

基于 ABC-X 模型的持续护理对高血压老年患者健康行为及血压控制的影响观察

陈 黎

丹江口市第一医院心血管内科二病区 湖北 丹江口 442700

【摘 要】目的：探讨基于 ABC-X 模型的持续护理对高血压老年患者健康行为及血压控制的效果。方法：将 2024 年 1 月—2025 年 10 月收治的 116 例老年原发性高血压患者纳入研究，以随机数字表为工具完成分组，其中对照组与观察组各 58 例。对照组接受常规护理方案，观察组在对照组基础上加用基于 ABC-X 模型构建的延续性护理措施，两组均连续干预并追踪随访 6 个月。比较两组健康行为、血压水平、血压达标率、自我效能及生活质量。结果：干预 6 个月后，观察组健康促进生活方式量表 II (HPLP-II) 总分及各维度评分均高于对照组 ($P < 0.05$)；观察组收缩压、舒张压低于对照组，血压达标率高于对照组 ($P < 0.05$)；观察组慢性病自我效能得分及 SF-36 各维度评分均显著优于对照组 ($P < 0.05$)。结论：基于 ABC-X 模型的延续性护理方案能有效优化高血压老年患者的健康行为，增强血压控制效果，强化自我效能感，并带动生活质量的整体提高。

【关键词】：ABC-X 模型；持续护理；高血压；老年；健康行为；血压控制

DOI:10.12417/2811-051X.26.10.012

高血压是老年人最常见的慢性病之一，长期血压控制不良可导致心、脑、肾等重要脏器损害，严重影响患者生活质量和预期寿命^[1]。良好的健康行为，如合理膳食、规律运动、遵医嘱用药及压力管理，是维持血压平稳的核心环节。然而，老年患者常因生理机能衰退、社会角色转变及疾病认知不足，难以长期坚持健康行为，血压控制状况不理想^[2]。常规护理多聚焦于用药指导和一般性健康教育，对患者作为“整体人”在应对疾病过程中的压力源、资源利用和认知评价的关注较为有限，难以形成持续有效的自我管理支持^[3]。ABC-X 模型由 Hill 提出，后经 McCubbin 等发展，用于解释家庭在面对压力事件时的应对与适应过程。模型中，A 代表压力源事件，B 代表应对资源，C 代表对事件的认知评价，X 代表压力或适应结果。近年来，该模型被逐渐引入慢性病护理领域，用以指导评估患者的压力情景，挖掘和激活内外部资源，修正负性认知，从而促进适应性行为^[4-5]。持续护理则强调从院内到院外的无缝隙照护，通过定期随访、再评估与强化支持，巩固健康行为。将 ABC-X 模型与持续护理有机结合，有望更系统地识别并干预影响老年高血压患者健康行为的关键因素，但目前相关研究仍较少。基于此，本研究观察基于 ABC-X 模型的持续护理对高血压老年患者健康行为及血压控制的影响，报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

以 2024 年 1 月—2025 年 10 月于我院接受治疗的 116 例老年高血压患者为观察对象。

纳入条件：(1) 满足《中国高血压防治指南 (2023 年版)》中关于原发性高血压的诊断界定；(2) 年龄 60 岁及以上；(3) 现正服用不少于 1 种降压药，且用药方案已稳定维持 1 个月以上；(4) 意识清楚，沟通能力正常，可配合完成问卷评估；

(5) 患者本人及家属均表示知情并自愿参与。

排除条件：(1) 属继发性高血压；(2) 伴发重度心力衰竭、肾功能不全 (估算肾小球滤过率 $< 30 \text{ mL} \cdot \text{min}^{-1} \cdot 1.73 \text{ m}^{-2}$)、恶性肿瘤等严重器质性疾病；(3) 距入组前 3 个月内曾发生急性心脑血管事件；(4) 伴有精神类疾病或认知功能障碍；(5) 同期已参加其他干预性临床研究。

借助随机数字表将入组患者分配至对照组和观察组，均为 58 例。两组在性别构成、年龄分布、病程长短、体质指数 (BMI) 及文化层次等基线资料方面，均未见统计学差异 ($P > 0.05$)，组间均衡可比。本研究方案已获医院伦理委员会审核批准。

1.2 方法

两组患者均维持原降压药物治疗方案，降压目标为 $< 140/90 \text{ mmHg}$ ，合并糖尿病或肾病者酌情调整。对照组实施常规护理：住院期间进行高血压疾病知识宣教，发放健康教育手册，内容包括低盐低脂饮食、适度运动、戒烟限酒、情绪管理等；指导患者正确服药，强调定期监测血压和复诊；出院后进行每月 1 次电话随访，询问血压及用药情况，给予一般性指导，随访 6 个月。观察组在对照组基础上，实施基于 ABC-X 模型的持续护理干预，为期 6 个月。

(1) 成立干预团队与准备：由 2 名心内科护士、1 名心理咨询师、1 名社区全科医师组成 ABC-X 护理小组。小组统一学习 ABC-X 模型理论及操作流程，制定干预手册。

(2) 评估阶段 (第 1 个月，住院期及出院后 1 周内完成)：与患者及主要照顾者进行不少于 3 次结构化访谈，每次 40~60 分钟，全面收集 ABC 三要素信息。A (压力源)：借助老年人生活事件量表及半结构化访谈，明确患者当前面临的主要压力，

如高血压诊断带来的疾病不确定性、饮食限制所致的乐趣减少、体力下降引发的社会参与减少、长期服药的经济负担等。

B（资源）：采用家庭关怀度指数问卷（APGAR）和社会支持评定量表（SSRS）评估家庭及社会资源，识别支持网络中的薄弱点；同时了解患者的个人应对资源，如兴趣爱好、自我调节方法等。**C（认知）：**使用简版疾病认知问卷（BIPQ）评估患者对高血压病因、病程、后果、可控性及个人控制的认知，识别“高血压不吃药也行”“一旦吃药就停不掉等于没救了”等负性认知。

（3）干预阶段（第2~5个月）：基于评估结果，与患者及家属共同制定个性化持续护理计划，每2周电话或微信随访1次，每月门诊或家庭访视1次。①针对A—压力源调适：帮助患者区分可控与不可控压力，针对可控因素，如饮食适应困难，由营养师制定阶梯式少盐食谱；对因运动顾虑，由康复治疗师制定安全运动方案，从5分钟室内步行开始；鼓励表达内心困扰，引导书写“压力日记”，并用苏格拉底式提问帮助重新诠释压力事件。②针对B—资源激活与扩展：加强家庭健康教育，邀请家属参与1次“家庭支持工作坊”，教授有效沟通技巧和协助监督方法；链接社区资源，如协助加入高血压自我管理小组、老年活动中心，发放社区服务中心联系卡；对于支持不足者，安排志愿者每周1次电话关怀，帮助建立同伴支持。③针对C—认知重构：采用认知行为策略，逐一检验负性认知，比如对“血压正常了就可以停药”的错误认知，用血压监测记录和医生讲解加以纠正；引导形成“高血压需长期管理，但可和平共处”的积极认知；布置“成就记录”作业，强化成功经验，提高自我效能。

（4）再评估与调整阶段（第6个月）：每月对ABC三要素进行快速再评估，采用HPLP-II及血压监测结果动态调整干预侧重点，巩固维持期方案，并为完成干预后的自我管理衔接做准备。

1.3 观察指标

（1）健康行为：分别于干预前及干预满6个月时，借助健康促进生活方式量表II（HPLP-II）中文版进行测评。该量表共涵盖自我实现、健康责任、运动、营养、人际支持、压力应对六个维度，包含52个条目，各条目均按1~4分计分，量表总分区间为52~208分，分值越高反映个体健康行为越好。

（2）血压控制：同一时间点采用经校准的欧姆龙电子血压计测量坐位上臂血压，重复2次取平均值。记录收缩压、舒张压，并计算血压达标率（ $<140/90$ mmHg）。

（3）自我效能：采用慢性病自我效能量表中文版，共6个条目，每个条目1~10分，总分6~60分，得分越高自我效能感越强。

（4）生活质量：采用健康调查简表（SF-36），计算生理

健康总评（PCS）和心理健康总评（MCS），标准化分值越高提示生活质量越好。

1.4 统计学方法

采用SPSS 26.0统计学软件处理数据。计量资料经正态性检验符合正态分布者以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，组间比较采用独立样本t检验，组内比较采用配对t检验；计数资料以例数和百分比表示，组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组健康行为比较

干预前，两组HPLP-II总分及各维度得分差异未见统计学意义（ $P > 0.05$ ）；干预6个月后，观察组HPLP-II总分及自我实现、健康责任、运动、营养、人际支持、压力应对各维度评分相较于对照组均有提高，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表1。

表1 两组干预前与干预6个月后HPLP-II总分及各维度得分比较（ $\bar{x} \pm s/n(\%)$ ）

组别		对照组		观察组	
例数	例数	58		58	
时间	时间	干预前	干预后	干预前	干预后
自我实现	自我实现	20.35 ± 3.17	21.86 ± 3.45a	20.18 ± 3.28	24.92 ± 3.64ab
健康责任	健康责任	18.42 ± 2.86	19.77 ± 3.10a	18.55 ± 2.93	22.63 ± 3.47ab
运动	运动	15.63 ± 2.94	16.82 ± 3.12a	15.87 ± 2.88	19.79 ± 3.20ab
营养	营养	19.27 ± 3.05	20.58 ± 3.28a	19.06 ± 3.12	23.48 ± 3.41ab
人际支持	人际支持	20.10 ± 3.21	21.33 ± 3.50a	19.89 ± 3.35	24.27 ± 3.68ab
压力应对	压力应对	18.54 ± 3.33	20.01 ± 3.42a	18.71 ± 3.29	23.16 ± 3.59ab
总分	总分	112.31 ± 11.24	120.37 ± 13.05a	112.26 ± 12.10	138.25 ± 14.23ab

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 两组血压控制情况比较

干预前，两组在收缩压、舒张压及血压达标率方面差异未见统计学意义（ $P>0.05$ ）；干预6个月后，观察组收缩压与舒张压均较对照组更低，血压达标率则较对照组更高，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表2。

表2 两组干预前后血压水平及达标率比较（ $\bar{x}\pm s/n(\%)$ ）

组别	组别	对照组	对照组	观察组	观察组
例数	例数	58	58	58	58
时间	时间	干预前	干预后	干预前	干预后
收缩压 (mmHg)	收缩压 (mmHg)	152.46 $\pm$ 11.37	141.57 $\pm$ 10.28a	153.13 $\pm$ 12.05	134.28 $\pm$ 9.15ab
舒张压 (mmHg)	舒张压 (mmHg)	88.64 $\pm$ 9.23	82.36 $\pm$ 8.45a	89.02 $\pm$ 9.14	78.15 $\pm$ 7.62ab
血压达标 [例(%)]	血压达标 [例(%)]	22(37.9%)	36(62.1%)a	23(39.7%)	49(84.5%)ab

注：与同组干预前比较， $aP<0.05$ ；与对照组干预后比较， $bP<0.05$ 。

2.3 两组自我效能与生活质量比较

干预前，两组慢性病自我效能量表得分及 SF-36 的 PCS、

MCS 评分差异未见统计学意义（ $P>0.05$ ）；干预6个月后，观察组自我效能评分、PCS 与 MCS 评分均较对照组更高，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

3 讨论

高血压作为一种需要终身管理的慢性疾病，对老年患者构成了持续的心理社会压力，单纯依靠药物和碎片化健康教育难以促成健康行为的牢固建立^[6]。本研究基于 ABC-X 模型框架，将压力源管理、资源激活和认知重构整合进持续护理过程，结果显示观察组 HPLP-II 总分及各维度评分显著提升，表明该模式可全面改善老年患者的健康行为。

行为改变的驱动力部分来自压力感的降低。通过系统识别 A 类压力源并给予针对性调适，例如将运动从“必须达标”转变为“由少到多、重在舒适”的渐进模式，患者的回避行为显著减少，运动维度改善明显。B 类资源激活亦发挥重要作用，家庭支持工作坊和社区资源链接增加了患者感知到的可用支持，人际支持和健康责任维度的提高即得益于此。研究中家庭支持联合认知干预提升血压控制效果的结论相互印证^[7]。C 类认知重构则直接作用于内在动机，当“降压药会伤肾”等错误信念被检验和修正后，患者对规律服药的接纳度提升，反映在营养和健康责任维度同时进步。

综上所述，基于 ABC-X 模型的持续护理能够显著改善高血压老年患者的健康行为，有效降低血压水平并提高血压达标率，提升自我效能与生活质量，为老年高血压的长期管理提供了一种可操作的系统化护理方案。

参考文献：

[1] 卢玉金.家庭医生签约服务联合多元化随访护理管理模式对老年高血压患者血压水平及治疗依从性的影响[J].心血管病防治知识,2024,14(5):92-95.

[2] 蓝小华.健康信念模式干预对老年高血压患者健康行为及血压水平的改善作用[J].中国医药指南,2025,23(15):156-159.

[3] 张潇,张丽萍,叶燕,等.基于 PAC 理论的延续性护理在慢性心力衰竭患者中的应用[J].当代护士,2025,32(12):34-39.

[4] 刘凤玲,黄小靓,李敏,等.基于 ABC-X 模型的持续护理对高血压老年患者健康行为及血压控制的影响[J].中国医学创新,2025,22(32):67-71.

[5] 董海颖,彭冰青,杨光媚,等.基于 ABC-X 模型的医养结合工作人员工作投入现状及影响因素分析[J].郑州大学学报(医学版),2024,59(3):364-368.

[6] 康彦霞,孙佳丽,范硕宁,等.基于 ABC-X 模型糖尿病视网膜病变患者自我管理行为现状及影响因素分析[J].中华现代护理杂志,2023,29(20):2728-2733.

[7] 缪秋兰,黄燕萍.健康信念模式联合认知行为干预对冠心病合并高血压患者的综合管理效果[J].心血管病防治知识,2025,15(4):116-119.