

DOI: 10. 3969/j. issn. 1671-9638. 2013. 04. 020

温馨提示牌提高感染控制措施依从性

Tips plates of infection control measures to improve adherence to measures

卢惠林(LU Hui-lin), 黄萍(HUANG Ping), 许琼(XU Qiong)

(南方医科大学附属小榄人民医院, 广东 中山 528415)

(Xiaolan People's Hospital of Southern Medical University, Zhongshan 528415, China)

[摘要] 目的 探讨使用感染控制(感控)措施温馨提示牌提高医务人员感控措施依从性的效果。方法 2012年1—6月,对医院不同专业人员(医生、护士、实习人员)进行感控措施的培训,并将感控措施制作成感控措施温馨提示牌,张贴在病区的换药室、处置室或治疗室等诊疗区域的显眼处。观察医务人员在温馨提示牌使用前(2012年1—3月)和使用后(2012年4—6月)执行感控措施的依从性。结果 感控措施温馨提示牌使用前,调查1 299人次,其中773人次依从,依从率为59.51%;使用后,调查1 377人次,其中1 199人次依从,依从率为87.07%,两者比较,差异有统计学意义($\chi^2 = 262.00, P < 0.01$)。感控措施温馨提示牌使用后,医务人员在手卫生依从性、标准预防、无菌操作和医疗废物分类方面的依从性均显著高于使用前(均 $P < 0.01$);医生、护士、实习医生和实习护士的感控措施依从性亦均高于使用前,差异有统计学意义(均 $P < 0.01$)。结论 病区诊疗区域使用感控措施温馨提示牌,可以提醒、引导和规范医务人员的医疗行为,提高医务人员执行感控措施的依从性,减少不规范或不安全的医疗操作。

[关键词] 感染控制; 提示牌; 医务人员; 依从性; 医院感染

[中图分类号] R192 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-9638(2013)04-0309-03

必须依靠全体医务人员在临床工作中自觉落实各项医院感染控制(以下简称感控)措施,才能有效减少医院感染的发生。临床医疗更多的是医务人员单独工作。医务人员在独处时所进行的诊疗操作,通常都是在无人监督下独自完成,能否按要求执行各项制度和要求,很大程度上靠自律性和责任心^[1]。由于感控意识不强,医务人员在繁忙的临床工作中容易忽略感控的要求,从而导致感控措施依从性低。为规范临床医务人员的医疗行为,提高其对感控措施的依从性,本院采用感控措施温馨提示牌进行管理,取得了良好效果,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象 2012年1—6月,对医院不同专业人员(医生、护士、实习人员)进行感控措施的培训,包括手卫生(洗手的重要性、洗手指征、洗手方法)、标准预防(定义、措施、何种情况使用何种防护用品等)、无菌操作(包括无菌物品的正确使用、无菌操作要求)以及医疗废物的分类、收集、暂存等内容,与广

告公司共同将培训内容制作成图文并茂、卡通形象或精炼文字等形式多样的感控措施温馨提示牌,张贴在内科、外科、妇产科和儿科等10个临床科室的治疗室、换药室或处置室等诊疗区域中显眼位置。如图1。观察医务人员在感控措施温馨提示牌使用前,对感控措施的依从性。



图1 感控措施温馨提示牌

1.2 观察评价方法 为确保观察结果能反映真实情况,本研究专门成立了温馨提示牌使用效果观察小组,小组成员由使用温馨提示牌的10个科室的临床兼职感控护士组成。首先对观察小组成员进行温

[收稿日期] 2012-11-09

[作者简介] 卢惠林(1977-),女(汉族),广东省中山市人,主管护师,主要从事医院感染管理研究。

[通讯作者] 卢惠林 E-mail: lhlkelly@21cn.com

馨提示牌观察方法和评价表正确填写方法的集中培训。观察分两个阶段进行,第 1 个阶段是温馨提示牌使用前(2012 年 1—3 月):在被观察者不知情的情况下,由观察小组成员根据评价表的内容观察本科室的医生、护士、实生医生和实习护士在日常诊疗过程中执行感控措施的依从性(被观察者在诊疗操作过程中能按感控措施的要求执行视为依从,未按要求执行或执行不正确视为不依从),每观察 1 人的一项操作记录为 1 次。第 2 阶段是温馨提示牌使用后(2012 年 4—6 月):由观察小组成员按第 1 阶段的观察方法观察张贴感控措施温馨提示牌后,医务人员执行感控措施的依从性,并做好记录。

1.3 统计方法 应用 SPSS 13.0 统计软件进行数

据处理和分析。计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 温馨提示牌使用前后医务人员对感控措施的依从性 感控措施温馨提示牌使用前,调查 1 299 人次,其中 773 人次依从,依从率为 59.51%;使用后,调查 1 377 人次,其中 1 199 人次依从,依从率为 87.07%,两者比较,差异有统计学意义($P < 0.01$)。使用感控措施温馨提示牌后,无菌操作的依从率最高,为 96.71%,其次是医疗废物管理 94.46%。见表 1。

表 1 感控措施温馨提示牌使用前后医务人员执行感控措施的依从性

观察项目	使用前			使用后			χ^2	P
	观察次数	依从人次	依从率(%)	观察次数	依从人次	依从率(%)		
手卫生	276	96	34.78	312	196	62.82	46.05	<0.01
标准预防	198	54	27.27	201	178	88.56	153.93	<0.01
无菌操作	368	268	72.83	395	382	96.71	86.10	<0.01
医疗废物管理	457	355	77.68	469	443	94.46	54.70	<0.01
合计	1 299	773	59.51	1 377	1 199	87.07	262.00	<0.01

2.2 不同医务人员在感控措施温馨提示牌使用前后的依从性 医生、护士、实习医生和实习护士在温

馨提示牌使用后的感控措施依从率均显著高于使用前(均 $P < 0.01$)。见表 2。

表 2 感控措施温馨提示牌使用前后不同医务人员执行感控措施的依从性

医务人员	使用前			使用后			χ^2	P
	观察次数	依从人次	依从率(%)	观察次数	依从人次	依从率(%)		
医生	296	109	36.82	316	260	82.28	131.90	<0.01
护士	562	405	72.06	576	496	86.11	34.04	<0.01
实习医生	199	110	55.28	219	192	87.67	54.57	<0.01
实习护士	242	149	61.57	266	251	94.36	81.39	<0.01

3 讨论

温馨提示牌可作为视觉图形及文字传达信息的象征符号,可起到导向、警示、引导、禁止等作用。提示牌的内容简炼,图文并茂,通俗易懂,能迅速、准确和强烈地传递信息,比语言更具有视觉冲击力,更容易引起人的注意力和容易被人接受^[2]。在病区使用感控措施温馨提示牌,可以提醒、引导和规范医务人员的医疗行为,便于医务人员参照并修正自身行为,提高对感控措施的依从性,减少不规范或不安全的操作^[3]。本观察结果显示,在病区的诊疗区域张贴感控措施温馨提示牌后,医务人员对感控措施的依从率从 59.51% 提高至 87.07%。

不同专业医务人员对感控措施温馨提示牌使用后的效果不一样。医生在感控措施温馨提示牌使用后,执行感控措施的依从性提高最明显,这可能与医生平时对感控措施的关注度低,经提示后能自觉修正和规范自己的诊疗操作行为有关。实习生在感控措施温馨提示牌使用后的感控措施依从性升高也较明显,说明实习生除了向老师学习相关医院感染控制知识外,还可以通过感控措施温馨提示牌进一步规范自己的医疗行为。使用感控措施温馨提示牌后,护士执行感控措施依从性亦有进一步提高。

综上所述,感控措施温馨提示牌的使用可以有效地提高医务人员对感控措施的依从性,确保医院

2 结果

2.1 两组患者一般情况比较 实验组与对照组患者在年龄、手术时间及术中出血量方面,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性,见表 1。

表 1 实验组与对照组患者一般情况比较

项目	实验组	对照组	<i>t</i>	<i>P</i>
年龄(岁)	46.13 ± 17.35	44.28 ± 15.68	0.32	0.75
手术时间(min)	135.63 ± 25.35	138.56 ± 31.97	1.59	0.12
术中出血(mL)	135.68 ± 58.65	128.87 ± 48.59	0.22	0.79

2.2 两组患者住院时间及切口感染情况 实验组患者住院时间为 10~14 d,发生切口感染 1 例(1.67%);对照组患者住院时间为 13~19 d,发生切口感染 9 例(15.00%),两组比较,差异有统计学意义(均 $P < 0.05$)。见表 2。

表 2 实验组与对照组患者住院时间及切口感染率比较

组别	住院时间(d)	切口感染(例,%)
实验组(<i>n</i> = 60)	12 ± 2	1(1.67)
对照组(<i>n</i> = 60)	16 ± 3	9(15.00)
<i>t/χ²</i>	7.94	6.982
<i>P</i>	0.017	0.008

3 讨论

手术切口感染是多种因素共同作用的结果^[3]。患者自身情况(营养情况、是否合并其他器官相关疾病等)、手术时间、缝合技术、切口类型等都会影响切口感染的发生,但手术切口受到细菌污染是切口发生感染的主要原因^[4]。胆道结石手术切口属 II 类切

口,若合并胆道感染则为 III 类切口。胆道手术后切口感染发生率高,究其原因,大部分行胆道手术患者术后胆汁均可培养出细菌,主要为肠道来源的革兰阴性杆菌及厌氧菌;而手术过程中,胆汁、胆石、蛔虫、脓液、冲洗液很容易污染切口。3L 手术切口层保护器是采用高分子聚乙烯材料制成,中间为富有弹性的圆形环,外附透明、无毒的薄膜裙边,能有效将手术野与手术切口隔离,避免污染的胆汁等接触切口。结果显示,胆道手术过程中使用切口层保护器可有效地阻断手术过程中胆汁、胆石、蛔虫、脓液、冲洗液等对切口的污染,降低切口感染发生率,缩短患者住院时间。

近年来,不少外科医生依赖抗菌药物来防治术后感染,不论手术大小、性质,盲目、大量、联合使用强效抗菌药物,陷入滥用抗菌药物—产生耐药菌株—更换新药的恶性循环,导致严重后果^[5]。胆道手术使用切口层保护器,具有费用低、操作简单、能有效缩短患者住院时间及预防切口感染等优点,值得临床推广应用。

[参考文献]

- [1] 万颖杰,陈显春.普通外科手术切口感染监测及高危因素分析[J].第三军医大学学报,2003,25(23):2153-2154.
- [2] 暴海燕,刘晓红,刘辉,等.外科手术切口感染危险因素分析[J].中华医院感染学杂志,2012,22(4):720.
- [3] 周宏,韩方正,茅一平,等.肝胆手术手术部位感染相关危险因素研究[J].中国感染控制杂志,2010,9(5):334-336.
- [4] 武正炎.普通外科手术并发症预防与处理[M].北京:人民军医出版社,2007:57-59.
- [5] 王桂林.术后切口感染相关因素的调查分析[J].现代临床医学,2012,38(1):43.

(上接第 310 页)

感染控制各项措施的落实,减少医务人员不规范医疗行为的发生。感控措施温馨提示牌的制作成本低,更新方便,可控性大,便于临床推广使用。

[参考文献]

- [1] 陕玉萍.加强诊疗中的慎独性,防控多重耐药菌感染[J].当代医学,2011,17(25):164.

- [2] 边海燕.浅谈“标识”在手术部管理中的运用与体会[J].山西医药杂志,2011,40(2):205.
- [3] 王淑云,姜永梅,田玉波.温馨提示牌和护理标识牌在护理管理中的应用[J].护士进修杂志,2011,26(5):413-415.