

社区糖尿病患者自我管理能力和血糖控制水平的影响

董 贇

上海市殷行社区卫生服务中心综防科 上海 200438

【摘要】目的:评价社区糖尿病患者自我管理能力和血糖控制水平的影响。**方法:**选取2020年3月—2021年10月我社区卫生服务中心收治的92例糖尿病患者作为研究对象,按照随机双盲法分成对照组和观察组,对照组实施常规护理,观察组实施社区自我管理护理,每组各46例,观察评价2组患者的血糖控制水平、自我管理能力和生活质量以及护理依从性。**结果:**护理前两组患者的血糖水平对比 $P > 0.05$,护理后观察组患者的空腹血糖、餐后2h血糖和糖化血红蛋白水平均显著比对照组低,统计差异 $P < 0.05$;相较于对照组,观察组患者护理后的饮食搭配、规律运动、血糖监测、足部护理等评分显著升高,各方面生活质量评分明显偏高,差异有统计意义($P < 0.05$);观察组患者护理后的临床总依从性明显高于对照组,统计结果 $P < 0.05$ 。**结论:**针对社区糖尿病患者实施自我管理模式不仅能规范控制患者的血糖水平,还能大大提升其自护能力,规范治疗行为,值得临床采纳。

【关键词】社区糖尿病;自我管理能力;血糖控制

【中图分类号】R587.1

【文献标识码】B

【文章编号】2096-1685(2021)45-74-03

糖尿病是以高血糖为主要特征的一种慢性代谢性疾病,此病需终身配合治疗且无法根治,具有较高的发病率,主要集中在中老年人群,严重危害人们的健康和生活^[1]。糖尿病需要有效控制血糖和血脂,预防并发症发生,但是其病程长,治疗周期漫长,因此在科学用药治疗的同时还要加强科学护理,让患者充分掌握糖尿病知识,提高自我管理水平和确保其出院后得到长期有效医治,预防血糖异常,降低糖尿病并发症。因此本文以社区糖尿病患者展开研究,探讨社区自我管理模式的意義和价值^[2]。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究区间为2020年3月—2021年10月,选择在我社区卫生服务中心就诊的糖尿病患者为观察对象,从中抽选出92例以随机双盲法分成对照组和观察组。对照组46例,男性26例,女性20例,年龄42~80岁,平均年龄 (61.26 ± 4.53) 岁,体质量指数(BMI)17~28kg/m²,平均BMI (22.76 ± 1.24) kg/m²,病程1~10年,平均病程 (5.49 ± 0.56) 年;观察组46例,男性27例,女性19例,41.30%(19/46),年龄43~80岁,平均年龄 (61.33 ± 4.58) 岁,体质量指数(BMI)18~28kg/m²,平均BMI (23.22 ± 1.29) kg/m²,病程1~11年,平均病程 (5.66 ± 0.58) 年。上述两组性别、年龄、病史、BMI等资料差异无统计学意义($P > 0.05$)。

纳入标准:符合1999年WHO中制定的有关2型糖尿病的诊断标准;任意时段血糖 ≥ 11.1 mmol/L;年龄 > 40 岁;均为社区稳定居住居民,居住史 > 1 年;患者已签署知情同意书^[3]。**排除标准:**认知、交流障碍;文盲;合并严重糖尿病并发症、急性感染并发症;精神疾病史;心、肝、肾功能不全者;传染病史;慢阻肺^[4]。

1.2 方法

1.2.1 对对照组实施常规护理 叮嘱社区糖尿病患者按时接受血糖监测,提供用药指导,对患者的日常饮食和生活进行常规指导,并发放宣传手册,告知患者相关注意事项,定期复查,发现血糖异常可及时就医治疗。

1.2.2 对观察组实施社区自我管理模式 具体内容如下:

1.2.2.1 成立自我管理小组 对来社区卫生服务中心就诊患者的个人信息进行详细记录,包括姓名、年龄、病史、身体检查结果、血糖指标、用药情况、联系方式和住址等,询问患者的饮食习惯、运动爱好及性格特点,然后综合评估患者的病情并建立单独的电子健康档案,护理小组由社区服务医生组成,护士为组员,共同熟悉患者的病历信息,定期对小组成员进行专业性培训,

学习糖尿病知识、防治措施、管理技巧等,掌握血糖监测方法和相关药物使用方法,培养良好的职业素养。

1.2.2.2 健康宣教 社区糖尿病患者集中为中老年,患者年龄大、文化水平低,因此对疾病和治疗缺乏专业认知,故护理人员应以社区为单位开展多种形式的教育,通过发放宣传图册、粘贴宣传海报、开展教育讲座、播放视频等形式,大力普及糖尿病知识,详细介绍糖尿病的诱因、发病机制、症状、危害、预防手段和治疗方案等,耐心讲解血糖控制的必要性和预防糖尿病并发症的措施,纠正患者的错误认知,并及时解答患者的疑问,消除其顾虑。询问患者生活中存在的困难及治疗问题,对于使用手机微信者可添加患者的微信,通过微信视频、语音等方式指导其正确用药,示范血糖监测方法,进一步提高患者对疾病的自我管理能力和。

1.2.2.3 心理疏导 糖尿病病程长,患者需终身合理用药,故不仅会给患者带来较大的身心压力,还会增加其经济负担,因此社区护士应正确开导患者,引导患者树立身体是革命的本钱观念,保重身体,多与患者交流、沟通,深入了解患者内心的顾虑和想法,引导其掌握不良情绪调节法,正确宣泄负面情绪,叮嘱患者积极倾诉,学会自行消除内心不悦,通过听音乐、唱戏、画画、看综艺、钓鱼等方式来转移情绪转移力,陶冶情操,让生活充满乐趣,有助于患者以愉悦的心情积极面对。叮嘱家属多关心、陪伴和支持患者,消除病患心理包袱,定期开展家庭聚会,陪同患者外出散步、旅游等,增强其与疾病斗争的信心,并邀请社区内血糖控制稳定的患者进行现身说法,分享治疗经验,相互鼓励和支持,告知患者保持乐观心态对稳定病情的重要性,促使其克服困难,勇敢、积极的战胜疾病。

1.2.2.4 饮食搭配 向糖尿病患者发放糖尿病饮食食谱,重点强调饮食禁忌项,多进食新鲜水果和蔬菜,补充优质蛋白、维生素,食物荤素、粗细均衡搭配,以低脂、低糖、低胆固醇等为主,少食动物内脏、肥肉及辛辣食物,忌食高糖分食物,如西瓜、葡萄、奶油蛋糕等,每周检测一次体质量,结合体重变化合理安排一日三餐,遵循少食多餐原则,根据糖尿病手册制定个性化食谱,告知患者合理使用食物卡、食物模具和食谱等选择糖尿病适宜的食物、烹饪方式,借助食物交换表计算总热量,叮嘱患者减少外出就餐,尽量在家中用蒸煮方式制作可口饭菜。

1.2.2.5 运动锻炼 糖尿病患者科学控制饮食的基础上坚持运动锻炼,科学减脂减重,控制肥胖身体,维持体质量 < 23 kg/m²,日常运动以打太极、跳绳、游泳、散步等为主,定时定量,每次

运动时间 30min 左右, 每周坚持 3~5 次, 坚持循序渐进的锻炼能加速葡萄糖代谢, 恢复胰岛分泌功能, 日常运动应选择舒适鞋袜, 每晚坚持温热水泡脚, 定期修剪脚趾, 保护足部清洁, 必要时涂抹润肤霜保护皮肤, 叮嘱其不要过度负重劳动, 注意足部保暖护理, 不可使用热水袋和电热毯。

1.3 观察指标

1.3.1 临床依从性对比 用科室自制的调查表对患者的治疗、护理行为进行测评, 满分 10 分, 结果分为完全依从、部分依从和不依从三种^[5]。

1.3.2 血糖水平 于干预前后分别检测患者的空腹血糖、餐后 2h 血糖和糖化血红蛋白水平变化情况^[6]。

1.3.3 自我管理能力 以社区自制的糖尿病自我管理问卷调

查表评估患者的饮食搭配、足部护理、规律运动和血糖监测情况, 每项各 10 分, 分值高低与自护能力成正比^[7]。

1.3.4 生活质量 用 SF-36 调查问卷表评价患者的躯体、情感、社会功能和物质生活, 以百分制测评, 分值高低与生活能力成正比。

1.4 统计学方法

用软件 SPSS 23.0 统计, 计数资料用百分率(%), 检验用 χ^2 , 计量资料用 $(\bar{x} \pm s)$, 行 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计意义。

2 结果

2.1 护理依从性比较

相对对照组, 观察组患者干预后的总依从性显著更高, 统计差异有意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 护理依从性比较 n (%)

组别	例数	完全依从	部分依从	不依从	总依从性
观察组	46	35	9	2	44 (95.65)
对照组	46	32	6	8	38 (82.61)
χ^2	—	—	—	—	4.039
P	—	—	—	—	0.044

2.2 血糖水平比较

护理前的血糖水平差异无意义, 护理后观察组患者的各血糖

值均显著比对照组低, 统计结果 $P < 0.05$, 见表 2。

表 2 血糖水平比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	例数 (n)	空腹血糖 (mmol/L)		餐后 2h 血糖 (mmol/L)		糖化血红蛋白 (%)	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	46	10.72 ± 3.22	6.05 ± 1.11	13.84 ± 3.77	7.21 ± 1.38	11.88 ± 3.61	7.33 ± 1.55
对照组	46	10.55 ± 3.49	8.01 ± 2.33	13.69 ± 3.83	9.26 ± 2.55	11.91 ± 3.56	8.93 ± 2.76
t	—	0.242	5.151	0.189	4.795	0.040	3.428
P	—	0.809	0.000	0.850	0.000	0.968	0.000

2.3 自我管理能力的比较

与对照组相比较, 观察组护理后的各项自我管理能力的评分显

著升高, 对比差异有意义 ($P < 0.05$), 见下表 3。

表 3 自我管理能力的比较 $[(\bar{x} \pm s), \text{分}]$

组别	例数 (n)	饮食搭配	足部护理	规律运动	血糖监测
观察组	46	8.11 ± 1.23	8.48 ± 1.34	8.51 ± 1.18	8.65 ± 1.13
对照组	46	6.56 ± 0.74	6.72 ± 0.73	6.42 ± 0.66	6.21 ± 0.63
t	—	7.324	7.823	10.484	12.791
P	—	0.000	0.000	0.000	0.000

2.4 SF-36 评分比较

观察组患者护理后的各项 SF-36 评分显著比对照组高, 差异

有统计意义 ($P < 0.05$), 见表 4。

表 4 SF-36 评分比较 $[(\bar{x} \pm s), \text{分}]$

组别	例数 (n)	躯体	情感	社会功能	物质生活
观察组	46	90.44 ± 6.73	90.72 ± 6.35	90.07 ± 6.58	90.85 ± 6.66
对照组	46	81.99 ± 5.38	81.73 ± 5.52	81.66 ± 5.59	81.59 ± 5.77
t	—	6.652	7.247	6.606	7.127
P	—	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

糖尿病是由于机体胰岛素分泌减少或胰岛功能抵抗所致糖类、脂肪等营养物质代谢障碍所引发的高血糖, 是临床中老年高发的慢性疾病, 由于其病程长, 患者文化水平有限, 整体血糖控制效果不理想, 特别是社区糖尿病患者, 因此要加强护理指导, 提高患者的自我管理能力的, 掌握更多知识, 积极、主动配合控糖治疗^[8]。

本文采取社区自我管理护理, 通过成立专业小组, 以社区为单位为患者制定个性化护理方案, 从教育、心理疏导、饮食干预、运动指导等各方面干预来帮助患者掌握更多糖尿病知识, 纠正错

误认知和不良生活习惯, 合理调整饮食、体重, 规范控制血糖危险因素, 通过社区管理来增强血糖监测意识, 提高患者的自我管理能力的, 改正坏习惯, 全面监督患者戒烟戒酒, 限糖减重, 掌握糖尿病管理技巧, 更好的控制血糖, 提升生活质量。研究显示, 观察组患者的临床依从性、自我管理能力和生活质量评分显著比对照组高, 其血糖水平明显低于对照组, 结果 $P < 0.05$, 由此证实社区自我管理模式的能正确引导患者向健康行为方向转变, 用积极态度和正确行动配合控制血糖, 遵医嘱主动控糖治疗^[9-10]。

(下转第 78 页)

食困难等影响, 十分容易出现焦虑抑郁等情绪, 依从性降低, 所以需要个性化心理干预, 改善患者心理应激反应, 进行心理疏导, 提高依从性, 确保护理工作可以顺利进行; 其次加强患者病情评估监测, 帮助患者养成良好健康习惯, 防止因休息不足而导致误吸^[9-10]。最后针对患者吞咽障碍进行个性化干预, 指导患者正确进食, 同时在患者病床旁放置吸引装置, 确保可以及时清理患者的呕吐物或者分泌物, 预防窒息, 另外根据患者病情恢复情况, 指导患者开展吞咽功能训练与运动功能训练, 从而有效提高患者吞咽功能, 提高生活能力, 促进患者身体快速康复。

如上所述, 针对脑梗塞吞咽障碍临床护理, 可以选用个性化护理干预, 改善患者吞咽功能, 提高生活能力, 有利于患者身体快速康复。

参考文献

[1] 魏婷, 刘晓霞, 聂蓉. 基于网络互动平台的延续护理对老年吞咽障碍后误吸患者的效果评价[J]. 护理学杂志, 2017,32(16):93-95.
 [2] 马宁. 吞咽功能筛查分级护理对脑梗死患者吞咽功能障碍的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2018,27(34):3871-3874.
 [3] 刘莎娜, 马红梅. 个性化护理干预联合康复训练对脑卒中吞咽障碍患者疗效及预后的影响[J]. 山西医药杂志, 2016,45(17):2071-2075.

[4] 董利英, 沈丽娟, 韩慧, 等. 食品结构调整对后组颅神经损伤并发吞咽障碍患者的护理干预[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2020,27(1):119-121.
 [5] 刘莎娜, 马红梅. 个性化护理干预联合康复训练对脑卒中吞咽障碍患者疗效及预后的影响[J]. 山西医药杂志, 2016,45(17):2071-2075.
 [6] 陆秋芳, 赵翠松, 覃英雪, 等. 南宁市神经内科护士对脑卒中吞咽障碍患者护理知识和态度的调查报告[J]. 中国实用护理杂志, 2019,35(25):1951-1956.
 [7] 董明霞. 功能训练的护理模式在脑卒中吞咽障碍患者中的应用效果评价[J]. 检验医学与临床, 2016,13(18):2668-2670.
 [8] 张艳玲, 刘晓英. 需求导向理念用于老年脑卒中后吞咽困难患者康复护理的临床价值[J]. 现代消化及介入诊疗, 2018,23(1):95-97.
 [9] 陈改侠, 王丽. 应用球囊扩张训练式护理对颅脑损伤术后吞咽困难患者环咽肌痉挛康复的促进分析[J]. 中国药物与临床, 2021,21(15):2751-2753.
 [10] 陈秀芳, 王朝军, 相松飞, 等. 团队式延续性护理对脑卒中吞咽功能障碍患者预后的影响[J]. 中华全科医学, 2020,18(1):158-160,164.

(上接第 67 页)

[2] 李铁军, 印春铭, 蔡淑女. 小儿纤维支气管镜检喉罩通气中瑞芬太尼与靶控丙泊酚合适配伍剂量研究[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2015,18(5):707-711.
 [3] 周锐. 丙泊酚与盐酸氢吗啡酮联合瑞芬太尼在小儿麻醉中维持喉罩通气的作用探讨[J]. 世界临床医学, 2016,10(3):224.
 [4] 彭亮明, 王琼, 陈柳妹, 等. 右美托咪定和丙泊酚复合瑞芬太尼在小儿麻醉中维持喉罩通气的效果观察[J]. 中国现代药物应用, 2015(19):120-122.
 [5] 王旭, 巫春艳, 孟凡民. 喉罩通气下七氟醚复合瑞芬太尼麻醉在小儿尿道下裂手术中的应用[J]. 中国实用医刊, 2016,43(22):88-90.
 [6] 孙普. 对比氯胺酮麻醉与喉罩通气下舒芬太尼联合

丙泊酚在小儿麻醉中的麻醉效果[J]. 大家健康(下旬版), 2017,11(7):136-137.
 [7] 王蓓, 段春宇, 王刚. 依托咪酯复合瑞芬太尼用于喉罩通气全麻下纤维支气管镜检查的效果观察[J]. 影像研究与医学应用, 2018,2(17):148-150.
 [8] 张赛娟. 喉罩通气下丙泊酚复合瑞芬太尼麻醉对尿道下裂患儿术后苏醒时间及躁动发生率的影响探究[J]. 首都食品与医药, 2019,26(24):78.
 [9] 周爱莲. 观察右美托咪定, 丙泊酚复合瑞芬太尼用于小儿麻醉中维持喉罩通气的临床效果[J]. 世界最新医学信息文摘, 2017,17(91):82.

(上接第 75 页)

综上所述, 社区自我管理干预对社区糖尿病患者而言, 不仅有利于规范纠正其管理行为和能力, 还能科学降低血糖, 维持稳定病情, 值得临床借鉴。

参考文献

[1] 王琛琛, 周海茸, 洪忻. 南京市社区糖尿病患者血糖控制情况及自我管理水平分析[J]. 中华健康管理学杂志, 2020,14(2):148-153.
 [2] 金玲玲, 叶青, 马雨杨, 等. 社区 2 型糖尿病患者自我管理能力的“三位一体”糖尿病精细化管理模式干预效果评价[J]. 中国公共卫生, 2020,36(5):810-813.
 [3] 张井香, 樊敏华. 综合健康教育对社区 2 型糖尿病患者血糖控制、焦虑情绪及自我管理水平的的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2017,23(35):4520-4523.
 [4] 闫海鸽. 医院—社区—家庭一体化饮食护理干预对 2 型糖尿病患者自我管理能力及血糖稳定性的影响[J]. 中国社区医师, 2021,17(12):170-171.

[5] 沙琳. 医联体中医院—社区护理模式对糖尿病血糖自我监测能力及血糖代谢指标的影响[J]. 中国现代医生, 2020,58(22):178-181,185.
 [6] 陈薇. 延续性护理对社区老年糖尿病患者相关代谢指标及自我管理能力的的影响[J]. 慢性病学杂志, 2018,11(8):1082-1084.
 [7] 彭锡其, 梁凤铭, 庞福梅. 规范化管理对基层卫生院糖尿病患者血糖水平、疾病认知度和自我管理能力的的影响[J]. 现代诊断与治疗, 2019,30(9):1553-1554,1556.
 [8] 彭羽, 林贲, 周卉, 等. 基于互联网思维主导的健康教育对社区 2 型糖尿病患者健康素养及自我管理能力的的影响[J]. 中国卫生事业管理, 2021,38(3):237-240.
 [9] 杨红霞. 社区 2 型糖尿病患者的自我管理行为与其血糖控制的相关性分析[J]. 当代临床医刊, 2020,33(1):91,88.
 [10] 黄萍, 程晋瑞, 李亚云. 微信健康平台干预对社区 2 型糖尿病患者自我管理行为和血糖控制的影响[J]. 承德医学院学报, 2019,36(5):423-425.