

基于 CFIR 框架老年 COPD 患者健康促进行为影响因素的质性研究

晋源媛¹, 杨支兰¹, 翟艳萍^{1,2}, 加悦悦¹, 延芝丽³, 田紫薇¹

摘要:目的 探讨老年 COPD 患者健康促进行为的影响因素,为制订针对性干预策略提供参考。方法 基于实施性研究综合框架,采用描述性质性研究设计,对 12 例老年 COPD 患者及其 15 名照顾者、11 名医护人员进行半结构化访谈。访谈资料采用定向内容分析法,运用实施性研究综合框架官方提供的访谈编码进行深入剖析。结果 共识别 7 个障碍因素、7 个促进因素和 2 个中性因素。结论 影响老年 COPD 患者坚持健康促进行为的因素主要在于干预策略本身的科学性和可行性、患者与其照顾者的意图-行为关系以及实施项目所处的健康环境资源;可针对上述影响因素制订干预策略,以提高老年 COPD 患者健康促进行为。

关键词:老年人; 慢性阻塞性肺疾病; 健康促进行为; 实施性研究综合框架; 障碍因素; 促进因素; 质性研究

中图分类号:R473.5;R563.3 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2025.16.089

Determinants of health-promoting behaviors in older patients with chronic obstructive pulmonary disease: a qualitative study based on the CFIR Framework

Jin Yuanyuan, Yang Zhilan, Zhai Yanping, Jia Yueyue, Yan Zhili, Tian Ziwei. School of Nursing, Shanxi University of Chinese Medicine, Jinzhong 030619, China

Abstract:Objective To explore the determinants of health-promoting behaviors among older adults with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), and to provide reference for targeted intervention. Methods Employing a descriptive qualitative research design guided by the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR), we conducted semi-structured in-depth interviews with 12 older adults with COPD, 15 family caregivers, and 11 medical staff. Interview data were analyzed using directed content analysis based on the official CFIR coding framework. Results We identified seven barriers, seven facilitators, and two neutral factors. Conclusion The factors influencing adherence to health-promoting behaviors in older adults with COPD primarily involve the scientificity and feasibility of the intervention strategies, the intention-behavior gap among patients and their caregivers, and the resources within the healthcare environment where programs are implemented. Tailored interventions addressing these factors may enhance health-promoting behaviors in this population.

Keywords:the elderly; chronic obstructive pulmonary disease; health-promoting behaviors; Consolidated Framework for Implementation Research; barrier; facilitator; qualitative research

慢性阻塞性肺疾病(Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD)是全球公共卫生的重要挑战。根据世界卫生组织统计,2021 年 COPD 导致全球 350 万人死亡,位居死因顺位第 4 位,约占全球死亡总数的 5%^[1]。我国流行病学调查显示,20 岁及以上成人 COPD 总发病率为 8.6%,60 岁及以上老年人群患病率高达 21.2%~35.5%^[2]。针对老年 COPD 患者,健康促进干预可有效改善健康促进行为,稳定肺功能,降低急性加重频率^[3-5]。健康促进行为(Health-promoting Behaviors, HPBs)是旨在改善个人健康的方法或行动,以达到更健康的状态为目标,在预防管理疾病和提高生活质量方面发挥着

重要作用^[6]。现有研究多基于量化方法探讨老年 COPD 患者健康促进行为的影响因素^[7-9],发现年龄、文化程度、疾病严重程度、居住地、婚姻状况等是健康促进行为的影响因素,同时患者的自我效能、家庭功能、社会支持与健康促进行为呈正相关,疾病不确定感与健康促进行为呈负相关。然而,上述研究对影响因素的设计缺乏相关理论指导,可能导致遗漏。实施性研究综合框架(Consolidated Framework for Implementation Research, CFIR)涵盖创新、外部因素、内部因素、个体和实施过程五大领域,可系统识别不同属性的健康促进行为决定因素^[10],满足多重视角与多个领域的认识需求。因此,本研究采用描述性质性研究方法,以 CFIR 框架为理论指导,通过半结构化访谈,探索影响老年 COPD 患者健康促进行为的因素,为老年 COPD 患者制订针对性干预策略提供依据。

1 对象与方法

1.1 对象 2024 年 9—12 月,于山西省太原市 2 所三级甲等医院和 1 所社区卫生服务中心选取老年 COPD 患者、照顾者及参与其医疗保健的医护人员进

作者单位:1. 山西中医药大学护理学院(山西 晋中,030619);2. 山西白求恩医院综合医疗系统;3. 山西省中西医结合医院 ICU
通信作者:杨支兰, ylrrose@163.com

晋源媛:女,硕士在读,学生, jyy4711@163.com

科研项目:2024 年山西省研究生创新实践项目(2024SJ331);
2024 年山西中医药大学研究生创新实践项目(X2024SJ022);
2023 年山西省中医药管理局科研项目(2023ZYB2037)

收稿:2025-03-24;修回:2025-05-20

行质性访谈。患者纳入标准:①符合《2024 版 GOLD 慢性阻塞性肺疾病诊断、管理及预防全球策略》^[11] 诊断标准,经治疗后咳嗽、咳痰、呼吸困难等症状稳定,准许出院的患者或居家患者;②年龄 ≥ 60 岁;③语言沟通能力正常;④排除处于疾病急性期、认知或精神障碍以致无法配合者。家庭照顾者纳入标准:①为老年 COPD 患者的家庭照顾者;②年龄 ≥ 18 岁;③连续照顾时长 ≥ 3 个月;④语言沟通正常;⑤排除有有偿照顾者,如护工、保姆等。医护人员纳入标准:①从事呼吸与危重症医学或护理、老年医学或护理、呼吸康复、营养学、心理学等,既往服务过老年 COPD 患者;②具有本科及以上学历、中级及以上职称;③工作时间 ≥ 10 年;④排除进修的医护人员。

依据目的抽样样本最大差异化原则,选取不同人口学特征、疾病特征及不同健康促进行为水平[采用健康促进生活方式量表中文修订版(Health Promoting Lifestyle Profile-II Revise, HPLP-II R)^[12] 测评,包括人际关系、营养、健康责任、体育运动、压力管理、精神成长 6 个维度,共 40 个条目。量表总分 40~160 分,40~69 分为差,70~99 分为一般,100~129 分为良好,130~160 分为优秀^[13]]的 COPD 患者,从理论上体现研究样本的代表性^[14]。选取患者后,再选取其家庭照顾者及提供医疗服务的医护人员。在访谈过程中,根据意图-行为关系矩阵将患者及照顾者分为:①成功实施(Successful Implementation),即意图行动且随后行动;②意图行为差距(Intention-Behavior Gap),即意图行动但随后不行动;③非意图行为(Unintended Action),即不意图行动但随后行动;④一致的不行动(Consistent Inaction),即不意图行动且随后不行动,从而呈现不同意图行为关系的研究样本的代表性^[15-16]。样本量的确定以资料饱和为标准,即在收集资料过程中,当访谈对象提供的资料多次重复出现,即使增加访谈对象人数也不能获得新主题时,表明信息达到饱和状态^[14]。既往质性研究设计表明,80%以上选择了 15 个以上样本,50%选择的样本在 50 个以下^[17]。因此,本研究在访谈出现重复信息时,继续访谈老年 COPD 患者、照顾者及医护人员各 1 名,然后利用 3 份样本对已编码材料进行验证,仍未出现新的主题后结束访谈。最终共 38 名研究对象完成访谈,其中患者 12 例(P1~P12),照顾者 15 名(C1~C15,因存在轮流照顾的情况,对其中 4 例患者纳入了 2 名照顾者),医护人员 11 名(M1~M11,访谈中退出 1 名)。老年 COPD 患者男 7 例,女 5 例;年龄 61~87 岁;小学及以下文化程度 3 例,初中 2 例,高中 2 例,中专 1 例,大专 1 例,本科及以上 3 例;居住地为城镇 9 例,农村 3 例;家庭人均月收入 $< 3 000$ 元 5 例,3 000~5 999 元 6 例, $\geq 6 000$ 元 1 例;COPD 病程 0~4 年 4 例,5~9 年 3 例, ≥ 10 年 5 例;

HPLP-II R 得分差 1 例,一般 6 例,良好 4 例,优秀 1 例。照顾者男 6 人,女 9 人;年龄 37~75 岁;小学及以下文化程度 1 人,初中 3 人,高中 4 人,大专 3 人,本科及以上 4 人。医护人员男 1 人,女 10 人;年龄 34~51 岁;本科 7 人,硕士 2 人,博士 2 人;工作年限 10~15 年 4 人,16~20 年 4 人, > 20 年 2 人;中级职称 6 人,高级职称 5 人。本研究获得山西中医药大学医学伦理委员会审批(2024LL094),受访者均知情同意,自愿参与本研究。

1.2 方法

1.2.1 拟订访谈提纲 为确保覆盖所有潜在相关维度,本研究根据 CFIR 半结构化访谈指南(<https://cfirguide.org/tools/>)拟订访谈提纲,经 2 名高级职称、硕士学历、从事临床护理 > 10 年的护理教师与临床护理管理者修改后,形成访谈提纲初稿。从患者、照顾者及医护人员三方中,各选取 2 名进行预访谈,根据访谈效果修正,确定访谈提纲终稿,见表 1。

1.2.2 资料收集方法 采用线下面对面与线上腾讯会议 2 种形式开展半结构化深度访谈。线下访谈场所为科室示教室或单独病房等安静、不被打扰的独立空间。访谈前 48 h 电话联系受访者,介绍研究目的、意义及研究方法,征得受访者口头同意,预约时间和地点实施访谈。在受访者签署知情同意书和填写基本信息后开始访谈。考虑患者年龄和疾病以及访谈内容等因素,访谈次数整体在 2~5 次,每次访谈 20~47 min,访谈过程中鼓励受访者充分表达真实想法和感受。

1.2.3 资料分析方法 访谈结束 24 h 内对访谈资料进行文本转录,并返给受访者核实以确保转录信息的准确性。采用定向内容分析法,结合访谈笔记对转录资料中重复出现、有意义的语句进行演绎编码及主题归纳^[18]。演绎主类别是从基于 CFIR 领域结构的半结构化访谈指南中抽取而来,按照 CFIR 官网(<http://www.cfirguide.org/>)获取的编码手册^[19],2 名研究者及时对 CFIR 构成要素的纳入和排除标准进行讨论,意见不一致时咨询第 3 名相关专家。归纳子类别则基于分析访谈文本数据产生。为了确保全面的编码框架,访谈文本数据被多次审查。当无法从文本数据中提取其他类别时,使用 CFIR 编码手册对所有访谈进行逐行分析^[19]。为量化影响老年 COPD 患者健康促进行为的障碍及促进因素,研究者参考 CFIR 框架的结构评级标准,将已编码结构分为促进因素、中性因素和障碍因素(因素的定性是基于总人数,支持人数达半数以上为促进因素,少于半数障碍因素,两者人数相当且为中立表述则为中性因素),并基于 CFIR 框架绘制表格,确定决定因素的数量^[20]。

表 1 访谈提纲

受访者	访谈提纲内容
患者	<ol style="list-style-type: none"> 1. 您认为当前改变那些对您当前健康有不利影响的特定行为或生活方式的紧迫性有多大(用 0~10 分评估)? 哪些具体迹象(如体检异常、症状加重)使您提高评分? 2. 您对自己执行健康管理的能力打多少分(0~10)? 哪些技能(如营养计算、运动规划)需要加强培训? 3. 您拥有哪些可用的支持资源(如家庭协助、智能设备)? 这些资源在多大程度上(0~10)能帮助落实健康计划? 4. 您坚持健康管理的动力强度如何(用 0~10 分评估)? 哪些因素(如家庭期待、疾病风险)最能提升您的分值? 5. 在制订健康计划时,您会通过哪些方式评估自身需求(如 App 自评、健康体检等)? 6. 在健康管理团队中,您希望参与到哪些管理过程中(如每日体征监测、与医护共同制订计划等)? 7. 在您看来,设计和实施一项健康促进行为干预(如改善饮食习惯或坚持锻炼计划),一般会包含哪些关键步骤? 能否请您结合具体的例子说明一下? 8. 您具体希望达到哪些健康目标(如每天运动多长时间)? 您通常多久会检查一下是否达到这些目标? 9. 为了提升您在健康促进行为干预中的行为依从性(如改变饮食习惯或坚持锻炼计划),您认为在干预的设计和 implementation 过程中,可以采取哪些关键的策略或方法? 10. 您通过哪些健康指标持续追踪效果? 数据采集间隔如何设定(如实时监测/周评/月评)? 11. 您认为健康促进行为干预最好在什么时候进行? 多久 1 次? 12. 在健康促进行为干预结束后(或实施的关键阶段后),您认为应该由哪个角色、团队或部门主要负责组织并推动干预的复盘和讨论工作,以确保未来实施的改进和优化?
照顾者	<ol style="list-style-type: none"> 1. 您通常多久会主动、系统地检查一下患者的整体健康状况和行为习惯(如观察情绪状态、询问饮食运动),看看是否需要做些调整(平均每月大约进行几次)? 当您观察到患者出现哪些具体的危险信号或问题时(如漏服药物、情绪持续低落、拒绝进食),您认为就必须立即采取行动或联系专业人士进行干预? 2. 作为照顾者,您在健康指导(如用药监督、症状识别)方面的自信度有多高(0~10 分)? 哪些领域需要医护人员支持? 3. 您在多大程度上有权调整家庭安排以适应患者健康需求(如改变饮食结构、调整作息)? 遇到阻力时有哪些决策权限? 4. 在协调患者的健康管理(如安排就医、取药、监测症状)和日常起居事务(如做饭、洗衣、陪伴)方面,您愿意投入多少时间和精力(用 0~10 分评估)? 在您愿意投入的这些时间和精力中,大概有多少是用于帮助患者做一些“防患于未然”的事情(如准备更健康的饮食、鼓励和陪伴进行适当的锻炼或活动)? 5. 您如何通过日常观察评估患者需求(如用药记录、情绪变化、睡眠监测)? 6. 作为照顾者,您认为在患者健康管理中的核心职责包含哪些? 7. 在照顾患者的过程中,您通常会有哪些固定要关注的事情或者定期要做的事情(如定期提醒或陪患者活动、留意患者食欲或睡眠),以确保患者的健康处于良好状态或及时发现一些小问题? 您通常都能按照您想的去做吗(用 0~10 分评估)? 8. 您将如何设定健康促进行为干预的实施目标(从患者和家庭两方面)? 9. 您认为医护人员或健康项目团队,可以采取哪些具体的措施或方法来帮助患者更好地遵循健康建议? 同时使您的照顾工作更容易坚持、更不容易感到筋疲力尽? 10. 如果患者及家庭照顾者接受健康促进行为干预,您认为哪些信息或数据需要被收集? 11. 您认为健康促进行为干预最好在什么时候进行? 多久 1 次? 12. 您认为谁需要对健康促进行为干预进行复盘和讨论,以保证之后更好地实施?
医护人员	<ol style="list-style-type: none"> 1. 在您指导患者进行健康促进行为改变时,通常会参考哪些类型的证据? 这些证据是如何影响临床决策的? 2. 在您经历过的 COPD 患者管理中,在何种情况下您深刻感受到行为干预的独特价值? 与传统干预相比,这类干预在哪些方面展现出不可替代性? 3. 当遇到特殊患者群体(如独居老人、文化程度较低者),您如何调整标准化的健康行为指导方案? 4. 在实施健康促进行为干预的过程中,您认为哪个环节最易出现执行偏差? 能否讲述一个因流程复杂导致实施受阻的真实故事? 5. 能否描述一次多机构合作的成功经历? 6. 在健康促进行为干预的过程中,各参与方(如社区医院、养老机构)是如何协同解决某个具体问题的? 7. 在现行医疗政策环境下,您遇到过哪些制度性障碍影响健康行为干预的开展? 是否有政策创新案例让您觉得特别值得推广? 8. 请描述现有的信息系统在支持健康行为管理时最让您困扰的使用场景。您理想中的技术支撑系统应该具备哪些特性? 9. 在您接受的继续教育中,哪些培训内容对提升行为干预能力帮助最大? 10. 您认为在什么情况下需要组织一个健康促进行为团队? 如何去组织? 11. 这支团队在什么情况下需要合作完成健康促进行为干预? 如何去合作? 12. 当面对一个新患者时,您通过哪些观察和对话来捕捉其潜在的健康行为改善需求? 13. 在制订患者健康管理方案时,您如何平衡标准化流程与个性化需求? 14. 当发现患者行为干预效果未达预期时,您通常会从哪些维度进行归因分析?

2 结果

老年 COPD 患者健康促进行为的影响因素,可以分为 5 个主要的 CFIR 领域:①创新;②外部因素;③内部因素;④个体;⑤实施过程。

2.1 主题一:创新领域

创新是指与当前实践不同的、具有较强循证证据

的治疗措施、项目或服务等^[10,21]。本研究中创新是指健康促进行为相关的干预措施、实施项目等。共发现 4 个创新因素,包括 3 个障碍因素(证据基础不足、干预流程复杂、干预策略不易调整)和 1 个促进因素(创新相对优势显著)。①证据基础不足。所有受访医护人员认为当前针对老年 COPD 患者健康促进行为的

循证医学证据质量差异大、推荐强度低。M1：“现在临床上最大的困扰就是这些健康指导的依据参差不齐。”②干预流程复杂。10名受访医护人员表示，目前已知的干预流程复杂，导致临床转化率降低，阻碍了健康促进行为干预的实施。M8：“障碍其实还是在于干预流程的落地性不强。”③干预策略不易调整。超过一半的受访医护人员($n=6$)认为现有以标准化健康教育为主的干预模式，难以适配老年患者的多病共存状态。M10：“我们义诊的时候总是碰到患者问这能不能吃的问题，但是很多老年人有好几个诊断，按某个疾病的饮食宣教手册很难回答老年人的问题。”④创新相对优势显著。大部分受访医护人员($n=10$)认为健康促进行为干预能够有效规避药物不良反应风险。M6：“是药三分毒，从生活方式入手，指导患者做出行为习惯上的改变，能够减轻一些药物不良反应，提高患者生活质量，我感觉是最简单经济的方法。”

2.2 主题二：外部因素领域

外部因素与内部因素相互依存，二者往往无法明确划分，外部因素一般定义为内部因素所处的外部大环境，如政策与法规、社会环境等^[10,21]。共发现2个外部促进因素。①医疗机构间较为紧密的合作联络。大部分受访医护人员($n=9$)表示所在单位已构建起跨层级医疗联合协作。M4：“我们(医院)主要是和市内的养老院、老年公寓有一些合作，会定期开展上门保健服务。”②有力的政策法规支持。所有受访医护人员提到政策与法规维度的制度支撑是影响健康促进行为的重要因素。M11：“你看现在国家各种政策法规，特别强调了健康生活方式的重要性，大家的保健意识和做法比以前强了很多。”

2.3 主题三：内部因素领域

内部因素即实施创新所在的环境，如医院、干预小组、基础设施等^[10,21]。共发现2个内部因素，包括1个促进因素(获取知识信息及时)和1个中性因素(信息技术基础设施的应用)。受访医护人员($n=11$)都表示健康促进行为的相关培训与指导极为必要。M4：“我们日常的工作就已经很繁杂了，很少有大量时间去钻研健康促进方面的知识，这样的(培训)还是很有必要的。”部分受访医护人员($n=6$)表示智能监测设备的涌现一定程度上促进了患者的自我监测与管理，但是也存在因长时间佩戴而不适的情况。M2：“现在老年人自我监测比较方便的是用手环，随时监测自己的健康状况。但是有些老年人觉得戴上不舒服，有些甚至因为戴上失眠了。”

2.4 主题四：个体领域

个体领域即个体的角色和特征^[10,21]，包括实施者和实施对象。共发现2个促进因素[(预防保健需求强烈($n=21$)、康复动力充足($n=17$))]、1个中性因素(健康信息与资源获取机会)和1个障碍因素[(疾病管理能力有限($n=20$))]。然而不同意图行为关系的

患者及其照顾者的障碍与促进因素不同。①成功实施的患者及其照顾者($n=6$)，预防保健需求强烈、辨别健康信息能力强、医疗信息与资源获取机会较多与康复动力充足均为其促进因素。部分患者及其家属对疾病的认知程度较好，不愿住院给家庭增添负担，预防保健的想法强烈。P1：“我自己本身就是中医大夫，年龄大了身体自然没以前那么硬朗，提前预防总是好的。”C2：“防患于未然总是好的，少生病少住院减轻我们压力是其次，最主要的是对他自己好。”部分患者及家属表示，在短视频层出的环境中，拥有较强的辨别能力是至关重要的。P7：“我经常关注一些大医院的公众号，还有我认识的大夫转发的内容，这些比较权威，而且能够帮我调整健康管理计划。”C8：“我们看到手机上很多讲该怎么预防的，但具体到个人身上还是会有些出入，有什么症状反馈给家庭医生比较可靠一些。”部分患者和家属表示，能够积极寻求专业健康人员的帮助，可获取到更多的专业意见与医疗资源。C9：“我是近几年才和父母搬到医院附近的，离大医院近总是方便一些。”1名家庭照顾者认为，与家庭或社交网络的联系紧密，始终保持健康管理的动力。C1：“他是老中医了，自己平时就保养得很好，而且一直有很多人找他抓药看病，可能这也是一部分推动他的原因吧。”②意图行为差距的患者及其照顾者($n=17$)，预防保健需求强烈与康复动力较强为促进因素，辨别健康信息能力较差、医疗信息与资源获取机会较少是障碍因素。P2：“知道要运动要按时吃药，可总忘，老伴不提醒更是不行。”P3：“儿子儿媳都工作，我得健康才能帮到他们，平时接送孩子能走路就走路，但走多了就不行了，我心脏不好不能太累了。”P8：“现在各种广告太多了，咱也不知道那办法的真假，还是不试了。”C6：“早就计划好了要带我妈去体检，可老是请不到假。”C12：“我们离医院太远了，去一趟很不方便，随他吧。”③非意图行为的患者及其照顾者($n=2$)，患者预防保健需求不高，动力较弱，但其拥有一定的疾病管理能力和健康资源。P11：“我还是该干什么干什么，就听医生的按时吃药，每天跟邻居出去遛遛弯，有的时候小区里说有什么讲座让我们去，反正在家也闲着没事儿，就一起去了，给我量量血压、测测血糖什么的。”C14：“我也没有督促过我爸要好好锻炼啊什么的，他身体一直都还不错，只是每天出去走走。”④一致的不行动的患者及其照顾者($n=2$)表现出需求低、动力小、能力差、机会少的障碍因素。P9：“现在不喜欢出门，而且锻炼也没用，只会让我更难受。”C12：“以前他年轻的时候还出去干干活，后来走上一截路就喘得不行，现在也就不出去了，就是在家里坐着看看手机。我们村里卫生所也没啥人，就大夫一个人，平常吃的药也不全，还得去镇上或者医院去。”

2.5 主题五：实施过程领域

实施过程领域即实施创新的活动和策略，包含

了从组建团队到调整应用的完整过程^[10,21]。共发现 4 个实施过程因素,包括 3 个障碍因素(需求评估标准缺失、计划与目标设定模糊、反馈评价机制不完善)和 1 个促进因素(组建多学科协作团队)。患者及其家庭需求评估标准缺失($n=21$)、计划与目标设定模糊($n=25$)、反馈评价机制不完善($n=26$)是阻碍健康促进行为干预的重要因素。①需求评估。P7:“每年社区的体检就是填几个表,做做常规的检查,其他每年去医院体检 1 次。”C9:“家里都有备的血压计、血糖仪,经常会帮父母测一测,但是他们自己还是缺乏这个意识。”M11:“我们通常依靠经验判断或简单问卷调查,但老年患者的认知差异大,家属参与度参差不齐。”②计划与目标设定。P10:“不用什么计划呀,每天走够 6 000 步就是我的锻炼目标,但肯定纯走路还是差一点。”M3:“加强营养,适当体力活动这类笼统目标,实际效果有限。”③反馈评价机制。C7:“只有我们反应也不是个事啊,我觉得还是要医生护士根据我家里人的身体情况一起看一看有哪里需要改进。”M7:“我们出院前会告诉患者定期复查,但是有些患者出了院就很难联系上,有的时候说要复查也不来。”④超过一半的受访医护人员($n=7$)表示组建多学科协作团队对于健康促进行为干预有促进作用。M3:“集合多学科团队的活动很有成效,能切实高效为患者答疑解惑。”

3 讨论

3.1 减轻老年 COPD 患者健康促进行为障碍因素的影响

3.1.1 完善健康促进行为相关干预方法的证据基础 根据 CFIR 框架,证据基础是重要的实施促进因素^[10,21]。然而,此次访谈发现当前健康促进行为干预策略的证据基础不足,缺乏实施细节,难以满足患者健康促进行为需求,这与 Neale 等^[22]的观点一致。原因可能在于随着信息更替与易得性的增加、证据基础的质量强度差异化明显,严重影响了医护人员的临床决策。因此,研究人员亟需补充健康促进行为相关证据基础,建立健康促进行为干预证据库,采用循证方法学对现有证据进行质量分级,按临床场景(如稳定期管理、急性发作期)分类标注证据强度与适用条件。同时可基于知识图谱、机器学习算法等技术,开发智能临床决策工具,帮助医护人员及早进行干预。

3.1.2 适当调整健康促进行为相关干预措施的复杂程度 CFIR 框架表明,可调整性是重要的实施促进因素^[10,21]。但本研究结果中,受访医护人员提出老年患者多疾病共存的复杂性给干预策略的可调整性带来一定挑战。这与既往研究结果一致,干预策略调整的难易程度直接影响着项目的成功实施率^[23]。复杂性是由多因素相互作用导致,通常进一

步影响利益相关者的参与率、干预策略的可调整性以及效果的不确定性,最终影响实施项目的有效执行^[10]。本研究结果表明,部分医护人员认为一些干预措施所表现的高度复杂性影响了患者的参与率,这与 Tugwell 等^[24]的观点一致。鉴此,可组建多学科团队,开发可视化决策辅助工具,帮助患者认识健康促进投入与健康获益的正向关系。

3.1.3 改进健康促进行为相关干预方法的关键环节 评估需求、计划、反馈和评价等关键环节对健康促进行为干预策略的成功实施也发挥着重要作用^[10,21]。然而本研究结果表明,医护人员评估患者需求的方法单一,且多为定期评估,难以保持以疾病变化为核心的动态即时评估;实施目标设定笼统,难以量化,且尚未针对个体形成推荐建议并展开应用;实施过程中的反馈评价机制不完善,实施项目由于得不到实施对象反馈而增加了调整难度。建议采用标准化评估流程,整合生理指标、心理状态和社会支持等多维评估模块;实施阶段性目标管理,在出院前制订包含运动计划、用药依从等要素的个性化维持方案;建立基于移动程序的随访系统,设置自动提醒和智能问卷功能,降低失访风险。

3.1.4 提高老年 COPD 患者及其照顾者的健康素养和自我管理能力 基于 CFIR 框架,个体能力是重要的实施促进因素^[10,21]。然而,本研究发现老年 COPD 患者的健康管理能力较差,因此个体能力不足则成为目前健康促进行为干预策略的障碍因素。数据显示,60.3%的老年 COPD 患者自我管理处于中等,同时由于多数老年患者文化程度较低,一定程度上影响其疾病管理能力^[25]。李艳玲^[26]调查显示,由于自身年龄、文化程度、网络获取健康信息的渠道和能力有限等因素,老年 COPD 患者对信息准确性和可靠性的判断能力不够,疾病管理知识和技能较少。因此,亟需提高老年 COPD 患者的电子健康素养,增强信息评判及分析能力,加强疾病应对知识,提高日常疾病应对和自我管理能力。

3.2 巩固老年 COPD 患者健康促进行为促进因素的作用

3.2.1 改善老年 COPD 患者及其照顾者健康促进行为的认知态度 相对优势因素在推进项目实施上发挥着基础性作用,项目实施的成功与利益相关方(即患者、照顾者以及医护人员等)对其有效性的坚定认可高度相关^[21]。受访医护人员表示,与药物治疗相比,类似于健康促进行为等干预方式更为简便经济,患者更愿意接受。这与 Cardona 等^[27]的研究一致。原因可能在于,相对优势的观念或知识有助于形成利益相关方对实施项目的积极认知态度,这种正向认知在一定程度上影响着健康促进行为的成功实施。

个体需求与动力因素对于项目成功实施起着驱

动作用,而个人的认知态度往往先于其实际的参与和行^[28]。本研究显示,部分受访患者及其照顾者预防保健需求强烈。与陈秋婷^[7]的研究一致,其结果显示老年稳定期 COPD 患者健康促进生活方式亟需改善,且老年 COPD 患者的健康促进行为与自我效能呈正相关。提示以提高患者自我效能感为干预靶点,提高患者疾病管理信心,对驱动患者建立健康促进行为、延缓疾病进展与反复发作至关重要。因此,积极宣传健康促进行为干预的相对优势、改善患者及其照顾者对于健康促进行为的认知态度,有效激发患者及其照顾者的健康管理需求和动力,有利于长期驱动干预目标人群的健康促进行为,对改善患者的生活质量有着重要作用。

3.2.2 加强老年 COPD 患者及其照顾者健康促进行为的环境支持 加强老年人健康环境支持是促进健康老龄化的重要举措之一^[29]。目前健康政策法规的相继出台,各级单位间的合作和联络相对紧密,医护人员对健康信息知识的重视程度加深,多学科团队协作的优势尽显,有利于促进健康促进行为干预策略的实施。早在 2016 年,我国就相继推行了建立健康促进与教育的各级医疗机构的评价标准,特别是基层医疗卫生机构已基本实现治疗预防的融合,引导社区居民重视预防保健^[29-30]。但由于部分地区资源配置失衡、投入发展不足,导致部分患者的就医倾向仍然是高级别医院。基于此,建议进一步健全医院-社区协同激励机制和转诊服务,对接健康信息共享平台,同时激励招募相关医护人才进行健康促进培训,丰富相关知识信息获取渠道,最终加强健康促进行为的健康环境支持。

4 结论

本研究基于 CFIR 框架,分别从老年 COPD 患者、照顾者及医护人员的视角,探索了影响老年 COPD 患者健康促进行为的因素,包括 7 个障碍因素、7 个促进因素和 2 个中性因素。科研工作者必须充分挖掘目前的循证证据资源,及时更新并完善相关证据基础,严格把关于干预策略开发与实施的关键环节;各级医疗单位必须严格按照国家健康促进与教育的质量评价标准建设,加强医护人员预防保健知识与技能的培训;基层社区服务者必须积极引导广大居民的健康促进意识,改善老年 COPD 患者及其照顾者对于健康促进行为的认知态度,提高其健康素养与自我管理能力和,从而提高健康促进行为干预策略的成功实施奠定基础。本研究样本仅来自山西省,可能受区域医疗水平及文化背景的影响,需要更多研究进一步证实。

参考文献:

[1] World Health Organization (WHO). World health statistics 2024: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals[EB/OL]. (2024-05-21)[2025-02-23].

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240094703>.

- [2] Wang C, Xu J, Yang L, et al. Prevalence and risk factors of chronic obstructive pulmonary disease in China (the China Pulmonary Health [CPH] study): a national cross-sectional study[J]. *Lancet*, 2018, 391(10131): 1706-1717.
- [3] 王素凡,王成增,付航,等. 主动健康的关键要素与实现路径探讨[J]. *医学与社会*, 2023, 36(6): 25-29, 58.
- [4] 刘芳娥,王佳,李安琪,等. 护生志愿者对农村空巢老人健康促进的干预研究[J]. *护理学杂志*, 2022, 37(12): 79-82, 113.
- [5] Liu G Y, Kalhan R. Impaired respiratory health and life course transitions from health to chronic lung disease[J]. *Chest*, 2021, 160(3): 879-889.
- [6] Gonzalo A. Nola Pender: health promotion model[EB/OL]. (2019-08-21) [2025-02-28]. <https://nurseslabs.com/nola-pender-health-promotion-model/>.
- [7] 陈秋婷. 老年稳定期慢性阻塞性肺疾病患者自我效能感与健康促进行为的相关性研究[D]. 南宁:广西中医药大学, 2023.
- [8] 张飒. 老年慢性阻塞性肺疾病患者疾病不确定感、社会支持与健康行为的相关性研究[D]. 郑州:河南大学, 2021.
- [9] 曾磊,赵宁夏. 慢性阻塞性肺疾病患者家庭功能与健康行为的相关性研究[J]. *当代护士*, 2023, 30(3): 48-51.
- [10] 刘莹,马卓,安卓玲. 新版实施性研究综合框架(CFIR 2022)的构成要素解读[J]. *中国循证医学杂志*, 2023, 23(6): 738-744.
- [11] Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD; 2024[EB/OL]. (2023-12-11) [2024-02-28]. <https://goldcopd.org/2024-report>.
- [12] 曹文君,郭颖,平卫伟,等. HPLP-II 健康促进生活方式量表中文版的研制及其性能测试[J]. *中华疾病控制杂志*, 2016, 20(3): 286-289.
- [13] 王依诺,王爱敏,朱亚茹,等. 社区老年人电子健康素养与健康促进生活方式的相关性[J]. *护理学杂志*, 2022, 37(10): 100-102.
- [14] 李峥,刘宇. *护理学研究方法*[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社, 2018: 245.
- [15] Sheeran P. Intention-behavior relations: a conceptual and empirical review[J]. *Eur Rev Soc Psychol*, 2002, 12(1): 1-36.
- [16] Orbell S, Sheeran P. "Inclined abstainers": a problem for predicting health-related behaviour[J]. *Br J Soc Psychol*, 1998, 37(2): 151-165.
- [17] 谢爱磊,陈嘉怡. 质性研究的样本量判断:饱和的概念、操作与争议[J]. *华东师范大学学报(教育科学版)*, 2021, 39(12): 15-27.
- [18] Assarroudi A, Heshmati Nabavi F, Armat M R, et al. Directed qualitative content analysis: the description and elaboration of its under pinning methods and data analysis process[J]. *J Res Nurs*, 2018, 23(1): 42-55.
- [19] CFIR Research Team-Center for Clinical Management

Research. Tools and templates: the consolidated framework for implementation research [EB/OL]. [2024-08-21]. <https://cfirguide.org/tools/tools-and-templates/>.

[20] Damschroder L J, Lowery J C. Evaluation of a large-scale weight management program using the consolidated framework for implementation research (CFIR) [J]. *Implement Sci*, 2013, 8: 51.

[21] Damschroder L J, Reardon C M, Widerquist M A O, et al. The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback [J]. *Implement Sci*, 2022, 17(1): 75.

[22] Neale E P, Tapsell L C. Perspective: the evidence-based framework in nutrition and dietetics: implementation, challenges, and future directions [J]. *Adv Nutr*, 2019, 10(1): 1-8.

[23] Gustafson D H, Sainfort F, Eichler M, et al. Developing and testing a model to predict outcomes of organizational change [J]. *Health Serv Res*, 2003, 38(2): 751-776.

[24] Tugwell P, Knottnerus J A, Idzerda L. Complex interventions: how should systematic reviews of their impact differ from reviews of simple or complicated interventions? [J]. *J Clin Epidemiol*, 2013, 66(11): 1195-1196.

[25] 许焕焮. 基于健康生态学模型的老年 COPD 患者自我管理行为现状及影响因素分析 [D]. 延安: 延安大学, 2024.

[26] 李艳玲. 慢阻肺患者电子健康素养的量表研制与干预方案的构建及初步验证 [D]. 沈阳: 中国医科大学, 2024.

[27] Cardona M I, Monsees J, Schmachtenberg T, et al. Implementing a physical activity project for people with dementia in Germany: identification of barriers and facilitator using consolidated framework for implementation research (CFIR): a qualitative study [J]. *PLoS One*, 2023, 18(8): e0289737.

[28] Pronovost P J, Berenholtz S M, Goeschel C A, et al. Creating high reliability in health care organizations [J]. *Health Serv Res*, 2006, 41(4 Pt 2): 1599-1617.

[29] 英洁, 姚琛. 健康老龄化视角下的健康行为研究: 问题、成因及促进策略 [J]. *云南民族大学学报 (哲学社会科学版)*, 2025, 42(2): 65-73.

[30] 赖善缘, 童莺歌, 李德胜, 等. 我国基层医疗卫生机构健康促进与健康教育工作评价工具的研究进展与启示 [J]. *中国社会医学杂志*, 2025, 42(1): 6-9.

(本文编辑 宋春燕)

(上接第 60 页)

[3] 中国老年 2 型糖尿病防治临床指南编写组. 中国老年 2 型糖尿病防治临床指南 (2022 年版) [J]. *中国糖尿病杂志*, 2022, 30(1): 2-51.

[4] 万修伟, 侯树爱, 赵静, 等. 中医“治未病”理论在社区卫生服务站对糖尿病前期人群护理管理中的应用 [J]. *齐鲁护理杂志*, 2023, 29(16): 83-86.

[5] 仝小林, 贾伟平, 王秀阁, 等. 糖尿病前期治未病干预指南 [J]. *吉林中医药*, 2025, 45(3): 249-255.

[6] 郭叙喜, 叶仁群, 张越. 基于中医治未病家庭-社区-医院三级防控模式对糖尿病患者治疗效果及生活质量的影响 [J]. *世界中西医结合杂志*, 2021, 16(3): 545-549, 553.

[7] 向霞, 祝小丹, 马绮文, 等. “互联网+护理服务”联合家庭病床模式在社区 2 型糖尿病患者健康管理中的应用 [J]. *天津护理*, 2023, 31(2): 213-216.

[8] 付阿丹, 王莉, 熊莺, 等. 基于互联网平台的 2 型糖尿病患者健康管理模式研究 [J]. *护理学杂志*, 2019, 34(11): 1-4.

[9] 浙江省卫生健康委员会. 浙江: 创新“互联网+护理服务”模式 [J]. *中国卫生*, 2024, 43(3): 82-83.

[10] 吴圣贤, 王成祥, 刘清泉. 临床研究样本含量估算基础 [J]. *北京中医药*, 2008, 27(11): 903-904.

[11] 中华医学会糖尿病学分会. 中国 2 型糖尿病防治指南 (2020 年版) [J]. *中华内分泌代谢杂志*, 2021, 37(4): 311-398.

[12] 吴勉华, 石岩, 叶放, 等. 中医内科学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2021: 204-212.

[13] 中华中医药学会. 中医体质分类与判定 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2009: 1-15.

[14] 林兰. 中西医结合糖尿病诊疗标准 (草案) [J]. *中国中西医结合杂志*, 2005, 25(1): 94-95.

[15] 万巧琴, 尚少梅, 来小彬, 等. 2 型糖尿病患者自我管理行为量表的信效度研究 [J]. *中国实用护理杂志*, 2008, 24(7): 26-27.

[16] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 342-347.

[17] 王强, 庞国明. 庞国明教授基于中医思维探索糖尿病慢病管理体系的经验 [J]. *光明中医*, 2022, 37(15): 2721-2724.

[18] 徐慧文, 杨莉, 陈玉凤, 等. 糖尿病中医慢病管理 App 的应用效果评价 [J]. *护理学杂志*, 2019, 34(24): 29-32.

[19] 彭红叶, 荆雅楠, 王莹, 等. 生活方式医学国内外发展现状及中国化的挑战 [J]. *中国全科医学*, 2025, 28(7): 797-806.

[20] 杨春梅, 李恒, 林瑾文, 等. 基于中医“治未病”思想建设糖尿病健康教育与管理示范基地 [J]. *卫生职业教育*, 2022, 40(20): 25-29.

[21] 罗嘉莉, 张晓霞, 鲍欣雨, 等. 社区老年人中医体质分型及组合与 2 型糖尿病的关系研究 [J]. *中国全科医学*, 2019, 22(5): 516-521.

[22] 王星华, 鲍海萍. 2 型糖尿病患者周围神经电生理指标与患病危险因素的相关性分析 [J]. *癫痫与神经电生理学杂志*, 2024, 33(5): 293-298.

[23] 郭苗苗, 施慧, 李儒婷, 等. 隐结构联合频繁项集行糖尿病周围神经病变患者贴敷选穴研究 [J]. *护理学杂志*, 2022, 37(17): 54-59.

(本文编辑 吴红艳)