

需求,选择性接触传播媒介,选择性理解和记忆传播内容,部队健康传播要在全面调查了解官兵既有健康知识基础和健康需求的基础上,针对性地选取传播内容与传播途径,才能取得应有的传播效果。

5 效果

传播效果是指受传者接受讯息后引起的心理、态度和行为等方面的变化。依其发生的逻辑顺序或表现阶段,健康传播的效果可分为四个层面:知晓健康信息、认同健康信念、转变态度和采纳健康行为。当前,部队健康传播尚未形成科学的效果评价体系,诸如发行量、收视率等大众媒介的评价指标又不适用于部队的特殊机制与环境,现如今仅能借以参考的只有“考评细则”所要求的健康知识知晓率和健康行为养成率等健康教育考评指标。但是,从健康传播的效果研究来看,这类评价的方法过于笼统,评价指标过于单一,缺乏按照传播者、传播内容、讯息载体、传播技巧及受传者等多个角度对传播效果进行的考察,也就不能够全面、综合地反映出健康传播的效果。更何况,效果评价也一直是部队健康教育的薄弱环节。一些基层部队健康教育效果考评的自主性与自觉性不够,难以做到长期与定期进行,评价手段不够客观,评价结果不够准确,效果分析也过于浅显,对健康教育与健康传播的开展也就起不到应有的检验与进一步指导作用。

6 对军队健康传播的展望

部队健康传播应充分借鉴国内外健康传播的研究成果和发展图景,树立“受众本位”、“内容为王”等传播理念,多调查了解基层官兵的健康需求,多传播科学、实用的健康知识,多发布权威、及时的健康资讯,努力将健康传播媒介办活、办出特色。

基层部队应注重对健康教育和健康传播者进行新闻、传播、媒介等方面的业务培训,使其建立良好的传播观念,掌握科学的传播方法^[2]。在健康传播过程中,应紧密结合部队实际,多研究官兵的健康心理需求及其差异性,尊重官兵需求,综合运用大众传播、组织传播与人际传播等传播方式,依照传播内容,发挥各个传播方式的优势,特别是要加强人际传播在官兵中的合理应用,使健康知识和健康行为在两级甚至多级传播中建立良性的传播和感染机制。此外,部队健康传播还应尽快建立客观、可行、有效的效果评价体系,建立畅通的反馈渠道,逐步形成完善的传受间互动机制。

参考文献

- [1] 沃纳·赛佛林,小詹姆斯·坦卡德. 传播理论:起源、方法与应用[M]. 北京:华夏出版社,2000:230,237,357.
- [2] 张荣,姜志宽,张李蕾. 应对突发公共卫生事件的军队健康传播策略[J]. 东南国防医药,2006,8(6):468-469.

(收稿日期:2009-09-17)

(本文编辑:孙军红)

一体化干部医疗保健服务模式初探

王苏莉,胡新勇,朱小蔚,周济宏
(南京军区南京总医院,江苏南京 210002)

[摘要] 近年来,南京军区南京总医院积极深化“双优”服务内涵,努力推行医疗保健服务一体化模式,即打造疾病预防、应急救治与预后康复服务保障链,达到“医疗、预防、保健、康复、疗养一体化”、“院前服务、院内保障、院后康复一体化”、“生理、心理、生活、文化服务一体化”,做到院前、院中、院后全时制、全过程服务,促进了老干部的健康长寿,提高了老干部晚年的生活生命质量,也为医院协调发展创造了条件。

[关键词] 医疗保健;服务模式;一体化

中图分类号: R821 文献标识码: C 文章编号: 1672-271X(2009)06-0574-03

老干部进入“两高期”后,慢性疾病、大病重病和心理疾病日渐增多,医疗保健已成为他们晚年生

基金项目:南京军区南京总医院科研基金资助项目(2009M031)

作者简介:王苏莉(1956-),女,安徽南陵人,本科,副主任护师,主要从事干部保健工作。

活的首要需求^[1-3]。为了更好为老干部提供医疗保健,近年来,我院党委认真执行总部、军区党委首长的一系列指示精神,创新推行一体化医疗保障服务模式,提高了为首长和老干部服务的质量和水平。

1 一体化医疗保健服务模式构建

1.1 构建“医疗、预防、保健、康复、疗养”一体化
老干部进入“两高期”后,延长生命预期的愿望更加强烈,提高生活质量的意识不断增强^[1-3],我们进一步拓展服务内容,改善服务功能,优化服务流程,不仅全力提供医疗服务,更强调“重预防、治未病”,切实维护好老干部的健康权益。

1.2 构建“院前服务、院内保障、院后康复”一体化
传统的院内保障,只能做到为老干部解除现时的疾病痛苦^[4-6],没有从流程、机制上实现与基层医疗机构、干休所全程一体的无缝链接。为此,我们积极适应新的医学模式转变,把为首长和老干部服务功能拓展到全过程,把服务内容拓展到全方位。

1.3 构建“生理、心理、生活、文化服务”一体化
现代医学模式,正在实现由生物模式向心理、社会模式的转变^[3,7-8]。我们不仅努力解决老干部生理上的疾病,而且在“心理、生活、文化”等方面,树立全维一体的服务观念,努力在人文管理、温馨服务、环境改善等方面下功夫。

2 一体化医疗保健服务模式内容

2.1 完善服务制度,做好疾病预防

2.1.1 建立健康体检制度 结合新门诊楼建设,建成功能齐备、全军一流的军人体检中心,我们努力把保健关口前移,筑牢健康防线,开辟了VIP体检专区,增设了PET/CT、双源CT等体检项目,定期或根据需要组织首长和老干部体检;运用加载了数字DR技术的移动体检车,上门为行动不便的老干部体检服务。

2.1.2 推行疾病普查制度 建立在职首长和老干部健康服务档案,针对不同季节、流行病发病特点,分析老年人发病规律,定期组织专家开展疾病普查,指导做好疾病预防。

2.1.3 坚持健康教育制度 坚持“预防为主”方针,周密制定老干部健康教育计划,安排专家定期上门举办健康教育讲座,在干部病区宣传栏中定期更新保健知识,做到见缝插针宣传保健常识,引导老干部树立科学保健、合理医疗的新理念。

2.2 突出流程改造,做好疾病诊治 根据老干部年

龄结构和疾病发生发展特点规律,我们出台一系列做好老干部医疗服务的措施,制定完善“老干部门诊、会诊抢救、转院转诊、重大手术报告”等9项制度,使干部医疗保健工作程序化、规范化。

2.2.1 在门诊流程上 开辟军人“一站式”门诊和特约专家门诊,为老干部提供独立的就医空间和良好的就医环境。定期组织服务人员,进行服务规范化培训,强化服务意识,改进服务态度,讲求服务艺术。严格落实老干部诊疗优先制度,加强就医引导,减少老干部在看病、检查、取药、住院等各个环节排队等候时间。

2.2.2 在检查程序上 取消医务部对部分特殊检查项目的审批程序,免除中草药划价,老干部可直接在门诊军免办理审核手续后检查、取药。专门安排工作人员负责传送耳鼻喉科、口腔科、眼科等专科诊疗项目申请单的审核手续。

2.2.3 在合理用药上 引进国际先进的自动包药机,使发药准确率达到100%,保证老干部用药安全和规范。调整放宽用药范围及增加开药量,对行动不便的老干部经与干休所协商确定名单后,可由干休所安排人员到医院代取药。

2.3 创新收治模式,做好院内服务 创新干部病区行政和业务技术管理机制,在全军率先推行干部病区专科化收治模式,开设专科干部病区,改革了以往以职务为界定收治入科、各病种混住的做法。其优势主要体现在三个方面:一是有利于干部保健队伍人才培养,从技术层面做到了拴心留人;二是老干部既能享受到总院一流的住院条件,又能享受到专科专家高水平的诊疗服务;三是在医院内部做到了人员和技术资源整合共享,形成了核心竞争力。

2.4 延长服务半径,做好服务拓展 在强调院内服务的同时,我们着力延伸院外服务,突出做好院前的急救救治与疾病预后康复,并利用自身的技术、管理优势,帮带一线干休所,创建一条完整的服务保障链。

2.4.1 突出院前急救,前移服务触角 依托非军事应急保障力量建设,狠抓老干部院前急救人员抽组、训练和硬件建设。专门配备有呼吸机、除颤仪等先进急救设备的救护车,用于老干部伤病员的急救救治。成立由3位院士领衔,急救、心梗等学科专家组成的院前急救小组,负责急、危、重症伤病员的会诊、抢救和指导。开辟空中救治平台,开通院前急救电话,完善院前急救应急处置预案,提高院前救治水平。

2.4.2 搞好挂钩帮带,提供技术支撑 严格层次区分、按需帮带。在中心医院帮带上,按照“重在帮强,以强带弱”的理念,突出管理方法、管理思路 and 人才队伍建设的帮带。通过进修学习、双向代职、教学查房、手术指导等,使在中心医院就诊的老干部,得到更加及时、高效的救治。

2.4.3 开设家庭病房,延伸院后服务 建立康复宣讲制度,为每一位出院老干部制订个性化的康复指导计划,合理安排康服用药和锻炼,督促所在干休所实施不间断的康复指导。建立院后随访制度,依托在全军率先建立的干部“家庭病房”,定期上门为老干部进行随访服务,及时掌握了解患者康复情况,修订康复计划,指导做好后续康复。及时搞好复诊治疗,对病情简单或行动不便的老干部,直接通过电话、网络等进行远程复诊,对干休所“家庭病床”病情特殊的老干部,主动上门复诊。

参考文献

[1] 崔宝善,苏 皖,裴 波,等. 远离体系医院老干部医疗保障模

式的研究[J]. 东南国防医药,2009,11(1):85-86.
[2] 刘碧英. 老年人心理特点与心理保健[J]. 中国临床心理学杂志,2005,13(13):372,373-374.
[3] 崔宝善,苏 皖,陈春林,等. 解决边远地区老干部就医困难的做法[J]. 解放军医院管理杂志,2008,15(9):850-851.
[4] 曾化松. 借鉴澳大利亚社区护理经验改进部队离退休老干部健康保健工作[J]. 中国卫生事业管理,2005,21(10):589-590,599.
[5] 曹少军,周书明. 论新形势下军队老干部医疗保健工作[J]. 解放军保健医学杂志,2004,6(3):175-176.
[6] 于余玲,董 成,刘 冰,等. 我院做好老干部医疗保健的几点做法[J]. 中国疗养医学,2004,13(1):35-36.
[7] Dorr DA, Wilcox AB, Brunner CP, et al. The effect of technology-supported, multidisease care management on the mortality and hospitalization of seniors[J]. J Am Geriatr Soc, 2008, 56(12): 2195-2202.
[8] Chan MF. Factors affecting knowledge, attitudes, and skills levels for nursing staff toward the clinical management system in Hongkong[J]. Comput Inform Nurs, 2009, 27(1):57-65.

(收稿日期:2009-09-01)

(本文编辑:孙军红)



(上接第555页) 护理部、科室主任、护士长等组成。

2.4 统计学处理 采用SPSS12.0统计软件进行统计学处理,计量资料采用t检验。

3 结 果

理论考核成绩,培训前为(86.40 ± 6.80)分,培训后为(97.60 ± 1.92)分;抢救技能考核成绩,培训前为(80.98 ± 6.74)分,培训后为(96.44 ± 1.89)分;急救过程所用的时间,培训前(10.46 ± 1.21)min,培训后(7.12 ± 1.05)min,经t检验,P < 0.01,差异有统计学意义。

4 体 会

4.1 立足实际,真抓实练 通过合理安排培训时间和有效的培训方法,确保了全员的参训率,不断激发临床护士的训练积极性,有效防止了“图形式、走过场”的形式主义。

4.2 提高护士的急救意识和急救能力 系统的理论学习、形象的模拟抢救和参与真实的现场急救,使护士的综合素质明显提高。

4.3 增强护士的自信心和分析解决问题的能力

由于综合素质的明显提高,遇到疗养员突发病情,护士能自信、冷静地去发现、分析和解决问题,做到快速预检,迅速施救,为抢救病情赢得时间。

4.4 必须坚持“常抓不懈,持之以恒”^[6] 急救技能的培训不是一时之事,必须思想上高度重视,勤抓不懈,努力造就一支理论和技能双过硬的护理队伍。

参 考 文 献

[1] 席淑华,周 立,王雅芳,等. 新时期急诊护理工作面临的问题与对策[J]. 中华护理杂志,2002,37(10):755-757.
[2] 徐利平,陈赛铮,张丽娟. 疗养院急救护理安全管理的认识与思考[J]. 解放军护理杂志,2007,24(7B):56-57.
[3] 高爱萍,李璧如. 运用仿真模拟急救演习提高护士急救能力[J]. 护理学杂志,2006,21(15):45-47
[4] 中华医学会. 临床技术操作规范护理分册[M]. 北京:人民军医出版社,2005:153-155.
[5] 刘治民,杨昌南,潘三强. 现场急救教程[M]. 北京:人民卫生出版社,2007:27-49.
[6] 孙孝芹,孙永华,程 军,等. 护理岗位技术大练兵的做法与启示[J]. 解放军护理杂志,2008,25(5):76-77.

(收稿日期:2009-09-02;修回日期:2009-10-09)

(本文编辑:黄攸生)