

医护患一体化教育对老年 2 型糖尿病患者自我效能、健康知识及生活质量的影响

张军¹, 王斌², 黄莹², 刘威娜²

沈阳市第四人民医院老年医学中心¹、内分泌科², 辽宁 沈阳 110031

【摘要】 目的 探讨医护患一体化教育对老年 2 型糖尿病患者自我效能、健康知识及生活质量的影响。方法 选取沈阳市第四人民医院 2018 年 4 月至 2019 年 4 月间收治的老年 2 型糖尿病患者 180 例, 按照随机数表法将患者分为对照组和观察组, 每组 90 例。所有患者均采用口服药物方式进行血糖控制。对照组行常规护理, 观察组则予以医护患一体化教育护理干预。干预前及干预 1 个月后, 采用一般自我效能感量表(GSES)评估患者的自我效能, 采用 Morisky 量表评价患者的治疗依从性, 采用糖尿病知识问卷表调查患者的糖尿病健康知识掌握程度, 采用宗氏抑郁自评量表(SDS)与宗氏焦虑自评量表(SAS)评估患者的抑郁与焦虑程度, 采用生存质量量表(QOL-BREF)评估患者生存质量。同时比较两组患者护理干预后的血糖指标[空腹血糖(FBG)、餐后 2 h 血糖(2 hPG)以及糖化血红蛋白(HbA1c)]。结果 护理干预前两组患者的自我效能、健康知识掌握情况、治疗依从性评分比较差异均无统计学意义($P>0.05$); 护理干预后, 两组患者的自我效能、健康知识掌握情况、治疗依从性评分均较干预前明显提高, 且观察组患者护理干预后的自我效能评分, 健康知识掌握评分, 治疗依从性评分明显高于对照组, 差异均有统计学意义($P<0.05$); 护理干预前, 两组患者的 FBG、2 hPG、HbA1c 比较差异无统计学意义($P>0.05$), 护理干预后, 两组患者的 FBG、2 hPG、HbA1c 均较干预前降低, 且观察组患者护理干预后的 FBG、2 hPG、HbA1c 明显低于对照组, 差异均有统计学意义($P<0.05$); 护理干预前, 两组患者的 SAS 评分及 SDS 评分比较差异均无统计学意义($P>0.05$), 护理干预后, 两组患者的 SAS 评分及 SDS 评分较干预前降低, 且观察组患者护理干预后的 SAS 评分、SDS 评分明显低于对照组, 差异均有统计学意义($P<0.05$); 护理干预前, 两组患者的 QOL-BREF 量表中的心理维度评分、生理维度评分、环境维度评分、社会维度评分比较差异均无统计学意义($P>0.05$), 护理干预后两组患者的 QOL-BREF 量表各维度评分较干预前提高, 且观察组患者护理干预后的 QOL-BREF 量表各维度评分明显高于对照组, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论 医护患一体化教育护理干预 2 型糖尿病患者可显著提升患者的自我效能, 提高健康知识的掌握程度和治疗依从性, 改善不良情绪, 提高血糖控制水平和生活质量。

【关键词】 2 型糖尿病; 医护患; 一体化教育; 自我效能; 健康知识; 血糖; 生活质量

【中图分类号】 R473.5 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1003—6350(2020)06—0808—05

Effect of integrated education of doctors, nurses, and patients on self-efficacy, health knowledge, and quality of life in elderly patients with type 2 diabetes mellitus. ZHANG Jun¹, WANG Bin², HUANG Ying², LIU Wei-na². Department of Geriatric Center¹, Department of Endocrinology², Shenyang Fourth People's Hospital, Shenyang 110031, Liaoning, CHINA

【Abstract】 Objective To explore the effect of integrated education of doctors, nurses, and patients on self-efficacy, health knowledge and quality of life in elderly patients with type 2 diabetes mellitus. **Methods** A total of 180 el-

通讯作者: 王斌, E-mail: wanghhyu@163.com

[2] 朱春明, 张鹤, 刘红波, 等. 慢性阻塞性肺疾病、尘肺患者生活质量及其影响因素分析[J]. 中国医科大学学报, 2018, 47(6): 542-547.

[3] 岳月娟. 思维导图在国内健康教育中的应用现状与展望[J]. 护理研究, 2016, 30(34): 4225-4227.

[4] 陈荣昌, 孙永昌. 慢性阻塞性肺疾病基层诊疗指南(2018年)[J]. 中华全科医师杂志, 2018, 17(11): 856-869.

[5] 祝进梅, 张彩虹, 郭洪花, 等. 慢性阻塞性肺病患者急性加重期运动疗法的研究进展[J]. 中国全科医学, 2018, 21(19): 2384-2388.

[6] 董晓艳, 王岚, 索秀丽, 等. 慢性阻塞性肺病患者 ADO 指数与生活质量的相关性[J]. 广东医学, 2017, 38(22): 3513-3517.

[7] 王磊, 苏晴晴, 郑昕, 等. 思维导图在全膝关节置换术患者围术期健康教育中的初步应用[J]. 中华现代护理杂志, 2017, 23(13): 1789-1793.

[8] 段玉香, 范晔, 陈妍, 等. 影响慢性阻塞性肺病患者呼吸康复训练疗效的因素[J]. 中国现代医学杂志, 2016, 26(20): 120-125.

[9] 张晓薇, 李娟. 体位排痰护理结合康复训练对 COPD 患者肺功能及生活质量的影响[J]. 海南医学, 2019, 30(15): 2035-2038.

[10] ZHANG Y, YUN M. The mechanism of active respiratory circulation in patients with chronic respiratory failure COPD [J]. Cluster Computing, 2018, 11(2): 1-7.

[11] 张天琦, 黄求进, 王晓春. 思维导图式认知行为干预对糖尿病足患者自我管理能力的影 响[J]. 中国医院管理, 2019, 39(8): 71-73.

[12] 史一欣, 沈梅芬, 陈珏, 等. 思维导图对腰椎间盘突出症患者术后康复遵医行为的影响[J]. 中国实用护理杂志, 2018, 34(34): 2668.

[13] 张雪飞, 张丹羽, 丁莉萍. 思维导图在肺血栓栓塞症患者健康指导中的应用效果[J]. 中华现代护理杂志, 2018, 24(32): 3942-3945.

[14] 吴秋霞, 邱红军, 侯亚红, 等. 思维导图在静脉用化疗药物安全管理中的应用[J]. 护理研究, 2014, 28(24): 2969-2970.

[15] 徐春艳, 钱红, 陈玲. 思维导图教学法在护生对肝癌术后并发症护理中的应用[J]. 全科护理, 2017, 15(22): 2689-2692.

[16] 陈小梅. PDCA 结合思维导图在护理不良事件管理中的应用[J]. 中国卫生标准管理, 2018, 9(20): 193-195.

(收稿日期: 2019-10-25)

derly patients with type 2 diabetes mellitus who were admitted to Shenyang Fourth People's Hospital from April 2018 to April 2019 were divided into control group and observation group according to random number table, with 90 patients in each group. All patients were controlled by oral medication. The control group received routine nursing, while the observation group received integrated education of doctors, nurses, and patients for nursing intervention. Before and one month after the intervention, the general self-efficacy scale (GSEs) was used to evaluate the patients' self-efficacy; the Morisky scale was used to evaluate the patients' treatment compliance; the diabetes knowledge questionnaire was used to investigate the patients' mastery of diabetes health knowledge; the self-rating depression scale (SDS) and self-rating anxiety scale (SAS) were used to evaluate the patients' depression and anxiety; QOL-BREF was used to evaluate the quality of life. At the same time, the blood glucose indexes of the two groups after nursing intervention were compared, including fasting blood glucose (FBG), postprandial 2 h blood glucose (2 hPG), and HbA1c. **Results** There was no significant difference in the scores of self-efficacy, health knowledge mastery, and treatment compliance between the two groups before nursing intervention ($P>0.05$); after nursing intervention, the scores of self-efficacy, health knowledge mastery, and treatment compliance of the two groups were significantly higher than those before nursing intervention, and the scores in the observation group were significantly higher than those in the control group ($P<0.05$). Before nursing intervention, there was no significant difference in FBG, 2 hPG, and HbA1c between the two groups ($P>0.05$); after nursing intervention, the FBG, 2 hPG, and HbA1c levels of the two groups were significantly lower than those before intervention, and the levels in the observation group were significantly lower than those in the control group ($P<0.05$). Before nursing intervention, there was no significant difference in SAS and SDS scores between the two groups ($P>0.05$); after nursing intervention, the SAS and SDS scores of the two groups were significantly lower than those before intervention, and the scores of the observation group were significantly lower than those of the control group ($P<0.05$). Before nursing intervention, there was no significant difference in QOL-BREF scores of psychological dimension, physiological dimension, environmental dimension, and social dimension between the two groups ($P>0.05$); after nursing intervention, the scores of the two groups were significantly higher than those before intervention, and the scores of the observation group were significantly higher than those of the control group ($P<0.05$). **Conclusion** The integrated education of doctors, nurses, and patients and nursing intervention can significantly improve the self-efficacy, health knowledge mastery, and treatment compliance of patients with type 2 diabetes mellitus, and also improve the bad mood, the level of blood glucose control, and quality of life.

【Key words】 Type 2 diabetes mellitus; Doctors, nurses, and patients; Integrated education; Self-efficacy; Health knowledge; Blood glucose; Quality of life

近年来,我国人口结构趋于老龄化,糖尿病等慢性疾病的发病率亦呈现上升趋势。糖尿病血糖控制不良极易并发靶器官的损害,如糖尿病眼病、糖尿病肾病、糖尿病相关的心血管疾病等,是影响我国老年人生活质量的主要慢性疾病之一^[1]。糖尿病血糖控制与患者的生活方式、对疾病的认知能力及治疗的依从性等因素有关,疾病健康教育在糖尿病的治疗过程中具有及其重要的作用。老年糖尿病患者由于受记忆力减退,受教育水平较低等限制,其治疗依从性较低,常出现未按照医嘱用药等情况,导致血糖控制不理想,从而引发各种糖尿病并发症,不仅增加靶器官损害的风险,也导致生活质量的降低^[2]。通过健康教育提高老年糖尿病患者对糖尿病相关知识的掌握程度,提高其对糖尿病血糖控制的认知能力,提高在糖尿病治疗过程中的自我效能,对于改善老年人糖尿病治疗的依从性、提高血糖控制水平,进而改善生活质量具有积极的作用^[3-5]。合理的健康教育是提高糖尿病患者疾病认知能力最有效的手段。我院近年来在老年糖尿病患者治疗过程中开展医护患一体化教育的护理干预措施,在提高老年患血糖控制水平和生活质量的改善中取得了较为理想的效果,现将结果报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2018年4月至2019年4月间沈阳市第四人民医院收治的老年2型糖尿病患者180例。入选标准:(1)诊断符合中华医学会糖尿病学分会发布的《中国2型糖尿病防治指南(2017年版)》2型糖尿病诊断标准^[4],空腹血糖 ≥ 7.0 mmol/L,餐后2 h血糖 ≥ 11.1 mmol/L或HbA1c $\geq 6.5\%$;(2)年龄 ≥ 60 岁;(3)口服药物治疗。排除标准:(1)合并严重肝肾功能不全者;(2)合并恶性肿瘤患者;(3)合并精神障碍、认知功能障碍患者;(4)治疗依从性极差,不能配合进行研究者。患者入选后按照随机数表法分为对照组和观察组,每组90例。对照组中男性48例,女性42例;年龄60~78岁,平均(69.25 \pm 3.68)岁;病程1~16年,平均(8.65 \pm 3.11)年。观察组中男性47例,女性43例;年龄60~81岁,平均(69.73 \pm 3.55)岁;病程1~16年,平均(8.33 \pm 3.98)年。两组患者的一般资料比较差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经医院医学伦理委员会批准,符合医学伦理学要求,患者对研究内容知情同意。

1.2 干预方法 所有患者均采用口服药物方式进行血糖控制。两组患者均进行1个月的护理干预,对照组患者接受常规护理措施,主要包括健康教育,

饮食指导、合理运动、合理用药、监测血糖等,患者出院后规律进行随访,监督及指导患者生活方式、用药及血糖监测等。观察组患者在常规护理基础上进行医护患一体化教育护理干预,主要包括:①建立医护患一体化教育小组:小组成员由主管护士、主治医师、护士长、科室主任组成。科室主任担任小组组长,负责对项目的执行进行指导和监督;护士长负责协调护理管理工作,每周组织小组成员进行工作总结;主治医师负责评估患者的糖尿病治疗效果;主管护士则对患者的进行糖尿病知识的健康宣教,负责患者的日常护理工作,按照医嘱指导患者用药,同时记录患者的血糖指标,对患者的日常饮食、运动实施针对性指导。②学习并考核医护患一体化教育:小组建立后,定期组织医护患一体化教育的相关学习并对学员进行考核,考核合格后方能参与小组的工作中。学习与考核的内容主要包括糖尿病的相关护理知识,血糖检测的规范操作方法、胰岛素的注射方法等内容。③小组工作流程:首先由医师对患者的病情进行评估,掌握患者的临床资料,依据患者的具体情况,实施医护患一体化教育的护理干预。然后由主管护士为患者宣教糖尿病的相关知识,宣传手段有视频、宣传画报等方式,对患者关心的疑难问题耐心解决。其一,小组工作每周进行总结,对其中干预效果不佳的患者状况进行讨论,提出相对应的解决措施,改进护理工作,提高护理质量。最后,小组对患者的自我效能、健康知识掌握程度、治疗依从性进行评估,对评分较低的患者实施针对性护理。

1.3 观察指标与评价方法 以下各项指标均于护理干预前与护理干预后 1 个月评价。

1.3.1 自我效能评价 采用一般自我效能感量表(GSES)对患者进行评分^[4]。GSES 评分共包含 10 个条目,每个条目得分 1~4 分,总分为 10~40 分,各个条目累加得分,得分越高,自我效能越好,越能够积极的对疾病进行主动的控制。

1.3.2 糖尿病健康知识掌握程度 采用中国糖尿病教育项目组编制的《糖尿病知识问卷》对患者糖尿病健康知识掌握程度进行评价,问卷包括 30 个条目,包括糖尿病一般知识、血糖监测、药物治疗、饮食、

运动及并发症等 6 个方面内容,每个条目 0~1 分,总分 30 分,得分越高,说明糖尿病知识掌握程度越好^[6]。

1.3.3 治疗依从性评价 采用 Morisky 服药依从性问卷进行评价,问卷包括 8 个条目,每个条目 0~1 分,总分 8 分,各个条目累加得分,得分越高,说明治疗依从性越好。

1.3.4 血糖评价 空腹血糖(FBG)、餐后 2 h 血糖(2 hPG)以及糖化血红蛋白(HbA1c),FBG 及 2 hPG 由主管护师完成检测,HbA1c 由本院检验科完成检测。

1.3.5 抑郁与焦虑程度评价 采用通过宗氏抑郁自评量表(SDS)与宗氏焦虑自评量表(SAS)对患者的抑郁与焦虑程度进行评分^[7],SDS 及 SAS 量表均为 20 个条目,每个条目 1~4 分,累计各个条目得分为粗分,粗分 80 分,转化为标准分 100 分,标准分低于 50 分说明存在抑郁或焦虑情绪,得分越高,说明焦虑及抑郁程度越严重。

1.3.6 生存质量评价 采取生存质量量表(QOL-BREF)对患者的生存质量进行评分^[2],量表从心理、生理、环境、社会四个维度进行评价,共计 26 个条目,每个条目累加得分,得分越高说明生存质量越好。

1.4 统计学方法 应用 SPSS 18.0 统计学软件进行数据分析,计量资料以均值±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用 *t* 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后的自我效能、健康知识掌握情况和治疗依从性比较 护理干预前,两组患者的自我效能、健康知识掌握情况、治疗依从性评分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。护理干预后,观察组患者的自我效能评分,健康知识掌握评分,治疗依从性评分均高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

2.2 两组患者护理后的血糖相关指标比较 护理干预前,两组患者的 FBG、2 hPG、HbA1c 比较差异无统计学意义($P > 0.05$);干预后,两组患者的 FBG、2 hPG、HbA1c 均较干预前降低,且护理干预后观察组患者的 FBG、2 hPG、HbA1c 明显优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 1 两组患者护理干预前后的自我效能、健康知识掌握情况和治疗依从性比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	时间	自我效能评分	健康知识掌握评分	治疗依从性评分
观察组	90	干预前	23.10±5.62	17.62±4.82	5.12±1.17
		干预后	34.92±4.21 ^a	26.47±2.36 ^a	7.16±0.52 ^a
		<i>t</i> 值	15.969	15.644	15.115
		<i>P</i> 值	<0.01	<0.01	<0.01
对照组	90	干预前	23.55±5.25	17.84±4.05	5.17±1.42
		干预后	28.08±5.23	19.12±4.28	6.24±0.86
		<i>t</i> 值	5.799	1.443	6.114
		<i>P</i> 值	<0.01	0.15	<0.01

注:与对照组干预后比较,^a $P < 0.05$ 。

表 2 两组患者护理干预前后的血糖相关指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	FBG (mmol/L)	2 hPG (mmol/L)	HbA1c (%)
观察组	90	干预前	9.26±3.12	12.57±4.12	9.27±1.16
		干预后	5.79±2.69 ^a	6.39±2.18	6.50±0.40
		<i>t</i> 值	7.991	12.578	21.416
		<i>P</i> 值	<0.01	<0.01	<0.01
		对照组	90	干预前	9.17±3.23
干预后	7.80±2.44			8.11±2.15	7.46±0.93
<i>t</i> 值	3.210			8.313	11.150
<i>P</i> 值	<0.01			<0.01	<0.01

注:与对照组干预后比较,^a*P*<0.05。

2.3 两组患者护理干预前后的焦虑及抑郁程度比较 护理干预前,两组焦虑评分及抑郁评分差异无统计学意义(*P*>0.05),护理干预两组患者焦虑评分及抑郁评分均较干预前降低(*P*>0.05),观察组患者的抑郁评分,焦虑评分明显低于对照组,差异均有统计学意义(*P*<0.05),见表3。

表 3 两组患者护理干预前后的焦虑及抑郁程度比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	时间	焦虑评分	抑郁评分
观察组	90	干预前	55.22±4.19	53.85±3.96
		干预后	43.15±4.08 ^a	42.82±3.88 ^a
		<i>t</i> 值	19.579	18.874
		<i>P</i> 值	<0.01	<0.01
		对照组	90	干预前
干预后	49.21±4.31 ^a			48.52±4.58 ^a
<i>t</i> 值	10.12			8.880
<i>P</i> 值	<0.01			<0.01

注:与对照组干预后比较,^a*P*<0.05。

2.4 两组患者的生存质量比较 两组患者干预前的QOL-BREF量表心理维度评分、生理维度评分、环境维度评分、社会维度评分各维度评分比较差异均无统计学意义(*P*>0.05);干预1个月后,两组患者的QOL-BREF量表各维度评分均较干预前明显提高(*P*<0.05),且观察组患者的QOL-BREF量表各维度评分明显高于对照组,差异均有统计学意义(*P*<0.05),见表4。

表 4 两组患者的生存质量比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	心理维度	生理维度	环境维度	社会维度
观察组	90	干预前	9.07±3.12	10.17±1.64	11.23±3.91	10.34±1.47
		干预后	14.85±2.25 ^a	14.68±1.85 ^a	15.04±1.66 ^a	13.94±1.25 ^a
		<i>t</i> 值	14.255	17.306	8.509	17.699
		<i>P</i> 值	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01
		对照组	90	干预前	9.14±3.26	10.25±1.79
干预后	11.28±2.61 ^a			12.28±2.17 ^a	13.49±1.95 ^a	12.16±1.58 ^a
<i>t</i> 值	4.861			6.846	5.979	7.463
<i>P</i> 值	<0.01			<0.01	<0.01	<0.01

注:与对照组干预后比较,^a*P*<0.05。

3 讨论

2型糖尿病是老年人常年的慢性病,随着我国人口老龄化加剧,糖尿病的发病率也是逐年升高。老年2型糖尿病患者由于身体机能退化,记忆力减退,对疾病教育的理解能力和对疾病的认知能力降低,导致患者的治疗依从性下降,甚至导致糖尿病并发症的发生^[7],对患者的生活质量造成明显的影响。甚至在长期的治疗中会出现焦虑、烦躁、抑郁等不良情绪,导致治疗依从性较差,从而影响治疗效果,因此改善患者对糖尿病的认知能力,提高患者的自我效能,以乐观的心态积极主动的控制血糖对老年糖尿病患者的血糖控制和生活质量的改善具有积极的作用。

健康教育在糖尿病治疗中具有极其重要的作用,糖尿病治疗过程涉及饮食、运动、合理作息等生活方式的改变,而老年患者的认知能力、知识结构等与年轻人存在较大的差别,因此在针对性治疗过程中,需依据老年患者的特点,加强同患者的沟通^[9]。本文应用医护患一体化教育模式对老年糖尿病患者实施护

理干预,取得了较为理想的效果。医护患一体化教育模式将医师、护士、患者有机的联系在一起,医师依据患者的糖尿病具体情况,制定相应的治疗方案,护士依据医嘱对患者的治疗给予相应的指导,同时对患者进行健康宣教,而护士长定期组织对工作的落实情况的核查,科室主任则负责对工作进行指导和监督,医护之间相互配合,为患者的治疗提供更为有效的护理干预^[10-12]。通过医护患一体化教育干预,老年糖尿病患者的自我效能评分提升水平高于常规护理。其原因可能为医护患一体化教育实施后,医务人员有针对性的对老年糖尿病患者的治疗与护理进行了干预,患者对疾病的理解程度加深,对治疗措施的必要性认识加深,能够更为主动的对糖尿病的治疗进行配合^[13],能够以更为积极的态度面对疾病和生活。此外,由于医护患一体化小组为患者制定了具体的治疗护理方案,患者能够依据方案,加强疾病治疗的自我管理,从而使护理干预后的自我效能评分显著提升。在糖尿病健康知识掌握评分比较中,经医护患一体化教育干预的患者,该项评分也显著高于常规护理的患者,这是

由于医护患一体化教育干预中,护士借助影像资料、平面资料加强了患者对糖尿病的认识,使患者对糖尿病的基本认识、主要危害,治疗方式以及自我管理认识程度显著提升^[14-16]。在患者自我效能及糖尿病知识掌握水平提高的同时,观察组患者治疗的依从性评分也提高更为明显。另外,观察组患者在焦虑与抑郁程度上明显轻于对照组,提示医护患一体化教育干预能有效改善患者的不良情绪。另外,医护患一体化教育护理干预后患者的依从性也明显高于常规护理,主要是在护理过程中,耐心解答患者的疑虑,讲述治疗成功的案例,增强了患者的治疗信心,从而提高了治疗依从性^[17-18]。本研究中,观察组患者护理干预后生存质量的各个维度的评分均高于常规护理,主要是在护理中,患者的依从性提高,不良情绪改善,有效提高了治疗效果,在提高患者血糖控制水平的同时,提高了生存质量。

综上所述,医护患一体化教育模式,将医师、护士、患者三者间的关系衔接得更为紧密,在医师、护士的配合下,患者的血糖水平控制得更为理想,其自我效能评分、糖尿病健康知识掌握评分、治疗依从性评分均显著提升,有利于改善患者的血糖控制水平和不良情绪,提高患者的生存质量,具有较高的临床应用价值。

参考文献

[1] 孙玲玲. 医护一体化模式在老年 2 型糖尿病患者护理中的应用效果分析[J]. 河南医学研究, 2017, 26(21): 4005-4006.
 [2] 崔银杰, 张超, 贾爱玲, 等. 医护合作责任制护理模式对社区老年 2 型糖尿病患者的管理效果研究[J]. 实用临床医药杂志, 2017, 21(16): 145-147.
 [3] 张涛. 健康教育对老年糖尿病住院患者健康知识知晓率及自我效能的影响观察[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2017, 2(30): 49, 66.

[4] 侯艳玲, 杨竹. 医护一体化模式对 2 型糖尿病患者血糖血脂及护理知识与行为的影响[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2017, 20(1): 81-84.
 [5] 郭婷婷, 张建双, 李昱芃, 等. 2 型糖尿病患者自我血糖监测现状及其影响因素[J]. 临床荟萃, 2017, 32(4): 317-322.
 [6] 余桂芳, 李娟, 蓝颖茹, 等. 糖尿病患者对糖尿病知识掌握程度的调查分析[J]. 实用医学杂志, 2008, 12(11): 1998-1999.
 [7] 张茵, 赵雅莉, 徐蕾, 等. 情绪释放疗法对老年 2 型糖尿病患者自我效能的影响[J]. 中华护理杂志, 2017, 18(10): 1207-1210.
 [8] 曲玉玲. 反思性教育模式对 2 型糖尿病患者血糖控制效果和自我效能的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2017, 23(21): 2750-2753.
 [9] 陈金燕. 健康教育对老年糖尿病住院患者健康行为自我效能的影响[J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2018, 20(8): 145-145.
 [10] 梁芳, 夏慧玲, 江月英. 健康教育对老年 2 型糖尿病患者自我效能及生存质量的影响[J]. 中国老年学杂志, 2015, 35(3): 619-621.
 [11] 饶赞, 余妮丝, 蔡方敏. 医护一体化护理模式对妇科患者自我效能和生活质量的影响[J]. 当代护士(下旬刊), 2018, 25(5): 98-100.
 [12] 李冬静, 赵慧玉, 董春艳, 等. 二级甲等医院门诊老年 2 型糖尿病患者的自我管理现状及影响因素分析[J]. 护理管理杂志, 2014, 14(1): 31-33.
 [13] 朱丽雅, 苏菲菲, 李利敏, 等. 医护一体化护理方式联合患者自我效能训练对复治肺结核患者焦虑抑郁及生存质量的影响[J]. 中华全科医学, 2016, 14(10): 1758-1761.
 [14] 杨丽琴. 不同护理对 2 型糖尿病患者自我效能的影响[J]. 现代生物医学进展, 2008, 8(4): 798-800.
 [15] 王蓓, 靳晓萍. 老年 2 型糖尿病患者授权能力与其自我效能的相关性研究[J]. 新疆医学, 2013, 43(11): 23-24.
 [16] 魏魏, 乐嘉宜, 马龙飞. 2 型糖尿病患者自我效能影响因素分析[J]. 中国当代医药, 2015, 22(16): 153-155.
 [17] 陈兰, 李萍, 王莹. 以家庭为中心的健康教育对 2 型糖尿病患者家庭功能及自我效能的影响[J]. 中国医药导报, 2017, 14(15): 68-71.
 [18] 罗永琼. 浅谈健康教育在糖尿病患者护理工作中的应用[J]. 糖尿病新世界, 2017, 20(1): 142-143.

(收稿日期: 2019-09-19)