



· 临床护理 ·

# 优化 ICU 床旁交接班流程对护士洗手依从性及患者医院获得性感染率的影响

赵京 (中南大学湘雅医院 湖南长沙 410008)

**摘要:**目的 探讨床旁护理交接班流程的优化及其对交接班期间护士洗手依从性及实施后患者医院获得性感染率的影响。方法 成立床旁交接流程管理小组,评估原有交接流程,按照无菌—清洁—污染的原则对交接顺序进行优化;通过培训使护士熟练掌握优化后的新交接流程;将新流程应用于临床实践,对干预前后的护士洗手依从性和患者医院获得性感染发生率进行评价。结果 干预前后护士洗手依从性和患者医院获得性感染发生率差异有统计学意义( $P=0.000$ ),护士对交接班工作的满意度得到显著提高( $P<0.001$ )。结论 床旁交接流程的优化,提高护士洗手依从性、降低了患者医院获得性感染的发生率,保证患者安全,提高了护理质量,体现了优质护理服务的专业内涵。

**关键词:** ICU 交接班 手卫生 医院获得性感染

**中图分类号:** R47 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2018) 13-300-02

临床医护人员的手是医院感染的主要传播媒介<sup>[1]</sup>,ICU 是医院感染的高发科室,有资料显示,在护士为患者进行晨间护理,医生给患者查体、换药后,从他们双手采样的结果显示带菌率为 100%<sup>[2]</sup>。有资料表明,我国每年有 140 人死于医院感染,而只要医务人员正确洗手,就可使医院感染率下降 50.0%<sup>[3]</sup>。彻底洗手与手的消毒是预防医院感染最直接、最简单、最经济也是最有效的重要措施之一<sup>[4]</sup>。床旁交接班是护士接触患者频率最高的时期,也是护士在同一患者不同身体部位、以及不同患者之间转换最多的时间段,研究<sup>[5]</sup>表明,54.19% 的护士在交接班中接触患者,其中 16.82% 的护士可能被患者血液、体液、排泄物等污染;但仅 49.46% 的护士接触患者或患者用物前后能洗手。因此,护士在交接班过程中的洗手依从性与患者医院获得性感染的发生率息息相关。

## 1 对象与方法

### 1.1 一般资料

(1) 本研究选取重症监护病房床位 33 张,护士 68 名,其中男性 14 名,年龄 22~50(30.17±6.89)岁;最高学历:大专 8 人,本科 54 人,硕士研究生 6 人;职称:副主任护师 1 人,主管护师 15 人,护师 48 人,护士 4 人。护龄 1~35(9.22±7.80)年。病房实行三班倒,正式护理交接班每日 3 次。干预前后护士年龄、性别、学历、职称、护龄等一般资料无显著差异( $P>0.05$ )。

(2) 本研究选取 2017 年 9 月至 2018 年 1 月期间的 769 例收治患者,其中发生医院内获得性感染病例 193 例的相关临床资料作为对照组,2018 年 2 月至 2018 年 6 月收治的 703 例患者,其中发生医院内获得性感染病例 102 例的相关临床资料作为干预组,其中基础疾病涵盖突发脑血管意外、颅脑外伤、恶性肿瘤、慢性阻塞性肺部疾病急性加重期、全身多发伤、重症胰腺炎、重症肺炎、各种原因形成的 ARDS、急性肾功能不全、多脏器功能衰竭等。两组患者在年龄、性别及病程等一般资料方面无显著性差异( $P>0.05$ )。

### 1.2 方法

1.2.1 研究工具。(1) 手卫生执行率的计算:通过手卫生指征标准来统计护士洗手的次数和未洗手的次数,计算手卫生执行率(手卫生执行率=实际手卫生次数/应进行手卫生次数×100%<sup>[6]</sup>)。本研究采用平均每日交接班(共三次)的洗手实际执行次数/平均每日交接班应该执行的手卫生次数×100%作为评价洗手依从性的指标。(2) 医院获得性感染率的计算:收集干预前与干预后 ICU 获得性感染病例数,感染率的计算参照《医院感染监测规范》<sup>[7]</sup>,病例(例次)感染发病率=感染患者(例次)数/观察期间处在危险中的患者数×100%。

(3) 中文版护士床边交接班满意度问卷:基于 Sand-Jecklin 等<sup>[8]</sup>编制的英文版 NASR 量表(Nursing Assessment of Shift Report)汉化形成。量表由 17 个条目 5 个维度组成。采用 Likert 5 级评分法,非常同意至非常不同意分别赋 5~1 分。量表总分 85 分,得分越高,表明护士对床边交接班越满意,反之越低。该量表 Cronbach's  $\alpha$  系数 0.840,各因子 Cronbach's  $\alpha$  系数 0.855~0.975,重测信度 0.803,各因子重测信度 0.804~0.950,本研究以该量表的条目均分

作为评价护士交接班满意度的指标。

1.2.2 干预方法。(1) 成立交接班管理及培训小组:由护士长及 2 名高年资护士组成。小组成员负责评估原有交接班 checklist 表中的交接内容,依据无菌—清洁—污染的原则进行床旁交接流程优化,制定质量标准,组织人员培训,记录流程运行状态,对流程执行情况进行监督、反馈。(2) 确定优化交接班后的洗手时机:根据手卫生“两前三后”的原则<sup>[9]</sup>,总结出 ICU 交接班过程中需要洗手的具体时机:

a. 直接接触患者前后,接触不同患者之间,从同一患者身体的污染部位移动到清洁部位时,接触特殊易感患者前后应洗手;b. 每次接触患者周围环境及物品后应洗手;b. 接触患者黏膜、破损皮肤或伤口前后,接触患者的血液、体液、分泌物、排泄物、伤口敷料之后;c. 穿脱隔离衣前后,摘手套后;d. 进行无菌操作前后,处理清洁、无菌物品之前,处理污染物品之后;e. 当医护人员的手有可见的污染物或者被患者的血液、体液污染后;f. 检查、治疗、接触免疫功能低下的患者之前。(3) 确定交接班流程:为减少交接班过程中的洗手次数,提高护士洗手依从性,本研究以“无菌—清洁—污染”为原则,制定过渡型交接班流程。最终确定交接班流程如下:1) 交接班准备。接班者查看交班者提前填好的 checklist 表,结合电子系统中的护理记录熟悉交接班内容及重点,包括物品交接、仪器交接、患者信息、治疗交接、管道交接、基础护理、特殊交接、患者最新检查检验结果等。2) 环境交接。接班者根据 checklist 表在交班者的辅助下首先完成物品交接、仪器交接、患者信息的交接和部分治疗交接(即不需至床旁即可完成的治疗交接);完成后交、接班者同时洗手。3) 床旁交接。① 无菌区交接:按照从上到下的顺序进行,颅腔引流管®气管插管(气管切开),必要时吸痰®胸腔引流管®血管内导管(动静脉通路、测压通路、血透用导管等)®导尿管(或膀胱造瘘)®皮肤切口、伤口,若存在疑似或确定感染的部位,该部位的交接置于无菌区交接的最后一步;完成后洗手。② 清洁区交接:鼻氧管,胃管、肠管引流管交接®肺部听诊,患者翻身、拍背®全身皮肤交接及护理®床单位的整理;完成后洗手。③ 污染区交接:严重感染部位交接®二便护理及交接。(4) 护士培训:流程改善初步完成后,通过科室微信群向全科护士征集改进意见,根据征集到的意见和建议对流程进一步完善,形成最终版;之后组织全科护士对优化后床旁交接的具体流程、洗手时机、交接内容、优化意义等进行学习;培训教师通过对比分析,阐述目前的交接班流程中存在的不足,尤其是在院感控制方面的弊端及严重后果,使护士了解本次流程优化的重要性;将改进后的流程打印并发给科内所有护士学习。(5) 流程实施及监督反馈:① 同期控制:交接班管理及培训小组成员通过现场管理、直接询问护士等途径,了解新流程的执行情况并记录;② 反馈控制:对实施过程中存在的问题在护士会上及时反馈,月质量分析会上对流程执行情况进行总结并提出改进措施进一步优化流程。(6) 正式实施:完成最终的流程优化后,按照标准流程实施交接班。

### 1.3 数据收集与分析

交接班满意度及患者医院获得性感染率在干预前后分别通过问卷



及科室病例获取;干预前后手卫生依从性均由交接班管理小组人员抽取科室内部人员于每周一至周五随机抽取一天对ICU护士的交接班过程进行隐蔽式的跟踪调查,时间段分别为每天三次交接班时间,即A班7:30~8:00, P班14:30~15:00, N班23:00~23:30。采用SPSS18.0软件对数据进行录入和统计学分析。计量资料采用描

述性分析、频数、标准差表示,采用t检验、卡方检验进行效果分析。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 优化交接班流程后患者医院获得性感染发生率明显降低( $P=0.001$ )。

表1: 两组医院获得性感染发生率比较 [n(%)]

组别	患者总数	感染总数	肺部	泌尿系	消化道	切口	血液	其他	发生率 (%)	$\chi^2$	P
对照组	769	193	95 (12.4)	40 (5.2)	27 (3.5)	18 (2.3)	9 (1.2)	3 (0.4)	25.1	25.695	0.000
干预组	703	102	62 (8.8)	25 (3.5)	16 (2.3)	8 (1.2)	3 (0.4)	0 (0)	14.5		

2.2 优化交接班流程后护士交接班满意度显著提高 ( $P < 0.001$ )。

表2: 干预前后护士交接班满意度比较 (n=68)

	满意度得分	手卫生执行率	
		应洗次数	实际次数
实施前	3.92±0.09	1325	883
实施后	4.13±0.16	1160	870
t' / $\chi^2$	-9.144	20.795	
P	0.000	0.000	

## 3 讨论

ICU患者病情复杂,涉及多器官,多系统,治疗手段多,无家属陪同,以致护士交接班内容涉及面广。传统护士交接班常凭经验及记忆,加之交接班时常受到机器报警导致的护理中断,易出现漏交接或交接不清楚的现象,增加护理风险事件的发生<sup>[10]</sup>。本研究按照无菌过度原则规范了整体交接班顺序,减少了护士在交接班过程中由于在无菌部位、清洁部位及污染部位的反复操作而导致的手卫生时机的增加,同时,规范的流程使交班和接班者的思路、操作部位保持一致,从而统一了手卫生的时机,起到彼此监督,相互提醒的作用,因此使手卫生依从性得到有效提高。

医护人员的手医院获得性感染传播的重要媒介,严格的手卫生是降低患者医院获得性感染的有效途径,护士治疗和操作、与患者接触都可能引起病原体传播,如果护士对手的消毒观念不强,可给患者带来极大的威胁<sup>[11]</sup>。有调查显示由于医务人员洗手不彻底而导致细菌传播造成的感染占医院感染率的30%<sup>[12]</sup>。此外,ICU患者抵抗力低下,感染风险增加,手卫生在控制感染,保证患者安全中发挥着更加重要的作用。本研究通过优化交接班流程,将交接班过程中的琐碎、繁杂的工作进行区域划分,减少了同一患者不同部位细菌移位的几率,同时,标准化的流程明确规定了洗手时机,减少了交接班过程中护士忽略导致的手卫生的遗漏,从而减少了医院获得性感染的传播途径,保证了患者的安全。此外,本研究通过规范交接班流程,使护士交接班过程中的思路整体保持一致,避免因个人习惯导致交接班重点的遗漏,有利于提高护士交接班效率,提高护士交接班满意度。

## 4 小结

(上接第299页)

服务。那么,在一定程度上,就能够较为及时的发现这些问题。甚至,有些时候,能够避免这些问题以及情况的出现。从而,也就能够在很大程度上,保证心血管内科的患者,积极主动的配合医生治疗。最终,能够早日恢复健康,过上正常人的生活。

有些医院在实际护理工作中,实行了运用优质的护理服务的实验。并且,经过专业工作人员的观察以及研究,发现优质的护理服务的效果,较为显著。其中,通过了解心血管内科患者的恢复情况,表明优质的护理工作,能够达到较好的护理服务质量。与此同时,研究人员通过对患者的采访,表明患者对优质护理工作的满意程度较高。

## 3 讨论

有临床报告显示,心血管内科疾病患者大多数均伴有不同程度的

本研究通过优化ICU交接班流程,将交接班顺序按照无菌—清洁—污染的整体顺序进行规范,提高了护士在交接班过程中的手卫生依从性,有效降低了ICU患者医院获得性感染的发生率,同时提高了护士交接班满意度,从而促进了患者安全,提高护理质量。

## 参考文献

- [1] 张浩军, 胡兰文, 蔡玲, 等. 甘肃省医院医务人员手卫生状况调查分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2016, 26(11):2634-2636.
- [2] Anderson J J, Mokracek M, Lindy C N. A Nursing Quality Program Driven by Evidence-Based Practice[J]. Nursing Clinics of North America, 2009, 44(1):83-91.
- [3] 张浩军, 胡兰文, 蔡玲, 等. 甘肃省医院医务人员手卫生状况调查分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2016, 26(11):2634-2636.
- [4] I. Kurlat, G. Corral, F. Oliveira, G. Farinella, E. Alvarez. Infection control strategies in a neonatal intensive care unit in Argentina[J]. Journal of Hospital Infection, 1998, 40(2).
- [5] 吴素清, 许素霞, 翁剑花, 等. 床旁交接班过程中护士隔离防护情况的调查与分析[J]. 解放军护理杂志, 2009, 26(22):19-20.
- [6] 王莹, 朱艳飞, 宋文静, 等. 手卫生依从性干预对ICU获得性耐甲氧西林金黄色葡萄球菌感染的影响[J]. 中国实用护理杂志, 2016, 32(24):1890-1893.
- [7] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会. WS/T313-2009 医院感染监测规范行业标准[S]. 北京: 中国标准出版社, 2009.
- [8] SandJecklin K, Sherman J. Incorporating bedside report into nursing handoff: evaluation of change in practice[J]. J Nurs Care Qual, 2013, 28(12): 186-194.
- [9] 赵延慧, 邹琴, 李晓玲. 手卫生依从性及其管理对策的研究进展[J]. 护理学报, 2016, 23(6):38-40.
- [10] 刘清华, 宋朝晖, 钟晓丽, 等. 护理中断事件干预对护理风险事件发生率的影响[J]. 华西医学, 2015(7):1296-1299.
- [11] 罗玉荣, 周长瑛. 综合性医院医务人员手卫生依从性调查分析[J]. 当代护士, 2016(2):111-112.
- [12] 王张丽, 李侗曾. 护理管理在医院获得性感染中的重要性[J]. 中国卫生产业, 2017, 14(8):116-118.

情绪障碍, 这样的负面情绪会影响患者的治疗和康复, 同时随着医疗技术的高速发展, 人们对护理和治疗的要求也越来越高, 传统的护理方法已经无法满足患者的需求, 应该为患者提供更加优质、全面的护理服务。心理疏导主要是根据患者不良心理状态和负面情绪展开的一种护理, 其主要目的就是让患者以最佳的心理状态接受治疗和护理, 促进患者的康复。在对心血管内科患者实施护理服务的过程中, 心理疏导的运用可以缓解患者的不良情绪, 改善患者的生活质量, 提高护理的有效率, 对患者的治疗和康复均有着非常积极的作用和意义。在本次试验研究中, 观察组患者SAS、SDS评分以及生活质量优良率均明显优于对照组, 具有统计学意义( $p < 0.05$ )。综上所述, 在对心血管内科患者实施护理服务的过程中, 心理疏导的运用可以改善患者的生活质量, 缓解患者的不良心理状态, 具有显著的效果, 值得临床推广。