

但是部分医护人员对 COPD 的营养风险认识不足,导致存在营养风险的患者营养支持严重不足,徐丙发等^[12]调查发现,383 例 COPD 患者仅 28 例给予了营养支持,占 7.3%,大量存在严重营养风险的患者未能给予必要的营养支持。且患者对营养支持治疗的认识不够,害怕增加住院费用等原因,导致依从性较差。护理指导和监督是实施营养支持治疗方案不可忽视的环节,是提高患者依从性的重要措施。

本研究采用护理干预指导营养治疗,提高了患者饮食、运动训练的科学性,患者对营养治疗的目的更加明确,依从性得到很大提高。结果显示,治疗 6 个月后,患者 BMI 及血清 ALB 水平较治疗前均明显提高,肺功能也明显改善,与对照组相比有明显差异。在加强营养的同时,适度的运动训练也必不可少,笔者根据患者的具体情况,指导开展合适的有氧运动训练,有利于加强患者的积极性,也能提高患者的免疫状态。随访期间内,观察组因 COPD 急性加重再住院率明显低于对照组。

综上所述,护理指导和监督是营养治疗的有效辅助措施,有利于提高患者的依从性,改善 COPD 患者预后,具有良好的临床效果。

参考文献

- [1] 陈炼,朱哲,马立宇,等.去脂体质量指数在稳定期慢性阻塞性肺疾病患者营养不良筛查中的应用及效度评价[J].中华老年医学杂志,2015,34(4):387-390.
- [2] 张爱丽,顾振芳,杨晶,等.慢性阻塞性肺疾病患者血清脂联素与营养状况、炎症因子的相关性[J].河北医科大学学报,2014,35(1):59-61.
- [3] 赵东琼,李平东,何薇.慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者营养状况对生活质量的影響及护理对策分析[J].中国

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2017.19.045

实用护理杂志,2014,30(z1):36-37.

- [4] 单锡峰,杨文兰,郭健,等.营养风险筛查与 COPD 患者预后分析[J].临床肺科杂志,2013,18(8):1374-1375.
- [5] 许亚丽,潘磊,钱进,等.营养支持对稳定期慢性阻塞性肺疾病患者肺功能及 6 min 步行距离的影响[J].中国老年学杂志,2013,33(9):2008-2010.
- [6] 李雷,史佳.临床肠内营养支持对老年慢性阻塞性肺病患者心肺功能影响的干预研究[J].中华老年心脑血管病杂志,2014,47(6):599-601.
- [7] 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组.慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2013 年修订版)[J/CD].中国医学前沿杂志(电子版),2014,36(2):67-80.
- [8] 刘文沛,贺程远,薛颖.慢性阻塞性肺疾病(COPD)住院患者营养状况调查分析[J/CD].世界最新医学信息文摘(电子版),2015,15(58):15-16.
- [9] 王瑞萍,杨莉,王煜,等.老年 COPD 患者病情严重程度与营养状况的临床分析[J].中国社区医师,2014,30(8):31-32.
- [10] 李玉群,梁贤球,何晟,等.稳定期 COPD 患者营养状况与血清脂联素、肺功能、CAT 评分的关系[J].安徽医科大学学报,2014,43(7):969-972.
- [11] 张莹,慕广建,施伟,等.老年心力衰竭合并慢性阻塞性肺病急性加重患者营养状态与免疫功能相关性分析[J].中华老年心脑血管病杂志,2013,15(7):704-706.
- [12] 徐丙发,秦侃,李秀. COPD 住院患者营养风险筛查及营养支持调查[J].安徽医药,2014,43(8):1588-1590.

(收稿日期:2017-01-22 修回日期:2017-04-03)

协同护理模式联合个体化护理对糖尿病足患者生存质量的影响

聂敏¹,路瑶²,李春雨^{2△}

(1. 辽宁中医药大学附属第三医院综合外科,沈阳 110003;2. 中国医科大学附属第四医院第六普通外科,沈阳 110032)

[中图分类号] R473.73

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2017)19-2730-03

糖尿病足(diabetic foot,DF)是由于血糖升高导致下肢感染、溃疡形成和(或)深部组织破坏的疾病,是糖尿病末期发生的一种严重并发症。据不完全统计,糖尿病患者中发生足溃疡的风险为 20%~40%^[1],并且截肢率高达非糖尿病患者的 40 倍^[2]。因此,DF 是糖尿病患者能力丧失、致残和死亡的重要原因之一^[3]。由于 DF 的治疗困难重重,因此早期制定并采取科学系统的个体化护理干预,可以将 DF 患者截肢率明显降低,大幅度提高患者的生存感受^[4]。1992 年 Lott 等^[5]根据 Orem 自理理论提出协同护理模式(collaboration care model,CCM)的概念。CCM 是在现有的责任制护理基础上,调动患者自我护理的主动性,并且利用现有的人力资源,指导并鼓励患者亲属与护理人员共同参与护理,增强护理作用,提高护理质量。本研究将 CCM 与个体化护理干预相结合,以观察其对 DF 患者的生存质量及护理满意度的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集来自辽宁中医药大学附属第三医院 2009 年 12 月至 2013 年 12 月确诊的 DF 患者 86 例作为研究对象。入选标准:均符合 1999 年世界卫生组织(WHO)对糖尿病的诊断标准,并且符合 1999 年国际糖尿病工作组关于 DF 的定义:与下肢远端神经异常和不同程度周围血管病变相关的足部溃疡、感染和(或)深层组织破坏;无精神障碍性疾病,具有一定的沟通和理解能力;住院满 2 周;自愿参加本研究,并签署知情同意书。排除标准:资料不全者;由静脉曲张等其他原因所致的下肢营养不良性溃疡者;合并严重心、肝、肾、造血系统疾病者;自动放弃并退出研究者。本研究已通过本院伦理委员会审批(批号:LLLW-ZY-GC-001-01)。采用随机数字表法将入选患者分为对照组和干预组,各 43 例。根据 DF 的 Wagner 分级标准^[6]:0 级 24 例、1 级 21 例、2 级 23 例、3 级 9 例、4 级 5

例、5 级 4 例。由于 Wagner 0 级只是 DF 高危患者，且资料显示 Wagner 3 级及以上的足溃疡感染患者截肢率是 Wagner 1~2 级患者的 11 倍^[7]。故根据 Wagner 分级将 DF 患者分为：轻型(Wagner 0~2 级)和重型(Wagner 3~5 级)。两组患者一般资料比较，差异无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性，见表 1。

表 1 两组临床资料比较($n=43$)

项目	干预组	对照组	t/χ^2	P
年龄($\bar{x}\pm s$,岁)	62.0 \pm 7.3.0	65.0 \pm 6.4	1.512	0.117
病程($\bar{x}\pm s$,个月)	47.0 \pm 11.2	50.0 \pm 12.6	1.347	0.189
性别[n(%)]			1.165	0.388
男	23(53.3)	18(41.9)		
女	20(46.5)	25(58.1)		
文化程度[n(%)]			0.754	0.515
初中及以上	17(39.5)	21(48.8)		
初中以下	26(60.5)	22(51.2)		
DF 分级[n(%)]			1.124	0.427
轻型	36(83.7)	32(74.4)		
重型	7(16.3)	11(25.6)		
婚姻状况[n(%)]			0.081	1.000
有配偶陪伴	35(81.4)	36(83.7)		
无配偶陪伴	8(18.6)	7(16.3)		

1.2 方法

1.2.1 对照组 给予 DF 患者常规日常护理及指导。

1.2.2 干预组 在给予对照组相同护理措施的基础上，由责任护士和患者家属共同根据患者情绪状态、自我护理能力、应对能力等方面系统评价，确定护理计划并施行个体化护理。护理过程中强调护理计划个体化，计划实施协同化。具体如下：(1)建立良好的沟通关系。在入院初期，由责任护士积极主动与患者及家属接触，并给予热情接待，营造温馨和谐的环境氛围。逐渐了解患者病史、病程等基础情况，消除患者的陌生感，建立良好的医患关系。(2)由家属配合结合测评量表对患者进行系统评估，确定个体化护理针对点，制订护理计划。指导患者填写自我护理能力测定量表(ESCA)^[8]，评估患者自我护理能力；应用焦虑自评量表(SAS)^[9]评估焦虑程度，采用抑郁自评量表(SDS)^[9]确定患者是否存在抑郁状况，并分析程度与原因。填写应付方式问卷(CSQ)^[10]评估患者的应对方式情况；采用社会支持评定量表(SSRS)^[11]评估对社会支持的需要程度及社会支持的情况。(3)根据评估结果实施个体化协同护理，由传统依赖式护理模式向 CCM 转型。首先，细致地向患者及家属讲解 CCM 的相关概念，参与护理及配合治疗的具体方法，征得患者及家属的同意，根据不同患者给予个体化护理方案。根据 ESCA 将患者自我护理能力分为高水平(分值大于总分值的 66%)，中等水平(分值是总分值的 33%~66%)，低水平(分值小于总分值的 33%)3 个层次^[12]。针对测评为中等至低等水平的患者，由责任护士首先向患者家属及朋友宣教，通过简单明了的语言告知患者疾病相关健康知识及相关自我护理的重要性，教授相关护理技能，明确护理目标。在日常护理操作及交流中，潜移默化地向患者宣教疾病知识，改变刻板宣教的模式，并由家属在日常生活中配合讲解，给予辅助支持，

逐渐增强患者自我护理意识，提高自我护理水平。SAS 评分高于 50 分，提示存在焦虑症状；SDS 评分高于 53 分，提示处于抑郁状态。由于 DF 患者常常伴有单发或多发的难治性溃疡，病程较长，愈合极慢，对患者及家属极易造成身体和心理上的双重压力及负担，产生如焦虑、抑郁、悲观、烦躁等负性情绪，也给治疗带来消极影响。对于此类患者，责任护士与家属应增加与患者的交流次数，在给予护理治疗的同时，增加与患者接触，发现并积极床边干预患者不良情绪，协同家属共同开导。并耐心讲解疾病相关的医学知识，相关护理操作的目的及护理过程中可能出现情况，教授患者及家属相关用药方法及注意事项，自我观察足部病情变化的方法，及时告知足部病情的发展及治疗方案。在治疗的同时使患者及家属加深对疾病的了解，并使患者和家属正向相互影响，提升治疗疾病的信心。定期组织病友联谊会，在宣传疾病相关知识的同时，总结并分享经验，使患者间、家属间及患者与家属之间，形成协同治疗疾病的纽带，增强正能量，帮助有不良情绪的患者走出消极状态，消除顾虑。应用有益的日常活动分散患者注意力，如绘画、阅读、适当散步、听舒缓音乐等，削弱患者焦虑及抑郁情绪的损伤。针对 SSRS 评分小于 20 分的患者，由于其对社会支持了解及社会支持需要程度均较弱，其责任护士应帮助患者主动寻求社会支持，如告知各类保险的应用政策、厂家药物赠免信息，特殊药物费用减免政策等。同时建议朋友、同事、家属等增加探望次数，提高患者社会支持需要程度。由家属配合向 CSQ 评测为不成熟型和混合型的患者讲解疾病发生后的应对方式，给予明确应对信息，增加患者对疾病的认知度，提高其应对能力。(4)请家属配合医护人员强调饮食护理，控制血糖。血糖增高可导致创口迁延不愈，进而使足部小损伤形成溃疡，严重者甚至截肢。出院时应给予相关指导，教授患者及家属应用血糖仪监测血糖。严格定时、定量注射胰岛素并及时调整胰岛素剂量，控制血糖：糖化血红蛋白(HbA1c) $<7.0\%$ ；空腹血糖 3.9~7.2 mmol/L，非空腹血糖小于或等于 10.0 mmol/L^[13]。根据患者个人情况制定每日饮食计划，使三餐计划多样化，在做到低盐、低脂肪，富含维生素、蛋白质，且清淡易消化饮食的同时，又使食物丰富具有可食性，增加患者的进食兴趣，减轻抵触情绪，进而促进血糖稳定。鞋子不适、烧(烫)伤，锐器刺、划伤是诱发足病的几点重要因素。在护理指导中应使家属配合，强调足部卫生，鞋袜合脚，舒适透气，同时注意足部保暖，不用过热的热水袋等，严禁撕死皮，及时治疗足癣。经常帮助患者自查足部，并妥善处理，教授患者及家属足部护理技术，及时入院系统治疗。

1.3 观察指标 在入院当天及出院前 1 d，组织患者填写生存质量量表，比较两组患者的生存质量及护理满意度。

1.3.1 生存质量 采用美国波士顿健康研究所研发的 36 项健康状况调查简表(the 36-item short form health survey, SF-36)评价患者的生存质量。SF-36 量表由生理功能、社会功能、身体疼痛、生理职能、情感职能、精神健康、总体健康、活力 8 个维度共 36 个项目组成，可基本反映患者的生理和心理状况。量表各维度评分区间均为 0~100，分值愈高，患者该层面的状况越好^[14]。调查人员为经过专门培训的医护人员，分别由两名医护人员计分，保证计分准确性。

1.3.2 护理满意度 采用自制评价表，对此次硬件设施舒适度、医护操作满意度、就医环境舒适度、疗效满意度、医护人员服务满意度 5 方面进行评价，每方面得分 1~10 分，总评分小于 40 分判为总体不满意。全部条目效度指数为 0.91，内容效度较好。

表 2 两组干预前后生存质量比较($n=43, \bar{x} \pm s$, 分)

组别	生理功能		社会功能		身体疼痛		生理职能	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
干预组	40.4±7.2	57.3±10.4*	32.6±8.3	52.7±12.1*	42.3±8.1	54.6±8.7*	34.4±4.7	35.6±7.7*
对照组	43.7±6.6	51.2±7.3	35.3±5.5	39.4±8.5	44.5±5.4	45.7±9.3	35.4±5.6	34.5±9.7
<i>t</i>	1.666	2.024	1.119	2.246	0.911	2.452	1.201	1.814
<i>P</i>	0.112	0.048	0.205	0.041	0.387	0.034	0.237	0.188

续表 2 两组干预前后生存质量比较($n=43, \bar{x} \pm s$, 分)

组别	情感职能		精神健康		总体健康		活力	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
干预组	37.8±6.9	45.1±11.1*	46.3±6.8	71.5±10.4*	43.2±13.1	55.1±8.4*	35.3±6.8	54.8±7.4*
对照组	34.2±7.5	35.6±12.3	48.7±5.3	52.6±9.9	45.4±10.5	46.6±9.2	34.7±5.9	38.3±5.5
<i>t</i>	1.942	2.582	0.682	2.187	0.873	2.573	2.014	2.611
<i>P</i>	0.081	0.024	0.499	0.045	0.394	0.025	0.053	0.019

* : $P < 0.05$, 与同组干预前比较

1.4 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计软件进行统计分析, 计数资料以例数或百分率表示, 组间比较采用 χ^2 检验; 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用独立样本 *t* 检验; 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组生存质量比较 干预前两组患者量表 8 个维度评分比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$); 干预后, 干预组生理功能、社会功能、身体疼痛、情感职能、精神健康、总体健康、活力 7 个维度评分均较干预前提高, 差异均有统计学意义 ($t = 2.015, P = 0.049; t = 2.445, P = 0.035; t = 2.367, P = 0.037; t = 2.019, P = 0.048; t = 2.767, P = 0.008; t = 2.021, P = 0.048; t = 2.334, P = 0.039$); 且均高于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 而生理职能评分与干预前及对照组比较, 差异均无统计学意义 ($t = 2.008, P = 0.062; t = 1.814, P = 0.188$)。对照组干预前后生理功能、社会功能、身体疼痛、生理职能、情感职能、精神健康、总体健康、活力 8 个维度指标比较, 差异均无统计学意义 ($t = 2.011, P = 0.054; t = 1.832, P = 0.087; t = 1.968, P = 0.078; t = 1.746, P = 0.091; t = 1.722, P = 0.098; t = 0.981, P = 0.371; t = 1.343, P = 0.193; t = 2.001, P = 0.054$)。见表 2。

2.2 两组护理满意度比较 干预组护理满意度为 97.7% (42/43), 明显高于对照组的 81.4% (35/43), 差异有统计学意义 ($\chi^2 = 4.468, P < 0.05$)。

3 讨 论

本研究结果显示, 干预组患者采用 CCM 联合个体化护理后生理职能维度有所上升, 但与干预前比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。这可能与疾病本身恢复的时间, SF-36 量表自身设计及样本量有关。在生理职能维度中, 调查选项仅有“有”或“没有”两个选项, 并不能很好地反映程度的变化, 存在一定缺陷。与此同时, 本研究样本量相对较少, 可能存在一定的偏移, 可在今后的研究中扩大样本量以减少偏移影响。

随着国民生活水平的提高, 饮食习惯也发生了巨大的变化, 高糖、高脂肪、高热量、低膳食纤维的不合理饮食结构, 使我国逐渐跻身于糖尿病大国。而糖尿病患者的足部病变是患者面临的严重挑战之一。据有关文献推测, 我国糖尿病患者约

1.39 亿, 其发生足溃疡或坏疽的风险超过 25%^[15-16]。DF 不仅给患者带来躯体上的痛苦, 也带来严重的精神负担, 明显降低患者生活质量。在疾病的治疗过程中, 护理是慢性疾病恢复的重要因素。因此, 如何在护理角度提高患者的生存质量变得尤为重要。

生存质量是多维度的, 其影响因素较复杂。有研究表明, 患者的生存质量与自我护理能力、社会支持及应对方式呈正相关^[17], 与负性情绪呈负相关^[18]。由于 DF 具有迁延不愈, 可反复发作, 造成患者活动障碍, 治疗费用高, 需长期护理等特点, 患者均有不同程度的消极情绪, 治疗缺乏主动性。传统护理方法面向所有患者, 采取“间断灌输、说教式”护理宣教, 较生硬且缺乏针对性, 医护离开后缺乏序贯护理, 降低了护理效能。CCM 联合个体化护理的核心是联合患者身边的护理团队, 如家属、朋友等, 针对不同患者寻找个体化护理的突破口, 制定相应的护理方案, 并形成医护-家属协同执行护理方案的模式, 在医护护理的基础上实现家属配合的序贯护理。让患者在日常生活中潜移默化地接受护理宣教及护理方法, 减少抵触情绪, 扩大人文关怀的影响力, 提高护理质量, 增加患者带病生存的舒适度。本研究表明, CCM 联合个体化护理可以在 DF 患者生理功能、社会功能、身体疼痛、情感职能、精神健康、总体健康、活力 7 个维度提高患者的生存质量 ($P < 0.05$)。

与此同时, CCM 联合个体化护理的新型模式在实施过程中, 护理人员充分和患者及家属交流, 掌握第一手资料, 充分了解患者的心理动向, 积极处理理解偏差, 协调医患关系, 成为医患沟通的纽带, 可提高医疗的满意度。本研究结果显示, 干预组患者的护理满意度明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。此外, 个体化护理的出现将医患紧密地联系在一起, 可提高患者的依从性及随访率, 减少失访。

综上所述, CCM 联合个体化护理可以改善患者的生存质量, 提高患者的护理满意度。

参考文献

- [1] Jan AW, Khan H, Ahmad I, et al. Diabetic foot ulcer; risk factors stratification in patients. A study of 150 patients[J]. Professional Med J, 2016, 23(6): 693-698. (下转第 2736 页)

- anocytic neoplasms of the central nervous systems[J]. *Am J Surg Pathol*, 1999, 23(7):745-754.
- [2] Kim MS, Yoon DH, Shin DA. Primary spinal cord melanoma[J]. *J Korean Neurosurg Soc*, 2010, 48(2):157-161.
- [3] 李永, 王硕, 赵继宗. 中枢神经系统黑色素瘤 15 例临床分析[J]. *中华医学杂志*, 2004, 84(2):134-137.
- [4] Greco Crasto S, Soffiatti R, Bradac GB, et al. Primitive cerebral melanoma: case report and review of the literature[J]. *Surg Neurol*, 2001, 55(3):163-168.
- [5] Salame K, Merimsky O, Yosipov J, et al. Primary intramedullary spinal melanoma: diagnostic and treatment problems[J]. *J Neumoncol*, 1998, 36(2):79-83.
- [6] Kwon SC, Rhim SC, Lee DH, et al. Primary malignant melanoma of the cervical spinal nerve root[J]. *Yonsei Med J*, 2004, 45(2):345-348.
- [7] Farrokh D, Fransen P, Faverly D. MR findings of a primary intramedullary malignant melanoma: case report and literature review[J]. *Am J Neuroradiol*, 2001, 22(10):1864-1866.
- [8] Doglietto F, Colosimo C, Lauriola L, et al. Intracranial melanocytic meningeal tumours and melanosis oculi: case report and literature review[J]. *BMC Cancer*, 2012, 12:220.
- [9] 任爱军, 王亚明, 郭勇. 椎管内原发性黑色素细胞肿瘤的 MRI 诊断[J]. *中华放射学杂志*, 2008, 42(12):1249-1252.
- [10] Isiklar I, Leeds NE, Fuller GN, et al. Intracranial metastatic melanoma: correlation between MR imaging characteristics and melanin content. [J]. *AJR Am J Roentgenol*, 1995, 165(6):1503-1512.
- [11] Ma J, Zhang Z, Li S, et al. Intracranial amelanotic melanoma: a case report with literature review[J]. *World J Surg Oncol*, 2015, 13:182.
- [12] Li LX, Crotty KA, Scolyer RA, et al. Use of multiple cytometric markers improves discrimination between benign and malignant melanocytic lesions; a study of DNA microdensitometry, karyometry, argyrophilic staining of nucleolar organizer regions and MIB1-Ki67 immunoreactivity [J]. *Melanoma Res*, 2003, 13(6):581-586.
- [13] Miedema J, Marron JS, Niethammer M, et al. Image and statistical analysis of melanocytic histology[J]. *Histopathology*, 2012, 61(3):436-444.
- [14] Francois P, Lioret E, Jan M. Primary spinal melanoma: case report[J]. *Br J Neurosurg*, 1998, 12(2):179-182.
- [15] Flanigan JC, Jilaveanu LB, Chiang VL, et al. Advances in therapy for melanoma brain metastases[J]. *Clin Dermatol*, 2013, 31(3):264-281.
- [16] Ly D, Bagshaw HP, Anker CJ, et al. Local control after stereotactic radiosurgery for brain metastases in patients with melanoma with and without BRAF mutation and treatment[J]. *J Neurosurg*, 2015, 123(2):395-401.
- [17] Wang J, Guo ZZ, Wang YJ, et al. Microsurgery for the treatment of primary malignant intracranial melanoma: a surgical series and literature review[J]. *Eur J Surg Oncol*, 2014, 40(9):1062-1071.

(收稿日期:2017-02-11 修回日期:2017-04-08)

(上接第 2732 页)

- [2] 沈艳军, 毕会民. 糖尿病足发生发展的危险因素[J]. *中国老年学*, 2012, 32(6):1153-1156.
- [3] 于秀辰. 糖尿病足[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2011:3-8.
- [4] Bakker K, Apelqvist J, Schaper NC, et al. Practical guidelines on the management and prevention of the diabetic foot 2011[J]. *Diabetes Metab Res Rev*, 2012, 28(Suppl S1):S225-231.
- [5] Lott TF, Blazey ME, West MG. Patient participation in health care: an underused resource[J]. *Nurs Clin North Am*, 1992, 27(1):61-76.
- [6] 尤黎明, 吴瑛. 内科护理学[M]. 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2012:584-585.
- [7] 刘石平, 张志, 周智广. 284 例糖尿病足患者的临床分析[J]. *中国动脉硬化杂志*, 2013, 21(3):257-261.
- [8] Wong CL, Ip WY, Shiu TY. Translation and validation of the Chinese-Cantonese version of the exercise of self-care agency scale[J]. *Int J Nurs Stud*, 2012, 49(9):1122-1137.
- [9] 张作记. 行为医学量表手册[M/CD]. 北京: 中华医学电子音像出版社, 2005:213.
- [10] 金卫东, 姚升. 精神免疫学[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 1997:20-22.
- [11] 汪向东, 王希林, 马弘. 心理卫生评定量表手册[M]. 北京: 中国卫生心理杂志社, 1999:127-131.
- [12] Callaghan D. Healthy behaviors, self-efficacy, self-care, and basic conditioning factors in older adults[J]. *J Community Health Nurs*, 2005, 22(3):169-178.
- [13] 中华医学会糖尿病分会. 中国 2 型糖尿病防治指南(2010 版)[J]. *中国实用乡村医生杂志*, 2012, 20(4):54-109.
- [14] Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection[J]. *Med Care*, 1992, 30(6):473-483.
- [15] 徐瑜, 毕宇芳, 王卫庆, 等. 中国成人糖尿病流行与控制现状—2010 年中国慢性病监测暨糖尿病专题调查报告解读[J]. *中华内分泌代谢杂志*, 2014, 30(3):184-186.
- [16] Gary SR, Woo KY. The biology of chronic foot ulcers in persons with diabetes[J]. *Diabetes Metab Res Rev*, 2008, 24(Suppl 1):S25-30.
- [17] 徐文博, 孙晓晶. 老年 2 型糖尿病病人自我护理能力及社会支持与生存质量的相关性[J]. *中国老年学*, 2013, 33(10):2342-2344.
- [18] 周娜, 侯爱和, 刘丽, 等. 糖尿病高危足患者负性情绪与生存质量的相关性研究[J]. *中国医药导报*, 2012, 9(31):118-120.

(收稿日期:2017-01-18 修回日期:2017-04-06)