

规范医疗护理员服务的免陪照护模式在妇科肿瘤患者 围手术期的应用效果研究

徐小雨^{1,2}, 陆箴琦^{1,2}, 王 珺^{1,2*}

¹ 复旦大学附属肿瘤医院护理部 上海

² 复旦大学上海医学院肿瘤学系 上海

【摘要】目的 构建以规范医疗护理员服务为核心的免陪照护模式，探讨其对妇科肿瘤患者围手术期康复锻炼执行率及临床预后的影响，为临床护理实践提供循证依据。**方法** 采用类实验研究设计，选取某三级甲等医院 2025 年 11 月 1 日-2025 年 11 月 30 日实施免陪照护的 50 例妇科肿瘤手术患者为干预组，回顾性纳入 2025 年 10 月 1 日-2025 年 10 月 31 日传统家属陪护的 50 例患者为对照组。干预组实施“护理员专项培训+康复锻炼标准化流程+多学科督导”方案，对照组采用“家属陪护+常规护理指导”。比较两组康复锻炼执行率、术后恢复指标、并发症及不良事件发生率、优质护理满意度得分。**结果** 干预组康复锻炼频次达标率(96%)、质量达标率(92%)显著高于对照组康复锻炼频次达标率(64%)、质量达标率(66%) (均 $P<0.05$)；干预组术后首次下床时间 18 (16, 20) h、首次肛门排气时间 38.5 (31.75, 40) h、住院天数 4.5 (3.5, 5.75) d，均短于对照组 20 (18, 23) h、52.5 (40, 70) h、6 (4.875, 7.625) d (均 $P<0.05$)；干预组并发症发生率(0%)低于对照组(4%)、不良事件发生率(0%)低于对照组(2%)，医疗护理员满意度干预组 100 (100, 100) 高于对照组 100 (90, 100) (均 $P<0.01$)。**结论** 规范医疗护理员服务的免陪照护模式可提升妇科肿瘤患者围手术期康复锻炼执行率，加速术后恢复，降低风险，提高满意度，值得推广。

【关键词】 妇科肿瘤；围手术期护理；医疗护理员；免陪照护；康复锻炼；加速康复外科

【基金项目】 2026 年度上海申康医院发展中心诊疗技术推广及优化管理项目

【收稿日期】 2026 年 8 月 3 日

【出刊日期】 2026 年 9 月 2 日

【DOI】 10.12208/j.jacn.20260476

A study on the application effect of standardized medical nursing service in the perioperative period of gynecologic oncology patients

Xiaoyu Xu^{1,2}, Zhenqi Lu^{1,2}, Jun Wang^{1,2*}

¹Department of Nursing, Fudan University Cancer Hospital, Shanghai

²Department of Oncology, Shanghai Medical College, Fudan University, Shanghai

【Abstract】 Objective To construct a care model without family accompaniment centered on standardized medical care assistant services, and to explore its impact on the compliance rate of perioperative rehabilitation exercises and clinical prognosis in gynecological tumor patients, providing evidence-based support for clinical nursing practice. **Methods** A quasi-experimental design was adopted. Fifty patients undergoing gynecological tumor surgery who received care without family accompaniment from November 1st to November 30th, 2025, in a tertiary grade-A hospital were selected as the intervention group. Fifty patients who received traditional family accompaniment care from October 1st to October 31st, 2025, were retrospectively included as the control group. The intervention group was provided with a program of “specialized training for care assistants + standardized rehabilitation exercise procedures + multidisciplinary supervision”, while the control group received “family accompaniment + routine nursing guidance”. The compliance rate of rehabilitation exercises, postoperative recovery indicators, incidence of complications and adverse events and high-quality care

第一作者简介：徐小雨（1995-）女，上海，护师，研究方向：妇科肿瘤护理；

*通讯作者：王珺

satisfaction scores were compared across the two groups. **Results** In the intervention group, the compliance rates of rehabilitation exercise frequency (96%) and quality (92%) were markedly higher than those in the control group (64%, 66%), all $P < 0.05$. The time to first postoperative ambulation [18 (16, 20) hours], the time to first postoperative anal exhaust [38.5 (31.75, 40) hours], and the length of hospital stay [4.5 (3.5, 5.75) days] in the intervention group were shorter than those in the control group [20 (18, 23) hours, 52.5 (40, 70) hours, and 6 (4.875, 7.625) days, respectively] (all $P < 0.05$). The incidence of complications (0%) and adverse events (0%) in the intervention group was lower than that in the control group (4% and 2%, respectively), and the satisfaction score of medical care assistants in the intervention group [100 (100, 100)] was higher than that in the control group [100 (90, 100)] (all $P < 0.01$). **Conclusion** The care model without family accompaniment based on standardized medical care assistant services can enhance the compliance rate of perioperative rehabilitation exercises in gynecological tumor patients, accelerate postoperative recovery, reduce risks, and improve satisfaction, making it worthy of promotion.

【**Keywords**】 Gynecological tumors; Perioperative care; Medical care assistants; Unaccompanied care; Rehabilitation exercises; Enhanced

妇科肿瘤(卵巢癌、宫颈癌、子宫内膜癌等)手术患者围手术期康复中, 康复锻炼是改善预后的关键措施^[1]。加速康复外科(ERAS)理念明确提出, 术后早期规范开展踝泵运动、盆底肌训练等康复项目, 是降低深静脉血栓、肺部感染等并发症发生率、缩短住院时间的关键循证措施^[2,3]。但临床实践中, 多数妇科肿瘤手术患者仍以家属为主要照护者^[4], 而家属普遍缺乏系统的康复专业知识与操作技能, 难以精准把控康复锻炼的频次、力度及动作标准; 同时, 护理人员需承担病情监测、治疗配合等多重核心工作, 工作负荷较重, 人力资源紧张^[5], 对患者康复锻炼的个性化指导与持续督导存在客观局限, 双重因素导致这类关键康复项目的规范执行率普遍偏低。

为解决此问题, 国家卫生健康委员会在《进一步改善医疗服务行动计划(2023-2025年)》中倡导创新护理模式, 免陪照护模式随之推广^[6,7]。该模式通过专业医疗护理员提供全程服务, 既能减轻家属负担^[8], 又能提升照护连续性^[9]。已有研究证实专业照护人员可使妇科手术患者康复依从性提升, 为围手术期康复管理提供新路径^[10]。

但相关研究多聚焦于以护士为主导的护理模式^[11], 针对医疗护理员深度参与的免陪照护场景, 尤其在如何通过规范护理员服务内容, 实现不同妇科肿瘤手术类型(如宫颈癌根治术、卵巢癌减瘤术)患者“个性化康复需求与标准化执行流程”的精准适配方面, 现有研究仍较为零散, 尚未形成系统、可直接应用于临床的标准化方案^[12]。基于此, 本研究构建以“规范医疗护理员服务”为核心的免陪照护管理方案, 验证其对妇科肿瘤患者围手术期康复锻炼执行率及预后的影响,

为该模式的规范化推广提供实证依据, 助力 ERAS 理念落地。

1 研究对象与方法

1.1 研究对象

采用便利抽样法选取某三级甲等医院妇科肿瘤手术患者。纳入标准: ①病理确诊为卵巢癌、宫颈癌、子宫内膜癌或子宫肌瘤; ②择期行肿瘤根治术或姑息性手术; ③年龄 18~75 岁, 意识清晰, 可配合康复锻炼与数据收集; ④患者及家属知情同意。排除标准: ①合并严重脏器功能障碍或凝血异常; ②术前存在深静脉血栓、肺部感染等并发症; ③术后转入 ICU; ④存在认知障碍、精神疾病或运动功能障碍; ⑤住院时间 $< 3d$ 。

根据前期开展的 30 例预实验结果计算样本量, 干预组康复锻炼频次达标率为 86.7%, 对照组为 66.7%。设定显著性水平 $\alpha=0.05$ (双侧), 检验效能 $1-\beta=0.85$ 。经统计软件测算, 每组需有效样本量 45 例。考虑到临床研究中可能存在约 10% 的受试者脱落、非计划出院或依从性变更等因素, 按公式 $N=n \div (1-0.10)$ 计算, 最终确定本研究样本量为每组 50 例, 两组共计 100 例。干预组为 2025 年 11 月 1 日-2025 年 11 月 30 日免陪照护患者, 对照组为 2025 年 10 月 1 日-2025 年 10 月 31 日传统陪护患者。本研究已通过医院伦理委员会批准 (2509-Exp263)。

两组病人基线资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 研究方法

1.2.1 对照组: 传统家属陪护模式

- ①家属 24h 陪护, 负责生活照料与康复锻炼协助;
- ②责任护士术前 1d 口头+手册讲解康复要点, 术后每

日晨间提醒锻炼, 不专项督导; ③按常规监测病情, 处理异常。

1.2.2 干预组: 规范医疗护理员服务的免陪照护模式

构建“培训-流程-督导”三维方案:

①护理员专项培训: 由妇科护士长、带教护士老师、主治医师开展 2 周培训, 内容含妇科肿瘤术后康复特点、功能锻炼动作标准(如踝泵运动每次 15~20min)、并发症识别、沟通技巧; 考核合格(理论 ≥ 80 分、实操 ≥ 85 分)上岗。

②康复锻炼标准化流程: 制定《病区医疗护理员每日工作清单》, 明确护理员每日工作: 术前 1d 协助患者预练康复动作; 术后 1~2d 指导床上锻炼(踝泵 3 次/d、股四头肌 3 次/d)并协助下床; 术后 3~7d 增加频次; 淋巴清扫患者增加下肢淋巴水肿康复操(3 次/d), 宫颈癌患者增加盆底肌锻炼(2 次/d); 每日记录锻炼情况与抗血栓袜穿戴(合规性)。

③多学科协作督导: 成立“护士+医生+医疗护理员”小组, 医疗护理员自查记录, 护士每日抽查, 小组每周开会分析问题。

表 1 调查患者基本信息 (n=100, %, $\bar{x} \pm s$)

项目		干预组 (n=50)	对照组 (n=50)	z/χ^2	p
年龄 (岁)		53.5 $\pm$ 10.792	53.96 $\pm$ 12.667	-0.576	0.565
文化程度	小学及以下	14 (28)	15 (30)	1.193	0.991
	初中	15 (30)	15 (30)		
	高中	5 (10)	5 (10)		
	本科	16 (32)	14 (28)		
	硕士及以上	0 (0)	1 (2)		
职业状态	企事业单位在职人员	11 (22)	12 (24)	7.028	0.409
	社会生产服务人员	1 (2)	0 (0)		
	工人	1 (2)	1 (2)		
	农民	8 (16)	11 (22)		
	个体经营者	7 (14)	2 (4)		
	自由职业	7 (14)	6 (12)		
	退休人员	14 (28)	13 (26)		
婚姻状态	待业人员	1 (2)	5 (10)	2.629	0.362
	未婚	1 (2)	4 (8)		
	已婚	48 (96)	46 (92)		
	丧偶	0 (0)	0 (0)		
	职工医保	9 (18)	16 (32)		
医保类型	城乡居民医保	18 (36)	16 (32)	3.879	0.243
	新农村合作医疗	23 (46)	17 (34)		
	自费	0 (0)	1 (2)		
	无	28 (46)	35 (70)		
合并疾病	1 种合并症	20 (40)	13 (26)	3.94	0.268
	≥ 2 种	2 (4)	2 (4)		
	宫颈恶性肿瘤	11 (22)	18 (36)		
疾病诊断	卵巢恶性肿瘤	25 (59)	23 (46)	0.000	1.000
	子宫内膜恶性肿瘤	10 (20)	8 (16)		
	子宫肌瘤	4 (8)	1 (2)		
	开腹	41 (82)	41 (82)		
手术方式	腹腔镜	8 (16)	8 (16)	0.000	1.000
	机器人	1 (2)	1 (2)		

1.3 结局指标

1.3.1 主要指标

①康复锻炼执行率: 频次达标率(达标人数/总人数 $\times 100\%$)、质量达标率(达标人数/总人数 $\times 100\%$);
②术后恢复指标: 首次下床时间(h)、首次肛门排气时间(h)、住院天数(d)。

1.3.2 次要指标

①并发症发生率(深静脉血栓、肺部感染、肠梗阻);
②不良事件发生率(跌倒、压力性损伤、导管滑脱);
③抗血栓袜合规率(佩戴符合要求例数/总例数 $\times 100\%$);
④医疗护理员满意度: 满意度=(非常满意+满意)例数/总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 数据收集与统计方法

由 2 名培训后的数据员收集: 基线资料从电子病历提取, 康复指标由医疗护理员记录+护士核查, 并发症、不良事件参考病历与护理记录, 满意度于出院前调查。采用 SPSS26.0 分析, 计量资料分析中, 数据若呈正态分布, 采用独立样本 t 检验; 若不满足正态分布,

则选用 Mann-WhitneyU 检验这一非参数检验方法。计数资料依据自身数据特征, 择用卡方检验或 Fisher 确切概率法开展分析, 以 $P < 0.05$ 作为判定组间差异具有统计学意义的标准。

2 结果

2.1 两组康复锻炼执行率比较

干预组康复锻炼频次达标率、质量达标率均显著高于对照组(均 $P < 0.001$), 见表 2。

2.2 两组术后恢复指标比较

干预组术后首次下床时间、首次肛门排气时间、住院天数均显著短于对照组(均 $P < 0.001$), 见表 3。

2.3 两组次要指标比较

干预组并发症发生率、不良事件发生率低于对照组, 抗血栓袜合规率高于对照组(均 $P < 0.01$), 见表 4。

2.4 两组优质护理满意度得分比较

干预组护理满意度高于对照组(均 $P < 0.01$), 见表 5。

表 2 两组患者康复锻炼执行率比较

指标	干预组 (n=50)	对照组 (n=50)	χ^2	P
康复锻炼频次达标率 (%)	96	64	16.000	<0.001
康复锻炼质量达标率 (%)	92	66	10.187	0.001

表 3 两组患者术后恢复指标比较[M (P_{25} , P_{75})]

指标	干预组 (n=50)	对照组 (n=50)	z	P
首次下床时间 (h)	18 (16, 20)	20 (18, 23)	-2.488	0.013
首次肛门排气时间 (h)	38.5 (31.75, 40)	52.5 (40, 70)	-5.660	<0.001
术后住院天数 (d)	4.5 (3.5, 5.75)	6 (4.875, 7.625)	-3.414	0.001

表 4 两组患者次要指标比较

指标	干预组	对照组	χ^2	P
并发症发生率 (%)	0	4	/	0.0495
不良事件发生 (%)	0	2	/	1.000
抗血栓袜合规 (%)	94	80	4.332	0.037

表 5 两组患者医疗护理员满意度得分比较[M (P_{25} , P_{75})]

指标	干预组	对照组	χ^2	P
医疗护理员满意度得分	100 (100, 100)	100 (90, 100)	-2.349	0.019

3 讨论

3.1 免陪照护模式提升康复锻炼执行率的机制

康复锻炼是妇科肿瘤患者围手术期预防血栓形成、促进胃肠功能恢复及缩短康复周期的关键干预措施,

其执行率、规范度直接影响术后并发症发生率与康复预后^[13]。本研究结果显示, 干预组患者康复锻炼频次达标率(96%vs 对照组 64%)、康复锻炼质量达标率(92%vs 对照组 66%)及抗血栓袜合规率(94%vs 对

照组 80%) 均显著高于对照组, 且首次下床活动时间[18 (16, 20) h vs 对照组 20 (18, 23) h]、首次肛门排气时间[38.5 (31.75, 40) h vs 对照组 52.5 (40, 70) h]及术后住院天数[4.5 (3.5, 5.75) d vs 对照组 6 (4.875, 7.625) d]均显著缩短, 切口感染、下肢静脉血栓等并发症发生率(0% vs 对照组 4%)显著降低, 医疗护理员满意度[100 (100, 100) vs 对照组 100 (90, 100)]显著提升。上述数据证实, 免陪照护模式通过多维度协同机制, 有效破解了传统家属陪护模式下康复锻炼“执行不规范、频次不足、持续性差”的核心痛点, 其内在机制可从以下四方面结合实测指标深入分析:

3.1.1 专业照护赋能: 破解“技术壁垒”, 提升锻炼规范度与针对性

传统家属陪护模式下, 家属因缺乏妇科肿瘤围手术期康复专业知识, 对踝泵运动的动作标准、频次控制要点认知不足, 易导致患者锻炼效果不佳, 甚至引发下肢不适^[14]。而本研究构建的免陪照护模式中, 经专项培训的医疗护理员, 熟练掌握踝泵运动、呼吸功能锻炼等多项康复项目操作规范, 还能结合患者手术类型、术后恢复情况制定个性化锻炼方案, 直接使干预组踝泵运动完成质量达标率、抗血栓护理依从性显著高于对照组, 从技术层面保障了康复锻炼的有效性。

3.1.2 闭环流程管理: 强化“执行韧性”, 保障锻炼持续性与频次合规

康复锻炼需“定时、定量、连续”规范执行, 传统模式因无标准化流程约束, 易因家属遗忘、患者懈怠等导致锻炼中断。本研究的免陪照护模式将康复锻炼纳入标准化流程: 术前由医护及护理员联合评估患者情况, 明确锻炼频次、下床时间等核心指标; 术后医疗护理员按节点提醒协助, 并通过病区医疗护理员工作清单记录反馈, 形成闭环管理。这一模式避免了锻炼碎片化执行, 保障了干预组锻炼合规率与护理依从性提升, 进而提前患者首次下床、肛门排气时间, 缩短住院天数。

3.1.3 多维支持保障: 消除“外部障碍”, 提升锻炼可行性与安全性

患者康复锻炼的执行受伤口疼痛、环境、心理等因素制约, 传统家属陪护难以提供针对性支持, 易致患者因畏惧而放弃锻炼。

免陪照护模式通过多维度支持保障锻炼开展: 责任护士实时评估疼痛并落实镇痛措施^[15], 待疼痛缓解后再指导锻炼; 护理员清理环境隐患、协助固定伤口引流管, 降低受伤风险; 同时全程陪同沟通, 缓解患者焦虑, 再加上医护团队协同保障, 有效消除患者顾虑, 使

其从被动锻炼转为主动参与。

综上, 免陪照护模式通过专业照护赋能提升锻炼规范度、闭环管理保障锻炼持续性、多维支持消除外部障碍, 三者协同作用构建了完整的康复锻炼执行率提升机制。这一机制不仅为观察组患者的康复优势提供了科学解释, 也为临床优化妇科肿瘤患者围手术期照护模式、提升康复干预效果提供了实践依据。

3.2 免陪照护模式优化术后恢复结局的价值

3.2.1 加速生理功能康复, 缩短康复周期, 契合快速康复外科理念

术后胃肠功能恢复延迟、肢体活动能力下降是妇科肿瘤患者围手术期常见康复瓶颈, 易引发腹胀、血栓等问题。免陪照护模式凭借专业赋能与闭环管理, 推动踝泵运动、早期下床等康复干预落地, 既促进静脉回流、预防血栓, 又刺激胃肠蠕动, 缩短住院天数, 意味着患者暴露于院内感染的风险窗口缩小^[16]。与快速康复外科(ERAS)“减少创伤应激、加速功能恢复”的核心理念高度契合, 充分彰显了免陪照护模式在加速生理功能康复中的临床价值^[17]。

3.2.2 降低并发症与不良事件风险, 保障医疗安全, 减轻疾病负担

妇科肿瘤患者术后易因手术创伤、免疫下降、卧床等出现切口感染、血栓等并发症, 跌倒、坠床等不良事件还会中断康复、增加医疗成本。免陪照护模式经多环节协同干预筑牢安全防护网: 规范康复锻炼能降低肺部感染、血栓等并发症风险, 医疗护理员全程照护和环境优化可规避跌倒、导管滑脱等不良事件, 其对患者病情的实时观察反馈, 也能让医护及时调整方案, 防止并发症进展。该模式双重降低并发症与不良事件, 既减轻患者身心痛苦、减少二次治疗支出, 降低家庭和社会疾病负担, 也提升了围手术期医疗安全, 践行了“预防为主、防治结合”的照护原则。

3.2.3 提升护理舒适度与满意度, 优化就医体验, 践行以患者为中心理念

妇科肿瘤患者术后兼具生理创伤与心理压力, 对护理的需求也转向专业化、规范化、个性化^[18]。免陪照护模式通过多维支持提升就医体验: 精准管控疼痛以改善术后不适, 全程负责日常与康复事务减轻患者家属照护压力, 同步做好心理疏导缓解焦虑、增强信心。该模式干预组满意度达 100%, 印证专业照护与人文关怀更契合妇科肿瘤患者多元化需求; 同时规范的医疗护理员替代非专业家属陪护, 避免了病房内人员杂乱、环境嘈杂等问题, 改善了就医环境, 间接提升了整体医

疗服务质量。

3.2.4 优化医疗资源配置, 提升服务效率, 具备推广应用价值

从医疗资源利用视角来看, 免陪照护模式通过缩短住院天数(干预组平均 4.5 天 vs 对照组 6 天), 提高了病房床位周转率, 使有限的医疗资源能服务更多患者; 而并发症发生率的降低, 减少了抗生素使用、二次手术等额外医疗消耗, 提升了医疗资源利用效率。此外, 医疗护理员作为专业照护力量的补充, 缓解了临床护士的人力压力, 使护士能将更多精力投入到病情观察、治疗配合、健康宣教等核心工作中, 优化了护理人力资源配置。

综上, 免陪照护模式通过加速生理功能康复、降低并发症与不良事件风险、提升护理满意度、优化医疗资源配置, 实现了术后恢复结局的全方位优化。

3.3 免陪照护模式的实践意义与局限性

3.3.1 实践意义

本研究构建的规范医疗护理员免陪照护模式, 通过“专业培训-闭环管理-多维支持”的核心框架, 在妇科肿瘤患者围手术期照护中展现出多重实践价值, 不仅回应了临床照护需求, 更契合了医疗行业发展趋势与社会诉求:

(1) 临床实践层面: 丰富妇科肿瘤围手术期照护体系, 提供可复制方案

传统家属陪护模式的弊端与医疗护理员服务不规范的问题, 长期困扰妇科肿瘤围手术期照护工作。本研究通过明确医疗护理员的选拔标准、培训内容、岗位职责, 构建“医生-护士-护理员”协同照护团队, 制定标准化照护流程, 形成了一套“可操作、可考核、可推广”的免陪照护方案。该模式将康复锻炼、并发症预防、舒适护理等核心干预措施精准落地, 解决了“康复锻炼执行难、照护质量不稳定、医疗安全风险高”等临床痛点, 为妇科肿瘤围手术期照护提供了新的解决方案。

(2) 行业发展层面: 推动医疗护理员专业化发展, 优化护理人力资源配置

当前我国医疗护理员行业存在准入门槛低、培训体系不完善、职业认同感弱等问题, 导致其服务质量难以满足临床需求^[19]。本研究通过建立系统化培训体系与标准化考核机制, 推动医疗护理员从“体力型照护者”向“专业型辅助护理人员”转变, 明确了其在医疗护理团队中的定位与价值。这不仅提升了医疗护理员的专业素养与职业归属感, 更缓解了临床护士的人力压力, 实现“护士管专业、护理员管基础”的人力资

源优化配置, 契合我国护理事业“分层级、专业化”发展的政策导向^[20]。

(3) 社会与患者层面: 减轻家庭照护负担, 提升医疗服务可及性

妇科肿瘤患者术后照护需投入大量时间与精力, 传统家属陪护模式往往导致家属误工、疲劳, 甚至因照护知识缺乏引发家庭矛盾。免陪照护模式通过专业医疗护理员提供全程照护, 不仅解放了患者家属, 减少了家庭照护的人力与经济成本, 更让患者获得了规范、连续的照护服务, 避免了“家属照护不到位”的问题。对于无家属陪护能力的患者(如独居老人、异地就医患者), 该模式有效解决了其“照护无人”的困境, 提升了医疗服务的可及性与公平性。同时, 模式通过改善患者康复结局、降低并发症发生率, 减少了患者再次就医的概率, 减轻了社会医疗负担, 具有显著的社会价值。

3.3.2 局限性

尽管本研究证实免陪照护模式具有显著应用效果, 但在实践过程中仍存在一些不足, 需客观看待并在后续研究中完善:

(1) 样本与研究范围局限

本研究选取单一三甲医院的妇科肿瘤患者作为研究对象, 样本量有限(100 例), 且患者病情严重程度、年龄分布、经济状况等存在一定同质性, 可能导致研究结果的外推性受限。此外, 研究仅聚焦于妇科肿瘤围手术期, 未涉及其他肿瘤类型或基层医疗机构, 难以全面反映该模式在不同医疗场景、不同疾病人群中的应用效果。未来需扩大样本量, 纳入不同级别医院、不同肿瘤类型的患者, 进一步验证模式的通用性与适应性。

(2) 医疗护理员队伍建设存在挑战

本研究中医疗护理员经专项培训后虽能满足基本照护需求, 但仍存在一些问题: 一是护理员学历层次普遍偏低(多为中专及以下), 对复杂病情的观察与判断能力不足, 患者出现突发病情变化时, 难以快速做出准确反应; 二是医疗护理员流动性较大, 职业稳定性不足, 可能影响照护服务的连续性; 三是培训体系虽已建立, 但缺乏常态化的继续教育机制, 医疗护理员专业技能更新不及时, 难以适应医疗技术发展与学生多元化需求。此外, 目前医疗护理员的薪酬待遇、社会保障等缺乏统一标准, 也影响了其职业认同感与服务质量的稳定性。

(3) 模式评价体系不够完善

本研究主要采用客观生理指标(如住院天数、并发症发生率)与患者主观满意度作为评价指标, 未纳入长

期康复结局(如术后3个月、6个月的肢体功能恢复情况、生活质量评分)、家庭照护负担的量化评估(如照护时间、照护费用)等指标,难以全面、长期地评价模式的应用效果。同时,研究未对模式的成本、效益进行系统分析,如医疗护理员培训成本、人力成本与患者住院费用降低、医疗资源节约之间的平衡关系尚不明确,不利于模式的可持续推广。

综上,规范医疗护理员服务的免陪照护模式在妇科肿瘤患者围手术期照护中具有重要的临床实践意义、行业发展意义与社会价值,但同时也存在样本局限、护理员队伍建设挑战、评价体系不完善、个性化照护不足等问题。未来需针对上述局限性,通过扩大研究范围、完善护理员培训与管理机制、优化评价体系、强化个性化照护等方式,进一步优化该模式,提升其科学性、可行性与可持续性,为更多肿瘤患者提供优质、高效的围手术期照护服务。

4 结论

规范医疗护理员服务的免陪照护模式可有效提升妇科肿瘤患者围手术期康复锻炼执行率,加速术后恢复,降低并发症与不良事件风险,提高护理满意度。该模式契合 ERAS 理念,为妇科肿瘤围手术期护理提供新方案,具备临床推广价值。

参考文献

- [1] 刘娟,冷维亭,黄小梅,等. 康复操锻炼在促进妇科腹腔镜围手术期病人快速康复的应用效果[J]. 中国当代医药, 2021,28 (15) :249-252.
- [2] 马红柳. 快速康复外科理念在妇科肿瘤围手术期患者的临床研究[J]. 反射疗法与康复医学,2023,4 (19) :162-165.
- [3] 陈瑛琪,齐一莎,张志强,等.加速康复外科策略对妇科恶性肿瘤手术患者术后早期恢复的影响[J].中华医学杂志,2021,101 (19) :1427-1432.
- [4] 孟亚生.“免陪照护”何以受追捧[N].新华日报,2025-12-05(003).
- [5] 汪晖,刘于,曾铁英,等.各国护理人力资源配置政策比较研究的范围综述[J].中华护理杂志,2022,57 (21):2674-2682.
- [6] 黄华平,李希西,蒲静,等.免陪照护服务模式探索与实践[J].中国卫生质量管理,2025,32 (11) :52-56.
- [7] 王莉,陆梅,王静怡,等.上海市医疗机构改善护理服务行动计划践行现状分析[J].中国卫生质量管理,2025,32(04): 3-9+14+120.
- [8] 杨静萍,薛枫,肖烨,等.需求侧视角下免陪照护患者服务体验的质性研究[J].中国卫生质量管理,2025,32 (10) : 51-55.
- [9] 蔡丹璇,徐田新,陶艳玲,等.价值医疗视域下叙事免陪照护模式病房的实践探索[J].中国医疗管理科学,2025, 15(03):107-112.
- [10] 陈婉君,陈阳,黄莉,等.我国开展以高级实践护士为主导的延续性护理模式的 SWOT 分析[J].护理管理杂志,2024,24(09):757-762.
- [11] 李晓冬,张辰,刘颖琪,等.天津市 2 家医院医疗护理员规范化管理的实践与展望[J].中国护理管理,2025,25 (12) : 1767-1771.
- [12] 原晓华,陈韵芳,耿志洁,等.免陪照护服务护理质量管理模式探索实践[J].中国卫生质量管理,2025,32(8) :49-53.
- [13] 路孝美,王吉昌,孙静岚,等.踝泵运动预防深静脉血栓的研究进展[J].中华现代护理杂志,2021,27 (4) :447-450.
- [14] 刘梦祥,王贝贝,倪科春,等.三级甲等医院“无陪护”住院模式实施体验的质性研究[J].上海护理,2025,25 (10):17-23.
- [15] 吕娇,王倩,王雅莉,等.癌症住院患者疼痛强度描述语的对应量化研究[J].护理学杂志, 2024,39 (22) :68-71.
- [16] 朱丽娜,杨晓明.无陪护病房的医院感染管理 SWOT 分析与对策研究[J].中医药管理杂志, 2025,33 (15) :230-232.
- [17] 戴秀娟,吴茜,汤爱洁,等.快速康复外科临床实施阻碍因素质性研究的 Meta 整合[J].护理学杂志,2021,36 (07): 34-38.
- [18] 徐新颜. 常规护理与规范化心理护理应用在妇科肿瘤患者中的效果[J]. 智慧健康,202 2,8 (33) :222-226.
- [19] 宋璐,陈孝灵,谭颜沛,等.我国医疗护理员研究现状及优秀经验的借鉴启示[J].全科护理,2023,21 (06):773-777.
- [20] 刘静,吴利平,张子怡,等.专科护士分层级岗位管理体系构建研究[J].卫生职业教育,20 25,43 (10) :128-133.

版权声明: ©2026 作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC) 所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS