

NLPFP 过渡期护理模式在老年房颤患者躯体功能维护、生活质量中的应用

阮 静

洛阳市中心医院心血管内科二病区 河南 洛阳 471000

摘要: 目的: 探索 NLPFP 过渡期护理模式在老年房颤患者躯体功能维护、生活质量中的应用。方法: 选取 2022 年 6 月至 2023 年 1 月在我院心内科入住的符合入排标准 100 例老年房颤患者为研究对象, 依据诊疗方案抽签将全部患者均分为对照组和观察组, 对照组予以常规护理; 观察组在对照组基础上给予 NLPFP 过渡期护理模式进行干预。对两组老年房颤患者的躯体功能状态、生活质量评分、心理状态以及再入院率进行对比观察。结果: (1) 护理干预后, 两组患者的 Barthel 指数 (BI) 评分和自评躯体功能量表 (PF) 评分均有所上升, 其中以观察组上升最为明显, $P < 0.05$ 。(2) 护理干预后, 观察组生理、心理、性生活评分都得到了显著提升, 且均高于对照组, $P < 0.05$ 。(3) 观察组抑郁自评量表 (PHQ-9) 评分和焦虑自评量表 (GAD-7) 评分均低于对照组, $P < 0.05$ 。(4) 观察组 1、3、6 月末再入院率均低于对照组, $P < 0.05$; 6 月末差异无统计学意义, $P > 0.05$ 。结论: NLPFP 过渡期护理模式能够改善患者的躯体活动、提升生活质量、减少抑郁、焦虑情绪的产生, 降低短期内的再入院率, 提升患者依从性, 具有较好的护理安全性, 具有较高的临床应用和推广价值。

关键词: NLPFP 过渡期护理模式; 房颤; 躯体功能; 生活质量; 老年

心房颤动 (简称房颤) 作为临床上最常见的一种心律失常, 其发病率会随着年龄的增加呈现上升趋势^[1], 其中 65 岁以上老年人群的发病率高达 35% 以上^[2], 患者的躯体功能和生活质量都受到严重影响。目前, 房颤的治疗方式多以消融和药物治疗为主。为了确保临床治疗效果, 对患者采取相应的护理措施十分必要。常规护理模式在改善房颤患者躯体功能维护和生活质量上并没有明显的作用效果, 为了降低房颤诱发和加重心力衰竭以及血栓栓塞等并发症, 过渡期护理模式对于老年房颤患者来说具有重要意义。过渡期护理模式是当前的新型护理模式, 是指在医疗机构或者社区中, 为出院患者提供一系列的护理服务, 协助他们成功地从住院状态过渡到家庭生活状态的一种综合性护理模式^[3]。本研究我们采用 NLPFP (Nurseled patient-familypartner) 过渡期护理模式, 即护士主导患者家庭伙伴过渡期护理模式, 对老年房颤患者提供过渡计划、教育支持、高级护理实践、联合门诊、过渡协调员等护士主导措施。如今, 过渡期护理模式已经在临床实践中广泛应用并取得了良好效果, 近年大量护理临床实践提示过渡期护理模式干预可以有效改善老年病、慢

性病以及危重病的预后对促进患者恢复有重要意义。但是有关 NLPFP 过渡期护理模式在老年房颤患者中的应用鲜有报道, 因此本次研究将 NLPFP 过渡期护理模式应用于老年房颤患者, 旨在探讨该护理模式对其躯体功能维护和生活质量的影响, 希望为老年房颤患者提供切实可行的护理方案, 并作为有价值的临床依据, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

以前瞻性研究, 选取 2022 年 6 月至 2023 年 1 月在我院心内科入住的符合入排标准 100 例老年房颤患者为研究对象。

纳入标准: (1) 符合《老年人非瓣膜性心房颤动诊治中国专家建议》^[4]中关于房颤的诊断标准, 年龄大于等于 65 岁确诊的房颤患者; (2) 经心电图、心动图等检查确诊; (3) 了解此项研究干预的目的及方案, 患者和家属对基本研究情况基本熟悉且研究符合《赫尔辛基宣言》^[5]中的伦理审查标准。

排除标准: (1) 认知异常不能参与者; (2) 存在药物依赖者; (3) 合并其他慢性病 (如肝肾器质性病变、恶性肿瘤、脑血管等) 不能配合者。依据诊疗方案抽签将所有

患者均分为两组,对照组共50例,男:女为26:24;年龄65-78岁,平均(73.65±3.91)岁。观察组共50例,男:女为28:22;年龄66-78岁,平均(72.69±3.88)岁。经一般数据如性别、年龄及病程比较,两组患者一般资料对比有可比性,($P > 0.05$)。

1.2 方法

对照组患者给予常规护理模式干预,包括出院前的健康教育,向患者介绍房颤相关知识、随访的时间,注意事项。出院后2周、6周、12周、24周时在门诊进行随访复查,评估患者的症状、用药情况、实验室指标并记录、用药指导。一般病情监测,体温,呼吸,脉搏,血压监测,心电图情况。观察组患者在常规护理的基础上给予过渡期护理模式进行干预,严格遵照NLPFP过渡期护理模式的结构化健康教育路径,同时给予患者和家属进行沟通方法指导和心理干预:

- ① 2周后进行第一次微信家庭视频会议,评估患者的服药情况和相关症状,对患者和家属进行心理干预,实时掌握其心态变化,针对存在负性情绪者,采取一对一沟通,告知情绪对疾病预后的危害,并指导深呼吸、转移注意力、听音乐等方式来放松心情,使其维持良好心态。帮助患者和家属制定合理的饮食、运动计划。患者及家属学会利用微信群互相交流疾病的感受及症状、活动能力、对日常生活影响、活动后有无心慌、提高患者和家属的参与意识及积极性,增强其战胜疾病的信心。
- ② 第6周患者家属通过互联网+平台网约专职护士在家中第二次健康教育会议,对患者和家属进行评估,了解患者存在何种认知偏差及患者需要掌握的内容等,如:心率控制、用药指导、饮食、休息、运动锻炼的原则等方面进行讨论,进而确定下次会议的侧重点。
- ③ 第12周,专职护士在门诊进行第三次健康教育会议,对患者和家属进行评估,了解患者存在何种认知偏差及患者需要掌握的内容等,查看患者疾病控制情况、药物治疗方案、实验室指标,并与心脏康复医生共同对患者和家属进行心理干预,调整治疗方案。患者和家属填写医院随访平台发送的调查问卷,责任护士收集调查问卷,针对问卷的评估结果,在当月的健康教育会议中有侧重的宣教并由责任护士强化干预。
- ④ 第24周患者和家属回院进行门诊复查,进行自我护理能力、焦虑量表、自控量表等相关因子收集、用药情况、不良事件发生

情况登记;一般病情的观察,体温,呼吸,脉搏,血压监测,重点监测患者脉搏的情况,根据评估情况对存在的问题再次强化教育。

1.3 观察指标

1.3.1 躯体功能状态

使用Barthel指数(barthelindex, BI)评定量表^[6]和自评躯体功能量表(PF)^[7]对两组患者的躯体功能状态进行评定。BI量表共有进食、穿衣、洗澡、修饰等10个项目,累计最高分值为100分。患者躯体功能状态与得分呈正比。PF量表选用3级评分法(1~3分),患者躯体功能状态与得分呈正比。本次量表的Cronbach's α 系数分别为0.916、0.78,信效度较好。

1.3.2 房颤患者生活质量量表(WHOQOL-100量表)^[8]

包括房颤患者生理、心理和独立性等6个维度共24个条目,每个条目采用Likert5级评分,得分越高生活质量越好。

1.3.3 抑郁症状自评量表^[9](PHQ-9)、7项广泛性焦虑量表^[10](GAD-7)

抑郁症状自评量表(depressionscale of the patient health questionnaire, PHQ-9)用于诊断抑郁症,共9个问题,所得积分用以评估抑郁症的状态:分别为轻症、中度、中等严重、严重,>5分存在抑郁;广泛性焦虑自评量表(generalized anxiety disorder 7-item scale, GAD-7)用于焦虑的筛查和评估。包括七个问题,采用四级评分评估焦虑的状态。>5分说明存在焦虑。得分越高说明不良心理越严重。

1.3.4 再入院率

严格统计两组患者出院后6个月内的再入院率。

1.4 统计学处理

采用SPSS22.0统计软件进行数据分析,计数资料用n(%)表示,进行 χ^2 检验;符合正态分布的计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,组间及组内比较分别行独立样本t检验、配对样本t检验,以 $P < 0.05$ 存在统计学差异。

2 结果

2.1 两组躯体功能状态情况的比较

经护理干预后,两组患者的BI评分和PF评分均有所上升,其中以观察组上升最为明显,有统计学意义, $P < 0.05$ 。见表1。

表 1 两组躯体功能状态情况对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	BI		PF	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	50	69.89 ± 17.39	78.22 ± 20.10*	59.25 ± 3.72	68.25 ± 5.27*
观察组	50	67.54 ± 16.41	87.24 ± 21.58*	58.67 ± 3.31	70.36 ± 5.14*
t	-	0.695	2.163	0.824	2.027
P	-	0.489	0.033	0.412	0.046

注: 与本组治疗前相比, *P<0.05。

2.2 两组生活质量情况对比

护理干预后, 观察组 3 项生活质量评分均呈上升趋势, 且均高于对照组, P < 0.05。见表 2。

表 2 两组生活质量情况对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	生理	心理	独立性
对照组	50	63.12 ± 8.59	62.12 ± 8.24	44.36 ± 8.97
观察组	50	76.54 ± 8.65	76.55 ± 9.54	57.66 ± 9.48
t	-	7.784	8.093	7.206
P	-	0.000	0.000	0.000

2.3 两组心理状态情况对比

观察组 PHQ-9 评分和 GAD-7 干预前评分比较差异无统计学意义, P>0.05; 干预后, 两组评分均降低, 观察组低于对照组, P < 0.05。见表 3。

表 3 两组心理状态情况对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	PHQ-9 评分		GAD-7 评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	50	14.98 ± 2.03	9.62 ± 1.46*	13.69 ± 1.34	7.41 ± 1.25*
观察组	50	15.03 ± 2.02	4.73 ± 0.39*	13.45 ± 1.89	4.64 ± 0.53*
t	-	0.124	22.881	0.733	14.426
P	-	0.902	0.000	0.466	0.000

注: 与本组治疗前相比, *P<0.05。

2.4 两组再入院率情况对比

观察组患者 1、3、6 月末再入院率均低于对照组, 其中 1 和 3 月末有统计学意义, P < 0.05; 6 月末差异无统计学意义, P>0.05。见表 4。

表 4 两组再入院率情况对比 [n(%)]

组别	n	一个月	三个月	六个月
对照组	50	15 (30.00)	22 (44.00)	19 (38.00)
观察组	50	6 (12.00)	12 (24.00)	13 (26.00)
X ²	-	4.883	4.456	1.654
P	-	0.027	0.035	0.198

3 讨论

房颤患者在出院准备到出院后的过渡期, 仍会对其躯体

功能和生活质量产生极大的影响, 房颤患者的躯体症状表现多样, 常表现为心悸、头晕、呼吸困难等, 不全面的症状管理不仅降低患者生活质量, 延长病程, 还会引起严重的并发症, 严重影响疾病预后。NLPFP 过渡期护理模式能够在心房颤动的过渡期针对患者的不同需求实施全面的干预措施, 对改善患者的预后具有重要的意义。本次研究将 NLPFP 过渡期护理模式应用于老年房颤患者躯体功能维护和生活质量中, 取得较好的护理效果。

本文研究结果显示观察组躯体功能状态评分较对照组高, 表明观察组躯体功能状态指标经过 NLPFP 过渡期护理模式干预后要优于对照组。分析其主要原因在于: NLPFP 过渡期护理模式在护理过程中根据采用家庭访视的方式了解患者的身体状况和运动能力, 并对其进行评估, 进而制定个性化康复计划, 以帮助患者恢复身体功能, 提高生活质量, 从而提高躯体功能维护评分^[11]。之后, 我们对观察组和对照组患者的生活质量进行对比, 观察组生活质量评分得到了显著改善, 说明了 NLPFP 过渡期护理模式能有效提升老年房颤患者的生活质量。究其原因主要在于: NLPFP 过渡期护理模式会针对自我管理问卷收集基线数据资料, 了解患者存在认知偏差, 满足患者的特殊需求, 提供更加精细化的护理服务。此外, 还通过鼓励患者家属参与患者护理全程, 为患者提供心理支持和用药监督^[12], 提高疾病控制水平, 从而帮助患者恢复健康。另外, 观察两组患者的心理状态能够得到, 观察组患者的焦虑、抑郁评分均较对照组低, 提示了 NLPFP 过渡期护理模式可以显著改善老年房颤患者的不良心理状态。主要原因可能在于: NLPFP 过渡期护理模式提供专业的心理支持, 与患者进行有效的交流和倾听, 帮助患者识别和应对焦虑、抑郁等负面情绪, 提供情绪安抚和心理调适的方法, 最终降低焦虑、抑郁情绪。最后, 研究结果显示, 我们对比两组的入院率发现经干预后, 观察组 1、3、6 月末再入院率均低于对照组, 说明 NLPFP 过渡期护理模式能有效降低患者短时间内的再入院率。

综上所述, NLPFP 过渡期护理模式能够改善患者的躯体活动、提升生活质量、减少抑郁、焦虑情绪的产生, 降低短期内的再入院率, 提升患者依从性, 具有较好的护理安全性, 具有较高的临床应用和推广价值。然而, 本研究依旧存有缺陷, 例如样本量较小, 因此, 在今后研究中将会针对性改进, 使研究结果更客观、科学。

参考文献:

- [1] 赵葳,方心月,史秋寅,等.利伐沙班结合优质护理在非瓣膜病心房颤动患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2023,29(15):147-149.
- [2] 蔡燕燕,黄琳玲,耿荣辉.基于AIDET沟通模式的延伸性护理在老年房颤出院患者中的应用[J].中外医疗,2024,43(11):167-170.
- [3] 彭晓卉,高芳,黄海燕,等.过渡期护理模式对居家无创正压通气COPD患者的影响[J].齐鲁护理杂志,2020,26(21):105-107.
- [4] 《老年人心房颤动诊治中国专家建议》写作组,中华医学会老年医学分会,中华老年医学杂志编辑委员会.老年人非瓣膜性心房颤动诊治中国专家建议(2016)[J].中华老年医学杂志,2016,35(9):915-928.
- [5] 杨丽然.世界医学会《赫尔辛基宣言》——涉及人类受试者的医学研究的伦理原则(2008年10月修订)[J].医学与哲学,2009,30(9):74-75.
- [6] 侯东哲,张颖,巫嘉陵,等.中文版Barthel指数的信度与效度研究临床荟萃,2012,27(3):219-221.
- [7] 吴学华,李小麟.SF-36量表测量伤残人员生存质量的信度与效度[J].华西医学,2011,26(01):12-14.
- [8] 方积乾,郝元涛,李彩霞.世界卫生组织生活质量量表中文版的信度与效度[J].中国心理卫生杂志,1999,(04):203-205.
- [9] 徐勇,吴海苏,徐一峰.病人健康问卷抑郁量表(PHQ-9)在社区老年人中的应用——信度与效度分析[J].上海精神医学,2007,(05):257-259+276.
- [10] 王瑜,陈然,张岚.广泛性焦虑量表-7在中国综合医院住院患者中的信效度研究[J].临床精神医学杂志,2018,28(03):168-171.
- [11] 周锦玲,陈周珍,李晶晶,等.过渡期护理模式对心脏瓣膜置换术后患者护理效果及生存质量影响[J].中国医药科学,2023,13(6):97-100.
- [12] 张军,赵心阳,栾正刚,等.过渡期护理模式对ICU后综合征患者生存质量的影响[J].中国中西医结合急救杂志,2022,29(2):218-221.

作者简介: 阮静(1980—),女,汉族,河南省洛阳市,本科,洛阳市中心医院,副主任护师,心血管内科护理。

基金项目: 2023年河南省医学科技攻关计划联合共建项目(项目编号:LHGJ20230832)。