

· 护理研究 ·

“套餐包”模式在手术室骨科体位垫(架)管理中的应用效果研究

杨彩慧, 路威, 朱晓颖[△]

(海军军医大学第三附属医院麻醉科手术室, 上海 200438)

[摘要] 目的 了解“套餐包”模式对比传统模式在骨科手术体位垫(架)中的应用效果。方法 将 2020 年 1 月至 2021 年 12 月该院骨科收治的 248 例应用体位垫(架)手术患者按手术时间顺序分为对照组和观察组, 每组 124 例。对照组采用传统模式管理体位垫(架), 观察组采用“套餐包”模式管理体位垫(架)。观察比较 2 组患者体位垫(架)一次性准备正确率、护士取用时间及折返次数、归位正确率及医务人员满意度情况。结果 “套餐包”模式较传统模式能更好地提高一次性准备正确率、减少护士取用时间及折返次数、提高归位正确率及医务人员满意度, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 “套餐包”模式更适合骨科体位垫(架)的管理, 可推广应用于手术室其他专科体位垫(架)管理中, 进而提高工作效率。

[关键词] 医院骨科; 体位垫管理; 套餐; 应用效果

DOI: 10.3969/j.issn.1009-5519.2023.15.026

中图分类号: R473.6; R612

文章编号: 1009-5519(2023)15-2656-04

文献标识码: B

近年来,随着人口老龄化的发展,骨科疾病的发病率也越来越高。手术是治疗骨科疾病的重要手段,能有效减轻患者痛苦,彻底治疗骨科疾病,提高患者生活质量^[1]。由于骨科疾病发病部位不同,术中手术部位也大不相同。为更好地暴露手术野,会有多种手术体位。而手术体位垫(架)是术中保持肢体功能位置、防止骨突位置受压、避免因手术体位摆放不到位所致神经损伤或压疮发生的必备用品^[2-6]。骨科手术开始时常发生体位垫(架)准备不充分,包括一次性准备正确率不高,准备时间过长,甚至发生体位垫(架)丢失的现象,最终导致术前准备时间长、麻醉前患者护理时间缩短、护士和医生满意度下降等问题。为此需要改进传统管理模式,寻找更有效的方法解决体位垫(架)管理问题。本院在骨科手术间试行“套餐包”模式管理体位垫(架),取得了良好的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 资料

1.1.1 一般资料 将 2020 年 1 月至 2021 年 12 月本院骨科收治的 248 例应用体位垫(架)手术患者按手术时间顺序分为对照组和观察组, 每组 124 例。对照组患者中男 59 例, 女 65 例; 年龄 23~68 岁, 平均(49.4±9.3)岁; 肩关节镜手术 48 例, 髋关节镜手术 7 例, 髋关节置换 46 例, 腰椎手术 20 例, 锁骨骨折手术 3 例。观察组患者中男 64 例, 女 60 例; 年龄 22~70 岁, 平均(50.9±8.5)岁; 肩关节镜手术 45 例, 髋关节镜手术 6 例, 髋关节置换 43 例, 腰椎手术 26 例, 锁骨骨折手术 4 例。2 组患者性别、年龄、手术部位等一

般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

1.1.2 医护人员纳入标准 (1)自愿参与本研究; (2)配合完成数据收集。

1.1.3 医护人员排除标准 (1)轮转、进修者; (2)中途退出者。

1.2 方法

1.2.1 管理方法

1.2.1.1 对照组 采用传统管理模式。将骨科各种体位架(垫)按类别放置在体位间的货架上。使用文字标签标识体位垫(架)的种类名称, 当手术需要使用时巡回护士自行前往选择、搭配、组合, 使用后用 1 000 mg/L 有效氯擦拭消毒干燥后再统一归还至原来位置。体位垫(架)管理制度及相关资料整理打印成册, 存放于交班室供护士查阅学习。

1.2.1.2 观察组 采用“套餐包”管理模式。与骨科组长讨论后根据不同部位手术体位提前做好组合, 放入不同“套餐包”, 并设立详单。统计骨科不同手术量出现的频次, 以此为依据分别设立“肩关节镜套餐包”“髋关节套餐包”“俯卧位套餐包”“沙滩椅位套餐包”4 种常用体位包。体位间门口张贴货架平面位置图, 包括每层货架“套餐包”名称, 所在货架号码及实物图。货架编号后悬挂套餐卡, 包含“套餐包”体位垫(架)总数量及实物示意图。另外, 同一“套餐包”用物采用同色编号打印于防水材料上并粘贴于体位垫(架), “肩关节镜套餐包”“髋关节套餐包”“俯卧位套餐包”“沙滩椅位套餐包”分别采用红、黄、绿、黑色编号。黑色 6-1 表示该用物为“沙滩椅套餐包”内第 1 样。若需要此“套餐包”, 按同颜色拿取剩下 5 样即可。使用后用

[△] 通信作者, E-mail: lumao83@126.com.

1 000 mg/L 有效氯擦拭消毒干燥后再统一归还至原来位置。专科组长做好培训,确保人人知晓。

1.2.2 评价指标

1.2.2.1 体位垫(架)一次性准备正确率 即一次性准备体位垫(架)正确手术例数/所有需要体位垫的手术例数 $\times 100\%$ 。

1.2.2.2 护士取用时间及折返次数 巡回护士从进入体位间到携带一套完整体位物品离开体位间所需时间为取用时间;从拿到通知单开始准备手术至手术消毒开始的时间段内由于摆放体位引起的折返体位间次数为折返次数。

1.2.2.3 归位正确率 每台手术的全部体位用物使用后归位摆放正确,无丢失为体位用物归位正确。归位正确率=体位用物归位正确的手术台次/总手术台次 $\times 100\%$ 。每周由专科组长负责检查、督促所有“套餐包”运行情况。

1.2.2.4 医务人员满意度 手术结束后向参与手术医务人员发放骨科体位垫(架)使用满意度调查表,调查内容包括“套餐包”使用合理性、体位垫(架)功能完好性、取用便携性及术中体位的稳定性。采用 Likert 5 级评分,1~5 分分别表示非常不满意、不满意、一般满意、满意和非常满意,满分为 20 分。均由具备 1 年以上专科经验的手术室护士担任巡回工作,均已完成骨科操作基础培训。数据收集统计由 2 名专科组长进行,确保结果的准确性。

1.3 统计学处理 应用 SPSS22.0 统计软件进行数据分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以率或构成比表示,组间比较采用 χ^2 检

验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者体位垫(架)一次性准备正确率比较 观察组患者体位垫(架)一次性准备正确率[98.4%(122/124)]明显高于对照组[79.0%(98/124)],差异有统计学意义($\chi^2 = 23.19, P < 0.001$)。

2.2 2 组患者体位垫(架)取用时间及折返次数比较 观察组患者体位垫(架)取用时间及折返次数均明显少于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

2.3 2 组患者体位垫(架)术后归位正确率比较 观察组患者体位垫(架)术后归位正确率[100.0%(124/124)]明显高于对照组[87.1%(108/124)],差异有统计学意义($\chi^2 = 17.10, P < 0.001$)。

2.4 2 组医务人员体位垫(架)使用满意度得分比较 观察组医务人员使用合理性、功能完好性、取用便携性、总体满意度均明显高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$);2 组医务人员术中体位稳定性满意度得分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 2。

表 1 2 组患者体位垫(架)取用时间及折返次数比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	取用时间(min)	折返次数(次)
对照组	124	5.66 \pm 1.05	2.60 \pm 1.41
观察组	124	4.66 \pm 1.09	0.51 \pm 0.40
<i>t</i>	—	9.10	16.37
<i>P</i>	—	<0.001	<0.001

注:—表示无此项。

表 2 2 组医务人员体位垫(架)使用满意度得分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	使用合理性	功能完好性	取用便携性	术中体位稳定性	总分
对照组	124	2.76 \pm 0.97	2.97 \pm 0.87	2.76 \pm 0.97	4.93 \pm 0.32	13.41 \pm 2.16
观察组	124	4.61 \pm 0.80	4.48 \pm 0.79	4.39 \pm 0.70	5.00 \pm 0.00	18.48 \pm 2.12
<i>t</i>	—	-18.03	-13.92	-15.96	-2.55	-19.99
<i>P</i>	—	<0.001	<0.001	<0.001	0.120	<0.001

注:—表示无此项。

3 讨论

手术室作为临床治疗最常用、最主要的场所,工作较为复杂与繁忙,部分患者因病情需要常使用体位垫(架),保证手术质量^[7]。有研究表明,体位垫(架)的使用存在配件丢失、各种体位垫交叉混淆、清洁消毒不彻底等现象,从而增加了手术室护士的工作量^[8]。针对此现象,及时寻找更有效、更规范的模式进行体位垫(架)管理至关重要。本研究将“套餐包”模式用于骨科体位架(垫)管理中取得了满意的效果。

3.1 提高了手术室护士工作效率 手术室护士工作

效率高会影响手术的周转,效率低下会引发诸多问题,手术室空间、人力资源和各种物资设备的浪费会加重医院的负担^[9]。本研究结果显示,新的“套餐包”管理模式较传统模式在一次性准备正确率中由 79.0%提高至 98.4%,取用时间由(5.66 \pm 1.05)min 减少至(4.66 \pm 1.09)min,大幅度缩短了准备时间,使巡回护士有充足的时间陪伴患者,保障患者安全。同时,折返次数的减少,即出入次数的减少也符合医院内感染控制的规定^[10-12]。老年人作为骨科患者的重要组成部分,其手术相关信息缺乏、术前焦虑导致需

要更多的麻醉前心理护理。充分利用术前准备时间,做好患者陪伴,提高手术室护理质量。另外,减少不必要的工作量,充分提高了护士的工作效率,保证了手术间的高效运营,缩短了手术时间,体现了医院整体的运行效率和质量^[13-14]。

3.2 营造了整洁的手术室环境 整洁的环境、有序的流程是高效工作的开端,护理工作环境是直接或间接影响护理系统各种要素的总和,包括围绕护理工作的周围事项、人和物等^[15]。本研究结果显示,传统模式管理的归位正确率仅为 87.1%,“套餐包”模式归位正确率为 100.0%,专科成套定点放置明显提高了归位正确率,在方便再次取用的同时营造了良好的手术室环境。传统模式下有些体位垫(架)配件使用过后未能正确、及时归位,遗留在手术间内。加之手术间内护士的流动性,易造成使用时配件遗失等情况,影响后续使用,从而影响手术室工作的开展。

3.3 提高了医务人员满意度 手术作为一项医护配合进行的集体劳动,只有双方密切合作才能提高工作效率和工作质量,从而保障手术的顺利进行^[16]。医务人员作为体位垫(架)的直接使用者,其满意度显得至关重要。由表 2 可见,2 组医务人员使用合理性、功能完好性、取用便携性、总体满意度比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$);术中体位稳定性满意度比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。“套餐包”模式采用套餐一体分类管理体位垫(架),取用方便。对年资较低、骨科手术了解较少的护士而言,取用体位垫(架)时只需要对照“套餐包”内清单清点体位垫、确认取走即可,不需要护士再凭经验、回忆准备体位垫的过程,同时,也降低了取错、取漏的概率^[17]。使用后归参照平面位置示意图放置,避免了缺少部件及放错位置而造成再次使用时影响手术。保证了骨科手术常用体位用物的功能完好性,提升了医务人员总体满意度,促进了医务人员合作的协调性。

3.4 提升了护理工作质量 传统体位垫(架)管理每周由专人负责整理、归位、登记,劳动量极大、耗时,加之常发生体位垫(架)使用后不归还、错误放置,甚至出现丢失等现象。而丢失后影响手术开展,浪费医疗资源。新的“套餐包”模式要求每班护士参与到管理中,班班对照清单拿取与归还,保证体位垫(架)完整性与准确性,降低了因体位垫(架)因素造成不良事件发生率。所有护士参与管理中,人人作为第一责任人,增强了工作责任心,加强了团队合作意识,进一步提升了护理工作质量。

综上所述,手术间集中了大量的医疗资源,是医院的主要经济收益之一,提高手术间的利用率对改善患者生活质量和增加医院经济效益均具有重要意义^[18]。而手术室体位垫(架)的管理一直是手术室物

资管理的难点^[19]。目前,“套餐包”广泛用于手术室低值耗材管理中,并取得了较好的成效^[20]。本研究采用“套餐包”模式规范了骨科体位垫(架)的使用、前期及后期的管理,不仅实现了体位垫(架)的标准化、规范化管理,而且提高了护士工作效率,营造了整洁的手术室环境,提高了医务人员工作满意度,进一步提升了护理工作质量。此种模式适用于骨科体位垫(架)的管理,下一步可推广用于其他专科手术。

参考文献

- [1] 吴秀琴. 骨科手术体位护理研究[J/CD]. 世界最新医学信息文摘(电子版), 2018(73):259.
- [2] 王丹,林宗梅. 品管圈活动在手术室体位垫摆放中的应用[J]. 当代护士, 2015(4):181-182.
- [3] 葛红艳,朱伟栋. 可控式体位垫的研制及应用[J]. 护理研究, 2015,29(10):1280.
- [4] 孙红华,马莹. 手术室信息系统促进术前物品准备的持续改进[J]. 中国基层医药, 2013,20(1):156-157.
- [5] 林阳玲,郑琼,王晓础,等. 精细化管理在大型综合性医院手术室体位用物管理中的应用[J]. 中国乡村医药, 2019,26(18):79-80.
- [6] 王曾妍,高兴莲,梅竹. 基于物联网平台建立的手术室医务人员行为管理系统的应用及成效分析[J]. 护士进修杂志, 2019,34(15):1379-1381.
- [7] 刘霞,王亚丽,端木玉明,等. 精细化管理在手术室体位垫应用中的效果评价[J]. 护士进修杂志, 2014,29(6):492-493.
- [8] 李福宣,余碧玉,曹敏. 自制手术体位垫在侧卧位中的应用[J]. 护士进修杂志, 2015,30(5):403.
- [9] 刘辉,马玲玲,关梅. 优化人力资源管理提高手术室运行效率[J]. 护理实践与研究, 2016,13(2):125-127.
- [10] 何晓云. 持续质量改进模式在手术室标本管理中的应用效果[J]. 当代医药论丛, 2019,17(16):260-261.
- [11] 武凡. 持续质量改进在手术室护士用药安全管理中应用的效果评价[J]. 药品评价, 2019,16(16):10-11.
- [12] 黄其静,陆美艳,杨艳萍. 持续质量改进在手术室单侧全髋关节置换术护理中的应用[J]. 护理实践与研究, 2019,16(17):126-128.
- [13] 张可. 时间管理在手术室工作中的应用[J]. 护理实践与研究, 2013,10(8):85-86.
- [14] 严利君. 改进流程管理对提高手术室工作效率的作用[J]. 中医药管理杂志, 2018,26(7):174-176.

- [15] 陈雨朦,方进博. 护理工作环境相关研究进展[J]. 中国护理管理, 2014, 14(10): 1112-1115.
- [16] 王倩,马捷,严亚玲,等. PDCA 循环管理法提高医生对手术室护士的合作满意度[J]. 解放军护理杂志, 2017, 34(13): 69-73.
- [17] 杨春,卢雯静,傅娴,等. “体位垫套餐包”管理模式在手术室的应用和效果评价[J]. 医药前沿, 2019, 9(8): 173-175.
- [18] 马慧. 优化护理管理提高手术间利用率[J/CD]. 世界最新医学信息文摘(电子版), 2018(96):

181.

- [19] 俞菲,郑璋卉,佟洪双. 改良目视化管理结合微信公众号平台在手术室体位架(垫)管理中的应用[J]. 护理实践与研究, 2020, 17(14): 116-118.
- [20] 黄华平,赵文君,陶丹,等. 术式套包模式在手术室低值医用耗材管理中的应用[J]. 现代医药卫生, 2022, 38(21): 3766-3768.

(收稿日期:2022-12-18 修回日期:2023-03-08)

• 护理研究 •

集束化护理对肠造口患者病耻感的影响*

王秀玲,杨海平[△],陈德凤

(广西壮族自治区人民医院胃肠肛肠外科,广西南宁 530021)

【摘要】目的 探讨集束化护理对肠造口患者病耻感的影响。**方法** 选取 2019 年 12 月至 2021 年 12 月该院胃肠肛肠外科收治的行肠造口术患者 90 例,采用随机数字表法分为干预组和对照组,每组 45 例。对照组使用常规护理,干预组采用集束化护理干预。干预前后使用社会影响量表(SIS)评价 2 组患者护理效果。**结果** 对照组患者干预后 SIS 总分及 4 个维度得分均较干预前降低,但差异均无统计学意义($P > 0.05$)。干预组患者干预后 SIS 总分及 4 个维度得分均较干预前明显降低,且均明显低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 实施集束化护理能帮助肠造口患者 SIS 分数得到控制,SIS 分数越小患者病耻感情况越小,该护理模式对减少肠造口患者病耻感具有明显意义。

【关键词】 集束化护理; 肠造口; 病耻感

DOI:10.3969/j.issn.1009-5519.2023.15.027

文章编号:1009-5519(2023)15-2659-04

中图法分类号:R473.6

文献标识码:B

肠造口是外科医师在医治一些特定的肠道疾病,尤其是直肠癌患者时在腹壁上所开设的开口。我国肠造口患者数量已经达到了 100 万例,并以每年 10 万例的速度上升^[1]。肠造口造成患者排便方式改变、自我形象紊乱、大便气味产生等造成内心自卑、耻辱的体验即病耻感,其作为一种负性经历对患者的身心健康均会产生不利影响,包括抑郁、自尊下降、身体意象不满、社会功能下降等,导致患者社会心理适应不良,进而影响自身生活质量^[2-3]。因此,采取相关干预措施降低患者病耻感,帮助肠造口患者尽快适应术后生活,改变来自生理、心理、社会改变产生的各种不良反应,从而提高患者生活质量已迫在眉睫。集束化护理是一种全新的新型护理理念,是将分散开来的循证支持的护理有机地整合形成完善的体系,可确保患者能获得有效干预的结构化护理手段^[4-5]。由此,本研究对肠造口患者使用集束化护理方式进行干预,并使

用社会影响量表(SIS)对其进行评价,探究了集束化护理在肠造口术后患者护理中的效果,旨在为减少肠造口患者的病耻感提供参考依据。

1 资料与方法**1.1 资料**

1.1.1 研究对象 选取 2019 年 12 月至 2021 年 12 月本院胃肠肛肠外科收治的行肠造口手术患者 90 例作为研究对象,采用随机数字表法分为干预组和对照组,每组 45 例。本研究通过医院伦理委员会审批。

1.1.2 纳入标准 (1)年龄大于或等于 18 周岁;(2) SIS 得分大于或等于 48 分;(3)自愿接受出院后延续护理;(4)自愿参加本研究,并签署知情同意书。

1.1.3 排除标准 (1)精神异常,无判断能力、接受能力、认知能力及语言交流障碍者;(2)长期卧床或伴严重心、肾、肝、肺、血液系统等疾病患者。

1.2 方法

* 基金项目:广西壮族自治区卫生健康委员会自筹课题基金项目(Z20200989)。

[△] 通信作者,E-mail:260403064@qq.com。