

的干预效果显著。在 CRRT 的治疗应用中,要求护士具备熟练的 CRRT 技术操作能力、一定的英语水平及风险应急能力,确保机器安全运行,要有慎独的专业精神及风险预警意识,密切观察病情及机器监测系统,避免不良事件的发生。精心护理、关注细节是保证 CRRT 治疗顺利进行的关键,随着 CRRT 治疗技术的不断进步及治疗方法的不断改善,CRRT 已成为各种危重病救治的重要支持措施,CRRT 无绝对禁忌证,但凝血功能严重障碍或活动性出血严重的病人慎用。而 CRRT 体外循环抗凝方法的合理应用、血管通路的通畅性、机器性能的稳定性是保证治疗连续性的基础,因此一系列综合护理的干预是提高治疗效果的先决条件。

[参 考 文 献]

- [1] 黄金. 血液净化专科护理[M]. 湖南: 科学技术出版社, 2010: 140.
- [2] 郑晓艳, 金爽. 血液净化专科护士实践手册[M]. 北京: 化学工业出版社, 2013: 146.
- [3] 尹桂梅, 韩红敏. 循证护理在截瘫病人压疮护理中的应用[J]. 中国误诊学杂志, 2008, 8(26): 6332.
- [4] 李英. 无肝素抗凝 CRRT 治疗的临床观察及护理[J]. 当代护士, 2013, 6: 23.
- [5] 蒋国莲, 吴文华. 危重症病人应用 CRRT 的临床及心理护理[J]. 中国医药指南, 2012(12): 61.
- [6] 李艳娟. ICU 个性化护理的重要性[J]. 现代护理, 2013(9): 81.
- [7] 欧阳红莲, 潘卫红, 陈红. 重症监护室床边行 CRRT 护理的策略解析[J]. 吉林医学, 2014, 11(35): 32.

(本文编辑 刘璐)

[文章编号] 1000-2200(2018)09-1251-03

· 护理学 ·

自我效能护理干预在脑梗死病人康复期的应用效果分析

周文娟, 郑晓芳

[摘要] **目的:** 探讨自我效能护理干预在脑梗死病人康复期的应用效果。 **方法:** 选取缺血性脑梗死病人 80 例, 随机分为 2 组, 各 40 例。对照组病人采取常规护理措施, 观察组病人在常规护理措施的基础上采取自我效能护理干预, 观察 2 组病人护理干预后的临床疗效、护理满意度、护理依从率、护理舒适度、血脂水平(总胆固醇、三酰甘油、低密度脂蛋白胆固醇含量)、肢体运动功能(NIHSS 评分)、生活能力(BI 指数)的差异。 **结果:** 观察组病人护理干预后的临床总有效率为 95.00%, 明显高于对照组的 67.50% ($P < 0.01$); 观察组病人的护理满意度、护理依从率和护理舒适度亦均高于对照组 ($P < 0.05 \sim P < 0.01$); 与护理前比较, 护理后 2 组病人血脂水平和 HINSS 评分均有下降 ($P < 0.05 \sim P < 0.01$), 且观察组病人下降幅度更为明显 ($P < 0.01$); 2 组病人 BI 指数均有升高 ($P < 0.05$), 且观察组 BI 指数升高幅度大于对照组 ($P < 0.01$)。 **结论:** 在常规护理的基础上采取自我效能护理干预能显著提高缺血性脑梗死病人的临床疗效和护理满意度、护理依从率以及护理舒适度, 同时可以更明显地促进病人肢体功能和生活自理能力的恢复, 适于缺血性脑梗死病人的康复期, 值得在临床上推广应用。

[关键词] 缺血性脑梗死; 自我效能护理干预; 康复期**[中图分类号]** R 743.33**[文献标志码]** A**DOI:** 10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2018.09.038

脑梗死是临床上常见的脑血管疾病之一, 在老年人群中的发病率较高^[1]。据相关报道称, 我国目前每年大约会增加 100 万的缺血性脑梗死病人, 其中大多数病人最终都丧失劳动能力, 严重的则生活不能自理^[2]。由于该病的高致残率, 病人康复期的护理就显得至关重要。本文主要通过对康复期的缺血性脑梗死病人在常规护理干预基础上采取自我效能护理干预, 探讨其应用效果。现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2015 年 1 月至 2016 年 1 月收治的缺血性脑梗死病人 80 例, 将其随机分为 2 组, 各 40 例。观察组中男 21 例, 女 19 例, 年龄 49 ~ 73 岁; 对照组中男 20 例, 女 20 例, 年龄 52 ~ 72 岁。所有病人均排除合并严重感染、严重外伤、肝肾功能异常、肢体畸形及重度精神病者, 且均自愿签署知情同意书并经伦理委员会批准。2 组病人年龄、性别均具有可比性。

1.2 方法 对照组病人采取常规护理措施, 主要是对病人进行用药指导和住院环境的护理。观察组病人在常规护理措施的基础上采取自我效能护理干预。(1)健康教育: 向病人及家属普及与缺血性脑

[收稿日期] 2016-11-03 [修回日期] 2017-11-03

[作者单位] 中山大学附属第八医院(深圳 福田) 心血管中心, 广东深圳 518033

[作者简介] 周文娟(1981-), 女, 主管护师。

梗死相关的知识和部分简单的防治措施以及在康复期怎样更好地配合治疗。可以通过一对一的讲座模式进行宣教,也可以利用 PPT 等影像资料进行团体宣教,同时向病人介绍自我效能的概念和如何培养自我效能,要告诉病人在心里不断地暗示自己“我可以做到”^[3]。(2)心理干预:由于缺血性脑梗死的高致残率使病人的心理承受着一定的压力,可能会出现烦躁、焦虑等不良情绪,护理人员应及时发现并及时排解,多与病人沟通交流,给病人更多的关心,了解病人的心理特征,同时与病人家属建立良好的互信关系,共同帮助病人摆脱不良情绪,积极地配合康复治疗,早日康复^[4]。(3)案例教育:护理人员可以将以往成功的案例展示给病人及家属,增强病人和家属对康复的信心,给病人更多的鼓励,提高病人的康复动力,同时对改善病人心理状况和增强病人自我效能也有一定的促进作用^[5]。

1.3 评价指标 (1)护理效果:病人积极配合医务人员的康复治疗、日常康复训练配合良好、情绪乐观且平稳、护理依从性好为显效;病人基本上能配合康复治疗 and 训练、情绪较为平稳且恢复信心较强为有效;病人不配合康复治疗 and 训练、消极对待康复治疗且情绪极度不稳定为无效^[6]。有效率为显效和有效人数所占据的百分比。(2)血脂水平:包括总胆固醇(TC)、三酰甘油(TG)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)。(3)病人对护理措施的评价:包括护理满意度、依从率、舒适度3个方面内容。(4)肢体运动功能:采用美国国立卫生研究院制定的NIHSS评分量表对病人进行肢体运动功能的量化评分,得分越高表示肢体运动能力越差。(5)生活能力:采用巴氏指数(BI指数)对病人独立生活能力进行量化评分,得分越高表示其独立生活能力越好。

1.4 统计学方法 采用 χ^2 检验、Fisher's 精确概率法、 t (或 t')检验。

2 结果

2.1 2组病人的临床护理效果比较 观察组病人护理干预后的临床总有效率为95.00%,明显高于对照组的67.5%($P < 0.01$)(见表1)。

2.2 2组护理前后血脂水平变化比较 与护理前比较,所有病人TC、TG、LDL-C均有不同程度的下降($P < 0.05$),且观察组血脂变化幅度明显大于对照组($P < 0.01$)(见表2)。

2.3 2组病人护理满意度、依从率和舒适度比较

观察组病人的护理满意度、依从率和舒适度均高于对照组($P < 0.05 \sim P < 0.01$)(见表3)。

表1 2组病人的临床护理效果比较[n ;百分率(%)]

分组	n	显效	有效	无效	总有效率/%	χ^2	P
观察组	40	26	12	2	38(95.00)		
对照组	40	9	18	13	27(67.50)	9.93	< 0.01
合计	80	35	30	15	65(81.25)		

表2 2组治疗前后血脂水平变化比较

分组	n	TC/(mmol/L)	TG/(mmol/L)	LDL-C/(mmol/L)
治疗前($\bar{x} \pm s$)				
观察组	40	5.23 ± 1.07	1.53 ± 1.16	3.89 ± 1.12
对照组	40	5.25 ± 1.05	1.52 ± 1.17	3.89 ± 1.10
t	—	0.08	0.04	0.00
P	—	> 0.05	> 0.05	> 0.05
治疗后($\bar{d} \pm s_d$)				
观察组	40	-0.73 ± 0.12*	-0.57 ± 0.05*	-0.70 ± 0.28*
对照组	40	-0.49 ± 0.37*	-0.21 ± 0.35*	-0.22 ± 0.37*
t	—	3.90#	6.44#	6.54
P	—	< 0.01	< 0.01	< 0.01

组内配对 t 检验: * $P < 0.05$; #示 t' 值

表3 2组病人护理满意度、依从率和舒适度比较[n ;百分率(%)]

分组	n	护理满意度	护理依从率	护理舒适度
观察组	40	40(100.00)	38(95.0)	40(100.00)
对照组	40	31(77.50)	28(70.0)	32(78.05)
合计	80	71(88.75)	66(82.5)	72(90.00)
χ^2	—	8.01	3.74	5.29
P	—	< 0.01	< 0.05	< 0.05

2.4 2组病人护理前后肢体运动能力及独立生活能力的比较 与护理前比较,护理后2组病人HINSS评分均有下降($P < 0.05$),BI指数均有升高($P < 0.05$);且观察组HINSS评分下降幅度、BI指数增加幅度均明显大于对照组($P < 0.01$)(见表4)。

3 讨论

脑梗死发病后其病灶周围往往存在缺血半暗带,而且随着病情恶化,缺血半暗带会发生明显的级联反应,如不及时治疗可导致残疾甚至死亡。早期疏通闭塞脑血管、延缓病情进展、挽救缺血半暗带神经细胞并重建其功能是临床治疗脑梗死的关键^[7]。

表 4 2 组病人护理前后肢体运动能力及独立生活能力的比较

分组	n	HINSS 评分/分	BI 指数
治疗前($\bar{x} \pm s$)			
观察组	40	12.38 ± 4.28	36.27 ± 9.88
对照组	40	12.42 ± 4.09	36.50 ± 10.24
t	—	0.04	0.10
P	—	>0.05	>0.05
治疗后($\bar{d} \pm s_d$)			
观察组	40	-8.16 ± 2.05	46.26 ± 6.45
对照组	40	-3.68 ± 1.36	23.07 ± 8.87
t'	—	11.52	13.37
P	—	<0.01	<0.01

脑梗死病人脑组织不同程度的缺血或缺氧,将引发神经功能缺失,其临床症状多以神经和肢体症状为主,大多表现为躯体运动障碍和语言障碍等,对病人的健康和生命安全造成了严重的影响,同时也为病人的家庭和社会造成了极大的负担^[8]。

自我效能护理干预就是培养病人的自我效能,也就是要让病人自己对办好一件事充满信心。对康复期的缺血性脑梗死病人来说,当其心理对恢复劳动能力充满信心病情就会有所好转,好转之后就会让病人的自我效能变得更强大,当自我效能越来越强的时候,病人就会非常自信,做事的积极性也就会特别高^[9]。自我效能护理干预,不仅确保一般传统护理,还要提高病人自我效能^[10]。医护人员每天要与病人进行交谈沟通,例如给病人讲一些积极向上的事例,病人成功治愈的案例;或者劝解病人积极配合治疗,按时吃药,健康饮食;或者给病人讲些轻松的笑话,让病人保持好心情。同时建议病人家属多陪陪病人,让病人感受到亲人的关怀和担心^[11-12]。本研究对观察组病人采用自我效能护理干预,结果显示观察组病人护理干预后的临床总有效率为 95.00%,明显高于对照组的 67.50%;观察组病人的护理满意度、护理依从率和护理舒适度亦均高于对照组。护理后,观察组血脂水平下降量多于对照组。表明观察组治疗可明显缓解病人高血脂状况,具有积极意义。护理前后,所有病人 HINSS 评分、BI 指数均有不同程度的下降,说明无论何种护理方法,病人转归过程中肢体功能和生活自理能力均有一定程度的提升,但是观察组 HINSS 评分下降幅度、BI 指数增加幅度均明显大于对照组,说明观察组病人所

采取的护理措施更有益于促进病人肢体功能和生活能力的恢复。原因在于自我效能护理干预强化了病人康复信念,其能主动参与到肢体功能的锻炼和恢复过程中,同时通过日常自理活动来锻炼肢体,强化机体的运动能力^[10-12]。

综上所述,本研究结果显示,在常规护理的基础上采取自我效能护理干预能显著提高缺血性脑梗死病人的临床疗效和护理满意度、护理依从率以及护理舒适度,同时可以更为明显的促进病人肢体功能和生活自理能力的恢复,值得在临床上推广应用。

[参 考 文 献]

- [1] 史桂荣,郑欣颖,王学风,等.自我效能护理干预在脑梗死病人康复期的应用效果[J].国际护理学杂志,2014,14(12):3444.
- [2] 陈燕华,魏琳,张小培,等.自我管理对脑梗死病人血脂和自我效能的影响[J].护理研究,2014,8(16):1937.
- [3] 王琳,赵雅宁,李建民,等.脑梗死住院病人自我效能水平及影响因素[J].河北联合大学学报(医学版),2012,14(2):159.
- [4] 赵雅宁,曹书华,王红阳,等.自我效能水平对脑梗死病人恢复期执行功能障碍状况的影响[J].现代预防医学,2014,41(21):3941.
- [5] 龚礼敏,张雅丽,蔡琰,等.中医护理方案在中风(脑梗死康复期)病人护理中的应用[J].全科护理,2015,11(7):601.
- [6] PANG J,ZHANG Z,ZHENG TZ. Green tea consumption and risk of cardiovascular and ischemic related diseases:a meta-analysis[J]. Int J Cardiol,2016,202:967.
- [7] CHOI BI, LEE HJ, HAN JK, et al. Detection of hypervascular nodular hepatocellular carcinomas: value of triphasic helical CT compared with iodized oil CT[J]. AJR,2013,157(2):219.
- [8] KHAN MA, COMBS CS, BRUNT EM, et al. Positron emission tomography scanning in the evaluation of hepatocellular carcinoma[J]. Ann Nucl Med,2012,14(2):121.
- [9] TABIT CE, CHUNG WB, HAMBURG NM, et al. Endothelial dysfunction in diabetes mellitus: molecular mechanisms and clinical implications[J]. Rev Endocr Metab Disord, 2014, 11(1):61.
- [10] ENDEMANN DH, SCHIFFRIN EL. Endothelial dysfunction[J]. J Am Soc Nephrol,2015,15(8):1983.
- [11] IZZARD AS, RIZZONI D, AGABITI-ROSEI E, et al. Small artery structure and hypertension: adaptive changes and target organ damage[J]. J Hypertens,2011,23(2):247.
- [12] ZHANG Y, LI W, YAN T, et al. Early detection of lesions of dorsal artery of foot in patients with type 2 diabetes mellitus by high-frequency ultrasonography[J]. J Huazhong Univ Sci Technol Med Sci,2011,29(3):387.

(本 文 编 辑 刘 璐)