

# Orem 自护理论在颅脑肿瘤术后患者中的应用效果观察

程红爱

(宣城市人民医院综合病区 安徽宣城 242000)

**【摘要】**目的 探讨研究Orem自护理论在颅脑肿瘤术后患者中的应用效果。方法 选取2018年1月份-2019年12月份我科收治的26例颅脑肿瘤行手术治疗的患者作为对照组,并予实施常规的护理;选择2020年1月份-2021年12月份我科收治的24例颅脑肿瘤行手术治疗的患者作为观察组,并在常规护理的基础上实施Orem自护理论。比较所选两组的患者行干预后的负性情绪、生活自理能力及术后并发症的实际发生情况。结果 进行干预后,观察组的患者焦虑评分(SAS)和抑郁评分(SDS)均低于对照组(P<0.01);同时观察组患者的生活自理能力评分也明显高于对照组(P<0.01);观察组患者术后出现并发症的概率为4.17%(1/24)也低于对照组的30.77%(8/26)( $\chi^2=4.317, P=0.038$ ),两组进行差异比较均存在统计学意义。结论 对神经外科颅脑肿瘤行手术治疗的患者应用Orem自护理论,不但能够提高患者术后生活自理能力,而且还能降低患者术后出现并发症的概率,并能有效改善患者心情,起到促进患者早日康复的积极作用。

**【关键词】** 颅脑肿瘤; Orem自护理论; 自理能力; 并发症

Application of Orem self-care theory in patients with brain tumor after operation

Cheng Hongai

(People's Hospital Neurosurgery Cheng Hongai 242000)

**[Abstract]** Objective To investigate the application of Orem self-care theory in patients with brain tumors after surgery. Methods From January 2018 to December 2019, 26 patients with craniocerebral tumors admitted to our department for surgical treatment were selected as the control group, and routine nursing was carried out; 24 patients with craniocerebral tumors admitted to our department from January 2020 to December 2021 were selected as the observation group, and Orem self-care theory was implemented on the basis of routine nursing. The negative emotions, self-care ability and the actual occurrence of postoperative complications of the two groups were compared after intervention. Results After intervention, the anxiety score (SAS) and depression score (SDS) of patients in the observation group were lower than those in the control group (P<0.01); At the same time, the scores of self-care ability in the observation group were also significantly higher than those in the control group (P<0.01); The probability of postoperative complications in the observation group was 4.17% (1/24), which was also lower than 30.77% (8/26) in the control group ( $\chi^2=4.317, P=0.038$ ). The difference between the two groups was statistically significant. Conclusion The application of Orem self-care theory to patients with neurosurgical craniocerebral tumors undergoing surgical treatment can not only improve their ability to take care of themselves after surgery, but also reduce the probability of postoperative complications, effectively improve their mood and play a positive role in promoting their early recovery.

**[Key words]** brain tumor; Orem self-care theory; Self care ability; complication

颅脑肿瘤是一种神经系统肿瘤,主要发生于颅腔中,随着肿瘤的增长,越来越大的瘤体会严重影响机体健康,并促进患者心理应激的产生。当前技术条件下,进行外科手术是其临床上最直接、最有效的治疗方式,但是因为颅内解剖位置的特殊性等不利因素的影响,手术治疗的难度较大<sup>[1]</sup>,同时手术治疗效果会受到心理应激的不良影响,进而影响术后机体恢复,因此需要积极有效地护理患者。常规术后护理已被临床认可,但针对性不强,在促进患者康复方面尚待改进<sup>[2]</sup>。而 Orem 自护理论是目前临床上一种新出现的指导护理的方法,该理论着重是强调患者应进行自我护理的概念,并把理论作为实践的前提条件<sup>[3]</sup>,让患者参与医疗与护理,在保证患者安全的同时,也让患者获得一种自我认可。本研究给予颅脑肿瘤术后的患者运用 Orem 自护理论来达到减少术后并发症的几率,并起到提高患者术后自理能力的作用,最后取得了满意效果,现详细报道如下。

## 1.1 一般资料

首先选取 2018 年 1 月至 2019 年 12 月期间我科收治的 26 例颅脑肿瘤并已行手术治疗的患者作为对照组;2020 年 1 月至 2021 年 12 月我科收治的 24 例颅脑肿瘤并已行手术治疗的患者作为观察组。观察组 24 例中,其中男性 11 例,女性 13 例,年龄分布在 29-78 岁,平均年龄则为 59.58 ± 12.89 岁;对照组 26 例中,其中男性 9 例,女性 17 例,年龄分布在 26-84 岁的范围内,平均年龄则为 56.69 ± 12.94 岁;纳入标准为:①均出现了相当程度的视盘水肿或(和)呕吐等临床的表现;②均符合颅脑肿瘤的诊断条件;③都已经经 CT 或 MRI 检查并确诊。排除标准:①存在严重颅内感染的患者;②患者存在多脏器功能衰竭的;③存在手术禁忌症或由于其他原因不能进行手术治疗者。所有患者均取得知情同意并签字。观察组与对照组患者的性别、年龄及肿瘤类型等一般情况比较差异没有统计学意义(P>0.05),具有可比性。见表 1。

## 1 资料与方法

表 1 观察组于对照组患者的一般资料比较

项目	分类	观察组 (n=24)	对照组 (n=26)	检验值 (t/ $\chi^2$ )	P
年龄 (岁)		59.58 ± 12.89	56.69 ± 12.94	0.791 <sup>①</sup>	>0.05
性别	男性	11 (45.83)	9 (34.62)	0.654 <sup>②</sup>	0.419
	女性	13 (54.17)	17 (65.38)		
肿瘤类型	脑膜瘤	5 (20.83)	10 (38.46)	1.847 <sup>②</sup>	0.174
	垂体瘤及其他	19 (79.17)	16 (61.54)		

注:表中“①”为t值,“②”为 $\chi^2$ 。



1.2 方法

1.2.1 对照组

给予常规护理。①及时完善术前相关准备，并向患者和家属进行手术前健康宣教，同时给予发放健康教育手册。术后患者入监护室，严密监测患者神志、瞳孔及生命体征，告知患者及家属可能存在的并发症及术后注意事项，协助并指导患者术后功能锻炼。②出院前根据患者的现状及出院后可能出现的健康问题给予出院指导。

1.2.2 观察组

①完全补偿系统。手术结束后在患者未清醒前、暂无自理能力的阶段，应将护理主导指定为医疗护理人员。作为责任护士要对患者的各项生命体征给予严密监测，并需协助患者保持去枕平卧体位，头稍微偏向一边，从而防止患者出现误吸情况。同时床旁备吸痰、吸氧装置，根据患者实际情况随时对呼吸道分泌物进行清理，预防肺部感染的发生。待患者苏醒以后，要帮助其保持在较舒适的体位，并每 2h 协助患者翻一次身。同时应对肢体进行适当按摩并保证肢体处在功能位，在保证患者处于舒适状态的同时，能够起到预防下肢深静脉血栓发生的目的。对于术后疼痛进行有效处理，在患者感觉轻微疼痛时给予适当转移患者注意力并告知疼痛的原因及可能维持的时间；在患者感到疼痛难以耐受时应遵医嘱及时给予药物进行镇痛治疗并要评估药物疗效与不良反应。以期尽最大的努力使患者的合理需求能够得到有效的满足；②部分补偿阶段。待患者完全清醒、部分自理能力恢复阶段，对患者进行引导，使其积极参与到各项护理工作中去，如鼓励患者对情绪进行自我调节，对愉悦的心情进行有效保持，将心理应激反应适当减轻等；术后应保持清淡、易消化饮食，鼓励患者与护士一起制定符合自己的个性化的饮食计划并对照落实<sup>[9]</sup>；鼓励患者术后进行有效肢体功能锻炼，卧床阶段指导患者进行床上功能锻炼，护士做一遍，让患者跟着做一遍，做对给予适当奖励；鼓励患者自己洗漱和进食；鼓励患者对自己的真实感受进行正确表达并对其给予有效的疏导与引导等等；③支持-教育系统。在患者向康复期、进入自理能力较好阶段，可先鼓励患者尝试下床活动，渐渐过度到正常生活；在患者无导管、无头痛头晕不适、可下床活动时，可鼓励患者与护士一起跳广播体操，早晚各一次，每次 10 分钟，以患者不感明显疲劳为宜；对于偏瘫患者应积极鼓励实施健侧肢体的主动活动以及患侧肢体的被动性功能锻炼；对术后失语者鼓励其进行发声训练，同时帮助患者坚定战胜疾病的信心<sup>[9]</sup>；向患者积极讲解颅脑肿瘤相关知识，将早期观察与预防术后并发症的方法教给患者等，并对护患沟通进行强化，依据患者心理需求个体化疏导患者不良心理，一天 2 次，每次 15min；并要求一到两个亲近的家属 24h 不间断陪伴，陪其吃饭、陪其锻炼、陪其说说外面的新鲜事物，让患者不会与社会生活脱节，建立患者对未来生活的自信心并保持心情的愉悦。依据患者及其家属实际情况培训其术后自我康复技能，对其自护能力进行强化。在患者出院后采用微信平台、家访或电话随访等方式对患者进行健康指导并定期督促患者来院复查。

1.3 观察指标

需在患者入院时和给予护理 1 周后或者在出院前对患者焦虑和抑郁负性情绪及患者生活自理能力三方面进行评估。①焦虑：采用焦虑自评量表（SAS），其包括 20 个子项目内容，每个项目分 4 级<sup>[6]</sup>。SAS 标准分以是否达到 50 分作为是存在焦虑状态的分界，标准分分值越高，则症状就越严重<sup>[7]</sup>。②抑郁：采用抑郁自评量表（SDS），其包括 20 个子项目内容，每个项目分 4 级<sup>[6]</sup>。SDS 标准分以是否达到 53 分

作为是否存在抑郁状态的分界，若得分越高，则抑郁的倾向就越明显<sup>[7]</sup>。③生活自理能力的评估则采用 ADL 评估量表（Barthel 指数），该量表的评估内容则包括有洗澡、进食、穿衣、修饰、控制小便、控制大便、用厕、床旁椅转移、平移行走 45m、上下楼梯总共 10 个项目，每个条目含有 2~4 个评分级别，总分为 100 分制，若评分越高则表明自理能力就越强，就越不需要其他人照护<sup>[8-9]</sup>。该量表已在国内各医院普遍使用，能作为颅脑肿瘤术后患者自理能力的评价指标。④比较两组患者术后并发症的发生情况，术后并发症则包括由手术本身、术后卧床等原因导致的切口感染、肺部感染及下肢深静脉血栓等等。

1.4 统计学分析

收集数据使用 SPSS22.0 软件进行分析，计数资料则用率表示，进行  $\chi^2$  检验；符合正态分布的计量资料则使用  $(\bar{x} \pm s)$  表示，行 t 检验，以  $P < 0.05$  差异具统计学意义。

1.5 质量控制

参与研究项目的护士接受了为期 2 天的研究内容和 Orem 自理理论相关知识的培训，以保证各项护理措施正确地同质化地落实。同时为患者建立术后并发症的登记表，并由责任护士负责进行登记，在患者出院当日由另一名护士进行统计与核实。其他所有数据均由双人录入双人核对，以保证所有研究数据准确无误。

2 结果

2.1 干预前后，观察组和对照组患者 SAS 和 SDS 的评分情况

干预以前，两组内患者的焦虑（SAS）和抑郁（SDS）评分差异没有统计学意义（ $P > 0.05$ ）；干预以后，观察组患者的焦虑评分、抑郁评分均低于对照组，差异有显著性意义（ $P < 0.01$ ）。见表 2。

表 2 两组患者干预后的 SAS 和 SDS 评分对比  $(\bar{x} \pm s)$

组别	例数	SAS 评分		SDS 评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	24	64.79 ± 4.62	44.58 ± 4.18	66.83 ± 3.57	46.54 ± 3.46
对照组	26	65.35 ± 3.55	50.19 ± 5.75	65.88 ± 3.49	51.62 ± 4.95
t	--	0.478	3.918	0.950	4.167
P	--	>0.05	<0.01	>0.05	<0.01

2.2 观察组和对照组患者干预前后生活自理能力 Barthel 指数的比较

干预以前，两组患者 Barthel 指数进行比较，差异没有统计学意义（ $P > 0.05$ ）；干预以后，观察组 Barthel 指数是明显高于对照组的，差异存在显著性意义（ $P < 0.01$ ），见表 3。

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

组别	例数	干预前	干预后
观察组	24	87.08 ± 4.87	86.46 ± 3.45
对照组	26	86.35 ± 5.40	70.58 ± 4.08
t		0.506	14.794
P		>0.05	<0.01

2.3 两组患者手术后并发症的比较

可见观察组患者手术后并发症的发生率是明显低于对照组的，差异具有统计学上意义（ $P < 0.05$ ）。见表 4。

表 4 两组患者术后并发症比较（n，%）

组别	例数	切口感染	肺部感染	下肢深静脉血栓	其他	总发生率
观察组	24	1 (4.17)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (4.17)
对照组	26	2 (7.69)	2 (7.69)	2 (7.69)	2 (7.69)	8 (30.77)
$\chi^2$ 值						4.317
P 值						0.038

### 3 讨论

近些年来,随着环境污染越来越严重、电子产品的大量普及以及人们非正常的生活习惯,颅脑肿瘤的发病率越来越高。而手术切除是颅脑肿瘤最主要的治疗手段,但由于颅脑肿瘤术后患者病情危重、病情变化迅速且隐匿,发生病情恶化的风险高<sup>[10]</sup>。因此,对颅脑肿瘤患者进行科学有效的护理就成为当下亟需要解决的问题。奥瑞姆自理理论(Orem self-care theory)是由美国著名的护理理论学专家多罗西·奥瑞姆首倡的。它被认为是一种全新的护理理论,提议护理活动必须在三个护理系统来进行执行,它包括完全补偿系统、部分补偿系统以及辅助教育系统,从各方面使患者术后的实际自理需求得到有效满足,保证患者术后机体各机能快速恢复<sup>[11-12]</sup>。

3.1 对神经外科颅脑肿瘤手术治疗后的患者实施 Orem 自理理论可以有效缓解患者存在的负性情绪

颅脑肿瘤患者虽然存在因年龄、性别、文化程度的不同而产生的个体化差异,但术后的心理危机、抑郁、焦虑等负面影响共同存在<sup>[13]</sup>。患者术后清醒,看到陌生的环境,听到机器刺耳的声音,再感受满身导管带来的不良刺激,这些都会使患者负性情绪暴涨。而 Orem 自理理论可以让患者很快投入到自身的护理工作中去,通过自己给自己制定护理措施,执行起来也信心满满,而且能很快找到自身价值,忘却手术带来的种种痛苦,可谓是一举两得。通过本研究可以看出,对于神经外科颅脑肿瘤手术后的患者实施 Orem 自理理论进行干预后,能够有效地缓解患者手术后存在的焦虑恐惧等不良心理,可以促进疾病的转归,并且干预后的 SAS、SDS 评分也是显著低于对照组的,差异具有统计学意义( $P < 0.01$ )。这与刘艳丽<sup>[14]</sup>2018 年研究得出的结论:Orem 自理理论-支持教育干预模式能够增强患者对医院护理人员的信任度,并可以保持其心态平稳正常,达到积极配合临床治疗及护理的结果极为相似。

3.2 对神经外科颅脑肿瘤手术治疗后的患者应用 Orem 自理理论可以提高患者的生活自理能力

颅脑肿瘤患者术后大多会出现生活自理能力缺陷,应用 Orem 自理理论对患者术后急性期、亚急性期与康复期分别进行针对性的护理,使患者在每个阶段都可以得到科学有效的护理。在急性期,护士占主导作用,患者配合即可;在亚急性期,患者要和护士一起来制定各项护理方案并对照执行;在康复期,患者占据主动地位,护士给予相应的指导就可以了。在整个术后疾病恢复期,患者无论在脑力上还有体

力上都需要出一份力,这种恰到好处的配合也促进了患者身体各项机能的快速康复。Orem 自理理论是通过完全、部分补充性护理以及支持教育患者,提高患者的自我护理能力,并减轻家庭、医院及社会三方的负担,进而改善患者术后生活质量。本研究可见,干预前观察组、对照组的自理能力评分没有统计学差异( $P > 0.05$ ),但干预后观察组的自理能力评分却明显高于对照组( $P < 0.01$ ),差异具有统计学意义。

3.3 对神经外科颅脑肿瘤手术后患者应用 Orem 自理理论能够有效控制术后并发症的发生

及时地识别和处理手术后并发症在颅脑肿瘤手术治疗后患者护理中占有重要的作用。在常规护理工作中,护士根据科室以往制定的护理常规和个人临床经验对患者实施护理与宣教,护理措施往往未进行及时的更新,缺少科学性、规范性,没有针对性。而 Orem 自理理论将护理理论与实践相结合,使护理科学有效,使患者积极主动参与医疗护理安全。本研究针对颅脑肿瘤手术治疗后患者实施 Orem 自理理论,通过三阶段全方位的护理并结合临床经验与医院临床实际情况,制定了针对性强的预防护理措施,从而控制了患者术后并发症的发生。本次研究显示,观察组的患者术后仅并发了 1 例肺部感染,并发症的发生率只有 4.17%;而对照组患者术后则并发了 2 例切口感染、2 例肺部感染、2 例下肢深静脉血栓、2 例尿路感染,其出现并发症的发生率高达 30.77%。可见观察组患者的并发症发生率是低于对照组的,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。

### 4 小结

在给予 Orem 自我护理模式进行干预后,颅脑肿瘤手术治疗后的患者的自我护理的能力有了显著的提升,在这个期间,患者因此得到了更多的专业知识、技能,其从被动地去接受治疗护理转变成了主动地参与到治疗护理工作中去,达到了最好的护理预期,并且能够减少并发症的发生,促进患者手术后尽快恢复<sup>[4]</sup>。本研究结果表明,对神经外科颅脑肿瘤手术治疗后的患者应用 Orem 自理理论不但可以提高患者的依从性,并能有效改善患者负性情绪,提高患者术后的生活自理能力,而且还能减少患者术后出现并发症的概率,起到促进患者早日康复的积极作用。综上所述,Orem 自理理论在神经外科颅脑肿瘤术后患者中的应用效果好,值得在临床上进行推广应用。

### 参考文献:

- [1]王素珍.Orem 自理理论对颅脑肿瘤手术治疗患者预后的影响[J].黑龙江中医药, 2020, 49 (1): 264-265.
- [2]苑敏.颅脑肿瘤手术患者应用主体二元一体化护理干预的效果分析[J].黑龙江医药, 2019, 32 (3): 733-735.
- [3]李霞, 刘春霞, 折盼.Orem 自理理论在颅脑肿瘤手术患者护理中的应用效果[J].临床医学研究与实践, 2020, 5 (8): 160-162.
- [4]祁春香, 郝芹.Orem 自我护理模式对肾上腺肿瘤患者围术期护理质量的影响[J].国际护理学杂志, 2020, 39 (1): 152-155.
- [5]张雅, 拓海晶.Orem 自理理论对颅脑肿瘤患者自护能力、心理状态及并发症的影响[J].临床医学研究与实践, 2018, 3 (29): 174-175.
- [6]杜炳林, 郭明浩.温针灸对功能性便秘患者临床症状及焦虑抑郁的改善作用[J].世界中医药, 2019, 14 (4): 1024-1027.
- [7]郑婉君, 邱金花, 李序舒.Orem 自我护理模式对肾上腺肿瘤患者的影响[J].齐鲁护理杂志, 2022, 28 (8): 5-7.
- [8]赵莹, 田丽, 王晓萍, 等.感觉统合训练对卒中后轻度认知障碍患者认知功能及生活自理能力的影响[J].中国实用护理杂志, 2020, 36 (34): 2655-2659.
- [9]方萍萍, 邹田子, 郑茶凤.改良强制性运动疗法结合远程康复护理对脑卒中偏瘫患者的影响[J].护理学杂志, 2019, 34 (14): 78-80.
- [10]张燕, 彭伶俐, 张磊, 等.基于 logistic 回归和决策树法预测颅脑肿瘤患者术后病情恶化风险[J].护理学杂志, 2022, 37 (7): 15-19.
- [11]郭启蕊.Orem 自理理论联合协同护理模式对脑梗死后偏瘫老年患者负性情绪及生活质量的影响[J].中国药物与临床, 2018, 18 (12): 2258-2259.
- [12]Khademian Z, Kazemi Ara F, Gholamzadeh S.The Effect of Self Care Education Based on Orem's Nursing Theory on Quality of Life and Self-Efficacy in Patients with Hypertension: A Quasi-Experimental Study. IJCBNM April, 2020, 8 (2): 142-149.
- [13]李馥奇.聚焦解决模式对颅脑良性肿瘤患者术后心理危机及抑郁、焦虑的影响[J].国际护理学杂志, 2022, 41 (6): 1033-1037.
- [14]刘艳丽.Orem 自理理论-支持教育对首发偏执型精神分裂症患者负面情绪及生活质量的研究[J].检验医学与临床, 2018, 15 (4): 553-556.