

• 论著 •

应用德尔菲法构建重症护理记录任务提示卡

李婷 滕洪云 白丽丽

天津市第五中心医院重症医学科,天津 300450

通信作者:白丽丽, Email: baililiqq@163.com

【摘要】 目的 通过构建重症护理记录任务提示卡,为护士提供标准化的记录任务指引,以减少因遗忘造成的记录缺陷,提升重症护理记录质量。**方法** 检索中国政府网、国家卫生健康委员会官方网站、万方数据库、中国知网、维普数据库、美国国立医学图书馆 Pubmed 数据库、荷兰医学文摘 Embase 数据库、科学网(Web of Science)、临床精钥、Cochrane 图书馆数据库、国际指南网有关重症护理记录的相关文献。应用澳大利亚循证卫生保健中心(JBI)文献评价工具进行文献评价。提取文献中与重症记录任务提示卡构建相关的信息,形成德尔菲法专家咨询函。根据研究主题和德尔菲函的要求,采用目的抽样法选择相关专家。向专家发放咨询函回收后经过统计分析,由研究小组依据专家意见及数据分析结果进行方案条目的增加、修改或删除,进行多轮德尔菲法至专家意见一致方可停止。**结果** 最终纳入 14 篇文献,形成德尔菲法专家咨询函。第一轮德尔菲法专家咨询函包含 I 级指标 5 个,II 级指标 28 个。一级指标第一轮专家咨询得分均值范围约为 4.78~5.00 分,变异系数范围为 0.00~0.09,满分率范围为 77.8%~100.0%。二级指标第一轮专家咨询得分均值范围约为 3.44~4.89 分,变异系数范围为 0.00~0.44,满分率范围为 33.3%~88.9%。根据条目保留标准删除 4 条二级指标。修改 8 条二级指标,增加 1 条二级指标。一级指标第二轮专家咨询得分均值范围约为 4.78~5.00 分,变异系数范围为 0.00~0.09,满分率范围为 77.8%~100.0%。二级指标第二轮专家咨询得分均值范围约为 4.33~5.00 分,变异系数范围为 0.00~0.16,满分率范围为 44.4%~100.0%。经过两轮德尔菲法后形成 5 个 I 级指标、25 个 II 级指标的重症护理记录任务提示卡。**结论** 重症护理记录任务提示卡是防止重症护士因护理记录任务中断导致遗忘造成护理记录内容错误或项目缺失的有效工具,能提高护理管理质量。

【关键词】 重症护理记录; 任务提示卡; 德尔菲法; 护理质量管理**基金项目:** 中国社会福利基金会护爱基金(HLCXKT-202302);天津市医学重点学科(专科)建设项目(TJYXZDXK-3-003D)

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2025.04.015

The Delphi method was applied to construct the task prompt card for critical care records

Li Ting, Teng Hongyun, Bai Lili

Department of Critical Care Medicine, Tianjin Fifth Central Hospital, Tianjin 300450, China

Corresponding author: Bai Lili, Email: baililiqq@163.com

【Abstract】 Objective To develop a task prompt card for critical care records, providing standardized guidance for nurses on record-keeping tasks, reducing record deficiencies caused by forgetfulness, and improving the quality of critical care records. **Methods** Relevant literature on critical care record was retrieved from the official website of the Chinese government, the official website of the National Health Commission, Wanfang Database, China National Knowledge Infrastructure (CNKI), VIP database, PubMed, Embase, Web of Science, Clinical Key for nursing, Cochrane Library database, and the International Guideline Network. The Joanna Briggs Institute (JBI) literature evaluation tool was used to evaluate the literature. Information related to the construction of critical care record task prompt cards in the literature was extracted to form the expert consultation letter for the Delphi method. According to the research topic and the requirements of the Delphi consultation letter, relevant experts were selected by purposive sampling. The consultation letters were sent to the experts, and after the letters were collected and statistically analyzed, the research team added, modified or deleted the items of the plan according to the experts' opinions and the results of data analysis. The Delphi method was conducted in multiple rounds until the experts' opinions were consistent. **Results** A total of 14 articles were ultimately included to form the expert consultation letter of the Delphi method. The first round of the Delphi method expert consultation letter contained 5 first-level indicators and 28 second-level indicators. The average score of the first-level indicators in the first round of expert consultation ranged from 4.78–5.00, with a coefficient of variation ranging from 0.00–0.09 and a full score ratio ranging from 77.8%–100.0%. The average score of the second-level indicators in the first round of expert consultation ranged from 3.44–4.89, with a coefficient of variation ranging from 0.00–0.44 and a full score ratio ranging from 33.3%–88.9%. According to the item retention criteria, 4 second-level indicators were deleted, 8 second-level indicators were modified and 1 second-level indicator was added. The average score of the first-level indicators in the second round of expert consultation ranged from 4.78–5.00, with a coefficient of variation ranging from 0.00–0.09 and a full score ratio ranging from 77.8%–100.0%. The average score of the second-level indicators in the second round of expert consultation ranged from 4.33–5.00, with a coefficient of variation ranging from 0.00–0.16 and a full score ratio ranging from 44.4%–100.0%. After two rounds of the Delphi method, the research team finalised a critical-care record task-reminder card that comprised 5 first-level and 25 second-level indicators. **Conclusions** The

critical-care record task reminder card is an effective tool for preventing critical care nurses from forgetting due to interruption in record tasks, which can lead to errors or omissions in the record content. It can also improve the quality of nursing management.

【Key words】 Critical care record; Task prompt card; Delphi method; Nursing quality management

Fund program: China Social Welfare Foundation Love and Care Fund (HLCXKT-202302); Key Medical Specialties (Departments) Construction Project of Tianjin City (TJYXZDXK-3-003D)

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2025.04.015

重症护理记录是重症监护病房(intensive care unit, ICU)非常重要的客观数据之一,反映了护士及相关人员在某个时间、地点为患者提供的安全管理行为和服务^[1]。ICU 收治的患者多为病情危重、变化迅速的个体,为保障患者安全,护理人员需随时应对可能出现的突发情况,而护理工作涵盖生活照料、治疗执行、病情观察等多个环节,任务繁重且流程复杂,导致 ICU 护理中断事件发生频率较高,易分散护士注意力,增加工作负荷。当记录任务与其他护理任务发生冲突时,护士记录行为常被中断和滞后。一项现况调查研究显示,26.91% 的任务中断发生在文档记录时,随后产生 41.85% 的记录任务延迟,护士会因此而忘记计划好的书写任务,护理质量管理面临巨大挑战^[2]。我国关于护士记录任务被中断的现象已经引起重视,刘佳微等^[3]的研究显示,ICU 内中断事件发生时护士最常见的当前任务就是护理记录,中断事件不仅加重了护士的心理负担,还会影响护理记录质量。陈延亭等^[4]的研究也表明,护士记录任务被中断的情况经常发生,可能会导致记录内容不完整或错误。2019 年中国医院协会发布的《中国医院质量安全管理第 4-2 部分:医疗管理 护理质量管理》^[5],要求护士应按照正确的时间顺序记录所有已完成的步骤。虽然护理管理者积极地从护理中断事件的发起者、接收者及流程等方面构建和完善防范体系,但护理中断事件的管理仍缺乏有效手段,至今尚缺少有效和可行的干预措施来应对护士记录任务被中断导致项目缺失的问题。Stevenson 等^[6]进行的一项定性研究表明,在护士、患者、电子系统之间建立合理的媒介并改善记录情况是必要的。在记录任务被中断时,使用提示卡可能是提示护理记录任务的有效方法,可帮助 ICU 护士回忆要记录的内容,提高重症记录的书写质量^[6-7]。

本研究旨在通过系统的文献检索筛选出构建重症护理记录任务提示卡的内容指标,再通过德尔菲法进行指标的删改来构建一套科学、实用的重症护理记录任务提示卡,为护士提供标准化的记录任务

指引,减少因中断事件导致遗忘,最终造成的护理记录缺陷,从而提升重症护理记录质量。

1 资料与方法

1.1 重症护理记录任务提示卡内容的初步构建

1.1.1 文献检索:系统检索文献再进行回顾,中文检索词包括:重症护士记录任务、重症护理记录质量、ICU 护理文书质量管理、护理管理者、重症护理记录、护理质量提升、重症记录工作流程改变、重症监护室。英文检索词包括:intensive care unit nurse record tasks、quality of nursing documents、quality management、nursing quality、registered nurse、error reduction、cue card、nursing quality improvement recording workflow change、general intensive care unit。检索网站包括中国政府网、国家卫生健康委员会官方网站、万方数据库、中国知网、维普数据库、美国国立医学图书馆 Pubmed 数据库、荷兰医学文摘 Embase 数据库、科学网(Web of Science)、临床精钥、Cochrane 图书馆数据库、国际指南网等。应用澳大利亚循证卫生保健中心(Joanna Briggs Institute, JBI)的文献评价工具进行文献评价。

1.1.2 纳入标准:①文献类型:临床实践指南、证据总结、专家共识、系统评价、随机对照试验、观察性研究、文献综述;②语言:仅限英文与中文;③文献内容:涉及重症护理记录、目标任务提示卡、护理质量提升、重症记录工作流程改变的研究;④结局指标:重症护理记录错误减少、患者安全、护理质量提升、重症记录工作流程改变。

1.1.3 排除标准:①文献评价工具进行评价后判定为质量较低的文献;②未明确推荐意见的指南;③翻译版指南解读;④文献未能获得全文。

1.1.4 伦理学:本研究符合医学伦理学标准,并通过本院伦理委员会批准(审批号:WZX-EC-KY2024007)。

1.2 德尔菲法进行重症护理记录任务提示卡内容修改:最终纳入 14 篇文献。提取文献中与重症记录任务提示卡构建相关的信息,形成德尔菲法的专家咨询函(表 1)。根据研究主题和德尔菲函询的要求,采用目的抽样法选择相关专家。专家纳入标准:

表 1 重症护理记录任务提示卡第一轮德尔菲法专家咨询函

一级指标	二级指标
客观数值 / 数据 正确录入	I.1 眉栏部分登记手术名称、患者姓名、科室、住院病历号 (或病案号)、床位号、页码、记录日期和时间完整; I.2 呼吸机参数录入正确; I.3 血气检查结果录入正确; I.4 危急值项目录入正确; I.5 实验室检查项目录入正确; I.6 意识、生命体征、血氧饱和度等完整、及时录入,逻辑正确,记录时间应具体到分钟; I.7 规范使用中文和医学学术语,表述准确,语句通顺,标点正确; I.8 通用的外文缩写、无正式中文译名的症状和体征、疾病名称等可使用外文; I.9 记录日期应使用阿拉伯数字,记录时间应采用小时制。
准确统计出入量, 记录正确	II.1 输液量、饮水量、排泄量无漏记; II.2 出入量数值计算准确; II.3 因病情变化终止输入的剩余液体量; II.4 应用灌注泵、刻度杯、康乐保袋、尿壶和可吸收材料称重液体量; II.5 禁食水不应记录饮食量,鼻饲饮食期间应存在进食水记录; II.6 患者灌肠及排便情况记录准确。
正确记录临床 治疗及护理 项目	III.1 在临床诊疗活动过程中进行的各种诊断、治疗性操作 (如各种穿刺引流等) 的记录,应当按时准确在操作完成后即刻书写; III.2 操作记录内容包括操作名称、操作时间、操作步骤、结果及患者一般情况,记录过程是否顺利、有无不良反应、注意事项及是否向患者说明; III.3 患者病情变化时,准确记录患者情况、医嘱开具内容及护理措施; III.4 正确执行医嘱,按规定时间给药、药品名及给药方式、滴注速度及间隔时间记录准确,记录疗效及不良反应; III.5 特殊用药信息记录完整,商品名及药品名勿混乱录入; III.6 静脉用药与鼻饲用药不要录入错误位置; III.7 对置管名称进行记录,描述管路置入的具体情况; III.8 仔细观察患者皮肤情况,详细记录; III.9 常规护理项目描述详细,如高热患者,描述措施、效果,登记复测体温; III.10 护理记录内容与患者病情实际相符。
抢救记录的 处理	IV.1 医护记录一致:意识、瞳孔、抢救时间记录、抢救措施; IV.2 因抢救危急患者,未能及时书写病历的,有关医务人员应当在抢救结束后 6 h 内据实补记,并加以注明,内容包括病情变化情况、抢救时间及措施、参加抢救的医务人员姓名及专业技术职称等,记录抢救时间应具体到分钟。
履行通知义务	V.1 患者治疗后的评价结果应告知医生,记录处理方式。

① 具有 10 年以上 ICU 相关工作经验的经验,本科及以上学历;② 副高及以上职称;③ 工作领域为危重症护理、护理管理等领域;④ 自愿参与本研究。向专家发放咨询函回收后经过统计分析由研究小组依专家意见及数据分析结果进行方案条目的增加、修改或删除,进行多轮德尔菲法至专家意见一致方可停止。

用问卷回收率和专家建议率来表示专家的积极程度,问卷回收率>70%时,说明专家对本次专家咨询的内容比较感兴趣,积极程度较高^[8]。本研究专家的权威程度用(q)表示:① 专家本身的学术水平(q1),正高级职称赋值为 1、副高级职称赋值为 0.9、中级职称赋值为 0.7 和其他赋值为 0.5;② 对指标进行判断的依据(q2),具体赋值见表 2。③ 专家每一个指标的熟悉程度(q3),按照很熟悉、比较熟悉、一般熟悉、不太熟悉和不熟悉,进行赋值为 1.0、0.8、0.6、0.4、0.2。专家权威程度的公式 $q=(q1+q2+q3)/3$,权威程度>0.70 为专家权威度高,权威度高的专家意见可以采用^[9]。反映意见协调程度和集中程度可通过以下方式,① 变异系数: $CV_j=S_j/M_j$, CV_j 代表指标 j 变异系数, S_j 为指标 j 标准偏差, M_j 为指标 j 均数,预测或评估意见的协调性越好则变异系数越小;② 专家意见协调系数一般用 W 表示,通过 Kendall's W 计算, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。W 值通常是在 0~1, W 值越大代表意见协调程度越高^[10]。重症护理记录任务提示

卡内容保留条件为:一般条目得分平均值 ≥ 3.5 ,变异系数 ≤ 0.3 ,满分比 $\geq 20\%$ 。

表 2 德尔菲法专家判断依据赋值

判断依据	专家对判断依据值权		
	大	中	小
理论分析	0.3	0.2	0.1
实践经验	0.5	0.4	0.3
同行了解	0.1	0.1	0.1
直观感觉	0.1	0.1	0.1

1.3 统计学方法:使用社会科学统计软件 26.0 录入数据并进行统计分析。符合正态分布的计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示;计数资料以名(率)表示。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 专家基本情况(表 3):参加本次咨询的专家共 9 名,平均年龄 44 岁,平均工作年限 21 年,研究领域包括:临床护理 3 名(33.3%)、护理管理 2 名(22.2%)、危重症护理 4 名(44.4%)。本次问卷回收率为 100%,专家提建议率为 100%。

2.2 条目得分及修改情况(表 4~5):第一轮德尔菲法 $W=0.235$, $P<0.05$ 。第二轮德尔菲法 $W=0.183$, $P<0.05$ 。第一轮德尔菲法一级指标得分均值范围约为 4.78~5.00 分,变异系数范围为 0.00~0.09,满分率范围为 77.8%~100.0%。二级指标得分均值范围约为 3.44~4.89 分,变异系数范围为 0.00~0.44,满分率范围为 33.3%~88.9%。第

二轮德尔菲法一级指标得分均值范围约为 4.78 ~ 5.00 分,变异系数范围为 0.00 ~ 0.09,满分率范围为 77.8% ~ 100.0%。二级指标得分均值范围约为 4.33 ~ 5.00 分,变异系数范围为 0.00 ~ 0.16,满分率范围为 44.4% ~ 100.0%。条目保留条件为:一般条目得分均值 ≥ 3.5 ,变异系数 ≤ 0.3 ,满分率 $\geq 20.0\%$ 。依据此条件,删除二级指标 I.1、I.7、I.8、I.9。专家提出修改意见:二级指标 I.5 应该改为记录实验室检查阳性条目;I.6 患者意识、生命体征、血氧饱和度等发生特殊变化及时记录,无特殊变化每小时记录;II.1 应记录出汗量;II.4 康乐保袋可能部分医院没有这个品牌的产品,建议使用通用且规范的语言;III.7 建议加入管路刻度,引流液颜色、性状、量;III.8 建议修改为及时、准确记录患者皮肤的状况和处理措施;III.9 建议修改为常规护理项目应详细描述,包括具体措施、效果评估,并记录相关的后续观察;IV.1 医护记录一致:按照实际情况进行意识、瞳孔、抢救时间、抢救措施记录。建议二级指标中增加血糖值、镇静镇痛评分、营养状态评分、病情危重程度评分等记录。依据专家意见对保留指标进行修改后再次进行德尔菲函询。第二次德尔菲专家函询后,专家意见一致停止函询。

表 3 德尔菲法专家权威程度

专家序号	年龄(岁)	学历	工作年限(年)	研究领域	权威程度
1	42	硕士	16	护理管理	0.90
2	42	本科	19	临床护理	0.97
3	41	本科	17	临床护理	0.93
4	47	本科	23	临床护理	0.77
5	49	本科	29	护理管理	0.97
6	41	硕士	19	危重症护理	0.80
7	35	本科	14	危重症护理	0.90
8	53	本科	31	危重症护理	0.93
9	44	硕士	21	危重症护理	0.90

表 4 一级指标两轮德尔菲法专家咨询得分情况

一级指标	第一轮			第二轮		
	(分, $\bar{x} \pm s$)	变异系数	满分率(%)	(分, $\bar{x} \pm s$)	变异系数	满分率(%)
I	5.00 \pm 0.00	0.00	100.0	5.00 \pm 0.00	0.00	100.0
II	4.89 \pm 0.33	0.07	88.9	4.89 \pm 0.33	0.07	88.9
III	4.78 \pm 0.44	0.09	77.8	4.78 \pm 0.44	0.09	77.8
IV	5.00 \pm 0.00	0.00	100.0	5.00 \pm 0.00	0.00	100.0
V	5.00 \pm 0.00	0.00	100.0	4.89 \pm 0.33	0.07	88.9

2.3 重症护理记录任务提示卡内容:最终依据专家意见形成重症护理记录任务提示卡一级指标 5 个: I. 客观数值/数据正确录入; II. 准确统计出入量,

表 5 二级指标两轮德尔菲法专家咨询得分情况

二级指标	第一轮			第二轮		
	(分, $\bar{x} \pm s$)	变异系数	满分率(%)	(分, $\bar{x} \pm s$)	变异系数	满分率(%)
I.1	4.22 \pm 1.39	0.33	66.7	4.78 \pm 0.44	0.09	77.8
I.2	4.56 \pm 0.73	0.16	66.7	4.67 \pm 0.50	0.11	66.7
I.3	4.44 \pm 0.73	0.16	55.6	4.56 \pm 0.53	0.12	55.6
I.4	4.67 \pm 0.71	0.15	77.8	4.78 \pm 0.44	0.09	77.8
I.5	4.22 \pm 0.83	0.20	44.4	4.33 \pm 0.71	0.16	44.4
I.6	4.56 \pm 0.88	0.19	77.8	4.78 \pm 0.44	0.09	77.8
I.7	3.89 \pm 1.36	0.35	55.6	4.78 \pm 0.67	0.14	88.9
I.8	3.44 \pm 1.51	0.44	33.3	4.78 \pm 0.67	0.14	88.9
I.9	4.00 \pm 1.41	0.35	55.6	4.44 \pm 0.73	0.16	55.6
II.1	4.78 \pm 0.67	0.14	88.9	4.44 \pm 0.53	0.12	44.4
II.2	4.78 \pm 0.67	0.14	88.9	4.67 \pm 0.50	0.11	66.7
II.3	4.44 \pm 0.73	0.16	55.6	4.78 \pm 0.44	0.09	77.8
II.4	4.22 \pm 0.83	0.20	44.4	4.67 \pm 0.50	0.11	66.7
II.5	4.44 \pm 0.88	0.20	66.7	4.67 \pm 0.50	0.11	66.7
II.6	4.78 \pm 0.67	0.14	88.9	4.78 \pm 0.44	0.09	77.8
III.1	4.56 \pm 0.73	0.16	66.7	5.00 \pm 0.00	0	100.0
III.2	4.22 \pm 1.20	0.28	66.7	4.67 \pm 0.50	0.11	66.7
III.3	4.56 \pm 0.88	0.19	77.8	4.78 \pm 0.44	0.09	77.8
III.4	4.78 \pm 0.67	0.14	88.9	4.56 \pm 0.53	0.12	55.6
III.5	4.44 \pm 0.72	0.16	55.6	4.67 \pm 0.71	0.15	77.8
III.6	4.44 \pm 0.88	0.20	66.7	4.67 \pm 0.50	0.11	66.7
III.7	4.44 \pm 0.73	0.16	55.6	4.89 \pm 0.33	0.07	88.9
III.8	4.44 \pm 1.13	0.25	77.8	4.89 \pm 0.33	0.07	88.9
III.9	4.44 \pm 1.01	0.23	66.7	4.78 \pm 0.44	0.09	77.8
III.10	4.78 \pm 0.67	0.14	88.9	4.78 \pm 0.44	0.09	77.8
IV.1	4.89 \pm 0.33	0.07	88.9			
IV.2	4.67 \pm 0.71	0.15	77.8			
V.1	4.78 \pm 0.44	0.09	77.8			

注:空白代表无此项

记录正确; III. 正确记录临床治疗及护理项目; IV. 抢救记录的处理; V. 履行通知义务。形成二级指标 25 个: I.1 准确记录血糖值、镇静镇痛评分、营养状况评分、病情危重程度评分等; I.2 呼吸机参数录入正确; I.3 血气检查结果录入正确; I.4 危急值项目录入正确; I.5 记录实验室检查阳性条目; I.6 患者意识、生命体征、血氧饱和度等发生特殊变化时及时记录,无特殊变化时每小时记录; II.1 输血量、饮水量、排泄量、出汗量无漏记; II.2 出入量数值计算准确; II.3 因病情变化终止输入的剩余液体量; II.4 应用灌注泵、刻度杯、造口袋、尿壶和可吸收材料称重液体量; II.5 禁食水不应记录饮水量,鼻饲饮食期间应有进食水记录; II.6 患者灌肠及排便情况记录准确; III.1 在临床诊疗活动过程中进行的各种诊断、治疗性操作(如各种穿刺引流等)的记录,应当按时准确在操作完成后即刻书写; III.2 操作记录内容包括操作名称、操作时间、操作步骤、结果及患者一般情况,操作过程是否顺利、有

无不良反应、注意事项及是否向患者说明；Ⅲ.3 患者病情变化时,准确记录患者情况、医嘱开具内容及护理措施；Ⅲ.4 正确执行医嘱,按规定时间给药、药品名称及给药方式、滴注速度及间隔时间记录准确,记录疗效及不良反应；Ⅲ.5 特殊用药信息记录完整,商品名及药品名勿混乱录入；Ⅲ.6 静脉用药与鼻饲用药不要录入错误位置；Ⅲ.7 对置管名称进行记录,描述管路置入的具体情况,记录管路刻度,引流液颜色、性状、量；Ⅲ.8 及时、准确记录患者皮肤状况和处理措施；Ⅲ.9 常规护理项目应详细描述,包括具体措施、效果评估,并记录相关的后续观察；Ⅲ.10 护理记录内容与患者病情实际相符；Ⅳ.1 医护记录一致:按照实际情况进行意识、瞳孔、抢救时间、抢救措施记录；Ⅳ.2 因抢救急危患者未能及时书写病历的,有关医务人员应当在抢救结束后 6 h 内据实补记,并加以注明,内容包括病情变化情况、抢救时间及措施、参加抢救的医务人员姓名及专业技术职称等,记录抢救时间应具体到分钟；Ⅴ.1 患者治疗后的评价结果应告知医生,记录处理方式。

3 讨论

护理记录的书写是每位 ICU 护士的必备技能,稍有偏差很容易引起医疗纠纷,同时护理记录质量也客观反映了一个医院的护理质量^[11]。部分医院 ICU 加速推进无纸化转型,其核心举措是以移动护士站为载体,将电子护理记录作为主要文档形式,彻底取代过去的纸质版护理文书,大幅提高了护理人员的工作效率,让护理人员有更多时间聚焦患者护理^[12]。相较于传统的纸质护理记录,电子护理记录在运行、书写、存档等方面都有相当大的差别,无纸化护理电子记录的书写中存在错记、漏记等缺陷,而护理文书作为患者权益保障和院方责任界定的关键证据支撑,有非常重要的现实价值^[13]。

本研究通过构建重症护理记录任务提示卡旨在

为重症护士提供因护理记录任务中断导致遗忘造成护理记录内容错误或项目缺失的有效工具,提高护理管理质量。未来将进一步在 ICU 应用重症护理记录任务提示卡,以期减少无纸化护理电子记录的书写中存在错记、漏记等缺陷。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] 孟怡,夏婕.质控前移在提高呼吸与危重症医学科护理记录书写质量的效果[J].中国病案,2023,24(7):28-30. DOI: 10.3969/j.issn.1672-2566.2023.07.010.
- [2] Sasangohar F, Donmez B, Easty A, et al. Interruptions experienced by cardiovascular intensive care unit nurses: an observational study[J]. J Crit Care, 2014, 29(5): 848-853. DOI: 10.1016/j.jcrc.2014.05.007.
- [3] 刘佳微,张文光.重症监护室护理中断事件现状及与护士心理负荷的相关性[J].护理学杂志,2019,34(19):8-11. DOI: 10.3870/j.issn.1001-4152.2019.19.008.
- [4] 陈延亭,林芳.基于信息技术的 CCU 护理记录缺陷分析与对策[J].中国护理管理,2015,15(8):935-937. DOI: 10.3969/j.issn.1672-1756.2015.08.013.
- [5] 中国医院协会.中国医院质量安全管理 第4-2部分:医疗管理 护理质量管理:T/CHAS 10-4-2-2019[S].北京:中国医院协会,2019.
- [6] Stevenson JE, Israelsson J, Petersson G, et al. Factors influencing the quality of vital sign data in electronic health records: a qualitative study[J]. J Clin Nurs, 2018, 27(5-6): 1276-1286. DOI: 10.1111/jocn.14174.
- [7] Chen YY, Fang WN, Guo BY, et al. Fatigue-related effects in the process of task interruption on working memory[J]. Front Hum Neurosci, 2021, 15: 703422. DOI: 10.3389/fnhum.2021.703422.
- [8] 黄亦萱,袁玲,周玉洁,等.基于德尔菲法的安宁疗护服务指标体系构建[J].中国实用护理杂志,2022,38(21):1606-1612. DOI: 10.3760/cma.j.cn211501-20220212-00359.
- [9] 查庆华,朱唯一,田秋菊,等.新入职护士护理信息能力评价指标体系的构建[J].中国护理管理,2022,22(10):1452-1457. DOI: 10.3969/j.issn.1672-1756.2022.10.003.
- [10] 卢佳美,李维,廖金莲,等.鼻咽癌放疗患者健康教育效果评价指标体系的构建[J].中华护理杂志,2022,57(8):942-950. DOI: 10.3761/j.issn.0254-1769.2022.08.008.
- [11] 詹凤丽,蒋萍萍.开展品管圈降低病房运行护理文书缺陷率的临床实践[J].当代护士(下旬刊),2015,22(8):165-167.
- [12] 贺芳,王晓杰,刘会.新生儿重症监护病房无纸化办公的实践[J].护理学杂志,2017,32(19):77-78. DOI: 10.3870/j.issn.1001-4152.2017.19.077.
- [13] 孙丽娟.手术室护理记录常见状况及处理方法[J/OL].实用临床护理学电子杂志,2017,2(18):173-176. DOI: 10.3969/j.issn.2096-2479.2017.18.131.

(收稿日期:2025-04-29)

(责任编辑:邸美仙)

关于杜绝和抵制第三方机构代写代投稿件的通知

近期本刊编辑部监测到部分用户使用虚假的手机号和 Email 地址注册账号,这些账号的投稿 IP 地址与作者所在单位所属行政区域严重偏离,涉嫌第三方机构代写代投。此类行为属于严重的学术不端,我们已将排查到的稿件信息通报编辑部各位编审人员,杂志社处理收稿的编务部门也将对此类账号做封禁处理,相关稿件一律做退稿处理。

为弘扬科学精神,加强科学道德和学风建设,抵制学术不端行为,端正学风,维护风清气正的良好学术生态环境,请广大读者和作者务必提高认识,规范行为,以免给作者的学术诚信、职业发展和所在单位的声誉带来不良影响。

本刊编辑部