

【临床护理】

※内科护理

基于患者结局的肝癌介入治疗护理敏感指标体系的构建

杨 会^a,康军秀^a,思娇娇^a,乔昭君^a,刘艳利^a,杨媛媛^b
(西安交通大学第二附属医院 a.消化内科;b.神经内科,陕西 西安 710004)

[摘 要] 目的 构建肝癌介入治疗患者护理敏感指标体系。方法 根据前期文献回顾,临床调研实证结果,以奥马哈系统和护理结局分类作为本研究指标构建理论依据,研究小组采用德尔菲(Delphi)专家咨询法,筛选并确立评价指标。结果 最终构建了包括3项一级指标(生理领域、健康相关行为领域、心理社会领域),11项二级指标和39项三级指标的肝癌介入治疗患者护理敏感指标体系。结论 本研究构建的肝癌介入治疗患者护理敏感指标体系具有较好的科学性、可靠性和实用性,可作为患者结局及量化护理服务效果的评价工具。

[关键词] 肝癌; 介入治疗; 护理敏感指标; 德尔菲技术; 患者结局

[中图分类号] R473.73 **[文献标识码]** B **[DOI]** 10.16460/j.issn1008-9969.2019.21.058

护理敏感性质量指标可以对影响患者结局的护理及临床实践活动进行监测和定量评价,而基于患者结局的护理敏感性指标是判断和评估护理工作对患者结局影响的数据指标,美国爱荷华大学护理学院于20世纪90年代初开展了护理结局研究项目,将奥马哈问题分类系统联合以护理结局核心问题为出发点的患者护理质量敏感指标一起应用,得到美国护士协会的一致认可^[1]。肝癌介入治疗术因其微创性等特点,目前已成为中晚期肝癌患者的首选方案,而中晚期肝癌患者病情复杂危重,接受介入治疗不可避免地会给患者造成一系列的心理、生理及社会问题^[2]。文献检索肝癌护理敏感指标研究很少,未见有肝癌介入患者护理敏感指标研究报道。因此,本研究基于护理结局分类系统联合奥马哈系统作为理论框架,将发生率高于30%的护理结局核心问题作为出发点,以提高患者生活质量,量化护理服务效果为目标,采用德尔菲专家咨询法构建了肝癌介入治疗患者护理敏感指标体系:包括一级指标3项,二级指标11项(核心护理问题)和39项三级指标。现报道如下。

1 对象与方法

1.1 建立研究小组 由从事消化专科领域10名医护人员组成研究小组,包括主任护师1名,副主任护师3名,骨干护士3名,副主任医师1名,研究生2名。小组成员负责研究前文献查阅,制定函询问卷,遴选函询专家,并且按照德尔菲专家函询法实施专

家函询,对专家函询提出意见进行讨论分析,对专家函询评分结果进行整理统计,结合专家意见对函询表进行修改,最终建立肝癌介入治疗患者的护理质量敏感指标体系。

1.2 筛选护理结局核心问题,初步拟定护理敏感指标 研究小组依托临床实际调研、文献循证回顾作为实证依据,首先进行实践考察调研:于2015年1月—2018年6月,对本院消化内科、普外科、感染科住院接受肝癌介入治疗的420例患者,按照奥马哈问题分类系统进行全面护理评估,结合《护理结局分类》核心问题分类方法^[3],将发生率高于30%的护理核心问题作为研究问题之一^[4];同时查阅国内外大量文献进行循证回顾^[5-6],结合肝癌介入治疗患者常见核心护理问题,确认涵盖患者生理、心理社会以及健康相关行为3个领域的11项核心护理问题,邀请3名专家对核心护理问题系统进行深入访谈,采用半结构化访谈方式详细征询专家意见和建议,进行预调查,专家年龄(46.67±4.16)岁,工作年限(26.33±5.51)年,副高级职称及以上,均为消化护理领域专家。研究组对专家意见分析整理,结合专家访谈意见进行3轮认真讨论,初步构建肝癌介入治疗患者护理敏感指标体系框架:包括一级指标3项(生理领域、健康相关行为领域、心理社会领域),二级指标11项(疼痛、认知、皮肤、循环、消化-水合、感染/传染情况、睡眠与休息型态、营养、药物治疗方案、自我照顾和照顾督导、精神健康),三级指标140项。

1.3 德尔菲专家函询

1.3.1 遴选专家 根据研究权威性和代表性原则选取北京、上海、广东、河南、甘肃、陕西6个省市的15所三级甲等医院的30名专家,专家涉及临床护理、心理、营养、及护理管理等领域。纳入标准:(1)具有

[收稿日期] 2019-06-12

[基金项目] 2010年国家临床重点专科建设项目[卫规财函(2011)1号],陕西省重点项目(2018ZDXM-SF-055)

[作者简介] 杨 会(1968-),女,陕西兴平人,硕士,副主任护师,护士长。

本科及以上学历;(2)副高级及以上职称;(3)具有 10 年以上肝癌患者护理经验且职称为主管护师及以上的骨干护士;(4)能持续参加本研究的 2 轮专家函询、对函询有较高积极性、对函询能够提出合理意见。

1.3.2 问卷表设计 小组根据初步构建的肝癌介入患者护理敏感指标体系框架,设计专家函询问卷表。问卷表包括 3 部分^[7]:致专家函、正文及函询专家基本资料。(1)致专家函介绍研究课题的背景及目的、研究者联系方式、填表说明、致谢等;(2)正文包括各指标名称,请专家根据自己的理论及实践经验对每项指标的重要性进行赋值打分,打分按照 Likert 5 级评分法^[8],按照非常重要=5 分,重要=4 分,一般=3 分,不太重要=2 分,不重要=1 分,4~5 分视为专家认同,每项指标均设有意见修改栏,收集专家意见及建议。(3)专家基本资料包括专家的基本信息、专家对函询表内容熟悉程度及判断依据自评表 3 部分。其中专家基本信息包括年龄、性别、职称、学历、工作性质、工作年限等;专家熟悉程度系数 C_s 分为“不熟悉”“不太熟悉”“一般熟悉”“熟悉”“很熟悉”,量化值分别为 0.2、0.4、0.6、0.8、1.0;专家判断依据自评表评价依据包括 4 个维度(理论分析、实践经验、同行的了解、直觉),每个维度对专家判断影响程度的大小分为 3 个层次(大、中、小),分别赋值为:理论分析(0.3、0.2、0.1),实践经验(0.5、0.4、0.3),同行了解(0.1、0.1、0.1),直觉(0.1、0.1、0.1)。

1.3.3 专家函询 采用见面或邮件的方式共进行 2 轮函询。第 1 轮函询完成后,小组成员对咨询结果进行汇总、整理与统计分析,仔细阅读专家意见,小组对专家意见进行认真讨论,对项目指标进行增减修改,同时汇总第 1 轮专家意见并附于函询表上给予说明,形成第 2 轮专家函询问卷。同样方法全部回收第 2 轮专家函询问卷,小组再次对专家意见进行汇总和统计分析,专家的意见基本趋于一致,结束函询。

1.3.4 指标筛选标准 本研究 2 轮专家函询均采用“界值法”筛选核心护理问题^[9],同时满足变异系数 ≤ 0.2 的指标、重要性赋值均数 ≥ 4.0 分、专家认同度 $>90\%$ 的指标才可以入选^[10],而且参考专家意见及小组集体讨论结果,对指标条目进行修改或删除。

1.3.5 指标权重确定 一级指标权重确定采用优序图法^[11],二级指标权重确定方法:是把一级指标下设二级指标重要性得分平均分相加得到总分数据,然后再用每个二级指标的平均分除以总分,计算出每个二级指标权重值。同样方法计算三级指标的权重系数。

1.4 统计学方法 建立 Excel 数据库。统计分析应用 SPSS 13.0 进行。描述性分析用频数、均数、标准差、构成比、率等表示。专家权威程度(Cr)用判断依据(Ca)和熟悉程度(C_s)的算术平均数表示;采用问卷回收率表达专家的积极程度;用变异系数(CV)说明专家意见协调程度。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 专家基本情况 本研究从 2018 年 12 月开始,直至 2019 年 5 月完成,30 名专家全部完成 2 轮函询。专家年龄 29~55(43.10 \pm 6.95)岁;工作年限 12~36(21.63 \pm 6.12)年,具有副高级以上职称 25 名(83%),中级职称 5 名(17%);专家职位:专科骨干护士 10 名(33%),护士长 15 名(50%),护理部主任 5 名(17%);专家学历:本科 18 名(60%),硕士 12 名(40%)。

2.2 专家积极性 本研究共完成 2 轮专家函询,第 1 轮函询发放问卷 30 份,回收问卷 30 份,去除专家自评对调查内容一般熟悉的 1 份为无效问卷,有效回收率为 96.7%。第 2 轮函询发放问卷 30 份,回收 30 份,有效回收率为 100%。表明专家的积极性较好。

2.3 专家权威程度 本研究采用权威系数 Cr 表示 2 轮函询专家的权威程度, Cr 是量性评价专家代表性和在本领域权威程度的指标, Cr 一般认为可接受范围是 0.70 及以上^[12]。本研究 2 轮函询专家的权威系数见表 1,均在 0.80 以上,显示专家的权威程度较高,专家代表性较好,结果可信。

表 1 2 轮函询专家权威系数

项目	熟悉系数(C_s)	判断系数(Ca)	权威系数(Cr)
第 1 轮	0.817	0.895	0.856
第 2 轮	0.835	0.912	0.874

2.4 专家意见集中程度 本研究采用指标条目各维度专家评分的均数、标准差和专家认同度来表示专家意见的集中程度。其中标准差越小,均数和认同度越高,显示该指标专家意见越集中、指标越重要^[13]。本研究 2 轮专家意见集中程度见表 2,经过 2 轮函询后显示本研究的专家意见集中程度较高。

表 2 2 轮函询专家意见的集中程度

项目	均数	标准差	专家认同度(%)
第 1 轮	3.61~4.46	0.73~1.16	68~100
第 2 轮	4.38~4.85	0.45~0.72	93~100

注:专家认同度为专家对各指标重要性评分 4~5 分人数占专家总人数的百分比。

2.5 专家意见的协调程度 使用指标变异系数(CV)说明专家意见的协调程度, CV 能够显示专家对指标赋值得分的波动程度,变异系数越小,说明专

家的协调程度越高。第1轮函询结果显示 CV 为 0.10~3.2,按照筛选指标标准,结合专家意见,修改指标后进行第2轮函询,全部指标 CV 在 0.08~0.16, CV 较前明显缩小,说明专家意见趋于一致。

2.6 专家函询结果

2.6.1 第1轮函询结果 第1轮函询结果情况,有8名专家对指标内容提出增减及修改意见,小组成员结合专家意见,依据指标筛选标准,对指标条目进行了修订如下:(1)研究小组删除咨询问卷中不符合指标筛选原则的三级指标 103 条。例如,3名专家建议“睡眠和休息形态”中删除下设三级指标条目“睡眠质量”。因睡眠质量可以体现在“睡眠时间”及“依赖睡眠辅助用品”指标上,故指标表达有重复,小组接受了此建议。(2)有1名专家提出“营养”下设的三级指标“静脉输液滴入”表达不准确,建议改为“静脉液体输注”。小组讨论后修改后指标用词更恰当故接

受修改建议。(3)2名专家指出在“疼痛”指标中下设三级指标增加“生命体征(呼吸频率、脉率、血压)”。小组讨论认为对生命体征的观察,对疼痛指标监测具有重要性,有利于护士针对患者疼痛情况制定个性化方案,故采纳了专家意见。(4)2名专家建议在“心理健康”指标中下设三级指标条目增加“维持正常人际社交关系”。由于肝癌介入治疗手术患者术后心理护理重点之一,指导患者建立正常的人际社交关系,可以帮助患者保持乐观心态及健康心理,专家意见被采纳。最终形成了第2轮咨询问卷,包含一级指标 3 项,二级指标 11 项和三级指标 39 项。

2.6.2 第2轮函询结果 专家对第2轮函询问卷比较认可,专家的函询结果基本一致,最终确立了一级指标 3 项,二级指标 11 项(核心护理问题)和 39 项三级指标的肝癌介入治疗患者护理敏感指标体系,见表 3。

表 3 肝癌介入治疗患者三级护理敏感指标体系函询结果

一级指标	二级指标	三级指标	得分($\bar{X}\pm S$)	变异系数	认可率	权重			
生理领域	疼痛	疼痛控制	使用非镇痛剂解痛方法	4.51±0.62	0.12	100	0.040		
			使用镇痛剂恰当	4.56±0.60	0.11	100	0.032		
		疼痛程度	疼痛时间(发作、持续、间隔)	4.78±0.56	0.11	95	0.030		
			疼痛性质、强度	4.60±0.63	0.12	98	0.021		
		认知	知识	术前准备注意事项	4.63±0.67	0.11	100	0.024	
			术中配合技巧	4.70±0.65	0.11	100	0.033		
			术后注意事项	4.73±0.61	0.13	100	0.032		
	皮肤	皮肤状态	皮肤颜色、光泽	4.59±0.76	0.14	96	0.030		
			皮肤感觉、弹性	4.60±0.72	0.14	95	0.020		
			皮肤完整性	4.65±0.53	0.11	100	0.015		
	循环	生命体征	心率/脉率、血压、呼吸、体温	4.90±0.45	0.10	100	0.042		
			循环状况	外周水肿	4.58±0.55	0.12	98	0.020	
				24 h 出入量	4.66±0.54	0.13	100	0.036	
	消化-水合	机体水合状态	皮肤弹性	4.60±0.72	0.14	95	0.015		
				尿量	4.58±0.75	0.16	94	0.030	
				电解质平衡	血钠、血钾、血钙、血镁、血氯	4.51±0.64	0.10	100	0.029
		消化道反应	恶心、呕吐	4.82±0.47	0.11	100	0.064		
		感染/传染情况	体温	发热	4.63±0.54	0.12	95	0.025	
			白细胞计数升高	4.56±0.43	0.14	100	0.025		
	健康相关行为领域	营养	营养状态	食物、水的摄入	4.63±0.47	0.11	100	0.045	
					静脉液体输注	4.49±0.65	0.13	95	0.035
					体质指数	4.57±0.68	0.12	96	0.023
					血清蛋白、血清前蛋白、血红蛋白	4.63±0.50	0.13	94	0.030
					4.73±0.56	0.12	100	0.056	
睡眠和休息型态		睡眠	睡眠时间(>5 h/d)	4.60±0.52	0.12	95	0.030		
				依赖睡眠辅助用品	4.55±0.63	0.12	100	0.026	
药物治疗方案		知识、药物治疗	药物的作用及副作用	4.63±0.46	0.11	100	0.023		
				正确服药方法	4.78±0.62	0.13	93	0.020	
				药物合理存放	4.59±0.52	0.12	100	0.025	

续表 3

一级指标	二级指标	三级指标	得分($\bar{X}\pm S$)	变异系数	认可率	权重	
心理社会领域	自我照顾和照顾督导	自我照顾	照顾中的自我指导	4.86±0.71	0.13	100	0.153
			保持健康乐观心态	4.76±0.70	0.13	92	0.030
	照顾督导	照顾者做好家庭护理的准备	调整影响健康的生活习惯及兴趣爱好	4.80±0.35	0.11	100	0.046
			愿意承担照顾角色	4.85±0.45	0.12	92	0.020
			照顾者做好家庭护理的准备	4.74±0.65	0.11	100	0.023
			愿意承担照顾角色	4.86±0.58	0.12	100	0.022
			知晓复查时间及生活注意事项	4.68±0.56	0.13	96	0.012
	精神健康	精神健康	焦虑自我控制	4.75±0.56	0.12	100	0.054
			抑郁自我控制	4.69±0.60	0.11	100	0.054
			减少环境刺激,采用放松技巧	4.78±0.45	0.10	100	0.007
			遵循治疗计划	4.68±0.66	0.11	100	0.008
			避免滥用药物及酒精	4.77±0.62	0.12	94	0.010
			显示正常的情感	4.59±0.52	0.12	92	0.009
			维持正常人际社交关系	4.68±0.60	0.13	94	0.020

3 讨论

3.1 肝癌介入治疗患者护理敏感指标体系的科学性、实用性与可靠性分析 本研究中肝癌介入治疗患者护理敏感指标体系的构建,是文献循证回顾基础上结合实证调研,并以护理结局分类系统联合奥马哈系统为指标分类依据,指标体系具有很强的理论支持依据。研究小组经过专家预调查,严格按照德尔菲法进行 2 轮专家咨询,每轮对专家意见进行讨论分析,依据筛选标准进行调整修改;指标构建结合肝癌介入患者的疾病特点,针对患者常见核心护理结局问题提出相应的护理敏感性结局指标。2 轮函询后结果显示,各级指标的重要性均数均在 4.49~4.90 分,变异系数(CV)均<0.16,专家认同度为 90%~100%,说明专家普遍接受指标,对指标意见一致,说明指标具有较高科学性和实用性。另外本研究共遴选面向全国 30 名专家完成 2 轮函询问卷,专家研究领域涉及临床护理、护理管理、心理、营养等。并设定了专家工作年限、职称、学历等要求,专家代表性较好。Delphi 咨询法中,专家人数应以 15~50 名为宜^[4];因此本研究专家人数符合要求。本研究 2 轮函询中专家权威系数分别为 0.856、0.874,说明函询专家对指标体系的预测精度较高,专家具有较高的权威性。有研究认为调查表回收率达 50%即可用于分析,回收率达 70%认为是很好的比例^[5],本研究 2 轮问卷的有效回收率分别为 96.7%、100%,且每轮函询都有多名专家提出建设性意见,说明专家对研究积极性高,显示函询结果更具说服力,指标体系可靠性高。

3.2 肝癌介入治疗患者护理敏感指标体系内容分析 本研究通过 2 轮函询,遵循指标筛选标准,结合专家意见及小组讨论意见,共剔除 103 条三级指标,增加 2 条指标,修改 1 条指标,最终建立了基于结局的肝癌介入治疗患者护理敏感指标体系:包括一级

指标 3 项(生理领域、健康相关行为领域、心理社会领域),二级指标 11 项(生理领域 6 项:疼痛、认知、皮肤、循环、消化-水合、感染/传染情况;健康相关行为领域 4 项:营养、药物治疗方案、睡眠休息、自我照顾和照顾督导;心理社会领域 1 项:精神健康),三级指标 39 项(见表 3)。专家对所有 3 项一级指标和 11 项二级指标认同度均达 100%,对以上所有指标重要性均值得分均>4.55,变异系数在<0.14,说明专家对一级、二级指标有高度一致性,一致认为上述指标对肝癌介入治疗患者很重要。

3.3 肝癌介入治疗患者护理敏感指标权重分析 本研究中肝癌介入治疗患者护理敏感指标权重分析结果(见表 3),一级指标专家们的重要性排序是:生理领域(0.536)、健康相关行为(0.410)、心理(0.054)。指标体系中“生理领域”的重要性得分(4.90±0.44)最高,变异系数(0.08)最小,说明专家协调程度最高,专家意见非常集中,研究结果和马斯洛人类需要论相符合,人类除性以外生理需要没有满足,人体生理功能就会受到影响,充分说明生理需要的重要性。三级指标共计 39 项,其中生理领域中消化道反应护理结局指标和生命体征护理结局指标权重分别是(0.064、0.042),在生理领域三级指标中权重排名第一、第二,重要性均值>4.82,认同度均 100%,说明专家对消化道反应和生命体征护理结局指标在护理过程中高度关注和认可。肝癌介入患者因病情复杂危重,围术期护理问题多,患者常常因为肝癌介入化疗药使用、肝功能低下等病情特点术后出现明显的消化道症状及不适,指标中关注消化道反应护理结局指标控制与监测,可以明显改善患者消化道不适状况;生命体征是最能反映患者病情变化、观察最方便、测量最简单监测疾病方法,说明专家关注到生命体征护理结局指标的控制对患者疾病的影响。健康相关行为领域营养中食物水的摄入指标权重 0.045,

保持健康乐观心态指标权重 0.046, 权重占比在健康相关行为领域较高, 而且 2 个指标均值 4.63 以上, 专家认同度 100%。说明专家一致认为肝癌介入治疗患者中营养摄入、保持良好心态的重要性认可, 还有专家关注了睡眠、自我照顾状态及照顾者等敏感指标, 认同率 $\geq 92\%$, 说明关注患者健康行为、患者安全、提高功能状态、培养患者自我管理照顾能力等方面, 专家有较高认同性。心理社会领域中维持正常人际关系权重 0.020, 说明专家认为肝癌介入患者保持良好人际交流与社交关系非常重要。

3.4 肝癌介入治疗患者护理敏感指标体系特点

本研究构建指标体系主要涉及奥马哈问题分类系统的患者生理和健康相关行为领域的护理结局敏感指标, 共计 34 项, 占总指标数的 87%, 这与杨丽红等^[16]、闫雪梅等^[17]的研究结果一致。研究结果可见生理领域、健康相关行为领域的护理问题是肝癌介入治疗患者在护理质量管理的重点。结果中生理领域分布护理敏感指标主要体现肝癌介入治疗患者各项生理功能的稳定如疼痛、消化、皮肤等, 同时还体现在对患者身体内环境平衡如循环、电解质等 2 方面的核心护理问题; 而健康相关行为领域关注护理结局敏感指标与患者睡眠、休息型态、治疗方案、营养等核心护理问题有关; 心理社会领域中护理结局敏感指标共计 5 项, 全部与患者精神健康相关, 占总指标数的 13%。本研究构建肝癌介入治疗患者护理质量敏感性指标体系全面、有针对性、对肝癌介入治疗患者敏感核心护理结局问题高度关注, 指标体系明确了介入治疗患者质量评价的关键点和核心点, 帮助医护人员快速聚焦核心问题, 实施有效的护理干预措施, 改善介入治疗患者护理结局效果。

综上所述, 本研究通过文献循证及临床实证调研, 依据奥马哈系统和护理结局分类系统, 构建肝癌介入治疗患者护理敏感指标体系。帮助医护人员快速找到肝癌介入治疗患者护理结局核心问题, 针对问题实施护理干预, 提高介入治疗患者护理效率与质量效果, 具有很好的临床应用价值, 为消化专科护理管理提供可操作性的质量评价工具。未来还可通过进一步临床应用研究来对指标的实用性和敏感性进行检验和继续完善。

[参 考 文 献]

[1] 张红燕, 韩琳, 张秀娟, 等. 国外临床护理分类系统的应用现状及启示[J]. 中华护理杂志, 2018, 53(7): 810-812. DOI:

10.3761/j.issn.0254-1769.2018.07.008.

- [2] 庄琳璇, 顾红. 基于奥马哈系统的护理对肝癌介入栓塞治疗患者的影响[J]. 上海护理, 2018, 18(10): 49-51. DOI: 10.3969/j.issn.1009-8399.2018.10.011.
- [3] 吴袁剑云. 护理结局分类[M]. 北京: 北京大学出版社, 2006.
- [4] 李嘉仪, 王梅, 段鸿露, 等. 奥马哈问题分类系统在慢性阻塞性肺疾病住院患者评估中的应用[J]. 护理学报, 2013, 10(3B): 12-15. DOI: 10.3969/j.issn.1008-9969.2013.08.006.
- [5] 高明榕, 白利平, 卫政登, 等. ICU 护理质量指标实时监控信息化系统的建立及应用[J]. 中国实用护理杂志, 2018, 34(15): 1140-1144. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1672-7088.2018.15.006.
- [6] 牛洪艳, 张宏晨, 倪静玉, 等. 基于护理结局理论的护理满意度评价指标体系构建[J]. 护理研究, 2015, 29(12A): 4254-4256. DOI: 10.3969/j.issn.1009-6493.2015.34.010.
- [7] 祝志梅, 黄丽华, 冯志仙, 等. 产科护理质量敏感性指标的构建[J]. 中华护理杂志, 2016, 51(5): 573-577. DOI: 10.3761/j.issn.0254-1769.2016.05.012.
- [8] Qu H, Shewchuk R M, Chen Y Y, et al. Evaluating the Quality of Acute Rehabilitation Care for Patients with Spinal Cord Injury: An Extended Donabedian Model[J]. Quality Management in Health Care, 2010, 19(1): 47-61. DOI: 10.1097/qmh.0b013e3181c8c2a
- [9] 崔金锐, 陈英, 徐蓉, 等. 呼吸内科护理敏感性质量指标体系的构建[J]. 中华护理杂志, 2016, 51(11): 1286-1291. DOI: 10.3761/j.issn.0254-1769.2016.11.001.
- [10] 朱小佳, 罗迎霞, 程维, 等. 基于患者结局的老年护理敏感指标体系的构建[J]. 护理学报, 2015, 22(17): 1-5. DOI: 10.16460/j.issn1008-9969.2015.17.001.
- [11] 王斌, 姜华, 王洪梅. 基于患者结局的 PICC 置管术后护理敏感性结局指标的构建[J]. 护理学报, 2017, 24(19): 5-9. DOI: 10.16460/j.issn1008-9969.2017.19.005.
- [12] 冯志仙, 黄丽华, 章梅云, 等. 护理质量敏感性指标的构建及应用[J]. 中国护理管理, 2014, 14(5): 452-455. DOI: 10.3969/j.issn.1672-1756.2014.05.002.
- [13] 周碧云, 李国宏. 基于 Delphi 法的护理硕士专业学位研究生理论课程设置研究[J]. 护理学报, 2016, 23(9): 1-3. DOI: 10.16460/j.issn1008-9969.2016.09.001.
- [14] Diamond I R, Grant R C, Feldman B M, et al. Defining Consensus: A Systematic Review Recommends Methodologic Criteria For Reporting of Delphi Studies[J]. J Clin Epidemiol, 2014, 67(4): 401-409. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2013.12.002.
- [15] 张先庚, 刘月, 王红艳, 等. 应用德尔菲法构建《老年护理学》本科教材内容框架[J]. 护理学报, 2017, 24(1): 22-26. DOI: 10.16460/j.issn1008-9969.2017.01.022.
- [16] 杨丽红, 徐春艳, 张翠萍. 肝癌围术期病人护理结局及指标类目的构建[J]. 护理研究, 2017, 31(1): 74-76. DOI: 10.3969/j.issn.1009-6493.2017.01.017.
- [17] 闫雪梅, 韩艳, 王益兰, 等. 基于患者结局的胸腹腔镜食管癌根治术护理敏感指标体系的构建[J]. 护理学报, 2018, 25(4): 37-42. DOI: 10.16460/j.issn1008-9969.2018.04.037.

[本文编辑: 陈伶俐]