

· 临床护理 · doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2021.21.035

网络首发 [https://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.R.20210923.1736.014.html\(2021-09-24\)](https://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.R.20210923.1736.014.html(2021-09-24))

基于社会生态学模型探讨门诊高血压患者疾病接受度的影响因素*

王晓冰, 邱晨, 臧小英[△]
(天津医科大学护理学院 300070)

[摘要] **目的** 基于社会生态学模型探讨门诊高血压患者疾病接受度现状及其与个人和社会环境因素的关系。**方法** 以社会生态学模型为指导,运用一般资料问卷、疾病接受度量表、心理弹性量表、抑郁自评量表、健康素养问卷、社会支持量表和管理延续性量表从个人、人际、机构、交流、公共政策因素 5 个方面对 2017 年 10 月至 2018 年 2 月于天津市某三甲医院门诊就诊的 252 例高血压患者进行问卷调查。**结果** 门诊高血压患者疾病接受度得分为(25.91±7.24)分。血压水平、抑郁状态、文化素养、合并疾病、工作状态、护理延续性、医疗费用支付方式是疾病接受度的影响因素,可以解释方程总变异的 66.2%。**结论** 门诊高血压患者疾病接受度水平尚有待提高,特别是对血压水平较高、有合并疾病、在职、存在抑郁情绪、文化素养水平较低的成年高血压患者应采取相应的干预措施。同时完善医联体下的慢病服务模式,提升高血压患者的护理延续性,并进一步完善医疗保健制度。

[关键词] 高血压;疾病接受度;影响因素分析;社会生态学模型

[中图分类号] R47 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-8348(2021)21-3767-06

原发性高血压是心脑血管疾病最主要的危险因素^[1],与脑卒中、冠心病等疾病的发生相关^[2]。我国人群高血压发病率逐年升高^[2],血压控制却很不理想^[3]。有研究表明,50%的高血压患者在开始治疗前 12 个月里有中断服药,30%的高血压患者虽然持续服药但却未遵循医嘱^[4]。良好的疾病接受度是提高高血压患者治疗依从性的重要因素^[5]。MCCRACKEN 等^[6]认为,疾病接受度是指停止为身体困扰探寻最终的解决措施,并把注意力转向积极的日常活动和生活的其他方面的程度,其内涵是患者保持对疾病的积极认识,通过将疾病体验整合到患者的生活方式中而重新获得个人对疾病的控制感^[7]。进一步了解高血压患者疾病接受度的影响因素才能有效提高其疾病接受度水平。FERRANS 等^[8]的社会生态学模型从 5 个层面探讨了个体和环境对健康结局的影响,即个人因素、人际因素、机构因素、交流因素和公共政策。本研究在社会生态学模型的指导下探究了高血压患者疾病接受度现状及其影响因素,以期对高血压患者制订针对性的干预措施提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

采用便利抽样法对 2017 年 10 月至 2018 年 2 月于天津市某三甲医院门诊就诊的 252 例高血压患者进行横断面调查。本研究经天津医科大学伦理委员

会批准(TMUHMEC2017009)。

1.2 纳入标准

(1)符合中国高血压防治指南^[2](2018 年修订版)高血压诊断标准;(2)确诊时间大于 1 年;(3)年龄大于 18 岁;(4)意识清楚,能独立填写问卷或在研究者帮助下口头完成问卷。

1.3 排除标准

(1)伴严重内科疾病,如严重心、脑、肺、肝等脏器疾病;(2)近 3 个月有急性心、脑血管疾病史;(3)先天性残疾或非疾病因素导致残疾者;(4)伴各种恶性肿瘤;(5)患有精神疾病。

1.4 方法

1.4.1 资料收集

首先向患者说明研究目的、意义和方法,在征得患者同意后发放调查问卷,并用统一的指导语指导其填写问卷。患者全程独立填写问卷,填写时间为 15~20 min。填写完毕后调查人员核查问卷完成度和准确性,然后收回问卷并感谢患者的配合。共发放问卷 260 份,收回有效问卷 252 份(96.9%)。

1.4.2 一般资料调查表

由作者自行编制,包括社会人口学和临床相关资料。社会人口学资料包括患者性别、年龄、婚姻状态、文化水平、工作状态、月收入、医疗费用支付方式等。临床相关资料包括患者体重指数、心血管病家族史、

* 基金项目:国家自然科学基金青年科学基金项目(71904143)。 作者简介:王晓冰(1996—),硕士在读研究生,主要从事心血管病护理、老年护理、慢性病护理研究。 △ 通信作者,E-mail:xiaoyingzang@163.com。

血压水平、合并疾病、病程等。

1.4.3 疾病接受度量表

由 FELTON 等^[9]研制,共 8 个条目,主要评估 3 个方面内容,即缺乏独立性、对别人的依赖、自尊降低等。采用 Likert 5 级评分,按患者对每一条目完全同意到完全不同意分别计 1~5 分,总分为 8~40 分。总分越高表示疾病接受度越高。该量表 Cronbach's α 系数为 0.83。

1.4.4 心理弹性量表

由 CONNOR 等^[10]研制、YU 等^[11]汉化的中文版心理弹性量表。共 25 个条目,3 个维度,内容涉及坚韧、自强和乐观。采用 Likert 5 级计分,“从不、很少、有时、经常、几乎总是”5 个等级分别计 0~4 分。总分越高表示心理弹性越好。中文版量表的 Cronbach's α 系数为 0.91^[11]。

1.4.5 抑郁自评量表

由 Zung 编制而成,共 20 个条目,该量表信效度良好。采用 4 级评分制,计算标准为各个条目得分总和再乘以 1.25 后取整即为最终的标准分。得分越高表示抑郁程度越高。根据中国常模检测结果,标准分大于或等于 53 分即为抑郁^[12]。

1.4.6 慢性病患者健康素养问卷

由澳大利亚墨尔本大学 JORDAN 教授等编制,孙浩林等翻译、修订,共 24 个条目,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^[13]。该问卷采用 Likert 5 级计分,总分为 24~120 分,根据困难程度赋值 1~5 分。该中文版量表的 Cronbach's α 系数为 0.894。

1.4.7 社会支持量表

由肖水源^[14]编制,共 10 个条目,分为 3 个维度,即客观支持、主观支持和对支持的利用度。计分方法:单项选择题依据选项分别赋值 1~4 分,多项选择题依据选项个数计分,第 5 题从“无”至“全力支持”分别计 1~4 分,总分为 12~66 分。该量表的重测信度为 0.92。

1.4.8 管理延续性量表

由 UIJEN 等^[15]研制,共 28 个条目,3 个维度,即关系延续性(熟悉度)、关系延续性(承担责任)以及合作延续性。采用 Likert 5 级评分,依据患者对各条目的认同程度依次赋值 1~5 分,得分越高表示护理延续性越高,中文版量表的 Cronbach's α 系数为 0.907~0.944^[16]。

1.5 统计学处理

采用 SPSS 20.0 统计软件进行数据分析,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,计数资料采用例数或率表示,采用 t 检验、方差分析、 χ^2 检验等;采用 Pearson 相关分析不同变量与疾病接受度总分的相关性;采用分层线性回归分析高血压患者疾病接受度的影响因素。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 高血压患者疾病接受度状况及单因素分析

高血压患者疾病接受度总体得分为(25.91 ± 7.24)分。换算为标准分为(64.78 ± 18.10)分。不同性别、婚姻状况、文化水平、医疗费用支付方式、血压水平的高血压患者疾病接受度比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$);无合并疾病的高血压患者疾病接受度高于有合并疾病的患者,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 高血压患者疾病接受度状况及单因素分析($n=252$)

项目	n	构成比 (%)	疾病接受度 ($\bar{x} \pm s$, 分)	t/F	P
年龄(岁)				-0.904	0.367
<60	98	38.9	25.40 ± 7.55		
≥60	154	61.1	26.24 ± 7.04		
性别				-2.017	0.045
男	105	41.7	24.83 ± 7.59		
女	147	58.3	26.69 ± 6.90		
婚姻状态				-2.031	0.043
单身	29	11.5	23.36 ± 6.98		
已婚	223	88.5	26.25 ± 7.22		
文化水平				-2.856	0.005
初中及以下	121	48.0	24.58 ± 6.81		
高中及以上	131	52.0	27.15 ± 7.43		
工作状态				-1.211	0.227
在职	68	27.0	25.01 ± 8.00		
无业或离退休	184	73.0	26.25 ± 6.93		
月收入(元)				-1.292	0.197
<2 000	73	29.0	24.99 ± 7.00		
≥2 000	179	71.0	26.29 ± 7.32		
医疗费用支付方式				-5.143	0.001
自费	67	26.6	22.20 ± 7.34		
医保	185	73.4	27.26 ± 6.73		
体重指数				0.355	0.701
正常	79	31.3	26.39 ± 7.29		
超重	110	43.7	25.50 ± 6.89		
肥胖	63	25.0	26.03 ± 7.81		
心血管病家族史				-0.131	0.896
是	161	63.9	25.96 ± 7.36		
否	91	36.1	25.84 ± 7.06		
血压水平				53.980	0.001
正常高值	43	17.1	33.23 ± 2.14		
高血压 1 级	123	48.8	27.23 ± 6.83		
高血压 2 级	56	22.2	19.89 ± 4.58		
高血压 3 级	30	11.9	21.27 ± 5.61		
合并疾病				10.884	0.001
否	139	55.2	29.61 ± 6.76		
是	113	44.8	21.37 ± 4.83		
病程(年)				2.288	0.104
<5	136	54.0	26.46 ± 7.12		
6~<10	49	19.4	23.95 ± 6.90		
≥10	67	26.6	26.24 ± 7.58		

2.2 高血压患者疾病接受度相关性分析

疾病接受度与心理弹性、健康素养、社会支持度、护理延续性呈显著正相关($r=0.246、0.509、0.493、0.685, P<0.05$),与抑郁状态呈负相关($r=-0.525, P<0.05$),见表 2。

表 2 高血压患者疾病接受度相关性分析

项目	疾病接受度 ($\bar{x}\pm s$,分)	r	P
心理弹性	58.30±10.91	0.246	0.001
抑郁状态	38.94±15.03	-0.525	0.001
健康素养	75.79±14.36	0.509	0.001
社会支持	38.27± 6.84	0.493	0.001
护理延续性	81.45±26.34	0.685	0.001

2.3 高血压患者疾病接受度影响因素的分层线性回归分析

表 3 高血压患者疾病接受度影响因素的分层线性回归分析($n=252$)

变量	第 1 步		第 2 步		第 3 步		第 4 步		第 5 步	
	β	P								
血压水平	-0.236	0.001	-0.204	0.001	-0.196	0.001	-0.145	0.003	-0.142	0.004
抑郁状态	-0.300	0.001	-0.204	0.001	-0.279	0.001	-0.245	0.001	-0.242	0.001
健康素养	0.273	0.001	0.264	0.001	0.255	0.001	0.205	0.001	-0.196	0.001
合并症	-0.276	0.001	-0.319	0.001	-0.307	0.001	-0.221	0.001	-0.227	0.001
工作状态			0.112	0.011	0.114	0.009	0.086	0.038	0.086	0.036
社会支持度					0.063	0.223	-0.025	0.610	-0.024	0.621
护理延续性							0.320	0.001	0.298	0.001
医疗费用支付方式									0.084	0.035
F	88.703 ^a		73.881 ^a		61.940 ^a		66.513 ^a		59.603 ^a	
R^2	0.590		0.600		0.603		0.656		0.662	
Adj. R^2	0.583		0.592		0.593		0.646		0.651	
ΔR^2	0.590		0.010		0.003		0.053		0.006	

^a: $P<0.05$ 。

3 讨 论

本研究结果显示,门诊高血压患者疾病接受度总分为(25.91±7.24)分,处于较低水平。一项对 128 例慢性病住院患者的调查结果显示,疾病接受度总分为(23.63±7.23)分^[7];QIU 等^[17]对 478 例门诊高血压患者疾病接受度的调查结果为(24.92±7.12)分,均与本研究结果基本一致。可见,门诊高血压患者疾病接受度均处于较低水平,亟须提高。

疾病接受度是影响高血压患者治疗依从性的重要因素,疾病接受度越高,与疾病相关的消极情绪和反应越少,患者治疗过程的参与度就越高^[18]。因此,探讨高血压患者疾病接受度的影响因素尤为重要。本研究在社会生态学模型指导下从个人因素、机构因

以单因素分析中有统计学意义的变量和相关性分析中与疾病接受度总分相关的变量为自变量,疾病接受度总分为因变量,进行分层线性回归分析($\alpha_{入}=0.05, \alpha_{出}=0.10$)。模型 1 中血压、抑郁状态、健康素养、合并症是疾病接受度的影响因素,可以解释方程总变异的 59.0%。模型 2 中工作状态是疾病接受度的影响因素,可以解释方程总变异的 60.0%。模型 3 中社会支持度进入方程,其与疾病接受度不相关,可以解释方程总变异的 60.3%。模型 4 中护理延续性是疾病接受度的影响因素,可以解释方程总变异的 65.6%。模型 5 中得出最终结果,血压、抑郁状态、健康素养、合并症、工作状态、护理延续性、医疗费用支付方式是疾病接受度的影响因素,可以解释方程总变异的 66.2%,模型 5 中的 7 个变量可最大限度地解释方程总变异,见表 3。

素、人际因素、交流因素、公共政策因素 5 个方面探究了成年高血压患者疾病接受度与其个人和社会环境因素间的关系,其中性别、婚姻、文化程度、合并症、血压、抑郁状态、健康素养和心理弹性为个人因素;工作状态为机构因素;社会支持为人际因素;护理延续性为交流因素;医保为公共政策因素。各层面变量依次进入方程,最终得出血压、抑郁状态、健康素养、合并症、工作状态、护理延续性、医疗费用支付方式是高血压患者疾病接受度的影响因素。

3.1 个人因素

本研究发现,健康素养水平越高,高血压患者的疾病接受度越高。健康素养是个体的一种社会交流能力,促使其获得、判断和运用健康信息来增进健康

及促进医疗决策制定^[19]。健康素养高的患者对疾病的评判更准确、客观^[20],因而疾病接受度也较高。另外, QIU 等^[17]研究表明,疾病接受度与健康素养密切相关,且是健康素养和自我管理行为间的重要中介因素。据此,健康素养和疾病接受度联合其他变量可能会有更复杂的关系,尚有待于进一步研究。有研究表明,高血压患者的健康素养水平受学历、月收入、高血压分级和社会支持水平的影响^[21]。应注重对低学历、低收入、高血压分级较高的患者进行宣教,提高其对高血压治疗、控制的认识,避免进入认识误区,以帮助其更好地接受疾病。

本研究结果显示,抑郁程度越高,高血压患者的疾病接受度越低。与 LEWKO 等^[22]研究结果一致。LEWKO 等^[22]对 2 型糖尿病患者的焦虑抑郁症状、生活质量与疾病接受度水平间的关系进行了研究,结果显示,焦虑抑郁症状与疾病接受度呈负相关,并表明低生活质量预示着患者疾病接受度也较低。抑郁患者对事物的兴趣减退并伴情感低落,可能使其对自身高血压的控制感降低,无法从正面接受这个疾病。提示医务人员应注重疏导存在抑郁状态的高血压患者,帮助其接纳自己。另一方面, QIU 等^[16]研究表明,严重抑郁患者护理延续性更差,因而更不利于其接纳疾病。

本研究结果显示,患者血压分级越高,其疾病接受度越低。张庆华等^[23]研究证实,血压分级水平高的患者,健康素养水平低。由此推测,健康素养低的患者没有积极地认识疾病,因而疾病接受度较低。另外,有研究表明,血压分级水平是高血压伴发焦虑的独立危险因素^[24],而焦虑又增加了疾病管理的复杂性^[25],不利于高血压患者更好地接受疾病。值得注意的是,本研究中血压水平 2 级的高血压患者疾病接受度总体得分较其他水平者低。而回归模型分析结果显示,患者血压分级越高,疾病接受度越低,可能由于在进行血压分级的单因素分析时受到其他控制变量的影响。

本研究结果显示,有合并疾病的高血压患者疾病接受度低于无合并疾病的患者,与 WARRAICH 等^[26]研究结果一致。WARRAICH 等^[26]在合并疾病对心力衰竭患者使用左心室辅助装置决策的研究中发现,有合并疾病的心力衰竭患者疾病接受度较无合并疾病的患者更低。有合并疾病的高血压患者可能由于其需同时治疗多种疾病,心理压力较大,担心成为家人和朋友的负担,无法重新接纳自己的身体状况,缺乏对生活积极方面的认识,因而疾病接受度较低。

3.2 机构因素

本研究结果显示,高血压患者工作状态对其疾病接受度有影响,无业或离退休的患者比在职患者疾病

接受度更高。分析无业或离退休的患者大多数为中老年人,有较多的时间关注自身状况及日常生活。而如今社会大环境下,在职患者可能承受的压力较大^[27],无暇将高血压疾病体验整合到忙碌的生活中去。当职业紧张不可调和,消极情绪、焦虑、抑郁随之显现^[28],更不利于高血压患者接受疾病。因此,在职患者的疾病接受度低于无业或离退休患者。而 CZ-ERW 等^[29]研究表明,胰腺癌和结直肠癌患者的职业状态对其疾病接受度无影响,分析原因可能是疾病种类不同。本研究只探讨了工作状态因素,其他潜在的机构因素尚仍有待于进一步研究讨论。

3.3 交流因素

本研究发现,护理延续性越好,高血压患者疾病接受度越高。在如今的医联体背景下高血压患者出院后常会转入相应的社区进行常规治疗护理,护士需了解患者、患者病情、保持与患者的联系、保证医联体信息传递的有效性,以便为患者提供科学、针对性的指导和便利的服务,而这一过程中护理延续性的好坏会直接影响患者对疾病的接受程度。护理延续性越好,患者对疾病的整体把握越好,因此,疾病接受度也越高。邱晨^[30]研究表明,护理延续性与家访次数、总体健康认知水平及社会支持等因素有关,提示护士可适当提高家访次数、注重对患者进行健康教育,并鼓励与患者亲近的人尽量多的关心支持患者,在疾病治疗和心理上为患者提供科学、连续的支持,使患者能将疾病体验整合到自己的生活方式中,以提高疾病接受度。

3.4 公共政策因素

本研究结果显示,医疗费用支付方式影响高血压患者的疾病接受度,使用医保的患者比自费患者的疾病接受度更高。分析原因可能是医保患者主要是本地常住居民,常会归到下属社区管辖,护理延续性较高^[31]。另外,国家近年来努力完善医疗保险体系,可以使用医保的患者经济负担得到减轻,因而疾病接受度较自费患者高。

综上所述,高血压患者疾病接受度水平尚有待提高。通过对高血压患者疾病接受度的影响因素分析发现,血压、抑郁状态、文化素养、合并疾病、工作状态、护理延续性、医疗费用支付方式是疾病接受度的影响因素。对血压水平较高、有合并疾病、在职、存在抑郁情绪、文化素养水平较低的成年高血压患者应采取相应的干预措施。另外,政府应完善医联体下的慢病服务模式,提升高血压患者的护理延续性,并进一步完善医疗保健制度。据此,做好其影响因素链上的有关工作,提高高血压患者疾病接受度,改善其治疗依从性和生活质量。

本研究存在一定的局限性,样本量较小,且研究

对象仅来自三甲医院门诊,代表性具有一定局限性,未来可进行多中心大样本的调查。

参考文献

- [1] BARRERA L. High Blood Pressure prevention and control: from evidence to action[J]. *Colomb Med (Cali)*, 2018, 49(2): 137-138.
- [2] 中国高血压防治指南(2018 年修订版)[J]. *中国心血管杂志*, 2019, 24(1): 24-56.
- [3] LI Y, YANG L, WANG L, et al. Burden of hypertension in China: A nationally representative survey of 174, 621 adults [J]. *Int J Cardiol*, 2017, 227: 516-523.
- [4] SARAFIDIS P A, BAKRIS G L. Resistant hypertension: an overview of evaluation and treatment [J]. *J Am Coll Cardiol*, 2008, 52 (22): 1749-1757.
- [5] JANKOWSKA-POLANSKA B, CHUDIAK A, UCHMANOWICZ I, et al. Selected factors affecting adherence in the pharmacological treatment of arterial hypertension [J]. *Patient Prefer Adherence*, 2017, 11: 363-371.
- [6] MCCracken L M, ECCLESTON C. Coping or acceptance: what to do about chronic pain? [J]. *Pain*, 2003, 105(1/2): 197-204.
- [7] KARADEMAS E C, TSAGARAKI A, LAMBOUR N. Illness acceptance, hospitalization stress and subjective health in a sample of chronic patients admitted to hospital [J]. *J Health Psychol*, 2009, 14(8): 1243-1250.
- [8] FERRANS C E, ZERWIC J J, WILBUR J E, et al. Conceptual model of health-related quality of life [J]. *J Nurs Scholarsh*, 2005, 37(4): 336-342.
- [9] FELTON B J, REVENSON T A, HINRICHSEN G A. Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults [J]. *Soc Sci Med*, 1984, 18(10): 889-898.
- [10] CONNOR K M, DAVIDSON J R. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) [J]. *Depress Anxiety*, 2003, 18(2): 76-82.
- [11] YU X, ZHANG J. Factor analysis and psychometric evaluation of the connor-davidson resilience scale (cd-risc) with chinese people [J]. *Social Behavior Personal*, 2007, 35(1): 19-30.
- [12] 张丹霞, 罗家洪, 彭林珍, 等. 大学生抑郁自评量表 (SDS) 调查结果因子分析 [J]. *昆明医科大学学报*, 2012, 33(5): 61-63.
- [13] 孙浩林, 彭慧, 傅华. 《慢性病病人健康素养调查量表》的维度结构分析 [J]. *环境与职业医学*, 2013, 30(3): 171-175.
- [14] 肖水源. 《社会支持评定量表》的理论基础与研究应用 [J]. *临床精神医学杂志*, 1994, 4(2): 98-100.
- [15] UIJEN A A, SCHELLEVIS F G, VAN DEN BOSCH W J, et al. Nijmegen Continuity Questionnaire: development and testing of a questionnaire that measures continuity of care [J]. *J Clin Epidemiol*, 2011, 64(12): 1391-1399.
- [16] QIU C, CHEN S, YAO Y, et al. Adaption and validation of Nijmegen continuity questionnaire to recognize the influencing factors of continuity of care for hypertensive patients in China [J]. *BMC Health Serv Res*, 2019, 19(1): 79.
- [17] QIU C, ZHANG X, ZANG X, et al. Acceptance of illness mediate the effects of health literacy on self-management behaviour [J]. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 2020, 19(5): 411-420.
- [18] JANKOWSKA-POLANSKA B, BLICHARS KA K, UCHMANOWICZ I, et al. The influence of illness acceptance on the adherence to pharmacological and non-pharmacological therapy in patients with hypertension [J]. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 2016, 15(7): 559-568.
- [19] MATSUOKA S, TSUCHIHASHI-MAKAYA M, KAYANE T, et al. Health literacy is independently associated with self-care behavior in patients with heart failure [J]. *Patient Educ Couns*, 2016, 99(6): 1026-1032.
- [20] 邱晨, 臧小英. 疾病认知在高血压患者健康素养与自我管理中的中介效应 [J]. *中国老年学杂志*, 2019, 39(13): 3294-3297.
- [21] 桑甜, 丁淑贞, 王建荣. 中老年高血压病患者健康素养现状及影响因素分析 [J]. *护理实践与研究*, 2017, 14(13): 1-4.
- [22] LEWKO J, ZARZYCKI W, KRAJEWSKA-KULAK E. Relationship between the occurrence of symptoms of anxiety and depression, quality of life, and level of acceptance of illness in patients with type 2 diabetes [J]. *Saudi Med J*, 2012, 33(8): 887-894.
- [23] 张庆华, 安群英, 代亚丽, 等. 乌鲁木齐市社区高血压患者疾病相关健康素养现状及其影响因素

- 分析[J]. 护理管理杂志, 2014, 14(7): 462-464.
- [24] 时春红, 朱海利, 雷利霞. 社区高血压老年人的焦虑状况及其影响因素[J]. 实用老年医学, 2018, 32(6): 535-538.
- [25] KAYANO H, KOBA S, MATSUI T, et al. Anxiety disorder is associated with nocturnal and early morning hypertension with or without morning surge: ambulatory blood pressure monitoring[J]. Circ J, 2012, 76(7): 1670-1677.
- [26] WARRAICH H J, ALLEN L A, BLUE L J, et al. Comorbidities and the decision to undergo or forego destination therapy left ventricular assist device implantation: An analysis from the Trial of a Shared Decision Support Intervention for Patients and their Caregivers Offered Destination Therapy for End-Stage Heart Failure (DECIDE-LVAD) study [J]. Am Heart J, 2019, 213: 91-96.
- [27] 关素珍, 赵静, 王磊, 等. 不同工龄职业人群心理健康与职业倦怠相关性研究[J]. 川北医学院学报, 2014, 29(1): 16-19.
- [28] 刘继文. 脑力劳动人群职业紧张干预研究现状和展望[J]. 新疆医科大学学报, 2008, 31(1): 22-24.
- [29] CZERW A I, BILINSKA M, DEPTALA A. The assessment of the impact of socio-economic factors in accepting cancer using the Acceptance of Illness Scale(AIS)[J]. Contemp Oncol(Pozn), 2016, 20(3): 261-265.
- [30] 邱晨. 基于 Wilson-Cleary 模型探讨医联体背景下高血压患者护理管理延续性及管理成效的影响因素[D]. 天津: 天津医科大学, 2019.
- [31] ALLER M B, VARGAS I, WAIBEL S, et al. Factors associated to experienced continuity of care between primary and outpatient secondary care in the Catalan public healthcare system [J]. Gac Sanit, 2013, 27(3): 207-213.

(收稿日期: 2021-02-20 修回日期: 2021-07-18)

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2021.21.036

网络首发 <https://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.R.20210927.2133.002.html> (2021-09-28)

激励式护理对结直肠癌患者希望水平及疾病不确定感的影响*

李慧敏, 姚翠[△], 孙跃明, 王大元, 唐俊伟
(江苏省人民医院结直肠外科, 南京 210029)

[摘要] 目的 探究激励式护理对结直肠癌患者希望水平及疾病不确定感的影响。方法 选取 2019 年 1 月至 2020 年 10 月该院收治的结直肠癌患者 120 例作为研究对象, 采用随机数字表法分为对照组(采用常规结直肠癌护理)和观察组(采用激励式护理), 每组 60 例。统计及比较两组患者护理前后希望水平(Herth 希望量表)、治疗信心[一般自我效能感量表(GSES)量表]及疾病不确定感(MUIS)量表评分, 以及对护理各个方面的满意度等。结果 两组患者护理前 Herth 希望量表、GSES 量表、MUIS 量表评分比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$); 观察组患者护理 1 周及 4 周后 Herth 希望量表、GSES 量表、MUIS 量表评分持续改善, 且均明显优于对照组, 观察组对护理各个方面的总满意度明显高于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 激励式护理可明显改善结直肠癌患者希望水平及疾病不确定感, 提升患者的治疗信心, 也更受患者认可, 因此在结直肠癌患者中的应用价值较高。

[关键词] 激励式护理; 结直肠癌; 希望水平; 疾病不确定感

[中图分类号] R473

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2021)21-3772-04

结直肠癌作为消化系统恶性肿瘤, 对患者造成的健康危害及心理冲击极为突出, 患者希望水平较低, 疾病不确定较强, 与患者治疗信心的不足密切相关, 进而影响患者生活质量及治疗态度、行为等, 对疾病

治疗的顺利开展极为不利。因此, 护理干预的过程中希望水平及疾病不确定感的改善均是该类患者干预与评估的重点^[1-2]。本研究就激励式护理对结直肠癌患者希望水平及疾病不确定感的影响进行了探究, 以