

• 专科护理 •

健康教练技术在久坐抑郁症患者中的应用效果

郑明华,杨顺利

(天津市安定医院 普通精神科八科,天津 300222)

**【摘要】 目的** 探讨健康教练技术在久坐抑郁症患者中的应用效果。**方法** 便利抽样法选取 2019 年 1 月至 2020 年 12 月天津安定医院收治的抑郁症患者 90 例为研究对象,随机分为观察组和对照组,各 45 例。对照组施加常规护理;观察组在此基础上开展健康教练技术。分别于干预前后测量两组研究对象的体育活动等级量表-3(physical activity rating scale-3,PARS)、微信计步、患者积极度量表(patient activation measure,PAM)和体质量指数(bady mass index,BMI)值。**结果** 干预后观察组研究对象的体育活动等级、微信计步和 PAM 得分均优于对照组(均  $P<0.01$ ),BMI 值差异无统计学意义( $P=0.781$ )。**结论** 健康教练技术可以显著改善久坐抑郁症患者体育运动等级、走路步数和患者积极度,但是对 BMI 值无显著改善意义。

**【关键词】** 健康教练技术;抑郁症;久坐行为;患者积极度;体质量指数

**doi:**10.3969/j.issn.1008-9993.2021.11.023

**【中图分类号】** R473.74 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1008-9993(2021)11-0086-04

Application of Health Coaching Techniques in Patients with Sedentary Depression

ZHEN Minghua,YANG Shunli(Department of General Psychiatric Unit 8,Tianjin Anding Hospital,Tianjing 300222,China)

Corresponding author: YANG Shunli,Tel:022-88188820

**【Abstract】 Objective** To explore the effect of health coaching techniques in patients with sedentary depression.**Methods** By convenience sampling method,90 patients with depression treated in Tianjin Anding Hospital from January 2019 to December 2020 were randomly divided into observation group and control group,with 45 cases in each group.The control group received routine nursing,the observation group carried out health coaching techniques.The physical activity rating Scale-3 (PARs),wechat step count,patient activation measure (PAM) and BMI of the two groups were measured before and after the intervention.**Results** After the intervention,the physical activity level,wechat step count and PAM scores of the subjects in the observation group were better than those in the control group (all  $P < 0.01$ ),and there was no significant difference in BMI ( $P = 0.781$ ).**Conclusions** Health coaching techniques can significantly improve the physical activity level,walking steps and enthusiasm of patients with sedentary depression,but it has no significant effect on BMI.

**【Key words】** health coaching techniques;depression;sedentary; patient activation;body mass index

[Nurs J Chin PLA,2021,38(11):86-89]

研究<sup>[1]</sup>发现,久坐不动和缺乏体育锻炼可能是抑郁症患者死亡的独立危险因子,因此应帮助抑郁症患者预防和改善久坐不动并增强体育锻炼。健康教练技术(health coaching,HC)是以患者为中心,通过激励患者动机、设定目标,实现自我管理的干预过程<sup>[2]</sup>。作为相对成熟的干预方案,其在多种疾病中体现出激发患者自我管理动机、改变患者行为等多方面积极效果<sup>[3-4]</sup>。本研究探索 HC 能否提高久坐抑郁症患者体育锻炼,激活患者动机并降低其体质量指数(bady mass index,BMI)。

1 对象和方法

1.1 研究对象 采用便利抽样法,以 2019 年 1 月至 2020 年 12 月天津安定医院收治的抑郁症患者为研究

对象。根据试点研究<sup>[5]</sup>要求,最终纳入 90 例。纳入标准:符合 ICD-10 抑郁症诊断标准<sup>[6]</sup>;符合国际体力活动长卷久坐行为部分(the international physical activity questionnaires,IPAQ)<sup>[7-8]</sup>判定标准,即过去 7 d 久坐超过 6 h/d;知情同意。排除标准:严重脑部器质性疾病;患有感知、视觉、听觉障碍;严重躯体疾病史。采用随机函数法<sup>[9]</sup>分为观察组和对照组各 45 例。

1.2 研究方法

1.2.1 对照组 给予精神科常规护理,主要包括:与患者交流,积极进行心理疏导,根据心理需求制订针对性护理方案;解答患者疑虑,给予安抚,培养开朗心态;鼓励患者之间进行交流,尤其与疾病控制理想、情绪稳定的病友,鼓励其室外活动;了解患者日常习惯,制订行为计划,协助患者学习生活技能和人际交往技巧,帮助患者回归社会。

1.2.2 观察组

**【收稿日期】** 2021-05-30 **【修回日期】** 2021-08-05  
**【作者简介】** 郑明华,本科,护师,从事精神疾病护理工作  
**【通信作者】** 杨顺利,电话:022-88188820

1.2.2.1 开展 HC 短期培训 选定科室内 5 名本科学历护士作为培训对象,邀请心理专家进行培训。培训内容包括 HC 概念、发展、理论基础、应用现状及国际健康教练联合会(The International Coach Federation,ICF)公布的健康教练核心能力,共四项核心能力:基础能力(专科护理能力和建立健康教练关系)、建立关系能力(建立信任及亲密关系和强化健康教练关系)、有效沟通能力(积极倾听、积极询问和长期联系)和促进行为改变能力[建立/提高健康促进动机、制订行动计划、设定 SMART(specific, measurable, attainable, relevant, time-bound)目标、管理进度及建立问责制]<sup>[10]</sup>。培训包含 3 次理论(90 min/次)和 3 次实践,参训护士互相充当彼

此的健康教练,模拟开展 HC,由心理学专家对其进行考核、评价、指导和优化,显示 5 名护士均考核合格。

1.2.2.2 开展健康教练技术干预过程 观察组在对照组基础上,由护士充当健康教练开展为期 3 个月、共计 8 次的 HC。经查阅文献后采纳已经成熟的干预方案<sup>[11]</sup>:频次为第 1 个月每周 1 次;第 2 个月至出院每 2 周 1 次,每次用时 15~40 min 不等。考虑患者住院周期不等,不足 3 个月的患者,出院后采用微信视频或电话等形式完成后续健康教练会议。当患者主动退出、病情突然严重或突发其他疾病时则终止干预。为保证干预质量,由研究者和心理学家全程监督,心理学家会在必要时辅助和指导(表 1)。

表 1 HC 干预流程

方法	目 的	内 容
接触	帮助患者明确健康教练关系的内涵并充分建立信任关系	首次接触需自我介绍;介绍研究目的和意义;介绍健康教练的内涵;建立信任关系并添加微信好友
观察	识别患者对自身久坐行为的认知程度、疾病管理动机和体育锻炼的动机	评估患者抑郁心境、思维模式、关注点及对自身健康积极管理、久坐行为和体育锻炼等方面的态度和看法
强化	协助患者建立动机,对自身疾病进行系统、强化管理	运用倾听、反馈或重新释义等技巧帮助患者建立/加强自我管理、纠正久坐行为和进行体育锻炼动机和信心
澄清	帮助患者纠正错误认识,充分认识久坐的危害,并强化其健康职责	向患者解释说明久坐行为的表现及危害,发现患者对久坐、超重存在误解或缺乏正确认识,应向患者澄清和解释说明
帮助	将纠正久坐行为的方案、加强体育锻炼等疾病管理细化为行动步骤,提高操作性	协助患者采纳纠正久坐的方案并根据患者意愿建立 SMART 目标(推荐慢走运动,达到每日至少 1500 步或 10 min,并坚持 1 周)
鼓励	多措并举监督患者,促进 SMART 目标实现,进一步帮助患者增强体育锻炼的自我管理意识和健康责任感	遇到困难和障碍时,需帮助患者利用自身资源和优势解除障碍(鼓励患者做出承诺,健康教练予以监督;推荐与家人朋友及病友组件慢走小组互相监督)
教育	促进目标实现;维持自我效能;	定期审查患者目标实现情况,监督和鼓励患者;对患者进行积极肯定和鼓励
引导	维持患者自我效能,建立新目标	鼓励患者维持自我效能,并建立新一轮的 SMART 目标(慢走达到每日至少 2000 步或 15 min,并坚持 1 周)

1.2.3 评价指标 (1)汉密尔顿抑郁量(Hamilton depression scale,HAMD)。采用 17 条目 HAMD<sup>[12]</sup>评估抑郁严重程度,各条目采用 Likert-5 级评分法,总分为 17~20、20~24 和 ≥24 分别为轻度、中度和重度抑郁。量表 Cronbach’sα 系数为 0.88,信效度较好。于入院时由精神科医生测量。(2)自杀风险评估量表(nurses’global assessment of suicide risk,NGASR)。采用 15 条目 NGASR<sup>[13]</sup>,各条目判断“有”或“无”,总分≤5 分、6~8 分和 9~11 分为低、中和高自杀风险,12 分以上为极高自杀风险。于入院时由精神科医生测量。(3)体育活动等级量表-3(hysical activity rating scale-3,PARS)。采用梁德清<sup>[14]</sup>修订的 PARS。共包含锻炼强度、锻炼时间和锻炼频率 3 题,锻炼强度与锻炼频率从 1~5 等级分别记 1~5 分;锻炼时间从 1~5 等级分别记 0~4 分。总分≤19、20~42、≥43 分别为小、中等和大运动量。量表 Cronbach’sα 系数为 0.86,重测信度为 0.82<sup>[15]</sup>。由研究者于入组后和干预结束后第 1 天使用统一指导语测量并全部回收。(4)微信运动计步。入组后和干预结束后第 1 周由研究者通

过微信好友查看并计算每天的平均步数。(5)患者积极度量表(patient activation measure,PAM)。采用陈士巧<sup>[16]</sup>修订的 PAM,包含 4 个维度(认为积极参与的重要性、参与的信心及知识、积极的行动和在压力状态下坚持行动),共 13 个条目,采用 Likert-4 级评分法,标准化后总分为 0~100 分。量表 Cronbach’sα 系数为 0.82,内容效度为 0.87,信效度良好。由研究者于入组后和干预结束后第 1 天使用统一指导语测量并全部回收。(6)体质量指数(body mass index,BMI)。分别于入组后干预结束后连续 3 天测量患者晨起空腹身高和体重后换算,测量 3 次后取平均值。

1.3 统计学处理 应用 SPSS 25.0 统计软件,计量资料采用  $\bar{x} \pm s$  表示,计数资料采用例数和百分比描述,行  $t$  检验、 $\chi^2$  分析和 Mann-Whitney U 检验。以  $P < 0.05$  或  $P < 0.01$  表示差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组患者人口学和疾病相关资料比较 90 例患者中,观察组男 26 例,女 19 例;平均年龄( $38.31 \pm 4.77$ )岁;初中及以下 15 例,高中/中专 23 例,大专及以上

7 例。对照组男 24 例,女 21 例;平均年龄(39.09±5.01)岁;初中及以下 19 例,高中/中专 18 例,大专及以上 8 例。两组人口学资料、病程、疾病严重程度、抑郁和自杀风险等方面比较差异均无统计学意义(均  $P<0.05$ )。

2.2 两组患者 PARS、微信计步、PAM 以及 BMI 比较 见表 2~5。观察组 PARS、微信计步和 PAM 均优于对照组,差异均有统计学意义(均  $P<0.05$ )。

表 2 两组患者干预前后 PARS 比较[n(%)]

项 目	观察组 (n=45)	对照组 (n=45)	Z	P
干预前			-0.715	0.475
小运动量	27(60.0)	25(53.6)		
中等运动量	15(33.3)	13(28.9)		
大运动量	3(6.7)	7(15.6)		
干预后			-2.351	0.019
小运动量	9(20.0)	20(44.4)		
中等运动量	21(46.7)	16(35.6)		
大运动量	15(33.3) <sup>a</sup>	9(20.0)		

a:与同组干预前比较, $P<0.05$

表 3 两组患者干预前后微信计步比较(步/d)

组别	干预前	干预后	Z	P
观察组	1468(1361,1969)	3521(2489,4259)	-5.785	<0.010
对照组	1429(1269,1859)	1685(1411,2388) <sup>a</sup>	-4.092	<0.010

a:与同组干预前比较, $P<0.05$

表 4 两组患者干预前后 PAM 比较(分, $\bar{x}\pm s$ )

组别	干预前	干预后	t	P
观察组	59.87±8.04	82.39±14.29	-14.721	<0.010
对照组	58.33±9.46	62.86±6.70 <sup>a</sup>	-1.820	0.337

a:与同组干预前比较, $P<0.05$

表 5 两组患者干预前后 BMI 比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	干预前	干预后	t	P
观察组	25.63±0.69	25.57±0.59	0.317	0.901
对照组	25.45±0.83	25.53±0.78	-0.225	0.890

3 讨论

3.1 HC 对久坐抑郁症患者体育活动等级和微信计步的影响 研究<sup>[17]</sup>发现,久坐行为与抑郁症患者死亡率独立相关,体育锻炼是保护因素。本研究发现 HC 可以增强久坐抑郁症患者体育活动等级,与 Williams 等<sup>[18]</sup>研究结果一致。研究<sup>[19]</sup>表明,HC 可授予患者症状管理和行为改变的知识、信念、技能等,由于抑郁症患者抑郁心境明显,难以充分配合替代久坐行为的锻炼方式,因此本研究选择相对简单和容易操作的慢走,这在微信步数提高上可以体现;其次,健康教练通过微信直接审查患者微信步数,这为其监督患者执行情况提供便利途径。此外,健康教练鼓励患者与家人朋友、病友等组建散步小组,这增加患者坚持慢走的动机和自我效能,也提供患者与外界交流的机会,对

缓解其抑郁情绪,接纳和融入社会有促进意义。提示今后研究可根据抑郁症特点,优先选择慢走的锻炼方式代替久坐;朋辈监督可能对提高患者坚持锻炼自我效能和改善情绪有益。

3.2 HC 对久坐抑郁症患者 PAM 的影响 抑郁症普遍伴发认知水平下降,对待自身健康通常采用不成熟的应对态度<sup>[20]</sup>。本研究发现 HC 可改善患者的 PAM ( $P<0.01$ ),与其他研究<sup>[21]</sup>结论一致,说明 HC 可帮助患者激活其对自身疾病的认知和管理信心。根据三元交互理论<sup>[22]</sup>,人的内在因素会受到环境和行为的影响,并倾向于自身有益方向。本研究中,健康教练通过强化患者自我管理的动机、纠正错误想法,帮助患者认识到参与自身健康问题管理的重要性,逐步建立疾病管理参与性和信心;此外,健康教练协助患者建立 SMART 目标,将自我管理行为具体化和可操作化,促进患者实施行动;最后,健康教练审查目标实现情况,对已实现的目标进行积极情感挖掘并肯定和鼓励,建立和维持自我效能,让患者对自身健康负责。

3.3 HC 对久坐抑郁症患者 BMI 的影响 本研究发现干预后抑郁症患者 BMI 没有降低,可能原因为:本组患者具有久坐不动的生活方式,尽管通过干预其走路步数提升,但由于基线走路步数水平过低,即“地板效应”,因此 BMI 值没有改变;其次,BMI 值由身高和体重共同决定,决定体重的因素除体育锻炼外,还包含饮食甚至药物等,仅仅增加每日走路步数可能对体重影响一般,因此 BMI 值改变不明显。

3.4 HC 在久坐抑郁症患者中的可行性分析 由于抑郁症患者普遍住院时间较长,因此对其开展 HC 具有良好的时间和空间优势。本研究实施过程中发现,由于疾病特点导致患者沉浸在低落心境或自己的世界中,所以最开始接触时健康教练与患者互动沟通、建立信任关系存在一定困难,今后应用时须注意健康教练应更加耐心或于患者入院一段时间彼此熟悉后再开展 HC;其次,患者虽然也会向健康教练主动表达,但是表达内容不多,建议健康教练应注意及时捕捉表达内容并加强询问;此外,建议今后研究纳入患者腰围、血脂等客观指标,并对患者进行长期追踪。

【参考文献】

[1] SCHUCH F,VANCAMPFORT D,FIRTH J,et al.Physical activity and sedentary behavior in people with major depressive disorder:a systematic review and meta-analysis[J].J Affect Disord,2017(210):139-150.  
[2] 陈冬,逢冬,邵春玲,等.健康教练技术在慢性阻塞性肺疾病患者中的研究现状[J].中国实用护理杂志,2021,37(14):1116-1120.  
[3] REHMAN H,KARPMAN C,VICKERS D K,et al.Effect of a motivational interviewing-based health coaching on quality of life in subjects with COPD[J].Respir Care,2017,62(8):1043-1048.  
[4] BENZO R,VICKERS K,NOVOTNY P J,et al.Health coaching and



chronic obstructive pulmonary disease rehospitalization. a randomized study[J].Am J Respir Crit Care Med,2016,194(6):672-80.

[5] LEON A C,DAVIS L L,KRAEMER H C.The role and interpretation of pilot studies in clinical research[J].J Psychiatr Res,2011,45(5):626-629.

[6] 王桂梅,谢红芬,胡启梅,等.基于 Peplau 人际关系模式的家庭访视在抑郁症患者康复中的应用研究[J].护理管理杂志,2020,20(6):381-386.

[7] PATTERSON R,MCNAMARA E,TAINIO M,et al.Sedentary behaviour and risk of all-cause,cardiovascular and cancer mortality,and incident type 2 diabetes:a systematic review and dose response meta-analysis[J].Eur J Epidemiol,2018,33(9):811-829.

[8] 章慧珍,林家仕,陈建明.成年人体力活动、久坐行为与体质健康关系研究[J].体育科学研究,2021,25(2):54-62.

[9] 吕亚奇,冯国双.医学研究中的随机化及其实现[J].慢性病学杂志,2016,17(3):241-243.

[10] MAHON S,KRISHNAMURTHI R,VANDAL A,et al.Primary prevention of stroke and cardiovascular disease in the community (PREVENTS):methodology of a health wellness coaching intervention to reduce stroke and cardiovascular disease risk,a randomized clinical trial[J].Int J Stroke,2018,13(2):223-232.

[11] 江虹,丁福.健康教练技术在慢性病管理中的发展应用及思考[J].解放军护理杂志,2018,35(1):43-48.

[12] 李世文,陈红霞,邱晓雪,等.缺血性卒中后焦虑抑郁与认知功能障碍的关系研究[J].中国卒中杂志,2019,14(8):760-764.

[13] 王维婷,李刚,张雪,等.不同年龄阶段精神分裂症和双相情感障碍患者自杀风险及精神护理差异分析[J].社区医学杂志,2021,19(7):48-51.

(上接第 60 页)

3.2.3 个人掌控感 个人掌控感越高的患者,其自我照护行为执行意向越好。分析原因,可能是个人掌控感是一种对未来积极期望的认知特征。个人掌控感越强,适应造口的能力就越强,患者能轻松应对护理过程中出现的问题,从而提高其自我照护行为依从性。这提示医护人员应满足患者对造口相关知识的需求,患者对造口的了解越全面,对造口的掌控感就越强,护理造口时就不会无从下手,有利于其形成自我照护行为执行意向。

3.2.4 社会支持 社会支持是肠造口患者自我照护行为执行意向的影响因素,社会支持水平越高的患者,其执行意向越好。其中家庭维度得分最高,分析原因,可能是家人是患者最亲密、最依赖的人,家人不仅可以提供经济支持,还能给患者带来精神安慰,鼓励患者重新树立信心,帮助患者应对护理造口时出现的问题,提高患者自我照护行为执行意向。因此,护理人员应认真评估患者的家庭支持情况,鼓励家属给予患者更多的关心和帮助,劝解患者积极利用好身边的社会资源,学习更多的造口相关知识,从而形成自我照护行为执行意向。

【参考文献】

[1] KARADAG A,KARABULUT H,BAYKARA Z G,et al.A prospective,multicentered study to assess social adjustment in pa-

[14]梁德清.高校学生应激水平及其与体育锻炼的关系[J].中国心理卫生杂志,1994,8(1):5-6.

[15]谷弘波,王相英,班梦姣.大学生体育活动与焦虑和抑郁评分变化轨迹之间的关联[J].中国学校卫生,2020,41(11):1678-1681,1687.

[16]陈士巧.中文版患者积极度量表的修订及在慢性心力衰竭患者中的应用研究[D].济南:山东大学,2017.

[17]BISWAS A,OH P I,FAULKNER G E,et al.Sedentary time and its association with risk for disease incidence,mortality,and hospitalization in adults:a systematic review and meta-analysis [J].Ann Intern Med,2015,162(2):123-32.

[18]WILLIAMS J,STUBBS B,RICHARDSON S,et al.'Walk this way':results from a pilot randomised controlled trial of a health coaching intervention to reduce sedentary behaviour and increase physical activity in people with serious mental illness[J].BMC Psychiatry,2019,19(1):287.

[19]SMITH L L,LAKE N H,SIMMONS L A,et al.Integrative health coach training:a model for shifting the paradigm toward patient-centricity and meeting new national prevention goals[J].Glob Adv Health Med,2013,2(3):66-74.

[20]中华医学会精神医学分会抑郁障碍研究协作组.抑郁症认知症状评估与干预专家共识[J].中华精神科杂志,2020,53(5):369-376.

[21]WOLEVER R Q,DREUSICKE M,FIKKAN J,et al.Integrative health coaching for patients with type 2 diabetes:a randomized clinical trial[J].Diabetes Educ,2010,36(4):629-39.

[22]邓益君,郑美春,张俊娥,等.膀胱癌回肠导管术后患者造口护理自我效能的研究[J].护理管理杂志,2015,15(11):766-769.

(本文编辑:陈晓英)

tients with an intestinal stoma in turkey[J].Ostomy Wound Manage,2015,61(10):16-29.

[2] 车宇琦,亓蕊,苏继芬.专职随访对直肠癌造口患者出院自我护理能力的影响[J].解放军护理杂志,2019,36(5):38-41,46.

[3] 周桂兰,洪菁,苏梅芳,等.造口病人居家自我护理缺陷的现状调查及分析[J].护理研究,2019,33(1):157-159.

[4] GOLLWITZER P M.Implementation intention:strong effects of simple plans[J].Am Psychol,1999,54(7):493-503.

[5] DREWELIES J,CHOPIK W J,HOPPMANN C A,et al.Linked lives:dyadic associations of mastery beliefs with health (behavior) and health (behavior) change among older partners[J].J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci,2018,73(5):787-798.

[6] 王晓楠.城市居民垃圾分类行为影响路径研究——差异化意愿与行动[J].中国环境科学,2020,40(8):3495-3505.

[7] 谢姗姗.高职生创业意向与社会支持的关系[J].校园心理,2020,18(1):3-6.

[8] PEARLIN L I,SCHOOLER C.The structure of coping[J].J Health Soc Behav,1978,19(1):2-21.

[9] ZIMET G D,DAHLEM N W,ZIMETT S G,et al.The multidimensional scale of perceived social support[J].J Clin Psychol,1991,52(6):756-761.

[10]姜乾金.领悟社会支持量表[J].中国行为医学科学,2001,10(10):41-43.

[11]张珊珊,孙成梅,杨丽,等.首发脑卒中患者康复锻炼行为执行意向及影响因素分析[J].护理学杂志,2021,36(9):12-16.

[12]常艳,周红,党慧,等.老年膀胱癌尿路造口患者生活重构过程中的体验研究[J].中华护理教育,2020,17(8):751-755.

(本文编辑:沈园园)