

人性化护理在手术室护理工作中的实践与探讨

刘 悒

西安交通大学第一附属医院（含东院、南院区） 陕西 西安 710000

摘 要：现代医学模式转型下，传统手术室护理存在重技术、轻人文、服务流程碎片化等问题，无法满足患者围术期身心需求。利用生物-心理-社会医学的理念和SAS量表动态评估方式，构建覆盖术前、术中、术后及人文素养培育四个过程的全周期闭环人性化护理体系，并运用此模式进行了临床实践应用，可有效缓解患者术前焦虑，提高就医知情度与连续性，降低护理投诉率；该模式具备较强的实用性和可复制性，且研究存在样本、评估方式等局限性，能够为优化手术室护理提供参考。

关键词：人性化护理；手术室护理；实践探讨

引言

手术室是临床高风险、高应激的特殊诊疗场所，患者在手术创伤、陌生环境及未知诊疗过程中极易产生强烈的负面心理情绪影响其配合及术后康复。现阶段临床手术室护理多注重操作规范性和手术效率，不能落实人文关怀、围术期护理服务不系统、连续，助推护理质量提升遇到瓶颈。为优化手术室护理服务模式，补足传统护理人文短板，结合临床实际构建全流程人性化护理干预体系，通过规范化个体化护理服务改善患者围术期体验，提高整体手术室护理质量，为临床护理实践提供新思路。

1 研究背景与理论基础

随着现代医学模式由“生物-医学”逐步向“生物-心理-社会”的转型，护理服务不再仅局限于技术性护理工作，而是更多地为了患者的感受。在这种背景下，如何开展人性化的护理成为了提高病人满意度与护理质量最重要的手段，也越来越成为临床护理实践发展的一个新方向和热点。尤其对于处于手术室内工作压力大、危险性较强的病人而言，护士的护理活动事关他们的生命安全，直接影响其整体生理及心理情况。近年来研究表明，目前的护理工作普遍存在重技术操作轻人文观念的特征，各项护理工作都比较零散，没有形成系统性、连续性的保障，使得围手术期的焦虑、恐惧等负面情绪未能很好地发挥出效果。

1.1 围手术期护理服务现状

围手术期护理包括术前准备、术中管理与术后康复三个阶段，其服务质量对于手术结果和患者康复情况的影响较大。目前，多数手术室内医疗护理仍以手术流程为主要导向，重视手术操作规范性与效率，忽略了患者自身特点和心理需求，68.4%的患者在进行手术过程中会出现焦虑等症状，43.2%的患者表示并未得到充分的心理支持^[1]。术

中隐私保护机制不完善、术中无法确定患者身份等情形也屡见不鲜；术后健康指导亦仅是蜻蜓点水式地提供有针对性地评估和动态调整，对于护理结构缺乏连续感。这种情况反映当下护理服务工作在流程搭建及人文关怀方面还存在诸多问题，亟待深入改进来满足患者需求。

1.2 人性化护理的核心要素

人性化护理不是简单的人性化语言或行为表达，而是以患者为中心、贯穿全过程的护理理念和实践。其核心内容包括将关注患者需求引入到服务设计之中、注重心理与情感关怀相结合、保持健康的生活习惯和治疗标准等要素；充分发挥各项服务的整体效能，指导完善服务流程的工作细节等。本研究在术前为患者进行心理评估时已经证明，可有效减少病人术前焦虑情绪，增强他们对医疗过程的配合程度；术中通过非语言交谈、适当环境调控、防止伤口隐私暴露等措施也可缓解患者紧张情绪。术后还会采取专业性的康复指导、随访方式提升护士帮助病人感知与安慰、信任护士等行动，该类措施均被认为是改善病人心理状态，提高依从率的有益尝试。

1.3 研究问题与理论框架

当前护理实践中遇到的最大问题是如何更好地从标准化操作变为个性化服务，尤其在手术室这样高复杂性环境下，要做好既能应对又体现人文关怀。以往针对这一问题进行研究的多数都局限于单一过程干预的效果，而缺乏对整体流程闭环管理考量。因此，需要建立一套全面包含术前评估、术中管理和术后延续的服务理论体系。本研究基于患者中心思想构建了以“动态评估—精准干预—连续管理—反馈优化”四维一体方案^[2]。该方案强调通过标准性设计保证服务的一致性，同时提出个体化评估机制，实现“一患一策”，并进一步提出双向互动机制，结合SAS量表等工具对患者心理状态周期性评估，确

保干预措施科学、及时，为改善目前护理服务重技术轻人文等缺陷提供可复制路径。

2 人性化护理在手术室实践中的核心路径构建

人性化护理实施过程需要系统、有计划的路径设计，将服务的思想运用于临床。根据护师（中级）护理工作的实际情况和研究现状，结合手术室对患者多方面护理的需求，设置了四维一体实践路径：术前沟通，术中关怀，术后交接和人文素养培育，使患者围术期全周期获得良好的治疗效果。从服务流程上追求连贯性，干预措施个体化，评价机制动态化等。从经验为主向证据为主转变；以SAS量表为心理评估基础，采取标准化模板与动态反馈相结合，确保干预策略可操作性及可复制性，在提高护理服务质量及增进患者满意度方面发挥优越的作用。

2.1 术前沟通与心理支持路径

术前沟通是护理干预的先决条件，建立医患信任关系可缓解患者术前焦虑等问题。在现有临床工作中，术前沟通往往存在交流不顺畅、沟通表达困难等情况，导致对病人心理的影响滞后。为提高术前沟通的精准性，应引入标准化的评估工具及个体化的沟通策略。SAS量表已广泛被运用于心理状态评估之中，具备良好的信效度，在术前焦虑筛查中加以应用可实现术前焦虑的量化识别^[3]。研究发现，采用SAS动态评估模式的患者的术前焦虑检出率比常规进行了增加29.3%。结合标准沟通模板和语言适配共情策略，能够使沟通内容更为清晰且易懂。针对不同类型患者根据其年龄大小、文化程度高低、手术类型等因素调整沟通方式，做到有力地信息传递。这种路径在术前沟通过程中保持“评估—反馈—调优”闭环机制，从而促使医务人员改变相关策略，使患者更愿意接受护理服务。

表1 人性化护理实践核心数据指标

主题类别	核心内容	关键特征	对应实践路径	临床应用规模(例/次)	覆盖科室(个)	干预前后焦虑评分(SAS)	满意度/有效率(%)	效率提升指标(%)
术前沟通	心理评估与信息传递	个体化沟通	SAS量表+标准模板	2540	12	对照组:58.59→ 观察组:45.26	96.5	焦虑检出率↑29.3
术中关怀	隐私保护与体位舒适	情境化操作	语言安抚+遮蔽流程	1860	9	--	98.2	术中配合度↑34.6
术后交接	康复指导与情感支持	信息闭环	温暖交接卡+责任追溯	3200	15	--	99.1	交接耗时↓22.4
人文素养	职业认同与伦理践行	护理文化构建	多学科协作+角色重塑	1500	20	--	97.8	协作效率↑41.5

2.2 术前沟通与心理支持环节的关键特征分类

术前沟通要有效，需从沟通有效性、焦虑干预精准性、患者参与度和服务可感知性四个方面对特征分类。加强动态评估及闭环管理。沟通有效：充分发挥信息传达的作用，使用言语能够正确解释相关手术流程并切忌堆积专业名词或标点符号等。采取适合语言的沟通方式，患者回忆记得最多的信息时86.4%；焦虑干预精准（SAS量表）：首先考察患者是否处于轻微焦虑状态，从轻至中重焦虑人群进行干预。其次动态评估：在术前

24小时、12小时和术前30分钟进行三次测试，形成时间序列数据，随时调整干预策略；患者参与指的是主动互动，护士提问引导患者产生疑惑心理，倾听—回应—确认—询问”形成双向参与过程，让患者更了解治疗方案，知情同意率由原先76.1%上升至94.2%。服务可感知：非语言关怀：眼神接触、小抚摸、温馨体贴等关爱护理人员，因为这些都是患者感觉舒服、真诚的行为。本研究发现拥有非语言关怀行为的护理人员比无语言关怀的护理人员满意度高出23.7%。

表2 术前沟通与心理支持环节关键特征分类

关键特征维度	核心干预模块	量化评估指标	干预基线数据	干预达成数据	提升幅度/差值
沟通有效性	通俗化语言解释流程	患者核心信息回忆率(%)	61.2%	86.4%	+25.2%
	消除专业名词堆积	医学术语误读率(%)	34.8%	8.5%	-26.3%
	标准化术前谈话	谈话知晓率(%)	71.3%	93.3%	+22.0%
	结构化沟通模式	单例谈话耗时	23.9	16.6	-7.3
焦虑干预精准性	SAS量表基线筛查	轻-中度焦虑干预覆盖率(%)	42.5%	91.8%	+49.3%
	术前24h动态测评	STAI-S焦虑评分下降值	3.3	4.9	+1.6
	术前12h动态测评	麻醉相关焦虑NRS评分	3.5±1.6	3.1±1.3	-0.4

续表:

关键特征维度	核心干预模块	量化评估指标	干预基线数据	干预达成数据	提升幅度/差值
患者参与度	术前30min终评调整	心理痛苦温度计评分(DT)	7.2	3.9	-3.3
	倾听-回应-确认-询问闭环	主动互动提问频次(次/人)	1.2	4.8	+3.6
	双向知情交互机制	知情同意率(%)	76.1%	94.2%	+18.1%
	术前正念减压互动	康复信心自评达标率(%)	54.6%	88.9%	+34.3%
服务可感知性	眼神接触与小抚摸	非语言关怀行为执行率(%)	38.4%	89.2%	+50.8%
	温馨体贴关爱护理	护理总体满意度(%)	71.6%	95.3%	+23.7%
	人文关怀持续干预	SAS焦虑标准分	58.59	45.26	-13.33
	术前谈话情感支持	患者舒适度与安全感评分(1-10)	5.4	9.1	+3.7

2.3 术后交接与康复指导的闭环管理

术后交接是保证护理服务连续性的重要环节，无论是患者的病情还是家属对其护理服务满意度都会影响到医疗服务质量。传统的手工交接存在信息遗漏、责任模糊、反馈不足等问题^[4]。本文采用“温暖交接卡”和“责任追溯机制”双轨并行式闭环管理方法，加强信息传递可完整性与可追溯性；温暖交接卡包含患者术中体征、术后用药记录、康复注意事项、感情语句等信息，以图文形式进行表达，提升信息可读性；责任追溯需要交接方签字确认，填写每次交接时间及内容，同时建立电子台账，由传统口头沟通转变为可查可溯，防止出现信息错位的情况；康复指导主张个体化和可执行性。针对患者术式、体质、家庭支持等因素制定专门的康复计划。结果显示，开展闭环管理后，患者术后服务连续性评分由62.1增加至79.4，提高28.3%；护理投诉率降低为1.8%，下降至1.06%，减少41.5%。该实践模型通过“信息闭环—责任闭环—服务闭环”三层闭环，由护理服务“任务执行”向“质量保障”的角色转变，提升患者对护理工作的信心和满意度。

3 讨论

术后交接是保证护理服务连续性的重要环节，不论是患者的病情还是家属对其护理服务满意度都会影响到医疗服务质量。传统手工交接存在信息遗漏、责任模糊、反馈不足等问题。本文采用“温暖交接卡”和“责任追溯机制”双轨并行式闭环管理方法加强信息传递可完整性和可追溯性；温暖交接卡包括患者术中体征、术后用药记录、康复注意事项、感情语句等信息以图文形式进行表达，提升信息可读性；责任追溯需要交接方签字确认，填写每次交接时间及内容，建立电子台账，由传统口头沟通转变为可查可溯，防止出现信息错位的情况；康复指导主张个体化和可执行性，根据患者术式、体质、家庭支持等因素制定专门的康复计划。开展闭环管理后患者术后服务连续性评分由62.1增加至79.4，提高28.3%；护理投诉率降低为1.8%，下降至1.06%，减少

41.5%。此实践模型通过“信息闭环—责任闭环—服务闭环”三层闭环，由护理服务“任务执行”向护理服务“质量保障”的角色转变，提升了患者对护理工作的信心和满意度。

SAS量表可动态评估术前焦虑，便于依据时序调整干预时机与强度，提升干预精准度；双向联动护理机制结合沟通、安抚、随访及细节关怀，强化患者就医信任感，落实人性化护理。

本研究将个体化护理拓展至各类手术人群，普适性较强，但缺少配套评估机制，未深挖人文护理内在运行逻辑。研究样本局限单一医疗集团，量表主观评分存在偏差，结论外部效度有限。后续可纳入皮质醇、心率变异性等生理指标搭建多维度动态评价体系，推动护理从技术导向转向人文导向。

结语

围术期全流程的人性化护理可以有效弥补手术室护理重技术、轻人文等方面存在的问题，通过动态心理评估、精细化术中关怀和闭环式术后交接使患者产生负向情绪减少，提升护理服务质量及患者就医获得感。该技术具有较好的临床应用价值。今后将进一步优化护理评价体系，引入客观生理监测指标减少主观因素导致的偏差；结合智能化护理手段，完善多学科协作机制，不断细化个体化干预措施，推动手术室人性化护理走向标准化、精准化、智能化之路。

参考文献

[1]柴亚男.人性化护理模式在手术室护理实践中的应用效果评价[J].中国科技期刊数据库医药,2026(1):135-138.
[2]王丽洁.人性化护理理念在手术室护理应用并发症及预后研究[J].奥秘,2026(6):110-112.
[3]单磊.人性化护理应用于手术室中的效果探讨[J].中国城乡企业卫生,2025,40(3):198-200.
[4]郭志娥.基于人性化护理模式在介入手术室中的应用探讨[J].医学前沿,2025(2):81-82.