Nursing Science 护理学, 2026, 15(11), 22-30
Published Online November 2026 in Hans. https://www.hanspub.org/journal/ns
https://doi.org/10.12677/ns.2026.1511361

Hans汉斯

ICU护士应用最佳证据开展谵妄评估的实践现状及影响因素研究

——基于理论域框架的质性分析

张　鑫，王金娜*

湖北医药学院护理学院，湖北　十堰

收稿日期：2026年10月2日；录用日期：2026年10月31日；发布日期：2026年11月11日

摘　要

目的：基于理论域框架(TDF)探析ICU成人患者谵妄评估中护士应用循证最佳证据的促进因素与实施障碍，为临床推进谵妄规范化循证评估提供实践依据。方法：以理论域框架为理论支撑编制半结构化访谈提纲，采用目的抽样选取湖北省某三甲医院24名ICU在岗护士开展一对一访谈；运用主题分析法对访谈录音转录文本进行编码、提炼核心主题。结果：当前ICU护士谵妄评估多依靠个人临床经验与直观症状观察，标准化循证评估落实不足，临床实践与指南推荐存在明显落差。实施障碍主要包含三方面：科室环境资源配置不足、护士循证评估知识技能欠缺、危重患者护患沟通配合困难；促进因素为护士认可循证护理价值、明晰规范化谵妄评估对医患双方的获益、具备改善患者预后的职业使命感。临床管理层面需完善谵妄评估管理制度、补充护理人力、简化评估工具、推进护理信息化建设；同时常态化开展谵妄指南与量表实操培训，全面提升护士循证评估能力。结论：落实基于最佳证据的ICU谵妄评估能够提升筛查精准度、优化危重患者照护结局。临床推行循证谵妄评估同时存在多重阻力与内在驱动因素，管理者可针对性制定综合优化策略，推动ICU谵妄评估标准化、同质化开展。

关键词

ICU护士，谵妄评估，循证实践，理论域框架，质性研究

Study on the Current Practice and Influencing Factors of ICU Nurses Using Best Evidence for Delirium Assessment

—A Qualitative Analysis Based on the Theoretical Domains Framework

Xin Zhang, Jinna Wang*

*通讯作者。

文章引用: 张鑫, 王金娜. ICU 护士应用最佳证据开展谵妄评估的实践现状及影响因素研究[J]. 护理学, 2026, 15(11): 22-30. DOI: 10.12677/ns.2026.1511361

School of Nursing, Hubei University of Medicine, Shiyan Hubei

Received: October 2, 2026; accepted: October 31, 2026; published: November 11, 2026

Abstract

Objective: To explore the facilitators and barriers of ICU nurses implementing evidence-based delirium assessment for ICU adult patients under the guidance of Theoretical Domains Framework (TDF), so as to provide practical references for standardized evidence-based delirium assessment in clinical practice. Methods: A semi-structured interview outline was developed based on TDF. Purposive sampling was adopted to recruit 24 ICU nurses from a tertiary hospital in Hubei Province for face-to-face interviews. Thematic analysis was used to code transcribed interview texts and extract core themes. Results: At present, ICU nurses mainly rely on personal clinical experience and intuitive symptom observation for delirium assessment, while standardized evidence-based assessment is poorly implemented, leading to an obvious gap between clinical practice and guideline recommendations. Barriers fell into three categories: insufficient environmental and resource support, inadequate nurses' knowledge and skills in evidence-based assessment, and poor communication and cooperation with critically ill patients. Facilitators included nurses' recognition of the value of evidence-based nursing, full awareness of the benefits of standardized delirium assessment for patients and medical staff, and strong professional responsibility to improve patients' prognosis. Hospital management should formulate standardized delirium assessment regulations, supplement nursing manpower, simplify assessment tools and accelerate nursing information construction. Regular training on delirium guidelines and scale operation is also essential to improve nurses' evidence-based assessment competency. Conclusion: Evidence-based delirium assessment can improve screening accuracy and optimize care outcomes of critically ill ICU patients. Multiple barriers and internal driving factors coexist in the implementation process. Targeted comprehensive intervention strategies should be formulated to promote standardized and consistent delirium assessment in ICU.

Keywords

ICU Nurses, Delirium Assessment, Evidence-Based Practice, Theoretical Domains Framework, Qualitative Research

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.
This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).
http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/
Open Access

1. 引言

谵妄又称急性精神紊乱状态，以短时间内出现的可逆的、波动性的意识障碍、注意力缺损及认知功能改变为特征，是一种急性脑功能障碍综合征[1]。既往研究表明，ICU 患者谵妄发生率约为 40%~80% [2] [3]，谵妄的发生可对患者的治疗效果及预后造成不良影响，例如导致患者机械通气时间延长、管道滑脱、自行拔除气管插管与再插管、物理约束等的风险升高[4] [5]，甚至可致使 ICU 患者住院时间延长、死亡率升高[5]-[7]。谵妄对患者的影响具有累积效应，谵妄持续时间越长，对患者结局的不良影响越大[6] [8]。尽管如此，约 1/3 的谵妄是可以预防的[9]，使用谵妄筛查工具是识别和治疗谵妄的关键[10]。

然而，目前临床上谵妄评估现状不理想，谵妄评估的实施与最佳证据存在显著差距[11]。为了构建切合

临床实际的谵妄评估管理实践方案，需从临床护士的角度了解影响最佳证据应用的因素。理论域框架(Theoretical Domains Framework, TDF)是Michie等[12]筛选了33个行为改变理论后形成的，该理论框架有助于研究者从多方面探查影响行为改变的因素。已有研究证实，以TDF为指导制定访谈提纲、编码访谈资料，可以更全面地分析出行为改变的影响因素[13]-[15]。本研究基于该理论，探索ICU护士应用谵妄评估最佳证据的障碍和促进因素[16]，旨在为制定科学、合理的ICU患者谵妄评估管理实践方案提供参考。

2. 对象与方法

2.1. 对象

采用目的抽样法，于2023年5~9月选取湖北省某三甲医院不同病区工作的ICU护士为访谈对象。纳入标准：1) 具有护士执业资格证，且在有效注册期间；2) 在各类ICU工作时间 ≥1年；3) 临床工作直接护理患者。排除标准：1) 目前不在岗的护士、从其他科室借调的护士、进修、轮转或实习护士；2) 访谈中途退出者。样本量的确定参考质性研究样本量的建议及饱和原则，不再有新信息或重要信息出现即停止收集资料[17]。

2.2. 方法

2.2.1. 访谈提纲编制

以TDF七大核心维度为框架设计初始访谈提纲，邀请2名循证护理、重症护理领域专家完成内容修订；选取2名ICU护士开展预访谈，结合预访谈反馈调整提问逻辑与表述，形成最终正式访谈提纲(见表1)。

Table 1. Interview outline for ICU nurses' evidence-based delirium assessment based on TDF
表1. 基于TDF的ICU护士循证谵妄评估访谈提纲

TDF理论维度	访谈问题
知识维度	1. 您是否熟悉ICU成人谵妄评估相关临床指南？ 2. 您通过哪些渠道学习谵妄评估规范？ 3. 临床实际谵妄评估操作与指南要求存在哪些差异？
技能维度	1. 您日常如何判断患者发生谵妄？ 2. 标准化谵妄评估在ICU实施存在哪些实操难点？ 3. 您是否需要针对性谵妄评估专项培训？
社会/职业角色认同	1. 您认为谵妄筛查评估是否属于护士核心工作职责？ 2. 除护理人员外，还有哪些岗位应协同参与谵妄全程管理？
结果预期	规范落实指南开展谵妄评估，会对患者、家属及护理工作带来哪些正向/负向影响？
动机与决策倾向	您是否愿意严格按照指南完成谵妄标准化评估？请说明理由。
自我效能	您是否具备独立规范使用量表完成谵妄评估的信心？原因是什么？
环境与社会支持	1. 推行标准化谵妄评估需要科室、医院提供哪些配套支持？ 2. 临床中哪些条件会促进/阻碍您落实循证谵妄评估？

2.2.2. 资料收集

采用面对面半结构化深度访谈，访谈前向受访者充分说明研究目的、数据用途，告知全程录音，在取得书面知情同意后开展访谈。单例访谈时长30~60 min，平均40 min，访谈环境安静独立，避免外界干扰。

2.2.3. 资料整理与分析

访谈结束24 h内完成录音逐字转录，将文本返还受访者核对修正，保证内容真实客观；所有访谈文本编号匿名处理，导入NVivo 14质性分析软件。由2名具备质性研究经验的研究者独立开放式编码、主轴编码、选择性编码，提炼核心主题；编码分歧通过双人讨论、专家论证达成统一，使用主题分析法[18]

整合研究结果。

2.2.4. 研究质量控制

全过程由 2 名深耕重症护理、质性研究领域的专家进行督导，把控提纲设计、访谈实施、编码分析全流程；严格遵循质性研究可信性标准，通过成员核对、双人编码、专家审查减少偏倚。

3. 结果

3.1. 受访者一般资料

本研究共访谈 24 名 ICU 护士，其中男护士 15 名，女护士 9 名；年龄 23~42 岁，平均(28.4 ± 4.9)岁；学历覆盖专科、本科、硕士；ICU 工作年限 1~17 年，职称包含护士、护师、主管护师，岗位含普通责任护士、护理组长，护士层级 N0~N4 级，详见表 2。

Table 2. General information of respondents (n = 24)
表 2. 受访者的一般资料(n = 24)

编号	年龄(岁)	性别	最高学历	ICU 工作年限(年)	职称	职务	护士层级
N1	24	男	本科	1	护士	无	N0
N2	25	男	本科	3	护士	无	N0
N3	24	男	本科	1.5	护士	无	N0
N4	26	男	本科	1	护士	无	N1
N5	31	男	硕士	6	主管护师	无	N3
N6	37	男	本科	13	主管护师	护理组长	N4
N7	42	女	本科	17	主管护师	护理组长	N4
N8	25	男	本科	2	护士	无	N1
N9	27	男	本科	5	护师	无	N2
N10	31	女	本科	3	护士	护理组长	N1
N11	26	男	本科	3	护师	无	N2
N12	26	男	专科	4	护士	无	N1
N13	23	女	专科	3	护士	无	N1
N14	27	男	专科	3	护士	无	N1
N15	26	女	本科	3	护师	无	N2
N16	25	男	专科	2	护士	无	N0
N17	27	男	本科	3.5	护师	无	N1
N18	25	男	本科	3	护士	无	N1
N19	27	女	本科	5	护师	无	N2
N20	30	女	本科	3	护师	护理组长	N2
N21	30	女	本科	8	护师	无	N3
N22	39	女	本科	15	主管护师	护理组长	N4
N23	34	女	本科	13	主管护师	护理组长	N4
N24	25	男	本科	4	护师	无	N2

3.2. 主题一：ICU 谵妄评估实践与循证指南存在明显脱节

临床谵妄评估以护士主观经验判断为主，标准化循证评估落实程度低，与指南推荐方案存在显著差距，具体表现为 4 个层面：

3.2.1. 评估高度依赖主观临床经验

多数护士依靠长期工作积累的直观观察判断谵妄，以患者胡言、躁动等显性症状作为判定依据，缺乏标准化工具支撑。N3，N4，N5，N15，N18，N24：“在临床上主要是根据工作经验。”N20：“主要是主观评估，可能看他，就意识不太对了，有点儿胡言乱语了，就会跟医生说一下这个病人是不是发生谵妄了。”

3.2.2. 标准化评估工具使用率极低

科室常规配备 ICU 意识模糊评估法(Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit, CAM-ICU) [19]，但临床日常极少主动使用，量表流于形式。N3，N4，N6，N15，N17，N21，N24：“有谵妄评分量表，但我们用的比较少。”

3.2.3. 评估流程执行不规范、落实不到位

科室虽张贴谵妄评估流程，但无常态化执行要求，仅在患者出现明显谵妄症状后对症干预，未开展常规预防性筛查；经验式评估易出现判断偏差，评估准确性无法保障。N6：“有一个简单的流程在墙上，但是没有人真正来评估。……主要是出现谵妄之后对症处理。”N1，N4：“科室评估谵妄的效果不是很好。”N5：“结合经验判断谵妄比较方便，但存在判断不准确的现象。”

3.2.4. 隐匿型谵妄易漏诊

护士对躁动、行为异常的高活动型谵妄识别敏感度高，但对沉默、嗜睡、反应迟钝的低活动型谵妄识别不足，极易发生漏判、延误干预。N18：“首先是主观判断，根据工作经验还有患者表现，行为、语言等异常判断。”N24：“我们主要根据临床经验，因为病人发生谵妄之后，多数病人症状比较明显。”

3.3. 主题二：护士落实循证谵妄评估的多重障碍

3.3.1. 外部环境与资源支撑不足(核心阻碍)

1) 管理体系缺失：科室未建立谵妄标准化评估制度、定时筛查流程，无统一执行标准与监督考核机制，护士执行缺乏制度约束。N2：“谵妄评估的话，没有将其严格的制度化、标准化。”

2) 护理人力短缺、工作负荷过重：ICU 患者病情危重、治疗操作密集，护士日常工作饱和，额外增加量表评估会进一步挤压护理时间，难以做到全员、定时规范筛查。N4：“ICU 的病人病情危重，病情变化快，每一项治疗都是按时按点的做，就是相对时间比较紧张，我觉得对每一个病人进行评估谵妄的话，会影响工作，增加工作量。……病人比较多，然后工作量很大，所以执行起来比较难。”

3) 评估工具适配性差、操作繁琐：CAM-ICU 量表条目复杂、耗时较长，合并神经系统疾病、精神病史的特殊患者难以套用标准量表判断，临床实操难度大。N6，N11，N15，N18：“主要是量表太复杂了，评估起来比较困难！”N17：“病人一些原发的基础疾病呀，有些神经系统疾病，精神病的患者，不好应用评分(量表)来判断。”N19：“量表有一定的局限性，不是所有患者的症状就是按照教科书所呈现出来的。”

4) 护理信息化配套不完善：谵妄评估表单仍为纸质记录，未嵌入床边 PDA、重症护理电子系统，填写、调取、统计流程繁琐。N1，N11，N15：“谵妄表格还是纸质版的，我觉得不是很方便。”

5) 病房环境干扰大：监护仪、输液泵持续报警，嘈杂环境不利于与患者沟通、完成认知评估。N7：

“各种监护仪，各种微量泵啊，以及仪器的报警。”N4，N15：“病房环境嘈杂，难以进行评估。”

3.3.2. 护士自身循证知识与操作技能不足

多数护士未主动研读谵妄相关临床指南，未系统掌握 CAM-ICU 量表操作规范、评估判定标准；院内专项培训频次不足，护士对谵妄分级、干预流程认知模糊，面对疑似谵妄患者缺乏标准化评估思路。N3：“谵妄指南了解不是很多，对患者(谵妄)没有明确的判断标准。”N4：“对谵妄评估具体流程不够熟悉，知识缺乏，(导致)难以(对患者)进行评估。”N10：“对谵妄评分和谵妄量表具体情况不了解；患者发生谵妄的时候我们应该怎么做。”

3.3.3. 护患沟通障碍，患者配合度不足

ICU 大量机械通气、镇静、意识障碍患者无法完成语言应答，难以配合量表问答评估；部分患者受教育程度偏低、地域语言存在差异，对评估指令理解困难，进一步提升标准化评估实施难度。N1，N2，N8，N14，N15，N18：“患者不能配合。”N1：“谵妄评估表格需要询问病人，但是很多病人不能配合，无法达到评估的效果。”N13：“有些病人无法言语，或意识不清，谵妄评估有困难。”N12：“病人的受教育程度不一样，然后就是地区因素，不同的人可能沟通起来理解上存在一定的偏差，沟通的话可能不是特别顺利。”N19，N23：“一些患者文化水平较低，可能对我们的问题或者指令难以配合。”

3.4. 主题三：推动循证谵妄评估落地的内在促进因素

3.4.1. 护士普遍认可循证护理的临床价值

受访者一致认为单纯依靠个人经验评估存在局限性，标准化指南与量表可提升评估严谨性，减少主观判断误差，规避隐匿型谵妄漏诊风险。N2：“ICU 患者的病情万变并且都比较重，所以说一定要坚持使用指南，不要过度地盲目相信自我经验总结。”N5：“需要规范化。还是需要有指南或者规范……基于循证评估的话，会更加严谨，仅凭自己的主观临床经验的话，会存在评估不准确的现象。”

3.4.2. 充分认知规范化谵妄评估多方获益

护士明确早期循证筛查可尽早干预谵妄，缩短患者康复周期、降低并发症；减轻家属经济负担与心理焦虑；减少谵妄引发的意外拔管、约束等额外护理工作量，优化整体护理效率。N11：“(使用指南)为患者(进行谵妄评估)，(这)对患者有帮助，我们肯定是愿意去改进(谵妄评估)。我们通过评估对患者情况做出及时确诊，然后进行治疗处置，对患者的病情恢复肯定有促进。对家属来说的话，及时对患者进行谵妄评估，及早的去干预，可能也会提高病人的治疗效果，减轻患者家属的经济负担！”N24：“减少谵妄发生，就可以减少医生、护士的工作量，然后我们就会有更多精力关注患者的病情，为他们进行更合理，更细致的一些护理，增进他们的病情恢复……”

3.4.3. 强烈的职业责任驱动

护士将早期识别谵妄、改善危重患者预后视作自身核心岗位职责，以促进患者康复为工作目标，具备主动落实标准化评估的内在意愿。N11：“促进患者的身心健康，肯定是我们医护人员的责任和义务，为了让患者在住院期间有更好的就医体验，我们肯定有信心(在以后)能达到(使用指南)为患者(谵妄评估)。”

3.5. 主题四：一线护士视角下循证谵妄评估优化对策

3.5.1. 完善科室管理制度

管理层应明确谵妄筛查人群、评估频次、操作标准，建立常态化督导考核机制，统一全院 ICU 评估流程。N13：“需要科室领导对哪类病人，就是评估的病种，时间点，还有次数，这方面有一个规定。”N15：“科室将谵妄评估量表做一个标准化的流程，每个人都能够掌握，从而尽早评估患者是否出现谵妄，

尽早使用，尽早治疗。”

3.5.2. 优化评估工具载体

编制便携口袋版指南、简易评分尺，简化量表操作条目，提升临床实用性。N11：“像随身携带的一些册子呀，宣传指南呀之类的东西，……，随时能拿出来看。”N12：“最好能有一个 ICU 谵妄评分量尺，……，能够早期进行谵妄评估。”

3.5.3. 常态化开展分层继续教育

定期组织谵妄指南解读、CAM-ICU 量表实操实训，覆盖各层级护士，补齐循证知识短板。N1，N13-16，N24：“没有阅读过(指南)。”N5，N10：“很少阅读(指南)。”N3，N8：“对指南了解比较少。”N3：“谵妄相应的指南了解不是很多，对患者(谵妄)没有明确的判断标准。”

3.5.4. 推进护理信息化改造

将谵妄评估模块嵌入床边 PDA、电子护理系统，实现电子化填写、自动数据留存，简化记录流程。N1：“把谵妄量表导入 PDA 系统里面，当患者出现谵妄的时候可以随时拿出来进行比对。”N20：“信息科在系统上加上(谵妄评估)量表就好了！”

3.5.5. 强化跨专业协同管理

搭建医护一体化谵妄管理模式，医生与护士同步开展筛查、联合制定干预方案，形成协作机制。N4：“医护之间的配合默契一些，谵妄评估实施起来会比较容易。”

4. 讨论

本研究探讨了 ICU 护士应用最佳证据进行谵妄评估的现状和影响因素。既往研究表明，将最佳证据应用于临床实践，可显著改善患者预后[20]。然而，本研究揭示了护理实践与循证指南之间仍然存在较大的差距，ICU 护士在谵妄评估中普遍依赖个人经验和观察，较少遵循指南建议，例如使用评估工具(如 CAM-ICU)进行评估。基于经验的评估虽有助于护士快速做出反应，但是，对于症状不明显的谵妄患者则容易出现遗漏或延误，影响患者预后[21]。同时，本研究显示，影响护士运用最佳证据进行谵妄评估的障碍因素和促进因素是多方面的。

首先，环境资源不足是其主要障碍。本研究与前期系列研究结果一致，表明环境支持不足是指南证据应用的关键障碍[22]-[25]。科室缺乏明确的谵妄评估流程和管理者的支持，使得护士在评估时缺乏清晰的指引，影响其依从性和评估效果。护士们建议，应制定明确的评估制度和流程，提升评估的一致性，促进谵妄的早期识别与有效干预。同时，管理层应建立监督机制，确保评估的规范性。还需要认识到，护士工作负荷过重可影响谵妄评估的落实。本研究在一家三级甲等教学医院进行，在此类医疗机构，ICU 护士往往面临高强度工作，难以优先考虑谵妄评估。为了促进护士实施基于最佳证据的谵妄评估，应通过增加人力资源和合理分配工作任务，减轻护士的工作压力。

其次，现有评估工具存在缺陷。虽然病房已配备 CAM-ICU 等工具，但护士反映其评估流程繁琐，难以在 ICU 环境下使用。这表明急需发展更实用的评估工具。信息化不足也影响了 CAM-ICU 等工具的使用，现有系统尚未集成谵妄评估工具，影响了评估效率和评估记录的完整性。需将数字化评估工具整合到医院的信息系统。

再次，护患沟通障碍影响谵妄评估。ICU 患者常因使用镇静药物或插管等治疗，难以进行言语沟通，影响评估准确性[26] [27]。应为护士提供培训机会，助其掌握非言语沟通技巧，如使用指示卡或写字板，帮助患者参与谵妄评估。同时，延长探视时间，促进患者家属的参与，也有助于提高患者配合度，规范谵妄评估。

最后，谵妄评估需加强跨专业合作。ICU 护士应加强与医生及其他专业人员的协作，促进谵妄的早期识别[28]，最终通过早期干预改善患者预后。

如上所述，护士实施基于最佳证据的谵妄评估存在多方面障碍因素。然而，本研究同时挖掘出可充分利用的正向促进因素：护士具备良好循证认知，清晰知晓标准化评估对医患双方的获益，且拥有以患者为中心的职业责任感，是推行规范化谵妄评估的内生动力。临床管理可依托护士内在积极性，辅以制度、工具、信息化外部支持，双向发力缩小临床实践与指南的差距。此外，谵妄管理属于多学科协同工作，需强化医护联动，构建一体化筛查干预体系，提升谵妄综合管理质量。

5. 小结

综上，ICU 护士谵妄评估临床实践与循证指南存在显著差距，基于循证的谵妄评估推行同时面临环境资源、护士个人能力、护患沟通等多重障碍；而护士对循证护理的认同、对评估获益的认知、职业使命感是重要促进因素。医院管理者应从制度建设、人力配置、工具优化、信息化升级、专科培训、跨学科协作多维度制定综合干预方案，系统性消除实施阻力，推动 ICU 谵妄评估标准化、规范化开展，提升危重患者照护质量。

本研究仅选取单家三甲医院的 ICU 护士为研究对象，样本来源单一，研究结论外推性存在局限；后续可开展多中心质性研究验证结果。此外，未来可基于本研究影响因素，开发适配国内 ICU 场景的简易谵妄评估工具，并设计综合性循证实践落地干预方案，进一步改善临床谵妄评估现状。

声　明

本研究已通过伦理委员会审批(2023-PR-003)。

基金项目

湖北医药学院研究生科技创新项目(项目编号：YC2023065)；湖北省教育厅哲学社会科学研究项目(项目编号：23D080)；湖北医药学院人才启动金资助计划项目(项目编号：2018QDJRW02)。

参考文献

[1] Zaal, I.J., Devlin, J.W., Peelen, L.M. and Slooter, A.J.C. (2015) A Systematic Review of Risk Factors for Delirium in the ICU. *Critical Care Medicine*, **43**, 40-47. https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000000625

[2] Mesa, P., Previgliano, I.J., Altez, S., Favretto, S., Orellano, M., Lecor, C., *et al*. (2017) Delirium in a Latin American Intensive Care Unit. A Prospective Cohort Study of Mechanically Ventilated Patients. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, **29**, 337-345. https://doi.org/10.5935/0103-507x.20170058

[3] 吴传芹, 朱艳萍, 李国宏. ICU 患者谵妄的发生率及危险因素分析[J]. 第三军医大学学报, 2018, 40(11): 1038-1043.

[4] Kalabalik, J., Brunetti, L. and El-Srougy, R. (2013) Intensive Care Unit Delirium: A Review of the Literature. *Journal of Pharmacy Practice*, **27**, 195-207. https://doi.org/10.1177/0897190013513804

[5] Salluh, J.I.F., Wang, H., Schneider, E.B., Nagaraja, N., Yenokyan, G., Damluji, A., *et al*. (2015) Outcome of Delirium in Critically Ill Patients: Systematic Review and Meta-Analysis. *BMJ*, **350**, h2538-h2538. https://doi.org/10.1136/bmj.h2538

[6] Barr, J., Fraser, G.L., Puntillo, K., Ely, E.W., Gélinas, C., Dasta, J.F., *et al*. (2013) Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine*, **41**, 263-306. https://doi.org/10.1097/ccm.0b013e3182783b72

[7] Ely, E.W. (2004) Delirium as a Predictor of Mortality in Mechanically Ventilated Patients in the Intensive Care Unit. *JAMA*, **291**, 1753-1762. https://doi.org/10.1001/jama.291.14.1753

[8] Delaney, A., Hammond, N. and Litton, E. (2018) Preventing Delirium in the Intensive Care Unit. *JAMA*, **319**, 659-660. https://doi.org/10.1001/jama.2018.0159

[9] Faught, D.D. (2014) Delirium: The Nurse's Role in Prevention, Diagnosis, and Treatment. *Medsurg Nursing*, **23**, 301-305.

[10] Mossello, E., Lucchini, F., Tesi, F. and Rasero, L. (2020) Family and Healthcare Staff's Perception of Delirium. *European Geriatric Medicine*, **11**, 95-103. https://doi.org/10.1007/s41999-019-00284-z

[11] Mistraletti, G., Pelosi, P., Mantovani, E.S., Berardino, M. and Gregoretti, C. (2012) Delirium: Clinical Approach and Prevention. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, **26**, 311-326. https://doi.org/10.1016/j.bpa.2012.07.001

[12] Michie, S., Johnston, M., Abraham, C., *et al*. (2005) Making Psychological Theory Useful for Implementing Evidence Based Practice: A Consensus Approach. *Quality and Safety in Health Care*, **14**, 26-33. https://doi.org/10.1136/qshc.2004.011155

[13] Boet, S., Patey, A.M., Baron, J.S., Mohamed, K., Pigford, A.E., Bryson, G.L., *et al*. (2017) Factors That Influence Effective Perioperative Temperature Management by Anesthesiologists: A Qualitative Study Using the Theoretical Domains Framework. *Canadian Journal of Anesthesia/Journal Canadien D'anesthésie*, **64**, 581-596. https://doi.org/10.1007/s12630-017-0845-9

[14] Atkins, L., Francis, J., Islam, R., O'Connor, D., Patey, A., Ivers, N., *et al*. (2017) A Guide to Using the Theoretical Domains Framework of Behaviour Change to Investigate Implementation Problems. *Implementation Science*, **12**, Article No. 77. https://doi.org/10.1186/s13012-017-0605-9

[15] 花文哲, 刘珊珊, 朱大乔. 理论域框架的发展及其应用进展[J]. 护理研究, 2016, 30(18): 2177-2179.

[16] Grayson, L. (2007) Using Evidence: How Research Can Inform Public Services: A Review. *Evidence and Policy*, **3**, 439-457. https://doi.org/10.1332/174426407781738001

[17] Hennink, M.M., Kaiser, B.N. and Marconi, V.C. (2017) Code Saturation versus Meaning Saturation: How Many Interviews Are Enough? *Qualitative Health Research*, **27**, 591-608. https://doi.org/10.1177/1049732316665344

[18] Braun, V. and Clarke, V. (2006) Using Thematic Analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology*, **3**, 77-101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

[19] Miranda, F., Gonzalez, F., Plana, M.N., Zamora, J., Quinn, T.J. and Seron, P. (2023) Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) for the Diagnosis of Delirium in Adults in Critical Care Settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, No. 11, CD13126. https://doi.org/10.1002/14651858.cd013126.pub2

[20] Emparanza, J.I., Cabello, J.B. and Burls, A.J.E. (2015) Does Evidence-Based Practice Improve Patient Outcomes? An Analysis of a Natural Experiment in a Spanish Hospital. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, **21**, 1059-1065. https://doi.org/10.1111/jep.12460

[21] Diouf, F., Hoang, B., Bammatter, L., Eshmawey, M. and Unschuld, P.G. (2023) Hypoactive Delirium. *Revue Médicale Suisse*, **19**, 1282-1285.

[22] 徐园, 吴欣娟, 杨旭, 等. 护士应用预防关节置换术后深静脉血栓形成最佳证据的障碍因素研究[J]. 中华护理杂志, 2022, 57(8): 958-963.

[23] 周苏, 胡德英, 陶利琼, 等. 基于理论域框架的护士预防肿瘤患者自杀影响因素的质性研究[J]. 护理学杂志, 2024, 39(12): 68-71.

[24] 郭慧琦, 沈蕴之, 施海明, 等. 医护人员心脏康复推荐决策行为的障碍因素分析: 基于能力、机会、动机-行动模型和理论域框架的质性研究[J]. 军事护理, 2023, 40(12): 60-63.

[25] 蒋维连, 韦群梅, 王秀梅, 等. 护理人员预防术中获得性压力性损伤最佳证据应用障碍的质性研究[J]. 护理学杂志, 2023, 38(21): 59-61.

[26] Özsaban, A. and Acaroglu, R. (2015) Delirium Assessment in Intensive Care Units: Practices and Perceptions of Turkish Nurses. *Nursing in Critical Care*, **21**, 271-278. https://doi.org/10.1111/nicc.12127

[27] Devlin, J.W., Fong, J.J., Howard, E.P., Skrobik, Y., McCoy, N., Yasuda, C., *et al*. (2008) Assessment of Delirium in the Intensive Care Unit: Nursing Practices and Perceptions. *American Journal of Critical Care*, **17**, 555-565. https://doi.org/10.4037/ajcc2008.17.6.555

[28] 傅文瑶, 庄一渝. ICU 护士跨专业合作的影响因素及干预研究进展[J]. 中华急危重症护理杂志, 2022, 3(2): 168-172.