

# 感染科护理工作中的风险因素分析及对策

黄 荣

新疆医科大学第五附属医院感染科 新疆乌鲁木齐 830000

〔摘要〕目的 分析感染科护理工作中的风险因素,探讨相应的护理干预策略。方法 选择我院感染科护理人员 20 名以及收治的 200 例患者进行研究,将其随机均分为对照组和试验组。对照组给予常规护理管理干预,试验组在对照组的基础上对护理风险因素进行分析,并给予护理风险管理干预。比较患者与护理人员护理感染率发生情况以及患者满意率。结果 实验组感染事件发生率为 0,对照组感染事件发生率 10.9%,两组患者感染事件发生率差异显著( $P < 0.05$ );实验组满意度为 98.0%,对照组满意度 88.0%,两组患者满意度差异显著( $P < 0.05$ ),有统计学意义。结论 感染科护理工作中包含许多风险因素,采取相应的风险控制措施,能够降低感染率出现的可能性,提升护理工作水平,提升医院感染控制效果。

〔关键词〕感染科;护理;风险;对策

〔中图分类号〕R471 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165(2018)06-174-02

感染科聚集了各种传染性疾病,而传染性疾病又是感染事件多发的疾病,所以感染科是医院发生感染可能性最高的科室,若未做好感染科护理工作,传染性疾病患者的血液、体液、分泌物等传染病菌,极易感染患者及护理人员,最终产生感染不良事件,对患者以及护理人员的健康都将带来较大威胁。通过实践研究发现,将风险管理理念引入护理工作中,使护理工作质量得到提高,可使感染科室不良事件发生率控制到最低,且可提升患者满意率。本次研究分析了护理风险管理在感染科的应用效果,现报道如下。

## 1 资料及方法

### 1.1 一般资料

选择我院感染科护理人员 20 名以及 2016 年 1 月-2018 年 6 月收治的 200 例患者进行研究,入选患者没有严重器质性疾病,也没有认知功能障碍,将其随机均分为对照组和试验组。对照组护理人员男 2 名,女 8 名,年龄 20-37 岁,平均年龄(25.4±5.5)岁,患者男 57 例,女 43 例,年龄 21~64 岁,平均(43.4±6.4)岁,病史 0-3 年,平均病史(2.1±0.4)年;试验组护理人员男 2 名,女 8 名,年龄 20-38 岁,平均年龄(25.2±5.6)岁,患者男 58 例,女 42 例,年龄 21~65 岁,平均(43.8±15.9)岁,病史 0-3 年,平均病史(2.2±0.4)年,两组护理人员、患者一般资料无显著差异( $P > 0.05$ ),有可比性。

### 1.2 方法

对照组患者给予常规护理干预。

试验组患者在常规护理的基础上,给予护理风险管理干预。实施过程如下:

(1) 风险管理小组的设立。由科室护士长、护理人员成立护理管理小组,小组在职责上表现为对感染科可能出现的风险问题进行分析,在此基础上制定护理工作计划。同时,对护理人员护理工作情况监督,做好指导与纠正工作。

(2) 风险问题的确定。感染科中可能出现的风险问题主要包括:①血液传播感染。该感染类型是护理工作中极为常见的隐患问题,多表现为血液、体液接触后出现后带来传播感染。临床上有 50 种以上的血液传播疾病,在接触此类患者的血液时会有很大的传染风险。例如护理工作中的滴注、输血以及

抽血等,都有可能将感染病原体带给患者以及护理人员自身;②呼吸道感染。以禽流感、肺结核等为例,病菌会由空气进入呼吸道,带来感染情况,通常患者打喷嚏、咳嗽或与人沟通中,都可能将感染性病原体传播给他人;③消化道感染。如细菌性痢疾、霍乱以及食物中毒等患者,其呕吐物和排泄物等消化道物可能带来感染问题;④接触感染。如患者间的接触、患者与其家属以及患者与护理人员的接触,都有细菌传播可能性。

(3) 风险管理实施。在感染科护理工作风险问题确定后,由护理小组制定针对性的解决策略,其主要包括:①管理制度的完善。如将护理人员基本护理操作、意外事件处理以及其他护理中的注意事项囊括于制度中,确保护理人员操作中严格按照制度执行;②培训与考核。护理小组适时组织培训与考核工作,护理人员增加护理风险管理、安全教育、专业知识培训,感染科常见安全隐患的预见性防范措施学习等,同时要求护理人员在责任意识、自我防护意识等方面不断强化,能够在感染科护理工作中做到游刃有余。同时,对于护理人员的考核,可结合护理小组评定结果、患者满意度调查结果以及不良事件发生率等,将考核结果与个人绩效相挂钩,以此调动护理人员工作积极性;③职业损害的处理。感染科容易造成职业损害的因素非常多,包括护理人员长期接触消毒液、紫外线灯、有毒气体等有害物质,因此要求护理人员有完备的医学常识,通过熟练操作和处理,尽可能减少职业损害的因素;④突发事件的处理。如感染科室中有不良事件发生情况下,应及时进行处理,尤其对于可能出现大范围感染的情况,要求做到及时发现、及时处理<sup>[1]</sup>。

### 1.3 观察指标

对比两组患者与护理人员自身出现的感染情况,包括血液传播感染、呼吸道传播感染、接触感染以及消化道感染等。另外,利用医院自制调查问卷,调查两组患者满意率,内容以护理人员基本操作、整体服务质量以及病房环境等,分为非常满意、满意、不满意,其中非常满意与满意纳入满意率范畴。

### 1.4 统计学处理

研究得出数据录入 WPSx1s 数据表中,采用 SPSS22.0 软

件统计处理, 利用数 (n) 或率 (%) 描述计数资料, 组间比较通过  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  说明差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 感染情况对比

实验组感染事件发生率为 0, 对照组感染事件发生率 10.9%, 两组感染事件发生率差异显著 ( $P < 0.05$ ), 有统计学意义。见表 1

表 1: 感染情况对比 (n, %)

组别	例数	呼吸道感染		接触感染		发生率 (%)
		护理人员	患者	护理人员	患者	
实验组	110	0	0	0	0	0
对照组	110	1	6	0	5	10.9
$\chi^2$						9.41
P						0.00

### 2.2 护理满意度对比

实验组满意度为 98.0%, 对照组满意度 88.0%, 两组患者满意度差异显著 ( $P < 0.05$ ), 有统计学意义。见表 1

表 2: 护理满意度对比 (n, %)

组别	例数	非常满意	满意	不满意	满意度 (%)
实验组	100	81	17	2	98.0
对照组	100	54	34	12	88.0
$\chi^2$					3.76
P					0.02

(上接第 172 页)

明显高于对照组 (75%), 这说明在胃痞病患者临床护理中, 以中医辨证施护护理能够提升患者护理质量, 对于患者护理生活质量提升具有重要性影响。护理一段时间后, 研究组患者护理满意度也明显高于对照组, 这也间接反映了中医辨证施护护理对于胃痞病患者护理的特色性。作为临床医学护理者, 在现有的临床护理中, 应该按照胃痞病患者护理中的要求, 及时的制定专门的护理方案, 督促患者按照方案中的要求配合护理, 以此提升患者的护理质量。

### [参考文献]

(上接第 173 页)

本文分析了手术患者术中低体温的相关影响因素, 并针对这些因素对手术患者实行了全面针对性的预防低温护理, 经过护理后, 本组 44 例患者麻醉前体温为  $(36.91 \pm 0.25)^\circ\text{C}$ , 术中体温为  $(36.34 \pm 0.23)^\circ\text{C}$ , 术后体温为  $(36.10 \pm 0.30)^\circ\text{C}$ , 术中、术后均未出现低体温患者。研究说明, 对术中手术患者采取护理干预可以使其体温降低幅度得到有效的控制, 能够预防患者手术期间体温过低等不良情况出现, 此结论与张余<sup>[5]</sup>等人研究结果相符。

### [参考文献]

[1] 高铁. 手术患者术中低体温的护理对策及相关因素分

## 3 讨论

感染科室感染情况发生的可能性极高, 若未做好护理工作, 极易对患者与护理人员生命健康带来威胁。对此, 可考虑将风险管理理念引入到护理实践中, 其实施的要点主要表现为: ①护理小组的成立, 小组负责风险问题的确定以及风险计划的制定, 并做好护理监督工作; ②风险问题确定, 如呼吸道感染、消化道感染以及接触感染等; ③风险管理实施, 主要强调完善管理制度, 做好人员培训与考核工作, 并注意处理突发事件<sup>[2]</sup>。本次研究中发现, 风险管理理念应用于感染科护理工作后, 感染率相比对照组降低许多, 且患者满意率也得到明显提高, 充分说明风险管理理念应用于感染科护理中, 可取得显著效果。实际开展护理工作中, 护理人员应做好患者病情分析, 在护理基础操作上不断强化, 如基本的消毒与清洁工作, 并做好自我防护工作, 以此将感染率控制到最低<sup>[3]</sup>。

综上所述, 感染科护理中风险管理理念的应用, 对提升感染科护理工作水平可起到突出作用, 应在护理实践中进行推广。

### [参考文献]

[1] 蔡华英, 龚雪丽, 翁远兰. 感染科护理工作的风险及对策 [J]. 东方食疗与保健, 2017(2):143-144.

[2] 李翠玲. 传染科护理中的危险因素与防范 [J]. 中国实用医药, 2017, 12(4):184-185.

[3] 邓春花, 李菊芳, 胡丽. 传染科护理行为中的感染危险因素及其管理对策 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2017(38):215.

[1] 杨云英, 朱爱利, 饶秀珍, 等. 辨证施护对胃痞病人生存质量的影响 [J]. 护理研究, 2016, 27(34): 3899-3901.

[2] 何雨芹. 中西医结合治疗胃痞病脾胃湿热型临床研究 [J]. 医药前沿, 2014, 25(36): 229-229.

[3] 郭东明, 郭亚荣. 中西医结合治疗胃痞病脾胃湿热的临床观察 [J]. 中国中医药科技, 2014, 36(s1): 172-173.

[4] 张林国, 赵瑞荣, 马立东. 胃痞和慢性萎缩性胃炎的中医病名研究初探 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2015, 6(2): 4-5.

[5] 刘敏. 胃痞的中医辨证施治 [J]. 中国医药导报, 2018, 55(19): 184-184.

析 [J]. 中国医药指南, 2017, 15(10):24-25.

[2] 杨胜, 梁彩侠. 手术患者术中低体温原因分析及对策 [J]. 养生保健指南, 2017(29):200-201.

[3] 李雪清, 黄石群, 邹靖. 泌尿腔镜手术患者术中低体温的相关因素及护理研究进展 [J]. 护士进修杂志, 2016, 31(18):1650-1652.

[4] 李丽, 贾凤菊, 王梅新. 护理人员实施术中低体温护理干预的现状及相关因素分析 [J]. 中华现代护理杂志, 2016, 22(20):2819-2824.

[5] 张余. 术中低体温发生的相关因素及护理预防对策 [J]. 健康之路, 2017(8):185.