

- dialysis Network(FHN) trials[J]. Nephrol Dial Transplant, 2011, 26(7): 2316-2322.
- [2] Oeki M, Mogami T, Hagino H. Self-perceived burden in patients with cancer: scale development and descriptive study[J]. Eur J Oncol Nurs, 2012, 16(2): 145-152.
- [3] Ren H, Liu C, Li J, et al. Self-perceived Burden in the Young and Middle-aged Inpatients with Stroke: A Cross-sectional Survey[J]. Rehabil Nurs, 2014. [Epub ahead of print].
- [4] Kowal J, Wilson KG, McWilliams LA, et al. Self-perceived burden in chronic pain: relevance, prevalence, and predictors[J]. Pain, 2012, 153(8): 1735-1741.
- [5] 江君, 蔡鸿敏, 林蔚仁. 家庭功能对维持性血液透析患者自我感受负担的影响[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2014, 15(6): 517-519.
- [6] 杨欢, 吴庆文, 尹建华. 维持性血液透析患者自我感受负担影响因素调查与分析[J]. 中国护理管理, 2012, 12(10): 69-72.
- [7] 陈梅梅, 戴新娟. 自我感受负担对维持性血液透析患者焦虑及生活质量的影响研究[J]. 中外医疗, 2014, 33(29): 168-169.
- [8] 范建桢, 周薇. 维持性血液透析患者自我感受负担的质性研究[J]. 解放军护理杂志, 2011, 28(17): 19-21.
- [9] 李惠萍, 王德斌, 杨娅娟, 等. 老年癌症患者自我感受负担与社会支持和应对方式的相关性[J]. 中国老年学杂志, 2014, 34(5): 1345-1347.
- [10] Lorig KR, Sobel DS, Ritter PL, et al. Effect of a self-management program on patients with chronic disease[J]. Eff Clin Pract, 2001, 4(6): 256-262.
- [11] Santos PR. Correlation between coping style and quality of life among hemodialysis patients from a low-income area in Brazil[J]. Hemodial Int, 2010, 14(3): 316-321.
- [12] Cousineau N, McDowell I, Hotz S, et al. Measuring chronic patients' feelings of being a burden to their caregivers: development and preliminary validation of a scale[J]. Med Care, 2003, 41(1): 110-118.

(收稿日期: 2015-04-15 修回日期: 2015-08-15)

• 临床探讨 •

医联体联动模式下的糖尿病健康教育对社区糖尿病患者管理的效果分析

王晓静, 王旭红, 李爱华(首都医科大学附属北京潞河医院内分泌科 101149)

【摘要】 目的 探讨医联体联动模式下的糖尿病健康教育对社区糖尿病患者的治疗及控制效果。**方法** 选择北京市某社区 20~65 岁的 2 型糖尿病患者 100 例作为研究对象。采取医联体联动模式下的社区糖尿病管理方式对研究对象进行为期 1 年的跟踪管理, 对患者进行相关健康知识教育、用药指导及监测血压等综合措施进行干预, 观察管理 1 年前后患者血压、体质量、腰围、足背动脉搏动情况、糖化血红蛋白(HbA1c)、生化全项、眼底、周围神经检查、尿微量清蛋白的变化情况。统计分析医联体联动模式下的社区糖尿病管理模式的有效性。**结果** 干预后的患者血糖、血脂各项指标均明显优于干预前, 两组比较差异均有统计学意义($P < 0.05$)。干预后患者健康教育知晓率明显优于干预前, 两组比较差异均有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 医联体联动模式为社区糖尿病的防治工作提供一个的思路和方向, 为慢病防治工作提供新的循证医学证据, 进而促进糖尿病的有效社区管理, 改善糖尿病保健、预防和延缓糖尿病并发症的发生, 提高糖尿病患者的生活质量。

【关键词】 糖尿病; 健康教育; 医联体联动模式

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2015. 22. 049 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2015)22-3413-02

糖尿病目前已成为继心血管疾病、恶性肿瘤后第三大非感染性流行病^[1]。国内一些大型医疗机构的临床专科已具备国际一流的糖尿病诊疗水平, 但面对如此巨大的糖尿病患病人数, 定期找专科医生诊治必然导致治疗效果差, 从国内外经验而言, 依托社区开展防治工作, 是预防和控制慢性疾病的最好选择。目前我国公立医院改革已进入深水区, 现有医疗资源配置不合理, 使用效率不高, 处于健康产出低的卫生体系现状, 在此背景下业界提出建立医联体, 构建以三级综合性医院为龙头, 由若干个三级医院、二级医院、社区卫生服务中心组成的区域性医联体。为此本科于 2012 年 12 月开始对北京市某社区开展了医联体联动模式下糖尿病的健康教育管理工作, 主要由本科医师及护士、社区医师及护士共同进行, 治疗方面除长期应用药物控制血糖外, 对患者进行相关健康知识教育、用药指导及监测血压, 有利于增加患者对疾病的认识, 对提高自我管

理能力、防止并发症发生有显著效果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择北京市某社区 20~65 岁的 2 型糖尿病患者 100 例, 所有患者均符合 1985 年世界卫生组织(WHO)确定的疾病诊断标准并行相关检查进行确诊。所有患者均符合 WHO 制定的糖尿病诊断标准。排除严重心、肝、肾功能不全患者; 排除精神障碍及意识模糊患者; 排除严重并发症患者。对入组患者进行为期 1 年的跟踪管理, 观察管理 1 年前后患者血压、体质量、腰围、足背动脉搏动情况、糖化血红蛋白(HbA1c)、生化全项、眼底、周围神经检查、尿微量清蛋白的变化情况。

1.2 干预方法

1.2.1 建立糖尿病患者档案 内容除基本信息外还包括是否有烟酒嗜好、饮食及作息习惯、既往病史等。每例患者将不同

时期身体检查报告记录在内以便进行不同时期对比。

1.2.2 对社区医生、护士的培训 (1)培训形式:集中培训。(2)培训内容:糖尿病的专科检查、糖尿病的危害、临床表现、病程、糖尿病饮食治疗、糖尿病的运动处方、糖尿病的口服药物治疗、糖尿病的口服药物治疗糖尿病的自我检测、糖尿病低血糖的识别与纠正。(3)培训效果的评价:培训前后通过考试来考核效果。

1.2.3 对社区糖尿病患者教育 (1)大课堂每月一次,内容包括饮食、运动、自我检测、低血糖的纠正与识别、并发症的预防。(2)每次随诊针对患者不同问题进行个体化教育。

1.2.4 管理方式 以区医疗中心高年资医师为指导,采取责任到人的模式,一个社区医生和一个护士管理 50 例患者。

表 1 干预前后主要观察指标比较($\bar{x}\pm s$)

观察指标	空腹血糖 (mmol/L)	餐后 2 h 血糖 (mmol/L)	糖化血清蛋白 (μ mol/L)	血清总胆固醇 (%)	低密度脂蛋白 (mmol/L)	血压(mm Hg)		体质量指数 (kg/m ²)
						收缩压	舒张压	
干预前	9.5 $\pm$ 2.1	11.7 $\pm$ 2.8	386.6 $\pm$ 56.4	5.2 $\pm$ 1.5	3.2 $\pm$ 1.6	157.5 $\pm$ 17.4	84.8 $\pm$ 6.2	25.7 $\pm$ 0.18
干预后	5.5 $\pm$ 0.88	8.2 $\pm$ 1.9	234.8 $\pm$ 23.3	3.5 $\pm$ 1.7	2.4 $\pm$ 1.7	142.6 $\pm$ 6.6	83.6 $\pm$ 3.5	25.2 $\pm$ 0.12
P	<0.01	<0.05	<0.01	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 干预前后糖尿病知识知晓及治疗依从性得分对比 干预后患者糖尿病知识知晓及治疗依从性得分高于干预前($P<0.05$),见表 2。

表 2 干预前后糖尿病知识知晓及治疗依从性得分对比($\bar{x}\pm s$,分)

组别	糖尿病知识知晓得分	治疗依从性得分
干预前	18.64 $\pm$ 1.45	28.62 $\pm$ 2.74
干预后	25.68 $\pm$ 1.34	44.62 $\pm$ 2.78
P	<0.05	<0.05

3 讨 论

2 型糖尿病已在全世界流行,中国也面临沉重的糖尿病负担。2010 年的一项研究显示,中国的糖尿病患病率为 9.7%,糖尿病前期患病率为 15.5%。糖尿病引起的慢性并发症可导致失明、肾衰竭、卒中、心肌梗死、截肢等严重后果,是致残、致死的主要原因,这不仅严重影响了患者的生活质量,同时也给患者带来巨大经济负担。循证医学证明尽早检出糖尿病并及时进行糖尿病并发症筛查,同时良好地控制血糖,能够有效地遏止并发症发生、发展。目前国内大部分地区有关糖尿病患者的防治、管理工作基本是以医院为基础,血糖控制为重点,缺乏确实有效的社区糖尿病患者医疗保健服务利用和病情控制现状的基本信息,所以社区服务中心管理的糖尿病患者血糖控制达标率较低。本院通过医联体联动模式对社区糖尿病患者进行科学、有效的管理,把丰富的临床知识和经验传播给社区医生、护士,形成一种通畅的路径式、网络式的管理模式,用于诊治更多的糖尿病患者,使社区危急重症患者能尽早转院救治,挽救患者的生命。

1.2.5 随诊时间 前 3 个月每半月随诊一次,以后一月一次。

1.3 疗效观察 比较干预前后糖尿病患者血糖控制情况及健康教育知晓率等指标。

1.4 统计学处理 采用 SPSS 18.0 软件对所得数据进行统计分析,计量资料用 $\bar{x}\pm s$ 表示,比较采用 t 检验;计数资料以率表示,组间比较采用 χ^2 检验;以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 干预前后血糖血脂检测指标比较 干预后血糖、血脂各项指标均明显优于干预前,比较差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

糖尿病社区管理是疾病过程中包括健康教育、饮食控制、运动治疗、药物治疗、血糖监测 5 个方面中必不可少的部分^[2-4]。通过这一模式对患者教育,提高了患者自我监测、控制饮食、运动锻炼的知识及积极性,干预后患者血糖、血脂各项指标水平均明显优于干预前,患者糖尿病知识知晓及治疗依从性得分亦高于干预前。与此同时还增加了社区患者的就诊率,提高了社区医护人员的诊疗、护理水平。经过完善的社区管理能够使糖尿病患者对疾病知识有更加全面、正确的了解,提高自我控制水平^[5]。

参考文献

[1] 宋徽江,庄康路,张文权. 2 型糖尿病患者社区强化管理两年效果评价[J]. 中国全科医学, 2014, 17(2): 1161-1163.

[2] 李琰华,杨佳琦,黄晓玲,等. 基于社区的 2 型糖尿病强化管理的研究与应用[J]. 中华健康管理学杂志, 2014, 8(2): 103-105.

[3] 沈丹文,王超,卢海清,等. 2 型糖尿病患者强化管理与治疗效果观察[J]. 航空航天医药, 2010, 11(9): 1642-1643.

[4] 叶东海,范小萍,刘艳芬,等. 加强社区糖尿病患者精细化管理,努力实现达标[J]. 中国医药导报, 2011, 8(17): 153-155.

[5] 黄东英,张一丹. 2 型糖尿病高龄患者实施整体护理的护理研究[J]. 中国医学创新, 2014, 11(6): 57-58.