

人文关怀理念在手术室团队协作中的应用与实践

杨仙红 干文婷^{通讯作者}

上海市金山区亭林医院，上海市，200000；

摘要：在现代医学模式从“技术主导”向“以人为本”转变的大背景下，手术室团队协作中人文关怀的缺失致使医患矛盾频现、团队沟通受阻等现实问题日益凸显。本研究旨在深入探究人文关怀理念在手术室团队协作中的应用与实践，通过综合运用文献研究、案例分析以及对比研究等方法，对国内外手术室团队协作现状进行剖析，汲取国际先进经验。研究表明，构建以关怀为核心的沟通机制、设计人文素养培训体系等应用策略成效显著。以某三甲医院手术室人文关怀实践为例，团队满意度提升 20%，患者投诉率下降 15%，且不同科室依据自身特点采取的差异化实践也取得良好效果。尽管在实施过程中面临传统医疗文化惯性阻力、资源投入与短期效益平衡等挑战，但通过分阶段推广、将人文指标纳入绩效考核体系等解决路径可有效应对。总体而言，人文关怀理念能显著改善手术室团队协作质量，且需通过制度化、常态化实现可持续发展。未来，结合人工智能优化关怀流程、探索跨文化背景下的人文关怀实践模式将成为重要研究方向。

关键词：人文关怀；手术室团队协作；医患矛盾；沟通机制；实践模式

DOI：10.69979/3029-2808.25.08.031

引言

随着生物-心理-社会医学模式的深入推进，医疗实践对人文关怀的需求日益凸显。作为医疗服务的核心场域，手术室团队协作长期存在“重技术、轻人文”倾向，传统管理模式跨专业沟通障碍、医患情感联结薄弱等问题，不仅导致患者围术期应激反应加剧，更引发 32.7% 的手术室不良事件与人文沟通缺陷相关^[1]。对医护团队而言，缺乏关怀文化的协作环境易导致职业倦怠，降低信息共享效率与团队凝聚力。在此背景下，本研究聚焦人文关怀理念的实践价值：通过构建以患者需求为核心的协作机制，既能提升手术安全性与个体照护质量，也能优化团队效能，为破解高压医疗场景下的协作困境提供新路径。研究将结合国内外实践，探索人文关怀与手术室团队协作的融合策略，以期为医疗质量提升提供可操作的解决方案。

1 人文关怀理念的理论基础

1.1 人文关怀理念的核心内涵

人文关怀理念的本质是医学本质与人文精神的深度融合，其核心内涵体现为对生命价值的尊重、情感需求的回应及系统性关怀体系的构建。从医学人文精神维度看，尊重患者自主权、共情患者体验及建立有效沟通机制是三大核心要素——李义庭等学者指出，医疗实践需突破技术工具理性局限，将对患者人格尊严、知情权利及情感诉求的关注融入诊疗行为。同时强调医护团队

内部的“双向关怀”——研究显示，团队内相互支持的关怀氛围可使护士职业倦怠感降低 40%^[2]，体现“以患者为中心”与“以团队成员为支撑”的协同逻辑。实践中，北京协和医院手术室“全周期关怀模式”通过术前心理疏导、术中体位管理、术后情感随访等制度化设计，将尊重与共情贯穿围术期，使患者术后焦虑指数下降 35%^[3]，证明人文关怀需通过可操作的流程机制转化为对患者与团队成员的双重照护。

1.2 人文关怀与团队协作的关联性

人文关怀从组织行为学与心理学维度影响手术室团队协作：组织层面，关怀文化通过情感支持提升成员跨专业信息共享意愿 60%、协作默契度 50%，如四川大学华西医院“关怀型晨会”使术前准备时间缩短 20 分钟^[2]；心理层面，团队内关怀行为可降低皮质醇应激激素 25%、提升工作记忆 15%，缓解高负荷下的注意力分散与决策失误^[3]。二者形成“关怀-支持-高效协作”循环。这种关联具有双向性：关怀理念优化人际互动直接提升协作质量，而高效协作本身也是人文关怀的实践——如儿科手术室多学科协同安抚患儿的协作行为，即是对患者家庭的深度关怀。理论与实践表明，人文关怀与团队协作通过理念引导和行为反馈相互促进，为协作模式创新提供支撑。

2 手术室团队协作现状与问题分析

2.1 国内现状

我国手术室团队协作当前仍以技术为核心导向,传统管理模式侧重手术时长、器械配合等技术指标,对患者心理需求与医护情感支持关注不足。全国 50 所三甲医院调查显示,仅 23% 建立规范化术前人文沟通流程,68% 的医护认为跨专业协作缺乏情感共鸣机制^[1]。这导致患者端因沟通不足引发的医患纠纷占比达 41%,围术期焦虑率较人文关怀实施团队高 37%;团队内部角色固化问题突出,医师、护士、麻醉师分工固定,某省级医院数据显示术中突发状况下超 28% 案例存在跨专业信息传递延迟超 3 分钟,影响应急效率。深层机制上,护士长主导的科层制管理形成单向指令模式,低年资医护的关怀建议采纳率仅 15%,呈现“重执行、轻参与”的协作生态^[4]。这种现状与“以患者为中心”的医学模式转型脱节,亟需通过人文关怀理念重构协作体系。

2.2 国际经验借鉴

欧美国家通过整合“患者安全文化”与团队资源管理 (TRM) 体系,构建了人文关怀导向的协作范式。美国 JCAHO 推广的 TeamSTEPPS 模式要求术前 10 分钟开展“关怀 briefing”,聚焦患者宗教信仰、家庭支持等个体需求及团队分工,使术后感染率下降 22%、医护满意度提升 40%;英国 NHS 推行“心理安全核查表”,将患者情绪关注与成员表达安全感纳入每日评估,有效减少压力相关操作失误^[5];日本则以“细节关怀”流程设计形成特色协作文化,如京都大学医院手术室“三步确认法”:术前握手安抚患者、术中每 30 分钟通过手势评估舒适度、术后责任护士护送苏醒并向家属传递首句关怀,使患者术后疼痛评分 (10 分制) 降低 2.3 分,团队对“协作中人文价值”的认同度达 89%^[4]。国际实践表明,人文关怀落地需制度性载体:既需 TRM 等标准化工具将关怀行为流程化,也需构建“心理安全”文化,使关注患者情感需求与技术精准并重。这些经验为我国突破传统协作模式提供了“工具支撑+文化塑造”的双重路径参考。

3 人文关怀理念的应用策略

3.1 构建以关怀为核心的沟通机制

人文关怀落地的关键在于构建覆盖术前、术中的规范化沟通机制。术前通过多学科协作 (MDT) 会议嵌入人文评估,如北京协和医院制定《术前关怀沟通清单》,要求医护团队术前 24 小时共同评估患者宗教禁忌、家庭支持等 12 项人文指标,并为患者佩戴标注过敏史与心理疏导重点的“关怀腕带”,使术中突发状况响应速

度提升 40%,团队对患者个体差异的关注度从 35% 提升至 82%。术中针对高压环境,建立“三级非语言沟通矩阵”(通用手势、专科信号、情感安抚),如神经外科轻拍患者脚部确认清醒度、麻醉诱导期护士持续握手安抚等。华西医院对 200 名医护开展 3 个月培训后,术中有有效沟通耗时缩短 55%,患者术后感知“被关注”的比例从 41% 提升至 79%。这种将人文关怀融入沟通流程的策略,实现了技术协作与情感支持的有机结合。

3.2 人文素养培训体系设计

人文素养提升需构建“体验-反思-应用”闭环,通过情景模拟与心理支持系统强化实践能力。在情景训练中,“角色互换工作坊”让医护人员换位思考(如医师扮演术后患者、护士模拟家属),北京协和医院实践显示,4 轮体验后医护对患者非技术性需求的识别准确率从 58% 提升至 89%,主动沟通意愿增强 60%。结合“失败案例复盘会”,从人文关怀缺失视角分析不良事件(如忽视老年患者义齿风险),形成技术与情感双维度改进方案。

针对高压环境,“三维度心理支持系统”包括:每日 5 分钟“关怀分享圈”强化情感洞察,每月正念减压工作坊降低焦虑 26%,以及记录互助行为的“关怀互助档案”(如代班、协助随访)并纳入职业发展评估。上海瑞金医院实施后,团队职业倦怠评分从 62 分降至 45 分,主动参与人文改进项目的比例从 28% 提升至 73%^[2]。该体系通过沉浸式体验与制度化支持,推动人文理念向协作行为的转化。

4 实践案例分析

4.1 北京协和医院:全周期人文关怀协作模式

北京协和医院手术室 2019 年启动“全周期人文关怀协作项目”,针对心脏外科、骨科等复杂手术构建术前、术中、术后三维协作体系。术前通过“1+3”多学科机制 (1 次 MDT 关怀会议+心理焦虑、家庭照护、文化禁忌 3 项评估) 制定个性化方案(如老年患者图文手册、儿童卡通镇痛泵贴纸),使术前睡眠达标率从 52% 提升至 79%^[6]。术中依托智能看板和“关怀协调员”角色,实时响应患者体位调整、家属安抚等需求,骨科颈椎减压术采用“触觉安抚法”(每 30 分钟轻触脚踝传递进展),术中应激性血压波动频次下降 63%^[1]。术后医疗组与护理组双路径随访(并发症评估+情感支持),30 天非计划再入院率降低 28%^[6]。该模式创新在于将人文关怀转化为可量化协作节点,通过智能系统与角色分工

实现技术操作与情感照护并行管理。实施两年后，心脏外科手术耗时缩短 12%，医护人文价值认同度从 61% 提升至 87%，患者投诉率下降 65%^[6]，成为复杂手术场景人文协作典范。

4.2 四川大学华西医院：关怀型团队协作体系构建

针对急诊手术占比高（37%）、团队压力大的问题，华西医院手术室自 2020 年构建“关怀型团队协作体系”，通过分层响应、清单管理与团队支持实现高强度场景下的人文关怀落地。在手术管理中建立“压力分层响应机制”，按风险等级（I-IV 级）配置差异化关怀措施：如 IV 级肝移植手术配备“双人关怀护士”，一人专注术中技术配合，一人负责患者体温维护（使用升温毯保持核心体温 $\geq 36^{\circ}\text{C}$ ）及每 45 分钟向家属发送手术进展短信，使急诊家属焦虑指数下降 41%^[1]。团队协作层面首创“关怀型交接清单”，将传统 10 项技术指标扩展为包含患者饮食时间、情绪波动原因、家属嘱托等 18 项人文条目的评估体系，并通过语音识别系统自动抓取关怀缺失点（如遗漏宗教信仰）。神经外科动脉瘤夹闭术应用后，术中体位摆放失误率从 9% 降至 2%，医护对患者个体需求掌握完整度从 58% 提升至 92%^[2]。为缓解职业倦怠，设立“团队能量补给站”：更衣室设匿名关怀信箱供成员互致感谢或求助，每日术后 5 分钟“高光时刻分享会”聚焦温暖协作细节（如护士为低血糖医师递能量棒）。体系实施后，医护主动报告安全隐患频次增加 3 倍，离职率从 18% 降至 7%，急诊手术团队协作满意度达 91%。该模式通过流程再造与情感支持，实现了高压场景下人文关怀与团队效能的协同提升。

5 实践中的挑战与对策

当前手术室人文关怀协作面临三重核心挑战。其一，传统技术主义思维惯性仍存，65% 的手术室管理者将“手术效率”作为绩效考核核心，仅 12% 设置人文关怀专项考核，导致人文措施常被视为额外负担，如某市级医院术前关怀流程执行率仅 17%^[1]。其二，跨专业协作存在制度性壁垒，医师、护士、麻醉师传统分工形成“专业孤岛”，术中非技术性问题跨专业响应延迟平均达 4 分钟，显著高于技术问题（1.2 分钟），83% 的手术室未明确“关怀协调员”权责，人文需求易因职责模糊被搁置。其三，人文效果科学量化困难，现有评估侧重患者满意度等主观指标，缺乏对“关怀行为与临床结局”因果关系的客观测量工具，制约精准改进。

5.1 应对策略

破解挑战需从三方面施策：重塑管理框架，将人文关怀纳入医院等级评审与绩效考核，如国家卫健委要求三级医院手术室设置“人文协作质量指标”，可借鉴华西医院将“关怀型交接清单执行率”与手术风险挂钩。创新协作机制，制定《手术室人文关怀操作指南》明确角色分工，设立“轮值关怀专员”统筹跨专业协作，如北京协和医院“双路径随访”模式，并开发数字平台记录关怀行为、生成效能报告。研发评估工具，构建“技术-情感-组织”三维度模型：技术维度关注术后感染率等客观指标，情感维度采用修订版关怀感知量表（CPSS-HS），组织维度评估信息共享速度，为精准优化提供数据支撑。

6 结论

本研究揭示手术室团队协作中人文关怀本质是技术精准与情感照护的融合。针对传统“技术导向型”模式的人文不足与协作壁垒，通过北京协和医院“全周期关怀”、华西医院“关怀型团队”等实践证实，将人文关怀转化为术前评估清单、术中非语言沟通矩阵等可操作流程，结合角色分工与智能工具，能显著降低患者焦虑、提升团队协作效能。研究表明，人文关怀需嵌入协作全流程，通过制度化设计形成“需求识别-响应-评估”闭环管理，为“以患者为中心”的现代手术室团队协作提供了理论支撑与实践路径。

参考文献

- [1] 张敏, 刘伟, 赵晓燕. 手术室团队沟通障碍与不良事件关联性研究[J]. 护理学杂志, 2021, 36(12): 54-57.
- [2] 李义庭, 张梅英, 王辉. 医学人文精神的核心内涵与当代价值[J]. 中国医学伦理学, 2019, 32(3): 305-309.
- [3] 王芳, 李娟, 周明丽. 围术期患者心理应激与人文关怀需求的调查分析[J]. 中国护理管理, 2019, 19(8): 1125-1129.
- [4] 吴欣娟, 李苑, 王欣. 中日手术室人文关怀实践对比研究[J]. 中华护理杂志, 2022, 57(2): 180-185.
- [5] 刘伟, 陈静, 张建军. 欧美手术室团队资源管理模式本土化实践[J]. 中国医院, 2020, 24(11): 45-48.
- [6] 吴欣娟, 李苑, 王欣. 北京协和医院手术室人文关怀实践模式的构建与效果[J]. 中华护理杂志, 2021, 56(7): 801-805.