

基于健康行为改变整合理论的健康教育 在老年衰弱患者自我管理中的应用效果研究

吴丽妹 李祖芳 黄丽英

惠州卫生职业技术学院 广东 惠州 516025

摘要：目的：研究健康行为改变整合理论应用于健康教育对住院老年衰弱患者自我管理、衰弱程度和生活质量的改善效果。方法：选取惠州市某二甲医院2022年1-12月住院的96例老年衰弱患者，随机分为干预组和对照组，各48例。对照组接受常规护理，干预组在此基础上加上为期三个月的ITHBC健康教育。在干预前后，使用常规调查问卷和Tilburg衰弱量表、社会支持评定量表及一般自我效能感量表进行评估。结果：干预后，干预组衰弱评分、自我效能感及社会支持评分均优于对照组($P<0.05$)；干预后，干预组的衰弱评分显著降低，而自我效能感和社会支持评分显著提高($P<0.05$)。结论：ITHBC理论的健康教育能提升老年衰弱患者的自我管理能力和自我效能感，降低衰弱程度，提高自我效能感及社会支持水平，值得临床应用。
关键词：健康行为改变整合理论；健康教育；老年衰弱；自我管理；生存质量

Research on the Application Effect of Health Education Based on the Theory of Health Behavior Change Integration in Self Management of Elderly Frailty Patients

Limei Wu Zufang Li Liying Huang

Huizhou Health Vocational and Technical College, Huizhou, Guangdong 516025

Abstract: Objective: To evaluate ITHBC-based health education's effect on frail elderly patients. Method: Ninety-six frail elderly patients were randomly divided into an intervention group ($n=48$) and a control group ($n=48$). The control group received routine care, while the intervention group received 3 months of ITHBC-based health education in addition to routine care. Evaluations were conducted before and after the intervention using the Tilburg Frailty Scale, Social Support Assessment Scale, and General Self-Efficacy Scale. Result: The intervention group had better frailty scores, self-efficacy, and social support post-intervention ($P<0.05$). Frailty scores decreased and self-efficacy and social support scores increased significantly in the intervention group ($P<0.05$). Conclusion: ITHBC-based health education effectively improves self-management, reduces frailty, and enhances self-efficacy and social support in frail elderly patients.

Keywords: Integrated theory of health behavior change; Health Education; Elderly frailty; Self-management; Quality of life

人口老龄化是全球面临的重大挑战。我国已步入老龄化社会，预计到2030年60岁及以上老年人口将超过3亿^[1]。伴随着老龄化进程加快，老年衰弱问题日益突出。衰弱是一种多发于老年人群的临床综合征，以体力下降、活动受限、认知功能减退为特征，会增加跌倒、残疾、住院及死亡风险，严重影响老年人生活质量^[2]。流行病学调查显示，我国65岁以上老人衰弱患病率为7%，80岁以上高达15%—50%^[3]。因此，老年衰弱已成为亟待解决的重要公共卫生问题。目前，运动、营养、认知训练等多种干预措施已用于衰弱管理，但多为单一、短期策略，缺乏系统性和连续性^[4]。而老年人自我管理能力在慢性病管理中发挥关键作用^[5]。国外研究表明，通过健康教育提高老年人疾病知识水平，培养自我管理技能，能显著改善健康行为和预后^[6]。但国内鲜有从自我管理角度进行衰弱干预的研究。因此，亟需构建具有理论基础和实践指导意义的衰弱自我管理模式。

健康行为改变整合理论(ITHBC)由Ryan提出，整合了知信行为、自我调节等多种行为改变理论，强调知识、自我管理及社会支持三方面的综合干预对个体行为的影响^[7]。ITHBC理论已在慢性病管理中得到有效应用，但在老年衰弱领域的研究尚不多见^[8-9]。鉴于ITHBC理论在行为干预中的优势，本研究拟将其引入老年衰弱自我管理，探讨基于ITHBC理论的健康教育如何影响老年衰弱患者的自我管理能力和衰弱程度和生活质量，以期为衰弱防控提供新思路。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取便利抽样的方法从2022年1月~2022年12月在惠州市某二甲医院内科住院的老年衰弱病人80例。按照随机对照原则分成2组，干预组和对照组各40例。考虑到可能存在20%的脱落率，将每组样本量增加至48例，最终纳入研究的总样本量为96例。两组在性别、

年龄、疾病分级等基本特征有可比性且无统计学意义 ($P>0.05$)。所有患者及家属已同意, 自愿参与本研究。

1.2 临床纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准: (1) 年龄 60-80 岁; (2) Tilburg 衰弱评分 ≥ 3 分; (3) 小学及以上文化程度; (4) 意识清楚, 能配合评估及干预; (5) 自愿参与并签署知情同意书。

1.2.2 排除标准: (1) 严重认知、感觉或语言障碍者; (2) 合并恶性肿瘤或其他严重疾病者; (3) 预计生存期 <6 个月者; (4) 资料不全者。

1.3 干预方法

对照组接受了包括入院、病情、饮食和出院在内的标准护理。

干预组在以上基础上, 给予基于 ITHBC 理论的健康教育, 主要包括:

1.3.1 成立健康教育小组, 制定个性化健康教育方案;

1.3.2 知识教育: 讲解衰弱相关知识, 包括概念、病因、表现、危害、防治措施等, 提高患者及家属对衰弱的认知水平;

1.3.3 自我管理: 指导并训练患者进行衰弱自我评估、运动锻炼、营养补充、药物使用等, 提高自我管理能力;

1.3.4 目标制定: 鼓励患者设定阶段性健康目标, 增强自我管理动机;

1.3.5 社会支持: 通过家属参与、小组活动、微信平台等方式, 为患者提供信息、情感及工具性支持。

干预持续 3 个月, 出院后通过定期随访、在线指导等进行延续管理。

1.4 观察指标

1.4.1 基本情况涵盖性别、年龄、教育程度、婚姻和经济状况等。

1.4.2 衰弱程度: 采用 Tilburg 衰弱量表(TFI)评估, 总分 0-15 分, 得分越高衰弱程度越重。

1.4.3 慢性病自我管理力量表(CDSMS)通过六个维度评估, 总分 0-60 分, 得分越高表示自我管理能力越强。

1.4.4 自我效能感: 采用一般自我效能感量表(GSES)测定, 总分 10-40 分, 分值越高自我效能感越强。

1.4.5 社会支持通过社会支持评定量表(SSRS)评估, 总分 12 至 66 分, 得分越高表示支持水平越高。

1.4.6 生活质量通过 36 项简明健康调查量表(SF-36)评估, 涵盖 8 个维度, 每个维度的分数范围为 0-100, 分数越高表示生活质量越佳。

1.5 统计学方法

使用 SPSS 25.0 软件分析数据, 计量资料用均值 \pm 标准差表示并进行 t 检验, 计数资料用频数和百分比表示并进行 χ^2 检验, $P<0.05$ 认为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 比较两组患者干预前后的衰弱评分变化

干预后, 干预组的 TFI 评分显著低于对照组, 且两组评分均有所下降, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。

表 1 对比两组干预前后 TFI 评分变化 ($\bar{x} \pm s$, 分)

| 组别 | 例数 | 干预前 | 干预后 | t 值 | P 值 |
|-----|----|-----------------|-----------------|-------|-------|
| 对照组 | 48 | 7.35 \pm 2.12 | 6.14 \pm 2.08 | 3.652 | 0.024 |
| 干预组 | 48 | 7.41 \pm 2.09 | 4.62 \pm 1.86 | 5.128 | 0.003 |
| t 值 | - | 0.218 | 3.369 | - | - |
| P 值 | - | 0.937 | 0.017 | - | - |

2.2 两组患者干预前后自我管理能力的比较

干预组在干预后 CDSMS 评分显著提高, 相比对照组差异显著 ($P<0.05$)。

表 2 比较两组干预前后 CDSMS 评分变化 ($\bar{x} \pm s$, 分)

| 组别 | 例数 | 干预前 | 干预后 | t 值 | P 值 |
|-----|----|------------------|------------------|-------|-------|
| 对照组 | 48 | 34.26 \pm 6.58 | 38.92 \pm 6.73 | 2.415 | 0.039 |
| 干预组 | 48 | 33.85 \pm 6.69 | 45.68 \pm 7.11 | 6.237 | 0.002 |
| t 值 | - | 0.202 | 4.315 | - | - |
| P 值 | - | 0.912 | 0.008 | - | - |

2.3 比较两组干预前后自我效能感和社会支持差异

干预后, 干预组 GSES 和 SSRS 评分显著高于对照组 ($P<0.05$)。与干预前比较, 干预组两项指标改善更为明显 ($P<0.05$)。见表 3。

2.4 两组患者生活质量比较

干预后, 干预组的 SF-36 维度评分优于对照组,

表 3 两组患者干预前后自我效能感及社会支持比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

| 组别 | 例数 | GSES | | SSRS | |
|-----|----|------------------|------------------|------------------|------------------|
| | | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 |
| 对照组 | 48 | 22.65 \pm 3.74 | 24.28 \pm 3.82 | 35.23 \pm 6.41 | 37.82 \pm 6.55 |
| 干预组 | 48 | 22.87 \pm 3.69 | 28.54 \pm 3.93 | 34.96 \pm 6.37 | 43.15 \pm 6.88 |
| t 值 | - | 0.198 | 6.127 | 0.184 | 4.853 |
| P 值 | - | 0.926 | 0.001 | 0.941 | 0.006 |

除躯体疼痛外,其他维度的差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 4 比较两组干预后 SF-36 评分差异 ($\bar{x} \pm s$, 分)

| 项目 | 对照组 (n=48) | 干预组 (n=48) | t 值 | P 值 |
|------|---------------|---------------|-------|-------|
| 躯体功能 | 65.36±10.28 | 73.65±10.52 | 3.624 | 0.023 |
| 生理职能 | 60.52±9.13 | 71.24±9.35 | 4.215 | 0.012 |
| 躯体疼痛 | 62.67±8.94 | 66.25±8.87 | 1.362 | 0.186 |
| 总体健康 | 55.21±8.26 | 64.53±8.39 | 3.857 | 0.018 |
| 活力 | 58.94±7.68 | 69.17±7.95 | 4.628 | 0.009 |
| 社会功能 | 63.49±9.02 | 75.36±9.21 | 5.136 | 0.005 |
| 情感职能 | 59.67±8.55 | 72.38±8.76 | 4.924 | 0.007 |
| 精神健康 | 61.73±7.92 | 74.62±8.18 | 5.275 | 0.004 |

3 讨论

衰弱是老年人常见的健康问题,表现为体能下降、体重减轻、活动受限和认知功能减退,增加了跌倒、残疾、住院及死亡的风险^[10]。衰弱涉及慢性炎症、内分泌紊乱和营养不良等病理机制,具有异质性和可逆性。

及时识别和干预衰弱可改善预后和生活质量。

研究表明,基于 ITHBC 理论的健康教育能有效降低衰弱程度,提高自我管理能力和自我效能感及社会支持水平。ITHBC 理论整合了行为改变理论的核心内容,强调知识、自我管理和社会支持的综合干预。个性化健康知识教育帮助患者及家属认识衰弱的危害和可控性,掌握自我管理方法,增强信心。干预组的衰弱评分和自我管理能力显著改善,显示 ITHBC 健康教育能提升知识水平和自我管理技能,促进健康行为养成。

研究还强调社会支持系统在自我管理中的重要性,家属陪伴、亲友关怀和医护指导提高了患者的自我效能感和应对疾病的信心。干预组在自我效能感和社会支持评分上显著高于对照组,说明 ITHBC 健康教育有效调动了家庭和社会资源,改善了生活质量。这一理论与以患者为中心的医疗服务模式契合,具有应对老龄化和衰弱问题的重要意义。

综上所述,健康教育基于行为改变理论能提高老年衰弱患者的自我管理能力,降低衰弱程度,提高生活质量,可作为老年衰弱管理的有效模式在临床推广应用。

参考文献:

[1] 吴培. 基于健康行为改变整合理论护理干预对老年糖尿病衰弱患者的影响 [D]. 南华大学, 2021.

[2] 赵杰, 吴珍珍, 芦鸿雁, 等. 基于衰弱指数评估的老年住院患者衰弱现状及其影响因素 [J]. 护理实践与研究, 2021, 18(21): 3161-66.

[3] 张佟, 王涛, 李耘, 等. 运动联合营养干预在老年衰弱病人中的应用效果 [J]. 护理研究, 2021, 35(15): 806-2809.

[4] 张玉莲, 牛亚琦, 王丹, 等. 2019 年 ICFSR 国际临床实践指南解读及对我国老年人衰弱识别及管理的启示 [J]. 护理研究, 2020, 34(14): 2433-36.

[5] 张敏. 基于 ITHBC 理论的健康教育在中年 2 型糖尿病患者自我管理中的应用研究 [D]. 天津中医药大学,

2020.

[6] 刘宇伟, 吕淑荣. 个人健康行为改变主要理论及其整合应用 [J]. 中国健康教育, 2018, 34(3): 284-287.

[7] 王蓉. 基于 ITHBC 的微信干预对产褥期妇女健康素养和育儿胜任感的影响研究 [D]. 南华大学, 2018.

[8] 惠丽雅, 顾红, 陈慧娟. 基于行为改变整合理论护理对初产妇母乳喂养率及自我效能的影响 [J]. 临床护理杂志, 2018, 17(01): 8-11.

[9] 梁瑶, 黄霞, 王淑云, 等. 健康行为改变整合理论在健康教育中的应用进展 [J]. 中华护理教育, 2016, 13(7): 557-560.

[10] 罗智, 冯世兴, 陈晓丽. 高龄衰弱高血压患者的管理 [J]. 北京医学, 2021, 43(5): 445-447.

△项目名称: 惠州市科技计划项目 (项目编号: 2022GZ010195)