

论著·护理研究

健康促进行为在轻度认知损害老年 HIV/AIDS 患者慢病管理自我效能感与认知功能间的中介效应*

张 芳^{1,2}, 徐静艳¹, 陆国涛¹, 杨红丽^{3△}

(1. 大理大学护理学院, 云南 大理 671000; 2. 景洪市第一人民医院, 云南 景洪 666100;

3. 云南省传染病医院/云南省艾滋病关爱中心, 云南 安宁 650302)

[摘 要] **目的** 了解轻度认知损害(MCI)老年人类免疫缺陷病毒/获得性免疫缺陷综合征(HIV/AIDS)患者慢病管理自我效能感及健康促进行为现状,探讨健康促进行为在慢病管理自我效能感与认知功能间的中介效应。**方法** 采用方便抽样法,选取 2022 年 12 月至 2023 年 12 月在云南省传染病医院就诊的 370 例 MCI 老年 HIV/AIDS 患者作为调查对象,应用一般资料调查表、慢病管理自我效能感量表、健康促进生活方式量表、蒙特利尔认知评估量表对其进行调查。**结果** MCI 老年 HIV/AIDS 患者慢病管理自我效能感总分为 (33.99 ± 5.05) 分,健康促进行为总分为 (89.44 ± 11.70) 分,认知功能总分为 (22.93 ± 2.07) 分。MCI 老年 HIV/AIDS 患者健康促进行为与慢病管理自我效能感呈显著正相关($r=0.423, P<0.01$),与认知功能呈显著正相关($r=0.308, P<0.01$);慢病管理自我效能感与认知功能呈正相关($r=0.415, P<0.01$)。健康促进行为在慢病管理自我效能感与认知功能间的中介效应为 0.152,占总效应的 28.46%。**结论** MCI 老年 HIV/AIDS 患者慢病管理自我效能感为中等水平,健康促进行为为一般水平,健康促进行为在慢病管理自我效能感与认知功能间起部分中介作用。

[关键词] 老年人; HIV/AIDS; 健康促进行为; 慢病管理自我效能感; 认知功能

DOI:10.3969/j.issn.1009-5519.2025.07.023

中图法分类号:R512.91

文章编号:1009-5519(2025)07-1643-07

文献标识码:A

Mediating effect of health promoting behavior on chronic disease self-efficacy and cognitive function in elderly HIV/AIDS patients with mild cognitive impairment*

ZHANG Fang^{1,2}, XU Jingyan¹, LU Guotao¹, YANG Hongli^{3△}

(1. School of Nursing, Dali University, Dali, Yunnan 671000, China; 2. The First People's

Hospital of Jinghong, Jinghong, Yunnan 666100, China; 3. Yunnan Provincial Hospital of Infectious Diseases/Yunnan AIDs Care Center, Anning, Yunnan 650302, China)

[Abstract] **Objective** To investigate the current status of health promoting behavior and chronic disease management self-efficacy in elderly HIV/AIDS patients with mild cognitive impairment(MCI), and analyze the mediating effect of health promoting behavior between chronic disease management self-efficacy and cognitive function. **Methods** A total of 370 elderly HIV/AIDS patients with MCI who were treated in an infectious disease hospital from December 2022 to December 2023 were selected by convenience sampling method. The General Information Questionnaire, the Health Promotion Lifestyle Scale, the Chronic Disease Management Self-efficacy Scale and the Montreal Cognitive Assessment Scale were used to investigate them. **Results** The total score of self-efficacy in chronic disease management for elderly HIV/AIDS patients with MCI was (33.99 ± 5.05) , the total score of health-promoting behaviors was (89.44 ± 11.70) , and the total score of cognitive function was (22.93 ± 2.07) ; Health promotion behaviors in elderly HIV/AIDS patients with MCI were significantly positively correlated with self-efficacy in chronic disease management ($r=0.423, P<0.01$), and significantly positively correlated with cognitive function ($r=0.308, P<0.01$). Self-efficacy in chronic disease management was positively correlated with cognitive function ($r=0.415, P<0.01$). The mediating effect of health promotion behaviors between self-efficacy in chronic disease management and cognitive

* 基金项目:2022 年云南省教育厅科学研究基金项目(2022Y873);云南省艾滋病病毒学及临床诊疗技术创新研究中心项目(202102AA310005)。

作者简介:张芳(1998—),硕士研究生,护师,主要从事临床护理工作。△ 通信作者,E-mail:1994663588@qq.com。

网络首发 <https://link.cnki.net/urlid/50.1129.R.20250616.1854.034>

function was 0.152, accounting for 28.46% of the total effect. **Conclusion** The self-efficacy of chronic disease management in elderly HIV/AIDS patients with MCI is at a medium level, and the health promotion behavior is at an average level. The health promotion behavior plays a partial mediating role between the self-efficacy of chronic disease management and cognitive function.

[Key words] Elderly; HIV/AIDS; Health promoting behavior; Self-efficacy in chronic disease management; Cognitive function

艾滋病是人类免疫缺陷病毒(HIV)感染引起的慢性传染病^[1],也称获得性免疫缺陷综合征(AIDS)。HIV 具有亲和神经性的特点,70%~80%的 HIV 感染者/AIDS 患者(简称 HIV/AIDS 患者)伴有神经系统改变^[2]。世界卫生组织将 50 岁及以上的 HIV/AIDS 患者划为老年患者。近年来,老年 HIV/AIDS 患者例数增加^[3],较非 HIV 感染的老年人更早出现认知、运动、行为功能的异常^[4],HIV 相关神经认知损害的发病率为 52%~59%^[5],其高患病率会降低老年 HIV/AIDS 患者的生活质量,记忆力的快速下降会影响其治疗依从性,对治疗与护理工作均造成困扰^[6]。轻度认知损害(MCI)是痴呆性、神经变性疾病的前驱阶段,认知功能损害程度较正常老化严重^[7]。研究报告指出,每年 10%~15% MCI 患者发展为痴呆,而 MCI 恢复到正常认知状态的比例介于 2%~53%,强调了早期识别和干预 MCI 的重要性,以减缓其向痴呆进展^[8-9]。自我效能感是患者自我意识在情感上的表现和展示、情感反应和思维模式的反应,影响或决定患者对行为的选择,改善患者的负性情绪,增强患者的自我效能感,有利于提高其对疾病自我管理能力的。研究结果显示,自我效能感与认知功能呈正相关^[10]。Pender 健康促进理论中,自我效能是健康促进行为的影响因素^[11]。健康促进行为是患者为了改善疾病状态,提高健康水平,自主发生的健康行为。研究显示,健康促进行为与认知功能呈正相关^[12]。因此,提出了本研究假设:健康促进行为在慢病管理自我效能感与认知功能的关系中是否起作用。本研究通过结构方程模型探讨 MCI 老年 HIV/AIDS 患者的慢病管理自我效能感和健康促进行为对认知功能的影响及关联,明确健康促进行为的中介效应,以期 MCI 老年 HIV/AIDS 患者延缓认知功能进一步衰退提供理论支持。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用便利抽样法,选取 2022 年 12 月至 2023 年 12 月云南省传染病医院就诊的 370 例 MCI 老年 HIV/AIDS 患者作为调查对象。纳入标准:(1)确诊 HIV 阳性,年龄≥50 岁;(2)符合 PETERSEN 等^[13]提出的 MCI 筛查标准;(3)有正常的沟通交流能力、视听觉能力,能够理解并配合。排除标准:(1)有视觉、听力及躯体运动障碍,不能完成测试者;(2)其他认知功能障碍的疾病及因素(如精神疾病、痴呆、帕金森、服用精神类药物等)。本研究通过

本院医院伦理委员会审查(批号:科 2022027),参与者均知情同意、自愿参与研究。在结构方程模型分析中,样本量的计算按照构建结构方程模型的要求^[14],以 150 例为基础,每增加 1 个变量至少增加 5~10 例,考虑可能存在无效问卷,样本量增加 10%,计算样本量为 248~330 例。

1.2 方法 研究者本人及培训过的护士作为调查员到医院门诊、住院部,向患者讲解调查目的及意义,患者同意后,选用蒙特利尔认知评估量表(MoCA)对 50 岁及以上老年 HIV/AIDS 患者进行认知功能筛选,再结合医院内科医生对 MCI 进行临床诊断,筛选出符合纳入标准的 MCI 老年 HIV/AIDS 患者采用一对一询问方式获取信息并填写问卷。本次发放问卷 390 份,无效问卷 20 份,有效回收率为 94.87%。

1.2.1 一般资料调查表 研究者自行设计,包含年龄、性别、婚姻状况、职业、家庭月收入、受教育年限、感染途径、病毒治疗的时间、方案、合并症等。

1.2.2 认知功能评估量表 采用 MoCA 进行 MCI 筛查诊断,该工具通过评估执行功能、命名、注意与计算能力、记忆、语言能力、抽象思维、延迟记忆、定向感 8 大领域,共 12 个项目,总分 30 分,评分高说明认知功能受损程度越小。对于受教育年限不超过 12 年的受试者,总分将增加 1 分以消除教育水平的偏差,19~25 分为 MCI^[15]。本研究中 Cronbach's α 系数为 0.818。

1.2.3 慢病管理自我效能感量表(CDSES) CDSES 由 LORIG 等^[16]为评价慢性病患者自我管理行为和能力而研究设计,该工具包括处理症状(如疼痛、疲劳、乏力和情绪低落的自我调节信心)和疾病控制(遵守医嘱用药和执行健康行为的自控能力)2 大方面,共设有 6 个条目。评分采用视觉模拟法,分值从 1~10 分,其中 1 分表示极度缺乏信心,而 10 分则意味着非常自信。该 6 个条目的平均得分反映了患者在慢性病管理方面的自我效能程度,得分越高,表明患者在自我管理慢性病的能力越强。自我效能的评估标准将平均得分 5 分作为一个关键分界点,平均得分在 5 分及以下被视为低水平自我效能,>5~7 分为中等水平,而 7 分以上则认为是高水平。本研究中 Cronbach's α 为 0.910。

1.2.4 健康促进行为量表(HPLP-II) HPLP-II 由曹文君等^[17]研制,涉及 6 个方面:人际交往、饮食习惯、对健康的认知与责任、体育活动参与、应对压力的

能力及个人精神发展,共包含 40 个条目。采用 Likert 式 4 级评分,总分 40~160 分,根据评分可将健康行为分为 4 个级别:40~<70 分表示健康行为较差,70~<100 分表示处于一般水平,100~<130 分为良好,130~160 分则代表非常优秀。本研究中 Cronbach's α 系数为 0.630~0.810。

1.3 统计学处理 采用 SPSS25.0 和 AMOS26.0 统计软件对数据进行分析。正态分布下的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,Pearson 相关性分析,计数资料以率表示;使用 AMOS26.0 软件探究慢病管理自我效能感、健康促进行为、认知功能间的作用路径,采用 Bootstrap 法检验中介效应。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 MCI 老年 HIV/AIDS 患者的一般资料情况
本研究共纳入 370 例 MCI 老年 HIV/AIDS 患者,其中男 226 例(61.10%),女 144 例(38.90%);汉族 326 例(88.10%),少数民族 44 例(11.90%)。平均年龄 (61.39 ± 8.48) 岁,其中 50~<80 岁 358 例(96.76%)。受教育年限 ≤ 12 年 339 例(91.60%)。目前已婚/再婚者 222 例(60.00%)。目前失业/待业者 198 例(53.50%)。吸烟 158 例(42.70%),饮酒 165 例(44.59%)。传播途径为性传播 261 例(70.50%)。抗逆转录病毒治疗(ART)方案含 EFV 180 例(48.65%)。CD4⁺T 细胞计数 $< 200 \text{ mm}^3$ 27 例(7.30%), $200 \sim 500 \text{ mm}^3$ 149 例(40.30%), $> 500 \text{ mm}^3$ 194 例(52.40%)。见表 1。

表 1 MCI 老年 HIV/AIDS 患者一般资料情况($n=370$)		
项目	n	构成比(%)
性别		
男	226	61.10
女	144	38.90
年龄(岁)		
50~<60	179	48.40
60~<70	121	32.70
70~<80	58	15.70
80~89	12	3.20
民族		
汉族	326	88.10
少数民族	44	11.90
目前居住地		
农村	134	36.20
城市	236	63.80
目前婚姻状况		
未婚	25	6.76
已婚/再婚	222	60.00
分居/离婚/丧偶	123	33.24
目前居住方式		

续表 1 MCI 老年 HIV/AIDS 患者一般资料情况($n=370$)		
项目	n	构成比(%)
独居		
独居	110	29.70
非独居		
非独居	260	70.30
目前就业情况		
工作	69	18.65
失业/待业	198	53.51
退休	103	27.84
受教育年限(年)		
≤ 12	339	91.60
> 12	31	9.40
月收入(元)		
$< 1\ 000$	190	51.35
$1\ 000 \sim 3\ 000$	71	19.19
$> 3\ 000 \sim 5\ 000$	63	17.03
$> 5\ 000$	46	12.44
医疗费用支付方式		
城镇职工医保	86	23.24
城镇居民医保	118	31.89
农村医保	155	41.89
商业保险	11	2.97
社交活动		
每天	38	10.27
经常	76	20.54
偶尔	256	69.19
吸烟状况		
无	212	57.30
有	158	42.70
饮酒状况		
无	205	55.41
有	165	44.59
感染途径		
血液传播	62	16.76
性传播	261	70.54
母婴传播	0	0.00
不详	47	12.70
HIV 感染时间(年)		
< 5	72	19.46
5~10	102	27.57
> 10	196	52.97
服用 ART 时间(h)		
< 5	86	23.24
5~10	123	33.24
> 10	161	43.51
ART 方案是否含 EFV		

续表 1 MCI 老年 HIV/AIDS 患者一般资料情况 ($n=370$)

项目	<i>n</i>	构成比(%)
无	190	51.35
有	180	48.65
最近一次 CD4 ⁺ T 细胞计数 (mm ³)		
<200	27	7.30
200~500	149	40.30
>500	194	52.40
合并 NIDS 疾病(种)		
0	148	40.00
1	122	32.97
2	66	17.84
≥3	34	9.19

2.2 MCI 老年 HIV/AIDS 患者健康促进行为、慢病管理自我效能感、认知功能得分情况 MCI 老年 HIV/AIDS 患者健康促进行为总分为 (89.44 ± 11.70) 分;慢病管理自我效能感为 (33.99 ± 5.05) 分;认知功能为 (22.93 ± 2.07) 分。见表 2。

2.3 健康促进行为、慢病管理自我效能感、认知功能

间相关性分析 Pearson 相关分析结果显示, MCI 老年 HIV/AIDS 患者健康促进行为与慢病管理自我效能感呈显著正相关 ($r=0.423, P<0.01$), 与认知功能呈显著正相关 ($r=0.308, P<0.01$);慢病管理自我效能感与认知功能呈正相关 ($r=0.415, P<0.01$)。见表 3。

表 2 MCI 老年 HIV/AIDS 患者健康促进行为、慢病管理自我效能感、认知功能得分情况 ($n=370$)

项目	得分($\bar{x}\pm s$, 分)
健康促进行为总分	89.44±11.70
人际关系	11.92±2.91
压力管理	13.78±2.25
健康责任	19.70±3.70
营养	17.85±1.97
体育活动	16.14±3.66
精神成长	10.05±2.44
慢病管理自我效能感总分	33.99±5.05
症状管理	22.83±3.64
疾病共性管理	11.16±1.96
认知功能总分	22.93±2.07

表 3 MCI 老年 HIV/AIDS 患者健康促进行为、慢病管理自我效能感、认知功能相关性分析 (r)

变量	健康促进行为							慢病管理自我效能感			认知功 能总分
	总分	人际关系	压力管理	健康责任	营养	体育活动	精神成长	总分	症状管理	疾病共性管理	
健康促进行总分	1.000										
人际关系	0.635 ^a	1.000									
压力管理	0.527 ^a	0.152 ^a	1.000								
健康责任	0.761 ^a	0.339 ^a	0.336 ^a	1.000							
营养	0.688 ^a	0.352 ^a	0.221 ^a	0.524 ^a	1.000						
体育活动	0.806 ^a	0.373 ^a	0.354 ^a	0.483 ^a	0.472 ^a	1.000					
精神成长	0.637 ^a	0.358 ^a	0.207 ^a	0.275 ^a	0.372 ^a	0.482 ^a	1.000				
慢病管理自我效能 感总分	0.423 ^a	0.352 ^a	0.056	0.242 ^a	0.375 ^a	0.315 ^a	0.418 ^a	1.000			
症状管理	0.353 ^a	0.340 ^a	0.053	0.152 ^a	0.304 ^a	0.246 ^a	0.396 ^a	0.949 ^a	1.000		
疾病共性管理	0.434 ^a	0.276 ^a	0.046	0.341 ^a	0.400 ^a	0.353 ^a	0.342 ^a	0.812 ^a	0.587 ^a	1.000	
认知功能总分	0.308 ^a	0.266 ^a	−0.031	0.285 ^a	0.217 ^a	0.223 ^a	0.247 ^a	0.415 ^a	0.389 ^a	0.347 ^a	1.000

注:^a $P<0.01$ 。

2.4 MCI 老年 HIV/AIDS 患者健康促进行为、慢病管理自我效能感、认知功能的中介效应模型 使用 AMOS26.0 软件构建结构方程模型,绘制健康促进行为、慢病管理自我效能感、认知功能的作用路线图(图 1),观察健康促进行为在慢病管理自我效能感与认知功能之间的中介效应。本研究初始模型拟合结果: $\chi^2/df=3.072$, GFI=0.911, AGFL=0.877, IFI=0.831, TLI=0.793, RMSEA=0.075。根据模型拟合

指标可知初始模型拟合度较差,需进一步进行修正。通过给残差建立间接相关关系,包括 e11 与 e15 存在相关性、e3 与 e6 存在相关性、e9 与 e12 存在相关性。修正后模型拟合度有所提升,具体如下: $\chi^2/df=2.580$, GFI=0.930, AGFI=0.899, IFI=0.876, TLI=0.842, RMSEA=0.065,修正后模型拟合程度良好。具体见图 1、表 4。修正后模型的各个路径系数均 $P<0.05$,见表 5。直接效应:慢病管理自我效能

感能够正向预测认知功能;慢病管理自我效能感能够正向预测健康促进行为;健康促进行为能够直接正向预测认知功能,效应值分别为 0.382、0.604、0.253(均 $P<0.05$)。间接效应:慢病管理自我效能感可通过健

康促进行为间接预测认知功能,效应值为 0.152;中介效应比为 28.46% $[0.152/(0.152+0.382)]$,表示健康促进行为在慢病管理自我效能感与认知功能具有部分中介效应。

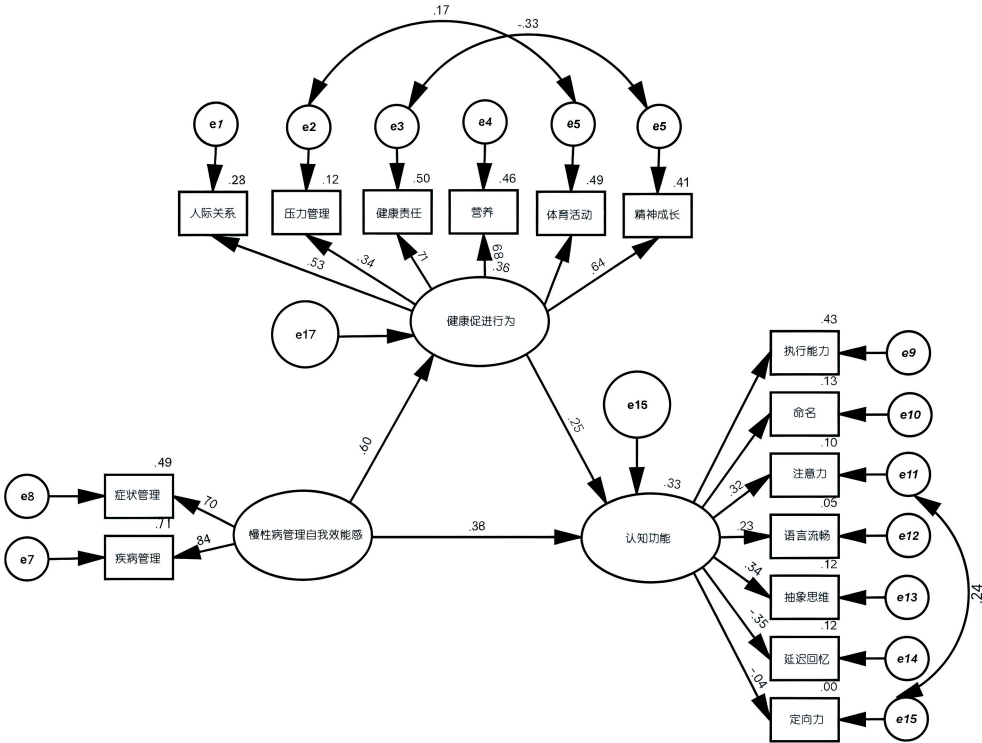


图 1 MCI 老年 HIV/AIDS 患者健康促进行为在慢病管理自我效能感与认知功能间的中介效应模型

表 4 修正前后结构方程模型各拟合指数情况

模型适配度	理想要求的标准	模型修正前	模型修正后 1	模型修正后 2	模型修正后 3
χ^2/df	1~3, 3~5 可接受	3.072	2.878	2.651	2.580
GFI	>0.9, 0.8~0.9 可接受	0.911	0.918	0.926	0.930
AGFI	>0.9, 0.8~0.9 可接受	0.877	0.886	0.896	0.899
IFI	>0.9, 0.8~0.9 可接受	0.831	0.849	0.869	0.876
TLI	>0.9, 0.8~0.9 可接受	0.791	0.812	0.835	0.842
CFI	>0.9, 0.8~0.9 可接受	0.828	0.846	0.866	0.874
PGFI	>0.5	0.660	0.658	0.656	0.651
RMSEA	<0.08	0.075	0.071	0.067	0.065

表 5 MCI 老年 HIV/AIDS 患者健康促进行为、慢病管理自我效能感、认知功能中介效应的路径系数

路径	非标准化系数	标准化系数	S.E.	C.R.	P
慢病管理自我效能感→健康促进行为	0.562	0.604	0.084	6.715	<0.001
健康促进行为→认知功能	0.147	0.253	0.059	2.476	0.013
慢性病管理自我效能感→认知功能	0.207	0.382	0.059	3.512	<0.001

3 讨 论

3.1 MCI 老年 HIV/AIDS 患者的健康促进行为对认知功能具有正效应 本研究结果显示,健康促进行为对认知功能具有正向影响,与 LI 等^[18]结果一致。健康促进行为是指人们为了维持和达到良好的健康

状态,提高健康意识,采取有利于健康的积极行为,改善自身健康状态。研究发现,改变生活方式因素,如饮食模式、体育锻炼、日常生活习惯等可以降低或延缓认知功能受损的风险^[19]。养成健康的饮食习惯,控制碳水化合物的摄取,避免过量的脂肪,适量摄入维

生素 C、E, 维生素的吸收能够增强体内的抗氧化酶活性, 有助于减缓衰老过程和防止痴呆形成; 定期进行体育锻炼, 如游泳、快速步行、骑自行车和慢跑等有氧运动能够显著提高 MCI 老年患者在语言、运动能力、记忆及整体健康状况方面的表现^[20]; 经常参加社交活动的老年患者, 活动量增加, 其身体各部分功能保持良好状态, 接受外部信息刺激, 使大脑活跃思维, 增进情感交流, 调节心理健康状况, 同时鼓励患者参与棋牌类智力性游戏活动, 有助于减少认知功能受损及延缓衰退; 吸烟、长时间酒精依赖性会造成人们注意力、记忆力和学习能力方面的损害^[21-22]; 由于 MCI 的渐进性和隐匿性特点, 老年 HIV/AIDS 患者及家属可能会将记忆力和其他认知能力的减退视为衰老的正常表现, 缺乏寻求专业治疗途径的了解, 以及获取轻度认知损害信息的能力等健康素养知识, 从而错失早期干预的最佳时机。因此, 医护人员应根据 MCI 老年 HIV/AIDS 患者的个人生活方式提供大脑健康建议, 如适当饮食、戒烟戒酒、定期锻炼、保持正常社交活动、学习新技能, 医疗机构的联系信息, 以及在随访过程中进行健康指导, 同时将行为风险、生活方式改变和认知功能损害联系起来对降低认知功能损害风险的精确教育是有益和激励的。

3.2 MCI 老年 HIV/AIDS 患者的慢病管理自我效能感对认知功能具有正效应 本研究结果显示, 慢病管理自我效能感对认知功能具有正向影响, 与吴雪霁等^[23]研究结果一致。认知行为关系的研究表明, 自我效能感作为一种认知过程, 在特定行为的表现中影响动机和思维过程的调节, 影响或决定患者对行为的选择, 改善患者的负性情绪。HIV/AIDS 患者因 ART 漫长而痛苦及经济资源损耗, 对未来失去信心, 负面情绪多。研究发现, 自我效能感水平高的患者, 负性情绪低, 对疾病的自我管理能力强^[24]。HIV 感染可能导致身体各类炎症及一系列严重并发症的出现, HIV 感染和 ART 都可能为感染者带来更高的心肾功能损害风险, 作为多种慢病的高发人群, MCI 老年 HIV/AIDS 患者往往接受着多类疾病的同时治疗, 多重用药可能会导致更多毒副作用的出现并影响疗效, 因此, 提高 MCI 老年 HIV/AIDS 患者的慢病管理能力非常重要。许多老龄化研究表明, 自我效能感对健康、身体功能、认知能力和认知衰退等方面的结果具有缓冲作用, 可以作为预防认知能力下降、轻度认知障碍和痴呆的保护因素^[25-27]。研究显示, 患者的自我效能感是提高其对疾病自我管理能力、保持健康状态的重要因素^[28]。MCI 老年 HIV/AIDS 患者中, 慢病管理自我效能感可通过提高个体对自身的认同感、调动 MCI 老年 HIV/AIDS 患者参与健康行为的积极性。因此, 医护人员可根据自我效能理论构建方案, 提高 MCI 老年 HIV/AIDS 患者慢病管理自能力, 增强其战胜疾病的信心, 延缓认知功能进一步衰退。

3.3 MCI 老年 HIV/AIDS 患者健康促进行为在慢病管理自我效能感与认知功能间起部分中介作用 本研究通过方程模型分析, 发现健康促进行为在慢病管理自我效能感与认知功能中起到了部分中介作用, 中介占比为 28.46%, 提示健康促进行为在 MCI 老年 HIV/AIDS 患者慢病管理自我效能感与认知功能间扮演重要角色, 提高其慢病管理自我效能进而促进健康的行为建立, 延缓认知功能的衰退, 促进健康老龄化。自我效能理论中提到个体行为的改变是通过提高其自我效能感, 而自我效能感是改变行为的内在动力^[29], 是积极健康行为反应的中介因素^[30]。研究显示, 感知益处能够影响健康促进行为, 个体对参与健康促进行为的感知益处在一定程度上决定了他们是否会进行健康促进行为^[31]。健康促进行为水平高的 MCI 老年 HIV/AIDS 患者能保持对当下任务的关注和警觉, 对疾病治疗充满信心, 形成更高的慢病管理自我效能感, 在 ART 中利用掌握的知识、技能管理自己的健康行为, 降低认知损害, 提高 ART 依从性。因此, 从慢病管理自我效能感这一角度对 MCI 老年 HIV/AIDS 患者的认知功能进行干预可能会取得更好的效果。

综上所述, 本研究调查了 MCI 老年 HIV/AIDS 患者的健康促进行为、慢病管理自我效能感及认知功能水平, 并探究三者间的关系, 发现健康促进行为在慢病管理自我效能感与认知功能间起部分中介作用, 提示医护人员在提升 MCI 老年 HIV/AIDS 患者健康促进行为水平的同时, 应注重慢病管理自我效能感的培养, 促进其健康行为的建立, 使之在延缓患者认知功能衰退发挥最大作用。该研究局限性为仅在昆明一家传染病医院开展, 未来进行多地区调研, 开展纵向方面的研究, 探究 MCI 老年 HIV/AIDS 患者认知功能的演变。

参考文献

[1] 中华医学会感染病学分会艾滋病丙型肝炎学组. 中国疾病预防控制中心. 中国艾滋病诊疗指南(2021 年版)[J]. 中国艾滋病性病, 2021, 27(11): 1182-1201.

[2] 祁慧, 王敏, 江艳. HIV 相关性神经认知功能障碍现状及影响因素研究[J]. 中国艾滋病性病, 2018, 24(5): 486-490.

[3] PATEL R, MOORE T, COOPER V, et al. An observational study of comorbidity and healthcare utilization among HIV-positive patients aged 50 years and over[J]. Int J STD AIDS, 2016, 27(8): 628-637.

[4] 谭行, 洪兆晨, 赵倩, 等. HIV 感染与衰弱及认知功能障碍关系的研究进展[J]. 中国艾滋病性病, 2020, 26(2): 222-224.

[5] BONNET F, AMIEVA H, MARQUANT F, et al. Cognitive disorders in HIV-infected patients: are they HIV-related[J]. AIDS, 2013, 27: 391-400.

- [6] MATCHANOVA A, WOODS S P, KORDOVSKI V M. Operationalizing and evaluating the Frascati criteria for functional decline in diagnosing HIV-associated neurocognitive disorders in adults[J]. *J Neurovirol*, 2020, 26(2): 155-167.
- [7] VASTAG Z, FIRA-MLADINESCU O, ROSCA E C. HIV-associated neurocognitive disorder (HAND): obstacles to early neuropsychological diagnosis[J]. *Int J Gen Med*, 2022, 15: 4079-4090.
- [8] ROBERTS R, KNOPMAN D S. Classification and epidemiology of MCI[J]. *Clin Geriatr Med*, 2013, 29(4): 753-772.
- [9] WOOD H. Alzheimer disease: meta-analysis finds high reversion rate from MCI to normal cognition[J]. *Nat Rev Neurol*, 2016, 12(4): 189-195.
- [10] BANDUR A A. Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning[J]. *Educ Psychol*, 1993, 28(2): 117-148.
- [11] GILLIS A J. Determinants of a health-promoting lifestyle: an integrative review[J]. *J Adv Nurs*, 1993, 18(3): 345-353.
- [12] ASSIS A P M, DE OLIVEIRA B T N, GOMES A L, et al. The association between nutritional status, advanced activities of daily living, and cognitive function among Brazilian older adults living in care homes[J]. *Geriatr Nurs (Minneapolis)*, 2020, 41(6): 899-904.
- [13] PETERSEN R C. Mild cognitive impairment as a diagnostic entity[J]. *J Intern Med*, 2004, 256(3): 183-194.
- [14] 张丽. 结构方程模型应用中样本和参数估计问题探析[J]. *科教文汇*, 2017(3): 75-76.
- [15] 温洪波, 张振馨, 牛富生, 等. 北京地区蒙特利尔认知量表的应用研究[J]. *中华内科杂志*, 2008, 47(1): 36-39.
- [16] LORIG K, RITTER P L, PIFER C, et al. Effectiveness of the chronic disease self-management program for persons with a serious mental illness: a translation study[J]. *Community Ment Health J*, 2014, 50(1): 96-103.
- [17] 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.
- [18] LI S J, YIN Y T, CUI G H, et al. The associations among Health-Promoting lifestyle, eHealth literacy, and cognitive health in older Chinese adults: a cross-sectional study[J]. *Int J Environ Res Public Health*, 2020, 17(7): 2263.
- [19] CLARE L, WU Y T, TEALE J C, et al. Potentially modifiable lifestyle factors, cognitive reserve, and cognitive function in later life: a cross-sectional study[J]. *PLoS Med*, 2017, 14(3): e1002259.
- [20] DEVENNEY K E, SANDERS M L, LAWLOR B, et al. The effects of an extensive exercise programme on the progression of mild cognitive impairment (MCI): study protocol for a randomised controlled trial[J]. *BMC Geriatr*, 2017, 17(1): 75-79.
- [21] JACERVILL A, MARTIN P, ANTHONY M S. Drinking, and incident cognitive impairment: a cohort community based study included in the gospel oak project[J]. *Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2000, 68(5): 622-626.
- [22] 周霞峰, 周旭辉, 郭育君, 等. 伴攻击行为酒精依赖患者的神经认知功能损害特征分析[J]. *中国医药导报*, 2017, 14(23): 96-98.
- [23] 吴雪霁, 陈雄飞, 吴家刚, 等. 老年 2 型糖尿病患者认知功能与自我管理行为、自我效能的关系[J]. *江苏预防医学*, 2017, 28(2): 147-149.
- [24] 方基基, 龚茜, 刘彩霞, 等. 一般自我效能感对老年人主观幸福感的影响研究[J]. *黑龙江科学*, 2014(11): 146.
- [25] WINDSOR T D, ANSTEY K J. A longitudinal investigation of perceived control and cognitive performance in young, midlife and older adults[J]. *Neuropsychol Dev Cogn B Aging Neuropsychol Cogn*, 2008, 15(6): 744-763.
- [26] ZAHODNE L B, NOWINSKI C J, GERSHON R C, et al. Which psychosocial factors best predict cognitive performance in older adults[J]. *J Int Neuropsychol Soc*, 2014, 20(5): 487-495.
- [27] FORSTMEIER S, MAERCKER A, MAIER W, et al. Motivational reserve: motivation-related occupational abilities and risk of mild cognitive impairment and Alzheimer disease[J]. *Psychol Aging*, 2012, 27(2): 353-363.
- [28] 王晶晶, 白晨晓, 张泽懿, 等. 老年慢性阻塞性肺疾病患者锻炼行为感知现状及影响因素分析[J]. *中华护理杂志*, 2022, 57(1): 36-42.
- [29] 秦静雯, 熊娟娟, 潘鑫, 等. 老年慢性心力衰竭患者运动恐惧现状及影响因素分析[J]. *中华护理杂志*, 2022, 57(4): 408-414.
- [30] FIRTH A M, CAVALLINI I, SÜTTERLIN S, et al. Mindfulness and self-efficacy in pain perception, stress and academic performance. The influence of mindfulness on cognitive processes[J]. *Psychol Res Behav Manag*, 2019, 12: 565-574.
- [31] OH J. Factors affecting health promoting behavior among older women in Korea: a structural equation model[J]. *Health Promot Int*, 2021, 36(4): 924-932.

(收稿日期: 2024-05-25 修回日期: 2025-03-20)