

评估其内容,根据内容决定本次会诊的人选,组织临床护理会诊,紧急会诊其会诊人员 30 min 内到达病房,常规会诊 24 h 内完成会诊。

2.3.3 实施会诊 会诊小组人员到病房后,了解病史、收集资料(包括图片)、核准问题所在,然后分析讨论,在会诊申请单上提出具体意见,并将会诊结果填写于《皮肤护理会诊申请记录单》上,各病区根据换药观察皮肤转归情况跟踪填写《患者伤口动态信息监控记录表》。

2.3.4 会诊后的评价、会诊资料的保管 会诊组人员在护理会诊后 2~3 d 进行检查,以了解落实的情况及护理效果。会诊资料的管理一式二份,原文由病区保管,复印件交护理部存档,讨论报告记载于护理质量管理档案中。

### 3 会诊效果

3.1 可提高护理资源利用率、增强解决问题的时效性 通过对会诊小组人员的培训和进修,能使其在皮肤护理知识方面得到提升,而在现有的护理队伍建设条件下,能做到每一位护理人员都得到规范和全程的皮肤相关知识的培训似乎是不可能的,因此,通过皮肤护理会诊,能充分提高会诊人员知识的利用率,真正做到“人尽其才”。同时,病区附属于各会诊小组,能及时使会诊问题得到指导和解决,解决问题的时效性达 98%,并能全程跟踪皮肤转归情况。

3.2 可促进学术交流和新技术、新业务在全院的推广应用 参加过知识培训、进修的会诊人员深入临床,能将皮肤护理安全质量防范意识、伤口评估处理技能、皮肤护理产品的正确选用、伤口护理记录等的工作要求与标准进行现场指导,也将湿性愈合护理理念在全院推广,一些新颖、科学的伤口护理产品得到临床认可和护理人员的正确使用。

3.3 可提高护理质量、减少和避免护理并发症的发生 我院通过皮肤护理会诊,对医院压疮为主的皮肤护理进行全局化管理,能及时界定病区院内发生压疮的性质,作出难免性或非难免性压疮的正确合理判断,及早发现潜在的皮肤护理问题,并及时采取措施,减少和避免并发症的发生。

3.4 可体现护理工作的价值 一直以来,医疗会诊屡见不鲜,但护理会诊尚未得到普及,我院通过皮肤护理会诊,会诊有效性达 90%,得到了患者的信任和尊敬,激发了护士的工作热情,实现了她们的工作价值,激励她们敬业爱岗,不断知识更新,从而提升了医院整体的皮肤护理水平。

### 4 会诊存在不足及对策

4.1 护理会诊管理不够完善 我院对皮肤护理会诊管理尚未形成有效的保障体系,未制定完善的质量监控措施,不能全程有效跟踪提出的护理措施的效果,不能及时有效地监控每次会诊质量。因此,护理管理者应注重细节,强化管理,建立适应现实条件的培养和考核体系,使护理会诊由被动指导变为主动考核,切实提高护理质量。

4.2 护理会诊人员专科知识不够完善、护理会诊指导不够深入 Richards 认为,要成为执业护理专家,除具有至少 5 年的工作经验外,还需具有文凭证书及教学经验<sup>[4]</sup>。合格的临床护理专家必须在临床护理、会诊、教学、科研和创新方面有所建树<sup>[5]</sup>。我院会诊人员在会诊往往不能深入分析,重实践轻理论,因此,要加强护理会诊人员的纵向培养,尽力提供学习交流的机会,使其在专业领域有一定的理论深度,以便更好地指导临床。

### 参考文献

- [1] 韩玉静,颜航群. 护理会诊的实施与效果[J]. 护理管理杂志,2003,3(5):16-17.
- [2] 马继红,陈欣怡. 建立监护技术协作网络 提高重症护理水平[J]. 解放军护理杂志,1998,15(4):9-10.
- [3] 吴玲,陆巍,陈湘玉. 皮肤护理质控体系的建立及效果评价[J]. 护理研究,2007,11(21):2891-2892.
- [4] 葛铭. 如何成为临床护理专家[J]. 国外医学:护理学分册,1999,18(1):17-18.
- [5] 卢茂芹,韩莉. 荷兰乌德勒支大学医院老年病临床护理[J]. 国外医学:护理学分册,1997,16(6):271.

本文编辑:牟丽洁 2011-09-03 收稿

## 人本主义理论在血液病患者护理中的应用

赵娟<sup>1,2</sup>,祝筠<sup>1</sup>,靳昭芳<sup>1</sup>,陈海萍<sup>1</sup>

(1. 山东大学附属省立医院东院 山东济南 250014;2. 山东大学护理学院)

中图分类号:R197.323 文献标识码:B DOI:10.3969/j.issn.1006-7256.2012.12.066 文章编号:1006-7256(2012)12-0105-03

近几十年来,人类医学模式已从单纯的生物医学模式逐步向生物-心理-社会医学模式转变,医患关系也从对病不对人转变为对病更对人<sup>[1]</sup>。而实际上,患者低满意度的局面并未得到有效解决,医学模式变为空谈。寻找有效的理论指导,真正在护理实践中实现现代医学模式是值得探讨和解决的问题。而人本主义理论恰恰对此具有重要的理论指导意义。血液系统疾病具有病程长、易反复、恶性病多、医疗费用昂贵、部分患者治疗效果欠佳等特点,患者在诊疗过程中经受各种痛苦,存在的心理问题复杂。2007 年 1 月以来,我院血

万方数据

液科将人本主义理论引入血液病患者的护理实践,除了为患者提供必需的护理技术服务之外,还为患者提供精神的、文化的、情感的服务,以满足患者的健康需求,效果满意。现报告如下。

### 1 人本主义理论

1.1 人本主义理论中的“层次需要理论” 美国心理学家马斯洛建立了著名的“层次需要理论”,将人的需要由低级到高级分为五个层次,依次是生理的需要、安全与安全感需要、归属和爱的需要、尊重的需要、自我实现的需要。

1.2 人本主义理论中“以人为中心疗法” 在人本主义理论的实践层面,美国心理学家罗杰斯则提出了“以人为中心疗法”,其认为这种心理治疗的新方法不是为了解决单个特殊问题,而是为了帮助个体的成长,使患者自己能解决所面对的问题。这一方法更多地关注情感因素而非智力因素,更多地关注当前情境而非过去经历。因此,人本主义理论强调人的本性、潜能、经验、价值、生命意义、创造力和自我实现<sup>[2]</sup>。

## 2 人本主义理论对血液病患者护理的指导

### 2.1 关注患者心理需求

2.1.1 正确理解患者的心理需求 应用人本主义“层次需要理论”可帮助我们正确理解患者的心理需求和实际需要:当一个人被确诊血液病尤其是恶性血液病时,由于对疾病和死亡的恐惧,首先产生较强烈的安全需要,会产生求医心切的心理反应,除了希望医务人员有高超的技术之外,还希望他们能详细告知病情、治疗方案及注意事项;医院的诊疗环境和过程也会给患者带来心理反应,如由于对疾病的担忧和环境的变化以及对诊疗设备、方法等的恐惧所产生的焦虑、不安、烦躁等;而患病的痛苦过程、在化疗过程中严重的药物不良反应,更易导致不良情绪,其常产生无助感和绝望,不仅希望得到医务人员的重视,还希望得到家人和朋友的关心和照顾<sup>[3]</sup>。在就医过程中他们仍保持着对尊重的需要,医务人员的一言一行会直接影响到患者的感觉,患者会比平时更加敏感,如遇医务人员态度轻慢或生硬及医患、护患沟通缺失等往往使得患者情绪反应更为强烈<sup>[4]</sup>。将以上这一系列的层次需要转化为患者的心理需求,落实在行为上就产生了实际需要。

2.1.2 满足患者的心理需求 了解了患者的心理需求,我们在护理工作中就会设身处地地理解患者、同情患者,将患者首先作为一个“完整的人”来看待,遇到问题换位思考,尊重、平等、宽容、真诚地对待患者。并与患者进行充分沟通,我们以和蔼可亲、热情耐心、细致周到的态度,倾听患者的讲述,鼓励患者尽情诉说,来宣泄焦虑、不安等不良情绪;之后再帮助分析病情及预后,做好个体化健康教育,使其能够面对现实,正确认识疾病,请治疗效果好的患者现身说法,逐渐消除各种不良的心理反应,使其积极配合治疗和护理。这样我们与患者建立了相互尊重和相互信任的关系。这使患者意识到医护人员是与其站在同一立场上,面对同一敌人—疾病,满足其安全需要、爱和尊重的需要。

2.2 加强疾病相关知识的健康教育 许多慢性血液病很重要的影响因素是个人行为问题,如长期饮浓茶易引起缺铁性贫血;长期素食为主易造成维生素 B<sub>12</sub> 缺乏,不吃新鲜绿叶蔬菜或过度烹饪易造成叶酸缺乏,引起巨幼细胞贫血等。通过健康教育可帮助患者提高认识,从而改变不良行为,建立健康生活方式。对需要化疗和特殊用药的患者,我们会提前告知治疗方案、疗程、疗效、可能出现的不良反应及如何应对,使患者做到心中有数;对于白细胞减少的患者我们会指导其如何预防感染,对于血小板低的患者我们会教会其预防出血的方法,对于贫血的患者指导其如何避免晕厥;教会患者阅读血常规、了解正常值及各项指标的意义,骨髓穿刺前、中、后的配合及注意事项,成分输血的意义等。在对患者进行教育时我们尽

量用简洁、通俗、易懂的语言,并采取个体化教育不断强化,使其尽快建立健康行为。对于一些共性的问题,我们做成图文并茂的图板悬挂在病房醒目的位置。患者出院时,我们会对患者和家属做详细的出院指导,并将联系电话告知患者,便于患者遇到问题时随时联系,使护理工作由医院延续到家庭,以提高患者的应对能力,避免由于缺乏知识、行为不当而引起的并发症,从而提高患者的生活质量。

2.3 重视与患者家属的沟通 家属是患者最主要的社会支持来源<sup>[5]</sup>。而血液病绝大多数是恶性疾病。因此,与家属的沟通也成为我们护理工作的重点。我们对其巨大付出表示理解和同情,及时发现其心理变化,鼓励其宣泄内心的痛苦,并帮助其寻求有关社会支持系统,如中华慈善总会、红十字会等;在不违反治疗原则的前提下,尽量减少医疗费用,缓解其沉重的医疗负担,间接帮助患者增强生活的勇气。在遇到各种节日或患者过生日又不能出院时,我们会主动购买生日蛋糕等与患者及家属共同度过,让患者感受到我们也是其强有力的社会支持来源。同时,家属也是我们健康教育的对象,使其了解血液病的相关知识,协助患者一起面对疾病,提高患者的应对能力和生活质量。

2.4 精心布置病房环境 毫无生气的诊疗环境会使患者产生焦虑、抑郁等负面心理反应。我们尽量将病房布置的温馨、舒适、充满生气:墙壁粉刷成淡黄色,窗帘选择绿色,地面铺浅蓝色防滑材料;病房各个角落张贴艺术画,养殖多盆花草;护士站摆放水族箱,养殖多种鱼类,供患者观赏,感兴趣的患者可以参与喂养,以增加患者生活情趣,增加病房生气。提供细致周到的便民服务,如针线、纸笔、眼镜、多功能充电器、雨伞等,让患者和家属感受到家的便利,既满足患者的基本生理需要,又满足患者安全、爱、尊重的需要,可缓解因环境变化引起的患者不良心理反应,达到使患者安心治疗的目的。

2.5 重视临终关怀 一部分恶性血液病患者不可避免地走到临终状态,他们面临着巨大的人生失落,在生理、心理等方面承受着难以想象的痛苦。他们对生理、安全、爱等需要就更为强烈。尊重生命是我们的天职,对毫无康复希望的终末期患者,再依赖昂贵的卫生资源强行维持生命已无意义,而应致力于采取有效的护理措施,减轻患者痛苦,满足患者心理需要,使患者有尊严、安然地走完生命最后旅程。主要措施如下:主动采取各种手段控制患者疼痛;加强生活护理,满足患者生理需要;根据患者的心理状态、年龄、性别、职业、文化程度、宗教信仰等采取个性化护理措施,满足患者的心理需要;加强死亡教育,改变患者对死亡的态度,建立其对死亡的正确认识,消除其对死亡的恐惧;与家属进行良好沟通,动员家人探视、陪伴患者,消除其孤独感、增加安全感等。努力使患者舒适、宁静,保持其生命尊严,可提高临终患者的生活质量,满足其最终的生命需求<sup>[6]</sup>。

## 3 效果

自 2007 年我们将人本主义理论引入到血液病患者的护理工作中,无一例患者拒绝治疗或自杀,无一例医患纠纷投诉,患者的满意度由 95.43% 提高到 99.45% (数据来自护理部质控检查),质控成绩始终名列医院前茅。2009 年,我科被

山东省卫生厅评为“山东省护理服务示范病房”。

#### 4 小结

将人本主义理论引入患者的护理工作,突出“以人为本、以患者为中心”,使患者和家属感受到护士的尊重、关爱,促进了医患间的理解,可极大地提高患者对治疗、护理的依从性,从而提高了疗效,减少了并发症,患者满意度高,医患关系融洽。科学、人性化的健康教育,使患者对疾病有了充分的了解,提高了应对能力,树立了战胜疾病的信心,即使带病生存也能保持健康乐观的生活态度,提高了患者的生活质量。除此之外,融自然科学与人文科学于一体的现代护理学要求护理人员勤于学习、全面学习,患者满意度提高的正性反馈,使护理人员感受到了自己的工作价值,满足了自我实现的需要,从而鼓励护理人员不断学习,充实自己,不断提高护理水平。因此,人本主义理论观点与当下倡导的优质护理服务内涵相契合,在该理论指导下进行护理工作,能满足患者的生理、心理、社会、精神需要,为患者提供全面、全程、人性化的服务,提高患者的疗效和生活质量,从而有利于提高患者满意度,促进

医患和谐,提高社会效益,并最终实现生物-心理-社会医学模式。

#### 参考文献

- [1] 叶冬梅. 血液病治疗中的人文关怀[J]. 医学与哲学, 2010,31(2):74.
- [2] 李红欣. 对人本主义心理治疗的思考[J]. 中国临床康复, 2005,9(28):178.
- [3] 余志华,刘丛. 恶性血液病患者焦虑抑郁对免疫功能的影响及护理干预[J]. 中国实用护理杂志, 2005,21(5):4.
- [4] 方明,吴萍,肖蕾,等. 从人本主义需要谈医学人文关怀[J]. 中国医学伦理学, 2008,21(6):145.
- [5] 黄萍,陈利群. 住院白血病患者社会支持与生活质量的相关性研究[J]. 中华护理杂志, 2005,40(2):142.
- [6] 高冬芹. 浅议临终关怀中的人文护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2010,16(11):54.

本文编辑:牟丽洁 2011-09-10 收稿

## 实施麻醉护理风险管理体会

商敏

(山东大学附属济南市中心医院 山东济南 250013)

中图分类号:R192.6 文献标识码:B DOI:10.3969/j.issn.1006-7256.2012.12.067 文章编号:1006-7256(2012)12-0107-02

近年来,随着医学的发展和患者的健康需求,麻醉工作范围已从手术室走向了门诊与病房,由临床麻醉逐步扩展到急救、心肺脑复苏、疼痛的研究与治疗,以及人体生理机能的监测、调节、控制和麻醉合并症的治疗等领域,各类麻醉风险增大,麻醉护理风险管理也愈来愈受到关注<sup>[1]</sup>。国内对医疗风险管理的研究始于20世纪90年代中期,而麻醉护理风险管理则起步较晚,自2003年以后才在少数医院护理领域内陆续开展,目前仍是医院风险管理的薄弱环节。现报告如下。

### 1 麻醉护理风险识别

麻醉护理是一个独立的护理单元,中心任务是麻醉配合与辅助性护理工作,有人形象地用“术前准备、术中配合、术后护理”来表达麻醉专科护士的岗位职责。在日常工作中,时刻面临着护理质量、麻醉安全和责任意识等风险隐患,推进麻醉护理风险管理,必须对麻醉护理风险的种类进行识别,研究风险的成因和特点并准确地作出评估,才能有效地控制和防范风险的发生。麻醉护理中易发生的风险一般源于以下因素:  
①病源性因素:主要指患者自身疾病严重及病情错综复杂、疾病发展的不可预测性带来的挑战。如体质差、存在合并症;心肺功能不全、肾功能不全、内分泌失调、水电解质紊乱;术中失血量过、生理功能反应异常剧烈;患者心理因素等。  
②医源性因素:主要指医疗过程中的漏洞造成的风险。如医生服务态度与医患沟通不良,术前评估不当,判断失误导致的错误决定,术前准备不足引发的并发症;麻醉方法选择不当,麻醉药物使用剂量、方法不当或用错药;麻醉过程中患者病情异常变

化时延误抢救时机造成严重并发症<sup>[2]</sup>。护理人员素质、业务水平低或经验不足:麻醉机故障,麻醉器械准备不足,麻醉监护不仔细,不能及时发现患者的意外情况,出现意外采取处理措施不当;输液、输血错误,补液不足或过快、过量而致休克、少尿、心力衰竭、肺水肿;使用麻醉机和呼吸机不熟练等护理差错。  
③医管性因素:主要指医院管理不善造成的风险。如贯彻落实法律法规和专业知识更新及培训不力,制度不健全或有章不循;医疗设施、设备的故障与安全隐患;重点科室、部门的消毒、隔离限制,环境管理不善造成的感染风险;护理人力资源配置不合理导致护理缺陷等。

### 2 麻醉护理风险评估

麻醉护理风险贯穿在日常管理、操作、处置、配合等各环节之中,绝大多数是人为可控的<sup>[3]</sup>。要有效管理风险,其核心是质量,重点是预防,而预防的关键是确定和控制风险。笔者基于对麻醉护理的工作经验,应用风险矩阵原理,在对现有及潜在风险识别的基础上,通过建立“风险评估单”,查找“风险点”和“风险源”,确定风险的关键环节与重点部位,对风险进行定性分析评价,确定风险等级,警示麻醉护理风险事件的类型、特点,为制定风险管理计划提供参考依据。具体做法如下:按照麻醉护理工作流程,尽可能动态反映出所涉及的潜在风险。依次查找“风险点”和“风险源”,确定风险的关键环节与重点部位,确立风险控制侧重点。估计这些风险的危害影响和发生概率的高低。定性分析评估风险的等级:把风险分为3个等级:红色、黄色和绿色,其中红色为重点防范的风险,