

DOI: 10.19338/j.issn.1672-2019.2024.10.016

· 临床研究 ·

探讨授权理论结合结构式心理干预方式对急性心肌梗死患者应对的影响

阴瑞兰¹, 徐丽红², 李璐³

(郑州市第三人民医院 1. 心血管内科; 2. 妇产科; 3. 中医康复科, 河南 郑州 450000)

摘要: **目的** 探讨授权理论结合结构式心理干预方式对急性心肌梗死患者应对的影响。**方法** 选取郑州市第三人民医院 2021 年 3 月至 2022 年 12 月收治的 100 例 AMI 患者, 按照不同干预方法分为两组各 50 例, 对照组采取结构式心理干预, 观察组在对照组基础之上联合授权理论, 对比分析两组干预前后应对方式、不良情绪的变化。**结果** 干预后, 两组积极应对评分有所上升, 消极应对评分有所下降, 且观察组优于对照组 ($P < 0.05$)。干预后, 两组焦虑评分、抑郁评分有所下降, 且观察组低于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 对 AMI 患者采取授权理论结合结构式心理干预, 可明显减轻患者不良情绪, 改善其应对方式, 具有较好的推广价值。

关键词: 授权理论; 结构式心理干预; 急性心肌梗死; 应对方式

中图分类号: R741.041; R473.5

Influence of empowerment theory combined with structural psychological intervention on coping styles of patients with acute myocardial infarction

YIN Ruilan¹, XU Lihong², LI Lu³

(1. Department of Cardiovascular Medicine; 2. Department of Obstetrics and Gynecology; 3. Department of Traditional Chinese Medicine Rehabilitation, Zhengzhou Third People's Hospital, Zhengzhou, Henan 450000, China)

Abstract: **[Objective]** To explore the influence of empowerment theory combined with structural psychological intervention on coping styles and adverse emotions in patients with acute myocardial infarction (AMI). **[Methods]** One hundred AMI patients admitted to Zhengzhou Third People's Hospital from March 2021 to December 2022 were selected as examples. They were divided into two groups with 50 cases each according to different intervention methods. The control group received structured psychological intervention, while the observation group received authorization theory in conjunction with the control group. The changes in coping styles and negative emotions before and after the intervention were compared and analyzed. **[Results]** After intervention, the positive coping scores of the two groups increased, while the negative coping scores decreased, and the observation group was better than the control group, with a significant difference ($P < 0.05$). After intervention, the anxiety and depression scores of the two groups decreased, and the observation group was lower than the control group, with a significant difference ($P < 0.05$). **[Conclusion]** Empowerment theory combined with structured psychological intervention can significantly reduce negative emotions and improve coping styles in patients with AMI, and has good promotional value.

Keywords: authorization theory; structural psychological intervention; acute myocardial infarction; coping style

据调查^[1], 我国患急性心肌梗死 (AMI) 约 250 万人。AMI 具有危险程度高、预后差等特点, 以胸痛、胸闷为主要表现, 若不及时治疗, 还会增加心律失常、心力衰竭等疾病的发生, 对患者

收稿日期: 2023-11-08

生命健康存在一定影响^[2]。由于各种因素的影响,AMI 患者多存在焦虑、不安等情绪,且负性情绪会引起患者出现应激反应,一定程度上加重患者病情,且该病患者发病突然,因此及时、有效的干预对顺利治疗和预后改善有着积极作用^[3-4]。结构式心理干预旨在医学模式理论指导下,以心理支持为基础,通过运用各种心理干预方法,将应对技巧、应急处理、健康教育相结合的干预方法^[5]。授权理论主要指的是上级给予下级一定的权利和责任,使下属在一定的监督下,拥有相当的自主权而行动。本研究通过医护人员通过让个体或群体参与决策,并通过行动改变自身不理智环境,提高疾病认知水平,充分调动主观能动性^[6]。本研究进一步分析授权理论+结构式心理干预对 AMI 患者干预前后应对方式、不良情绪的影响,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取郑州市第三人民医院 2021 年 3 月至 2022 年 12 月收治的 100 例 AMI 患者,按照不同干预方法分为两组,各 50 例。对照组男 29 例,女 21 例;年龄 34~79 岁,平均(56.53±2.64)岁;AMI 部位:广泛前壁 19 例,下壁 12 例,前侧壁 9 例,前间壁 5 例,其他 5 例。观察组男 24 例,女 26 例;年龄 33~81 岁,平均(56.89±3.41)岁;AMI 部位:广泛前壁 21 例,下壁 11 例,前侧壁 8 例,前间壁 6 例,其他 4 例。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 入选条件

入选标准:①AMI 符合《急性心肌梗死诊断和治疗体会》^[7]的疾病诊断标准;②发病 3 h 入院;③意识清晰且无并发症;④无凝血功能障碍者。排除标准:①既往 3 个月内行手术治疗者;②严重心、肝、肾等器官功能障碍者;③存在恶性肿瘤、器质性疾病或免疫系统疾病者。

1.3 方法

对照组采取结构式心理干预,具体为:①心理支持。患者入院后,医护人员以积极、热情的态度接待患者,为其介绍院内规章制度、环境、主治医生等,使其尽快熟悉医院,并建立起信赖关系;增加与患者沟通次数,观察患者面部表情,及时发现患者心理状态,对于存在疑惑、不安等

情绪的患者,给予积极的关心,及时纠正其错误认知。病房内摆放绿植、鲜花,将健康宣传手册放于患者床边,病房光线、湿度及温度调至合适状态,每天早上 8:00 对病房卫生进行打扫,选用消毒水进行消毒,此外,病房外设置“安静”立牌,以保障患者能够安心休息。②健康教育。结合患者文化程度、对疾病了解程度对其行健康宣教,选用短视频、PPT、公众号等形式向患者讲解 AMI 疾病知识、临床表现、危害等,以增强患者对疾病的认知程度,纠正其错误认识,每月举办 1~2 次健康讲座,邀请院内医生讲解疾病知识;为患者讲解引起胸痛的原因,若疼痛程度较轻,可选用听音乐、看相声等方式进行缓解,若疼痛程度较为严重,可遵医嘱给予硝酸酯类药物进行缓解。③应急处理。向患者介绍应激概念、危害等,给予患者多鼓励,使其正确认识到应激源;与患者共同寻找应激源并进行分析,使其对自己疾病有一定了解,同时指导患者控制情绪的方法,如平静呼吸训练、下棋等,并通过列举以往康复成功案例增强患者信心。④应对技巧。向患者讲解应对疾病的技巧对减轻不良情绪的重要性,为患者介绍不同应对策略的作用,鼓励、监督患者学习并加以运用,增强患者对疾病的应对意识,使其能够有效地应对自身产生的不良情绪。

观察组在对照组基础之上联合授权理论,具体为:①组建管理小组,小组成员心内科主任医师 1 名,主治医生 1 名,心内科专科医护人员 2 名,营养师 1 名,心理咨询师 1 名,主管护师人员 2 名。护士负责为患者建立病历档案信息,确定之后的沟通方向。②患者病情稳定,在家属参与下开展授权理论,教育内容包括疾病不良心脏事件、饮食指导、用药指导、运动指导、病情自我监测知识。每次教育以授权理论为基础,了解患者存在的问题,为患者设定目标,鼓励患者学会表达自我情感,指定健康干预计划,并对教育结果评估。③每天 10:00 与 16:00 责任护士组织患者接受健康教育知识宣教,及时发现患者存在的问题,积极与患者沟通,督促患者改进。④患者出院当天,责任护士对患者与家属关于疾病认知水平、生活习惯、职业情况进行评估,指定适合患者的管理计划。⑤患者出院后,每周安排患者对患者进行 2~3 次电话随访,每个月定期进行一次知识讲座,告知患者及家属干预技巧。

1.4 观察指标

①应对方式。选取特质应对方式问卷 (TCSQ) 评定, 应对方式包含积极 (10 个条目)、消极 (10 个条目), 每个条目分值 1~5 分, 积极应对得分越高, 说明应对程度越高, 消极应对得分越高, 说明消极应对特征越明显。②不良情绪。选用抑郁自评量表 (SDS) 评估抑郁, 共 20 个条目, 标准分共 100 分, 按 20 条目 \times 1.25 计算; 评分标准: 正常 (<50 分), 轻度 (50~59 分), 中度 (60~69 分), 重度 (>70 分), 分值越高表明患者心理状况越差。焦虑自评量表 (SAS) 评估焦虑, 共 20 个条目, 按 4 分法计算, 共 100 分; 评分标准: 正常 (<50 分), 轻度 (50~60 分), 中度 (61~70 分), 重度 (>70 分), 得分越低, 代表心理状态越好。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 20.0 软件分析。计量资料以均数 \pm 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间比较采用 t 检验; 计数资料以百分率 (%) 表示, 组间比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 应对方式

干预前, 两组比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 干预后, 两组积极应对评分有所上升, 消极应对评分有所下降, 且观察组优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组应对方式评分比较 ($n=50, \bar{x} \pm s$, 分)

组别	积极应对		消极应对	
	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	25.63 \pm 2.63	34.63 \pm 2.53 [†]	33.20 \pm 2.41	27.56 \pm 2.01 [†]
对照组	26.14 \pm 2.69	30.14 \pm 2.14 [†]	34.06 \pm 2.24	30.26 \pm 2.47 [†]
t	0.959	9.581	1.848	5.995
P	0.340	<0.001	0.068	<0.001

注: [†]与干预前比较, $P < 0.05$ 。

2.2 不良情绪

干预前, 两组比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 干预后, 两组 SAS 评分、SDS 评分有所下降, 且观察组低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组不良情绪评分比较 ($n=50, \bar{x} \pm s$, 分)

组别	SAS 评分		SDS 评分	
	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	66.59 \pm 3.63	32.63 \pm 2.54 [†]	67.52 \pm 3.63	33.65 \pm 2.45 [†]
对照组	67.15 \pm 4.02	36.86 \pm 3.04 [†]	68.02 \pm 3.41	37.15 \pm 3.02 [†]
t	0.731	7.550	0.710	6.364
P	0.466	<0.001	0.479	<0.001

注: [†]与干预前比较, $P < 0.05$ 。

3 讨论

AMI 患者多突发昏厥、意识障碍等, 丧失部分工作能力、生活能力等, 需要家属长期照顾, 加上治疗、康复费用较大, 给家庭带来沉重经济负担^[8-9]。且 AMI 患者由于受多种因素 (如经济、疼痛等) 的影响, 极易出现焦虑、恐慌等情绪, 增强体内交感神经活动, 出现一系列生理改变, 加重患者病情, 影响患者生存质量和治疗效果^[10]。基于上述情况, 对 AMI 患者采取有效干预措施十分重要。以往临床干预多关注疾病本身的预防和处理, 虽能有效降低并发症的发生, 但对患者疾病知识掌握程度和自我干预技巧完全忽视, 使患者无法自我解决康复过程中自我潜能力^[11]。且随着医学模式的转变, 人们逐渐认识到要维持健康、促进健康不仅仅完全依赖家属和护士的照顾, 故选取一种有效的干预措施对提高患者应对方式十分重要。

陈业史等^[12]研究指出, 授权理论结合家庭支持应用于急性心梗恢复期患者中, 患者生存质量得到明显改善。心理干预是在 20 世纪 50 年代提出, 以整体医学模式理论为指导, 将心理支持作为基础, 并整合健康教育、应对技巧、应激处理措施, 是一种科学、有效的干预方法^[13]。授权理论是针对存在的问题, 结合患者的状况, 而制定的知识、运动、饮食等干预方案, 持续监督指导患者养成健康生活、合理饮食的行为生活习惯, 改善患者的自我管理症状的责任感, 提高患者遵医从^[14]。本研究采取授权理论结合结构式心理干预, 干预后, 两组 SAS 评分、SDS 评分有所下降, 且观察组优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。说明这一干预措施可减轻患者不良情绪。授权理论的干预方法中, 首先评估了解患者当下的健康问题, 针对急性心梗患者自身知识、理解力与执行力, 制定急性心梗发病相关知识、合理运动、自我控制与饮食等方面, 强化对患者

监督、随访,提高患者疾病管理能力,提高患者与医护人员之间的关系,增强其战胜疾病信心,并帮助患者建立行为习惯与生活理念。而且授权理论是基于家庭为基础,能更好提高患者主观能动性,让患者及家属有正确认知,养成健康的生活方式。结构式心理干预通过对患者健康宣教,使患者对自身疾病有一定认识,积极、主动掌握康复治疗的方法和技能,有助于患者从被动接受治疗 and 干预转变为主动采取,有助于健康行为的提高。两者干预方法联合应用,能够使患者情绪更加稳定,对疾病康复存在积极影响。

应对方式是个人在应激期间处理应激情境、保持心理平衡的手段。AMI 患者在就诊期间极易出现不良情绪,使其对事物的积极性有所下降,在应对疾病中偏向于消极情绪,不利于疾病恢复。本研究采取授权理论结合结构式心理干预,干预后,两组积极应对有所上升,消极应对有所下降,且观察组优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。说明这一干预方法可显著改善患者应对方式。授权理论其目的在于加深患者自身认知了解能,调动主观能动性,积极培养健康的行为习惯,改善遵医性。联合结构式心理干预,使患者正确地认识到所面临的处境,学习如何应对和处理应激,充分调动患者支持资源,不仅能增强患者应激能力,还能提高患者应对能力,从而成功地解决问题。

综上所述,对 AMI 患者采取授权理论结合结构式心理干预,可明显减轻患者不良情绪,改善其应对方式,值得推广。

参 考 文 献

[1] 李冰,丁水印,李新春,等. 急性心肌梗死患者 PCI 术后血浆

vaspin、periostin 及 Lp-PLA2 水平对不良心血管事件的预测价值[J]. 广东医学, 2023, 44(4): 494-498.

- [2] LI SW, YAO T, ZHANG L, et al. Relationship between brachial - ankle pulse wave velocity and risk of new-onset acute myocardial infarction[J]. Am J Hypertens, 2022, 35(1): 111-112.
- [3] 苏瑾,杨巧红,李耀霞,等. 中青年急性心肌梗死患者早期康复阶段恐惧疾病进展分型及影响因素分析[J]. 中华护理杂志, 2023, 58(4): 406-413.
- [4] 赵晓宁,刘志远,刘江波,等. 尿激酶原对急性心肌梗死模型大鼠心功能的保护作用及机制探究[J]. 中国心血管杂志, 2022, 27(1): 53-59.
- [5] 何梅,黎凤,胡厚祥,等. 西洛他唑对阿司匹林不耐受的急性心肌梗死患者心功能影响研究[J]. 中国全科医学, 2021, 24(35): 4475-4480.
- [6] 艾庆巍,田欢,高媛,等. 急性心肌梗死患者心理弹性水平与生活质量、焦虑抑郁和医学应对方式的相关性分析[J]. 现代生物医学进展, 2021, 21(12): 2284-2287, 2349.
- [7] 符莎莎. 急性心肌梗死诊断和治疗体会[J]. 健康必读(下旬刊), 2012, (8):88.
- [8] LIU RF, GAO XY, LIANG SW, et al. Antithrombotic treatment strategy for patients with coronary artery ectasia and acute myocardial infarction: a case report[J]. World J Clin Cases, 2022, 10(12): 3936-3943.
- [9] 何慕涵. 心肌梗死患者急诊 PCI 术后心理弹性水平及影响因素分析[J]. 现代诊断与治疗, 2021, 32(6): 914-916.
- [10] 张晶. 急性心肌梗死患者主要照顾者心理弹性影响因素[J]. 国际护理学杂志, 2021, 40(23): 4255-4258.
- [11] 张为佳,郑芳. 急诊抢救患者急性应激障碍状况及抢救经历对其影响因素分析[J]. 华北理工大学学报(医学版), 2021, 23(1): 42-45, 54.
- [12] 陈业史,吴鹏,文敏,等. 急性心肌梗死患者创伤后应激障碍现状及影响因素分析[J]. 中南医学科学杂志, 2021, 49(1): 95-99.
- [13] 朱佳华,孙艳彬,徐洁莲. "互联网+"下的干预管理模式在急性心肌梗死患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2023, 29(7): 90-93.
- [14] 董会如,刘双. 急性心肌梗死患者 PCI 治疗后心理弹性与创伤后成长的相关性分析[J]. 内科, 2021, 16(3): 388-390.

(龚仪 编辑)