

**2.2 两组服务对象漏费人次比较** 试验组出现 1 例漏费现象,原因是结算中心新职工对业务不熟悉导致,随着操作熟练程度的不断提高,此类现象会逐渐减少。对照组因实行不定期、交错式办理出院结账手续,流程标准化程度相对较低,出现 2 例漏费现象。

**2.3 结算中心人力资源需求比较** 由于医院绝大部分科室均实行分时段办理出院结账手续,使结算中心人力资源得到较为合理的利用,忙闲不均现象明显减少。2013 年 9 月,每天上午排班人次比上年同期减少 1 人。

**2.4 办理出院结账手续流程比较** 试验组与对照组流程基本类似,便于服务对象接受。试验组比对照组多两步前期工作,其中:各病区办理出院结账手续的时间段一旦设置后可基本不变,引导分时段办理出院结账手续的告知内容可纳入入院须知中,并通过口口相传与其他途径而逐渐被服务对象所了解。试验组能够以医务人员的“小麻烦”换来服务对象的“大方便”。

**2.5 结果** 两组服务对象结算复杂程度差异无统计学意义。流程改造总体成效,试验组明显优于对照组。

### 3 讨 论

**3.1 分时段办理出院结账手续成效显著** 分时段办理出院结账手续,实现了医院出院流程的再造<sup>[3]</sup>,既缩短了服务对象入院等候时间,又降低了结算中心人力资源成本<sup>[4]</sup>。实现了医院整体效率、效能的进一步完善,充分体现了公立医院综合改革发展的需要,是一项值得推广应用的流程改革<sup>[5]</sup>。

**3.2 应保障环节配合,实现整体协调** 分时段办理出院结账手续流程的改革,需要医院决策层高度重视,并赋予必要的责权利,需要医院决策层、相关职能部门、临床科室、结算中心等各部门通力合作<sup>[6]</sup>,密切配合;需要整合医院组织功能<sup>[7]</sup>,实现医院整体协调。

**3.3 应做到知情同意,尊重个人意愿** 流程改革前后,应注重医患沟通<sup>[8]</sup>,在服务对象办理入院手续时,即告知分时段办理出院结账手续的积极意义、操作流程及优缺点,尊重服务对象对该项服务流程改革的自主选择权。对不愿意接受分时段办理的,仍予以保留传统结账方式;对当日出院的,仍沿用原有出院流程;对特殊情况需要及时办理的,应提供特殊办理通道。

**3.4 应加强宣传引导,转变对象观念** 任何一项新生事物的应用均需要一个接受过程,不可能一蹴而就<sup>[9]</sup>,医院应加强对流程改造的宣传力度<sup>[10]</sup>,通过新闻媒体、医院网站、病历簿、宣传册、入院需知等多种渠道,宣传分时段办理出院结账手续流程的积极意义与操作流程,逐步转变服务对象观念,使之逐步

接受该项服务。

**3.5 应注重经验积累,完善既有流程** 有些服务对象因赶班车、家属时间安排等各种原因,需要提前或推迟办理出院结账手续,医院应设置分时段办理出院结账手续的绿色通道,设置紧急结算专窗,进一步方便特殊服务对象。同时,在现有结算中心分时段办理出院结账手续的基础上,实现环节延伸,逐步尝试临床、医技分时段记费,实现科室批量记费、结算中心批量审核,可以进一步减少错、漏费现象的发生,达到医院整体规模效应,进一步提高医院整体运行效率。

### 参考文献:

- [1] 李乐波,李飒飒,吴强.地市级公立医院改革阶段性绩效评价及分析[J].医院管理论坛,2013,30(11):13-14.
- [2] Sinha IP,Smyth RL,Williamson PR. Using the Delphi technique to determine which outcomes to measure in clinical trials; recommendations for the future based on a systematic review of existing studies[J]. PLoS med,2011,8(1):39-43.
- [3] 史培娜,李凤如,王波,等.我院探索医药分开改革的实践[J].中华医院管理杂志,2012,28(8):569-571.
- [4] 江捍平,罗晓琼,李创,等.深圳市建立公立医院综合目标管理责任制度的思路与实践[J].中华医院管理杂志,2012,28(10):750-753.
- [5] 俞星海,李乐波,邱晓毅.绍兴市地市级公立医院综合改革的探索与体会[J].中国卫生经济,2013,32(5):61-62.
- [6] 李乐波,林凌,朱晖.实行床边结账的实践与体会[J].重庆医学,2013,42(16):1907-1908.
- [7] 陈伯梅,阮诗玮,童缓君.厦门市社区医疗重组综合评价研究[J].中国卫生经济,2012,31(1):64-65.
- [8] 陈燕凌,穆云庆,陈黎明,等.综合医院形象与患者就医选择的关系及其影响因素的调查研究[J].重庆医学,2012,41(9):923-924.
- [9] 张维斌.关于医药卫生体制改革工作路径和程序的思考[J].重庆医学,2012,41(10):1034-1035.
- [10] 成洪波,何静,刘玉琦,等.深圳市眼科医院分时段预约挂号就诊模式改革的实践与探讨[J].中华医院管理杂志,2012,28(10):761-763.

(收稿日期:2014-03-08 修回日期:2014-07-23)

• 卫生管理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.36.046

## 采血前端征询“窗口期”概念知晓度调查及教育策略

鞠 庆,衡行鱼,黄 霞  
(重庆市血液中心 400015)

中图分类号:R461

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2014)36-4979-03

目前国内大部分血液中心已经开展了核酸技术检测(nucleic acid test,NAT),检测病毒的 RNA 或 DNA。研究表明,混

表 1 被调查献血者的窗口期知识知晓情况

基本信息	基本信息分类	是(知晓)	否(不知晓)	否占比	$\chi^2/P$
所有调查者		436	597	58%	
性别	男	244	314	56%	$\chi^2=1.15, P>0.05$
	女	192	283	59%	
年龄	18~30	201	330	62%	30岁以下与31岁以上的比较: $\chi^2=8.49, P<0.01$
	31~60	235	267	53%	
文化程度	初中及以下+中专和技校	74	172	70%	中技、初中及以下与高中以上的比较: $\chi^2=19.46, P<0.01$
	高中以上	362	425	54%	
职业	公务员	47	29	38%	职业之间的比较: $\chi^2=169.79; P<0.01$
	学生	80	117	59%	
	商业服务业人员	29	51	64%	
	自由职业	57	118	67%	
	农民	42	45	51%	
	工人	41	91	69%	
	其他(合并低于5%的职业分类)	140	146	49%	
献血次数分布	1次	280	344	55%	$\chi^2=4.79; P<0.05$
	2次及以上	155	253	62%	
献血模式	团队自愿献血	238	164	40%	团队与大学: $\chi^2=20.22, P<0.01$ ; 大学与街头: $\chi^2=5.09, P<0.05$
	大学校园献血	63	101	62%	
	街头自愿献血	135	332	71%	

合血液样本 NAT 检测可将乙型肝炎病毒、丙型肝炎病毒和人类免疫缺陷病毒感染的平均窗口期缩短为 9、59 d 和 11 d<sup>[1-2]</sup>。不过,病毒的窗口期始终还是存在,通过教育宣传等手段让高危行为者认识到进行自查和排除的重要性,仍是前端征询的重要环节。

## 1 材料与方 法

**1.1 一般资料** 2012 年 8 月至 2013 年 2 月随机抽取 1 037 份《重庆市血液中心献血者健康征询及献血登记表(外采)JL-QP-32-5/2-2010》进行统计。该表系献血者每次献血填写用表,总共分 3 部分。第 1 部分:献血前应知道的内容。该部分共 11 条,为献血前告知。第 2 部分:献血前健康征询,共 52 条。第 3 部分:献血者登记表。该部分记录个人信息、体检及检测记录、采血记录,分别由献血者和工作人员填写。

本调查针对第 2 部分第 1 项:您目前是否知道,如果感染了艾滋病病毒或梅毒,即使感觉无恙,检验结果呈阴性,也可能将病毒传播给他人?该项问题,献血者可选择√即“是,知道”或×即“否,不知道”,回答结果不作为可否献血的标准。而该项问题即是测试献血者是否知道“窗口期”概念。针对性提出“窗口期”概念的教育策略,以期更多的人群在献血前进行自我评估,特别是部分高危行为者希望通过献血达到体检目的,在针对性接受有效的窗口期概念教育后可进行自我排除。

**1.2 调查方法** 登记表归档装订工作由采血服务科执行,档案盒为固定大小,每次装订 100~160 份不等的登记表。该登记表依照相关规定,于档案库保存 10 年。使用 Excel 表格系统按每个档案盒 1 份表格,每份表格以采血日期作为文件名,分栏设置姓名、性别、年龄、学历、职业、献血次数,对选项回答。每份表格对采血位置,街头自愿无偿或团队计划或高校无偿都

做隐藏备注。学历选项有:研究生、本科、大专、高中、中专和技校、初中及以下等 6 项。职业选项有:公务员、教师、学生、医务人员、工人、农民、自由职业、商业及服务业人员、其他等 9 个选项。

## 2 结 果

共统计 1 037 份表格,其中打√即选择是的有 436 份,打×即选择否的有 597 份,另有 4 张表格√/×不清晰,不归入任何一类处理。献血者的基本情况及窗口期知识的知晓情况见表 1、2。

表 2 被调查献血者的基本情况

基本信息	基本信息分类	n	%
性别	男	561	54
	女	476	46
年龄(岁)	18~20	192	19
	21~30	340	33
	31~40	241	23
	41~50	219	21
	51~60	45	4
文化程度	初中及以下	187	18
	中专和技校	59	6
	高中	224	22
	大专	226	22
	本科	325	31

续表 2 被调查献血者的基本情况

基本信息	基本信息分类	n	%
职业	研究生	16	2
	工人	132	13
	公务员	76	7
	教师	18	2
	军人	4	0
	农民	88	9
	商业、服务业人员	80	8
	学生	197	19
	医务人员	22	2
	自由职业	176	17
献血次数	其他	244	24
	1 次	627	61
献血模式	2 次及以上	409	40
	团队自愿献血	406	39
	大学校园献血	164	16
	街头自愿献血	467	45

3 讨 论

(1)在所有问卷调查中,42%的献血者知晓窗口期这一概念,而 58%表示不知道这个概念。这一数据说明实施窗口期教育策略的必要性。(2)不同性别的知晓度比例接近( $P > 0.05$ )。该教育应针对全民展开,无需注重性别。原则上所有勾选×者即不知晓者都应该给予一次沟通机会,适时诠释并帮助其理解,重申窗口期概念,或者直接解释为“不能通过献血进行体检”,并配合现场派发相关宣传册。(3)不同文化程度呈现两类分化,高中、大专、本科、研究生的知晓率在 40%以上,而初中及以下和中专、技校学历的知晓率则分别为 31%和 27%。鉴于大多不知晓者的文化程度偏低,尽量使用简单清晰的语言。(4)献血次数 2 次以上的重复或固定献血者,有 62%不知晓,与首次献血者比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。这是一组期待之外的数据,首次献血者的知晓率反而高于重复或固定献血者,虽然不排除重复或固定献血者受旧国标(GB18467-2001)登记表的全×记录才能献血的惯性思维影响,但结果仍然提示教育策略不要忽略重复或固定献血者人群。(5)年龄段分类中,31 岁以上知晓比例略高于 18~30 岁人群( $P < 0.05$ )。提示教育策略的选择重点应该更倾向于 30 岁以下人群。(6)街头自愿献血知晓率仅为 29%,提示街头征询需要加大宣传力度。街头采血的征询过程也是一个实施健康教育的过程,同时符合将血液中心的角色扩展为一种社区健康卫生资源的要[3]。志愿者和前端工作人员的招募及医务人员一对一医学

面谈时都可以针对性加强这一概念植入。(7)团队自愿献血有 60%的知晓率。这个数据很大程度得益于社区居民的健康教育工作由负责社区公共卫生的医院承担,辖区卫生局要对此进行检查和督促,同时社区健康卫生宣传特别是艾滋病教育宣传纳入社区工作考评的正向结果;余成普[4]提出:单位团体献血需要有一定的“结构易得性”,它保障了团体献血既是自愿无偿,又能卓有成效。这种结构易得性包括献血发动者与目标人群的平级关系。这提示在进行团队计划无偿献血时,更多依托社区或工会或共青团等亲和力强、平级组织,同时组织献血前集中普及关键知识点教育,其中包括窗口期教育;同时也不能忽略团队自愿献血的环境气氛影响而导致这一数据的增高,更多的强调和宣传窗口期概念将更利于团队中每个个体的自我审查和排除。(8)高校集中献血登记表合并后知晓率只有 38%,与团队比较,差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。建议加强高校艾滋病等性传播疾病的知识普及和教育。高校的健康教育和健康促进工作一般由校医院负责,辖区教委对此进行监督。学校健康教育重点上更偏于人身安全、预防突发事件等。同时一组数据显示中国感染 HIV 的学生中,经同性传播所占比例从 2006 年的 8%上升为 2011 年 1~9 月的 55.5%,经异性传播比例从 4%上升到 19.3%。提示高校艾滋病等传染病的教育刻不容缓。建议疾病预防控制中心与高校医疗保健部门联动,借相关纪念日等契机进行宣传和强化。(9)本案针对职业分类占比在 5%以下者采取合并到“其他”里。各职业间的差异,暂不作分析。(10)建议对现行采供血软件系统增加插件,前端表格录入时,软件系统增加该选项录入,针对勾选×者,可通过献血后短信告知结果的同时普及窗口期概念;下次献血前登记表改为√,系统及时提示修改记录并自动取消这方面关注;其次当献血者通过血液中心官方网站查询自己的献血结果时,系统除告知献血结果外还会针对点选×者自动弹出窗口,希望献血者知道“窗口期”概念,甚至建议献血者在知晓这一概念后点选√,系统会自动上传到三方数据接口,逆向修改献血者关于这一选项的记录。

参考文献:

[1] 王迅,郑岚,张晰. 核酸扩增技术在上海血液筛检中的初步应用[J]. 中国输血杂志,2003,16(3):157-160.  
 [2] Busch MP. Should HBV DNA NAT replace HBsAg and/or anti-HBc screening of blood donors? [J]. Transfus Clin Biol,2004,11(1):26-32.  
 [3] Davey RJ. The blood centre as a community health resource[J]. Vox Sanguinis,2006,91(3):206-213.  
 [4] 余成普. 单位团体献血运作的过程与机制[J]. 社会,2010(2):116-143.

(收稿日期:2014-04-11 修回日期:2014-08-19)

误 差

误差指测量值与真值之差,也指样本指标与总体指标之差。包括系统误差、随机测量误差和抽样误差。系统误差指数据收集和测量过程中由于仪器不准确、标准不规范等原因,造成观察(检测)结果呈倾向性的偏大或偏小,是可避免或可通过研究设计解决的。随机测量误差指由于一些非人为的偶然因素使观察(检测)结果或大或小,是不可避免的。抽样误差指由于抽样原因造成样本指标与总体指标的差异,是不可避免但可减少的。