

巴林特小组提高 PICU 新护士医护沟通能力的应用现状

李 羿 张小超

1 四川大学华西第二医院 PICU 护理单元 / 四川大学华西护理学院 610041

2 出生缺陷与相关妇儿疾病教育部重点实验室 610041

【摘要】 医护沟通在改善医疗质量、规避医疗风险中有较高应用价值, 当前医护沟通质量受到影响因素较多, 临床管理工作中需要致力于提升医护沟通质量。巴林特小组应用于医护沟通质量改进中, 可借助小组讨论方式有效团结组内成员, 进而提升沟通质量, 具有较好的应用效果。

【关键词】 巴林特小组; 医护沟通; 医疗安全

【中图分类号】 R473

【文献标识码】 A

【文章编号】 1002-3763 (2022) 08-067-02

引言:

根据国内外医疗机构研究, 发现医疗事故的发生多与医护沟通障碍有关, 因此保障医疗安全, 必须严格把控医护沟通质量。新护士进入岗位工作中, 对于岗位工作责任了解程度低, 且不具有沟通实践能力, 因此新护士需要注重培养沟通能力。医疗领域安全为核心内容, 新护士参与临床护理工作沟通不当可造成患者安全风险。基于此本文研究巴林特小组在医护沟通当中的应用, 为临床医护沟通质量提升提供借鉴。

1 医护沟通概念和意义

1.1 概念

医护沟通在国内缺乏统一定义, 根据临床通用研究成果, 医护沟通属于一种信息传递过程, 该种信息传递过程开放、积极, 运用符号、语言、文字传递卫生保健信息, 目的在于获得良好的预后结果。医护沟通在医生和护理人员之间进行, 医生以及护理人员平等自主, 各自尊重对方的专业知识, 开放性地沟通协商, 共同制定医疗决策, 共同承担医疗责任, 为患者提供相对应的医疗服务。医护沟通的前提是医护合作, 医生与护理人员在工作协同中, 完成信息交换, 团队合作具有重要意义, 医生与护理人员共同围绕患者健康问题开展工作, 为患者制定完善的治疗和护理方案而进行合作^[1]。

1.2 意义

医疗工作当中改善质量属于系统工程, 医护沟通可在该工程当中发挥重要作用。医护沟通可有效改善患者的医疗解决, 促使患者接受的治疗方案、护理方案更加安全、有效, 患者就医环境更友好。医护沟通同时也契合患者的实际需求, 除医患沟通、医患沟通以外, 医护沟通也符合患者实际需求, 通过医护沟通可有效降低医疗事故风险, 医护沟通良好, 可促进患者医疗信息传递缺陷减少, 医生和护理人员在各自执行工作内容时, 所犯的失误减少, 故而可减少患者意外伤害风险^[2]。借助医护沟通还可有效提升临床工作质量, 医护沟通可帮助医生、护理人员各自了解当前工作进度、质量, 从而起到较好的反馈作用。医护沟通良好的情况下, 医生和护理人员协同能力提升, 可发挥团队工作优势, 进而整体提升医院医疗质量。

2 影响新护士与医生沟通因素

2.1 记忆力受限

新护士与医生沟通质量受到记忆力影响, 人的记忆力有特定曲线, 根据研究发现, 人的大脑在回顾记忆片段时, 受到环境、压力、精力影响, 医护工作环境压力大, 日常工作负荷中, 因此记忆能力也有所下降, 因此当新护士与医生沟通中需要同时处理 3 个以上问题时, 此时关于问题的记忆精确性明显下降。尤其是针对病情变化复杂、人流量大的急诊、手术室重点科室,

此时记忆力受限, 会严重影响新护士与医生沟通质量^[3]。

2.2 医疗环境过于嘈杂

噪音也会影响医护沟通质量, 医院内的人流量密集, 医院内噪音过大, 对于新护士与医生的工作压力较大, 当工作环境中的噪音增加, 医护人员对外界信息获取和处理能力也会下降, 新护士与医生当中听错信息的情况较为常见。医院内的噪音不可避免, 流动人群、以来电设备运行均可产生噪音, 因此干扰医护沟通中的信息传递效率^[4]。

2.3 新护士与医生教育背景差异

新护士与医生教育背景差异过大, 新护士倾向于表现问题, 医生则对本质问题有较大兴趣, 新护士与医生在挖掘医学信息、处理医学问题时的思维以及路径有较大差异, 因此作出决策时存在较大差异, 新护士与医生沟通中最容易就直观描述产生分歧, 新护士出于受教育背景原因, 与医生沟通时容易感到迟疑、害怕, 因此在交换患者关键信息时, 有延迟, 鉴于新护士缺乏临床工作经验, 容易遗漏重要的医疗信息, 影响患者预后^[5]。

3 巴林特小组概述以及医护沟通中的应用

3.1 概述

巴林特小组最早被应用于案例讨论当中, 以小组活动形式开展, 8 至 12 名医生组成案例讨论小组, 选出一名小组长负责引导讨论流程。小组医生共同参与讨论案例当中的疑难问题, 此时每一个小组成员在组内均进行发言, 分享个人关于案例的观念, 在分享观点的过程当中, 巴林特小组成员运用新的视角解决问题。巴林特小组于 2005 年引入中国, 选择上海同济大学作为培训应用基地, 后续在全国各个医院进行推广。巴林特小组应用领域不断拓宽, 被应用于医患沟通、医患沟通以及医护沟通培训当中, 可有效解决沟通问题^[6]。巴林特小组应用于在护理教学、临床教学领域中效果较好, 借助小组教学方式能够较好地调动学生学习积极性, 从而有效提升教学质量。

3.2 医生与新护士沟通应用具体措施

医生与新护士沟通中应用巴林特小组沟通工作: 第一步: 首先要选出巴林特小组长, 选拔出小组长用以推动小组讨论, 引导整场沟通, 选拔出的巴林特小组长要具备良好的沟通能力, 为巴林特小组活动创造安全、信任的活动氛围, 对于组员要有较好的了解, 小组长需要具备良好的提问能力, 在小组活动当中能够正确引导好提问, 促使小组讨论活动顺利进行, 最后, 小组长还需要具备有一定的人格魅力, 尊重他人, 有一定的包容性和同理心, 能够与小组成员共情。

第二步: 正式开始巴林特小组活动, 可以两周为一个周期开展巴林特小组活动, 活动时长控制在 2 小时以内, 若小组成员工作时间紧张, 可控制在 1 小时内。小组成员在进行巴林特

小组活动时,需要对讨论案例做到保密,尊重患者的个人隐私,在案例讨论当中患者姓名隐去,同时不能将患者的隐私内容作为工作休息时的闲谈话题。开展小组活动时,需要有小组长活跃气氛,由报告者介绍案例,后续全体人员倾听、思考并构思相应的问题细节。以脑出血患者为例,在介绍案例时需要阐明患者的治疗以及护理难点,由全体人员就案例细节问题进行自由讨论,每个人均对案例治疗、护理工作表达看法,对当前常规治疗、护理工作给出建议,提供改进方案。巴林特小组长在活动当中,需要注意控制时长,引导小组成员参与每一步内容,若小组成员发言不积极,此时小组长需要引导成员发言,可自身先发言抛砖引玉,后续鼓励小组成员给出不同的观念,就不同的观点进行辨析。报告者在提出问题之后,也需要倾听全体人员发言,后续报告者在倾听结束之后则进行个人的总结发言。报告者的角色可轮流担任,护理人员或者医生均可担任,待发言结束之后,小组长负责总结性发言,询问报告者的收获^[7]。

第三步:小组活动总结,结束巴林特小组活动后,全体人员可就讨论案例进行共同工作,分析医护沟通当中的具体问题,给出具体的改进方案,推进改进方案正式应用,待下一次巴林特小组活动时,可将改进方案的应用效果进行全体讨论,从而实现医护沟通工作质量的持续改进和优化,整体提升医疗质量。

3.3 巴林特小组在医护教学中的应用

巴林特小组应用于医护教学当中,对于打破人际沟通障碍有较好的效果,巴林特小组可将小组成员汇聚一堂,共同参与讨论式学习。巴林特小组活动中有共同的案例主题,因此小组成员之间在讨论学习中可形成合力,在这个过程当中,小组成员学习方式发生变化,由被动学习变为主动学习,主动思考讨论案例,因此小组成员之间的思考交流较多。巴林特小组应用于医护教学当中,对其临床沟通能力提升有较大帮助,可帮助其更好地与患者进行沟通,在医护工作对接当中,也可起到较好的效果。巴林特小组应用于医护教学当中,医护可形成良好

的共情能力,故而在人际沟通当中的能力大幅提升。

4 结语

巴林特小组应用于医护沟通工作当中,围绕患者服务开展,可有效帮助新护士协同与医生之间的工作关系,该种沟通工作方法,应用于新护士的临床培训当中,可考虑到其进入岗位后工作负荷重,需要优化排班,也可结合线上途径进行,打破时间、地点限制,从而更好地开展医护沟通。巴林特小组可医护教学当中有较好的发展前景,因此需要注重巴林特小组的应用推广。

参考文献

- [1] 谭轶,肖文静,吕小斌,周巍.巴林特小组活动在内科住院医师规范化培训中的应用[J].中华医学教育探索杂志,2022,21(07):906-909.
- [2] 王敬丽,郁晴文,黄正一,陶剑文,戴俊明,何燕玲,王一波.全科医生的职业倦怠与巴林特小组工作[J].中国社区医师,2022,38(10):162-164.
- [3] 任志玲,潘晓,陈湘,刘珍,黄惠桥.“巴林特小组活动”对提高临床实习护生共情及沟通能力的作用[J].护理实践与研究,2022,19(05):768-771.
- [4] 陈虹,杨秀红.巴林特小组活动在提高院前急救护士临床沟通能力和冲突应对能力中的作用[J].现代临床护理,2021,20(09):30-33.
- [5] 胡新宇,刘秀红,邢彩霞,方芳,熊玫,陈锡珊,胡甘露.巴林特小组活动提升护士人文关怀能力的效果研究[J].中华护理教育,2021,18(03):240-243.
- [6] 张全英,朱玉花,张彦平,王承云,刘林纳.巴林特小组在我国新入职护士规范化培训中的研究进展[J].河南医学研究,2020,29(36):6913-6914.
- [7] 庞娇艳,陆莉,陈翠华,张晓萍,顾晨辰,柏涌海.巴林特小组及相关培训对医护人员沟通能力和应对方式的影响[J].解放军护理杂志,2015,32(20):60-63.

(上接第66页)

皂水或者清洁剂。较深伤口冲洗时,用注射器或者高压脉冲器械伸入伤口深部进行灌注清洗,做到全面彻底。消毒处理:彻底冲洗后用2-3%碘酒(碘伏)或者75%酒精涂擦伤口。如伤口碎烂组织较多,应当首先予以清除。

如伤口情况允许,应当尽量避免缝合。伤口的缝合和抗生素的预防性使用应当在考虑暴露动物类型、伤口大小和位置以及暴露后时间间隔的基础上区别对待。伤口轻微时,可不缝合,也可不包扎,可用透气性敷料覆盖创面。伤口较大或者面部重伤影响面容或者功能时,确需缝合的,在完成清创消毒后,应当先用抗狂犬病血清或者狂犬病人免疫球蛋白作伤口周围的浸润注射,使抗体浸润到组织中,以中和病毒。数小时后(不少于2小时)再行缝合和包扎;伤口深而大者应当放置引流条,以利于伤口污染物及分泌物的排出。伤口较深、污染严重者酌情进行抗破伤风处理和抗生素等,以控制狂犬病病毒以外的其他感染。

3.4 暴露后疫苗接种程序

五针法:0、3、7、14、28,四针法:0(2剂)、7、21。

(1) 疫苗接种,正在进行计划免疫接种的儿童可按照正常免疫程序接种狂犬病疫苗。接种狂犬病疫苗期间也可按照正常免疫程序接种其他疫苗,但优先接种狂犬病疫苗。接种狂犬病疫苗应当按时完成全程免疫,按照程序正确接种对机体产生抗狂犬病的免疫力非常关键,当某一针次出现延迟一天或者数天注射,其后续针次接种时间按延迟后的原免疫程序间隔时间相应顺延。

应当尽量使用同一品牌狂犬病疫苗完成全程接种。若无法实现,使用不同品牌的合格狂犬病疫苗应当继续按原程序完成全程接种,原则上就诊者不得携带狂犬病疫苗至异地注射。狂犬病病死率达100%,暴露后狂犬病疫苗接种无禁忌症。接种后少数人可能出现局部红肿、硬结等,一般不需做特殊处理。极个别人的反应可能较重,应当及时就诊。发现接种者对正在使用的狂犬病疫苗有严重不良反应时,可更换另一种狂犬病疫苗继续原有程序。(2) 注射部位如解剖学结构可行,应当按照计算剂量将被动免疫制剂全部浸润注射到伤口周围,所有伤口无论大小均应当进行浸润注射。当全部伤口进行浸润注射后尚有剩余被动免疫制剂时,应当将其注射到远离疫苗注射部位的肌肉。暴露部位位于头面部、上肢及胸部以上躯干时,剩余被动免疫制剂可注射在暴露部位同侧背部肌肉群(如斜方肌),狂犬病疫苗接种于对侧。暴露部位位于下肢及胸部以下躯干时,剩余被动免疫制剂可注射在暴露部位同侧大腿外侧肌群。

4 防治对策

狂犬病病死率达100%,暴露后狂犬病疫苗接种无禁忌症。一旦有犬伤暴露危险,犬伤患者与家属千万不要抱侥幸心理,要按《狂犬病暴露处置规范》进行处理,及时规范的处理伤口,并按医生的诊疗要求及时接种人用狂犬疫苗及注射抗狂犬病血清或人用狂犬病免疫球蛋白。凡头面部及上肢咬伤或多处咬伤者或伤口出血者务必及时注射抗狂犬病血清或狂犬病免疫球蛋白。