

● 医学护理 ●

基于自我调节学习理论的健康教育 对社区老年高血压病患者生活质量的影响

张先庚^{1,2}, 林 琴³, 张夏梦³, 刘林峰³, 王红艳¹, 刘 琴³

(1. 四川养老与老年健康协同创新中心, 四川 成都, 610083;

2. 四川护理职业学院, 四川 成都, 610100; 3. 成都中医药大学, 四川 成都, 611137)

[摘要] 目的:探讨基于自我调节学习理论的健康教育对社区老年高血压病患者血压和生活质量的影响。方法:选取成都市某社区80例老年高血压病患者,随机均分成观察组和对照组,每组各40例。观察组给予基于自我调节学习理论的健康教育干预,对照组给予社区常规健康教育干预,2组干预时间均为3个月,比较2组干预前后血压情况,采用生活质量量表对2组干预前后生活质量进行评价。结果:干预后,血压值观察低于对照组,组间比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组躯体疼痛、一般健康状况、情感职能、精神健康、活力/精力、躯体健康、心理健康评分及生活质量总分均高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:基于自我调节学习理论的健康教育能有效降低社区老年高血压病患者的血压,提高其生活质量。

[关键词] 老年高血压病;自我调节学习理论;健康教育;生活质量

[中图分类号] R259.441 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.10.045

高血压病作为我国最常见的慢性疾病,目前已成为全球主要的公共卫生问题^[1]。据统计,截止到2010年,我国已有超过2亿的高血压病患者,约占全球高血压病患者总数的20%。随着社会老龄化的加剧,预计到2025年,我国将有超过3亿老年高血压病患者,但高血压总体知晓率、治疗率及控制率仍分别低于50%、40%和10%,疾病管理状况不容乐观^[2]。自我调节学习理论最早是由美国学者齐默曼在班杜拉研究的基础上提出的,即指患者在自身动机、个体认知及行为上积极参与到自身疾病的管理中,主动学习疾病相关知识,促进身体恢复^[3-4]。本文主要探讨基于自我调节学习理论的健康教育对老年高血压病患者的血压和生活质量的影响,为该健康教育模式在社区慢性疾病中的推广提供参考依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象 本研究于2017年3~8月选取成都市某社区80例老年高血压病患者,年龄65~83岁,随机分为观察组和对照组,并将各组内患者分成4个小组,每组10例。2组患者的一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 1)符合《中国高血压防治指南2010》中有关高血压及老年高血压病的诊断标准;2)年龄 ≥ 65 岁,且 < 85 岁;3)自愿参加本课题并签署知情同意书;4)病情稳定,意识清楚,无沟通障碍,既往或现在无重大精神疾病。

1.3 干预方法 在研究干预前成立研究小组,每个小组由1名教师、1名研究生、1名护理本科生和1名社区医护人员组成。并由全体研究成员制定《血压健康知识手册》和《高血压健康日志》,于第一次讲座时发放,便于老年高血压病患者进行学习与参考。

1.3.1 观察组 在自我调节学习理论的指导下设计干预方法,主要包括集体健康教育知识讲座和个体化健康教育。具体步骤如下:1)健康教育知识讲座。①首次讲座:向患者讲解高血压病基础相关知识,使其对高血压病有初步正确的认识,提升其参与兴趣;②第2~5次讲座:从高血压饮食、用药等方面对患者进行详细讲解,并在讲课过程中引入自我管理理念;③第6次讲座:进行知识经验的总结。主要是以小组分享和研究者总结的方式进行。小组内部分享高血压病自我管理的经验,研究者收集

基金项目:四川省中医药管理局资助项目(编号:2018KF018);四川省医学会科研计划项目(编号:S17057)

第一作者:张先庚,女,医学博士,二级教授,博士研究生导师,研究方向:高等护理教育及管理、老年(社区)护理、中西医结合临床护理

总结前 5 次讲座及个体化健康教育中存在的问题,强调改进要点,鼓励老年高血压病患者坚持自我管理。2)个体化健康教育。①计划阶段:根据自身健康状况,研究者辅助患者设置健康生活方式目标,制定健康计划。同时研究者在干预的过程中采取相应的措施增强高血压病老年患者的自我效能感;②行为或意志阶段:研究者给患者讲解自我控制技巧,与患者共同分析其自我控制情况,鼓励患者多寻求社区医务人员等专业人员的帮助。同时研究者通过检查并监督患者记录血压、健康行为依从等情况来判断患者自我观察的能力,并根据此情况进行相应的指导;③自我反思阶段:研究者指导患者根据既定目标对行为结果进行评价和判断,并分析出现该结果的原因。同时指导患者学会心理调节技巧,帮助其调整在整个干预过程中的心理状态,使其积极地完成并坚持健康生活方式。

1.3.2 对照组 给予社区常规健康教育。具体如下:1)健康教育知识讲座:除小组讨论外,健康教育知识主要内容、示范教学内容均同观察组。小组讨论:指导患者从饮食、运动等方面进行自由讨论,小组代表发言后,由研究者进行小结;2)个体化健康教育:每次健康讲座后的 1 周内进行个体化的健康教育干预,以解答患者的疑惑。

2 组干预时间均为 3 个月,每周健康教育知识讲座和个体化健康教育交替干预 1 次,其中健康教育知识讲座 30~45min/次,共 6 次;个体化健康教育 30~60min/次,共 6 次。

1.4 调查工具 1)一般情况调查表。研究者根据研究目的自行设计,内容包括年龄、性别、职业、婚姻状况、文化程度、家庭人均月收入、医疗付费方式等。2)生活质量量表(Short-Form 36 Health Survey Scale,SF-36)。该量表由美国波士顿健康研究所研制,目前已广泛用于普通人群生存质量的测定,能综合评估群体和个体的生理、心理及社会等方面的功能状态^[5-6]。该表分为躯体健康和心理健康

2 个方面,主要包括生理功能、生理职能、躯体疼痛、一般健康状况、社会功能、情感职能、精神健康、活力/精力 8 个维度以及健康变化,共有 36 个条目。根据公式将实际得分转换为标准得分,各维度得分之和为 SF-36 总分,总分越高,生活质量越好。标准得分=(实际得分-该维度最低得分)/(该维度最高得分-该维度最低得分) $\times 100$ ^[7]。

1.5 统计学方法 采用 SPSS 21.0 软件进行统计分析。计量资料服从正态分布采用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,不服从正态分布则采用中位数和四分位间距($M\pm Q_R$)表示。2 组资料进行比较时,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用两独立样本 t 检验和配对 t 检验;若资料服从正态分布但方差不齐,则采用 t' 检验;资料不服从正态分布则采用秩和检验。本研究检验均选用双侧检验,设定检验水准 $\alpha=0.05$,双侧 <0.05 认为结果有统计学差异。

2 干预结果

2.1 2 组干预前后血压值比较 干预前组间血压值比较,差异无统计学意义($P>0.05$);干预后收缩压、舒张压观察组均低于对照组,差异有统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组干预前后血压值比较($\bar{x}\pm s$,mmHg)

组别	例数	时间节点	收缩压	舒张压
观察组	40	干预前	143.94 $\pm$ 3.49	74.14 $\pm$ 3.03
		干预后	140.33 $\pm$ 3.39 ^a	70.94 $\pm$ 3.71 ^a
对照组	40	干预前	144.23 $\pm$ 3.75	74.89 $\pm$ 2.98
		干预后	143.06 $\pm$ 2.95	73.60 $\pm$ 3.56

注:与对照组干预后比较,^a $P<0.05$ 。

2.2 2 组干预前后生活质量评分比较 干预前 2 组老年高血压患者生活质量各维度得分及总得分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);干预后观察组老年高血压病患者躯体疼痛、一般健康情况、情感职能、精神健康、活力/精力、躯体健康、心理健康评分以及生活质量总分均高于对照组,差异均有统计学意义。(见表 2)

表 2 2 组干预前后生活质量评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	时间节点	生理功能	生理职能	躯体疼痛	一般健康状况	社会功能	情感职能	精神健康	活力/精力	躯体健康	心理健康	生活质量总分
观察组	40	干预前	71.53 $\pm$ 16.77 ^a	62.50 $\pm$ 25.00 ^a	67.00 $\pm$ 10.15 ^a	53.50 $\pm$ 17.62 ^a	75.00 $\pm$ 34.4 ^a	66.67 $\pm$ 33.33 ^a	65.56 $\pm$ 18.38 ^a	65.69 $\pm$ 13.89 ^a	62.94 $\pm$ 15.44 ^a	65.05 $\pm$ 15.77 ^a	63.99 $\pm$ 15.44 ^a
		干预后	73.89 $\pm$ 12.31	75.00 $\pm$ 25.00	76.00 $\pm$ 12.20 ^b	66.14 $\pm$ 15.40 ^b	75.00 $\pm$ 21.88	69.67 $\pm$ 33.34 ^b	77.33 $\pm$ 14.34 ^b	78.19 $\pm$ 13.26 ^b	71.72 $\pm$ 13.14 ^b	78.35 $\pm$ 12.25 ^b	74.17 $\pm$ 11.68 ^b
对照组	40	干预前	71.00 $\pm$ 15.47	75.00 $\pm$ 25.00	66.29 $\pm$ 11.53	52.66 $\pm$ 18.62	62.50 $\pm$ 37.50	66.67 $\pm$ 66.67	64.11 $\pm$ 16.85	65.71 $\pm$ 15.15	62.31 $\pm$ 17.20	63.47 $\pm$ 19.15	62.89 $\pm$ 17.97
		干预后	72.71 $\pm$ 13.47	50.00 $\pm$ 25.00	68.06 $\pm$ 12.46	54.60 $\pm$ 14.91	70.35 $\pm$ 17.17	66.77 $\pm$ 33.34	68.11 $\pm$ 15.41	66.71 $\pm$ 12.71	64.02 $\pm$ 12.96	64.41 $\pm$ 13.93	64.22 $\pm$ 12.56

注:与对照组干预前比较,^a $P>0.05$;与对照组干预后比较,^b $P<0.05$ 。

3 讨 论

3.1 健康教育对社区老年高血压病患者血压的影响 本研究结果显示,实施基于自我调节学习理论的健康教育后,观察组患者的收缩压和舒张压均低于对照组,说明基于自我调节学习理论的健康教育能有效降低患者的血压,且其干预效果优于常规健康教育。高血压病是心脑血管疾病的危险因素^[8]。据统计,我国每年约有350万因心血管疾病引起的死亡,占全国死亡数的41.10%^[9],其中有50.00%的心肌梗死和70.00%的脑卒中导致的死亡和高血压密切相关^[10]。若血压长时间得不到有效控制,靶器官的损伤风险将大大增加^[11-13],严重威胁患者的生命质量。健康教育是目前全球公认的有效干预措施,本研究采用基于自我调节学习理论的健康教育,使患者意识到控制血压的意义,指导老年高血压病患者学会对自己、社会及物理环境进行自我调节,从而使其收缩压和舒张压在干预后得到明显的降低。

3.2 健康教育对社区老年高血压病患者生活质量的影响 生活质量是评价慢性疾病临床治疗效果的有效指标,现也逐渐用于评价社区慢性疾病的干预效果^[14-15],随着老年高血压病研究的不断深入,生活质量成为老年高血压病患者生理健康和心理健康的重要指标,在高血压研究领域成为了新的研究热点^[16]。本研究结果显示,通过基于自我调节学习理论的健康教育,使老年高血压病患者掌握了高血压保健、自我管理技巧等知识,能主动进行疾病的自我管理,坚持进行血压监测、实施运动计划、合理健康饮食等健康行为,最终提高了其生活质量。但其生理功能、生理职能和社会功能维度较干预前变化不明显,可能是由于老年高血压病患者随着年龄的增加以及疾病的发生发展,机体在生理或病理上逐渐出现不可逆损害,累及到多种靶器官有关。

综上,基于自我调节学习理论的健康教育能有效降低社区老年高血压病患者的血压,提高其生活质量,可在社区老年高血压病患者中进行推广应用。

参考文献

- [1] 刘国仗.我国高血压病研究的主要成就[J].中华心血管病杂志,1999,8,27(4):248-253.
- [2] 中国高血压防治指南修订委员会.中国高血压防治指南2010[J].中华高血压杂志,2011,19(8):701-742.
- [3] Zimmerman B. J. Models of self-regulated learning and academic a-

chievement. In Zimmerman B. J. Shunk, D. H. (Eds). Self-regulated learning and achievement: Theory, research and practice [M]. New York: Springer-Verlag, 1989; 1-26.

- [4] 屈莹.自我调节学习理论在COPD患者自我管理中的应用研究[D].长春:吉林大学,2015.
- [5] Masud, R, Masud T. Measuring of life in osteoporosis [J]. Age Aging, 2001, 30(5): 371-373.
- [6] 方积乾.生存质量测定方法及应用[M].北京:北京医科大学出版社,2000.
- [7] Ware JE, Snow KK, Kosinski M, et al. SF-36 health survey manual and interpretation guide [M]. Boston: New England Medical Center the Health Institute, 1993.
- [8] Lewington S, Clarke R, Qizibash N, et al. Age specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies [J]. Lancet, 2002, 360(9349): 1903-1913.
- [9] 陈伟伟,高润霖.中国心血管病报告2014正式发布:农村成心血管病重灾区[EB/OL]. (2005-08-06) [2015-08-15] <http://www.cn-healthcare.com/article/20150806/content-476702.html>.
- [10] Lozano R, Naghavi M, Foreman K, et al. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Kim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1992 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 [J]. Lancet, 2012(380): 2095-2128.
- [11] Association standards of medical care in diabetes 2010. American diabetes [J]. Diabetes Care, 2010, 33(Suppl 1): 11-61.
- [12] ACTIVE I Investigators, Yusuf S, Healey JS, et al. Irbesartan in patients with atrial fibrillation [J]. N Engl J Med, 2011, 364(10): 928-938.
- [13] Indian Polycap Study (TIPS), Yusuf S, Pais P, et al. Effects of a polypill (polycap) on risk factors in middle-aged individuals without cardiovascular disease (TIPS): a phase II, double blind, randomized trial [J]. Lancet, 2009, 373(9672): 1341-1351.
- [14] Atreja A, Khan S, Rogers JD, et al. Impact of the mobile health promise on the quality of care and quality of life in patients with inflammatory bowel disease: study protocol of a pragmatic randomized controlled trial [J]. JMIR Res Protoc, 2015(4): 23.
- [15] Lima MG, Barro MB, Cesar CL, et al. Impact of chronic disease on quality of life among the elderly in the state of Sao Paulo, Brazil: a population-based study [J]. Rev Panam Salud Public, 2009(25): 314-321.
- [16] 郑永才,陈亮,杨建全.太极拳对原发性高血压患者血压计生活质量影响系统评价[J].辽宁中医药大学学报,2015,17(4): 143-146.

(收稿日期:2018-11-21)

声 明

为适应我国信息化建设,扩大本刊及作者知识信息交流渠道,本刊已许可多家网络媒体和数据库以数字化方式复制、汇编、发行、信息网络传播本刊全文,其作者文章著作权使用费已采取版面费适当折减与赠送样刊两种形式给付。作者向本刊提交文章发表的行为即视为同意我社上述声明;如作者不同意文章被收录,请在来稿时向本刊声明,本刊将作适当处理。