

• 临床探讨 • DOI:10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2019. 08. 031

Orem 自我护理模式在手外伤术后康复中的应用价值研究

黄小娃, 刘 玲, 胡利群

(广东省深圳市龙华区中心医院 518110)

摘 要:目的 探讨 Orem 自我护理模式在手外伤术后康复的应用价值。方法 选择 2015 年 8 月至 2017 年 8 月该院收治的手外伤患者 80 例,采用前瞻性、随机对照研究,两组患者术后评估均由同一组未参与治疗的医师完成。采用随机数字表法将患者分为两组,每组各 40 例。对照组患者实施常规护理,观察组在此基础上实施 Orem 自我护理模式护理。观察两组患者康复锻炼效能、关节总主动活动度、手灵巧度、手精细运动、护理满意度及术后返岗率。**结果** 两组患者干预后 TAM、PPT、NGSES 均明显升高($P<0.05$),但观察组升高幅度更为明显($P<0.05$)。两组患者干预后 MMDT 明显下降($P<0.05$),但观察组下降幅度更大($P<0.05$)。观察组护理满意度明显高于对照组($P<0.05$)。观察组返岗率为 97.5%,明显高于对照组的 85.0%($P<0.05$)。**结论** Orem 自我护理模式护理较常规护理可明显提高手外伤患者康复锻炼效能、关节总主动活动度、手灵巧度、手精细运动、护理满意度及术后返岗率,操作简便易行,值得临床推广。

关键词:Orem 自我护理模; 手外伤; 术后康复

中图分类号:R473

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2019)08-1113-04

手是人体的重要组成部分,也是人类工作与生活的工具,因缺乏保护常常受到各种损伤,发病率一直较高,手外伤导致手功能受损而对患者的劳动能力造成重大的影响^[1-2]。手外伤的患者大部分为青壮年,是家中的经济支柱,也是社会建设的主要力量,给家庭和社会都带来沉重的负担,针对手外伤的治疗不仅要尽可能恢复手部功能,同时还应充分考虑美观方面的要求,治疗时一般采用外科手术的方式,在完成手术后需要对患肢进行一段时间的制动,这期间患者手及上肢运动都受到限制,若忽视对上肢功能的保护与恢复,将对患者后续的生活造成重大的影响^[3]。Orem 自我护理模式是由美国著名护理学家 Orem 在 20 世纪 70 年代提出,自我护理时患者为维持生命、健康及幸福,保证自身功能健康及发展的需要而采取的连续、有意识的行动,Orem 护理模式根据患者自理缺陷的严重程度给予完全补偿、部分补偿和支持教育 3 种护理补偿^[4]。Orem 自我护理模式已在多种疾病中得到应用,但在手外伤患者术后康复方面国内研究较少^[5]。因此本研究旨在为手外伤术后康复护理提供参考,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2015 年 8 月至 2017 年 8 月本院收治的手外伤患者 80 例。纳入标准:(1)有手术外伤史如手指肌腱损伤术后、断肢再植、指间或掌指关节损伤后;(2)患者意识清晰,可与医护人员进行正常交流;(3)患者已获知情同意;(4)年龄 18~65 岁。排除标准:(1)手部风湿性关节炎;(2)手部慢性损伤患者;(3)心、肝、肺、肾等重要脏器严重疾病患者;(4)关

节置换术患者。采用随机数字表法将患者分为两组,每组各 40 例。其中对照组男 26 例,女 14 例;年龄 23~57 岁,平均年龄(36.19 ± 7.81)岁;受伤到手术时间 1~12 h,平均(5.17 ± 2.03)h;挤压伤 20 例,撕裂伤 15 例,其他 5 例。观察组男 23 例,女 17 例;年龄 21~59 岁,平均年龄(35.29 ± 8.19)岁;受伤到手术时间 2~14 h,平均(4.98 ± 2.51)h;挤压伤 18 例,撕裂伤 16 例,其他 6 例。两组患者的性别、年龄、病程、损伤类型等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 对照组患者实施常规护理,内容主要包括健康宣教、血运护理、疼痛护理、及时更换敷料等护理操作。观察组在此基础上实施 Orem 自我护理模式护理:患者完成手术后,护理人员以亲切、热情的态度接待患者,按医嘱对患者实施相应的处置。通过观察、交谈等方式收集资料,对患者的健康状况、自我护理潜能及医生诊断进行综合评估,根据评估结果规划合适的护理系统。在观察组 40 例患者中 32 例自理能力可满足治疗需求,仅需进行部分补偿;8 例患者自理能力不足以达到治疗的需求进行完全补偿,经完全补偿护理恢复自理能力后转为部分补偿护理。(1)完全补偿护理系统:需要完全补偿护理的 8 例患者受伤程度均较为严重,双手活动受限,失去自理能力,这期间需要护理人员提供全面的治疗性护理。包括①生命体征观察。每 4 小时为患者测量 1 次体温与脉搏,术后患者体温可较正常体温稍高,但不宜超过 38℃,1~2 d 恢复正常则无需处理,若患者体温持续 3 d 以上超过 38℃则注意检查患者伤口有无感染或其他并

发症。②注意观察患肢,检查伤口有无渗血、敷料脱落等。若伤口有渗血则应更换敷料并进行加压包扎,抬高患肢,同时注意观察末梢血运情况。③对于双手骨折的患者,护理人员还应帮助患者变换体位。可用软枕帮助患者侧卧,体位以患者感觉舒服为宜。④心理护理。对于需要进行完全补偿护理的患者护理人员应给予更多的关注,除了要帮助患者缓解生理上的疼痛外,还应经常与患者谈心,分散其注意力,了解患者心理状态,适时地进行心理护理。双手受伤的患者日常生活的吃饭、上厕所等基本活动都不能自主完成,容易产生悲观情绪,护理人员应该从身心健康、生活起居等方面给予患者更多的支持与关怀,减少其悲观情绪。另外部分患者会怀疑手术的成功性,担心双手功能不能完全恢复,会落下残疾,丧失劳动能力,对今后的工作、生活造成重大的影响。护理人员应耐心向患者说明手术情况,向其解释手术的目的及术后功能恢复情况等,帮助患者理性地对待治疗结果。(2)部分补偿护理或支持教育:双手外伤的患者经过一段时间完全补偿护理恢复自理能力后及单侧受伤的患者虽然有部分自理能力,但手部功能仍未完全恢复,大部分患者仍有明显的疼痛,需要护理人员用专业的护理知识与足够的心理支持指导患者掌握自我康复护理的相关知识,这段时间需要对患者进行部分补偿护理或支持教育护理。主要包括①冷敷、向心性按摩。患者经过常规康复训练后,手部容易出现肿胀及疼痛,由护理人员指导患者及其家属对患肢进行冷敷,同时指导患者及其家属注意观察皮肤颜色、温度及感觉,防止患者被冻伤,冷敷后对患者进行向心性按摩,促进血液流通,减少炎症因子的滞留而导致肿胀与疼痛,同时按摩还可对患者触觉进行恢复。②对指及夹持、握持训练。由患者主动对指到最大程度,护理人员帮助并指导患者用健手辅助伤手进行对指,在对指过程中注意以患者 VAS 评分控制在 4 分内为宜。对于可完成对指或并指的患者进行夹筷子、硬币、纸张及握持水杯、手机等训练,并鼓励患者用伤手完成吃饭、持杯喝水、拿手机打电话、打牌等动作,在

训练过程中注意循序渐进,防止患者产生厌烦情绪。③皮肤感觉训练。对患者伤手用毛巾、毛刷等进行擦拭以恢复伤手的感觉,擦拭程度注意由轻到重,避免用力过度导致患者皮肤受损。同时准备 1 盆热水(30~60℃)及 1 盆冷水(0~5℃)用健手及伤手同时泡热水中 1~3 min,然后同时泡冷水中 1~3 min,如此交替 10~20 次,每日进行 2 次上述训练。该训练可改善血管收缩以减轻肿痛,同时还可改善伤手感觉异常,但应注意防止冻伤或烫伤。

1.3 评价指标 观察两组患者康复锻炼效能、关节总主动活动度、手灵巧度、手精细运动、护理满意度及术后返岗率,对比以上指标干预前与干预 3 个月后变化情况。康复锻炼效能采用一般自我效能感量表(NGSES)^[6]进行测评,该表共 10 个项目,每项目 1~4 分,得分越高康复效能越好,量表内部一致性系数为 0.872,斯皮尔曼-布朗校正后分半信度系数为 0.811。关节总活动度(TAM)^[7],TAM=患侧总屈曲度-总伸直受限度。手灵巧度采用明尼苏达手灵巧度评定(MMDT)^[8],记录患者将 60 枚棋子按顺序从 1 个位置移到另一个位置所需的时间。手精细运动采用普渡手精细运动评分(PPT)^[9]测评,观察患者用伤手在 30 s 内将钢柱插入指定位置内的根数。护理满意度采用牛洪艳等^[10]设计的《护理满意度量表》进行测评,该量表总表 Cronbach's α 为 0.984 具有较好的信度,共 26~130 分。患者出院 1 个月后由护理人员对其进行电话随访,了解患者返岗或再就业的情况并进行统计。

1.4 统计学处理 采用 SPSS22.0 统计学软件进行数据分析,计数资料以率表示,采用 χ^2 检验,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者手功能恢复情况比较 两组患者干预后 TAM、PPT、NGSES 均明显升高($P < 0.05$),但观察组升高幅度更为明显($P < 0.05$)。两组患者干预后 MMDT 明显下降($P < 0.05$),但观察组下降幅度更大($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组患者手功能恢复情况对比($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	时间	TAM(°)	MMDT(s)	PPT(根)	NGSES(分)
对照组	40	干预前	148.95±25.16	311.74.±15.29	7.51±1.29	21.39±4.13
		干预后	203.27±18.68	239.14±14.81	13.18±1.62	25.02±3.85
<i>t</i>			-3.107	2.852	-3.723	-3.427
<i>P</i>			0.012	0.035	0.003	0.007
观察组	40	干预前	150.28±26.81	309.14±14.93	7.45±1.42	21.61±3.79
		干预后	231.09±19.62	205.19±13.71	16.71±1.93	28.51±4.13

续表 1 两组患者手功能恢复情况对比(̄x±s)

组别	n	时间	TAM(°)	MMDT(s)	PPT(根)	NGSES(分)
t			−4.103	3.957	−5.738	−3.913
P			0.000	0.001	0.000	0.002
t*			−2.579	2.581	−3.105	−3.028
P*			0.048	0.049	0.013	0.014

注：* 为干预后组间比较

2.2 两组患者护理满意度比较 观察组护理满意度 [(109.27±18.71)分]明显高于对照组 [(85.84±15.09)分],差异有统计学意义($P<0.05$)。

2.3 两组患者返岗率比较 对照组患者有 34 例返岗,6 例未返岗,返岗率为 85.0%(34/40);观察组有 39 例患者返岗,1 例未返岗,返岗率为 97.5%(39/40)。观察组返岗率明显高于对照组($\chi^2=3.913, P=0.048$)。

3 讨 论

3.1 手外伤术后患者自我护理的重要性 手是人体重要组成部分,手外伤的患者大部分会出现手部功能障碍,严重影响患者的生活、工作与学习,给患者带来沉重的心理负担。因此对手外伤术后患者进行积极的运动生理与心理方面的护理尤为重要,已成为共识。但早期康复过程会给患者带来不适,且康复时间长患者依从性低,护理模式的选择显得更为重要。Orem 自我护理模式理论设计了 3 种护理系统,护理人员根据患者的自理能力补偿其自理的不足,同时帮助患者克服自理的局限性,以提高患者的自理能力,在自我护理过程中激发患者的信心,提高其治疗的依从性,激发患者的主观能动性,从而使患者迅速康复。在自我护理模式实施过程中护理人员应注意培养患者的自理能力,不应无原则地包揽患者所有的护理活动,当然这并不代表把所有的护理工作都推给患者与家属,护理人员应起到指导、教育与支持的作用^[11]。

3.2 Orem 护理模式的优势与注意事项 手功能伤口愈合 1~2 个月常出现不可逆的后果,受伤后 3 个月内是恢复手功能的重要时间点,护理应贯穿于整个康复过程。本文结果显示两组患者干预后 TAM、PPT、NGSES 均明显升高($P<0.05$),但观察组升高幅度更为明显($P<0.05$)。两组患者干预后 MMDT 明显下降($P<0.05$),但观察组下降幅度更大($P<0.05$)。提示 Orem 自我护理模式对于手功能改善效果更佳,手外伤术后患者康复过程的护理应注意以下几个方面^[12-14]:(1)把握好功能锻炼恢复时期,大部分研究者都推荐在术后 5 d 内实施康复训练效果最好,在具体操作过程中应根据患者的个体差异而选择,避免盲目过早进行康复训练造成二次损伤,训练过程也

应注意循序渐进。(2)准确把握功能锻炼的内容,功能锻炼应注意以促进患者血液循环和功能康复为目的,本文选择冷敷、向心性按摩、夹持、握持、冷热水交替刺激等既可促进血液循环,又能促进手功能康复的项目。(3)长期坚持,提高患者的依从性。Orem 自我护理模式主张护理以患者自我护理为主,护理人员起指导、教育与支持的作用,可以充分激发患者在护理过程中的主观能动性。患者在康复过程中可能出现疼痛等不适,通过自我护理技巧增加了身体的舒适性,增强患者康复的信心及勇气,乐观地面对后续的康复治疗,使患者的护理满意度显著提高。手外伤患者大部分为青壮年劳动力,是家庭的经济支柱,而手外伤后康复效果大都不高,给家庭及社会都带来负担,本文结果显示观察组返岗率为 97.5%,明显高于对照组的 85.0%($P<0.05$)。所以,对手外伤术后患者进行 Orem 自我护理模式可提高患者返岗率,减轻家庭与社会的负担。

综上所述,Orem 自我护理模式护理与常规护理相比,可明显提高手外伤患者康复锻炼效能、关节总主动活动度、手灵巧度、手精细运动、护理满意度及术后返岗率,操作简便易行,值得临床推广。因本文选择样本量小,取得的结果可能有一定的偏差,下一步将进行多中心扩大样本量研究,以进一步论证本文观点。

参考文献

[1] FARZAD M, ASGARI A, DASHAB F, et al. Does disability correlate with impairment after hand injury[J]. Clin Orthop Relat Res, 2015, 473(11): 3470-3476.

[2] BOHAC M, CAMBAL M, ZAMBORSKY R, et al. Maggot therapy in treatment of a complex hand injury complicated by mycotic infection[J]. Bratislavské Lekárske Listy, 2015, 116(11): 671-673.

[3] LEE K, ROH S, LEE D, et al. Skin coverage considerations in a mutilating hand injury[J]. Hand Clin, 2016, 32(4): 491-494.

[4] OREM D E. From American nursing research[J]. Sykepleien, 1970, 57(8): 244-245.

[5] BALÖ B, KAPUCU S. Home nursing care with the self-

care model improves self-efficacy of patients with chronic obstructive pulmonary disease[J]. Jpn J Nurs Sci, 2016, 13(3):365-369.

[6] 冯啸,陈小异.一般自我效能感量表(NGSES)信、效度研究[J].牡丹江师范学院学报(哲学社会科学版),2012(4):127-129.

[7] ROSS D C, MANKTELOW R T, WELLS M T, et al. Tendon function after replantation: prognostic factors and strategies to enhance total active motion[J]. Ann Plast Surg, 2003, 51(2):141-146.

[8] PANDIAN S, ARYA K N, KUMAR D. Effect of motor training involving the less-affected side (MTLA) in post-stroke subjects: a pilot randomized controlled trial[J]. Top Stroke Rehabil, 2015, 22(5):357-367.

[9] HANEWINCKEL R, MAKSIMOVIC A, VERLINDEN V J, et al. The impact of restless legs syndrome on physical functioning in a community-dwelling population of middle-aged and elderly People[J]. Sleep Med, 2015, 16(3):399-405.

[10] 牛洪艳,倪静玉,张玲,等.护理满意度量表在临床住院病人中应用的信效度研究[J].护理研究,2016,30(3):287-290.

[11] AFRASIABIFAR A, MEHRI Z, SADAT S J. The effect of Orem's Self-Care model on fatigue in patients with multiple sclerosis: a single blind randomized clinical trial study[J]. Iran Red Crescent Med J, 2016, 18(8):1-9.

[12] GUO C, DENG H, YANG J. Effect of virtual reality distraction on pain among patients with hand injury undergoing dressing change[J]. J Clin Nurs, 2015, 24(1/2):115-120.

[13] CHEN Y H, HSU C Y, LIEN S H, et al. Entry into vocational rehabilitation program following work-related hand injury: potential candidates[J]. Int J Occup Med Environ Health, 2016, 29(1):101-111.

[14] 曲丽江.综合性护理对行清创治疗急诊手外伤患者疗效的影响[J].中国药物与临床,2016,16(7):1086-1087.

(收稿日期:2018-09-22 修回日期:2018-11-14)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2019. 08. 032

柔性管理对新护士门诊预检分诊服务质量的影响

王晓波

(陕西省安康市中心医院门诊部 725000)

摘要:目的 探讨柔性管理对新护士门诊预检分诊服务质量的影响。方法 选取实施柔性管理前(2015年1月至2016年6月)与实施柔性管理后(2016年7月至2017年12月)2个时间段内各50例患者为研究对象,实施柔性管理前采取传统分诊制度,实施柔性管理后加用标准化柔性管理措施,对比实施前后新护士门诊预检分诊的准确率,患者对护理服务的满意度,护理人员对自身工作的满意度。结果 实施前,50例患者漏诊率6.00%(3/50)、误诊率10.00%(5/50)、分诊准确率为84.00%(42/50),实施后50例患者漏诊率2.00%(1/50)、误诊率4.00%(2/50)、分诊准确率为94.00%(47/50),前后对比差异有统计学意义($P < 0.05$)。实施前50例患者对护理服务满意度为86.00%(43/50),实施后50例患者护理服务满意度为98.00%(49/50),前后对比差异有统计学意义($P < 0.05$)。实施前护理人员对自身工作满意度为80.77%(21/26),实施后为96.15%(25/26),前后对比差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 柔性管理不但能够提高新护士门诊预检分诊的准确率,同时还能够提高患者对护理服务的满意程度,提高护理人员职业认同感,值得进行临床推广。

关键词:柔性管理; 新护士; 门诊预检分诊; 服务质量

中图法分类号:R472

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2019)08-1116-03

门诊预检分诊制度是近些年新兴的医疗模式,其能够有效提高医疗资源利用率,减少患者等待时间,增加危急重症的抢救成功率^[1]。而门诊护士在预检分诊的工作中发挥着重要的作用,护理工作质量直接关系到医院的形象^[2]。柔性管理是一种以柔性管理理论为基础,为实现单位柔性生产而采取的一种管理手段,不同于刚性管理,柔性管理更注重人的心理和行为规律,利用潜在的说服力将组织意志转变为个人自觉行为。近年来柔性管理逐渐在门诊管理中应用,也

取得了显著的效果^[3-4]。本研究探讨了柔性管理对新护士门诊预检分诊服务质量的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取实施柔性管理前(2015年1月至2016年6月)与实施柔性管理后(2016年7月至2017年12月)2个时间段内各50例患者为研究对象。实施前50例患者(对照组)中男26例,女24例,年龄23~49岁,平均年龄(36.26±2.34)岁;实施后50例患者(研究组)中男25例,女25例,年龄22~50