

【护理管理】

基于焦点小组访谈法的老年性白内障护理临床路径构建

李晓悦^a,朱晓萍^b,任君红^a,胡蝶^a,柏学青^a,刘菲^c
(同济大学附属第十人民医院 a.眼科;b.护理部;c.骨科,上海 200072)

【摘要】目的 了解我国护理临床路径的发展现状及主要问题,初步构建老年性白内障护理临床护理的基本框架。**方法** 采用焦点小组访谈法对15名专家进行访谈,运用Colaizzi资料分析法对资料进行整理和分析。**结果** 得到老年性白内障护理临床路径的主要框架,包括5个一级目录、18个二级目录、42个三级目录。**结论** 老年性白内障护理临床路径应与医疗路径保持协同性,有助于减少实践融合偏差;老年性白内障临床护理路径设计应围绕疾病本身,突出眼科专科性;术后宣教形式应多样易于接受,内容上应突出重点。

【关键词】 焦点小组访谈法; 护理临床路径; 老年性白内障; 路径构建

【中图分类号】 R473.5;C931.3 **【文献标识码】** B **【DOI】** 10.16460/j.issn1008-9969.2019.24.011

2016年国家卫生计生委办公厅出台《关于实施苯丙酮尿症等26个病种临床路径的通知》明确提出^[1],要在临床全面开展临床路径,规范诊疗护理流程,保证医疗护理质量。本院从2014年在临床开展医疗路径的试点研究,获得成功,在2017年开始对护理临床路径进行研究,探寻护理路径的设计模式和实施方案,期间积累了不少体会。焦点小组访谈法是采用小型座谈会的方式,通过目的抽样法,挑选与研究相关的专家或成员,通过小组形式就某一现象或问题进行交谈,从而获得相关信息的研究方法。本研究采用焦点小组访谈模式,对相关专业的专家进行访谈,初步构建了老年性白内障护理临床路径的框架,现将报道如下。

1 资料与方法

本研究根据访谈人数和研究访谈方式,最终采取团体焦点小组访谈法,访谈时间控制在1.5 h内,访谈人数不超过15人。

1.1 访谈提纲 根据研究目的和访谈对象设计访谈提纲,采用半结构式访谈,研究小组成员通过文献回顾及共同商讨,制定访谈提纲包括4个问题:(1)您对老年性白内障临床护理路径的看法?(2)护理路径的内容应该围绕哪几个方面?请您具体说明。(3)构建护理路径时,最应重点关注的是什么?(4)您对方案的建议是什么?

1.2 讨论指南 为确保本次访谈可以有序进行,在访谈前,由研究小组共同制定讨论指南,该指南中明

确访谈中需要讨论的话题概要,以及整个访谈的流程安排。访谈时以引导方式进行,访谈过程中注意保持连续性,以及问答的切题度。本次访谈分为3个阶段,即第1阶段,建立友好关系,引出讨论的主题;第2阶段,激发深入讨论;第3阶段,总结重要结论并进行及时反馈。本次访谈的时间安排控制在120 min。

1.3 遴选访谈对象 经研究小组讨论后,专家纳入领域应涵盖3方面领域,分别是医疗、护理和管理。通过目的抽样法,选择受访专家。专家遴选标准:(1)副高及以上职称(护理为中级及以上职称);(2)不少于10年的白内障诊治或护理经验;(3)管理者不少于10年的医院管理经验,在医院管理中承担一定的职责。最终入选专家分别来自上海市某三级甲等医院眼科医生团队、眼科护理团队以及医院管理团队;研究人员资料见表1。

表1 访谈对象的一般资料

访谈对象	性别	年龄(岁)	职称	学历	从事本专业年限
N1	女	54	主任医师	博士	40
N2	男	51	主任医师	博士	21
N3	女	58	副主任医师	博士	24
N4	男	37	副主任医师	博士	12
N5	女	36	副主任医师	硕士	15
N6	女	39	主管护师	硕士	22
N7	女	37	主管护师	本科	17
N8	女	50	主管护师	本科	30
N9	女	54	主管护师	本科	31
N10	女	56	副主任护师	本科	33
N11	女	46	主任护师	硕士	24
N12	女	40	副主任护师	硕士	22
N13	男	43	副主任医师	博士	19
N14	男	50	副主任医师	硕士	24
N15	女	49	副主任医师	硕士	25

1.4 访谈过程 在本次访谈前,研究者与访谈对象取得联系,确定会议的时间和地点。本次访谈地点选

【收稿日期】2019-08-13

【作者简介】李晓悦(1980-),女,山东德州人,硕士,主管护师。

【通信作者】朱晓萍(1974-),女,上海人,硕士,主任护师。E-mail:juliya1107@163.com

mail:juliya1107@163.com

择在眼科玻璃会议室内进行,访谈时,门外悬挂“请勿打扰”提示牌,保证了会议可以有序进行。本次小组访谈由2名研究者成员共同负责,一人负责主持,另一人负责使用录音对整个访谈过程进行录音记录。负责主持的研究者,为眼科护理负责人,从事眼科护理管理工作,明确本次研究的目的,确保本次会议的有序进行,并能激发访谈对象的讨论激情,以获取足够的信息。在访谈一开始,由主持人向访谈参与者介绍本研究,访谈对象签署知情同意书,并完成填写自制的一般人口学资料量表。

1.5 资料整理与分析 访谈结束后48 h内由研究者将录音记录进行逐字逐句的转录,转录完成后由另一名研究人员负责核对转录信息。转录结束后,由参加小组访谈会议的2名研究人员共同将访谈对象当时的语句的停顿、面部表情、肢体语言等非语言信息录入文字材料中,同时将研究者的访谈观察笔记和相关资料融合,整合出相关文字版信息。采用Colaizzi资料分析法对文字资料进行分析:(1)仔细阅读资料;(2)摘录有意义的陈述;(3)从陈述中归纳和提炼意义;(4)寻找意义的共同特性,提炼主题;(5)将主题联系到现象进行完整叙述;(6)陈述构成现象的本质性结构;(7)最后再次与访谈对象就本次研究结果进行复核,确保研究的质量。

1.6 统计学方法 数据采用SPSS 25.0进行统计学分析,其中专家的一般情况采用频数及百分位数进行描述性分析。

2 结果

研究者对资料进行分析总结后,提取与白内障临床护理路径目录相关的语言,最终形成老年性白内障护理临床路径的基本框架,包括5个一级目录、18个二级目录、42个三级目录。一、二级目录的赞成率均为100%,三级目录除年龄 ≥ 50 岁赞成率80%(12/15),压疮评估赞成率53%(8/15),导管评估赞成率67%(10/15),虹膜损伤情况赞成率33%(5/15),剪眼毛赞成率73%(11/15)外,其他项赞成率均为100%。详见表2。

表2 老年性白内障临床护理路径三级目录名称

一级目录	二级目录	三级目录
准入制度	符合疾病诊断	老年性白内障(符合疾病编码ICD10:H25.901的诊断要求)
	符合手术代码	行超声乳化白内障摘除术+人工晶体植入术(符合手术编码ICD-9-CM-3:13.41+13.71的手术指标)
	年龄	年龄 ≥ 50 岁
	准入判断	医生负责判断

续表2

一级目录	二级目录	三级目录
术前准备	术前一般情况评估	生命体征监测(体温/脉搏/呼吸/血压)
		自理能力评估
		跌倒风险评估
		导管评估
		压疮评估
		询问过敏史
	术前专科评估	泪道通畅情况
		虹膜损伤情况
		微量血糖(糖尿病)
	术前检查	生化功能
		心电图
		眼科专科检查
术前心理准备		
术眼准备	术前患者自身准备	
	确认术眼	
	冲洗结膜囊	
	术眼消炎	
	散瞳	
	剪眼毛	
术中配合	患者信息核实	核对手腕带信息
		核对人工晶体型号
		核对人工晶体度数
		核对术眼
	麻醉配合	麻醉配合
		麻醉药品准备
术后观察	伤口情况	麻醉物品准备
		渗血渗液
		眼胀、眼痛
	全身情况	眼部分泌物
		术后用药
		生命体征监测(体温/脉搏/呼吸/血压)
出院健教	局部用药	微量血糖(糖尿病)
		教会患者自行点眼法
		告知点眼频次
		告知点眼注意事项

3 讨论

3.1 老年性白内障护理临床路径应与医疗路径保持协同性,有助于减少实践融合偏差 在2016年出台的《关于实施苯丙酮尿症等26个病种临床路径的通知》^[1]中,明确给出了老年性白内障医疗路径的指导意见。本研究拟在医疗路径的基础上制定老年性白内障护理路径,经过讨论后,专家们一致同意,老年性白内障护理路径在整体上要与医疗路径保持协同性。整个老年性白内障临床护理路径表单,在准入上应以医疗路径为主,而在表单中具体项目应以注重护理内容的体现。护理学科在不断发展,也涉及护理评估和护理诊断领域,但在疾病诊断上,尚不具有权威性,仍需以医疗诊断为主,护理为辅的形式进行。因此,老年性白内障护理路径准入标准,应与医疗路径相统一,防止因误判形成偏差。

3.2 老年性白内障临床护理路径设计应围绕疾病本身,突出眼科专科性 目前使用的术前评估为全院统一模板,包含患者一般情况、自理能力、压疮、跌

倒和导管评估,虽然较为全面,但并没有突出眼科,老年性白内障的专病特点,需要细化和补充,突出专科性。老年性白内障临床护理路径,除了需要保留一般情况评估以外,不能忽视眼科术前专科评估,如泪道的通畅与否,是否有脓性分泌物,这与患者术后眼部局部炎症的发生密切相关^[2]。目前,患者往往不仅仅是眼部疾病,还伴有全身慢性病,如糖尿病、高血压、冠心病和呼吸系统疾病^[3],这就要求护理人员对此类慢性病史的患者,进行客观数据的采集和告知,进一步保障患者医疗安全。患者瞳孔大小可以影响老年性白内障手术的进程,由于患者的特异性,对散瞳剂敏感性不一致^[4-5],这就要求护理人员能根据患者的具体情况进行判断。因此,根据老年性白内障疾病特点,对术前评估的项目进行完善,突出老年性白内障手术前评估的眼科专科性。

老年性白内障手术的成功,除了术前的完善评估和标准化的术眼准备流程,手术中的配合也是手术成功的关键环节。专家建议,在老年性白内障临床护理路径中加上术中配合项目,使整个路径更为完善。为了保障手术可以顺利进行,眼科医生在手术开始前,根据患者情况选择合适的麻醉方式,其中包括表面麻醉、神经阻滞麻醉、全麻^[6]。基于每种麻醉方式的要求不同,其对护理配合需求也有所不同,如表面麻醉,需要护士在术前 30 min 内对患者手术眼的结膜囊内点滴局麻药物;如神经阻滞麻醉,需要护士在术前准备好麻醉药品和注射用注射器,以及在医生注射完毕后,对注射点进行有效压迫;而全麻患者需要按照全麻护理常规进行护理。另一方面,眼科手术麻醉往往是由主刀医师完成,并非由麻醉师完成,眼科医师需要在手术护士专业配合下,才能完成整个麻醉,因此,手术麻醉配合也成为老年性白内障手术配合中必不可少的环节。术中的核对也尤为重要。老年性白内障手术治疗,包括超声乳化以及人工晶体植入 2 个部分。在整个手术开始前,手术室护士再一次核对手术眼,为手术顺利开展把好第一道关。在完成超声乳化后,由手术护士拆除人工晶体外包装,将晶体盒和推注器交给手术医生,再由医生完成整个植入过程。人工晶体有不同的种类、品牌、度数,如果没有核对清楚正确就进行植入,会直接影响到患者术后视力。对这一后果唯一解决方法,是 2 次手术,即再次进行角膜切口,将原先植入晶体取出,更换正确型号度数晶体。手术室护士在植入前再次核对人工晶体信息,可以避免此类事件发生。因此,在老年性白内障护理路径中将术中配合加入其中,保证了路径的通畅,保障了手术的有序进行。

3.3 老年性白内障术后宣教形式应多样易于接受,内容上应突出重点。虽然老年性白内障手术纳入到路径化管理,但由于患者的个体差异,仍需考虑到患者的个性需求。由于路径管理缩短了患者的整个就医时间,加快了治疗护理的进程,提升了工作效率,这就要求出院宣教在形式上应有多样性,使患者易于接受,内容上要突出重点^[7-8]。老年性白内障患者由于年龄因素影响,部分患者有记忆困难现象,会对术后宣教具体内容记忆不清或内容混淆。因此针对这类患者,在常规口述法宣教基础上,需要增加图表以及文字类信息,方便患者返家后可以再次阅读理解,以及一些特殊患者可以考虑,将照顾者纳入到宣教人群中,提高宣教效果。在老年性白内障术后宣教内容不易过多,形式不易繁琐,但要突出重点。术后的观察,一些严重并发症早期症状、早期处理方式,需要重点突出。术后按医嘱点眼治疗,可以有效降低术后并发症发生,也需要重点突出。这些内容需要患者可以反馈给宣教者,以确保出院后治疗仍可以有效继续。本次会议中,专家考虑到该护理路径应该在住院期间完成,因此,并未将出院后的随访纳入本次路径中,但将之前的点眼宣教改为更为明确的教会患者自行点眼,保障了患者出院后的治疗可以按需进行。

[参 考 文 献]

- [1] 国家卫生计生委办公厅. 国家卫生计生委办公厅关于实施苯丙酮尿症等 26 个病种临床路径的通知[EB/OL]. [2016-06-12]. https://www.cma.org.cn/art/2016/6/12/art_41_18008.html.
- [2] Kessel L, Flesner P, Andresen J, et al. Antibiotic Prevention of Postcataract Endophthalmitis: A Systematic Review and Meta-analysis[J]. *Acta Ophthalmol*, 2015,93(4):303-317. DOI:10.1111/aos.12684.
- [3] Eghrari A O, Rivers R J, Alkharashi M, et al. Cataract Surgery in Patients with Left Ventricular Assist Device Support[J]. *J Cataract Refract Surg*, 2014, 40(4):675-678. DOI:10.1016/j.jcrs.2014.01.024.
- [4] Malyugin B. Cataract Surgery in Small Pupils[J]. *Indian J Ophthalmol*, 2017,65(12):1323-1328. DOI:10.4103/ijo.IJO_800_17.
- [5] Papaconstantinou D, Kalantzis G, Brouzas D, et al. Safety and Efficacy of Phacoemulsification and Intraocular Lens Implantation Through a Small Pupil Using Minimal Iris Manipulation[J]. *Clin Interv Aging*, 2016,11:651-657. DOI:10.2147/CIA.S97254.
- [6] 李晓悦,朱晓萍,尹小兵,等. 白内障患者围手术期疼痛控制的研究进展[J]. *中华现代护理杂志*, 2019,25(8):940-944. DOI:10.3760/cma.j.issn.1674-2907.2019.08.005.
- [7] 林 菁,肖伟伟,赖家欣,等. 多形式集体宣教在白内障日间病房手术患者中的实施[J]. *护理学报*, 2013,20(19):77-78. DOI:10.3969/j.issn.1008-9969.2013.19.029.
- [8] 朱章玲. 视频宣教在白内障日间手术患者中的应用[J]. *护理学报*, 2019,26(9):74-76. DOI:10.16460/j.issn1008-9969.2019.09.074.

[本文编辑:江 霞]