

## 护理园地

## 老年心房颤动患者健康素养的影响因素分析

刘艳萍, 侯丽丽, 邹 莺

**【摘要】 目的** 观察老年心房颤动(AF)患者健康素养(HL)状况,并分析可能影响患者 HL 的相关因素。 **方法** 回顾性分析 2019 年 6 月-2020 年 6 月东部战区总医院心血管内科 89 例老年 AF 患者的相关信息资料,评估老年 AF 患者 HL 状况;将可能的影响因素纳入,经单因素与多因素检验,分析老年 AF 患者 HL 缺乏的影响因素。 **结果** 89 例老年 AF 患者中,HL 良好 51 例(57.30%),HL 缺乏 38 例(42.70%);多元回归分析结果显示,文化水平低、病程短、家庭人均月收入低及疾病不确定感程度高均为 AF 患者 HL 缺乏的影响因素( $OR>1, P<0.05$ )。 **结论** 老年 AF 患者普遍存在 HL 缺乏情况,可能受文化水平、病程、家庭人均月收入及疾病不确定感等因素影响,临床应重点关注伴有上述因素的老年 AF 患者,给予早期合理干预,可能对提高老年 AF 患者 HL 水平有积极意义。

**【关键词】** 心房颤动;健康素养;文化水平;疾病不确定感

**【中图分类号】** R473.5 **【文献标志码】** B **【文章编号】** 1672-271X(2021)04-0422-03

**【DOI】** 10.3969/j.issn.1672-271X.2021.04.020

## 0 引言

心房颤动(atrial fibrillation, AF)好发于老年群体,男性发病率较女性高,据报道,饮酒、情绪激动等均可能是 AF 诱发因素,近年来发病率不断升高<sup>[1]</sup>。AF 属于慢性疾病,需长期照护,要求患者具备一定自我管理能力,对促进疾病良好预后具有重要意义<sup>[2]</sup>。健康素养(health literacy, HL)是人们获取、理解及采纳健康信息及服务,并利用上述信息做出正确判断,促进自身健康发展的过程,与慢性病发生及发展存在一定联系<sup>[3]</sup>。研究显示,HL 是个体进行疾病自我管理的重要因素,低水平 HL 患者对疾病认知少,难以准确获得与健康相关的信息,自我管理能力较差,不利于疾病治疗与预后<sup>[4]</sup>。石名菲等<sup>[5]</sup>研究显示,探寻老年人群 HL 的可能因素至关重要,对改善老年人健康状态具有积极意义。虽然目前关于老年人 HL 影响因素有一定研究,但 AF 患者 HL 的影响因素具体结论尚待研究。本研究主要观察老年 AF 患者 HL 状况,并分析患者 HL 缺乏可能的影响因素,为指导未来老年 AF 患者 HL 干预方案拟定提供依据。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 回顾性分析 2019 年 6 月-2020 年 6 月我院心血管内科 89 例老年 AF 患者的临床资料。纳入标准:①符合《心血管内科疾病诊疗指南》<sup>[6]</sup>中 AF 诊断标准,且经病史、体征、心电图等检查确诊;②患者年龄均 $\geq 60$  周岁;③本次研究所需基线资料齐全;④患者精神均正常,意识清楚。排除标准:①合并风湿性心脏病、肺源性心脏病等其他心脏疾病;②合并肾炎、肝衰竭等其他重要疾病;③合并肺癌、胃癌等恶性肿瘤;④伴脑梗死、脑动脉瘤等脑血管疾病。89 例患者中男 49 例,女 40 例;年龄 60~79 岁,平均年龄( $68.54 \pm 2.82$ )岁;疾病类型:阵发性房颤 23 例、持续性房颤 38 例、其他 28 例;文化水平:小学及以下 47 例、初中或高中 26 例、中专及以上 16 例。

**1.2 方法**

**1.2.1 老年 AF 患者 HL 评估方法** 采用慢性病健康素养量表(HLMS)评估老年 AF 患者 HL 状况<sup>[7]</sup>,量表共包括信息获取能力、交流互动能力、改善健康意愿、经济支持意愿 4 个维度,计 24 个计分条目,均为正向计分,每个条目为 1~5 分,总分 24~120 分,分数越高,HL 水平越高;总分 $\geq 96$  分为 HL 良好;反之为 HL 缺乏。

**1.2.2 资料采集分析方法** 通过检索患者资料,完成回顾性调查表,内容主要包括:性别、年龄、疾病

类型、文化水平、病程、美国纽约心脏病学会 (NYHA) 心功能分级、婚姻状况、家庭人均月收入、疾病不确定感[采用疾病不确定感量表 (MUIS)<sup>[8]</sup> 评估; MMUIS 量表包括 33 个条目, 其中 25 个计分条目, 每个条目 1~5 分, 总分 5~125 分, 分数越高, 疾病不确定感程度越高。

**1.3 统计学分析** 采用 SPSS 23.0 软件进行统计学分析, 计数资料以百分数和例数表示, 组间比较采用 $\chi^2$  检验; 等级资料采用秩和检验; 全部计量资料均经 Shapiro-Wilk 正态性检验, 符合正态分布的计量资料采用均数 $\pm$ 标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示, 组间比较采用独立样本  $t$  检验; 老年 AF 患者 HL 的影响因素采用 Logistics 回归分析检验, 以  $P\leq 0.05$  为差异有统计学意义。

2 结 果

**2.1 老年 AF 患者 HL 状况** 89 例老年 AF 患者经评估结果显示, HL 良好 51 例 (57.30%), HL 缺乏 38 例 (42.70%)。

**2.2 患者基线资料比较** 老年 AF 患者 HL 状况良好与缺乏者在文化水平、病程、家庭人均月收入、MUIS 评分等基线资料比较, 差异有统计学意义 ( $P<0.05$ ), 见表 1。

表 1 入组老年 AF 患者基线资料比较 [ $n$ (%) ]

因素	$n$	HL 状况		$P$ 值
		缺乏 ( $n=38$ )	良好 ( $n=51$ )	
性别				0.691
男	49	20(40.82)	29(59.18)	
女	40	18(45.00)	22(55.00)	
年龄( $\bar{x}\pm s$ 岁)		68.20 $\pm$ 2.82	68.79 $\pm$ 2.77	0.327
疾病类型				0.849
阵发性房颤	23	10(43.48)	13(56.52)	
持续性房颤	38	15(39.47)	23(60.53)	
其他	28	13(46.43)	15(53.57)	
文化水平				0.012
小学及以下	45	25(55.56)	20(44.44)	
初中或高中	24	8(33.33)	16(66.67)	
中专及以上	20	5(25.00)	15(75.00)	
病程				0.024
<3 年	37	21(56.76)	16(43.24)	
$\geq 3$ 年	52	17(32.69)	35(67.31)	
NYHA 分级				0.832
I~II 级	55	23(41.82)	32(58.18)	
III 级	34	15(44.12)	19(55.88)	
婚姻状况				0.297
有配偶	57	22(38.60)	35(61.40)	
无配偶	32	16(50.00)	16(50.00)	
家庭人均月收入				0.00
<2000 元	27	16(59.26)	11(40.74)	
2000~5000 元	27	15(55.56)	12(44.44)	
>5000 元	35	7(20.00)	28(80.00)	
MUIS 评分		85.69 $\pm$ 6.69	74.21 $\pm$ 5.39	<0.001

2.3 老年 AF 患者 HL 的影响因素分析

**2.3.1 单项 Logistic 回归分析** 将 2.2 中差异有统计学意义变量作为自变量, 将 AF 患者 HL 状况作为因变量 (1=缺乏, 0=良好), 单项 Logistic 回归分析发现, 文化水平低下、病程短、家庭人均月收入低及 MUIS 评分高均可能是 AF 患者 HL 缺乏的影响因素 ( $OR>1, P<0.05$ )。见表 2。

表 2 老年 AF 患者 HL 的影响因素多项回归分析结果

变量	$\beta$	标准误	Wald	$P$ 值	OR 值	95%CI
文化水平	1.092	0.446	5.989	0.014	2.981	1.243~7.149
病程	0.994	0.444	5.003	0.025	2.702	1.131~6.457
家庭人均月收入	0.973	0.473	4.225	0.040	2.645	1.046~6.685
MUIS 评分	0.273	0.060	20.762	<0.001	1.315	1.169~1.479

**2.3.2 多元 Logistic 回归分析** 将 AF 患者 HL 状况作为因变量 (1=缺乏, 0=良好), 将 2.2 中资料均纳入作协变量, 建立多元 Logistic 回归模型, 在校正各个资料之间的影响后, 结果显示, 文化水平低下、病程短、家庭人均月收入低及 MUIS 评分高均是 AF 患者 HL 缺乏的影响因素 ( $OR>1, P<0.05$ )。见表 3。

表 3 老年 AF 患者 HL 的影响因素多因素分析

变量	$\beta$	标准误	Wald	$P$	OR 值	95%CI
性别	0.723	0.798	0.820	0.365	2.060	0.431~9.843
疾病类型	-1.099	0.806	1.856	0.173	0.333	0.069~1.619
NYHA 分级	0.794	0.444	3.197	0.074	2.213	0.926~5.287
婚姻状况	0.515	0.437	1.384	0.239	1.673	0.710~3.943
年龄	0.026	0.066	0.154	0.694	1.026	0.902~1.168
文化水平	1.530	0.591	6.699	0.010	4.617	1.450~14.707
病程	2.622	1.035	6.424	0.011	13.769	1.812~104.619
家庭人均月收入	1.3069	0.604	4.676	0.031	3.690	1.130~12.050
MUIS 评分	0.302	0.067	20.038	<0.001	1.352	1.185~1.544
常量	21.651	5.096	18.048	<0.001	-	-

3 讨 论

AF 是老年人常见心律失常, 属于慢性疾病, 若得不到积极有效照护, 可能会发生脑栓塞等严重并发症, 增加病死风险<sup>[9]</sup>。HL 是个体对健康信息获取及对疾病相关知识理解能力, 良好 HL 的个体对获得健康信息可准确判断并合理利用, 进而维护自身健康<sup>[10]</sup>。研究证实, HL 对提高老年患者服药依从性、自我护理能力及生活质量等均有重要

意义<sup>[11]</sup>。

本研究显示,老年 AF 患者普遍 HL 水平低下。为提高老年 AF 患者 HL 水平,本研究重点分析 AF 患者 HL 缺乏的影响因素。经单因素与多因素分析结果显示,文化水平低下、病程短、家庭人均月收入低及 MUIS 评分高可能是 AF 患者 HL 缺乏的影响因素,与王刚等<sup>[12]</sup>研究结论相似。

与以往研究相比,本研究多找出 MUIS 评分高、病程短两个因素。逐个分析各影响因素导致老年 AF 患者 HL 缺乏可能的机制如下:①文化水平低:文化水平不足的患者不易理解医务人员治疗及护理内容,治疗依从性相对较差,进而会降低 HL 水平,导致 HL 缺乏。②病程短:病程较长的老年 AF 患者与医护人员交流机会增加,利于促进其对健康信息获取;相反,病程较短的老年 AF 患者对疾病认知不足,缺乏改变自身健康状况意愿,依从性不高,故 HL 水平缺乏。③家庭人均月收入低:收入较低患者收入基本只能满足日常生活开支,为避免额外花费,不愿投入多余财力关注健康,较少关注疾病健康相关内容,限制其与健康信息接触,不会主动学习疾病相关知识及技能,进而降低 HL 水平。④ MUIS 评分高:MUIS 是评估疾病不确定感程度重要方式,MUIS 评分高提示患者疾病不确定感程度高,进而影响患者面对疾病的心理状态及适应能力,降低其对疾病认知能力及改变目前健康状况意愿,进而降低 HL 水平。

以往临床关于老年冠心病患者 HL 的影响因素具有一定研究,但未见 AF 患者 HL 影响因素的相关报道,本研究创新之处在于,观察老年 AF 患者 HL 缺乏的可能影响因素,内容上除分析以往常规的患者文化水平、婚姻状况等因素,还将疾病不确定感纳入分析;但本研究也存在不足,如样本量及纳入因素有限,仍有其他可能影响 AF 患者 HL 的因素尚待证实,具体结论还需日后加大样本量、纳入更多因素分析。

综上所述,老年 AF 患者若文化水平低下、病程短、家庭人均月收入低、疾病不确定感强,均可能导致 HL 缺乏,临床应重视这类老年 AF 患者早期 HL 评估,并针对性制定干预计划,如合理健康教育、激发健康意愿、增加社会支持等,可能对提高老年 AF 患者 HL 水平有积极意义。

## 【参考文献】

- [1] Magnussen C, Ojeda FM, Schnabel RB. Response by Magnussen et al to Letter Regarding Article, " Sex Differences and Similarities in Atrial Fibrillation Epidemiology, Risk Factors, and Mortality in Community Cohorts: Results From the Biomarker Consortium ( Biomarker for Cardiovascular Risk Assessment in Europe )" [ J ]. *Circulation*, 2018, 137 ( 19 ): 2087-2088.
- [2] 田艳燕,肖海涛. 社区阵发性房颤患者的自我管理干预[J]. *护理学杂志*, 2018, 33(6): 95-98.
- [3] Jessup RL, Osborne RH, Beauchamp A, et al. Health literacy of recently hospitalised patients: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire ( HLQ ) [ J ]. *BMC Health Serv Res*, 2017, 17(1): 52-59.
- [4] Rajah R, Ahmad Hassali MA, Jou LC, et al. The perspective of healthcare providers and patients on health literacy: a systematic review of the quantitative and qualitative studies [ J ]. *Perspect Public Health*, 2018, 138(2): 122-132.
- [5] 石名菲,李英华,刘莹钰,等. 2012-2017 年 60~69 岁老年人健康素养水平及其影响因素分析 [ J ]. *中国健康教育*, 2019, 35 ( 11 ): 963-966, 988.
- [6] 汪道文,曾和松. 心血管内科疾病诊疗指南 [ M ]. 北京: 科学出版社, 2013: 205.
- [7] 孙浩林,彭 慧,傅 华. 慢性病患者健康素养量表信效度的研究 [ J ]. *复旦学报:医学版*, 2012, 39(3): 268-268.
- [8] Giammanco MD, Gitto L, Barberis N, et al. Validation of an uncertainty of illness scale adapted to use with Spanish emergency department patients and their accompanying relatives or friends [ J ]. *J Eval Clin Pract*, 2018, 30(2): 105-114.
- [9] 王必莲,陈 慎,周 珏,等. 老年人心房颤动现况调查及栓塞风险、出血风险评估 [ J ]. *公共卫生与预防医学*, 2018, 29 ( 5 ): 141-143.
- [10] De Wit L, Fenenga C, Giammarchi C, et al. Community-based initiatives improving critical health literacy: a systematic review and meta-synthesis of qualitative evidence [ J ]. *BMC Public Health*, 2018, 18(1): 40-45.
- [11] Shi D, Li J, Wang Y, et al. Association between health literacy and hypertension management in a Chinese community: a retrospective cohort study [ J ]. *Intern Emerg Med*, 2017, 12 ( 2 ): 765-776.
- [12] 王 刚,谢伦芳,章新琼. 老年冠心病住院患者健康素养现状及其影响因素分析 [ J ]. *中国健康教育*, 2018, 34 ( 9 ): 92-94.

( 收稿日期: 2021-02-23; 修回日期: 2021-03-25 )

( 责任编辑: 刘玉巧 )