

# 心内科护理中协同护理模式的应用体会研究

刘卫红

高青县中医医院 山东 淄博 256300

**摘要:**目的:分析心内科护理中协同护理模式的应用效果。方法:选取2022年6月-2023年6月本院84例心内科疾病患者开展研究,用随机数字表法平均分为对照组42例,行常规护理,观察组42例,行协同护理,比较两组护理效果。结果:观察组的护理满意度、LVEF、SF-36、ADL和ESCA评分均明显高于对照组,SAS、SDS评分、心律失常、房室传导阻滞恢复时间和住院天数均明显低于对照组( $P < 0.05$ )。结论:给予心内科患者协同护理能有效改善预后,调节心理状态,提高自护能力和生活质量,具有推广价值。

**关键词:**心内科护理;协同护理;自护能力;心功能

心内科是医院重要组成部分,收治对象主要为心血管疾病,涵盖多种类型,该科室大多为老年人,疾病风险性高,对临床护理提出更高要求。多项研究显示,护理质量高低和患者预后、康复效果之间有密切联系,一旦出现疏忽,有可能引发严重后果<sup>[1]</sup>。患者康复效果不理想,会影响到日常生活能力,产生负面心理。选取有效护理模式,调动患者积极性,提升其自护能力,能令其正视疾病,加深认知,取得良好预后。协同护理是一种新型模式,以Orem理论为基础,最大限度上发挥人力资源,给予患者优质、全面护理服务,提高自护能力,秉持新型理念,依据临床实践,制定、调整干预方案<sup>[2]</sup>。该模式具有现代化、创新性、系统性等特征,但目前探讨其用于心内科效果的研究少见。本次研究以心内科患者为对象,分析心内科护理的应用效果。

## 1 资料和方法

### 1.1 一般资料

选取2022年6月-2023年6月本院84例心内科疾病患者开展研究,用随机数字表法平均分为对照组42例,男23例,女19例,年龄为42-78岁,平均年龄( $61.62 \pm 6.32$ )岁;观察组42例,男22例,女20例,年龄为41-79岁,平均年龄( $61.41 \pm 6.43$ )岁。两组一般资料( $P > 0.05$ ),具有可比性。

纳入标准:心内科收治患者;LVEF小于等于40%,NYHA分级结果为II-IV级<sup>[3]</sup>;心脏能自行复跳;知情同意本次研究。

排除标准:意识不清;需进行除颤;休克;伴有精神疾病;其他重要脏器异常;沟通、理解障碍。

### 1.2 方法

对照组行常规护理,提醒注意事项,监测生命体征,包括脉搏、心率和体温等,若有意外事件马上处

理,提供用药指导,纠正不良生活习惯等。观察组以对照组为基础,行协同护理:

#### 1.2.1 协同护理教育方式

①群体教育:在查房前进行,每天1次,结合患者饮食、身体情况,开展综合性教育,纠正患者认知。②个体教育:为个体服务,采取1VS1模式,护患、医患沟通时,逐步了解其思想意识,及时发现问题,予以纠正,同时认真听取患者意见。③护患协同:护士是患者接触最多、最频繁的人员,护理人员应保持积极向上的状态,良好的形象,和患者深入交流。当患者有疑问时,及时解答,取得患者认可。进行健康宣教,提高患者接受度。规范自身言行,结合患者特征,选择恰当交流方式,注意表情管理,交流过程中保证态度亲和,爱护、关心患者,给予其温暖、尊重和支持。充分了解患者病情,和医生、家属及患者本身,共同拟定护理管理方案,提醒注意事项,介绍处理技术。护理人员应保持认真、负责的态度,不能马虎,体现出每位患者差别,选择差异化教育方法及指导方式。④医患协同:拉近医患距离,营造出温馨、友爱的护患关系,推动后续医护工作开展。令患者对医护产生信任,医生应更专业,存在说服力,医护共同开展健康教育,讲解疾病护理、预防知识,医护加强合作,全面、细致介绍医护相关知识。开展协同护理,突出医生重要性,令其积极参与各项护理活动,提高干预效果。另外,在患者观念里,医生具有更高权威性,患者对其更信任,医生参与临床护理,能提升认同感,提高患者积极性、依从性,令其自觉参与各项活动。⑤家属患者协同:在该病护理中,生活方面至关重要,护理人员应格外重视,讲解有关事项,提供床上排便指导,深入和家属交流,介绍协同护理重要性,告知家属多给予患者关心、鼓励,建立信心。家属掌握心理暗示方法,和患者

统一战线,提升其自护能力,纠正不良习惯。

### 1.2.2 协同护理主要内容

①心理护理:全面了解患者信息,掌握其家庭背景、文化程度,分析具体情况,评估其情绪变化。如患者性格内向,可用温柔、正向的语言,帮助其减轻焦虑、不安等心理,提升其主动性、积极性,引导其诉说真实感想,认真、耐心倾听,明确患者出现负面情绪因素。若患者烦躁、易怒,应强化健康教育,介绍疾病危害,给予患者安抚,帮助其稳定情绪。②讲解自救知识:该科室患者以心脏疾病居多,具有病情危重、起病急等特征,注意保护心肌功能。护理人员应明确疾病类型,教会其自救方法,提醒其若频繁出现室上速,应教会其刺激迷走神经方法,教会其压迫眼球技术,避免不良情况;对于伴有心脏绞痛者,告诉其随身带好硝酸甘油,以此缓解病情;对于心力衰竭者,告诉其采取适宜体位,主要行端坐位,从而减轻症状。③行为干预:提醒其注意休息,睡眠时间充足,提供饮食指导,缓解身心压力。及时清洁病房卫生,保证清洁、干净,形成规

律大小便习惯,提醒其排便过程中,不能过于用力。根据病情变化,提供运动指导,以有氧运动为主。

### 1.3 观察项目和指标

评价心理状态/生活质量:前者应用SAS和SDS量表<sup>[4]</sup>,对应焦虑、抑郁程度;后者应用SF-36量表<sup>[5]</sup>,0-100分。评价日常生活和自护能力:前者采取ADL量表<sup>[6]</sup>,0-100分,后者采用ESCA量表<sup>[7]</sup>,0-172分。评价预后相关指标:观察两组LVEF、心律失常、房室传导阻滞恢复时间和住院天数。评价护理满意度:满意、基本满意和不同意,对比两组护理满意度。

### 1.4 统计学方法

SPSS27.0处理数据, ( $\bar{x} \pm s$ )与(%)表示计量与计数资料,分别行 $t$ 与 $\chi^2$ 检验, $P < 0.05$ ,差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组心理状态/生活质量比较

干预后两组SAS、SDS评分均明显低于干预前,SF-36评分明显高于干预前,观察组变化更明显( $P < 0.05$ )。详见表1。

表1 两组心理状态/生活质量比较[n( $\bar{x} \pm s$ )]

组别	例数	SAS (分)		SDS (分)		SF-36 (分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	42	43.37±4.79	30.56±3.41 <sup>a</sup>	43.67±4.57	28.27±3.59 <sup>a</sup>	53.25±2.47	88.57±3.46 <sup>a</sup>
对照组	42	43.57±4.59	38.17±3.32 <sup>a</sup>	43.33±4.82	36.33±3.57 <sup>a</sup>	54.19±2.58	71.37±3.41 <sup>a</sup>
$t$	/	0.195	10.363	0.332	10.317	1.706	22.946
$P$	/	0.846	0.000	0.741	0.000	0.092	0.000

注:与本组干预前比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.2 两组日常生活和自护能力比较

干预后两组ADL和ESCA评分均明显高于干预前,观

察组变化更明显,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。详见

表2。

表2 两组日常生活和自护能力比较[n( $\bar{x} \pm s$ )]

组别	例数	ADL (分)		ESCA (分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	42	54.37±4.87	75.78±4.47 <sup>a</sup>	86.51±7.77	123.87±11.58 <sup>a</sup>
对照组	42	54.43±4.47	61.45±4.46 <sup>a</sup>	86.18±7.91	106.25±11.35 <sup>a</sup>
$t$	/	0.059	14.707	0.193	7.042
$P$	/	0.953	0.000	0.848	0.000

注:与本组干预前比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.3 两组预后相关指标比较

观察组的LVEF明显高于对照组,心律失常、房室传

导阻滞恢复时间和住院天数均明显低于对照组,差异有

统计学意义( $P < 0.05$ )。详见表3。

表3 两组预后相关指标比较[n( $\bar{x} \pm s$ )]

组别	例数	LVEF (%)	心律失常恢复时间 (d)	房室传导阻滞恢复时间 (d)	住院天数 (d)
观察组	42	48.38±2.29	4.38±1.00	3.18±0.47	15.26±1.47
对照组	42	41.50±2.16	66.43±1.21	5.53±0.48	21.35±1.78
$t$	/	14.164	256.175	22.670	17.096
$P$	/	0.000	0.000	0.000	0.000

2.4 两组护理满意度比较

对比护理满意度, 观察组更高 ( $P < 0.05$ )。详见表4。

表4 两组护理满意度比较[n(%)]

组别	例数	满意	基本满意	不满意	满意度
观察组	42	34	7	1	97.62
对照组	42	23	11	8	80.95
$\chi^2$	/	/	/	/	6.098
$P$	/	/	/	/	0.014

3 讨论

当下医疗体系加强改革, 对于医疗服务, 人们有了更高需求, 近些年, 经济持续进展, 生存环境受到影响, 尽管生活质量日益提升, 但随着生活方式、饮食习惯改变, 有关疾病越发常见, 心内科疾病就是其中之一<sup>[8]</sup>。临床医护面临着护理人员短缺、医疗资源少等现象, 临床应持续解决该问题, 深化改革护理理念。以优质护理为基础, 衍生出协同护理模式, 该理念首先被美国提出, 近些年于我国得到应用, 进一步推广。

该模式应用最初, 致力于最大限度调动人力资源, 以系统、综合护理为途径, 提高患者自护能力, 降低护理工作压力。该模式和Orem之间存在重叠部分, 尤其是护理框架和理论知识, 但前者更重视护理维护, 同时对临床护理做出详细、科学的规划, 更符合心内科护理特征<sup>[9]</sup>。在心内科护理中, 引入协同护理模式, 能有效改善心功能, 提高日常生活质量, 有助于改善预后。创造良好护患、医患关系, 医护应树立良好形象, 特别是护士, 其和患者接触较多, 应用温和、亲近的态度, 为患者提供照护, 加强其信任感, 创造温馨医护氛围<sup>[10]</sup>。灵活应用语言交流, 医护患应建立和谐、友好的联系, 语言交流发挥着桥梁作用, 多问候患者, 例如, 当操作出现不合理现象时, 应及时说“对不起”或“抱歉”, 予以其尊重, 爱护患者。注意面部表情, 眼睛能直接传递情感, 护士就算每天说着相同问候语, 但若其态度异常, 患者也会察觉, 不良、不重视等态度, 会致使患者出现不满、焦虑等情绪, 或者抵触医护工作<sup>[11]</sup>。护士也能观察患者细微表现, 适当调整交流模式, 保持真诚、自然, 取得满意护理效果。本次研究结果显示和对照组比, 观察组的SF-36评分更高, SAS、SDS评分均更低 ( $P < 0.05$ ), 提示该模式可改善负面心理, 提高生活质量。观察组的ADL和ESCA评分均更高 ( $P < 0.05$ ), 代表该模式能提升患者生活能力, 培养其自我管理能力。

观察组的LVEF更高, 心律失常、房室传导阻滞恢复时间和住院天数均更低 ( $P < 0.05$ ), 表示该模式可尽快消除各项表现, 改善心功能。观察组的护理满意度更高 ( $P < 0.05$ ), 表明应用该模式后, 患者满意度明显提升。说明应用协同护理可以充分发挥心内科医护资源, 为患者提供人文化、系统化、科学化护理, 可促进心功能改善, 有效防护心脏疾病<sup>[12]</sup>。

综上所述, 给予心内科患者协同护理能有效改善预后, 调节心理状态, 提高自护能力和生活质量, 具有推广价值。

参考文献

[1]和霞,林梅,范文捷,陈一竹.基于护士通平台的微课联合以问题为基础的教学法在心内科临床护理教学中的实践[J].天津护理,2023,31(3):304-307.

[2]徐紫娟,俞佳,程晓芳.突出中医特色与优势提升心内科护理管理质量[J].中医药管理杂志,2023,31(11):142-144.

[3]于然,夏金.多维度协同护理在生脉注射液与丹参注射液配伍治疗肺癌晚期合并冠心病患者中的应用[J].中国药物滥用防治杂志,2022,28(9):1335-1338.

[4]于超.协同护理模式在心内科治疗中的应用效果[J].中国城乡企业卫生,2023,38(5):177-178.

[5]刘肖亚,楚冬梅.协同护理联合早期心脏康复护理对心肌梗死经皮冠状动脉介入术后患者心功能、自我管理能力的影 响[J].临床医学研究与实践,2023,8(6):134-136.

[6]高丽闪,李玉丹,刘智华.无线防跌倒报警系统辅助护理干预在心内科住院老年患者中的应用价值分析[J].江西医药,2023,58(4):475-477.

[7]纪美娥,张琪.协同护理模式在心内科护理中的应用价值分析[J].中国卫生标准管理,2021,12(1):128-130.

[8]张媛媛.中医型标准化患者在心内科护士规范化培训教学中的价值[J].中医药管理杂志,2023,31(6):106-108.

[9]庾巧.微课联合视频教学在心内科护理带教中的应用研究[J].基层医学论坛,2023,27(9):120-122.

[10]曾丽.角色教学法在心内科护理实习带教中的应用效果分析[J].基层医学论坛,2023,27(9):117-119.

[11]张棋为,郭芸芸,邢文艳.心内科优质护理服务的研 究进展及应用效果研究[J].中国社区医师,2023,39(8):10-12.

[12]邹四兰.协同护理模式在心内科中的应用价值分析[J].中国社区医师,2022,38(6):136-138.