

老年缺血性脑卒中患者健康赋权的潜在剖面分析



王静雪¹, 刘亚美¹, 边笑笑¹, 梁泽华¹, 薛文函¹, 王辰¹, 王浩², 张艳菊³, 李向华³

1. 承德医学院护理学院 (河北承德 067000)
2. 沧州市人民医院重症医学科 (河北沧州 061000)
3. 沧州市人民医院护理部 (河北沧州 061000)

【摘要】目的 探讨老年缺血性脑卒中患者健康赋权的潜在剖面分型, 并分析不同剖面的影响因素。**方法** 采用便利抽样法, 选取 2025 年 1 月至 6 月河北省沧州市某三级甲等医院神经内科收治的老年缺血性脑卒中患者为研究对象。采用一般资料调查表、Barthel 指数量表、老年慢性病患者健康赋权量表、慢性病患者健康素养量表和家庭关怀度指数量表对患者开展问卷调查。**结果** 共纳入 265 例患者, 识别出 3 个健康赋权的潜在剖面: 低健康赋权 - 高增长知识组 (20.75%)、中健康赋权 - 高重建自我组 (49.06%) 和高健康赋权 - 高获取支持组 (30.19%)。年龄、常住地、主要照顾者、日常生活活动能力、健康素养得分和家庭关怀度得分是老年缺血性脑卒中患者健康赋权潜在剖面的影响因素 ($P < 0.05$)。**结论** 老年缺血性脑卒中患者健康赋权存在异质性, 且受多种因素影响。医护人员应及时判断患者健康赋权所属类别及其影响因素, 实施精准干预, 从而有效提高患者的健康赋权水平, 增强其健康管理效能。

【关键词】 缺血性脑卒中; 老年患者; 健康赋权; 潜在剖面分析

【中图分类号】 R 473.74 **【文献标识码】** A

Latent profile analysis of health empowerment in elderly patients with ischemic stroke

WANG Jingxue¹, LIU Yamei¹, BIAN Xiaoxiao¹, LIANG Zehua¹, XUE Wenhan¹, WANG Chen¹,
WANG Hao², ZHANG Yanju³, LI Xianghua³

1. School of Nursing, Chengde Medical University, Chengde 067000, Hebei Province, China
 2. Department of Intensive Care Medicine, Cangzhou People's Hospital, Cangzhou 061000, Hebei Province, China
 3. Department of Nursing, Cangzhou People's Hospital, Cangzhou 061000, Hebei Province, China
- Corresponding author: LI Xianghua, Email: lxh20100101@sina.cn

【Abstract】Objective To explore the latent profile classification of health empowerment in elderly patients with ischemic stroke and to analyze the influencing factors of different profiles.
Methods Elderly patients with ischemic stroke admitted to the department of neurology of a Grade-A tertiary hospital in Cangzhou City, Hebei Province, from January to June 2025 were selected as the research subjects by using the convenience sampling method. A questionnaire survey was conducted among the research subjects using the general information questionnaire, Barthel

DOI: 10.12173/j.issn.1004-4337.202508023

基金项目: 2022 年度河北省医学科学研究课题 (20220300)

通信作者: 李向华, 主任护师, 硕士研究生导师, Email: lxh20100101@sina.cn

Index Scale, Health Empowerment Scale for Elderly Patients with Chronic Disease, Health Literacy Management Scale and Family APGAR Index Scale. **Results** A total of 265 patients were included. Three latent profiles of health empowerment were identified: the low health empowerment-high growth knowledge group (20.75%), the medium health empowerment-high self-reconstruction group (49.06%), and the high health empowerment-high access to support group (30.19%). Age, place of residence, primary caregiver, activities of daily living, health literacy scores and family care degree scores were the influencing factors of the latent profile of health empowerment in elderly patients with ischemic stroke ($P < 0.05$). **Conclusion** There was heterogeneity in the health empowerment of elderly patients with ischemic stroke, which was influenced by multiple factors. Medical staff should promptly determine the category of patients' health empowerment and the influencing factors, so as to carry out precise intervention, effectively improve patients' health empowerment level and enhance their health management efficiency.

【Keywords】 Ischemic stroke; Elderly patients; Health empowerment; Latent profile analysis

缺血性脑卒中是一种常见的脑血管疾病, 严重危害患者的身心健康, 并对健康结局产生不良影响^[1-2]。患者需积极有效管理自身疾病, 这要求其具有良好的健康赋权水平。然而, 目前多数患者的健康赋权能力有限, 个人健康管理效能不佳。健康赋权属于健康管理的范畴, 既是过程, 也是结果^[3]。一方面, 是个体通过与医护人员积极互动来挖掘知识和自身潜力, 增强信念, 提升自我意识, 实现自我发展, 从而控制疾病、促进健康的过程^[4-5]; 另一方面, 作为结果, 其强调个体与社会资源进行互动以获得健康管理能力^[3]。目前, 针对脑卒中患者健康赋权研究侧重于过程层面的探讨, 较少研究从结果层面出发, 系统分析其影响因素。相关研究表明, 提高老年慢性病患者健康赋权水平有助于增强其健康管理效能, 改善生活质量^[6-8]。老年人健康赋权水平通常低于年轻人^[9], 而缺血性脑卒中患者又以老年群体为主。现有大部分聚焦于患者健康赋权的研究通过量表同质性分析健康赋权水平, 未能充分考虑患者个体异质性。潜在剖面分析是一种以个体为导向的统计分析方法, 能够较好地解决个体异质性问题。本研究基于潜在剖面分析探讨老年缺血性脑卒中患者的健康赋权分类特征及其影响因素, 以期老年缺血性脑卒中患者的健康赋权干预提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 研究对象

采用便利抽样法, 选取 2025 年 1 月至 6 月河北省沧州市某三级甲等医院神经内科收治的老年缺血性脑卒中患者为研究对象。纳入标准:

①年龄 ≥ 60 岁; ②符合《中国各类主要脑血管病诊断要点 2019》^[10] 中缺血性脑卒中的诊断标准, 经颅脑计算机断层扫描 (computed tomography, CT) 或磁共振成像 (magnetic resonance imaging, MRI) 确诊为缺血性脑卒中; ③经治疗病情稳定, 意识清楚, 且具备正常的阅读理解和语言表达能力; ④知情同意且自愿参与本研究。排除标准: ①合并严重心、肝、肾等脏器损害或其他严重躯体疾病; ②既往患有或现患精神类疾病; ③中途放弃填写问卷。根据 Kendall 样本量估计方法, 基于研究变量 5~10 倍计算原则, 并考虑 20% 的问卷丢失率及无效应答率, 本研究至少应纳入 144 例样本。本研究经沧州市人民医院伦理委员会批准 (K2024-200-04)。

1.2 研究工具

1.2.1 一般资料调查表

一般资料调查表由研究者自主设计, 主要包括 14 个条目: 性别、年龄、常居住地、文化程度、婚姻状况、家庭人均月收入、医疗付费方式、目前的居住状态、主要照顾者、主要照顾者的健康状况、日常生活活动能力、缺血性脑卒中病程、发作次数及合并疾病数量。

1.2.2 Barthel 指数量表

Barthel 指数量表 (Barthel Index, BI) 由美国学者 Mahoney 和 Barthel^[11] 于 1965 年编制, 其 Cronbach's α 系数为 0.916。该量表共包含 10 个条目, 总分为 100 分, 得分越高代表患者的日常生活活动能力越好。该量表主要应用于一般资料调查表中疾病相关因素部分, 用以评估患者的日常生活活动能力。

1.2.3 老年慢性病患者健康赋权量表

老年慢性病患者健康赋权量表由杨阳等^[12]于 2017 年研制, Cronbach's α 系数为 0.904。该量表共 26 个条目, 包括责任信念、获取支持、增长知识、参与治疗和重建自我 5 个维度, 采用 Likert 5 级评分法, 得分越高说明患者的健康赋权能力越强。

1.2.4 慢性病患者健康素养量表

慢性病患者健康素养量表 (Health Literacy Management Scale, HeLMS) 由 Jordan 等^[13]编制并由孙浩林等^[14]修订, Cronbach's α 系数为 0.902。该量表包括信息获取能力、交流互动能力、改善健康意愿和经济支持意愿 4 个维度, 共 24 个条目。采用 Likert 5 级计分法, 总分 < 96 分为健康素养缺乏, ≥ 96 分为健康素养良好。

1.2.5 家庭关怀度指数量表

家庭关怀度指数量表 (Family APGAR Index, APGAR) 由 Smikstein 等^[15]于 1978 年编制、后经吕繁等^[16]修订, 其 Cronbach's α 系数为 0.810。该量表包括适应度、合作度、成长度、情感度和亲密度, 共 5 个条目, 采用 Likert 3 级评分法, 得分越高表明患者的家庭功能越好。

1.3 资料收集

研究人员在发放问卷前向研究对象解释问卷填写相关注意事项, 并及时解答研究对象关于问卷填写的疑问。若研究对象由于某些原因 (如文化程度较低等) 无法自行填写问卷, 则所有问卷条目可由调查者本人以中性无暗示的方式逐条阅读、询问并记录, 结束后由调查者核对确认。

1.4 统计分析

采用 Mplus 8.3 软件对老年缺血性脑卒中患者健康赋权量表的 5 个维度进行潜在剖面分析, 模型拟合指标如下: ①艾凯克信息准则 (Akaike information criterion, AIC)、贝叶斯信息准则 (Bayesian information criterion, BIC) 和样本校正的贝叶斯信息准则 (adjusted Bayesian information criterion, aBIC), 其值越小说明模型拟合越好; ②信息熵 (entropy), 取值 0~1 之间, 越接近 1 说明分类越精确; ③罗-梦戴尔-鲁本校正似然比检验 (Lo-Mendell-Rubin adjusted likelihood ratio test, LMRT) 和基于 Bootstrap 的似然比检验 (Bootstrapped likelihood ratio test, BLRT), $P < 0.05$ 则表示第 k 个模型优于第 $k-1$ 个模型。

采用 SPSS 26.0 软件进行数据分析。符合正态分布的计量资料用均数和标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 不符合正态分布的计量资料用中位数和四分位间距 [$M(P_{25}, P_{75})$] 表示; 计数资料用频数和百分比 ($n, \%$) 进行描述。采用 χ^2 检验、单因素方差分析与无序多分类 Logistic 回归进行分析。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 老年缺血性脑卒中患者健康赋权潜在剖面分析结果

最终纳入 265 例患者。将老年缺血性脑卒中患者健康赋权量表 5 个维度作为外显指标进行分析, 具体结果见表 1。结果显示, 当纳入 4 或 5 个类别时, LMRT 检验的 $P > 0.05$, 差异无统计学意义。将 1、2、3 个类别的模型进行对比, 当类别数为 3 时, AIC、BIC 和 aBIC 值最小, 信息熵值 > 0.8 , LMRT 和 BLRT 的 P 值均 < 0.05 , 说明模型拟合度及精确性较高, 类别数量相对最优, 因此确定选取 3 个类别的模型。

2.2 老年缺血性脑卒中患者健康赋权潜在剖面特点及命名

老年缺血性脑卒中患者健康赋权 3 个潜在类别在 5 个维度的得分见图 1。类别 1 的健康赋权评分整体较低, 责任信念至重建自我 5 个维度得分分别为 (11.91 ± 1.67)、(17.07 ± 2.02)、(17.51 ± 2.58)、(13.20 ± 1.58) 及 (14.36 ± 2.44), 其中增长知识维度得分最高, 命名为低健康赋权-高增长知识组, 占总体的 20.75%; 类别 2 的健康赋权评分中等, 责任信念至重建自我 5 个维度得分分别为 (15.01 ± 1.64)、(18.87 ± 1.57)、(17.49 ± 1.81)、(15.48 ± 1.87) 及 (18.96 ± 1.77), 其中重建自我维度得分最高, 命名为中健康赋权-高重建自我组, 占总体的 49.06%; 类别 3 的健康赋权评分整体较高, 责任信念至重建自我 5 个维度得分分别为 (17.83 ± 1.39)、(23.71 ± 1.49)、(21.20 ± 1.94)、(17.73 ± 1.76) 及 (18.46 ± 2.12), 其中获取支持维度得分最高, 命名为高健康赋权-高获取支持组, 占总体的 30.19%。

2.3 老年缺血性脑卒中患者健康赋权潜在剖面的单因素分析

老年缺血性脑卒中患者健康赋权不同潜在剖

表1 老年缺血性脑卒中患者健康赋权潜在剖面分析模型拟合结果 (n=265)

Table 1. Fitting results of the latent profile analysis model for health empowerment in elderly patients with ischemic stroke (n=265)

模型	AIC值	BIC值	aBIC值	信息熵值	LMRT(P)	BLRT(P)	类别概率
1	6 380.005	6 415.802	6 384.097	-	-	-	-
2	6 012.602	6 069.877	6 019.149	0.889	<0.001	<0.001	0.671 70/0.328 30
3	5 869.912	5 948.666	5 878.915	0.872	0.014	<0.001	0.207 55/0.490 57/0.301 89
4	5 835.395	5 935.627	5 846.852	0.848	0.135	<0.001	0.083 02/0.400 00/0.222 64/0.294 34
5	5 816.905	5 938.616	5 830.817	0.876	0.172	<0.001	0.049 06/0.033 96/0.226 42/0.294 34/0.396 23

注: AIC, Akaike information criterion, 艾凯克信息准则; BIC, Bayesian information criterion, 贝叶斯信息准则; aBIC, adjusted Bayesian information criterion, 样本校正的贝叶斯信息准则; LMRT, Lo-Mendell-Rubin adjusted likelihood ratio test, 罗-梦戴尔-鲁本校正似然比检验; BLRT, Bootstrapped likelihood ratio test, 基于Bootstrap的似然比检验。

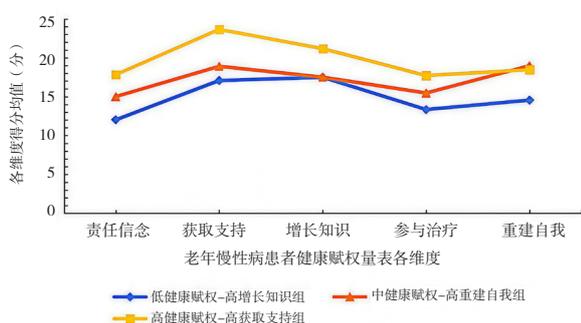


图1 老年缺血性脑卒中患者3个潜在剖面的特征分布

Figure 1. The characteristic distribution of three latent profiles in elderly patients with ischemic stroke

面在性别、年龄、常居住地、文化程度、主要照顾者、日常生活活动能力、健康素养得分及家庭关怀度得分方面的差异有统计学意义($P < 0.05$),见表2。

2.4 老年缺血性脑卒中患者健康赋权潜在剖面的多因素分析

以健康赋权3个潜在类别作为因变量(低健康赋权-高增长知识组=1, 中健康赋权-高重建自我组=2, 高健康赋权-高获取支持组=3), 将单因素分析中有统计学意义的变量作为自变量。进行平行线假设检验($P < 0.001$), 表明数据不满足有序多分类 Logistic 回归模型的前提条件。因此采用无序多分类 Logistic 回归分析方法进行分析。分类变量赋值方式见表3。结果表明, 年龄、常居住地、主要照顾者、日常生活活动能力、健康素养得分及家庭关怀度得分是老年缺血性脑卒中患者健康赋权不同潜在剖面的影响因素($P < 0.05$), 详见表4。

表2 老年缺血性脑卒中患者健康赋权潜在剖面的单因素分析 [n (%), $\bar{x} \pm s$]

Table 2. Univariate analysis of the latent profile of health empowerment in elderly patients with ischemic stroke [n (%), $\bar{x} \pm s$]

项目	合计	低健康赋权-高增长知识组 (n=55)	中健康赋权-高重建自我组 (n=130)	高健康赋权-高获取支持组 (n=80)	χ^2/F 值	P值
性别					9.832	0.007
男	140 (52.83)	22 (40.00)	65 (50.00)	53 (66.25)		
女	125 (47.17)	33 (60.00)	65 (50.00)	27 (33.75)		
年龄组					24.226	<0.001
60~69岁	135 (50.94)	19 (34.55)	67 (51.54)	49 (61.25)		
70~79岁	101 (38.11)	21 (38.18)	56 (43.08)	24 (30.00)		
≥80岁	29 (10.94)	15 (27.27)	7 (5.38)	7 (8.75)		
常居住地					48.578	<0.001
农村	90 (33.96)	26 (47.27)	53 (40.77)	11 (13.75)		
乡镇	50 (18.87)	10 (18.18)	29 (22.31)	11 (13.75)		
县城	61 (23.02)	14 (25.45)	29 (22.31)	18 (22.50)		
城市	64 (24.15)	5 (9.09)	19 (14.62)	40 (50.00)		
文化程度					17.744	0.023
小学及以下	88 (33.21)	26 (47.27)	47 (36.15)	15 (18.75)		
初中	77 (29.06)	14 (25.45)	41 (31.54)	22 (27.50)		
中专或高中	61 (23.02)	9 (16.36)	27 (20.77)	25 (31.25)		
大专	33 (12.45)	5 (9.09)	13 (10.00)	15 (18.75)		
本科及以上	6 (2.26)	1 (1.82)	2 (1.54)	3 (3.75)		

续表2

项目	合计	低健康赋权-高增长知识组 (n=55)	中健康赋权-高重建自我组 (n=130)	高健康赋权-高获取支持组 (n=80)	χ^2/F 值	P值
主要照顾者					16.530	0.035
本人	51 (19.25)	13 (23.64)	17 (13.08)	21 (26.25)		
配偶	71 (26.79)	10 (18.18)	35 (26.92)	26 (32.50)		
子女/孙子女	112 (42.26)	25 (45.45)	65 (50.00)	22 (27.50)		
护工	19 (7.17)	5 (9.09)	6 (4.62)	8 (10.00)		
其他	12 (4.53)	2 (3.64)	7 (5.38)	3 (3.75)		
日常生活活动能力					16.237	0.013
无需依赖	57 (21.51)	7 (12.73)	24 (18.46)	26 (32.50)		
轻度依赖	110 (41.51)	18 (32.73)	60 (46.15)	32 (40.00)		
中度依赖	68 (25.66)	21 (38.18)	30 (23.08)	17 (21.25)		
重度依赖	30 (11.32)	9 (16.36)	16 (12.31)	5 (6.25)		
健康素养得分	78.32 ± 12.27	67.29 ± 11.57	78.67 ± 8.91	85.35 ± 12.13	2.615	<0.001
家庭关怀度得分	6.05 ± 1.76	4.36 ± 1.01	5.92 ± 1.47	7.43 ± 1.50	21.427	<0.001

表3 自变量赋值方式

Table 3. Assignment methods for independent variables

自变量	赋值方式
性别	男性=1, 女性=2
年龄	60~69岁=1; 70~79岁=2; ≥80岁=3
常住地	农村=1; 城镇=2; 县城=3; 城市=4
文化程度	小学及以下=1; 初中=2; 中专或高中=3; 大专=4; 本科及以上=5
主要照顾者	本人 (1, 0, 0, 0); 配偶 (0, 1, 0, 0); 子女/孙子女 (0, 0, 1, 0); 护工 (0, 0, 0, 1); 其他 (0, 0, 0, 0)
日常生活活动能力	无需依赖=1; 轻度依赖=2; 中度依赖=3; 重度依赖=4

表4 老年缺血性卒中患者健康赋权潜在剖面的无序多分类Logistic回归分析

Table 4. Unordered multinomial Logistic regression analysis of the latent profile of health empowerment in elderly patients with ischemic stroke

项目	回归系数	标准误	Wald χ^2 值	P值	OR值	95%CI
低健康赋权-高增长知识组 vs. 中健康赋权-高重建自我组						
常数项	-10.255	2.945	12.127	<0.001	-	-
健康素养得分	0.121	0.026	22.239	<0.001	1.128	1.073~1.186
家庭关怀度得分	0.829	0.207	16.023	<0.001	2.291	1.527~3.439
年龄 (60~69岁)	2.707	0.872	9.639	0.002	14.983	2.713~82.744
年龄 (70~79岁)	2.708	0.816	11.023	0.001	14.996	3.032~74.167
常住地 (县城)	-1.760	0.872	4.073	0.044	0.172	0.031~0.951
主要照顾者 (本人)	-3.002	1.482	4.102	0.043	0.050	0.003~0.908
日常生活活动能力 (中度依赖)	-1.512	0.742	4.148	0.042	0.220	0.051~0.945
低健康赋权-高增长知识组 vs. 高健康赋权-高获取支持组						
常数项	-16.820	3.751	20.106	<0.001	-	-
健康素养得分	0.153	0.030	25.905	<0.001	1.166	1.099~1.237
家庭关怀度得分	1.389	0.240	33.555	<0.001	4.012	2.507~6.420
年龄 (60~69岁)	2.286	1.115	4.202	0.040	9.837	1.105~87.539
年龄 (70~79岁)	2.122	1.072	3.917	0.048	8.351	1.021~68.320
常住地 (农村)	-3.203	0.962	11.074	0.001	0.041	0.006~0.268
常住地 (城镇)	-2.163	1.021	4.484	0.034	0.115	0.016~0.851
常住地 (县城)	-2.418	0.940	6.614	0.010	0.089	0.014~0.563

注: OR, odds ratio, 比值比; CI, confidence interval, 置信区间。

3 讨论

本研究结果显示,老年缺血性脑卒中患者健康赋权可分为 3 种分型,分别为低健康赋权-高增长知识组、中健康赋权-高重建自我组、高健康赋权-高获取支持组,提示老年缺血性脑卒中患者健康赋权存在明显的群体异质性。低健康赋权-高增长知识组患者的整体健康赋权水平较低,而在增长知识维度得分最高。原因可能与临床医护人员将低健康赋权患者视为重点关注对象有关,给予其集中的知识讲座、健康宣教,集中的知识灌输可能导致患者增长知识得分偏高,虽短期内积极获取了疾病相关知识,但对疾病发生发展机制的认知仍存在较大不足^[17],致使其整体健康赋权水平偏低。中健康赋权-高重建自我组患者的健康赋权水平整体处于中等水平,在重建自我维度得分最高。可能是由于高重建自我的患者心理适应和信心恢复能力较强,对自身疾病管理具有一定实际控制力,使其具备一定的健康赋权水平。然而,健康赋权是多维因素共同作用的影响,患者其他方面未能同步赋能同样会导致个体健康赋权受限。高健康赋权-高获取支持组患者的整体健康赋权处于较高水平,且在获取支持维度得分最高。可能是由于高健康管理的患者主动寻求支持的能力更强,通过获取外部的支持会极大程度上弥补患者健康赋权过程中的受限项,帮助其更好地参与到自身健康管理过程中。这一动态循环机制有利于其不断提升健康赋权能力,提高个人健康管理效能。

本研究针对老年缺血性脑卒中患者健康赋权潜在剖面的影响因素进行分析,结果显示,相较于低健康赋权-高增长知识组,年龄<80 岁的患者被归类于中健康赋权-高重建自我组和高健康赋权-高获取支持组的概率更高,与周敏^[18]的研究结果一致。这可能是由于高龄患者身体机能退化,对自身健康管理失去信心,往往被动接受医疗决策,主动参与疾病管理的积极性较低。因此,有必要组织患者互动小组,推行“健康伙伴”计划,通过同伴经验分享增强患者信心,带动患者积极参与健康赋权过程,从而改善健康赋权状态。具体而言,针对低健康赋权水平组的患者,主要是激活患者信心,为患者设置小目标并及时鼓励,消除患者顾虑,帮助其建立基本信心,使

其愿意主动参与自身健康管理;针对中健康赋权水平组的患者,可引导其积极进行组内互相监督与经验交流,鼓励其制定个性化计划,提升自我管理能力;针对高健康赋权水平组的患者,可邀请其担任“小组讲师”或“健康大使”,分享成功经验,以巩固其自身健康行为,帮助其实现更高层次的健康赋权。

相较于低健康赋权-高增长知识组,高健康素养得分的患者被归类于中健康赋权-高重建自我组和高健康赋权-高获取支持组的概率更高,与刘琪等^[19]的研究结果一致。原因可能是多数健康素养较低的患者对信息的获取和理解能力不足、医患沟通障碍、健康行为与管理能力弱等,从而导致其健康赋权水平欠佳。考虑到患者的健康素养会影响其健康赋权水平,对于不同患者可实施针对性的干预策略。针对低健康赋权水平组的患者,可提供通俗易懂的“选项卡”等决策辅助工具,并进行“一对一”讲解示范,确保患者理解并掌握基本疾病知识;建立健康角,定期播放短视频或进行巡回讲解,进行疾病相关信息反复强化。这有助于提升患者对疾病的基本认知和理解,激发其参与健康管理的意愿。针对中健康赋权水平组的患者,可提供个性化健康行为计划模板,并指导其填写与执行,鼓励患者将具备的知识转化为实际行动,巩固健康赋权。针对高健康赋权水平组的患者,可鼓励其积极参与社区健康活动,实现从“被赋能者”到“赋能者”的升华,带动整个患者群体健康赋权水平的提升。

相较于低健康赋权-高增长知识组,高家庭关怀度得分的患者被归类于中健康赋权-高重建自我组和高健康赋权-高获取支持组的概率更高,与刘幼华等^[20]的研究结果一致。原因可能是家庭关怀是患者获取情感支持的核心渠道,家庭成员的鼓励、陪伴、关怀能减少患者的疾病焦虑,提升其主动管理健康的意愿。低家庭关怀度得分的患者易产生孤独、抑郁等不良情绪,削弱其积极参与健康赋权的意愿。未来需结合家庭关怀情况,对不同健康赋权水平的患者实施精准干预。针对低健康赋权水平组的患者,医护人员应主动评估其家庭关怀度,对关怀不足的患者进行重点干预,开展心理疏导,指导家属采用积极倾听与鼓励式沟通技巧。同时,可向家属介绍“喘息服务”,减轻其照护压力,防止关怀倦怠。这有利

于缓解患者孤独和抑郁情绪,改善家庭沟通氛围,让患者感受到被尊重、被关爱,重建参与健康管理的信心。针对中健康赋权水平组的患者,医护人员可邀请家属共同参与制定患者的康复计划与目标,将家庭关怀转化为有效的管理动力,提升患者自我管理的依从性和效果,巩固并提升其健康赋权水平。针对高健康赋权水平组的患者,可鼓励患者及其家庭成为“榜样家庭”,邀请他们参与“患者-家庭”互助小组的筹建与管理,带动更多家庭提升关怀质量,形成积极赋权的氛围。

相较于低健康赋权-高增长知识组,主要照顾者为本人的老年缺血性脑卒中患者被归属于中健康赋权-高重建自我组的概率更低。一方面,主要照顾者为本人的患者需同时承担“病人”和“照顾者”双重角色,巨大的疾病压力和日常照护负担往往使其身心俱疲,无暇重视自身健康管理;另一方面,患者易产生“自我责备”或“认命”心态,认为生病是自己的命运,缺乏改变、有效管理自身健康的内在动力。鉴于此,医护人员针对低健康赋权水平组的患者,可以引入心理咨询或同伴支持小组,帮助其宣泄压力,与患者建立信任关系,引导其完成基本的健康任务。针对中健康赋权水平组的患者,干预重点在于提升能力,协助其制定短期健康目标,帮助其增强自我管理知识和技能的能力,增强自信心,使其能够主动参与相对简单的健康决策行为。针对高健康赋权水平组的患者,医护人员可采用授权式沟通模式,将其视为平等的合作伙伴,共同制定治疗方案,从而有望将患者培养为健康赋权的“专家”。

相较于低健康赋权-高增长知识组,日常生活活动能力中度依赖的老年缺血性脑卒中患者被归类于中健康赋权-高重建自我组的概率更低。原因可能是日常生活活动能力较好的患者通常能独立完成日常健康管理,对他人的依赖程度较低,对自身健康的掌控感较强,更愿意主动学习健康知识。临床医务人员应基于患者的日常生活活动能力依赖程度,实施差异化干预策略。针对低健康赋权水平组的患者,应早期筛查衰弱风险,定期评估其功能状态,帮助患者延缓功能衰退,增强其对健康的掌控感。针对中健康赋权水平组的患者,应提供进阶式康复指导,帮助其优化功能状态,巩固功能独立性,促进其提升健康赋权水

平。针对高健康赋权水平组的患者,应指导其制定长期功能维持计划,定期随访,维持最佳功能状态,实现健康行为的长期坚持。

相较于低健康赋权-高增长知识组,常居住地为农村、城镇、县城的老年缺血性脑卒中患者被归类于中健康赋权-高重建自我组或高健康赋权-高获取支持组的概率更低,与杨阳等^[21]的研究结果一致。原因可能是农村地区医疗资源有限,健康宣教相对不足,而城市优质医疗集中,健康信息资源丰富且获取便捷,居民可通过互联网、社区健康讲座和医院宣传等多种途径获取健康知识,从而及时有效处理、解决自身健康问题,促进个人赋权行为的发展^[22]。临床医务人员应针对不同健康赋权水平的患者,结合城乡资源差异,实施精准干预。针对低健康赋权水平组的患者,可以采用“互联网+医疗健康”模式向患者推送通俗易懂的健康知识,建立乡村-医院远程会诊通道,由上级医院专家提供指导。这将有效弥补区域信息与资源差距,帮助患者初步建立健康意识,为健康赋权奠定基础。针对中健康赋权水平组的患者,引导患者利用线上平台进行自我健康监测与管理,提升其主动获取和利用资源的能力,从而有效巩固和提升健康赋权水平。针对高健康赋权水平组的患者,可鼓励其参与组织健康沙龙,实现知识反哺,扩大优质资源的辐射范围,营造有助于积极赋权的氛围。

综上,老年缺血性脑卒中患者健康赋权水平仍有待提升。潜在剖面分析结果表明,老年缺血性脑卒中患者健康赋权存在群体异质性,可分为低健康赋权-高增长知识组、中健康赋权-高重建自我组、高健康赋权-高获取支持组。年龄、常居住地、主要照顾者、日常生活活动能力、健康素养得分与家庭关怀度得分是老年缺血性脑卒中患者健康赋权潜在剖面的主要影响因素。医务人员应早期识别患者健康赋权所属类别,针对不同特征及其影响因素实施精准干预,提升患者健康赋权水平,增强其健康管理效能。

本研究仍存在一定局限性:一是影响因素分析过程中未控制干扰变量,未来应采取措施尽量减少其对研究结果的影响;二是仅针对河北省某三级甲等医院开展调查,样本量有限,未来可开展多中心、大样本研究;三是横断面研究难以确定因果关系,未来可开展纵向研究设计,追踪健

康赋权潜在剖面的长期趋势, 进一步验证本研究结论, 还可结合访谈等质性研究方法以更全面地理解患者的健康赋权体验和需求, 为干预策略的制定提供更全面的依据; 四是未着重探究变量间的作用机制和路径, 未来可结合结构方程模型探索并验证变量间的路径关系, 以提供更深入的理论支持, 助推临床医护人员系统化增强患者健康赋权效能, 推动个体化健康管理范式升级。

参考文献

- 1 Tu WJ, Wang LD, Special Writing Group of China Stroke Surveillance Report. China stroke surveillance report 2021[J]. Mil Med Res, 2023, 10(1): 33. DOI: 10.1186/s40779-023-00463-x.
- 2 Pohl M, Hesszenberger D, Kapus K, et al. Ischemic stroke mimics: a comprehensive review[J]. J Clin Neurosci, 2021, 93: 174-182. DOI: 10.1016/j.jocn.2021.09.025.
- 3 张姮. 老年慢性病人健康赋权理论框架的构建 [D]. 上海: 第二军医大学, 2012. [Zhang H. Construction of health empowerment theoretical framework for the Chinese elderly with chronic illness[D]. Shanghai: The Second Military Medical University, 2012.] DOI: 10.7666/d.y2110983.
- 4 Vainauskienė V, Vaitkienė R. Enablers of patient knowledge empowerment for self-management of chronic disease: an integrative review[J]. Int J Environ Res Public Health, 2021, 18(5): 2247. DOI: 10.3390/ijerph18052247.
- 5 刘佳欣, 吴樱, 彭丽霞, 等. 健康赋权在养老机构老年人创伤后成长和慢性病自我管理的中介作用 [J]. 现代预防医学, 2022, 49(12): 2228-2234, 2261. [Liu JX, Wu Y, Peng LX, et al. The mediating role of health empowerment in post-traumatic growth and chronic disease self-management among elderly people in nursing institutions[J]. Modern Preventive Medicine, 2022, 49(12): 2228-2234, 2261.] <https://d.wanfangdata.com.cn/periodical/CiBQZXJpb2RpY2FsQ0hJU29scjkyMDI1MTEzNzE2MDEuNjEwPGR5Zn4MjYyMDIyGgh1OHluejg1MQ%3D%3D>
- 6 Nott M, Wiseman L, Seymour T, et al. Stroke self-management and the role of self-efficacy[J]. Disabil Rehabil, 2021, 43(10): 1410-1419. DOI: 10.1080/09638288.2019.1666431.
- 7 Wu LX, Zhang Y, Tian YT, et al. Potential profiling of self-management skills in older co-morbid patients[J]. BMC Geriatr, 2024, 24(1): 555. DOI: 10.1186/s12877-024-05137-4.
- 8 郭熙, 贾会英, 张立明, 等. 老年慢性病共病患者基于社区家庭医生制的健康赋权干预 [J]. 护理学杂志, 2020, 35(16): 97-100. [Guo X, Jia HY, Zhang LM, et al. Health empowerment intervention based on family doctor service system for elderly patients with multiple chronic conditions[J]. Journal of Nursing Science, 2020, 35(16): 97-100.] DOI: 10.3870/j.issn.1001-4152.2020.16.097.
- 9 蔺可. 冠心病患者自我管理健康赋权现状及影响因素研究[D]. 成都: 成都医学院, 2023. [LIN K. Study on the current status of self-managed empowerment of patients with coronary heart disease and their chronic disease resource utilization needs[D]. Chengdu: Chengdu Medical College, 2023.] DOI: 10.27843/d.cnki.gcddy.2023.000203.
- 10 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国各类主要脑血管病诊断要点 2019[J]. 中华神经科杂志, 2019, 52(9): 710-715. [Branch of Neurology, Chinese Medical Society, Cerebrovascular Disease Group of Branch of Neurology, Chinese Medical Society. Diagnostic criteria of cerebrovascular diseases in China (version 2019)[J]. Chinese Journal of Neurology, 2019, 52(9): 710-715.] DOI: 10.3760/cma.j.issn.10067876.2019.09.003.
- 11 Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the barthel index[J]. Md State Med J, 1965, 14: 61-65. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14258950/>
- 12 杨阳, 曾铁英, 赵梅珍. 老年慢性病患者健康赋权量表的研制及信效度检验 [J]. 护理学杂志, 2017, 32(17): 20-24. [Yang Y, Zeng TY, Zhao MZ. Health empowerment scale for elderly patients with chronic disease: development and validation[J]. Journal of Nursing Science, 2017, 32(17): 20-24.] DOI: 10.3870/j.issn.1001-4152.2017.17.020.
- 13 Jordan JE, Buchbinder R, Osborne RH. Conceptualising health literacy from the patient perspective[J]. Patient Educ Couns, 2010, 79(1): 36-42. DOI: 10.1016/j.pec.2009.10.001.
- 14 孙浩林, 彭慧, 傅华. 《慢性病人健康素养调查量表》的维度结构分析 [J]. 环境与职业医学, 2013, 30(3): 171-175. [Sun HL, Peng H, Fu H. Dimensional structure of health literacy scale for patients with chronic disease[J]. Journal of Environmental and Occupational Medicine, 2013, 30(3): 171-175.] DOI: 10.13213/j.cnki.jeom.2013.03.012.
- 15 Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians[J]. J Fam Pract, 1978, 6(6): 1231-1239. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/660126/>
- 16 吕繁, 顾溪. 家庭 APGAR 问卷及其临床应用 [J]. 国外医学 (医院管理分册), 1995, (2): 56-59. [Lyu F, Gu Y. Family APGAR questionnaire and its clinical application[J]. Hospital Management Forum, 1995, (2): 56-59.] https://kns.cnki.net/kcms2/article/abstract?v=X84Xx1LLloJmwh7wh6J-RMo9YOAavPZ-H39K4hchomI5U3rsig8zU_wafaqnhMGf0MoMuqO5g8MVR2XVIDq5Xcglr_XLLVnJxMpr8PGBvyYxjJdcUyO4r_QTU1fl-ba79pgmre2A7wjmWkjt08JKV18U37Xvu9-bFOXNLmdH60=&niplatform=NZKPT&language=CHS
- 17 任俊威, 王志中. 老年心血管病患者健康赋权与应对方式相关研究 [J]. 中国医药导报, 2020, 17(26): 37-40. [Ren JW, Wang ZZ. Correlation study between health empowerment and coping style in elderly patients with cardiovascular disease[J]. China Medical Herald, 2020, 17(26): 37-40.] DOI: 10.20047/j.issn1673-7210.2020.26.010.
- 18 周敏. 老年人工髋关节置换手术患者健康赋权现状及影响因素分析 [J]. 当代护士 (中旬刊), 2022, 29(11): 118-121. [Zhou M. Analysis of the current situation and influencing factors of health empowerment in elderly patients undergoing artificial hip replacement surgery[J]. Modern Nurse, 2022, 29(11): 118-121.]

- DOI: [10.19792/j.cnki.1006-6411.2022.32.032](https://doi.org/10.19792/j.cnki.1006-6411.2022.32.032).
- 19 刘琪, 李春玉, 谭思忆, 等. 感知控制在中老年慢性病患者健康素养和健康赋权间的中介作用 [J]. 中华护理教育, 2022, 19(3): 248-252. [Liu Q, Li CY, Tan SY, et al. The mediating role of perceived control between health literacy and health empowerment in middle-aged and older patients with chronic diseases[J]. Chinese Journal of Nursing Education, 2022, 19(3): 248-252.] DOI: [10.3761/j.issn.1672-9234.2022.03.010](https://doi.org/10.3761/j.issn.1672-9234.2022.03.010).
- 20 刘幼华, 刘桂英, 杨傑, 等. 慢性病家庭照顾者健康赋权相关研究进展 [J]. 中国老年学杂志, 2022, 42(12): 3107-3111. [Liu YH, Liu GY, Yang L, et al. Research progress on health empowerment of family caregivers with chronic diseases[J]. Chinese Journal of Gerontology, 2022, 42(12): 3107-3111.] DOI: [10.3969/j.issn.1005-9202.2022.12.068](https://doi.org/10.3969/j.issn.1005-9202.2022.12.068).
- 21 杨阳, 曾铁英. 老年慢性病患者健康赋权水平及其影响因素 [J]. 护理研究, 2019, 33(2): 214-218. [Yang Y, Zeng TY. Health empowerment level of elderly patients with chronic diseases and its influencing factors[J]. Chinese Nursing Research, 2019, 33(2): 214-218.] DOI: [10.12102/j.issn.1009-6493.2019.02.007](https://doi.org/10.12102/j.issn.1009-6493.2019.02.007).
- 22 安冉. 老年 PCI 术后患者健康素养、反刍性沉思与健康赋权的现状及关系研究 [D]. 济南: 山东中医药大学, 2024. [An R. Health literacy, rumination and health empowerment in older patients after PCI: a study of the status quo and relationship[D]. Jinan: Shandong Traditional Chinese Medicine University, 2024.] DOI: [10.27282/d.cnki.gsdu.2024.000901](https://doi.org/10.27282/d.cnki.gsdu.2024.000901).
- 收稿日期: 2025 年 08 月 11 日 修回日期: 2025 年 12 月 17 日
本文编辑: 张 苗 黄 笛

引用本文: 王静雪, 刘亚美, 边笑笑, 等. 老年缺血性脑卒中患者健康赋权的潜在剖面分析[J]. 数理医药学杂志, 2026, 39(2): 132-140. DOI: [10.12173/j.issn.1004-4337.202508023](https://doi.org/10.12173/j.issn.1004-4337.202508023).
Wang JX, Liu YM, Bian XX, et al. Latent profile analysis of health empowerment in elderly patients with ischemic stroke[J]. Journal of Mathematical Medicine, 2026, 39(2): 132-140. DOI: [10.12173/j.issn.1004-4337.202508023](https://doi.org/10.12173/j.issn.1004-4337.202508023).