

熟的操作技术为病人服务。在与患者的交往中,护理人员要真正做到热情、关心、同情,尊重人格,加强巡视和观察,询问病人有无需要,及时给予帮助,增强病人对护理人员的亲切感和安全感,这样无形中便消除了矛盾的起因。

3.3 加强素质修养,建立良好的护患关系

护理人员要讲究语言的艺术性与技巧性,同时,要注意礼仪修养,要仪表端正,着装整洁,仪态优雅,情绪稳定,不可喜怒无常,更不能因自己生活、家庭、工作中的烦恼,而迁怒于患者,影响患者的情绪,妨碍护患关系。对患者提出的疑问,以扎实的理论基础和专业知识,为患者做出合理而圆满的回答,鼓励护理人员参加各种继续教育学习,加强业务学习,强化操作培训,全面提高护理人员的综合素质,以提高护理人员在患者心目中的地位。

3.4 开展换位思考,对患者和家属给予充分理解

护理人员要充分理解患者和家属的心情,对怨恨情绪,护理人员要持宽容、谅解与忍让的态度,无论遇到什么情况,都不与家属发生正面冲突,以免矛盾激化,对个别素质差的患者,应谨慎和蔼,不卑不亢地冷静处理,用实际行动感化患者,引导患者使之自觉地进入患者角色,听从护士的安排和治疗,改变自身的行为。

3.5 强化管理,完善各种规章制度

对于医院的各种规章制度、操作规程,护理人员应当无

条件地执行。每个人都要有较强的制度意识,保证各项制度切实落到实处。一切工作以病人为中心,满足患者的合理要求,护士长安排工作时实行弹性排班,根据每个护理人员的业务能力,身体状况,工作责任心,合理搭配人员,选派责任心强、业务技术好的护理人员做带教老师。增加收费的透明度,严格收费制度,完善计算机网络系统,做到患者费用一日清,使患者、家属心中有数,减少医疗费用方面的投诉。

3.6 加强法律知识的学习,提高护理人员的自我保护意识

护理人员要认真学习法律、法规,在维护患者合法权益的同时,也要用法律武器维护自身的合法权益。要认识到医院是一个整体,一旦纠纷涉及到其他科室、医生、护士,护理人员要相互弥补,切不可互相指责或推卸责任,要注意说话的技巧性,明确自己的法律责任,减少和避免患者、家属的投诉。

参考文献

- 1 葛文贤. 急诊护患纠纷发生原因分析及对策. 护理管理杂志, 2003,3(2):35-36.
- 2 殷磊主编. 护理学基础. 第三版. 北京:人民卫生出版社,2002,60-62.

[收稿日期:2003-05-30]

一般患者护理记录存在的问题分析与对策

白洪敏 李丽 张佩超 贾汝福 黄玉华^①

2002年9月实施的《医疗事故处理条例》暨《病历书写基本规范(试行)》(以下简称《规范》)中规定,护理记录分为一般患者护理记录和危重患者护理记录,患者有权复印护理记录,进行医疗事故技术鉴定时护理记录是医疗机构向鉴定委员会必须提交的客观材料之一,《规范》规定护理记录是病历的一部分。我院从1997年9月开始在整体护理模式病房书写护理病历,其中包括一般患者护理记录,从2002年9月份开始在全院书写一般患者护理记录,经多次质控检查发现,一般患者护理记录存在着系列的问题,并且采取了相应的对策,取得了较好的效果。

1 存在问题

1.1 护理记录不能体现护理动态过程

阶段性护理记录多为时点记录,总结性记录少,这是一般患者护理记录中存在的首要问题。目前,护理记录没有全国统一的书写标准,各地或各医院都执行自己制定的标准,

多数医院根据分级护理或是否手术确定常规护理记录的频次,但护士记录时逻辑性差,多数护士只是时点记录,而不是总结性记录。例如:非手术病人每周记录1-2次,3月1日8:00记录了一次,到3月4日9:00再次记录时,记录的内容不是1日8:00至4日9:00这中间的整个护理过程的总结,而单纯是4日9:00这个时点的病情和护理,护理记录不能完全体现护理动态过程。

1.2 护理记录不能体现护理行为

护理记录内容偏重于医疗专业,护理专业记录少。《规范》中规定,一般患者护理记录是指护士根据医嘱和病情对一般患者住院期间护理过程的客观记录,内容包括患者姓名、科别、住院病历号、床位号、页码、记录日期和时间、病情观察情况、护理措施和效果、护士签名等。但部分护士书写的护理记录内容偏重于医疗专业,过多地记录疾病的病生理变化和治疗过程或重复地抄写已经执行过的医嘱,造成护理

^① 作者单位:沧州市中心医院,061001 河北省沧州市新华中路201号

记录与医疗记录过多地重复,而已经实施的护理措施、护理效果以及病情观察情况记录中又未体现,护理记录不能真正体现护理行为。

1.3 临时性护理记录不全

护士随时记录的意识不强,临时性护理记录不全。部分护士只是机械地按照有关规定中的记录频次记护理记录,对于临时性的病情观察、护理措施及护理效果记录少或漏记,特别是夜班护士这种现象较多。

1.4 护理记录连续性差

护理记录不同于交班本,要体现护理的连续性,特别是前一个班次病人采用治疗和护理措施后而在下一个班次出现结果的,下一个班次要准确地记录病人的反应过程和变化结果,即便是延续几个班次也要记录。但有部分护理记录有前因却没有后果,有的班次没有延续记录。

1.5 护理记录没有体现出因人施护和按需施护

相同专科的护理记录内容大致相同,只体现出因病施护,而没有体现出因人施护和按需施护。造成这种现象的主要原因:一是护士的业务水平偏低,找不到护理的重点;二是护士过多地依赖陪护,亲自观察、护理的实践少;三是护理常规思维定势对护士形成了同一种疾病同一种护理的模式,从而出现全科记录一个模式不能体现个体差异的情况。

2 对策

2.1 设护理小组长,实行小组制护理,每个护士都有固定的

包床,每个病人都有自己固定的管床护士。管床护士负责书写阶段性日常护理记录,值班护士负责书写临时性护理记录。

2.2 科学合理地安排班次,每周将夜班,两日周休平均分配,不连休,保证管床护士与自己所管的病人充分接触,全面系统地收集资料,总结性地记护理记录。

2.3 建立上级护士查房制度,可以按职称,也可以按护士长、责任组长进行三级或二级查房,上级护士随时对下级护士书写的护理记录进行指导和修改。

2.4 根据专科特点规范护理记录的书写程序,每个病人首先确定护理重点,重点观察,重点护理,重点记录,避免千篇一律地重复一个模式,体现因人施护,按需施护。

2.5 护理业务学习、业务查房增设护理记录书写内容,在书写较好的科室开展现场经验交流,组织全院观摩查房和全院性病历讨论,提高全体护理人员的记录水平。

2.6 建立危重、转科病人会诊制度,对于危重病人,转科病人由管床护士提出会诊申请,护理部在全院组织有关护理专家会诊,确定会诊意见,病区护士长或小组长组织实施,管床护士记录整个实施过程。

2.7 加强对护理记录书写质控,建立院科两级护理质控网,质控人员定期或不定期检查,保证护理记录的书写质量。

[收稿日期:2003-06-06]

欢迎订阅

2004年《护理管理杂志》

《护理管理杂志》是经中华人民共和国新闻出版署批准公开发行的专科护理杂志,创刊发行以来认真履行办刊宗旨,密切关注学科发展动态,对护理学科的重点、热点问题进行了追踪报导,从2003年起,被国家科技部信息研究所收录为“中国科技论文统计源期刊(中国科技核心期刊)”。该杂志开辟有院长看护理、论坛、护理管理研究、专科护理管理、护理科研管理、护理教育、护理质量管理、人力资源管理、信息管理、医院感染管理、社区护理管理、护理工作改革、护理工作与法、安全管理、护理经济管理、国外护理考察、护理管理综述等栏目。为了扩大刊稿容量,自2004年起由双月刊改为月刊。

《护理管理杂志》为国际期刊标准大16开本,64页,月刊,每月10日出版。

订价:每本5元,全年定价60元人民币,全国各地邮电局均可订购,邮发代码82-926,也可从编辑部破年破季直接订阅(免邮费)。编辑部自行装订了2003年全年杂志的合订本,如需订购,请直接与编辑部联系。

编辑部地址:北京市东城区南门仓5号 护理管理杂志编辑部 邮编:100700

电话:(010)66721461 66721265 传真:(010)64043064

电子邮件:huguan@public3.bta.net.cn 或 hlgl@chinajournal.net.cn