

护理管理者血液透析专科分层分级管理实践体验的质性研究

叱伟华^{1,2}, 辛霞¹, 高菊林³, 龙卓¹, 黄语嫣^{1,2}, 刘小敏³, 代雯晴¹

摘要:目的 探讨护理管理者血液透析专科分层分级管理实践的体验。方法 采用描述性质性研究设计,对 16 名临床护理管理者进行半结构化访谈。运用主题分析法进行归纳分析。结果 提炼出 4 个主题、12 个亚主题:核心价值与临床必要性(精准资源配置与效率提升、患者安全与治疗质量保障、护理专业化与标准化推进);实施障碍与系统性矛盾(评估工具与制度缺位、临床可行性与操作矛盾、分级后行动脱节与负担增加);成功实施的关键支持条件(多维评估工具开发、制度与政策层面的认可与支持、系统的培训与团队共识的形成);对优化实施路径的实践性建议(分步实施与高危优先、建立动态评估与反馈调整机制、系统性保障机制)。结论 实施分层分级管理是实现血液透析护理资源精准配置与安全质量提升的核心举措,影响血液透析分层分级管理实施的因素多元且互相关联。该模式的有效推进需依次突破评估工具缺失、人力资源配置及制度支持不足等核心障碍,从而为实现高质量的血液透析护理服务提供保障。

关键词:血液透析; 分层管理; 分级管理; 护理管理者; 护理服务; 人力资源配置; 评估工具; 质性研究

中图分类号:R473.5;C931 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2026.08.059

Qualitative study on the experiences of nursing managers in the practice of hierarchical and graded management in hemodialysis specialty

Chi Weihua, Xin Xia, Gao Julin, Long Zhuo, Huang Yuyan, Liu Xiaomin, Dai Wenqing. Department of Nursing, the First Affiliated Hospital of Xi'an Jiaotong University, Xi'an 710061, China

Abstract: **Objective** To explore the experiences of nursing managers in implementing hierarchical and graded management within hemodialysis specialty. **Methods** A descriptive qualitative research design was adopted. Semi-structured interviews were conducted with 16 clinical nursing managers. The data were analyzed and summarized using Braun and Clarke's thematic analysis method. **Results** Four main themes and twelve sub-themes were identified: core values and clinical necessity (precise resource allocation and efficiency improvement, assurance of patient safety and treatment quality, and promotion of nursing specialization and standardization); implementation barriers and systemic contradictions (lack of assessment tools and institutional frameworks, contradictions between clinical feasibility and operability, and disconnection of actions following grading along with increased burden); key supportive conditions for successful implementation (development of multi-dimensional assessment tools, recognition and support at the institutional and policy levels, and formation of systematic training and team consensus); practical suggestions for optimizing implementation pathways (step-by-step implementation with priority for high-risk cases, establishment of dynamic assessment and feedback adjustment mechanisms, and systematic guarantee mechanisms). **Conclusion** The implementation of hierarchical and graded management is a pivotal strategy for achieving the precise allocation of hemodialysis nursing resources and enhancing safety and quality. The factors influencing this implementation are multifaceted and interconnected. To effectively advance this model, it is essential to systematically address core obstacles, including the lack of standardized assessment tools, challenges in human resource allocation, and insufficient institutional support. Overcoming these barriers will provide a robust guarantee for the delivery of high-quality hemodialysis nursing services.

Keywords: hemodialysis; hierarchical management; graded management; nursing managers; nursing services; human resource allocation; assessment tools; qualitative research

近年来,我国接受血液透析治疗的患者数量快速增长。中国研究数据服务平台 2024 年数据显示,我国血液透析患者已达 102.7 万例,年增长达 22 万例^[1]。该人群在病情严重程度、并发症负担^[2]、心理社会需求^[3-4]及自我管理等方面均存在显著差

异^[5]。在医疗资源有限性与护理精细化需求的双重压力下,传统同质化护理模式已难以满足保障透析安全与质量需求。为此,基于风险管理的分层分级护理模式应运而生。该模式依据患者的危险等级进行分层,通过差异化配置护理资源,实现对不同风险患者的精准照护。在血液透析专科领域,已有针对血钾异常等单项指标的分级管理^[6]、整合多维风险的 Triangle 分层分级管理模式^[7],成为血液透析管理的重要优化路径。此外,该模式在老年慢病等其他领域亦被证实可提升照护效率与改善患者结局^[8-9]。然而,该模式在临床转化过程中仍面临分层分级评估标准缺失、人力资源动态调配机制缺位等问题^[10]。现有研究多聚焦于技术流程或患者结局,缺乏从护理管理者视角深入探究实施影响机制的质性证据。因此,本研

作者单位:1. 西安交通大学第一附属医院护理部(陕西 西安, 710061);2. 延安大学延安医学院;3. 西安交通大学第一附属医院重症肾脏病·血液净化科

通信作者:辛霞,1074116614@qq.com

叱伟华:女,硕士在读,学生,3201046488@qq.com

科研项目:陕西省重点研发计划项目(2025SF-YBXM-049, 2025SF-YBXM-051);西安交通大学第一附属医院院基金项目(2022HL-02)

收稿:2025-10-24;修回:2025-12-15

究采用描述性质性研究设计,旨在深入探究护理管理者血液透析分层分级管理实践体验,以期为构建本土化实施框架提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象 采用目的抽样法,于2025年3—4月选取西安市5所公立医院血液净化中心的护理管理者作为研究对象。纳入标准:①从事血液透析临床管理,该单位已初步探索分层分级管理;②中级及以上

职称;③≥10年血液透析护理工作经验;④知情同意并自愿参与本研究。排除标准:①拒绝访谈录音或表现出抵触情绪者;②研究期间不在岗。访谈样本量以信息资料达到饱和、不再出现新的主题为准^[11]。最终共访谈16名护理管理者,编号N1~N16。受访者一般资料见表1。本研究已通过西安交通大学第一附属医学伦理委员会审查[2025伦审医研字第(503)号],受访者均签署知情同意书。

表1 受访者一般资料(n=16)

编号	性别	年龄(岁)	文化程度	职称	职务及岗位	工作年限(年)
N1	女	32	硕士	主管护师	肾病重症病房护士长	10
N2	女	34	硕士	主管护师	血液透析专科护士、护理组长	11
N3	女	30	硕士	主管护师	血液透析专科护士、护理组长	10
N4	男	35	本科	主管护师	血液透析专科护士、护理组长	11
N5	女	37	硕士	主管护师	血液透析护士长	16
N6	女	38	本科	主管护师	病房护士、护理组长	15
N7	女	39	硕士	主管护师	血液透析专科护士、护理组长	15
N8	女	37	本科	主管护师	病房护士、护理组长	16
N9	女	42	本科	主管护师	血液透析专科护士、护理组长	17
N10	女	40	硕士	副主任护师	肾病区总护士长	20
N11	男	34	本科	主管护师	血液透析专科护士、护理组长	10
N12	女	40	硕士	主管护师	肾内科病房护士长	18
N13	女	37	本科	主管护师	血液透析护士长	14
N14	女	40	本科	主管护师	血液透析护士长	19
N15	女	44	硕士	主管护师	肾病区总护士长	24
N16	女	41	本科	副主任护师	肾病区总护士长	20

1.2 方法

1.2.1 成立研究小组 由4名专家(护理管理2名、临床护理2名)及2名研究生组成。研究开展前,小组成员均接受质性研究的系统培训。4名专家主要负责研究设计、协调和质量控制,1名研究生实施访谈,另1名记录。

1.2.2 确定访谈提纲 根据研究目的,通过查阅相关文献,经专家咨询,拟定访谈提纲。正式访谈前选取3名临床管理者进行预访谈,结合访谈对象的反馈意见及专家的指导和建议对访谈提纲进行审查和修订,形成正式的访谈提纲。包括:①分层分级管理对优化血液透析护理资源配置的价值与面临的主要挑战?②您认为分层分级护理成功实施的关键支持条件?您在推动时遇到的具体困难?③对于优化分层分级管理的实施路径有何具体建议?

1.2.3 资料收集和分析 采用半结构化访谈法收集资料。研究团队通过微信与血液净化中心负责人沟通,说明研究目的、流程及隐私保护措施,预约访谈形式及时间地点。最终15名受访者接受面谈,1名电话访谈(N7)。访谈于受访者所在科室办公室进行,每次20~40 min,全程录音,观察面谈受访者非语言沟通信息。访谈结束后24 h内转录录音文本,并向受访者发送副本确认内容准确性。采用主题分析法^[12]对资料进行分析。第15名受访者后未出现新主题,第16名用于验证饱和。共访谈录音360 min,转录文字6

万余字。

1.2.4 质量控制 访谈环境选择保护受访者隐私的独立空间,避免霍桑效应^[13]。访谈前说明研究关注管理实践问题,非个人能力评价,减轻社会期许偏差。过程中避免引导性或暗示性提问,适时使用探索性问题,以获取丰富数据。邀请5名受访者复核主题框架是否符合其本意,根据反馈修正主题命名(如将“资源配置”细化为“精准资源配置”);另请1名护理管理专家审查编码逻辑,重点关注主题与管理角色的匹配性。

2 结果

通过资料分析,提炼出4个核心主题、12个亚主题。

2.1 主题1:核心价值与临床必要性

2.1.1 精准资源配置与效率提升 受访者认为该模式能依据病情差异匹配护理人力,提升效率。N2:“我们把病情更重的患者分配给年资高、经验更丰富的护士来负责,这样能避免紧急情况下因处理经验不足而引发的慌乱。”N8:“通过分层分级(比如依据病情和自理能力),护理资源可以分配得更合理。对于术后、高龄或存在老年衰弱患者患者,需要增加巡视;而对于状况稳定的患者,常规巡视频次就可以满足需要。”

2.1.2 患者安全与治疗质量保障 受访者指出其核心在于通过风险分层与重点监护,实现预警与防范。N16:“我们的原则是安全先于效率。血液透析治疗长

达 4 h,患者病情瞬息万变,一旦出现情况必须立即处理,否则后果可能很严重。”N10:“分级管理本身就是一种风险预警机制,它促使护士进行预见性护理,比如我们中心有护士会提前熟悉第 2 天所管高危患者的情况,做好准备,这样就能把治疗风险控制到最低。”N3:“我们觉得,如果能在治疗前通过评估确定患者的风险等级,并采取相应预防措施,像跌倒、穿刺针脱出这类不良事件的发生是可以减少的。”

2.1.3 护理专业化与标准化推进 实施该模式能推动建立统一标准,促进实践规范化。N4:“如果能建立一个标准化的评估和操作流程,比如明确不同层级护士的职责(N1 级护士负责基础护理,N3 级护士主导疑难穿刺和应急处理),就能统一团队对患者风险的认知。即使是新护士,参照标准也能系统性地掌握患者情况。”

2.2 主题 2:实施障碍与系统性矛盾

2.2.1 评估工具与制度缺位 当前缺乏权威评估工具与制度,分级多依赖经验或医嘱。N3:“目前主要是凭个人经验大致判断,缺少明确的、大家都认可的分级标准。”

2.2.2 临床可行性与操作矛盾 临床工作的动态性给固定分级方案的执行带来困难。N2:“分级管理的想法是好的,但实际工作中患者病情随时在变,今天还是低风险,明天可能就需要紧急透析。我们现有的排班和人力根本跟不上这种变化,分级方案很快就失效了。”N3:“按照分级,重症患者应该由高年资护士负责,但现实是高年资护士本身就少,还要兼顾多个区域,根本做不到专人专管,分级可能落实不下去。”

2.2.3 分级后行动脱节与负担增加 分级未能联动后续流程时,会加剧工作负担并引发抵触。N2:“如果我原本负责 5 例普通患者,分级后分配给我 3 例都是需要做血液透析联合血液灌流等复杂治疗的患者,我的实际工作负荷和压力就会明显增加。”N15:“在现有按物理区域分配护士负责制的模式下,如果想把所有高危患者集中在一个区域管理,可能会打破现有的护士分区责任制,护士需要跨区工作,她们会觉得不方便,这是推行时遇到的实际困难。”N6:“患者分好级之后,具体的护理措施、频次是什么?不同级别该如何区别对待?这需要医生、护士甚至设备调配等多部门的协调,比如医生的排班、特殊治疗机器的匹配,目前缺乏这样的协调机制。”

2.3 主题 3:成功实施的关键支持条件

2.3.1 多维评估工具开发 受访者强调需开发与信息系统融合的多维、便捷评估工具。N1:“一个好的评估工具能把高危风险量化、可视化,自动把需要重点关照的患者筛选出来,让我们能把有限的人力精准地投入到最关键的环节。”N2:“评估工具要系统化,应涵盖病情、自理能力、血管通路、社会支持等多个维度,不能只看医疗指标,患者的自我照顾能力和家庭支持

度同样决定了我们需要投入多少护理资源。”N5:“工具一定要简单高效,最好是能把原发病、自理能力评分、跌倒风险、压力性损伤风险这些评估模块都整合到血液透析管理信息系统里,护士在平板电脑上一点,患者的关键风险和分级情况就一目了然,能快速完成评估。”

2.3.2 制度与政策层面的认可与支持 受访者认为需获得从绩效考核到医保政策等各层面的制度性支持。N5:“理念的转变不能只靠自觉,需要有全院性的制度来推动,当所有人都按统一的标准执行时,事情就好办了。”N10:“理想的情况是,国家层面能将血液透析患者分层分级护理纳入标准操作规程,赋予其规范效力;在收费上,可以与医保支付改革挂钩,探索分级护理收费;在管理上,应制定与患者分级相匹配的护理人力配置标准。”

2.3.3 系统的培训与团队共识的形成 受访者指出需通过统一培训与沟通,就标准与流程达成团队共识。N4:“对于高危患者,可以考虑相对集中管理,并由 N2 级以上能级的护士主要负责。流程上,住院患者转门诊首次透析必须重点评估,新患者首次评估后每月复评,病情稳定的患者则可以延长评估周期。”N9:“‘怎么评’必须统一。只有通过反复的培训和充分的团队讨论,才能减少不同护士评估时的个人差异,形成统一的判断标准,这是达成团队共识必不可少的环节。”

2.4 主题 4:对优化实施路径的实践性建议

2.4.1 分步实施与高危群体优先 采取从高危或稳定群体开始的试点策略。N1:“实施初期可以从高危风险评估入手,比如将活动不便的患者优先安排在日间班次进行透析,便于观察与照护。”N4:“住院患者的病情通常更为复杂,风险更高,可作为分层管理的起点;门诊患者则需通过评估进行筛选和分级。”N10:“标准的制定需要具备广泛的适用性。可以考虑从‘每周透析 3 次’这类占比最大、病情相对稳定的患者群体开始试行分级标准,待方案成熟、效果验证后,再逐步扩展至病情更复杂、治疗方式更多样的患者群体。”

2.4.2 建立动态评估与反馈调整机制 评估需贯穿全程,并能依据实时信息动态调整。N2:“我们目前的系统中,医生会为特殊患者在系统里备注标签,如‘易低血压’‘防脱针’等,这提示我们的分级评估不应是一次性的,而应随病情变化动态更新。”N13:“患者来透析时评估状态可能良好,但治疗过程中可能突发状况,有可能刚将他评定为二级风险,上机不到 5 min 病情变化,风险等级就需要立即上调至一级。因此,评估必须贯穿透析全过程。”

2.4.3 系统性保障机制 受访者认为成功需配套标准指南、数据反馈及管理层持续授权。N8:“需要构建科学的管理路径,包括开发标准化的分级护理操作指南,以及建立定期评估患者状态与护理效果的反馈机

制,这样才能不断提升管理的科学性和可持续性。”N10:“取得护理部等管理部门的认可是前提,此外,必须配套相应的绩效激励机制,调动临床人员的积极性,否则制度难以落地。”N7:“开发出的评估与管理工具,其本身应像临床实践指南一样,能提供清晰、规范的操作指引,从而支持护士的临床决策与行为。”

3 讨论

3.1 实施分层分级管理是实现血液透析护理资源精准配置与安全质量提升的核心举措 本研究发现,该模式的核心价值在于通过科学匹配护理人力与患者风险,系统性地优化资源配置、保障患者安全并驱动专业发展。首先,该模式打破传统均质化排班的局限,为在固定护患比下实现人力资源的精准配置提供科学路径。管理者强调将高风险患者与高年资护士匹配,使管理策略随患者风险环境动态调整^[14],从而在资源约束下最大化实现护士的临床价值,提升整体照护效率与抗风险能力。其次,该模式可构建结构化的主动安全防御体系。针对血液透析过程中高发的急性并发症风险,分层管理通过前瞻性评估与重点监控,将护理重心从被动的应急处置转向主动的风险预见^[15-16]。最后,该模式是推动护理专业化与标准化的重要引擎。建立统一的评估标准与层级职责,不仅为临床决策提供客观依据,减少经验差异,更重要的是为护士勾勒了清晰的职业成长路径,充分激发专业潜能^[17],对建设高素质、可持续的护理人才梯队具有长远意义。

3.2 评估工具缺位与系统协同脱节是阻碍分层分级管理临床转化的主要矛盾 首要矛盾是科学评估工具的缺失。管理者多依赖经验判断,护理团队的专业评估权也未充分确立。这使得实践缺乏客观标准,也反映出相关制度未能充分保障护理人员在其专业领域的决策权,与现行规范缺乏具体分级指引的现状相呼应^[16],导致分级与管理行动脱节,易引发抵触与倦怠^[17]。评估工具的缺失使改革方向不明,而管理系统的脱节则使其难以落地执行,二者共同构成了模式推进的核心瓶颈。

3.3 构建技术、制度与文化协同的系统性支持体系是成功实施的基石 分层分级管理成为实践常态,关键在于构建技术、制度与文化协同的系统性支持体系。技术是赋能基础,其核心并非简单增加工具,而是开发与临床 workflow 深度整合的智能评估与决策支持系统。通过数据自动抓取与风险实时预警,该系统能将评估从额外负担转化为护理决策流程的内在组成部分,在保障科学性与动态性的同时,直接化解因流程复杂化而加剧的操作负担,是智慧护理理念在管理端的深度实践^[18-20]。制度是驱动引擎,需构建内外协同的复合激励机制。对内,应将管理执行情况与绩效及资源配置紧密关联;对外,应积极探索与医保支付方式改革的协同。研究证实,支付设计是重塑服务行为的核心杠杆^[21]。通过设计体现护理专业价值的

支付方案,能为变革注入可持续的经济动能,从而破解资源投入不足的根本性难题。组织共识是凝聚纽带,系统的培训旨在统一操作标准,而更深层的共识则需要通过参与式的沟通来构建,从而将团队从“被动执行者”转化为“主动共建者”,为技术与制度的落地奠定稳固的组织基础。

3.4 采用“试点渐进、动态迭代、系统集成”的循证路径是优化实施的实践关键 为实现分层分级管理在复杂临床环境中的稳健落地,必须遵循一条融合策略性与科学性的实施路径。首先,分步实施与高危优先超越了单纯的风险控制,是一种基于证据的复杂性管理策略^[22]。选择高危人群或稳定群体先行试点,能够在可控环境中快速验证方案、积累本土证据,并通过早期成效形成示范,有效凝聚共识、降低后续推广的变革阻力。其次,建立动态评估与反馈调整机制赋予了管理模式必要的适应性与学习能力。鉴于患者安全风险在治疗过程中可能瞬时变化,系统必须整合实时数据,实现风险等级的自动化动态调整。最后,上述策略需依托于系统性保障机制方能有效运行。需开发标准、指南、建立数据反馈渠道,并获得管理层实质性授权与资源支持,从而将试点成果转化为可持续的常规工作。

4 结论

本研究通过质性研究方法,系统探讨血液透析护理管理者对分层分级管理实施的认知与实践体验,提炼出核心价值与临床必要性、实施障碍与系统性矛盾、成功实施的关键支持条件、对优化实施路径的实践性建议 4 个核心主题,可为推动血液透析分层分级管理的临床实施及相关政策制定提供参考。本研究选取的 5 所血液净化中心均集中于西安市,样本在医疗条件、地域文化及人群结构方面具有一定同质性,可能会促使受访者的观点、认知和经验同质性较高。未来可考虑拓宽样本地域分布,采用更多样化的抽样方法,增强样本代表性与推广价值,从而更全面验证相关管理策略的普适性与实效性。

参考文献:

- [1] 中国研究数据服务平台(CNRDS). 中国透析登记数据[EB/OL]. (2024-12-31)[2025-07-04]. <https://www.cnrds.net/>
- [2] Jamain A A, Tan J, Rahman H A. Comparison of the quality of life and biochemical characteristics of patients undergoing hemodialysis and peritoneal dialysis: a systematic review and meta-analysis[J]. *Int Urol Nephrol*, 2025, 57(8):2681-2696.
- [3] 王雪芹. 心理健康素养与专业心理求助态度对维持性血液透析的影响研究[D]. 荆州:长江大学,2024.
- [4] 李阳. 血液透析患者基本心理需要对生活质量的影响:抑郁和锻炼行为感知的中介作用[D]. 十堰:湖北医药学院,2024.
- [5] 朱东阁,王菊子,赵倩,等. 维持性血液透析患者疾病接受度潜在类别与自我管理水平的关系[J]. *中国护理管理*,

2024,24(8):1152-1157.

[6] 高玉梅,吴桃峰,林丽华,等. 风险评估工具在血液透析患者高钾血症分级管理中的应用[J]. 中国血液净化,2022,21(9):692-696.

[7] 陈丽,刘丽红,蔺珏萃,等. 维持性血液透析 Triangle 分级护理标准及内容的构建 [J]. 中华现代护理杂志,2022,28(16):2192-2196.

[8] 杨沛,王艳梅,王志英,等. 基于 Triangle 模型的 2 型糖尿病患者分层分级延续护理方案的构建[J]. 护理学杂志,2022,37(7):85-89.

[9] 张会元. 基于 Triangle 分层管理的预见性护理对 ICU 重症患者护理效果及质量的影响[J]. 医学信息,2020,33(11):179-181.

[10] 刘娟娟,熊文娟. Triangle 慢性疾病分层分级管理模型在尿毒症血液透析患者中的应用效果[J]. 国际护理学杂志,2023,42(14):2627-2631.

[11] 杨莉萍,亓立东,张博. 质性研究中的资料饱和及其判定[J]. 心理科学进展,2022,30(3):511-521.

[12] Braun V, Clarke V. Supporting best practice in reflexive thematic analysis reporting in Palliative Medicine: a review of published research and introduction to the Reflexive Thematic Analysis Reporting Guidelines (RTARG)[J]. Palliat Med,2024,38(6):608-616.

[13] 兰芬芬,喻姣花,廖袁钰. 基于 ERG 需求理论的出院早产儿主要照护者照护需求的质性研究[J]. 护理学杂志,2025,40(2):41-45.

[14] Waters V L. Theory, nurse decision-making, and practice: what's all the fuss? [J]. Nurs Manage,2020,51(2):22-28.

[15] 胡江平,于国俊,程新,等. 针灸干预血液透析患者肌肉痉挛及抽搐的疗效分析[J]. 世界中医药,2017,12(8):1915-1917.

[16] 陈香美. 血液净化标准操作规程 2021 版[M]. 北京:人民卫生出版社,2021:56-58.

[17] 国家卫生健康委. 全国护理事业发展规划(2021-2025 年)[EB/OL]. (2022-04-29)[2025-07-14]. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2022-05/09/content_5689354.htm.

[18] 周丽芳,孙春艳,宋利,等. 血液透析护士创新行为与职业倦怠的相关性研究 [J]. 护理学杂志,2021,36(12):19-21.

[19] Koebe P, Bohnet-Joschko S. The impact of digital transformation on inpatient care: mixed methods study[J]. JMIR Public Health Surveill,2023,9:e40622.

[20] 徐嘉婕,吕大伟,朱碧帆,等. 医保支付方式改革的关键关系研究[J]. 中国医院管理,2025,45(7):30-33.

[21] 刘素贞,秦海峰. 护理临床能力培训模式在血液透析室护士培训中的应用 [J]. 医学临床研究,2019,36(6):1238-1239.

[22] Allen C G, Donahue C, Coen E, et al. Implementation mapping for managing patients at high risk for hereditary cancer[J]. Am J Prev Med,2024,66(3):503-515.

(本文编辑 丁迎春)

(上接第 54 页)

参考文献:

[1] 曹晖,陈亚进,顾小萍,等. 中国加速康复外科临床实践指南(2021 版)[J]. 中国实用外科杂志,2021,41(9):961-992.

[2] 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.

[3] 汤巧敏,宋剑平,封秀琴,等. 浙江省医疗机构无陪护服务的开展现状及障碍因素研究[J]. 中华护理杂志,2025,60(20):2507-2513.

[4] 李凤丹,丁炎明,都继微. 44 所三级医院医疗护理员使用与管理现状调查[J]. 中华护理杂志,2022,57(21):2629-2634.

[5] 林思慧. 基于“三维质量结构”模式构建陪护服务机构医疗护理员工作质量评价指标体系的研究[D]. 南宁:广西中医药大学,2025.

[6] 张姬. 兰州市某三甲医院住院患者与家属对无陪护的意愿现状及影响因素研究[D]. 兰州:甘肃中医药大学,2025.

[7] 何凤,王阿蕾,张微竹,等. 老龄化背景下公立医院开展无陪护病房的质性研究[J]. 医学理论与实践,2022,35(21):3772-3774.

[8] 孙权. 省级三甲医院陪护模式执行现状及优化策略研究[D]. 石家庄:河北医科大学,2022.

[9] 刘明. Colaizzi 七个步骤在现象学研究资料分析中的应用[J]. 护理学杂志,2019,34(11):90-92.

[10] Yilmaz C K, Asiret G D, Çetinkaya F, et al. Effect of progressive muscle relaxation on the caregiver burden and level of depression among caregivers of older patients with a stroke:a randomized controlled trial[J]. Jpn

J Nurs Sci,2019,16(2):202-211.

[11] Moss K O, Kurzawa C, Daly B, et al. Identifying and addressing family caregiver anxiety[J]. J Hosp Palliat Nurs,2019,21(1):14-20.

[12] 汤桂菊,王宇,郑改改,等. 慢性心力衰竭患者照护者健康素养的潜在剖面分析[J]. 护理学杂志,2023,38(6):38-41.

[13] Zhang X, Ren H, Wang C, et al. The effect of mindfulness-based interventions on mental health outcomes and wellbeing of informal caregivers of people with mental illness:a systematic review and meta-analysis[J]. Int J Ment Health Nurs,2024,33(4):797-816.

[14] 王威. 5G 与人工智能赋能下 VR 探视在临床的实施与应用[J]. 信息系统工程,2023,36(3):64-66.

[15] 董鹏. 山东菏泽创新打造兜底保障无陪护医院[J]. 中国民政,2022,37(18):61-63.

[16] 魏利,赵兴颖,刘佳,等. 神经重症患者家属照护适应体验的质性研究[J]. 护理学杂志,2024,39(24):57-60, 68.

[17] 范维英,陈媛,林媛媛. 无陪护医院护理员管理方案的构建及应用[J]. 中华护理杂志,2024,59(1):85-92.

[18] 国家人力资源社会保障部办公厅,国家卫生健康委办公厅. 医疗护理员国家职业标准[EB/OL]. (2024-03-08)[2024-06-06]. http://www.mohrss.gov.cn/xxgk2020/dzdgknr/rcrs_4225/jnrc/202403/t20240308fdzdgknr/rcrs_4225/jnrc/202403/t20240308_514614.html.

[19] 贾惠,韩月皎,徐雷. 疫情期间陪护证的电子化应用[J]. 中国数字医学,2022,17(2):53-56.

(本文编辑 丁迎春)