

護理管理 Nursing Management

收稿日期：2025-01-13

接受日期：2025-05-23

無陪護病房管理模式對乳腺癌患者圍手術期護理效果的影響分析

張秀婷¹ 陳敏靜¹ 黃凱賢¹ 胡本玲^{1*}

【摘要】目的：探討無陪護病房管理模式在乳腺癌患者圍手術期的應用效果，並驗證其對患者住院滿意度及心理壓力的影響。方法：採用回顧性隊列研究設計，納入 2021 年 1 月至 11 月接受傳統護理的 112 例乳腺癌患者為對照組，以及 2022 年 1 月至 11 月接受無陪護護理模式的 134 例患者為觀察組。比較兩組患者的住院滿意度、壓力知覺評分（CPSS）及不良事件發生率。結果：兩組均未發生不良事件；觀察組住院滿意度顯著高於對照組（ $P<0.05$ ）；出院時觀察組 CPSS 評分（ 21.36 ± 4.32 ）低於對照組（ 22.46 ± 4.27 ），差異具統計學意義（ $P<0.05$ ）。結論：無陪護病房管理模式可有效提升乳腺癌患者住院滿意度，降低術後心理壓力，具有臨床推廣價值。

【關鍵詞】 無陪護護理 乳腺癌 病房管理 圍手術期

Analysis of the Impact of the Unaccompanied Ward Management Model on Perioperative Nursing Outcomes in Breast Cancer Patients

Xiuting Zhang¹ Minjing Chen¹ Kaixian Huang¹ Benling Hu^{1*}

[Abstract] Objective: To evaluate the effectiveness of unaccompanied ward management model in improving perioperative care outcomes for breast cancer patients. Methods: A retrospective cohort study was conducted, including 112 patients receiving traditional care from January to November 2021 (control group) and 134 patients under the unaccompanied model from January to November 2022 (observation group). Hospital satisfaction, perceived stress scores (CPSS) and adverse events were compared. Results: No adverse events occurred in either group. The observation group showed significantly higher satisfaction ($P<0.05$) and lower CPSS scores at discharge (21.36 ± 4.32 vs 22.46 ± 4.27 , $P<0.05$). Conclusion: The unaccompanied model improves patient satisfaction and reduces psychological stress, supporting its clinical implementation.

[Key Words] unaccompanied care breast cancer ward management perioperative period

* 通訊作者 Corresponding author: hubl@hku-szh.org

¹ 香港大學深圳醫院乳腺外科 Department of Breast Surgery, The University of Hong Kong-Shenzhen Hospital, Guangdong, China

乳腺癌是女性最常見的惡性腫瘤，手術治療伴隨的生理創傷及心理衝擊對護理提出更高要求（馮麗顏等，2019）。傳統家屬陪護模式存在照護專業性不足、交叉感染風險等問題，而無陪護病房管理模式是指患者住院後所有醫療、護理和生活上的照顧均由醫護人員和醫療護理員承擔，實行無家屬陪護的一種優質護理服務模式（宮芳芳等，2022）。通過專業團隊全程管理，可優化資源配置並提升護理品質（徐夕淳等，2020；孫凌燕等，2022；羅小軍，2022）。研究顯示，住院患者的壓力情緒與滿意度是影響病房安全管理的關鍵變量。壓力情緒能通過誘發非理性行為、延緩生理恢復及干擾護理資源分配，增加安全風險；而滿意度則通過增強醫患信任、環境適應及治療依從性，成為安全管理的緩衝機制，二者的動態平衡要求護理管理需融合心理支持、流程規範與環境調適，以實現安全與服務的協同增效（Deilkås et al., 2019；Tuvesson & Eklund, 2017）。隨著醫療模式轉型與護理專業化發展，無陪護病房模式近年來在國內外呈現實踐規模擴大、研究深度拓展的趨勢。新加坡無陪護病房立足科技的完善的配套設施和責任明確的人員分工，使生活護理服務更具先進性、特色性。國內多項研究顯示，無陪護病房發展還處於初級階段，主要在重症監護、新生兒科等領域通過專業化團隊與智能監測顯著降低感染風險並提升滿意度，但在乳腺癌圍手術期應用仍缺乏實證證據，尤其術前心理干預、術後康復支持及多學科協作機制尚未形成標準化路徑（賀超貴等，2017；鄭彩娥、李秀雲，2021）。當前無陪護病房管理中存在諸多不和諧因素，亟需系統性優化護理流程、強化人員能力、完善品質管理機制，以提升患者安全與服務品質，構建和諧的無陪護病房環境（何佩儀，2008；胡本玲等，2023；席西民、劉鵬，2022）。本研究探討無陪護病房對乳腺癌圍手術期患者護理效果的影響，以填補臨床實踐空白。

1 資料與方法

1.1 一般資料

本研究採用回顧性隊列研究，用方便抽樣法將2021年1月至11月香港大學深圳醫院乳腺外科病房收治的112例乳腺癌手術患者作為對照組，採用

傳統的護理模式；2022年1月至11月病房收治的134例乳腺癌手術患者作為觀察組，採用無陪護護理模式，（1）納入標準：①符合《中國抗癌協會乳腺癌診治指南與規範（2021版）》乳腺穿刺病理報告為乳腺癌、臨床分期I-III期患者（中國抗癌協會乳腺癌專業委員會，2021）；②最近6月無車禍、親人離世等重大創傷性事件；③認知功能正常且可配合研究。（2）排除標準：①未行乳腺癌手術患者；②無陪護病房管理中需要陪護患者；③合併心血管、肝、腎、血液等嚴重內科疾病者。所有乳腺癌患者入院時均填寫中文版知覺壓力量表，將符合納入標準的所有乳腺癌手術患者納入研究，收集患者入院時至出院時的資料。為保證問卷填寫品質，調查時，研究人員和責任護士對符合納入標準的患者床旁介紹本研究目的、方法和意義，徵得患者書面同意後填寫電子版問卷，對不便填寫的患者，可由患者本人閱讀後根據自身意見由家屬或調查員協助完成。數據收集後，由雙人錄入核對建立資料庫。研究過程中所有對照組與觀察組患者均完成問卷。本研究獲得香港大學深圳醫院倫理委員會批准（批號[2022] 267）。

1.2 方法

干預方法：對照組採用常規護理，其中床位45張，護士17名，醫療護理員2名，按疫情防控要求執行一人陪護和限制探視1-2人。做好圍手術期管理，如術前講解手術相關注意事項。做好術前訪視工作，瞭解患者心理狀態，緩解其焦慮抑鬱情緒。術後密切監測患者的各項生命體徵，做好飲食、切口、引流管、肢體活動、心理等護理相關知識，促進患者康復。觀察組在對照組基礎上採用無陪護病房管理模式，病房床護比為45:17，醫療護理員增加至5名，增設1名安保人員，取消陪護，採取限時（12:00-20:00）和限人數（1人）探視，所有的診療及生活均由護士及醫療護理員進行協助。具體方法如下：

1.2.1 不和諧因素

無陪護病房實施前期，對住院患者進行電子問卷調查，通過護理品質管理工具進行不和諧因素分析：①患者生活護理需求與醫院現有後勤保障系統供應的不和諧；②特殊患者陪護需求、患者及

其家屬情感需求與無陪護的不和諧；③ 醫療護理人員配置與工作量增加的不和諧；④ 低年資護士缺乏風險預判能力與無陪護護理安全性要求提高的不和諧；⑤ 醫療護理員照護能力不足與服務需求提高的不和諧等問題。

1.2.2 改善目標

建立無陪護病房管理制度，減少各環節不和谐因素。規範護理服務流程，提升患者住院品質與安全。強化護理團隊專業能力與人文關懷水準。實現護理服務的連續性與個體化，促進患者身心社靈全面康復。

1.2.3 實施策略與具體措施

1.2.3.1 組織架構與制度建設

① 成立專項小組：由護理部、醫療團隊、後勤保障部組成跨部門專項小組，統籌分析不和谐因素，制定管理制度與協作方案。② 制度與文化推廣：設計無陪護病房宣傳海報，推廣「以患者為中心」的無陪護文化；通過醫護門診聯動及院前溝通，落實制度執行。

1.2.3.2 規範護理服務流程

① 首問負責制與個案管理：責任護士全程跟蹤患者，實施個案管理，提供從入院到出院的連續照護。② 創新交接班模式：採用 SBAR 溝通模式（現狀－背景－評估－建議），結合和諧理論的尊重共識，提升交接效率與團隊信任（蔣世瑞，2024）。③ 彈性排班與協作機制：根據患者數量及病情嚴重度，實行護士與醫療護理員雙軌彈性排班，明確小組分工職責。④ 特殊患者管理規範：針對溝通障礙、高齡、自殺風險等患者，制定「陪而不護」標準，按照一般常規護理，動態評估留陪需求（由責任護士、組長及醫生共同決策），醫囑體現留陪標識。

1.2.3.3 人員培訓與能力建設

① 分層培訓體系：制定醫－護－醫療護理員三級培訓課程，涵蓋健康教育、院感防控、應急演練等內容，落實准入標準與能級適配。② 考核與評價：定期進行照護能力、人文關懷及技術操作考核，確保培訓效果轉化為實踐能力。

1.2.3.4 人文關懷與環境優化

① 硬體設施改進：配置可調節病床、助行器、便攜桌板等輔助工具，建立線上訂餐、購物及雲端探視系統。② 情感支持框架：基於患者壓力評估分值，結合無陪護模式建立圍繞患者住院週期情感支持框架，設計個性化護理方案，結合健康宣教與隱私保護措施，提升患者安全感。見圖 1。

1.2.3.5 品質與安全管理

① 三級質控機制：病區實施「護士－責任組長－護理部」三級質控，定期召開品質例會，追蹤改進效果。② 智能化管理工具：運用電子化隨訪平臺進行滿意度調查全覆蓋，建立風險管理註冊及不良事件預警系統，設計良好的門禁管理制度及建立電子化門禁管理。

1.2.3.6 專業照護與延續服務

① 乳腺癌全程護理模式：制定術前－術中－術後個體化、專業化、連續性護理路徑，關注患者身心社靈需求。見表 1。② 延續性護理服務：通過微信公眾號、互聯網醫院提供線上隨訪與康復指導；開展護理人員心理疏導培訓，加強出院患者心理支持。

1.2.4 評估與持續改進

1.2.4.1 短期評估

每月分析護理不良事件發生率、患者滿意度及培訓考核達標率。

1.2.4.2 長期監測

每季度召開品質控制會議，結合智能化系統數據，優化流程與制度。

1.2.4.3 反饋機制

根據評估結果動態調整方案，確保改善措施落地見效。

1.2.5 預期成效

患者住院安全事件低於全院水準，滿意度持續提升。護理團隊協作效率提升，交接班差錯率降低。無陪護病房制度全面落實，形成可推廣的標準化管理模式。

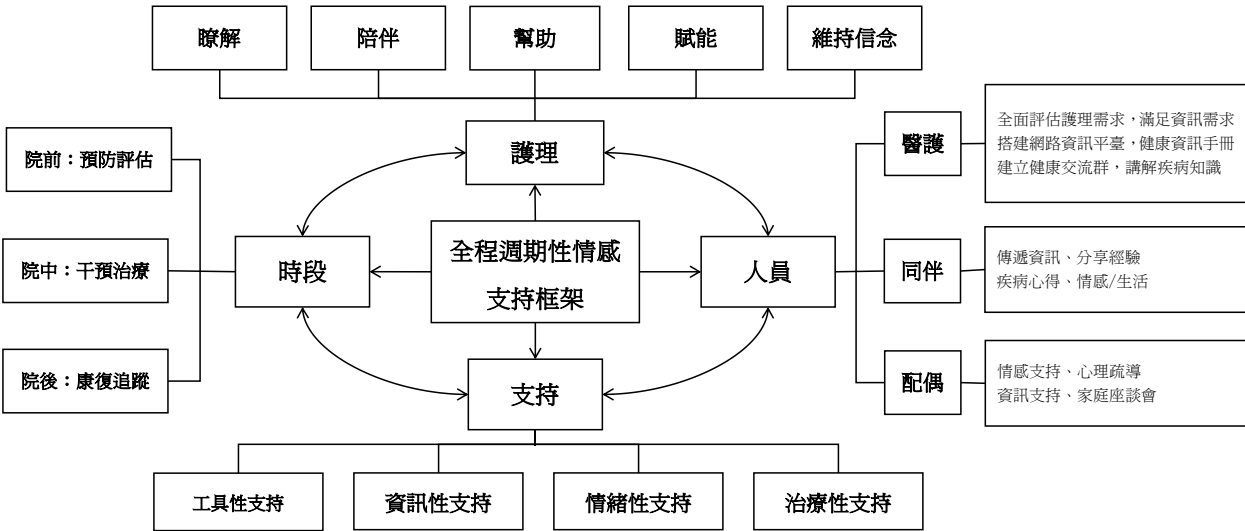


圖 1 患者全程週期性情感支持框架

表 1 構建以手術為路徑的乳腺癌患者照護模式

手術路徑		照護措施
手術前	耐心講	講解疾病知識、術前評估準備的意義、術中配合注意事項、術後的不適及自我監測觀察
	細心觀	
	誠心幫	
	溫馨送	
手術中	OT 聯動	「溫暖手術間」：術中護理操作技術的嫺熟、精湛可以縮短麻醉時間、減少患者痛苦、減少術後併發症
	熱心接	
手術後	耐心講	4S 教育：Smile、Standard、Specialty、Satisfaction 專科知識為背景，術後及時評估基礎，依託視頻、宣教單張、公眾號為患者提供專業指導：注意事項、飲食、活動、管道、功能鍛煉、疾病自我監測、淋巴水腫預防
	細心觀	
	常反思	
		生命體徵；併發症觀察：切口、敷料、管道、疼痛；心理照護 護理查房討論、醫護聯合 MDT

2 觀察指標

2.1 一般情況調查表

患者一般情況調查表由研究者通過查閱文獻自行設計，包括患者的人口學資料和疾病相關資料。人口學資料包括年齡、文化程度、婚姻狀況以及費用支付形式等情況。疾病相關資料包括手術方式、住院時間。

2.2 不良事件發生率

我院採取不良事件無懲罰上報制度，由品質管理科統計不良事件發生頻次，不良事件包括給藥錯誤、跌倒 / 墜床、壓力性損傷、管道脫落。

2.3 患者滿意度

採用醫院自製住院滿意度調查問卷進行調查，該問卷包括服務環境、服務效率、服務態度、服務技術及隱私保護共 5 個維度 19 個條目，採用 6 級評

分（賦值 0~5 分），評分越高滿意度越高，總分 0~95 分，分為很滿意（90~95 分）、較滿意（72~89 分）、基本滿意（54~71 分）、一般（36~53 分）、較不滿意（18~35 分）和很不滿意（0~17 分）共 6 個等級。

2.4 壓力知覺評估

採用中文版知覺壓力量表（Chinese-version Preceived Stress Scale, CPSS）評估患者的知覺壓力，量表包括個體的認知、情緒、生理共 14 個專案，每個專案採用 0~4 分 5 級評分法，總分為 0~56 分。總分越高表明壓力越大。0~28 分為壓力正常，29~42 分為壓力較大，43~56 分為壓力過大。中文版量表 Cronbach’s α 係數為 0.78（于瑤、邢鳳梅，2024）。

3 統計學分析

採用 SPSS 26.0 軟體進行數據分析。符合正態分佈的計量資料採用均數±標準差 ($\bar{x}\pm s$) 表示，組間比較使用兩獨立樣本 t 檢驗；不符合正態分佈的計量資料採用中位數和四分位數表示，組間比較採用非參數檢驗；計數資料採用例數、百分率 (%) 進行統計描述，組間比較採用 χ^2 檢驗或 Fisher 確切概率法。以 $P<0.05$ 為差異具有統計學意義。

4 結果

4.1 兩組一般情況調查表

調查對象均為國內女性，年齡 (48.85 ± 11.36) 歲，兩組患者在文化程度、婚姻狀況、付費形式、

手術類型等一般資料方面比較差異無統計學意義 ($P>0.05$ ，見表 2)，具有可比性。對照組追蹤時間範圍為 3–30 天，追蹤時間中位數為 15 天，觀察組追蹤時間範圍 3–26 天，追蹤時間中位數為 14 天。

4.2 兩組不良事件情況比較

兩組患者均無給藥錯誤、跌倒 / 墜床、壓力性損傷、管道脫落等不良事件發生。

4.3 兩組患者滿意度及壓力知覺評估評分情況比較

觀察組在服務環境 (18.09 ± 1.64 vs 18.57 ± 0.67)、服務技術 (18.46 ± 1.11 vs 18.81 ± 0.56) 及隱私保護 (17.96 ± 1.19 vs 18.28 ± 0.89) 維度的滿意度顯著更高 ($P<0.05$)。出院時觀察組 CPSS 評分低於對照組 (22.46 ± 4.27 vs 21.36 ± 4.32 , $P=0.047$)。見表 3。

表 2 兩組患者基線資料比較

專案	對照組 ($n=112$)	觀察組 ($n=134$)	檢驗統計量	P 值
年齡 (歲, $\bar{x}\pm s$)	48.43±12.1	49.19±10.749	-0.525 ⁽¹⁾	0.60
文化程度 [例 (%)]				
初中及以下	36 (32.1)	61 (45.4)		
高中及中專	30 (26.8)	26 (19.4)	4.811 ⁽²⁾	0.09
大專及以上	46 (41.1)	47 (35.1)		
婚姻 [例 (%)]				
已婚	89 (79.5)	112 (83.6)		
未婚	12 (10.7)	9 (6.7)	1.27 ⁽²⁾	0.530
離異 / 喪偶	11 (9.8)	13 (9.7)		
費用形式 [例 (%)]				
醫保	101 (90.2)	119 (88.8)		
自費	11 (9.8)	15 (11.2)	0.122 ⁽²⁾	0.727
手術方式 [例 (%)]				
單側保乳	35 (31.3)	57 (42.5)		
乳房全切	77 (68.8)	77 (57.5)	3.32 ⁽²⁾	0.068
住院時間 [天, $M(Q1, Q3)$]	15 (10, 21)	14 (10, 18)	1.265 ⁽³⁾	0.082

注：(1) t 值；(2) χ^2 值；(3) Z 值。

表 3 比較兩組患者護理滿意度、壓力知覺評估評分情況 (分, $\bar{x}\pm s$)

		組別		t 值	P 值
		對照組	觀察組		
例數		112	134		
護理滿意度	服務環境	18.09±1.64	18.57±0.67	-3.12	0.004
	服務效率	18.36±1.21	18.26±0.88	0.71	0.47
	服務態度	18.47±1.18	18.38±0.86	0.70	0.48
	服務技術	18.46±1.11	18.81±0.56	-3.18	0.002
	隱私保護	17.96±1.19	18.28±0.89	-2.33	0.02
CPSS 評分	入院時	27.44±5.25	28.60±4.66	-1.84	0.06
	出院時	22.46±4.27	21.36±4.32	1.93	0.047

5 討論

無陪護病房管理模式是以患者為中心的創新型護理服務體系，通過專業團隊全程承擔醫療及生活照護，實現護理流程標準化與資源優化配置（吳雨桐、鄧勇，2024）。作為我國一種新型的護理模式，通過專業化、標準化護理，契合現代醫學從「疾病中心」向「患者中心」轉型的趨勢，尤其在乳腺癌圍手術期護理中具有顯著應用價值。乳腺癌作為女性高發惡性腫瘤，手術創傷與術後康復需求對護理提出雙重挑戰：① 生理層面：需頻繁換藥、康復訓練等精細化護理；② 心理層面：因身體形象改變易引發焦慮、抑鬱等心理應激反應，導致治療依從性下降，家庭成員亦難以長期兼顧工作與陪護，亟需專業化替代方案（張曦等，2020；翟建平，2021）。傳統家屬陪護模式存在專業性不足、交叉感染風險高、家庭負擔重等缺陷（Zeng et al., 2022）。隨著醫療專業化需求增加和老齡化社會壓力，國內外對無陪護病房模式的研究與實踐逐漸增多，顯示無陪護病房的開展能降低院內感染風險及規範護理流程、改善患者心理體驗、減輕家屬身心與經濟負擔、優化醫療配置資源，以及獲得一定的社會效益（吳紅豔，2011；楊閩紅，2023；鄧勇，2024；鄧曉玉等，2024）。目前，我國尚未形成系統的無陪護病房管理體系，但綜合醫院實施無陪護病房管理已成必然趨勢（王倩倩、連芬萍，2023）。未來需進一步探索成本分攤機制和人員培訓體系，以推動其可持續發展。

5.1 保障患者醫療護理品質

本研究結果顯示兩組患者均無給藥錯誤、跌倒／墜床、壓力性損傷、管道脫落等不良事件發生，因此未觀察到無陪護模式會增加不良事件的風險。本研究將接送患者檢查、物資領取及運送、標本送檢、財務結算等非護理工作交由相關部門負責，由經過專職培訓的醫療護理員在護士的指導下提供或協助基本護理或支持，配有完備的後勤服務支持系統及監控系統為臨床工作提供保障，能保障患者住院及外出檢查安全，防範和減少醫療事故糾紛，且對護理人力短缺起到緩解作用，確保護士聚焦臨床核心任務。由於限制陪護及探視的人員和時間，可降低院內感染發生率（孫豔，2024；趙文靜等，

2020；Zeng et al., 2022）。制定以手術為路徑的個體化、專業化、連續性的乳腺癌全程護理照護模式，提高護理的專業性和規範性，為患者提供全面的醫療護理服務，有利於保障患者的安全。無陪護病房的建立以人員能動調整、流程優化設計以及制度體系科學監管為基礎，有利於全面規範實行優質護理，落實品質安全管理規範（王曉萍等，2016；胡本玲等，2023）。

5.2 提高患者住院滿意度

住院患者滿意度通過醫患信任、環境適應及合作意願，成為安全管理的重要「緩衝閥」。本研究通過多維干預策略顯著提高患者住院滿意度，① 環境優化與隱私保護：無陪護病房的實施減少人員流動和聚集，有效降低環境噪音。獨立空間設計與智能化門禁系統同步提升患者隱私保護水準，利於患者隱私保護和休息。② 專業化協作與溝通強化：多學科團隊（醫護－醫療護理員－後勤）圍繞患者形成規範化、流程化、高效化、專業化的協作模式，因患者生活護理全面依賴醫療人員的幫助或指導，患者與醫療人員能進行充分交流溝通，主動尋求幫助與建議。而醫生、護士、醫療護理員及後勤保障等多團隊同樣甚至更加關注患者需求，主動關懷患者，操作過程中注意患者細節，使用 SBAR 交接模式確保病情資訊傳遞完整率，清楚地掌握患者的病情，運用良好的溝通，及時給予了患者心理護理和健康教育指導（王爽，2019；何鳳等，2022）。③ 個性化護理與心理支持：基於 CPSS 壓力評估結果，制定心理干預方案，使患者感到自己被關懷、尊重，從而能深刻體會到醫護人員及醫療護理員的不易，促進構建互信的護患關係（胡本玲等，2023；陳敏，2021；譚哲紅，2018）。④ 品質監管體系賦能：通過建立服務品質監管體系和常態化、長效性考核機制，強化護理員的知識與技能，有利於提升臨床照護品質，真正體現了以患者為中心的整體護理理念，減輕患者家屬的負擔，提高了患者的住院滿意度（武傑、駱啟芬，2022）。

5.3 降低患者壓力情緒

患者壓力情緒通過影響患者行為、生理狀態及護理資源分配，直接或間接增加安全風險。情感支持框架是在臨床護理場景的具體實踐，二者結合不

僅強化了護理干預的系統性與科學性，更通過「人－制度－技術」的協同，實現了醫療服務品質與患者心理結局的雙重提升 (Berardo & Mussa, 2019; Oweidat et al., 2024)。本研究通過構建系統性心理支持框架，顯著降低觀察組患者壓力知覺評分 (CPSS：入院時 28.60 ± 4.66 vs 出院時 21.36 ± 4.32 ，降低 25.3%， $P < 0.05$)。① 結構化心理干預體系：構建「評估－干預－回饋」三級支持框架。採用 CPSS 量表評估患者壓力水準，識別高風險患者，對中高風險患者實施個性化方案，可滿足患者情感需求，緩解患者不良情緒 (黃碧等，2023)。通過雲端探視系統引導家屬參與情感支持，降低患者孤獨感。② 身體形象重塑與自主性強化：乳腺癌患者因術後身體形象完整性被破壞遭受生理及心理的雙重打擊，使患者知覺壓力增大，導致患者以消極的方式應對自身疾病，阻礙康復進程，損傷患者自尊心和女性魅力，使其存在嚴重的心理障礙 (吳子敬等，2018；潘玉琴等，2023)。有研究指出圍繞生存、症狀和痛苦的緩解、喪親等問題進行支持性照顧，為癌症患者提供必要的服務，如義乳適配、瘢痕護理等專業指導，以滿足他們資訊、情感、生理、心理、社會、精神和實踐的需求，提升身體接納度 (賈晶晶等，2021)。乳腺癌患者作為母親、妻子和女兒，加上患者獲得初步治癒，因無家屬陪護原因，反而可促進其樹立積極心態，強化正向預期，使其主動配合及促進身心全面平衡；還可增強自我效能，激發自護意識，使其快速康復治療。因無陪護病房中所有的醫療決策均需與患者溝通，使患者能掌握自身病情並根據自身所需選擇合適自己的治療方式，減少家屬干預，提升患者治療參與度、自主性及依從性 (孫凌燕等，2022)。③ 社會支持網路構建：科室從醫護、同伴、家屬中進行資訊與情感支持性照顧，建立患者住院週期情感支持框架，以患者需求為導向，量身定制護理方法，對改善不良情緒，降低疾病進展恐懼、提升心理韌性及提高治療依從性均具有重要意義 (梁蝶等，2022)。同時提供法律諮詢、經濟援助等多維度的實踐幫助，提高了患者的社會功能 (曾潔等，2021)。

5.4 存在問題

① 護理人力配置不足。護理人力資源短缺直接影響臨床護理品質與患者安全 (于利雙等，2017)，亟需通過優化人員配置結構、引入彈性排班機制及擴充護理團隊規模等措施，提升護理服務效能。② 家屬焦慮情緒：無陪護病房模式下，家屬因擔憂患者照護品質不足易產生焦慮情緒，部分家屬選擇參與基礎護理以緩解壓力。然而，非專業陪護可能導致操作規範不統一，進而增加院內感染及醫療糾紛風險。現病區通過專業分工、資源重配與技術賦能，將有限的護理人力聚焦於高價值工作，家屬從「替代護理者」轉為「情感支持者」，並以制度化補充醫療護理員與科技輔助來解決缺口，從而實現可持續的醫療照護模式。③ 成本分攤機制。目前無陪護病房模式尚未建立配套收費制度，後期結合醫保制定詳細護理收費專案目錄和價格標準，使無陪護病房模式得以推廣。④ 醫療糾紛責任歸屬與法律風險：無陪護模式下，若患者發生猝死或搶救延誤，責任界定可能因護理記錄不完整或家屬參與度不足導致舉證困難。需完善標準化護理文書系統，確保護理操作全程可追溯；通過知情同意書明確各方權責，並建立糾紛預警機制等措施規避風險。⑤ 研究局限與未來方向：本研究為單中心、小樣本探索性研究，存在組間例數差異及未評估家屬滿意度等局限性。後續研究應擴大樣本量，採用多中心隨機對照設計，並納入家屬焦慮量表及護理品質評價指標，以實證檢驗無陪護模式的有效性。同時，建議開發家屬端即時資訊交互系統，通過透明化護理流程進一步緩解家屬心理負擔。

6 結論

綜上所述，實施無陪護病房管理模式對乳腺癌患者的護理應用價值顯著，有助於緩解患者的壓力不良情緒，使患者的生理及心理得到快速康復，提高患者依從性和住院滿意度。另外，亟需建立一支具備專業技能、綜合素質較高的無陪護輔助護理隊伍，優化醫療護理員配置，健全相關制度，構建推廣環境，促進無陪護病房的发展，保證患者的品質安全。

利益衝突

所有作者聲明無利益衝突

作者貢獻聲明

張秀婷：構思與設計、研究準備、數據分析與解釋、論文撰寫；陳敏靜：數據收集與整理；黃凱賢：繪製圖表；胡本玲：論文指導與審校

參考文獻

- 于利雙、黃海玲、肖瀟、張豔芳、王雅聰、趙有紅（2017）。無陪護管理研究進展。*護理實踐與研究*, 14（02），33-34。
- 于瑤、邢鳳梅（2024）。正念覺知在急性冠脈綜合症患者知覺壓力與社會功能缺陷間的仲介效應。*軍事護理*, 41（05），55-58。
- 中國抗癌協會乳腺癌專業委員會（2021）。中國抗癌協會乳腺癌診治指南與規範（2021年版）。*中國癌症雜誌*, 31（10），954-1040。
- 王倩倩、連芬萍（2023）。風濕科無陪護病房管理的現狀及影響因素分析。*臨床醫藥實踐*, 32（03），224-228+240。
- 王爽（2019）。乳腺癌患者的護理體會。*中國醫藥指南*, 17（15），205-206。
- 王曉萍、李茵、呂丹、李曉冬、田麗（2016）。無陪伴病房患者安全護理評價指標體系的建立。*中華護理雜誌*, 51（07），869-873。
- 吳子敬、劉葉、李小寒（2018）。乳腺癌患者心理韌性現狀及其與焦慮抑鬱的關係。*中國醫科大學學報*, 47（01），78-81。
- 吳雨桐、鄧勇（2024）。無陪護病房管理模式發展需考慮多方因素。*中國衛生*,（12），88-89。
- 吳紅豔（2011）。腫瘤外科無陪護病房的實施與護理體會。*中國實用神經疾病雜誌*, 14（20），46-47。
- 何佩儀（2008）。香港瑪麗醫院實習感受。*護士進修雜誌*,（11），1031-1032。
- 何鳳、王阿蕾、張微竹、黃靜、龔曉嶺（2022）。老齡化背景下公立醫院開展無陪護病房的質性研究。*醫學理論與實踐*, 35（21），3772-3774。
- 武傑、駱啟芬（2022）。長期照護護理員管理體系在無陪護病房中的應用效果。*當代護士（上旬刊）*, 29（10），164-166。
- 胡本玲、塗錦怡、張秀婷、都繼微（2023）。基於和諧理論的無陪護病房管理體系的構建與實施。*中華現代護理雜誌*, 29（27），3753-3757。
- 徐夕淳、謝會娟、韓芹（2020）。免陪護護理模式對肛肠科患者的護理效果研究及對心理應激的影響。*實用臨床護理學電子雜誌*, 5（02），29+46。
- 席西民、劉鵬（2022）。和諧管理理論及其應用。*前線*,（09），36-39。
- 宮芳芳、劉勝男、張娜（2022）。國內開展無陪護醫院的可行性研究。*現代醫院管理*, 20（04），87-90。
- 孫凌燕、應瑛、周曉玲、王欣（2022）。無陪護護理模式在手部軟組織缺損皮瓣移植修復住院患者中的應用。*中華顯微外科雜誌*, 45（2），209-212。
- 孫豔（2024）。「六化」管理模式在醫院無陪護病房管理中的效果觀察。*中國消毒學雜誌*, 41（01），78-80。
- 陳敏（2021）。臨床護理路徑對乳腺癌患者護理品質的影響。*健康女性*,（3），222。
- 梁蝶、虞瑰、黃建林、周敏、邱明星（2022）。基於Kano模型的無陪護病房在前列腺癌根治手術期的應用。*實用醫院臨床雜誌*, 19（05），47-50。
- 張曦、杜雪、王榮、楊雪、牛盼盼、郭蓉、蘇莉、高健、江燕芳（2020）。乳腺癌術後患者支持性照護需求的縱向研究。*護理學雜誌*, 35（20），1-5+13。
- 賀超貴、周元、解超英、胡立強（2017）。無陪護病房的研究進展。*當代護士（上旬刊）*,（9），3-6。
- 黃碧、陳香、徐麗華（2023）。共情能力建設在老年科無陪護病房護理人員中的應用效果。*中國當代醫藥*, 30（16），190-192。
- 曾潔、金蕾、李倩、武文婧、史寶欣（2021）。共同決策對乳腺癌患者生活品質的影響——功能鍛煉依從性的部分仲介效應。*中國全科醫學*, 24（07），847-854。
- 馮麗顏、黃樂清、郭春玲、何弟華（2019）。臨床護理路徑對乳腺癌患者護理品質的影響。*中國實用醫藥*, 14（02），148-150。
- 賈晶晶、蔡英傑、曹勝男、史根芽、史鐵英（2021）。乳腺癌患者資訊與情感支持性照顧干預研究進展。*現代臨床護理*, 20（08），84-88。
- 趙文靜、王瑩、韓傑、沈犁（2020）。以患者需求為導向的護工分層培訓的效果研究。*中華現代護理雜誌*, 26（32），4533-4536。
- 楊閩紅（2023）。福建：推進「無陪護」病房試點探索醫療護理服務新模式。*中國衛生*,（01），18-19。
- 翟建平（2021）。綜合護理干預在乳腺癌患者護理中的應用效果。*婦兒健康導刊*, 11（9），15-16+22。
- 潘玉琴、高燕、劉永芳、張夢滢、王麗萍、謝琳（2023）。心理痛苦溫度計的層級式心理療法在乳腺癌放化療患者的應用及對心理痛苦、知覺壓力及應對方式的影響。*中國健康心理學雜誌*, 31（07），1020-1024。
- 蔣世瑞（2024）。SBAR溝通模式在國內臨床護理實踐中的應用現狀與展望。*當代護士（下旬刊）*, 31（05），10-14。
- 鄧勇（2024）。無陪護病房：臨床護理服務新模式。*中國醫院院長*, 20（17），83-85。
- 鄧曉玉、李月華、陳先祥、紀德勝、張正斌（2024）。基於SWOT分析的無陪護醫療發展策略探討。*中國衛生品質管理*, 31（09），55-61。
- 鄭彩娥、李秀雲。*實用康復健康教育*。人民衛生出版社。

羅小軍 (2022)。基於和諧管理理論的工程專案管理模式分析。磚瓦, (06), 102-104。

譚哲紅 (2018)。醫護助一體化服務模式在無陪護病房護理管理中的應用。護理實踐與研究, 15 (06), 116-118。

Berardo, D., & Mussa, M. V. (2019). Application of relational tool to support acute cardiac patients' emotional recovery: analysis of effects during acute and follow-up care. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 14(1), 1595957. <https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1595957>

Deilkås, E. C. T., Hofoss, D., Husebo, B. S., & Bondevik, G. T. (2019). Opportunities for improvement in nursing homes: Variance of six patient safety climate factor scores across nursing homes and wards-Assessed by the Safety Attitudes Questionnaire. *PLoS One*, 14(6), e0218244. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218244>

Oweidat, I., Alzoubi, M., Shosha, G. A., Ta'an, W., Khalifeh, A., Alzoubi, M. M., Al-Mugheed, K., Alabdullah, A. A. S., & Abdelaliem, S. M. F. (2024). Relationship between emotional intelligence and quality of healthcare among nurses. *Frontiers in Psychology*, 15, 1423235.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1423235>

Turesson, H., & Eklund, M. (2017). Nursing Staff Stress and Individual Characteristics in Relation to the Ward Atmosphere in Psychiatric In-Patient Wards. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(9), 726-732. <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1324929>

Zeng, B. T., Jin, Y., Cheng, S. D., Ding, Y. M., & Du, J. W. (2022). Administration approaches of nursing assistants in hospitals: a scoping review. *BMJ Open*, 12(11), e063100. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-063100>