

段,平时缺乏磨练,操作习惯于老师,动手独立能力较差,而走上工作岗位意味着学生时代结束,并将服务于他人。因此,必须学会独立思考,独立处事,以便熟悉新的环境、新的角色^[2]。

4 讨论

临床实践证明,护士的专业素质和能力与护理差错事故的发生往往有着直接关系,是维护安全护理最重要的基础。重症新生儿护理对护士职业技能有着特殊要求,除要求护士熟悉护理一般的技能外,还需要掌握急救复苏技术,呼吸道管理,正确使用各种监护仪,必须随时观察病情的变化,如皮肤颜色、行为变化、呼吸窘迫程度、喂养的耐受性等,清晰无误地记录各种数据,有异常情况及时向医师汇报。通过对儿科新上岗护士行危重症新生儿综合护理能力的培养,提高了新上岗护士自我保护和护理安全意识,也使新上岗护士明白,只有不断加强学习,在护理过程中遇到难点、疑点时,学会观察思考、分析、判断并能把学到的知识运用到实践中去,才能不断

提高专业水平,确保患者安全。此外应具有良好的沟通能力,能及时周到地向患儿家属做好心理护理与育儿知识教育。危重症新生儿护理对护士提出了极高的要求,这就要求医院在护士的培养和培训过程中,加大力度,采取多种模式进行培养,在激烈的竞争环境,医院护理人员的培训已不仅限于基本技能的提高,还应通过培训使护理人员了解护理工作的宗旨、价值观和发展目标^[3],只有不断加强自身修养的理论学习,才能适应不断发展的医疗水平和服务水平的要求。对儿科新上岗护士行危重症新生儿综合护理能力的培养,可提高新护士的安全护理能力。

参考文献

- [1] 宋烽,王建荣. 手术室护理管理学[M]. 北京:人民军医出版社, 2004:202.
- [2] 张正银. 儿科新护士焦虑心理与应对方式的研究[J]. 当代护士, 2004,10:34.
- [3] 曹荣桂. 意义管理学护理管理分册[M]. 北京:人民卫生出版社, 2003:88.

术后疼痛的护理障碍及干预

★ 金玉琴 (浙江省平阳县人民医院 平阳 325400)

摘要:目的:通过对术后病人疼痛护理中存在的障碍进行分析,以采取有效控制术后疼痛的护理干预方法。方法:制定疼痛评估工具,对 230 例胸腹部术后病人 24 小时内的疼痛控制情况进行疼痛评估分级,并以外科系统 90 名护理人员为主,以询问该组病人有关情况作为参考,对术后疼痛护理中存在的障碍进行分析调查。结果 术后 24 小时内有 51.3% 的病人承受着中度疼痛,29.13% 的病人承受着重度疼痛,1.3% 的病人承受着剧烈疼痛。结论:护士在术后疼痛控制中起着至关重要的作用,实施有效的镇痛措施,使术后疼痛得到有效控制,减少术后并发症,促进患者早日康复,意义重大。

关键词:术后疼痛;护理障碍;护理干预

疼痛护理是临床医学领域一项重要的新兴课题,在部分发达国家,疼痛已列为护理教育课程,并将疼痛控制的满意程度作为医疗护理质量的重要标准之一。国家疼痛研究会(IASP)对疼痛的定义:疼痛是一种不愉快的感觉和实际的、潜在的组织损伤所引起的情感经历;或是对这一损伤所作的描述^[1]。疼痛不仅给患者躯体带来不适,而且对精神、心理、体质等方面也会产生不良影响。因此对术后疼痛的评估和控制至关重要,国外有研究人员在 the Journal of Pain and Symptom Management 杂志上指示,虽然疼痛治疗有很大的进步,但是很多病人在手术后仍有难以忍受的疼痛和不适,术后疼痛仍是一个有待解决的临床问题。疼痛护理是疼痛诊疗专业的重要组成部分,在疼痛诊疗中有独特的作用。近几年来,疼痛护理越来越被重视和关注,疼痛已被作为

“第五生命体征”来评估与处理^[2]。但临床上疼痛控制不力仍是一个普遍现象。针对这种状况,笔者对本科 230 例术后 24 小时内病人疼痛的控制情况作了调查,并用自行设计的“术后病人疼痛护理中存在的障碍的调查表”对术后疼痛控制不到位的原因进行了分析,提出针对性护理干预,报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象 选择 2007 年 3 月~2008 年 9 月在本院外科行腹部手术的患者 198 例,开胸手术患者 32 例;其中男 128 例,女 102 例;年龄 6~82 岁,平均 49.3 岁;其中胆道手术 73 例,胃大部分切除及胃穿孔修补术 38 例,肝脾手术 22 例,肺癌根治术及肺大泡切除术 32 例,其他腹部手术 65 例;住院时间 8~22 天,平均 12.8 天。

1.2 方法 采用疼痛评分法,笔者制定出成年人 0

~10 疼痛程度评分法和儿童 0~5 脸谱疼痛评分法作为客观的疼痛评估工具,对 230 例术后 24 小时内患者进行疼痛分级评估。0~10 疼痛程度评分法要求患者用 0~10 这 11 个数字描述疼痛程度,0 为无痛,1~4 为轻度疼痛,5~6 为中度疼痛,7~9 为重度疼痛,10 为剧烈疼痛,此法简单容易掌握,护士也易宣教。对 3 岁以上的儿童用 0~5 脸谱所示的表情从微笑至悲伤和哭泣来表达疼痛的程度。此法也可运用于老人,语言表达能力受损的患者的疼痛评估。0 的表情为无痛,1 的表情表示有一点痛,2 的表情表示轻微疼痛,3 的表情表示疼痛较明显,4 的表情表示疼痛较严重,5 的表情表示剧烈痛。术后镇痛在 0 至轻度痛为有效,中度痛或以上为无效,以病人能否起身活动,做深呼吸,咳嗽为标准。并以外科系统 90 名护理人员为主,以询问该组病人有关情况作为参考,对术后疼痛护理中存在的障碍进行分析调查。

2 结果

(1) 经两种疼痛评估方法调查显示,230 例患者术后 24 小时内疼痛程度控制情况见表 1。

表 1 230 例患者术后 24 小时内疼痛评估分级

分级	人数	构成比%
0 级(无痛)	2	0.87
1~4 级(轻度痛)	40	17.39
5~6 级(中度痛)	118	51.30
7~9 级(重度痛)	67	29.43
10 级(剧烈痛)	3	1.30

术后 24 小时内有 51.3% 的患者承受着中度疼痛,29.13% 的患者承受着重度的疼痛,1.3% 的患者承受着剧烈疼痛。

(2) 对 90 名外科系统护理人员进行术后病人疼痛护理中存在的障碍分析调查情况见表 2。

表 2 术后病人疼痛护理中存在的障碍分析调查结果

排序	疼痛护理中的障碍原因	人数	构成比%
1	害怕止痛药物成瘾	72	80
2	疼痛评估缺乏常规性	42	46.67
3	疼痛评估方法不正确	46	51.11
4	害怕麻醉止痛药引起的副作用	38	42.22
5	没有为病人提前采用适当的止痛措施来预防疼痛	41	45.56
6	认为疼痛是意料之中,病人应忍耐	53	58.89
7	术前缺乏对患者有关疼痛知识的宣教	54	60
8	知道判断疼痛程度有评估工具	68	75.56
9	没有使用疼痛评估工具进行疼痛评估(依靠经验)	60	66.67

3 护理干预

3.1 更新对麻醉止痛药的认识 由于对止痛药物的应用存在认识误区,因此即便是了解到病人的疼痛需要,也仍有许多因素影响止痛药物的应用,害怕

对麻醉止痛药的成瘾是直接影响有效疼痛控制的主要障碍,医生不愿开麻醉处方,护士不愿给病人用止痛药,病人尽可能的不用或少用。在调查中发现有 80% 的护士认为麻醉止痛药容易成瘾,在这一观念的指导下,有 45.56% 的护士认为没有必要提前采取适当的止痛措施预防疼痛;58.89% 的护士支持病人应忍耐疼痛而尽量不用止痛药,而导致患者术后疼痛不能得到及时的控制。护士夸大麻醉药的成瘾性普遍存在,而且麻醉药用药时间越久,越担心发生成瘾,而当进一步分析临床护士如何判断患者成瘾时,发现护士混淆了麻醉药的成瘾性、耐药性和依赖性的概念,有大量的研究调查证明,不论麻醉药的剂量多大,用药时间多长,对镇痛病人麻醉的成瘾发生率极小(<1%)^[3]。但是这一结果尚未被大多数医生,护理人员及病人所接受,致使病人忍受着不该忍痛的痛苦。

3.2 提高护士准确评估疼痛的技能 术后全面的评估疼痛应从病人的自我报告、生理、行为方面来综合评估。自我报告包括疼痛的部位、性质、时间、程度,减轻或加重疼痛的因素。行为反应包括病人的表情、体位、活动、呼吸、咳嗽、焦虑、失眠等资料。临床上常采用客观化的疼痛评估工具,让病人更正确地评估自我疼痛程度。护士要学会正确使用这些评估工具,并正确指导病人使用,不仅要病人报告在休息时的评分,而且也要报告在一般活动如咳嗽、深呼吸、翻身、起床时的评分。在接受调查的人员中,有 46% 的护理人员评估方法不正确,有 75.56% 的护理人员知道判断疼痛有评估工具,而 66.67% 的护士没有使用工具来对病人进行疼痛评估,只是依靠经验对病人的疼痛程度做出判断。而且在应用时,护士只简单地问病人的疼痛分级,而忽略了什么时候的疼痛分级,有时护理记录上病人疼痛评估为 3 分,而病人却不敢深呼吸、不敢咳嗽,由于病人没有正确地理解疼痛评估法或没有得到正确地评估指导。护士错误地把病人报告的疼痛分级作为给止痛药的标准。由于不能正确地评估疼痛,从而阻碍了有效的疼痛控制。护理部、护士长应把提高护士准确评估疼痛的技能作为护士年度的一项技能考核,以引起护士的高度重视。

3.3 把术后疼痛评估作为常规护理工作 疼痛护理越来越被重视,疼痛已被作为继体温、脉搏、呼吸、血压四大生命体征之后的第五生命体征来评估与处理。患者手术后护士会常规地检测体温、脉搏、呼吸、血压,但缺乏对疼痛的主动评估,调查发现 46.67% 的护士对术后病人缺乏常规的疼痛评估。

患者术后返回病房,护士即应开始对患者进行疼痛评估。在观察生命体征时同时进行疼痛评估,并采取措施缓解疼痛,对疼痛的评估及处理及时记录并作为常规内容进行交班,护理部应根据医院护理工作的宗旨,制定出医院疼痛护理的质量要求及有关制度和操作程序,评估检查疼痛控制情况,真正把术后患者疼痛的评估作为一项护理常规工作来抓。

3.4 做好术前、术后的病人健康教育 调查发现 60% 的护士缺乏对患者有关疼痛知识的宣教。疼痛知识宣教,包括对疼痛、止痛药的认识,疼痛评估方法、早日活动、深呼吸、咳嗽的重要性及方法、止痛的重要性的方法。护士应指导患者正确表达所承受的疼痛,而不应该鼓励患者忍耐疼痛,改变过去“术后疼痛是正常的,患者应忍耐疼痛,不该抱怨”的陈旧观念。通过健康宣教使患者正确认识疼痛,如何应对止痛药的不良反应,了解止痛药物成瘾性、躯体依赖性和耐药性的区别,同时教会患者如何和医务人员保持开放性沟通,让患者对术后疼痛有控制感,以消除对疼痛的恐惧、焦虑、无助感,从而有效地控制疼痛以利于机体康复。

3.5 加强疼痛护理教育 疼痛教育是改善疼痛护理质量的一个非常重要的措施,疼痛教育应列入护理继续教育的内容,使护士不断地更新知识,掌握疼痛管理的有关知识和技能,在处理疼痛上采取积极态度,护士长应将疼痛护理工作质量作为一项持续质量改进护理项目工作来抓。护理人员必须明白,简单地拒绝一个疼痛患者,在道德上是不能被接受

的。在任何情况下,对忍受疼痛的患者给予充分治疗是必须的而不是随意的,决不能忽视其中的道德责任。

4 小结

术后疼痛多发生在麻醉作用消失后,感觉开始恢复时,尤其是术后 24 小时内最剧烈。术后患者的疼痛为组织损伤而致切口疼痛或组织牵拉痛,药物治疗仍是目前缓解术后疼痛的重要措施之一。随着医学科学的发展,新观念认为,根据药物的半衰期按时给药效果明显。所以对于疼痛性质明确,原因清楚的术后切口疼痛的患者,应采取预防性用药,准确定时定量用量,以帮助患者消除人脑对痛苦的回忆,使疼痛在尚未开始或刚刚开始时得到控制,而护士在术后疼痛的控制中扮演着重要角色,及时主动、客观和持续地评估疼痛是采取有效镇痛措施的基础。护士必须加强疼痛护理知识的教育,掌握疼痛评估的技巧和方法,更新观念,重新认识疼痛和麻醉止痛药的作用及副作用,实施有效的镇痛措施,使术后疼痛得到及时有效的控制,利于患者早期活动,减少术后并发症,促进早日康复,减少住院时间,减少费用。

参考文献

- [1] 易建莉. 癌症疼痛的规范化治疗[J]. 现代肿瘤医学, 2005, 13: 283-284.
- [2] 李滴, 刘雪琴. 护士疼痛知识掌握情况的调查[J]. 护理研究, 2003, 17(6): 633-635.
- [3] 吴锦明, 张利平, 陈晓铮. 重视术后疼痛护理[J]. 国外医学护理分册, 2005, 24(7): 393.

实施人性化管理 提高急诊护理质量

★ 王马水 (福建省汀州医院急诊科 汀州 366300)

关键词: 人性化管理; 护理质量

随着我国改革开放经济转型,尤其是 21 世纪初国内外面临严峻的灾害形势,在全面建设“小康”构建和谐社会的伟大历史时期,急救工作更加受到重视,其任务也更为繁重。急诊科是一所医院的前沿阵地,笔者认为,急诊护士的品质无时无刻对急、危、重患者发挥着影响,急诊护理队伍管理的好坏,关系到急诊护理质量高低,关系到急、危、重患者抢救的成功率。“没有规矩,不成方圆”对急诊护理队伍的管理必须有健全合理的制度作保障,还必须张弛有度,在健全合理的制度下,实施人性化管理,使护士

不断增强质量意识,深刻理解自己的工作意义和要求,激发护士工作的主动性和创造性,让她们自觉地参与质量改进,不断提高急诊护理质量。

1 尊重理解,让护士充满工作激情

(1)“对人的管理”的含义决不等于单纯的对人的“管束”、“要求”和“制约”,把“对人的管理”变成对人的管束,这是一种传统的管理理念,与以人为本的理念是完全不相适应的。现代管理的核心应当包括两点:一是看在某种管理制度下每个人的积极性和创造力能否最大限度地发挥出来,另一个是看