

卒中单元住院患者护理人文关怀体验量表编制及信效度检验

徐文娟¹, 蒋梦伟², 李敏³, 李昱焱⁴, 王建晶¹, 樊晓奇¹, 谢红珍¹

摘要:目的 编制卒中单元住院患者护理人文关怀体验量表并进行信效度检验,为促进卒中单元护理人文关怀质量评价提供可靠工具。方法 通过文献分析、2 轮德尔菲专家函询形成量表初版。采用便利抽样法,2025 年 6—8 月对 20 个省市 70 所医院的 661 例卒中单元患者进行问卷调查,检验量表的信效度。结果 量表共包含 4 个维度(入院体验、住院核心照护与响应、住院赋能与协作关怀、出院计划及评价)32 个条目。探索性因子分析提取 4 个因子,累计方差贡献率为 69.536%;验证性因子分析显示模型拟合较好($\chi^2/df=2.112$, RMSEA=0.071, CFI=0.912, IFI=0.904, TLI=0.904, NFI=0.886)。条目水平的内容效度指数 0.917~1.000,量表水平的平均内容效度指数 0.996。总量表的 Cronbach's α 系数为 0.973,重测信度为 0.925。结论 卒中单元住院患者护理人文关怀体验量表信效度良好,可作为评估卒中患者护理人文关怀体验的工具。

关键词:卒中; 卒中单元; 护理人文关怀; 患者体验; 量表; 信度; 效度

中图分类号:R473.74;R743.3 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2026.07.021

Development and validation of a humanistic care experience scale in the stroke unit

Xu Wenjuan, Jiang Mengwei, Li Min, Li Yuyao, Wang Jianjing, Fan Xiaoqi, Xie Hongzhen. Department of Health Medicine, General Hospital of Southern Theater Command, Guangzhou 510010, China

Abstract: **Objective** To develop and initially validate a humanistic care experience scale in the stroke unit, and to provide a reliable tool to evaluate the quality of humanistic care in the stroke unit. **Methods** The scale was developed through literature review and two rounds of Delphi expert consultation. Then a convenience sample of 661 patients in the stroke unit were recruited across 70 hospitals in 20 provinces between June and August 2025 to validate the scale. **Results** The final scale consisted of 32 items across 4 dimensions (admission experience, core hospitalization care and response, empowerment and cooperation caring, discharge planning and evaluation). Exploratory factor analysis extracted 4 factors, explaining 69.536% of the variance. Confirmatory factor analysis demonstrated a good fit ($\chi^2/df=2.112$, RMSEA=0.071, CFI=0.912, IFI=0.904, TLI=0.904, NFI=0.886). The item-level content validity index ranged from 0.917 to 1.000, and the scale-level content validity index using the average approach was 0.996. The Cronbach's α coefficient for the total scale was 0.973, and the test-retest reliability was 0.925. **Conclusion** The humanistic care experience scale for patients in the stroke unit demonstrates satisfactory reliability and validity.

Keywords: stroke; stroke unit; humanistic care; patient experience; scale; reliability; validity

我国每年新发卒中患者超过 200 万,约 75% 的卒中存活患者存在功能和心理障碍^[1]。如何协助卒中患者树立康复信心,促进回归社会和提升生活质量等系列问题值得持续关注。有研究证实,实施人文关怀能显著降低卒中后心理障碍的发生,更直接影响康复结局,也是综合提高卒中病房护理质量的关键措施^[2-4]。《进一步改善护理服务行动计划(2023—2025 年)》^[5]《医学人文关怀提升行动方案(2024—2027 年)》^[6]等文件均强调了加强医疗护理人文建设、细化人文关怀举措的重要性。2021 年起,本课题组基于建设卒中人文关怀病房开展了系列研究^[7-10],一定程度上丰富了我国卒中患者人文关怀的实践体系。但

当前国内仍缺乏一个基于卒中患者特定需求,能系统覆盖从入院到出院全流程,并包含卒中康复与家庭照护特点的护理人文关怀质量评价工具,这导致卒中单元护理人文关怀的实施效果难以被科学、全面的评估和持续改进。患者体验作为反映医疗护理服务质量的重要指标,因其能真实地还原医疗护理服务的全过程,日益受到重视^[11]。基于此,本研究以卒中患者体验的视角,构建卒中单元住院患者护理人文关怀体验量表并进行信效度检验,以期评价护理人文关怀实施效果、改进人文关怀举措提供工具。

1 对象与方法

1.1 对象

1.1.1 函询专家 纳入标准:①研究或工作领域为脑卒中、慢性病、人文方向;②具有本科及以上学历,副高级及以上职称,工作 10 年以上;③具有较高积极性,自愿参与本研究并签署知情同意书。本研究遴选了来自广东、江苏、陕西、山东、湖北、北京、甘肃、贵州、辽宁、河南 10 个省市的专家共 22 人。均为女性,年龄 38~60(48.73±6.46)岁;工作年限 15~41(28.86±8.14)年;本科 12 人,硕士 7 人,博士 3 人;

作者单位:1. 中国人民解放军南部战区总医院健康医学科(广东广州,510010);2. 广东药科大学护理学院;3. 重庆市急救医疗中心(重庆大学附属中心医院)创伤外科;4. 南方医科大学护理学院

通信作者:谢红珍, hongzhenxie@163.com

徐文娟:女,硕士,护师, xuwenjuan@szseyy.com

科研项目:广州市科技计划项目(201704020155)

收稿:2025-11-10;修回:2026-01-12

副主任护师 10 人,主任护师 10 人,教授 2 人;脑卒中方向 15 人,慢性病方向 2 人,人文方向 5 人。

1.1.2 调查对象 纳入标准:①经临床医生诊断符合《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018》^[12] 脑梗死诊断标准或《中国脑出血诊治指南(2019)》^[13] 脑出血诊断标准,并经 CT 或 MRI 确诊;②年龄 ≥ 18 岁;③病情稳定,具有正常的沟通与表达能力;④自愿参与本研究并签署知情同意书。排除标准:伴有痴呆、精神疾病及严重心脑血管功能不全,不能配合调查。样本量一般为量表条目数的 5~10 倍,正式调查量表的条目数为 35 个,探索性因子分析样本应不少于 175,同时根据验证性因子分析的样本应不低于 200,并考虑 20% 的无效样本,本研究最低样本数为 $(175+200) \div (1-20\%) = 469$ 。实际有效调查 661 例脑卒中患者,男 361 例,女 300 例;年龄 18~75(56.93 \pm 23.36)岁;小学及以下文化程度 150 例,初中 218 例,高中或中专 120 例,大专及以上 173 例;未婚 64 例,已婚 581 例,丧偶或离异 16 例。患者目前完全自理 353 例,部分自理 218 例,绝大部分不能自理 90 例。本研究已通过中国人民解放军南部战区总医院科研伦理委员会批准(NZLLK2022137)。

1.2 方法

1.2.1 构建卒中单元住院患者护理人文关怀体验量表初版 系统检索中国知网、万方数据知识服务平台、维普网、PubMed、Web of Science、JBI、Cochrane Library、国内外指南网站及神经重症与护理相关学术资源。基于文献回顾,整合国内护理人文关怀的核心共识^[14] 与规范^[10,15],以及卒中专科护理实践指南^[8-9],明确卒中患者主要护理人文关怀需求与具体措施(如加强护患沟通,提供个性化护理,关注家属需求,营造温馨环境等)。在此基础上,以延续性护理理念为框架,确保关怀的连续性;并基于马斯洛需要层次理论,构建涵盖患者生理、安全、情感归属、尊重及自我实现等多层次需求的量表结构。最终,拟订的初始量表包含 4 个一级条目及 40 个二级条目。

1.2.2 实施德尔菲专家函询 拟订专家函询问卷,包含四部分。①前言:介绍本次函询的背景、目的、填写方法以及联系方式。②卒中单元住院患者护理人文关怀体验函询表:对条目重要性和可行性评分。重要性以 5 级计分法进行评分,从“完全不重要”到“非常重要”分别赋 1~5 分,可行性计分相同。同时设意见修改栏及条目补充栏。③专家基本情况:包含年龄、学历、工作领域及工作年限等。④专家判断依据(C_a)及熟悉程度(C_s)。2023 年 8—10 月以电子邮件的形式将函询问卷发送给专家。进行 2 轮专家函询,函询问卷回收率均为 100%。第 1 轮专家权威系数(C_r)为 0.932($C_s = 0.913, C_a = 0.950$),第 2 轮 C_r 为 0.930($C_s = 0.909, C_a = 0.950$);Kendall's W 分别

为 0.098、0.103($\chi^2 = 87.714, 97.300$, 均 $P < 0.001$)。第 1 轮重要性评分 4.32~5.00,变异系数 0~0.23,满分为 50%~100%;第 2 轮重要性评分 4.32~5.00,变异系数 0~0.28(第 1 轮专家函询后新增的 1 个条目,在第 2 轮函询中变异系数为 0.28,其余条目变异系数为 0~0.17),满分为 50%~100%。第 1 轮专家共提出 138 条意见,参考重要性得分和意见共修改 25 个条目,合并 4 个条目为 2 个条目,新增 8 个条目,删除 2 个条目。第 2 轮共提出 76 条修改意见,共修改 23 个条目表达,调整 2 个条目的维度,合并 6 个条目为 3 个条目,删除 1 个条目。修改后由原来的 44 个条目调整为 40 个条目的预调查版量表。

1.2.3 预调查 在广东省某三甲医院对 30 例卒中患者进行调查。患者填写过程顺利,通俗易懂,完成时间为 4.8~6.0(5.88 \pm 0.38)min。但其中 5 个条目“当您语言交流有困难时,护士指导您使用替代方法表达日常基本需求”“当您吞咽功能有问题时,护士会提供进食、功能训练和营养等指导”“当您出现肢体运动障碍时,护士会给予您康复指导”“当不得已对您使用约束时,护士会经常询问您有无不适并能及时解除不必要的约束”和“护士能指导您及家人如何护理出院须携带的管道(尿管、胃管等)”选择未涉及的患者分别为 9、12、8、13 和 10 例,为减少量表的测量误差和增加量表适用范围,课题组讨论决定将前 3 个条目合并至条目“当您因为卒中后遗症(如偏瘫、失语、吞咽困难等)造成生活或行为不便时,护士会主动提供帮助及解决方法(如指导功能锻炼、替代方法建议)”,并删除后 2 个条目。预调查后形成正式调查量表,共 35 个条目。

1.2.4 正式调查 采用便利抽样法,于 2025 年 6—8 月,凭借《卒中单元住院患者人文关怀护理规范》^[10] 团体标准验收的机会,对 20 个省市 70 所医院的卒中单元住院患者进行问卷调查,每所医院填写 10~15 份问卷。课题组通过腾讯会议对各医院调查员进行统一培训,调查员向患者说明调查目的和方法,取得患者同意后,以问卷星二维码的形式发放问卷。本研究回收 700 份问卷,排除答案一致、答题时间 < 150 s 问卷 39 份,共纳入 661 份问卷,有效回收率 94.43%。

1.2.5 统计学方法 采用 SPSS25.0 和 R4.5.1 软件进行统计分析。项目分析采用临界比值法、相关系数法、Cronbach's α 系数法对量表条目进行筛选。效度测量包含内容效度和结构效度。邀请 12 名专家对量表进行内容效度评价;结构效度通过探索性因子分析和验证性因子分析(将 661 份样本随机分为两部分,330 份用于探索性因子分子,331 份用于验证性因子分子);采用主成分分析法进行探索性因子分析,最优斜交法进行旋转,按特征值 > 1 准则筛选因子,结

合因子竞争模型与理论确定量表提取的因子数^[16]；验证性因子分析采用极大似然法进行参数估计。聚合效度通过组合信度(Composite Reliability, CR)和平均方差萃取量(Average Variance Extracted, AVE)进行评价, CR>0.7, AVE>0.5 表明聚合效度良好^[17]。区分效度采用异质-单质比率(Heterotrait-Monotrait ratio, HTMT)进行评价, 反映不同因子之间的相关程度。值越低说明两个因子之间的区分度越高。一般 HTMT<0.9, 量表的区分度可接受^[18]。信度包括 Cronbach's α 系数和重测信度(标记 30 例正式调查的脑卒中住院患者在 4 周后复查时进行复测, 计算重测信度)。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 项目分析 将用于探索性因子分析的 330 份样本进行项目分析。①相关系数法: 各条目与问卷总分的 Pearson 相关系数 0.580~0.814(均 $P<0.001$)。②临界比值法: 取问卷得分前 27% 和后 27% 的样本, 比较其在各条目的得分差异, 结果显示 $t=5.889\sim 12.362$ (均 $P<0.001$)。③Cronbach's α 系数法: 量表的总 Cronbach's α 系数为 0.974, 删除某一项条目后量表的 Cronbach's α 系数 0.972~0.973。综合 3 种方法无需删除条目。

2.2 效度分析

2.2.1 结构效度

2.2.1.1 探索性因子分析 因子分析前进行采样充足度 KMO 测定和 Bartlett 球形检验, 结果显示 KMO 值为 0.964, Bartlett 球形检验 $\chi^2=10\,036.09$, $P<0.001$, 符合因子分析的适用条件。初步提取 3 个因子, 结合理论模型, 进行模型竞争比较, 结果显示四因子模型更优, 且考虑到因子 4 的特征值为 0.938 接近于 1, 课题组决定固定因子数为 4 进行探索。第 1 次因子旋转后 2 个条目在住院体验和出院体验维度的因子载荷均大于 0.4, 1 个条目在各维度的因子载荷均小于 0.4, 因此删除以上 3 个条目。第 2 次探索性因子分析, KMO 值为 0.964, Bartlett 球形检验 $\chi^2=9\,220.065$, $P<0.001$ 。固定因子数为 4 再次探索, 累计方差贡献率为 69.536%, 条目的因子负荷均大于 0.4 且独立于 1 个因子, 结果见表 1。条目“护士能清晰地向您介绍病区环境、住院须知、主管医生及责任护士”在因子 2 的载荷最大(与量表理论构想不一致), 考虑到卒中患者的突发性和紧急性, 以及住院期间责任护士轮换, 对病区环境、责任护士的介绍可能在住院期间完成, 同时符合及时响应的内涵, 因此, 将该条目划分到因子 2。最终, 将因子 1 命名为入院体验, 因子 2 命名为住院核心照护与响应, 因子 3 命名为住院赋能与协作关怀, 因子 4 命名为出院计划及评价。

2.2.1.2 验证性因子分析 以探索性因子分析提取的 4 个因子为潜在变量, 将其载荷显著的条目作为观

测变量, 构建一阶四因子模型, 采用极大似然法进行参数估计。结果显示, 条目的标准化路径系数为 0.556~0.876, 无需删除条目。模型的拟合指数为 $\chi^2/df=2.112$, RMSEA=0.071, CFI=0.912, IFI=0.904, TLI=0.904, NFI=0.886。将该模型与系列竞争模型(根据每个维度的相关性合成因子模型)进行比较, 四因子模型的拟合指数符合标准且最优。

2.2.2 聚合效度和区分效度 见表 2。

2.2.3 内容效度 第 2 轮专家函询时增设了问卷各条目与所在维度的相关性评分, 选取其中的 12 名专家进行相关性评分。量表条目水平的内容效度指数(I-CVI)为 0.917~1.000, 量表水平的平均内容效度指数(S-CVI/Ave)为 0.996。

2.3 信度分析 总量表的 Cronbach's α 系数为 0.973, 入院体验、住院核心照护与响应、住院赋能与协作关怀和出院计划及评价的 Cronbach's α 系数依次为 0.906、0.962、0.920、0.911。总量表的重测信度为 0.925, 上述 4 个维度的重测信度依次为 0.912、0.924、0.958、0.725。

2.4 量表终稿 最终量表保留 4 个维度 32 个条目, 其中入院体验 4 项, 住院核心照护与响应 7 项, 住院赋能与关怀协作 11 项, 出院计划与评价 10 项。采用 4 级评分法, 选项依次为“非常不同意、不同意、同意、非常同意”, 分别赋值 1~4 分。选“不涉及”用平均数代替。总分 32~128 分, 分越高代表卒中单元住院患者护理人文体验越好。

3 讨论

3.1 卒中单元住院患者护理人文关怀体验量表构建的必要性 卒中不仅让患者生理健康受到严重创伤, 其焦虑、抑郁、冷漠等心理问题也更易发生^[19-22], 会严重影响患者康复参与水平, 导致预后不良、恢复延迟, 增加照顾者负担^[23]。关怀是护理的本质和核心, 人文关怀护理强调全面满足患者心理、社会需求^[24], 已被纳入国家健康战略和卫生政策法规。充分了解患者体验是迈向以患者为中心的护理的关键一步, 意味着医疗实践从“以疾病为中心”向“以患者为中心”转变^[25-27]。但当前缺少能够系统、量化评价卒中患者全程人文关怀体验的专业工具, 导致护理质量的提升难以实现精准的“评价-改进”闭环。因此, 本研究构建的卒中单元住院患者护理人文关怀体验量表, 聚焦于卒中患者从入院到出院的全程照护体验, 能够将“人文医院”建设的宏观要求, 转化为对具体护理环节(如入院宣教、情感支持、出院指导等)的可测量指标。通过该量表的应用, 护理管理者能够系统评估卒中病房护理人文关怀的实施水平, 准确识别护理过程中的薄弱环节, 为制订针对性的质量改进策略提供依据, 推动卒中病房优质护理服务以提高患者康复质量。

表 1 第 2 次因子分析转轴后的结构矩阵 (n=330)

条目	入院 体验	住院核心照护 与响应	住院赋能与 协作关怀	出院计划 及评价
1. 病房安静、整洁、温馨,标识清晰、易懂	0.900	-0.083	0.114	-0.044
2. 病房基础与安全设施齐全、完好,使用方便	0.935	-0.075	0.086	-0.075
3. 病区工作人员佩戴工牌、着装整洁,礼貌热情,精神风貌好	0.822	0.086	-0.015	0.064
4. 护士入院接诊及时,流程合理、顺畅	0.829	0.160	-0.084	0.018
5. 护士能清晰地向您介绍病区环境、住院须知、主管医生及责任护士	0.141	0.712	0.023	0.049
6. 当您和家人日常生活需要护士帮助时,护士能及时响应并协助解决	0.183	0.713	0.036	-0.009
7. 当您因为卒中后遗症(如偏瘫、失语、吞咽困难等)造成生活或行为不便时,护士会主动提供帮助与解决方法(如指导功能锻炼、替代方法建议)	-0.040	0.826	-0.041	0.022
8. 当您出现病情变化或疼痛等不适时,护士能及时关心并处理	0.066	0.914	-0.224	0.079
9. 护士进行各项操作前,会向您及家人说明操作目的及注意事项,并获取同意	0.010	0.675	0.071	0.054
10. 护士操作技术熟练、规范,并注意保护您的隐私	-0.066	0.575	0.384	-0.006
11. 当您需要特殊治疗(如溶栓、手术、血管介入等)时,护士会告知注意事项并给予安慰	-0.182	0.599	0.391	-0.136
12. 护士会向您介绍药物的作用、使用方法、可能出现的不良反应及注意事项	0.029	0.386	0.533	-0.087
13. 护士会告知您外出检查或治疗的地点与注意事项,必要时会安排专人陪检	-0.004	0.359	0.559	-0.059
14. 护士会邀请您及家人参与制订护理方案,并尊重您的意愿与决定	-0.089	0.347	0.538	0.068
15. 护士会帮助您及家人了解卒中对您健康与生活的影响(如卒中后疲劳、心情低落等)	-0.022	0.214	0.622	0.078
16. 护士会关注到您的心理变化,并及时提供安慰、鼓励等情感支持	0.020	0.057	0.742	0.047
17. 护士对您和其他患者一视同仁,您可以感受到来自他们的尊重	0.018	0.087	0.705	0.104
18. 您和家人能方便地查询或获取住院费用明细	0.095	0.080	0.719	0.018
19. 您的病床被服及时更换,保持干净、整洁、无异味	0.017	-0.035	0.754	0.179
20. 您能通过病区的宣传栏、宣传资料、电视等了解卒中中预防、治疗、康复等相关知识	0.079	-0.100	0.868	0.008
21. 护士会指导您及家人管理卒中再发危险因素(如戒烟限酒,控制血压、血糖、血脂等)	0.020	0.007	0.687	0.201
22. 护士会指导您及家人如何预防卒中并发症(如足下垂、压力性损伤、深静脉血栓、吸入性肺炎等)	0.039	-0.303	0.743	0.302
23. 出院时,护士会向您及家人介绍居家照护的注意事项(如家居环境调整、防跌倒、康复锻炼、辅助器具使用等)	-0.041	-0.043	0.173	0.711
24. 出院时,护士会向您及家人提供紧急情况下的就医渠道	-0.069	0.111	0.086	0.631
25. 出院时,护士会告诉您卒中早期识别工具的使用方法和及时就医的重要性	-0.001	0.105	0.133	0.635
26. 出院时,护士会鼓励您建立回归家庭和社会的信心	-0.058	0.013	0.198	0.647
27. 出院时,护士会为您提供明确的复诊与随访计划指导	-0.007	-0.030	-0.070	0.913
28. 出院时,护士会清晰、有效告知出院流程,并指导相关手续的办理	-0.030	-0.099	-0.063	0.927
29. 住院期间,您对护士的服务态度感到满意	0.038	0.217	-0.027	0.713
30. 住院期间,您对护士的操作技术感到满意	0.033	0.132	0.014	0.745
31. 住院期间,您对护士的健康指导感到满意	0.051	0.015	-0.010	0.787
32. 您愿意向有需要住院的卒中患者推荐这所医院	0.013	-0.042	0.110	0.751
特征值	18.497	2.580	1.538	0.938
方差贡献率(%)	54.017	8.046	4.546	2.927

注:量表条目序号根据探索结果重新标注。

表 2 聚合效度和区分效度

项目	CR	AVE	HTMT			
			因子 1	因子 2	因子 3	因子 4
因子 1	0.901	0.694	1.000			
因子 2	0.888	0.545	0.881	1.000		
因子 3	0.949	0.634	0.676	0.869	1.000	
因子 4	0.940	0.612	0.592	0.761	0.889	1.000

3.2 卒中单元住院患者护理人文关怀体验量表具有较高的科学性

本研究在参考卒中相关团体标准^[10,15]及专家共识^[14]的基础上,以延续性护理为框架,结合马斯洛需求层次理论,对患者生理、安全、尊重与自我实现多层次需求进行条目补充。邀请的 22 名专家来自 10 个省市,研究方向涵盖卒中、慢病和人文,2 轮函询专家积极性为 100%,Kendall's W 分别为 0.098、0.103(均 $P < 0.05$),说明专家具有较高的积极性,专家意见具有一致性。对卒中病房 30 例患者的预调查表明量表内容通俗易懂,对 5 个不适宜的条目进行合并和删减,减少了之后的测量误差。通过探

索性因子进行 2 次旋转后,各条目的因子载荷 > 0.4 ,累计方差贡献率为 69.536%。验证性因子结果显示,各条目的路径系数均 > 0.4 ,量表的拟合指标均符合标准,通过竞争模型比较,四因子模型为最优模型。量表的 I-CVI 为 0.917~1.000,表明量表内容能真实反映测量目的。量表总 Cronbach's α 系数为 0.973,重测信度为 0.925,说明内部一致性及跨时间稳定性较好。综上所述,卒中单元住院患者护理人文关怀体验量表构建过程规范,信效度良好,具有科学性。

3.3 卒中单元住院患者护理人文关怀体验量表具有良好的适用性

量表 4 个维度完整覆盖了卒中患者从入院到出院的照护全周期。入院体验维度聚焦于环境、接待与初步沟通的评价,旨在满足患者对安全、舒适与信息明确的基本生理与安全需求,为患者创造了良好就医体验、建立了初始信任。住院核心照护与响应维度通过评价专业、及时、安全的护理技术操作,深化了对患者医疗安全需求的保障。住院赋能与协作关怀维度进一步评价健康教育、情感支持、共同决

策等内容,回应了患者对归属、尊重与参与的更高层次需求。出院计划及评价维度则着眼于为患者回归家庭与社会提供延续性指导与信心支持的评价,为患者出院后自我重建提供保障。量表内容针对性强、涉及内容全面,确保了优质护理的连续性与整体性,可为了解卒中住院患者护理人文关怀体验,推动人文护理建设和管理提供有效的评估工具。同时,本研究调查了不同地区、文化背景、年龄的卒中患者,均能在 7 min 内完成,表明量表通俗易懂,接受范围广。因此,卒中单元住院患者护理人文关怀体验量表具有良好的适用性。

4 结论

卒中单元住院患者护理人文关怀体验量表共 4 个维度 32 个条目。量表构建过程规范、科学,为测量卒中单元患者护理人文关怀体验,了解护士护理人文关怀实施水平与效果提供了有效的评估工具。本研究虽然在多中心进行,但是样本数量仍然有限,未来仍需进行大样本调查予以验证,逐渐完善量表并推广应用。

参考文献:

[1] Tu W J, Wang L D. China stroke surveillance report 2021[J]. *Mil Med Res*, 2023, 10(1): 33.

[2] 张燕晓,袁静,李经乐. 人文关怀护理在脑卒中后抑郁症护理中的应用效果[J]. *保健医学研究与实践*, 2022, 19(4): 113-116.

[3] 常玉光,邹彩红,党伟,等. 类家庭人文关怀在脑卒中偏瘫患者康复训练中的作用研究[J]. *中国临床医生杂志*, 2017, 45(10): 114-117.

[4] Li M, Zhu W, Luo Q, et al. Psychological experience of humanistic care among medical staff in stroke wards: a qualitative research study conducted in China[J]. *Front Psychiatry*, 2022, 13: 791993.

[5] 国家卫生健康委员会,国家中医药局. 进一步改善护理服务行动计划(2023-2025 年)[EB/OL]. (2023-06-15) [2024-09-18]. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202306/content_6887303.htm.

[6] 国家卫生健康委员会办公厅,教育部办公厅,国家中医药局综合司,等. 医学人文关怀提升行动方案(2024-2027 年)[EB/OL]. (2024-09-29) [2024-10-10]. https://www.gov.cn/zhengce/zhengcek-u/202410/content_6979036.htm.

[7] Li M, Xie H, Luo Q, et al. A qualitative study on the humanistic care needs of patients with stroke and their families[J]. *J Multidiscip Healthc*, 2023, 16: 717-730.

[8] 李敏. 脑卒中人文护理实践指引的构建[D]. 广州: 广东药科大学, 2021.

[9] Li M, Ji Y, Yang Z, et al. Development of humanistic nursing practice guidelines for stroke patients[J]. *Front Public Health*, 2022, 10: 915472.

[10] 中国生命关怀协会. 卒中单元住院患者人文关怀护理规范 T/CALC004-2024[S]. 北京: 中国标准出版社, 2024.

[11] 丁蕊,吴新艳. 大型综合医院实施患者体验管理的实践与探索[J]. *中国医院管理*, 2021, 41(10): 59-60, 83.

[12] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018[J]. *中华神经科杂志*, 2018, 51(9): 666-682.

[13] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国脑出血诊治指南(2019)[J]. *中华神经科杂志*, 2019, 52(12): 994-1005.

[14] 中国生命关怀协会人文护理专业委员会. 医院护理人文关怀实践规范专家共识[J]. *中华医院管理杂志*, 2021, 37(10): 843-847.

[15] 中国生命关怀协会. 病区护理人文关怀管理规范: T/CALC001-2022[S]. 北京: 中国标准出版社, 2022.

[16] Brown T A. Confirmatory factor analysis for applied research[M]. New York: Guilford Publications, 2015: 139-157.

[17] Fornell C, Larcker D F. Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error[J]. *J Market Res*, 1981, 18(1): 39-50.

[18] Henseler J, Ringle C M, Sarstedt M. A new criterion for assessing discriminant validity in variance-based structural equation modeling[J]. *J Acad Market Sci*, 2015, 43(1): 115-135.

[19] 司雨朦,杜静,余红,等. 卒中后疲劳患者疲劳体验及应对策略的质性研究[J]. *护理学杂志*, 2024, 39(7): 109-112.

[20] Medeiros G C, Roy D, Kontos N, et al. Post-stroke depression: a 2020 updated review[J]. *Gen Hosp Psychiatry*, 2020, 66: 70-80.

[21] Bergersen H, Frøslie K F, Sunnerhagen K S, et al. Anxiety, depression, and psychological well-being 2 to 5 years poststroke[J]. *J Stroke Cerebrovasc Dis*, 2010, 19(5): 364-369.

[22] Sagen-Vik U, Finset A, Moum T, et al. The longitudinal course of anxiety, depression and apathy through two years after stroke[J]. *J Psychosom Res*, 2022, 162: 111016.

[23] de Graaf J A, Schepers V P M, Nijssen B, et al. The influence of psychological factors and mood on the course of participation up to four years after stroke[J]. *Disabil Rehabil*, 44(10): 1855-1862.

[24] 刘义兰. 护理人文关怀标准化建设的思考[J]. *护理学杂志*, 2025, 40(1): 1-2.

[25] Ahmed F, Burt J, Roland M. Measuring patient experience: concepts and methods[J]. *Patient*, 2014, 7(3): 235-241.

[26] Larson E, Sharma J, Bohren M A, et al. When the patient is the expert: measuring patient experience and satisfaction with care[J]. *Bull World Health Organ*, 2019, 97(8): 563.

[27] Karabatić S, Šajnić A, Pleština S, et al. Croatian national cancer patient experience survey[J]. *Int J Environ Res Public Health*, 2022, 19(14): 8285.