

· 专科研究 ·

基于《护理结局分类》构建脑出血患者护理结局指标的研究

金诗晓, 胡莉萍, 曹姗姗, 沙丽艳

(大连医科大学附属第二医院护理部, 辽宁大连, 116023)

[摘要] **目的** 构建脑出血患者护理结局指标, 为评估脑出血患者护理结局提供依据。**方法** 以中文版《护理结局分类》为基础, 采用文献回顾、半结构化访谈、头脑风暴的方法构建量表指标池, 通过德尔菲法对 19 名专家进行两轮函询, 确定脑出血患者护理结局指标。**结果** 两轮函询问卷回收率分别为 84.21%、93.75%, 专家积极程度较高; 专家权威系数分别为 0.80、0.83; 专家对各级指标评价的协调系数分别为 0.211~0.333、0.314~0.356 (均 $P<0.01$)。最终形成包括功能、生理、心理、知识和行为、感知等 5 个领域, 共 16 项结局, 共 34 个条目的脑出血患者护理结局指标。**结论** 应用德尔菲法构建的脑出血患者护理结局指标科学、可靠, 可作为脑出血患者护理结局评估工具, 为临床护理工作的有效开展提供参考。

[关键词] 德尔菲法; 脑出血; 护理结局; 测评指标

[中图分类号] R473.74 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1671-8283(2019)04-0020-07 **[DOI]** 10.3969/j.issn.1671-8283.2019.04.004

Construction of nursing outcomes assessment indicators for cerebral hemorrhage patients based on nursing outcomes classification

Jin Shixiao, Hu Liping, Cao Shanshan, Sha Liyan//Modern Clinical Nursing, -2019, 18(4):20.

(Department of Nursing, Second Affiliated Hospital of Dalian Medical University, Dalian, 116023, China)

[Abstract] **Objective** To develop assessment indicators evaluate nursing outcomes classification of patients with cerebral hemorrhage so as to provide an effective tool for patients. **Methods** Based on nursing outcomes classification, a draft of scale was formulated through literature review, semi-structured interviews and group interview, followed by two rounds of consultation by 19 experts through the Delphi. **Results** The response rates of two consultation were 84.21% and 93.75%, with authority coefficient of 0.80 and 0.83, respectively. The Kendall's W coefficient of indicators at all levels were 0.211~0.333, 0.314~0.356 ($P<0.01$ for both). The final scale consisted of five dimensions including function, physiology, psychology, knowledge and behavior, perception, totaling 16 outcomes and 34 items. **Conclusion** To develop the nursing outcomes indicators of patients with cerebral hemorrhage by Delphi is scientific and reliable in that it can be used as nursing outcomes assessment tool for patients and provide reference for clinical nursing work.

[Key words] Delphi; cerebral hemorrhage; nursing outcomes classification; assessment indicators

[收稿日期] 2019-02-04

[作者简介] 金诗晓(1993-), 女, 辽宁沈阳人, 护师, 硕士在读。

[通信作者] 沙丽艳, 护理部主任, 主任护师, E-mail: slydl2007@163.com。

nication[J]. Am J Emerg Med, 2018, 36(1):156-158.

[25] ROBINSON F P, GORMAN G, SLIMMER L W, et al. Perceptions of effective and ineffective nurse-physician communication in hospitals[J]. Nurs Forum, 2010, 45(3): 206-216.

[26] CLARAMITA M, TUAH R, RISKIONE P, et al. Com-

根据美国心脏病协会/美国卒中协会(American Heart Association/American Stroke Association, AHA/ASA)公布的数据显示, 脑卒中已成为全球第二大死因^[1]。脑出血(intracerebral hemorrhage, ICH)作为危害最严重的卒中亚型, 年发病率为 60~80/

parison of communication skills between trained and untrained students using a culturally sensitive nurse-client communication guideline in Indonesia[J]. Nurse Educ Today, 2016, 36:236-241.

[本文编辑: 李彩惠]

10 万人, 目前被证实对脑出血治疗有效的措施是手术及针对性治疗^[2-3], 但高死亡率及致残率并未明显降低, 临床结局欠佳^[4]。脑出血患者结局是多因素综合作用的结果, 护理专业作为医疗体系中多学科的参与者, 早期实施有效措施可促进患者功能恢复, 改善不良结局^[5]。护理结局分类 (Nursing Outcomes Classification, NOC) 是护理敏感性患者结局的简称, 指在一个连续体上测量的对护理措施有反应的个体、家庭或社区的状态、行为或感知^[6], 被认为是一种简化的护理程序。NOC 是受护理干预影响的患者结局的综合评估, 不仅使护理人员明确护理活动方向, 同时可判断干预影响疾病转归的程度, 从而有效开展护理工作, 改善患者结局。但脑出血患者的 NOC 并未系统形成, 因此构建护理结局指标, 全面、客观地评价脑出血患者结局, 对促进患者康复至关重要。本研究在参考文献^[7-8]的基础上采用德尔菲法 (Delphi) 构建脑出血患者护理结局指标, 旨在评估患者结局, 进而评价护理干预效果, 为临床护理工作的有效开展提供方向, 现将方法和结果报道如下。

1 研究方法

1.1 成立研究小组

由熟悉本研究领域的 6 名成员组成, 包括主任护师 1 名、主管护师 2 名、在读研究生 3 名。研究小组成员负责构建量表指标池、遴选专家、设计专家函询问卷、对函询结果进行整理并统计分析。

1.2 初步构建测评指标

本研究以《护理结局分类》(中文版) 第三版^[6]为理论基础, 通过查阅回顾文献^[9-10]、半结构式访谈脑出血患者、头脑风暴构建量表条目池。护理结局分类系统于 1991 年研发, 是被美国护士协会认可的标准化语言之一^[11], 中文版《护理结局分类》包括 7 个领域、330 个结局, 每个结局都包含具体的指标描述与个体有关的状态, 采用 Likert 5 级评分法评价每项指标。根据我国的具体国情, 其社区护理建设并未完善, 本次构建的量表从功能、生理、心理、知识和行为、感知、家庭 6 个领域 (已排除社区护理领域) 筛选患者结局指标, 初步确定 44 项指标的备选条目池。

1.3 Delphi 法确立脑出血患者护理结局

1.3.1 咨询专家的入选标准 专家遴选遵循代表性和权威性的原则, 一般以 15~50 人为宜。入选标准包括: ①工作 10 年以上; ②具有中级及以上职称; ③本科及以上学历; ④愿意参加本次研究。最终从医疗领域、护理领域、心理领域遴选专家共 19 名。本研究首轮咨询 19 名专家, 专家基本信息表见表 1。第一轮 16 名专家返回问卷, 第二轮 15 名专家返回问卷。

表 1 专家基本信息表

基本情况	一轮咨询 (n=16)		二轮咨询 (n=15)	
	n	构成比 (%)	n	构成比 (%)
性别				
男	5	31.3	4	26.7
女	11	68.7	11	73.3
年龄 (岁)				
30~39	4	25.0	3	20.0
40~49	4	25.0	4	26.7
≥50	8	50.0	8	53.3
学历				
本科	5	31.3	5	33.3
硕士	4	25.0	3	20.0
博士及以上	7	43.7	7	46.7
职称				
中级	2	12.7	1	6.7
副高级	6	37.5	6	40.0
正高级	8	50.0	8	53.3
工作领域				
护理领域	11	68.7	10	66.6
医疗领域	4	25.0	4	26.7
心理领域	1	6.3	1	6.7
工作年限 (年)				
10~19	5	31.3	4	26.7
20~29	4	25.0	4	26.7
≥30	7	43.7	7	46.6

1.3.2 专家函询方法

1.3.2.1 设计函询问卷 函询问卷包括首语、专家基本情况、初步拟定指标框架、专家评判情况表 4 个部分。①首语部分向专家说明研究的背景、研究目的及意义。②专家基本情况部分包括专家性别、年龄、学历、工作领域、职称、工作年限等基本信息。③问卷的主体部分为研究小组初步拟定的指

标框架,包括脑出血患者护理结局一级指标(领域)、二级指标(结局)、三级指标(指标),采用Likert 5级评分法请专家对指标的重要程度进行判断,从1分到5分表示从不重要到非常重要,设有修改意见栏和增项栏,专家可对条目提出修改意见,如有增加的条目,由研究小组讨论后决定是否增加。④专家评判情况表部分请专家从理论分析(0.3,0.2,0.1)、工作经验(0.5,0.4,0.3)、参考国内外资料(0.1,0.08,0.07)、直观感觉(0.1,0.07,0.05)4个方面判断自评依据,专家对指标的熟悉程度分为5个等级,进行赋值量化:很熟悉0.9、较熟悉0.7、一般熟悉0.5、较不熟悉0.3、很不熟悉0.1。

1.3.2.2 专家函询 通过电子邮件或当面递送的形式进行专家函询,请专家在7个工作日内回复。每轮咨询间隔6~8周,征询条目修改、删除、增加的意见,回收问卷后对专家反馈意见进行整理归纳,并对专家评分进行统计分析,根据分析结果,由小组讨论决定条目具体修改情况。根据专家咨询结果,形成下一轮的函询问卷,专家意见趋于一致,结束专家咨询。为防止剔除重要指标,根据重要赋值均数、满分率及变异系数三个指标进一步

判断,经研究小组讨论决定是否删除。同时,对专家提议增加、删除或修改的条目,由研究小组讨论决定修改方向及取舍问题。

1.4 统计学方法

数据采用SPSS20.0统计软件对专家基本资料及咨询结果进行统计描述和分析。专家积极系数用函询问卷的回收率表示;专家权威程度用权威系数(Cr)表示,根据专家判依据(Ca)与熟悉程度(Cs)进行计算, $Cr=(Ca+Cs)/2$;专家意见协调程度用协调系数(Kendall's W)表示;专家意见集中度以条目的重要赋值均数和变异系数表示。

2 结果

2.1 专家积极程度

专家的积极程度可以通过问卷的回收率表示,一般认为问卷回收率应大于70%^[12],本研究两轮专家咨询分别回收问卷16份、15份,回收率为84.21%、93.75%,每轮咨询专家根据研究目的及意义对条目提出修改意见,说明专家参与的积极性较高。专家积极系数表见表2。

表2 专家积极系数表

指标	发放问卷数	回收问卷数	回收率(%)	有效率(%)	修改指标数	增加指标数	删除指标数
第一轮	19	16	84.21	100	11	5	8
第二轮	16	15	93.75	100	5	0	7

2.2 专家权威程度

专家权威系数(Cr)为专家对研究内容的判断依据(Ca)和熟悉程度(Cs)的算术平均数,从理论、实践、国内外资料、直观感受4个方面做出判断。 $Cr \geq 0.7$ 表示权威程度可接受, $Cr > 0.8$ 为专家对条目的评判有较大把握^[13]。第一轮专家判断依据(Ca)为0.86,熟悉程度(Cs)为0.74,专家权威系数(Cr)为0.80;第二轮专家判断依据(Ca)为0.88,熟悉程度(Cs)为0.78,专家权威系数(Cr)为0.83。本研究两轮权威系数分比为0.80、0.83,表明函询的专家有较高的权威性,函询结果较可靠。

2.3 专家协调程度

专家协调程度用肯德尔和谐系数(Kendall's W)表示,Kendall系数是检验两组数值的排序是否一致的方法,通常情况下在-1~1之间^[14]。本研究中

用Kendall's W比较专家对指标评判的协调程度,一般为0.3~0.5。第一轮三个层级指标Kendall's W为0.223~0.333,第二轮三个层级指标Kendall's W为0.314~0.356。从总体比较,第二轮Kendall's W高于第一轮,说明专家意见趋于一致,在0.3~0.5间,协调性较好。专家协调程度表见表3。

2.4 专家意见的集中程度

根据专家对各级指标的评分结果进行统计分析,通过均数、变异系数结果反映专家意见集中程度,各条目均数 ≥ 3.50 ,变异系数 ≤ 0.20 时,认为专家的意见集中度较好^[15]。本研究一级指标重要赋值均数为4.47~4.73,变异系数为0.10~0.16;二级指标重要赋值均数为4.13~4.87,变异系数为0.07~0.16;三级指标重要赋值均数为4.27~4.93,变异系数为0.05~0.16。专家意见的集中程度见表4。

表 3 专家协调程度表

指标	第一轮 (n=16)			第一轮 (n=15)		
	Kendall's W	χ^2	P	Kendall's W	χ^2	P
一级指标	0.333	26.667	<0.001	0.356	26.702	<0.001
二级指标	0.211	61.682	<0.001	0.316	80.585	<0.001
三级指标	0.223	153.235	<0.001	0.314	188.257	<0.001

注:均 $P<0.01$

2.5 脑出血患者护理结局指标函询结果

2.5.1 第一轮函询结果 第一轮函询发放问卷 19 份,收回 16 份。通过函询专家、小组讨论等方式对备选条目池进行如下修改:①根据重要赋值均数、满分率、变异系数及界值情况,删除“遵守睡眠时间”、“呼吸频率”、“心尖部心率”、“发热”、精力程度”5 项指标。根据专家意见及研究组讨论删除“意识”、“液体的摄入”、“关注照顾接受者的健康状况”3 项指标。②因量表条目本土化需要,需适应我国语言习惯,对“休息后能量恢复”、“感到有负担”、“照顾者表现:直接照顾”等 6 项指标进行语义修正。根据对概念理解,小组讨论决定将“瞳孔大小”、“瞳孔反应”、“血压”3 项指标更换二级指标。将“睡眠质量”、“食物的摄取”2 项指标补充说明,使指标更易理解。③根据专家意见,增加“肢体感觉”、“实施护理措施时依从行为”等 5 项指标。一轮咨询删除 8 项指标、修改 11 项指标、增加 5 项指标。

2.5.2 第二轮函询结果 第二轮函询发放问卷 16 份,回收 15 份。根据第二轮函询结果,参考专家意见,经讨论对指标进行如下修改:①根据重要性评分、满分率、变异系数及界值,删除“面部肌肉运动”、“表现出正常的食欲”、“描述健康的饮食”、“描述可以促进健康的行为”4 项指标。由专家评分及统计分析结果,删除“家庭健康领域”,研究小组将专家提出的意见进行讨论,认为本研究目的为评估脑出血患者护理结局,评估家庭及照顾者存在涉及范围过大,针对性不强的问题,故删除该领域下“照顾者感到疲劳程度”等 3 项指标删除。②将“组织关注:脑”、“表现出适当的情感”2 项指标语义进行调整。将“执行日常活动”、“吞咽”、“认知定向力”3 项指标进行补充说明,使语言更易理解。二轮咨询删除 7 项指标、修改 5 项指标、无增加指标。第二轮咨询结束,最终保留 5 项一级指标

(领域),16 项二级指标(结局),34 项三级指标(指标)。脑出血患者护理结局指标函询结果见表 4。

3 讨论

3.1 构建脑出血患者护理结局指标的科学与可靠性分析

德尔菲法又称专家评分法,由兰德公司首次提出,是一种普适性咨询方法,被应用于多个领域^[16]。德尔菲法通过匿名形式函询,收集并综合函询信息,通过统计推断及反馈意见对指标进行评判,专家达成共识,意见趋于稳定结束专家咨询^[17]。专家的选择是德尔菲法的关键,本研究遴选的专家具有一定的代表性,包括临床医疗、护理领域、心理领域,可以对量表进行全面的评估。两轮咨询问卷回收率分别为 84.2%、93.8%,专家积极性较好,且两轮咨询大部分专家对条目提出了修改意见,可认为本次专家咨询专家积极性较高。专家的权威程度对指标可靠性的影响至关重要,本研究所遴选的专家均为工作 10 年以上,工作经验丰富的专家,具有一定的权威性。两轮咨询专家权威系数分别为 0.80、0.83,专家权威程度较好,保证了构建指标的可靠性。肯德尔协调系数越高,说明专家的协调程度越好,一般在 0.3~0.5 之间且具有统计学意义,表明专家协调性较好,经过 2 轮咨询,三个层级指标 Kendall's W 分别为 0.211~0.333、0.314~0.356(均 $P<0.01$),说明专家意见趋于一致,结束专家咨询。本研究通过德尔菲法及统计分析筛选指标,构建过程具有较好科学性和可靠性。

3.2 构建脑出血患者护理结局指标内容分析

本研究以《护理结局分类》为基础和结构框架构建脑出血患者护理结局指标,根据我国具体情况,从功能、生理、心理、知识和行为、感知 5 个领域评估患者,通过两轮咨询对量表内容进行优化。

表 4 脑出血患者护理结局指标函询结果及专家意见的集中程度 [分, $\bar{x} \pm s$; (%)]

领域(一级指标)	结局(二级指标)	指标(三级指标)	重要性评分	变异系数	满分	
a 功能健康领域	a- I 耐力		4.67±0.72	0.16	80.0	
			4.27±0.71	0.16	40.0	
		1 执行日常活动(进食、修饰、穿衣、如厕)	4.53±0.64	0.14	60.0	
	a- II 睡眠	2 休息后体力的恢复	4.47±0.64	0.14	53.3	
			4.47±0.64	0.14	53.3	
b 生理健康领域		1 睡眠质量(时间、深度)	4.60±0.63	0.14	66.7	
			4.73±0.46	0.10	73.3	
	b- I 沟通		4.53±0.64	0.14	60.0	
		1 使用口头语言	4.60±0.51	0.11	60.0	
		2 使用肢体语言	4.53±0.52	0.11	53.3	
		3 正确解释收到的信息	4.73±0.46	0.10	73.3	
			4.87±0.35	0.07	87.6	
	b- II 营养状态	1 食物的摄取(固体、液体)	4.73±0.46	0.10	73.3	
			4.13±0.51	0.12	20.0	
	b- III 一般状态	1 血压	4.87±0.35	0.07	86.7	
		2 头痛	4.80±0.41	0.09	80.0	
	b- IV 神经状态:		4.80±0.41	0.09	80.0	
		1 瞳孔大小	4.27±0.70	0.16	40.0	
		2 瞳孔对光反应	4.80±0.41	0.09	80.0	
		3 外界刺激睁眼	4.73±0.46	0.10	73.3	
	b- V 神经状态:颅神经感觉/运动功能	4 认知定向力(周围环境、自身状态)	4.60±0.63	0.14	66.7	
			4.87±0.35	0.07	86.7	
		1 吞咽功能	4.67±0.49	0.10	66.7	
		2 视力、视野	4.80±0.41	0.09	80.0	
		3 肢体感觉	4.80±0.41	0.09	80.0	
		4 双侧肌力	4.87±0.35	0.07	86.7	
		b- VI 神经状态:运动控制		4.67±0.49	0.10	66.7
			1 按指令有目的运动	4.93±0.29	0.05	93.3
	c 心理社会健康领域		2 姿势的保持	4.80±0.41	0.08	80.0
				4.67±0.62	0.13	73.3
			4.27±0.43	0.16	40.0	
c- I 焦虑水平		1 心神不安	4.87±0.35	0.07	86.7	
		2 躁动不安	4.80±0.41	0.08	80.0	
		3 易激惹	4.53±0.64	0.14	60.0	
c- II 抑郁水平			4.53±0.53	0.14	60.0	
		1 对活动丧失兴趣	4.53±0.64	0.14	60.0	
		2 注意力不集中	4.80±0.41	0.09	80.0	
c- III 心境稳定			4.53±0.53	0.14	60.0	
		1 表现出适当的情感	4.53±0.64	0.14	60.0	
d 健康知识和行为领域				4.73±0.46	0.10	73.3
			4.80±0.41	0.09	80.0	
	d- I 依从行为	1 寻求目前疾病和治疗的信息	4.20±0.56	0.13	26.7	
		2 实施护理措施时依从行为	4.60±0.51	0.11	60.0	
			4.60±0.51	0.11	60.0	
	d- II 健康促进行为	1 常规的执行健康行为	4.53±0.52	0.11	53.3	
		2 利用社会支持促进健康	4.53±0.64	0.14	60.0	
			4.60±0.63	0.14	66.7	
	d- III 知识;健康促进		4.60±0.63	0.14	66.7	
		1 描述有效锻炼的项目	4.27±0.59	0.14	33.3	
e 感知的健康领域			4.47±0.64	0.14	53.3	
			4.67±0.49	0.10	66.7	
	e- I 个人健康	1 应对健康改变的能力	4.87±0.35	0.07	86.7	
			4.87±0.35	0.07	86.7	
	e- II 舒适程度	1 躯体健康	4.87±0.35	0.07	86.7	
		2 心理健康	4.93±0.26	0.05	93.3	
		3 物理环境	4.73±0.46	0.09	73.3	

34项指标重要性评分为 $(4.20 \pm 0.56) \sim (4.92 \pm 0.26)$ 分,其中重要性得分排名前6的分别是按指令有目的运动 (4.93 ± 0.29) 分、心理健康 (4.93 ± 0.26) 分、血压 (4.87 ± 0.35) 分、心神不安 (4.87 ± 0.35) 分、应对健康改变的能力 (4.87 ± 0.35) 分、躯体健康 (4.87 ± 0.35) 分,这些指标与临床实践中的重点相契合,对脑出血患者应加强血压的监护,关注患者早期语言及运动功能康复^[18]。脑出血患者的早期康复是减少损伤,提高生活独立性,让患者更快融入社会,改善生活质量的关键^[19-20]。同时患者的心理问题和主观感受也至关重要,通过对患者心理的评估,给予针对性的心理疏导,以预防患者住院期间因疾病变化带来的心理问题,避免消极情绪的影响,促进患者早期康复。该指标构建从多角度对患者状态进行评价,可全面了解患者情况,实施有效护理干预,以达到患者满意结局。

3.3 脑出血患者护理结局测评指标临床价值分析

护理结局的研究多集中在北美地区,我国尚未广泛应用,本研究建立以护理结局为基础的脑出血患者护理结局指标,通过评估患者现阶段的状态,采取针对性护理措施,使患者达到更满意的结局^[21],结局也可以评估护理措施是否有效。护理结局的引入,可以将个体情况进行赋值量化,根据Likert 5级评分法评估患者,使评价更加客观。应用脑出血患者护理结局指标,可以监测整个治疗过程的进展程度,结局得分的变化可以作为护理措施的反馈结果^[6]。护理结局分类系统是一种清晰、实用的临床语言,大多由临床常用语言映射而来,以此将日常用语标准化,优化有效信息^[22],使护士沟通和交接患者病情时更加客观、准确,较少因语言歧义带来的失误,同时护理结局已经与护理诊断分类 (Nursing Diagnoses Classification, NDC)、护理措施分类 (Nursing Interventions Classification, NIC) 建立链接,以促进护理人员对护理结局分类系统的理解。因此,将护理结局分类优化应用于脑出血患者,用量化的指标评估患者状态,有助于护士及患者及时了解现阶段的状态,护士通过对患者现状的评价,采取针对性措施,可促进疾病康复,降低脑出血患者致残率,改善患者预后,使健康服务达到最大的效益。

4 结论

本研究构建的脑出血患者护理结局测评指标符合我国国情,具有一定的临床价值,可作为脑出血患者护理结局评估工具。且以《护理结局分类》为基础,应用德尔菲法构建的指标科学、可靠,可有效评估患者结局,能为临床护理工作的有效开展提供参考依据,保证评价指标的可行性和适用性仍值得在实践中进一步研究探讨。

参考文献:

- [1] MEMBERS W G, MOZAFFARIAN D, BENJAMIN E J, et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2016 Update: a report from the American Heart Association [J]. Circulation, 2016, 133(4):e38.
- [2] KEEP R F, HUA Y, XI G. Intracerebral haemorrhage: mechanisms of injury and therapeutic targets [J]. Lancet Neurology, 2012, 11(8):720–731.
- [3] FU Y, LIU Q, ANRATHER J, et al. Immune interventions in stroke [J]. Nature Reviews Neurology, 2015, 11(9):524–535.
- [4] TOYODA K, GROTTA J C. Seeking best medical treatment for hyperacute intracerebral hemorrhage [J]. Neurology, 2015, 84(5):444–445.
- [5] AUSTIN M W, PLOUGHMAN M, GLYNN L, et al. Aerobic exercise effects on neuroprotection and brain repair following stroke: a systematic review and perspective [J]. Neurosciences, 2014, 81(1):8–15.
- [6] 吴袁剑云. 护理结局分类 [M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2006:16–25.
- [7] 杨亚, 戴新娟, 徐中芹. 冠心病住院患者护理结局及指标的类目研究 [J]. 中国实用护理杂志, 2015, 31(15):1093–1096.
- [8] 杨丽红, 徐春艳, 张翠萍. 肝癌围术期病人护理结局及指标类目的构建 [J]. 护理研究, 2017, 31(1):74–76.
- [9] 李岩. 马斯洛需求理论在脑出血护理中的应用 [J]. 中国医药指南, 2015, 13(33):282–283.
- [10] 韩琳. 中青年脑卒中患者延续性护理需求的现状及影响因素分析 [D]. 吉林长春: 吉林大学, 2017.
- [11] 韦凤琴, 韦凤美, 白凤霞. 美国护士协会认可的护理语言 [J]. 中国护理管理, 2011, 11(10):89–92.
- [12] 张媛媛, 钮美娥, 汪茜雅, 等. 老年结肠镜检查患者肠道准备关键点指导方案的构建研究 [J]. 现代临床护理, 2018, 17(1):10–16.
- [13] 应波, 朱丛丛, 杭莺, 等. 基于结构–过程–结果三维质量评价模式构建冠心病监护病房护理质量客观评价