

实验室人员与临床医师及护士在认识上应保持一致,加强合作与交流,提高产前筛查的标本质量控制意识。同时科室也应制订相关的制度,建立严格的标本验收制度与不合格标本的拒收制度,在标本拒收时说明拒收原因后还要与孕妇联系,及时重新采集标本,确保产前筛查的筛查率。通过努力提高产前筛查标本的合格率,加强产前筛查分析前的质量控制^[6]。

4.2 分析中质量控制 产筛实验应严格执行操作规程,在实际操作中应注意:(1)在移液和加样前先用该液润洗吸管和吸头,确保试剂加样量的准确性;(2)标准品溶解后严格放置 15 min,保证标准品的充分溶解;(3)抗血清缓冲液和标记物缓冲液应在加样前 1 h 内配置,配置时间过长会影响最终检测结果;(4)洗板完成后拍板应尽量去净残余液体,避免对增强液稀释;(5)增强液加入后严格计时 5 min 比色读数,避免信号持续放大导致最终读数变大。

完善实验室室内质控工作,每次实验应至少带高、中、低三个浓度的质控品,并绘制室内质控图。如发现失控情况应及时对人、机、料、法、环等方面进行原因分析,避免产生差错。孕母血清筛查指标的中位数数值至少每年进行统计学处理一次,使孕妇的激素 Mom 值更加精准。实验室每年至少参加和通过一个室内质评以评价相关筛查标志物,不断提高实验室筛查水平。

4.3 分析后质量控制 筛查结果的评价:21-三体高风险的切值为 1/270,质量控制结果在 1/500~1/270 以内为临界高风险;18-三体综合征高风险的切值 1/350,质量控制结果在 1/500~1/350 以内为临界高风险;AFP Mom \geq 2.5 时判断为 NTD 高风险。当各个风险值为低风险而有单个激素 Mom 值 \geq 5 时,质量控制为高风险。

高危孕妇的处理原则:应及时将筛查结果通知孕妇或家属,由产前咨询人员向他们解释结果,并提出进一步检查和诊断的建议。建议高风险的孕妇进行胎儿染色体核型分析。应

对高风险孕妇进行随访,直至分娩,并将妊娠结局如实记录。

5 环境质量保证

严格控制设备所处环境的温度和湿度要求。环境温度低于 18℃或高于 35℃不利于设备的正常运转,影响实验结果的准确性。实验室理想湿度要求 30%~70%,在达不到实验要求的湿度时,应利用加湿或除湿设施对工作环境湿度进行调节。空气应无导电尘埃,无腐蚀性或破坏绝缘的气体,工作环境的干净整洁,也是设备正常工作的有力保障。

通过以上五个方面的质量控制,很好地对产前筛查全过程进行了质量把关。质量控制的好坏直接影响检测结果,为保障标本检测的可靠性和有效性,应建立完善以人、机、料、法、环等方面为关键控制点的孕中期产前筛查全过程的质量控制体系,为临床提供准确有效的检验数据,提高人口素质水平。

参考文献

- [1] 余爱丽,冯凤英,李春英,等. 做好 21-三体综合征产前筛查工作[J]. 中国生育健康杂志,2007,18(5):312-313.
- [2] 林敏,陈秀桔. 游离雌三醇在孕中期胎儿唐氏综合征筛查中的应用[J]. 中国生育健康杂志,2010,21(1):34.
- [3] 杨振华. 临床实验室质量管理[M]. 北京:人民卫生出版社,2004:99-108.
- [4] 王素侠,周侠. 标本放置时间对产前筛查测定的影响[J]. 检验医学与临床,2012,9(11):1381-1382.
- [5] 边旭明. 实用产前诊断学[M]. 北京:人民军医出版社,2008:173-174.
- [6] 陈仲连. 产前筛查不合格标本分析与对策[J]. 检验医学与临床,2010,7(21):2371-2372.

(收稿日期:2013-02-22 修回日期:2013-05-16)

门诊导诊护士构建和谐护患关系的临床心得

傅世梅(重庆市第七人民医院门诊部 400054)

【关键词】 门诊导诊护士; 护患关系; 和谐

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.19.081 文献标志码:C 文章编号:1672-9455(2013)19-2635-02

门诊导诊处是门诊的窗口,患者就诊时首先接触的是导诊护士,门诊导诊护士在短暂的时间里与患者及家属进行有效的沟通,构建和谐护患关系,对于门诊患者就诊能有序、有效、顺利进行十分重要。

1 转变服务理念,提高认识

自 2010 年本院开展优质护理服务工程以来,门诊导诊护士始终坚持以“患者为中心”的服务理念,更加关注患者的心理需求,并以此为导向,切实把整体护理与个性化护理相结合,为每位就诊患者提供方便、快捷的优质护理服务。在与来院就诊患者的沟通工作中,门诊导诊护士应当密切注意自身的一言一行,这在护患沟通中至关重要。其中,面对患者保持微笑是缓解患者紧张心理的良剂;此外,微笑还能缓解患者与医务工作者的陌生感,这将使医生对患者的病情了解得更为彻底^[1]。总之,培养门诊导诊护士的优质服务意识,以积极、热情的服务态度

面对患者,将使患者对医院产生良好的第一印象,这是提高患者治疗效果的第一步。

2 加强学习,不断提高自身素质

广博的知识是维系沟通的必要条件。首先,护理人员要有扎实的业务水平,包括过硬的理论基础,精确熟练的护理操作,对医院相关规章制度深刻的了解,并了解每个门诊医生的专业特长,以便为患者做好解释工作,指导就医,提供健康咨询等。其次,护理人员还应当轮转不同临床科室,熟知各科室常见疾病,能够对疾病作出初步判断,从而正确分流门诊患者,提高门诊患者就医效率。最后,门诊导诊护士心理素质要好,应修习过心理学、伦理学等人文科学知识。

3 充分以患者为中心,通过有效沟通避免医疗纠纷

绝大多数的医患纠纷是患者与医务工作者间缺乏沟通导致的,如能有效避免沟通不畅,将极大减低医疗纠纷发生的例

数^[2]。

3.1 灵活运用语言沟通技巧学会使用艺术性的语言去处理工作中的问题。首先,注意说话的速度,护士与患者说话不要直、快、粗,采用中等语速,当感到患者有不明白的地方时,要适当重复谈话内容;其次,注意说话的语调,如与老年人,听力下降的患者说话时,声音要大一点,而与正常人说话时,声音要亲切柔和;再次,交流要有针对性,要针对患者的年龄、性别、职业、病情、文化背景的不同,采用不同的交流方式。在工作场所,不要谈题外话,言语要有分寸,否则会给患者带来不良影响,为护患关系带来隐患^[3]。

3.2 恰当运用非语言沟通技巧。在人际交往中,约有 65% 是通过非语言交流完成的,若门诊导诊护士能熟练正确运用态势语言,可以增强语言交流的效果。因此,门诊导诊护士在工作中应注意通过正确的面部表情、目光接触等,让患者感受到护理关怀,融洽护患关系。触摸作为一种无声的语言也是一种很有有效的沟通的方式,可以表达关心、体贴、理解、安慰和支持^[4]。当患者焦虑害怕时,护士可以紧紧握住患者的手,传递安全的信息,给患者安全感;当患者发烧时,护士将手轻轻地放在患者的前额,能使患者感受到关心;当患者情绪不佳时,护士可以应用触摸使患者安静下来;对婴幼儿实施抚摸,可消除其“皮肤饥饿”,产生安全感;轻轻抚摸老年人的肩膀或给以搀扶,老年人会觉得不再孤独,很受尊重。有选择性地使用触摸可以缩短护患之间的空间距离,对沟通交流有促进作用。

4 护士如何培养和运用共情能力

“共情”最早由 Edward Titchener 于 1909 年提出,是源自于心理学的概念;他认为人除了能够看到他人的情感以外,还能感受到他人的情感,他将这种情形即为“共情”^[5]。因此,作者认为共情不但是一种态度还是一种能力。共情能力是设身处地、认同和理解别人的处境和感情的能力。在实际工作中有意识地培养和运用共情能力,真正做到与患者换位思考,用心感知患者的情绪,准确判断和评价患者的情感状况,使患者感

受到护理人员是在用心服务,最终形成有效的护理干预,满足患者被理解的需求,从而建立良好护患关系^[6]。

5 结 语

随着现代医学模式的转变,人们的健康观念不断更新,就诊观念及心理需求已经不再局限于疾病的单纯诊治,患者对医疗技术、医疗环境、医务工作者的服务态度、人文关怀均有更高的要求^[6]。因此,尽量满足患者在生理、心理上的需求,使其获得足够的满足感与安全感,是护理服务的根本目标^[7]。本院门诊导诊护士从转变服务观念、提高认识,提高自身素质、掌握良好的沟通技巧、护士共情能力的培养与应用等角度构建和谐的护患关系,患者满意度提高,大大减少了医疗纠纷,对医院的社会效益和经济效益起到了推动作用,促进了医院健康发展。

参考文献

- [1] 黄娟. 沟通在门诊护理工作中的应用[J]. 哈尔滨医药, 2011, 31(4): 304-305.
- [2] 赵荣玲, 姜东霞. 提高门诊护士沟通能力, 减少医患纠纷[J]. 福建医药杂志, 2008, 30(4): 173.
- [3] 汪明灯, 张振伟. 急诊科医生要重视构建和谐医患关系[J]. 医学与哲学: 临床决策论坛版, 2007, 28(5): 62-63.
- [4] 姜娅. 护士长共情能力作用研究[J]. 中国医药导报, 2010, 7(28): 92-93.
- [5] 许佩珍. 提倡感受型服务对改进护理服务质量的作用[J]. 护理实践与研究, 2009, 6(10): 77-78.
- [6] 李霞. 门诊儿科分诊护士与患者的沟通技巧[J]. 医学信息, 2013, 26(2): 337.
- [7] 陈喜梅. 浅谈影响护患关系的因素与对策[J]. 中国实用医药, 2012, 7(36): 274-275.

(收稿日期: 2012-11-21 修回日期: 2013-06-12)

吉林省人民医院建设银行建康龙卡项目整体设计与应用

刘佳锡, 周显国(吉林省人民医院, 长春 130021)

【关键词】 建康龙卡; 先诊疗后结算; 医保卡后补结算

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.19.082 文献标志码: C 文章编号: 1672-9455(2013)19-2636-02

建设银行(简称建行)健康龙卡项目本着为解决门诊三长一短现象, 更加方便和快捷的实现挂号, 实现诊间及检查间直接缴费; 同时增加了银行预约方式, 建行网点自助机终端和建行网络交易平台服务中预约号源。通过多途径实现预约挂号, 尽可能将患者从院内挂号窗口进行分流, 缓解窗口压力, 同时减少了患者排队挂号等候时间。院内自助机服务终端同时包含了挂号、收费、取预约号三项功能, 建行龙卡结算, 更加方便患者通过自助服务进行结算^[1]。

1 系统结构

1.1 网络结构实现 医院建设龙卡建设项目是以医院的 HIS 系统为依托, 通过定制的接口实现相互之间的信息互通, 在与外部网络连接中, 接口用于保障院内信息安全的作用尤为突出。医院具有相对独立的网络环境, 建行通过电信 2 M 专线

与医院建立了通路, 采用了防火墙、路由器等网络设备和严格的网络安全协议, 最大限度地保护医院网络及信息安全。

1.2 相关设备 院内局域网环境中建行龙卡相关设备, 包括自助服务终端, 是直接面对患者的设备, 是患者挂号、结算的窗口。建行龙卡前置机服务器, 用于银行、医院 HIS 和自助服务终端交易的转发。建行龙卡退费服务器, 用于患者自助机刷卡消费后的退费服务。医保服务器, 用于实现医保患者医疗费用分割获取, 医保支付和统筹支付数据实时上传^[2]。

2 业务流程实现

2.1 建行预约 建行进行预约挂号, 实行实名制预约。在建行进行签约的用户, 需要同意签约声明通过专用网络, 实现患者院内 ID 和银行卡的绑定, 并同时签约记录发送至医院 HIS 数据库中^[3]。签约用户由于实现了银行卡与患者 ID 之间