

延续性护理对重症监护室转出患者康复效果及满意度的影响

杨静莉

上海市浦东医院 上海 201399

【摘要】目的：探究延续性护理模式对于重症监护病房转出患者的康复效果及临床评价的影响，以期给完善ICU出院后的护理体系提供理论支持。方法：选取2025年2月至2026年1月，在我院从ICU出院的患者中随机抽取85名病人作为对照组，85名是干预组。对照组按照标准的出院宣教进行，而干预组在此基础上又增加了全套延伸护理措施。对两种实施方案后康复状况和护理认可度进行评价。结果：经过干预之后，观察组的Barthel指数明显比对照组高，并且并发症少、护理满意度分数也高，上述差别均达到统计学意义上的水平。结论：对ICU出院病人进行延续性照护，可以明显改善患者的日常生活自理能力，降低患者发生并发症的风险，提高患者对于护理工作的认可度，有很高的临床转化应用价值。

【关键词】：延续性护理；重症监护室；转出患者；康复效果；护理满意度

DOI:10.12417/2705-098X.26.11.099

前言

ICU(重症监护室)收治的患者体征非常不稳定，生命指标变化很快，即使在经过ICU治疗转科之后，大多还处于器官功能未完全恢复、自主生活不能自理、心理状态起伏不定等特征之中。出院后如果没有系统的科学的后续照护支持，很容易造成感染、压疮和生理功能退化的不良后果，影响康复效果，还会增加二次入院的风险。延续性护理属于ICU救治和居家康复之间衔接的一种重要的护理方式，可以依靠对出院病人全链条、无缝隙的照护来保证，从而弥补出院后护理环节中留下的空白。本课题组于2025年2月至2026年1月对170例转入ICU后出院患者展开研究，探究延续性护理对于其康复进程和护理满意度的影响，以期给临床护理工作改进给予一定的帮助。

1 资料与方法

1.1 研究对象

选择2025年2月至2026年1月期间ICU出院患者共计170例，入选标准为：重症监护室治疗后病情稳定并符合转科条件、意识清楚，能配合临床护理操作和评价、受试者及其家属已经充分了解并自愿参加本研究并签署了知情同意书、预计生存期大于3个月。排除标准有：并发重度心肺肝肾等器官功能不全的，有认知障碍、精神失常不能合作的对象，中途终止随访或者自愿退出试验的，合并终末期恶性肿瘤的。根据护理模式的不同把样本分为对照组和观察组，各85例。对照组男45人，女40人，年龄跨度为42岁~78岁，平均(60.23±8.15)岁，疾病构成：呼吸系统28例，循环系统25例，神经系统18例，其它14例。观察组男46人、女39人，年龄在43~79岁之间，均数为(60.56±8.32)岁，疾病组成以呼吸系统为主，有27例，循环系统26例，神经系统17例，其余15例。两组的性别、年龄、疾病类型等基本资料比较，统计学上没有明显的差异($P>0.05$)，有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组

按照标准性的离院护理。患者离开ICU的时候，医护人员对患者及家属做出院后的康复指导工作，主要讲清楚饮食调理、用药遵医嘱、日常生活照料方法以及突发状况应变办法等事项；告诉病人和家属出院之后回医院复查的时间以及具体的条件；发放康复指南给家属阅读。出院之后不再做其他的护理干预，在患者复诊的时候解答疑惑、评价患者的生理状况。

1.2.2 观察组

除对照组外，加大延续性护理方案的使用频率，总干预周期为三个月，在整个干预过程中会用到以下三个步骤：

(1) 建立延续性护理电子档案。患者出院的时候，由专业的护士对患者的个体资料、ICU的治疗经过、临床实际情况、药物处方、心理状况和居家护理环境等各方面因素进行整理，并编制出个性化的护理手册，明确重点护理环节以及预设的目标。

(2) 出院前的巩固性指导。对患者的家属进行专项培训，包括体位摆放、压疮预防、气管切开护理、肢体功能锻炼等知识内容，让家属能够正确地掌握核心护理技术；同时做心理疏导，减缓患者和家属的焦虑、恐惧情绪，促使他们恢复的积极性。

(3) 家庭随访工作。出院后第1周、第2周、第1个月、第2个月、第3个月分别进行一次上门回访，在此期间每周与患者联系1次。回访时对患者病情的变化、用药的依从性、康复的进度进行监控，检查护理计划是否得到执行，并及时纠正不恰当的操作方法；根据患者的恢复状况来调整护理措施和康复方案。

(4) 远程医疗支持。建立医患互动微信群，由责任护士、主治医师和康复理疗师组成，在线解答患者及家属提出的各类护理问题，并推送康复科普、用药提示等内容。(5) 复诊衔接保障。于复查前一日通知患者及其家属就诊的时间，在复查期间帮助患者完成各项检查，畅通ICU同专科医生的沟通通

道,了解居家康复情况,保证诊疗、护理工作无缝进行。

1.3 疗效评价

(1) 康复效果评价,用 Barthel 指数来评定患者的日常生活自理能力,该量表包括进餐、穿衣、洗漱、排泄、行走等十个方面,满分一百分,得越多说明自主程度越好,具体而言,如果 ≤ 40 分属于重度依赖,41-60分属中度依赖,61-99分属轻度依赖,100分属完全独立。另外对两组患者治疗期间发生的并发症进行统计分析,包含感染、压疮、深静脉血栓、器官功能衰竭加重等。

(2) 护理满足感评价,用自编的护理满意度调查表,在疗程结束后三个月进行问卷调查,该量表由服务态度、技术水平、康复教育、沟通配合、反馈响应速度五个方面组成,共二十个题项,每个指标根据1到5分给分,满分为100分,数值越高表示满意度越高, ≥ 90 为很高,80~89为基本满意,60~79为一般满意, ≤ 60 为不满意。满意度=(极高满意的数量+较满意的数量+基本满意的数量) \div 总样本量 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学方法

本文使用 SPSS 26.0 进行统计分析。连续变量用均值加标准差的形式来描述,组间比较使用 t 检验得出,分类变量用例数和百分比来表示,组间差异用 χ^2 检验来确定。当 P 值小于 0.05 时,即认为该结果有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预后 Barthel 指数比较

经过3个月的干预期之后,实验组的 Barthel 指数比对照组要高很多,且两者的差别有很强的统计学意义 ($P < 0.05$)。具体的数值见表1。

表1 两组患者干预后 Barthel 指数比较

组别	对照组	观察组
例数	85	85
Barthel 指数(分, $\bar{x} \pm s$)	62.35 \pm 10.24	75.68 \pm 11.36
t 值	6.892	
P 值	<0.001	

注:与对照组比较, $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者并发症发生率比较

干预期间,观察组并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。详见表2。

表2 两组患者并发症发生率比较

组别	对照组	观察组
例数	85	85

感染(例)	7	2
压疮(例)	4	1
深静脉血栓(例)	3	0
器官功能不全加重(例)	2	1
总发生率(%)	18.82	4.71
χ^2 值	6.437	
P 值	0.011	

注:与对照组比较, $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者护理满意度比较

在3月份的护理期中,实验组患者护理满足分值和满意等级均高于对照组,两组数据比较有统计学意义 ($P < 0.05$)。具体的可以参照表3。

表3 两组患者护理满意度比较

组别	对照组	观察组
例数	85	85
非常满意(例)	32	51
满意(例)	28	26
基本满意(例)	12	6
不满意(例)	13	2
满意度(%)	84.71	97.65
评分(分, $\bar{x} \pm s$)	82.36 \pm 7.54	93.58 \pm 5.27
t/ χ^2 值	7.215/6.783	
P 值	<0.001/0.009	

注:与对照组比较, $P < 0.05$ 。

3 讨论

3.1 延续性护理提升 ICU 转出患者康复效果的机制

ICU 转出患者一般都有多种功能障碍,生活自理能力较差,常规的出院后护理只停留在基础宣教上,并没有持久地跟进和调整,从而造成康复训练的实际效果不明显。延续性护理方式依靠建立有针对性的档案,结合家庭以及线上平台的回访,全方位地监控病人的康复状况,根据病人生理情况调整康复训练方案,把单向的教育变为积极的干预。另外就是医疗团队现场纠正家属不规范的照护动作,保证康复训练的专业性、有效性,逐渐提高患者的生活自理能力,与本研究观察组 Barthel 指数明显高于对照组结果相一致。

ICU 离院患者体抗力较低,又因长时间卧床、呼吸道分泌物增多等原因容易引起感染或者褥疮等后遗症。延续性护理就

是定期进行随访,准确的对病人各项指标进行监测,并且针对气道湿化、翻身拍背、皮肤护理及肢体按摩等方面教给家属做这些动作的方法,来减少并发症的发生。另外医护人员会按照医生的用药指示让病人正确服药,并且注意观察患者的用药情况,对出现的药物不良反应及时报告并引导患者到相应科室进行治疗,避免病情加重产生并发症的风险。本项调查结果显示,观察组的并发症率为4.71%,比对照组低18.82%左右,说明上述看法是正确的。部分患者同家属对于自己的病状了解较少,在出院以后容易出现随意停药、减量或者放弃康复锻炼的现象,从而影响到恢复的进程。延续性护理依靠线上线下相结合的方式,反复进行健康教育,提高患者及家属对于疾病的认识程度,认识药物治疗与康复训练的必要性。同时医护人员迅速回应病人的询问,给予心理安慰和鼓励,消除病人的抵触情绪,增强康复的信心,从而提高患者的用药、康复训练的依从性,给康复效果提供有力的支持。

3.2 延续性护理提升护理满意度的核心因素

以往的出院护理常常陷入服务断层的困境,使出院后的病人一旦遇到护理难题就得不到及时的帮助,很容易产生负面的心理。延续性护理冲破了医院和居家之间的护理壁垒,用全周期随访式的管理方式给患者营造出从出院到居家康复的无缝衔接照护。医护人员依据受试对象的个体差异制定个性化的护理方案,准确把握多种多样的护理需求,使病人和家属感觉到护理服务的专业性和专属性,提高护理体验。在延续性护理模式中,医护团队同患者及其家属进行频繁的交流,并且重视生理康复的同时更注重心理健康,通过心理干预来缓解患者的焦虑、抑郁等负面情绪,建立良好的医患关系。同时医护人员也会把患者的康复情况及时反馈给医生,配合医生调整治疗方案,使患者和家属感觉到自己的价值被重视,从而提高信任感。卓越的医患沟通和依赖为提高护理满意率打下了良好的基础,本研究中观察组的满意度为97.65%,很好地证明了该观点。ICU转出病人居家恢复期,家属成为主要的照护者,其护理质量直接影响到康复的效果以及护理评价。延续性护理以专题教学、详细示范指导家属掌握护理技能、提高其照护能力为途径,

避免由于护理操作不当而产生的安全隐患。同时医护人员全面地给予家属支持和引导,帮助家属解决康复过程中遇到的各种问题,减轻家属的照护压力,提高家属的护理信心,使家属对护理服务的认可度越来越高,从而促进整个护理满意度的不断提高。

3.3 延续性护理应用中的注意事项与优化方向

延续性护理给医护人员的业务素质提出了很高的要求,必须掌握ICU临床实践、康复医学和心理疏导等各方面的理论知识。在具体的实践中要组成包含重症监护护士、专科护理专家、物理治疗专家和临床医生的多学科照护团队,并且定期进行专业的进修,提高小组整体的综合能力,保证护理的质量。同时要确定各个岗位的工作职责,防止出现服务责任交叉或者空白。以往的模式由于受到空间和时间的限制,执行效率很低。可以依靠数字技术来改进护理流程,用微信小程序、医疗软件等方式实现生理数据的实时传输、在线咨询和用药提醒等作用,减少实地随访次数,加快响应速度。另外要依靠数字化管理信息系统汇集患者的档案,提高医患沟通效率,给治疗方案的调整给予支持,进而提升护理工作的智能化程度。一部分转入普通科室的重症患者会遇到家庭条件不好、缺少照料或者经济负担过重等问题,常规的延续性护理框架不能满足他们的实际需求。临床端要考虑到特殊的群体,综合社区卫生中心、社会慈善组织的力量,提供相应的帮扶,如派社区医务人员上门指导、提供免费的康复意见或者推行部分费用优惠等,保证照护服务覆盖到更多的人群,达到护理公平的目的。

4 结论

针对ICU转科患者实行延续性照护,可以大幅度提高患者的日常生活自理能力,减少各种并发症的发生风险,提升医护人员的满意度,改善护理过程中感受到的问题。以全维度、不间断、有方向的服务方式来代替传统的出院宣教,给重症病人在家中的康复提供强有力的保证,具有明显的临床应用价值。未来医疗行业要不断改善延续性护理体系,用数字技术同多学科合作的方式提高服务质量,给患者提供更好的、更加便利的康复支持。

参考文献:

- [1] 栗贝,傅世龙,林丹丹,等.重症监护室转出脑出血病人家属赋权能力及影响因素模型构建[J].全科护理,2025,23(19):3760-3764.
- [2] 温鸿毅,田龙.基于频繁模式增长算法的重症监护室转出率预测模型研究[J].实用临床医药杂志,2025,29(17):110-115.
- [3] 许培,张文杰,吴玲玉,等.急诊重症监护室转出患者家属决策现状及影响因素分析[J].护士进修杂志,2025,40(14):1521-1525.
- [4] 陆娟,陆文婷,李育平,等.重症监护室转出脑卒中患者参与运动康复的障碍因素与促进因素分析:一项混合性研究[J].实用心脑血管病杂志,2025,33(04):92-97.
- [5] 张彩凤,温鸿毅,田龙.新型重症监护室患者转出率关联规则预测模型创建与预测效能比较[J].中国急救医学,2025,45(02):122-128.