

doi: 10.3978/j.issn.2095-6959.2017.05.007

View this article at: <http://dx.doi.org/10.3978/j.issn.2095-6959.2017.05.007>

## “安全·支持·合作”过渡期护理模式在ICU转出患者中的应用

周月萍, 马仲飞, 夏小娟

(宜兴市人民医院重症医学科, 江苏 宜兴 214200)

**[摘要]** 目的: 探讨分析“安全·支持·合作”(secure, encourage, and collaboration, SEC)过渡期护理模式在ICU转出患者的应用效果, 为提升重症患者的临床护理质量提供临床依据。方法: 选择2015年1至12月在宜兴市人民医院ICU住院的93名患者作为对照组, 按照常规的操作程序进行转科护理, 选择2016年1至12月的97名患者作为观察组, 实施以ICU联络护士(ICU liaison nurses, ICULN)为介导的SEC过渡期护理模式进行干预, 评估并比较两组的过渡期护理措施评估表(care transitions measure, CTM)、干预前后的心理状态、家属满意度、患者满意度、接诊医护人员满意度、72 h ICU重返率及平均住院日。结果: 两组患者干预前后焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS)及抑郁自评量表(self-rating depression scale, SDS)评分均有明显改善( $P < 0.05$ ), 且观察组患者改善程度更为显著( $P < 0.05$ ); 观察组在CTM各条目的得分、家属满意度、患者满意度及接诊医护人员满意度均明显高于对照组, 在72 h ICU重返率及平均住院日明显低于对照组( $P < 0.05$ )。结论: SEC过渡期护理模式有利于提升过渡期的护理质量, 降低负性心理, 提高患者、家属及接诊医护人员的满意度, 且能在一定程度上改善临床治疗结局。

**[关键词]** 危重症患者; 过渡期护理; “安全·支持·合作”模式; 应用效果

## Application of “secure, encourage, and collaboration” transitional nursing model on patients discharged from ICU

ZHOU Yueping, MA Zhongfei, XIA Xiaojuan

(Department of Intensive Care Unit, People's Hospital of Yixing, Yixing Jiangsu 214200, China)

**Abstract** **Objective:** To explore and analyse the application effects of secure, encourage, and collaborate (SEC) transitional nursing model on patients discharged from ICU, and to provide the evidence of clinical nursing quality to patients with severe illnesses. **Methods:** Ninety-three patients, who had been hospitalized in the ICU of our hospital from January to December 2015, were selected as the objects in the control group. They were transferred to the general ward according to traditional procedures. Ninety-seven patients, who had been hospitalized in the ICU of our hospital from January to December 2016, were selected as the objects in the observation group. They adopted SEC transitional nursing model with ICU liaison nurses (ICULN). Then we valuated and compared the two groups in the aspects of scores of care transitions measure (CTM), their mental states before and after the intervention, families' satisfaction, patients' satisfaction, the satisfaction of medical staff receiving patients, 72 h ICU readmission

收稿日期 (Date of reception): 2017-02-17

通信作者 (Corresponding author): 周月萍, Email: zhouyueping1979@126.com

rate and the average length of stay. **Results:** Self-rating anxiety scale (SAS) and self-rating depression scale (SDS) of the two groups before and after the intervention improved significantly ( $P<0.05$ ), and more significantly in the observation group ( $P<0.05$ ); as for the scores of CTM, families' satisfaction, patients' satisfaction and the satisfaction of medical staff receiving patients, the scores of the observation group were much higher than those of the control group; as for the scores of 72 h ICU readmission rate and the average length of stay, scores of the observation group were much lower than those of control group ( $P<0.05$ ). **Conclusion:** The SEC transitional nursing model is helpful to improve the nursing quality in the transitional period, reduce the negative mental states of patients, improve the satisfaction of patients, family members and medical staff, and improve the clinical outcome to a certain degree.

**Keywords** critical patients; transitional nursing; secure, encourage, and collaborate model; application effects

过渡期护理指的是在患者治疗或康复期间, 根据疾病病情、治疗目标和康复需求的变化在不同的医疗部门或社区与医院之间转移过渡期的护理, 医护人员根据患者的特点和需求提供连续性护理以促进患者适应和过渡的过程<sup>[1]</sup>。ICU是各类危急重症患者的抢救治疗中心, 当患者病情稳定或者好转时会转至普通病房, 但在此后相当长的一段时间内仍需进行持续的治疗或护理, 如果这种治疗连续性遭到破坏, 将极有可能导致不良事件发生率明显增加、重返ICU以及ICU综合征等问题, 严重影响患者的治疗预后<sup>[2]</sup>。“安全·支持·合作”(secure, encourage, collaborate, SEC)过渡期护理模式由澳大利亚学者Haggstmm提出, 该模式强调患者在转出前、中、后3个阶段的安全护理, 注重对患者及家属的鼓励和心理支持, 同时加强不同科室人员的沟通、交流及合作, 以促进健康和减少身心不良反应<sup>[3]</sup>。本研究将SEC过渡期护理模式引入我院ICU转科患者的临床干预中, 取得良好的效果, 现报告如下。

## 1 对象与方法

### 1.1 对象

本研究已获得医院伦理管理委员会的审批, 通过便利抽样的方法选择2015年1月至2016年12月在宜兴市人民医院(以下简称“我院”)ICU治疗好转并转出的患者。纳入标准: 年龄在18周岁以上; 在ICU住院时间>1周; 病情好转准备转科治疗; 家属及患者均理解研究过程及已签署知情同意书。排除标准: 认知功能损害或者在持续使用镇静镇痛药物; 转科前病情恶化不能转科; 干预中途死亡或者提前出院。本研究共计纳入190名患者, 选择2015年1至12月在我院ICU住院的93名患者作为对照组, 选择2016年1至12月的97名患者作为观察组。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 对照组

对照组采用常规的过渡期护理措施进行干预, 即由ICU护士告知患者及家属关于转科的相关事项及联系转往科室准备床位、药物及相关仪器设备等, 同时注意监测患者在转运期间的生命体征, 并与接诊护士进行病情、药物及护理重点进行交接, 确保患者安全完成转科过程。

#### 1.2.2 观察组

观察组采用SEC过渡期护理模式进行干预, 即由ICU联络护士(ICU liaison nurse, ICULN)<sup>[4]</sup>在转科前、转运过程及转科后3个时间阶段进行安全、鼓励及合作3方面的护理干预(表1), 其中安全指的是帮助患者在不同的阶段达到最好的状态, 使患者的恢复和康复按计划进行, 减少不良事件的发生; 支持包括增强康复能力、信心及提供必要的心理支持; 合作包括科室之间及护患之间的沟通、交流及协调。ICULN团队由我科1名副主任护师, 2名主管护师组成。

##### 1.2.2.1 转科前 1~3 d

此阶段为患者病情趋于稳定, 拟转往普通病房的时段。1)安全: 全面监测和评估——每天监测患者的疼痛症状、生命体征及血流动力学等指标, 并将相关的指标以评估记录表的形式总结反馈给管床医生, 以全面评估转往普通病房的可能性; 优化和调整治疗——根据医嘱逐步调减药物的使用量, 并按要求逐步撤除呼吸机及相关监护仪器, 每一次调整医疗方案时均详细记录具体的时间、措施及患者的反应, 以为下一次调整提供参考依据。2)支持: 提高自护能力——采用一对一的形式指导患者进行饮水、呼叫铃使用、床上大小便等方面的锻炼, 同时发放自我护理能力提高手册; 告知健康信息——在确定转科后, 由ICULN与患者及其家属在床边进行详细的护理

沟通, 沟通的内容包括转科的科室、接诊医生及护士、转运过程、接下来的治疗及护理安排等内容, 同时发放普通病房相关环境及治疗护理安排等内容的小册子。3)合作: 科室之间沟通——在医生确定转科信息以后, 由ICULN与目标科室对应床位的管床护士进行电话沟通, 沟通按照统一的指导语及顺序进行, 具体包括患者的一般病情、个人基本信息、存在护理问题、特殊的护理要求及需准备的仪器和药物等内容, 落实并确认转科的时间、床位及路线等内容。护患之间沟通——组织普通病房护士入室访视, ICULN介绍双方认识并建立良好的护患关系, 同时由普通病房护士向患者及其家属详细介绍普通病房的护理程序及具体工作安排, 并就患者或家属存在的问题及时、耐心地进行解答。

#### 1.2.2.2 转科当天

1)安全: 安全转运——在转科实施前由ICULN再次全面评估患者, 同时准备好必须的转运仪器设备及药物, 转运由管床护士、呼吸治疗师、管床医生及运送工人共同实施, 在转运过程中护士处于患者的头侧, 注意严密观察便携式监护仪的相关参数, 定时询问患者在过程中的感受, 如果参数出现异常波动或者患者主诉不适应及时进行处理; 完善交接——在常规的床边及书面交接的同时, 采用《危重症患者转运交接单》进行交接, 该交接单由我院自行设计, 包括患者一般信息、管道、检查项目、重点关注指标、皮肤、用药及需注意的护理问题等方面的内容。2)支持: 给予信心——在转运前告知患者及其家属在转运的流程及安排, 并详细告知所需用到的相关转运仪器及设备, 让患者建立初步认识, 同时鼓励其家属在转运过程中对患者进行语言安慰和鼓励, 尽量减轻患者的焦虑及担忧。3)合作: 在转运前由ICULN再次向目标科室进行电话沟通, 确认转科时间, 并确保普通病房能在床位、监护仪、药物及吸氧装置等方面均处于待用状态。

#### 1.2.2.3 转科后 3~7 d

此阶段为患者转科后的调整阶段。1)安全: 建立以普通病房护士申请的转出患者护理疑难问题的反馈机制, 即当普通病房护士遇到不能独立解决的护理难题如造口的护理、血流动力学的监测方法及管道的护理等时可通过护理会诊的形式进行申报, 然后由ICULN在2 h内进行介入处理, 确保各项治疗措施的安全性和持续性。2)支持: 促进康复——通过手机平台向患者及其家属定期发布疾病康复信息, 同时注意鼓励患者积极进行康复运动锻炼。3)合作: 跟踪随访——ICULN定期到患者床边了解患者的病情及心理变化, 并根据患者遇到的问题进行针对性的指导和建议。

### 1.3 观察指标

#### 1.3.1 过渡期护理质量

在转科后采用过渡期护理措施评估表(care transitions measure, CTM)对患者进行评估, 该量表由美国学者Coleman等<sup>[5]</sup>编制, 是一个从患者角度评估医护人员在患者出院或转科过程中所提供护理工作的质量情况, 量表共包括15个条目, 采用Likert 1~4分4级评分法, 按照“非常不同意”至“非常同意”进行评分, 得分越高, 则表明过渡期的护理工作质量越高。目前该量表已被翻译成阿拉伯语、日语及汉语等多种语言, 并已经应用于冠心病、骨科等患者群体, 并已证实具有良好的信效度, 其Cronbach's  $\alpha$ 系数为0.93。

#### 1.3.2 心理状态

在转科前后采用焦虑自评量表(Self-rating Anxiety Scale, SAS)及抑郁自评量表(Self-rating Depression Scale, SDS)对患者的心理状态进行评估, 这2个量表均为心理学家Zung教授编制, 条目数为20条, 采用Likert“1~4”分4级评分法进行评分, 总分在20~80之间, 得分越高, 则表明个体的焦虑及抑郁状态越严重。研究<sup>[6]</sup>已证实该量表具有良好的信效度, 其Cronbach's  $\alpha$ 系数为0.75以上。

表1 ICU过渡期护理中的安全、鼓励和合作策略

Table 1 Strategies for safety, encouragement and cooperation in nursing care during ICU transition period

| 干预时段     | 干预内容                 |                    |                    |
|----------|----------------------|--------------------|--------------------|
|          | 安全                   | 支持                 | 合作                 |
| 转科前1~3 d | 1)全面监测和评估; 2)优化和调整治疗 | 1)提高自护能力; 2)告知健康信息 | 1)科室之间沟通; 2)护患之间沟通 |
| 转科当天     | 1)安全转运; 2)完善交接       | 给予信心               | 科室之间沟通             |
| 转科后3~7 d | 建立预警反馈机制             | 促进康复               | 跟踪随访               |

### 1.3.3 对转科护理的满意度

在转科后在患者、家属及接诊医护人员3方面对转科护理工作的满意度进行评估,患者及家属的满意度采用我院自行制定的《对护理工作满意度调查表》进行评估,接诊医护人员的满意度采用研究者自行编制的《转科护理工作满意度调查表》进行评估,两个调查表满分均为100分,得分越高则表明其满意度越高。

### 1.3.4 其他住院指标

包括72 h ICU重返率及平均住院日,ICU重返率指的是同一次住院期间因各种原因导致病情加重需再次返回ICU治疗,其中72 h ICU重返率=72 h内重返ICU治疗的人数/调查患者总人数×100%,两者均通过查阅病历护理及护理记录获取。

## 1.4 统计学处理

数据资料采用SPSS22.0软件进行统计分析,CTM, SAS, SDS, 满意度评分及住院日等一般计量资料采用 $t$ 检验比较分析,72 h ICU重返率为计数资料,采用卡方检验分析,检验水准为 $\alpha=0.05$ 。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组一般资料的比较

两组在性别、年龄、体重指数、APACHE II评分、ICU住院时间、基础疾病类型、文化程度、医疗报销比例、婚姻情况及照顾者角色等资料的差异无统计学意义( $P>0.05$ ,表2)。

表2 两组一般资料的比较

Table 2 Comparison of the general data of the two groups

| 参数                         | 观察组           | 对照组           | $\chi^2/t$     | P     |
|----------------------------|---------------|---------------|----------------|-------|
| 性别/例                       |               |               | $\chi^2=0.010$ | 0.922 |
| 男                          | 54            | 57            |                |       |
| 女                          | 39            | 40            |                |       |
| 年龄/岁                       | 47.13 ± 10.93 | 46.68 ± 10.52 | $t=0.289$      | 0.773 |
| 体重指数/(kg·m <sup>-2</sup> ) | 22.19 ± 2.68  | 22.38 ± 2.76  | $t=-0.481$     | 0.631 |
| APACHE II评分/分              | 21.28 ± 4.98  | 20.84 ± 5.38  | $t=0.584$      | 0.559 |
| ICU住院时间/d                  | 11.57 ± 3.94  | 12.32 ± 4.32  | $t=-1.249$     | 0.213 |
| 基础疾病/例                     |               |               | $\chi^2=0.311$ | 0.977 |
| 脓毒症                        | 26            | 30            |                |       |
| 急性肺损伤                      | 18            | 18            |                |       |
| 慢性阻塞性肺疾病                   | 16            | 15            |                |       |
| 出血性休克                      | 14            | 14            |                |       |
| 心源性休克                      | 13            | 13            |                |       |
| 其他                         | 6             | 7             |                |       |
| 文化程度/例                     |               |               | $Z=0.291$      | 0.771 |
| 初中及以下                      | 46            | 45            |                |       |
| 高中                         | 23            | 27            |                |       |
| 大专及以上                      | 24            | 25            |                |       |
| 费用报销比例/例                   |               |               | $Z=0.032$      | 0.972 |
| 30%以下                      | 22            | 25            |                |       |
| 30%~                       | 22            | 21            |                |       |
| 50%~                       | 36            | 35            |                |       |
| 70%~                       | 13            | 16            |                |       |
| 婚姻情况/例                     |               |               | $\chi^2=0.221$ | 0.895 |
| 未婚                         | 18            | 20            |                |       |
| 在婚                         | 66            | 66            |                |       |
| 丧偶或离异                      | 9             | 11            |                |       |
| 照顾者角色/例                    |               |               | $\chi^2=0.096$ | 0.756 |
| 配偶                         | 82            | 87            |                |       |
| 非配偶                        | 21            | 20            |                |       |

## 2.2 两组 CTM 评分的比较

观察组的CTM各条目评分均明显高于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ , 表3)。

## 2.3 两组 SAS 及 SDS 得分的比较

两组在干预前的SAS及SDS评分无统计学意义( $P > 0.05$ )。观察组在干预后的SAS及SDS评分明显高

于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ , 表4)。

## 2.4 两组满意度、72 h ICU 重返率及平均住院日的比较

观察组在家属满意度、患者满意度及接诊医护人员满意度均明显高于对照组, 在72 h ICU重返率及平均住院日明显低于对照组( $P < 0.05$ , 表5)。

表3 两组CTM评分的比较

Table 3 Comparison of two groups of CTM score

| 条目                 | 观察组         | 对照组         | <i>t</i> | <i>P</i> |
|--------------------|-------------|-------------|----------|----------|
| 1、知情理解疾病及康复的护理目标   | 3.04 ± 0.86 | 2.44 ± 0.77 | 5.071    | <0.001   |
| 2、医护人员根据患者情况评估健康需求 | 3.08 ± 0.77 | 2.75 ± 0.81 | 2.876    | 0.004    |
| 3、医护人员根据患者情况选择转科病区 | 3.07 ± 0.84 | 2.78 ± 0.84 | 2.379    | 0.018    |
| 4、了解关于自我照护的健康信息    | 2.82 ± 0.83 | 2.42 ± 0.63 | 3.751    | <0.001   |
| 5、掌握健康管理相关的过程和方法   | 3.33 ± 0.64 | 2.33 ± 0.72 | 10.103   | <0.001   |
| 6、知道与疾病相关的症状和体征    | 3.01 ± 0.57 | 1.83 ± 0.70 | 12.711   | <0.001   |
| 7、提供健康管理计划且通俗易懂    | 2.99 ± 1.04 | 1.70 ± 0.82 | 9.515    | <0.001   |
| 8、清楚了解健康的影响因素      | 2.81 ± 1.02 | 1.71 ± 0.58 | 9.185    | <0.001   |
| 9、清楚了解健康管理的注意事项    | 3.19 ± 1.18 | 1.96 ± 0.83 | 8.338    | <0.001   |
| 10、对于疾病的康复信心十足     | 3.13 ± 0.96 | 1.76 ± 0.78 | 10.816   | <0.001   |
| 11、对于独立进行健康管理信心十足  | 3.34 ± 1.17 | 2.08 ± 0.79 | 8.732    | <0.001   |
| 12、医护人员已经讲解后续治疗计划  | 3.63 ± 1.18 | 1.97 ± 0.82 | 11.216   | <0.001   |
| 13、清楚了解所用药物的作用     | 3.04 ± 0.91 | 2.12 ± 0.73 | 7.702    | <0.001   |
| 14、清楚了解所用药物的服用方法   | 3.05 ± 0.95 | 2.33 ± 0.74 | 5.842    | <0.001   |
| 15、清楚了解所用药物的毒副作用   | 3.27 ± 0.84 | 2.01 ± 0.87 | 10.157   | <0.001   |

表4 两组SAS及SDS得分的比较

Table 4 Comparison of two groups of SAS and SDS score

| 参数  | 干预前          |              | <i>t</i> | <i>P</i> | 干预后           |               | <i>t</i> | <i>P</i> |
|-----|--------------|--------------|----------|----------|---------------|---------------|----------|----------|
|     | 观察组          | 对照组          |          |          | 观察组           | 对照组           |          |          |
| SAS | 64.72 ± 8.68 | 63.59 ± 9.47 | 1.207    | 0.092    | 51.30 ± 8.64* | 59.64 ± 9.02* | 4.825    | <0.001   |
| SDS | 62.68 ± 7.95 | 61.38 ± 8.66 | 1.631    | 0.073    | 50.64 ± 8.27* | 58.97 ± 8.63* | 4.546    | <0.001   |

组内干预前后比较, \* $P < 0.05$ 。

Comparison between groups before and after intervention, \* $P < 0.05$ .

表5 两组满意度、72 h ICU重返率及平均住院日的比较

Table 5 Comparison of the satisfaction, 72 h ICU recurrence rate and average length of stay between the two groups

| 项目                 | 观察组          | 对照组          | <i>t/χ<sup>2</sup></i> | <i>P</i> |
|--------------------|--------------|--------------|------------------------|----------|
| 家属满意度              | 98.31 ± 1.72 | 94.92 ± 1.64 | <i>t</i> =11.407       | <0.001   |
| 患者满意度              | 94.67 ± 1.94 | 92.08 ± 1.87 | <i>t</i> =4.493        | <0.001   |
| 接诊医护人员满意度          | 97.87 ± 0.81 | 96.68 ± 0.87 | <i>t</i> =9.748        | <0.001   |
| 72 h ICU重返率/[例(%)] | 1 (1.0)      | 6 (6.6)      | $\chi^2=3.932$         | 0.047    |
| 平均住院日/d            | 19.38 ± 4.64 | 22.88 ± 5.72 | <i>t</i> =-4.621       | <0.001   |

### 3 讨论

McDonnell等<sup>[7]</sup>指出:危重症患者的生理及心理状态是极其不稳定的,环境的迁移、治疗护理措施的持续性中断及患者自身的心理状态变化均可引起严重的不良后果。在转科或者出院期间开展的各类延续性护理活动的质量情况与患者的临床结局及就医体验等方面密切相关<sup>[8]</sup>。本研究通过引入SEC模式,并将ICU过渡期划分为转科前、转科当天及转科后3个阶段,在安全、支持及合作3大模块进行全面的监护及健康管理,从而确保护理措施能持续有效地实施;其次,SEC模式注重对患者的评估和健康教育,患者及家属能在不同时段获得更为具体及个性化的健康指导内容;再者,ICULN进行反复的沟通能帮助构建利于护患沟通的良好氛围及加深患者对护理工作的了解程度,并能促进不同科室之间的合作深度,从而确保各项护理措施的切实落实,提升过渡期护理工作质量。

本研究结果显示:观察组患者在转科后的SAS及SDS得分明显低于对照组( $P<0.05$ ),表明SEC模式可明显改善ICU过渡期患者在转科前的负性心理。李丽等<sup>[9]</sup>指出:症状负担较重、认知不够充分及对疾病预后的不确定感是引起重症患者发生焦虑和抑郁的重要因素。随着疾病的进一步好转,重症患者在转科前的疾病症状及各项创伤性治疗操作明显减少,其主观舒适度明显提高<sup>[10]</sup>;其次,ICULN在转出前通过派发康复小册子及面对面访谈等形式进行健康指导,有助于提升患者对疾病的应对能力及认知水平;同时通过组织普通病房护士进行入室访视能让患者进一步明确将来的治疗护理动向,增加康复的信心,从而观察组的负性心理水平相对较低。此外,本研究还显示两组在转科后的焦虑及抑郁情绪均有明显改善,且观察组患者改善程度更为明显,表明通过实施SEC过渡期护理模式,可有效促进ICU过渡期患者做出调整性适应。

转科是重症患者在不同科室之间的转运和交接,需要不同科室的医护人员、家属及患者共同配合完成。本研究通过以具备丰富护理工作经验的护士作为ICULN,能在不间断的评估及交流过程中充分了解患者和家属的护理需求并及时满足,同时随着沟通次数的增加可明显提升护患双方的了解及信任程度<sup>[11]</sup>,因而观察组患者及其家属的满意度得到明显提升。交接班时间较短、交接程序欠合理及交接内容错漏是造成交接班质量

下降及引起交接班投诉事件的重要影响因素<sup>[12]</sup>,而SEC强调不同科室人员之间的沟通与合作,在转科前安排普通病房护士入室访视可提升其对患者情况的了解程度,在转运当天采用《危重症患者交接班》进行交班可提升交接班的完整度,在转科后建立以普通病房护士申请的转出患者护理疑难问题的反馈机制可促进各项护理措施的顺利过渡和持续实施,因而满意度较高。

重症患者在过渡期及转出后的一段时间内仍相当脆弱,常可因气道堵塞、误吸及感染等不良时间加重病情并引起严重的不良后果<sup>[13]</sup>。本研究结果显示:在72 h ICU重返率及平均住院日明显低于对照组( $P<0.05$ ),表明SEC模式有利于改善ICU转出患者的临床结局,主要可能原因如下:SEC模式通过在不同时间段提供必要的健康教育和指导,可有效改善患者的疾病自我管理能力和对治疗计划的熟悉程度<sup>[14]</sup>,从而提升患者在治疗护理活动中的配合依从性;同时通过ICULN与普通病房护士的有效沟通能促进各项医疗护理计划切实落实,减少因信息沟通不到位引起的护理缺陷事件<sup>[15]</sup>,促进患者的疾病康复。

综上所述,目前国内在ICU转出患者的过渡期护理研究相对缺乏,本研究通过实施以“安全”“支持”和“合作”为主题的SEC模式,有效提升了过渡期的护理质量,降低患者负性心理负担,提高患者、家属及接诊人员的满意度,且能在一定程度上改善临床治疗结局,值得临床借鉴和参考。

### 参考文献

1. Naylor MD, Brooten DA, Campbell RL, et al. Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: a randomized, controlled trial[J]. *J Am Geriatr Soc*, 2004, 52(5): 675-684.
2. Endacott R, Chaboyer W, Edington J, et al. Impact of an ICU Liaison Nurse Service on major adverse events in patients recently discharged from ICU[J]. *Resuscitation*, 2010, 81(2): 198-201.
3. Häggström M, Bäckström B. Organizing safe transitions from intensive care[J]. *Nurs Res Pract*, 2014, 2014: 175314.
4. Elliott S, Chaboyer W, Ernest D, et al. A national survey of Australian Intensive Care Unit (ICU) Liaison Nurse (LN) services[J]. *Aust Crit Care*, 2012, 25(4): 253-262.
5. Coleman EA, Mahoney E, Parry C. Assessing the quality of preparation for posthospital care from the patient's perspective: the care transitions measure[J]. *Med Care*, 2005, 43(3): 246-255.

6. 曹晓东, 黄云娟, 朱亭立, 等. 认知行为干预对行肺移植患者等待肺移植期间心理状态的影响[J]. 中华护理杂志, 2013, 48(5): 455-458.  
CAO Xiaodong, HUANG Yunjuan, ZHU Tingli, et al. The effect of cognitive behavior intervention on mental state of patients undergoing lung transplantation waiting for lung transplantation[J]. Chinese Journal of Nursing, 2013, 48(5): 455-458.
7. McDonnell A, Esmonde L, Morgan R, et al. The provision of critical care outreach services in England: findings from a national survey[J]. J Crit Care, 2007, 22(3): 212-218.
8. Coleman EA, Boult C, American Geriatrics Society Health Care Systems Committee. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs[J]. J Am Geriatr Soc, 2003, 51(4): 556-557.
9. 李丽, 沈乐, 赵继军. 外科ICU患者救治早期家属心理压力的现状调查及对策分析[J]. 解放军护理杂志, 2012, 29(17): 13-16.  
LI Li, SHEN Le, ZHAO Jijun. Psychological pressure of family members in surgical ICU during early rescue period for critically ill patients: a survey and strategy analysis[J]. Nursing Journal of Chinese People's Liberation Army, 2012, 29(17): 13-16.
10. McKinney AA, Deeny P. Leaving the intensive care unit: a phenomenological study of the patients' experience[J]. Intensive Crit Care Nurs, 2002, 18(6): 320-331.
11. Tabanejad Z, Pazokian M, Ebadi A. A systematic review of the liaison nurse role on patient's outcomes after intensive care unit discharge[J]. Int J Community Based Nurs Midwifery, 2014, 2(4): 202-210.
12. da Silva MC, de Sousa RM, Padilha KG. Patient destination after discharge from intensive care units: wards or intermediate care units?[J]. Rev Lat Am Enfermagem, 2010, 18(2): 224-232.
13. Chaboyer W, Thalib L, Foster M, et al. Predictors of adverse events in patients after discharge from the intensive care unit[J]. Am J Crit Care, 2008, 17(3): 255-264.
14. Elliott S, Chaboyer W, Ernest D, et al. A national survey of Australian Intensive Care Unit (ICU) Liaison Nurse (LN) services[J]. Aust Crit Care, 2012, 25(4): 253-262.
15. Elliott SJ, Ernest D, Doric AG, et al. The impact of an ICU liaison nurse service on patient outcomes[J]. Crit Care Resusc, 2008, 10(4): 296-300.

本文引用: 周月萍, 马仲飞, 夏小娟. “安全·支持·合作”过渡期护理模式在ICU转出患者中的应用[J]. 临床与病理杂志, 2017, 37(5): 912-918. doi: 10.3978/j.issn.2095-6959.2017.05.007

**Cite this article as:** ZHOU Yueping, MA Zhongfei, XIA Xiaojuan. Application of “secure, encourage, and collaboration” transitional nursing model on patients discharged from ICU[J]. Journal of Clinical and Pathological Research, 2017, 37(5): 912-918. doi: 10.3978/j.issn.2095-6959.2017.05.007