

- patients in the emergency department[J]. *Ann Emerg Med*, 2019, 73(2):193-202.
- [8] ALTHAUSEN P L, KAUK J R, SHANNON S, et al. Operating room efficiency: benefits of an orthopaedic traumatologist at a level II trauma center[J]. *J Orthop Trauma*, 2014, 28(5): e101-106.
- [9] PALMER B W, FRIEND S, HUEGE S, et al. Aging and trauma: post traumatic stress disorder among Korean war veterans[J]. *Fed Pract*, 2019, 36(12):554-562.
- [10] HWANG F, MCGREEVY C M, PENTAKOTA S R, et al. Sarcopenia is predictive of functional outcomes in older trauma patients[J]. *Cureus*, 2019, 11(11):e6154.
- [11] DE MUNTER L, POLINDER S, HAAGSMA J A, et al. Prevalence and prognostic factors for
• 卫生管理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2021.05.037
网络首发 <https://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.R.20210122.1212.010.html>(2021-01-22)
- psychological distress after trauma[J]. *Arch Phys Med Rehabil*, 2020, 101(5):877-884.
- [12] 白祥军, 裘法祖. 建立创伤外科专科, 提高多发伤救治水平[J]. *中华创伤杂志*, 2004, 20(12): 709-710.
- [13] 张连阳, 谭浩, 李阳, 等. 我国医院创伤救治能力建设现状[J]. *解放军医药杂志*, 2013, 25(7):6-9.
- [14] 张连阳. 努力突破严重创伤医院内救治瓶颈[J]. *西部医学*, 2015, 27(8):1121-1123.
- [15] 肖仁举, 张连阳. II级创伤中心(贵州省)建设标准(2017版)[J]. *中华创伤杂志*, 2017, 33(12): 5-8.
- [16] 高伟, 白祥军. 中国创伤中心现状与展望[J]. *创伤外科杂志*, 2018, 20(4):241-244.
- (收稿日期:2020-10-29 修回日期:2020-12-21)

新生儿双向转诊流程的构建及下行转诊的初步运用*

谢佳, 高雄[△], 张先红, 史源, 赵文静, 周梅, 申玉洁, 范娟

(重庆医科大学附属儿童医院新生儿诊治中心/儿童发育疾病研究教育部重点实验室/国家儿童健康与疾病临床医学研究中心/儿童发育重大疾病国家国际科技合作基地/儿科学重庆市重点实验室 400014)

[摘要] 目的 该中心于2019年启动新生儿双向转诊工作,旨在构建新生儿双向转诊的规章制度,为新生儿双向转诊提供思路和借鉴。方法 制订新生儿双向转诊制度、流程,拟定适合转诊患儿的范围,在实施过程中不断细化具体流程,保障患儿转诊中和转诊后的安全及后续同质化治疗。结果 建立了有效的新生儿双向转诊流程,以“下转”流程为例,2019年5—12月该中心共计完成57例患儿的双向转诊(下转),出院诊断排名前3位的是早产儿、极低出生体重儿、新生儿呼吸窘迫综合征,交接安全率100.00%,治愈率96.49%,家属满意度99.81%。结论 推行新生儿双向转诊(下转)工作可以提高转诊双方医院的救治水平和资源利用率,促进患儿更好地康复,家属满意度高。

[关键词] 婴儿, 新生, 疾病; 分级诊疗; 双向转诊; 流程

[中图分类号] R722.1

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2021)05-0879-05

近年来随着“二孩”政策的开放与落实,我国出生人口数量和出生率有了大幅提高,2019年全年出生人口1465万人,出生率10.48%^[1]。而随着国内围产医学的进步与发展,婴儿死亡率从1982年的34.7%下降至2018年的6.1%^[2]。其中绝大多数危重新生儿转运至建设较成熟的三级医院新生儿重症监护室(NICU)救治,而处于稳定期、恢复期的新生儿无法转

回下级医院继续救治,导致医疗资源分布不均。同时NICU是院内感染高发区域,长期住院的患儿增加了与其他患儿和医护人员接触的风险,易发生病原微生物在机体内定植或导致医院交叉感染^[3]。2018年《关于进一步做好分级诊疗制度建设有关重点工作的通知》要求:要完善双向转诊制度,重点畅通向下转诊通道,明确转诊标准和转诊流程^[4],国家进一步强调基

* 基金项目:重庆市科技局技术创新与制度预见(cstc2019jsyj-zzysbAA0026)。作者简介:谢佳(1986—),护师,本科,主要从事新生儿护理相关研究。△ 通信作者,E-mail:237661103@qq.com。

层医疗在分级诊疗中的重要作用。目前儿童双向转诊在我国刚起步,加之儿童起病急、发展快,家属对儿童疾病重视程度高,加大了双向转诊实施的难度,尤其体现为“上转易,下转难”,而双向转诊在新生儿这一特殊群体的运用更是少之又少。2019 年本中心启动新生儿双向转诊工作,构建规章制度和流程,并逐步应用于临床取得了良好效果。现就新生儿双向转诊中的难点问题“下转”工作做详细介绍,以为新生儿双向转诊提供思路和借鉴,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2019 年 5—12 月,本中心共计完成 57 例患儿的双向转诊(下转),其中男婴 35 例(占 61.40%),女婴 22 例(占 38.60%),出生孕周 27⁺³~38⁺³ 周,出生体重 872~2 570 g。转诊患儿包括:早产儿 39 例次(23.60%),极低出生体重儿 30 例次(18.20%),新生儿呼吸窘迫综合征 27 例次(16.40%),新生儿肺炎 25 例次(15.20%),呼吸衰竭 14 例次(8.50%),支气管肺发育不良 5 例次(3.00%),超低出生体重儿 3 例次(1.80%),新生儿坏死性小肠结肠炎、新生儿败血症、低出生体重儿、支气管肺炎、极早早产儿各 2 例次(1.20%),重症肺炎、百日咳综合征、小肠坏死穿孔、全腹膜炎、膈裂、气管食管瘘、消化道畸形、先天性气道发育畸形、胃穿孔术后、胃大部分坏死伴穿孔、先天性胃壁肌层缺失、呼吸暂停各 1 例次(0.60%)。具体情况见表 1。

表 1 患儿一般资料

患儿基本信息	中位数(范围)	平均值($\bar{x} \pm s$)
胎龄(周)	30.70(27.00~38.30)	30.98±2.88
出生体重(g)	1 320.00(872.00~2 570.00)	1 451.80±436.40
入院日龄(h)	2.00(1.00~4 440.00)	318.10±735.33
转诊时体重(g)	2 330.00(1 230.00~4 700.00)	2 393.50±580.42
在本院住院时间(d)	44.00(3.00~100.00)	40.50±19.08
下级医院住院时间(d)	11.00(3.00~41.00)	12.80±7.04
总住院时间(d)	53.00(11.00~119.00)	54.00±19.51

—:此项无数据。

1.2 方法

1.2.1 新生儿双向转诊流程的制订

1.2.1.1 双向转诊基本定义

双向转诊是根据病情和人群健康的需要而进行的上下级医院间、专科医院间或综合医院与专科医院间的转院诊治过程,分为纵向转诊和横向转诊两种形式。在此过程中,基层医疗机构与大中型医院、专科医院签订协议,一般常见病、多发病在社区卫生服务机构诊治,大病等疑难重症在大中型医院、专科医院

诊治,从而实现患者的合理分流,实现“小病在社区,大病在医院”的合理格局^[5]。

1.2.1.2 新生儿双向转诊流程

上转流程:患儿经过所在下级医院科室主任评估病情,确定患儿有转入本中心诊治的需求,征求患儿家长同意后,联系本中心。因新生儿的特殊性,需进行护送转运,如需本院 120 出诊,则拨打院前急救电话;如对方 120 转诊,则拨打本中心 24 h 绿色通道转诊电话。两种方式入院,均为绿色通道安排住院,且转出医院经治医师和本院首诊医师必须当面交接患儿病情、转诊记录单、出院记录等。

下转流程:符合下转条件的患儿,由本中心双向转诊质控小组成员征求家属同意后签订《住院患者双向转诊知情同意书》,并在本院双向转诊网络平台填写《双向转诊单(住院下转单)》,传至本院双向转诊办公室(特殊病情或病种患儿需报医务处)审核。双向转诊办公室通知下级医院相关科室做好接诊准备,并将患儿相关诊疗信息及注意事项通过双向转诊网络平台传给下级医院。转运患儿时,由本中心或对方医院 120 救护车护送转运,并且本中心经治医生当面与下级医院主管医生、护士进行交接工作。

1.2.1.3 转诊指针

上转范围:危重症新生儿(参考重庆市危重新生儿救治管理工作方案 2016 年版)。下转范围:诊断明确、治疗有效,病情稳定,处于恢复期的患儿;经治疗后病情稳定具有出院指征,但家长要求继续康复治疗者;经质控小组成员评估符合下转条件者。

1.2.1.4 同质化管理

制订《新生儿常见疾病诊疗规范》,不定期对双向转诊协议医院医护人员进行培训、帮扶与指导,以达到下转患儿同质化管理。在下级医院住院过程中,患儿若出现病情变化或疑难问题时,由本中心进行远程指导,必要时可安排高级职称医生院外会诊。患儿出院后所有随访流程、时间节点皆与本中心出院患儿相同。

1.2.1.5 应急预案

制订应急预案,包括转运途中及对方医院住院期间患儿发生病情变化、急救设施设备故障,患儿在下级医院住院期间需要转回本中心时绿色通道的建立等,以便出现突发状况时能及时应对。

1.2.1.6 质量控制与改进

定期质量督查,每年至少对 2 个双向转诊协议医院进行质量督导评估 1 次,并形成督导评估报告。定期反馈双向转诊运行情况及转诊救治中存在的问题,并进行分析总结与质量改进。

1.2.1.7 相关指标的计算公式

双向转诊(下转)患儿接诊及时率=(4 h 内完成交接的患儿数/所有下转患儿数) $\times 100\%$;双向转诊(下转)患儿交接规范率=(规范交接的患儿数/所有下转患儿数) $\times 100\%$;双向转诊(下转)患儿交接安全率=(安全到达下级医院的患儿数/所有下转患儿数) $\times 100\%$;双向转诊(下转)患儿治愈率=(治愈出院的患儿数/所有下转患儿数) $\times 100\%$;双向转诊(下转)患儿再次转入上级医院率=(在下级医院经过治疗后再次转回上级医院的患儿数/所有下转患儿数) $\times 100\%$;家属满意度,设计《新生儿诊疗中心双向转诊(下转)患儿家属满意度调查表》,共 9 个条目,家属满意度=(所有患儿总得分/满分) $\times 100\%$ 。

1.2.2 新生儿双向转诊(下转)流程具体实施

1.2.2.1 筛选试点医院

在与本院签订双向转诊协议的 11 家医院中筛选出拥有独立新生儿病房的医院并现场考察,选择 2 家医疗、护理条件较好的医院进行试点,运作良好后再大范围推行。在试点医院召开“双向转诊交流会”,探讨转诊的流程、风险等,制定双向转诊(下转)具体实施细则。

1.2.2.2 上级医院转诊

科室质控小组评估患儿病情,符合下转条件者,征得家属同意后签订《住院患者双向转诊知情同意书》。主管医生在本院双向转诊网络平台上填写《双向转诊申请单(下转单)》,经中心主任、本院双向转诊办公室、接诊医院审核同意后,开始办理双向转诊(下转)手续。责任护士填写《双向转诊(下转)患儿交接单》,内容包含患儿诊断、治疗经过、皮肤问题、管路、药物交接等。本中心医护人员按出院流程给患儿办理出院。

1.2.2.3 下级医院接诊

接诊医院派出 120 急救车转运患儿,必要时可由本院 120 出诊,且不需要患儿家属承担相应费用。接诊医院 120 到达本中心后,接诊医院医生、护士当面与患儿主管医生、责任护士详细交接病情、药物等,并在《双向转诊(下转)患儿交接单》上签字确认。转运过程中,使用转运暖箱保暖,车载心电监护仪监测患儿生命体征。抵达接诊医院后患儿仍延续上级医院的治疗(如:用氧、补液等),密切关注患儿情况,发生病情变化、急救设施设备故障等问题及时按应急预案流程处理。患儿家属携带患儿《双向转诊知情同意书》、《双向转诊申请单(下转单)》、病历资料、转诊信息(手机推送)至接诊医院绿色通道办理入院,继续治疗。

2 结 果

通过建立有效的新生儿双向转诊流程,2019 年 5

—12 月本中心共计完成双向转诊(下转)患儿 57 例,出院诊断排名前 3 位的是早产儿、极低出生体重儿、新生儿呼吸窘迫综合征,接诊及时率 100%(57/572)、交接规范率(53/57)、交接安全率 100%(57/57),治愈率 96.49%(55/57),家属满意度 99.81%(5 120/5 130)。

3 讨 论

3.1 新生儿双向转诊(下转)中的成效

3.1.1 合理利用医疗资源,提高救治率

从资源使用效率角度看,双向转诊避免了基本医疗市场中,因信息不对称导致的就医无序问题,将患者的医疗需求与各级医院所承担的医疗任务相匹配,在医疗服务中优化了医院资源配置。另一方面,不同医疗机构根据其分工,集中精力对各类疾病分别进行针对性治疗,以不同医疗机构根据其诊疗特长为基础,统筹资源进一步发展以提高医疗服务效率和质量,对上级医院而言,增加了周转率,提高了床位使用率;对下级医院而言,患儿能够得到上级医院同质化的延续治疗,促进患儿更好地康复,提高了双向转诊双方医院的救治水平和资源利用率。

3.1.2 充分保障下转患儿的安全

患儿安全是医疗卫生活动中的重要组成部分,也是家属最为关注的重点问题。本中心在《重庆医科大学附属儿童医院双向转诊管理制度》和《重庆医科大学附属儿童医院与相关基层医院双向转诊流程》的基础上,成立了本中心双向转诊管理小组,赋予明确的工作职责,制订了规范的新生儿双向转诊制度和流程,以保障下转患儿的安全。制订相应应急预案,包括转运途中及对方医院住院期间患儿发生病情变化、急救设施设备故障,患儿在下级医院住院期间需要转回本中心时绿色通道的建立等,以及后期对下转患儿的随访,会定期派上级医院医生去下级医院查房、会诊,时刻关注下转患儿的转归。从 2019 年 5 月开始运行至今,所有双向转诊(下转)患儿均规范、安全、及时地转运到了下级医院,无不良事件发生。

3.1.3 家属对新生儿双向转诊(下转)满意度高

在目前的医疗服务模式中,患儿就诊的随意性很大,无论是大病小病,总希望得到最好的专家最好的治疗,因此以专家集中、设备一流的大型医疗机构为首选,特别是在新生儿这一特殊群体,家长对基层医疗的不信任尤为突出,导致大医院拥堵不堪。因此,实现家属满意对顺利推行新生儿双向转诊具有十分重要的意义。在下级医院,本中心转入的患儿均入住母婴同室病房。母婴同室为家属参与式开放性护理,改变以往母婴分离、封闭集中的护理模式,有利于增进母婴感情,促进产妇产后恢复^[6]。产妇及家属在医

护人员的示范、指导下掌握新生儿的护理方法和提高实践能力,既满足了产妇学习新生儿护理的需求,也增强了产妇护理新生儿的责任感^[7],家属满意度高。

3.2 目前新生儿双向转诊中存在的问题

3.2.1 对双向转诊制度宣传不到位

目前分级诊疗的优势并没有被广泛宣传,人们对基层首诊、双向转诊等知之甚少。以北京、广州两地为例,仅 16.6% 的受访者非常了解分级诊疗制度,仅 14.0% 的受访者表示所在社区进行过关于分级诊疗的宣传^[8]。政府在推行分级诊疗的过程中忽视居民这一主体,且未对医院、基层医疗卫生机构在宣传分级诊疗方面进行必要性和强制性的督导,导致分级诊疗知晓率低,不利于分级诊疗制度的有效实施^[9]。在本中心实施过程中,绝大部分家属都表示没有听说过双向转诊,不了解双向转诊的相关政策,因此在沟通过程中,宣传工作会占用较多的时间。应将加大宣传力度,通过各种形式的宣传提升民众对双向转诊制度的认知程度,使其逐渐为人们所接受。

3.2.2 基层医院的医疗资源还有待完善

目前基层医院硬件条件较前有了很大的改善,但在医疗服务中占主导作用的人力资源还远远跟不上硬件的增长^[10]。部分基层医院的医护人员技术水平在应对新生儿的康复、护理及慢性病患儿的治疗等方面有待进一步提高,使得双向转诊大范围推行存在一定的难度^[11]。以本院为例,本院共签订了 11 家双向转诊协议医院,但这 11 家医院中设有新生儿病房的只有 6 家,而这 6 家医院新生儿病房的医护人员技术水平也参差不齐。因此,本中心经过实地考察后,筛选了两家医疗、护理条件较好的医院进行双向转诊(下转)试点,运作良好后再大范围推行。

3.2.3 传统观念导致的就医屏障

一方面,患儿家属都寄希望于三甲医院,普遍认为大医院有高水平的医务人员和先进的仪器设备,治疗中的风险就会大大降低,治愈的可能性也大大提高,这一观念在人们心中根深蒂固^[12]。另一方面,由于不信任基层医院的医疗服务质量,患儿家属对双向转诊制度认同感低,不愿意下转至基层医院进行康复与治疗,导致下转的转诊率偏低^[13]。下转前,本中心会在征得家属同意后签订《住院患者双向转诊知情同意书》,这是在实行双向转诊(下转)工作中遇到的难点之一,由于家属对下级医院的不信任,部分患儿虽已达到下转指针最终却转诊失败。本中心在沟通过程中会着重强调下级医院的母婴同室护理模式,相对本中心的全托模式对家属有较大的吸引力。

3.2.4 新生儿下转存在的风险

新生儿病情变化快,在转诊和下级医院治疗过程

中可能出现病情恶化甚至死亡,存在着较大的医疗风险,容易引发医疗纠纷。本中心在实施双向转诊(下转)过程中,有 3 例患儿在下级医院治疗过程中分别因血便、胃出血、呼吸困难加重转回本中心继续治疗。虽然经过解释后,患儿家属表示理解,但也给本中心敲响了警钟。在后续的工作中,本中心还需细化下转患儿入选标准,严格掌握转诊指针,做好病情预判和应急预案的培训。

综上所述,现阶段我国医疗改革的重点工作之一就是建立双向转诊体系和分级诊疗,我国的双向转诊模式还处于初步发展阶段,需要不断摸索适宜的发展道路^[14]。目前在新生儿领域还没有标准的双向转诊流程及模式,本中心依托重庆医科大学附属儿童医院的资源优势,旨在建立新生儿双向转诊通道,理顺转诊流程,为新生儿双向转诊提供思路和借鉴。只要克服了“上转易,下转难”的困难,开展新生儿双向转诊工作是利大于弊的,值得全国推广。

参考文献

- [1] 国家统计局. 中华人民共和国 2019 年国民经济和社会发展统计公报[EB/OL]. [2020-02-28]. http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/202002/t20200228_1728913.html.
- [2] 国家统计局. 人口总量平稳增长 人口素质显著提升——新中国成立 70 周年经济社会发展成就系列报告之二十[EB/OL]. [2019-08-22]. http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/201908/t20190822_1692898.html.
- [3] 方玉琦,唐建军,梁凤,等. 新生儿科医院感染的现况及其危险因素研究[J]. 实用预防医学, 2016,23(3):342-344.
- [4] 王晓东,王呼生,左风云,等. 分级诊疗模式下双向转诊管理系统设计与实现[J]. 医学信息学杂志, 2019,40(11):36-40.
- [5] 杨玲,穆云庆. 重庆市双向转诊现状及对策分析[J]. 劳动保障世界, 2018,30(20):56-56.
- [6] 郭梅. 层级全责护理管理模式在母婴同室病房中的应用[J]. 护理实践与研究, 2017,14(23):72-74.
- [7] 赵小红,卫艳梅. 产妇新生儿护理中的母婴同室共同参与护理模式的效果[J]. 实用临床医药杂志, 2019,23(21):122-124.
- [8] 严宝湖,季文君,吴欣. 社区患者对分级诊疗满意度的文献综述——以北京、广州两地为例[J]. 价值工程, 2016,35(31):255-257.

- [9] 周聪. 我国分级诊疗制度建设研究[D]. 南京: 南京大学, 2019.
- [10] 肖俊辉, 安然, 陈琴. 我国分级诊疗的现状、问题与出路[J]. 医学与哲学, 2019, 40(21): 38-42, 55.
- [11] 朱琳, 范素芳, 申美玲. 分级诊疗推进过程中双向转诊问题及对策研究—以某市为例[J]. 中国冶金工业医学杂志, 2018, 35(1): 8-10.
- [12] 林妍妍, 冯星, 田健美, 等. “基层首诊、分级诊疗、双向转诊”就医制度的内涵及实施难点[J].

江苏卫生事业管理, 2017, 28(6): 5-7.

- [13] 田浩然, 张祖平. 实施医院与社区卫生服务机构间双向转诊的难点分析[J]. 临床合理用药杂志, 2011, 4(3): 110-110.
- [14] 张杨, 张文科, 叶成刚. 医共体双向转诊的全程跟踪管理[J]. 中国卫生产业, 2019, 16(32): 73-75.

(收稿日期: 2020-10-18 修回日期: 2020-12-16)

• 卫生管理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2021.05.038

网络首发 <https://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.R.20201127.1633.037.html>(2020-11-30)

回授法结合知信行理论模式在提升头颈外科护士对医用粘胶性皮肤损伤认知情况的应用研究

曾彩桃^{1,2}, 华荣誉^{1,2}, 梁冠冕^{1,2△}

(中国科学院大学附属肿瘤医院(浙江省肿瘤医院): 1. 头颈外科;
2. 中国科学院肿瘤与基础医学研究所, 杭州 310022)

【摘要】 目的 探讨回授法结合知信行理论模式(KAP)在提升头颈外科护士对医用粘胶性皮肤损伤(MARSI)认知情况的效果评价, 以期为临床上降低 MARSI 的发生率提供实践依据。方法 利用回授法结合 KAP 对该院头颈外科 40 名在岗护士进行有关 MARSI 内容的培训, 对比培训前后的知识分数、信念分数、行为分数、患者满意度及患者 MARSI 的发生率。结果 培训前知识分数(61.25±12.23)分, 培训后(89.00±10.08)分; 培训前信念分数(89.09±16.25)分, 培训后(96.59±6.07)分; 培训前行为分数(61.75±11.96)分, 培训后(80.00±10.38)分; 培训前患者 MARSI 的发生率 25.83%, 培训后 11.67%; 培训前患者满意度 92.33%, 培训后 96.67%; 以上指标培训前、后比较差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 回授法结合 KAP 在提升头颈外科护士对 MARSI 认知情况中的应用效果较好, 提高了护士知信行水平, 降低了临床上 MARSI 的发生率, 提高患者满意度。

【关键词】 回授法; 知信行模式; 健康教育; 护士; 医用粘胶性皮肤损伤

【中图法分类号】 R473.73 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1671-8348(2021)05-0883-04

目前全球医用粘胶性皮肤损伤(medical adhesive related skin injuries, MARSI)的发生率很高, 已成为全球医务人员密切关注的问题^[1]。头颈部肿瘤手术对患者影响通常较大, 术后不能正常进食导致长时间的肠内或肠外营养支持或者需要气管切开, 各种管路多, 并且需要长时间使用医用粘胶性产品, 因此头颈外科中 MARSI 问题需要密切重视。

回授法即在对受教育者进行健康教育后, 让其用自己的语言表达对教育信息的理解, 对于受教育者理解错误或者未理解的信息, 教育者再次进行强调, 直至受教育者正确掌握所有信息^[2]。回授法在国外被广泛应用于教育领域, 国内也在教育行业开展过此方法, 取得了较好的效果^[3-4]。知信行理论模式(knowl-

edge attitude/belief practice, KAP)是将人类行为的改变分为获取知识、产生信念和形成行为 3 个连续过程^[5]。其在疾病防治及管理、护理管理、护理教育等方面已得到可行性论证与有效性的应用^[6]。有文献指出健康教育采用多种方式结合更有利于提高护士的知识掌握度^[7], 2019 年本院头颈外科将回授法结合 KAP 应用于护士对 MARSI 的认知教育, 取得了一定的效果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2019 年 10—12 月选取本院头颈外科 40 名护士为调查对象, 其中男 1 名, 女 39 名; 年龄 23~40 岁, 平均(29.52±3.78)岁, 大专 1 名, 本科 37 名, 硕士及