

· 医院管理 ·

军队医院护理队伍现状分析及对策

赵恒霞,徐 燕,侯彩云,胡淑阳

〔摘要〕 本文分析了当前军队医院护理队伍学历低、压力大、待遇低、离职多、不稳定等现状,提出了提高学历层次,严把招聘录用关口;加强继续教育,提升护士业务水平;注重法规教育,提高护士综合素质;坚持以人为本,科学配置人力资源;争取编制员额,提高护士福利待遇;维护合法权益,保障护士执业安全等对策措施。

〔关键词〕 军队医院;护理队伍;护士

〔中图分类号〕 R192.6 〔文献标志码〕 A doi:10.3969/j.issn.1672-271X.2014.02.035

随着人民生活水平的提高,医学模式的转变,护理服务内涵不断拓展。这对护理人员的职业素质提出了新的要求,患者对护理服务不再是传统上的“打针、发药”。但随着军队编制体制的调整改革,军队医院护士绝大多数为社会聘用人员。我院目前共有护士 600 多名,其中军人护士只有 4 名。由于对聘用护士管理制度不够健全,许多医院对聘用护士的管理不规范,致使护理队伍流动性大、不够稳定,影响了护理专业的建设发展。笔者就军队医院护理队伍现状及对策作如下探讨。

1 问题分析

1.1 学历层次偏低 根据教育部统计数据,我国现有 900 多所中专护(卫)校,500 多所本科(大专)院校开设护理专业,有 60 多所高等院校开设了护理硕士点,20 多所开设了护理博士点^[1]。可见,护理专业与医疗专业相比,学历层次有明显差距,高学历护理人才太少。根据《2011 中国卫生统计年鉴》^[2],截止到 2010 年,我国的注册护士已超过 200 万人,大专学历占 42.5%,本科以及研究生学历不足 10%。截止到 2013 年底,调查了江浙沪 7 所军队三甲医院,中专、大专、本科的平均比率分别为 19.5%、63.2%、17.3%。这些数字中,大专以上学历有些还是通过自学、函授等途径后取的学历。如,我院 2013 年后取大专学历 30 人、本科学历 20 人。

1.2 继续教育不足 医疗卫生是知识密集型行业,知识技术更新快。但多数医院存在重医疗轻护理现象,对护理继续教育经费投入不足,护理人员参加院外的进修学习机会远小于医生,更多的是参加院内学习培训。一方面,院内继续教育新技术、新理念、

新知识很少,讲课者很多是医院里的护理同行,与地方医院交流很少,知识面拓展受到一定影响。即使外出进修学习,单位也有限制,中心医院的护理进修点一般只限于几所军队总医院,与地方医院相比选择面较窄。另一方面,医院护理人员严重不足,加班、延点下班是正常现象,护士没有时间和精力参加继续教育,这样恶性循环使护士的理论知识储备严重不足,理念严重落后于医疗,难以满足临床需要。

1.3 法律意识和自我保护意识缺乏 一直以来,护理教育侧重于专业知识的培养,缺少对法律知识的培训。在实际工作中,护士考虑的最多的还是解决病人的健康问题,而忽略潜在的法律问题^[3]。很多护士对护士条例掌握不够,对病人的权力了解不够,对医疗护理的核心规章制度明白不够,对可能引发纠纷的日常护理行为认识不足,从而为纠纷埋下隐患。当出现纠纷时,不知道自我保护意识和取证意识。有调查表明,护士对民事诉讼和医疗诉讼的平知晓率仅为 39.75%。与病人沟通时,不能做到像医患沟通那样让病人签字,以至发生纠纷时不能提供证据,处于十分被动的状态。

1.4 人力配置不足 随着军队编制体制改革调整,军队医院护士绝大多数为社会聘用人员。一些单位为了节约人力成本,在床位规模不断扩大的情况下,护理人员不作相应增加,床工比例严重不足,致使许多临床科室长期处于超负荷运转。据某军区连续 5 年医院综合绩效管理考评数据显示,80% 以上单位存在床护比例不足的问题。随着护理模式的改变,护理工作范围已从治疗和生活服务,扩展到心理服务,工作量进一步增加,目前原本就不足的床护比例,更不能适应现代护理模式的转变。

1.5 职业压力大 医院是一个充满焦虑、沟通困难、充满不确定因素的环境,护士长期在充满“应急

源”^[4]的环境当中。形成职业压力的主要原因是倒班制、任务繁重、业务竞争、医疗风险等。护士频繁倒班,内分泌失调免疫力下降,生活质量较差,与家庭成员缺少交流,造成身心疾病^[5];社会对护士的要求越来越高,要求护士技术娴熟,具备心理师、营养师、运动康复师的专业资质,以及医生的专业理论储备等,业务压力大;病人维权意识增强,病人或家属动不动就投诉,讨说法,且军队医院的护士比地方护士更要小心谨慎,因为代表的不仅仅是医院,还代表着解放军的形象。此外,军队医院的护士多半老家在外地,我院外地人员占 60% 左右。由于工作繁忙,没有时间交友,导致剩女较多,不得不离开回到家乡择偶、工作,这也是护士离职的一个重要原因。

1.6 行业价值不认可、待遇偏低 护士很多服务项目都是免费的,在医疗服务价格的制定上,很少考虑护士的劳动强度、技术含量等,如观察病情、测血压、量体温、换床单被套、翻身扣背、修剪指甲、洗头、擦身、康复锻炼等都是无偿服务。江苏省物价规定的一级护理每日每人 10 元、二级 6 元、三级 3 元,而技术含量较低的护工每日每人 90 ~ 150 元。经过医学院校专业系统学习的护士,收入却比不上护工。护士的劳动价值得不到应有的体现和认可,收支倒挂严重影响了护理人员的积极性和护理队伍的稳定性。特别是军队医院聘用护士,由于工资制度不健全,收入与地方医院相比更低,一定程度上挫伤了其积极性和主人翁意识,许多聘用护士纷纷跳槽或辞职,流动到地方医疗单位或其他行业。这种情况,是当前军队医院护理人才流失的主要原因。我院 2013 年因为编制和待遇问题护士离职人员达 40 名左右。

2 对 策

2.1 提高学历层次,严把招聘录用关口 因地制宜,适当提高招聘录用门槛,尽力招聘高学历的人才;对后取学历的,要严格把关,注重内涵质量,防止鱼龙混杂。此外,招聘中,要注重考察应聘人员的思想素质和实际能力,防止学历与能力的脱节、德与才的分裂。目前,我院驻地及周边城市多家地方医院已经不再招聘录用远程教育学校以及部分成人教育学校的毕业生,而对含金量较高的自学考试文凭仍给予承认。军队医院可以借鉴地方的做法以减少学历的水分。

2.2 加强继续教育,提升护士业务水平 医院管理者应改变重医轻护的观念,加大护士培训的投入,增加护士外出进修名额,提供多样、多渠道、高层次的进修,如选送护士到上级单位或者省级医院进行专

科进修学习,参加军区的各种学习班,选拔优秀护士到国外进修、参观学习,学习先进理念,拓宽思维,与国际接轨。针对不同级别、不同需求的护士分层培训,有计划、有目的、有针对性地进行,达到医院护理水平的整体提高和个人职业生涯发展的共同目的。本院的业务学习培训,应改变大而空的讲课,本着“缺什么学什么”、“有什么实际问题就讲什么内容”,真正学有所用。

2.3 注重法规教育,提高护士综合素质 加强医疗核心制度的学习,规范护理行为,强化护士的安全意识;注重人际沟通技巧的学习培训,使护士掌握良好的沟通技巧,减少与患者不必要的纠纷。国外研究认为,护士的职业倦怠程度高、中、低分分别占 33.3%^[6]。医院应定期邀请心理专家授予缓解心理压力的方法,使护士掌握正确的处理情绪的方法,让其处于健康的心理,增强自信心,减少职业压力和倦怠带来的负面效应;邀请资深律师特别是专长于医疗纠纷的律师来院授课,如典型案例引导教育^[7]、护理失误补救教育^[8]以及应对技巧、自我保护手段等,并结合临床案例剖析原因,提出防范措施。通过各种学习教育,进一步增强法律意识、风险意识以及自我保护意识,减低风险,缓解心理压力。

2.4 坚持以人为本,科学配置人力资源 针对医院床工比例不足的问题,医院应平衡医疗、护理的天平,加大护士的人力、财力的投入,提高床护比例,减轻护士的工作量,特别是对风险高、护理工作量大的科室,在人力上适当给予倾斜,减慢护士的陀螺运转,缓解身心疲惫。科室护士长要关心护士,积极做好心理辅导,了解掌握护士的心理动态、工作和生活的困难,及时帮助解决实际问题,使护士感到来源于上级的压力减轻^[9],激发工作热情;改变传统的排班模式,实行弹性排班,根据护理人员的能力、学历、职称分层次上岗,减少夜班数,适当调整班次增加休息时间,酌情给予与父母分隔两地的护士假期,能回家看望父母,同时兼顾好各种社会角色,协调好工作、家庭、生活。

2.5 争取编制员额,提高护士福利待遇 一方面,积极向军队有关部门建议,增加非现役文职护士编制员额;另一方面,积极协调驻地劳动、卫生等部门,争取增加护士人事代理名额。各医院适当扩大中级以上职称比例,对考取主管护师及以上职称时及时择优聘任,享受相应待遇。在福利待遇上,与驻地相关政策规定接轨,按规定为聘用护士缴纳“五险一金”,不断提高聘用护士工资、奖金、加班费和夜班费等,让他们在经济上有盼头。近年来,我院采取

绩效奖金,根据工作能力、职称、风险、劳动量等给予相应的奖金,大大提高一线护士工作积极性;增加夜班费标准,小夜班增加至 80 元、大夜班增加至 100 元,有效稳定了一线临床护士。

2.6 维护合法权益,保障护士执业安全 目前,我国对医患纠纷处理的相关法律法规较为完善,关键是在发生类似医闹事件时,医院能给医护人员提供强有力的保障和足够的信念坚持,让护士明白她们的人生安全是受保护的。医院应协调驻地有关部门,保证执法的公正性,严格打击医闹,最大限度地减少护士工作中的不利因素,减轻职业的恐惧心理,保障生命安全。其次,平时应加强教育和引导,引导护理人员站在患者的角色去理解病人和家属,减少矛盾,患者双方相互理解、信任、体谅,构建和谐社会。我院在平时保障护士权益方面,依据事实说话,对不合理、侵犯护士权益的事情采取不姑息、严查到底的做法,还设立委屈奖、风尚奖等,对受到委屈的护士予以精神、物资上的安慰和补助,很大程度上暖了人心,让护士有家的感觉。

【参考文献】

- [1] 尤黎明,罗志民,万丽红,等.中国护理教育资源现状及发展趋势的研究[J].中华护理教育,2010,7(4):147-151.
- [2] 中华人民共和国卫生部.2011 中国卫生统计年鉴[M].北京:中国协和医科大学出版社,2011.
- [3] 张艳.护理安全管理国内外研究进展及影响因素分析[J].中外医疗,2010,29(25):188-189.
- [4] 李春花,余雨岚.浅谈护士长如何维护护士的心理健康[J].实用护理杂志,2000,16(10):38-39.
- [5] 刘荣勋,刘迎辉,庞强强.医学生职业生涯规划的困境与解构[J].淮南职业技术学院学报,2008,8(4):29-31.
- [6] Li YP,Zhang XY. Analysis of nurses psychological burnout[J]. J Appl Nursing,1995,11(6):21-22.
- [7] 王军,王亚平,高新强.医疗护理纠纷干预转化趋向的分析[J].护理管理杂志,2005,5(1):43-45.
- [8] 薛利红.护理安全管理防范策略[J].护理研究,2007,21(12C):3359-3361.
- [9] 乔世娜,叶志弘.护士长支持对护士工作压力影响的研究[J].护理与康复,2007,6(12):795-799.

(收稿日期:2013-12-09;修回日期:2014-02-24)

(本文编辑:史新中)

(上接第 201 页)

学稳定等优点^[13]。大量研究表明,CBP 在急性重症胰腺炎、烧伤、创伤、全身炎症反应综合征(SIRS)及脓毒症等方面都取得了明显的疗效。

HVHF 通过增加置换液的输入量非选择性地增加炎症介质的清除并稳定内环境,具有自动调节平衡的优势。通过大量置换液与人体血液进行交换,降低机体的体温,尤其是脑部温度。在治疗过程中,除增加置换液量及速度外,还可通过调控置换液的温度,如预先放入冰箱内降温等措施,以便尽快进一步降温。HVHF 可以清除大量炎症介质,减轻 SIRS,从而改善患者脏器功能,阻断 MODS 继续发展。

HVHF 便于床旁实施,目前已常用于抢救危重患者,这也给护理工作提出了更高的要求。完善的规章制度督促严密监测各项机器参数、患者生命体征及内环境变化以确保 HVHF 的安全性;采取正确的护理措施,高度重视对凝血征兆的观察并及时处理才能确保 HVHF 的顺利实施^[14]。

【参考文献】

- [1] Bouchama A,Knochel JP. Heat stroke[J]. N Engl J Med,2002,346(25):1978-1988.
- [2] Bouchama A. The 2003 European heat wave[J]. Intensive Care Med,2004,30(1):1-3.
- [3] McGehee MA,Mirabelli M. The potential impacts of climate varia-

bility and change on temperature-related morbidity and mortality in the United States[J]. Environ Health Perspect,2001,109(Suppl 2):185-189.

- [4] Misset B,De Jonghe B,Bastuji-Garin S,et al. Mortality of patients with heatstroke admitted to intensive care units during the 2003 heat wave in France: a national multiple-center risk-factor study[J]. Crit Care Med,2006,34(4):1087-1092.
- [5] 职业性中暑诊断标准. 职业卫生与应急救援,2009,27(4):174.
- [6] 冯海丽. 脉搏指示连续心排技术用于连续性肾脏替代治疗危重患者液体平衡的管理[J]. 护理学杂志,2012,12(27):39-40.
- [7] 张一丹,刘云,任冰. 连续性肾脏替代治疗中的液体平衡方法[J]. 护理研究,2001,15(2):86-87.
- [8] 吕桂兰. 应用中心静脉压监测评估连续性血液净化患者的容量[J]. 中华护理杂志,2005,40(12):882-884.
- [9] 荣鹏. 热射病的发病机制及防治策略的研究新进展[J]. 生物医学工程研究,2010,29(4):287-292.
- [10] Asakura H,Suga Y,Yoshida T,et al. Pathophysiology of disseminated intravascular coagulation(DIC) progresses at a different rate in tissue factor induced and lipopolysaccharide-induced DIC models in rats[J]. Blood Coagul Fibrinolysis,2003,14:221-228.
- [11] 李世军. 肾病综合征抗凝治疗的时机和药物选择[J]. 肾脏病与透析肾移植杂志,2012,21(5):453-453.
- [12] 张国香,伊湘毅,孙渝清,等. 固体聚维酮碘消毒皮肤黏膜效果的观察[J]. 中国消毒学杂志,1995,12(3):174-175.
- [13] 黎磊石. 连续性肾脏替代治疗与重症疾病的救治[J]. 肾脏病与透析肾移植杂志,1999,8(3):205-206.
- [14] 赵丽,胡军. 血液滤过治疗重症胰腺炎 178 例的护理[J]. 中国误诊学杂志,2011,11(5):1152.

(收稿日期:2013-11-15;修回日期:2013-12-25)

(本文编辑:潘雪飞)