

Orem 自理理论在维持性血液透析患者护理中的应用效果

福建省福州市第二医院肾内科 (福州 350007) 潘 玲 杨永峰 郑友琴

终末期肾病 (end stage renal disease, ESRD) 由于其高致残率、高死亡率和高医疗费用, 已经成为全球性公共卫生负担, 而透析治疗在 ESRD 的临床治疗中依然占据主体地位^[1-3]。维持性血液透析 (maintenance hemodialysis, MHD) 可将血液中的有毒有害物质清除出体外并将净化后的血液输回体内, 因其安全性和有效性, 故目前被 ESRD 患者广泛接受。由于其治疗周期的长期性, 患者承受着巨大的生理及心理负担, 从而引起不良情绪及睡眠障碍, 因此患者的护理工作对于患者生理和心理健康状态的维持具有重要意义^[4]。本文以 MHD 患者为护理对象, 在纳入标准及排除标准的基础上, 随机分为常规护理组及 Orem 自理理论护理组, 通过比较实施前后两组患者的自护能力、不良情绪、睡眠质量来探讨 Orem 自理理论在 MHD 患者护理中的应用效果, 为 Orem 自理理论在 MHD 患者护理中的应用奠定基础。

1 资料与方法

1.1 一般资料: 选取本院 2021 年 4—12 月收治的 MHD 患者 98 例, 其中男 53 例, 女 45 例; 年龄 47~75 岁, 平均 (61.2±5.1) 岁; 透析时间 6~20 (12.41±3.78) 个月, 体重 55.47~71.34 (65.48±7.97) kg。按照护理方式的不同随机分为常规护理组和 Orem 自理理论护理组 (Orem 护理组), 每组 49 例, 两组患者性别、年龄、透析时间、体重等基础性数据比较, 差异无统计学意义, 具有可比性。入选标准: 明确诊断为终末期肾脏病变, 进行规律血液透析治疗 5 个月以上; 年龄≥18 岁, 意识清楚, 生命体征平稳, 自理能力正常, 可独立行走; 知情同意并自愿参与。排除标准: 有中枢及周围神经系统疾病; 精神异常或存在严重认知功能障碍; 肢体严重病变, 存在运动功能障碍; 合并有其他严重并发症, 如严重感染等; 因故终止或中途退出者。

1.2 方法:

1.2.1 常规护理组护理的实施: 1) 对 ESRD 患者进行生理、心理评估, 有护理组员在床边对 MHD 患者讲解 ESRD 病因、临床症状、治疗方法、常用药物等知识。2) 向 ESRD 患者发放健康教育知识宣传册, 内容涵盖患者在 MHD 期间的生活饮食注意事项、用药、运动、血液透析常见并发症及处置措施并保持与医护人员的沟通交流。3) 建立良好的护患关系, 对 MHD 患者进行针对性心理干预, 并协助改善患者及其家属的心理健康。

1.2.2 Orem 自理理论护理组护理的实施: Orem 自理理论

护理组在血液透析常规护理的基础上给予每 2 周 1 次、为期 12 周的 Orem 自理理论干预。1) 成立 Orem 自理理论护理小组, 小组成员由肾内科治疗医师、心理干预师、康复治疗医师、临床护士、康复护士、血透护士组成, 干预小组在干预前应分工明确, 责任到人。2) 分阶段对患者进行 Orem 自理理论护理。第 1 次 Orem 自理理论护理阶段: 由 Orem 自理理论护理小组向患者培训 Orem 自护知识, 包括常见食物热量、常见的含钾钠磷食物、高水分食物, 透析间期体重质量增长率 (IDWG) 限值, 透析前后体重测量方法, 饮水技巧, 常用药物使用方法及注意事项。同时组织自护良好的 MHD 患者与研究对象分享经验, 交流心得。第 2 次 Orem 自理理论护理阶段: 由 Orem 自理理论护理小组向患者培训动静脉内瘘护理技能, 包括内瘘穿刺处护理、内瘘震颤感的自我监测及透析结束后弹力绷带压迫止血等。培训结束后, 同样需进行血透室床边随访, 及时掌握患者技能掌握情况, 并给予现场解答或再次进行教育培训, 直到所有患者全部掌握。第 3 次 Orem 自理理论护理阶段: 以普拉提运动基本知识和锻炼指导为主, 在充分了解患者疾病史及现阶段身体状况等情况进行针对性评估, 在结合患者日常运动、病情及日常生活习惯的情况下, 制订个性化的运动方案。第 4 次 Orem 自理理论护理阶段: 由 Orem 自理理论护理小组依据患者年龄、文化程度等一般性情况制订并实施针对性的护理措施, 聆听他们的心声, 了解其内心的感触, 帮助他们采用积极的应对措施。

1.2.3 观察指标: 采用自我护理能力测定量表 (ESCA)^[5]、“Zung”焦虑自评量表 (SAS) 和抑郁自评量表 (SDS)^[6]、匹兹堡睡眠质量指数量表 (PSQI)^[7] 进行护理前后效果的比较。

1.3 统计学分析: 应用 SPSS 22.0 统计软件进行分析。计量资料以均数±标准差表示, 采用 *t* 检验; 计数资料以百分数表示, 采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组护理前后自我护理能力比较: Orem 护理组经护理后的 ESCA 中各维度评分高于护理前, 且高于常规护理组护理后评分, 差异有统计学意义 ($P<0.05$, 表 1)。

2.2 两组护理前后焦虑和抑郁发生率的比较: Orem 护理组经护理后的焦虑和抑郁发生率低于护理前, 且低于常规护理组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$, 表 2)。

表 1 两组护理前、后 ESCA 评分比较 (n=49, 分, $\bar{x} \pm s$)

组别	健康知识水平	自护责任感	自我护理技能	自我概念	总分
常规护理组					
护理前	35.57±4.40	18.93±2.26	29.65±3.73	22.64±2.06	106.79±5.94
护理后	36.94±3.73	19.29±1.81	32.38±4.43	23.18±2.71	111.79±6.34
<i>t</i> 值	1.1524	0.3268	0.1549	1.0044	0.5276
<i>P</i> 值	6.3461	7.2381	8.4481	5.2796	7.9735
Orem 护理组					
护理前	36.62±3.38	18.85±2.51	30.22±3.95	23.03±2.35	108.72±5.40
护理后	43.40±5.66	29.58±4.94	40.48±7.42	28.73±3.96	142.18±10.98
<i>t</i> 值	9.5527	8.2491	10.3257	8.7754	9.2693
<i>P</i> 值	0.0002	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001

表 2 两组护理前后焦虑和抑郁发生率比较 [n=49, 例 (%), $\bar{x} \pm s$]

组别	焦虑				抑郁			
	护理前	护理后	χ^2 值	<i>P</i> 值	护理前	护理后	χ^2 值	<i>P</i> 值
常规护理组	36 (72.81)	30 (59.55)	8.3523	0.3231	40 (80.22)	36 (72.65)	7.4265	0.4238
Orem 护理组	35 (71.67)	11 (22.27)	4.4152	0.0001	41 (82.41)	13 (25.97)	6.5967	0.0001

2.2 两组护理前后睡眠情况的比较: Orem 护理组经护理后的睡眠质量的各项评分指标均明显降低, 且显著低于对照

组 ($P < 0.05$); 常规护理组护理前后的睡眠质量的各项评分指标比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。表 3。

表 3 两组护理前后 PSQI 评分比较 (n=49, 分, $\bar{x} \pm s$)

组别	睡眠质量	入睡时间	睡眠时间	睡眠效率	睡眠障碍	催眠药物	日间功能障碍
常规护理组							
护理前	2.92±0.54	2.65±0.48	2.97±0.63	2.80±0.51	2.99±0.59	2.84±0.57	2.97±0.65
护理后	2.89±0.47	2.63±0.56	2.95±0.58	2.78±0.54	2.97±0.57	2.81±0.62	2.94±0.61
<i>t</i> 值	0.2438	0.4128	0.2259	0.0321	0.3429	0.4137	0.2743
<i>P</i> 值	7.9655	9.1677	7.4835	8.2521	3.4264	4.4742	6.3796
Orem 护理组							
护理前	2.89±0.57	2.62±0.51	3.01±0.64	2.82±0.52	2.96±0.55	2.82±0.59	3.02±0.73
护理后	2.33±0.52	2.17±0.54	2.44±0.55	2.26±0.58	2.35±0.49	2.31±0.46	2.38±0.41
<i>t</i> 值	10.1428	6.3574	9.3327	16.7349	9.2430	12.5431	9.2784
<i>P</i> 值	0.0033	0.0025	0.0032	0.0014	0.0016	0.0001	0.0001

3 讨论

MHD 作为目前治疗 ESRD 患者最有效、最重要的方法, 临床使用范围广泛, 然而由于其治疗时间的长期性, 大多数患者承受着巨大的心理压力, 从而导致不良情绪及睡眠障碍。自理理论 (self-care theory) 由美国护理理论学家 Orem 首次提出, 包括“自理理论”“自理缺陷理论”和“护理系统理论”^[8]。王春丽等^[9]发现运用 Orem 自理理论护理外科手术后的患者, 能显著提高患者自我护理能力水平, 缩短住院时间; Orem 自理理论在全髋关节置换术患者术后、产科护理、慢性疾病患者护理中也取得了良好的护理效果^[10-12]。

虽然目前 Orem 自理理论在临床上的应用越来越普遍, 但关于 Orem 自理理论对 MHD 患者自我护理能力影响的研究不多。因此, 本文以 MHD 患者为护理对象, 并随机分为常规护理组及 Orem 自理理论护理组, 通过比较实施前后两组的自护能力、不良情绪、睡眠质量来探讨 Orem 自理理论

在 MHD 患者护理中的应用效果, 结果表明 Orem 自理理论护理组患者 ESCA 总分及各维度评分均明显高于常规护理组; 焦虑、抑郁的发生率显著低于护理干预前和常规护理组; 睡眠质量的各项评分指标均明显低于常规护理组。

因此, 对 MHD 患者实施 Orem 自理理论护理, 能明显提高其自护能力, 消除焦虑、抑郁等不良情绪, 改善睡眠, 具有广泛的推广应用价值。

参考文献

- [1] 曹柯. 护理干预在肾内科血液透析患者中的应用效果研究综述 [J]. 临床合理用药杂志, 2018, 11 (3): 176-178.
- [2] Pei F, Zhou Z, Li Y, et al. Chronic kidney disease in Chinese postmenopausal women: a cross-sectional survey [J]. Niger J Clin Pract, 2017, 20 (2): 153-157.
- [3] Sarah H, Drangsholt, Ulrik W, et al. Beliefs about medicines in dialysis patients and after renal transplantation [J]. Hemodial Int, 2019, 23 (1): 117-125.

- [4] 戴永华. 个性化护理干预对维持性血液透析患者预防动静脉内瘘失功作用分析 [J]. 中外医学研究, 2019, 17 (3): 66-67.
- [5] 唐湘, 张建林. 延续性护理干预对维持性血液透析患者自我管理能力和依从性的影响 [J]. 华西医学, 2015, 30 (8): 1511-1513.
- [6] 汪向东, 王希林, 马弘援. 心理卫生评定量表手册 (增订版) [M]. 北京: 中国心理卫生杂志社, 2004: 235-236.
- [7] 黄燕林, 林剑珊, 滕艳娟, 等. 尿毒症透析患者抑郁状况调查及影响因素的研究 [J]. 广西医科大学学报, 2010, 27 (1): 149-150.
- [8] 祁未红. 基于 Orem 自理理论的老年高血压患者护理效果分析 [J]. 贵州医药, 2016, 40 (11): 1224-1225.
- [9] 王春丽, 于鹏, 陈叶丹, 等. Orem 自理理论在颈椎骨折患者手术术后护理中的应用 [J]. 广西大学学报: 自然科学版, 2020, 45 (2): 451-457.
- [10] 曾江红, 朱科云, 万广娟, 等. Orem 自护模式在预防全膝关节置换术后深静脉血栓形成中的应用 [J]. 广西大学学报: 自然科学版, 2020, 45 (2): 451-457.
- [11] 王伟. 产科母婴床旁优质护理模式对初产妇自护能力及母乳喂养的影响 [J]. 中外女性健康研究, 2017, 12 (23): 22-23, 48.
- [12] 何爽, 山慈明, 徐婉琼. Orem 自护理论临床应用研究进展 [J]. 全科护理, 2017, 15 (32): 4003-4004.

双维度无缝隙护理在鼻窦炎患者围手术期的应用

福建省莆田九十五医院 (莆田 351100) 黄娟 王在霞 林永亮 陈春喜 薛水兰¹

内窥镜技术的发展为鼻窦炎手术带来了微创、高效的发展^[1], 为长期承受鼻窦炎症困扰的患者带来了治愈福音。但是, 鼻窦炎的反复再发特性及解剖位置的特殊性, 再加之发病者普遍存在的对病情及手术低认知度的问题, 导致大量鼻窦炎患者围手术期身心状况不佳、并发症风险相对较高^[2-3], 有必要以更具积极适用性的围手术期照护来解决上述问题。无缝隙护理是一种全程化细致完整、严密衔接的照护模式^[4], 在维护、改善护理对象就医期身心体验与降低并发症风险方面确具实效^[5]。本研究尝试采用双维度无缝隙护理模式对鼻窦炎患者开展围手术期护理, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料: 选择 2021 年 1—12 月于我院接受手术治疗的鼻窦炎患者 84 例为研究对象, 其中 2021 年 1—6 月收治的 42 例为对照组, 2021 年 7—12 月收治的 42 例为研究组。纳入标准: 确诊为鼻窦炎, 有手术指征, 患者知情同意。排除标准: 恶性肿瘤, 变应性鼻炎, 精神障碍, 血液系统疾病, 自身免疫性疾病, 重要脏器严重损害, 凝血功能异常, 其他重大疾病患者。对照组男性 22 例、女性 20 例; 平均年龄 (39.55±8.41) 岁; 平均病程 (4.71±1.26) 年; 学历为初中及以下、高中及以上者分别为 17 例、25 例; 单侧、双侧病变者分别为 16 例、24 例。研究组男性 23 例、女性 19 例; 平均年龄 (39.66±8.34) 岁; 平均病程 (4.58±1.40) 年; 学历为初中及以下、高中及以上者分别为 18 例、24 例; 单侧、双侧病变者分别为 15 例、27 例。两组患者性别、年龄、病程及文化程度等比较, 差异均无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 方法: 对照组接受鼻窦炎手术常规围手术期照护, 包括术前准备、围手术期指导、术后并发症防控与病情观察等; 研究组接受双维度无缝隙护理干预, 从照护过程的连续性与照护内容的全面性两个维度践行无缝隙护理理念, 具体

实施方式为:

1.2.1 术前无缝隙护理: 责任护士负责将患者妥善安置于病室, 就医院及科室诊疗与生活设施设备做详细介绍, 宣讲科室及手术团队资质、同类手术成功数量、典型成功手术案例等, 促使护理对象对优质医疗资源形成认知, 建立其治疗的信心, 解除其初入医疗环境的陌生无助感受, 提升护患间的信任度与患方依从度。以手术主刀医师为核心, 向患方进行手术过程、术时配合、注意事项等的详细科普化宣教, 帮助受术者形成对手术的初步印象和认知, 纾解因对手术未知而致的心理负担, 重点强调术后鼻腔填塞的重要性, 对护理对象行张口行为训练干预。

1.2.2 术中无缝隙护理: 责任护士术日护送受术者至手术室, 入室前行语言激励, 将手术室护理团队介绍给受术者, 向手术室护理团队行身心特殊照顾事宜的交代, 让受术者充分感知与接受手术护理团队对安全高效术时照护的承诺信息, 叮嘱受术者安心接受手术, 向其告知术毕将由病室责任护士继续为其提供优质贴心的术后照护服务。术后将受术者安全舒适地安置于病床之上, 与手术室护士行系统性交接, 掌握术时特殊情况与术后照护重点事项, 就术后配合事宜行科普化细致讲解, 安抚受术者, 使其安心休养。

1.2.3 术后无缝隙护理: 术后责任护士及各班次护士加强巡视频次与力度, 对受术者行真诚关爱与安抚, 主动询问其身心感受, 主动满足其合理诉求, 以音乐疗法、兴趣话题谈心等形式行疼痛缓解, 疼痛剧烈者酌情遵嘱用药镇痛。就术后需注意需配合事宜行系统化宣讲以提升护患配合效果。指导患者小量多次饮水、以润唇膏涂抹嘴唇以防术后口干, 每日行薄荷油滴剂滴鼻操作 5 次以防鼻腔干燥, 督促护理对象执行高蛋白、高维生素、易消化饮食模式。鼻腔填塞物需于术后 24~48 h 方可取出, 以防昏厥, 细致行鼻腔冲洗正确方式的指导, 确保患方可自行完成正确冲洗的任务。出院时

基金项目: 莆田市科技计划项目 (2021SJ001)

¹ 通信作者