论著

文章编号:1000-5404(2009)14-1374-04

冠心病患者自我管理行为及相关因素分析

任洪艳,刘丽萍,赵庆华 (重庆医科大学附属第一医院护理部,重庆 400016)

摘 要:目的 了解冠心病患者的自我管理行为水平并分析其相关因素,为冠心病二级预防策略制定提供依据。**方法** 采用冠心病自我管理量表(coronary artery disease self-management scale,CSMS)对209例冠心病患者的自我管理行为进行调查,并与人口社会学资料、疾病相关情况等进行相关分析。**结果** 该组患者的自我管理行为总分为(52.69±18.47)(百分制),经多元逐步回归分析获知日常生活管理行为的主要相关因素是工作状况;疾病医学管理行为的主要相关因素为文化程度、是否伴发高血压、冠心病分型、冠心病病程;情绪认知管理的主要相关因素是疾病认知程度、经济状况($P<0.05$)。**结论** 冠心病患者的整体自我管理行为较差。日常生活管理行为较好,疾病医学管理行为较差,疾病认知程度低、经济条件差的患者情绪认知管理行为较差。

关键词:冠心病;自我管理;二级预防
中图法分类号:R473.5;R493;R541.4 **文献标识码**:A

Self management behavior and related factors in patients with coronary heart disease: report of 209 patients

REN Hong-yan, LIU Li-ping, ZHAO Qing-hua (Department of Nursing, First Affiliated Hospital, Chongqing Medical University, Chongqing 400016, China)

Abstract: Objective To investigate the self management behaviors and analyze the related factors in patients with coronary heart disease (CHD) in order to provide the evidence for strategy making on health education and secondary prevention of CHD. **Methods** Totally 209 patients with verified CHD who were from 3 grade-A hospitals in Chongqing from October 2007 to January 2008 were investigated with Coronary Heart Disease Self Management Scale (including three sub-scales: daily management, medical management and emotional management). Their general information and the disease related information were also collected. **Results** The score of self management in the cohort of patients was (52.69±18.47). The multi-variable stepwise regression showed there were statistically significant correlation between the daily life management and working status; between the medical management and education background, hypertension, classification of CHD and duration of CHD; between the emotional management and disease perception, economic status ($P<0.05$). **Conclusion** The self management behavior of this cohort is poor. Those still working are not good at daily management; those less educated, not complicating with hypertension, diagnosis as unstable angina or myocardial infraction, having short duration of CHD are not good at medical management. Those having negative disease perception and less income are not good at emotional management.

Key words: coronary heart disease; self management; secondary prevention

美国2006年的冠心病(coronary heart disease,CHD)防治指南强调,医务人员应致力于"可改变的行为危险因素",并推荐了行为干预措施[1]。尽管这些措施建立在确凿的科学证据之上,能全面减少患者危险因素、提高生存率、改善生活质量,然而其在患者群体的应用却并不充分[2]。由于大多数心血管疾病专家没有时间和适当的方式全面地对患者的行为给予关

基金项目:重庆市卫生局资助项目(20062233)
Supported by the Project of Chongqing Municipal Health Bureau (20062233)
作者简介:任洪艳,女,四川省射洪县人,硕士研究生,护师,主要从事心血管疾病健康教育方面的研究。E-mail: adale1008@yahoo.com.cn
通信作者:赵庆华, E-mail:qh20063@163.com
收稿日期:2008-09-18;修回日期:2008-10-06

注,患者危险因素控制仍不够理想,自我救护、治疗依从性等行为水平仍较低[3]。“自我管理”作为一种新型慢性病管理模式,是指卫生专业人员与患者合作,通过健康教育,使其掌握疾病基本知识和保健技能,自我监测控制疾病。该模式具有显著改善患者健康行为,进而改善患者健康状况的作用,值得在冠心病二级预防中推广[4]。然而在该模式实施之前,需对冠心病患者的自我管理行为的流行特征进行诊断和分析,即患者的行为水平如何? 影响因素是什么? 本研究运用冠心病自我管理量表(coronary artery disease self-management scale,CSMS)[5]对 209 例患者进行了调查,以期回答以上问题并为制定健康教育策略提供依据。

1　对象与方法

1.1　调查对象

采用方便抽样的方法,对 2007 年 9 - 12 月重庆市 2 所三级甲等医院 201 例住院患者和 29 例门诊患者进行调查。入组标准:诊断符合 WHO 缺血性心脏病的命名及诊断,思维正常,能进行语言或文字沟通,在知情同意的原则下自愿参与研究。排除标准:智能和意识障碍者。本次调查共发放问卷 230 份,回收问卷 215 份,回收率 93.4%;纳入统计的有效问卷 209 份,有效率 97.2%。

1.2　调查方法

1.2.1　资料收集方法　　由专人发放调查表,采用统一的解释性语言。由被调查者自行填写问卷,不能自填者由被调查者家属或调查员帮助填写。

1.2.2　调查工具　　①一般情况问卷:包括性别、年龄、婚姻状况、文化程度、医疗费用支付方式、病程等。②疾病相关资料:包括体质指数、总胆固醇(TC)及低密度脂蛋白(LDL)达标情况(采用 2007 年中国成人血脂异常防治指南标准)[6],是否合并高血压、糖尿病、心律失常等。③ 西雅图心绞痛问卷(Seattle Angina Questionnaire, SAQ)[7]:该问卷包含 5 个维度共 20 个条目,用以评估患者躯体活动受限程度、心绞痛稳定情况、心绞痛发作频率、治疗满意度、疾病认知程度。④CSMS:该量表是以自我管理三大任务,即日常生活管理、疾病管理、情绪认知管理为基础,结合冠心病患者需要掌握的特异性疾病管理技能(如急救管理、心绞痛症状管理),并参考心血管疾病自我管理条目编制而成,共 7 个维度。本研究根据需要将其整合为 3 个维度:日常生活管理(包括不良嗜好管理、一般生活管理维度)、疾病医学管理(包括症状管理、急救管理、疾病知识获得管理、治疗依从性管理维度)、情绪认知管理(情绪认知管理维度)。预实验调查 40 例 CHD 患者,显示该量表重测信度总量表为 0.910,各维度分别为 0.867、0.794、0.870;内部一致性信度采用 Cronbach's α 系数,总量表为 0.913,各维度分别为 0.818、0.881、0.848。条目采用 Likter 5 级评分法,分数越高,表明个体的自我管理行为越好。为了符合常规的思维习惯,本研究根据下述公式将量表总分及维度得分转化为 100 分制评分。

转化分 =(实际粗分 - 理论最低粗分)/(理论最高粗分 - 理论最低粗分)×100

1.3　统计学处理

采用 SPSS 13.0 统计软件进行描述性研究、Spearman 相关分析、多元逐步回归分析。

2　结果

2.1　患者一般资料

本组患者年龄(69.75 ± 8.93)岁,其中男性 109 例(52.2%);文化程度:大专及以上 39 例(18.7%),初高中 98 例(46.9%),小学及以下 72 例(34.4%);心血管疾病病程(包括糖尿病):小于 1 个月 24 例(11.5%),1 个月以上 1 年以下 22 例(10.5%),1 年以上 5 年以下 29 例(13.9%),5 年以上 134 例(64.1%);冠心病病程:小于 1 个月 65 例(31.1%),1 个月以上 1 年以下 50 例(23.9%),1 年以上 5 年以下 46 例(22.0%),5 年以上 48 例(23.0%);合并高血压 150 例(71.8%),合并糖尿病 81 例(38.8%)。

2.2　CHD 患者自我管理行为得分

本次调查结果显示,CHD 患者自我管理总分为(52.69 ± 18.47),其中 >90 分有 4 例(1.9%),75 ~ 89.99 分有 24 例(11.5%),55 ~ 74.99 分有 65 例(31.1%)、35 ~ 54.99 分有 84 例(40.2%)、<35 分有 32 例(15.3%)。

日常生活管理、疾病医学管理、情绪认知管理 3 个维度得分分别为(75.00 ± 11.88)、(40.00 ± 24.17)、(62.50 ± 36.50)。

2.3　自我管理行为与相关因素的 Spearman 相关分析

根据相关分析对自变量的要求,将年龄、过去 1 年因冠心病住院次数、躯体活动受限程度、心绞痛稳定情况、心绞痛发作频率、治疗满意度、疾病认知程度等作为连续变量直接代入;其他自变量以分类或等级变量代入。自变量赋值见表 1。

表 1　CHD 患者自我管理行为相关分析自变量赋值

变量名	赋值	变量名	赋值
性别	男 =0,女 =1	TC	达标 =0,未达标 =1
婚姻状况	未婚 =0,已婚 =1	LDL	达标 =0,未达标 =1
工作状况	工作 =0,不工作 =1	视力状况	重度受限 =0,轻度受限 =1,不受限 =2
高血压	无 =0,有 =1	文化程度	小学以下 =0,小学 =1,初中 =2,高中 =3,大学及以上 =4
糖尿病	无 =0,有 =1	经济状况	重度障碍 =0,度障碍 =1,一般 =2,满意 =3,极佳 =4
介入治疗史	无 =0,有 =1	心血管病病程(包括糖尿病)	<1 个月 =1,1 个月 ~ =2,1 年 ~ =3,5 年 ~ =4,>10 年 =5
心肌梗死史	无 =0,有 =1	冠心病病程	<1 个月 =1,1 个月 ~ =2,1 年 ~ =3,5 年 ~ =4,>10 年 =5
脑卒中史	无 =0,有 =1	冠心病分型	稳定型 =1,不稳定型 =2,心肌梗死型 =3

将本组资料中 25 个自我管理行为的可能相关因素与 CSMS 各维度得分进行相关分析(因维度得分为非正态分布故采用 Spearman 相关分析)。整理出有统计学意义的因素共计 12 个,

相关分析结果见表2。

2.4 自我管理行为的逐步回归分析

以CSMS各维度得分为因变量,以单因素分析中有统计学意义的因素为自变量做多元逐步回归分析。建立回归方程时,纳入变量的显著性水准取 $\alpha=0.05$,提出变量的显著性水准取 $\beta=0.10$。结果显示:日常生活管理行为的主要相关因素是工作状况;疾病医学管理行为的主要相关因素为文化程度、是否高血压、冠心病类型、冠心病病程;情绪认知管理行为主要相关因素为疾病认知程度和经济状况。见表3。

表2 209例CHD患者自我管理行为相关因素的单因素分析(r值)

因素	日常生活管理	疾病医学管理	情绪认知管理
性别	0.157[b]	0.111	0.116
年龄	0.203[a]	-0.070	0.137[b]
工作状况	0.290[a]	0.062	-0.067
文化程度	0.149[b]	0.491[a]	0.194[a]
经济状况	0.186[a]	0.199[a]	0.204[a]
视力状况	0.148[b]	0.178[b]	0.154[b]
高血压	0.149[b]	0.192[b]	0.083
心血管疾病病程	0.261[a]	0.160[b]	0.065
冠心病病程	0.269[a]	0.184[a]	-0.160[a]
冠心病分型	-0.152[b]	-0.272[a]	-0.153[b]
躯体活动受限程度	-0.065	-0.177[b]	-0.095
疾病认知程度	-0.016	0.016	-0.284[a]

a:$P<0.01$,b:$P<0.05$

表3 209例CHD患者CSMS各维度得分的相关因素多元逐步回归分析

变量	常数	回归系数	标准回归系数	t值	P值
日常生活管理	26.058				0.003
工作状况		23.942	4.438	5.395	0.000
疾病医学管理	21.809			3.503	0.001
文化程度		7.994	0.502	8.942	0.000
是否高血压		3.460	0.208	3.712	0.000
冠心病类型		-6.003	-0.164	-2.818	0.005
冠心病病程		2.597	-0.154	2.672	0.008
情绪认知管理	14.765			12.734	0.000
疾病认知程度		-0.445		-4.311	0.000
经济状况		1.09		3.096	0.002

3 讨论

3.1 冠心病患者自我管理行为水平

本组CHD患者自我管理评分结果说明患者的健康行为水平远未达到理想值,整体自我管理水平较差,与张红等[8]对冠心病介入治疗后患者的调查一致。其中,患者日常生活的管理行为较好,为(75.00±11.88)分,可能由于日常生活管理健康教育知识较普及,较易被患者理解,易操作、花费少;疾病医学管理较差,为(40.00±24.17)分,究其原因,除了因患者的理解、接受能力欠佳,医疗设施和经济因素受限外,更重要的是缺乏医务人员指导、医学健康教育工作不系统;情绪认知管理得分尚可,为(62.50±36.50)分,可能是由于我国冠心病患者更倾向于采用回避和屈服应对方式,因而对不良情绪尚能自我控制[9]。有研究证实,饮食、活动和情绪管理是患者最容易掌握的3种行为管理技能[10],也说明CHD患者最易掌握的行为是日常生活管理,其次是情绪认知管理,而对于疾病医学管理技能掌握却极差。

3.2 冠心病患者自我管理行为相关因素

3.2.1 日常生活管理 是指保持、改变和树立日常生活中一系列有益于健康的基本行为和建立健康生活方式,包括合理营养、适量运动、改变不良行为(如戒烟、限酒、限盐、限脂肪和胆固醇摄入)、保持生活规律等[11]。研究证明,生活方式与冠心病的发生和发展密切相关,而提高日常生活管理能力,是冠心病二级预防的基础。从表3可以看出,日常生活管理的主要相关因素是工作状况,非在职患者(主要是退休)的日常生活管理行为显著强于在职人员,这与刘娟等[12]研究结果相同。可能是尚在工作的患者自由支配时间少、躯体疲劳和精神压力以及工作环境的条件限制(如食堂就餐)等原因直接阻碍了他们从事日常生活管理的积极性和可能性。由此提示对在职患者进行健康教育时,应从日常生活管理行为着手,协助其制定工作环境下的行为应对策略;同时努力促成健康促进政策的制定,以动员单位、社会的力量,为冠心病患者二级预防和全民一级预防提供有利的客观条件,如单位食堂制定营养食谱、推进心脏康复计划、完善体育设施等。

3.2.2 疾病医学管理 是指获得、理解和运用医疗信息和服务来取得与疾病共存状态下的最佳健康状况,包括药物和特殊饮食等治疗依从性,定期复查,预防接种,对病情自我监测,发病后及时就诊、咨询等。由于患者的理解、接受能力参差不齐,CHD二级预防(尤其是依从性方面)与治疗指南的差距仍较大[3],因此我们认为,疾病医学管理是冠心病二级预防健康教育的难点。本研究显示,疾病医学管理主要影响因素为文化程度、是否伴随高血压、冠心病分型、冠心病病程。①文化程度与疾病医学管理行为呈正相关。说明文化程度较高的人群,对疾病知识的理解能力越强,同时也有更好的治疗依从性,能主动地从事自我管理行为。提示我们在进行自我管理健康教育时,不能忽视患者的社会地位和文化因素,特别应加强对于文化程度较低的这类弱势人群的关注;借鉴他国经验,尽快建立适合我国患者的阅读能力分级测评系统,以分级制

作各类健康教育材料是比较可行的方法。②伴随高血压的患者的疾病医学管理行为优于无高血压的冠心病患者。可能因为患者对高血压的认知程度高于冠心病,所接受的相关信息也较多,因而促进了其自我管理行为。提示我们在健康教育时应注重各种疾病间的相互关系和自我管理行为方面的共性,全面促进患者健康。③冠心病分型与疾病医学管理相关。本研究表明,患者的疾病自我管理行为水平越低,越倾向于发生不稳定性心绞痛和心肌梗死。Moser 等[13]研究发现,对症状的识别、利用合理资源自我救助等疾病医学管理对于减少院前延误、降低心血管事件的致残率和致死率有着显著性作用。这一结果说明疾病医学管理的重要性,提示我们在实施健康教育时应教会患者对心绞痛症状进行自我监测,识别急性冠状动脉综合征的先兆症状以及合理利用急救资源(如加强家属教育、随身携带急救卡片和药物等)。④冠心病病程与疾病医学管理正相关。说明随着病程延长,患者的疾病医学管理行为逐渐增强,原因可能在于"久病成良医",同时也印证了阶段行为转变理论。James 指出,个体的行为转变分为 5 个阶段,即没有准备阶段、犹豫不决阶段、准备阶段、行动阶段和维持阶段[14]。因此,我们的责任在于将识别和评估患者所处的疾病阶段与行为阶段相结合,找准干预时机和选择适当的干预策略,促进患者的行为转变。

3.2.3　情绪认知管理　　是指个体在处理来自内部和外部的超过自身资源的生活事件时,所做出的情绪和认知上的努力。由于情绪对于疾病预后起着重要的调节作用,因而情绪认知管理是自我管理的重点。本研究表明,其主要影响因素是疾病认知程度和经济状况。①疾病认知程度与情绪认知管理正相关。疾病认知度能促进人们正确、积极理解疾病对于生活质量以及行为对于健康的影响[7],因而认知是行为改变的前提[15],认知程度高的患者更能调控好自己的情绪。②经济状况与情绪认知管理正相关。经济状况越好,情绪认知管理行为越强。研究[16]表明,有医疗保险的冠心病患者在疾病危险因素控制、医嘱遵从性及临床预后方面均优于非医疗保险患者。说明经济因素是制约冠心病患者保持积极、乐观的情绪应对的重要因素,要改善冠心病患者的健康结局,不仅应着眼于个体的健康教育,同时还应加强全社会健康促进政策的干预,扩大二级预防的受益面。

由于自我效能、疾病知识与自我管理行为的密切关系已得到反复证实[4,8],因此本研究未将其纳入分析。鉴于 CHD 患者的自我管理行为现状和与社会、经济、疾病状况等因素的相关性,如何建立有效的自我管理健康教育模式,提高 CHD 二级预防的成本 - 效益和成本 - 效果比,值得进一步研究。

参考文献:

[1] Smith S C Jr., Allen J, Blair S N, *et al*. AHA/ACC guidelines for secondary prevention for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2006 update endorsed by the National Heart, Lung, and Blood Institute [J]. J Am Coll Cardiol, 2006, 47(10): 2130 - 2139.

[2] Allen J K, Scott L B. Alternative Models in the delivery of primary and secondary prevention programs[J]. J Cardiovasc Nurs, 2003, 18(2): 150 - 156.

[3] 赵　冬, 刘　群. 中国冠心病二级预防架桥工程进展——初步调查结果分析报告[J]. 中华医药信息导报, 2007, 22(1): 19.

[4] Lorig K. Self-management education: more than a nice extra[J]. Med Care, 2003, 41(6): 699 - 701.

[5] 任洪艳, 唐　萍, 赵庆华. 冠心病自我管理量表的开发和评价[J]. 第三军医科大学学报, 2009, 31(11): 1087 - 1090.

[6] 中国成人血脂异常防治指南制定联合委员会. 中国成人血脂异常防治指南[J]. 中华心血管病杂志, 2007, 35(5): 390 - 419.

[7] Spertus J A, Winder J A, Dewhurst T A, *et al*. Development and evaluation of the Seattle Angina Questionnaire: a new functional status measure for coronary artery disease[J]. J Am Coll Cardiol, 1995, 25(2): 333 - 341.

[8] 张　红, 赵庆华. 冠脉内支架置入术后患者健康行为与自我效能的相关性研究[J]. 中国行为医学科学, 2008, 17(5): 410 - 412.

[9] 曹松梅, 赵庆华, 张光惠. 冠状动脉支架植入术后患者应对方式社会支持与生存质量的相关研究[J]. 中国行为医学科学, 2007, 16(3): 211 - 213.

[10] Campbell M, Torrance C. Coronary angioplasty: impact on risk factors and patients' understanding of the severity of their condition[J]. Aust J Adv Nurs, 2005, 22(4): 26 - 31.

[11] Lorig K R, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms[J]. Ann Behav Med, 2003, 26(1): 1 - 7.

[12] 刘　娟, 郑一梅. 影响冠心病患者健康行为的调查与分析[J]. 现代护理, 2007, 13(13): 1795 - 1797.

[13] Moser D K, Kimble L P, Alberts M J, *et al*. Reducing delay in seeking treatment by patients with acute coronary syndrome and stroke: a scientific statement from the American Heart Association Council on cardiovascular nursing and stroke council[J]. Circulation, 2006, 114(2): 168 - 182.

[14] 胡俊峰, 候培森. 当代健康教育与健康促进[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 43 - 46.

[15] Scholz U, Knoll N, Sniehotta F F, *et al*. Physical activity and depressive symptoms in cardiac rehabilitation: long-term effects of a self-management intervention[J]. Soc Sc Med, 2006, 62(12): 3109 - 3120.

[16] 王俊生, 贾冬青. 慢性病医疗保险门诊与普通门诊治疗冠心病效果比较[J]. 中国慢性病预防与控制, 2008, 16(2): 189 - 190.

(编辑　王小寒)