

· 临床研究 ·

实施家属同步康复教育对老年 2 型糖尿病伴发抑郁患者的影响

张荀芳 任偶诗 郑彩娥

【摘要】 目的 实施家属同步康复教育对老年 2 型糖尿病伴发抑郁患者的影响。**方法** 选取老年 2 型糖尿病伴发抑郁患者 80 例,按随机数字表法分为观察组和对照组,每组各 40 例。2 组患者均给予糖尿病内科药物治疗及康复健康教育,观察组在此基础上对其家属实施同步康复教育。分别于干预前、干预 6 个月后采用日立 7600 自动生化分析仪、Zung 自评抑郁量表 (SDS) 及糖尿病患者特异性生活质量量表 (DSQL) 对患者的血糖水平、抑郁程度及生活质量进行评定。**结果** 干预 6 个月后,观察组血糖指标 [包括空腹血糖 (FPG)、餐后 2 小时血糖 (PBG)、糖化血红蛋白 (HbA1c)] 分别为 (6.24 ± 1.10) mmol/L、 (8.10 ± 1.02) mmol/L、 $(6.09 \pm 0.90)\%$, 对照组 FPG、PBG 及 HbA1c 水平分别为 (7.53 ± 1.13) mmol/L、 (8.90 ± 1.19) mmol/L、 $(7.43 \pm 1.01)\%$, 观察组及对照组与干预前比较,差异有统计学意义 ($P < 0.05$),且观察组下降程度较对照组明显,差异有统计学意义 ($P < 0.05$);6 个月后,观察组及对照组 SDS 评分分别为 (42.15 ± 11.79) 分和 (51.69 ± 9.98) 分,较干预前均下降,差异有统计学意义 ($P < 0.05$),观察组 SDS 抑郁评分明显低于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$);6 个月后,观察组生活质量评分 (心理纬度、身体纬度、社会纬度、治疗纬度) 分别为 (1.90 ± 0.34) 分、 (1.85 ± 0.35) 分、 (1.56 ± 0.53) 分、 (1.75 ± 0.47) 分,较干预前明显提高,差异有统计学意义 ($P < 0.05$),对照组心理纬度、身体纬度、社会纬度、治疗纬度评分分别为 (2.44 ± 0.38) 分、 (1.95 ± 0.46) 分、 (2.16 ± 0.56) 分、 (1.94 ± 0.58) 分,仅心理纬度评分和社会纬度评分较干预前下降,差异有统计学意义 ($P < 0.05$),观察组生活质量较对照组显著改善,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 对老年 2 型糖尿病伴发抑郁患者的家属实施同步康复教育,可使患者更好地配合治疗,有利于控制血糖水平、改善抑郁情绪并提高生活质量。

【关键词】 老年 2 型糖尿病; 抑郁; 家属; 健康教育; 效果

糖尿病是一种长期、反复、目前尚无根治药物和治愈措施的慢性终身性疾病,其并发症给患者带来了极大的痛苦和经济负担,甚至危及生命^[1]。严格的饮食控制、长期药物治疗及频繁的血糖监测导致部分患者存在负性心理,尤以抑郁多见^[2]。国外调查显示近 40% 的糖尿病患者伴有抑郁症状^[3]。国内报道指出,2 型糖尿病患者抑郁的发生率为 32.5% ~ 86.4%^[4-7]。目前,实施家属健康教育对糖尿病患者生活质量及抑郁状况影响的研究较少^[8]。本研究对老年 2 型糖尿病伴发抑郁患者的家属进行同步康复教育,使家属能够按照糖尿病康复计划对患者进行维持和督促,取得了满意效果。现报道如下。

资料与方法

一、研究对象

入选标准:①符合 1999 年 WHO 推荐的糖尿病诊断标准^[9],糖尿病症状 + 随机血浆葡萄糖水平 ≥ 11.1 mmol/L (200 mg/dl),或空腹血糖 (fasting plasma glucose, FPG) ≥ 7.0 mmol/L (126 mg/dl),或口服葡萄糖耐量试验 (oral glucose tolerance test, OGTT) 中 2 h PG ≥ 11.1 mmol/L (200 mg/dl);②符合《中国精神障碍分类与诊断标准》第 3 版 (CCMD-3) 中抑郁的诊断标准^[10],且 Zung 自评抑郁量表^[11] (self-rating depression scale, SDS) 标准分超过 53 分;③年龄 > 60 岁;④意识清楚,依从

性好,能主动配合治疗的患者;⑤患者及其家属均签署知情同意书。

选取 2007 年 1 月至 2010 年 6 月在我院内科住院治疗的老年 2 型糖尿病伴抑郁患者 80 例。按随机数字表法将所有患者分为观察组和对照组,每组 40 例。观察组患者家属为 1 名照顾患者生活起居的主要家庭成员,共 40 名,其中男 18 名,女 22 名,与患者为配偶关系的共 29 名,子女 8 名,其他 3 名。2 组患者一般资料比较,差异均无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性,详见表 1。

表 1 2 组患者一般资料比较

组别	例数	年龄 (岁)	性别 (例)		病程 (年)
			男	女	
观察组	40	78.5 ± 6.4	18	22	7.5 ± 5.8
对照组	40	78.9 ± 6.2	19	21	7.6 ± 4.9

二、康复教育方案

2 组患者均接受糖尿病内科药物治疗及康复健康教育,观察组在此基础上对其家属实施同步康复教育。

1. 康复教育内容:包括 2 型糖尿病的基础知识、治疗方法、药物及饮食指导、血糖监测的方法及意义、胰岛素的保存与注射方法、并发症的预防及治疗手段、心理卫生和生活方式的干预措施、自我管理的注意事项等。

2. 康复教育措施:(1)制订教育日程,采取集中教授、经验交流及示范培训等方式,在固定的教育场所由专人对糖尿病患者及其家属进行康复健康教育,每周 1 次,每次 60 min,持续 8 周;(2)向患者家属发放健康教育处方,针对个体差异采取一对

一强化教育;(3)由专业心理咨询师进行集体康复心理干预,每周 1 次,每次 60 min,共持续 8 周,并根据个体心理状况的不同及时予以辅导纠正;(4)记录患者每日 3 餐的饮食种类和数量、运动状况、血糖监测值及足部检查情况等,结合健康教育处方协助患者及时调整;(5)出院后随访指导,每半个月对 2 组患者进行 1 次电话回访,持续 4 个月,使家属能够按照糖尿病康复计划对患者进行维持和督促。

三、评价指标

干预前和干预 6 个月后,对 2 组患者的血糖水平、抑郁程度及生活质量进行评定,具体方法如下。

1. 血糖水平监测:采用株式会社日立高新技术公司生产的日立 7600 自动生化分析仪对患者进行血糖水平监测,指标包括 FPG、餐后血糖 (postmeal blood glucose, PBG)、糖化血红蛋白 (haemoglobin A1c, HbA1c)。

2. Zung 自评抑郁量表:共计 20 个条目,每一条目均按 1 ~ 4 级评分,将其得分相加得到自评抑郁量表 (Self-rating Depression Scale, SDS) 粗分,标准分 = SDS 粗分 $\times$ 1.25,标准分 $>$ 53 分即可诊断为抑郁,评分越高表示受试者抑郁程度越严重。

3. 糖尿病患者特异性生活质量量表 (Diabetes-Specific Quality of Life Scale, DSQL)^[12]:量表分生理功能纬度 (第 1 ~ 7 题,满分 21 分)、心理精神纬度 (第 8 ~ 13 题,满分 18 分)、社会关系纬度 (第 14 ~ 17 题,满分 12 分)、治疗纬度 (第 18 ~ 20 题,满分 9 分)等 4 个部分 20 个条目。所有条目采用 0 ~ 3 分评分制,总得分为 60 分。得分越高,生活质量越差。

四、统计学分析

采用 SPSS 13.0 版统计学软件对数据进行分析,计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示,2 组间均数比较采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

结 果

干预 6 个月后,观察组及对照组与干预前比较,FPG、PBG、HbA1c 的水平均降低,差异有统计学意义 ($P < 0.05$),且观察组下降程度较对照明显,差异有统计学意义 ($P < 0.05$),详见表 2。6 个月后,采用 SDS 对 2 组患者的抑郁程度进行评定,观察组及对照组 SDS 抑郁评分均较干预前下降,差异有统计学意义 ($P < 0.05$),观察组 SDS 抑郁评分显著低于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$),详见表 3;6 个月后,观察组生活质量较干预前提高,差异有统计学意义 ($P < 0.05$),对照组仅心理纬度和社会纬度较干预前下降,差异有统计学意义 ($P < 0.05$),观察组生活质量较对照组显著改善,差异有统计学意义 ($P < 0.05$),详见表 4。

表 2 2 组患者血糖监测指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	FPG (mmol/L)	PBG (mmol/L)	HbA1c (%)
观察组				
干预前	40	7.81 $\pm$ 1.12	9.09 $\pm$ 1.20	7.67 $\pm$ 0.86
干预后	40	6.24 $\pm$ 1.10 ^{ab}	8.10 $\pm$ 1.02 ^{ab}	6.09 $\pm$ 0.90 ^{ab}
对照组				
干预前	40	7.85 $\pm$ 1.27	9.10 $\pm$ 1.18	7.68 $\pm$ 0.85
干预后	40	7.53 $\pm$ 1.13 ^a	8.90 $\pm$ 1.19 ^a	7.43 $\pm$ 1.01 ^a

注:与组内干预前比较,^a $P < 0.05$;与对照组比较,^b $P < 0.05$

表 3 2 组患者抑郁评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	干预前	干预后
观察组	40	54.85 $\pm$ 10.03	42.15 $\pm$ 11.79 ^{ab}
对照组	40	55.12 $\pm$ 12.20	51.69 $\pm$ 9.98 ^a

注:与组内干预前比较,^a $P < 0.05$;与对照组比较,^b $P < 0.05$

讨 论

随着社会发展、人口老龄化及生活方式的转变,糖尿病患病率急剧增加。据国际糖尿病联盟预计,2025 年全球糖尿病患者将上升至 3.38 亿人^[13]。糖尿病已成为继肿瘤、心血管疾病后又一威胁人类生命健康的非传染性疾病。国际糖尿病联盟已把糖尿病健康教育列为糖尿病治疗的五项基本措施之一,其作为现代综合疗法中的一个重要组成部分,对改善患者的疾病控制和生活质量均具有较大的价值,而糖尿病患者的饮食控制、运动锻炼及血糖监测等常常需要得到家属的理解、鼓励与参与^[14],对糖尿病患者家属实施同步康复教育可使家属对糖尿病的基本知识有更多了解,从而更好地照顾患者的生活起居,与此同时,来自家人的支持可使患者保持情绪及心理上的稳定,有信心坚持配合治疗,在一定程度上有效提高了患者的生活质量^[8]。家属对患者的再次教育始终贯穿至患者的日常生活过程中,对糖尿病的控制和管理有着显著的促进作用。此外,糖尿病患者的一级亲属属于高危人群,他们也需要掌握一定的糖尿病知识,做到早期预防^[15]。

2 型糖尿病患者常常伴有焦虑和抑郁症状。有研究表明,2 型糖尿病伴抑郁的发生率为 32.5% ~ 86.4%^[4-7]。老年糖尿病患者与家人同处的时间较多,家庭的理解支持及配合在糖尿病患者的治疗过程中起着举足轻重的作用^[16]。通过向患者家属讲解情绪与健康间的关系,使家属认识到心理健康在疾病恢复和稳定中所起的积极作用,鼓励家属平日多与患者交流,给予患者更多安慰、督促和鼓励,让患者感受到家人的关爱、体贴,激发

表 4 2 组患者生活质量比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	心理纬度	身体纬度	社会纬度	治疗纬度	总分
观察组						
干预前	40	2.68 $\pm$ 0.49	1.97 $\pm$ 0.58	1.92 $\pm$ 0.58	1.97 $\pm$ 0.52	56.35 $\pm$ 8.46
干预后	40	1.90 $\pm$ 0.34 ^{ab}	1.85 $\pm$ 0.35 ^{ab}	1.56 $\pm$ 0.53 ^{ab}	1.75 $\pm$ 0.47 ^{ab}	48.33 $\pm$ 7.25 ^{ab}
对照组						
干预前	40	2.58 $\pm$ 0.47	1.93 $\pm$ 0.47	2.24 $\pm$ 0.57	1.75 $\pm$ 0.50	56.25 $\pm$ 9.57
干预后	40	2.44 $\pm$ 0.38 ^a	1.95 $\pm$ 0.46	2.16 $\pm$ 0.56 ^a	1.94 $\pm$ 0.58	56.88 $\pm$ 7.73

注:与组内干预前比较,^a $P < 0.05$;与对照组比较,^b $P < 0.05$

其战胜疾病的信心,减轻或消除其抑郁情绪。

本研究通过对老年 2 型糖尿病伴发抑郁患者的家属进行同步康复教育后发现,家庭支持对患者的血糖控制有积极意义,可减轻患者的抑郁症状,改善其生活质量。糖尿病患者及其家属均是健康教育的重要对象,家属对糖尿病康复教育的掌握情况及态度将直接影响患者的康复效果。只有充分调动患者及其家属的主观能动性,才能在最大程度上较好地控制血糖,减少并发症的发生,提高患者的生活质量。建议今后开展糖尿病康复教育的目标人群从糖尿病患者扩展至糖尿病前期高危人群及家属,干预方式由疾病预防调整为生活方式的转变,教育场所也由医院逐渐延伸至社区家庭。

参 考 文 献

- [1] Conlon PC. A practical approach to type 2 diabetes. Nurs Clin North Am, 2001, 36:193-202.
- [2] Hiltunen L, Keinänen-Kiukaanniemi S. Does glucose tolerance affect quality of life in an elderly population. Diabetes Res Clin Pract, 1999, 46:161-167.
- [3] Weinger K, Lee J. Psychosocial and psychiatric challenges of diabetes mellitus. Nurs Clin North Am, 2006, 41:667-680.
- [4] 毕贞水. 老年 2 型糖尿病后抑郁的临床观察. 中国医疗前沿, 2010, 5:33-34.
- [5] 郝亚华, 郝亚军. 2 型糖尿病患者抑郁发生情况及其生活质量调查. 山西医药杂志, 2006, 35:53-54.
- [6] 龙理良, 李凤华, 赵英. 2 型糖尿病患者抑郁状况及对生命质量的影响. 中国实用医药, 2010, 5:8-9.
- [7] 郑彩娥, 张荀芳, 任偶诗, 等. 综合康复干预对老年 2 型糖尿病患者合并抑郁症的影响. 中华物理医学与康复杂志, 2011, 33:434-436.
- [8] 郭锡素, 李玉梅, 冉启蓉. 实施家属健康教育对糖尿病病人生活质量及治疗效果的影响. 护理研究, 2008, 22:1897-1899.
- [9] 尤黎明, 吴瑛. 内科护理学. 北京: 人民卫生出版社, 2006:418.
- [10] 中华医学会精神科分会. 中国精神障碍分类与诊断标准. 山东: 山东科学技术出版社, 2001:46.
- [11] 张作记. 行为医学量表手册. 北京: 中华医学电子音像出版社, 2005:223.
- [12] 张作记. 行为医学量表手册. 北京: 中华医学电子音像出版社, 2005:114-115.
- [13] 校娟, 李宏亮, 李光伟. 国际糖尿病联盟餐后糖管理指南. 药品评价, 2008, 5:39-42.
- [14] Sarkadi A, Rosenqvist U. Experience-based group education in type 2 diabetes: a randomised controlled trial. Patient Educ Couns, 2004, 53:291-298.
- [15] 李艳红, 单岩, 李景丽. 糖尿病健康教育研究现状. 护理管理杂志, 2009, 9:20-21.
- [16] 鄢奇英, 和倚帆, 张燕华. 老年糖尿病患者的家庭支持与自我管理相关性. 中国老年保健医学杂志, 2010, 8:70.

(修回日期:2012-09-16)

(本文编辑:凌 琛)

· 读者 · 作者 · 编者 ·

本刊对来稿中统计学处理的有关要求

1. 统计研究设计:应交代统计研究设计的名称和主要做法。如调查设计(分为前瞻性、回顾性或横断面调查研究);实验设计(应交代具体的设计类型,如自身配对设计、成组设计、交叉设计、析因设计、正交设计等);临床试验设计(应交代属于第几期临床试验,采用了何种盲法措施等)。主要做法应围绕 4 个基本原则(随机、对照、重复、均衡)概要说明,尤其要交代如何控制重要非试验因素的干扰和影响。

2. 资料的表达与描述:用 $(\bar{x} \pm s)$ 表达近似服从正态分布的定量资料,用 $M(Q_R)$ 表达呈偏态分布的定量资料;用统计表时,要合理安排纵横标目,并将数据的含义表达清楚;用统计图时,所用统计图的类型应与资料性质相匹配,并使数轴上刻度值的标法符合数学原则;用相对数时,分母不宜小于 20,要注意区分百分率与百分比。

3. 统计分析方法的选择:对于定量资料,应根据所采用的设计类型、资料所具备的条件和分析目的,选用合适的统计分析方法,不应盲目套用 t 检验和单因素方差分析;对于定性资料,应根据所采用的设计类型、定性变量的性质和频数所具备的条件以及分析目的,选用合适的统计分析方法,不应盲目套用 χ^2 检验。对于回归分析,应结合专业知识和散布图,选用合适的回归类型,不应盲目套用简单直线回归分析,对具有重复实验数据的回归分析资料,不应简单化处理;对于多因素、多指标资料,要在一元分析的基础上,尽可能运用多元统计分析方法,以便对因素之间的交互作用和多指标之间的内在联系进行全面、合理的解释和评价。

4. 统计结果的解释和表达:当 $P < 0.05$ (或 $P < 0.01$) 时,应说明对比组之间的差异有统计学意义,而不应说对比组之间具有显著性(或非常显著性)的差别;应写明所用统计分析方法的具体名称(如:成组设计资料的 t 检验、两因素析因设计资料的方差分析、多个均数之间两两比较的 q 检验等),统计量的具体值(如 $t = 3.45$, $\chi^2 = 4.68$, $F = 6.79$ 等),应尽可能给出具体的 P 值(如 $P = 0.0238$);当涉及到总体参数(如总体均数、总体率等)时,在给出显著性检验结果的同时,再给出 95% 可信区间。