

呼喊式护理干预体现了亲情的交流、医护人员对患者的关爱,有明显的促醒作用。

对颅脑损伤患者术后的护理,除了严密观察患者意识、瞳孔、生命体征、肢体活动情况、神经系统体征外,更重要的是持续 ICP 监测,注意病情的动态性与连续性,准确判断病情、估计预后,打破传统的主观、定式思维,及时调整治疗方案,采取有效的治疗措施。因无创颅内压监测尚处于研发和临床试用阶段,遵义市第一人民医院采用的是有创 ICP 监测。作者深刻体会到在颅脑损伤、脑出血术后持续 ICP 监测是治疗的重要环节,脑挫裂伤脑水肿严重时,可植入 ICP 探头监测 ICP,脑室内监测最为准确<sup>[10]</sup>;把握气管切开的最佳时机是治疗的关键,能有效提高抢救成活率;加强人文关怀、亲情呼唤可早日促醒患者意识,减少致残率,提高生存质量。

#### 参考文献:

- [1] 王娜. 微创颅内血肿清除术治疗高血压性脑出血的护理[J]. 现代医药卫生, 2010, 26(5): 751-752.
- [2] 杨明珠. GCS 评分口诀在神经外科的应用[J]. 江苏医药, 2012, 38(10): 1238-1238.
- [3] 李晓庆, 刘亚楠, 张会, 等. 颅骨钻孔侧脑室引流的护理

#### · 临床护理 ·

[J]. 中华全科医学, 2012, 10(4): 659-660.

- [4] 孙思红, 蒋江徽. 气管切开后护理[J]. 安徽预防医学, 2012, 18(2): 119-121.
- [5] 马翠云. 高血压脑出血微创术后护理[J]. 河南外科学杂志, 2013, 19(1): 119-120.
- [6] 李志强, 戴新连, 沈冬青, 等. 颅内压监测在 142 例颅脑损伤危重患者中的应用[J]. 山东大学学报: 医学版, 2013, 51(2): 75-78.
- [7] 刘国华, 朱剑锋, 刘树林. 持续有创颅内压监测在重型颅脑损伤患者中的应用[J]. 临床合理用药杂志, 2012, 5(3): 109-110.
- [8] 曹伟新, 李乐之. 外科护理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 367.
- [9] 朱健清. 重型颅脑损伤昏迷患者采用呼唤式护理干预的探讨[J]. 大家健康: 下旬版, 2013, 7(3): 172-173.
- [10] 许勇, 江晓春, 李监松, 等. FVEP 无创颅内压监测的临床应用现状及展望[J]. 中华全科医学, 2011, 9(4): 619-621.

(收稿日期: 2013-10-08 修回日期: 2014-01-16)

## 医护人员手卫生执行情况调查及预防对策

唐秀兰

(重庆市南川区人民医院护理部 408400)

doi: 10. 3969/j. issn. 1671-8348. 2014. 13. 060

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2014)13-1677-02

为了保障医疗安全, 患者安全, 医院感染在管理中占据重要位置。医院环境中存在大量的病原微生物, 而医院临床的侵入性操作增多, 广泛使用抗菌药物导致耐药菌群日益增加, 医院感染已成为世界所关注的公共卫生问题。而洗手与卫生手消毒是预防和控制医院感染最简单、最有效和最经济的方法<sup>[1]</sup>, 有文献报道, 医护人员的手可带有大量细菌, 提高手卫生水平可降低 30% 的医院感染事件。因此, 做好手部卫生是降低医院感染的基础, 而手卫生知识的掌握是执行手卫生的基础<sup>[2]</sup>。为此, 作者就本院 10 个科室 142 名医护人员手卫生执行情况进行了调查, 现将有关方法及结果报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 对本院 10 个临床科室, 142 名医护人员开展调查。其中, 工作 1~5 年 60 人(42. 25%), 5 年以上 82 人(57. 75%)。

**1.2 方法** 按照 2009 年卫生部颁布的《医务人员手卫生规范》中洗手要求设计的调查问卷, 内容包括对标准预防、洗手指针(11 项)、正确洗手方法的认知状况。发放问卷 142 份, 收回有效问卷 142 份, 回收率 100%。

### 2 结果

**2.1 医务人员对手卫的认知情况** 本次调查 10 个科室, 142 名医护人员对手卫生的认知执行情况见表 1。

**2.2 医护人员对不同洗手指针及手卫生的执行情况** 在所调查科室 142 名医护人员中, 结合医护人员的工作范围, 对 11 项洗手指针执行状况进行调查, 其中, 洗手率最低为接触不同患

者之间洗手(34 人, 23. 90%), 其次为直接接触每个患者前洗手(89 人, 62. 70%)、进行无菌操作前洗手(108 人, 76. 06%)、穿隔离衣前洗手(112 人, 79. 58%)、接触患者周围环境后洗手、接触患者物品后洗手(118 人, 83. 13%)、进行无菌操作后洗手、穿隔离衣后洗手(141 人, 99. 30%)、直接接触每个患者后以及接触血液、体液污染的物品后洗手(142 人, 100. 00%)。

表 1 医护人员对手卫生的知识把握情况 (n=142)

调查内容	n	知晓率(%)
知晓标准预防	118	83. 11
知晓洗手指针	129	90. 82
知晓正确洗手方法	142	100. 00

### 3 讨论

**3.1 医护人员手卫生意识不强, 洗手依从性偏低** 洗手与卫生手消毒依从性是指医护人员遵循手部卫生规定的情况, 通常以洗手率为衡量指标<sup>[3]</sup>。而医护人员在医疗护理工作中, 由于病房工作繁重、忙碌, 危重患者多而容易忽略洗手, 特别是医生在查房时, 诊查不同患者及检查患者身体的不同部位时, 有的只注重在接触患者后洗手, 而忽视在接触患者前洗手, 对患者的保护意识不强。在护理方面, 护理工作繁琐容易忘记洗手, 通常有些护理人员在完成病区的所有护理操作后才洗手<sup>[4]</sup>。在朱惠兰<sup>[5]</sup>的加强医务人员手卫生降低医院感染资料中, 显示医护人员在从事医疗操作中约 50% 人员在未严格洗手的情况下从事医疗护理活动。严玲华<sup>[6]</sup>指出, 临床护理人员在操作中

应洗手的情况下而能执行者平均为 44.87%，尤其护理不同患者之间给患者执行操作前，如无菌操作、穿脱隔离衣前和接触患者周围区域后的洗手执行率更低。每个医护人员认真实施手卫生，明确手卫生时机把握是阻断病原菌的最好措施。

**3.2 医护人员对手卫生指针了解太少** 部分医护人员认为戴手套可以避免手污染，不必洗手。有研究表明，医护人员戴手套与患者接触后，仍有大约 30% 的手部还会染菌。所以，摘去手套后一定要进行洗手或卫生手消毒，要知道手套只是手卫生的辅助手段。本次调查结果显示，医护人员在接触不同患者之间的洗手率最低仅为 23.90%，其次为接触患者前的洗手率为 62.70%，而认为只有在直接接触每个患者以后及接触血液、体液污染了的物品才洗手，成为洗手或手卫生的误区，使洗手意识处于较低水平。

### 3.3 影响医护人员洗手或消毒的因素

**3.3.1 未培养良好洗手行为** 通过调查了解到临床医护人员担心肥皂或洗手液、手消毒剂会使皮肤干燥是其影响执行手卫生的重要原因。另外有些人因为患者多，工作繁忙省略了洗手。

**3.3.2 手卫生设施不完善** 洗手池安装位置不当，使用不便影响了医护人员执行手卫生要求，工作区域内没有足够的洗手池或洗手距离远，使医护人员在病区执行连续操作时不方便洗手，使洗手率降低。

**3.3.3 职业群体不同** 职业群体的不同使洗手依从性在医护人员各个群体之间存在明显差异，护士洗手执行率高于医生。有文献资料显示，南京某医院对 3 年 1 392 例次工作人员卫生洗手进行调查发现，护士洗手的执行率大于医生，显示医生的细菌数超过护士 30 余倍<sup>[7]</sup>。

**3.4 对策** 目前，医护人员对手卫生概念已经基本知晓，但对其重要性认知不足。手卫生理论知识掌握是手卫生行为的基础，开展对医护人员手卫生的相关知识培训考核尤为重要，从而强化医护人员自觉手卫生的意识，充分认识其重要性及必要性。拥有正确、科学的知识仍是预防和控制感染最基本、最必

要的前提<sup>[8]</sup>。因此，规范洗手技术，改进洗手设施，在全院开展手卫生活动，将手卫生列为岗前教育内容，进行全员培训，并在洗手池旁以及病区的显著位置张贴“六步洗手法”流程图，同时张贴洗手指针，从而重视手卫生。为改变医护人员忙于临床工作无暇洗手的局面，医院应增加医护人员的配置，并通过科学排班、改进工作流程，减轻个人的工作负荷，保证洗手时间<sup>[9]</sup>。因此，医护人员在进行诊疗和护理操作时应统筹安排治疗及护理的顺序，遵循无菌—清洁—污染的操作程序，减少洗手及卫生手消毒的机会，从而提高医护人员对洗手规范的依从性。

### 参考文献：

- [1] 李六亿. 我国手卫生的现状、问题与改进对策[J]. 中国护理管理, 2008, 8(1): 17-19.
- [2] 韩黎, 朱士俊, 郭燕红, 等. 中国医务人员执行手卫生的现状调查[J]. 中华医院感染学杂志, 2006, 16(2): 140-142.
- [3] 郑明. 医务人员手卫生的现状及其对策[J]. 护理研究, 2010, 24(12): 1035-1037.
- [4] 张润香, 冯伟, 熊建球. 临床医护人员洗手现状与方法探讨[J]. 中华医院感染学杂志, 2006, 16(10): 1138-1139.
- [5] 朱慧兰. 加强医务人员洗手预防医院感染[J]. 中华医院感染学杂志, 2006, 16(5): 531-531.
- [6] 严玲华. 临床护理人员手卫生知识及其时间点执行情况调查[J]. 护理学杂志, 2010, 25(7): 85-87.
- [7] 吕小琴. 医务人员手的细菌污染情况调查[J]. 上海预防医学杂志, 1998, 10(8): 376.
- [8] 王少利, 袁晓宁, 赵心懋, 等. 北京市某三甲医院医务人员手卫生知识和行为调查分析[J]. 中国医院, 2008, 12(3): 49-52.
- [9] 潘晓芬. 建立手卫生长效机制[J]. 中华医院感染学杂志, 2011, 21(22): 4780.

(收稿日期: 2013-10-28 修回日期: 2014-01-20)

## 《重庆医学》杂志对运用统计学方法的有关要求

1. 统计学符号: 按 GB 3358—1982《统计学名词及符号》的有关规定, 统计学符号一律采用斜体。

2. 研究设计: 应告知研究设计的名称和主要方法。如调查设计(分为前瞻性、回顾性或是横断面调查研究), 实验设计(应告知具体的设计类型, 如自身配对设计、成组设计、交叉设计、析因设计、正交设计等), 临床试验设计(应告知属于第几期临床试验, 采用了何种盲法措施等); 主要做法应围绕 4 个基本原则(重复、随机、对照、均衡)概要说明, 尤其要告知如何控制重要非试验因素的干扰和影响。

3. 资料的表达与描述: 用  $\bar{x} \pm s$  表达近似服从正态分布的定量资料, 用 M(QR) 表达呈偏态分布的定量资料; 用统计表时, 要合理安排纵横标目, 并将数据的含义表达清楚; 用统计图时, 所用统计图的类型应与资料性质相匹配, 并使数轴上刻度值的标法符合数学原则; 用相对数时, 分母不宜小于 20, 要清楚区分百分率和百分比。

4. 统计学分析方法的选择: 对于定量资料, 应根据所采用的设计类型、资料所具备的条件和分析目的, 选用合适的统计学分析方法, 不应盲目套用  $t$  检验和单因素方差分析; 对于定性资料, 应根据所采用的设计类型、定性变量的性质和频数所具备的条件及分析目的, 选用合适的统计学分析方法, 不应盲目套用  $\chi^2$  检验。对于回归分析, 应结合专业知识和散点图, 选用合适的回归类型, 不应盲目套用简单直线回归分析; 对于具有重复实验数据检验回归分析资料, 不应简单化处理; 对于多因素、多指标资料, 要在一元分析的基础上, 尽可能运用多元统计分析方法, 以便对因素之间的交互作用和多指标之间的内在联系做出全面、合理的解释和评价。

5. 统计结果的解释和表达: 应写明采用统计学方法的具体名称(如: 成组设计资料的  $t$  检验、两因素析因设计资料的方差分析、多个均数之间两两比较的  $q$  检验等), 统计量的具体指(如:  $t=3.45$ ,  $\chi^2=4.68$ ,  $F=6.79$  等); 在用不等式表示  $P$  值的情况下, 一般情况下选用  $P>0.05$ 、 $P<0.05$  和  $P<0.01$  3 种表达方式, 无须再细分为  $P<0.001$  或  $P<0.0001$ 。当涉及总体参数(如总体均数、总体率)时, 再给出显著性检验结果的同时, 应再给出 95% 可信区间。