

• 临床探讨 •

# Orem 自护理论在妇科肿瘤化疗中的应用分析

艾 敬, 张 硕, 王红燕, 魏 巍

(河北省秦皇岛市妇幼保健院妇科 066000)

**摘要:**目的 研究 Orem 自护理论在妇科肿瘤化疗患者护理中的应用价值。方法 选取 2013 年 6 月至 2016 年 6 月该院收治的 200 例妇科肿瘤化疗患者,按照完全随机法将患者分为对照组及研究组,各 100 例。对照组患者采用常规方法进行术后化疗护理,研究组患者实施 Orem 自护理论进行术后化疗护理。比较分析两组患者干预前及干预 3 个月后心理状况、生活质量、自理能力及护理满意度。结果 干预 3 个月后,两组患者焦虑自评量表(SAS)与抑郁自评量表(SDS)评分均明显低于干预前( $P < 0.05$ ),且研究组干预后明显低于对照组( $P < 0.05$ );研究组角色功能、社会功能、情绪功能、疼痛评分明显优于对照组( $t = 13.654, 15.412, 14.782, 5.736, P < 0.05$ );研究组 Barthel 指数评分为(83.2 ± 2.6)分,明显高于对照组[(71.8 ± 2.8)分],差异有统计学意义( $P < 0.05$ );研究组护理满意度为 98.0%,显著高于对照组的 85.0%,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 将 Orem 自护理论用于妇科肿瘤化疗患者护理中效果显著,能有效改善患者心理状况,提高患者生活质量,提升其自理能力,同时可有效提高护理质量,值得临床推广。

**关键词:** Orem 自护理论; 妇科; 化疗; 术后护理; 自理能力

**DOI:** 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.10.047 **文献标志码:** A **文章编号:** 1672-9455(2017)10-1483-03

妇科恶性肿瘤属于临床比较常见的肿瘤疾病,对女性身心健康带来严重威胁。目前,化疗是治疗妇科恶性肿瘤的主要方法,能够有效控制患者病情的发展,可在一定程度上提高患者的生存期<sup>[1-2]</sup>。然而,化疗的疗程比较长、不良反应多,且大部分患者对化疗的耐受性比较差,致使患者的心理状况不佳,生活质量不高<sup>[3-5]</sup>。Orem 自护理论在近年来肿瘤护理中日益受到人们的关注<sup>[6-7]</sup>。目前,关于 Orem 自护理论应在妇科恶性肿瘤患者中的护理应用的研究报道尚少,本文旨在探讨 Orem 自护理论在妇科肿瘤化疗患者护理中的应用价值,现总结报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2013 年 6 月至 2016 年 6 月本院收治的 200 例妇科肿瘤化疗患者,年龄 36~65 岁,平均(53.7 ± 2.6)岁;肿瘤类型:阴道肿瘤 20 例,子宫肿瘤 90 例,卵巢肿瘤 72 例,输卵管肿瘤 10 例,外阴肿瘤 8 例;肿瘤分期:Ⅰ期 40 例,Ⅱ期 60 例,Ⅲ期 75 例,Ⅳ期 25 例;初治患者 160 例,复发转移患者 40 例。纳入标准:(1)经病理检查确诊为妇科恶性肿瘤<sup>[8]</sup>;(2)接受化疗治疗 ≥ 1 次者;(3)患者病情较为稳定,预计生存期 > 12 个月;(4)初中以上学历,无沟通交流障碍;(5)知情同意接受本研究。排除标准:(1)精神异常者;(2)存在认知障碍者;(3)合并其他器官肿瘤者;(4)存在脑部转移者<sup>[9]</sup>。按照完全随机法,将研究对象分为研究组与对照组,每组各 100 例,两组患者性别、年龄等一般资料对比,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

**1.2 方法** 对照组患者采用常规方法进行术后化疗护理。研究组患者实施 Orem 自护理论进行术后化疗护理,即主要分成部分补偿、全部补偿及教育支持 3 个系统对患者进行护理。(1)部分补偿系统:其主要护理对象为术后短时间内自理能力欠缺的患者,需要护理人员给予部分补偿系统协助患者做些难以自理的活动。(2)完全补偿系统:其主要护理对象为完全丧失自理能力的患者,如术后生命体征较不稳定、身体与精神等方面均无法实施自理的患者。针对此类患者,需要护理人员采用完全补偿系统来帮助患者做好个人卫生、日常进食与排泄等多方面的生活护理。在护理人员的这种治疗性自理下,最终是要帮助患者能够学会自护。(3)教育支持系统:护理人员对患

者饮食给予指导及干预,进而达到缓解患者呕吐及恶心的目标。护理人员也要对患者加强静脉护理及脱发护理,同时给患者关心,疏导其不良情绪,提高患者治疗信心。护理人员结合患者的恢复情况,积极鼓励患者适当参加日常社交活动,让患者感受到更多的来自其家属及朋友等方面的亲情及温暖。待患者住院治疗后,应该对患者进行相应的延续护理,以加强患者出院之后的自理及治疗。患者术后化疗出院后 1 d 给予电话随访,随后可以每周对患者进行电话随访 1 次,每次的电话随访时间可控制在 10 min 左右。延续护理的医护人员要通过患者的说明评估患者的症状和情绪,同时不断鼓励患者恢复与伴侣的性生活,使患者的生活走向正轨。

**1.3 观察指标** 对两组患者干预前及干预 3 个月末心理状况、生活质量、自理能力及护理满意度进行比较分析,其中采用焦虑自评量表(SAS)及抑郁自评量表(SDS)评分对患者的焦虑与抑郁等心理状态给予评估<sup>[10]</sup>;生活质量情况运用 QLQ-C30 量表进行评定<sup>[11]</sup>,并抽取其中功能量表、症状量表中若干子项目给予评价分析;运用 Barthel 指数对患者的自理能力进行评定<sup>[12]</sup>;护理满意度运用自制调查问卷给予评定,分成“很满意”“满意”“不满意”3 个评定等级<sup>[13]</sup>。

**1.4 统计学处理** 采用 SPSS20.0 进行统计分析,计数资料以百分数表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验;计量资料采用  $\bar{x} \pm s$  表示,组间比较采用  $t$  检验,以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组干预前后心理状况比较** 两组干预前 SAS 与 SDS 评分比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );干预 3 个月末两组患者 SAS 与 SDS 评分均明显低于干预前,且研究组干预后明显低于对照组( $t = 6.706, 6.812, P < 0.05$ ),见表 1。

表 1 两组干预前后 SAS 和 SDS 评分比较(分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	SAS		SDS	
		干预前	干预 3 个月末	干预前	干预 3 个月末
研究组	100	55.40 ± 2.25	36.20 ± 1.50	54.72 ± 3.05	29.33 ± 3.17
对照组	100	56.10 ± 2.50	47.30 ± 2.10	54.25 ± 3.17	36.85 ± 3.36
t		0.743	6.706	0.552	6.812
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

**2.2 两组干预前后生活质量评分比较** 干预前, 两组功能量表(身体功能、角色功能、社会功能、情绪功能)及症状量表(疼痛、恶心呕吐、呼吸困难)评分比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ); 干预 3 个月末, 研究组角色功能、社会功能、情绪功能、疼痛评分明显优于对照组( $t = 13.654, 15.412, 14.782, 5.736, P < 0.05$ ), 见表 2。

0.05); 干预 3 个月末, 研究组角色功能、社会功能、情绪功能、疼痛评分明显优于对照组( $t = 13.654, 15.412, 14.782, 5.736, P < 0.05$ ), 见表 2。

**表 2 两组干预前后生活质量评分比较(分,  $\bar{x} \pm s$ )**

组别	n	时间	功能量表				症状量表		
			身体功能	角色功能	社会功能	情绪功能	疼痛	恶心呕吐	呼吸困难
研究组	100	干预前	72.3±4.2	68.97±5.1	62.6±4.1	74.1±3.8	24.5±2.3	9.4±1.7	13.6±3.2
		干预 3 个月末	73.7±5.1	71.7±5.4*	73.2±6.2*	83.2±7.3*	12.6±1.2*	13.8±2.5	12.3±4.2
对照组	100	干预前	71.7±4.6	69.2±5.3	63.3±4.6	74.6±3.3	24.4±2.5	9.25±1.8	13.6±3.3
		干预 3 个月末	71.6±5.2	61.2±5.3	56.3±6.4	78.2±6.2	26.7±2.65	13.1±2.7	10.3±2.6

注: 与对照组干预 3 个月末比较, \*  $P < 0.05$ 。

**2.3 两组患者干预前后自理能力比较** 两组干预前 Barthel 指数评分比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 干预 3 个月末, 研究组 Barthel 指数评分高于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ), 见表 3。

**表 3 两组患者干预前后 Barthel 指数评分比较(分,  $\bar{x} \pm s$ )**

组别	n	干预前	干预 3 个月末
研究组	100	72.6±3.3	83.2±2.6
对照组	100	73.1±2.5	71.8±2.8
t		0.052	6.302
P		>0.05	<0.05

**2.4 两组护理满意度比较** 研究组护理满意度为 98.0% (98/100), 显著高于对照组的 85.0% (85/100), 差异有统计学意义( $\chi^2 = 9.042, P < 0.05$ ), 见表 4。

**表 4 两组护理满意情况比较(n)**

组别	n	很满意	满意	不满意
研究组	100	82	16	2
对照组	100	42	43	15

### 3 讨 论

妇科肿瘤疾病对女性身心健康带来较大影响, 大部分患者在肿瘤发生初期难以确诊而得不到及时的治疗, 这给患者的预后带来十分不利的影响。目前, 针对妇科恶性肿瘤的临床治疗方法主要是化疗<sup>[14]</sup>。但是, 因为患者病情比较严重, 化疗后容易出现心理及自理能力等问题, 生活质量也明显下降。所以, 对妇科肿瘤患者化疗后加强护理干预显得尤为重要。

Orem 自护理论属于近年来新兴的一种新护理模式, 此护理模式注重以人为本, 在给患者给予全方位的、综合的护理的基础上, 帮助患者提升自我护理的意识及自我护理能力, 同时也对患者的心理状况起到一定的改善作用<sup>[15-16]</sup>。在实施 Orem 自理理论进行护理的整个过程中, 护理人员扮演的是协助的角色, 主要帮助患者能够尽快改善负面情绪及提高其生活自理能力<sup>[17]</sup>。

本研究结果显示, 干预 3 个月末, 研究组 SAS 评分及 SDS 评分明显低于对照组( $P < 0.05$ ), 研究组角色功能、社会功能、情绪功能、疼痛评分明显优于对照组( $P < 0.05$ )。两组干预前 Barthel 指数评分比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 干预 3 个月末, 研究组 Barthel 指数评分明显优于对照组( $P < 0.05$ )。说明实施 Orem 自护理论进行护理后可以明显改善患者的心

理状况及促进其自理能力大幅度的提升。此外, 研究组护理满意度显著高于对照组( $P < 0.05$ )。这可能是采用 Orem 自护理论进行护理后, 患者与护理人员之间的沟通更多, 护理人员给患者也更多的关心, 护理人员也给患者更优质的护理, 进而提高了护理质量, 让患者感觉满意。本研究的局限之处在于, 临床护理干预的观察时间比较短, 没有对 Orem 自护理论是否可以提高患者的预后进行研究。

综上所述, 将 Orem 自护理论用于妇科化疗患者护理中效果显著, 能有效改善患者心理状况, 提高患者生活质量, 提升其自理能力, 也有益于护理质量的提高, 值得应用及推广。

### 参考文献

- [1] 左艳, 陈静, 刘芯如, 等. 妇科肿瘤化疗期患者照顾者负荷与社会支持相关性研究[J]. 护士进修杂志, 2016, 31(16):1453-1456.
- [2] 廖淑莉, 兰茂林, 黄宛冰, 等. Orem 自理模式在乳腺癌术后化学治疗患者护理中的应用现状[J]. 解放军护理杂志, 2016, 33(14):39-42.
- [3] Mohammadpour A, Rahmati Sharghi N, Khosravan S. The effect of a supportive educational intervention developed based on the Orem's self-care theory on the self-care ability of patients with myocardial infarction: a randomised controlled trial[J]. J Clin Nurs, 2015, 24(11/12):1686-1692.
- [4] 冯希源, 廖书娟, 罗碧如. 妇科化疗患者自我护理能力与健康行为的相关性研究[J]. 中华现代护理杂志, 2013, 19(11):1245-1248.
- [5] Seed S, Torkelson J. Beginning the recovery journey in acute psychiatric care: using concepts from Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory [J]. Issues Ment Health Nurs, 2012, 33(6):394-398.
- [6] 李果. 妇科化疗患者的护理干预[J]. 中国实用医药, 2013, 8(29):211-211.
- [7] 秦冬岩, 李洪莲, 孙莉. 护理干预对卵巢癌化疗患者周围神经毒性及生活质量的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2016, 22(2):83-84.
- [8] Srisuttaya SM, Khemapech N. Quality of Life in ovarian cancer patients choosing to receive salvage chemotherapy or palliative treatment [J]. Asian Pac J Cancer Prev, 2013, 14(12):7669-7674.
- [9] 胡丽娜. 分阶段健康教育在妇科化疗患者优质护理中的

应用[J]. 中医药管理杂志, 2012, 20(12): 1217-1219.

[10] 兰茂林, 颜君, 程捷. Orem 自理模式在脑卒中患者康复期居家照护中的应用[J]. 国际护理学杂志, 2016, 35(4): 433-436.

[11] O'shaughnessy M. Application of dorothea Orem's theory of Self-Care to the elderly patient on peritoneal dialysis [J]. Nephrol Nurs J, 2015, 41(5): 495-497.

[12] 李敏, 杨金舒, 肖信平, 等. 应用 Orem 自护理论护理干预对胃溃疡患者生活质量的影响[J]. 实用医院临床杂志, 2014, 11(4): 183-185.

[13] 刘春云. Orem 自护理论在肿瘤病人护理中的应用[J]. 全科护理, 2011, 9(19): 1749.

[14] Hasanpour-Dehkordi A, Mohammadi N, Nikbakht-Nas-  
• 临床探讨 •

rabadi A. Re-designing Orem's Self-care Theory for Patients with Chronic Hepatitis [J]. Indian J Palliat Care, 2016, 22(4): 395-401.

[15] 乔够梅, 白玫, 杏玲芝. Orem 自护理论在膀胱肿瘤电切患者术后护理中的应用[J]. 护理学杂志, 2013, 28(6): 31-33.

[16] 牛爱君. Orem 自理模式对骨科患者术后疼痛控制及焦虑状态的影响[J]. 中国临床护理, 2016, 8(2): 119-122.

[17] Shah M. Compare and Contrast of Grand Theories; Orem's Self-Care Deficit Theory and Roy's Adaptation Model [J]. Inter J Nurs Didac, 2015, 19(55): 108-121.

(收稿日期: 2016-12-13 修回日期: 2017-01-25)

## 健康教育路径在美容整形门诊手术室的应用及效果评价

黄长琴, 钟 艳

(四川大学华西医院手术室, 成都 610041)

**摘要:**目的 通过在整形美容门诊手术室健康教育路径的实施, 探讨健康教育临床路径对提高整形美容门诊手术患者的满意度及应用效果的作用。方法 将 2015 年 6—12 月的 1 160 例整形美容门诊患者作为研究对象, 按手术时间的先后顺序分成对照组(580 例)和观察组(580 例), 对照组实施常规健康教育护理模式, 观察组实施健康教育临床路径护理模式。结果 对照组患者疾病相关知识、围术期注意事项、术后指导和防疤治疗的知晓率低于观察组(70.1% vs. 92.7%; 85.6% vs. 95.5%; 92.5% vs. 97.6%; 91.0% vs. 94.3%), 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ); 观察组患者总体满意度(85.1%)高于对照组(96.7%), 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。观察组术前准备时间[(6.00 ± 1.15)h]高于对照组[(4.00 ± 1.04)h], 差异有统计学意义( $t = 4.94, P < 0.05$ )。结论 健康教育临床路径的实施可以提高整形美容门诊手术患者对健康教育知识的知晓率、对护理工作的满意度, 同时为患者减少了术前准备时间, 加快了患者的快速康复, 进一步升华了优质护理服务的目标和内涵。

**关键词:**健康教育路径; 整形美容手术室; 满意度

**DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.10.048 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2017)10-1485-03**

健康教育临床路径是为满足患者对健康教育的需求, 依据标准健康计划为某一类患者制订在住院期间进行健康教育的路径或表格, 能指导护士有预见性、主动性开展工作, 并使患者明确自己的护理目标, 自觉参与疾病的护理过程, 以最经济的方式取得最佳治疗效果<sup>[1]</sup>。整形美容门诊手术即非住院手术, 需要实施手术的患者于手术当日来院, 术后经观察无异常即可回家。本科的整形美容门诊手术室已经成立了近 20 年, 每年完成的门诊手术台次呈上升趋势, 主要开展的手术包括体表包块切除术、色素痣切除术、瘢痕切除术、眼袋切除整形术、重睑术、除皱术、隆鼻术及其他的局部微整形手术等。本科于 2015 年 6 月启动了健康教育临床路径护理模式, 将健康教育路径应用于整形美容门诊手术患者的研究中, 取得了很好的效果。现将调查结果报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 整形美容门诊手术室共有 4 个手术床位, 手术医生 18 名, 全部是本科门诊坐诊医生, 均具有美容医师资格证, 护理人员有 3 名。选取 2015 年 6—12 月收治的 1 160 例整形美容门诊患者作为研究对象, 按照手术时间的先后顺序分成对照组(580 例)和观察组(580 例)。对照组中男 223 例, 女 357 例; 年龄 12~68 岁, 平均(41.00 ± 1.38)岁; 观察组中男 207 例, 女 373 例, 年龄 14~64 岁, 平均(39.00 ± 0.98)岁。所有患者的手术均由门诊医生在局部麻醉下行手术治疗。

### 1.2 方法

**1.2.1 对照组** 采用常规健康教育护理模式, 护士根据患者的需求进行健康教育, 包括术前宣教、环境介绍、疾病知识指导、术后指导等。

**1.2.2 观察组** (1)健康教育临床路径表格的制订。临床护理路径是以时间为纵轴, 以入院指导、诊断、检查、用药、治疗、护理、饮食指导、活动、患者及家属教育、出院计划等为横轴, 制订计划表, 实施临床护理干预措施, 使临床护理程序化<sup>[2]</sup>。根据整形美容门诊手术患者对健康教育的需求及对相关疾病的认识程度, 结合快速康复流程的理念, 由医护共同协作制成了标准的健康教育临床路径表, 见表 1。(2)健康教育临床路径的实施。首先组织所有的护理人员对表格进行培训学习, 达成共识, 统一标准, 做到有的放矢; 其次由护士采用健康教育路径表, 对手术患者实施健康教育, 时间分别为预约手术时, 手术前 2 h, 手术过程中, 手术后 2 h, 换药、拆线时, 门诊随访时, 针对不同时间制订标准化的健康教育流程。

**1.3 评价指标** 由专业培训的护士对 1 160 例整形美容门诊手术患者实施调查, 向被调查者说明调查目的和要求, 按调查要求如实填写, 且以不记名的方式进行, 对术后所有回本科换药室拆线的患者在拆完线后进行问卷调查; 对回当地拆线的患者进行电话随访调查, 由调查者口述调查表上所有条目, 被调查者作答, 调查者如实填写。两组患者的评价指标包括患者对