

脑卒中高危人群健康信念与健康行为调查研究

张 剑¹, 谢小华¹, 汪云云², 唐 娣³, 潘 璐⁴, 王 蕾¹, 黄文龙⁵, 熊小云¹, 邓丽萍²

[摘要] **目的:**了解脑卒中高危人群健康信念和健康行为状况,为制定针对性干预措施提供依据。**方法:**采用健康信念模型量表和健康促进生活质量量表对深圳市社区 120 例高危脑卒中人群进行调查,分析其健康信念和健康行为。**结果:**脑卒中高危人群健康信念总均分为(114.86±7.50)分,条目平均分为(3.28±0.21)分,其中,自我效能维度得分最高,感知障碍维度得分最低。高危人群健康行为总均分(128.44±8.51)分,条目平均分为(2.47±0.17)分,其中,人际关系维度得分最高,体育运动维度得分最低。健康信念与健康行为评分呈正相关关系($r=0.394, P<0.01$)。**结论:**脑卒中高危人群健康信念越高,健康行为越好,医务人员应重点关注健康信念中的感知障碍,并在体育运动维度的健康行为方面给予更多指导。

[关键词] 脑卒中;高危人群;健康信念;健康行为

[中图分类号] R 743.3

[文献标志码] A

DOI: 10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2019.04.032

Investigation on the health belief and health behavior in high-risk population of stroke

ZHANG Jian¹, XIE Xiao-hua¹, WANG Yun-yun², TANG Di³, PAN Lu⁴, WANG Lei¹, HUANG Wen-long⁵, XIONG Xiao-yun¹, DENG Li-ping²

(1. School of Nursing, Guangzhou Medical University, Guangzhou Guangdong 510000; 2. School of Nursing, Anhui Medical University, Heifei Anhui 233000; 3. Meilin Shekang Center, Shenzhen Second People's Hospital, Shenzhen Guangdong 518000; 4. Department of Critical Care Medicine, Shenzhen Second People's Hospital, Shenzhen Guangdong 518000; 5. School of Nursing, Guangdong Medical University, Dongguan Guangdong 523000, China)

[Abstract] **Objective:** To understand the health beliefs and health behaviors in high-risk population of stroke for providing the basis in the formulation of targeted intervention. **Methods:** One hundred and twenty high-risk stroke patients in Shenzhen community were investigated using the health belief model scale and health promotion quality of life scale, and their health beliefs and health behaviors were analyzed. **Results:** The average scores of health beliefs and items in high-risk population of stroke were (114.86±7.50) and (3.28±0.21), respectively, the score of self-efficacy dimension was the highest, and the score of perceived disability dimension was the lowest. The average scores of health behavior and items in high-risk population of stroke were (128.44±8.51) and (2.47±0.17), respectively, the score of interpersonal relationship dimension was the highest, and the score of physical exercise dimension was the lowest. The score of health belief was positively related to the score of health behavior ($r=0.394, P<0.01$). **Conclusions:** The higher the health beliefs in high-risk population of stroke is, the better the health behaviors is. Medical staff should focus on the perceived barriers in health beliefs, and give more guidance on health behaviors in the dimension of physical activity.

[Key words] stroke; high-risk population; health belief; health behavior

脑卒中具有发病率高、死亡率高、致残率高、复发率高的特点,是威胁人类身心健康的重要疾病,给家庭和社会带来沉重的负担^[1]。2008 年第三次全

国死因抽查报告显示,脑血管疾病已跃升为国民死亡原因之首^[2]。健康信念源于健康信念模式,该模式认为健康信念是人们接受劝导、改变不良行为、采纳健康行为的关键,当个体有足够的维护健康意愿时,才能激励其去采纳健康行为^[3]。提高脑卒中高危人群的健康信念、强化其健康行为对预防脑卒中的发生与复发十分重要。因此,本研究调查脑卒中高危人群的健康信念和健康行为水平,探讨二者相关性,为制定有针对性的干预措施提供依据。现作报道。

1 对象与方法

1.1 研究对象 2017 年 11-12 月,在深圳市某社区采用便利抽样方法,对脑卒中高危人群 120 例进

[收稿日期] 2018-07-06 [修回日期] 2018-12-13

[基金项目] 广东省科学技术厅资助项目(2017A020215121);广东省卫生经济学会科研项目(2017-WJ02-08);深圳市科技计划项目(CXZZ20140418182638768);深圳市科技创新委员会项目(JCYJ20170306092024314)

[作者单位] 1. 广州医科大学 护理学院,广东 广州 510000; 2. 安徽医科大学 护理学院,安徽 合肥 230000; 广东省深圳市第二人民医院, 3. 梅林社康中心, 4. 重症医学科, 518000; 5. 广东医科大学 护理学院,广东 东莞 523000

[作者简介] 张 剑(1992-),男,硕士研究生。

[通信作者] 谢小华, 硕士, 硕士研究生导师, 主任护师。E-mail: 13560779836@163.com

行问卷调查。纳入标准:(1)高血压病史,收缩压 ≥ 140 mmHg 或舒张压 ≥ 90 mmHg,或服用降压药;(2)心房颤动心脏瓣膜病;(3)吸烟,每天超过 1 支香烟超过 1 年;(4)血脂异常;(5)糖尿病;(6)缺乏体育锻炼,体育锻炼标准为每周 ≥ 3 次,每次 ≥ 30 min,且持续时间超过 1 年,从事体力劳动者则被认为经常参加体育锻炼;(7)肥胖,体质指数 > 28 kg/m²;(8)脑卒中家族史。以上危险因素 ≥ 3 项者为脑卒中高危人群。排除标准:(1)既往有脑卒中者;(2)既往有短暂性脑缺血发作者;(3)认知精神障碍不能参与本研究者。

1.2 测量工具 (1)一般情况调查表:包括性别、年龄、文化程度、婚姻状况、职业、医疗费用支付方式、家庭人均月收入和危险因素数量。(2)Champion 健康信念模型量表(Champion health belief model scale, CHBMS)^[4]:该量表共 6 个维度,包括易感性、严重程度、益处、障碍、健康动力和自我效能感,共 36 个条目。该量表采用 Likert 5 级评分法,从“完全不同意”到“非常同意”分别记 1~5 分,分数越高,健康信念越好。原量表的 Cronbach's α 系数为 0.83~0.93。万丽红等^[5]将其简化并应用于脑卒中高危人群,Cronbach's α 系数为 0.894。(3)健康促进生活方式量表 II (health-promoting lifestyle profile, HPLP II)^[6]:该量表共 52 个条目 6 个维度,分别为自我实现、体育运动、健康责任、营养、人际关系和压力管理。采用 Likert 4 级评分法,从“从不”到“常规进行”记 1~4 分,总分 52~208 分。得分越高,健康行为越好。刘莹等^[7]将其运用于缺血性脑卒中病人中,Cronbach's α 系数为 0.919。

1.3 统计学方法 采用线性回归分析和 Pearson 相关分析。

2 结果

2.1 一般资料 120 例脑卒中高危人群中,男 67 例(55.83%),女 53 例(44.17%);年龄 40~80 岁;婚姻状况:已婚 116 例(96.67%),离婚或丧偶 4 例(3.33%);学历:小学及以下 34 例(28.34%),初中 36 例(30.00%),中专或高中 31 例(25.83%),大专及以上 19 例(15.83%);职业状况:在职 62 例(51.67%),退休或失业 58 例(48.33%);医保支付方式:完全工费或有医保 115 例(95.83%),完全自付占 5 例(4.17%);家庭人均月收入:3 000 元以上者为主,占 60.00%(72/120);危险因素:3 个危险因素者占 106 例(88.33%),有 4 个或以上危险因素

者 14 例(11.67%)。

2.2 脑卒中高危人群的健康信念水平 脑卒中高危人群健康信念总均分为(114.86 \pm 7.50)分,条目平均分为(3.28 \pm 0.21)分,处于中等水平。各维度得分由高到低分别为:自我效能、健康动力、益处、严重性、易感性、障碍(见表 1)。

表 1 脑卒中高危人群的健康信念水平($n=120$; $\bar{x}\pm s$;分)

维度	条目数	总分	各维度平均得分
自我效能	5	18.96 \pm 2.03	3.79 \pm 0.41
健康动力	7	25.24 \pm 2.74	3.75 \pm 0.39
益处	6	22.46 \pm 2.29	3.74 \pm 0.38
严重性	7	21.10 \pm 2.92	3.01 \pm 0.42
易感性	4	11.02 \pm 2.81	2.76 \pm 0.70
障碍	6	16.08 \pm 2.92	2.68 \pm 0.49

2.3 脑卒中高危人群健康行为水平 高危人群健康行为总均分(128.44 \pm 8.51)分,条目平均分为(2.47 \pm 0.17)分。各维度平均得分由高到低为:人际关系、营养、自我实现、压力管理、健康责任、体育运动(见表 2)。

表 2 脑卒中高危人群的健康行为水平($n=120$; $\bar{x}\pm s$;分)

维度	条目数	总分	各维度平均得分
人际关系	9	24.24 \pm 2.43	2.69 \pm 0.27
营养	9	23.76 \pm 2.42	2.64 \pm 0.27
自我实现	9	23.56 \pm 2.91	2.62 \pm 0.32
压力管理	8	19.08 \pm 2.78	2.39 \pm 0.35
健康责任	9	20.80 \pm 3.09	2.31 \pm 0.34
体育运动	8	17.04 \pm 3.16	2.13 \pm 0.39

2.4 脑卒中高危人群健康信念与健康行为的相关性分析 对健康行为总分与各维度得分和健康信念和各维度得分进行 Pearson 相关分析,结果显示,健康行为与健康信念呈正相关关系($P<0.01$)。健康行为各维度与健康信念各维度的相关系数为-0.404~0.603,其中健康动力、自我效能与各维度的相关性较高,相关系数范围分别为 0.312~0.603、0.284~0.558(见表 3)。

2.5 脑卒中高危人群健康行为的影响因素 将脑卒中高危人群的健康行为得分作为因变量,将年龄、教育程度、婚姻状况、职业状况、医疗费用支付方式、家庭人均月收入、健康信念和各种维度作为自变量,进行多因素线性回归分析,结果显示,家庭人均月收入、易感性、健康动机和自我效能均为健康行为的影

响因素($P < 0.05 \sim P < 0.01$)。脑卒中高危人群家庭的人均月收入越高,感知易感性越强,健康动力越强,自我效能感越高,健康行为水平越高(见表4)。

表3 脑卒中高危人群健康信念与健康行为相关性分析(r)

项目	健康信念	易感性	严重性	益处	障碍	健康动力	自我效能
健康行为	0.394 **	0.215	-0.054	0.258	-0.404 **	0.603 **	0.532
自我实现	0.385 **	0.188	-0.090	0.263	0.365 **	0.583 **	0.558 **
健康责任感	0.441 **	0.157	0.116	0.445 **	-0.380 **	0.529 **	0.372 **
体育运动	0.368 **	0.220	0.002	0.159	-0.391 **	0.565 **	0.505 **
营养	0.352 *	0.159	0.001	0.234	-0.397 **	0.550 **	0.486 **
人际关系	0.215	0.095	-0.042	0.026	-0.229	0.477 **	0.284 *
压力管理	0.184	0.246	-0.276	0.126	-0.249	0.312 *	0.450 **

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

表4 脑卒中高危人群健康行为影响因素多因素分析($n = 120$)

变量	B	SE	B'	t	P
常数项	63.160	15.141	—	4.17	<0.01
家庭人均月收入	2.246	0.913	0.211	2.46	<0.05
易感性	1.485	0.408	0.485	3.64	<0.01
健康动力	0.955	0.405	0.304	2.36	<0.05
自我效能	1.888	0.549	0.445	3.44	<0.01

3 讨论

本研究中,脑卒中高危人群健康信念平均得分为(3.28 ± 0.21)分,健康信念介于“无意见”和“同意”之间。这表明整体健康信念处于中等水平,对此尚未形成明确的态度和意识,低于国外同类研究^[8-9]。脑卒中高危人群对卒中发生的健康信念处于不清晰的状态,外界的影响至关重要。如果能够产生积极的影响,将促进脑卒中高危人群的正确健康信念的形成,从而促进健康的生活方式,预防卒中发生。而脑卒中高危人群健康行为平均得分为(2.47 ± 0.17)分,介于“有时”和“经常”之间,表明整体健康行为处于中等水平,其中人际关系维度得分最高,运动维度得分最低,与刘华玲等^[10]研究结果类似。人际关系得分最高可能与中国人的礼仪传统和对人际关系的关注有关;而运动训练的最低得分与万丽红等^[11]研究一致,且缺乏运动锻炼是健康行为独立危险因素之一,病人往往忙于工作和生活,没有足够的精力参加运动锻炼。因此,应引导脑卒中高危人群重视运动训练的重要性,运动时注意自测脉搏,计算心率,预防疲劳等。

而在健康行为影响因素中,家庭人均月收入、感

知易感性、健康动力和自我效能解释了约66.1%的健康行为。家庭收入越高,其健康行为水平越高,这与国内外研究^[12-14]结果一致。家庭收入较高家庭可能在个体健康方面花更多的时间和精力,积极参加促进自身健康的活动,如健康教育讲座、定期体检等,更关注自身生活质量,还可能更容易获得更多的卫生保健资源。提示医护人员重视低收入人群的卫生保健资源,促使其健康行为的提高。感知易感性即脑卒中高危人群主观上对发生卒中可能性的认识,本研究的“感知易感性”平均分为(2.76 ± 0.70)分,处于“不同意”与“不确定”之间,与万丽红等^[15]研究结果一致。提醒脑卒中高危人群意识到卒中发生的可能性,但认知处于模糊状态。因此,医务人员强调卒中高发,消除高危人群侥幸心理,保持对疾病发生的警惕。

健康动力是个体行为改变的驱动力,指促进个人行为改变的与健康问题有关的任何重要事件或影响,包括来自医疗保健提供者的建议,朋友和家人的建议,媒体报道等^[16]。本研究结果显示,脑卒中高危人群的健康动力与健康行为之间存在正相关关系。SULLIVAN等^[17]对关于心血管信念和行为的调查问卷进行了修订,并应用于52例卒中病人,结果亦显示,健康信念越高,健康行为得分越高。与江玉棉等^[18]研究结果一致。自我效能感是个人对自己是否有能力完成某项行动的推定和断,在本研究回归方程中可解释66.1%的变异,对健康行为预测能力较强,与李淑霞等^[19]研究结果一致。医务人员不仅是治疗的提供者,也是健康行为的支持者和推动者。提高病人的自信心对于提高病人的健康行为至关重要。因此,护理人员应帮助病人正确认识到自我效能对健康行为的促进作用,并采取有效措施提高自我效能。

综上,脑卒中人群健康信念与健康行为之间存在正相关关系。医务人员应帮助高风险人群建立积极的健康信念,促使其改变不良生活方式,养成健康的行为方式,对疾病保持警惕的态度,并让他们意识到卒中的危险性,同时告知脑卒中高危人群如何预防脑卒中的发生,强调预防卒中发生带来的益处,采取多种措施,提高其健康行为,预防脑卒中的发生。

[参 考 文 献]

- [1] 孙怡,杨任民,韩景献.实用中西医结合神经病学[M].2版.北京:人民卫生出版社,2011.
- [2] 陈伟伟,高润霖,刘力生,等.《中国心血管病报告2014》概要[J].中国循环杂志,2015,31(7):617.
- [3] 孙肇芬,高毓秀.教学原理与方法护理上之应用[M].台北:

伟华书局有限公司,1997:19.

- [4] CHAMPION VL. Use of the health belief model in determining frequency of breast self-examination[J]. Res Nurs Health,1985,8(4):373.
- [5] 万丽红,潘俊豪,张小培,等. 健康信念在高血压合并脑卒中患者健康知识与健康行为间的中介效应[J]. 中华行为医学与脑科学杂志,2017,26(9):847.
- [6] WALKER SN, SECHRIST KR, PENDER NJ. The Health-Promoting Lifestyle Profile: development and psychometric characteristics[J]. Nurs Res,1987,36(2):76.
- [7] 刘莹,万丽红. 缺血性脑卒中患者健康行为与健康心理控制源的相关性研究[J]. 重庆医学,2018,47(2):223.
- [8] ERBIL N, BÖLÜKBAS N. Beliefs, attitudes, and behavior of Turkish women about breast cancer and breast self-examination according to a Turkish version of the Champion Health Belief Model Scale[J]. Asian Pac J Cancer Prev,2012,13(11):5823.
- [9] DORMAN JS, VALDEZ R, LIU T, et al. Health beliefs among individuals at increased familial risk for type 2 diabetes: Implications for prevention, [J]. Diabet Res Clin Pract,2012,96(2):156.
- [10] 刘华玲,时艳霞,朱海萍,等. 中青年脑卒中患者健康行为调查及影响因素分析[J]. 中华护理杂志,2015,50(8):981.
- [11] 万丽红,廖文龙,隋伟静,等. 社区综合干预对高血压患者预防脑卒中知信行的影响[J]. 现代临床护理,2015,14(8):26.
- [12] 王平平,孔璇,李晶华,等. 吉林省城乡居民健康行为现状及影响因素研究[C]. //中华医学会第十七次全国行为医学学术会议;2015.
- [13] KAVLAK O, ATAN SU, SIRIN A, et al. Pregnant Turkish women with low income: Their anxiety, health-promoting lifestyles, and related factors[J]. Int J Nurs Pract,2013,19(5):507.
- [14] MIRGHAFORVAND M, SEHHATI F, RAHIMI M. Health-promoting lifestyle and its demographic predictors in infertile couples referred to infertility clinic of Tabriz Al-Zahra Hospital, 2013[J]. Scand J Caring Sci,2014,3(3):175.
- [15] 万丽红,阮恒芳,周雯莉,等. 高血压与首发高血压相关脑卒中患者的健康信念及行为[J]. 中华高血压杂志,2014,22(9):859.
- [16] 靳雪征. 健康信念理论的建立和发展[J]. 中国健康教育,2007,23(12):945.
- [17] SULLIVAN KA, WHITE KM, YOUNG RM, et al. The Cerebrovascular Attitudes and Beliefs Scale (CABS-R): the factor structure and psychometric properties of a tool for assessing stroke-related health beliefs[J]. Int J Behav Med,2010,17(1):67.
- [18] 江玉棉,陈海莲,简爱华,等. 脑卒中患者居家功能锻炼依从性与健康信念的相关性研究[J]. 中国临床护理,2015,7(2):93.
- [19] 李淑霞,汤嘉敏. 老年高血压患者自我效能与自觉健康控制的相关性研究[J]. 护理管理杂志,2013,13(1):13.

(本文编辑 卢玉清)

(上接第 529 页)

- [5] 梁蝴蝶,李静,李晓静,等. 首发脑卒中病人生活质量现状及其影响因素分析[J]. 护理研究,2012,26(16):1458.
- [6] BARR J, FRASER GL, PUNTILLO K, et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit: Executive summary[J]. Am J Health-Syst Pharm,2013,70(1):53.
- [7] MORANDI A, PIVA S, ELY EW, et al. Worldwide survey of the "Assessing Pain, Both Spontaneous Awakening and Breathing Trials, Choice of Drugs, Delirium Monitoring/Management, Early Exercise/Mobility, and Family Empowerment" (ABCDEF) bundle[J]. Crit Care Med,2017,45(11):e1111.
- [8] 汤阿毛,李益民,陆骏,等. 杭州 300 名临床一线高年资护士自我效能现状及影响因素分析[J]. 护理学报,2016,23(18):44.
- [9] STEIS MR, FICK DM. Are nurses recognizing delirium: A systematic review[J]. J Gerontol Nurs,2008,34(9):40.
- [10] ELLIOTT SR. ICU delirium: A survey into nursing and medical staff knowledge of current practices and perceived barriers towards ICU delirium in the intensive care unit [J]. Intensive Crit Care Nurs,2014,30(6):333.
- [11] 李明珍,邓爱辉,龚凤翔,等. ICU 护士与患者家属沟通影响因素的质性研究[J]. 护理学杂志,2015,30(17):54.
- [12] JABRE P, BELPOMME V, AZOULAY E, et al. Family presence during cardiopulmonary resuscitation [J]. N Engl J Med,2013,368(11):1008.
- [13] BANDURA A. Social foundations of thought and action: a social cognitive theory[M]. New Jersey:Prentice-Hall,1986:37.
- [14] 尚少梅,张磊,金晓燕,等. ICU 护士工作倦怠感与自我效能感的调查分析[J]. 中华护理杂志,2007,42(8):761.
- [15] ESTEBAN A, ANZUETO A, ALIA I, et al. How is the mechanical ventilation employed in the intensive care unit[J]. Am J Respir Crit Care Med,2000,161(5):145.
- [16] 李倩,彭华,周建辉,等. 重症监护护士核心能力现状及其影响因素分析[J]. 中国护理管理,2015,15(4):420.
- [17] 张继芝,李秀娥,徐玉芝,等. 多学科合作加速康复外科工作模式下的护理管理实践及效果评价[J]. 中国护理管理,2018,18(4):546.
- [18] 陈竞萌,尤黎明,郑晶,等. 医院内科、外科和 ICU 病区护士特征分布以及护理工作环境分析[J]. 中国护理管理,2012,12(7):20.

(本文编辑 卢玉清)