

健康教育在糖尿病社区慢病管理中的作用

罗利明^{1*}, 杨凯杰², 张志军¹, 李燕辉¹, 胡翠华¹, 冯雪丽¹(1.北京市丰台区蒲黄榆社区卫生服务中心, 北京 100075; 2.北京市丰台区南苑医院, 北京 100076)

中图分类号 R587.1 文献标志码 A 文章编号 1001-0408(2013)32-3020-03

DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2013.32.16

摘要 目的:提高糖尿病患者自我管理水平。方法:将297例2型糖尿病患者采用随机数字表法分为两组,其中对照组132例采用常规门诊慢病管理,教育管理组165例在对照组的基础上建立糖尿病社区健康干预网络,以学校的形式进行管理。对两组患者干预前后的疾病认知度、生活方式改善程度、服药依从率、血糖控制达标率、生化指标等进行统计分析。结果:教育管理组患者经过1年的学习、管理,糖尿病认知度、生活方式改善程度、服药依从率、血糖控制达标率及各项生化指标均较干预前有明显的改善,且除舒张压以外,各项指标均优于对照组,两组比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论:建立糖尿病社区管理网络,应用健康教育策略带动饮食治疗、运动治疗、药物治疗和血糖监测,可以更加有效地提高糖尿病患者自我管理的水平。

关键词 2型糖尿病;健康教育;慢病管理;社区;糖尿病教育学校

Role of Health Education on Diabetic Community Chronic Disease Management

LUO Li-ming¹, YANG Kai-jie², ZHANG Zhi-jun¹, LI Yan-hui¹, HU Cui-hua¹, FENG Xue-li¹(1.Puhuangyu Community Health Service Center of Beijing Fengtai District, Beijing 100075, China; 2.Beijing Fengtai District Nanyuan Hospital, Beijing 100076, China)

ABSTRACT OBJECTIVE: To improve the level of self-management in diabetes patients. METHODS: 297 cases of type 2 diabetes were randomly divided into 2 groups. For 132 patients, traditional chronic disease management was adopted in control group. For 165 patients in health education group were managing the establishment the administrative network in the form of school. Statistical analyses were performed towards the cognition of relative diseases, lifestyle improvement, the rate of medication compliance, control rate of blood glucose and biochemical index in 2 groups before and after intervention. RESULTS: After studying for one year, the cognition of diabetes, the improvement of lifestyle, medication compliance and other index were all improved significantly in health education group; there was statistical significance between health education group and control group ($P<0.05$), except diastolic blood pressure. CONCLUSIONS: Diabetes and other relative diseases are able to be self-controlled more effectively when administrative networks towards diabetes are built in communities and health educational strategies are applied to motivate diets, exercises, medication, as well as blood glucose monitoring.

KEY WORDS Type 2 diabetes; Health education; Chronic diseases administrative; Community; Diabetes education school

- [3] 李少明,郑东.依达拉奉治疗急性脑梗死的疗效及对自由基含量的影响[J].中国神经精神疾病杂志,2009,35(5):302.
- [4] 李滨,潘瑞洪.依达拉奉辅助治疗急性脑梗死60例临床观察[J].天津药学,2008,20(4):53.
- [5] 中华医学会神经科学会.各类脑血管病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379.
- [6] 魏岗之.缺血性脑血管病神经元保护治疗研究现状[J].中华内科杂志,1999,38(10):708.
- [7] 曹红,孙长凯,赵杰,等.他汀类药物对脑梗死患者血清C反应蛋白的影响及其临床意义[J].中华神经科杂志,2005,38(5):329.
- [8] Spada RS, Toscano G, Chiarenza S, et al. Ischemic stroke and fibrinogen in the elderly[J]. *Arch Gerontol Geriatr* Suppl, 2004(9):403.
- [9] 孟红.缺血性脑卒中与血浆纤维蛋白原的相关性分析[J].临床和实验医学杂志,2009,8(3):6.
- [10] 苗青,王菲,周媛,等.急性脑梗死患者血糖、纤维蛋白原水平与预后关系研究[J].中华全科医学,2009,7(3):246.
- [11] 白羽,张淑瑶,任杰.三七总皂苷注射液治疗脑梗死的多中心研究[J].中国新药与临床杂志,2001,20(4):257.
- [12] 高志强,盛蕾,韩伯军.加用依达拉奉治疗急性脑梗死的疗效观察[J].临床神经病学杂志,2004,17(5):139.
- [13] 郑泽荣,黄敏,刘晖,等.依达拉奉联合苦碟子对急性脑梗死患者血液流变性内皮素的影响[J].中国中医急症,2009,8(2):176.
- [14] 周茵,宋雷凤,魏广宽.依达拉奉合并灯盏花注射液治疗急性脑梗死的疗效观察[J].黑龙江医药,2010,23(4):606.

* 副主任医师。研究方向:全科医学。电话:010-67616028。E-mail:jasunyang@foxmail.com

(收稿日期:2013-04-06 修回日期:2013-07-01)

糖尿病是一种常见的内分泌疾病。近几十年来,随着人们生活水平的提高、生活方式的改变和社会人口的老齡化,糖尿病患病率呈现出明显的上升趋势^[1],该病防治显得尤为迫切。糖尿病病情控制的好坏及并发症的发生率与患者对疾病的认知及是否积极配合治疗密切相关。由于大多数2型糖尿病患者以老年人为主,患者主要生活在社区,因此以社区为基础的慢病管理尤为重要。为探索有效的糖尿病干预和管理模式,笔者于2010—2011年运用健康促进的方法,以“健康和谐快乐”为理念,与辖区政府联合,在本中心所辖社区成立社区居民糖尿病教育学校,以学员形式参与,应用糖尿病管理中的教育策略带动饮食治疗、运动治疗、药物治疗和血糖监测“五驾马车”综合管理,最终达到糖尿病患者自我管理的目的。

1 对象与方法

1.1 管理对象

以本中心所辖的3个社区297例2型糖尿病^[2]患者为研究对象,采用随机数字表法将入选患者分为两组:教育管理组165例,其中男性85例,女性80例,年龄45~86岁,平均(65.45±8.27)岁,病程1~22年,平均(6.55±3.98)年;对照组132例,其中男性71例,女性61例,年龄43~85岁,平均(63.86±8.15)岁,病程2~21年,平均(6.89±3.76)年。本研究方案经我中心医学伦理委员会批准,所有患者均知情同意。

1.2 管理方法

对照组患者仅进行常规门诊慢病管理;教育管理组在对照组基础上成立社区居民糖尿病教育学校,建立以辖区街道办事处为领导,各社区居委会、居民家庭及本中心为成员的社区健康干预网络,以学校形式进行规范化、个体化管理,由全科医师对学员制订具体规范的干预方案,定期监测血糖。

1.2.1 教育内容 (1)心理辅导。根据患者文化背景和知识层次进行宣传教育,消除患者的顾虑,培养其乐观的态度,提高其自我健康意识。(2)饮食指导。制订个体化饮食方案,控制患者摄入的总热量,三餐定时定量,选择低糖、低蛋白、高维生素食物;少食多餐,清淡饮食,减慢吃饭速度等。(3)运动指导。因人而异制订个体运动计划,选择散步、慢跑、太极拳等,餐后30~90 min开始运动,每次30~45 min,运动时携带水果、含糖食品,防止低血糖症状出现。(4)药物指导。根据患者病情随时调整药物种类,指导患者掌握药物的用法及不良反应,包括口服降糖药物及胰岛素等。(5)自我监测血糖。

1.2.2 教育形式 (1)讲座式。以所属社区为单位组织健康教育系列讲座8次,每次3 h,内容包括糖尿病病因、治疗、并发症防治等相关知识。(2)座谈式。请学员撰写学习心得,组织经验交流会,给予相应鼓励及心理指导,每2个月1次。(3)文字教育。张贴板报、发放教育手册。(4)电话随访。每月定期对学员进行电话随访、督导至少1次,每次5~10 min。(5)门诊随访。每月至少1次,每次15 min。(6)每年定期举办健康知识比赛、糖尿病日活动、糖尿病友联谊会等。

1.3 评价指标

1.3.1 疾病认知度 两组患者分别于干预前、后填写问卷,评估其对疾病的认知度。

1.3.2 生活方式改善程度 记录干预前后患者在饮食、运动

方面的变化。生活方式改善程度标准:(1)良好。饮食遵从医嘱,控制总热量的摄入;每周运动>5次,每次30~60 min。(2)一般。饮食控制主食,不控制副食;每周运动3~4次,每次30~60 min。(3)差。饮食大多数时间或不控制;每周运动<3次或基本不运动。

1.3.3 服药依从性改善程度 改善:管理期间95%以上的时间遵从医嘱用药;差:遵从医嘱用药的时间不足95%。

1.3.4 血糖控制达标率 理想:空腹血糖(FBG)4~6.1 mmol/L,餐后2 h血糖(2 h PBG)<8 mmol/L;良好:FBG<7.2 mmol/L,2 h PBG<10 mmol/L;不良:FBG≥7.2 mmol/L,2 h PBG≥10 mmol/L。“理想”+“良好”患者为达标患者。

1.3.5 生化指标检测方法 干预前、后血糖监测采用静脉血浆全血葡萄糖氧化酶法测定;日常监测采集末梢全血拜安易血糖检测仪测定。糖化血红蛋白(HbA_{1c})采用高压液相标准方法测定。干预前后进行肝肾功能、血脂水平等检测。

1.4 统计学方法

采用SPSS 17.0软件进行统计分析。干预前后疾病认知度、生活方式改善程度、服药依从率、血糖达标率的变化采用 χ^2 检验,综合管理前、后各项生化指标采用配对 t 检验,结果采用 $\bar{x}\pm s$ 表示。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者一般资料比较

两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),详见表1。

表1 两组患者一般资料比较[例(%)]

Tab 1 Comparison of general information between 2 groups [case(%)]

组别	n	男性/女性	合并症				
			高血压	冠心病	脑卒中	血脂异常	其他
教育管理组	165	85/80	61(36.97)	22(13.33)	34(20.61)	46(27.88)	13(7.88)
对照组	132	71/61	45(34.09)	16(12.12)	21(15.90)	39(29.55)	8(6.06)

2.2 两组患者干预前后各项指标比较

两组患者干预前后疾病认知度、生活方式改善程度、服药依从率、血糖控制达标率比较见表2;两组患者干预前后FBG、2 h PBG、HbA_{1c}比较见表3;两组患者干预前后的血压、体质指数及其余生化指标比较见表4(1 mm Hg=0.133 kPa)。

由表2、表3、表4可以看出,上述所有指标干预前两组比较差异均无统计学意义($P>0.05$);干预后两组比较,除舒张压外,其余各项指标教育管理组均显著优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨论

糖尿病因高发病率、低知晓率、低控制达标率严重危害人类的健康。2008年的一项调查^[3]结果显示,在我国20岁以上的成年人中,2型糖尿病患病率为9.7%,糖尿病患者约9 240万人,其治疗效果除与患者病情和现有医疗条件等因素密切相关外,还有赖于患者正确的认知、及时的体征监测、良好的自我管理能力及规范的用药情况,而掌握一定的糖尿病知识与技能是患者实现有效自我管理和控制的基础。事实上,糖尿病患者缺乏相应的糖尿病知识是非常普遍的^[4]。对于

表2 两组患者干预前后疾病认知度、生活方式改善程度、服药依从率、血糖控制达标率比较[例(%)]

Tab 2 Comparison of diabetes, the improvement of lifestyle, medication compliance and control rate of blood glucose between 2 groups before and after intervention [case(%)]

组别	n	疾病认知度		生活方式改善程度		服药依从率		血糖控制达标率	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
教育管理组	165	91(55.15)	143(86.67)	78(47.27)	132(80.00)	68(41.21)	121(73.33)	67(40.60)	104(63.03)
对照组	132	75(56.82)	97(73.48)	61(46.21)	88(66.67)	56(42.42)	78(59.09)	57(43.18)	68(51.52)
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

表3 两组患者干预前后FBG、2 h PBG、HbA_{1c}比较($\bar{x} \pm s$)

Tab 3 Comparison of FBG, 2 h PBG and HbA_{1c} between 2 groups before and after intervention($\bar{x} \pm s$)

组别	n	FBG,mmol/L		2 h PBG,mmol/L		HbA _{1c} ,%	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
教育管理组	165	8.42±1.89	7.04±0.65	10.67±2.73	8.82±1.27	7.83±1.32	6.93±0.48
对照组	132	8.65±1.78	8.14±1.12	10.54±2.86	9.68±1.39	7.92±1.27	7.35±0.56
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

表4 两组患者干预前后血压、体质量指数及其余生化指标比较($\bar{x} \pm s$)

Tab 4 Comparison of blood glucose, body weight index and other biochemical index between 2 groups before and after intervention ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	收缩压,mm Hg		舒张压,mm Hg		体质量指数,kg/m ²		甘油三酯,mmol/L		低密度脂蛋白,mmol/L		血肌酐,μmol/L	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
教育管理组	165	148.67±16.43	136.23±11.35	81.09±5.64	79.63±4.12	24.12±1.76	23.27±1.41	5.81±1.69	4.67±1.12	4.15±0.53	3.25±0.46	97.76±12.32	86.88±11.56
对照组	132	147.78±15.97	142.11±10.71	80.87±5.74	80.18±4.42	24.43±1.56	24.15±1.38	5.79±1.72	5.12±1.58	4.08±0.54	3.46±0.51	97.23±12.45	89.76±10.77
P		>0.05	<0.05	>0.05	>0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

力才能取得良好效果。患者教育有多种形式,国内、外大量研究证实,在社区采取以健康教育为主的综合干预手段,能够提高糖尿病患者的自我管理能力和有效控制病情;以社区为基础,以健康教育和健康促进为依据的社区综合防治模式是糖尿病患者健康管理的重要、有效的形式之一^[6]。

目前,大多数糖尿病患者生活在社区,而糖尿病教育在社区管理存在很大难度:居民文化程度和个体素质各异,对于糖尿病认知与流行趋势不相适应,表现为糖尿病患者饮食控制差、运动方式不当、用药依从性差、疏于监测等,同时对社区医务人员开展健康教育心存疑虑,不信任、不配合。我中心辖区居民以中、老年人居多,通过与辖区政府联合举办社区居民糖尿病教育学校,开展“社区-医院-患者”的教育模式,使基层政府参与健康管理,与门诊随机管理相比更具主动性、针对性、强化性;以医护人员为中心进行技术指导和心理疏导,利用社区居委会在社区的影响力,提高社区、医院和患者的凝聚力,可以得到社区居民的信任和主动配合,有利于健康教育活动的开展。但是,笔者在办学过程中遇到两方面问题:一是课程设计和讲课老师的安排问题,部分居民对社区医师技术信任度较低,需另外聘请对口支援专家讲课来吸引患者和居民;二是患者学习持久性差,随着时间延长,学习效果和自我管理能力会有不同程度淡化^[7],甚至可能发生学员流失的情况。解决学习过程中学员流失问题,需要注意在课程设置时形式多样化,采用讲课、考核、竞赛、游戏多种形式并存,寓教于乐,避免简单说教,同时社区干部与医师要共同追踪随访。

本研究结果显示,通过建立糖尿病社区管理网络,采用社

区参与管理模式,经过1年的综合管理,教育管理组患者在疾病认知度、血糖达标率、生活方式改善程度、服药依从性等方面明显改善,患者血糖指标均有不同程度降低,比常规门诊慢病管理更具优势。但是,由于社区一些原因,本研究未能进行经济学指标统计,但总体来讲大多数患者的药物用量或品种有所减少。

根据最新的美国糖尿病协会(ADA)指南建议,糖尿病一经确诊即应进行糖尿病患者自我管理教育,糖尿病教育被视为糖尿病管理中必不可少的组成部分,而不仅仅是对治疗的补充^[5]。《2010中国糖尿病指南》指出,糖尿病管理教育是核心;更多临床实践证实,糖尿病管理需要医务人员与患者共同努力

参考文献

- [1] 孙宁玲.重视老年高血压患者早期的糖代谢异常[J].实用老年医学,2009,23(2):84.
- [2] American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2011[J]. *Diabetes Care*, 2011, 34 (Suppl 1): S11.
- [3] Yang W, Lu J, Weng J, et al. Prevalence of diabetes among men and women in China [J]. *N Engl J Med*, 2010, 362(12):1 090.
- [4] 彭灵芝.98例糖尿病人的健康教育干预性研究[J].泰山医学院学报,2007,28(7):545.
- [5] 刘丽丽,孙子林,金晖,等.医院社区联动自我管理教育模式对糖尿病患者治疗效果的影响研究[J].中国全科医学,2011,14(1A):59.
- [6] 张新莲,亓英,邹广华.社区保健病人健康教育效果评价[J].南方护理学报,2003,12(6):50.
- [7] 樊晓平,卢莱曾,刘建新,等.2型糖尿病患者综合干预临床效果观察[J].中华全科医学,2011,12(9):1 851.

(收稿日期:2013-05-19 修回日期:2013-06-04)