

健康管理对脑卒中患者知信行及生活质量的影响研究

宋红梅, 张泰标, 潘莉, 颜建, 何书杏, 林洁, 林惠惠

海南省中医院护理部, 海南 海口 570203

摘要: **目的** 分析健康管理对脑卒中患者知信行及生活质量的影响。 **方法** 选取 2016 年 1 月–2017 年 6 月在海南省中医院就诊且建立健康档案的 206 例脑卒中患者作为研究对象, 随机分为两组, 对照组接受常规管理, 干预组在常规管理基础上进行规范化健康管理, 比较干预前及干预后 6 个月两组患者脑卒中知信行量表和生活质量量表评分。 **结果** 干预前两组脑卒中知信行量表和生活质量量表各维度评分差异均无统计学意义 (均 $P>0.05$)。健康管理干预后, 干预组脑卒中知识、态度、行为和 KAP 总分分别为 (26.65±3.89)、(36.86±5.33)、(34.67±5.26)、(98.18±15.16) 分, 对照组分别为 (14.17±1.94)、(22.81±3.11)、(23.59±3.49)、(60.47±8.36) 分, 两组比较差异有统计学意义 ($t=28.491, 23.313, 17.802, 22.107, P<0.05$)。健康管理干预后, 干预组生活质量总得分为 (55.24±5.67) 分, 对照组为 (46.42±4.75) 分, 两组比较差异有统计学意义 ($t=12.102, P<0.05$)。知信行得分与生活质量得分总分呈正相关关系 ($r_{\text{对照组}}=0.187, P<0.05; r_{\text{干预组}}=0.198, P<0.05$)。 **结论** 健康管理可以提高脑卒中患者相关知识, 改变其态度和行为, 明显提高其生活质量, 值得医院内推广使用。

关键词: 脑卒中; 健康管理; 知信行; 生活质量

中图分类号: R493 **文献标识码:** B **文章编号:** 1006-3110(2018)09-1086-04 **DOI:** 10.3969/j.issn.1006-3110.2018.09.017

脑卒中是一种急性脑血管疾病, 是由于脑部血管突然破裂或因血管阻塞导致血液不能流入大脑而引起脑组织损伤的一组疾病, 分为缺血性和出血性卒中, 其危险因素较多, 如高血压、吸烟、缺少锻炼等^[1]。研究显示^[2-4], 脑卒中已成为我国第一位死亡原因, 也是中国成年人残疾的首要原因, 脑卒中具有发病率高、死亡率高和致残率高的特点, 对患者生活质量造成严重影响。由于脑卒中患者病后康复是一个长期过程, 患者对脑卒中的认知态度及行为对其康复具有重要影响, 直接影响其日后生活质量。健康管理是指一种对个人或人群的健康危险因素进行全面管理的过程, 其宗旨是调动个人及集体的积极性, 有效地利用有限的资源来达到最大的健康效果, 特别是显著提高老年人群的生命质量^[5]。因此, 健康管理在脑卒中患者干预中显得尤为重要, 也越来越受到重视, 为了解健康管理对脑卒中患者知识行为以及生活质量的影响, 进行了本次调查研究, 以期为脑卒中患者的健康管理提供依据。

1 对象与方法

1.1 对象 选取 2016 年 1 月–2017 年 3 月在海南省中医院就诊且建立健康档案的 206 例脑卒中患者作为

基金项目: 海南省卫计委重点课题 (14A110078)

作者简介: 宋红梅 (1973–), 女, 本科学历, 副主任护师, 主要从事脑卒中康复护理工作。

研究对象, 男 146 例, 女 60 例; 年龄 37~76 岁, 平均年龄 (58.5±16.4) 岁。随机分为两组, 对照组接受常规管理, 干预组在常规管理基础上进行规范化健康管理。分别于健康管理前、健康管理后 6 个月分别进行脑卒中患者知信行量表调查和生活质量量表调查。纳入标准: 患者均符合脑卒中的诊断标准^[6], 经核磁共振或 CT 检查为确诊病例; 签订知情同意书。排除标准: 短暂性缺血发作而没有进展为脑卒中患者; 存在意识障碍, 无法沟通交流; 沟通障碍, 无法完成问卷; 存在严重认知障碍或精神障碍等无法完成调查者; 患有肿瘤及严重心肝肾重要脏器疾病等不适合参加本次研究者。本研究经海南省中医院医学伦理委员会批准同意。

1.2 研究方法

1.2.1 健康管理方法 对照组接受常规管理, 包括每季度慢病电话随访及相关用药指导, 每季度一次健康宣教等。干预组在常规管理基础上进行规范化健康管理, 专门成立脑卒中康复指导小组, 由经验丰富的全科医生和护士担任。康复指导小组指导患者和家属进行康复训练, 并进行康复量表调查; 建立个性化康复训练计划, 定期进行居家护理指导及社区脑卒中患者小组活动; 要求所有患者积极参加活动, 对没有及时参加活动的脑卒中患者进行额外辅导康复训练。规范化健康管理的内容包括每月免费测量血压、血糖、心电图 1 次; 康复训练 1 h/次, 1 次/月, 包括正确的卧位、床上翻身训练、坐起训练、平衡训练、坐位训练、站立训练等

内容,主要是改变患者的肢体动作,满足老年脑卒中患者的生活自理需求。除此之外,每月对患者进行 1 次健康教育,内容涉及脑卒中患者的饮食、心理健康、安全防护等。记录患者的康复情况并对患者所提出的疑问给予解答;有针对性地给予患者心理支持与鼓励,提高其战胜疾病的信心;帮助患者积极主动配合康复训练。

1.2.2 调查方法 对调查员进行统一培训,采用统一标准进行问卷调查,两人一组,一人调查一人核对,确保问卷真实有效。参考有关文献^[7-8]自行设计基本调查问卷进行患者基本情况调查,包括性别、年龄、学历、职业、生活习惯、病变部位、经济收入等基本情况。采用脑卒中知信行量表(knowledge, attitude/belief, practice, KAP)进行知信行问卷调查,问卷包括知识、信念和行为 3 个分量表,知识问卷:脑卒中征兆、脑卒中处理、危险因素、行为方式、用药知识和康复知识,共 40 个题,采用两分法,回答正确计 1 分,回答错误或不知道计 0 分,总分 40 分;信念问卷:患者对危险因素、预防保健、用药、征兆及处理、运动锻炼方面的态度,共 13 个,采用 5 分等级法,计 0~4 分,总分 52 分;行为问卷:患者在预防保健、用药、脑卒中征兆判断及发生时如何处理和运动锻炼方面的行为,共 12 个,采用 5 分等级法,计 0~4 分,总分 48 分。以上总分为各单项分相加之和,分数越高代表知信行越好。生活质量量表采用 WHOQOL-BREF 量表进行,量表包括 26 个条目、6 个领域,分生理、心理、社会关系、环境领域、两个独立的总体健康和总体生活质量问题。以上量表全部采用 5 点记分法,各个领域得分通过计算其所属条目总分得到,得分越高,代表该领域的生活质量越好。

1.3 统计学处理 选用统计分析软件 SPSS 18.0 及 Epi Data 3.0 软件对研究数据进行处理及分析,计数资料表示方法为例数(%),比较方法采用卡方检验,定量资料用均值±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 *t* 检验进行分析, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 脑卒中患者一般情况 对两组患者的基本情况 进行对比分析,发现两组患者在性别构成、年龄、文化水平、婚姻、户籍、脑卒中类型构成、病程、合并症等方面差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$),两组具有可比性,见表 1。

2.2 健康管理干预前后两组患者脑卒中知识得分情况 干预组在健康管理干预后,在脑卒中征兆、脑卒中

处理、危险因素、行为方式、用药知识和康复知识等 6 个方面均有显著提高,与干预前和对照组间差异均有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 1 脑卒中患者一般情况(*n*,%)

特征		干预组	对照组	χ^2 值	<i>P</i> 值
性别	男	72(69.90)	74(71.84)	0.094	>0.05
	女	31(30.10)	29(28.16)		
年龄(岁)	37~	14(13.59)	15(14.56)	0.089	>0.05
	47~	26(25.24)	25(24.27)		
	57~	41(39.81)	42(40.78)		
	67~	22(21.36)	21(20.39)		
	平均	59.4±16.6	58.1±16.5		
文化水平	小学及以下	14(13.59)	16(15.53)	0.353	>0.05
	初中	23(22.33)	21(20.39)		
	高中及中专	40(38.83)	42(40.78)		
	大专及以上	26(25.24)	24(23.30)	0.072	>0.05
	已婚	95(92.23)	96(93.20)		
	未婚	8(7.77)	7(6.80)		
户籍	城镇	82(79.61)	80(77.67)	0.116	>0.05
	农村	21(20.39)	23(22.33)		
脑卒中类型	缺血性	90(87.38)	92(89.32)	0.189	>0.05
	出血性	13(12.62)	11(10.68)		
病程(月)	1~	26(25.24)	25(24.27)	0.218	>0.05
	6~	38(36.89)	40(38.83)		
	12~	22(21.36)	23(22.33)		
	24~	17(16.50)	15(14.56)		
人均经济收入(元/月)	0~	12(11.65)	13(12.62)	0.256	>0.05
	1 000~	18(17.48)	20(19.42)		
	3 000~	46(44.66)	44(42.72)		
	5 000~	19(18.45)	19(18.45)		
	8 000~	8(7.77)	7(6.80)		
合并症	无	41(39.81)	44(42.72)	0.180	>0.05
	有	62(60.19)	59(57.28)		

表 2 健康管理干预前后两组患者脑卒中知识得分情况($\bar{x}\pm s$)

组别		脑卒中征兆	脑卒中处理	危险因素	行为方式	用药知识	康复知识
干预组	干预前	2. 16±0. 33	1. 92±0. 28	2. 59±0. 34	2. 06±0. 37	1. 85±0. 17	2. 24±0. 38
	干预后	4. 36±0. 75	3. 17±0. 42	5. 88±0. 61	3. 94±0. 53	3. 78±0. 61	5. 52±0. 73
	<i>t</i> 值(<i>P</i> 值)	27. 249(<0. 05)	25. 132(<0. 05)	47. 814(<0. 05)	30. 301(<0. 05)	30. 932(<0. 05)	40. 448(<0. 05)
对照组	干预前	2. 15±0. 35	1. 96±0. 28	2. 64±0. 36	2. 03±0. 31	1. 90±0. 18	2. 32±0. 41
	干预后	2. 16±0. 37	1. 95±0. 29	3. 22±0. 38	2. 05±0. 34	1. 96±0. 22	2. 83±0. 52
	<i>t</i> 值(<i>P</i> 值)	0. 199(>0. 05)	0. 252(>0. 05)	11. 245(<0. 05)	0. 462(>0. 05)	2. 412(>0. 05)	8. 927(<0. 05)
干预前两组比较		<i>t</i> 值(<i>P</i> 值)	0. 211(>0. 05)	1. 025(>0. 05)	0. 662(>0. 05)	2. 050(>0. 05)	1. 452(>0. 05)
干预后两组比较		<i>t</i> 值(<i>P</i> 值)	26. 698(<0. 05)	24. 259(<0. 05)	37. 563(<0. 05)	10. 441(<0. 05)	28. 484(<0. 05)

2.3 健康管理干预前后两组患者脑卒中信念得分情况 干预组在健康管理干预后,在脑卒中征兆及处理、危险因素、预防保健、用药和康复等 6 个方面的态度均有显著提高,与干预前和对照组间差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 3。

表 3 健康管理干预前后两组患者脑卒中信念得分情况($\bar{x}\pm s$)

组别		卒中征兆	卒中处理	危险因素	预防保健	用药态度	康复知识
干预组	干预前	3. 18±0. 39	2. 42±0. 36	3. 69±0. 37	3. 51±0. 55	3. 04±0. 47	3. 44±0. 53
	干预后	6. 62±0. 83	4. 33±0. 58	6. 81±0. 64	6. 74±0. 76	5. 81±0. 72	6. 55±0. 92
	<i>t</i> 值(<i>P</i> 值)	38. 070(<0. 05)	28. 396(<0. 05)	42. 833(<0. 05)	34. 943(<0. 05)	32. 696(<0. 05)	29. 728(<0. 05)
对照组	干预前	3. 24±0. 46	2. 37±0. 38	3. 82±0. 46	3. 45±0. 51	2. 98±0. 41	3. 38±0. 49
	干预后	3. 53±0. 47	2. 90±0. 39	4. 25±0. 49	4. 46±0. 62	3. 26±0. 56	4. 41±0. 65
	<i>t</i> 值(<i>P</i> 值)	4. 475(<0. 05)	9. 878(<0. 05)	6. 493(<0. 05)	12. 768(<0. 05)	4. 094(<0. 05)	12. 842(<0. 05)
干预前两组比较		<i>t</i> 值(<i>P</i> 值)	1. 010(>0. 05)	0. 969(>0. 05)	0. 812(>0. 05)	0. 976(>0. 05)	0. 844(>0. 05)
干预后两组比较		<i>t</i> 值(<i>P</i> 值)	32. 878(<0. 05)	20. 765(<0. 05)	32. 233(<0. 05)	23. 592(<0. 05)	28. 372(<0. 05)

2.4 健康管理干预前后两组患者脑卒中行为得分情况 干预组在健康管理干预后,在预防保健、用药、脑卒中征兆判断及发生时如何处理和运动锻炼方面的行为得分均有显著提高,与干预前和干预后对照组间差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 4。

表 4 健康管理干预前后两组患者脑卒中行为得分情况($\bar{x}\pm s$)

组别		预防保健	用药行为	征兆判断	发生处理	运动锻炼
干预组	干预前	3. 76±0. 56	3. 24±0. 45	3. 81±0. 43	3. 40±0. 39	4. 17±0. 68
	干预后	6. 88±1. 10	7. 11±1. 24	6. 86±1. 17	6. 75±0. 95	7. 07±1. 25
	<i>t</i> 值(<i>P</i> 值)	25. 653(<0. 05)	29. 774(<0. 05)	24. 833(<0. 05)	33. 107(<0. 05)	20. 683(<0. 05)
对照组	干预前	3. 82±0. 54	3. 19±0. 46	3. 75±0. 52	3. 29±0. 44	4. 22±0. 83
	干预后	4. 51±0. 66	5. 21±1. 13	4. 32±0. 47	4. 41±0. 85	5. 14±0. 96
	<i>t</i> 值(<i>P</i> 值)	8. 212(<0. 05)	16. 777(<0. 05)	8. 253(<0. 05)	11. 876(<0. 05)	7. 357(<0. 05)
干预前两组比较		<i>t</i> 值(<i>P</i> 值)	0. 783(>0. 05)	0. 784(>0. 05)	0. 902(>0. 05)	1. 899(>0. 05)
干预后两组比较		<i>t</i> 值(<i>P</i> 值)	18. 750(<0. 05)	11. 494(<0. 05)	20. 445(<0. 05)	18. 630(<0. 05)

表 5 健康管理干预前后两组患者知信行得分总体情况($\bar{x}\pm s$)

组别		知识	态度	行为	KAP 总分
干预组	干预前	12. 82±1. 82	19. 28±2. 78	18. 38±2. 14	50. 48±7. 82
	干预后	26. 65±3. 89	36. 86±5. 33	34. 67±5. 26	98. 18±15. 16
	<i>t</i> 值(<i>P</i> 值)	32. 682(<0. 05)	29. 680(<0. 05)	29. 113(<0. 05)	28. 380(<0. 05)
对照组	干预前	13. 00±1. 78	19. 24±2. 69	18. 27±2. 58	50. 51±7. 24
	干预后	14. 17±1. 94	22. 81±3. 11	23. 59±3. 49	60. 47±8. 36
	<i>t</i> 值(<i>P</i> 值)	4. 510(<0. 05)	8. 992(<0. 05)	12. 440(<0. 05)	5. 839(<0. 05)
干预前两组比较		<i>t</i> 值(<i>P</i> 值)	0. 718(>0. 05)	0. 105(>0. 05)	0. 333(>0. 05)
干预后两组比较		<i>t</i> 值(<i>P</i> 值)	28. 491(<0. 05)	23. 313(<0. 05)	17. 802(<0. 05)

2.5 健康管理干预前后两组患者知信行得分总体情况 干预组在健康管理干预后,在脑卒中知识、态度、行为和 KAP 总分方面均较干预前显著提高,差异有统计学意义($P<0.05$);与对照组相比,四个项目得分均显著高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$),

见表 5。

2.6 健康管理干预前后两组患者生活质量得分情况 两组患者在健康管理干预后,在心理领域、生理领域、社会关系、环境领域及总分方面,干预组干预后得分显著高于干预前得分,差异有统计学意义($P<0.05$);与对照组相比,五个项目得分均显著高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 6。

2.7 脑卒中患者知信行与生活质量的相关性 对知信行及总分与生活质量各领域及总分进行相关分析,发现无论是对照组还是干预组知识得分与生理、环境领域及 QOL 总分存在正相关关系($P<0.05$);态度和行为均与心理、社会、环境领域及 QOL 总分存在正相关关系($P<0.05$);KAP 总分与四个领域和 QOL 总分均呈正相关关系($P<0.05$),见表 7。

表 6 健康管理干预前后两组患者生活质量得分情况($\bar{x}\pm s$)

组别		生理领域	心理领域	社会关系	环境领域	QOL 总分
干预组	干预前	11. 58±2. 55	12. 73±2. 61	12. 75±2. 01	12. 40±2. 11	49. 46±4. 91
	干预后	13. 16±2. 55	14. 23±2. 58	13. 97±2. 35	13. 88±2. 69	55. 24±5. 67
	<i>t</i> 值(<i>P</i> 值)	4. 447(<0. 05)	4. 148(<0. 05)	4. 012(<0. 05)	4. 867(<0. 05)	7. 821(<0. 05)
对照组	干预前	11. 54±2. 61	12. 68±2. 50	12. 79±2. 06	12. 43±1. 98	49. 44±4. 83
	干预后	11. 51±2. 85	11. 37±2. 94	11. 25±2. 14	12. 20±2. 33	46. 42±4. 75
	<i>t</i> 值(<i>P</i> 值)	0. 082(>0. 05)	3. 623(<0. 05)	5. 065(<0. 05)	0. 756(>0. 05)	4. 524(<0. 05)
干预前两组比较		<i>t</i> 值(<i>P</i> 值)	0. 111(>0. 05)	0. 138(>0. 05)	0. 132(>0. 05)	0. 099(>0. 05)
干预后两组比较		<i>t</i> 值(<i>P</i> 值)	4. 589(<0. 05)	7. 909(<0. 05)	8. 946(<0. 05)	4. 791(<0. 05)

表 7 健康管理干预前后两组患者知信行与生活质量的相关情况(*r*)

组别		生理领域	心理领域	社会关系	环境领域	QOL 总分
干预组	知识	0. 144 ^a	0. 058	0. 024	0. 177 ^a	0. 137 ^a
	态度	0. 043	0. 101 ^a	0. 163 ^a	0. 169 ^a	0. 152 ^a
	行为	0. 062	0. 221 ^a	0. 184 ^a	0. 152 ^a	0. 195 ^a
	KAP 总分	0. 123 ^a	0. 157 ^a	0. 134 ^a	0. 205 ^a	0. 198 ^a
对照组	知识	0. 116 ^a	0. 064	0. 021	0. 166 ^a	0. 128 ^a
	态度	0. 041	0. 079 ^a	0. 124 ^a	0. 151 ^a	0. 137 ^a
	行为	0. 061	0. 206 ^a	0. 175 ^a	0. 148 ^a	0. 183 ^a
	KAP 总分	0. 108 ^a	0. 146 ^a	0. 112 ^a	0. 193 ^a	0. 187 ^a

注: a*P*<0. 05。

3 讨 论

脑卒中主要以老年人群为高发年龄,男性多于女性^[9-10],本研究中 57 岁以上患者占 61. 17%,男性占 70. 87%,与相关文献报道发病人群特征一致。文化程度上以中学以上人群为高发群体,绝大多数为已婚患者,发病类型以缺血性脑卒中为主,病程以 12 个月以内为主,大多数患者患有并发症,这些患者基本特征与相关文献^[11-13]报道特征基本一致。

本研究结果显示,健康管理干预后,干预组脑卒中知识、态度、行为和 KAP 得分方面均显著提高,明显高于对照组,提示健康管理过程中的健康宣教可以显著改善患者脑卒中认知知识,帮助其深入了解脑卒中的危险因素、发病信号、处理应对知识以及康复知识等。对其生活质量进行量表评价,结果显示,健康管理干预后,干预组的各项领域得分和总分均显著提高,明显高于对照组,说明健康管理在提高患者知信行外,还对其生活质量具有明显影响,使其生活质量有所提高。其影响过程可能通过改善患者知信行来间接影响其生活质量,患者的相关应对知识增加后,其对抗脑卒中的态度和行为发生转变,越来越向有益的方向发展,其生理和心理健康达到改善,并相互促进,使其生活能力和社会认同越来越好,最终明显改善其生活质量^[14]。本研究结果显示,知信行得分与生活质量得分存在明显正

相关关系,其中,知识与生理和环境领域明显相关,态度和行为均与心理、社会、环境领域,说明疾病应对知识的增加使其身体感知应对疾病方面更加科学及时,从而提高其康复水平,获得更好的社会认同。而其态度和行为的转变,更加促进其家庭人员和社会的认同,带来心理、社会 and 环境的满足,从而提高其生活质量^[15]。

综上所述,脑卒中常引起严重并发症,如肢体瘫痪、语言受损等,严重影响患者日常生活能力和交流能力,对患者生活中的心理、生理、社会交流等领域均有较大影响,健康管理是根据每位患者自身情况,制定不同管理方案,可以给与患者针对性的指导,同时宣教相关知识,从而改变其对待脑卒中的态度,切实转化为有益的行为方式,最终提高患者日常生活质量。

参考文献

[1] 艾亚婷,胡慧,徐倩,等. 湖北省某城乡社区中老年人脑卒中危险因素分析[J]. 中国健康教育,2016,32(7):587-589,600.

[2] 杨孟霞. 杭州市社区居民脑卒中患病情况及知信行调查[J]. 中国老年学杂志,2016,36(6):1477-1479.

[3] 汪关宝,杨少琴,史影,等. 北京市中关村地区心脑血管病死亡率及防治策略的流行病学研究[J]. 心肺血管病杂志,2010,29(4):261-265.

[4] 朱斌,彭子日,冯浓萍,等. 深圳市龙岗区 2004-2010 年脑卒中监测资料分析[J]. 牡丹江医学院学报,2011,32(1):27-29.

[5] 张锐芝,巢健茜,徐辉,等. 健康管理对老年人生命质量的影响[J]. 中国老年学杂志,2017,37(7):1746-1748.

[6] 杨期东. 神经病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2004:118.

[7] 乔淑媛,李淑英,张建天,等. 青龙满族自治县居民脑卒中患病现状 & 影响因素调查分析[J]. 国际神经病学神经外科学杂志,2015,42(1):18-21.

[8] 唐振社,陈兴,韩彦彬,等. 广西城乡成年居民脑卒中流行特征及其危险因素研究[J]. 实用预防医学,2008,15(2):308-311.

[9] 雷林,周海滨,彭轲,等. 深圳市居民 2008-2013 年脑卒中流行特征分析[J]. 中国慢性病预防与控制,2014,22(5):564-566.

[10] 邢玉荣,海姣,贾文瑞,等. 健康体检人群缺血性脑卒中流行特征及相关危险因素分析[J]. 中国实用神经疾病杂志,2016,19(1):75-76.

[11] 吴武鑫,徐海峰. 上海市奉贤区居民脑卒中流行现状分析[J]. 中国慢性病预防与控制,2013,21(6):758-760.

[12] 季晓东. 义乌地区急性缺血性脑卒中 305 例疾病特征调查分析[J]. 中国现代医生,2016,54(1):133-135,138.

[13] 顾锋,罗颖芝. 2012-2015 年宁波市北仑区脑卒中发病状况流行特征分析[J]. 中国慢性病预防与控制,2017,25(7):527-529.

[14] 樊朝凤. 知信行干预对脑卒中患者康复期治疗效果及生存质量的影响[J]. 中国实用护理杂志,2012,28(1):16-17.

[15] 姚启萍. 自我管理干预对脑卒中恢复期患者知信行及主观幸福感的影响[D]. 南京:东南大学,2016.

收稿日期:2018-01-10