

美国中华医学基金会资助 项目编号 08-883

★★★★★ SHEQUHULIJINENGXUE

社区护理技能学

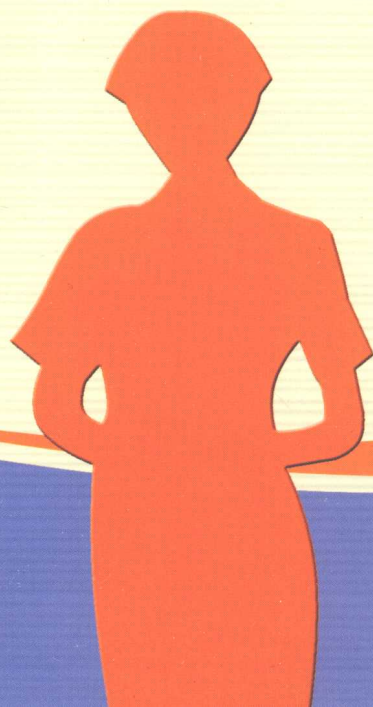
● 主 编 何国平

副主编 冯 辉 廖淑梅

唐四元 王红红

SHEQUHULIJINENGXUE

 中南大学出版社
www.csupress.com.cn



图书在版编目(CIP)数据

社区护理技能学/何国平主编. —长沙:中南大学出版社,2010.6
ISBN 978-7-5487-0045-6

I. 社... II. 何... III. 社区-护理学-高等学校-教材
IV. R473.2

中国版本图书馆CIP数据核字(2010)第123203号

社区护理技能学

主编 何国平

☐责任编辑 彭亚非

☐责任印制 文桂武

☐出版发行 中南大学出版社

社址:长沙市麓山南路

邮编:410083

发行科电话:0731-88876770

传真:0731-88710482

☐印 装 长沙市华中印刷厂

☐开 本 787×1092 1/16 ☐印张 22.5 ☐字数 555千字 ☐插页

☐版 次 2010年7月第1版 ☐2010年7月第1次印刷

☐书 号 ISBN 978-7-5487-0045-6

☐定 价 42.00元

图书出现印装问题,请与经销商调换

美国中华医学基金会资助
项目编号 08-883

社区护理技能学

主 编：何国平

副主编：冯 辉 廖淑梅 唐四元 王红红

一、编委会(按姓氏笔画排列)

王红红	王卫红	王曙红	王秀华	文盛华	冯 辉
成扶真	刘 宇	朱诗林	任小红	李现红	张其健
张彩虹	肖江龙	何 伟	何国平	陈 翊	罗 阳
周乐山	易巧云	周钰娟	周雯娟	郭 佳	段梦娟
唐四元	晏晓颖	曾 慧	曾 颖	廖淑梅	雷 俊 谭红专

二、参编单位

中南大学护理学院
中南大学公共卫生学院
中南大学湘雅附三医院
中南大学湘雅医院
长沙市望月湖社区卫生服务中心
长沙市三真社区卫生服务中心
北京中医药大学
湖南师大医学院
广州医学院
南华大学
海南医学院
湖南中医药大学

中南大学出版社

前 言

社区护理技能是护理学的重要分支，是以现代医学及护理学专业理论为基础，研究在社区卫生医疗过程中所应用的护理理论、技能、行为和科学管理的一门综合性应用科学，具有综合性和实践性的特点。护理技能在社区卫生服务中占有重要地位，是保证社区卫生服务正常运转的关键。因此，作为新世纪的高级护理人才，特别是研究生，很有必要掌握社区护理专业的技能和实践理论方法。

本书共分为七章，包括绪论、社区护理基本技能、社区康复护理技能、社区急救护理技能、社区公共卫生基本技能、社区健康管理基本技能、社区中医护理技能。这些内容覆盖了社区中的基本护理操作技能，并具有较强的系统性。本书作为护理学研究生的必修教材，也可以作为社区高级护理服务人员继续教育和自修提高的参考书。

参加本书编写的人员是长期从事护理科研、社区护理工作、公共卫生专业的专家教授和护理专业具有博士学位的年轻骨干教师，他们来自中南大学、北京中医药大学、南华大学、湖南中医药大学、湖南师范大学、广州医学院、海南医学院、长沙市社区服务中心等单位。在编写本书的过程中，他们参阅了国内外大量文献，扩展和更新了视野，体现了与时俱进的特点。

在本书编写过程中，得到各兄弟学校和单位的大力支持，特此致以衷心的感谢。

由于时间仓促，书中的疏忽和不妥之处，敬希广大读者和专家提出宝贵意见及批评，以便今后修订时予以完善。

何国平

2010 年于中南大学护理学院

目 录

第一章 绪论	(1)
第一节 社区护理技能学概述	(1)
第二节 社区护理技能学的特点	(3)
第三节 学习社区护理技能学的目的、内容与方法	(6)
第二章 社区护理基本技能	(9)
第一节 合理用药及社区老年人的用药管理	(9)
第二节 伤口护理技能	(13)
第三节 社区常见内患者安置有导管的护理技能	(25)
第四节 常见标本的采集技能	(41)
第五节 饮食护理技能	(49)
第六节 心理护理技能	(62)
第七节 社区老年人照护技能	(85)
第八节 特殊人群照护技能	(93)
第九节 社区中的家庭护理技能	(120)
第十节 社区内患者的临终关怀	(127)
第三章 社区康复护理技能	(137)
第一节 社区康复的概述	(137)
第二节 社区常用康复护理技术	(139)
第三节 社区常见疾病的康复与护理技能	(163)
第四章 社区急救护理技能	(176)
第一节 社区急救概述	(176)
第二节 社区灾情预测和处理程序	(178)
第三节 社区急救常用技术	(181)
第四节 社区常见急症的现场急救	(202)
第五节 社区常见慢性病急性发作的现场急救	(222)
第五章 社区公共卫生基本技能	(231)
第一节 社区流行病学调查的基本概念	(231)
第二节 社区流行病学调查方法之一：现况研究	(234)

第三节	社区流行病学调查方法之二：病例对照研究·····	(236)
第四节	社区流行病学调查方法之三：队列研究·····	(247)
第五节	社区流行病学调查方法之四：实验流行病学研究·····	(255)
第六节	社区传染病的预防与控制·····	(261)
第七节	突发公共卫生事件的应对·····	(265)
第六章	社区健康管理基本技能·····	(269)
第一节	健康信息管理·····	(269)
第二节	健康风险评估·····	(274)
第三节	个性化健康管理计划的制订·····	(290)
第四节	常见慢性非传染性疾病的健康管理·····	(293)
第五节	特殊人群健康管理·····	(301)
第六节	社区健康教育与健康促进·····	(304)
第七章	社区中医护理技能·····	(318)
第一节	中医应用于社区卫生服务的优势·····	(318)
第二节	常用中医护理技术·····	(319)
第三节	中医传统养生运动·····	(341)
参考文献	·····	(350)

第一章 绪论

第一节 社区护理技能学概述

社区护理技能是以现代医学护理学专业理论为基础,研究在社区卫生医疗过程中所应用的护理理论、技能、行为和科学管理的一门综合性应用科学,具有综合性和实践性的特点,是护理学的重要分支,与临床各专科护理技术既有密切联系,又有其独立性;既有其特殊性,又是各科的综合。护理技能在社区卫生服务中占有重要地位,它是保证社区卫生服务正常运转的关键。

社区护理是护理实践和大众健康实践的综合体,其宗旨是促进和维持大众健康,通过健康教育整体途径,对社区中的个人、家庭和人群实行健康管理,强调以疾病预防为主,以整个社区的人群健康为根本目标。维持护理的连续性,提供全面的综合性健康服务、个体化护理服务。即融预防、保健、医疗、康复及健康教育为一体的具有综合性和连续性的护理服务。

1977年5月,在第十三届世界卫生大会上,世界卫生组织(WHO)提出了“2000年人人享有卫生保健”的全球性卫生战略目标。根据全球卫生服务需求,世界卫生组织又及时提出卫生服务应朝着社区方向发展,这样就诞生了一个全新的卫生概念——社区卫生。它预示着全球卫生服务的发展趋势。有人称这一变革为“第三次卫生革命”,可见它意义的重大。对应于社区卫生,社区护理这个概念应运而生。

社区护理的出现,标志着护理发展到一个新的阶段。回顾全球护理学发展的历史,大致可以划分为三个阶段,即:以疾病为中心的功能制护理阶段;以患者为中心的整体护理阶段;以人的健康为中心,护士走出医院到社区,进行预防疾病、促进健康服务的社区护理阶段。目前,许多发达国家的护理工作已进入第三阶段——社区护理,而我国从整体上讲仍处于以疾病为中心的功能制护理阶段。1995年末,在联合国开发计划署援助中国护理项目的帮助下,北京协和医院选定四个病房为模式病房,进行整体护理试点。作为卫生部确定的开展整体护理试点医院——中国医科大学附属第一医院于1995年12月在普外科、脑外科和循环内科病房开始了试点工作。以此作为标志,我国整体护理已开始启动,并大大推动了整体护理工作在更大范围内的试点工作。卫生部已明确指出,要积极稳妥地推行整体护理模式,提高护理质量。1997年1月15日发布的《中共中央国务院关于卫生改革与发展的决定》中提出了新时期的卫生工作方针:“以农村为重点,预防为主,中西医并重,依靠科技和教育,动员全社会参与,为人民健康服务,为社会主义现代化服务。”在这个新时期卫生工作方针的指引下,社区护理在我国也逐步开始启动。1997年6月国家卫生部下发了《关于进一步加强护理管理工作的通知》,通知中明确指出,随着社会的发展,我国疾病谱发生了明显的变化,老龄人口迅速增加,老年护理和慢性病护理的社会需求量日益增长。各地要根据全国卫生工作会议精神,积极发展社区卫生服务,建立功能合理、方便群众的卫生服务网络,大力发展社区

护理。1999年8月卫生部、劳动和社会保障部等10部委联合发布《关于发展城市社区卫生服务的若干意见》，为社区卫生服务的发展指引了方向。2009年4月颁布的新医改政策中提出“解决老百姓看病难、看病贵的问题”，更是将发展社区卫生放在了医疗改革的核心位置。2010年实现“人人享有基本医疗和公共卫生服务”的目标将通过发展社区卫生服务得以实现。

就现阶段而言，社区护理的内容主要包括：家庭医疗护理、预防保健护理、康复护理、健康教育和健康指导等。

1. 家庭医疗护理。随着社区卫生工作的开展，大量不需要特殊仪器和技术处理的患者，均将通过社区和家庭医疗护理服务来满足他们的需要。家庭是社区的细胞，是人群活动的基本单位，家庭与人群的健康、疾病以及生存质量有密切关系，要保护和增进健康首先要从家庭做起。但目前我国医疗卫生服务仍处于以患者为服务“终端”，一时还难扩展到“生活着的每一个人”，而社区卫生服务中的家庭病床为解决这一供需矛盾，提供了一条极好的途径。

2. 预防保健护理。社区人群中的老年人、婴幼儿和孕产妇，是社区护理的重点服务对象，因为他们正处于人生特殊阶段，面对的健康问题较多，所以对他们应提供以预防保健护理为主要内容的社区卫生服务。由于人类生命周期的延长，老年人员的增多，带来了一个突出的社会问题就是老年人的健康照顾。因此，应从满足老年人的健康需要出发，提供相应的治疗护理、生活护理和精神心理护理；婴幼儿时期，是小儿处于个体发展的重要转折期，是成人健康的起点。此期的小儿又分散在社区的家庭中，因此根据婴幼儿发育成长过程中的健康需要，应进行合理喂养、预防接种、心理行为等健康护理和预防保健护理；对社区中的孕产妇提供孕期和产褥期的心理护理、营养护理、乳房护理、胎儿及新生儿护理以及临产护理和产后护理等，也是社区护理中一项重要内容。

3. 社区康复护理。随着人们物质文化生活水平的提高，人们对生命质量的期望也愈来愈高，对开展社区康复护理的要求也日益增长。社区康复护理的主要对象是身体处于相对稳定状态的残疾人（包括听力、视力、语言、肢体及精神病五大类残疾患者）、慢性病患者、老年人。社区康复护理的目标是：通过康复护理，使他们最终在身体、心理、社交及职业上获得最大潜能，提高生活质量，促进融入社会。

4. 健康教育和健康指导。健康教育是一种以健康为中心的全民性教育，它贯穿于人类生命的全过程。随着健康教育的深入开展，由医院转向社区、面向整个人群的社区健康教育已成为社区护理的重要内容。在社区中许多健康问题的实质是社会问题，许多行为受到文化背景、社会关系、社会经济状况以及个性等因素的影响，如吸烟与饮酒、吸毒与性关系紊乱等。健康教育和健康指导其实质是一种干预措施，开展社区健康教育和健康指导的目的，是对整个社区人群健康的相关行为、生活方式进行干预，促使人们建立和形成有益于健康的行为和生活方式，促进社区人群的健康。社区护理人员是开展社区健康教育和健康指导的主要力量，根据社区中不同人群的特点，采取有效的教育方法，选择适当的教育内容和形式，来改变社区人群对健康的认识、态度和行为，提高社区人群的自我保健能力。

5. 临终关怀。为濒临死亡的患者及其家属提供护理服务是社区护理另一个重要内容，通过护理，使患者找到生存的意义和生命的价值，并能将生活质量维持在一个良好的水平上。

第二节 社区护理技能学的特点

社区护理技能是面对社区每一个人、每一个家庭、每一个团体的护理工作，其立足之本是预防疾病、促进和维护健康，而实现这一目标必须对社区护理技能学的特点有一个具体、全面、深刻的认识。

1. 社区护理服务的综合性。社区护理的综合性表现在其服务是全方位、立体性和综合性的。社区护理的对象是社区所有的人；内容是将预防、保健、治疗、康复、健康教育等融为整体的一体化服务；范围是以人为中心，家庭为单位，社区为范畴。

社区预防保健包括社区计划免疫、优生优育、健康筛选、不良行为与生活方式的纠正，必要时采取消毒、隔离等措施的服务。而对于恶性疾病，则采取病因、临床前期、临床期三级预防措施，做到防患于未然。

健康教育与咨询的目的是提高社区居民的整体健康意识，使他们能亲自确定自己的健康问题，通过自己的力量和依靠社区的支持，改变那些有损于健康和导致疾病的行为。健康教育的实施从设计制订社区健康计划开始，依次实施健康教育活动。

康复治疗与护理主要针对从医院回到社区的康复人群。在服务中包括为慢性病患者提供病情观察、注射、输液、服药等服务；对伤残人员提供生活指导，鼓励其积极进行功能锻炼，争取在身心、功能、残疾3个不同水平得到恢复，将致残因素造成的后果缩小到最低程度；除此之外，还包括向家庭成员或其他有关人员传授必要的康复知识等。

2. 社区护理服务的连续性。疾病的发生、发展和转归是一个连续不断的过程，随之决定了疾病的诊断、治疗、护理的连续性。因此，社区护理对疾病的转归起着延续促进的作用。社区护理的延续性要求护理人员以高度负责、一丝不苟、严谨慎独的态度，坚持不懈地为患者提供上门服务，定期随访和咨询护理，从生理、心理、社会三方面为个人、家庭、社区提供全方位的服务。例如：慢性病患者或伤残者经过医院的治疗和护理回到社区后，对其并发症和二次损伤的减少或杜绝是社区护理工作的重点内容，包括指导患者及其家属根据不同病情和体质，采取必要的安全护理措施，对常见各系统的并发症进行相应的护理，对坠床、摔伤、骨折、脱臼等意外伤害防患于未然，最大限度地减少和避免患者痛苦，促进机体功能恢复。

3. 社区护理服务的协调性。为使社区患者及时得到进一步的医疗和诊治，社区护理人员不仅要为患者联系与协调就医医院、急诊出诊、会诊转诊等高效廉价的服务，同时要发掘、动员和利用各种资源服务于患者，包括家庭资源、社区资源、各类医疗资源，也可根据实际情况开展远程医疗这一求助形式。

4. 社区护理服务的可及性。社区护理能够利用最方便、最快捷的途径或方法来解决居民的健康问题，让所有的居民都能顺利进入社区护理服务系统，并自觉使用这一资源。亦即社区护理的可及性就在于社区护理是以门诊和出诊为主要服务形式，立足于社会 and 所有家庭，以有规律的门诊服务为基础，不分时间及地点、不分年龄和性别为居民提供及时、方便的服务。

5. 社区护理服务的个性化和人格化。社区护理尤其严格强调服务的个性化、人格化，护理对象的个人情况不同，其健康状态亦千差万别，要使他们保持最佳身心状态，社区护理人员必须充分了解自己的患者，熟悉其生活方式、工作环境、文化背景，掌握其个性，才能为其

提供适合其个性的服务。社区护理的人格化、个性化具体表现在两个方面：对患同一疾病的不同个体其个性服务各异，如同样患有高血压病的患者，A、B、C 各型性格者对疾病的担忧程度很不相同，故对其护理服务的需求亦应有所区别，对 A 应耐心解释，释其疑团；对 B 应具体指导，纠正偏执；对 C 则应多加提醒，增加他对疾病的重视。不同的人群其个性服务亦各异，如对健康者应侧重于计划生育、婴幼儿保健、青春期保健及心理卫生，老年常见病及多发病的预防等方面的服务；患病者要偏重家庭护理指导与定期随访相结合，从病情观察入手，对治疗和护理措施实施情况及时给予调整；对生活不能自理者要加强生活护理方面的指导，如个人与床单的清洁、褥疮、泌尿系统和呼吸系统的感染及交叉感染的防治、膳食管理等；而对于临终患者则应采取为人类生命的延续尽可能达到尽善尽美的临终关怀服务。

在国外，特别是在西方发达国家，社区护理服务已走出了成功之路，形成了完善的服务体系及组织管理机制。其特点有：

1. 有系统和规范的社区护理机构。在日本各都道府、政令府、特别行政区都设立了保健所和保健中心，各类保健机构中保健护士达 2 万余人。除此以外，全国上下还设有家庭护理援助机构、老人保健所以及康复机构等。其他国家也如此，尽管不同国家对社区护理机构的称呼不同，社区护理机构所属的部门和性质不同，以及组成社区护理网络的结构不一样，但均是有系统和规范的社区护理机构。

2. 具有严格的管理制度和管理措施。有明确规范的收费标准、服务项目和相关的法律条文做保障，并逐步形成了“医院—社区护理机构—家庭护理机构”的一条龙服务，建立了“疾病护理—预防保健—生活照顾”为一体的网络系统。如英国的社区护理，其组织结构、保健服务制度较完善。社区服务工作主要由社区护士完成，包括家庭保健、心理卫生、残疾人照顾、健康教育等方面。

3. 多元化服务模式。国外社区护理服务形式和项目丰富多彩。例如：美国社区护理就包括家庭健康护理、临终关怀护理以及老年人护理等多个方面的服务项目。为不同人群、不同层面的人们提供各种疾病的护理、饮食指导、用药指导、精神支持、语言治疗、健康访问、健康诊查、精神调理、疼痛缓解、临终顾问以及生活照顾等服务内容，使全体民众在家中或社区即可得到优质和高效的护理服务，从而降低医疗费用，提高了人群的整体健康水平。

4. 全社会支持和全民参与。综观各国社区护理发展的现状，不难看出各国社区护理的发展离不开各级政府机构在决策和财力上给予的倾斜和资助；离不开保险公司及社会团体的经济支持；离不开全体民众的积极参与。

5. 政府统一领导，地方政府分级管理。澳大利亚的社区卫生中心（现有 180 个）由政府设置，每个中心的筹建费用全部由政府承担，由州和联邦负责建设，所有居民免费享受社区卫生服务。社区护理的机构设置、人员编制、设备供给等均需要各级政府的决策和财力上的资助。

6. 服务对象和服务内容广。社区护理服务场所在社区，服务对象不仅是社区的患者，还包括健康人群，服务内容不仅有疾病治疗，而且集预防、治疗、保健、康复、健康教育、计划生育等综合性的服务为一体。韩国社区护理人员按社区的不同领域可分为保健所的保健护士、学校的养护教师、工厂企业的产业护士，还有保健诊疗所的保健诊疗员、助产士、家庭看护师 6 个领域。新加坡形成了“医院—社区护理中心—护理之家—白日护理双向转诊”的服务网络。

7. 服务人员素质高。有较为完整的学历教育和注册制度体系,社区卫生中心服务人员必须接受正规的大学教育和毕业后的在职培训。工资固定,由市政府发放。护士主要从事临床护理、公共卫生和预防保健工作,是社区预防保健服务的主要力量。美国2000年在社区护士中具有硕士以上学历者达11.6%。韩国在社区各个部门工作的社区护士须取得国家认可的资格。

我国的社区护理服务是伴随着大量社区建立而孕育产生的,各省、市开展社区护理的规模、形式各不相同。一些大城市,如北京、上海、广州、深圳等地,起步早、投入大,社区护理发展较快,而一些边远地区、小城市,由于条件所限,社区护理发展较慢。

目前,我国的部分大城市已初步建立了以社区人群健康为中心、社区为范围、家庭为单位,融预防、医疗、保健、康复和健康教育为一体的综合性的社区卫生服务模式。它的组织形式主要有:

1. 社区卫生服务站型。指由卫生行政部门直接领导,由一级医院派出一定数量的医务人员深入社区建立社区卫生服务站,每个站一般由3~7人组成,承担3~5个居委会的医疗、预防、保健、康复等项任务,一般每2000人配一名全科医生和0.5名全科护士,如北京、天津、上海、深圳、济南等地的一些社区,以街道一级医疗机构为主力军,派出医务人员到居民区建立卫生服务站,采用全科医疗的理论及服务模式,深受群众欢迎。

2. 团队组合型。是指在一、二级医院内成立预防保健所,承担所辖全区居委会的社区卫生服务工作,一般由20人左右组成,下设家庭病床组、儿保组、妇保组等,但不在居委会设点。此种类型强调了人员按层次需求组成,力求达到人员互补及专业互补。这种模式的确立,在社区卫生服务网络的建立上,可避免低水平的重复投入,能有效地控制卫生资源的浪费。

3. 社会参与型。由城区街道办事处牵头,基层医院派人员指导,由居委会人员、离退休医务人员、短期业务培训人员及社区志愿者组成的初级卫生保健站,目的主要是开展和落实初级卫生保健工作,面向社会提供保健服务。

随着医疗卫生改革的不断深入,社区护理已成为21世纪护理发展的方向。到2005年,我国至少有80%的地级以上的城市基本建成以非营利性医疗机构为主导,以具有综合功能的社区卫生服务机构为主体,以其他中西医基层医疗卫生机构为补充的多种形式的社区卫生服务网络,至少有35%的县级城市形成适合本地实际的城市社区卫生服务网络,2010年全国将建成完整的社区卫生服务体系。今后我国社区护理发展的趋势将是:

1. 全面开展社区护理,实现全民健康目标。农村社区护理尚未引起广泛关注,我国有8亿人口在农村,农村经济条件、医疗条件落后,居民文化水平低,整体素质不高,环境不合理,需要多层次、多档次范围宽及复合型的优质、经济、便利的服务,而社区卫生服务正好适应了广大群众对医疗保健日益强烈的需求。在农村开展社区卫生服务工作,应坚持以乡(镇)村医疗机构一体化管理为前提,以合作医疗为基础,以人民健康为中心,以预防保健工作为主导,注意服务方式的连续性,服务关系的相对固定性,服务内容的综合性,服务价格的优惠性,使群众真正受益。在农村实现低水平、广覆盖的社区卫生服务。

2. 坚持体制创新,实现多元化社区护理服务。过去在社区卫生服务领域中过于强调政府办、政府管,缺乏竞争压力和动力,体制和机制难以创新。社区护理的观念、模式、内容难以跳出传统生物医学模式。主体多元化实施可打破部门垄断,并可充分调动社会各种资本加入

社区卫生服务,拓宽筹资渠道。通过相互竞争,使社区卫生服务机构通过改善服务功能、服务态度等以适应市场需求,赢得居民信任。依靠科学管理降低运营成本,提高运营效率,通过价格杠杆,将实惠让给百姓,以真正意义的优质低价获得市场。同时,深化人事分配制度的改革,注重吸引人才,留住人才,培养人才,“按岗、按质、按量”分配,建立激励机制。加快城市二级卫生服务体制建立,扭转城市卫生资源配置的“倒三角”现象,促进资源的合理配置,引导社区居民“大病到医院,小病在社区”的正确消费观念。政府必须彻底转变职能,从过去的主办角色转到现在的主管角色,并营造公平竞争的市场环境,严格按照区域卫生规划,完善监督管理体制,加大监管力度,加强宏观调控,促进社区卫生服务的健康有序发展。

3. 改革现行的护理教育模式,积极发展全科医学教育。21 世纪我国的全科医学教育将迅猛发展,多层次、多渠道、多途径培养全科医学人才的全科医学教育体系得以形成,并逐渐走上规范化、科学化的轨道。在国外,全科医生教育培养模式有 3 种:高等医学院校教育、毕业后医学教育以及继续医学教育。我国目前正在进行医疗制度的改革,社区急需大量合格的全科医生,开展全科医师规范化教育和岗位培训是现阶段的重点。在培训计划中要有一定的总学时数,以保证培训的质量;课程设置应适应我国社区居民的实际健康需求,开设的科目避免与医学院校原有的课程重复,并安排社区实习。培训教材应注意系统性、实用性、发展性,容量适当,综合平衡,注意培养能力,建立一个以学校为中心,以医院、预防机构、保健机构、康复中心和社区卫生服务中心为基础的教学基地网络系统。培养出一大批数量结构合理,业务素质优良,能适应社区卫生服务需要的卫生技术骨干队伍走向工作岗位,为推进 21 世纪社区卫生服务的进程发挥巨大作用。

4. 实现社区卫生服务与基本医疗保险制度的衔接。医疗保险与城市社区卫生服务是医疗卫生领域改革的新生事物。由于各地经济、居民卫生问题、医疗服务机构现状不同,医保的政策取向直接影响各地参保人群对医疗卫生服务的利用。长期以来,人们习惯有病求医,对于防、治、保、康、教、计划生育技术指导“六位一体”的卫生服务的接受需要有个过程。将社区卫生服务与基本医疗保险制度衔接,则是社区卫生发展的必然要求。可持续发展的社区护理活动,有利于居民以比较低廉的费用获得优质、便捷的卫生服务。医疗保险制度“个人账户保门诊,社区统筹保住院”的管理模式,增强了参保居民的费用意识和节约意识。可通过对社区卫生服务供需调查,掌握医保覆盖情况。根据各地经济水平,遵循市场经济价值规律,建立社区卫生服务价格体系,选定服务项目,建立高效微机网络信息系统,实行规范化的统一管理。

第三节 学习社区护理技能学的目的、内容与方法

(一) 学习社区护理技能学的目的

社区护理技能的开展顺应了时代发展的要求,是实现“人人享有卫生保健”的必然,是推动我国医疗保险制度改革深入进行的有效保证。医疗保健重新回归社区,是维护和促进健康行为科学化的体现,是卫生资源使用合理化的必需,同时也满足我国社会人口老龄化的需求,是医学发展的必然规律。学习社区护理技能学的目的在于学好理论和技术,发挥护理特有职能,为社区人群提供以预防、保健、康复为一体,以促进健康、预防疾病、提高生命质量为主要目标的护理活动,满足人们各种卫生保健要求,维护人民群众健康。

作为社区护理人员及社区护理管理者,首先要提高服务意识,善于与人沟通,提高基础知识、基本技能的掌握程度,注意综合素质、判断能力的培养,同时学习相关法律法规,提高法治意识和自我保护意识。

(二)社区护理技能学的内容

社区护理技能学是在社区卫生医疗过程中所应用的护理理论、技能、行为和科学管理的一门综合性应用科学。与临床各专科护理技术既有密切联系,又有其独立性;既有其特殊性,又是各科的综合。根据社区卫生医疗服务的需求,社区护理技能学包括如下几个内容:

1. 社区护理基本技能。基本理论、基本知识、基本技能是医护人员的基本功,其质量直接影响治疗效果,且与患者的舒适、安全密切相关,是护理核心部分,是衡量护理技术水平的重要指标,是护士必备的基础理论技能和全面提高护理质量的基础。其内容包括:了解机体生理、心理信息,监测体温、脉搏、呼吸、血压等生命体征的变化;维持患者身体的清洁舒适,排除物理、化学、生物等有害因子对机体的侵袭,保证治疗护理安全;调配合理营养及膳食;改善机体的循环和代谢,及时妥善地处理机体的排泄物;保持重症患者合理、舒适的卧位,适时更换体位,预防发生褥疮;改善患者的休息环境和条件,促进其睡眠;进行心理疏导,使之保持良好的精神和心理状态;指导功能锻炼,防止发生并发症,促进功能的恢复;协助执行治疗方案,配合医疗诊治工作,以娴熟的护理技术,解除患者痛苦;观察了解病情变化的信息和治疗效果,及时有效地配合急救处置;负责病区、患者管理,创造清洁、美观、安静、舒适、方便、有序的休养环境。同时社区护理基本技能还包括了特殊人群(婴幼儿及儿童、妇女、老年人及精神疾病患者)照顾技能和社区中的家庭护理技能。

2. 社区康复护理技能。社区康复是指病、伤、残者经过临床治疗阶段后,为减少他们的身心功能障碍,由社区提供有效、可行、经济的全面康复服务,使病、伤、残者能重返社会。其内容包括对社区康复对象进行全面评估;调整康复对象的心理状态,通过心理指导与治疗,使其面对现实,以积极的态度,配合康复治疗;恢复和改善存在的功能障碍;建立和完善各种特殊教育系统,组织残疾儿童接受义务教育和特殊教育,对不同的康复护理对象,根据其要求,开展康复知识的宣传教育活动,提高他们的康复保健知识,以促进康复目标的实现;对家庭、社区有关部门进行协调工作,确保对病、伤、残者进行照顾,建立完善的支持系统,为康复对象提供安全、舒适的康复环境。

3. 社区急救护理技能。社区急救护理技能是研究各类急性病、急性创伤、慢性病急性发作、危重患者的病情特点、发展规律以及在抢救监测过程中护理的理论、技能、行为和管理的科学。社区急救护理技能包括:院前急救(有时也称初步急救),包括现场急救和途中急救,首先应建立有效的循环和呼吸,再视病、伤情况和现有条件采取救治措施,并向急救中心或医院呼救并通报患者病情,在转送途中连续监护,并作必要的治疗、护理,病情严重时转上级医院进行危重症救护;创伤救护是对多发伤、烧伤、毒蛇咬伤及严重创伤的院前急救和急诊科的早期救护,原则是早期处理,先“救”后“查”;急性中毒救护是对常见的煤气、酒精、镇静催眠药物、农用杀虫药中毒的救护,有时可因群体中毒而有大量患者,均需快速抢救;灾难救护包括自然灾害和人为灾难,以及减灾免难的具体措施,可概括为灾前准备、灾时救援、灾后预防三个部分。

4. 社区公共卫生基本技能。公共卫生是关系到一个国家或一个地区人民大众健康的公共事业。公共卫生的具体内容包括对重大疾病尤其是传染病(如结核、艾滋病、SARS等)的预

防、监控和医治；对食品、药品、公共环境卫生的监督管制，以及相关的卫生宣传、健康教育、免疫接种等。现阶段的国家基本公共卫生服务，包括疾病控制、预防接种、疫病监测与报告、妇女及生殖保健、儿童保健、老年保健、健康教育、健康信息的收集报告、健康危险因素的检测干预等内容。2009年起，将逐步在全国统一建立居民健康档案，并实施规范管理。定期为65岁以上老年人做健康检查、为3岁以下婴幼儿做生长发育检查、为孕产妇做产前检查和产后访视，为高血压、糖尿病、精神疾病、艾滋病、结核病等人群疾病防治提供指导服务。重大公共卫生项目包括结核病、艾滋病等重大疾病防控，国家免疫规划，农村孕产妇住院分娩等。从2009年开始，我国公共卫生服务将增加以下项目：为15岁以下人群补种乙肝疫苗；消除燃煤型氟中毒危害；农村妇女孕前和孕早期补服叶酸等，预防出生缺陷；贫困白内障患者复明；农村改水改厕等。

5. 社区健康管理基本技能。健康管理是以健康为中心，致力于保护人的健康水平和抵抗疾病的能力，保障被服务人群的生命质量，在社会上有广泛的需求和市场，对健康进行管理应该说是社区卫生服务的真正目的。社区健康管理就是在社区针对健康需求对健康资源进行计划、组织、指挥、协调和控制的过程，也就是对个体和群体健康进行全面监测、分析、提供健康咨询和指导及对健康危险因素进行干预的过程。健康管理的手段可以是对健康危险因素进行分析，对健康风险进行量化评估，或对干预过程进行监督指导。

（三）学习社区技能学的方法

（1）熟练掌握各项社区护理技能的基本理论和操作技能，掌握操作规程，正确进行技能操作。

（2）掌握社区常见病症的病因、发病机制、护理评估、护理措施。

（3）掌握社区常见疾病和护理问题，掌握社区特殊健康问题和护理技能。

（4）了解社区护理的组织管理形式和制度。

学习社区护理技能学，必须认真学习基本理论、基本知识和基本技能。要主动温习，巩固有关知识；要做到理论知识与实践结合起来；同时要强化基本技能的训练。

第二章 社区护理基本技能

第一节 合理用药及社区老年人的用药管理

随着人们对健康的关注度日益提高,如何安全、有效、经济地使用药物,已成为全社会关心的热点问题。药物是人类用于预防、诊断治疗、疾病和计划生育的重要物质。然而,如果用药不科学、不合理,就会产生许许多多的弊端,甚至还会招来新的病症,或者发生意外。药源性损害不但威胁着患者安全和人类健康,而且给患者、家庭及社会带来了严重的损害与巨大的经济损失。

一、合理用药

合理用药的生物医学标准(1997,WHO 制定):①药物正确无误;②用药指征适宜,以明智的医学考虑作为开处方的基础;③选药适宜,考虑到疗效、安全性及费用对患者是适当的;④适当的用药途径、计量与疗程;⑤对患者无用药禁忌并且不良反应的可能性最小;⑥正确的药品调配,包括向患者交代适宜的用药信息;⑦患者能遵嘱用药。

(一)合理用药的重要性

合理用药应当包括安全性、有效性、经济性和适当性四大要素。

1. 安全性。安全性是合理用药的首要条件,直接体现了对患者切身利益的保护。安全性是强调让用药者承受最小的治疗风险获得最大的治疗效果。

2. 有效性。有效性就是要通过药物的作用达到预期的目的。不同的药物的有效性明显不同,分别为:①根治致病原,治愈疾病;②延缓疾病进程;③缓解临床症状;④预防疾病发生;⑤避免某种不良反应的发生;⑥调节人的生理功能。判断药物的有效性的指标有多种,常见的有治愈率、显效率、好转率、无效率等。

3. 适当性。合理用药最基本的要求是将适当的药品、适合的剂量,在合适的时间内经适当的用药途径给相应的患者使用,以达到预期的治疗目的。

4. 经济性。经济性正确含义应当是获得单位用药效果所投入的成本(成本/效果)应尽可能低,获得的治疗效果最满意。

(二)合理用药原则

合理用药目前尚无一具体标准,对某一疾病也没有统一的治疗方案。为了充分发挥药物的疗效而避免或减少可能发生的不良反应,以下几条原则供社区护士用药参考:

1. 明确诊断。任何药物合理应用的先决条件是正确的诊断。病情不清楚,药物治疗便是无的放矢,非但无益,反而可能延误病情,耽误疾病的治疗。

2. 熟悉药物作用、正确选择药物。每一种或每一类药,都有药物本身的作用特点、用途和注意事项。熟悉药物的作用特点、主要用途、用法及注意事项、不良反应等对治疗疾病、

预防不良反应的发生非常重要。临床上,往往同一种病可用好多种药物治疗,很多种疾病也可用同一种药物治疗,要针对患者的具体病情,选用药效可靠、安全、方便、价廉易得的药物制剂。

3. 了解药物对靶动物的药代动力学(以下简称药动学)知识。根据药物的作用和对动物的药动学特点,制定科学的给药方案。用药必须个体化,不能单纯公式化。药物治疗的错误包括用药错误,但更多的是剂量的错误。

4. 准确、适当地使用药物剂量。给药的途径、方法应适宜,一般来说用药剂量皆使用常用量。同时,也要注意年龄、性别、个体的差异性及疾病状况的影响。

5. 使用药物要定时。由于疾病种类、病情和用药目的各不相同,每种药物在人体内作用的时间长短也不一样,因此也就决定了用药的种类、剂量、时间和方法的不同。

6. 预期药物的疗效和不良反应。根据疾病的病理生理学过程和药物的药理作用特点,以及它们之间的相互关系,来预期药物的疗效和不良反应。用药必须掌握药物的双重性作用,牢记疾病的复杂性和治疗护理的复杂性,认真观察药效和毒性作用和不良反应,以便调整用药方案。

(三)常见不合理用药的表现与不良后果

药物是有目的地调节人体的生理机能以及规定有适应证或者功能主治、用法和用量的物质。主要用于预防、治疗疾病。为了人类的生存和健康,医护人员必须正视临床不合理用药的现状以及给人们带来的身心损伤。

1. 常见不合理用药的主要表现:

(1)有病症未得到治疗:患有需要进行药物治疗的疾病或症状,而患者没有得到及时治疗,包括得不到药物和因误诊而未给予需要的药物。

(2)选用药物不当:患者存在用药病症,但选用的药物不对症,对特殊患者有用药禁忌或者合并用药配伍失当等。临床上,以抗生素药物的滥用最为严重,往往是有了症状,既不管是否由细菌感染引起,也不管病原菌的种类,一律首选强效、广谱抗生素,而忽视抗生素选用的基本原则,即首选药物一定考虑细菌对药物的敏感性。

(3)用药不足:包括剂量太小和疗程不足,多发生在因畏惧药物不良反应,预防用药,或以为病情减轻过早停药的情况。

(4)用药过量或过分:给患者使用了对症的药物,但剂量过大或者时间过长;给轻症患者用重药,联合用药过多等。

(5)不适当的合并用药:未根据治疗需要和药物特性设计合理的给药方案,不必要或不适当地使用多种药物。

(6)无适应证用药:患者并不存在需要进行药物治疗的疾病或不适,医生安慰性地给患者开药,患者保险性用药。

(7)无必要地使用价格昂贵的药品:例如单纯为了提高医疗单位的经济收入而给患者开大处方,开价格昂贵的进口药。

(8)给药时间、间隔、途径不适当。

(9)重复给药:包括多名医生给同一患者开相同的药物,并用含有相同活性成分的复方制剂和单方药物,或者提前续开药方。总之,凡属人为因素造成的非安全、有效、经济、适当的用药都是不合理用药。

2. 不合理用药带来的不良后果。不合理用药必然导致不良后果,有单方面的也有综合性的。有些程度轻,有些后果严重,主要有以下几个方面:

(1) 延误疾病治疗。用药不对症、给药剂量不足、疗程偏短、合并使用药理作用相互拮抗的药物等不合理用药,直接影响到药物治疗的有效性。轻者降低疗效,重者加重病情,延误最佳治疗时机,或导致治疗失效。不适当的合并用药,最常见的情况就是干扰其中一种或几种药物的体内归宿,有的药物抑制其他药物的胃肠道吸收,降低其生物利用度;有的药物通过提高代谢酶的活力,加速其他药物的代谢,降低有效血药浓度。滥用抗微生物药物,极易使病原微生物产生耐药性,降低治疗效果。更为严重的是破坏了人类生存微环境的和谐,人为制造出危害人类生命而无法有效对抗的顽敌。

(2) 浪费医药资源。不合理用药可造成药品乃至医药资源(物资资金和人力)有形和无形的浪费。有形的浪费是显而易见的不合理消耗,如无病用药、多开不服、重复给药和无必要的合并使用多种药物。无形的浪费往往容易被医药人员和患者忽视,处置药物不良反应和药源性疾病,要增加医药资源的耗费。

(3) 产生药物不良反应甚至药源性疾病:

1) 药物不良反应是指药物在正常人的使用剂量下,用于疾病的预防、诊断、治疗或调节生理功能时发生的有害或非期望的反应,包括毒性作用和药物不良反应、后遗效应、过敏反应等。

2) 药源性疾病是指人类在治疗用药或诊断用药过程中,因药物或者药物相互作用所引起的与治疗目的无关的不良反应,致使机体某一(几)个器官或某一(几)个局部组织产生功能性或器质性损害而出现各种临床症状。包括药物正常用法用量情况下所产生的不良反应,也包括因超量、超时、误服、错用以及不正常使用药物所引起的疾病。

(4) 酿成药疗事故。因用药不当所造成的医疗事故,称为药疗事故。不合理用药所造成的不良后果被称为事故,一方面是发生了严重的甚至是不可逆的损害,如致残、致死;另一方面是涉及人为的责任。

二、社区老年人的用药管理

目前,全国 60 岁及以上老年人口已超过 1.49 亿。老年人在生理、心理等方面均处于衰老与退化状态,这种状态势必会影响药物的吸收、分布、代谢、排泄和药物作用。由于许多老年人同时患有多种疾病,大多数疾病又为慢性病,用药种类较多,而且需长期治疗,因此药物不良反应(adverse drug reaction, ADR)及药源性疾病亦随之增加。指导社区老年人正确使用药物,对减少药物的毒性作用和不良反应和药源性疾病,对获得预期疗效尤为重要。

(一) 老年人合理用药原则

据有关资料统计,ADR 随年龄增高而呈上升趋势。在 41~50 岁的患者中,药物不良反应(ADR)的发生率是 12%;51~60 岁是 14.4%;80 岁以上的患者上升到 24.9%。老年人用药不仅出现 ADR 发生率较年轻人为高,而且一旦出现,其严重程度亦较年轻人为高,甚至导致死亡。因此,老年人用药应掌握一定的用药原则,预防 ADR 的发生。

1. 用药指征要明确,合理选择药物。老年人用药要有明确的治疗目的和适应证。做到这一点,就必须在用药前先就医,全面了解老年患者的病史、体征及相关辅助检查的结果,以及既往和现在的用药情况等。根据病情,要抓住主要矛盾,有的放矢地对症下药,合理选择