

·调查分析·

痴呆患者照顾者进食困难认知水平及其影响因素调查研究*

霍晓鹏, 杜红娣, 刘晓莹, 刘彩云, 马澜, 李莹

(中国医学科学院 北京协和医院保健医疗部, 北京, 100730)

[摘要] **目的** 探讨痴呆患者照顾者进食困难认知水平及其影响因素, 为制订合理有效的干预方案, 改善痴呆患者的营养状况提供科学依据。**方法** 采用一般资料调查表、痴呆患者照顾者进食困难认知水平调查问卷、微型营养评定简化量表 (short form mini-nutritional assessment, MNA-SF) 对北京某三级甲等综合医院住院的 138 名痴呆患者照顾者进行调查, 了解照顾者对进食困难的认知水平, 采用多重线性回归分析其影响因素, 并了解患者的营养状况与照顾者进食困难认知水平的相关性。**结果** 痴呆患者照顾者进食困难认知总分为 (52.89 ± 6.86) 分, 其中知识维度 (32.56 ± 4.98) 分、态度维度 (10.82 ± 2.73) 分、行为维度 (9.51 ± 2.32) 分; 多重线性回归分析结果显示, 痴呆患者照顾者进食困难知识主要影响因素为文化程度、是否接受过进食困难知识教育 (均 $P < 0.001$); 态度主要影响因素为家庭人均月收入、是否接受过进食困难知识教育 (均 $P < 0.001$); 行为主要影响因素为患慢性病种类、照顾患者时间、是否接受过进食困难知识教育 (均 $P < 0.001$); 痴呆患者 MNA-SF 量表得分为 (7.83 ± 2.17) 分, 处于较低水平, 其中营养不良者 77 例 (55.80%); 痴呆患者照顾者进食困难认知水平与患者营养状况呈正相关 ($P < 0.001$)。**结论** 痴呆患者照顾者进食困难认知处于偏低水平; 痴呆患者营养状况处于较低水平; 痴呆患者照顾者进食困难认知水平与其文化程度、是否接受过进食困难知识教育、家庭人均月收入、患慢性病种类、照顾患者时间等有关, 而其将影响患者营养状况。护理人员应重视提高痴呆患者照顾者进食困难的认知水平, 从而改善患者的营养状况。

[关键词] 痴呆; 照顾者; 进食困难; 营养

[中图分类号] R473.74 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1671-8283(2019)04-0001-08 **[DOI]** 10.3969/j.issn.1671-8283.2019.04.001

Cognitive level, influencing factors of feeding difficulty of the caregivers and their correlations with nutritional status of dementia patients

Huo Xiaopeng, Du Hongdi, Liu Xiaoxuan, Liu Caiyun, Ma Lan, Li Ying//Modern Clinical Nursing, -2019, 18(4): 1.

(Peking Union Medical College Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing, 100730, China)

[Abstract] **Objective** To investigate the cognitive level, influencing factors of feeding difficulty of caregivers and their correlations with nutritional status of dementia patients, so as to provide scientific basis for formulating reasonable and effective intervention programs and improving nutritional status of dementia patients. **Methods** A total of 138 dementia patients and their caregivers in a general hospital in Beijing were investigated with general information questionnaire, caregivers' cognitive level of feeding difficulties questionnaire, and short form mini-nutritional assessment (MNA-SF). The cognitive level of caregivers about feeding difficulties was understood, the influencing factors of the cognitive level were analyzed by multiple linear regression analysis, the nutritional status of dementia patients was also understood, and the correlations between the cognitive level of caregivers about feeding

[基金项目] * 本课题为北京市北京协和医院护理科研基金项目, 项目编号为 XHHLKY201711。

[收稿日期] 2018-07-20

[作者简介] 霍晓鹏 (1974-), 女, 北京人, 护理部副主任, 副主任护师, 本科, 主要从事老年护理管理工作。

[通信作者] 杜红娣, 女, 教学老师, 主管护师, 本科, E-mail: vosunny@126.com。

痴呆患者由于认知功能损害、生活自理能力缺陷及消化系统的生理性退化等问题, 常会出现不同程度的进食困难^[1]。研究显示^[2], 超过 50% 的痴呆患者存在不同程度的进食行为障碍, 且随病情的加重表现更加复杂、多变, 给家庭照顾者带来沉重的照顾负担。研究发现^[3], 老年患者照顾者专业

difficulties and the nutritional status of dementia patients were analyzed. **Results** The total score on cognitive status of caregivers towards feeding difficulty was (52.89 ± 6.86) , which was at the low level. The score on knowledge was (32.56 ± 4.98) , the score on attitude was (10.82 ± 2.73) and the score on behavior was (9.51 ± 2.32) . The results of multiple linear regression analysis showed that the main influencing factors of the knowledge of caregivers toward feeding difficulties were educational level and education on feeding difficulties ($P < 0.001$), the main influencing factors of attitude were family average monthly income and education on feeding difficulties ($P < 0.001$), the main influencing factors of behavior were chronic diseases, the time of taking care of patients, and education on feeding difficulties ($P < 0.001$). The total score of MNA-SF in dementia patients was (7.83 ± 2.17) , which was at the low level, and 55.80% of dementia patients had malnutrition. The cognitive status of caregivers towards feeding difficulty was positively correlated with the total score of MNA-SF in dementia patients ($P < 0.001$). **Conclusions** The cognitive level of caregivers towards feeding difficulty is at a low level and so is it with the nutritional status of dementia patients. The cognitive level of feeding difficulties of caregivers is related to their educational level, whether they have received education on feeding difficulties, their average monthly income, the kinds of chronic diseases, the time of caring for patients, all of which affect the nutritional status of patients. The nurses should make efforts to improve the cognitive level of caregivers towards feeding difficulty so as to improve the nutritional status of the patients.

[Key words] dementia; caregivers; feeding difficulties; nutritional status

知识缺乏、进食护理技能差、帮助不足和不恰当的护理态度及行为是影响患者进食的主要因素。长期的进食困难会引起痴呆患者营养不良,导致患者疾病进展加速,并发症及死亡风险增高^[4]。目前,国内针对痴呆患者照顾者进食困难认知的关注度较低,缺乏对相关影响因素及与患者营养状况相关性的探讨。本研究旨在调查痴呆患者照顾者进食困难认知水平,分析相关影响因素,并探讨与患者营养状况的相关性,为制订合理有效的干预方案,改善痴呆患者的营养状况提供科学依据,现报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

采用便利抽样法,选取2017年3月至2018年6月在北京市某三级甲等综合医院老年科住院的138例痴呆患者及其家庭照顾者,均知情同意,自愿参加本次研究(由患者照顾者签署知情同意书)。患者纳入标准:①符合中国精神障碍分类与诊断标准第3版(CCMD-3)^[5],确诊为痴呆;②年龄 ≥ 60 岁;③1年内无跌倒、走失等意外事件发生;④能够经口进食并需要家庭照顾者协助。排除标准:①经胃管、空肠营养管或胃肠造瘘管给予肠内营养支持治疗的患者;②合并严重躯体疾病及脑血管疾病的患者;③合并严重消化系统疾病、代谢性疾病和其他消耗性疾病的患者。家庭照顾者

纳入标准:①为患者主要照顾任务承担者(每天照顾患者时间最长),与患者同住;②照护患者3个月以上,每周照顾患者时间 $\geq 72\text{h}$;③为患者家属,不收取任何照护报酬。排除标准:①存在语言或听力障碍无法正常沟通者;②有严重躯体疾病及精神疾病者;③无法完成本研究 and 拒绝参加本研究者。

1.2 研究方法

1.2.1 调查工具

1.2.1.1 一般资料调查表 由研究者自行设计痴呆患者及其照顾者的人口学特征资料及疾病相关资料。包括患者性别、年龄、婚姻状况、文化程度、病程、痴呆程度、进食困难程度(采用爱丁堡痴呆进食评估量表^[6]评估)、吞咽功能状况;照顾者性别、年龄、婚姻状况、文化程度、健康状况、家庭人均月收入、照顾患者时间、患慢性病种类、是否接受进食困难知识教育、与患者关系等。

1.2.1.2 痴呆患者照顾者对进食困难认知水平调查问卷 参考郑剑煌等^[7]的问卷,由研究者自行设计,经研究小组讨论并经6名专家函询,根据专家意见进行修订与完善,确定最终问卷。问卷包括痴呆患者照顾者对进食困难知识、进食困难态度及进食困难行为3方面内容,共24个条目。其中知识16个条目(包括痴呆患者心理护理知识、食物选择、进食体位、喂食技巧、安全护理知识及吞咽障碍康复技能知识共6个方面)、态度4个条目、

行为 4 个条目。采用 Likert 5 级评分法,从“非常不同意”到“非常同意”分别以 1~5 分进行计分,其中部分条目为反向计分,分值越小表示知识、态度和行为越好,总分 24~120 分。共选取 6 名专家进行问卷内容效度检测,其中神经内科医生 1 名,营养科医生 1 名,老年专科护士 2 名,神经内科及老年科护士长各 1 名,问卷内容效度为 0.879。选取某医院老年科住院的 40 名痴呆患者照顾者进行预实验,测得问卷知识、态度、行为维度的 Cronbach's α 系数分别为 0.817、0.806、0.801,问卷总体 Cronbach's α 系数为 0.802,说明该问卷具有良好的信度。

1.2.1.3 微型营养评定简化量表 (short form mini-nutritional assessment, MNA-SF) 由 RUBENSTEIN 等^[8]于 2001 年编制,用于评估患者的营养状况。张彩华等^[9]于 2009 年将其翻译成中文并用于痴呆患者,该量表包括近 3 个月体重丢失、BMI、应激情况、活动能力、精神疾病、饮食变化,共 6 个条目。近 3 个月体重丢失: >3kg、不清楚、1~3kg、无变化,分别计 0~3 分; BMI: <19、19~20.9、21~23、>23,分别计 0~3 分;应激情况,无计 0 分,有计 2 分;活动能力:卧床计 0 分,能活动但不愿意活动计 1 分,外出活动计 2 分;精神疾病:严重痴呆、轻度痴呆、无分别计 0~2 分;饮食变化:食欲严重减退、食欲中度减退、无改变分别计 0~2 分,总分为 0~14 分。评分标准为: ≤11 分为营养不良, >11 分为营养正常。本研究该量表的 Cronbach's α 系数为 0.710。

1.2.2 调查方法 本研究采用问卷调查法,由经过系统培训的 8 名课题组成员开展调查工作。调查前采用统一指导语解释调查的目的、意义,并强调此次调查的保密性,入院时对患者照顾者进行调查。MNA-SF 量表由研究小组成员询问照顾者患者情况后填写问卷并评估。照顾者对进食困难认知水平调查问卷由照顾者自行填写,问卷当场发放并当场收回。共发放调查问卷 140 份,回收有效问卷 138 份,有效回收率 98.57%。

1.3 统计分析方法

数据采用 SPSS 19.0 统计软件进行统计分析,所有资料双人核对录入。患者 MNA-SF 量表评分、照顾者对进食困难认知得分等计量资料采用 ($\bar{X} \pm S$)

进行描述,单因素分析采用 *t* 检验和方差分析;计数资料采用例数、百分率描述;痴呆患者照顾者对进食困难认知水平与患者营养状况的相关性采用 Pearson 相关性分析;照顾者进食困难认知影响因素分析采用多重逐步线性回归分析。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料

2.1.1 患者一般资料 138 例中男 65 例,女 73 例。年龄 60~91 岁,平均 (78.53±9.12) 岁,60~70 岁 32 例,71~80 岁 45 例,>80 岁 61 例。婚姻状况:已婚 96 例,丧偶 42 例。文化程度:小学 28 例,初中及高中 71 例,大专及以上 39 例。经济负担:有 78 例,无 60 例。病程: ≤2 年 46 例,3~4 年 53 例, ≥5 年 39 例。痴呆程度:轻度痴呆 29 例,中度痴呆 56 例,重度痴呆 53 例。进食困难程度:支持-教育性协助 37 例,部分代偿性协助 49 例,完全代偿性协助 52 例。吞咽功能状况:1 度 76 例,2 度 62 例。

2.1.2 照顾者一般资料 照顾者一般资料见表 2。

2.2 痴呆患者照顾者进食困难认知水平得分情况

痴呆患者照顾者进食困难认知水平得分情况见表 1。由表 1 可见,138 名照顾者进食困难认知得分为 (52.89±6.86) 分,处于偏低水平,得分指标值为 44.08%。各维度的得分指标值从高至低依次为进食困难态度、进食困难行为、进食困难知识。

表 1 痴呆患者照顾者进食困难认知水平得分情况 (n=138;分, $\bar{x} \pm s$)

维度	理论得分	实际得分	维度均分	指标值 %
进食困难知识	16~80	18~68	32.56±4.98	40.70
进食困难态度	4~20	4~15	10.82±2.73	54.10
进食困难行为	4~20	4~13	9.51±2.32	47.55
总分	24~120	28~86	52.89±6.86	44.08

注: * 指标值=维度均分/理论得分最高分

2.3 不同人口学资料照顾者进食困难认知水平各维度得分比较

不同人口学资料照顾者进食困难认知水平各维度得分比较见表 2。由表 2 可见,不同年龄、文化程度、照顾患者时间、是否接受过进食困难知识教育的照顾者知识维度得分比较,差异具有统计学

意义(均 $P<0.05$);不同家庭人均月收入、患慢性病种类、照顾患者时间、是否接受过进食困难知识教育的照顾者态度维度得分比较,差异具有统计学意义(均 $P<0.05$);不同年龄、家庭人均月收入、患慢性病种类、照顾患者时间、是否接受过进食困难知识教育的照顾者行为维度得分比较,差异具有统计学意义(均 $P<0.05$);其他项目比较,差异无统计学意义(均 $P>0.05$)。

2.4 痴呆患者照顾者进食困难认知水平影响因素的多重线性回归分析

分别将痴呆患者照顾者进食困难知识、态度、行为得分作为因变量,将各单因素分析比较中差异有统计学意义的项目作为自变量,其中连续性变量采用原数据,分类变量赋值方式见表3。进行多重逐步线性回归分析见表4。由表4可见,文化程度、是否接受过进食困难知识教育是痴呆患者照顾者进食困难知识维度的影响因素(均 $P<0.001$),解释照顾者知识维度得分总变异的27.5%;家庭人均月收入及是否接受过进食困难知识教育是痴呆患者照顾者态度维度的影响因素(均 $P<0.001$),解释照顾者态度维度得分总变异的39.0%;患慢性病种类、照顾患者时间及是否接受过进食困难知识教育是痴呆患者照顾者行为维度的影响因素(均 $P<0.001$),解释照顾者行为维度得分总变异的25.6%。

2.5 痴呆患者营养状况

138例痴呆患者MNA-SF量表得分为(7.83±2.17)分,处于较低水平。其中营养不良者77例(55.80%)。

2.6 痴呆患者照顾者进食困难认知水平与患者营养状况的相关性分析

痴呆患者照顾者进食困难认知水平与患者营养状况的相关性见表5。由表5可见,痴呆患者照顾者进食困难认知总分及各维度得分与患者MNA-SF量表评分均呈正相关(均 $P<0.001$)。

3 讨论

3.1 痴呆患者照顾者进食困难认知现状分析

本研究发现,照顾者进食困难认知得分为(52.89±6.86)分,得分指标为44.08%,处于偏低水

平。其中,知识维度得分为(32.56±4.98)分,在3个维度中得分最低,得分指标值40.70%。说明痴呆患者照顾者进食困难的知识水平较差,与胡文等^[10]研究结果类似;态度维度得分为(10.82±2.73)分,在3个维度中得分最高,得分指标值54.10%,但其指标仍说明照顾者在照护痴呆患者进食过程中态度不乐观,与高伟伟等^[11]研究结果一致;行为维度得分为(9.51±2.32)分,得分指标值47.55%,说明照顾者照护痴呆患者进食护理行为不到位,与李红等^[1]研究结果相同。分析原因如下:①家庭照顾者属于非正式照护者,在进食的认知及方法上缺乏专业性,缺乏对相关专业照护知识的了解^[12]。另外与照顾者对知识缺乏相应的信息来源有关。由表2可见,本组138例照顾者中只有36例接受过进食困难知识教育,仅占26.09%,说明照顾者进食困难知识教育的开展缺乏广泛性及有效性。同时,照顾者对寻求进食知识缺乏积极性,因此知识维度得分偏低。②照顾者缺乏进食困难相关知识,不能正确认识并有效处理患者的进食行为变化,使照顾者在持续照护过程中失去了照护信心,同时承受着巨大的压力和痛苦,逐渐产生了消极的进食照护态度及行为。HSIAO等^[13]研究表明,随着痴呆患者疾病的进展,照顾者往往会采取消极的进食照顾态度和行为。建议医护人员通过授课、座谈、讨论、小组活动等方式对照顾者进行专业化的进食困难培训,并为照顾者提供进食困难知识教育手册。开通免费咨询电话,随时解答照顾者在照护患者进食过程中遇到的各种问题。社区护理中加强针对痴呆患者家庭服务意识及能力,对痴呆患者定期进行家访,及时发现进食护理中的问题并积极解决,包括照顾者在进食护理中有无消极的照护态度及不恰当的照护行为等,有效提高照顾者进食困难的认知水平。

3.2 痴呆患者照顾者进食困难认知水平影响因素分析

3.2.1 痴呆患者照顾者知识维度的影响因素 本研究结果显示,文化程度、是否接受过进食困难知识教育是痴呆患者照顾者进食困难知识维度的影响因素(均 $P<0.001$)。文化程度高的照顾者知识得分较高,与顾联斌等^[14]研究结果一致。分析原因如

表 2 不同人口学资料照顾者进食困难认知水平各维度得分比较 (n=138; 分, $\bar{X} \pm S$)

项目	n	知识维度	态度维度	行为维度
性别				
男	42	32.92±4.92	10.76±2.48	9.36±2.28
女	96	32.25±4.54	10.97±2.56	9.82±2.40
t		0.601	-0.490	-0.512
P		0.549	0.751	0.602
年龄(岁)				
≤40	20	34.14±5.12	11.10±2.51	10.32±2.49
41~60	38	33.26±4.89	10.96±2.13	9.81±2.13
61~70	45	31.81±4.21	10.81±2.02	9.47±2.42
>70	35	30.10±4.50	10.63±2.62	9.02±2.05
F		2.723	1.056	3.215
P		0.026	0.379	0.020
婚姻状况				
离异/丧偶	39	32.81±4.82	10.74±2.23	9.41±2.15
已婚	99	32.30±4.12	10.95±2.81	9.78±2.39
t		0.526	-0.615	-0.752
P		0.573	0.497	0.423
文化程度				
小学及以下	39	30.22±4.62	10.10±2.32	9.12±2.17
初中及高中	65	32.43±4.20	10.61±2.16	9.50±2.52
大专及以上	34	35.85±4.56	10.93±2.50	9.86±2.30
F		6.120	1.576	1.270
P		<0.001	0.125	0.312
家庭人均月收入(元)				
<3 000	33	32.20±4.71	9.25±2.15	8.98±2.01
3 000~6 000	32	33.16±4.16	9.92±2.32	9.37±2.54
6 001~12 000	42	31.15±4.57	10.80±2.51	9.76±2.31
>12 000	31	32.92±4.22	11.41±2.26	10.12±2.17
F		0.790	4.823	2.852
P		0.442	0.001	0.025
患慢性病种类(种)				
1~2	32	33.01±4.13	11.18±2.49	10.76±2.17
3~4	51	32.85±4.51	10.89±2.62	9.67±2.03
>4	55	31.72±4.26	9.82±2.17	8.87±2.82
F		1.489	2.368	4.631
P		0.215	0.029	0.001
照顾患者时间(个月)				
3~12	47	31.05±4.76	11.02±2.80	10.68±2.23
13~24	56	32.61±4.13	10.68±2.51	9.52±2.18
>24	35	33.35±4.20	10.01±2.26	8.89±2.29
F		2.892	2.253	4.820
P		0.022	0.030	0.001
与患者关系				
配偶	72	32.48±4.26	10.98±2.16	9.76±2.13
子女	51	32.90±4.65	10.79±2.81	9.45±2.54
孙子女	15	31.83±4.32	10.56±2.52	9.12±2.26
F		1.320	0.891	1.012
P		0.263	0.352	0.303
是否接受过进食困难知识教育				
是	36	36.79±4.57	11.86±2.37	10.92±2.41
否	102	31.64±4.13	9.54±2.13	9.10±2.19
t		6.723	7.017	6.820
P		<0.001	<0.001	<0.001

表 3 自变量赋值方式

项目	赋值方式
文化程度	小学及以下=1; 初中及高中=2; 大专及以上=3
接受过进食困难知识教育	是=0; 否=1
家庭人均月收入	<3 000 元=1; 3 000 元~6 000 元=2; 6 001~12 000 元=3; >12 000 元=4
患慢性病种类	1~2 种=1; 3~4 种=2; >4 种=3
照顾患者时间	3~12 个月=1; 13~24 个月=2; >24 个月=3

表 4 痴呆患者照顾者进食困难认知水平影响因素的多重线性回归分析 (n=138)

变量	B	SE	β	t	P	95%CI of B
知识						
常量	12.231	0.742	—	6.521	<0.001	10.777~13.685
文化程度	0.198	0.082	0.162	4.152	<0.001	0.037~0.359
是否接受过进食困难教育	-1.568	0.342	-0.173	-5.572	<0.001	-2.238~-0.898
态度						
常量	15.571	1.502	—	8.236	<0.001	12.627~18.515
家庭人均月收入	0.675	0.165	0.144	4.074	<0.001	0.352~0.998
是否接受过进食困难教育	-1.623	0.287	-0.175	-5.681	<0.001	-2.186~-1.060
行为						
常量	18.226	0.982	—	9.211	<0.001	16.301~20.151
患慢性病种类	0.952	0.631	0.165	4.742	<0.001	0.285~2.189
照顾患者时间	1.739	0.856	0.170	5.205	<0.001	0.061~3.417
是否接受过进食困难教育	-1.437	0.367	-0.141	-3.256	<0.001	-2.156~-0.718

注:知识维度 $R^2=0.287$, 调整 $R^2=0.275$, $F=22.538$, $P<0.001$; 态度维度 $R^2=0.392$, 调整 $R^2=0.390$, $F=31.269$, $P<0.001$; 行为维度 $R^2=0.269$, 调整 $R^2=0.256$, $F=20.832$, $P<0.001$

表 5 痴呆患者照顾者进食困难认知水平与患者营养状况的相关性 (n=138; r)

项目	总分	知识	态度	行为
患者 MNA-SF 评分	0.521	0.529	0.512	0.501
P	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

下:照顾者文化程度越高,接受新知识能力越强,更愿意主动学习痴呆患者进食困难相关知识,能够通过多种途径,包括宣传材料、网络、微信平台等获得相关知识,从而提高自己的知识储备。健康教育对照顾者进食困难知识有直接的影响,接受过进食困难教育的照顾者其知识得分明显高于未接受教育者($P<0.001$),与熊丽萍等^[15]研究结果一致,提示健康教育是提高照顾者知识水平的有效手段。

3.2.2 痴呆患者照顾者态度维度的影响因素 本研究结果显示,家庭人均月收入及是否接受过进食困难知识教育是痴呆患者照顾者态度维度的影

响因素(均 $P<0.001$)。家庭人均月收入高、接受进食困难教育的照顾者态度得分较高。分析原因,痴呆患者病情不断进展,病程较长,照护负担重,需要大量的经济支持,同时占用照顾者大量的时间及精力,使照顾者感到身心疲惫,照顾者照护态度易产生消极心理^[16]。人均月收入高的家庭,不仅可以保障患者的医疗开销,还可以通过多种途径解决痴呆患者的进食照护问题,从而缓解照护压力,改善照护态度。接受进食困难教育的照顾者由于对进食困难知识较了解,当遇到进食问题时更有信心去面对,态度越趋向积极。

3.2.3 痴呆患者照顾者行为维度的影响因素 本

研究结果显示,患慢性病种类、照顾患者时间及是否接受过进食困难知识教育是痴呆患者照顾者行为维度的影响因素(均 $P<0.001$)。患慢性病种类越多、照顾患者时间越长、没有接受过进食困难知识教育的照顾者进食困难行为得分越低。分析原因如下:照顾者的健康状况对照护行为具有重要的影响^[17]。痴呆患者照顾者需要花费大量的精力照顾患者,照顾者患慢性病种类越多,身体状况越差,繁重的照护工作加上自身疾病的困扰使照顾者产生巨大的心理和生活负担,当面对复杂、多变的照护任务时感到力不从心,进食困难护理行为也难以做到位。痴呆患者进食困难呈进行性加重,临床表现多样化,进食困难护理难度大,照顾者照顾患者时间越长越容易出现倦怠的心理,照护行为亦越不积极。根据知信行理论,知识是行动的基础,知识掌握越好,实行的倾向性越强^[18]。接受过健康教育的照顾者对进食困难知识掌握的较好,行为越积极。

3.3 痴呆患者营养状况分析

本研究显示,痴呆患者 MNA-SF 量表得分为 (7.83 ± 2.17) 分,处于较低水平,其中营养不良者 77 例(55.80%),与相关研究^[19-20]的调查结果相似。究其原因:①本次研究对象为老年患者,年龄 (78.53 ± 9.12) 岁,其中 >80 岁的老年患者 61 例,占 44.20%。老年患者由于消化系统功能生理性退化、导致营养物质的摄入及吸收降低,营养不良发生率较高^[21]。②痴呆患者多表现为认知障碍、感知缺失,随着认知功能损害进一步加重,患者从完全自理的独立个体逐渐丧失日常生活能力,进而出现不同程度的进食困难^[4]。患者早期表现为记忆力减退,注意力下降,不能购买食材,烹煮食物,忘记进食,甚至无法开始或完成进食行为。随着认知功能进一步损害,患者无法识别和表达自身的饥渴、饥饿,无法辨别食物,甚至出现扔掉食物、吐出食物等拒食行为。重度痴呆患者可出现吞咽障碍,无法使用餐具、失去嗅觉及味觉的敏锐度,进食行为完全依赖于照顾者的照护。由于痴呆患者进食困难表现多样,护理难度大,照顾者不能为患者提供专业的进食照护,长期的进食困难使患者进食量减少,营养

物质摄入降低,进而出现营养风险及营养不良^[22]。因此,临床工作中医护人员应重点关注老年痴呆患者的营养状况,定期对老年痴呆患者进行营养筛查及营养评估,及早发现患者的营养问题,采取积极有效的干预方法,改善患者的营养状况。

3.4 痴呆患者照顾者进食困难认知水平与患者营养状况的相关性分析

本研究结果显示,痴呆患者照顾者进食困难认知总分及各维度得分与患者 MNA-SF 量表评分呈正相关(均 $P<0.001$),即照顾者进食困难认知水平越高,患者的营养状况越好。分析原因可能是:痴呆患者存在不同程度的进食困难,营养物质的摄入完全依赖照顾者的照护。其照护态度及行为直接影响到患者的进食能力及营养需求的满足^[23]。照顾者掌握的进食困难知识越多,照护态度及行为越积极,患者的进食状况越好,从而增加了患者各项营养物质的摄入,使痴呆患者的体重增加,最终改善患者的营养状况。因此,医护人员应重视提高痴呆患者照顾者进食困难的认知水平,在患者住院期间加强照顾者的进食困难相关知识培训,并将健康教育延续到痴呆患者出院后,经过电话随访或微信跟踪,进一步了解照顾者进食困难的认知水平,给予家庭专业的支持与帮助,从而改善痴呆患者的营养状况。

4 结论

痴呆患者照顾者进食困难的认知水平处于偏低水平,痴呆患者营养状况处于较低水平,痴呆患者照顾者进食困难知识主要影响因素为文化程度、是否接受过进食困难知识教育;态度主要影响因素为家庭人均月收入、是否接受过进食困难知识教育;行为主要影响因素为患慢性病种类、照顾患者时间及是否接受过进食困难知识教育,而且其可影响患者的营养状况。医护人员应重视并提高痴呆患者照顾者进食困难的认知水平,针对照顾者不同情况提供不同形式的健康教育及进食照护技能培训,开展针对性、多层次的照顾者支持服务,有效提高照顾者的进食困难知识水平,改善照护态度,纠正不良行为,从而改善痴呆患者营养状况。

- [11] 高伟伟,陈颖,马丽霞,等.痴呆家庭照顾者进食照顾体验的质性研究[J].全科护理,2017,15(9):1132-1134.
- [12] 朱蓓,林征,邵志梅.老年痴呆症家庭照顾者护理干预研究进展[J].护理研究,2017,31(24):2967-2970.
- [13] HSIAO H C, CHAO H C, WANG J J. Features of problematic eating behaviors among community-dwelling older adults with dementia: family caregivers' experience [J]. Geriatr Nurs, 2013, 34(5):361-365.
- [14] 顾联斌,江长缨.社区失智老人居家照护者照护能力及影响因素分析[J].上海医药,2017,38(18):7-11.
- [15] 熊丽萍,付伊,肖晓玲,等.门诊患者脑卒中防治相关知识水平及其影响因素分析[J].现代临床护理,2016,15(10):18-21.
- [16] 孙琼,胡慧.老年痴呆患者照顾者创伤后成长的质性研究[J].现代临床护理,2015,14(8):42-46.
- [17] 徐凌,陈茜,张雪梅.老年人照顾者照顾困难情况及其影响因素分析[J].现代临床护理,2017,16(4):7-10.
- [18] 沈学丽,张有为.基于知信行理念的认知干预对放射治疗肺癌患者认知水平及负性情绪的影响[J].现代临床护理,2017,16(4):28-33.
- [19] 王俊英,孙铮.老年性痴呆患者营养不良的调查研究[J].护理研究,2016,30(12A):4332-4333.
- [20] 杜红娣,张立,何志娟,等.98例痴呆患者营养状况与家庭照护能力相关性研究[J].护理学报,2018,25(15A):48-52.
- [21] AGARWAL E, MILLER M, YAXLEY A, et al. Malnutrition in the elderly: a narrative review [J]. Maturitas, 2013, 76(4):296-302.
- [22] XIAO L, WANG J, HE G, et al. Family caregiver challenges in dementia care in Australia and China: a critical perspective [J]. BMC Geriatrics, 2014, 14(1):6-18.
- [23] BROOKE J, OIO O. Enteral nutrition in dementia: a systematic review [J]. Nutrients, 2015, 7(4):2456-2468.

[本文编辑: 刘晓华]

欢迎订阅《现代临床护理》杂志!