

健康态度及健康行为的影响观察

——基于计划行为理论的护理管理对脑卒中恢复期患者自我效能

王丽

内蒙古根河市人民医院, 内蒙古 呼伦贝尔 022350

摘要: 目的 分析基于计划行为理论的护理管理模式用于脑卒中恢复期患者的效果。方法 选取 762 例脑卒中恢复期患者, 以随机数字表法将其分为观察组和对照组, 各 381 例。对照组接受常规护理, 观察组接受基于计划行为理论护理管理干预, 分别于干预前后调查患者自我效能评分、健康信念评分、健康行为评分。结果 干预后, 观察组日常生活活动效能、自我管理效能及健康信念评分较对照组高 ($P < 0.05$); 干预后, 观察组健康行为量表中药、烟酒、营养、指令、责任、运动六个维度评分均较对照组更高 ($P < 0.05$)。结论 以计划行为理论为指导的护理管理能有效提升脑卒中恢复期患者的康复自我效能, 强化其积极的健康信念, 并促进其采纳全面的健康行为。

关键词: 脑卒中; 恢复期; 计划行为理论; 护理管理; 自我效能; 健康行为

脑卒中是因脑部血管阻塞或破裂导致脑组织损伤的急性脑血管疾病, 作为全球范围内致残和致死的主要疾病之一, 给患者、家庭及社会带来了沉重的负担^[1]。当前, 卒中抢救技术和流程不断优化, 患者急性期生存率有所提升, 但多数患者会遗留不同程度的功能障碍, 进入漫长的恢复期。恢复期的脑卒中患者面临诸多挑战, 如肢体功能障碍导致活动受限, 语言 / 认知障碍影响交流与自理, 心理压力易出现抑郁焦虑, 还可能面临并发症风险及康复信心不足等问题^[2]。对卒中恢复期患者进行有效管理, 尤其是促进患者的健康行为来实现二级预防已经成为临床工作的重点。健康行为是脑卒中二级预防的核心, 合理饮食、规律运动、戒烟限酒、控制血压血糖血脂等, 能显著降低复发风险, 是改善预后、提升生活质量的关键保障。然而, 在临床实践中, 受到生理、心理、社会等复杂因素的影响, 患者健康依从性不佳是一个普遍问题^[3]。传统健康教育模式多是单向输出知识观点, 干预效果有限。计划行为理论是一个广泛应用于健康行为研究的社会认知理论。该理论认为, 个体行为意向对其行为有直接预测作用, 而行为意向又受到行为态度、主观规范等因素的影响。本研究将计划行为理论作为脑卒中恢复期患者护理管理的理论基础, 旨在探索一种更为有效的护理管理模式, 以提高患者的健康行为依从性。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究对象来源于 2024 年 1 月 -2024 年 12 月期间我院收治的脑卒中恢复期患者, 共 762 例。随机分为观察组和对照组, 各 381 例。观察组平均年龄 (65.45 ± 9.45) 岁, 男 280 例, 女 101 例, 卒中类型: 脑梗死 361 例, 脑出血 20 例, 平均病程 (2.55 ± 1.05) 月。对照组平均年龄 (66.12 ± 11.05) 岁, 男 284 例, 女 97 例, 卒中类型: 脑梗死 365 例, 脑出血 16 例。平均病程 (2.49 ± 1.01) 月。两组基线资料比较无显著差异 ($P > 0.05$)。

纳入标准: (1) 符合缺血性或出血性脑卒中的诊断标准, 并经颅脑 CT 或 MRI 确诊; (2) 处于卒中后 14d~6 个月的恢复期; (3) 年龄 40~98 岁; (4) 意识清楚, 生命体征平稳, 简易智力状态检查量表评分 ≥ 21 分, 具备基本的沟通和理解能力; (5) 知情同意。

排除标准: (1) 合并严重心、肝、肾功能不全或其他终末期疾病; (2) 存在严重失语、认知障碍或精神疾病, 无法配合干预与评估; (3) 预期生存时间 < 6 个月。

1.2 方法

对照组接受常规护理与健康教育。患者入院后根据护理评估结果, 实施相应的护理措施, 予以健康宣教, 内容涵盖疾病知识、用药教育、饮食教育、运动教育等, 出院前由责

任护士进行常规出院指导，发放脑卒中健康知识手册，告知定期复查的重要性。在患者出院后定期进行常规电话随访，了解基本情况并解答疑问。

观察组在常规护理基础上，实施基于计划行为理论的护理干预。（1）前期准备：由脑血管专科医生、护士、康复师、心理医生共同组建多学科干预团队。团队成员接受计划行为理论相关培训，深入学习该理论的核心概念、行为意向影响因素及干预方法。同时，结合文献、临床经验以及患者实际情况，通过头脑风暴，探讨影响脑卒中患者健康行为的因素，并制定针对性的干预策略。（2）评估与认知重构。结合半结构化访谈以及量表评估，了解患者对卒中复发风险、健康行为益处的认知以及存在的具体障碍，通过动机性访谈技术，引导患者觉察自身行为和 health 目标之间的矛盾，从而激发患者改变自身行为的内在动力。以评估结果为依据，进行一对一的互动式健康教育，结合真实病例讲解、影像资料等，为患者讲解卒中复发的严重后果，并清晰阐述坚持服药、康复锻炼、健康饮食等行为带来的具体获益，从而使其意识到通过改变自身行为对预防复发的重要性，建立自我健康管理的积极态度。（3）自我管理技能培训与社会支持构建：教授患者具体的自我管理技能，如通过分药盒、设置闹钟提醒等方式进行药物管理，血糖/血压自我监测与记录方法、家庭康复训练要点等。在讲解过程中，护理人员通过示范-练习-反馈的模式确保患者掌握正确的操作方法，例如在家庭康复训练方法的讲解中，护理人员先演示一遍正

确的动作，患者与家属从旁学习并进行模仿练习，护理人员再针对患者与家属的动作进行点评和纠正。护理人员需积极引导患者识别在践行健康行为中可能遇到的困难如疲劳、饮食控制难题等，共同商讨解决方案并制定计划。建立线上微信群或定期组织线下病友交流会，鼓励患者分享经验，相互交流，建立同伴支持。（4）健康行为的巩固与维持：与患者共同设定短期、可落实的目标，定期通过线上或电话沟通目标达成进度，予以反馈和建议。

1.3 观察指标

（1）自我效能：应用脑卒中康复自我效能量表，包括日常生活活动效能、自我管理效能两个维度，评分越高，自我效能感越高^[4]。

（2）健康态度：采用健康信念模式量表进行评估，评分越高，健康信念越好^[5]。

（3）健康行为：应用脑卒中患者健康行为量表（HBS-SP），包括六个维度，评分越高，健康行为水平越高^[6]。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 26.0 软件处理资料，以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示计量资料，（%）表示计数资料，分别以 t 和卡方检验， $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 自我效能、健康信念评分

干预后，观察组日常生活活动效能、自我管理效能及健康信念评分较对照组高（ $P < 0.05$ ），见表 1。

表 1 两组自我效能、健康信念评分比较（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	例数	日常生活活动效能		自我管理效能		健康信念	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	381	40.36 ± 3.88	52.36 ± 3.11	23.23 ± 3.12	32.52 ± 5.11	101.12 ± 11.12	126.12 ± 10.05
对照组	381	40.63 ± 3.85	40.25 ± 5.12	23.57 ± 3.12	28.58 ± 4.77	102.03 ± 10.96	107.69 ± 10.66
t		0.964	39.459	1.514	11.002	1.138	24.555
P		0.335	<0.001	0.131	<0.001	0.256	<0.001

2.2 健康行为

干预后，观察组健康行为量表中服药、烟酒、营养、指令、责任、运动六个维度评分均较对照组更高（ $P < 0.05$ ），见表 2。

表 2 两组健康行为评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	服药		烟酒		营养	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	381	11.05 ± 2.12	14.52 ± 1.12	4.36 ± 1.02	6.05 ± 1.07	13.12 ± 3.12	18.66 ± 3.02
对照组	381	11.03 ± 2.77	12.23 ± 1.77	4.25 ± 1.05	5.01 ± 1.00	13.77 ± 2.98	15.01 ± 2.77
t		0.112	21.340	1.467	13.861	2.941	17.386
P		0.911	<0.001	0.143	<0.001	0.003	<0.001

组别	例数	指令		责任		运动	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	381	8.01 ± 1.02	10.12 ± 1.03	4.12 ± 0.95	7.02 ± 0.77	11.02 ± 2.12	14.48 ± 2.07
对照组	381	7.98 ± 1.01	8.55 ± 1.05	4.09 ± 0.98	6.01 ± 0.65	11.08 ± 2.07	12.63 ± 2.01
t		0.408	20.835	0.429	19.564	0.395	12.515
P		0.683	<0.001	0.668	<0.001	0.693	<0.001

3 讨论

脑卒中恢复期健康行为对患者预后非常重要, 科学饮食、规律运动、戒烟限酒及遵医嘱用药等健康行为, 是促进患者身体功能康复以及降低卒中复发率的关键。然而, 临床实践中, 脑卒中恢复期患者常存在健康行为依从性的现象, 这与患者功能障碍限制、心理社会因素、疾病认知水平等密切相关, 如遗留偏瘫、语言、认知障碍的患者通常依靠自身能力难以独立完成运动、规律服药等行为; 而恢复期抑郁、焦虑等情绪, 也会导致患者康复信心被削弱; 疾病认知不足, 对健康行为长期获益不了解, 则难以激发患者主动改变行为的意愿^[7]。

自我效能即个体对自身是否能成功执行某一健康行为以达成预期目标的信心。通常自我效能水平较高的脑卒中患者往往更相信自己可以坚持康复训练、遵医嘱用药等健康行为, 在面临康复阻力和难题时更容易保持积极心态, 主动克服困难, 提升健康行为依从性。而低自我效能患者则容易因康复过程中的挫折产生挫败、信心缺乏等问题, 常出现逃避康复训练、饮食不规律、擅自停药等行为, 不利于患者康复^[8]。本研究显示干预后, 观察组日常生活活动效能、自我管理效能评分较对照组高。可能是由于基于计划行为理论的护理管理方案中, 通过系统的自我管理技能训练、问题解决技巧的传授和分阶段目标达成的成功体验, 提高了患者的自我控制感, 使其亲身体会到能够达成目标的可行性与成就感, 进而强化自我效能信念。

健康态度是驱动患者采取并坚持健康行为的核心。当患者能够建立积极的健康信念, 会从认知层面认可健康行为必要性和长远益处, 进而主动将这种态度转化为行动, 如自

觉配合康复训练, 严格遵循饮食方案。而若患者存在认知误区, 则会从根本上削弱其健康行为的执行力, 出现中断训练、饮食失控等饮食依从性不佳的表现。本研究中, 观察组干预后健康信念评分高于对照组, 说明基于计划行为理论的护理管理能够改善患者的健康态度。在观察组的干预方案中, 通过个体化的认知健康教育和动机性访谈, 可以改变患者对卒中风险以及健康行为益处的认知, 从而塑造更积极科学的行为态度, 同时社会支持系统的构建可以创造一个充满鼓励、理解的康复环境, 患者感知到同伴支持, 有利于强化其坚持行为的动力。

行为的改变是干预的最终目标。本研究中, 干预组患者在服药、烟酒、营养、指令、责任、运动等健康行为维度评分方面改善优于对照组。这表明, 通过计划行为理论系统地干预患者行为意向的决定因素, 能够有效促成并维持实际行为改变。这主要得益于计划行为护理模式对患者自我效能和健康态度的改善作用, 积极的态度提供了坚持健康行为的动机, 同伴的支持创造了良好的康复环境, 而高水平的自我效能能够促进患者感知行为控制, 当其在康复过程中面临困难和阻力时, 能够保持克服困难、坚持复杂康复行为的心理能量。

综上所述, 以计划行为理论为指导的护理管理能有效提升脑卒中恢复期患者的康复自我效能, 强化其积极的健康信念, 并促进其采纳全面的健康行为。

参考文献:

[1] 施明郡, 陈雨, 余晓燕, 等. 常规护理与护理专案干预对急性期脑卒中吞咽障碍患者的护理效果分析 [J]. 中国防痨杂志, 2024, 46(S2): 420-422.

- [2] 陈坚, 项丽君, 罗彦嗣, 等. 脑卒中后吞咽障碍患者“互联网+”延续性康复管理方案的构建[J]. 护理学报, 2024, 31(24): 1-6.
- [3] 黄珍珠, 郭邵邵, 尹婕, 等. 经颅磁刺激联合经络梳理在脑卒中失眠病人中的应用[J]. 护理研究, 2024, 38(23): 4270-4273.
- [4] 何福培, 林蓓蕾, 刘雪婷, 等. 缺血性脑卒中患者健康行为决策现状及其影响因素分析[J]. 中华护理杂志, 2024, 59(18): 2222-2229.
- [5] 黄小裕, 陈梦霞, 张静文, 等. 中青年脑卒中患者健康行为水平及影响因素分析[J]. 中华现代护理杂志, 2024, 30(14): 1835-1840.
- [6] 万丽红, 熊小妮, 潘俊豪, 等. 脑卒中患者健康行为量表的编制及信效度检验[J]. 护理学杂志, 2017, 32(01): 25-29.
- [7] 谭雨婷, 张志霞, 杨振, 等. 中年脑卒中患者康复锻炼生态瞬时评估影响因素的质性研究[J]. 中华护理杂志, 2024, 59(21): 2620-2626.
- [8] 王琳, 严婷婷, 司芬. 基于慢性疾病轨迹模式的脑卒中患者康复管理实践与效果评价[J]. 中国护理管理, 2024, 24(06): 856-861.