

农村老年慢性病患者感知健康能力的潜在剖面分析及影响因素研究

左 玲, 邹如意, 陈湘军, 刘丽萍, 王文杰, 石章杰, 王冬华*

【摘要】目的 分析农村老年慢性病患者感知健康能力潜在剖面及不同类别的影响因素。**方法** 采用一般资料问卷、感知健康能力量表、婚姻特定侵犯宽恕量表和主动控制感量表调查湖南省及广东省 6 个村庄的 422 例农村老年慢性病患者, 运用潜在剖面分析建立了 3 个农村老年慢性病患者感知健康能力潜在类别模型, 采用无序多元 Logistic 回归分析探讨农村老年慢性病患者感知健康能力潜在类别的影响因素。**结果** 农村老年慢性病患者感知健康能力分为“中感知健康能力组”(13.74%)、“感知健康能力不均衡组”(19.43%)、“高感知健康能力组”(66.82%) 3 个潜在类别, 影响因素为年龄、文化程度、婚姻状况、职业、服药数量、婚姻宽恕和主动控制感。**结论** 农村老年慢性病患者的感知健康能力存在显著个体差异, 提示医护人员可根据不同类别农村老年慢性病患者的感知健康能力水平, 制订针对性的干预措施, 重视配偶在老年慢性病患者疾病康复过程中的重要性, 加强农村慢性病管理和知识普及, 提升患者管理自身健康的能力和信念感。

【关键词】感知健康能力; 婚姻宽恕; 主动控制感; 农村老年人; 慢性病; 患者; 潜在剖面分析

中图分类号: R473.2 文献标识码: A DOI: 10.3969/j.issn.1671-315x.2025.04.014

Latent profile analysis and influencing factors of perceived health competence among rural elderly patients with chronic diseases/ZUO Ling, ZOU Ruyi, CHEN Xiangjun, LIU Liping, WANG Wenjie, SHI Zhangjie, WANG Donghua* //Journal of Nursing Administration, -2025, 25(4): 347.

School of Nursing, Changsha Medical University, Changsha 410219, China

【Abstract】Objective To analyze the latent profile of perceived health competence of elderly patients with chronic diseases in rural areas and influencing factors of different categories. **Methods** A total of 422 rural elderly patients with chronic diseases in 6 villages in Hunan and Guangdong Province were surveyed using the general information questionnaire, the Perceived Health Competence Scale, the Marital Offence-Specific Forgiveness Scale and Sense of Agency Scale. Three latent categories of perceived health competence of rural elderly patients with chronic diseases were established by latent profile analysis, and disordered multivariate Logistic regression analysis was used to explore the influencing factors of latent categories of perceived health competence of rural elderly patients with chronic diseases. **Results** The perceived health competence of rural elderly patients with chronic diseases was divided into three latent categories: "medium perceived health competence group" (13.74%), "unbalanced perceived health competence group" (19.43%) and "high perceived health competence group" (66.82%). The influencing factors were age, education level, marital status, occupation, number of medications, marital forgiveness and sense of agency. **Conclusion** There are significant individual differences in the perceived health competence among rural elderly patients with chronic diseases, suggesting that medical staff can formulate targeted interventions according to the perceived health competence levels of different types of rural elderly patients with chronic diseases, pay attention to the importance of spouses in the process of disease rehabilitation of elderly patients with chronic diseases, strengthen the management and knowledge popularization of chronic diseases in rural areas, and enhance patients' ability and sense of belief in managing their own health.

【Key words】perceived health competence; marriage forgiveness; sense of agency; the elderly in rural; chronic diseases; patients; latent profile analysis

我国目前老龄化形势严峻, 增龄伴随的健康问题日益突出, 老年人中有 78% 以上患有慢性病, 且农村地区患病率呈上升趋势^[1-2]。城乡医疗资源分配不均衡的现象持续存在, 农村老年慢性病患者对疾病认知不足, 病情得不到有效控制, 在很大程度上削弱了患者参与疾病管理的积极性^[3-4]。感知健康能力指个体对于自身有效管理其健康结果能力的自我评价^[5], 患者感知健康能力水平越高, 不良情绪产生的概率越低, 有助于其客观认识自身疾病并积极应对^[6]。感知健康能力既与患者个体有关, 也受其家庭的影响^[7]。主动控制感是在个体主动行为中产生的控制自身行

为进而控制外界环境的主观体验, 与健康水平密切相关^[8-9]。配偶作为患者的核心家庭成员能为其提供更多情感支持, 增强其康复信念^[4, 7]。婚姻宽恕指婚姻关系中受伤方对配偶在认知、情感和行为上回避和报复的消极动机减弱、积极动机增强的心理过程^[10-11], 老年人宽恕行为有利于提高健康水平和生活满意度^[12]。目前国内虽已有探讨住院患者感知健康能力的相关研究, 但尚未有对其不同类别差异的研究^[6, 13]。因此, 本研究通过潜在剖面分析(latent profile analysis, LPA), 根据农村老年慢性病患者感知健康能力在外显变量上的反应模式来判断其潜在特征分类, 了解各潜在剖面人数占比, 进一步识别样本中存在的异质性^[14], 以为医护人员采取针对性措施提高农村老年慢性病患者感知健康能力提供参考依据。

工作单位: 410219, 长沙市, 长沙医学院护理学院

作者简介: 左玲, 本科, 讲师

* 通信作者: 王冬华, E-mail: wangdonghua1108@163.com

1 对象与方法

1.1 研究对象

采用便利抽样法,于 2023 年 7 月至 8 月选取湖南省及广东省 6 个村庄的 422 例老年慢性病患者为研究对象。纳入标准:①年龄 ≥ 60 岁;②临床确诊至少患有 1 种慢性病(以高血压、糖尿病、冠心病、脑卒中 4 种疾病为主);③精神正常,能清楚表达需求;④知情同意,能配合本次调查研究。排除标准:①认知功能障碍者;②未婚、离异、丧偶者。根据多因素分析计量资料估算公式^[3] $N = 4U\alpha^2 S^2 / \delta^2$,取容许误差 $\delta = 1.1$, $\alpha = 0.05$,预调查中农村老年慢性病患者感知健康能力的标准差为 5.188, $N = 4 \times 1.96^2 \times 5.188^2 / 1.1^2 = 342$;考虑 15% 的样本丢失率,本研究纳入样本量至少为 342~394,最终纳入样本量为 422。本研究获得长沙医学院伦理委员会审查通过(X2023040)。

1.2 方法

1.2.1 研究工具

1.2.1.1 一般资料问卷 包括年龄、性别、文化程度、婚姻状况、职业、子女数、居住状况、慢性病患者数量、服药数量、是否吸烟、是否饮酒。

1.2.1.2 感知健康能力量表 由刘红霞等^[4]翻译并修订,包括行为期望(4 个条目)和结果期望(4 个条目)2 个维度,共 8 个条目。具体条目为:①我很难找到解决健康问题的有效办法;②我努力想改变影响健康的不良习惯,但是没有效果;③我将自己的身体照料得很好;④和其他大多数人一样,我能够为我的健康做事;⑤我实施的一些改善健康的项目取得了显著成效;⑥通常情况下,我的健康计划实施不佳;⑦无论我如何努力,我的健康仍不能达到我喜欢的标准;⑧一般来说,我能够完成我的健康目标。各条目采用 Likert 5 级评分法,“强烈不同意”到“强烈同意”分别计 1~5 分,其中条目 1、2、6、7 反向计分,总分为 8~40 分,得分越高提示个体感知健康能力水平越高。量表的 Cronbach's α 系数为 0.802,本研究中该量表的 Cronbach's α 系数为 0.804。

1.2.1.3 婚姻特定侵犯宽恕量表 由范红霞等^[4]翻译并修订,包括怨恨-回避(6 个条目)、仁慈(4 个条目)2 个维度,共 10 个条目。各条目采用 Likert 6 级评分法,“非常不同意”到“非常同意”分别计 1~6 分,其中怨恨-回避维度反向计分,总分为 10~60 分,得分越高提示婚姻关系中个体受到配偶伤害后的宽恕水平越高。量表的 Cronbach's α 系数为 0.770~0.870,本研究中该量表的 Cronbach's α 系数为 0.851。

1.2.1.4 主动控制感量表 由张伯明等^[5]翻译并修订,该量表为单维度,共 9 个条目。各条目采用 Likert 7 级评分法,“非常不同意”到“非常同意”分别计 1~7 分,其

中 4 个条目反向计分,总分为 9~63 分,得分越高提示个体的主动控制感水平越高。量表的 Cronbach's α 系数为 0.819,本研究中该量表的 Cronbach's α 系数为 0.768。

1.2.2 调查方法 采用“一对一”现场问卷调查法,由培训考核合格的研究人员采用统一指导语向研究对象解释问卷的填写方法及注意事项,由其独立填写,对阅读或填写困难者,由研究人员转述并逐条反复询问,确认答案后协助填写。资料收集完成后,由课题组成员进行数据核查并剔除无效问卷,本研究发放并回收问卷 455 份,其中有效问卷 422 份,有效回收率为 92.75%。

1.3 统计学方法

运用 Mplus 8.3 对农村老年慢性病患者感知健康能力进行潜在剖面分析,模型适配检验指标包括拟合指数艾凯克信息准则(Akaike Information Criterion, AIC)、贝叶斯信息准则(Bayesian Information Criterion, BIC)、调整贝叶斯信息准则(adjusted BIC, aBIC),统计值越小代表模型拟合度越好;熵(Entropy)取值范围为 0~1,值越大,分类越精确;似然比检验(Low-Mendell-Rubin, LMR)和基于 Bootstrap 的似然比检验(Bootstrap Likelihood Ratio Test, BLRT)的 $P < 0.05$,认为 k 个类别优于 $k-1$ 个类别模型^[6]。采用 SPSS 26.0 统计软件包进行数据分析,计数资料用例数、百分比描述;计量资料呈偏态分布采用 $M(P_{25}, P_{75})$ 表示,通过多项指标判定最优类别数后对农村老年慢性病患者不同类型感知健康能力的人口学差异进行 χ^2 检验或 Kruskal-Wallis H 检验,采用多元 Logistic 回归分析探讨不同类别的影响因素。检验水准为 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 农村老年慢性病患者一般资料(见表 1)

2.2 农村老年慢性病患者感知健康能力、婚姻宽恕和主动控制感状况

本研究结果显示,农村老年慢性病患者感知健康能力量表条目总均分为 4.13(3.88, 4.50)分,行为期望维度条目均分为 4.25(3.75, 4.50)分,结果期望维度条目均分为 4.25(3.75, 4.50)分;婚姻特定侵犯宽恕量表条目总均分为 5.10(4.70, 5.30)分,怨恨-回避维度条目均分为 5.00(4.67, 5.33)分,仁慈维度条目均分为 5.25(4.75, 5.50)分;主动控制感量表条目总均分为 6.00(5.78, 6.22)分。

2.3 农村老年慢性病患者感知健康能力的潜在剖面分析结果

基于感知健康能力量表的 8 个条目对农村老年慢性病患者感知健康能力进行潜在剖面分析,探索性建立 5 个潜在类别模型,表 2 显示, AIC、BIC、aBIC、Entropy 数值均随剖面数目增加而降低,类别为 2 时

表 1 农村老年慢性病患者一般资料及老年患者 3 个感知健康能力潜在类别的单因素分析($n=422$)

项目	例数 [n (%)]	中感知 健康能力组 ($n=58$)	感知健康 能力不均衡组 ($n=82$)	高感知 健康能力组 ($n=282$)	χ^2 值	P 值
年龄(岁)					56.815	<0.001
60~69	215(50.95)	17(29.31)	24(29.27)	174(61.70)		
70~79	145(34.36)	26(44.83)	31(37.80)	88(31.21)		
≥ 80	62(14.69)	15(25.86)	27(32.93)	20(7.09)		
性别					0.482	0.786
男性	212(50.24)	28(48.28)	39(47.56)	145(51.42)		
女性	210(49.76)	30(51.72)	43(52.44)	137(48.58)		
文化程度					76.712	<0.001
文盲	56(13.27)	24(41.38)	3(3.66)	29(10.28)		
小学	135(31.99)	22(37.93)	14(17.07)	99(35.11)		
初中	117(27.73)	5(8.62)	26(31.71)	86(30.50)		
高中及以上	114(27.01)	7(12.07)	39(47.56)	68(24.11)		
婚姻状况					19.383	<0.001
初婚	395(93.60)	56(96.55)	68(82.93)	271(96.10)		
再婚	27(6.40)	2(3.45)	14(17.07)	11(3.90)		
职业					45.217	<0.001
农民	179(42.42)	38(65.52)	10(12.20)	131(46.45)		
工人/个体户/其他	243(57.58)	20(34.48)	72(87.80)	151(53.55)		
子女数(n)					9.039	0.171
1	46(10.90)	6(10.34)	6(7.32)	34(12.06)		
2	196(46.45)	20(34.48)	36(43.90)	140(49.65)		
3	124(29.38)	20(34.48)	29(35.37)	75(26.60)		
≥ 4	56(13.27)	12(20.69)	11(13.41)	33(11.70)		
居住状况					6.741	0.150
与配偶同住	333(78.91)	46(79.31)	73(89.02)	214(75.89)		
与配偶子女同住	74(17.54)	10(17.24)	8(9.76)	56(19.86)		
其他	15(3.55)	2(3.45)	1(1.22)	12(4.26)		
慢性病患数量(n)					41.178	<0.001
1	209(49.53)	27(46.55)	17(20.73)	165(58.51)		
2	188(44.55)	25(43.10)	55(67.07)	108(38.30)		
≥ 3	25(5.92)	6(10.34)	10(12.20)	9(3.19)		
服药数量(n)					43.812	<0.001
1	190(45.02)	19(32.76)	16(19.51)	155(54.96)		
2	189(44.79)	28(48.28)	50(60.98)	111(39.36)		
≥ 3	43(10.19)	11(18.97)	16(19.51)	16(5.67)		
是否吸烟					1.142	0.565
是	149(35.31)	19(32.76)	33(40.24)	97(34.40)		
否	273(64.69)	39(67.24)	49(59.76)	185(65.60)		
是否饮酒					2.313	0.315
是	179(42.42)	21(36.21)	40(48.78)	118(41.84)		
否	243(57.58)	37(63.79)	42(51.22)	164(58.16)		

表 2 农村老年慢性病患者感知健康能力潜在剖面模型的拟合结果

类别数	AIC	BIC	aBIC	LMR(P 值)	BLRT(P 值)	Entropy	类别概率(%)
1	9 788.823	9 853.543	9 802.770	—	—	—	—
2	8 677.911	8 779.036	8 699.703	<0.001	<0.001	0.977	12.796/87.204
3	8 218.663	8 356.193	8 248.300	0.001	<0.001	0.974	13.744/19.431/66.825
4	8 021.271	8 195.206	8 058.753	0.072	<0.001	0.972	6.872/63.981/9.953/19.194
5	7 921.166	8 131.506	7 966.494	0.427	<0.001	0.971	4.502/5.213/8.294/62.559/19.431

Entropy 值最高,但类别概率较悬殊;当保留 4、5 个类别时,LMR 的 $P>0.05$,提示 4、5 个潜在类别模型有可

健康能力不均衡组、高感知健康能力组中的主动控制感得分分别为 49.00(41.75,57.25) 分、54.00(52.00,

能出现拟合程度不佳。综合分析下,3 个潜在类别的模型拟合效果最佳,故最终将感知健康能力分为 3 个潜类别。农村老年慢性病患者感知健康能力平均归属 3 个类别的概率依次为 98.10%、98.80%、99.10%,提示本研究的潜在剖面分析结果可信度较高。

2.4 农村老年慢性病患者感知健康能力的潜在类别命名

本研究图 1 显示,类别 1 占比 13.74%(58 例),感知健康能力各条目得分均属于中等水平,命名为“中感知健康能力组”;类别 2 占比 19.43%(82 例),感知健康能力条目 5、7 得分较低,条目 1、2、4、6、8 得分相对较高,命名为“感知健康能力不均衡组”;类别 3 占比 66.82%(282 例),感知健康能力各条目得分均相对较高,命名为“高感知健康能力组”。

2.5 不同类别农村老年慢性病患者感知健康能力潜在类别的单因素分析

不同类型农村老年慢性患者的感知健康能力 3 个潜在类别单因素分析见表 1。在中感知健康能力组、感知健康能力不均衡组、高感知健康能力组中的婚姻宽恕得分分别为 42.00(32.50,48.25) 分、51.00(48.75,53.00) 分、51.50(48.00,53.00) 分,差异具有统计学意义($H=40.347,P<0.001$),在中感知健康能力组、感知

55.00) 分、54.00(52.75,57.00) 分,差异具有统计学意义($H=20.778, P<0.001$)。

2.6 不同类别农村老年慢性病患者感知健康能力潜在类别的多因素分析

以潜在剖面分析识别的 3 个潜在剖面作为因变量,将单因素分析中有统计学意义的变量作为自变量纳入多元 Logistic 回归分析。自变量赋值方式: 年龄: 60~69 岁=1、70~79 岁=2、 ≥ 80 岁=3; 文化程度: 文盲=1、小学=2、初中=3、高中及以上=4; 婚姻状况: 初婚=0、再婚=1; 职业: 农民=0、工人/个体户/其他=1; 慢性病患病数量: 1 种=1、2 种=2、 ≥ 3 种=3; 服药数量: 1 种=1、2 种=2、 ≥ 3 种=3; 婚姻宽恕、主动控制感均原值代入,多元 Logistic 回归分析结果见表 3。

3 讨论

3.1 农村老年慢性病患者感知健康能力处于中等偏上水平

本研究结果显示,农村老年慢性病患者感知健康

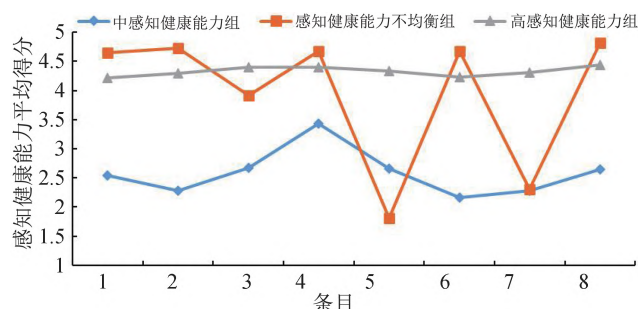


图 1 农村老年慢性病患者感知健康能力 3 个潜在类别各条目得分

表 3 农村老年慢性病患者感知健康能力潜在类别影响因素的多元 Logistic 回归分析结果 ($n=422$)

项目	B 值	SE 值	Wald χ^2 值	P 值	OR 值	95%CI
感知健康能力不均衡组 vs 中感知健康能力组						
常数项	-11.784	2.674	19.426	<0.001	-	-
年龄	0.744	0.329	5.124	0.024	2.105	1.105,4.008
文化程度为小学	1.824	0.826	4.871	0.027	6.195	1.226,31.295
文化程度为初中	3.788	0.968	15.320	<0.001	44.171	6.627,294.406
文化程度为高中及以上	4.333	1.002	18.686	<0.001	76.205	10.682,543.631
初婚	-2.492	1.228	4.118	0.042	0.083	0.007,0.918
婚姻宽恕	0.110	0.036	9.211	0.002	1.117	1.040,1.199
高感知健康能力组 vs 中感知健康能力组						
常数项	-6.080	2.120	8.227	0.004	-	-
年龄	-0.672	0.267	6.319	0.012	0.511	0.302,0.862
文化程度为小学	1.821	0.471	14.949	<0.001	6.175	2.454,15.540
文化程度为初中	2.850	0.672	17.960	<0.001	17.282	4.626,64.558
文化程度为高中及以上	2.383	0.707	11.352	0.001	10.839	2.710,43.356
服药数量	-1.098	0.411	7.145	0.008	0.334	0.149,0.746
婚姻宽恕	0.089	0.026	12.081	0.001	1.093	1.039,1.149
主动控制感	0.111	0.035	10.134	0.001	1.117	1.043,1.196
感知健康能力不均衡组 vs 高感知健康能力组						
常数项	-5.704	2.317	6.060	0.014	-	-
年龄	1.416	0.243	33.903	<0.001	4.121	2.558,6.637
文化程度为高中及以上	1.950	0.834	5.467	0.019	7.031	1.371,36.059
职业为工人/个体户/其他	0.996	0.475	4.402	0.036	2.707	1.068,6.865

能力条目中位数为 4.13 分,与量表条目均分理论中间值 3 分比较,处于中等偏上水平,高于杨士来等^[8]与徐小青和周海桃^[13]对于住院老年患者的研究。究其原因,一方面可能与本研究对象均为居家农村老年慢性病患者有关,另一方面可能与本研究对象是有配偶的农村老年慢性病患者有关,其中 96.45% 的老年慢性病患者与配偶(或与配偶子女)同住,研究表明,家庭给予的力量能增强患者对自身完成健康行为和达到健康目标的信念^[8]。建议基层医护人员应加强对农村老年慢性病患者健康指导,注重评估患者的家庭功能和支持程度,促进患者个人与家庭共同参与制订健康计划,以培养其积极应对健康问题的能力。

3.2 农村老年慢性病患者感知健康能力存在异质性

本研究采用潜在剖面分析将调查对象感知健康能力分为 3 个类型: 中感知健康能力组(13.74%)、感知健康能力不均衡组(19.43%)、高感知健康能力组(66.82%) ,提示农村老年慢性病患者感知健康能力水平存在显著个体差异。

3.2.1 中感知健康能力组农村老年慢性病患者对实施健康计划呈负面态度 分析图 1 可知,中感知健康能力组患者的条目 6 得分概率较低,说明此类型患者不能很好完成健康计划,可能是与其家庭支持功能不全、受疾病因素限制,不能有效开展健康管理活动有关。回归分析结果显示,与感知健康能力不均衡组类别比较,农村老年慢性病患者初婚者归入中感知健康能力组的可能性大($P<0.05$)。一方面可能与农村老

年慢性病患者注重家庭完整性及年龄有关,受传统观念影响,出于对子女的保护及维护家庭的完整和谐^[14],其婚姻关系态度多数是尽量维系,在婚姻质量较低水平时仍期望保持婚姻关系。另一方面,选择再婚的老年患者往往对生活充满积极的态度,更加重视婚姻质量,健康状况明显更好^[20-21]。本研究中 213 例农村老年慢性病患者存在多病共存、长期使用多种药物的现象,回归分析结果显示,与高感知健康能力组比较,服药数量越多的农村老年慢性病患

者归入中感知健康能力组的可能性较大($P<0.05$)。说明慢性病患者数量与服药数量息息相关^[2],慢性病患者数量越多,对自身疾病的负性认知越多,影响其自身疾病程度的判断^[3,23]。针对该组农村老年慢性病患者特点建议:基层医护人员应鼓励患者配偶与其共同参与康复行为,对患者生活给予支持和照顾等积极反馈,以增强患者的自我健康管理能力;优化健康服务指导,帮助农村老年慢性病患者掌握疾病相关知识,同时密切关注多病共存慢性患者的心理状况,鼓励患者以积极方式应对疾病变化,加强用药指导及心理疏导,多维度进行用药管理干预,以提高感知健康能力水平。

3.2.2 感知健康能力不均衡组农村老年慢性病患者实施改善健康项目的信心不足 分析图 1 可知,感知健康能力不均衡组患者的条目 5、7 得分概率最低,说明此类型患者有实施改善健康相关的项目,但改善效果未达到预期,导致实施健康计划信心不足。可能是农村老年慢性病患者由于增龄伴随的身体机能减退,了解健康知识渠道有限,难以实施有效的健康计划。回归分析结果显示,与中感知健康能力组、高感知健康能力组类别比较,归入感知健康能力不均衡组类别的可能性大($P<0.05$)。进一步分析发现,感知健康能力不均衡组类别中年龄 ≥ 80 岁的老年慢性病患者占比(32.93%)较中感知健康能力组、高感知健康能力组高,高感知健康能力组中年龄 ≥ 80 岁的老年慢性病患者占比仅为 7.09%。原因可能是高龄慢性病患者参与健康管理的积极性低^[4],慢性病患者随着年龄的增长,其生命周期的危险因素逐年叠加,在免疫功能和身体机能逐年下降的双重作用下,慢性病患者风险日益增加^[24],对其实施健康行为的自我管理效能感降低,感知健康能力水平较低。单因素分析发现,感知健康能力不均衡组中职业为工人/个体户/其他的老年慢性病患者占比(87.80%)远高于中感知健康能力组、高感知健康能力组,回归分析结果显示,与高感知健康能力组比较归入感知健康能力不均衡组的可能性大($P<0.05$)。原因可能是职业为工人/个体户/其他的农村老年慢性病患者可接触的社会资源较为丰富,其他职业中干部或教师在事业单位工作退休后仍享有稳定的职业福利,具有一定的社会经济地位。有研究表明,社会经济地位与慢性病患者存在显著相关性^[25]。针对该组农村老年慢性病患者特点建议:基层医护人员可制作相关疾病宣传手册,关注高龄老年慢性患者的健康状态,及时了解其需求,提高农村地区老年慢性病患者获得医疗服务的便捷性。基层卫生机构应深入基层了解不同职业农村老年慢性患者的健康需求,加强健康干预,如通过健康大讲

堂作为群体传播媒介;同时加强应用新媒体的健康教育服务方式,在一定程度保证健康知识传播的覆盖面和可及性^[26],以提升感知健康能力水平。

3.2.3 高感知健康能力组农村老年慢性病患者寻找解决健康问题能力不足 分析图 1 可知,高感知健康能力组患者的条目 1 得分概率较低,说明此类型患者寻找解决健康问题的能力不足,可能与文化程度受限有关。回归分析结果显示,相对于中感知健康能力组、感知健康能力不均衡组类别,拥有小学及以上文化程度的农村老年慢性病患者归入高感知健康能力组类别的可能性大($P<0.05$),其中,拥有高中及以上文化程度的农村老年慢性病患者归入高感知健康能力不均衡组类别的可能性大($P<0.05$)。进一步分析发现,高感知健康能力组的老年慢性病患者总数多,拥有小学及以上文化程度的患者占比较高,但感知健康能力不均衡组文化程度为高中及以上的占比最高。分析原因,患者的文化程度水平会制约其对健康知识的领会,使患者寻找解决健康问题的能力不足,继而影响其健康行为^[4]。文化程度高的患者,掌握的健康知识多,能与医护人员有效沟通,积极改善不健康的生活方式与行为^[27-28]。同时,此类型患者婚姻宽恕与主动控制感水平最高。回归分析结果显示,与中感知健康能力组比较,婚姻宽恕水平越高,归入感知健康能力不均衡组、高感知健康能力组的可能性大($P<0.05$)。分析原因,在农村老年慢性患者的疾病治疗进程中,配偶发挥着极为关键的作用,其能协助患者发掘自身应对疾病的潜能,以增强患者对完成健康行为并达到健康结果的信念^[29]。宽恕配偶能促进冲突有效的解决,可以增强承诺并对婚姻质量产生积极的影响^[30],良好的婚姻关系可以提供和谐的家庭环境,以减轻患者的心理压力,促进患者进行日常自我健康管理^[31]。回归分析结果显示,与中感知健康能力组比较,主动控制感水平越高,患者归入高感知健康能力组的可能性大($P<0.05$)。慢性疾病可能使患者产生焦虑、退缩等一系列心理和行为问题,且慢性病共病老年患者的焦虑风险比非共病老年患者高^[32],严重影响患者实施与疾病康复相关的健康行为,不能完成健康目标。高水平主动控制感的个体可以较好地面对生活中的逆境,拥有更好的心理健康状况^[33],以增强患者的康复信心。综上,针对该组农村老年慢性病患者特点建议:基层医护人员可以根据不同文化程度有针对性地选择易懂的方式向患者宣传健康知识,可采取口语化交流,减少文字叙述;力所能及地帮助患者找到适合自己健康问题且有效的健康方法,如高血压患者可根据自身饮食习惯制订适宜的低盐低脂饮食计划,以加强患者理解并树立积极目标,进而提高

其感知健康能力水平;对于出现回避的夫妻关系,建议农村老年慢性病患者与配偶从夫妻间认知差异匹配的角度探究恰当的沟通方式,在夫妻和谐、情感表达、社会支持等方面获得积极改变,以提升疾病的治疗依从性;促进患者主动参与自身健康管理行为,尊重患者的知情同意权和主观能动性,加强心理护理,从而提高患者主动控制感水平,感知健康能力水平也随之增高。

4 小结

综上,农村老年慢性病患者感知健康能力处于中等偏上水平,可分为中感知健康能力组、感知健康能力不均组、高感知健康能力组 3 种潜在类别,其影响因素包括年龄、文化程度、婚姻状况、职业、服药数量、婚姻宽恕及主动控制感。基层医护人员应深入了解高龄老年患者的需求,选择适宜的方式向患者宣传健康知识,对其进行科学用药指导;同时从患者本身及其配偶两个角度出发,提高患者的主动控制感和婚姻宽恕水平,指导患者制订并实施健康计划,督促完成相应的护理目标,提升患者管理自身健康的能力和信念感。本研究因地域限制,仅选取湖南省及广东省 2 个地区农村老年慢性病患者进行研究,且研究方法为横断面研究,未来可考虑扩大调查范围,开展多种研究以增强研究结果的可信度。

参考文献:

- [1] 国家卫生健康委员会,关于印发“十四五”健康老龄化规划的通知 [EB/OL]. (2022-03-03) [2024-04-16]. <https://www.waizi.org.cn/doc/129035.html>.
- [2] 曹新西,徐晨婕,侯亚冰,等.1990-2025 年我国高发慢性病的流行趋势及预测 [J]. 中国慢性病预防与控制, 2020,28(1): 14-19. DOI: 10.16386/j.cjpcd.issn.1004-6194.2020.01.004.
- [3] 高月,张艳,高梦珂,等.农村老年慢性患者的疾病感知现状及影响因素研究 [J]. 护理管理杂志,2022,22(12): 904-907. DOI: 10.3969/j.issn.1671-315x.2022.12.012.
- [4] 李雪,巩守平.慢性病患者积极度的研究现状 [J]. 护理管理杂志,2020,20(1): 34-38. DOI: 10.3969/j.issn.1671-315x.2020.01.008.
- [5] SMITH M S, WALLSTON K A, SMITH C A. The development and validation of the perceived health competence scale [J]. Health Education Research, 1995, 10(1): 51-64. DOI: 10.1093/her/10.1.51.
- [6] 杨士来,郑杰仁,辛惠明,等.脑卒中病人感知健康能力与照顾者出院准备度的相关性研究 [J]. 护理研究, 2022, 36(8): 1415-1419. DOI: 10.12102/j.issn.1009-6493.2022.08.018.
- [7] 杨洁.冠心病患者感知健康能力水平现状及其影响因素研究 [J]. 合肥: 安徽医科大学, 2023.

- [8] 张淼,吴迪,李明,等.主动控制感的测量及认知神经机制 [J]. 心理科学进展, 2018, 26(10): 1787-1793. DOI: 10.3724/SP.J.1042.2018.01787.
- [9] HONG J H, LACHMAN M E, CHARLES S T, et al. The positive influence of sense of control on physical, behavioral, and psychosocial health in older adults: an outcome-wide approach [J]. Preventive Medicine, 2021, 149: 106612. DOI: 10.1016/j.ypmed.2021.106612.
- [10] 范红霞,贾田甜,张亚亚,等.婚姻特定侵犯宽恕量表中文版的信效度检验 [J]. 中国临床心理学杂志, 2021, 29(1): 79-82. DOI: 10.16128/j.cnki.1005-3611.2021.01.016.
- [11] MCCULLOUGH M E, WORTHINGTON E L, RACHAL K C. Interpersonal forgiving in close relationships [J]. Journal of Personality & Social Psychology, 1997, 73(2): 321-336. DOI: 10.1037//0022-3514.73.2.321.
- [12] DERDALE E, TOUSSAINT L, THAUVOYE E, et al. Forgiveness and late life functioning: the mediating role of finding ego-integrity [J]. Aging & Mental Health, 2019, 23(2): 238-245. DOI: 10.1080/13607863.2017.1399346.
- [13] 徐小青,周海桃.老年冠状动脉粥样硬化性心脏病患者感知健康能力与应对方式的关系研究 [J]. 护理与康复, 2020, 19(4): 25-28. DOI: 10.3969/j.issn.1671-9875.2020.04.006.
- [14] 尹奎,彭坚,张君.潜在剖面分析在组织行为领域中的应用 [J]. 心理科学进展, 2020, 28(7): 1056-1070. DOI: 10.3724/SP.J.1042.2020.01056.
- [15] 倪平,陈京立,刘娜.护理研究中量性研究的样本量估计 [J]. 中华护理杂志, 2010, 45(4): 378-380. DOI: 10.3761/j.issn.0254-1769.2010.04.037.
- [16] 刘红霞,滕沙,林晓鸿,等.中文版感知健康力量表在肝移植人群中的信度、效度研究 [J]. 中国护理管理, 2015, 15(9): 1067-1070. DOI: 10.3969/j.issn.1672-1756.2015.09.014.
- [17] 张伯明,黄冠华,郑爽,等.主动控制感量表中文版的信效度检验 [J]. 中国临床心理学杂志, 2022, 30(6): 1344-1347. DOI: 10.16128/j.cnki.1005-3611.2022.06.016.
- [18] 王孟成,毕向阳.潜变量建模与 Mplus 应用进阶篇 [M]. 重庆: 重庆大学出版社, 2018: 13-15.
- [19] 贾田甜.伴侣价值差异、婚姻满意度和宽恕的关系 [J]. 太原: 山西大学, 2021.
- [20] 苏媛.积极老龄化背景下婚姻状况对老年人健康的影响研究 [J]. 贵阳: 贵州大学, 2023.
- [21] 李安琪,吴瑞君,尹星星.中国老年人再婚对健康的影响及其作用机制 [J]. 人口与经济, 2020(6): 78-95. DOI: 10.3969/j.issn.1000-4149.2020.00.049.
- [22] CHAN S W. Chronic disease management, self-efficacy and quality of life [J]. The Journal of Nursing Research, 2021, 29(1): e129. DOI: 10.1097/JNR.0000000000000422.
- [23] LU J, ZHANG N, MAO D, et al. How social isolation and loneliness effect medication adherence among elderly with

- chronic diseases: an integrated theory and validated cross-sectional study [J]. Archives of Gerontology Geriatrics, 2020, 90: 104154. DOI: 10.1016/j.archger.2020.104154.
- [24] 马建, 兰泽龙, 陶荣琴, 等. 长沙市中老年人慢性病患者现状及影响因素分析 [J]. 中国预防医学杂志, 2021, 22(5): 321-328. DOI: 10.16506/j.1009-6639.2021.05.001.
- [25] CHAMBERLAIN A M, ST S J, FINNEY R L, et al. Associations of neighborhood socioeconomic disadvantage with chronic conditions by age, sex, race, and ethnicity in a population-based cohort [J]. Mayo Clinic Proceedings, 2022, 97(1): 57-67. DOI: 10.1016/j.mayocp.2021.09.006.
- [26] 李瑞, 陈仁友, 刘永娟, 等. 媒介使用对山东省农村居民慢性病防治素养的影响分析 [J]. 中国健康教育, 2024, 40(11): 965-970. DOI: 10.16168/j.cnki.issn.1002-9982.2024.11.002.
- [27] 肖溪溪, 王云翠. 我国老年人健康素养相关因素的 meta 分析 [J]. 职业与健康, 2023, 39(17): 2417-2421. DOI: 10.13329/j.cnki.zyyjk.2023.0445.
- [28] 李文玲, 钱晓波, 张世怡, 等. 吉林省监测点中老年人慢性病防治素养水平及影响因素分析 [J]. 中国慢性病预防与控制, 2022, 30(8): 610-613. DOI: 10.16386/j.cjpc-ed.issn.1004-6194.2022.08.011.
- [29] 贾雪. 慢性病老年人社会支持与疾病管理自我效能的相关性研究 [J]. 沈阳: 辽宁中医药大学, 2023.
- [30] 喻喆, 刘素贞. 44 岁以下 2 型糖尿病患者自我管理行为的影响因素研究 [J]. 预防医学, 2020, 32(2): 165-168. DOI: 10.19485/j.cnki.issn2096-5087.2020.02.015.
- [31] 赵慧, 王志伟, 马婷婷, 等. 基于倾向性评分匹配法的慢性病共病对我国中老年人抑郁症状的影响研究 [J]. 医学与社会, 2022, 35(6): 127-132. DOI: 10.13723/j.yxysh.2022.06.024.
- [32] LEE G, PARK S H. How health beliefs and sense of control predict adherence to COVID-19 prevention guidelines among young adults in South Korea [J]. Frontiers in Psychology, 2022, 13: 1025638. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.1025638.
- (收稿日期: 2024-04-21; 修回日期: 2025-02-16)
(本文编辑: 刘晓联)

引用本文: 左玲, 邹如意, 陈湘军, 等. 农村老年慢性病患者感知健康能力的潜在剖面分析及影响因素研究 [J]. 护理管理杂志, 2025, 25(4): 347-353. DOI: 10.3969/j.issn.1671-315x.2025.04.014.

(上接第 301 页)

- [8] 朱玉欣, 张欣, 刘朝兴, 等. 依据患者身高加不同数字的体表测量方法对 PICC 到位率的效果观察 [J]. 河北医药, 2019, 41(11): 1749-1752. DOI: 10.3969/j.issn.1002-7386.2019.11.038.
- [9] 方晓玲, 陈君, 宋霞梅, 等. 极低出生体重儿生长与 PICC 尖端位置改变的相关性研究 [J]. 护理学杂志, 2021, 36(24): 13-16. DOI: 10.3870/j.issn.1001-4152.2021.24.01.
- [20] 罗飞翔, 陈朔晖, 程晓英, 等. 极低出生体重儿 PICC 尖端位置与体重增长的相关性分析 [J]. 中华护理杂志, 2017, 52(8): 949-953. DOI: 10.3761/j.issn.0254-1769.2017.08.011.
- [21] 周秀莲, 付佳慧, 付晓辉, 等. 不同孕周、体重新生儿 PICC 最佳导管尖端位置与胸椎的相关性分析 [J]. 齐鲁护理杂志, 2020, 26(3): 86-88. DOI: 10.3969/j.issn.1006-7256.2020.03.027.
- [22] MENG Z, WENYAN Y, LNG Y, et al. The correlation between weight gain and PICC tip shift in the very low birth weight infants [J]. Translational Pediatrics, 2020, 9(5): 596-602. DOI: 10.21037/tp-20-5.
- [23] SCHUMMER W, SCHUMMER C, SCHELENZ C, et al. Central venous catheters - the inability of " intra - atrial ECG" to prove adequate positioning [J]. British Journal of Anaesthesia, 2004, 93(2): 193-198. DOI: 10.1093/bja/aeh191.
- [24] KREMSE J, KLEEMANN F, REINHART K, et al. Optimized method for correct left-sided central venous catheter placement under electrocardiographic guidance [J]. British Journal of Anaesthesia, 2011, 107(4): 567-572. DOI: 10.1093/bja/aer189.
- [25] 沈艳芬, 郑媛媛, 董静, 等. 肿瘤患者耐高压瓣膜型 PICC 导管置管后最佳体外留置导管长度的研究 [J]. 护理管理杂志, 2022, 22(8): 617-620. DOI: 10.3969/j.issn.1671-315x.2022.08.017.
- (收稿日期: 2024-04-21; 修回日期: 2025-02-26)
(本文编辑: 刘晓联)

引用本文: 李真, 尚美美, 李娜, 等. 成年肿瘤患者上肢 PICC 导管尖端位置最佳置入长度风险预测模型的构建 [J]. 护理管理杂志, 2025, 25(4): 298-301. DOI: 10.3969/j.issn.1671-315x.2025.04.005.