

以奥马哈系统为理论框架的延续性护理对阿尔茨海默病患者 认知功能及精神状态的影响

曹向黎

(河南省漯河市中心医院神经内科二病区 漯河 462003)

摘要:目的:探讨以奥马哈系统为理论框架的延续性护理在阿尔茨海默病患者中的应用效果。方法:选择 2018 年 1 月~2020 年 6 月收治的 94 例阿尔茨海默病患者,按随机数字表法分为对照组和观察组,每组 47 例。对照组接受常规护理,观察组在此基础上实施以奥马哈系统为理论框架的延续性护理。比较两组干预前、干预 2 个月后认知功能和精神状态评分。结果:干预前两组认知功能、精神状态评分比较无显著差异($P>0.05$)。观察组干预后简明精神状态检查量表评分高于对照组;病人健康问卷、广泛性焦虑障碍量表评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:以奥马哈系统为理论框架的延续性护理能够促进阿尔茨海默病患者认知功能恢复,改善患者精神状态。

关键词:阿尔茨海默病;奥马哈系统;延续性护理;认知功能;精神状态

中图分类号:R473.74

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.14.073

阿尔茨海默病(Alzheimers Disease, AD)患者多伴有社会活动能力、认知功能减退等症状,经短暂的住院治疗,待病情稳定后患者多选择回归家庭或社区继续休养,出院后对护理仍有较高需求。但由于缺乏有效护理监管和健康指导,加之多数患者家属对疾病重视程度不够等因素影响,可能进一步加重患者痴呆症状,增加患者痛苦和家庭照顾负担^[1-2]。奥马哈系统是一个以解决问题程度为框架的综合系统,以奥马哈系统为理论框架开展延续性护理干预,能够准确反映患者在护理过程中出现的问题,采取针对性护理措施,从而达到延缓患者病情进展的目的。本研究对 AD 患者予以奥马哈系统为理论框架的延续性护理,旨在探讨其对患者精神状态和认知功能的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择我院 2018 年 1 月~2020 年 6 月收治的 94 例阿尔茨海默病患者,按随机数字表法分为对照组和观察组,每组 47 例。观察组女 22 例,男 25 例;文化程度:文盲 8 例,小学 20 例,初中 11 例,高中及以上 8 例;年龄 60~79 岁,平均年龄(70.56 ± 3.24)岁。对照组女 21 例,男 26 例;文化程度:文盲 9 例,小学 21 例,初中 10 例,高中及以上 7 例;年龄 60~79 岁,平均年龄(70.58 ± 3.23)岁。两组性别、年龄、文化程度等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。纳入标准:符合阿尔茨海默病诊断标准^[3];年龄 ≥ 60 岁;签署知情同意书。排除标准:合并严重心、肝、肾等重要脏器疾病;严重意识障碍。本研究获得医院医学伦理委员会审批同意。

1.2 护理方法 对照组采用常规护理。营造安静、光线柔和的住院环境,保证患者睡眠充足,协助患者进食、如厕等日常活动;出院后每周电话随访 1 次,

了解患者病情变化情况,给予针对性饮食、生活指导。观察组在此基础上实施以奥马哈系统为理论框架的延续性护理。(1)成立延续护理小组。由护士长、责任护士、康复师等组成护理小组,采用专家授课、视频等方式,对小组成员进行奥马哈系统相关知识的培训。(2)描述问题。采用奥马哈问题系统评估患者、家庭和所在社区存在的问题,确立患者存在的健康问题,依据患者病情和实际情况制定个性化出院计划。(3)干预系统。健康教育:定期于社区举办健康教育讲座,邀请 AD 疾病专家,采用 PPT、视频等方式讲解 AD 相关知识;督促患者穿衣、洗漱、大小便等日常生活练习,严格遵循医嘱按时按量服药,饮食以低脂、低糖、高维生素、高蛋白质食物为主;鼓励家属多给予患者关心、爱护,为患者准备安全卡片并随身携带。治疗和规程:出院前建立微信交流群并邀请患者加入,不时以图片、视频等方式发布 AD 康复相关知识;指导患者行简单的折纸、物品分类等活动,指导患者观看其熟悉的生活物品 30 s,并反复多次告知其物品名字,再次拿出物品时让患者复述物品名称;指导患者行手指运动训练,左手食指(拇指)与右手拇指(食指)交替接触,依次类推至小指,动作熟练后逐渐加快速度,10 min/次,2~3 次/d。个案管理和监督:密切监测患者康复训练、症状改善情况,发放健康卡片,嘱患者详细记录每日运动量、时间等情况,电话、短信提醒患者按时复诊。(4)效果评价。每月组织 1 次护理质量讨论会议,全面评价患者病情和康复情况,分析患者锻炼过程中问题出现的原因,及时调整护理方案。两组均连续干预 2 个月。

1.3 观察指标 于干预前和干预 2 个月时评价两组患者认知功能、精神状态。(1)采用简明精神状态检查量表(Mini-Mental State Examination, MMSE)

从计算力、语言复述、记忆力等 30 个条目评价患者认知功能,答对计 1 分,答错不计分,总分 30 分,得分与认知功能呈正相关。(2)采用美国精神病学会制定的病人健康问卷(Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9)评价患者抑郁情绪,包括愉快感丧失、睡眠障碍等 9 个条目,采用 0~3 分评分法,总分 27 分,得分高则抑郁情绪严重;采用广泛性焦虑障碍量表(Generalized Anxiety Disorder-7, GAD-7)评价患者焦虑情绪,包括紧张、易激怒等 7 个条目,采用 0~3 分评分法,总分 21 分,得分高则焦虑情绪严重。

1.4 统计学方法 采用 SPSS22.0 软件处理数据,计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料以%表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组 MMSE 评分比较 干预前,两组 MMSE 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);干预后,观察组 MMSE 评分高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组 MMSE 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)					
组别	n	干预前	干预后	t	P
对照组	47	15.23± 2.57	17.94± 2.63	5.052	0.000
观察组	47	15.25± 2.59	19.89± 2.72	8.470	0.000
t		0.038	3.533		
P		0.970	0.001		

2.2 两组精神状态比较 干预前,两组 GAD-7、PHQ-9 比较,差异无统计学意义($P>0.05$);干预后,观察组 GAD-7、PHQ-9 评分均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组精神状态比较(分, $\bar{x} \pm s$)					
组别	n	GAD-7		PHQ-9	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	47	17.64± 2.13	14.58± 2.09	19.52± 2.16	15.57± 2.08
观察组	47	17.59± 2.11	11.87± 1.53	19.43± 2.14	12.15± 2.07
t		0.114	7.173	0.203	7.990
P		0.909	0.000	0.840	0.000

3 讨论

AD 患者大部分疾病相关问题在住院期间已经解决,但出院后仍存在不同程度的健康问题,加之患者年龄较大,自我护理能力不足,导致生活自理能力下降,给家庭和社会造成沉重负担^[4-5]。常规护理在患者出院后也就随之终止,护理人员仅通过电话随访了解患者病情变化情况,常会出现电话拨打不通、号码错误等状况,致使护理人员无法全面掌握患者病情变化,同时对患者护理指导和健康教育较为片面,难以满足患者出院后多方面护理需求,护理效果不佳^[6]。

本研究观察组干预后 MMSE 评分高于对照组, PHQ-9 和 GAD-7 评分低于对照组,表明以奥马哈系统为理论框架的延续性护理能够改善 AD 患者认知功能,减轻患者焦虑、抑郁程度,改善精神状况。奥马哈系统可使护理模式更加完善、系统,将其应用于延续性护理中,将院内护理服务有效延续至家庭或社会,能够保证护理的连续性和完整性。在以奥马哈系统为理论框架的延续性护理中,对患者和家属进行同步健康教育,可进一步提升患者和家属对 AD 疾病相关知识的了解和重视程度,使患者积极主动地参与康复锻炼,对症状改善具有促进作用^[7-8];鼓励家属参与患者护理管理,并协助患者行力所能及的日常生活自理训练,给予心理安慰和精神支持,可使患者感到被尊重、理解,且良好社会支持能够减轻患者心理负担,从而利于患者精神状态恢复^[9-10];加强个案管理,通过有针对性的认知功能训练,刺激大脑思维活动,可有效延缓认知功能退化,改善患者认知能力;手指运动能够增加大脑血流量,有助于提高患者智力,缓解思维迟钝等症状;持续家庭随访和微信跟踪护理干预,可保证护理的协调性和连续性,患者能够及时得到护理人员的正确指导,促进自我康复行为的建立和保持,从而延缓病情发展。

综上所述,以奥马哈系统为理论框架的延续性护理在 AD 患者中的应用效果良好,能够提高患者认知功能,缓解焦虑、抑郁等负性情绪,促进精神状态的恢复。

参考文献

[1]刘西玲,常巧云,鱼红,等.积极心理干预对阿尔茨海默病患者药物治疗依从性及精神行为障碍的影响[J].国际精神病学杂志,2017,44(6):1091-1094.

[2]肖杰屏,谢莉,梁凌云,等.音乐疗法对阿尔茨海默病患者的睡眠质量、生活质量、认知功能及激越行为的影响[J].现代生物医学进展,2018,18(20):106-110.

[3]中国痴呆与认知障碍诊治指南写作组,中国医师协会神经内科医师分会认知障碍疾病专业委员会.2018 中国痴呆与认知障碍诊治指南(二):阿尔茨海默病诊治指南[J].中华医学杂志,2018,98(19):971-977.

[4]张婷婷,米雪,于宏丽.基于时机理论的延续护理对阿尔茨海默病患者照顾者心理负担及生活质量的影响[J].护理研究,2017,31(33):4238-4243.

[5]贺润莲,庞贵凤,王锐莉,等.营养状况对阿尔茨海默病患者认知功能的影响[J].中华现代护理杂志,2017,23(26):3333-3338.

[6]蔡晓艳,邓小岚,张智.玩偶疗法对阿尔茨海默病患者认知功能和生活质量的影响[J].护理学报,2019,26(10):73-76.

[7]侯亚文,张智.基于故事理论的家庭护理对阿尔茨海默病人认知功能和生活质量的影响[J].护理研究,2019,33(7):145-148.

[8]陈春英,刘彩霞,许瑛,等.多学科团队合作干预对阿尔茨海默病患者认知功能及日常生活活动能力的影响[J].中华现代护理杂志,2017,23(31):3956-3960.

[9]郭俊,肖志杰.家属认知功能训练联合心理干预对阿尔茨海默病患者认知功能的影响[J].中国临床心理学杂志,2019,27(2):424-426.

[10]詹秀玲,杨虹霞,牛艳萍,等.认知功能和精神行为症状在阿尔茨海默病和血管性痴呆患者的观察[J].河北医学,2018,24(3):473-475.

(收稿日期:2021-02-01)