

首发急性心肌梗死患者高水平恐动症形成原因的质性研究

王亚欣¹, 桑文凤¹, 贾冠华², 秦娜娜¹, 孙静静¹, 王丹¹, 郭鑫田¹

摘要:目的 了解首发急性心肌梗死患者高水平恐动症的形成原因,为该群体运动康复干预提供参考。方法 对 14 例高水平恐动症的首发急性心肌梗死患者进行半结构式访谈,采用 Colaizzi 七步分析法分析资料并提炼主题。结果 首发急性心肌梗死患者高水平恐动症的形成原因可归纳为个体内部因素和外部因素两大主题,个体内部因素包括运动康复认知不足、回避应激事件、消极情绪、对自身身体状态的过度警觉、运动自我效能低下 5 个子主题,外部因素包括家庭支持缺乏、医疗信息或指导不准确、医疗经济负担 3 个子主题。结论 多种原因造成了首发急性心肌梗死患者的高水平恐动症,医护人员应注重早期评估及干预,提高患者运动康复认知水平,促进患者积极参与康复运动训练。

关键词:急性心肌梗死; 运动康复; 恐动症; 运动自我效能; 心脏康复; 形成原因; 质性研究

中图分类号:R473.5 **文献标识码:**A **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2022.07.023

Causes of high level kinesiophobia in first-episode patients with acute myocardial infarction: a qualitative study Wang Yaxin, Sang Wenfeng, Jia Guanhua, Qin Nana, Sun Jingjing, Wang Dan, Guo Xintian. School of Nursing, Xinxiang Medical University, Xinxiang 453003, China

Abstract: Objective To understand the causes of high level kinesiophobia in first-episode patients with acute myocardial infarction (AMI), and to provide reference for exercise rehabilitation intervention for this population. **Methods** Semi-structured interviews were conducted among 14 first-episode AMI patients with high level kinesiophobia, then the interview data were analyzed using Colaizzi's seven-step analysis method to extract themes. **Results** The causes of high level kinesiophobia in first-episode patients with AMI can be summarized into two major themes: individual internal factors and external factors. The former one included five sub-themes: insufficient awareness of exercise rehabilitation, avoidance of stress events, negative emotions, over-alertness of one's own physical state, and low exercise self-efficacy, and the latter one was consisted of three subthemes: lack of family support, inaccurate medical information or guidance, and medical financial burden. **Conclusion** A variety of factors cause high level kinesiophobia in first-episode patients with AMI. Medical staff should pay attention to early assessment and intervention to improve patients' cognitive level of exercise rehabilitation, and promote their active participation in rehabilitation exercise training.

Key words: acute myocardial infarction; exercise rehabilitation; kinesiophobia; exercise self-efficacy; cardiac rehabilitation; cause of formation; qualitative study

全球每年因心血管疾病死亡人数约占总死亡人数的 31%^[1],是严重威胁人类健康和生命安全的公共卫生问题。其中急性心肌梗死(Acute Myocardial Infarction, AMI)最为严重,其发病率及病死率呈逐年快速攀升趋势。运动康复作为心脏康复的核心内容,是急性心肌梗死二级预防重要的组成部分,已被证实有助于稳定、减缓甚至逆转潜在动脉粥样硬化的进程^[2],可将病死率降低 37%^[3]。然而急性心肌梗死具有起病急骤、病情凶险、致死率高等特点,患者担心身体活动或运动锻炼对心脏功能或身体其他部位造成伤害,增加心血管不良事件发生率和再住院风险,因此会减少甚至拒绝身体活动或运动锻炼。恐动症

是阻碍患者进行身体活动和参加心脏康复的重要影响因素^[4],患者从心理、生理上回避日常体力活动或运动训练,严重者可导致身体机能退化,甚至处于失能或废用状态,最终影响患者的生存质量^[5]。因此,帮助急性心肌梗死患者降低恐动水平至关重要。目前,我国关于急性心肌梗死患者恐动症影响因素的研究较少且多集中于量性研究,本研究采用质性研究方法深入挖掘首发急性心肌梗死患者高水平恐动症的形成原因,为制订降低急性心肌梗死患者恐动水平的干预策略提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象 采用目的抽样法,选取 2021 年 7~9 月在新乡市某三级甲等综合性医院心血管内科住院的稳定期首发急性心肌梗死患者为研究对象。纳入标准:①年龄≥18 岁,符合中华心血管学会急性心肌梗死诊断标准且首次发作;②入院后行扩血管药物治疗、经皮冠状动脉介入治疗或冠状动脉搭桥术后至少 48~72 h,病情稳定且心功能 Killip 分级≤Ⅲ级;③

作者单位:1. 新乡医学院护理学院(河南 新乡,453003);2. 新乡医学院第一附属医院护理部

王亚欣:女,硕士在读,护师

通信作者:桑文凤, sangwenf@163.com

科研项目:新乡市科技攻关计划项目(2019041)

收稿:2021-11-18;修回:2022-01-15

中文版心脏病患者运动恐惧量表^[6] (The Tampa Scale for Kinesiophobia Heart, TSK-SV Heart) 评分 > 37 分; ④ 能理解本次访谈内容并知情同意。排除标准: ① 有听力、语言或认知障碍无法配合访谈; ② 并存恶性肿瘤, 肝、肾功能衰竭或其他严重不能配合的躯体疾病。样本量以信息饱和为准, 研究共纳入 14 例首发急性心肌梗死高水平恐动症患者。男 9 例, 女 5 例; 年龄 34~70 (52.64±9.64) 岁。小学文化程度 3 例, 初中 6 例, 高中 3 例, 大专及本科 2 例; 务农 6 例, 在职 3 例, 退休 5 例; 均已婚; 家庭人均月收入 0~元 4 例, 1 000~元 7 例, 3 000~元 2 例, ≥5 000 元 1 例; 农村合作医疗保险 6 例, 城镇职工医保 2 例, 城镇居民医保 4 例, 自费 2 例。心功能 Killip 分级: I 级 2 例, II 级 5 例, III 级 7 例。药物治疗 2 例, 经皮冠状动脉介入治疗 11 例, 冠状动脉搭桥术 1 例。

1.2 方法

1.2.1 资料收集方法 采用质性研究中的现象学方法, 通过半结构式一对一访谈和观察法收集资料。通过文献回顾和小组讨论拟定访谈提纲, 正式访谈前, 选取 2 例患者进行预访谈, 结合预访谈结果对访谈提纲进行调整, 最终访谈提纲: ① 您对急性心肌梗死后运动康复相关知识了解吗? 有哪些了解? ② 您如何看待急性心肌梗死后运动康复? ③ 发生急性心肌梗死时您正在做什么事呢? ④ 您对急性心肌梗死后进行运动康复有什么担忧吗? 您最担心的是什么? ⑤ 您认为这些担忧对您产生了什么影响? 访谈开始前向患者介绍研究目的和方法, 征得同意后签署知情同意书。与患者约定正式访谈时间, 访谈地点选择在安静、无人打扰的科室会议室, 访谈开始后录音并记录, 每次访谈 30~40 min。访谈过程中可根据受访者实际回答情况灵活调整访谈提纲顺序及方式, 可适当使用反问、追问、重复和总结等访谈技巧, 尽量避免对受访者进行诱导或暗示, 以获得其最真实的感受, 并仔细观察、记录受访者的面部表情、肢体动作和情绪变化, 当访谈资料无新内容出现时结束访谈。患者依次编码为 P1~P14。

1.2.2 资料分析方法 访谈结束 24 h 内将录音与笔录资料转录为文档后反馈给受访者, 提高访谈资料的准确性和真实性。并将访谈资料备份, 以防丢失。采用 Colaizzi 七步分析法^[7] 分析访谈资料。

2 结果

2.1 个体内部因素

2.1.1 运动康复认知不足 9 例患者表达了对心肌梗死后运动康复相关知识的认知不足, 其中 7 例表示从未了解过此类知识, 缺乏对运动训练重要性的理解; 2 例患者表示不知晓运动训练的类型与强度, 表现出对运动的回避。P2: “我从来没听说过得了心梗还能做运动的, 那不越运动越严重吗?” P4: “我听儿子

说过做运动对心脏有好处, 但我不知道我现在这种情况能不能运动训练, 我也不知道怎么运动啊, 万一动的不对, 又犯病了可怎么办?” P6: “我就是个家庭主妇, 就在家做饭、洗衣服、打扫卫生, 做点家务活就行了, 没必要做运动吧。” P11: “我只知道要做有氧运动, 但每周做几次, 每次要做多久, 我还真不知道。”

2.1.2 回避应激事件 急性心肌梗死起病急骤, 患者发病时疼痛难忍, 临床上常用“濒死感”形容其疼痛程度, 患者回避与应激事件有关的想法、感受, 对体力活动或运动产生抵触和恐惧心理。P1: “我当时正在地里拔草, 突然胸口疼, 特别难受, 感觉喘不上气, 不想再经历第二遍, 有时候回想起来都很害怕, 以后干活都不敢了, 更别说做运动了。” P3: “我当时正在公园跑步呢, 可能也是好久没运动了, 突然一运动心脏受不了, 就心梗了, 我以后也不敢跑步了。” P9: “我原来上楼梯上到三楼歇 1~2 min 就没事, 这次还没到三楼, 就突然胸前发紧, 背也痛, 连深呼吸都不敢, 以后上楼梯得小心, 可不敢做什么运动。”

2.1.3 消极情绪 入院后仅行药物治疗的急性心肌梗死患者因没有接受疏通梗死血管的介入治疗, 对自身身体状况和继发性心血管不良事件感到担忧; 初次行经皮冠状动脉介入治疗后的患者将支架或球囊视为身体异物, 担心因活动不当而导致支架或球囊“脱落”, 患者产生焦虑等消极情绪, 恐惧运动甚至日常活动。P4: “我总感觉血管没有完全通畅, 有时候还是会感到没有力气, 得了这个病对以后的生活有很大影响。” P7: “当时放完支架后, 医生告诉我 48 h 内不可以下床活动, 我在床上躺着都不敢翻身, 总害怕支架会掉。” P12: “原来在地里干活, 从来没犯过什么毛病, 这次咋就心梗了, 放了支架吧, 老感觉胸口这里闷得慌, 不舒服, 也不敢乱走动(叹气)。”

2.1.4 对自身身体状态的过度警觉 患者在经历心肌梗死后, 对身体状态极为敏感, 视疼痛、疲劳为潜在危险性信号, 产生负面判断, 引发恐动症。P1: “我吃完饭在外头走廊走路, 走着走着突然背疼, 我就赶紧停下来, 不敢动。” P2: “今天上午这里突然疼了一下, 跟针扎一样(捂住心脏处、做痛苦表情), 我一动都不敢动, 我老伴把大夫叫过来, 做了心电图, 幸亏没啥事, 你不知道当时吓得我, 以为又要心梗了。” P8: “自从得了这个病, 我就感觉身体跟原来不一样了, 老是没劲儿, 有时候从床上坐起来, 起快了心就跳得快, 我现在没啥事就在床上躺着, 都是我女儿照顾我。”

2.1.5 运动自我效能低下 运动自我效能低下是患者产生恐动心理的一个重要因素, 患者对克服参加运动康复的障碍缺乏信心, 消极应对, 回避甚至拒绝运动。P8: “我本来就不爱动, 平时出门不管多远我都骑电动车, 真不爱动, 没办法。” P9: “我知道做

运动对身体好,可我现在年纪大了,走路多了就累得不行,再让我做运动,我可不敢啊。”P13:“这以后天也冷了,穿衣服也多,伸个胳膊都不方便,还做什么运动啊。”

2.2 外部因素

2.2.1 家庭支持缺乏

家庭支持是急性心肌梗死后运动康复持续、系统开展的保障,家庭支持的缺乏给患者带来心理压力,患者更多关注家庭照顾需求,继而回避运动行为。P2:“我回家还得照顾小孙女,她爸妈上班都忙,要是做运动又住院了,这可咋整?”P7:“我不敢乱动啊,我这一把年纪了,腿脚也不利索,我不想给孩子添负担,他们都有自己的家庭要照顾,也很忙,我就不添乱了。”

2.2.2 医疗信息或指导不准确

患者表示不一致、不充分的医疗信息增加了他们的疾病不确定感,患者对体力活动或运动锻炼产生恐惧。P1:“护士只告诉我回家不能种地了,其他什么也没说,我也不知道还有什么事是我不能做的,以后要更小心了。”P3:“医生告诉我以后不能做剧烈运动,可什么程度的运动才算不剧烈呢?”P4:“医生说以后不能再劳累了,可我儿子在网上查了说还可以做高强度间歇训练,我也不懂,你说我该听谁的呢?”

2.2.3 医疗经济负担

我国急性心肌梗死患者人均住院费用呈逐年上升趋势^[8],接受冠状动脉介入治疗的患者使用耗材费用高昂,患者承受着巨大的经济压力。患者担心因运动不当导致更严重的的心脏问题,增加家庭经济负担。P5:“我家里就几亩地,这次放支架花了好多钱,新农合只报销 30%,我不敢做运动,若再犯病会加重家里经济负担。”P9:“我老伴一年前做手术花了十七八万,我这以后也得一直吃药,我还是老老实实的吧。”P12:“我母亲得了癌症,化疗要花很多钱,我这次还放了 3 个支架,花了好几万,万一运动不好,对我的家庭来说,就是雪上加霜。”

3 讨论

3.1 提供专业医疗支持,提升患者运动认知水平

本研究结果显示,专业医疗知识缺乏、患者运动康复认知不足是首发急性心肌梗死患者高水平恐动症的主要原因。医护人员的专业运动指导可以提高急性心肌梗死患者坚持长期运动的依从性。本研究患者表示医护人员提供的不准确、不全面的活动指导加剧了他们的恐动程度,患者担心活动会导致症状加重,产生更多的心脏问题,因此回避体力活动或功能锻炼,这与 Keessen 等^[9]的研究结果一致。因此,应加强对医护人员运动康复知识培训,为患者提供更加全面、专业、规范的活动指导。同时,在临床实践中,医护人员应加强对运动康复知识的传播,可通过开展运动健康知识讲座、发放运动康复宣传手册、病友运动案例分享等方式纠正患者对运动康复的错误认知,提高患者运动知识素养,降低患者对运动的恐

惧水平,调动患者参加运动康复的积极性。

3.2 完善社会支持系统,有效转变运动态度

本研究显示,家庭支持缺乏和医疗经济压力加剧了患者对运动的恐惧感,患者担忧疾病复发加重家庭照顾负担和经济负担,与宋莹莹等^[10]的研究结果一致。社会支持系统是运动锻炼的重要促进因素,社会支持可以明显提高患者的锻炼行为执行意向^[11]。家人的督促和参与不仅可以增加患者运动的信心,也可以让家人深刻感受到自己在患者运动康复中的重要作用。医护人员可采用同伴支持干预,鼓励患者家属从思想上、行动上给予患者较多的心理支持和陪伴,分担患者的家庭责任,减轻患者家庭照顾负担,督促其参加运动康复,提高其运动耐力。同时,来自家庭的经济压力、农村医疗保险报销比例和昂贵的治疗费用增加了患者的恐动程度。因此,建议完善新型农村合作医疗保险制度,提高农村居民的医疗保障水平和补偿力度。医护人员也应加强对患者的心理疏导,减轻其心理负担,帮助患者建立正确的运动康复观,提高患者的运动训练意向和希望水平,激发其健康促进行为,提高患者运动康复参与度。

3.3 消除消极情绪,缓解患者急性应激状态

结果显示,焦虑等消极情绪、对应激事件的回避及对身体信号的过度警觉是导致患者恐动程度较高的主要原因,降低了患者的运动康复信念。Bäck 等^[12]研究证实,焦虑是恐惧的主要情感成分,在恐惧和回避行为间起中介作用。同时,本研究部分患者发病时正处于身体活动或运动中,患者疼痛难忍,痛苦的经历和回忆让患者对运动产生恐惧心理。部分患者在心率加快和呼吸急促时对身体活动和运动产生犹豫心理,担心这些身体信号是心脏功能处于危险状态的迹象。张玉莹等^[13]发现,在经历过创伤性事件后,急性心肌梗死患者警觉性增高,对应激事件采取回避等消极应对方式,短时间内无法缓解恐惧紧张情绪。提示医护人员应早期识别患者焦虑等消极情绪及急性应激反应,可采取正念疗法、静默疗法、宣泄疗法等心理干预疗法,减轻患者的焦虑情绪,缓解患者的高度警觉状态,帮助患者克服心理障碍。此外,医护人员为患者讲解疾病治疗方式相关知识,减轻患者对日常活动或运动的顾虑,保证患者日常体力活动的正常进行,并鼓励其积极参与早期运动康复。

3.4 坚定运动信念,提高运动自我效能

运动自我效能是指个体对自己能否进行和维持运动行为的主观意识判断,是锻炼行为的重要预测因素^[14]。本研究表明运动自我效能低的患者恐动程度高。自我效能能在恐惧与躲避行为关系中起中介作用^[15],运动自我效能越低的患者对疾病康复的信念越弱,越无法积极克服运动训练过程中的阻碍,越容易对运动训练产生躲避行为。为降低患者恐动水平,改善患者的运动