

延续护理在社区老年糖尿病病人中的应用效果

贾益玲

山东省淄博市临淄区凤凰中心卫生院 山东淄博 255000

摘要: **目的:** 探讨社区老年糖尿病延续性护理的应用方法。**方法:** 将某医院100例患者随机抽取, 随机分为各50例观察组和对照组, 并在6个月的时间内, 比较两组患者在干预前后空腹血糖、糖化血红蛋白的相对代谢指标和以及自我控制的指标。**结果:** 经过干预六个月, 除体重指数患者和组吸烟外, 病原体指标和自我控制行为优先于对照组 ($P < 0.01$)。**结论:** 社区老年糖尿病患者在延续护理大大增强了自我管理代谢指标^[1]。

关键词: 延续性护理; 老年糖尿病; 社区护理; 自我管理

糖尿病是一种代谢疾病, 由患者胰岛素系统的破坏引起, 主要是在血糖高的情况下。如果不立即治疗, 它会影响病人的心脏、肝脏、肾脏等, 从而导致并发症。目前, 糖尿病的临床治疗是通过胰岛素抵抗控制病人的血糖, 在糖尿病患者中发展护理干预是非常重要的。糖尿病是一种导致内分泌失调的慢性疾病, 主要表现为身体消瘦、多饮、多食等。由于人口老龄化, 疾病数量不断增加, 有效的患者护理抑制了疾病的发展, 通过对糖尿病的老年研究, 报告如下:

一、对象与方法

1. 资料

选择2018年9月至2019年3月出院的糖尿病人。放在标准中: 65-80岁在社区管理中心建立电子医疗档案符合世界卫生组织糖尿病诊断标准。排除标准: 合并心理疾病等严重并发症; 生活不自理的。该研究由100名老年糖尿病人分为两组各50名观察组对照组, 这两组都是典型的性别、年龄、婚姻状况等数据差异无统计意义^[2]。

2. 干预方法

(1) 对照组。出院后得到了常规护理。社区中心每月提供健康教育课程, 主要包括糖尿病基础知识、营养建议、运动和用药以及自我监测。患者可以每三个月由医务人员随访一次, 免费监测高血糖水平, 如果有问题, 可以向其寻求咨询。(2) 观察组。基于社区护理的病人延续性护理。护理签约团队组的成员由全科医生一名、两名社区护士和实习生组成。全科的主任医师。延续性护理团队与病人达成协议, 确保稳定的合同关系, 并帮助和监督病人积极参与治疗。评估预约。社区护士每天将大约三、四名患者送到社区服务中心进行分析: 包括一般情况、患者数据、家庭病史、糖尿病等。生活方式, 饮食、日常主食、烟草酒精、锻炼时间、方式、药物类

型、服用时间、副作用、血糖监测频率, 包括时间和方法评估并发症视力模糊、眼痛症状、泡沫尿、无意识行为改变、心悸、出汗; 足部相关并发症, 足背动脉搏动、足背温度、腿部皮肤温度、损伤、水疱、鸡眼、畸形, 评估足部并发症, 如足部温度、疼痛和压力敏感性。他由社区医生评估并为此提出个人护理建议。根据护理人员与当地医生的评估, 调查患者的健康问题。团队应根据结果进行个人干预, 解决饮食、运动、正确护理、药品、自检、预防并发症、低血糖治疗、心理干预等问题, 并及时调整治疗建议。改善教育。糖尿病人每周1次、10周自我管理课程是基于强化训练。集体授课, 我们以讲座、定向教学、物理模拟和同伴等学习的形式提供教育。培训包括五个单元: 饮食、运动、控制血糖、药物和预防控制。此外, “社区护士”半个月为病人随访一般是电话及门诊, 包括家庭护理、服药、饮食和口运动治疗方案疗法。患者每三个月回到社区进行测试, 并要求合同团队进行审查和干预, 直到调查完成。制作微信群。建立微信群。社区中心成立了一个糖尿病人之家微信群研究糖尿病, 主要微信群是参与治疗的患者家属。患者和他们的家人可以在微区与社区的医生和护士互动, 解决患者的问题。同时, 社区中心将开通糖尿病热线, 并发放糖尿病处方和糖尿病指南。双向转诊。该团队在访问或处理过程中发现, 血糖 ≥ 16.7 或 ≤ 3.9 mmol/L, 收缩压 ≥ 180 或 ≤ 90 mmHg (或 ≤ 0.1 kpa) 和/或推力 ≥ 110 mmHg; 呼吸有丙酮味, 深大呼吸, 潮红皮肤; 连续心率过速 (心率超过100分钟) 第一次程序后无改善, 立即转到上级医院, 转诊情况2周内病人随访, 稳定后转到社区进行延续性护理。

3. 评估效果

比较两组患者六个月干预前后活动的相对代谢和自

我控制情况。具体代谢指标包括体重指数、空腹餐后血糖2h、血红蛋白、总胆固醇等。糖尿病自我管理活动评价(SDSCA)老年饮食糖尿病患者自我评价问卷。中文版SDSCA(CVI)含量内容效度为1.00,包括共13项,包括吸烟、吃喝、运动、血糖监测、足部护理、药物和六项维度。每次测量的Cronbach's α 比率为0.62-0.92,其中患者在最后7d由于天数而得分。

4. 统计方法

使用SPSS17执行统计分析。测量数据以($\bar{x} \pm s$)为平均标准差进行测量,而t测试是在比较正常分布测量数据时进行的,但差异在 $P < 0.05$ 统计学意义^[3]。

二、结果

1. 谢指标比较两组患者(见表1)。
2. 比较两组病人自我管理干预前后(见表2)

表1 干预前后两组病人相关代谢指标比较

时间	组别	例数	BMI kg/m ²	FPG mmol/L	2 hPG mmol/L	HbA1c %	总胆固醇 mmol/L	三酰甘油 mmol/L	低密度脂蛋白 mmol/L
干预前	观察组	50	26.87±2.72	9.46±2.23	12.44±3.19	8.18±0.93	5.46±0.91	1.91±0.78	3.62±0.72
	对照组	50	26.14±3.14	8.93±2.02	11.98±2.78	8.02±0.90	5.23±0.70	1.74±0.54	3.47±0.53
	t 值		1.231	1.262	0.762	0.869	1.437	1.305	1.200
	P		0.221	0.210	0.448	0.387	0.154	0.195	0.233
干预后	观察组	50	24.26±2.35 ¹⁾	6.42±0.81 ¹⁾	8.44±1.11 ¹⁾	6.43±0.59 ¹⁾	3.75±0.68 ¹⁾	1.08±0.42 ¹⁾	2.20±0.52 ¹⁾
	对照组	50	25.00±3.02 ¹⁾	7.60±1.21 ¹⁾	9.75±2.03 ¹⁾	7.32±0.78 ¹⁾	4.61±0.68 ¹⁾	1.46±0.47 ¹⁾	2.97±0.54 ¹⁾
	t 值		-1.378	-5.734	-4.013	-6.425	-6.338	-4.253	-7.302
	P		0.171	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

1) 与本组干预前比较, $P < 0.05$ 。

表2 干预前后两组病人自我管理能力比较

时间	组别	例数	饮食	运动	血糖监测	足部护理	遵医用药	吸烟
干预前	观察组	50	3.65±0.94	4.06±1.35	1.11±0.83	1.57±1.14	3.72±1.23	11.23±5.75
	对照组	50	3.69±0.90	4.13±1.27	1.18±0.86	1.62±1.08	3.43±1.14	11.57±5.67
	t 值		-0.245	-0.266	-0.416	-0.226	1.159	-0.155
	P		0.807	0.791	0.679	0.822	0.250	0.878
干预后	观察组	50	5.63±0.65 ¹⁾	6.15±0.78 ¹⁾	3.37±0.86 ¹⁾	4.05±0.96 ¹⁾	5.91±0.96 ¹⁾	3.33±1.53 ¹⁾
	对照组	50	4.63±0.77 ¹⁾	5.17±1.16 ¹⁾	2.22±0.83 ¹⁾	2.65±1.06 ¹⁾	4.66±1.04 ¹⁾	6.09±3.53 ²⁾
	t 值		6.996	4.966	6.780	6.921	5.954	-1.288
	P		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.222

1) 与本组干预前比较, $P < 0.05$;

2) 与本组干预前比较, $P < 0.01$ 。

三、讨论

糖尿病是临床上最常见的疾病之一,是基因、环境、饮食等的一系列原因。这些可能导致血糖升高并导致糖尿病。护理干预在糖尿病治疗中非常重要。在出院后正常护理模式,护理服务不能继续,出现某些缺陷。通过社区医院提供延续性护理,这些医院在老年病人出院后继续提供护理,以改善病人对护理的依赖,减少并发症的发生。延续性护理有助于患者养成良好的生活方式习惯,减少健康危害因素。延续性护理是一种新的护理形式,也是医院延续性护理的重要组成部分,可以实现可延续的健康保障,促进出院后的疾病康复。老年糖尿病不是典型的临床表现,自我管理能力差,发病率高,对低血糖容易发生,延续性护理有可能帮助患者改变传统的生活方式,也可以延缓或预防糖尿病慢性症状的发生,从而改善整个患者的不良习惯,提高患者的生活质量。另一方面,延续性护理可以帮助护士了解病人的情况,

制定有效的监测和治疗计划,迅速对病人进行干预和指导。通过延续性的护理,病人的病情得到了有效的控制在过去,单一使用药物防治疾病不是防治这些疾病的最有效方法。只有提高病人的管理能力,即使会得到最好的控制。延续性护理始终遵循以病人为中心的护理概念,即为不同的病人制定不同的护理方案,通过不同形式的教育激励老年患者,并使病人从被动管理转向积极的疾病管理。除了延续性护理之外,病人还得到定期护理。作为日常护理的一部分,向病人提供健康教育,以提高他们对疾病的认识和对护理的承诺。持续护理主要包括病人后续护理。通过跟踪病人,更容易跟踪病人糖尿病是心血管和脑血管疾病以外的慢性非传染性疾病,对人类健康构成严重威胁。随着寿命的延长,我国糖尿病病人的比例逐年增加,2019年达到22.86%,约占糖尿病病原体总数的40%。糖尿病是一种慢性终身疾病,需要长期治疗和护理。在基础医疗的发展过程中,社区医疗设施

是糖尿病延续性护理的重要组成部分。这项研究在社区卫生的糖尿病人延续性护理中非常有效。目前, 该报告如下^[4]。

1. 老年糖尿病人延续性护理是整体护理的一部分, 要延伸护理范围, 恢复过程中即使出院后也要持续获得健康保健, 以改善健康和恢复。老年糖尿病发病率高, 不典型症状, 并发症和并症多, 低血糖易发生; 根据老年糖尿病的特点, 医务人员可以了解出院后治疗计划的执行情况, 并帮助他们即对患者进行干预指导, 如果能预防或延缓糖尿病引发的慢性并发症, 患者的生活质量也将得到改善。

2. 延续性护理对糖尿病患者改善代谢指标。根据表2, 手术前后患者的所有相对代谢指标均有所改善 ($P<0.05$), 但干预后, 观察组指数优先于对照组 ($P<0.01$), 可能的原因是在社区卫生层面延续性护理患者, 确保出院后治疗的连续性, 同时满足糖尿病的需求。建立延续性护理签约团队提高患者对社区护理人员的信心以改善病人的治疗。通过定期社区访随访、热线、个性化患者咨询、提出患者护理建议和双向诊断等措施, 改善对血糖和血脂的控制。干预前后观察组BMI的差异有统计学依据 ($P<0.05$), 但是, 干预组和对照组之间的

差异没有统计学意义 ($P>0.05$), 这可能伴随延续性护理的时间缩短, 管理BMI的好处还不明显。

3. 延续护理在提高糖尿病患者自控能力方面有效改善。这项研究的指导思想是, 以病人为中心的“以人为本的治疗计划,” 充分调动老年病人的各种形式的课程活动, 积极包括糖尿病的治疗和管理, 并有助于改善病人的自我管理的能力。还开发了各种模块, 以加强教育, 增进患者知识, 提高对糖尿病的认识, 并通过普通教育改善患者的治疗。相对于吸烟, 两组干预后, 无统计学意义 ($P>0.05$), 这也可能与短的延续性护理时间有关。

通过将延续性护理干预纳入社区糖尿病治疗, 有效降低了护理效率、发病率、服药依从性、锻炼率、营养控制和患者症状, 值得临床护理借鉴^[5]。

参考文献:

[1]解梅. 延续性护理在社区老年糖尿病病人中的应用效果[J]. 护理研究, 2019, 31(5): 623-626.

[2]汪瑞. 延续性护理在社区老年糖尿病病人中的应用[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 4(55): 10772, 10774.

[3]姜琴军. 延续性护理干预对老年糖尿病患者生存质量的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2019(1): 78-79