社区居家老年人健康照护分级指标体系的构建

王燕燕[1]，陈贤[2]，王芳[1]，杨海峰[1]，邵佳丽[1]，金静芬[3]，赵锐祎[3]
1.长兴县人民医院，浙江湖州　313100；2.湖州中等卫生专业学校，浙江湖州　313100
3.浙江大学医学院附属第二医院，浙江杭州　310000

摘　要：目的　构建社区居家老年人健康照护分级指标体系，为实施居家老年人的分级健康照护提供参考，以促进和完善居家老年人健康支持体系。**方法**　基于文献回顾、半结构式访谈提取社区居家老年人健康照护分级指标，于 2023 年 6－8 月应用德尔菲法专家函询确定社区居家老年人健康照护的分级指标体系。**结果**　共开展 3 轮专家函询，3 轮函询专家的权威系数分别为 0.868、0.872、0.872，积极系数分别为 100%、87%、100%，肯德尔和谐系数分别为 0.386、0.249、0.265（P 均＜0.05）。最终确定的社区居家老年人健康照护分级指标包含 5 个一级指标、25 个二级指标、70 个三级指标。**结论**　社区居家老年人健康照护分级指标体系的构建过程严谨、科学，可为社区居家老年人分级健康照护的实施及健康支持体系的构建提供参考。

关键词：社区；居家老年人；健康照护；分级；指标体系　　DOI：10.3969/j.issn.1671-9875.2025.12.010

中图分类号：R473.2　　**文献标识码：**A　　**文章编号：**1671-9875(2025)12-0050-07

随着我国人口老龄化进程的加快，老年人口数量逐年增加。根据中国发展基金会发布的数据，2050 年中国总人口的 27.9% 预期将超过 65 岁，这将使中国成为世界上老龄化最严重的国家之一[1]。老年人是患有常见慢性疾病的重点人群。健康照护分级是根据个体的健康状况、自理能力和疾病严重程度等因素，将照护对象划分为不同的级别，并提供相应级别的照护服务[2]。研究[3]表明，在社区居家老年人的健康照护方面，医护人员对社区居家老年人需求了解不充分，存在连续性护理的缺失。虽然国内在养老服务领域已经取得了一定的进展，尤其是在养老服务机构的建设方面[4－5]，但现有的健康照护分级体系尚未能全面满足居家老年人的个性化需求。为了弥补现有服务体系在个性化服务方面的不足，本研究通过德尔菲法，结合老年人群体特点，构建社区居家老年人健康照护分级指标体系，希望通过科学化、标准化的方法，更精准地满足居家老年人的具体健康照护需求，推动照护资源的合理分配和服务模式的优化，从而提升居家养老服务的整体质量和效率。

作者简介：王燕燕（1989－），女，本科，副主任护师，护理部副主任
收稿日期：2025－02－19
通信作者：金静芬，zrjzkhlb@zju.edu.cn
基金项目：中国研究型医院学会护理分会 2023 年临床护理研究课题项目，编号 Y2023FH-HLFH15-05；浙江省医药卫生科技计划项目，编号 2024KY427

1　研究方法

1.1　成立研究小组

研究小组由 11 名成员组成，护理管理专家 3 名、医疗专家 3 名、公共卫生专家 2 名、护理骨干 2 名、护理研究生 1 名。研究小组共同合作完成访谈提纲设计、拟定分级指标、编制专家函询问卷，对函询结果开展分析和讨论等。本研究经长兴县人民医院医学伦理委员会批准，批件号：(2023)伦审药/械/研第(052)号。

1.2　文献回顾

研究小组对社区居家老年人分级健康照护相关国内外文献进行系统查阅，以“社区”“居家”“老人/老年人”“健康照护”“长期照护”“分级”“等级”“体系”“community/community-dwelling”“home-based/home”“elderly/older adults/older people/aged/older persons/seniors”“health care”“long-term care”“grading”“level”“system”等作为中、英文关键词进行检索。检索的数据库包括 PubMed、Web of Science、PsycINFO、中国知网、万方数据知识服务平台以及维普资讯中文期刊服务平台等。检索时间为建库至 2023 年 6 月。研究小组根据文献回顾了解分级健康照护的发展现状。

1.3　半结构式访谈

采用目的抽样法，选择在社区工作 10 年以上、具备中级及以上职称的医护人员和自愿参与并积极配合的居家老年人进行访谈。访谈时，选择安静私密的环境，做好书面记录和现场录音。访谈

结束后，及时将录音转译成文本并双人核对。样本量以信息饱和为原则，共访谈医护人员 18 名，老年人 42 例。医护人员访谈提纲如下：您觉得哪些指标可以纳入社区居家老年人分级健康照护？您对开展社区居家老年人分级照护有哪些建议？居家老年人访谈提纲如下：您目前有哪些健康问题或健康需求希望我们给予帮助？您在接受健康照护过程中，影响您照护质量的内容有哪些？您对开展社区居家老年人分级健康照护有哪些建议？

1.4 拟定社区居家老年人健康照护分级指标初稿

参照奥马哈问题分类系统的要求，研究小组对文献回顾内容和半结构式访谈结果进行整理分析，将护理问题规范表达，形成含有 4 个一级指标、21 个二级指标和 45 个三级指标的初稿。

1.5 专家函询

1.5.1 遴选专家

结合课题特点确定专家纳入标准为：从事老年护理（含社区居家老年人护理）、老年护理教育、临床医疗（涉及老年医学）领域工作 20 年及以上；职称为副高级及以上。所有专家均知情同意，自愿参加本研究。

1.5.2 编制专家函询问卷

编制专家函询问卷，内容包括致专家信、专家函询表、专家基本情况 3 个部分。致专家信：包括研究背景、目的和填表说明。专家函询表：采用 Likert 5 级评分法对社区居家老年人健康照护分级指标体系的各指标重要性进行赋分，并在每个条目后设置“修改意见”栏，每级指标下设置“需补充的项目”栏。专家基本情况：包括专家一般情况、熟悉程度及判断依据。

1.5.3 实施专家函询

2023 年 6－8 月通过微信发放问卷的方式进行专家函询，告知专家 2 周内回复，并及时线上提醒。第 1 轮函询后，对函询结果进行统计分析并对专家意见进行讨论，完善指标后再次进行函询；第 2 轮函询后，对结果进行汇总、讨论，对指标体系进行再次修订，进行第 3 轮函询；第 3 轮函询结果提示专家意见较一致，停止函询。指标筛选标准：重要性赋值＞3.5 分，变异系数＜0.25[6]。

1.6 统计学方法

采用 Excel 2013、SPSS 26.0 软件对数据录入、分析，专家积极性用问卷有效回收率表示，专家权威系数、变异系数及肯德尔和谐系数表示专家的权威性和意见统一性。专家权威系数≥0.70 时认为可信度较高。以 $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 专家基本情况

选取浙江省、市、县三级的 15 名专家进行函询，其中 13 名专家完成 3 轮函询，2 名专家因个人工作原因未能完成。函询专家基本情况见表 1。

表 1 函询专家基本情况 名(%)

项目	第 1 轮(n=15)	第 2、3 轮(n=13)
学历		
本科	13(86.67)	11(84.62)
硕士及以上	2(13.33)	2(15.38)
工作年限		
20～＜30 年	10(66.67)	10(76.92)
≥30 年	5(33.33)	3(23.08)
职称		
副高级	8(53.33)	7(53.85)
正高级	7(46.67)	6(46.15)
工作单位		
三级医院	10(66.67)	9(69.23)
卫生院/卫生服务中心	4(26.67)	3(23.08)
高等院校	1(6.67)	1(7.69)
工作方向		
临床医疗	2(13.33)	2(15.38)
临床护理	8(53.33)	7(53.85)
社区护理	4(26.67)	3(23.08)
护理教育	1(6.67)	1(7.69)

2.2 专家积极性与权威程度

第 1 轮与第 3 轮函询问卷回收率均为 100%，第 2 轮函询问卷回收率为 87%，3 轮函询共有 10 名专家提出建议，说明专家积极性较高。3 轮函询专家权威系数分别为 0.868、0.872、0.872，专家权威程度较高。

2.3 专家意见协调程度

肯德尔和谐系数的值越大说明专家意见越统一，3 轮专家函询的肯德尔和谐系数分别为 0.386、0.249、0.265，差异均具有统计学意义（P 均＜0.05）。

2.4 专家函询结果

2.4.1 确立社区居家老年人健康照护分级指标

通过 3 轮专家函询和小组分析、讨论，一级指标增加 1 项，二级指标增加 6 项、修改/调整 6 项、删除 2 项，三级指标增加 29 项、修改 1 项、删除

4 项。一级指标增加“基本情况”1 项。二级指标修改如下：增加“基本情况”下的年龄、文化程度、家庭支持情况；“视力”“居住情况”调整至“基本情况”中；因适量饮酒不一定会危害健康，将“饮酒”改为“酗酒”；增加“日常锻炼”；“冠心病”修改为“心脏病”，使心脏相关疾病均纳入；“慢性肾病”修改为“慢性肾脏疾病”，使肾脏相关疾病均纳入；“肿瘤”修改为“恶性肿瘤”，良性肿瘤对老年人的生活影响不大；增加“帕金森综合征”；增加“阿尔兹海默病”；“是否透析”与“慢性肾脏疾病”存在重叠，予以删除；“是否化学治疗（简称化疗）”与“恶性肿瘤”存在重叠，予以删除。三级指标修改：新增二级指标“年龄、文化程度、家庭支持情况、日常锻炼”相关三级指标 12 项；结合疾病对日常生活的影响程度，将“负性事件”“高血压”“心脏病”“慢性阻塞性肺疾病”“慢性肾脏疾病”“恶性肿瘤”“免疫功能缺陷”“糖尿病”“精神类疾病”“脑卒中病史”“其他疾病”的“有”进行了细化，扩展为“有，不影响日常生活”和“有，影响日常生活”；新增的二级指标“帕金森综合征”“阿尔兹海默病”参照其他疾病，增加三级指标各 3 项；老年人的视力多数存在不同程度下降，“视力”中“对日常生活无影响”修改为“对日常生活无明显影响”；根据删除的 2 项二级指标删除其对应的 4 项三级指标。最终确定为 5 个一级指标、25 个二级指标、70 个三级指标。针对社区居家老年人健康照护分级指标，采用层次分析法，专家进行打分后计算各项指标权重。社区居家老年人健康照护分级指标体系及权重见表 2。

表 2　社区居家老年人健康照护分级指标体系及权重

指　　标	重要性评分($\bar{x}\pm s$)	变异系数	指标权重	组合权重
1 基本情况	4.380±0.650	0.148	0.036 6	—
1.1 年龄	4.460±0.519	0.116	0.103 0	0.003 8
1.1.1 <75 岁	3.770±0.725	0.192	0.099 2	0.000 4
1.1.2 75～90 岁	4.540±0.519	0.114	0.284 7	0.001 1
1.1.3 >90 岁	4.920±0.277	0.056	0.616 1	0.002 3
1.2 文化程度	4.310±0.751	0.174	0.0703	0.002 6
1.2.1 文盲	4.230±0.927	0.219	0.502 0	0.001 3
1.2.2 小学或初中	4.150±0.899	0.217	0.308 5	0.000 8
1.2.3 高中及以上	3.920±0.862	0.220	0.189 6	0.000 5
1.3 居住情况	4.310±0.855	0.198	0.269 9	0.009 9
1.3.1 与家人同住	4.080±0.862	0.211	0.126 9	0.001 3
1.3.2 与保姆同住	4.310±0.751	0.174	0.168 3	0.001 7
1.3.3 独居	4.850±0.376	0.078	0.704 9	0.007 0
1.4 家庭支持情况	4.620±0.506	0.110	0.319 0	0.011 7
1.4.1 好	4.380±0.870	0.199	0.102 5	0.001 2
1.4.2 一般	4.620±0.650	0.141	0.290 6	0.003 4
1.4.3 较差	4.920±0.277	0.056	0.606 9	0.007 1
1.5 视力	4.620±0.506	0.110	0.237 8	0.008 7
1.5.1 对日常生活无明显影响	4.310±0.751	0.174	0.154 4	0.001 3
1.5.2 明显影响日常生活	4.690±0.480	0.102	0.845 6	0.007 4
2 生活行为方式	4.770±0.439	0.092	0.311 1	—
2.1 吸烟	4.460±0.660	0.148	0.094 3	0.029 3
2.1.1 无吸烟情况	3.920±0.760	0.194	0.289 9	0.008 5
2.1.2 有吸烟情况	4.310±0.630	0.146	0.710 1	0.020 8
2.2 酗酒	4.540±0.519	0.114	0.141 4	0.044 0
2.2.1 无酗酒情况	4.080±0.760	0.186	0.414 2	0.018 2
2.2.2 有酗酒情况	4.540±0.519	0.114	0.585 8	0.025 8
2.3 遵医行为	4.920±0.277	0.056	0.509 5	0.158 5
2.3.1 遵医良好	4.540±0.660	0.145	0.100 0	0.015 9
2.3.2 不遵医	4.690±0.480	0.102	0.900 0	0.142 7

表 2(续)

指　　标	重要性评分($\bar{x}\pm s$)	变异系数	指标权重	组合权重
2.4 日常锻炼	4.690±0.480	0.102	0.254 7	0.079 2
2.4.1 每周≥3 次，每次≥30 min	4.080±0.760	0.186	0.096 6	0.007 7
2.4.2 每周 1～2 次，每次≥30 min	4.230±0.725	0.171	0.233 6	0.018 5
2.4.3 不锻炼(包括每次<30 min 的无效锻炼)	4.620±0.506	0.110	0.669 9	0.053 1
3 营养状况	4.850±0.376	0.078	0.261 5	—
3.1 迷你营养评估(Mini Nutritional Assessment-Short Form，MNA-SF)结果	4.850±0.376	0.078	1.000 0	0.261 5
3.1.1 正常	4.080±0.760	0.186	0.106 4	0.027 8
3.1.2 有营养不良风险	4.380±0.506	0.116	0.274 6	0.071 8
3.1.3 营养不良	4.770±0.439	0.092	0.619 0	0.161 9
4 老年人自理功能评估	4.770±0.439	0.092	0.202 6	—
4.1 工具性日常生活活动能力	4.850±0.376	0.078	0.438 0	0.088 7
4.1.1 完全正常	4.230±0.927	0.219	0.085 3	0.007 6
4.1.2 不同程度功能下降	4.690±0.480	0.102	0.239 9	0.021 3
4.1.3 功能明显障碍	4.920±0.277	0.056	0.674 8	0.059 9
4.2 老年人简易智力状态结果	4.620±0.506	0.110	0.377 0	0.076 4
4.2.1 正常	4.310±0.751	0.174	0.105 4	0.008 1
4.2.2 异常	4.620±0.506	0.110	0.894 6	0.068 3
4.3 负性事件	4.770±0.439	0.092	0.185 0	0.037 5
4.3.1 无负性事件	4.230±0.832	0.197	0.096 6	0.003 6
4.3.2 发生负性事件(调查日期前 1 年)，不影响日常生活	4.540±0.660	0.145	0.233 6	0.008 8
4.3.3 发生负性事件(调查日期前 1 年)，影响日常生活	4.850±0.376	0.078	0.669 9	0.025 1
5 健康状况	4.850±0.376	0.078	0.188 2	—
5.1 高血压	4.620±0.506	0.110	0.029 7	0.005 6
5.1.1 无	4.080±0.954	0.234	0.102 6	0.000 6
5.1.2 有，不影响日常生活	4.150±0.689	0.166	0.216 0	0.001 2
5.1.3 有，影响日常生活	4.620±0.650	0.141	0.681 4	0.003 8
5.2 心脏病	4.690±0.480	0.102	0.084 5	0.015 9
5.2.1 无	4.150±0.801	0.193	0.092 6	0.001 5
5.2.2 有，不影响日常生活	4.540±0.519	0.114	0.292 4	0.004 6
5.2.3 有，影响日常生活	4.920±0.277	0.056	0.615 0	0.009 8
5.3 慢性阻塞性肺疾病	4.620±0.506	0.110	0.094 0	0.017 7
5.3.1 无	4.080±0.954	0.234	0.086 2	0.001 5
5.3.2 有，不影响日常生活	4.380±0.650	0.148	0.253 4	0.004 5
5.3.3 有，影响日常生活	4.770±0.439	0.092	0.660 4	0.011 7
5.4 慢性肾脏疾病	4.460±0.519	0.116	0.087 7	0.016 5
5.4.1 无	4.080±0.760	0.186	0.068 3	0.001 1
5.4.2 有，不影响日常生活	4.380±0.506	0.116	0.274 5	0.004 5
5.4.3 有，影响日常生活	4.850±0.376	0.078	0.657 2	0.010 8
5.5 恶性肿瘤	4.690±0.480	0.102	0.066 8	0.012 6
5.5.1 无	4.150±0.987	0.238	0.087 0	0.001 1
5.5.2 有，不影响日常生活	4.460±0.519	0.116	0.273 6	0.003 4
5.5.3 有，影响日常生活	4.770±0.439	0.092	0.639 4	0.008 1
5.6 免疫功能缺陷	4.540±0.519	0.114	0.043 2	0.008 1
5.6.1 无	4.230±0.832	0.197	0.079 7	0.000 6
5.6.2 有，不影响日常生活	4.460±0.519	0.116	0.264 7	0.002 1
5.6.3 有，影响日常生活	4.850±0.376	0.078	0.655 6	0.005 3

表 2(续)

指　　标	重要性评分($\bar{x}\pm s$)	变异系数	指标权重	组合权重
5.7 糖尿病	4.620±0.506	0.110	0.044 5	0.008 4
5.7.1 无	4.230±0.927	0.219	0.096 1	0.000 8
5.7.2 有,不影响日常生活	4.460±0.660	0.148	0.250 9	0.002 1
5.7.3 有,影响日常生活	4.850±0.376	0.078	0.653 0	0.005 5
5.8 精神类疾病	4.540±0.519	0.114	0.088 6	0.016 7
5.8.1 无	4.150±0.987	0.238	0.069 7	0.001 2
5.8.2 有,不影响日常生活	4.460±0.519	0.116	0.166 0	0.002 8
5.8.3 有,影响日常生活	4.850±0.376	0.078	0.764 3	0.012 8
5.9 脑卒中病史	4.850±0.376	0.078	0.145 9	0.027 5
5.9.1 无	4.310±0.855	0.198	0.066 9	0.001 8
5.9.2 有,不影响日常生活	4.620±0.506	0.110	0.243 8	0.006 7
5.9.3 有,影响日常生活	4.920±0.277	0.056	0.689 3	0.019 0
5.10 帕金森综合征	4.690±0.480	0.102	0.119 3	0.022 5
5.10.1 无	4.080±0.760	0.186	0.063 7	0.001 4
5.10.2 有,不影响日常生活	4.380±0.506	0.116	0.267 4	0.006 0
5.10.3 有,影响日常生活	4.770±0.439	0.092	0.668 9	0.015 1
5.11 阿尔兹海默病	4.770±0.439	0.092	0.163 9	0.030 8
5.11.1 无	4.230±0.832	0.197	0.066 9	0.002 1
5.11.2 有,不影响日常生活	4.540±0.519	0.114	0.243 8	0.007 5
5.11.3 有,影响日常生活	4.920±0.277	0.056	0.689 3	0.021 2
5.12 其他疾病	4.150±0.555	0.134	0.031 9	0.006 0
5.12.1 无	3.920±0.862	0.220	0.086 9	0.000 5
5.12.2 有,不影响日常生活	4.150±0.555	0.134	0.316 7	0.001 9
5.12.3 有,影响日常生活	4.540±0.519	0.114	0.596 4	0.003 6

3　讨论

3.1　社区居家老年人健康照护分级指标体系具有合理性和科学性

运用标准化的健康照护分级标准对老年人进行科学、精准的评估能更好地满足老年人的照护需求,同时,也有利于在针对性地提供照护服务过程中使我国有限的资源得到合理化、最大化利用[7]。基于这一理念,本研究以德尔菲法为核心研究方法,以居家老年人的健康照护需求为指向,构建了与现有长期照护体系互补的社区居家老年人分级健康照护指标体系。本研究 3 轮函询中专家的权威系数为 0.868、0.872、0.872,权威性和可信度较高。3 轮函询的肯德尔和谐系数均在 0.2 以上,变异系数<0.25,说明专家意见较为统一,指标可靠性较高。

3.2　社区居家老年人健康照护分级指标体系兼具整体性和个体化

聚焦社区居家老年人健康照护需求,本研究构建了包括基本情况、生活行为方式、营养状况、老年人自理功能评估、健康状况 5 个方面的评估指标体系。

3.2.1　基本情况

本研究构建的指标体系涵盖 5 个方面,其中老年人的基本情况容易被忽视但又极为重要。陈洁瑶等[8]的研究指出,如果老年人同家人一起居住,能显著改善老年人的心理健康水平。由此可见,居住情况对老年人的心理健康会产生明显影响。彭晶晶等[9]的研究表明,老年人的健康水平与有家庭支持呈正向关联。此外,通过对老年人年龄和文化程度的评估,更利于后期为其提供全面、个性化的照护服务。

3.2.2　生活行为方式

现阶段,老年人因个人习惯或健康意识欠缺等原因,生活行为方式存在一些问题。李纯等[10]的研究发现,慢性病的高发病风险与不良生活方式关系密切,且多集中在晚年,因此良好的生活方

式对老年人的健康至关重要。季硕超等[11]的研究发现，长期吸烟、酗酒会明显增加患结肠癌等慢性病的概率，注重“吸烟”“酗酒”的评估可有效降低老年人慢性病的发病率。结合个人身体状况合理设计锻炼方案，能够更好地指导老年人合理锻炼，提升健康水平，减少不良生活方式对老年人健康的危害，实现未病先防，能够减轻社会对老年人的照护压力。

3.2.3 营养状况

随着年龄增长，老年人常出现消化功能减弱、口腔健康问题加剧以及药物代谢变化等情况，此类因素显著提升了营养不良的发生概率。研究[12]显示，我国社区老年人中营养不良的患病率达 12.60%。因此，在制定社区老年人照护分级指标时需关注其营养状况，通过医护人员的科学干预手段改善老年人的营养状况，以减轻个人、家庭及社会的多重负担。

3.2.4 老年人自理功能评估

分级健康照护作为养老服务体系的重要组成部分，各地区均从不同的角度开展自理功能评估。茹愉焙等[13]研究指出，基于全面、有效的健康和功能状态评估结果，才能为老年人制定科学、合理的照护计划。上海市发布的《上海市老年照护统一需求评估标准》从自理能力、疾病轻重程度等维度进行评估[14]。通过对老年人“工具性日常生活活动能力”“认知能力”等日常活动能力、精神心理多维度的自理功能评估，为实现分级健康照护提供了重要保障。

3.2.5 健康状况

健康状况主要包括高血压、糖尿病等常见慢性疾病，以及对老年人健康影响较大、较常见的恶性肿瘤、脑卒中病史、阿尔兹海默病等健康问题。预计到 2030 年，我国失能老年人口占比将达到 17.44%，2050 年进一步上升至 22.00%[15]。因此，结合老年人的特点，综合评估老年人的健康状况，能够为社区居家老年人提供更加全面和高质量的健康照护。

3.3 社区居家老年人健康照护分级指标体系对社区护理实践的意义

社区居家老年人健康照护分级指标体系可为社区护理人员提供一个全面的系统框架，这一体系使护理人员能够更为精准地掌握老年人的健康状况及护理需求，为居家老年人制定个性化的护理计划，从而促使护理服务质量与效率有所提升[16]。此外，分级指标体系有助于社区养老服务的规范化。通过设定清晰的指标和标准，护理人员能够在实际操作中遵循统一的流程，最大程度地减少护理服务中可能出现的变异和随机性。该指标体系还可促进社区护理服务模式的创新。借助于分级指标体系的实施，社区护理服务能够更加注重预防和早期干预，从而减少老年人健康问题及疾病的发生。该体系的建立与应用也将为护理人员的专业发展提供支持，通过学习与应用分级指标，社区护理人员能够不断提升自身的专业知识与技能，切实满足老年人多样化的健康照护需求。

4 结论

本研究结合老年人的身体状况和疾病特点，以文献研究为基础，通过半结构式访谈和 3 轮专家函询构建了包含 5 个一级指标、25 个二级指标、70 个三级指标的社区居家老年人健康照护分级指标体系，能适应不同级别老年人多元化、多层面的照护需求，针对性和全面性较强。下一步将在各条目赋分的基础上，根据居家老年人不良事件的调查情况进行健康照护的分级，并进行实践研究，验证照护分级措施在社区居家老年人中的实施效果，从而不断完善指标体系，提升可行性和适用性。

参考文献：

[1] 中国发展基金会. 中国发展报告 2020：中国人口老龄化的发展趋势和政策[EB/OL].（2020-06-08）[2025-02-01]. https://www.cdrf.org.cn/.

[2] 徐桂华. 健康管理视域下养老机构老年人分级照护模型研究[J]. 中国全科医学，2019，22(4)：457-461.

[3] ABDI S，SPANN A，BORILOVIC J，et al. Understanding the care and support needs of older people：a scoping review and categorisation using the WHO international classification of functioning，disability and health framework（ICF）[J]. BMC Geriatrics，2019，19(1)：195.

[4] 李玮彤. 养老机构老年人综合能力评估及分级照护等级划分的研究[D]. 南京：南京中医药大学，2020.

[5] 林敏. 成都市养老机构老年人能力评估与照护服务指标构建研究[D]. 成都：成都中医药大学，2020.

[6] 唐欣芝，吕小林，顾则娟，等. 慢性病护理质量评价指标体系研究现状及启示[J]. 中国卫生质量管理，2021，28(9)：51-54.

[7] 张彦芳，袁圳伟，卢羽彤，等. 国内外老年人长期照护分级服务研究进展[J]. 护理研究，2022，36(16)：2961-2964.

（下转第 65 页）

2022,28(15):84-87.
[17] 蒋茜,徐燕,李丹,等.大黄敷脐联合耳穴贴压用于结肠镜检查肠道清洁准备及腹痛腹胀的效果[J].中国医药导报,2022,19(22):172-175.
[18] 金思思.消胀通便散神阙贴敷辅助便秘患者肠道准备的临床研究[D].杭州:浙江中医药大学,2022.
[19] 郑伟芬,徐斌,李剑霜,等.远端取穴揿针联合穴位贴敷在结肠镜检查肠道准备中的应用[J].浙江中医药大学学报,2021,45(11):1256-1259.
[20] 雷雷,杨嫚,韩双印.中药穴位贴敷联合复方聚乙二醇电解质散在成人肥胖病人肠道准备中的应用[J].护理研究,2021,35(18):3366-3369.
[21] 王琳.大黄芒硝穴位贴敷联合复方聚乙二醇电解质散对便秘患者肠道准备的疗效观察[D].济南:山东中医药大学,2021.
[22] 樊发超.经皮穴位电刺激在慢性便秘患者结肠镜检查前肠道准备中的应用[D].宜昌:三峡大学,2021.
[23] 曹巧,全小明,陈少璇,等.消胀通便散脐部贴敷联合聚乙二醇电解质散对结肠镜前肠道准备的影响[J].新中医,2021,53(6):152-155.
[24] 梁谋旺,何国敏,郭洁仪,等.小郁子油子午流注穴位敷贴对结肠镜检查肠道准备质量的影响[J].山西中医,2020,36(12):29-31.
[25] 朱金军.复方聚乙二醇电解质散联合中药穴位贴敷在肠道准备中的应用[J].实用妇科内分泌电子杂志,2020,7(31):179,90.
[26] 王文文,林海燕,朱梅儿.穴位贴敷法在 100 例功能性便秘患者肠道准备中的应用分析[J].浙江中医杂志,2020,55(9):664.
[27] 郭茜茜,门华琳,李鹏阳,等.揿针在便秘患者结肠镜检查肠道准备中的效果观察[J].护士进修杂志,2019,34(24):2270-2273.
[28] 张桂芬,叶兰兰,周梦知.中医情志护理联合腹部按摩对肠镜检查肠道准备的影响[J].新中医,2020,52(4):152-154.
[29] 周胜,雷家敏,蔡燕,等.便秘贴对结直肠息肉内镜下黏膜切除术肠道准备及术后恢复效果的影响[J].河南中医,2020,40(3):392-395.
[30] 陈曦,李晟,林振文,等.揿针针刺天枢穴在老年 2 型糖尿病患者大肠镜检查前肠道准备中的临床应用[J].糖尿病新世界,2019,22(23):40-41.
[31] 赵仙改,萧绮莉,李婷珊,等.子午流注择时穴位按摩在结肠镜检查前肠道准备中的应用[J].中西医结合护理(中英文),2019,5(10):59-62.
[32] 张金花,殷霞兵,陶文娟.热奄包联合大黄粉贴敷神阙穴对便秘患者肠道准备的效果观察[J].西部中医药,2019,32(6):120-122.
[33] 曾会萍.中药穴位贴敷提高结肠镜检查肠道准备合格率的效果观察[J].中西医结合护理(中英文),2019,5(2):77-79.
[34] 杨海侠,宋亚华,孟小芬,等.子午流注择时穴位贴敷联合情志法用于结肠镜检查前肠道准备的效果研究[J].四川中医,2018,36(11):218-221.
[35] 吴桂娇,甘静娣,周靖.腹部穴位按摩对便秘患者肠道清洁的效果观察[J].现代医药卫生,2018,34(7):1089-1091.
[36] 万晓燕.穴位按摩联合耳穴压豆在难治性便秘患者结肠镜肠道准备的护理观察[J].青海医药杂志,2017,47(3):78-79.
[37] 刘登科,席晓如,苏跃,等.温灸法对脾肾阳虚型便秘患者肠道准备的临床观察[J].中国中西医结合消化杂志,2017,25(3):161-164.
[38] 涂群,吴敏,熊年秀,等.艾灸配合聚乙二醇服用在老年便秘患者结肠镜检查前肠道准备中的应用[J].基层医学论坛,2017,21(3):263-264.
[39] 陈一秀,曹艳霞.大黄子午流注穴位贴敷用于便秘患者结肠镜前肠道准备的效果[J].中华现代护理杂志,2016,22(12):1642-1645.
[40] 王俊杰,高静.中医护理学基础(中医特色)第 3 版[M].北京:人民卫生出版社,2022:137-198.
[41] 刘静,吴耀持.中药穴位贴敷的临床应用现状及机制探讨[J].上海医药,2018,39(24):3-5.
[42] 张书亚,郝琳慧,曹晶,等.中药热奄包疗法的临床应用及作用机制研究进展[J].中医药临床杂志,2022,34(10):1989-1993.

(上接第 55 页)

[8] 陈洁瑶,方亚,曾雁冰.多元社会参与及家庭支持对中国老年人心理健康的影响研究[J].中国卫生政策研究,2021,14(10):45-51.
[9] 彭晶晶,邹晓娟,罗晟.家庭支持对老年人自评健康影响研究——基于 CHARLS(2018)的数据[J].市场周刊,2021,34(11):8-12.
[10] 李纯,王丽敏.健康生活方式与慢性病防控[J].中国公共卫生,2024,40(12):1417-1422.
[11] 季硕超,刘淑真,郑德杰,等.结肠癌 KRAS 基因突变与病理特征、吸烟和饮酒的相关性[J].湖北民族学院学报(医学版),2018,35(3):22-24.
[12] 李梦琦,伍丽娜,宁红婷,等.营养不良老年人非药物干预临床实践指南[J].中国全科医学,2023,26(17):2055-2069.
[13] 茹愉焙,胡琳琳.整合型老年健康服务:理论内涵和实现路径[J].中国卫生质量管理,2024,31(8):1-6,22.
[14] 上海市卫生和计划生育委员会.关于印发《上海市老年照护统一需求评估标准(试行)》的通知[EB/OL].(2018-10-18)[2025-02-01].https://wsjkw.sh.gov.cn/jcws2/20181024/0012-62493.html.
[15] 李建伟,吉文桥,钱诚.我国人口深度老龄化与老年照护服务需求发展趋势[J].改革,2022(2):1-21.
[16] LI Y, GUI J, WANG Y, et al. A study on the "community-hospital-community" model of community nursing practice teaching for undergraduate nursing students[J]. BMC Nursing, 2023,22(1):385.