

· 论著 ·

家庭协同护理模式对首发急性心肌梗死患者负性情绪的影响*

李留阳^{1,*} 汤 琪¹ 刘蓓蕾²

1. 河南科技大学第二附属医院CCU (河南 洛阳 471000)

2. 河南科技大学第二附属医院心血管内科三病区 (河南 洛阳 471000)

【摘要】目的 探讨家庭协同护理模式对首发急性心肌梗死患者负性情绪的影响。方法 选取2022年1月至2022年12月在本院收治的首发急性心肌梗死100例，随机数字表法分为对照组(n=50)、观察组(n=50)，对照组予以常规护理，观察组予以家庭协同护理模式。统计两组负性情绪、用药依从性、生活质量、护理满意度。结果 干预后，观察组SAS、SDS评分均低于对照组(P<0.05)，Morisky评分、SF-36评分、满意度96.00%高于对照组(P<0.05)。结论 通过实施家庭协同护理模式，可以有效降低患者的负性情绪水平，提高用药依从性，并改善患者的生活质量，和护理满意度，在首发急性心肌梗死患者中具有积极的影响。

【关键词】首发急性心肌梗死；家庭协同护理；负性情绪

【中图分类号】R542.2

【文献标识码】A

【基金项目】洛阳市公益性行业科研专项医疗卫生一般项目 (2022064Y)

DOI:10.3969/j.issn.1009-3257.2024.5.049

Effect of Family Cooperative Nursing Mode on Negative Emotion in Patients with First Episode Acute Myocardial Infarction*

LI Liu-yang^{1,*}, TANG Qi¹, LIU Bei-lei².

1. CCU, The Second Affiliated Hospital of Henan University of Science and Technology, Luoyang 471000, Henan Province, China

2. Cardiovascular Department Three Wards, The Second Affiliated Hospital of Henan University of Science and Technology, Luoyang 471000, Henan Province, China

Abstract: *Objective* To explore the effect of family collaborative nursing mode on negative emotions in patients with first-episode acute myocardial infarction. *Methods* 100 cases of first acute myocardial infarction admitted to our hospital from January 2022 to December 2022 were selected and divided into control group (n=50) and observation group (n=50) by random number table method. The control group was given routine nursing, and the observation group was given family cooperative nursing mode. The negative emotion, medication compliance, quality of life and nursing satisfaction of the two groups were analyzed. *Results* After intervention, the scores of SAS and SDS in the observation group were lower than those in the control group (P<0.05), while the scores of Morisky, SF-36 and satisfaction were 96.00% higher than those in the control group (P<0.05). *Conclusion* The implementation of family cooperative nursing model can effectively reduce the negative emotional level of patients, improve medication compliance, and improve the quality of life and nursing satisfaction of patients, which has a positive impact on the patients with first-episode acute myocardial infarction.

Keywords: First Acute Myocardial Infarction; Family Collaborative Nursing; Negative Emotion

首发急性心肌梗死是一种常见而严重的心血管疾病，其主要特征为急性冠状动脉闭塞导致心肌缺血、坏死和功能损害^[1]。根据世界卫生组织(World Health Organization, WHO)的数据^[2]，全球每年约有700万人因急性心肌梗死而死亡，其中大多数是首次发作的患者。首发急性心肌梗死患者通常会经历剧烈的胸痛、气短和心慌等症状^[3]。负性情绪是一种常见的心理反应，在首发急性心肌梗死患者中尤为突出。研究表明^[4]，首发急性心肌梗死患者常伴随着焦虑、抑郁和恐惧等负性情绪，加重其心理负担，还可能对患者的康复和用药依从性产生不良影响。负性情绪还可导致机体生理方面异常，如心脏负荷、血压上升等，进而加剧疾病的发展和恶化^[5]。家庭协同护理模式表示患者根据护理人员要求自我护理过程，同时积极鼓励其家属参与整个过程，提高患者家属的协同作用^[6]。本研究旨在探讨家庭协同护理模式对首发急性心肌梗死患者负性情绪的影响，为优化患者护理服务提供参考，内容如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2022年1月至2022年12月在本院收治的首发急性心肌梗死100例。

纳入标准：符合心肌梗死诊断标准^[7]；首次发作；入院时间<48h；意识正常。排除标准：有先天性或其他心脏疾病史，如

先天性心脏病、心肌病、心脏瓣膜病等；有严重肝肾功能损害、高血糖病、系统性疾病等；接受过心肌梗死相关手术治疗；有神经精神疾病史，如抑郁症、焦虑症等；患有恶性肿瘤、癫痫等严重病态。拒绝或不愿意参与本次研究。随机数字表法分为对照组、观察组，每组均50例。对照组：男性41例，女性9例，年龄38~77岁，平均年龄(59.22±10.17)岁，发病至救治时间1~12h，平均发病至救治时间(5.44±0.51)h。观察组：男性42例，女性8例，年龄38~76岁，平均年龄(59.41±9.75)岁，发病至救治时间1~14h，平均发病至救治时间(6.22±1.12)h。两组一般资料比较差异不显著(P>0.05)。

1.2 方法 对照组常规护理，包括监测和记录患者的生命体征，如血压、心率、呼吸率、体温等；进行动态心电图监测，及时发现心律失常；控制患者的疼痛和不适感；提供营养和水分支持，遵守患者的饮食限制和用药建议；预防并发症，如肺部感染、深静脉血栓形成等；进行心理支持和疾病知识宣教。

观察组家庭协同护理模式。(1)协同家属参与患者的整体评估：患者入院后，初步了解患者家属态度，护理人员向患者及其家属介绍病房环境、家庭协同护理的概念、护理内容、注意事项以及意义等，让他们自愿参与护理并建立有效的沟通机制，定期与家属沟通，了解他们的意见和反馈，并及时调整护理计划；(2)血栓知识指导：包括预防血栓形成的相关知识，如定期活动、按

【第一作者】李留阳，女，主管护师，主要研究方向：心血管重症。E-mail: liliuyang543562@163.com

【通讯作者】李留阳

摩、穿戴弹力袜等方法。同时，护理人员还应向患者及其家属介绍抗凝药物的用法和注意事项，以及如何在家中如何进行自我检测，此外，提醒患者及其家属在日常生活中注意避免长时间站立、坐立不动和过度劳累等不良习惯，这些知识都是帮助患者减少血栓发生的重要手段；(3)康复训练指导：指导家属正确体位，保持适当的床头抬高角度，减少心脏负荷。在医生指导下，协助其进行康复锻炼，如早期床上被动运动、下床活动训练等。根据患者的具体情况和医嘱，指导家属进行目标导向的训练，包括肌力训练、心肺功能锻炼等；(4)心理支持和生活指导：加强与患者及家属的沟通，根据患者心理变化提供有针对性的心理支持和指导。帮助他们理解、应对和疏导负性情绪，建立积极向上的心态。为患者及家属提供心理和生活方面的帮助和照顾，疏导患者的不良情绪，建立家庭支持体系，提高患者的治疗依从性；(5)健康教育指导：向患者及家属提供关于心脏健康的教育指导，包括饮食、药物治疗、生活方式管理等方面的知识。让家属了解首发急性心肌梗死的相关知识，掌握相关的自我管理能力和提高患者的治疗效果和预后。

1.3 观察指标 (1)焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS)、抑郁自评量表(self-rating depression scale, SDS)评分^[8-9]：分别于入院第一天、护理后3个月评估，SAS评分，共20个条目，4级评分法，分值20~80分；SDS评分：20条目，4级评分法，分值20~80分，评分与SAS评分、SDS评分成反比。(2)用药依从性：采用Morisky评分评估患者服药依从性^[10]，总分8分，≤4分表示不依从，5~7分表示部分依从，8分表示完全依从。(3)生活质量：采用36项简表健康调查问卷(short form 36

health survey, SF-36)评估^[11]，包括以下维度，即总体健康状况(general health, GH)、生活活力(vitality, VT)、身体功能(physical functioning, HT)、精神健康(mental health, MH)、身体疼痛(bodily pain, BP)、生活功能(physical functioning, PF)、角色限制-身体(role-physical, RE)、角色限制-情绪(role-emotional, RP)、社会功能(social functioning, SF)，评分越高说明生活质量越好。(4)护理满意度：采用自制问卷评估，非常满意表示患者对护理人员的专业态度和沟通能力表示非常满意。一般满意表示患者对护理过程的满意程度一般，有一定程度的满意。不满意表示患者对护理过程的满意程度较低，不满意护理人员的服务。

1.4 统计学方法 SPSS 27.0软件分析，计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示，比较用t检验，计数资料用[n(%)]表示，比较用 χ^2 检验，以P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 SAS、SDS评分 干预后，观察组SAS、SDS评分均低于对照组(P<0.05)，见表1。

2.2 用药依从性 观察组Morisky评分高于对照组(P<0.05)，见表2。

2.3 SF-36评分 干预后，观察组SF-36总分及部分维度评分(GH、VT、HT、MH、PF)均高于对照组(P<0.05)，见表3、表4、表5。

2.4 两组护理满意度比较 观察组护理满意度96.00%高于对照组(P<0.05)，见表6。

表1 两组SAS、SDS评分比较[分]

组别	例数	SAS		SDS	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	50	54.92±6.22	45.17±5.15*	55.12±6.81	47.62±6.22*
观察组	50	55.33±6.45	42.68±5.42*	54.81±6.23	44.57±5.08*
t		0.300	2.184	0.220	2.490
P		0.765	0.032	0.826	0.015

注：与干预前比较，*P<0.05。

表2 用药依从性[分]

组别	例数	Morisky评分
对照组	50	73.36±16.75
观察组	50	84.11±15.02
t		3.379
P		0.001

表3 SF-36评分[分]

组别	例数	总分		GH		VT		HT	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	50	66.85±9.42	67.25±6.71*	55.12±6.25	58.29±8.21*	71.25±7.78	70.11±6.86*	23.03±6.59	27.17±7.61*
观察组	50	67.66±9.14	75.55±5.12*	55.55±6.14	64.58±10.0*4	71.35±7.81	74.27±7.46*	23.01±6.46	41.96±6.72*
t		0.436	6.954	0.347	3.429	0.064	2.902	0.015	10.301
P		0.664	0.000	0.729	0.000	0.949	0.005	0.988	0.000

表4 SF-36评分[分]

组别	例数	MH		BP		PF		RE	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	50	75.34±7.46	74.43±7.32*	84.51±8.35	85.66±8.42*	65.95±7.58	69.59±12.52*	77.66±8.95	86.58±9.48*
观察组	50	75.44±7.51	80.36±7.91*	84.33±8.32	88.91±9.04*	66.23±7.59	76.36±12.07*	77.03±8.69	85.91±9.46*
t		0.067	3.891	0.108	1.860	0.185	2.753	0.357	0.354
P		0.947	0.000	0.914	0.066	0.854	0.007	0.722	0.724

表5 SF-36评分[分]

组别	例数	RP		SF	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	50	54.62±12.25	59.65±10.26*	84.66±11.28	81.47±12.54*
观察组	50	54.66±11.31	59.78±10.21	84.92±11.15	93.21±13.35*
t		0.017	0.064	0.116	4.532
P		0.987	0.950	0.908	0.000

注：与干预前比较，*P<0.05。

表6 两组护理满意度比较[n(%)]

组别	例数	非常满意	一般满意	不满意	满意度
对照组	50	19(38.00)	23(46.00)	8(16.00)	42(84.00)
观察组	50	35(70.00)	13(26.00)	2(4.00)	48(96.00)
χ^2					4.000
P					0.046

3 讨论

本研究发现,观察组SAS、SDS评分均低于对照组,说明系统护理可缓解患者负性情绪,家庭协同护理模式,协同家属参与患者整体评估、血栓相关知识指导、康复训练指导、心理支持和生活指导、健康教育指导等。这些护理措施有效提高家庭协同护理的质量和效果,缓解患者不良心理状态,间接促进患者机体恢复,这也说明了在护理中加强家庭协同护理的重要性,为患者提供更全面的护理服务和细致的关怀。

观察组Morisky评分高于对照组(P<0.05)。家庭协同护理模式促使家属参与患者的整体评估和护理,护理人员与患者家属构建沟通机制,定期与家属沟通,了解他们的意见和反馈,并及时调整护理计划,家属的积极参与使得患者在治疗过程中得到了更多的关爱和支持,从而增强了患者的信心和依从性^[12]。其次,护理人员向患者家属讲解血栓知识,提高了患者及家属的健康知识水平,家属通过通俗易懂的语言了解了首发急性心肌梗死的诱因、临床表现、治疗护理方法及预防措施等知识,重点指导家属观察患者的症状变化,若出现异常及时通知护理人员,指导帮助家属更好地理解患者的病情,提高了他们对治疗的认知,进而推动了患者的治疗依从性^[13]。护士与患者及家属加强沟通,并依据患者心理状态进行针对性干预,帮助患者及家属理解、应对和疏导负性情绪,建立积极向上的心态^[14]。此外,还为他们提供心理和生活方面的帮助和照顾,疏导患者的不良情绪,建立家庭支持体系,提高患者的治疗依从性。

本研究结果还发现观察组生活质量及护理满意度高于对照组。说明家庭协同护理可提高患者生活质量和满意度。家庭协同护理模式将家属主动参与患者的整体评估和护理过程中,家庭成员的参与不仅仅是为了提供物质上的支持,更重要的是在情感上给予患者更多的关心和照顾,能够有效地改善患者的心理状态,缓解负性情绪^[15]。家属的陪伴和支持使得患者感受到更多的安慰和温暖,从而提高了生活质量。其次,通过通俗易懂的语言向患者及家属讲解了首发急性心肌梗死的诱因、临床表现、治疗护理方法及预防措施等,让家属能够更好地观察患者的症状变化,并及时向医护人员反馈^[16]。这样的指导帮助家属更好地了解患者的病情,增强了家庭成员的安全意识和保护意识,减少了病情恶化的风险,提升了护理质量和满意度。此外,还给予了康复训练指导和心理支持和生活指导,使得家属能够更好地协助患者进行康复训练,包括选择舒适的体位、进行适当的运动锻炼等^[17]。同时,通过与患者及家属的沟通,提供有针对性的心理支持和指导,帮助他们理解、应对和疏导负性情绪,建立积极向上的心态^[18]。这样的综合护理措施有助于患者更好地适应疾病的治疗和康复过程,从而提高了生活质量和护理满意度。

综上所述,通过实施家庭协同护理模式,可以有效降低患者的负性情绪水平,提高用药依从性,并改善患者的生活质量,和护理满意度,在首发急性心肌梗死患者中具有积极的影响。

参考文献

[1] 奚亮亮. 急性心肌梗死患者经皮冠状动脉介入治疗后并发不良心血管事件的危险因素分析[J]. 罕少疾病杂志, 2023, 30(8): 37-38.

[2] Tehrani BN,Damluji AA,Batchelor WB.Acute myocardial infarction and cardiogenic shock interventional approach to management in the cardiac catheterization laboratories[J].Curr Cardiol Rev, 2022, 18(2): e251121198293.

[3] Zuin M,Rigatelli G,Battisti V,et al.Increased risk of acute myocardial infarction after COVID-19 recovery:a systematic review and meta-analysis[J].Int J Cardiol, 2023, 372: 138-143.

[4] 董欣欣, 钱丽霞. FT-CMRI技术评估ST抬高型急性心肌梗死PCI术后微循环障碍的临床价值[J]. 中国CT和MRI杂志, 2023, 21(8): 60-63.

[5] 林佑妮, 陈协辉. 绕行急诊科及CCU对急性ST抬高型心肌梗死行PCI患者再灌注时间及预后的影响[J]. 罕少疾病杂志, 2022, 29(10): 33-34.

[6] Meyers HP,Bracey A,Lee D,et al.Comparison of the ST-elevation myocardial infarction (STEMI) vs.NSTEMI and occlusion MI (OMI) vs.NOMI paradigms of acute MI[J].J Emerg Med. 2021, 60(3): 273-284.

[7] Rubinfeld GD,Berger JS,Smilowitz NR.Acute myocardial infarction following hospitalization for gastrointestinal Bleeding: incidence, predictors,management,and outcomes[J]. Am J Med, 2022, 135(8): e263-e278.

[8] Basir MB,Pinto DS,Ziaieian B,et al.Mechanical circulatory support in acute myocardial infarction and cardiogenic shock:Challenges and importance of randomized control trials[J].Catheter Cardiovasc Interv, 2021, 98(7): 1264-1274.

[9] Aslanger EK,Meyers HP,Smith SW.Recognizing electrocardiographically subtle occlusion myocardial infarction and differentiating it from mimics: Ten steps to or away from cath lab[J].Turk Kardiyol Dern Ars, 2021, 49(6): 488-500.

[10] Marquis-Gravel G,Zeitouni M,Kochar A,et al.Technical consideration in acute myocardial infarction with cardiogenic shock:a review of antithrombotic and PCI therapies[J].Catheter Cardiovasc Interv, 2020, 95(5): 924-931.

[11] Muraki R,Teramoto A,Sugimoto K,et al.Automated detection scheme for acute myocardial infarction using convolutional neural network and long short-term memory[J].PLoS One, 2022, 17(2): e0264002.

[12] Balanescu DV,Donisan T,Deswal A,et al.Acute myocardial infarction in a high-risk cancer population:Outcomes following conservative versus invasive management[J].Int J Cardiol, 2020, 313: 1-8.

[13] Scarsini R,Portolan L,Della Mora F,et al.Angiography-derived and sensor-wire methods to assess coronary microvascular dysfunction in patients with acute myocardial infarction[J].JACC Cardiovasc Imaging, 2023, 16(7): 965-981.

[14] Bonello L,Delmas C,Gaubert M,et al.Trials of mechanical circulatory support with percutaneous axial flow pumps in cardiogenic shock complicating acute myocardial infarction: mission impossible?[J].Arch Cardiovasc Dis, 2020, 113(6-7): 448-460.

[15] Gorgis S,Lemor A,Kolski B,et al.Antiplatelet therapy in acute myocardial infarction and cardiogenic shock: insights from the national cardiogenic shock initiative[J].J Invasive Cardiol, 2022, 34(3): E156-E163.

[16] Doolub G,Kobo O,Sharma G,et al.Outcomes of acute myocardial infarction in patients with preexisting physical disability: a report in the United States[J].Expert Rev Cardiovasc Ther, 2022, 20(10): 851-859.

[17] 张瑜, 王晓慧, 王莹. 256排CT冠状动脉造影在诊断心肌梗死患者冠脉血管病变程度及心功能的临床价值分析[J]. 中国CT和MRI杂志, 2022(2): 69-71, 148.

[18] Boytsov SA,Shakhnovich RM,Tereschenko SN,et al.Features of parenteral anticoagulant therapy in patients with myocardial infarction according to the Russian register of acute myocardial infarction-REGION-IM[J].Kardiologiia, 2022, 62(10): 3-15.

(收稿日期: 2024-01-25)
(校对编辑: 姚丽娜)