

醫院

HOSPITAL 網絡版 +

职业化管理

2018年 第3期

雷成家 马恩祥

党委领导下的院长负责制
最需要做什么？

郭俊

党委领导下的院长负责制
该如何分工？

蒋辉

大医院或医科院校去基层医院
采集患者信息及标本做研究
的伦理审查问题。

梁小娟

医院职业化管理（香港）杂志社社长

ISSN 2616-3667



9 772616 366009 >

目录

Contents

职业化观点

- 4 党委领导下的院长负责制最需要做什么？ 雷成家 马恩祥
- 7 党委领导下的院长负责制该如何分工？ 郭俊
-

管理伦理

- 11 发展整合医学应把医院管理视为学科 师成虎 马恩祥
- 14 大医院或医科院校去基层医院采集患者信息及标本做研究的伦理审查问题 蒋辉
-

管理问答

- 17 您的沟通技巧可以打多少分？ 王炳花
-

国际交流

- 20 漂亮可爱的班主任——艾米丽 王培均
-

精细化管理

- 22 精细化管理在优质护理中的应用 李晓峰
- 26 优质护理病区587例出院患者对护理服务文化的评价分析 钟蕾
- 30 以病人为中心实施静脉留置针精细化护理 姜金琳
- 34 《班种职责回顾表》的应用有利于临床精细化管理 冯艳文
-



目录

Contents

管理沟通

- 39 护士人际交流的技巧与实践体会 李秀美
-

护理安全

- 42 护理不良事件的防范 董永梅
-

人力资源管理

- 47 三级综合医院急诊护士核心服务能力现状研究 李宏 郭彩霞
-

护理管理

- 52 快速康复外科理念在食管癌手术患者围手术期护理中的应用 段长虹 赵佳 郭领
56 社区护理干预对2型糖尿病患者生活质量的影响 张绍英
59 ICU护理人员心理压力原因及其针对性干预 阿夏木古丽·买合木提
-



党委领导的院长负责制最需要做什么？

□ 雷成家 武汉大学口腔医院 马恩祥 中国医院职业化管理网

公立医院改革路径从医院集体领导到党委领导下的院长负责制，后来退而实行院长负责制，到今天重新回归党委领导下的院长负责制，用医院职业化管理理论分析，是否可以这样理解：党委领导下的院长负责制实际上是团队职业化目标，院长负责制只是个岗位职业化目标，而集体领导则才是真正的组织职业化目标。这样说来，医院管理改革是实行医院职业化管理分步走的战略，由岗位职业化建设做起，再进行团队职业化建设，最后实现公立医院的组织职业化的目标。



就笔者来看，院长负责制的本意是强化岗位责任制。从院长到书记、从职能科室到临床科室，从科室到个人。应该说院长负责制引导下的个人岗位责任制体系，营造了发挥个人岗位的作用空间与氛围。在院长负责制时期，最大的成绩是狠抓了医院的各岗位的专业化发展，从而让公立医院有了快速发展。但由于忽视了岗位职业化的建设，出现了医院去公益化，岗位权力、利益膨胀，而岗位责任淡化。

职业化管理与专业化管理的最大不同在于，专业化发展强调专业素养和专业技能的建设，而职业化发展则重点强调职业素养、职业理念和技能的建设，一句话职业化管理是伦理优先的管理，服务于社会职业期待这个目标；而专业化管理则是技术优先的管理，服务于医院自身实用目标的管理，这二者有着天壤之别。

也就是说，实行院长负责制，只做到了医院管理专业化，专业化生产能人；而未做到医院管理职业化，职业化管理是生产君子。一个只能生产能人的医院管理模式，这才是当下出现能人医生拿

回扣、能人科室主任被腐败，医院党组织普遍涣散、院长一个个倒下的局面因果。如果不纠正医院改革过程中只注重管理专业化而忽视管理职业化建设的偏向，党委领导下的院长负责制则失去了岗位职业化这个基础。

公立医院改革前的集体领导体制是我们党几十年的成功经验，为何在改革之初要退而求其次来做有核心的岗位责任制，笔者以为这是基于中国特色的社会主义初级阶段，同时遵循职业化管理的规律，一步步从基础做好。

因此当前实行党委领导下的院长负责制，首先不是要去限制院长的权力，削弱院长管理的积极性与主动性，而是要加强党的组织建设。只有加强党的组织建设，才能保障党对医院的正确而有力的领导。如果党的组织不具有岗位职业化和团队职业化这个基础，党组织的建设不与医院组织职业化建设同步。党组织的战斗堡垒作用不形成，加强党的领导就是一句空话。最后就是一个权力的转移，从院长转移到书记，这样的结果，可能还不如院长负责制的效果。从前到现在院长负责制出现的问题，绝大部分的责任不在院长，而在过去的党组织成员未能跟得上院长工作的节奏，甚至有的医院党组织成员与院长还要保持一定的距离，持观望，甚至是等待看院长将来落马的笑话。能人治院的专业化机制，造成的是能人相轻，而不是君子相亲。一个以职业伦理优先，注重职业素养和职业理念的职业化管理才是关键。

其次，党委领导下的院长负责制还是院长负责制，只不过是要实行有任期和任期目标的职业院长机制。现在不少公立医院院长任期过长，也没有明确的任期目标。没有目标就难以考核，没有任期限制，就造成了医院管理氛围中的院长人际小圈子，医院职业化管理生态就难以形成。而一个职业化院长，在党委的领导下，只履行运营权，用职业化管理的理念、方法与技术解决医院运营中的问题，并不能从战略上改变医院的发展方向，影响医院的人办资源走向。如同现在的非公医院的职业院长，怎么可能出现越能干的院长越腐败这种不正常的医院管理生态呢？

党委领导下的院长负责制是党委要负责建设好一个院长负责运营的医院生态环境，党委领导和院长运营，一个事物的两个方面。也就是说，医院出现的问题是党委负责，而不是院长负责，至少是党委与院长同责。现在医院院长出现的问题，鲜有追究医院党委的责任，从而造成一些医院的院长前腐后继。这说明医院的院长运营生态不好。一个好的院长运营生态环境是所有医务人员有良知和良好的医德素养，党团员有先进性、能形成党组织战斗堡垒作用，医院的临床、护理、医技、行政后勤皆进行职业化管理，没有这三项条件，院长运营生态就难以形成。

第三，纠正公立医院的办院方向。党委领导下的院长负责制，最根本的目的是要把握好公立医院的方向。公立医院是保障医疗公益性得以落实的主导力量，公立医院要在有医疗市场竞争的环境

中，立足于满足于人民群众对基本医疗的公益性需求，就一定不能与非公医疗同质化。公立医院以病人为中心，在具体实践中应该是以基本医疗服务让人民满意，而不是追求本应由非公医疗提供的特殊医疗服务和高端医疗服务，这样的服务需要更高的服务成本，也只能是为少数人的服务而不是大众的服务。



既然是基本医疗服务的公益性，就要彻底破除公立医院的运营逐利机制。公立医院逐利机制形成在于对公立医院的投入缺位，断奶断粮虽然刺激了公立医院在医疗市场竞争中的发展，也让公立医院与非公医院发展目标同质化，这才是当前院长负责制造成院长问题的根源。如果院长不是运用自己的能力去发展医院，而是把责任放在医院良性运营上，服务好人民群众这个方向上，院长的权力会膨胀吗？因此，医院法人治理结构的落实才能根本上纠正公立医院办院方向偏差。同时，在医院投入上要有保障，真正消除医务人员运用技术通过服务谋生的环境。

社会人性的发展应该是从凡人到能人，从能人到君子，从君子到贤人。医院是一个道德高地，不论是医生，还是院长，不能只是个能人，至少要是个君子，生产贤人应该是医院社会治理的目标。如果我们的院长是贤人，医生都成为谦谦君子，党委领导下的院长负责制一定是成功的。

党委领导下的院长负责制该如何分工？

□ 郭俊 《院长说医事》自媒体

自符合政策方向的党委领导下的院长负责制出台后，公立医院对这一政策落地实践的变化，着实让许多院长突然难以适应，极可能让院长们好好纠结一下。不管院长有多别扭或是否是在意的感觉，但现状还是锁定在等待、观望几个颇值玩味的动作上。

众所周知，公立医院於80年代初，实施的就是党委领导下的院长负责制。但医院管理的特点表现在双人双责方面，是在对“规则”和秩序的尊重，在明确的规则面前，医院班子成员是抱着合心合力心态来实现医院战略目标的。

在00年代开始党政分开，弱化党委领导，出现了院长一家独大、副职兼管党务的情况。这种境况则是以“一支笔”带出来了医院管理维度拓展决策的中心圈，致使党政一肩挑常态化至今。事实上，这个常态化背后，院长们天然有着不断冲击和挑战“规则”、“边界”的个性使然，对于医院管理真正本质则模糊不清，随意性比较强悍。即对事很专业，对人很业余。致使医院所有的资源未形成合力，更不要说怎么解决好病患者最终跑一趟就能解决问题了。

如果院长一人说了算，这种现状已经形成误导的话，必定掌握着话语权的院长，其思考方式就是典型的固化的甲方思维，是一种回答不好自己的人生“朝南坐”的感觉。

无独有偶。症结且常出在院长一人说了算，抢占医院管理制高点的注意力；而掌握专业技术的业务团队，依赖着自己的能力优势，在保持良好互动关系上，要么，团队听任院长安排，长此已久促使院长获利的欲望和能力日趋增长。要么二者斗嘴仗，无形中二者之间形成的矛盾潜力可想而知。

在医改不断深化过程中，大量经历了规模扩张的大型三甲医院，都尚不能做到对医院运维成本正确评估和医疗需求用户进行很完整的分析，医院可持续发展的资源技术的应用和价值的挖掘，必然停留在很传统的阶段。看似医院班子成员完美的珠联璧合，到最后却相看两都厌，互相耽误。致使医院只能在两全其美到两败俱伤的无限纠结中缓慢前行。

从医院战略层面深度考量，医院班子欠缺合作共赢能力，进而导致团队的质疑和不信任感在增加，就会出现医院大多重要会议不得不做出可能适合医院某个季度，但不一定适合医院长期发展的决策。这种决策更会促使团队对医院发展前景抱有错误的预期。

尤其是，医院班子成员在一起共同梳理医院业务产品线、人力资源、需求市场与医院文化，以及医院未来的使命、愿景与价值观，这些个共同目标的生态建设方面有着明显的滞后性。但这样的情况是怎么发生的？院长的角色应该是什么？书记又该怎么面对呢？

当然，院长的病，别让书记背锅！百足之虫，死而不僵。常识是最不平常的见识，每个人的常识都不同。

如今互联网时代促使医疗行业的规则也在变化，党委领导下的院长负责制更是一档针对当前医改热门议题做出的解读。事实上，每家医院最大的竞争力就是人，院长、书记就是怎么帮助医院把人培养的更好，确保团队可以在医院内实现能力的最大化。



但当下医院管理却鲜有涉及。没有丰富的他人世界，只有单调、重复的自我认知，只知道往深里走，却不明白怎么往宽里走，不与现实发生碰撞，新的人际关系，尤其团队关系与医院战略思想的认同就不能确立。

党委领导下的院长负责制需要关注的关键有三点：一是看党委领导下的院长负责制背后的生态圈能否与业务团队能形成战略协同，二是医院的品牌和背书能力，三是医疗服务体量的支持。随着党委领导下的院长负责制政策的逐步落地，院长以当下的医院管理制度为线索，钩沉探索背后的医疗服务规律和理念差别。需要懂得团队结构完整且具备规模化能力，有足够资源支撑业务扩展，再加上配合书记和谐处理各种相关事务的人际关系，对医院事业和班子成员就是巨大的促进，医院就能有快速的指数级发展。

大部分院长，尽管业务素养不错，讲究技术优势，也有敏锐的观察力、丰富的想象力，但与现代医院管理要求相比仍处于已知传统医院管理范畴和经验范畴，难以超脱。将观察力误认为是洞察力。观察是基于表象的看，好的管理者加以提炼，一般的管理者忠实实际，不称职的管理者片面呈现。

从书记的角度考虑党委领导下的院长负责制，书记的形象在变，司职在变，象征也在变，但变化本身并非任意，而是有章可循。书记正面的形象，是提倡一种新型人际关系分工协作团队参与感的职能，达成各个维度的完全互补。

从医疗服务本质出发，医院管理班子成员很大程度上都是在做供端和需端的价值化匹配连接，医院支柱业务产品平台的搭建和规划，设计、对接、营销、服务落地需要有相当的匹配度。至于班子成员对党委领导下的院长负责制认知的孰多孰少，是由管理者的素养和秉性而定；而亦步亦趋，则是对医院管理的最大伤害。

显而易见，党委领导下的院长负责制是助力医院管理一切医疗服务行为的发动机，它决定了医院资源技术最多投注在哪里？能够准确把握这些要素，就会做到医院管理走心。

这方面既需要书记敏锐感知医院习以为常的运营细节的变化，又需要一种宏观的对于医院管理创新的理解力、阐释力。这必然对书记提出更高的要求，也需要书记在准确认知现实的基础上，重新提供矫正现实的视角。其中，洞察力，是穿透表面深入本质，是建立在对医院管理的全方位认知基础上的新发现。书记做医院大方向把握、人才团队建设应该寻找到一套新的表述方式，以一颗宽忍之心，以拥有一个容纳人性复杂性与现实宽广度的精神境界，督促院长在医院战略目标中谦逊平和地学习成长进而游刃有余。

倘若书记不抛弃沿用以往看待问题的方式，厘不清医院管理背景关系，就会表现出一种慌张感，说些不知所云的抱怨，本该属于书记的职能还会让渡给了院长，这恰恰就是在认知和现实间出现的巨大错位。

党委领导下的院长负责制有效落地，在于书记的核心价值观要体现出来。价值观是内心的正直和诚实，具有自主意识专注于深邃，处理团队人物性格的复杂层面与厚度，这考验书记的思想能力。

这不是站在谁这边或者那边，是在具体的高效沟通中，努力寻找团队合作精神，大略可知盐是打哪边儿咸的，醋是打哪边儿酸的契合度，不一味追捧院长的美好，也不把医疗服务的缺点简单化，努力在团队合作关系的职业化管理培育中呈现真实的医院风貌，避免过度的理论解读。

还有，书记试图回应医院所面临的诸多问题，即便无法把握整体，也可以从一个小切口突破，重新去关照被遮蔽的现实。从医院管理问题的触点着手，连接到了管理者的工作实际，引发共鸣。这才是能够被有效细节激发出对党委领导下的院长负责制全新的感受力。这都涉及书记知识结构的更新。

无可置疑，现代医院管理如今已不是一个凭借个人威望与能力就能决定医院一切的时代了。人定“胜”天和天道酬勤不如人定“顺”天，时势造就自己。书记参与规划和管理，涉及到这方面的通用性问题，是用医院管理成熟手法去优化解决，医疗特殊性产生的个性问题就基于专业意见去解决。也就是说，解决医院、医疗、患者三方痛点并形成强关联的效果必然要1+1大于2。

一家医院总是在医疗趋势快速迭代中被刷新。夯实医院管理流程链，从源头可溯，可快速问责方面都值得尝试。但绝对不能就此把党委领导下的院长负责制泛化、绝对化、甚至神化。



无论院长、书记对于党委领导下的院长负责制的认知是出于自我驱动还是医改趋势所迫，对于医院今后整个的医疗服务产品生态而言，班子成员都要克服战略性思维的“想当然”，需要的是脚踏实地做足医院管理。

这个脚踏实地包括两层意思：第一层，清楚自己是在做一枚棋子，沿着医院战略方向既定路线，做好这个游戏规则；第二层，做运筹帷幄的棋手，成为路线、流程的制定者和管理者。这样才能解决好医院管理运维成本高，生产力效率低的问题。

至于当下要找到党委领导下的院长负责制，究竟谁说了算？令人满意答案则是基于对党委领导下的院长负责制新理念的认知碰撞，这个认可需要时间，彼此之间合作自恰的磨合需要时间，并持续完善和升级医院运营管理系统需要很长时间。

发展整合医学应把医院管理视为学科

□ 师成虎 山西医科大学 马恩祥 中国医院职业化管理网



——对樊代明院士《整合医学初探》的学习思考

笔者及团队在致力于推广医院职业化的过程中，有一个深刻的体会，即现代医院制度建设要立足于现代生物-心理-社会医学模式的基础，并将医院管理纳入到医学专业化和规范化轨道，把医院管理纳入医院学科建设的体系之中。

早在2012年5月18日，中国工程院院士樊代明教授在医学论坛网发表了《整合医学初探》，对医学从宏观向微观的四级学科式发展所带来的负面的影响进行了详细分析。认为以分为主要的发展方式给医学至少带来了九个方面的不利、损害，甚至恶果，例如：患者成了器官、疾病成了症状、临床成了检验、医师成了药师、心理与躯体分离、医疗护理配合不佳、西医中医相互抵触、重治疗轻预防、城乡医疗水平差距拉大。樊院士在文中提出了加强整合医学的理论研究、加快整合医学实践的推进，通过整合医学人员来弥补医学学科细分的不足。

笔者赞同整合医学发展作为弥补医学专业细分的必要性和紧迫性，但同时认为单纯靠整合医学发展尚不足以解决上述9大问题，而且这9大问题也并非医学细分的必然结果，而是在医学专业细分过程中，医院管理发展滞后，特别是医学发展和学科建设忽略了医院管理的作用所导致。

譬如医学从宏观向微观迅猛发展的过程中，医学分为基础医学、临床医学、预防医学，但此时由于并未发展出一个管理医学的分支。特别是在中华传统文化中存在的官本位思维，更是阻碍了医院管理专业化与学科化的发展。解决樊院士6年前所列举的9大问题，笔者以为需要通过整合医学与管理医学的双向发展才能得以完美解决。

笔者于2015年在自媒体文章《医学悄然进入到管理医学模式时代》中提出管理医学这个名词，正是受整合医学产生与发展的启发，管理的本质就是整合，管理的目标就是通过整合来实现医院治病救人的目的。正如医院不同于企业，医院管理更不同于企业管理，从科主任、护士长到职能管理者，更不要说是院长，绝大多数管理人员都是大医学专业背景，他们所从事的工作直接或间接地影响到医疗的质量与效率。一个没有医学背景的酒店管理者，可能做好酒店行政管理及运营，但未必能真正做到酒店的精细化管理。

大家都知道，学科是医院发展的根本，而学科建设的趋势无非是学科的整合与细分，因此，不论从哪个方向看，医院学科建设也不能把医院管理排斥在外。特别是在慢性病与健康管理为主要发展的健康中国战略时代，医院管理者的工作更彰显出医学的普遍专业性，而非管理的独特行政性。在医院去行政化的改革中，医院管理者已经成为与医学无法分离的专业工作者和职业管理者。医院管理去行政化，必然要有职业化和专业化来替代，否则去行政化会造成医院管理的真空，或者是让去行政化成为口号。唯有把医院管理视为医学的重要基础学科和引领学科来建设，医学的细分问题才能得以解决，整合医学也才能真正发展起来。



把医院管理当学科，重视医院管理学科建设可以从以下几个方面着手：

首先，解决医院管理人员的角色定位。从现代医学模式的发展看，或从现代医院投资运营与管理相分离来看，医院管理人员应该是职业化的专业技术人员，只不过他们所掌握的技术是管理技术，而非单纯的疾病诊疗技术。但只有管理技术参与，大数据时代的诊疗技术才能得到正确与合理应用，现代诊疗不仅仅是从病人角度考虑，还要从医疗资源成本消耗、医患关系价值体现和社会医学等多方面考虑，不仅仅是生物性和心理性的，也是有经济性和社会性的。定位管理人员

的角色，参照医生和护士的角色定位，一个贴切的名词就是医院管理师。赋予医院管理人员以师的角色，让医生、护士和管理者形成医疗、护理和管理的“三位一体”的“品”字形现代医院制度格局。

其次，建立完善的医院管理学科体系。医院管理作为医学的一个分支，也具有一级学科的特点。其二级学科可分为医疗管理、护理管理、质量管理、医院感染控制管理、医保管理、成本绩效管理、医患（就诊）关系管理、运营管理等众多亚学科。医院管理学科与亚学科形成一个医院管理的大学科体系，各自独立发展而又相互融合，从而形成一个与医学各专业学科平衡发展并相协调的一种状态。从而让医院管理不仅仅在医院运营中发挥作用，更能在医疗各种活动中发挥作用。

第三，培养职业化的医院管理专业队伍。任何学科建设在于人才培养，医院管理人才培养不能成为医疗后人才培养，而应该与医疗人才进行同步培养。笔者在本科护理管理学教学中，曾对某院校的同年级207名护理学专业学生进行了职业意向调查，认为护理管理学重要的占83%，表示毕业后愿意从事护理管理的人数达到74%，而且还从他们同步所做的《职业倾向系列问卷》结果中等到证实，有相当一部分同学具有从事管理的职业天赋。笔者以为，在一个以培养复合型人才的年代，如果把管理专业教育当着打造复合型人才的手段也许能起到事半功倍的作用。因此，对于医学人才可以实行“双证”考试制度，临床医生培养可以同时开考执业医师和医院医务管理师，护士培养可以同时开考执业护士与医院护理管理师。即使他们将来专做临床、护理而不做医院职业管理，也能将医院管理的专业技能服务于对于就诊者的诊疗及护理管理。医务人员广泛掌握现代医院管理技能，不仅提升医院的整体管理水平，更让现代医院模式得以完整运用，从而克服目前医学模式主导医疗的一种落后状态。

第四，培育医院管理的学科环境。当前，要从思想上、政策层面上真正把医院管理者从领导者角色中分离出来，还原医院管理的专业化角色。让社会在营造医院管理的学科环境中发挥主导作用。有了良好的医院管理专业化和职业化社会环境的形成，才有可能在培养公立医院领导者和接班人上形成人才优势，才能担当起建设现代医院制度、发展公立医院的使命。同样，在非公医疗机构，只有真正尊重医院管理，把医院管理当学科来建设，民营医院才有可能获得真正的健康发展。如果把医院管理当着医院运营的工具，不仅会让医院背离医疗本质，还会让医院走上商业化的道路，从而葬送非公医疗发展的良好前景。

期待管理医学能够获得重视，期待医院管理能获得学科建设的地位，当医院管理跟临床学科、护理学科相并列的时候，一定会呈现现代医院的春天。

大医院或医科院校去基层医院采集患者信息及标本做研究的伦理审查问题

□ 蒋辉 福建医科大学附属漳州市医院

【摘要】 基于患者信息及标本的研究越来越多，所涉及到的伦理审查问题也日益凸显。不同的机构法人，不同的伦理委员会审查法律效力对应不同，大医院或医科高等院校去其他医院采集患者信息及标本做研究，需要经过患者所在医院的伦理审查。而基层医院若没有设立伦理委员会的条件，就无法审查。由此，区域伦理委员会的职责和审查需求，呼之欲出，国家卫计委也已就第七条、第二十九条等有关条款进行修订意见征集，此问题会随之解决。

关键词： 伦理审查；研究伦理；信息安全

高校老师做某研究，想采集高校附属医院的患者信息及标本，是找高校的伦理委员会还是医院的伦理委员会？很多人不清楚这个问题。在我看来，应该是医院的伦理委员会。学校和医院的法人不同，伦理委员会审查法律效力对应不同，临床数据在哪里就要过哪里的伦理。分析如下：

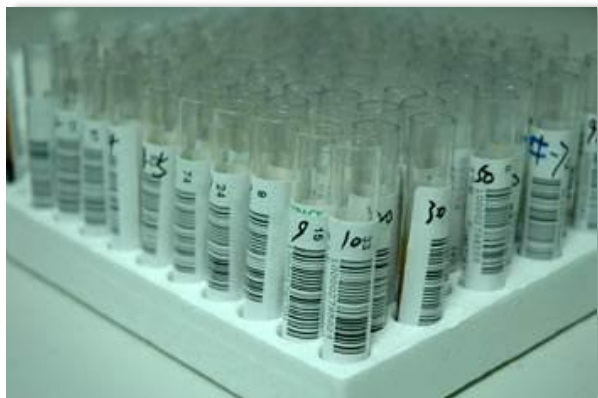
1、从法律关系来看：

尽管高校与高校附属医院可能存在行政隶属关系，但高校的“校长”和医院的“院长”若为不同的人员担任“法人”，就表示“法人”对该单位在社会上的行为“负责”。如果校长和院长是同一个人为“法人”，那么要处理好“利益冲突关系”。在此法律框架之下，高校的伦理委员会和医院的伦理委员会针对事项和职责内容不同。

2、从责任主体来看：

如果该项目的负责单位是高校，那么高校对整

个项目负责。如果根据项目需要，让医院参与到该项目中，具体实施患者信息及标本的采集工作，那么，高校与医院应签署研究合作协议/合同，对双方的责任和义务作出界定。



由于高校没有“行医”的资质，只能由医院负责去采集患者信息及标本，依据国家卫计委11号令《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》（链接<http://www.nhfpc.gov.cn/fzs/s3576/201610/84b33b81d8e747eaaf048f68b174f829.shtml>，以下简称“新审查办法”）第七条的规定，该

行为的责任主体在医院，应该由医院的伦理委员会负责审查。

3、研究发起人实施临床研究的条件：

同样的道理，如果医药企业发起了某些临床研究项目，其中需要招募患者做受试者，或需要采集患者信息及标本，这些研究行为只能由具有行医资质的医院来实施。其中，可以是多家医院。

具体而言，就是要达到以下条件：

一是，高校或企业这些研究项目的发起人（即申办方）与临床部分的实施医疗机构，两者签订研究合作协议/合同，对相关事宜明确约定，一致同意。

二是，该医疗机构具备相应的执业资质，即执业许可证中，有相应的注册科目。同时，该医疗机构的人员、设备条件、支持平台、管理制度、所在地的患者来源等均能支持研究项目的运行。

三是，该医疗机构中有具有相应资质和意愿的研究实施团队，包括项目负责人及项目组成员。其中，与患者接触的研究人员应有执业资格，并经过研究与伦理相关培训。项目负责人一般应有高级职称，有能力带领团队开展临床研究且能调动研究所需要的资源。

四是，该医疗机构有设立符合法规组成要求的伦理委员会，且该伦理委员会已经审查同意开展该研究项目。

那么，如有人接着继续问：如果基层医院没有成立伦理委员会，怎么办？依据“新审查办法”第七条规定，该基层医院不能开展——

包括不能独立开展，或参与其他机构发起的涉及人的生物医学研究/临床研究项目。

但是，并不是所有的基层医院都有条件设立符合法规组成要求的伦理委员会并开展有效的审查工作，国家卫计委也注意到这个问题，打算修订该法规的第七条、第二十九条，来务实地推进区域伦理审查。但这其中，也还有一些法律关系和伦理审查的技术问题，需要在实践中找到符合国情的、行之有效的、且能引导未来健康发展的解决方式。



在此之前，到没有设立伦理委员会的基层医院去采集患者信息及标本、做访谈、做调查，都是违反“新审查办法”规定的。

在区域伦理落地之前，若务实地结合国情探讨解决方式，有以下可能性：

一是，适度社会化。合理利用基层医院的部分资源，由具有资质的研究者直接从社会上采集目标患者的信息及某些标本。

二是，基层医院把潜在的患者介绍到有成立伦理委员会、并参与到研究中的、符合条件的医院。

同时，也有医院的许多医务人员有疑问：如果有工作便利，已经可以到医院的病案室调到患

者的病历和数据信息，直接去做研究，写论文，会不会有问题？

其实，这是违反伦理法规和国际伦理准则的。可能会遇到论文被拒稿、患者追责甚至起诉、媒体曝光及社会舆情等问题，根据情况的不同，概率大小不一。

照“新审查办法”的第三十八条，哪怕是把患者的疾病信息再次用于研究的，也必须再次签署知情同意书。也就是说，这不是简单的调取患者病历的问题，应该要获取患者的知情同意之后才能够去做。有人说，那不可能，如果这样子没办法做这个研究项目了。

再看“新审查办法”的第三十九条，有免除签署知情同意书的条款（并非等同于免除知情同意，有区别。此前文章也有提及此类问题的。）在某些情况下，通过伦理委员会审查之后，是可以免除知情同意书签署。你应该要提供相应的伦理审查材料（前文提及了），如果针对免除签署知情同意书的情况，可以理解为“知情同意的材料——就是免除签署知情同意书的情况说明及申请，内容应包括：

1、研究项目是非商业目的，不涉及个人隐私。

2、研究者所获取的患者信息已经是“去标识化”的，也就是已经被匿名了，删去了可以识别患者身份的标记——当然，这是一个相对的问题，如随着技术的发展，DNA鉴定让很多隐私都无法隐藏。所以，也需要伦理委员会来审查、判断，承担如此神圣而艰巨的任务！

3、如果再次获取知情同意书签字，并会导

致研究项目不可进行，这样做的成本太高了嘛。成本和收益比较一下，干脆不干了。假如这样，科学技术也就停滞不前了。伦理也会违反“初衷”。

4、考虑其他形式的知情同意。即不一定签字，电话告知、张贴告示、公开声明等。例如，泛化知情同意。当然，必须结合实际情况，也有争议。

5、留个心眼，尽早开始推进生物样本库建设，让患者“捐赠”匿名化的信息和标本用于所有医学研究。

最后，我们探讨一下：若因研究需要，到医院病案室查患者信息，具体的流程是怎样的？我认为有两个节点必须通过：

一是医院的科研管理部门审核登记，可按已立项项目、自发研究项目分类，前者可能已经拿到了伦理批件；

二是伦理委员会审查批准，包括再次签署知情同意书或申请免除知情同意书签署。

这两个节点的先后流程设计，可根据医院的具体情况而定。

研究者拿伦理批件和立项登记文件到医院病案室去调取“已经被匿名化”的患者信息。若是病历蜡块，同理。

如果依照病历管理规定，科研人员也应该从研究经费中预算列支“成本费”给病案室、病理科，对此，科研经费管理制度也应该配套。

您的沟通技巧可以打多少分？

□ 王炳花 中国水利水电第十三工程局医院

一、沟通达人长什么样？

美国医学院协会罗伯特·英格兰登博士发表医务人员应具备的核心能力表单，其中“人际沟通技巧”是核心能力之一，但目前医务人员“最常欠缺的能力是职业素养和人际沟通技巧两大能力”。那么我们就继续在沟通技巧上下功夫吧。

看看医院沟通达人应该长什么样？

答：医院是高情感、高沟通需求的单位，病人一般自带“坏情绪”，焦虑、紧张、烦躁等，需要医务人员有成熟的沟通技巧。掌握坏消息沟通技巧，比如病人病情的恶化，病人不良的诊断预后，甚至病危死亡等坏消息。有倾听技巧，善于在病人无序的表述里，梳理出主要主诉，并让病人感受到尊重。

我来给医院沟通达人画个像：



沟通达人画像

- 无沟通不到位引起的投诉
- 不说沟通禁忌语，常用人文礼仪用语
- 娴熟掌握沟通技巧1234
- 娴熟掌握巴尔的摩10条倾听技巧
- 掌握3V+B的倾听模式
- 善于处理冲突情景下的沟通
- 采集病史能力强、完整

院兴我荣，院衰我耻，厚德博学，精诚仁爱。

二、沟通技巧12345

一个基本：医患沟通要有一个基本的原则即**诚信**

两个技巧：沟通语言和沟通方式。医务人员要善于使用“口语”、“身体语言”，“口语”原则上要求语言具有礼貌性、解释性、保护性、安慰性、科学性；对手术患者，医院要求“谁手术、谁谈话”。根据不同的病情，不同层次的患者，采取不同的沟通方式。

三个要求：一是要求医务人员在沟通前认真了解患者所患疾病的专科知识、前沿知识、并发症等；二是要求医务人员在与患者沟通前，必须充分熟知患者的整体病情变化、心态、对疾病的认知和疗效的期望值；三是要求医务人员在沟通时，多听家属说几句话、多对家属说几句话。

四个注意：一是注意沟通对象的身份是否合适、合法；二是注意是否实行保护性医疗措施；三是注意沟通时对方的反应、感受；四是注意控制现场氛围和医患双方情绪。

五个避免：一是避免使用刺激性语气和语言；二是避免使用对方听不懂的词语；三是避免不顾对方心情，压制对方宣泄情绪；四是避免随便打断对方倾诉；五是避免不问情况强行要求对方接受事实。

三、巴尔的摩10条倾听技能

巴尔的摩的COMSORT机构提出的10条倾听技能（Appleby1996）

技能点	解释
1.不要轻易把病人的话打断，让他把话说完	当病人能够自由表达自己时，他会感到更放松，更可能向医生提供重要信息。实际上这往往会节省时间而不是浪费时间。
2.注意跟踪并探索病人在谈话中露出的有意义的线索。	病人在说话时会流露出一些对了解其内心世界或真正病情很有价值的线索。比如说到某个敏感话题时欲言又止、不好意思等。这时需要医生有技巧地进行追踪并帮助病人表露更多、更真实的信息。
3.在病人说话时给予支持性反馈信号	可以用“嗯……嗯……”或“请讲下去”或点头等向病人表示你正在注意听他讲话。
4.以开放式的方法对病人发问	让病人自由发挥的问题有助于从病人那里获得更多的信息和观念。病人只能回答“是”或“否”
5.运用反应性的回答	简单重述病人传递的信息是一种很有效地与病人建立良好关系的方法，它可以向病人传递来自医生的接受与肯定。
6.检查自己理解得准确与否	不时地以自己理解的方式来表述病人的意思，向病人确认自己的理解是不是准确。
7.确定病人的治疗期望	了解病人对治疗效果的期望，确定这种期望是不是现实。如果不现实，就需要医生对其进行教育与解释，帮助他把期望调整得更现实一些。医患之间对于治疗的效果及风险的看法不一致是导致医患纠纷的一个重要原因。倾听病人的期望很重要。
8.对于病人的感受给予肯定	比如一个病人说：“我现在感到非常焦虑。”医生可以对他说：“这不奇怪，我要是你，也会这样的。”
9.善用目光与病人沟通	眼睛是心灵的窗口，倾听病人说话时看着对方，这能让病人感到你在注意听他说话。
10.谈话快结束时，询问病人还有没有别的情况	有时候病人由于某种原因可能一直犹豫不决是不是要说出某个问题。所以有必要在快结束时给病人提供表述的机会。

四、3V+B的倾听模式

关注行为技巧，由四个方面组成，也是其他助人技巧的关键所在。

为了表示你真的在全神贯注于病人，你需要注意自己的目光、声音、用词（3V），加上注意患者的肢体语言（B）。

3V+B的倾听模式	
3V+B	倾听方式
视觉/目光的接触	如果你准备与人谈话，就看着他们。你不仅要看着病人，同时要注意到目光接触的停顿
声音性质	你的语调和讲话速度同样会清楚地显示出你对他人的感觉。想象一下，仅通过变化语调和讲话速度，你能有多少种方式表示“我真的对你所要说的很感兴趣”。
言语跟踪	病人来找你时总是带着他们所关注的话题。要鼓励病人充实而详尽地叙述他们的故事；跟随着他们的故事。
肢体语言	正面面对病人并稍向前倾，脸上富于表情，并运用放松、鼓励性的手势，这样病人就知道你对他们很有兴趣。简言之，允许他成为他自己——真实感在沟通中是很关键的

参考文献：

【1】刘惠军. 医学人文素质与医患沟通技能教程【M】. 第一版. 北京：北京大学医学出版社，2011. 50-152.



漂亮可爱的班主任——艾米丽

□ 王培均 【医界名家大讲堂】发起人

我在美国加州大学洛杉矶分校(UCLA)学习期间，校方给我所在的班安排了一位班主任，她的名字叫做艾米丽。

艾米丽是一位漂亮的美国姑娘，五官十分漂亮可人，模特身材，一头原装的金发(据说纯种金发美女已经濒临灭绝)，年龄不便问，肯定待字闺中，估计工作也没有多久。艾米丽在讲台上一亮相，就让我们不分老少的全体男生为之一振。

在我们中国人眼中，美女往往还有另个名字，那就是“花瓶”，意思是女人长得漂亮，工作就不会多么漂亮。可是，这种认知如果放在艾米丽身上，就不准确了。因为艾米丽工作十分认真负责，我们修的是医院人文管理课程，语言又不通，内容十分枯燥，可数日的教学中，艾米丽一直坐在最后一排，耐心的陪伴着我们，哪位同学有需要帮助的事情，她就及时给予帮助。



她每天在大学餐厅负责给我们安排好教学午餐，让我们到了餐厅即可用餐，而其他的大学生们，需排队等待不算短的时间。

院方每天给我们准备的午餐是一律的披萨，口味非常正宗，头天吃着颇觉美味，然而到第二天新鲜头过去后，大家自幼形成的中国胃口就开始不接受“洋味道”了，到第三天，甚至想到披萨就感到恶心。我尝试着给班主任艾米丽说了此事，没想到艾米丽马上给院方作了汇报并很快得到了答复：为照顾中国同行的胃口，教学午餐改为中餐，用餐也改为在教室进行，大家因此欢呼雀跃，都期待着丰盛的中国午餐。



12点整下课了，午餐也按时上桌，大家纷纷定睛观看，美国佬给准备了什么好吃滴？不看不搭紧，一看就哭笑不得了。原来给我们准备的午餐是米饭、水果、甜芝麻酱、酱油带香菜末，有的同学期盼着可能还会有几道大菜上来，可惜对不起，没有了。

非常奇怪的是，大家都吃的津津有味、狼吞虎咽。艾米丽也与我们一起用餐，只是等她忙完工作去取餐时，水果与芝麻酱已经被我们消灭光了，她便吃起了仅剩下的酱油拌饭，而且吃得津津有味。

让大家感觉更惊奇的是：尽管下午的学习紧张劳累，但是胃肠道却感到非常的舒适，精力也非常旺盛。

大家一合计，终于明白了，美国佬已经精准的计算好了：水果里含丰富的维生素，米饭里面含碳水化合物，酱油里面有电解质，能够维持正常的能量代谢，这样的搭配正好合适。如果额外再增加高脂肪高蛋白，反而增加身体的消化负担，影响学习的精神头。美国佬呵，真是事事都做到了极致！

数月的学习期间，艾米丽就这样一直陪伴着我们，非常尽职尽责。我们对艾米丽的工作都很满意，写了封表扬信想交给大学党委，可惜没有找到这个部门。

我们都很喜欢艾米丽，心中都会想着艾米丽、回忆艾米丽的，这本身就是对艾米丽莫大的奖赏。

精细化管理在优质护理中的应用

□ 李晓峰 湖北省松滋市人民医院

【摘要】目的：探讨优质护理服务实践并评价其成效。**方法：**通过明确创优目标、强化创优服务意识、创新护理排班模式、完善护理常规及工作指引、开展灵活多样的健康教育、执行务实的基础护理方案、拓展护理服务新技术、完善三级护理质量监控和实施严谨的绩效考核制度等举措。**结果：**开展创优一年以来，护士合作积极性提高，无护理纠纷、差错和病人投诉发生，患者满意度从92.6%上升至99.2%。患者健康知识知晓率从45.4%上升至99.4%。**结论：**开展优质护理服务，能增进护患沟通，促进护理队伍不断改进工作中的不足。保障医疗安全，促进医、护、患更和谐。

【关键词】优质；护理服务；护理管理

2010年全国护理工作会启动了旨在使护理工作“贴近患者、贴近临床、贴近社会”和以“夯实基础护理，提供满意服务”为主题的“优质护理服务示范工程”活动[1]。全国各大中小医院纷纷开展创优活动，我院也不例外，各科室各出奇招，我科全体护士经过认真学习认识到，创优不单要体现在护理工作的细微，更重要的是调动全员参与护理病人的全过程，通过改善医院人文环境，服务于病人、服务于社会，使患者满意。

只有患者满意才能使患者成为医院的忠诚顾客，再通过这些顾客的口碑影响其他患者，提升医院形象。在开展创优活动中，我科在护理服务的规范性、系统性及全员参与三方面做实事，制定了九项创优服务举措，通过一年的实施取得满意的效果，受到患者及家属一致好评。现将做法总结报道如下：



1.做法

学习开展《优质护理服务示范工程》相关文件，明确了创优意义、目的和标准要求，提高全员明确创优目标召开全科护理人员动员大会，认真对创优的认知度：在病区内悬挂创优标语。加大宣传力度；结合《住院患者基础护理服务项目》要求，进一步明确分级护理的服务内涵和服务项目，并把分级护理

标准和质量要求放在病区醒目位置进行公示，接受病人和家属的监督，也便于全体护士逐一参照落实。

增强创优服务意识对全体护士进行礼仪培训，通过聘请老师的礼仪授课培训，讲授及示范护士各种文明用语、仪表、着装、电话沟通持巧等，使护士做到接待病人有迎接声，病人问话有回答提高门急诊护理质量的几点分析声，操作前有解释声，操作失误有道歉声，出院有送别声，逐步提高服务意识；征集创优建议，让护士们共同参与到为科室创优献言献策的活动中，提高参与意识；树立模范护士榜样，使之在护理群体中形成良好影响，逐步转变护理人员的服务心态和行为；选派护士参加外院创优经验交流，引导她们自觉、主动为患者提供优质的护理服务。

创新护理排班模式建立护士岗位责任制，明确岗位职责，采取分组包干分床到护管理病人的模式，每个责任护士直接负责6-8名病人，使责任护士负责患者从入院到出院的护患沟通病情观察、正确用药和治疗性护理等，使心理护理、专科护理、健康教育、灵活护理、功能训练等有机地融为一体并服务于病人。并为临床治疗、诊断和护理提供可靠的依据。

完善疾病护理常规及工作指引结合科室实际制定护理常规及工作指引，如出入院流程、单病种护理常规、专科护理操作流程、特殊药物配置和注射流程、专科仪器操作流程、新业务或新技术操作流程等。使护士存作时事事有章可循，使质量管理形成一环扣一环的封闭回

路，进一步规范护理行为。减少不安全因素的发生1.5开展灵活多样的健康教育通过印制及免费发放多种健康教育处方。保证健康教育质量的同时便于护士指导不同病种的病人；开辟病房健康教育专栏和定期举行各种健康教育讲座对患者实施健康教育；另外通过责任护士根据患者的病情实施随机教育，包括：疾病相关知识、饮食、药物知识、安全防护、饮水汁则、良肢位摆放、管饲知识等，逐步提高患者及家属的健康知识知晓率。



执行务实的基础护理方案让每一位护士都积极参与到为病人实施基础护理的服务中来，扭转家属及病人自聘护工承担患者生活护理的局面，使病人得到舒适、周到的护理服务。责任护士根据患者生活自理的能力采取督促检查、协助指导和完全帮助三种基础护理模式。

对自理能力缺陷的患者，通过给予患者全方位的生活照顾。对于部分自理能力缺陷的患者，护士给予部分协助与指导。对于有自理能力的病人提倡和鼓励、指导、督促和检查，促进患者自我护理，以提高其院外的生存质量。

拓展护理服务新技术护理服务新技术的开展，包括：开展膀胱灌注测压，及时了解尿储留及尿失禁患者的膀胱容量，根据患者个体差异进行夹闭导尿管训练膀胱排尿功能；协助治疗师制定安全喂食处方，并对新上岗助护进行喂食训练，保证吞咽障碍患者恢复期喂食安全开展防范跌倒教育训练，通过对患者活动能力评估。告知患者发生跌倒的危险因素及易发生跌倒的危险动作，指导患者发生跌倒时的安全姿势，提高病人自我防范意识。

完善“三级护理质量监控”“一级自我监控”护理组员对本组患者的护理质量直接负责对高风险患者制定相应的护理措施，每周跟踪评估，不断调整护理方案，避免护理并发症发生。“同级监控”责任组长通过日常自查和每周根据专科护理质量检查评分标准进行各组交叉互相查房，发现工作中的薄弱环节和质量隐患，及时上报护士长，并协助改进护理方案。

“逐级监控”也叫全面监控，是对“一、二级工作质量的检查监督，掌控病区全方位护理质量，对仍存在疑难或危重症患者的问题提供解决方案。通过自查、抽查、普查，形成了严密的“自我控制”、“同级控制”、“逐级控制质量控制网络引。

实施严谨的绩效考核制度护士长根据护士临床工作数量、质量、护理难度、基础护理质量和患者满意度等绩效考核与奖励挂钩，以综合数据评分来评价每一位护士的工作质量。①通过病人/医生/同行/上级评议等评比出每月护理服务标兵，予以物资奖励。②科内设立创优

服务意见征集本，每季发放病人满意度调查，及时了解患者对护理工作的满意度，对患者提出的意见和建议进行不断改进。及时修漏补缺。③开展护理组间满意度评比。通过先进的激励方法来调动护士工作积极性。④通过综合评分评选季度护理服务之星。并在公示榜公示。⑤所有评比数据作为年终评优评先和晋升的依据。

2.成效

随着优质护理服务活动全面启动。标志着我科护理：工作进入新的里程。

护士变被动服务为积极、主动服务，增强了护士工作责任感，并得到自我价值的认同，护士整体素质提高，人人争做患者心目中最满意的护士；在护士人力资源管理中，实施护医学光子学与光子技术士的分层管理，激发护理人力资源潜能。有利于护士队伍稳定和发展。



病人健康教育包括：发病诱因、疾病预防、如何早期康复等内容；满意度调查包括：护士是否协助患者翻身、拍背、摆放良肢位、指导服药、药物知识宣教、帮助完成生活护理等内容。

通过对全年328名住院患者发放调查表，结果显示：实施前健康教育知晓率45.4%，实施后健康知识知晓率上升至99.4%；患者满意度由入院时的92.6%上升至出院前的99.2%。

科室全年无护理差错、病人投诉和护理纠纷的发生；护理质量检查各项质量指标达标；科内受到病人口头表扬信或留言本点名表扬的护士达93人次，到感收谢信3封，锦旗1面。



3. 小结

开展“优护质服务示范工程”活动。切忌走过场搞运动，而应通过认真学习文件，领悟其真正内涵，把握其规范性、系统性及全员参与性的特点，贯彻其以人为本的服务宗旨，逐步改善医院人文环境，增进护患沟通，完善规章制度及流程，改进工作中的不足等举措，最终实现两个目的：一是使患者在新医疗体制下能享受到更优质的护理服务，同时保障医疗安全；二是树立医务人员在公众中的良好形象促进医、护、患更和谐关系的建立。

高级医院管理师岗位能力研修班 (第八期) 招生

为了促进现代医院管理制度建设、推动医院管理职业化，中国医院职业化管理网自2015年以来，成功举办了七期医院管理师高级研修班，学员覆盖全国20多个省（市、区）的近300个大中城市的各级医疗机构中高层管理人员。

该课程由医院精益管理、现代医院运营管理、服务流程再造和职业化管理等模块构成，采用网络平台直播教学，周末上课的方式，同时利用晚上开办线上互动研讨课，进行案例分析和实操研讨，利用网络线上辅导，直接帮助学员解决实际工作中的管理难题。

由台湾著名的精益医院管理专家、清华大学钱庆文教授和国内职业化管理推动者马恩祥副教授等实战专家主讲。

开课时间：待定，培训周期4个月

培训费：9600元/人。经结业考试和论文答辩合格，发放JYPC高级医院管理师岗位能力证书。

报名咨询：

马老师 18802768058（同微信）；

谢老师 13720180269（同微信）。

招生详情：中国医院职业化管理网

(http://www.yyzygl.com/detail_1295.html)

优质护理病区587例出院患者对护理服务文化的评价分析

□ 钟蕾 湖北省黄石市第五医院

【摘要】目的：探讨优质护理病区住院患者对医院护理服务文化的评价，旨在为临床护理工作提供可靠的理论依据。**方法：**针对优质护理病区管理工作中存在的问题，采取完善的评价系统，采用问卷调查法，从病区环境、服务形象、服务模式、护理技能、健康宣教、个性化护理六个方面发放问卷进行调查分析。**结果：**护理服务文化构建深化优质护理服务内涵，满意度和护理人员综合素质均有不同程度提高、促进了护理质量持续改进。

关键词： 优质护理 住院患者 护理服务文化 评价分析

护理服务文化是在临床护理和预防保健任务的实践过程中所逐步形成和发育起来的意志和物态服务文化的总和，特指护理价值观、理想信念、行为准则、道德规范和护理传统等^[1]。优质护理服务是医疗服务中的重要组成部分，是医院以人为本观念的体现^[2]如何将护理文化建设与优质护理服务紧密结合，增强服务意识，提高服务品质，满足不同层次患者的需求，使护理工作达到患者满意、社会满意、政府满意，已经成为现代护理管理者面临的一个新型的课题。笔者选取所在医院优质护理服务病房的587例住院患者对护理服务文化的评价进行分析，现报道如下：

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取2015年2月—2016年2月医院优质护理病房的587例住院患者，要求患者无意识



障碍，能清楚地理解问题并予以回答。患者年龄20—60岁，平均年龄（ 38.5 ± 10.1 ）岁，文化程度：中专198人占33.7%、大专279人占47.5%、本科110人占18.7%；住院天数7—30天，平均（ 16.85 ± 2.1 ）天。

1.2 方法

1.2.1 强化培训，更新理念。

护理服务理念反映了护理人员对护理道德的理性认识，全新服务理念引导护理人员进行思维方式的变革，从而促进服务行为的创新^[3]。积极创建良好的护理服务文化氛围，

通过开展对优质护理服务示范工程相关文件精神的学习，做到人人知晓；将相关内容编印成册，人手一册方便护士学习、培训；组织优质护理病房护士长赴上海、江苏等地参观学习，回院后集中进行座谈总结，每位参观人员上交一份学习心得，达到共同学习，形成共识；在全院分期、分批举办护士大会、演讲等，加强对护理人员服务理念的培训 and 灌输，激发护理人员的内在动力和热情，变被动服务为主动服务，将主动服务上升到感动服务。

1.2.2 创建优质就医环境，营造护理服务文化氛围。

良好的医院环境是提升护理服务文化的基础^[4]。采用“5S”管理方法对护理站、治疗室病房进行科学、规范化管理，一改以前科室物品多、杂、乱的场景，做到工作场所干净、整洁、明亮，工作区域标识清楚、统一规范。病区走廊上公示服务照片，病房门牌上标识科主任、护士长、责任护士、主管医师的信息，病房内配有不同的壁画；根据自身特点制作各类标识，如“预防跌倒”、“防止滑脱”等，护理站、床头柜经常摆放鲜花、小挂件，努力营造一种关心患者、尊重患者，以患者利益和需要为中心的人文环境。

1.2.3 塑造形象，砺炼品质。

护士形象是护理服务具体的综合反映，在护理服务文化中容易被病人所感知^[5]，因此笔者非常重视护理服务文化的内涵建设。通过邀请院外专家进行礼仪讲座、送示范病区护士长外出学习、院内现场演示等全方位、多层面

的培训，并结合实际工作，编印护理礼仪小手册发放给病房护士，规范护士日常工作中的各种仪表和仪态礼仪，如规范患者入院礼仪、出院礼仪、接待领导参观礼仪、电梯礼仪、问路等等。还制定了护理人员日常工作服务用语，如“五有、四声、三主动”。五有：入院有人接、检查有人陪、手续有人办、出院有人送、回家有人访；四声：治疗处置前有称呼、操作失误有道歉声、主动合作有感激声、接听电话有问候声；三主动：主动观察病情、主动关心病人、主动提供服务等。构建护理服务新内涵，提升护理服务形象。



1.2.4 规范制度，再造流程

在护理文化建设中制度文化是核心，完善各项规章制度、工作标准和流程是护理文化建设的重要内容。结合实际，笔者重新修订和完善各项护理制度、护理常规和临床护理服务规范、标准和工作流程，增加了第三方满意度调查，在修订制作过程中充分体现护理人文关怀，体现护理服务的情感性，做到了真正体现

患者的意见和需求。用制度的形式统一了护理人员的服务理念和服务行为，使护理服务做到有章可循。

1.2.5 改变模式，无缝隙护理。

开展优质护理服务后，采取责任制整体护理，每位住院患者都有固定的护理人员完成分管病人的所有治疗及护理工作，真正做到责任到人，为病人实施无缝隙连续的护理^⑥。让患者感受到护理人员对他们的关爱，知道有问题该去找谁，拉进了护患之间的距离，激发了护理人员的主动性。

1.2.6 提倡细节，实施个性化护理。

为保证病人充足的休息睡眠时间，各优质护理单元实行弹性排班，调整晨晚间护理时间；制作个性化温馨提示牌；护理站前移，将分管病人继加液体放在治疗车上，主动巡视减少了铃声，增加了与患者沟通交流的时间；加强生活护理，卧床1周以上的患者在病情允许情况下常规进行床上洗头；所有患者检查均有人陪送；护理部不定期检查护士仪表、各个环节的服务质量，及时发现问题，及时整改成立特色服务小组，开展一系列各种形式的特色服务，如各科室发放健康知识小手册、利用召开工休会机会进行健康知识讲座、观看视频免费提供针线、茶水、书籍，让病人在入院时、操作时、检查时、手术时、出院时充分享受护理服务人文关怀，使患者清晰的感受到护理人员对其疾病康复的热情和真情，提高对护理人员工作的依从性，保持稳定的情绪，积极配合治疗。



1.3 观察指标

本次调查采用自制调查表，对优质护理病区的出院患者进行问卷调查，征询对医院护理工作的评价，现场收回。调查表主要内容包括对病区环境、护士形象、护理模式、护理技能、健康宣教、个性化服务的满意度，共6项指标。每项指标均分为不满意1分，基本满意为2分，非常满意3分。发放调查问卷587份，收回问卷587份，回收率100%。

2. 结果

住院患者对护理服务文化建设的评价情况

见下表

	非常满意	基本满意	不满意
病区环境	368 (63%)	147 (25%)	72 (12%)
服务形象	465 (80.4%)	64 (11.1%)	49 (8.5%)
服务模式	413 (71.4%)	93 (16.1%)	72 (12.5%)
护理技能	437 (75.6%)	73 (12.6%)	68 (11.8%)
健康宣教	394 (68.2%)	103 (17.8%)	81 (14%)
个性化服务	409 (70.8%)	120 (20.8%)	49 (8.4%)

3. 讨论

3.1 护理服务文化提高医院住院病人满意度

在护理服务文化中除保证病房安静、舒适温馨外，还注重了患者的意愿和需求。在护理过程中，处处体现了对患者生命和健康、权利和需要、人格与尊严的关心和关注，融洽了护患关系，提高了患者的满意度。

3.2 护理服务文化促进护理质量持续改进

在创建护理服务文化过程中，我们规范了服务流程，制订了护理风险预案，重新修订了护理质量控制标准，完善了护理文化建设的管理体制，强化和激发护理人员的自律意识，规范了护理行为，保障护理安全，促进了护理质量的持续改进。

3.3 护理服务文化提升护理人员综合素质

护理服务文化内涵主体是职业技能与职业素养，是为患者提供优质护理服务的必需条件。笔者医院属于基层医院，文化底蕴相对薄弱，通过培训、学习、竞赛等护理服务文化的构建，拓宽了全院护理人员的人文、管理、专业技能，调动护理人员学习激情和欲望，重新规划职业生涯，提高了护理人员综合素质，构建造就了高品位的护理人才^[5]。

综上所述，护理服务文化是医院生存和发展的重要组成部分，是深化优质护理示范工程的重要建设思想。优质护理最终的宗旨就是患者满意，而患者满意也是医院管理的重要方向和指导依据。将医院的优质护理服务理念 and 护理服务文化相结合，也是顺应新时代发展的需

要，以“病人为中心”的理念使护理服务由生理服务转向综合服务，从普通化服务转向个性化服务，从基本服务转向特需服务，从粗放式服务转向精细化服务^[3]。同时护理文化建设是一个长期而又艰巨的工程，需要一代又一代的护理管理者继承，实践，创新和积累，才能充分发挥护理文化特有的魅力，促进优质护理工作的扎实开展。

参考文献

- [1]丁学易.医院护理服务文化建设的新视点[J].上海护理, 2006, 6(5): 1-3.
- [2]黄和平,赵海鸣,孙元美等.循证护理在住院患者人性化服务环境中的研究[J].护士进修杂志, 2008, 23(2):125.
- [3]阎霞.市级综合医院护理服务文化的实践和创新[J].当代护士(综合版), 2009, 7: 34-37.
- [4]刘蓉.护理服务文化的建设与思考[J].江苏卫生事业管理, 2011, 22(1): 104-105.
- [5]黄少兰, 胡迎春, 田思淼等.基层医院护理服务文化的构建[J].中国护理管理, 2006, 6(4): 57-58.
- [6]李葆华, 祖鹏婧, 赵艳等.落实“优质护理服务示范工程”护理人力资源管理[J].中国护理管理, 2010, 10(4): 34-36.

以病人为中心实施静脉留置针精细化护理

□ 姜金琳 湖南省邵阳市邵阳学院附属第二医院

【摘要】 静脉留置针的精细化的护理措施使静脉留置针并发症的发生率降低，加强静脉留置针的精细化管理，可以提高基础护理质量，减轻患者的痛苦，通过精细化确保病人安全和工作质量。

精细化管理是一种管理理念和管理技术是通过规则系统化和细化，运用程序化，标准化和数据化的手段，是组织管理各单元精确，高效，协同和持续运行。护理工作中的精细化管理，体现的是精心的态度，精细的过程和精品的成效，实现的是人人都管理，处处有管理，事事见管理，这意味着在原有管理的每一个环节上，做得比原来更加细致更加有效。

静脉留置针又称静脉套管针，它的使用能减少患儿因反复静脉穿刺而造成的痛苦及对打针的恐惧感，减轻家长的焦躁情绪，便于临床用药，急、危重患者的抢救用药，减轻护士的工作量，减少患儿疼痛，因而静脉留置针在临床广泛应用。是临床输液较好的方法，一方面可以减轻婴幼儿因头皮针反复穿刺带来的痛苦和可以适用于长期输液的成人。另一方面也减轻临床护士的工作量。

但受多方面因素影响，静脉留置针不良事件频频发生，影响患者治疗效果 [2]。基于此，为探究静脉治疗过程中静脉留置针

精细化管理，本院以360例静脉治疗患者为对象，分别采取常规管理和精细化管理方式，取得了一定成效，现报告如下。



1 资料与方法

1.1 临床资料

选取2015年9月~2016年3月期间本院收治的360例静脉治疗患者，采用电脑随机分组方式，将其分为观察组与对照组，各180例。对照组男98例，女82例；年龄19~67岁，平均年龄(36.9±8.94)岁。观察组男93例，女87例；年龄23~65岁，平均年龄(35.2±9.06)。所有患者均经过静脉治疗，且两组患者在年龄、性别等方面差异无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。

1.2方法

1.2.1对照组

对照组给予静脉留置针常规护理管理，主要涉及无菌处理、定时通管、健康教育等。

1.2.2观察组

观察组给予静脉留置针精细化管理，具体包括以下几方面的内容。

1.2.2.1优化静脉留置针操作流程

促使静脉留置针操作符合规范化标准，加强对护士静脉穿刺基本功的培训，提高护士专业能力。

1.2.2.2定期带领护士学习静脉留置针的相关知识，做到理论与实践相结合。

首先，选择合适的留置针型号与血管。选择留置针型号时，需以患者实际情况为依据，切勿随意乱选。例如，针对老年患者，可考虑22~24G型号，有助于预防机械性静脉炎和血栓性静脉炎，应选择富有弹性、易固定、无静脉瓣、便于活动、粗、直、血流丰富的血管较适合，需坚持避开关节的基本原则，如手背静脉、前臂等。若患者能够下床活动，尽可能不选择下肢静脉。其次，固定方式正确。贴留置针敷贴时，需将敷贴紧贴于皮肤，留置针延长管“U”型固定时，留置针尖端需略低于肝素帽，将留置针开关卡子放置于延长管的近端。再者，冲封管时冲管一般使用脉冲式，液体推注时，推一下、停一下，并严格控制速度。冲管时，需先将液体抽回，切勿强行推注，避免血凝块到达人体，封管时，采用正压封管方式，对于5ml封管液，先经由肝素帽处的输液针头，

脉冲式推注2~3ml，再边推剩下的液体，边拔除针头，于管内液余下1ml时为拔针的最佳时期，促使整个管腔内充满封管液，控制堵管现象的发生。另外，强刺激性药物，通过专门的静脉通路，避免同一通路混合多种药物。同时，用药前后，需使用生理盐水，将管道冲洗干净。



1.2.2.3加强病房巡视

置管时，强化对患者穿刺点的观察，保证穿刺部位处于清洁干燥的状态下，穿刺部位一旦出现红肿、疼痛等现象，须及时拔管，给予对症处理。

1.2.2.4严格控制留置时间

一般情况下，留置针保留时间为72~96h，然而，少部分患者为节约费用或怕痛等，不愿意拔管。因此，护士应以患者安全为出发点，做好解释工作，引导患者积极配合各项工作的开展。

1.2.2.5强化护理干预

护士主动向患者及家属介绍静脉留置针留置的目的、作用和注意事项等，叮嘱患者切勿随意按揉留置针部位，置管肢体不得过度活动，

置管期间，保证穿刺部位处于干燥清洁状态。

1.2.2.6完善静脉留置针监管系统

组建静脉输液小组，指导留置针使用，不定期检查护士留置针使用情况，置管后，护士明确标示日期、时间、置管人姓名等，为考核提供依据。

1.2.2.7完善并落实交接班制度

一旦发现渗血、渗液或回血等状况，需及时给予处理。

1.3评价指标

详细观察并记录所有患者不良事件发生情况，例如，液体渗漏、静脉炎、导管堵塞等。若患者输液部位伴有药物外渗现象，致使输液处出现肿胀、疼痛等症状，则判定为液体渗漏。对于静脉炎，患者以局部皮肤红肿、发热等炎症反应为主要表现。一般情况下，由于维护不当、药物沉淀、导管异位等因素，导致导管被堵塞，表现为滴液不畅。

1.4统计学方法

将本次研究的相关数据录入EXCEL表格中，计数资料用百分比(%)表示，行 χ^2 检验；计量资料则用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，行t检验，以 $P < 0.05$ 为差异统计学意义。

2 结果

通过观察两组患者不良事件发生情况并进行比较发现，观察组不良事件发生率明显低于对照组，差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

3 讨论

静脉留置针，是临床输液常用方法，具有

操作方便的特点，是任何部位的穿刺均适用，可减轻因反复穿刺带给患者的痛苦，缓解护士工作压力[3]。然而，受多方面因素影响，静脉留置针不良事件频频发生，对患者治疗效果造成了不良影响。其中，导致不良事件发生的原因，主要涉及以下几方面的内容：①静脉穿刺技术掌握不熟练，未选择合适的血管[4]；②采用不正确的方式固定留置针，且冲封管技术掌握不牢固；③护士缺乏责任心[5]。精细化管理，以追求精益求精为管理理念，坚持精、准、细、严的操作原则，不仅在事业单位、企业中得到广泛应用，而且适用于医院管理。在静脉治疗过程中，对静脉留置针的使用，给予精细化管理，在规范留置针使用的基础上通过优化操作流程，全面落实操作中的细节部分，充分发挥考核和不定期检查的



作用，引导护士树立较强的责任意识，达到提高护理质量，保证临床治疗效果的目的。[6]。本次研究中，对照组给予静脉留置针常规管理，观察组给予静脉留置针精细化管理。结果，观察组不良事件发生率为8.9%，明显低于对照组的20%。



效果探析 [J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2011, 32(21):3570—3571.

综上所述, 针对静脉治疗患者, 采用静脉留置针精细化管理, 有助于降低不良事件发生率, 效果显著, 值得广泛推广。

参考文献

[1] 侯雪琴, 环晓锋, 朱红娟. 品管圈在静脉留置针规范使用中的应用效果观 [J]. 齐鲁护理杂志, 2015, (24):109—111.

[2] 江晓琛, 冯玉玲, 朱世华. PDCA循环法在改进小儿静脉留置针固定方法的应用 [J]. 中外医疗, 2014, 33(36):73—74.

[3] 黄佩卿, 郑春烟, 许俊富. 精细化管理在急诊静脉输液中的应用 [J]. 当代护士(中旬刊), 2016, (3):163—166.

[4] 陶艳玲. 新入职护士外周静脉留置针知识技能掌握现状与对策 [J]. 护理学报, 2014, 21(9):23—27.

[5] 张菊明, 于海英, 姚新美. 品质管理活动在降低儿科留置针意外拔管发生率中的应用 [J]. 解放军护理杂志, 2014, 31(3):56—58.

[6] 刘勤. 精细化护理在肿瘤患者化疗中的

《班种职责回顾表》的应用有利于临床精细化管理

□ 冯艳文 广东省东莞市长安医院

【摘要】 目的：探讨临床护理工作在开展优质护理服务中实施班种职责回顾表的方法与效果。

方法：依据不同班种职责的详细内容，提炼重点字词，内容简明扼要，覆盖全面工作要点，制作班种职责回顾表，要求每人下班前根据相应《班种职责回顾表》内容逐项检查本班工作完成情况，比较使用前后各项护理工作落实执行力，护士工作的满意度。**结果：**《班种职责回顾表》成为规范护士行为的指引，能把复杂的护理工作简单化、明了化、精细化，优化护理工作，使护理工作有效执行率、患者满意度和护士满意度明显提高。**结论：**《班种职责回顾表》可为临床护理工作执行力提供了有效指引，可明显提高护理质量与患者满意度，实现高效、优质护理，值得临床推广使用。

【关键词】：班种职责回顾表 临床护理 护理安全 工作效率

护理工作是一项繁琐、复杂不断重复的工作，为了保证护理工作顺利执行和各项工作正常开展，我科按照科室工作与病人特点制定均衡不同的班种职责与流程，分配到相应班种，再根据每个护士个人技术、理论能力承担着不同班种轮值。护士的执行力就是护理人员组织完成各项工作的能力，护士是各项制度、职责、工作计划等的具体实施者^[1]。由于完成护理工作要求目标不断提高，护士需要紧接着更新职责，我们把每一项要求落实的任务列入常态，融入在每一班的班种职责里，不断制定详尽的相应班种职责文本与流程指引，覆盖完成内容广，具体到点要求清晰。要保证很好完成每一项工作，就需要时刻保持着一颗清晰而又严谨的大脑，但在琐碎而繁多的护理工作中，出于种种原



因，尽管努力熟读班种职责文本与流程指引，仍然多多少少会出现“遗忘”、“漏网”工作，为护理工作带来较大安全隐患，怎样才能做到井井有条？在2014年4月份开始，我科积极探讨问题所在，大胆创新解决方法，根据不同的班种设计和应用了《班种职责回顾表》，更简化班种职责与流程，要求每个人每逢下班前对自己的工作项目进行逐项的对

比排查、回顾，找出不足之处，及时改进，做到“人人有责，责任到人，工作班班清”，大大提高了护理工作效率，现将方法报道如下：

1.一般资料：

我科开放床位91张，护士18人，均为女性，年龄19~41岁，平均年龄27岁，中专5人，函授大专8人，函授本科7人，主管护师5人，护师8人，护士5人。护龄1—21年，平均为5年。护士长、总务护士各一名，不常规参与护士排班，分别有A班（A1、A2、B1、B2、）、P班、N班付1班、付2班、主班。

2 表格制定与落实

2.1制表前：（2017年1-2月）

经过多次开展科内会议讨论，集思广益，各抒己见，认为：护理工作执行力未落实到位是因为每天班种有可能不太一致，所履行职责内容不同，大部分人经常会忘记一些小细节工作，而且会在不断犯同一错误，“不是不想做好，事情太多，有时确实遗忘了。”因此，大家需要一个“一天工作前的看看提醒和工作后的再回头看看检查”，大部分人觉得“好记性不如烂笔头”，需要把工作落实在每个人的每一班，因此决定采取日填式的月度表格制作方案。大家再次熟读每班班种职责，经四次修改、讨论，最终提取班种职责文本精华字句，把工作重点、难度、易漏点简单阐述罗列出来。科室对所有护士要有一个明确指引及班种执行考核制度，通过提问与实际的护理工作结合，对每一个护士每一个班种做了考核，对存在问题及时纠正，让每个护士知道：表格填写只是一个回顾，要真正正确的完成工作，必

须有一个对班种职责文本非常熟悉、清晰的思路，只有抓住了工作重点，回顾表才有游刃有余的应用，才能体现它的价值。我科护士普遍年轻，较易接受新事物，讨论结果：尝试后若利大于蔽，努力克服困难，继续执行。若徒劳无功，取消执行。



2.2表格制定：（2017年3月）

表格按照班种不同，设计不同班种内容，楣栏统一用“班种职责回顾表”。接下来，表格制定，分成32列，根据各班种要点分类分不同行，在第一个行的第一个列填写“内容/日期”，第一行其他31列填写相应1—31号码，表示当月日期，接下来在第一列各行按照事情轻重、先后填写班种职责简要内容，内容根据不同班种有不同内容填写。表格内容覆盖：所有记录本填写、查对制度、基础护理、用药护理、管道护理、护理全程护理、五常法、病历管理等，其中分每日必定完成工作及周内完成内容，周内完成有“★”特殊字符标识提示，每天下班前在相应地方打“v”并签名，表示完成当天任务，如图1（备注：表格制定注意说明：项目内容是每个科室根据每个不同班种

图1 _____科_____班班种职责回顾列表

201 年 月

日期	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
项目																																
1 (内容)																																
2 (内容)																																
3 (内容)																																
★6 (内容)																																
签名 注：★为一周内动态记录																																

提炼重点内容，每个班种每月工作填写都填写在一张纸上）表格制定完毕，再次组织大家学习表格内容，学习如何一看到表格中每一项简短内容头脑就能衍生出具体工作内容，教会如何填写。

2.3 执行表格内容：（2017年4月-至今）

在实施过程中，需要不断监督与改进，开始时，确实存在一定难度，毕竟，这是增添的一项书写工作量，存在不少问题，我们大概经历了三个过程：

第一阶段：由护士长、组长、高级责任护士组成检查小组，认真不定时抓表格填写率。开始，我们把当月每个班种职责订在一个本子上，存放于抽屉，发现会忘记写，于是，把每个班种制作成一本册子，挂在护士站比较醒目地方，这样，忘记填写的人少了，但还是有人忘记，我们又在水龙头洗手的地方(每个人下班前都要洗手)贴有填写表格的温馨提示，不断通过会议传达回顾表填写的重要性，渐渐的，

它成为我科室一项不可或缺工作，慢慢的，填写它基本成为一种习惯。

第二阶段：抓填写内容完成率，对于填写过于形式化，对根本没认真完成落实工作的人私底下教育，纠正错误。对“在不同人身上发生3次”的问题，科室不定期召开护理会议，及时讨论相应应对措施，不断跟踪与监管，持续改进。

第三阶段：把填写、落实回顾表里的内容与绩效奖金挂钩。



3 结果

在实施的时间里，我们克服了各种困难，

努力按照表格上的内容去完成工作，表格实施后提醒护理易漏工作执行力落实率明显提高，有效的保证了护理质量。如图2

图2 表格实施后提醒护理易漏工作执行力落实率调查表

项目 易漏问题	各种记录本填写	基础护理	用药管理	管道护理	五常法	护理全程护理	病历管理
	随访本、会议本、空气消毒本、污物本未及时登记	指甲未能及时修剪	当天到药房取回药物不能及时发放	标示忘标示	范围不清晰，物品未及时补充	责任护士未按要求及时查看患者及健康教育	责任护士忘记常规查阅、填写相关内容
实施前落实	80%	50%	80%	70%	60%	60%	65%
实施后落实	98%	95%	98%	98%	95%	90%	90%
结果	提升18%	提升45%	提升18%	提升28%	提升35%	提升30%	提升35%

3.2 回顾表的实施落实，对科室护士进行会议访谈，护士都表示非常愿意继续落实班种回顾表，如图3，原因如下：

3.2.1 真正的能把易漏工作条文提炼出来可以消灭班种职责“死角”，提醒机制非常到位。

3.2.2 对于新毕业或新入科护士有一个很清晰工作指引，“有了它，上班前看看，只要按照上述内容一项一项去完成，下班前再回顾填写，没完成的再去做好，这样，我也不担心哪些工作没做好！它就像我的一位好导师”！

3.2.3 对于一个不经常上的班种，“有了它，若我不太清晰当天班种职责，可以用一点点时间翻阅浏览一下回顾表，我头脑又会记起我要完成工作内容，那我就再也不用顾忌会忘记做什么事情，连以往最易遗忘做的事都写在上面！实在是一颗定心丸！”

4. 体会

精细化管理就是将管理责任具体化、明确

	执行意愿			
	非常满意	一般满意	不同意	十分反感
试执行落实前	5	8	2	1
执行落实后	16	0	0	0

图3 16名护士实施前后意愿执行问卷调查结果（护士长、总务不参与）

化、精细化，对管理过程中出现的问题及时处理的一种管理模式。精细化管理是一种管理理念，体现了组织严谨、认真、精益求精思想的贯彻，是现代社会趋向专业分工发展的必然结果，是一种全新的管理理念。与传统管理模式相比，精细化管理具有无可比拟的优越性。有效的控制过程及结局质量，以保证各班次各时间段、各项护理工作完成的实效性，提高为患者服务的整体质量与效率。一张纸可全面掌握整个工作要点与责任，不断提高护士工作的依从性，有效保证护理质量。班种职责回顾表能



把复杂的班种简单明了化，更加规范护士行为和优化护理工作，护理工作落实到位率明显提升。班种职责回顾表的设定，以提醒护理人员工作健忘点为切入口，以表格填写形式为手段，最终以减轻护士工作压力，提高护理工作效率，以保证病人安全为最终目标。这种方法简便、快捷、有效，值得在临床中实施推广。

参考文献

[1]李晓星, 蔺波. 护士执行力现状调查与分析. 护理学杂志[J]2013.11.28(22)

1. 管理学的精髓：专业的人做专业的事
 2. 大批量合格的医院管理师，是现代医院管理制度落地的坚强后盾，否则，一切全是幻想和空谈。
 3. 希望建立医院管理师岗位能力认证制度！
 4. 医院评审时，可加入“合格的医院管理师占该医院管理人员的比例，各级医院管理师所做的具体工作是否与其职位级别相匹配”。
- 赶紧报名提升您的医院管理水平吧，第八期高级医院管理师班等着您！详情见网址：

<http://www.yyzygl.com/>



护士人际交流的技巧与实践体会

□ 李秀美 德州市第二人民医院

当前，在医疗体制改革新形势下，医疗机构之间的竞争日益激烈且随着医学模式的转变以及人民生命水平的提高，病人对医院护理质量要求不断提高，高品位，高质量的护理直接影响到病人对医院的信任度、亲和力以及医院的社会效益和经济效益，如何在新形势下提高护理质量，掌握和运用护患间人际交流的技巧很重要，现将工作中与患者交流的几点体会总结如下：

1、掌握与患者交流的原则

关心患者，想患者之所想，急患者之所急，站在患者的角度去理解患者的感情，体会患者的感受，分析患者的心理，这是护理人员与患者交流的原则。患者因病会产生恐惧、焦虑、不安的心理，住院又使患者处于陌生的环境与人群中，还有各种不习惯不适应的检查和治疗，都会造成患者情绪不稳，心境复杂多变。在临床护理工作中，护理人员应主动与患者交谈，主动接近患者，关心体贴患者。最常用和最有效的是微笑，真诚的微笑对病人极富感染力，病人焦虑时，我们面带微笑交谈，本身就是一种安慰。

1.1 特别是新病人，他今天来到科室，我对他进行各方面介绍，到明天或者到后天，我一定将抽出时间，再和他做一次简单的交流，了解是否适应病房生活，还有什么需要帮忙解决的等，这样使病人得到满意。积极主动向患者介绍病区的周围环境，生活制度，工作人员及病室的病友，使患者尽快熟悉环境，感受亲切、温暖、减少不安、孤独感、消除被动祈求的心理，安心住院治疗。

1.2 在病情允许的情况下，认真给患者介绍病情、治疗和护理措施，使患者正确对待疾病，通过每一项及时、认真、严谨的治疗护理操作，体现对患者的关心，是患者感受到真诚的关怀，积极主动地配合治疗护理工作。例如用病人喜欢听的称谓，不以床号代称，操作时用商量的口吻，避免用命令式语气，病人吵闹或不配合时，予以耐心安慰开导而不是训斥、顶撞。就会使患者感到医护人员不是亲人胜似亲人。反之，如果医护人员对患者态度冷漠，动作拉沓，就会使患者产生反感及不信任的心理与情绪。

1.3 鼓励交流的自发性。许多病人往往会因为得病而郁郁寡欢，很少与他人交谈。这类病人多数具有内向型性格，不善于主动与他人交谈，也不善于准确地描述自己的病情，因而给医生的诊断和治疗带来一定的困难。对于这类病人，护士要善于启发话题，使病人自发地敞开心扉，畅所欲言，很可能说出有意义的信息。此时护士要注意倾听，少加干扰，耐心诱导病人，使其主动自发的阐述，是取得较好效果的方法。

2、注重选择与患者交流的时间与环境

白天病房人多，环境嘈杂，而且各种诊治护理操作会使患者产生紧张、恐惧甚至痛苦的情绪。晚上，病区环境安静，各种治疗护理操作减少。患者易感孤独、寂寞，喜欢与人接近、交流，此时护理人员与患者接触、交谈、进行心灵沟通。就会收到极好的效果，能使患者感到护理人员的亲切可信。



3、注重提高自身修养

良好的护患交流的基础，源于护士自身的良好素质和修养。护理人员高尚的道德品质、娴熟的专业技术及纯洁、自然、美好的形象，是吸引患者的一种力量。是护患良好人际交往的基础。

3.1 注重职业道德修养，护理工作关系着患者的安危，护理人员的职业道德是护理人员的灵魂，是做好护理工作的精神动力和思想保证。因此，护理人员必须具备高度的职业道德。护理人员的道德修养主要包括道德、品行、人格、作风等。它反映在护理工作的一切言行之中。一个护理人员如果品德高尚、真诚、善良、工作热情、认真、平易近人、关心患者、严于律己，就会使患者感到亲切，受到患者的敬佩。如在病人发怒时，护士应首先证实病人是否生气或愤怒，可问他“看来你很不高兴是吗？”然后说“我能理解你的心情以表示接受他的愤怒，其次是帮助病人分析发怒的原因，并规劝他做些可能的体力活动，最主要的是不能以愤怒对待愤怒，有效的处理病人的意见，要求和重视他的需要是较好的办法。如果护士在护理工作中只医身不医心。不注重患者的心理护理很难取得良好的治疗效果，甚至还有可能发生意外，因此在护理工作中，护士除一般护理常规以外，还应对学生心理护理，安慰劝导患者，使其正视现实，正视生活。在日常生活中，关心患者，做到经常巡视病人。积极提供各种方便，帮助患者解决困难，让患者感到人间温暖和生活的良好，使患

者身心受到感染，鼓足战胜病魔的勇气，重新扬起生活的风帆。

3.2 注重知识与能力修养及科学的工作态度：护理学是一门科学。护理工作具有很强的科学性与技术性。一个护理人员尽管有为患者服务的思想，有做好护理工作的美好愿望，但如果缺乏知识与工作的能力，不具备科学的工作态度，是很难胜任工作的。例如在病人哭泣时，应让他发泄不要阻止他，哭有时是一种健康有用的反应，最好能与他在僻静处待一会，可以轻轻的安抚她，哭泣停止后，用倾听的技巧鼓励病人说出流泪的原因。护理工作领域广泛，内容具体，对象直接，责任重大，作为一名合格的护士，不仅要努力学习牢固掌握专业知识，而且能灵活运用自己的知识去分析和处理工作中遇到的问题，以自己的知识和能力去赢得患者的信赖，取得好的治疗及护理效果。

3.3 注重护士自身形象，人们把护士誉为“白衣天使”，是因护理职业的崇高伟大和护士形象的纯洁、亲切。护士那洁白、整齐、得体衣着，那亲切的话语和自然的微笑，都会给患者带来温暖，给患者一种温馨、舒适和信赖之感。有助于护患间的心理沟通与交流，有助于患者增强战胜疾病的信心。在沟通实践中，树立以人为本的服务理念，不仅治病救人，还要满足病人的心理需求，服务中做到微笑真一点，语言美一点，责任强一点，说话轻一点，动作快一点，脾气小一点，胸襟宽一点，理由少一点，做事多一点，效率高一点。



医管讲坛第2期举办通知
关于举办钱庆文教授和袁钟教授医院人文与医院管理课程的通知

2018年8月已开课！
可继续加入学习哦！

以医院团体为单位报名参加，让碎片化的时间，能够有系统化的学习，提升中层管理素质，打造精英管理团队！

详情见网址：http://www.yyzygl.com/detail_1223.html

护理不良事件的防范

□ 董永梅 北京市西城区平安医院

【摘要】目的：减少护理不良事件的发生。**方法：**增强管理意识，建立防范体系，完善质量体系。**结果：**不良事件发生率降低。**结论：**优良的制度、完善的管理体系，可以有效降低护理不良事件发生。

关键字：护理、不良事件、防范、管理意识、安全目标

1 引言

1.1 护理不良事件的定义

护理不良事件是指在护理工作中，不在计划中、未预计到、或通常不希望发生的事件，常称为护理差错或护理事故。

1.2 不良事件出现的原因

护理不良事件的发生在临床护理工作中是难以避免的，90%的差错都是系统的原因和管理的原因，而非人的原因，靠护士的小心防范是远远不够的。重大伤害仅为冰山一角，大部分是潜在的轻中度伤害以及安全隐患，如何找到冰山下隐藏的事件。



1.3 常见护理不良事件的分类

管路滑脱、压疮、跌倒、输液相关事件、给药错误、坠床、分娩意外、识别错误、患者自杀、烫伤、其他。

1.4 如何降低不良事件的发生

从管理的角度探讨护理不良事件的发生，利用安全文化达成组织共识，建立以病人安全为首要原则的质量防范体系，推动制度流程的建立，建立有效的医疗评估体系，制定有效的风险防范措施，减少护理不良事件的发生，从而降低不安全事件的影响，以达到患者安全的目标。

1.5 患者安全的国际趋势

不良事件是全球性公共安全问题，是医患双方的共同的责任。触目惊心的美国150万人/年用药错误，其他还有手术错误、不良注射医院感染等的发生。英国住院患者中不良事件发生率约10%，一年约发生不良事件850000件，英国由此而发生的费用一年达20亿英镑。澳大利亚卫生保健质量研究报告，

住院患者不良事件发生率约16.6%。新西兰和加拿大的研究提示，不良事件发生率也高达10%。总之，美国、英国、澳洲、新西兰及日本等国家，病人安全的问题，已成为近年来国家最重视的议题。

1.6患者安全国内现状

我国每年因药物不良反应而住院治疗者在500万人次，约19.2万人因此死亡构成严重反应者占13%。

1.7社会影响

对患者：病情恶化，器官功能障碍甚至危及生命。对当事人：经济罚款；影响晋级、晋升；法律诉讼影响职业生涯。对医院：社会效益、经济效益、医院的生存。

2 正文

2.1护理不良事件发生的原因

2.1.1系统因素

与流程、系统因素有关。缺乏标准操作流程；缺乏复核流程；缺乏评估流程；工作量过大；人力配置不足；环境因素；转运流程问题培训不足。

2.1.2个人因素

与工作人员个人因素有关。对患者评估不完整；个人水平有限；个人疏忽；书写潦草；未按照标准流程操作；技术不熟练；未做复核环境设备不熟悉；超权限操作；未做个人防护

2.1.3病人因素

与患者生理及行为因素有关。个人体质因素；未遵从医嘱；患者欠费；未提供或错误提供既往史；患者或家属拒绝；家庭支持系统

差；受病情影响。

2.2护理不良事件的预防

关注系统而不是个人！

2.2.1 80/20原则

80/20原则^[1]：1、大于80%工作流程问题与出错的系统有关。2、小于20%流程问题为员工可控或与个人行为有关。我们不能改变人的天性，我们能够改变人们的工作流程。

2.2.2 海恩法则

任何不安全事故都是可以预防的。

海恩法则^[2]强调两点：1、事故的发生是量的积累的结果。2、再好的技术，再完美的规章，再实际的操作层面，也无法取代人自身的素质和责任心。

2.2.3 增加对护理不良事件的管理意识

提倡安全第一的管理意识，把安全的管理放在首位。为护士提供安全第一的理念，提供安全的工作环境，提供相应的保护措施。为患者提供安全的护理服务。



高度重视护理不良事件发生的可能性，增强护士的法律观念、责任意识，形成全员共识，发挥全员在安全风险控制中的作用，积极查找漏洞，排查安全隐患，防患在于未然。

明确职责，贯彻落实科室质控对薄弱环节进行改进；发现系统存在的问题，改进系统、改进管理的方法和体系，使质量上一个更高的台阶。

建立医院非惩罚性不良事件上报制度，科室成立不良事件讨论小组，定期进行相关内容的学习。对一些较小程度的不良事件发生时也应该引起高度重视，认真执行查对制度以及各项护理规程。

2.2.4 针对护理不良事件进行原因分析

护理不良事件是无处不在的，为了有效的阻止护理不良事件的发生，要针对已经发生的不良事件进行根本原因分析，列出与事件相关的组织及系统分类，认真分析差错的原因，从人力资源、信息管理系统、环境设备系统、组织领导及沟通系统等各个系统中筛选出事件发生的最基本原因，从教训中吸取经验，加强工作防范，建立预警机制，制定有针对性、具体可操作的改进措施，杜绝此类事件的再次发生。发生可能存在的隐患时，应该采取积极的措施，避免差错的发生。同时为了减少差错的发生，护士长应该经常检查护理工作，发现问题及时处理。

2.2.5 导致护理不良事件发生的可能原因

核心制度执行不严，尤其是查对制度和交

术操作规程；护士不严于职守，责任心不强，年轻护士缺乏护理经验对病情变化不能及时判断和反应；护理人员未严格执行护理核心制度、未严格执行查对制度；护理人员巡视病房不及时，发现问题未及时处理；护士消极倦怠心理极易引起护理不良事件发生：由于护理工作平凡琐碎，技术与服务要求高，精神高度紧张，思想压力大，易引起护士的消极倦怠心理，表现出思想不集中，工作缺乏热情，对待病人冷漠，与医生和病人缺乏交流而造成不良事件发生。



2.2.6 减少护理不良事件的发生

使用限制性功能；提供标准化工作程序；避免对记忆的依赖；加强信息系统建设。

严格执行护理查对制度；严格执行分级护理制度，密切观察病情变化，昏迷病人按需要加防护栏，躁动病人应用安全约束带防止坠床，精神异常和有自杀倾向的病人应密切观察动态，防止因护理人员疏忽大意导致意外。

加强各种药品管理，注射药与口服药，内用药与外用药分开放置，药品瓶签与内装药品

相符，药品定时检查，使用时做好时间标记，远期先用，及时调整确保无过期，毒麻药专柜上锁，专用账册，严格交接班，做到帐物相符。定期检查各种急救药品、物品，急救设备，严格交接班，做到帐物相符。

定期检查各种急救药品、物品，急救设备，严格交接，保证功能良好齐全，使抢救顺利进行。

各项护理措施到位，健康教育到达预期，防止烫伤、冻伤和压疮的发生，降低护理风险，严格执行消毒隔离制度，防止因护理操作造成医源性感染。

定期检查科室用电、用氧安全，做好防火工作，氧气应有（烟火勿近）字样，保证患者安全。

严格执行护理不良事件上报制度，护士在工作中出现不良事件，应立即通知医生和护士长，并逐级上报，讨论后制定整改措施，防止类似事件的再次发生。

提高护士综合素质，包括医德、专业、技术、身体和心理等各方面素质，是做好护理工作的保证。

学习相关护理法规，了解护理工作中潜在的法律问题，了解病人和自己的权利，有据可依，有法可循。

护理人员积极调整心态，合理安排作息时间，减轻紧张和焦虑，提高承受压力的能力，以积极的心态做好护理工作。

3 如何做到持续化改进

3.1 全过程中的事先控制

预防为主,主动发现问题。建立规章制度与流程，用制度预防或减少错误的发生，更好地保护病人的同时，也有效地保护医护人员，防范低级错误的发生。建立工作标准、诊疗规范，如临床路径等。建立质量管理的预警系统。

3.2 开发人力资源，完善质量体系

完善沟通机制，正确执行医嘱。提高风险意识，加强细节、环节管理。树立法律意识，强化法制观念。规范护理文书，提供有用信息。加强新技术、有创技术的准入管理。重视培训，先培训，后考核，合格上岗；筛检“重点”工作人员。设立经验分享日，从经验教训中学习。



3.3 加强重点环节管理

预防安全隐患；预防病人外走、暴力、自伤、自杀、跌倒、噎食等；药物不良反应管理；护理缺陷管理；重危病人安全管理；老年合并躯体疾病的管理。

4 科室的安全管理

4.1 责任到人

责任到人的排班；责任到人的整体护理；人员的准入；质量的标准和服务的标准；责任到人的急救物品管理。

4.2 质量培训

质量的监管和护理质量保证；安全月讨论；提高安全意识，提高防范的能力。质量标准，规范培训。

4.3 不良事件的分析报告和改进

成立质控小组，进行质量监督，保证护理质量的持续改进。

5 患者安全目标

正确识别患者身份；强化手术安全核查确保用药安全；减少医院相关性感染；落实临床“危急值”管理制度；加强医务人员有效沟通；防范与减少意外伤害；鼓励患者参与患者安全；主动报告患者安全事件；加强医学装备及信息系统安全管理。

注释：

(1) 安全目标：改进患者识别的准确性；改进服务提供者沟通的有效性；改进使用高度警惕药品的安全。

(2) 事先控制：又称前馈控制、预先控制或事前控制。是控制理论的一部分它面向未来，在某项工作开始之前，根据评估提前做出干预，其目的是防患于未然，被普遍应用于质量与安全的管理中。

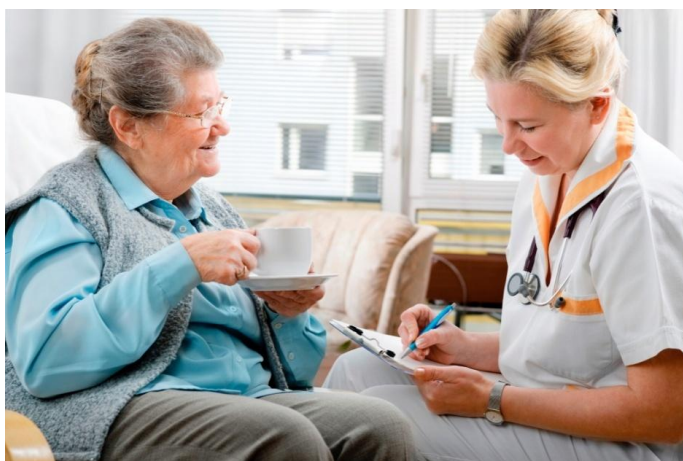
参考文献：

[1]海恩法则的警示意义

[2]80/20法则（二八定律）

[3]患者安全目标解读（中国医院协会2017版）

[4]医疗质量安全管理办法



三级综合医院急诊护士核心服务能力现状研究

□ 李宏 吉林大学中日联谊医院 郭彩霞

【摘要】 急诊护士的核心服务能力的研究受到各国护理界的广泛关注，为了解我国三级综合医院急诊护士核心服务能力的现状及影响因素，本文运用文献资料法，查阅有关我国各地三级综合医院急诊护士核心服务能力的相关文献，对其研究成果进行综述，为我国急诊护士的培养策略提供参考，促进我国护士整体核心能力的提高。

关键词： 急诊护士；核心服务能力；专业培训

Current status of research on the core competencies of emergency nurses in tertiary general hospitals./Li Hong, Guo Caixia//

[Abstract] Study of emergency nurses core service capability is has attracted wide attention in the current field of nursing. In order to understand the status of tertiary general hospitals of core service emergency nurse ability, this article utilizes the literature material law, logical analytic method, review the related literatures about tertiary general hospitals all over the country on the core service of emergency nurses ability, summarize the research results, in order to provide reference for the training of our emergency nurse, promote the core ability of Chinese nurses to improve.

[Key words] emergency nurses; core service capability; specialty nurses

急诊室作为临床重点专科科室，集中了现代化的急救设备，其服务对象多具有病情危、急、重的特点，患者和家属心理也处于较高应激水平，急诊护士的核心能力直接关系到护理质量和安全，这就要求急诊护理人员必须具有较好的专业核心能力^[1]。关于对专科护士核心能力的研究，我国正处于发展阶段。20世纪90年代，美国、加拿大、英国等就西方国家就对进行研究，并提出了专科

护士的核心服务能力概念，学者Prahalad和Hamel将护士核心能力描述为评估干预能力、评判性思维能力、沟通能力、人际交往能力、管理能力、领导能力、教育能力和知识综合能力等8个维度的积累性学识^[2]。2003年12月，我国卫计委才正式提出了护士核心能力的概念。2010年我国樊落和席淑华^[3]对护士核心能力的内涵进行了研究，将其归纳为“取得急诊专科资质的护士为提供高质量的

护理服务所必须拥有的特定知识、技巧、判断力和个人特质”。为了探索提高急诊护士核心能力的途径，促进急诊护士整体综合素质的提高，本文对影响我国急诊护士核心能力的相关因素，及我国三级综合医院急诊护士核心服务能力现状进行综述。

1 急诊护士核心服务能力影响因素

我国护士核心能力尚可，但是不同科室的护士核心能力有差异^[4]。目前，我国现有的关于急诊护士专业核心能力相关因素研究表明，工作年限、工作满意度、婚姻状况、自评健康状况是急诊护士核心服务能力的主要影响因素其中工作年限和学历常见影响因素^[5]。

1.1 工作年限因素

国内学者黎雪梅和李继平^[6]分析发现，急诊护士的职称越高，其核心能力与工作匹配认知度越高，说明高职称的护士更能认同自己的工作岗位，能最大程度地发挥自己的潜能去工作，个人能力也得以发挥。这研究结果与Benner^[7]的经验学习理论和“从新手到专家”的理论一致。国内学者刘玉群^[8]对这一结论进行再次验证，对广州市三级综合医院的调查研究显示，护龄越长，护理能力水平越高。护士从事临床的时间越长，职称就会越高，能熟练实施各种抢救技术，能应对各种突发临床事件的变化和挑战。但这并不意味着，工作能力会随着做年限的增长而无极限提高。吴菲^[9]等人通过对辽宁省三级甲等医院护士核心能力调查分析就揭示了，护士核心能力与年龄、护龄、学历、职称确实呈显著正相关，护士的业务水

平工作经验和应变能力随护龄增加逐步提高，但对于工作10年以后护士能力发展并不明显。

1.2 学历因素

国外学者Clinton^[10]等人指出，目前高等院校对于护理人员的教学方式正在逐步创新，其教育重点已从基础教育升级到对护理人员的综合发展能力，使护理人员在岗位工作时更具创新性和挑战性。Selvley^[11]指出，受过高等教育如大学或以上毕业的护士人员拥有为患者提供更好的整体护理，和患者沟通起来更加畅顺，科研和教学发展能力也相对较强。



1.3 心理因素

由于急诊科工作的特殊性，急诊患者具有病情急、奇、多等特点，一旦护士在抢救的过程中出现错误，将会对患者造成极大的威胁，甚者需要负上法律责任。而在急诊科中，护士都以女性为主，生理因素容易造成情绪波动。国内学者李慧在研究影响患者心理健康的原因时提出，目前各医院普遍数量配备不足，导致工作强度大，身心得不到有效放松。这些因素

促使急诊护士心理压力加大，容易产生烦躁、焦虑等不良情绪，面对压力不容易排解，影响了工作能力的发挥。

2 三级综合医院急诊护士核心服务能力现状

鉴于急诊护士工作的重要性 and 特殊性，国家在《中国护理事业发展规划纲要》提出的要求中将其列为首批专科护士培训领域^[12]。我国李秀华等^[13]2005年对专科护士发展需求与现状的研究显示：在今后5年需要优先发展的专科领域中，急诊科排名第一。在我国现有的文献中，大部分省份均根据急诊护士核心服务能力标准框架模型^[14]对急诊护士进行调查，从而分析出急诊护士核心服务能力的现状。

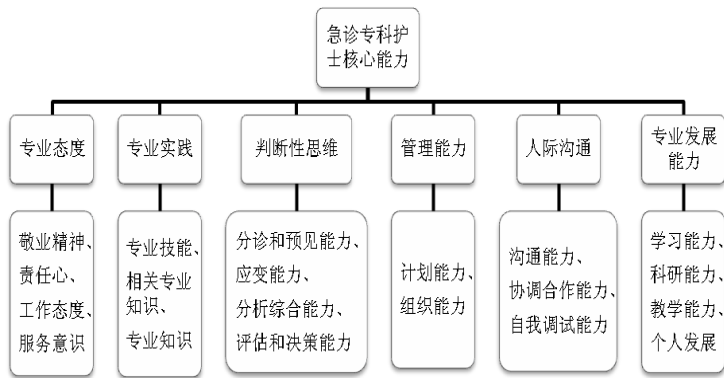


图1 现有文献中采用的急诊护士核心能力标准框架模型

宋瑰琦^[15]等人利用便利抽样法，对安徽、北京、兰州等三级甲等医院急诊科护士进行问卷调查。根据得分显示，急诊护士“掌握和运用专科技术”方面能力最高，有较强的抢救技能和水平，在护理科研、急诊科建设以及管理

方面掌握较差，其中熟悉医学统计学方法、判断性思维、急诊建设与管理等都掌握得一般，在科研及管理方面的能力尤其缺乏。

樊落、齐海燕、席淑华^[16]对甘肃省三级综合医院专业实践能力调查结果表明，三级综合医院高新理论和技能方面掌握还不够，无论是理论知识和技能，还是急诊、急救方面的知识掌握得仍不够。在核心业务能力软技能方面，反映能力、沟通协调能力、评价能力的变异系数与其他能力相比仍需加强，在日常的培训时要注意加强，并进行持续的培训。

国内学者乔晓斐、宋瑰琦，秦玉霞^[17]对安徽省急诊护士人员的工作状况进行了调查研究表明，目前专科护士在教学方面发挥的作用还是很大，但在急救技能、科研、批判性思维上优势并不明显。在软技能方面，自我协调能力随着护龄的增长得到提高，但是和患者主动沟通方面，急诊护士的整体得分并不理想。

丛丽^[18]在对湖北省三级医院护士核心服务能力现状调查分析中认为，湖北省三级医院护士核心能力现状处于较高水平，但批判性思维能力和科研能力有待进一步加强。研究显示，三级综合医院护士核心服务能力代表着整个护理科研事业的发展水平，假若科研能力和批判性思维能力落后，将导致护理科研成果得不到及时推广和应用。

席淑华、樊落^[19]为了分析接受急诊护士适任培训回归临床后的实际工作能力情况，结果表明，经过培训后，急诊护士查阅文献和科研能力明显提高，且其专业实践能力理论考试平

均分得到明显的提高。软技能掌握中,科研能力的认同率仍然较低,教学能力、评估预见能力、计划能力的认同率显著提高。

通过我国各大省关于三级综合医院急诊护士核心能力现状的研究成果,可以反映出我国急诊护士能力现状:三级综合性医院急诊护士核心服务能力处于中上水平,能够胜任目前的护理工作,特别在操作技能上,无论是经济发达地区还是欠发达地区,操作技能都能取得相对较高的分数,但仍需加强评判性思维,以及科研、专业发展、教学、咨询能力的培养。

3 对提高我国护士核心能力的讨论

3.1 完善培训模式

培养和发展急救护理人员的核心能力,将会优化急诊护士的能力结构,提高急诊护理人员的综合素质,促进急救护理事业的发展^[20]。2014年,杨丽萍、王芝^[21]对我国急诊护士培训现状进行研究,认为目前安徽、江苏、上海、北京、广东等许多地区开展了专科护士培训,各项工作日趋完善。广东省自2008年开始了护士核心能力培训,其“3+2”核心能力训练五模块值得参考,即根据专科基础知识和技能、专科专业知识和技能、临床思维能力、教育与培训能力、管理与应急能力,制订相应的知识和技能训练课程^[22]。规范的专业培训计划有助于护士又快又安全地获得专业培训,目前业界把质量管理方法运用到了医疗、护理的培训领域,取得了较好的效果,如运用情感模拟法、以问题为基础学习法、品管圈学习法、医护团

队学习法、应用操作技能培训等方式,达到全面提升专科护士核心服务能力的作用。

3.2 强化急诊护士的心理适应能力

工作性质、社会地位、患者及家属的认同度、心理健康、编制等因素,是门诊护士压力源,是影响护士核心能力的诱因^[23]。急诊科室是病情重、突发事件多、时间紧的科室,必须要求急诊护士对各种急诊病人能够做到快速评估,果断决策,在最短时间内完成各种抢救治疗工作,因此需要健康的身心面对工作。急诊科护士心理状况与工作责任重、高风险、超负荷的工作状态以及经常接受各种危重疾病和死亡的刺激,降低了对工作的认同度和归属感^[24],应该采取有针对性的措施全面加强对急诊护士在高强度环境工作下的培训工作,维护急诊护士的心理将康,提高各种危重症的抢救护理的技术和自信心,确保在实际抢救工作的紧张环境中技术能力的发挥,从而保障和提高急诊护士的护理质量。





3.3 建立和健全急诊护士的激励制度

建立和健全急诊护士的激励制度，加强护士的工作主观能动性，传递正能量，促进科室护士形成良好的向上氛围。医院或科室要利用各种激励措施，鼓励和支持急诊护士发展职业规划，帮助护士实现自己的职业理想，提高自己的事业心和责任感；同时要善于发现先进思想和事迹，进行宣传 and 表彰，以激发护士的工作热情，培养护士之间的竞争意识，使护士更能从根本上努力学习新知识和新技能，强化培训的效果，从根本上提高护士的素质。

参考文献

- [1]宋瑰琦,柴洁,张彩云,等.三级甲等医院急诊护士专业核心能力现状及相关因素调查[J].护理学杂志,2010,25(17):35-37.
- [2]Pralhad CK, Hamel G. The core competence of the corporation. Harvard Business Review, 1990(5-6):79-91.
- [3]樊落,席淑华.护士核心能力的内涵及特征界定[J].解放军护理杂志,2010.27(10B):1550-1551.
- [4]宋春燕,王菊香.护理人员核心能力的定量

研究及人口学变量的影响分析[J].中华护理杂志,2009,44(1):11-14.

[5]成守珍,彭刚艺,刘华平,等.16家三甲综合医院ICU护士专业核心能力及其影响因素的研究[J].中国护理管理,2008,8(8):38-40.

[6]黎雪梅,李继平.临床护士能力与工作匹配认知的调查[J].护理研究,2008,22(10):869-871.

[7]Benner P. From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice[J].Am J Nurs,1984,84(12):145-152.

[8]刘玉群.急诊科护士护理能力及影响因素调查分析[J].齐鲁护理杂志,2012,18(15).

[9]吴菲,叶茂,代颖,等.不同工作年限护士核心能力现状调查与分析[J].中国实用护理杂志,2010,26(3):15-17.

快速康复外科理念在食管癌手术患者围手术期护理中的应用

□ 段长虹 赵佳 郭领 河南省新乡医学院第一附属医院

【摘要】目的：探讨快速康复外科理念（fast track surgery, FTS）在食管癌手术患者围手术期护理中的应用。**方法：**选取新乡医学院第一附属医院胸外科 2016年1月--2017年3月接受食管癌择期手术治疗的患者123例采用快速康复外科理念护理，能够显著缩短住院时间、降低术后并发症的发生率及医疗费用，加快病人从手术创伤中的康复，增加病人的满意度，减轻病人的负担，降低了医疗纠纷的发生。**结论：**在食管癌手术患者围手术期应用快速康复外科理念能够有效减轻患者痛苦、减少并发症的发生，有利于患者康复，缩短患者住院时间。

关键词：食管癌；围手术期护理；快速康复外科

快速康复外科（fast track surgery, FTS）由丹麦学者 Wilmore和 Kehlet 2001年提出^[1]是指综合使用一系列经循证医学证实的手术期优化措施，减少手术应激及并发症、促进患者术后康复、缩短患者住院时间^[2]。围手术期护理在快速康复外科理念中是不可缺少、至关重要的一环，护理的好坏直接关系到患者能否快速康复，但快速康复外科理论的实现并非某一种方法的结果，只有多种优化方式的组合才能产生良好的效果。护理工作由传统护理→循证护理→精准护理。我院将快速康复外科理念引入食管癌手术患者围手术期护理中，取得了满意的效果。

1.临床资料法

选取我院 2016年1月--2017年3月接受食

管择期手术治疗的123例患者，患者及家属均签署知情同意书。男67例，女56例；所有患者年龄<75岁，年龄38~75岁，平均年龄(50.9±1.8)岁。均为择期开胸手术，无消化道梗阻、严重脏器功能障碍，术前未接受化疗、放疗。

2.护理方法

2.1传统护理方法：术前12h禁食、6h禁饮；手术当日晨放置胃管，麻醉成功后留置尿管，根据情况放置胸腔引流管；术后第3天拔除引流管，术后肛门排气后拔除胃管；饮食由流质饮食向普通饮食逐渐过渡；术后1d床上活动；术后3d下床活动；术后常规静脉补液。

2.2快速康复方法



2.2.1术前护理：手术前患者会产生焦虑和恐惧，增加手术刺激产生的应激反应和术后并发症的发率。其中80.7%手术患者产生焦虑，68%手术患者产生抑郁^[3]。护士应针对患者不同的心理状态给予相应的疏导。①患者被告知需要手术治疗时会有心理负担，如担心手术是否成功、术后有无后遗症等。注意耐心倾听患者的想法和要求，进行充分的术前宣教。积极与患者及其家属交流，了解患者的心理特点及其关注的问题，针对性制定心理疏导方案，通过健康宣教帮助患者正确认识疾病及手术的必要性，讲解成功病例，让术后患者向预术患者讲解自己手术的感受，增强患者接受手术治疗的信心，缓解患者负性情绪，降低手术应激反应。向患者及其家属详细介绍快速康复外科护理的目的和意义，以得到患者配合。②术前肺功能锻炼，让患者吹气球、爬楼梯锻炼肺功能。③对体质差的营养不良的患者给予肠内营养或肠外营养。④术前6小时进固体食物，术前2小时饮200-400ml碳水化合物饮料，缓解术前口渴感、饥饿感和焦虑情绪，降低术后胰岛素抵抗。⑤术前30min预防性使用抗生素，术后无需长时间使用抗生素。⑥无需常规给予麻醉前用药，针对高度紧张患者，手术前晚给予安定，利于休息。⑦不主张常规行术前肠道准备。

2.2.2术中护理 ①保温：由于手术室温度较低、麻醉药物的使用、体表暴露等因素可导致机体散热过多，术中低温液体及血浆的输注可导致患者体温降低，术后复温过程影响机体凝



血及白细胞功能。术中及术后早期的保温，具有减少术中出血、术后感染、心脏并发症，以及降低分解代谢的作用。低体温在复温过程中产生应激，有损害凝血机制以及白细胞功能、增加心血管负担等不良作用。因此，保持手术室温度24~26℃、湿度50%~60%、体腔冲洗液37℃左右，并使用保温毯或特殊加热器覆盖患者体表。②控制输液量。提倡控制性输液，不过多地补充含钠液体，从而缩短病人术后肠麻痹的时间，有利于病人术后的快速康复。麻醉时因药物引起的血管扩张导致的低血压，首先使用缩血管药物进行升压治疗，而不是大量地进行补液治疗。

2.2.3 术后护理：①疼痛护理。护士应根据患者面部表情及语言描述评估患者疼痛度。运用暗示、分散注意力、音乐或药物等方法减轻疼痛。良好的镇痛可以改善患者的焦虑心情，保证患者早期活动和进食。采用持续硬膜外止痛、自控止痛及服用非阿片类止痛药物减轻术后疼痛，从而减轻患者术后应激反应，提高患

者舒适度,促进患者康复,避免术后发生并发症。②早期活动。指导患者术后6h更换体位,术后1d下床活动,先在床缘站立,适应后进行慢走,循序渐进。早期下床活动能够促进胃肠功能恢复,减少下肢深静脉血栓和肺部并发症发生,缩短住院时间^[4]。③早期进食。术后患者清醒后给予温开水湿润口腔,咀嚼口香糖的“假饲”治疗,可促进肠蠕动恢复,缩短术后肠麻痹时间。根据患者对饮食的耐受性在术1d内给予流质饮食。早期进食不但能刺激胃肠蠕动,促进胃肠道功能恢复,而且可以促进切口愈合。必要时进行早期进行肠内营养,可以降低高分解代谢。通过有效地处理术后恶心呕吐及肠麻痹,可以更容易地进行早期肠内营养支持。④管道护理,首先要了解放置引流管的目的及意义。术后的胃管和尿管在术后24h拔除。减少患者术后心理障碍及影响躯体活动注意保证各种引流管引流通畅。⑤控制液体的输入。传统的手术日及术后的液体输入可能导致围手术期体重增加3~6kg。减少液体输入量将有利于减少术后并发症并且缩短术后住院时间。使用硬膜外麻醉时可能引起血管扩张,导致血管内容量相对缺乏及低血压,合理的处理方法是使用血管收缩药而不是大量输液。

2.2.4 出院计划及标准

一般出院标准:患者口服止痛药控制疼痛良好;患者能进食固体饮食,无需静脉补液患者可自由活动;患者愿意并希望回家。快速康复计划的一个重要结果是缩短住院时间,因此出院计划及标准应在术前及住院时,就告知

病人。仔细与详细地制订出院计划是减少再住院率,增加病人安全及满意度的一个重要措施。由于病人术后有不同程度的不适,在出院后许多治疗仍应继续进行并能得到支持服务,定期的随访计划是必要的。



3. 讨论

快速康复外科是围手术期采用循证医学证据的优化措施,通过进行术前、术中、术后的积极干预,降低患者术后并发症的发生率和死亡率,达到促进患者康复的目的,核心是采取相应手段降低患者机体应激反应^[5]。快速康复外科不仅提倡微创手术模式,而且注重围手术期处理对术后康复的影响。近几年,快速康复外科理念的应用,改善了患者的免疫功能、营养状态、器官功能等。快速康复外科理念不要求术前禁食、禁饮,仅需在麻醉前2h进食流质,护理人员应积极与患者做好术前沟通,详细评估患者术前病情,减少手术的应激反应。患者术后卧床时间过长会导致肌肉强度降低,使肺功能和组织氧化能力降低,易导致血液郁

滞和血栓形成。快速康复外科理念提倡早期活动，护理人员可根据患者的个体化制定方案，有计划地指导患者进行康复活动。有效地镇痛是早期下床活动的保证。早期进食能够促进胃肠蠕动，缓解术后胃肠道不适。应用快速康复外科理念护理的患者术后肛门排气时间明显短于传统护理方法，缩短了患者的住院时间。



参考文献

- [1] Wilmore DW, Kehlet H. Management of patients in fast-track surgery. *BM J*, 2001, 322(7284): 473-476.
- [2] 张英华, 张献义, 刘志华等. 加速康复外科理念在胃癌根治术患者围手术期护理中的应用, *河北医药*, 2014, 36(15): 2370-2371.
- [3] 周庆云, 李翔. 心理干预对局麻手术患者围手术期的影响. *现代中西医结合杂志*, 2013, 22(12): 1346-1347.
- [4] 刘林, 许勤, 陈丽. 腹部外科手术后患者早期下床活动的研究进展. *中华护理杂志*, 2013, 48(4): 368-371.
- [5] 王强. 快速康复外科在食管癌围术期的应用, *中国老年学杂志*, 2013, 33(14): 3423-3425.

社区护理干预对2型糖尿病患者生活质量的影 响

□ 张绍英 湖北省松滋市新江口社区卫生服务中心

【摘要】目的：探究对2型糖尿病患者予以社区护理举措，并为该护理期间提供科学的数据依据。

方法：择取我院于2014年2月到2014年9月收治的患者110例，将其以随机抽样的方法进行分组研究，即分为实验组与对照组，各55例。对照组予以常规性基础护理，实验组则以此为基础对2型糖尿病患者实施社区护理干预治疗，对比两组的护理阶段患者在社区护理干预后的生活质量。**结果：**实验组对患有2型糖尿病的55名患者经过社区干预护理后，能够较好的了解关于糖尿病健康教育的具体内容，患者在予以干预后的空腹血糖以及餐后血糖明显下降。 $P<0.05$ ，两组差异于统计学而言有意义。**结论：**在对2型糖尿病患者采用社区干预护理的方法后，能够有效改善糖尿病患者的健康知识以及生活水平，在一定程度上减少患者出现心情焦虑的情况发生，可广泛应用于2型糖尿病患者的护理过程中。

关键词：社区护理干预；2型糖尿病患者；生活质量

0 引言

糖尿病实际上是一种较为常见的代谢性疾病，需要进行长期的服药治疗。但是在临床过程中发现，长期患有糖尿病的患者由于控制不良导致的并发症，将会造成患者的过早死亡，影响患者的整体生活质量。生活质量是直接反应患者治疗以及对其心理功能、治疗效果以及生理功能等方面影响的综合指标。本文通过对2型糖尿病患者实施社区干预护理，能够有效改善患者的身心健康，提高患者的整体生活质量。

1 资料与方法

1.1 一般资料。

择取我院于2014年2月到2014年9月收治的患者110例，将其以随机抽样的方法进行分组研究，即分为实验组与对照组，各55例。其中随机抽取各110名2型糖尿病患者，实验组的患者中男性有31例，女性24例，患者的年龄平均在 (60.23 ± 8.72) 岁；对照组的患者中男性有38例，女性17例，患者平均年龄在 $(58.9.2 \pm 9.45)$ 岁。两组患者基本资料具有均衡性， $P>0.05$ 。所有患者均是2型糖尿病患者，且其基本资料没有明显差别，存在可比性。

1.2 干预方法。

实验组在予以常规护理

的基础上，采取以下干预方法：社会医护人员可以通过电话以及家庭访问等形式对2型糖尿病患者予以干预护理。每次家庭访问时间需要30分钟，每次电话访问时间需要为20分钟。依据人类的遗忘曲线规律以及不良的生活习惯等特点，明确干预的频率以及次数，即从干预开始的第一个月起需要每周一次进行家庭访问，一次电话访问，在此期间后，逐渐可以减少到每月一次家庭访问和一次电话访问，共需要持续六个月。糖尿病患者如需其他服务，则可以随时与社区医护人员联系。对照组予以常规基础护理，如每月或者是每一季度对患者进行一次家庭访问，并为其提供免费的血糖监测，给予一定的血糖常识教育等。

1.3 临床观察指标。干预前、后分别对患者饮食、运动情况、遵循医嘱率进行评分，均为0到3分计算，计分标准如下：0分：长期合理运动、规律饮食，听从医嘱；1分：偶尔不坚持运动、治疗和饮食等；2分：经常不坚持合理的运动、治疗和饮食；3分：基本上不坚持饮食、治疗和运动。于就诊前、后分别检验其血糖以及尿检。

1.4 统计学方法。对以上两组患者的各项调查数据进行整合和分析，研究中涉及到的相关数据均通过SPSS 19.0进行相关检验，计量资料则以 $(\bar{x} \pm s)$ 的形式来表示，通过t对其予以检验，只有满足 $P < 0.05$ 时，在统计学分析中该差异在统计学中存在意义。

2 结果

经过上述护理治疗后，实验组和对照组的



2型糖尿病患者在接受护理后，均取得较为显著的效果。护理干预后空腹血糖和餐后血糖明显下降。 $P < 0.05$ 时，在统计学分析中，该差异在统计学中存在意义。

表1 两组患者干预前后评分对比

组别		n	空腹血糖	餐后血糖
实验组	干预前	55	12.3 ± 2.3	15.4 ± 4.7
	干预后	55	6.4 ± 1.2	7.8 ± 2.5
对照组	干预前	55	12.3 ± 3.4	16.5 ± 3.5
	干预后	55	9.7 ± 2.3	12.8 ± 2.5

护理后的各项差异比较满足 $P < 0.05$ ，该差异在统计学中存在意义。

3 讨论

糖尿病是我国较为常见的一种多发疾病，在对2型糖尿病患者的护理过程中，合理的健康教育是很重要的环节之一，2型糖尿病患者通常对糖尿病疾病的认识不足。糖尿病疾病本

身并不可怕，可怕的是由糖尿病所引起的并发症。加强对2型糖尿病患者的健康教育指导能够逐渐改变患者对于糖尿病疾病的不正确认识，提高患者自身的自我保护理念。干预护理后患者可以根据自身的实际情况调整饮食、运动以及其他生活起居等能够有效解决患者存在的各种问题，并通过与患者进行交流和沟通，及时了解患者的病情发展状况，进一步赢取患者的信任。在一定程度上有助于患者主动配合有效提高医嘱遵循率。糖尿病患者只有严格遵循医嘱，才能够合理、有效的控制疾病，延缓并发症的发生，提高患者的整体生活质量。



社区护理措施是医院护理的后期延续，可以及时发现患者存在的问题，并给予正确的指导和帮助。针对老年患者常常忘记吃药的现象可以让其家属参与到护理过程中。特别是饮食方面的合理控制，及时发现治疗过程中存在的问题，随时对患者执行医嘱的情况进行跟踪调查。并及时与社区护理联系，使得患者能够得到相应的指导和帮助。并切实帮助患者建立完善的生活计划，与此同时，注意减少并发症的危害因素，帮助患者养好的生活习惯具有重要的现实意义。

参考文献

- [1]魏梅，陈焕娣，谭静，等. 延续性护理干预对2型糖尿病患者生活质量的影响[J]. 广东医学. 2013,34(9): 1473—1475.
- [2]陈占军，周莉. 孙晓玲，等. 综合护理干预对改善老年乙型肝炎肝硬化合并2型糖尿病患者的效果评价[J]. 中国实用护理杂志. 2013,29(9): 12—14.
- [3]徐灵莉，蒋娟，兰花等. 个性化综合饮食护理干预对2型糖尿病患者的临床效果研究[J]. 重庆医学. 2015,44(13): 1784—1787.
- [4]方立君，戎群燕. 综合护理干预对老年高血压合并2型糖尿病患者血压、血糖的影响[J]. 中国基层医药, 2013,20(19): 3034—3036.

ICU护理人员心理压力原因及其针对性干预

□ 阿夏木古丽·买合木提 新疆吐鲁番市第二人民医院重症监护室

【摘要】目的：调查ICU护理人员心理压力原因并采取有效的针对性干预措施加以解决。**方法：**采用临床工作社会医学调查问卷法，选取我市ICU护理人员78例，观察选定对象的压力现状。**结果：**ICU护理人员压力高于一般护理人员压力，引起ICU护理人员心理压力源是对社会和家庭支持力度上的不确定性，而后也包含许多复杂因素。**结论：**临床加强对ICU护理人员压力健康知识宣教，通过调查分析其压力目录，实施针对性护理干预措施，对确保护理安全，提升护理质量，具有重要的实施价值。

关键词：ICU；护理人员；心理压力；原因；针对性干预

ICU多收治危重症患者，其中患者的生存期和生存质量随时受到影响。此间的护理人员作为参与救治患者的重要部分，存在着较大的心理压力。从危害程度来讲，作为医院的管理者，实施必要的压力调查和干预措施，对解决压力，提升护理质量和患者生存期限，具有重要的现实作用和价值。本次研究中，出于对护理人员的心理压力调查，以进一步满足护理需求，提升护理满意度，具有重要的价值，具体调研结果如下：

1. 资料和方法

1.1 一般资料 采用临床工作社会医学调查问卷法，选取我市ICU护理人员78例，观察选定对象的压力现状。纳入标准：我市4所医院的临床资料为证，确认ICU护士；文

化程度在大专以上水平；严格保密程序，遵护士自主意愿参与调查研究；接相应随访调查并随访有效。

1.2 方法 由我市调研专业人员自行编制问卷内容，包括护士背景、基础家庭背景、护理职业认定考核、基本工作关系、医院范围流程认定，编制入的具体内容以计分制进行，以100分为压力底线，由专业人员进行核算整理。我市调研人员共发放调查问卷78份，回收78份，有效问卷78份。本次调查主要应用心理压力测试（PSTR专业版）和社会医学调查问卷法展开。

1.3 压力源

1.3.1 整体压力

增强ICU护士的自我护理能力，提高护

士的医源性感染防范意识。根据其压力主要来源，即患者生存率和生存期限，因为收治的患者多为生存率得不到保障人员、面临抢救失败护患纠纷等因素的担忧、医院对其工作成效的不认可。

1.3.2 外源性压力

从压力统计分析表中可见，在社会领域里对社会和家庭支持力度的不确定性，是ICU护士压力本源和主力。

1.3.3 内源性压力

主要受患者对工作负荷的承担压力、基于对家庭和医院的担忧问题、担心自己无法胜任工作问题、担心患者致残和死亡问题、担心家属对其工作不理解和支持问题等。

1.4 统计学分析

本次调查所有数据均采用软件PEMS 3.1进行统计分析，均数值比较采用（±s）表示，用t检验，当P<0.05时，表示两组数据差异具有统计学意义。

2. 结果

2.1 不同人群压力调查结果

表1 不同孕妇心理压力调查结果

压力	正常人	正常护士	ICU护士
初始压力	0.22±0.11	0.38±0.35	0.61±0.41
外力源压力	0.36±0.12	0.28±0.28	0.50±0.34
其他压力	0.47±0.16	0.47±0.039	0.56±0.52
t	3.107	2.468	2.921
P	0.002	0.040	0.004

2.2 ICU护理人员压力目录

表2两组患者其他指标比较（±s）

压力目录	压力均值	t	P	处理措施
同情心疲乏压力	0.16±0.48	5.345	0.010	合理拥有同情心
照顾家庭压力	0.51±0.29	2.307	0.012	提升待遇
职业伤害压力	0.59±0.61	2.488	0.012	加强职业防护
医源性感染压力	0.39±0.68	3.265	0.008	严格消毒隔离
是否能胜任工作压力	0.36±0.12	4.777	0.001	正确心理疏导
经常面临死亡压力	0.23±0.16	2.738	0.012	正确面对死亡
超负荷工作压力	0.25±0.15	3.764	0.014	合理分配人数
负罪感压力	0.67±0.87	4.772	0.001	加强心理疏导
工作纰漏压力	0.59±0.78	4.345	0.002	工作中严格流程

3. 讨论

ICU患者具有起病急、变化快、预后效果不佳的特点。作为治疗护理中具有承接作用的护理人员，具有中转和媒介的重要作用。而ICU患者的高死亡率和高风险率，也使得疾病的治疗面临着较大的难题，无陪护的抢救和治疗策略，使得许多患者家属不能接受。在密闭的治疗和护理环境中，会导致患者家属产生一系列反应。护士作为期间的一员、面临着来自自身、医院和患者及其家属等多方面的制约，压力无处不在。多数护理人员在高压力和高频度护理工作中，对一些放弃治疗的家属和普遍意义上的同情心，给自身和护理其他患者带来了负性影响。

研究结果进一步佐证，ICU护理人员心理压力产生的原因涉及工作强度大、工作环境复杂多变、人际关系问题、家庭因素等，有针对性地ICU护理人员进行心理疏导，能够很大程度上调动护理人员的工作积极性^[1]。此外，一项调查中，还将其压力归结为福利待遇低、护理工作未被患者认可、医生对护理人员工作

过分挑剔、接受考核或检查太多、担心工作中出现护理差错、工作量大、护理人员比例不足等问题,实施时的处理后,可降低相应评分^[2] ICU护理人员同情心疲乏7个条目均分为(2.73±0.39)分,其中,感情淡漠得分最高,为(3.31±0.26)分;身心衰竭得分最低,为(2.13±0.22)分^[3-4]。从危害程度来讲,ICU护士处于抢救病人的第一线,工作压力大,精神高度紧张,成为心理压力的高发人群。一旦心理调节失衡,便容易出现工作上的疏漏,甚至导致事故的发生^[5]。在应对措施上,管理者应制定终末期患者放弃治疗可操作性规程,定期对护理人员进行心理辅导,减轻护理人员负罪感和心理压力^[6]。此外,ICU护理人员的职业伤害以及针对职业伤害所采取的防护措施也成为压力源和解决的重要内容^[7]。



本研究的两项表格中,增加对ICU护理人员的职业防护安全,实施必要的相关心理疏导和科学护理方针,对合理配置人力资源、避免护士长期高压和高强度工作,同时在社会和家庭上给予更多的支持力度,而后医院管理层充分提升相关人员待遇、合理面对生死和纠纷。

综上所述,临床加强对ICU护理人员压力

健康知识宣教,通过调查分析其压力目录,实施针对性护理干预措施,对确保护理安全,提升护理质量,具有重要的实施价值。

参考文献:

- [1]曹艳,曹必霞.ICU护理人员心理压力分析及疏导对策[J].临床医学研究与实践,2017,2(1):194-195.
- [2]梁倩,黄彩云,李明月等.阳江地区80名综合ICU护士心理压力分析与对策[J].齐鲁护理杂志,2017,23(7):110-112.
- [3]张晓霞,郭玉梅,郝桥兰等.ICU护理人员同情心疲乏现状研究[J].中国实用护理杂志,2014,30(32):72-75.
- [4]杨建飞.ICU护理人员心理压力及缓解对策分析[J].医学信息,2012,25(6):293-294.
- [5]刘彩云,张炳丽.ICU护理人员工作压力原因分析及对策[J].中国社区医师(医学专业),2011,13(17):273.
- [6]贾平,闵丽华,杨琴等.ICU护理人员对终末期患者实施放弃治疗后的情感体验[J].护理实践与研究,2016,13(18):137-138.
- [7]王春香.ICU护理人员的职业伤害与防护措施[J].中国卫生产业,2012,09(19):71-71.

医院职业化管理杂志编委会

主编：易利华

副主编：马恩祥（常务） 雷成家 郭俊 刘焘

编委：蒋辉 梁小群 邹新春 王炳花 师成虎

王培均 许秀胜 孟庆远

编辑部主任：谢琳琳

副主任：师成虎

责任编辑：李俊

出版：医院职业化管理（香港）杂志社有限公司

地址：香港湾仔骆克道300号侨阜商业大厦20楼A室

