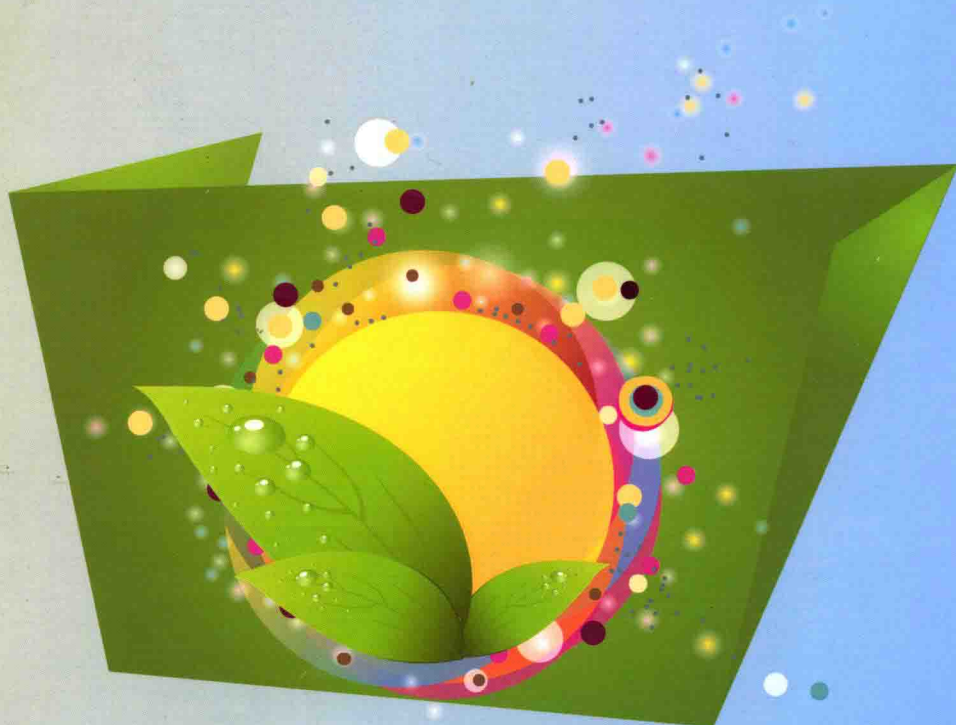




● 刘畅 刘爱华 刘锐 主编

糖尿病健康教育学

Diabetes Health Education



 辽宁科学技术出版社
LIAONING SCIENCE AND TECHNOLOGY PUBLISHING HOUSE

辽宁省优秀自然科学著作

糖尿病健康教育学

刘畅 刘爱华 刘锐 主编

辽宁科学技术出版社

沈阳

主编 刘 畅 刘爱华 刘 锐
编委 王滢丽 丁丽颖 姜凤伟 任 卓 姜丁文 吴艳君
刘晓英 孙 超 崔甜甜 张 春 曹 鸽

图书在版编目(CIP)数据

糖尿病健康教育学 / 刘畅, 刘爱华, 刘锐主编. —沈阳: 辽宁科学技术出版社, 2014.1
(辽宁省优秀自然科学著作)
ISBN 978-7-5381-8398-6

I. ①糖… II. ①刘… ②刘… ③刘… III. ①糖尿病—防治 IV. ①R587.1

中国版本图书馆CIP数据核字(2013)第280095号

出版发行: 辽宁科学技术出版社

(地址: 沈阳市和平区十一纬路29号 邮编: 110003)

印刷者: 沈阳新华印刷厂

经销者: 各地新华书店

幅面尺寸: 185mm × 260mm

印 张: 9.25

字 数: 200千字

印 数: 1~2000

出版时间: 2014年1月第1版

印刷时间: 2014年1月第1次印刷

责任编辑: 李伟民 陈 刚

封面设计: 嵘 嵘

责任校对: 徐 跃

书 号: ISBN 978-7-5381-8398-6

定 价: 30.00元

联系电话: 024-23284360

邮购电话: 024-23284502

<http://www.lnkj.com.cn>

《辽宁省优秀自然科学著作》评审委员会

主 任：

康 捷 辽宁省科学技术协会党组书记、副主席

执行副主任：

黄其励 东北电网有限公司名誉总工程师

中国工程院院士

辽宁省科学技术协会副主席

副主任：

金太元 辽宁省科学技术协会副主席

宋纯智 辽宁科学技术出版社社长兼总编辑 编审

委 员：

郭永新 辽宁大学副校长

陈宝智 东北大学安全工程研究所所长

刘文民 大连船舶重工集团有限公司副总工程师

李天来 沈阳农业大学副校长

刘明国 沈阳农业大学林学院院长

邢兆凯 辽宁省林业科学研究院院长

辽宁省科学技术协会委员

吴春福 沈阳药科大学校长

辽宁省科学技术协会常委

张 兰 辽宁中医药大学附属医院副院长

王恩华 中国医科大学基础医学院副院长

李伟民 辽宁科学技术出版社总编室主任 编审

目 录

第一章 糖尿病教育学内容	001
第一节 糖尿病健康教育的现状	001
第二节 糖尿病教育的层次	002
一、第一层次和一级预防	002
二、第二层次和二级预防	003
三、第三层次和三级预防	004
第三节 糖尿病健康教育的模式	005
一、社区健康教育模式	005
二、医院健康教育模式	007
三、社区医院一体化健康教育模式	009
第四节 糖尿病健康教育的方式	010
第二章 糖尿病教育团队及组成	012
第一节 糖尿病教育团队的内涵	012
一、团队	012
二、糖尿病团队管理的必要性	013
三、国内外发展状况	013
第二节 糖尿病教育团队的组成及建设	014
一、糖尿病专科医生	014
二、糖尿病教育护士	015
三、营养师	015
四、心理医师	016
五、运动康复师	016
六、足病专家	017
七、糖尿病患者及其家属	017

参考文献	018
第三章 糖尿病总论	019
病例	019
一、概述	019
二、团队管理	025
参考文献	048
第四章 糖尿病急性并发症	050
第一节 糖尿病酮症酸中毒	050
病例	050
一、概述	050
二、团队管理	051
第二节 高血糖高渗性状态	053
病例	053
一、概述	053
二、团队管理	054
第三节 低血糖	055
病例	055
一、概述	055
二、团队管理	056
参考文献	058
第五章 糖尿病慢性并发症	059
第一节 糖尿病肾脏病变	059
病例	059
一、概述	059
二、团队管理	061
第二节 糖尿病视网膜病变	066
病例	066
一、概述	066
二、团队管理	068
第三节 糖尿病神经病变	071
病例	071
一、概述	072
二、团队管理	074
第四节 糖尿病下肢血管病变	076
病例	076

一、概述	076
二、团队管理	079
第五节 糖尿病足	081
病例	081
一、概述	081
二、团队管理	083
参考文献	086
第六章 糖尿病的伴发疾病	089
第一节 糖尿病合并高血压	089
病例	089
一、概述	089
二、团队管理	092
第二节 糖尿病合并冠心病	094
病例	094
一、概述	094
二、团队管理	096
第三节 糖尿病性脑血管病	099
病例	099
一、概述	099
二、团队管理	101
第四节 糖尿病合并血脂异常	105
病例	105
一、概述	105
二、团队管理	107
第五节 糖尿病合并高尿酸血症	110
病例	110
一、概述	110
二、团队管理	112
参考文献	114
第七章 糖尿病特殊人群	117
第一节 妊娠合并糖尿病	117
病例	117
一、概述	117
二、团队管理	118
第二节 儿童及青少年糖尿病	123

病例	123
一、概述	124
二、团队管理	124
第三节 老年糖尿病	128
病例	128
一、概述	128
二、团队管理	129
第四节 围手术期糖尿病	131
病例	131
一、概述	132
二、团队管理	133
参考文献	137

第一章 糖尿病教育学内容

第一节 糖尿病健康教育的现状

随着社会经济水平的发展和人民生活水平的不断提高,在城市化、老龄化、生活高压力和生活方式变化等多种因素的作用下,我国糖尿病的发病率明显升高。中国庞大的人口基数使中国背负了沉重的糖尿病的负担。2008年的调查结果显示,在20岁以上的成人中,年龄标化的糖尿病的患病率为9.7%,而糖尿病前期的比例更高达15.5%,相当于每4个成年人中就有1个高血糖状态者。《中国2型糖尿病防治指南》(2010)中指出:中国糖尿病人数占全球的1/3,更令人担忧的是,据我国2003年、2004年、2006年大中城市门诊的调查表明,仅有1/4的糖尿病患者HbA1c达标($<6.5\%$)。

众所周知,糖尿病是一种慢性非感染性疾病,它的危害除了高血糖所引起的代谢紊乱外,更大的危害来自糖尿病慢性并发症,包括糖尿病视网膜病变、糖尿病肾病、糖尿病足等。慢性并发症是严重影响糖尿病患者生活质量和生存年限的主要原因。目前中国人对糖尿病的相关防治知识的了解仍明显不足,很多糖尿病患者虽然患病多年,但是对一些糖尿病的基础知识仍然不了解,对糖尿病的严重后果缺乏认识,甚至存在认知误区,不能够主动地配合医生实现对疾病的良好控制,直接导致了我国大多数糖尿病患者治疗不达标的现状。

国际上对于糖尿病患者管理的关注较早,1979年10月,欧洲各地的政府卫生部门和患者组织,在世界卫生组织(WHO)和国际糖尿病联盟(IDF)的帮助下一致达成共识,发表了《圣文森特宣言》,制定了糖尿病管理的一系列标准,并确立了改善糖尿病管理效果的目标,他们呼吁各国政府卫生机构正视糖尿病问题,并创造条件、筹备资金,设法解决这个问题。各国政府在此后的30年间进行了很多的尝试,使得糖尿病治疗情况取得了很大提高。其中糖尿病患者的自我管理已经形成比较成熟的理念,国内外大量临床实践证明,通过加强对糖尿病患者的健康教育与管理,能够提高治疗效果和减少并发症。我国卫生部也高度重视糖尿病防治工作,颁布实施了《1996—2000年国家糖尿病防治规划纲要》,有组织、有计划、有步骤地逐步建立糖尿病健康教育工作者队伍,大力开展糖尿病健康教育和健康促进活动。中华医学会糖尿病学分会组织编写了《中国糖尿病护理及教育指南》,对我国糖尿病健康教育体系、工作流程、糖尿病护理及健康教育内容、方法均作了详细的阐述,我国的糖尿病健康教育进入了规范化的快速发展中。

健康教育就是以传播、教育、干预为手段,以帮助个体和群体改变不健康的行为和

确立健康行为为目标，以促进健康为目的所进行的系列活动和过程。具体到糖尿病的健康教育而言，糖尿病教育的总体目标就是使糖尿病患者掌握控制疾病的知识和技巧；使他们改变其对待疾病消极或错误的态度，提高他们对糖尿病综合治疗的依从性；使患者成为糖尿病管理中最积极、最主动的参与者；尽量提高患者自我照顾能力。糖尿病教育的最终目标是使患者达到行为改变。为了达到这个目标，需要广大的糖尿病教育工作者以细心、耐心、有责任心和有爱心的工作态度和长期的不懈努力，采取多样的教育形式，规范地组织和有效地执行各种层次的糖尿病教育活动。

第二节 糖尿病教育的层次

2型糖尿病患者占整个糖尿病患者的绝大多数（90%），所以糖尿病健康教育主要针对2型糖尿病。2型糖尿病的防治和其他慢性疾病的防治一样，可分为3个层次。即三级预防概念。

2型糖尿病的一级预防，是预防尚未发生糖尿病的高危个体或糖尿病前期患者发展为2型糖尿病。2型糖尿病的二级预防，是在已诊断的2型糖尿病患者中预防2型糖尿病并发症的发生和发展。2型糖尿病的三级预防就是减少2型糖尿病并发症的加重和降低致残率和死亡率，改善2型糖尿病患者的生活质量。与此三级预防相对应，糖尿病的教育也可分为3个层次。

一、第一层次和一级预防

糖尿病教育的第一个层次，对应糖尿病的一级预防，是广泛的糖尿病教育。主要是对全社会公众的教育，尤其是对糖尿病的高危人群的教育。本层次教育的主要目的是让公众了解糖尿病是一种什么样的疾病、糖尿病的流行现状、我国有多少糖尿病人群、糖尿病的主要危害是什么、糖尿病的高危因素、什么时候要进行糖尿病的筛查等内容。众所周知，糖尿病的发病有很多的危险因素，例如年龄、IGT或合并IFG（极高危）、家族史或遗传倾向、代谢综合征或合并IFG（高危人群）、种族、超重肥胖与体力活动减少、致肥胖或糖尿病环境等，其中相当一部分为可控制因素，通过开展社会性的糖尿病教育，让人民群众了解糖尿病的诱发因素和危害，可以提高群众的自我防治意识，进而能够采取行动去干预糖尿病可控的高危因素，以达到降低我国的糖尿病发病率的目的，对于我国的卫生保健工作有重大的社会意义。同时也可以督促糖尿病高危人群参与糖尿病的筛查，尽早发现糖尿病及糖尿病前期人群，早期进行教育和生活方式干预，改善疾病的预后。

为什么要强调对高危人群进行糖尿病筛查呢？2007—2008年在中华医学会糖尿病学分会组织下，在全国14个省市进行了糖尿病的流行病学调查。通过加权分析，在考虑性别、年龄、城乡分布和地区差别的因素后，推测我国20岁以上的成年人糖尿病患病率为9.7%，而糖尿病前期的比例更高达15.5%，相当于每4个成年人中就有1个血糖

不正常者,更为严重的是我国60.7%的糖尿病患者未被诊断而无法及早进行有效的治疗和教育。许多研究显示,给予2型糖尿病高危人群(IGT、IFG)患者适当干预可显著延迟或预防2型糖尿病的发生。中国大庆研究和美国预防糖尿病计划(DPP)生活方式干预组推荐,生活方式干预3年可使IGT进展为2型糖尿病的风险下降58%。中国、日本和芬兰的大规模研究也证实了生活方式干预的有效性。在芬兰的研究中,随访4年生活方式干预组2型糖尿病的发病率为11%,而对照组为23%。因此我们更有必要广泛认真地开展糖尿病教育。有效的糖尿病教育,可以明显降低糖尿病的发病率,对整个社会的糖尿病防治工作有着至关重要的作用。这个层次的糖尿病健康教育,大多是通过社区的健康教育实现的。可以充分利用社区卫生资源,以社区为中心,建立糖尿病健康教育网络,采取各种人性化的教育形式,按照不同类别人群进行不同形式的糖尿病知识教育,以获得更理想的效果。

二、第二层次和二级预防

糖尿病教育的第二个层次,主要针对糖尿病患者的健康教育,达到预防糖尿病急慢性并发症的目的。尽可能地控制和纠正患者的高血糖、高血压、血脂紊乱和肥胖以及吸烟等致并发症的危险因素,尽早地进行糖尿病并发症的筛查,做到早发现、早治疗。

在目前的医疗水平下,糖尿病仍然是一种不可治愈的慢性疾病,对糖尿病患者应该给予终身的医疗干预。糖尿病治疗的近期目标是控制糖尿病的代谢紊乱,防止出现糖尿病酮症酸中毒、高血糖高渗状态等急性代谢并发症,远期目标是通过良好的代谢控制来预防慢性并发症,提高糖尿病患者的生活质量和延长寿命。糖尿病的慢性血管并发症不但对患者的生命和生活质量威胁极大,同时给患者的家庭以及患者个人带来沉重的经济负担。2010年全世界11.6%的医疗卫生费用花费在防治糖尿病上,世界卫生组织估计2005—2015年间中国由于糖尿病及相关心血管疾病导致的经济损失达5577亿美元。但遗憾的是,即使是在发达国家,也有约2/3的患者得不到有效管理。在发展中国家,糖尿病控制状况更不容乐观,据我国2003年、2004年、2006年大中城市门诊的调查表明,仅有1/4的糖尿病患者HbA_{1c}达标(<6.5%)。我国的糖尿病患者病情控制差,肾、眼、心脑血管、足部等病变的致残率和死亡率均明显高于国外,这些都与缺乏糖尿病教育密切相关。糖尿病的防治与其他疾病存在不同,生活方式、肥胖等因素在糖尿病的发生和治疗过程中扮演着非常重要的角色,而且情绪和生活方式显著影响患者的治疗态度,这就直接导致在糖尿病的治疗中患者的主动参与和不断地改进对糖尿病的治疗是否能够达标有无法忽视的关联。

国外许多研究结果表明,通过加强对糖尿病患者的教育,不但可以增强患者对临床治疗的依从性,改善糖尿病控制现状,预防各种急、慢性并发症的发生和发展,提高患者的生存质量,而且对节约各级医疗卫生部门和患者家庭的医疗费用、减轻社会经济负担,均有极大的价值。为了达到这一目标,很多国家包括发达国家和一些发展中国家,都建立了系统的糖尿病教育和管理体系,以达到为患者提供生活方式干预和药物治疗的

个体化指导的目的。

这一层次的糖尿病健康教育的内容主要包括：糖尿病的临床表现，糖尿病的危害，包括急慢性并发症的防治，特别是足部护理，对患者生活方式干预措施，饮食、运动与药物的应用指导，规范的胰岛素注射技术，自我血糖监测以及当发生紧急情况时如疾病、低血糖、应激和手术时的应对措施等。这些教育内容涉及糖尿病患者病程中的方方面面，通过对上述内容的教育，糖尿病患者会对糖尿病的危害和日常生活中的注意事项有比较全面的了解，掌握控制疾病的知识和技巧；使他们改变其对待疾病的消极或错误的态度，提高他们对糖尿病综合治疗的依从性；使他们成为糖尿病管理中最积极、最主动的参与者；尽量提高自我照顾能力。并最终使患者达到预防糖尿病并发症的目的。本层次的健康教育重点在于提高患者对疾病的认识，调动患者的主动性，使其参与到疾病的治疗中，同时对患者在控制疾病过程中可能会遇到的问题和误区给予有针对性的指导和纠正，规范其行为，另外还需要对患者进行定期的访视和督促，来防止患者病情反复；强调患者定期进行并发症筛查的重要性。本层次的健康教育，在患者确诊糖尿病即已经开始，多是在医院进行，医院是糖尿病教育的主要场所，有专业的教育团队，能够安排合理的教育内容，针对性地给予患者指导，较其他教育方法而言，更能够获得预期的效果。

三、第三层次和三级预防

糖尿病教育的第三个层次，对应糖尿病的三级预防，主要的对象是病史较长并且已经患有糖尿病慢性并发症的患者。针对这一时期的患者而言，糖尿病健康教育所要达到的目的就是尽量减少糖尿病的残废率和死亡率，提高糖尿病患者的生活质量，具体操作上包括3个连续的阶段：第一阶段，防止并发症的出现；本阶段要延续第二层次糖尿病教育的内容，巩固已经取得患者的配合和治疗的成果，同时应该加强定期的访视或电话回访，建立系统的评估体系，以利于及时调整治疗并防止患者病情复发加重。第二阶段，要防止并发症发展到临床可见的器官或组织病变；督促患者严格控制血糖、血脂、血压及体重等情况，戒烟，控制饮酒等，加强对糖尿病并发症的认识和定期监测，已经发生并发症的，及时调整治疗方案和改善生活方式，如：有蛋白尿时注意控制饮食中蛋白质的含量和质量，调整运动的强度等；注意足部的护理，以延缓并发症的进展。第三阶段，对于已经发生严重并发症的患者，要防止由于器官或组织衰竭导致的残废。在这3个阶段中，对糖尿病患者的教育中要自始至终密切关注患者的心理状态。很多患者出现并发症以后会出现明显的焦虑或抑郁等不良情绪，甚至有部分患者成为需要治疗的精神疾病患者，我们在进行健康教育时要注意及时发现和评估患者的心理状态，以便发现问题并给予早期干预，防止发生严重不良后果。教育过程中注意建立良好的护患关系，做好患者与家属的教育，使患者能够获得必要的甚至充分的家庭和社会支持。加强药物饮食指导，提高患者对疾病治疗的信心，指导患者应对不良情绪的技巧，比如参加群体活动、户外活动、听音乐和喜剧以及向他人倾诉等，均可以在一定程度上舒缓压力，必

要时给予医学支持和治疗。

第三节 糖尿病健康教育的模式

近年来,糖尿病健康教育的发展很快,各国政府及社会团体均给予高度的重视和扶持,相关从业人员也投入大量精力,尝试了很多的方式和方法,并取得了一定的成效,但是综合国外成熟的教育经验和国内的一些现状和尝试,糖尿病健康教育模式主要分为社区健康教育模式、医院健康教育模式和社区医院一体化健康教育模式。

一、社区健康教育模式

糖尿病健康教育并不是只针对糖尿病患者的教育,众所周知,糖尿病是可防可控的慢性非感染性疾病,不良生活方式、肥胖等多种可控因素在糖尿病的发病过程中起到重要的作用,所以若想达到控制甚至降低糖尿病的发病率的目的,根本的方法之一就是通过健康教育,提高广大社区群众对糖尿病的了解,对糖尿病发病原因的了解,进而采取行动改善不良的生活方式,控制可控的发病危险因素,达到降低糖尿病发病率的目的。所以社区教育所针对的人群包括广大的健康人群、糖尿病高危人群、已经发生血糖升高但是尚未明确诊断的人群和糖尿病患者,而教育的主要目的就是转变社区居民的健康观念,普及自我保健知识,激励社区居民为自己的健康负责,改变不良行为和生活习惯,进而预防糖尿病的发生,加强对糖尿病的认识,参加高危人群的糖尿病筛查,提高糖尿病的诊断率并尽早干预治疗。对于糖尿病患者而言,社区健康教育可以巩固患者医院教育的成果,实现糖尿病的更好控制,提高治疗达标率。在这个方面,很多国家都作过不同的尝试,并获得了很多成功的经验。以丹麦 Steno 糖尿病教育中心为主的糖尿病教育模式为:国家资助的公共卫生系统分别设有社区保健机构和医院糖尿病中心。其中社区保健机构对社区人群进行糖尿病预防教育,通过改良生活习惯、健康饮食、合理运动、减肥等,做好一级预防和二级预防。澳大利亚从乡镇到城市,存在许多不同水平、不同规模的糖尿病教育中心,糖尿病教育护士是这些中心的主要工作人员,糖尿病教育护士的工作从采集病史、评估、资料处理,到定期讲课、特别门诊、外出门诊、录音电话、科学研究、临床带教,全面、系统地开展糖尿病健康教育活动。教育护士接受了更严格的训练和更高素质的培养,具有深厚的专业知识,是糖尿病病人和社区医疗乃至医院的桥梁,是病人和他们家庭的朋友,是融健康教育、医疗指导、护理保健甚至社会工作为一体的医务工作人员。

社区糖尿病健康教育有自身的特点:首先,社区教育主要的单位是社区,范围大、单位多;人员结构复杂,组织较为松散,管理困难。但同时,同一社区有着同样的生活环境和类似的教育背景,相对亲密的人际关系,有利于被教育者的相互交流。其次,社区健康教育对象广,覆盖面广,有各种人群,传播速度快,但是同时教育对象不确定;受教育个体的差异较大,不同教育背景的患者对教育内容的理解和接受程度有较大的差

异,另外传播者和受传者间的直接交流较难进行,很难准确评估教育的效果。第三是可利用资源多,包括人力、物力、财力、场所以及行政支持,并具社区凝聚作用。目前随着我国医疗体制改革的不断深入,国家大力发展社区医疗卫生服务体系,新建立很多的社区医疗服务中心,很多地区已经充分利用社区卫生资源,以社区为中心,建立糖尿病(或其他慢性疾病)健康教育网络,向群众普及糖尿病的预防和医疗知识,定期开展医疗讲座,并开展防治疾病的相关活动。采取各种人性化的教育形式,按照不同类别人群进行不同形式的糖尿病知识教育,并且获得了较多的收益。总之,由于社区糖尿病健康教育的这些特点,使社区健康教育既有复杂性和相当的难度,又为健康教育工作者提供了发挥的空间。

社区糖尿病教育的内容十分丰富,目前可分为几个层次进行。第一层次,一般人群的教育。主要宣传当前糖尿病的发病率,糖尿病的危害性、严重性以及可防治性,重点宣传糖尿病的危险因素如肥胖、体力活动过少、饮食结构不合理,普及糖尿病防治的基本知识。鼓励人们选择正确的生活方式和行为习惯。保持良好的心理状态,提高人群防治知识和自我保健水平。第二层次,针对糖尿病高危人群的健康教育。糖尿病的高危人群包括:①有糖调节受损史;②年龄 ≥ 40 岁;③超重、肥胖($\text{BMI} \geq 24 \text{ kg/m}^2$),男性腰围 $\geq 90 \text{ cm}$,女性腰围 $\geq 85 \text{ cm}$;④2型糖尿病患者的一级亲属;⑤高危种族;⑥有巨大儿(出生体重 $\geq 4 \text{ kg}$)生产史、妊娠糖尿病史;⑦高血压(血压 $\geq 140/90 \text{ mmHg}$),或正在接受降压治疗;⑧血脂异常($\text{HDL-C} \leq 35 \text{ mg/dL}$ (0.91 mmol/L)及 $\text{TG} \geq 200 \text{ mg/dL}$ (2.22 mmol/L)),或正在接受调脂治疗;⑨心脑血管疾病患者,静坐生活方式;⑩有一过性类固醇诱导性糖尿病病史者;⑪ $\text{BMI} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ 的多囊卵巢综合征患者;⑫严重精神病和(或)长期接受抗抑郁症药物治疗的患者。对于此类人群可采取集中式教育,除了进行一般人群教育内容外,还需要采取有针对性的预防干预措施,降低危险因素的暴露水平,建议高危人群进行糖尿病筛查,实现早发现 and 早预防,防止和延缓糖尿病的发生。对已检查出糖耐量减低(IGT)的患者则采取有效的措施和严密地预防观察,防止转为糖尿病。第三层次,针对糖尿病患者的特殊化教育,如自我监测和自我保健教育、基础教育、心理教育、饮食疗法教育、运动疗法教育、药物疗法教育等。通过教育提高患者对糖尿病的重视和了解,积极改变行为,控制糖尿病,进而达到延缓和控制并发症的发生和发展,降低致残率和致死率,提高患者的生活质量和延长生存年限的目的。另外,通过医务和保健人员对不同人群的强化教育,对糖尿病知识的传播能起到积极的促进作用。

社区糖尿病健康教育的意义不容忽视,对于不是糖尿病的广大群众而言,主动或有意识地去获得糖尿病知识的可能很小,因此这类人群是糖尿病知识极度匮乏的人群,而同时,此类人群又是糖尿病患者的后备军。我国糖尿病流行病学数据显示,我国糖尿病发病率明显升高,同时糖尿病前期的患者比例较高,2007—2008年的统计数据显示,我国糖尿病前期的患者比例高达15.5%,更为严重的是我国60.7%的糖尿病患者未被诊断而无法及早进行有效的治疗和教育。所以加强对广大群众的糖尿病教育,可以提高对

糖尿病的知晓率,提高对糖尿病筛查的认识,有利于早期发现糖尿病。同时,糖尿病的一些高危因素是可控制的,糖尿病的高危人群可以通过生活方式干预达到延缓甚至防止糖尿病发生的目的。对于糖尿病患者而言,通过糖尿病社区教育,可以更好地控制糖尿病,降低致残率和致死率,进而为社会节省大量的医疗资源。因此,社区的糖尿病教育投入少,而收益巨大。但是现阶段,我国的社区糖尿病健康教育存在着很多局限。首先,社区医疗服务机构数量远远不够,社区卫生服务覆盖面小,其数量尚不能满足人们的健康需要;社区医护人员数量不足,服务设施和设备匮乏,医疗水平较低,服务质量难以取得群众信任。同时卫生政策宣传不利,群众社区意识不强。绝大多数的患者不论大小病,还是习惯性地去医院多、收费高的大医院,而社区医疗机构仍然门庭冷落。另外,综合性医院与社区医疗服务机构沟通不畅,导致患者出院后与社区医疗保健服务衔接困难,直接影响患者的后续教育和治疗。其次,我们在糖尿病的管理、运转、评价等方面均存在滞后现象:缺乏统一规范的糖尿病教育模式,有些地区糖尿病教育虽然普及率高,但规范性不强,教育质量参差不齐;教员缺乏规范化培训,完成正式培训的糖尿病专科护士很少,多数只是曾参加过短期糖尿病知识学习班而已;缺乏权威性,患者信任度差,自然很难获得很好的依从性。再次,我国尚未建立糖尿病教育的标准要求和评价体系,对糖尿病教育效果缺乏客观的评价;在科研方面缺乏对糖尿病教育与管理工作的长期随访,以及患者行为改变等方面的研究。

二、医院健康教育模式

医院健康教育是指医务人员以医院为健康教育基地,通过系统的教育活动,对疾病状态下的特殊人群和家属进行疾病的预防、康复和有关的医疗、护理及自我保健知识的宣教,使其行为向促进康复和有利于健康的方向发展。医院是糖尿病健康教育的主要场所。绝大多数糖尿病的诊断和糖尿病重症患者的救治是在医院进行的,而每一个糖尿病患者的教育是从诊断即开始的。目前我国的社区糖尿病健康教育开展还不充分,在这种情况下,医院是很多糖尿病患者接受糖尿病相关教育的最主要的场所。国内外很多医院均有成功的经验:前面已经提到,以丹麦 Steno 糖尿病教育中心为主的糖尿病教育模式为国家资助的公共卫生系统分别设有社区保健机构和医院糖尿病中心。后者组织门诊和病房开展糖尿病教育,通过糖尿病治疗组的糖尿病专科医生、护士、营养师帮助糖尿病患者学习糖尿病基本知识,定期随访;学会自我监护;鼓励正常情绪,树立正常的生活态度;并追踪回访、信息反馈;做好二级预防和三级预防。我国的糖尿病医院教育开展得较为广泛和深入,例如,中国人民解放军总医院糖尿病教育中心的范丽凤、潘长玉等人较早地开展了规范的糖尿病医院教育,并总结了大量的数据和经验,获得很好的成效,为摸索适合中国的医院糖尿病健康教育模式作出了贡献。

医院在进行糖尿病教育中有自身的优势,首先,医院健康教育针对性强,患者和家属诊断为糖尿病后,面临疾病的威胁,会出现对糖尿病相关知识进行了解的迫切愿望,在这种情况下进行健康教育,收效非常显著,是开展医院糖尿病健康教育的最大优势。

其次,医院拥有技术优良、科室配备全面的医疗人员队伍,同时具备先进的设备,在患者中享有较高的威望,而且没有明显的功利性,所以在群众中开展健康教育科学性强,易于取得患者和家属的信任。医院可以组成糖尿病教育小组,由内分泌科医生,糖尿病教育护士,眼科、神经内科医师,营养师等人员组成。可以提供专业的咨询和指导,同时可以针对患者的自身情况给予有针对性的指导和建议,易于获得患者和家属的认可和积极配合。再次,医院是患者较为集中的场所,尤其是糖尿病患者较为集中的,可以专门针对糖尿病开展教育,同时,患者住院期间时间充裕,可以安排较为系统的糖尿病教育课程,全面地进行培训和教育,对提升患者对疾病的认识有很大帮助。同时,患者之间也可以进行相互交流,利于舒缓压力,加强沟通、交流,强化教育的效果。

医院糖尿病健康教育的最终目的就是让糖尿病患者达到行为的改变,以减少糖尿病并发症的发病率、致残率和致死率,要达到这个目标,就要对患者和家属进行全面的糖尿病教育。主要内容可分为几个步骤进行,首先要告诉患者“为什么要做”。糖尿病教育小组对患者和家属进行关于糖尿病的自然进程、糖尿病的临床表现和糖尿病的危害的教育,通过上述内容的教育,让糖尿病患者和家属对疾病特点有清晰的认识,引起患者对糖尿病的重视,让患者能够正视疾病并愿意采取行动去协助医生治疗。其次对患者进行有针对性的指导,内容包括:由糖尿病教育小组根据每个患者各自的不同情况提出个体化的治疗目标,设定个体化的生活方式干预措施和饮食计划,设定运动处方等,也就是告诉患者“怎么做”,让患者了解如何去行动才可以实现疾病的良好控制和防治糖尿病急慢性并发症。在这个过程中,注重患者的实践和操作,指导患者进行足部护理和规范的胰岛素注射技术,掌握自我血糖监测、尿糖监测等具体操作程序,了解血糖监测结果的意义和应采取的相应干预措施,当发生紧急情况时如疾病、低血糖、应激和手术时的应对措施。在教育的过程中应考虑患者的学习障碍、教育/专业背景、当前患有的其他疾病、学习准备就绪状态、家庭/社会支持的程度等。糖尿病患者容易发生心理问题,尤其是糖尿病病史较长和已经出现并发症的患者,发生抑郁、焦虑或睡眠障碍的几率明显高于非糖尿病患者。发生心理问题的糖尿病患者,由于神经内分泌系统相互影响和加重,可导致血糖控制不良,患者慢性大血管病变和微血管病变的发病率升高。因此,在医院糖尿病教育中糖尿病患者的心理问题在日益受到关注和重视。糖尿病教育者应该及时地发现患者可能出现的心理问题,并及时地给予干预,避免发生不良后果。通过上述教育,使患者达到行为改变的目的。糖尿病患者必要的行为改变有:自我监测血糖、遵医嘱用药、长期的规律运动、饮食控制、低血糖和高血糖的管理、情绪的控制和应对、足部护理、戒烟、保持理想体重、生病期间的管理、根据不同情况调整胰岛素剂量等。

医院糖尿病健康教育的意义并不局限于对糖尿病患者病情的良好控制上,医院健康教育是社会发展和医学进步的产物,医院不但负有抢救治疗患者的职责,同时还担负着向广大群众传播健康知识和技能的责任,开展社会预防工作,帮助群众自愿地建立健康的生活方式,是医院工作中的重要组成部分。此外,医院健康教育还是密切医患关系,

减少医疗纠纷的纽带。因为患者有对疾病的知情权，进行健康教育可以让患者了解病情，并对治疗方案作出选择，这是对患者知情同意权的尊重，并给患者带来安全感和战胜疾病的信心。此外，糖尿病健康教育还是一种治疗手段，可以提高患者的依从性，配合医生的治疗；同时也是一种心理治疗和干预；是患者战胜不良情绪的良方，也是消除患者和家属焦虑、满怀信心与疾病作斗争的动力。

当然，医院糖尿病教育也存在着很多局限。首先，针对门诊教育而言，目前一些大型综合性医院实力较强，患者较为集中，门诊患者的就诊时间相对而言较短，无法进行有效的健康教育。其次，对于糖尿病患者而言，相当多的糖尿病患者很少到医院定期随诊，因此使得能够接受医院糖尿病教育的人群在糖尿病患者中所占比例较小。第三，医院糖尿病教育毕竟是短时间的行为，糖尿病是一种慢性疾病，病情易于出现反复或加重，而且随着病程的延长，教育的效果逐渐消失，患者的病情和行为均会出现反复，影响疾病的治疗。所以有人提出了社区医院一体化治疗模式，来补充单一医院健康教育的不足。

三、社区医院一体化健康教育模式

一名糖尿病患者从诊断开始就应该接受长期的、随时随地的教育和指导，单一的社区健康教育或医院健康教育均不能达到理想的效果，而将社区教育和医院教育结合起来可以弥补两种教育模式的缺陷，达到最佳的教育效果。这种教育模式实际上就是前两种教育模式的有机结合，这种结合并不是简单的叠加，实现医院和社区两种教育模式的沟通和衔接十分重要，住院期间由管床医生和护士利用与患者接触的机会随时进行床边教育。出院后由社区医生接管，提高其糖尿病自我管理教育水平，通过建立患者社区健康管理档案，定期对患者进行糖尿病自我管理教育社区小分队的电话和门诊随访。并举办各种形式的社区教育，如集体讲座、发放糖尿病健康教育小手册等，并开通糖尿病热线，由专业医生护士进行解答等。实施糖尿病患者院内外一体化健康教育，能够满足患者对疾病知识的需求，督促患者巩固治疗效果，坚持健康的生活方式，通过长期的饮食控制、适宜的运动、科学的治疗和用药、定期检测有关糖尿病的各项指标，来治疗糖尿病。通过对患者采取多样化的教育，使其建立健康的生活方式、提高自我保健能力、消除思想顾虑、提高生存质量。社区医院一体化教育有利于提高糖尿病患者的生活质量和医疗满意度。改善糖尿病患者在生活、治疗、健康和医疗服务方面的满意程度，有利于缓解患者对日常治疗和生活的负性情绪，促进代谢的良好控制。院内外一体化健康教育是一种较经济、快捷、实用且易于被患者接受的健康教育形式，能够充分整合医院、社区卫生资源，重视发挥患者自身潜能，能够显著改善糖尿病患者的代谢控制，增强患者管理糖尿病的自信心，提高糖尿病知识水平和自我管理技能水平，并有利于提高糖尿病患者的生活质量满意度，优于常规的教育管理方法。