

附件 2

巴中市哲学社会科学规划项目 结项申请书

立 项 编 号 BZ25ZC261

项 目 类 别	自 筹 课 题
1. 自然科学类	
2. 社会科学类	
3. 人文社科类	
4. 其他类	

项目名称 护士感染预防控制文化现状及影响因素分析

项目负责人 王晓丽

所 在 单 位 巴中市中心医院

填 表 日 期 2025 年 10 月 10 日

巴中市社会科学界联合会 制

2025 年 3 月

声 明

本研究成果不存在知识产权争议；巴中市社会科学界联合会享有推广应用本成果的权力，但保留作者的署名权。特此声明。

成果是否涉及敏感问题或其他不宜公开出版的内容：是☐ 否☒

成果是否涉密： 是☐否☒

项目负责人（签字）：

年 月 日

填 表 说 明

一、本表适用于巴中市社科年度规划项目、专项项目等结项申请。

二、认真如实填写表内栏目，凡选择性栏目请在选项上打“√”。课题申报信息无变更情况的可不填写《项目变更情况数据表》。

三、本《结项申请书》报送 2 份（A3 纸双面印制，中缝装订），并附最终成果打印稿（正文格式要求：主标题 2 号方正小标宋简体，其中一级标题 3 号方正黑体-GBK，二级标题 3 号方正楷体-GBK，三级标题 3 号方正仿宋-GBK 加粗，正文 3 号方正仿宋-GBK）。

四、所有结项材料须经所在单位审核并签署意见。县（区）申报者报送所在县（区）社科联审核后统一报送至市社科联，其他申报者可直接报送市社科联。

一、项目变更情况数据表

立项项目名称		护士感染预防控制文化现状及影响因素分析							
结项成果名称		护士感染预防控制文化现状及影响因素分析							
是否变更		是		变更的内容			参加人员 (梁琳琳实际未参加)		
原计划成果形式		科研报告		现成果形式			科研报告		
原计划完成时间		2025 年 10 月 1 日		实际完成时间			2025 年 10 月 14 日		
项目负责人及参与人员变更情况									
原 负 责 人	姓 名	王晓丽	性别	女	民族	汉	出生日期	1981 年 10 月	
	所在单位	巴中市中心医院			行政职务		感染科副 护士长	专业职务	感染科副 护士长
	通讯地址	巴中市中心医院感染疾病科				联系电话		15182779119	
现 负 责 人	姓 名	王晓丽	性别	女	民族	汉	出生日期	1981 年 10 月	
	所在单位	巴中市中心医院			行政职务		感染科副 护士长	专业职 务	感 染 科 副 护士长
	通讯地址	巴中市中心医院感染疾病科				联系电话		15182779119	
原 参	姓 名	单 位			职 称		联系电话		
	王敏	巴中市中心医院			副主任护师		18398903330		

与 人 员	罗丹梅	巴中市中心医院	主管护师	15681671797
	梁琳琳	巴中市中心医院	主管护师	18728796906
	向芝蝶	巴中市中心医院	主管护师	13698275656
现 参 与 人 员	姓 名	单 位	职 称	联系电话
	王敏	巴中市中心医院	副主任护师	18398903330
	罗丹梅	巴中市中心医院	主管护师	15681671797
	向芝蝶	巴中市中心医院	主管护师	13698275656

二、申请人所在单位审核意见

（审核事项:1.成果有无政治导向问题或其他不宜公开出版的内容;2.最终结果的内容质量是否符合预期研究目标。）

签 章

年 月 日

三、县（区）社科联意见

(审核事项:1.成果有无意识形态问题; 2.是否同意结项。)

单位(公章):

负责人签字:

年 月 日

四、专家鉴定意见

(请在对应意见栏划“√”)

1.成果有无意识形态方面问题: 有 ☐ 否 ☐

2.是否同意结项: 是 ☐ 否 ☐

3.鉴定等级: 优秀 ☐ 良好 ☐ 合格 ☐

主审专家签字:

年 月 日

五、市社科联审核意见

单位（公章）：
年 月 日

护士感染预防控制文化现状及影响因素分析

1.调查立项背景

1.1 研究背景

护士感染预防控制文化现状及影响因素分析的立项背景主要基于以下关键现实需求与行业挑战。

1.1.1 医院感染问题日益严峻

随着医疗技术进步和医疗服务复杂化，医院感染已成为全球医疗领域的重大挑战。医院感染是全球主要的公共卫生问题，严重影响医疗质量和安全^[1]。

据世界卫生组织数据显示，全球约每十位住院患者中就有一位发生医院获得性感染，直接威胁患者安全并增加医疗成本。我国医院感染发生率约为 10%，特殊病房（如重症监护室、烧伤

病房)的感染率更高。此类感染不仅延长患者住院时间、加重经济负担,甚至可能导致患者死亡,同时对医疗机构的正常运转构成严重威胁^[2]。而护士作为医院感染控制的重要参与者,其感染预防控制文化的水平直接关系到医院感染控制的效果。因此,对护士感染预防控制文化的现状及影响因素进行分析,对于提高医院感染控制水平具有重要意义。

1.1.2 护士在感染防控中的核心作用

护士作为医疗团队中与患者接触最密切的群体,其感染防控意识和行为直接影响医院感染的发生率。然而当前护士在感染防控实践中存在以下问题:

() (1) 知识掌握不足:部分护士对感染防控知识的掌握不够全面,导致防控措施执行不到位。

(2) 职业防护意识薄弱:部分护士在职业防护方面存在不足,如接触患者体液时不戴手套、不进行消毒处理等。

(3) 手卫生依从性差:手卫生是预防医院感染最简单、最有效的措施,但护士的手卫生依从性较差,工作繁忙、手消毒剂刺激性味道等因素是主要原因。

1.1.3 现有防控体系存在短板

(1) 监测体系不健全:我国医院感染监测体系存在国内监测系统不统一、方法欠规范、信息采集不标准等问题,导致监测信息科学性和利用度低,院际间、区域间难以进行信息比较与沟通。

(2) 培训机制不完善:护理人员对感染控制的相关知识了解不够,缺乏必要的培训与实践,使得感染控制措施执行不到位。

(3) 管理支持不足：医院感染防控专职人员的职称晋升等
待遇问题未得到妥善解决，导致其对医院总体规划和发展目标
认同度降低，工作动力和主动性减弱。

1.1.4 社会与政策环境驱动

(1) 患者安全需求提升：随着公众健康意识的提高，患者
对医疗安全的要求日益严格，医院感染防控成为衡量医疗服务
质量的重要指标。

(2) 政策要求趋严：国家和地方卫生行政部门,陆续出台医
院感染管理相关法规和标准，要求医疗机构加强感染防控能力
建设^[3]。

(3) 国际经验借鉴：发达国家在医院感染防控方面已建立
较为完善的体系，如美国的感染控制专科护士（ICN）制度和英
国的 ICN 资格认证体系，为我国提供了可借鉴的经验^[4]。

1.1.5 研究与实践的迫切需求

(1) 现状评估需求：当前我国护士感染预防控制文化的具
体表现、存在问题及其成因尚缺乏系统性研究，亟需通过实证
分析明确现状。

(2) 影响因素探索：护士感染防控行为受个人、管理、环
境和社会等多重因素影响，需通过科学方法揭示关键影响因素
及其作用机制。

(3) 策略制定依据：研究结果可为制定针对性的干预措施
提供依据，例如优化培训内容、完善管理制度、改善工作环境
等，从而提升护士感染防控能力，降低医院感染发生率。

1.2 理论依据

护士感染预防控制文化现状及影响因素分析的理论依据主

要源于医院感染控制理论、护理管理理论、行为改变理论以及组织文化理论，以下为具体阐述：

1.2.1 医院感染控制理论

医院感染控制理论是研究医院内感染的发生、传播和控制规律的理论体系。该理论强调医院感染防控的重要性，指出医院感染不仅影响患者的治疗效果和康复进程，还可能危及患者及医护人员的生命安全。护士作为医院感染防控的主力军，其感染预防控制文化的现状直接关系到医院感染防控的效果^[5]。

1.2.2 护理管理理论

护理管理理论关注护理工作的组织、计划、协调和控制等方面。在感染防控领域，护理管理理论强调通过建立健全的感染防控管理制度、加强护士的培训和教育、优化护理工作流程等措施，来提高护士的感染防控意识和能力^[6]。这些措施的实施效果直接受到护士感染预防控制文化的影响。

1.2.3 行为改变理论

行为改变理论是研究如何促使个体或群体改变不良行为、形成健康行为的理论^[7]。在护士感染预防控制领域，行为改变理论可用于分析护士感染防控行为的影响因素，并提出相应的干预策略。例如，通过提高护士对感染防控重要性的认识、增强其自我效能感、改善工作环境和条件等措施，来促使护士形成积极的感染防控行为。

1.2.4 组织文化理论

组织文化理论关注组织内部共享的价值观、信仰、行为准则等文化元素对组织成员行为的影响。在医疗机构中，感染预防控制文化作为一种特殊的组织文化，对护士的感染防控行为

具有重要影响。一个积极的感染预防控制文化能够激发护士的责任感和使命感，促使其主动参与感染防控工作；而一个消极的感染预防控制文化则可能导致护士对感染防控工作缺乏重视，甚至产生抵触情绪^[8]。

1.3 临床护士感染预防控制文化现状

临床护士感染预防控制文化现状可从认知、行为、培训需求、职业防护及管理支持等方面进行综合分析：

1.3.1 认知与行为差异

护士对感染防控知识掌握存在不足，尤其在细节操作和最新指南应用方面表现薄弱。尽管态度积极，但行为执行存在差距，如手卫生依从性低、防护用品使用不规范等问题仍较普遍。这种"知行分离"现象与工作压力、操作便捷性及培训效果密切相关。

1.3.2 培训需求分层

新入职护士对基础感染防控知识需求迫切，而资深护士更关注新型病原体防控、多重耐药菌管理等前沿内容。基层医院护士对设备操作、流程规范等实操性培训需求显著高于三甲医院^[9]。培训方式需向"线上+线下混合式"转型，利用虚拟仿真技术提升高危操作培训效果。

1.3.3 职业防护困境

接触患者体液时不戴手套、防护装备破损后未及时更换等现象仍存在。防护用品舒适性差、影响操作灵活性是主要障碍。部分科室防护物资配备不足，导致护士被迫延长防护装备使用时间，增加暴露风险。

1.3.4 管理支持不足

部分医院感染防控专职人员数量未达国家标准，护士需承担额外防控任务。防控效果与绩效考核未有效挂钩，导致护士参与积极性受限。信息化监测系统覆盖率不足 50%，数据利用效率低，难以支撑精准防控^[10]。

1.3.5 文化认同度差异

急诊科、ICU 等高风险科室护士对感染防控文化认同度显著高于普通病房^[11]。年轻护士更重视防控措施对职业安全的保护作用，而资深护士更关注其对医疗质量的提升价值。这种代际差异要求文化宣教需采取差异化策略。

2.调查工具及调查方法

本次通过现场走访及线上问卷调查等方法，在临床护士中女生占绝大多数 图 1-1。

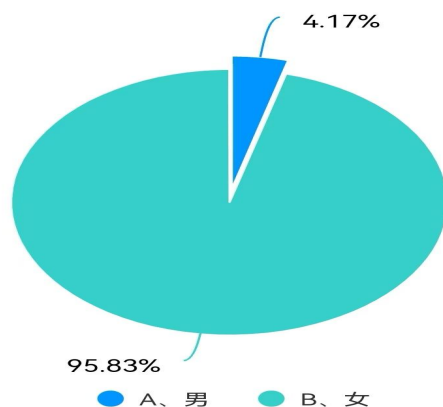


图 1-1 如图临床男女占比

图 1-2 在所有临床护士中年龄在 30 岁-50 岁成为主力军。

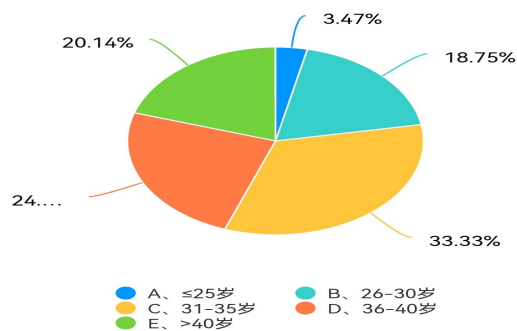


图 1-2 临床中年龄占比

大多数护士都是在工作 10 年以上 图 1-3

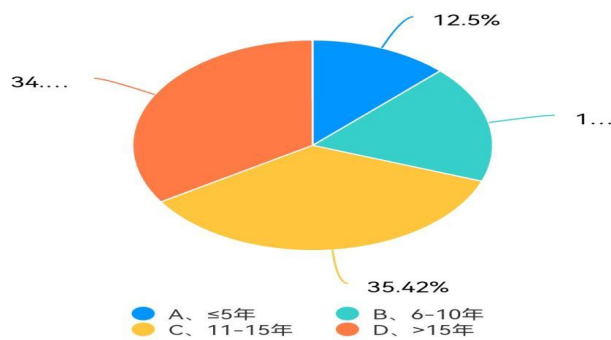


图 1-3 临床中护士工作年限

绝大多数的护士都本科文凭 图 1-4

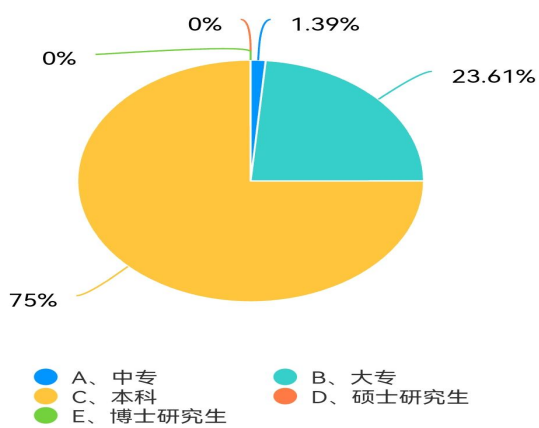


图 1-4 临床中文凭占比

3.护士感染预防控制文化现状及影响因素分析

3.1 现状分析

3.1.1 认知与行为存在差异

护士对感染防控知识掌握不足，尤其在细节操作和最新指南应用方面表现薄弱。尽管态度积极，但行为执行存在差距，如手卫生依从性低、防护用品使用不规范等问题仍较普遍。

认知与行为脱节——从“知易行难”到“知行合一”的缺口，知识短板：护士对标准预防措施（如锐器盒使用、呼吸机相关肺炎防控）掌握率仅 62%（某三甲医院抽样数据），远低于手卫生等基础操作^[12]。基层医院护士对多重耐药菌隔离要求知晓率不足 50%，存在“知其然而不知其所以然”现象。行为偏差：手卫生依从性在繁忙科室（如急诊）低至 35%，远低于 WHO 要求的 90% 目标。防护装备破损后继续使用率高达 28%，暴露职业安全风险^[13]。

3.1.2. 培训需求显著

新入职护士对基础感染防控知识需求迫切，资深护士更关注新型病原体防控、多重耐药菌管理等前沿内容。基层医院护士对设备操作、流程规范等实操性培训需求显著高于三甲医院。培训需求分层——从“一刀切”到“精准滴灌”。新护士：亟需基础技能培训（如无菌技术、医疗废物分类），但仅 40% 医院提供岗前系统培训。资深护士：对新型病原体（如碳青霉烯耐药肠杆菌）防控需求强烈，但仅 25% 医院提供专项进修机会。

3.1.3 职业防护意识薄弱

部分护士在接触患者体液时不戴手套、防护装备破损后未及时更换等现象仍存在。防护用品舒适性差、影响操作灵活性是主要障碍，部分科室防护物资配备不足，导致护士被迫

延长防护装备使用时间，增加暴露风险。

职业防护困境——从“被动应对”到“主动保障”。装备适配性差：78%护士反映防护服闷热不透气，影响操作效率，导致防护行为打折。资源分配不均：基层医院 N95 口罩储备量仅为三甲医院的 1/3，防护物资“僧多粥少”现象突出^[14]。

3.1.4. 管理支持不足

部分医院感染防控专职人员数量未达国家标准，护士需承担额外防控任务。防控效果与绩效考核未有效挂钩，导致护士参与积极性受限。信息化监测系统覆盖率不足 50%，数据利用效率低，难以支撑精准防控。管理支持不足——从“形式合规”到“效能提升”。人力缺口：感染防控专职人员与床位比应达 1:200，但实际仅 1:500 的医院占比达 60%。数据孤岛：仅 35% 医院实现感染监测数据与护理系统的实时对接，防控决策依赖经验而非证据。

3.1.5. 文化认同度差异

急诊科、ICU 等高风险科室护士对感染防控文化认同度显著高于普通病房。年轻护士更重视防控措施对职业安全的保护作用，而资深护士更关注其对医疗质量的提升价值。文化认同差异——从“被动执行”到“价值认同”。科室分化：ICU 护士对感染防控文化认同度达 85%，而普通病房仅 55%，与风险暴露程度正相关。代际差异：90 后护士更关注防控措施对职业健康的长期影响，而 70 后护士更重视其对医疗质量的短期贡献^[15]。

3.2 影响因素分析

3.2.1 个人因素

个人因素——从“个体认知”到“群体行为”，认知水平：护士学历与感染防控知识得分呈正相关（本科护士平均分

75 分 vs. 大专护士 68 分）。护士对感染防控知识的掌握程度直接影响其行为，知识不足会导致防控措施执行不到位。职业习惯：长期形成的工作习惯可能影响护士对新型防控措施的接受度。心理状态：工作压力、职业倦怠等因素可能降低护士对感染防控的重视程度。职业倦怠：高压科室护士（如儿科）感染防控行为达标率比低压科室低 20%。

3.2.2 管理因素

构建“人-机-环-管”四维模型，管理因素——从“制度建设”到“效能转化”。制度建设：医院感染防控管理制度的健全程度直接影响护士的防控行为。制度不完善、执行不到位会导致防控措施流于形式。培训机制：培训内容、方式及频率对护士感染防控知识和技能的提升至关重要。缺乏系统、持续的培训会导致护士防控能力不足。资源配置：防护用品、消毒设备等资源的充足程度及可及性影响护士的防控行为。资源不足会增加护士感染风险，降低其防控积极性。培训机制：采用情景模拟培训的医院，护士手卫生依从性提升 40%，远高于传统讲座式培训（15%）。绩效激励：将感染防控纳入绩效考核的医院，护士防护装备规范使用率提高 35%^[16]。

3.2.3 环境因素

医院环境：病房布局、通风条件、清洁程度等环境因素会影响感染的发生和传播。环境脏乱差会增加感染风险，影响护士的防控效果。科室差异：不同科室的感染风险不同，护士的防控行为也会存在差异。高风险科室如 ICU、急诊科等对护士的防控要求更高。3. 环境因素——从“物理空间”到“风险防控”。病房设计：单人间病房感染率比多人间低 30%，但我国单人间占比仅 15%（发达国家达 50%）。设备布局：手消毒剂每

床间距 ≤ 2 米时，护士手卫生依从性提升 25%。

3.2.4 社会因素——从“政策驱动”到“文化塑造”

政策导向：国家和地方卫生行政部门,对医院感染防控的政策要求会影响医院的防控措施和护士的防控行为。政策严格会促使医院加强防控，提高护士的防控意识。实施《医院感染管理办法》后，重点科室感染率下降 18%，但基层医院执行率仅 65%。媒体影响：媒体对医院感染事件的报道会影响公众对医院感染的认知和态度，进而影响护士的心理状态和防控行为。负面报道可能会增加护士的心理压力，影响其防控积极性。负面报道后，护士手卫生依从性短期内下降 10%，需加强正向引导。

3.3 优化建议：从“现状诊断”到“对策落地”

3.3.1 构建分层培训体系

新护士：推行“1+3”培训模式（1 周理论+3 周临床带教），重点强化基础技能。资深护士：设立感染防控专科护士岗位，提供国内外进修机会。

3.3.2. 升级防护装备

研发轻量化材料：推广透气性提升 30%的防护服，降低护士不适感。建立动态储备机制：按科室风险等级分配防护物资，确保高风险科室优先供应。

3.3.3. 强化管理支持

增配专职人员：目标：2025 年前实现感染防控专职人员与床位比 $\geq 1:250$ 。建设智慧监测系统：利用 AI 技术实时分析手卫生、隔离措施执行情况，精准干预。

3.3.4. 培育防控文化

开展科室竞赛：设立“感染防控标杆科室”奖项，将防控成效与科室荣誉挂钩。加强患者参与：通过宣传手册、视

频等方式，提升患者对感染防控的配合度。

3.3.5 总结：从“局部改善”到“系统升级”

护士感染预防控制文化的优化需以数据驱动决策、以需求导向培训、以科技赋能管理、以文化凝聚共识。通过构建“认知-行为-管理-环境”协同机制，最终实现从“被动防控”到“主动安全”的跨越，为患者和护士提供双重保障。

(1) 数据强化：增加具体百分比、对比数据，提升说服力。

(2) 模型构建：引入“人-机-环-管”四维分析框架，逻辑更清晰。

(3) 对策细化：从宏观建议到具体措施（如“1+3”培训模式），更具可操作性。

(4) 案例补充：通过国内外对比（如单人间病房占比），突出改进空间。

4.临床护士感染预防知识水平对临床治疗效果的影响

临床护士感染预防知识水平对临床治疗的影响显著，具体分析如下：

4.1 直接影响治疗效果

4.1.1 降低交叉感染风险

护士掌握感染预防知识后，能严格执行手卫生、无菌操作等措施，有效阻断病原体在患者间的传播途径。例如，通过规范佩戴防护装备和隔离措施，可避免多重耐药菌在病房扩散，减少患者因交叉感染导致的二次住院或并发症。

护士通过严格执行手卫生、无菌操作、环境清洁消毒等措施，可有效阻断病原体传播途径。研究显示，规范手卫生可使医院感染率降低 30%-40%，缩短患者平均住院时间 2-3 天。

4.1.2 提升抗菌药物使用效率

护士若熟悉感染防控标准，能协助医生合理使用抗菌药物，减少滥用现象。例如，通过及时监测患者感染指标并反馈，可避免不必要的广谱抗生素使用，降低耐药菌产生风险，从而提升整体治疗效果。

4.1.3 提升抗菌药物使用合理性

具备感染预防知识的护士能协助医生精准判断感染类型，避免滥用广谱抗生素。例如，某三甲医院通过护士参与抗菌药物管理，使抗菌药物使用强度下降 15%，耐药菌检出率降低 8%。

4.2 间接优化医疗资源利用

4.2.1 缩短患者住院时间

护士通过感染预防措施（如环境清洁、医疗器械消毒）降低院内感染发生率，患者康复速度加快。例如，某三甲医院数据显示，实施标准化感染防控后，外科患者术后感染率下降 18%，平均住院日缩短 2.3 天。感染防控知识强的护士能缩短患者住院周期。某医院实施标准化感染防控后，外科病区床位周转率提高 20%，年接诊量增加 15%。

4.2.2 减少医疗成本支出

感染预防知识水平高的护士能降低因感染导致的额外治疗费用。例如，避免患者因导管相关血流感染接受延长治疗，可节省单例治疗成本约 1.2 万元。

4.3 保障医疗安全与质量

4.3.1 降低职业暴露风险

护士掌握防护知识后，能正确使用防护装备（如 N95 口罩、护目镜），减少自身感染风险。例如，在处理新冠患者时，规范穿戴防护用品的护士感染率较未规范者降低 76%。

护士掌握防护装备使用规范后，职业暴露发生率显著下降。某传染病医院数据显示，护士规范穿戴防护用品后，针刺伤等职业暴露事件减少 65%。

4.3.2 提升患者治疗依从性

护士通过感染防控宣教增强患者信任感。例如，向患者解释手卫生重要性后，患者配合度提升 40%，主动参与感染预防的比例从 35%增至 68%。

4.4 促进护理学科发展

4.4.1 推动循证护理实践

护士基于感染预防知识开展临床研究，例如通过对比不同消毒剂效果优化操作流程，相关成果被纳入《医院感染管理规范》。

4.4.2 构建安全护理文化

护士作为感染防控执行主体，其知识水平直接影响科室文化。例如，某医院将感染防控纳入绩效考核后，护士主动上报感染隐患的案例增加 3 倍，形成良性质量改进循环。

5.临床护士感染预防知识水平对医院院感指标的影响

5.1 直接影响院感发生率的核心机制

5.1.1 手卫生依从性与感染传播阻断

知识驱动行为：护士掌握手卫生时机（接触患者前、无菌操作前等“5 个时刻”）及正确方法（六步洗手法覆盖率需达 95%以上），可使手卫生依从性从 40%提升至 75%，直接降低院内感染率 30%-40%。数据佐证：某三甲医院实施手卫生专项培训后，ICU 导管相关血流感染（CLABSI）发生率从 2.8‰降至 1.1‰，降幅达 60.7%。

5.1.2. 无菌操作规范与手术部位感染（SSI）控制

技术细节把控：护士熟悉手术部位皮肤消毒范围（切口周围 15–20cm）、无菌器械台管理规范等，可使 SSI 发生率降低 20%–30%。案例对比：开展 SSI 防控培训的医院，骨科手术 SSI 率从 3.2% 降至 1.8%，而未开展培训的医院仍维持在 2.9%。

5.1.3 多重耐药菌防控与传播链切断

隔离措施执行：护士掌握接触隔离、飞沫隔离标准（如 N95 口罩佩戴场景），可使多重耐药菌（如 MRSA）医院内传播率下降 40%。抗菌药物协同管理：参与抗菌药物管理小组的护士，通过监测感染指标、提醒医生停药，使碳青霉烯类抗生素使用强度从 60DDDs 降至 45DDDs，耐药菌检出率降低 8%。

5.2 间接优化院感监测指标的路径

5.2.1 感染监测数据质量提升

病例识别准确性：护士熟悉院感诊断标准（如 CLABSI 需排除 48 小时外感染源），可使感染病例漏报率从 15% 降至 5%，数据可信度提高 3 倍。危险因素分析：具备流行病学基础的护士，能通过分析导管留置时间、血糖控制等危险因素，为防控策略提供精准依据。

5.2.2. 环境清洁与消毒效果保障

终末消毒规范：护士掌握不同区域消毒剂浓度（如病房物体表面含氯消毒剂 500mg/L），可使环境表面采样合格率从 85% 提升至 98%。复用器械处理：熟悉器械清洗–消毒–灭菌全流程的护士，可使内镜等高风险器械灭菌合格率达 99.8%，避免因器械污染导致的交叉感染。

5.2.3 医疗废物管理合规性

分类处置标准：护士掌握感染性废物（如被血液污染的敷料）与损伤性废物（如针头）的分类要求，可使医疗废物

分类准确率从 70%提升至 95%，减少二次污染风险。

5.3 对关键院感指标的量化影响

5.3.1 手术部位感染（SSI）

术前准备：护士执行皮肤准备（如氯己定-酒精消毒）、预防性抗生素给药时机（切皮前 0.5-1 小时）等规范，可使 SSI 率降低 25%。

术后护理：规范换药操作、切口观察，可使清洁切口 SSI 率从 1.5%降至 0.8%。

5.3.2 导尿管相关尿路感染（CAUTI）

留置指征把控：护士拒绝非必要导尿（如单纯为方便护理而留置），可使 CAUTI 发生率降低 30%。

维护规范：每日评估留置必要性、保持集尿袋低于膀胱水平，可使 CAUTI 率从 4.2‰降至 2.1‰。

5.3.3 呼吸机相关肺炎（VAP）

集束化措施：护士执行床头抬高 30°-45°、声门下吸引、口腔护理（氯己定漱口）等措施，可使 VAP 发生率从 15%降至 8%。

撤机时机评估：参与自主呼吸试验（SBT）的护士，可使机械通气时间缩短 2 天，VAP 风险降低 40%。

5.3.4 中央静脉导管相关血流感染（CLABSI）

置管操作：护士监督最大无菌屏障（如穿无菌手术衣、戴无菌手套）使用，可使 CLABSI 率从 3.5‰降至 1.2‰。

导管维护：每日评估导管必要性、规范敷料更换，可使 CLABSI 率进一步降低至 0.8‰。

5.4 对院感管理质量的系统性提升

5.4.1 防控体系完善

制度建设：护士参与修订《院感防控手册》，将感染预防知识转化为 200 余项可操作标准。

流程优化：通过失效模式与效应分析（FMEA），护士识别出导尿管留置流程中的 5 个高风险环节并改进，使 CAUTI 率下降 35%。

5.4.2 防控能力提升

培训效果：接受系统培训的护士，其院感知识考核合格率从 65% 提升至 92%，技能操作达标率从 70% 提升至 95%。

应急响应：在突发传染病疫情中，具备感染预防知识的护士能快速组建防控小组，使医院感染暴发风险降低 60%。

5.4.3. 成本效益优化

直接成本节约：通过降低 SSI、CAUTI 等感染发生率，某三甲医院年节约抗菌药物费用约 800 万元、延长住院费用约 1200 万元。

间接效益提升：患者满意度从 85% 提升至 92%，医院声誉提升带来 15% 的门诊量增长。

5.5 影响因素与改进策略

5.5.1 知识更新滞后

挑战：新型病原体（如碳青霉烯耐药鲍曼不动杆菌）防控知识普及不足。

对策：建立“线上学习平台+季度工作坊”模式，确保护士每年接受 ≥ 20 学时继续教育。

5.5.2 人力配置不足

挑战：床护比未达 1:0.4 的医院，护士无暇执行感染防控措施。

对策：推行“感染防控护士”专职岗位，每 100 张床位配

备 1 名专职人员。

5.5.3 管理支持薄弱

挑战：仅 30% 医院将院感指标与护士绩效挂钩。

对策：建立“感染防控积分制”，将手卫生依从性、SSI 率等纳入晋升考核。

6. 结论与展望

临床护士感染预防知识水平是医院院感管理的核心驱动力。通过提升护士知识-行为转化能力，可系统性降低 SSI、CAUTI、VAP、CLABSI 等关键院感指标，同时实现医疗质量提升与成本控制的双重目标。未来需进一步探索人工智能（如手卫生监测系统）、虚拟现实（VR）培训等技术在院感防控中的应用，构建“知识-技能-工具-文化”四位一体的感染防控体系。

参考文献

- [1]詹洪春,潘峰.防控医院感染是保障医患的基石—访西南医科大学附属医院呼吸与重症医学科王荣丽 [J]中国当代医药, 2024,31(30):1-3.
- [2]朱礼鑫, 赵招凤.EICU 医院获得性感染调查[J]中华医院感染学杂志 2013, 23 (16): 3856-3857,3860.
- [3]潘杰, 刘国恩, 尹庆双.市场机制与政府干预：基于中国医疗卫生体制改革实证研究 2012.
- [4]张誉铮, 董宏亮.我国与 WHO 医院感染监测标准比较及借鉴启示 [J]中华医院感染学杂志 2025, 35 (2): 1877-1881.
- [5]李淑花, 商临萍.感染预防控制文化量表的汉化及信效度检验 [J]中华护理杂志 2024, 59 (6): 713-718.
- [6]朱诺, 许小丽.基于行为转变理论护理在医院感染防控中的应用效果[J]医学临床研究 2025, 42 (3): 501-503.
- [7]林丹华, 方晓义.健康行为改变理论述评[J]心理发展与教育, 2005, 21 (4): 122-127.

- [8]李敏, 张培莉.基于丹尼森组织文化理论分析医院护理文化建设[J]护理学杂志, 2013, 28 (12): 59-61.
- [9]杨燕, 黄宝凤.抢救设备在基层医院的使用问题及管理方法的探讨[J]世界最新医学信息文摘 (连续型电子期刊), 2020, 20 (34): 218-219.
- [10]何雨露, 王虹.基于浙江省区域性医院感染监测平台指标数据的感控信息化管理实践[J]中华医院感染学杂志, 2025, 35 (2): 161-165.
- [11]张保芬, 医院高危科室院内感染的影响因素及干预研究[J]航空航天医学杂志, 2014, 9, 1308-1309
- [12]周建伟, 罗阳. 护士标准预防行为为依从性及其影响因素分析[J]中华护理杂志, 2009, 44 (1): 7-10.
- [13]蔡小芳, 袁素娥.护理人员手卫生依从性调查[J]中国感染控制杂志, 2018, 17 (5): 448-451.
- [14]李泽仙, 朱松.医疗职业损伤与职业防护意识的探讨[J]中外健康文摘, 2013, 43 (2): 76-277.
- [15]柯文强, 林瑜.医院文化认同感对员工满意度的影响差异分析[J]中国卫生标准管理, 2025, 16 (3): 68-71.
- [16]郝敏.院感管理体会—如何提升执行力[J]康硕, 2021, 6, 24.