

• 临床探讨 •

循证医学模式对降低手术室感染率及提高护理质量的效果

许淑平, 张余芳

(海南省农垦总医院东湖分院手术室, 海口 570203)

摘要:目的 探讨循证医学模式对降低手术室感染率及提高护理质量的效果。方法 选取 123 例接受手术治疗的患者为研究对象, 将其随机分为对照组(61 例)和观察组(62 例), 分别给予常规护理和在此基础上给予循证医学模式干预。并对两组患者的手术室感染率及护理质量等情况进行比较。**结果** 护理后, 观察组患者医院感染率(3.23%)低于对照组(8.20%), 差异有统计学意义($\chi^2=8.092, P=0.026$); 观察组患者护理人员培训、消毒隔离、护理监控、人文关怀、护理文件管理的得分均高于对照组, 差异有统计学意义($P<0.01$); 观察组总体满意度(93.55%)明显高于对照组(75.41%), 差异有统计学意义($\chi^2=9.027, P=0.002$)。**结论** 通过实施循证医学模式, 规范了手术室流程控制, 提高了手术室的护理质量, 增加了患者的满意度。

关键词:循证医学; 手术室; 感染; 护理质量

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.13.054 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2016)13-1873-03

感染是指机体或机体某一部位遭受致病因子的侵袭, 并产生相互作用的过程。而医院感染则是指患者在医院获得的感染, 分为两种, 一种是在住院期间发生的, 另一种是在出院后发生的^[1]。手术室是患者集中进行手术的地方, 是医院感染的高危科室, 极易导致交叉感染的发生。因而, 预防手术室感染的发生成为控制医院感染的重要工作。近年来, 循证医学不断发展, 在控制医院感染方面, 有很好的促进效果^[2]。故本研究以循证医学为基础, 选取本院接受手术治疗的 123 例患者, 收集其手术类型, 并对手术室感染发生率及护理质量进行分析, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院接受手术治疗并符合纳入标准的 123 例患者为研究对象。纳入标准: 均对本研究知情同意; 行择期手术治疗者; 年龄 20~70 岁; 没有感染性疾病; 思维正常, 具有一定的语言交流能力。排除标准: 年龄小于 20 岁, 高于 70 岁; 入院后 48 h 内出现感染; 有恶性肿瘤等严重急慢性疾病; 有意识障碍或精神病史、听力功能障碍。将 2013 年 11 月至 2014 年 4 月接受手术治疗的 62 例患者作为观察组, 其中男 33 例, 女 29 例, 年龄 23~68 岁。将 2013 年 6 月至 2013 年 10 月入院接受手术治疗的 61 例患者作为对照组, 其中男 31 例, 女 30 例, 年龄 24~70 岁。两组患者在一般资料等方面差异均

无统计学意义($P>0.05$), 见表 1。

1.2 方法

1.2.1 对照组患者护理 从患者入院到出院, 按照常规护理流程进行护理, 由责任护士分管负责。具体护理包括: (1) 心理指导: 患者因疾病所带来的痛苦及对疾病治疗的担心, 易导致其出现紧张、焦虑、恐惧等不良情绪。故护士应主动与患者进行沟通, 提高患者对治疗的配合度, 降低医院感染的发生率。(2) 术前指导: 手术前 2 d 进行手术相关事宜的通知和确认, 指导患者进行手术体位及配合技巧锻炼, 手术注意事项。并指导患者做好个人的清洁卫生, 手术当天在患者进入手术室前, 应再次确认患者清洁卫生情况, 同时做好口腔清洁护理^[3]。(3) 建立合理的手术室布局: 即手术室要划分为污染区、无菌区、清洁区 3 个区域, 并严格控制每个区域的洁净度。同时对进出手术室的人员要严格要求, 包括数量、着装、行为等。对易感染的手术所需要的器械、备品进行严格的消毒, 设置室内净化装置, 保证手术室内空气质量, 严格控制清洁及消毒时间^[4]。(4) 术后护理: 术后保持患者切口干燥、清洁, 并常规给予抗感染治疗; 同时, 对于术后留置导尿管、静脉导管及配备人工呼吸装置的患者, 应定期进行观察, 一旦发现异常, 及时告知医生处理, 以防止感染的发生。

表 1 两组患者一般资料比较

组别	n	男/女 (n/n)	平均年龄 (岁, $\bar{x}\pm s$)	手术类型(n)				文化程度(n)			婚姻状况(n)		
				妇产手术	普通外科	骨外科患	其他	小学	初中	高中及以上	已婚	未婚	其他
对照组	61	31/30	42.67±5.09	22	10	16	14	5	13	23	31	4	6
观察组	62	33/29	43.55±4.62	23	8	19	11	7	12	23	29	8	5

1.2.2 观察组患者护理 在对照组的基础上, 根据循证医学的模式进行管理: (1) 建立循证医学护理小组。循证医学护理的组成: 研究者(小组的负责人), 具有丰富手术经验的副教授及以上医生: 妇产科、普外科、骨科、胸外科等 5 人, 护士长(护理小组组长), 科室护士: 10 人。将 62 名患者分为 6 组, 每组 10~11 人; 并从 10 名护士中选取 4 名护理经验丰富的护士担任护理分小组组长(分别记为一组、二组、三组、四组组长); 其余护理人员为责任护士, 分管不同的患者。(2) 提出问题。及时找出医院手术室感染控制工作存在的问题, 并确定实践

中的具体问题。具体问题如下: 医务人员业务素质未能适应现代消毒管理工作的需要; 消毒操作不规范; 清洗去污不彻底; 个人防护重视度不够。(3) 证据检索。寻找证据, 在知网、万方数据库等医学文献检索数据库内进行搜索, 寻找相关的循证医学参考文献, 检索范围包括: 医院感染的原因、控制、预防、护理的系统评价, 随机对照临床研究, 前瞻性及回顾性研究^[5], 并评价文献的可靠性, 采集与手术科室相关的医院感染数据资料, 为临床护理问题提供依据。(4) 检索结果。通过以上检索初检得到中文文献 48 篇, 外文文献 62 篇, 阅读摘要及全文后筛选出

医院感染预防相关的指南 1 篇,临床随机对照试验 8 篇,前瞻性研究 6 篇。(5)证据整合。综合评估所检索到的文献,并结合本院有关医院感染管理存在的具体问题,从真实文献中选择最佳、最合理、最有效的证据,来建立手术科室感染控制流程。(6)具体措施。培训:医院感染控制流程培训以科室为单位,其中培训人员包括普外科、妇产科、骨科、胸外科等科室护士,以及手术室护士,来提高护理人员的医院感染意识,树立预防为主的手术室感染控制理念。培训以 PPT 讲解或视频播放的方式,每次培训后,护士要对培训内容总结,一旦护士中发生与内容相关的医院感染,视情况追究护士的责任,并与奖金挂钩^[6]。规范消毒操作步骤:必须对手术后的器械进行消毒、灭菌,并根据不同手术的器械选择不同的规范消毒操作步骤,同时严格要求消毒护士。建立器械污物去除评价标准:每次对器械进行清洗去污后,由护理小组组长对去污情况进行检查监督,且护理组长定期对器械去污情况进行抽查,以完善检查监督制度。个人防护指导:由经过培训的责任护士,对患者预防医院感染的防护措施进行介绍,保证个人卫生;由研究者向医护士人员进行医院感染流程及个人防护措施指导,严格要求医务人员保证手卫生、护理操作严格执行无菌操作。评估与改进:实施循证医学模式后,护士定期对手术室感染控制质量进行评估,及时发现手术室感染控制工作中的不足,并及时改正,同时在接下来的工作中持续改进^[7]。停止收部分诊疗费:以往的患者一旦发生感染医疗费用将大大增加,对于医院来讲,患者发生医院感染医院的收入越高,本研究同时创新采用停止支付部分诊疗费用,从而从政策上促进多部门的医院感染管理工作。

1.3 观察指标及评价标准 观察并详细记录两组患者的医院感染发生情况。护理质量评价^[8]:根据自行设计的护理质量调查问卷进行判断,护理质量调查问卷内容主要包括 7 个方面,即环境管理、护理人员培训、护理安全、消毒隔离、护理监控、人文关怀及护理文件管理。每一项内容下设计 5 个问题,每个问题的评分标准分别为 1~3 分,每一项内容总分均为 15 分。其中护理质量与患者得分成正比。护理满意度评价:根据自行设计的调查问卷进行判断,调查问卷的对象为手术患者或其家属。其中护理满意度问卷包含 20 个项目,前 17 项采用是/否作答,而后 18、19 项为护理级别和护士巡视的间隔时间的调查,其要求填写具体数值,20 项为建议性条目,患者自愿填写,满分 100 分。其中满意,≥80 分;基本满意,60~80 分;不满意,≤60 分。

1.4 统计学处理 数据采用 SPSS14.0 统计学软件进行处理,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,组间比较用 χ^2 检验;以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者医院感染发生率比较 给予循证医学模式后,观察组患者医院感染率低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 2 两组患者医院感染发生率比较

组别	<i>n</i>	感染(<i>n</i>)	感染率(%)
对照组	61	5	8.20
观察组	62	2	3.23
χ^2			8.092
<i>P</i>			0.026

2.2 两组患者护理质量比较 给予循证医学模式后,观察组患者在护理人员培训、消毒隔离、护理监控、人文关怀、护理文件管理的得分均高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),但在环境管理、护理安全方面的得分差异无统计学意义($P > 0.05$),见表 3。

表 3 两组患者护理质量比较(分, $\bar{x} \pm s$)

项目	对照组(<i>n</i> =61)	观察组(<i>n</i> =62)	<i>t</i>	<i>P</i>
环境管理	12.79±3.00	13.82±2.59	1.011	0.052
护理人员培训	7.22±4.13	14.63±2.47	13.005	0.000
护理安全	10.06±3.58	12.97±3.36	1.091	0.051
消毒隔离	9.04±2.79	14.01±2.05	10.663	0.001
护理监控	8.26±3.15	14.05±1.64	9.920	0.001
人文关怀	9.00±2.84	13.90±2.33	7.671	0.002
护理文件管理	8.91±2.96	13.74±3.19	7.802	0.002

2.3 两组患者护理满意度比较 观察组总体满意度[93.55% (58/62)]高于对照组[75.41% (46/61)],差异有统计学意义($\chi^2 = 9.027, P = 0.002$),见表 4。

表 4 护理满意度比较[*n*(%)]

组别	<i>n</i>	满意	基本满意	不满意
对照组	61	34 (55.74)	12 (19.67)	15 (24.59)
观察组	62	46 (74.19)	12 (19.67)	4 (6.45)

3 讨 论

循证医学是由加拿大科学家 Sackett 于 1992 年正式提出的。近年来,医学模式不断改变,由以医务人员为中心转化为以患者为中心,进而医院感染管理学科已成为新医学模式下必然的产物。而手术室感染的管理在医学感染管理中占主导地位,手术室感染发生率高,据不完全统计手术室感染约占医院感染发生率的 30%^[6]。因而对于手术室流程管理来说,科学的管理模式,能够有效降低手术室发生感染的概率。

故以科学、系统的方法建立手术室医院感染预防控制流程,在流程设计的过程中,必须将循证医学、现代流程管理理论这两者联合起来,主要找出实践中的具体问题,并以此为出发点,接着结合临床经验、患者的需求等,解决实践中的问题,将理论更好地应用于实践中,从而提高护士的工作质量,降低手术室感染的发生概率。

陈利娟等^[9]研究表明,手术室感染控制是医院感染控制的重要内容,流程控制强调的是实用性和可操作性,需要对其控制结果进行系统评价,促进医院感染控制工作更加贴近临床,简洁、有序。故手术室感染控制质量不是检验或评价出来的,而是经过有效的流程控制创造出来的。而随着循证医学模式的建立,护士的各项操作更加规范,提高了护理服务质量,达到降低手术室发生感染概率的目的。本研究表明,观察组患者手术室感染率低于对照组,证明在手术控制患者感染发生率的方面,循证医学模式有很好的效果。

护理质量是护理管理的核心内容,护理过程质量是护理质量的重要保证。循证医学模式的建立,对手术室感染控制的流程进行了系统化,每个流程都有护理组长的检查与监督,从而保证了每个流程的质量,也达到了提高整体护理质量及患者满意度目的。本研究表明,在护理质量管理中观察组 5 个方面的

得分均高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),但在环境管理、护理安全上的得分差异无统计学意义($P > 0.05$),这主要是由于随着护理学科的不断发展和医院感染管理学科的迅速发展,医院在护理安全及环境管理方面均有了较大的改善,故应用循证医学模式前后环境管理、护理安全评分并无显著差异。而应用循证医学模式后,护理人员通过系统培训,能够根据可靠的科学资料来解决护理过程中的问题,从而保证了每一个护理过程的质量。说明循证医学对于手术护理质量及患者满意度的提高具有很好的效果。

同时循证医学模式的实施,提高了医护工作者的个人防护意识,为医疗安全提供了保障,也减少了医疗资源的浪费^[10]。因此,将循证医学模式应用于手术室感染流程控制中势在必行。

综上所述,循证医学模式为手术室感染控制流程建立了科学的监控、评价体系,使其更加科学,更加适用于临床,同时,为手术室医学感染的管理及护理质量的改进提供了更加科学的理论依据,从而确保了降低手术室感染率,提高护理质量的效果。

参考文献

- [1] 石松华,刘秋云.我国医务人员手卫生与医院感染现状及其研究进展[J].中华现代护理杂志,2013,19(11):1358-1359.
- [2] 肖玲莉.手术室责任小组对手术患者进行整体护理的效果评价[J].中国实用护理杂志,2012,28(30):41-42.

- [3] 姒怡冰,朱会耕,叶婷,等.循证医学应用于门诊医院感染预防流程的管理[J].中华医院感染学杂志,2012,22(11):2366-2368.
- [4] 刘海波,朱卉,胡芳.循证护理在肠造口周围皮炎预防及治疗中的应用[J].中华护理杂志,2010,45(10):886-887.
- [5] 刘庆兰,唐竞学.洁净手术室感染控制与管理研究进展[J].护士进修杂志,2014,29(9):787-789.
- [6] Lipp A,Phillips C,Harris P,et al. Cyanoacrylate microbial sealants for skin preparation prior to surgery[J]. Cochrane Database Syst Rev,2013,8:CD008062.
- [7] 杨华.一体化腔镜手术室的护理管理[J].中华护理杂志,2011,46(5):518-519.
- [8] 李群,崔佩.手术室护理过程质量评价指标体系的构建探讨[J].护士进修杂志,2011,26(3):228-229.
- [9] 陈利姑,王欣,张贵丽.手术室医院感染控制与管理[J].中国实用护理杂志,2013,4(29):199-200.
- [10] Williams EM, Lee MD, Preston GW, et al. Development of the Soldier Health Promotion to Examine and Reduce Health Disparities (SHPERHD) Project Coordinating Center:Challenges and Opportunities Within a University/Community Partnership[J]. Mil Med,2011,176(7):757-762.

(收稿日期:2016-03-02 修回日期:2016-05-11)

• 临床探讨 •

计划生育手术患者焦虑程度评估及护理方法研究

李清,彭凌

(首都医科大学附属北京妇产医院计划生育门诊,北京 100006)

摘要:目的 探讨计划生育手术患者焦虑的程度评估及护理方法。方法 选取在本院妇产科进行计划生育手术的患者 100 例为研究对象,并且随机分为观察组和对照组各 50 例,对照组采取一般护理方法,观察组则采取舒适护理。采用汉密顿焦虑量表对两组患者经过不同的护理,手术前后的焦虑程度进行对比分析。结果 两组患者的术前焦虑程度对比差异无统计学意义($P > 0.05$)。观察组在经过手术和舒适护理之后,汉密顿量表评分在 7 分以上的仅有 6 人,其余 44 人的焦虑情况均消失,受术者的总焦虑百分比为 12.00%;对照组患者经过手术和一般护理之后,仅 5 人的焦虑情况消失,其余 45 人均有着不同程度的焦虑情况,受术者总的焦虑百分比为 90.00%;两组患者在术后的焦虑情况组间对比差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 进行优质的计划生育服务,贯穿以人为本的理念,采用舒适护理对受术者进行计划生育手术的护理,对减少并发症的产生,提高妇女生殖健康水平有着非常重要的意义。

关键词:计划生育; 焦虑程度; 护理方法

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.13.055 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2016)13-1875-03

计划生育手术主要有宫内节育器的放置和摘取手术、输卵管结扎手术,以及人工终止妊娠等手术。在我国,计划生育手术是我国的人口计划生育政策实施的重要措施,并且计划生育手术能够保证妇女的生殖健康。然而,虽然计划生育手术只是妇科手术之中比较小的一种手术,但该手术具有一定的特殊性,所以手术患者常常会出现一些焦虑、忧郁等负面心理问题。这些问题对于手术的实施和手术后的恢复有着严重的影响。因此,在医学上进行手术时,对患者的心理问题进行调查,并且加以一定的护理,有利于患者的手术安全以及生殖健康。

本次研究探讨了计划生育手术患者焦虑的程度评估及护理方法,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 1 月到 2015 年 1 月在本院妇产科进行计划生育手术的患者 100 例为研究对象,并且随机分为对照组和观察组各 50 例,进行研究。观察组患者的年龄在 20~41 岁,平均年龄为(26±5.31)岁,其中已婚患者 32 例,未婚患者 18 例;患者的文化程度在初中以下的有 18 例,高中 20 例,大学及大学以上学历患者 12 例;观察组患者有 24 例进行流产术,18 例进行引产术,8 例进行取环术。对照组患者的年龄在 18~42 岁,平均年龄为(25.5±4.62)岁,其中已婚患者 30 例,未婚患者 20 例;患者的文化程度在初中以下的有 20 例,高中的有 17 例,大学以及大学以上学历的患者有 13 例;患