

# S-O-R 健康教育模式在脑卒中患者临床护理中的实施

## 效果研究

陈雅琦

十堰市太和医院

DOI:10.12238/carnc.v3i7.16296

**[摘要]** 目的: 探讨在脑卒中患者临床护理中实施 S-O-R (刺激—有机体—反应) 健康教育模式的干预效果。方法: 选取 2022 年 5 月至 2024 年 5 月收治的 86 例脑卒中患者, 根据随机数字表法分为 2 组, 对照组 (43 例, 常规健康教育), 观察组 (43 例, S-O-R 健康教育模式)。比较两组护理效果。结果: 护理后, 观察组的 CD-RISC、ESCA、SS-QOL 评分与健康行为护理依从性高于对照组, 不良事件 (误吸、跌倒/坠床、导管位移) 总发生率低于对照组 ( $P<0.05$ )。结论: 在脑卒中患者临床护理中实施 S-O-R 健康教育模式效果显著, 具有积极推广意义。

**[关键词]** 脑卒中; S-O-R 健康教育模式; 心理弹性; 自护能力

中图分类号: R473.7 文献标识码: A

Research on the Implementation Effect of S-O-R Health Education Model in Clinical Nursing of Stroke Patients

Yaqi Chen

Taihe Hospital, Shiyan City

**Abstract:** Objective: To explore the intervention effect of implementing S-O-R (Stimulus Organism Response) health education model in clinical nursing of stroke patients. Method: 86 stroke patients admitted from May 2022 to May 2024 were randomly divided into two groups using a random number table method: a control group (43 cases, routine health education) and an observation group (43 cases, S-O-R health education mode). Compare the nursing effects of two groups. Result: After nursing, the CD-RISC, ESCA, SS-QOL scores and health behavior nursing compliance of the observation group were higher than those of the control group, and the total incidence of adverse events (aspiration, fall/bed fall, catheter displacement) was lower than that of the control group ( $P<0.05$ ). Conclusion: The implementation of S-O-R health education model in clinical nursing of stroke patients has significant effects and positive promotion significance.

**Keywords:** Stroke; S-O-R health education model; Psychological resilience; Self-protection ability

### 引言

脑卒中患者发病后常表现为身体一侧肢体麻木、无力等症状, 同时还可能伴随言语不清等功能障碍。临幊上对脑卒中的治疗是以保护神经系统改善患者缺血及缺氧等脑血管状态为主, 必要时候会通过手术等形式进行治疗<sup>[1]</sup>。S-O-R 模式是从 S-R (刺激—反应) 的行为主义理念发展而来, 该模式认为通过外界环境刺激引起患者感官神经接受加工后形成影响具体行为的决策, 其外界环境刺激是前因, 而个体的情绪及认知为中介, 行为改变则是结果, 该理论逐渐在胃癌化疗和手术患者等医疗护理领域得到广泛应用<sup>[2,3]</sup>。基于此, 本研究将观察脑卒中患者的护理过程, 分析 S-O-R 健康教育模式的应用效果, 现报道如下:

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选取收治的 86 例脑卒中患者 (2022 年 5 月至 2024 年 5 月), 根据随机数字表法分为 2 组, 各 43 例。对照组: 女 21 例, 男 22 例, 年龄范围 48~78 岁, 平均  $(65.64 \pm 6.33)$  岁, 观察组: 女 20 例, 男 23 例, 年龄 45~79 岁, 平均  $(65.29 \pm 6.19)$  岁。两组一般资料对比无统计学意义 ( $P>0.05$ )。研究已获得医院伦理批准。

**纳入标准:** (1) 参考《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010》<sup>[4]</sup>并结合 CT 等临床综合诊断结果, 确诊脑卒中疾病; (2) 患者均为首次发病, 且发病后到入院接受治疗间隔时间在 6h 内。

**排除标准:** (1) 患者处于急性发病期, 仍需抢救治疗;

(2)发病后出现语言、认知障碍者; (3)发病前已确诊有精神类疾病史者。

### 1.2 方法

两组均接受病情监测、营养支持、康复训练等常规护理措施。

对照组: 增加常规健康教育, 包括: (1)入院时, 有护理人员与患者及家属进行面对面沟通, 充分了解患者的一般资料(年龄、既往病史、治疗情况、饮食状态、日常活动水平、家庭照护能力等), 并结合患者到院后接受的各检查项目结果, 对患者身心健康状态进行综合评估, 然后告知患者及家属入院后护理注意事项、治疗方案及家属探视计划等。(2)住院期间, 护理人员向患者及家属详细讲解各类治疗所需药物的名称、作用、具体用药时间/频次/剂量等信息, 同时向其讲解持续心电监护、供氧等监测及支持治疗的作用, 并为患者制定饮食、康复训练等相关护理计划, 并告知脑卒中护理期间患者潜在并发症及可能存在的不良事件, 加强患者的防御心理。(3)出院时, 为患者制定院外用药、饮食等家庭延续护理计划, 指导患者及家属院外护理重要事项, 同时叮嘱患者按时复查。

观察组: 增加S-O-R健康教育模式, 包括: (1)组建S-O-R健康教育小组, 以神经外科的护士长为小组组长(负责培训并分配组内护理人员的护理任务, 同时总结、监督组内护理工作的开展)、主治医师(为护理工作提供临床专业意见), 护士、心理师、营养师、康复师等成员则负责脑卒中患者具体的临床护理工作。所有成员均需要接受S-O-R健康教育的相关培训活动, 明确该模式的发展历程、模式详情、应用优势以及在护理领域的具体实施步骤等信息, 知晓该模式的临床价值。(2)制定护理计划。由护士长召开组内会议, 讨论患者的病情治疗情况和康复项目, 明确患者治疗、饮食、运动、心理等全方位的护理目标并制定护理计划。具体方法: ①将健康教育与微信沟通途径相联系, 护理小组通过与患者家属建立微信群沟通渠道, 通过每日定期为患者推送病情监测状况、护理注意事项、生活方式优化、用药管理等方面的教育内容, 可通过图文结合或动画短视频的形式为患者详细展示健康教育内容。患者通过观看健康教育信息培养其健康行为依从习惯, 促使患者依从健康行为进行康复训练等护理。②心理师通过对患者的心理状态进行评估, 通过观察患者的语言、神态及举止等判断患者的护理积极性, 期间通过观察患者在治疗及护理操作期间的情感变化, 通过借助成功案例激发患者的治疗信心, 同时鼓励家属参与护理内容缓解患者的紧张不安情绪, 从心理层面为患者提供刺激作用, 进而促使患者转变护理认知, 改变其健康行为。

### 1.3 观察指标

(1)采用心理弹性量表(CD-RISC)在护理前后对两组患者的心理弹性水平进行评估, 评估维度包括乐观、自强以及坚韧3个方面, 合计25条目, 每条目均依据0~4分进行计分, 总分在0~100分, 分值越高, 患者呈现的心理弹性越高。(2)采用自我护理能力测定量表(ESCA)评估两组患者在护理前后的自护能力, 合计4个维度, 共43条目, 总分在0~172分, 分值越高则患者自我护理水平越高。(3)使用脑卒中专用生活质量量表(SS-QOL)对两组患者的生活质量水平进行评估, 评估方面共计12个维度, 合计49条目, 采用1~5分计分法, 总分在49~245分, 分数越高则患者生活质量越佳。(4)通过调查问卷评估两组的健康行为依从性情况, 共计0~10分, 分数越高则患者依从程度越高。(5)统计两组的误吸、跌倒/坠床和导管位移不良事件的发生情况并进行对比。

### 1.4 统计学方法

采用SPSS 22.0软件分析, 计量资料比较用t检验, 以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 计数资料用 $\chi^2$ 检验, 以率(%)表示,  $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组心理弹性比较

护理前, 两组心理弹性比较无差异( $P > 0.05$ ); 护理后, 观察组CD-RISC各维度评分高于对照组( $P < 0.05$ ), 见表1。

表1 两组CD-RISC评分对比(分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	乐观		自强		坚韧	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	4	8.22	13.75	14.98	22.21	21.25	32.13
	3	±1.01	±1.56	±2.89	±3.13	±2.13	±3.96
对照组	4	8.19	12.13	15.03	18.85	21.19	28.59
	3	±0.98	±1.24	±3.01	±2.96	±2.08	±3.34
t	-	0.140	5.331	0.079	5.132	0.132	4.664
P	-	0.889	0.001	0.938	0.001	0.895	0.001

### 2.2 两组自护能力、生活质量比较

护理前, 两组自护能力、生活质量评分比较无差异( $P > 0.05$ ); 护理后, 观察组ESCA与SS-QOL评分均高于对照组( $P < 0.05$ ), 见表2。

表2 两组ESCA、SS-QOL评分对比(分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	ESCA		SS-QOL	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	4	78.56±9.21	135.36±12.37	95.25±11.37	178.53±16.34
	3				

对照组	4	77.95±9.18	105.52±11.03	94.89±11.26	144.52±13.01
	t	-0.308	11.807	0.148	10.678
	P	-0.759	<0.001	0.883	<0.001

### 2.3 两组护理依从性比较

观察组的健康行为护理依从性高于对照组 ( $P<0.05$ ) , 见表3。

表3 两组护理总依从率对比[n(%)]

组别	例数	完全依从	部分依从	不依从	总依从率
观察组	43	31(72.09)	11(25.58)	1(2.33)	42(97.67)
对照组	43	27(62.79)	10(23.26)	6(13.95)	37(86.05)
$\chi^2$	-				3.888
P	-				0.049

### 2.4 两组不良事件风险比较

观察组不良事件总发生率低于对照组 ( $P<0.05$ ) , 见表4。

表4 两组不良事件总发生率对比[n(%)]

组别	例数	误吸	跌倒/坠床	导管位移	总发生率
观察组	43	1(2.33)	0(0.00)	1(2.33)	2(4.65)
对照组	43	4(9.30)	1(2.33)	3(6.98)	8(18.60)
$\chi^2$	-				4.074
P	-				0.044

## 3 讨论

脑卒中发病危急,患者脑神经功能受损后的康复护理过程较为漫长,患者的护理质量直接关系到预后效果。然而,患者及家属对于脑卒中疾病及康复护理相关内容了解不足,可能会影响患者的健康行为配合程度。健康教育干预方法是通过对患者及家属进行脑卒中疾病知识讲解,让患者对脑卒中疾病有充分认知,同时通过对脑卒中治疗及护理相关内容进行逐一介绍,提高患者对护理行为的认知水平,进而转变患者的护理行为。

本研究中,观察组的心理弹性、自理能力、生活质量及护理依从性均高于对照组,且不良事件发生率低于对照组。吴弟群等<sup>[5]</sup>研究指出,通过实施S-O-R健康教育干预能够有效提高患者的健康行为依从性和生活质量,与本研究结论相似。分析原因可知,常规的健康宣教模式主要是以护理人员的口头宣教为主,通过在患者入院时、住院期间及出院时不同时段所需的健康知识进行讲解,患者及家属属于被动听讲状态,容易导致其对护理重要内容记忆错落、理解错误等情况,无法有效提高患者的自理能力及家属照护技能<sup>[6]</sup>。而S-O-R健康教育模式是借助微信群等线上沟通渠道与患者本人及家属建立一个稳定、高效的沟通途径。护理小组成员通

过微信群定期为患者推送患者每日病情观察、用药管理、饮食支持、心理干预、康复训练等相关护理指导,有助于通过外界环境的刺激来干预患者的心理、生理状态,进而促使患者规范健康行为<sup>[7]</sup>。通过这种规律性的每日打卡式健康习惯培养,能够增强患者对健康行为的依从程度,体现为患者自理能力和生活质量的提高<sup>[8]</sup>。另外,在健康教育干预下患者接受了全方位的护理服务,患者及家属不仅能够有效掌握脑卒中疾病相关知识与康复护理流程,并对护理事项重点进行盘点,家属监督患者每日打卡完成护理任务,同时患者规避自我行为有助于避免在护理期间出现误吸、跌倒/坠床以及导管位移等护理不良事件,从而保障患者的护理安全性。

综上所述,在脑卒中患者临床护理工作中实施S-O-R健康教育模式护理,能够有效提高患者的心理弹性、自理能力及生活质量,提高患者健康行为的依从程度,并预防不良事件风险,确保护理措施的有效性及安全效能。

## 参考文献

- [1]李娜娜,冯阳阳,吕桦.任务导向性康复护理结合主题式健康教育对老年脑卒中后下肢偏瘫患者功能恢复及健康知信行的影响[J].临床医学研究与实践,2024,9(6):140-143.
- [2]黄冰丽,司艳平,吴涛,等.S-O-R模式下健康宣教对中晚期胃癌化疗患者用药依从性及癌因性疲乏状态的影响[J].中国药物滥用防治杂志,2024,30(10):1945-1948.
- [3]李春燕,汪敏,王霜.基于“S-O-R”模式联合“Heider平衡理论”的健康教育在妇科肿瘤患者术后延续护理中的应用[J].齐鲁护理杂志,2020,26(24):20-23.
- [4]中华医学会神经病学分会脑血管病学组急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组.中国急性缺血性脑卒中诊治指南2010[J].中国临床医生,2011,2(3):50-59.
- [5]吴弟群,罗淑敏,罗孟媛.“S-O-R”模式健康教育在脑卒中患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2022,28(17):125-128.
- [6]王小勤.多元化健康教育联合口咽操训练对脑卒中吞咽障碍患者康复效果的影响[J].医药前沿,2024,14(22):105-107.
- [7]丁雯,汪寨红,祝春满,等.引导式教育护理联合认知行为疗法对脑卒中后认知功能障碍患者的应用效果[J].山西医药杂志,2025,54(2):147-151.
- [8]伍春燕,邓丽芬,王菊华,等.以健康行为改变整合为导向的护理对脑卒中患者的影响[J].中外医学研究,2024,22(31):67-71.

## 作者简介:

陈雅琦(1996.11-),女,汉族,湖北十堰人,本科,护师,研究方向为神经内科护理。