

• 临床护理 •

ICU 转出患者尊严受损症状剖面分析及影响因素研究*

张秀萍¹, 巫玉莲¹, 聂臣聪¹, 杜金磊^{1△}, 彭古涛², 曹 芳³

(1. 自贡市第四人民医院重症医学科, 四川 自贡 643000; 2. 重庆大学附属涪陵医院神经外科, 重庆 408000; 3. 川北医学院护理学院, 四川 南充 637000)

[摘要] **目的** 探讨危重症患者 ICU 治疗后尊严受损症状潜在剖面, 并探究不同潜在类别的影响因素, 为临床医护人员医疗决策制定提供参考意见。**方法** 采用横断面调查法, 对国内 9 个省、市、自治区, 40 所三级甲等综合医院内入住 ICU 治疗后的各类危重症患者, 使用一般资料调查表、中文版尊严调查量表展开抽样调查, 并对其尊严受损症状进行剖面分析, 识别不同类别的影响因素。**结果** 本次调查随机抽取问卷 370 份, 有效问卷 358 份。ICU 转出患者尊严受损症状分为 2 个潜在类别, 低症状困扰且社会支持匮乏组 243 例 (67.88%) 与高症状困扰且精神支持需求组 115 例 (32.12%)。Logistic 回归分析显示, 年龄 [比值比 (OR) = 1.107, 95% 可信区间 (95% CI) 1.051~1.165]、亲友探视频次 (OR = 3.087, 95% CI 1.535~6.208)、ICU 入住时间 (OR = 1.290, 95% CI 1.059~1.570)、转出时是否气管切开 (OR = 5.487, 95% CI 1.343~22.418) 以及职工医保 (OR = 0.140, 95% CI 0.033~0.589) 是 ICU 转出患者尊严受损症状分型的主要影响因素。**结论** ICU 转出患者尊严受损症状存在异质性, 照护及管理需根据其症状特点制定准确的照护管理体系。

[关键词] 重症监护病房; 尊严受损症状; 剖面分析; 影响因素

DOI: 10.3969/j.issn.1009-5519.2025.11.033 中图法分类号: R473.5
文章编号: 1009-5519(2025)11-2678-08 文献标识码: A

Profile analysis of dignity impairment symptoms in ICU transferred patients and study on influencing factors*

ZHANG Xiuping¹, WU Yulian¹, NIE Chencong¹, DU Jinlei^{1△}, PENG Gutao², CAO Fang³

(1. Department of Critical Care Medicine, Zigong Fourth People's Hospital, Zigong, Sichuan 643000, China; 2. Department of Neurosurgery, Fuling Hospital Affiliated to Chongqing University, Chongqing 408000, China; 3. Nurse College of North Sichuan Medical College, Nanchong, Sichuan 637000, China)

[Abstract] **Objective** To explore the potential profile of dignity impairment symptoms in critically ill patients after ICU treatment, and to investigate the influencing factors of different potential categories, so as to provide reference opinions for the medical decision-making of clinical medical staff. **Methods** A cross-sectional survey was conducted on various critically ill patients who were admitted to ICU for treatment in 40 tertiary grade A general hospitals in 9 provinces, municipalities and autonomous regions across the country. A sampling survey was carried out using the general information questionnaire and the Chinese version of the Dignity Survey Scale. A cross-sectional analysis of their dignity impairment symptoms was conducted to identify different types of influencing factors. **Results** In this survey, 370 questionnaires were randomly selected, with 358 valid responses. ICU patients discharged with dignity impairment symptoms were divided into two latent categories: Low-symptom distress with poor social support with 243 cases (67.88%) and the high symptom distress with mental support need with 115 cases (32.12%). The results of the Logistic regression analysis showed that age [odds ratio (OR) = 1.107, 95% confidence interval (95% CI) 1.051–1.165], the number of visits by relatives and friends (OR = 3.087, 95% CI 1.535–6.208), the length of ICU stay (OR = 1.290, 95% CI 1.059–1.570), whether the patient was intubated at discharge (OR = 5.487, 95% CI 1.343–22.418) and employee medical insurance (OR = 0.140, 95% CI 0.033–0.589) were the main influencing factors for the

* 基金项目: 四川省科技厅科技计划项目 (2022JDKP0037); 自贡市重点科技计划项目 (自贡市医学大数据与人工智能研究院协同创新类, 2023-YGY-3-02, 2022ZCYGY30); 涪陵区科卫联合医学科研项目 (2023KWLH020)。

△ 通信作者, E-mail: dujinlei1128@163.com。
网络首发 [https://link.cnki.net/urlid/50.1129.R.20250620.1839.004\(2025-06-23\)](https://link.cnki.net/urlid/50.1129.R.20250620.1839.004(2025-06-23))

classification of dignity impairment symptoms in ICU discharged patients. **Conclusion** There is heterogeneity in dignity impairment symptoms of ICU discharged patients, and caregivers and managers need to develop accurate care and management systems based on their symptom characteristics.

[Key words] Intensive care unit; Symptoms of impaired dignity; Profile analysis; Influencing factor

随着现代医学模式由“以疾病为中心”转向“以患者为中心”后,诸如“亲切”“博爱”“尊重”等词组已逐渐构成了医疗服务的核心价值观^[1]。然而,现今国内外医护人员对于各类危重症患者的研究热点^[2],仍主要集中于患者生理症状方面,而对于心理方面的研究则相对少见,尤其是基于 ICU 内治疗与护理措施的特殊性,对其尊严管理现况展开深入研究。尊严是指个体感受到有自尊、有价值感和被尊重的质量或状态,是一种人类固有的、内在的特征^[3]。近年来,在医学领域尊严的重要性越来越受到广大学者的广泛认可,已经成为国内外医疗协会与团体组织普遍关注的问题^[4]。然而,对于各类危重症患者而言,不仅是一类因病情危重导致个人自理能力部分或完全丧失,而致个人病耻感极强与价值感丧失的敏感人群^[5],还是一类因治疗需要被迫隐私暴露或肢体约束管理等,而致个人形象受损与个人权利被侵犯的高危人群,导致其极易出现尊严受损症状^[6]。有研究指出,当患者一旦发生尊严受损症状时,将会产生焦虑抑郁、精神萎靡等症状,直接影响其生活质量及疾病预后,甚至加速患者的死亡^[7]。目前,针对危重症患者心理领域的研究,多数采用以变量为中心的研究方法,侧重于量表评估总分与其他变量之间的关系,忽视了不同群体间的异质性^[8]。故此,本研究采用潜在剖面分析法,对 ICU 转出尊严受损症状的调查结果进行特征分类,并探讨其差异性,以期为临床医护人员制定针对性的干预策略提供参考。

1 对象与方法

1.1 调查对象 本项目于 2025 年 2 月 10—25 日,抽取我国中西部地区,包括四川省、贵州省、云南省、广西壮族自治区、重庆市、甘肃省、陕西省、湖北省以及湖南省,共计 40 所三级甲等综合性医疗机构内,进入 ICU 治疗后的各类危重症患者作为调查对象。本研究采用随机效应模型样本量估算公式^{2[9]},对所需样本量展开估算,其中 $Z_{\alpha/2}$ 取 1.96(对应显著性水平 0.05),是总体标准差, E 是容许误差。根据项目组前期对自贡市符合纳排标准的 20 例患者,尊严受损症状调查得分得出 ≈ 15 。为确保研究结果具有较高精确度,设定了容许误差为 ± 2 单位。带入公式计算得出本项目约需调查患者 216 例,考虑 10% 的无效样本,计算得出最终需调查 237 例患者。为确保样本的代表性和研究结果的科学性,本项目在抽样过程中采用随机抽样法,具体调查数量根据每所医院 ICU 床位数和患者流动情况进行动态确定,每所医院根据调查

结果随机抽取样本量最多为 10 例,最少为 3 例。在本研究中,所有患者为 ICU 治疗后转出患者,处于疾病康复期,可有效配合调查研究。纳入标准:年龄 ≥ 18 岁;具有自主意识,具备言语或非言语交流功能;入住 ICU 治疗时间 ≥ 24 h;转出 ICU 时间 ≤ 24 h;患者或家属愿意配合此次调查。排除标准:近 3 个月内具有抑郁、谵妄等症状诊断史;具有精神疾病史;正在参加其他心理调查相关研究;合并严重视听障碍。本项目已通过自贡市第四人民医院伦理委员会审批(审批号:EC-2024-008)。

1.2 调查工具

1.2.1 一般资料调查表 在本研究中一般资料调查表由项目组成员基于文献调研基础、临床工作经验以及专家函询后自行设计,主要由患者一般人口学资料和疾病相关资料组成。患者一般人口学资料中,婚姻状态在婚指目前处于婚姻状态,非在婚指未婚、离异、丧偶等非婚姻状态;工作状态中其他主要指无业、离职等状态;医疗费用支付方式中其他主要指商业保险、社会救助基金等。疾病相关资料中,合并其他系统功能障碍数量主要指在原发疾病以外的其他系统合并症,如循环系统的休克、高血压等;呼吸系统的肺炎、肺不张等;内分泌系统的甲状腺功能亢进、糖尿病等。

1.2.2 中文版尊严调查量表 尊严调查量表最先由加拿大学者 CHOCHINOV 等^[10]于 2002 年编制发行,其后,葛国靖等^[11]于 2016 年对中文版患者尊严调查量表展开内容修订及信效度检验。该量表包括症状困扰、心理状况、依赖性、社会支持以及精神安宁 5 个维度,共计 25 个条目,由患者对应自身症状,从无困扰到受到非常严重困扰进行自我评估。各条目分别计分为 1~5 分,量表总分为 25~125 分,得分越高表明尊严受损症状越重。该量表的 Cronbach's α 系数为 0.924,在本研究中为 0.875。

1.3 资料收集方法与质量控制 在研究开展前组建研究小组,由项目组成员将本项目研究背景、调查方法等内容向各医疗机构内医生或护士进行详细介绍说明。同时,在每个医院设置了一名调研负责人并对其进行调研内容统一培训指导,由他们负责本院区调查过程的质量控制与数据收集。对于本研究所有回收问卷,由 2 名研究人员根据每个地区实际调查数量,采用抽签法进行随机抽取,并对调查内容进行共同审核、筛查,对于所有条目调查结果极端值、部分条目调查结果超出理论值、存在严重偏倚风险的调查

问卷予以剔除。当所有内容调查完毕后,由各地区负责人统一收集并邮寄。

1.4 统计学处理 运用 Mplus 8.3 软件进行探索式潜在剖面分析,以中文版尊严调查量表 5 个维度为外显指标,设置 1~5 个类别进行潜在剖面分析的模型拟合估计。模型适配检验指标主要有艾凯克信息标准(AIC)、贝叶斯信息标准(BIC)、样本校正的贝叶斯信息标准(aBIC)和信息熵(Entropy),以及罗-梦戴尔-鲁本校正似然比检验(LMR)和基于 Bootstrap 的似然比检验(BLRT)。AIC、BIC 以及 aBIC 数值越小表示模型拟合得越好,Entropy 指数在接近 1.0 的情况下被认为有更好的预测性。LMR 和 BLRT 2 个指标的 P 值达到显著水平,则表明 k 个类别的模型显著优于 k-1 个类别的模型。在此基础上,采用 SPSS 26.0 进行统计分析,计数资料采用例和百分比表示,组间比较采用 χ^2 检验,等级资料采用秩和检验;正态分布的计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,非正态分布的计量资料采用 $M(Q_{25}, Q_{75})$ 表示,组间比较采用非参数检验。选出差异有统计学意义的因素,并采用多因素回归分析进一步识别危险因素。检验

水准 $\alpha=0.05$ 。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 调查对象的一般资料 本次调查共回收问卷 442 份,按照医院调查数量与患者抽样数量 1:10 的原则,进行随机抽取问卷 370 份,其中有效问卷 358 份,有效回收率为 96.75%。358 例患者中,男 182 例,女 176 例。量表评估总分为 (44.95 ± 28.79) 分,心理状况维度为 (11.73 ± 5.14) 分,症状困扰维度为 (17.35 ± 6.35) 分,精神安宁维度为 (19.87 ± 10.19) 分,依赖性维度为 (17.93 ± 7.26) 分,社会支持维度为 (21.15 ± 9.45) 分。

2.2 ICU 转出患者尊严受损症状潜在剖面分析结果 根据 ICU 转出患者尊严调查量表各维度得分情况,构建了 5 个潜在剖面模型,根据 AIC、BIC、aBIC、Entropy、LMR 和 BLMR 联合评估其尊严受损症状的异质性。潜在剖面分析和模型结果如表 1 所示,随着剖面的增加,AIC、BIC、aBIC 整体呈下降趋势,当类别数量达到 2 时,Entropy 值最高,且 LMR 与 BLMR 差异均有统计学意义($P<0.05$),表明 2 个类别的模型拟合度最佳。见表 1。

表 1 不同模型潜在剖面分析参数拟合指标

| 模型 | AIC | BIC | aBIC | Entropy | P | | 类别概率 |
|----|------------|------------|------------|---------|--------|--------|-------------------------------|
| | | | | | LMR | BLRT | |
| 1 | 11 426.639 | 11 464.721 | 11 433.000 | | | | |
| 2 | 9 072.718 | 9 133.648 | 9 082.895 | 0.985 | <0.001 | <0.001 | 0.321/0.679 |
| 3 | 8 497.878 | 8 581.658 | 8 511.872 | 0.981 | 0.622 | 0.626 | 0.723/0.134/0.142 |
| 4 | 8 229.080 | 8 335.708 | 8 246.890 | 0.964 | 0.005 | 0.004 | 0.099/0.723/0.138/0.040 |
| 5 | 8 015.734 | 8 145.210 | 8 037.360 | 0.922 | 0.347 | <0.001 | 0.360/0.099/0.138/0.363/0.040 |

2.3 ICU 转出患者尊严受损症状潜在剖面命名及特点 根据 2 个潜在类别特征分析显示,C1 类别患者在症状困扰和依赖性维度得分较低。然而,精神安宁和社会支持得分相对较高。因此,C1 类别被命名为低症状困扰且社会支持匮乏组。C2 类别患者在心理状况和社会支持维度得分较低,在症状困扰、精神安宁和依赖性方面得分较高。因此,C2 类别被命名为高症状困扰且精神支持需求组。各类别在尊严调查量表各维度得分情况见图 1。

分析结果 以 ICU 转出患者尊严受损症状的 2 个类别为因变量,以患者人口学资料及疾病相关资料为自变量进行单因素分析,结果显示,年龄、文化程度、主要职业、工作状态、医疗费用支付方式、居住地、主要探视人员、亲友探视频次、自评家庭融洽度、自评经济压力、APACH II 评分、原发疾病、合并功能障碍系统数量、ICU 入住时间、ICU 入住频次、是否肠内营养治疗、是否镇静镇痛治疗、是否留置胃管以及转出时是否气管切开是 ICU 转出患者尊严受损症状异质性的主要影响因素。见表 2。

2.5 ICU 转出患者尊严受损症状潜在剖面的多因素分析结果 以 ICU 转出患者尊严受损症状剖面分析结果为因变量,将单因素分析结果中具有统计学意义的自变量纳入回归模型,展开二分类回归分析筛查识别其影响因素。结果显示,年龄、亲友探视频次、ICU 住院时间、转出时是否气管切开、职工医保是影响 ICU 转出患者尊严受损症状异质性的主要影响因素。自变量赋值方式见表 3,回归分析结果见表 4。

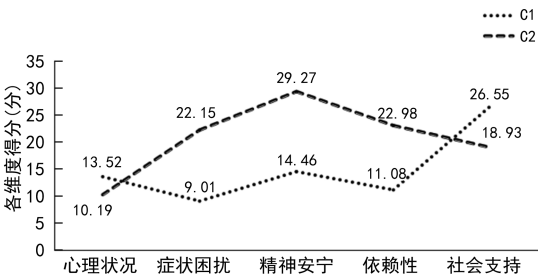


图 1 ICU 转出患者尊严受损症状的潜在剖面

2.4 ICU 转出患者尊严受损症状潜在剖面的单因素

表 2 ICU 转出患者尊严受损症状潜在剖面单因素分析

| 项目 | C1(<i>n</i> =243,67.88%) | C2(<i>n</i> =115,32.12%) | χ^2/Z | <i>P</i> |
|---|---------------------------|---------------------------|------------|----------|
| 性别[<i>n</i> (%)] | | | 1.571 | 0.210 |
| 男 | 118(48.55) | 64(55.65) | | |
| 女 | 125(51.45) | 51(44.35) | | |
| 年龄 [<i>M</i> (<i>Q</i> ₂₅ , <i>Q</i> ₇₅),岁] | 39(31.47) | 65(52.74) | -10.088 | <0.001 |
| 体质量指数[<i>M</i> (<i>Q</i> ₂₅ , <i>Q</i> ₇₅),kg/m ²] | 24.7(21.9,25.8) | 24.3(22.1,25.9) | 0.203 | 0.839 |
| 民族[<i>n</i> (%)] | | | 0.084 | 0.771 |
| 汉族 | 202(83.12) | 97(84.34) | | |
| 其他民族 | 41(16.88) | 18(15.66) | | |
| 婚姻状况[<i>n</i> (%)] | | | 2.394 | 0.122 |
| 在婚 | 168(69.13) | 70(60.87) | | |
| 非在婚 | 75(30.87) | 45(39.13) | | |
| 宗教信仰[<i>n</i> (%)] | | | 0.706 | 0.401 |
| 无 | 178(73.25) | 89(77.39) | | |
| 有 | 65(26.75) | 26(22.61) | | |
| 文化程度[<i>n</i> (%)] | | | -8.438 | <0.001 |
| 小学及以下 | 17(7.00) | 51(44.35) | | |
| 初中 | 31(12.76) | 21(18.26) | | |
| 高中 | 66(27.16) | 22(19.13) | | |
| 大学及以上学历 | 129(53.08) | 21(18.26) | | |
| 主要职业[<i>n</i> (%)] | | | 91.114 | <0.001 |
| 专业技术人员 | 89(36.63) | 16(13.91) | | |
| 商业金融 | 54(22.22) | 14(12.17) | | |
| 服务业 | 43(17.69) | 13(11.31) | | |
| 农林渔牧 | 27(11.11) | 67(58.26) | | |
| 其他 | 30(12.35) | 5(4.35) | | |
| 工作状态[<i>n</i> (%)] | | | 61.470 | <0.001 |
| 在职 | 183(75.31) | 53(46.09) | | |
| 退休 | 14(5.76) | 44(38.26) | | |
| 待业或无业 | 46(18.93) | 18(15.65) | | |
| 医疗费用支付方式[<i>n</i> (%)] | | | 54.944 | <0.001 |
| 城乡居民医保 | 85(34.98) | 56(48.70) | | |
| 自费 | 9(3.70) | 20(17.39) | | |
| 职工医保 | 140(57.62) | 24(20.87) | | |
| 其他 | 9(3.70) | 15(13.04) | | |
| 居住地[<i>n</i> (%)] | | | 22.802 | <0.001 |
| 农村 | 81(33.33) | 69(60.00) | | |
| 城镇 | 162(66.67) | 46(40.00) | | |
| 子女数量[<i>n</i> (%)] | | | 0.606 | 0.545 |
| 0 个 | 41(16.87) | 12(10.43) | | |
| 1 个 | 57(23.46) | 27(23.47) | | |
| 2 个 | 84(34.57) | 52(45.23) | | |
| >2 个 | 61(25.10) | 24(20.87) | | |
| 主要探视人员[<i>n</i> (%)] | | | 64.908 | <0.001 |
| 配偶 | 126(51.85) | 38(33.04) | | |
| 父母 | 84(34.57) | 16(13.91) | | |
| 子女 | 26(10.70) | 52(45.22) | | |

续表 2 ICU 转出患者尊严受损症状潜在剖面单因素分析

| 项目 | C1(<i>n</i> =243,67.88%) | C2(<i>n</i> =115,32.12%) | χ^2/Z | <i>P</i> |
|--|---------------------------|---------------------------|------------|----------|
| 其他 | 7(2.88) | 9(7.83) | | |
| 亲友探视频次[<i>n</i> (%)] | | | 10.761 | <0.001 |
| 至少 1 天 1 次 | 196(80.66) | 29(25.22) | | |
| 约 2 天 1 次 | 33(13.58) | 24(20.87) | | |
| 约 3 天 1 次 | 4(1.65) | 33(28.70) | | |
| >3 天 1 次 | 10(4.11) | 29(25.21) | | |
| 自评家庭融洽度[<i>n</i> (%)] | | | 8.178 | <0.001 |
| 不融洽 | 19(7.82) | 34(29.57) | | |
| 比较融洽 | 80(32.92) | 63(54.78) | | |
| 很融洽 | 144(59.26) | 18(15.65) | | |
| 自评经济压力[<i>n</i> (%)] | | | 5.536 | <0.001 |
| 无压力 | 113(46.50) | 25(21.74) | | |
| 有些压力 | 118(48.56) | 67(58.26) | | |
| 压力很大 | 12(4.94) | 23(20.00) | | |
| APACH II 评分[<i>M</i> (<i>Q</i> ₂₅ , <i>Q</i> ₇₅),分] | 18(16,20) | 22(16,25) | -3.010 | 0.003 |
| 原发疾病[<i>n</i> (%)] | | | 52.625 | <0.001 |
| 神经系统疾病 | 45(18.52) | 38(33.04) | | |
| 呼吸系统疾病 | 19(7.82) | 35(30.44) | | |
| 循环系统疾病 | 90(37.04) | 19(16.52) | | |
| 消化系统疾病 | 45(18.52) | 8(6.96) | | |
| 其他系统疾病 | 44(18.10) | 15(13.04) | | |
| 合并功能障碍系统数量[<i>n</i> (%)] | | | 7.208 | <0.001 |
| 1 个系统 | 139(57.20) | 34(29.56) | | |
| 2 个系统 | 98(40.33) | 35(30.43) | | |
| 3 个系统 | 5(2.06) | 35(30.43) | | |
| >3 个系统 | 1(0.41) | 11(9.58) | | |
| ICU 入住时间[<i>M</i> (<i>Q</i> ₂₅ , <i>Q</i> ₇₅),d] | 3(2,4) | 11(7,15) | -11.262 | <0.001 |
| ICU 入住频次[<i>n</i> (%)] | | | 12.654 | <0.001 |
| 1 次 | 231(95.06) | 38(33.04) | | |
| 2 次 | 8(3.29) | 37(32.17) | | |
| >2 次 | 4(1.65) | 40(34.79) | | |
| 是否肠内营养治疗[<i>n</i> (%)] | | | 148.143 | <0.001 |
| 否 | 210(86.42) | 24(20.87) | | |
| 是 | 33(13.58) | 91(79.13) | | |
| 是否机械通气治疗[<i>n</i> (%)] | | | 3.151 | 0.076 |
| 否 | 58(23.87) | 18(15.65) | | |
| 是 | 185(76.13) | 97(84.35) | | |
| 是否镇静镇痛治疗[<i>n</i> (%)] | | | 10.205 | 0.001 |
| 否 | 55(22.63) | 10(8.70) | | |
| 是 | 188(77.37) | 105(91.30) | | |
| 是否保护性约束[<i>n</i> (%)] | | | 0.654 | 0.419 |
| 否 | 48(19.75) | 27(23.48) | | |
| 是 | 195(80.25) | 88(76.52) | | |

| 续表 2 ICU 转出患者尊严受损症状潜在剖面单因素分析 | | | | |
|------------------------------|---------------------------|--|---------------------------|------------------------|
| 项目 | C1(<i>n</i> =243,67.88%) | | C2(<i>n</i> =115,32.12%) | χ^2/Z <i>P</i> |
| 是否留置尿管[<i>n</i> (%)] | | | | 2.033 0.154 |
| 否 | 15(6.17) | | 12(10.43) | |
| 是 | 228(93.83) | | 103(89.57) | |
| 是否留置胃管[<i>n</i> (%)] | | | | 33.318 <0.001 |
| 否 | 87(35.80) | | 8(6.96) | |
| 是 | 156(64.20) | | 107(93.04) | |
| 转出时是否气管切开[<i>n</i> (%)] | | | | 63.550 <0.001 |
| 否 | 233(95.88) | | 74(64.34) | |
| 是 | 10(4.12) | | 41(35.66) | |
| 自评睡眠质量[<i>n</i> (%)] | | | | 0.584 0.559 |
| 很差 | 108(44.44) | | 48(41.74) | |
| 比较差 | 75(30.87) | | 50(43.48) | |
| 较好 | 55(22.63) | | 16(13.91) | |
| 很好 | 5(2.06) | | 1(0.87) | |

| 表 3 自变量赋值方式 | |
|-------------|--|
| 项目 | 赋值方式 |
| 年龄 | 原值录入 |
| 文化程度 | 小学及以下=0,初中=1,高中=2,大学及以上=3 |
| 主要职业 | 以专业技术人员为参照设置哑变量,专业技术人员=(0,0,0,0),商业金融=(1,0,0,0),服务业=(0,1,0,0),农林渔牧=(0,0,1,0),其他=(0,0,0,1) |
| 工作状态 | 在职=0,退休=1,待业或无业=2 |
| 医疗费用支付方式 | 以城乡居民医保为参照设置哑变量,城乡居民医保=(0,0,0),自费=(1,0,0),职工医保=(0,1,0),其他=(0,0,1) |
| 居住地 | 农村=0,城镇=1 |
| 主要探视人员 | 配偶=0,父母=1,子女=2,其他=3 |
| 亲友探视频次 | 至少 1 天 1 次=0,约 1 天 1 次=1,约 3 天 1 次=2,>3 天 1 次=3 |
| 自评家庭融洽度 | 不融洽=0,比较融洽=1,很融洽=2 |
| 自评经济压力 | 无压力=0,有些压力=1,压力很大=2 |
| APACH II 评分 | 原值录入 |
| 原发疾病 | 以神经系统疾病为参照设置哑变量,神经系统疾病=(0,0,0,0),呼吸系统疾病=(1,0,0,0),循环系统疾病=(0,1,0,0),消化系统疾病=(0,0,1,0),其他系统疾病=(0,0,0,1)合并功能障碍 |
| 碍系统数量 | 1 个系统=0,2 个系统=1,3 个系统=2,>3 个系统=3 |
| ICU 入住时间 | 原值录入 |
| ICU 入住频次 | 原值录入 |
| 是否肠内营养治疗 | 否=0,是=1 |
| 是否镇静镇痛治疗 | 否=0,是=1 |
| 是否留置胃管 | 否=0,是=1 |
| 转出时是否气管切开 | 否=0,是=1 |

注:APACH II 评分为急性生理与慢性健康状况评分。

| 表 4 ICU 转出患者尊严受损症状异质性的多因素分析结果 | | | | | | |
|-------------------------------|----------|---------------|----------------------|----------|-----------|---------------|
| 项目 | <i>B</i> | <i>B</i> 值标准误 | <i>Wald</i> χ^2 | <i>P</i> | <i>OR</i> | 95% <i>CI</i> |
| 年龄 | 0.101 | 0.026 | 15.004 | <0.001 | 1.107 | 1.051~1.165 |
| 医疗费用支付方式 | | | | | | |

续表 4 ICU 转出患者尊严受损症状异质性的多因素分析结果

| 项目 | <i>B</i> | <i>B</i> 值标准误 | Wald χ^2 | <i>P</i> | <i>OR</i> | 95% <i>CI</i> |
|---------------------|----------|---------------|---------------|----------|-----------|---------------|
| 城乡居民医保 ^a | | | | | | |
| 自费 | 1.485 | 2.736 | 0.295 | 0.597 | 4.415 | 0.021~941.380 |
| 职工医保 | -1.968 | 0.734 | 7.191 | 0.007 | 0.140 | 0.033~0.589 |
| 其他 | -1.214 | 3.192 | 0.145 | 0.704 | 0.297 | 0.001~154.599 |
| 亲友探视频次 | 1.127 | 0.356 | 10.001 | 0.002 | 3.087 | 1.535~6.208 |
| ICU 入住时间 | 0.255 | 0.100 | 6.427 | 0.011 | 1.290 | 1.059~1.570 |
| 转出时是否气管切开 | 1.702 | 0.718 | 5.619 | 0.018 | 5.487 | 1.343~22.418 |

注：^a 参照组；*OR* 为比值比；95%*CI* 为 95%可信区间。

3 讨 论

3.1 ICU 转出患者尊严受损症状属于轻中度且存在 2 个类别剖面 本研究通过对国内 40 所三级甲等综合医院调查发现,ICU 转出患者尊严受损症状平均得分为 44 分,参照董淑贤等^[12]所使用的百分比转化法,即量表总分为 125 分,转化后百分比为 35.20%,表明 ICU 转出患者尊严受损症状处于轻中度水平。进一步剖面分析发现,ICU 转出患者尊严受损症状主要分为 2 个主要类别,低症状困扰且社会支持匮乏组表现为低心理负担与低症状困扰,但对精神支持有较高需求。高症状困扰且精神支持需求组表现为心理负担重、依赖性高,且存在社会支持明显不足。尽管该症状处于中下水平,但其对患者所导致的心理创伤仍不容忽视,临床医护人员急需建立健全相关症状预防管理体系。

3.2 ICU 转出患者尊严受损症状异质性影响因素

3.2.1 年龄 研究表明,年龄是影响 ICU 转出患者尊严受损症状异质性的的重要因素(*OR* = 1.107, *P* < 0.05)。随着年龄的增长,患者更倾向于归属于高症状困扰且精神支持需求类。分析原因可能如下,随着年龄的增长人体各项生理机能逐渐衰退,导致高龄患者在面对重大疾病或创伤时,更容易出现生理和心理上的应激反应^[13],尤其是在面对气管插管、有创监测等侵入性操作和治疗时,使患者倍感身心不适,进而使该类患者更易出现尊严受损症状。因此,建议临床医护人员对于高龄患者积极寻找药物及心理干预措施,及时缓解患者的身心痛苦。此外,也可使用生命回顾疗法,帮助患者回忆一些人生中有价值且很重要的往事,进而消除患者思想上的压力或自卑感。

3.2.2 职工医保医疗费用支付方式 本研究结果表明,职工医保是影响 ICU 转出患者尊严受损症状异质性的显著因素(*OR* = 0.140, *P* < 0.05),且参加职工医保的患者较少归属于高症状困扰且精神支持需求类患者,该结论与郭艳汝等^[14]的研究报道具有相似性。分析原因可能如下,在我国职工医保的报销范围和比例通常比城镇居民医保更加广泛且优厚^[15]。同时,许多企业为员工提供的职工医保不仅仅是一种经济支

持,还包括了心理健康服务、社会支持等资源。因此,使患者在面对重大疾病时可获得相对更多的社会支持,进而减少患者因孤独、无助等情绪而导致的尊严受损症状。因此,在临床实践过程中,对于采用非职工医保医疗费用支付方式的患者,在转出 ICU 后应尽可能为其提供更多的心理支持,积极引导患者调节不良情绪,鼓励家属积极营造舒适的环境氛围,促进其身心和社会功能的恢复。

3.2.3 亲友探视频次 本研究结果显示,亲友探视频次是 ICU 转出患者尊严受损症状异质性的影响因素(*OR* = 3.087, *P* < 0.05),且探视频次越少的患者越容易归属于高症状困扰且精神支持需求类。该结论与邓云云等^[16]研究报道具有相似性。分析原因可能如下,亲友的关怀是患者患病后心理支持的主要来源,而亲友探视频率越高患者越能感受到被重视、被尊重,使其在疾病治疗期间具有更高的安全感,进而提高其自我心理韧性,使其采取更加积极主动的态度与方式应对疾病,进而提升其尊严水平。反之,亲友探视频次越少的患者,其自尊程度及安全感则相对较弱,进而表现出更高的尊严受损风险。因此,建议在临床实践过程中,积极鼓励患者家属或朋友对其进行探视访问,增加患者陪伴时间。同时,也建议不同医疗机构积极优化探视模式,例如视频探视、预约探视等模式的灵活使用等^[17]。

3.2.4 ICU 入住时间 本研究结果显示,ICU 入住时间是影响 ICU 转出患者尊严受损症状异质性的显著因素之一(*OR* = 1.290, *P* < 0.05),且随着 ICU 入住时间的增加,患者更容易归属于高症状困扰且精神支持需求类,该结论与 FALVEY 等^[18]研究报道具有相似性。分析原因可能如下,患者在 ICU 治疗期间,因病情的严重性和不确定性使其常常出现焦虑、恐惧症状。同时,因 ICU 封闭式的治疗环境使患者与亲友沟通交流直接受限,导致其常常出现强烈的孤独感和无助感,直接影响患者的尊严水平^[19]。此外,医护人员在实践过程中尤其关注患者生命体征的监护,而对于患者心理关怀尤其不足,进而使患者感到被忽视和冷漠对待,进一步损害其尊严和感受^[20]。因此,建议

对于长时间入住 ICU 的患者,应注重其心理功能状态,积极筛查不良心理症状,并为患者及时提供个体化的干预方法,例如通过尊严疗法、意义疗法等方式进行干预,以降低患者尊严受损程度^[21]。

3.2.5 转出时存在气管切开 本研究结果显示,转出时存在气管切开($OR = 5.487$)的患者更容易归属于高症状困扰且精神支持需求类。分析原因可能如下,对于该类患者,气管切开后需要长时间依靠呼吸机或者其他辅助设备来维持正常的呼吸功能,且需要依赖医护或家人的长期照护,而这种依赖性和自主性的丧失将直接损害患者的尊严感^[22]。同时,气管切开也使患者在外观上显得与众不同,在一定程度上也增加了其尊严受损的风险。因此,建议医护人员积极关注该类患者的心理变化,鼓励患者表达内心感受。例如,医护人员、心理医生等多个专业领域工作人员可采取多学科协作模式,共同制定患者的个体化治疗方案,满足患者的身心需求。同时,也可积极邀请家属协助引导患者树立正确的观念态度,帮助患者重新建立起对疾病康复的信心。

本研究通过对我国 37 所三级甲等综合医院的 358 例 ICU 转出患者尊严受损症状展开剖面分析,发现可分为 2 种不同的类别,类别分型与患者年龄、医疗费用支付方式、亲友探视频次、ICU 入住时间以及转出时是否存在气管切开具有直接关联性。建议未来增加对各类危重症患者转出 ICU 后的心理研究,并采用多学科协作模式对各类危重症患者 ICU 治疗后尊严受损症状预警机制、干预方案展开积极探索。在本研究中,仅对我国中西部地区展开现况调查,是否存在地域差异性还有待进一步研究。

参考文献

[1] 刘欢.多层次长期护理保障制度:核心理念、基本框架与实施路径[J].管理研究,2021(2):27-47.

[2] 倪琪琦,庄一渝.近 5 年 PubMed 数据库危重症护理研究热点分析[J].中华急危重症护理杂志,2023,4(2):167-172.

[3] 王敏,万永慧,杨冰香,等.癌症晚期患者尊严体验的 Meta 整合[J].中国护理管理,2022,22(9):1377-1383.

[4] HARTVIKSEN T A, ASPFORS J, UHRENFELDT L. Dignity at stake-relatives' experiences of influencing dignified care in nursing homes[J]. BMC Health Serv Res, 2023,23(1):194.

[5] SATO T, KATAYAMA S, TAITO S. The accuracy of Nurse-Driven intervention on the reduction in anxiety and depression after ICU discharge[J]. Crit Care Med, 2023, 51(4):e99-e100.

[6] 董俊兰,江智霞,袁晓丽,等.成人重症监护室病人随访研究进展[J].护理研究,2023,37(19):3510-3513.

[7] DU J L, PENG G T, WU X L, et al. Analysis of the status

and influencing factors of dignity impairment symptoms in critically ill patients after ICU treatment[J]. Sci Rep, 2024,14(1):24677.

[8] ELSTON D M, GRANT-KELS J M. Maintaining patient privacy[J]. J Am Acad Dermatol, 2023, 11: S0190-9622 (23)00780-6.

[9] SCHMIDT S, S L O, HOLLESTEIN L M. Research techniques made simple: sample size estimation and power calculation[J]. J Invest Dermatol, 2018, 138(8): 1678-1682.

[10] CHOCHINOV H M, HASSARD T, MCCLEMENT S, et al. The patient dignity inventory: a novel way of measuring dignity-related distress in palliative care[J]. J Pain Symptom Manage, 2008, 36(6): 559-571.

[11] 葛国靖,曹艳梅,刘捷,等.中文版患者尊严量表初步修订及信、效度评价[J].中国公共卫生,2016,32(8):1088-1091.

[12] 董淑贤,毛学惠,王芬.肠造口患者自我同情现状及其影响因素分析[J].军事护理,2023,40(10):39-42.

[13] BRUNKER L B, BONCYK C S, RENGEL K F, et al. Elderly Patients and Management in Intensive Care Units (ICU): Clinical Challenges[J]. Clin Interv Aging, 2023, 18:93-112.

[14] 郭艳汝,袁媛,崔红伟,等.减轻重危患者治疗中经济毒性的可能措施[J].医学与哲学,2023,44(14):1-6.

[15] 许可,张楠,崔永春.癌症患者经济毒性的测量方法及干预措施研究进展[J].中华肿瘤防治杂志,2021,28(17):1279-1282.

[16] 邓云云,游雨林,谭惠仪.癌症患者及其照顾者家庭尊严干预的应用进展[J].医学与哲学,2023,44(19):26-30.

[17] KOTFIS K, VAN DIEM-ZAAL I, WILLIAMS ROBERTSON S, et al. Correction to: the future of intensive care: delirium should no longer be an issue[J]. Crit Care, 2022, 26(1):285.

[18] FALVEY J R, COHEN A B, O'LEARY J R, et al. Association of social isolation with disability burden and 1-Year mortality among older adults with critical illness[J]. JAMA Intern Med, 2021, 181(11):1433-1439.

[19] 叶天,杜金磊,叶群,等.危重症患者重症监护病房后综合征评估量表的构建及信效度检验[J].山西医药杂志, 2024,53(8):579-585.

[20] KLIMASIŃSKI M W. Spiritual care in the intensive care unit[J]. Anaesthesiol Intensive Ther, 2021, 53(4): 350-357.

[21] 陆国涛,马子雪,张芳,等.叙事治疗文件在叙事护理中的应用及展望[J].护理学报,2024,31(8):23-26.

[22] NATASHA N, KHURSHIED S, ZAHID M A, et al. Comparison between complications of elective and emergency tracheostomies[J]. Cureus, 2023, 15(11): e48612.