

已经成为基层医院管理者们面临的新挑战。

3.3 护士离职的原因相对集中

3.3.1 工作强度和压力使身心难以承受是主要原因 本研究中,护士离职原因排在首位的是“工作压力和责任使心理难以承受”,其次为“工作强度和作息使身体不能耐受”。护士工作时间长、工作量大、频繁倒班,身心压力较大,易产生职业倦怠,甚至处于身心亚健康状态。护士离职加剧了在职护理人员的劳动强度和压力,导致工作满意度下降,进一步导致护士离职,形成恶性循环^[7]。并且,年龄越大、工龄越长、已婚护士更容易因“工作影响家庭”的原因选择离职。这与曹晶等^[2]的研究结果基本一致,国外也有研究显示,在面临平衡工作和家庭的挑战时,很多护士选择离职^[8]。提示护理管理者应充分了解护士的身心需求,坚持以人为本的理念^[9],合理安排和调配各层次护士,减少护士非直接护理时间,减轻护士负担,增加工作效率。

3.3.2 薪酬待遇水平低、缺乏发展前景是护士离职的重要原因 本研究显示,33.61%的护士选择“付出与回报不成正比”,还有一部分护士认为“护士社会地位低、没有发展前景”。离职护士中 96.4% 为非在编护士,聘用制护士享受的劳资社会保障及各种福利待遇低于在编护士,使他们产生工作得不到认可的不公平感,工作满意度下降。本研究中部分护士为谋求更好的发展前景考取事业单位编制,考取的事业单位编制一般是二级医院的护士编制,为此护士可从一级、三级医院向二级医院流动。因此,医院应要多渠道多层次提高护士的工作价值,建立公平合理的护士绩效考核和薪酬分配制度,真正做到同工同酬,提供同等的在职培训和职称晋升机会,通过层级管理提高护士的工作价值感^[10],不断提高非在编护士的综合能力,增强其对职业发展的信心也是降低护士离职率的重要途径。

3.4 继续从事护理工作是护士离职后再就业的主要倾向 本研究结果显示,护士离职后再就业选择最多的还是继续从事护理工作,多选择本地地区的私立医院、有编制的二级医院和其他地区的三级医院,分析原因可能与私立医院护理工作的复杂性低和压力低,编制有利于增强人的稳定感和归属感有关,而到其他地区的三级医院工作可能与方便照顾家人、待遇高有关。选择转行的护士,多为转行到医药或器械公司、美容、经商。分

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.24.051

析原因可能与医药或器械公司环境好、工作压力相对较低,有护理工作经历的人更容易开展工作等有关。

综上所述,为减少护士离职,医院应针对不同的护士群体特性,采取不同的管理方法,对低年资护士加强形式多样的规范化培训和人文关怀,对中高年资的护士,更注重专科护士培养,提高职业价值认同感。合理配置护理人力资源,提高护士薪酬,采取有效措施缓解护士压力,提高护士满意度,保持护理队伍的生机和活力。

参考文献

- [1] 陈晓琳.某三级医院护士离职现状研究[D].济南:山东大学,2012.
- [2] 曹晶,史妍萍,陈亚丹,等.北京市某三级综合医院护士离职原因及再就业意向调查[J].中华护理杂志,2013,48(7):618-620.
- [3] Mobley WH. Employee turnover: causes, consequences, and control [M]. CA: Addison-Wesley, 1982:2.
- [4] 杨洁,狄青,孙玉勤.护理工作环境对临床离职护士的影响[J].护理研究,2015,29(9):1113-1115.
- [5] 许莹,尤黎明,刘可,等.我国医院护理人力资源流失现状研究[J].中国护理管理,2011,11(7):29-32.
- [6] 范玲,王诗尧.辽宁省护理人员流动现状调查[J].护理学杂志,2009,24(12):19-21.
- [7] 张建男,王艳,曹文学,等.编制外护士离职原因及再就业意向分析[J].中华现代护理杂志,2015,21(20):2412-2414.
- [8] Black L, Setz J, Harrington C. Nurses working outside of nursing: societal trend or workplace crisis? [J]. Policy Polit Nurs Pract, 2008, 9(3):143-157.
- [9] 杨洁,狄青,孙玉勤.护理工作环境对临床离职护士的影响[J].护理研究,2015,29(3):1113-1115.
- [10] 潘继红,叶宁,周立平,等.影响护士离职的管理因素的质性研究[J].解放军护理杂志,2014,31(1):1-5.

(收稿日期:2016-02-26 修回日期:2016-05-19)

口服药物模板在安全用药管理中的作用

封海霞¹,鞠昌萍¹,刘畅²,张莉²,谭靓靓²,陈进霞³

(东南大学附属中大医院:1 护理部;2 神经内科;3 消化内科,江苏南京 21009)

[中图分类号] R473.5

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2016)24-3451-03

在临床护理工作中,发放口服药物是一项重要环节,对患者治疗起着举足轻重的作用。但由于临床新药层出不穷,品种不断增加,出现多品种多规格的现象,对护士的用药能力提出了更高的要求^[1]。本院神经内科自 2013 年 1 月起由核定床位 56 张逐步增加至 120 张,新进护士 11 名,用药安全存在极大的隐患。尤其是口服药物在 2013 年发生 8 起发错药物现象,除 2 起是发错患者外,其他 6 起均是由于护士不能正确辨认药物引起,故作者于 2014 年 4 月起对口服药的正确识别进行了

专项管理,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本院神经内科共有 3 个护理单元。在岗护理人员 36 名,均为女性,年龄 24~40 岁,平均 28.7 岁。其中 N0 级 7 名, N1 级 18 名, N2 级 10 名, N3 级 1 名。N0 级护士为护理专业大专及以上学历,工作不满 1 年; N1 级护士为护理专业大专及以上学历,取得护士执照且工作 1 年以上; N2 级护士为护理专业大专及以上学历(1990 年之前毕业可为中专学历),

聘任护师;N3 级护士为护理专业本科及以上学历,聘任主管护师或护师 8 年以上,取得省级及以上专科护士证书 1 年以上。

1.2 方法

1.2.1 制作科室口服药物模板 2014 年 4 月收集该科常用的 158 种药物片剂,分为 7 类,包括抗高血压药、调节代谢药、脏器保护药、增智药、神经保护药、解热镇痛药及其他。每类药物按首字母顺序排序^[2],如波立维,首字母为 B,归属到 B 药名一栏;立普妥,首字母为 L,就排列到 L 药名一栏。将药物分别归类到 26 个药名栏内,并用彩色打印机打印制成药品图片册。

1.2.2 评估护士对药物识别情况 从中随机抽取 100 种药物片剂,让各能级护士逐一辨认,每答对一种药物得 1 分,满分为 100 分。

1.2.3 反复培训 将口服药物模板粘贴在治疗本上,便于护士核对;科室教研组建立每名护士药物识别成绩登记表,记录识别错误的药物编号,每周考核护士再识别这些错误药物,不断强化培训和练习,分别给得分低的 N0、N1 级护士安排一个月的治疗班,护士长跟班,以加深对药物的了解。

1.2.4 再次评估护士对药物识别情况 2014 年 12 月对 36 名护士再次利用模板全面考核。

1.3 统计学处理 采用 Graphpad 6.0 统计软件,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用双因素方差分析,分别检测不同能级护士干预前后对药物识别差异和护士干预前后对不同口服药物种类识别的差异。采用 Tukey 检验进行多重比较分析。检验水准 $\alpha=0.05$,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

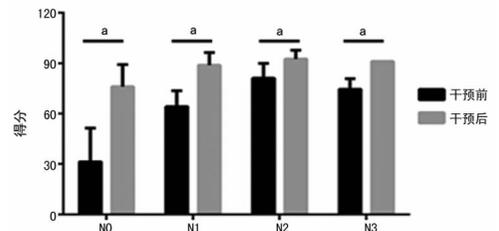
2 结果

2.1 不同能级护士对药物识别有差异 结果发现不同能级护

士对药物的识别均存在差异性,护士级别主效应 $F=19.9$,干预前后主效应 $F=107.7$,差异有统计学意义($P<0.01$),见表 1、图 1。其中 N0 级护士对药物识别率最低,N2 级最高。

表 1 不同能级护士对药物识别情况($\bar{x} \pm s$,分)

项目	N0	N1	N2	N3
干预前	31.29±20.18	64.12±9.55	81.1±8.81	74.5±6.36
干预后	76.00±13.27	88.88±7.44	92.5±4.30	91±0
<i>t</i>	11.29	9.75	3.44	2.23
<i>P</i>	<0.01	<0.01	<0.01	>0.05



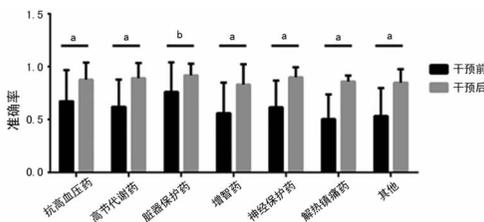
^a: $P<0.01$ 。

图 1 不同能级护士对药物识别干预前后情况

2.2 护士对不同药物种类的识别有差异 结果发现护士对不同药物种类的识别存在差异性,药物主效应 $F=1.192$,干预前后主效应 $F=204.9$,差异有统计学意义($P<0.01$),见表 2、图 2。

表 2 护士对不同种类药物识别情况($\bar{x} \pm s$)

项目	抗高血压药	调节代谢药	脏器保护药	增智药	神经保护药	解热镇痛药	其他
干预前	0.674±0.295	0.622±0.255	0.780±0.255	0.581±0.285	0.609±0.245	0.467±0.273	0.508±0.282
干预后	0.877±0.162	0.891±0.144	0.932±0.084	0.845±0.172	0.898±0.090	0.844±0.058	0.836±0.165
<i>t</i>	4.60	6.10	3.46	5.59	7.68	4.78	6.17
<i>P</i>	<0.01	<0.01	<0.05	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01



^a: $P<0.05$; ^b: $P<0.01$ 。

图 2 护士对不同药物种类的识别干预前后情况

2.3 口服用药错误发生情况有所下降 经过一系列强化培训和练习后,用药错误从 2013 年度的 8 起降低到 2014 年的 3 起,其中因药物识别错误引起的下降幅度较大,由 6 起下降到 1 起。

3 讨论

3.1 口服药用错误的发生和干预现状 保证口服药物正确发放是保障患者安全,促进患者身体康复的重要举措,医护人员应高度重视口服用药安全^[3]。

韩国的一项研究表明,护士口服给药错误占 23.0%^[4],而国内的口服给药错误亦占 13.6%^[5]。因此国内外学者进行了

一系列的研究以减少临床口服给药的错误发生率,如患者入院时医护人员关注患者自服药物情况。医生开立医嘱时遇不同剂型药物,应告知全科医护人员引起注意^[6]。护理人员核对和发放药物时应穿专用小马甲,若发现有更新的药物,需及时更新药物模版。护士长及质控员定期及随机抽查护士用药的各个环节^[7]。鼓励主动上报不惩罚制度^[8],不断完善用药制度及流程^[9]。如护士发现患者同时服用了两种剂型的倍他乐克(自服的是 50 mg,医院的是 25 mg),上报后经过头脑风暴认为需对医、护及患者行人科用药培训,并在入院流程中加入了标准用语:患者正在服用什么药物? 这些药物若需继续服用,由医务工作者在药房为其统一摆放;请患者把这些自服药物带回去。以上措施均在一定程度上减少了口服用药错误的发生率。

3.2 不同层级护士的识别能力有差异 护士是临床用药的保管者和直接使用者,在用药安全中起着重要作用^[10]。本研究表明,N0 级护士对药物识别率最低,N2 级最高,因此,临床上应重点关注能级低的护士对口服药物的识别情况。因 N0 级护士不能独立当班,故该科安排 N0 级护士跟随导师上 1 个月的治疗班,使她们尽快掌握科室药物,减少了短板。N3 级护士得分不高的原因是长期上办公班,直接接触药物机会较其他班

次少,故采取 3 个月轮班,让每个能级护士的口服药识别能力得到全面提升。

3.3 护士对不同药物种类的识别有差异 护士对不同药物种类的识别有差异,可能与大量新药进入临床、药物剂型及外观改变、使用频率有关,本科室各能级护士对常用药物类别识别率较高,如对调节代谢药、脏器保护药物、抗高血压药正确识别的护士较多,但解热镇痛类药物正确识别的护士较少。

3.4 口服药模板可以有效降低用药错误 部分药品在其颜色、外形上很相似,药片上又没有药品名称或其他标志,因此,护士大多只能核对药物数量,无法核对药名、规格,从多种药品中挑出某种药品也有难度,直接影响了患者口服药的准确性。科室口服药物模板的使用使护士在核对过程中有图可依,确保口服用药的准确性。同时,科室教研组负责更新药物说明书,制定成册,将药物知识纳入业务学习^[11],尤其是科室第一次使用,患者第一次服用及护士第一次接触的药物,并每半年更新科室口服药物识别模板。

药物安全涉及面广,需要医生、护士及相关人员的共同努力^[12],今后还需加强多部门之间的交流合作。鼓励医、护、患、技全员参与用药安全管理,积极发现用药系统中的问题,建立健全规章制度,不断优化流程,提高临床用药的及时性、准确性及安全性,切实保障患者安全^[13]。

参考文献

- [1] 樊小朋,朱敏秋,金学琴,等.自制护理安全手册用于患者安全用药管理[J].中华现代护理杂志,2014,20(1):104-105.
- [2] 邹建,罗比可.口服药样板资料在住院患者口服药健康教育

育中的应用[J].护理研究,2011,25(26):2383-2384.

- [3] 黄玉虹.品管圈在护理安全用药质量管理中的应用[J].齐齐哈尔医学院学报,2014,35(5):774-775.
- [4] Kim KS,Kwon SH,Kim JA,et al. Nurses' perceptions of medication errors and their contributing factors in South Korea[J]. J Nurs Manag,2011,19(3):346-353.
- [5] 高玉华,李春厚.应用给药差错评价量表对护理给药差错实施量化管理[J].中国医院,2002,6(4):52-54.
- [6] 付京,程秀华,王侣珍.临床给药护理风险管理的研究现状[J].护理学杂志,2013,23(7):95-97.
- [7] 张春红.护士用药安全管理[J].白求恩医学院学报,2010,8(6):437-439.
- [8] 霍世英,黄叶莉,蔡伟萍,等.临床患者安全用药的管理方法与效果[J].护理管理杂志,2012,12(5):370-371.
- [9] 张菁,吴荣,徐旻.柏拉图分析法在病房用药安全质量管理中的应用[J].护理研究,2014,28(2):232-233.
- [10] 谢建飞,丁四清,刘爱忠.用药环境重现病房药品贮存管理中的应用[J].中华护理杂志,2011,46(8):809-810.
- [11] 容根南,吴宛萍.责任制整体护理模式下护士对药理知识的需求与干预措施[J].解放军护理杂志,2011,28(12):12-13,23.
- [12] 樊小朋,金学勤,徐晔,等.护理用药安全手册的制定及应用[J].护理学杂志,2013,28(17):47-49.
- [13] 汪四花,林芬,沈国霞.品质管理活动在病房用药安全质量管理中的应用[J].中华护理杂志,2011,46(1):60-61.

(收稿日期:2016-02-23 修回日期:2016-05-16)

(上接第 3440 页)

社区卫生信息化建设目的在于提高医疗服务质量、加强医疗服务环节监管力度、提高医务管理者的效率、合理控制医疗费用,从而最终实现人人享有安全、有效、便捷、价廉的医疗卫生服务^[15]。目前重庆市社区卫生信息化在内外很多方面都存在问题,要实现这一目的还需要更多努力,今后要从注重统筹规划,培养专门人才,统一技术标准,提升反馈速度,重视后期维护,提高资金效率等方面进一步改善社区卫生信息化的不足,不断推动社区卫生信息化的建设。

参考文献

- [1] 陈远怀.医学类高职院校医学信息技术教学的思考[J].电脑知识与技术,2013,33(33):7492-7493,7495.
- [2] 王崴.我国社区卫生信息化水平评价指标体系构建[D].长春:吉林大学,2014.
- [3] 闫婧,黄国伟,张竞超,等.社区卫生服务信息系统建设问题研究[J].中国初级卫生保健,2012,26(3):20-22.
- [4] 张丽芳,赵秀竹,杨洪伟,等.我国社区卫生服务信息化建设历程及数据共享模式[J].医学信息学杂志,2011,32(12):7-11.
- [5] 王嵘.云南省基层医疗卫生机构信息化建设研究[D].昆明:云南大学,2014.
- [6] 刘朝杰.中国社区卫生信息系统建设面临的挑战[J].中

国全科医学,2009,12(3):180-183.

- [7] 敖娟.医院信息化建设与管理问题研究[D].郑州:郑州大学,2014.
- [8] 赵直桓,李晴辉,王钟,等.个人健康档案共享的主观障碍与对策分析[J].重庆医学,2009,38(13):1563-1565.
- [9] 李燕萍.社区卫生服务信息化建设问题及对策探讨[J].中国初级卫生保健,2012,26(3):22-23.
- [10] 朱蔚.社区卫生信息化建设的实践与思考[J].中国社区医师:医学专业,2010,12(32):268.
- [11] 祝文会.中小型医院信息化建设中存在的问题和对策[J].电脑知识与技术,2014,32(32):7804-7806.
- [12] 夏志远.浦东新区社区卫生服务中心信息化水平综合评价研究[D].上海:复旦大学,2011.
- [13] 吴皓达.深化医药卫生体制改革形势下我国卫生信息化建设相关问题与对策研究[D].哈尔滨:黑龙江中医药大学,2011.
- [14] 李刚,杨宇军.社区医院信息化建设过程中的问题与对策[J].牡丹江医学院学报,2012,33(1):79-80.
- [15] 李陈晨,王芳,袁莎莎,等.信息化在完善社区卫生服务模式中的利用与效果研究[J].中国卫生政策研究,2014,7(12):50-55.

(收稿日期:2016-01-18 修回日期:2016-03-06)