

社区 2 型糖尿病患者饮食控制行为及相关因素的研究

张惠英¹ 朱瑞青² 刘桂珠¹ 孙伟¹

摘要 目的:了解社区 2 型糖尿病患者饮食控制行为现状及影响因素。方法:采用入户问卷调查法调查社区 2 型糖尿病患者 205 例。结果:2 型糖尿病患者饮食控制行为与饮食控制自我效能呈正相关($r=0.630, P<0.001$),随着饮食控制自我效能水平的提高,饮食控制行为水平也在提高($r=0.565, P<0.01$);饮食控制行为与文化程度、在职与非在职有关 ($P<0.05$);饮食控制行为水平与饮食知识掌握程度有关。结论:饮食控制自我效能中高效能的患者 139 例,占 67.8%,中效能 60 例,占 29.3%,低效能 6 例,占 2.9%。执行饮食控制严格的患者占 47.3%,控制情况一般的患者占 37.1%,15.6%的患者执行情况很差。

关键词 2 型糖尿病;饮食控制行为;饮食控制自我效能

中图分类号:R493, R587.1 **文献标识码**:B **文章编号**:1001-1242(2006)-09-0837-02

由于 2 型糖尿病需终身治疗,饮食控制需要较多的饮食治疗知识和技能,掌握相对较难,而且饮食控制易受许多因素影响,患者常无法有效地将它做好^[1]。本研究旨在了解社区 2 型糖尿病患者饮食控制现状,并探求影响饮食控制行为的因素,为对糖尿病患者正确地进行饮食指导和护理干预,提高糖尿病患者生存质量。

1 对象与方法

1.1 研究对象

2005 年 5—6 月在银川市西夏区、金凤区、兴庆区的 41 个社区中随机抽取 10 个社区,对已在社区卫生服务站登记建档的 205 例 2 型糖尿病患者进行调查,其中男 103 例,女 102 例。平均年龄 63.12 ± 9.375 岁。

1.2 方法与工具

采用入户访谈式问卷调查,研究内容包括:①自行设计的个人基本资料问卷和饮食治疗知识问卷,饮食治疗知识问卷共包含 15 个问题;②饮食控制行为量表(food control behavior scale, FCBS)^[2];③饮食控制自我效能量表(food control self efficiency scale, FCSES)^[3],本次研究内部一致性检验的 Cronbach's α 分别为 0.930 和 0.853;FCBS 和 FCSES 量表均以 likert5 点计分,总分为 30 分,得分 ≥ 24 分为高水平、 ≤ 12 分为低水平、介于两者之间中等水平。年龄 ≤ 55 岁为在职,年龄 >55 岁为非在职。

1.3 统计学分析

资料的回收率 100%。回收的资料进行审核整理后,输入 SPSS11.5 软件进行统计分析。统计学方法主要有 t 检验、方差分析、 χ^2 检验和逐步回归分析。

2 结果

2.1 饮食控制行为和饮食控制自我效能的关系

见表 1,2 型糖尿病患者饮食控制自我效能和饮食控制行为经相关性分析, $r=0.630, P<0.001$,说明随着患者饮食控制自我效能的增加,饮食控制行为能力增强。2 型糖尿病患者对饮食控制自我效能水平与饮食控制行为水平经秩相关分析 $r=0.565, P<0.01$,表明随着饮食效能水平的提高,饮食控制水

表 1 饮食行为水平和饮食效能水平的关系

饮食行为	饮食效能					
	低水平		中等水平		高水平	
	例数	百分比	例数	百分比	例数	百分比
低水平	5	15.6	20	62.5	7	21.9
中等水平	1	1.3	33	43.4	42	55.3
高水平	0	0	7	7.2	90	92.8

饮食效能水平和饮食行为水平比较 $\chi^2=75.36, P<0.01$

平也在提高。2 型糖尿病患者饮食控制自我效能中,高效能水平的患者占绝大多数,低效能水平的人数最少;2 型糖尿病患者饮食控制行为中,高行为水平的患者占多数,中低水平的患者还是占有相当大的比例。

2.2 2 型糖尿病患者饮食控制行为的影响因素

2.2.1 文化程度与饮食控制行为的关系:由表 2 可见,文盲与初中文化程度的患者在饮食控制行为上与其他文化水平间有差异 ($P<0.05$),其他文化水平之间差异无显著性意义 ($P>0.05$)。

表 2 文化程度与饮食控制行为的关系 (得分)

文化程度	例数	$\bar{x}\pm s$
文盲	35	19.4286 $\pm$ 6.18007 ^①
小学	35	21.3143 $\pm$ 6.59666
初中	60	22.3333 $\pm$ 6.64006
高中	53	21.0377 $\pm$ 7.72101
大学	22	21.1364 $\pm$ 6.66401

①文盲与初中比较 $F=1.012, P<0.05$

2.2.2 在职与非在职人员的饮食控制行为的关系:本次调查在职人员占 20.98%,非在职人员所占比例较多达 79.02%;饮食控制行为平均得分在职为 18.86 ± 7.57 、非在职为 21.82 ± 6.54 ,在职与非在职患者在饮食控制行为上的差异经 t 检验有显著性意义 ($t=2.341, P<0.05$)。

2.3 饮食控制行为的逐步回归分析

表 3 是以饮食控制行为因变量,个人基本情况(年龄、病程等)、饮食治疗知识为自变量进行逐步回归分析,进入标准

1 宁夏医学院公共卫生学院,银川,750004

2 银川市铁东街三公地社区卫生服务站

作者简介:张惠英,女,教授,硕士

收稿日期:2005-08-10

为 0.05, 剔除标准为 0.1。进入方程的饮食治疗知识因素为饥饿时选择补充正确的食物、多饮水限饮酒、制订饮食计划、膳食平衡、少食多餐, 由标准化偏回归系数可见少食多餐对饮食控制行为影响最大, 其次为饥饿时选择补充正确的食物。

表 3 饮食控制行为与相关影响因素的逐步回归分析

变量	偏回归系数 (B)	标准误	标准偏回归系数 (Beat)	t 值	P 值
常数	-4.140	3.067		-1.350	0.179
饥饿时选择补充正确的食物	1.319	0.234	0.395	5.645	0.000
多饮水、限饮酒	0.549	0.266	0.160	2.066	0.040
制订饮食计划	1.691	0.502	0.181	3.371	0.001
膳食平衡	0.504	0.286	0.125	1.763	0.079
少食多餐	1.66	0.989	0.89	1.683	0.094

3 讨论

2 型糖尿病患者饮食控制行为受饮食控制自我效能和饮食治疗知识等因素的影响。研究显示, 2 型糖尿病患者的饮食控制行为与自我效能成正相关($r=0.630, P<0.001$), 这与王君俏等^[3]的研究结果一致, 说明饮食控制自我效能可促使患者执行严格的饮食控制。自我效能理论认为: 个体对自身有无能力完成某种行为并达到预期结果的自信心 (自我效能), 是决定人们能否产生行为动机和产生行为的一个重要因素^[4]。在本研究中 2 型糖尿病患者饮食控制自我效能水平与饮食控制行为水平成也呈正相关($r=0.565, P<0.001$), 而且随着饮食效能水平的提高, 饮食控制行为水平也在提高(表 1)。糖尿病患者具有较高的饮食控制自我效能时, 其不仅在平时自觉遵守糖尿病饮食原则, 而且会在遇到如聚餐、应酬或他人劝食时, 也能较好地控制饮食。

本研究显示饮食控制自我效能中 (表 1) 高效能的患者 139 例, 占 67.8%, 中效能 60 例, 占 29.3%, 低效能 6 例, 占 2.9%, 说明 2 型糖尿病患者的饮食控制效能水平有待提高。Bandura^[5]认为个体自我效能的形成有四大信息来源, 即自我成功经验、替代性经验、言语劝说和情绪, 自我成功经验对自我效能影响最大。因此, 利用不同的方式对社区糖尿病患者进行健康促进, 提高其控制糖尿病的自信心是非常重要的。研究样本中表现出执行饮食控制严格的患者占 47.3%, 控制情况一般的患者占 37.1%, 15.6% 的患者执行情况很差, 说明社区 2 型糖尿病患者的饮食自我管理情况仍需进一步改善, 此与国内其他研究结果相近^[6]。

社区 2 型糖尿病患者饮食控制自我效能的高水平所占的比例远高于饮食控制行为高水平所占的比例(表 1)。自我效能在对个体的行为选择上具有决定作用, 但还受其他因素的影响。自我效能通过 4 个方面来影响个体行为^[4]。首先对行为的选择及对可以避免或有利于执行行为的情境的选择, 本

研究显示, 在职与非在职患者在饮食控制行为上有差别($P<0.05$), 这可能与在职者应酬多, 在外吃饭机会多, 较难控制饮食有关, 同时非在职患者在家有较充实的时间进行自我饮食管理。2 型糖尿病的饮食控制需要较多的饮食治疗知识和技能, 掌握它需要一定的文化知识, 患者获得对糖尿病进行饮食治疗知识, 既可通过自行阅读, 还可通过患者之间的交流、亲朋的告知等。在文化程度上(表 2), 文盲与初中文化程度的患者在饮食控制行为上有差别($P<0.05$), 其他文化水平之间差异无显著性意义, 这可能与低文化程度患者自行阅读有关糖尿病的饮食治疗知识能力差有关。2 型糖尿病患者饮食控制行为受饮食治疗知识掌握水平的影响, 经逐步回归分析(表 3), 饥饿时选择补充正确的食物、多饮水限饮酒、制订饮食治疗计划等 5 项知识进入方程, 通过标准化偏回归系数可以看出“少食多餐”对饮食控制行为影响最大, 其次为“饥饿时选择补充正确的食物”, 少食多餐、饥饿时选择补充正确的食物知识简单且患者在进行饮食行为控制时容易做到, 而掌握膳食平衡、制订饮食治疗计划的饮食治疗知识相对较难。提示在对糖尿病患者进行饮食治疗知识教育时, 着重教给患者怎样的膳食才是平衡膳食、如何根据自身情况制定合理的饮食治疗计划等, 在选择教育内容和方式等应根据教育对象的具体情况采取针对性措施。家庭成员可给予糖尿病患者心理和经济上的关心和支持, 消除疾病带来的苦闷, 干预其遵医行为^[7]。对于 2 型糖尿病患者来说, 通过饮食治疗来达到血糖控制的目的, 需要饮食自我控制的信心、饮食治疗知识等多方面因素的支撑, 逐步提高 2 型糖尿病患者的饮食控制行为, 才能有效地控制血糖、防止并发症。

参考文献

- [1] 宿玉霞, 于文卿. 糖尿病营养治疗及出院病人饮食指导[J]. 中国临床康复, 2002, 6(17): 2572.
- [2] 王璟璇, 王瑞霞, 林秋菊. 门诊诊断初期非胰岛素依赖型糖尿病患者的自我照顾行为及其相关因素之探讨[J]. 护理杂志(台湾), 1998, 45(2): 60—74.
- [3] 王君俏, 刘明. 2 型糖尿病患者饮食控制行为及其相关信念的研究[J]. 实用护理杂志, 2002, 18(8): 50—51.
- [4] 傅华, 李枫主编. 现代健康促进理论与实践[M]. 第 1 版. 上海: 复旦大学出版社, 2003. 68—72.
- [5] Bandura, A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory[M]. Engle Wood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1986. 391.
- [6] 周佳, 邹莉莉, 黄兰. 糖尿病患者遵医行为的调查研究[J]. 中华护理杂志, 1999, 34(1): 11—13.
- [7] 叶仁青, 周结. 家庭支持对糖尿病病人的重要作用[J]. 实用糖尿病杂志, 2000, 8(3): 31.