

社会和家庭的支持与经济状况分别为54例和59例,各占46.2%和50.4%;医护人员服务态度造成患者紧张、焦虑20例,占17.1%。

2.2 患者焦虑概况 轻度焦虑52例(占44.5%),中度焦虑59例(占50.4%),重度焦虑6例(占5.1%)。

2.3 实施和未实施心理干预两组患者焦虑指数比较 干预组入院时及1周后患者的焦虑指数分别为 (69.4 ± 9.4) 分、 (44.1 ± 5.7) 分,干预后焦虑指数显著下降, $t = 20.9, P < 0.01$;对照组入院时及1周后患者的焦虑指数分别为 (65.1 ± 6.9) 分、 (67.4 ± 7.2) 分,焦虑指数略有增加, $t = -2.2, P > 0.05$ 。

3 讨论

焦虑是一种复杂的情绪反应,是肿瘤患者最常出现的心理特征,高度的焦虑在增加心理负担的同时也对治疗产生不利影响^[2]。紧张影响激素的正常分泌,削弱机体的防御作用,从而引起体内一系列神经、免疫、内分泌系统的失调和细胞代谢紊乱,形成恶性心理应激状态,使机体产生负性刺激,继而内环境失衡,导致病情恶化^[3]。在相关因素中发现:对热疗不了解、怀疑热疗的效果、社会和家庭、经济对焦虑情绪产生影响面较大。106例患者未听说过热疗或不了解或存在不正确的认识;102例患者怀疑热疗的效果,这些都说明患者对治疗无信心,进而产生焦虑。因此,热疗前应反复讲解热疗的有关知识,参观设施增加感性认识,提倡把这种“绿色环

保”的治疗方法深入到社区宣传,给肿瘤患者带去福音。现大病就治统筹基金的支持,加之社会医保制度的逐年完善,经济问题已有所改善。另外医疗护理服务意识及技术水平虽有所提高,但仍有患者因医护人员的服务态度而产生焦虑、紧张情绪,说明服务态度还有待改善。

入院时与1周后焦虑指数相对照,干预组前后有明显改变,干预组与对照组比有临床意义,说明在行全身热疗前有必要和患者进行沟通,健康教育,心理干预,掌握患者对该治疗措施的了解认知程度及社会和家庭支持等情况^[4]。经心理干预的患者明显较前乐观,表现为能主动向护士咨询,认真阅读发放的手册,要求参观设施,治疗过程中升温顺利,治疗后并发症减少,均满意出院。

(感谢放射肿瘤科蔡树华主任的指导与帮助。)

参考文献

- [1] 陈素坤. 临床心理护理指导[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2001: 187.
- [2] 刘雪梅, 张秀丽. 肿瘤化疗患者的焦虑状态及相关因素[J]. 中国肿瘤临床与康复, 2002, 2(9): 104.
- [3] 范淑君, 郝军, 邹全庆, 等. 癌症患者焦虑和抑郁状况的调查分析及护理对策[J]. 广西医学, 2001, 5(23): 1269.
- [4] 李颖阳, 张映芬, 吴丽霞. 体外循环全身热灌注治疗中高热期的观察护理28例[J]. 实用护理杂志, 2002, 18(9): 52.

(收稿日期: 2008-04-18)

(本文编辑: 潘雪飞)

举证责任倒置与手术室护理风险管理

胡轲妤

(解放军第98医院麻醉科, 浙江湖州 313000)

[关键词] 手术室; 护理风险; 举证责任

中图分类号: R472.3 文献标识码: B 文章编号: 1672-271X(2008)06-0454-02

2002年4月1日施行的《最高人民法院关于民事诉讼证据的若干规定》,明确规定医疗纠纷的处理实行举证责任倒置。举证新规则的施行,医疗机构及其医务人员肯定会增加医疗责任风险,承担更多的举证责任和难以举证所带来的赔偿等,这将使医疗机构在原本已经被动的医疗纠纷诉讼中因承担了主要的也可以说是最困难的举证责任而处于更不利的地位^[1]。护理风险是指医院内患者在护理过程中有可能发生的一切不安全事件^[2]。在这种形势下,手术室护理工作无论从内容上还是形式上,都面临着许多新问题,护理人员应不断增强法律意识,树立依法办事,依法举证意识,规范护

理行为,降低护理职业风险。

1 增强法制观念,树立举证意识

《最高人民法院关于民事诉讼证据的规定》第二条第二款:“没有证据或证据不足以证明当事人的事实主张的,由负有举证责任当事人承担不利后果。”也就是说承担倒置的举证责任方,如果不能证明自己无过错,法庭就可以推定其存在过错^[1]。因此手术室护士应强化法制观念,学法、知法、懂法,并将掌握的法律知识应用到实践中去,使护理行为合情、合理、合法,处于举证主动地位。通过一些医疗案例,从法律的角度分析护理工作中产生风险的因素,提高护理工作的风险意识,树立法律意识和医疗安全意识。同时护士应明确,工作不认真,不负责任而犯有严重过失时会触犯刑律。

作者简介: 胡轲妤(1975-),女,浙江湖州人,护师,本科,主要从事手术室护理工作。

2 强化手术室风险管理,改进护理工作模式

2.1 加强安全教育及业务学习,使每位护理人员都具有较高的职业责任感和高尚的道德情操,严格的慎独修养,良好的心理素质,提高护理人员的素质,降低手术风险。对新开展的手术,邀请有关专家讲授相关知识,对大型仪器的使用制定操作规范,加强对高危患者、高危操作的护理指导和监督,降低技术风险因素。

2.2 运用整体护理模式,认真履行告知义务,完善签字记录。从术前访视至术后回访,无论哪一环节都要依照程序把护士要做的护理内容和目的告知患者,并印制成单页,逐项解释,直至患者明白并签字为证,随医疗病历一同归档^[3]。与患者沟通时,护士应态度和蔼,注意语言艺术,给患者以信赖感,自愿接受并配合医疗护理工作。术前访视时护士应给患者做相应的术前指导和心理护理,并对术中所采取的护理措施及术中可能发生的护理意外也应提前告知,以保护患者的知情同意权。

2.3 强化无菌原则,完善灭菌监测数据资料的保存。手术室的空气应每日消毒,每台手术前临时消毒,每月监测,并把监测结果粘贴于空气消毒登记本上。对化学浸泡、熏蒸反应要使用相应化学指示卡监测,注意保管其效果监测标志卡,使这些资料成为完整、客观、可核实的证据。高压蒸气灭菌效果可依指示卡和指示胶带的变色程度为标志。消毒包实行每次监测、包包监测,外有指示胶带并注明保存有效期及打包者姓名,内有指示卡亦应注明打包日期及打包者姓名,每台手术所用物品的指示胶带及指示卡逐一粘贴于手术记录单上的相应部位,以备日后查询。

2.4 正确书写手术护理记录单,为日后可能发生的医疗纠纷提供可靠的法律依据。手术护理记录是法律依据与举证的重要资料,又关系到护患两方面,因此,规范护理文书,做到既符合患者客观病情记录,又可作为依法证据^[4]。我们应认真书写记录单上的每一个字,不得有漏写、误写,如有涂改,应在涂改字的上方注明并签上涂改者姓名及时间。术中所用的器械、敷料等,巡回护士与器械护士应认真清点,并在护理记录单上有显示的数目,且“术前”、“关前”、“关后”三栏上的数字必须一致。对使用充气式压力止血的患者就详细注明压力止血带的型号、使用部位、具体压力及使用时间。术中输血量、尿量、生命体征等均应准确填写,并与麻醉记录单上的数据保持一致。总之,手术护理记录单的填写应及时、准确、全面、真实,手术结束后随病历保存。

2.5 严格手术室查对制度,加强手术物品的管理,杜绝差错事故的发生。术前接患者时依据手术单核对患者床号、姓名、

住院号、年龄、性别、诊断、手术部位等。四肢手术患者术前由病房护士做好标记,巡回护士和麻醉医生在手术开始时须与病历上的诊断核对,手术医生在手术开始前再次核对,确定无误后方可开始手术。对术前皮肤异常者,由手术医生和病房护士签字证明。手术物品的清点要由器械护士、巡回护士与手术医生共同参与,在术前、术中、术后均应认真清点,包括所有物品及其完整性,如缝针的针尖与针尾,持骨钳的螺帽等,并及时、准确、完整地记录于清点记录单上。术后手术医生、器械护士、巡回护士分别签名,确保其法律效力的真实性、可靠性。

2.6 尊重患者,维护患者及其家属的知情权。尊重患者的人格及权利,平等对待患者。术中清醒的患者,应做好心理护理,保护患者的自尊,在不影响手术的情况下尽量减少对患者身体的暴露,保证患者卧位的舒适。手术过程中变更手术内容或方式,应取得患者及其家属的同意,并予签字为证。手术中截除的患肢(趾)应征得患者及其家属同意后再按规定处理,也应予以签字,以便日后查询。不清醒患者或无法签字的患者,必须由其近亲属签字。

3 体会

“举证责任倒置”给手术室护理带来了挑战,决定了手术室护士既要具备高度的责任心和熟练的护理技术,还必须具有较强的法律责任意识。手术室护士应严格遵守卫生管理法律法规、护理规范和规章制度,同时对于手术室护理工作中存在的不规范方面,应及时予以改正,以防发生医疗纠纷时“举证责任倒置”的困难。手术室护士应以积极的心态,依法维护自己的权益,依法大胆为患者服务。护理管理者应不断更新知识结构,掌握医学发展的客观要求,同时更应抓好“证据”资料的建设和管理,加强手术室不安全因素和差错事故的隐患管理,加强法制教育,提高护理安全意识,加强自身防护,做到防患于未然。

参考文献

- [1] 周 斌. 医疗诉讼证据规则新论[J]. 中国医院管理, 2002, 22(4): 7-9.
- [2] 李晓惠, 邹晓清. 临床护理风险事件分析与对策[J]. 中华护理杂志, 2005, 40(5): 375.
- [3] 薛春好, 冯春蕾. 与举证责任倒置相适应的手术室护理管理[J]. 护士进修杂志, 2004, 19(1): 38.
- [4] 宋健美, 袁凤云, 钮燕筠, 等. 医疗责任举证与护理文书规范现状及对策[J]. 护士进修杂志, 2005, 20(2): 124-125.

(收稿日期: 2008-07-16; 修回日期: 2008-08-25)

(本文编辑: 黄攸生)