

PDCA 引导喉癌患者健康教育改良模式的临床实践*

龚 敏,方 利[△],陶春花,李朝军,王依贵,赵良淑,刘丽娜

(重庆市人民医院耳鼻咽喉头颈外科 400014)

[中图分类号] R47

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2017)28-4021-02

喉癌是喉部最常见的恶性肿瘤,目前手术切除仍是治疗方法的首选^[1]。由于此类手术创面大,并发症较多;同时喉切除在不同程度上损伤了发音、呼吸及防护功能,使患者生活质量受到极大的影响,因缺乏疾病和手术相关知识会出现焦虑、恐惧心理^[2]。而目前对于喉癌患者开展健康教育方面,缺乏全面、全程规范的教育模式及出院后的延续服务,导致健康教育效果不理想。PDCA 循环是美国管理学家戴明提出的,已经成为护理质量管理的基本方法^[3]。为了探讨 PDCA 引导的健康教育改良模式在喉癌患者中的应用效果,本科对喉癌患者实施 PDCA 循环引导的健康管理模式,效果较好,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 6 月至 2016 年 5 月入住本院耳鼻咽喉头颈外科住院部两个病区的喉癌患者。纳入标准:(1)病理检查确诊为喉癌;(2)行全喉切除术、部分喉切除术、区域性或根治性颈淋巴结清扫术;(3)无认知及精神障碍;(4)具有一定听说读写能力,可对调查问卷正确理解和填写者;(5)患者知情同意。排除标准:(1)身体其他部位出现原发恶性肿瘤;(2)半年内癌症复发或转移;(3)患有严重的内科系统疾病。符合入组标准的患者分为观察组和对照组,各 50 例。其中男 86 例,女 14 例;年龄 36~78 岁,平均 60.5 岁;全喉切除 18 例,部分喉切除 82 例;大专及以上学历文化程度 21 例,高中 36 例,初中及以下 43 例。两组患者在性别、年龄、文化程度方面差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 对照组采取传统的健康教育模式,即责任护士对患者进行常规的口头宣教,包括入院宣教、检查项目的介绍、疾病相关知识及手术前后的注意事项、出院指导等。观察组采用 PDCA 循环引导的喉癌健康教育改良模式,具体内容如下。

1.2.1 成立健康教育小组 由护士长、主管医生、责任组长等骨干组成项目管理及实施小组。培训健康教育专职护士担任组长,护理人员均进行 PDCA 管理知识、路径化健康教育和评价标准的培训,均通过考核。

1.2.2 计划阶段(P) 在临床实践及查阅文献的基础上,医护共同制定喉癌患者健康教育路径表(CNP)。按照患者从入院到出院的顺序,包含从入院日、术前日、手术日、术后第 1 日、康复期、出院日 6 个时间节点;内容包括:入院宣教、疾病相关治疗、手术配合、术后管道护理、用药、饮食、活动、康复知识等。制定自护手册及光盘。根据评估结果制定个性化护理计划。

1.2.3 实施阶段(D) 采用医、护、患及家属共同参与的“四位一体”及自护技能指导前移的健康教育模式。教育方式:按“评估—教育—反馈—强化—评价”的流程实施;包括一对一口头讲解、实际操作示范训练、图文宣传、视听材料播放,多种方

式相结合。

1.2.4 检查阶段(C) 责任护士自查,组长协作及督查,每阶段评价教育效果;护士长进行健康教育质量终末评价。

1.2.5 处理阶段(A) 针对健康教育实施效果进行汇总、分析,调整健康教育计划,提出改进措施进入下一个 PDCA 循环。

1.3 评价标准

1.3.1 自我护理能力测定 采用自我护理能力测定量表(ESCA)^[4]对喉癌患者的自我护理能力进行评价,该量表 Cronbach's α 系数为 0.905。包含 43 个条目,分为 4 个维度,即健康知识水平、自我责任感、自我概念和自我护理技能;每个条目分值为 0~4,总分为 172 分。得分越高说明自我护理能力越强。重测该量表的 Cronbach's α 系数为 0.798,效度为 0.823。两组患者均由责任护士在健康教育前以及出院后 3 个月复查时填写调查问卷,对喉癌患者的自我护理能力进行评价。共发放问卷 100 份,回收 100 份,有效回收率 100%。

1.3.2 满意度 采用 Thomas 等^[5]研制出的纽卡斯尔护理服务满意度量表(NSNS)中的一个子量表(SNCS)对满意度进行测量,SNCS 量表主要了解患者在住院期间对护理服务的满意度情况,共包含 19 个条目,采用 Likert 5 级评分法,其中非常不满意 1 分,不满意 2 分,一般 3 分,满意 4 分,非常满意 5 分。最终得出分数并进行百分制转换。满意: >80 分,基本满意:60~80 分,不满意: <60 分。满意度=(满意例数+基本满意例数)/总例数 $\times 100\%$ 。出院前 1 天由组长发放调查问卷,共发放问卷 100 份,回收 100 份,有效回收率 100%。

1.3.3 并发症发生率 比较两组患者感染、脱管(气管导管、胃管、尿管、伤口引流管、镇痛泵)、气管内套管阻塞的并发症情况;均通过查阅病历获取资料。

1.4 统计学处理 采用 SPSS16.0 统计软件处理,计数资料采用频数表示,采用 χ^2 检验。计量资料采用 $\bar{x}\pm s$ 表示,采用配对 t 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者自我护理能力评分的比较 观察组和对照组出院后健康知识水平、自我概念、自我责任感、自我护理技能得分均明显高于教育前($P<0.05$),可见健康教育对于提高患者自我护理能力具有积极的意义。观察组和对照组在自我护理能力总分和 4 个方面分别评分可知,出院后得分观察组明显高于对照组($P<0.05$)。见表 1。

2.2 两组患者护理满意度对比 比较观察组和对照组患者满意度结果可知,观察组满意度高于对照组($\chi^2 = 4.890, P = 0.027$)。见表 2。

* 基金项目:重庆市卫生局科研基金资助项目(2012-2-220)。 作者简介:龚敏(1972-),副主任护师,本科,主要从事耳鼻咽喉头颈外科护理研究。 [△] 通信作者, E-mail:1820396560@qq.com。

表 1 两组患者自我护理能力评分的比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	健康知识水平		自我概念		自我责任感		自我护理技能		总分	
		教育前	出院后	教育前	出院后	教育前	出院后	教育前	出院后	教育前	出院后
观察组	50	42.51±4.81	46.33±4.03 ^a	20.67±3.78	25.17±4.09 ^a	14.97±2.28	22.86±5.17 ^a	21.02±3.21	26.79±4.55 ^a	99.17±11.05	121.15±11.45 ^a
对照组	50	41.97±4.78	43.82±4.11 ^a	20.81±4.01	22.76±3.97 ^a	15.13±3.11	19.02±4.59 ^a	20.78±3.37	22.58±3.63 ^a	98.69±10.56	108.18±10.38 ^a
t		0.56	3.08	0.18	2.99	0.29	15.43	0.36	5.11	0.22	5.93
P		0.57	<0.01	0.86	<0.01	0.77	<0.01	0.72	<0.01	0.82	<0.01

^a: $P < 0.05$, 与教育前比较

表 2 两组患者护理满意度对比[n(%)]

组别	n	满意	基本满意	不满意	满意度
对照组	50	41(82.00)	2(4.00)	7(14.00)	43(88.00)
观察组	50	45(90.00)	4(8.00)	1(2.00)	49(98.00)

2.3 两组患者术后并发症发生率比较 观察组围术期的并发症发生率(10.00%)明显低于对照组的并发症发生率(28.00%),差异有统计学意义($\chi^2 = 5.260, P = 0.020$)。见表 3。

表 3 两组患者术后并发症发生率比较[n(%)]

组别	n	感染	脱管	气管内套管阻塞	无并发症
对照组	50	8(16.00)	6(12.00)	4(8.00)	36(72.00)
观察组	50	3(6.00)	2(4.00)	1(2.00)	45(90.00)

3 讨论

3.1 PDCA 引导的健康教育模式能提高患者自护能力 由表 1 中可见健康教育对于提高患者自我护理能力具有积极的意义。PDCA 循环构建的健康教育模式,规范了健康宣教方式^[6];有效指导护士为患者进行健康宣教,避免因护士的个体差异对宣教结果产生的影响,保证了健康教育质量和同质化的效果,因此可有效提高患者自我护理能力。

3.2 健康教育改良模式能提高患者护理满意度 患者满意度作为护理工作考核的重要指标,对护理工作质量和成效进行了有效反馈,因此管理者将满意度结果作为质量控制的指标进行分析。比较观察组和对照组患者满意度结果可知,观察组满意度高于对照组($P < 0.05$),可能与观察组实施 CNP 制订的个性化健康教育方案,体现了人性化服务和优质护理服务的内涵,做到了以“患者为中心”,对患者各个阶段进行评估,促进护患沟通交流,有效保证了健康教育的落实,改变了护理人员被动服务的意识,同时为患者提供明确的健康教育目标和任务,促使患者主动参与治疗、护理,消除紧张情绪,满足其健康需求有关^[7]。

3.3 能有效降低患者术后并发症发生率 研究显示,喉癌术后感染(切口或肺部感染),脱管(气管导管、胃管、尿管、伤口引流管、镇痛泵),气管内套管阻塞等并发症与护理密切相关^[8-9]。表 3 中比较观察组与对照组两组患者术后并发症发生率,观察组围术期的并发症发生率(10.00%)明显低于对照组的并发症发生率(28.00%),差异有统计学意义($P < 0.05$)。可能与观察组实施“四位一体”及自护技能指导前移的改良健康教育模式有关,“四位一体”的个体化健康教育模式由医、护、患共同参与,家属协助的方式,调动了患者主动参与的积极性。自护技能指导前移,即术后第 3 天开始指导患者进行自我护理。

Orem 自我护理理论认为,自我护理能力是个体维护和促进身心健康和发展而进行的复杂活动,拥有良好的自护能力能承担自我健康责任,与张雪娟等^[10]报道的自护技能指导前移能显著提高患者自护能力结果一致。

综上所述,对喉癌患者实施以 PDCA 循环引导的改良健康教育模式,改进了传统的健康教育内容和教育方式,使健康教育标准化、系统化、规范化、全程化。改良教育模式的实施,保证了护理行为的同质性,减少了术后并发症的发生,改善了护患关系,提高了患者满意度和健康教育质量以及患者的自护能力。由于本次研究数据来源的局限性,有待进一步扩大样本量,完善健康教育模式。

参考文献

- [1] 刘曼曼. 喉癌患者术后饮食管理中的常见问题及护理对策[J]. 临床合理用药杂志, 2014, 7(13): 185-186.
- [2] 陶春花. 护理干预对喉癌患者围术期心理影响的研究[J]. 重庆医学, 2014, 43(13): 1669-1670.
- [3] 樊海英, 韩雪晶, 高海娜. PDCA 循环管理与精细管理相结合在青光眼患者护理中的应用[J]. 护理管理杂志, 2014, 14(11): 810-811, 832.
- [4] 周英, 杨从艳, 赵梅君, 等. 自我效能感在喉癌术后患者自我护理和生活质量间的中介作用分析[J]. 蚌埠医学院学报, 2014, 39(12): 1707-1710.
- [5] Thomas LH, McColl E, Priest J, et al. Newcastle satisfaction with nursing scales: An instrument for quality assessment of nursing care [M]. Newcastle, UK: Centre for Health Services Researchers, University of Newcastle Upon Tyne, 1995: 1.
- [6] 李巧云, 张春晓, 王宁玫. PDCA 循环在门诊 2 型糖尿病患者健康教育中应用的效果评价[J]. 护理研究, 2015, 29(1): 350-351.
- [7] 左红霞, 陈玲, 王芳. 健康教育路径评价表在喉癌患者健康教育中的应用[J]. 湖北医药学院学报, 2016, 35(2): 193-198.
- [8] 丁路红. 喉癌术后相关并发症分析及护理[J]. 河北医药, 2013, 35(1): 154-155.
- [9] 方利, 龚敏, 赵良淑, 等. 喉癌患者术后呼吸道的系统化安全管理[J]. 重庆医学, 2013, 42(14): 1673, 1680.
- [10] 张雪娟. 喉癌患者术后自护技巧培训对院后效能的观察[J]. 安徽医药, 2014, 18(6): 1194-1195.

(收稿日期: 2017-04-17 修回日期: 2017-06-13)