

手术室护理亚专科建设对手术室护理质量的影响分析

黄太元

青岛大学附属日照医院/日照心脏病医院 手术室 山东 日照 276800

摘要: 目的: 研究手术室护理亚专科建设对手术室护理质量的影响。方法: 选择2022年5月-2024年6月在本院工作的100例护理人员作为观察对象, 根据管理方法分组, 建设组采用手术室护理亚专科建设管理, 管理组采用常规化管理, 每组各50例护理人员, 比较建设组与管理组护理人员的工作达标率、考核成绩、护理质量评分。结果: 管理前, 建设组与管理组护理人员的工作达标率与护理质量评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 管理后, 建设组与管理组护理人员的工作达标率、护理质量评分皆有提高, 而建设组护理人员的工作达标率、考核成绩以及护理质量评分均显著高于管理组, 有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 手术室护理亚专科建设对手术室护理质量的影响更大, 有助于提高临床护理人员的综合能力, 值得推广。

关键词: 手术室; 亚专科建设; 护理质量; 工作达标率

手术室作为临床重要科室, 关乎着患者的生命安全^[1]。近些年, 外科技术逐渐向专科化方向发展, 手术室护理亚专科建设越来越完善, 作为手术医生最密切的配合者, 加强护理人员专业能力培养至关重要^[2]。通过系统化的亚专科建设, 手术室可从“通用型服务”转向“精准化、高效化”模式, 成为医院高质量发展的核心支撑单元。现如今, 相关报道明确指出^[3], 手术室护理亚专科建设对手术室护理质量的影响较大, 既能保证手术顺利完成, 又能提高患者满意度, 避免纠纷, 促进医院稳定发展。为了验证此结论, 本文特选择2022年5月-2024年6月在本院工作的100例护理人员作为观察对象, 根据管理方法分组, 比较建设组与管理组护理人员的工作达标率、考核成绩、护理质量评分。详细报告如下:

1 资料与方法

1.1 基本资料

选择2022年5月-2024年6月在本院工作的100例护理人员作为观察对象, 根据管理方法分组, 建设组采用手术室护理亚专科建设管理, 管理组采用常规化管理。建设组护理人员的年龄21-42岁, 均龄 (30.48±1.06) 岁; 工龄2-18年, 平均工龄 (9.59±2.28) 年; 男护有2例, 女护有48例; 文化程度: 中专16例, 大专24例, 本科及以上10例。管理组护理人员年龄20-43岁, 均龄 (30.62±1.28) 岁; 工龄1-18年, 平均工龄 (9.49±2.06) 年; 男护有1例, 女护有49例; 文化程度: 中专14例, 大专27例, 本科及以上9例。两组护理人员性别、年龄几乎无差别, 有可比性 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

管理组采用常规化管理: 遵照医生嘱咐为患者提供

常规护理服务, 如生命体征监测、静脉穿刺、体位安置、器械清洗、留置导管、吸氧、仪器摆放等, 尽量满足患者的正常护理要求。

建设组采用手术室护理亚专科建设管理:

(1) 明确建设目标。①专业细分: 根据医院学科优势、手术量及技术需求, 划分亚专科方向 (如心脏外科、神经外科、骨科、腔镜外科、器官移植等)。②核心目标: 提升手术配合专业化水平; 优化资源配置, 降低运营成本; 提高复杂手术成功率与患者安全性; 推动科研创新与人才培养。

(2) 建设核心步骤。1. 需求评估与规划。①数据调研: 统计各科室手术类型、数量及技术难点; 分析现有设备使用率、人员配置及瓶颈问题。②优先级排序: 根据医院战略方向 (如重点学科、区域医疗中心定位), 确定首批建设的亚专科。③资源匹配: 结合预算, 规划设备采购、空间改造及人员培训方案。2. 团队建设与分工。①专科小组架构: 固定团队: 选拔专科护士、麻醉医生、器械护士组成核心小组; 柔性调配: 保留部分通科人员应对突发需求。②职责细化: 制定专科手术标准化操作流程 (SOP); 专科护士负责设备管理、新技术学习及教学带教。3. 专科设备与空间优化。①设备配置: 按亚专科需求配备专用器械 (如神经外科显微镜、骨科导航系统); 集中管理高值耗材, 减少闲置浪费。②空间布局: 设立专科专用手术间 (如感染手术间、杂交手术室); 优化动线设计, 缩短术前准备时间。4. 流程标准化与信息化。①标准化流程: 制定专科手术配合流程图 (如心脏手术体外循环配合流程); 建立应急预案 (如大出血、设备故障处理)。②信息化支持: 引入专科手

术排班系统,实现人员、设备智能匹配;利用大数据分析手术时长、耗材消耗,优化资源配置。5.质量控制与持续改进。①质量指标:手术室周转率、设备故障率、感染控制达标率;专科手术并发症发生率、医护满意度。②PDCA循环:定期召开亚专科质量会议,分析问题并改进流程;通过模拟演练提升团队应急能力。

(3)关键支撑措施。1.人才培养体系。①分层培训:基础培训:通科护士掌握亚专科通用技能;进阶培训:选派骨干赴上级医院或厂商学习新技术。②学术联动:与临床科室联合举办技术沙龙、病例讨论;鼓励参与专科协会认证(如CNAS手术室专科护士认证)。2.科研与创新。开展亚专科相关临床研究(如手术体位优化、耗材成本控制);探索新技术应用(如机器人手术配合、AI术前规划)。3.跨学科协作机制。建立MDT(多学科协作)模式,联合外科、麻醉、影像等科室制定个性化手术方案;参与临床路径制定,优化围术期管理。

(4)实施注意事项。1.分阶段推进:优先建设技术成熟、需求迫切的亚专科,逐步扩展。2.动态调整:定期评估亚专科运行效果,及时优化资源配置。3.文化融合:通过专科文化建设(如标识系统、团队口号)增强归属感。

(5)预期成效。手术效率提升:专科手术时间缩短10%-20%;医护专业化成长:培养一批高水平的专科护士与麻醉团队;患者满意度提高:减少手术并发症,提升就医体验。

1.3 评定标准

(1)采用自制调查表评定护理人员的工作达标率,由手术室医生进行评估,包含术前药品准备、术前器械准备、无菌操作技术、生命体征监测、静脉穿刺、体位安置、器械清洗、留置导管、吸氧、仪器摆放等指标,总分10分,评分高于6分即达标,评分低于或等于6分即不达标,达标率=达标例数/总例数×100%^[4]。

(2)通过期末考试评定护理人员的考核成绩,总分100分,考试项目包含理论掌握程度、沟通能力、实践能力、查体操作能力、发现问题能力、病历书写能力,分数越高说明护理人员考核成绩越高^[5]。

(3)采用自制调查表评定护理人员的护理质量,包括心理护理、健康教育、基础护理和护理操作4个维度,每个维度总分25分,分数越高说明护理人员护理质量越高^[6]。

1.4 统计学方法

采用SPSS20.0统计学软件,计数资料以百分数和例数表示,组间比较采用 χ^2 检验;计量资料采用“ $\bar{x}\pm s$ ”表示,组间比较采用 t 检验;等级资料采用秩和检验;以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 对比建设组与管理组护理人员的工作达标率

建设组护理人员的工作达标率明显高于管理组,有统计学意义($P < 0.05$)。见表1:

表1 对比建设组与管理组护理人员的工作达标率[例(%)]

组别	例数	术前药品准备	术前器械准备	无菌操作技术	生命体征监测	静脉穿刺	体位安置	器械清洗	留置导管	吸氧	仪器摆放
建设组	50	48 (96.00)	48 (96.00)	47 (94.00)	49 (98.00)	48 (96.00)	47 (94.00)	47 (94.00)	49 (98.00)	47 (94.00)	48 (96.00)
管理组	50	40 (80.00)	39 (78.00)	36 (72.00)	46 (92.00)	41 (82.00)	40 (80.00)	41 (82.00)	40 (80.00)	40 (80.00)	45 (90.00)
X^2 值		6.154	7.352	7.536	1.645	4.564	5.144	5.165	8.437	3.768	5.375
P 值		0.014	0.006	0.005	0.212	0.058	0.024	0.017	0.003	0.059	0.732

2.2 对比建设组与管理组护理人员的考核成绩

建设组护理人员的考核成绩显著高于管理组,统计

学意义($P < 0.05$)。见表2:

表2 对比建设组与管理组护理人员考核成绩($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	理论掌握程度	病历书写能力	查体操作能力	沟通技能	实践能力	发现问题能力
建设组	50	91.58±7.38	89.28±5.95	86.66±8.25	87.22±7.47	90.38±5.18	90.17±6.49
管理组	50	82.41±6.22	80.66±9.52	80.21±6.66	82.81±7.73	81.68±4.35	82.79±8.16
t 值		10.233	8.146	10.472	9.313	8.351	9.124
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 比较建设组与管理组护理人员的护理质量评分

管理前,建设组与管理组护理人员的护理质量评分

比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);管理后,建设组与管理组护理人员的护理质量评分皆有提高,而建设组

护理人员的护理质量评分明显高于管理组,有统计学意义($P < 0.05$)。见表3:

表3 比较建设组与管理组护理人员的护理质量评分($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	基础护理		健康教育		心理护理		护理操作	
		管理前	管理后	管理前	管理后	管理前	管理后	管理前	管理后
建设组	50	14.26±2.33	20.48±3.65	13.06±2.44	20.88±3.67	12.59±2.06	20.38±3.49	14.16±2.69	21.27±3.12
管理组	50	14.73±2.49	17.52±3.65	13.72±2.64	15.57±3.52	12.56±2.14	16.28±3.36	14.22±2.84	18.48±3.78
t值		0.246	4.356	0.261	6.194	0.214	6.573	0.383	5.659
P值		0.759	0.000	0.837	0.001	0.616	0.001	0.536	0.000

3 讨论

随着我国医疗行业的飞速发展,一些新型的手术器械在临床上得到了广泛运用,虽极大的提高了手术成功率,但是在管理和使用上给护理人员增加了一定难度^[7]。如果护理人员未充分掌握手术器械的正确使用方法,则会导致手术配合度下降,影响治疗效果^[8]。手术室护理亚专科建设作为临床新型的管理方法,具有较强的实践性,由组长为主导,专科护士全面协助,通过科研、教学、临床实践,提高护理人员的专业水平,并加强术中配合程度^[9]。

此次研究结果为:建设组护理人员的工作达标率明显高于管理组,有统计学意义($P < 0.05$)。建设组护理人员的考核成绩显著高于管理组,统计学意义($P < 0.05$)。管理前,建设组与管理组护理人员的护理质量评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);管理后,建设组与管理组护理人员的护理质量评分皆有提高,而建设组护理人员的护理质量评分明显高于管理组,有统计学意义($P < 0.05$)。分析原因:在临床工作中,手术室护理亚专科建设管理注重专科配合,在遇到疑难手术时,由组长和组员一同制定方案并实施,可最大程度的积累手术经验;同时定期开展培训活动,可有效提高手术专业性,进一步增强手术配合度和实践水平^[10]。另外,设立专科护士,通过组长带教,能切实增强护理技能,保证手术顺利完成,减少不良事件发生^[11];而邀请经验丰富的护理人员开展讲座活动,既能丰富护理知识,又能及时学习新技术与新手术,动态掌握科室发展动态,减少工作失误,提高护理质量与对管理丰富的满意度^[12]。充分证明了手术室护理亚专科建设对手术室护理质量的影响,同时也验证了此实验开展的现实价值。

综上所述,手术室护理亚专科建设对手术室护理质量的影响更大,有助于加强护理人员的专业技能与综合素养,促进手术室护理效率进一步提高,最大程度的满

足患者的临床护理需求,作用显著应于临床进行推广。

参考文献

- [1]谭啸涵.亚专科小组管理模式在喉癌手术室护理中的应用及其对护理效率与患者满意度的影响研究[J].黑龙江中医药,2024,53(05):288-290.
- [2]谭京汶,何思敏,黄海媚.骨科亚专科护理培训对手术室护理质量的影响[J].中外医药研究,2024,3(20):115-117.
- [3]余文静,吴荷玉,周琦,等.基于使能评价的手术室骨科亚专科轮转护士培训实践[J].护理学杂志,2023,38(16):59-62.
- [4]张燕,黄伟珊,曾思梅,等.亚专科建设主导下培训式考核在肺癌微创手术护理配合中的应用[J].现代医院,2022,22(11):1772-1775+1779.
- [5]曲俊晓,付秀荣.手术室泌尿亚专科护理质量评价指标体系的构建[J].护理研究,2022,36(22):4007-4012.
- [6]孙莉,郭琦,宣家芳.亚专科化培训对手术室专科护士专业知识培训的影响研究[J].中国继续医学教育,2022,14(15):171-174.
- [7]谭中华,甘微,黄华,等.跨理论模型在手术室亚专科护士培训中的应用[J].中国继续医学教育,2022,14(06):116-120.
- [8]赵晶,高兴莲,王曾妍,等.基于标准化课程的心血管手术室亚专科护理培训[J].护理学杂志,2021,36(23):55-57.
- [9]易文芳,余文静,王亚冲,等.眼科亚专科化建设下手术室精细化管理的应用效果[J].护理实践与研究,2021,18(11):1702-1704.
- [10]熊国新,孙宁琳,徐燕.亚专科分组管理对提高手术室护理管理效能的影响[J].齐鲁护理杂志,2021,27(06):157-159.
- [11]全益芳,李玉莲,李卫平.团体模式在手术室骨科亚专科建设中的应用[J].当代护士(中旬刊),2020,27(11):189-191.
- [12]方丽敏,彭爱红,黎秀珍,等.手术室护理中应用专科护理质量敏感指标的干预价值[J].黑龙江中医药,2020,49(03):246-247.