

- 临床疗效及满意度的影响[J]. 临床心身疾病杂志, 2018, 24(2):200-202.
- 6 中华医学会儿科学分会呼吸学组,《中华儿科杂志》编辑委员会. 儿童支气管哮喘诊断与防治指南(2016年版)[S]. 中华儿科杂志, 2016, 54(3):167-181.
 - 7 李娅宁, 王蕾, 耿磊, 等. 布地奈德联合不同药物雾化吸入治疗儿童哮喘疗效比较[J]. 中国医院药学杂志, 2017, 37(6): 533-537.
 - 8 Casas M, Den Dekker HT, Kruithof CJ, et al. The effect of early growth patterns and lung function on the development of childhood asthma: a population based study[J]. Thorax, 2018, 73 (12): 1137-1145.
 - 9 梁展穗, 梁意妹, 陈月凤, 等. 延续护理对支气管哮喘儿童生活质量和负性情绪影响的研究[J]. 全科护理, 2018, 16(21):87-89.
 - 10 Durzo A. The GOAL study[J]. Can Fam Physician, 2006, 52(2): 187-189.
 - 11 顾玉萍. 以家庭为中心的护理干预模式在哮喘患儿中的应用效果观察[J]. 国际护理学杂志, 2017, 36(22): 3049-3053.
- (收稿日期 2019-03-13)
(本文编辑 蔡华波)

·全科护理·

基于ABC管理法的自我管理教育在2型糖尿病患者中的应用

刘素贞 李修英

目前中国糖尿病患者高达1.14亿人,其中2型糖尿病占95%,已成为严重威胁国民健康的公共卫生问题之一^[1]。有研究表明,帮助糖尿病患者建立科学有效的自我管理行为,能够提高患者血糖控制水平、减少并发症的发生,从而提升患者生活质量^[2]。因此,如何提高糖尿病患者的自我管理已成为临床关注的重点。本次研究将ABC管理法运用于住院2型糖尿病患者的自我管理教育中,取得良好效果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2017年10月至2018年8月期间在杭州市第一人民医院内分泌科住院治疗的124例2型糖尿病患者,其中男性67例、女性57例;年龄43~76岁,平均(57.39±8.22)岁;病程2~24年,平均(8.26±4.41)年;学历:高中及以上30例、初中56例、小学及以下38例。纳入标准:①符合中国2型糖尿病防治指南(2017年版)[3]标

准;②糖尿病病史至少半年;③年龄18~69周岁;④具有完全认知行为能力且自愿参加本研究。排除标准:①合并严重肝肾功能不全、肿瘤及其他免疫性疾病等患者;②听力、语言沟通障碍者;③妊娠、哺乳期妇女及精神病患者。所有入组患者按随机数字表法随机分为观察组和对照组,两组各62例。两组患者性别、年龄、病程、文化程度比较见表1。两组比较,差异无统计学意义(P 均>0.05)。

表1 两组患者基线资料比较

组别	<i>n</i>	性别 (男/女)	年龄/岁	病程/年	文化程度 (高中及以上/ 初中/小学)
观察组	62	32/30	58.03±8.63	8.51±4.83	14/30/18
对照组	62	35/27	56.92±8.07	8.12±4.36	16/26/20

1.2 方法 对照组采用传统宣教方式:向患者发放便携的《糖尿病健康教育手册》,每周三集中开展糖尿病专题大课堂多媒体授课,日常针对患者提出的问题及时解答,发现不良自我管理行为及时教育纠正。观察组采用基于ABC管理法的糖尿病健康教

DOI:10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2019.08.032

作者单位:310006 浙江杭州,浙江中医药大学第四临床医学院,杭州市第一人民医院内分泌科

育,具体方法:①教育内容等级化:依照糖尿病相关指南、文献查阅学习、并结合院内该领域相关专家会诊意见,运用ABC管理方案的核心理论将糖尿病健康教育内容赋予ABC三个等级。其中,A级(最为重要和紧急)主要包括异常血糖的处理、胰岛素注射的规范操作、血糖水平监测、正确用药、规律复诊与自我管理意识等;B级(较重要的)涵盖日常饮食管理、运动指导、患病期间预防保健、心理调节、控制疾病进展注意事项等;C级(重要性较低、不迫切)主要包括居家环境安全、自我足部保护、口腔及皮肤护理等、药物储备及副作用知晓、定期复查年检检查项目,如眼底检查等。②教育活动安排及开展方式:针对A级健康知识在患者入院后1~2 d内由责任护士进行面对面、一对一的进行重点进行宣教(20~30 min),教育后让患者对知识点进行复述,确保完全知晓掌握后开始B级内容的教育。B级健康知识在住院期间通过小组集中授课教育(周二下午,每次预计45 min)的形式进行宣教,并于每周开展小组看图对话的形式针对A级、B级健康知识内容进行答疑与互动交流,针对患者理解存在误区或未完全掌握的内容进行纠正和巩固教育(周四下

午,每次预计45~60 min);待A级、B级健康知识全部掌握后,鼓励患者通过集体大课堂学习及日常《糖尿病健康教育手册》自行学习(每周五下午举行,每位患者需连续参加大课堂学习5次以上,鼓励患者家属陪同参加共同学习)。

两组患者均于出院后第2周、第4周给予电话随访,以后每月随访一次,每次随访10~15 min,针对患者提出的问题进行解答和指导,定期安排患者预约门诊复诊。

1.3 效果评价 在干预前及干预3个月时评估患者的血糖控制情况、采用《糖尿病健康知识及能力评估量表》^[4]评估患者健康知识及个体行为能力,并采用《中文版糖尿病自我管理行为量表》^[5]对患者自我管理行为水平进行评价。

1.4 统计学方法 采用SPSS 21.0统计软件进行分析。计量资料采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示。计量资料比较采用 t 检验。设 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者健康知识和行为能力及血糖水平情况比较见表2

表2 两组患者糖尿病健康知识、行为能力及血糖水平情况比较

组别		健康知识/分	行为能力/分	空腹血糖/mmol/L	糖化血红蛋白/%
观察组	干预前	58.33 ± 7.60	62.81 ± 5.29	10.26 ± 1.52	9.63 ± 0.51
	干预后	91.64 ± 8.06*	89.74 ± 7.25*	7.38 ± 1.35*	7.14 ± 1.07*
对照组	干预前	57.86 ± 5.39	63.05 ± 5.11	10.39 ± 1.64	9.55 ± 0.56
	干预后	80.22 ± 7.11	80.39 ± 6.07	8.43 ± 1.27	8.03 ± 1.03

注: *: 与对照组干预后比较, $P < 0.05$ 。

由表2可见,两组患者干预前糖尿病健康知识和行为能力评分及患者的空腹血糖、糖化血红蛋白水平比较,差异均无统计学意义(t 分别=0.33、0.21、0.38、0.67, P 均 > 0.05),观察组患者干预3个月后的健康知识和行为能力评分明显高于对照组,空腹血糖、糖化血红蛋白水平均低于对照组,差异均有统计学意义(t 分别=6.88、6.52、5.93、6.78, P 均 < 0.05)。

2.2 两组患者自我管理行为得分的比较见表3

由表3所见,两组患者干预前自我管理行为(饮食控制、体育运动、足部护理、服药依从性)等方面评分比较,差异均无统计学意义(t 分别=0.84、0.41、0.16、0.59, P 均 > 0.05);干预3个月后,观察组患者自我管理行为(饮食控制、体育运动、足部护理、服药依从性)等方面评分均优于对照组,差异均有统

计学意义(t 分别=9.06、9.10、7.52、9.27, P 均 < 0.05)。

表3 两组患者自我管理行为得分的比较/分

组别	饮食控制	体育运动	足部护理	服药依从性
观察组				
干预前	6.24 ± 0.83	7.33 ± 0.82	6.76 ± 0.77	5.74 ± 0.99
干预后	8.70 ± 0.91*	8.94 ± 1.01*	8.92 ± 0.94*	9.25 ± 1.15*
对照组				
干预前	6.39 ± 0.80	7.26 ± 0.77	6.79 ± 0.96	5.87 ± 1.01
干预后	6.95 ± 0.86	7.79 ± 0.83	6.84 ± 0.81	7.33 ± 0.97

注: *: 与对照组干预后比较, $P < 0.05$ 。

3 讨论

自我管理能力形成是一个连续、动态、逐步推

进的过程,不同阶段患者健康教育需求不同,健康教育方法与内容也应存在差异^[6]。ABC管理法的核心理念是“抓住关键、紧要因素,遵循优先解决主要矛盾,保证重点,兼顾一般”的处理原则,以提高个人工作效率和能力^[7]。本次研究将ABC管理法运用于健康教育活动中,即根据患者的实际情况,将各阶段需要掌握的健康知识及自我管理知识赋予等级和层次,根据不同等级、不同阶段、不同接受能力的患者合理使用不同的教育方式并逐步推进。

本次研究结果显示,干预3个月后,接受ABC管理法健康教育模式患者的健康知识、行为能力评分及自我管理行为(饮食控制、体育运动、足部护理、服药依从性等方面)评分均明显高于常规健康教育患者(P 均 <0.05),与刘清娴等^[7]报道中观点基本相一致,提示基于ABC管理法的健康教育模式能够有效提高糖尿病患者的健康知识掌握水平和自我管理行为能力。分析原因可能在于:糖尿病健康知识和自我管理知识繁多,传统的健康教育对于很多健康知识均是通过大课堂集中教育的方式开展,属于填鸭式的指导,患者处于一种被动接受状态,然而因患者的学习特点和理解、接受能力存在差异,必然导致各患者之间对健康知识的知晓和掌握水平相差甚远。ABC管理法将健康教育分成ABC三级目标,并根据患者的实际情况及相应阶段需要实时掌握的健康知识有计划、分重点、分层次地开展个性化教育,做到重点目标优先实施,针对重要内容和薄弱环节给予一对一针对性进行强化教育,从而更好地满足患者的需求,使患者更容易接受和理解,从而更为主动参与到自我管理中,使得糖尿病知识水平和自我管理行为能力均得到有效提升。本次研究结果显示,干预3个月后,接受ABC管理法健康教育模式患者的空腹血糖、糖化血红蛋白指标改善效果均明显优于常规健康教育患者(P 均 <0.05),提示ABC管理法应用于糖尿病自我管理教育中,有助于改善患者血糖控制水平。有报道指出,T2DM患者的血糖控制效果和健康知识的掌握度呈正相关^[8],而良好、有效地健康教育能够帮助患者更

加高效地掌握和获取糖尿病相关知识,提高其自我健康管理行为能力,提升自身遵医行为。ABC管理法健康教育模式恰好能根据实际情况,不断循环更新健康教育的重点,强化针对性的干预,优化方式方法,从而增强健康教育的效果和效率,达到患者由被动到主动的转变,从而提升患者的知识水平及自我健康管理意识及行为水平。

综上所述,ABC管理法应用于糖尿病自我管理教育中,能够有助于提高患者的糖尿病知识水平,提高患者自我管理行为能力。由于本次研究样本量较小,观察时间较短,未来仍需进一步开展多中心、大样本的纵向研究进一步去证实。

参考文献

- 1 Hron BM, ebbeling CB, feldman HA. et al. Relationship of insulin dynamics to body composition and resting energy expenditure following weight loss[J]. Obesity, 2015, 23(11):2216-2222.
- 2 Vaatainen S, Keinanen S, Saramies J, et al. Quality of life along the diabetes continuum: a cross-sectional view of health-related quality of life and general health status in middle-aged and older Finns[J]. Qual Life Res, 2014, 23(7): 1935.
- 3 中华医学会糖尿病学分会. 中国2型糖尿病防治指南(2017年版)[S]. 中国实用内科杂志, 2018, 38(4): 292-344.
- 4 陈文专. 糖尿病健康知识及能力评估量表的研制与评价[D]. 汕头: 汕头大学, 2017.
- 5 程丽, 伍育宁, 李小妹. 中文版糖尿病自我管理及障碍问卷的修订和信效度分析[J]. 中华护理杂志, 2014, 49(6): 734-738.
- 6 赵子瑞. 强化和常规自我管理教育对糖尿病患者血糖控制的比较[J]. 山西医药杂志, 2018, 47(17): 2111-2112.
- 7 刘清娴, 苏静, 陈文专, 等. 基于ABC管理法的糖尿病患者自我管理教育[J]. 护理学杂志, 2018, 33(18): 83-86, 103.
- 8 李昱芃, 郭婷婷, 张建双, 等. 天津市住院2型糖尿病患者血糖控制情况及影响因素分析[J]. 中国慢性病预防与控制, 2016, 24(10): 725-729.

(收稿日期 2019-02-12)

(本文编辑 蔡华波)