

# 临床护士对现行护理分级标准的认知及临床执行情况调查分析

霍艳伟

河北省邯郸市成安县中医院 成安县 056700

**摘要:**目的:分析临床急诊筛查分级标准在护理管理中的应用价值。方法:选择2017年5月至2018年5月入院的50例为对照组,2018年7月至2019年7月入院的50例为观察组。比较了两组患者的筛查准确性、诊治时机、治疗及时性和护理满意度值。结果:观察组患者筛查准确性、治疗及时性和护理满意度明显高于对照组,诊治时间明显短于对照组( $P < 0.05$ )。结论:护理分级标准是医院基本管理体系,是护士开展临床护理的重要依据,也是护理收费标准。

**关键词:**临床护士;现行护理分级标准;认知;临床执行情况;调查

## 引言

护理分级,在国外也被称为“病人分类体系”,是指在病人住院期间,医务人员评估病人的状况和(或)自我维持能力,划分不同的护理等级,并提供相应的护理服务<sup>[1]</sup>。护理笔记系统是临床工作中发挥重要指导作用的医学核心系统之一。但是,作为护理分级标准之一,疾病的严重程度一直缺乏客观、明确和统一的标准。对病情严重程度的评估是主观的,导致护理水平不一致,容易引起医疗纠纷。疾病严重程度评估量表<sup>[2]</sup>(DSA)适用于所有住院患者的病情评估,可用于护理分级。单纯临床评分(SCS)首先用于急诊科,后来被一些研究人员用于住院患者。目前还没有统一的住院病人病情评估标准,目前尚不清楚上述两种疾病评估体系中哪一种更适合住院病人。因此,本研究采用横断面调查方法,比较两种评分制度在住院病人护理分级中的应用效果,选择适当的疾病分级制度,为今后制定客观、统一、定量的疾病评价标准提供参考,进而使护理评价制度更加科学完善。报告内容如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

本研究选择2017年5月至2018年5月住院的50名患者为对照组,包括27名男性和23名女性,平均年龄为(39.56±5.84)岁,2018年7月至2019年7月入院的50名患者为观察组,男性32名,女性18名,平均年龄为(40.23±4.31)岁,两组年龄( $P > 0.05$ )等一般数据无显著差异。

\*通讯作者:霍艳伟,1983年12月,女,汉族,成安县人,现就职于邯郸市成安县中医院,本科,研究方向:护理学

### 1.2 分级标准

(1)解除长期医疗咨询中的护理阶段,加强医生与护士之间的协调,共同制定护理升级标准。护理分级是护士根据对患者健康状况的全面调查向患者提供护士应提供的不同护理服务的基础。这不仅可以避免跨专业指挥带来的问题,还能激发护士们的积极性,充分发挥各级护士的主观能动性,体现他们的责任、权利和职业价值观。(2)合理配置护理人员,确保护理服务质量。研究表明,医院护士对护士的比例与护理质量呈正比较,即护理人员配置不足的医院护理质量低,护理人员配置不足,护理人员负担过重、筋疲力尽,直接影响护理质量和服务水平。护士与病人的比率与手术病人的死亡率和护理人员的辞职密切相关。我们部门有45张实床。按床位与护士的比例来看,应该至少有一名临床护士,但我们部门只有14名实际护士,远远低于卫生部规定的床位与护士的比例。因此,增加护士人数是一个紧迫问题。(3)护士和护士参与确定护理等级是对护理人员的更高要求。但我国护士教育水平较低。据卫生部统计,2003年,中国64.5%的注册护士受过中等技术教育,24.32%受过初中教育,1.3%受过基础教育。整个职业头衔水平也处于初级水平。护理人员应不断加强对专业知识和技能的研究,加强对新知识、新业务和新技术的研究,关注学科的最新发展,提高学术水平,跟上科技发展的步伐。同时,要加强人文素质的培养,具备良好的人际交往能力、沟通合作能力等。医院应提供各种形式的国内外继续教育学习机会,为护士提供更高水平的在职学术培训、自学考试和高等医院的进一步学习,不断改进在在职护士的学术结构和知识水平,以满足他们的需要。

### 1.3 统计学方法

采用SPSS20.0对研究对象采集的数据进行分析处理, 计量数据采用( $\bar{x} \pm s$ )表示; 计数资料采用%表示, 使用 $\chi^2$ 对数据进行校检;  $P > 0.05$ 为差异无统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者急诊管理质量评分对比

对照组50例, 分诊准确率为(83.25±6.74), 诊疗时间为(85.34±6.43), 治疗及时性为(83.21±6.64)。观察组(n=50)分诊准确率为(93.21±6.97), 诊疗时间为(96.59±8.26), 治疗及时性为(96.51±9.23), (分诊准确率 $P = 0.001$ ,  $T = 7.264$ 治疗时间 $P = 0.001$ ,  $t = 7.599$ 治疗及时性 $P = 0.001$ ,  $t = 8.271$ ), 组间比较显示, 观察组患者分诊准确率、治疗及时性、护理满意度均明显高于对照组( $P < 0.05$ )。

### 2.2 两组患者护理满意度评分对比

对照组50例, 护理满意度为(91.46±2.58); 观察组50例, 护理满意度得分为(83.74±3.25), ( $P = 0.001$ ,  $t = 13.155$ )。两组比较显示, 观察组的护理满意度评分明显高于对照组( $P < 0.05$ )。

## 3 讨论

2013年, 中国发布了《护理分级》<sup>[3]</sup>行业标准, 规定了住院患者护理分级的方法、依据和实施要求。但是, 它指出, 应采用Barthel指数评价尺度来评价患者的日常自我维持能力, 而对疾病严重程度的评价仍取决于医生的主观判断, 因为缺乏统一客观的标准。根据研究<sup>[4]</sup>, 大部分医生不知道护理分级的知识, 只依靠对患者状况的主观判断来确定护理水平, 评价标准的定义也不一致。国外疾病评估工具的开发主要集中在重症监护室、急诊室和一些专科领域<sup>[5]</sup>, 而所有住院病人疾病评估工具的开发则较少, 而国外开发的量表主要在中国引用。因此, 使用住院仪器评估疾病的情况更为罕见。

我国实施护理分级标准的背景已经是建国初期。中国资深护理专家张开秀等人根据中国国情提出了护理评价标准。该系统不仅为护士的护理活动提供了证据, 规范了护士的护理行为, 还确保了医院的护理秩序, 指导了我国现代护理的发展和进步。护理分级标准在我国卫生事业发展中起着不可替代的作用。但是, 随着医疗模式的变化, 护理科学和现代护理理论的不完善和发展, 以及社会的不断进步, 患者对医疗服务的需求日复一日地增加, 护理服务变得越来越多样化和多层面。分级护理临床应用中存在的问题也越来越明显<sup>[6]</sup>, 有的护士在某些方面提出质疑, 期望中国分级护理现状有所改善<sup>[7]</sup>。在中国, 护理评价分为四个阶段: 特殊护理、一级护理、二级护理和三级护理。患者护理水平的确定应基于患者的病情和自我维持

能力。我国护理分级原则还考虑到患者的病情和自我维持能力。但患者病情严重程度与自我维持能力之间未必存在正相关。护理评价标准的临床应用存在许多问题, 甚至导致医疗纠纷。

急诊预检查评分标准在急诊护理管理中的应用可确保护理协商过程标准化, 标准参数简明清晰, 护理人员目标明确, 思路清晰, 护理工作高效有序, 规划合理<sup>[8]</sup>。它可以防止过度评价有限的应急资源浪费, 此外, 由于调查前分析和评价不足, 不能增加患者的死亡风险。采用应急预备考试评分标准, 使护士在考试前能够遵守证据, 明确职责。根据分级结果进行治疗, 确保治疗顺利进行; 为医生的诊断和治疗提供临床基础。

中国急诊病人人数正在增加。根据调查, 真正需要紧急治疗的危重病人只占20%。急诊医疗空间有限, 资源有限, 造成了拥挤治疗和诊治不足等问题, 严重影响了急诊护理管理的质量。为节约急症患者的人力物力, 制定了相关的急诊筛查标准, 对患者状况进行分类, 以便快速准确地识别真正需要急诊治疗的患者, 并采取有效的治疗措施。急诊病人一般复杂危重, 进展迅速。特别是梦寐以求的患者, 在筛查和评估过程中可能处于稳定状态一段时间, 但其病情随时可能进一步恶化, 导致严重并发症, 导致患者死亡。但是, 护士在考试前只能在考试期间及时检查和估计自己的病情。对于老年患者, 伴随着重要器官功能恶化和多种基本疾病, 护理人员往往只是在前期检查和筛查过程中简单地获得有关投诉或症状的信息, 但无法详细记录以往的病史, 导致误诊和漏诊。医院重视患者病情分类, 忽视了护理人员对患者病情的分析和诊治意见。作为第一位参与者, 护理人员的指导也具有一定的临床价值, 可供医生在治疗过程中参考, 以避免重要信息的缺失和潜在的安全风险。同时, 信息时代要求医疗资源同步发展, 形成可信、现代、智能、全面的医学前期检查和筛查体系。诊断分级后, 护理人员利用计算机手段将巨大的医疗记录输入综合筛查系统, 使医生能够及时接收患者信息, 缩短等待时间, 提高急诊医疗服务质量。

本研究表明, 患者护理水平越高, 两种评分系统对患者疾病的区分度越高, 表明量表能更好地区分患者病情严重时的病情严重程度。二级护理人员的辨别能力差是由于二级护理人员的稳定状态, 其生命功能等指标大多在正常范围内。并建议医务人员在临床工作中结合患者的实际情况进行护理分级。DSA和SCS roc曲线下用于一流护理人员的区域分别为0.890和0.847, 即DSA优于SCS。原因可能是DSA中的元素更适合住院患者, 而SCS

最初用于急诊,以预测30天内患者的死亡率,因此其部分元素无法用于某些部门更好地分类患者的病情。

#### 结束语

概括地说,护理分级标准应该作为医院的基本体系和核心体系来考虑,尤其是在有公认的问题需要引起广泛思考的情况下。是整个护理专业乃至整个人类健康取得思想进步、升华思想的出路和希望。

#### 参考文献

[1]侯翠霞,李水莉.综合性医院Barthel指数评分纳入护理分级的现状调查[J].护理研究,2018,31(21):2636-2640.

[2]潘丽英.护士对分级护理决策主体评价的调查分析[J].中国乡村医药,2018,24(09):65-66.

[3]金琳,王伟,李振香.《护理分级》卫生行业标准实践现状调查研究[J].中国实用护理杂志,2018,33(13):975-980.

[4]徐玮.公立医院分级护理等级划分标准研究[D].南京中医药大学,2018.

[5]翁霞,马丽.我国现行护理分级标准存在的问题及分析[J].中国老年保健医学,2018,11(06):126-127.

[6]王曙红.基于三维护理分级模型的构建[D].中南大学,2018.

[7]张倩.分级护理决策护士的资质评定和培训提纲制订的研究[D].山西医科大学,2018.

[8]李玉乐.我国分级护理标准要素构成及相关问题研究[D].中国协和医科大学,2018.