

of prospective studies [J]. *Medicine*, 2021, 100 (3): e23934.

[10] 张万岱,徐智民. 幽门螺杆菌研究现状及国内共识[J]. 中国中西医结合脾胃杂志, 2000, 8(3): 129-134.

[11] 李蒙,李婷,姚倩倩,等. 院前一院中一院后一体化管理路径在提升住院患者满意度中的应用[J]. 中国医学伦理学, 2018, 31(11): 1427-1430.

[12] 李琳,程红. 实用性门诊患者满意度测评工具的研制[J]. 临床医药实践, 2009, 18(22): 619-621.

[13] 宋亚平,郭玉梅,张莹. 影响医生对护理工作满意度的相关因素及对策[J]. 卫生职业教育, 2017, 35(14): 145-146.

[14] 王霄腾,冀子中,韩丰,等. 新型胃癌筛查评分系统在胃癌筛查及癌前病变风险评估中的价值[J]. 中华消化内

镜杂志, 2021, 38(5): 379-383.

[15] 陈雁,陈璐,刘晶晶,等. 专科护理门诊运作机制的建立与效果评价[J]. 护理学杂志, 2017, 32(14): 68-70.

[16] 邵燕,丁彩艳,孙志琴. 专科护士开设护理门诊执业体验的质性研究[J]. 护理学杂志, 2021, 36(8): 46-48.

[17] 吴秀文. 优化门诊护理分诊流程对分诊准确率及患者满意度的影响[J]. 中国继续医学教育, 2020, 12(28): 186-189.

[18] 郭然,胡琳琳,胡志民,等. 我国三级中医医院与综合医院门诊患者满意度关键驱动因素的比较[J]. 中国医药导报, 2021, 18(15): 133-136, 148.

[19] 杜燕平,毋建层. 流程优化在医院门诊管理中的实践与改进[J]. 现代医院, 2020, 20(6): 827-829.

(本文编辑 王菊香)

肿瘤患者护理风险共享治理实践

刘小红¹, 谢志洁¹, 张晨晨¹, 陈丽娟¹, 周婧¹, 陈凤菊¹, 张子云²

Practice of a shared-management approach on nursing risk in oncology patients Liu Xiaohong, Xie Zhijie, Zhang Chenchen, Chen Lijuan, Zhou Jing, Chen Fengju, Zhang Ziyun

摘要:目的 观察肿瘤患者护理风险共享治理的应用效果。方法 将2020年1~5月(共享治理实施前)收治的428例纳入对照组、2020年7~12月(共享治理实施后)收治的354例纳入观察组。对照组采用常规管理方法进行护理风险管理,观察组采用共享治理进行护理风险管理:建立预防跌倒、压力性损伤、管路滑脱及给药安全风险小组,并进行PDCA持续改进。结果 观察组预防跌倒、管路滑脱及给药安全防范措施落实率显著优于对照组(均 $P<0.01$),护理不良事件发生数相对少于对照组。结论 共享治理使护士有机会参与质量管理,对提高临床护理质量、减少护理不良事件发生有重要意义。

关键词:肿瘤患者; 护理风险; 跌倒; 给药安全; 管路滑脱; 共享治理

中图分类号: R471; R473.73 **文献标识码:** C **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2022.03.056

肿瘤患者常常经历手术、化疗、放疗及其他生物治疗,身体虚弱、体力差^[1],易发生跌倒、管路滑脱、压疮、给药错误等不良事件。临床实际工作中如何为患者提供优质护理、保障患者安全,是肿瘤护理管理工作中的难点。共享治理是磁性医院改善护理工作环境的主要策略,是通过员工授权的方式来促进护士控制专业实践、参与决策、增加合作及责任感的动态过程^[2],目前主要有3种实施模式,分别为委员会模式、以病房为基础的模式、议会模式。共享治理以合作、平等、责任感、所有权^[3]为原则,实践中护士拥有自主性,通过授权解决护理质量、实践、管理和教育问题^[4],进而为患者提供优质护理服务,保障患者安全,提升患者满意度。国外护理领域的共享治理研究涉及急诊科、重症监护室等多个学科^[5-7]。我科自2020年7~12月将共享治理应用于肿瘤患者的护理风险管理,取得较好效果,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本肿瘤科病区,现有护理人员 24

作者单位:华中科技大学同济医学院附属同济医院 1. 肿瘤科 2. 内科 (湖北 武汉, 430030)

刘小红:女,硕士,副主任护师,护士长

通信作者:张子云, 471635849@qq.com

收稿:2021-09-05;修回:2021-11-15

名,均为女性,年龄23~46(28.22±3.52)岁,其中硕士1名,本科22名,大专1名;副主任护师1名,主管护师3名,护师20名,共享治理模式在肿瘤患者风险管理使用前后护理人员未发生人员调动情况。本研究采取前瞻性非同期类实验设计,将2020年1~5月(共享治理实施前)收治的428例纳入对照组,2020年7~12月(共享治理实施后)收治的354例纳入观察组。患者纳入标准:①根据国际癌症诊断指南确诊为癌症;②年龄18~75岁,思维清晰;③跌倒Morse评分≥45分,Braden评分≤14分,依据医院管道滑脱高危因素评估表评估患者脱管中、高风险;④自愿参加本研究。排除标准:①言语听力障碍,认知功能障碍;②患有精神疾病或服用精神类药物。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义,具体见表1。

1.2 干预方法

对照组采用常规管理方法进行护理风险管理:患者入院后,护士评估患者风险,对中、高风险患者落实各项风险防范措施。1~2级质控分别由护理部及大科委派其他科室护士长完成,3级质控由本科室护士长完成。护士长根据质控结果制订改进措施,带领护士进行PDCA持续改进。观察组采取共享治理管理,具体如下。

表 1 两组患者一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	肿瘤类别(例)					TNM 分期(例)			KPS 评分(例)		
		男	女		肺癌	结直肠癌	乳腺癌	胃、食管癌	其他	Ⅱ期	Ⅲ期	Ⅳ期	80~90 分	60~70 分	50 分
对照组	428	201	227	55.83±6.34	107	90	80	42	109	144	242	42	118	231	79
观察组	354	181	173	56.14±7.42	75	57	64	46	112	108	213	33	99	194	61
统计量		$\chi^2=1.347$		$t=0.630$	$\chi^2=-8.105$					$Z=-0.688$			$Z=-0.324$		
P		0.246		0.529	0.088					0.492			0.746		

1.2.1 组建共享治理指导委员会 实行共享治理前,科室护士长组织护理人员共享治理相关知识培训 3 次,课程内容包括共享治理概念、研究进展、实施方法,护理质量控制标准等内容,由病区护士长及有管理经验的组长授课,每次培训时间为 1.5~2.0 h。护士集体讨论并同意病区开展共享治理,经护理部批准后成立共享治理实践病区。成立由 1 名护士长、4 名风险管理组长组成的共享治理指导委员会,负责制订共享治理实施流程和工作目标,明确共享治理成员职责。根据肿瘤科护理管理目标,护士按职称、年资、学历、兴趣、个人专业发展方向,自由组合成预防跌倒、压疮、管路滑脱及给药安全风险小组,各小组设定 1 位组长,由成员推选产生。当成员选择冲突时,护士长在尊重护士意愿的基础上予以协调。风险管理小组每组 5~6 人,为保证护士能有足够的精力参与共享治理,每名护士只能参与一个小组。

1.2.2 共享治理实施步骤

1.2.2.1 引导发现问题,明确原因,制订改进措施 护士长引导各小组成员分组讨论风险管理中重点、难点、隐藏在冰山下的问题,使用根本原因分析法深入分析,根据护理部统一制订的护理风险防范集束化措施及科室存在的问题,制订科室护理风险防范改进措施。如预防跌倒风险管理小组针对患者床栏拉起落实率低的问题,小组成员在进行原因分析后,根据肿瘤患者特点,开展多形式的健康教育^[8]。如在高风险跌倒患者的床栏上均贴上醒目标识“卧床时请拉起两侧床栏”、制作跌倒防范视频以便患者观看,交接班时重点监控高危患者床栏拉起落实率。在讨论前,护士长指导成员查阅相关文献,并结合工作中的问题深入思考。讨论中使用思维导图及头脑风暴法,激发全体成员的热情,讨论氛围平等、开放、热烈,充分尊重护士的个人意见,允许不成熟意见的表达。

1.2.2.2 落实措施并及时改进问题 将改进措施上报护理部,经护理部修改、审核后,组织病区护理人员学习并落实。风险管理小组成员每日通过自我监督、下一班护士对上一班护士的交叉监督检查措施落实情况,将问题及时发布在病区工作群中予以提醒,及时改进;风险管理小组长每周汇总风险共享治理中的问题、风险管理落实情况,并向护士长反馈,护士长根据反馈结果,指导改进措施。日常工作中,倡导“我是护理质量管理者”“我为人人”,以问题为导向,以患者安全及满意为目标,在护士长指导下,小组制订月计

划,小组成员根据计划具体实施。小组成员深入病房,评估患者病情、治疗、生活自理能力、高危风险因素及环境,根据评估结果制订、修改护理措施,及时主动汇报并解决工作中存在的问题。

1.2.2.3 协调、指导、促进,确保共享治理 实施护士长每天跟进追踪式查房,对小组成员采用引导、启发、指导等方式,对共享治理中的问题及时予以指导、协调,对护士工作中的成绩及时予以肯定和鼓励,科室每月评选“管理之星”“优质护理服务之星”,并将评选结果公布在病房文化墙上;对护士在工作中提出的有循证依据的流程、环境改善给予全面、充分支持。护士长在共享治理工作中重点负责组织间成员的指导、沟通、协调、促进功能和对外交流,努力为成员构建合作、平等、责任感、所有权的磁性管理环境,推动护理质量的持续改进。

1.2.2.4 护理风险管理质量控制 每个风险小组选派固定的 2~3 人参加病区质控,为保证检查的客观、准确、连续性,护士长对质控人员进行培训。护士长每月 20 日分配质控任务,质控人员分组交叉质控,每月 25 日前提交质控结果。护士长将质控结果从移动护理平台导出并分发给各风险管理小组组长,风险小组根据检查结果进行 PDCA^[9-11]持续改进。

1.3 评价方法 ①护理质量评价。从护理平台导出护理部、大科质控中预防压力性损伤、预防跌倒、预防管路滑脱及给药安全护理风险防范集束化措施 4 项落实结果,检查人员根据护理风险防范集束化标准对措施落实情况进行“落实”“未落实”或“未涉及”评价。②从护理质量管理体系提取科室不良事件上报数据,统计两组患者不良事件发生情况。

1.4 统计学方法 采用 SPSS16.0 软件对两组数据进行 χ^2 、 t 检验、秩和检验,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组 4 项指标落实率比较 见表 2。

表 2 两组 4 项指标落实率比较										条
组别	预防压力性损伤		预防跌倒		给药安全		预防管路滑脱			
	检查	落实	检查	落实	检查	落实	检查	落实		
对照组	408	376	981	890	421	365	253	216		
观察组	484	461	976	928	324	303	216	204		
χ^2	3.656		14.084		9.120		10.243			
P	0.056		0.000		0.002		0.001			

2.2 两组患者护理不良事件发生情况 观察组发生不良事件 2 例,其中跌倒 1 例,管路滑脱 1 例;对照组发生 7 例,其中压疮 1 例,跌倒 3 例,给药错误 1 例,

管路滑脱 2 例。

3 讨论

3.1 共享治理有利于提升临床护理服务质量 肿瘤科患者病情复杂、护理风险度高,在护理工作中快速识别高风险人群并严格落实各项防范措施对保证患者安全十分重要。本研究中,患者平均年龄接近 60 岁,大部分罹患心脑血管疾病,在接受抗肿瘤治疗的同时,还需服用降压、降脂、降糖等药物。患者年龄大、自备药多,容易造成药物漏服、错服;同时,这些药物均为易引起患者发生跌倒的药物,用药宣教不及时患者容易发生跌倒。共享治疗前,预防跌倒、预防管路滑脱及给药安全管理依赖于护士长事后检查、督促,明显存在滞后性,且条目过多,护士工作时容易忽视一些细节。

共享治理区别于传统的护理管理方式,它以“利他”出发,护士从价值共创的角度出发来思考问题,变原来的“要我做”到“我要做”。共享治理中,通过授权与决策,护士能有效识别工作中需要完善的重点、以及需要改进的领域来影响专业实践。作为一种创新的管理方式,共享治理最大程度地发挥了每名护理参与者的专业自主性、提高了护士的参与度及工作效率,能有效改善患者结局和护理照护质量,逐渐被护理人员接受和认可^[12]。

在共享治理实施前,护理质控通过护理部质控组、护士长以随机抽查、专项检查、临床护理查房方式完成,工作中风险细节问题的发现具有滞后、片面性。在护理工作中,护士往往被动接受上级护理风险管理,以落实护理部及科室制订的各项护理风险质控要求为工作目标^[13],缺乏评判性思维、积极性及主观能动性,极大限制了护士护理风险认知水平的提高。共享治理改变了传统的由护理部、护士长等管理层人员直接下达护理质量改善措施的管理方式,护士参与质量的全程管理,从被管理者转变为管理者。护士对护理措施落实的薄弱环节实时纠错,改变了传统护理管理滞后性和“亡羊补牢”的弊端,有利于改善临床护理质量^[13-14]。共享治理实施后,护士成为护理风险的管理员、实施者、质控员。护理风险小组成员通过对护理风险问题的分析和改进措施的制订、落实和质量控制,对存在的问题会进行深入分析,提高了护士护理风险识别能力。共享治理中,护士长角色重心也发生改变,由护理工作中的管理者、监督者变成护理工作的协调者、促进者。护士长从琐碎而效率较低的护理管理中解放出来,更有精力带领护士进行专业、管理等方面研究,从而提升护理学科水平和竞争力,促进临床护理服务质量的提升。实施共享治理后,通过风险小组成员的过程控制,能及时发现风险管理中存在的细节问题,并及时提醒、改进。通过实施共享治理,观察组预防跌倒、管路滑脱及给药安全防范措施的落实率显著优于对照组(均 $P < 0.01$),护理不良事件数

也有所下降。

3.2 本研究中存在的不足 我国的共享治理研究起步晚,有关具体实施方法的报道较少,临床护理人员共享治理认知程度普遍较低。本研究中,虽然科室经过 3 次共享治理相关知识培训,但该培训缺乏系统性,培训后,护士对共享治理的认知停留在基本概念和认知维度,缺乏临床实际操作经验。共享治理开始后,部分成员担心暴露问题会影响同事间关系,反馈问题不及时或隐瞒问题,这也是共享治理前期推进比较缓慢的主要原因。建议在开展前期将风险小组反馈的问题不纳入护士月绩效考核,减少负向反馈,增加正向反馈,引导全体护理人员参与质量管理。如通过每月评选“安全之星”,对问题反馈最多的个人给予表扬、绩效考核加分等奖励,调动护士的工作积极性。

参考文献:

- [1] 田露,陈英,龙艳慧,等. 肿瘤患者化疗后居家跌倒预防自我管理体验的质性研究[J]. 中华护理杂志,2020,55(11):1648-1651.
- [2] Batson V. Shared governance in an integrated health care network[J]. AORN J,2004,80(3):494-498.
- [3] Porter-O'Grady T. Reframing knowledge work: shared governance in the postdigital age[J]. Creat Nurs,2012,18(4):152-159.
- [4] 胡凯利,汪晖,官小莉,等. 共享治理在护理管理中的研究进展[J]. 护理管理杂志,2016,16(12):877-879.
- [5] Scott L, Caress A L. Shared governance and shared leadership: meeting the challenges of implementation[J]. J Nurs Manag,2005,13(1):4-12.
- [6] Siller J, Dolansky M A, Clavelle J T, et al. Shared governance and work engagement in emergency nurses[J]. J Emerg Nurs,2016,42(4):325-330.
- [7] Black N, Oriza N S, Winter V, et al. Shared governance for a healthy work environment in a pediatric cardiothoracic intensive care unit[J]. AACN Adv Crit Care,2016,27(2):152-157.
- [8] 伍小群,黄凤. 住院患者跌倒风险管理的成效分析[J]. 护理学杂志,2018,33(5):45-47.
- [9] 王建红,张蕊. PDCA 循环护理模式对产科病房护理质量的影响[J]. 医学与社会,2015,28(5):321-322.
- [10] 高兴莲,李婷婷,余文静,等. PDCA 循环在提高手术安全核查执行率中的应用[J]. 护理学杂志,2015,30(7):45-47.
- [11] 武秋锋. PDCA 在神经外科气管切开患者护理中的应用有效性分析[J]. 医学与社会,2015,28(6):298.
- [12] 胡凯利. 护理人员对共享治理的认知,参与意愿及能力的现况研究[D]. 武汉:华中科技大学,2017.
- [13] 乐革芬,吴丽娜,许妮娜,等. 神经外科护士参与质量管理的实践[J]. 护理学杂志,2014,29(10):61-62.
- [14] 杨文,石秀英. 护理骨干参与护理质量管理的体会[J]. 辽宁医学杂志,2015,29(3):185,200.

(本文编辑 赵梅珍)