• 社区护理 •

慢性心力衰竭患者居家液体摄入管理影响因素的质性研究

鲁欢欢¹,徐苏梦¹,杨静²,徐冬梅³,周媛¹,宋海燕²,殷徐雯²,顾则娟¹

摘要:目的 探讨居家慢性心力衰竭患者居家液体摄入管理影响因素,为制订居家干预方案提供参考。方法 采用描述性质性研究,基于 Pender 健康促进模式,对 20 例慢性心力衰竭出院患者进行半结构式访谈,采用内容分析法进行资料分析、主题提炼。结果 提炼 2 个主题及 8 个亚主题,促进因素为感知液体管理益处,参与主动健康行为,积极发挥自我效能,自护时间投入增加;障碍因素为居家应对行为不佳,记忆力减退,消极认知与延迟就医,内外部支持削弱。结论 引导慢性心力衰竭患者树立正确液体摄入管理认知,激励居家患者发挥自我效能,落实居家液体摄入管理,同时加强“医院-社区-家庭”联动,持续追踪患者疾病轨迹。

关键词:慢性心力衰竭; 居家; 液体摄入管理; 决定因素; Pender 健康促进模式; 质性研究

中图分类号:R473.2 DOI:10.3870/j.issn.1001-4152.2025.05.094

A qualitative study of influencing factors of home fluid intake management in patients with chronic heart failure

Lu Huanhuan, Xu Sumeng, Yang Jing, Xu Dongmei, Zhou

Yuan, Song Haiyan, Yin Xuwen, Gu Zejuan. School of Nursing, Nanjing Medical University, Nanjing 211166, China

Abstract: **Objective** To explore the factors influencing the management of fluid intake in chronic heart failure (CHF) patients at home, and to provide reference for the development of home intervention programs. **Methods** Based on the Pender Health Promotion Model (HPM), a descriptive qualitative study was conducted, 20 CHF patients discharged from the hospital were invited to participate semi-structured interviews, and content analysis was used to analyze the data and refine the themes. **Results** A total of 2 themes and 8 sub-themes were extracted: facilitators were perceived benefits of fluid management, engagement in proactive health behaviors, positive self-efficacy, and increased self-care time commitment; barriers were poor home coping behaviors, memory loss, negative cognition and delayed medical care, and weakened internal and external support. **Conclusion** It is necessary to guide CHF patients to form a correct cognition of fluid intake management, to motivate home patients to exercise self-efficacy, to carry out home fluid intake management, and strengthen the linkage of "hospital-community-family" to continuously track the disease trajectory of patients.

Keywords: chronic heart failure; home; fluid intake management; determinants; Pender health promotion model; qualitative study

《中国心血管健康与疾病报告 2022》^[1]显示,多数慢性心力衰竭(Chronic Heart Failure, CHF, 下称心衰)患者预后较差,严重危害人类的生命安全。据统计,患者出院后 30 d 再入院率超过 20%^[2-3],其中近九成成为非计划再入院^[4]。容量超负荷是心衰发展过程的重要病理生理改变,可导致组织间液滞留、中心静脉压和心室充盈压增高,使得血管内液体从外周静脉池转移至中心静脉发生再分布,引起肺静脉压力增高^[5]。当压力达到一定程度后,表现为临床淤血症状^[6]。容量超负荷与心衰的预后互为因果^[7],始终贯穿心衰的发生与发展趋势^[8]。容量超负荷也是导致再入院率及病死率居高不下的主要原因之一^[9]。即

使心衰患者经过治疗病情缓解出院,其出院后也易受出入量、饮食等各种因素影响^[10],进而导致液体滞留^[11]。研究显示,加强 24 h 出入量监测,指导心衰患者自我管理液体摄入,平衡体液量,可以改善患者容量状态,降低其再入院率^[12]。然而,心衰患者一般在急性发作期住院治疗,大部分时间处于居家状态。不同于医院内,医护人员难以随时对居家患者提供有效的液体摄入管理指导,加之心衰患者居家容量管理行为存在偏差现象,且偏差类型及原因多样^[13],可见居家患者液体摄入管理面临更大挑战。Pender 健康促进模式(Health Promotion Model, HPM)侧重于塑造行为以解释健康行为中的作用,可指导研究者探寻鼓励人们采取健康促进行为的过程,该理论包括个体特征和经历、特定行为的认知和影响、行为结果三个因素,强调实施以患者为中心的教育及行为支持策略,通过加强知识教育,强化自我效能,提高参与积极性,以激发患者采取健康行为的意愿^[14],可为居家液体摄入管理实践提供有效指导^[15]。本研究采用质性研究方法,以 HPM 为指导,深入解析心衰患者居家液

作者单位:1. 南京医科大学护理学院(江苏 南京,211166);2. 南京中医药大学护理学院;3. 南京医科大学第一附属医院
通信作者:顾则娟,jassicagu@163.com

鲁欢欢:女,硕士在读,学生,13595413834@163.com

科研项目:江苏高校优势学科建设工程四期项目“护理学”(苏教研函[2023]11号)

收稿:2024-10-15;修回:2024-12-12

体摄入管理影响因素,为今后制订居家干预方案提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用目的抽样,选取 2024 年 8—10 月南京医科大学第一附属医院心血管内科治疗患者。纳入标准:①符合 2024 中国慢性心衰诊断标准,纽约心脏病协会(NYHA)心功能分级Ⅱ~Ⅳ级^[16],病程>6 个月;②年龄≥18 岁;③曾有居家容量管理经历;④患者及家属知情同意,自愿参加本研究。排除标准:①意识不清或存在严重认知障碍不能完成调查;②伴有其他影响出入量的疾病,如尿崩症、肾积水、输尿管结石;③伴有其他严重疾病,如呼吸衰竭、急性脑梗死、肾衰竭;④影像学检查存在明显胸腔积液、腹腔积液;⑤治疗原因需要调整出入量。样本量

以不出现新的内容、信息饱和为标准。本次访谈共访谈 20 例,男 11 例,女 9 例;年龄 39~89 岁,平均 66.0 岁。NYHA 心功能分级为Ⅱ级 9 例,Ⅲ级 8 例,Ⅳ级 3 例。文化程度:小学及以下 7 例,初中 11 例,中专或高中 2 例。受访者编号采用 H1~H20 代替。本研究已通过医院伦理委员会审批(2024-SR-588)。

1.2 方法

1.2.1 访谈提纲制订 采用描述性质性研究,根据研究目的,成立由 1 名主任护师、1 名副主任护师、1 名主管护师、3 名护理研究生组成的研究小组。研究小组成员在广泛查阅国内外文献的基础上,以 HPM 为指导,根据心衰的疾病特点并咨询心血管内科等领域的专家确定访谈提纲,见表 1。

表 1 访谈提纲

Pender 健康促进模式	具体内容
先前相关行为及个人经历	可以大概说说您之前居家液体摄入管理的体验与感受吗?
感知行为益处及障碍	您认为居家进行液体摄入管理的好处是什么?您认为在进行居家液体摄入管理的过程中存在哪些障碍?请举例说明。
自我效能	您有多大的信心做好居家液体摄入管理?
行为相关情感	您是怎样看待居家液体摄入管理的?
人际间影响	您有因为他人或外界环境影响您进行居家液体摄入管理吗?是怎样影响呢?
情景影响	您认为在居家情景下进行液体摄入管理中什么是最重要的(出入量记录方法、特定容器、监督指导等)?您想要选择哪些方式(出入量记录方法、特定容器、监督指导等)帮助您进行居家液体摄入管理的?请举例说明。
允许某计划行动	您能每天坚持记录居家液体摄入管理日记(出入量、血压、体质量、症状)吗?为什么?
即刻竞争需求	您可以积极应对外出旅游就餐、节假日等特殊饮食对居家液体摄入管理的影响吗?您认为您可以坚持进行居家液体摄入管理吗?为什么?

1.2.2 资料收集 研究者在访谈前向受访者解释访谈目的及内容,获得受访者知情同意后开展访谈。与患者确认合适的访谈时间及地点,确保环境安静,适宜交谈,访谈 15~30 min;访谈过程中注意受访者眼神、情绪、肢体语言等变化,适时记录。若患者出现不适症状,立即中止访谈,待不适缓解再继续。访谈全程遵守保密原则,不泄露受访者隐私,访谈内容均以匿名形式展现。

1.2.3 资料分析 访谈结束后 24 h 内由 2 名研究者独立将录音逐字转录为文稿,通过 NVIVO12 软件进行管理。采用内容分析法^[17]进行资料分析仔细阅读所有资料;详细、无遗漏的记录,提取有重要意义的陈述;对反复出现的观点进行编码;找寻其相似特征,凝练出共同主题;将主题相互联系形成现象,逐一阐释现象形成的本质,所得结果均返回受访者处核实求证。

2 结果

2.1 主题 1:促进因素

2.1.1 感知液体管理益处 液体管理是心衰患者治疗及护理中的重要组成部分^[18],涵盖症状识别、利尿

剂使用、出入量记录等内容。较强的益处感知可以减轻患者的疾病不确定感及进展恐惧,强化患者自我护理信心。H13:“我在家里会观察脚有没有肿,来看看我的病有没有严重,就是按下去,这个地方(小腿)有没有凹下去。”H10:“我知道吃东西要仔细,要吃清淡,这样对我身体有好处。”

2.1.2 参与主动健康行为 主动健康行为是充分利用健康资源以促进、改善健康的相关行为活动^[19],是控制慢性病的重要措施。患者出院前基于个人情况向医务人员积极寻求疾病知识。H4:“一般我们出院前会问医生护士吃什么东西最好?这个土东西,像这个土红鱼,是不是可以吃?”H12:“医生说我这个水不能喝太多,那这要喝多少呢?”

2.1.3 积极发挥自我效能 自我效能是指相信一个人在特定情况下执行任务的能力^[20],会随着所处环境改变而发生动态调整,是决定患者依从性的关键因素之一。部分患者认为规律的健康行为能使自己受益。H5:“要搁在家,喝水吃饭我能控制住。”H7:“喝水吃饭控制水,我都能做到,一切为了健康。”H19:“如果是对我这个身体状况有帮助的话,那肯定要去

做。”

2.1.4 自护时间投入增加 在我国心衰患者中近八成成为老年患者^[21]。相关研究显示,老年人每天花费与健康相关的自我保健的时间比例远高于其他年龄段^[22]。随着工作时长的缩短,老年患者投入自我保健的时间可能延长。H5:“年纪大了不去打鱼了,就搁家休息,先把这个病治好吧。”H19:“现在也不工作了,闲下来有时间来好好休养一下了。”

2.2 主题 2:障碍因素

2.2.1 居家应对行为不佳 国内外临床实践指南强调应加强 24 h 出入量监测,平衡液体量^[23-24],并延续至居家期间。对此,医护人员会向患者进行自我容量管理知识健康教育及行为干预,强调关注干体重波动,尽早识别症状体征变化,提高容量超负荷感知。然而居家情境下,部分患者健康素养较低,多以经验为主导,根据个人偏好选择液体摄入量,同时忽视居家自我监测。H2:“我会去量一下,但是不会定期去。”H5:“饮水机接多少喝多少,不会去控制量。”H15:“(食物称重)这个比较繁琐,我做不到这个。对吃什么没有计划,想吃什么就吃什么。”H6:“平时在家的话,不会刻意去管理。”

2.2.2 记忆力减退 心衰是一种与年龄相关的心血管疾病,在老年人群中预后不良^[25]。同时受老龄化影响,心衰患者在记忆、注意力和执行功能等认知功能方面受损的风险增加,这可能增加老年患者在居家环境中的液体摄入管理难度。H17:“可以做到(食物称重),但是我不能保证每次都是记得那么清,有时候记不住会忘记了。”H20:“反应力不行,记忆力也不行了。”

2.2.3 消极认知与延迟就医 心衰患者的容量动态变化且复杂多样,记录症状体征波动情况,有利于尽早识别病情变化。然而大部分患者轻视症状波动监测记录作用,很少甚至从不记录。H11:“是脑子里觉得这个数值是正常的,我就不记了。”尽管患者可从健康行为中获益,而消极的延迟就医行为可对疾病预后造成不良影响,部分患者也仍选择延迟就医。H20:“以前先是喝中药,吃了 2、3 个月,不好也不坏,(后来)治不好就再到你们大医院来了。”

2.2.4 内外部支持削弱 心衰是一种慢性疾病,其特征是症状复杂反复。患者难以自我管理,疾病发展轨迹也很难预测,这些因素会导致患者出现不确定感^[26],不断影响患者心理结构,最终发生抑郁和焦虑障碍。加之出院后无法立即回归家庭/社会角色,患者自我认同感受到冲击,自觉个人价值缺失。H9:“我还在打工,不敢打包票能不能做到(液体摄入管理),我不认识字,子女也不在身边。”H12:“女儿让我帮忙带孩子,其实孩子也都大了,就弄点饭给他吃也不累,但是身体还是不太行。我有时候看人去种田,我心里不得劲儿,怎么这两年活成这个样子。”

3 讨论

3.1 拓展液体摄入管理教育形式,持续强化患者居家液体管理认知 研究显示,当患者认为液体摄入管理对疾病治疗有益时,其主动参与的意愿较强。当患者感知到健康活动的益处,可提升患者自护内驱力,促使患者主动实施。同时,研究者发现患者对疾病的消极看法和负性情绪是家庭照护负担的来源之一^[27]。尽管医护人员开展了大量的健康教育,然而心衰患者再入院率仍居高不下。其主要原因之一是居家期间,患者由于缺乏正确认知与管理意识,加之未得到有效的干预,进而导致患者无法顺利实施居家液体管理。对此,医护人员可以不断拓展和创新液体摄入管理教育的形式,采用多元化、个性化的教育形式及途径。除了常规教育方式,医护人员可顺应数字化驱动发展,开发虚拟仿真平台,涵盖住院和居家两个虚拟仿真训练模块,住院虚拟仿真模块可围绕“液体摄入管理内容”“液体管理目的及意义”等内容展开,树立患者正确的液体摄入管理认知。居家虚拟仿真模块则设置居家情景,指导患者在院期间进行训练,出院后通过虚拟仿真平台延续远程训练,设计居家液体摄入管理可能面临的实施障碍相关故事情节,将管理知识穿插其中,让患者置身其中选择应对策略,根据其应对决策进行针对性指导。同时借助微信、小程序、移动医疗 App 等载体,推送语言精炼、重点突出的液体摄入管理知识,循序渐进,加强每次推送内容之间的内在逻辑,便于记忆力减退的老年患者理解掌握。将数字化形式教育与常规形式教育相融合,互为补充,持续强化患者居家液体管理认知,增强患者的自我管理意识。

3.2 激励患者发挥自我效能,促进居家液体管理效益最大化 研究结果显示,部分心衰患者主动寻求疾病知识,个人疾病责任感强。个人责任感是患者有意愿为疾病管理采取行动^[28],具备个人责任感有益于患者选择适宜的应对决策,积极应对疾病^[29]。在居家情境中,患者角色转为疾病管理主导者,其对疾病的态度及责任感可影响疾病决策行为。而患者对疾病的态度及责任感受自我效能的影响,即患者在特定情况下的能力或他们在计划外或潜在压力环境中完成任务的能力的信念^[30]。因此,激励居家心衰患者发挥自我效能可提升自护内驱力,有利于患者采取健康行为,主动参与液体摄入管理。然而,患者的自我效能程度不一,不能采取“一刀切”式的护理策略。对于自我效能较高者,应肯定其主动健康行为并不断强化其健康责任,充分发挥自我效能,使液体摄入管理知识及技能实践效益最大化,塑造自主自律的疾病管理模式;对于自我效能较低者,应倾听患者的故事和深入了解他们的实践经历,提出有效的应对策略,帮助患者逐步认识自我潜力,引导患者重建或加强自我

效能。Frankenstein 等^[30]发现,自我效能感与整体记忆表现呈正相关,这提示医护人员,要更加重视记忆力减退或有记忆力减退趋势的老年心衰患者,应及时评估老年患者自我效能并采取对应的干预策略,有益于改善患者预后。

3.3 建立“医-护-患”互动模式,开展远程居家容量监测 本研究结果显示,心衰患者居家液体摄入管理知识欠佳,高龄、健康素养较低的患者居家时轻视日常自我监测,加之老龄化、疾病进展影响,部分患者记忆力减退,未能及时落实居家液体摄入管理。研究显示,心衰患者出院后 30 d 再入院率高于 20%^[2-3],且心衰患者容量处于动态复杂变化之中。然而,居家患者由于时间、地域限制无法随时获取医护人员的帮助,且患者的健康素养可影响其出院后的健康行为及结局^[31],因此开展院内外患者持续容量监测尤为重要。患者出院后,应加强“医-护-患”互动交流。建立居家患者个人健康档案,使用移动医疗健康 App 实现“院内-居家”液体摄入管理教育延续。出院前指导患者及家属正确填写居家管理日记,出院后患者每周在平台发送居家管理日记,医护人员每周统一时间查看并记录于档案,时刻关注居家患者容量动态变化,若存在容量超负荷趋势,应尽早电话或上门随访,协助患者找到容量超负荷的原因并提供针对性指导,必要时就医。此外,应完善随访机制,及时了解患者居家实施效果及问题,针对居家实施问题定期进行集中总结反思,明确现有液体摄入管理教育及实施策略的不足并进行调整,以提升患者最终居家容量管理效果。

3.4 加强“医院-社区-家庭”联动,全面追踪患者居家生理心理变化轨迹 研究结果显示,心衰是一种慢性、自发进展性疾病,患者长期受疾病症状拘囿,身体机能受损的同时易发生社交和角色功能障碍,需要长期的管理^[32]。心衰患者出院后由于疾病症状反复,频繁住院及高经济负担,患者易产生焦虑、抑郁情绪,这些负性情绪会严重影响患者认知。近年来在“医院-社区-家庭”的联动下,医院可以为社区医疗机构提供专业指导,丰富居家护理服务内容,将单纯护理模式演变为综合性服务。加强“医院-社区-家庭”联动,建立“医院-社区”双向管理平台,当患者出院后,由上级医院发送患者信息至社区医疗机构,社区医疗机构建立心衰患者居家管理信息档案,组建上级医院及社区医疗机构人员访视小组,完善随访体系。首先访视小组定期对居家心衰患者进行家庭随访,随访结束后,针对此次随访进行问题总结,与患者及家属共同制订居家疾病管理策略,后续由社区机构人员持续随访追踪并记录于患者居家管理信息档案。上级医院可通过定期查看心衰患者居家管理信息档案,定期与社区医疗机构及患者沟通,必要时调整疾病管理策略。通过加强“医院-社区-家庭”三方联动,持续追踪

患者居家生理心理变化轨迹,及时提供指导,有效改善患者预后。

4 结论

本研究基于 Pender 健康促进模式,采用质性研究方法,深入探究心衰患者居家液体摄入管理影响(促进/阻碍)因素,提炼出促进因素、障碍因素两大主题,未来干预研究应拓展心衰患者居家液体摄入管理教育形式,引导患者树立正确认知,多途径持续监测患者居家容量变化,加强“医院-社区-家庭”联动,完善随访机制,持续追踪居家心衰患者疾病变化轨迹,尽早干预,有效改善患者预后。

参考文献:

- [1] 马丽媛,王增武,樊静,等.《中国心血管健康与疾病报告 2022》要点解读[J]. 中国全科医学, 2023, 26(32): 3975-3994.
- [2] 邵柳俊,王咏梅,高贝贝,等.心力衰竭患者出院 30 天内再入院的影响因素分析[J]. 护理与康复, 2021, 20(2): 26-29.
- [3] Pandolfi M M, Wang Y, Spenard A, et al. Associations between nursing home performance and hospital 30-day readmissions for acute myocardial infarction, heart failure and pneumonia at the healthcare community level in the United States[J]. Int J Older People Nurs, 2017, 12(4). doi:10.1111/opn.12154.
- [4] Rohr R. Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program[J]. N Engl J Med, 2009, 361(3): 311-312.
- [5] 张健.心力衰竭容量管理的再认识[J]. 中华心力衰竭和心肌病杂志, 2018, 2(1): 2-3.
- [6] 于文汇,朱欢欢,陈秋菊,等.基于 COM-B 理论的老年慢性心力衰竭病人容量超负荷居家管理行为体验的质性研究[J]. 实用老年医学, 2024, 38(5): 1-5.
- [7] 王蔚云.慢性心力衰竭患者个体化液体摄入方案的构建与应用[D]. 南京:南京医科大学, 2020.
- [8] 中国医师协会心力衰竭专业委员会,中华心力衰竭和心肌病杂志编辑委员会.心力衰竭容量管理中国专家建议[J]. 中华心力衰竭和心肌病杂志, 2018, 2(1): 8-16.
- [9] Ronco C, Bellasi A, Di Lullo L. Cardiorenal syndrome: an overview[J]. Adv Chronic Kidney Dis, 2018, 25(5): 382-390.
- [10] 蒙雁飞,马莉,马德胜.慢性心力衰竭患者自我管理干预模式的研究进展[J]. 中国全科医学, 2020, 23(9): 1185-1188.
- [11] 杨杰孚,李莹莹.从《中国心力衰竭诊断和治疗指南 2018》看容量管理[J]. 临床药物治疗杂志, 2019, 17(10): 10-14.
- [12] Yang S H, Mu P F, Wu H L, et al. Fluid balance monitoring in congestive heart failure patients in hospital: a best practice implementation project[J]. JBI Database System Rev Implement Rep, 2019, 17(10): 2202-2211.
- [13] 徐佳忆.慢性心力衰竭患者居家容量管理行为偏差现状及影响因素研究[D]. 南京:南京中医药大学, 2024.

- [14] Shahabi N, Hosseini Z, Aghamolaei T, et al. Application of Pender's health promotion model for type 2 diabetes treatment adherence: protocol for a mixed methods study in southern Iran[J]. *Trials*, 2022, 23(1):1056.
- [15] Allan J D, Stanley J, Crabtree M K, et al. Clinical prevention and population health curriculum framework: the nursing perspective[J]. *J Prof Nurs*, 2005, 21(5):259-267.
- [16] 中华医学会心血管病学分会, 中国医师协会心血管内科医师分会, 中国医师协会心力衰竭专业委员会, 等. 中国心力衰竭诊断和治疗指南 2024[J]. *中华心血管病杂志*, 2024, 52(3):235-275.
- [17] Hsieh H F, Shannon S E. Three approaches to qualitative content analysis[J]. *Qual Health Res*, 2005, 15(9):1277-1288.
- [18] 洪昌明, 李世军. 终末期心力衰竭的管理[J]. *中华老年心脑血管病杂志*, 2018, 20(12):1323-1326.
- [19] 田明政, 吴妮, 王涿, 等. 济南市莱芜区中老年居民主动健康行为与其生命质量关系[J]. *中国公共卫生*, 2024, 40(8):931-936.
- [20] Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change[J]. *Psychol Rev*, 1977, 84(2):191-215.
- [21] 心血管健康联盟, 中国老年医学学会心电与心功能分会, 心衰中心联盟专家委员会. 中国心衰中心联盟心力衰竭医疗质量报告(2022年)[J]. *中华全科医师杂志*, 2023, 22(6):557-568.
- [22] Jonas D E, Ibuka Y, Russell L B. How much time do adults spend on health-related self-care? Results from the American time use survey[J]. *J Am Board Fam Med*, 2011, 24(4):380-390.
- [23] Heidenreich P A, Bozkurt B, Aguilar D, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines[J]. *J Am Coll Cardiol*, 2022, 79(17):1757-1780.
- [24] 黄兰青, 邱小琴, 黄彩献, 等. 移动健康干预在慢性心力衰竭患者居家容量管理中的应用[J]. *护理学杂志*, 2023, 38(16):111-114.
- [25] Zhang F, Deng S, Zhang J, et al. Causality between heart failure and epigenetic age: a bidirectional Mendelian randomization study[J]. *ESC Heart Fail*, 2023, 10(5):2903-2913.
- [26] Agarwal M A, Fonarow G C, Ziaieian B. National trends in heart failure hospitalizations and readmissions from 2010 to 2017[J]. *JAMA Cardiol*, 2021, 6(8):952-956.
- [27] Budiono W, Kantono K, Kristianto F C, et al. Psychoeducation improved illness perception and expressed emotion of family caregivers of patients with schizophrenia[J]. *Int J Environ Res Public Health*, 2021, 18(14):7522.
- [28] 乔悦, 黄霞, 贾培培, 等. 老年慢性心力衰竭患者居家容量管理体验的质性研究[J]. *护理学杂志*, 2023, 38(4):108-111.
- [29] Welstand J, Carson A, Rutherford P. Living with heart failure: an integrative review[J]. *Int J Nurs Stud*, 2009, 46(10):1374-1385.
- [30] Frankenstein A N, Udeogu O J, McCurdy M P, et al. Exploring the relationship between retrieval practice, self-efficacy, and memory[J]. *Mem Cognit*, 2022, 50(6):1299-1318.
- [31] 李雪冬, 张晓楠, 江思璇, 等. 慢性心力衰竭患者健康素养对健康行为及结局的影响[J]. *护理学杂志*, 2022, 37(11):74-77, 91.
- [32] 安嫫. 慢性心力衰竭患者社会隔离现状及其影响因素研究[D]. 济南: 山东大学, 2021.

(本文编辑 钱媛)

• 敬告读者 •

警惕假冒《护理学杂志》工作人员及网站征稿、收费的声明

一直以来, 相关网络、微信、邮箱经常出现某些谎称为《护理学杂志》编辑部人员, 要求加作者为好友, 或谎称文章可录用或已录用, 要求缴纳审稿费、版面费; 有些通过盗用本编辑部名称和地址、伪造资质证书等违法手段, 假借《护理学杂志》编辑部的名义收录稿件, 以达到非法敛财的目的。为此, 《护理学杂志》编辑部郑重声明如下:

1. 《护理学杂志》编辑部指定官方域名(网站)为 <http://www.hlzz.com.cn> 或 <http://www.chmed.net>。从官方网站投稿是唯一途径。文章经审核合格被录用后, 由投稿系统通过作者预留的邮箱发放录用通知和缴纳版面费通知, 再无其他收费项目和其他途径。请作者明确, 切勿受骗上当。
2. 《护理学杂志》的编辑人员不会要求作者加微信好友; 本刊不允许个人通知作者缴纳费用, 未设个人账户收费。
3. 凡要求作者将论文版面费转账至个人账户的均非本编辑部所为。假冒本编辑部网站发布的信息、活动及后果均与本编辑部无关。

在此特别提醒广大读者、作者注意甄别本刊网站合法域名, 选择正确途径投稿和缴纳费用, 避免不必要的损失。

地址: 武汉市解放大道 1095 号《护理学杂志》编辑部, 邮编 430030

E-mail: jns@tjh.tjmu.edu.cn; 咨询电话: 027-83662666; 联系人: 雷冰霞