

认知行为理论视角下老年慢性病患者自我管理能力提升的社会工作介入策略分析

刘渡平

西北民族大学中华民族共同体学院, 甘肃 兰州

收稿日期: 2025年10月31日; 录用日期: 2025年12月3日; 发布日期: 2025年12月15日

摘要

随着全球人口老龄化进程的不断加速, 老年慢性病患者群体日益庞大, 其自我管理能力的提升已成为公共卫生与社会工作领域亟待解决的关键议题。论文以认知行为理论为核心理论框架, 紧密结合社会工作实务的专业原则与方法, 提出以认知重构、行为训练、社会支持网络构建为核心的三级干预策略, 推动老年慢性病患者实现从被动接受治疗向主动自我管理的根本性转变, 进而为社会工作在该领域的实践提供坚实的理论支撑与切实可行的操作路径。

关键词

认知行为理论, 自我管理能力, 社会工作介入

Analysis of Social Work Intervention Strategies for Improving Self-Management Capabilities of Elderly Patients with Chronic Diseases from the Perspective of Cognitive-Behavioral Theory

Duping Liu

School of Chinese National Community, Northwest Minzu University, Lanzhou Gansu

Received: October 31, 2025; accepted: December 3, 2025; published: December 15, 2025

Abstract

With the accelerating global aging process, the group of elderly patients with chronic diseases is

文章引用: 刘渡平. 认知行为理论视角下老年慢性病患者自我管理能力提升的社会工作介入策略分析[J]. 社会科学前沿, 2025, 14(12): 347-353. DOI: 10.12677/ass.2025.14121099

expanding, and improving their self-management ability has become a crucial issue urgently needing to be addressed in the fields of public health and social work. Based on the cognitive-behavioral theory as the core theoretical framework, this paper closely combines the professional principles and methods of social work practice, and proposes a three-level intervention strategy centered on cognitive restructuring, behavioral training, and social support network construction. This strategy aims to promote a fundamental transformation of elderly patients with chronic diseases from passive treatment acceptance to active self-management, thereby providing solid theoretical support and practical operational paths for social work practice in this field.

Keywords

Cognitive-Behavioral Theory, Self-Management Ability, Social Work Intervention

Copyright © 2025 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

伴随老龄人口规模的持续扩张,人口老龄化所引发的健康危机在全球范围内不容小觑,已成为各国公共卫生领域亟待解决的重大课题。在我国,人口老龄化进程呈现出“速度快、规模大、程度深”的显著特征,相关研究预测,到2030年,我国老年人口占比将接近27%,正式进入深度老龄化社会。与此同时,老年人群体是慢性病的高发群体,据《中国老年健康蓝皮书》数据显示,我国60岁及以上老年人群中,患有至少一种慢性病的比例高达79.4%,且呈现出“一人多病”的叠加态势。更值得关注的是,到2030年,我国慢性病老年人口数量预计将增加3倍,因慢性病导致的疾病负担至少增长40% [1]。慢性病的长期性、复杂性和反复性,决定了其管理不能仅依赖于医院的阶段性治疗,更需要患者在日常生活中进行持续有效的自我管理。

世界卫生组织(WHO)的研究表明,70%的慢性病死亡案例与患者自我管理不足密切相关。老年慢性病患者由于生理机能衰退、认知能力下降、社会支持薄弱等多重因素,其自我管理能力普遍偏低,往往面临用药不规范、饮食结构不合理、康复锻炼缺失等问题,不仅导致病情反复加重,增加医疗费用支出,更严重影响了其生活质量和生命尊严 [2]。因此,探索科学有效的干预路径,提升老年慢性病患者自我管理的能力,已成为缓解老龄化健康危机、减轻社会医疗负担的关键举措。本文以认知行为理论为基础,结合社会工作专业方法,深入探讨如何通过系统性干预措施,切实提升老年慢性病患者自我管理的能力,为构建老年慢性病防治体系提供理论参考和实践思路。

2. 国内外研究现状

国内层面,社会工作“个案+小组+社区”的多元介入方法成效初显。小组工作以“共病认知矫正”“健康技能训练”等主题,帮助患者掌握健康管理知识;个案工作针对失能、独居患者提供个性化服务,曾巧妹的研究显示,独居患者自我监测频率从每周1.2次升至3.5次,孤独感评分降低28% [3],这既提供了实务样本,也推动相关理论本土化应用。

社区工作在资源整合中作用关键。社工联动多方搭建“医疗-社工-家庭”协同网络,协调医生进社区咨询、组织护士培训监测技能、动员低龄老人帮扶高龄患者 [4]。栾文敬等在农村的实践显示,患者健康知识知晓率从32%升至65%,社区服务利用率从23%升至58% [5];北京某社区数据显示,参与互助小组

的患者自我管理行为中断率比未参与者低 42% [6]。

国外研究起步更早，上世纪 90 年代已探索介入路径。美国学者 Gellis 提出“心理-行为协同干预模型”，其试验显示，接受干预的患者抑郁症状缓解率 35%，管理能力评分提升 22%，效果维持 6 个月以上[7]；英国学者 Robert 提出小组干预框架，参与者健康行为达标率比传统模式高 30% [8]。此外，国外跨专业协作机制成效显著，伦敦试点显示，患者年均住院天数减少 4.2 天，医疗费用降低 18% [9]，为国内提供借鉴。

综上所述，现有文献多聚焦单一慢性病干预或泛化探讨老年健康服务，针对该群体多疾病叠加、需求多元特点的研究较匮乏，且多为小规模试点，缺乏标准化模式与长期效果验证。

3. 理论基础与核心概念

3.1. 理论基础：认知行为理论

认知行为理论主张个体的认知、情绪和行为三者之间存在紧密的相互关联，其中认知在三者之间发挥着至关重要的中介和连接作用，负面的认知往往会引发负面的情绪和行为。认知行为理论强调在为服务对象提供专业服务时，通过认知与行为的双重干预，切实改变服务对象思考问题的固有模式[10]，其中，认知重构是基础，通过修正错误认知为行为改变奠定前提；行为训练是核心，在科学认知指导下强化健康行为；社会支持网络构建是保障，通过外部环境支持巩固认知与行为改变的成效，三者形成认知-行为-环境的闭环干预逻辑，契合认知行为理论的核心观点。

在老年慢性病自我管理领域，认知行为理论的应用具有显著优势。一方面，它能够精准把握老年患者因疾病产生的认知偏差，从根源上解决问题；另一方面其“认知-行为”双干预的模式，既关注患者的内在思维调整，又注重外在行为习惯的养成，符合慢性病自我管理“知行行统一”的核心要求。在针对老年糖尿病患者的干预中，社会工作者可运用认知行为理论，帮助患者修正错误认知，再通过行为训练帮助患者养成规律饮食、定期监测血糖的习惯，最终实现血糖的有效控制[11]。本文提出的“认知重构-行为训练-环境支持”三级框架，与现有模型的相同点在于均认可认知与行为的相互作用且强调通过干预改变患者错误认知与不良行为，不同点则是现有模型多侧重“个体层面干预”，如仅靠健康教育修正认知、行为契约强化习惯，而本文框架在个体干预基础上新增“社会支持网络构建”的环境层面干预，更契合老年慢性病患者尤其是独居患者对外部支持的需求，还结合了社会工作“人在情境中”的核心理念，实现理论与实务的深度融合。

3.2. 慢性病自我管理的核心定义

慢性病自我管理(Chronic Disease Self-Management, CDSM)的概念最早由美国斯坦福大学患者教育研究中心的 Lorig 教授于 20 世纪 90 年代提出，经过多年的理论完善和实践探索，已形成了较为成熟的定义体系。结合我国老年慢性病患者的特点，本文将慢性病自我管理界定为：个人在卫生保健专业人员的协助下，积极主动地运用自我管理方法对慢性病进行长期控制的过程[12]。这一过程并非患者的“单打独斗”，而是强调“专业指导+患者主导”的协同模式，其核心目标是帮助患者掌握自我管理技能，提高应对疾病的能力，最终实现生活质量的提升。

4. 老年慢性病患者自我管理能力影响因素分析

4.1. 老年慢性病患者对疾病存在认知偏差

老年慢性病患者受生理机能衰退、教育背景限制及健康信息获取渠道单一等因素影响，整体认知水

平相对不高,这直接导致他们在慢性病认知与防护层面存在诸多明显不足。具体而言,多数患者仅能通过“身体疼痛”“精神乏力”等直观感受判断病情,对所患疾病的具体症状缺乏系统认知,更关键的是,他们对疾病潜在并发症的认知几乎处于空白状态,许多糖尿病老年患者从未意识到长期血糖超标可能引发视网膜病变、糖尿病足等严重后果,甚至在出现早期足部麻木症状时,仍误以为是“年纪大了的正常现象”,错过干预时机[13]。此外,在疾病防治方式上,患者多依赖“听邻居说”“看偏方”等非专业渠道,对“规律用药控制指标”“饮食运动协同管理”等科学防治手段知之甚少,部分患者甚至认为“慢性病只需吃药,不用管生活习惯”,形成错误的防治认知。

认知层面的薄弱直接导致患者缺乏清晰明确的健康保健目标,自我管理能力长期处于较低水平。例如,不少患者虽知道要“控制血压”,却从未设定过“每日血压监测次数”“血压稳定范围”等具体目标,日常管理仅凭“感觉”,既不规律记录血压数据,也不根据指标调整用药与饮食,使得疾病治疗始终处于“被动跟随”状态,难以达到理想的管理效果。更值得关注的是,另一部分老年慢性病患者因长期受疾病困扰,逐渐形成对疾病治疗的消极情绪——他们或因多次调整治疗方案仍未达预期,产生“治不好”的绝望感;或因担心给子女添麻烦,陷入“拖累家人”的愧疚情绪中。这些消极情绪进一步加剧了自我管理的惰性,使他们逐渐放弃主动参与疾病管理,不仅拒绝学习新的自我管理技能,甚至连医生叮嘱的“按时服药”“定期复查”等基础要求也难以遵守,最终陷入“认知不足-情绪消极-管理失效-病情加重”的恶性循环,严重影响疾病治疗效果与自身生活质量。

4.2. 行为固化,健康行为依从性低

老年慢性病患者虽然知晓不健康的生活习惯会对身体造成危害,但在实际行动中,养成并坚持健康的生活习惯对他们而言困难重重,在疾病治疗和恢复过程中,按时服药、定期进行身体检查和病情监测是至关重要的环节,但老年慢性病患者身体检查和病情监测也多在医生的要求下被动进行,自制力和主动性严重不足,某社区调研显示,老年慢性病患者按时服药依从率仅45%,每周坚持3次以上康复锻炼的比例不足30%,部分患者因长期养成的高盐饮食习惯,即使知晓危害也难以调整[14]。由于缺乏自制力以及严谨的自我管理方案和强大的执行力,导致他们在慢性病自我管理方面存在明显不足。

4.3. 社会支持网络薄弱

社会支持网络是老年慢性病患者自我管理的重要外部保障,它通过提供情感支持、信息支持、实际帮助等,帮助患者缓解心理压力、获取管理技能、克服行为困难,进而提升自我管理能力。根据社会支持理论,个体的社会支持网络主要包括家庭支持、同伴支持、社区支持和专业支持四个层面,这些支持相互补充、相互作用,共同构成了患者应对疾病的“社会安全网”[15]。然而,当前我国老年慢性病患者的社会支持网络普遍薄弱,难以满足其自我管理的需求。

从家庭支持层面来看,随着我国家庭结构的小型化和空巢化,越来越多的老年人面临“独居”或“空巢”状态。据国家统计局数据显示,2022年我国空巢老年人数量已超过1.2亿,其中相当一部分是慢性病患者[16]。这些空巢老人缺乏家人的日常陪伴和照护,在自我管理过程中面临诸多困难,即使是与子女同住的老年人,部分子女由于工作繁忙、缺乏照护知识,也难以提供有效的支持[2]。

从同伴支持层面来看,老年慢性病患者之间的同伴互助是提升自我管理能力的有效方式。同伴之间具有相似的疾病经历和心理感受,能够更好地理解彼此的困境,相互分享管理经验、鼓励支持[17]。

从社区支持层面来看,社区作为老年慢性病患者生活的主要场所,其支持服务的完善程度直接影响患者的自我管理效果。但现实中,我国部分社区尤其是老旧小区的老年慢性病管理服务存在明显不足,这些问题导致社区支持难以真正落地,无法为患者提供有效的帮助。

5. 社会工作介入策略分析

基于认知行为理论, 本文构建了“认知重构-行为训练-环境支持”三级干预框架, 旨在通过系统性、多层次的干预措施, 切实提升老年慢性病患者的自我管理能力。

5.1. 认知重构: 修正非理性信念

认知重构的核心在于帮助老年慢性病患者修正非理性信念, 改变负面思维模式, 建立科学的疾病认知和积极的自我效能感。自我效能感是班杜拉社会学习理论中的核心概念, 指个体对自己能否成功完成某一行为所具有的信心和判断, 对于老年慢性病患者而言, 较高的自我效能感能够增强其应对疾病的信心, 激发其参与自我管理的积极性[18]。社会工作者主要通过负面思维觉察与记录、慢性病知识系统教育、非理性信念辩论与替代三类具体方法, 开展认知重构干预, 从思维根源到知识储备再到信念修正, 形成层层递进的干预逻辑。

在负面思维觉察与记录环节, 社会工作者首先引导患者进行“负面思维日记”记录, 帮助患者主动觉察自身存在的负面思维模式。这一方法源于埃利斯理性情绪行为疗法的 ABC 理论, 日记需详细记录具体生活场景、当时的自动化思维、伴随的情绪反应以及实际的行为选择[19]。通过连续一周的记录, 患者能直观看到负面思维与情绪、行为之间的关联, 进而意识到非理性信念对自我管理的负面影响, 对记忆力衰退患者则可改用“图文思维卡片”降低记录难度; 其次, 在小组工作中, 在干预第 1~2 周以小组工作形式, 联合社区医生开展专题讲座, 内容可覆盖病因、并发症预防、用药注意事项等内容, 采用“讲解+案例分享+互动问答”模式, 在干预第 3~4 周组织小组活动, 围绕“血糖偶尔高即治疗失败”等典型非理性信念展开讨论, 引导患者从证据充分性、逻辑合理性、后果可控性三个维度质疑负面信念, 协助建立积极认知。

慢性病知识系统教育则聚焦于填补患者的疾病认知空白, 通常在老年慢性病自我管理能力提升小组的初期阶段开展。社会工作者会联合社区卫生服务中心的医生, 设计一系列贴合患者需求与认知特点的专题讲座, 内容重点涵盖慢性病的病因、发展过程与并发症预防, 以及常用药物的作用机制、服用方法与注意事项等[20]。

当患者具备一定疾病认知基础后, 社会工作者会组织非理性信念辩论与替代活动, 进一步修正认知偏差。活动以小组为单位, 每组围绕一个典型非理性信念主题展开讨论, 某试点干预显示, 经过 8 周认知重构干预, 患者非理性信念改善比例达 72%, 慢性病健康知识知晓率从 41% 提升至 68% [21]。在此过程中, 社会工作者作为引导者, 先邀请患者分享自身是否有过类似信念, 以及这些信念对自我管理行为的具体影响; 再引导患者从“证据是否充分”“逻辑是否合理”“后果是否可控”三个维度, 对非理性信念进行理性质疑; 最后协助患者结合已掌握的疾病知识, 构建替代性的积极认知。

5.2. 行为训练: 强化健康行为依从性

行为训练的主要目标是帮助老年慢性病患者强化健康行为依从性, 养成良好的生活习惯。社会工作者可采用目标分解与渐进式行动的策略, 将较为困难的健康行为目标, 开展行为契约与正向激励活动也是行之有效的方法[22]。社会工作者与患者签订健康行为协议, 协议中详细规定患者需要完成的健康行为目标以及相应的奖励措施。同时, 结合社区积分奖励制度, 以此增强患者参与健康行为的动机。行为训练致力于强化患者健康行为依从性、帮助其养成良好生活习惯, 在实践中, 结合患者的病情特点、身体状况及生活习惯, 将大目标拆分为阶梯式小目标, 适配患者实际能力; 再与患者签订《健康行为契约》, 明确患者需遵守的用药规范、小组参与等承诺, 以及提供的上门走访、积分兑换等支持措施, 结合社区积分制度提升患者参与动机; 最后将 10~12 名患者组成互助小组, 推选血糖控制良好的患者担任组长,

每周开展活动，聚焦血糖日志分享、饮食食谱交流、实际问题互助解决，形成同伴监督氛围，保障干预的可操作性与持续性。

在干预方案实施过程中，针对部分患者因“觉得麻烦”“对效果没信心”导致的参与积极性低问题，干预前需通过深度访谈了解患者真实需求并针对性宣传，采用“完成1次血糖监测奖励试纸”等小目标激励，同时动员家属陪同参与，针对干预后部分患者恢复不良习惯、血糖反弹的效果持续性问题，干预结束后需开展6个月随访，每月1次电话、每2个月1次上门，将同伴支持小组交由患者自主管理，同时对接社区慢性病管理门诊，保障患者长期获得专业支持。

5.3. 社会支持网络构建：整合多元资源提供情感支持

构建完善的社会支持网络是提升老年慢性病患者自我管理能力的保障。社会工作者通过举办小组分享交流会，为患者创造更多相互交流和互动的机会，充分发挥同伴互助的作用。此外，社会工作者积极开展家属教育课程，向家庭成员普及老年慢性病的相关知识、自我管理的重要性以及正确的照护方法，给予老人更多的关心和支持，同时建立“社工+医生+志愿者”协作模式，能有效整合社区内的医疗资源、人力资源和社会资源。在具体操作上：社区工作的核心技巧是资源链接与组织动员，在资源链接方面，社会工作者需与多方主体建立合作关系，争取政策与资金支持；在组织动员方面，通过挖掘社区骨干、培育互助组织，实现服务的可持续性。通过整合资源、开展活动、完善服务，为老年慢性病患者提供系统支持，以构建“健康社区”为目标，从环境改善、资源整合、服务完善三个层面介入，为老年慢性病患者提供系统性支持。

环境改善层面，打造健康支持性环境：在社区设置健康宣传栏，定期更新慢性病管理知识；在活动中心配备血压计、体重秤等监测设备，供患者免费使用；开辟“健康步道”，标注适合老年人的运动强度与路线。资源整合层面，建立“医社联动”服务模式：社区卫生服务中心每周安排全科医生坐诊，提供诊疗与咨询服务；药店与社区合作开展“送药上门”服务，解决行动不便患者的购药难题；招募医护志愿者、大学生志愿者，组建“一对一”帮扶队伍。服务完善层面，建立分层服务体系：针对健康人群开展预防教育，针对高危人群开展早期干预，针对患者群体开展持续管理。社区每月举办一次健康讲座，每季度组织一次体检，每年开展一次健康评比活动。同时建立患者健康档案，实行电子化管理，动态追踪病情变化与服务需求。

6. 结论

认知行为理论为提升老年慢性病患者自我管理能力提供了“认知-行为-环境”三位一体的科学干预路径。验证了该群体自我管理困境的真实性与干预策略的可行性，并从社会工作专业视角出发，整合家庭、同伴、社区、专业多元资源，不仅关注患者个体的认知与行为改变，更注重改善患者所处的社会环境，为个案辅导、小组工作、社区工作等专业方法提供可操作路径，切实体现了社会工作的专业价值。然而，本研究也存在一定局限，如未针对不同慢性病类型进行差异化分析，未来可进一步探索不同病种的个性化干预方案，结合数字化工具优化干预模式，扩大样本覆盖范围验证策略普适性，在未来的实践中，仍需进一步在资源整合的方式方法以及技术创新等层面进行探索，不断完善社会工作介入老年慢性病患者自我管理的服务模式，助力他们提高生活质量，更好地应对慢性病带来的挑战。

参考文献

- [1] 国家卫生健康委员会. 2021 年中国卫生健康统计年鉴[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2021.
- [2] 朱晓雯, 刘阳. 空巢老年慢性病患者家庭支持现状及需求分析[J]. 中国老年学杂志, 2023, 43(11): 2821-2824.

- [3] 曾巧妹. 独居老年慢性病共病患者自我健康管理现状及社会工作介入研究[D]: [硕士学位论文]. 广州: 暨南大学, 2018.
- [4] 张连生, 刘丹, 周琴. 社会工作视角下老年慢性病共病患者自我管理的困境与对策[J]. 中国全科医学, 2021, 24(18): 2351-2355.
- [5] 栾文敬, 刘慧, 王艳. 农村社区老年慢性病共病患者自我管理的社会工作介入实践[J]. 中国社会工作, 2019(24): 38-40.
- [6] 北京市社区卫生协会. 社区老年慢性病共病管理社会工作介入试点报告[R]. 北京: 北京市社区卫生协会, 2022.
- [7] Gellis, Z.D., McGinty, J. and Horowitz, C.R. (2016) Group Interventions for Older Adults with Multiple Chronic Conditions and Depression: A Randomized Controlled Trial. *Aging & Mental Health*, **20**, 706-715.
- [8] Robert, G. and Sarah, H. (2017) Peer Support Groups for Older Adults with Multiple Chronic Conditions: A Qualitative Study. *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation*, **16**, 145-162.
- [9] National Health Service (NHS) (2019) Social Work in Chronic Disease Management: Best Practice Guidance. NHS.
- [10] 李静, 王建华. 认知行为干预对老年糖尿病患者自我管理效果的 Meta 分析[J]. 中华护理杂志, 2023, 58(12): 1456-1462.
- [11] Lorig, K.R. and Sobel, D.S. (2022) Self-Management Education for People with Chronic Conditions. *Patient Education and Counseling*, **105**, 789-795.
- [12] 赵静, 王丽. 老年慢性病患者用药依从性影响因素及干预研究[J]. 中国药房, 2022, 33(18): 2271-2275.
- [13] 李晓雯. 个案工作介入老年人慢性病自我管理能力提升的实务探索[D]: [硕士学位论文]. 郑州: 郑州大学, 2022.
- [14] Andrasik, F. and Holroyd, K.A. (1980) A Test of Specific and Nonspecific Effects in the Biofeedback Treatment of Tension Headache. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, **48**, 575-586.
<https://doi.org/10.1037//0022-006x.48.5.575>
- [15] 林崇德. 社会支持理论及其在老年健康领域的应用[J]. 心理学报, 2022, 54(7): 865-873.
- [16] 国家统计局. 2022 年国民经济和社会发展统计公报[R]. 北京: 中国统计出版社, 2023.
- [17] 王涛, 李红. 同伴支持小组对老年慢性病患者自我管理能力的影晌[J]. 中华护理杂志, 2022, 57(10): 1234-1239.
- [18] 班杜拉. 自我效能: 控制的实施[M]. 上海: 华东师范大学出版社, 2021.
- [19] Banks, S.J. and Eddy, K.T. (2024) Neural Correlates of Emotional Regulation in Chronic Illness. *Nature Neuroscience*, **27**, 215-223.
- [20] 中华医学会心血管病学分会. 老年冠心病患者自我管理指南[J]. 中华心血管病杂志, 2023, 51(8): 765-773.
- [21] 张雪, 赵琳. 老年糖尿病患者血糖监测认知偏差及干预对策[J]. 中华老年医学杂志, 2022, 41(9): 1089-1093.
- [22] 李淑玲. 老年慢性病患者自我管理能力提升小组实务研究[D]: [硕士学位论文]. 广州: 华南理工大学, 2020.