

信息化, 2016, 19(5): 111-112.

[20] 李雪. 管床护士与护工捆绑管理的老年护理服务模式探索[J]. 护理学杂志, 2014, 29(5): 49-50.

[21] 陈萍, 梁健. 护工层级管理对老年患者服务质量影响的探讨[J]. 中国医药科学, 2019, 9(3): 140-142.

[22] 刘秀芳. 从日本老年介护事业看中国护工管理与发展[J]. 护士进修杂志, 2005, 20(7): 596-

598.

[23] 代敏, 黄晓红. 医院化管理在护工管理中的应用效果观察[J]. 中国卫生产业, 2017, 14(36): 47-48.

[24] 吴兰青, 浦美华, 陈月琴. 医院化管理在护工管理中的应用效果分析[J]. 齐鲁护理杂志, 2015, 21(12): 21-23.

(收稿日期: 2022-06-20 修回日期: 2023-01-15)

## · 护理研究 ·

# CICARE 沟通模式在创伤骨科规培护士沟通训练中的效果<sup>\*</sup>

喻雅婷<sup>1</sup>, 周新<sup>2</sup>, 叶健<sup>2</sup>, 蹇婷婷<sup>2</sup>, 郑惠渊<sup>1</sup>, 邓佳林<sup>1△</sup>

(重庆大学附属江津医院/重庆市江津区中心医院: 1. 护理部; 2. 骨科, 重庆 402260)

**[摘要]** **目的** 构建创伤骨科 CICARE[Connect(接触)、Introduce(介绍)、Communicate(沟通)、Ask(询问)、Response(回答)、Exit(离开)]沟通模板, 并分析其在创伤骨科规范化培训(规培)护士沟通训练中的应用效果。**方法** 选取 2020 年 12 月至 2022 年 6 月该院创伤骨科规培护士 45 名, 按规培护士的工号奇偶数分为干预组(23 名)和对照组(22 名)。干预组采用 CICARE 沟通模式进行沟通培训, 对照组采用传统沟通培训, 培训时间均为 12 周。2 组规培护士护理的患者在住院期间均接受相同的诊治方案和护理措施, 采用患者疾病不确定感、状态焦虑水平, 以及人际沟通满意度量表作为结局指标。**结果** 干预组规培护士护理的患者出院时疾病不确定感、状态焦虑水平均明显低于对照组, 护患临床沟通能力明显高于对照组, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论** CICARE 沟通模板的临床应用效果较好, 为探讨 CICARE 沟通模式对优化护理规培教学质量提供了依据。

**[关键词]** CICARE; 流程化沟通; 沟通培训; 规范化培训; 护士; 创伤骨科

**DOI:** 10.3969/j.issn.1009-5519.2023.10.031

**中图法分类号:** R473.6

**文章编号:** 1009-5519(2023)10-1766-06

**文献标识码:** B

新的医疗形势下患者维权意识不断增强<sup>[1]</sup>, 良好的护患沟通不仅能有效避免纠纷, 也在一定程度上促进了护士专业能力的发展<sup>[2]</sup>。所以, 培养护士良好的沟通能力显得尤为重要。马晓璐等<sup>[3]</sup>研究表明, 规范化培训(规培)护士整体沟通技能、矛盾识别及处理能力欠佳; 仅 41.07% 的规培护士认为患者及家属能轻松理解自己的语言, 72.00% 的规培护士曾接受过护患沟通培训, 但其中仍有 73.81% 的规培护士认为培训收效甚微, 希望能更加系统地学习临床沟通技巧。创伤骨科患者多因意外事故和创伤性事件受伤入院, 创伤性事件的共同特点为其突发性和不可预测性<sup>[4]</sup>。所以, 创伤骨科患者通常病情危急, 并且患者及家属也因突然的、创伤性的经历产生心理创伤导致过度焦虑和紧张<sup>[5]</sup>。CICARE[Connect(接触)、Introduce(介绍)、Communicate(沟通)、Ask(询问)、Response(回

答)、Exit(离开)]沟通模式是 6 个步骤英文名称首字母的缩写, 最早由美国学者提出, 是指医务人员在与患者交流沟通时采用的一种以流程为导向的沟通方式<sup>[6]</sup>, 以达到同质的、和谐的护患沟通<sup>[7]</sup>。本研究采用自制四肢骨折患者 CICARE 沟通模板, 用于规培护士的沟通训练中, 观察比较了患者疾病不确定感、状态焦虑水平, 以及规培护士的临床沟通能力, 现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2020 年 12 月至 2022 年 6 月本院创伤骨科规培护士 45 名, 按规培护士的工号奇偶数分为干预组(23 名)和对照组(22 名)。2 组规培护士年龄、性别、文化程度、护考成绩等一般资料比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。见表 1。2 组规培护士护理的患者均为四肢骨折、在住院期

\* 基金项目: 重庆市自然科学基金项目(cstc2021jcyj-msxmX0904); 西南医科大学 2022 年高等教育教学研究与改革项目(JG2022197)。

△ 通信作者, E-mail: 50282919@qq.com。

间接收相同的诊治方案,知情同意并自愿参与本研究,2 组患者年龄、性别、文化程度、医保类型、住院费用、照顾者等一般资料比较,差异均无统计学意义

( $P>0.05$ ),具有可比性,以最大限度地降低无关变量对结果的影响。见表 2。

表 1 2 组规培护士一般资料比较

组别	n	年龄( $\bar{x}\pm s$ ,岁)	性别[n(%)]		文化程度[n(%)]		护考成绩( $\bar{x}\pm s$ ,分)
			男	女	大专	本科	
干预组	23	22.1±1.1	1(4.3)	22(95.7)	22(95.7)	1(4.3)	315.1±7.8
对照组	22	21.7±1.5	2(9.1)	20(90.9)	21(95.5)	1(4.5)	316.2±8.2
t/ $\chi^2$	—	0.852	0.347		0.402		1.040
P	—	0.608	0.573		0.614		1.147

注:—表示无此项。

表 2 2 组规培护士护理患者的一般资料比较

组别	n	年龄( $\bar{x}\pm s$ ,岁)	性别[n(%)]		文化程度[n(%)]	
			男	女	大专以下	大专及以上
干预组	69	49.1±7.6	36(52.2)	33(47.8)	46(66.7)	23(33.3)
对照组	66	48.9±6.9	40(60.6)	26(39.4)	44(66.7)	22(33.3)
t/ $\chi^2$	—	1.640	0.001		0.106	
P	—	0.835	1.102		1.038	

组别	n	医保类型[n(%)]			住院费用( $\bar{x}\pm s$ ,元)	照顾者[n(%)]		
		自费	职工医保	居民医保		家属	自己	护工
干预组	69	29(42.0)	11(15.9)	29(42.0)	26 547.8±1 547.3	36(52.2)	10(14.5)	23(33.3)
对照对	66	30(45.5)	8(12.1)	28(42.4)	28 476.3±1 636.3	35(53.0)	9(13.6)	22(33.3)
t/ $\chi^2$	—	0.435			1.873	0.798		
P	—	0.905			0.838	1.257		

注:—表示无此项。

## 1.2 方法

### 1.2.1 干预方法

**1.2.1.1 对照组** 采用常规护理,包括住院须知、操作及手术前后给患者普及疾病手术相关知识,注意事项、配合方法、围手术期饮食等,护士根据自己的习惯、技巧和理解进行日常沟通。

**1.2.1.2 干预组** 在常规护理基础上给予 CICARE 沟通模式进行干预。成立以课题负责人为教学组长的护士规培教学师资组,共 10 名成员,其中高级护理管理者 3 名,具有 10 年及以上创伤骨科护理工作经验者 5 名,护理专业硕士研究生 2 名。小组成员首先制定 CICARE 沟通模板初稿,根据德尔菲法经过遴选专家,编制专家咨询表,根据专家意见修订初稿,最终构建 CICARE 沟通模板终稿。CICARE 沟通模板设置了四肢骨折患者的 15 个沟通场景,包括出入院、急诊手术、紧急输血、告知检验检查结果,以及治疗、护理的各环节等 15 个沟通场景,相应沟通场景下设置 60 条沟通内容。见表 3。教学小组通过体验式训练

对规培护士进行 CICARE 沟通训练,制定培训计划:

(1)理论讲授,包括 CICARE 沟通模式的背景、步骤和技巧;(2)模拟训练,组织规培护士分小组对 CICARE 沟通模板的 15 个场景依次进行模拟训练,采用 Mini-cex 评估法对演练效果进行动态评估并持续整改,培训结束采用标准化患者进行考核,使规培护士在 CICARE 沟通训练后学会倾听、微笑回应、主动道歉,学会运用和蔼语气、诚恳眼神,学会建立良好的护患关系,每个场景和环节均按标准模板内容进行沟通。CICARE 沟通步骤:(1)connect(接触),称呼患者喜欢的称谓;(2)introduce(介绍),采用易于记忆的方式向患者介绍“我是谁”;(3)communicate(沟通),在四肢骨折患者 CICARE 沟通模板的指引下让规培护士用患者易于理解的方式和语言进行沟通,清晰地告诉患者“我要做什么,需要如何配合”;(4)ask(询问),询问患者“需要什么,担心什么”;(5)respond(回答),牢记和理解患者提出的问题及要求,并给予专业、正确、清晰地反馈,若在自己能力范围内不能及时给予反馈应

学会采用正确的方法获取解决方案;(6)exit(离开), 感谢患者的理解、参与,并有礼貌地离开患者。

表 3 四肢骨折患者 CICARE 沟通模板

沟通场景	沟通内容
1. 入院宣教	1. 对病房环境与设施布置进行说明 2. 对患者应遵守的事宜及病房工作流程进行健康教育 3. 安全和疫情防控告知书
2. 骨牵引术	1. 说明配合要点 2. 牵引过程中引导患者进行深呼吸,选择合适的、舒服的姿势 3. 与患者及照顾者沟通下一步处理措施
3. 采血检查	1. 核对患者资料,了解饮食习惯 2. 说明每一个采集试管的检验项目和临床意义 3. 告知检测结果出单时间和查询结果途径
4. 解释辅助检查结果	1. 通知患者辅助检查的内容和结论 2. 解释结果呈阳性的临床意义 3. 告知患者对辅助检查结果采取的下一步措施
5. 介绍外科手术疗法	1. 了解患者情况及处理程序 2. 阐述外科手术的风险 3. 讲解外科治疗的必要性 4. 讲解术后康复护理的注意事项
6. 介绍保守疗法	1. 简单描述处理方法 2. 说明 2 种疗法的优缺点 3. 介绍保守疗法方案 4. 说明药物疗法的不良反应及对策 5. 告知患者保守疗法的周期较长,若骨折再次移位、畸形愈合仍需手术治疗 6. 需严密观察病情,保证充足休息和正确的体位与饮食(易消化、高蛋白、忌辛辣)
7. 发放口服药物	1. 核对患者姓名、住院号等 2. 说明使用方法、剂量等 3. 说明服用后的注意事项和不良反应,如有必要或有什么不适之处请患者按床边的铃声
8. 避免突发骨筋膜室综合征	1. 询问并患肢感觉、疼痛等 2. 观察患者远端血供、运动情况等 3. 告知患者处理措施 4. 必要时需立即切开手术治疗
9. 疼痛、肿胀	1. 对疼痛进行评估 2. 解释疼痛和肿胀的原因 3. 告知患者抬高患肢、抬臀练习等 4. 48 h 内冷敷,48 h 后热敷 5. 介绍缓解疼痛的放松疗法
10. 各种注射	1. 核对患者姓名、住院号等 2. 询问患者三史、进食和如厕情况 3. 告知操作目的及药物名称、剂量等 4. 告知用药后的注意事项,若有必要或任何不适及时呼叫医护人员
11. 静脉输液(血)	1. 核对患者姓名、住院号、询问三史 2. 告知患者操作目的、方法、注意事项,以及药物名称、作用和剂量等 3. 告知患者及家属勿随意调速,指导其有必要或任何不适及时呼叫医护人员

续表 3 四肢骨折患者 CICARE 沟通模板

沟通场景	沟通内容
12. 术前宣教	1. 物品准备清单 2. 告知患者禁食、禁饮相关事项 3. 告知患者麻醉师术前访视的时间 4. 解释留置导尿、备皮、术前输液的目的等 5. 指导患者缓解术前紧张、焦虑的方法
13. 术后宣教	1. 询问患者术后主诉 2. 告知患者及家属术后饮食注意事项 3. 指导患者及家属学会拐杖、助行器的使用方法等 4. 指导患者及家属缓解疼痛的方法 5. 告知患者及家属踝泵运动、股四头肌收缩的目的及方法, 尽早下床活动 6. 指导患者及家属引流管(袋)的维护
14. 复查指导	1. 保守治疗: 骨折后 3、7、14 d, 1、2、3、6、12 个月复查 1 次 2. 手术治疗: 术后第 1 天, 术后 1、2、3、6、12 个月复查 1 次 3. 复查目的: 评估骨折对位、骨折及伤口愈合情况
15. 出院随访	1. 给予非负重情况下康复锻炼指导 2. 告知患者及家属 3 个月内患肢禁止负重 3. 加强营养, 加强护理 4. 指导患者出院后遵医嘱定期复查 5. 切口 2~3 d 换药 1 次, 术后 2 周拆线, 若切口出现红肿、渗液、流脓等不适及时就诊

## 1.2.2 效果评价

**1.2.2.1 疾病不确定感水平** 采用疾病不确定感成人量表(MUIS)评估患者入院时和出院时疾病不确定感水平。MUIS 由 MISHEL<sup>[8]</sup> 研制, 经徐淑莲等<sup>[9]</sup> 汉化, 包括 4 个维度, 共 33 个条目, 分别为不明确性、复杂性、信息缺乏性、不可预测性等。采用 Likert5 级评分法, 总分为 32~160 分, 32~<74.7 分为低水平, 74.7~<117.4 分为中等水平, 117.4~160 分为高水平, 分值越高表示疾病不确定感越强, 量表的 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.89, 内容效度为 0.87。

**1.2.2.2 状态焦虑水平<sup>[10]</sup>** 采用状态焦虑问卷(S-AI)评定患者入院时和出院时应激状况下的焦虑水平, 共 20 个条目。采用 Likert4 级评分法, 总分为 20~80 分,  $\geq 48$  分为存在焦虑情绪。量表经检验显示具有良好的信效度, 内容效度指数为 0.88, Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.84。

**1.2.2.3 护患临床沟通能力** 采用由许亚红<sup>[11]</sup> 编制的护患沟通能力评价量表评定规培护士护患临床沟通能力, 内容包括沟通的计划与准备、启动、收集信息、给予信息、获得并理解患者的观点、结束 6 个维度, 43 个条目。采用 Likert5 级评分法, 1~5 分分别表示非常不同意至非常同意, 总分为 215 分,  $>172$  分

为护患沟通能力良好。

**1.3 统计学处理** 采用 SPSS20.0 统计软件进行数据录入及分析, 计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示, 采用独立样本  $t$  检验或单因素方差分析; 计数资料以率或构成比表示, 采用  $\chi^2$  检验。检验水准:  $\alpha = 0.05$ 。  $P < 0.05$  表示差异有统计学意义。

## 2 结 果

**2.1 2 组规培护士护理的患者入院时和出院时疾病不确定感水平比较** 2 组规培护士护理的患者入院时 MUIS 得分比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 2 组规培护士护理的患者出院时 MUIS 得分均明显低于入院时, 且干预组患者出院时 MUIS 得分明显低于对照组, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 4。

表 4 2 组规培护士护理的患者入院时和出院时疾病不确定感水平比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	$n$	入院时	出院时	$t$	$P$
对照组	66	99.8 $\pm$ 2.8	80.2 $\pm$ 5.7	7.631	0.010
干预组	69	101.0 $\pm$ 3.1	65.5 $\pm$ 4.5	6.553	0.002
$t$	—	3.260	4.521	—	—
$P$	—	0.847	0.001	—	—

注: —表示无此项。



**2.2 2 组规培护士护理的患者入院时和出院时状态焦虑水平比较** 2 组规培护士护理的患者入院时 S-AI 得分比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 2 组规培护士护理的患者出院时 S-AI 得分均明显低于入院时, 且干预组患者出院时 S-AI 得分明显低于对照组, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 5。

**2.3 2 组规培护士护患临床沟通能力比较** 干预组规培护士护患临床沟通能力评价量表总分及 6 个维度得分均明显高于对照组, 差异均有统计学意义 ( $P <$

0.05)。见表 6。

**表 5 2 组规培护士护理的患者入院时和出院时状态焦虑水平比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)**

组别	n	入院时	出院时	t	P
对照组	66	50.4 ± 3.5	42.1 ± 3.0	3.841	0.020
干预组	69	49.3 ± 2.8	39.7 ± 3.2	4.352	0.012
t	—	6.381	5.340	—	—
P	—	1.034	0.001	—	—

注: —表示无此项。

**表 6 2 组规培护士护患临床沟通能力比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)**

组别	n	计划与准备	启动	收集信息	给予信息	获得并理解患者的观点	结束	总分
对照组	66	26.5 ± 1.0	28.7 ± 2.0	41.3 ± 2.0	24.6 ± 1.3	20.0 ± 3.2	25.8 ± 2.9	167.0 ± 13.5
干预组	69	28.7 ± 2.5	29.3 ± 2.2	47.2 ± 2.4	25.8 ± 1.7	25.9 ± 3.1	28.6 ± 1.3	185.5 ± 10.9
t	—	3.573	1.283	3.038	2.579	1.279	2.973	5.246
P	—	0.012	0.002	0.024	0.003	0.001	0.026	<0.001

注: —表示无此项。

### 3 讨 论

**3.1 CICARE 沟通模式能降低患者疾病不确定感、状态焦虑水平** 国际医疗卫生机构认证联合委员会指出, 60% 以上的护理不良事件是沟通障碍导致的, 交流障碍和缺乏有效的沟通已成为 80% 以上的护患纠纷的主要原因之一<sup>[12-13]</sup>。30% 的护士不了解或不知道如何运用各种沟通技能, 只有 24% 的患者对护患沟通感到满意<sup>[14]</sup>。护士规培是为了适应我国医疗事业的发展需要而开展的一项职业技能培训<sup>[15]</sup>。为深入贯彻落实深化医药卫生体制改革、培养高素质实用型卫生人才, 2014 年起重庆市决定在全市统一推行护士规培工作, 下发了《重庆市卫生和计划生育委员会关于开展护士规范化培训工作的通知》, 目前已有 28 家护士规培基地, 本院作为首批护士规培基地, 至今已招收规培护士 261 名。如何在当前紧张的医疗环境下让规培护士在培训期间掌握适应临床工作的技巧和能力一直是培训带教工作值得探索的问题。本研究结果表明, 通过 CICARE 沟通模式培训的规培护士更能够进行有效沟通, 在提升疗效及促进患者康复中起着积极的、重要的作用。本研究在患者入院时对疾病不确定感、状态焦虑水平进行评估结果显示, 患者入院时处于疾病不确定感中度及以上水平 (MUIS  $\geq 74.7$  分), 且状态焦虑水平也高于我国平均水平 (39.31 ± 8.66) 分<sup>[16]</sup>。通过住院干预后传统沟通模式与 CICARE 沟通模式均在一定程度上降低了患者疾病不确定感、状态焦虑水平, 但干预组患者疾病不确定感、状态焦虑水平明显低于对照组, 提示 CICARE

沟通模式的效果优于传统模式。对四肢骨折的患者而言, 焦虑多源于躯体性应激源或担心手术带来的不适感, 在本研究自制的 CICARE 沟通模板中设置有临床各环节的沟通场景, 护士不仅及时地完成了对病情的评估, 而且有 CICARE 沟通模式作为沟通指引, 使得在日常临床护理工作场景下的健康宣教变得流程化、标准化和同质化, 避免了因护士理解不一致而发生沟通内容错漏, 患者能更全面、实时、动态地了解自己病情进展, 有利于缓解患者的不安和焦虑。

**3.2 CICARE 沟通模式提高了规培护士的临床沟通能力** 现有护理教育模式大部分目光均集中在以专业知识、技术操作培养为中心的教育模式方面, 忽视了对人文素养, 尤其是沟通能力的培养<sup>[17]</sup>。规培护士因缺乏沟通技巧而害怕探视时间, 不敢与患者及家属进行沟通, 拒绝目光的触及, 因不知如何回答而害怕患者的家属提问, 长此以往, 导致规培护士工作形成了“三缺乏、两不信”的现状, 即缺乏主动沟通意识、缺乏沟通技巧、缺乏专业内涵, 自己不信任、患者不信任<sup>[18]</sup>, 将严重挫伤规培护士的工作积极性。因此, 如何提高新护士的职业获益感也成为护理教育者共同面临的挑战<sup>[19]</sup>。CICARE 沟通模式具有操作流程规范、内容有序、知识跨学科、交流双向等特点<sup>[20]</sup>。CICARE 沟通模式的应用最终目的是建立有效的沟通模式, 收集相关信息, 争取理解, 实现相应的预期目标, 提高工作效率<sup>[21]</sup>。CICARE 沟通模式可使规培护士在沟通事件发生前、沟通启动及进行中的各步骤均更有计划性和目标性。但虽然国内已有学者进行了

运用 CICARE 沟通模式的相关研究,但研究中仅介绍了 CICARE 沟通步骤,并未明确在不同阶段的沟通内容<sup>[21]</sup>。本研究以 CICARE 沟通的步骤作为框架,经过德尔菲法完善临床工作中所有的场景,构建形成四肢骨折患者全面、高效的护患沟通模板,基于本研究教学小组前期的理论指导,规培护士的专业知识、沟通技巧有了明显提高。在研究过程中还发现,规培护士对自身沟通能力有自信后还会举一反三地灵活运用 CICARE 沟通模板,根据护患关系发展不同阶段调整沟通内容的针对性和侧重点。

综上所述,采用 CICARE 沟通模式对规培护士进行沟通训练不仅能使规培护士的沟通流程顺利完成,而且能主动、积极地使护患双方产生信任,提高了患者的参与性,有效缓解了四肢骨折患者的焦虑,提高了规培护士的沟通能力和患者满意度。

## 参考文献

[1] 陈小芳,杨珠英,蒋秀玲,等. 人际沟通分析理论提升护士护患沟通能力的效果评价[J]. 护理实践与研究,2022,19(4):605-608.

[2] 倪钦敏,董丽婷. 护患沟通影响患者健康结局的因素及模式研究[J]. 现代医药卫生,2021,37(2):232-236.

[3] 马晓璐,李小寒,王艳梅,等. 护理本科生临床实习中期对护患沟通体验的研究[J]. 中华护理教育,2021,18(3):197-202.

[4] 吴蓉,陆巍,梁嘉娜. CICA RE 沟通模式对创伤性骨折病人负性心理的影响[J]. 全科护理,2019,17(23):2887-2888.

[5] 肖馨爽,肖欢,谭杰,等. CICARE 联合 HEART 沟通模式在责任制护理中的应用[J]. 护理学杂志,2019,34(23):69-71.

[6] 杨惠莉,岳林,方芸,等. CICARE 沟通模式在提高肿瘤门诊护理服务满意度中的应用[J]. 护士进修杂志,2020,35(1):56-58.

[7] 赵娅. CICARE 沟通模式在护理工作中的应用研究进展[J]. 循证护理,2020,6(3):220-224.

[8] MISHEL M H. Uncertainty in illness[J]. Image J Nurs Sch,1988,20(4):225-232.

[9] 徐淑莲,黄秀梨. Mishe 疾病不确定感量表之中文版测试[J]. 护理研究,1996,1(4):59-68.

[10] 李晓华,冯兴梅,胡艳丽. 状态焦虑量表评分、自我效能感及相关临床指标与初产妇分娩方式的相关性研究[J]. 中国医学工程,2021,29(8):88-91.

[11] 许亚红. 护理专业学生护患沟通能力评价量表的研制[D]. 沈阳:中国医科大学,2006.

[12] 邹丹丹,陶思怡,刘杰,等. 社会嵌入视域下护患关系影响机制研究[J]. 中国医院,2022,26(7):50-53.

[13] 沈秀英,刘灵芝. 广州市某三甲医院护士护患沟通能力的现状调查[J]. 广州医药,2020,51(3):115-119.

[14] 陈春霞,王桂玲,王金金,等. 复盘行动在新入职护士沟通能力培训中的应用[J]. 中华护理教育,2020,17(7):595-598.

[15] 魏鹏. ICU 患者家属疾病不确定感与应对方式相关研究[J]. 中国继续医学教育,2019,11(16):158-160.

[16] 刘颜. 情景模拟教学法在年轻护士沟通能力中的价值[J]. 中国继续医学教育,2022,14(14):55-59.

[17] 张雨馨,陈玲玲,彭贵海,等. CICARE 模式在心内科实习护生沟通训练中的实践探讨[J]. 现代职业教育,2021(36):232-233.

[18] 喻雅婷,蒋仁莲,肖峰,等. 新护士的专业自我概念与规范化培训满意度的相关性[J]. 安徽医药,2018,22(8):1639-1642.

[19] 储蕴,刘静,郭闯,等. 应用 CICARE 沟通模式培训 ICU 低年资护士的效果评价[J]. 中国继续医学教育,2022,14(10):91-94.

[20] 赵文嘉. 护患沟通技巧在骨科护理中的应用[J]. 中国继续医学教育,2021,13(16):191-194.

[21] 蒋丽媛,肖云珍. 应用 CICARE 沟通模式对急诊科护理质量的影响[J]. 中国医药指南,2019,17(26):226.

(收稿日期:2022-07-27 修回日期:2023-01-19)