

基于共情理念为导向的照护策略对急诊心肌梗死患者的消极情感以及期望水平的影响

许平¹, 仲崇俊²

1. 南通市海安县中医院急诊科, 江苏 南通 226600;

2. 南通市第一人民医院心胸血管科, 江苏 南通 226001

摘要: **目的** 剖析基于共情理念为导向的照护策略对急诊心肌梗死患者的消极情感及期望水平的影响。**方法** 选取海安县中医院急诊科 2013 年 2 月至 2015 年 12 月收治的 84 例急性心肌梗死患者, 采用随机数字表法分为研究组和对照组, 每组各 42 例。对照组开展常规护理干预, 研究组在对照组基础上开展基于共情理念为导向的照护策略。利用由 Zung 编制的焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)及 Herth 希望量表(HHI)对两组患者在干预前及干预后第 2 周末的情感状况进行测评并比较。**结果** 两组患者干预前 SAS 和 SDS 评分差异无统计学意义($P > 0.05$); 干预后, 研究组 SAS 和 SDS 评分均低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.01$); 两组患者在干预后的 SAS 和 SDS 评分相较于本组干预前评分均有所下降, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。两组患者干预前的 HHI 评分差异无统计学意义($P > 0.05$); 干预后, 研究组 HHI 各维度评分均高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.01$); 两组患者在干预后的 HHI 各维度评分相较于本组干预前评分均有所提高, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 对于急诊心肌梗死患者, 采取共情理念为导向的照护模式有助于改善其焦虑、抑郁情绪, 且能提高其对疾病的期望水平。

关键词: 共情理念; 照护策略; 心肌梗死; 焦虑; 抑郁; 期望水平

中图分类号: R 473.5 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2016)09-1271-04

急诊科是临床上较为特殊的科室, 由于前来就诊的患者具有病情危重、进展迅速的特点, 对其开展恰当、科学的护理措施显得极为关键^[1]。心肌梗死是急诊科较为常见的病种, 随着居民近年来饮食文化的改变以及高脂高蛋白膳食结构逐渐占据居民的主要食物来源, 使得高脂血症以及由此而诱发的心肌梗死发病率呈逐年攀升之势^[2]。急性心肌梗死是在冠状动脉粥样硬化的基础上, 因心肌血供突发中断所致的以胸前区剧烈疼痛为主要表现的综合征, 该病会破坏机体原先稳定的血流动力学, 一旦病情恶化, 将会诱发心搏骤停, 危及生命^[3]。患者因长期承受着躯体痛感的折磨, 以及对病情预后转归的不确定性, 使其出现不良的精神心理状态。而在生理层面, 持续性的病痛折磨, 又会削弱患者应对疾病的自信心, 降低病情康复的期望值, 从而引起自暴自弃的消极心态^[4]。据相关文献报道, 约有 69.2% 的急性心肌梗死患者会出现焦虑、抑郁等负面情感状况, 而不愉悦的主观情绪体验又会影响机体的神经-内分泌系统, 导致体内去甲肾上腺素分泌量增多, 引起交感神经张力增强, 诱发心肌缺血症状的加重^[5]。因此, 关注这类特

殊群体的心理状态显得极为重要, 传统的护理模式更多的是注重患者在躯体症状层面的对症处理, 而未将患者的情感放在同等重要的层面上, 这不仅会削弱患者对医疗护理服务的质量评价, 更不利于自身病情的预后及转归。在传统的护理模式基础上, 有学者提出了共情护理策略, 这是一种基于心理学理念的慢性病管理方法, 即要求护士站在患者的立场及角度上为其进行全方位综合剖析, 与患者的情感达到共鸣状态, 从而提高其应对疾病的信心^[6]。但该新型的护理方案未在临床上得到普及, 因为其对护理人员的专业素养要求较高, 笔者拟设计本次调研, 旨在对急性心肌梗死患者引入共情护理模式, 并探究其产生的临床效益。报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取海安县中医院 2013 年 2 月至 2015 年 12 月收治的 84 例急性心肌梗死患者, 其中男 53 例, 女 31 例, 年龄 41 ~ 72 (52.3 ± 4.7) 岁。所有纳入对象自就诊当天均经彩色心动图以及心肌酶谱检查, 再结合其症状体征, 确诊为急性心肌梗死, 诊断依据参照《内科学》教材(人民卫生出版社, 第 7 版)中关于该病的诊断标准。纳入标准: 无肝、肾等重要躯体脏器疾患; 无认知功能障碍; 具备基本的言

表 1 两组患者基线资料比较

组别	例数	男/女	年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	学历(例)			Killip 心功能分级(例)			基础疾病(例)		
				小学	中学	大学	Ⅱ级	Ⅲ级	Ⅳ级	高脂血症	高血糖	高血压
研究组	42	27/15	52.1 ± 4.5	13	18	11	15	9	18	6	7	8
对照组	42	26/16	52.5 ± 4.8	11	19	12	13	12	17	7	5	7
t/χ^2 值		0.371	1.267	0.940			1.264			0.836		
P 值		>0.05	>0.05	>0.05			>0.05			>0.05		

语交流能力;无精神障碍性疾病;对本次调研内容知悉并签署同意书。以随机数字表作为分组依据,将纳入对象划分为研究组和对照组,每组各 42 例。两组患者年龄、性别、文化学历、心功能分级以及伴发基础疾病等比较差异无统计学意义(P 均 > 0.05),具有可比性。见表 1。

1.2 方法

1.2.1 对照组 开展常规护理干预,方案如下:

(1) 在饮食管理方面,指导患者多摄入富含维生素、膳食纤维及优质蛋白质的食物;(2) 根据患者的躯体症状,予以针对性的护理干预;(3) 遵医嘱给以药物干预,并向其介绍药物的基本用法,及注意事宜;(4) 指导患者绝对卧床休息,向家属和患者介绍疾病相关的系统知识。

1.2.2 研究组 在上述护理模式的基础上引入基于共情理念为导向的护理策略。(1) 情感共鸣式沟通:

为患者营造一个舒适、安静的交流环境,护士则要求以开放式提问的方式将问题抛向患者,问题的核心要求能够触发其对往昔情感事件的追忆,当把问题抛给患者时,为其留 2 min 的时间让其思考,并让其用自己的言语还原某件往事,在患者追忆的过程中,护士应细致地观看患者的面部表情以及肢体行为,当发现其情绪处于愉悦状态时,应用自己的语言以及行为附和其情感,从而诱发情感共鸣。在患者倾诉完既往愉悦的事件后,护士则让其表述一下近一个月来让自己感到较为困扰的事件。此时,在患者阐述事件的过程中,护士则以换位思考的角度出发,将自己内在的情绪以及思维投射至患者所描述的场景中,体会其精神心理状态,感受着自己若是患者,遇到这类事件时自己的内心状态如何,以及内心会有怎样的护理诉求。在进行全面的整合剖析后,护士以动情的言语向患者介绍自己曾接诊过的某位急性心肌梗死患者作为情感开导框架,告知其自己在接诊过程中能感受到患者内心的痛苦,并将自己真实的情绪融合至谈话当中,以此实现护患关系的协调。(2) 共情式冥想训练:护士从患者的生理角度出发,通过共情化的情感表述,引导患者步入冥想状态,即护士的旁白为“你现在放空自己的心思、意识,跟着我的声音展开融情化想象。你感觉自己的眼皮变得愈发厚重,你闭上了眼睛,你

发觉面前有一团白色的光环,在这光环照射下,你感觉这团光仿佛将自己紧紧地环绕,此时能进入到一个新的世界里。在这个世界里,你来到了一个全新的境地,暖风吹拂着你的面庞,娟娟的流水流淌着,鸟儿鸣叫着,春雨滋润着大地……在这个世界中,你感到万物是如此的平和,你仿佛与周边的一草一木都融为一体,你体会着大自然的奥妙之处。你将身子躺卧在青翠的草地上,左手放于腹部,右手放于胸部,用鼻子用力吸气,左手感受着腹部上抬至最高点后,屏气 2 s,再用嘴巴呼气,右手感受胸部上抬至最高点”,其中呼气时间和吸气时间等同,呼吸频率为 3 ~ 5 次/min,训练时间控制在 5 min。

1.3 观察项目 (1) 利用由 Zung 编制的焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)对两组患者在干预前及干预后第 2 周末的情感状况进行测评。SAS 和 SDS 量表均囊括 20 个条目,每个量表均采用 4 级评分法(1 ~ 4 分),其总得分为 20 ~ 89 分。得分越高,则情绪状况越差。(2) 利用 Herth 希望量表(HHI)对两组患者在干预前及干预后第 2 周末的病情期望水平进行测评,该量表囊括 3 个维度,分别为“与他人保持亲密关系(I)”、“对目前及未来的态度(T)”以及“采取积极行动(P)”,共计 12 个条目。每个条目均采取 4 级评分法(1 ~ 4 分),其总得分为 12 ~ 48 分。得分越高,则对病情预后的期望水平越佳。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 19.0 软件进行数据处理,计数资料采取率的形式进行描述,组间比较采取 χ^2 检验;计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采取 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后 SAS 和 SDS 评分比较 两组患者干预前的 SAS 和 SDS 评分差异无统计学意义(P 均 > 0.05);干预后,研究组 SAS 和 SDS 均低于对照组,差异有统计学意义(P 均 < 0.01);两组患者在干预后的 SAS 和 SDS 评分相较于本组干预前评分均有所下降,差异有统计学意义($P < 0.01$)。见表 2。

2.2 两组患者干预前后 HHI 评分比较 两组患者干预前的 HHI 评分差异无统计学意义(P 均 > 0.05);干预后,研究组 HHI 各维度评分均高于对照

组,差异有统计学意义(P 均 <0.01);两组患者在干
 预后的 HHI 各维度评分均较本组干预前评分有所提

高,差异有统计学意义(P 均 <0.05)。见表 3。

表 2 两组患者干预前后 SAS 和 SDS 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	SAS				SDS			
		干预前	干预后	t 值	P 值	干预前	干预后	t 值	P 值
研究组	42	55.7 \pm 4.8	47.3 \pm 4.1	9.190	<0.01	62.5 \pm 7.2	51.0 \pm 5.7	13.278	<0.01
对照组	42	55.9 \pm 4.9	50.7 \pm 4.5	5.472	<0.01	61.9 \pm 6.8	56.8 \pm 6.4	7.490	<0.01
t 值		0.891	7.263			1.172	9.360		
P 值		>0.05	<0.01			>0.05	<0.01		

表 3 两组患者干预前后 HHI 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	T		P		I		总分	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
研究组	42	10.2 \pm 2.1	12.9 \pm 2.5 *	11.1 \pm 1.9	12.8 \pm 2.7 *	10.7 \pm 1.8	12.9 \pm 2.3 *	32.0 \pm 4.2	38.6 \pm 6.2 *
对照组	42	10.1 \pm 2.0	11.2 \pm 2.3 *	11.0 \pm 1.7	11.7 \pm 1.9 *	10.5 \pm 1.7	10.9 \pm 1.9 *	31.6 \pm 5.3	33.8 \pm 5.7 *
t 值		0.791	8.378	1.261	12.370	0.136	7.289	1.126	11.271
P 值		>0.05	<0.01	>0.05	<0.01	>0.05	<0.01	>0.05	<0.01

注:与本组干预前相比, * $P < 0.05$ 。

3 讨论

共情理念实则是指从他人的视角及内心感知着手,从对方的精神情感世界去体会当前的事态,换言之,就是以个人既往所积累的认知储备去应对及感受患者当前的心境^[7]。有文献指出,当从换位的立场上融入共情感受时,能帮助我们理解他人的情绪感知,并使双方之间的情感产生新的关联,利于社会交际产生质的改变^[8]。共情理论最初是由心理学家所提出,并广泛应用于美学、人际交流以及心理学等领域,之后因其存在的内在核心价值使其逐步向医疗护理方向渗透,且取得了较为可观的业绩^[9]。在医疗范围内,对共情的理解实则是人性化理论的外延,要求医护人员在装备一般的伦理道德知识外,能充分发动自身的主观能动性,通过对患者精神心理层面的细致观察,再结合所收集资料一系列的资源整合,从而对患者的护理方案提出相应的情感照护策略,从而保证医护之间实现情绪交流的共鸣。这对维系和谐的护患关系,改善患者的配合依从性,具有重大的意义。在本次调研中,将急性心肌梗死患者作为研究对象,引入以共情理念为导向的护理干预,有效填充了患者在心理层面的无助感及孤独感,借助言语性以及非言语性表达,帮助患者有效调整自身的情感状况,使患者在心理及生理层面达到全面的康复成效^[10]。

本次调研结果显示,研究组患者在干预后的焦虑、抑郁情绪评分均低于对照组,差异有统计学意义,这表明共情护理模式有助于改善患者的负性情感状况。分析导致该结果的相关因素,发现其不外乎与如下几方面有所关联:(1)情感共鸣式沟通,是一项搭建护患和谐关系的桥梁,能进一步提高护患沟通的有

效性,尽可能地降低医患纠纷,使护士走入患者的内心世界,以共鸣式情感沟通的方案使患者真实的情感得以流露。在这个干预措施中,共情护理所涉及到的另一核心理念为“换位思考”,即要求护士一切以患者为重,从患者的立场和角度出发,对其负性情感问题进行考虑,进而达到交流的沟通时效性^[11]。借助这一行为,有助于了解患者的内在品格,为护士拟订个性化及针对性的干预举措提供实证基础。该项护理举措要求护士更多地考虑到职业操守的问题,尽可能地深入患者的内心世界,不断地丰富自己的人生境界,更多地去触碰各类生活以增加阅历,从而将其应用到临床实践中去^[12]。在整个交流进程中,护士要求患者在交流全过程中始终实施着情感共鸣理念,从而使护士将自身对患者的精神心理状况的理解融合成自身的某类行为模式,从而促使患者与护士之间达到有效的情感沟通,进而促进其完成科学、合理的治疗效果。当前在医疗界,患者与医务人员之间存在不对等的医疗知识,使得大多数患者存在一定程度的认知偏差,这将会对患者对自身病情的诊疗带来一定程度的疑惑。在护理进程中,护士不但需要关注患者在言谈举止方面的行为,更是要及时察觉其在精神情感状况方面的变化,必要时需作出相应的反馈式行为,从而使患者感受到较为满足的尊重感^[13]。(2)共情式冥想训练:在冥想训练过程中引入共情式理念,利用旁白语录,将共情化思维应用于患者中,引导患者回归内心的宁静,在宁静中感受着一片对生活新的希冀,这能提高患者在静态中对自我的认知,从而利于负性情感状况的有效缓解。在冥想状态中,能使患者重新审视自我,对日常中的自我开展客观及生动的剖析,从而利于病情的预后及康复。本文结果显示,研

究组患者对病情预后的期望值高于对照组,差异有统计学意义,这表明共情护理模式有助于提高患者的病情预后。因为,伴随着患者内心不良情感状况的改善,有助于减轻其对未来的恐惧以及焦躁情感,帮助其树立战胜疾病的自信心,使其不断重塑内心希望,这能帮助疾病向着正性方向转归^[14]。

综上所述,对于急诊救治的急性心肌梗死患者,引入共情护理模式有助于减轻患者的焦虑、抑郁情绪,且能提高患者对疾病的期望值。

参考文献

- [1] 马洪霞,陈圣霞,李遵清,等. 共情护理对抑郁症患者抑郁情绪及生活功能的改善作用[J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2012,21(9):817-819.
- [2] 谭群,朱琼. 共情护理在四肢骨折伴发抑郁患者中的应用价值[J]. 安徽医药,2014,18(9):1797-1798.
- [3] 姚爱英,徐贞珍. 共情护理对食管癌手术患者希望水平及主观幸福感的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2015, 21(4):397-399,400.
- [4] 庄敏. 共情护理对全子宫切除病人身心康复的影响[J]. 护理研究, 2014,28(11B):4036-4038.
- [5] 叶辉,刘伟萍,陈一文,等. 共情护理对老年患者肠镜检查前肠道准备的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2013, 19(26):3191

-3193.

- [6] 徐丽娟. 共情护理对口腔颌面部肿瘤术后病人生活质量、希望水平影响的研究[J]. 护理研究, 2014,28(11B):4078-4079.
- [7] 孙惠,王蕾,方芬,等. 共情护理对老年口腔颌面部恶性肿瘤术后患者生活质量的影响[J]. 中华老年口腔医学杂志, 2015, 13(4):218-220.
- [8] 谢晓颖,蒋荣泉,凌迎春,等. “共情护理”模式在抑郁症患者护理中的应用及其对患者生活质量的影响研究[J]. 中国医药导报, 2013,10(33):122-125.
- [9] 颜柳英,李敏健. 共情护理在 X 线引导下乳腺隐匿性病变检查中的应用[J]. 护理实践与研究, 2015,12(1):47-48.
- [10] 汪慧,范志红. 共情护理在抑郁症患者中的应用[J]. 国际护理学杂志, 2014,33(4):903-905.
- [11] 王变丽,王江波,朱广玲,等. 共情护理对静脉血栓患者负面情绪及症状困扰的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2014, 20(17):2116-2118.
- [12] 汪澄,薛楠,程江南竹,等. 共情护理对脊髓损伤患者负面情绪及希望水平的影响[J]. 国际护理学杂志, 2014, 33(1):137-139.
- [13] 秦岭,王荣海. 共情护理对脉络膜黑色素瘤伴抑郁患者预后的影响[J]. 南昌大学学报(医学版), 2013, 53(9):73-74,77.
- [14] 闫海花,张三桃,李银鲜,等. 共情护理对神经胶质瘤合并抑郁症患者抑郁情绪与生活功能的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2013, 19(19):2267-2269.

收稿日期:2016-03-30 编辑:王国品

(上接第 1270 页)

川贝母清肺泻热、软坚化痰、宣降肺气,且桑白皮兼具泄肺平喘之功,寓“治痰先治气”之意,使升降复常;应用水牛角、赤芍、丹参、地龙清热凉血、化瘀通络,且现代药理研究表明活血化瘀类中药除了能够促进炎症吸收、抗炎杀菌、增强机体免疫功能外,还能够明显降低患者气道阻力、改善肺功能、提高患者生存质量^[10-11];因肺与大肠相表里,肺热下移大肠,故本方中加用大黄,以其苦寒之性,通腑泻下,荡涤邪热,合用瓜蒌仁清热化痰、宽胸散结、滑肠通便,给肺热之邪从大便之出路,通肠即是清肺,使肺热清除,肺气清肃,而使肠道之气亦畅通。通肠与清肺相辅相成,达到肺肠同治的功效。应用生甘草以清热安中、调和诸药。综上,诸药有机配伍,共奏清热泻肺、化痰平喘、通腑逐瘀之功。

综上所述,在常规西药治疗基础上,加用中药治疗重症肺炎,能显著提高临床疗效及减轻炎症反应,进而改善病情,值得进一步深入研究。

参考文献

- [1] 高颖,范玉强. 重症肺炎的中西医结合治疗进展[J]. 黑龙江中医药, 2014,43(5):78-80.

- [2] 占林兵,谢波,华锋,等. 血清 C 反应蛋白、降钙素原及乳酸在重症肺炎中的变化及临床意义[J]. 中华全科医学, 2015, 13(3):367-368,404.
- [3] 中华医学会呼吸病学分会. 社区获得性肺炎诊断和治疗指南(草案)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 1999,22(4):199-201.
- [4] 中华医学会呼吸病学分会. 医院获得性肺炎诊断和治疗指南(草案)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 1999,22(4):201-203.
- [5] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社, 1994.
- [6] 郑筱蓓. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2002:243-253.
- [7] Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A, et al. Infectious Diseases Society of America/ American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults[J]. Clin Infect Dis, 2007, 44(suppl 2):S27-S72.
- [8] 刘蓉,林文源. PCT 检测在感染性疾病中的应用进展[J]. 医学综述, 2014, 20(22):4106-4108.
- [9] Krüger S, Ewig S, Marre R, et al. Procalcitonin predicts patients at low risk of death from community-acquired pneumonia across all CRB-65 classes[J]. Eur Respir J, 2008, 31(2):349-355.
- [10] 高冲,刘璐,胡爱菊,等. 活血化瘀中药的药理作用研究进展[J]. 药物评价研究, 2013, 36(1):64-68.
- [11] 毕明晶. 活血化瘀药物治疗全身炎症反应综合征的临床疗效观察[D]. 济南:山东中医药大学, 2013.

收稿日期:2016-04-20 修回日期:2016-05-26 编辑:王娜娜