

# 社区护理干预提高糖尿病患者遵医率和血糖控制的效果研究

仝莉霞

(山东省威海市火炬高技术产业开发区田和社区卫生服务中心)

**摘要:**目的:本研究旨在探讨社区护理干预在提高糖尿病患者遵医率和控制血糖水平方面的可行性和有效性。方法:选取2021年1月至2022年1月至本社区进行登记的200例2型糖尿病患者,将其分为研究组(社区护理)或对照组(常规护理),每组100例。综合比较分析两组患者的遵医率和血糖控制情况。结果:干预前,两组患者的自我管理能力和HbA1c均较差,干预后,研究组患者的自我管理能力和HbA1c均明显优于对照组,组间差异明显, $P < 0.05$ 。结论:社区护理干预应用于糖尿病患者是有效可行的,符合中国医学发展的趋势,能够提高患者的遵医率,有效控制血糖,可应用于社区卫生环境中的糖尿病管理。

**关键词:**社区护理干预;糖尿病;遵医率;血糖控制

糖尿病是一种以高血糖为特征的代谢性疾病。近年来,糖尿病的发病率在世界范围内呈快速上升趋势。根据国际糖尿病联合会的数据,2020年18-99岁的糖尿病患者人数达到4.51亿,到2045年可能会上升到6.93亿。中国糖尿病患病率在过去30年迅速上升<sup>[1]</sup>。最新数据显示,中国成人糖尿病患病率为10.9%,患者人数已突破1亿。糖尿病引起多种并发症,致残率和死亡率高,给社会带来沉重的疾病负担,已成为影响经济社会可持续发展的严重公共卫生问题。糖尿病本身目前无法治愈,患者需要终生治疗,加上降糖药和生活方式的调整来控制疾病的进展。此外,糖尿病具有长期、反复发作的特点,需要患者及家属具备对疾病进行自我监测和管理的能力<sup>[2]</sup>。与发达国家相比,我国糖尿病知晓率、治疗率和控制率较低。医护人员和政府决策者必须面对糖尿病导致的疾病负担日益增加与医疗资源有限之间的矛盾。目前,糖尿病患者的自我管理已被视为一种具有成本效益的有效干预措施,为世界卫生组织所提倡。因此,寻找合适的方法来提高糖尿病患者的自我管理水平是非常重要的<sup>[3]</sup>。

以往的研究已经证实,社区卫生机构的预防和治疗是有效控制糖尿病的最重要途径。团队管理融入社区慢病管理是我国基本医疗卫生服务的重要模式。2009年,我国将糖尿病病例管理纳入基本公共卫生服务,并制定了相应的管理服务规范,要求所有社区卫生服务均覆盖35岁以上糖尿病患者。糖尿病管理已成为我国社区卫生服务提供者的日常工作之一<sup>[4]</sup>。社区卫生服务中心为城乡居民免费提供糖尿病筛查、随访、健康教育、体检、疾病分类干预等服务。截至2020年底,糖尿病管理系统登记糖尿病患者2600万人,到2023年将达到3500万人<sup>[5]</sup>。

随着多学科团队管理的发展,中国2型糖尿病防治指南(2018版)建议社区糖尿病管理团队应由全科医生、护士、营养师、康复师和患者组成。然而,随着糖尿病患病率的增加,全科医生严重短缺和分布不均,当地医疗机构的全科医生难以承担日益繁重的患者管理服务。全科医生主导的团队管理是我国糖尿病管理的主要形式,以医生为主导的团队管理,医生不仅负责治疗,还负责随访、健康教育、档案管理、团队沟通等相关工作<sup>[6]</sup>。以医生为主导的糖尿病团队管理更注重疾病的诊治,家庭访视、电话随访、健康教育等时间较少,全科医生数量不均衡导致糖尿病管理效果不佳和繁重的工作量。国外一些基层卫生服务机构逐渐从全科医生主导管理转变为护士主导的团队管理(NLTM),并有效改善了患者的治疗效果。NLTM的实施可以显著提高社区糖尿病患者的自我管理能力和糖化血红蛋白(HbA1c)水平<sup>[7]</sup>。基于此,本研究旨在探讨社区护理干预在提高糖尿病患者遵医率和控制血糖水平方面的可行性和有效性,报道如下。

## 1、资料与方法

### 1.1 一般资料

选取2021年1月至2022年1月至本社区进行登记的200例2型糖尿病患者,将其分为研究组(社区护理)或对照组(常规护理),

每组100例。研究组中平均年龄为(61.71±7.20)岁,男女比例为37:63。对照组中平均年龄为(61.82±6.93)岁,男女比例为41:59。纳入标准:(1)患者的症状符合世界卫生组织(WHO)定义的糖尿病诊断标准,并确诊为2型糖尿病;(2)至少18岁;(3)能说、听、读普通话。排除标准:(1)任何器官功能严重障碍的患者;(2)癌症或继发性糖尿病患者;(3)有听力和语言障碍和痴呆症的患者;(4)患者无法配合和接受治疗。两组患者的基线信息进行比较,无显著差异,有可比性。

### 1.2 方法

1.2.1 对照组:接受标准护理,包括每年4次面对面随访(每次20-30分钟糖尿病健康教育),每年4次免费测量空腹血糖(FBS),以及每年一次到社区服务站免费体检。

1.2.2 研究组:除了接受标准治疗外,还接受了为期12个月的社区护理干预,具体如下:

(1)团队组成:在与研究人员、糖尿病专家、社区医生和护士、营养师以及患者和家属就干预的内容、频率和时间安排进行协商后设计和规划的。该团队由社区护士、社区医生、一名临床护理专家、三名糖尿病专家、一名营养师和护理实习生组成。干预前,我们对团队进行了培训,培训内容涵盖糖尿病专业知识、饮食、运动知识,随访、健康教育和沟通技巧,及相关政策法规。社区护理干预旨在增加知识、增强糖尿病自我管理的依从性、提供情感支持和解决问题。它包括12次随访和6次健康讲座。

(2)随访:由社区护士和护理实习生进行12次回访,其中第2、4、8、10个月家庭回访4次,第1、3、5、7个月电话回访6次,第9个月和第11个月,以及第6个月和第12个月期间的2次门诊随访。每次家庭随访时向患者分发血糖监测日记,提醒患者在方便时监测FBS,以便护士检查和记录结果。每次家访持续20-30分钟,电话咨询持续5-10分钟。随访内容以2型糖尿病患者随访服务登记表为准,包括FBS、血压测定、用药依从性评估、药物不良反应及药物过期情况,评估患者的饮食和运动情况,并根据患者的情况提供个性化的健康教育和情感支持。对于FBS控制在7.0mmol/L以下且无药物不良反应及并发症的患者,预约下次随访。对FBS控制不满意或出现药物不良反应者,组织小组讨论,根据患者情况给予相应的建议和指导,并在两周内电话随访。对FBS控制不满意,出现新发并发症或近期药物反应加重的患者,建议转至上级医院糖尿病专科就诊,建议转诊两周内积极随访。

(3)健康讲座:研究对象在第1、3、6、8、10、12个月期间在社区卫生服务中心参加了60分钟的糖尿病健康讲座。讲座的主要内容包括饮食管理、运动管理、药物治疗、心理调节、血糖监测、胰岛素注射技术等。讲座由中南大学附属医院糖尿病专家主讲。我们根据每次讲座的内容发放糖尿病教育小册子。每次讲座结束后,为实验组提供1小时的糖尿病知识、应对技巧、心理护理等方面的免费专家咨询服务。

(4)我们采用互动的方式和个性化的治疗方式,让参与者表

