进一步提高不良事件报告率,加强不良事件管理工作^[3]。但中医医院护理工作较耗时,护士除基础护理外,还承担大量中医特色护理,任务重,工作压力较大^[4]。冯思琪^[5]、李霜枫等^[6]报道目前中医医院存在护理不良事

△ 通信作者, E-mail: 349378930@qq.com.