

柯氏模型健康教育效果评价在老年患者口服药中的应用

林三英 周艳华 张媛芳

邵阳市中医医院 湖南 邵阳 422000

【摘要】：目的：探究柯氏模型健康教育效果评价体系在老年患者口服药中的应用。方法：运用回顾性分析法以351例服用口服药的老年住院患者为对象，开展临床干预研究（2024年3月—2026年2月）。其中2024年3月至2025年2月收治的183例患者为对照组，行常规健康教育。2025年3月至2026年2月收治的168例患者为实验组，行柯氏模型健康教育效果评价。比较两组患者用药知识掌握程度、用药依从性、口服药不良事件发生率及服药错误率，同时对实施前后护士健康教育技能、态度意愿及工作质量。结果：实验组患者用药知识问卷得分（ 26.63 ± 7.84 ）分、用药依从性量表得分（ 5.77 ± 1.61 ）分，显著高于对照组的（ 20.45 ± 6.38 ）分、（ 4.98 ± 1.79 ）分（ $P < 0.05$ ）；实验组口服药不良事件发生率（7.00%）、服药率（12.73%）显著低于对照组的（15.63%）、（25.71%）（ $P < 0.05$ ）。实施后护士健康教育技能考核得分（ 89.09 ± 4.62 ）分、健康教育效果评价意愿量表得分（ 39.29 ± 8.33 ）分、健康教育质量督查得分（ 91.52 ± 3.08 ）分，均显著高于实施前的（ 85.66 ± 2.77 ）分、（ 36.83 ± 8.30 ）分、（ 83.55 ± 4.93 ）分（ $P < 0.05$ ）。结论：基于柯氏模型的健康教育效果评价模式可有效提升老年患者口服药用药知识掌握程度和用药依从性，降低用药不良事件风险，同时显著提高护士健康教育工作能力和质量，具有临床推广应用价值。

【关键词】：柯氏模型；健康教育；老年患者；口服药；宣教评价；用药知识；用药依从性；不良事件；服药率

DOI:10.12417/2811-051X.26.10.036

规范且正确的口服药服用行为，是保障药物治疗有效性、降低用药不良反应、控制病情进展与提升患者预后质量的核心环节，直接关系到临床治疗结局与医疗资源的合理利用，也是临床用药安全管理的重要组成部分^[1]。当前临床开展的常规口服药健康教育，多以单一知识传递为主，存在教育模式固化、缺乏系统性评估、难以贴合患者个体需求等短板，往往仅能实现基础用药知识普及，无法有效推动患者用药行为的正向转变，教育效果难以达到临床预期^[2]。而基于柯氏模型构建的健康教育体系，凭借多维度、分层化的干预与评估逻辑，既能兼顾用药知识的全面传递，又能实现对教育效果的全程追踪与优化，更易助力患者建立科学的用药认知与行为习惯，提升口服药治疗的依从性与安全性^[3]。内容报道如下：

1 资料与方法

1.1 临床资料

回顾性分析法以351例服用口服药的老年住院患者为对象，开展临床干预研究（2024年3月—2026年2月）。其中2024年3月至2025年2月收治的183例患者为对照组，2025年3月至2026年2月收治的168例患者为实验组。对照组男、女分别89例，94例；年龄 68.95 ± 6.45 岁；未婚1例、已婚167例、离异2例、丧偶13例；农村108例、城镇75例。实验组男、女分别79例，89例；年龄 69.68 ± 6.97 岁；未婚0例、已婚153例、离异1例、丧偶14例；农村109例、城镇59例。资料可比（ $P > 0.05$ ）。

1.2 纳入、排除、退出标准

纳入标准：①年龄 ≥ 60 岁；②患者意识清楚且有自主表达与服药能力。②均为住院口服药患者；③患者自愿参与研究。

排除标准：①不能自行服药/服药须由护士按餐按量发放的特殊口服药物患者。②护士发药出现错误的患者。

退出标准：①出现自杀倾向、放弃治疗或拒绝服药者；②病情急剧变化导致无法自行服药或死亡者；③研究过程中主动要求退出者。

1.3 方法

对照组：采用常规口服药健康教育模式。护士核对患者身份及药物无误后发放口服药，在发药时向患者简要讲解药物名称、用法用量、服药时间及注意事项，同时用记号笔在药盒上写上用法及进行常规的健康教育，患者有疑问时进行即时解答，不进行系统性的效果评价及健康教育调整。

实验组：采用基于柯氏模型的健康教育效果评价体系实施口服药发药健康教育及效果评价和质量管理三部分。

采用基于柯氏模型的口服药健康教育模式，核心包括健康教育实施、效果评价及动态管理三部分，具体如下：

（1）健康教育体系构建：以柯氏模型的反应层、学习层、行为层、结果层为核心构建评价体系，各层级对应具体评价内容及工具：①反应层：采用《口服药宣教问卷调查表》评价患者对护士健康教育的满意度；②学习层：通过《用药安全知识

问卷》评估患者用药知识掌握情况，问卷涵盖药物名称、作用、用法、不良反应、禁忌证、服药注意事项等 12 个条目，满分 36 分，得分越高表示知识掌握越好；③行为层：运用《用药依从性量表》评价患者服药依从性，包括按时服药、按量服药、不擅自减药或停药等 8 个条目，满分 8 分，得分 8 分为高依从性，6~8 分为中等依从性，<6 分为低依从性；④结果层：统计口服药不良事件发生率（包括药物不良反应未及时处理、漏服错服导致的病情波动等）及服药错误率。

（2）健康教育实施流程：护士按照“评估-教育-评价-调整”的闭环流程开展工作：①首次给药前，通过问卷初步评估患者用药知识基础及认知能力，制定个性化健康教育计划；②采用多样化教育形式，包括一对一讲解、多媒体视频演示、家属协同教育等，确保患者理解用药相关知识；③健康教育后及时提问患者对健康教育内容掌握情况进行效果评价，若患者未掌握或掌握不全，需重新开展针对性强化教育；④建立科院两级管理机制，科室每周开展健康教育质量督查，院级每月进行抽查，督促护士落实评价流程并及时调整教育方案。

（3）横断面调查：采用横断面调查，整体抽样的方法，随机选取 2024 年 12 月至 2025 年 2 月的某一天对对照组的所有患者，选取 2025 年 12 月至 2026 年 2 月的某一天对实验组的所有患者，进行整体样本的横断面调查，收集患者对口服药健康教育的满意度、用药相关指标数据、患者服药行为的依从性及服药错误率，对比分析两组老年住院患者对口服药健康教育的满意度、口服药用药指示的掌握情况、患者服药行为的依从性及服药错误率。

（4）护士相关干预：对全院护士进行基于柯氏模型的健康教育模式专项培训，内容包括柯氏模型理论、标准化健康教育流程、评价工具使用等方法，确保护士熟练掌握相关技能。

1.4 观察指标

（1）患者相关指标。①用药知识掌握程度：采用《老年慢性病患者用药安全知识问卷》^[4]进行评分；②用药依从性：采用《用药依从性量表》^[5]进行评分；③用药安全指标：统计口服药不良事件发生率及服药率。

（2）护士相关指标。①健康教育技能：采用《口服药健康教育技能评分标准》^[6]进行操作考核，满分 100 分；②评价意愿：采用自制《护士健康教育效果评价意愿调查量表》评估，该量表含 10 个条目，采用 Likert 5 级计分法，得分越高表示意愿越强；③工作质量：采用《口服药健康教育质量督查表》^[7]评价，满分 100 分，涵盖患者教育效果、护士执行情况、科室管理情况 3 大项 15 小项。

（3）统计学方法。采用 SPSS 22.0 统计学软件进行数据分析。计量资料以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，组间比较采用 t 检验；计数资料以[n（%）]表示，组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异

具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者用药相关指标比较

实验组患者用药知识掌握得分、用药依从性得分均显著高于对照组，口服药不良事件发生率、服药率均显著低于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表 1。

表 1 两组患者用药相关指标比较（ $\bar{x} \pm s$ 或 n，%）

指标	对照组	实验组	t/ χ^2 值	P 值
口服药宣教问卷调查表	45.31 ± 7.59	46.57 ± 4.06	-1.959	0.051
用药知识问卷得分(分)	20.45 ± 6.38	26.63 ± 7.84	-8.045	<0.001
用药依从性量表得分(分)	4.98 ± 1.79	5.77 ± 1.61	-4.387	<0.001
口服药不良事件发生率(%)	20(15.63%)	7(7.00%)	4.000	0.045
口服药服药率(%)	90(25.71%)	98(12.73%)	29.055	<0.001

2.2 实施前后护士相关指标比较

实施基于柯氏模型的健康教育模式后，护士健康教育技能考核得分、效果评价意愿量表得分、工作质量督查得分均显著高于实施前，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表 2。

表 2 实施前后护士相关指标比较（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

指标	实施前	实施后	t 值	P 值
健康教育技能考核得分	85.66 ± 2.77	89.09 ± 4.62	-2.388	0.026
效果评价意愿量表得分	36.83 ± 8.30	39.29 ± 8.33	2.974	0.003
健康教育质量督查得分	83.55 ± 4.93	91.52 ± 3.08	-12.464	<0.001

3 讨论

老年患者由于生理功能衰退、认知能力下降、慢性病病程长等特点，口服药用药安全问题突出，用药依从性差、知识掌握不足是导致不良事件发生的主要原因。常规健康教育模式多以单向信息传递为主，缺乏系统性的效果评价及动态调整机制，难以满足老年患者的个性化需求。柯氏模型作为经典的培训效果评价模型，从反应、学习、行为、结果四个层级进行全面评价，为构建科学的健康教育体系提供了理论框架^[8]。

本研究基于柯氏模型构建的健康教育模式，通过闭环式的“教育-评价-调整”流程，实现了健康教育的精准化和动态化。结果显示，实验组患者用药知识掌握得分及依从性得分显著高于对照组，这与该模式注重学习层和行为层的针对性评价密切相关。护士通过个性化教育及强化干预，帮助患者深入理解用

药知识,同时通过依从性量表及时发现问题并调整方案,有效提升了患者的服药依从性。此外,实验组口服药不良事件发生率及服错率显著降低,表明该模式的结果层评价有效保障了用药安全,这与柯氏模型强调最终效果导向的核心思想一致^[9]。

对于护士而言,基于柯氏模型的健康教育模式通过专项培训及科院两级管理机制,有效提升了其健康教育技能和工作质量。护士在掌握评价工具使用方法后,能够更科学地开展健康教育效果评价,其对评价工作的态度和依从性也显著改善,形成了“以评促教、以教提质”的良性循环。该模式不仅为护士提供了标准化的工作流程,还通过质量督查机制确保了健康教育工作的落实到位,有助于提升整体护理服务水平^[10]。

本研究存在一定局限性:样本量相对有限,且为单中心研究,结果可能存在偏倚;长期效果仍需进一步观察。未来可扩大样本量、开展多中心研究,以更全面地验证该模式的有效性和适用性。同时,可结合信息化手段优化评价流程,提高健康教育的效率和精准度。

综上所述,基于柯氏模型的健康教育效果评价模式在老年患者口服药管理中具有显著应用效果,可有效提升患者用药知识掌握程度和依从性,降低用药不良事件风险,同时提高护士健康教育工作水平,为老年患者口服药安全提供了有力保障,值得在临床推广应用。

参考文献:

- [1] 李巧丽,付海.老年慢性病患者中药制剂用药安全及健康教育需求调查分析[J].中医药管理杂志,2025,33(19):43-45.
- [2] 高小玲,简琳钰.信息框架效应的健康教育护理改善高血压患者用药依从性及自我效能的研究[J].心血管病防治知识,2025,15(18):66-68+75.
- [3] 陈文端,欧巧明.基于问题导向的护理联合健康教育路径对癫痫患者干预效果和用药依从性及自护能力的影响[J].医疗装备,2025,38(17):132-135.
- [4] 刘敏,孙丽.柯氏模型导向的健康教育模式在糖尿病患者用药管理中的应用[J].中国糖尿病杂志,2022,30(5):378-382.
- [5] 王丽,周晓.护理健康教育质量评价体系的构建与实践[J].解放军护理杂志,2021,38(7):76-79.
- [6] Zhang L,Wang Y,Li M.Application of Kirkpatrick model in health education for elderly patients with oral medication[J].Journal of Gerontological Nursing,2022,48(9):35-41.
- [7] 鞠倩,张侠,张倩,等.知信行健康教育模式对急性心肌梗死患者自我效能、应对方式、用药依从性及心功能的影响[J].河北医药,2025,47(04):591-594.
- [8] 施婉,张楚义.格林模式指导下的健康教育对育龄期乳头状甲状腺癌女性患者知信行水平用药依从性及生命质量的影响[J].中国妇幼保健,2024,39(23):4747-4752.
- [9] 陈绮明,吴玉英,颜明珠,等.家庭药师模式对轻型缺血性脑卒中患者用药依从性健康教育及疾病复发的影响研究[J].基层医学论坛,2024,28(05):14-16.
- [10] 姚迎春,仲玉杰,杨玲.基于多学科协作开展老年患者多重用药管理干预的依从性健康教育效果分析[J].预防医学情报杂志,2023,39(12):1464-1469.