

• 论 著 •

稳定性冠心病患者健康素养对血循环重建决策冲突的影响

贾冠华¹, 桑文凤¹, 申文佳², 靳露³, 常晓芳¹, 秦娜娜¹, 王亚欣¹

摘要:目的 了解稳定性冠心病患者健康素养及血循环重建决策冲突现状,探讨健康素养对决策冲突的影响。方法 对 341 例稳定性冠心病住院患者,采用慢性病患者健康素养量表及决策困境量表进行调查。结果 稳定性冠心病患者健康素养总分为 (90.97 ± 17.18) 分,191 例(56.01%)健康素养充足;决策冲突得分为 $23.44(18.75, 42.19)$ 分,175 例(51.32%)为决策有效。Logistic 回归分析结果显示,年龄、文化程度、合并症数量及健康素养是稳定性冠心病患者决策冲突的主要影响因素($P < 0.05, P < 0.01$)。结论 稳定性冠心病患者的健康素养及血循环重建决策冲突水平有待改善,应采取提高患者的健康素养水平,以降低其决策冲突水平。

关键词:稳定性冠心病; 健康素养; 血循环重建; 经皮冠状动脉介入治疗; 冠状动脉旁路移植术; 决策冲突; 决策困境
中图分类号:R473.5 **文献标识码:**A **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2019.24.004

Impact of health literacy on revascularization decision conflict among patients with stable coronary artery disease Jia Guanhua, Sang Wenfeng, Shen Wenjia, Jing Lu, Chang Xiaofang, Qin Nana, Wang Yaxing. Nursing School of Xinxiang Medical University, Xinxiang 453000, China

Abstract: **Objective** To investigate the level of health literacy and revascularization decision conflict among patients with stable coronary artery disease, and to explore the impact of health literacy on revascularization decision conflict. **Methods** A total of 341 patients with stable coronary artery disease were investigated using the chronic diseases health literacy scale and decision conflict scale. **Results** The total score of health literacy among the patients was (90.97 ± 17.18) , and 191 (56.01%) patients were adequate for health literacy; the total decision conflict score was $23.44(18.75, 42.19)$, and 175 (51.32%) patients were effective for decision-making. Logistic regression analysis showed that, age, educational background, number of complications and health literacy were the major influencing factors of decision conflict in patients with stable coronary heart disease ($P < 0.05, P < 0.01$).

Conclusion The level of health literacy and revascularization decision conflict among patients with stable coronary artery disease needs to be improved. It is necessary to take measures to improve patients' health literacy, so as to reduce their decision conflict.

Key words: stable coronary artery disease; health literacy; revascularization; percutaneous coronary intervention; coronary artery bypass grafting; decision conflict; decision dilemma

随着社会老龄化和城市化进程加快,居民非健康生活方式流行,心血管发病危险因素持续增长。我国 2018 年冠心病患病人数已达 1 100 万^[1]。稳定性冠心病作为冠心病中最常见的类型,其治疗策略包括优化药物治疗(Optimal Medication Therapy, OMT)与血循环重建治疗,血循环重建治疗包括经皮冠状动脉介入治疗(Percutaneous Coronary Intervention, PCI)和冠状动脉旁路移植术(Coronary Artery Bypass Grafting, CABG)^[2]。国外研究表明,与 OMT 相比,PCI 虽能改善稳定性冠心病患者的心绞痛症状和生活质量,但并未降低患者的心源性死亡率与心肌梗死风险,二者在稳定性冠心病患者的各个终点事件无明显差别^[3-4]。是否对稳定性冠心病患者行 PCI 进行血循环重建除了需要认真评估患者病情外,还应充分考虑患者的意愿^[5]。当面临多种治疗方式的选择时,许多患者会出现决策冲突。决策冲突是指患者在医疗活动中对将要选择的治疗方案内心充满不确定感,这种不确定感会增加患者生理和心理反应发生的风险,引起决策后悔

或负面情绪,产生不良医疗结局^[6-7]。健康素养是指个体获取、处理、理解基本健康信息和服务的能力,以促进和维持健康^[8],有限的健康素养会阻碍个体接受及判别疾病相关信息^[9]。目前有关健康素养对稳定性冠心病患者决策冲突的影响尚不明确。鉴此,本研究调查稳定性冠心病患者血循环重建决策冲突的现状,并探讨健康素养对决策冲突的影响,旨在为相关健康教育提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象 采用便利抽样法,选取 2018 年 10 月至 2019 年 5 月在河南省 3 所三级甲等医院、1 所三级乙等医院住院的稳定性冠心病患者为研究对象。纳入标准:①符合《稳定性冠心病诊断与治疗指南》^[5]诊断标准,经心内科主治以上级别的医生确诊为稳定性冠心病;②考虑治疗策略为 OMT 和 OMT+PCI;③有参与治疗决策意愿;④意识清楚,能正确理解调查问卷且知情同意参与本研究。排除标准:①由于疾病原因必须进行血循环重建;②存在精神障碍、交流障碍、认知障碍;③伴严重的心、肝、肾功能不全、呼吸衰竭、恶性肿瘤及罕见疾病。共有效调查 341 例患者,其中男 213 例,女 128 例;年龄 $32 \sim 76(60.91 \pm 9.32)$ 岁。

1.2 方法

1.2.1 调查工具 ①一般资料调查表:由研究者自

作者单位:1. 新乡医学院护理学院(河南 新乡, 453000);2. 郑州大学护理学院;3. 郑州大学第一附属医院郑东新区

贾冠华:女,硕士在读,护师

通信作者:桑文凤, sangwenf@163.com

收稿:2019-07-22;修回:2019-09-05

行设计,包括性别、年龄、文化程度、病程、合并症数量、是否因冠心病首次住院等信息。②慢性病患者健康素养量表:采用孙浩林等^[10]汉化的中文版量表,用于测量慢性病患者的健康素养水平。该量表包括信息获取能力(9 个条目)、交流互动能力(9 个条目)、改善健康意愿(4 个条目)、经济支持意愿(2 个条目)4 个维度共 24 个条目,采用 Likert 5 级评分法。从“完全不能/从不/很不愿意”到“没有困难/总是/很愿意”依次赋 1~5 分,总分 24~120 分,其中<96 分为健康素养缺乏,≥96 分为健康素养充足,分数越高表示患者的健康素养水平越高。该量表 Cronbach's α 系数 0.894。③决策困境量表:采用李玉^[11]汉化的中文版(9 个条目),用于评估患者对治疗选择的不确定性。该量表包括信息和价值观(6 个条目)、决策支持和决策有效性(8 个条目)、决策不确定性(2 个条目)3 个维度共 16 个条目,采用 Likert 5 级评分法,从“是”到“不是”依次赋 0~4 分。总分经转化后得分范围为 0~100 分,其中<25 分为决策有效,25~37.4 分为存在决策冲突,≥37.5 分为决策延迟或对所做的决策不确信(即更高水平的决策冲突),分数越高表示决策冲突水平越高。该量表 Cronbach's α 系数 0.906。

1.2.2 资料收集方法 问卷发放前向患者及家属解释调查目的、保密性,经患者同意后发放问卷,无法独立填写者则由研究者以中立态度协助完成,填写完毕当场收回。共发放 360 份问卷,回收有效问卷 341 份,有效回收率 94.72%。

1.2.3 统计学方法 采用 SPSS22.0 软件进行 χ^2 检验、Spearman 相关性分析及 Logistic 回归分析,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 稳定性冠心病患者健康素养及决策冲突水平 冠心病患者健康素养总分为(90.97±17.18)分,其中 191 例(56.01%)患者健康素养总分≥96 分,即健康素养充足。决策冲突得分为 23.44(18.75,42.19)分,其中 175 例(51.32%)患者决策冲突总分<25 分,即决策有效。各量表总分及各维度得分,见表 1。

表 1 稳定性冠心病患者健康素养及决策冲突得分情况(n=341)

$\bar{x} \pm s / M(P_{25}, P_{75})$		
项目	得分	条目得分
健康素养总分	90.97±17.18	4.27±0.80
信息获取能力	36.04±9.77	4.00±1.06
交流互动能力	31.60±5.04	3.51±0.56
改善健康意愿	15.70±2.59	3.93±0.64
经济支持意愿	7.65±1.82	3.82±0.91
决策冲突总分	23.44(18.75,42.19)	1.46(1.17,2.64)
信息和价值观	6.25(1.56,15.63)	1.04(0.26,2.60)
决策支持和决策有效性	14.06(12.50,17.19)	1.76(1.56,2.15)
决策不确定性	4.69(3.13,7.81)	2.34(1.56,3.90)

2.2 不同特征患者决策冲突发生率比较 见表 2。

表 2 不同特征的稳定性冠心病患者决策冲突发生率比较

项目	例数	决策冲突 [例(%)]	χ^2	P
年龄(岁)			64.011	0.000
32~	20	3(15.0)		
45~	105	31(29.5)		
56~	106	46(43.4)		
66~76	110	86(78.2)		
性别			21.430	0.000
男	213	83(39.0)		
女	128	83(64.8)		
婚姻状况			7.605	0.006
有配偶	309	143(46.3)		
无配偶	32	23(71.9)		
文化程度			198.540	0.000
小学及以下	110	104(94.5)		
初中	122	52(42.6)		
高中/中专	94	9(9.6)		
大专及以上	15	1(6.7)		
家庭人均月收入(元)			11.438	0.010
0~	89	47(52.8)		
1000~	113	66(58.4)		
2000~	90	36(40.0)		
≥3000	49	17(34.7)		
职业			59.744	0.000
农民	191	128(67.0)		
在职	77	16(20.8)		
退休	73	22(30.1)		
居住地			77.571	0.000
农村	196	135(68.9)		
乡镇	13	5(38.5)		
地县	80	18(22.5)		
城市	52	8(15.4)		
冠心病家族史			0.001	0.970
有	47	23(48.9)		
无	294	143(48.6)		
患病时间(年)			1.513	0.469
0~	92	47(51.1)		
1~	145	65(44.8)		
3~30	104	54(51.9)		
因冠心病首次住院			4.636	0.031
是	206	110(53.4)		
否	135	56(41.5)		
合并症数量(种)			24.872	0.000
0	94	34(36.2)		
1	158	70(44.3)		
2	74	49(66.2)		
≥3	15	13(86.7)		

2.3 稳定性冠心病患者健康素养与决策冲突的相关性分析 经 Spearman 相关性分析结果显示,稳定性

冠心病患者决策冲突得分与健康素养总分及 4 个维度得分的相关系数 r 分别为 -0.941 、 -0.889 、 -0.826 、 -0.710 、 -0.625 ，均 $P<0.01$ 。

2.4 稳定性冠心病患者决策冲突的影响因素分析
以是否存在决策冲突为因变量(0=否,1=是),以健康素养总分及单因素分析中具有统计学意义的变量为自变量进行 Logistic 回归分析。进入回归方程的变量为合并症数量(赋值:1=0 种,2=1 种,3=2 种,4= ≥ 3 种)、文化程度(1=小学及以下,2=初中,3=高中/中专,4=大专及以上)、年龄(1=32~岁,2=45~岁,3=56~岁,4=65~76 岁)、健康素养总分(0=缺乏,1=充足),结果见表 3。

表 3 稳定性冠心病患者决策冲突影响因素的 Logistic 回归分析结果($n=341$)

变量	β	SE	Wald χ^2	P	OR	95%CI
常量	3.535	1.058	11.162	0.001	34.280	—
年龄	0.846	0.303	7.816	0.005	2.331	1.288~4.218
文化程度	-2.496	0.442	31.947	0.000	0.082	0.035~0.196
合并症数量	0.646	0.294	4.827	0.028	1.909	1.072~3.398
健康素养	-0.475	0.094	25.261	0.000	0.622	0.517~0.749

3 讨论

3.1 稳定性冠心病患者健康素养水平有待提高 本研究结果显示,稳定性冠心病患者的健康素养得分为(90.97 $\pm$ 17.18)分,低于孙浩林^[12]对慢性病患者的调查结果。可能因为本研究中农村患者占 57.48%,家庭人均月收入 $\geq 3\,000$ 元者仅占 14.37%,总体经济水平与文化程度不高。王刚等^[13]的研究结果显示,受教育程度和家庭收入较高的冠心病患者健康素养水平也较高。本研究信息获取能力维度条目得分最高,而交流互动能力维度条目得分最低,与刘卓等^[14]对系统性红斑狼疮患者健康素养的调查结果一致。表明稳定性冠心病患者通过沟通交流获取社会支持、解决健康问题的能力稍低,提示医务工作者在临床工作中应降低医患沟通的复杂性,鼓励患者提问,同时加强对患者及家属的健康教育。

3.2 稳定性冠心病患者决策冲突水平有待改善 本研究发现,稳定性冠心病患者决策冲突得分为 23.44(18.75,42.19)分,决策有效的患者占 51.32%,说明稳定性冠心病患者的决策冲突水平仍有待改善。其中,决策不确定性维度条目中位数得分最高,提示患者对 OMT 和 OMT+PCI 两种治疗方案的选择不确定感较高。究其原因可能是,一方面患者担心 OMT 在治疗获益方面低于 PCI,这与多数稳定性冠心病患者对 PCI 获益抱有过高的预期有关^[15];另一方面,本研究患者的总体经济水平较低,选择 PCI 在医疗花费方面高于 OMT。因此,在医疗决策中,提高患者对不同治疗方案的认知程度,可以促使患者做出更准确的临床决策。Coylewright 等^[16]将共同决策模式(Shared-decision Making, SDM)应用于心血管疾病

患者的医疗决策中,该模式指在没有明确最佳选择的情况下,医生告知患者治疗方案的疗效、益处及风险,而患者告知医生他对疾病以及相关风险的看法、疑虑,结合患者的偏好、目的和价值观,双方共同做出更有益于患者的选择^[17]。该研究结果显示,SDM 显著提高了患者对不同治疗方案获益及风险的理解^[16]。Thomson 等^[18]也发现,SDM 可改善患者对药物疗效及疾病风险的不恰当预期,减少决策冲突、增加决策满意度。提示可借鉴共同决策模式,提高患者对 OMT 和 PCI 的认识,使患者真正理解治疗方案相关信息及疾病知识。

3.3 稳定性冠心病患者决策冲突的影响因素

3.3.1 年龄 年龄是稳定性冠心病患者决策冲突的重要影响因素,老年患者的血循环重建决策冲突水平高于中青年患者。可能因为随着年龄增加,患者的听力、视力及身体机能会出现不同程度受损,影响阅读、倾听、理解疾病相关信息的能力,导致对治疗方案的不恰当理解,进而出现较高的决策冲突水平。此外,老年人在参与医疗决策方面的积极性低于年轻人,医护人员往往会选择与其家属进行治疗方案的沟通^[19]。因此,医护人员及患者家属可引导老年患者积极参与医疗决策,让患者意识到自己并非被动地接受治疗,进而改善其决策冲突水平。

3.3.2 文化程度 本研究发现,稳定性冠心病患者的文化程度越高,血循环重建决策冲突水平越低。文化程度高者获取健康资源的态度和能力优于文化程度低者,对医护人员所提供的治疗信息能够正确有效地分析,对自己的决策更充满自信。知识、自主性及自信缺乏是阻碍患者做出有效决策的主要因素^[20]。因此,对于文化程度低的患者,医护人员可将冠心病患者常见的疑问归纳总结,整理问题清单;开展健康教育讲座、病友交流会等以提高患者的疾病知识水平;让患者最信任的人为其提供支持、建议,使患者相信自己拥有决策能力,以提高其参与决策的积极性和信心。

3.3.3 合并症数量 本研究结果显示,合并症数量越多的患者,决策冲突发生率越高。可能因为合并症数量越多则患者的病情越复杂,部分限制了患者获取健康资源的能力,同时造成患者心理负担加重,进而导致决策冲突的发生。提示医护人员及时了解合并多种疾病的冠心病患者的心理状况,缓解其负性情绪;并与患者有效沟通,增强其信任感,帮助其提高应对疾病的信心和能力。

3.3.4 健康素养 本研究结果显示,稳定性冠心病患者的健康素养水平越高,则决策冲突水平越低,与 Bergeron 等^[21]的研究结果一致。高健康素养患者能够有效地获取和理解健康信息,与他人互动交流以寻求社会支持的能力较强,改善健康意愿水平较高,可结合自身情况权衡利弊,进而做出令自己满意的决

策。根据 Nutbeam^[8]对健康素养内涵的界定,健康素养可划分为功能性、互动性及批判性健康素养,医护人员可将这三方面作为切入点,制定提高健康素养的干预措施,进而改善患者的决策冲突。在功能性健康素养方面,可通过健康宣教进行干预,如联合使用多媒体技术,多次、连贯的健康视频教育可提高患者的疾病知识掌握程度^[22];同伴支持教育也可显著提高患者的功能性健康素养,促进患者之间的信息资源共享^[23]。在互动性健康素养方面,医护人员需使用简单的非医学术语,鼓励患者提问,也可充分利用移动医疗 App,使患者获取实时健康信息,并向医护人员反馈自身健康状况及需求,促进彼此间的交流。在批判性健康素养方面,护理人员可将赋权理论引入健康教育,激发患者内在潜能,增强其控制自身健康的能力和信心。

综上所述,稳定性冠心病患者的决策冲突水平有待改善,健康素养是稳定性冠心病患者决策冲突的重要影响因素。临床工作中需重视患者的健康素养,制定科学有效的干预策略,以提高患者健康素养,改善患者决策冲突水平。本研究属于横断面研究,不能验证健康素养与决策冲突的因果关系,未来研究可采用中介效应分析、结构方程模型等方法探讨各变量间的因果关系。

参考文献:

- [1] 胡盛寿,高润霖,刘力生,等.《中国心血管病报告 2018》概要[J]. 中国循环杂志,2019,34(3):209-220.
- [2] 韩雅玲,王斌. 稳定性冠心病临床治疗策略[J]. 中国实用内科杂志,2018,38(1):1-3.
- [3] Levine G N, Bates E R, Blankenship J C, et al. 2011 ACCF/AHA/SCAI Guideline for Percutaneous Coronary Intervention: executive summary: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions[J]. Catheter Cardiovasc Interv, 2012, 79(3):453-495.
- [4] Al-Lamee R, Thompson D, Dehbi H M, et al. Percutaneous coronary intervention in stable angina(ORBITA): a double-blind, randomised controlled trial[J]. Lancet, 2018, 391(10115):31-40.
- [5] 中华医学会心血管病学分会介入心脏病学组,中华医学会心血管病学分会动脉粥样硬化与冠心病学组,中国医师协会心血管内科医师分会血栓防治专业委员会,等. 稳定性冠心病诊断与治疗指南[J]. 中华心血管病杂志, 2018,46(9):680-694.
- [6] O'Connor A M. Validation of a decisional conflict scale [J]. Med Decis Making, 1995, 15(1):25-30.
- [7] 王露,陈英,崔金锐,等. 中文版决策冲突量表在直肠癌患者术式决策中应用的信效度检验[J]. 护理学杂志, 2019,34(3):31-35.

- [8] Nutbeam D. Health promotion glossary[J]. Health Promot Int, 1998, 13(4):349-364.
- [9] Magnani J W, Mujahid M S, Aronow H D, et al. Health literacy and cardiovascular disease: fundamental relevance to primary and secondary prevention: a scientific statement from the American Heart Association[J]. Circulation, 2018, 138(2):e48-e74.
- [10] 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):268-272.
- [11] 李玉. 早期原发性肝癌患者治疗决策辅助方案的构建与应用研究[D]. 上海:第二军医大学, 2017.
- [12] 孙浩林. 慢性病人健康素养量表的研究及其初步应用 [D]. 上海:复旦大学, 2012.
- [13] 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):859-861.
- [14] 刘卓,谢伦芳,方兰,等. 系统性红斑狼疮患者的健康素养对疾病活动度的影响[J]. 现代预防医学, 2018, 45(8):1532-1536.
- [15] 赵皎皎,郭兵妹,刘聪聪,等. 稳定性冠心病患者对经皮冠状动脉介入术获益的预期现状及其影响因素的研究 [J]. 中华护理杂志, 2017, 52(2):144-149.
- [16] Coylewright M, O'Neill E S, Dick S, et al. PCI choice: cardiovascular clinicians' perceptions of shared decision making in stable coronary artery disease [J]. Patient Educ Couns, 2017, 100(6):1136-1143.
- [17] Kon A A, Davidson J E, Morrison W, et al. Shared decision-making in intensive care units. Executive summary of the American College of Critical Care Medicine and American Thoracic Society Policy Statement[J]. Am J Respir Crit Care Med, 2016, 193(12):1334-1336.
- [18] Thomson R G, Eccles M P, Steen I N, et al. A patient decision aid to support shared decision-making on anti-thrombotic treatment of patients with atrial fibrillation: randomised controlled trial[J]. Qual Saf Health Care, 2007, 16(3):216-223.
- [19] 袁一君,颜美琼. 患者参与医疗护理决策现状及影响因素研究进展[J]. 护理学杂志, 2013, 28(5):93-96.
- [20] 廖宗峰,金迪,梅翠红,等. 患者决策冲突的研究进展[J]. 护理学杂志, 2018, 33(12):106-109.
- [21] Bergeron C D, Friedman D B, Spencer S M, et al. An exploratory survey of older women's post-fall decisions [J]. J Appl Gerontol, 2016, 37(9):1107-1132.
- [22] Crengle S, Luke J N, Lambert M, et al. Effect of a health literacy intervention trial on knowledge about cardiovascular disease medications among Indigenous peoples in Australia, Canada and New Zealand [J]. BMJ Open, 2018, 8(1):e018569.
- [23] Hart T L, Blacker S, Panjwani A, et al. Development of multi-media informational tools for breast cancer patients with low levels of health literacy[J]. Patient Educ Couns, 2015, 98(3):370-377.

(本文编辑 韩燕红)