

- [8] 鲍爱琴, 闻曲. 健康教育信息档案式管理在头颈部恶性肿瘤放疗患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2014, 20(1): 21-23.
- [9] 吴军, 李章丽, 邓翠琴, 等. 分段式健康教育模式在鼻咽癌同步放疗患者中的应用研究[J]. 当代护士, 2017, 3: 167-169.
- [10] 杨驰, 严谨, 申婷, 等. 视频化健康教育在脊柱外科手术患者的应用[J]. 护理学杂志, 2016, 31(8): 10-12.
- (收稿日期: 2019-07-25 修回日期: 2019-12-06)
- 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2020. 07. 037

急性心肌梗死患者自我管理行为与自我感受负担的相关性研究

杜 密¹, 曹 琳^{2△}, 马红娟³

1. 陕西省杨凌示范区医院心血管内二科, 陕西杨凌 712100; 2. 陕西省宝鸡市中心医院老年心血管病科, 陕西宝鸡 721008; 3. 陕西省杨凌示范区医院介入导管室, 陕西杨凌 712100

摘要:目的 探讨急性心肌梗死患者自我管理行为与自我感受负担的相关性。方法 选择 2018 年 3 月至 2019 年 3 月在杨凌示范区医院诊治的 70 例急性心肌梗死患者作为观察组, 选择同期进行健康检查的 70 例非急性心肌梗死患者作为对照组。对两组受试对象的一般资料、自我管理行为、自我感受负担评分进行调查并进行比较分析。结果 观察组的自我心理管理、自我管理信心、自我管理行为、自我管理认知、自我管理信息评分与总分都显著低于对照组($P < 0.05$)。观察组的经济负担、情感负担、身体负担等评分显著高于对照组($P < 0.05$)。在观察组患者中, Spearman 相关分析显示患者的自我管理行为各维度评分与自我感受负担各维度评分呈负相关($P < 0.05$)。多因素 Logistic 回归分析显示心功能分级、配偶状况、经济负担、情感负担、身体负担等都是影响患者自我管理行为评分的因素($P < 0.05$)。结论 急性心肌梗死患者自我管理行为得分较低, 自我感受负担比较重, 两者存在相关性, 心功能分级、配偶状况、经济负担、情感负担、身体负担都是影响患者自我管理行为评分的因素。

关键词:急性心肌梗死; 自我管理行为; 自我感受负担; 相关性

中图分类号:R473.5

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2020)07-0989-03

急性心肌梗死是临床上较为常见的疾病, 其发病时间短, 病情恶化速度快, 患者极易出现心源性休克、心力衰竭、心律失常等症状, 因此该病的病死率与致残率均较高^[1-2]。急性心肌梗死患者饮食状况、心功能状态、服药依从性、经济状况、心理状态均较差, 给自身及其家属甚至给社会造成了一定的负担^[3]。自我管理行为是指患者通过对自身进行治疗, 对生理、症状、生活方式和心理状态进行自我管理, 以维持和促进自身健康的行为^[4-5]。自我管理不是简单的服从治疗, 需要患者对自身出现的症状和问题作出积极而有效的应对, 从而改善预后和加快康复。自我感受负担是由于患者的疾病和照护需求影响到他人而产生的情感上的担忧, 导致自我感觉的降低和内疚、抑郁、痛苦、负担感等负面情绪产生。当前自我感受负担一直广受临床的关注, 在恶性肿瘤等终末期疾病中得到了进一步研究^[6]。已有研究显示, 慢性病患者的自我感受负担与其健康自我管理能力呈负相关, 感受负担越重, 自我管理行为越差^[7], 但是在心血管疾病中应用的相关报道甚少。本文对急性心肌梗死患者的自我感受负担和自我管理行为开展调查, 探讨了急性心肌梗死患者自我管理行为与自我感受负担的相关性, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择杨凌示范区医院(以下简称“本

院”)心血管内二科 2018 年 3 月至 2019 年 3 月收治的 70 例急性心肌梗死患者作为观察组, 同期在本院进行健康检查的 70 例非心肌梗死患者作为对照组。纳入标准: 观察组符合美国心脏病学会制定的《急性心肌梗死》诊断标准, 心功能分级为 I ~ II 级; 年龄 30 ~ 70 岁; 患者知情同意本研究; 临床资料完整。排除标准: 无法正常表达自己想法的患者; 合并恶性肿瘤、精神疾病等患者; 近期遭遇其他重大应激事件患者; 无法随访或不愿配合者。本院伦理委员会批准此次研究。

观察组中男 38 例, 女 32 例; 年龄 31 ~ 68 岁, 平均(56.11 ± 4.19)岁; 平均体质质量指数(22.91 ± 1.48) kg/m²; 心功能分级: I 级 40 例, II 级 30 例; 平均病程(1.44 ± 0.21)年; 有配偶者 68 例, 无配偶者 2 例; 平均受教育年限(14.20 ± 1.94)年; 家庭收入: ≥ 8 000 元/月共 34 例, 5 000 ~ 7 999 元/月共 30 例, < 5 000 元/月共 6 例。

对照组中男 37 例, 女 33 例; 年龄 31 ~ 69 岁, 平均(56.87 ± 2.88)岁; 平均体质质量指数(22.45 ± 1.22) kg/m²; 平均病程(1.48 ± 0.13)年; 有配偶者 58 例, 无配偶者 12 例; 平均受教育年限(14.77 ± 2.00)年; 家庭收入: ≥ 8 000 元/月共 37 例, 5 000 ~ 7 999 元/月共 28 例, < 5 000 元/月共 5 例。

两组患者的家庭收入水平、受教育水平、配偶情况、病程、体质质量指数、性别构成、年龄等比较, 差异无

△ 通信作者, E-mail: 156660088@qq.com.

统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 调查内容 (1)一般情况调查表包括患者的家庭收入水平、受教育水平、配偶情况、病程、体质量指数、性别、年龄以及心功能分级状况;(2)采用自我管理量表调查两组患者的自我管理行为状况,量表的 Cronbach's α 系数为 0.835,包括自我心理管理、自我管理信心、自我管理行为、自我管理认知、自我管理信息 5 个维度与 25 个条目,每个条目采用 1~5 分评分,分数越高,自我管理行为越好;(3)采用自我感受负担量表评定患者的自我感受负担,包括经济负担、情感负担、身体负担 3 个维度 10 个条目,采用 Likert 5 级评分法,量表的 Cronbach's α 系数为 0.910,得分越高,负担越重。

1.2.2 调查方法 本研究属于横断面调查研究,采用面对面、电话或微信调查法对资料进行收集,研究人员向患者仔细解释问卷的各项条目,患者进行回答

并填写,量表完成时间约为 25 min,保证研究对象的隐私,以确保调查结果的真实可靠性。本次调查的有效率为 100.0%。

1.3 统计学处理 选择 SPSS20.0 对数据进行分析。计量数据采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料采用百分数表示,组间比较采用 χ^2 检验。采用 Spearman 相关对各维度评分的相关性进行分析,采用 Logistic 回归分析自我管理行为为评分的影响因素。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 自我管理行为评分对比 观察组的自我管理评分中,自我心理管理、自我管理信心、自我管理行为、自我管理认知、自我管理信息评分与总分均显著低于对照组($P<0.05$)。见表 1。

2.2 两组自我感受负担评分对比 观察组的自我感受负担评分中,经济负担、情感负担、身体负担评分均显著高于对照组($P<0.05$)。见表 2。

表 1 两组自我管理行为评分对比(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	自我心理管理	自我管理信心	自我管理行为	自我管理认知	自我管理信息	总分
观察组	70	18.11±1.32	17.02±2.11	18.33±1.73	17.66±2.14	18.00±1.74	90.92±9.14
对照组	70	22.19±2.11	23.09±0.42	21.76±1.72	22.09±1.74	21.78±1.74	110.37±8.99
<i>t</i>		-13.715	-23.606	-11.764	-13.438	-12.852	-12.693
<i>P</i>		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

表 2 两组自我感受负担评分对比(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	经济负担	情感负担	身体负担
对照组	70	3.02±0.33	12.39±2.10	15.02±1.82
观察组	70	4.67±0.22	14.09±0.78	19.00±0.89
<i>t</i>		-34.807	-6.349	-16.436
<i>P</i>		<0.001	<0.001	<0.001

2.3 相关性分析 在观察组中,Spearman 相关分析显示患者的自我管理行为各维度评分与自我感受负担各维度评分呈负相关($P<0.05$)。见表 3。

表 3 急性心肌梗死患者自我管理行为与自我感受负担的相关性($r, n=70$)

指标	自我心理管理	自我管理信心	自我管理行为	自我管理认知	自我管理信息
经济负担	-0.544*	-0.434*	-0.488*	-0.501*	-0.444*
情感负担	-0.589*	-0.399*	-0.478*	-0.514*	-0.455*
身体负担	-0.601*	-0.554*	-0.613*	-0.553*	-0.614*

注: * $P<0.05$ 。

表 4 影响急性心肌梗死患者自我管理行为的多因素分析($n=70$)

变量	β	SE	χ^2	<i>P</i>	OR	95%CI
心功能分级	1.110	0.291	14.562	<0.001	3.006	1.672~5.401
配偶状况	0.938	0.244	10.402	0.001	2.642	1.420~4.572
经济负担	1.092	0.229	11.943	<0.001	2.983	1.178~7.672
情感负担	0.64	0.274	4.892	0.016	1.995	1.394~4.114
身体负担	1.078	0.460	5.225	0.019	2.881	1.198~7.134

2.4 影响因素分析 在观察组中,多因素 Logistic

回归显示心功能分级、配偶状况、经济负担、情感负担、身体负担都是影响患者自我管理行为评分的因素($P<0.05$)。见表 4。

3 讨论

急性心肌梗死多发生于中老年人群,但近年来,我国经济发展速度加快,人民生活习惯发生改变,导致急性心肌梗死发病率逐年升高,且有年轻化趋势^[8-9]。急性心肌梗死患者通常伴随着心脏功能下降,需长期治疗,对患者身心均造成伤害,影响患者的预后^[10]。自我管理行为是通过患者行为来保持和增进自身健康,监控和管理自身疾病症状,并治疗自身疾病的健康行为^[11]。良好的自我管理行为有利于患者生理和心理功能的改善,从而维持身体健康和促进恢复,有助于提高患者生活质量^[12-13]。研究表明,自我管理可有助于患者对自身紧急状况进行全面认识,帮助患者树立对疾病的管理信心^[14]。急性心肌梗死恢复缓慢、容易复发,通常需经过长期的康复治疗,因此更加需要患者具备良好的自我管理能力^[15]。本研究显示,观察组的自我心理管理、自我管理信心、自我管理行为、自我管理认知、自我管理信息评分与总分均显著低于对照组($P<0.05$),表明急性心肌梗死严重影响了患者自我管理能力,导致自我管理能力得分显著降低。其原因可能在于患者不了解自身疾病相关情况。

自我感受负担是患者在接受诊疗过程中由于需要照顾而产生的负罪感、沮丧、内疚等负面情绪的综

合表现。有研究显示,不想成为别人的负担是很多患者决定停止治疗的一个主要因素,自我感受负担这样的心理压力不仅影响着患者做出决策和接受治疗,还会导致患者产生不良情绪,导致生活质量快速下滑和渴望加速死亡;相反,缓解患者自我感受负担可加强医患有效沟通、降低治疗难度、强化疾病干预效果^[16-17]。本研究显示,观察组的经济负担、情感负担、身体负担等评分显著高于对照组($P < 0.05$),表明急性心肌梗死患者自我感受负担较重,其产生原因可能是急性心肌梗死的病因复杂,病程时间长,加之部分疾病常遗留功能障碍,从而可产生不同程度的感受负担^[18]。

有研究表明,自我管理课堂教育对患者自我感受负担的减轻有积极作用^[19]。Spearman 相关分析显示,观察组患者的自我管理行为各维度评分与自我感受负担各维度评分呈负相关($P < 0.05$);多因素 Logistic 回归显示,心功能分级、配偶状况、经济负担、情感负担、身体负担均为患者自我管理行为评分的影响因素。分析其原因,可能为自我感受负担越重,患者的自我管理心理、认知和信心越差,影响整体自我管理行为。而患者对家人的内疚感及自责感可能使患者产生消极应对疾病的态度,影响患者自我管理认知及信息的接受,导致自我管理行为水平下降。这提示,在具体的干预措施中,要提升患者的疾病管理认知和疾病相关信息的接收和利用,从而提升患者整体自我管理行为;护理工作人员要与患者保持良好的护患关系,及时评估患者是否存在自我感受负担,及时获取患者的真实想法和顾虑;帮助促进患者与家属间的交流,指导家属尽量把健康、积极的一面展现给患者,避免在患者面前抱怨自身健康状况,并为家属提供沟通与照护技巧。

综上所述,急性心肌梗死患者自我管理行为得分较低,自我感受负担比较重,两者存在相关性,心功能分级、配偶状况、经济负担、情感负担、身体负担是患者自我管理行为评分的影响因素,因此,在临床护理中,该疾病的干预重点之一在于促使患者提升自我行为管理能力,降低自我感受负担。

参考文献

[1] LU Y, ZHANG H, WANG Y, et al. Percutaneous Coronary Intervention in Patients Without Acute Myocardial Infarction in China: Results From the China PEACE Prospective Study of Percutaneous Coronary Intervention [J]. JAMA Netw Open, 2018, 1(8): e185446.

[2] 苏清清, 支晨, 皮红英, 等. 基于手机 App 急性心肌梗死患者中期照护模式的实施[J]. 护理学杂志, 2019, 34(2): 9-12.

[3] 范艳梅, 王丽娟, 王晓芳, 等. 协同护理对急性心肌梗死病

人心功能及自我护理能力的影响[J]. 安徽医药, 2019, 23(4): 703-706.

[4] BELLETTIERE J, LAMONTE M J, EVENSON K R, et al. Sedentary behavior and cardiovascular disease in older women: The Objective Physical Activity and Cardiovascular Health (OPACH) Study [J]. Circulation, 2019, 139(8): 1036-1046.

[5] 郑晓丹, 张贺琼, 李顺然, 等. 治疗性沟通联合微信干预对急性心肌梗死患者自我感受负担和负性情绪的影响[J]. 中国临床护理, 2019, 11(3): 223-225.

[6] 支晨, 金慧玉, 皮红英. 中期照护服务平台在急性心肌梗死患者经皮冠状动脉介入治疗术后的应用[J]. 临床与病理杂志, 2019, 39(2): 377-383.

[7] 邱孝丰, 胡鑫, 王兴萍, 等. 心肌梗死急诊经皮冠状动脉介入治疗术后患者心理弹性水平及其影响因素[J]. 解放军护理杂志, 2019, 36(1): 32-35.

[8] 王茂玲. 早期运动康复护理对急性心肌梗死直接 PCI 患者临床疗效观察[J]. 中医药临床杂志, 2018, 30(8): 1546-1548.

[9] 杨欢, 肖宇, 栗亚奇, 等. 中医药治疗急性心肌梗死研究进展[J]. 华北理工大学学报(医学版), 2019, 21(5): 403-406.

[10] 蔡慧芳. 循证护理对急性心肌梗死并发心律失常患者自我效能及预后的影响[J]. 河南医学研究, 2019, 28(3): 535-536.

[11] 朱玲. 聚焦解决干预模式对急性心肌梗死患者自我护理技巧和相关知识掌握水平的影响[J]. 护理实践与研究, 2019, 16(4): 44-46.

[12] 朱凤, 李萍, 李冰, 等. 生活方式护理管理对心肌梗死 PCI 术后患者的干预效果[J]. 护理实践与研究, 2019, 16(7): 35-37.

[13] 胡兰英, 王顺娣, 周艳. 延续性护理干预对急性心肌梗死支架术后患者健康自我管理能力的影 响[J]. 中西医结合护理, 2016, 2(11): 23-25.

[14] 卢春林, 李岸芳. 急性心肌梗死患者自我管理行为及影响因素的研究[J]. 当代护士, 2018, 25(4): 36-38.

[15] 田青, 李文霞, 彭小霞. 焦点解决短程心理治疗对老年心肌梗死患者自我感受负担和生存质量的影响[J]. 中国健康心理学杂志, 2019, 27(3): 400-404.

[16] 徐向静, 龚焰, 史钰芳, 等. 动机性访谈联合心理干预对急性心肌梗死患者自我感受负担及生活质量的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2018, 24(5): 4-7.

[17] 黄惠娟. 探讨急性心肌梗死患者 PCI 术后心理弹性的相关影响因素[J]. 护理实践与研究, 2018, 15(16): 29-31.

[18] 叶素媛, 黄碧珍, 钟凌, 等. 基于微信延续性护理对心肌梗死溶栓治疗后患者自我效能、心理弹性和生活质量的影响[J]. 现代诊断与治疗, 2018, 29(21): 3563-3565.

[19] 胡杰. 早期康复护理对急性心肌梗死患者自我效能及日常生活能力的影响[J]. 国际护理学杂志, 2018, 37(14): 1957-1959.