

- bocytopenia: physiological role of microRNA in survival of neonatal megakaryocytes[J]. J Thromb Thrombolysis, 2015, 40(3):310-316.
- [2] 王焱,李红,朱传升. 不同类型免疫抑制剂治疗原发性血小板减少症疗效比较[J]. 山东医药, 2015, 55(11): 41-43.
- [3] LITT J S, HECHT J L. Placental pathology and neonatal thrombocytopenia: lesion type is associated with increased risk[J]. J Perinatol, 2014, 34(12):914-916.
- [4] 刘文霞. 两种不同糖皮质激素类药物在小儿原发性免疫性血小板减少症中的疗效比较[J]. 中国现代药物应用, 2015, 9(1):121-122.
- [5] 万小梅. 大剂量地塞米松治疗儿童原发性免疫性血小板减少症临床分析[J]. 皖南医学院学报, 2017, 36(3): 123-124.
- [6] 陈红,黄玉柱,杨惠泉,等. 儿童原发性免疫性血小板减少症的临床分析[J]. 中国实用医刊, 2015, 42(11):123-124.
- [7] UHRYNOWSKA M E, DEBSKA M, GUZ K A, et al. PREVFNAIT prevention of foetal/neonatal alloimmune thrombocytopenia(FNAIT) in Polish fetuses and newborns; the PREVFNAIT program[J]. Ginekol Pol, 2015, 86(1):62-66.
- [8] 李毅,杨敏,李燕,等. 妊娠期血小板减少症 98 例围产结局分析[J]. 中国妇幼保健, 2016, 31(10):2061-2063.
- [9] 陈健青,蔡清,夏国波. 大剂量丙种球蛋白联合甲泼尼龙治疗小儿手足口病合并神经系统损害临床观察[J]. 现代医院, 2014, 14(12):90-91.
- [10] 朱桂芹. 大剂量泼尼松口服冲击治疗儿童免疫性血小板减少症的疗效观察[J]. 医学综述, 2014, 20(9): 1692-1694.
- [11] 艾奇,乔丽津. 免疫性血小板减少症患者应用大剂量静脉丙种球蛋白可能的血液细胞毒性的临床观察[J]. 中国医院药学杂志, 2015, 35(5):435-437.

(收稿日期:2017-09-16 修回日期:2017-12-02)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2018.06.031

协同护理模式对帕金森病患者自护能力及生存质量的影响

屈彦,牟春英,曹娜,郭晓娟,王亮,张婷,李青莉

(西安交通大学第一附属医院,西安 710061)

摘要:目的 分析协同护理模式对帕金森病患者自护能力及生存质量的影响。方法 选取 69 例于该院进行治疗的帕金森病患者作为研究对象,采用随机数字表法分为两组,其中对照组(34 例)采用常规护理模式,研究组(35 例)采用协同护理模式。采用自护能力测量量表和生存质量测定量表简表分别于入院时与出院时对两组患者的自护能力及生存质量进行测定和比较。结果 刚入院时,两组患者的自护能力比较差异无统计学意义($P>0.05$),而出院时,研究组在自我责任感、自我概念、自护技能、健康知识水平 4 个维度上显著优于对照组,差异均有统计学差异($P<0.05$);入院时两组患者的生存质量比较差异无统计学意义($P>0.05$),而出院时,研究组在生理、环境、健康状况及生存质量维度上优于对照组($P<0.05$),而在心理和社会维度上比较差异无统计学意义($P>0.05$)。结论 对帕金森病患者运用协同护理模式能显著提升患者的自护能力,并积极改善患者生存质量,对疾病的康复和预后具有重要意义,临床值得推广运用。

关键词:帕金森病; 协同护理模式; 自护能力; 生存质量

中图分类号:R473.74

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2018)06-0838-03

帕金森病(PD)是一种中枢神经系统变性疾病,表现为动作迟缓、震颤、强直和姿势平衡调节异常^[1]。近年来,随着我国老年化进程的加剧,PD 患者的数量已达 200 万人,并呈不断增加的趋势。目前对于 PD 的治疗尚无根治之策,多采取外科治疗、药物治疗和康复治疗的方式缓解症状、延长生命,这就要求 PD 患者必须具备一定的自护能力和自我管理的能力,从而降低并发症发生率和提高生存质量^[2]。协同护理模式是一种新的护理模式,由 Orem 自护理论演变而来,其目的是以现有的人力资源最大限度地发挥患者自我护理的能力,并鼓励患者家属积极参与其中,强化集体护理协同的作用,从而有利于提高治疗效果,避免各类并发症的发生。目前该护理模式已在慢性肾衰竭、急性心肌梗死及糖尿病患者等人群中广泛运

用,并取得了较好的护理效果^[3]。本研究选取 69 例 PD 患者作为研究对象,旨在探讨协同护理模式对 PD 患者自护能力及生存质量的影响。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 6 月至 2016 年 12 月于本院治疗的 69 例 PD 患者作为研究对象,本研究经医院伦理委员批准,患者及其家属对本研究完全知情。入组标准:(1)符合中华医学会神经病学分会制定相关 PD 诊断标准(2006 版)^[4];(2)年龄 ≥ 50 岁,且病史 ≥ 24 个月;(3)意识清醒,无认知障碍,能配合相关护理需求。排除标准:(1)患有严重心、肝、肾等功能障碍患者;(2)早期有严重的自主神经受累者;(3)继发于脑血管病、脑炎、颅脑外伤等的 PD 综合征者。将上述患者按照随机数字表法分为两组,其中对照组 34 例,

男女比为 10 : 7, 平均年龄 (61.2 ± 5.3) 岁, 平均病史 (37.5 ± 12.5) 个月, 高中及以下学历 20 例, 高中以上学历 14 例; 研究组 35 例, 男女比为 23 : 12, 平均年龄 (61.3 ± 5.8) 岁, 平均病史 (38.2 ± 11.9) 个月, 高中及以下学历 20 例, 高中以上学历 15 例。两组患者的一般资料, 如性别、年龄、病情、学历等比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法 对照组行常规护理模式, 研究组行协同护理模式, 具体如下: (1) 协同护理模式教育的方式、内容及时机。对每位患者建立纸质和电子档案, 详细记录患者的病情、服药、康复锻炼等情况, 便于实时查询患者病情进展, 并对护理内容进行动态调整。护士采取 PPT、宣传册、影视资料、参与指导等方式, 并结合患者自身特点制订出个性化的护理教育内容, 涵盖疾病基础知识、自护能力培养、不良生活习惯影响及正确用药等方面。施行协同护理模式的最佳时机应该是在患者了解并熟悉住院环境、情绪恢复稳定后进行。(2) 建立良好的护患关系。医护人员应凭借自己饱满的工作热情和精湛的专业技能在患者面前树立良好的职业道德和素养。依据患者性格的差异性采取开放式、启发式、讨论式等交谈方式缩短彼此的距离感和陌生感, 介绍以往治愈的病例, 以消除患者的心理压力, 树立积极的治疗心态。做好患者家属思想工作, 争取家属最大化的配合, 使其从依赖性护理逐步向自觉参与护理工作中过渡^[5]。(3) 重视心理康复。由并发症带来的机体、语言等功能障碍使患者的心理障碍较一般患者严重和复杂, 而心理障碍会加重身体功能障碍, 反过来身体功能障碍又会影响心理功能。护士要给予患者心理支持, 同情与关爱他们, 正确评价患者, 引导患者接受功能障碍的事实, 鼓励患者积极进行康复治疗 and 训练, 给予患者自尊, 鼓励其自信、自理和自强, 为其身体功能的康复做好心理上

的准备。(4) 亲情与社会支持。家庭的关怀尤为重要。指导患者家属保持乐观的心态, 努力营造和谐的家庭关系, 为患者创造良好的康复环境, 鼓励患者家属积极参与到护理工作中来, 细心观察患者心理反应, 倾听他们的感受并及时给予正确的信息指导, 使患者能接受目前的状态并设法改善。医院定期举办疾病知识和健康教育讲座, 鼓励患者积极参加, 并与其他病友多沟通交流, 学会向他人倾诉, 寻求家庭以外的社会支持系统。(5) 康复功能锻炼。加强肢体运动锻炼, 如散步、打太极拳等, 以防止和推迟肢体痉挛。鼓励患者进行面肌训练, 如鼓腮、撅嘴、伸舌和吹吸等, 以改善面部表情和吞咽困难现象, 协调发音, 保持呼吸平稳顺畅。锻炼时应从小运动量开始, 之后逐渐增加, 关键在于循序渐进, 持之以恒。

1.3 评价标准 (1) 参照自护能力测量量表 (ESCA) 对患者入院时和出院时的自护能力进行评定。该量表主要包含 4 个维度 (自我责任感、自我概念、自护技能、健康知识水平), 自护能力与得分呈正比, 即自护能力高的患者得分高^[6]。(2) 采用世界卫生组织制定的生存质量测定量表简表 (QOL-BREF) 对患者入院时和出院时的生存质量进行评定^[7]。

1.4 统计学处理 应用 SPSS19.0 软件进行数据处理; 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用 t 检验; 计数资料以率表示, 组间比较采用 χ^2 检验; 等级资料比较采用秩和检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者入院时、出院时自护能力评分比较 入院时, 两组患者的自护能力比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。出院时, 研究组在自我责任感、自我概念、自护技能、健康知识水平 4 个维度上明显优于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者入院时、出院时自护能力评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	时间	自我责任感	自我概念	自护技能	健康知识水平
对照组	34	入院	24.26 ± 2.63	16.43 ± 2.11	19.34 ± 4.52	24.42 ± 4.21
		出院	35.97 ± 2.74	17.43 ± 2.06	23.67 ± 4.74	35.53 ± 4.32
研究组	35	入院	23.82 ± 2.65	16.54 ± 2.23	19.23 ± 4.72	25.38 ± 5.52
		出院	43.62 ± 3.65*	22.54 ± 2.42*	33.54 ± 5.83*	46.66 ± 6.49*

注: 与对照组比较, * $P < 0.05$

表 2 两组患者入院时、出院时生存质量评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	时间	生理	心理	社会	环境	健康状况	生存质量
对照组	34	入院	58.62 ± 10.28	62.22 ± 5.90	21.46 ± 4.30	72.28 ± 6.46	2.23 ± 1.25	1.92 ± 0.64
		出院	77.62 ± 9.17	84.22 ± 5.70	32.46 ± 5.32	84.28 ± 5.14	3.03 ± 1.11	2.73 ± 0.99
研究组	35	入院	59.34 ± 14.01	64.32 ± 6.07	22.61 ± 5.24	73.36 ± 6.81	2.04 ± 0.50	1.53 ± 0.44
		出院	88.26 ± 10.12*	86.54 ± 6.17	34.61 ± 6.37	92.84 ± 4.21*	3.72 ± 1.23*	2.58 ± 1.03*

注: 与对照组比较, * $P < 0.05$

2.2 两组患者入院时、出院时生存质量评分比较入院时两组患者的生存质量比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。出院时,研究组在生理、环境、健康状况及生存质量维度上与对照组比较,差异有统计学意义($P<0.05$),而在心理和社会维度上比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表2。

3 讨论

PD又名震颤麻痹综合征,可由多种疾病引起,是一种临床症候群,包括静止性震颤、运动迟缓、肌强直和姿势不稳等主要症状。其病因主要是因为中脑黑质神经元出现变性死亡,引起多巴胺合成严重减少,不能维持和调节神经系统的正常功能,从而抑制乙酰胆碱的能力降低,使得乙酰胆碱的兴奋作用相对增强。

临床研究证实,运动障碍程度对PD患者的生存质量存在严重的负面影响,通过一系列的应激连锁反应,一方面导致患者机体免疫力下降,另一方面对疾病的进展、预后甚至服用药物的疗效产生影响^[8]。此外,由于PD患者需要长期治疗,因而对患者的自我护理能力和水平提出了一定的要求;同样,患者家属的照顾能力对疾病的康复和预后起着十分重要的作用^[6]。

协同护理模式是一种新型的护理模式,是在责任制护理基础上,充分发挥患者及其家属的主观能动性并积极参与疾病的康复过程,从而最大限度地改善患者的病情,共同提升护理服务质量。以往的护理模式中,患者多习惯于接受被动护理模式,对医护人员产生一定的依赖心理,从而忽视自我护理在疾病管理中的作用和责任^[9]。

本研究发现,两组患者刚入院时的自护能力比较,差异无统计学意义($P>0.05$),而出院时,研究组在自我责任感、自我概念、自护技能、健康知识水平4个维度上均显著优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。提示协同护理模式对于提升患者自护能力具有重要意义。此外入院时两组患者的生存质量比较,差异无统计学意义($P>0.05$),而出院时,研究组在生理、环境、健康状况及生存质量维度上优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),但在心理和社会维度上比较差异无统计学意义($P>0.05$)。以上表明协同护理模式可有效改善患者生存质量,利于患者预后。本研究结果与封自慧等^[10]研究结果相一致。究其原因可能为(1)协同护理模式强调护士的作用为临床教育者、倡导者和协调者。要求护士有丰富的知识及适应外部的能力,实现充分的人际沟通,能引导患者恢复

正常的自主调节,使患者能以积极心态,协同参与护理,学会自我管理、自我控制、自我教育。(2)通过群体教育、个体教育和医护协同教育方式等多种灵活教育方式,使患者及其家属掌握了相关理论知识和技能,同时也增加了患者的自我护理能力,并能积极主动参与护理过程中。(3)协同护理模式注重医护人员、患者、家属三者之间的互动联系,并充分发挥患者家属的监督护理职能,三方人员协同联合参与护理整个过程,提高患者治疗的信心和治疗的积极性,从而最终提升患者治疗效果,改善患者生存质量。

综上所述,运用协同护理模式能显著提升PD患者自护能力,并积极改善患者生存质量,对疾病的康复和预后有重要意义,临床值得推广运用。

参考文献

- [1] 周望溪,伍苏芳.丁苯酞软胶囊对帕金森伴抑郁患者的协同治疗作用观察[J].湖南师范大学学报(医学版),2014,11(2):71-73.
- [2] 王新歌,樊少磊,韩晗.协同护理模式对血液透析患者自我护理能力和生活质量的影响[J].中华护理杂志,2013,48(3):207-209.
- [3] 赵雪萍,薛小玲,苏翠红,等.协同护理干预对社区脑卒中患者照顾者生活质量及照顾能力的影响[J].中华护理杂志,2012,47(3):206-207.
- [4] 中华医学会神经病学分会神经心理学与行为神经病学组.帕金森病抑郁、焦虑及精神病性障碍的诊断标准及治疗指南[J].中华神经科杂志,2013,46(1):56-60.
- [5] 张锐芝,王静梅,周颀,等.协同护理模式对帕金森病患者负性情绪的影响[J].临床心身疾病杂志,2015,14(2):155-156.
- [6] 管细红,兰建芸,唐珮,等.协同护理模式对帕金森病患者自我护理和自我管理能力的影响[J].中国临床护理,2017,9(1):24-27.
- [7] 郝元涛,方积乾.世界卫生组织生存质量测定量表中文版介绍及其使用说明[J].现代康复,2000,4(8):1127-1145.
- [8] 李艳红,吴光现,吴强,等.喹硫平对帕金森病患者伴精神症状和认知功能的影响[J].临床心身疾病杂志,2012,18(3):202.
- [9] 高金枝.协同护理模式对血液透析患者自护能力和生活质量的影响[J].齐鲁护理杂志,2014,20(1):33-35.
- [10] 封自慧,田蕊,王林玉,等.协同护理对帕金森病患者生活质量的影响[J].中国实用神经疾病杂志,2014,17(18):129-130.

(收稿日期:2017-08-22 修回日期:2017-11-25)