

鼻咽癌放疗患者专病护理质量评价指标体系的构建

周静¹, 张业玲¹, 徐丽妃¹, 王国园¹, 单信芝²

Establishment of nursing quality evaluation index system for nasopharyngeal cancer patients underwent radiotherapy Zhou Jing, Zhang Yeling, Xu Lifei, Wang Yuanyuan, Shan Xinzhi

摘要:目的 构建鼻咽癌放疗患者专病护理质量评价指标,为鼻咽癌放疗护理质量评价提供工具。方法 基于三维质量结构模型,在半结构式访谈、文献回顾法基础上拟定指标体系初稿,采用 Delphi 法对分别对 23 名、21 名专家进行两轮函询。结果 2 轮函询问卷的有效回收率分别为 91.30%、100%,专家权威系数 Cr 值分别为 0.869、0.876。最终形成的指标体系包括结构、过程、结果 3 项一级指标、9 项二级指标和 41 项三级指标。结论 鼻咽癌放疗患者专病护理质量评价指标体系构建科学、可靠,专病特色突出,进一步验证后可作为专病护理质量评价工具。

关键词:鼻咽癌; 放疗; 专科护理; 三维质量结构; 护理质量评价; Delphi 法

中图分类号:R473.73 **文献标识码:**B **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2020.07.031

2018 年全球癌症统计数据显示,鼻咽癌新发病例 12.9 万,死亡 7.3 万例^[1]。放疗是鼻咽癌的首选治疗手段^[2]。放疗为患者带来治疗作用的同时,其不良反应也不容忽视,鼻咽癌患者在放疗期间可出现疼痛、皮肤受损、口腔黏膜改变、营养不足、活动无耐力等护理问题,护理需求复杂且难度大。目前,临床多采用医院通用的肿瘤专科护理质量评价指标,仅关注鼻咽癌放疗患者个别护理问题的质量评价^[3-4],不能全面、系统地反映鼻咽癌放疗的整体护理质量。本研究以三维质量结构模型为理论依据^[5],通过半结构式访谈、文献回顾、德尔菲法构建了鼻咽癌放疗患者专病护理质量评价指标体系,旨在为客观科学地评价和改善鼻咽癌放疗患者的护理质量水平提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象 专家纳入标准:①在三级甲等医院从事肿瘤放疗科工作 10 年以上;②中级以上技术职称;③本科以上学历;④知情同意参与本研究。本研究选取从事肿瘤放疗科护理管理、临床护理、临床医疗的 21 名专家进行两轮函询,来自济南 4 名,青岛 6 名,聊城 4 名,临沂 3 名,东营 4 名,共 6 所医院。其中肿瘤专科护士 13 名,放疗科护理管理者 5 名,放疗科医生 3 名;年龄 30~岁 7 名,40~岁 9 名,50~59 岁 5 名;工作年限 10~年 11 名,15~年 7 名,20~25 年 3 名;硕士以上学历 7 名;副高以上职称 14 名。

1.2 方法

1.2.1 成立研究小组 成立包含 7 名成员的研究小组,包括放疗科护士长 2 名、肿瘤专科护士 3 名、护理研究生 2 名。小组成员主要负责拟定半结构式访谈提纲、初拟鼻咽癌放疗患者专病护理质量评价指标、编制专家咨询问卷、确定专家名单、发放与回收问卷、专家意见分析汇总等。

1.2.2 半结构式访谈 通过目的抽样,以访谈资料饱和为原则选取放疗科 6 名护理专家、9 例鼻咽癌放疗患者进行半结构式访谈。护理专家半结构式访谈提纲:您认为在鼻咽癌放疗过程中,什么情况会导致患者放疗中断? 护理的重点和难点是什么? 哪些方面可以影响和评价护理工作质量? 鼻咽癌患者半结构式访谈提纲:在整个放疗过程中,您最担心哪些问题? 您最希望医护人员关注哪些问题? 您认为哪些情况会影响您的恢复? 采用类属分析法分析访谈资料,提炼归纳出“护理人员配置”“护理教育培训”“护理评估”“健康教育”“护理措施”“随访管理”“放疗不良反应”“身心状况”“满意度”与鼻咽癌放疗患者护理质量评价相关的主题。

1.2.3 专家函询 通过国内外相关文献分析和半结构式访谈结果,以三维质量结构模型为理论基础^[6],初步构建放疗科鼻咽癌专病护理质量评价指标体系。同时对从事肿瘤放疗专科工作相关领域的 5 名专家进行审阅和修订,最终形成专家函询问卷,问卷主体包括一级指标 3 项、二级指标 8 项、三级指标 51 项。2019 年 1~4 月通过现场或电子邮件的方式分别发放给 23 名、21 名专家,函询问卷收回后按指标纳入标准、重要性赋值均数 >4 ,变异系数(CV) <0.25 ,且综合专家意见取舍。

1.2.4 统计学方法 采用 SPSS20.0 软件计算问卷回收率(专家积极性)、权威系数(Cr)、CV 及肯德尔协调系数(W),确定各级指标权重及组合权重。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 专家积极性及权威性 第 1 轮及第 2 轮函询问卷的有效回收率分别为 91.30%(21/23)、100%(21/21)。两轮函询专家对指标的判断依据系数 Ca 分别为 0.905、0.909,对指标的熟悉程度系数 Cs 分别为 0.833、0.843,权威系数 Cr 分别为 0.869、0.876。

2.2 专家意见协调程度 两轮专家函询的肯德尔协调系数见表 1。

2.3 专家函询评价指标体系 第 1 轮专家函询删除

作者单位:青岛大学附属医院 1. 肿瘤放疗科 2. 护理部(山东 青岛, 266100)

周静:女,本科,主管护师,大内科护士长

通信作者:单信芝, sxzdragon@126.com

收稿:2019-11-19;修回:2020-01-07

15项三级指标,增加1项二级指标及6项三级指标,修改2项二级指标及5项三级指标;第2轮函询删除3项三级指标,增加2项三级指标,修改2项二级指标及1项三级指标。最终确定的评价指标体系包括一级指标3项、二级指标9项、三级指标41项,见表2。

表1 专家意见协调程度

项目	第1轮			第2轮		
	W	χ^2	P	W	χ^2	P
一级指标	0.441	18.541	0.000	0.457	19.179	0.000
二级指标	0.305	51.267	0.000	0.339	56.992	0.000
三级指标	0.232	224.337	0.000	0.249	204.221	0.000
总体	0.251	300.468	0.000	0.275	294.280	0.000

表2 鼻咽癌放疗患者专病护理质量评价指标体系及函询结果

指标	重要性赋值 ($\bar{x} \pm s$)	CV	组合权重
I 结构性指标	4.24±0.54	0.127	0.1329
I-1 护理人员配置	4.29±0.46	0.108	0.0632
I-1-1 护患比	4.67±0.48	0.104	0.0218
I-1-2 护士学历构成比	4.19±0.40	0.096	0.0196
I-1-3 放疗科工作年限构成比	4.67±0.48	0.104	0.0218
I-2 护理教育培训	4.71±0.46	0.098	0.0697
I-2-1 护士在职培训落实率	4.29±0.46	0.108	0.0330
I-2-2 护士专病知识考核合格率	4.7±0.44	0.092	0.0367
II 过程性指标	4.86±0.36	0.074	0.4002
II-1 护理评估	4.95±0.22	0.044	0.1010
II-1-1 活动状况评估率	4.86±0.36	0.074	0.0202
II-1-2 营养风险动态评估率	5.00	0	0.0208
II-1-3 口腔黏膜反应动态评估率	4.86±0.36	0.074	0.0202
II-1-4 皮肤反应动态评估率	4.76±0.44	0.092	0.0198
II-1-5 骨髓抑制动态评估率	4.81±0.40	0.084	0.0200
II-2 健康教育	5.00	0	0.1032
II-2-1 放疗注意事项相关知识宣教率	4.81±0.40	0.084	0.0337
II-2-2 放疗不良反应症状相关知识宣教率	4.90±0.30	0.061	0.0344
II-2-3 预防放疗不良反应相关知识指导率	5.00	0	0.0351
II-3 护理措施	5.00	0	0.1032
II-3-1 患者张口功能锻炼执行率	4.81±0.40	0.084	0.0131
II-3-2 患者吞咽功能锻炼执行率	4.71±0.46	0.098	0.0128
II-3-3 患者鼻咽冲洗执行率	4.76±0.44	0.092	0.0129
II-3-4 放疗过程防护与指导	4.71±0.46	0.098	0.0128
II-3-5 心理护理落实率	4.52±0.51	0.113	0.0123
II-3-6 放疗不良反应治疗药物正确使用率	4.81±0.40	0.084	0.0130
II-3-7 营养干预执行率	4.86±0.36	0.074	0.0132
II-3-8 营养干预个体化实现率	4.81±0.40	0.084	0.0131
II-4 随访管理	4.67±0.48	0.104	0.0928
II-4-1 责任护士放疗计划掌握率	4.29±0.46	0.108	0.0295
II-4-2 放疗结束后护士随访及时率	4.67±0.48	0.104	0.0321
II-4-3 放疗结束后随访内容全面性	4.52±0.51	0.113	0.0312
III 结果性指标	5.00	0	0.4669
III-1 放疗不良反应	4.95±0.22	0.044	0.1587
III-1-1 患者声音嘶哑发生率	4.62±0.50	0.108	0.0191
III-1-2 患者吞咽困难发生率	4.76±0.44	0.092	0.0195
III-1-3 患者口腔黏膜炎发生率	4.95±0.22	0.044	0.0203
III-1-4 患者放射性皮炎发生率	4.86±0.36	0.074	0.0200
III-1-5 患者张口困难发生率	4.81±0.40	0.084	0.0198
III-1-6 患者口干发生率	4.76±0.44	0.092	0.0195
III-1-7 患者口腔疼痛水平	4.95±0.22	0.044	0.0203
III-1-8 放疗中断发生率	4.90±0.30	0.061	0.0202
III-2 身心状况	4.71±0.46	0.098	0.1509
III-2-1 患者营养不良发生率	4.95±0.22	0.044	0.0272
III-2-2 患者焦虑抑郁发生率	4.29±0.46	0.108	0.0234
III-2-3 患者睡眠障碍发生率	4.43±0.51	0.115	0.0243
III-2-4 患者生活质量水平	4.76±0.44	0.092	0.0261
III-2-5 患者疲乏水平	4.81±0.40	0.084	0.0262
III-2-6 患者自我感受负担水平	4.33±0.48	0.111	0.0237
III-3 满意度	4.90±0.44	0.089	0.1573
III-3-1 疼痛管理满意度	4.76±0.44	0.092	0.0513
III-3-2 营养管理满意度	4.86±0.36	0.074	0.0522
III-3-3 患者对护理工作满意度	5.00	0	0.0538

3 讨论

3.1 鼻咽癌放疗患者专病护理质量评价指标体系科学性分析 目前我国在专病护理质量评价相关研究方面多集中于外科病种,缺乏针对放疗科专病护理质量评价体系,管理者只能使用非特异性的指标体系评价专病护理质量,无法科学评价护理效果。本研究以“结构—过程—结果”三维质量结构模型搭建各指标的逻辑关系,通过检索头颈部肿瘤及肿瘤专科护理质量指标等文献^[6],突出鼻咽癌与其共存的护理工作要点;研究小组与护理专家及鼻咽癌放疗患者半结构访谈,明确影响患者结局的主要因素,充分体现了指标体系专病特色和科学性。同时,本研究严格遵守 Delphi 法的原则,选择从事肿瘤放疗科护理管理、临床护理、临床医疗等多个领域的专家,其中有 47.62% 的专家在放疗科工作 15 年以上,研究生以上学历占 33.33%,说明专家具有丰富的工作经验及理论基础。两轮函询的专家积极性高,有效问卷回收率分别为 91.30%、100%,权威系数 Cr 分别为 0.869、0.876,体现了专家具有较高的权威性。两轮专家函询的肯德尔协调系数分别为 0.251、0.275(均 P < 0.01),协调系数偏低可能与专家权威性高,指标较多,意见难以协调有关,但均具有统计学意义,说明指标咨询结果可取。

3.2 鼻咽癌放疗患者专病护理质量评价指标体系内容性分析

3.2.1 结构性指标 结构性指标主要评价实施护理工作的基本条件。本研究结构性指标包括“护理人员配置”“护理教育培训”2项二级指标和5项三级指标,其中“护理教育培训”权重较大(0.0697),其三级指标“护士专病知识考核合格率”组合权重最大(0.0367),与何梦雪等^[7]研究结果相似。在半结构式访谈中,多个专家提到鼻咽癌是放疗科特异性较强的病种,护士掌握专病知识是提高护理质量的保证。因此,建议加强对护士专病护理知识的培训,做好护士对专病知识掌握的监督工作,以提高专病护理水平。

3.2.2 过程性指标 过程性指标主要评价护理环节的质量,针对过程控制^[8]。本研究过程性指标包括“护理评估”“健康教育”“护理措施”“随访管理”4项二级指标和19项三级指标。专家认为鼻咽癌放疗期间的不良反应会随着放射剂量增多相继出现甚至加重,护士需要对患者进行动态性护理评估,根据专家意见将“病情观察”改为“护理评估”,同时创新性地将“口腔黏膜反应动态评估率”“皮肤反应动态评估率”“骨髓抑制动态评估率”等纳入过程护理评估指标。护士在症状管理中担任重要角色,因此要重视对不良反应的动态监控和评估,以实施预见性护理,从而规范专病临床护理行为,提高专病护理质量。本研究专家建议将“随访管理”纳入过程性指标中,因为鼻咽癌放疗不良反应一般持续至放疗结束后3~4周,甚至数月^[9-10],但患者往往缺乏对放疗结束后延续护理的

认识,自我护理的依从性差,因此需要随访管理以了解患者病情变化,促进患者健康行为保持,指导患者康复。二级指标中“健康教育”“护理措施”“护理评估”“随访管理”权重较高,说明鼻咽癌放疗患者的护理评估、健康教育、护理措施、随访管理均很重要。临床工作人员要全面性地护理患者,实现对鼻咽癌放疗患者护理工作每一环节的质量评价,从而提高整体护理质量。

在三级指标中“预防放疗不良反应相关知识指导率”“放疗不良反应症状相关知识宣教率”“放疗注意事项相关知识宣教率”组合权重位居前3列,说明专家对鼻咽癌放疗期间不良反应的宣教内容高度关注,建议管理者从宣教率方面进一步规范护理人员行为。“护理措施”领域中“营养干预执行率”“营养干预个体化实现率”权重较大,由于肿瘤本身及抗肿瘤治疗的影响,96%的鼻咽癌患者在放疗期间发生营养不良^[11],患者营养不良可导致放疗不良反应加重,治疗耐受性降低。因此,医护人员应重视鼻咽癌患者的营养问题,提供个体化的营养管理。

3.2.3 结果性指标 结果性指标主要评价护理工作的效果,包括满意度、身心状况改善等主观指标及护理效果、并发症发生率等客观指标。本研究结果性指标权重最大,说明专家认为结果性指标综合反映了护理效果,是护理质量评价的金标准^[12]。本研究“身心状况”领域中“营养不良发生率”的权重最大(0.0272),进一步说明专家对鼻咽癌放疗期间的营养问题高度关注。二级指标中“放疗不良反应”的权重最大(0.1587),与国内相关研究结果相似,鼻咽癌患者在放疗期间不良反应发生率为100%,部分患者因不能耐受不良反应,会导致治疗中断,影响治疗疗效和预后^[13-14]。护理工作的最终目的就是改善患者结局,减少不良反应,因此宜将不良反应视为护理质量评价的重点,有针对性地根据其严重程度,采取相应的护理措施。“不良反应”中的三级指标“患者口腔黏膜炎发生率”“患者口腔疼痛水平”权重较高,说明这些不良反应是护理质量控制和评价的重点内容。研究显示,97.5%的鼻咽癌患者在放疗期间会发生口腔黏膜改变,引起口腔疼痛、吞咽困难、进食量减少等,严重影响患者的生活质量和营养状况^[15]。因此,医护人员应高度重视口腔黏膜、口腔疼痛护理,在放疗前强化一级预防,采取前瞻性护理措施缓解症状困扰。

4 小结

本研究以结构-过程-结果三维质量模型为理论基础,采用半结构式访谈、文献回顾、Delphi专家咨询等方法,构建了鼻咽癌放疗患者专病护理质量评价指标,包括3项一级指标、9项二级指标和41项三级指标。建立专病护理质量指标体系,进一步聚焦护理工作中的质量控制,丰富护理质量评价的内涵,体现了护理质量评价由面到点的转变。但本研究的函询专

家均来自山东省,地域差异可能对鼻咽癌护理方式不同,构建的指标可能并不全面。为检验研究结果的可行性,下一步将对鼻咽癌放疗患者专病护理质量评价指标体系进行实证研究,并结合临床检查标准及鼻咽癌专病特点设定各三级指标的目标值。

参考文献:

- [1] Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J]. CA Cancer J Clin, 2018, 68(6): 394-424.
- [2] Ou X, Zhou X, Shi Q, et al. Treatment outcomes and late toxicities of 869 patients with nasopharyngeal carcinoma treated with definitive intensity modulated radiation therapy: new insight into the value of total dose of cisplatin and radiation boost[J]. Oncotarget, 2015, 6(35): 38381-38397.
- [3] 陈萍,冯丹,胡春梅,等.降低鼻咽癌放疗患者重度放射性口腔黏膜炎发生率[J].中国卫生质量管理,2018,25(5):78-83.
- [4] Mortensen H R, Jensen K, Aksglaede K, et al. Prophylactic swallowing exercises in head and neck cancer radiotherapy[J]. Dysphagia, 2015, 30(3): 304-314.
- [5] 史雯嘉,黄燕,蔡莉,等.基于三维质量评价模式的先天性巨结肠术后患儿多学科综合出院管理[J].护理学杂志,2018,33(17):61-64.
- [6] 袁和芹.基于三维质量结构模式的肿瘤专科护理质量评价指标体系的构建[D].南京:南京中医药大学,2016.
- [7] 何梦雪,陆红,沈南平,等.儿童血液肿瘤护理质量指标体系的构建[J].中华护理杂志,2018,53(8):950-955.
- [8] 刘名君,吴丹,吴德全,等.基于三维质量结构理论对PICC护理质量评价指标体系的构建[J].护理学杂志,2017,32(21):39-42.
- [9] Siva S, Mac Manus M P, Martin R F, et al. Abscopal effects of radiation therapy: a clinical review for the radiobiologist[J]. Cancer Lett, 2015, 356(1): 82-90.
- [10] 黄琛慧.鼻咽癌患者调强放疗后晚期吞咽障碍的剂量学研究[D].南宁:广西医科大学,2017.
- [11] 沈怡.鼻咽癌病人同步放化疗期间营养状况调查及其影响因素分析[D].天津:天津医科大学,2017.
- [12] 曾巧苗,陈文凤,张京慧,等.头颈部肿瘤放疗患者的多学科营养管理实践[J].护理学杂志,2019,34(11):97-101.
- [13] Couch M, Lai V, Cannon T, et al. Cancer cachexia syndrome in head and neck cancer patients: Part I. Diagnosis, impact on quality of life and survival, and treatment[J]. Head Neck, 2010, 29(4): 401-411.
- [14] 范英杰.鼻咽癌患者放疗期间与放疗后症状困扰的调查研究[J].中国实用医药,2016,11(12):193-194.
- [15] 陈亚琼,周建荣,杨靖.鼻咽癌患者同步放化疗期间的症状群及影响因素研究[J].重庆医科大学学报,2014,39(12):1830-1834.