

ICU 护士遵循集束化镇静镇痛策略现状及其影响因素研究

汪玲,尹皓,刘成祥,魏娇娇,谢晖

[摘要] **目的:**探讨 ICU 护士遵循集束化镇静镇痛策略的行为现状,并分析其影响因素。**方法:**采用自行设计的一般资料问卷、集束化镇静镇痛策略认知问卷、一般自我效能感量表、集束化镇静镇痛策略行为问卷,对 200 名 ICU 护士进行调查。**结果:**ICU 护士遵循集束化镇静镇痛策略行为总得分为(99.17 ± 17.94)分,得分较低的项目包括疼痛和镇静量表的使用、谵妄评估与管理、家属参与。多元线性回归分析显示,自我效能感、文化程度、ICU 类型是 ICU 护士遵循集束化镇静镇痛策略的影响因素($P < 0.05 \sim P < 0.01$),可解释集束化镇静镇痛策略行为为 26% 的变异性。**结论:**ICU 护士遵循集束化镇静镇痛策略的依从性不高,其现状与相关循证策略要求存在差距,应引起 ICU 管理者重视,注重提高 ICU 护士的自我效能感,对文化程度较低的 ICU 护士着重关注,加强各学科交流、学习与协作,促进集束化镇静镇痛策略的临床推广。

[关键词] 护士;集束化护理;镇静镇痛策略;依从性

[中图分类号] R 47

[文献标志码] A

DOI:10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2019.04.031

Current status and its influencing factors of ICU nurses abiding by the cluster sedation and analgesia strategies

WANG Ling, YIN Hao, LIU Cheng-xiang, WEI Jiao-jiao, XIE Hui

(School of Nursing, Bengbu Medical College, Bengbu Anhui 233030, China)

[Abstract] **Objective:** To investigate the current status of ICU nurses abiding by the cluster sedation and analgesia strategies, and analyze its influencing factors. **Methods:** A total of 200 ICU nurses were investigated using general questionnaire, cognitive questionnaire of cluster sedation and analgesia strategies, self-efficacy scale and behavior questionnaire of cluster sedation and analgesia strategies.

Results: The behavior score of ICU nurses abiding by the cluster sedation and analgesia strategies was (99.17 ± 17.94), and the items with low scores included the use of the pain and sedation scale, delirium evaluation and management, and family involvement. The results of multiple regression analysis showed that the self-efficacy, education level and ICU type were the influencing factors of ICU nurses abiding by the cluster sedation and analgesia strategies ($P < 0.05$ to $P < 0.01$), and which could explain 26% of the variance.

Conclusions: The compliance of ICU nurses abiding by the cluster sedation and analgesia strategies is not high, there is a gap between current situation and requirements of relevant evidence-based strategies, and the ICU managers should pay more attention to improve the self-efficacy sense of ICU nurses, focus on ICU nurses with low education level, strengthen the communication, learning and collaboration among different disciplines, and promote the clinical promotion of the cluster sedation and analgesia strategies.

[Key words] nurse; cluster nursing; sedation and analgesia strategy; compliance

随着循证医学的发展,集束化镇静镇痛策略成为基于证据的预防 ICU 谵妄的最佳非药理学综合性治疗措施。其主要包括疼痛的评估、预防及管理,每日唤醒与呼吸同步,镇静和镇痛药物的选择,谵妄的监测和处理,早期活动,家属参与这六个元素^[1]。然而,研究^[2]表明,该项策略并没有很好地运用到临床实践中。ICU 护士作为该策略实施的主导者、管理者、评估者及推动者,对于策略的成功实施起着

至关重要的作用^[3]。ICU 护士对于集束化策略的依从性将会直接影响临床实践的效果、医疗质量以及病人的预后^[4]。因此,本研究通过调查蚌埠市 5 家二级甲等及以上综合性医院 ICU 护士遵循集束化镇静镇痛策略的现状,并分析其影响因素,探讨该策略实施过程中存在的问题,以为临床推广提供依据。现作报道。

1 对象与方法

1.1 研究对象 2018 年 4-8 月,随机选取蚌埠市二级甲等及以上综合性医院 5 家,其中三级甲等医院 3 所,三级乙等医院 1 所,二级甲等医院 1 所。纳入标准:(1)二级甲等及以上综合性医院 ICU 护士;(2)具有护士资格证;(3)从事 ICU 临床护理工作;

[收稿日期] 2018-11-11 [修回日期] 2019-01-23

[基金项目] 安徽省重大教学改革研究项目(2015zdjx103);蚌埠医学院研究生科研创新项目(Bycxl716)

[作者单位] 蚌埠医学院 护理学院,安徽 蚌埠 233030

[作者简介] 汪玲(1989-),女,硕士研究生,护师。

[通信作者] 谢晖,硕士研究生导师,教授。E-mail: hui2122@sina.com

(4) 对本研究知情同意。排除标准: ICU 实习、轮转、进修者。样本量确定: 多因素分析中一般认为样本例数应为研究因素的 5 ~ 10 倍^[5], 本研究采用多因素线性回归分析方法, 预估影响因素为 15 个, 因此本研究的样本量为 $15 \times 10 = 150$ 人; 考虑到 15% 的无效问卷, 本研究样本量为 $150 \times (1 + 15\%) \approx 173$ 人; 考虑到研究结果的有效性, 最终确定本研究的样本量为 200 人。在 5 所医院选取 ICU 护士 200 人作为研究对象。

1.2 研究工具 采用一般自我效能感量表 (general self-efficacy scale, GSES), 并参考国内外文献^[3,6-7]和《成人 ICU 病人疼痛、躁动和谵妄管理的临床实践指南》及专家指导, 自行设计一般资料问卷、集束化镇静镇痛策略认知问卷和集束化镇静镇痛策略行为问卷。(1) 一般资料调查表, 包括性别、所在医院级别、医院工作年限、ICU 工作年限、职称、文化程度 (最高)、收入情况、ICU 类型等。(2) 集束化镇静镇痛策略认知问卷, 主要包括疼痛的评估、预防及管理, 每日唤醒和呼吸同步, 镇静和镇痛药物的选择, 谵妄的监测和处理, 早期活动, 家属参与, 共 6 部分知识, 设 12 个条目, 每个条目选择正确计 1 分, 错误计 0 分, 得分越高, ICU 护士的集束化镇静镇痛策略认知水平越高, 该问卷的内容效度指数为 0.945, 随机抽取 30 名 ICU 护士进行预调查, 其 Cronbach's α 值为 0.730, 重测信度为 0.790, 具有较好的稳定性。(3) GSES 量表, 共有 10 个条目, 各条目均为 1 ~ 4 评分, 理论最低值为 10 分, 理论最高值为 40 分, 得分越高表明一般自我效能感越高, 其 Cronbach's α 值为 0.870, 重测信度为 0.82, 量表简明可信, 且有良好的聚合及区分效度^[8]。(4) 集束化镇静镇痛策略行为问卷, 主要调查疼痛和镇静量表使用情况、每日唤醒和呼吸实验现状、药物使用、早期活动、家属参与六个方面的临床实践现状, 每个方面又包括若干临床实践情况, 每项目设 4 个维度的选项, 即从不使用、偶尔使用、经常使用、普遍使用, 依次赋值 1、2、3、4 分。得分越高, 表示 ICU 护士遵循集束化镇静镇痛策略行为越好。该问卷的内容效度指数为 0.923, 随机抽取 30 名 ICU 护士进行预调查, 其 Cronbach's α 值为 0.764, 重测信度为 0.80, 具有较好的稳定性。由于各维度条目数不同, 为使各维度得分情况具有可比性, 采用得分指标进行分析, 得分指标 = (该维度实际得分/该维度的可能最高得分) $\times 100\%$ 。

1.3 调查方法 首先征得护理部领导同意, 在各

ICU 科室护士长的协助下, 利用各 ICU 科室开展集体业务学习或科室例会的机会发放问卷, 发问卷前由研究者向被调查者解释本次研究的目的及意义, 获得知情同意后, 告知填写方法及注意事项。问卷当场收回, 保证资料的完整性。共发放问卷 220 份, 回收 200 份, 有效回收率为 90.91%。

1.4 统计学方法 采用 *t* 检验、方差分析和多元线性回归分析。

2 结果

2.1 ICU 护士遵循集束化镇静镇痛策略行为得分现状 ICU 护士遵循集束化镇静镇痛策略行为总得分 (99.17 ± 17.94) 分, 得分较低的项目包括疼痛和镇静量表的使用、家属参与、谵妄评估与管理等 (见表 1)。

表 1 ICU 护士遵循集束化镇静镇痛策略行为得分 ($n = 200$)

项目	满分	实际得分	得分指标/%
早期活动	28	18.80 \pm 3.42	67
每日唤醒和呼吸实验	12	7.71 \pm 2.34	64
药物使用	44	26.09 \pm 6.60	59
谵妄评估与管理	32	16.74 \pm 3.37	58
家属参与	20	11.43 \pm 3.33	57
疼痛和镇静量表的使用	36	18.41 \pm 5.83	51
总分	172	99.17 \pm 17.94	—

2.2 不同特征 ICU 护士遵循集束化镇静镇痛策略行为的单因素分析 结果显示, 不同医院级别、职称、文化程度、收入情况及 ICU 类型的 ICU 护士遵循集束化镇静镇痛策略的行为得分差异均有统计学意义 ($P < 0.05 \sim P < 0.01$), 不同性别、工作年限的 ICU 护士得分差异均无统计学意义 ($P > 0.05$) (见表 2)。

2.3 ICU 护士遵循集束化镇静镇痛策略行为与集束化镇静镇痛策略认知、自我效能感的相关性分析 集束化镇静镇痛策略认知问卷得分 0 ~ 10 分 (4.87 ± 1.97), 其中疼痛管理、镇静评估工具项目得分最低。自我效能感得分为 10 ~ 40 分 (24.95 ± 4.77), 处于中等水平。集束化镇静镇痛策略认知、自我效能与 ICU 护士遵循集束化镇静镇痛策略行为均呈正相关关系 ($r = 0.238, 0.336, P < 0.05$)。

2.4 ICU 护士遵循集束化镇静镇痛策略行为的影响因素分析 以 ICU 护士遵循集束化镇静镇痛策略行为总分为因变量, 选择单因素分析有统计学意义的变量及集束化镇静镇痛策略认知、自我效能感

表2 不同特征 ICU 护士遵循集束化镇静镇痛策略行为的单因素分析 ($n=200$)

特征	n	构成比/%	集束化干预策略行为得分	F	P	$MS_{组内}$
性别						
男	48	24.0	100.69 ± 17.16	0.67*	>0.05	—
女	152	76.0	98.69 ± 18.20			
所在医院级别						
三级甲等	154	77.0	95.76 ± 15.98	23.76 [△]	<0.01	261.816
三级乙等	13	6.5	126.62 ± 20.00			
二级甲等	33	16.5	104.27 ± 15.53			
医院工作年限/年						
<1	17	8.5	101.53 ± 15.84	0.29	>0.05	326.360
1~2	23	11.5	101.91 ± 26.86			
3~5	50	25.0	99.22 ± 16.96			
6~10	62	31.0	98.48 ± 16.77			
>10	48	24.0	97.85 ± 16.31			
ICU 工作年限/年						
<1	32	16.0	98.13 ± 19.85	0.83	>0.05	322.834
1~2	30	15.0	102.33 ± 23.31			
3~5	54	27.0	95.94 ± 17.19			
6~10	54	27.0	100.87 ± 16.50			
>10	30	15.0	99.87 ± 17.94			
职称						
护士	59	29.5	106.25 ± 17.70	7.27	<0.01	302.631
护师	91	45.5	95.32 ± 16.52			
主管护师及以上	50	25.0	97.82 ± 19.26			
文化程度						
中专	2	1.0	116.0 ± 11.31	4.73	<0.01	304.566
大专	60	30.0	105.25 ± 17.97			
本科	135	67.5	96.53 ± 17.28			
研究生及以上	3	1.5	85.00 ± 15.72			
收入情况/(元/月)						
1 000~2 000	8	4.0	94.13 ± 12.92	3.33	<0.05	307.330
>2 000~3 000	39	19.5	104.18 ± 16.86			
>3 000~4 000	42	21.0	105.02 ± 26.63			
>4 000~5 000	36	18.0	96.19 ± 18.67			
>5 000	75	37.5	95.25 ± 14.13			
ICU 类型						
内科	49	24.5	86.20 ± 14.34	21.17	<0.01	267.485
外科	22	11.0	99.36 ± 16.96			
综合	129	64.5	104.06 ± 16.95			

*示 t 值

为自变量,自变量赋值见表3,进行多元线性回归分析。结果显示,自我效能感、文化程度、ICU 类型是 ICU 护士遵循集束化镇静镇痛策略行为的影响因素 ($P < 0.05 \sim P < 0.01$),可解释 ICU 护士遵循集束化镇静镇痛策略行为 26% 的变异量(见表4)。

表3 自变量名称及赋值

自变量	赋值
所在医院级别	三级甲等=1;三级乙等=2;二级甲等=3
职称	护士=1;护师=2;主管护师及以上=3
文化程度	中专=1;大专=2;本科=3;研究生及以上=4
月收入情况/元	1 000~2 000=1; >2 000~3 000=2; >3 000~4 000=3; >4 000~5 000=4; >5 000=5
ICU 类型	内科=1;外科=2;综合=3
集束化镇静镇痛策略认知	原值输入
自我效能感	原值输入

表4 ICU 护士遵循集束化镇静镇痛策略行为影响因素的多元线性回归分析

变量	B	$Wald\chi^2$	B'	t	P
自我效能感	0.886	0.239	0.229	3.60	<0.01
文化程度	-5.333	2.402	-0.153	2.22	<0.05
ICU 类型	6.084	1.490	0.291	4.08	<0.01

3 讨论

3.1 ICU 护士遵循集束化镇静镇痛策略行为现状

本研究结果显示,ICU 护士遵循集束化镇静镇痛策略行为的整体依从性较差,依从性差的项目包括疼痛和镇静量表的使用、谵妄评估与管理、家属参与。2013 年 PAD 指南^[6]推荐使用疼痛行为量表或重症疼痛观察工具对 ICU 病人进行疼痛客观评估,Richmond 躁动-镇静量表和镇静-躁动量表是评估成年 ICU 病人镇静质量与深度最为有效的工具。但相关研究^[3]显示,在临床实践中 ICU 护士普遍存在疼痛评分量表的使用、镇静评分量表的使用依从性差,担心工作量大、规范化培训和继续教育少影响临床实践现状及危重病病人的治疗和护理效果。这与本研究结果较为一致。国外研究^[9]显示,护士对病人谵妄的识别率仅 26%~83%。ICU 护士对谵妄的评估工具使用率和正确率并不高,对 ICU 谵妄预防的行为自我评价得分也较低,使得 ICU 护士在日常繁忙的工作中,侧重完成医嘱等已有的常规护理工作,没有发挥护士在 ICU 谵妄预防中早期识别和早期预防的重要作用,而护士的定期评估和管理是预防和处置 ICU 谵妄的重要环节^[10]。因此,在今后的临床工作中,应当培训 ICU 护士对于疼痛、镇静以及谵妄等评估工具的使用,对各评估工具进行比较研究,找出适合评估国内 ICU 病人的疼痛、镇静以及谵妄等的评估工具,将谵妄的评估及管理纳入

到 ICU 的日常护理操作中,也应成为 ICU 管理者需要重视的问题。

由于 ICU 特殊的治疗环境、ICU 护士缺乏沟通意识(沟通准备不足,忽视主动沟通等)、缺乏沟通自信(专业知识储备不足,缺乏沟通技巧)、同情心疲乏与职业倦怠等因素影响了 ICU 护士与家属间的有效沟通,限制性探视制度使得 ICU 护士大多认为探视时间的延长会干扰病人的护理,与家属进行过多的沟通交流会影响病人的照护时间,这些因素都影响了家属参与临床决策的实施^[11]。然而有研究^[1]表明,ICU 的治疗计划若没有家属的愿望、关心、询问及参与很难完成,家属参与的治疗计划既能增加其参与感、自尊感,也能促进病人的治疗及康复。家属参与到创伤医疗事件或操作环境中,并不会干扰医疗进程及增加医疗团队的压力^[12]。未来的临床实践应鼓励家属参与到集束化镇静镇痛策略实施中,增进 ICU 护士与病人家属沟通,提高其参与积极性,同时应开展相关临床研究,找出疗效更佳的家属参与的治疗方案。

3.2 ICU 护士遵循集束化镇静镇痛策略行为的影响因素分析

3.2.1 自我效能感 自我效能感理论表明,自我效能是人们成功实施和完成某个行为目标的信念,自我效能感的提高,有助于其行为的转变^[13]。本研究结果显示,自我效能感是影响 ICU 护士遵循集束化镇静镇痛策略行为的重要影响因素,且两者呈正相关关系($r=0.336$)。ICU 护士的自我效能感越高,其遵循集束化镇静镇痛策略行为的信心越大,即使面临临床实施过程中的困难,也相信自己能坚持下去。本研究中 ICU 护士的自我效能感平均得分(24.95 ± 4.77)分,处于中等水平,这与相关研究^[14]结果一致。高自我效能感的人,不会在应对环境事件之前忧虑不安;低自我效能感的人,则怀疑自己处理、控制环境的能力。ICU 护士在实施集束化镇静镇痛策略过程中要树立自己的自信心,提高自我效能感水平,ICU 管理者也应重视对 ICU 护士的激励,提高 ICU 护士应对复杂治疗环境的能力,以保证集束化镇静镇痛策略的顺利实施。

3.2.2 ICU 类型 本研究结果显示,ICU 类型是影响 ICU 护士遵循集束化镇静镇痛策略行为的重要预测因子,其中综合 ICU 护士遵循集束化镇静镇痛策略的总得分最高,其次是外科 ICU 护士,内科 ICU 护士总得分最低。综合 ICU 中有 39% 的病人接受机械通气治疗^[15],这一比例明显高于内科 ICU 和外

科 ICU。而集束化镇静镇痛策略则是以循证医学为基础的多学科协作管理机械通气病人的综合性策略,旨在减少过度镇静、不活动等对病人造成的伤害,改善病人的临床结局^[6]。且综合 ICU 护士的专业知识和技能较高^[16],因此对于集束化镇静镇痛策略的实施依从性也相对较高。内科 ICU 病情危重且需要机械通气辅助治疗较少,护士实施集束化镇静镇痛策略的机会较少,影响了临床实践的依从性。多学科的交流与协作,可促进临床策略实施,加速病人康复,对护理团队也能起到积极正向的作用^[17]。未来可推进内科 ICU、外科 ICU 以及综合 ICU 间的交流与学习,实现跨学科协作和优势互补,促进集束化镇静镇痛策略的临床推广。

3.3.3 文化程度 本研究结果显示,文化程度与 ICU 护士遵循集束化镇静镇痛策略行为呈负相关关系。可能的解释是 ICU 高年资护士文化程度相对较高^[18],此次调查的 ICU 病房基本实行小组责任制,大多由高年资护士担任小组组长,主要负责组内人员调配与管理协调工作,临床策略的实施多由年轻护士完成,而年轻护士对于该策略实施的依从性相对较高。ICU 管理者应重视对 ICU 年轻护士的培养,多增加该策略操作的技能培训,发挥他们的主力军作用,提高他们主动学习能力,同时也应提高高年资护士对于该策略实施的监督和管理能力。

综上,ICU 护士遵循集束化镇静镇痛策略行为现状不佳,与相关循证指南还存在一定差距。自我效能感、ICU 类型和文化程度是影响这一行为的重要因素,这为临床工作的开展提供了切入点。ICU 管理者要注重提高 ICU 护士的自我效能感,调动其主动性和积极性,同时重视年轻护士的培养,发挥其在临床策略实施中的主力军作用,各学科间应加强交流、学习与协作,促进集束化镇静镇痛策略的临床推广。然而,本研究未探讨具体改善集束化镇静镇痛策略行为的方法,尚需未来的研究进一步探讨。

【参 考 文 献】

- [1] MARRA A, ELY EW, PANDHARIPANDE PP, *et al.* The ABCDEF bundle in critical care[J]. *Crit Care Clin*, 2017, 33(2): 225.
- [2] 周丹. ICU 医护人员镇静镇痛集束化策略认知、临床实践现状调查和对策研究[D]. 青岛: 青岛大学, 2015.
- [3] 汪玲, 尹皓, 张俊, 等. 集束化干预策略预防 ICU 机械通气患者谵妄的研究进展[J]. *牡丹江医学院学报*, 2018, 39(4): 108.
- [4] STANIK-HUTT JA, SOEKEN KL, BELCHER AE, *et al.* Pain experiences of traumatically injured patients in a critical care setting[J]. *Am J Crit Care*, 2001, 10(4): 252.

伟华书局有限公司,1997:19.

- [4] CHAMPION VL. Use of the health belief model in determining frequency of breast self-examination[J]. *Res Nurs Health*,1985, 8(4):373.
- [5] 万丽红,潘俊豪,张小培,等. 健康信念在高血压合并脑卒中患者健康知识与健康行为间的中介效应[J]. *中华行为医学与脑科学杂志*,2017,26(9):847.
- [6] WALKER SN, SECHRIST KR, PENDER NJ. The Health-Promoting Lifestyle Profile: development and psychometric characteristics[J]. *Nurs Res*,1987,36(2):76.
- [7] 刘莹,万丽红. 缺血性脑卒中患者健康行为与健康心理控制源的相关性研究[J]. *重庆医学*,2018,47(2):223.
- [8] ERBIL N, BÖLÜKBAS N. Beliefs, attitudes, and behavior of Turkish women about breast cancer and breast self-examination according to a Turkish version of the Champion Health Belief Model Scale[J]. *Asian Pac J Cancer Prev*,2012,13(11):5823.
- [9] DORMAN JS, VALDEZ R, LIU T, *et al.* Health beliefs among individuals at increased familial risk for type 2 diabetes: Implications for prevention, [J]. *Diabet Res Clin Pract*,2012,96(2):156.
- [10] 刘华玲,时艳霞,朱海萍,等. 中青年脑卒中患者健康行为调查及影响因素分析[J]. *中华护理杂志*,2015,50(8):981.
- [11] 万丽红,廖文龙,隋伟静,等. 社区综合干预对高血压患者预防脑卒中知信行的影响[J]. *现代临床护理*,2015,14(8):26.
- [12] 王平平,孔璇,李晶华,等. 吉林省城乡居民健康行为现状及影响因素研究[C]. //中华医学会第十七次全国行为医学学术会议;2015.
- [13] KAVLAK O, ATAN SU, SIRIN A, *et al.* Pregnant Turkish women with low income: Their anxiety, health-promoting lifestyles, and related factors[J]. *Int J Nurs Pract*,2013,19(5):507.
- [14] MIRGHAFORVAND M, SEHHATI F, RAHIMI M. Health-promoting lifestyle and its demographic predictors in infertile couples referred to infertility clinic of Tabriz Al-Zahra Hospital, 2013[J]. *Scand J Caring Sci*,2014,3(3):175.
- [15] 万丽红,阮恒芳,周雯莉,等. 高血压与首发高血压相关脑卒中患者的健康信念及行为[J]. *中华高血压杂志*,2014,22(9):859.
- [16] 靳雪征. 健康信念理论的建立和发展[J]. *中国健康教育*,2007,23(12):945.
- [17] SULLIVAN KA, WHITE KM, YOUNG RM, *et al.* The Cerebrovascular Attitudes and Beliefs Scale (CABS-R): the factor structure and psychometric properties of a tool for assessing stroke-related health beliefs[J]. *Int J Behav Med*,2010,17(1):67.
- [18] 江玉棉,陈海莲,简爱华,等. 脑卒中患者居家功能锻炼依从性与健康信念的相关性研究[J]. *中国临床护理*,2015,7(2):93.
- [19] 李淑霞,汤嘉敏. 老年高血压患者自我效能与自觉健康控制的相关性研究[J]. *护理管理杂志*,2013,13(1):13.

(本文编辑 卢玉清)

(上接第 529 页)

- [5] 梁蝴蝶,李静,李晓静,等. 首发脑卒中病人生活质量现状及其影响因素分析[J]. *护理研究*,2012,26(16):1458.
- [6] BARR J, FRASER GL, PUNTILLO K, *et al.* Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit: Executive summary[J]. *Am J Health-Syst Pharm*,2013,70(1):53.
- [7] MORANDI A, PIVA S, ELY EW, *et al.* Worldwide survey of the "Assessing Pain, Both Spontaneous Awakening and Breathing Trials, Choice of Drugs, Delirium Monitoring/Management, Early Exercise/Mobility, and Family Empowerment" (ABCDEF) bundle[J]. *Crit Care Med*,2017,45(11):e1111.
- [8] 汤阿毛,李益民,陆骏,等. 杭州 300 名临床一线高年资护士自我效能现状及影响因素分析[J]. *护理学报*,2016,23(18):44.
- [9] STEIS MR, FICK DM. Are nurses recognizing delirium: A systematic review[J]. *J Gerontol Nurs*,2008,34(9):40.
- [10] ELLIOTT SR. ICU delirium: A survey into nursing and medical staff knowledge of current practices and perceived barriers towards ICU delirium in the intensive care unit [J]. *Intensive Crit Care Nurs*,2014,30(6):333.
- [11] 李明珍,邓爱辉,龚凤翔,等. ICU 护士与患者家属沟通影响因素的质性研究[J]. *护理学杂志*,2015,30(17):54.
- [12] JABRE P, BELPOMME V, AZOULAY E, *et al.* Family presence during cardiopulmonary resuscitation [J]. *N Engl J Med*,2013,368(11):1008.
- [13] BANDURA A. Social foundations of thought and action: a social cognitive theory[M]. New Jersey:Prentice-Hall,1986:37.
- [14] 尚少梅,张磊,金晓燕,等. ICU 护士工作倦怠感与自我效能感的调查分析[J]. *中华护理杂志*,2007,42(8):761.
- [15] ESTEBAN A, ANZUETO A, ALIA I, *et al.* How is the mechanical ventilation employed in the intensive care unit[J]. *Am J Respir Crit Care Med*,2000,161(5):145.
- [16] 李倩,彭华,周建辉,等. 重症监护护士核心能力现状及其影响因素分析[J]. *中国护理管理*,2015,15(4):420.
- [17] 张继芝,李秀娥,徐玉芝,等. 多学科合作加速康复外科工作模式下的护理管理实践及效果评价[J]. *中国护理管理*,2018,18(4):546.
- [18] 陈竞萌,尤黎明,郑晶,等. 医院内科、外科和 ICU 病区护士特征分布以及护理工作环境分析[J]. *中国护理管理*,2012,12(7):20.

(本文编辑 卢玉清)