

# 术前不同访视模式对ICU择期手术患者压力源感知及术后依从性的影响

马亮

(佳木斯市中心医院ICU,黑龙江 佳木斯 154002)

**摘要:**目的 探讨术前不同访视模式对ICU择期手术患者的压力源感知及对患者术后依从性的影响。方法 选取2019年10月-2020年9月佳木斯市中心医院接受择期手术治疗且术后拟入住ICU病房的80例危重症患者作为研究对象,按照随机数字表法分为观察组和对照组,每组40例。对照组实施传统术前访问模式,观察组在对照组基础上联合ICU主治医生及护士形成协作术前访视模式,比较两组压力程度、焦虑抑郁程度、治疗依从性及满意度。结果 观察组ICUESS物理环境、人文环境、治疗环境与患者自身感受各维度评分与总分、SAS与SDS评分低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ );观察组治疗依从性和满意度均高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 由主治医生、手术室护士与ICU护士协同合作的术前访视可降低ICU择期手术患者的压力,缓解患者焦虑抑郁水平,提高治疗依从性与满意度。

**关键词:**术前访视;压力源感知;ICU;治疗依从性

中图分类号:R473.6

文献标识码:A

DOI:10.3969/j.issn.1006-1959.2021.20.035

文章编号:1006-1959(2021)20-0135-04

## Effect of Different Preoperative Visit Modes on Pressure Source Perception and Postoperative Compliance in ICU Patients Undergoing Elective Surgery

MA Liang

(ICU,Jiamusi Central Hospital,Jiamusi 154002,Heilongjiang,China)

**Abstract: Objective** To investigate the effect of different preoperative visit modes on pressure source perception and postoperative compliance in ICU patients undergoing elective surgery. **Methods** A total of 80 critically ill patients who underwent elective surgery in Jiamusi Central Hospital from October 2019 to September 2020 and planned to stay in ICU after surgery were selected as the research objects. They were divided into the observation group and the control group according to the random number table method, with 40 cases in each group. The control group received traditional preoperative visit mode, while the observation group received collaborative preoperative visit mode combined with ICU attending doctors and nurses on the basis of the control group. The stress level, anxiety and depression level, treatment compliance and satisfaction were compared between the two groups. **Results** The scores of ICUESS physical environment, humanistic environment, treatment environment and patients' own feelings and total scores, SAS and SDS scores in the observation group were lower than those in the control group, and the difference was statistically significant ( $P<0.05$ ). The treatment compliance and satisfaction of the observation group were higher than those of the control group, and the difference was statistically significant ( $P<0.05$ ). **Conclusion** The preoperative visit coordinated by the attending physician, operating room nurses and ICU nurses can reduce the pressure of patients undergoing elective surgery in ICU, alleviate the anxiety and depression of patients, and improve treatment compliance and satisfaction.

**Key words:** Preoperative visit; Pressure source perception; ICU; Treatment compliance

重症监护室(intensive care unit, ICU)是以重症医学理论与实践为基础,从事救治重症患者的主要场所,是源于临床各科室重症患者以及术后高危患者的加强医疗病房<sup>[1-2]</sup>。ICU中环境较为复杂,与外界隔绝,并配备了大量高尖端的医疗仪器,不少患者刚入住时无法适应,导致患者处于极度紧张、恐惧、焦虑的状态,严重者甚至会发生思维混乱、意识模糊等精神障碍,医学中将这种现象称作ICU综合征,也称为ICU谵妄<sup>[3-5]</sup>。ICU综合征十分常见,其发生率可高达约70%,严重影响患者的治疗与康复效果,甚至可威胁患者的生命安全<sup>[6,7]</sup>。术前访视是将医学、心理与社会等各项知识综合应用于围手术期患者的实践过程,目前已广泛应用于临床中,是改善康复效果的重要环节<sup>[8]</sup>,其主要由主治医生(主刀医生)和手术室护士负责,访视内容多集中于术中相关内容,对于减轻患者心理状态、减少患者焦虑

情绪、提高遵医行为也起到了一定的作用<sup>[9-11]</sup>。研究发现<sup>[12,13]</sup>,主治医生联合手术室护士形成合作式多元化术前访视模式,主动走进病房与患者交流,可以有效减轻ICU择期手术患者的焦虑、紧张等心理应激反应,提高治疗依从性。本研究旨在分析术前不同访视模式对ICU择期手术患者压力源感知及对患者术后依从性的影响,现报道如下。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2019年10月-2020年9月佳木斯市中心医院行择期手术治疗且术后拟入住ICU病房的80例危重症患者作为研究对象,纳入标准:①病例资料完整;②患者术前均意识清楚、思维清晰、能正常进行沟通交流;③患者 $\geq 18$ 周岁,且择期手术。排除标准:①合并有严重心肝肾功能障碍的患者;②研究过程中主动退出本研究者;③合并有精神系统疾病、严重认知障碍等无法配合治疗与研究。按照随机数字表法分为对照组和观察组,每组40例。观察组中男性26例,女性14例;年龄20~75岁,

作者简介:马亮(1986.1-),男,黑龙江佳木斯人,硕士,主治医师,主要从事重症医学的研究

平均年龄( $55.68 \pm 8.83$ )岁;ICU 监护时间 2~18 d,平均时间( $6.48 \pm 3.21$ )d;普外科 18 例、胸外科 11 例、骨科 7 例、胃肠外科 3 例、乳腺外科 1 例。对照组中男性 27 例,女性 13 例;年龄 18~77 岁,平均年龄( $56.12 \pm 9.07$ )岁;ICU 监护时间 2~20 d,平均时间( $6.59 \pm 3.33$ )d;普外科 19 例、胸外科 10 例、骨科 6 例、胃肠外科 3 例、乳腺外科 2 例。两组性别、年龄、ICU 监护时间、住院科室比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。本研究已获得医院伦理委员会批准,所有患者及患者家属知情同意,并签署知情同意书。

**1.2 方法** 对照组实施传统术前访视模式:由手术室主刀医生及护士于术前 1 d 对患者进行常规术前面对面访视,予以术前指导与评估、健康知识宣教、手术介绍等;于手术结束入住 ICU 病房,由 ICU 护士进行常规宣教,主治医师进行日常查房和观察病情。观察组在对照组基础上联合主治医师和 ICU 护士进行协作术前访视,具体方法如下。

**1.2.1 成立术前访视小组** 由患者的主治医师(主刀医生)以及 ICU 病房医生联合专业知识与技能扎实以及沟通交流能力较强的 ICU 护士与手术室护士成立术前访视小组,并根据临床需求,进行为期 3 个月的规范化培训,由护士长、主任医师、教学主任、麻醉医师等组织培训,培训内容包含术前访视流程、心理、术后注意事项、沟通技巧等,并通过考核合格后上岗。

**1.2.2 访视方法** 术前访视小组成员均于患者术前参加手术讨论会,查阅患者的基本情况与病历资料。在术前 1 d 对患者进行术前访视,耐心与患者及其家属沟通与讲解,全面了解患者信息、对手术的认知情况以及心理状态。主治医师主要负责解决患者对于患病原因、手术风险、术后可能达到的恢复情况等问题,手术室护士主要负责告知患者术前准备、手术过程以及配合方法等,ICU 护士主要负责介绍环境、了解患者不良情绪、术后注意事项等。同时将患者一般资料、术前诊断、手术方法等记录在术前访视记录单上,对一些异常结果进行重点记录。

**1.2.3 访视内容** ①首先向患者进行自我介绍,并向患者介绍 ICU 的功能、环境、手续、制度、仪器设备、费用以及探视制度等情况,耐心讲解不允许家属陪床的原因,并强调医护人员会进行 24 h 的床旁监护,缓解患者与其家属的焦虑。记录家属联系方式,发生异常情况时及时通知,如有需要,可带领患者与其家属进行参观与观看宣传材料。②向患者与患者家属介绍 ICU 医生双管床制度,患者均由原病房的主治医师与 ICU 病房的医师共同负责治疗。③重点向患者讲解入住 ICU 可能出现的情况以及所需要

准备的生活用品等,告知术后入住 ICU 的大致时间,指导需要患者配合的方法,如腰麻术后需要去枕平卧,腹部手术需要留置引流管,带有气管插管的患者需要使用呼吸机支持,咳嗽时需将手放置腹部,用以保护手术切口,以及排痰翻身的方法等。④详细告知患者术后可能出现的不良体验,如麻醉清醒后可能会出现疼痛,留置胃管、腹腔引流管与气管插管的患者可能会引起不适,同时为避免管道脱出,可能会被约束活动,吸痰操作时会造成不舒服,以及术后会发生口渴等反应。告知患者出现这些不良体验的原因以及缓解方法,防止患者出现心理压力。⑤了解并询问患者的心理需求,耐心解答患者与家属的问题,做好患者的心理疏导工作,并针对不同心理问题制定治疗计划,指导患者做些听音乐、深呼吸等放松的娱乐活动,鼓励患者主动倾诉并进一步给患者答疑。⑥回顾整个访视过程,注意观察患者与家属的反应与掌握程度,必要时进行重复解释与宣教,并在访视结束时建立术前访视记录单,评估患者理解程度,最大程度确保患者充分领会。

**1.3 观察指标** 比较两组压力源感知情况、焦虑抑郁程度、治疗依从性及满意度。

**1.3.1 压力源感知** 应用 Jane 编制的 ICU 环境压力源量表(Intensive Care Unit Environmental Stress Scale, ICUESS)<sup>[14]</sup>对 ICU 患者在特定环境下的压力源感知情况进行评估。该量表共分为物理环境、人文环境、治疗环境以及患者自身感受四个维度,由 42 个条目组成,采用 4 级评分法,1 分表示无压力,4 分表示有重度压力。各项条目的分数总和为患者的总压力分数,分数越高表明患者在 ICU 感知到的压力越大。该量表 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.93,半信度系数为 0.87,说明该量表信效度良好。

**1.3.2 焦虑抑郁程度** 应用焦虑自评量表(Self-rating Anxiety Scale, SAS)与抑郁自评量表(Self-rating Depression Scale, SDS)对患者的焦虑与抑郁情况进行评估<sup>[15]</sup>。SAS 与 SDS 均包含 20 个条目,采用 4 级评分法,分数越高表明患者的焦虑与抑郁程度越严重。SAS 评分 $>50$ 分为存在焦虑心理,其中 50~59 分为存在轻度焦虑,60~69 分为存在中度焦虑,70 分及以上为重度焦虑。SDS 评分 $>53$ 分为存在抑郁心理,其中 53~62 分为轻度抑郁,63~72 分为中度抑郁,73 分及以上为重度抑郁。

**1.3.3 治疗依从性** 应用自制的治疗依从性量表对患者的治疗依从性进行评估,评估内容包含配合气管插管、翻身、吸痰以及躁动等情况。总分为 100 分,分数越高表明患者依从性治疗越好,其中 95 分及以上为完全依从,80~94 分为部分依从,80 分以下为不依从。治疗依从率=(完全依从+部分依从)/

总例数 $\times 100\%$ 。

1.3.4 治疗满意度 应用自制的治疗满意度调查表对患者的满意度进行评估,主要包含患者是否了解患病原因,是否了解手术中可能出现的问题及处理方法、是否有医生进行术后心理疏导、术后是否不适、患者需求是否满足、态度是否满意等方面内容。总分为100分,分数越高表明患者满意度越高,其中85分以上为非常满意,60~85分为基本满意,60分以下为不满意。满意度=(非常满意+基本满意)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学方法 采用SPSS 19.0统计软件进行数据处理,计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用 $t$ 检验;计数资料以[n(%)]表示,采用 $\chi^2$ 检验。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组 ICUESS 评分比较 访视前,两组 ICUESS 物理环境、人文环境、治疗环境与患者自身感受各维度评分与总分比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );访视后,观察组 ICUESS 各维度评分与总分均低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表1。

2.2 两组焦虑抑郁程度比较 访视前,两组 SAS 与 SDS 评分比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );访视后,观察组 SAS 与 SDS 评分低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表2。

2.3 两组治疗依从性比较 观察组治疗依从率高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表3。

2.4 两组患者满意度比较 观察组患者满意度高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表4。

表1 两组访视前后 ICUESS 评分比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	n	物理环境		人文环境		治疗环境	
		访视前	访视后	访视前	访视后	访视前	访视后
对照组	40	23.14 $\pm$ 4.20	21.65 $\pm$ 2.13	26.68 $\pm$ 3.78	25.14 $\pm$ 2.20	27.31 $\pm$ 3.25	25.07 $\pm$ 1.89
观察组	40	23.26 $\pm$ 4.33	16.80 $\pm$ 2.56	26.57 $\pm$ 3.92	19.83 $\pm$ 2.07	27.26 $\pm$ 3.11	20.33 $\pm$ 1.76
t		0.126	9.212	0.128	11.118	0.070	11.608
P		0.900	0.000	0.899	0.000	0.944	0.000

  

组别	患者自身感受		总分	
	访视前	访视后	访视前	访视后
对照组	26.70 $\pm$ 2.99	25.48 $\pm$ 1.7	106.61 $\pm$ 14.53	98.43 $\pm$ 10.05
观察组	26.79 $\pm$ 2.93	20.14 $\pm$ 1.69	106.92 $\pm$ 14.70	76.24 $\pm$ 9.88
t	0.135	14.048	0.095	9.958
P	0.892	0.000	0.925	0.000

表2 两组访视前后 SAS 与 SDS 评分比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	SAS 评分		SDS 评分	
		访视前	访视后	访视前	访视后
对照组	40	56.31 $\pm$ 6.28	33.28 $\pm$ 5.54	57.60 $\pm$ 6.11	34.96 $\pm$ 5.63
观察组	40	56.17 $\pm$ 6.54	40.35 $\pm$ 5.89	57.74 $\pm$ 5.97	41.67 $\pm$ 5.40
t		0.098	5.530	0.104	5.440
P		0.923	0.000	0.918	0.000

表3 两组治疗依从性比较[n(%)]

组别	n	完全依从	部分依从	不依从	治疗依从率
对照组	40	13(32.50)	19(47.50)	8(20.00)	32(80.00)
观察组	40	27(67.50)	11(27.50)	2(5.00)	38(95.00)*

注:\*与对照组比较, $\chi^2=4.114$ , $P=0.043$

表4 两组患者满意度比较[n(%)]

组别	n	非常满意	基本满意	不满意	满意度
对照组	40	15(37.50)	18(45.00)	7(17.50)	33(82.50)
观察组	40	29(72.50)	10(25.00)	1(2.50)	39(97.50)*

注:\*与对照组比较, $\chi^2=5.000$ , $P=0.025$

## 3 讨论

重症监护室是医院中十分重要的科室,ICU 危重症患者常因病情严重而需长期住院,进行抢救与严密监测<sup>[16,17]</sup>。研究表明<sup>[18]</sup>,压力属于反应状态,是人与环境相互作用的关系,当环境中存在一些对人的生存具有威胁的心理或生理性刺激物时,则将其称为压力源。ICU 内多种陌生的机器、不熟悉的高分贝噪音、严格的探视制度、没有隐私的环境、缺少亲属的陪伴等因素,都造成了 ICU 患者产生压力源,从而引起焦虑、紧张、烦躁、抑郁等不良情绪,导致患者在治疗过程中对生理与心理均产生了不良影响,造成患者的治疗依从性也大大降低<sup>[19]</sup>。

ICU 患者感知压力源主要来自于物理环境、人文环境、治疗环境以及患者自身感受,其中物理环境的压力源主要为报警时、机器运转的噪音以及环境中的噪音,尤其是报警音可能让患者认为自己病情恶化,从而造成心理负担;人文环境的压力源主要来自于探视制度,患者思念亲属,同时缺少了家属带来的安慰与陪伴,从而影响了自身情绪;治疗环境的压力主要来自于气管插管、胃管、鼻腔插管、导尿管、机械通气等各类强制性的治疗方法,患者在被各管道束缚时,无法自主活动,且在首次尝试时会产生恐惧不安的情绪;患者自身感受的压力源主要是没有自主性、口渴、睡眠质量差等,从而造成患者疼痛感与不良情绪加重,影响了睡眠质量。术前访视是一种有效的沟通方法,可帮助患者解决实际问题,形成正确性认知,但由于 ICU 环境的特殊性,常规的术前访视模式沟通不足,无法满足 ICU 患者的心理需求,因此本研究采用主治医生(主刀医生)与护士协作访视的方式进行干预,结果显示观察组 ICUESS 各维度评分与总分、SAS 与 SDS 评分低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),表明通过术前访视团队的讲解,使患者了解了 ICU 的环境、制度以及治疗过程,缓解了患者的紧张与抑郁情绪,改善了 ICU 患者的压力程度,满足了患者的心理需求。同时,观察组治疗依从性与满意度高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),提示良好的术前访视增强了患者的治疗信心,使医患关系更为融洽,提高了患者治疗依从性。

综上所述,主治医生与护士协同合作的术前访视有助于减轻 ICU 择期手术患者的压力,缓解患者焦虑抑郁水平,有利于建立融洽的医患关系,提高治疗依从性。

## 参考文献:

[1]许萍,赵青,任静.标准化流程管理可明显提高手术管理质量

及降低感染发生率[J].基因组学与应用生物学,2019,38(6):394-398.

[2]张国,周晓彬,黄强,等.心外科术后患者感知的 ICU 压力源及其影响因素的研究[J].国际精神病学杂志,2019,46(2):192-194,196.

[3]刘延梅,潘竞,李恒彬,等.重症监护病房患者 ICU 综合征发生的相关因素研究[J].中国临床研究,2015,28(9):1181-1184.

[4]Salluh JI,Wang H,Schneider EB,et al.Outcome of delirium in critically ill patients: systematic review and meta-analysis[J].BMJ,2015(35):h2538-h2539.

[5]赖春燕,马建林.动机性访谈对冠脉介入术后患者服药依从性的影响[J].现代预防医学,2020,47(1):191-194.

[6]Gesin G,Russell BB,Lin AP,et al.Impact of a delirium screening tool and multifaceted education on nurse's knowledge of delirium and ability to evaluate it correctly[J].American Journal of Critical Care,2012,21(1):e1.

[7]陈海萍,杨丹丹,马杰.以家庭为中心探视模式对重症监护病房综合征发生率的影响效果[J].中国药物与临床,2020,20(7):1227-1229.

[8]黄晓明,廖瑞熹,赖妮.术前访视及术后回访对肿瘤手术患者心理影响的临床研究[J].中国现代医学杂志,2013,23(9):61-64.

[9]秦淑玉,唐佳,李冬雪.多元化术前访视模式在手术室择期手术患者中的应用研究[J].重庆医学,2017,46(14):2008-2010.

[10]张鸾.自制宣传教育视频+科普视频在外科手术患者术前访视中的应用[J].实用医技杂志,2020,27(5):569-571.

[11]江永丽,池萍,权哲峰,等.体位图片在剖宫产时腰硬联合麻醉术前访视的应用效果[J].北京医学,2019,41(6):530-531.

[12]徐倩.术前访视对乳腺癌患者术前睡眠质量的影响分析[J].世界睡眠医学杂志,2019,6(10):1376-1377.

[13]李贝贝.ICU 术前访视对心脏手术患者术后遵医行为及满意度的影响[J].现代医药卫生,2018,34(10):1570-1572.

[14]Jane C.A comparison of nurse's and patients' perception of intensive care unit stressors[J].Journal of Advanced Nurse,1989,14(12):1038-1043.

[15]詹小芳,王丽芬,沈祝苹.术前心理及行为干预对甲状腺肿瘤患者气管拔管的影响[J].医院管理论坛,2019,36(8):36-38.

[16]Carroll CL,Sala KA,Zucker AR,et al.Beta-adrenergic receptor polymorphisms associated with length of ICU stay in pediatric status asthmaticus[J].Pediatric Pulmonology,2012,47(3):233-239.

[17]杨玉杰,孙青丽,李荣荣.SBAR 沟通模式在择期手术术前访视中的应用研究[J].海军医学杂志,2019,40(2):186-187.

[18]黄霞红,陈敏,袁榕,等.AIDET 沟通模式在喉癌手术患者 ICU 术前访视中的应用效果分析[J].基层医学论坛,2020,24(30):4311-4313.

[19]陈芬.术前访视与宣教对患者术前睡眠及不良情绪的影响[J].世界睡眠医学杂志,2021,8(1):92-93.

收稿日期:2021-05-08;修回日期:2021-05-24

编辑/王海静