

# 康复训练配合共情护理对脑梗死恢复期患者希望水平、功能恢复的影响

陈鑫

川北医学院附属医院，四川 南充 637000

**摘要：**目的：观察对脑梗死恢复期患者施以康复训练、共情护理对功能恢复和希望水平的积极作用。方法：选择于 2024.9~2025.9 在我院治疗的脑梗死恢复期患者 76 例，抽签法分组，对照组 38 例，康复训练，研究组 38 例，康复训练、共情护理，对比护理效果。结果：对比功能恢复，护理后研究组更佳 ( $P<0.05$ )；对比希望水平，护理后研究组更佳 ( $P<0.05$ )。结论：对脑梗死恢复期患者施以康复训练、共情护理效果良好，利于功能恢复、希望水平改善，值得推广。

**关键词：**脑梗死恢复期；康复训练；共情护理；功能恢复；希望水平

脑梗死在临床上为患病率较高的脑血管疾病，致残率和死亡率均较高，使其生活质量和身心健康均受到不良影响<sup>[1]</sup>。脑梗死患病后往往会遗留后遗症，影响运动、神经和日常生活等各项功能。该病需要较长的康复期，为促进功能恢复，一般开展康复训练，然而患者往往会产生不良情绪，会影响训练依从性和康复效果<sup>[2]</sup>。基于此，在康复训练的同时需重视患者护理干预，尤其是心理护理。共情护理为心理干预手段之一，利用非语言、语言沟通方式，可对情绪状态察觉，准确反馈，感情共鸣形成，利于希望水平提升和功能恢复<sup>[3]</sup>。本文选择于 2024.9~2025.9 在我院治疗的脑梗死恢复期患者 76 例，观察康复训练、共情护理的应用可行性，结果如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择于 2024.9~2025.9 在我院治疗的脑梗死恢复期患者 76 例，抽签法分组，对照组 38 例，年龄为 ( $57.10\pm 3.26$ ) 岁 (42~68 岁)，23 例男，15 例女；研究组 38 例，年龄为 ( $58.05\pm 4.34$ ) 岁 (43~69 岁)，24 例男，14 例女，统计分析各组数据表明均  $P>0.05$ ，可对比。纳入标准：(1) 脑梗死在临床上明确诊断者；

(2) 意识清晰者；(3) 处于恢复期者；(4) 对研究过程知情和了解者；排除标准：(1) 心肝肾严重疾病者；(2) 精神障碍者；(3) 恶性肿瘤者；(4) 从研究中退出者。

## 1.2 方法

对照组：康复训练，方法：康复师以患者病情及恢复情况为依据合理制定康复训练方案：运动功能训练，训练方式包括关节被动活动、主动抗阻、协调性及平衡性训练等。在恢复早期主要训练方式为床上翻身和坐位训练，向站立、行走逐渐过渡，以患者肌力分级为依据对训练强度进行调整，防止疲劳过度。语言功能训练，如果患者为失语症，选择阶梯式训练，开始时发音为单音节，并与复述短句和命名实物相结合，加强语言中枢代偿。训练日常生活能力，为使生活能力提高，需强化基本生活技能训练，主要包括如厕、洗漱、进食、穿衣等；可对辅助器具应用，例如碗盘（固定吸盘）、带圈筷子等。训练患者认知功能，利用任务训练法，主要包括注意力训练、数字排序、记忆卡片等，使其判断力、注意力、记忆力等认知功能得以改善。

研究组：在康复训练同时予以共情护理，方法：换位思考，强化护理间交流和沟通，对患者诉求耐心倾听，予以患者合理回应，利用肯定回应、点头等，让患者体会到重视和尊重，以便对其心态及时掌握；形成感情共鸣，对患者倾诉回应时，不但要保证回应和理解充分，护士需重视共情的表达，让患者体会到被理解，使其治疗配合度增强；在整个护理中需对患者顾虑倾听，并针对其疑问，予以个性化解决，及时疏导患者不良情绪，并对训练进展和病情及时反馈，保证康复信念良好、准确建立。

## 1.3 观察指标

### 1.3.1 对比功能恢复

运动功能（FMA 评分，0~100 分，评分越高越好）；神经功能（NIHSS 评分，0~42 分，评分越低越好）；日常生活能力（ADL 评分，0~100 分，评分越高越好）。

### 1.3.2 对比希望水平

希望水平利用 Herth 希望量表施以评价，条目共 12 个，维度 3 个，4 级评分法，12~48 分为总分范围，分数越高越好。

#### 1.4 统计学方法

SPSS23.0 分析本文数据, [n(%)]计数数据 $\chi^2$  检验, ( $\bar{x} \pm s$ ) 计量数据  $t$  检验, 统计学以  $P < 0.05$  证实有意义。

## 2 结果

### 2.1 对比功能恢复

对比功能恢复, 护理后研究组更佳 ( $P < 0.05$ )。

表 1 功能恢复对比 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	FMA		NIHSS		ADL	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
研究组	38	45.15±7.34	76.46±6.48	23.46±4.16	8.21±1.62	50.95±5.09	76.43±4.82
对照组	38	46.90±6.48	65.65±5.44	23.25±4.28	13.75±1.94	50.38±4.35	67.25±5.25
$t$		1.102	7.876	0.217	13.512	0.525	7.940
$P$		0.274	<0.001	0.829	<0.001	0.601	<0.001

### 2.2 对比希望水平

对比希望水平, 护理后研究组更佳 ( $P < 0.05$ )。

表 2 希望水平对比 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	护理前	护理后
研究组	38	22.56±2.15	37.14±1.25
对照组	38	22.60±2.18	26.35±2.14
$t$		0.081	26.838
$P$		0.936	<0.001

## 3 讨论

脑梗死为脑血管疾病的一种较为常见, 致死率和致残率均较高。相关研究显示<sup>[4]</sup>, 脑梗死患者功能障碍遗留发生率可达 70~80%, 使其生活质量严重降低。该病恢复期一般为患病后 3~12 周, 该时期为患者康复的重要阶段, 需及时把握时机, 选择合理的康复方法。在临床上康复训练最为常用, 康复训练主要针对患者运动、语言、日常生活能力、认知功能的训练, 并循序渐进, 分阶段开展功能训练, 可促进功能恢复。然而, 基于该病病情重、功能障碍、康复时间长等, 患者往往心理压力较重, 进一步会影响康复训练的开展, 同时不利于患者康复。基

于此，为促进功能恢复，需注意患者心理上的护理干预。

本文对康复训练、共情护理的联合应用效果进一步分析，结果：对比功能恢复，护理后研究组更佳（ $P<0.05$ ）；对比希望水平，护理后研究组更佳（ $P<0.05$ ）。结果表明康复训练、共情护理利于功能恢复，可使希望水平改善，具有较好的可行性。

共情护理为心理干预方法的一种，护理人员注意患者内心世界的体验，选择非语言及语言沟通方式，对患者情感和情绪状态察觉和认识，可合理、准确反馈患者情感和情绪状态，使感情共鸣形成。共情护理利于不良情绪改善，可让其积极配合康复训练，可保证康复效果，利于各项功能恢复。该病为创伤性事件，疾病后极大可能会有创伤后成长出现。共情护理利于对疾病重新认识，对心态调整，生活目标积极建立，对创伤后成长发挥促进作用，可促进希望水平提高<sup>[5]</sup>。康复训练、共情护理联用，可予以患者人性化、全面性护理干预，可促进护理效果提升。

综上所述，对脑梗死恢复期患者施以康复训练、共情护理效果良好，利于功能恢复、希望水平改善，值得推广。

#### 参考文献：

- [1] 马红彦,丁路,华冬阳. 综合性康复训练联合共情护理对脑梗死恢复期患者遵医行为、希望水平及肢体功能恢复的影响[J]. 国际护理学杂志,2024,43(22):4186-4189.
- [2] 张文,孙善斌,陈冲,等. 通督调神针刺结合康复训练治疗脑梗死恢复期肢体功能障碍的临床疗效观察[J]. 广州中医药大学学报,2025,42(1):71-77.
- [3] 邹敬威. 康复训练联合改良续命煮散治疗风痰瘀阻型脑梗死恢复期的临床观察[J]. 中国医学创新,2023,20(34):153-156.
- [4] 张冬燕,瞿燕萍,朱燕华,等. 共情护理联合感觉运动训练对急性脑梗死恢复期患者创伤后成长及康复效果的影响分析[J]. 山西医药杂志,2024,53(19):1492-1494.
- [5] 晋筠. 共情护理对脑梗死恢复期负面情绪的影响[J]. 光明中医,2023,38(20):4050-4053.