

适应性领导力理论指导下框架干预模式对糖尿病周围神经病变患者血糖水平及治疗依从性的影响

林璐 颜晓璐 刘欢

糖尿病周围神经病变(diabetic peripheral neuropathy, DPN)以远端对称性多发神经病变最为常见,患者发生糖尿病足风险升高,属于糖尿病的并发症。据流行病学统计,我国2型糖尿病患者DPN发病率随着病程延长最高达64.8%^[1]。目前,针对DPN尚无特异性治疗药物,患者通常需要长期服药控制病情进展,因此在长病程过程中提高护理质量以提高患者治疗依从性,控制患者血糖水平极为重要^[2]。常规护理模式通常着重于患者遵医嘱的“结果”,忽略了患者过程中心理变化及患者个体化需求,难以满足现代医学理念下的护理需求^[3]。基于此,本次研究探讨了适应性领导力理论指导下框架干预模式对DPN患者血糖水平及治疗依从性的影响。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2020年1月至2022年9月在丽水市中心医院就诊的72例DPN患者的临床资料进行研究。纳入标准包括:①临床诊断为DPN患者^[4];②患者年龄 ≥ 18 岁;③患者临床资料保存完整。排除标准:①下肢有严重损伤;②精神障碍严重、无法描述病情。按照护理方法不同分组:实施常规护理的40例患者设为常规组,在常规护理基础上联合适应性领导力理论指导下框架干预模式的32例患者设为试验组。试验组中男性20例、女性12例;糖尿病病程1~10年,平均(4.22 \pm 1.35)年;年龄38~76岁,平均(55.24 \pm 7.67)岁。常规组中男性25例、女性15例;糖尿病病程1~9年,平均(4.07 \pm 1.24)年;年龄33~74岁,平均(53.96 \pm 7.28)岁。两

组患者一般资料比较,差异均无统计学意义(P 均 > 0.05)。

1.2 方法 常规组患者采取常规护理,遵医嘱进行常规血压、血糖、血脂管理,记录各指标、时间,进行健康宣教,主要包含疾病相关知识与注意事项,进行膳食指导,改变患者饮食结构,给予康复护理,让患者适当进行八段锦、太极拳等运动。

试验组患者在常规护理基础上联合适应性领导力理论指导下框架干预模式。①患者护理评估:患者入院后先进行常规健康宣教,内容包含我院住院期间各项注意事项、相关规章制度、疾病相关知识等。加强与患者沟通,建立良好医患关系,随后对患者进行护理评估,包含患者目前主要症状、患者足部情况、睡眠质量、心理状态、大小便情况等。②心理指导与行为纠正:责任护士进行一对一交流,结合患者既往病史,讲解疾病相关知识,结合患者自身个体化差异分析病情,耐心解答患者疑惑,缓解患者不良情绪,帮助患者树立战胜疾病的信心,让患者进一步了解疾病与自身病情,协助患者及其家属掌握患者病情、致病因素、主要症状后,帮助患者制定针对化框架,包含药物种类、用法用量等;同时,结合患者年龄、性别、身高、体重、日常活动量等制定个体化食谱;餐后适当运动,如散步等。对患者进行足部按摩护理,并教会患者简单的足部保健操,让患者出院后可自行按摩。出院当日再次评估患者各项指标,根据评估结果基于针对性心理干预、健康宣教等,强调保持积极乐观心态,按时按量服药,关注足部状况变化。出院后每周保证通过线上微信沟通1次,电话随访1次。共持续3个月。

1.3 观察指标 ①血糖水平:在治疗前及治疗后检测两组患者糖化血红蛋白(hemoglobin blood glucose A1c, HbA1c)、空腹血糖(fasting plasma glu-

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2025.002.024

基金项目:浙江省卫生健康科技计划(2022KY1431)

作者单位:323000 浙江丽水,丽水市中心医院修复重建手外、整形外科

cose, FPG)水平,并测量餐后2 h血糖(2-hour postprandial plasma glucose, 2 hPG)。②治疗依从性:在干预前后使用糖尿病饮食治疗依从性量表评估,分值满分80分,得分达60%可认定为治疗依从性良好,得分达75%可认定为治疗依从性极好,否则认定为治疗依从性差^[5]。总良好率=(良好+极好)/总人数×100%。③护理满意度:护理结束后对所有患者进行回访调查,从医院环境、住院期间护理质量、医护人员态度、出院后随访体验等多个方面进行评估,分值满分为150分,依据最终得分分为满意(120~150分)、较满意(90~119分)、不满意(0~89分)3个评级,总满意率=(较满意+满意)/总人数×100%。

1.4 统计学方法 采用SPSS 23.0统计学软件进行数据分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示。组间计量资料比较采用 t 检验;计数资料比较采用 χ^2 检验。设 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后的血糖水平比较见表1

表1 两组患者干预前后的血糖水平比较

组别	HbA1c/%	FPG/mmol/L	2 hPG/mmol/L
试验组			
干预前	8.46±1.19	7.73±2.46	12.02±3.28
干预后	6.44±1.07*	5.37±1.16*	7.56±1.13*
常规组			
干预前	8.52±1.22	7.67±2.34	12.31±3.17
干预后	7.59±1.05	6.31±1.42	8.73±1.28

注:*:与常规组干预后比较, $P<0.05$ 。

由表1可见,干预前,两组患者的HbA1c、FPG、2 hPG水平比较,差异均无统计学意义(t 分别=0.21、0.05、0.38, P 均 >0.05)。干预后,试验组患者的HbA1c、FPG、2 hPG水平均低于常规组,差异均有统计学意义(t 分别=4.58、3.02、4.06, P 均 <0.05)。

2.2 两组患者干预前后的治疗依从性比较见表2

表2 两组患者干预前后的治疗依从性比较/例(%)

组别	极好	良好	差	总良好率
试验组				
干预前	9(28.12)	13(40.63)	10(31.25)	22(68.75)
干预后	18(56.25)	12(37.50)	2(6.25)	30(93.75)*
常规组				
干预前	10(25.00)	16(40.00)	14(35.00)	26(65.00)
干预后	13(32.50)	17(42.50)	10(25.00)	30(75.00)

注:*:与常规组干预后比较, $P<0.05$ 。

由表2可见,干预前,两组患者的依从性良好率比较,差异无统计学意义($\chi^2=0.11, P>0.05$)。干预后,试验组患者依从性良好率高于常规组,差异有统计学意义($\chi^2=4.50, P<0.05$)。

2.3 两组患者干预后护理满意度比较见表3

表3 两组患者干预后护理满意度比较/例(%)

组别	n	满意	较满意	不满意	总满意度
试验组	32	8(25.00)	23(71.88)	1(3.12)	31(96.88)*
常规组	40	12(30.00)	20(50.00)	8(20.00)	32(80.00)

注:*:与常规组比较, $P<0.05$ 。

由表3可见,干预后,试验组患者的护理总满意度高于常规组,差异有统计学意义($\chi^2=4.63, P<0.05$)。

3 讨论

DPN是长病程糖尿病患者最常见的并发症之一,患者出现神经功能病变,严重者会导致糖尿病足。针对DPN患者护理干预主要以控制血糖为主,在长病程下应注重提升患者的自我管理能力和提升患者血糖控制水平^[6]。但常规护理模式单一,沟通效率低下,对患者住院阶段、出院早期的血糖控制能保持较好效果,然而在长病程患者自控血糖水平中远期效果一般。适应性领导力理论指导下框架干预模式通过对患者进行系统性评估,针对患者调整护理方案,根据患者表现获取反馈实现连续、高效护理,以期帮助患者养成良好习惯,提高自我管理能力和长时间控制血糖水平,延缓病情发展^[7]。

本次研究结果显示,干预后试验组患者HbA1c、FPG、2 hPG水平明显低于常规组(P 均 <0.05),表明适应性领导力理论指导下框架干预模式可以帮助患者控制血糖水平。高血糖水平会导致代谢上升,代谢通路激活引发神经细胞渗透压上升,造成细胞液体含量上升,表现成细胞肿胀并影响神经功能^[8]。同时,高血糖水平还会导致血管病变,激活人体氧化应激反应,造成血管内皮损伤和器官损伤^[9]。适应性领导力理论指导通过心理指导与行为纠正,改善患者不良情绪与习惯,加之健康教育方法使患者了解自身病情与饮食、服药等相关性,增强患者危机意识。本次研究结果显示,干预后试验组患者总依从性良好率和总护理满意度均高于常规组(P 均 <0.05),表明适应性领导力理论指导下框架干预模式可以提高患者治疗依从性和护理满意度。治疗依从性受患者疾病认知水平、自我效能、心理状态以

及医患关系等因素影响。适应性领导力理论指导加强了护理人员培训,除疾病相关知识培训、护理技能培训,还强调了医患关系与沟通技巧。通过医护人员主导引导患者自我学习、改变,增强患者信念,进而提高了患者依从性并增强了患者自我管理能力。另一方面,院内干预阶段让患者适应性学会自我管理,改变行为习惯,制定适应性领导力理论指导框架则是针对患者出院后长病程自我管理,由专业的医护人员帮助患者结合自身差异制定个体化干预方案,能够在现有基础上进一步提高患者生活管理规划,提高患者主观能动性,患者能够主动选择健康生活方式。出院阶段通过线上随访、关注公众号、加强微信群交流等方式可帮助患者维持健康习惯,及时给予患者帮助,定期进行检查进而让患者实现持之以恒的自我管理。

综上所述,适应性领导力理论指导下框架干预模式可以改善DPN患者血糖水平,提高治疗依从性以及护理满意度。本次研究也存在不足之处:①属于单中心分析,涉及的样本量太少,研究结果可能受到患者主观偏差的影响;②未对患者远期血糖控制水平、远期自我管理水平等进行考察。后续应开展多中心研究进一步深入探讨。

参考文献

1 中华医学会糖尿病学分会中国2型糖尿病防治指南制订委员会.中国2型糖尿病防治指南[M].北京:北京大学医

学出版社,2011:1-3.

- 2 先小燕.同伴教育联合协同护理对DPN的临床疗效及生活质量的影响[J].重庆医学,2021,50(增刊1):120-123.
- 3 盛彩娟,韩辰宇,谢建芳.基于互联网平台的护理管理新模式对2型糖尿病合并糖尿病周围神经病变患者的影响[J].贵州医药,2021,45(6):997-999.
- 4 胡仁明,樊东升.糖尿病周围神经病变诊疗规范(征求意见稿)[J].中国糖尿病杂志,2009,17(8):638-640.
- 5 张萍,于宝柱,李欣欣,等.糖尿病患者饮食治疗依从性及影响因素分析[J].中国公共卫生,2010,26(12):1563-1564.
- 6 黄琨,邓宗娟,张珏,等.同伴教育及运动疗法对老年糖尿病周围神经病变患者生活质量的影响[J].中国老年学杂志,2022,42(21):5248-5251.
- 7 张贤贤,张利霞,贾智慧,等.基于适应性领导力理论自我管理干预对妊娠糖尿病患者的影响[J].护理学杂志,2020,35(7):19-22.
- 8 印小蓉,胡秀娟,王淑倩,等.血糖变异系数与2型糖尿病周围神经病变的相关性分析[J].实用临床医药杂志,2023,27(13):48-52.
- 9 Ahrary Z, Khosravan S, Alami A, et al. The effects of a supportive-educational intervention on women with type 2 diabetes and diabetic peripheral neuropathy: A randomized controlled trial[J]. Clin Rehabil, 2020, 34(6): 794-802.

(收稿日期 2024-02-05)

(本文编辑 高金莲)

(上接第178页)

- 究[J].中国全科医学,2021,24(32):4074-4079,4093.
- 2 张弛,曹慧,黄紫薇,等.大学生心理灵活性与负面情绪和幸福感的关系[J].中国心理卫生杂志,2019,33(11):868-874.
- 3 谢婵娟,许湘华,欧美军,等.慢性疼痛患者心理灵活性的研究进展[J].中国全科医学,2019,22(8):973-977.
- 4 陈灏珠,钟南山,陆再英.内科学[M].北京:人民卫生出版社,2018:195.
- 5 刘俊升,黄妙音,姜丽.社交焦虑接纳和行动量表的信效度初步检验[J].心理研究,2014,7(5):70-74.
- 6 Lu CF, Jia CX, Zhang JY, et al. Reliability and validity of social support rating scale in rural suicides[J]. Chin Ment Health J, 2011, 25(3): 218-222.
- 7 黄雪薇,郭宝江,王秀利,等.癌症应对问卷的编制与测评[J].中国心理卫生杂志,2007,21(8):517-520,525.
- 8 丁岚,王琳,来菊菊.叙事疗法对心房颤动射频消融术后

患者疾病不确定感及健康相关行为的影响[J].中国医药导报,2022,19(8):161-164.

- 9 李志红,巫宇军.家庭功能在养育心理灵活性与小学生问题行为间的中介作用[J].中华行为医学与脑科学杂志,2020,29(6):561-566.
- 10 饶悦,莫祖娥,姜振英,等.高血压患者心理灵活性、自我管理在人格特征与睡眠质量中的中介效应研究[J].中国卫生统计,2020,37(2):256-258,261.
- 11 刘艳,吕美荣,张爱华.接纳承诺疗法对癌症患者心理灵活性影响的meta分析[J].中国心理卫生杂志,2021,35(8):657-663.
- 12 邢翔皓,唐锐,张剑铎,等.空军某部官兵训练伤疼痛现状及心理灵活性影响因素分析[J].军事医学,2022,46(6):410-413,419.

(收稿日期 2024-04-01)

(本文编辑 高金莲)