

分专科护士的工作强度与工作报酬也不相匹配,专科护士的积极性不能被有效调动。由于护理人力资源不足,专科护士忙于日常工作和常规轮班,不能充分发挥其潜能和作用,也是护理管理人员需要思考的问题。因此,我国亟待制定符合我国国情的专科护士管理模式,并要求每个医疗机构为专科护士提供可供其发挥才能的工作环境,切实提高专科护士临床实践能力、教学能力及科研水平,使其最大化地投入相应的专科工作,做到人尽其能,才尽其用,避免专科护士的滞用。

参考文献:

[1] 黎笑乐,陈肖敏.手术室专科护士的培养实践与效果评价[J].

全科医学临床与教育,2008,6(5):439-440.

[2] 李萍,肖江琴,江静云.理论与实践交叉的培训模式用于 ICU 专科护士培训[J].中华护理杂志,2009,44(9):829-830.

[3] 魏红侠,姚聪,姚晚侠.以“技能实践为核心”的肿瘤专科护士培训模式的研究[J].护士进修杂志,2016,31(11):995-997.

[4] 汤国娇,徐宝兰,洪金花,等.以核心能力培养为导向的肿瘤专科护士培训方案与实践[J].中华护理杂志,2016,51(4):467-470.

[5] 吴玲,霍孝蓉,倪静玉.江苏省造口治疗师工作和职业发展情况的调查分析[J].中华护理杂志,2016,51(4):459-463.

[6] 刘欢,宁宁,何凌霄,等.伤口治疗师工作环境及职业发展情况的调查[J].中华护理杂志,2014,49(11):1374-1377.

[7] 刘玉萍,张静,付学丽.肿瘤专科医院护士职业倦怠与抑郁情绪、社会支持的关系研究[J].护理管理杂志,2014,14(5):331-333.

基层医院助产士门诊的建立及管理模式探讨

杨兰兰,陈 英,王玉霞

(新昌县人民医院,浙江新昌 312500)

摘 要:目的 通过建立助产士门诊,探索助产士门诊的管理模式及效果。方法 分析助产士门诊开设的背景,制定助产士门诊出诊人员标准、规章制度、工作流程、服务内容,以及对助产士门诊进行规范化管理。结果 助产士门诊的成立,降低剖宫产率及会阴侧切率,改善分娩结局,提升产科工作质量。结论 助产士门诊能够很好地为孕产妇产前、产时、产后各个时期提供帮助和指导,有效提升产科医疗护理质量。

关键词:助产士;门诊;管理;剖宫产;会阴侧切 doi:10.3969/j.issn.1671-9875.2018.09.027

中图分类号:R197.323.2

文献标识码:C

文章编号:1671-9875(2018)09-0083-03

国际助产士联盟将助产士定义为:一名可信赖的专业人士,通过与孕妇建立伙伴关系,提供孕产妇产前、产时和产后必要的支持、护理和咨询,为孕产妇提供全程连续性服务,倡导“助产士主导模式”,助产士是孕产妇的专业护理者^[1]。我国产科医疗服务体系以产科医生为主导,助产士仅负责产妇产时的接生管理,工作场所局限于产房。这一工作模式与国际助产士联盟倡导的“为孕产妇提供全程连续性服务”的服务理念相差甚远。助产士门诊将助产士的工作地点由产房向门诊、母婴同室,甚至家庭拓展,服务内容由单纯提供产时护理及接生向孕妇产前、产时和产后等不同时期提供健康咨询和心理支持转变,服务对象由孕产妇延伸至新生儿、家属。随着国家“二孩

政策”全面开放,母婴健康越来越受重视,社会对产科医疗服务需求日益增长。为给孕产妇提供更全面的产科护理服务,本院于 2016 年 1 月开设助产士专科门诊,取得了良好的效果。现报告如下。

1 助产士门诊开设的背景

1.1 医疗资源整合 新昌地处浙江东部,2013 年末全县总人口为 43.9 万人,全年出生人口 3 600 人左右。产科医疗、护理、保健工作主要由县内 3 家医疗机构完成。其中新昌县人民医院为一家综合性医院,设有产科、儿科门诊与病房,科室设置齐全,业务范围覆盖全面。其余 2 家医院科室设置:一家设有产科病房,只开展产科医疗、护理,无儿科病房设置;另一家只设产科、儿科门诊兼相关保健,无病房设置,医院业务范围单一。3 家医院业务上存在重叠,但相互之间缺少沟通与交流,有些项目开展存在重复、浪费现象。为充分利用资源,

作者简介:杨兰兰(1980—),女,本科,主管护师,护士长。

收稿日期:2018-02-16

造就良好的就医环境,为孕产妇提供更加优质、高效、快捷的医疗服务,由政府牵头布局,将 3 家医疗机构负责产科、儿科工作的部门进行整合,成立一家以承担妇女儿童医疗、保健、康复服务为主的专科医院,更名为新昌县妇幼保健院。行政管理、医院运行、业务指导均由新昌县人民医院垂直管理,因专科医院地处新昌城市东面,故又名新昌县人民医院城东分院。所有医疗资源统一管理,孕产妇就医诊疗也相对集中,为助产士门诊开设创造了条件。

1.2 满足社会需求 前期调查发现,有 90.3% 孕产妇认为有必要开设助产士门诊。需求内容由对单纯分娩的分娩方式选择、营养指导、疼痛减轻等生理需求向寻求心理及社会支持转变^[2]。国家生育政策转变也给产科门诊医疗带来一定冲击,造成产科门诊人满为患,影响产科质量。为满足社会需求,同时能够缓解产科门诊工作压力,开设助产士门诊迫在眉睫。

2 方 法

2.1 制定助产士门诊出诊人员标准 为规范管理助产士门诊及保证专科门诊的护理质量,医院护理质量管理委员会制定专门针对助产士门诊出诊人员准入资格标准。医院围产护理专业小组根据准入资格标准,组织“助产士门诊专项培训班”对相应人员进行标准化培训及考核。内容分理论、模拟技术及沟通技巧,三项成绩考核均需大于 90 分。报名条件:具有本科及以上学历,主管护师及以上职称,15 年以上助产经验,熟练掌握助产、新生儿护理技术、母婴护理理论知识,有较强的沟通能力,平时承担医院孕妇学校授课。由本人提出申请,通过培训及考核,有 6 名助产士成绩合格,经医院护理质量管理委员会认定批复,获得助产士门诊出诊资格。

2.2 助产士门诊出诊人员安排 助产士门诊由护理部负责行政管理,围产护理专业小组负责具体业务开展及技术指导,并定期进行新知识、新技术、服务沟通技巧培训以及对门诊工作进行总结,找出不足,以确保就诊孕产妇及家庭能够得到全面、优质的护理服务。根据门诊工作量采取弹性排班模式,即出诊的助产士可根据当天就诊孕产妇人数、需求内容临时安排辅助助产士(考核未通过或年资较低助产士,但致力于助产士门诊工作的护理人员)出诊帮忙。灵活机动的弹性排班模

式既保证工作质量避免人力资源浪费,又对辅助助产士起到传、帮、带作用,培养后备人才。

2.3 规范布置诊室 助产士门诊地点:产科门诊区域,入口第一间诊室。在门诊设有明显标识:助产士门诊。诊间颜色以浅橘黄色为主,室内用淡绿色的布帘隔断,就诊环境温馨又很好地保护孕产妇隐私。诊室内备有产科门诊常用检查床、胎心听诊仪、护理操作台、电脑等设备,并添置乳房模型、新生儿模型、骨盆模型、手摇式分娩机转示教模型、中国居民膳食宝塔模型以及各种健康教育资料,导乐器材,墙上安装有多媒体显示屏。

2.4 制定助产士门诊服务内容 围产护理专业小组制定门诊服务对象及内容。服务对象:孕周满 32 周之后的孕妇即可进入助产士门诊就诊。服务内容分 3 个方面:产前、产时、产后健康指导及咨询,新生儿护理技术,延伸服务。产前、产时、产后健康指导及咨询内容:产前指导孕妇孕期营养摄入、合理运动、孕期体质量控制、胎动监测、母乳喂养知识及技巧,心理咨询;临近产时介绍临产征兆、分娩准备、自然分娩过程及疼痛应对技巧,制订分娩计划,告知自然分娩的好处及剖宫产的利弊、产房的特色服务(导乐分娩及分娩镇痛),提前熟悉分娩环境、体验导乐器材^[3];产后指导产妇产后康复、饮食、运动。新生儿护理技术:包括新生儿日常护理知识、沐浴、抚触、智护等操作,使孕妇在产前就掌握新生儿护理技能。延伸服务:通过微信、电话等联系方式及上门随访满足孕产妇的不同需求,提供个性化健康咨询和护理。沟通方式以一对一咨询与指导为主,沟通过程中适时发放资料、观看视频、借助于模型操作指导等。

2.5 制定助产士门诊各项管理制度 根据医院门诊管理相关要求及结合产科专科特色,围产护理专业小组制定助产士门诊岗位职责、护理技术操作规范、健康教育制度、会诊转诊制度等相关制度,以便规范管理助产士门诊。要求出诊助产士严格遵守相应管理制度及操作流程以确保助产士门诊的顺利运行。

2.6 制定助产士门诊就诊流程 按门诊患者就诊流程要求,经门诊挂号到助产士门诊就诊。助产士门诊出诊时间为每周二、五上午 8:00~11:30,当日有本院产科专家出诊,部分孕产妇在助产士门诊就诊后若发现有高危倾向即可转至产科专家门诊,极大方便孕产妇,也确保助产士门诊

安全运行。

2.7 充分利用各种宣传平台提升助产士门诊知名度 将助产士门诊工作宗旨、就诊流程、内容、工作人员介绍等制作成宣传画报、视频、美篇,利用各种宣传平台进行宣传。以易拉宝的形式放置在门诊大厅、助产士门诊诊室门口展示;以视频形式在孕妇学校、医院各个区域大屏幕滚动播放;美篇在微信、互动吧等公众号定期推送,充分利用现代化网络宣传平台提升助产士门诊影响力、知名度,吸引就诊人员。

3 评价方法与结果

3.1 评价方法 比较助产士门诊开设前(2016 年)与开设后(2017 年)的剖宫产率、会阴侧切率。

3.2 统计学方法 所有数据输入 SPSS 17.0 统计软件包,计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.3 结果

3.3.1 2016 年与 2017 年剖宫产率比较 见表 1。

表 1 2016 年与 2017 年剖宫产率比较

时间	总分娩产妇数	剖宫产产妇数	剖宫产率/%
2016 年	2 186	950	43.5
2017 年	2 153	808	37.5

注:剖宫产率比较, $\chi^2 = 15.82, P < 0.05$

3.3.2 2016 年与 2017 年会阴侧切率比较 见表 2。

表 2 2016 年与 2017 年会阴侧切率比较

时间	总自然分娩产妇数	会阴侧切产妇数	会阴侧切率/%
2016 年	1 236	370	29.9
2017 年	1 345	222	16.5

注:会阴侧切率比较, $\chi^2 = 65.72, P < 0.05$

4 讨 论

4.1 助产士门诊的开设有效提升产科医疗护理质量 降低剖宫产率及会阴侧切率、确保母婴安全是产科医疗工作的重点。妊娠分娩是一个生理过程,但在临床实际过程中发现,随着孕期的进展,孕妇对分娩的关注度逐渐增加,对分娩的期望值相对较高,认为剖宫产是最安全的分娩方式,在选择分娩方式时更倾向于剖宫产。以往的观点认为分娩时行会阴切开术起到预防会阴裂伤、缩短产程的作用。文献^[4]显示,我国会阴侧切的发生率为 60%,初产妇可达 80%,远超过 WHO 倡议的 20%。但近年来的循证显示会阴侧切不仅不能降低会阴裂伤率,而且会加重产后会阴疼痛以及伤

口愈合不良问题^[5]。由于分娩的未知性及妊娠带来的心理与生理上的不适,很多孕妇出现了不同程度的焦虑和恐惧。助产士门诊提前介入孕期生活,与孕产妇建立信任的伙伴关系,给予孕产妇保健知识指导、心理咨询及社会支持,指导孕妇控制体重质量增长,降低巨大儿的发生,通过运动增进盆底肌肉的收缩性;尤其是临近产时就诊助产士门诊的产妇通过个性化的分娩指导、模拟分娩教育(分娩过程掌握及对助产士、场地、分娩过程提前熟悉),使产妇认识自然分娩的优势,帮助其理性选择分娩方式,不再视剖宫产为唯一安全分娩方式,部分产妇有不做会阴侧切的意愿,特别是在第二产程能正确配合助产士用力,助产士严格掌握侧切指征,较好地控制剖宫产率和会阴侧切率。研究结果显示,开设助产士门诊的一年中产妇的剖宫产率及会阴侧切率较未开设助产士门诊时低,且差异有统计学意义。

4.2 助产士门诊困惑与展望 与发达国家比较,目前我国的助产士门诊仍处于发展阶段,并且由于长期的重医轻护的观念^[6],部分孕产妇对助产士门诊提供的服务持怀疑态度,本院也存在类似情况。助产士门诊自身建设也存在不足:没有现成工作模式和内容可供参考,没有明确组织管理架构,评价指标及考核机制也不健全等。未来的一段时间内,如何构建统一工作内容、管理架构、评价指标等,推进助产士门诊工作规范化是我们的努力方向。同时积极探索孕产妇及家属对助产士门诊的认知情况,分析影响就诊的原因,从而制定相关策略,以提高其对助产士门诊认可度,促使其在围生期遇到护理问题时能自愿选择到助产士门诊就诊,从而推动助产事业的发展。

参考文献:

- [1] ICM. International definition of the midwife[EB/OL]. (2011-06-15) [2016-04-19]. <http://www.internationalmidwives.org/who-we-are/policy-and-practice/icm-international-definition-of-the-midwife>.
- [2] 翟巾帼,郑艳芳,蔡文,等. 孕产妇对助产士门诊服务需求的调查分析[J]. 中华护理杂志, 2016, 52(1): 45-48.
- [3] 李细英,厉跃红. 助产士咨询门诊的开展情况和满意度调查[J]. 安徽医学, 2015, 36(10): 1279-1281.
- [4] 蒋先媛,钟秋莲,尹红,等. 降低会阴侧切率的对策及效果分析[J]. 当代护士, 2015(4): 71-73.
- [5] 王丽娜,郑剑兰,汪文雁,等. 限制性会阴侧切的临床研究[J]. 中国妇幼保健, 2015, 30(15): 2439-2441.
- [6] 林陶玉,李曼. 中国专科护理门诊特色解析[J]. 护理实践与研究, 2015, 12(6): 143-144.