

【护理管理】

4 R 危机管理理论在精神科住院患者跌倒管理中的应用

王 林, 杨粉英, 陈爱民, 咸康文
(江苏省扬州五台山医院, 江苏 扬州 225003)

【摘要】目的 探讨4 R危机管理理论在精神科住院患者跌倒管理中的应用效果。**方法** 将2017年1—12月收治的精神科住院患者设定为对照组;2018年1—12月收治的精神科住院患者设定为干预组。对照组采取常规跌倒管理方法进行护理,干预组在对照组基础上应用4 R危机管理理论对患者进行跌倒管理。比较2组患者跌倒的发生情况。**结果** 2组跌倒发生率、跌倒后导致伤害等级情况比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 应用4 R危机管理理论可以有效降低精神科住院患者跌倒事件的发生率和伤害严重程度,保障患者安全。

【关键词】 精神科; 住院患者; 4 R危机管理理论; 跌倒

【中图分类号】 R47;C931.3 **【文献标识码】** B **【DOI】** 10.16460/j.issn1008-9969.2019.12.029

精神科住院患者跌倒事件随时可能发生^[1],因抗精神病药物引起的困倦及肌肉松弛作用,精神疾病患者的跌倒发生率较高^[2]。积极降低精神科住院患者跌倒发生率,保障患者安全,是医务工作者一直关注的热点问题。4 R危机管理理念是美国危机管理专家罗伯特·希斯(Robrt Heath)将系统管理与阶段性实施步骤融合在一起,包含危机事前、事中、事后所有方面的管理,是一个持续、动态、互动的循环管理过程^[3]。有效危机管理是对4 R模式所有方面的整合,其中缩减管理是其核心,只有危机之源被清除或潜在的冲击减小时,危机管理才可能最有效。据研究证实应用该理论能有效降低风险发生的可能性,起到降低护理风险事件发生的作用,提高护理管理质量^[4]。本研究首次将4 R危机管理理论应用于精神科住院患者的跌倒管理中,实施1年,取得了较好的效果。现报道如下。

1 临床资料

选取江苏省扬州五台山医院2017年1月—2018年12月住院的精神科患者5 111例为研究对象。将2017年1—12月住院患者2 536例设为对照组,其中男1 452例,女1 084例,年龄12~96(50.15 ± 18.08)岁,疾病诊断:精神分裂症1 557例,情感性精神障碍386例,器质性精神障碍245例,精神发育迟滞106例,其他精神障碍患者242例,2018年1—12月住院患者2 575例设为干预组,其中男1 454例,女1 121例,年龄12~94(50.46 ± 17.63)岁,疾病诊断:精神分裂症1 548例,情感性精神障碍371例,器质性精神障碍261例,精神发育迟滞154例,其他精神障碍患

者241例,2组患者在性别、年龄、疾病诊断等方面比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

2 方法

2.1 对照组 对照组采用常规管理方法进行跌倒护理干预。

2.1.1 建立跌倒风险预警机制。入院时,由责任护士对患者进行常规跌倒风险评估,将跌倒中、高危风险患者在白板上做好标注,班班交接;并与管床医生做好相关沟通,必要时做好相关药物调整。根据患者病情变化随时进行动态评估,并针对性的调整护理计划,做好跌倒分级管理。

2.1.2 对患者进行多形式预防跌倒相关健康宣教。责任护士对患者进行药物应用相关宣教;使用跌倒防范告知书,教会患者“防跌倒歌曲和口诀”;制作预防跌倒健康知识彩页宣传手册,病房走廊醒目位置张贴“防跌倒十知道”宣传画,等。强化患者的跌倒防范意识。

2.1.3 以病房为单位,组织护士学习护理安全管理制度、防范患者跌倒/坠床管理制度及跌倒预防流程,组织护士进行跌倒应急预案演练,每年不少于2次。

2.1.4 护理部专人不定期对患者进行跌倒相关知识及技能掌握情况检查,作及时反馈。护士长每月自查跌倒措施落实情况不少于2次,将护理部检查反馈及自查存在问题在早会相关通报,组织人员进行问题分析,提出整改措施。护理部在每季度质控会议上作全面反馈、总结及评价。

2.2 干预组 在对照组基础上应用4 R危机管理理论对患者进行跌倒管理。

2.2.1 成立4 R危机管理小组 小组由护理部副主任、科护士长、护士长、办公室护士及责任组长组成,由护理部副主任担任组长,科护士长担任副组长,明确小组成员的工作职责,组织危机管理小组成员共

【收稿日期】2019-03-26

【作者简介】王 林(1978-),女,江苏淮阴人,本科学历,副主任护师。

【通信作者】杨粉英(1976-),女,江苏宝应人,本科学历,副主任护师。

同学习 4 R 危机管理理论的相关知识,掌握危机管理的概念及意义,明确内涵及管理模式。

2.2.2 4 R 危机管理理论分为危机的缩减、预备、反应和恢复 4 个阶段,将 4 R 危机管理理论的 4 个阶段融入患者跌倒管理工作中,具体措施如下。

2.2.2.1 缩减阶段:危机缩减阶段指的是寻找源头,消除隐患,预防跌倒的发生以及带来的负面影响。护理部组织 4 R 危机管理小组成员共同回顾和审视 2017 年精神科上报的 35 例跌倒事件,对每例跌倒事件的发生时间、具体地点、值班者相关信息、患者年龄、诊断、护理级别、病程、住院时间、跌倒事件经过、患者当时病情、所服药物及跌倒伤害程度等进行综合分析和讨论。梳理归纳出精神科住院患者发生跌倒的主要问题有 4 方面。

(1)护士方面。安全防范意识薄弱,对患者穿过长衣裤、鞋不合脚、鞋底不防滑等未及时干预;部分护士(尤其是低年资护士)对跌倒预防相关知识掌握不全面,如抗精神病药物、镇静安眠药、降压药、降糖药等可能增加的跌倒风险认知不足;护士对患者及陪护跌倒预防相关知识及技能宣教不到位;对年龄大、反应迟钝、平衡能力欠佳等潜在跌倒高风险患者未重点关注;个别护士存在侥幸心理认为跌倒没有造成伤害而隐瞒漏报,或由于担心承担责任而未及时上报的现象,等。

(2)患者方面。部分精神障碍患者急性期的冲动行为,容易导致跌倒意外事件的发生。长期住院患者伴有躯体合并症,受精神、躯体疾病的双重影响,平衡能力差等致跌倒,多种药物联合使用是跌倒发生的重点人群。老年精神科住院患者年龄大、反应迟钝者居多,是跌倒高发人群,对跌倒预防相关知识培训接受能力差,跌倒预防相关措施落实依从性低。

(3)环境方面。病房相关硬件设施存在损坏、维修不及时等现象,如卫生间防滑垫边角翘起损坏,未及时更换或固定;病房灯光偏暗;床铺高、无护栏;地面潮湿、饭堂地面有油渍,未及时处理;有的病房卫生间二级台阶,台阶上面无醒目提醒标识;厕所蹲坑两边未安装扶手,等。

(4)管理方面。跌倒相关护理安全管理制度不健全,防范患者跌倒/坠床管理制度有待完善,跌倒预防流程及应急预案亟待优化;未形成完善的跌倒相关不良事件预防三级质控体系,护士长对跌倒预防督查不到位、跌倒应急演练强化不够,相关人员对跌倒预防及事件发生后的应急处置知识与技能储备不足;重点时段人力配备不足,如晨患者起床时段,夜班护士常忙于常规工作,对跌倒高风险患者重点看护或指导不够,等等,以上相关管理缺失行为,增加了跌倒发生的概率。

针对以上问题提出 7 方面改进措施并组织实施。

(1)健全护理安全管理制度及防范患者跌倒/坠床管理制度,优化跌倒预防流程及跌倒应急处置预案,及其他跌倒预防措施的进一步改进。与临床药师配合,共同制定《常用药物使用说明书》和《易致患者跌倒药物目录》,护士长组织护理人员学习,加强对特殊用药患者的观察和护理。

(2)护理部增加护理人力资源配备。重点时段增设早帮和晚帮班,拟定防跌倒患者看护说明,明确增设班次岗位职责。在人员配置相对充足情况下实现护士分层管理,将潜在冲动行为的急性期患者、跌倒高危风险的患者分配于责任组长,或有经验、责任心强的高能级护士包干负责,加强对患者的病情及药物不良反应观察,及时识别跌倒风险,对跌倒事件发生作妥善处理。

(3)加强对中、高度风险跌倒患者的重点管理。医护合作加强对精神障碍急性期患者的症状控制,减少冲动行为发生;重视老年患者躯体合并症的疾病治疗,高度关注药物联合应用后的不良反应;平衡能力差和/或反应迟钝的患者,采用配备病情相对稳定、责任心较强的病友“一对一帮扶”策略,加强看护;设置夜间跌倒重点病室,在室内放置便桶或尿壶,或在如厕时专人在门外守候;对行动不便的患者限制活动区域,减少患者跌倒发生的风险。

(4)加强环境及设施的安全建设。与总务处、设备科进行沟通,设施定期检查与及时维修;安装卫生间扶手,台阶上张贴“小心滑倒”的醒目标识;及时更换照明度差的灯泡、鞋底防滑性能差的单鞋与损坏的防滑垫;增设带护栏的低矮床;地面保持清洁、干燥、无障碍等;保证设施和环境的安全。

(5)加强护理人员的培训与考核。采用集中专题讲授、业余时间自修、现场指导等多种培训形式,提升护士预防跌倒理论及技能水平,指导护士识别跌倒的安全隐患。培训内容包括跌倒风险的识别、预防跌倒相关知识、跌倒风险评估量表的使用、跌倒应急预案、对患者健康宣教的方式及方法等。组织护士观看跌倒案例的视频,对护士进行安全警示教育,要求护理人员对案例进行分析和评价,提升护士对跌倒的防范意识,同时增强分析问题和解决问题的能力。4 R 危机管理小组每月组织督查考核跌倒相关知识掌握情况。

(6)患者相关健康教育。把病房集体与患者个体的跌倒相关健康教育相结合,尤其强调宣教过程中的个体差异性;责任护士对患者反复做好所服药物相关知识的宣教;根据精神疾病特点制作跌倒相关知识微视频,每周组织集体观看 2 次,责任护士每周个体强化,并进行效果评价,不断提升患者对跌倒预

防及正确处理相关知识及技能的掌握程度;鼓励和督促患者进行自我跌倒管理。

(7)实施无惩罚性护理不良事件及隐患上报制度,鼓励主动、及时、如实上报,合理运用激励机制,将不良事件的发生作为改进的机会,总结反思,为以后的跌倒管理提供经验教训和案例支持。

2.2.2.2 预备阶段:危机预备阶段在对照组的基础上作更充足的应对准备,进一步提升护理管理者、临床护士及患者不同层面人员跌倒预防及跌倒发生后的应对处置能力。(1)完善跌倒风险预警机制。除由责任护士对患者进行跌倒风险评估外,对中、高危风险患者增加责任组长、护士长评估环节,实行三级评估,安置重点患者于跌倒看护病室,床头悬挂“防跌倒标识”;对易跌倒高危患者及家属提前告知跌倒危险因素,与患者或家属签订风险告知书。(2)护理人员跌倒应急预案演练与考核。科室医护合作跌倒应急预案演练每月 1 次;平时,以责组为单位,护士以协作演练的方式进行巩固,护士长每月进行督查,提问复习跌倒应急预案等相关知识,确保每位护理人员能熟练掌握跌倒发生的应对策略。大科或护理部不定期抽查考核(以情景模拟仿真的形式),病房护士长或责任组长参与检查考核,对存在的问题作现场反馈,科室月底提交整改方案及落实整改检查结果(月底检查延于下月),护理部在次月择期复查。在不断的演练、考核与持续改进中,全面提升护理人员对跌倒的预警及应对能力。(3)患者跌倒后的应急处置演练。对患者进行“病友跌倒了,我该怎么办?”“我跌倒了应该怎么办?”为主题的情景模拟仿真演练,引导患者跌倒发生后第一时间求助,反复强化患者跌倒后的正确处置方式,避免 2 次损伤致重度伤害。(4)护理部-科-病房三级安全质量控制。病房护士长、责任组长对跌倒评估的准确性、防跌倒措施的落实率等进行常规检查;护士长每周调阅监控录像查看重点位置、重点患者、重点时段、重点护理人员跌倒防范相关制度及措施落实情况。大科与护理部专人不定期对跌倒相关知识及技能掌握情况进行检查。护士长将检查存在问题不仅在早会上,还在病房护士工作微信群内作及时通报,进行问题分析与讨论,提出整改措施。每月质控会议作全面反馈、总结及评价。

2.2.2.3 反应阶段:危机反应阶段指的是跌倒事件发生了,该以何种策略加以应对来解决处理,尽可能降低危害。患者跌倒事件发生后,立即启动应急程序,医护合作按照流程逐级汇报并作正确有效的应对处理。当跌倒事件发生时,值班护士第一时间查看、询问患者伤情,作出跌倒伤害严重度的初步评估,密切观察患者情况并做好记录。若跌倒导致伤害

程度较重者,病房护士长或总值班护士长亲临现场,协助指导应急处置,了解导致跌倒事件发生的直接或间接原因,管理者应摒弃责罚优先,杜绝现场定性或指责当事人的现象,对事件在场人员进行保护,关注当事人的人身安全及心理健康。由管床医生向患者及家属表明解决问题的诚意,与有关人员共同商讨,采取及时治疗措施,寻找解决问题的最佳方案,将患者跌倒伤害引发的继发损伤降到最低,以减轻患者的痛苦,并有效避免医疗纠纷的发生。

2.2.2.4 恢复阶段:危机恢复阶段指的是当跌倒事件控制处理以后,管理者为恢复工作所做的安排,总结经验,吸取教训,避免重蹈覆辙,防范跌倒再次发生。(1)人员恢复。跌倒事件发生后,对于事件中暴露出的护理人员的相关责任,积极面对,公平公正的进行处理,最大限度的降低跌倒事件对当事人员的不良影响。护士长关注责任人的情绪变化,尽量减少对其责备和惩罚^[5],使其尽快地恢复到正常的工作状态;(2)系统恢复。发生跌倒事件后,护士长通过调阅监控录像观看跌倒的回放视频,再仔细询问患者、当班护士、护理员以及值班医生等,了解整个跌倒事件的发生经过、处理措施及后果,3 d 内组织本科室护理人员通过头脑风暴法、根因分析法、制定鱼骨图等方法对发生的跌倒事件进行学习反思,共同制定改进措施。护士长要在 1 周内填写《护理不良事件及隐患上报表》上报至护理部。4 R 危机管理小组指定专人定期对跌倒不良事件的资料进行查阅、评估,对整改措施落实情况进行检查跟踪,每季度对不良事件进行事后总结,查找管理上的隐患与漏洞,做到有效修复和管理,以达到持续质量改进。

2.3 评价指标 统计比较 2 组住院患者跌倒的发生例数、跌倒发生率,跌倒伤害情况。根据病房上报的跌倒不良事件来统计跌倒发生例数。跌倒分级评价标准为^[6]:(1)无伤害;(2)1 级(轻度),包括不需或只需稍微治疗与观察的伤害程度;(3)2 级(中度),需要冰敷、包扎、缝合或夹板等处置与观察的伤害程度;(4)3 级(重度),需要医疗处置及会诊的伤害程度,包括骨折、意识丧失、精神或身体状态改变等;(5)死亡。跌倒伤害等级比率=(统计周期内患者发生跌倒伤害等级患者例数/统计周期内住院患者中发生跌倒伤害例数)×100%。

2.4 统计学方法 采用 SPSS17.0 进行数据录入和分析。等级资料比较采用秩和检验,检验水准 $\alpha=0.05$,以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

3 结果

3.1 2 组患者跌倒发生率比较 对照组采用常规管

理方法进行护理干预患者 2 536 例,其中发生跌倒 35 例,发生率为 1.38%;干预组应用 4 R 危机管理理论进行跌倒管理的患者为 2 575 例,其中发生跌倒 19 例,发生率为 0.74%,干预组跌倒发生率明显低于对照组,差异有统计学意义($\chi^2=5.09, P=0.024$)。

3.2 2 组患者跌倒发生伤害等级比较 2 组患者发生跌倒后导致不同等级伤害的情况比较,差异有统计学意义($P<0.05$),干预组明显优于对照组。其中,干预组 2 级(中度)以上伤害等级的比例为 41%,明显低于对照组 80%。见表 1。

表 1 2 组患者跌倒发生伤害等级比较(例,%)

组别	n	无伤害	1 级(轻度)	2 级(中度)	3 级(重度)	死亡
干预组	19	2(11)	10(12)	2(11)	5(26)	0
对照组	35	10(29)	5(14)	2(6)	18(51)	0
Z				2.75		
P				0.006		

4 讨论

4.1 4 R 危机管理理论应用于跌倒相关管理中,可以有效降低精神科患者跌倒事件的发生率 美国医疗机构联合委员会在患者安全目标中指出,跌倒是护理质量的核心指标,也是护理的一项敏感指标^[7]。4 R 危机管理理论的 4 个阶段,既相互独立又相互关联,缺一不可。缩减阶段为跌倒管理的事前控制,分析跌倒发生原因,并提出针对性的解决方案,避免和消除危机产生的根源,防患于未然,达到预期的护理安全质量管理,从根本上缩减危机的发生概率^[8]。无惩罚性护理不良事件及隐患上报制度实施,为以后的跌倒管理提供了更多的经验教训和案例支持。预备阶段是加强对跌倒风险的应对能力,完善对照组原有预警体系,强化对护理人员 and 患者不同层面的应急演练,加强护理部-科-病房三级质控,一定程度地提升了护理人员及患者对跌倒预防及及事件发生的应急处理能力。反应阶段,要求跌倒事件发生时,护理人员迅速做出正确判断,作出及时、有效的应对处置,以此来减轻伤害的严重程度;恢复阶段,通过人员和系统恢复进行的危机后干预,对跌倒事件进行原因分析及经验总结,达到了减少跌倒发生率之目的。干预组较对照组所实施的常规跌倒管理而言,管理工具相对先进,方法较为系统、全面、具体,措施具有针对性,措施落实也更具保障性。研究结果显示:干预组跌倒发生率 0.74%明显低于对照组跌倒发生率 1.38%,差异有统计学意义($P<0.05$)。

4.2 4 R 危机管理理论应用于跌倒相关管理中,有利于降低跌倒患者的伤害等级 2018 年版《护理敏感质量指标监测基本数据集实施指南》重点强调指出^[9],医疗机构应关注重视 2 级以上跌倒伤害率,并要求对跌倒不良事件发生进行相关分析,提出改进措施,有效持续质量改进。本研究中,对照组跌倒相关管理较为注重预防,而对跌倒事件发生后不同层面人员的应急处置强化培训、考核不够,对平时各项措施落实督查欠到位,持续质量改进未能很好地跟

进,增加了患者跌倒后的二次损伤风险发生的概率。4 R 危机管理理论应用于临床,除在事前缩减阶段注重根因分析及针对性改进措施的制定外,预备阶段,重视各项改进措施的落实,尤其患者跌倒发生后的强化应急处置演练,引导患者跌倒事件发生后第一时间求助,利于患者跌倒后的正确处置行为方式的形成;事中反应阶段的补救行为,护理人员及时、正确的判断及处置,将跌倒带来的危害性降至最低,避免了患者跌倒后二次损伤的发生;事后恢复阶段人员与系统的及时恢复,跌倒事件发生后的持续质量改进,也对降低患者跌倒后的伤害等级有积极的意义。由表 1 可见,2 组患者发生跌倒后不同等级伤害情况比较,干预组明显优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);其中,干预组 2 级(中度)以上跌倒伤害率为 41%,明显低于对照组 80%。

[参 考 文 献]

- [1] 陶筱琴,端木欣荣,陈恬茵,等.精神科病人跌倒危险评估及早期护理干预的方法与效果[J].护理管理杂志,2011,11(11):821-822.DOI:10.3969/j.issn.1671-315X.2011.11.027.
- [2] 顾康莹,李婴慧,钱一平,等.精神科住院患者护理风险评估及干预方法的探讨[J].中华现代护理杂志,2016,22(12):1747-1750.DOI:10.3760/cma.j.issn.1674-2907.2016.12.031.
- [3] 罗伯特·希斯.危机管理[M].北京:中信出版社,2001.
- [4] 冯俊花,符景秋,黄景妹,等.4 R 危机管理理论对住院皮肤科患者皮肤感染的影响[J].中华医院感染学杂志,2017,27(4):935-938.DOI:10.11816/cn.ni.2016-162815.
- [5] 徐 艳,王 慧.4 R 危机管理对神经内科住院患者跌倒的影响[J].护理学报,2017,24(21):11-14.DOI:10.16460/j.issn1008-9969.2017.21.011.
- [6] 么 莉.护理敏感质量指标实用手册(2016 版)[M].北京:人民卫生出版社,2016:91-93.
- [7] 吴少丽,叶燕芬,王海英,等.降低肾内科病人跌倒发生率的品管圈实践[J].护理学报,2015,22(8):22-25.DOI:10.16460/j.issn1008-9969.2015.08.022.
- [8] 李艳凤,曾映琼,邓玉泉.危机管理 4R 理论在构建护理安全质量管理体系中的作用[J].护理实践与研究,2018,15(3):121-123.DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2018.03.049.
- [9] 么 莉.护理敏感质量指标监测基本数据集实施指南(2018 版)[M].北京:人民卫生出版社,2018:124.

[本文编辑:江 霞]