

应用奥马哈系统为脑卒中患者实施社区康复护理的个案分析

高擎擎¹, 黄金月², 朱金萍³, 万巧琴⁴, 尚少梅⁴

1. 天津中医药大学 护理学院, 天津 300193; 2. 香港理工大学 护理学院, 香港 06430; 3. 太和社区卫生服务中心, 清新 511800; 4. 北京大学 护理学院, 北京 100191

[摘要] 目的 介绍社区康复护士依据奥马哈系统对 1 例脑卒中患者实施社区康复护理的方法及效果。方法 社区康复护士为脑卒中患者提供社区康复护理, 依据奥马哈系统实施全面的护理评估; 针对性护理干预包括健康教育、指导和咨询、治疗和程序、个案管理、监测; 对护理效果进行持续评价。结果 患者能够正确使用助行器行走、上下楼梯, 日常生活能力 (ADL) 评分由 35 分提高至 90 分, 生活基本自理。结论 奥马哈系统可以全面评估患者的健康问题, 指导社区康复护士实施针对性护理干预, 并对患者健康问题现状及护理干预效果进行准确评价。

[关键词] 脑卒中; 奥马哈系统; 社区康复护理

[DOI] 11.3969/j.issn.1674-8115.2015.06.010 **[中图分类号]** R47 **[文献标志码]** A

Case analysis of applying Omaha system to community rehabilitation nursing for stroke patients

GAO Qing-qing¹, HUANG Jin-yue², ZHU Jin-ping³, WAN Qiao-qin⁴, SHANG Shao-mei⁴

1. Nursing School, Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 300193, China; 2. Nursing School, Hong Kong Polytechnic University, Hong Kong 06430, China; 3. Taihe Community Health Center, Qingxin 511800, China; 4. Nursing School, Peking University, Beijing 100191, China

[Abstract] **Objective** To introduce the effect and methods of community rehabilitation nursing for one stroke patient by community rehabilitation nursing according to the Omaha system. **Methods** Community rehabilitation nurses provided community rehabilitation nursing for a stroke patient and performed the nursing evaluation according to the Omaha system. Relevant nursing intervention included health education, guidance and consultation, treatment and procedure, and case management and monitoring. The effect of nursing was continuously evaluated. **Results** The patient could use a walker to walk and go up and down the stairs and had the basic self-care ability of daily life. The score of Activity of Daily Living (ADL) increased from 35 to 90. **Conclusion** The Omaha system can comprehensively evaluate the health status of patients, guide community rehabilitation nurses to perform relevant nursing intervention, and correctly evaluate the effect of nursing intervention.

[Key words] stroke; Omaha system; community rehabilitation nursing

脑卒中是一种突然起病的脑血液循环障碍性疾病, 致残率高达 70%~80%^[1]。早期康复运动治疗可以明显改善脑卒中肢体功能障碍^[2]。社区康复护

理是国内提供早期脑卒中康复治疗的重要方式, 尚缺少系统性和规范性^[3]。2010 年 9 月—2011 年 2 月, 香港理工大学延续护理课题组在广东省清远市清新

[基金项目] 香港理工大学研究基金 (G-U571); CMB 基金 (08-887); 天津市高校“十二五”综合投资规划专业建设项目品牌专业建设 (护理学专业, 100701) (Hong Kong Polytechnic University Research Grant, G-U571; Foundation of China Medical Board, 08-887; Specialty Construction and Professional Development for the “Twelfth Five-Year Plan” in Comprehensive Investment Planning Project in Tianjin Universities, Nursing Science, 100701)。

[作者简介] 高擎擎 (1984—), 女, 助教, 硕士; 电子信箱: xiaoqinger1669@sina.com。

[通信作者] 尚少梅, 电子信箱: mei916@263.net。

县太和社区卫生服务中心进行研究,依据奥马哈系统(Omaha system)建立适用于我国脑卒中患者的社区康复护理规范并评价康复效果,研究表明,社区康复护理可促进脑卒中患者康复^[4];而且,社区康复护士可依据奥马哈系统全面评估患者的健康问题及现状,实施针对性护理干预,并量化评价护理干预效果。本研究通过介绍1例代表性案例,展示依据奥马哈系统实施社区康复护理的过程。

1 对象与方法

1.1 对象

患者,男,72岁。主诉“左侧肢体乏力4d”,住院诊断为“右侧基底节区、颞枕叶脑梗死,Ⅱ级高血压,糖尿病”,于2010年10月2日住院治疗。入院体检:左上肢肌力Ⅰ级,左下肢肌力Ⅱ级,移动困难,日常生活能力(activity of daily living, ADL)评分25分。住院期间接受抗血小板聚集、营养脑细胞等对症治疗,于2010年10月19日出院,出院时左上肢肌力Ⅰ级(肢体肌肉主动收缩力存在,但不能带动关节活动),左下肢肌力Ⅱ级(肢体能在床上平行移动,但不能抬起),移动困难,ADL评分35分,提示患者重度肢体功能障碍,日常生活需要依赖他人帮助。

1.2 方法

1.2.1 研究团队 包括1名延续护理专家、1名社区康复护士和1名研究者。专家作为奥马哈系统的翻译者和应用者,将其应用于临床护理、延续护理、社区护理及护理管理等多个领域,针对研究过程中问题进行指导和监督,保证研究质量;社区康复护士接受过脑卒中康复培训,从事社区康复护理工作十余年,掌握社区康复护理专业知识,具备社区康复护理指导资质,负责实施社区康复护理;研究者是社区护理专业学位研究生,掌握脑卒中社区康复护理知识,作为本项目研究助理,负责观察和记录社区康复护理的实施过程。均能熟练应用奥马哈系统。

1.2.2 奥马哈系统 奥马哈系统是20世纪70年代由美国奥马哈家庭访视护士协会研发,是北美护理协会(ANA)认可的标准化护理语言之一^[5]。黄金月带领团队翻译并应用于我国社区护理,认为其是进行社区护理相关研究和应用的有效工具,值得在国内推广使用^[6]。奥马哈系统包括问题分类系统、干预系统和结局评价系统三部分。问题分类系统包括

环境、社会心理、生理和健康相关行为4个领域共计42个健康问题,从评估对象(个人的、家庭的或社区的)和程度(现存的、潜在的或具有健康促进作用的)进行描述,并针对现存的健康问题使用症状/体征进行描述。干预系统将护理干预分为健康教育、指导和咨询、治疗和程序、个案管理、监测4个范畴共75个干预导向。结局评价系统从认知(knowledge, K)、行为(behavior, B)和状况(status, S)三方面,采用Likert 5分制量表对患者健康问题现状及干预后效果进行评分,其中1分为最低分,5分为最高分。

1.2.3 奥马哈系统的应用 患者出院时签署知情同意书,社区康复护士提供出院后第1、2、4周共3次家庭访视,应用奥马哈系统记录和指导社区康复护理实施:①通过观察、交谈及体格检查等方法全面评估患者的健康问题,按环境、社会心理、生理和健康相关行为4个领域进行划分后从评估对象和程度两方面进行描述,针对现存的健康问题使用症状/体征描述,并应用K-B-S评分评价健康现状,确定需要优先解决的健康问题。②按照优先解决健康问题的顺序,依据干预系统指导社区康复护士实施针对性护理干预。③在下一次家庭访视中应用结局评价系统进行K-B-S评分评价干预效果。

2 结果

仅列出针对患者个人的、现存的健康问题实施社区康复护理的过程,详见表1~3。

2.1 第一次家庭访视

2.1.1 健康问题及现状 健康问题分布于4个领域,包括环境领域(住宅)、社会心理领域(心理健康)、生理领域(说话和语言、疼痛、神经-肌肉-骨骼功能、消化和水合、排便功能)、健康相关行为领域(营养、身体活动、个人照护、药物治疗方案);K评分1~3分, B评分1~3分, S评分1~4分。确定优先解决的健康问题为神经-肌肉-骨骼功能。患者不知道脑卒中发病原因、治疗、康复与预防相关知识,确定K为1分;出院后每日坐在沙发上看电视,没有进行任何康复运动,确定B为1分;表现出的症状/体征为左侧肢体肌力减退(左上肢肌力Ⅰ级,左下肢肌力Ⅱ级)、活动范围受限、平衡减弱、步态/行走障碍、转移困难,确定S为2分。

2.1.2 针对性护理干预 ①健康教育、指导和咨询:详细讲解脑卒中形成的原因、治疗、预防相关知

识,康复运动及助行器对肢体功能恢复的重要性,使患者认知到康复运动是肢体功能恢复的重要途径,合适的助行设备可以促进肢体功能的恢复,坚持进行肢体功能训练和步态训练。此外,提供图文并茂、简明易懂的健康教育资料,包括脑卒中、高血压、糖尿病相关知识及康复运动指导宣传册,供患者学习相关的知识和技能。②治疗和程序:制定康复处方,

被动康复训练 15 min 并协助主动肢体功能训练 3~4 次,每个动作 10~20 下,时间 30~45 min,以及坐一卧一站的平衡训练、步态训练、助行器正确使用训练、日常生活技巧训练等。③个案管理:联系助行器的供应,为患者提供合适的助行设备。④监测:健康问题现状评估,根据患者的反应及身体状况进行 K-B-S 评分。其余相关内容详见表 1。

表 1 第 1 次家庭访视

Tab 1 Results of the first home visit

问题分类系统 (个人的、现存的健康问题)	结局评价系统			干预系统(针对性干预措施)
	K	B	S	
I-3. 住宅*: 安全设备不足(床椅高度不适合康复; 蹲厕; 住在 6 楼,无电梯)	1	2	3	i: 环境**、住宅、安全 iii: 耐用医疗设备 iv: 环境、住宅、安全
II-11. 心理健康: 忧伤、哭泣; 情绪波动	2	3	2	i: 沟通、症状/体征-情感性 iv: 症状/体征-情感性、人与人之间的联结/依恋
III-19. 说话和语言: 清晰度受限	2	2	4	i: 解剖/生理、说话和语言治疗护理 ii: 说话和语言治疗护理 iv: 症状/体征-生理性
III-22. 疼痛: 左下肢疼痛评 6 分	2	2	2	i: 解剖/生理、运动、体位 iv: 症状/体征-生理性
III-25. 神经-肌肉-骨骼功能: 肌力减弱(左上肢 I 级,左下肢 II+ 级); 活动范围受限; 平衡减弱; 步态/行走障碍; 转移困难	1	1	2	i: 解剖/生理、行为修正、照护技巧、耐用医疗设备、运动、身体转移、安全 ii: 运动、步态训练、身体转移 iii: 耐用医疗设备 iv: 症状/体征-生理性、运动、体位、安全
III-28. 消化-水合: 吞咽呛咳(每日 10 次左右); 流涎(较多,备有毛巾擦拭)	2	2	2	i: 解剖/生理、行为修正、体位、运动(吞咽) ii: 照护技巧、运动 iv: 症状/体征-生理性、照护技巧、运动(吞咽)
III-29. 排便功能: 大便频率/软硬度异常; 排便痛苦(便秘,1 次/周,羊粪球状)	2	2	2	i: 解剖/生理、照护技巧、饮食管理、排便护理 ii: 排便护理 iv: 症状/体征-生理性
IV-35. 营养: 每日液体摄入量不足(< 1 000 mL); 饮食不均衡(喜食油腻/高盐食物); 无营养计划	3	3	3	i: 解剖/生理、照护技巧、饮食管理 ii: 饮食管理 iv: 症状/体征-生理性、饮食管理
IV-37. 身体活动: 久坐不动(不做康复运动)	2	2	2	i: 运动、身体活动/转移 ii: 运动、身体活动/转移 iv: 症状/体征-生理性
IV-38. 个人照顾: 洗澡困难(大部分帮助); 穿上/下身衣服困难(完全帮助); ADL 评分 35 分	2	1	1	i: 照护技巧、日常生活能力训练 ii: 日常生活能力训练 iv: 照护技巧、个人卫生
IV-42. 药物治疗方案: 不遵从推荐的剂量/药物治疗不足(自行改服其他降压药物,血压 160/100 mmHg,1 mmHg=0.033 kPa)	1	3	2	i: 照护技巧、药物作用/副作用、药物管理 iii: 药物管理 iv: 药物作用/不良反应、症状/体征-生理性

注: I-3. 住宅* 中“ I、II、III、IV ”代表奥马哈系统问题分类的 4 个领域,分别为环境领域、心理社会领域、生理领域和健康相关行为领域;其后 3 代表奥马哈系统 42 个健康问题的序号。i: 环境** 中“ i、ii、iii、iv ”代表奥马哈系统干预系统的 4 个方面,分别代表健康教育、指导和咨询、治疗和程序、个案管理和监测;环境代表干预导向,共 72 个,包括解剖/生理、行为修正、排便护理、沟通、饮食管理、环境、运动、步态训练、身体活动/转移、症状/体征-精神性/情感性、症状/体征-生理性及(言语)说话和语言治疗护理等。

2.2 第二次家庭访视

2.2.1 健康问题及干预效果评价 第二次家庭访视结果显示:环境领域(住宅)已经得到解决,其余健康问题还存在,但 K-B-S 评分均有不同程度的改善, K 评分 3~4 分, B 评分 2~4 分, S 评分 2~4 分。对于神经-肌肉-骨骼功能,经过针对性护理干预和 1 周的功能锻炼,患者对于疾病和康复运动的相关知识基本知道并能够描述,确定 K 评分为 3 分;因康复运动时肢体疼痛,患者不能按康复处方运动,家人坚持的情况下能够配合,每日 1 次,每次 5~10 min,确定 B 评分为 3 分;患者左上肢肌力增加,由 I 级提升为 II 级,能够在家人协助下完成床-椅转

移,正确使用助行器,其他症状/体征还存在,确定 S 评分为 3 分。

2.2.2 针对性护理干预 调整护理干预方案。

①健康教育、指导和咨询:强调康复运动和步态训练对于肢体功能恢复的必要性,疼痛是康复运动过程中肢体功能恢复的良好信号,树立康复意识。②治疗和程序:执行原康复处方,重点指导和不断强化被动、主动、辅助和抗阻康复运动,协助患者进行步态训练,指导家人康复训练要点。③监测:干预后患者左侧肢体肌力有无变化、康复运动和步态训练要点有无掌握、有无注意运动和转移中的安全问题等。其余相关内容详见表 2。

表 2 第 2 次家庭访视

Tab 2 Results of the second home visit

问题分类系统(个人的、现存的健康问题改善*)	结局评价系统			干预系统(针对性干预措施)
	K	B	S	
解决	—	—	—	—
存在	3	4	3	i: 沟通 iv: 症状/体征-情感性、人与人之间的联结/依恋
存在	4	3	4	i: 说话和语言治疗护理 ii: 说话和语言治疗护理 iv: 症状/体征-生理性
存在	4	4	4	i: 运动、体位 iv: 症状/体征-生理性
左上肢肌力 II 级, 左下肢肌力 II ⁺ 级, 协助下进行床椅转移及助行器行走	3	3	3	i: 行为修正、照护技巧、步态训练、运动 ii: 运动、步态训练 iv: 症状/体征-生理性、运动、安全
吞咽呛咳(每日 5 次左右); 流涎(一般, 备有毛巾擦拭)	4	4	3	i: 行为修正、体位、运动(吞咽) iv: 症状/体征-生理性、体位、运动(吞咽)
使用开塞露, 每周 2 次	4	4	4	i: 照护技巧、饮食管理、排便护理 ii: 排便护理 iv: 症状/体征-生理性
每日液体摄入量不足(<1 000 mL); 其余改变	4	4	4	i: 照护技巧、饮食管理 iv: 症状/体征-生理性、照护技巧、饮食管理
不主动进行康复运动	4	3	3	i: 运动、身体活动/转移、步态训练 ii: 运动、身体活动/转移、步态训练 iv: 症状/体征-生理性
洗澡困难(大部分帮助); 穿下身衣服(鞋子)困难(大部分帮助); ADL 评分 60 分	4	3	2	i: 照护技巧、日常生活能力训练 ii: 日常生活能力训练 iv: 照护技巧、个人卫生、日常生活能力训练
血压 150/100 mmHg	4	2	2	i: 药物作用/副作用、药物管理 iii: 药物管理、药物协调 iv: 药物作用/不良反应、症状/体征-生理性

注 “个人的、现存的健康问题改善*”表示该表只列出健康问题改善的相关内容,其中“解决”代表健康问题已经得到解决,“存在”代表健康问题同前,没有症状/体征的改变;文字描述的内容,如“左上肢 II 级,左下肢 II⁺ 级,协助下进行床椅转移及助行器行走”代表该健康问题仍然存在,而症状/体征发生变化。

2.3 第三次家庭访视

2.3.1 健康问题及干预效果评价 第三次家庭访视结果显示:患者仅存在生理领域(神经-肌肉-骨骼功能)和健康相关行为领域(个人照护)两个健康问题,其余均得到解决,K评分为5分,B评分为4~5分,S评分为3~4分。对于神经-肌肉-骨骼功能,经过前两次的护理干预,患者能够描述脑卒中的发病原因、康复运动的益处、怎样预防再次卒中等知识,确定K评分为5分;能够按照社区康复护士制定的康复处方坚持康复运动,确定B评分为5分;左侧

肢体肌力增加,左上肢Ⅱ级,左下肢Ⅲ级,能够使用助行器自行行走,步态基本正常,确定S评分为4分。

2.3.2 针对性护理干预 调整护理干预方案。

①健康教育、指导和咨询:强调康复运动和步态训练对于肢体功能恢复的必要性,强化患者康复意识。②治疗和程序:调整康复处方,强化步态训练,主动、辅助运动和抗阻运动每日3次,每次60 min。③监测:左侧肢体肌力的变化、是否坚持康复运动和步态训练等。其余相关内容详见表3。

表3 第3次访视

Tab 3 Results of the third home visit

问题分类系统(个人的、现存的健康问题改善*)	结局评价系统			干预系统(针对性干预措施)
	K	B	S	
解决	—	—	—	—
解决	—	—	—	—
解决	—	—	—	—
解决	—	—	—	—
左上肢肌力Ⅱ级,左下肢肌力Ⅲ级,自己完成床椅转移及助行器行走	5	5	4	i:运动、步态训练 ii:运动、步态训练 iv:症状/体征-生理性、运动
解决	—	—	—	—
解决	—	—	—	—
解决	—	—	—	—
解决	—	—	—	—
洗澡困难(小部分帮助);穿下身衣服(鞋子)困难(小部分帮助);ADL评分90分	5	4	3	i:照护技巧、日常生活能力训练 iv:照护技巧、个人卫生、日常生活能力训练
解决	—	—	—	—

注“个人的、现存的健康问题改善*”表示该表只列出健康问题改善的相关内容,其中“解决”代表健康问题已经得到解决,“存在”代表健康问题同前,没有症状/体征的改变;文字描述的内容,如“左上肢Ⅱ级,左下肢Ⅱ+级,协助下进行床椅转移及助行器行走”代表该健康问题仍然存在,而症状/体征发生变化。

3 讨论

3.1 社区康复护理具有健康促进作用

脑卒中起病急骤,致残率高,严重影响患者的身体功能和生活质量,并且给家庭和社会带来沉重的经济和医疗负担^[7,8]。本个案展示了与国内其他研究相同的结果,社区康复护士通过出院后3次家庭访视实施康复治疗,患者肌力由左上肢Ⅰ级,左下肢Ⅱ级恢复至左上肢Ⅱ级(肢体能在床上平行移动,但不能抬起),左下肢Ⅲ级(肢体能抬离床面,但不能对抗阻力),能够正确使用助行器行走并上下楼梯,ADL评分由35分提高至90分,提示患者轻度肢体功能障碍,日常生活基本自理。本研究展示了与国外和国内相同的研究结果,社区康复护理可促进患者肢体功能的恢复,提供心理支持,提高患者的生活

质量^[9-11],具有健康促进作用。

3.2 奥马哈系统的适用性

奥马哈系统是基于社区护理研发以解决问题程序为框架的标准化护理语言。相关研究^[12-14]表明,奥马哈系统可描述脑卒中患者住院期间的大部分问题、症状和体征及针对性干预措施,并能够量化护理结局便于进行护理效果评价。有研究者^[15,16]应用奥马哈系统作为护理研究干预方案制定的框架,认为其可以提供以患者为中心,用量化指标评价患者认知、行为和状态为目标的干预方案。本个案展示依据奥马哈系统实施社区康复护理过程,认为奥马哈系统可以全面评估患者的健康问题,指导实施针对性护理干预,并通过干预前后的评分准确量化评价患者健康问题是否得到改善,从而及时调整护理干预方案,值得推广应用。

(下转第869页)

- USA[J]. *Eur J Cancer Prev*, 1996, 5(1): 75-81.
- [2] Burke JP, Hay ID, Dignan F, et al. Long-term trends in thyroid carcinoma: a population-based study in Olmsted County, Minnesota, 1935-1999[J]. *Mayo Clin Proc*, 2005, 80(6): 753-758.
- [3] American Thyroid Association (ATA) Guidelines Taskforce on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer, Cooper DS, Doherty GM, et al. Revised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer[J]. *Thyroid*, 2009, 19(11): 1167-1214.
- [4] Dongbin A, Sung JH, Hyun P, et al. Clinical relationship between Hashimoto's thyroiditis and papillary thyroid cancer[J]. *Acta Oncologica*, 2011, 50(8): 1228-1234.
- [5] Cooper DS, Doherty GM, Haugen RT, et al. Management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer[J]. *Thyroid*, 2006, 16(2): 109-142.
- [6] Rago T, Vitti P, Chiovato L, et al. Role of conventional ultrasonography and color flow-Doppler sonography in predicting malignancy in "cold" thyroid nodules[J]. *Eur J Endocrinol*, 1998, 138(1): 41-46.
- [7] Frates MC, Benson CB, Charboneau JW, et al. Management of thyroid nodules detected at US: Society of Radiologists in Ultrasound consensus conference statement[J]. *Radiology*, 2005, 237(3): 794-800.
- [8] Lim DJ, Luo S, Kim MH, et al. Interobserver agreement and intraobserver reproducibility in thyroid ultrasound elastography[J]. *AJR Am J Roentgenol*, 2012, 198(4): 896-901.
- [9] Hou XJ, Sun AX, Zhou XL, et al. The application of Virtual Touch tissue quantification in diagnosis of thyroid lesions: A preliminary study[J]. *Eur J Radiol*, 2013, 82(5): 797-801.
- [10] Rago T, Santini F, Scutari M, et al. Elastography: new developments in ultrasound for predicting malignancy in thyroid nodules[J]. *J Clin Endocrinol Metab*, 2007, 92(8): 2917-2922.
- [11] 陈洁, 徐辉雄, 张一峰, 等. 声触诊组织弹性成像弹性面积比在鉴别甲状腺结节良恶性中的价值[J]. *中华临床医师杂志*, 2013, 7(9): 3840-3844.
- [12] Zhang YF, He Y, Xu HX, et al. Virtual touch tissue imaging on acoustic radiation force impulse elastography: a new technique for differential diagnosis between benign and malignant thyroid nodules[J]. *J Ultrasound Med*, 2014, 33(4): 585-595.
- [13] Xu JM, Xu XH, Zhang YF, et al. Conventional US, US Elasticity imaging, and acoustic radiation force impulse imaging for prediction of malignancy in thyroid nodules[J]. *Radiology*, 2014, 272(2): 577-586.
- [14] Rago T, Vitti P. Role of thyroid ultrasound in the diagnostic evaluation of thyroid nodules[J]. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*, 2008, 22(6): 913-928.
- [收稿日期] 2015-01-13 [本文编辑] 王淑平

(上接第 838 页)

参考文献

- [1] 尚少梅. 社区护理学[M]. 北京: 中央广播电视大学出版社, 2011: 129.
- [2] Moraru E, Onose G. Current issues and considerations about the central role of rehabilitation therapies in the functional recovery of neurological impairments after stroke in adults[J]. *J Med Life*, 2014, 7(3): 368-372.
- [3] 肖秀英, 梁少杰, 岳永辉. 脑卒中社区康复护理服务模式的研究[J]. *现代临床护理*, 2007, 6(4): 72-73.
- [4] 高擎擎, 黄金月, 万巧琴, 等. 奥马哈系统在脑卒中病人社区康复护理中的应用[J]. *中国护理管理*, 2011, 12(11): 18-22.
- [5] Martin KS. The Omaha system: a key to practice, documentation, and information management[M]. Philadelphia: Philadelphia Saunders, 2005: 11-17.
- [6] 黄金月, 王少玲, 周家仪. 奥马哈系统在社区护理和延续护理中的应用[J]. *中华护理杂志*, 2010, 45(4): 320-323.
- [7] Andrade A, Yau I, Moharir M. Current concepts in pediatric stroke[J]. *Indian J Pediatr*, 2015, 82(2): 179-188.
- [8] Murray CJL, Lopez AD. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020[M]. Cambridge: Harvard School of Public Health, 1996: 990.
- [9] 毕蕾, 李莉. 脑卒中的社区康复护理[J]. *中国社区医师*, 2014, 25(30): 137-139.
- [10] Wong FK, Yeung SM. Effects of a 4-week transitional care programme for discharged stroke survivors in Hong Kong: a randomised controlled trial[J]. *Health Soc Care Community*, 2014. [Epub ahead of print]
- [11] Wang L, Chen CM, Liao WC, et al. Evaluating a community-based stroke nursing education and rehabilitation programme for patients with mild stroke[J]. *Int J Nurs Pract*, 2013, 19(3): 249-256.
- [12] Erdogan S, Secginli S, Cosansu G, et al. Using the Omaha System to describe health problems, interventions, and outcomes in home care in Istanbul, Turkey: a student informatics research experience[J]. *Comput Inform Nurs*, 2013, 31(6): 290-298.
- [13] 李文菁, 侯爱和, 毛建华, 等. 奥马哈系统应用于脑卒中患者临床护理记录的可行性探讨[J]. *护理学杂志*, 2013, 28(19): 13-15.
- [14] 谭晓青, 刘雪琴, 温清霞, 等. 奥马哈系统在我国社区护理应用的可行性探讨[J]. *中国护理管理*, 2011, 11(3): 30-33.
- [15] 王少玲, 黄金月, 周家仪. 护理临床研究中干预方案的制定[J]. *中国护理管理*, 2014, 10(14): 1109-1112.
- [16] Thompson CW, Monsen KA, Wanamaker K, et al. Using the Omaha system as a framework to demonstrate the value of nurse managed wellness center services for vulnerable populations[J]. *J Community Health Nurs*, 2012, 29(1): 1-11.
- [收稿日期] 2015-01-07 [本文编辑] 王淑平