

- [4] 刘艳,黄汉平,宋燕峰.青霉素皮试应注意的问题[J].临床医药杂志,2003,16(3):56-57.
- [5] 廖艾贤.流体力学[M].北京:中国铁道出版社,1987:165-166.
- [6] 任大伟,阎建民.圆管内稳态湍流的速度分布[J].化工之友,2007(13):38-39.

- [7] 国家药典委员会.中华人民共和国药典 2000 年版·临床用药须知[M].3 版.北京:化学工业出版社,2001:606-607.

(收稿日期:2014-01-08 修回日期:2014-03-09)

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.21.057

健康教育路径对门诊糖尿病患者血糖控制和效果观察

韦柳丽,黄金姣,卢雪梅,黄玉珠,莫冬娇,刘红兵,王慧敏,陈青云

(广西医科大学第一附属医院老年病学科,南宁 530021)

中图分类号:R473.5

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2014)21-2831-02

糖尿病是一种以慢性血糖水平增高为特征的代谢性疾病,其患病率随着人民生活水平的提高、人口老龄化、生活方式改变而迅速增加,全国大型糖尿病调研显示,1995 年 25~64 岁人群患病率为 2.5%,2008 年 20 岁以上成年人患病率为 9.7%^[1]。目前,有地区报道糖尿病患病率升至 4.09%^[2],糖尿病已成为继恶性肿瘤和心血管疾病之后的第三大非传染性疾病,对患者生命质量造成很大威胁。目前糖尿病的控制对策主要为医学营养治疗、运动疗法、血糖监测、药物治疗和糖尿病教育。为了提高门诊糖尿病患者血糖控制,本研究对门诊糖尿病患者进行了健康教育路径护理干预,取得了较好的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究的研究对象为 2010 年 5 月至 2013 年 5 月至本院门诊就诊的糖尿病患者,纳入标准:(1)均符合 WHO 1999 年糖尿病的诊断标准;(2)神志清醒,感觉及语言表达正常,既往和现在无重大精神疾患和意识障碍;(3)无肝、肾、神经及其他内分泌系统疾病。入组的 120 例糖尿病患者中,男 67 例,女 53 例,年龄 52~80 岁,中位年龄 62 岁。将所有患者分成试验组和对照组,即健康教育路径护理干预组和常规护理组,其中试验组 60 例,对照组 60 例,两组患者在性别、年龄、空腹血糖、餐后 2 h 血糖、胰岛素使用例数等方面差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性,见表 1。

表 1 两组病例一般资料比较($n=60$)

病例特征	试验组	对照组	<i>P</i>
性别(<i>n</i>)			0.58
男	35	32	
女	25	28	
年龄(岁)			0.45
中位年龄	62.0	62.5	
年龄范围	52~78	54~80	
空腹血糖(mmol/L, $\bar{x} \pm s$)	8.61 ± 0.30	8.84 ± 0.28	0.99
餐后 2 h 血糖(mmol/L, $\bar{x} \pm s$)	11.26 ± 0.21	11.58 ± 0.25	0.30
胰岛素使用例数(<i>n</i>)	6	8	1.00

1.2 护理干预

1.2.1 护理干预 对照组进行常规护理干预,即患者在门诊就诊时给予血糖监测、制订血糖控制方案、并发症处理、糖尿病健康知识宣教等。试验组患者在常规护理基础上予健康教育路径护理干预:(1)建立门诊糖尿病患者随访制度:记录患者的姓名、性别、联系电话、病情及目前治疗情况、对糖尿病知识的掌握程度;(2)糖尿病相关知识教育:每月在门诊对患者进行糖尿病相关知识讲座一次,讲解糖尿病的症状、并发症,以及糖尿病的控制策略:医学营养治疗、运动疗法、血糖监测、药物治疗等;(3)个性化健康宣教计划:根据患者及其家属对糖尿病知识的掌握程度,制订个性化、针对性的健康宣教计划;(4)每月开展一次糖尿病注射及血糖测定的操作演练,并现场指导、纠正;(5)心理干预:定期收集患者的心理问题,集中讨论后提出解决方案,不定期组织病友交流会,树立患者控制血糖的信心;(6)血糖检测:督促患者除自行定期微量血糖监测并记录好监测数值外,还应定期至本院门诊测定空腹及餐后 2 h 血糖,配合医生指导其血糖控制方案;(7)定期进行心、肝、肾功能,眼底等方面的检查,以便及时发现有关并发症。

1.2.2 观察指标及判断依据 对入组后的糖尿病患者督促其每个月进行空腹及餐后 2 h 血糖测定,2~3 个月进行糖化血红蛋白测定。采用 Morisky-Green 推荐的标准^[3],即用 4 个问题确定研究对象的药物依从性:(1)患者是否有忘记服药的经历;(2)患者是否有时不注意服药;(3)当患者自觉症状改善时,是否曾停药;(4)当患者服药后自觉症状更坏时,是否曾停药。4 个答案均为“否”即为依从性佳,1~2 个答案为“是”则为依从性较差,3~4 个答案为“是”则为依从性差。此外,采用问卷调查形式了解两组患者糖尿病知识掌握情况,调查问卷围绕糖尿病病因、诊断方法、治疗措施、并发症等方面共设以下 20 个问题:(1)哪些人群易患糖尿病?(2)哪些行为易引起糖尿病发生?(3)糖尿病的典型症状是什么?(4)出现尿糖患者一定为糖尿病吗?(5)空腹血糖调节受损是指?(6)判断糖尿病的依据有哪些?(7)OGTT 试验是什么?(8)糖尿病有几种类型?(9)目前的医疗条件可以治愈糖尿病吗?(10)防治糖尿病的措施有哪些?(11)哪些饮食是糖尿病患者应该少吃的?(12)是否知道治疗糖尿病的基本药物?(13)糖尿病患者血糖控制稳定时,是否有必要继续服药?(14)糖尿病患者是否一定要用胰

胰岛素? (15)糖尿病患者血糖控制正常后,是否需要继续定期监测血糖? (16)糖尿病可导致哪些危害? (17)糖尿病可导致昏迷吗? (18)糖尿病患者会出现低血糖吗? (19)糖尿病患者可以正常生活、工作么? (20)糖尿病的治疗主要靠医生,患者完全是被动的吗? 每个问题 5 分,调查总分值各为 100 分,低于 70 分(不含 70 分)评为“差”,70~85 分评为“中”,85 分以上(含 85 分)评为“好”。

1.3 统计学处理 采用 SPSS16.0 软件进行数据分析,计数资料用率表示,采用 χ^2 检验;计量资料服从正态分布及方差齐性,用 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验,相反则采用秩和检验,等级资料用秩和检验;以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者服药依从性及糖尿病知识掌握情况的比较 试验组与对照组服药依从性及糖尿病知识掌握情况的比较,差异有统计学意义($P = 0.03, 0.02$),见表 2。

表 2 两组服药依从性比较及糖尿病知识掌握情况比较($n = 60$)

组别	依从性			知识掌握情况		
	佳	较差	差	好	中	差
试验组	42	10	8	40	18	2
对照组	28	15	17	32	16	12
P	0.03			0.02		

2.2 两组患者血糖控制效果的比较 试验组与对照组血糖控制效果的比较,空腹血糖、餐后 2 h 血糖比较差异有统计学意义($P = 0.00, 0.01$),糖化血红蛋白比较差异无统计学意义($P > 0.05$),见表 3。

表 3 两组血糖控制效果比较($\bar{x} \pm s, n = 60$)

组别	空腹血糖 (mmol/L)	餐后 2 h 血糖 (mmol/L)	糖化血红蛋白 (%)
试验组	6.93 ± 1.24	9.71 ± 1.96	5.90 ± 0.93
对照组	8.66 ± 1.79	11.66 ± 2.54	7.09 ± 0.81
P	0.00	0.01	0.08

3 讨论

糖尿病是一种终身性疾病,有效地控制糖尿病,不仅与医生的正确治疗方案相关,患者行为、生活方式的调整也具有相当重要的地位。护士主动对患者进行健康教育,使其在饮食、运动、药物治疗及自我检测^[4]等方面主动配合,提高其对糖尿病知识的掌握程度及调动其配合治疗的主动性具有重要意义。廖云英^[5]随机选择 60 例社区糖尿病患者进行统一规范化的健康教育,教育内容包括糖尿病基本知识、饮食指导、运动指导、按期用药、血糖监测的重要性等,患者接受健康教育后,自我管理行为明显改善,血糖值明显下降,与教育前比较差异有统计学意义($P < 0.05$),该研究表明:健康教育能有效提高糖尿病患者的自我行为管理,从而有效控制血糖。李春英^[6]将社区卫

生服务中心治疗的糖尿病患者 124 例分为观察组和对照组各 62 例。对照组患者给予常规降糖药物治疗,观察组患者在对照组基础上给予健康教育,结果表明:观察组患者在糖尿病相关知识得分、按时服药、自我监测、饮食控制以及定时运动方面的反馈效果均优于对照组($P < 0.05$)。刘昕^[7]的研究显示,门诊健康教育路径能提高糖尿病低血糖患者的认知水平,有效控制血糖水平,减少低血糖的发作频率,集中教育加个体化的强化指导,具有明显的优越性,多次知识强化,加深患者及家属对糖尿病知识的正确了解,促进遵医行为,患者血糖监测频率增高。王桂霞^[8]报道了健康教育路径护理对初诊糖尿病患者血糖、糖化血红蛋白的影响,结果显示:与常规护理组相比,试验组患者的空腹血糖、餐后 2 h 血糖、糖化血红蛋白均降低更明显($P < 0.05$)。国内其他学者也报道了相似的结果^[9-10]。本研究结果也显示:健康教育路径护理对门诊糖尿病患者的血糖控制、服药的依从性、糖尿病相关知识的了解效果优于常规护理($P < 0.05$),与上述研究结果相类似。

综上,作者认为,在常规护理基础上对门诊糖尿病患者进行健康教育路径护理干预,能增强患者对糖尿病知识掌握程度,从而提高患者服药的依从性,最终达到更有效地控制血糖的目的,值得推广应用。

参考文献:

- [1] 中华医学会糖尿病学分会. 中国 2 型糖尿病防治指南(2010 版)[M]. 北京:北京大学医学出版社,2011:4-5.
- [2] 王午喜,屈宗杰,朱爱冬. 重庆市社区 10 932 名普通居民糖尿病流行病学调查分析[J]. 重庆医学,2013,42(26):3149-3150,3153.
- [3] Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence[J]. Med Care, 1986, 24(1): 67-74.
- [4] Gil-Velázquez LE, Sil-Acosta MJ, Domínguez-Sánchez ER, et al. Practice guideline. Diagnosis and treatment of type 2 diabetes mellitus[J]. Rev Med Inst Mex Seguro Soc, 2013, 51(1):104-119.
- [5] 廖云英. 健康教育路径对社区糖尿病患者自我控制的影响[J]. 中国当代医药, 2013, 20(12): 157-158.
- [6] 李春英. 健康教育路径对糖尿病患者相关知识行为的影响[J]. 国际护理学杂志, 2013, 32(5): 1098-1099.
- [7] 刘昕. 健康教育路径对门诊低血糖患者血糖控制效果观察[J]. 全科护理, 2013, 11(19): 1814-1815.
- [8] 王桂霞. 健康教育路径对初诊糖尿病患者糖化血红蛋白的影响[J]. 中国实用医药, 2013, 8(27): 235-235.
- [9] 贾树尔, 高艳华, 李媛红. 糖尿病患者临床路径的实施及综合研究[J]. 吉林医学, 2013, 34(23): 4836-4836.
- [10] 吕定粉. 健康教育路径对社区糖尿病患者遵医行为的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2013, 19(3): 39-40.