

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2022. 12. 025

基于症状管理策略的健康教育对颅脑损伤气管切开患者生活质量及家属护理行为的影响*

谢 菲, 裴士秀, 卓文君, 刘 莹

上海市第三康复医院重症康复科, 上海 200436

摘 要:目的 探讨基于症状管理策略的健康教育对颅脑损伤气管切开患者生活质量及家属护理行为的影响。方法 纳入该院重症康复科 2019 年 3 月至 2021 年 1 月收治的 68 例颅脑损伤并行气管切开的患者作为研究对象, 采用随机数字表法分组, 其中 34 例纳入对照组, 施行常规康复护理及健康宣教; 另 34 例纳入研究组, 施行基于症状管理策略的健康教育。比较两组患者预后效果、生活质量、家属护理行为及护理质量的差异。结果 相比入院时, 两组患者出院当日的格拉斯哥昏迷评分(GCS)明显升高, 研究组 GCS 高于对照组, 且研究组患者排痰量大于对照组, ICU 入住时间及平均住院时间短于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 干预后, 研究组生活质量各项指标较干预前有明显改善, 且优于对照组($P < 0.05$); 干预后, 两组患者家属护理行为所处阶段较干预前有明显改善, 且研究组优于对照组($P < 0.05$); 研究组意外事件发生率低于对照组, 患者满意度高于对照组($P < 0.05$)。结论 对颅脑损伤气管切开患者实施基于症状管理策略的健康教育可以在提高患者生活质量的同时改善家属照护行为, 使其转为显性的良好照护行为, 从而更有利于患者康复, 形成良性循环, 临床干预效果显著。

关键词: 症状管理策略; 健康教育; 颅脑损伤; 气管切开; 生活质量; 家属护理行为

中图分类号: R47

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2022)12-1679-05

颅脑损伤是临床十分常见的一类外伤, 是指头部受到直接或间接暴力出现的损伤, 伤后昏迷时间 $> 6\text{ h}$ ^[1]。患者因长时间昏迷, 呼吸道内分泌物无法经咳嗽排到体外易引发呼吸困难, 进而导致呼吸衰竭。因此, 该类患者常需行气管切开处理, 使其呼吸道维持在畅通状态, 改善各类原因导致的呼吸困难和组织缺氧^[2]。然而气管切开后呼吸道和外界相通, 易因细菌入侵引发感染, 最终加重患者的病情。因此, 治疗期间辅以有效的干预措施十分必要。国内外相关研究指出, 自我管理和规范的正确治疗是颅脑损伤管理的两大基石, 健康宣教属于一类重要的护理方式, 其强调引导患者积极主动认识疾病, 同时参与到疾病的治疗工作中^[3-4]。但常规护理中的健康教育方式和随访过程中存在形式单一、患者及家属难以坚持等问题, 难以达到理想成效^[5]。症状管理策略是指感知症状发生的频率、严重程度和困扰程度以及对症状意义的理解, 具有主观性和多维性等特点, 受到临床广泛关注^[6]。本研究基于症状管理策略, 探讨健康教育对颅脑损伤气管切开患者生活质量及家属护理行为的影响, 旨在更好地向临床推广该项护理教育模式, 并为本院具体护理工作的开展积累更多循证经验, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 对本院重症康复科收治的颅脑损伤气管切开患者展开研究, 病例收集时间为 2019 年 3 月至 2021 年 1 月。纳入标准: (1) 均符合颅脑损伤诊

断标准, 并且经 CT 和 MRI 等影像学检查证实; (2) 格拉斯哥昏迷评分(GCS) 12~15 分^[7]; (3) 行气管切开治疗; (4) 患者生命体征平稳; (5) 患者及其家属均已知晓本研究目的, 自愿配合本项研究的实施, 已签署知情同意书; (6) 临床资料完整。排除标准: (1) 既往有精神疾病史; (2) 患者存在严重的认知障碍或失语症状; (3) 患有恶性肿瘤的患者; (4) 合并严重的消化或循环系统疾病; (5) 近 3 个月内接受过其他临床试验的患者。共选取符合纳入标准的患者 68 例, 按照随机数字表法将患者分为对照组($n=34$)和研究组($n=34$), 两组患者年龄、性别、体质指数(BMI)、文化程度、家庭人均月收入、医疗费用支付方式、职业、家属年龄、性别、文化程度等一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。见表 1、2。

表 1 两组患者一般资料比较(n 或 $\bar{x} \pm s$)

项目	对照组 ($n=34$)	研究组 ($n=34$)	$\chi^2/t/U$	P
年龄(岁)	52.56 $\pm$ 2.44	52.59 $\pm$ 2.51	0.050	0.960
BMI(kg/m ²)	23.45 $\pm$ 0.54	23.50 $\pm$ 0.58	0.368	0.714
性别			0.060	0.806
男	20	19		
女	14	15		
文化程度			0.026	0.979
初中及以下	8	7		
高中及中专	14	16		

* 基金项目: 上海市医学重点专科建设项目(ZK2019C02)。

续表 1 两组患者一般资料比较(n 或 $\bar{x} \pm s$)

项目	对照组 ($n=34$)	研究组 ($n=34$)	$\chi^2/t/U$	P
大专及以上	12	11		
家庭人均月收入(元)			0.575	0.565
<2 500	1	2		
2 500~5 000	6	8		
>5 000	27	24		
医疗费用付费方式			0.059	0.808
自费	9	8		
社保	25	26		
职业			0.069	0.945
自由职业	5	5		
工人	13	11		
职员	14	15		
其他	2	3		

表 2 两组患者家属一般资料比较(n 或 $\bar{x} \pm s$)

项目	对照组($n=34$)	研究组($n=34$)	$\chi^2/t/U$	P
年龄(岁)	52.35±2.64	52.21±2.59	0.050	0.960
性别			0.060	0.806
男	18	17		
女	16	17		
文化程度			0.026	0.979
初中及以下	7	6		
高中及中专	16	18		
大专及以上	11	10		

1.2 方法

1.2.1 对照组 由责任护士施行常规康复护理及健康宣教,患者入院时予以热情的接待,与患者及家属建立密切、友好的护患关系;介绍病区及其他相关医务人员,发放健康宣教手册;围绕手册内容为患者及家属提供常规健康教育,嘱其熟记手册内容,如遇无法理解的内容,可及时询问,责任护士将予以再教育;出院后留下联系方式,定期进行电话、微信或上门随访。

1.2.2 研究组 在常规健康宣教基础上应用基于症状管理策略的健康教育,具体内容如下:(1)组建健康宣教小组。成员包含重症康复科护士长和责任护士,其中护士长负责组织组内成员围绕健康宣教知识进行学习,同时做好疾病症状管理工作的统筹、实施和协助等设计及安排工作,确保教育工作能够顺利进行。下设护理评估组、药物干预组、康复护理组和随访宣教组共 4 个小组,各组均设立组长 1 名,组员 3~5 名,统筹协调,共同商讨有关颅脑损伤气管切开患者症状管理的相关干预措施,制订教育框架和方案。

(2)设计表格。本次共设计两项表格,即症状管理教育计划表与行为检查表。前者用于统计颅脑损伤患者气管切开后常见症状,并以此制订行为检查表。后者是患者个人及其家属采取的健康检查相关措施,如康复训练时间记录、健康饮食记录、药物服用时间及方法、宣教内容掌握程度记录等。(3)规范症状管理措施实施流程。①由护理评估组对初入院患者及其家属进行相关指导,包括如何使用症状管理教育计划表和行为检查表,要求家属参与其中,尽量由同一家属照护并全程参与患者的治疗、护理及康复监督。入院后对其进行疾病知识的讲解,使其对疾病有初步正确的理解;②由药物干预组对患者住院期间服用的药物名称、作用及不良反应进行讲解,出院时对所带药物进行讲解,保证患者及其家属掌握正确服药的方法;③康复护理组指导卧床患者的护理,措施包括正确的肢位摆放、有效咳嗽训练、正确翻身叩背方法、保持口腔清洁、进食指导、被动运动等。在患者病情允许情况下鼓励早期下床活动,指导患者进行三位一体呼吸操、床椅转移、坐位平衡训练、站立步行训练等。并逐步增加日常生活训练,包括穿衣、洗漱、吃饭等日常生活动作,可在后期加大难度,如连贯计时训练;④随访宣教组在住院期间对患者实施常规康复护理,并结合计划表的症状干预措施,对患者进行宣教,通过一对一讲解、专题讲座等方式,用图文资料相结合的手段,使患者掌握症状自评与护理方法,利用记忆增强法,包括联想、回忆、笔记等方式进行干预,每次教育时间约 30 min,保证患者完全掌握后再进行后续讲解,若未达到完全掌握,小组成员讨论后重新修订宣教计划。合理借助家属的情感支持,通过回忆的沟通方式,挖掘患者内心美好记忆,使用身体接触手段,如牵手等方式,加强沟通情绪的传达,可起到事半功倍的效果。(4)出院随访。动态掌握患者出院后康复护理进程,利用微信、电话或上门随访的方式落实出院随访,通过医院微信公众号定期发布康复护理相关知识。

1.3 观察指标及评价工具 (1)护理质量:通过统计两组患者护理期间的意外事件发生率、患者满意度来评价护理质量,由护士长进行统计、整理。(2)预后效果:预后效果评定指标包括 GCS、排痰量及 ICU 入住时间、平均住院时间。其中 GCS 范围在 0~15 分,分值越低表示患者的脑损伤情况越严重^[8]。(3)生活质量:采用颅脑损伤患者生活质量量表(QOLIBRI-TBI)^[9]评价,表中包括思考能力、自我评价、自主性和日常生活、人际关系、情感、身体机能受限 6 个维度,共计 37 个条目,按 5 点 Likert 法计分,依次为一点也不(1 分)、有一点(2 分)、一般(3 分)、比较(4 分)、非常(5 分)。量表各亚组的重测信度系数为 0.915~0.995,具有稳定的重测信度。(4)家属照护行为:采用美国癌症预防研究中心研制的行为阶段性转变评

估问卷,该问卷的 Cronbach's α 信度系数为 0.78。该问卷将人的行为改变过程分为前意向阶段、意向阶段、准备阶段、行动阶段、维持阶段 5 个变化阶段^[10],统计各个阶段的人数占比进行对比。

1.4 统计学处理 采用 SPSS22.0 统计软件进行数据分析。计数资料以例数或百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验;符合正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;等级资料的比较采用秩和检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者预后效果比较 相比入院时,两组患者出院当日的 GCS 明显升高,研究组 GCS 高于对照组,研究组患者排痰量大于对照组,且 ICU 入住时间及平均住院时间短于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$),见表 3。

2.2 两组患者干预前后生活质量比较 干预前,两组间生活质量比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);干预后,两组思考能力、独立性、日常生活功能、身体限制、脑损伤困扰程度方面的评分均较干预前升高,且研究组高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 4。

2.3 两组患者家属干预前后护理行为所处阶段比较 干预前,两组间差异无统计学意义($P > 0.05$);干预后,两组患者家属护理行为所处阶段较干预前有明显改善,且研究组优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 5。

2.4 两组护理质量比较 研究组意外事件发生率明显低于对照组,患者满意度高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 6。

表 3 两组患者预后效果比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	GCS(分)		排痰量(mL)	ICU 入住时间(d)	平均住院时间(d)
		入院时	出院当日			
对照组	34	12.21 $\pm$ 1.30	13.38 $\pm$ 2.21 [*]	36.84 $\pm$ 11.52	23.76 $\pm$ 2.51	26.38 $\pm$ 2.46
研究组	34	14.47 $\pm$ 0.51	13.38 $\pm$ 0.69 [*]	49.58 $\pm$ 12.23	19.64 $\pm$ 2.17	22.59 $\pm$ 3.27
<i>t</i>		0.838	7.407	6.344	3.805	6.159
<i>P</i>		>0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

注:与同组入院时比较,^{*} $P < 0.05$ 。

表 4 两组患者干预前后生活质量比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	思考能力		自我评价		自主性和日常生活	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	34	11.03 $\pm$ 2.25	25.15 $\pm$ 3.33 [*]	11.15 $\pm$ 2.67	24.23 $\pm$ 2.45 [*]	18.41 $\pm$ 2.82	24.95 $\pm$ 2.16 [*]
观察组	34	11.05 $\pm$ 2.28	29.42 $\pm$ 2.37 [*]	11.21 $\pm$ 2.76	30.12 $\pm$ 2.52 [*]	18.38 $\pm$ 2.79	28.46 $\pm$ 3.47 [*]
<i>t</i>		0.036	6.902	0.091	24.245	0.684	6.427
<i>P</i>		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

组别	<i>n</i>	人际关系		情感		身体机能受限	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	34	16.87 $\pm$ 1.56	20.88 $\pm$ 2.65 [*]	22.25 $\pm$ 2.04	16.88 $\pm$ 2.51 [*]	23.50 $\pm$ 2.15	16.58 $\pm$ 2.03 [*]
观察组	34	16.52 $\pm$ 1.43	25.83 $\pm$ 3.35 [*]	21.25 $\pm$ 2.94	12.50 $\pm$ 2.42 [*]	23.80 $\pm$ 2.47	12.47 $\pm$ 2.22 [*]
<i>t</i>		0.081	11.025	1.629	17.761	0.534	7.967
<i>P</i>		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注:与同组干预前比较,^{*} $P < 0.05$ 。

表 5 两组患者家属干预前后护理行为所处阶段比较[*n*(%)]

组别	<i>n</i>	前意向阶段		意向阶段		准备阶段		行动阶段		维持阶段	
		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
对照组	34	12(35.29)	7(20.59)	10(29.41)	6(17.65)	7(20.59)	9(26.47)	5(14.71)	10(29.41)	0(0.00)	2(5.88)
研究组	34	12(35.29)	2(5.88) [*]	11(32.35)	3(8.82) [*]	6(17.65)	7(20.59)	5(14.71)	16(47.06) [*]	0(0.00)	6(17.65) [*]
χ^2		0.317	12.862	0.074	5.074	0.312	1.159	1.166	17.555	0.299	13.725
<i>P</i>		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注:与同组干预前比较,^{*} $P < 0.05$ 。

表 6 两组护理质量比较[n(%)]

组别	n	意外事件	患者满意度			
			非常满意	一般满意	不满意	总满意
对照组	34	5(14.71)	18(52.94)	12(35.29)	4(11.76)	30(88.24)
研究组	34	1(2.94)	24(70.59)	10(29.41)	0(0.00)	34(100.00)
χ^2		7.704				13.950
P		<0.05				<0.05

注:总满意例数=非常满意例数+一般满意例数。

3 讨 论

颅脑损伤多为交通事故、失足跌倒、高处坠落、工伤以及火器伤等引发,患者主要表现为呕吐、头痛、意识障碍和瞳孔散大等,严重者可致残疾,会使其家庭乃至整个社会带来沉重负担^[11]。通常临床对于严重颅脑损伤者采取气管切开,其属于一种可快速建立起呼吸通道的急救方法,能将呼吸道阻塞消除,有助于清理和观察呼吸道中的分泌物情况,对后续用药有着指导作用,同时能改善通气状态和缺氧程度^[12]。但气管切开后未做好有关护理能引发各类意外或者并发症,甚至威胁到患者生命。尽管国内已有大量研究证实颅脑损伤患者接受早期康复治疗取得了确切疗效,但研究方法更多地侧重于康复训练这类生理性治疗,加上患者缺乏对有关知识的了解以及家属的照护能力不佳,一定程度上忽视了早期心理治疗对提升患者治疗依从性的重要辅助意义,使得较多原本能够康复的患者因缺乏合理科学的指导而预后不良^[13-14]。由此可见,需对颅脑损伤气管切开患者开展有效的护理干预,以改善其预后。

本研究探讨了基于症状管理策略的健康教育对颅脑损伤气管切开患者生活质量及家属护理行为的影响,取得了满意结果,主要表现在以下几方面:(1)相比入院时,两组患者出院当日的 GCS 明显升高,研究组 GCS 高于对照组,且研究组患者排痰量明显提升,ICU 入住时间及平均住院时间明显缩短($P<0.05$),由此可见,运用基于症状管理策略的健康教育后患者的预后更优,充分体现了该健康教育模式的有效性。(2)干预后研究组生活质量各项指标较干预前有明显改善,且优于对照组($P<0.05$),国外学者通过一系列增强记忆法来帮助患者提高对疾病的认知程度,改善预后,通过增强患者记忆力,帮助患者意识到疾病的发生发展、住院过程中经历过的症状及采取的相应措施、自身存在的错误认知等,以便日后对症处理^[15]。本研究中各个护理小组各司其职,根据患者病情所处的不同阶段给予相应的健康教育,使其在实践中提升自护能力,并对方案进行实时调整与改进,从而不断改善患者临床症状,提升其生活质量^[16]。(3)本研究中对照组患者接受常规康复护理和健康宣教,相比研究组其在干预措施和干预方式上均比较单一,从结果可以看出,其在家属照护行为的改善上效果差

于研究组。究其原因可能为研究组中制订的症状管理教育计划表和检查表清晰罗列了患者各种症状发生的原因和干预方法,并根据患者家属所处的行为改变阶段,设计与之相符的干预对策,实施综合干预措施,包括一对一咨询、专题讲座、专家咨询、榜样效应等,在干预方式上尽可能符合个体化,从而能够使患者家属的照护能力得到明显提高^[17-18]。(4)研究组意外事件发生率明显低于对照组,护理满意度高于对照组($P<0.05$),说明研究组的干预模式效果更佳,对临床护理质量也有着良好的促进作用,同时能改善护患关系,拉近护患距离。同时在护理过程中融入人文关怀理念,其核心思想在于以人为本,做到关心、爱护、尊重患者,将每个患者视为单独的个体,提供完整的社会与精神服务,加强家属对患者疾病预后的认知,通过予以家属人文关怀,帮助家属明确与实际护理治疗现状匹配的决策,有助于提升家属满意度,减少医疗纠纷。

综上所述,对颅脑损伤气管切开患者实施基于症状管理策略的健康教育可以在提高患者生活质量的同时改善家属照护行为,使其转为显性的良好照护行为,从而更有利于患者康复,形成良性循环,临床干预效果显著。但本次研究亦存在一定局限性,主要表现为研究的开展周期不够长,样本量较小,研究方向仅集中于颅脑损伤气管切开患者。上述问题的存在,或会导致本次研究数据采集与统计学处理结果客观性欠佳,且未就多病变展开研究,研究范围有所局限,难以论证基于症状管理策略的健康教育在其他疾病中的应用价值。未来还需适当延长研究时间,丰富样本量,并涵盖多种疾病,以进一步丰富研究结论,使其更具指导意义,从而助力基于症状管理策略的健康教育在国内护理领域的推广。

参考文献

- [1] 王九娟. 整体护理干预对老年重症颅脑损伤术后气管切开患者呼吸道感染发生率的影响[J]. 黑龙江医药科学, 2019, 42(3): 233-234.
- [2] 贺业伟. 颅脑外伤所致昏迷患者并发下呼吸道感染的临床特征及高危因素[J]. 当代医学, 2017, 23(18): 102-104.
- [3] 李琳. 综合护理在颅脑损伤患者行气管切开术围术期护理中的应用效果[J]. 检验医学与临床, 2019, 16(15): 2242-2244.
- [4] 傅朝霞, 胡静, 施红. 0.45%氯化钠溶液加盐酸氨溴索联合气道护理用于老年颅脑损伤患者气道切开后 30 例[J]. 中国药业, 2016, 25(7): 90-92.
- [5] 陆丽娟, 何细飞. 症状管理策略在慢性心力衰竭患者健康教育中的应用[J]. 护理学杂志, 2020, 35(6): 76-79.
- [6] 田焕, 蔡建平, 赵兰兰, 等. 基于症状管理策略的健康教育对慢性心力衰竭患者自我护理行为和生活质量的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2021, 27(9): 1206-1210.
- [7] 陆敏, 张静. 急性脑损伤患者意识指数与格拉斯哥昏迷评分

- 的相关性研究[J]. 中华危重病急救医学, 2018, 33(1): 47-50.
- [8] 高先连, 叶海春, 李丽. 不同气道湿化方式对降低颅脑损伤气管切开患者并发症发生率效果的 Meta 分析[J]. 上海护理, 2020, 20(10): 14-18.
- [9] 郝艳国, 黄慧玲, 周煜, 等. 颅脑损伤患者生活质量量表中文版本效度和信度的初步评价[J]. 中国神经精神疾病杂志, 2009, 35(3): 141-144.
- [10] 方明珠, 许亮文, 黄仙红, 等. 家庭及同伴对武汉市青少年健康相关行为的影响[J]. 中华预防医学杂志, 2015, 63(9): 810-816.
- [11] 吕学文, 张小雷, 谢利娜, 等. 重症颅脑损伤病人气管切开后继发肺部真菌感染的危险因素分析[J]. 临床外科杂志, 2019, 27(8): 700-702.
- [12] 唐春霞, 王莹, 马洁. 机械吸-呼技术在人工气道患者清理呼吸道分泌物中的应用[J]. 中国实用护理杂志, 2015, 31(18): 1346-1349.
- [13] 孟庆坤. 量化健康教育在颅脑损伤气管切开患者康复护理中的应用[J]. 辽宁医学杂志, 2019, 33(2): 114-115.
- [14] 李慧琴, 杨健慧. 基于行为转变的健康教育对颅脑损伤术后患者健康行为的影响[J]. 检验医学与临床, 2020, 17(16): 2325-2327.
- [15] KOSHY A, GREEN T, TOMS A, et al. The role of exercise hemodynamics in assessing patients with chronic heart failure and left ventricular assist devices[J]. Expert Rev Med Devices, 2019, 16(10): 891-898.
- [16] 范宇召, 李岫炜. 小组式健康教育在预防颅脑损伤患者肌肉废用性萎缩中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2017, 23(24): 3118-3121.
- [17] 廖英, 叶岭, 刘秀竹, 等. 颅脑损伤患者家属健康教育路径干预的效果评价[J]. 华西医学, 2016, 31(10): 1747-1751.
- [18] 王军霞. 认知行为干预对重型颅脑损伤患儿家长心理应激及康复锻炼依从性的影响[J]. 白求恩医学杂志, 2020, 18(1): 44-46.

(收稿日期: 2021-10-06 修回日期: 2022-02-21)

• 临床探讨 • DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2022.12.026

2 型糖尿病患者低血糖恐惧感影响因素的质性研究*

黄 静¹, 程庆丰¹, 黄金贵², 刘智平^{1△}

重庆医科大学附属第一医院: 1. 内分泌内科; 2. 产科, 重庆 400016

摘要:目的 了解 2 型糖尿病(T2DM)患者低血糖恐惧感(FoH)的影响因素, 为 FoH 干预方案的构建提供依据。方法 采用现象学研究方法, 于 2020 年 6—12 月对 15 名存在 FoH 的 T2DM 患者和 5 名经历过患者低血糖事件的内分泌内科护士进行半结构式深度访谈, 运用 Colaizzi 七步分析法对资料进行分析与整理, 并提炼主题。结果 共提炼出 6 个主题: 认知因素(恐惧认知、模糊认识)、个人因素(负性触发事件、敏感与不敏感的困扰)、心理因素(求生欲、焦虑)、社会支持因素(独居、被忽视)、客观环境因素(顾忌)和护理人员因素(未普及、忽略心理、指导不足、用词直白)。结论 T2DM 患者 FoH 的影响因素具有多样性。医护人员应从护患两个视角出发, 充分考虑各个因素, 在加深自身对 FoH 认知的基础上, 强化患者的知识教育, 增强患者的社会支持, 及时识别易感人群, 并进行心理指导, 从而预防和改善 T2DM 患者的 FoH, 实现有效的自我管理。

关键词: 2 型糖尿病; 低血糖恐惧感; 影响因素; 质性研究

中图分类号: R587.1

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2022)12-1683-05

糖尿病是一种慢性、代谢性疾病, 将血糖维持在稳定水平可以预防和延缓糖尿病并发症的发生和发展^[1]。然而, 严格控制血糖会增加低血糖的风险^[2]。低血糖的反复发作及对生命的威胁会导致糖尿病患者产生低血糖恐惧感(FoH)^[3]。为了预防低血糖, 患者会采取回避行为, 如减少胰岛素用量^[4]、过量进食^[5]、限制体力活动^[6]等, 导致血糖控制不佳, 增加糖尿病并发症的发生风险。现阶段, 国内外糖尿病患者 FoH 的发生率均高于 40%^[7-8]。我国糖尿病患者人数持续增加, 其中 2 型糖尿病(T2DM)患者占 90%以上^[9], 改善 T2DM 患者的 FoH 刻不容缓。因此, 本研究通过对存在 FoH 的 T2DM 患者和经历过患者低血

糖发作事件的内分泌内科护士进行访谈, 深入剖析 T2DM 患者 FoH 的影响因素, 为 FoH 干预方案的构建提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究获重庆医科大学附属第一医院伦理委员会审核批准(2020-418)。采用目的抽样法, 选择 2020 年 6—12 月在重庆医科大学附属第一医院内分泌内科住院的 T2DM 患者以及在内分泌内科从事临床护理工作的护士为访谈对象。患者的纳入标准: (1)符合世界卫生组织 1999 年推荐的 T2DM 诊断标准, 确诊时间≥1 年; (2)低血糖恐惧量表-15 得分≥30.5 分^[10]; (3)年龄≥18 周岁; (4)思维正常、可

* 基金项目: 重庆医科大学护理学科研基金项目(2019hlxk07)。

△ 通信作者, E-mail: nfmlzp@163.com。