

模拟存在疗法对痴呆患者愉悦性活动参与度及挑战性行为的研究

毛青英 张喜娟

痴呆即意识清醒状况下出现的持续性、全面性及进行性认知障碍综合征^[1]。痴呆患者对于照护者的依赖性增强,存在社交隔离问题,易引起精神行为障碍,导致其愉悦性活动参与度严重减低^[2]。不仅如此,痴呆患者认知功能出现异常,导致其挑战性行为发生变化,并出现身体暴力、自我伤害、言行重复、躁动不安等行为,且各种挑战性行为的管理难度随之增加^[3]。模拟存在疗法为近年来兴起的一种非药物干预措施,即家庭成员以视频、音频等途径将有意义信息、愉悦回忆呈现于患者,以改善其病情状况,提升护理质量^[4]。近年来,本院将模拟存在疗法应用于痴呆患者中,效果较好。

1 资料与方法

1.1 一般资料 以衢州市第三医院2017年1月至2019年7月收治的90例痴呆患者为对象,其中男性41例、女性49例;年龄60~80岁,平均(69.76±2.19)岁。纳入标准为:①符合《中国精神障碍分类与诊断标准》第3版^[5]中的痴呆相关标准;②年龄60岁及以上。排除标准为:①其他因素所致痴呆;②合并严重性免疫系统疾病;③合并严重性心脑血管病症;④合并恶性肿瘤;⑤某侧或双侧肢体瘫痪,必须卧床;⑥合并原发性精神疾病。本次研究通过本院医学伦理会批准,患者及其照护者已知晓研究,且配合签署知情同意书。按电脑数字表法随机分为两组,各45例。试验组中男性20例、女性25例;年龄60~80岁,平均(69.80±2.20)岁;病程1~9年,平均(4.14±0.76)年;文化程度:初中及以下20例、高中18例、大学及以上7例。对照组中男性21例、女性24例;年龄60~79岁,平均(69.72±2.17)岁;病程1~8年,平均(4.12±0.69)年;文化程度:初中及以下21例、高中

18例、大学及以上6例。两组患者一般资料比较,差异均无统计学意义(P 均 >0.05)。

1.2 方法 对照组予以常规护理,试验组在此基础上予以模拟存在疗法:①观看视频。取得患者照护者配合,拍摄模拟对话视频,时长控制在30 min左右,内容包含于患者的珍贵记忆、讲述曾发生的重要事件等。视频制作完成后,于患者表现出行为问题征象时予以播放,鼓励其观看,必要时重复播放。②聆听录音。指导患者照护者录制音频,重视语言停顿,预留思考时间及回答时间,或模拟电话对话,以富含情感、轻松、欢快积极的语调及声音录制佳话轶事、谈论患者感兴趣的事或人、朗读诗词等录音对话,时长15 min左右即可,给予患者聆听。③合理应用信息卡片。利用信息卡片,附短暂性家属录音,并粘贴对患者而言具有特殊意义的照片,从听觉、视觉方面对患者产生感官刺激。两组护理时间均为1个月。

1.3 观察指标 ①挑战性行为发生情况及管理难度:护理1个月后复查时,以中文版挑战性行为量表(Chinese version of the challenging behaviour scale, CCBS)^[6]进行评定,由其照护者进行填写。②愉悦性活动参与度:护理前后采用痴呆患者愉悦性活动量表(the pleasant events schedule-AD, PES-AD)^[7]进行评定,由其照护者进行填写。患者得分及其愉悦性活动参与度呈正比。

1.4 统计学方法 本研究数据处理软件为SPSS 20.0。计数资料用例(%)表示,组间比较采用 χ^2 检验或Fisher精确概率法;计量资料用均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用 t 检验。设 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者挑战性行为发生情况及管理难度比较见表1

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2020.008.027

作者单位:324000 浙江衢州,衢州市第三医院精神科

表1 两组患者挑战性行为发生情况及管理难度评分比较

挑战性行为	试验组(n=45)		对照组(n=45)	
	发生率/例(%)	管理难度评分/分	发生率/例(%)	管理难度评分/分
身体暴力	0*	1.00 ± 0.28*	5(11.11)	2.03 ± 0.38
语言暴力	1(2.22)*	0.98 ± 0.17*	10(22.22)	2.07 ± 0.41
自我伤害	0*	0.80 ± 0.13*	10(22.22)	2.01 ± 0.55
大喊大叫	2(4.44)*	0.99 ± 0.21*	15(33.33)	2.88 ± 0.41
尖叫行为	1(2.22)*	1.01 ± 0.30*	13(28.89)	2.18 ± 0.59
言行重复	3(6.67)*	0.88 ± 0.27*	17(37.78)	2.86 ± 0.63
瞎逛游荡	2(4.44)*	0.70 ± 0.18*	13(28.89)	2.05 ± 0.37
躁动不安	2(4.44)*	0.71 ± 0.20*	12(26.67)	2.06 ± 0.35
消极冷漠	1(2.22)*	1.01 ± 0.33*	12(26.67)	2.60 ± 0.41
纠缠他人	0*	0.35 ± 0.08*	7(15.56)	1.49 ± 0.32
骚扰他人	1(2.22)*	0.36 ± 0.10*	9(20.00)	1.51 ± 0.28
大量囤积物品	0*	0.29 ± 0.07*	8(17.78)	1.22 ± 0.17
敏感多疑	1(2.22)*	0.36 ± 0.11*	10(22.22)	1.40 ± 0.20
利用、操控他人	0*	0.27 ± 0.09*	6(13.33)	0.97 ± 0.13
无自护能力	7(15.56)*	1.02 ± 0.27*	20(44.44)	2.99 ± 0.36
随地吐痰	2(4.44)*	0.86 ± 0.17*	12(26.67)	2.12 ± 0.44
随处涂抹大便	0*	0.87 ± 0.12*	6(13.33)	1.30 ± 0.31
随处小便	0*	0.62 ± 0.11*	6(13.33)	1.13 ± 0.25
衣不蔽体	0*	0.75 ± 0.26*	5(11.11)	1.55 ± 0.33
不合理性行为	0*	0.22 ± 0.08*	5(11.11)	1.01 ± 0.35
睡眠不合理行为	2(4.44)*	0.77 ± 0.17*	10(22.22)	2.03 ± 0.66
拒绝合作	2(4.44)*	0.86 ± 0.22*	12(26.67)	2.30 ± 0.73
危险行为	0*	0.21 ± 0.07*	5(11.11)	0.86 ± 0.15
要求加强受关注度	2(4.44)*	0.56 ± 0.09*	9(20.00)	1.81 ± 0.23
慵懒无为	2(4.44)*	0.62 ± 0.11*	10(22.22)	1.99 ± 0.43

注：*：与对照组比较， $P < 0.05$ 。

由表2可见，护理后，试验组患者CCBS量表各条目的发生率均比对照组低，差异有统计学意义(P 均 < 0.05)。同时，试验组患者护理后CCBS量表各条目管理难度的评分比对照组低，差异有统计学意义(t 分别=14.64、16.47、14.36、27.52、11.86、19.38、

22.01、22.47、20.27、23.18、25.95、33.93、30.57、29.70、29.37、17.92、8.68、12.53、12.77、14.76、12.40、12.67、26.34、33.95、20.71， P 均 < 0.05)。

2.2 两组患者护理前后愉悦性活动参与度比较见表2

表2 两组患者愉悦性活动参与度比较/分

组别	自主性活动	感官刺激性活动	情感刺激性活动	家庭活动	总分	
试验组	护理前	0.77 ± 0.20	4.05 ± 1.06	2.02 ± 0.51	2.05 ± 0.60	8.89 ± 2.37
	护理后	3.21 ± 0.55*	6.96 ± 1.58*	4.71 ± 0.95*	6.98 ± 1.33*	21.86 ± 4.41*
对照组	护理前	0.76 ± 0.18	4.01 ± 1.11	2.06 ± 0.55	2.02 ± 0.58	8.85 ± 2.42
	护理后	1.96 ± 0.27	5.30 ± 1.27	3.25 ± 0.71	3.95 ± 0.79	14.46 ± 3.04

注：*：与对照组护理后比较， $P < 0.05$ 。

由表2可见,护理前,两组患者PES-AD各维度评分及总分比较,差异无统计学意义(t 分别=0.25、0.18、0.36、0.24、0.08, P 均 >0.05);护理后,试验组愉悦性活动参与度各项评分明显高于对照组,差异有统计学意义(t 分别=13.69、5.49、8.26、13.14、9.27, P 均 <0.05)。

3 讨论

模拟存在疗法为上世纪末 Woods 等^[8]提出的一种干预措施,为模拟家庭干预方案,强调尊重患者的个性化特征,以患者为护理工作的中心,为其提供模拟家庭式护理方案,使患者身心恢复平静、舒适状态,从而缓解病情。本次研究将模拟存在疗法应用于痴呆患者中,结果发现,护理后患者PES-AD评分比行常规护理的患者高,差异有统计学意义($P < 0.05$),提示模拟存在疗法有助于提升痴呆患者的愉悦性活动参与度。此外,本次研究还发现,护理后行模拟存在疗法的患者CCBS量表中各条目的发生率比行常规护理的患者低,且行模拟存在疗法的患者CCBS量表各条目管理难度的评分比行常规护理的患者低,差异有统计学意义($P < 0.05$),提示模拟存在疗法有助于降低患者挑战性行为发生率及挑战性行为的管理难度。

研究表明,随着病情不断发展,痴呆患者生活自理能力以及认知功能均会逐渐丧失,导致其愉悦性活动参与度降低,且挑战性行为的发生风险升高,照护者挑战性行为的管理难度也随之增加^[9]。通过加强模拟存在疗法,取得照护者信任与配合后,拍摄模拟对话视频,并给予患者观看,可有效吸引其注意力,并勾起患者对美好事物的记忆。播放视频无需受人员主体、时间及患者活动等因素影响,操作性强,对患者产生视觉刺激,防止患者出现挑战性行为。同时,通过录制音频,并给予患者聆听录音,深化患者与家属间的“交谈”体验,在吸引患者注意力的同时,提升其社会互动能力,产生听觉刺激,促使其主动参与至愉悦性活动中^[10]。此外,通过合理应用信息卡片,充分融合听觉刺激与视觉刺激,使患者达到积极行为目标。多种干预措施的配合进行,在防止患者出现护理抗拒、挑战性行为的同时,促进积极行为,提升其社会参与意识,改善认知,从而提升其愉悦性活动参与度,防止挑战性行为的

出现,并且实现对挑战性行为有效管理的目标^[11]。

综上所述,模拟存在疗法有助于提升痴呆患者的愉悦性活动参与度,降低挑战性行为发生率,并降低挑战性行为的管理难度。但本次研究纳入病例数较少,未作长期随访观察,且观察指标较少,可能导致研究结果出现偏倚。因此尚需展开进一步分析,进行大规模、多中心研究,增加观察指标,以客观评价模拟存在疗法在痴呆患者中的应用价值。

参考文献

- 1 仇成轩,闫中瑞,杜怡峰.延迟老年痴呆症发病的人群干预策略[J].中华行为医学与脑科学杂志,2017,26(6):501-506.
- 2 欧阳雁玲,尹尚菁.我国老年痴呆流行现状及防治策略研究[J].中国软科学,2019,32(6):50-58.
- 3 王冰,赵渤,李晓燕,等.丁苯酞软胶囊改善帕金森痴呆患者认知功能和日常生活能力的效果[J].国际精神病学杂志,2017,44(6):1060-1063.
- 4 Abraha I, Rimland Joseph M, Lozanomontoya I, et al. Simulated presence therapy for dementia[J]. Cochrane DB Syst Rev, 2017, 4(4): CD011882.
- 5 中华医学会精神病学分会.中国精神障碍分类与诊断标准第三版(精神障碍分类)[S].中华精神科杂志,2001,34(3):184-188.
- 6 曾丽娟,陈瑜,许妹仔,等.阿尔茨海默病患者挑战性行为量表的汉化及信度效度检验[J].中国护理管理,2018,18(5):28-33.
- 7 王志稳,李小卫,郝薇,等.痴呆老年人愉悦性活动问卷的汉化及信效度检验[J].中华护理杂志,2015,50(5):2412-2414.
- 8 Woods P, Ashley J. Simulated presence therapy: Using selected memories to manage problem behaviors in Alzheimer's disease patients[J]. Geriatr Nurs, 1995, 16(1): 9-14.
- 9 徐红英,陈琳霞,陈华.格林模式对轻中度老年痴呆患者认知功能、自理能力及生活质量的影响[J].广东医学,2019,40(11):1629-1632,1636.
- 10 胡欣玥,李菲.亲属录音对老年痴呆病人抑郁、认知和睡眠质量的影响研究[J].护理研究,2019,33(8):158-161.
- 11 王永红,邢庄婕,李焕焕,等.模拟存在疗法对痴呆患者激越行为干预的研究进展[J].中国护理管理,2019,19(5):744-747.

(收稿日期 2020-03-29)

(本文编辑 蔡华波)