

重新生儿生理适应性,新生儿早期行为能力的观察与测定。随着生活水平的提高,人们更加重视优生优育并采取各种方法以保证后代的生长发育良好。自然状态下胎儿在子宫这个相对安宁、半黑暗、温暖的环境下生活了 10 个月,分娩让胎儿从温暖和安全的母体进入一个陌生、嘈杂、刺眼的环境,使他对这个新环境充满了孤独、焦虑和不安全感。在缺乏安全感的环境中成长起来的婴儿,在今后与他人交往中,大都缺乏机智和感情移人的能力^[13]。因此,出生时应该为胎儿营造一个过渡环境,以减轻或消除其面临环境改变所产生的不安全感。为保证婴儿安全,本研究首先为产妇提供安全的分娩环境,采用自由体位分娩技术,通过坐位分娩加大了骨盆倾斜角,使胎头更适应骨盆入口平面,利于胎头下降;进入第二产程后取蹲位使产道曲线与胎儿轴及地心引力一致,增加胎头向下、向外的重力,利于胎头娩出和矫正胎儿异常胎位;同时能提升产妇舒适度和满意度,减少产痛使产程进展顺利;接生时采用无保护会阴接生技术,减少右手对会阴组织的压迫,指导产妇正确用力,保护会阴,让产妇产会阴慢慢充分扩张,可以很大程度降低会阴侧切率和损伤程度;未增加滞产和产后并发症的发生,更能满足自然分娩的要求,保证了胎儿分娩过程的安全;娩出后实施勒博耶分娩法则^[4],将产房的灯光调至微暗、医务人员小声说话;将刚出生的新生儿放置在母亲裸露的皮肤上进行早接触早吸吮,减少高音贝、低室温的不良刺激,减少新生儿的恐惧性哭闹,因而能较好适应出生后的自然环境,早期神经反应性好。新生儿神经行为能力是新生儿先天遗传类型和宫内因素及外界环境影响的综合表现,本研究中两组新生儿对光的习惯形成和非生物性听定向反应比较差异无统计学意义($P>0.05$),可能与新生儿意识能力不成熟,仅以现实为导向,有研究认为这与一种“最低水平意识”有关^[14]。

在研究和促进自然分娩中人们期盼母婴均有良好的分娩结局。本研究结果证实温柔分娩技术既保证产妇安全的同时也达到最大限度地减少了对新生儿的伤害;认为温柔分娩的实施改变了新生儿常规护

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2018.14.036

理方法,重视对新生儿进行温馨、充满感情的护理,让新生儿更为安全、舒适,使新生儿护理更加人性化,且对产妇无不良影响,是一种较为理想的护理模式,对促进新生儿的身心健康,提高人口素质,保障妇女的生殖健康具有重要的意义,值得产科临床应用。

参考文献

- [1] 何玉敏,洪勉辉,王少冰. 温柔分娩理念对孕产妇分娩结局的影响[J]. 中国实用医药, 2014, 9(15): 243-244.
- [2] 毛雁冰,陈小霞,陈丽颜,等. 自由体位对促进自然分娩的临床研究[J]. 中华护理教育, 2015, 12(4): 293-295.
- [3] 零恒莉,潘敏,王巧霜. 控制胎头娩出及无保护会阴接生的临床效果分析[J]. 广西医学, 2014, 36(3): 398-399.
- [4] 蒋荣萍. 温柔分娩是准妈妈的最佳选择[J]. 婚姻与家庭, 2011, 10(5): 145-146.
- [5] 陈纯英,于军,雷连云. 新生儿抚触式油浴临床应用研究[J]. 卫生职业教育, 2011, 20(3): 142-144.
- [6] 金汉珍,黄德珉,官希吉. 实用新生儿学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2007: 59-63.
- [7] 颜丽青,李耀军. 新产科学及护理[M]. 北京:科学出版社, 2013: 183-162.
- [8] 谢幸,苟文丽. 妇产科学[M]. 8 版. 北京:人民卫生出版社, 2013: 183-211.
- [9] 蔡庄颖,冯玉,郑雅宁. 不同护理方法解除产后尿潴留的效果观[J]. 护理研究, 2015, 11(9): 4170-4172.
- [10] 黄雪霞,郑迅风,黄晓玲,等. 第一产程自由体位与常规卧位对分娩结局的影响[J]. 中国妇幼保健, 2015, 30(21): 3573-3574.
- [11] 黄蓉,侯燕文,万宏伟,等. 助产士主导的“温柔生产”集束化模式对自然分娩影响的临床研究[J]. 中国实用护理杂志, 2015, 31(20): 1483-1486.
- [12] 刘玉娥. 无保护接生技术对母婴结局的影响及医疗资源利用的效果评价[J]. 中国实用护理杂志, 2014, 30(1): 27-29.
- [13] 詹莉. 新生儿、婴儿智能开发游泳法[M]. 长沙:湖南科学技术出版社, 2003: 11.
- [14] 汤亚南,童笑梅. 新生儿的意识发育和意识障碍[J]. 中华新生儿科杂志, 2015, 30(4): 309-311.

(收稿日期:2017-10-18 修回日期:2018-02-26)

创新管理模式对持续提升临床护理满意度的效果分析

罗晓,胡凌云[△]

(重庆市涪陵中心医院护理部 408099)

[中图分类号] R471

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2018)14-1966-03

护理质量是医院质量的重要组成部分,能够最直观具体的反映出医院的管理水平。临床工作中发现,护理质量的高低不仅取决于护理人员专业技术

与自身素质的高低,更有赖于护理管理水平的高低,特别是护理质量管理方法。科学有效且严谨完善的护理质量管理方法是提高临床护理质量的重要保

障^[1-2]。创新是指人们为了一定的目的,遵循事物的发展规律,对事物的整体或某部分进行变革,以达到促进其更新与发展的活动。随着社会的进步与发展,创新已成为 21 世纪护理事业发展的主旋律和根本动力,因循守旧、默守陈规已不能适应新形势下社会对护理的要求,必须培养创新管理能力,树立创新型管理意识,勇于开展护理创新实践,将创新渗透到护理管理的全过程^[3]。本院是涪陵区惟一的三级甲等综合医院,为积极响应全国护理工作会议精神,开展“优质护理示范工程”,于 2013 年开展为提升护理质量的创新管理,围绕就医流程、服务质量、专业技能、健康教育、医疗费用及环境设施等方面的内容进行护理满意度调查,以探讨本地区医院在提高医疗服务质量工作中取得的实效和存在的问题,并提出相应的对策建议,为卫生行政主管部门制定政策提供依据,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院 2013—2015 年临床及门诊的患者。其中发放门诊患者问卷 1 080 份,回收有效问卷 1 032 份,有效回收率 95.56%,2013 年 342 份,2014 年 345 份,2015 年 345 份;发放病区患者问卷 10 440 份,回收有效问卷 10 356 份,有效回收率为 99.20%,2013 年 3 452 份,2014 年 3 450 份,2015 年 3 454 份。以上入选的患者均符合以下标准:(1)神志清楚;(2)能够进行正常语言交流;(3)自愿参加此调查。以上选择的门诊及病区患者均选自消化内科、呼吸内科、神经内科、肝胆外科及胸心外科,且保证各年份入选的患者性别组成、年龄构成及各科室病例构成上大致相同,具有可比性。同时选择本院 2013—2015 年门诊及病区的医师,采取主观评价的方式对护理质量进行评分,其中 2013—2015 年门诊每年均选择 50 名医师,2013—2015 年病区每年均选择 80 名医师,均选择匿名方式进行。以上各年份入选的医师尽量保证为同一医师,若有变动,选择与其同科室的年龄与年龄相似的医师代替,以保证各年份入选医师具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 营造安全文化 患者就医时的安全氛围有利于医院员工以“以患者安全为最先考虑”,提高医疗质量,保证患者安全^[4]。医院从 2013 年以来持续推动不良事件无惩罚上报制度,定期分享不良事件;护理部每季度组织全院护士分享不良事件案例,2014 年与美国华人执业医师协会合作开展“蓝色行动”(在心跳呼吸骤停时所采取的院内医疗急救行动),大力营造患者安全文化。良好的患者安全氛围可促使医务人员以更强的责任感和同情心为患者提供更优质的护理服务,可提高患者满意度,也有利于医院的长远发展^[5]。

1.2.2 转变护理工作模式 转变护理工作模式,以推动临床专科护理发展,持续开展优质护理,加强分

级护理落实、护士分层培训、护理专科能力建设、护理岗位管理和绩效考核工作,不断深化优质护理工作内涵。医疗服务中的满意可概括为患者的种种愿望得到满足或患者所接受的医疗服务超出他们的医疗人文关怀^[6],而人文关怀是对护理学科的核心精髓,是对患者的尊重^[7]。医院持续推动人文照护模式,从病区环境入手,布置温馨病房,三维立体休息区,让患者感觉置身于森林中、大海边;各种温馨提示:笑脸、寄语墙等。探索性开展延伸护理,延伸服务对于疾病康复、预防及后期患者的生存质量改善有积极意义^[8]。骨科、体检中心、肾内科、神内科、普外科、老年病科、眼耳鼻咽喉科均不同程度开展。2013 年以来开展专科护士培训和认证,包括急诊、手术室、重症监护病房(ICU)、血液透析、冠心病监护病房(CCU)、肿瘤等专科护士共计 100 余人。

1.2.3 有效使用质量管理工具 如何持续的提高和改进医疗服务质量是医院管理永恒的主题,应用科学的管理工具是提高管理水平的关键。质量管理工具的运用对医疗护理质量进行持续改善,使质量管理与控制体系、服务体系更加规范化。2013 年以来,医院运用质量管理工具如 PDCA 循环法、根本原因分析法(RCA)等,每年完成护理品管圈 20~30 个。重建入、出院流程,完善标识系统,以满足患者的诊疗需求。

1.2.4 加强护理信息化建设 护理信息化水平是反映医院整体护理管理水平的重要方面^[9]。本院从 2013 年以来先后上线移动护士工作站(PDA)、人力资源管理医院资源计划(HRP)系统、护士排班系统、ICU 监护系统、安全输血系统、安全用药系统、护理管理系统、智能化药房、静配中心、可追溯的供应系统等,以信息化手段加强护理质量安全监管,提高护理工作精准度,节约时间,提高患者满意度。医院感染监控系统的上线,使医院感染管理真正实现了标准化、系统化、科学化和规范化^[10]。通过与医院信息系统、物资、人事系统对接,综合多方数据,提高医院护理综合管理水平。

1.2.5 强化护理支持保障系统 为提升临床护理满意度,本院投入 100 余万元成立了患者支持中心,免费接送患者、送检查标本、帮助患者取药等,每年近 34 万人次,保证专业的临床护理安全和以患者为中心理念的施行。每年医院投入医院药房、器械科、总务科的下收下送,以减少病区二级库房的库存并提高一线工作人员的工作效率。真正实现“把时间还给护士”。

1.2.6 强化医院培训 定期三基练兵 随着医院培训的常态化、护士分层培训等制度的落实,护理人员专业技术水平不断提高,患者对临床护理的满意度不断提升。从 2010 年开始,医院与新加坡服务管理咨询中心合作实施了全员优质服务培训系统工程。加强优质服务领导力培训,组织领导、中干、内训师等 100 多人到新加坡学习,实地体验新加坡医院非常人性化的优质服务。通过选拔、培训、聘任内训师,分 38 期

对全院员工进行了《用心服务》和《美好回忆》两门课程、为期 4 天的系统培训,强化了员工的服务意识,提升了医院优质服务的整体水平。

1.2.7 评价标准 本文患者所用量表为自制,以回顾大量文献为基础,参考国内外相关量表及问卷,在马斯洛的“需要层次理论”以及赫兹伯格的“双因素理论”支撑下构建量表。该量表包括就医流程、服务质量、专业技能、健康教育、医疗费用、环境设施及总体满意度共 7 个维度 26 个条目构成。7 个维度的重测信度系数在 0.80 以上,内部效度为 0.91,得分越高提示临床护理满意度越高。医师所用量表为自制,采用主观评价的方式对护理操作、护理文书、服务态度、仪容仪表、诊疗环境进行评分,每个项目以 20 分计,合计满分为 100 分,得分越高提示医师满意度越高。

1.3 统计学处理 采用 SPSS18.0 统计软件进行分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,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 2013—2015 年患者对临床护理评分比较 无论是门诊患者还是病区患者对临床护理满意度均逐年提升。与 2013 年比较,2014、2015 年门诊患者和病区患者对临床护理评分均明显提高 ($t = 19.199$ 和 59.767 、 36.803 和 99.092 , $P < 0.05$); 与 2014 年比较,2015 年门诊患者和病区患者对临床护理评分均明显提高 ($t = 18.420$ 、 39.070 , $P < 0.05$)。2013—2015 年患者对临床护理评分比较,见表 1。

表 1 2013—2015 年患者对临床护理评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

年份	门诊患者		病区患者	
	<i>n</i>	评分(分)	<i>n</i>	评分(分)
2013 年	342	3.03±0.37	3 452	3.23±0.41
2014 年	345	3.61±0.42 ^a	3 450	3.88±0.49 ^a
2015 年	345	4.25±0.49 ^{bc}	3 454	4.36±0.53 ^{bc}

^a, $P < 0.05$, ^b, $P < 0.01$, 与 2013 年比较; ^c, $P < 0.05$, 与 2014 年比较

2.2 2013—2015 年医师对临床护理评分比较 无论是门诊医师还是病区医师对临床护理满意度均逐年提升。与 2013 年比较,2014、2015 年门诊医师和病区医师对临床护理评分明显提高 ($t = 25.990$ 和 27.925 、 47.980 和 52.532 , $P < 0.05$); 与 2014 年比较,2015 年门诊医师和病区医师对临床护理评分均明显提高 ($t = 22.527$ 、 25.474 , $P < 0.01$)。2013—2015 年医师对临床护理评分比较,见表 2。

表 2 2013—2015 年医师对临床护理评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

年份	门诊医师 ($n=50$)	病区医师 ($n=80$)
2013 年	82.31±1.43	84.26±1.51
2014 年	90.17±1.59 ^a	91.22±1.64 ^a
2015 年	97.75±1.77 ^{bc}	98.24±1.84 ^{bc}

^a, $P < 0.05$, ^b, $P < 0.01$, 与 2013 年比较; ^c, $P < 0.05$, 与 2014 年比较

3 讨论

现今的社会处于知识与理念不断的更新之中,以往因管理思想老化、管理制度不完善所导致的医疗技术得不到提高、医疗服务不到位、医疗纠纷不断出现的情形已与现今的要求背道而驰。因此,要求管理人员结合医院实际情况,秉持创新思维,在创新理念下制订有效的管理措施,以提升医院组织管理效率,更好地服务于患者^[11]。创新已成为增强护理竞争力的重要保证,创新精神能够帮助医护人员树立积极向上的拼搏精神,增强医院护理人员的凝聚力。通过确定临床护理中的创新理念,可激发护理人员自身的潜能与创造力,协调和规范复杂的人际关系,达到护理人员自我约束、不断完善的自我管理状态。由此可见,创新管理模式实质是一种调动护理人员主动性、积极性与创造性的新型护理管理模式^[12]。

在目前不断深化医药卫生体制改革的大背景下,只有不断的注入新的可实践的创新理念,一切以患者为中心,以人性化服务为基础,以过硬的医护技术为保障,以奉献敬业的精神为依托,才能推进临床护理质量的不断提高,满足社会发展的需求^[13]。作者通过 2013—2015 年临床护理满意度调查分析得出,无论是在门诊还是在病区,无论是患者还是临床医师,临床护理满意度在创新管理模式下均逐年提升,且每年间临床护理评分比较差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。因而,应积极推广护理的创新管理模式,该模式可持续提升患者对临床护理的满意度,以满足人民群众对临床护理质量越来越高的要求。

参考文献

- [1] 翟谢民. 创新管理方法提升护理质量[J]. 护理实践与研究, 2012, 9(8): 86-87.
- [2] 邓江龙, 邹卫兵, 林云. 医院学科建设创新管理研究[J]. 基层医学论坛, 2016, 20(7): 970-971.
- [3] 何婷, 杨彩云, 严春华. 21 世纪护理创新管理的若干思考[J]. 中国医疗前沿, 2010, 5(10): 90-91.
- [4] 沈莲, 丁玉琴, 张英霞. 安全文化在护理安全管理中的应用[J]. 中国误诊学杂志, 2011, 11(24): 5986-5987.
- [5] AIKEN L H, SERMEUS W, HEEDE K V, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States[J]. BMJ, 2012, 344(mar20 2): 1717.
- [6] 周春花. 层级全责护理在优质护理服务示范病房的应用[J]. 当代护士(下旬刊), 2011(10): 179-180.
- [7] 周卫, 王潇娜. 影响患者对护理满意度的因素及对策[J]. 护理研究, 2006, 20(21): 1883-1885.
- [8] 王娟. 护理延伸服务在脑卒中家庭护理中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2012, 18(24): 74-75.
- [9] 闫雅凤, 王玉玲, 霍春暖. 台北荣民总医院护理信息化管理及借鉴[J]. 护理学报, 2014, 21(9): 12-14.
- [10] 蒋景华. 医院信息化感染管理系统的开发与应用[J]. 中国消毒学杂志, 2012, 29(2): 170-171. (下转第 1976 页)

固性低钠血症,其中很大一部分源于抗利尿激素的不适当分泌。

SIADH 是由多种原因导致的内源性抗利尿激素 (antidiuretic hormone, ADH) 或其类似物分泌过多及机体抑制 ADH 能力不足引起,致肾远曲小管和集合管对水的重吸收增加,导致的稀释性低钠血症。首例 SIADH 病例由 SCHWARTZ 等^[4]于 1957 年首先报道于支气管肺癌患者。故又称 Schwartz-Batter 综合征。其病因复杂,可以为肺部疾病、中枢神经系统疾病、药物及恶性肿瘤等。有报道显示,50%~70% 的 SIADH 患者的病因是肿瘤,其中最常见的是 SCLC^[5],也有文献报道肺癌合并 SIADH 的发生率为 15%^[6]。SIADH 的临床表现无明显特异性,在临床中与其他顽固性低钠血症,如脑耗盐综合征 (cerebral salt wasting syndrom, CSWS) 难以鉴别,极易漏诊和误诊,而且不适当的治疗可能使病情进一步恶化,甚至死亡。

SIADH 的诊断标准尚不统一,2014 年欧洲指南基于原有诊断标准进行修订^[7],主要诊断标准:血钠水平小于 135 mmol/L 时,血浆渗透压小于 275 mOsm/kg,尿渗透压增加(低渗时大于 100 mOsm/kg);临床上表现为正常的体液平衡,无脱水或水肿表现;正常钠水摄入的情况下,瞬时尿钠大于 30 mmol/L;除外肾上腺、甲状腺、垂体和肾脏功能不全;近期末使用利尿剂。补充诊断标准:血清尿酸小于 0.24 mmol/L;血清尿素小于 3.6 mmol/L;钠排泄分数大于 0.5%;尿素氮排泄分数大于 55%;尿酸排泄分数大于 12%;通过输入生理盐水不能纠正低钠血症;限制液体摄入量治疗低钠血症有效。需要注意的是,SIADH 的诊断仍是一排除性诊断,根据 2016 年意大利内分泌协会制订的诊断与管理临床专家共识建议,采取以下 3 个步骤:(1)确定为等溶性低钠血症,必要时可以通过盐水输注试验初步鉴别;(2)排除引起等溶性低钠血症的其他原因,如精神性烦渴等;(3)尽早确立 SIADH 的病因。关于 SIADH 的病因,(1)需要考虑肿瘤(某些肿瘤能够合成并自主释放 ADH),GOLDVASER 等^[5]的研究显示,合并 SIADH 最常见的恶性肿瘤是肺癌,其次是结肠癌、淋巴瘤、乳腺癌和胰腺癌。有些肿瘤可先以 SIADH 为首发表现,而后出现影像学改变。(2)需考虑神经系统疾病、

肺部感染、药物等因素。SIADH 的治疗主要包括治疗原发疾病,如切除肿瘤、放射治疗、化疗等,对症需限制液体摄入量和补钠治疗,必要时加用呋塞米,目前美国内分泌专家共识推荐 ADH 受体拮抗剂作为治疗 SIADH 的二线首选用药,并大有超越液体限制疗法成为一线选择的趋势,血钠上升速度不宜过快以免引起严重的渗透性脱髓鞘综合征。早期的诊断及合理的治疗,可降低 SIADH 的病死率。

SIADH 与肿瘤关系密切,常伴随肿瘤发生,有研究显示并发 SIADH 的 SCLC 患者预后更差^[5],所以在临床工作中,需要临床医生善于发现临床证据,不能思维定式,应该由点及面逐步侦破疾病本身,尽早为患者提供治疗、尽可能改善预后。

参考文献

- [1] GUNTHER A, RAUCH M, KRÜPELMANN U, et al. Hyponatraemic delirium as an early symptom of small-cell bronchial carcinoma[J]. *Nervenarzt*, 2003, 74(11): 1016-1019.
- [2] REUSSER M, CAPPER D. Brain metastases: pathobiology and emerging targeted therapies [J]. *Acta Neuropathol*, 2012, 123(2): 205-222.
- [3] MURRAY N, SHEEHAN F. Limited stage small cell lung cancer [J]. *Curr Treat Options Oncol*, 2001, 2(1): 63-70.
- [4] SCHWARTZ W B, BENNETT W, CURELOP S, et al. A syndrome of renalsodium loss and hyponatremia probably resulting from inappropriate secretion of antidiuretic hormone[J]. *Am J Med*, 1957, 23(4): 529-542.
- [5] GOLDVASER H, YERUSHALMI R. Malignancy associated SIADH: Characterization and clinical implications [J]. *Acta Oncol*, 2016, 55(9/10): 1190-1195.
- [6] PERI A, GIULIANI C. Management of euvoletic hyponatremia attributed to SIADH in the hospital setting [J]. *Minerva Endocrinol*, 2014, 39(1): 33-41.
- [7] SPASOVSKI G, VANHOLDER R. On behalf of the Hyponatraemia Guideline Development Group. Clinical practice guideline on diagnosis and treatment of hyponatraemia [J]. *Nephrol Dial Transplant*, 2014, 170(3): 1-47.

(收稿日期:2017-10-11 修回日期:2018-01-12)

(上接第 1968 页)

- [11] 王珂玥,胡文颖. 强化内涵建设创新医院管理促进科学发展[J]. *中医药管理杂志*, 2012, 20(12): 1166-1167.
- [12] RATHERT C, MAY D R, WILLIAMS E S. Beyond service quality: the mediating role of patient safety perception in the patient experience-satisfaction relationship [J].

Health Care Manage Rev. 2011, 36(4): 359-368.

- [13] 刘淑琼. 中医院急诊科护理文化建设创新管理[J]. *中医药管理杂志*, 2014, 22(13): 2297-2298.

(收稿日期:2017-10-18 修回日期:2018-02-25)