

3 讨 论

CNP 是医护人员为某一疾病的康复所制订的有严格工作程序、准确时间要求的护理计划,是为了减少资源浪费及促进患者康复,使患者获得最佳的护理服务^[9]。对脑卒中吞咽障碍患者实施健康教育路径优点如下:(1)护士能按预定的内容实施,护理评价及时,实施到位。做到健康教育制度化、规范化。患者和家属掌握了相关康复知识及训练方法,增强了患者对医护人员的信任感,提高了患者及家属的满意度。(2)明确护士介入康复训练的时间及内容,护士能遵循路径对患者实施治疗和护理,工作效率得到提高;患者及家属主动参与疾病护理、健康教育计划,患者拥有知情权,更愿意接受治疗。(3)责任护士能严格按护理路径进行工作,做到有预见性和计划性。并能提高低年资护士学习专科知识的积极性,使其不断提升业务素质 and 自身素质。

本文结果显示,观察组患者平均住院时间、住院费用明显少于对照组;患者满意度显著高于对照组;观察组治疗有效率优于对照组。这充分说明对脑卒中吞咽障碍患者实施健康教育路径,不仅能提高患者和家属对护理工作的满意度,还能提高患者及家属对疾病的认知程度,消除患者的恐惧心理,增强患者对治疗的信心,改善吞咽功能,提高临床疗效,节约医疗成本,值得临床推广应用。

参考文献:

[1] 杨莘. 神经疾病护理学[M]. 北京:人民卫生出版社,

• 临床护理 •

2005:99-102.

- [2] 孟昭远,李平. 脑卒中危险因素研究进展[J]. 中国慢性病预防与控制,2008,16(5):549-551.
- [3] 胡玮琳,李保兰,冯丽华,等. 分级康复护理对老年脑卒中患者吞咽能力的影响[J]. 重庆医学,2012,41(19):2000-2001.
- [4] 冯丽华,沈军,郑娜. 个体化康复训练对长期鼻饲的脑卒中患者吞咽能力的影响[J]. 激光杂志,2011,32(2):90-91.
- [5] 宋敏. 脑出血患者护理中临床护理路径的效果分析[J]. 中国医学工程,2012,20(10):175.
- [6] 杨春玲,张瑞敏. 临床护理路径[M]. 北京:军事医学科学出版社,2009:15-25.
- [7] Verdú A, Maestre A, López P, et al. Clinical pathways as a healthcare tool: design, implementation and assessment of a clinical pathway for lower-extremity deep venous thrombosis[J]. Qual Saf Health Care, 2009, 18(4): 314-320.
- [8] 魏晓琼,郑显兰. 临床路径变异分析研究现状[J]. 中国护理管理,2011,11(7):15-17.
- [9] 秦淑慧. 临床护理路径在脑梗死患者护理中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2012,18(6):19-20.

(收稿日期:2013-10-08 修回日期:2014-01-22)

三级医院综合 ICU 新护士培养模式探讨*

任 丽¹, 叶和梅^{2△}, 刘 娟³

(重庆市中山医院:1. 重症医学科;2. 护理部;3. 科教科 400013)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.13.057

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2014)13-1672-03

ICU 是医院的重要病房单元,更是护理单元的重中之重^[1-2]。综合 ICU 收治全院各科室危重症患者,患者病情重,病情变化快,且 ICU 集中了全院先进医疗设备,存在仪器操作复杂、工作量大、突发事件多等特点,对护理人员的专业技能和综合素质都有极高的要求。新进护士需尽快掌握各项操作技能,且建立良好的 ICU 系统护理理念,这使 ICU 新护士的培养工作面临新的挑战。传统新护士培养通常采用导师一对一带教的模式^[3]。由于导师带教过程中具有教法各异、标准不一、风格不同等情况,导致护士的成长速度不一,理论素养和临床实践能力参差不齐^[4-5]。为了让新护士以最佳状态尽快融入 ICU 工作,以培养出一支训练有素的综合 ICU 护理队伍,作者尝试用新的培养模式——导师指导与《综合 ICU 规范化培训手册》理论指导相结合。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾分析本科室近年来按照传统带教模式成长起来的护士 14 名,将其分到对照组;本科室近 1 年来新招聘

护士 14 名按新的培养模式进行培养,列为实验组。28 名护士均为女性,年龄 20~29 岁,其中,12 名大专,16 名本科。两组带教老师及进行综合评估的患者、医生、科室其他护士等人员在学历、年龄、性格等方面差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 实验组培养方法

1.2.1.1 《综合 ICU 规范化培训手册》的制订 (1)成立手册制订小组。结合本院综合 ICU 护士岗位职责及带教经验,以本院《新护士培训指南》为蓝本,参考卫生部《关于实施医院护士岗位管理的指导意见》、《专科护理领域护士培训大纲》等文件,由护理部教学督导组、总护士长、科护士长、科教学组长共同探讨,针对本院综合 ICU 收治患者情况和专科特性,制订出培训手册。手册内容(1)培养目标:通过培训,新护士能熟练掌握 ICU 基本护理理论、操作技能及各专科护理特点,独立胜任 ICU 护理工作。培训涵盖 ICU 病室环境认识、工作职责与规章制度、仪器使用、常见药物配伍禁忌、专科护理技能与质量

* 基金项目:重庆市渝中区科委基金资助项目(20130109)。 作者简介:任丽(1983—),主管护师,本科,主要从事重症医学及护理教育的研究。 △ 通讯作者, Tel:13983393335; E-mail:luckyym@aliyun.com。

标准,护理文书及医嘱信息处理、常规突发事件应急预案等方面。(2)培训步骤:第一阶段(第1~4周)基础培训,要求新护士了解病室环境、工作制度、各班职责、操作标准、护理质量标准,掌握消毒隔离制度等理论、医院感染控制及各专科基础理论知识等。第二阶段(第5~7周)熟悉ICU护理操作流程;ICU各种仪器操作注意事项、保养和维护知识。第三阶段(第8~11周)掌握各专科知识、专科护理常规。ICU常见药物的配制、作用及不良反应等。第四阶段(第12~14周)熟练掌握医嘱信息化,医嘱录入、处理方法;护理病历规范化书写;掌握急救能力,各种应急预案,突发事件的处理。第五阶段(第15~20周)强化工作职责和流程,在导师跟班监督下独立完成各班工作。第六阶段(第20周最后1d)终末考核。(3)考核标准及方法:考核组由护士长担任组长,组员由教学组长和导师组成。严格按照手册内容考核评价:以试卷考核、操作考核、口头提问、急救情景模拟、护理质量抽查等形式及时评价学习效果。在每个阶段培训完成之后,由考核小组组织理论和操作考核。总结本阶段培训效果,如有不足之处,及时强化掌握。全部培训结束时终末考核,由阶段成绩和导师评价组成,合格者授予独立上岗资格证。(4)满意度测评:测评采用本科自行设计的导师满意度表。包括护士满意度表、医生满意度表、患者满意度表,以无记名方式进行调查评分,收集反馈信息后进行统计,计算出各项测评满意率。

1.2.1.2 导师选拔与培训 (1)导师选拔:导师在ICU护理人员中遴选产生。要求有超过5年ICU工作经验或具有中级以上职称,具备良好责任心,积极性高,热爱带教工作;具备扎实的理论基础、精湛的护理技术;积极参与护理科研;自愿原则,完成教学上岗前培训,考核合格后颁发资格证书方能任教。(2)导师集中培训:包括专业知识与技能和教学技能培训。专业知识方面,各导师仔细阅读《综合ICU规范化培训手册》,全面掌握手册各项细则,抓住重点、难点。在教学组长的督导下,导师完成手册备课,结合实际班次和岗位职责授课;教学技能方面,对导师开展情景教学、提问式教学、示范教学、现场演练、模拟临床小讲课等教学模式的培训。指导导师角色转换、语言规范,抓住难点,突出重点,学习制作PPT,运用交谈法了解新护士需求,进行遗漏培训等。

1.2.1.3 导师按照《综合ICU规范化培训手册》的标准带教
(1)新护士自我培训:新护士入科后发放《综合ICU规范化培训手册》,根据培训目标和各阶段要求,以便新护士可以提前预习和培训后随时复习巩固,保证教学质量。(2)一对一导师培训:导师依据为教学内容,以提问式、现场示范等多种形式授课。期间导师对新护士实施实时监控,掌握工作进度,思想动态,循序渐进,对重点难点内容严格带教。每周与新护士交流,了解知识掌握情况,以便查漏补缺,对薄弱知识反复讲解,达到完全掌握。培训内容完成后,结合《综合ICU规范化培训手册》考核标准进行终末考核,合格后上岗。

1.2.2 对照组方法 传统带教模式,即以资历老的护士带教(带教老师是本科室有超过5年ICU工作经验或具有中级以上职称,采取自愿原则,其他无特殊要求),一对一,无特殊原因,中途不换老师。12周后接受考核,合格后上岗。

1.3 两组成绩评估法 包括两部分,一是培训结束后的考核,二是独立上岗后6个月内护理不良事件和护理纠纷的发生数。实验组的全部人员均进行对照组所进行的考试项目,包括理论、操作和综合评估。其中,操作考题进行了微调,以符合现在的临床需要,难易程度不变(难易程度经本科室10名5年以上

工作经验的护士比较两组操作考题的而得出结论),理论和综合评估均不变。综合评估为带教老师、ICU医生、ICU患者和护士本身的满意度进行。实验组在培训后20周进行,对照组是带教12周后进行。另外,分析统计两组独立上岗后6个月内护理不良事件和护理纠纷的发生数。对照组由于2名护士的部分考试成绩丢失,将其排除。

1.5 统计学处理 采用SPSS17.0软件进行数据分析,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组成绩比较 实验组较对照组的带教平均天数要短(40.21±5.6)d,理论考试成绩和操作成绩分别比对照组高(11.23±5.2)分、(9.24±1.5)分。综合评估满意度实验组比对照组高出12.2%,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$),见表1。

表1 两组成绩对比

组别	<i>n</i>	理论成绩(分)	操作成绩(分)	综合评估满意度(%)
对照组	12	83.26±6.9	85.64±5.4	86.34
实验组	14	93.54±7.5 ^a	96.34±1.5 ^a	98.54 ^a

^a: $P < 0.05$,与对照组比较。

2.2 两组上岗后业务能力比较 实验组的不良事件和护理纠纷的发生总数显著低于对照组。其中,护理不良事件0~Ⅳ级差异有统计学意义($P < 0.05$),Ⅴ级和Ⅵ级差异无统计学意义($P > 0.05$),(表2)。

表2 新护士独立上岗6个月内护理不良事件和纠纷发生数(*n*)

组别	护理不良事件							护理纠纷
	0级	I级	II级	III级	IV级	V级	VI级	
对照组	32	51	65	36	11	0	0	29
实验组	14 ^a	23 ^a	26 ^a	10 ^a	1 ^a	0 ^b	0 ^b	10 ^a

^a: $P < 0.05$,^b: $P > 0.05$,与对照组比较。

3 讨 论

3.1 传统带教模式不足 传统的护理带教模式,新护士与老护士是一对一的教学,新护士所学的大部分临床实践知识来自带教老护士。传统护理带教模式有以下几个不足:(1)带教老师由护士长指定,带教老师主动性、积极性不强,个别不愿参与带教工作或不能胜任。(2)带教老师未经选拔、培训,带教中重点、难点不突出。(3)带教缺乏统一性,不同老师带出来是不同模式。(4)整个带教缺乏计划性、系统性。(5)带教时间短。(6)培训期间无监督,只在培训结束后护士长考核,缺乏培训期间的督促,导致培训效果不佳。

3.2 导师指导与《综合ICU规范化培训手册》理论指导相结合的带教模式的优点 近些年其他同行也探索出了一些新的模式,比如分层规范化培训模式^[6]、“1+2”护士培养模式^[7]、PETA培养模式^[8]、以胜任力为基础的培养模式^[9]、梯队式培养模式^[10-11]等。这些模式各有特点,比如分层规范化和以胜任力为基础的培养模式主要是根据新护士的个人能力而选定不同的培训方式,着重体现了以人(新护士)为本的理念;1+2指导模式主要强调的是带教老师的培养,在高年资的护士少而新进护士多的情况下,可达到事半功倍的效果;三级负责制则强调了护士长的监督功能,发挥新护士的主观能动性;

PETA 则强调了带教过程中的具体的科学教学方式;梯队式则着重带教老师技能的选择。与这些模式及传统带教模式相比,本科室新护士培养新模式有几个优点:(1)带教老师经过选拔、培训,保证带教质量,使带教更规范化、标准化、统一化。(2)制订适合综合 ICU 的培训手册,这对老师是指导作用,而对于学生可以提前预习、随时复习、对已学内容查漏补缺,强化学习的主动性、教学的互动性。(3)培训手册更详细制订出培训顺序、形式多样化,由易到难,由浅到深,慢慢深入。(4)培训途中各阶段有计划,有考核,督导小组随时抽查,保证教学进度和质量。

3.3 导师指导与《综合 ICU 规范化培训手册》理论指导相结合的带教模式需改进的地方 经过 2 年来的实践,作者认为本科室的新模式在以下几个方面有待改进。(1)加强带教老师和新护士的心理关爱。(2)加大以人(新护士)为本的理念。(3)加强激励和责任机制,调动新护士的主观能动性。(4)其他非带教老师缺乏相应的培训,出现带教老师休息,新护士无所事事的情况。可适当增加非带教老师的培训,以达到加强业务训练并为今后的带教做铺垫。(5)加强护理法律、人文护理等相关知识的培训。

3.4 本研究局限性 本研究的局限性主要体现在两个方面(1)样本量偏少。(2)时间跨度大。新护士的纳入并非在同一个时段,比如对对照组的时间跨度有 2 年,实验组的时间跨度为 1.5 年。

参考文献:

[1] 赵素琴,郭庆峰. ICU 新护士导师制培养模式的探讨[J].

• 临床护理 •

医学信息:中旬刊,2011,24(6):2524-2525.

- [2] 任国琴,俞萍,苏纯音. 国内外 ICU 护士培训现状及对策[J]. 护理管理杂志,2007,7(7):17-18.
- [3] 张萍,孙玉蓉,王伟. 规范化培训教程在 ICU 新护士培训中的应用及效果分析[J]. 中国医药导报,2011,8(23):159-160.
- [4] 李天红,潘敏,姚文艳,等. 应用培训手册实施儿科新护士培训的实践[J]. 中国护理管理,2013,13(2):102-104.
- [5] 张含凤,李秋洁,吕冬梅. 新毕业护士角色转变的研究进展[J]. 中华护理杂志,2011,46(11):1142-1145.
- [6] 张岩平,戴刚. 岗前培训有助于新护士角色转换[J]. 临床护理杂志,2004,3(1):43-44.
- [7] 冯素文,金颖,余晓燕. 分层规范化培训在妇产科新护士培养中的应用[J]. 护理与康复,2012,11(6):584-586.
- [8] 张鹤,袁梅. “1+2”护士培养模式的探索[J]. 护理实践与研究,2013,10(4):86-87.
- [9] 张瑞敏,周海燕. PETA 培养模式在提高新护士综合能力中的应用[J]. 中国护理管理,2010,10(1):35-37.
- [10] 李虹霞,颜琳,汪饶饶. 基于胜任力的口腔四手护士培养模式研究[J]. 同济大学学报:医学版,2011,32(3):92-95.
- [11] 孙艳侠,徐淑侠,张雪芹,等. 梯队式培养模式在新上岗护士临床培训中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2012,18(34):10-11.

(收稿日期:2013-10-28 修回日期:2014-01-13)

干预措施在老年患者胃镜检查中效果分析

尹春英,王春青,李炳庆

(承德医学院附属医院消化内科,河北承德 067000)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.13.058

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2014)13-1674-02

中国的年龄结构呈老龄化趋势,老年人胃肠功能差,患胃肠疾病风险增加。目前,胃镜是检查食管、胃疾病最重要、最直观检查手段,在临床诊疗中发挥着不可替代的作用。老年患者应常规定期行胃镜检查,早诊断、早治疗对提高老年患者生活质量和延长生存期具有重要意义。老年患者由于症状不适感、对疾病后果的担心及对胃镜检查的顾虑,大多存在抵触心理,认为无法忍受而拒绝,加之害怕自己查出阳性病变,从而使很多疾病无法得到早期诊断,由此作者设想,是否能在胃镜检查前、中、后对老年患者实施心理、行为及认知等干预措施,使老年患者能够主动接受胃镜检查,提高胃镜检查的满意度。

1 资料与方法

1.1 一般资料 作者将 2012 年 1 月至 2012 年 12 月在本院接受常规胃镜检查的老年患者共 224 例,严格掌握胃镜适应证,将其分为对照组和研究组,对照组 114 例,其中,男 58 例,女 56 例,年龄 60~79 岁,平均(65.18±5.03)岁。研究组 110 例,其中,男 52 例,女 58 例,年龄 60~79 岁,平均(65.64±

5.19)岁。为了减少不同操作者及干预实施带来的实验偏倚,胃镜检查由同一医师及护士完成对照组和实验组。电子胃镜购于:Olympus 公司(型号: GIF-XQ260、GIF-H260)。两组患者的年龄、性别及文化程度差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 胃镜检查前准备 检查前禁食水 8 h^[1],已行消化道钡餐检查的患者需要 3 d 以后行胃镜检查。高血压患者必要时需含服降压药物。检查设备及器械完好性,室内环境清洁、舒适,检查前口服盐酸达克罗宁胶浆,以减轻咽喉部敏感性,祛除黏膜表面的黏液。护士指导并协助患者左侧卧位,研究组给予干预措施,对照组按常规检查程序完成胃镜检查。

1.2.2 干预措施

1.2.2.1 认知干预 老年患者对胃镜检查的必要性及其临床价值认知不够,不清楚胃镜检查过程,对胃镜有一定的恐惧心理^[2]。由此了解老年患者对检查认知程度、心理状态等至关重要。为了减少老年患者对胃镜检查的恐惧心理,检查之前可