

以 Orem 自护理论为导向的全面护理对出血性胃溃疡患者自护能力及生活质量的影响

周淑婷, 蔡毅玲

(第九〇九医院/厦门大学附属东南医院, 福建 漳州 363000)

【摘要】目的:探讨以奥瑞姆(Orem)自护理论为导向的全面护理对出血性胃溃疡患者自护能力及生活质量的影响。**方法:**将80例出血性胃溃疡患者随机分为两组,每组40例;对照组给予常规护理,研究组给予以Orem自护理论为导向的全面护理;对两组患者的心理状态(SAS、SDS)、自护能力(ESCA)、生活质量(GQOLI-74)和护理满意度进行统计分析。**结果:**护理前,两组患者的SAS和SDS评分、ESCA和GQOLI-74各项评分比较无差异($P>0.05$);护理后,与对照组比较,研究组SAS和SDS评分低($P<0.05$),ESCA和GQOLI-74各项评分高($P<0.05$),护理满意度显著提升($P<0.05$)。**结论:**以Orem自护理论为导向的全面护理有助于缓解出血性胃溃疡患者不良心理,提高其自护能力,改善生活质量,提高护理满意度。

【关键词】出血性胃溃疡; Orem自护理论; 全面护理; 心理状态; 自护能力; 生活质量

【中图分类号】R473.57 **【文献标识码】**A **【文章编号】**1008-4983(2025)02-0224-04

胃溃疡是常见消化系统疾病,发生率较高,病情常迁延难愈,随疾病进展可出现出血情况,若未能及时采取有效治疗,可危及患者生命安全。目前,临床常以药物治疗为主,但只能短暂缓解症状,还需静养、合理控制饮食,有效护理干预是治疗出血性溃疡最好方式^[1]。奥瑞姆(Orem)自护理论强调患者自理,根据其存在的护理问题、自理缺陷给予护理补偿,能改善患者自护能力,在临床护理中的应用十分广泛^[2]。鉴于此,本研究以出血性胃溃疡患者为对象,探讨分析患者实施以Orem自护理论为导向的全面护理的应用效果,以期为临床推广应用提供研究性理论依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 研究选取2021年8月至2023年8月中国人民解放军联勤保障部队第909医院收治的80例出血性胃溃疡患者为对象,采用随机分组原则分为两组,每组40例。对照组男性23例、女性17例;年龄29~70岁,平均(53.14±3.82)岁;体质指数18~27 kg/m²,平均(23.05±2.41) kg/m²;胃溃疡病程2~6年,平均(3.91±1.42)年;出血量200~600 ml,平均(486.50±90.20) ml;受教育年限4~16年,平均(11.05±2.14)年。研究组男性19例、女性21例;年龄31~70岁,平均(53.28±3.92);体质指数18~27 kg/m²,平均(23.09±2.45) kg/m²;胃溃疡病程2~6年,平均(3.86±1.46)年;出血量250~600 ml,平均(497.60±94.00) ml;受教育年限5~16年,平均(11.10±2.17)年。两组患者一般资料比较均衡($P>0.05$)。本研究经医学伦理委员会批准。

1.2 纳入标准与排除标准 纳入标准:(1)参照2016

年西安《消化性溃疡诊断与治疗规范》^[3]诊断标准;(2)并发胃出血,胃溃疡首次出血;(3)患者均常规药物治疗,无精神类疾病,具有一定文化基础,语言交流沟通正常,可配合疗护;(4)患者知晓并同意本研究。排除标准:(1)合并消化道其他部位溃疡、穿孔者;(2)存在慢性消耗性疾病者;(3)患者完全丧失自理能力;(4)既往有胃肠手术史者。

1.3 护理方法 对照组患者给予常规护理:患者入院时给予入院指导,床旁讲述胃溃疡的相关知识、治疗、护理等健康教育,协助患者完善各项检查,遵医嘱给予药物治疗,监护病情,准确记录出血量,评估患者心理变化,巡视查房时主动与患者及其家属交流,解答患者疑惑,消除其思想顾虑,指导其进食少量流质饮食,避免辛辣生冷食物加重溃疡出血,嘱患者保持健康生活习惯,保证充足休息时间,患者出院后给予电话随访,指导患者用药、饮食、作息,解决患者出院后遇到的问题,随访时间为1个月。

研究组患者给予以Orem自护理论为导向的全面护理。(1)建立小组。由科护士长、主治医师、经验丰富的专科护士6名组成,护士长负责小组成员的规范化培训、考核,培训内容包括Orem自护理论知识、应用方法、出血性胃溃疡相关知识、治疗、药物不良反应、护理注意事项、应急处理等;主治医师负责患者的治疗、用药;专科护士负责患者的全部护理,协助医师完成患者的治疗。(2)评估患者自护能力,明确护理目标。每周对患者进行1次自护能力评估,不达标者加强训练频次以最大限度提升自护能力。(3)部分补偿系统。以患者为中心开展全面护理。①心理干预。与患者有目的性交

作者简介:周淑婷(1989-),女,主管护师,主要从事消化护理工作及研究。

流评估其心理状态,根据患者文化程度,耐心为其讲解疾病知识,包括病因、表现、治疗、注意事项、预后等,认真倾听患者述说,并给予回应、肯定,增进护患关系,提高患者护理配合度,指导患者进行自我放松,释放心理压力,教会患者放松疗法,如想象法、音乐疗法、肌肉放松、分散注意力等,同时鼓励患者家属以激励、安慰、关心、肯定等暗示性语言引导患者发泄不良情绪。

②饮食指导。根据患者喜好为其制定个性化饮食方案,强调合理饮食,出血期以流质、半流质、易消化饮食为主,出血停止稳定则以清淡易消化饮食为主,禁止进食辛辣生冷、腌制坚硬的刺激性食物,饮食以少食多餐为原则,鼓励患者进食高维生素、纤维、蛋白质食物,严禁暴饮暴食,监督患者戒烟戒酒。

③运动锻炼。替代式运动锻炼身体,在护理人员或家属辅助下户外慢走,控制步率,调节呼吸,慢走 20 min 停下抖动四肢,活动关节,舒松肌肉;指导患者腹式、胸式呼吸,缓解疲劳;收集八段锦视频指导患者练习,保证动作自然协调、呼吸均匀,早晚练习 30 min。

(4)辅助-教育系统。

①心理干预。引导式提问方法让患者主动说出造成心理烦躁郁闷的原因,根据原因帮助患者找到解决方法,鼓励患者看书看报、观看影视、参与娱乐活动,降低对疾病的关注度。

②健康宣教。护理人员收集疾病相关的资料,结合患者认知情况创建微信群,将资料推送至微信群,督促患者浏览,查房巡视时随机提问,了解患者知识掌握程度。

③技能演练,培养意识。向患者介绍疾病相关自我护理知识,强调自我护理对疾病康复的重要性,树立患者自护意识和责任意识,自护意识较差者需加强护理频次、力度,强化患者的责任意识,自护意识良好者给予鼓励肯定。

④自我监测。指导并教会患者治疗期间的症状、药物反应等准确记录,学习自我管理行为、技能,包括药物使用、血压测量、疼痛评估等。

⑤日常生活技能。根据现场演示、口头讲述、视频观看等方式对自护内容、方法、意义进行讲解,能进行自主翻身、穿衣、进食、服药、洗漱者给予语言激励,练习步行、家务活动、

运动锻炼时护理人员需现场监督指导,纠正患者错误姿势,鼓励其尽可能依靠自己,减少对家属、护士的依赖,树立正确行为活动能力。

(5)出院护理。患者出院后给予微信随访,护理人员将疾病知识、药物使用、护理干预重点、运动锻炼方式推送至微信群,让患者自行查看,保证用药准确、饮食合理、运动锻炼、规律作息,随访时间为 1 个月。

1.4 观察指标

1.4.1 心理状态 护理前后以焦虑、抑郁自评量表(SAS、SDS)评估,SAS、SDS 分别为 20 个项目,每个项目 1~4 分,自评结束后每项得分相加得到粗分,粗分 × 1.25 得到标准分,SAS 分数 ≥ 50 分为有焦虑情绪;SDS 分数 ≥ 53 分为有抑郁情绪,分值与心理状态呈反比^[4]。

1.4.2 自护能力 护理前后参照自护能力测定量表(ESCA)评估,共 4 个维度,43 个项目,每项 0~4 分,自我概念 8 项(0~32 分)、自我护理技能 12 项(0~48 分)、自护责任感 6 项(0~24 分)、健康知识水平 17 项(0~68 分),分值与自护能力呈正比^[5]。

1.4.3 生活质量 护理前后用生活质量综合评定问卷(GQOLI-74)评估,共 4 个维度,共 74 个项目,每个项目 1~5 分,躯体功能 20 项(20~100 分)、心理功能 20 项(20~100 分)、社会功能 20 项(20~100 分)、物质生活 14 项(14~70 分),分值与生活质量呈正比^[6]。

1.4.4 护理满意度 根据文献^[7]评估,患者对护理服务的满意度分为 3 个等级,总分 100 分,非常满意 86~100 分、基本满意 60~85 分、不满意 0~59 分;满意度 = (非常满意 + 基本满意)例数/总例数 × 100%。

1.5 统计学分析 研究数据采用 SPSS24.0 统计分析软件处理。计量、计数资料分别用 $(\bar{x} \pm s)$ 、 $[n(\%)]$ 表示,比较用 t 、 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 心理状态 护理前两组患者的 SAS、SDS 评分比较无差异 ($P > 0.05$),护理后研究组患者的 SAS、SDS 评分低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者护理前后心理状态比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	SAS		SDS	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	40	54.62 ± 4.36	45.28 ± 3.71 *	55.94 ± 4.92	46.03 ± 3.53 *
研究组	40	54.73 ± 4.29	42.29 ± 3.64 *	56.05 ± 4.86	43.82 ± 3.46 *
t		0.114	3.638	0.101	2.828
P		0.910	0.000	0.920	0.006

注:与本组护理前比较,* $P < 0.05$ 。

2.2 ESCA 评分 护理前两组患者的 ESCA 各项评分比较无差异 ($P > 0.05$),护理后研究组 ESCA 各项评分高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 GQOLI-74 评分 护理前两组患者的 GQOLI-74 各项评分比较无差异 ($P > 0.05$),护理后研究组 GQOLI-74 各项评分高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 3。

表2 两组患者护理前后 ESCA 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	自我概念		自我护理技能		自护责任感		健康知识水平	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	40	20.36 ± 3.11	25.14 ± 2.73 *	31.05 ± 2.24	39.95 ± 2.16 *	16.53 ± 1.14	19.11 ± 1.04 *	43.68 ± 3.41	54.94 ± 2.54 *
研究组	40	20.29 ± 3.14	27.35 ± 1.54 *	31.11 ± 2.31	42.61 ± 2.17 *	16.61 ± 1.07	20.85 ± 1.52 *	43.53 ± 3.47	58.16 ± 2.11 *
<i>t</i>		0.100	4.459	0.118	5.495	0.324	5.975	0.195	6.167
<i>P</i>		0.920	0.000	0.906	0.000	0.747	0.000	0.846	0.000

注:与本组护理前比较,* $P < 0.05$ 。

表3 两组患者护理前后 GQOLI-74 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	躯体功能		心理功能		社会功能		物质生活	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	40	65.68 ± 7.14	83.14 ± 5.31 *	58.61 ± 4.25	78.11 ± 4.15 *	65.33 ± 5.43	87.53 ± 4.25 *	40.69 ± 4.32	59.93 ± 4.36 *
研究组	40	66.25 ± 7.21	86.21 ± 4.38 *	58.42 ± 4.19	82.36 ± 4.26 *	64.86 ± 5.57	89.63 ± 4.17 *	40.94 ± 4.23	62.45 ± 3.94 *
<i>t</i>		0.355	2.821	0.201	4.520	0.382	2.231	0.262	2.712
<i>P</i>		0.723	0.006	0.841	0.000	0.703	0.029	0.794	0.008

注:与本组护理前比较,* $P < 0.05$ 。

2.4 护理满意度 统计结果显示:对照组患者非常满意15例、基本满意19例、不满意6例,护理满意度为85.00% (34/40);研究组患者非常满意22例、基本满意18例,护理满意度为100.00%;组间差异显著($\chi^2 = 4.505$, $P = 0.034$)。

3 讨论

胃溃疡患病率较高,随黏膜肌层损害加重,易诱发出血,增加死亡风险,需进行系统治疗,修复胃黏膜、止血^[8]。然而仅靠药物治疗难以根本缓解病情,需加强患者自我保健意识,确保持续治疗,以达到改善预后,提高生活质量的目的。

常规护理缺乏针对性,忽视患者主观能动性,使其自护能力欠佳^[9]。Orem 自护理论是根据个人护理经验结合多学科、多角度的部分理论家思想观点形成的护理理论,该理论模式主要要求患者主动参与整个诊治过程,提高护理中的自主性,护理人员根据对患者自护缺陷的评估,对其进行克服、代替或补偿,以达到满足患者自护需求的目的^[10-11]。Orem 自护理论认为人是具有学习能力的,通过自觉学习满足自我护理需求,可调动患者主观能动性^[12]。全面护理以人为中心,是一种全方位的护理模式,结合患者病情发展对其身心实施全方位照顾,可最大限度缓解患者痛苦,较常规护理更全面科学^[13]。本研究以 Orem 自护理论为导向的全面护理对出血性胃溃疡患者实施干预,结果显示研究组 SAS、SDS 评分较对照组更低,提示该护理可缓解患者不良心理,出血性胃溃疡患者除胃部不适外,因其病程长,可反复发作特点,导致患者出现负性情绪,使其护理依从性下降,影响疾病康复,本研究护理中以患者为中心开展全面护理,通过与患者的有效交流评估其心理状态,引导式提问让其主动说出造成心理烦躁郁闷的原因,向患者讲解疾病相关知识,消除其顾虑,同时指导患者学会自我放松,鼓励家属参与到护理中,通过暗示性语言引导患者发泄负

性情绪。出血性胃溃疡患者自理能力未完全丧失,因缺乏对疾病的认知,自理能力未能正常得以发挥^[14]。本研究结果显示,研究组 ESCA 各项评分明显高于对照组,提示以 Orem 自护理论为导向的全面护理可提高患者自护能力,Orem 自护理论本身是一种针对自护能力的护理方式,其核心是帮助患者提高自护能力,在本护理中,通过评估患者自护能力,明确对患者进行部分补偿还是辅助-教育,明确护理目标,对部分补偿患者给予饮食指导,个性化给予饮食干预,强调合理饮食、少食多餐,让患者了解合理饮食的重要性,运动方面以替代式运动为主,在护理人员或家属辅助下慢走、八段锦训练,让患者认识到保持良好心态、合理饮食、健康习惯、运动锻炼的必要性;对辅助-教育给予健康宣教,强化患者对相关知识的掌握,查房巡视时随机提问患者,了解患者知识掌握程度,对不足之处针对性补偿,在通过技能演练,培养患者自护意识,指导其自我监测,掌握日常生活技能,纠正患者的错误行为,鼓励其尽可能依靠自己,减少对家属、护士的依赖,提高其自护能力。本研究中研究组 GQOLI-74 各项评分更高,提示以 Orem 自护理论为导向的全面护理利于提高患者生活质量,分析认为 Orem 自护理论为导向的全面护理应用缓解患者负性情绪,使其保持良好的心态、正确的认知,患者拥有较强的自护能力,使其能积极面对疾病,定位自我责任,将自身潜能发挥到最大限度,促进疾病康复,进而提升生活质量。本研究结果还显示,研究组护理满意度较对照组,提示以 Orem 自护理论为导向的全面护理得到患者认可,提高护理满意度,本护理中除对患者行院内护理使其保持良好心态接受护理、提高自护能力外,患者出院后仍以微信方式进行随访,加强患者对疾病的认识,使其坚持运动锻炼,正确用药,规律作息,一定程度上拉近了护患距离,因此,患者护理满意度较高。

综上所述,以 Orem 自护理论为导向的全面护理能缓