

T2DM 患者糖尿病健康知识素养影响因素的调查分析

徐霜俐^{1,2}, 姚勤¹

(1. 湖南省中医药研究院, 湖南 长沙, 410006;

2. 湖南中医药大学, 湖南 长沙, 410208)

[摘要] 目的: 了解2型糖尿病(T2DM)患者糖尿病健康知识素养情况及影响因素, 为针对性制定健康教育等干预措施、提升T2DM患者健康知识素养水平、提高防治T2DM的效果提供依据。方法: 选取T2DM患者, 采用二阶段抽样方法, 使用自拟的《糖尿病健康知识素养调查问卷》进行问卷调查。结果: 共回收有效问卷660份。T2DM患者糖尿病功能性健康知识素养水平整体偏低。学历、受健康教育情况是影响糖尿病健康知识素养的最重要因素。结论: 应针对性制定合理科学的健康教育等干预措施, 提升糖尿病患者健康知识素养水平, 以便更好地指导糖尿病患者正确认识糖尿病, 积极有效防治糖尿病, 从而达到控制血糖, 减少糖尿病并发症的发生和发展。

[关键词] 糖尿病患者; 健康知识素养; 影响因素

[中图分类号] R259.871 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.10.063

糖尿病是目前世界范围内严重危害人类健康的重要慢性非传染性疾病之一, 其患病率高、并发症多、致残率高、经济负担重、危害性大。虽然世界各国都把糖尿病的防控作为本国卫生事业的重要工作, 但近年的多项研究调查结果显示, 无论是在欧美发达国家还是发展中国家, 糖尿病控制的状况均不太乐观, 其中原因是多方面的, 而糖尿病患者健康知识素养水平偏低是主要原因之一^[1]。本研究对长沙地区糖尿病患者糖尿病健康知识素养水平及其影响因素进行调查和分析, 以期对长沙地区针对性地开展糖尿病健康教育提供依据。现报告如下。

1 对象与方法

1.1 调查对象 选取2016年6~9月在长沙地区3个三甲中医院(湖南中医药大学第一附属医院、湖南中医药大学第二附属医院、湖南中医药研究院附属医院)、1个糖尿病专科医院(长沙百灵中医糖尿病专科医院)门诊或住院的2型糖尿病(T2DM)患者, 以及长沙地区诺舟大药房糖尿病专员(经拜廷培训)所在的16个糖尿病生活馆定点处购药的T2DM患者。

1.2 纳入标准 (1)符合1999年WHO制定的T2DM诊断标准^[2]; (2)意识清楚, 无认知障碍, 能进行正常语言沟通; (3)自愿参加, 签署知情同意书; (4)排除1型糖尿病、妊娠型糖尿病、继发性糖尿病及其他特殊型糖尿病。

1.3 调查方法 采用二阶段抽样方法进行抽样。问卷调查之前, 对调查人员进行针对性规范培训, 并同时讲解调查问卷的填写方式以及注意事项, 同时进行质量控制。

1.4 调查内容 采用自拟的《糖尿病健康知识素养调查问卷》, 内容包括以下3部分, 第1部分: 患者的一般资料调查

(性别、年龄、文化程度、经济状况、病程、糖尿病家族史、合并疾病、并发症、有无接受糖尿病健康教育、接受过的健康教育形式、住院史、空腹血糖、餐后2h血糖、疾病相关指标等); 第2部分: 患者功能性健康知识素养水平(中医、西医), 相关问题涉及到糖尿病的基础知识、饮食知识、运动知识、并发症知识、自我监测知识、用药知识、中医防治等相关内容; 第3部分: 患者健康教育的需求内容(认识疾病、治疗疾病、基础护理)以及希望采取何种形式获取健康教育知识, 并同时加用问答形式综合考察患者互动性健康知识素养能力和评判性健康知识素养思维2个方面内容。

1.5 计分和判定标准

1.5.1 计分方法 参考文献[1]和[3]中关于“中国糖尿病患者糖尿病防治素养调查问卷”的计分方法计分。

1.5.2 判定标准 判定是否具备糖尿病功能性健康知识素养的标准。考察糖尿病功能性健康知识素养或某一类健康知识素养所有条目的分值之和为汇总, 实际得分达到汇总得分60%及以上者, 认为具备该方面或该类健康问题基本的健康知识素养, 被判定判断为合格组; 实际得分没有达到汇总得分60%的患者, 则判定为不合格组。

1.6 统计学方法 采用SPSS 21.0统计软件, T2DM患者基本资料进行统计分析, 采用率、均数、标准差等进行描述, 患者分类变量采用R×C的 χ^2 检验; 健康知识素养的影响因素进行单因素分析、二分类Logistic回归分析。

2 结果

2.1 糖尿病患者的人口学特征 本次调查共收集有效问卷660份, 调查对象中男女比例为1:1.006, 男329例(49.8%), 女331例(50.2%)。男性平均年龄为(62.72±

基金项目: 湖南省中医药管理局资助项目(编号:2016147); 湖南中医药大学研究生创新项目(编号:2016CX33)

第一作者: 徐霜俐, 女, 实习研究员, 研究方向: 名老中医学术经验传承研究

通讯作者: 姚勤, 男, 研究员, 硕士研究生导师, 研究方向: 中医内科学, E-mail: 2406102872@qq.com

11.29)岁,女性平均年龄为(62.70±11.33)岁,2组年龄比较差异无统计学意义($Z=0.063, P=0.950$)。患者年龄、学历、职业情况、是否接受健康教育、病程的分布情况见表1。

表 1 调查对象的人口学特征分布($n=660$)

基本人口特征	男		女		合计		统计量	P 值
	人数 (n)	构成比 (%)	人数 (n)	构成比 (%)	人数 (n)	构成比 (%)		
年龄								
≤40岁	11	3.3	12	3.6	23		3.5	$\chi^2=0.230$ $P=0.891$
41~60岁	128	38.9	123	37.2	251	38.0		
≥61岁	190	57.8	196	59.2	386	58.5		
学历								
小学及以下	96	29.2	137	41.4	233	35.3	$\chi^2=12.819$ $P<0.01$	
中学/中专/高中	179	54.4	160	48.3	339	51.4		
大专/大学/硕士及以上	54	16.4	34	10.3	88	13.3		
职业								
工人	48	14.6	28	8.5	76	11.5	$\chi^2=30.013$ $P<0.01$	
农民	46	14	70	21.1	116	17.6		
公职人员	53	16.1	24	7.3	77	11.7		
自由职业	45	13.7	71	21.5	116	17.6		
离退休	114	34.7	103	31.1	217	32.9		
其他	23	7.0	35	10.6	58	8.8		
接受健康教育								
有	123	37.4	114	34.4	237	35.9	$\chi^2=0.622$ $P=0.430$	
无	206	62.6	217	65.6	423	64.1		
病程								
≤5年	174	52.9	167	50.5	341	51.7	$\chi^2=3.800$ $P=0.284$	
5年<病程≤10年	70	21.3	88	26.6	158	23.9		
10年<病程≤20年	66	20.1	64	19.3	130	19.7		
病程>20年	19	5.8	12	3.6	31	4.7		

2.2 功能性健康知识素养的合格情况 按照计分标准计算,仅有5.6%的糖尿病患者具备基本的功能性健康知识素养。其中,每一类健康知识素养的合格情况由高到低依次排列为:用药知识、自我监测知识、中医防治知识、运动知识、饮食知识、糖尿病的基础知识、并发症知识、生活起居方面。

2.3 功能性健康知识素养的单因素分析 从统计的数据分析,由于性别、职业、学历、年龄等与功能性健康知识素养得分不满足正态性,所以采用秩和检验分析。从单因素分析的数据结果可得出:性别、职业、学历、年龄、健康教育情况、病程对糖尿病健康知识素养的得分比较,差异有统计学意义。男女之间比较,男性的糖尿病功能性健康知识素养高于女性;职业之间比较,公职人员功能性健康知识素养最高,农民最低;学历之间比较,大专/大学/硕士及以上的糖尿病患者得分最高,而小学及以下的得分最低;不同年龄之间比较,≤40岁的糖尿病患者得分最高,41~60岁的糖尿病患者得分最低;有无接受健康教育的糖尿病患者之间比较,参加过健康教育的糖尿病患者的得分要高;不同病程之间比较,随着病程越长,其得分越高。

2.4 功能性健康知识素养的多因素分析 采用二分类逻辑回归对糖尿病健康知识素养的影响因素进行多因素分析。将660例糖尿病患者的糖尿病健康知识素养的得分合格与不合格作为因变量($Y=0$,不合格; $Y=1$,合格),以单因素分析中可能为影响因素的性别、职业、学历、年龄、健康教育情况、病程作为自变量,其中无序分类的自变量设置哑变量后进行二分类逻辑回归分析。从得出的结果看,以小学及以下为参照组,中学/中专/高中,大专/大学/硕士及以上的糖尿病患者糖尿病健康知识素养得分要高,OR值分别为6.477,27.665;以未接受过糖尿病健康教育的糖尿病患者为参照物,接受过糖尿病健康教育的糖尿病患者糖尿病健康知识素养得分要高,OR值为2.173,Wals检验结果 $P=0.030<0.05$,有统计学意义。因此,学历高低和是否接受过健康教育情况是糖尿病健康知识素养得分高低的影响因素,而其他因素无统计学意义。(见表2)

表 2 二分类逻辑回归方程变量

变量	β	S.E	Wals	Sig	Exp(β)	95% CI
学历						
小学及以下*			24.649	0.000		
中学/中专/高中	1.798	0.752	5.719	0.017	6.036	1.383~26.340
大专/大学/硕士及以上	3.171	0.763	17.254	0.000	27.655	5.338~106.429
糖尿病健康教育						
未接受*						
接受	0.776	0.357	4.730	0.030	2.173	1.080~4.374
常数	-5.035	0.729	47.671	0.000	0.007	

注:※为参照组。

3 讨 论

从功能性健康知识素养的来看,仅仅只有5.6%的糖尿病患者具备基本的功能性健康知识素养,并且对并发症以及生活方面的功能性健康素养认知最低,说明大部分糖尿病患者对糖尿病的危害并没有引起重视。总的来说,长沙地区T2DM患者的功能性健康知识素养水平处于低水平,此结论跟国内其他糖尿病健康知识素养等调查的研究相一致^[1,4-6]。

从长沙地区T2DM患者糖尿病功能性健康知识素养水平的单因素分析的数据结果来看,T2DM患者的性别、职业、学历、年龄、接受健康教育情况、病程不同,则中西医功能性健康知识素养水平不同。从具体数据中看,男性的糖尿病功能性健康知识素养高于女性,有可能是男性患者中学学历层次比女性学历高引起的,也有可能在实际生活中,男性在职的情况多于女性,故获取的知识方面较多,此结论与部分研究者调查结论一致^[7-8];在不同的职业中,公职人员功能性健康知识素养最高,其次是离退休人员,而居民和乡村农民最低。这可能与患者工作的环境有关。学历之间比较,显而易见,随着受教育层次越高,具备的健康知识素养也越高;不同年龄之间比较,≤40岁的糖尿病患者得分最高,41~60岁的糖尿病患者得分最低,而大于60岁的患者稍高,可能因为年长的患者病程长,自身经验多所致。在有无健康教育的糖尿

病患者之间比较,参加过健康教育的糖尿病患者的得分要高;不同病程之间比较,随着病程越长,其得分也越高。中国六省糖尿病患者的调查结果显示性别和文化程度是影响健康知识素养的主要原因^[2]。Kobayashi L等^[9]调查研究报道中提出不同年龄层次的老年人,其健康知识素养认知功能的差异是有统计学意义的。蒋燕燕^[10]于2013年对社区200例T2DM患者进行调查,结果显示患者的健康知识素养水平低与文化程度和是否接受过健康教育及教育次数呈正相关。以上得出的结论都与本研究结论相一致。

从糖尿病功能性健康知识素养水平的多因素分析的数据结果来看,学历和是否接受健康教育是影响糖尿病功能性健康知识的主要因素。综合单因素、多因素结果比较,不管采用何种统计学方法,糖尿病患者的学历与是否接受过健康教育都是重要因素。因此,提高糖尿病患者健康知识素养水平很大程度上可以通过针对性地健康教育干预和管理得到改善。然而健康教育的形式多样,有网络式健康教育、电话回访式健康教育、个体化健康教育、回授式健康教育等形式,采取何种形式的健康教育让糖尿病患者最容易接受,也最有效,将成为研究的热题。

参考文献

[1] 聂雪琼,李英华,李莉.中国6省糖尿病患者糖尿病防治素养

现状及影响因素研究[J].中国健康教育,2014,30(1):7-10,30.

[2] 叶任高,陆再英.内科学(6版)[M].北京:人民卫生出版社,2004:787.

[3] 李英华,毛群安,石琦.2012年中国居民健康素养监测结果[J].中国健康教育,2015(2):99-103.

[4] 陈敏芝,梁爽.糖尿病患者疾病相关知识掌握程度的调查分析[J].解放军护理杂志,2009(24):33-34,37.

[5] 李沙沙,郭菊红,陈茜.老年糖尿病患者糖尿病足相关知识和行为调查[J].实用医院临床杂志,2015(1):140-141.

[6] 王芳,杨振贵,曾程慧.银川市居民糖尿病相关知识调查[J].中国公共卫生,2010(9):1105-1106.

[7] 李忠民.湖南省居民健康素养现状及影响因素研究[D].长沙:中南大学,2010.

[8] 朱祖红,陆明霞,徐芳.农村糖尿病患者的现状调查与社区管理的探讨[J].中国社区医师,2014(30):150-151.

[9] Kobayashi L,Smith S,Wolf M,et al.The role of cognitive function in the relationship between age and health literacy:a cross-sectional analysis of older adults in Chicago,USA[J].BMJ Open,2015,5(4):007222.

[10] 蒋燕燕.2型糖尿病患者知识影响因素分析及健康教育策略[D].蚌埠:蚌埠医学院,2014.

(收稿日期:2017-12-21)

(上接第128页)

3 小 结

3.1 针药并用与“孔穴主对法” 上文的治偏风方,在原文中还有一个药物处方——防风汤。其中防风“主大风,头眩痛,恶风,风邪,目盲无所见,风行周身,骨痹,烦满,胁痛肋风,头面去来,四肢挛急,字乳金疮内瘡”,几乎每一项主治都与风邪有关,也与风池的主治基本相同。所以药物与腧穴均在“主对法”指导下使用,通过主治可以将药物和穴位紧密而合理地联系起来,构成“针药对”,进而指导“针药并用”并提高疗效。例如防风和风池穴就是“针药对”,临床可以配合使用增加祛风、息风之效。

3.2 “经方”不等于“经验方” 当下一般认为宋以前中医处方主要根据经验制定,并把“经方”解释为“经验方”^[9]。如果以“孔穴主对法”重新审视宋以前针灸处方,就会发现孙思邈的处方是有严谨的理论指导的。他甚至指出:“诸药无有一一历而用之,但据体性冷热、的相主对……入处方者宜准此”,即医师不可能将药物一一使用再根据经验处方。明确否认依据经验处方的观点。针灸处方也是一样,有学者研究发现东汉以前针灸处方以循经取穴法为主,其他取穴法为辅^[10]。孙思邈的取穴方法也是一脉相承,这为研究宋以前古方提供了崭新的视角。

3.3 “对症治疗”是中医特色的精确治疗 当下提倡“精确治疗”,中医相较于西医的优势应该不在微观层面的治疗,而是高度的个体化诊疗^[11]。注重体质、疾病和证型以及证

候的特异性。相同体质、疾病、证型的患者,其症状也会存在差异,这就要求使用不同的处方(穴位、刺激量),因人制宜地个体化诊疗^[12],这应该是真正有中医特色的精确治疗。

参考文献

[1] 严善余.试论孙思邈针灸学术思想[J].中国针灸,2000,20(2):121-122.

[2] 魏稼.关于针灸处方四大要素[J].中医杂志,1983(12):45-49.

[3] 张善忱.对几个经穴定位之我见[J].山东中医学院学报,1982,6(1):46-54.

[4] 刘可勋.试论中医学的疾病论与病、证、症名规范化[J].中医研究,2000,13(1):2-4.

[5] 欧·斯凯莱.音乐行为量表——一种诊断工具[C].北京:中国音乐治疗学会,1999:24-32.

[6] 丁光迪.诸病源候论校注[M].北京:人民卫生出版社,1991:26.

[7] 李红香.基于中医文献的中风病研究[D].南京:南京中医药大学,2011.

[8] 席宁.浅谈穴名释义在针灸教学中的作用[J].中医教育,1999,18(2):63.

[9] 张薛光.经方治验回忆录[J].辽宁中医药大学学报,2010,12(7):113-114.

[10] 裴景春,冯起国,郑利岩,等.东汉以前针灸处方配穴原则及规律的探讨[J].辽宁中医杂志,2000,27(1):31-33.

[11] 陈健,陈启龙,苏式兵.中医药精确治疗的思考与探索[J].世界科学技术——中医药现代化,2016,18(4):557-562.

[12] 沙岩.谈因人因病掌握针灸刺激量[J].针灸临床杂志,2010,26(9):4-6. (收稿日期:2018-01-18)