

病、疾病的严重程度和易感性、采取预防措施后收益的认识和态度^[5]，进而根据评估结果可设立教育目标，提高患者采取健康行为的信心，是激励和推动个体采取行动的主观原因。

良好的健康信念对健康行为的形成具有一定的促进作用，尤其是对承担健康责任和保持良好的营养状况方面行为的形成极其重要^[6]。结合本文，随着年龄的增长，信念水平越高。中年患者家庭的责任和工作压力增加，同时身体状况也比不上年轻时候，对于疾病易感性及严重性感知增加，促使他们更加重视自身健康，从而整体健康信念及动机增强；而青年患者此时大多数处于事业奋斗期，忙于生计，再加上还处于“年轻力壮”时期，往往会忽视自身的健康，相应的健康信念水平就比较低。本文显示，中青年冠心病患者 PCI 术后健康信念总分处在中等水平，说明中青年对于通过健康生活方式降低 PCI 术后风险的信念及动机不足，尚有提升空间，这与贾占花等^[7]研究的健康信念模式在老年冠心病健康教育中的结果一致。

中青年冠心病患者 PCI 术后健康信念水平受多因素影响。本文结果显示：学历、护理级别、居住地是患者健康信念的主要影响因素。学历一定程度上与主动学习的能力是相关的，文化程度较高的人群自身学习和吸收健康相关知识的能力较强，往往有更好的求医和遵医习惯，相应地其采取健康行为的自主意识也就高于文化程度低的。学历对患者健康信念水平基本呈正相关，这与庞振等^[8]研究吕巷镇老年人脑卒中高危人群健康知识、信念和行为调查及影响因素分析结果一致，与陈晟等^[9]研究上海大场社区高尿酸血症患者尿酸控制现状及健康信念影响因素结果一致。文化程度越高，脑卒中高危人群和高尿酸血症患者的健康信念得分越高。患者采取健康行为与冠心病的发病率和复发率密切相关，病情越严重，更容易采取健康行为^[10-11]。护理级别往往对应患者病情的严重程度，一级护理患者的病情相对于二级护理患者的病情会更重些。个体的健康行为受内在感知和外在环境的双重影响，城镇的医疗卫生资源较农村会更加完善，健康宣传服务类的活动较多，获取各类健康保健知识的渠道也比较多^[12]。

综上所述，中青年冠心病患者 PCI 术后健康信念水平略高于老年患者，但整体仍有待进一步提高。医护人员针对中青年冠心病 PCI 术后的患者应该加强健康指导与反馈，制订有针对性的健康教育，“因材施教”充分调动可利用的资源，

对患者进行健康信念的测量，再根据结果反馈调整改善护理措施和健康教育计划，提高患者的健康信念水平。此外，应进一步完善社区医疗卫生服务体系，让患者出院后也能受到有效的健康教育，促使患者能长期地采取健康行为，真正做到提高冠心病 PCI 术后患者的生活质量。

参考文献

- [1] 张庆荣. 基于跨理论模型的健康教育对急性心肌梗死 PCI 术后患者知行水平及生活质量的影响 [J]. 医学临床研究, 2019, 36 (4): 824-826.
- [2] 林雪琴, 黄文娟. 经皮冠状动脉介入术后冠心病患者健康促进行为与健康信念的相关性研究 [J]. 华南预防医学, 2019, 45 (4): 309-313, 340.
- [3] 孙阳阳, 隋萍, 张生平, 等. HBM 教育对 PCI 术病人疾病不确定感及负性情绪的影响研究 [J]. 循证护理, 2020, 6 (6): 555-559.
- [4] 田伟, 吴宁. 基于健康信念模式的冠心病患者体力活动影响因素分析 [J]. 齐鲁护理杂志, 2020, 26 (6): 27-31.
- [5] 徐君, 刘畅. 阶段变化理论导向的健康宣教对老年冠心病 PCI 术后患者 GSES 评分及健康行为的影响 [J]. 中外医学研究, 2020, 8 (15): 96-98.
- [6] 闫志如. 电话回访联合健康宣教对老年冠心病患者 PCI 术后遵医行为和自护能力的影响 [J]. 河南医学研究, 2019, 28 (22): 4200-4202.
- [7] 贾占花, 保成英, 等. 健康信念模式在老年冠心病 PCI 术后患者健康教育中的应用 [J]. 医学食疗与健康, 2020, 18 (07): 146, 149.
- [8] 庞振军, 姚文娟, 陆爱舟, 等. 吕巷镇老年人脑卒中高危人群健康知识、信念和行为调查及影响因素分析 [J]. 上海医药, 2021, 42 (2): 9-12.
- [9] 陈晟, 王敬丽, 郁晴文, 等. 上海大场社区高尿酸血症患者尿酸控制现状及健康信念影响因素 [J]. 慢性病学杂志, 2021, 22 (4): 510-514.
- [10] 赵萍, 黄燕林, 孙焱辉, 等. 高磷血症透析患者控磷饮食依从性现状与影响因素分析 [J]. 中国护理管理, 2021, 21 (1): 126-131.
- [11] 李欣欢, 仇华. 中青年冠心病患者自我管理行为对社会支持及生活质量的影响 [J]. 中国卫生工程学, 2020, 19 (3): 366-368.
- [12] 李君. 医院-社区-家庭一体化干预在冠心病 PCI 患者疾病控制中的效果 [J]. 中国临床护理, 2020, 12 (1): 43-46.

• 调查报告 •

福建省政和县城镇居民健康素养干预效果分析

福建省疾病预防控制中心 (福州 350001) 林本翔 陈锦辉 谢美美 伍莹

【摘要】 目的 分析福建省政和县城镇居民健康素养干预效果，探索在以农民为主、文化程度较低的城镇开展健康教育干预的策略。**方法** 采用多阶段整群随机抽样法在政和县 10 个乡镇社区抽取常住城镇居民作为调查对象，对比分析干预前后健康素养监测结果。**结果** 健康素养总具备率从干预前的 11.9% 提高到干预后的 20.3%，慢性病防治素养由 5.7% 提

高到 23.9%，健康生活方式与行为素养由 5.4% 提高到 18%，基本知识和理念素养由 18.7% 提高到 30.9%，基本健康技能素养由 23.3% 提高到 31%，传染病防治素养由 9.3% 提高到 16.3%。**结论** 对于以农民为主的城镇低文化程度群体，要采取形象、生动的宣教形式来提高其健康干预效果。

【关键词】城镇；健康素养；干预效果

【中图分类号】R193 【文献标识码】B 【文章编号】1002-2600(2021)06-0133-03

健康素养指个人获取和理解基本健康信息和服务，运用并做出正确决策，以维护和促进自身健康的能力，它既是健康促进与教育工作的目标，也是其效果评价的重要指标之一^[1]。地区经济水平、年龄、文化程度等因素对健康素养影响较大。政和是位于闽北山区的县城，曾因交通不便，导致经济、文化、教育和卫生等方面较为落后，常住城镇居民以老年人和留守儿童为主。政和县为 2018 年创建全国健康促进县区，本文通过分析实施干预措施前后政和居民的健康素养水平，以评价健康促进工作的效果，为山区县制定公共卫生政策和健康素养干预策略提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象：政和 10 个乡镇 15~69 岁常住的城镇居民，常住城镇居民指过去 12 个月内在政和县累计居住≥6 个月的家庭成员和非家庭成员（包括寄宿的亲戚、朋友、保姆、雇工等）。

1.2 方法：

1.2.1 抽样方法：分别于 2017 年 1—2 月（干预前）和 2018 年 2—4 月（干预后）两次采取多阶段分层整群随机抽样，首先在政和全县 10 个乡镇（镇）随机抽取 5 个乡镇；然后在抽到的每个乡镇（镇）随机抽取 2 个社区（村）；在每个社区（村）随机抽取 50 个常住家庭户；每个家庭户中所有 15~69 岁常住人口用 KISH 表法确定 1 人作为调查对象。**1.2.2 调查方法：**由省疾控中心统一培训的调查员采用入户面对面问卷调查。调查问卷使用 2015 年版《全国居民健康素养监测调查问卷》，问卷内容包括 3 个方面基本知识的理念素养和 6 类健康生活方式的行为素养。每个调查小组均配置 1 名懂方言的当地人员，问卷由调查对象自填为主，如不能独立填写，则由当地人员当面读题，调查员代为填写，调查问卷由复核员现场复核。

1.2.3 干预方法：本次健康素养干预对象为全县常住的城镇居民，以《中国健康素养 66 条》、重大疾病、传染病、主要慢性病的防治为核心信息；利用电视、网络媒体、知识读本、展板、宣传栏、海报、小册子、四平戏为宣传载体；以健康讲座、科技下乡活动、校园健康主题竞赛、全民体育赛事、健康（社区、村居、单位）的创建等干预形式和手段在全县范围内开展为期 1 年健康县区创建的干预活动。

1.2.4 评分标准：本次研究调查的题型有判断题、单选题、多选题及情景题。单选题和判断题正确得 1 分，错误不得分；多选题，全部正确得 2 分，漏选、错选不得分；情景题全部正确得 2 分，漏选、错选不得分，总分 65 分。回答正确率 80% 及以上的被调查对象视为具备健康素养。

1.3 统计分析：用 EpiData 3.02 软件录入核对数据，用 SPSS 19 软件统计分析。组间率的比较用 χ^2 检验， $P < 0.05$

差异有统计学意义。

2 结果

2.1 干预前后基本情况：干预前调查 575 人，收回有效问卷 557 份，有效率为 96.9%；干预后共调查 539 人，收回有效问卷 527 份，有效率为 97.8%。干预前后调查对象平均年龄为（49.1±11）岁和（48.2±10）岁，调查对象的民族均以汉族为主，职业以农民（含各类农村雇工）为主（分别 77.4% 和 75.1%）。政和为山区县，被调查对象的受教育程度较低，文化程度均以小学和初中为主，干预前后人口学特征，包括性别、年龄、文化程度、职业收入等方面的构成基本相似，差异均无统计学意义（ $P > 0.05$ ，表 1）。

表 1 干预前后人口学特征情况 [人 (%)]

人口学特征	干预前 (n=557)	干预后 (n=527)	χ^2 值	P 值
性别				
男	318 (57.1)	277 (52.6)	2.24	>0.05
女	239 (42.9)	250 (47.4)		
年龄				
15~岁	13 (2.3)	14 (2.7)	0.12	>0.05
25~岁	77 (13.8)	87 (16.6)	0.68	>0.05
35~岁	132 (23.7)	141 (26.9)	0.04	>0.05
45~岁	178 (32.0)	178 (34.0)	1.52	>0.05
55~岁	124 (22.3)	94 (17.8)	1.34	>0.05
65~岁	33 (5.9)	13 (2.5)	0.01	>0.05
文化程度				
不识字/识字很少	23 (4.1)	12 (2.3)	1.75	>0.05
小学	253 (45.4)	227 (43.1)	0.61	>0.05
初中	206 (37.0)	194 (36.8)	0.01	>0.05
高/职/中专	58 (10.4)	79 (15.0)	2.57	>0.05
大专及以上	17 (3.1)	15 (2.8)	0.04	>0.05
主要职业				
公职人员等	106 (19.0)	108 (20.5)	0.37	>0.05
学生	17 (3.1)	16 (3.0)	0	>0.05
农民(含雇工等)	431 (77.4)	400 (75.9)	0.10	>0.05
其他职业(含商业人士)	3 (0.5)	3 (0.6)	0.01	>0.05

2.2 干预前后多维度人群健康素养具备率：干预前后总具备率差异具有统计学意义（ $P < 0.01$ ），其中各维度健康素养知识具备率在干预后提高最多的分别是慢性病防治、健康生活方式与行为、基本知识和理念、基本健康技能、传染病防治，差异均有统计学意义（ P 值均 < 0.05 ），而科学健康观、基本医疗知识、健康信息干预前后差异无统计学意义（ P 值均 > 0.05 ）。见表 2。

表 2 干预前后健康知识和行为素养具备情况 [人 (%)]

项目	干预前 (n=557)	干预后 (n=527)	χ^2 值	P 值
基本知识和理念	104 (18.7)	163 (30.9)	21.91	<0.05
健康生活方式与行为	30 (5.4)	95 (18.0)	42.41	<0.05
基本健康技能	130 (23.3)	163 (31.0)	7.91	<0.05
科学健康观	224 (40.2)	225 (42.7)	0.68	>0.05
传染病防治	52 (9.3)	86 (16.3)	11.89	<0.05
安全与急救	262 (47.0)	295 (56.0)	8.66	<0.05
慢性病防治	32 (5.7)	126 (23.9)	71.75	<0.05
基本医疗知识	108 (19.3)	104 (19.7)	0.02	>0.05
健康信息	159 (28.6)	143 (27.1)	0.27	>0.05
总具备率	66 (11.8)	107 (20.3)	14.43	<0.05

3 讨论

城镇居民健康是当地社会经济发展的前提和基础。健康状况的好坏与健康素养水平高低密切相关^[2]。健康素养水平低的人,防病保健知识较缺乏,自我健康管理能力较低^[3],面对危害自身健康的情况时主动采取改变不良行为的措施少,延误治疗使疾病发展加速,导致当地医疗支出增多,财政负担加重,影响经济发展^[4]。本次研究结果显示,干预后政和城镇居民健康素养总体水平由 11.8% 提高到 20.3%,可见为期 1 年的多形式、多手段的干预活动起到了较好效果。说明在城镇、农村充分针对居民特点,应用口口相传、方言讲座等多种手段,开展经常性健康教育与促进行动是提高健康素养水平的重要手段;特别是干预后慢性病防治、传染病防治健康素养水平的大幅度提升,表明把慢性病和传染病等防控知识融入戏曲、方言等当地特色文化,再辅以电

视、本土戏剧为载体的形象宣传手段,对文化程度较低的居民(农民)来说形式是新颖的,结合科技三下乡来举办健康素养巡回宣讲团效果是显著的。健康素养水平的提高将进一步降低当地医疗费用的支出,促进当地经济的发展和社会的稳定。

居民健康素养水平的提高是一项复杂的系统工程,本次研究的时间较短,结论未能全面体现干预后的效果;由于采取分层整群随机抽样,未能排除某些可能影响结果的混杂因素,因此有可能对结果造成偏倚。建议通过本次干预活动在当地建立健康素养观测网络,动态跟踪干预后当地居民健康素养的变化,找出影响健康素养水平更多的因素,进一步采用多种手段和模式,因地制宜地开展健康教育工作,确保当地居民的健康素养水平能够稳步提高。

参考文献

- [1] 国家卫生和计划生育委员会宣传司,中国健康教育中心. 2013 年中国居民健康素养监测报告 [EB/OL]. [2014-12-17]. <http://www.nhc.gov.cn/xcs/s3582/201412/971753f8b9504-caba6e081cb88cf6a58.shtml>.
- [2] 严丽萍,许玲,田向阳,等. 中国三省农村居民健康素养个体和社会因素分析 [J]. 中国公共卫生, 2013, 29 (5): 660-662.
- [3] Baker D W, Wolf M S, Feinglass J, et al. Health literacy and mortality among elderly persons [J]. Arch Intern Med, 2007, 167 (14): 1303-1509.
- [4] Morrow D, Clark D, Tu W, et al. Correlates of health literacy inpatients with chronic heart failure [J]. Gerontologist, 2006, 46 (5): 669-676.

• 调查报告 •

福州市省属三甲医院 ICU 护士共情疲劳现状调查及影响因素分析

福建医科大学附属第一医院(福州 350005) 张巧仙 张琳 林蓉金¹

【关键词】ICU; 护士; 共情疲劳; 工作环境; 心理弹性

【中图分类号】R192.6 【文献标识码】B 【文章编号】1002-2600(2021)06-0135-03

共情疲劳是指救助人员在向救助对象提供帮助的过程中,因为共情投入而受到二次创伤或卷入性体验,导致救助人员对其救助对象的共情能力和兴趣降低,随之对助人工作产生倦怠感^[1-3]。研究显示,临床护士处于中、高危水平的二次创伤和中、高危水平的倦怠^[4-6]。与普通临床科室的护士相比,ICU 护士工作性质较为特殊,可能产生更高水平的共情疲劳^[7-8]。但目前关于 ICU 护士共情疲劳及其影响因素的研究较少,因此本研究旨在调查 ICU 护士共情疲劳现状,分析工作外环境及自我心理内环境与共情疲劳的关系,为促进护士积极工作和提高护理质量提供依据。

1 对象与方法

1.1 对象: 2019 年 11 月 20 日至 2020 年 2 月 28 日,采取方便抽样,对福州市省属三甲医院 335 名 ICU 护士进行调查。纳入标准:从事 ICU 护理工作并且自愿参与本研究的注册护士。排除标准:1) 进修护士、轮转或规培护士;2) 请假、外出学习的护士。

1.2 方法:

1.2.1 调查工具: 1) 中文版共情疲劳简量表:该量表由 Adams 等人最初编制而成,经楼宝娜等学者翻译修订,包括二次创伤与职业倦怠两个维度,分数越高说明共情疲劳程

1 通信作者, Email: nplrj@126.com