

奥瑞姆自护理论联合协同护理干预对帕金森病患者生活质量改善分析

倪娇 张琼 (通讯作者)

华中科技大学同济医学院附属同济医院 湖北 武汉 430030

【摘要】：目的：奥瑞姆自护理论联合协同护理干预对帕金森病患者生活质量改善分析。方法：研究开始时间：2024年2月，结束时间：2026年2月，研究对象从以上阶段内抽取，即：我院就诊的帕金森病患者（n=60例），而后分组，具体组别为：对照组、实验组，指导原则为：奇偶数字法，且各组中收纳帕金森病患者30例；在日常管理过程中，常规护理干预在对照组中开展，奥瑞姆自护理论联合协同护理干预在实验组中开展，对比2组最终效果。结果：干预前，没有显著差异，干预后，实验组精神状态和认知水平评分高于对照组，实验组自护水平评分高于对照组，实验组生活质量评分高于对照组， $P<0.05$ 。结论：对于帕金森病患者临床提供干预措施时，奥瑞姆自护理论联合协同护理干预方案，可以显著优化患者的自我护理能力，优化精神状态和认知程度，能够从综合层面改善患者的生活质量，在临床值得推广应用。

【关键词】：帕金森病患者；奥瑞姆自护理论；协同护理干预；生活质量

DOI:10.12417/2705-098X.26.11.058

帕金森病本质是一种神经系统退行性疾病，病理核心机制为黑质多巴胺能神经元进行性丢失^[1]。患者会出现相关核心运动症状，包括肌强直、静止性震颤、运动迟缓、平衡障碍^[2]。病情进展过程中还会出现非运动症状，包括精神行为异常、认知功能障碍、感觉障碍，而且随着病情进展，该种疾病症状会严重发展，因此会对患者的生活自理能力造成严重干扰，对家庭照护者而言构成了沉重的身心负担^[3]。帕金森病临床以外科手术和药物替代为主，虽然在一定程度上能够缓解运动症状，但是疾病整体进程延缓作用比较有限，而且长时间会诱发出相关并发症，患者的生活质量并未得到根本性改善^[4]。针对帕金森病患者诊治期间存在的相关问题，本文主要探究奥瑞姆自护理论联合协同护理干预措施在提高患者生活质量方面的作用效果，目的是为临床构建连续、协调且个性化的整体支持体系。

1 资料与方法

1.1 一般资料

实验时间：2024年2月-2026年2月，实验样本：60例帕金森病患者，奇偶数字法分为对照组（常规护理干预）和实验组（奥瑞姆自护理论联合协同护理干预）。实验组：男女占比17/13，年龄56-75岁，平均（65.28±10.01）岁，病程区间1-7年，平均（3.98±1.68）年；对照组：男女占比19/11，年龄55-78岁，平均（65.89±10.19）岁，病程区间1-8年，平均（4.02±1.59）年。两组研究样本一般资料， $P>0.05$ 。

1.2 方法

对照组：常规护理干预，需要为患者讲解服用药物的具体情况，告知规律服用药物的重要性，协助患者完成各种日常活动，保障患者的基本生活需求，为患者提供康复训练指导，定

期进行随访，了解患者的具体情况和病情变化。

实验组：奥瑞姆自护理论联合协同护理干预。本次干预实施的目的是强调、激发和维持患者自控能力，构建多学科参与的护理模式。

（1）在第1阶段，对患者的状况进行全面评估，分析自护需求。需要基于奥瑞姆自护理论评估工具，从患者的普遍性自护需求、发展性自护需求到健康偏离性自护需求三个维度，系统性评估患者自护能力缺陷，分析导致缺陷的具体原因。组建协同团队，由主治医生、神经科专科护理人员、治疗师、临床药师、心理治疗师以及1~2名家属组建，并且召开会议，共同商讨患者的评估结果，明确每一位患者需要解决的首要自护问题。

（2）个性化自护系统设计与协商实施，需要基于评估结果，提供三类系统性的护理方案。针对自护能力严重缺乏的患者，需要提供完全补偿性护理系统。针对中晚期阶段的帕金森病患者，出现了严重的冻结性步态，由康复治疗师主导，护理人员及家属协同，在患者行走时给予患者引导与口令提示，对于居家环境进行改造，完全补偿其移动安全的缺陷。针对具有一定自护能力的患者，提供部分补偿式护理系统，尤其是针对手部震颤影响进食的患者，需要护理人员与治疗师协助，为患者配备防滑碗碟以及使用加重餐具，训练非利用手辅助稳定的相关技巧，可以由家属在旁鼓励，为患者准备适宜食用的食物。提供的支持教育性护理系统，属于实施护理的核心环节，目的是提升患者及其家属的自护知识和技巧，心理治疗师针对患者的具体状况，开展团体认知行为疗法，帮助患者进行认知与情绪管理，纠正无助感和病耻感。护理人员指导家属学习沟通技巧，为患者提供全面的情感支持。临床药师与护理人员协作，为患者设计图文并茂的个性化用药方案，并且指导患者使用携

带提示功能的药盒,能够实现自我药物管理。护理人员指导患者及其家属记录运动、非运动症状日记,包括情绪、药效起止时间、震颤程度、睡眠质量等,教育能够识别症状波动规律。

(3) 协同小组成员每个月召开一次会议,根据护理措施实施情况,动态评估干预效果,对干预措施进行调整,引入相应的专业支持。

1.3 观察指标

精神状态和认知水平,简易精神状态量表(MMSE)和蒙特利尔认知评估量表(MoCA)量化分析,评分范围均为0至30分,评分越高越好。

自护水平,自护能力测定量表(ESCA)量化,4个方面:健康知识水平(0-48分)、自我概念(0-32分)、自护责任感(0-24分)、自我护理技能(0-48分),总分0-152分,分值越高自我水平越强。

生活质量,健康调查简表,8个方面:生理机能、生理职能、身体疼痛、身体活力、精神健康、情感职能、社会功能、总体健康,评分范围0-100分,评分越高越好。

1.4 统计学方法

SPSS21.0数据处理,计量资料($\bar{x} \pm s$),t检验,计数资料(n,%),卡方检验,用P<0.05表示有意义。

2 结果

2.1 精神状态和认知水平

干预前,没有显著差异,干预后,实验组精神状态和认知水平评分高于对照组,P<0.05。

表1 精神状态和认知水平($\bar{x} \pm s$,分)

组别	实验组	对照组	t	P	
例数	30	30	--	--	
精神状态评分	干预前	17.59±3.89	18.01±3.58	0.435	0.665
	干预后	23.01±2.29	20.48±3.02	3.656	0.000
认知水平评分	干预前	16.59±4.89	16.01±4.74	0.466	0.642
	干预后	22.25±1.25	20.01±1.62	5.996	0.000

2.2 自护水平

干预前,没有显著差异,干预后,实验组自护水平评分高于对照组,P<0.05。

表2 自护水平($\bar{x} \pm s$,分)

组别	实验组	对照组	t	P
例数	30	30	--	--

健康知识水平	干预前	27.26±5.32	26.88±5.63	0.268	0.789
	干预后	40.26±3.15	34.25±3.89	6.576	0.000
自我概念	干预前	16.98±4.65	17.35±4.82	0.302	0.763
	干预后	24.06±3.06	20.19±3.25	4.748	0.000
自护责任感	干预前	14.78±4.63	14.25±4.89	0.431	0.668
	干预后	20.14±2.42	16.39±2.05	6.476	0.000
自我护理技能	干预前	24.74±5.78	25.13±5.65	0.264	0.792
	干预后	39.78±3.15	32.75±4.41	7.104	0.000
总分	干预前	83.95±7.61	84.24±7.36	0.150	0.881
	干预后	125.78±6.06	104.01±7.78	12.091	0.000

2.3 生活质量

干预前,没有显著差异,干预后,实验组生活质量评分高于对照组,P<0.05。

表3 生活质量($\bar{x} \pm s$,分)

组别	实验组	对照组	t	P	
例数	30	30	--	--	
生理机能	干预前	54.16±5.16	54.74±5.26	0.431	0.668
	干预后	77.78±2.16	72.84±3.19	7.023	0.000
生理职能	干预前	44.59±3.19	44.26±3.03	0.410	0.682
	干预后	81.45±2.36	74.78±2.44	10.762	0.000
身体疼痛	干预前	53.36±3.09	53.78±3.16	0.520	0.604
	干预后	81.65±2.28	79.78±2.84	2.812	0.006
身体活力	干预前	50.48±3.95	50.69±3.84	0.208	0.835
	干预后	80.26±1.51	76.48±1.62	9.348	0.000
精神健康	干预前	45.19±3.49	45.78±3.16	0.686	0.495
	干预后	73.49±2.52	68.85±3.16	6.287	0.000
情感职能	干预前	48.52±3.55	48.76±3.49	0.264	0.792
	干预后	81.95±1.78	73.19±1.76	19.167	0.000
社会功能	干预前	51.74±3.65	52.12±3.95	0.386	0.700
	干预后	83.41±1.49	79.77±2.03	7.917	0.000
总体健康	干预前	50.45±4.95	50.03±5.14	0.322	0.748
	干预后	80.15±2.65	74.84±3.78	6.300	0.000

3 讨论

帕金森病作为不可逆的神经系统退行性疾病,其病程中运动与非运动症状的叠加,不仅严重侵蚀患者的日常生活能力,使家庭与社会照护负担日益沉重^[5]。传统的药物与手术干预虽能部分缓解症状,却难以阻滞疾病进展,且长期治疗常伴并发症,导致患者生活质量持续恶化^[6]。因此探索一种能够整合医疗资源、激活患者自身能动性、并贯穿疾病全程的综合护理模式,已成为临床实践亟待解决的核心课题。奥瑞姆自护理论联合协同护理干预的优势,本研究所采用的联合干预模式,其核心优势在于实现了理论框架与组织模式的深度融合^[7]。奥瑞姆自护理论提供了系统性的评估工具与分类干预策略,确保护理措施精准对接患者不同阶段、不同维度的自护能力缺陷。协

同护理则打破了传统单一学科护理的局限,构建了由多学科专家及家属共同参与的决策与执行网络。联合干预措施,通过系统化的训练支持健康教育,能够赋能患者及其家属,将护理意愿转变为患者主动参与,通过团队协作,确保各项干预措施实现整合,为患者连续供给,形成了立体化的支持系统。

干预前,没有显著差异,干预后,实验组精神状态和认知水平评分高于对照组,实验组自护水平评分高于对照组,实验组生活质量评分高于对照组, $P < 0.05$ 。

综上所述,奥瑞姆自护理论联合协同护理干预可有效提升帕金森病患者精神状态、认知水平、自护能力及生活质量,值得临床推广。

参考文献:

- [1] 孟琴,袁娟,郑桂芳.奥瑞姆自护理论联合协同护理干预对帕金森病患者自护能力及意外风险的影响[J].现代中西医结合杂志,2025,34(20):2909-2912.
- [2] 季丽娟.基于 PAC 心理弹性理论的护理干预联合渐进式康复护理在帕金森病住院患者中的应用效果[J].中国社区医师,2025,41(13):91-93.
- [3] 刘燕,李金霞.基于 Orem 理论的延续性护理在老年帕金森病患者中的应用效果分析[J].中外医药研究,2025,4(10):127-129.
- [4] 张艳,李雪,高敏,等.契约式管理对帕金森病患者自护能力、运动功能及日常生活能力的干预效果[J].海南医学,2024,35(24):3635-3639.
- [5] 彭阿丽,彭文婧,范静,等.知信行宣教模式联合三位一体协同护理管理在帕金森非运动症状中的应用效果[J].临床医学研究与实践,2024,9(15):137-140.
- [6] 张佰景,刘梦君,何欢,等.基于 Roy 适应模式的康复干预对帕金森住院患者自护能力及生活质量的影响[J].微量元素与健康研究,2023,40(06):85-87.
- [7] 王田晶,周翔.问题导向式干预结合认知护理对帕金森综合征患者自护能力与生活质量的影响[J].现代中西医结合杂志,2023,32(17):2464-2467.