

分析探讨安全管理对手术室护理质量及患者满意度的影响

闫西辰

(河北省沧州中西医结合医院 河北沧州 061000)

摘要:目的:探讨将安全管理模式运用于手术室患者中的效果。方法:选取2021年12月-2022年12月本院接收的60例手术室患者作为研究对象,根据随机数字表法将其分成对照组(常规护理)与观察组(在常规护理的基础上进行安全管理),每组30例,分析两组的应激反应、护理质量、护理满意度、风险事件发生情况。结果:观察组手术后的HR、DBP、SBP、Cor、BAI评分、BDI评分均低于对照组,相较于对照组,观察组在各个方面的护理质量评分均较高,护理满意度较高,风险事件发生率较低($P < 0.05$)。结论:在手术室护理工作中,对患者进行安全管理有助于护理质量的提升,同时可提高护理满意度,减轻患者的应激反应,减少风险事件的发生。

关键词:安全管理;手术室护理;满意度;护理质量

手术室作为医院的重要技术部门之一,其护理质量与患者的治疗、康复等息息相关,如果护理不当可引起较大的应激反应,呈现较高的风险,患者的术后恢复较慢^[1-2]。但手术室护理同时也存在工作量大、人员流动性大、情况紧急、治疗环境特殊等特点,安全管理是手术室护理工作中的重点内容,通过安全管理能够制定相关规章制度、使各个操作流程更加规范,同时加强护患之间的沟通,可以减少手术的影响因素,保证手术室护理工作的顺利进行^[3-4]。鉴于此情况,本文主要探讨在手术室护理工作中采用安全管理模式的效果。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

共选取60例,均为本院收治的手术室患者,时间:2021年12月-2022年12月,按照随机数字表法展开分组。对照组($n=30$)男18例、女12例;年龄:60-80岁,均值:(70.13 ± 1.69)岁。观察组($n=30$)包括17例男性患者与13例女性患者;年龄范围为61-80岁,平均年龄为(70.25 ± 1.74)岁。入选者因疾病均需要接受手术治疗,对手术的耐受性较好,可配合治疗与护理;排除合并精神障碍、凝血功能异常、个人资料不完整等患者。

1.2 方法

对照组采用常规护理,包括监测生命体征、做好术前准备、遵医嘱给药、就手术注意事项进行说明、完善各项检查等。观察组在此基础上进行安全管理,完善有关手术室安全管理制度:对手术室护理工作进行人性化管理,在排班上寻求护理人员的意见,了解护理人员在工作中遇到的问题,减少其在工作中的顾虑,使其保持积极向上的心态;组织护理人员对医疗事故的处理条例进行学习,加强细节方面的管控,对于手术时间较长的患者需为其准备软垫,使用约束带,加强无菌管理,控制手术感染。重视交接班工作,交接班时仔细核对患者的姓名、床号、手术部位、药敏检测情况等,术中输血时需再三核对,必需确认无误才可签字,做好输血信息的记录。加强培训:定期对护理人员进行综合培训,考核其理论知识掌握程度与实操能力,将重点放置如何控制手术风险、提高手术室护理质量、改善护理满意度等方面。围术期注意事项:了解患者的心理需求,结合患者的个体差异对其进行心理疏导,与患者沟通时善于运用沟通技巧,及时解释与安抚,同时评估可能存在的风险,做好应对措施;尽量协助患者取舒适的体位,注意保护患者的个人隐私,及时处理各类突发事件,定期开展随访。

1.3 观察指标

(1)分析对比两组手术前后的应激反应,包括生理应激指标(Cor:皮质醇;HR:心率;DBP:舒张压;SBP:收缩压)与心理应激指标[贝克焦虑量表(BAI)、贝克抑郁量表(BDI)];其中BAI与BDI的分值均在0-63分之间,评分与心理应激反应呈负相关。

(2)从基础护理、体位安置、物品准备、仪器管理、医护配合、手术核查、术中巡视、感染防控、护理记录、整体质量10个方面评估两组的护理质量,评分范围均为0-10分,评分越高代表护理质量越好。

(3)根据纽卡斯尔护理服务满意度量表(NSNS)对两组的护理满意度进行评估,评分为15-95分,95分:非常满意,满意:76-94分,一般满意:57-75分,不满意:38-56分,非常不满意:15-37

分,护理满意度=非常满意率+满意率。

(4)记录两组风险事件发生情况,包括切口感染、出血、压疮等。

1.4 统计学方法

处理工具为SPSS 22.0统计软件,差异有统计学意义以 $P < 0.05$ 表示。

2. 结果

2.1 应激反应

手术前,两组的各项应激反应指标对比无差异;手术后,观察组的各项生理应激指标水平及心理应激评分均较对照组低($P < 0.05$),见表1。

表1 两组应激反应比较($\bar{X} \pm s$)

组别	n	时间	生理应激			心理应激		
			HR (次/min)	DBP (mmHg)	SBP (mmHg)	Cor (ng/L)	BAI评分	BDI评分
对照组	30	手术前	71.16 ± 5.32	78.33 ± 4.97	107.75 ± 10.02	105.45 ± 5.68	25.46 ± 2.38	23.38 ± 2.12
		手术后	97.68 ± 8.47	94.55 ± 6.68	130.42 ± 11.46	168.74 ± 8.95	16.26 ± 1.89	14.29 ± 1.34
		t值	10.239	15.427	13.264	11.021	14.263	12.320
		P值	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
		手术前-后	0.265	0.105	0.135	0.188	0.235	0.164
观察组	30	手术前	71.23 ± 5.45	78.21 ± 5.05	107.89 ± 10.14	105.57 ± 5.53	25.53 ± 2.33	23.46 ± 2.25
		手术后	82.12 ± 5.92	85.42 ± 5.12	121.04 ± 11.24	133.24 ± 7.41	11.21 ± 1.27	9.68 ± 0.87
		t值	19.567	17.858	19.235	18.254	21.269	20.548
		P值	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
		手术前-后	0.995	0.826	0.747	0.825	0.716	0.729
t值	10.134	11.229	8.568	9.578	8.326	7.562		
P值	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		

2.2 护理质量

观察组的各项护理质量评分均高于对照组($P < 0.05$),见表2。

表2 两组护理质量比较($\bar{X} \pm s$,分)

组别	n	基础护理	体位安置	物品准备	仪器管理	医护配合	手术核查	术中巡视	感染防控	护理记录	整体质量
对照组	30	6.23 ± 0.85	5.69 ± 0.73	5.52 ± 0.46	5.69 ± 0.58	6.21 ± 0.76	6.29 ± 0.67	5.53 ± 0.51	5.95 ± 0.63	6.06 ± 0.75	6.08 ± 0.82
		8.69 ± 1.01	8.25 ± 0.94	7.85 ± 1.03	8.03 ± 0.76	7.98 ± 1.20	8.21 ± 0.85	7.81 ± 0.76	8.17 ± 0.79	8.08 ± 0.94	8.13 ± 1.06
观察组	30	9.56 ± 0.56	7.45 ± 0.48	7.21 ± 0.21	8.62 ± 0.25	8.95 ± 0.72	7.02 ± 0.62	6.56 ± 0.32	9.12 ± 0.74	9.12 ± 0.74	7.45 ± 0.00
		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 护理满意度

观察组(93.33%)的护理满意度较对照组(70.00%)高($P < 0.05$),见表3。

表3 两组护理满意度比较[n(%)]

组别	n	非常满意	满意	一般满意	不满意	非常不满意	总满意度
对照组	30	8 (26.67)	13 (43.33)	2 (6.67)	3 (10.00)	4 (13.33)	21 (70.00)
观察组	30	18 (60.00)	10 (33.33)	1 (3.33)	0 (0.00)	1 (3.33)	28 (93.33)
χ^2 值	-	6.787	0.635	0.351	3.158	1.964	5.455
P值	-	0.009	0.426	0.554	0.076	0.161	0.020

2.4 风险事件

观察组中发生切口感染 1 例 (3.33%)，对照组发生切口感染 2 例 (6.67%)、出血 1 例 (3.33%)、压疮 1 例 (3.33%)，观察组 (3.33%) 的风险事件发生率较对照组 (13.33%) 低 (χ^2 值=4.043, P 值=0.044 < 0.05)。

3. 讨论

在手术室患者中，多数因疾病造成的痛苦、认知不足等会出现排斥情绪，未能够较好地配合诊疗措施，对其疾病的治疗与康复产生不利的影响。因此，手术室护理对整个手术质量的把控产生重要的作用。实际上，手术室护理具有一定风险性，加上工作量大、对技术操作性要求较高，任何一项护理如果不到位就会导致整个护理存在缺陷^[5-7]。安全管理模式是手术室必不可少的一类护理模式，要求护理人员严格依据相关操作流程、护理制度等开展护理工作，结合医嘱与患者的实际情况采取护理措施，为患者的身心安全提供保障。既往研究指出，在进行安全管理过程中，对手术室护理中的各类安全隐患进行全面排查，完善相关手术室管理制度，合理排班，注意交接班工作细节等，能够使护理责任落实到人，提高手术室护理的合理性、规范性、有效性，不仅能够提高护理质量，还能够有效控制风险事件^[8-10]。安全管理的进行注重护患之间的交流，能够及时对护理内容、治疗方案等进行解释，提高患者的认知，同时减轻患者的心理与生理负担，使其血压、心率等维持在平稳状态。通过安全管理还能够定期对护理人员进行培训，不断提高其专业技

能，对护理质量的提升有一定帮助。如本次研究结果所示，观察组手术后的应激反应指标水平、护理质量评分、护理满意度均优于对照组，风险事件发生率低于对照组。

综上所述，就手术室患者而言，在安全管理的帮助下，可获得满意的护理服务，其生理应激与心理应激反应较轻，能够在一定程度上控制风险事件，提高护理质量。

参考文献：

[1]姜晓丽,赵晶晶.PDCA 循环管理联合细节护理对手术室安全管理及护理质量的影响[J].基层医学论坛,2023,27(03):125-127.
 [2]郑敏.PDCA 循环结合细节护理提高手术室安全管理质量的效果[J].航空航天医学杂志,2022,33(12):1502-1504.
 [3]方梅,钱晨,唐传芳,张民皓,范娟.PDCA 循环在手术室外周静脉留置针输液安全管理中的应用效果分析[J].现代医学,2022,50(11):1435-1439.
 [4]黄雪兰.基于“破窗理论”的干预措施在手术室护理安全管理中的应用[J].眼科学报,2022,37(09):747-751.
 [5]周溯川,赵蕾,侯毅芳,肖明.手术室全闭环系统在手术患者安全管理中的应用价值研究[J].微创医学,2022,17(04):533-535.
 [6]钟雪梅,张佩婷,王愉欣,刁美英,黎汉强.基于安全机制的护理干预在手术室安全风险中的应用[J].右江医学,2022,50(06):452-455.
 [7]曾秀玲,万雯雯.破窗理论融入手术室护理安全管理的临床价值[J].临床医学工程,2022,29(06):843-844.
 [8]倪海龙,刘珺,宋辉.信息化技术在手术室肿瘤病理标本安全管理中的应用[J].天津护理,2022,30(01):105-108.
 [9]叶少珊,钟小琴,邵莉,李立茵.加强手术配合能力培训与手术患者安全管理对提高手术室护理质量的影响[J].临床医学工程,2022,29(02):257-258.
 [10]郑晓彬,王峰,吴美华,张传玲.手术室风险管理模式在提升手术室护理质量中的应用[J].齐鲁护理杂志,2021,27(18):159-160.