

· 临床护理 · doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2024.03.027

网络首发 [https://link.cnki.net/urlid/50.1097.R.20231120.1614.008\(2023-11-20\)](https://link.cnki.net/urlid/50.1097.R.20231120.1614.008(2023-11-20))

ICU 成年患者谵妄分型预防护理方案内容框架的构建*

文佳¹,董芳辉²,张亚娟^{1△},薛翌蔚²,冉丽杰¹,程丽¹,肖丽玲¹

(上海交通大学医学院附属第六人民医院:1.重症医学科;2.护理部,上海 200136)

[摘要] 目的 构建 ICU 成年患者谵妄分型预防护理方案的内容框架。方法 课题组于 2022 年 10 月组建科研小组,以奥马哈系统为理论指导,通过文献循证、结合课题组横断面调查结果,形成 ICU 成年患者谵妄分型预防护理方案内容框架指标体系。采用目的抽样法邀请全国 15 名长期从事谵妄照护的医学及护理专家,应用德尔菲(Delphi)法进行方案内容的修订,形成谵妄分型预防护理方案的内容框架。结果 经过 2 轮专家咨询,形成包含 5 个一级指标、18 个二级指标、63 个三级指标的条目池;专家咨询的权威系数为 0.94,专家协调系数检验 $P < 0.01$ 。结论 ICU 成年患者谵妄分型预防护理方案具有重要性、科学性及全面性,可为护士对重症患者实施谵妄分型预防护理干预提供理论依据。

[关键词] ICU;谵妄;预防;护理方案;构建

[中图法分类号] R473.6

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2024)03-0466-06

谵妄是一种以意识、注意力、知觉、思维记忆、精神运动行为、情绪和睡眠-觉醒周期并发障碍为特征的急性脑功能障碍综合征^[1],临床上 ICU 患者谵妄发生率高达 20%~80%^[2]。谵妄不但会增加患者 ICU 留室时间及住院费用^[3],延长患者机械通气时间^[4],提高并发症发生率及患者致死率^[3],还会降低患者的神经功能状态和日常生活能力^[5]。文献研究发现,目前临床中尚无药物可以预防和治疗谵妄,主要以非药物措施预防谵妄^[6]。谵妄预防管理的有效途径是建立谵妄预防护理方案^[7]。研究人员通过建立 ICU 患者谵妄分层护理方案^[8]、老年患者术后谵妄预防及护理管理策略^[9]、ICU 患儿谵妄预防护理方案^[10],可达到谵妄预防护理效果。但是谵妄作为一种中枢神经系统急性功能障碍,存在多种症状表现,包括活动减少型、活动增多型和混合型 3 种亚型,极易与精神病、躁狂症、抑郁症等混淆,不同亚型护理措施存在本质的区别^[11]。本研究以奥马哈系统^[12]为理论支持,构建 ICU 成年患者谵妄分型预防护理方案的内容框架,旨在为后续制订科学的谵妄预防护理方案提供理论依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

课题组于 2022 年 10 月组建科研小组,小组成员包括重症专科护士 4 名、重症医学科医生 2 名及神经外科医生 1 名;博士学历 2 名,硕士学历 3 名,本科学历 2 名;副主任护师 1 名,主管护师 3 名,主任及副主任医师 3 名。课题组成员主要负责文献的循证、分型预防护理方案的构建、专家咨询问卷的发放及回收、

指标筛选、专家意见汇总及反馈等。专家入选标准:(1)学历为硕士及以上;(2)从事谵妄相关医疗或护理工作至少 10 年;(3)职称为副高及以上;(4)专家知情同意且对本研究具有较高的积极性。

1.2 方法

1.2.1 形成初稿

(1)对 ICU 患者的健康问题进行全面、有序的评估,针对问题选择合适的干预措施,从认知、行为和状况 3 个方面评价预防护理方案的结局指标。(2)文献研究。系统检索知网、万方、维普、百度学术、Medline、Cochrane Library、PubMed 等数据库,以及英国国家卫生与临床优化研究所、BMJ、Up To Date、国际指南协作网、加拿大安大略注册护士协会、美国国立实践技术指南库、苏格兰校际指南网、医脉通等网站。中文检索词:“ICU/重症/重症病房”“谵妄综合征/谵妄”“护理/管理/干预”。英文检索词:“ICU/Intensive Care Unit/Intensive Care Unit”“Delirium Syndrome/Delirium”“Nursing/Management/Intervention”。检索时间:建库至 2022 年 9 月。纳入文献类型包括:指南、专家共识、系统评价、综述、随机对照试验。通过对纳入文献分析质量评价,提取谵妄管理的合理评估方式、方法,针对性构建谵妄分型预防护理方法。(3)课题组前期进行了前瞻性调查研究,采用 ICU 意识模糊评估法(confusion assessment method intensive care unit,CAM-ICU)筛查患者有无谵妄,激动-镇静评估量表(Richmond agitation-sedation scale,RASS)评估患者谵妄亚型,分析患者发生谵妄的危险因素。综合上述(1)~(3)步骤,形成包括 5 个一级条

* 基金项目:上海交通大学医学院护理学科建设项目(SJTUHLXK2023);上海市第六人民医院院级科学研究基金项目[DY2019024;X-4313(LG);hlyjkt-2023-33]。△ 通信作者,E-mail:619819881@qq.com。

目、20 个二级条目及 67 个三级条目的内容框架初稿。

1.2.2 应用 Delphi 法进行调整

编制 Delphi 咨询问卷,共包含 4 个部分。分别为:致专家信、专家一般资料调查表、专家对 ICU 谵妄研究内容的熟悉程度及判断依据的调查表、专家咨询表。采用 likert5 法对专家咨询表中各条目的重要性进行评价。通过电子邮件、问卷星和纸质版 3 种途径发放问卷。获得专家修改意见后,以重要性赋值均数 > 3.50,变异系数 < 0.25 作为指标筛选标准^[8]。汇总专家意见,经课题小组成员讨论,对指标进行补充、删减及修改,形成第二轮问卷。根据第二轮专家意见进一步完善评价指标体系的内容,当所有专家意见基本一致时,停止函询。

1.3 统计学处理

采用 SPSS23.0 统计学软件进行数据分析。专家积极系数采用问卷回收率进行评价;专家意见集中程度采用 $\bar{x} \pm s$ 表示;专家权威程度采用判断系数(Ca)、熟悉程度系数(Cs)评价,权威程度系数(Cr) = (Ca + Cs) / 2;专家意见协调程度采用变异系数、肯德尔协调系数进行分析,并进行 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 专家基本情况

邀请来自上海市、北京市、浙江省、江苏省、河南省、安徽省、四川省等 7 个地区共 9 所三级甲等医院的 15 名专家参与 2 轮专家函询。专家年龄为

(45.5 ± 3.5) 岁,工作年限为(21.5 ± 4.5) 年;研究领域为重症医学科医生 6 名,神经外科专科医生 2 名,重症专科护士 7 名;学历为博士 8 名,硕士 7 名;职称为正高级 5 名,副高级 10 名。

2.2 专家的积极程度与权威程度

本研究两轮问卷发放、回收数均为 15 份,有效率、回收率均为 100%,专家积极程度好。第 1 轮专家 Cr 为 0.91,第 2 轮专家 Cr 为 0.94,权威程度较高^[8]。

2.3 专家意见协调度

第 1 轮专家咨询肯德尔协调系数为 0.26、第 2 轮专家咨询的肯德尔协调系数为 0.36 ($P < 0.01$),意见趋于一致,咨询结果可信度高。

2.4 专家咨询数据结果

专家咨询第 1 轮有 11 位专家提出 66 条修改意见;第 2 轮有 5 位专家提出 7 条修改意见,主要为文字语序的调整;两轮专家咨询后整理专家意见趋于一致,结束专家咨询。增加条目包括 A3-2、C1-2、C1-5、C1-8。修改条目:(1)具体描述谵妄主要影响因素,(2)将条目 C2-1 从 C1 移动至 C2;(3)将二级条目中“环境”“心理干预”及下属条目融合进谵妄不同分型护理干预措施中。删除条目:删除三级条目中关于量表具体内容描述的 4 个条目。最终形成 ICU 患者谵妄分型预防护理方案内容框架,包含个谵妄管理目标、谵妄管理团队、谵妄评估、谵妄干预措施、谵妄管理效果评价等 5 个一级条目,18 个二级条目,63 个三级条目,见表 1。

表 1 ICU 成年患者谵妄分型预防护理方案内容条目

项目	条目内容	重要性赋值 ($\bar{x} \pm s$, 分)	变异系数
A	谵妄管理目标	4.800 ± 0.400	0.083
A1	早期评估、早期识别谵妄亚型,识别谵妄潜在病因,采取针对性干预措施,为患者提供规范化健康指导	4.733 ± 0.442	0.093
A1-1	RASS 评分 0 分,患者清醒平静,呈自然状态	4.667 ± 0.573	0.123
A1-2	患者身体舒适、睡眠良好、生活不受影响	4.467 ± 0.611	0.137
A2	规范谵妄评估	4.200 ± 0.700	0.166
A2-1	评估结果真实反映患者的谵妄亚型和严重程度	4.733 ± 0.573	0.121
A2-2	医护人员依据规范的评估流程,采用统一的语言、合适的评估工具快速准确地实施谵妄亚型评估	4.667 ± 0.573	0.123
A3	根据评估结果,进行针对性管理	4.400 ± 0.618	0.141
A3-1	依据患者谵妄评估,分析患者谵妄亚型,选择对应的干预措施	4.933 ± 0.249	0.050
A3-2	对存在心理健康问题的患者采用规范化的心理干预措施	4.933 ± 0.249	0.050
B	谵妄管理团队	4.800 ± 0.400	0.083
B1	建立护士主导的多学科谵妄管理小组	4.933 ± 0.249	0.050
B1-1	谵妄管理小组应包括重症医学科医生、重症专科护士、心理咨询师、神经外科医生、神外专科护士、康复治疗师、患者家属	4.200 ± 0.700	0.166
B1-2	组建沟通群及时沟通,每周组织 1 次小组会议	4.667 ± 0.573	0.123
B2	研究小组成员进行培训	4.400 ± 0.618	0.141
B2-1	邀请谵妄管理专家对研究成员进行 CAM-ICU 专业培训,提高组员对谵妄亚型的识别和管理能力	4.667 ± 0.573	0.123

续表 1 ICU 成年患者谵妄分型预防护理方案内容条目

项目	条目内容	重要性赋值 ($\bar{x} \pm s$, 分)	变异系数
B2-2	成员固定统一, 定期进行规范化培训, 内容包括: 谵妄亚型分型标准、常用分型工具、谵妄亚型识别、不同亚型风险因素、针对性管理措施等	4.400±0.618	0.141
B2-3	小组成员掌握谵妄的评估、管理方法	4.667±0.573	0.123
B2-4	结合谵妄最新管理指南、共识、行标等进行人员培训	4.400±0.618	0.141
B3	建立团队管理制度及成员的职责	4.667±0.573	0.123
B3-1	制订研究小组管理制度、岗位职责	4.400±0.618	0.141
B3-2	按照制度规范实施研究小组活动	4.733±0.573	0.121
C	谵妄评估	4.667±0.573	0.123
C1	评估内容	4.400±0.618	0.141
C1-1	入 ICU 后 1 h 内对患者进行第 1 次评估, 了解患者一般情况、认知能力、疾病情况等基线情况	4.933±0.249	0.050
C1-2	治疗相关因素: 治疗干预、使用药物(苯二氮草类)、镇静深度及持续时间、机械通气情况等	4.667±0.573	0.123
C1-3	心理: 紧张焦虑程度	4.667±0.573	0.123
C1-4	生理: 年龄、疾病、营养状况、睡眠质量等	4.733±0.573	0.121
C1-5	社会文化因素: 文化程度、生活习惯、社会关系、家庭经济状况等	4.667±0.573	0.123
C1-6	环境: 噪音、光照、舒适度	4.400±0.618	0.141
C1-7	识别患者谵妄亚型(活动增多型、活动减少型、混合型)	4.933±0.249	0.050
C1-8	识别导致不同谵妄亚型发生危险因素: 机械通气情况、饮酒史、贫血情况、糖尿病史、Hb 水平、异丙酚应用情况、肾功能不全、入住 ICU 时间、年龄、手术时间、咪达唑仑应用情况	4.733±0.573	0.121
C1-9	分析导致患者发生谵妄的其他可能原因(生理、病理、环境)	4.667±0.573	0.123
C2	评估工具的应用	4.400±0.618	0.141
C2-1	选择统一规范的评估工具进行评估, 必要时结合 Liptzin&Levkoff 标准进行谵妄分型评估	4.933±0.249	0.050
C2-2	运用 CAM-ICU 评估患者谵妄的情况	4.800±0.400	0.083
C2-3	运用 Richmond 采用 RASS 评估意识状态的急性改变或反复波动	4.933±0.249	0.050
C3	规范化谵妄评估形式	4.667±0.573	0.123
C3-1	按照统一的谵妄评估频次, 定时、规律地对患者实施规范化谵妄评估	4.400±0.618	0.141
C3-2	采用统一的语言进行描述, 制成表格, 并培训组员使其掌握规范化的谵妄评估的方法	4.400±0.618	0.141
C3-3	评估人员进行沟通方式的培训	4.933±0.249	0.050
C3-4	针对性谵妄干预后再评估	4.800±0.400	0.083
C3-5	护士为患者实施干预措施后的第 2 天要评估患者的生理、心理等变化, 以确定干预措施的有效性和安全性	4.933±0.249	0.050
C3-6	每天评估患者 2 次(避开患者睡眠时间), 采用 CAM-ICU 评估患者是否发生谵妄和谵妄的分型, 直至患者出室	4.800±0.400	0.083
C4	评估记录	4.933±0.249	0.050
C4-1	记录单内容应包括: 患者信息、谵妄控制目的、谵妄亚型、实施干预的内容、方式、时间及效果评价	4.800±0.400	0.083
C4-2	患者信息应包括姓名、性别、年龄、入室时间、认知能力、睡眠质量、宗教信仰等	4.933±0.249	0.050
C4-3	记录采用的护理措施、用药情况、谵妄亚型、焦虑评分、生活质量评分及干预后的效果评价	4.733±0.442	0.093
C4-4	备注涵盖谵妄干预后复评情况	4.667±0.573	0.123
D	谵妄干预措施	4.667±0.573	0.123
D1	活动增多型	4.800±0.400	0.083
D1-1	控制 ICU 病室的噪音, 依据患者病情合理设置监护设备, 避免 ICU 室内不必要的交谈, 减少患者刺激	4.933±0.249	0.050
D1-2	减少光线对患者睡眠的影响, 为患者拉好窗帘营造相对私密的空间, 保证患者睡眠质量	4.733±0.442	0.093
D1-3	长期失眠的患者可遵医嘱合理应用镇静催眠药物, 同时避免因镇静药物引发的谵妄	4.800±0.400	0.083
D1-4	加强风险防控, 针对风险事件原因提前制订相应防控措施和应急预案	4.933±0.249	0.050

续表 1 ICU 成年患者谵妄分型预防护理方案内容条目

项目	条目内容	重要性赋值 ($\bar{x} \pm s$, 分)	变异系数
D1-5	妥善固定好各类导管,保证患者舒适,尽可能留出患者可活动空间,避免牵拉造成的疼痛刺激及患者担心导管脱出产生的焦虑心理	4.733±0.442	0.093
D1-6	识别导致该型谵妄的危险因素:年龄、手术时间、咪达唑仑应用情况、入住 ICU 时间、机械通气时间,针对危险因素采取合理的措施。	4.400±0.618	0.141
D1-7	该型患者存在严重激动、躁动和攻击行为时遵医嘱合理应用抗精神药物治疗,必要时实施身体约束	4.933±0.249	0.050
D2	活动减少型	4.600±0.596	0.130
D2-1	加强患者监测,尽量避免使用抗精神药物	4.600±0.596	0.130
D2-2	邀请心理咨询师运用心理学方法进行针对性护理:(1)行为疗法,教会患者放松训练,如呼吸放松和想象放松,播放轻音乐,缓解患者的紧张焦虑情绪;(2)认知疗法,加强与患者的沟通交流,解除陌生感,鼓励患者正确面对自己的疾病,形成正确的信念,从而消除不良情绪,积极配合治疗	4.600±0.596	0.130
D2-3	消除抑郁:给予情感支持,根据患者的实际需要,安排患者家属定期探视,通过语言表达、肢体触摸等方法帮助患者安抚患者,使其感受到被重视	4.400±0.618	0.141
D2-4	记忆训练:借助手机、笔记本电脑等浏览某些特定时间、有特殊意义的照片,帮助患者回忆相关信息,从简单到复杂,逐步加大患者的记忆训练	4.933±0.249	0.050
D2-5	每天 10:00—11:00、14:00—15:00,严格按照早期康复流程指导患者进行早期康复活动	4.600±0.596	0.130
D2-6	识别导致该型谵妄的危险因素:饮酒史、贫血、糖尿病史、Hb 水平、异丙酚应用情况,护理过程中关注此类因素采取针对性措施	4.600±0.596	0.130
D2-7	预防坠积性肺炎、压力性损伤和血栓栓塞等潜在致死性并发症的发生	4.267±0.712	0.167
D3	混合型谵妄	4.733±0.573	0.121
D3-1	提高患者治疗期间的舒适度,加强病情监测的频率。	4.600±0.596	0.130
D3-2	坚持心理护理,增加家属探视频次,鼓励患者积极配合治疗,加强认知训练	4.667±0.400	0.086
D3-3	为患者营造良好的治疗与睡眠环境,如控制 ICU 噪音,减少噪音对患者产生不适感;针对过度兴奋的患者合理应用镇静,保证患者安全	4.533±0.596	0.132
D3-4	加强观察,评估患者病理性不适,开展针对性护理措施。	4.533±0.490	0.108
D3-5	病房昼夜分明维持患者生物节律,在患者视野内安装钟表/日历	4.600±0.442	0.096
D3-6	识别导致该型谵妄的危险因素:贫血、肾功能不全、异丙酚应用情况、入住 ICU 时间,针对危险因素采取干预措施。	4.667±0.400	0.086
D3-7	结合 Liptzin&Levkoff 标准进行谵妄分型评估,及早识别患者谵妄分型改变,采用针对性举措	4.533±0.596	0.132
E	谵妄管理效果评价	4.533±0.490	0.108
E1	意识状态	4.600±0.442	0.096
E1-1	运用重症监护谵妄筛查表(ICDSC)第 1、2 项在干预 2 d 后每天评估患者的意识状态及注意力集中情况	4.667±0.400	0.086
E2	评估焦虑改善情况	4.533±0.596	0.132
E2-1	运用焦虑自评量表(SAS)对谵妄干预后进行评分	4.533±0.490	0.108
E3	言语情绪不当	4.600±0.442	0.096
E3-1	运用 ICDSC 第 6 项对言语情绪进行评分	4.667±0.596	0.128
E4	睡眠觉醒周期	4.600±0.490	0.106
E4-1	运用 ICDSC 第 7 项对睡眠清醒进行评分	4.600±0.442	0.096
E5	住院时间	4.667±0.400	0.086
E5-1	住院总时间	4.533±0.596	0.132
E5-2	ICU 入住时间	4.667±0.400	0.086

3 讨 论

谵妄是 ICU 患者常见的并发症,合并谵妄会导致患者机械通气时间延长、住院时间延长、致死率升高,且上述情况发生的严重程度与谵妄持续持续时间、谵

妄分型高度相关^[13-14]。不同谵妄亚型在病因学、影响因素、治疗方法及护理措施等方面存在异质性。活动增多型谵妄应更多地减轻患者激动情绪与过激行为,保证患者安全;活动减少型患者应加强监测、制订个

体化的活动方案;混合型患者应从心理、认知、感知等方面采取综合性护理干预措施^[7,15-16]。鉴于不同谵妄亚型护理治疗与护理方法存在极大的特异性,本研究主要以奥马哈系统为理论支持,结合文献循证的结果及前瞻性调查研究结果,构建 ICU 患者谵妄分型预防护理方案内容框架,以期科学的谵妄预防护理提供依据。

奥马哈系统主要由互相关联的 3 个子系统组成,分别为问题分类系统、干预系统及结局评价系统,是目前国际通用的护理标准化语言之一^[17]。本研究运用奥马哈问题分类系统将可能导致谵妄的护理问题进行分类,并针对不同谵妄分型制订具体可行的预防护理方案,最后评价患者意识状态、睡眠情况、焦虑情况、住院时间等,以期预防患者谵妄且临床可根据不同分型进行可行性护理干预方案^[18]。课题组通过文献回顾,应用 AGREE II^[19]对纳入指南进行质量评价, JBI 评价标准对纳入的专家共识、系统评价、随机对照试验进行质量评价^[20]。共纳入指南 4 篇,系统评价 2 篇,专家共识 4 篇,对照研究 15 篇,课题组依据循证研究结果进行护理方案内容指标的提取,保证了内容来源的科学性。

本研究共邀请 7 个地区共计 9 所三级甲等医院的 15 名专家参与专家函询,专家涵盖重症医疗、神经外科医疗、重症专科护士等领域,具有丰富的谵妄诊疗及护理经验。第 1 轮专家 Cr 为 0.91,第 2 轮专家 Cr 为 0.94;两轮问卷的有效回收率均为 100.00%,提示咨询专家的积极程度高、代表性好。肯德尔协调系数由第 1 轮的 0.25 增长为第 2 轮的 0.33 ($P < 0.05$),提示专家意见协调程度较好,函询结果可靠和实用。

综上所述,ICU 患者谵妄分型预防护理方案内容框架构建过程科学严谨,具有较好的实用性。下一步,课题组将根据内容框架制订切实可行的方案,并对其可操作性开展进一步验证。

参考文献

- [1] SMIT L, WIEGERS E, TROGRIC Z, et al. Prognostic significance of delirium subtypes in critically ill medical and surgical patients: a secondary analysis of a prospective multicenter study[J]. *J Intensive Care*, 2022, 10(1): 54.
- [2] TONNA J E, DALTON A, PRESSON A P, et al. The effect of a quality improvement intervention on sleep and delirium in critically ill patients in a surgical ICU[J]. *Chest*, 2021, 160(3): 899-908.
- [3] MART M, WILLIAMS ROBERSON S, SALAS B, et al. Prevention and management of delirium in the intensive care unit[J]. *Semin Respir Crit Care Med*, 2021, 42(1): 112-126.
- [4] BENTO A, SOUSA P. Delirium in adult patients in intensive care: nursing interventions[J]. *Br J Nurs*, 2021, 30(9): 534-538.
- [5] HUANG D, FISCHER P. Management of delirium in the intensive care unit[J]. *Surg Clin N Am*, 2022, 102(1): 139-148.
- [6] 蔡青,白姣姣,唐军.《综合医院谵妄诊治中国专家共识(2021)》老年谵妄非药物护理部分解读[J]. *实用老年医学*, 2023, 37(3): 321-324.
- [7] 郑茹春,王建宁,陈洁,等. ICU 谵妄亚型评估及护理研究进展[J]. *护理学杂志*, 2022, 37(2): 101-104.
- [8] 左贤芳,张爱琴,张凌晨. ICU 患者谵妄分层护理预防策略的构建[J]. *中华现代护理杂志*, 2022, 28(4): 485-489.
- [9] 罗迎霞,成媛,王灵晓,等. 多学科协作背景下老年患者术后谵妄预防及护理管理策略的构建[J]. *护士进修杂志*, 2022, 37(2): 110-115.
- [10] 徐婷婷,张伟英,付聪慧,等. ICU 患儿谵妄预防护理方案的构建及应用效果[J]. *中华现代护理杂志*, 2022, 28(10): 1268-1274.
- [11] KREWULAK K, STELFOX H, LEIGH J, et al. Incidence and prevalence of delirium subtypes in an adult ICU: a systematic review and meta-analysis[J]. *Crit Care Med*, 2018, 46(12): 2029-2035.
- [12] TOMOTAKI A, IWAMOTO T, YOKOTA S. Research types and new trends on the Omaha System published from 2012 to 2019: a scoping review[J]. *Comput Inform Nurs*, 2022, 40(8): 531-537.
- [13] ZHANG S, HAN Y, XIAO Q, et al. Effectiveness of bundle interventions on ICU delirium: a meta-analysis[J]. *Crit Care Med*, 2021, 49(2): 335-346.
- [14] HUGHES C, BONCYK C, CULLEY D, et al. American society for enhanced recovery and perioperative quality initiative joint consensus statement on postoperative delirium prevention[J]. *Anesth Analg*, 2020, 130(6): 1572-1590.
- [15] EVENSEN S, SALTVEDT I, LYDERSEN S, et al. Delirium motor subtypes and prognosis in hospitalized geriatric patients: a prospective observational study[J]. *J Psychosom Res*, 2019, 122: 24-28.
- [16] ROOD P, ZEGERS M, RAMNARAIN D, et al. The impact of nursing delirium preventive in-

terventions in the ICU: a multicenter cluster-randomized controlled clinical trial [J]. Am J Respir Crit Care Med, 2021, 204(6): 682-691.

[17] 程维, 程蕾, 戴喜花, 等. 基于奥马哈问题分类系统老年综合评估指标体系的构建[J]. 护理学报, 2022, 29(22): 69-73.

[18] ZHANG X, LI Y, LI H, et al. Application of the Omaha System in the education of nursing students: a systematic review and narrative synthesis [J]. Nurse Educ Pract, 2021, 57: 103221.

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2024.03.028

网络首发 [https://link.cnki.net/urlid/50.1097.R.20240129.0949.004\(2024-01-29\)](https://link.cnki.net/urlid/50.1097.R.20240129.0949.004(2024-01-29))

[19] HOFFMANN-EBER W, SIERING U, NEUG-EBAUER E, et al. Guideline appraisal with A-GREE II: systematic review of the current evidence on how users handle the 2 overall assessments [J]. PLoS One, 2017, 12(3): e0174831.

[20] 欧唐燕. 基于循证的医养结合脑卒中失能患者长期照护模式的构建研究[D]. 南宁: 广西中医药大学, 2022.

(收稿日期: 2023-06-09 修回日期: 2023-10-26)

(编辑: 张芃捷)

产后疲乏及心理韧性与产后创伤后应激障碍的关系*

姚青芳¹, 王先伟¹, 蒲亨萍¹, 江湖², 夏澜^{2△}

(遵义医科大学第三附属医院/遵义市第一人民医院: 1. 临床教学部; 2. 护理部, 贵州遵义 563000)

【摘要】 目的 探究产后疲乏、心理韧性与产后创伤后应激障碍(PTSD)的关系。方法 采用便利抽样, 于 2021 年 8 月至 2022 年 4 月采用城市分娩创伤量表(City BiTS)、产后疲乏量表(PFS)、心理韧性量表简版(CD-RISC-10)及一般资料调查表对该院产科病房、门诊及盆底肌康复中心处于分娩后 0~12 个月的产妇进行问卷调查。结果 共发放问卷 255 份, 回收有效问卷 243 份, 有效回收率为 95.3%。PFS 总分与 City BiTS 总分呈正相关($r=0.478, P<0.001$), CD-RISC-10 总分与 City BiTS 总分呈负相关($r=-0.564, P<0.001$)。控制一般资料变量后, 产后疲乏与心理韧性共解释产后 PTSD 回归方程 81.3% 的变异量。将心理韧性作为内生潜变量的模型构建分析, 结果显示: 结构方程模型各指标均符合适配标准 [$\chi^2/df=2.641$, 标准化残差均方根(SRMR)=0.020, 拟合优度指数(GFI)=0.995, 比较拟合指数(CFI)=0.995, 非规范拟合指数(TLI)=0.969, 近似误差均方根(RMSEA)=0.082], 产后疲乏、心理韧性、产后 PTSD 相互影响, 产后疲乏可通过心理韧性的中介作用影响产后 PTSD, 中介效应占 22.68%。结论 心理韧性是产后疲乏导致产后 PTSD 的中介变量, 医护人员应采取有效干预措施提升产妇心理韧性水平, 从而缓解产后疲劳, 最终达到避免患产后 PTSD 或缓解其症状的目的。

【关键词】 产后创伤后应激障碍; 产后疲乏; 心理韧性; 相关性分析

【中图法分类号】 R749.5 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1671-8348(2024)03-0471-06

产后创伤后应激障碍(post-traumatic stress disorder, PTSD)是指产妇受到分娩创伤后引起的延迟性精神应激障碍^[1], 其主要临床表现为持续体验创伤事件、回避与麻木、警觉性增高等, 多在分娩后 12 个月内发病。YESILCINAR 等^[2]认为产后 PTSD 与产后疲乏存在相关性, 产后疲乏被北美护理诊断协会定义为自身无法抗衡的身心俱疲, 伴随个体体能及脑力劳动水平降至正常以下^[3]。产妇分娩后, 面对角色、环境改变及创伤体验, 心理韧性水平较低者常因疲于应对而诱发 PTSD^[4]。心理韧性是个体积极面对逆境及创伤的适应能力, 能保持或迅速恢复良好的心理防御机制, 与精神障碍类疾病密切相关^[5-6]。近年来, 国

内外开始关注有产后 PTSD 患病倾向产妇的疲乏与心理韧性水平现状^[7-8], 而两者与产后 PTSD 的内在关系及作用途径尚缺乏报道。基于此, 本研究以分娩后 12 个月内的产妇为研究对象, 采用横断面调查的方法, 旨在探究产后 PTSD 与产后疲乏、心理韧性的内在联系及作用途径, 为早期制订产后 PTSD 的合理预防干预措施提供依据, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究采用便利抽样, 于 2021 年 8 月至 2022 年 4 月在本院的产科病房、门诊及盆底肌康复中心招募产妇。纳入标准: (1) 年龄 > 18 岁; (2) 胎儿活产; (3)