

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2025.11.041
网络首发 [https://link.cnki.net/urlid/50.1097.R.20250708.1308.002\(2025-07-08\)](https://link.cnki.net/urlid/50.1097.R.20250708.1308.002(2025-07-08))

基于 AIDET 的医护一体化管理在神经肿瘤患者护理中的应用^{*}

邹洪亮,詹昱新[△],王 佩,王 慧,易汉娥,廖 兰,万雅莉,李 冰,雷德强
(华中科技大学同济医学院附属协和医院,武汉 430022)

[摘要] **目的** 研究 AIDET 沟通模式联合医护一体化管理对神经肿瘤患者护理中的应用效果。**方法** 选取 2023 年 1—12 月武汉市某三级甲等医院收治的神经肿瘤患者作为研究对象,其中 2023 年 1—6 月的 95 例患者作为对照组,2023 年 7—12 月的 95 例患者作为观察组。对照组采用神经外科肿瘤患者常规护理,观察组在对照组的基础上实施 AIDET 沟通模式结合医护一体化管理。比较两组患者的自我护理能力、自我认同感、焦虑程度、疼痛程度及护理满意度。**结果** 干预后,两组 ESCA 各项评分高于干预前,且观察组高于对照组($P<0.05$)。干预后,两组 SIS 评分高于干预前,且观察组高于对照组($P<0.05$)。观察组干预后极重度焦虑、重度焦虑、中度焦虑发生率更低。观察组干预后 1 d、出院前 1 d 的 VAS 评分低于对照组($P<0.05$)。观察组满意度高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** AIDET 沟通模式结合医护一体化管理可有效提升患者对疾病认知的掌握能力,优化宣教效果和提高依从性,缓解患者负性情绪,提高护理质量和护理满意度。

[关键词] 神经肿瘤;医患沟通;医护一体化;AIDET 沟通模式;自我护理能力;满意度
[中图分类号] R472 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-8348(2025)11-2702-05

神经外科肿瘤患者疾病严重性高、治疗过程复杂且术后并发症发生率高^[1],给医护沟通与管理流程带来诸多挑战。患者不仅需接受高风险手术,还常伴随疼痛、焦虑、功能损伤等问题^[2-3]。护理人员必须具备高度的专业素养和综合能力,实施科学有效的管理模式至关重要。面对患者日益多样化的护理需求,传统单一护理模式难以全面满足患者身心康复需要。在此背景下,医护一体化管理模式因能有效促进患者康复、提升护理服务质量而逐渐受到关注,成为提高护理效果和患者满意度的重要手段^[4]。问候-介绍-过程-解释-感谢(acknowledge-introduce-duration-explain-thank,AIDET)沟通模式是一种用于医护-患者的标准化沟通框架,可增强护患沟通效果,改善患者不良情绪,提升其依从性和自护能力,进而提高护理满意度^[5-6]。医护一体化管理则可打破医生与护士间的专业壁垒,促进双方紧密协作^[7]。AIDET 沟通模式在慢性病患者、外科门诊患者及重症肺炎患者中应用效果良好^[8-10],但缺乏在神经肿瘤患者中的应用效果报道。基于此,本研究旨在构建基于 AIDET 的神经肿瘤医护一体化管理模式并评价其应用效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2023 年 1—12 月武汉市某三级甲等医院收

治的神经肿瘤患者作为研究对象,其中 2023 年 1—6 月的 95 例患者作为对照组,2023 年 7—12 月的 95 例患者作为观察组,两组患者基本资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性,见表 1。纳入标准:(1)术前经颅脑 CT 或 MRI 检查诊断为颅内占位性病变,合并相关症状且需行手术治疗,诊断符合标准^[11];(2)年龄 ≥ 18 周岁,生命体征及营养状态稳定;(3)具备正常沟通能力。排除标准:(1)存在文盲、认知障碍、精神障碍、语言障碍或意识障碍;(2)合并严重心脏病、高血压或糖尿病;(3)患有血液系统疾病或全身性免疫系统疾病;(4)存在严重器质性病变或合并多器官衰竭;(5)合并急性炎症或感染;(6)处于妊娠期或哺乳期的女性。脱落标准:(1)研究期间主动退出;(2)入组后未按研究方案接受干预。本研究通过本院伦理委员会批准([2021]伦审字(0125)号),患者均知情同意。

表 1 两组患者基本资料				
项目	观察组($n=95$)	对照组($n=95$)	χ^2/t	P
男/女(n/n)	68/27	64/31	0.397	0.529
年龄($\bar{x}\pm s$,岁)	45.81 \pm 3.61	45.69 \pm 3.85	-0.631	0.742
学历(n)			0.287	0.587
初中及以下	47	43		
高中	38	45		

^{*} 基金项目:湖北省自然科学基金面上项目(2022CFB261);再生医学交叉与转化湖北省重点实验室 2023 年度开放基金项目(2023zsyx006);华中科技大学同济医学院护理学院 2024 年度自主创新基金(ZZCX2024X003)。 [△] 通信作者,E-mail:15377574880@163.com。

续表 1 两组患者基本资料

项目	观察组(<i>n</i> = 95)	对照组(<i>n</i> = 95)	χ^2/t	<i>P</i>
大专及以上	10	7		
疾病种类(<i>n</i>)			0.285	0.776
脑膜瘤	40	36		
鞍区肿瘤	24	28		
听神经瘤	15	17		
胶质瘤	10	8		
髓母细胞瘤	6	6		

1.2 方法

1.2.1 样本量计算

本研究采用两样本均数比较的样本量计算公式,设定双侧检验水准 $\alpha = 0.05$,检验效能 $1 - \beta = 0.99$ (即 $\beta = 0.01$),效应量 $\delta/\sigma = 0.7$ 。考虑到研究过程中可能出现的失访或数据缺失,将计算所得样本量扩大 10%,最终确定样本量为 95 例。

1.2.2 对照组护理方法

对神经肿瘤患者实施从入院至出院的常规护理。由经统一健康教育知识培训的责任护士,在患者住院期间的不同时间节点,采用口头讲解联合纸质手册、信息平台推送及标准化视频宣教进行健康教育。健康教育内容涵盖入出院流程、术前术后护理要点、围手术期饮食与用药指导、疾病相关知识、术后并发症预防、康复训练及自我管理要点。在口头宣教时,严格控制宣教时间、语速并确保内容同质化;同时,辅以纸质手册与信息平台推送实现语言与图文的双重结合,配合标准视频宣教以增进患者理解^[12]。

1.2.3 观察组护理方法

观察组采用 AIDET 沟通模式联合医护一体化管理措施,患者于入院后开始干预,直至出院。

1.2.3.1 AIDET 沟通模式

(1)构建 AIDET 沟通小组。成员包括护士长(沟通方案制订、内容审查、质量监督)、健康教育专职护士(培训、措施实施、内容制订、效果检查)、责任护士(全程落实与反馈工作)。小组职责为全程推行 AIDET 沟通,优化护患互动。(2)AIDET 干预措施。问候:查阅患者年龄、病情等资料,尊称问候;主动了解其疾病认知、不适感及需求,建立信任关系。介绍:自我介绍并说明专业资质;介绍医疗团队优势;详解手术流程、术后护理及康复要点,强调配合重要性。过程:说明术后护理环节、并发症风险及当前检查/锻炼计划;疏导患者情绪,鼓励参与治疗,组织病友经验分享增强信心。解释:耐心解答饮食、用药、康复锻炼疑问;强调焦虑对预后的影响,结合非语言沟通(表情、抚触)传递支持。感谢:护理后感谢患者配合,询问并

满足合理需求,营造舒适护理环境。通过规范化沟通减轻患者陌生感,建立和谐护患关系,提升治疗依从性及护理效果,降低患者焦虑情绪,促进术后康复。

1.2.3.2 医护一体化管理

医生与护士紧密协作,共同为患制订个体化的健康教育与治疗方案。每天晨间护理时,护士与患者沟通,了解其 24 h 内的病情变化及需求。医护共同查房时,护士反馈沟通及评估结果,医生介绍患者病情及现阶段相关治疗;双方交换信息后,全面掌握患者病情。医生与护士共同对患者病情进行详细评估和记录,据此制订个体化的诊疗及护理方案。患者可随时向医护团队咨询治疗护理相关问题;通过一体化管理的沟通协调机制与流程,对患者及家属的问题和需求给予及时响应与解决。

1.2.4 评价指标

1.2.4.1 自我护理能力

比较两组患者干预前后(入院第 2 天和出院前 1 d)自我护理能力测定量表(exercise of self-care agency scale,ESCA)评分。该量表包含 4 个维度,43 个条目,采用 Likert5 级评分法,总分为 0~172 分,评分越高表明患者自我护理能力越强。该量表 Cronbach's α 系数为 0.86~0.92^[13]。

1.2.4.2 自我认同感

比较两组患者干预前后(入院第 2 天和出院前 1 d)自我认同感量表(self-identity scale,SIS)评分。该量表包含 19 个条目,采用 Likert4 级评分法,总分为 19~76 分,评分越高表明患者的自我认同感越强。该量表 Cronbach's α 系数为 0.85^[14]。

1.2.4.3 焦虑程度

比较两组患者干预前后(入院第 2 天和出院前 1 d)汉密顿焦虑量表(Hamilton anxiety scale,HAMA)评分。该量表包含 14 个条目,采用 Likert5 级评分法,总分为 0~56 分。根据总分可分为无焦虑(<7 分)、轻度焦虑(7~13 分)、中度焦虑(14~20 分)、重度焦虑(21~29 分)和极重度焦虑(>29 分)。该量表 Cronbach's α 系数为 0.88~0.99^[15]。

1.2.4.4 疼痛程度

比较两组患者入院时、术后 1 d 及出院前 1 d 的视觉模拟评分量表(visual analogue scale,VAS)评分^[16]。该量表总分为 0~10 分,0 分为无痛,1~3 分为轻度疼痛,4~6 分为中度疼痛,7~10 分为重度疼痛(10 分为极度疼痛)。

1.2.4.5 护理满意度

于患者出院前 1 d 发放本院住院患者满意度调查表评估护理满意度。该量表共 20 个条目,每个计 0~5 分,总分为 0~100 分, ≥ 95 分为满意,90~94 分为

基本满意,<90 分为不满意。

1.3 统计学处理

采用 SPSS26.0 软件进行数据分析。计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,多组间比较采用方差分析。计数资料以例数或百分比表示,组间比较采用 χ^2 检验,多组间比较采用非参数检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者干预前后 ESCA 评分比较

干预后,两组 ESCA 各项评分高于干预前,且观察组高于对照组($P<0.05$),见表 2。

表 2 两组患者干预前后 ESCA 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)				
项目	观察组($n=95$)	对照组($n=95$)	t	P
自我概念				
干预前	17.36±1.42	17.56±1.44	0.697	0.955
干预后	27.16±1.88 ^a	25.76±1.22 ^a	-4.402	<0.001
自我责任感				
干预前	16.50±0.99	16.42±1.31	-0.344	0.186
干预后	26.40±1.51 ^a	23.74±1.24 ^a	-9.612	<0.001
自我护理技能				
干预前	23.28±1.21	23.36±1.15	0.338	0.736
干预后	27.56±1.24 ^a	24.22±0.78 ^a	-15.990	<0.001
健康知识水平				
干预前	34.76±1.17	34.80±1.27	0.163	0.871
干预后	39.36±1.53 ^a	36.34±1.28 ^a	-10.660	<0.001

^a: $P<0.05$,与同组干预前比较。

2.2 两组患者干预前后 SIS 评分比较

干预后,两组 SIS 评分高于干预前,且观察组高于对照组($P<0.05$),见表 3。

表 3 两组患者干预前后 SIS 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)			
组别	n	干预前	干预后
观察组	95	48.08±1.31	59.88±1.38 ^a
对照组	95	48.10±1.29	53.54±2.97 ^a
t		0.077	-13.69
P		0.939	<0.001

^a: $P<0.05$,与同组干预前比较。

2.3 两组患者干预前后焦虑程度比较

干预后,观察组与对照组不同焦虑程度发生率比较,差异有统计学意义($P<0.05$),观察组干预后极重度焦虑、重度焦虑、中度焦虑发生率更低,见表 4。

2.4 两组患者不同时间 VAS 评分比较

两组患者同组不同时间点的 VAS 评分比较,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组干预后 1 d、出院前 1 d 的 VAS 评分低于对照组($P<0.05$),见表 5。

2.5 两组患者满意度比较

观察组满意度高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 6。

表 4 两组患者干预前后焦虑程度比较[$n(\%)$]				
项目	观察组($n=95$)	对照组($n=95$)	H	P
干预前			-0.794	0.427
极重度焦虑	6(6.3)	6(6.3)		
重度焦虑	23(24.2)	17(17.9)		
中度焦虑	24(25.2)	21(22.1)		
轻度焦虑	23(24.2)	30(31.6)		
无焦虑	19(20.0)	21(22.1)		
干预后			-5.567	<0.001
极重度焦虑	2(2.1)	4(4.2)		
重度焦虑	6(6.3)	12(12.6)		
中度焦虑	11(11.6)	19(20.0)		
轻度焦虑	32(33.7)	30(31.6)		
无焦虑	44(46.3)	30(31.6)		
H	-5.420	-1.708		
P	<0.001	0.088		

表 5 两组患者不同时间 VAS 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)				
组别	n	入院时	干预后 1 d	出院前 1 d
观察组	95	1.88±0.85	2.68±0.74	0.74±0.63
对照组	95	1.82±0.80	3.04±0.85	1.36±0.72
t		0.365	5.181	7.780
P		0.716	<0.001	<0.001

$F_{\text{时间}}=142.03, P<0.05; F_{\text{组间}}=14.470, P<0.05; F_{\text{交互}}=3.390, P<0.05。$

表 6 两组患者满意度比较[$n(\%)$]				
组别	n	满意	基本满意	不满意
观察组	95	66(69.5)	25(26.3)	4(4.2)
对照组	95	59(62.1)	28(29.5)	8(8.4)
H		-3.964		
P		<0.001		

3 讨 论

本研究结果显示,干预后观察组 ESCA 各维度评分高于对照组($P<0.05$),与朱亚珍等^[17]的研究结果一致,表明干预后观察组自护能力优于对照组。在生理层面,神经肿瘤患者常伴随各类神经系统功能障碍,严重影响患者日常生活自理能力,增加跌倒、误吸等意外事件风险。AIDET 沟通模式联合医护一体化管理更为注重患者个体感受,通过加强健康教育、鼓励患者参与护理过程、强化疾病认知、提升住院期间护理知识掌握度,保障患者延续性护理的实施^[18-20],

使患者更清楚地了解病情、治疗方案及康复过程,增强心理韧性与自信心,激发自主护理行为^[21]。

本研究中,干预后观察组的 SIS 评分高于对照组($P<0.05$),与陆海霞等^[22]的研究结果一致。神经系统肿瘤患者常因肿瘤压迫或手术创伤出现肢体运动障碍、吞咽困难等生理问题,从而削弱患者的自我认同感。AIDET 沟通模式联合医护一体化管理模式强调鼓励患者在治疗过程中积极表达个体心理感受,解释环节可使患者对自身病情及恢复路径形成清晰认知,感谢环节使患者在治疗过程中切实感受到自身的价值与重要性^[23],过程环节使患者能基于自身需求与期望做出合理决策,切实感受到自身对治疗过程的重要影响,进而提升自我认同感^[24-25]。

本研究结果显示,干预后两组患者极重度焦虑、重度焦虑、中度焦虑发生率低于干预前,且观察组低于对照组,与郭艳璟等^[26]研究结果相似。在心理层面,神经肿瘤病情复杂且预后存在不确定性,患者常因担忧疾病发展、恐惧治疗不良反应及顾虑疾病对家庭经济与生活影响,易产生焦虑、抑郁、恐惧等负面情绪^[27]。在 AIDET 沟通模式中,医护人员通过问候环节表达对患者困境的理解,随后通过介绍环节向患者详细说明诊疗计划、护理流程及康复计划等,可增强患者对医护人员的信任感与安全感,减少其对治疗过程的焦虑与恐惧心理,降低不确定感。

本研究中,观察组干预后 1 d、出院前 1 d 的 VAS 评分低于对照组($P<0.05$),与牛瑞红等^[28]的研究结果一致。神经肿瘤患者术后疼痛多是由神经功能障碍所致的大脑性疼痛、手术切口相关性疼痛,以及颅内压增高、血性脑脊液刺激、低颅内压等引起的疼痛^[29]。这些疼痛症状可能引发患者术后应激反应,导致精神痛苦和情绪状态不稳定,进而影响其饮食起居及术后疗效。AIDET 沟通模式通过解释环节有针对性地对患者实施疼痛管理教育,促进其形成正确的疼痛自我观察方法,强化疼痛自我管理意识,明确镇痛治疗目的,并能高度认同在疼痛出现时的正确应对方式;同时,提升患者对治疗方案和术后护理的理解度,提高其依从性,从而有利于实施个性化疼痛管理方案,减轻患者因疼痛认知不足而产生的恐惧,有效降低疼痛的主观感受,促进疾病恢复。

神经外科肿瘤患者的护理需求不仅体现在生理层面,还包括情感支持、信息交流、心理安慰等多个维度。AIDET 沟通模式通过语言沟通、非语言沟通及社会支持等方式,减轻患者对环境及相关人物的陌生感,提升其健康知识知晓率与诊疗认知水平^[30]。生理层面的疼痛得以有效缓解、身体功能逐步恢复,心理层面的焦虑情绪减轻、自我认同感增强,这些积极变

化促使患者对医疗团队工作给予高度认可,进而提升对护理工作的满意度。AIDET 沟通模式还为医护人员提供了有效沟通的具体指导,有助于提升沟通能力,准确传达护理信息,减少护患冲突,增强护理人员工作积极性,降低临床差错事故发生率,保障患者医疗安全。

本研究将 AIDET 沟通模式与医护一体化管理模式相结合,通过强化医护协作,在生理层面精准评估疼痛、优化治疗方案,在心理层面给予情感关怀,从而提升患者的自我护理能力与认同感,缓解焦虑、减轻疼痛,最终提高护理满意度,促进患者康复。本研究样本量较小,未来研究可扩大样本量并优化研究设计,进一步探索该模式在神经外科亚专科疾病中的应用效果。

参考文献

- [1] BROGGI M, FERROLI P, SCHIAVOLIN S, et al. Surgical complexity and complications: the need for a common language[J]. Acta Neurochir Suppl, 2023, 130: 1-12.
- [2] 马青静, 饶焱, 朱稀雯, 等. 神经外科手术后重症患者的镇痛管理研究进展[J]. 重庆医学, 2024, 53(1): 145-148.
- [3] 魏利, 赵兴颖, 刘佳, 等. 神经外科重症住院患者家庭照顾者照顾负担及影响因素分析[J]. 护理学报, 2025, 32(2): 1-6.
- [4] 曾耀鑫, 宁晓红, 郑莹, 等. 安宁缓和医疗门诊医护一体化全程管理模式的构建[J]. 中国医学科学院学报, 2024, 46(2): 210-216.
- [5] TONG D, ZHANG J, LIANG X Y. Application of sensory and motor training in AIDET communication mode in patients after knee arthroplasty[J]. World J Clin Cases, 2024, 12(25): 5720-5728.
- [6] 郑建娣, 徐亚青, 郑宋宋, 等. AIDET 沟通模式对住院 2 型糖尿病患者医护工作的临床意义[J]. 中华老年医学杂志, 2021, 40(5): 601-604.
- [7] 王媛媛, 李丽, 解修园, 等. 医护一体化风险管理模式预防乳腺癌化疗患者 PICC 导管相关性感染的效果[J]. 中华医院感染学杂志, 2024, 34(2): 283-287.
- [8] 刘迪, 张馨月. 基于 AIDET 沟通模式的围手术期护理在整形外科门诊择期手术患者中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2024, 30(31): 4295-4298.
- [9] 刘月, 许建允, 闵峰. 社会支持护理结合 AIDET

- 沟通模式在慢性乙型肝炎患者药物治疗过程中的效果[J]. 中国药物滥用防治杂志, 2024, 30(11):2154-2155.
- [10] 徐珏华, 朱英华, 王新刚, 等. 交替俯卧通气方案结合 AIDET 沟通模式在重症肺炎清醒患者中的应用[J]. 中国护理管理, 2023, 23(12):1915-1918.
- [11] 刘玉光, 孟凡刚. 临床神经外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2023.
- [12] 王佩, 詹昱新, 余鹏, 等. 信息化健康教育联合回授法在后颅窝肿瘤患者围手术期护理中的应用[J]. 中国实用护理杂志, 2023, 39(30):2352-2358.
- [13] 丁清清, 赵瑶, 丁子钰, 等. 骶神经调控术后一期患者自我护理能力现状调查及影响因素分析[J]. 中华现代护理杂志, 2022, 28(24):3288-3292.
- [14] 刘享荣, 尚秀华, 王影, 等. 农村老年人孤独感对抑郁的影响:自我认同感的中介作用[J]. 中国健康心理学杂志, 2022, 30(11):1607-1611.
- [15] 李君利, 赵翔斌, 郭晓慧, 等. 基于时机理论的延续性护理在首发抑郁症男性患者中的应用效果[J]. 中华现代护理杂志, 2022, 28(25):3422-3427.
- [16] 付文君. 家庭中心式护理对脑瘫患儿家长生活质量的影响研究[D]. 郑州: 郑州大学, 2012.
- [17] 朱亚珍, 钱小芳, 唐志仙. 基于叙事医学的心理干预在老年科住院患者中的应用效果[J]. 中华现代护理杂志, 2022, 28(16):2225-2229.
- [18] 赵校含, 马亚楠, 刘瑞云, 等. AIDET 沟通模式在临床护理中的应用研究进展[J]. 护理研究, 2023, 37(6):1026-1030.
- [19] 梁丽萍. 问题为导向的综合护理对甲状腺切除术患者术后机体与心理恢复的影响[J]. 中国临床护理, 2021, 3(2):94-97.
- [20] PUPPALA M, EZEANA C F, ALVARADO M V Y, et al. A multifaceted study of hospital variables and interventions to improve inpatient satisfaction in a multi-hospital system[J]. Medicine, 2020, 99(51):e23669.
- [21] 黄美. AIDET 沟通模式对孕中期畸胎引产病人抑郁及疼痛的影响[J]. 循证护理, 2023, 9(6):1127-1130.
- [22] 陆海霞, 刘凤芹, 刘冬华. 基于 ERAS 理念的护理专案对缺血性脑卒中患者介入治疗围术期的护理效果[J]. 国际护理学杂志, 2022, 41(13):2404-2407.
- [23] 高会霞, 杨敏, 李丹丹, 等. 医护一体化查房联合 AIDET 沟通模式对肝移植患者术后认同感及服药性的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2021, 27(12):110-112.
- [24] WANG J Q, RAN C L, PAN P, et al. Rehabilitation training combined acupuncture for limb hemiplegia caused by cerebral infarction: a protocol for a systematic review of randomized controlled trial [J]. Medicine (Baltimore), 2021, 100(1):e23474.
- [25] 李冰楠, 刘畅, 李丹, 等. 中青年脑卒中患者自我感受负担与认知情绪调节策略的相关性研究[J]. 解放军护理杂志, 2022, 39(4):45-48.
- [26] 郭艳璟, 买轩, 张岩. 基于格林模式的健康教育联合个体化系统营养管理在食管癌放疗患者中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2023, 29(11):1497-1501.
- [27] 谷艳梅, 张莉莉, 席双梅, 等. AIDET 沟通模式联合心理干预在肝移植术后病人中的应用[J]. 护理研究, 2023, 37(12):2286-2288.
- [28] 牛瑞红, 侯学峰, 王晓成, 等. AIDET 沟通模式疼痛护理在胫骨骨折术后患者中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2023, 29(15):2073-2076.
- [29] 蒋宇智, 尹海玲, 张勇, 等. 不同区域阻滞对乳腺癌改良根治术后急慢性疼痛的影响[J]. 重庆医学, 2024, 53(1):108-113.
- [30] 王琼, 李汶雨, 李佩, 等. AIDET 沟通模式在复诊脑卒中患者中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2021, 27(1):103-107.

(收稿日期:2024-12-17 修回日期:2025-06-06)

(编辑:张芃捷)