

ICU 护士协助患者早期下床活动影响因素分析

张艳,李纯

Influencing factors of early mobilizing intensive care patients among ICU nurses Zhang Yan, Li Chun

摘要:目的 了解 ICU 护士协助患者早期下床活动执行现状并分析影响因素,为促进早期下床活动在 ICU 的开展提供参考。方法 采用自制 ICU 护士协助患者早期下床活动执行情况问卷,对南京市 15 所三级综合医院的 333 名 ICU 护士进行调查。结果 12.91% 的 ICU 护士从未协助患者早期下床活动;Logistic 回归分析显示,护士理论知识掌握情况及医生对患者早期下床活动的态度是 ICU 护士协助患者下床活动的影响因素($P < 0.05$, $P < 0.01$)。结论 部分 ICU 护士未重视和协助患者早期下床活动,需提升护士早期下床活动相关知识及医生对早期下床活动的态度,以促进 ICU 患者早期下床活动。

关键词:重症监护病房; 护士; 早期活动; 下床活动; 执行; 影响因素

中图分类号:R471 **文献标识码:**B **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2020.18.068

随着重症医学的快速发展,ICU 危重症患者的生存率明显提升。重症医学的诊治目标逐渐从降低患者病死率过渡为降低并发症发生率。重症患者进行早期运动作为一种全新的照护理念,其可行性、安全性及有效性已得到循证证实^[1]。作为早期运动的主要执行者之一,ICU 护士对重症患者早期活动的认知及行为尤为重要,直接影响早期活动的实施效果^[2]。危重患者早期下床活动包括床边坐椅、床边站立、锻炼行走^[3],据国外文献报道,患者离床活动率仅为 24%~37%^[4-5]。国内研究显示,ICU 护士对患者早期活动的信念较好,知识有待提高,行为较差^[2,6-8]。在现有条件下,采用何种方式推动患者早期活动的开展是亟待解决的问题。本研究对 ICU 护士协助患者下床活动执行情况及影响因素进行调查,为促进早期下床活动在 ICU 的开展提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象 2019 年 8~9 月便利抽取南京市 15 所三级综合医院的 ICU 护士为研究对象。纳入标准:①在职、注册护士;②在 ICU 工作 6 个月以上;③知情同意,自愿参与。排除标准:①进修护士;②休假 6 个月以上。有效调查 333 人,男 32 人,女 301 人;年龄 18~岁 47 人,24~岁 129 人,30~岁 104 人,≥36 岁 53 人;大专 76 人,本科以上 257 人;初级职称 237 人,中级 79 人,副高以上 17 人;工作年限 1~年 123 人,4~年 89 人,8~年 57 人,≥11 年 64 人;其中 95 人接受过省级或市级 ICU 专科护士培训。

1.2 方法

1.2.1 调查工具 在参考国内外相关文献^[2-8]的基础上,经研究小组讨论,利用头脑风暴法,自行设计调查问卷,通过两轮专家咨询修改后形成。在引导语中对早期下床活动^[9]进行定义:指患者入 ICU 24~72 h 且生命体征平稳后开展的一种离床主动运动。调查

内容包括 2 个部分:第一部分为护士一般情况调查,包括性别、年龄、工龄、学历、职称、是否为专科护士及是否参与过协助患者早期下床活动;第二部分包含 ICU 护士协助患者下床活动的一般现状及影响其执行力的相关因素。现状调查包括:护士对下床活动前评估、实施步骤、终止评估的了解程度;护士对下床活动相关知识的学习意愿程度、知识获取来源、倾向的培训方式;护士对下床活动中发生不良事件等的担心程度等题目,均为选择题。影响因素包括理论知识因素、培训因素、相关流程和应急预案设立、人力资源配备、器材设备因素、医生态度、患者及家属态度、奖励机制、监督机制 9 个维度,每个维度下设 1~3 个条目,共 21 个条目。选项采用 Likert 5 级评分:1 分表示“影响很小”,2 分表示“影响小”,3 分表示“影响一般”,4 分表示“影响较大”,5 分表示“影响非常大”,部分条目反向计分,得分越高表示所罗列因素或措施对研究对象执行下床活动的影响越大。问卷经 9 名专家(1 名主任医师,2 名副主任医师,1 名主任护师,5 名副主任护师)评议,测得内容效度指数为 0.91。通过预调查 30 名 ICU 护士,测得问卷 Cronbach's α 系数为 0.78。

1.2.2 资料收集方法 采用问卷星软件编辑问卷,以微信方式转发至 15 所三级综合医院的 ICU 护士长。由护士长组织本科室护士填写,护士填写问卷后直接点击提交。为保证问卷有效性,在问卷发放前进行设置,不允许同一 IP 地址用户重复答题,问卷提交后,对所有问卷答题时间及答案选项进行排查,未发现答题时间小于 200 s 或所有答案选项一致的问卷。最终有效回收问卷 333 份,答题完成率 100%。

1.2.3 统计学方法 采用 SPSS22.0 软件进行统计描述及 Logistic 回归分析,检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 ICU 护士协助患者早期下床活动情况 不清楚如何评估患者是否适合下床活动、下床活动的实施步骤、何种情况要终止该操作而最终放弃协助患者下床活动,回答经常或一向如此的占比分别为 20.42%、12.61%、10.51%。87.69% 的护士希望能够掌握 ICU

作者单位:南京医科大学附属南京医院(南京市第一医院)重症医学科(江苏 南京,210006)

张艳:女,本科,护师

通信作者:李纯,shenshen-928@163.com

收稿:2020-04-04;修回:2020-06-17

患者早期下床活动相关知识;早期下床活动知识主要获得途径为医院/科室培训(59.16%),自学或同事指导(26.13%),院外学术活动(14.71%)等。倾向的培训方式中,理论培训+示教占 78.68%,增加理论培训占 3.90%,开展工作坊占 21.32%,0.90%的护士认为增加考核有助于知识的掌握。88.59%的护士表示担心或非常担心发生不良事件,80.48%的护士担心或非常担心下床活动导致患者需要抢救。87.38%认为下床活动前医生评估意见重要或非常重要;患者是否适合下床活动,自己与医生的评估意见不一致时,10.81%的护士表示从不再找第三人进行评估。57.66%的护士回答医生有时或偶尔要求护士主动协助患者下床活动,8.41%选择医生从不要求患者下床活动。

2.2 ICU 护士协助患者下床活动执行情况及相关影响因素得分 290 名(87.09%)护士曾经参与过协助患者早期下床活动,43 名(12.91%)护士从未参与。护士协助患者下床活动执行力的相关影响因素得分,见表 1。

表 1 护士协助患者下床活动执行力的
相关影响因素得分(n=333)

项 目	得分($\bar{x} \pm s$)
理论知识缺乏	2.39±1.06
不清楚评估流程	2.71±0.99
不清楚实施步骤	2.24±1.10
不清楚终止标准	2.23±1.04
培训	4.04±0.70
接受相关培训	4.04±0.70
流程应急预案设立	3.87±0.70
完善相关流程	4.02±0.72
完善应急预案	3.70±0.83
安排应急预案演练	3.88±0.77
人力资源配备	4.07±0.77
获得 N2 级以上护士协助	3.97±0.74
家属参与协助下床活动	4.08±0.81
获得医生、康复师或呼吸治疗师的协助	4.17±0.75
器材设备	3.89±0.78
设备器材短缺	3.74±0.83
电动器械辅助	4.03±0.70
患者及家属态度	2.68±1.08
患者或其家属拒绝下床	2.85±1.05
担心患者或其家属不满意	2.50±1.07
医生态度	3.93±0.81
医生对下床活动的积极性	3.67±1.00
下床活动前医生的评估意见	4.19±0.72
监督机制	3.73±0.79
安排专人进行口头督促	3.65±0.81
安排专人每日统计下床活动执行情况	3.80±0.76
奖励机制	3.82±0.84
将下床活动次数纳入个人绩效指标	3.76±0.86
将下床活动次数纳入个人评优指标	3.78±0.86
给予下床活动执行好的护理团队奖励	3.92±0.79

2.3 ICU 护士参与协助患者早期下床活动的多因素分析 以 ICU 护士是否参与协助患者早期下床活动为因变量(1=是,0=否),以影响因素的 9 个维度为自变量,进行 Logistic 回归分析($\alpha_{入}=0.05, \alpha_{出}=0.10$)。结果显示,理论知识缺乏及医生对待下床活动的态度是影响 ICU 护士协助患者早期下床活动的

关键因素,见表 2。

表 2 ICU 护士参与协助患者早期下床
活动的影响因素(n=333)

变 量	β	SE	Wald χ^2	P	OR(95%CI)
常量	-3.269	2.087	2.455	0.117	0.038(-)
理论知识缺乏	-0.871	0.371	5.498	0.019	2.389(1.154~4.946)
医生态度	0.856	0.193	19.714	0.000	0.425(0.291~0.620)

3 讨论

本研究发现,12.91%的 ICU 护士从未参与过协助患者早期下床活动。进一步分析显示,影响护士执行力的因素为理论知识掌握情况及医生对早期下床活动的态度。不清楚如何评估患者是否适合下床活动、不清楚下床活动的实施步骤、不知道何种情况要终止该操作而最终放弃协助患者下床活动的护士分别为 20.42%、12.61%、10.51%,说明护士尚欠缺早期活动的相关知识。可能与培训途径单一、培训频率不够有关。医院或科室作为早期下床活动相关知识的主要组织者,应重视开展此类知识的培训,适当增加培训频率,注重理论授课与示教操作相结合的教学方法,可能更容易促进护士对早期下床活动相关知识的掌握,从而避免因为护士自身理论知识不足而放弃协助患者早期下床活动的现象。

决定护士是否协助患者早期下床活动的另一项关键因素来源于医生态度。87.38%的护士认为医生的评估意见重要或非常重要,如果自己的评估结果与医生不一致,10.81%的护士表示从不再找第三人进行评估,完全听从医生的指令。然而关于医生面对患者早期下床活动积极性的调查问题中,超过半数的护士认为管床医生态度不够积极,甚至有 8.41%的医生从不要求自己分管的患者下床活动。一直以来,重症医学的焦点是恢复患者器官生理功能、维持血流动力学稳定、降低患者病死率,实现上述目标的传统观念包括患者需要长时间制动和卧床休息^[10]。因此,部分 ICU 医护人员缺乏对患者早期活动的意识,直接导致 ICU 患者早期活动的开展受到限制。虽然护士作为 ICU 患者早期活动的主要实践者,但是 ICU 医生对于 ICU 诊治目标观念的更新,相关理念、知识在医生中的传播与培训也十分重要,临床医生重视早期活动,会促进护士参与到协助患者下床活动中来,使重症患者能从中获益,以降低 ICU 患者相关并发症的发生。

其他因素的影响:从早期下床执行力的影响得分看,人力资源配备是最大的保障与激励机制。“有人帮忙”是最有利促进护士协助患者下床活动的因素,而从帮忙者的选择来看,医生、康复师或呼吸治疗师这些有不同医学专业背景的协助者优于患者家属,优于电动器械辅助,优于其他高年资护士的辅助。由于 ICU 患者病情的危重程度和病情变化快的特点,在协助患者下床活动时除对实施者的体力要求外,还要承担患者在下床活动过程中突发病情变化需要抢救或其他不良事件的风险,88.59%的护士对此表示担心

或非常担心。家属参与可以提供人力协助,减轻护士压力,而且家属还能给予患者鼓励,增强患者信心,同时也有利于提高家属自身的价值感,使其更好地适应患者转出 ICU 后照顾者的角色。有学者提出,通过对患者家属进行健康教育及早期活动相关知识培训、改进探视方案等,可以满足患者早期活动不同阶段活动量及活动时间的需求,缓解医护人力的压力,也有利于满足患者及其家属间的情感交流,体现以患者和家属为中心的整体护理理念^[11]。电动器械辅助虽然能够增加护士的积极性,但由于设备价格昂贵,有需求下床活动的患者多,如果轮流使用可能效率偏低。结合以上分析,如何将协助患者早期下床活动由单一的护士实践发展成医护共同合作、多学科(专业康复/呼吸治疗等)共同参与指导、家属加入陪护的成熟体系是值得探索的发展方向。

4 小结

ICU 护士对患者早期活动的执行还有提升空间,主要受护士理论知识掌握情况及医生态度的影响。同时需完善早期下床活动流程及相关应急预案,设置相对公平的奖励机制和必要的监督机制等。但本研究仅便利抽取南京市 15 所三级综合医院的 ICU 护士进行调查,样本代表性不足。建议将来的研究可以对问卷作进一步完善,并进行多中心、大样本的随机抽样调查,使研究结果更具适用性。

参考文献:

[1] 王玉梅,黄海燕,熊莉娟,等. ICU 患者早期活动有效性及安全性影响的系统评价再评价[J]. 解放军护理杂志,

2019,36(1):28-32.
[2] 查丽玲,周松,王建宁. ICU 护士对患者早期活动认知和行为的调查研究[J]. 中华护理杂志,2018,53(2):95-99.
[3] 王宇娇,高岚,王永红. ICU 机械通气患者早期主动活动最佳证据的应用研究[J]. 中华护理杂志,2018,53(11):7-13.
[4] Nydahl P, Ruhl A P, Bartoszek Gabriele, et al. Early mobilization of mechanically ventilated patients: a 1-day point-prevalence study in Germany[J]. Crit Care Med, 2014,42(5):1178-1186.
[5] Rose L, Fowler R A, Fan E, et al. Prolonged mechanical ventilation in Canadian intensive care units: a national survey[J]. J Crit Care,2015,30(1):25-31.
[6] 夏丽霞,朱艳萍,李国宏. ICU 护士早期运动知行现状的多中心调查[J]. 齐鲁护理杂志,2018,24(4):27-29.
[7] 俞江虹,吴凌骥,俞素明. ICU 护士对患者早期活动的认知和行为调查与影响因素分析[J]. 护理实践与研究,2019,16(17):3-5.
[8] 张瑞玲. ICU 护士对患者早期活动的知识、信念、行为现状及其影响因素分析[J]. 中国实用护理杂志,2019,35(12):897-900.
[9] 窦英茹,潘春芳,郭凌翔,等. 早期床上脚踏车运动对 ICU 机械通气患者康复的影响[J]. 护理学杂志,2018,33(17):25-28.
[10] Leditschke I A, Green M, Irvine J, et al. What are the barriers to mobilizing intensive care patients? [J]. Cardiopulm Phys Ther J,2012,23(1):26-29.
[11] 查丽玲,江榕,周松. 基于家属共同参与模式的 ICU 患者早期活动实施指标体系的构建研究[J]. 重庆医学,2018,47(29):3838-3842.

(本文编辑 宋春燕)

(上接第 48 页)

3 小结

由于胰肾联合移植术创伤大、胰腺外分泌处理困难,采取胰液肠内引流术式可提高移植受体远期效果。预防术后早期与移植胰腺功能相关的并发症,是提高胰肾联合移植成功率的关键。除加强常规抗排斥反应、预防感染、维持内环境稳定等护理外,更应加强观察移植胰腺功能的恢复,做好移植胰腺并发症的预防护理,对胰液肠内引流式胰肾联合移植术后患者康复具有重要的意义。

参考文献:

[1] 冯磊,徐明清. 胰肾联合移植治疗糖尿病的历史、现状及展望[J]. 中国普外基础与临床杂志,2015,22(12):1535-1542.
[2] Zhang L X, Long J Y, Jiang W S,et al. Trends in chronic kidney disease in China[J]. N Engl J Med,2016,375(9):905-906.
[3] 宋文利,付迎欣,郑建明,等. 胰肾联合移植术式的单中心回顾性研究报告[J]. 实用器官移植电子杂志,2014,2(6):367-370.
[4] 段继轩. 胰肾联合移植——中国单中心经验[D]. 杭州:浙江大学,2016.
[5] 卢峡,宫念樵,曾凡军,等. 胰肾联合移植后移植胰腺存

活 18 年一例及文献复习[J]. 中华器官移植杂志,2019,40(5):277-279.
[6] 付迎欣,王辉,冯钢,等. 胰肾联合移植 145 例单中心回顾分析[J]. 中华器官移植杂志,2019,40(5):260-265.
[7] 廖文尉,章诚,何晓顺,等. 胰肾联合移植术后 11 年并发胆囊结石行腹腔镜切除胆囊一例[J]. 中华医学杂志,2017,97(22):1752
[8] 许雯,张晓乐,张瑜,等. 肾移植术后急性排斥反应患儿行血液净化及血浆置换治疗的护理[J]. 护理学杂志,2019,34(9):14-16.
[9] 武红涛,唐纛,赵静雯,等. 超声造影诊断胰腺移植术后并发症的价值[J]. 中华超声影像学杂志,2015,24(3):237-241.
[10] 李德胜,张善斌,曾凡军,等. 肠引流式同期胰肾联合移植后胰十二指肠吻合口瘘治愈的一例并文献复习[J]. 中华器官移植杂志,2019,40(5):280-283.
[11] 顾继艳,金彦. 4 例胰肾联合移植术后患者并发肠梗阻的护理[J]. 实用器官移植电子杂志,2018,6(2):129-131.
[12] 张襄邗,胡艳凤. 超声监测下清洁灌肠治疗老年低位性不全肠梗阻的效果观察[J]. 护理学杂志,2019,34(6):38-39.
[13] 罗新春,豆秋江,曾丽珍,等. 8 例上腹部多器官移植术后早期移植胰腺功能恢复的护理观察[J]. 中华护理杂志,2013,48(9):840-841.

(本文编辑 李春华)