

## 下肢动脉疾病患者疾病感知和健康行为的现状及其相关性\*

曾冬艳<sup>1</sup>, 胡婷<sup>2</sup>, 林细吟<sup>1</sup>, 卜秀青<sup>1</sup>, 伍淑文<sup>3</sup>, 刘金玲<sup>4</sup>, 周伟明<sup>4</sup>, 林少芒<sup>4</sup>

(1 中山大学护理学院, 广东广州, 510080; 2 广州市妇女儿童医疗中心, 广东广州, 510623; 3 中山大学附属第一医院外科, 广东广州, 510080; 4 广州医科大学第二附属医院, 广东广州, 510260)

**[摘要]** **目的** 探讨下肢动脉疾病(lower extremity arterial disease, LEAD)患者疾病感知和健康行为的现状及其相关性。**方法** 采用一般资料调查问卷、中文版疾病感知问卷修订版(Illness perception questionnaire-revised, IPQ-R)和健康促进生活方式量表Ⅱ(health promoting lifestyle profile Ⅱ, HPLP Ⅱ)对 101 例 LEAD 患者进行调查, 采用 Pearson 相关分析法对患者疾病感知和健康行为的相关性进行分析。**结果** LEAD 患者 HPLP Ⅱ量表均分为 $(2.17 \pm 0.29)$ 分; IPQ-R 各维度得分 2~3 分。患者对疾病病程、疾病后果及情绪表征的感知与健康行为均呈负相关(均  $P < 0.01$ ); 个人控制和对疾病元认知与健康行为均呈正相关(均  $P < 0.01$ )。**结论** LEAD 患者健康行为处于中等偏下水平, 疾病感知水平一般。护理人员应采取积极有效的措施, 改善 LEAD 患者对疾病感知的程度, 以促进其健康行为的选择与坚持, 从而提高患者的生活质量。

**[关键词]** 下肢动脉疾病; 疾病感知; 健康行为

**[中图分类号]** R473.6 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1671-8283(2016)03-0016-05 **[DOI]** 10.3969/j.issn.1671-8283.2016.03.004

### Relationship between illness perceptions and health behavior of patients with lower extremity arterial disease

Zeng Dongyan, Hu Ting, Lin Xiyin, Bu Xiuqing, Wu Shuwen, Liu Jinling, Zhou Weiming, Lin Shaomang//Modern Clinical Nursing, -2016, 15(3): 16.

**[Abstract]** **Objectives** To explore the relationship between illness perceptions and health behavior in the subjects. **Methods** Revised illness perception questionnaire and health promoting lifestyle profile Ⅱ (HPLP Ⅱ) were used to measure 101 patients' illness perception and health behavior between the groups. **Results** The HPLP Ⅱ score of LEAD was  $(2.17 \pm 0.29)$  with the score of dimension 2~3. The course of disease, prognosis and perception of emotion were negatively related to health behaviour; personal control and primaty congition of disease were postively related to health behaviour (all  $P < 0.01$ ). **Conclusion** Medical personnel should pay attention to the relationship between illness perceptions and health behavior in patients with LEAD and effective measures should be taken to improve the patients' illness perceptions, promote their choices and persistence in health behavior and improve the quality of life.

**[Key words]** lower extremity arterial disease; illness perceptions; health behavior

下肢动脉疾病(lower extremity arterial disease, LEAD)是一种代谢性、全身整体性、连续性疾病, 其病理过程为动脉粥样硬化, 主要包括动脉狭窄、闭塞疾病以及动脉瘤疾病等, 是外周动脉疾病在下肢动脉的具体表现, 下肢动脉硬化闭塞症在临

床上最为常见<sup>[1]</sup>。目前, 下肢动脉疾病患病率呈上升趋势, 并随年龄增长而增长。据报道<sup>[2]</sup>, 2010 年全球下肢动脉疾病患者约有 2.02 亿人, 其中低中等收入国家占 69.7%, 比较 2000 年和 2010 年下肢动脉疾病患病率, 高收入国家增长了 13.1%, 低中等收入国家增长了 28.7%。LEAD 的患病率不断升高, 正威胁着越来越多人的健康。疾病感知是指在健康受到威胁或疾病的情况下, 个体对疾病的认知评价<sup>[3]</sup>。健康行为是指个体为维持或促进健康, 达到自我满足、自我实现而采取的行为, 包括改善生活方式、合理情绪管理、避免危害健康的行为及定期体检等<sup>[4]</sup>。相关研究发现<sup>[5-6]</sup>, 疾病感知是疾病有效管理

**[基金项目]** \* 本课题为广东省自然科学基金项目, 项目编号为 S2013010014314。

**[收稿日期]** 2015-06-20

**[作者简介]** 曾冬艳(1988-), 女, 福建上杭人, 硕士在读。

**[通信作者]** 林细吟, 副教授, 硕士生导师, E-mail: linxiyin@mail.sysu.edu.cn。

的重要影响因素,疾病感知可影响患者的健康行为的选择。本研究自 2011 年 10 月~2013 年 12 月对 LEAD 患者疾病感知与健康行为现状进行调查并探讨两者的相关性,为制订针对性的护理措施,改善患者的疾病感知及健康行为提供依据。现将结果报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

采用便利取样方法,2011 年 10 月~2013 年 12 月抽取在广州市 3 所三级甲等综合医院住院治疗的 LEAD 患者。入选标准:年龄≥18 岁;确诊为 LEAD 且患病时间≥1 个月;能阅读或能以语言沟通;知情同意。排除伴有严重躯体疾病及认知功能障碍的患者。符合入选标准共有 101 例患者,男 57 例,女 44 例;年龄 21~89 岁,平均(63.34±16.50)岁。文化程度:小学及以下 51 例,初中 26 例,高中(中专)19 例,大专及以上 5 例。病程:4~240 个月,中位数 42.00 个月。

1.2 调查工具

1.2.1 一般资料调查问卷 问卷自行设计,内容包括患者性别、年龄、文化程度、病程等。

1.2.2 中文版疾病感知问卷修订版(Illness perception questionnaire-revised, IPQ-R) 该研究采用 IPQ-R 病情认知部分,该部分分为 7 个维度,分别是病程、疾病后果、个人控制、治疗控制、疾病元认知、反复性及情绪表征。条目采用 Likert 式 5 级评分(完全不同意=1,不同意=2,没意见=3,同意=4,非常同意=5)。各维度总分除以条目数即为该维度得分,各维度得分越高表示患者对该维度的感知越高<sup>[7]</sup>。该问卷的内部一致性良好,Cronbach's α 系数为 0.66~0.92,1 个月的重测信度为 0.35~0.61。

1.2.3 健康促进生活方式量表 II (health promoting lifestyle profile II, HPLP II) 该量表共有 6 个维度,分别为健康责任、运动锻炼、营养因素、自我实现、人际关系、压力应对<sup>[8]</sup>。量表采用 Likert 式 4 级评分(从不=1,有时=2,经常=3,常规进行=4),各维度总分除以条目数即为该维度得分,得分越高表示健康促进行为越好。健康促进生活方式分为 3 个水平:低等水平得分<2 分,中等水平得分 2~3 分,高等水平得分>3 分。量表的内部一致性良好,Cronbach's α

系数为 0.94<sup>[9]</sup>。本研究对 20 例患者进行预实验,测得 Cronbach's α 系数为 0.67~0.89,信度良好。

1.3 调查方法

由专人进行调查,采用统一指导语解释问卷的填写方法和注意事项,要求调查者独自填写,问卷填写完毕当场收回。本次调查共发放调查问卷 104 份,收回有效问卷 101 份,有效回收率为 97.12%。

1.4 统计学方法

数据采用 SPSS13.0 统计软件进行统计学分析。患者一般资料、疾病感知和健康行为采用统计描述,患者疾病感知与健康行为的相关性采用 Pearson 相关性分析。

2 结果

2.1 LEAD 患者 IPQ-R 各维度得分情况

LEAD 患者 IPQ-R 各维度得分情况见表 1。从表 1 可见,LEAD 患者对病程、治疗控制、情绪表征、疾病后果、反复性感知得分均高于 3 分,对个人控制感知得分接近 3 分,对疾病元认知得分低于 3 分。

表 1 LEAD 患者 IPQ-R 各维度得分情况 (n=101;分, $\bar{x}\pm s$ )

维度	得分	排序
病程	3.46±0.92	1
治疗控制	3.42±0.66	2
情绪表征	3.23±1.00	3
疾病后果	3.14±0.81	4
反复性	3.08±0.75	5
个人控制	2.97±0.71	6
疾病元认知	2.50±0.84	7

2.2 LEAD 患者 HPLP II 得分情况

LEAD 患者 HPLP II 均分为(2.17±0.29)分,各维度得分情况见表 2。从表 2 可见,各维度得分由高到低依次为人际关系、营养因素、压力应对、自我实现、健康责任、运动锻炼。

2.3 LEAD 患者疾病感知与健康行为的相关性

LEAD 患者疾病感知与健康行为的相关性分析见表 3。从表 3 可见,LEAD 患者对病程、疾病后果及情绪表征的感知与健康行为均呈负相关(均 P<0.01);个人控制和对疾病元认知与健康行为均呈正相关(均 P<0.01)。

表 2 LEAD 患者 HPLP II 各维度得分情况 ( $n = 101$ ; 分,  $\bar{x} \pm s$ )

维度	得分	排序
人际关系	$2.54 \pm 0.36$	1
营养因素	$2.47 \pm 0.38$	2
压力应对	$2.31 \pm 0.41$	3
自我实现	$2.09 \pm 0.42$	4
健康责任	$1.92 \pm 0.38$	5
运动锻炼	$1.64 \pm 0.57$	6

表 3 LEAD 病患者病情认知与健康行为的相关性 ( $n = 101, r$ )

项目	病程	疾病后果	个人控制	治疗控制	疾病元认知	反复性	情绪表征
健康行为总分	-0.406*	-0.298*	0.457*	0.170	0.383*	-0.084	-0.346*

注: \* 为  $P < 0.01$

知识了解较少。Brown 等<sup>[10]</sup>认为,若患者认为疾病为慢性,会及时就医,提示护理人员要对患者详细解释疾病的慢性特点,鼓励患者树立长期与疾病作斗争的信心,定期就诊。由于疾病导致的剧烈疼痛及患病时间较长,使患者感觉疾病将带来较严重的后果,这样患者就越积极寻找有效措施来降低疾病带来的后果<sup>[11-12]</sup>。护理人员进行健康教育时,可选择适当时机,告知患者疾病可能导致的后果,提高患者遵医行为。疾病发作时的剧烈疼痛、患病时间长、反复发作等都可使患者产生负性情绪,使患者怀疑自己控制疾病的能力,并且加深患者对自身疾病的无能力感,患者越相信自己无法控制疾病,越不可能主动采取有益健康的行为<sup>[11]</sup>。因此,护理人员要指导患者调节情绪的有效方法,充分肯定个人在疾病控制中的作用,调动患者的主观能动性。本调查对象中,有 51 例(50.49%)为小学及以下文化程度,文化程度较低的患者主动获取疾病知识的能力较弱。Shen 等<sup>[12]</sup>的研究发现,对疾病理解程度较高的患者,更有可能做出有益健康的良性改变,可通过开展形式多样的健康教育活动增强患者对疾病的认识,促进患者改变不良生活方式。

### 3.2 LEAD 患者健康行为的情况

本调查结果显示,LEAD 患者 HPLP II 均分为( $2.17 \pm 0.29$ )分,健康行为处于中等偏下水平,提示 LEAD 患者的健康行为水平还有待提高。LEAD 患

## 3 讨论

### 3.1 LEAD 患者疾病感知的情况

本研究结果显示,LEAD 患者对病程、治疗控制、情绪表征、疾病后果、反复性的感知得分均高于 3 分,个人控制的感知得分接近 3 分,疾病元认知得分低于 3 分。结果表明,LEAD 对疾病病程、情绪感知、疾病愈合和反复性的感知为一般;对疾病相关

者中,运动锻炼维度得分最低,对运动不感兴趣、足部损伤导致的行走功能障碍及担心运动会使疾病恶化,这些是导致患者较少进行运动锻炼的主要原因。护理人员应鼓励患者积极进行运动锻炼,指导患者勿长时间的站立或坐位,每天进行适量的有氧运动,对于足部损伤严重的患者,可指导其进行较温和的运动,如床上运动、散步、慢走等<sup>[13]</sup>。本研究结果显示,LEAD 患者健康责任维度处于低等水平,患者表现为极少参加健康教育课程及主动寻求健康知识,可能与本研究中有部分为老年患者有关,老年患者视力、听力均有不同程度的下降,同时文化程度较低,使其获取疾病知识的能力较差,不会主动获取疾病知识。护理人员应帮助患者树立对自己健康负责的理念,并通过多种形式的健康教育,如健康教育讲座、个案电话回访和家庭随访等,鼓励患者主动进行医疗咨询,获取医学帮助。本组患者的自我实现水平得分为( $2.09 \pm 0.42$ )分,处于中等偏下水平。缺乏自我实现,易使患者对生活产生倦怠,护理上应采取各种形式,充分调动患者积极性,帮助患者正确认识目前的疾病状态和充分评估自己,投入社会,以实现自身价值。良好压力应对和人际关系可预防疾病的发生和发展,促进患者的健康,本组患者压力应对和人际关系处于中等水平,因此护士要指导患者保持平和的心态,鼓励其保持良好的人际关系,以促进疾病的康复。患者的不良饮食习惯和行为同样也会影响疾病的康复,本

调查对象中,营养维度得分居第2位为中等水平。在该维度中,得分较低的条目包括“通过阅读食物包装上的标签确认营养、脂肪和钠(盐)含量”,“每天吃300g奶类和30~50g的大豆或豆制品”及“每天吃4~8两的水果”<sup>[14]</sup>。因此,护理上要充分评估患者和家属的饮食习惯和行为,帮助他们认识健康饮食行为对个体健康的重要性。

### 3.3 LEAD 患者疾病感知与健康行为的相关性

相关研究结果显示<sup>[15-16]</sup>,患者的疾病感知可影响健康行为;疾病感知能够预测健康行为。疾病感知在患者对健康行为的选择方面具有重要作用<sup>[17-18]</sup>。本研究结果显示,LEAD 患者的病情认知与健康行为密切相关。LEAD 患者的疾病感知与健康行为具体的相关性如下,①病程与健康行为呈负相关( $P < 0.01$ ),LEAD 患者认为自己的疾病病程越长,健康行为水平越低,这与 Leventhal 等<sup>[16]</sup>的研究结果相似。可能是因为患者认为 LEAD 为慢性病,将持续较长时间,认为无论如何都无法改变自己的患病状态,从而产生倦怠心理,无法坚持健康行为。护理人员进行疾病知识宣教的同时,要强调 LEAD 是可控的疾病,使患者知道疾病即使不能痊愈,也可以通过采取积极和有效的措施控制疾病,调动患者主观能动性。②疾病后果与健康行为呈负相关( $P < 0.01$ ),说明 LEAD 患者认为疾病后果越严重其采取健康行为越低,与胡晓颖<sup>[19]</sup>的研究结果相似。患者认为疾病后果越严重,就越容易对疾病丧失信心,不相信自己有能力改变自身的疾病状态,从而不坚持健康行为。在护理工作中,要对患者解释疾病预后及疾病带来的不良后果,既不让患者轻视疾病,又不能对患者对疾病过于担忧,使之正确对待疾病的预后及不良后果;强调通过健康行为可避免疾病导致的不良后果,从而改变患者的健康行为。③个人控制与健康行为呈正相关( $P < 0.01$ ),表明患者越相信自己可以控制疾病,其采取健康行为就越积极。患者对疾病的个人控制感越强,越愿意调整其行为来控制疾病的进展。护理人员要注重提高患者控制疾病的信心,并详细告诉患者可以通过改变哪些行为来达到控制疾病。④疾病元认知与健康行为呈正相关( $P < 0.01$ ),表明患者对疾病的了解程度越高,其健康行为水平

越高,与胡晓颖<sup>[19]</sup>的研究结果相似。患者对疾病的了解程度越高,就会知道哪些行为对疾病有益,哪些行为会使疾病恶化,从而产生较好的健康行为。在临床工作中,需采取有效的护理干预提高患者对疾病的认识,使其了解健康行为对疾病发生发展的影响,从根源着手,改变不良行为并建立良好的健康行为。⑤情绪与健康行为呈负相关( $P < 0.01$ ),表明患者的负性情绪越严重,健康行为水平越低。焦虑、沮丧等负性情绪会影响患者的积极性,使患者选择回避等消极的应对方式,使疾病得不到良好的控制,进而产生更多的不良情绪反应。在护理工作中,向患者明确指出心理状态对疾病的重影响,告知患者不良情绪对身体的危害,指导其有效调节情绪,促进身体的康复。⑥本调查发现,治疗控制与反复性与健康行为无相关性。可能的原因是,LEAD 的发病和复发有明显的季节性,多发于寒冷的秋冬季,LEAD 患者认为采取健康行为对控制疾病的复发意义不大;还有目前治疗方法可以控制疾病,导致有些患者认为,只要进行治疗,无需采取健康行为就可控制疾病。

## 4 结论

综上所述,LEAD 患者的疾病感知与健康行为密切相关,疾病感知在患者对健康行为的选择方面具有重要作用。LEAD 患者正确的疾病感知可促使患者坚持健康行为,从而控制疾病的发展。护理人员应采取多种形式健康教育,使患者了解 LEAD 的临床症状、病因,并告知 LEAD 具有慢性和反复发作的特点,强调情绪调节的意义,从而改善患者的疾病感知,使患者作出行为的改变,促进健康行为的形成与坚持,以促进 LEAD 患者康复。

## 参考文献:

- [1] Ambrosetti M, Temporelli PL, Faggiano P, et al. Lower extremities peripheral arterial disease among patients admitted to cardiac rehabilitation: the thinkpad registry [J]. *Int J Cardiol*, 2014, 171(2): 192-198.
- [2] Fowkes FG, Rudan D, Rudan I, et al. Comparison of global estimates of prevalence and risk factors for peripheral artery disease in 2000 and 2010: a systematic review and analysis [J]. *Lancet*, 2013, 382(9901): 1329-1340.

[ 3 ] Stockford K,Turner H,Cooper M. Illness perception and its relationship to readiness to change in the eating disorders: a preliminary investigation[J]. Br J Clin Psychol, 2007,46(2):139-154.

[ 4 ] Mcnerney JP,Andes S,Blackwell DL. Self-reported health behaviors of osteopathic physicians[J]. J Am Osteopath Assoc,2007,107(12):537-546.

[ 5 ] Vanheusden K,Ende J,Mulder CL,et al. Beliefs about mental health problems and help-seeking behavior in Dutch young adults[J]. Soc Psychiatry Epidemiol,2009,44(3):239-246.

[ 6 ] Yang LC,Lin CC. Using the illness representation model to provide care for a patient with diabetic nephropathy [J]. Journal of Nursing,2010,57(3):105-110.

[ 7 ] 宋莉,胡大一,杨进刚,等. 疾病感知问卷中文版对急性心肌梗死患者的适用性和信效度分析[J]. 中国心理卫生杂志,2007,21(12):822-825.

[ 8 ] Walker SN,Sechrist KR,Pender NJ. The health-promoting lifestyle profite: development and psychometric characteristice[J]. Nurs Res,1987,36(2):76-81.

[ 9 ] Pullen C,Walker SN,Fiandt K. Determinants of health-promoting lifestyle behaviors in rural older women[J]. Fam Community Health,2001,24(2):49-72.

[ 10 ] Brown C,Battista DR,Sereika SM,et al. Primary care patients' personal illness models for depression: relationship to coping behavior and functional disability[J]. Gen Hosp Psychiatry,2007,29(6):492-500.

[ 11 ] Dorrian A,Dempster M,Adair P. Adjustment to inflammatory bowel disease: the relative influence of illness perceptions and coping[J]. Inflamm Bowel Dis,2009,15(1):47-55.

[ 12 ] Shen L,Zhang L,Wang K,et al. Characteristics and related factors of illness perception in Chinese cancer patients [J]. Zhonghua Yi Xue Za Zhi,2009,89 (39):2773-2775.

[ 13 ] 白鹭. 老年人群下肢动脉疾病社区护理干预分析[J]. 内蒙古中医药,2013,32(33):127.

[ 14 ] 胡婷. 下肢动脉疾病病人健康行为现状调查[J]. 护理研究,2014,28(11):4021-4023.

[ 15 ] Leventhal H. Illness cognition:using expand scale to understand treatment adherence and affect cognition [J]. Psychology and Health,2001,22(7):121-132.

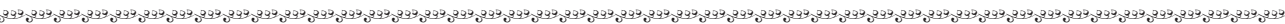
[ 16 ] Leventhal H,Nerenz,Steele D. Illness representations and coping with health threats[J]. Journal of child and Family Studies,2013,22(4):541-550.

[ 17 ] Hoth KF,Wamboldt FS,Bowler R,et al. Attributions about cause of illness in chronic obstructive pulmonary disease [J]. J Psychosom Res,2011,70(5):465-472.

[ 18 ] Heller JE,Benito-Garcia E,Maher NE,et al. Behavioral and attitudes survey about Lyme disease among a brazilian population in the endemic area of martha's vineyard, massachusetts [J]. J Immigr Minor Health,2010,12(3):377-383.

[ 19 ] 胡晓颖. 冠心病患者疾病感知与应对方式、健康行为的相关性研究[D]. 广州:中山大学,2011.

[ 本文编辑:郑志惠]



·编读往来·

# 禁止一稿多投

“一稿多投”是指作者把自己的一部作品同时或者先后发给不同的出版社或其他媒体,即多次使用同一作品的行为。对科技期刊来说,一篇投稿的录用需要经过初审、外审、定稿等多个流程,同时需要编辑花费大量的时间和精力进行修改,如果作者同时向多个刊物投稿,必将导致大量的重复性劳动和编辑资源浪费,将严重伤害科技期刊和广大作者的利益。敬请各位作者慎重选择投稿刊物,并确定前一次投稿已被退稿后再行改投。

[本刊编辑部]