



安徽省医务人员职业感染防护行为现状 及影响因素研究

杨 洋¹, 何艾萍¹, 王梓欣¹, 王 丽^{1,2}, 陈 任¹

1. 安徽医科大学卫生管理学院, 2. 医院管理研究所, 安徽 合肥 231200

摘 要:该文在文献研究的基础上,设计医务人员防护行为与职业感染风险认知问卷,探究安徽省医务人员职业感染防护行为现状及影响因素,于2024年10月至2025年4月采用横断面调查方式,选取安徽省皖北、皖南、皖中地区7家医院共1413名医务人员开展问卷调查。结果显示,医务人员防护行为平均分为(16.23±3.09)分,呈中等偏上水平,回归分析结果表明,性别、科室、家庭月收入、行为效益认知、行为障碍认知及自我效能对防护行为具有显著影响,各群体间防护行为得分存在显著差异,自我效能是防护行为的首要正向驱动因素,认知因素对防护行为具有双向调节作用。研究表明,针对群体差异,推行差异化防护管理;聚焦自我效能提升,构建分层实操培训体系;破解认知双向矛盾,实施精准认知干预等,为制定职业感染风险应对措施提供科学依据。

关键词:医务人员;职业感染;风险认知;防护行为

中图分类号:R192

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2026)03-322-007

doi:10.7655/NYDXBSSS250509

医务人员职业感染是指医疗机构的工作人员及有关监管人员,在从事诊疗、护理、实验和管理等工作过程中意外暴露于传染病或病原体污染的环境,或被具有感染性的血液、体液污染了皮肤或黏膜,或者被含有病原体的血液、体液污染的针头及其他锐器刺破皮肤,发生职业暴露感染的情况^[1]。随着现代医疗技术的进步,各种入侵性检查和治疗操作的增多以及疾病谱的变化^[2],医务人员职业环境危险性逐渐增加,同时,新发传染病的传播风险提升,使医院感染问题变得日趋复杂^[3-4]。

为保护医务人员职业安全,各国采取了一系列措施,如美国国家职业安全与健康研究所(NIOSH)发布《医疗保健工作者安全与健康保护指南》,明确了针对乙肝病毒、人类免疫缺陷病毒等血源性病原体的职业传播防护标准;我国出台了《医院感染管理办法》等文件,明确要求医疗机构建立职业暴露应急处置流程。尽管各国已出台完善的制度文件

构建职业防护框架,但政策落地与临床实践之间仍存在差距^[5]。近年来,医护人员发生院内感染的比例逐年上升^[6],吴秀丽等^[7]通过对护士群体研究发现,血源性感染最为常见,且多与锐器处理不规范、防护用品佩戴不当等可避免的操作失误相关;栗昊等^[8]研究发现,医护人员血源性职业暴露源于医疗机构、医务人员本身对职业暴露重视程度不足,防护设施不完善,缺乏培训教育,未形成完善、规范的防护体系,医务人员的自我防护不足是发生院内感染的重要原因之一^[9]。

国外相关研究认为自我效能作为医务人员防护行为的核心预测因素,与防护依从性呈显著正向关联,可通过增强响应效能、降低感知障碍、提升风险感知准确性等间接路径优化防护实践^[10]。高自我效能者的手卫生依从性显著更高,西班牙一项关于护士群体的研究表明,自我效能水平直接影响手卫生和防护用品使用的规范性^[11];在锐器伤防护方

基金项目:安徽医科大学医院管理研究所“国医科技”开放项目“安徽省医务人员职业感染风险认知、防护行为与职业感染防控优化策略”(2023gkj06);安徽省高校哲学社会科学优秀科研创新团队“基层健康协同治理研究”(2023AH010036)

收稿日期:2025-12-08

作者简介:杨洋(2000—),女,安徽亳州人,硕士研究生在读,研究方向为卫生管理;王丽(1981—),女,安徽宿州人,教授,研究方向为卫生管理,通信作者, wangli@ahmu.edu.cn。

面,爱沙尼亚一项研究表明高自我效能的医护人员更倾向于遵守安全针具使用规范和锐器处置流程,感染风险显著降低^[12]。

安徽省基层医疗机构医务人员锐器伤和血/体液暴露后的上报率分别为27.41%和24.43%,且该群体普遍存在自我效能偏低的问题,与国内发达地区相比仍有明显差距^[13]。对此,本研究聚焦安徽省医务人员职业感染防护行为现状及影响因素,通过系统性采集不同层级、不同区域医疗机构医务人员的调研数据,探讨安徽省医务人员职业感染风险认知水平、防护措施依从性现状及其核心影响因素,为制定兼顾普适性与精准性的职业感染风险应对措施提供科学依据,同时为统筹推进省域内各级医疗机构医务人员职业健康保障工作、筑牢公众健康防护屏障、助力“健康中国”战略落地实施提供参考数据。

一、对象与方法

(一)研究对象

本研究于2024年10月至2025年4月,采用立意抽样的方法开展调研,研究对象为安徽省医务人员。调查对象的选取统筹考虑样本代表性、典型性以及可操作性等因素,以安徽省卫生健康委员会公布的省级医院名单以及各地市卫生健康部门公布的市县级医院名单为范围选取调研对象。研究表明皖北、皖中、皖南地区在经济发展水平、医疗资源配置等方面存在显著区域差异^[14],因此本次调查对象在皖北(宿州市,3所医院)、皖中(省会合肥,3所医院)、皖南(滁州,1所医院)地区均有分布,涵盖省级(2所)、市级(2所)和县级(3所)医院,一定程度体现不同区域、不同行政级别举办的公立医院可能对医务人员防护行为带来的影响差异。

抽样由每所医院院感科、感染控制科或综合行政部门协助完成,优先选取职业感染风险较高的医务人员参与调查,进入调查现场后以“环境和时间允许填写问卷”为补充标准,纳入自愿填写问卷的医生、护士、医技、药师及其他医务人员。本次调查因资金有限,医院人员工作性质特殊,日常工作繁忙,且调查对象为职业感染风险较高者,进场调查要求较高,需要良好的配合,因此在具有一定代表性的基础上,调查在前期有合作基础或协调沟通配合度较高的医院进行。根据样本数至少是变量数的5~10倍^[15],计算出所需样本量为450~900人,本研究确定最低总样本量为900人,在确定抽样医院和样本量的基础上,按医院数量取平均数(约为130人)作为每所医院的最低调查人数,在预算约束和调查日程允许范围内,欢迎更多符合条件的医务人员参与。因调查进度、医务人员参与积极性不同,

每所医院实际调查人数存在一定差异。

(二)研究内容与方法

1. 研究内容

在文献研究的基础上设计医务人员防护行为与职业感染风险认知问卷,问卷内容包括基本情况、医务人员职业感染风险认知和防护行为三部分。其中基本情况部分,包括医务人员所在医院、性别、年龄、工龄、科室等问题。职业感染风险认知部分,以健康信念模式为理论框架设置问卷题目,包括易感性认知、严重性认知、行为效益认知、行为障碍认知和自我效能五个维度。

①易感性认知维度,包括“您认为工作中更容易发生哪种情形的职业暴露风险?”“您是否认为与普通人相比,自身更容易感染以下疾病?”等问题。②严重性认知维度,包括“您认为如果发生以下职业暴露后,感染风险的严重程度如何?”“您认为如果感染以下疾病会给自身带来多大程度的严重性?”等问题。③行为效益认知维度,包括“您认为按照哪种规范措施进行自我防护,可以免受或减少相关疾病的感染?”等问题。④行为障碍认知维度,包括“您会因以下哪种原因而放弃采取以下日常防护行为(多选题)?”“您会因以下哪种原因而放弃采取以下职业感染风险暴露后处理行为?”等问题。⑤自我效能维度,采用中文版自我效能感量表^[16],已被证实具有良好的信度和效度。量表包括“如果我尽力去做的话,我总是能够解决问题的”等10个条目。易感性认知、严重性认知与行为效益认知3个维度的条目均采用3点计分法(1=不同意,2=一般,3=同意);行为障碍认知维度条目设为多选题,计分规则为选择1项计1分,若选择其他选项且表明“不会放弃防护行为”则不计分,该维度每题满分3分;自我效能维度采用4点计分法(1=极不符合,4=极符合)。感染风险认知部分总分为72~210分,分值越高说明认知水平越高。防护行为部分,包括“您在工作中采取以下日常防护行为的频率”等5个条目。采用4点计分法(1=从不,4=总是),总分5~20分,分值越高说明防护水平越高。

2. 研究方法

为确保数据真实有效,调查由课题组成员一对一发放调查问卷链接,由医务人员进行在线填写,原则上要求受访者在课题组成员当面指导下完成答题,为提高调查对象参与的积极性,课题组向参与本次调查的医务人员提供了参与激励。同时设置逻辑校验题和最短答题时间限制。运用Cronbach's α 系数、KMO检验和Bartlett's球形检验等方法验证问卷的效度和信度^[17]。经检验,问卷Cronbach's $\alpha=0.925$,问卷信度良好,探索性因子分析显示KMO值为0.897,Bartlett's球形检验 $P<0.001$,问

卷结构效度良好。

采用 SPSS27.0 软件对相关数据进行统计分析。组间计量资料比较应用独立样本 *t* 检验和单因素方差分析,应用 Pearson 相关性分析检验医务人员职业感染风险认知与防护行为的关系,采用多元线性回归分析影响医务人员防护行为的相关因素。检验水准 $\alpha=0.05$ (双侧)。

二、结 果

(一)基本情况

本次调查共发放问卷 1 422 份,回收 1 422 份,回收率为 100%。剔除无效问卷后纳入研究的样本量为 1 413 份,问卷有效率为 99.4%。女性占比(78.70%)高于男性,且女性防护行为得分更高[(16.45±3.00)分];工龄在 > 10~20 年的医务人员占比最高,达 41.82%;科室方面,内科占比最高,为 27.39%,防护行为得分方面,手术室、感染科医务人员得分相对较高,分别为(18.07±2.15)分、(17.19±2.54)分;岗位方面,护士占比最高,为 61.57%;文化水平方面,81.95%是本科,硕士及以上学历占比为 11.04%;职称方面,中级职称占比最高,为 53.01%。医务人员防护行为得分情况详见表 1。

(二)医务人员职业感染防护行为评分情况

本次调查的医务人员防护行为平均分为(16.23±3.09)分。职业感染风险认知平均分为(185.75±15.90)分,其中易感性认知(26.80±4.28)分,严重性认知(44.14±4.38)分,行为效益认知(101.12±10.43)分,行为障碍认知(13.69±6.46)分,自我效能(30.62±5.23)分,详见表 2。

(三)医务人员职业感染防护行为评分与职业感染风险认知的关系

职业感染防护行为评分与职业感染风险认知的相关性分析结果如表 3 所示,医务人员防护行为与职业感染风险认知呈正相关。进一步分析防护行为与职业感染风险认知各维度之间的相关性,发现防护行为与易感性认知、严重性认知、行为效益认知和自我效能均呈正相关,与行为障碍认知呈负相关,差异均有统计学意义($P<0.05$)。

(四)医务人员防护行为单因素分析

采用方差分析和 *t* 检验分析不同特征医务人员防护行为的差异,结果显示,性别、工龄、科室、岗位、文化水平、职称、健康状况、家庭月收入等对医务人员防护行为的影响具有统计学意义($P<0.05$,表 4)。而医院类型、年龄等因素对医务人员防护行为的影响无统计学意义($P>0.05$,表 4)。

(五)医务人员防护行为多元线性回归分析

以医务人员防护行为得分为因变量,以单因素分析有统计学意义的变量作为自变量进行多元线

性回归分析。结果显示,性别、科室、家庭月收入、行为效益认知、行为障碍认知、自我效能等是影响医务人员防护行为的因素,详见表 5。

表 1 医务人员职业感染防护行为现状及基本情况

变量	选项	例数	占比 (%)	防护行为得分(分, $\bar{x}\pm s$)
医院	省级医院	263	18.61	15.94±2.86
	市级医院	770	54.50	16.24±3.09
	县级医院	380	26.89	16.41±3.24
性别	男	301	21.30	15.41±3.28
	女	1 112	78.70	16.45±3.00
年龄	30 岁以下	229	16.21	16.62±3.19
	30~35 岁	369	26.11	16.18±2.94
	> 35~40 岁	363	25.69	16.01±3.09
工龄	40 岁以上	452	31.99	16.26±3.20
	0~10 年	541	38.29	16.37±2.98
	> 10~20 年	591	41.82	15.99±3.11
科室	20 年以上	281	19.89	16.46±3.25
	内科	387	27.39	16.04±3.07
	外科	296	20.95	16.36±3.09
	医技科室	179	12.67	16.41±3.04
	儿科	164	11.61	15.89±3.26
	手术室	71	5.02	18.07±2.15
	妇产科	54	3.82	16.57±2.63
	重症监护室(ICU)	37	2.62	16.24±3.30
	麻醉科	34	2.41	16.74±2.76
	肿瘤科	30	2.12	15.60±3.64
	急诊	30	2.12	16.27±2.41
	感染科	16	1.13	17.19±2.54
	其他专科	115	8.14	15.32±3.34
岗位	医生	420	29.72	15.35±3.20
	护士	870	61.57	16.70±2.95
	医技	100	7.08	16.13±3.00
	药剂	7	0.50	14.57±3.80
	其他	16	1.13	15.38±3.34
文化水平	硕士及以上	156	11.04	15.40±3.16
	本科	1 158	81.95	16.30±3.07
	大专及以下	99	7.01	16.68±3.10
职称	高级	250	17.69	15.88±3.31
	中级	749	53.01	16.19±3.06
	初级	379	26.82	16.46±2.96
	无职称	35	2.48	17.20±3.30
健康状况	健康	1 129	79.90	16.32±3.04
	一般	284	20.10	15.88±3.30
家庭月收入	0~8 000 元	574	40.62	16.69±3.07
	>8 000~12 000 元	481	34.04	15.96±3.03
	>12 000~20 000 元	259	18.33	15.77±3.12
	20 000 元以上	99	7.01	16.05±3.16

表2 医务人员职业感染风险认知与防护行为水平
(分)

项目	得分范围	最小值	最大值	得分($\bar{x}\pm s$)
职业感染风险认知	72~210	106	210	185.75±15.90
易感性认知	10~30	10	30	26.80±4.28
严重性认知	16~48	16	48	44.14±4.38
行为效益认知	36~108	37	108	101.12±10.43
行为障碍认知	0~24	0	24	13.69±6.46
自我效能	10~40	10	40	30.62±5.23
防护行为	5~20	5	20	16.23±3.09

表3 医务人员职业感染防护行为评分与职业感染风险认知的关系

项目	防护行为	
	<i>r</i>	<i>P</i>
职业感染风险认知	0.133	<0.01
易感性认知	0.055	0.039
严重性认知	0.097	<0.01
行为效益认知	0.204	<0.01
行为障碍认知	-0.104	<0.01
自我效能	0.391	<0.01

表4 医务人员防护行为单因素分析结果

变量	<i>t/F</i>	<i>P</i>
医院	1.847	0.158
性别	-5.259	<0.001
年龄	1.877	0.132
工龄	3.128	0.044
科室	4.098	<0.001
岗位	14.870	<0.001
文化水平	7.069	<0.001
职称	2.978	0.031
健康状况	2.152	0.032
家庭月收入	7.549	<0.001

表5 医务人员防护行为多元线性回归分析结果

变量	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i>	<i>P</i>
性别	0.856	0.195	0.113	4.400	<0.001
工龄	0.178	0.138	0.043	1.290	0.197
科室	-0.059	0.023	-0.063	-2.569	0.010
岗位	0.119	0.123	0.026	0.971	0.332
文化水平	0.145	0.196	0.020	0.737	0.461
职称	0.092	0.143	0.022	0.647	0.518
健康状况	-0.064	0.188	-0.008	-0.339	0.735
家庭月收入	-0.249	0.083	-0.075	-3.017	0.003
易感性认知	0.020	0.019	0.027	1.031	0.303
严重性认知	0.009	0.019	0.013	0.472	0.637
行为效益认知	0.025	0.008	0.084	3.194	0.001
行为障碍认知	-0.069	0.012	-0.144	-5.954	<0.001
自我效能	0.229	0.015	0.385	15.361	<0.001
(常量)	5.335	1.058		5.045	<0.001

三、讨 论

(一)医务人员防护行为整体呈中等偏上水平,群体间差异显著

从上述结果来看,医务人员防护行为得分均值为(16.23±3.09)分,整体处于中等偏上水平,但群体间差异明显,手术室得分高于其他科室。这一现状的形成,与科室风险属性、岗位培训及工作特性密切相关。不同于其他科室相对灵活的诊疗环境,手术室长期暴露于血源性感染、气溶胶传播等场景^[18],实行全流程标准化管理,具有严格的分区准入制度,为防护行为提供了硬性保障,从进入后的基础防护流程到手术区域三级分区准入管控均有明确强制性规范及配套监督细则,且手术操作的团队协作特性形成了天然的多角色互检监督机制,形成了集体约束氛围。因此医务人员对“防护与感染风险直接关联”的认知更深刻,防护行为更易固化。而儿科、肿瘤科因“患儿安抚优先”“化疗操作负荷重”等特性^[19-20],防护行为常被置于次要优先级,得分相对偏低。女性得分高于男性,护士得分高于医生和药剂人员,女性防护行为依从性高于男性,可能是因为女性作为护理岗位的主体,接受手卫生、锐器伤处理等实操培训的频次更高^[21],对感染风险的敏感度通常更高,更易关注防护行为与健康后果的直接关联,相关学者研究表明女性更注重自我保护^[22],也在一定程度上强化了女性在防护行为上的主动性。家庭月收入对防护行为呈负向作用,主要因该群体多为高年资高职称的医护人员,日常不仅要承担繁重的临床诊疗工作,还需频繁参与急诊抢救任务,工作节奏快、强度大且缺乏常态化监督管理。同时可能会存在“自身经验丰富、无需严格防护”的认知偏差,导致防护依从性下降^[23-24]。从工作环境来看,高收入医务人员往往较少参与传染病区的一线护理工作,易形成“防护并非必需”的认知惯性,相较于需频繁接触患者体液、污染物的普通医务人员,对防护规范的重视程度可能不足。此外,该群体通常还需承担更多管理、科研、教学等非临床任务,时间分配相对紧张,在实际工作中更易将防护流程视为可简化的环节,进而从主观层面降低了对防护规范的依从性。除此之外,现阶段医院关于职业防护行为的培训多是针对低年资医护及实习生群体,针对高年资医务人员开展的培训较少,从而导致其对职业防护的重视程度下降。

(二)自我效能是防护行为的首要正向驱动因素

多元线性回归分析显示,自我效能的标准化回归系数最高,是影响防护行为的核心因素,这一研究结果与相关研究结果一致。高自我效能群体在高强度工作中仍能坚持规范操作,而低自我效能群

体易因“操作烦琐”“担心影响效率”而简化防护流程。这与健康信念模式中“个体执行行为的信心决定行为落实程度”的结论一致^[25]。低自我效能的形成,主要因部分群体防护实操机会少,如日常工作以药品调配为主,罕见血源性暴露场景,缺乏“规范防护避免感染”的直接体验;同时,现有培训多以理论宣讲为主^[26],未针对低自我效能群体开展场景化演练,导致操作信心不足。

(三)认知因素对防护行为具有双向调节作用

多因素分析结果显示,行为效益认知与行为障碍认知均对医务人员防护行为有显著影响,这与健康信念模式核心逻辑契合,该模式下二者作为信念形成阶段核心变量,共同揭示了医务人员防护行为的内在决策逻辑,即个体对“防护是否有用”的判断与“防护是否好做”的感知共同作用于防护行为落实^[27-28],且这种影响可通过不同科室、岗位的防护得分差异体现。从行为效益认知的作用路径来看,其对防护行为的正向影响源于健康信念模式中“风险体验—认知强化”的闭环机制。风险体验能够强化风险感知,进而提升行为效益认知,手术室、感染科因高频接触感染源,见证防护实效而认知更强,防护得分更高;儿科、肿瘤科因罕见防护避险场景而认知薄弱、得分偏低。行为障碍认知则通过与行为效益认知的反向交互,对防护行为产生负向调节作用,这与健康信念模式中“感知障碍是健康行为实施主要阻力”的核心观点相符。本研究医护人员行为障碍认知的影响源于“防护操作与岗位工作特性的矛盾”,肿瘤科因化疗配置时多层防护影响效率,药剂科因防护装备干扰药品调配而感知障碍强烈、防护依从性低,手术室则因制度约束与流程优化降低障碍感知,故防护得分最高,二者共同解释了前文单因素分析中不同科室、岗位防护得分差异的深层机制。

四、建 议

(一)针对群体差异,推行差异化防护管理

针对医务人员在性别、科室、收入维度的防护行为分化特征,需实施精准化分层管理策略。性别层面,为男性医务人员开设防护细节专项强化课,聚焦实施手卫生行为的困难、锐器盒规范使用、防护装备贴合度检查等易遗漏环节开展实操培训,并进行一对一督导,弥补其防护细节关注度不足的短板^[29]。科室层面,针对儿科、肿瘤科实施“防护减负专项计划”,在就诊或工作高峰时段增配专职护理人员协助完成环境消毒、防护装备准备、医疗废物初步分类等辅助工作。同时在诊疗操作系统中嵌入定制化防护提醒弹窗,减少因忙碌导致的防护遗漏。收入层面,为较高收入医务人员开展防护认知

纠偏培训,通过引入资深医师因忽视防护感染丙肝、未规范戴护目镜引发职业暴露等真实案例,破除“经验丰富无需严格防护”的误区,同时将防护行为合规性纳入职称晋升评审核心指标并明确为一票否决项,以制度约束倒逼其修正认知偏差、强化防护执行意识。

(二)聚焦自我效能提升,构建分层实操培训体系

针对低自我效能群体的信心不足问题,可以“场景化演练”为核心,分类设计培训场景,为药剂人员模拟“药品调配时防护装备穿戴”“破损药品泄漏防护”场景,为男性医务人员强化“针刺伤应急处理”“体液喷溅快速防护”等实操训练。通过“示范—实操—纠错”闭环训练,提升操作熟练度和防护信心,将防护操作熟练度纳入绩效考核,对连续3次考核优秀者授予“防护示范员”称号,邀请其在科室分享经验,通过同伴效应强化其他人员的防护信心。

(三)破解认知双向矛盾,实施精准认知干预

针对行为效益认知与行为障碍认知对医务人员防护行为的影响,一方面,对儿科、肿瘤科等行为效益认知薄弱科室,可定期组织“防护实效案例分享会”,邀请手术室、感染科医务人员分享“规范防护规避感染”的实操经历。同时开展感染风险场景模拟培训,通过强化“风险—防护—避险”的关联体验,提升其对防护有效性的认知。另一方面,对肿瘤科、药剂科等行为障碍感知强烈的科室,需优化防护适配方案,例如为肿瘤科配备轻便型多层防护手套、推行化疗药物集中配置,为药剂科定制透气型防尘口罩、调整药品调配台布局。同时借鉴手术室防护与工作流程无缝衔接的经验,在各科室建立防护操作标准化流程。从认知强化与障碍消除双维度,改善不同科室、岗位的防护行为依从性,缩小防护差异。

综上所述,本研究聚焦安徽省医务人员职业感染防护行为现状及影响因素,采用立意抽样覆盖省、市、县三级医疗机构医务人员,结合健康信念模式设计问卷,深入剖析影响职业感染防护行为的因素及作用机制,明确自我效能为防护行为首要正向驱动因素,为省域精准防控提供针对性视角。但本文还存在一定的局限性,一是横断面调查难以反映防护行为动态变化,立意抽样可能存在选择偏倚。二是本次调查为非随机抽样,样本代表性不足,结论外推具有一定风险,未来在资金和条件许可情况下,将继续优化调查方案,增强样本代表性,适时开展队列研究,进一步提高研究科学性。

参考文献

[1] SERDAR T, ĐEREK L, UNIC A, et al. Occupational ex-

- posures in healthcare workers in university hospital du-brava - 10 year follow - up study [J]. *Cent Eur J Public Health*, 2013, 21(3): 150-154
- [2] IWAMATSU - KOBAYASHI Y, WATANABE J, KUSAMA T, et al. A 19-year study of dental needlestick and sharps injuries in Japan [J]. *Int Dent J*, 2023, 73(1): 114-120
- [3] 陈瀚熙, 黄惠根, 杨倩, 等. 基于文献计量学对血源性职业暴露研究文献知识图谱的可视化分析[J]. *循证护理*, 2022, 8(11): 1455-1465
- [4] 谷思雨, 强讷, 李天韵, 等. 新发传染病全球大流行的挑战与跨部门综合防控策略[J]. *中国寄生虫学与寄生虫病杂志*, 2024, 42(3): 279-285
- [5] 严波, 冯钊文, 罗诗韵, 等. 近十年国内外医务工作者职业暴露研究现状可视化分析[J]. *中国职业医学*, 2022, 49(4): 412-415
- [6] 陈晓婷, 龙腾飞, 付洁, 等. 基于健康信念模式医护人员自我防护行为影响因素分析[J]. *中国社会医学杂志*, 2022, 39(3): 291-294
- [7] 吴秀丽, 倪娟, 李淳丽, 等. 低年资护士血源性职业暴露防护依从性现状及影响因素[J]. *华南预防医学*, 2022, 48(3): 397-399, 402
- [8] 栗昊, 张锦, 郭继强, 等. 某医院医务人员血源性职业暴露影响因素分析[J]. *护理研究*, 2022, 36(3): 495-500
- [9] 赖翔婵. 7S精细化管理模式在口腔门诊诊区中的应用及对院内感染发生率的影响[J]. *中国医药指南*, 2024, 22(30): 127-130
- [10] MUTSONZIWA G A, MOJAB M, KATUWAL M, et al. Influences of healthcare workers' behaviours towards infection prevention and control practices in the clinical setting: a systematic review [J]. *Nurs Open*, 2024, 11(3): e2132
- [11] DE MAYA - MARTÍNEZ A, CAULI O, DEL CARMEN GIMÉNEZ - ESPERT M, et al. The impact of hand hygiene knowledge on self-efficacy among Spanish nursing students: a cross-sectional study [J]. *Front Public Health*, 2025, 13: 1669928
- [12] PARM Ü, PÕIKLIK T, TAMM A L. Understanding needlestick injuries among Estonian nurses: prevalence, contributing conditions, and safety awareness [J]. *Nurs Rep*, 2025, 15(5): 169
- [13] 李若洁, 王雪萍, 吴怡乐, 等. 安徽省医务人员血源性职业暴露上报情况及影响因素分析[J]. *安徽医学*, 2021, 42(6): 685-691
- [14] 王洁, 张静. 安徽省医疗卫生服务能力与区域经济发展的耦合协调及其预测分析[J]. *南京医科大学学报(社会科学版)*, 2025, 25(5): 498-504
- [15] 倪平, 陈京立, 刘娜. 护理研究中量性研究的样本量估计[J]. *中华护理杂志*, 2010, 45(4): 378-380
- [16] 王才康, 胡中锋, 刘勇. 一般自我效能感量表的信度和效度研究[J]. *应用心理学*, 2001, 7(1): 37-40
- [17] 许忠琴, 许红, 程春梅, 等. 渝东北地区家庭医生签约服务质量评价体系的构建及信效度检验[J]. *中国农村卫生事业管理*, 2024, 44(11): 776-781
- [18] 钟雯琴, 陈晓琛, 吴秋月, 等. 手术室医务人员职业暴露相关危险因素及防控措施研究进展[J]. *职业与健康*, 2025, 41(15): 2139-2142
- [19] 梁静, 尹运冬, 孙一楠, 等. 某三级儿童医院10年医务人员血源性职业暴露资料分析[J]. *中国感染控制杂志*, 2023, 22(11): 1291-1297
- [20] 王鹏, 符一岚, 李沁璇, 等. 湖南省医疗机构工作人员抗肿瘤药物职业暴露调查分析[J]. *肿瘤药学*, 2023, 13(2): 233-240
- [21] 刘媛, 王晓红, 李艳霞, 等. 2017—2024年某三甲医院医务人员116例HIV职业暴露流行病学调查[J]. *中华医院感染学杂志*, 2025, 35(23): 3639-3643
- [22] BENENSON J F, WEBB C E, WRANGHAM R W. Self-protection as an adaptive female strategy [J]. *Behav Brain Sci*, 2022, 45: e128
- [23] 杨文沁, 韩琳, 张强, 等. 某三级甲等中医医院2014—2023年血源性职业暴露监测与防护策略研究[J]. *中国感染控制杂志*, 2024, 23(12): 1544-1551
- [24] 冯新霞, 赵璐, 陈丽丽. 西宁市医务人员血源性职业暴露影响因素的路径分析[J]. *中国卫生统计*, 2022, 39(5): 768-771
- [25] 周盼盼, 王娴, 顾飞, 等. 健康信念模式在老年患者健康教育的应用研究进展[J]. *护理学报*, 2024, 31(22): 30-34.
- [26] 程文琴, 樊丽洁, 于晓寒, 等. 医院感染管理现状态势分析及管理策略研究进展[J]. *中华医院感染学杂志*, 2024, 34(23): 3656-3661
- [27] 王肖琪, 徐双飞, 毛育华, 等. 基层医务人员手卫生行为现状及其影响因素[J]. *上海预防医学*, 2024, 36(3): 280-285
- [28] 李雅雅, 魏俊妮, 张晨希, 等. 基于结构方程模型的基层医务人员标准预防行为影响因素[J]. *中华医院感染学杂志*, 2025, 35(22): 3479-3484
- [29] HUIS A, VAN ACHTERBERG T, DE BRUIN M, et al. A systematic review of hand hygiene improvement strategies: a behavioural approach [J]. *Implement Sci*, 2012, 7(1): 92

(本文编辑: 姜 鑫)

Current status and influencing factors of occupational infection prevention behaviors among healthcare workers in Anhui Province

YANG Yang¹, HE Aiping¹, WANG Zixin¹, WANG Li^{1,2}, CHEN Ren¹

1. School of Health Management, 2. Institute of Hospital Management, Anhui Medical University, Hefei 231200, China

Abstract: Based on the literature review, this study designed a questionnaire on healthcare workers' protective behaviors and perceptions of occupational infection risks to investigate the current status and influencing factors of occupational infection prevention practices among healthcare workers in Anhui Province. A cross-sectional survey was conducted from October 2024 to April 2025, involving 1 413 healthcare workers from seven hospitals across northern, southern, and central Anhui. Statistical analysis was performed using SPSS 27.0. Results indicated that the average protective behavior score among healthcare workers was 16.23 ± 3.09 , reflecting an overall moderate-to-high level of protective behavior. Regression analysis revealed that gender, department, monthly household income, perceived behavioral benefits, perceived behavioral barriers, and self-efficacy significantly influenced protective behavior ($P < 0.05$). Significant differences in protective behavior scores were observed across groups. Self-efficacy served as the primary positive driver of protective behavior, while cognitive factors exerted a bidirectional moderating effect. The study recommends implementing differentiated protective management strategies tailored to group disparities, developing a tiered practical training system focused on enhancing self-efficacy, and addressing cognitive conflicts through targeted cognitive interventions, thereby providing a scientific basis for developing occupational infection risk countermeasures.

Key words: healthcare workers; occupational infections; risk perception; protective behavior