

重症急性胰腺炎患者 EICU 过渡期家属协同 护理方案的构建与应用

张晓玲, 罗双双, 戎忻淼, 刘贾青

摘要:目的 构建基于安全-支持-合作框架的重症急性胰腺炎患者 EICU 过渡期家属协同护理方案,并验证其应用效果,为临床护理提供参考。方法 按住院时间将 EICU 计划转至普通病房的重症急性胰腺炎患者及家属 120 对均分为对照组和观察组,对照组实施常规过渡期护理;观察组在常规护理基础上实施基于安全·支持·合作框架的结构化过渡期家属协同护理方案。干预周期为患者转出 EICU 前 24 h 至转出后 5 d。比较两组家属照顾能力、焦虑、抑郁,以及医疗决策参与满意度。结果 干预后,观察组家属照顾能力、焦虑、抑郁,以及医疗决策参与满意度评分显著优于对照组(均 $P < 0.05$)。结论 基于安全·支持·合作框架的 EICU 过渡期家属协同护理方案能有效缓解重症急性胰腺炎患者家属的焦虑抑郁,提升其照顾能力及医疗决策参与满意度。

关键词:重症急性胰腺炎; 家属参与; 迁移应激压力; 照顾能力; 焦虑抑郁; 医疗决策; 安全·支持·合作框架; 过渡期护理

中图分类号:R473.6 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2026.06.043

Development and application of a family collaborative care program for patients with severe acute pancreatitis during the EICU transitional period

Zhang Xiaoling, Luo Shuangshuang, Rong Xinmiao, Liu Jiaqing. Department of Emergency Intensive Care Unit, Shanghai East Hospital, Shanghai 200120, China

Abstract: **Objective** To develop a family collaborative care program for patients with severe acute pancreatitis during the Emergency Intensive Care Unit (EICU) transitional period based on the Secure-Encourage-Collaborate Framework, and to verify its application effect, so as to provide reference for clinical nursing practice. **Methods** A total of 120 pairs of severe acute pancreatitis patients planned to be transferred from the EICU to the general ward and their family members were equally divided into the control group and the observation group according to the hospitalization time. The control group received routine transitional care, while the observation group was subjected to a structured family collaborative care program based on the Secure-Encourage-Collaborate Framework on the basis of routine care. The intervention period spanned from 24 hours before the patient's transfer out of the EICU to 5 days after transfer. The family caregivers' caregiving ability, anxiety, depression, and satisfaction with participation in medical decision-making were compared between the two groups. **Results** After the intervention, the scores of family caregivers' caregiving ability, anxiety, depression, and satisfaction with participation in medical decision-making in the observation group were significantly better than those in the control group (all $P < 0.05$). **Conclusion** The family collaborative care program based on the Secure-Encourage-Collaborate Framework for the EICU transitional period can effectively alleviate the anxiety and depression of family members of patients with severe acute pancreatitis, and improve their caregiving ability and satisfaction with participation in medical decision-making.

Keywords: severe acute pancreatitis; family participation; transfer stress; caregiving ability; anxiety and depression; medical decision-making; Secure-Encourage-Collaborate Framework; transitional care

重症急性胰腺炎(Severe Acute Pancreatitis, SAP)主要是由于急性胰腺炎(Acute Pancreatitis, AP)引起的,是近年来临床上较为严重的消化道急症之一^[1]。其发病急骤、进展迅速,典型临床表现包括腹部剧烈疼痛、高热、休克、呼吸异常等^[2-4],并常伴有局部并发症如胰腺坏死、脓肿或假性囊肿形成。SAP患者急诊重症监护室(Emergency Intensive

Care Unit, EICU)治疗期间需接受高强度生命支持,待病情稳定后需转至普通病房继续治疗^[5]。然而, EICU 与普通病房在医疗环境、护理等级及监测强度上的差异,易导致患者在转入 EICU 时,其家属因对疾病转归不确定、环境陌生及照护能力不足而产生焦虑、环境适应障碍及安全担忧等心理综合征^[6-7]。在当前 SAP 患者从 EICU 向普通病房转出的过渡期护理实践中,普遍存在对家属作为“核心决策者与主要照顾者”的角色赋能不足的问题,其心理需求与照护技能培养亦未得到充分重视^[8]。安全·支持·合作(Secure-Encourage-Collaborate, SEC)过

作者单位:同济大学附属东方医院急诊重症监护室(上海, 200120)

通信作者:罗双双, 2396635306@qq.com

张晓玲:女,本科,主管护师,护士长, 852652159@qq.com

收稿:2025-10-11;修回:2025-12-16

渡期护理模式强调在患者转出前、中、后三个阶段注重患者安全护理,鼓励并支持患者及家属,同时加强多科室人员之间的沟通协作,以促进健康、减少身心不良反应^[9],其在ICU和早产儿护理方面获得了较好的效果^[10-11],本研究结合循证证据与SEC框架,构建SAP患者过渡期家属参与式照护方案,并验证其对家属照顾能力、心理状况及医疗决策参与满意度的影响,以优化过渡期护理质量,为临床实践提供新路径。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2023年12月至2025年6月,选择上海市东方医院计划由EICU转至普通病房的重症胰腺炎患者及家属为研究对象。患者纳入标准:①符合《中国急性胰腺炎诊治指南(2021)》中的SAP诊断标准^[1];②EICU住院时间 ≥ 72 h;③生命体征经主治医师评估达到相对平稳状态,计划于24 h内转至消化内科或普外科普通病房;④年龄 ≥ 18 岁;⑤意识清楚能够有效进行沟通,或意识不清但其法定代理人(家属)可代为沟通及决策。患者排除标准:①并存严重心、肝、肾等主要脏器功能衰竭;②并存晚期恶性肿瘤、免疫系统严重缺陷或精神疾病史;③妊娠期或哺乳期妇女;④预计生存期不足5 d;⑤同时参与其他可能影响本研究结果的临床研究。患者脱落标准:①主动放弃治疗或要求退出研究;②转科计划变更,未在预定时间(24 h内)转入目标普通病房;③转至普通病房后患者因病情急剧恶化或死亡而无法继续参与研究;④患者转院。家属纳入标准:①为患者的直系亲属(包括配偶、父母等),且年龄 ≥ 18 岁;②患者的主要照顾者和决策者;③意识清楚,具备足够的理解、表达与照护能力。家属脱落标准:因各种原因自无法完成研究或主动要求退出。本研究以家属照顾能力评分为主要结局指标,采用两独立样本均数比较的样本量公式: $n_1 = n_2 = 2\sigma^2(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 / \delta^2$,其中, δ 表示希望检出的两组均数差(Δ), σ 为两组共同标准差估计值。预期均数差参考黄佳露等^[12]研究中干预后两组照顾能力总分差(3.60分),结合临床意义取 $\Delta = 3.90$;标准差参考Niu等^[13]研究中照顾能力总分标准差(7.17~7.61分),为贴近一般照顾者人群并兼顾保守性取 $\sigma = 7.17$ 。设检验水准 $\alpha = 0.05$ (双侧),效能 $1 - \beta = 0.80$, $Z_{\alpha/2} = 1.96$;, $Z_{\beta} = 0.84$ 。代入上述参数计算得每组样本量为53,考虑约20%失访或脱落,最终确定每组样本量65对。本研究实际纳入130对患者及其家属。根据研究时间,分别将2023年12月至2024年9月和2024年10月至2025年6月收治的患者各65对设为对照组和观察组。研究期间,两组各有5例患者脱落,最终每组各60对完成研究。两组患者和家属一般资料比较,见表1、表2。本研究已通过上海市东方医院伦理审查委员会审批,批号:

[2024]研预审第(207)号。患者或其家属知情同意并签署知情同意书。

表1 两组患者一般资料比较

项目	对照组 (n=60)	观察组 (n=60)	统计量	P
年龄(岁, $\bar{x} \pm s$)	49.37 \pm 12.36	49.57 \pm 12.33	$t=0.089$	0.929
性别(例)			$\chi^2=1.195$	0.274
男	49	44		
女	11	16		
文化程度(例)			$Z=-1.506$	0.132
初中及以下	16	14		
高中/中专	31	23		
大专及以上学历	13	23		
医保类型(例)			$\chi^2=1.328$	0.515
居民医保	32	26		
职工医保	24	28		
其他	4	6		
SAP病因(例)			$\chi^2=0.610$	0.737
胆源性	27	25		
脂源性	22	26		
其他	11	9		
入住EICU时间(例)			$Z=-1.506$	0.132
≤ 7 d	24	32		
8~14 d	31	25		
>14 d	5	3		

表2 两组患者家属基线资料比较

项目	对照组 (n=60)	观察组 (n=60)	统计量	P
年龄(岁, $\bar{x} \pm s$)	42.32 \pm 12.97	42.37 \pm 12.91	$t=0.021$	0.983
性别(人)			$\chi^2=1.637$	0.201
男	35	28		
女	25	32		
与患者关系(人)			$\chi^2=3.938$	0.268
配偶	22	18		
子女	29	24		
兄弟姐妹	4	9		
父母	5	9		
文化程度(人)			$Z=-3.230$	0.747
初中及以下	7	9		
高中/中专	16	10		
大专	22	32		
本科及以上学历	15	9		
工作状态(人)			$\chi^2=0.669$	0.716
在职	36	40		
离退休	7	5		
其他	17	15		
宗教信仰(人)			$\chi^2=0.436$	0.509
无	54	56		
有	6	4		
照顾经验(人)			$\chi^2=3.001$	0.083
无	16	25		
有	44	35		
家庭月收入(人)			$Z=-0.916$	0.360
<5 000元	21	23		
5 000~10 000元	24	28		
>10 000元	15	9		

1.2 干预方法

对照组接受基于联络护士参与的常规过渡期护理。联络护士为我院常规护士岗位,负责患者转运协调工作,本研究由 3 名具备 5 年以上 EICU 工作经验、护师及以上职称的护士承担此项职责。整个常规过渡期护理覆盖转出前、转出当天及转出后 5 d。①转出前:确认患者符合转科指征后,联络护士按常规执行医疗护理。医生开具转科医嘱后,联络护士在转出前 24 h 内,主要通过电话沟通方式告知家属转科事宜,并依据健康教育手册进行常规宣教,指导物品准备,协调转运事宜。②转出当天:联络护士确认时间,通知家属及普通病房责任护士;护送患者时携带必要设备及物品,全程监护生命体征、管路及伤口,提供心理支持;抵达病房后与接收病房的责任护士安全转移患者至病床,核查管路安全,详细交接病情及注意事项,双人签单。③转出后 5 d 内:联络护士每日下午对患者进行 1 次床边随访,针对责任护士或患者及其家属提出的护理问题提供建议,同时指导责任护士关注家属的心理状态,以缓解其因环境变化而产生的心理压力与适应障碍。观察组在常规护理基础上,实施以 SEC 框架为指导的结构化家属协同护理方案。

1.2.1 方案构建 ①文献检索与证据总结。系统检索中国知网、万方数据知识服务平台、PubMed、CINAHL 等数据库。中文检索词:EICU、急诊重症监护室;过渡期护理、转科;家属、照护者;家属参与、共同照护等。英文检索词:EICU, emergency intensive care unit; transitional care; family caregiver; family involvement, collaborative care 等。检索时限为 2013 年 1 月至 2023 年 12 月。由 2 名研究人员独立进行文献筛选与质量评价,最终纳入 32 篇研究,总结出 18 条关键证据并归纳为信息支持、技能培训、心理适应和共同决策 4 个主题。基于 SEC 框架,形成包含转出前准备、转出中衔接、转出后支持 3 阶段的初步方案,并据此开展专家函询。②专家函询与方案修订。邀请 10 名专家(重症护理 3 名、急诊医学 2 名、护理管理 3 名、心理学 2 名)进行 2 轮德尔菲专家函询。专家男 4 名、女 6 名;年龄 35~60(45.20±6.80)岁;均具有硕士及以上学历,从事本专业年限 10~35(18.50±7.30)年。专家权威系数(Cr)为 0.87,判断依据系数(Ca)为 0.90,熟悉程度系数(Cs)为 0.85。2 轮专家函询肯德尔和谐系数分别为 0.216 与 0.301(均 $P < 0.05$)。经 2 轮专家函询后条目变异系数为 0.05~0.15,达成一致意见。根据专家建议对方案内容、流程及评价指标进行修订,最终形成涵盖转出前、转出当天、转出后 3~5 d 三阶段的结构化干预方案。③预试验与方案优化。选取 10 例符合纳入排除标准的患者及其家属进行预试验,测试方案可行性与接受度。结果显示家属对该方案比较满意,护士评价操作

可行性强。根据反馈对干预时长、教育材料形式及技能培训细节进行优化,最终形成正式 EICU 过渡期家属协同护理方案,见表 3。

1.2.2 方案的实施 ①方案实施前准备。研究小组明确并统一了系列表格与记录工具,包括 EICU 患者转出风险评估表、患者转科交接单、EICU 转出患者家庭照护手册、照护日记模板等;制订 EICU 过渡期家属协同护理方案,明确规定干预时间、干预者与干预内容;在医院信息系统(HIS)中专门开发了过渡期照护模块,为干预措施的执行与观察数据的实时收集提供技术保障。②团队组建与系统化培训。组建一支职责明确的跨学科干预团队。团队由 1 名具备 5 年及以上 EICU 专科经验的高级职称护士担任联络护士,全面负责方案执行,并负责与各专科负责医生、病区责任护士联络;1 名 EICU 护士长担任协调与监管者,负责资源调配、人员协调与全程流程监管;EICU、接收病区、心理、营养、康复专科医生各 1 名作为医疗顾问,提供医疗决策支持。所有涉及患者转运与过渡期护理的护士接受累计 120 min 的培训。培训在临床技能中心开展,内容涵盖 4 大模块:理论核心模块,由护士长专题解析转科风险与 SEC 框架;技能实操模块,通过现场模拟训练转运监护与应急处理;研究规范模块,明确数据记录标准与质量控制要点;工具应用模块,统一评估量表的填写与解读标准,确保团队对方案理解与执行标准一致。③建立家属决策参与平台。由“医院信息系统(HIS)中过渡期照护模块”与“以患者为中心的护理沟通群(联络护士、责任护士、家属)”共同构成。前者用于转科关键评估、交接信息及护理计划的记录、追踪与质控;后者用于信息共享、共同讨论并协商制订个体化护理计划、确认照护分工及问题反馈,形成“信息共享—共同决策—执行反馈—持续改进”的闭环。④方案实施质量监督与反馈。为保障干预措施按护理路径标准化、同质化执行,建立闭环式质量监督与持续改进机制。由护理部主任、科室护士长及课题负责人组成的方案实施质量监督小组,采用定期抽查(每周)与关键节点必查(每例患者转出当天)相结合的方式现场观察,检查各项干预措施的落实情况,根据检查结果和家属反馈,及不良事件上报情况,每月召开质量分析会,对发现的问题进行讨论与纠偏,并对 EICU 过渡期家属协同护理方案进行修改,确保护理质量的持续提升。

1.3 评价方法

两组均由未参与干预且经过量表调查方法培训的护士进行评价,患者转出 EICU 前(干预前)与转出 EICU 5 d 后(干预后)评价家属照顾能力、心理状况,干预后增加评价家属医疗决策参与满意度。

1.3.1 家属照顾能力 采用家属照顾能力量表(Family Caregiver Task Inventory, FCTI)评估家属

表 3 EICU 过渡期家属协同护理方案

阶段/目标	护理策略	干预内容与评价
转出前 24 h 内/ 家属角色激活	安全	<ol style="list-style-type: none"> 联合查房与风险评估: EICU 医生、联络护士与患者家属共同参与, 安排穿戴隔离衣帽的普通病房责任护士和患者家属进入 EICU 参与联合查房。使用 EICU 患者转出风险评估表进行评估。该量表由医院护理部联合重症医学科、急诊科共同制订, 包含 6 大核心安全指标: ①生命体征; ②意识状态(GCS 评分); ③跌倒风险(Morse 评分); ④管路滑脱风险; ⑤疼痛程度(NRS 评分); ⑥皮肤完整性(Braden 评分)。EICU 联络护士根据评估结果向家属进行两方面指导: ①普遍性指导。包括各项评价指标代表的意义及监护仪基本参数解读、液体平衡概念及出入量记录方法、皮肤护理等。②个性化指导。针对患者具体情况, 重点讲解各类管路(如腹腔引流管、中心静脉导管)的保护要点与观察方法 设备异常识别训练: 由联络护士使用普通病房常用监测设备对家属进行培训。护理部与临床护理专家联合制订培训方案, 给家属发放各项指标正常参数范围对照表、异常报警识别指南。培训重点: ①各项指标正常数值范围; ②识别异常报警信号; ③知晓异常情况必须报告医护人员, 要求家属不操作设备。向所有家属发放《EICU 转出患者家庭照护手册》, 该手册由护理部健康教育小组与临床医疗专家联合编制, 系统涵盖并发症识别、康复训练、管路安全、异常情况应对 4 大核心模块, 配有图解与关键警示点 转科决策与知情同意: 由 EICU 医生负责执行, 采用由医务科联合医疗质量管理科制订的转科知情同意书, 包括: ①转科医学指征(生命体征稳定 ≥ 24 h 等); ②预期康复路径(含阶段性目标); ③潜在风险预警(病情反复、并发症等)。在家属签署转科知情同意后, 联络护士采用 Teach-back 法验证家属对相关内容的理解程度, 要求家属复述以下内容: ①为何此时可以转科; ②转科后可能出现的常见问题; ③异常情况应对方式
	支持与合作	<ol style="list-style-type: none"> 心理支持: 联络护士、心理治疗师、EICU 医生共同参与。EICU 联络护士向家属介绍心理治疗师, 告知家属可以参加由心理治疗师主导的减压工作坊, 每周 1 次, 每次 60 min 营养支持: EICU 联络护士向家属介绍营养师, 营养师提供过渡期膳食制作示范, 明确不同恢复阶段的能量目标、食物性状与配餐原则。联络护士向家属询问患者的饮食偏好并记录于患者转科交接单上, 和营养师共同向家属提供患者膳食建议 生活护理支持: 在 EICU 内设置模拟病房环境, 家属在联络护士指导下完成翻身、叩背、肢体活动等操作。联络护士询问家属患者生活习惯, 与家属共同制订患者护理时间表, 以最大程度照顾患者正常的生活习惯
转出当天/家 属全程协同	安全	<ol style="list-style-type: none"> 身份与物品双核查: EICU 联络护士与患者家属共同执行。EICU 联络护士使用患者转科交接单核对患者身份准确性(姓名、住院号)与医疗安全关键信息(携带药物等), 并由家属协助确认非医疗个人物品的完整性, 防止遗失 转运准备: 家属在联络护士指导下参与。联络护士再次核对药品、物品, 评估转运设备(如氧气瓶、便携吸痰器)的完备性与功能状态, 与家属共同确保转运途中的物资安全。准备完毕, 联络护士联系转入科室做好接受患者的准备 转运途中监测: 由家属和联络护士全程负责患者转运过程中的生命体征稳定性(心率、呼吸)、一般状况(面色、意识)及舒适度的观察, 旨在早期发现循环、呼吸等方面的异常变化 三方交接签字确认: 联络护士、接收病房责任护士、家属三方共同使用患者转科交接单进行患者、物品、药品交接, 在此基础上, 责任护士需全面评估患者的安全、治疗护理的连续性, 以及联络护士或家属提供的关键行为信息的补充情况。通过三方签字, 明确划分并确认各阶段、各方的安全照护责任, 实现闭环管理
	支持与合作	<ol style="list-style-type: none"> 组建以患者为中心的护理群: 由联络护士、责任护士与家属组成护理群, 就患者转科交接单上记录的患者生活习惯、饮食偏好, 以及联络护士与家属制订的患者护理时间表进行沟通确认, 责任护士根据病区治疗护理任务与家属协商制订护理计划, 如增加翻身时间和频次、记录 24 h 出入液量等; 责任护士指导患者填写照护日记, 发放照护日记模板, 并说明每天 17:00 左右检查统计 技能培训: 责任护士依据 EICU 转出患者家庭照护手册上的内容询问家属对并发症识别、康复训练、管路安全、异常情况及应对 4 个核心内容的掌握情况, 并结合患者实际讲解护理重点; 指导家属使用出入量记录表分项记录口服/静脉入量以及尿、便、引流量, 并完成 24 h 总结; 同时, 培训其准确记录引流液的颜色、量、黏度(低、中、高)并描述异常性状。根据家属的掌握情况针对性健康教育 多专科支持: 告知家属需要时营养师、心理治疗师均会给予帮助
转出后 5 d 内/ 家属能力巩固	安全	<ol style="list-style-type: none"> 护理计划落实: 责任护士每日评估患者护理计划落实情况, 如翻身、叩背、记录出入液量等, 针对薄弱处以培训 患者安全: 责任护士及当班护士每日观察患者的病情变化, 并评估家属是否能动态评估患者的安全状况, 能否及时上报患者的不良反应, 包括呼吸系统安全, 如识别呼吸频率异常增快及低氧血症; 以及全身性恶化风险, 如识别意识改变、剧烈疼痛或肤色异常等非特异性预警症状
	支持与合作	<ol style="list-style-type: none"> 心理支持: 联络护士每日访视患者和家属, 询问他们在治疗护理中存在的困难, 提供针对性帮助, 并运用劝导、鼓励等沟通技巧, 适时帮助家属调整心态, 缓解其身心应激反应, 每次 20 min 家属交流群: 联络护士组建同病种患者家属交流微信群, 每日推送相关康复、护理健康教育知识, 并负责答疑; 鼓励家属在微信群发言交流, 利用同伴教育提高家属照护患者的能力 多学科协作: 根据患者或家属反映的问题, 责任护士联系各专科医生, 包括心理、营养、康复等专科医生帮助解决。如家属反馈“患者练习耐力不足”, 责任护士联系康复治疗师共同评估患者, 调整康复训练计划等

的照顾能力。该量表由中国学者 Lee 等^[14]汉化和修订,共包含 25 个条目,涵盖 5 个维度(适应照顾角色、提供疾病帮助、处理个人情绪需求、评估支持资源、调整个人生活各 5 个条目),所有条目均采用 Likert 3 级评分法,根据承担照顾责任的困难程度分为“轻松”(0 分)、“困难”(1 分)、“极度困难”(2 分)。总分 0~50 分,得分越高表明家属照顾能力越差(即遇到的困难越多)。本研究测得量表 Cronbach's α 系数为 0.931。

1.3.2 家属心理状况 采用汉密尔顿焦虑量表(Hamilton Anxiety Rating Scale, HAMA)与汉密尔顿抑郁量表(Hamilton Depression Rating Scale, HAMD)^[15]评估家属的焦虑、抑郁状况。HAMA 量表包含 14 个条目,从无症状至极重度分别赋 0~4 分,总分 0~56 分;HAMD 量表包含 24 个条目,其中 14 个条目采用 0~4 分评价,10 个条目采用 0~2 分评价,总分范围 0~76 分。得分越高表明家属焦虑/抑郁程度越严重。

1.3.3 家属医疗决策参与与满意度 家属医疗决策参与与满意度量表由徐小琳^[16]编制,包括信息维度(4 个条目)、交流协商维度(4 个条目)、决策维度(4 个条目)、满意度与信心维度(4 个条目)4 个维度共 16 个条目。采用 Likert 5 级评分法(1=非常不了解,5=非常了解),总分范围 16~80 分,得分越高表明患者家属对医疗决策参与的满意度越高。本研究测得量表的 Cronbach's α 系数为 0.914。

1.4 统计学方法 采用 SPSS27.0 软件进行数据分析,所有统计分析均遵循意向性分析原则。经 Shapiro-Wilk 检验,本研究中的计量资料均服从正态分布,以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用两独立样本 t 检验;计数资料及等级资料以频数表示,组间比较采用 χ^2 检验及秩和检验。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

两组干预前后各项观察指标评分比较,见表 4。

表 4 两组干预前后各项观察指标评分比较

组别	例数	家属照顾能力		焦虑		抑郁		医疗决策参与与满意度
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	分, $\bar{x} \pm s$
对照组	60	34.56 \pm 2.26	27.53 \pm 2.50	19.40 \pm 3.33	12.77 \pm 2.71	27.41 \pm 3.81	15.60 \pm 2.83	44.28 \pm 4.71
观察组	60	34.62 \pm 2.26	20.57 \pm 2.38	19.86 \pm 3.27	9.41 \pm 2.13	27.14 \pm 3.66	10.84 \pm 2.49	56.79 \pm 4.08
t		0.153	15.583	0.775	7.549	0.390	9.795	15.538
P		0.878	<0.001	0.452	<0.001	0.697	<0.001	<0.001

3 讨论

随着重症医学的发展,过渡期护理质量日益成为影响患者预后的关键因素。大量研究指出,EICU 转科过程中家属作为核心决策者与主要照顾者,其心理状态与照护能力直接影响患者安全结局^[17]。由于 EICU 高强度监护环境与普通病房的差异,家属常因对病情转归不确定、环境陌生及自我照护能力不足产生负性心理,表现为焦虑、抑郁及安全担忧等心理综合征,进而可能延误患者康复进程^[18]。传统的过渡期护理多聚焦于以医护人员为主导的信息传递与病情交接,对家属的角色赋能、心理支持及结构化技能培训普遍不足^[19],难以系统应对上述挑战。本研究以 SEC 框架为指导,构建并实施了过渡期家属协同护理方案。该方案通过严谨的循证构建、专家函询及预试验优化,确保了措施的科学与可操作性,旨在通过赋能家属,实现医-护-患-家属四方深度协同,系统性提升过渡期护理质量。

3.1 过渡期家属协同护理方案的实施显著提升家属照顾能力 本研究结果显示,干预后观察组家属照顾能力评分显著低于对照组($P < 0.05$),表明其感知到的照护困难更少,能力更强。这一结果直接验证了本方案中支持与合作策略的双重效能。González-Fraile 等^[20]研究指出,家属能力短板源于系统化培训缺失。本方案超越了传统的知识宣教,通过 EICU 患者转出

风险评估表、患者转科交接单、EICU 转出患者家庭照护手册等,引导家属进行翻身、叩背等操作训练,采用病房常用监测设备进行早期预警培训,并采用 Teach-back 法验证家属对相关内容的理解程度,实现了照护技能从知晓到掌握的跨越。患者转至普通病房后,家属每日记录照护日记,责任护士每天检查,对家属未掌握的内容进行强化指导,有利于提高家属照护能力。本方案的实施效果与陈丽华等^[21]在慢性病管理中倡导的家属协同管理模式成效一致。因此,对家属进行系统和不间断的培训非常必要,精准弥补了常规护理中家属能力的短板。

3.2 过渡期家属协同护理方案的实施缓解家属焦虑与抑郁 传统护理中,家属在患者从重症监护病房转出前往往处于信息被动接收者和焦虑旁观者的状态。本方案通过 EICU 转出前 24 h 内的联合查房、知情同意及模拟病房技能实训等举措,实现了家属角色的早期激活。这使家属在心理和技能上对患者转科的情况有了充分的预期和准备,有效降低了因信息不对称和能力未知引发的焦虑与安全担忧^[22]。转出当天的全程协同(如家属参与转运和三方签字)及转出后的动态管理(如建立护理群、家属交流群等),则构建了一个持续的支持环境,帮助家属逐步适应角色与环境变化。本方案还为家属提供更专业的心理咨询服务,鼓励家属参加由心理治疗师主导的减压工作坊。此

系统性干预路径,与朱冬平等^[6]提出的提升家属控制感是缓解迁移应激核心的观点高度契合,通过结构化程序将其转化为可复制的临床实践,从根本上缓解家属焦虑与抑郁的情绪。

3.3 过渡期家属协同护理方案的实施提高家属对医疗决策参与的满意度 本研究结果显示,干预后观察组家属医疗决策参与满意度评分显著高于对照组($P < 0.05$)。本研究通过邀请家属参与联合查房、三方交接、共同制订个性化护理计划等举措,帮助患者家属参与到患者的治疗和护理中,促使家属从普通知情者到方案制订者的角色转变。本方案的合作策略通过制度化设计保障了这一转变;信息共享机制确保了决策基础的对称性;决策参与平台赋予了家属实质性话语权;反馈与改进闭环则使家属体验成为驱动服务质量持续改进的动力。这种深度合作不仅提升了家属的满意度,也通过凝聚共识,增强了整个治疗护理计划的执行力与适配性。

4 结论

本研究证实,基于SEC框架的过渡期家属协同护理方案通过系统的流程设计与多维度干预,实现了三大核心转变:在目标上,从确保患者安全深化为家属与患者共同安全;在模式上,从医护人员单向主导转变为医-护-患-家属四方协同;在结局上,从关注短期医疗目标扩展到兼顾家属心理社会适应与长期照护能力。本方案针对过渡期护理这一高风险的临床环节,制订目标清晰、分工明确、步骤可控的结构化过程,不仅为临床一线提供了可操作的路径图,更从理论上深化了对家属赋能在急危重症情境中作用机制的理解。然而,本研究作为一项单中心探索,其结论在更广泛人群与不同医疗资源背景下的普适性有待验证;方案的实施对团队协作与初期培训投入有一定要求,其长期成本效益以及对于患者出院后远期结局的影响,仍需进一步追踪评估。

参考文献:

- [1] 中华医学会外科学分会胰腺外科学组. 中国急性胰腺炎诊治指南(2021)[J]. 浙江实用医学, 2021, 26(6): 511-519, 535.
- [2] Boxhoorn L, Voermans R P, Bouwense S A, et al. Acute pancreatitis[J]. Lancet, 2020, 396(10252): 726-734.
- [3] Lee P J, Papachristou G I. New insights into acute pancreatitis[J]. Nat Rev Gastroenterol Hepatol, 2019, 16(8): 479-496.
- [4] 毛恩强, 车在前. 《急性胰腺炎急诊诊治专家共识》解读[J]. 临床急诊杂志, 2024, 25(7): 325-328.
- [5] 孙备, 李冠群. 急性胰腺炎临床研究进展与展望[J]. 中国实用外科杂志, 2020, 40(2): 171-175.
- [6] 朱冬平, 邵鹏, 乔跃华, 等. ICU转出重型颅脑创伤患者家属迁移应激护理方案的构建及应用效果评价[J]. 中华急危重症护理杂志, 2025, 6(3): 261-267.
- [7] 李小红, 任清丝, 唐焯. EICU转出多发伤患者家属迁移

- 应激现状及影响因素分析[J]. 医学理论与实践, 2023, 36(6): 1057-1059.
- [8] 张晓雪, 王欣然, 王硕. 胰腺疾病患者ICU过渡期护理需求的质性研究[J]. 中国实用护理杂志, 2020, 36(21): 1662-1667.
- [9] Häggström M, Bäckström B. Organizing safe transitions from intensive care[J]. Nurs Res Pract, 2014, 2014: 175314.
- [10] 周月萍, 马仲飞, 夏小娟. “安全·支持·合作”过渡期护理模式在ICU转出患者中的应用[J]. 临床与病理杂志, 2017, 35(5): 912-918.
- [11] 王晓燕, 孙彩霞, 姚彦蓉. 基于安全-支持-合作过渡期护理模式的早产儿护理方案构建研究[J]. 天津护理, 2023, 31(2): 185-190.
- [12] 黄佳露, 李珊, 张才云, 等. 线上课程联合回授法在喉切除患者及照顾者中的应用效果[J]. 上海交通大学学报(医学版), 2024, 44(10): 1221-1228.
- [13] Niu S Z, Ding S L, Wu S Q, et al. Correlations between caregiver competence, burden and health-related quality of life among Chinese family caregivers of elderly adults with disabilities: a cross-sectional study using structural equations analysis[J]. BMJ Open, 2023, 13(2): e067296.
- [14] Lee R L, Mok E S. Evaluation of the psychometric properties of a modified Chinese version of the Caregiver Task Inventory-refinement and psychometric testing of the Chinese Caregiver Task Inventory: a confirmatory factor analysis[J]. J Clin Nurs, 2011, 20(23-24): 3452-3462.
- [15] Meng J, Du J, Diao X, et al. Effects of an evidence-based nursing intervention on prevention of anxiety and depression in the postpartum period[J]. Stress Health, 2022, 38(3): 435-442.
- [16] 徐小琳. 患者对医疗决策参与的满意度量表的编制及信效度考评[D]. 长沙: 中南大学, 2010.
- [17] Li B, Yang Q. The effect of an ICU liaison nurse-led family-centred transition intervention program in an adult ICU[J]. Nurs Crit Care, 2023, 28(3): 435-445.
- [18] Danielis M, Garau A, Molaro D, et al. Navigating post-ICU care: understanding family members' experiences: a qualitative study[J]. Health Psychol Behav Med, 2024, 12(1): 2415394.
- [19] Gérain P, Zech E. Informal caregiver burnout? Development of a theoretical framework to understand the impact of caregiving[J]. Front Psychol, 2019, 10: 1748.
- [20] González-Fraile E, Ballesteros J, Rueda J R, et al. Remotely delivered information, training and support for informal caregivers of people with dementia[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2021, 1(1): CD006440.
- [21] 陈丽华, 吴娟, 王逸楠. 以家庭为中心的群组式容量管理在慢性心力衰竭患者中的应用[J]. 护理学杂志, 2023, 38(10): 5-8, 12.
- [22] 李小红, 任清丝, 唐焯. EICU转出多发伤患者家属迁移应激现状及影响因素分析[J]. 医学理论与实践, 2023, 36(6): 1057-1059.