

好方法;采取换位思考,面对被疾病折磨的病人和焦急不安的家属,想想护理工作美好的一面,白衣天使的爱心、能力、技术能带给病人健康和幸福,病人的微笑和健康是他们给予的最好回报,从帮助别人中去感受快乐的心理情绪,愉悦自己,学会做心境的主人。

2.2 面对医院的压力

分诊护士作为护理队伍中的一员,面对着医院体制调整的冲击。护士全面实行聘用制,打破“铁”饭碗,实行竞争上岗,定岗定员,优化组合等;再加上职称评定、经济收入等问题上的不合理,付出的辛劳得不到应有的尊重与承认,不能从工作中充分体验自我价值实现的满足和需要,产生挫败、失落感,觉得自己是一个微不足道的人。另由于辅助支持系统不够完善,工作任务不便界定等原因,分诊护士承担了大量非分诊范畴的工作^[8],复合的工作重压,常会造成分诊护士心理失衡。对工作满意度下降,抱怨工作太累,工资太少,委屈太多,理解太少。人人都有希望得到他人的认可与尊重,期望获得种种荣誉和绩效的心理^[9],分诊护理人员面对这些不合理现象,应该明白抱怨、消极不可能改变现状,只有从自身转变做起,尊重自我,用自己的言行举止,诠释职业的崇高与责任,塑造现代白衣天使的新形象;尊重自己的职业,约束自身的行为,恪尽职守,在实践工作中充分发挥创造性思维,以改变重学历轻能力、重科研轻临床的观念;尊重自己的单位,主动适应改革,富有顺应性,不逃避挫折;尊重他人,不强求别人的言行符合自己的旨意,不依赖别人只要自己肯定自己便足够了,随时让自己保持精神健康的自然状态。

门诊医、护、患关系是一种短暂而复杂的人际关系^[10],分诊护士只有清醒认识自己、相信自己、激励自己,才会在医疗服务体制改革中,把握好自己的职能定位,协调好这一特殊的关系,为病人提供优质服务的同时也让自己保持身心健康。

参考文献

- 1 郑修霞. 护理教育导论. 长沙: 湖南科学技术出版社, 2001. 104.
- 2 秦仕英. 儿科门诊分诊质控分析. 中华实用医药杂志, 2002, 2 (13): 1244.
- 3 秦仕英. 加强医患沟通的实践与效果. 护理管理杂志, 2005, 5 (6): 56-58.
- 4 唐世奎, 陈沅. 以加强医患沟通为切入点全面提升医院服务水平. 中华医院管理杂志, 2003, 12 (2): 256.
- 5 王雅芳. 急诊护理工作应激对护士健康的影响及对应. 解放军护理杂志, 2002, 19 (2): 81-82.
- 6 Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. Annual Review Psychology, 2001, 11 (52): 397-422.
- 7 王菊香, 叶志弘. 同事支持系统缓解护士心理压力. 中华护理杂志, 2004, 39 (9): 685-686.
- 8 郭艳红. 合理配置护理人力, 保障护理工作质量. 中国护理管理, 2003, 3 (1): 44-45.
- 9 任勇, 张桂平. 护士心理压力分析与应对干预. 护理实践与研究, 2005, 2 (2): 49-50.
- 10 顾燕. 门诊护患关系及调控. 护理管理杂志, 2004, 9 (4): 34-35.

(本文编辑: 赵中升)

危重病人护理记录存在的问题与对策

魏秀荣

【摘要】 执行新的护理记录书写规范后,通过对 2003~2004年本院护理记录的审阅,发现主要存在书写不规范的 7 方面的问题及 5 个方面的原因,建议加强学习培训和质控管理,不断提高护理记录书写质量的水平。

【关键词】 护理记录; 问题; 分析对策

护理记录是护理人员对病人病情观察和实施护理的原始文字记载,是护士根据医嘱和病情对危重病人在住院期间护理过程的客观记录。它不仅衡量护理质量,提供诊疗依据,同时也是《医疗事故处理条例》所规定的法定证据。因此,为了提高危重病人病历书写的质量,减少医疗纠纷的发生,现将我院 2003 年 1 月至 2005 年 1 月对 868 份危重病病人的护理记录结果分析如下。

1 资料来源

2002 年 11 月,我院根据卫生部 2001 年制定的《病历书

写基础》中关于护理记录书写标准及中华护理学会咸宁市分会年会精神,在武汉同济、协和医院专家指导下,执行了新的护理记录书写规范。笔者对从 2003 年 1 月至 2005 年 1 月我院 868 份住院危重病病人的护理记录认真进行了评审,其中病重 438 份,病危 260 份,中等手术后 170 份。

2 护理记录主要存在的问题

2.1 首次护理记录。(1)询问病史不细致,如药物过敏史栏内,医生记录有青霉素过敏史,而护理记录无,由此造成医护记录不相符;(2)漏填项目。

2.2 护理记录不客观。护士在书写护理记录时,应在认真仔

作者单位: 437100 湖北省咸宁市中心医院

细观察的基础上,如实记录客观反映患者疾病发生发展与诊疗护理的过程,如胸部疼痛,未描述有无呼吸困难,腹痛未描述疼痛性质及具体部位等,均不能客观反映病人真实情况。

2.3 护理记录缺乏真实性。记录者必须亲自观察、检测,分析病情及核实护理过程,才能写出符合实际的记录。如高血压并心功能不全的病人,医生记录写病人诉心慌、头昏,血压 165/100 mmHg 而护理记录中却记录了病人未诉不适、血压正常,某些护士见病人精神尚好,就不按时测血压,而主观参与之前的数据填写。特别是记录中采用涂改、刮擦,有些记录为了应付检查,采取专人转抄、缺什么补什么的办法,导致原始资料失真。

2.4 护理记录书写不规范,文字乱缩减。如“生命体征稳定、神清、继观”等等,滥用标点符号,有的字迹模糊、语句含混。

2.5 护理记录不及时、不完整,缺乏连续性。表现为护理记录集中在交班前书写,忽略了记录的时限性。抢救患者时,来不及记录,过后只补记用药及抢救过程,抢救后患者的病情未及时记录。患者出现病情变化,按医嘱处理有当时的护理记录,但处理后患者的情况无记录。如发热病人,体温达 39.5℃,采取措施后效果怎样,护理记录单上无记录。总的来说,病情变化采取了护理措施,无效果观察记录。

2.6 护理记录泛化,无专科特点。护理记录只记录病人的一般情况,没有针对该疾病的特点观察症状及特别护理措施作出记录,千篇一律,不能反映个性化病情。记录重点不突出,反映不出专科特点,缺乏有价值的东西。

2.7 记录内容简单,不能反映病情的动态变化。如患者告病重 1w,只有 1次护理记录,从用药情况可知病情变化,但护理记录无反映,甚至未记录。如肾功能不全患者医嘱记 24 h 出入量,而记录只在每班下班前记 1次,不能反映何时尿多尿少。尿量不正常按医嘱用药后几个小时才记尿量,看不出尿量有何变化。

3 原因分析

3.1 护理人员对护理记录重视不够,工作责任心不强。认为写得越少存在问题越少,省略了很多能反映病情变化的细节及处理效果,使护理记录成了交差,不能表达病情的发展变化和转归。

3.2 护士业务水平不高,对需要记录的内容理解不透彻,加上工作忙,导致漏记或错记。专科业务技术欠熟练,对患者

病情观察不到位,未能及时发现病情变化。

3.3 法律观念淡薄,自我保护意识不强。护士对护理记录有关法律法律知识不够重视,未充分认识到护理记录在医疗纠纷中的举证作用。

3.4 不同年资的护士对问题的理解深浅不一,对病情变化的观察护理描述的角度和方法有差异,造成对客观事实陈述的偏差。

3.5 护理记录质量管理不到位,措施不严,督促检查不到位,重视终末质量检查,而忽视环节和过程的质量检查。

4 讨论与对策

4.1 组织护理记录书写内容及规范的学习和培训。护理部要组织护士长、质控员学习培训,树立护理记录书写质量意识;各科室要组织全体护士学习,进行岗位培训,做到应知应会,对护理记录中的问题要及时进行讨论,分析原因,采取防范及整改措施,使每位护理人员掌握护理记录书写规范。

4.2 加强专科知识培训,提高护士观察病情变化的能力。护理记录要动态地反映病情变化的过程,能捕捉病情变化的信息,反应要敏捷,应将各种治疗、护理效果、病情观察结果等,详细真实、按要求记录到病历中。病人病情有了变化,护士能及时发现并记录在案,一旦发生医疗纠纷,即可成为有力证据。

4.3 护理记录质量监控应从护理记录的形成过程抓起,分级负责,层层把关,定时或不定时检查,专项考核。加强事前质控,将质控方式从把事后关转移到事前质控把关,使护理病历书写保持良性运转和不断提高。

4.4 护理记录单设计要科学,使之格式、标准化。

4.5 医护记录要尽量保持一致。如神志、瞳孔、感觉、运动的观察等方面,医护之间要随时交流与沟通,以求对问题的描述达成一致,以免发生差异。

4.6 增强法律意识。组织学习相关的法律法规知识,对每一次记录都上升到负法律责任的高度来认识,避免书写记录时的错、漏、涂改,做到客观、真实、及时、准确、完整地书写每一份护理记录,使其能成为医疗诉讼的重要证据,达到保护自己及病人合法利益的目的。

(本文编辑:戚兆力)

更正:本刊 2005年第 24卷第 12期 776页发表的“网络时代护理师资队伍信息能力的培养”一文,由于编校的疏忽,将作者马艳平的单位四川省人民医院儿科错登为成都市人民医院儿科,特此更正,同时向作者本人表示歉意。

《国外医学护理学分册》编辑部