

基于患者角色体验的体位管理在手术侧卧位情景模拟中的应用效果

周燕 凌艳

正确的手术体位安置是保证手术顺利开展的重要环节,也是手术室护士的必备技能。有研究指出普外科实习生在申请住院医师考核时,有过初次体位培训可提高成功匹配的可能性^[1]。传统的体位培训是资深护士通过“传帮带”或自身观摩同行前辈的方式,但容易忽视患者肢体生理功能位及舒适度^[2]。患者角色体验是指医护人员通过亲身体会不同角色患者的实际感受,从患者角度思考问题,同时提高其工作中的慎独意识^[3];基于患者角色体验的体位管理,可有效地总结、讨论,有助于在实践中学习新知,更好地培养护士的主观能动性 & 业务能力^[4]。本研究探讨基于患者角色体验的体位管理在手术侧卧位情景模拟中的应用及效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机纳入湖州市中心医院手术室护理人员共30名为研究对象,均为女性,平均年龄(32.52±3.71)岁,工龄1~14年,主管护师5名、护师及护士25名;大专学历10名、本科学历20名。所有研究对象均签署知情同意书,并自愿参与本研究。

1.2 方法 首先在各专科间进行问卷调查,了解手术室护士在本专科中安置侧卧位存在的问题,将护士们知识与操作技能欠缺的薄弱点作为培训重点。最终将胸外科、泌尿外科、神经外科三个专科侧卧位安置作为本次侧卧位情景模拟演练的内容,根据中华护理学会手术室专业委员会编制的2021版手术室临床实践操作指南要求,制定出三个专科侧卧位安置的培训要点。

在循证资料的指导下,采取基于患者角色体验

的体位管理对手术室护士进行情景模拟演练培训,时间为2周,训练的体位包括三种,分别为胸外科侧卧位、泌尿外科侧卧位、神经外科侧俯卧位。由护士长牵头培训组,根据培训计划随机挑选30位手术室护理人员进行情景模拟演练,全程录制培训视频。在三种体位演示、练习的过程中,培训组及时发现并提出存在的问题,加以纠正;培训结束后,进行集中点评和总结,持续改进,不断优化手术侧卧位安置流程。

1.3 观察指标 培训前后对护士进行考核。对照手术体位安置评分表,观察项目包括体位用物的选择、术野皮肤的暴露及保暖、呼吸循环及血管神经不受压、患者隐私的保护及防压疮、肢体处于功能位,对三种常用的不同专科侧卧位安置进行实景考核,总分100分,单项20分,得分越高表示护士手术体位安置质量越高。

1.4 统计学方法 采用SPSS 22.0统计学软件对数据进行分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用t检验。设 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 护士培训前后胸外科侧卧位手术体位安置评分比较见表1

表1 胸外科侧卧位培训前后手术体位安置评分比较/分

观察项目	培训前	培训后
体位用物选择	14.93±1.57	15.03±1.65
术野皮肤暴露及保暖	15.50±1.01	16.53±3.15
呼吸循环、血管神经不受压	15.80±1.40	17.23±1.48*
隐私保护、防压疮措施	15.13±1.36	15.27±1.20
肢体处于功能位	15.50±1.11	15.60±1.16
总分	76.87±2.97	79.67±4.20*

注: * :与培训前比较, $P < 0.05$ 。

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2023.010.030

作者单位: 313000 浙江湖州, 湖州市中心医院麻醉手术科

由表1可见,护士培训前后胸外科侧卧位手术体位安置评分中的呼吸循环、血管神经不受压及总分比较,差异均有统计学意义(t 分别=3.85、2.98, P 均 <0.05),其他培训前后体位用物选择、术野皮肤暴露及保暖、隐私保护、防压疮措施、肢体处于功能位评分比较,差异均无统计学意义(t 分别=0.24、1.71、0.40、0.34, P 均 >0.05)。

2.2 护士培训前后对泌尿外科侧卧位手术体位安置评分比较见表2

表2 泌尿外科侧卧位培训前后手术体位安置评分比较/分

观察项目	培训前	培训后
体位用物选择	15.63±1.35	15.87±1.41
术野皮肤暴露及保暖	15.67±0.99	17.03±1.19*
呼吸循环、血管神经不受压	15.00±1.44	15.07±1.51
隐私保护、防压疮措施	15.83±1.46	16.00±1.55
肢体处于功能位	15.43±1.38	17.03±1.43*
总分	77.57±2.75	81.00±3.10*

注:*,与培训前比较, $P<0.05$ 。

由表2可见,护士培训前后对泌尿外科侧卧位手术体位安置评分中的术野皮肤暴露及保暖、肢体处于功能位及总分比较,差异均有统计学意义(t 分别=4.83、4.41、4.54, P 均 <0.05),其他培训前后体位用物选择、呼吸循环、血管神经不受压及隐私保护、防压疮措施评分比较,差异均无统计学意义(t 分别=0.65、0.17、0.42, P 均 >0.05)。

2.3 护士对神经外科侧卧位培训前后手术体位安置评分比较见表3

表3 神经外科侧卧位培训前后手术体位安置评分比较/分

观察项目	培训前	培训后
体位用物选择	15.83±2.32	17.03±1.40*
术野皮肤暴露及保暖	15.50±1.11	15.73±1.11
呼吸循环、血管神经不受压	15.70±1.26	15.83±1.44
隐私保护、防压疮措施	15.17±2.44	16.23±1.25*
肢体处于功能位	15.23±1.50	15.33±1.52
总分	77.43±5.39	80.17±4.50*

注:*,与培训前比较, $P<0.05$ 。

由表3可见,护士对神经外科侧卧位培训前后手术体位安置评分中的体位用物选择,隐私保护、防压疮措施及总分比较,差异均有统计学意义(t 分别=2.42、2.13、2.13, P 均 <0.05),其他培训前后术野皮肤暴露及保暖、呼吸循环、血管神经不受压及

肢体处于功能位评分比较,差异均无统计学意义(t 分别=0.81、0.38、0.25, P 均 >0.05)。

3 讨论

手术室作为医院特殊的治疗场所,能够为手术室护理人员提供较好的情景模拟环境。护士在参与演练过程中,分析患者需求与实际护理工作的差异性,总结体位护理中存在的缺陷,持续改进,不断寻求患者舒适且损伤最小的生理功能体位,以提高就医的舒适度^[5]。本研究基于患者角色体验的体位管理情景模拟演练后,胸外科、泌尿外科、神经外科手术安置侧卧位,比较培训前后手术室护士在体位用物的选择、术野皮肤的暴露及保暖、呼吸循环、血管神经不受压、隐私的保护及防压疮措施、肢体处于功能位五项手术体位安置总体评分差异。但考虑到实际临床上手术体位摆放与情景演练仍然存在一定的差异,因此,手术室护士必须在情景演练培训中不断提高解决临床问题的能力,并灵活运用演练所获取的知识,在实际体位安置工作中达到最优状态,以确保围术期患者的安全性^[6-8]。

通过情景模拟演练,护士可相互交流、相互监督、齐心协力,保证护理操作的准确性,以提高团队的凝聚力^[9]。在演练过程中,手术室护士的操作更加规范,更注重细节,如安置体位时,需要加强患者末梢循环的观察,对约束带的位置、空间予以控制;患者术中输液的手置于搁手架上,要抬高一定的角度,以促进血液回流。护士扮演着众多的角色,在临床工作中,使自己得到尊重和认可,实现自我价值^[10]。因此,情景模拟可充分发挥每个人的自身优势,从而进一步增强团队协作能力^[11]。

基于患者角色体验的体位管理,手术室护士将自身的情感与其经历联系起来,进行换位思考,使护士和患者产生共鸣^[12]。有学者提出教学培训的新标准,护理过程中真实体验感,即针对不同的患者、不同的培训人员须因材施教^[13]。本研究结果显示基于患者角色体验的体位管理在胸外科侧卧位安置模拟培训时,呼吸循环、血管神经不受压这项观察指标上,有统计学差异。胸外科安置的体位是标准的90°侧卧位,护士通过体验可真正感受脊椎是否在一条水平线上,生理弯曲是否变形,肢体关节是否过度屈曲、上举等。基于加速康复外科理念下,在胸腔镜手术麻醉恢复期,给予患者一定的体位管理干预可明显提高患者的舒适度^[14]。本研究数据显示,泌尿外科侧卧位模拟训练后,术野皮肤的暴露

及保暖、肢体处于功能位的安置评分明显提高(P 均 <0.05),这可能是由于泌尿外科手术大量液体的冲洗,护士结合手术暴露要求和人体工学原理,把传统单纯升高腰桥方式调整为腰部垫软枕,折叠手术床,这样既能外展腰部充分显露手术区域,又能分散腰部压力,使患者处于舒适状态;同时,双下肢成“跑步”体位,更符合生理曲度^[15]。本研究在神经外科侧卧位安置模拟培训后,其中体位用物的选择、隐私保护及防压疮措施评分明显提高(P 均 <0.05)。由于神经外科手术操作区域狭窄,难度较高,术中无法轻易改变患者体位,对其卧姿及头颈部位置、角度要求高,但关于侧卧位的安置各专科教材未见详细的阐述,临床上多以经验积累为主,缺乏规范化操作标准,使实际临床工作难度增加,导致该手术患者成为院内压疮的高危人群^[16,17]。当护士角色转变成患者角色后,所获取真实体验,使自身更加与患者产生共鸣,并从患者的角度发现不足,不断持续改进,以提供更优质的护理。

本研究中各个专科小组反复练习三种常用的侧卧位安置过程,通过反复观看录制的培训视频,明显提高手术室护士手术体位安置总体评分。该培训模式形同于工作坊教学,互动性强,具有实战性,能显著提升护士技能水平,并有效帮助完成理论和临床实践的转化、运用和整合^[6],适用于侧卧位安置技能培训,并可在手术室其他内容培训工作中进一步实践与探索^[18]。手术室护理人员在患者角色体验培训中,通过观察和学习,不断实践,有助于提高自身的综合护理能力。

参考文献

- Ritter KA, Anand RJ, Beard K, et al. Impact of surgery program characteristics on fate of non-designated preliminary surgery interns[J]. *J Surg Educ*, 2020, 77(6): e11-e19.
- 沈碧玉, 何燕, 马灵驭. 患者角色体验在手术体位摆放情景模拟演练培训中的应用[J]. *解放军护理杂志*, 2016, 33(2): 57-59.
- Guner SI, Korkmaz FD. Investigation of the effects of chest physiotherapy in different positions on the heart and the respiratory system after coronary artery bypass surgery[J]. *Toxicol Ind Health*, 2015, 31(7): 630-637.
- 徐海英, 马黎红, 贺艳, 等. 优化型截石位在腹腔镜子宫肌瘤手术中的应用研究[J]. *护士进修杂志*, 2018, 33(10): 947-949.
- 段红霞, 王秀梅, 杨荣卓, 等. 改良式肩部约束带在妇科腹腔镜手术头低足高位摆放中的应用[J]. *护理研究*, 2018, 32(14): 2300-2301.
- 陈兰焕, 梁艳东, 叶俊辉. 工作坊模式应用于腰椎俯卧位手术摆放能降低术中压疮的发生率[J]. *中医临床研究*, 2017, 9(11): 139-140.
- Doyle K, Hungerford C, Cruickshank M. Reviewing Tribunal cases and nurse behaviour: Putting empathy back into nurse education with Bloom's taxonomy[J]. *Nurse Educ Today*, 2014, 34(7): 1069-1073.
- 周玲花. 自制体位垫在全膝关节置换术中应用的效果评价[J]. *护理与康复*, 2017, 16(10): 1119-1120.
- 洪少妮. 体位摆放在手术中的重要性[J]. *中西医结合心血管病电子杂志*, 2018, 6(7): 11, 13.
- 朱颖, 张岚. 护士工作满意度和角色冲突的相关性[J]. *解放军护理杂志*, 2014, 31(17): 22-25.
- 李小莉, 廖婷, 余良胜. 患者角色体验在手术体位摆放情景模拟中的应用[J]. *中国继续医学教育*, 2020, 12(16): 3-5.
- Comer SK. Patient care simulations: Role playing to enhance clinical understanding[J]. *Nurs Educ Perspect*, 2005, 26(6): 357-361.
- Hanna DR. Proposing standards for teaching authentic nursing knowledge[J]. *ANS Adv Nurs Sci*, 2020, 43(1): 42-49.
- 周燕, 胡玉琴, 陈娟丽, 等. 体位干预在老年胸腔镜术后全麻气管导管拔除后复苏的影响[J]. *护士进修杂志*, 2018, 33(13): 1230-1232.
- 吴莉娜, 李洪亮, 李娜, 等. 人体工学理念在泌尿外科手术体位中的应用体会[J]. *当代护士(下旬刊)*, 2016, 23(8): 119-120.
- 李梅, 黎湘燕, 陈红. 专科体位安置标准化流程的制订及培训[J]. *中华护理教育*, 2018, 15(12): 885-889.
- Moore ZE, Webster J, Samuriwo R. Wound-care teams for preventing and treating pressure ulcers[J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2015(9): CD011011.
- 胡娟娟, 高兴莲, 赵晶, 等. 工作坊教学模式在手术室新护士侧卧位安置培训中的应用[J]. *护理学报*, 2020, 27(1): 9-11.

(收稿日期 2022-08-25)

(本文编辑 葛芳君)