

7-12.

- [9] Zhu C, Wu Y, Chen S, et al. Protective immune responses in mice induced by intramuscular and intranasal immunization with a *Mycoplasma pneumoniae* P1C DNA vaccine [J]. *Can J Microbiol*, 2012, 58(5): 644-652.

- [10] Heyns CF. Urinary tract infection associated with condi-

tions causing urinary tract obstruction and stasis, excluding urolithiasis and neuropathic bladder [J]. *World J Urol*, 2012, 30(1): 77-83.

(收稿日期: 2013-11-12 修回日期: 2014-02-06)

不同工作状况高血压患者治疗依从性的调查研究

唐红英¹, 何海燕², 钱春荣¹, 杨燕妮¹, 朱京慈^{1△} (1. 第三军医大学护理学院基础护理学教研室, 重庆 400038; 2. 第三军医大学第三附属医院护理部, 重庆 400042)

【摘要】 目的 调查分析不同工作状况高血压患者的治疗依从性特点, 为不同人群制订有针对性的干预措施提供依据。**方法** 选取重庆市 14 家医院就诊高血压患者 1 072 例, 采用高血压治疗依从性量表, 调查患者最近 1 个月的治疗依从性。**结果** 本组高血压患者依从性总分为 (93.37 ± 15.40) 分, 占问卷总分的 74.7%。在总体依从性上, 离退休者得分最高, 务农者得分最低, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。不同工作状况高血压患者在总分及不良服药管理、日常生活管理、烟酒嗜好管理维度上差异均有统计学意义 ($P < 0.01$)。**结论** 重庆市就诊高血压患者对降压治疗的依从性不佳, 应把城镇在职及务农者作为依从性干预的重点对象。

【关键词】 高血压; 依从性; 工作状况

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2014.13.052 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2014)13-1860-03

近年来, 随着生活节奏的加快与生活方式的改变, 我国居民高血压患病率不断升高, 估计现有高血压患者 2 亿, 每 10 个成人中就有 2 人是高血压患者。高血压是心脑血管病最主要的危险因素, 高血压及其并发症, 如脑卒中、冠心病、心肌梗死及慢性肾病等, 给个人、家庭和国家造成沉重负担, 已经成为最严重的公共卫生问题之一, 因此控制高血压是防治心脑血管病的关键。高血压发病率高, 而控制率却很低。我国 2002 年 18 岁及以上人群患病率为 18.8%, 控制率仅为 6.1%。2004~2005 年我国 15 组人群高血压控制率为 9.5%, 2005 年北京市^[1]及重庆市^[2]高血压控制率也仅为 10.6% 和 10.7%, 美国 2005~2006 年接受治疗的高血压患者控制率为 64%, 与发达国家相比, 差距非常明显。其中患者对治疗的依从性低是血压控制不达标的最主要原因^[3]。大量研究证实, 改善患者依从性可显著提高血压的控制效果^[4]。本研究对不同工作状况高血压患者治疗依从性进行调查分析, 为不同人群制订有针对性的个体化干预措施提供依据, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 调查对象 采用分层随机抽样方法对重庆市各等级医院按照近似 3:1:1 比例, 抽取门诊和入院 24 h 内的高血压患者, 每家医院抽样人数为 80 例。高血压诊断符合《中国高血压防治指南 2010 版》要求: 在未用抗高血压药物的情况下, 非同日 3 次测量, 收缩压大于或等于 140 mm Hg 和(或)舒张压大于或等于 90 mm Hg; 患者既往有高血压史, 目前正在服用抗高血压药物, 血压虽低于 140/90 mm Hg, 也诊断为高血压。纳入标准: 确诊原发性高血压并服降压药物治疗至少 2 个月以上; 可合并其他疾病; 年满 18 周岁及以上; 知情同意。排除标准: 继发性高血压; 合并有危重疾病; 存在沟通障碍; 不同意参加研究者。共发放问卷 1 120 份, 回收有效问卷 1 072 份, 有效回收率为 95.7%。

1.2 调查工具及方法 采用唐红英等^[5]研制的高血压治疗依从性量表, 调查患者最近 1 个月的治疗依从性。量表含 25 个条目, 分 4 个因子, 分别为遵医服药管理行为(5 个条目)、不良

服药管理行为(8 个条目)、日常生活管理行为(10 个条目)、烟酒嗜好管理行为(2 个条目)。采用 Likert 5 级评分法, 从“没有或极少时间”到“全部时间”, 分别赋值 1~5 分, 反向题则反向计分(5~1 分), 总分 25~125 分, 得分越高表示依从性越好。量表总的 Cronbach α 系数为 0.862, 4 个因子的 Cronbach α 系数为 0.827~0.894。并收集患者性别、年龄、病程、工作状况等基本资料。按统一要求培训调查员, 调查前向患者说明调查目的、方法, 并获知情同意。问卷以患者自填为主, 对于不识字或因身体原因等不能独立完成者, 则由调查者采用统一的指导语进行访谈式调查。问卷当场发放, 当场检查回收。

1.3 血压控制情况 血压控制达标指血压值小于 140/90 mm Hg, 以诊室血压测量值为准。采用鱼跃牌水银血压计, 按照高血压防治指南中关于血压测量的要求, 由医护人员在患者就诊时测量。测血压前要求受试者应至少坐下安静休息 5 min 以上, 测量 2 次, 中间间隔 1 min, 取平均值; 如果 2 次测量值相差大于 5 mm Hg, 则再测量 1 次, 计算 3 次平均血压值作为受测者的血压。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 13.0 统计软件进行分析。均数以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 多组间均数比较采用单因素方差分析, 组间两两比较时先行方差齐性检验, 若方差齐则采用 LSD 法, 若方差不齐则采用 Tamhane 法。组间率的比较采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 调查对象基本情况 本次调查共抽取重庆市三甲医院 8 家, 二甲医院 3 家, 一级医院 3 家。参加调查的 1 072 例高血压患者中男 511 例(47.7%), 女 561 例(52.3%); 年龄 18~84 岁, 平均 (63.24 ± 11.66) 岁; 高血压病程 0.2~62.0 年, 平均 (8.74 ± 8.53) 年, 病程中位数 5 年; 文化程度方面, 小学及以下者 313 例(29.2%), 初中文化者 338 例(31.5%), 高中/中技/中专者 282 例(26.3%), 大学及以上文化 139 例(13.0%); 城镇在职者 164 例(15.3%), 离退休者 711 例(66.3%), 未就业者 87 例(8.1%), 务农 110 例(10.3%)。

2.2 不同工作状况高血压患者治疗依从性比较 见表 1。本组高血压患者治疗依从性总均分为(93.37±15.40)分,占问卷总分的 74.7%。在总体依从性上,离退休者得分最高,务农者得分最低,差异有统计学意义($P<0.01$)。不同工作状况高血压患者在总分及不良服药管理、日常生活管理、烟酒嗜好管理

维度上差异均有统计学意义($P<0.01$)。在不良服药管理方面,务农者得分最低,差异有统计学意义($P<0.01$);在日常生活管理方面,退休者得分最高,务农组最低,差异有统计学意义($P<0.01$);在烟酒管理方面,退休者得分最高,城镇在职者最低,差异有统计学意义($P<0.01$)。

表 1 不同工作状况高血压患者治疗依从性比较(分, $\bar{x}\pm s$)

工作状况	<i>n</i>	遵医嘱服药管理	不良服药管理	日常生活管理	烟酒嗜好管理	量表总分
城镇在职者	164	19.32±6.05	33.62±7.08*	32.08±7.55	6.59±3.08	91.60±15.89
离退休者	711	19.15±5.87	33.73±6.58*	33.82±7.59#	8.03±2.80▲	94.73±15.00△
未就业者	87	18.41±6.22	34.25±5.89*	32.16±6.95	7.90±2.82▲	92.72±14.55
务农者	110	18.07±5.37	31.05±6.89	31.18±8.55	7.42±2.84**	87.73±16.43
<i>F</i>		1.523	5.641	5.836	11.879	7.697

注:与务农者比较,*△# $P<0.01$;与城镇在职者比较,▲ $P<0.01$,** $P<0.05$ 。

2.3 不同工作状况高血压患者血压控制达标率比较 见表 2。本组接受治疗的高血压患者总体血压控制达标率为28.9%(310/1 072)。从血压控制达标情况看,离退休者最高,务农者最低,差异有统计学意义($\chi^2=20.103,P<0.01$)。

表 2 不同工作状况高血压患者血压控制达标率比较[*n*(%)]

工作状况	<i>n</i>	血压达标	血压未达标
城镇在职者	164	45(27.4)	119(72.6)
离退休者	711	231(32.5)	480(67.5)
未就业者	87	20(23.0)	67(77.0)
务农者	110	14(12.7)	96(87.3)

3 讨 论

高血压是导致心脑血管病发生和死亡的最重要的独立危险因素,一项包括中国在内的 13 个人群的亚太队列研究中发现,收缩压每升高 10 mm Hg,亚洲人群脑卒中与致死性心肌梗死风险分别增加 53%与 31%。国内外实践表明,降压治疗达标是高血压患者获益的根本保障,可显著降低心脑血管事件,改善预后^[6-7]。患者对治疗的依从性是直接影响高血压病情发展和治疗效果的最重要因素,也是可以改善的因素。治疗依从性也称依从性,是指个体的行为,如服药、饮食控制、改善生活方式等与医护人员推荐的行为相符合的程度,也称为遵医行为、遵医性、顺从性等^[3-4]。国外对依从性的研究比较早,北美的 Bergman 和英国 Porter 于 20 世纪 60 年代初首次进行患者依从性的调查研究。1975 年,英国医学科目标题一览表首次引入“患者依从性”这一术语。测量患者依从性将有助于区分治疗失败是由依从性引起还是治疗方案无效,从而指导医务人员作出是帮助改善患者的依从性还是修改治疗方案的临床决策。故在高血压治疗与管理中,依从性一直是临床关注和研究的热点问题之一。依从性越高的患者血压控制达标率越高,与既往研究结果一致^[3-4]。本组患者血压总控制率为 28.9%,较 2005 年的 10.7%有了较大提高^[2],此结果与刘成芳^[8]的研究结果类似。刘成芳^[8]调查了 3 500 例重庆市北部新区 40 岁以上参保居民,高血压患病率为 44.1%(1 544/3 500),接受降压治疗的高血压患者血压控制率为 24.0%。远远低于胡大一等^[9]对中国门诊高血压患者的调查(血压控制率为 44.6%)。本研究中高血压患者依从性总均分为中等,说明大部分患者的依从性有待提高。

降压治疗包括药物和非药物治疗(即治疗性生活方式改善),其中药物治疗是血压达标的主要手段,而非药物治疗是降压治疗的基石^[6]。大量研究证实,服药依从性差可增加心脑血管疾病发生率和病死率,增加医疗花费,增加医疗系统负担^[3-4,9]。本研究中务农者服药依从性得分最低,这可能与农村患者对高血压疾病及危害的认识不足、经济及卫生条件有关。有研究发现,农村高血压患者对高血压缺乏必要认识,仅有 26.54%的患者知晓高血压的危害^[10],而在城镇,这一比例为 67.00%。常慧等^[11]对辽宁农村高血压患者调查发现,服药依从性差的患者占 66.80%。有调查表明,农村高血压患病率正快速上升,45 岁及以上人群患病率高达 42.40%,农村高血压防治工作尤需引起重视^[12]。

国内外高血压防治指南均强调,必须重视以改善生活方式为主的非药物治疗^[7]。本研究中,离退休患者日常生活管理及烟酒嗜好管理得分均最高,可能与离退休患者大多有一定经济及医疗保障,通过医护人员、媒体宣传及其他途径获取高血压防治知识,加之“久病成医”、有较多空闲时间从事体育锻炼等。在职者烟酒管理最差,可能与我国的烟酒文化有关。在职者普遍社交应酬多,常把烟酒作为社交的润滑剂、缓解压力的手段。

美国高血压协会指出,若要提高血压控制率,必须弥合以下 2 个鸿沟,一是科学研究与临床间的鸿沟,迄今有大量临床研究证实了降压药物治疗及生活方式改善取得了明确的降压效果,但人群中高血压的控制率仍旧非常低,医护人员应该思考如何将科研成果应用于临床实践^[4];二是医护人员与患者间的鸿沟,尽管医护人员给患者提供了十分有效的降压治疗方案,但患者在执行中不遵从,也会使治疗效果大打折扣。同时,该学会也制定了提高患者依从性的策略,如及时评估阻碍患者依从的因素;鼓励患者进行有效的自我管理;为患者家庭自测血压提供必要支持;选择长效降压药物,减少服药数量与次数;通过电话、短信或 Email 等方式提醒患者服药,坚持健康的生活方式,监测患者治疗情况等。

国际高血压学会及台湾高血压管理指南均指出,患者的依从性对高血压控制非常重要,依从性差可以被看作为高血压患者的一种危险因素。本研究结果提示,重庆市门诊及新入院高血压患者对治疗的依从性不佳,血压控制率偏低。应把城镇在职及务农者作为依从性干预的重点对象。应根据美国高血压学会的建议^[3],将依从性监测作为高血压管理的一项重要指标^[3]。针对不同工作状况高血压患者,制订有针对性的干预措

施,改善患者依从性,从而提高血压控制率,提高患者生活质量。

参考文献

[1] 杨晓辉,姚崇华.北京市社区就诊高血压患者家庭自测血压情况及对血压控制的影响[J].中华高血压杂志,2010,18(8):739-743.

[2] 黄晓波,胡蓉,乐庆荣,等.重庆市城乡居民高血压患病及影响因素分析[J].中国公共卫生,2009,25(1):25-27.

[3] Hill MN,Miller NH,Degeest S,et al. ASH position paper:Adherence and persistence with taking medication to control high blood pressure[J].J Clin Hypertens(Greenwich),2010,12(10):757-764.

[4] Elliott WJ. Improving outcomes in hypertensive patients: focus on adherence and persistence with antihypertensive therapy[J].J Clin Hypertens(Greenwich),2009,11(7):376-382.

[5] 唐红英,朱京慈,何海燕,等.高血压治疗依从性量表的编制及信效度研究[J].第三军医大学学报,2011,33(13):1400-1403.

[6] 郭艺芳.降压治疗:共识、争议与实践[J].中华高血压杂志,2010,18(5):401-403.

[7] Mancia G,De Backer G,Dominiczak A,et al. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension(ESH) and of the European Society of Cardiology(ESC)[J].J Hypertens,2007,25(6):1105-1187.

[8] 刘成芳.北部新区参保居民高血压患病率及危险因素分析[J].检验医学与临床,2012,9(15):1944-1945.

[9] 胡大一,刘力生,余金明,等.中国门诊高血压患者治疗现状登记研究[J].中华心血管病杂志,2010,38(3):230-238.

[10] 马艳玲,范兰媛.城市和农村高血压患者对高血压危害的认知情况[J].中国老年学杂志,2011,31(20):4022-4023.

[11] 常慧,田丹,任旭,等.辽宁省农村高血压患者服药依从性调查及影响因素分析[J].中国健康教育,2012,28(3):167-169.

[12] 贾俊婷,井淑英,徐忠良,等.天津市某区农村中老年人群高血压患病情况及其影响因素[J].中国慢性病预防与控制,2012,20(2):175-177.

(收稿日期:2013-11-12 修回日期:2014-02-20)

自理模式对心肌梗死患者焦虑抑郁情绪和服药依从性的影响

李静波(首都医科大学附属北京世纪坛医院心内科 100038)

【摘要】 目的 研究和讨论 Orem 自理模式对急性心肌梗死患者住院焦虑抑郁情绪和出院后服药依从性的影响。**方法** 选取北京世纪坛医院 2011 年 4 月到 2012 年 12 月确诊为急性心肌梗死的患者 68 例,分为观察组和对照组,观察组采用 Orem 自理模式进行护理,对照组采用常规护理。经过 2、4 周护理之后,让患者填写焦虑抑郁评分量表,并对患者出院后服用依从性进行评价,分析和比较两组患者住院焦虑抑郁情绪和出院后服药依从性。**结果** 护理进行 2、4 周后患者分别填写抑郁自评量表,两组患者依从性评分差异有统计学意义($P<0.05$)。患者护理进行 4 周后患者分别填写满意评价表,观察组患者满意度明显优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。护理进行 2、4 周后患者分别填写依从性量表,两组评分差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** Orem 自理模式在急性心肌梗死患者中的应用效果显著,患者普遍满意,并且患者在抑郁和依从性方面也有显著改善。

【关键词】 Orem 自理模式; 急性心肌梗死; 焦虑抑郁情绪; 服药依从性
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.13.053 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)13-1862-02

急性心肌梗死是冠状动脉急性、持续性缺血缺氧所引起的心肌坏死,缺血缺氧的原因有很多,其中一个原因是因为冠状动脉粥样硬化致管腔狭窄导致供血不足,血脂和血压升高均能导致此病。患者心肌大面积缺血,如果抢救成功,那么患者心脏也会留下不可再恢复的伤害,心肌细胞不可再生的原因将导致患者心脏一直有潜在的、危及生命的危险^[1-2]。患者在进行抢救之后的心理和生理上都需要医护人员进行特殊护理,所以本院特开展临床护理试验,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2011 年 4 月至 2012 年 12 月确诊为急性心肌梗死的患者 68 例,分为观察组和对照组,观察组采用 Orem 自理模式进行护理,对照组采用常规护理。观察组共 34 例,男 21 例(22.64%),女 13 例(77.36%);年龄 32~81 岁,平均(64.7±3.2)岁。对照组 34 例,男 19 例(29.55%),女 15 例(70.45%);年龄 31~83 岁,平均(60.5±4.4)岁。两组患者性别、年龄、既往史等方面差异均无统计学意义($P>0.05$),具

有可比性。

1.2 方法 观察组:首先选择(1)完全补偿性护理:在患者心肌梗死发病 1~2 周内进行完全补偿性护理,即患者应该在这个时期采取绝对卧床休息,患者的一切事务都应该由责任护士进行护理,首先应该严密关注患者的生命体征,为患者做心电图监护,与医生讨论查看每天病情有无反复与变化,其次生活上对患者的进食、饮水,每天配合家属为患者擦身、清洁等。最后在心理上应该与患者多交流,多关注患者的心理健康等,为患者讲述病情,疏导心情,清除患者紧张、焦虑、不安的心情。(2)部分补偿护理:2~3 周时可进行部分补偿护理,在生活上,患者自己力所能及的地方需要医护人员帮助,并且引导患者自行完成,在生命体征平稳,病情平稳的情况下,可以让患者坐下,并完成一些简单的进食。进一步如果患者病情允许,可以让患者尽量在床上活动四肢,有时也可以让患者站立以及自主进食等。(3)辅导教育护理:患者经过第 3 周的部分补偿护理,过渡到第 4 周辅导教育护理,这一阶段的护理除了对身体日常