

住院患者跌倒事件根因分析及安全隐患规避对策

苟红兵 李 鑫 杨 玲 李顺红 胡曼瑾

贵州医科大学第二附属医院护理质量管理科 556000

[摘要] 目的 通过对 29 例住院患者跌倒事件进行回顾性分析, 找出其发生的根本原因以进一步探讨跌倒高危风险患者安全隐患规避对策。

方法 运用特性要因图进行住院患者跌倒事件根因分析, 并发现与患者年龄、疾病、药物使用、时间、地点、活动目的、责任护士安全防范意识、医院职能管理等多种因素有关, 且这些因素相互影响并共同作用。**结果** 根据 29 例住院患者跌倒事件根因分析结果, 实施跌倒高危风险安全隐患规避管理, 即 (1) 跌倒/坠床防范管理制度、流程、预案知晓率和执行力可持续追踪 (2) 医院护理安全 (不良) 事件网络报告及监管体系的持续改进 (3) 全面、全程、动态、连续的跌倒高危风险评估及防范措施干预 (4) 高危风险干预措施细节落实到位 (5) 以健康宣教指导效果的可持续追踪而针对性提高患者及陪护人员跌倒防范能力 (6) 全面实施 APN 排班模式以弹性调配护理人力资源 (7) 加强与后勤保障部门之间的有效沟通并持续改善病区环境及相关设施检查和维护 (8) 多团队合作并共同参与患者安全防护等措施, 可防患于未然并促使专项管理常态化。**结论** 跌倒高危风险规避管理细节整改落实, 可从源头将住院患者跌倒事件的发生率及危害降至最低。

[关键词] 住院患者; 跌倒; 安全

[中图分类号] R47

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561 (2017) 07-202-04

跌倒是指突发、不自主、非故意的体位改变, 倒在地上或比初始位置更低的平面^[1]。住院期间发生跌倒事件不仅给患者的身心带来痛苦, 并且在延长住院时间的同时增加家庭及社会的负担, 甚至还成为医疗纠纷隐患。因此, 中国医院协会将防范与减少患者跌倒、坠床的意外伤害作为患者十大安全目标之一^[2]。然而, 如何规避医疗护理风险并防范意外事件发生, 已成为广大医护人员高度关注的聚焦点。我院为三级甲等综合医院, 编制床位 1000 张, 2014 年 1 月至 2016 年 12 月通过医院网络自愿上报护理安全 (不良) 事件 145 例, 其中跌倒事件 29 例, 占 20%, 位居我院护理安全 (不良) 事件上报比例前三位。本文将运用特性要因图分别就三年来我院 29 例住院患者跌倒事件进行回顾性分析, 剖析跌倒事件发生的根本原因并探讨安全隐患规避对策, 以从源头有效降低住院患者跌倒事件发生并保障患者安全及规避医疗护理风险。

1 临床资料

1.1 一般资料

选取 2014 年 1 月至 2016 年 12 月全院临床科室自愿上报患者跌倒事件 29 例, 其中男性 13 (44.83%)、女性 16 例 (55.17%); 年龄 24 ~ 88 岁, 平均 (62.55 ± 19.15) 岁。

1.2 跌倒事件上报管理

患者在住院期间发生跌倒事件后, 责任护士均在 24 小时内通过院内护理安全 (不良) 事件网络系统上报至护理部质控科, 并详细记录患者一般信息 (跌倒时间、地点、具体经过, 跌倒前后患者的状态, 伤情鉴定, 处理流程等)。护理部质控科均于第一时间予以现场调查、原因分析, 相关内容均以书面形式反馈科室 (“事件发生根因分析”、“整改指导”), 并于近期内组织相关科室进行专题讨论及整改效果可持续追踪评价, 相关住院患者跌倒具体情况见表 1。

1.3 根因分析结果

护理部组织各片区科护士长、护士长及部分跌倒发生科室的责任护士召开专题讨论, 分别就 29 例跌倒事件进行系统性回顾性分析, 并运用 “头脑风暴法” 找出跌倒事件发生的相关原因, 进行归类、整理以明确从属关系, 从而选取大要因、中要因、小要因并绘出 “特性要因图”。经专题讨论分析, 确定大要因 4 个 (患者、药物、管理、环境)、中要因 16 个、小要因 34 个 (一级小要因 28 个, 二级小要因 5 个, 三级小要因 1 个), 从大要因到最后一级小要因共有 5 层, 见图 1。

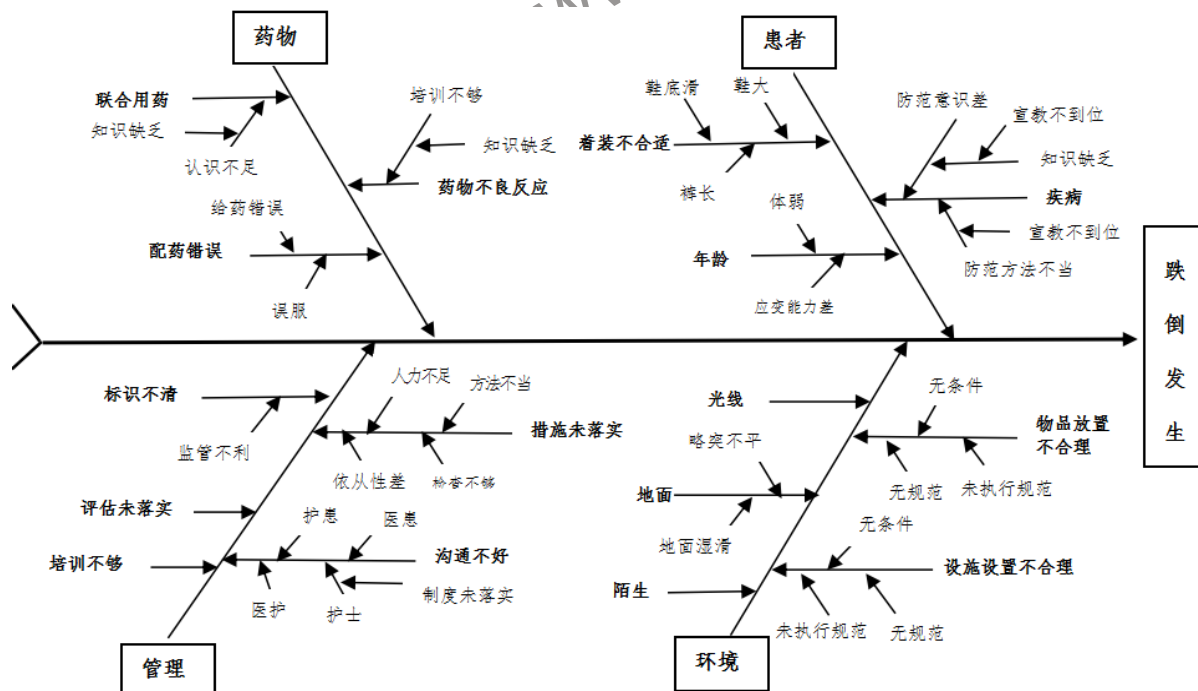


图 1: 住院患者跌倒根因分析特性要因图

表 1: 跌倒患者具体情况 (n=54)

项目	n	百分比 (%)
医疗诊断		
高血压	6	20.69
冠心病	6	20.69
脑梗塞	3	10.35
血液病	2	6.90
皮肤病	2	6.90
白内障	1	3.44
痛风	1	3.44
咽麻痹	1	3.44
其他	3	10.35
年龄 (岁)		
<40	6	20.69
40 ~ <50	3	10.34
50 ~ <60	1	3.45
60 ~ <70	4	13.80
70 ~ <80	9	31.03
80 ~ <90	6	20.69
时间段		
00:00 ~ 04:00	8	27.59
04:00 ~ 08:00	5	17.24
08:00 ~ 12:00	5	17.24
12:00 ~ 16:00	4	13.79
16:00 ~ 20:00	3	10.34
20:00 ~ 00:00	4	13.79
跌倒地点		
病房	19	65.51
厕所	4	13.79
走廊	2	6.90
洗澡间	2	6.90
其他	2	6.90
活动目的		
下床上厕所	30	55.56
下床活动	13	24.07
下床取物	6	11.11
其他	5	9.26
用药情况		
降压药物	22	40.74
降糖药物	18	33.33
镇静催眠药物	6	11.11
其他	8	14.81
危险程度		
高危	28	51.85
中危	19	35.19
低危	7	12.96
伤情分级		
I 级	40	74.07
II 级	8	14.81
III 级	6	11.11

2 原因分析

2.1 年龄分布

本组患者平均年龄 (62.55±19.15) 岁, 其中 65.52% 的

患者年龄大于或等于 60 岁, 说明老年人群是发生跌倒事件最主要的人群。有资料显示每年约 30% 的老年患者跌倒 1 次或多次, 而且跌倒的概率随着年龄增长而递增^[3]。这是因为随着年龄的增长, 老年人的中枢神经系统控制能力下降, 大脑反应迟缓, 应变能力差^[4]。因而, 无法准确判断周围事物, 行动的灵活性、协调性也下降并且容易出现步态不稳而导致跌倒发生。此外, 神志模糊、判断力及认知功能下降也是老年人跌倒的主要危险因素之一。

2.2 疾病与药物

在本组病例中, 高血压、冠心病、脑梗塞、慢性阻塞性肺疾病 (COPD) 患者发生跌倒的概率较高, 这是因为心脑血管、呼吸系统疾病患者常因脑血流灌注及氧供应不足引起眩晕、活动耐力及平衡能力下降导致跌倒; 血液病患者因为贫血导致头晕、肢体无力而易跌倒; 皮肤病、白内障、痛风患者常因局部涂药或行动不便而易发生跌倒。同时, 患者服用的降压药、降糖药、镇静催眠药等也可影响患者的意识、精神、视觉、步态、平衡、血压、血糖等, 客观上又增加了住院患者跌倒发生的风险。此外, 直立性低血压与体位性眩晕也易引起患者跌倒发生。

2.3 时间、地点与活动目的

本组患者跌倒高发时段为 00:00 ~ 04:00, 在此时间段与患者睡眠不连续、夜间觉醒、夜尿频次增多等有关^[5]; 其次为 05:00 ~ 08:00 和 09:00 ~ 12:00, 在此时间段患者各种治疗护理基本结束, 病区活动机会和需求增多。本组病例中, 虽然 65.51% 跌倒事件发生在病房、13.79% 跌倒事件发生在厕所, 但其中 34.4% 患者下床的目的是上厕所。由于受年龄、疾病、药物等因素影响, 导致患者下床后在如厕途中发生跌倒, 故入厕这一非疾病因素与跌倒事件的发生密切相关, 这与陈明慧等^[6]、王晓媛等^[7] 研究结果一致。此外, 跌倒与住院环境和设施等也有一定关系, 如病房内患者物品放置不规范、无独立卫生间或坐便器或床隔帘、走廊或厕所无扶手、未配备防跌倒护理用具、卫生间地面湿滑、防滑垫老化或翘起以及防跌倒标识不醒目等。

2.4 护士因素

就 29 例住院患者跌倒事件上报当事人的学历及参加工作时间进行分析, 大专学历、N₀-N₂ 护士所负责的患者最容易发生跌倒不良事件。然而, 进一步分析其原因则与 N₀-N₂ 护士缺乏工作经验、主动服务意识较差、安全风险意识薄弱、高危风险动态评估不足、未针对患者及其家属实施个体化安全宣教、宣教指导频次过少或方法单一、个体化安全宣教效果可持续追踪缺失有关。而 N₃-N₄ 护士则更多是鼓励患者及家属主动参与护理安全管理, 因而其安全防范意识更强且所负责的住院患者发生跌倒事件较少。此外, 重点时段护士人力资源不足也是导致跌倒事件发生的另一重要因素, 部分重点专科及特殊科室尽管执行 APN 排班模式, 但仍存在巡视病房不及时或无法及时了解患者需求及给予相应帮助, 尤其部分患者无陪护人员或不忍叫醒陪护, 通常对自身能力评价过高而自行下床, 从而增加了住院患者跌倒发生的风险。

2.5 职能管理

医院护理安全 (不良) 事件网络上报及监管体系有待持续改进, 后勤保障机制有待进一步健全, “跌倒风险动态评估及防范措施” 培训效果及执行力追踪不足, 护理人员介导的以团队改进为基础的住院患者跌倒发生率的监测相对滞后等等, 均间接性影响住院患者跌倒风险评估及防范措施的细节整改落实。

3 规避对策

3.1 住院患者跌倒 / 坠床防范管理制度、流程、预案知晓率和执行力的整体提升

将本院护理部最新修订版的跌倒 / 坠床防范管理制度、上报流程、应急预案、督查追踪流程等内容, 纳入各层级护理安全监控的重要内容之一, 相继成立跌倒专项护理风险管理小组并及时巡查、督导护士对跌倒高危风险患者监控制度的落实及防范措施是否落实到位, 同时查看“Morse 评分表”、“动态评估及干预记录”以便及时发现问题、及时修订或补充护理措施以指导责任护士实施风险规避, 并定期召开风险规避专题以针对性整改落实。此外, 以专项应急演练常态化管理而确保相关知晓率、掌握率、执行力的整体提升, 并从源头提高全院医护人员跌倒风险防范及处理突发事件的能力, 以尽可能将其危害降低到最低程度。

3.2 医院护理安全(不良)事件网络报告及监管体系的持续改进

将住院患者跌倒不良事件纳入本院年度护理敏感性指标监测的重要内容之一, 各临床科室跌倒高危风险患者入院均由责任护士在本班内完成 Morse 跌倒危险因素评估, 并规范性实施动态评估及护理干预。护士长或质控小组组长需及时、准确掌握本病区所有跌倒高危患者情况, 持续针对性跟踪检查各项防范措施落实效果, 并及时进行科内通报以实现全员参与并重点监控追踪。护理部“跌倒 / 坠床管理小组”将针对临床科室上报的每一例跌倒高危风险患者, 实施 24 小时内现场查看以确保跌倒高危风险患者动态评估的客观性、准确性及防范措施的有效落实。此外, 护理部质控科针对每一例跌倒不良事件的上报均实施专项路径管理(现场调查—根因分析—整改指导—专题讨论—整改效果追踪—改进机制成效性评价与持续改进), 并于每季度定期展开住院患者跌倒敏感性指标监测, 其相关结果拟通过院内通报文化管理而实现全院护士安全警示教育, 以促进专项风险防范意识的提高并从源头规避或减少住院患者跌倒事件发生。

3.3 实施全面、全程、动态、连续的跌倒高危风险评估及防范措施干预

每一位患者新入院时均由首诊护士在本班内完成《Morse 评分表》记录, 凡评估达到低度危险以上者必须进行系列《动态评估和措施干预》。具体危险因素量化评估内容, 即(1)跌倒史: 有 25 分, 无 0 分; (2)两个或两个以上诊断: 有 15 分, 无 0 分; (3)行动时使用助行器: 使用拐杖 / 手杖 / 步行器 15 分, 无 / 卧床 / 护士协助 0 分; (4)静脉输液 / 留有静脉内置管: 有 25 分, 0 分; (5)步态: 损伤 20 分, 乏力 10 分, 正常 / 卧床 / 不能活动 / 轮椅 0 分; (6)认知状况: 正确认识自我能力 0 分, 忘记自身能力有限 15 分。该 Morse 评分总分为 125 分, 其中(1)0-25 分为跌倒 / 坠床零危险, 只是首次评估即可; (2)> 25 分 < 45 分为跌倒 / 坠床低度危险, 每周评估 1 次; (3)≥ 45 分为跌倒 / 坠床高度危险, 每周评估 2 次。其相关高危风险因素包括: (1)年龄 65 岁以上; (2)病情危重患者; (3)有跌倒史者; (4)认知功能障碍者; (5)行动 / 平衡能力障碍者; (6)有眩晕 / 晕厥史者; (7)患者有使用药物中: 麻醉药、抗组胺药、静脉催眠药、抗焦虑药、抗精神病药、抗癫痫药、抗高血压药、扩血管药。在本组病例中, 有 4 例(占 13.79%)低危风险患者发生跌倒事件, 客观提示虽然患者在入院初始评估中无跌倒风险或风险很低, 但在住院期间因用药、病情变化、特殊检查等其跌倒风险可能增加。因此, 护士应进行全面、全程、动态、连续的再评估^[8], 及时动态调整评估频次及防范措施, 适时评价预防效果并详细记录在护理记录单上^[9]。

3.4 高危风险干预措施细节落实到位

责任护士需根据病人动态情况选择或补充相关干预措施, 即(1)保障病房环境安全: 帮助患者熟悉病区环境, 保持病房整洁无障碍物及光线明亮, 病床刹车固定好, 床边桌、呼

叫器置于患者健侧且随手可及, 夜间时开启夜灯, 协助患者日常生活所需, 地面湿滑时放置安全警示牌; (2)患者 / 家属 / 陪伴讲解跌倒防范相关知识: 教会患者正确使用助行设备, 教会患者正确起坐方法, 指导患者排便 / 排尿, 指导患者正确服药, 指导患者穿着舒适鞋袜(避免穿拖鞋、胶底等易导致跌倒的鞋), 告知有中度及以上跌倒风险的患者 24 小时留陪伴, 床旁悬挂跌倒警示牌, 指导和督促患者及家属正确、规范使用床旁护栏; (3)观察病情; (4)将评估结果告知护士长、主管医生、患者本人或家属并签字。此外, 在高风险患者床头悬挂醒目的红色“高危跌倒”标识, 与普通“防跌倒”标识区分开来^[6], 以警示医生、护士及陪护人员加强对高风险患者的关注及照护, 尤其跌倒高发时段应加强对高危人群的巡视并及时关注患者需求, 在其活动时给予协助或提醒并指导患者欲改变体位及活动时, 应遵守起床“三部曲”, 即“3 个半分钟”: 平卧半分钟→双腿下垂半分钟→站立半分钟→行走, 避免突然改变体位, 引起体位性低血压。针对使用易致跌倒药物的高危患者, 护士应加强用药指导并详细告知服药注意事项, 如服用镇静催眠药时交代患者服药前排尿, 起床时需有人搀扶; 服用降压药时, 要注意卧床休息, 在上楼、起身等改变体位的动作时要缓慢, 避免脑供血不足引起晕厥; 服用降糖药时, 应告知患者正确识别低血糖反应的症状及应急方法; 使用利尿、导泻药的患者需要频繁上厕所时, 指导其尽量在床旁进行, 并给予搀扶、帮助等。

3.5 以健康宣教指导效果的可持续追踪而针对性提高患者及陪护人员跌倒防范能力

责任护士对患者情况进行评估、分析后, 将可能引起跌倒的危险因素、安全注意事项及防范措施向患者及陪护人员详细告知, 并带领患者及陪护人员熟悉病区环境, 教会患者及其陪护人员采取正确、有效的防范措施, 持续动态客观评估健康宣教效果并针对性实施个性化健康宣教效果可持续追踪, 以便及时纠正偏差并认真倾听患者及陪护人员意见及建议, 以促进和谐护患关系建立并共同参与住院患者安全管理。此外, 各专科制作了图文并茂、简单易懂的宣传画及宣传手册, 使患者及陪护人员直观、形象地理解各种危险因素及防范措施, 以帮助其建立起正确、系统的风险预防知识体系^[10], 增强患者及陪护人员的防范意识、能力及主动配合的依从性。

3.6 全面实施 APN 排班模式以弹性调配护理人力资源

本院为三级甲等综合医院, 护士与床位比为 0.46:1, 符合等级医院评审标准(三级甲等医院大于 0.4:1), 但由于二胎政策的全面开放而导致全院护士人力资源相对不足。因此, 我院全面实施 APN 排班模式以确保每班至少 2 名护士, 而增强夜间护理人力并最大限度满足患者护理需求。此外, 护理部在全院范围抽调具有较高业务素质, 灵活性、应急性强的年轻护士建立全院护士机动库^[11], 并由护理部定期组织统一培训、管理、调配, 以及时替补分娩、辞职人员而增加护理人力资源的配备及优化组合, 并确保住院患者安全及护理质量的持续提升。

3.7 加强与后勤保障部门之间的有效沟通并持续改善病区环境及相关设施检查和维修

保持病房、走廊、楼梯、卫生间地面清洁、干燥、无障碍物, 淋浴间及卫生间地面铺设防滑地砖, 便器旁安装高度适宜的扶手; 患者穿着要适合自己的体型、尺寸大小合适等, 尤其对行走不便的患者需主动提供手杖、助行器等辅助用具; 病房内物品放置整齐、合理, 床旁呼叫器、生活用品等放在患者伸手可及的地方, 床单元间使用布帘并将便器倒空置于合适位置; 保洁人员清洁地板时应选择患者及其陪护人员活动较少的时段进行, 并在醒目处放置防跌倒警示牌以提示

(下转第 207 页)

焦虑自评量表 (SAS)

序号	问题	选项
A1	我觉得比平时容易紧张和焦虑	1 2 3 4
A2	我无缘无故地感到害怕	1 2 3 4
A3	我容易心里烦乱或觉得惊恐	1 2 3 4
A4	我觉得我可能要发疯	1 2 3 4
A5	我觉得我一切都好, 也不会发生什么不幸	1 2 3 4
A6	我手脚发抖打颤	1 2 3 4
A7	我因为头痛、颈痛、背痛而苦恼	1 2 3 4
A8	我感觉容易衰弱和疲劳	1 2 3 4
A9	我觉得心平气和, 并且容易安静坐着	1 2 3 4
A10	我觉得心跳得快	1 2 3 4
A11	我因为一阵阵头晕而苦恼	1 2 3 4
A12	我有晕倒发作、或觉得要晕倒似的	1 2 3 4
A13	我呼气吸气都感到很容易	1 2 3 4
A14	我手脚麻木和刺痛	1 2 3 4
A15	我因为胃痛和消化不良而苦恼	1 2 3 4
A16	我常常要小便	1 2 3 4
A17	我的手常常是干燥温暖的	1 2 3 4
A18	我脸红发热	1 2 3 4
A19	我容易入睡并且一夜睡得很好	1 2 3 4
A20	我做噩梦	1 2 3 4

抑郁自评量表 (SDS)

序号	问题	选项
B1	我因一些小事而烦恼	1 2 3 4
B2	我不大想吃东西, 我的胃口不好	1 2 3 4
B3	即使家属和朋友帮助我, 我仍然无法摆脱心中苦闷	1 2 3 4
B4	我觉得我和一般人一样好	1 2 3 4
B5	我在做事情时无法集中自己的注意力	1 2 3 4
B6	我感到情绪低落	1 2 3 4
B7	我感到做任何事都很费力	1 2 3 4
B8	我觉得前途是有希望的	1 2 3 4
B9	我觉得我的生活是失败	1 2 3 4
B10	我感到害怕	1 2 3 4
B11	我的睡眠情况不好	1 2 3 4
B12	我感到高兴	1 2 3 4
B13	我比平时说话要少	1 2 3 4
B14	我感到孤单	1 2 3 4
B15	我觉得人们对我不太友好	1 2 3 4
B16	我觉得我的生活很有意思	1 2 3 4
B17	我曾哭泣	1 2 3 4
B18	我感到忧虑	1 2 3 4
B19	我觉得不被人们喜欢	1 2 3 4
B20	我觉得无法继续我的日常工作	1 2 3 4

(上接第 204 页)

患者慢行或使用辅助用具等。此外, 护士还应加强对病区环境的安全巡查, 及时发现照明灯、呼叫器、床档、床脚刹车、水龙头、防滑垫等设备老化、损坏现象, 并于第一时间内向后勤保障部门报修以保持病房各项设施功能完好, 并从源头消除病区环境及相关设施使用中的安全隐患。

3.8 多团队合作并共同参与患者安全防护

预防患者跌倒是一个系统工程, 需要医生、护士、后勤服务、患者及家属等共同参与^[12]。因此, 为整体提高我院患者防跌倒安全意识及相关技能掌握, 由护理部牵头并在医疗、药剂、设备、总务、支持中心、保洁公司等多部门协助下, 定期对全院医生、护士、设备维护人员、担架输送人员、保洁人员等进行相关培训, 以全员共同树立安全防范意识并持续参与患者安全管理。此外, 护理部每季度定期展开跌倒案例成因分析专题讨论, 并充分发挥头脑风暴以提出可能有效减少跌倒发生的预防策略, 包括制作住院患者跌倒预防宣传手册和家庭预防跌倒小册子、创建醒目的跌倒教育海报、制作适合本院的跌倒预防视频、将更新后的患者跌倒风险评估模板和跌倒有关的文件模板结合到本院护士在职培训计划中, 以有效促进各学科间有关跌倒防范措施培训、教育的常态化, 并持续以跌倒高危因素为切入点, 以多学科合作、综合预防为核心, 防患于未然并降低住院患者跌倒发生率和跌倒伤害率。

4 总结

综上所述, 住院患者发生跌倒看似偶然事件, 实则是多种因素共同作用的结果, 其与患者自身年龄、身体状况、疾病、药物、住院环境、医护人员及患者和家属重视程度、防范措施落实情况、医院职能管理等密切相关。因此, 实施 (1) 跌倒/坠床防范管理制度、流程、预案知晓率和执行力可持续追踪 (2) 医院护理安全 (不良) 事件网络报告及监管体系的持续改进 (3) 全面、全程、动态、连续的跌倒高危风险评估及防范措施干预 (4) 高危风险干预措施细节落实到位 (5)

以健康宣教指导效果的可持续追踪而针对性提高患者及陪护人员跌倒防范能力 (6) 全面实施 APN 排班模式以弹性调配护理人力资源 (7) 加强与后勤保障部门之间的有效沟通并持续改善病区环境及相关设施检修和维护 (8) 多团队合作并共同参与患者安全防护等措施, 可防患于未然并从源头将跌倒事件的发生率及危害降至最低。

[参考文献]

- [1] 黄丽华, 李丽娟, 黄娟, 等. 根本原因分析法在预防老年患者跌倒中的应用 [J]. 齐鲁护理杂志, 2014, 20 (3): 100-101.
- [2] 周君桂, 周春兰, 宋惠娟, 等. 专科护理小组在预防病人跌倒中的应用 [J]. 护理研究, 2014, 28 (11C): 4209-4211.
- [3] 刘旭霞, 谭连, 梁小玲, 等. 住院老年患者跌倒的相关因素及护理进展 [J]. 现代临床护理, 2014, 13 (7): 74-76.
- [4] 林文君, 郑春香, 吴君芬. 品管圈活动对脑卒中患者跌倒事件发生率的影响 [J]. 中国现代医生, 2014, 52 (4): 86-89.
- [5] 邓远岑, 彭德清. 56 例住院患者跌倒原因分析及对策 [J]. 中外医学研究, 2014, 12 (32): 98-100.
- [6] 陈明慧, 戴良红. 47 例住院患者跌倒原因分析及防范对策 [J]. 广东医学院学报, 2014, 32 (2): 221-223.
- [7] 王晓媛, 侯惠如, 杨丽, 等. 75 例老年患者医院内跌倒事件的分析与护理对策 [J]. 护理管理杂志, 2011, 11 (4): 290-291.
- [8] 王辉, 郭丽君, 庄利梅, 等. 住院患者跌倒坠床风险管理 [J]. 护理学杂志, 2013, 28 (9): 69-70.
- [9] 李亚玲, 廖建敏, 彭敏, 等. 住院患者跌倒的根本原因分析及对策 [J]. 护士进修杂志, 2014, 29 (13): 1179-1180.
- [10] 胡道艳, 陈玲. 患者跌倒原因 19 例分析及对策 [J]. 山西医药杂志, 2014, 43 (21): 2593-2596.
- [11] 温贤秀, 敬洁. 基于岗位胜任力的机动库护士培训大纲的构建研究 [J]. 中华护理杂志, 2013, 48 (4): 327-330.
- [12] 护理质量指标研发小组 [J]. 护理敏感质量指标使用手册 (2016 版): 103