

家庭支持干预联合自我护理指导对老年慢性心衰患者生活质量改善的应用研究

梁骄莉

长沙市第四医院 湖南 长沙 41000

【摘要】目的：研究家庭支持干预联合自我护理指导对老年慢性心衰患者生活质量的改善效果。方法：选取2023年10月-2025年10月本院老年慢性心衰患者90例，以随机数字表法分组，各45例。对照组实施常规护理干预，研究组在对照组基础上采取家庭支持干预联合自我护理指导。对比护理效果。结果：研究组自我感受负担及应对疾病态度评分均优于对照组（ $P<0.05$ ）；研究组自护能力评分高于对照组（ $P<0.05$ ）；研究组生活质量评分高于对照组（ $P<0.05$ ）；研究组护理满意度高于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：家庭支持干预联合自我护理指导用于老年心衰患者的护理中，能够减轻患者的自我感受负担，改善疾病应对态度，提升自护能力及生活质量，且患者的护理满意度更高。

【关键词】老年慢性心衰；家庭支持干预；自我护理指导；生活质量；自我感受负担；自护能力

DOI:10.12417/2811-051X.26.12.031

慢性心力衰竭是一种常见的、会严重危害人类健康的疾病，其发病机制尚不明确，但会造成患者反复入院、心功能损伤，严重影响生存质量^[1]。在我国，由于传统护理指导以院内为主，而忽视了对患者的长期护理指导，导致其自我护理管理能力缺失和疾病负担的增加，因此需对干预策略进行优化。家庭支持对患者而言是非常重要的，其支持程度及照护品质，将会对患者康复及心理调适产生重要影响；同时，临床认为，提高患者自我护理管理水平，对于改善其远期健康状况和减少再住院率具有重要作用^[2]。当前，家庭支持和患者自我护理能力培养相结合的综合干预模式正日益引起临床重视，其通过建立一套支持体系，可弥补常规院外护理支持不足的局限性，从而提升护理服务品质，促进患者预后改善。本文对这种联合干预模式的应用效果展开评价，详情如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2023年10月-2025年10月本院老年慢性心衰患者90例，以随机数字表法分组，各45例。研究组，男女比，23:22，年龄61-83岁，均值（ 71.54 ± 6.63 ）岁；病程3-8年，均值（ 5.46 ± 0.72 ）年。对照组，男女比，24:21，年龄61-85岁，均值（ 72.69 ± 6.78 ）岁；病程3-9年，均值（ 45.98 ± 0.78 ）年。研究经医院伦理委员会批准。基线资料对比未见差异（ $P>0.05$ ）。

纳入标准：①经临床综合评估明确诊断；②入选者年龄 ≥ 60 岁；③同意加入。排除标准：①存在精神疾病；②同时存在其他心肺相关疾病；③合并恶性肿瘤。

1.2 方法

对照组采用传统护理方法：①患者住院后，对患者进行有关疾病和用药方面的知识宣传。②用药护理：讲解用药方法，

叮嘱患者严格按照要求用药，避免自行更换、增减药量。③改善生活习惯：饮食以低脂低盐为主，适量进行运动，但注意不要过度疲劳。④出院随访：督促患者定期到医院检查，如有不适，应立即就诊。

研究组采用家庭支持联合自我护理指导：

（1）自理能力提升：①评价和目的确定：通过对患者一对一综合评价，了解护理需求，和患者及其家人一起制定个性化、可达成的短期和长远自理目标。②教育：采用讲解、示范、等方式进行，一周1次，时间40-60分钟。重点教育内容包括：心力衰竭的监测和管理，精确的体液与钠盐管理，药物的自我管理，安全适度的运动和康复训练，以及情绪和压力的调节技能。③自我管理：为患者准备自我管理工具包，包含体重日记、症状监测卡、低盐饮食卡、急救联系卡和带有用药提醒功能的药盒，帮助患者把所学到的知识融入到生活中去。

（2）家庭支持：①家属支持：邀请家属参加健康知识讲座，另外再增加2次主题训练，侧重于护理技能、交流技能及自我压力处理技巧，以增强家属护理能力和自信心。②家居环境改变引导：利用视频对患者的家居状况进行观察，并针对危险部位，给出一些针对性的改善意见，例如，为患者提供一个安静、舒适的休息场所，浴室里安装防滑设备，将常用物品放在容易拿取的地方等，减少患者体力消耗，减少居家生活安全隐患。③定期召开家庭会议：每个月举行一次家庭会议，对患者的自我管理目标完成程度进行评估，对其未能完成的原因展开分析，并提出一些个体化的改进建议，调整家庭支持策略。④加强交流与支持：通过创建交流群，让患者之间互相交流，进行及时答疑解惑。定时推送疾病相关知识，评估患者的恢复情况，并给予及时、专业的信息支持和康复指导。

1.3 观察指标

(1) 疾病应对方式与自我感受负担：分别应用简易应对方式问卷(SCQS)和中文版自我感受负担(SPBS)量表评分,前者分为积极和消极应对两个维度,共20个条目,总分60分,积极应对分值越高越好,消极应对分值越低越好;SPBS包含10个条目,总分50分,分值越低越好。

(2) 自护能力：以自我护理能力测定量表(ESCA)评分,包含4个维度,分值,满分172分,分值越高越好。

(3) 生活质量：以生活质量综合评定问卷-74(GQOLI-74)评分,包含4个维度,每个维度满分100分,分值越高越好。

(4) 护理满意度：以本院自拟满意度问卷调查,患者根据主观感受评价,分为非常满意、满意和不满意。

1.4 统计学分析

通过统计软件SPSS 26.0处理数据资料。(x̄±s)、n(%)分别代表计量、计数资料,检验值分别为t、X²检验。P<0.05时,表示比较差异明显。

2 结果

2.1 SPBS 及 SCQS 评分比较

研究组 SPBS 及 SCQS 评分均优于对照组(P<0.05)。见表1。

表1 SPBS 及 SCQS 评分比较(x̄±s, 分)

组别		研究组	对照组	t	P
例数		45	45		
SPBS	干预前	33.69±5.87	33.42±5.62	0.223	0.824
	干预后	24.11±2.94	28.57±3.78	6.248	0.000
积极应对	干预前	12.36±3.48	12.41±3.59	0.067	0.947
	干预后	19.41±4.63	16.42±3.89	3.317	0.001
消极应对	干预前	15.12±3.26	15.14±3.27	0.029	0.977
	干预后	8.75±1.69	11.93±2.57	6.935	0.000

2.2 自护能力评分比较

研究组自护能力评分高于对照组(P<0.05)。见表2。

表2 自护能力评分比较(x̄±s, 分)

组别		研究组	对照组	t	P
例数		45	45		
自我概念	干预前	21.69±3.58	21.73±3.62	0.053	0.958
	干预后	28.78±5.14	26.12±4.78	2.542	0.013

自护责任感	干预前	20.14±2.79	20.31±2.82	0.287	0.774
	干预后	26.24±3.84	24.11±3.62	2.708	0.008
健康知识	干预前	44.78±4.59	44.86±4.62	0.082	0.935
	干预后	59.87±6.42	54.26±5.19	4.559	0.000
自护技能	干预前	32.36±3.48	32.59±3.52	0.312	0.756
	干预后	42.69±5.41	39.78±4.43	2.792	0.006

2.3 生活质量评分比较

研究组生活质量评分高于对照组(P<0.05)。见表3。

表3 生活质量评分比较(x̄±s, 分)

组别		研究组	对照组	t	P
例数		45	45		
躯体健康	干预前	62.15±5.43	62.38±5.36	0.202	0.840
	干预后	75.43±6.69	70.34±6.25	3.730	0.000
心理健康	干预前	60.69±4.72	60.53±4.62	0.163	0.871
	干预后	73.78±5.79	68.74±4.95	4.438	0.000
社会功能	干预前	62.66±5.79	62.69±5.81	0.025	0.981
	干预后	76.49±6.98	70.24±6.32	4.453	0.000
物质条件	干预前	61.69±4.55	61.53±4.52	0.167	0.868
	干预后	74.84±6.56	70.24±5.78	3.529	0.001

2.4 护理满意度比较

研究组并发症发生率低于对照组(P<0.05)。见表4。

表4 护理满意度比较[n(%)]

组别	研究组	对照组	X ²	P
例数	45	45		
非常满意	30	20		
基本满意	14	18		
不满意	1	7		
满意度	44	38	4.939	0.026

3 讨论

慢性心衰是心血管疾病的终末期表现。其高发病率、再入院率和低生活质量已经成为全球公共卫生的重要挑战。老年患者由于生理机能退化、多病共存、认知能力下降以及社会支持薄弱,其在疾病管理上存在较多问题。常规护理虽然可在院内稳定患者的病情,但因其以疾病为中心,缺乏系统性和延续性,

因此难以满足患者出院后的长期管理需求。研究显示,患者自我护理能力不足是造成疾病恶化以及再入院的主要原因,同时家庭作为老年人群重要的社会支持来源,其有效参与护理和支持是提升患者自我管理依从性和效果的核心环节^[3]。因此,建立一种整合自我护理指导和家庭支持干预的综合护理模式,对弥补传统护理的局限性意义重大。

研究发现,经过干预之后,SPBS和SCQS得分研究组优于对照组 $P<0.05$,验证了这种干预模式对患者心理压力的改善效果。分析原因,通过对其进行系统化的健康教育,可以让患者对自己的病情有一个准确的了解,并且逐步掌握自我护理技巧,从被动接受护理者转变为一个积极的自我管理者,重新获得疾病控制感,提升自我效能^[4-5]。通过家庭护理指导以及支持,可以提升家属照护能力以及照护质量,帮助解决患者居家康复期间遇到的各种问题,并可通过正确的沟通方式,疏导患者各种不良情绪,促使其以积极向上的态度面对的疾病^[6]。

自我能力改善效果,研究组同样优于对照组 $P<0.05$,其原因在于这种干预模式建立了评价-系统教育-工具支持-自我护理指导的闭环干预体系。系统性的、反复的健康教育可以解

决高龄患者学习能力下降与记忆困难等问题,通过讲解、演示、反馈的教育方式,保证了知识的有效传递,使患者从知道逐渐掌握,实现了知识的有效传递^[7]。借助家属支持,可以发挥持续的监督和指导作用,帮助纠正不良生活行为,促进患者自我管理能力的逐渐提高。

比较两组生活质量改善效果,研究组干预后评分高于对照组;同时护理满意度也明显高于对照组 $P<0.05$,提示这种干预模式能有效地提高患者的生存品质,和护理满意度。自我护理管理能力的增强可以帮助控制心力衰竭症状,减轻急性加重,减轻生理不适,改善整体机能^[8]。通过心理支持,可以有效地缓解消极、焦虑和抑郁情绪,改善疾病应对态度,从而间接改善患者的心理健康状况。联合家庭支持,可以在保障患者安全的前提下,参与力所能及的家务活动,减轻疾病造成的功能障碍,可不断增强患者的康复信心,缓解由疾病引起的社交疏离^[9-10]。

综上所述,家庭支持干预联合自我护理指导的实施,可减轻老年心衰患者的疾病负担,改善应对态度,并可提升自护能力以及生活质量,该护理模式受到了患者的高度认可。

参考文献:

- [1] 靳祖蕊,毛彦桦,罗婉丽.家庭参与的运动康复护理对慢性心力衰竭患者运动耐力,不良事件及生活质量的影响[J].罕少疾病杂志,2024,31(7):151-152.
- [2] 王蒙,袁艳艳.家庭功能为焦点的赋权护理方案对心力衰竭患者自我管理及生活质量的影响[J].国际护理学杂志,2025,44(19):3504-3508.
- [3] 瞿林艳,丁淑贞,常钰洁,等.家庭关怀度和生命意义感在慢性心力衰竭患者恐惧疾病进展与自我管理行为间的链式中介作用[J].护士进修杂志,2024,39(13):1362-1367.
- [4] 黄茜,蔡慧芳,张琦.以家庭为中心的优质护理对慢性心力衰竭伴抑郁障碍患者临床疗效及生活质量的影响[J].临床心身疾病杂志,2022,28(4):114-117.
- [5] 王晓莉,赵海波,秦玲玲.以家庭为中心的赋权模式对慢性心力衰竭患者出院准备度及生活质量的影响[J].心脑血管病防治,2024,24(9):60-64.
- [6] 王晓荣,马翠,李宏,等.医院-社区-家庭三元联动模式对慢性心力衰竭患者健康行为和心功能的影响[J].中国医药导报,2022,19(17):180-184.
- [7] 杨月,王丽,胡忠婷,等.基于时机理论的家庭护理在慢性心力衰竭患者护理中的应用价值[J].中外医疗,2024,43(10):140-143.
- [8] 刘美倩.家庭支持联合家属参与护理干预对老年心衰患者自我感受负担、应对方式的影响分析[J].心血管病防治知识,2023,13(32):50-52.
- [9] 程亚楠,苏凯,张贝贝.家庭支持配合家属参与护理对老年心衰患者自我感受负担、应对方式影响[J].辽宁医学杂志,2022,36(3):106-108.
- [10] 徐玉凤,傅咏华.基于出院护理计划为指导的连续护理干预对慢性心力衰竭患者知识掌握及自我护理能力的影响[J].山西医药杂志,2022,51(12):1426-1428.