

社区老年冠心病患者健康管理现状及对策研究

臧翠翠, 陆永辉, 姜宝秀

山东省中医药研究院, 山东 济南 250014

DOI:10.61369/MRP.2026070018

摘 要 : 目的 研究社区老年冠心病患者健康管理现状和对策。方法 通过便利抽样选取2025年3月至2025年10月山东8个社区600名老年冠心病患者进行问卷调查, 采用一般情况问卷调查表、健康促进生活方式量表-II、服务需求及供应现状问卷调查表进行调查, 分析影响社区老年冠心病患者健康管理现状和影响因素。结果 老年冠心病患者健康促进生活方式总分为 (125.91 ± 25.70) 分; 4个地区老年冠心病患者对疾病健康知识的知晓度和需求意向总体比较差异有统计学意义($P < 0.05$); 不同年龄、婚姻状况、现居住地、月收入、医保报销方式、所患其他慢病种数对健康促进生活量表总分的影响差异有统计学意义($P < 0.05$), 其中年龄、居住地为省级城市、地级城市为主要影响因素; 4个地区老年冠心病患者风险期、治疗期、康复期干预服务的供应现状和满意度总体比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 老年冠心病患者健康促进生活方式水平处于“一般”状态, 对干预服务的供应及满意度受所在地区影响, 应通过培养正确的健康观、提高干预服务的精准性及有效性、提供更加优质的服务等手段进一步完善社区老年冠心病健康管理服务。

关 键 词 : 老年; 冠心病; 健康管理; 对策

Research on the Current Situation and Countermeasures of Health Management for Elderly Patients with Coronary Heart Disease in the Community

Zang Cuicui, Lu Yonghui, Jiang Baoxiu

Shandong Academy of Chinese Medicine, Jinan, Shandong 250014

Abstract : Objective: To study the current status and countermeasures of health management for elderly patients with coronary heart disease in the community. Methods: A total of 600 elderly patients with coronary heart disease from 8 communities in Shandong Province were selected through convenience sampling from March 2025 to October 2025. A questionnaire survey was conducted using the general situation questionnaire, the Health-Promoting Lifestyle Profile-II, and the questionnaire on service demand and supply status. The current status and influencing factors of health management for elderly patients with coronary heart disease in the community were analyzed. Results: The total score of the health-promoting lifestyle of elderly patients with coronary heart disease was (125.91 ± 25.70) points. There were statistically significant differences in the awareness and demand intention of disease health knowledge among elderly patients with coronary heart disease in the four regions ($P < 0.05$). There were statistically significant differences in the total score of the health-promoting lifestyle scale among different ages, marital statuses, current places of residence, monthly incomes, medical insurance reimbursement methods, and the number of other chronic diseases ($P < 0.05$), among which age and residence in provincial or prefectural cities were the main influencing factors. There were statistically significant differences in the supply status and satisfaction of intervention services during the risk period, treatment period, and rehabilitation period among elderly patients with coronary heart disease in the four regions ($P < 0.05$). Conclusion: The health-promoting lifestyle level of elderly patients with coronary heart disease is in a "moderate" state. The supply and satisfaction of intervention services are affected by the region. Further improvement of health management services for elderly patients with coronary heart disease in the community should be achieved through cultivating correct health concepts, enhancing the precision and effectiveness of intervention services, and providing higher-quality services.

Keywords : elderly; coronary heart disease; health management; countermeasures

基金项目: 山东省医药卫生科技项目(202415020937); 山东省中医药科技项目(Z20242225)

作者简介: 臧翠翠(1984—), 女, 山东济南, 硕士, 副主任医师, 研究方向: 老年病的防治及病脉关系客观化研究。

随着社会的进步和人口老龄化的加剧，老年人的健康管理日益受到重视。相关结果显示，全国60岁及以上老年人口达2.6亿^[1]，我国已进入深度老龄化社会^[2]。年龄作为冠心病（coronary heart disease, CHD）^[3]的传统危险因素^[4]，严重影响老年人身心健康。冠心病患病率日益升高，严重影响老年人的健康甚至生命，降低了老年人的期望寿命与生活质量，也增加了家庭与社会的经济负担，成为严重影响老年人生活质量的重大公共卫生问题^[5]。

随着“疾病医学”向“健康医学”理念的转变，将合理有效的健康管理措施贯穿于疾病的发生、发展、转归及预后的全过程，将有效降低医疗成本和疾病负担，提高健康收益和生活质量。因此，制定科学的健康管理策略在社区老年冠心病防治过程中尤为重要。本研究旨在研究老年 CHD 患者健康管理现状和对策，为进一步完善社区老年冠心病患者的健康管理奠定基础，为更好地提高老年人的生活质量提供依据。

一、对象与方法

（一）研究对象

选取2025年3月至2025年10月来自山东省的副省级城市、地级城市、县级、乡镇级的8个社区600名老年冠心病患者进行问卷调查，采用随机原则。纳入标准：①年龄≥60岁；②无明显认知功能障碍、视听和交流障碍者；③知情同意且自愿参与本研究。排除标准：①有精神疾病或意识不清者；②合并其他重要脏器功能严重损害者。根据 Logistic 回归分析法计算公式计算样本量，至少达到研究变量个数的15~20倍^[6]。

（二）研究工具

1. 一般情况问卷调查表

在查阅相关文献的基础上设计一般情况问卷调查表，包括性别、年龄、文化程度、婚姻状况、经济状况（月平均收入）等内容。

2. 健康促进生活方式量表-II（health promoting lifestyle profile-II, HPLP-II）用于个体采取健康促进行为频次的测量，由 WALKER 等^[7]根据健康促进生活量表（health promoting lifestyle profile, HPLP）修订而成。由6个分量表（运动、营养、健康责任、压力管理、自我实现和人际关系）组成，共包含52个促进健康的行为项目。评分采用李克特4级评分法，1分为“从不”，4分为“总是”，总分为52~208分，分值越高代表生活方式越健康。

3. 服务需求及供应现状问卷调查表：包括疾病健康知识、运动指导、饮食指导、用药指导、心理干预、满意度6方面内容。

（三）资料收集方法

调查员在调查前进行系统培训，采用现场问卷调查的方式，征求患者的知情同意，讲明填写方法和要求，填写完毕时及时检查有无漏项和错误并当场收回。

本次调查实际发放问卷600份，收回有效问卷580份，剔除不合格问卷20份，问卷有效率达96.7%。

（四）统计学方法

采用 SPSS 26.0 统计软件对数据进行统计学分析。计量资料采用均数 ± 标准差表示，比较采用 t 检验和方差分析；计数资料采用例数和百分比表示，比较采用卡方检验。采用多元回归分析影响因素，P < 0.05 为差异有统计学意义。

二、结果

（一）社区老年 CHD 患者自我管理情况

社区老年 CHD 患者 HPLP-II 总分为（125.91 ± 25.70）分，生活方式处于“一般”状态。见表1。

表1 580例社区老年 CHD 患者 HPLP-II 得分情况（分）

维度	最小值	最大值	实际得分	条目均分
运动	9	32	16.02 ± 5.46	2.04 ± 0.73
营养	12	36	24.03 ± 4.43	2.70 ± 0.52
健康责任	9	36	21.42 ± 4.75	2.35 ± 0.50
压力管理	10	31	19.26 ± 4.49	2.38 ± 0.53
自我实现	8	35	21.84 ± 5.50	2.38 ± 0.58
人际关系	9	36	23.25 ± 4.85	2.57 ± 0.55
总分	57	206	125.91 ± 25.70	2.47 ± 0.54

（二）社区老年 CHD 患者 HPLP-II 单因素分析

不同性别、年龄、文化程度、婚姻状况、现居住地、月收入、医保报销方式、主要照顾者、所患其他慢病种数比较，差异有统计学意义（P < 0.05）。见表2。

表2 580例社区老年 CHD 患者 HPLP-II 单因素分析

项目	分组	例数	得分 / 分	t/F 值	P 值
性别	男	289	120.12 ± 25.24	5.601	< 0.001
	女	291	131.66 ± 24.42		
年龄（岁）	60~69	240	133.48 ± 24.81	25.623	< 0.001
	> 69~79	227	123.92 ± 24.54		
	> 79	113	113.82 ± 24.62		
文化程度	小学及以下	289	119.24 ± 24.55	16.582	< 0.001
	初中	178	129.33 ± 25.69		
	高中 / 中专	82	139.00 ± 24.23		
婚姻状况	大专及以上	31	133.79 ± 25.86	6.551	< 0.001
	未婚	3	132.35 ± 13.53		
	已婚	409	126.93 ± 26.35		
现居住地	离异	31	140.47 ± 23.76	21.813	< 0.001
	丧偶	137	119.43 ± 23.82		
	乡镇	178	116.90 ± 24.86		
	县级	139	121.93 ± 15.87		
	地级	113	134.04 ± 24.65		
	省级	150	134.17 ± 24.61		

月收入 (元)	< 1000	81	112.71 ± 22.34	13.322	< 0.001
	1000~ < 3000	303	125.18 ± 23.48		
	3000~ < 5000	151	131.78 ± 25.83		
	≥ 5000	45	134.91 ± 24.65		
	职工、城镇	291	132.81 ± 24.87	18.274	< 0.001
医保报销 方式	新农合	278	118.22 ± 23.43		
	商业	2	129.47 ± 24.79		
	自费	9	139.67 ± 23.52		
	无	41	137.56 ± 24.73	8.702	< 0.001
主要照 顾者	配偶	210	130.49 ± 26.34		
	子女	303	121.87 ± 24.89		
	外请陪护	26	117.54 ± 22.57		
所患其他 慢病 (种)	0	95	120.26 ± 21.53	4.563	< 0.010
	1	240	124.46 ± 23.83		
	2	199	128.78 ± 22.51		
	≥ 3	46	132.70 ± 24.71		

（三）社区老年 CHD HPLP-II 多因素分析

多因素分析结果表明，年龄、居住地为省级城市、地级城市是影响健康促进生活方式的主要因素（ $P < 0.05$ ）。见表3、表4。

表3 变量赋值表

变量名	因素	赋值说明
X_1	年龄（岁）	60-69=1, > 69-79=2, > 79=3
X_2	婚姻状况	未婚=1, 已婚=2, 离异=3, 丧偶=4
X_3	现居住地	乡镇=1, 县级=2, 地级=3, 省级=4
X_4	月收入（元）	< 1000=1, 1000- < 3000=2, 3000- < 5000=3, ≥ 5000=4
X_5	医保报销方式	职工、城镇=1, 新农合=2, 商业=3, 自费=4

表4 580例社区老年 CHD 患者 HPLP-II 多因素分析

X_6	所患其他慢病（种）	0=1, 1=2, 2=3, $\geq 3=4$
Y	HPLP-II 总分	实测值

表 4 580 例社区老年 CHD 患者 HPLP-II 多因素分析

因素	β	B	S.E.	t 值	P 值
常数项	—	61.476	6.968	8.532	< 0.001
年龄（岁）	-0.199	-4.682	0.341	4.597	< 0.001
居住地					
省级	0.201	6.465	0.142	3.248	< 0.001
地级	0.197	6.372	0.267	3.142	< 0.001

（四）社区老年 CHD 患者服务需求及供应现状情况

1. 各地老年 CHD 患者对疾病健康知识的知晓度和需求意向总体情况
4 个地区老年 CHD 患者对疾病健康知识的知晓度和需求意向总体比较，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表5。

表5 各地老年 CHD 患者对疾病健康知识的知晓度和需求意向总体情况比较 [n (%)]

地区分布	例数	知晓度	需求意向
省级城市	150	136 (90.67)	118 (78.67)
地级城市	113	93 (82.30)	92 (81.42)
县级城市	139	104 (74.82)	110 (79.14)
乡镇	178	127 (71.35)	165 (92.70)
χ^2 值		22.14	11.85
p值		<0.001	0.008

2. 各地老年 CHD 患者疾病的不同发展阶段干预服务的供应现状及满意度

（1）各地老年 CHD 患者风险期干预服务的供应现状及满意度
总体情况比较 4 个地区的社区干预服务的供应现状及满意度总体比较，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表6。

表6 各地老年 CHD 患者风险期干预服务的供应现状及满意度总体情况比较 [n (%)]

地区分布	例数	疾病知识指导	运动指导	饮食指导	用药指导	心理干预	满意度
省级城市	49	27 (55.10)	20 (40.82)	29 (59.18)	21 (42.86)	14 (28.57)	35 (71.43)
地级城市	35	10 (28.57)	13 (37.14)	14 (40.00)	18 (51.43)	10 (28.57)	16 (45.71)
县级城市	40	8 (20.00)	9 (22.50)	20 (50.00)	10 (25.00)	8 (20.00)	10 (25.00)
乡镇	56	23 (41.07)	17 (30.36)	22 (39.29)	21 (37.50)	9 (16.07)	37 (66.07)
χ^2 值		13.16	10.2	14.54	12.4	11.9	23.81
p值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

（2）各地老年 CHD 患者治疗期干预服务的供应现状及满意度
总体情况比较 4 个地区的社区干预服务的供应现状及满意度总体比较，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表7。

表7 各地老年 CHD 患者治疗期干预服务的供应现状及满意度总体情况比较 [n (%)]

地区分布	例数	疾病知识指导	运动指导	饮食指导	用药指导	心理干预	满意度
省级城市	55	49 (89.09)	41 (74.55)	41 (74.55)	45 (81.82)	40 (72.73)	55 (100.00)
地级城市	50	35 (70.00)	36 (72.00)	35 (70.00)	39 (78.00)	18 (36.00)	47 (94.00)
县级城市	66	39 (59.09)	40 (60.61)	48 (72.73)	45 (68.18)	20 (30.30)	54 (81.82)
乡镇	60	35 (58.33)	30 (50.00)	34 (56.67)	56 (93.33)	11 (18.33)	44 (73.33)
χ^2 值		16.42	9.43	5.41	12.71	39.51	21.24
p值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

(3) 各地老年 CHD 患者康复期干预服务的供应现状及满意度总体情况比较 4 个地区的社区干预服务的供应现状及满意度总体比较, 差异有统计学意义 (P < 0.05)。见表 8。

表 8 各地老年 CHD 患者康复期干预服务的供应现状及满意度总体情况比较 [n (%)]

地区分布	例数	疾病知识指导	运动指导	饮食指导	用药指导	心理干预	满意度
省级城市	46	40 (86.96)	34 (73.91)	36 (78.26)	39 (84.78)	30 (65.22)	43 (93.48)
地级城市	28	19 (67.86)	14 (50.00)	18 (64.29)	22 (78.57)	5 (17.86)	26 (92.86)
县级城市	33	13 (39.39)	13 (39.39)	14 (42.42)	23 (69.70)	6 (18.18)	30 (90.91)
乡镇	62	13 (20.97)	12 (19.35)	13 (20.97)	12 (19.35)	13 (20.97)	19 (30.65)
χ^2 值		12.21	19.06	22.06	21.85	15.28	18.16
p 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

三、讨论

(一) 社区老年 CHD 患者自我管理情况欠佳

本研究中老年 CHD 患者 HPLP-II 总分为 (125.91 ± 25.70) 分, 处于一般水平, 说明老年 CHD 患者生活方式不太健康, 健康观有待进一步提升。本研究与刘秀芬等^[8]对 CHD 患者健康促进生活方式的研究结果一致。相关研究表明^[9], 以运动为基础的心脏康复是心血管疾病患者达到全方位康复状态的理论和方法之一。但仍有较多的患者由于对疾病的恐惧而回避运动, 据统计, 30% 的女性不做任何运动^[10]。此外, HPLP-II 中“压力管理”得分也较低, 平均为 (19.26 ± 4.49) 分, 相关研究表明^[11], 负面情绪可影响 CHD 的转归, 由于各种慢性疾病症状的困扰和生活压力的影响, 导致老年 CHD 患者更易出现情绪困境。近年来, 随着人口老龄化的加速和不良生活方式的增加, 我国 CHD 患者正快速增长, 防控形势愈加严峻^[12]。健康的生活方式对社区老年 CHD 患者尤为重要, 相关部门及服务机构应继续普及“大健康”理念, 借助知识讲座、新媒体、志愿者服务、义诊等多种方式, 积极宣传健康生活新理念, 逐渐将过去的“治病”观念转变为“预防、健康”观念, 从“治已病”转为“治未病”^[13]。

(二) 社区老年 CHD 患者健康促进生活方式相关影响因素

1. 年龄

本研究显示, 年龄越高的老年 CHD 患者 HPLP-II 得分越低, 这可能与高龄患者获取疾病的相关知识、理解并应用疾病相关知识的能力退化有关^[14]。医务人员应根据患者的不同年龄开展相应的健康教育, 宣传老年健康知识和医疗卫生知识, 重视疾病预防, 提倡均衡膳食、科学健康的生活方式, 在社区范围内营造

主动健康的浓厚氛围^[15]。

2. 居住地

本研究中, 居住地为省级和地级城市的老年 CHD 患者 HPLP-II 得分远高于乡镇的患者, 城乡差异的形成可能与乡镇居民对自身健康的关注程度不够以及经济收入限制等有关。医务人员应根据患者的地域特征进行健康教育, 同时加大对农村基层医疗的资源配置及社会保障制度, 提供公益性的医疗护理服务。

(三) 社区老年 CHD 患者服务需求及供应不匹配

本研究结果显示, 社区老年 CHD 患者对健康知识需求意向最高的是乡镇级社区, 说明乡镇级社区在对疾病健康知识的普及方面还有待于进一步加强。风险期、治疗期、康复期干预服务的供应现状及满意度总体比较有明显差异 (P<0.05), 其中, 省级社区的供给最好, 满意度也最高; 县级和乡镇社区的供给较差, 满意度也较低。说明地区分布级别越高, 医疗资源越丰富, 干预服务效果越好, 满意度越高。因此, 应加强对基层社区的统筹管理, 提高干预服务的精准性及有效性, 从而取得未病先防、既病防变、瘥后防复之效。

四、小结

社区老年 CHD 患者自我管理情况欠佳, 年龄、居住地为省级城市、地级城市为老年 CHD 患者健康促进生活方式的主要影响因素, 老年 CHD 患者服务需求及供应不匹配。因此, 老年 CHD 患者应培养健康的生活方式, 服务机构应优化资源配置, 建立有效的层级间传导机制, 提高干预服务的精准性及有效性, 协同发力, 共同提高社区健康管理服务水平。

参考文献

[1] 许春. 我国人口老龄化现况 [J]. 中国农村卫生事业管理, 2021, 41(11): 823.
[2] 袁国香, 袁家美, 樊冬梅. 家属参与式护理对老年冠心病患者的效果观察 [J]. 心理月刊, 2022, 17(16): 195-197.
[3] 陈露, 贾婷婷, 马蕊, 等. 社区老年人医养健康服务需求现状及其影响因素研究 [J]. 卫生软科学, 2023, 37(03): 31-37.
[4] 魏倩. 冠心病病因、机理及预防 [J]. 中外医学研究, 2011, 9(28): 140-141.
[5] 朱德建, 吕紫梦. 冠心病的病因病机及辨证分型 [J]. 中医药信息, 2019, 36(02): 95-99.
[6] 孙振球, 徐勇勇. 医学统计学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2014: 547-794.
[7] WALKER S, SECHRIST K, PENDER N. The health-promoting lifestyle profile II [D]. Omaha: University of Nebraska Medical Center, 1995.
[8] 刘秀芬, 王立军, 贾彩丽, 等. 冠心病患者健康促进生活方式的调查与分析 [J]. 中华现代护理杂志, 2010, 16(7): 756-758.
[9] 申思思, 王咏梅, 徐静. 全方位护理对急性 ST 段抬高型心肌梗死患者经皮冠状动脉介入治疗术后近期预后的影响 [J]. 浙江临床医学, 2022, 24(8): 1227-1229.
[10] 张航向, 宁晓喧, 王晓明. 女性心血管疾病的研究进展 [J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2015, 17(1): 95-97.
[11] 吴国华, 孙秀华. 应用移动互联网平台对急性冠脉综合征治疗后负面情绪干预的效果观察 [J]. 浙江临床医学, 2022, 24(7): 1087-1089.
[12] 郭红鑫, 朱明军, 于瑞, 等. 基于三级防控的 255 例心肌梗死患者中医健康管理效果评价的单臂队列研究 [J]. 中医杂志, 2024, 65(08): 821-829.
[13] 郭红莉, 巨晓斌, 淡增刚, 等. 治未病理念在社区脑血管病防护中应用 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2022, 20(12): 139-140, 195.
[14] 周文静, 董田甜. 基于 SFIC 模型的健康治理发展现状与优化路径 [J]. 卫生经济研究, 2025, 42(9): 6-9.
[15] 田文静, 张红英, 孙雨茜, 等. 主动健康在社区慢性病管理中的应用进展 [J]. 老年医学研究, 2024, 5(02): 70-73.