

5A 护理联合结构化健康教育对 2 型糖尿病患者自我管理能力及血糖控制的影响

柯 俊

鄱阳区人民医院 湖北 十堰 442500

【摘 要】目的：探讨 5A 护理联合结构化健康教育对 2 型糖尿病患者自我管理能力及血糖控制的实际影响。方法：从 2025 年 2 月-2026 年 1 月中筛选 86 例 2 型糖尿病患者，所有研究对象的实际病程均 ≥ 1 年，按照随机数字表法分为两组，参照组采取常规护理及健康教育，而观察组实施 5A 护理联合结构化健康教育，对比应用效果。结果：干预后，观察组自我管理行为量表(SDSCA)评分高于参照组($P<0.05$)；观察组空腹血糖(FPG)、餐后 2h 血糖(2hPG)、糖化血红蛋白(HbA1c)水平均低于参照组($P<0.05$)。结论：根据 2 型糖尿病患者实际情况，在 5A 护理模式期间联合应用结构化健康教育，有利于提升患者的自我管理能力和有效控制血糖水平，疗效确切，值得推广。

【关键词】5A 护理；结构化健康教育；2 型糖尿病；自我管理能力和血糖

DOI:10.12417/2705-098X.26.15.036

2 型糖尿病是以慢性高血糖为特征的代谢性疾病，多见于中老年人群，患者可因长期血糖控制不佳而诱发糖尿病肾病、周围神经病变等并发症，增加家庭及社会医疗负担^[1]。由于 2 型糖尿病患者血糖控制效果与自身管理行为密切相关，加强临床护理干预尤为必要。常规护理侧重于疾病治疗，常因健康教育内容过于碎片化，而难以帮助患者建立健康认知，致使日常生活存在饮食依从性差、服药不规律、运动不合理等错误行为，整体干预效果达不到患者预期。5A 护理是以患者为中心的新型护理模式，主张通过评估(Assess)、建议(Advise)、同意(Agree)、帮助(Assist)、随访(Arrange)5 个环节，辅助患者建立健康行为，在其基础上联合应用结构化健康教育，可通过协同作用提升患者自我管理^[2]。鉴于此，本研究特选取 86 例 2 型糖尿病患者开展分组试验，汇报如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

时间节点为 2025 年 2 月-2026 年 1 月，在此期间选取 86 例 2 型糖尿病患者开展护理研究，资料如下：

参照组男 23 例，占比为 53.49%，女 20 例，占比为 46.51%，年龄(58.39 ± 4.95)岁，范围在 42-75 岁，病程(5.42 ± 1.83)年，范围在 2 年-8 年，受教育年限(11.38 ± 1.94)年，范围在 6 年-15 年；观察组男 24 例，占比为 55.81%，女 19 例，占比为 44.19%，年龄(58.25 ± 4.64)岁，范围在 41-74 岁，病程(5.16 ± 1.74)年，范围在 1 年-9 年，受教育年限(11.25 ± 1.36)年，范围在 7 年-14 年。上述患者一般资料无显著差异($P>0.05$)，具有可比性。

纳入标准：(1)符合《中国 2 型糖尿病防治指南(2020 年版)》诊断标准；(2)语言沟通和阅读理解能力良好；(3)意识清晰，愿意配合护理研究；(4)近 3 个月未参与类似护

理试验。

排除标准：(1)合并认知障碍、精神疾病；(2)合并糖尿病急性并发症；(3)妊娠期或哺乳期女性；(4)拒绝签署知情同意书者。

1.2 方法

1.2.1 参照组

常规护理及健康教育：即常规开展用药指导、饮食建议、运动建议，并通过集中授课讲解糖尿病基础知识，统一发放健康手册。待患者达到出院标准，常规开展出院指导，告知患者复诊时间，并通过电话随访，了解患者基础情况。

1.2.2 观察组

5A 护理联合结构化健康教育，即选取临床经验丰富的医疗工作者组建护理团队，经系统培训后上岗，具体措施如下：

(1)5A 护理：①评估(Assess)，责任护士通过一对一访视了解患者日常饮食结构、运动习惯、用药依从性，收集患者年龄、受教育程度等基础信息，并根据血糖检查结果，系统评估患者对于自身疾病认知程度。②建议(Advise)，根据上述评估结果，为患者提供专业化健康建议。例如：为饮食不规律患者个性化制定低盐、低糖、低脂饮食方案；为缺乏运动患者提供具体的、可操作的运动方案；为服药不规律患者提供健康教育，强调规范用药的重要性。③同意(Agree)，在医护人员的协助下，由患者及家属共同商定健康行为目标，并借助小组会议明确患者和医护人员的责任。④帮助(Assist)，医护人员主动协助患者落实健康干预措施，即正确指导患者使用血糖仪，详细记录每日血糖变化，并协助患者根据自身实际情况制定每日饮食、运动计划。同时，若患者在诊疗期间存在明显焦虑、抑郁情绪，医护人员需积极开展心理疏导，通过认知行为干预、放松训练帮助患者缓解疾病焦虑。⑤随访(Arrange)，

根据患者基础信息建立健康档案，并于出院后加强延续性随访工作，即通过电话随访、微信随访、上门随访等方式，了解患者日常健康行为，并根据患者的不良习惯调整干预措施。

(2) 结构化健康教育：①入院初期，即根据患者实际病情开展疾病基础教育，注重讲解发病机制、并发症等内容，耐心纠正患者及家属的错误认知。②住院中期，开展方式以一对一面谈、情景模拟、现场示范为主，其专项技能教育重点在于饮食搭配技巧、运动建议、血糖监测技巧等^[3]。③出院前期，即借助宣教手册、科普视频讲解居家护理要点、低血糖应急处理方法。同时，在出院指导时强调定期复诊的重要性，并在健康教育手册中详细标记复诊时间。④居家随访期，在微信群聊中定期推送科普视频、图文，教育内容以2型糖尿病居家护理要点为主。

1.3 观察指标

(1) 自我管理能力：评估时间节点为入院时、干预3个月，评估工具为糖尿病自我管理行为量表(SDSCA)，总分0-91分，量表Cronbach's α 系数为0.862，评分越高表示患者自我管理能力越强^[4]。

(2) 血糖控制指标：采集空腹/餐后2h静脉血，按照检验科标准流程检测FPG、2hPG、HbA1c。

1.4 统计学方法

采用SPSS28.0统计学软件分析数据，计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，行t检验，计数资料以[n(%)]表示，行 χ^2 检验， $P < 0.05$ 代表差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组 SDSCA 评分对比

表1显示：观察组SDSCA各维度评分改善幅度均高于参照组($P < 0.05$)。

表1 两组 SDSCA 评分对比 ($\bar{x} \pm s$)

指标	时间点	观察组 (n=43)	参照组 (n=43)	t 值	P 值
饮食管理 (0-35 分)	干预前	14.04 $\pm$ 3.42	14.23 $\pm$ 3.17	0.236	0.816
	干预后	22.42 $\pm$ 3.61	16.81 $\pm$ 3.96	6.783	<0.001
运动管理 (0-14 分)	干预前	5.21 $\pm$ 2.16	5.34 $\pm$ 2.08	0.153	0.878
	干预后	10.13 $\pm$ 2.04	6.92 $\pm$ 2.37	6.534	<0.001
用药管理 (0-14 分)	干预前	5.65 $\pm$ 1.48	5.78 $\pm$ 1.32	0.135	0.863
	干预后	8.54 $\pm$ 1.57	6.48 $\pm$ 1.63	6.217	<0.001
血糖监测 (0-14 分)	干预前	4.03 $\pm$ 2.36	4.17 $\pm$ 2.49	0.154	0.872
	干预后	8.92 $\pm$ 2.32	5.68 $\pm$ 2.51	5.173	<0.001

足部护理 (0-14 分)	干预前	3.83 $\pm$ 2.14	3.95 $\pm$ 2.07	0.132	0.895
	干预后	7.94 $\pm$ 2.08	4.98 $\pm$ 2.35	5.984	<0.001
总分(0-91 分)	干预前	33.04 $\pm$ 6.57	33.26 $\pm$ 6.43	0.143	0.886
	干预后	56.29 $\pm$ 5.12	39.42 $\pm$ 6.07	7.282	<0.001

2.2 两组血糖控制指标对比

表2显示：观察组血糖控制指标均低于参照组($P < 0.05$)。

表2 两组血糖控制指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

指标	时间点	观察组 (n=43)	参照组 (n=43)	t 值	P 值
FPG (mmol/L)	干预前	8.54 $\pm$ 1.62	8.62 $\pm$ 1.54	0.204	0.852
	干预后	6.82 $\pm$ 1.06	7.93 $\pm$ 1.27	4.212	<0.001
2hPG (mmol/L)	干预前	12.71 $\pm$ 2.43	12.83 $\pm$ 2.36	0.175	0.863
	干预后	9.32 $\pm$ 1.84	11.42 $\pm$ 2.17	4.873	<0.001
HbA1c (%)	干预前	8.53 $\pm$ 0.92	8.49 $\pm$ 0.94	0.327	0.746
	干预后	7.13 $\pm$ 0.72	7.98 $\pm$ 0.83	4.214	<0.001

3 讨论

2型糖尿病属于终身性慢性疾病，长期血糖控制不佳可损伤全身血管、神经，诱发糖尿病酮症酸中毒、下肢血管病变等并发症，常因累及多器官系统而影响身心健康。翟艳会^[5]等人研究指出，2型糖尿病患者血糖控制不佳与自身自我管理能力不足、健康行为不规范有关。中老年患者因自身认知能力有限，在日常生活中普遍存在饮食不合理、运动不规律、擅自减药停药等问题。常规护理侧重于疾病治疗，常因健康教育时间有限、教育内容过于碎片化，而难以帮助患者有效纠正不良习惯。在本次研究中，观察组SDSCA各维度评分改善幅度均高于参照组($P < 0.05$)，说明5A护理联合结构化健康教育可提升患者自我管理能力。传统健康宣教内容较为零散，患者可因难以理解疾病作用机制而陷入认知误区，而结构化健康教育要求医护人员在疾病诊疗的不同环节分别制定教育措施，通过理论授课、现场示范、模拟实操等方式，帮助患者正确认识自身疾病，掌握护理技巧。5A护理模式则要求医护人员全面评估患者的基础信息，并通过一对一沟通交流，深入了解患者存在的健康问题。同时，通过正向引导，让患者意识到自我管理是有效控制自身病情的重要措施，以此激发患者的内在管理动力。医护人员通过小组会议，联合患者、家属共同商定护理目标，可显著提升治疗配合度，而在临床护理期间加强延续性随访，可实时监督并纠正患者的错误行为，以实现提高患者自我管理能力的目的。

此外，观察组血糖控制指标均低于参照组($P < 0.05$)，说

明 5A 护理联合结构化健康教育可有效控制血糖水平。由于 2 型糖尿病患者血糖控制不佳多与自身认知有限、护理操作不规范等因素有关,结构化健康教育特要求医护人员系统讲解关于糖尿病的饮食知识,引导患者遵循低糖、低脂、均衡的饮食原则,并通过积极指导患者参与规律有氧运动,确保外周组织可有效摄取和利用血液中的葡萄糖。由于血糖反复升高与患者擅自停药、减药有关,结构化健康教育特通过现场示范、情景模拟等方式,帮助患者建立正确的用药观念,并通过遵医嘱规律

服药,确保患者体内具有稳定的血药浓度。5A 护理模式要求医护人员全面评估患者的实际病情,并通过分析血糖失控诱因确定干预方案,在其基础上联合应用结构化健康教育,可通过解决患者在不同环节存在的健康问题,确保患者的血糖水平得到有效控制。

综上所述,5A 护理联合结构化健康教育可帮助 2 型糖尿病患者提升饮食、运动、用药等管理能力,并通过稳定血糖水平,提高应用效果,值得推广应用。

参考文献:

- [1] 何焯.以专科护理人员为主导的 5A 护理模式联合结构化健康教育在糖尿病足高危患者中的应用[J].慢性病学杂志,2025,26(7):1065-1068.
- [2] 刘晶,王晶晶.以自我管理为导向的互联网 5A 护理模式在 2 型糖尿病患者护理中的应用效果[J].中国社区医师,2025,41(9):105-107.
- [3] 张兆云.健康指导结合 5A 护理在老年糖尿病骨质疏松患者中的应用分析[J].现代养生,2025,25(4):291-294.
- [4] 王小英,王淑珍,谢菲飞.结构化健康护理教育在脆性糖尿病患者中的应用分析[J].中国医药指南,2024,22(9):5-7.
- [5] 翟艳会.以自我管理为导向的 5A 护理模式干预对老年糖尿病患者影响[J].航空航天医学杂志,2025,36(2):235-238.