

Orem 自护理论体位管理技术对脑卒中偏瘫患者 ADL 的干预效果研究

陈利, 唐莉, 李建云 (宁夏自治区第五人民医院, 宁夏石嘴山 753000)

摘要: 目的 分析 Orem 自护理论体位管理技术对脑卒中偏瘫患者 ADL 的干预效果。方法 选取 2021 年 2 月 15 日~2022 年 2 月 15 日宁夏自治区第五人民医院收治的 110 例脑卒中偏瘫患者为研究样本; 依据患者接受的干预方式不同, 将其分为对照组和实验组, 每组各 55 例。两组患者均接受入院治疗。对照组患者接受常规护理干预, 实验组患者接受 Orem 自护理论体位管理, 对比两组患者护理效果和护理满意率。结果 相较于对照组, 干预后实验组患者临床护理满意率更高、生活质量分数更高、自我护理能力得分更高、Barthel 指数改善情况更好, 组间数据差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 针对脑卒中偏瘫患者而言, 为其开展 Orem 自护理论体位管理干预能改善患者的生活质量, 提升其生活能力以及对待护理工作的满意程度, 改善患者自护能力。此法值得进一步在临床内推广和应用。

关键词: Orem 自护理论; 脑卒中偏瘫; ADL; 干预效果

现阶段, 中国已经进入人口老龄化社会。在此背景下, 脑卒中疾病的发病率呈现出逐年上升的趋势。由于疾病自身特征, 令患者中枢神经受损, 表现为运动神经元综合征, 分为阴性或者阳性的表现。其中阴性主要为肌肉力量下降, 肌肉灵活性改变; 阳性主要为姿势异常或者肌肉痉挛^[1]。脑卒中偏瘫疾病的出现在很大程度上影响了患者的正常生活。由此可看出, 针对患者开展有效的护理干预意义重大。“Orem 自护理论体位管理技术”是将奥瑞姆自护理论和与体位相关的康复护理技术有机结合, 为偏瘫患者采取科学、有效的体位管理。日常生活活动均离不开体位安置和转移, 患者的生活自理程度与体位管理密切相关。为了全面分析 Orem 自护理论体位管理技术, 对脑卒中偏瘫患者 ADL 的干预效果, 结合实际情况, 本文对上述命题开展分析, 现报道如下:

1 对象及方法

1.1 一般资料

选取 2021 年 2 月 15 日~2022 年 2 月 15 日宁夏自治区第五人民医院收治的 110 例脑卒中偏瘫患者为研究样本; 依据患者接受的干预方式不同, 将其分为对照组和实验组, 每组各 55 例。实验组: 男性 30 例, 女性 25 例; 年龄 51.27~82.94 岁, 平

均年龄 (69.63 ± 1.84) 岁; 脑卒中病程 1.52~11.28 年, 平均病程 (5.36 ± 1.55) 年。对照组: 男性 31 例, 女性 24 例; 年龄 52.94~83.36 岁, 平均年龄 (70.19 ± 1.58) 岁; 脑卒中病程 1.63~11.39 年, 平均病程 (5.69 ± 1.63) 年。经比较, 两组患者基线资料无明显差别, $P > 0.05$, 可对比。

纳入标准: (1) 脑出血/脑梗死出现不同程度一侧肢体肌力改变的住院患者, 患者符合全国第 4 届脑血管疾病学术会议中关于脑卒中疾病的临床诊疗标准且经过 CT 或者 MRI 确诊; (2) 意识尚清晰, HAMD 评分为 8 分以上; (3) 家属自愿参加实验调查并签署了知情同意书。

排除标准: (1) 脑出血 > 30 mL, 手术治疗病情不稳定的患者; (2) 合并严重心、肺疾病需绝对卧床的患者; (3) 生命体征不平稳随时发生病情变化的患者。

1.2 方法

两组患者在入院之后, 均接受神经内科常规化治疗。

对照组患者接受常规护理干预。结合患者具体病情, 为患者制定行之有效的康复干预计划, 指导患者接受常规康复训练, 结合患者心理变化, 护理人员为其开展行之有效的心理护理干预。

实验组患者接受 Orem 自护理论体位管理。具

体方案如下：（1）护理人员对患者的身体情况进行评估，包括患者的活动意识、排泄自理程度水平、活动度等。护士为患者制定相关的护理计划。（2）完全补偿系统。针对于 Barthel 指数在 40 分以下的患者，落实完全补偿系统。这些患者生活无法自理，护理人员以及家属应当为患者提供护理需要，包括清理患者的呼吸道、大小便控制、营养饮食干预等。同时，为患者开展被动式运动锻炼。经过完全补偿系统护理的方式，能够有效恢复患者的部分肢体功能，为后续功能康复锻炼夯实重要基础。（3）部分补偿系统。针对于 Barthel 指数 40~60 分的患者，开启部分补偿系统。此刻患者的部分机体功能得以恢复，患者排泄功能、语言能力以及肢体活动依旧存在障碍。护士连同家属一并协同患者开展功能锻炼，同时也要让患者掌握康复锻炼的程序。如果患者取得进步，患者家属以及护士要及时予以鼓励，通过这种办法帮助患者树立起战胜病魔的信心，提升配合康复治疗的依从度^[2]。（4）支持-教育系统。针对 Barthel 指数在 60 分以上的患者，开启支持-教育系统。由于患者对脑卒中中偏瘫疾病知识了解不深，护士在整体护理过程中应当为其开展行之有效的指导，让患者和家属参与到康复护理工作去。在此期间内，护理人员应当为患者提供专业化康复护理以及治疗注意要点指导。

两组患者均接受为期 4 周的康复干预。护理完成后，对患者的干预效果进行有效评价。

1.3 观察指标

（1）采用自我护理能力（ESCA）量表分析两组患者干预前后自护能力。量表共计 4 个项目、43 个条目。分数越高，表明患者自我护理能力越强。该量表通过信效度检验，结果良好。效度为 0.99，重测信度为 $r=0.98$ 。（2）采用生活质量评价量表（36-item short-form, SF-36）分析两组患者干预前后患者生活质量对比情况，包括精神健康、情感职能、生理职能、生理功能、社会功能、活力水平、身体疼痛以及总体健康。分数越高，表明患者生活质量越高。（3）分析两组患者干预前后 Barthel 指数对比情况，日常生活能力量表（activity of daily living scale, ADL）由美国学者在 1969 年制定，由生活自理量表和日常生活活动量表组成。分数越高，

表明患者生活能力越高。（4）对比两组患者干预后护理满意度对比情况，采用医院自主设计的护理满意度调查表，分析两组患者护理满意度对比情况。分为满意、较满意、不满意，总满意率=满意率+较满意率。

1.4 统计学处理

应用 SPSS 19.0 软件对临床资料进行统计分析，计数资料用（%）表示，行 χ^2 检验，计量资料用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，行 t 检验， $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者自我护理能力对比详情

干预前，两组患者自我护理能力分数无明显差别， $P > 0.05$ ；干预后，相较于对照组，实验组患者自我护理能力评分明显更高，组间数据差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表 1。

小组类别	n	干预前	干预后	t	P
实验组	55	97.52 ± 21.25	146.36 ± 25.61	8.636	< 0.05
对照组	55	96.37 ± 22.94	120.25 ± 20.17	5.226	< 0.05
t		0.062	3.936		
P		> 0.05	< 0.05		

2.2 两组患者干预前后 Barthel 指数对比详情

两组患者干预前 Barthel 指数无明显差别， $P > 0.05$ ；干预后，相较于对照组实验组患者 Barthel 指数指数更高，组间数据差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 2。

小组类别	n	干预前	干预后	t	P
实验组	55	55.28 ± 5.37	83.29 ± 5.64	16.394	< 0.05
对照组	55	55.92 ± 5.94	72.61 ± 5.09	8.639	< 0.05
t		0.078	6.392		
P		> 0.05	< 0.05		

2.3 两组患者干预前后 SF-36 分数对比详情

患者干预前 SF-36 指标无明显差别， $P > 0.05$ ；干预后，两组患者的各项 SF-36 分数有所增高且实验组患者干预后生活质量分数明显比对照组更高（ $P < 0.05$ ）。见表 3。

表 3 两组患者干预前后 SF-36 分数对比详情 [$(\bar{x} \pm s)$, 分]

小组类别	n	时间段	精神健康	情感职能	生理职能	生理功能
实验组	55	干预前	73.92 ± 5.25	45.96 ± 6.26	56.39 ± 4.09	60.29 ± 4.09
		干预后	97.92 ± 1.64**	86.29 ± 6.07**	88.93 ± 5.06**	94.52 ± 5.08**
对照组	55	干预前	74.08 ± 5.19	46.93 ± 5.07	57.63 ± 5.08	61.26 ± 3.93
		干预后	82.52 ± 1.67*	71.93 ± 5.29*	65.26 ± 4.18*	81.29 ± 3.08*
实验组	55	干预前	62.39 ± 2.08	63.29 ± 3.07	54.26 ± 8.93	52.69 ± 5.08
		干预后	87.26 ± 2.65**	89.63 ± 5.56**	90.36 ± 5.26**	88.93 ± 3.36**
对照组	55	干预前	63.07 ± 2.07	64.29 ± 3.29	56.69 ± 7.09	53.08 ± 4.93
		干预后	70.06 ± 2.94*	73.28 ± 4.02*	72.63 ± 4.19*	65.59 ± 3.66*

注：相较于对照组干预后，** $P < 0.05$ ；和本组干预后相比，* $P < 0.05$ 。

2.4 两组患者护理满意度对比详情

对照组患者护理满意度为 83.64%，实验组为 98.18%。和对照组相比，实验组患者护理满意度明显更高， $P < 0.05$ ，见表 4。

表 4 两组患者护理满意度对比详情 (n, %)

小组类别	n	满意	较满意	不满意	总满意度
实验组	55	36	18	1	98.18%
对照组	55	20	26	9	83.64%
χ^2					20.264
P					< 0.05

注：和对照组相比，* $P < 0.05$ 。

3 讨论

最近几年，我国脑卒中疾病的发生概率表现出了逐年上涨的态势^[3]。这种疾病的发生，主要因各类因素所引发的病变局部脑组织血液供应不充分所引起。在这种情况下，致使患者脑部组织缺氧以及缺血。倘若情况严重，有可能引起患者大脑组织坏死。当患者出现脑卒中病之后，有可能发生偏瘫，是较为典型的神经功能缺失表现。因为，该类型患者恢复黄金时间段为半年之内。针对脑卒中偏瘫患者开展有效的治疗以及护理意义重大，可以减少致残率，提高机体运动功能恢复度。

本组实验研究结果表明，干预后相较于对照组，实验组患者临床护理满意率更高、生活质量分数更高、自我护理能力得分更高、Barthel 指数改善情况更好，组间数据存在统计学意义， $P < 0.05$ 。之所以出现这种情况，主要原因在于 Orem 自护理论指出，每位患者都具有自我照顾的行为，护士对患者开展此项护理干预，能够有效提升患者自护能力水平，全面满足患者维持自身健康、生命以及安宁的自我护理需要。

Orem 自护理论主要结合患者 Barthel 指数结果，

护理人员负责为其制定行之有效的干预举措。与此同时，结合患者病情动态性调整护理方案。通过这种方法加以处理能够令患者的护理干预变得更具精准性与针对性。

在对患者开展 Orem 自护管理过程之中，对于 Barthel 分数在 40 分以下的患者，护士应当为患者提供有效的完全补偿系统，其中主要包含静脉输液肢体摆放、吸痰等。通过这种办法提升患者疾病治疗效果，确保患者生命安全；针对该项指数评分在 40~60 分的患者，护理人员的任务经由常规护理中完全照顾者转变为引导者，鼓励者经部分补偿系统有效调动患者实现自我护理的主观能动性，鼓励患者自理，有效培养患者的自我护理能力。在这种情况下，患者也经由被照护者转变为主动治疗者。通过此类干预手段，提升了患者的自我护理能力水平，同时也可改善患者生活质量；针对于 Barthel 指数在 60 分以上的患者，护士应当为其提供必要的情感与信息支持，帮助患者创建自我护理概念，积极引导患者进行肢体功能锻炼。在此同时，护士也要为患者传自护技巧，令患者更好的掌握相关护理技能。针对患者当前存在的不良心理，护士应当为其开展有效的排解与疏导，以达到缓解患者内心不良情绪，提升疾病治疗积极性的目的。

总的来讲，对于脑卒中偏瘫患者来讲，为其开展 Orem 自护理论体位管理干预能改善患者的生活质量，提升其生活能力以及对待护理工作的满意程度，改善患者自护能力。此法值得进一步推广。

参考文献

- [1] 程吉英. Orem 自理理论对脑卒中偏瘫患者日常行为康复的影响 [J]. 南昌大学学报 (医学版), 2013, (7): 54-56, 70.
- [2] 冯翠苹. 康复护理对老年干部病房脑卒中偏瘫患者运动功能恢复的影响 [J]. 中国社区医师, 2021, 37(33): 122-123.
- [3] 郭小满. 中医康复护理促进脑卒中偏瘫患者肢体功能恢复的临床分析 [J]. 新疆医学, 2021, 51(11): 1310-1312+1322.