

# 多维度协同护理应用于老年冠心病合并心力衰竭患者对其负性情绪、生活质量的影响

陈晓宇\*

大同市第三人民医院 山西 大同 037000

**摘要:** **目的:** 探究对老年冠心病合并心力衰竭患者运用多维度协同护理对其负性情绪、生活质量的影响。**方法:** 选取我院在2019年12月至2020年12月收治的60例老年冠心病合并心力衰竭患者, 随机分为观察组(多维度协同护理)和对照组(常规护理)各30人。**结果:** 与对照组相比, 观察组治疗依从率(90.0%)和护理满意度(93.3%)均较高, 护患纠纷发生率(6.7%)较低( $P < 0.05$ ); 干预后, 观察组不良情绪评分和睡眠质量评分均较低、生活质量评分较高( $P < 0.05$ )。**结论:** 对老年冠心病合并心力衰竭患者运用多维度协同护理可以获得更为理想的干预效果。

**关键词:** 多维度协同护理; 老年冠心病; 心力衰竭; 负性情绪; 生活质量

**DOI:** <https://doi.org/10.37155/2717-5650-0301-6>

在心内科疾病中, 冠心病的发病率较高, 中老年人是该病的主要发病人群。近年来, 随着人口老龄化程度的不断加剧, 导致冠心病的发生数量明显增加。冠心病具有较长的病程时间, 随着病情的进展, 患者较易有多种并发症发生, 其中心力衰竭是一种十分严重的并发症, 严重威胁患者的健康<sup>[1]</sup>。由于心力衰竭属于不可逆的疾病, 患者必须接受终身治疗, 这在很大程度上加重了患者的心理负担, 较易导致患者出现负性情绪, 降低其生活质量<sup>[2]</sup>。因此, 必须为患者采取合理、系统的护理服务。本文旨在探究对老年冠心病合并心力衰竭患者运用多维度协同护理对其负性情绪、生活质量的影响。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取我院在2019年12月至2020年12月收治的60例老年冠心病合并心力衰竭患者, 随机分为观察组和对照组各30人。观察组男17例、女13例, 平均年龄( $78.64 \pm 2.12$ )岁; 对照组男19例、女11例, 平均年龄( $79.17 \pm 1.51$ )岁。一般资料无差异,  $P > 0.05$ 。

### 1.2 方法

常规护理对照组。给予观察组多维度协同护理: (1) 将协同护理计划建立起来。护理计划的制定需要围绕患者进行, 协同护理人员及家属, 充分发挥护理人员的监督和协调作用。(2) 建立良好的护患关系。护理人员需要强化与患者之间的交流和沟通, 使患者依赖和信任自己, 加强对患者的健康宣教, 将相关注意事项和疾病的知识告知患者, 按照患者的实际状况将个性化的健康教育计划制定出来, 并监督并指导患者对护理计划严格执行, 从而使患者养成良好的生活习惯和方式。(3) 患者与家属密切协作。护理人员需要将自我护理的要点告知患者及家属, 嘱咐家属对患者自我护理工作的完成情况进行协助和监督, 并给予患者一定的鼓励和关心, 使其心理压力得到缓解, 增强治疗信心。(4) 患者与患者间的密切协作。将同种疾病的患者划分为一个小组, 让他们相互之间交流经验, 开展小组座谈会, 使患者将自我护理知识全面掌握, 提升其对健康知识的认知水平。在此期间, 护理人员需要充分发挥其组织员和调解员的作用, 对患者的错误认知及时纠正, 针对性地疏导有不良情绪的患者<sup>[3]</sup>。(5) 护理人员的指导与监督。护理人员每天都需要检查患者执行护理计划的情况, 同时将存在于执行过程中的问题找出来, 指导患者将康复锻炼完成。针对完成较好的患者, 护理人员需要给予患者一定的鼓励, 并且还需要指导和监督执行能力较差的患者。(6) 多维度认知干预。与患者进行充分沟通, 使其将自身的病情发展状况充分掌握, 对其心理变化密切关注, 通过有效

\*通讯作者: 陈晓宇, 1981.2.14, 女, 山西省大同市, 本科, 大同市第三人民医院, 心内科监护病区, 主管护师, 研究方向: 心血管内科护理。

沟通,使其充分认识到良好心理状态对疾病恢复的重要性。(7)多维度日常干预。保持病房环境的舒适、整洁、干净。对患者的身体机能进行准确评估,鼓励其积极参与一定的体育活动,在锻炼过程中家属需要全程陪同患者,注意不要剧烈运动、负重运动。(8)多维度心理护理。护理人员需要对患者的心理状态定时评估,将针对性的心理疏导提供给患者,在与患者沟通过程中需要注意使用积极、乐观、亲和的语言,对患者提出的疑问耐心解答,进而促进其治疗依从性有效提高。(9)多维度睡眠护理。按照患者的疾病进展和个体差异,将个体化的自理计划制定出来,包括饮食、睡眠、休息及活动等相关内容,在患者病情允许的前提下,尽可能地保证其睡眠质量。

1.3 观察指标

(1)治疗依从性;(2)护理满意度;(3)护患纠纷发生率;(4)运用SAS、SDS评分评定不良情绪;(5)运用PSQI评分标准评定睡眠质量;(6)生活质量,得分与生活质量水平成正比。

1.4 统计学分析

运用SPSS 22.0统计学软件,用“( $\bar{x} \pm s$ )”、 $[n(\%)]$ 表示,“ $t$ ”、“ $\chi^2$ ”检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗依从性

观察组高于对照组( $P < 0.05$ ),见表1。

表1 治疗依从性[n(%)]

组别	例数	完全依从	部分依从	不依从	总依从性
观察组	30	18	9	3	90.0% (27/30)
对照组	30	13	8	9	70.0% (21/30)
$\chi^2$					13.965
$P$					< 0.05

2.2 护理满意度

观察组高于对照组( $P < 0.05$ ),见表2。

表2 护理满意度[n(%)]

组别	例数	非常满意	满意	不满意	总满意度
观察组	30	11	17	2	93.3% (28/30)
对照组	30	9	13	8	73.3% (22/30)
$\chi^2$					12.054
$P$					< 0.05

2.3 护患纠纷发生率

观察组低于对照组( $P < 0.05$ ),见表3。

表3 护患纠纷发生率[n(%)]

组别	例数	发生例数	总发生率
观察组	30	2	6.7% (2/30)
对照组	30	10	33.3% (10/30)
$\chi^2$			2.858
$P$			< 0.05

2.4 SAS、SDS评分

干预后,观察组低于对照组( $P < 0.05$ ),见表4。

表4 SAS、SDS评分( $\bar{x} \pm s$ ,分)

检查指标		观察组( $n = 30$ )	对照组( $n = 30$ )	$t$	$P$
SAS评分	干预前	60.32 ± 5.54	61.05 ± 6.15	3.974	> 0.05
	干预后	42.41 ± 6.64	52.16 ± 4.75	11.625	< 0.05

续表:

检查指标		观察组 (n = 30)	对照组 (n = 30)	t	P
SDS评分	干预前	61.18 ± 6.12	60.75 ± 5.85	2.351	> 0.05
	干预后	41.29 ± 6.84	51.78 ± 6.91	12.041	< 0.05

### 2.5 睡眠质量

观察组均低于对照组 ( $P < 0.05$ ), 见表5。

表5 睡眠质量 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	觉醒次数 (次)	入睡时间 (h)	睡眠质量评分 (分)
观察组	30	1.21 ± 0.37	0.29 ± 0.16	3.29 ± 1.40
对照组	30	3.60 ± 1.85	1.61 ± 0.31	6.37 ± 1.25
t		12.524	15.011	10.695
P		< 0.05	< 0.05	< 0.05

### 2.6 生活质量

观察组干预后均高于对照组 ( $P < 0.05$ ), 见表6。

表6 生活质量 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

检查指标		观察组 (n = 30)	对照组 (n = 30)	t	P
生理功能	干预前	75.21 ± 10.33	75.02 ± 11.25	5.241	> 0.05
	干预后	90.25 ± 10.54	80.25 ± 11.08	10.524	< 0.05
活力	干预前	62.35 ± 10.11	61.95 ± 10.74	5.824	> 0.05
	干预后	90.20 ± 10.25	80.15 ± 12.02	15.241	< 0.05
社会功能	干预前	66.35 ± 9.35	66.39 ± 10.28	2.215	> 0.05
	干预后	89.58 ± 10.52	72.52 ± 12.05	12.548	< 0.05
情感职能	干预前	65.24 ± 12.41	64.85 ± 12.39	4.156	> 0.05
	干预后	90.21 ± 10.39	76.28 ± 13.47	11.847	< 0.05
精神健康	干预前	56.39 ± 11.38	57.50 ± 11.58	3.654	> 0.05
	干预后	89.36 ± 10.58	70.32 ± 10.02	14.152	< 0.05
总体健康	干预前	66.58 ± 10.52	65.98 ± 12.54	3.012	> 0.05
	干预后	90.38 ± 10.02	72.52 ± 11.38	10.336	< 0.05

## 3 讨论

冠心病发展的终末阶段为心力衰竭, 发生心力衰竭后, 患者的心脏舒张、收缩功能会表现出异常情况, 导致静脉回心血量不能从心脏排出, 引起血流灌注量不足, 进而使得机体组织的正常代谢不能得到有效维持<sup>[4]</sup>。如果血液不能向心脏回流, 会使静脉系统血液出现淤积现象, 严重威胁患者的生命安全<sup>[5]</sup>。由于老年冠心病患者的身体机能逐渐减退, 体质比较虚弱, 会明显加大治疗难度, 部分患者还有水肿、呼吸困难等临床症状伴随发生, 所以容易加重患者的身体和精神负担, 严重影响疾病的预后恢复<sup>[6]</sup>。因此, 为改善预后恢复, 提高患者的生活质量, 需要为患者提供针对性、科学、全面的护理干预措施。

以往主要对冠心病合并心力衰竭患者实施常规基础护理, 它主要是围绕各类医学行为将护理服务提供给患者, 保证顺利实施各项医疗服务, 然而忽视了对患者环境、心理及饮食等诸多方面的护理和干预<sup>[7]</sup>。近年来, 在深入研究医护领域的影响作用下, 在临床中开始推广应用多维度协同护理理念, 多维度协同护理不仅关注患者的医疗行为, 还重视对患者身心方面的护理干预, 所以对患者实施生理护理的同时, 还重视对患者社会、心理等维度的干预和支持, 其目的主要是使患者维持良好的身心状态, 进而促进其治疗信心、依从性及配合度有效提高。同时, 在护理工作中强调家属的作用, 家属需要积极参与到护理工作中来, 进而促进其健康护理能力有效提高。通过实施多维度协同护理, 能够使患者的护理需求得到多维度的满足, 充分体现护理工作的协同性和优越性, 进而改善护理结局。

本文通过探究对老年冠心病合并心力衰竭患者运用多维度协同护理对其负性情绪、生活质量的影响, 结果显示,

与对照组相比, 观察组治疗依从率(90.0%)和护理满意度(93.3%)均较高, 护患纠纷发生率(6.7%)较低( $P < 0.05$ ); 且在不良情绪、睡眠质量及生活质量改善方面, 观察组均优于对照组( $P < 0.05$ )。表明对患者实施多维度协同护理的临床效果更加显著。分析原因主要在于: 多维度协同护理对患者实施基础护理的同时, 还重视对患者心理方面的支持和疏导, 同时配合环境与社会支持的良性影响, 积极地引导患者的心理状态<sup>[8]</sup>。同时, 与常规护理相比, 多维度协同护理对人性化服务的重视度更高, 不仅能够控制住患者的病情, 还可以使患者获得社会、生活等方面的认同感和满足感, 有利于形成良性循环, 进而改善患者的生活质量。

综上所述, 对老年冠心病合并心力衰竭患者运用多维度协同护理, 能够提高治疗依从性和护理满意度, 减少护患纠纷发生率, 缓解其不良情绪, 使其睡眠质量和生活质量得到明显改善。

#### 参考文献:

- [1]陈晨.多维度协同护理对老年冠心病合并心力衰竭患者负性情绪及生活质量的影响[J].中国医药指南,2021,19(2):156-157.
- [2]张金丽.多维度协同护理对老年冠心病合并心力衰竭患者负性情绪及生活质量的影响分析[J].医学理论与实践,2021,34(2):316-317.
- [3]刘润凡.多维度协同护理对老年冠心病伴心力衰竭患者生活质量的影响[J].山西卫生健康职业学院学报,2021,31(3):119-120.
- [4]鲁珺,赵薇,张小芳.多维度协同护理对老年冠心病合并心力衰竭患者负性情绪及生活质量的影响[J].当代医学,2019,25(16):180-182.
- [5]杨梅,邢咏.多维度协同护理在老年冠心病合并心力衰竭患者中的应用[J].承德医学院学报,2019,36(5):413-415.
- [6]谢绿梅.多维度协同护理应用于老年冠心病合并心力衰竭患者的疗效评价[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(46):29.
- [7]巴哈尔·木提拉.多维度协同护理应用于老年冠心病合并心力衰竭患者对其负性情绪、生活质量的影响[J].特别健康,2020(11):148.
- [8]吴晶,杨欣,周月.多维度协同护理对老年冠心病合并心力衰竭患者负性情绪及生活质量的影响[J].中华现代护理杂志,2018,24(5):577-581.