

基于福格行为模型的行为干预对子宫内膜异位症患者自我护理行为及生活质量的影响

杨鸿雁¹ 徐 芒¹ 田 婧²

1.宜宾学院 体育与大健康学院 四川 宜宾 644000

2.宜宾市第一人民医院 妇科 四川 宜宾 644000

【摘 要】：目的：探讨基于福格行为模型构建的中西医结合行为干预方案对子宫内膜异位症患者自我护理行为及生活质量的影响。方法选取 2025 年 2 月至 2026 年 2 月收治的 98 例子宫内膜异位症患者，随机分为观察组与对照组，各 49 例。对照组予常规中西医结合护理，观察组加用基于福格行为模型的干预。比较两组干预前后自我护理行为得分、子宫内膜异位症生活质量量表（EHP-5）得分及中医证候积分。结果：干预后，观察组自我护理行为总分高于对照组，EHP-5 总分及中医证候积分均低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：基于福格行为模型的中西医结合行为干预能有效提升内异症患者的自我护理行为水平，改善生活质量和中医证候，且行为依从性良好。

【关键词】：子宫内膜异位症；福格行为模型；自我护理；生活质量

DOI:10.12417/2705-098X.26.19.058

引言

子宫内膜异位症（内异症）困扰约 10% 的育龄女性，其引发的慢性盆腔痛、不孕及焦虑抑郁情绪，严重损害患者的生活质量与日常功能^[1]。当前管理重点已转向长期自我管理，但患者普遍存在“知而难行”、行为维持困难的问题^[2]。福格行为模型指出，行为的发生需动机、能力与提示三要素协同，通过降低行为难度、锚定既有习惯来触发并固化行为，较传统健康教育更具促动优势，已应用于慢性病管理^[3]。中西医结合护理以整体辨证和“治未病”思想为指导，融合情志调护、药膳食疗、穴位刺激等手段，但患者对相关技术的长期依从性与自我操作能力始终不足^[4]。本研究旨在探索基于福格行为模型构建的中西医结合行为干预方案对子宫内膜异位症患者自我护理行为及生活质量的影响。现将研究结果总结如下。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

选取 2025 年 2 月至 2026 年 2 月收治的 98 例子宫内膜异位症患者，随机分为观察组与对照组，各 49 例。

纳入标准：①符合《子宫内膜异位症的诊断与治疗规范》^[5]相关诊断标准；②年龄 18~50 岁，未处于妊娠期或哺乳期；③入组前 1 个月内未接受激素类药物或其他临床试验干预；④自愿签署知情同意书。

排除标准：①合并子宫腺肌病、盆腔恶性肿瘤；②伴有严重心、肝、肾及造血系统疾病；③存在精神认知障碍。两组患者一般资料比较，差异无统计学意义，见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较（ $\bar{x}\pm s$, n%）

项目	观察组(n=49)	对照组(n=49)	χ^2/t	P 值
年龄	35.10 $\pm$ 7.02	34.53 $\pm$ 6.87	0.411	0.684
病程	3.48 $\pm$ 1.81	3.62 $\pm$ 1.76	0.394	0.698
VAS 评分	6.08 $\pm$ 1.49	6.12 $\pm$ 1.54	0.137	0.896
文化程度(例)			0.182	0.857
初中及以下	10	9		
高中/中专	18	19		
大专及以上	21	21		

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组实施子宫内膜异位症常规中西医结合护理，共 12 周。包括入院宣教并发放手册；讲解药物用法与不良反应；按辨证分型给予饮食指导；指导经期保暖、避免劳累；每月电话随访 1 次。

1.2.2 观察组

观察组在对照组基础上，采用基于福格行为模型的中西医结合行为干预方案，共干预 12 周。

1) 组建干预小组小组成员包括主治医师 1 名、中医师 1 名、护理硕士 2 名、中医护理骨干护士 3 名。由护理硕士进行

作者简介：杨鸿雁，女（1995.11-），四川宜宾，硕士研究生，研究方向：护理学。

福格行为模型理论与操作培训（8学时），确保成员掌握行为要素分析、微行为设计、锚点提示设置及行为维持策略。

（2）行为评估与动机访谈（第1周）由责任护士对患者进行一对一深度访谈（约40 min），围绕福格行为模型三要素进行结构化评估：①动机评估，引导患者诉说疾病困扰与改变愿望，识别内在动机；②能力评估，逐项梳理用药、饮食、运动、中医技术操作等自我护理行为，定位能力瓶颈；③提示评估，了解患者日常生活固定节点，寻找可锚定新行为的既有习惯。访谈后形成“个人行为评估档案”。

（3）微行为为配方设计（第2周）基于评估档案为每例患者设计3~4项“微行为配方”，采用“在[既有习惯]之后，我将[微小行为]”的锚定句式，将自我护理拆解为极小行为单元。典型配方如：“刷牙后，将药盒与水杯并排放置”→“端杯后，服药并打钩记录”；“泡脚后，点燃艾条悬灸关元穴5分钟”（初始仅要求“拿出艾条点燃”为成功，穴位采用“脐下四横指”简便定位）；“准备午餐时，抓一小把山楂片泡茶”（寒凝血瘀证为“热汤后撒姜丝”）；“午睡躺下时，默念‘气顺则血和’三遍”；“晚上给手机充电时，在疼痛日记上画数字（0~10分）”。每项配方经护患共同确认，确保“足够微小”且契合生活节律。

（4）行为提示系统设置（第2周起）①锚点提示，利用已有习惯触发新行为；②环境提示，在药盒、艾灸盒等物品上粘贴彩色标记，置于必经位置；③社交提示，邀请1名家属作为“行为见证人”，仅确认完成情况；④数字化提示，微信群每日推送与节气、证型适配的食疗或情志小贴士（≤60字）。所有提示遵循“即见即行”原则。

（5）即时庆祝与行为强化（第2周起）每次完成微行为后指导患者即时自我庆祝（如握拳轻喊“搞定”、微笑5秒、轻拍肩膀），锚定成功感；设计“微光时刻”打卡表，每次涂亮一格；微信群每日18:00发起“今日微光接龙”，患者仅回复“✓”；第4、8周末进行“微光回顾”，反馈可视化图表，强化自我效能感。

（6）动态行为递增调整（第3~12周）每2周回顾执行情况：①执行率≥85%，协商升级难度（如艾灸5 min→8 min，或新增1项）；②执行率50%~85%，维持现状，分析障碍并优化锚点或提示；③执行率<50%，退回上一级或重新设计更小单元。确保患者始终处于“能做、愿意做、记得做”的匹配区间。

1.3 观察指标

①自我护理能力量表（ESCA）：含自我概念、自护责任感、自我护理技能、健康知识4个维度，共43个条目，Likert 5级评分（0~4分），总分0~172分，得分越高自我护理能力越强。

②子宫内异位症生活质量量表（EHP-5）：评估疼痛、情绪、社会功能、性生活、生育忧虑等，总分越低生活质量越好。

③中医证候积分：参照《中药新药临床研究指导原则》盆腔痛标准，对经行腹痛、腰骶酸痛、经量异常、形寒肢冷等半定量评分，分数越高症状越重。

1.4 统计学处理

采用SPSS 26.0。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，组间比较用独立样本t检验，组内前后比较用配对t检验；计数资料用 χ^2 检验或Fisher精确概率法，以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后自我护理行为得分比较

表2 两组患者干预前后自我护理行为得分比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	观察组	对照组	t 值	P 值
n	49	49		
干预前	87.36 ± 10.25	88.02 ± 9.87	0.324	0.749
干预后	118.49 ± 11.36ab	101.64 ± 10.58a	7.601	<0.001
t 值	14.281	6.612		
P 值	<0.001	<0.001		

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

2.2 两组患者干预前后生活质量得分比较

表3 两组患者干预前后 EHP-5 生活质量得分比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	观察组	对照组	t 值	P 值
n	49	49		
干预前	42.71 ± 8.54	41.98 ± 8.76	0.422	0.677
干预后	28.35 ± 7.10ab	35.64 ± 7.92a	4.801	<0.001
t 值	9.081	3.772		
P 值	<0.001	<0.001		

注：同上

2.3 两组患者干预前后中医证候积分比较

表4 两组患者干预前后中医证候积分比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	观察组	对照组	t 值	P 值
n	49	49		
干预前	18.64 ± 4.29	18.25 ± 4.41	0.442	0.6611

干预后	9.82±3.17ab	13.56±3.85a	5.253	<0.001
t 值	11.624	5.622		
P 值	<0.001	<0.001		

注：同上。（续表4）

3 讨论

本研究结果显示，基于福格行为模型的中西医结合行为干预方案显著提升了子宫内位症患者的自我护理行为水平，改善了生活质量和中医证候（ $P<0.05$ ），有效破解了“知而难行”的自我管理困境。

福格行为模型（ $B=MAP$ ）强调行为的发生需动机、能力与提示三要素协同。动机维度，通过动机性访谈将患者的痛苦体验与改变愿望转化为内在驱动力，实现从“他控”向“自控”的转变。能力维度，创新采用“微行为配方”策略，将艾灸、膳食调理、情志调护等复杂操作拆解为“在既有习惯之后，我将微小行为”的微小单元，极大降低了执行门槛^[6]。观察组自我护理能力总分显著高于对照组，证实了该策略的有效性。提示维度，通过锚点提示、环境提示、社交提示与数字化提示构建多维提示系统，确保患者“记得做”，有效弥补了传统健康

教育中“提示缺失”的断点。

本研究的核心创新在于将中医辨证施护与福格行为模型有机融合。针对气滞血瘀、寒凝血瘀、肾虚血瘀等证型分别设计个体化微行为配方，既符合中医辨证原则，又锚定于高频日常活动，显著提升了操作的便捷性与依从性^[7]。这种“微观辨证”策略使中医护理技术从抽象指导转化为可执行、可追踪的具体行为单元。动态行为递增机制根据执行率进行能力升级或行为回退，确保患者始终处于“能做、愿做、记得做”的匹配区间，体现中医“因人、因时、因地制宜”的核心精神^[8]。

自我护理行为的改善对临床结局产生了积极连锁效应。从生理机制看，规范服药、疼痛日记、饮食调护及艾灸操作协同作用于内异症病理环节——艾灸关元穴温通经络、散寒化瘀，与西药协同调节局部微循环、减轻盆腔充血^[9]。情志调护策略将中医情志理论微行为化，有助于打破“疼痛-负性情绪-行为退缩”的恶性循环^[10]。从行为心理机制看，即时庆祝与可视化打卡提升了患者自我效能感与疾病控制感，进而改善了生活质量。

综上所述，该方案为中西医结合护理提供了可操作的新路径。但本研究为单中心、小样本设计，随访时间有限，远期效果尚待进一步验证。

参考文献：

[1] 中华中医药学会. 子宫内位症中西医结合诊疗指南(2024 年版)[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2024, 40(12): 1195-1203.

[2] 胡文瑾, 曹悦, 黄季华, 朱音. 快速康复理念指导围术期护理干预对子宫内位症中巧克力囊肿患者应激状态及生活质量的影响[J]. 复旦学报(医学版), 2024, 51(5): 725-732.

[3] 张小云, 李华, 王丽. 福格行为模型在健康管理领域应用的研究进展[J]. 护理学杂志, 2024, 39(10): 112-116.

[4] 谢玉英, 叶淑华, 向东方, 等. 子宫内位症患者的中医慢病护理门诊管理[J]. 护理学杂志, 2024, 39(7): 69-72.

[5] 中国医师协会妇产科医师分会. 子宫内位症诊断与治疗规范(2025 版)[J]. 中华妇产科杂志, 2025, 60(1): 1-12.

[6] Kearney BY, Fleischer BJ. Development of an instrument to measure exercise of self-care agency[J]. Res Nurs Health, 1979, 2(1): 25-34.

[7] 赵敏, 刘芳, 陈静. 基于福格行为模型的社区主要不良心脏事件高危者的健康干预[J]. 护理学杂志, 2024, 39(19): 85-89.

[8] 王珊, 雷静, 程杰, 等. 基于福格行为模型的运动干预对慢性心力衰竭患者心功能、自我效能及生活质量的影响[J]. 中国临床护理, 2025, 17(9): 541-545.

[9] 张华, 李丽, 王伟. 子宫内位症患者病灶切除术后自我管理行为与生存质量的相关性及影响因素分析[J]. 新乡医学院学报, 2024, 41(3): 267-271.

[10] 袁小红, 陈志强. 中医外治法治疗子宫内位症的研究进展[J]. 中国中医急诊, 2024, 33(6): 1121-1124.