

• 诊治分析 •

医护视角下 ICU 后门诊建设的质性研究

郭晓岚, 李盼, 俞方芳, 陈阳, 邢娟

【关键词】 医护人员; ICU 后门诊; 康复; 建设; 质性研究

doi:10.3969/j.issn.1671-0800.2024.05.032

【中图分类号】 R473 【文献标志码】 B 【文章编号】 1671-0800(2024)05-0672-03

随着重症医学的飞速发展,重症监护病房(ICU)患者的病死率明显降低,但 ICU 患者长期生存质量不容乐观。ICU 转出患者大部分都存在 ICU 后综合征^[1],包括运动能力下降、认知功能损害、创伤后应激障碍^[2-3]、焦虑、抑郁^[4]等。ICU 后门诊是一种为 ICU 出院患者提供专业帮助的专业门诊,旨在帮助患者得到更好的康复^[5]。越来越多的研究^[6-7]指出 ICU 后门诊在减少 ICU 后并发症,降低再住院率,提高长期生存质量方面成效显著。本研究从医护的角度出发,对 9 名医护人员进行半结构式访谈,以全面了解医护人员对建设 ICU 后门诊的认识,为 ICU 后门诊的建立和发展提供可靠依据,现报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象 采用目的抽样法,于 2022 年 11—12 月选择 9 名 ICU 医护人员为访谈对象。纳入标准:从事 ICU 临床工作 5 年及以上;本科及以上学历;了解 ICU 后门诊的定义、作用和意义。排除标准:拒绝录音者或访谈期间中途退出者,语言沟通表达障碍者,现已脱离 ICU 临床工作者。受访者一般资料见表 1。本研究获得宁波大学医学院附属医院医学伦理委员会批准,所有研究对象均同意参加本研究。

1.2 研究方法

1.2.1 确定访谈提纲 根据研究目的查阅相关文献,初步拟订访谈提纲;再咨询专家,所有专家均从事急危重症护理,且具有主任护师职称。预访谈 2 名医护人员后确定访谈提纲如下:(1)请您谈谈国内

开设 ICU 后门诊的可行性?(2)您认为 ICU 后门诊的服务对象应该是哪些人群?(3)您认为制约国内 ICU 后门诊建立或发展的因素有哪些?(4)您希望 ICU 后门诊能解决哪些问题?(5)您认为 ICU 后门诊以什么样的方式开展比较好?(6)您还有哪些建议和补充?

1.2.2 资料收集方法 访谈前事先与受访者沟通,告知其访谈的目的和意义,确定访谈时间和地点,承诺遵守保密和匿名原则。经受访者同意,全程录音,以访谈提纲为指导,采用开放式提问^[8],运用提问、追问、倾听、回应等技巧,并及时记录受访者面部表情和情感变化。为确保访谈信息的准确性,整个访谈过程双人质控,必要时对受访者陈述的内容进行复述并向其确认,但不对其进行诱导^[9],以获取受访者最大信息量为标准。每次访谈时间 30 ~ 40 min。

1.2.3 资料分析方法 访谈结束后 24 h 内双人整理和分析资料。通过反复聆听、将录音内容逐字逐句转成文字,采用 Colaizzi 分析法^[10]并借助 Nvivo 10.0 软件对资料进行编码、归类,提炼出主题和主题群。转录过程中要注意标点符号停顿的位置及受访者的声音、停顿。对于无法编码的陈述内容赋予其新的编码并对现有编码方案作出调整和修改。最后将转录完成的结果返回给受访者核对,提高资料的可靠性。

2 结果

2.1 ICU 后门诊的服务对象

2.1.1 有康复意愿的出 ICU 患者 9 名受访者都认为 ICU 后门诊应服务于那些经 ICU 治疗好转出科,经专科治疗后出院,或从 ICU 直接出院到下级医院继续治疗的患者。这部分患者 ICU 入住时间较长,在转出 ICU 时,他们的各个脏器功能并没有达到完

基金项目: 浙江省基础公益项目(LGF22H250007)

作者单位: 宁波大学附属第一医院(郭晓岚、李盼、俞方芳、陈阳);宁波卫生职业技术学院(邢娟)

通信作者: 郭晓岚,Email:adiaguol1980@163.com

表 1 受访者的一般资料(n=9)

编号	年龄(岁)	性别	学历	职称	职务	工作年限	ICU 工作年限	专科方向
A	37	女	本科	主管护师	护理组长	14	14	无
B	40	女	硕士	副主任医师	医疗组长	14	14	重症感染
C	38	男	硕士	主治医师	医生	12	12	重症消化
D	36	男	硕士	主治医师	医生	10	7	重症循环
E	40	女	本科	主管护师	副护士长	8	17	无
F	30	男	本科	主管护师	护理组长	7	5	呼吸治疗师
G	33	男	本科	主管护师	护理组长	12	12	康复专科护士
H	45	女	本科	副主任护师	总带教	21	18	成人 ICU 专科护士
I	28	男	本科	护师	护士	5	5	无

全理想的状态;此时,ICU后门诊对这些患者而言就相当于一个 ICU 延续治疗或护理。

2.1.2 ICU 患者的家属 2 名受访者认为入住 ICU 患者的家属在心理上也存在焦虑、恐惧、担忧、不理解等心理问题,也应该成为 ICU 后门诊的服务人群。

2.2 ICU 后门诊建设的可行性 9 名受访者都认为在国内 ICU 后门诊的建立是可行且非常有必要的。尤其是随着老龄化社会的到来,老年重症患者的康复需要更长的时间,更需要 ICU 后门诊。ICU 医护相对而言评估更全面,可以规避较多风险。

2.3 ICU 后门诊建设的制约因素

2.3.1 认知局限 9 名受访者均认为患者、家属、社会的认知是制约 ICU 后门诊建设的主要因素。

2.3.2 政策扶持力度不足 3 名受访者认为政策的扶持力度不足是制约国内 ICU 后门诊建设的一个因素。

2.4 ICU 后门诊的主要工作

2.4.1 个性化的整体评估及干预 9 名受访者均认为 ICU 患者往往存在多脏器功能障碍,需要医护人员进行整体评估。多脏器功能支持,可阻止疾病进展,并针对性实施精准治疗,避免患者重返 ICU。

2.4.2 家属的心理辅导 2 名受访者认为 ICU 患者家属或多或少也存在一些心理问题,可能是恐惧、焦虑,也有可能是因为对 ICU 环境和工作的不了解而导致的抵触,ICU 后门诊应该要帮助解决家属的这些情感问题。

2.5 ICU 后门诊的工作模式

2.5.1 多学科联合门诊 9 名受访者均认为 ICU 转出或出院患者的很多问题不是单靠一个 ICU 医生可以解决的,需要多学科多专业合作,包括 ICU 护理专业、营养专业、康复专业、心理专业等,最大限度降低患者风险。

2.5.2 互联网+居家 ICU 后门诊 2 名受访者认为 ICU 转出或出院患者中有一部分患者是长期卧床状态,在下级医院或家中维持治疗过程中,这部分患者门诊就诊比较困难,需要开拓互联网+居家服务这样新的就诊模式。

3 讨论

ICU 转出或出院患者留有很多 ICU 后综合征,如自理能力下降、睡眠障碍、心理障碍、ICU 获得性衰弱等。这些问题困扰着患者和家属,直接影响到患者的依从性及康复治疗。ICU 后门诊作为 ICU 治疗和护理的延续,可以将 ICU 治疗与专科治疗,医院护理与家庭护理有效结合起来,避免护理断层的发生^[1]。

ICU 后门诊在我国起步较晚,目前开设 ICU 后门诊的医院并不多,社会对其作用并没有充分的认识,这是制约 ICU 后门诊发展的最主要因素;因此,需要加大宣传力度,提高社会对其的认识。缺少政策的扶持,包括制度的缺失,管理机制的不完善,资金的缺乏等也是制约 ICU 后门诊发展的重要因素。ICU 后门诊的建设肯定会增加人力成本和治疗成本,Hernández 等^[12]研究也证实了这一点,如果有政策的扶持可以极大地改变目前的现状。英国国家卫生研究院曾在 2009 年临床指南出版后,将开展 ICU 后门诊纳为一项护理标准,这极大地推动了 ICU 后门诊的发展。

本研究显示 ICU 后门诊适用于从 ICU 转居家或下级医院的患者,这部分患者基本都存在多脏器功能障碍,后期需要进行长时间的干预,这与万娜等^[13]的研究一致。本研究受访者没有把 ICU 所有接受特级护理的患者作为 ICU 后门诊的服务对象,这与 Cuthbertson 等^[14]的研究存在争议。这可能与受访者所在的 ICU 收住指征同国外存在差异有关。同时本

研究还提到了应将 ICU 患者的家属作为 ICU 后门诊的服务对象,这与国内外的研究^[15-16]一致,说明国内外的医护人员都关注到了家属或家庭支持对患者康复的影响。

本研究认为 ICU 后门诊最主要的工作就是对 ICU 转出或出院患者进行个性化的整体评估,结合各个脏器的情况进行干预,促进患者的身心康复。ICU 后门诊解决的是患者的多元问题,准确地预判病情进展,降低患者重返 ICU 的风险。ICU 后综合征加重了患者及家属的心理负担^[17],有效地促进家属的心理康复,防止其情感耗竭,帮助家属能够更好地承担起照护的任务非不重要。

本研究认为多学科联合门诊是 ICU 后门诊较为理想的工作模式。目前国内外的 ICU 后门诊没有统一的运作模式,国外大部分的研究都采用多中心学科团队,杨毅等^[16]研究也推荐这种模式。值得注意的是,国内外的研究都认为 ICU 护理是 ICU 后门诊不可或缺的一个专业。目前很多国家开设的 ICU 后门诊中,超过一半是由护士主导^[18],万娜等^[13]研究中也采用了医护协作型门诊,这有利于护理专业价值的提升和重症护理专业的发展。另外,本研究还认为应该为那些不方便外出就诊的居家 ICU 后患者提供互联网+居家 ICU 后门诊服务,做好延续护理和治疗,这也拓宽了互联网+居家服务的工作范围和服务领域,符合我国护理发展要求^[19]。

综上所述,合理配置人力资源,组建多学科团队,拓展延续治疗和护理的服务领域,使 ICU 后门诊最大限度地发挥其社会和经济效益。但本研究仅对 9 名医护人员进行了访谈,存在一定的局限性,下一步可进行多中心、大样本的研究。

利益冲突 所有作者声明无利益冲突

参 考 文 献

- [1] HUGGINSE L, BLOOMS L, STOLLINGS J L, et al. A clinic model: post-intensive care syndrome and post-intensive care syndrome-family[J]. AACN Adv Crit Care, 2016, 27(2):204-211.
- [2] BIENVENUO J, FRIEDMAN L A, COLANTUONI E, et al. Psychiatric symptoms after acute respiratory distress syndrome: a 5-year longitudinal study[J]. Intensive Care Med, 2018, 44(1): 38-47.
- [3] HUANG M, PARKER A M, BIENVENUO J, et al. Psychiatric

- symptoms in acute respiratory distress syndrome survivors: A 1-year national multicenter study[J]. Crit Care Med, 2016, 44(5): 954-965.
- [4] WADED M, BREWING R, HOWELL D C, et al. Intrusive memories of hallucinations and delusions in traumatized intensive care patients: An interview study[J]. Br J Health Psychol, 2015, 20(3): 613-631.
- [5] DETTLING-IHNENFELDT D S, DE GRAAFF A E, NOLLET F, et al. Feasibility of post-intensive care unit clinics: an observational cohort study of two different approaches[J]. Minerva Anestesiol, 2015, 81(8):865-875.
- [6] TORRES J, VEIGA C, PINTO F, et al. Post intensive care syndrome - from risk at ICU admission to 3 months follow-up clinic[J]. Intensive Care Med, 2015, 3(1): A448.
- [7] LASITER S, OLES S K, MUNDELL J, et al. Critical care follow-up clinics : A Scoping Review of Interventions and Outcomes[J]. Clin Nurse Spec, 2016, 30(4):227-237.
- [8] 袁红艳,许方蕾,葛颖,等.前列腺癌患者术后照顾者照护体验的质性研究[J].中华现代护理杂志,2022,28(6):739-744.
- [9] 斯丹纳·苛费尔丹,斯文·布林克曼丹.质性研究访谈[M].范丽恒,译.北京:世界图书出版公司北京公司,2013:20.
- [10] HEUER H. From Psychologische Forschung to psychological research: A rough journey through a century[J]. Psychol Res, 2022, 86(8): 2309-2320.
- [11] 薛箫,吴桂明,林朝霞,等.无缝隙护理管理在连续性血液净化患者中的实践与效果[J].川北医学院学报,2017,32(4):629-631.
- [12] HERNANDEZ A, JENKINSON D, VALE L, et al. Economic evaluation of nurse-led intensive care follow-up programmes compared with standard care: The PRaCTICaL trial[J]. Eur J Health Econ, 2014, 15(3): 243-252.
- [13] 万娜,常鑫儿,张春艳,等.ICU 后门诊的建立与运行实践[J].中国护理管理,2021,21(4):566-569.
- [14] CUTHBERTSON B H, RATTRAY J, CAMPBELL M K, et al. The PRaCTICaL study of nurse led, intensive care follow-up programmes for improving long term outcomes from critical illness: A pragmatic randomised controlled trial[J]. BMJ, 2009, 339: b3723.
- [15] GRIFFITHS J A, BARBER V S, CUTHBERTSON B H, et al. A national survey of intensive care follow-up clinics[J]. Anaesthesia, 2006, 61(10): 950-955.
- [16] 杨毅,邱海波.建立 ICU 后门诊势在必行[J].中华内科杂志,2018,57(9):621-623.
- [17] 阮安娜,王效民.血液净化护理安全管理因素及应对措施[J].实用临床护理学电子杂志,2018,3(36):165-166.
- [18] MODRYKAMIENA M. The ICU follow-up clinic: A new paradigm for intensivists[J]. Respir Care, 2012, 57(5): 764-772.
- [19] 温秀兰,林艳,孙黎,等.新生儿护理门诊的建立与实施[J].中华护理杂志,2019,54(7):1056-1059.

收稿日期:2024-01-25

(本文编辑:孙海儿)