

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.34.044

## 社区护士角色问卷的汉化与信效度评价\*

刘珊珊, 林蓓蕾, 张振香<sup>△</sup>  
(郑州大学护理学院, 郑州 450001)

[中图分类号] R433.2

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2016)34-4882-04

多学科团队合作模式是目前社区慢性病管理的主要形式, 在为社区慢性病患者提供照护方面有发挥着关键作用<sup>[1]</sup>。不同国家对社区护士在慢性病患者多学科管理中的角色有着不同的定义, 尽管我国部分地区出现了多学科团队的雏形<sup>[2]</sup>, 但对于团队中社区护士的角色应该如何界定尚未见明确的定论。澳大利亚 Wilkes 等<sup>[3]</sup>在 2013 年编制了护理慢性病患者的社区护士角色问卷, 目的是为了改进和验证社区护士在多学科团队中参与慢性病患者管理的角色。本研究将该问卷进行汉化并尝试在社区护士群体中调研, 检验其信效度, 为我国社区护士对慢性病患者的护理提供有效的评估工具。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 采用方便取样, 在郑州市 32 家社区选取 240 名社区护士。在取得社区卫生服务中心管理部门知情同意, 并征得研究对象同意后, 在其自愿参与的前提下填写问卷。纳入标准是取得护士执业资格证书, 在社区工作且主要负责慢性疾病管理工作的护士, 并签署知情同意书。共发放问卷 240 份, 收回 237 份, 问卷有效回收率为 98.75%, 剔除无效问卷(有 2 个或以上条目以上条目漏答或多选)。纳入对象的年龄 19~53 岁, 平均(28.86±6.67)岁, 平均工作年限(3.75±3.44)年; 其中护士占 43.5%, 护师占 45.1%, 主管护师 9.6%, 副主任护师 1.3%, 主任护师 0.4%; 专科学历 55.3%, 本科 44.3%, 研究生 0.4%。

**1.2 问卷的汉化** 该问卷是澳大利亚西悉尼大学护理及助产学院和内皮恩医院的护理学教授 Wilkes 等<sup>[3]</sup>在分析前期质性研究结果的基础上, 归纳概括, 并进行了 3 轮的专家咨询, 最终形成了较全面的护理慢性病患者的社区护士角色问卷, 包括倡导者(1 个条目)、支持者(10 个条目)、协调者(9 个条目)、教育者(4 个条目)、团队成员(8 个条目)和评估者(6 个条目)6 个维度 38 个条目, 用于描述社区护士在慢性病护理服务中的角色内容。在获得作者同意后, 严格按照问卷跨文化调适原则汉化, 包括翻译、回译、专家咨询、语义分析 4 个步骤。首先由 2 名英汉双语研究人员独立将英文版问卷翻译成中文, 经两人协商后形成中文版社区护士角色问卷。然后请 1 名在美国工作的华人护理学教师和 1 名有国外修读博士学位经历的教师将中文版问卷回译为英文, 与原英文版问卷进行对比。请 5 名有双语背景的社区护理专家对翻译版、回译版本、原版本进行校对评定, 形成中文版(初稿); 并选取 15 例社区护士进行预调查。结合专家的建议和预调查中的问题, 将条目 3、6、26、27、28 中的“照护”改为“护理”。最终确定了 38 个条目的中文版社区护士角色问卷, 以 Likert 5 级评分法计分: 1=非常重要, 2=重要, 3=一般, 4=不重要, 5=非常不重要。

**1.3 样本量计算** 根据问卷调查样本量一般为量表条目数的

5~10 倍的原则, 并考虑问卷填写不规范等因素, 扩大 20% 的样本量本。研究拟定的样本量:  $n=38 \times 5 \times 1.2=228$ 。

### 1.4 信效度指标

**1.4.1 项目分析** 计算条目得分与问卷总分的相关系数, 删除相关系数小于 0.2 或未达到显著水平的条目。

**1.4.2 效度** (1)结构效度: 采用探索性因子分析, 确定中文版社区护士角色问卷的结构效度。以条目在某个因子上的载荷大于 0.4 作为因子归属的标准。如果某个条目在各个因子上的载荷值均小于 0.4, 或存在双载荷(同时在 2 个或多个因子上载荷值大于 0.4, 且差值小于 0.2), 则删除<sup>[4]</sup>。计算各因子之间及各因子与总分之间的相关性。(2)内容效度: 选取 10 名专家(包括 4 名从事社区慢性病研究的护理学教师、4 名对社区慢性病患者进行管理的社区科主任、2 名从事社区慢性病患者护理工作的护士)对中文版问卷的条目进行评价, 计算内容效度指数(content validity index, CVI)。

**1.4.3 信度** 内在一致性信度: 计算总问卷及各因子的 Cronbach's  $\alpha$  系数。

**1.5 统计学处理** 双人将结果录入 Excel 2003 软件进行统计学处理。进相关性分析, 采用 KMO 检验和 Bartlett 球形检验, 以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 问卷得分基本情况及项目分析** 38 个条目的均分为 3.87~4.63 分(标准差是 0.541~0.841), 各条目得分与总分的相关系数为 0.237~0.781( $P < 0.01$ ), 均大于 0.2, 因此保留全部条目进行后续的分析。

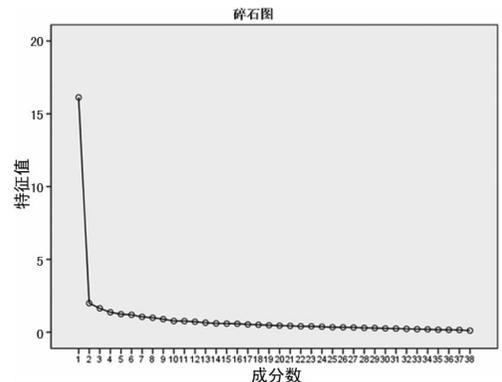


图 1 护理慢性病患者的社区护士的角色各因子碎石图

**2.2 问卷的结构效度** 对 38 个条目进行探索性因子分析, KMO 检验和 Bartlett 球形检验显示 ( $KMO = 0.941$ ,  $\chi^2 = 5743.316$ ,  $P = 0.000$ ), 适合因子分析。采用主成分分析方差

\* 基金项目: 河南省医学科技攻关计划省部共建项目(201201014)。  
<sup>△</sup> 通讯作者, E-mail: zhangzx6666@126.com。

作者简介: 刘珊珊(1989—), 护士, 硕士, 主要从事社区与老年护理的

旋转法(Varimax),取特征根大于 1 的公因子,得到 7 个因子,累计方差贡献率为 64.721%,见图 1。条目“与多学科团队、患者和照顾者共同决策”和“为患者提供专业化护理”在各个因子上的载荷值均小于 0.4,但结合专业知识并咨询专家意见,予以保留。剩余的 36 个条目,在其所属因子上载荷值均大于 0.4,范围在 0.401~0.804,无双载荷,探索性因子分析结果见

表 1。最终形成的中文版问卷由 38 个条目组成。根据因子分析结果,参考原问卷,结合专业知识,将因子 2 与因子 5 合并,命名为协调者(14 个条目);因子 1 命名为团队成员(7 个条目);因子 3 命名为评估者(5 个条目);因子 4 与因子 6 合并,命名为支持者(9 个条目);因子 7 命名为教育者(3 个条目)。对因子合并后,条目所属维度较原问卷有所调整。

表 1 探索性因子分析结果

项目	因子 1	因子 2	因子 3	因子 4	因子 5	因子 6	因子 7
17. 向其他成员征求意见	0.804	0.184	0.105	0.183	0.200	0.134	0.103
18. 与其他成员共享知识	0.803	0.230	0.127	0.219	0.222	0.101	0.031
19. 向其他成员提供建议	0.738	0.240	0.181	0.194	0.278	0.151	0.002
16. 与其他成员一起,参与患者健康教育	0.715	0.131	0.211	0.204	0.173	0.166	0.203
15. 和其他成员商量	0.700	0.271	0.117	0.251	0.087	0.207	0.074
14. 基于案例联络其他成员	0.606	0.332	0.215	0.206	0.064	0.172	0.191
13. 以文书形式(病例/护理记录)与团队交流	0.401	0.202	0.387	0.260	0.020	0.322	0.071
25. 以护理专业视角向团队反馈	0.334	0.662	0.105	0.128	0.186	-0.073	0.177
26. 协调患者的护理	0.257	0.639	0.146	0.143	0.138	0.275	0.263
27. 与其他成员共享互助式护理	0.282	0.634	0.131	0.183	0.041	0.342	0.068
35. 连接团队和患方(包括家属/照顾者)	0.174	0.618	0.230	0.229	0.197	0.341	0.018
24. 与临床护理专家(资深护士)建立伙伴关系	0.091	0.614	0.135	0.173	0.380	-0.168	0.097
28. 监控其他成员启动的护理	0.222	0.586	0.089	0.266	0.095	0.385	0.043
37. 协调患者的个案	0.271	0.585	0.464	0.139	0.064	0.106	0.080
34. 主导患者/照顾者的初步评估	0.276	0.522	0.407	0.072	0.214	0.136	0.117
30. 是患者的支持者	0.140	0.500	0.284	0.372	0.231	0.125	0.040
29. 与多学科团队、患者和照顾者共同决策	0.155	0.378	0.227	0.239	0.324	0.316	-0.120
03. 为患者提供专业化护理	0.200	0.367	0.179	0.152	0.223	0.298	0.351
31. 评估患者病情	0.198	0.183	0.786	0.177	0.190	-0.014	0.080
32. 监控患者病情	0.114	0.161	0.779	0.173	0.139	0.156	0.179
38. 评价患者病情转归	0.233	0.320	0.580	-0.012	0.331	0.102	0.195
36. 对患者实施症状管理	0.376	0.441	0.464	0.054	0.305	0.124	0.142
33. 持续监控患者和照顾者	0.115	0.438	0.438	0.207	0.178	0.271	-0.014
09. 为患者提供心理社会支持	0.200	0.180	0.224	0.757	0.170	0.097	0.077
07. 为患者提供精神支持	0.228	0.147	0.151	0.744	0.152	0.000	0.142
08. 为照顾者提供精神支持	0.234	0.162	-0.141	0.652	0.142	0.253	0.289
10. 为照顾者提供心理社会支持	0.244	0.211	0.065	0.629	0.196	0.280	0.150
11. 倾听患者诉说	0.187	0.215	0.279	0.557	-0.061	0.195	-0.038
23. 与连续护理协调员保持联系	0.214	0.191	0.188	0.163	0.656	0.223	0.087
20. 与其他卫生事业工作者建立联系,获取其支持	0.376	0.221	0.103	0.087	0.634	0.249	-0.048
22. 与全科医生联络	0.150	0.264	0.240	0.195	0.626	-0.030	0.183
21. 与其他成员合作实施个案管理	0.435	0.232	0.279	0.159	0.463	0.278	0.029
05. 为患者提供实际支持(例如,提供设施、设备)	0.139	0.137	0.010	0.224	0.160	0.624	0.127
04. 与患者建立和保持治疗性关系	0.304	0.203	0.243	0.012	0.094	0.574	0.274
06. 能察觉患者的护理需求资源不足	0.318	0.083	0.121	0.299	0.288	0.503	0.051
12. 给其他成员指导	0.377	0.277	0.321	0.285	-0.106	0.414	-0.052
02. 为照顾者提供健康教育	0.026	0.125	0.042	0.138	0.090	0.245	0.796
01. 为患者提供健康教育	0.197	0.109	0.259	0.160	0.012	-0.049	0.727
特征根	5.239	4.976	3.557	3.529	2.694	2.689	1.910
方差贡献率(%)	13.787	13.095	9.360	9.287	7.089	7.075	5.027
累积贡献率(%)	13.787	26.882	36.242	45.529	52.619	59.694	64.721

**2.3 问卷的内容效度** 内容效度采用 4 分法,即:1 分表示“不相关”,2 分表示“有些相关”,3 分表示“相关”,4 分表示“非常相关”。若专家填“非常相关”或“相关”,则计 1 分,若有人填“很不相关”或“不相关”,则计 0 分。汉化调适后的问卷,每个条目的 CVI 值均在 0.8 以上,全部条目的平均值为 0.924,在可接受范围内。

**2.4 问卷的内部一致性信度** 中文版社区护士角色问卷总体 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.963,教育者维度 0.630,协调者维度 0.923,团队成员维度 0.918,评估者维度 0.860,支持者维度 0.862。

### 3 讨 论

**3.1 社区护士角色问卷的应用意义** 随着社区卫生服务的开展及多学科团队服务模式的完善,社区护士多以团队合作的形式为社区慢性病患者提供整体护理服务<sup>[5]</sup>。我国对社区护士在多学科团队中的角色定位的研究也在逐步开展,但是针对其在护理慢性病患者中的角色定位的研究相对较少<sup>[6-7]</sup>。所以,开发出适合我国国情的护理慢性病患者的社区护士角色问卷,是保证社区护士能够更好、更全面的为慢性病患者提供服务、满足其护理需求基础和前提。

Wilkes 等<sup>[3]</sup>在质性访谈和专家咨询基础上,得出较全面的社区护士慢性病患者护理角色的测评问卷。汉化后的中文版社区护士角色问卷不仅可以定义并验证、社区护士在照顾护理社区慢性病居民中的角色,也可以为社区护士在对慢性病患者提供护理服务时,提供指导意见。本研究将问卷进行本土化,在我国社区护士中对中文版问卷进行了信度和效度检验,并采用探索性因子分析,对其进行了维度的划分。结果表明,中文版问卷有 38 个条目、5 个因子组成,信效度指标均在可接受范围,问卷条目易于理解,通常 3~5 min 可完成,具有较好的适用性。

**3.2 问卷的效度分析** 探索性因子分析显示,中文版社区护士角色问卷可以提取出 7 个因子,但参考原问卷和专业知识,将因子 2 与因子 5 合并,命名为协调者;因子 4 与因子 6 合并,命名为支持者。对因子合并后,条目 13、15、17、19、25、27、28、29、30、34、36 所属维度较原问卷有所调整。条目 15 和 17 从教育者维度迁移到团队成员维度,条目 13 和 19 从协调者维度迁移到团队成员维度。从维度测量的内容看,这 4 个条目归到团队成员维度更适合,团队成员间的相互指导,提供建议,交流合作,具有很强的团队属性。条目 25、27 和 29 从团队成员维度迁移到协调者维度,条目 28、34 从评估者维度迁移到协调者维度,条目 30 从倡导者维度迁移到协调者维度。可能是这些条目更侧重于社区护士从专业角度,协调团队成员与患方,既能与团队成员相互监督、相互帮助,又能从患者的利益出发,满足患者的护理需求。条目 36 从支持者维度迁移到评估者维度,可能是支持者角色偏向于对患者心理和社会上的支持。而社区护士对患者进行病情管理,偏重于按照护理程序进行,因此,该条目归属于评估者的角色能够被理解和接受。经过调整的中文版社区护士角色测评问卷,内容和维度更加符合中国国情,适用性强。

问卷中条目 3“为患者提供专业化护理”和条目 29“与多学科团队、患者和照顾者共同决策”的载荷值均小于 0.4,考虑原因是现阶段我国社区护士队伍年轻化、学历层次较低,综合能力与技术水平相对不足,为慢性病居民提供专业化的护理指导不易实现;另外人力不足、政策要求不完善、服务意识欠缺等原因使得团队与患者照顾者共同决策的护理方式还处于起步阶

段。但考虑到今后我国基层医疗发展的必然趋势是专科化与国际化,所以予以保留。将条目 3 归属到教育者维度,条目 29 归属到协调者维度。

原问卷包括教育者、协调者、团队成员、评估者、支持者和倡导者 6 个维度,但汉化后的问卷只有教育者、协调者、团队成员、评估者、支持者 5 个维度,没有倡导者维度,考虑原因可能是在 Wilkes 等<sup>[3]</sup>的研究结果中,倡导者维度的角色描述条目只有一个,而且对支持者、协调者和团队成员的角色描述很多都包含了倡导者的角色,可能弱化了倡导者维度。但是 Brooks<sup>[8]</sup>强调了社区护士倡导者角色的重要性,指出它保证了团队提供的服务能够从患者的角度出发。今后可以针对倡导者角色开展更多的深入研究,丰富它的角色内涵。

**3.3 问卷的信度分析** 信度是指使用某研究工具所获得结果的一致程度或准确程度,稳定性、内在一致性和等同性是信度的 3 个主要特征。信度指标多以相关系数表示,Cronbach's  $\alpha$  系数是目前最常使用的信度指标。汉化后的问卷总体 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.963。从 5 个维度看,各条目的 Cronbach's  $\alpha$  系数分别是 0.630,0.923,0.918,0.860,0.862。除了教育者维度的系数偏低外,另外的 4 个维度内部一致性系数均大于 0.8,符合量表的测量学要求,因此问卷的内部一致性较高,说明能较好地测评社区护士的角色。分析教育者维度  $\alpha$  系数偏低的原因可能是:(1)教育者是社区护士最基础的角色,但是在团队中,社区护士的角色更偏重于与团队成员的合作和协调,以团队的形式为慢性病患者提供整体护理;(2)面对现在基层医疗服务的人力不足、社区护士缺乏相关知识技能和自身综合能力不足等问题,社区护士不能很好地满足慢性病患者的专业化护理需求。所以主管部门应加大对人力、物力、财力的投入,解决人力资源不足的问题,并加大社区护士的专业能力和综合素质的培养,保证社区护士教育者角色的充分发挥。检验信度时,考虑到该问卷是关于社区护士对慢性病患者护理角色的认识,不宜使用重测信度来反映其稳定性的高低。

综上所述,中文版社区护士角色测评问卷的信度、效度较理想,5 维度结构更容易解释中国文化背景下的社区护理人员的角色内容;且条目数量适中,简洁易懂,可用于定义我国社区护理对慢性病护理服务的角色内容。但本研究也存在一定的局限性:样本量偏少且代表性不够;部分问卷委托社区科主任发放和回收,社区护士在填写过程中是否有心理顾虑,其填写结果能否完全真实客观反映其评价,需要进一步考证;无定义社区护士角色的相关测评问卷,与之作平行对照,未能进行效标效度的评价。期待更多的研究者能够进一步验证该问卷,并对社区护士的护理服务的角色内容进行具体化,充实该问卷。

### 参考文献

- [1] Harris MF, Zwar N. Care of patients with chronic disease: the challenge for general practice[J]. Med J Aust, 2007, 187(2): 104-107.
- [2] 吴亚君,陈国伶,王亚红. 社区护士在卫生服务团队中的角色与功能的调查与分析[J]. 健康研究, 2010, 30(2): 117-120.
- [3] Wilkes L, Cioffi J, Cummings J, et al. Clients with chronic conditions: community nurse role in a multidisciplinary team[J]. J Clin Nurs, 2014, 23(5/6): 844-855.
- [4] 郑日昌,孙大强. 心理测量与测验[M]. 北京: 中国人民大学出版社, 2013.

- [5] 黄文君,吴晓璇,邱慧敏.全科团队工作模式下社区护士角色功能的研究[J].中外医学研究,2014(21):153-154.
- [6] 吴亚君,王亚红,宋亚琴,等.社区团队服务模式中社区护士角色功能的质性研究[J].护理管理杂志,2011,11(6):382-385.
- [7] 李富君.社区护士发挥角色功能现状及影响因素调查·临床护理· doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.34.045

[J].中国护理管理,2012,12(3):40-42.

- [8] Brooks PM. The impact of chronic illness; partnerships with other health-care professionals [J]. Med J Aust, 2003,179(5):260.

(收稿日期:2016-05-18 修回日期:2016-08-23)

## PDCA 循环护理在妇科肿瘤患者术后康复的效果分析

杨娟<sup>1</sup>,侯辉丽<sup>1</sup>,杨绍田<sup>1</sup>,程国梅<sup>2</sup>

(1.黄河科技学院医学院,郑州 450063;2.郑州大学第三附属医院妇产科,郑州 450060)

[中图分类号] R737.3

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2016)34-4885-02

近年来,随着医学模式的不断发展与变化,人们对护理的要求也在不断提高,如何提高患者对护理服务的满意度则成为学者和护理人员关注的焦点,而将综合护理和整体护理等理念运用到临床护理工作中,已经成为护理工作研究的重点<sup>[1-2]</sup>。由于 PDCA 循环护理有效地提高了患者住院期间的舒适度和满意度,是一种有计划、有组织的系统管理模式,更符合患者的生理、心理、社会、人文医学模式,从而最终达到提高护理质量的目的<sup>[3-4]</sup>。作者将其用在妇科肿瘤患者术后护理服务上,在提高妇科肿瘤患者围术期的护理质量,确保手术疗效,减少术后并发症,促进患者康复方面,取得了满意的效果,现将结果报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 将 80 例妇科肿瘤患者分为研究组( $n=40$ )和对照组( $n=40$ )。纳入标准:(1)已婚妇女,经手术及病理证实与相关诊断标准相符。(2)认知、沟通、表达能力正常。(3)重要脏器功能正常(心、肝、肾等)。(4)无药物过敏史及静脉血栓史,同时剔除有神经、精神病史及重要器官疾病、代谢疾病的患者。年龄 28~75 岁,平均(48.0±4.5)岁。肿瘤类型:31 例子宫肌瘤,20 例卵巢肿瘤,16 例宫颈癌,6 例子宫内膜癌,7 例子宫肌瘤合并卵巢肿瘤,其中 40 例行腹腔镜手术。两组资料差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

### 1.2 护理方法

**1.2.1 对照组** 采用常规护理方法,由一名主管护士进行监督管理,对患者进行术前准备、心理护理、术后并发症预见性等基础性护理、健康宣教等。

**1.2.2 研究组** 对围术期患者采用 PDCA 循环护理法,其阶段分为:(1)P(计划)建立 PDCA 循环护理质量管理小组,由 3 名高年资技术过硬、沟通能力好的责任护士组成,科室护士长直接领导。采用查找文献、专题研讨等方法,组织全体护士学习 PDCA 循环护理理念、护理内容、实施方法并确立考核办法,出现疑难护理问题要及时反馈,并咨询相关护理专家,提出改进意见并进行可行性分析,直至最终确定。(2)D(执行)将制订好的计划分发给每位护士,并且对全体护士进行培训,之后责任护士进行职责分工,按护理计划对患者进行各项护理措施。实施过程由管理小组监督。如:手术前为减轻患者对手术

的恐惧及对预后的担忧,护士应耐心向患者解释病情,手术的方式,并告知积极治疗是良好预后的前提,缓解其紧张心理<sup>[5]</sup>。对于担心手术影响夫妻性生活及恐惧肿瘤再复发的患者,除指导术后夫妻性生活外,还要鼓励患者配偶关心体贴患者。为减轻感染、疼痛、尿潴留等术后并发症对患者的影响,在进行心理疏导的同时,传授其预防知识,发挥其自身的能动性<sup>[6]</sup>。执行过程中质量管理小组对护理质量进行监督和抽查,制定相应的激励政策。(3)C(检查)每天由小组负责人检查计划执行情况,参照质控标准,对执行过程中发现的问题提出改进方法,科室定期召开护理质量分析会,总结归纳执行过程中所存在的问题及改进措施,关键环节可现场示范,找出符合实际的最佳方案。(4)A(处理)定期召开护患座谈会,征集患者及家属意见,分析汇总护理工作前 3 个阶段新发现问题及对护理服务的满意度,全面进行分析探讨、总结。对效果较好的护理操作流程进行标准化,对存在问题进行分析和调整,并转入下一个 PDCA 循环。

**1.3 观察指标** 两组患者的观察指标分为:(1)术后康复指标,进食时间、首次排气时间、下床活动时间、住院时间及并发症。(2)术后患者的舒适度,其标准采用美国护理专家 Kolcaba<sup>[7]</sup>研制的简化舒适状况表评价。包括生理 8 个条目,心理 9 个条目,社会文化 7 个条目,环境 4 个条目,共 28 个条目。(3)护理满意度,采用自制调查问卷,包括整体服务,环境舒适,康复宣教、流程便捷,护患关系 5 个方面。

**1.4 统计学处理** 采用 SPSS15.0 软件进行统计分析,计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,采用  $t$  检验,计数资料以百分率表示,采用  $\chi^2$  检验,以  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

### 2 结果

**2.1 两组术后康复情况比较** 研究组术后进食时间、首次排气时间、下床活动时间、住院时间及并发症均显著少于对照组( $P<0.05$ ),见表 1。

**2.2 两组术后舒适度比较** 研究组术后在生理、心理、文化、社会环境方面的舒适度均显著高于对照组( $P<0.05$ ),见表 2。

**2.3 两组术后护理满意度比较** 研究组在整体服务、环境舒适、康复宣教、流程便捷、患者满意度等方面均高于对照组( $P<0.05$ ),见表 3。