

• 护理研究 •

基于接纳承诺疗法的护理干预在老年心力衰竭合并衰弱患者中的应用研究*

王丹^{1,2}, 王敏^{1,2}, 叶芳¹, 曹梅¹

(1. 四川卫生康复职业学院, 四川 自贡 643000; 2. 自贡市第一人民医院, 四川 自贡 643000)

[摘要] 目的 探讨基于接纳承诺疗法(ACT)的护理干预在老年心力衰竭合并衰弱患者中的应用效果。方法 选取 2021 年 6 月至 2022 年 2 月于四川省某三甲综合医院心血管内科住院的老年心力衰竭合并衰弱的患者 60 例为研究对象, 随机分为对照组($n=30$)和干预组($n=30$)。对照组采取常规的健康教育, 干预组在常规健康教育的基础上, 采取基于 ACT 的干预措施。在干预前、干预 2 个月后采用《Memorial 心力衰竭症状评估量表》进行效果评价。结果 干预后, 干预组患者的心理症状、生理症状及症状负担总分高于对照组, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论 采用基于 ACT 理论的护理干预方案对老年心力衰竭合并衰弱患者进行干预, 可以提高患者心理弹性水平, 对患者的健康行为产生积极影响, 效果优于常规健康教育, 能够为护理人员制定系统化、规范化的干预方案提供参考和依据。

[关键词] 接纳承诺疗法; 护理干预; 心力衰竭; 衰弱; 老年人

DOI:10.3969/j.issn.1009-5519.2023.03.030

中图分类号:R473.5

文章编号:1009-5519(2023)03-0515-04

文献标识码:B

心力衰竭是多种原因导致心脏结构和(或)功能异常改变,使心室收缩和(或)舒张功能发生障碍引起的一组临床综合征^[1],是各类心血管疾病的严重阶段或终末阶段,其发病率、住院率、病死率均高,为患者、家庭及医疗卫生行业带来沉重负担^[2]。衰弱是由于个体脆弱性增加及保持自我内在平衡的能力下降而出现的临床综合征,导致疾病易感性增加及不良事件发生率增高^[3],对患者的生活质量产生严重影响。患者在疾病治疗过程中,常因疾病无法完全治愈产生了逃避心理和负性情绪,无法正视疾病,失去对生活的信心,甚至自暴自弃。接纳承诺疗法(ACT)是由美国临床心理学教授 HAYE 在 20 世纪末创立的新型认知疗法^[4],是行为主义的核心疗法^[5],其目的在于帮助患者接受负性情绪,改变错误认知,鼓励患者采取积极行为,提高对不良情绪的承受力及负性思维的认知^[6],提高患者的心理灵活性,改善其生活质量。近年来,ACT 理论开始应用于慢性疾病管理中并取得一定效果^[7-9]。本研究应用 ACT 理论对老年心力衰竭合并衰弱患者进行干预,探讨其应用效果,为患者的治疗及护理提供建议和参考,以减少老年心力衰竭患者衰弱的发生或延缓衰弱的发展进程,为进一步完善老年心力衰竭合并衰弱患者的干预方案提供依据。

1 资料与方法

1.1 研究对象 采用便利抽样法,选取 2021 年 6 月

至 2022 年 2 月四川省某三甲综合医院心血管内科住院的老年心力衰竭合并衰弱的患者 60 例为研究对象。纳入标准:(1)符合《中国心力衰竭诊断和治疗指南》2018 版中心力衰竭的诊断标准^[1];(2)年龄大于或等于 60 岁;(3)符合《Fried 衰弱诊断标准》中老年衰弱相关诊断标准^[10];(4)知情同意且自愿参加本研究;(5)意识清楚。排除标准:病情危重无法配合完成调查的患者。依据入院顺序,将符合标准的研究对象进行编号,采用随机数字表法分为对照组($n=30$)和干预组($n=30$)。

1.2 研究方法

1.2.1 对照组 采取常规的健康教育,包括对患者进行入院介绍、饮食指导、康复指导、用药指导、心理指导、健康教育等。患者出院时,对患者进行出院指导,告知患者出院后复诊。

1.2.2 干预组 在对照组的基础上,采取基于 ACT 的护理干预措施。

1.2.2.1 干预前准备 成立 ACT 干预小组,小组成员包括心内科医生 1 名、心内科护士 2 名、护理教育专家 2 名、心理咨询师 1 名,均为中级以上职称。干预由研究者本人完成,掌握干预的内容及目的,干预时使用相同的资料,保证干预方法的一致性。考虑到不同患者的情况,在实施过程中如遇到疾病诊疗、心理负担等不能解决的问题,研究者向小组成员寻求支

* 基金项目:四川省自贡市科技局重点科技计划项目(2020ZC27)。

持,保证干预顺利实施。

1.2.2.2 制定干预方案 ACT 理论通过“接纳、认知解离、以己为景、活在当下、澄清价值和承诺行动”六大治疗过程,帮助患者增强心理弹性^[11]。这六大过程分为“正念与接纳、承诺与行为改变”两大基本过程,以己为景和活在当下同时被两大过程纳入,相互联系、相互促进^[12]。(1)接纳(以开放的态度面对疾病):向患者介绍心力衰竭及衰弱的相关知识,包括病因、临床表现、治疗措施等。了解患者现存的健康问题,使患者逐渐接受患病的现实,接受不良情绪的存在,与患者交流,鼓励其勇敢面对疾病,保持积极乐观的态度。(2)认知解离(将思维内容的文字含义与其实际意义区分):教会患者学习识别和评估自己的想法,从客观的角度对其进行观察和思考,去除主观思想,使患者认识到自我的想法并不一定是事实本身,指导患者放松,转移注意力,形成正确的认知。(3)以己为景(将内在体验作为自身体验的背景而不是将其看作体验本身):指导患者评估并认识自身现有的疾病,再次鼓励患者接受患病的现实,激发患者内心的积极情感,配合治疗和护理。(4)活在当下(灵活地感受所发生的内外部事件,不做评判):引导患者体验当下的感受,关注积极的自我感觉,感受来自家人、社会的关心与支持,转移注意力,降低不良情绪的关注度。(5)澄清价值(找到生活的意义和动力):鼓励患者明确未来的生活方向和价值所在,以积极的心态对待生活,重新树立对未来生活的信心。(6)承诺行动(将价值观落实到具体目标中,并做出行动):明确自我价值观,探讨行动中的困难,选择可行性的目标,配合医务人员做出行动,设定一定期限的目标,提高依从性,改善不良情绪,提高生活质量。

1.2.2.3 干预方案的实施 (1)患者入院 1~2 d,在病情稳定的情况下,征得患者及家属同意,选择在治疗、护理较少的时间(上午 10:00~12:00 及下午 3:00~5:00),在病房采取一对一访谈的方式,对患者干预 20~30 min。首先由研究者发放调查表进行调查,依据患者调查表的回答情况,初步评估患者的患病情况,通过交谈了解患者的心理状况。向患者介绍心力衰竭及衰弱的知识,包括疾病的病因、临床表现、治疗措施等,及时纠正患者对疾病的错误认识,对患者消极的动机和负性的情绪进行适当引导,与患者建立信任关系,进行初步干预。(2)住院期间,利用周四下午 4:00~5:00 科室工休座谈会的时间,召集干预组患者进行集体干预,播放视频《缺失的一角》,通过隐喻使患者学习识别自己的想法,了解疾病对患者认知的影响,鼓励患者接受患病的现实,积极配合治疗和护理,并且感受来自家人、社会的关心与支持,转移

注意力,降低不良情绪的关注度。(3)住院期间,在病房采取一对一访谈的方式对患者进行干预,鼓励患者明确未来的生活方向和价值所在,了解生活的意义,以积极的心态对待生活,重新树立对未来生活的信心。(4)在患者出院前 1 d,采用面对面访谈的方式,在病房对患者进行干预,使患者明确自我价值观,探讨行动中的困难,设定一定期限的目标。(5)出院后 3~6 周,在与患者约定的时间内,通过电话访谈或复诊面对面的方式,对患者进行干预。强化认识,对错误的认知进行纠正,对实现的目标予以肯定,鼓励患者坚持的意义,确保干预的长期有效,告知患者及时复诊。

1.2.3 评价指标 Memorial 心力衰竭症状评估量表(MSAS-HF)包含了可能影响心力衰竭患者的症状,用于评估患者就诊前或者入院前 7 d 患者症状的发作频率、严重程度和困扰程度,是用来评估心力衰竭患者症状的重要工具^[13]。该量表共 32 个条目,包括生理、心理、心力衰竭症状 3 个维度,患者可通过选择“是”或“否”来表示是否经历过该症状,若选择“否”,该症状得分为 0 分;若选择“是”,则需根据 Likert 1~4 级评分法对症状进行评估,即很少/轻微(1 分)、有时/中等(2 分)、频繁/严重(3 分)、持续/非常严重(4 分)。MSAS-HF 评分越高,表示症状的发作频率、严重程度、困扰程度越高,症状负担越重。该量表的 Cronbach's α 系数为 0.856,信效度良好。

1.2.4 资料收集方法 研究者于患者入院第 1~2 天开展干预前的资料收集,统一指导语,不做任何暗示,保证答案是患者的真实认知,调查表当场回收。结合患者住院期间病历填写一般资料调查表的部分内容。干预 2 个月后资料的收集选择在患者门诊复诊时,提前与患者约定时间,在患者候诊时或就诊后,在门诊等候区或休息区收集资料,不能在此时间段复诊的患者则通过电话访谈,提前与患者约定时间进行资料收集,部分患者通过一次电话访谈不能收集完整资料,约定时间再继续收集。

1.2.5 质量控制方法 (1)方案构建阶段,通过查阅大量文献、参考《中国心力衰竭诊断和治疗指南》2018 版指南及 ACT 的相关研究,依据患者存在的问题及需求而制定干预方案,再通过咨询临床医疗、临床护理和护理教育专家修订完善,以保证所制定干预方案的科学性和有效性。(2)干预实施阶段,严格按照纳入及排除标准纳入研究对象。干预组和对照组设在不同病区,避免交叉感染。调查表的发放与回收由研究者完成,严格按照规范程序收集问卷,调查前向患者详细解释填写内容与填写方式,对患者不明白的条目耐心解释和说明;门诊复诊的患者,当场发放、回收问卷,及时检查收回的问卷,有漏填的条目请患者补

充完整;通过电话收集资料时,逐条阅读,根据患者作答如实填写。(3)资料整理与分析阶段,及时整理回收的调查表,将内容填写不完整、大面积相同选项的调查表剔除,数据录入采用双人双录入的方式,反复核实,以确保数据准确无误。

1.3 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计软件进行数据分析。计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 描述,组间比较采用独立样本 t 检验,组内前后比较采用配对 t 检验;分类资料采用例数(百分比)描述,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 2 组一般资料比较 研究过程中对照组脱落 3 例(1 例病情变化转院,2 例住院时间不足),干预组脱落 2 例(1 例中途退出,1 例出院后失访),最终纳入研究对象 55 例,其中对照组 27 例,干预组 28 例。2 组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),见表 1。

表 1 2 组一般资料比较

一般资料	对照组 (n=27)	干预组 (n=28)	t/ χ^2	P
年龄($\bar{x} \pm s$,岁)	75.67±5.08	75.57±6.25	0.062	0.951
性别[n(%)]			-0.451	0.654
男	9(33.3)	11(39.3)		
女	18(66.7)	17(60.7)		
婚姻状况[n(%)]			0.658	0.531
已婚	14(51.9)	16(57.1)		
离婚/丧偶	13(48.1)	12(42.9)		
教育程度[n(%)]			-0.982	0.331
小学及以下	27(100.0)	27(96.4)		
初中	0	1(3.6)		
职业[n(%)]			-1.330	0.189
工人	4(14.8)	8(28.6)		
农民	22(81.5)	18(64.3)		
无业	1(3.7)	2(7.1)		

续表 1 2 组一般资料比较

一般资料	对照组 (n=27)	干预组 (n=28)	t/ χ^2	P
人均月收入[n(%)]			-1.243	0.219
<2 000 元	24(88.9)	23(82.2)		
2 000~3 000 元	3(11.1)	2(7.1)		
>3 000 元	0	3(10.7)		
医疗费用支付方式[n(%)]			0.043	0.966
职工医保	24(88.9)	25(89.3)		
居民医保	2(7.4)	2(7.1)		
自费	1(3.7)	1(3.6)		
心功能分级[n(%)]			-0.018	0.986
I 级				
II 级	5(18.5)	5(17.9)		
III 级	19(70.4)	20(71.4)		
IV 级	3(11.1)	3(10.7)		
合并慢性疾病[n(%)]			0.576	0.567
≤2 种	1(3.7)	1(3.6)		
3~4 种	16(59.3)	19(67.8)		
≥5 种	10(37.0)	8(28.6)		
心力衰竭病程[n(%)]			0.161	0.873
<1 年	1(3.7)	2(7.1)		
1~5 年	6(22.2)	5(17.9)		
>5 年	20(74.1)	21(75.0)		

2.2 2 组患者干预前后 MSAS-HF 各项评分比较 2 组患者干预前 MSAS-HF 各项得分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$);干预后,干预组患者心理症状、生理症状及症状负担总分高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$);对照组患者干预后 MSAS-HF 中生理症状、症状负担总分高于干预前,差异均有统计学意义($P < 0.05$);干预组干预后 MSAS-HF 各项得分均高于干预前,差异均有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 2 2 组患者干预前后 MSAS-HF 各项评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

项目	对照组(n=27)				干预组(n=28)				t1	P1	t2	P2
	干预前	干预后	t	P	干预前	干预后	t	P				
心理症状	4.33±2.18	3.96±1.65	1.412	0.170	4.21±3.12	1.54±1.08	5.458	<0.001	0.163	0.871	5.578	<0.001
生理症状	13.11±4.72	11.96±5.01	2.380	0.025	12.93±5.66	7.32±3.62	8.478	<0.001	0.130	0.897	3.948	<0.001
心力衰竭症状	3.59±1.97	3.37±1.75	0.796	0.433	3.57±2.33	2.93±1.92	3.204	0.003	0.036	0.971	0.888	0.378
症状负担总分	21.26±7.34	19.44±6.71	3.951	0.001	20.71±9.36	11.79±5.71	9.528	<0.001	0.240	0.811	4.564	<0.001

注:t1、P1 表示 2 组干预前各项比较的统计值;t2、P2 表示 2 组干预后各项比较的统计值。

3 讨 论

3.1 本研究构建的干预方案具有一定的科学性和可行性 心力衰竭及衰弱的发生无法完全依靠药物,心

力衰竭一旦发生,无法痊愈,非药物干预可以达到一定效果。基于 ACT 理论干预,注重患者的认知,从心理角度减轻心力衰竭及衰弱对患者生理及心理的负

性影响,提高患者的精神健康水平和心理弹性,使患者积极接受现状,选择更有意义的生活方式和人生价值,全面促进老年人心理健康和主观幸福感^[14]。本研究基于 ACT 理论,构建了老年心力衰竭合并衰弱患者的护理方案,具有一定的科学性和可行性。

3.2 基于 ACT 的护理干预措施可改善患者心力衰竭症状,提高生活质量 研究结果显示,应用基于 ACT 的护理干预方案 2 个月后,干预组患者的心理症状、生理症状及症状负担总分高于对照组,且各项评分均高于自身干预前的水平,提示基于 ACT 的护理干预措施可以改善老年心力衰竭合并衰弱患者的生理、心理状况及心力衰竭症状,从而提高患者生活质量,与吕蕊等^[15]、庄雪珍等^[16]的研究结果相似。究其原因,ACT 以正念理念为基础,引导患者接纳现存健康问题,积极面对负性情绪,通过干预可形成正确的认知,激发患者内心的积极态度,寻找自身的价值,以积极的心态对待生活并付诸行动,以改善患者生理、心理状况及症状,减轻了患者心力衰竭的症状负担。

3.3 干预方案有待进一步补充和完善 干预性研究样本量有限,有一定的局限性,在今后的研究中,应扩大研究区域和样本量;临床护理干预一般需 3 个月以上,但受时间的影响,本研究仅干预了 2 个月,效果评价时间较短,后续研究可延长干预时间,观测干预效果。虽然在研究中遇到许多问题和困难,但参与其中的患者能得到益处,增强了医务人员对老年心力衰竭合并衰弱患者的重视程度,拓展了研究领域,为形成系统化、规范化的干预方案提供了思考和依据。

综上所述,采用基于 ACT 理论的护理干预方案对老年心力衰竭合并衰弱的患者进行干预,可以提高患者心理弹性水平,对患者的健康行为产生积极影响;基于 ACT 理论的护理干预方案效果优于目前的常规健康教育,能够为护理人员制定系统化、规范化的干预方案提供参考和依据。

参考文献

- [1] 中华医学会心血管病学分会心力衰竭学组,中国医师协会心力衰竭专业委员会中华心血管病杂志编辑委员会. 中国心力衰竭诊断和治疗指南 2018[J]. 中华心血管病杂志,2018,46(10):760.
- [2] 邹彤,杨杰孚. 心力衰竭药物治疗进展[J]. 心电与循环,2019,38(4):367-371.
- [3] 李晓旭. 住院老年患者衰弱与睡眠质量的现状影响因素及相关性分析[D]. 南京:南京医科大学,2017.
- [4] 黄佳敏. 接纳与承诺疗法对类风湿性关节炎患者自我效能感的干预研究[D]. 太原:山西医科大学,2021.
- [5] 王敬,何厚健,胡茂荣. 接纳与承诺疗法的功能性语境主义解读[J]. 医学与哲学,2016,37(15):43-45.
- [6] MOHABBAT-BAHAR S, MALEKI-RIZI F, AK-BARI M E, et al. Effectiveness of group training based on acceptance and commitment therapy on anxiety and depression of women with breast cancer[J]. Iran J Cancer Prev,2015,8(2):71-76.
- [7] 薛翠翠,刘均娥,苏娅丽,等. 乳腺癌康复者自我形象的团体接纳与承诺干预方案构建及其初步验证[J]. 中国护理管理,2015,15(1):8-12.
- [8] 王希. 接纳与承诺疗法在糖尿病足截肢病人中的应用[J]. 护理研究,2017,31(23):2885-2888.
- [9] 费丁家,沈梦萱,钱丹芬,等. 接纳承诺疗法干预纤维肌痛综合征的研究进展[J]. 全科护理,2020,18(27):3606-3609.
- [10] 陈凌燕,楼高波,褚娇娇,等. 老年住院患者衰弱综合征与营养状况的相关性分析[J]. 中华现代护理杂志,2017,23(16):2121-2124.
- [11] SALIANI A M, BARCACCIA B, MANCINI F. Interpersonal vicious cycles in anxiety disorders [M]. Springer New York,2011:149-183.
- [12] 张琦,王淑娟,祝卓宏. 接纳与承诺疗法的心理病理模型和治疗模式[J]. 中国心理卫生杂志,2012,26(5):377-381.
- [13] ZAMBROSKI C H, MOSER D K, BHAT G, et al. Impact of symptom prevalence and symptom burden on quality of life in patients with heart failure[J]. Euro J Cardiovasc Nurs,2005,4(3):198.
- [14] 刘太芳,张爱华. 衰弱对老年人健康状况的影响及其干预研究进展[J]. 护理研究,2018,32(3):333-336.
- [15] 吕蕊,刘思含,蒙娜,等. 基于接纳与承诺疗法的护理干预在炎症性肠病患者中的应用[J]. 中华现代护理杂志,2020,26(36):5086-5090.
- [16] 庄雪珍,朱纯. 接纳与承诺疗法在腰椎间盘突出症患者中的应用研究[J]. 护理管理杂志,2021,21(11):825-828.

(收稿日期:2022-04-28 修回日期:2022-12-28)