

优质护理服务理念在手术室护理管理中的效果分析

顾雪莲

上海市第七人民医院 上海 200137

摘要:目的: 分析优质护理在手术室护理管理中的效果分析。方法: 选取2023年4月-2024年4月本院84例行择期手术患者开展研究, 用随机数字表法平均分为对照组42例, 行常规护理, 观察组42例, 行舒适护理, 比较两组护理效果。结果: 观察组的自我舒适度、健康教育、医疗技术和护理服务评分均明显高于对照组, SAS、SDS评分、SBP、DBP和心率均明显低于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 给予行择期手术患者舒适护理能改善心理状态, 稳定生命体征, 提高满意度, 具有推广价值。

关键词: 手术室护理; 心理状态; 生命体征; 舒适护理

手术会产生不良刺激, 会造成创伤, 患者身心均受影响, 产生应激反应, 基于心理方面, 出现恐惧、疑虑等心理, 基于生理层面, 带来伤害, 对交感神经形成刺激, 导致其兴奋, 致使血流动力学出现异常, 产生负面心理, 不利于手术实施, 干扰术后康复^[1]。行择期手术者, 其更需要陪伴, 渴望人文关怀, 基于身心层面, 均要采取适当措施, 提升舒适度, 缩短康复时间。常规护理多关注生理变化, 局限性大, 以此为基础, 结合舒适护理, 其富有创造性、个性化和整体化等特征, 采取适宜护理措施, 围绕多个层面, 例如灵魂、身心及社会等, 展开干预, 提高舒适度^[2]。手术室采取整体护理时, 渗透以人为本原则, 贯彻舒适护理, 能加强信心, 取得良好效果。本研究以行择期手术患者为对象, 分析舒适护理应用效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2023年4月-2024年4月本院84例行择期手术患者开展研究, 用随机数字表法平均分为对照组42例, 男23例, 女19例, 年龄为21-74岁, 平均年龄 (46.35 ± 3.61) 岁; 观察组42例, 男24例, 女18例, 年龄为22-75岁, 平均年龄 (46.42 ± 3.58) 岁。两组一般资料 ($P > 0.05$), 具有可比性。

纳入标准: 行择期手术; ASA结果为I、II级; 神志清晰; 知情同意本次研究。排除标准: 沟通能力障碍; 精神疾病; 恶性肿瘤; 行急诊手术; 明显意识障碍; 重要脏器受损。

1.2 方法

对照组行常规护理, 巡回护士负责, 认真接待患者, 和麻醉师密切合作, 选择适当体位, 监测生命体征, 协同医生执行操作, 术后进行访视。观察组以对照组为基础, 行舒适护理:

1.2.1 术前护理

术前24h, 前往患者房间, 展开访视, 介绍手术信息, 讲解有关知识, 一方面取得患者信任, 一方面提高配合度, 缓解恐惧心理, 基于心理层面, 提高舒适度, 缓解不良心境, 严格控制访视时间, 每次约为10min, 防范过度紧张, 减轻疲劳。①观察病历: 检查患者病历, 了解患者信息, 包括姓名等基本信息; 手术时间、方案等手术信息; 病史情况, 例如有无过敏史, 是否存在家族史等; 脏器/系统情况, 例如血液系统、肝肾功能等; 评价各项检查结果, 观察有无异常; 关注皮肤情况, 评价是否感染等; 探讨营养状态; 分析机能障碍, 评价程度, 明确障碍部位; 掌握基础资料, 包括体重、体型等; 分析其他信息, 例如生活习惯、经济情况和社会背景等。②心理干预: 维持良好形象, 保证着装整洁, 提供微笑服务, 讲解手术室环境, 予以患者引导, 做好准备工作, 禁止化妆, 将义齿摘掉, 讲解禁食意义。评估患者心理状态, 接受手术前, 患者常存在负面情绪, 例如焦躁、恐惧等, 食欲下降, 干扰睡眠, 导致免疫力减弱, 易引发并发症。详细介绍手术方法, 强调实施意义, 掌握患者特征, 引入成功案例, 加强信心, 缓解焦虑心情, 消除恐惧心理。和患者友好沟通, 认真、及时解答患者疑问, 取得其信任, 提高配合度, 缓解负面情绪。③健康教育: 及时发现潜在护理问题, 引导患者做行为训练, 进行放松练习, 有效咳嗽, 摆放适宜体位, 进行功能训练。如患者要暂时放置胃管, 会干扰语言功能, 激励患者诉说自身需求。④监测皮肤/血管情况: 检验四肢静脉血管, 确定穿刺部位, 缓解痛苦感。检查皮肤状态, 观察有无红肿、破溃等现象, 以此为依据, 确定术中体位, 防止误触碰创面, 尽量提升舒适度。

1.2.2 术中护理

①环境干预：亲切、友好迎接患者，进行访视，搬运患者时，保证始终平稳。清洁床单位，保证无血迹，尽量盖住手术器械。开展手术前，对手术室温湿度进行调节，前者建议为22~25℃，后者建议为50%~60%。创造安静、良好环境，进行手术时，切忌喧哗，不能讲解无关于手术的话题。开展手术时，尽量放松心情，缓解不安、焦虑等心情，针对各项操作，保证精准到位，防止受操作不当影响，产生不良刺激，尽量维护舒适度。②麻醉干预：患者害怕手术不安全，担心其会干扰智力，从而过度紧张，对于巡回护士，全面评估心理情绪，围绕患者提供服务，全程陪伴患者。和患者友好沟通，转移其注意力，开展相应操作前，详细说明实施意义，可采取拍肩、握手等方式，借助无声的动作，体贴、关心患者，令其感觉安全，减轻负面心理。③体位干预：对于传统手术体位，其常忽略功能位，可能致使肢体异常，或过度外展，或过度牵拉，容易损伤相应组织，例如肌肉、神经等，干扰循环、呼吸等系统。选择手术体位时，既要满足手术需求，又要不干扰生理机能，患者自觉舒适，选择适当支撑物，将相应垫物备好，保证安放准确，对相应关节部位提供保护。以截石位为例，采取传统体位时，腓总神经容易受损，建议调节托板腿位置，由以往支托大腿，转换为小腿，减轻腘窝压迫；针对侧卧位，应固定好臀部、肩部，限制身体前屈、前俯程度，不能过度，防止上肢受压迫，保护桡神经，维护腋/头静脉回流。不仅要行全身麻醉，还要了解患者感受，如有必要，要转换肢体位置，按摩肢体，加快血液循环，减轻不适感，例如麻木等。④心理护理：执行操作时，应集中注意力，保证精力充沛，维护安全性。全面掌

握手术知识，了解医生习惯，密切配合医生，沟通时禁谈其他话题，保证工作作风严谨、认真。评估患者需求，尽可能满足，针对诊断不明者，应马上反馈相应信息，减轻思想顾虑。如果患者清醒，加强信息交流，给予心理疏导，护理人员应有较强责任感，令患者自觉舒适，维护其尊严，尽量遮盖患者躯体。采取多种技术，提供心理疏导，包括表情、态度等，缓解身心痛苦。

1.2.3 术后护理

①手术结束时：采用温水将皮肤表面异物清除，例如血迹、消毒液等，将衣服穿好，做好保暖。或借助四人搬运法，或采取移床法，平稳转移患者，保证动作小心、轻柔，关注引流管，将其固定好。若患者有躁动，应采取约束措施，认真交接患者信息。②术后随访：及时评价干预效果，评估护理质量，总结其意见，持续改进护理方案。

1.3 观察项目和指标

评价心理状态：焦虑借助SAS量表^[3]，抑郁采取SDS量表^[4]，分值越低，提示程度越轻。评价生命体征：观察干预前后的SBP、DBP和心率。评价护理满意度^[5]：通过问卷调查，涵盖自我舒适度、健康教育、医疗技术和护理服务，均为0-100分。

1.4 统计学方法

SPSS27.0处理数据，($\bar{x} \pm s$)表示计量，行t检验， $P < 0.05$ ，差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组心理状态比较

干预后两组SAS、SDS评分均明显低于干预前，观察组变化更明显($P < 0.05$)。详见表1。

表1 两组心理状态比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	SAS (分)		SDS (分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	42	58.67±5.34	25.53±3.32 ^a	57.23±4.62	23.13±4.31 ^a
对照组	42	58.49±5.57	44.41±3.22 ^a	57.31±4.57	42.20±3.36 ^a
t	/	0.151	26.455	0.080	22.615
P	/	0.880	0.000	0.937	0.000

注：与本组干预前比较，^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组生命体征比较

干预后两组SBP、DBP和心率均明显低于干预前，观

察组变化更明显($P < 0.05$)。详见表2。

表2 两组生命体征比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	SBP (mmHg)		DBP (mmHg)		心率 (次/min)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	42	106.44±11.72	111.27±10.73 ^a	61.17±3.12	74.23±4.63 ^a	75.71±4.42	84.26±6.39 ^a
对照组	42	107.32±10.46	136.78±9.13 ^a	61.32±3.07	85.38±4.27 ^a	74.63±4.50	92.38±6.71 ^a

续表:

组别	例数	SBP (mmHg)		DBP (mmHg)		心率 (次/min)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
<i>t</i>	/	0.363	11.735	0.222	11.473	1.110	5.679
<i>P</i>	/	0.718	0.000	0.825	0.000	0.270	0.000

注:与本组干预前比较,^a $P < 0.05$ 。

2.3 两组护理满意度比较

观察组的自我舒适度、健康教育、医疗技术和护理

服务评分均明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。详见表3。表3 两组护理满意度比较[$n(\bar{x} \pm s)$]

组别	例数	自我舒适度(分)	健康教育(分)	医疗技术(分)	护理服务(分)
观察组	42	94.23±4.39	93.49±5.52	95.26±6.27	93.52±4.15
对照组	42	81.13±4.26	82.36±3.64	83.26±4.98	82.28±4.29
<i>t</i>	/	13.879	10.909	9.713	12.204
<i>P</i>	/	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

手术室融合高端科技,负责治疗、抢救患者,直接影响生命安全,既要有完备硬件设备,又要重视业务水平^[6]。行择期手术者,其常有恐惧、不安等心理,医学模式转变,护理需求提高,要更新护理观念,提供舒适、全方位干预^[7]。

采取舒适护理,其属于全新思维,渗透以人为本思想,重视关爱行为,结合患者需求,尽可能满足^[8]。术前做好访视,保证用语礼貌,态度友好,评估心理状态,了解患者信息^[9]。调节手术室环境,控制访视时间,尽量减轻应激反应。热情接待患者,给予其全程陪伴。采取舒适体位,以不影响生理功能为基础,尽量提升舒适度,可适当按摩下肢。掌握手术知识,精准配合医生工作。完成手术后,第一时间收集相关器械,做好回访,评估恢复情况。研究结果显示和对照组比,观察组的SAS、SDS评分均更低($P < 0.05$),表示舒适护理能缓解负面情绪。观察组的SBP、DBP和心率均更低($P < 0.05$),表明采取该模式,能减少生命体征波动。观察组的自我舒适度、健康教育、医疗技术和护理服务评分均更高($P < 0.05$),代表该模式可提升护理质量。说明应用舒适护理可以加强择期手术效果。

综上所述,给予行择期手术患者舒适护理能改善心理状态,稳定生命体征,提高满意度,具有推广价值。

参考文献

[1]何艳,童海青,邹喜梅,黄竟.以细节为导向的手术室舒适护理对胆囊结石患者的影响[J].内蒙古医学杂

志,2024,56(2):247-249.

[2]王维霞.手术室干预性护理结合舒适护理应用于行腹腔镜术患者的效果分析[J].中国社区医师,2024,40(6):155-157.

[3]王莹,杨杉,魏秀.手术室个性化舒适护理结合神经监测仪对甲状腺癌手术患者生命体征及喉返神经损伤的影响[J].医疗装备,2024,37(2):138-141.

[4]蔡万红,康晓莉,陈莉莉.手术室个性化舒适护理在甲状腺癌手术患者中的应用及对患者睡眠质量的影响分析[J].黔南民族医学学报,2023,36(4):287-289.

[5]饶丽凤.人文关怀联合舒适护理对提升手术室护理质量及患者满意度的影响[J].基层医学论坛,2023,27(36):100-102.

[6]徐文娟.手术室舒适护理结合音乐放松对剖宫产产妇应激反应及产后生活质量的影响[J].基层医学论坛,2023,27(35):96-98.

[7]闫涛,高爽.手术室舒适护理对手术患者抑郁焦虑和护理满意度及生活质量的影响[J].黑龙江科学,2023,14(22):64-66.

[8]张传蕾.人性化手术室舒适护理在凶险性前置胎盘剖宫产产妇中的应用效果[J].妇儿健康导刊,2023,2(18):188-191.

[9]姜怡博,邬青燕,孙蒂.手术室舒适护理对颅内动脉瘤开颅夹闭术患者应激反应及术后康复效果的影响[J].医学信息,2023,36(21):165-168.