

Kidney Dis, 2000, 35(5):802-811.

[15] 许彪, 黄惠斌, 吉程程, 等. 肝衰竭患者人工肝支持治疗应用局部枸橼酸抗凝的有效性和安全性 Meta 分析[J]. 解放军医学院学报, 2022, 43(2): 175-185.

[16] HONORE P M, MUGISHA A, DAVID C, et al. In severe liver disease, citrate can be used safely: the question remains-by which mechanism[J]. Crit Care, 2020, 24(1): 63-67.

[17] POURCINE F, VONG L V P, CHELLY J, et al. Sustained low efficiency dialysis with regional citrate anticoagulation for patients with liver impairment in intensive care unit: a single-center experience[J]. J Crit Care, 2015, 30(5): 1096-1100.

(收稿日期: 2023-04-10 修回日期: 2023-07-04)

(编辑: 张芄捷)

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2023.17.028

网络首发 [https://link.cnki.net/urlid/50.1097.r.20230725.0924.002\(2023-07-25\)](https://link.cnki.net/urlid/50.1097.r.20230725.0924.002(2023-07-25))

## 基于 Delphi 法构建髋关节置换术单病种护理敏感指标\*

杨思思<sup>1</sup>, 梁伟凤<sup>1</sup>, 黄秋鸿<sup>1</sup>, 刘燕芳<sup>1</sup>, 黄斯纯<sup>1</sup>, 蓝玉<sup>1</sup>, 应燕萍<sup>2△</sup>

(广西医科大学第一附属医院: 1. 脊柱骨病外科; 2. 护理部, 南宁 530021)

**【摘要】目的** 通过建立科学的、有代表性、可信度强且敏感度高的单病种髋关节置换术(THA)护理敏感指标,为单病种护理质量评价与监测提供依据。**方法** 检索国内外文献并结合国家颁布的单病种管理相关要求,对 15 名从事骨科临床护理或护理管理的专家进行函询,通过德尔菲法(Delphi 法)构建单病种 THA 护理敏感指标。**结果** 两轮函询专家权威系数分别为 0.923、0.937,权威程度较高,结果可信度强;两轮问卷有效回收率均为 100%,专家积极性高;第 1、2 轮函询 1~15 项指标总体肯德尔协调系数(Kendall's W)分别为 0.440、0.699,第 1、2 轮函询变异系数分别为 0.071 9~0.270 3、0.052 7~0.192 2,最终构建 12 项 THA 单病种护理敏感指标体系。**结论** 本研究构建的 THA 单病种护理敏感指标涵盖 THA 相关护理的关键内容,可操作性强,能更好地指导护理工作和质量控制。

**【关键词】** 髋关节置换术;单病种;护理敏感指标;Delphi 法

**【中图法分类号】** R473.6 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1671-8348(2023)17-2700-06

髋关节置换术(total hip arthroplasty, THA)是临床上治疗股骨颈骨折、股骨头坏死的主要方式。骨外科手术中有 18%以上为 THA<sup>[1]</sup>,且近年来该比例呈上升趋势。2009 年原国家卫生部将 THA(ICD-9-CM-3 81.51-52)列入第一批单病种质量控制疾病中<sup>[2]</sup>,其质量控制指标旨在规范临床诊疗行为,促进临床服务质量管理的持续改进。

护理质量敏感指标与患者结局紧密相关,有助于提高患者安全和护理质量<sup>[3]</sup>;同时也是医院提高护理质量的重要手段,质量管理工具的运用持续改善医疗护理质量,使质量管理与控制体系、服务体系更加规范化,动态监测护理质量的重点环节、重点指标,并形成量化的数据指标,有助于发现护理工作中的薄弱环节并及时纠正<sup>[4-5]</sup>。美国医疗机构评审联合委员会(Joint Commission on Accreditation of Healthcare

Organizations, JCAHO)认为,护理敏感指标可用于监测和评价医疗保健服务质量,能够客观、有效、量化地对行为过程和结果进行各个维度的测量,是评价患者护理质量的关键<sup>[6]</sup>。目前,国家已颁布单病种质量管理手册的 THA 质量控制指标,但缺少配套的护理质控指标,因此本研究通过建立科学的、具有较高信度及效度的 THA 单病种护理敏感指标,为单病种护理质量评价工作提供理论基础和标准。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

本研究纳入广西、重庆、浙江等地区在三级甲等综合医院从事骨科临床护理工作或护理管理的 15 名专家。纳入标准:(1)具备大专及以上学历;(2)具备主管护师或以上职称;(3)具备 10 年以上三级甲等综合医院临床护理经验;(4)担任骨科护士长或者护理

\* 基金项目:广西壮族自治区卫生健康委员会自筹经费科研课题(Z20201275);广西高校中青年教师科研基础能力提升项目(2022KY0100)。作者简介:杨思思(1984-),主管护师,学士,主要从事骨科护理与骨科护理管理研究。△ 通信作者, E-mail: 982215958@qq.com。

组长。排除标准:(1)无骨科领域护理工作经验;(2)不同意填写个人信息;(3)不熟悉 THA 护理。目前大多学者认为专家人数以 10~50 人为宜<sup>[7-8]</sup>,结合本课题情况及考虑实际回收率,最终纳入专家 15 名,并全部完成两轮函询。纳入专家均为女性;护龄(24.93±8.17)年;骨科护理工作年限(20.67±8.20)年;护理管理工作年限(8.53±5.15)年;学历:硕士研究生 2 人,本科 10 人,大专 3 人;职称:副高级 11 人,中级 4 人。2022 年 2 月采用问卷星和微信形式发放和回收问卷,两轮函询时间间隔 4 周,第 2 轮专家意见趋于一致时结束函询。

## 1.2 方法

### 1.2.1 成立课题小组

组建 7 人课题小组,包含脊柱骨病外科医师、护理管理者及护理骨干,其中,博士 1 名,硕士 1 名,学士 5 名。副主任护师 1 名、主管护师 2 名,负责研究的整体构思、组织、文献查阅、半结构访谈、专家函询问卷设计等;护师 3 名,负责具体的访谈、记录、数据录入、整理和分析等;关节置换手术主任医师 1 名,负责手术及相关疾病问题指导。

### 1.2.2 拟订关节置换术单病种护理敏感指标

采用文献法、非结构型访谈法总结筛选出敏感指标项目。(1)文献法:小组成员应用中国知网、万方数据、中国生物医学文献数据库、维普、PubMed、Up To Date、EMbase、Cochrane 等数据库进行文献检索,检索时限为 2009 年 1 月至 2022 年 7 月。中文检索词为“髋关节置换术”“单病种”“护理敏感指标”“德尔非法”,英文检索词为“total hip arthroplasty”“nursing sensitive index”“single disease”“Delphi”。归纳并总结文献检索结果,并列 THA 单病种护理敏感指标的指标条目若干条。(2)非结构型访谈法:从南宁市三级甲等医院抽取 5 名护士长进行问卷调查。主要内容有:①您认为这些指标条目是否合理?如有不合理的请指出。②您认为还缺少哪些护理敏感指标条目,需要增加什么?③您认为这些指标条目的计算公式是否正确?通过文献法、访谈法,结合特定单病种质量管理手册(4.0 版)<sup>[9]</sup>,初步确定 THA 单病种护

理敏感指标条目共 15 条。

### 1.2.3 专家函询

根据拟定的敏感指标条目,设计专家函询问卷,包含 3 个部分。第 1 部分:本研究的目的与意义、问卷填写的方法及专家个人信息情况。第 2 部分:THA 单病种护理敏感指标条目的具体内容,采用 Likert 5 级评分法对所拟定敏感指标条目进行重要性和可行性评价,设有专家建议填写栏。第 3 部分:咨询专家从实践经验、理论分析、参考资料或同行了解、直观选择 4 个方面按照大、中、小 3 个等级自评对所有指标条目的判断依据,从而评价专家的权威性。经两轮专家函询后确定最终 THA 单病种护理敏感指标。

### 1.3 统计学处理

采用 SPSS24.0 软件进行统计分析。计量资料用  $\bar{x} \pm s$  表示,并对专家积极程度、权威程度、协调程度,以及各条目的变异系数和权重值进行计算。权威系数( $Cr$ )以专家熟悉程度( $Ca$ )和判断依据( $Cs$ )的均值表示, $Cr = (Ca + Cs) / 2$ 。专家意见协调程度用变异系数( $CV$ )及肯德尔协调系数(Kendall's  $W$ )表示。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 专家积极性与权威性

专家积极程度用函询问卷的有效回收率和专家意见提出率表示。两轮问卷有效回收率均为 100%,第 1 轮函询意见提出率为 60.0%;第 2 轮函询意见提出率为 13.3%,两轮专家  $Cr$  分别为 0.923、0.937,见表 1。

表 1 专家权威程度

函询轮次	$Ca$	$Cs$	$Cr$
第 1 轮	0.960	0.887	0.923
第 2 轮	0.987	0.887	0.937

### 2.2 专家意见协调程度

两轮专家函询结果按指标条目重要性和可操作性分别计算 Kendall's  $W$  系数,两轮函询各指标的重要性及可行性的 Kendall's  $W$  系数分别为:第 1 轮 0.398、0.432,第 2 轮 0.767、0.655,见表 2。

表 2 专家意见协调程度

函询轮次	指标条目数	指标条目的重要性			指标条目的可操作性		
		Kendall's $W$	$\chi^2$	$P$	Kendall's $W$	$\chi^2$	$P$
第 1 轮	15	0.398	89.653	<0.001	0.432	90.713	<0.001
第 2 轮	15	0.767	161.075	<0.001	0.655	137.587	<0.001

### 2.3 专家函询结果

两轮专家函询结束后,1~15 项指标条目专家评分情况:第 1 轮评分为 3.07~4.87 分, $CV$  为 0.071 9~

0.270 3,1~15 项指标总体 Kendall's  $W$  为 0.440;第 2 轮评分为 3.07~4.93 分, $CV$  为 0.052 7~0.192 2,1~15 项指标总体 Kendall's  $W$  为 0.699。第 1 轮专家函

询结果显示,第 13~15 项指标未达到入选标准,根据专家评分结果及本研究小组讨论,为了更严谨,第 1 轮函询后未立即剔除第 13~15 项指标,而是将这 3 项指标放入第 2 轮的专家函询问卷中继续函询。第 2

轮专家函询结果显示,第 1~12 项指标的重要性和可操作性专家评分均数 $\geq 4.00$ 分, $CV \leq 0.25$ ,符合指标入选标准,第 13~15 项指标不符合指标入选标准,最终删除,见表 3。

表 3 两轮专家轮函询结果

序号	指标	指标内涵	计算公式	指标重要性及可操作性	第 1 轮函询		第 2 轮函询	
					评分 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)	CV	评分 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)	CV
1	入院时患者抗凝药/抗血小板聚集药使用评估率	护士入院接待评估患者是否服用华法林、阿司匹林、氯吡格雷等药物,及时反馈给医生	评估率=统计周期内入院时评估是否服用阿司匹林及活血化瘀类药物患者例数/统计周期内入院所有股骨头缺血性坏死患者例数 $\times 100\%$	重要性 可操作性	4.73 $\pm$ 0.46 4.53 $\pm$ 0.64	0.097 3 0.141 3	4.87 $\pm$ 0.35 4.80 $\pm$ 0.41	0.071 9 0.085 4
2	入院第 2 天适应性训练指导率	适应性训练包含:辅助器具的使用、腹式呼吸、有效咳嗽咳痰、床上大小便训练	指导率=按时完成指导的患者例数/统计周期内入院所有股骨头缺血性坏死患者例数 $\times 100\%$	重要性 可操作性	4.87 $\pm$ 0.35 4.13 $\pm$ 0.83	0.071 9 0.201 0	4.87 $\pm$ 0.35 4.47 $\pm$ 0.52	0.071 9 0.116 3
3	术前肠道准备合格率	按要求指导患者术前禁饮禁食,患者能明白并按要求完成	术前肠道准备合格率=按肠道准备要求完成的患者例数/统计周期内所有进行 THA 的患者例数 $\times 100\%$	重要性 可操作性	4.33 $\pm$ 0.62 4.73 $\pm$ 0.46	0.143 2 0.097 3	4.93 $\pm$ 0.26 4.87 $\pm$ 0.35	0.052 7 0.071 9
4	术后 6 h 内患者下肢功能锻炼执行率	术后 6 h 内进行早期下肢功能锻炼:股四头肌等长收缩、踝泵运动	术后 6 h 内患者下肢功能锻炼执行率=术后 6 h 内开始早期下肢功能锻炼患者例数/统计周期内所有进行 THA 的患者例数 $\times 100\%$	重要性 可操作性	4.67 $\pm$ 0.49 4.40 $\pm$ 0.63	0.104 9 0.143 2	4.87 $\pm$ 0.35 4.47 $\pm$ 0.64	0.071 9 0.143 2
5	术后 6 h 内护士监测伤口引流流量合格率	警惕术后出血过多,护士每小时观察伤口引流流量,如 $> 200$ mL/h 应及时报告医生	术后 6 h 内护士监测伤口引流流量合格率=护士按时观察引流量的患者例数/统计周期内所有进行 THA 的患者例数 $\times 100\%$	重要性 可操作性	4.67 $\pm$ 0.49 4.53 $\pm$ 0.52	0.104 9 0.114 8	4.80 $\pm$ 0.41 4.80 $\pm$ 0.41	0.085 4 0.085 4
6	术后 6~24 h 抗凝药使用及时率	下达医嘱至给药到口时间 $> 6 \sim < 24$ h 为及时	抗凝药使用及时率=下达医嘱至给药到口时间为 $> 6 \sim < 24$ h 患者例数/统计周期内所有进行 THA 的患者例数 $\times 100\%$	重要性 可操作性	4.87 $\pm$ 0.35 4.33 $\pm$ 0.62	0.071 9 0.143 2	4.93 $\pm$ 0.26 4.67 $\pm$ 0.49	0.052 7 0.104 9
7	术后 24 h 内下肢气压治疗及时率	无禁忌证的患者术后 24 h 内可使用下肢间歇性充气加压装置进行血栓的物理预防	术后 24 h 内下肢气压治疗及时率=术后 24 h 内进行下肢气压治疗的患者例数/符合气压治疗条件的统计周期内所有 THA 术后患者例数 $\times 100\%$	重要性 可操作性	4.67 $\pm$ 0.49 4.53 $\pm$ 0.52	0.104 9 0.114 8	4.87 $\pm$ 0.35 4.73 $\pm$ 0.46	0.071 9 0.097 3
8	术后有效镇痛合格率	患者术后均采用多模式镇痛、联合用药,疼痛视觉模拟量表(VAS)评分 $\leq 3$ 分	术后镇痛合格率=THA 术后疼痛 VAS 评分 $\leq 3$ 分患者例数/统计周期内所有 THA 术后患者例数 $\times 100\%$	重要性 可操作性	4.73 $\pm$ 0.46 4.53 $\pm$ 0.64	0.097 3 0.141 3	4.93 $\pm$ 0.26 4.80 $\pm$ 0.41	0.052 7 0.085 4

续表 3 两轮专家轮函询结果

序号	指标	指标内涵	计算公式	指标重要性 及可操作性	第 1 轮函询		第 2 轮函询	
					评分 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)	CV	评分 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)	CV
9	术后 1 周内下肢功能锻炼掌握率	患者术后 1 周内掌握下肢肌肉训练、踝泵运动、卧床髋关节外展训练、卧床 $<15^\circ$ 的直腿抬高训练	术后 1 周内功能锻炼掌握率=术后 1 周内掌握下肢功能锻炼患者例数/统计周期内所有 THA 术后的患者例数 $\times 100\%$	重要性	4.73 $\pm$ 0.46	0.097 3	4.93 $\pm$ 0.26	0.052 7
				可操作性	4.53 $\pm$ 0.64	0.141 3	4.73 $\pm$ 0.46	0.097 3
10	术后体位护理合格率	患者术肢要求外展 $15^\circ\sim 30^\circ$ 中立位	术后体位护理合格率=术后体位摆放正确的患者例数/统计周期内所有 THA 术后的患者例数 $\times 100\%$	重要性	4.73 $\pm$ 0.46	0.097 3	4.87 $\pm$ 0.35	0.071 9
				可操作性	4.67 $\pm$ 0.62	0.132 8	4.87 $\pm$ 0.35	0.071 9
11	健康教育知识知晓率	患者出院前知晓术后注意事项,如禁止盘腿坐、屈髋应 $<90^\circ$ 、患肢不能过度内旋或者外旋等	健康教育知识知晓率=THA 患者知晓健康宣教内容例数(知晓 $>80\%$ 的内容)/统计周期内所有 THA 术后的患者例数 $\times 100\%$	重要性	4.87 $\pm$ 0.35	0.071 9	4.93 $\pm$ 0.26	0.052 7
				可操作性	4.67 $\pm$ 0.49	0.104 9	4.80 $\pm$ 0.41	0.085 4
12	术后深静脉血栓发生率	术后当日开始进行血栓基础预防和物理预防,术后进行双下肢静脉彩超检查	术后深静脉血栓发生率=统计周期内发生深静脉血栓患者例数/统计周期内所有 THA 术后的患者例数 $\times 100\%$	重要性	4.73 $\pm$ 0.46	0.097 3	4.93 $\pm$ 0.26	0.052 7
				可操作性	4.33 $\pm$ 0.62	0.143 2	4.67 $\pm$ 0.62	0.132 8
13	术后 3 个月内假体脱位发生率	患者术后 3 个月内可能因为自身疾病原因、体位不正确、活动不当等原因发生假体脱位	术后假体脱位发生率=术后 3 个月内发生假体脱位的患者例数/统计周期内所有 THA 术后的患者例数 $\times 100\%$	重要性	4.07 $\pm$ 0.70	0.172 0	3.53 $\pm$ 0.52	0.147 3
				可操作性	3.13 $\pm$ 0.74	0.236 4	3.07 $\pm$ 0.26	0.084 7
14	医生对护士的满意度	无	满意度=回收满意度测评表实际得分之和/回收满意度测评表满分值 $\times 100\%$	重要性	3.27 $\pm$ 0.80	0.244 6	3.07 $\pm$ 0.46	0.149 8
				可操作性	3.07 $\pm$ 0.70	0.228 0	3.07 $\pm$ 0.59	0.192 2
15	患者对护士的满意度	无	满意度=回收满意度测评表实际得分之和/回收满意度测评表满分值 $\times 100\%$	重要性	3.33 $\pm$ 0.90	0.270 3	3.13 $\pm$ 0.35	0.111 8
				可操作性	3.13 $\pm$ 0.64	0.204 5	3.07 $\pm$ 0.26	0.084 7

### 3 讨 论

#### 3.1 THA 单病种护理敏感指标构建的可靠性和科学性

本研究在调研大量文献的基础上,严格遵循德尔菲法(Delphi 法)研究步骤构建指标。纳入骨科领域的护理专家对 THA 护理均非常熟悉,有较强的代表性和预测能力。两轮专家函询有效问卷回收率均为 100%,第 1 轮函询 60.0%的专家提出修改意见,专家积极性高。一般认为群体  $Cr > 0.7$  为较好<sup>[10]</sup>,本研究中两轮函询专家的群体  $Cr$  分别为 0.923 和 0.937,专家可信程度高,充分说明本研究结果的可靠性。两轮函询中 Kendall's  $W$  分别为 0.440 和 0.699, Kendall's  $W$  一般在 0.5 范围内波动<sup>[10]</sup>,系数越大,专家协调程度越高,对指标条目的协调程度越好。因此,本函询结果具有可靠性和科学性。

#### 3.2 THA 单病种护理敏感指标构建结果分析

##### 3.2.1 指标筛选标准

指标保留标准<sup>[11]</sup>:同时满足重要性和可操作性的评分均数 $\geq 4.00$ 分,且  $CV \leq 0.25$ ;删除标准<sup>[12]</sup>:重要性和(或)可操作性的评分均数 $\leq 3.5$ 分,或  $CV > 0.25$ 。

##### 3.2.2 指标内容分析

有专家共识指出,髋/膝关节置换术患者应在术前 5 d 左右停用华法林或抗血小板药物,停用氯吡格雷或普拉格雷 7 d 以上、阿司匹林 5~7 d<sup>[13]</sup>。因此,指标 1 中护士入院时评估患者是否服用抗凝药和抗血小板药是一项非常重要和关键的指标。术前指导使用辅助器具和床上大小便等适应性训练,让患者了解康复训练程序,预先健康教育指导,可提高患者术后依从性,改善术后关节功能和活动耐力<sup>[14-15]</sup>。因此,指标 2 中入院第 2 天指导拐杖的使用和术后适应性训练很有必要。术前肠道准备是患者顺利接受手

术的前提,因此,指标3是单病种管理中不可或缺的一环。同时,根据单病种质量管理要求,患者术后6h内应进行早期下肢功能锻炼,如股四头肌等长收缩、踝泵运动等,可锻炼患者肌肉力量,增强患者康复的信心<sup>[16]</sup>,因此指标4要求术后6h内患者进行下肢功能锻炼。近年来,THA技术日益成熟,但仍存在术中及术后大量失血问题<sup>[17]</sup>,故指标5中术后6h内监测患者伤口引流量至关重要。术后早期麻醉作用未完全消除时,给予肢体肌肉被动按摩、健肢屈伸运动,待患者清醒后指导踝泵运动,能较好地预防下肢深静脉血栓形成(deep venous thrombosis,DVT)<sup>[18]</sup>。DVT是骨科手术后最常见并发症之一,可能会导致肺动脉栓塞、心肌梗死及脑梗死等严重后果。有学者已将其列为重要的护理质量敏感性指标之一<sup>[6]</sup>。中国骨科大手术静脉血栓栓塞症预防指南指出,中国骨科大手术中DVT发生率为1.8%~2.9%,建议THA术后使用物理预防联合药物预防,即术后24h内进行下肢气压治疗,术后6~24h开始应用抗凝药预防DVT<sup>[19]</sup>。因此,认为6、7和12等血栓相关指标也是衡量患者结局的关键。疼痛是骨科患者最常见、最重要的主诉之一,世界卫生组织更是将疼痛确定为“第五大生命体征”,在国内外众多的研究实践中,疼痛评估均被推荐为关键的质量评价指标<sup>[6]</sup>。术后疼痛可导致患者功能康复延缓、并发症发生率升高,肌力下降进而影响关节稳定性,故术后早期有效镇痛极为重要<sup>[20-21]</sup>。THA术后建议将疼痛VAS评分控制在3分以内,这样患者的舒适感较强,锻炼的依从性更高。所以指标8中术后有效镇痛也是重点监测的指标之一。目前,加速康复理念在骨科的应用日趋成熟,学者普遍认为THA术后应尽早进行功能锻炼及下床活动。甘玉云等<sup>[16]</sup>认为,术日即可指导患者逐步进行功能锻炼、注意肢体摆放并提示相关注意事项,术后进行肌力、关节活动度、负重与行走锻炼及生活自理能力4个方面训练。因此,结合国家单病种手册的要求,制订3项重要指标(指标9、10及11)。

脱位是THA术后常见的并发症<sup>[22]</sup>,术后预防脱位的管理需多方面协助,全过程监管,任何环节不到位都可能诱发脱位,严重影响患者术后康复<sup>[23]</sup>。但因患者住院时间短,术后1周左右基本出院,而术后假体脱位的指标监控及数据收集存在较大困难,准确性及一致性不高,两轮函询专家对该指标的可操作性评分都较低,故最后小组讨论剔除指标13。目前,国内编制的住院患者护理满意度量表尚无统一标准,现有量表大多由管理者依据自身工作经验编制而成,由于指标设置不同,各医院满意度调查缺乏可比性和目的性<sup>[24]</sup>,因此结合专家函询结果,最终删除指标14中患者对护士的满意度调查。此外,大部分专家认为医生对护士满意度调查与患者最终结局并无直接关系,故删除指标15。

综上所述,本研究在检索阅读大量文献、单病种质量控制指标的基础上,通过Delphi法筛选出12项THA护理质量敏感指标,该指标体系覆盖THA单病种护理质量评价指标的主要内容,具有较强的可操作性及临床适用性。但目前对THA单病种护理敏感指标的研究尚处于探索阶段,构建的指标体系还不够完整,且函询专家的数量有限,指标体系的指导意义有待后续在临床实践中进一步验证。下一步,课题组将在临床中应用这12项敏感指标监测THA单病种护理质量,进一步对敏感指标的实施进行信度和效度分析。

## 参考文献

- [1] ZONG S J, WANG F, HU S L. Total hip replacement for developmental dysplasia of hip and postoperative nursing[J]. *J Biol Regul Homeost Agents*, 2016, 30(1): 173-179.
- [2] 王吉善, 张振伟. 开展病种质量管理提高医疗服务水平[J]. *中国医院*, 2010, 14(5): 1-3.
- [3] BURSTON S, CHABOYER W, GILLESPIE B. Nurse-sensitive indicators suitable to reflect nursing care quality: a review and discussion of issues[J]. *J Clin Nurs*, 2013, 23(13/14): 1785-1795.
- [4] 回凤菊, 吴倩, 刘艳, 等. 整体护理质量敏感指标对护士专科能力、自我效能及护理质量的影响[J]. *重庆医学*, 2021, 50(6): 1075-1078.
- [5] 罗晓, 胡凌云. 创新管理模式对持续提升临床护理满意度的效果分析[J]. *重庆医学*, 2018, 47(14): 1966-1968, 1976.
- [6] 黄天雯, 肖萍, 陈晓玲, 等. 骨科护理质量敏感指标的构建[J]. *中华护理杂志*, 2018, 53(8): 945-949.
- [7] 成守珍, 汪牡丹, 陈利芬, 等. ICU护理安全质量评价指标体系的构建[J]. *中华护理杂志*, 2014, 49(3): 270-274.
- [8] 李亮, 王春霞, 白春杰, 等. 基于护理结局髋关节置换术患者评价体系的构建[J]. *中华现代护理杂志*, 2018, 24(13): 1512-1516.
- [9] 张振伟, 陈晓红, 王吉善. 特定单病种质量管理手册(4.0版)[M]. 4版. 北京: 科学技术文献出版社, 2015.
- [10] 邱礼荣, 韩晶, 周丽娟, 等. 运用Delphi法构建手术室新护士培训课程指标体系[J]. *护理管理杂志*, 2018, 18(7): 512-514.
- [11] 汪璐璐, 徐凤玲, 刘钢, 等. 机械通气患者早期肺康复分级方案的构建与应用研究[J]. *中华护理杂志*, 2020, 55(8): 1125-1132.

- [12] 黄天雯,张伟玲,刘圆圆,等. 基于敏感指标的骨科专科护理质量标准的构建[J]. 护理研究, 2022,36(4):580-586.
- [13] 康鹏德,翁习生,刘震宇,等. 中国髌、膝关节置换术加速康复:合并心血管疾病患者围术期血栓管理专家共识[J]. 中华骨与关节外科杂志, 2016,9(3):181-184.
- [14] 朱亮,刘莉,张建梅,等. 术前预康复对全髌关节置换术后功能锻炼及运动耐力的影响[J]. 现代预防医学,2021,48(5):957-960.
- [15] 王月虹,方冬梅,刘忠芳,等. 改变康复训练流程对髌关节置换术后功能恢复的影响[J]. 护士进修杂志,2011,26(8):713-714.
- [16] 甘玉云,代极静,刘星,等. 功能康复优化方案在全髌关节置换术病人中的应用[J]. 护理研究, 2019,33(8):1431-1434.
- [17] 黄宇,尹东. 全髌关节置换术围手术期血液管理研究进展[J]. 临床医学研究与实践,2022,7(14):185-187.
- [18] 朱娟,陈丽斐,谭素芬,等. 单病种质量管理标准化护理模式在人工髌关节置换术患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2013,19(20):12-14.
- [19] 中华医学会骨科学分会. 中国骨科大手术静脉血栓栓塞症预防指南[J]. 中华骨科杂志,2016,36(2):65-71.
- [20] 也红臻,徐东明,吴玲,等. 全髌关节置换术后行局部冰敷联合 CPM 效果分析[J]. 山东医药, 2011,51(19):58-59.
- [21] 肖强,周宗科. 人工全髌关节置换术围术期疼痛管理[J]. 中国修复重建外科杂志,2019,33(9):1190-1195.
- [22] 段永富,党兴. 人工全髌关节置换术后关节脱位的相关影响因素分析[J]. 临床医学工程,2022,29(1):141-142.
- [23] 陈翠萍,刘洁珍,张积慧,等. 护理质量指标管理对全髌关节置换患者术后假体脱位的影响[J]. 护理学报,2016,23(18):29-32.
- [24] 刘文君,周艳,陈亚飞,等. 住院患者护理满意度量表的研究进展[J]. 中华护理杂志,2016,51(2):190-195.

(收稿日期:2022-12-25 修回日期:2023-04-17)

(编辑:冯甜)

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2023.17.029

网络首发 [https://link.cnki.net/urlid/50.1097.r.20230529.1501.012\(2023-05-29\)](https://link.cnki.net/urlid/50.1097.r.20230529.1501.012(2023-05-29))

## 建立叙事干预小组对 AIDS 患者病耻感及生活质量的影响研究\*

徐满琴,任勇,孙秋兰,陈仁芳,钟淑芳,姚瑜

(江南大学附属无锡五院 B5 感染科,江苏无锡 214000)

**【摘要】目的** 研究建立叙事干预小组对获得性免疫缺陷综合征(AIDS)患者病耻感及生活质量的影响。**方法** 选取 2020 年 1 月至 2022 年 1 月该院收治的 AIDS 患者 102 例作为研究对象,分为两组,各 51 例。两组均行高效抗逆转录病毒治疗,对照组行常规干预,研究组在此基础上建立叙事干预小组。对比两组干预前后治疗依从性、免疫功能、负性情绪、病耻感、生活质量变化,并统计不良反应发生情况。**结果** 研究组干预后治疗依从性、CD4<sup>+</sup>T 淋巴细胞绝对计数较对照组更高,负性情绪、病耻感各维度评分均较对照组更低,生活质量各维度评分均较对照组更优,不良反应总发生率较对照组更低,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论** 建立叙事干预小组可明显提高 AIDS 患者治疗依从性,增强免疫功能,减轻负性情绪及病耻感,改善生活质量,减少不良反应发生。

**【关键词】** 叙事干预小组;获得性免疫缺陷综合征;治疗依从性;免疫功能;负性情绪;病耻感;生活质量;不良反应

**【中图法分类号】** R512

**【文献标识码】** B

**【文章编号】** 1671-8348(2023)17-2705-06

获得性免疫缺陷综合征(acquired immunodeficiency syndrome,AIDS)作为全球广泛传播的传染性

疾病,其具有高传染性及高致死性的特点,成为社会性公共卫生问题<sup>[1]</sup>。AIDS 的传播途径与卖淫、吸毒

\* 基金项目:江苏省无锡市卫生健康委员会科研面上项目(MS201960)。 作者简介:徐满琴(1972—),副主任护师,本科,主要从事传染病方面的研究。