

意事项, 了解患者常规检查情况外, 需进一步与手术医生沟通以了解患者癌栓的位置, 以了解手术患者 HCIVCTT 的分型^[2], 确定术式。

2.1.2 手术器械与仪器设备的准备: 1) 术前详细检查高频电刀、超声刀、氩气刀等切割止血设备是否运转正常。2) 备齐各种型号的分离钳、无损伤镊、血管夹等, 并检查功能状态。3) 检查手术负压引流装置的负压吸引效果, 备齐两套手术负压引流装置, 以备特殊情况时迅速更换。4) 备齐血管修补的各型号血管缝线及补片。

2.2 术中:

2.2.1 器械护士: 1) 密切关注手术进展, 及时供应术中所需的物品, 根据不同部位供应合适的分离钳, 无损伤镊及手术缝线。2) 及时清理高频电刀、超声刀、氩气刀等切割止血设备的血痂, 使其保持最佳的功能状态。3) 合理处理阻断带, 将阻断带按手术医生的要求裁剪长度, 所有的阻断带应裁剪为同一长度, 并保留其中一根阻断带作为对比模板。与巡回护士点数, 详细记录阻断带的数量与长度。关腹前必须与巡回护士共同核对阻断带的数量与长度, 以保证手术安全, 且阻断时及时通知巡回护士记录阻断时间, 以提醒手术医生记忆。4) 严格遵守手术隔离技术, 在肿瘤与癌栓去除后, 应更换手术台上的手术器械与纱布, 并给予充足的温蒸馏水冲洗术腔, 防止种植。5) 术中使用的器械、缝线、纱布数量较多, 应仔细管理并清点器械各关节螺丝, 缝针数量及纱布数量及完整性, 以保证手术安全, 必要时可以与巡回护士在肿瘤与癌栓去除并冲洗术腔后增加一次术中的清点。

2.2.2 巡回护士: 1) 由于肝癌晚期患者营养情况差, 该术式手术时间长, 应在手术患者骨隆突处适当使用防压疮敷料并合理使用防压疮垫以预防手术压疮的发生。2) 术中不离手术间, 密切关注手术进展, 及时供应术中所需的物品, 保证仪器设备的功能性, 并处理突发事件。3) 与器械护士

做好阻断带的核对及管理, 做好记录。4) 术中密切观察手术负压引流装置的负压吸引效果, 及时更换负压引流装置, 保证术中负压吸引效果。5) 术中阻断时记录阻断时间, 随时提醒手术医生。6) 备好充足的温蒸馏水供术腔冲洗, 详细记录冲洗量与出血量。7) 协助器械护士做好器械、缝线、纱布数量的清点与记忆, 必要时提醒器械护士记忆, 适当增加清点次数以保证手术安全。8) 术中用血时, 应做到血液制品到达手术间时及用血前与麻醉师进行双人双次核对, 以保证用血安全。9) 备好抢救物品, 必要时配合麻醉医生、手术医生等进行抢救。

2.3 术后: 手术结束, 协助手术医生再次核对病理标本, 并协助送检, 覆盖切口。术毕整理手术各用物, 再次共同确认器械, 敷料的数量与完整性, 核查无误。

总之, 对于手术方式及手术解剖的充分理解有助于手术护士更加有效及有序地配合手术医生, 保证手术顺利进行。因此, 手术护士的专科化已成为手术室发展的趋势。随着外科技术水平的进步, 手术方式越来越趋于复杂化, 不仅要关注手术的顺利完成, 还要关注患者的术后情况。因此, 对于术前患者手术皮肤的管理及术中无瘤技术的应用也是手术配合是护理要点之一, 术中使用的器械与手术缝线趋于多样化与复杂化, 如何管理手术器械与缝针, 保证手术安全也需要手术室管理者及手术室护理人员引起重视。

参考文献

[1] 严茂林, 游燊, 王耀东, 等. 采用一种新的经腹切开膈肌方法治疗肝癌合并膈上下腔静脉癌栓 [J]. 中华消化外科杂志, 2014, 13 (2): 155-156.
[2] 严茂林, 洪嘉明, 吴嘉艺, 等. 肝癌伴下腔静脉癌栓的分型及外科治疗 [J]. 中华普通外科杂志, 2015, 30 (9): 701-703.

福州市部分养老机构护理员现状及分析

福建省福州市第七医院 (福州 350001) 张郁澜 郑婉玲¹ 林 洁² 葛亚男³ 黄 旻⁴ 高 洁⁵ 周文盘⁶

随着我国老龄化不断加剧, 养老服务人力资源问题日益凸显, 养老服务成为当今社会都应重视的问题。目前养老机构越来越多, 与迅速增加的老年人口及养老机构床位数相比, 养老护理员的生长明显不足。养老护理员是对老年人生活进行照料、护理的服务人员, 其职业定义与工作内容同医疗机构中的执业护士有本质区别^[1]。养老护理员作为社会养老服务的中坚力量, 其服务水平高低直接关系到养老服务质量。本文对我市养老护理员的基本信息、存在的问题及培训情况进行调查并分析, 以探讨我市养老护理员可持续发展的

1 资料与方法

1.1 一般资料: 选择 2017 年 5—10 月我市部分养老机构 (含公立、私营、医养结合) 及养老护理员提供机构 186 例养老护理员为调查对象。入选标准: 年龄 18 岁以上, 从事养老护理工作 (无论是否参加过相关培训) 时间 > 3 个月, 文化程度小学及以上, 理解力、感知力、沟通能力正常, 自愿参加本调查; 排除标准: 从事养老护理工作时间 < 3 个月, 不愿参加本调查或中途退出者。

1.2 方法: 采用实地考察座谈、问卷调查、电话访问、查阅资料等方式对养老护理员的基本情况 & 培训情况进行调查。问卷调查采用自制的《福州市养老护理调查问卷》, 调

1 福州市第四医院; 2 厦门大学附属福州第二医院; 3 福州市中医院; 4 福州市传染病院; 5 福州市儿童医院; 6 福州市第一医院

查问卷分为两部分, 第一部分为基本资料调查, 包括年龄、性别、文化程度、籍贯等内容; 第二部分为养老护理员的培训相关内容及薪资调查。在实地考察及电话访问中对从业人员及管理者进行半开放式访谈, 访谈按列出访谈提纲对访谈对象进行调查, 访谈过程中注意调动访谈对象积极性, 但对访谈内容及范围进行有针对性的控制。

2 结果

我市养老机构护理员目前存在的主要问题: 1) 年龄偏大, 50 岁以上 87 名 (46.77%); 2) 文化程度低, 初中及以下学历的有 146 名 (78.49%); 3) 技能水平参差不齐, 有 57 名 (30.65%) 护理员存在无证上岗的现象; 4) 外省务工人员 118 名 (63.44%); 5) 从业时间短, 少于 10 年的护理员 154 名 (82.80%)。见表 1。

表 1 福州市养老护理员的分布情况及基本信息

项目	人数	构成比/%
年龄/岁		
<39	43	23.11
40~49	56	30.10
50~59	63	33.87
>60	24	12.90
文化程度		
小学及以下	40	21.50
初中	106	56.98
高中(中专)	37	19.89
大学(大专)及以上	3	0.02
籍贯		
本省	68	36.56
外省	118	63.44
资格证或培训证书		
有	129	69.35
没有	57	30.65
从业时间/年		
<1	15	8.06
1~3	89	47.85
3~10	50	26.88
>10	32	17.20
月工资/元		
<1 999	20	10.75
2 000~4 000	36	19.35
4 001~5 000	111	59.68
>5 000	19	10.22

3 讨论

3.1 养老护理员存在的问题: 从年龄、文化程度、从业时间、是否持有养老护理员资格证等几个方面对我市部分养老护理员进行分析, 发现福州市部分养老护理员存在“一大四低一少”的问题, 即年龄大、入职门槛低、文化程度低、持证率低、社会认可度低、从业人员少^[2]。养老机构护理员文化水平制约了其培训与技能发展, 外省务工人员多, 导致人员流动性大, 工作稳定性差。养老护理员年龄偏大, 与护理员较多来自农村进城老年务工人员和城市下岗工人选择养老护理工作有关。“四低”首先与养老机构招聘养老护理员准

入门槛低有关, 只要应聘者愿意从事这份工作, 健康状况良好, 养老机构岗位有空缺, 就能被录用, 因此有大量的外来务工人员或下岗工人, 特别是文化程度低找不到其他工作的人员加入养老护理员这个行业; 其次培训工作的局限, 其培训教材与师资的专业性参差不齐, 省内各级护理院校还未有养老护理专业, 这也影响了养老护理专业社会培训的发展; 此外, 由于养老护理员年龄偏大、文化程度低, 即使参加培训也难以通过相关部门组织的理论和操作考核, 以上的“三低”导致对养老护理员的印象停留于“保姆”的层面, 进而导致从业人员认可度低。“一少”是从业人员少, 这与十年来养老事业的增速发展有关, 也与工作流动性大有关。

3.2 养老护理员的培训状况: 目前我市部分养老护理员的培训远跟不上养老护理事业的发展。1) 仅能提供保姆式养老服务, 由于养老社会需求量较大, 一部分人员未经培训或仅接受简单基础护理培训即上岗, 无法为老人提供专业的基本医疗照护; 2) 养老护理员的年龄与学历制约了其在培训中技能的接受, 许多养老培训机构反映年龄大的护理员培训效率低、学习依从性低, 对各项技能类培训不感兴趣, 学习完成后操作随意性大; 3) 养老护理员的自身职业认同感低, 养老护理员对自身工作内容的理解依然停留在为老年人提供最基本的生活照顾的阶段, 专业护理人才不愿意从事养老相关行业; 4) 缺少专业的培训导师及统一教材, 培训专业性参差不齐; 5) 缺乏专业的培训模型与场所。目前我市养老护理员主要有以下 4 种培训方式: 1) 省民政局举办的短期养老护理员培训, 为期 1 周; 2) 民办培训机构举办的培训班, 长年面对社会招生; 3) 部分规模较大的养老机构邀请专业教师到养老护理机构开展讲座等; 4) 一些养老机构与医学院校对接, 开展职业培训。任何形式的培训均须参加相应等级的国家职业资格理论知识与技能操作考核(采用现场实际操作方式), 合格者由人力资源和社会保障部颁发养老护理员国家职业资格证书。

3.3 养老院护理员培训专业化建议: 1) 加大法律政策支持: 地方政府及其相关部门应建立养老护理员培训持证上岗的强制政策, 将持证上岗列入劳动部门管理的范畴, 并采取自愿和强制相结合的方法, 对现有无证的护理员进行有计划、分期分批强制性的培训, 以尽快提高养老护理员的专业技能和综合素质^[3-4]。2) 建立健全完善的培训标准: 明确培训内容, 指定部门统一编写培训教材并统一培训时间, 有计划、针对性地开展养老护理员专业知识和技能的培训, 可充分利用现有院校的教学资源, 运用理论和实操相结合的方法开展培训^[5]。3) 完善养老护理人员的评价体系: 对养老机构从业人员状况定期评价, 了解养老护理员的持证上岗情况, 以督促养老机构认真落实养老护理员的规范使用和培训工作, 努力提高养老护理队伍的整体水平。4) 政府指定部门牵头创办规范化培训平台: 政府鼓励高等医学院校、中等职业学校等有条件的专业机构积极开设养老护理专业, 培养专业的养老护理员的管理人才和师资力量, 从根本上解决养老护理员数量不足和质量不高的问题^[6]。

总之, 随着社会发展, 社会分工不断细化、社会需求量不断增加、人民群众对养老护理员服务的内涵与技术要求也不断提高, 这对养老护理员的培养也提出了更高的要求^[7]。

目前对养老护理员的培训模式、内容及考核都提出了新的要求,建议从宏观政策对养老护理员培训进行引导与平台支持,以从根本上解决社会的供需矛盾,促进我国养老事业快速发展。

参考文献

[1] 国家职业分类大典修订工作委员会. 中华人民共和国职业分类大典(2015年版) [M]. 北京: 中国劳动社会保障出版社, 2015: 52-53.

[2] 刘文红, 彭嘉琳. 护理服务推动“医养结合”养老模式发展 [J]. 中国护理管理, 2015, 15 (8): 1023-1024.

[3] 黄菲, 张会君, 尹姣. 辽宁省养老机构护理人员培训现状及需求 [J]. 中国老年学杂志, 2012, 59 (3): 570-572.

[4] 史艳婷, 余昌妹, 刘慧. 温州市养老护理员工作与培训及执业现状的调查 [J]. 护理研究: 下旬版, 2013, 27 (10): 3340-3342.

[5] 林婷, 黄俊山, 姜小鹰. 城镇老年人对健康服务的需求、利用状况及护理对策 [J]. 中华护理杂志, 2005, 40 (8): 628-630.

[6] 崔艳, 张宏晨, 高丽. 中外养老护理发展中的“四化”问题研究 [J]. 护理研究, 2014, 28 (1B): 137-139.

[7] 王希晨, 吕欣桐, 周今, 等. 医养结合视角下养老护理员培训相关研究进展 [J]. 中国护理管理, 2016, 16 (10): 1380-1384.

集束化护理在骨科预防压力性损伤的应用

中国人民解放军第九五医院骨二科 (莆田 351100) 詹国锋 黄伟斌 翁剑花 薛水兰

美国国家压疮专家咨询组 (National Pressure Ulcer Advisory Panel, NPUAP) 声明将压疮即压力性溃疡更名为压力性损伤, 联合定义压力性损伤为: 皮肤和皮下组织的局限性损伤, 通常发生在骨隆突处, 压疮的发生是多种因素共同作用的结果, 凡是存在活动能力、移动能力减退或丧失, 和组织耐受性降低的患者都是压疮的高危人群^[1], 因此明确压力性损伤发生的危险因素, 给予针对性的管理, 是有效预防和治疗压力性损伤的前提。集束化护理干预由美国卫生保健质量改进研究所于 2001 年首先提出, 是一种能够协助医务人员尽可能为患者提供优化医疗护理服务的新理念, 是针对某种难治的临床疾病或特定患者群实施一系列有循证基础的干预措施和保健措施^[2]。骨科收治患者高龄、肢体制动、疼痛、使用医疗器械等造成生活自理能力差。针对骨科患者特点提出集束化护理干预, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料: 将 2016 年 12 月至 2017 年 3 月我科收治的 250 例患者纳入对照组, 男 109 例, 女 141 例, 年龄 39~88 岁, 平均 (66.66±11.16) 岁。2017 年 3 月至 2017 年 8 月入院的 250 例纳入观察组, 男 118 例, 女 132 例, 年龄 28~92 岁, 平均 (64.12±12.05) 岁。纳入标准: 1) 年龄≥18 岁; 2) 入院 Braden 评分≤16 分; 3) 闭合性骨折; 4) 入院时皮肤完好; 5) 患者或者家属签订知情同意书。排除标准: 1) 严重低蛋白水肿者 (蛋白低于 30 g/L, 伴水肿症状); 2) 意识不清; 3) 精神障碍者。两组患者性别、年龄、文化程度等差异均无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 方法: 对照组患者接受常规压疮预防措施, 主要内容包括入科时常规护理查体, 采用 Braden 压疮风险评估, 日常皮肤护理, 每 2 h 翻身 1 次, 床单整理, 做好饮食的健康教育和指导, 以及关注患者的大小便管理。观察组采用集束化护理策略: 1) 科室成立集束化护理管理小组, 由护士长担任小组组长, 明确护理工作岗位职责, 通过查阅国内

外文献, 回顾分析科室高危因素及人群特点, 定期对护理人员进行培训, 尤其是压力性损伤的新进展内容, 提升护理人员的业务水平。2) 制定预防压力性损伤护理质量考核标准, 依托医院伤口护理小组制定护理规范、工作流程和预防压力性损伤的基本操作, 每名组员之间实施互相监督, 由组长对组员进行考核, 尤其是翻身技巧的护理操作考核, 对于检查后出现的护理质量问题, 及时指导管床护士提高预防压力性损伤的操作技巧, 并列入护理绩效考评。3) 明确压力性损伤分期标准根据 2016 年 4 月 13 日 NPUAP 提出的标准, 将压力性损伤分期为骨隆突处和医疗器械处, 其中骨隆突处分为 1 期、2 期、3 期、4 期和两种特殊分期 (不可分期和深部组织损伤期), 医疗器械处分为黏膜压力性损伤和医疗器械相关性压力性损伤。4) 采用护理措施: ①体位转换方面鼓励患者转动体位, 定时每 2 h 翻身 1 次; ②减少摩擦力和剪切力: 根据个性化选择适宜的床和床垫, 保持床单位干燥、整洁; 使用便盆时, 尽可能抬起臀部, 避免擦伤皮肤; 移动患者时注意技巧: 床头摇起≤30 度, 时间尽可能短, 小于半小时; 使用减压用具如软枕、水垫, 尤其是新兴敷料, 如泡沫敷料、安普贴、赛肤润等局部皮肤使用油膏类保护。③保证营养: 监测饮食摄入和排出, 保证合适的热量和蛋白质的摄入。④重视严重患者: 对于 Braden 评分低于 11 分的患者, 床边悬挂防压力性损伤警示牌标识, 并上报医院伤口护理小组, 必要时提交护理会诊申请, 伤口护理小组成员到床旁指导及监督预防压力性损伤的落实情况。

1.3 观察指标: 1) 压力性损伤的发生率。2) 患者或陪护者对预防压力性损伤措施知识掌握程度。3) 患者在护理过程中的舒适度。

1.4 统计学方法: 采用 SPSS 19.0 统计学软件处理。计量资料以均数±标准差表示, 采用 *t* 检验, 计数资料采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

(下转第 180 页)