

品管圈在提高孕产妇盆底肌锻炼依从性中的应用

段晓丽¹, 晏 玫^{2△} (重庆市红十字会医院(江北区人民医院):1. 妇产科;2. 内分泌科, 重庆 400020)

【摘要】 将品管圈(QCC)活动引入孕产妇盆肌锻炼(PFMT)的管理中,以预防产后压力性尿失禁(SUI)的产生。本文详细叙述了品管圈小组的建立、主题的设置、计划的拟订与实施等过程。结果显示品管圈活动有效地提高了孕产妇 PFMT 的依从性,降低了 SUI 的发病率,并提高了护理人员的工作能力、主动性及团队合作意识。

【关键词】 品管圈; 盆底肌锻炼; 压力性尿失禁; 护理模式

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.05.059 文献标志码:C 文章编号:1672-9455(2015)05-0714-03

压力性尿失禁(SUI)是临床比较常见的产后并发症,产妇在分娩中因盆底肌肉和骨盆结构受到损伤,当产后腹压升高时,在逼尿肌收缩和膀胱张力增加的情况下,尿液不自主溢出的症状,严重影响产妇的产后恢复及生活质量^[1]。目前,在女性妊娠期和(或)产后进行盆底肌锻炼(PFMT)对防治 SUI 的作用已得到普遍认可。但因 PFMT 无固定练习模式且动作单调,使孕产妇感到乏味而不能坚持。而今国外学者在研究盆底功能障碍性疾病(PFD)的病因学、治疗方法的同时,已开始着手研究如何更好地促使孕产妇掌握 PFMT 要领,提高孕产妇进行 PFMT 的积极性及增强家庭自行进行 PFMT 的效果等^[2-3]。国内却较少涉及这方面的研究^[4]。本院产科于 2013 年 7~12 月将品管圈(QCC)应用于提高 PFMT 依从性的管理中,对 PFMT 依从性进行为期 6 个月的持续性质量改进,取得初步成效。现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 1~6 月于本院做产前检查的健康孕妇 60 例为对照组,年龄 22~36 岁,平均(27.3±1.5)岁;孕周 15~35 周,平均(26.4±1.4)周;初产妇 55 例,经产妇 5 例。另选取 2013 年 7~12 月于本院行产前检查的健康孕妇 60 例为品管圈组,年龄 23~35 岁,平均(28.6±1.7)岁;孕周 14~34 周,平均(25.8±1.5)周;初产妇 56 例,经产妇 4 例。所有孕妇均在本院产科住院分娩。两组在年龄、孕周等一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 护理模式 对照组实施常规护理模式,对产妇进行常规健康教育。品管圈组实施品管圈护理模式,即在对照组的常规健康教育基础上建立品管圈小组。该小组由 10 人组成,其中副主任护师 1 人,主管护师 3 人,护师 3 人,护士 3 人,由护士长担任圈长,副主任护师担任辅导员,并聘请医院康复科医师为咨询顾问。确定活动主题为提高孕产妇 PFMT 依从性,选题原因是 PFMT 不受时间、地点及体位的限制,同时是简便、廉价并能有效预防 SUI 的非药物性方法。

1.2.2 分析导致 PFMT 依从性差的原因 在品管圈活动成员的共同参与下,采用头脑风暴法^[5] 仔细分析造成孕产妇 PFMT 依从性差的原因,制成鱼骨图。见图 1。

1.2.3 制订对策并组织实施 针对导致 PFMT 有效率低下的原因,品管圈全体圈员经过仔细分析讨论,制订出相应的对策,并积极实施。(1)针对护士专业知识不足:在专业康复医师的指导下,进行圈员专业知识的培训,组织学习 PFMT 的护理知识,经康复医师考核合格后才能参与圈内活动。(2)针对健康宣教力度不够:①在康复医师的指导下,由一名圈员制订盆底肌康复功能锻炼宣教流程及健康宣教手册^[6],对全体圈员进行培训,并将手册发放给患者和家属,由 10 名圈员负责监控健康宣教实施的效果。②加强沟通,随时评估孕(产)妇 PFMT 知识的掌握程度。③定时召开公休会,给孕(产)妇讲解 PFMT 知识。(3)针对孕(产)妇 PFMT 依从性差的情况,全体圈员认真地督促指导,并强调训练前排空膀胱。①产前指导:产前责任护士应调查孕妇对盆底肌功能保健知识的需求和认知程度,详细介绍 PFMT 的目的、方法、锻炼时机和需要注意的事项。锻炼时让孕妇取平卧位,在头下垫一软枕,双腿屈曲并稍分开。做深呼吸,呼吸保持深而缓,吸气时收缩阴道、会阴及肛门,避免臀部及大腿参与收缩,持续 6~8 s,呼气时应缓慢放松,反复练习直至掌握。每次持续收缩 6~8 s,每次锻炼 15~20 min,每日 3~5 次。随着锻炼进程,逐步增加锻炼次数,设定目标,以不感觉疲乏为宜。②产后 1 个月内督导:孕妇进入待产室后,由助产士实施一对一的全程陪产,帮助孕妇回忆产前 PFMT 的方法,指导孕妇利用宫缩间隙进行 PFMT,产后 1 h 再次指导产妇进行 PFMT,并协助产妇取舒适位,温和、缓慢地做深呼吸,收缩阴道、会阴及肛门,方法同产前。第 1 次收缩持续时间为每次 4~6 s,在间隔 15 min 后收缩持续时间每次 6~8 s,每次锻炼 15~20 min。产后第 1 天继续进行 PFMT,并于产后第 7 天开始配合胸膝卧位,每次锻炼 15~20 min,每日 2 次。由责任护士一对一指导产妇实施 PFMT,再次强调 PFMT 的目的、重要性及方法,取得产妇的配合,及时针对每位产妇在锻炼过程中的效果进行调整,并定时追踪督促训练情况。产后 3 个月内进行督导,采用电话随访或家庭访视的形式继续进行 PFMT 指导练习,每周 1 次,一对一地指导产妇产后锻炼,并解决产妇在 PFMT 过程中所遇到的问题。(4)针对质量控制力度不足:选定 3 名责任组长(圈员)作为质控员,制订 PFMT 实施表格及质控表格,并制订质控考核措施,纳入绩效考核。(5)针对护士关注度不够:加强护士责任心,并将 PFMT 纳入绩效考核。(6)发挥家庭的支持功能:加强孕(产)妇家属 PFMT 相

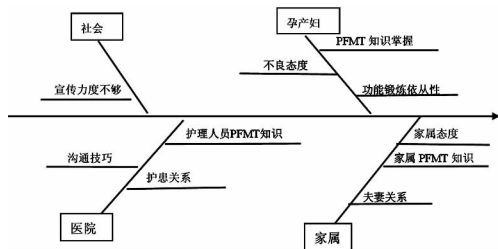


图 1 影响 PFMT 依从性的原因分析图

△ 通讯作者, E-mail:2921909719@qq.com。

关知识的教育,有助于提高孕(产)妇对功能锻炼的依从性。

1.3 观察指标及判定标准

1.3.1 PFMT 依从性评价 分别于产前及产后 1、3 个月对 PFMT 依从性进行评价,分为 3 级^[7]:不依从,指孕(产)妇不锻炼或自行减少规定动作;部分依从,指孕(产)妇需要医护人员或家属劝说、督促才能完成规定动作;完全依从,指孕(产)妇能按时按量锻炼,完成规定动作。

1.3.2 盆底肌功能评估 分别于产后 1、3 个月评价盆底肌功能。采用手测肌力法,在安静环境下,孕(产)妇自主排空膀胱,取膀胱截石位。康复科盆底理疗师站位于被检者右侧,右手戴无菌橡胶手套,以食指和中指探至被检孕(产)妇的阴道内,分别置于阴道外口内 1~2 cm 处及阴道后壁距子宫颈外口约 1~2 cm 处,分别检查浅层和深层盆底肌肉的肌力。将另一只手置于孕(产)妇腹部,嘱孕(产)妇全身放松,指导其做缩肛动作以收缩肛提肌等盆底肌肉。盆底肌力评分为 0~5 分,评分越高,说明盆底肌肉张力越好^[8]。

1.3.3 SUI 诊断方法 采取问卷调查,当打喷嚏、咳嗽、大笑、运动或体位改变时发生不自主漏尿即为 SUI^[9]。

1.4 统计学处理 采用 SPSS 17.0 统计学软件进行数据处理与统计学分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;

计数资料以百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验;以 $\alpha=0.05$ 为检验水准, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组 PFMT 依从性比较 两组孕(产)妇产前 PFMT 依从性比较差异无统计学意义($P>0.05$);与对照组比较,品管圈组产后 1、3 个月的 PFMT 依从性提高,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组不同时段 PFMT 依从性比较(%)				
组别	<i>n</i>	产前	产后 1 个月	产后 3 个月
品管圈组	60	47.61	88.23	93.25
对照组	60	30.18	40.13	43.11
χ^2		1.769	1.136	1.143
<i>P</i>		0.081	0.036	0.039

2.2 两组产后盆底肌力比较 品管圈组孕(产)妇产后 42 d 及产后 3 个月各类盆底肌纤维收缩力评分均高于对照组,组间比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组产后盆底肌力比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	产后 42 d				产后 3 个月			
		浅 I	深 I	浅 II	深 II	浅 I	深 I	浅 II	深 II
品管圈组	60	2.51±1.07	2.68±1.11	2.81±1.26	2.91±1.93	3.33±0.89	3.51±0.26	3.50±1.08	3.61±1.06
对照组	60	1.79±1.12	2.06±1.89	2.13±1.53	2.24±1.57	1.85±1.79	2.23±1.28	2.23±1.63	2.41±1.60
<i>t</i>		2.8	3.7	2.3	2.2	5.1	6.3	4.2	4.1
<i>P</i>		<0.05	<0.01	<0.05	<0.05	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

注:浅 I 表示浅层盆底肌 I 类肌纤维收缩力;深 I 表示深层盆底肌 I 类肌纤维收缩力;浅 II 表示浅层盆底肌 II 类肌纤维收缩力;深 II 表示深层盆底肌 II 类肌纤维收缩力。

2.3 两组产后 SUI 发病率比较 产后 1 个月,品管圈组与对照组 SUI 发病率分别为 16.7%(10/60)、35.0%(21/60),产后 3 个月分别为 11.7%(7/60)、31.6%(19/60);且产后 1 个月、产后 3 个月两组 SUI 发病率比较差异均有统计学意义($\chi^2=4.390, P=0.031; \chi^2=6.496, P=0.015$)。

3 讨 论

品管圈由日本品管权威石川馨博士发起,是由相近、相同或互补性质工作场所的工作人员自动自发组成数人一圈的活动团队,采取集思广益、全体合作的方式,遵照一定的活动程序,采用科学品管手法,解决工作中管理、文化等方面的问题^[10]。品管圈强调尊重人性,采取轻松愉快的现场管理方式,让员工自动自发地参与管理活动,并在工作中获得满足感与成就感^[11]。

本研究结果显示,在产科开展品管圈活动,提高了孕(产)妇 PFMT 依从性。全体圈员在该项品管圈活动中,仔细分析 PFMT 依从性差的原因,提高了对 PFMT 重要性的认识,有效地激发了医护人员的参与性和互动性。并且,在品管圈活动中及时解决存在的问题,提高了执行力,取得了持续性的质量改进,保证了 PFMT 的有效性、持续性,降低了本科室 SUI 的发病率,达到了提高妇女孕期及产后整体生活质量的目的。

此外,在本院产科孕(产)妇进行 PFMT 的过程中开展品管圈活动,增强了团队的凝聚力。品管圈让全员均享有更高的

管理权、自主权和参与权,不再是以科主任和护士长为主的管理,而是全员主动参与^[12]。在活动中所有圈员积极动脑思考问题,自行查找文献,熟练运用品管圈的各种工具,如根本原因分析法、冰山图、雷达图、柏拉图等,提高了圈员们的综合素质。全体圈员在积极、主动、自发的氛围中工作,启发了护士潜能,充分发挥了团队精神。

综上所述,实施品管圈模式有利于提高孕(产)妇的 PD-MT 依从性,改善盆底肌功能,降低 SUI 发病率,并且可以提高护理人员的工作能力、主动性及团队合作意识,值得临床应用。

参考文献

[1] 李妍,黄丽,白淑秋,等. Kegel 盆底肌锻炼对产后压力性尿失禁的影响[J]. 中国医学创新,2012,9(12):144-145.

[2] Ng SC, Lin TL, Chang SJ, et al. Nursing intervention to enhance efficacy of home practice of pelvic floor muscle exercises in treating mixed urinary incontinence[J]. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunt, 2008, 19(5): 637-642.

[3] Geiss IM, Riss PA, Hanzal E, et al. A simple teaching tool for training the pelvic organ prolapse quantification system[J]. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunt, 2007, 18(9): 1003-1005.

[4] 王新,李桂友,邓关莲. 盆底肌锻炼持续性指导对分娩结

- 局及盆底肌力的影响[J]. 中华护理杂志, 2013, 48(4): 308-310.
- [5] 石素宁, 于洪宇. 品管圈对卒中偏瘫患者肢体功能锻炼的效果观察[J]. 医学与哲学: 临床决策论坛版, 2013, 34(22): 48-50.
- [6] 江美齐, 钟劲. “品管圈”活动在提升骨科功能锻炼满意度的效果分析[J]. 中国实用医药, 2012, 7(5): 216-218.
- [7] 阙纤沅. 综合性干预对全髋关节置换术患者功能锻炼依从性的影响[J]. 护理学杂志: 外科版, 2010, 25(6): 70-71.
- [8] Frawley HC, Galea MP, Phillips BA, et al. Effect of test position on pelvic floor muscle assessment[J]. Int Urogynecol J, 2006, 17(4): 365-371.
- [9] 王新, 邓美莲, 李桂友. 持续性指导围生期盆底肌锻炼对产后盆底肌张力及压力性尿失禁的影响[J]. 实用医学杂志, 2012, 28(19): 3308-3310.
- [10] 刘庭芳, 刘勇. 中国医院品管圈操作手册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 1-3.
- [11] 夏莲芳, 毛怡, 沈亚儿. 品管圈活动在提高儿科外周静脉留置时间的应用[J]. 护士进修杂志, 2013, 28(19): 1789-1790.
- [12] 顾军朱, 朱燕君. 品管圈对提高儿科桡动脉穿刺成功率的效果观察[J]. 护理学报, 2012, 19(3B): 41-43.

(收稿日期: 2014-08-15 修回日期: 2014-10-25)

迷你临床演练评估在《医患沟通学》教学中的应用探讨

陆天泽, 谢 红[△] (南京医科大学附属南京医院/南京市第一医院 210006)

【摘要】 通过教学方法的改革, 将迷你临床演练评估(Mini-CEX)教学方法应用于《医患沟通学》的教学中, 提高学生的学习积极性与参与度, 快速提高学生临床所需的沟通技能, 培养学生的医患沟通能力。并设计调查问卷, 总结学生的反馈意见, 实现以教促学、教学相长。

【关键词】 迷你临床演练评估; 医患沟通学; 课程教学; 技能训练; 成果评估

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2015.05.060 文献标志码: C 文章编号: 1672-9455(2015)05-0716-02

传统的输入式教育在目前的《医患沟通学》教学中依旧占据较大的份额, 使学生的主观能动性受到了严重的压制, 难以培养医学生所需要具备的人文素质、语言艺术和医患沟通能力。因此, 探索出新颖、高效的教学模式成为《医患沟通学》教学中共同关注的问题。作者研究迷你临床演练评估(Mini-CEX)教学测评工具后认为该方法有利于提高学生医患沟通技能和自主学习能力。现就 Mini-CEX 及我国《医患沟通学》的教学现状进行分析, 并尝试探究 Mini-CEX 在《医患沟通学》教学中的效果。

1 背景资料

1.1 Mini-CEX 的相关资料

1.1.1 Mini-CEX 的含义 Mini-CEX 是 1995 年美国内科医学会(ABIM)Norcini 等^[1]在传统的 CEX 基础上, 发展出的一套用来评估住院医师临床技能并具有教学功能的测评工具。美国毕业后医学教育委员会(ACGME)将住院医师的核心能力概括为患者照顾、医学知识、基于实践的学习和提高、人际关系与沟通技巧、职业精神及在医疗系统中的执业能力 6 个方面^[2]。2001 年, ABIM 依据 21 所美国医院评估临床技能的经验, 围绕 ACGME 的 6 项核心能力, 将 Mini-CEX 测评项目重新修订为医疗面谈技能、体格检查技能、专业态度、临床判断、沟通技能、组织效能、整体临床胜任能力 7 项^[3], 并制订了相应的评价量表。

1.1.2 Mini-CEX 的临床应用 Mini-CEX 为微小型的多次重点式评估, 适用于门诊、急诊或住院工作中, 由一位主治医师直接观察住院医师对患者做重点式的临床诊疗工作, 再通过结构化表格项目进行评分, 并及时给予反馈。其特点是与临床例行工作同步进行, 仅需耗时 20~30 min, 不增加额外负担, 可行性高, 而且住院医师经由不同的主治医师测评, 其信度、效度皆较优良^[4]。

1.2 医患沟通学的相关资料

1.2.1 医患沟通学的含义 医患沟通就是在医疗卫生和保健工作中, 医患双方围绕伤病、诊疗、健康及相关因素等主题, 以医方为主导, 通过各种有特征的全方位信息的多途径交流, 科学地指引诊疗患者的伤病, 使医患双方达成共识并建立信任合作关系, 达到维护人类健康、促进医学发展和社会进步的目的^[5]。医学人才的培养、医患融洽、医学发展和模式变革等更需要搭建“医患沟通”这个新的研究平台, 由医患双方共同实践探索, 共同完善其理论体系。同时, 医患沟通实践探索的过程就是临床教师、医务和卫生人员提高医学人文素质和实践能力并走向成熟的必由之路^[6]。

1.2.2 医患沟通课程在国内课堂的教学现状 在现今的中国教育中, 传统的输入式教育依旧占据了很大的份额^[7]。传统“灌注式”模式未将能力培养作为教学核心进行统筹安排, 培养出来的医学生难以适应临床医疗工作的需要, 尤其在运用医学知识指导临床实践、人际交往和社会适应能力等方面存在问题。学生的主观能动性受到了严重的压制, 彼此之间的差距仅限于背书的熟练程度, 自我学习能力不能得到很好的开发和锻炼, 忽略了素质能力的发展^[7]。《医患沟通学》作为新开展的医学课程^[8], 在课程设置方面已经有所更新, 除了基础的课堂理论教学, 各种教学形式如标准化患者(SP)情景模拟、课堂小组讨论等已不断开展。但《医患沟通学》教学仍存在很多问题, 如沟通实践目的性不明确, 部分医学院校针对医学的“沟通教育”只限于仅有的几次与 SP 面对面交流, 而且沟通过程往往有相应条款的限制, 沟通过程与内容都有硬性要求, 需按照条款的顺序进行。这种沟通模式流于形式, 止于皮毛, 很难有实际的指导价值^[9]。《医患沟通学》强调以灵活的思路应对医患关系, 提高学生的医患沟通能力, 机械式、填鸭式的教育将学生的思维固定在概念层面, 不利于临床的发展。并且由于缺少关于《医患沟通学》教学效果的评价指标和体系, 教学效果和学生的沟通水平无法评定。

[△] 通讯作者, E-mail: xiehong1969@163.com。