

论著 · 护理研究

基于德尔菲法构建脊柱外科术后疼痛护理实践方案^{*}

冯瑞红, 郭萍, 孙小航, 王珂, 谢素丽[△]

(中国人民解放军联勤保障部队第九八八医院骨科, 河南 郑州 450000)

[摘要] 目的 基于德尔菲法构建脊柱外科术后疼痛护理实践方案, 为脊柱外科术后疼痛护理实践提供参考依据。方法 2024年1月收集中国知网、万方医学网、PubMed等中英文数据库2014—2023年近10年国内外已发布的脊柱外科术后疼痛护理相关文献数据, 通过查阅文献、半结构式访谈、2轮专家函询构建脊柱外科术后疼痛护理实践方案, 依据纳入/排除标准最终纳入患者111例, 将其分为观察组(56例)和对照组(55例), 对照组采用常规护理方案, 观察组患者经疼痛护理实践方案培训后严格按照实践方案要求开展术后疼痛护理管理, 比较2组患者脊柱外科术后疼痛护理文书质量得分和满意度。结果 2轮专家函询问卷的有效回收率分别为89.47%、100.00%; 权威系数均为0.90; 构建的脊柱外科术后疼痛护理实践方案包括一级标准3条、二级标准9条、三级标准24条, 变异系数为0.05~0.13, 一、二、三级标准的肯德尔协调系数分别为0.191、0.147、0.125, 各级标准的肯德尔协调系数比较, 差异均有统计学意义($P<0.05$); 观察组患者脊柱外科术后疼痛护理文书质量评分和护理满意度均明显高于对照组, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论 基于德尔菲法构建的脊柱外科术后疼痛护理实践方案科学、可靠, 可规范脊柱外科术后疼痛护理实践, 为脊柱外科患者术后疼痛护理实践提供了参考依据。

[关键词] 脊柱外科; 疼痛护理; 实践方案; 德尔菲法

DOI:10.3969/j.issn.1009-5519.2025.08.018

中图法分类号:R681.5; R441.1

文章编号:1009-5519(2025)08-1862-06

文献标识码:A

Construction of practice scheme for postoperative pain nursing in spinal surgery based on Delphi method^{*}

FENG Ruihong, GUO Ping, SUN Xiaohang, WANG Ke, XIE Suli[△]

(Department of Orthopedics, No. 988 Hospital of the Joint Logistic Support Force of PLA, Zhengzhou, Henan 450000, China)

[Abstract] **Objective** To construct a practice scheme for postoperative pain nursing in spinal surgery based on Delphi method, and to provide a reference for nursing practice. **Methods** Literature related to postoperative pain nursing in spinal surgery published in Chinese and English databases CNKI, Wanfang Medical Network, PubMed from 2014 to 2023 was collected. The nursing practice protocol was developed through literature review, semi-structured interviews, and two rounds of expert Delphi surveys. A total of 111 patients were enrolled according to inclusion/exclusion criteria and divided into an observation group (56 cases) and a control group (55 cases). The control group received routine nursing, while the observation group underwent training on the pain nursing protocol and then implemented standardized postoperative pain management. The quality scores of nursing documentation and patient satisfaction were compared between the two groups. **Results** The recovery rates of the two rounds of inquiry were 89.47% and 100.00%, respectively. The expert authority coefficients of both rounds were 0.90. The practical nursing plan for postoperative pain in spinal surgery includes 3 first-class standards, 9 second-class standards and 24 third-class standards, with the variation coefficient of 0.05—0.13, and the Kendall coordination coefficients of the first, second and third-class standards were 0.191, 0.147 and 0.125, respectively, and the differences were statistically significant ($P<0.05$). The quality score and satisfaction survey score of pain nursing documents in the study group were significantly better than those in the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** The postoperative pain nursing practice scheme based on Delphi method is scientific and reliable, which can standardize the postoperative pain nursing practice of spinal surgery and provide a reference for the postoperative pain nursing practice of spinal surgery patients.

* 基金项目:河南省卫生与健康委员会联合共建项目(LHGJ20220913)。

作者简介:冯瑞红(1992—),本科,主管护师,主要从事脊柱外科护理的研究。 △ 通信作者, E-mail: xsl1205@126.com。

网络首发 [https://link.cnki.net/urlid/50.1129.R.20250521.0917.004\(2025-05-21\)](https://link.cnki.net/urlid/50.1129.R.20250521.0917.004(2025-05-21))

[Key words] Spinal surgery; Pain nursing; Practice scheme; Delphi method

人体脊柱神经纤维丰富,脊柱手术时间长、创伤大、风险高,术后患者体位、治疗、功能锻炼等均可引起疼痛,严重影响患者术后康复和心理健康^[1],因此,实施科学、有效的疼痛管理对促进患者术后恢复至关重要。护士作为患者疼痛管理的首要联系人,其专业技能对疼痛控制的成效具有决定性影响^[2],而制定全面、整体的术后疼痛护理实践方案指导临床护理服务实践是提高疼痛管理水平的关键。目前,国内的护理实践方案主要集中在基础护理、急危重症患者护理等方面^[3-4],针对单一病种或专科的护理实践方案的构建仍有待于探索。德尔菲法是一种结构化的通信技术,在促进科学决策、技术支持、战略规划等方面具有不可替代的价值,尤其是在医药健康、公共政策、企业管理、技术创新等领域得到了广泛应用^[5];其作为一种专家意见征询与共识达成的技术手段以独特的匿名性、迭代反馈机制、广泛的参与范围在解决复杂问题、促进集体智慧凝聚、追求高质量决策等方面具有不可替代的优势。以 DONABEDIAN 提出的“结构-过程-结果”三维质量结构模型为基础,构建的实践方案已被国内外多项研究证实,对提升护理质量具有显著作用^[6]。本研究以这一模型为框架,以医疗实践为依据,基于德尔非法集思广益凝聚脊柱外科、护理学、疼痛科等领域专家跨越地域界限共同讨论了护理标准、流程优化、质量改进等内容,系统构建了脊柱外科术后疼痛护理实践方案,旨在为脊柱外科术后疼痛护理质量的提升提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2024 年 1 月收集中国知网、万方医学网、PubMed 等中英文数据库 2014—2023 年国内外已发布的脊柱外科术后疼痛护理相关文献数据,并将脊柱外科病区 3 个月内开展手术的 120 例患者作为研究对象。

1.2 方法

1.2.1 成立课题组 课题组共 7 名成员,包括科室主任 1 名,护士长 1 名,医生 1 名,护士 4 名;其中主任医师 1 名,副主任医师 1 名,副主任护师 2 名,主管护师 3 名;博士研究生 1 名,硕士研究生 2 名,本科 4 名;工作年限均大于或等于 10 年,具有丰富的临床工作经验,工作领域涵盖脊柱外科、护理学、疼痛科等。课题组成员负责查阅文献、筛选指标、进行半结构式访谈、编制专家函询问卷、整理专家函询意见、对结果进行统计分析等。

1.2.2 构建护理实践方案

1.2.2.1 文献回顾 以关键词“脊柱外科、疼痛护理、实践方案、三维质量结构模型、spinal surgery、pain nursing、practice scheme、thrqualityee-dimensional quality”检索中国知网、万方医学网、PubMed 等中英文数据库,查阅 2014—2023 年国内外已发布的脊柱

外科术后疼痛护理相关文献,通过阅读全文进行复筛,剔除研究内容不完整、研究设计缺陷、会议论文等文献,最终纳入有效文献 9 篇,对纳入文献内容进行整理、分析,基于“结构-过程-结果”三维质量结构模型编制脊柱外科术后疼痛护理实践方案初稿。

1.2.2.2 半结构式访谈 邀选某三甲医院脊柱外科和疼痛科医生 5 名、护士 9 名作为访谈对象开展半结构式访谈,根据研究内容构建访谈提纲,涵盖脊柱外科患者术后疼痛评估及干预、疼痛护士的工作内容与人力资源管理、疼痛护理的难点与重点、护理质量的评定与考核等,访谈结束后对受访者观点进行整理、分析、归纳。对函询问卷初稿及受访者观点进行讨论、梳理、汇总,初步形成脊柱外科术后疼痛护理实践方案。

1.2.3 德尔菲专家函询

1.2.3.1 编制专家函询问卷 包括 4 个部分:(1)研究背景。向参与函询的专家阐明整研究内容、依据及重要性。(2)专家一般情况包括专家年龄、性别、学历、职称、工作领域、工作年限、联系电话等。(3)指标重要性评价。采用 Likert5 级评分法对指标重要程度进行评分,从非常不重要到非常重要分别计 1~5 分,并设指标修复意见栏(修改、删除、添加、合并等)。(4)指标判断依据。评估理论分析、实践经验、国内外文献、直观感受对指标判断的影响,分为大、中、小等;对本研究熟悉程度(Cs),从非常不熟悉到非常熟悉依次计 0、0.2、0.5、0.8、1.0 分^[7]。

1.2.3.2 实施专家函询 选取来自北京、上海、郑州、广州专家 19 名,函询专家遴选标准:(1)对本研究具有较高的积极性;(2)从事骨科、疼痛科、护理研究临床一线医务人员,具有本科及以上学历,中级及以上职称,工作年限大于或等于 10 年;(3)所在单位为三级甲等医院。排除标准:(1)对研究内容 Cs 为非常不熟悉和不熟悉^[7];(2)函询问卷填写质量欠缺(漏项较多、明显的逻辑错误等)或未在规定时间内提交。通过电子邮件向专家发送函询问卷,共进行 2 轮,每次回收等待时间为 7 d,第 1 轮函询结束后对调查问卷进行分析和整改,删除重要性赋值均值小于 3.5 分、变异系数(CV)>0.25 或满分率低于 20% 的指标^[7],根据专家意见对现有指标进行修改和完善,对形成的第 2 轮函询问卷进行发放、回收、整理、分析等,最终形成脊柱外科术后疼痛护理实践方案。

1.2.4 护理实践方案的实施及应用 为验证脊柱外科术后疼痛护理实践方案的有效性和实用性,将脊柱外科病区 3 个月内开展手术的 120 例患者按照入院顺序,随机分为 A、B 2 个护理单元。纳入/排除标准:(1)住院时间大于或等于 5 d;(2)年龄大于或等于 18 岁,能清晰地表达自我感受;(3)接受医务人员的随访调查,并能准确地对疼痛护理满意度进行评价。最终

纳入患者 111 例,将 A 护理单元患者作为对照组(55 例),B 单元患者作为观察组(56 例),对照组采用常规护理方案,观察组患者经疼痛护理实践方案培训后严格按实践方案要求开展术后疼痛护理管理。对照组患者中男 26 例,女 29 例;年龄 19~59 岁,平均(38.55±11.49)岁;住院时间 7~15 d,平均(10.69±2.72)d。观察组患者中男 27 例,女 29 例;年龄 18~58 岁,平均(38.29±11.00)岁;住院时间 6~16 d,平均(10.77±3.25)d。2 组患者年龄、住院时间等一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。调取 2 组患者出院病历,对术后疼痛护理文书质量进行评分(满分为 100 分,缺失或记录不全 1 处扣 5 分),包括疼痛评估记录、巡查记录、干预记录等内容;并进行患者随访,开展脊柱外科术后疼痛护理满意度调查,包括患者对疼痛健康教育、疼痛干预满意度(满分为 100 分,各占 50 分,从非常不满意到非常满意分别计 10~50 分)。

1.3 统计学处理 应用 Excel2016、SPSS25.0 统计软件进行数据分析,专家的积极性以问卷有效回收率衡量,回收率大于 70.00% 表示专家积极性较高^[7]。采用判断系数 Ca 和 Cs 计算专家权威系数(Cr), $Cr = (Ca + Cs)/2$, $Cr > 0.70$ 表示专家权威性高^[7];CV 表示专家意见集中程度,CV 值越小表明函询专家的意见集中程度越高,要求 $CV \leq 0.25$ ^[7];肯德尔协调系数(Kendall's W)表示专家意见协调程度,Kendall's W 值越大表示函询专家意见协调程度越高^[7]。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验;计数资料以率或构成比表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 专家基本情况 共遴选专家 19 名,年龄 34~55 岁,工作年限 11~27 年;博士研究生 5 名,硕士研究生 9 名,本科 5 名;工作领域:骨科 5 名,疼痛科 3 名,护理学 11 名;职称:高级 7 名,副高级 8 名,中级 4 名。在 2 轮专家函询中第 1 轮发送调查问卷 19 份,有效回收 17 份,回收率为 89.47%,提出参考意见 7 名;第 2 轮发送调查问卷 17 份,有效回收 17 份,回收率为 100.00%,提出参考意见 3 名;说明参与函询的专家对本研究比较重视,积极性较高。第 1 轮函询专家 Ca,Cs,Cr 分别为 0.93、0.83、0.88;第 2 轮函询专家 Ca,Cs,Cr 分别为 0.94、0.85、0.90,表明专家权威程度较高。

2.2 2 轮专家意见协调程度比较 第 1 轮函询中一、二、三级标准的 Kendall's W 分别为 0.191、0.151、0.116;第 2 轮函询中一、二、三级标准的 Kendall's W 分别为 0.191、0.147、0.125。各级标准 Kendall's W 比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

2.3 专家函询情况 第 1 轮函询一~三级标准的重要性评分为 4.35~4.94 分,CV 为 0.05~0.13,满分为 35.29%~94.12%,根据第 1 轮函询结果经讨论后对标准进行修订,增加了 2 条三级标准,修订了 3 条二级标准及 2 条三级标准;根据排除标准暂无需要删除的标准;第 2 轮函询后对部分标准的表述进行了修订,最终形成脊柱外科术后疼痛护理实践方案,共包含一级标准 3 条,二级标准 9 条,三级标准 24 条,重要性评分为 4.35~4.94 分,CV 为 0.05~0.13。见表 2。

表 1 2 轮专家意见协调程度比较

| 标准级别 | 第 1 轮 | | | 第 2 轮 | | |
|------|-------------|----------|-------|-------------|----------|-------|
| | Kendall's W | χ^2 | P | Kendall's W | χ^2 | P |
| 一级 | 0.191 | 6.500 | 0.039 | 0.191 | 6.500 | 0.039 |
| 二级 | 0.151 | 20.492 | 0.009 | 0.147 | 20.053 | 0.010 |
| 三级 | 0.116 | 41.333 | 0.005 | 0.125 | 48.829 | 0.001 |

表 2 脊柱外科术后疼痛护理实践方案

| 一级标准 | 二级标准 | 三级标准 | 重要性 ($\bar{x} \pm s$,分) | CV | 满分率 (%) |
|---|------|------|------------------------------|------|------------|
| 1. 结构质量标准 | | | 4.47±0.51 | 0.12 | 47.06 |
| 1.1 脊柱外科术后疼痛护理 | | | 4.47±0.51 | 0.12 | 47.06 |
| 规章制度、流程与常规护理标准 | | | | | |
| 1.1.1 脊柱外科术后疼痛护理操作规范标准流程及考核细则 | | | 4.65±0.49 | 0.11 | 64.71 |
| 1.1.2 脊柱外科术后疼痛护理管理及质量控制实施计划和目标,有明确的实施细则 | | | 4.59±0.51 | 0.11 | 58.82 |
| 1.1.3 脊柱外科术后疼痛护理管理相关突发事件应急预案,如因使用非甾体抗炎药产生的过敏性休克、急性消化道出血、代谢紊乱、血栓等,急性暴发痛致患者精神异常等行为损害的应急处理预案 | | | 4.35±0.49 | 0.11 | 35.29 |

续表 2 脊柱外科术后疼痛护理实践方案

| 一级标准 | 二级标准 | 三级标准 | 重要性 ($\bar{x} \pm s$, 分) | CV | 满分率 (%) |
|-----------|--|--|-------------------------------|-------|------------|
| | | 1.1.4 有完善的保障疼痛护理质量管理制度,如分级护理制度、不良事件上报制度、多学科会诊制度等 | 4.35±0.49 | 0.11 | 35.29 |
| | 1.2 护理团队构成 | | 4.41±0.51 | 0.11 | 41.18 |
| | 1.2.1 护理团队人员结构符合病区治疗、疼痛护理及康复需要,相关医务人员学历、职称及工作能力符合要求 | 4.53±0.51 | 0.11 | 52.94 | |
| | 1.2.2 掌握脊柱外科手术相关知识及疼痛护理操作技能,并有培训或考核记录 | 4.65±0.49 | 0.11 | 64.71 | |
| | 1.2.3 严格遵守伦理守则及法律法规,责任心强;沟通协作能力良好,团队意识强;尊重患者,富有爱心 | 4.47±0.51 | 0.12 | 47.06 | |
| | 1.3 人力资源配备 | | 4.35±0.49 | 0.11 | 35.29 |
| | 1.3.1 根据科室患者数及病情、工作量、护士业务能力调配人力,弹性排班,白班护士比大于或等于 1:8 | 4.53±0.51 | 0.11 | 52.94 | |
| | 1.3.2 实施护理责任制,严格落实小组责任及层级管理,明确各层级护士岗位职责与工作标准 | 4.41±0.51 | 0.11 | 41.18 | |
| | 1.4 医疗设备器械管理标准 | | 4.41±0.51 | 0.11 | 41.18 |
| | 1.4.1 医疗设备器械整体完好,性能、指标均符合国家标准,满足临床护理需求,并附有标准操作规范 | 4.47±0.51 | 0.12 | 47.06 | |
| | 1.4.2 确保急救和生命支持类设备的可靠性、及时性、便捷性等,定期维护,建立维修保养记录;设置医疗设备器械警报管理,及时响应与处置 | 4.35±0.49 | 0.11 | 35.29 | |
| 2. 过程质量标准 | | | 4.88±0.33 | 0.07 | 88.24 |
| | 2.1 脊柱外科术后疼痛健康教育 | | 4.65±0.49 | 0.11 | 64.71 |
| | 2.1.1 记录患者及陪护年龄、文化程度等,评估其对疾病的认知程度,关注患者的主要问题及心理需求 | 4.47±0.51 | 0.12 | 47.06 | |
| | 2.1.2 制订优质的健康教育知识,主要包括脊柱外科术后疼痛发生的机制、类型、危害,以及疼痛的评估方法、镇痛方式的选择、自控镇痛设备的使用与保养及注意事项等,使患者知晓医疗检查的目的,能良好地配合各项治疗与护理;教育内容应全面、合理、通俗易懂,时间长短适宜 | 4.59±0.51 | 0.11 | 58.82 | |
| | 2.1.3 针对患者情况选择个体化健康宣教形式,如口头访谈、宣传手册、音视频播放等 | 4.47±0.51 | 0.12 | 47.06 | |
| | 2.2 疼痛的全面评估与预防 | | 4.82±0.39 | 0.08 | 82.35 |
| | 2.2.1 患者入院或转入后 8 h 内了解患者疼痛史,主要包括疼痛部位、疼痛分类及程度、持续时间、伴随症状、处理措施、缓解及加重因素,以及疼痛对患者生活质量、心理状况的影响等,评估患者对疼痛的耐受能力,以便及早给予干预 | 4.71±0.47 | 0.10 | 70.59 | |
| | 2.2.2 能准确使用疼痛评估工具(视觉模拟疼痛量表/数字评定量表)对患者进行疼痛评估,评估时机为术后、疼痛爆发时、采取镇痛措施后(动态且持续)等,评估内容记录及时、完整 | 4.94±0.24 | 0.05 | 94.12 | |
| | 2.3 脊柱外科术后疼痛干预 | | 4.88±0.33 | 0.07 | 88.24 |
| | 2.3.1 超前镇痛:根据患者对疼痛的耐受能力、手术部位损伤类型、皮肤及软组织损伤程度等术后采用硬膜外自控镇痛,每 2 小时巡视 1 次,并做好记录 | 4.94±0.24 | 0.05 | 94.12 | |
| | 2.3.2 轻度疼痛:疼痛评分小于或等于 3 分时给予心理护理,指导患者采取舒适体位,必要时采取冷敷、热敷、按摩等物理方法镇痛,0.50 h 后再次评估疼痛情况并记录 | 4.71±0.47 | 0.10 | 70.59 | |

续表 2 脊柱外科术后疼痛护理实践方案

| 一级标准 | 二级标准 | 三级标准 | 重要性 ($\bar{x} \pm s$, 分) | CV | 满分率 (%) |
|-------------------|------|---|-------------------------------|------|------------|
| | | 2.3.3 中重度疼痛: 疼痛评分大于 3 分时按规定报告管床医生, 遵医嘱使用相关药物镇痛, 静脉给药 0.25 h 后、肌内或皮下给药 0.50 h 后、口服给药 1.00 h 后再次评估患者疼痛情况并记录 | 4.88±0.33 | 0.07 | 88.24 |
| | | 2.3.4 护理巡视: 患者术后进入病房后护士至少每 2 小时巡视 1 次, 完整记录患者的疼痛情况及处理结果 | 4.65±0.49 | 0.11 | 64.71 |
| 3. 结果质量标准 | | | 4.59±0.51 | 0.11 | 58.82 |
| 3.1 脊柱外科术后疼痛护理文书 | | 3.1.1 患者一般情况记录符合规定 | 4.47±0.51 | 0.12 | 47.06 |
| | | 3.1.2 疼痛评估记录、巡查记录、干预记录等完整、准确, 符合规定 | 4.53±0.51 | 0.11 | 52.94 |
| 3.2 脊柱外科术后疼痛护理满意度 | | 3.2.1 对疼痛健康教育的满意度: 记录患者及家属对疼痛知识的知晓率、自控镇痛设备使用的掌握情况等 | 4.65±0.49 | 0.11 | 64.71 |
| | | 3.2.2 疼痛干预的满意度: 发生疼痛时护士能及时采取干预措施; 采取干预措施后疼痛评分降低或疼痛消失 | 4.82±0.39 | 0.08 | 82.35 |

2.4 2 组患者术后疼痛护理实践方案应用效果比较 观察组患者术后疼痛护理文书质量评分 [(83.00 ± 11.04) 分] 明显高于对照组 [(80.18 ± 15.46) 分], 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者术后护理满意度 [(90.63 ± 7.01) 分] 明显高于对照组 [(90.36 ± 10.44) 分], 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

3 讨 论

3.1 构建脊柱外科术后疼痛护理实践方案具有科学性和可靠性 “结构-过程-结果”三维质量结构模型的理论框架是护理实践方案的全面体现; 德尔菲法允许参与者在不直接接触的情况下表达观点, 从而减少了群体压力和个人偏见的影响, 保证了意见的真实性和客观性, 通过多轮函询和反馈, 有效整合多个领域的知识和视角, 逐步减少个人主观偏差的影响, 充分发挥各方专家的集体智慧, 逐渐达成共识, 形成的综合性解决方案更加准确科学、可靠^[5,8]。本研究基于“结构-过程-结果”三维质量结构模型通过文献回顾、半结构式访谈等过程清晰地界定了研究的主题目标, 以此为背景, 从护理学、脊柱外科、疼痛学等相关领域挑选函询目标, 确保参与函询的专家的知识背景、工作经验、专业领域具有代表性。第 1 轮问卷发放给专家, 调查问卷涵盖工作制度、人力资源管理、设备管理、健康教育、疼痛评估与治疗、结果反馈、质量改进等多个方面, 并设置主观题, 由专家自由发挥, 提出自己的观点。第 1 轮问卷回收后对收集到的数据进行整理和分析, 研讨并凝练专家的观点, 将结果匿名反馈至专家, 使其了解整体的趋势和其他专家的回应; 基于第 1 轮的结果反馈针对专家的意见分歧和建议设计第 2 轮函询问卷, 进行更深层次的探索, 直至达成广泛共

识。本研究共进行了 2 轮专家函询, 专家 Cr 分别为 0.88、0.90, 表明研究结果具有较高的可靠性, 2 轮函询问卷的回收率分别为 89.47%、100.00%, 均大于 70.00%, 表明接受函询的专家对本研究内容的关注度和积极性较高; 第 2 轮函询后一~三级指标的 CV 为 0.05~0.13, 均低于 0.25, 一、二、三级标准的 Kendall's W 分别为 0.191、0.147、0.125。各级标准的 Kendall's W 比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 表明参与函询的专家意见相对一致。有研究表明, 专家的代表性、权威性、积极性、意见协调性对实践方案的科学性和可靠性具有重要影响^[9]。本研究随机对照实验的结果证实了脊柱外科术后疼痛护理实践方案在疼痛护理质量提升及提升患者满意度等方面的优势, 具有良好的可行性和实用性。

3.2 脊柱外科术后疼痛护理实践方案内容分析 本研究以“结构-过程-结果”三维质量结构模型为框架构建的脊柱外科术后疼痛护理实践方案涵盖了脊柱外科术后疼痛护理的规章制度、团队建设、患者教育、疼痛的评估与预防、疼痛护理的规范操作流程、质量控制标准、效果反馈等, 保证了脊柱外科术后疼痛护理实践方案的全面性。结构质量关乎护理服务的本质, 是护理工作执行情况的基础, 优质的脊柱外科术后疼痛护理服务不仅依赖于专业护理人才的培养和投入, 还需通过制定完善的操作流程、技术标准、质量控制、规章制度等, 以确保护理工作的标准化和规范化^[10]。疼痛护理的模式直接影响疼痛管理水平, 传统疼痛护理模式主要依赖于患者的反馈和护士的临床经验, 缺乏预见性及标准性, 导致疼痛管理效果具有较大差异^[11]; 在执行脊柱外科术后疼痛护理实践方案时将过

程质量标准化,有助于规范疼痛护理操作流程,保障各项措施能够及时、准确地落实到位,提升疼痛管理质量;此外本研究将疼痛教育和多种疼痛干预方式纳入其中,旨在使患者了解疼痛可能给机体造成的损伤及对疾病治疗的影响,解除其对疼痛管理措施的误区,使其能积极、主动地配合治疗,降低疼痛对患者的影响,与相关研究结果一致^[12]。同时,满足不同患者疼痛管理的个体化治疗策略。在疼痛护理质量评价中患者及家属的满意度是评价护理质量的一项重要指标,反映了患者对疼痛管理效果的主观感受,是衡量护理服务是否达到患者期望的重要标准^[13];护理措施的落实情况也是评价疼痛护理质量的关键指标,反映了疼痛护理计划是否得到了严格执行,疼痛评估的准确性、疼痛干预的及时性等^[14]。通过对这些指标进行综合分析可更准确地识别疼痛护理中的问题所在,进而采取有效的改进措施。

综上所述,基于“结构-过程-结果”三维质量结构模型通过查阅文献、半结构式访谈和专家函询等过程从制度建设、人员设备、医疗活动、患者结局等多个维度出发系统构建的脊柱外科术后疼痛护理实践方案具有良好的科学性和可靠性,在脊柱外科的初步实施和应用后展现出在疼痛管理效能提升和护理质量优化等方面的作用,对脊柱外科术后疼痛护理实践具有指导性意义。脊柱外科术后疼痛护理实践方案的构建有助于实现脊柱外科术后疼痛护理的系统化、标准化,改善患者的就医体验,推动疼痛护理质量的持续提升。然而本研究的范围有限,仍需通过开展大范围、多中心的临床实践,进一步验证其可行性和实用性。

参考文献

- [1] 王静,付繁荣.加速康复外科理念在脊柱外科围术期的应用研究进展[J].护理研究,2023,37(14):2550-2556.
- [2] 刘念,刘甜,刘艳红,等.基于三维质量结构模式的住院病人疼痛护理质量评价指标体系构建[J].全科护理,2023,21(2):145-149.
- [3] 陈佳丽,王立群,宁宁,等.基于三维质量评价模型的关节外科专科护理质量标准的构建[J].华西医学,2023,38(10):1495-1502.
- [4] 黄喆,赵文娟,张晓菊,等.住院患者癌痛护理质量评价指标体系的构建[J].护士进修杂志,2021,36(1):17-21.
- [5] 曲俊晓.基于三维质量模式构建手术室泌尿亚专科护理质量评价指标体系[D].太原:山西医科大学,2022.
- [6] 林丽娜,钱丹萍,王芳,等.基于指标导向的糖尿病专科护理质量控制效果评价[J].护理学杂志,2019,34(16):41-44.
- [7] 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.
- [8] 陈珺仪,席淑新,石美琴.德尔菲法在专科护理质量评价指标研究中的应用现状[J].护理研究,2016,30(29):3591-3595.
- [9] 林兴红.急诊心肌梗死患者抢救护理质量评价指标体系的构建及应用[J].护理实践与研究,2023,20(8):1256-1261.
- [10] 吴静.基于结构-过程-结果理论对三甲医院儿科 ICU 护理组织特征的调查研究[D].上海:上海交通大学,2019.
- [11] 李贞,贾长虹,张嘉怡,等.疼痛专项护理在脊柱手术病人护理中的应用[J].护理研究,2022,36(20):3752-3754.
- [12] 张梅园,王迪,张妍.疼痛护理结合 PDCA 循环管理对骨转移瘤放疗患者疼痛及希望水平的影响[J].中国肿瘤临床与康复,2020,27(10):1249-1252.
- [13] 贺琳芸.基于疼痛护理质量指标指引下的护理干预在骨科术后患者疼痛管理中的应用实践[J/CD].实用临床护理学电子杂志,2019,4(22):338-340.
- [14] 郑蕾,王贺,宋科,等.基于三维质量评价模式构建脑卒中住院患者护理质量指标体系[J].现代医药卫生,2023,39(6):907-912.

(收稿日期:2024-10-11 修回日期:2025-02-25)

(上接第 1861 页)

- [7] 范志光,袁群明,门瑞雪.医学应对方式在老年脑卒中患者家庭关怀与睡眠质量中的中介作用[J].中国老年学杂志,2020,40(9):1989-1992.
- [8] 孙丹丹.老年高血压患者自我感受负担与社会支持的相关性分析[J].黑龙江医学,2021,45(20):2227-2228.
- [9] 庞晓华,张丽芳.Connor-Davidson 心理弹性量表中文版在煤矿工人中应用的信效度分析[J].中华行为医学与脑科学杂志,2019,28(7):655-659.
- [10] 艾庆巍,田欢,高媛,等.急性心肌梗死患者心理弹性水平与生活质量、焦虑抑郁和医学应对方式的相关性分析[J].现代生物医学进展,2021,21(12):2284-2287.
- [11] 张冰倩,宋晓彤,王帅,等.基于赋能理论的延续性干预对脑梗死患者应对情况及心理状态的影响[J].河北医药,

2024,46(9):1340-1344.

- [12] 王君,张帅,陈伟华,等.急性脑梗死患者心理弹性水平的影响因素[J].中国实用神经疾病杂志,2022,25(1):98-102.
- [13] 黄明培,杨玲.叙事护理对脑梗死患者心理弹性及遵医行为的影响[J].当代医药论丛,2024,22(5):147-149.
- [14] 申曼曼.急性脑梗死患者应对方式与心理弹性的相关性[J].航空航天医学杂志,2023,34(7):889-891.
- [15] 张曼.脑梗死恢复期患者心理控制源与自我感受负担水平的相关性分析[J].黑龙江医学,2024,48(10):1168-1170.

(收稿日期:2024-11-21 修回日期:2025-04-03)