基于故事理论的时间观疗法对慢性心力衰竭患者自我管理能力的影响

郑贝贝，刘欣，宣秀琳，俞梦盈，倪佳佳，陈婷婷，巴燕群，宁丽
杭州市第一人民医院，浙江杭州　310006

摘　要：目的　探讨基于故事理论的时间观疗法对慢性心力衰竭患者自我管理能力及生活质量的影响。**方法**　通过文献分析、专家函询形成基于故事理论的时间观疗法。采用便利抽样法，选取 2023 年 6 月至 2025 年 6 月在浙江省某三级甲等医院心血管内科病房住院的 184 例慢性心力衰竭患者作为研究对象，采用分层区组随机化方法，即以病区作为分层变量进行随机化分配，将患者随机分为对照组 88 例和试验组 96 例，对照组实施常规护理，试验组在常规护理的基础上实施基于故事理论的时间观疗法。比较两组患者在入院 1～2 d、出院后 1 个月、出院后 3 个月自我管理能力和生活质量的差异。**结果**　重复测量方差分析显示，改良的欧洲心力衰竭自我护理行为量表得分对照组与试验组在时间与组间交互上差异具有统计学意义（$F_{交互}=34.785$，$P<0.001$），明尼苏达心力衰竭生活质量量表得分对照组与试验组在时间与组间交互上差异具有统计学意义（$F_{交互}=13.732$，$P<0.001$）。**结论**　基于故事理论的时间观疗法能够提高慢性心力衰竭患者的自我管理能力，进而改善患者的生活质量。

关键词：慢性心力衰竭；故事理论；时间观疗法；自我管理　　DOI：10.3969/j.issn.1671-9875.2026.06.001

Effect of time perspective therapy based on Story Theory on self-management ability in patients with chronic heart failure//Zheng Beibei, Liu Xin, Xuan Xiulin, Yu Mengyin, Ni Jiajia, Chen Tingting, Ba Yanqun, Ning Li//Hangzhou First People's Hospital, Hangzhou Zhejiang 310006, China

Abstract: Objective　To explore the effect of a time perspective therapy based on Liehr and Smith's Story Theory on self-management ability and quality of life in patients with chronic heart failure. **Methods**　A time perspective therapy based on Liehr and Smith's Story Theory was developed through literature analysis and expert consultation. A total of 184 patients with chronic heart failure hospitalized in the cardiovascular ward of a tertiary care hospital in Zhejiang Province from June 2023 to June 2025 were included as participants. Using stratified block randomization with the ward as the stratification variable, the patients were randomly assigned to a control group ($n=88$) or an intervention group ($n=96$). The control group received routine care, while the intervention group received the time perspective therapy based on Liehr and Smith's Story Theory in addition to routine care. Differences in self-management ability and quality of life were compared between the two groups at three time points: baseline, one month after discharge, and three months after discharge. **Results**　Repeated measures analysis of variance revealed that there was a statistically significant interaction between time and group for self-management ability scores ($F=34.785$, $P<0.001$), as well as for quality of life scores ($F=13.732$, $P<0.001$). **Conclusion**　The time perspective therapy based on Liehr and Smith's story theory can enhance self-management ability and thereby improve the quality of life in patients with chronic heart failure.

Keywords: chronic heart failure; Story Theory; time perspective therapy; self-management

中图分类号：R473.54　　**文献标识码**：A　　**文章编号**：1671-9875(2026)06-0001-09

慢性心力衰竭（chronic heart failure，CHF）作为多种心血管疾病的终末阶段，具有高致死率和高再入院率的特征，已成为心血管疾病研究领域的重点[1-2]。《中国心血管健康与疾病报告 2024 概要》[3]数据显示，2023 年我国 CHF 住院患者 1 429.0 万人次，住院病死率为 2.6%，30 d 再入院率为 11.0%，住院总费用高达 229.8 亿元，占心血管疾病总住院费用的 8.9%。《“健康中国 2030”规划纲要》[4]将心血管疾病防控列为重点，CHF 管理已成为实现“降低重大慢性病过早病死率”目标的关键环节。研究[5]表明，CHF 患者自我管理能力不足是导致其再入院的重要因素，尤其在自我症状监测、药物治疗依从性及饮食控制等方面存在明显缺陷。目前国内外护理领域在癌症

作者简介：郑贝贝（1986－），女，硕士，副主任护师，护理部副主任
收稿日期：2026－03－19
通信作者：宁丽，nl5401@163.com
基金项目：浙江省医药卫生科技计划项目，编号 2024KY1310

自我管理方面已开展广泛探索，且传统自我管理干预方式常以纸质手册、讲座等单向信息传递为主，或基于互联网延续教育及行为监督，存在信息记忆留存率低，理性化医学语言缺乏情感共鸣等多重壁垒[6]。叙事研究通过深入挖掘患者健康经验与疾病故事，为患者提供个性化的信息和选择，在自我管理研究领域具有潜在优势[7]。故事理论是由 Liehr 等[8]于 2018 年提出的一种中域理论，强调通过发掘和评估个体故事的重要性与患者建立有效的沟通。区别于一般的叙事方法，故事理论以其结构化框架为特色，强调 3 个核心概念，即有目的的对话、联系情景中的自我以及创造舒适。时间观疗法是 Zimbardo 等[9]提出的心理疗法，旨在通过调整患者对过去、现在和未来的时间认知和态度，帮助其从过去消极的经历中解脱出来，形成新认知并转变当前可能存在的非健康行为与思维观念，鼓励和引导患者筹划并展望更积极、健康的未来。研究[10-11]发现，采用时间观疗法能重塑慢性病患者的时间观，使其由消极时间观转变为积极时间观，进而有助于改善其心理状态和行为模式，增强自我管理意识。故事理论提供了个体经验意义化框架与深度探索的工具，而时间观疗法提供了调整叙事情感基调与时间方向的具体策略，两者结合共同作用于个体对自我经历的理解与重构，帮助个体从消极经历中解脱，转变其原有思维，培育积极时间观以规划未来。因此，本研究基于故事理论构建时间观疗法，并探讨其在改善 CHF 患者自我管理能力及生活质量的可行性和有效性，以期为 CHF 患者自我管理行为转变提供参考。

1　对象与方法

1.1　研究对象

采用便利抽样法，在浙江省某三级甲等医院 3 个心血管内科病区中选取 2 个作为研究场所，于 2023 年 6 月至 2025 年 6 月间连续纳入所有符合纳入标准的住院 CHF 患者作为研究对象。纳入标准：年龄＞18 周岁；符合我国《中国心力衰竭诊断和治疗指南 2024》[1]中 CHF 临床诊断标准；无精神疾病和认知障碍，能较好地表达患病期间感受及体验。排除标准：合并癌症恶病质者，预期生存期少于 2 年；首次确诊为 CHF 的患者。脱落标准：患者依从性较差，不能坚持治疗或中途要求退出；患者出院后转入专业疗养机构或死亡。采用 G Power 软件以改良的欧洲心力衰竭自我护理行为量表（European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale Revised into a Nine-Item Scale，EHFScB-9）[12]总分估算样本量，参考既往文献[13]设定预期效应值为 0.423，$\alpha=0.05$，$1-\beta=0.80$，计算得出两组最小样本量和为 178。本研究采取双盲研究设计，采用分层区组随机化方法，以病区作为分层变量进行随机化分配将患者随机分为对照组和试验组，每组患者各 98 例。通过 SPSS 生成的随机数字序列，生成区组长度为 4 和 6 的混合随机序列。整个随机序列生成过程由不参与患者招募、分组的统计人员独立完成。为每个病区生成独立的分配列表，使用按顺序编号、不透光、密封的信封进行分配隐藏，确保干预实施者及结局评估者无法预知分组结果。患者入组后，由不参与结局评估的成员根据信封内的指示执行分组干预。本研究已经获得医院伦理委员会批准（批件号：KY-20231213-0293-01），研究对象均知情同意，自愿参与本研究。

1.2　干预方法

1.2.1　对照组

对照组住院期间给予常规护理，即根据患者心功能分级及病情采取适当休息与活动、病情观察与症状处理、并发症预防及护理、饮食护理、用药护理、心理护理、健康教育。患者在出院后接受为期 3 个月的电话随访，随访内容包含评估患者心功能情况、疾病恢复状态，并进行饮食、运动、用药、心理指导。

1.2.2　试验组

在对照组护理基础上实施基于故事理论的时间观疗法。患者住院期间，按基于故事理论的时间观疗法方案实施 6 次干预，每次针对 1 个亚主题进行，干预时间为 30～40 min。干预方式采用单独访谈或团体叙事的形式进行，并以发放健康宣教手册、播放幻灯片及视频资料为辅助手段。干预地点选择科室内安静、不被打扰的房间。

1.2.2.1　成立课题小组

课题小组由心血管内科 2 名主任医师、1 名主任护师、1 名副主任护师、1 名心肺康复专科护士、4 名心血管专科护士及 1 名营养师、1 名心理医生、3 名在读硕士研究生组成。主任护师为课题小组组长，负责整体的组织管理工作；主任医师负责参与方案的制定与实施；副主任护师负责人员调配

以及需求的宏观调配；心血管专科护士负责干预方案的制定及实施等；心肺康复专科护士负责指导患者进行心脏康复；心理医生负责干预方案的修订，对课题小组成员培训、考核以及患者突发心理问题的疏导；营养师负责对患者进行健康的饮食指导；在读硕士研究生负责患者随机序列生成、数据收集与统计分析。

1.2.2.2 构建初始条目池

以“慢性心力衰竭/慢性心衰/心力衰竭/心衰/心脏衰竭/心脏代偿失调/CHF/充血性心力衰竭”“自我管理/自我护理/运动管理/饮食管理/症状管理/容量管理/药物管理”“故事理论/叙事疗法/叙事护理/时间观疗法”为中文检索词，在中国知网、万方数据知识服务平台、维普资讯中文期刊服务平台、中国生物医学文献数据库进行检索；以“chronic heart failure/heart failure/congestive heart failure/HF/CHF”“self-management/self-care/exercise/training/sodium intake/medication/intake and output/ volume/symptom”“story theory/attentively embracing story/narrative nursing/time perspective therapy”为英文检索词，在 PubMed、Embase、Web of Science、Cochrane Library、CINAHL、PsycINFO 数据库进行检索。检索时限为建库至 2023 年 1 月 31 日。文献纳入标准：研究对象为 CHF 患者；研究内容涉及 CHF 患者自我管理干预或基于故事理论、时间观疗法的干预方案；研究类型为随机对照研究；语言为中、英文。排除标准：无法获取全文或重复收录；文献类型为描述性研究、会议论文、可行性研究等；没有提供明确的相关护理干预措施。经文献筛选，最终纳入 17 篇文献。课题小组对文献中的干预措施进行梳理与总结，以故事理论中 3 个核心概念为主体框架，并结合时间观疗法及临床实际应用情景，形成方案初稿，包括 3 个一级条目、6 个二级条目、18 个三级条目。

1.2.2.3 制定干预方案

2023 年 4 月至 6 月，采用电子邮件或纸质问卷的形式进行专家函询，每轮函询时间间隔为 2 周，专家填写完毕后按原地址寄回或回复电子邮件。专家纳入标准：在相关领域拥有 10 年及以上的工作经验；副高级及以上职称，本科及以上学历。函询问卷内容包括问卷指导语、专家基本信息、方案初稿。共计 15 名专家完成 2 轮函询，2 轮函询问卷有效回收率均为 100%，2 轮函询提出意见的专家分别为 66.67%和 20.00%，专家的权威程度为 0.90。第 1 轮专家函询的肯德尔和谐系数（Kendall's W 值）为 0.272，$P<0.05$；第 2 轮专家函询的 Kendall's W 值为 0.350，$P<0.01$，表明专家意见协调程度较好。第 1 轮专家函询条目的重要性赋值均数为 3.33～5.00 分，变异系数为 0.00～0.49，第 1 轮根据专家意见增加 2 个三级条目，修改 10 个条目，合并 3 个三级条目，删除 5 个三级条目；第 2 轮专家函询条目的重要性赋值均数为 4.27～5.00 分，变异系数为 0.00～0.19，增加 1 个三级条目，修改 2 个三级条目。2 轮专家函询后最终确定包括 3 个一级条目、6 个二级条目和 14 个三级条目的基于故事理论的时间观疗法方案终稿，见表 1。

表 1 基于故事理论的时间观疗法

一级条目（主题）	二级条目（亚主题）	三级条目	活动目的	干预时间	干预形式
有目的的对话	关注患者，建立关系	1.研究者介绍研究概况与团队成员，以建立信任、平等的合作关系 2.收集患者基本资料与疾病概况，完成一般资料调查并建立健康档案	建立关系，营造安全、舒适的互动氛围	入院 1～2 d	单独访谈
联系情景中的自我	识别时间观，仔细探寻，发现故事	1.采取开放式提问方式，引导患者围绕“第 1 次发现心力衰竭的那天”展开叙述，使用故事叙述访谈技巧，记录其情绪、事件、人物等关键要素 2.采用目标测量法评估患者时间观，与患者共同绘制疾病时间线，贯穿疾病的过去、现在与未来，旨在将分散的故事整合为连贯叙事，引导患者识别并标记故事中如确诊、症状加剧、有效管理的关键节点	明确主线故事，引导患者理解疾病发展过程	入院第 1～2 周	单独访谈

表 1(续)

一级条目（主题）	二级条目（亚主题）	三　级　条　目	活动目的	干预时间	干预形式
联系情景中的自我	重塑时间观，外化问题，解构故事	1.通过动机引导法或非结构化访谈法收集患者惧怕或企图回避的目标或事件，以“害怕心力衰竭会……”为切入点，引导患者将困扰自己的疾病问题外化，再将问题还原到当时的社会文化中进行解构，探索患者目前问题背后真正的原因。外化过程遵循以下 4 个步骤：问题命名；询问影响；评估影响；论证评估 2.引入生物-心理-社会模型解释疾病作为人类生命体验多样性的一种形式，用易于理解的语言向患者介绍 CHF 的相关知识、病情缓解患者的经历，帮助其客观全面地认识疾病，重新审视过去，减少消极情绪，逐步建立积极时间观	探寻支线故事，通过外化问题引导患者“心力衰竭不等同于死亡预告，心力衰竭可控可管”认知，强化其理性认知	入院第 1～2 周	单独访谈
创造舒适	在稳定中孕育转变	1.引导患者叙述“最想不通的一次心力衰竭治疗经历”，运用 BASK[behavior(行为)，affect(情感)，sensation(感知觉)，knowledge(认知)]模型对故事进行结构化探索，帮助患者理解自身健康挑战的复杂性，并采取迈向积极健康结局问题的具体行动 2.针对个体故事识别问题及展开照护讨论，根据患者病情以及接受能力，从用药指导、生活习惯、康复锻炼、急救措施、症状管理等方面提供指导	探寻支线故事，引导患者觉察个体韧性	入院第 1～2 周	单独访谈
	在讲述中照见自我	1.引导患者讲述“最孤独的一次心力衰竭发病经历”，鼓励其分享在疾病过程中感到孤立、无助或被误解的真实感受。研究者通过深度倾听与回应，从“同情”走向“共情”，建立稳固的信任关系 2.阐释情绪与心力衰竭症状之间的相互影响机制，说明情绪管理的重要性，并讲解和示范腹式呼吸放松法、渐进式肌肉放松练习等技巧，帮助患者掌握实际可用的情绪调节方法 3.邀请积极、乐观的病友分享或介绍病情恢复较好的案例，帮助患者树立积极、乐观的心态，鼓励患者与其主要照护者在照护过程中交流彼此的感受，获得情感支持	引导患者树立希望和乐观的态度，积极应对当下困境	入院第 1～2 周	团体叙事
	积极规划未来	1.引导患者讲述“在管理心力衰竭时做得好的地方”，回顾在疾病自我管理过程中的成功经历，挖掘其中的应对策略与内在力量 2.在充分探讨正向故事的基础上，协助患者从中提炼出个性化的健康目标并依据 SMART[specific(明确的)，measurable(可测量的)，achievable(可接受的)，relevant(合理的)，time-bound(有时限的)]原则制定切实可行的短期或长期自我管理行动计划，同时建立微信群、推送电子图文、发放心力衰竭健康教育知识手册以及心力衰竭自我管理记录本 3.在患者本人同意及条件允许情况下，邀请其主要照护者作为外部见证人参与座谈会共同见证患者的成长与改变，同时促进家庭成员对患者管理策略的理解与认同，从而巩固和提升家庭支持系统的持续作用	引导患者提升自我效能感；利用外部见证人强化患者积极的自我认同	出院前 1 d	团体叙事

1.3 评价指标

1.3.1 自我管理能力

采用 EHFScB-9 评价 CHF 患者自我管理能力。该量表由 Jaarsma 等[12]从 12 个条目[14]发展成 9 个条目，删除了第 2、7、11 个条目，2009 年通过对来自 6 个国家的 2 592 例心力衰竭患者调查分析，在不同国家 Cronbach's α 系数为 0.68～0.87，更简便，更有临床应用价值。EHFScB-9 最终包含遵守治疗方案(5 个条目)和寻求帮助(4 个条目)2 个维度，共 9 个条目，每个条目采用 1 分(我完全同意)至 5 分(我完全不同意)的 5 分制评分，满分 45 分[15]，得分越高表示 CHF 患者自我管理能力越低。本研究中 EHFScB-9 的 Cronbach's α 系数为 0.84。

1.3.2 生活质量

采用明尼苏达心力衰竭生活质量量表(Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire，MLHFQ)评价 CHF 患者生活质量。该量表由 Rector 等[16]编制，吕青云等[17]汉化。量表包括症状(8 个条目)、情绪(5 个条目)和身体活动(8 个条目)3 个维度，共 21 个条目，每个条目按照最近 1 个月内 CHF 对患者生活的影响，从无(0 分)、很轻微(1 分)、轻微(2 分)、稍明显(3 分)、明显(4 分)和很明显(5 分)6 个等级进行评分，总分 0～105 分，得分越低表示 CHF 患者的生活质量越好。中文版 MLHFQ 的 Cronbach's α 系数为 0.907。

1.4 资料收集与质量控制

实施过程严格按照方案进行，在研究开展前对课题小组成员开展多形式同质化培训，内容包括 CHF 的常见病因、诱发因素、典型症状、并发症、疾病预后及不同阶段特征等以及叙事研究、故事理论、老年心理学特征、动机性访谈技术等，培训结束后进行评价，确保其能严格遵循干预方案进行标准化操作。在方案实施阶段，设立独立研究协调员，定期进行现场督导和质量抽查，保证研究方案所有内容的有效落实，并记录任何可能发生的跨组污染事件。同时尽量确保干预实施者及各病区护理人员在研究期间不跨组调动，且尽量不安排护理人员同时负责两组患者的工作。用于记录的表格、健康教育材料等均由不参与干预的专人管理，避免误用。课题小组成员在患者入院 1～2 d(T1)、出院后 1 个月(T2)、出院后 3 个月(T3)收集两组相关资料。由 2 名课题小组成员使用纸质版问卷(患者一般资料调查表、EHFScB-9 及 MLHFQ)在 T1 阶段对患者进行现场调查，对于书写困难者，由课题小组成员根据患者口述内容进行代写，问卷填写完毕后当场回收并审核，对于问卷填写不完整或不规范者，协助补充。出院后，由课题小组成员在 T2、T3 阶段通过微信、电话、面对面等方式进行随访，采用相应量表评价患者自我管理能力及生活质量情况。数据收集后由双人录入核对建立数据库。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 27.0 进行统计描述与数据分析。正态分布的计量资料采用($\bar{x}\pm s$)描述，组间比较采用两独立样本 t 检验；不符合正态分布的计量资料采用 $M(P_{25},P_{75})$ 描述，组间比较采用 Mann-Whitney U 检验；计数资料采用频数、百分比描述，组间比较采用 χ^2 检验、Fisher 确切概率法。采用重复测量方差分析比较两组 CHF 患者 T1、T2、T3 阶段自我管理能力、生活质量得分差异，不满足 Mauchly's 球形度假设检验($P<0.05$)时，使用 Greenhouse-Geisser 法校正，多重比较使用 Bonferroni 法，检验水准 $\alpha=0.05$，以 $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组 CHF 患者一般资料比较

本研究 196 例患者中，对照组失访 10 例患者，其中 4 例患者由于没有时间拒绝随访，2 例患者因转入重症监护室治疗导致随访中断，2 例患者死亡，2 例患者出现并发症拒绝随访；试验组失访 2 例患者，1 例患者行心脏移植手术，对研究有影响故脱落，另 1 例患者因主动退出导致随访中断而脱落。最终对照组纳入 88 例患者、试验组纳入 96 例患者。两组患者一般资料比较，差异无统计学意义($P>0.05$)，见表 2。

表 2　两组患者一般资料比较

项　目	试验组（n=96）	对照组（n=88）	统计量值	P 值
性别/例(%)			0.131[1]	0.718
男	52(54.2)	50(56.8)		
女	44(45.8)	38(43.2)		
年龄/岁	69.95±12.65	73.11±12.35	1.715[2]	0.088
婚姻状况/例(%)			—	0.150[3]
未婚	3(3.1)	2(2.3)		
已婚	69(71.9)	51(58.0)		
离异	7(7.3)	7(8.0)		
丧偶	17(17.7)	28(31.8)		
文化程度/例(%)			0.756[1]	0.973
文盲	26(27.1)	25(28.4)		
小学	19(19.8)	17(19.3)		
初中	31(32.3)	27(30.7)		
中专	5(5.2)	7(8.0)		
高中	7(7.3)	6(6.8)		
大专及以上	8(8.3)	6(6.8)		
人均月收入/例(%)			8.513[1]	0.075
<2 000 元	26(27.1)	15(17.0)		
2 000～<4 000 元	17(17.7)	31(35.2)		
4 000～<6 000 元	33(34.4)	25(28.4)		
6 000～<10 000 元	15(15.6)	11(12.5)		
≥10 000 元	5(5.2)	6(6.8)		
医疗保险付费方式/例(%)			4.252[1]	0.235
新农合医疗保险	42(43.8)	34(38.6)		
职工医疗保险	29(30.2)	19(21.6)		
城镇医疗保险	20(20.8)	28(31.8)		
自费	5(5.2)	7(8.0)		
主要照顾者/例(%)			4.018[1]	0.260
无	4(4.2)	6(6.8)		
配偶	58(60.4)	42(47.7)		
子女	30(31.3)	32(36.4)		
其他	4(4.2)	8(9.1)		
现居住地/例(%)			3.569[1]	0.059
城市	57(59.4)	40(45.5)		
农村	39(40.6)	48(54.5)		
居住情况/例(%)			3.453[1]	0.178
独居	9(9.4)	14(15.9)		
与配偶同住	58(60.4)	42(47.7)		
与子女同住	29(30.2)	32(36.4)		
确诊心力衰竭时间/年	5.53±7.94	5.58±5.93	0.046[2]	0.963
纽约心脏协会功能分级/例(%)			1.932[1]	0.587
Ⅰ级	19(19.8)	13(14.8)		
Ⅱ级	35(36.5)	28(31.8)		
Ⅲ级	35(36.5)	38(43.2)		
Ⅳ级	7(7.3)	9(10.2)		
合并疾病/例(%)				
高血压			1.250[1]	0.263
有	66(68.8)	67(76.1)		
无	30(31.2)	21(23.9)		
冠心病			0.688[1]	0.407
有	44(45.8)	35(39.8)		
无	52(54.2)	53(60.2)		
心律失常			0.001[1]	0.976
有	22(22.9)	20(22.7)		
无	74(77.1)	68(77.3)		
糖尿病			1.834[1]	0.176
有	23(24.0)	29(33.0)		
无	73(76.0)	59(67.0)		
高脂血症			1.792[1]	0.181
有	15(15.6)	8(9.1)		
无	81(84.4)	80(90.9)		
其他(如恶性肿瘤)			0.014[1]	0.906
有	17(17.7)	15(17.0)		
无	79(82.3)	73(83.0)		

注：符合正态分布的计量资料采用($\bar{x}\pm s$)描述；[1] χ^2 值；[2] t 值；[3] Fisher 确切概率法。

2.2　两组 CHF 患者 EHFScB-9 得分的比较

两组 CHF 患者不同时间点的 EHFScB-9 得分进行重复测量方差分析，数据满足 Mauchly's 球形度假设检验结果(W=0.975，P=0.101)。重复测量方差分析显示，两组患者 EHFScB-9 得分在时间、组间、组间与时间的交互效应上比较差异具有统计学意义(P<0.01)，见表 3。

表 3　两组患者 EHFScB-9 得分的比较($\bar{x}\pm s$)

组 别	例数	T1	T2	T3
试验组	96	35.47±6.67	22.34±6.55	19.47±6.33
对照组	88	33.92±9.33	29.06±9.06	29.40±9.11

注：$F_{组间}$=36.862，P<0.001；$F_{时间}$=124.243，P<0.001；$F_{交互}$=34.785，P<0.001。

2.3 两组 CHF 患者 MLHFQ 得分的比较

两组 CHF 患者不同时间点的 MLHFQ 得分进行重复测量方差分析，数据不满足 Mauchly's 球形度假设检验结果($W=0.809$，$P<0.01$)，因此采用 Greenhouse-Geisser 法校正。重复测量方差分析显示，两组患者 MLHFQ 得分在时间、组间、组间与时间的交互效应上比较差异具有统计学意义($P<0.05$)，见表 4。

表 4 两组患者 MLHFQ 得分的比较($\bar{x}\pm s$)

组 别	例数	T1	T2	T3
试验组	96	64.62±18.21	39.25±12.77	26.66±11.44
对照组	88	61.26±18.41	45.01±13.92	34.92±11.51

注：$F_{组间}=4.416$，$P=0.037$；$F_{时间}=390.011$，$P<0.001$；$F_{交互}=13.732$，$P<0.001$。

3 讨论

3.1 基于故事理论的时间观疗法可提高 CHF 患者的自我管理能力

自我管理能力是慢性病患者对自身症状、治疗过程及心身状态变化进行有效调控的核心能力，强调个人掌握疾病应对的相关技巧与方法[18]。本研究结果显示，两组患者在 T1 时 EHFScB-9 得分为(35.47±6.67)分和(33.92±9.33)分，处于中等水平，高于既往研究[14,19]结果，推测可能与本研究纳入人群年龄较大有关。老年患者活动耐力降低，生活自理能力下降，同时需要定期复查和长期服药，导致其自我管理水平较低。T2、T3 阶段试验组 EHFScB-9 得分均优于对照组，两组患者在时间、组间、组间与时间的交互效应上差异有统计学意义($P<0.001$)，表明基于故事理论的时间观疗法有助于提升 CHF 患者的自我管理能力，与 Chew 等[13]、仇海燕等[20]研究结果相似。可见实施基于故事理论的时间观疗法对提高 CHF 患者自我管理能力产生了积极的效应。故事理论通过结构化对话过程，引导个体叙述、审视和重构其生活经历[21]，在叙事过程中，时间观疗法则帮助患者系统评估个体故事中隐含的不健康时间观，如过去消极、现在认命，并通过重温过去积极，为故事注入积极情感元素，最后培育未来时间观，引导个体设定目标、制定计划，间接提升患者自我管理意识，优化其行为模式。本研究采用多学科协作方式以故事理论为指导，运用故事路径方法，通过非结构化访谈鼓励患者围绕“我第 1 次发现心力衰竭的那天”“我怕心力衰竭会……”“我最想不通的一次心力衰竭治疗经历”“我最孤独的一次心力衰竭发病经历”“我在管理心力衰竭时做得好的地方”5 个关键问题展开叙事，与患者共同绘制疾病时间曲线，将分散的故事整合为连贯叙事，引导患者识别并标记故事中的关键节点。同时采用目标测量法通过分析个体过去和未来的目标或事件评估其时间观，分析其原因及对自我管理的影响。通过与患者共同回顾在疾病自我管理过程中的积极经历，引导帮助患者重新审视过去，减少消极情绪，逐步建立积极时间观。最后引导患者描述健康及生活目标，协助其制定具体且可行的短期或长期自我管理计划，以增强对未来的关注度和规划能力。同时，本研究结果显示，试验组在 T3 时间点 EHFScB-9 得分较 T2 均有显著下降，通过基于故事理论的时间观疗法促使患者主动、自愿采取健康行为，随着经验和知识的积累，患者的自我管理能力会逐渐增强，与 Juan 等[22]研究结果相近。且出院后多数患者进行居家自我管理，在家庭中主要由患者家属进行监督。本研究采用外部见证人方式强化社会与家庭支持作为患者依从性提升的外在驱动力，将患者家属融入到整个干预过程中，增强其对未来生活的信心，进而推进患者自我管理行为转变。

3.2 基于故事理论的时间观疗法可提高 CHF 患者的生活质量水平

本研究结果显示，两组 CHF 患者在 T1 时 MLHFQ 得分为(64.62±18.21)分和(61.26±18.41)分，与李雪冬等[23]研究结果相似。T2、T3 阶段试验组 MLHFQ 得分均优于对照组，两组患者在时间、组间、组间与时间的交互效应上差异有统计学意义($P<0.05$)，表明基于故事理论的时间观疗法有助于提升 CHF 患者的生活质量水平，与

王丽梅[24]及侯亚文等[25]研究结果类似。既往研究[26]表明，CHF 患者的生活质量与自我管理有关，通过提升患者的自我管理能力，主要包括按医嘱服药、进行运动锻炼、坚持治疗性饮食、定期监测体重以检查体液潴留情况及监测症状是否加重、控制水或盐摄入量、根据症状调整药物剂量等，提高患者生活质量。本研究根据 CHF 患者具体情况针对性地给予用药指导、饮食管理、康复锻炼及症状管理相关知识的培训及技能的指导，同时辅以微信群推送电子图文、发放心力衰竭自我管理知识手册以及心力衰竭自我管理记录本，协助患者进行自我管理，从而改善了 CHF 患者的生活质量。同时，本研究结果显示，试验组及对照组在 T3 时间点 MLHFQ 得分较 T2 均有显著下降，且试验组下降幅度更大，随着 CHF 患者自我管理计划的执行，患者已养成良好习惯，且干预效果日益明显，从而使患者的生活质量得到提高。

4　结论

本研究基于故事理论，通过文献分析、专家函询构建 CHF 患者基于故事理论的时间观疗法具有科学性和可行性，实施该方案可有效提高 CHF 患者自我管理能力，改善患者的生活质量。但本研究也存在一定的局限性，如选取单中心样本，可能存在偏倚，且仅追踪到患者出院早期，后续研究可开展多中心、大样本、长周期干预研究，形成更加完善的管理方案并验证方案的远期效果。此外，本研究的所有对象均来源于同一科室的不同病区，尽管在研究设计上已尽量控制干预期的独立性，但因患者疾病及具体情况的差异，仍难以完全避免个别患者干预期间可能发生的交叉影响，这可能在一定程度上对研究结果产生干扰。未来研究可考虑在医疗护理背景相近、患者基线特征相似的医院不同院区开展，从而更大限度避免干预污染的风险。同时，建议未来研究深入探讨干预效果的具体变化趋势、各维度改善效果以及在不同亚组中的疗效差异性，以期实现更具针对性的干预效果。

参考文献：

[1] 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.

[2] EMMONS-BELL S，JOHNSON C，ROTH G. Prevalence，incidence and survival of heart failure：a systematic review[J]. Heart，2022，108(17)：1351-1360.

[3] 国家心血管病中心，中国心血管健康与疾病报告编写组. 中国心血管健康与疾病报告 2024 概要[J]. 中国循环杂志，2025，40(6)：521-559.

[4] 中共中央国务院. “健康中国 2030”规划纲要[EB/OL]. (2016-10-26) [2025-10-15]. https://www.nhc.gov.cn/mohwsbwstjxxzx/s2908/201610/bf343fa47c7a4438916f77160f54336c.shtml.

[5] KUKULSKA A，GARWACKA-CZACHOR E. Assessment of adherence to treatment recommendations among patients with heart failure：a cross-sectional study[J]. BMC Cardiovascular Disorders，2024，24(1)：337.

[6] 韦夏，邬娜，刘红玉，等. 科普动漫视频健康教育对癌症复发恐惧患者的影响[J]. 护理学杂志，2025，40(14)：6-10.

[7] 侯佳坤，周宏珍，屠燕，等. 叙事研究在护理领域中的应用与启示[J]. 中国护理管理，2021，21(7)：1116-1120.

[8] LIEHR P R，SMITH M J. Middle range theory for nursing[M]. New York：Springer Publishing Company，2018：241-264.

[9] ZIMBARDO P G，SWORD R. The time cure：overcoming PTSD with the new psychology of time perspective therapy[J]. Palo Alto：Academic Press，2012，41(5)：452-454.

[10] SWORD R M，SWORD R K M，BRUNSKILL S R，et al. Time perspective therapy：a new time-based metaphor therapy for PTSD[J]. Journal of Loss & Trauma，2014，19(3)：197-201.

[11] JIN P，WANG X，LI A，et al. Time perspective，dietary behavior，and glycemic control in patients with type 2 diabetes[J]. Nursing Research，2023，72(6)：462-470.

[12] JAARSMA T，ARESTEDT K F，MARTENSSON J，et al. The European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale Revised into a Nine-Item Scale (EHFScB-9)：a reliable and valid international instrument[J]. European Journal of Heart Failure，2009，11(1)：99-105.

[13] CHEW H S J，SIM K L D，CHOI K C，et al. Effectiveness of a nurse-led temporal self-regulation theory-based program on heart failure self-care：a randomized controlled trial[J]. International Journal of Nursing Studies，2021，115：103872.

[14] JAARSMA T，STRMBERG A，MRTENSSON J，et al. Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale[J]. European Journal of Heart Failure，2003，5(3)：363-370.

（下转第 15 页）

[5] MONTOYA M, UCHINO B N. Social support and telomere length: a meta-analysis[J]. Journal of Behavioral Medicine, 2023,46(4):556-565.
[6] 吴茜,蒋宇,金梦杰,等. 321 例青年初治肺结核患者社会疏离感现状及影响因素研究[J]. 护理学报,2024,31(4):65-69.
[7] 蒋欣,王国蓉,谢若男,等. 我国肿瘤患者社会疏离现状及影响因素的系统评价[J]. 牡丹江医学院学报,2024,45(3):91-96.
[8] 张梦瑶,王娟,唐涵,等. 中青年淋巴瘤患者重返工作准备度现状及影响因素研究[J]. 护理学杂志,2021,36(21):28-31.
[9] ZARE E, KAVEH M H, KARIMI M, et al. The effect of a social cognitive theory-based educational intervention on nonsuicidal self-injury prevention in high school students: a randomized educational intervention trial[J]. Journal of Adolescence, 2023,95(5):1005-1016.
[10] OKEN M M, CREECH R H, TORMEY D C, et al. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group[J]. American Journal of Clinical Oncology, 1982, 5(6):649-655.
[11] 邱皓政,林碧芳. 结构方程模型的原理与应用[M]. 北京:中国轻工业出版社,2019:9.
[12] FRANCHE R, KRAUSE N. Readiness for return to work following injury or illness: conceptualizing the interpersonal impact of health care, workplace, and insurance factors[J]. Journal of Occupational Rehabilitation, 2002,12(4):233-256.
[13] 曹慧丽,何琨,齐倩倩. 中文版重返工作准备度量表在乳腺癌患者中的信效度检验[J]. 中国康复医学杂志,2019,34(7):801-807.
[14] ZIMET G D, POWELL S S, FARLEY G K, et al. Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support[J]. Journal of Personality Assessment, 1990, 55(3/4):610-617.
[15] 张帆,朱树贞,邓平基. 领悟社会支持量表在国内住院病人社会支持研究中的应用评价[J]. 护理研究,2018,32(13):2048-2052.
[16] JESSOR R, JESSOR S L. Problem behavior and psychosocial development: a longitudinal study of youth[M]. New York: Academic Press, 1977:98-100.
[17] 吴霜,李彦章,赵小淋,等. 一般疏离感量表在老年人中的信度和效度分析[J]. 成都医学院学报,2015,10(6):751-754.
[18] 汤丹丹,温忠麟. 共同方法偏差检验:问题与建议[J]. 心理科学,2020,43(1):215-223.
[19] 吴明隆. 结构方程模型:AMOS 的操作与应用[M]. 重庆:重庆大学出版社,2010:52-53.
[20] 袁韵,胡艳,王婷. 非霍奇金淋巴瘤化疗患者自我表露状况及其与领悟社会支持的相关性[J]. 中国医药导报,2023,20(5):102-105.
[21] 王亮亮,谢明,姚楠,等. 重症肌无力病人重返工作准备度现状及其影响因素[J]. 护理研究,2023,37(19):3587-3591.
[22] 黄翠婷,薛毅,林智兰,等. 中青年维持性腹膜透析病人重返工作现状及影响因素研究[J]. 全科护理,2023,21(21):2987-2991.
[23] STAPELFELDT C M, MOMSEN A H, JENSEN A B, et al. Municipal return to work management in cancer survivors: a controlled intervention study[J]. Acta Oncologica, 2021, 60(3):370-378.

(上接第 8 页)

[15] 秦玉霞. 基于医院的延续性护理对慢性心力衰竭患者自我护理能力及生活质量的影响[D]. 合肥:安徽医科大学,2014.
[16] RECTOR T S, KUBO S H, COHN J N. Validity of the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire as a measure of therapeutic response to enalapril or placebo[J]. The American Journal of Cardiology, 1993,71(12):1106-1107.
[17] 吕青云,张晓楠,江思璇,等. 中文版明尼苏达心衰生活质量量表的维度分析[J]. 现代预防医学,2023,50(7):1267-1272.
[18] 孔文轩,李姜园,冯格子,等. 慢性心力衰竭患者自我管理行为的研究进展[J]. 中国老年保健医学,2025,23(4):109-113.
[19] 韦学萍,秦玉霞,李惠萍,等. 慢性心衰患者自我护理行为与生活质量相关性分析[J]. 中国保健营养,2015,25(16):124-125.
[20] 仇海燕,武婴,王薇,等. 以故事理论为基础的护理模式在老年体位性低血压病人中的应用效果[J]. 护理研究,2020,34(15):2743-2746.
[21] GUVEN E, ALTAY B. The effect of a symptom management program developed based on story theory on vasomotor symptoms and sleep quality in postmenopausal women: a mixed methods study[J]. Menopause, 2026,33(1):73-82.
[22] JUAN C, HONGWEI Z, SHUMIM H, et al. Motivational interviewing to improve the self-care behaviors for patients with chronic heart failure: a randomized controlled trial[J]. International Journal of Nursing Sciences, 2018, 5(3): 213-217.
[23] 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.
[24] 王丽梅. 基于故事理论的叙事护理模式在永久性起搏器植入术后患者中的应用研究[D]. 南昌:南昌大学,2024.
[25] 侯亚文,张智. 基于故事理论的家庭护理对阿尔茨海默病病人认知功能和生活质量的影响[J]. 护理研究,2019,33(7):1233-1236.
[26] CHOI E Y, PARK J S, MIN D, et al. Association between self-management behaviour and quality of life in people with heart failure: a retrospective study[J]. BMC Cardiovascular Disorders, 2022,22(1):90.