

DOI:10.3969/j.issn.1000-9760.2019.01.006

CCFAP 模式对 CCU 患者焦虑 抑郁 及家属满意度的影响

崔英华 李银平 左汉恒 王青雷 李志华
(济宁医学院附属医院, 济宁 272029)

摘要 **目的** 探讨危重患者家属照顾项目(CCFAP)模式对 CCU 患者焦虑、抑郁及其家属满意度的影响。**方法** 选取自 2017 年 6 月至 2018 年 3 月 CCU 患者 328 例为研究对象,随机分为观察组和对照组,对照组实施限制性探视模式,观察组实施 CCFAP 模式。两组患者转出监护室时完成焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)及危重患者家属满意度量表评分;出院后随访半年,观察患者并发症及死亡率,以评估患者康复情况。**结果** 观察组患者焦虑、抑郁评分低于对照组($P < 0.05$);观察组家属在病情保证、获取信息等方面的满意度均高于对照组($P < 0.05$)。两组间出院半年内并发症及死亡发生率未达到统计学差异($P > 0.05$)。**结论** CCFAP 模式能够减轻 CCU 患者的焦虑抑郁情绪,提高家属满意度。

关键词 CCFAP;CCU;焦虑;抑郁;满意度

中图分类号:R472.2 文献标识码:A 文章编号:1000-9760(2019)02-024-04

The effects of CCFAP mode on the anxiety and depression of patients and family member's satisfaction in Cardiac Care Unit

CUI Yinghua, LI Yinping, ZUO Hanheng, WANG Qinglei, LI Zhihua
(Affiliated Hospital of Jining Medical University, Jining 272029, China)

Abstract: Objective To investigate the effects of CCFAP model on the anxiety and depression of patients and family member's satisfaction in Cardiac Care Unit (CCU). **Methods** A total of 328 patients in our cardiac care unit were recruited as study objects, which were randomly divided into the observation group and the control group. The control group received restrictive visiting policy mode, and the observation group was given critical care family assistance program (CCFAP) mode. Scores of Self-rating Anxiety Scale (SAS), Self-rating Depression Scale (SDS) and satisfaction questionnaire of critical care family members were completed when the patients were transferred out of the Cardiac Care Unit (CCU). After discharge, the patients were followed up for six months. The complications and mortality were documented to assess the rehabilitation of the patients. **Results** The scores of anxiety and depression of the patients in the observation group were significantly lower than that of the control group ($P < 0.05$). The family member's satisfaction in treatment assurance, information obtaining in the observation group was significantly higher than that of the control group ($P < 0.05$). The complications and mortality of the patients in the observation group were lower than that of the control group after following up for six months, but the difference was not statistically significant ($P > 0.05$). **Conclusion** CCFAP mode could reduce the anxiety and depression of the patients and improve the satisfaction degree of the family members.

Keywords: CCFAP; Cardiac care unit (CCU); Anxiety; Depression; Family member's satisfaction

CCU (cardiac care unit, CCU) 即心脏监护病房,是心内科集中监护和救治心脏重症患者具有封

闭性的特殊病房。据估计,约有 50% 的危重病患者遭受严重焦虑、抑郁症状,而高达 2/3 的患者在

监护室中出现幻觉和妄想等不寻常的经历^[1]。国外很多重症监护病房探索采用完全开放式或半开放式探视制度,既可以缓解家属的紧张及焦虑情绪,又可以完全满足患者的心理需求,也被美国急救医学工作组临床实践指南所推荐^[2-3]。但这种探视制度会影响监护室正常工作秩序,同时对患者休息及疾病康复均有影响。我国重症监护室的探视制度,大多数是完全杜绝探视或限制式探视模式,有利于病房的管理,但是很少考虑到患者及家属的心理需求。危重患者家属照护项目^[4](Critical Care Family Assistance Program, CCFAP)模式在以患者为中心的基础上,提出了“以患者及家属为中心”的管理理念,是既有利于危重患者的救治,又能充分发挥家庭及社会支持系统的监护室探视管理制度。本文将探讨 CCFAP 模式对 CCU 患者的焦虑和抑郁及其家属满意度的影响。

1 资料与方法

表 1 两组患者的临床一般资料的比较

	n	年龄	男性(n,%)	急性心肌梗死	不稳定性心绞痛	急性心力衰竭	心律失常	高血压急症	重症心肌炎	心包积液
观察组	164	65.37 ± 8.24	92(56.1)	67	37	28	10	9	5	7
对照组	164	64.27 ± 8.66	85(51.8)	63	42	32	11	10	6	6
χ^2/t		1.76	0.92	0.11	0.27	0.18	0.00	0.00	0.00	0.00
P		0.12	0.34	0.73	0.61	0.67	1.00	1.00	1.00	1.00

1.2 方法

1.2.1 对照组 采用限制性探视模式,由责任医师和护士负责家属的探视工作。限制家属的看望时间,每日下午 16:00 定时探视,时间不得超过 30min。每位患者允许 1 名亲属与其进行面对面接触式交流。

1.2.2 观察组 采用 CCFAP 模式^[4]:1) 成立探视管理小组。由护士长、主管医生、责任护士组成管理小组,明确岗位职责,强化医护人员的专业技能及“以患者及家属为中心”的理念。责任护士介绍监护室管理制度、探视要求、仪器设备,告知患者家属如何与医护人员进行有效沟通。主管医生每天一次或两次查房,并与家属沟通病情变化及治疗方案,了解患者家属的心理需求。2) 探视前的准备工作。责任护士确保患者采取舒适体位,无有创侵入性检查及操作,使患者皮肤保持清洁,保证床单元美观整洁,保护患者的隐私。保证各种仪器设

1.1 一般资料

选择 2017 年 6 月至 2018 年 3 月入住我院 CCU 的重症患者,纳入标准:入住 CCU 时间 $\geq 2d$; 年龄 18 ~ 75 岁;意识清醒,有阅读和理解能力,能独立回答焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)的内容,完成量表测试评价工作;患者及家属均能理解参加此研究的利弊,并签署知情同意书。探视家属均为直系亲属,具有初中以上文化程度。排除标准:入住 CCU 时间 $\leq 2d$;CCU 入住期间死亡者;精神障碍、深度昏迷者;重大医疗纠纷;未签署知情同意书者。符合条件的重症患者共 328 例,随机分为观察组和对照组,各组均为 164 例。本方案经医院伦理委员会审核批准实施。两组患者在年龄、性别、原发病病种无统计学差异($P > 0.05$),具有可比性。见表 1。

备处于正常工作状态。告知患者家属探视必备的物品及医疗花费等。3) 探视方法。根据患者病情变化,与家属共同协商探视时间和次数等(尽量每次不少于 30min,控制在 2h 内,每日不少于 2 次);鼓励家属在护士严密监管下参与患者进食三餐、刷牙、洗脸、翻身、协助大小便等生活照顾。每次探视时,每例患者只允许 2 名家属进入 CCU,婴幼儿、疑似或证实有呼吸道感染的家属禁止探视。由患者的责任护士和主管医师进行引导性探视,首先告知患者家属其自身的重要作用,一言一行会对患者产生的影响,嘱患者家属在探视时注意自己的行为,以免情绪过于激动,多传达积极信息,多关怀、安慰患者,让患者安心治疗,积极应对疾病,战胜病魔。

1.3 观察指标

1) SAS 及 SDS 该量表具有较高的信效度^[5]。在患者转出 CCU 当天采用问卷调查的方式,由责

任护士负责评价对两组患者负性情绪进行评价。SAS 和 SDS 测评量表各有 20 道问题,正向计分题 A、B、C、D 按 1、2、3、4 计分;反向计分题按 4、3、2、1 计分,得分越高说明焦虑、抑郁程度越严重。2)以中文版危重患者家属满意度调查量表^[6](Chinese Version of Critical Care Family Satisfaction Survey, C-CCFSS),在患者转出 CCU 当天由责任护士以问卷方式调查家属满意度。该量表具有较高的信效度,为国内家属需求干预效果评价使用较广泛的量表,包括 5 个因子、20 个条目,其中病情保证(4 个条目)、获取信息(4 个条目)、支持(6 个条目)、被接纳(3 个条目)、舒适(5 个条目)。每个条目 1~5 分,评分越高,满意度越高。3)出院后进行随访半年,评估患者心血管并发症(如反复缺血、再梗死,恶性心律失常)及死亡率,评估患者康复情况。

1.4 统计学方法

采用 SPSS18.0 统计软件进行数据处理和分析。

2 结果

2.1 两组患者转出 CCU 的焦虑、抑郁评分比较

观察组患者在转出 CCU 时,其焦虑及抑郁评分明显低于对照组,差异有显著性($P < 0.05$)。详见表 2。

表 2 两组患者转出 CCU 的焦虑、抑郁评分结果比较(分, $\bar{x} \pm s$)

	n	焦虑评分	抑郁评分
观察组	164	46.1 ± 1.7	50.1 ± 4.8
对照组	164	59.7 ± 5.1	59.1 ± 2.4
<i>t</i>		8.406	9.404
<i>P</i>		<0.05	<0.05

2.2 两组患者并发症及死亡发生率比较

两组患者并发症及死亡发生率未见统计学差异($P < 0.05$)。详见表 3。

表 3 两组患者转出 CCU 的并发症发生率比较

n	并发症		发生率 /%	死亡		发生率 /%	
	发生	未发生		发生	未发生		
观察组	164	5	159	3.05	1	163	0.61
对照组	164	12	152	7.32	3	161	1.83

注: * 采用确切概率法计算, $P > 0.05$

2.3 两组患者家属的满意度比较

观察组患者家属在病情保证、获取信息、支持、被接纳、舒适等方面的满意度均高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 两组患者家属的满意度比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	病情保证	获取信息	支持	被接纳	舒适
观察组	164	16.87 ± 3.23	16.57 ± 3.72	26.01 ± 3.98	12.13 ± 2.04	21.08 ± 3.32
对照组	164	12.07 ± 3.12	12.41 ± 3.15	21.36 ± 4.25	9.28 ± 2.73	17.13 ± 3.68
<i>t</i>		3.456	3.59	3.653	4.251	4.892
<i>P</i>		0.032	0.016	0.012	0.007	0.002

3 讨论

随着生物学模式向生物—社会—心理医学模式的转变,“以人为本”的理念越来越深入人心。心内 CCU 作为专科重症监护室,疾病类型主要有急性心肌梗死、心力衰竭、严重心律失常等,患者多病情危重、病情变化快,但大部分处于清醒状态,常表现出烦躁、焦虑、抑郁等负性情绪^[7];同时患者生病住院,对家属也是一种严重的“应激因素”,而患者突然发生病情变化时,家属需要承受的压力比患者更为强烈,根据“家庭系统理论”^[8],家庭成员必定出现变化,亦表现为不同程度的紧张、焦虑。封闭的管理虽然能预防和减少院内感染的发生,保证医护人员对患者的抢救和有序的诊疗工作流程,有利于患者安全的管理,但不能满足患者及家属的心理需求。有研究表明,通过特定策略改善医患沟通的干预措施,可以减轻患者精神压力并提高家庭满意度。北京市 64 家医院重症监护病房调查数据显示^[9],引发医疗纠纷的首要原因是医患沟通不足和医务人员的服务态度差。CCFAP 模式^[4]在以“患者为中心”的基础上,提出了“以患者及家属为中心”的管理理念,强调家属支持的重要性,其目标是通过调查 ICU 患者家属未得到满足的需求,对医护人员进行培训教育并为家属提供支持。因有管理小组的专业人员针对医疗方案、病情变化、疾病预后、监护病房的环境设施、探视要求等,与患者家属进行积极有效沟通,可满足患者家属的知情权,能消除家属的紧张焦虑情绪。

Robillard 等^[4]认为,影响监护室患者家属满意度的因素主要包括 7 个方面,但主要因素是对患者的照护质量和家庭需求的满足程度。由于监护室

治疗环境封闭,医护人员忙于患者的治疗和监护,与家属之间沟通较少,家属不能充分获取患者信息和参与治疗,存在不同程度的焦虑。患者处于仪器的包围和报警声的干扰中,常伴随有焦虑、抑郁、烦躁不安等情绪。研究表明^[10],当个体处于陌生的环境中时,希望得到家属的陪伴,家属探视可满足患者的情感需求,家属在身边可使其感到舒适、安全,心理需要得到满足,增强患者的治疗信心,可以减少危重症患者的心血管并发症。家属是患者最重要的社会支持者和看护者,家属与患者之间良好的人际关系,能够为处于心理应激状态下的患者提供帮助和支持。本文将 CCFAP 模式应用于 CCU 患者的家属探视中,结果发现 CCFAP 模式使患者的焦虑、抑郁情绪评分显著降低。同时患者家属在病情保证、获取信息、支持、被接纳、舒适等方面的满意度均高于对照组。

尤其是对缺血性心脏病患者而言,焦虑和抑郁是近期和远期预后不良的预测因子^[11-12]。住院期间存在焦虑和抑郁的患者发生住院并发症(如反复缺血、再梗死,恶性心律失常)的风险更高。在首次心脏事件后的数月或数年,这些患者也有更高的死亡率和再梗死率。本文半年随访发现 CCFAP 模式并未降低患者出院后的并发症及死亡率。

综上所述,CCFAP 模式能够使 CCU 患者获得良好的家庭支持,减轻患者焦虑抑郁情绪,提高家属的探视满意度,促进患者康复。

参考文献:

[1] Rabiee A, Nikayin S, Hashem MD, et al. Depressive symptoms after critical illness; a systematic review and meta-analysis[J]. Crit Care Med, 2016, 44(9): 1744-1753. DOI:10.1097/CCM.0000000000001811.

[2] Adams JA, Anderson RA, Docherty SL, et al. Nursing strategies to support family members of ICU patients at high risk of dying[J]. Heart Lung, 2014, 43(5): 406-415. DOI:10.1016/j.hrtlng.2014.02.001.

[3] Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, et al. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit; American College of

Critical Care Medicine Task Force 2004-2005[J]. Crit Care Med, 2007, 35(2): 605-622. DOI:10.1097/01.CCM.0000254067.14607.EB.

[4] Robillard D, Shim S, Irwin R, et al. Support services perspective: the critical care family assistance program[J]. Chest, 2005, 128(3): 124-127.

[5] 汪向东, 王希林, 马弘, 等. 心理卫生评定量表手册(增订版)[M]. 北京: 中国心理卫生杂志社, 1999: 375-378.

[6] 李丽. 外科 ICU 病人家属医护支持系统的构建与效果评价[D]. 上海: 第二军医大学, 2009.

[7] Vetrano DL, La Carpiá D, Grande G, et al. Anticholinergic medication burden and 5-year risk of hospitalization and death in nursing home elderly residents with coronary artery disease[J]. J Am Med Dir Assoc, 2016, 17(11): 1056-1059. DOI:10.1016/j.jamda.2016.07.012.

[8] 武佩佩, 李秋洁, 孔繁莹, 等. 家庭系统理论视角下监护室探视制度的研究[J]. 护理研究, 2012, 26(16): 1450-1452. DOI:10.3969/j.issn.1009-6493.2012.16.004.

[9] 姜利, 席修明, 杜斌, 等. 北京市 64 家医院重症监护病房设置与管理调查[J]. 中华医院管理杂志, 2007, 23(6): 397-399. DOI:10.3760/j.issn.1000-6672.2007.06.014.

[10] Gonzalez CE, Carroll DL, Elliott JS, et al. Visiting preferences of patients in the intensive care unit and in a complex care medical unit[J]. Am J Crit Care, 2004, 13(3): 194-198.

[11] de Miranda Azevedo R, Roest AM, Carney RM, et al. A bifactor model of the beck depression inventory and its association with medical prognosis after myocardial infarction[J]. Health Psychol, 2016, 35(6): 614-624. DOI:10.1037/hea0000316.

[12] May HT, Home BD, Knight S, et al. The association of depression at any time to the risk of death following coronary artery disease diagnosis[J]. Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes, 2017, 3(4): 296-302. DOI:10.1093/ehjqcco/qcx017.

(收稿日期 2018-12-20)
(本文编辑:甘慧敏)