

幕等媒介导引就诊。设立了门诊服务中心,为患者提供全方位服务,对年老体弱、行动不便、危重患者推车接送,陪送挂号、就诊、检查治疗、办理入院手续,尽可能方便患者。同时采用“浮动模式”,尽力减少患者无效等候和避免不合理的就诊流程^[9]。

2.5 转化服务理念,提高门诊护士整体素质 定时组织护士参加礼仪培训及沟通交流培训,将“以人为本”的护理服务态度渗透到日常护理工作中,教导护士主动服务、微笑服务、满意服务和优质服务,以热情、诚恳、宽容、积极地态度和端庄的仪表接待患者,善于通过自己积极向上、乐观自信的内心情感鼓舞患者,在实际工作中实行首诊负责制,主动咨询、及时引导、快捷挂号、细致分诊、不推诿患者等服务的方方面面,使患者感受到被服务的地位和受尊重的价值。随着患者对于医疗需求的上升,单纯的业务学习已经不能满足门诊护理工作的需求,定期的专业知识和技能培训之外,社会学、心理学、文化科学都成为必修的课程^[10-11],同时要求门诊护士在熟练掌握常规技术的基础上,还要掌握新理论、新技术、新方法,才能提高分诊正确率。

2.6 制订抢救预案,提高抢救技能 结合门诊各诊区患者特点,成立了抢救小组,制订了各项抢救预案,并增设了相关的抢救设备。同时请各科室的专家进行本专业急重症救治的培训,提高门诊护理人员对各科室常见急症的急救技能。通过联合临床科室参与各种抢救预案演练和考核,做到人人熟练掌握抢救预案。针对部分患者在门诊无法实施抢救的,本院会在初步抢救的基础上,由抢救小组成员护送至急救部,保证各项抢救措施的准确、及时和到位。

3 讨 论

门诊作为医院面向社会的一张名片,其护理管理水平高低,护理服务质量优劣,直接关系到医院的声誉与效益^[12-13]。本院门诊针对门诊护理工作中存在和潜在不良因素,建立了科学、规范、人性化的门诊护理管理模式,受到了医、患、社会多方好评,取得了良好的社会效应及经济效益。该模式对综合医院门诊部流程管理具有一定指导意义。

• 卫生管理 •

重性精神疾病患者乡镇卫生院管理的难点与对策研究

陈 懿,伍林生[△]

(重庆医科大学思想政治教育学院 400016)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.21.047

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2013)21-2554-02

随着社会进入转型期,各种矛盾增多,竞争压力加大,人口和家庭结构变化明显,精神障碍和精神卫生难题已经成为重要的公共卫生难题和较为突出的社会难题^[1]。统计数据表明,我国精神疾病患者肇事肇祸发生率约为 30%,其中杀人放火率约为 2.5%,其他危害社会治安发生率约为 19%^[2],成为影响社会安定的一个不可忽视的严重问题。大部分精神疾病患者的发病过程具有不确定性和突发性,增加了医疗卫生机构对有肇事肇祸倾向的精神疾病患者服务和管理的难度。

1 重性精神疾病患者乡镇卫生院管理现状

参考文献:

- [1] 韦必鲜.综合医院门诊护理管理存在的问题及对策探讨[J].临床合理用药,2011,4(1):97-98.
- [2] 王青,江雪梅.门诊管理工作的诸环节[J].解放军医院管理杂志,2003,10(2):159.
- [3] 李婷燕.门诊部护理不良事件的原因分析及对策探讨[J].护士进修杂志,2010,25(10):884-885.
- [4] 郑一梅,范玉改.门诊护理管理中的难点与重点[J].护理研究,2010,24(6):1678-1679.
- [5] 黄晓哲.加强门诊护理管理与减少护理不良事件对策探讨[J].中国误诊学杂志,2011,11(17):4264-4265.
- [6] 李爱娣,朱东升.门诊护理投诉的原因分析及防范措施[J].中国医学创新,2012,21(2):56-57.
- [7] 杨丽霞.加强门诊护理管理有效预防医院感染[J].临床合理用药,2011,4(3B):137.
- [8] Elkhuzen SG, Das SF, Bakker PJ, et al. Using computer simulation to reduce access time for outpatient departments[J]. Qual Saf Health Care, 2007, 16(5):382-386.
- [9] Hemann M, Davidson G. Perspective of a float pool model in ambulatory care[J]. Medsurg Nurs, 2012, 21(3):164-166, 170.
- [10] 张浩楠,金佳.门诊护理管理的问题及对策[J].中实用医药,2009,4(7):240-241.
- [11] 李秀君.人性化管理在门诊护理工作中的应用与探讨[J].天津护理,2012,2(2):102-103.
- [12] 姚哲.医院门诊护理质量管理的重要性研究[J].齐齐哈尔医学院学报,2012,6(2):822-823.
- [13] 熊彬,刘淑琴,钟红铃,等.浅谈大型综合医院专家门诊护理管理[J].重庆医学,2011,40(3):3114-3116.

(收稿日期:2013-01-08 修回日期:2013-03-21)

重性精神疾病主要包括精神分裂症、双向障碍、偏执性精神病、分裂情感障碍等。重性精神疾病在人群中具有一定的患病比例,在发病时,丧失对疾病的自知力或对行为的控制力,并可能导致危害公共安全和他人人身安全的行为,长期患病者可以造成社会功能的严重损害^[3]。重性精神疾病患者若得不到有效治疗,则大约有 10%可能肇事、肇祸,大约有 30%可能致残,重症抑郁障碍患者若得不到有效治疗,大约 10%有严重自杀倾向^[4]。乡镇卫生院是农村三级卫生保健网中承上启下的中间环节,是中国卫生体系的重要组成部分,在满足农村居民

防病治病的就医需求方面发挥着不可替代的作用^[5]。目前,重庆市永川区以国家“中央补助地方经费重性精神疾病管理治疗项目”为依托,全区 23 个乡镇卫生院开展对重性精神疾病患者治疗管理工作。但重性精神疾病患者的特殊性,在管理的过程中出现了一些问题,如何克服现存的困难,有效开展重性精神疾病管理治疗工作,对于维持社会安定,保护公民合法权益具有重要意义。

2 乡镇卫生院管理重性精神疾病患者存在的困难

2.1 重性精神疾病患者排查工作难度大。在现有的工作方式中,主要由公安、民政部门提供重性精神疾病患者名单,区精神病医院根据名单对患者进行危险性评估,最后,将评估分级后的患者名单交给乡镇卫生院,由乡镇卫生院对本辖区内的符合管理条件的重性精神疾病患者进行治疗管理。由于公安、民政部门提供的名单与各乡镇卫生院上门排查的辖区内实际患者数量有出入,是由于重性精神疾病患者具有流动性,因此,重性精神疾病患者的排查工作开展起来难度较大。

2.2 患者随访流失率高 现在采取的随访主要有乡村医生上门随访和患者家属带领患者到乡镇卫生院复诊两种方式。由于重性精神疾病患者的特殊性,其户籍所在地与其实际居住地并不完全一致,出现患者随其监护人迁往其他省市地区居住的情况。乡村医生到患者家中进行随访,发现患者已搬迁到异地,且现身在何处,以后是否回家,病情是否恶化等情况不得而知,随访工作只能被动中断。

重性精神疾病患者病情具有反复、不确定性,部分重性精神疾病患者成为街头三无流浪精神疾病患者,出现其监护人及亲属均不知晓患者身在何处的情况,也是造成随访难的原因之一。

2.3 患者治疗不及时、依从性差 重性精神疾病是高致残率、高负担疾病^[6]。国内多数地区普通人群的精神卫生知识仍较匮乏^[7]。患者对疾病缺乏认识能力,许多患者在精神疾病首次发作时,未主动就医,而治疗延误与预后不良存在明显相关,在精神疾病首次发作时,家属对于帮助患者就医起了至关重要的作用^[8]。由于重性精神疾病患者大多失去劳动能力,且需要长期服药,对于患者及其家庭来说这是一笔不小的开销,会造成沉重的经济负担,最终导致大部分患者无法坚持长期正规治疗。

2.4 患者后期康复治疗难以坚持 农村重性精神疾病患者多具有因病致贫、因贫返病的特点,而目前对他们的治疗基本局限于医院之内,多次的住院费用、家人探视时的交通费、误工费则进一步加重了患者及其家庭的经济负担^[9],患者往往治疗一次以后,家属因经济原因不愿意患者接受后继性康复治疗。面对患者病情的不稳定性,家属常常对治疗失去信心,甚至将重性精神疾病患者进行关锁。

2.5 《精神卫生法》尚未出台,相关工作开展困难 重性精神疾病患者治疗管理需人力资源和社会保障、民政、财政、劳动、公安、卫生等多部门参与,法律法规的缺失,导致各部门责任不清,分工不明,精神卫生工作机制不健全。由于强制收治精神障碍患者程序的缺失,精神疾病医院等医疗卫生机构无法积极作为。

3 重性精神疾病患者管理对策探讨

3.1 加强宣传,全面普及精神卫生知识 利用赶场、集会、义

诊等对农村常住及流动人口进行宣传教育,通过发放传单、宣传手册、赠送小礼品等,宣传国家精神卫生相关政策法规,普及精神卫生防治知识,提高农村居民对精神障碍和心理行为问题的预防、早期发现、干预方法等知识水平和救治能力。

3.2 加强卫生人才队伍建设,提高服务能力,优化服务模式 利用“中央补助地方经费重性精神疾病治疗管理项目”培训经费,加强对乡镇卫生院精神专科执业医师的培训;加强对乡村医生的培训,提高乡村医生对于常见重性精神疾病早期症状的识别能力和跟踪随访治疗能力。将重性精神疾病患者管理的落脚点放在服务能力和服务模式优化上,把对重性精神疾病患者的日常管理作为长期任务,提高服务治疗的连续性和整体性,将为重性精神疾病患者提供长期、有效、无偿、便捷的治疗服务作为最终目标。

3.3 积极争取经费,实现对重性精神疾病患者的可持续性管理 将国家基本公共卫生服务项目与新医改政策有效结合,将精神卫生服务长效管理作为基本医疗卫生服务纳入乡镇卫生院日常工作之中,确保精神障碍患者不因贫困而得不到救治。实现民政、人力资源和社会保障、财政等多部门有效协作,积极解决重性精神疾病患者治疗、康复费用,减轻患者家庭负担,满足患者治疗需要。

3.4 建立重性精神疾病管理的多部门联动机制,落实重性精神疾病患者的医疗保障措施 建立卫生行政部门与公安、民政、人力资源和社会保障、财政等多部门联动机制,充分整合部门资源,进一步构建完整的重性精神疾病防治网络和管理网络。通过社会部门的联合,对生活困难的精神疾病患者提供医疗救助、生活救济、解决劳动就业等全面的支持,让精神疾病患者感受到社会大家庭的温暖,更好地促进患者的精神健康^[10]。

3.5 加快重庆市精神卫生法律法规立法进程 制定符合重庆市精神卫生实际的法律法规,规范精神卫生服务,切实保障精神障碍患者的合法权益,保证其人格尊严和人身安全不受侵犯。明确各部门责任、实现综合施治,建立政府、家庭和社会共同承担、分工合作的精神卫生工作机制。

3.6 分步分类对重性精神疾病患者进行管理 由于各乡镇经济发展水平的不同,各个乡镇卫生院也有所不同,在对重性精神疾病患者进行管理上也应有所区别。在经济发达、中心卫生院基层工作开展扎实的辖区,在完成国家重性精神疾病管理治疗项目要求基础上,最大化利用现有资源,开展辖区内患者危险行为评估,实施个案管理,增加随访次数和工作内容。在经济发展程度为中等,乡镇卫生院能力有限的辖区,可以采取分步实施的办法,在保证项目完满执行基础上,逐步加强对重性精神疾病患者的日常性管理。在经济欠发达、乡镇卫生院能力薄弱的辖区,尽可能完成国家项目要求。

有条件的乡镇卫生院对重性精神疾病患者进行分级管理。通过当地精神卫生中心危险性评估将重性精神疾病患者分为 6 级,根据患者病情的稳定与否,进行分级管理。

参考文献:

- [1] 俞峻瀚,肖泽萍. 精神疾病病耻感的精神动力学研究及对策[J]. 上海精神医学, 2005, 17(6): 121-126.
- [2] 石勇. “精神病”、权力及国家责任[J]. 南风窗, 2012, 10(21): 36-37. (下转第 2558 页)

分。比较不同教学方法下,两组学生考试平均成绩的差异。

1.3.2 问卷调查 由代课教师在课程结束后发放,学生以无记名方式填写问卷,统一独立完成,当场收回。发放《教学信息反馈表》80 份,收回问卷 80 份,有效回收率 100%。

1.4 统计学处理 采用 SPSS13.0 统计软件进行分析,组间比较采用 t 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 理论考试成绩结果 儿科临床药理考试成绩,实验组(93.25±18.67)分与对照组(80.87±20.41)分比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 儿科临床药理考试成绩($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	分值
实验组	40	93.25±18.67*
对照组	40	80.87±20.41

*: $P < 0.05$,与对照组比较

2.2 问卷调查结果 实验组认为“案例教学法”很好 35 人、较好 2 人、一般 2 人,较差 1 人;对照组认为传统教学法很好 13 人、较好 10 人、一般 20 人,较差 7 人,见表 2。

表 2 教学信息反馈表(*n*)

评价内容	很好	较好	一般	较差
案例教学法	35	2	2	1
传统教学法	13	10	20	7

3 讨 论

儿童不是成人的缩影,生长发育迅速,身高、体质量、体表面积、细胞外液、蛋白结合率、肝、肾和内分泌功能等都处于动态变化之中,儿童用药尤其要根据儿童生理特点和疾病状态,考虑药物对儿童生长发育的影响,做到个体化^[6-7]。在案例式教学法中,作者结合教学大纲的重点和难点,将儿童合理用药分为选择合适药物和给药剂型、确定剂量和选择给药途径、个体化给药及检测 3 个模块,以儿童特有反应的药物选择和设计案例,在讲授的过程中穿插对儿童常见疾病和新生儿特有疾病的介绍,启发学生对儿童用药的思考,学生的积极性显著提

高^[8]。同时,对不合理用药的案例,引导学生查阅相关资料,变被动学习为主动思考,拓宽了学生的知识面。

由于临床药理学是实践性很强的综合性学科,临床药理学模式下的药学人才不仅要有过硬的药学专业知识,能为患者提供与药物有关的信息和建议,还要具备扎实的临床医学基础,结合患者的生理特点和疾病状态选择药物,并就药物治疗中的各种问题与工作伙伴进行商讨,这对临床药理学专业的教育提出很大的挑战。作者的教学实践证明,采用案例式教学法,增强了学生分析问题、解决问题的能力,打破了传统教学的模式,变死记硬背为主动、规律性的记忆。增强了学生和教师的互动,学生积极思考,教师更新完善知识系统并将之灵活运用到教学中,使学生、教师都获益匪浅。

参考文献:

- [1] 于爽,察雪湘,冯国清.案例教学法在留学生药理学教学中的应用[J].中国药理通讯,2012,29(4):35.
- [2] 杨静,胡琴,魏芳第,等.案例教学法在药学专业分析化学教学中的应用探讨[J].基础医学教育,2011,13(11):989-990.
- [3] 任玉梅,单海军.案例教学法在中医儿科学教学中实践与探索[J].中国中医药资讯,2010,2(33):204.
- [4] 郑述铭.案例教学结合 TBL 教学法在临床见习带教中的运用[J].中医药管理杂志,2011,19(7):648-649.
- [5] 徐志立,杨静娴,陶小军,等.案例教学模式在临床药物治疗学教学中的应用[J].医学研究杂志,2011,40(10):159-160.
- [6] 王丽.儿科临床药理学亟待发展[J].儿科药学杂志,2008,3(14):1-3.
- [7] 陈娜.儿科药理学监护的讨论[J].中国医药指南,2010,8(33):172-174.
- [8] 冉素娟,李秋,李廷玉,等.案例为基础的临床教学查房模式改革的实践研究[J].重庆医学,2012,41(8):823-825.

(收稿日期:2013-01-05 修回日期:2013-03-11)

(上接第 2555 页)

- [3] 张明圆.精神科评定量表手册[M].长沙:湖南科学技术出版社,2010:203.
- [4] 郑灵巧.精神卫生服务需求增长我们准备好了吗[N].健康报,2007-10-12.
- [5] 杨肖光,陈英耀,应晓华,等.乡镇卫生院民营化改革的实践与反思[J].中国卫生政策研究,2012,5(5):22.
- [6] 谢焱,杨丽.205 例精神疾病患者社区康复调查分析与对策[J].中国民康医学,2009,21(5):45-46.
- [7] 仇剑,谢斌.上海社区居民精神卫生知识知晓和服务需求调查[J].中国健康心理学杂志,2005,13(2):81-85.

- [8] 余英仪,杨孝,陈潮立.开展社区干预对重性精神疾病患者早期治疗的影响[J].精神医学杂志,2009,22(6):442-443.
- [9] 翟长平,吴延海,邓家佩,等.农村重性精神疾病的社区管理治疗[J].中国全科医学,2009,12(12A):2178-2180.
- [10] 熊日先.社区和(或)乡镇医疗机构开展重性精神疾病管理治疗工作的难点问题和对策[J].中国民康医学,2012,24(2):191.

(收稿日期:2013-01-08 修回日期:2013-03-21)