

意外事件的反应能力比较差,属于需要提供帮助的群体。因此提高护士对突发事件的应对能力很重要。定期组织护士学习一类突发事件的应急预案,并进行实际演练,针对演练中出现的问题,再次强化学习,切实提高护士的应急反应能力,做到遇事不慌,从容以对。

6 法律意识培养

在法制健全的社会中,一切都要依法行事。为了保证护士思想上与时俱进,经常组织起来学习不断完善的法律法规,同时,注重分析同行业中常遇到的投诉,分析原因,找出对策,引以为戒,使大家养成正确的工作习惯,遵守有关的规章制度,提高自我保护意识,有效减少或杜绝行为过失。

7 消毒隔离的培训

随着人们生活质量的提高和科学的发展,口腔医疗服务中的感染控制问题越来越多地受到各方关注。作为口腔医务工作者,对医疗行为中的感染控制有着不可推卸的责任。要求护士正确掌握专科护理基本理论及专科护理技术操作常规,把握无菌技术在口腔专科的应用原则,分清口腔器械保持无菌及可接触的部位,做到合理应用每一件器械及合理应用每一点材料,分清治疗单位的无菌区,清洁区,污染区^[8],保证医疗与护理的正常运行。

8 结 论

通过对年轻护士近 5 年的系统培训,他们从行为规范到医德医风,从基本护理理论到口腔专科基本技术操作,从消毒隔离到职业防护,从法律法规到突发事件的应对能力,都有了很大提高。养成了眼勤、口勤、手勤、腿勤的工作作风。能独立完成各类治疗配合,缩短了病人的就诊时间和医师的工作效率,提高了病人对治疗和护理的满意度^[9]。使口腔门诊专科护理

• 临床护理 •

规范化,提高了口腔护士的地位。同时为提高临床护理工作质量,确保护理安全奠定了良好基础。应该说,核心能力的建设和培养,不仅使护士在行为和技能上有所依循,也强化和体现了护士的社会贡献力。

参考文献:

[1] 刘卫红. 对我院护士核心能力培养的体会[J]. 护理研究, 2006,20(12):1114.

[2] 叶天惠,陈锦秀,易永红. 儿科低年资护士核心能力培养方法的探讨[J]. 中国实用护理杂志,2006,22(19):68-69.

[3] 徐少波,叶志弘. 护士核心能力概念和构成因素的研究进展[J]. 中华护理杂志,2010,45(8):764.

[4] 王侠,于兰贞. 护士核心能力的研究进展[J]. 护士进修杂志,2007,22(7):638-640.

[5] 陶莲德. 分层次培训对临床护士核心能力的影响[J]. 中外健康文摘,2012,9(28):68.

[6] 曾小娟,白联缔,吴冰. 美国临床护士进阶制度的启示[J]. 中国护理管理,2012,12(5):90-92.

[7] 赵佛荣. 口腔护理学[M]. 2 版. 上海:复旦大学出版社, 2011.

[8] 李冬,姚书勤. 浅谈口腔医院新上岗护士的岗前培训[J]. 中国现代药物应用,2010,04(24):250-251.

[9] 刘良兰,那薇,张艳茹,等. 口腔门诊护士专科培训、考核方法的探索研究[J]. 护理实践与研究,2012,9(3):9-11.

(收稿日期:2013-05-20 修回日期:2013-07-12)

儿科以“家庭为中心”的护理模式的研究现状

伍廷平

(重庆市大足区人民医院儿科 402360)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.30.050 文献标识码:C 文章编号:1671-8348(2013)30-3709-03

以“家庭为中心”的护理理念(family-centered care,FCC)是社会进步、医学发展的必然结果。2010 年,卫生部在全国推进“优质护理服务示范工程”,目的在于促进意义加强临床护理,改善护理服务,提高护理质量,构建和谐医患关系。以“家庭为中心”的护理正是符合了优质护理的要求。国内外研究认为它是儿科患儿最理想的护理模式,此模式在国外已得到较好的实施与应用,国内一些儿童医院也对其进行了初步探讨,有的还将其列入了教育目标和实践标准^[1-3]。

1 FCC 护理概念

儿科 FCC 护理的定义是:医务人员不再像以前一样单纯地把患儿作为一种临床病例看待,即仅对其医疗问题给以较多的重视;而是意识到儿童属于一个家庭、一个社区和一种生命或文化的特殊形式。将儿童与其生存的背景分离开来就意味着儿童的需要仅得到了表面上的满足。患儿的健康问题受到这样或那样的因素的影响。即使护理行为完全发生在医院内,“以家庭为中心”护理应象关注每个儿童生理需要一样地照顾

到其独特的情感需要、生长发育需要和社会及学校方面的需要^[4]。具体说来就是为患儿营造一个轻松的家庭氛围,满足家长及患儿情感上的需求;允许家长留下照护患儿,与护理人员一起执行护理活动,为孩子提供正常的支持、照顾,以满足患儿生理、心理需求,使患儿达到身心健康、早日康复的目的。

2 FCC 护理原则

在患儿、家庭和照顾者之间构建良好关系是 FCC 的基础,并传递健康信念,尊重患者和家庭的选择权,强调 3 者间的协作。美国 Beverley 阐述了 FCC 护理模式的核心内容,主要包括尊重患儿及家庭、传送/共享健康信息、强调患儿、家庭及照顾者间的协作、给予力量及支持、授权等几方面^[5]。如在儿科以“家庭为中心”的护理模式中能坚持以上几项原则,将有效使医护、患儿、患儿家庭之间建立比较稳固良好的护患关系,促使患儿父母积极配合患儿治疗,为护理提供准确的疾病信息,责任护士能及时了解患儿病情和家长的需求,并解决问题,使家长感到他们的孩子受到了很好的护理。

3 家长陪护行为在 FCC 护理中的作用与地位

随着现代医学的发展,现代的医患关系已经不再是简单的医护人员与患者的直线关系,尤其是在儿科这个特殊医疗领域内,更加不可能是医护人员与患儿的直线关系,而是在医护人员、患儿、患者父母之间形成了相互依赖、相互促进的三角关系,让护患关系的主体由以往的“护士-患儿”倾向于现在的“护士-家属”。由于患儿不能像成人患者一样,不具备思想、社会生活的独立性,其主要依赖于患儿家长的呵护和社会经济支持。同时,患儿父母对完全不具备社会生活能力的患儿照顾更是疼爱有加。所以当患儿患病时,其父母容易表现出紧张、烦躁、焦虑、恐惧、缺乏安全感、对医护人员不信任等情况,导致其生理机能发生紊乱,生理心理都可能会处于非健康状况。当患儿生病时,其不止使患儿身体、心理上产生痛苦,更是对患儿父母心理上的折磨。

北京协和医科大学的陶鑫等^[6]针对家长陪护行为在 FCC 护理中的作用与地位这一问题,从儿童成长、护士职业、家庭需要、国际化分别对家长陪护的重要性及必要性进行了调查研究,提出家长需要参与孩子陪护的理由有:(1)为患儿提供方便的照顾;(2)家长观察到医护人员的照顾而放心;(3)通过表达爱和鼓励使患儿舒适;(4)在患儿疾病治愈后家庭氛围理想;(5)家长主动配合抢救;(6)抚摸使患儿温暖;(7)解除对护理人员疑虑。并且还指出鼓励父母更多地参与患儿监护的行为是一种趋势,它能从多元化角度满足患儿及家长的需求,能更好为患儿提供医疗服务达到治疗效果,同时能在服务态度、关怀照料、健康教育等方面提高患儿家长的满意度。

4 FCC 护理在儿科中的应用

随着 FCC 护理在儿科中的广泛应用,其在儿科患者疾病的治疗中取得了令人满意的成果,其主要应用范围为以下几方面。

4.1 在儿科重症监护病房(ICU)护理中的应用 ICU 是一个相对封闭而又比较特殊的病区,它与普通病区各方面要求更加谨慎、严格、在探视制度上就要求通常更加苛刻,是不允许家长陪护,探视时间也是有限的。由于封闭式管理,家长不能亲自参与患儿治疗与护理,医护人员与患儿家属沟通相对较少,故家属对医护人员产生不信任感,增加了护患矛盾。儿科 ICU 更是一个高难度、高风险的科室,多收治病情危重、体质量极低、发育不全、营养不良的患儿,对护理的要求也极其严格。如何在做好临床护理工作、为患儿提供有效的治疗和减少患儿父母的担心及缓解护患矛盾,成为摆在医学领域方面的又一难题。针对这一情况,FCC 护理模式起到了关键性作用,其对这种局面有很好的改善效果。国内复旦大学附属儿科医院的重症室实施 FCC 护理多年的实践及总结经验表明,家长的参与,尤其是母亲的参与有利于新生儿的康复,如长期插管难以脱离呼吸机的患儿,母亲采用袋鼠式护理可以明显缩短插管时间。有的研究还显示了 FCC 护理模式在儿科 ICU 病房实施可以显著改善病房内的紧张情绪,减少患者投诉。

4.2 在儿科围术期中的应用 当患儿需要进行手术治疗疾病时,其与其他病人一样,必须做好围术期护理,但患儿本身肯定是不能有效配合医护人员做好有效围术期准备事项,这样过程必须依赖患儿父母的配合,这样就使 FCC 护理模式在儿科围术期护理中广泛应用。儿科围术期的 FCC 护理模式中,在患儿实施手术麻醉时应有父母陪伴,并对患儿进行安抚。国内学者顾莺等^[7]通过家庭中心式护理对先心病患儿父母围术期心理影响的研究表明:干预组患儿父母在患儿入院后手术前、

手术等待过程中、CCU 监护治疗过程中以及术后病房康复 4 个阶段的焦虑程度低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。国外也有研究指出在儿科围术期开展 FCC 护理模式可显著减轻患儿的焦虑恐惧的情绪,而患儿也能比较平静地接受麻醉过程和手术,使麻醉风险降低,提高手术成功率,也能有效缓解父母的焦虑紧张的情绪。

4.3 患儿疼痛管理中的应用 作为人在生命早期的一种不适经历,新生儿疼痛的相关研究已越来越受到重视。在新生儿病房接受重症治疗、护理的患儿,必须接受许多疼痛性操作,如足跟采血、静脉穿刺、肌肉注射、动脉穿刺或置管、气管插管、气道吸痰、腰椎穿刺等,如何对患儿疼痛进行有效管理,成为必须解决问题。FCC 护理模式特别提出家长要参与到患儿疼痛的护理中来,很多研究指出这是家长和患儿的权利。而家长住院对护理工作产生依赖思想和害怕出错的不良思想状态,在很大程度上限制了他们参与护理工作。而护士只能从专业角度对患儿疼痛进行处理,如肌肉注射止痛药,镇痛泵的使用等,因此需采用通俗易懂的沟通方式,如形象的图片,发放丰富多彩的健康教育手册,召开工休座谈会等方式帮助家长理解、支持并参与到患儿疼痛护理中来。有研究显示 FCC 护理模式不仅能有效缓解患儿疼痛,还可以提高家长对患儿病情的控制感,提高患者满意度。

4.4 在社区或出院后儿童护理中的应用 随着医疗水平和人民生活水平的提高,患者对护理的要求也提高,目前国内外护理界提出在院外或出院后对患者继续实行护理照顾,可有效降低再次入院率、并发症等情况,节约大量的医疗资源。如何在院外及出院后对儿童患者实施有效的护理,是护理界当前急需解决的问题。随着 FCC 护理模式的提出,这一问题迎刃而解。FCC 强调进行出院相关指导及健康教育,使他们出院后能更好地护理好患儿,制订切实可行的康复训练计划,规范家长的护理行为,让家长积极参与在家庭中的康复治疗,使患儿早日康复,提高患儿的生存质量。

5 结 论

综上所述,在儿科有效开展“以家庭为中心”的护理,可以增加患儿父母的健康知识面,提高患者家属满意度,还能减少护患纠纷和投诉,提高护理质量,提升医院综合水平。但目前开展“以家庭为中心”的护理主要存在的两大问题是:医院管理者、护士与家长均对 FCC 护理模式未加了解或认识不够深入,未能实施开展该模式服务;种种原因导致的护患双方的沟通不足,医院在开始尝试 FCC 护理模式时未能得到很好的效果。因此,为了更好地推行 FCC,必须加强护士对 FCC 知识的学习;注重在实施过程中沟通的技巧与效果,在开展 FCC 护理时,医院必须予以足够的支持。

参考文献:

[1] Nagappan S,Hartsell A,Chandler N. Teaching in a family-centered care model:the exam room as the classroom[J]. Pediatrics,2013,131(5):836-838.
[2] Chinchilla MK. Patient family-centered care:a bedside RN's perspective[J]. Neonatal Netw,2012,31(5):341-344.
[3] 邓业芹,柳玉红,许业梅,等.以家庭为中心的护理模式在产科及儿科应用的现状和展望[J].解放军护理杂志,2011,28(22):40-43.
[4] Delbanco TL. Enriching the doctor-patient relationship by

inviting the patient's perspective[J]. Ann Intern Med, 1992,116(5):414-418.

[5] 戎艳鸣,楼建华. 家庭为中心的护理模式在儿科的应用[J]. 解放军护理杂志,2006,23(11):50-51,99.

[6] 陶鑫,孙建伟. 住院儿童家长陪护行为的重要性及必要性

• 临床护理 •

[J]. 现代临床护理,2006,5(1):54-56.

[7] 顾莺,王君俏,张玉侠,等. 家庭中心式护理对先心病患儿父母围术期心理影响[J]. 上海护理,2008,8(6):32-34.

(收稿日期:2013-06-16 修回日期:2013-08-15)

食管-胃底静脉曲张 U 型反转套扎术围术期的护理

吴素华

(重庆医科大学附属第二医院消化内科 400010)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.30.051 文献标识码:C 文章编号:1671-8348(2013)30-3711-03

肝硬化门静脉高压所致的食管-胃底静脉曲张(GOV)破裂出血是急性上消化道出血的常见原因,同时也是肝硬化患者主要的死因之一^[1]。本院在积累大量的食管曲张静脉套扎术(EVL)经验的基础上,对于食管-胃底静脉曲张采用 U 型反转套扎术(简称 EVL-R)。EVL-R 主要适应于胃底曲张静脉套扎,与传统的 EVL 术相比,手术中风险大,其成功需要护理人员的密切配合,关键是术前的心理辅导及术后恰当的处理措施,现将该方法的护理总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集本院消化内科 2008 年 1 月至 2012 年 1 月住院的肝硬化食管-胃底静脉曲张套扎术(EVL-R)患者共 37 例,其中,男 21 例,女 16 例,年龄 38~56 岁,平均 42 岁。患者生命体征平稳,排除有严重心、肺、肾功能不全、有严重凝血功能障碍者。所有患者均签署知情同意书。

1.2 方法

1.2.1 手术方法 采用 Pentax-2931 型电子胃镜(日本旭光学工业公司)、六连环结扎器(天医医用硅胶制品厂)进行套扎术。手术步骤包括:(1)U 型反转胃镜于胃底选择曲张静脉行密集套扎;(2)若同时合并食管静脉曲张,则继续自齿状线下套扎贲门曲张静脉;(3)于齿状线上采用由远至近、螺旋上升选择食管靶血管套扎(同常规 EVL 术)。套扎间隔 1.0~1.5 cm,反复多次,直至曲张静脉完全消失或基本消失为止。

1.2.2 护理配合 术前护理配合:术前完善各项检查;协助医生做好患者及家属沟通,签署手术知情同意书;术前心理准备,必要时进行心理干预;术前禁食 12 h,禁饮 4 h;建立静脉通道,术前 30 min 至 2 h 预防应用一代头孢,备齐有关急救药物及器械。

术中护理配合:术中给予患者持续低流量吸氧并监测患者生命体征;协助医生完成套扎术。

术后护理配合:患者卧床并持续监测生命体征 24 h;术后给予肌注胃复安减轻恶心、呕吐反应,必要时给予止痛剂;观察患者意识状态、皮肤黏膜颜色及大便性状、量及颜色,观察患者尿量及腹围变化;禁饮禁食 14 d,进行饮食管理;药物应用(术后 1~7 d:奥曲肽持续微量泵泵入+PPI+营养支持+肠道微生态剂,术后 8~14 d:PPI+营养支持+肠道微生态剂);防治潜在术后并发症。

出院指导:告知患者 EVL-R 只是减少曲张静脉破裂出血

风险,仍需针对病因治疗(比如抗病毒、保肝等);饮食教育:定时进食,少量多餐,细嚼慢咽,避免进食高脂肪、粗糙、刺激性、过热、过冷的食物;禁烟戒酒,保持健康的心态,注意劳逸结合;避免增加腹压的活动,1 个月后方可做轻体力劳动。随访方案:术后 1、3、6 个月复查胃镜,必要时再次行曲张静脉套扎术。

1.2.3 观察项目 观察患者术前心理状态及术后并发症情况、术后早期出血原因及其诱因。

2 结果

本研究中术前患者的心理状态主要有焦虑/恐惧 25 例(67.6%)、急躁/易怒 7 例(18.9%)、悲观/绝望 3 例(8.1%),另外有 2 例(5.4%)患者表现平静。EVL-R 相关并发症包括早期再出血 2 例(5.4%)、腹水或腹水增加 1 例(2.7%)、胸骨后疼痛 2 例(5.4%)、吞咽不适 3 例(8.1%),无穿孔及肝性脑病等。术后早期再出血是 EVL-R 主要且严重的并发症。本例中术后出血诱因为饮食不当(100%)。

3 讨论

3.1 术前常见的心理状态及心理干预策略 手术作为一种强烈的心理应激源,常导致患者产生以“焦虑”为代表的心理应激反应,可伴随一系列的不良生理反应,重则影响手术和麻醉的顺利进行和/或术后康复^[2]。相关研究表明术前有效的心理干预可帮助患者获得良好的心理支持,缓冲术前压力,使患者在术中处于最佳的身心状态^[3];可增加术中痛阈,减少术中用药及风险,减轻全身麻醉苏醒期躁动、恶心、呕吐等常见并发症^[4];同时可增加患者术后康复信心,缩短住院时间,提高生活质量。

本研究中,EVL-R 患者术前主要的心理状态可分为 4 大类,其中焦虑/恐惧(67.6%)和急躁/易怒(18.9%)的心理应激反应占主导地位,这是护理工作的重点,需给予相应的心理干预措施。根据近 5 年的临床护理经验,总结出几点有效的心理应激的干预策略:(1)着重心理应激高危人群地发现。在一项临床调查中显示心理应激主要与人格和应对方式有关,另外还与性别、年龄、有无麻醉手术史、手术类型、经济状况及教育程度有密切关系,而与疾病的严重程度关系不大^[3]。据观察,在 EVL-R 术前,中老年、女性、没有手术史或有负性麻醉手术史、文化程度低和经济状况差等患者负性情绪较重。在临床护理中,主要通过病史询问及观察来发现相关危险因素,必要时可应用简化心理应激测量来进行识别。对于高危患者,应尽早给