

全程无缝隙护理在手术室护理中的应用效果

陆凤霞 通讯作者: 沈玉霞*

上海交通大学医学院苏州九龙医院 江苏苏州 215028

摘要: **目的:** 分析全程无缝隙护理在手术室护理中的应用效果。**方法:** 选择我院手术室患者100例展开分组研究, 患者入院以及出院的间隔为2021年1月到2022年1月之间, 依据护理的形式, 对其中行常规手术室护理的50例命名为对照组; 对其他性无缝隙护理的5例命名为观察组, 对比两组护理前后SAS/SDS的情绪评分, 统计计量患者对本次护理的满意度。**结果:** 观察组护理后的SAS/SDS评分偏低, 对护理的满意度偏高, ($P < 0.05$)。**结论:** 手术室采取全程无缝隙护理, 可衔接手术室护理前后的工作要点, 促使手术室护理较为周密、综合化, 有利于手术患者的心理积极干预, 且全程无缝隙护理对患者的关注较高, 促使患者对护理更为满意, 应在手术室护理工作中探寻全程无缝隙的有效应用形式。

关键词: 全程无缝隙护理; 手术室护理

手术室护理需综合学科内容, 体现出手术专业辅助护理技术, 在服务理念与护理模式上有关变革, 手术室护理始终以患者为中心, 以治疗并治愈患者作为护理的目的, 手术室护理既要保障患者在围术期的安全, 又要践行手术室标准, 促使各级手术顺利完成, 协调医生、手术室环境与患者之间的关系, 为患者营造可靠的手术空间。全程无缝隙护理指的是无中断、无分隔的护理形式, 围术期护理始终上下衔接、前后联系, 有助于提升护理管理质量, 结合动态化的患者病情分析手术需求, 可弥补手术室护理人力不足潜在的隐患, 全程无缝隙护理是手术室特色的护理形式, 在各个护理阶段的边缘时间做好交接, 使得患者全程感受到手术室护理的人文关怀, 每每一分一秒都在本职工作上提供着服务, 在连续性的护理服务中, 以高度的责任感获得了患者的信赖^[1]。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院手术室患者100例展开分组研究, 患者入院以及出院的间隔为2021年1月到2022年1月之间, 依据护理的形式, 对其中行常规手术室护理的50例命名为对照组, 其中纳入男性患者23例、女性27例, 患者的年龄为23~76 (42.15 ± 6.59)岁; 对其他性无缝隙护理的5例命名为观察组, 其中纳入男性患者22例、女性28例, 患者的年龄为24~77 (47.53 ± 8.52)岁。两组患者

的病情因素、住院时间以及手术形式等不作为研究条件, $P > 0.05$ 。

排除条件: 存在手术禁忌症; 不符合麻醉评估标准; 术前无意识; 术后存在严重后遗症; 视听障碍; 存在天线缺陷患者。

纳入条件: 意识清醒; 围术期对手术情况知情并签署同意书; 无感染或过敏。

1.2 方法

全程无缝隙护理执行路径如下:

①术前

查阅患者的相关资料, 经问询与报告输出结果, 对患者进行综合的评估, 提前与医生沟通, 了解患者在术中可能用到的特殊药物、特别的手术流程等, 做好相应的护理准备, 记录患者的主诉以及手术要求, 对患者进行基本的体制、营养状况、皮肤评估, 并将记录纳入电子系统, 在医院系统内与相关责任护士共享资料, 以便于其他护士在随访中, 调取资料衔接前后的护理内容。

围绕上述调查与汇总的信息, 分析患者的心理活动, 根据患者的性格、表述内容、诉求、职业等提供给患者个性化的宣教、心理护理形式, 对于文化程度高的年轻患者, 采取略带专业名词的解释, 对于文化程度低的高龄患者采取简单且直白的解释, 护理中结合患者的心理压力, 帮助患者找寻到释放的途径, 针对有经济压力的患者, 指导家属医疗报销, 对于有手术顾虑的患者, 邀请手术医生前来解释, 并将有关的护理流程、护理意见整理在电子档案中, 以便于手术医生、其他护理人员前

通讯作者简介: 沈玉霞, 女, 1982.09, 汉, 江苏省苏州市相城区, 本科, 副高, 护理, 研究方向: 手术室护理, 上海交通大学医学院苏州九龙医院, 邮箱: 57105858@qq.com。

来解释、交谈时,围绕患者的实情展开。避免比必要的误会、避免对患者询问的重复性。

②术中

做好相应敷料、器械的准备与检查,与麻醉师、医生做好沟通工作,并传递信息,由患者熟悉的护士到病房,俯身鼓励患者后,亲自将患者推至病房,期间可通过帮助患者盖好被子、与家属协作挪床等行为,获得患者的信赖,患者转移的过程中,观察患者的面色、表情,对于紧张患者,鼓励其深呼吸放松,指明“这只是个小手术”、“没问题的”、“医生很专业的,放心吧”,让患者在术中对于躯体的暴露、麻醉等具有心理准备,依从手术室医生、护士的工作要求。必要情况下转移患者的注意力直到患者进入麻醉状态。术中评估压疮等皮肤风险,纠正患者体位,预防肌肉、神经损伤,帮助患者遮盖身体,对患者进行低体温护理,冲洗液加温为37℃,使用相关仪器加温,适当调节室温。

③术后

将术中的情况记录或口头传递给家属、其他护士,依据手术安全核查表、护理记录单、患者交接记录等文书工作,做好术中到术后的衔接,标识管道并安置患者,协同有关医护人员推送患者到复苏室,需要交接签名,以详细说明患者系列手术情况,给予术后护理意见,患者进入复苏室后,综合评估其血压、心率、脉搏、血氧饱和度、面部颜色、皮肤状态、肢体等,及时发现异常情况结合术中的概述汇报医生,注重引流管的安全维护工作,严密监察引流液的颜色、性状,及时处理引流管弯曲、堵塞等问题,做好预防护理。观察患者敷料处切口的恢复情况,及时处理渗液做好消毒与敷料更换工作,帮助患者清理呼吸道的分泌物,引导患者正确的咳嗽、吸痰,维持呼吸,结合患者的活动功能,预防患者坠床等危险事件发生,患者复苏后初步告知患者维持安静,观察患者指标平稳后尽快送回病房,要求家属陪同提供给患者安全感,送至病房时,与责任护士交接,了解患者术中以及复苏阶段的情况。术后前三天应随访、评估患者的综合情况,对患者切口进行视觉模拟评级,对伤口的愈合速度进行评估,期间注意询问患者的感受,满足患者的个别主诉,征求患者的护理意见如减少探视让患者充分睡眠等,在患者精神不振时,与家属沟通,说明术后的注意事项,提示家属帮助患者屈膝、揉捏下肢肌肉促进血运、为患者准备温开水促进排尿等,在非饮食、睡眠时间与患者交谈,时间应以5分钟以内为宜,在患者有自主要求的情况下如患者提问,可将探视时间

延长,对于患者提问若不能清楚、科学的回答则先不做回答,询问医生、护士长建议后回复,避免造成患者心理负担。

④全程无缝隙护理需注意

围术期应充分尊重患者,将患者的情况一一整理起来,细枝末节的患者诉求也应概述给其他的责任护士、责任手术医生,以便于减轻患者的手术心理压力,减少医疗的纠纷。转运患者的途中,责任护士需站立在患者的头侧,家属可在旁侧,另一协同护士在患者的尾侧,头侧位的护士应及时结合患者的意识、瞳孔变化、呼吸频率等分辨患者的心理乃至生理问题,提示手术医生有关情况。引流管护理中,需获得患者配合,避免患者胡乱活动、四肢伸展造成的管路脱落、扭曲、压迫等,调节给液的速度需结合医嘱,有关护理衔接时间点,应交接签字,采取交接责任制,避免信息的遗漏^[2]。

1.3 观察指标

对比两组护理前后SAS/SDS的情绪评分:Self rating Anxiety Scale评估负性焦虑情绪、Self rating Depression Scale评估负性抑郁情绪,其中焦虑评价的分值区间分别为50~59;60~69;69分以上,对应的焦虑情况为:轻度、中度、重度。抑郁评价的分值区间分别为53~62;63~72;73分以上,对应的焦虑情况为:轻度、中度、重度。

统计量患者对本次护理的满意度:手术室自制调查问卷,问询患者术前是否了解有关情况;对术后潜在的并发症以及不良问题是否有认知;术后是否感觉不适;疼痛等问题是否得到解决;护理的态度优良差;对护理存在的意见与建议等等,将有关问题分别统计得分,最终分数区间为:60分以下;61~79;80~100,对应的满意度为:不满意;基本满意;满意,满意度为排除不满意后的占比^[3]。

1.4 统计学处理

采取统计产品与服务解决方案SPSS 21.0进行数据处理,均数±标准差(4-s)表示,配对资料t计量、计数 χ^2 检验,统计差异P判定(P<0.05 or P>0.05)。

2. 结果

护理前两组患者的负性情绪指数相似,Self rating Anxiety Scale估值在55/54分左右,Self rating Depression Scale估值在59/61分左右,差异偏小无对比意义,护理后观察组的负性情绪指数偏低,Self rating Anxiety Scale估值为36分左右,Self rating Depression Scale估值为32分左右,满意度高于对照组6%,详见表1。

表1 手术室患者护理前后的SAS/SDS评分
以及满意度对比

组别	n	时间	SAS评分	SDS评分	满意度
观察组	50	护理前	55.26 ± 6.23	59.74 ± 6.23	-
	-	护理后	36.59 ± 5.41	32.56 ± 4.15	45 (90%)
对照组	50	护理前	54.12 ± 5.29	61.23 ± 5.92	-
	-	护理后	46.53 ± 5.82	51.26 ± 7.42	42 (84%)

3. 讨论

全程无缝隙护理是手术室责任制护理的高阶体现,在护理期间既关注其疾病的变化、并发症与体征的发展,又能够围绕患者的生活需求、主诉、祝愿安全问题、心理等提供护理支持,护理更具优质化、精细化、综合化,因此能够提升患者的满意度,并干预患者的情绪,平衡患者心理节律性合情合理。

本研究表示,采取全程无缝隙护理可有效促使患者的心理焦虑、抑郁情况得到缓解,同时得到患者的认可。

常规手术室护理形式单一、且护理中由于交接班、人力资源问题、手术室安排等,有关护理工作缺乏衔接性,导致同一问题对患者反复询问、患者主诉得不到一次性的满足、难以个性化把控患者需求、护理期间对于患者潜在的不良习惯影响缺乏判断力等,不仅可能造成患者围术期机体创伤,延误治疗的时机、错漏对患者的预判,还可能降低患者的围术期体验感,减弱护理的价值,甚至让患者认为护理工作的存在感低,不认同、不重视护理的意见,不够依从护理要求,对于护理意见也缺乏理解和配合意识。围绕上述的问题,从常规的手术室护理要求上,衍生了全程无缝隙护理模式,极大的弥补了常规护理中存在的不足,分别在围术期各个时间段给予患者护理支持,通过回访、护理内容交接、患者状态24小时监测等,对患者的手术特点、病情转变情况、

个性化问题了解深入,护理执行中有对患者的共情感,患者出院后护理人员的自我职业幸福感、职业价值体现也有所升级^[4]。

全程无缝隙护理是当代手术室护理的有效形式,护理的工作强度相较于常规护理有所增加,需加强护理人员之间的工作配合,给予全程无缝隙护理全程无差错的护理人员以奖励,采取护理考核制度,推广全程无缝隙护理的应用流程,注重对患者的全程监护分析、生理与心理状况评估,进而达到降低护理风险、避免护理差错、提升预后效率的目的。

参考文献:

- [1]徐政秀.全程无缝隙护理在手术室护理中的应用效果及患者预后改善的影响分析[J].中国实用护理杂志, 2016, 32 (013): 1003-1006.
- [2]韩银花.全程无缝隙护理在手术室护理中的应用效果及患者预后改善的影响分析[J].中西医结合心血管病电子杂志, 2016, 4 (26): 2.
- [3]郭晓燕.观察全程无缝隙护理在胃结石手术室护理中的应用效果[J].中国现代药物应用, 2016 (10): 182-183.
- [4]任蕾颖.全程无缝隙护理在手术室护理中的应用效果分析[J].当代医学, 2018, 24 (2): 2.
- [5]李常娥.全程无缝隙护理在手术室护理中应用对患者应激反应、满意度的影响[J].航空航天医学杂志, 2021, 32 (10): 1245-1247.
- [6]赵婧.全程无缝隙护理运用于手术室护理中的应用效果[J].黑龙江中医药, 2021, 50 (05): 445-446.
- [7]王秋芳, 杨红娟, 王钰卓, 王佳, 侯芙蓉, 杨敏.全程无缝隙护理在手术室护理中的应用效果及患者预后改善的影响[J].山西医药杂志, 2021, 50 (04): 696-699.