

• 论 著 •

# 免陪照护模式下住院患者护理缺失现状及影响因素分析

于文慧<sup>1</sup>, 李萌<sup>2</sup>, 黄艳林<sup>2</sup>, 李雨时<sup>1</sup>, 王晓萍<sup>3</sup>

**摘要:**目的 了解免陪照护模式下住院患者护理缺失现状,探索其影响因素,为提升患者护理体验提供参考。方法 以分层比例抽样法抽取天津市实施免陪照护模式的某三级甲等综合医院患者为研究对象,采用问卷调查收集患者的一般资料、护理缺失、焦虑、抑郁、日常生活活动能力与自我护理能力。**结果** 共回收 301 份有效问卷。患者报告护理缺失总分为(15.14±2.58)分。多元线性回归分析显示,患者年龄、有无配偶、日常生活活动能力、自我护理能力、焦虑、抑郁及责任护士岗位级别为患者感知护理缺失的影响因素(均  $P < 0.05$ )。**结论** 免陪照护模式下患者护理缺失处于低水平,受患者因素和护士岗位级别的影响。护理管理者应针对影响因素采取相关措施,以减少护理缺失,提高患者护理体验。

**关键词:**住院患者; 免陪照护; 护理缺失; 患者体验; 自我护理能力; 焦虑; 抑郁; 护理管理

**中图分类号:**R47;C931.2 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2026.07.066

## Status and influencing factors of missed nursing care among hospitalized patients under a family-free care mode

Yu Wenhui, Li Meng, Huang Yanlin, Li Yushi, Wang Xiaoping. The Third Central Clinical College of Tianjin Medical University, Tianjin 300203, China

**Abstract:** **Objective** To investigate the status and influencing factors of missed nursing care among hospitalized patients under a family-free care mode, and to provide references for improving patient experience. **Methods** Patients from a tertiary general hospital in Tianjin implementing the family-free care mode were selected using stratified proportional sampling. A battery of questionnaires was employed to collect data on patients' general information, missed nursing care, anxiety, depression, activities of daily living (ADL), and self-care ability. **Results** A total of 301 valid questionnaires were collected. The total score for patient-reported missed nursing care was (15.14±2.58) points. Multiple linear regression analysis revealed that patient age, marital status (having a spouse or not), ADL, self-care ability, anxiety, depression, and the professional rank of the primary responsible nurse were influencing factors for patients' perception of missed nursing care (all  $P < 0.05$ ). **Conclusion** The level of missed nursing care among patients under the family-free care mode is low and influenced by both patient-related factors and the professional rank of nurses. Nursing managers should implement targeted measures addressing these factors to reduce missed nursing care and enhance patient care experience.

**Keywords:** hospitalized patients; family-free care mode; missed nursing care; patient experience; self-care agency; anxiety; depression; nursing management

在疾病谱变化、老龄化及少子化程度加深等多重背景下,“一人住院,全家受累”现象愈发显著。43%~53%的家庭报告存在“住院陪护难”困境,传统家属陪护模式缺乏可持续性<sup>[1]</sup>。《医院免陪照护服务试点工作方案》<sup>[2]</sup>强调推广落实优质护理服务的重要性,鼓励探索住院患者免陪照护服务。免陪照护病房是指由规范化医疗护理团队为住院患者提供安全、专业的全程照护服务,实现无家属陪护或陪而不护<sup>[3]</sup>。然而,由于免陪照护病房不同于医疗机构的常规运行机制,这一结构性变革使患者从医护-家属协作型照护转变为医护主导照护,导致工作负荷分布变化、护患直接沟通压力增大、患者完全依赖下的高期望值,可能使自理能力缺陷、社会支持不足、高龄患者成为新

高危群体。国家卫生健康委发布《改善就医感受 提升患者体验主题活动方案(2023—2025年)》<sup>[4]</sup>提出,改善人民群众看病就医感受,提升患者体验。患者体验质量直接决定医疗安全结局与就医意愿<sup>[5]</sup>。护理缺失是指因由于多种原因导致患者未获得及时的护理服务<sup>[6]</sup>。研究表明,护理缺失直接影响患者安全结局与护理体验,是护理过程质量的评价指标<sup>[7]</sup>。Lake等<sup>[8]</sup>对美国409所医院的护士和患者调查显示,护理缺失高达100%,护理缺失水平每增加1个标准差单位,患者满意度评分相应降低0.25个标准差单位。司菲<sup>[9]</sup>调查显示,100%的患者认为护士发生了护理缺失,不同科室、工龄、最高学历及职称的护士护理缺失得分存在显著差异。国内现有研究多聚焦传统家属陪护模式下医疗机构护士层面的现状调查<sup>[9-10]</sup>,鉴于免陪照护模式在护患关系、患者身心特征等方面与传统模式存在显著差异,可能导致传统模式下未被识别的隐性护理缺失。因此,本研究基于患者主体视角,探讨免陪照护模式下患者护理缺失的现状 & 影响因素,旨在免陪照护模式推广同时进一步控制护理缺

作者单位:1. 天津医科大学三中心临床学院(天津,300203);天津市第三中心医院 2. 重症医学科 3. 护理部

通信作者:王晓萍, wangmed2022@163.com

于文慧:女,硕士在读,护士,2450047439@qq.com

科研项目:天津市医学重点学科建设资助项目(TJYXZDXK-3-021C)

收稿:2025-11-08;修回:2026-01-12

失的发生,为提升护理体验提供参考。

## 1 对象与方法

**1.1 对象** 于 2024 年 11—12 月,按分层比例抽样法抽取天津市实施免陪照护模式的某三级甲等综合医院住院患者为研究对象。以内科、外科进行分层,依据全院免陪照护病房的床位构成比分配样本量,最后在病房便利抽取样本。纳入标准:年龄 $\geq 18$ 岁;住院时间 $\geq 3$  d。排除标准:意识障碍或伴有精神疾病;语言沟通障碍或无法正常理解调查内容;与医院发生过纠纷;入住重症监护病房。按照多因素分析样本量为变量的 5~10 倍,本研究的变量共 24 个,考虑 15% 无效率,所需样本量为 142~283。本研究最终有效调查 301 例,调查对象均签署知情同意书。本研究已通过医院伦理委员会审查。

### 1.2 调查工具

**1.2.1 一般资料调查表** 研究者依据既往相关研究<sup>[9]</sup>和研究目的自行设计,内容包括护患两方面的信息。①患者:人口学资料包括性别、年龄、家庭居住地、文化程度、工作状况、婚姻状况;疾病相关资料包括住院科室、是否首次住院、住院时间、护理级别、病程、并存疾病数量、日常生活活动能力。②患者的责任护士(患者入院当日的首位接诊护士)一般资料:包括年资、最高学历、岗位级别。

**1.2.2 患者版护理缺失量表(MISSCARE Survey-Patient)** 由 Kalisch 等<sup>[11]</sup>编制,司菲<sup>[9]</sup>翻译汉化,用于测量住院患者对护理服务缺失的感知程度。共 13 个条目,由沟通性护理(5 个)、基础护理(4 个)、及时性护理(4 个)3 个维度构成。采用 5 级评分制,沟通性护理和基础护理维度的回答选项,“从不”至“总是”依次计 1~5 分;及时性护理维度的回答选项,“不超过 5 min”至“超过 30 min”依次计 1~5 分。沟通性护理和基础护理维度得分采用反向计分,总分 13~65 分,分值越高表示护理缺失越多。频数分析时,每个条目得分为 1、2 视为未发生护理缺失,得分为 3、4、5 视为发生了护理缺失。中文版量表的 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.888。本研究者为 0.827。

**1.2.3 广泛焦虑障碍量表(Generalized Anxiety Disorder)** 由 Spitzer 等<sup>[12]</sup>编制,用于自评个体在过去 2 周内的焦虑程度。共 7 个条目,采用 0~3 级评分,“完全没有”至“几乎每天”依次计 0~3 分。总分 0~21 分, $\leq 4$  分为无焦虑。

**1.2.4 患者健康问卷(Patient Health Questionnaire-9)** 由 Kroenke 等<sup>[13]</sup>编制,用于筛查、评估患者抑郁程度。共 9 个条目,采用 4 级评分,“完全没有”至“几乎每天”依次计 0~3 分。总分 0~27 分, $\leq 4$  分为无抑郁情绪。

**1.2.5 改良 Barthel 指数(Modified Barthel Index)** 用于评估日常生活活动能力。共 10 项,根据独立完

成活动的程度分别计 15、10、5、0 分。总分 0~100 分,得分越高,表示独立性越好,依赖性越小。100 分、61~99 分、41~60 分、 $\leq 40$  分分别为无依赖、轻度依赖、中度依赖、重度依赖。

**1.2.6 修正版自我护理能力评估量表(Appraisal of Self-care Agency Scale-Revised)** 由郭丽娜等<sup>[14]</sup>汉化,用于评估维护和增进个体身心健康而进行自我照护的能力。共 15 个条目,包括健康欠佳时自理能力、发展性自理能力和一般性自理能力 3 个维度。采用 Likert 5 级评分法,“完全不同意”至“完全同意”依次计 1~5 分。总分 15~75 分,得分越高,自我护理能力越强。该量表 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.786,本研究者为 0.754。

**1.3 资料收集方法** 征得护理部同意后,由 2 名经过统一培训的课题组成员采用统一的语言向患者解释研究目的、研究内容、问卷填写时长及研究的保密性,现场一对一、面对面进行调查,调查对象填写完成后当场回收并核查。对于因年龄或身体状况限制无法自主填写的患者,由研究人员以不加暗示的方式解读问卷内容并记录答案。调查时间为患者入院后第 3 天至出院前任意一天,依据填写问卷当日的实际情况记录护理级别,患者信息通过医惠系统或询问患者本人获知。责任护士的资料由护士长提供或档案查询获知。由 2 名成员负责数据的录入、核对。本研究共发放 310 份问卷,回收有效问卷 301 份,有效回收率为 97.10%。

**1.4 统计学方法** 采用 SPSS27.0 软件分析数据。计数资料用频数描述,计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 描述。统计推断采用  $t$  检验、方差分析、Pearson 相关性分析及多元线性回归分析。检验水准  $\alpha = 0.05$ 。

## 2 结果

**2.1 免陪照护模式住院患者的一般资料及责任护士资料** 301 例患者中,男 154 例,女 147 例。文化程度:小学及以下 38 例,初中 120 例,高中或中专 77 例,大专或本科 58 例,硕士及以上 8 例。工作状况:在职 36 例,无业 27 例,退休 210 例,其他 28 例。住院科室:内科 179 例,外科 122 例。首次住院 89 例。住院时间:3~<7 d 190 例,7~<14 d 75 例, $\geq 14$  d 36 例。病程:<1 年 194 例,1~5 年 54 例, $> 5$  年 53 例。并存疾病数量:0 种 106 例,1 种 110 例,2 种 66 例,3 种 15 例, $\geq 4$  种 4 例。护理患者的责任护士年资:<2 年 3 人,2~<5 年 57 人,5~<10 年 107 人, $\geq 10$  年 134 人。责任护士最高学历:大专及以下 48 人,本科及以上 253 人。

**2.2 免陪照护模式住院患者护理缺失得分情况** 301 例患者护理缺失总分 $(15.14 \pm 2.58)$ 分,条目均分 $(1.16 \pm 0.20)$ 分;其中沟通性护理维度得分 $(6.14 \pm 1.68)$ 分,基础护理维度 $(4.89 \pm 1.84)$ 分,及时性护理维度

(4.12±0.49)分。42.52%的患者认为护士发生了护理缺失(即任一条目得分为3、4、5分)。护理缺失发生率,见图1。

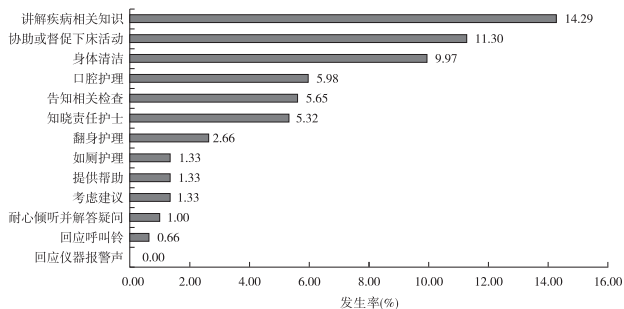


图1 护理缺失发生率

### 2.3 免陪照护模式住院患者护理缺失的单因素分析

不同性别、文化程度、工作状况、住院科室、是否首次住院、住院时间、病程、并存疾病数量以及护理患者的责任护士年资、最高学历,其护理缺失总分比较,差异无统计学意义(均 $P>0.05$ );差异有统计学意义的项目,见表1。

表1 免陪照护模式住院患者护理缺失的单因素分析

项目	例数	护理缺失总分 (分, $\bar{x} \pm s$ )	t/F	P
年龄(岁)			9.600	<0.001
<45	29	14.00±1.34		
45~<60	54	14.30±1.19		
60~<75	169	15.20±2.63		
≥75	49	16.57±3.34		
家庭居住地			2.293	0.025
城市(含郊区)	254	14.98±2.49		
农村	47	16.02±2.92		
婚姻状况			42.717	<0.001
有配偶	266	14.81±2.00		
无配偶	35	17.66±4.52		
护理级别			3.760	0.024
特级护理	13	16.69±3.86		
一级护理	212	15.22±2.66		
二级护理	76	14.67±1.96		
日常生活活动能力			18.562	<0.001
无需依赖	92	14.48±1.47		
轻度依赖	115	14.43±1.86		
中度依赖	52	16.54±2.99		
重度依赖	42	16.81±3.94		
抑郁			117.691	<0.001
有	11	22.18±4.33		
无	290	14.88±2.08		
焦虑			18.893	<0.001
有	20	17.50±4.81		
无	281	14.98±2.27		
责任护士岗位级别			3.672	0.027
辅助护士/一级护士	201	15.42±2.82		
二级护士	20	14.90±2.34		
三级护士	80	14.51±1.83		

注:辅助护士6人,故与一级护士合并。

### 2.4 免陪照护模式住院患者护理缺失与自我护理能力的相关性

自我护理能力评分(58.13±7.98)分,与护理缺失评分呈负相关( $r=-0.444, P<0.001$ )。

### 2.5 免陪照护模式住院患者护理缺失的多元线性回归分析

以护理缺失总分为因变量,将单因素分析有统计学意义的因素及自我护理能力为自变量进行多元线性回归分析( $\alpha_{入}=0.05, \alpha_{出}=0.10$ )。回归分析结果见表2。

表2 免陪照护模式住院患者护理缺失的多元线性回归分析(n=301)

项目	$\beta$	SE	$\beta'$	t	P	VIF
常数	19.156	1.236		15.498	<0.001	
责任护士岗位级别	-0.298	0.128	-0.101	-2.331	0.020	1.026
日常生活活动能力	0.390	0.125	0.152	3.107	0.002	1.301
婚姻状况	-0.911	0.391	-0.113	-2.332	0.020	1.276
年龄	0.397	0.140	0.130	2.828	0.005	1.135
抑郁	4.277	0.715	0.311	5.983	<0.001	1.463
焦虑	0.966	0.481	0.093	2.008	0.046	1.168
自我护理能力	-0.091	0.015	-0.281	-5.982	<0.001	1.190

注:自变量赋值方法,辅助护士/一级护士=1,二级护士=2,三级护士=3;婚姻状况有配偶=1,无配偶=0;日常生活活动能力无需依赖=1,轻度依赖=2,中度依赖=3,重度依赖=4;年龄<45岁=1.45~<60岁=2.60~<75岁=3,≥75岁=4;自我护理能力原值输入;焦虑、抑郁有=1,无=0。 $R^2=0.462$ ,调整 $R^2=0.446$ ;F=27.807,  $P<0.001$ 。D-W值为2.022。

## 3 讨论

### 3.1 免陪照护模式下住院患者护理缺失较低

《全国护理事业发展规划(2021—2025年)》<sup>[15]</sup>指出,创新护理服务模式,完善护理质量监管和持续优化体系,让人民群众享有全方位全周期的护理服务。本研究表明,免陪照护模式下,患者报告的护理缺失总分(15.14±2.58)分,远低于量表中间值39分;均分(1.16±0.20)分,低于司菲<sup>[9]</sup>对安徽省传统护理模式的调查结果[(1.69±0.33)~(2.10±0.43)分],表明免陪照护模式下护理缺失程度不高,患者对护理体验整体评价较为满意。一项纳入14个国际研究的系统评价显示,护士自评护理缺失率6.8%~98.1%<sup>[16]</sup>,与本次基于患者感知的调查结果不同。本质上是医疗体系、文化认知、专业人员角色冲突和技术应用等多维因素综合作用的结果。免陪照护管理模式是现代医学模式相适应的一种先进护理模式,开展过程中精准锚定营养、信任、安全三个瓶颈问题,加强六大体系建设(即营养治疗、护士队伍、患者安全、优质护理、质量管理、智慧护理)<sup>[17]</sup>,预防了部分护理缺失。

既往研究发现,患者认为最常见的护理缺失包括情感支持、健康教育、协助患者下床走动和口腔护理,很少发生的护理缺失是回应呼叫铃、回应仪器报警声、提供帮助、如厕护理<sup>[11]</sup>。与本研究结果类似。影响护理优先次序和完成的因素包括完成护理任务所需的时间以及延迟或错过这项任务可能对患者产生的直接影响<sup>[18]</sup>。护士认为信息传递、清洁护理及康复指导等非需要记录或非治疗性护理活动间接影响患者健康,短期内无不良后果<sup>[9]</sup>,而且相对耗时较长和/或时间不定,因此护士不易察觉到这些护理疏

漏。护士在接收到患者的呼叫铃、协助请求和设备报警等时效性护理活动或是面对面请求帮助的优先级护理活动时,需即时回应,鲜有遗漏或延迟<sup>[19]</sup>。国外研究发现,领导支持、组织学习和安全文化与护理缺失呈负相关关系<sup>[20]</sup>。提示护理缺失的防控需从多维度协同推进:一方面,完善问题反馈机制,构建基于清单管理的护理风险管理模式,增设“家属替代护理”监测指标(如翻身频次、情绪安抚等原由家属完成的任务);另一方面,及时纠正“非治疗性任务无害”的误区,提高对情感支持、健康教育等人文关怀护理活动的重视程度。此外,管理层应构建支持性环境,使用理论域框架识别障碍并实施针对性的干预措施<sup>[21]</sup>,包括升级电子护理提醒器<sup>[22]</sup>、推动组织学习与安全文化建设。

### 3.2 免陪照护模式下护理缺失受患者自身因素影响

#### 3.2.1 日常生活活动能力及自我护理能力越高的患者报告护理缺失越少

本研究发现,日常生活活动能力与自我护理能力作为护理需求的核心驱动力,对患者报告护理缺失有着显著影响。本次调查中,中重度依赖者占 31.2%,越依赖和自我护理能力低的患者感知到的护理缺失水平越高。究其原因,高自理能力患者生活护理需求相对较少,减少了因护理需求堆积导致的被动性缺失(如因时间不足而遗漏翻身),同时护士工作负荷减轻,更能专注于高质量的护理服务<sup>[19,23]</sup>。临床可依据 Orem 自我护理理论识别患者自理缺陷<sup>[24]</sup>,创建用户画像,动态调整疾病管理策略<sup>[25]</sup>。且在关于建设老年友善医疗机构<sup>[26]</sup>及老年标准化病房等一系列政策支持下,拓展医院适老化服务模式。组建由老年专科护士、康复治疗师、营养师、药剂师等多学科干预团队,制订含用药、饮食、运动、心理、康复、健康教育等多维度的干预指导方案。落实住院老年患者出院准备服务,于住院 24 h、72 h、出院当日分阶段系统评估患者日常生活活动能力、照护者照护能力、社会支持系统与经济资源等,实施进阶式指导,提升患者自护能力。

#### 3.2.2 有焦虑、抑郁的患者报告护理缺失越高

本研究发现,有焦虑、抑郁的患者护理缺失得分越高。焦虑和抑郁作为心理应激的典型表现,会激活患者的心理防御机制,使其对护理团队的依赖性和信任度降低,甚至产生回避行为,从而增加护理缺失的风险;同时,还会削弱患者的自我调节能力,使其在免陪照护模式下难以主动适应护理流程,进一步加剧护理缺失。临床可聚焦住院患者心理健康,有效识别住院患者心理风险,基于 KANO 需求定性分析模型全程关怀策略,融入人文关怀护理<sup>[27]</sup>;其次,引入“情绪日记”工具,鼓励患者记录自己的情绪变化,护理团队定期查看并个性化调整护理策略;第三,设计“免陪照护适应计划”,在患者入院初期提供循序渐进的适应指导(如模拟场景或视频讲解);第四,开展“患者互助小

组”活动,定期组织同病房或同病种的患者进行交流。

### 3.2.3 年龄越大、无配偶的患者报告护理缺失越高

年龄较小的患者自我照顾能力、语言表达清晰度与信息整合能力更强,能精准反馈需求(如疼痛分级、异常症状),获得及时的护理,且对免陪照护这种就医新模式接受度高,体验更好,从而报告的护理缺失相对低于老年患者。本研究发现,无配偶患者的护理缺失水平较有配偶的患者更高。因身体不适或生活变化使患者感到自我价值降低,加之配偶作为患者健康状况的“第一观察者”,其缺失导致沟通障碍增加,护理团队难以获取关键信息(如居家症状变化),影响护理决策的及时性与精准性。Barrera 等<sup>[28]</sup>认为,社会支持包括支持源、支持行为及被支持者对所得到的支持的感受和评价 3 个层面。临床可参考 Mealer 等<sup>[29]</sup>提出的多模态抗逆训练(包括文字宣泄疗法、正念减压练习、教育主题研讨会等),提升患者心理韧性,满足住院患者亲情化、人性化、多样化的需求。

### 3.3 责任护士岗位级别越高护理缺失越少

本研究发现,责任护士岗位级别越高,护理缺失越少,与既往有陪护病房的研究<sup>[7,9,30-31]</sup>对比,既有共性关联,又有本质区别。可能由于国内免陪照护模式强调“护士-护理员”共同体的护理模式,各项需求多依赖于护士,其护理服务的质量直接关系到患者感知到的护理缺失。岗位级别一般按照护士的资历、学历、临床实践能力确定,岗位级别的晋升是护士综合能力的体现,护士岗位级别越高,临床实践经验、风险预见、沟通协调能力以及职业素养等越强,可相应地增强患者安全感与信任感。护理人员安全配置指南<sup>[32]</sup>提出,护理缺失可以作为护理人力不足的预警指标。充足的护士人力资源配备是保障无陪护医院运行的基础,护士数量、床护比、护患比必须高于普通医院才能保障患者需要和患者安全。提示临床需结合岗位工作量、技术难度、专业要求和工作风险等,配置各层级护理人员,满足临床护理需要。模拟突发紧急事件中无家属沟通时的快速响应,增强护理人员免陪照护场景下的独立决策能力。

## 4 结论

免陪照护模式下住院患者护理缺失总体处于低水平,临床应重点关注高龄、无配偶、自理能力较差、有焦虑抑郁情绪的患者,管理者重点关注低岗位级别护士。本研究为横断面调查且为单中心研究,可能影响结果的代表性。后期可采用解释性序列设计的混合研究方法,开展多中心调查并通过质性研究进一步了解患者对护理缺失的体验,挖掘潜在影响因素,为完善免陪照护模式、改善患者体验提供参考。

## 参考文献:

- [1] Choi J, Tate J A, Hoffman L A, et al. Fatigue in family caregivers of adult intensive care unit survivors [J]. J Pain Symptom Manage, 2014, 48(3): 353-363.

- [2] 国家卫生健康委,国家中医药局,国家疾控局.关于印发医院免陪照护服务试点工作方案的通知[EB/OL].(2025-04-22)[2025-06-17].[https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202505/content\\_7025451.htm](https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202505/content_7025451.htm).
- [3] 范维英,陈媛,韩琼,等.无陪护医院住院患者护理安全评价指标体系的构建[J].中国护理管理,2023,23(3):450-456.
- [4] 国家卫生健康委,国家中医药局.改善就医感受提升患者体验主题活动方案(2023—2025年)[EB/OL].(2023-05-23)[2024-11-26].<https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100375/202305/bfa59db84f1041c4b50bb859a3b76f39.shtm>.
- [5] 陈媛,范维英,白雅萍,等.冠心病患者无陪护模式就医意愿及影响因素研究[J].护理管理杂志,2024,24(5):398-402.
- [6] Kalisch B J, Landstrom G L, Hinshaw A S. Missed nursing care: a concept analysis[J]. J Adv Nurs, 2009, 65(7): 1509-1517.
- [7] Recio-Saucedo A, Dall'Ora C, Maruotti A, et al. What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature[J]. J Clin Nurs, 2018, 27(11-12): 2248-2259.
- [8] Lake E T, Germack H D, Viscardi M K. Missed nursing care is linked to patient satisfaction; a cross-sectional study of US hospitals[J]. BMJ Qual Saf, 2016, 25(7): 535-543.
- [9] 司菲. 护理缺失量表的汉化及其在医院护患人群中的应用[D]. 蚌埠: 蚌埠医学院, 2019.
- [10] 张曦, 杜雪, 王学兰, 等. 宁夏肿瘤科护士护理缺失现状及影响因素分析[J]. 护理学杂志, 2020, 35(10): 70-72.
- [11] Kalisch B J, Xie B, Dabney B W. Patient-reported missed nursing care correlated with adverse events[J]. Am J Med Qual, 2014, 29(5): 415-422.
- [12] Spitzer R L, Kroenke K, Williams J B, et al. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7[J]. Arch Intern Med, 2006, 166(10): 1092-1097.
- [13] Kroenke K, Spitzer R L, Williams J B. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure[J]. J Gen Intern Med, 2001, 16(9): 606-613.
- [14] 郭丽娜, 刘堃, 郭启云, 等. 汉化修正版自我护理能力评估量表在老年住院患者中应用的信效度评价[J]. 中国实用护理杂志, 2015, 31(24): 1856-1859.
- [15] 国家卫生健康委员会. 全国护理事业发展规划(2021—2025年)[EB/OL]. (2022-05-07)[2024-12-26]. <https://www.nhc.gov.cn/zygj/c100068/202205/5c2dc667011449428655582e19a6c9bd.shtml>.
- [16] Gong F, Mei Y, Wu M, et al. Global reasons for missed nursing care: a systematic review and meta-analysis[J]. Int Nurs Rev, 2025, 72(1): e13096.
- [17] 田丽, 贾红, 王晓萍. 实施无陪护管理模式优化服务质量[J]. 中国护理管理, 2010, 10(6): 10-12.
- [18] Kalisch B J. Missed nursing care: a qualitative study[J]. J Nurs Care Qual, 2006, 21(4): 306-313; quiz 314-305.
- [19] Voldbjerg S L, Ellehave S M, Poulsen I, et al. Hidden factors of limited time and busyness: a qualitative, multicentre study of the reasons for missed nursing care[J]. J Adv Nurs, 2025, 81(8): 5027-5037.
- [20] Labrague L J, Cayaban A R. Association between patient safety culture and missed nursing care in healthcare settings: a systematic review and meta-analysis[J]. J Adv Nurs, 2025, 81(11): 7992-8004.
- [21] Debono D, Taylor N, Lipworth W, et al. Applying the Theoretical Domains Framework to identify barriers and targeted interventions to enhance nurses' use of electronic medication management systems in two Australian hospitals[J]. Implement Sci, 2017, 12(1): 42.
- [22] Piscotty R J Jr, Kalisch B. The relationship between electronic nursing care reminders and missed nursing care[J]. Comput Inform Nurs, 2014, 32(10): 475-481.
- [23] Zúñiga F, Ausserhofer D, Hamers J P, et al. Are staffing, work environment, work stressors, and rationing of care related to care workers' perception of quality of care? A cross-sectional study[J]. J Am Med Dir Assoc, 2015, 16(10): 860-866.
- [24] Nasiri M, Jafari Z, Rakhshan M, et al. Application of Orem's theory-based caring programs among chronically ill adults: a systematic review and dose-response meta-analysis[J]. Int Nurs Rev, 2023, 70(1): 59-77.
- [25] 施艳鸿, 颜缘娇, 林榕, 等. 用户画像在老年慢性病患者健康管理中应用的范围综述[J]. 中华护理杂志, 2025, 60(2): 244-250.
- [26] 国家卫生健康委, 国家中医药管理局. 关于开展建设老年友善医疗机构工作的通知[EB/OL]. (2020-12-02)[2024-12-10]. <http://www.nhc.gov.cn/ljks/pqt/202012/03cdf0773f0c42fe86e577f2143f6721.shtml>.
- [27] 张丽, 王淼, 张卓雅. 基于 KANO 模型的全程关怀护理对头颈部肿瘤病人心境、生命质量及满意度的影响[J]. 循证护理, 2024, 10(21): 3960-3964.
- [28] Barrera M Jr, Ainlay S L. The structure of social support: a conceptual and empirical analysis[J]. J Community Psychol, 1983, 11(2): 133-143.
- [29] Mealer M, Conrad D, Evans J, et al. Feasibility and acceptability of a resilience training program for intensive care unit nurses[J]. Am J Crit Care, 2014, 23(6): e97-105.
- [30] Bragadóttir H, Kalisch B J. Comparison of reports of missed nursing care: registered nurses vs. practical nurses in hospitals[J]. Scand J Caring Sci, 2018, 32(3): 1227-1236.
- [31] Blackman I, Papastavrou E, Palese A, et al. Predicting variations to missed nursing care: a three-nation comparison[J]. J Nurs Manag, 2018, 26(1): 33-41.
- [32] National Institute for Health and Care Excellence. Safe staffing for nursing in adult inpatient wards in acute hospitals[EB/OL]. (2014-07-15)[2025-06-19]. <https://www.nice.org.uk/guidance/sg1/chapter/Recommendations-for-research>.