

人文关怀护理对住院老年痴呆患者的影响

方开琴, 王艳红, 耿在香

(江苏省扬州五台山医院, 江苏 扬州, 225003)

关键词: 人文关怀; 老年痴呆; 护理

中图分类号: R 473.5 文献标志码: A 文章编号: 1672-2353(2017)16-125-03 DOI: 10.7619/jcmp.201716041

近年来,随着经济的高速发展和人民生活水平的提高,中国人口老龄化形势已十分严峻,第6次全国人口普查结果显示,中国65岁及以上的老年人口已经达到1.19亿^[1]。随着人口老龄化进程的发展,老年性痴呆的患病人数也逐年增加^[2]。老年痴呆是指年龄大于60岁的老年人持续出现时间较长的智力不可逆损害,表现为记忆、思维、计算、定向力、情感障碍及人格改变,并伴有自身活动和社会活动能力的减退^[3],临床常见类型包括阿尔茨海默病和血管性痴呆。由于病情持续性加重,认知功能受损逐步进展,患者年龄较大,老年痴呆的护理难度也随之增加。20世纪70年代末,美国护理理论家Jean Watson提出人文关怀理念,首次明确了人文关怀是护理学精髓的新理论^[4]。本院对老年性痴呆患者实施人文关怀护理后,取得了满意效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2015年7—12月在本院住院的老年痴呆患者60例(轻度28例、中重度32例)作为研究对象,男31例、女29例,年龄62~82岁,平均住院(11.0±3.5)个月,文化程度为文盲11例、小学9例、高中14例、中专及以上26例。所有患者按世界卫生组织国际疾病分类(ICD-10)的诊断标准确诊为痴呆者,并采用随机数字表法分成研究组及对照组各30例。研究组中,男13例,女17例,年龄62~82岁,平均(69.21±11.63)岁,病程18~48个月,平均(20.52±4.86)个月,受教育年限5~10年,平均(5.54±3.56)年。对照组中,男18例,女12例,年龄62~82岁,平均(69.84±0.96)岁,病程19~53个月,平均(25.43±3.24)个月,受教育年限6~10年,平均(6.4±4.03)年。2组患者年龄、病程、文化程度、

基线MMSE、ADL评分等各项指标比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经本院伦理学委员会审批通过。研究过程中,对照组脱落1例,研究组脱落2例。

1.2 方法

2组均采用改善脑细胞循环及脑细胞代谢等药物治疗,同时采取常规护理。研究组在此基础上实施人文关怀护理,为期6个月,第1个月为准备阶段,原始数据采集、人员准备和环境准备,后5个月为实施阶段。

1.3 人文关怀护理

1.3.1 准备阶段:①人员准备。护理人文关怀被认为是一种态度、行为、能力、属性和特征,或是一系列相互关联的复杂行为^[5]。这种复杂行为护理专业人员并不能在短期就掌握,对此,本科室在科主任的支持下,请专家设计培训课程,选出5名职业素养好、临床护理技术熟练的主管护师作为老年科责任组长,实施人文知识培训,并进行临床演练,使护理人员掌握人文关怀的知识内涵、人文关怀护理的重要性及技巧^[6]。培训后进行理论知识及情景模拟考核,护理人员考核成绩均优良。②创造人文关怀环境。提供温馨、安全的住院环境,病房光线充足、温度适宜,根据患者需要放置手推车、助行器等,墙壁采用淡蓝色软包,卫生间设有扶手,铺防滑垫,病床高度适宜并加床栏以防坠床,房间物品尽量少而精,以免绊倒患者。病房楼下有花园,供患者饭后远眺或户外活动^[7]。

1.3.2 组织实施阶段:①患者入院时,护理人员热情接待,主动自我介绍,帮助患者尽快熟悉病房环境,消除其陌生感;每天主动看望患者,每30 min巡视1次,与患者交谈,使用恰当称呼,交谈时尽量给患者提供讲话机会,采取中立性态度,不评价,使用普通话、注意语速、吐字清晰;需了

解病情时,尽量每次只问 1 个问题,若患者回答正确,给予表扬;适当应用肢体语言,如安慰时可拍拍肩膀,交谈时可轻拉患者的手^[8]。② 定期组织患者参加集体活动,如读报、唱歌、做手指操等;每周召开座谈会,座谈时在轻松快乐的环境中进行,了解患者对住院生活的看法、需求,对患者提出的合理要求尽量予以满足^[9]。③ 采用图画、录像等方式进行健康教育,内容简单易懂,图片上墙,标志明显,文字内容少,图画形式多,便于各文化层次患者看懂;将录像在休息区循环播放,帮助患者了解疾病相关知识。④ 在患者上衣袖子绣患者姓名、病区电话号码,以防患者走失。以腕带颜色区分患者是否为高危,以便在医院环境中及时获得其他科室人员帮助^[10]。⑤ 多与家属沟通,主动介绍患者在院情况,告知亲情对患者病情的影响,劝说家属尽量多抽时间陪伴患者^[11]。

1.4 观察指标

采用简易精神状态量表 (MMSE)^[12] 以及日常生活能力量表 (ADL)^[13] 对患者进行评价。MMSE 是痴呆筛查的首选量表,包括时间定向力、

地点定向力、即刻记忆、注意力及计算力、延迟记忆、语言、视空间 7 个方面,共 30 项题目,每项回答正确得 1 分,回答错误或答不知道评 0 分,量表总分范围为 0~30 分,评分越高,说明智能越好。ADL 量表评价患者社会或行为能力,共 14 项,内容包括穿衣、进食、洗澡、梳头、刷牙、做家务、服药、行走、定时如厕、打电话等,总分为 56 分,评分越高,说明躯体功能越差。

1.5 统计学处理

本研究数据采用 SPSS 12.0 统计软件进行分析,所得计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,计数资料比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

表 1 结果显示,护理前,2 组间 MMSE 评分、ADL 评分比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$);护理后,研究组患者的 MMSE 评分高于对照组,ADL 评分低于对照组,差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 1 2 组护理治疗前后 MMSE 及 ADL 评分比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	MMSE 评分		ADL 评分	
	5 个月前	5 个月后	5 个月前	5 个月后
对照组 ($n=29$)	19.26 ± 2.44	17.93 ± 1.23	27.43 ± 3.49	27.93 ± 1.98
研究组 ($n=28$)	19.08 ± 2.61	19.96 ± 1.42*	28.23 ± 3.51	23.98 ± 1.56*

与对照组比较, * $P < 0.05$ 。

3 讨论

人文关怀能延缓老年痴呆患者的病情进展,提高患者的生存质量。随着中国人口老龄化发展,老年痴呆患者的比例也呈显著上升趋势^[14],其突出的临床表现为患者认知水平和生活技能显著降低。本研究中,护士经过培训,将人文关怀理念充分体现到对研究组老年患者的护理过程中,尊重患者,从患者在家庭中的角色以及以前的从业经历中提取信息,采用患者熟悉的称呼,模拟患者熟悉的讲话模式和内容,使患者愿意主动交谈;通过观察患者的言语、面部表情、肢体细小动作、不经意的眼神,读懂患者,及时满足患者的情感需要或提供帮助^[15-16];将同样的言语、交流方式在频繁的巡视过程中不断训练、强化,使患者的时间、地点定向、语言能力得到巩固。结果显示,研究组患者简易智力状况评定下降情况低于对照组,这与屈海丽^[17]研究结果一致。

人文关怀的最好体现,是能做到尊重患者的主体地位以及个性差异,关心患者自身需求,达到促进其健康的目的。随着经济不断发展和中国法制体系的健全,患方的期望值、维权意识大幅提高,有研究^[18]表明,人文关怀的缺失是目前患方满意度低、医患关系不和谐的主要原因之一。老年痴呆患者多半有各种躯体疾病,住院期间发生意外的风险增大,研究组护士具备良好的全科护理知识和技能,有较强的沟通能力,能及时评估各种风险并与家属沟通,患者入院后,鼓励家属积极参与到患者的治疗、护理活动中,并告知存在的风险及预防措施,在意外发生时能较好运用各种护理技能进行现场处理,且意外发生后及时通知家属^[19-20]。本研究中老年患者 90% 以上患有 2 种以上躯体疾病,随时需要医护人员的及时诊治及护理,经培训的护士在此过程中可起到很好的桥梁作用,有效减少患者意外的发生,进而提高患者家属的满意度,与屈海丽^[17]、蒋承慧^[21]的研究结

果一致。

研究^[18]显示,临床护士的关怀能力可在临床实践中不断提高。关怀能力是现代护士必须具备的核心能力,随着老年人口的增长,中国65岁及以上的老年人失能率不断提高^[21],相关护理需求潜力巨大,如何关怀失能老人也已经成为不容忽视的社会问题。护理人员提供的人文关怀可提高患者的生活质量,有效改善医患关系,在医护患者和家属之间形成良性循环^[22-23]。护士在护理实践中应用心体验患者和家属的感受,乐于传递关怀,并将其外化为具体行动,自觉在工作中实施人文关怀,为老年痴呆患者提供高质量服务,保障其晚年生活质量。此外,护士的内化行为也触动护理管理者去营造温馨、和谐的工作氛围,这在很大程度上会提升护理人员的人文关怀品质^[24]。

中国老年人口基数大,社会老龄化程度加剧,各种躯体并发症及老年痴呆症的威胁必将日益严峻,临床护理工作量也会随之大幅增加,而护理人员的严重缺编是短期内不能解决的现实问题^[25-26]。人文护理作为一种简单易行的工作方法,无需增加人力成本,在护理实践活动中不仅可提高患者生活质量和家属满意度,还有利于提升护士自身素质,值得在临床推广。

参考文献

[1] 沙勇. 人口老龄化趋势下的基本公共服务供给探究[J]. 江苏社会科学, 2016, 2: 236-241.

[2] 王学义, 张冲. 中国人口年龄结构与居民医疗保健消费[J]. 统计研究, 2013, 15(3): 59-63.

[3] 盛树力. 老年性痴呆及相关疾病[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2006: 410-410.

[4] Watson J. Nursing: human science and human care—a theory of nursing [M]. New York: National League of Nursing Press, 1988: 32-32.

[5] 柏晓玲, 楼婷, 罗梅梅, 等. 护理人文关怀评价工具的文獻分析及应用研究[J]. 中国实用护理杂志, 2014, 30(1): 23-26.

[6] 李佳. 住院老年痴呆患者合并吸入性肺炎的原因分析及护理干预[J]. 实用临床医药杂志, 2014, 18(22): 119-120.

[7] 胡裴劲. 怀旧疗法在老年痴呆患者护理中的应用研究[J]. 实用临床医药杂志, 2016, 20(22): 15-17.

[8] 岳芸. Orem自理护理模式对阿尔茨海默病患者并发症及生活质量的影响[J]. 实用临床医药杂志, 2016, 20

(14): 151-152.

[9] 贺文文. 老年阿尔茨海默病患者发生误吸/窒息的相关因素分析[J]. 中华全科医学, 2017, 15(4): 708-711.

[10] 余波, 张晓玲, 官俏兵, 等. 血管性痴呆和阿尔茨海默病的认知功能及精神行为比较[J]. 中华全科医学, 2015, 13(7): 1204-1205.

[11] 邓玉兰. 认知干预改善阿尔茨海默病患者认知功能障碍及生活质量的效果研究[J]. 实用临床医药杂志, 2017, 21(2): 13-16.

[12] 潘天鹏, 石津生, 高和, 等. 中华老年医学[M]. 北京: 华夏出版, 2010: 523-523.

[13] 沈渔邨, 洪震, 吕传真, 等. 精神病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 264-265.

[14] 严斌, 孙芳, 段立晖, 等. 法舒地尔联合尼莫地平对老年性痴呆的疗效[J]. 实用临床医药杂志, 2011, 15(13): 92-93.

[15] 孙菊光, 王娟, 史江峰, 等. 中医药治疗老年性痴呆临床观察[J]. 实用临床医药杂志, 2014, 18(E02): 160-161.

[16] 吴小梅, 吴晓苏, 王璐璐. 专科特色护理在轻中度老年性痴呆患者中的应用[J]. 实用临床医药杂志, 2016, 20(8): 21-23.

[17] 屈海丽. 晚期阿尔茨海默病患者的关怀护理[J]. 吉林医学, 2013, 34(13): 2619-2620.

[18] 罗金泰, 韦安阳, 余文俊, 等. “仁”为医家之本—浅析医患现状及育人对策[J]. 医学与哲学: 临床决策论坛版, 2015, 36(6): 85-87.

[19] 肖闻宇, 郑舒华, 何小珍. 社区护理干预对老年痴呆患者及照料者生活质量影响的研究[J]. 中华全科医学, 2016, 14(1): 150-152.

[20] 张莉, 陈建国. 健康信念模式为框架的护理干预对老年痴呆患者认知功能障碍及生活质量的影响[J]. 实用临床医药杂志, 2017, 21(14): 27-30.

[21] 蒋承慧. 人文关怀式护患沟通在老年性痴呆患者中的应用[J]. 全科护理, 2010, 8(3): 724-724.

[22] 殷国跃. 家庭延续性护理对老年痴呆患者生活质量的影响[J]. 实用临床医药杂志, 2015, 19(E01): 245-247.

[23] 曾荣. 品管圈在防范住院老年痴呆患者发生护理不良事件中的作用[J]. 实用临床医药杂志, 2013, 17(A01): 92-94.

[24] 管月帆. 针灸联合中医辨证治疗老年痴呆的临床观察[J]. 中华全科医学, 2015, 13(3): 472-474.

[25] 柏晓玲, 程智, 楼婷, 等. 层次分析法在构建“仁礼信和”的护理人文关怀能力评价指标体系中的应用[J]. 护士进修杂志, 2012, 27(13): 1160-1162.

[26] 李秀华. 开拓创新 共谋发展[J]. 中华护理杂志, 2015, 50(5): 517-517.