

# 在康复护理中帮助残疾人克服生活障碍

## ——从“医疗护理”到“生活护理”

日本东京都康复医院 半田幸代\*

康复的目的在于使残疾人回归社会。最好是能回到致残前所在的社区,即与致残前相似的社会环境中,并发挥应有的社会作用。

全面彻底的康复并不是在康复医院住院期间所能完成的,住院只不过是为其开始日后的生活所做的一个短暂的准备阶段。只有在患者回到社区,重建由残疾而被破坏了的生活,达到了可能达到的生活自立性,并再次发挥社会作用后,才能认为达到了康复目标。

自立是指尽管在物质方面、身体方面需部分依赖他人、但仍可过着以自我决定为基础的自主生活。

因此,在护理中就必须从医院和社区两个角度来理解患者“自立”的真正含义。

理想的看法是认为住院生活是家庭生活的延续,但在许多方面,住院生活与家庭生活的差距都比常人所想象的要大得多。在住院期间,患者及家属能接触许多专职工作人员,置身于已调整好的特殊环境中,并享受优待。但当他们出院返回到生活中后,往往会处于孤立的境地。由此可见,将患者“在医院中能做的 ADL”转换成生活中“实际进行的 ADL”,由此提高生活质量、适应社会、使人生充满欢乐等就显得尤为重要。这就要求从住院开始直至回到社区的这个过程具有连续性。

因此,为了使患者及其家属尽早建立起自己的生活能力,并且能基于自己的意志进行自主生活,就必须在康复护理中帮

助他们克服生活障碍,即进行“生活护理”。这是康复护理的宗旨。

东京都康复医院是东京都建立的专门医院。从功能上可称之为“都市型”及“与生活密切联系型”的康复医院。医院为使患者能自主生活,提高其生活质量,在病房楼设有两间“生活指导室”,也称之为“出院准备室”。自 1990 年开业以来,为以依靠护理为主的患者及其家属提供了克服生活障碍的帮助,效果显著。

以下,就我们的护理实践经验,从计划、实施、评定这一过程来加以分析。

### 1 对象社会特征的变化

在日本,随着经济的高度发展,人们的价值观和生活方式都出现多样化。家庭形态正从复杂的家庭构成向单纯的家庭构成转变。对家庭的理解也在发生变化。在日本有配偶的人比率很高,但近年来喜欢单身生活的人数在不断增加。由于老龄化以及人生价值观的改变等原因,中老年单身者、独居老人、仅夫妻二人的家庭等急剧增多,若再有了残疾,将会在生活中遇到更大困难。所以,我们从精神、身体、社会、经济、职业、教育等方面全面掌握康复对象的情况,使他们顺利地向家庭生活转换,这也就是“生活指导室”的作用。

### 2 构造与设备的条件

日式房间 12 米<sup>2</sup>,设有厨房、洗脸间、厕所、浴室。并备有家庭用的冰箱、电器、家具等。

### 3 使用生活指导室的适应证

### 3.1 使用对象的条件

①出院后独居生活者

②虽同家属共同生活,但白天一人在家者

③出院后将与妻子交换角色从事家务者

④需恢复或部分恢复家务劳动的主妇

⑤重度残疾、需家属 24 小时护理帮助者

以上患者尚需达到以下条件:

①ADL 可基本完成(已完成利手交换)、达到可在室内自立步行水平。

②能理解入室目的,能接受(生活相关动作)训练。

③重度残疾、但家属可全天 24 小时护理协助者。

### 3.2 入室的决定及居留的期间

由康复治疗组在评定会上做出决定是否入室。时间选在出院前 1—4 周。护理由专职护士担任。

## 4 入室患者护理标准

### 4.1 入室前准备

在患者入室前 1~2 周时,专职护士与其进行面谈,说明入室目的要求,消除患者的顾虑,取得患者及其家属的同意与合作。

### 4.2 训练项目的制定与评价

护士制定出适应患者的生活日程表,并定期评价患者的生活相关动作,观察其完成情况。

### 4.3 与其它康复专业人员的协作

物理疗法士:评定和训练外出购物时行走的稳定性及耐久力。

作业疗法士:评定和训练整理寝具、熨衣、做饭等生活相关动作。

言语疗法士:负责训练失语患者列出做饭菜所需购买的物品及写出菜单。

营养师:写菜单,准备原材料,进行营养指导。

## 5 护理实践

对入室训练的 22 名患者训练状况分析。

### 5.1 患者情况

5.1.1 男女比例 男性:7 人(32%),  
女性:15 人(68%)

### 5.1.2 疾病与障碍比例

{ ①脑出血:13(59%) ③颈髓损伤 2(9%)  
②脑梗塞:6(27%) ④蛛网膜下腔出血 1(5%)  
{ ①左偏瘫 11(50%) ③四肢瘫 2(9%)  
②右偏瘫 8(36%) ④共济失调 1(5%)

### 5.1.3 年龄构成比例

50~59:13(59%);60~69:4(18%)  
40~49:4(18%);20~29:1(5%)

### 5.1.4 自立程度比例

可步行(使用辅助矫形器):20(91%)  
全面帮助:2(9%)

### 5.1.5 入室目的

掌握家务动作:20(91%)其中独身生活者:6(27%) { 男 4(18%)  
女 2(9%)  
护理指导:2(9%)

### 5.1.6 入室时间平均 2 周

### 5.1.7 照顾与帮助者

①丈夫或妻子:12(54.5%)  
②无人帮助者:4(18%)  
③兄弟姐妹:3(13.6%)  
④子女:2(9%)  
⑤父母:1(4.5%)

### 5.1.8 出院去向

归家:20(91%)  
康复机构:2(9%)

## 5.2 结果

以上 22 名患者均符合入室标准及护理标准,故具备了可能回归社会的条件。即使如此,在护理过程中还是反映出许多共性问题。

①所有患者均达到了入室目的。

②女性占 56%,均有较强恢复主妇劳动的愿望。

③脑出血、左侧偏瘫患者占 50%以上。也反映出右侧偏瘫患者有高级脑机能障碍及利手交换的困难。

④50~59 年龄组患者居多,占 59%。这些患者在家庭中占有重要的地位,他们希望恢复致残前所起到的作用。

⑤入室者 91%能走动。上肢灵活性对家务劳动有很大影响,在护理中应促使患者理解并加强训练。

⑥帮助与照顾者为丈夫或妻子的占 54.5%;无人帮助的占 18%。说明随着社会性倾向的变化,护理工作亦应制定出相应措施来。

⑦2 名男性患者的角色发生了转换,改从事家务工作。今后这种倾向会相应增加,护理中应考虑到这种心理因素。

⑧通过入室生活及外宿生活体验,使

患者增强了回归家庭的愿望。

## 6 讨论

将生活指导室设在患者生活的病房楼里,就患者“进行的 ADL”展开护理是十分有意义的。为了患者出院后生活质量的提高,必须把医院与社会生活联结起来,并实行连续的护理,这样才能充实康复护理的实际内容。因此,对残疾人的康复护理,与其说在医院内进行,倒不如说在实际的社会当中。

中国和日本在文化方面是同源的,但两国在观念和生活方式上有所差异。尽管如此,“一切为了残疾人康复”的护理目标是一致的。让我们共同为建立一个完善的残疾康复护理学而努力。

(谢德利代译,陈立嘉校,本刊有所删节)