

# 认知行为干预对不同认知功能状态老年人营养改善效果的影响

袁凤丽, 林 贇, 王 能, 宋倩茹, 张 润, 代凤娟, 袁 琪, 张群惠, 徐 睿, 杨 琴, 王 静

四川省医学科学院·四川省人民医院(电子科技大学附属医院), 四川 成都 610072

**【摘要】** 目的 分析对住院老年人进行认知行为干预对其营养状态的改善效果。方法 以我院 2014~2017 年住院离退休干部 400 例为研究对象,按随机数字表法分为对照组和观察组各 200 例,评估不同老年人的认知功能状态,再展开不同的护理方案,对照组进行常规干预,观察组在此基础上加强认知行为干预,比较两组的精神状态、日常生活活动能力、认知功能和生活质量。结果 干预后,观察组简易状态检查量表(MMSE)、日常生活能力量表(ADL)、蒙特利尔认知评估量表(MoCA)、健康状况调查问卷(SF-6)评分均高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 认知行为干预是一种有效的方法来改善老年人的营养状况,提升患者自我认知,减少疾病的风险。

**【关键词】** 认知行为干预;认知功能;老年人;营养状况

**【中图分类号】** R161.7

**【文献标志码】** A

**【文章编号】** 1672-6170(2024)03-0126-04

**The effect of cognitive behavioral intervention on the nutritional improvement of elderly people with different cognitive functional states** YUAN Feng-li, LIN Yun, WANG Neng, SONG Qian-ru, ZHANG Run, DAI Feng-juan, YUAN Qi, ZHANG Qun-hui, XU Rui, YANG Qin, WANG Jing *Sichuan Academy of Medical Sciences · Sichuan Provincial People's Hospital (Affiliated Hospital of University of Electronic Science and Technology of China), Chengdu 610072, China*

**【Corresponding author】** WANG Jing

**【Abstract】** **Objective** To analyze the effect of cognitive behavioral intervention on the nutritional status of hospitalized elderly people. **Methods** A total of 400 hospitalized retired cadres in our hospital from 2013 to 2015 were selected as research objects. They were divided into a control group and an observation group by using random number table method, 200 in each group. The cognitive function status of different elderly people was evaluated, and different nursing plans were implemented. The control group received routine intervention. The observation group received strengthened cognitive behavioral intervention. The mental state, daily living activities, cognitive function and quality of life were compared between the two groups. **Results** After intervention, the scores of Mini-Mental Examination (MMSE), Activities of Daily Living (ADL), Montreal Cognitive Assessment (MoCA) and Health Status Questionnaire (SF-6) in the observation group were higher than those in the control group ( $P<0.05$ ). **Conclusions** Cognitive behavioral intervention is an effective method to improve the nutritional status of elderly people, enhance the patient self-awareness, and reduce the risk of disease.

**【Key words】** Cognitive behavioral intervention; Cognitive function; Elderly people; Nutritional status

近年来,越来越多的学者开始关注认知行为干预在促进老年健康方面的作用。许多研究表明,认知行为干预可以提高老年人的生活质量和幸福感,并减少疾病的风险<sup>[1]</sup>。研究发现,认知行为干预可显著降低中风发病率,可以帮助老年人更好地管理慢性病症状以及心理问题<sup>[2]</sup>。近年来认知行为干预在我国也逐渐受到重视,已有研究证明认知行为干预对预防和治疗多种疾病具有积极的作用。另外,还有其他研究指出<sup>[3]</sup>,认知行为干预可以有效地改善老年人的睡眠质量,虽然认知行为干预的应用领域还比较窄,但随着年龄结构的变化和社会需求的不断变化,这种方法有望在未来得到更广泛应用<sup>[4]</sup>。本研究以我院区接收的住院离退休干部为

例,探讨认知行为干预在不同认知功能状态老年人中对提升生活质量和营养状况的有效性,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2014 年 1 月至 2017 年 12 月在我院的住院离退休干部 400 例,纳入标准:①按国际通用年龄标准采纳 $\geq 60$  岁住院离退休干部。②有相应认知能力,情绪稳定,能主动配合治疗、护理的患者。③愿意参与此研究,并签署实验合作协议的患者。排除标准:肝昏迷,昏迷患者,休克意识不清患者。按照随机数字表法分为对照组与观察组各 200 例。对照组男 112 例,女 88 例,年龄 61~82 岁[(72.36 $\pm$ 4.85)岁];观察组有男 108 例、女 92 例,年龄 60~84 岁[(71.27 $\pm$ 4.74)岁],两组性别、年龄等比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

**1.2 方法** 通过对所有老年人进行调查和分析发现,影响认知功能的因素主要涉及性别、膳食、家庭

**【基金项目】** 四川省干部保健科研课题(编号:川干研 2013-216)

**【通讯作者】** 王 静

收入、营养知识掌握、年龄和受教育程度等,老年人普遍存在偏食、暴饮暴食等问题,不仅会影响他们的身体健康,还容易导致营养不良,降低机体免疫力。基于以上对两组分别展开了不同的干预指导。对照组开展常规干预,如饮食喜好、生活习惯、健康状况等进行指导。观察组则在此基础上给予认知行为干预,具体内容:对参与研究的医生进行集中训练,经过训练的医生通过使用膳食结构和营养知识评估问卷来评估干预对象的膳食结构和营养知识水平,并进行认知功能的筛选。以膳食结构和饮食计划指导和营养知识为基础,向干预对象详细解释平衡膳食的理念,指出他们的膳食结构存在不足,让他们意识到合理膳食结构的重要性,理解通过简单调整食物种类就能实现膳食平衡,提高实施饮食计划的信心。基于膳食组成的评估,医生和老年人进行深入的沟通,鼓励他们积极参与,思考他们的饮食偏好,并设定 4 次饮食计划(包括时间、地点、人员、食物种类),将这些信息记录在指南的饮食计划部分。

**1.3 观察指标** 采用国际通用的标准化工具,简易状态检查量表(MMSE)、日常生活能力量表(ADL)、蒙特利尔认知评估量表(MoCA)、健康状况调查问卷(SF-6)评估干预前后老年患者的健康及认知状态,同时在干预前后检验两组营养状况,具体评价标准如下:MMSE 总分为 30 分,分数越高,代表患者的精神状态越好<sup>[5]</sup>;MoCA 主要包括执行力、注意力、定向力、抽象能力、语言能力等,每项评分标准均为 0-5 分,分数越高认知功能越好<sup>[6]</sup>;ADL 量表有

6 个与生活自理相关的维度和 8 个使用工具能力的维度,本次主要选择其中的进食、穿衣、梳洗、上厕所、行走和洗澡,得分越高生活能力越好<sup>[7]</sup>;SF-36 量表中共有 8 个维度,选取其中生理机能、躯体疼痛、情感职能、社会功能、精神健康 5 个,每项评分标准均为 0~100 分,分值越高越好<sup>[8]</sup>。

**1.4 统计学方法** 应用 SPSS 23.0 统计学软件进行数据处理。计量资料以均数±标准差表示,组间比较采用 *t* 检验;计数资料以例数(%)表示,组间比较采用卡方检验。 $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组干预前后精神状态及日常生活能力比较** 干预前两组 MMSE 与 ADL 评分比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );干预后观察组 MMSE、ADL 评分均高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 1。

**2.2 两组干预前后认知功能评分比较** 干预前两组 MoCA 各项评分比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );干预后观察组 MoCA 各项评分均高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 2。

表 1 两组干预前后的 MMSE、ADL 评分比较(分)

| 组别             | 时间  | MMSE 评分                 | ADL 评分                  |
|----------------|-----|-------------------------|-------------------------|
| 对照组( $n=200$ ) | 干预前 | 18.15±0.63              | 66.41±3.63              |
|                | 干预后 | 23.11±1.62 <sup>△</sup> | 80.36±4.85 <sup>△</sup> |
| 观察组( $n=200$ ) | 干预前 | 18.26±0.71              | 66.51±3.71              |
|                | 干预后 | 27.39±2.35              | 91.03±5.63              |

△与观察组比较, $P<0.05$

表 2 两组干预前后 MoCA 评分比较(分)

| 组别             | 时间  | 执行力                    | 注意力                    | 定向力                    | 抽象能力                   | 语言能力                   |
|----------------|-----|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| 对照组( $n=200$ ) | 干预前 | 1.71±0.46              | 2.01±0.54              | 3.01±0.83              | 2.45±0.67              | 1.31±0.32              |
|                | 干预后 | 3.13±0.24 <sup>△</sup> | 3.02±0.61 <sup>△</sup> | 4.36±0.41 <sup>△</sup> | 4.11±0.41 <sup>△</sup> | 2.63±0.30 <sup>△</sup> |
| 观察组( $n=200$ ) | 干预前 | 1.70±0.56              | 2.10±0.44              | 3.11±0.71              | 2.31±0.66              | 1.24±0.31              |
|                | 干预后 | 5.03±0.66              | 6.03±0.72              | 6.55±1.03              | 6.45±0.78              | 5.33±0.52              |

△与观察组比较, $P<0.05$

**2.3 两组干预前后生活质量评分比较** 干预前两组生活质量各项评分比较差异无统计学意义( $P>0.05$ );干预后两组各评分均显著提升,且观察组评

分高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 3。

表 3 干预前后两组生活质量评分比较(分)

| 组别             | 时间  | 生理机能                    | 躯体疼痛                    | 情感职能                    | 社会功能                    | 精神健康                    |
|----------------|-----|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 对照组( $n=200$ ) | 干预前 | 76.36±2.10              | 73.65±1.65              | 76.25±2.01              | 77.04±1.35              | 73.25±4.01              |
|                | 干预后 | 89.36±3.65 <sup>△</sup> | 88.65±4.78 <sup>△</sup> | 86.41±5.22 <sup>△</sup> | 87.63±8.66 <sup>△</sup> | 89.36±5.71 <sup>△</sup> |
| 观察组( $n=200$ ) | 干预前 | 75.25±2.11              | 73.54±1.54              | 76.14±2.11              | 76.14±1.24              | 73.14±4.11              |
|                | 干预后 | 96.32±2.74              | 97.05±1.47              | 94.25±4.17              | 93.55±6.24              | 95.14±2.88              |

△与观察组比较, $P<0.05$

2.4 两组干预前后营养指标水平比较 干预前两组营养指标比较差异无统计学意义( $P>0.05$ );干预后,观察组白蛋白、前白蛋白、血红蛋白及 BMI 营养

指标水平均优于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 4。

表 4 两组干预前后营养指标水平比较

| 组别             | 时间  | 白蛋白(g/L)                | 前白蛋白(mg/L)                | 血红蛋白(g/L)                 | BMI(kg/m <sup>2</sup> ) |
|----------------|-----|-------------------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------|
| 对照组( $n=200$ ) | 干预前 | 35.23±5.01              | 185.04±28.03              | 94.11±9.20                | 16.87±1.01              |
|                | 干预后 | 40.36±6.11 <sup>△</sup> | 223.41±30.58 <sup>△</sup> | 110.35±10.02 <sup>△</sup> | 20.01±2.03 <sup>△</sup> |
| 观察组( $n=200$ ) | 干预前 | 35.12±5.10              | 184.01±27.66              | 95.32±8.69                | 16.71±1.12              |
|                | 干预后 | 53.33±7.65              | 267.31±33.54              | 154.25±12.21              | 24.32±3.24              |

△与观察组比较, $P<0.05$

### 3 讨论

我国是第一人口大国,据国家统计局 2007 年发布的《中华人民共和国 2006 年国民经济和社会发展统计公报》<sup>[9]</sup>,2006 年末我国总人口为 131448 万人。截至 2006 年底,全国 65 岁及以上人口 10419 万人,占全国总人口的 7.9%,比上年上升了 0.2 个百分点。按国际通用标准,60 岁以上的人口占总人口的 10% 以上,或 65 岁以上的人口占总人口的 7% 以上,便称为老龄化社会<sup>[10]</sup>。我国于 1999 年进入老龄化社会,是较早进入老龄社会的发展中国家之一,将面临人口老龄化和人口总量过多的双重压力<sup>[11,12]</sup>。老龄化的一个显著变化是认知功能的改变,且老年人群中认知状态是不同的,存在非均质性,包括成功老龄、常态老龄、轻度认知功能损伤及痴呆。随着增龄,常伴有认知功能的下降<sup>[13,14]</sup>。综合众多研究成果可见,目前国内外主要从成功老龄认知功能的相关因素、成功老龄化状况分析、成功老龄化控制理论以及认知功能进展方面进行研究。国内外学者越来越重视对老年认知功能的非均质性研究,尽管国内针对成功老龄认知功能的相关因素已有研究,但是对成功老龄的认知和需求研究尚无<sup>[11]</sup>。因此,本文对住院离退休干部进行研究,探讨住院离退休干部对成功老龄的认知与需求,通过对住院离退休干部对成功老龄的认知与需求以及个体化的营养干预研究,促进住院离退休干部从病态老龄转归到常态老龄,从常态老龄到成功老龄,提高其生活质量,实现成功老龄。

住院患者机体营养状态与其后期康复之间密切相关,张小兰等<sup>[15]</sup>研究发现,老年人住院期间有较高的比例合并营养不良,而营养不良将增加患者肌肉减少症发生风险。王湾湾等<sup>[16]</sup>研究发现,老年人住院期间发生营养不良是造成衰弱的重要影响因素。张辉凯等<sup>[17]</sup>研究发现,营养不良将增加失代偿期肝硬化患者并发症发生率及病死率。白璐璐等<sup>[18]</sup>也表示,联合饮食干预提高患者机体营养状态可减少肝癌患者术后并发症。故积极进行营养干

预,保障老年住院患者机体营养状况,在其疾病康复种具有重要意义。而营养知识内容多且复杂,学习成本大,难度高,老年人因认知功能下降,难以掌握并熟练应用相关知识,且老年患者还可能因认知功能下降,在面临常规营养知识宣教时易产生焦虑及信心不足表现,营养干预依从性也较低。而认知行为干预能通过认知重建,更好地帮助患者掌握相关知识,提高其营养干预方案依从性,帮助患者根据自身饮食喜好,设计日常饮食,进而提高机体营养状态。本研究发现,经认知行为干预后,观察组患者白蛋白、前白蛋白、血红蛋白及 BMI 水平均较同组干预前上升,且各指标水平均高于对照组干预后水平,提示认知行为干预能提高老年住院患者机体营养状态。

本文结果显示,观察组经过干预后,老年人的生活质量、认知功能、生活质量也均优于对照组( $P<0.05$ )。这与认知行为干预能帮助老年住院患者准确掌握营养相关知识,提高其对健康饮食的认识,进而在长时间内保持健康饮食习惯,提高机体营养状态,进而改善机体免疫力,促进疾病康复,改善其生活质量及认知功能相关<sup>[19]</sup>。

综上,认知行为干预以帮助住院老年人更好地理解自己的饮食习惯以及如何改变不良的生活方式,进而提升日常生活能力,改善住院老年人的营养水平,值得推广。

### 【参考文献】

- [1] 廖吉平,朱少娟,金秀莲,等. 老年认知障碍合并高血压患者应用基于遗忘曲线的干预效果[J]. 川北医学院学报, 2022, 37(12): 1641-1643.
- [2] 尹成芬,谭娜,张莉莉,等. 整合认知干预联合心理干预对阿尔茨海默病患者的影响[J]. 心理月刊, 2022, 17(24): 164-166.
- [3] 付志强,齐伟,翁华等. 关于社会处方管理模式对社区老年人认知状况的干预效果及其社会支持影响因素的探索性研究[J]. 老龄科学研究, 2022, 10(12): 24-33.
- [4] 黄骄莲. 认知护理干预对老年糖尿病高血压患者的影响[J].