

全国继续医学教育委员会推荐教材 / 答题后每书可授予 II 类学分 10 分



现代临床医学临床诊断、护理及康复进展

NURSING

护理分册

主编：刘华平



科学技术文献出版社



现代临床医学临床诊断、护理及康复进展

护理分册 / NURSING

■ 主编：刘华平

 **科学技术文献出版社**

图书在版编目(CIP)数据

现代临床医学临床诊断护理及康复进展·护理分册/刘华平主编. -北京:科学技术文献出版社,2006. 10

ISBN 7-5023-5452-2

I. 现… II. 刘… III. ①诊断学-进展 ②护理学-进展 ③康复医学-进展 IV. R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 118838 号

出 版 者 科学技术文献出版社

地 址 北京市海淀区西郊板井农林科学院农科大厦 A 座 8 层/100089

图书编务部电话 (010)51501739

图书发行部电话 (010)51501720,(010)68514035(传真)

邮 购 部 电 话 (010)51501729

网 址 <http://www.stdph.com>

E-mail: stdph@istic.ac.cn

策 划 编 辑 王大庆

责 任 编 辑 丁坤善 苏 维

责 任 校 对 赵文珍

责 任 出 版 王杰馨

发 行 者 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销

印 刷 者 北京高迪印刷有限公司

版 (印) 次 2006 年 10 月第 1 版第 1 次印刷

开 本 889×1194 16 开

字 数 197 千

印 张 7.25

印 数 1~5000 册

定 价 25.00 元(总定价:125.00 元)

© 版权所有 违法必究

购买本社图书,凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者,本社发行部负责调换。

内容简介

护理分册
NURSING

本书综述了临床护理的新观念、新思维和专科护理的发展动态，详细介绍了最先进的临床护理内容，密切结合护理人员的具体要求，并将全新的护理理念贯穿全书。

本书的出版目的是为护理专业人员的继续教育提供知识载体，建立继续教育学习交流的平台，以扩大护理专业人员的视野，传播新的知识信息，使护理专业人员及时了解和把握本学科的前沿知识和动态。另外，本书还介绍了医德医风建设方面的内容。本书由诸多专家以丰富的教学和临床指导经验，根据护理人员实际需要编写而成，相信能让广大护理人员在理论、技术和职业素养提高等方面获益匪浅。

护理分册 / NURSING

编 委 (以下排名不分先后)

刘华平 (协和医科大学护理学院)

赵 岳 (天津医科大学护理学院)

蒋晓莲 (华西医科大学护理学院)

李 峥 (中国协和医科大学护理学院)

刘均娥 (首都医科大学护理学院)

李小寒 (中国医科大学护理学)

李 红 (福建省立医院)

张美芬 (中山大学护理学院)

赵 红 (中国协和医科大学护理学院)

孙 红 (北京医院护理部)

张春华 (武汉大学中南医院)

李斯俭 (武汉大学 HOPE 护理学院)

李小妹 (西安交通大学护理系)

吴欣娟 (北京协和医院护理部)

尚少梅 (北京大学护理学院)

黄 金 (中南大学湘雅二院护理部)

胡 雁 (复旦大学护理学院)

现代临床医学临床诊断、护理及康复进展 护理分册 / NURSING



21 世纪是科学技术迅猛发展的时代, 知识更新日新月异, 医疗卫生知识水平亦是不断提高。据统计, 医学知识的更新率五年内可达到 50%, 单纯的医学院校教材所讲授的知识已远远不能满足临床需要。护理是医疗卫生体系中的重要组成部分, 我国护理专业在空前大好的形势下迅速发展, 同时也面临着医学知识更新所带来的机遇和挑战。目前, 我国的护士总数已达 130 万, 临床护理专业技术水平显著提高, 在危重急症, 疑难症, 传染病病人救治方面发挥着重要作用。随着我国人口老龄化趋势的加快, 护理不断呈现出社区家庭护理、日间病房、临终关怀等多样化发展趋势, 有力地保障和提高了人民健康水平。当前, 正值我国加快社会经济发展, 全面建设小康社会的关键时期, 人民群众对健康保健日益增长的需求对广大的护理工作者提出了更高要求, 因此护理专业人员必须努力加强自身学习, 进一步提高职业技能, 才能跟上时代的步伐, 与时俱进。

为了护理队伍整体素质更好的发展与提高, 迎接社会经济发展、知识更新和人口老龄化带来的挑战, 我们要建立系统正规的护理专业人员的继续医学教育体系, 以促进新知识、新业务的学习, 提高专业技能和工作能力。本书出版的目的是为护理专业人员的继续教育提供知识载体, 建立继续教育学习交流的平台, 以扩大护理专业人员的视野, 传播新的知识信息, 使护理专业人员及时了解和把握本学科前沿知识。本书凝结着诸多编审人员的心血, 相信本书的出版, 将对护理的继续教育起到积极的促进作用。

刘华平 (1958-), 女, 北京市人, 博士, 副教授, 中国协和医科大学护理学院院长, 主要研究方向: 临床护理与护理管理。

刘华平

继续医学教育学分证书申请说明

从国际国内来看,继续医学教育是卫生技术人员的一项基本权利和义务,随着医学的不断发展,要求卫生技术人员建立终身学习体系。为此,卫生部和全国继续医学教育委员会颁布了一系列政策法规,规定医务工作者每年获得的继续医学教育学分不少于25学分,继续医学教育合格是卫生技术人员聘任、技术职务晋升和执业再注册的必备条件之一。值此同时,我国继续医学教育经过继续医学教育“九五”计划、继续医学教育“十五”计划和刚刚颁布的继续医学教育“十一五”规划的发展,已全面建立起了有中国特色的继续医学教育体系。

继续医学教育的内容应以现代医学科学技术发展中的新知识、新理论、新技术和新方法为重点,注重先进性、实用性和针对性,其教育内容的开发直接决定了我国继续医学教育的质量,体现我国医学技术发展的现状。为此,在卫生部科技教育司和全国继续医学教育委员会的领导下,《继续医学教育》杂志组织了国内约600名专家和各学科的带头人,历时8个多月,以年度学科进展报告的形式,编写了该套系列丛书,以期反映各学科近年来的最新进展,具有较强的临床指导意义和学习价值,是我国至今唯一一套出版学科最全的继续医学教育学习资料,受到了广大读者的欢迎和卫生部、各省卫生厅及继续医学教育委员会的认可,并作为各省继续医学教育的推荐学习资料。为了进一步方便读者的阅读,《继续医学教育》杂志社与科学技术文献出版社又将该学习资料以图书的形式出版。读者阅读该系列图书,每册答题后可授予卫生部和全国继续医学教育委员会认可的继续医学教育Ⅱ类学分10学分。杂志社收到学员登记表和答题卡后将会在30个工作日内完成学员的注册和阅卷工作,并将学习成绩和学分证明邮寄给学员。具体培训报名细则如下:

- 一、本培训适用于所有国家规定需要参加继续医学教育的各级各类卫生技术人员。
- 二、请根据需要自行选择本学科相关的培训教材。
- 三、认真填写学员信息及答题卡,寄至《继续医学教育》杂志社培训部,根据成绩获得相应Ⅱ类学分。
- 四、学分折算标准:考试满分为100分,答题成绩每10分换算为1个学分,最多可授予10学分。
- 五、培训费用:50元/人次(含报名、培训、阅卷、学分证书、邮寄等费用),学费自理。请学员将费用汇至《继续医学教育》杂志社培训部。
- 六、证书邮寄时间:收到答题卡后30个工作日。
- 七、接受团体报名。
- 八、《继续医学教育》杂志社地址:北京市宣武区红莲南路30号7层;邮编:100055;电话:010-63268156;传真:010-63497683; 培训咨询热线:800-810-9092。

《继续医学教育》编辑委员会

目录

training material/contents

003 Nursing

第一篇 知识 / 技能篇	1
评判性思维在护理工作中的应用	3
出院计划—病人出院过程中的连续护理模式	7
跨文化护理理论及其在护理实践中的应用	10
治疗性沟通交流	15
护患沟通技巧的核心概念——“同感心”	19
健康信念模式在护理实践中的应用	23
护理职业危害因素及防护措施	27
护理研究中的选题	31
收集资料的方法—问卷法	36
老年护理进展	40
疼痛评估与护理	43
中风护理研究进展	47
医院中常见的病人心理问题及护理	50
外科腹腔镜手术的临床应用及护理进展	55

目录

training material/contents

目录 Nursing

口腔卫生状况与机械通气性肺炎	59
代谢综合征定义的再认识和防治新进展	63
 第二篇 态度 / 素质篇	 69
以循证的观念评估和应用临床实践指南	71
对“循证护理”认识上的误区分析	75
医生是要重视医德的	79
学习为病人服务的艺术	83
要做一名合格的医生	85
做人、做事、做学问	87
医疗卫生行业中“红包”现象的社会史分析	91
禁止商业贿赂行为的有关法律问题	99
 培训试卷	 105

第一篇

知识 / 技能篇 护理

NURSING

t r a i n i n g m a t e r i a l

评判性思维在护理工作中的应用

Using Critical Thinking in Nursing

刘华平 赵芹芹 (中国协和医科大学护理学院, 北京, 100730)

LIU Hua-ping ZHAO Qin-qin

自20世纪80年代以来, 国际护理界已通过大量研究证实评判性思维在护理教育、临床实践及护理科研中有着重要意义。美国护理联盟协会早在1989年就将评判性思维技能作为评价护理本科教育及更高层次教育质量的指令性标准^[1-4]。我国越来越多的护理教育专家开始认识到护士以及护生的评判性思维培养的重要性的迫切性^[5-6]。本文主要介绍评判性思维的基本概念、与护理程序的关系、及其在护理工作中的应用与培养, 以突出其实用性、重要性, 并期待其有更大的发展。

1 评判性思维简介

1.1 评判性思维的概念

评判性思维 (Critical Thinking), 也有学者译为批判性思维。其概念源于哲学, 是20世纪30年代德国法兰克福学派的学者作为一种评判理论和思维方式提出来的。比较早的解释是由Watson和Glaser 1964年提出的, 他们认为评判性思维是态度、知识、技巧的综合^[7]。1990年Delphi小组报告中给出了一个各专业一致同意的基本定义: 评判性思维是一种有目的、自我调整的判断过程, 包括阐述、分析、评价、推理及对证据、概念、方法、标准的解释说明, 或对判断所依据的全部情景的考虑^[8]。Kataoko, Yahiro等认为护理学科中的评判性思维是对护理问题解决方法的反思和推理过程。其中包括护理者的态度、技能、专业知识、经验及标准等5部分^[9]。也有人认为在特定的情境中以探索的态度来分析、推理、假设、总结规律、陈述信念和行为的一个反思推理过程, 就是护理学科中评判性思维的体现。

1.2 评判性思维的特点

1.2.1 主动性: 在评判性思维中, 我们不是被动地等待, 更不是消极地接受刺激, 而是积极地参与到相应的活动中去; 不是被动地听候指示, 而是建设性地思考,

做出自己的判别。

1.2.2 独立性: 评判性思维不是人云亦云, 随声附和, 也不是自我思维的重新阐述, 而是对自己和他人思维所作的有个性的、独立的思考。也就是说, 有自己的见地。当我们相信某种东西, 接受某种思想时, 决不是不分青红皂白, 全部予以照收, 而是首先采用评判性思维进行具体分析, 做出自己独立的评判, 然后决定采纳或拒绝。

1.2.3 反思: 评判性思维不像理性加工活动, 它以创新为宗旨, 它是对思维的再思维。当我们自己或他人有了某种观点和思想之后, 我们利用评判性思维加以审查, 看其事实与否, 解释合理与否, 根据充分与否, 分析全面与否, 综合得当与否, 如有评估成份, 其评价客观与否, 以及所采用的标准合理与否, 有无应用价值, 以及应当如何去应用, 等等。这种对思维的反思, 对于做出决策、明晰思维、正确推论有着十分重要的意义。

1.2.4 全面审查: 当我们对自己和他人的思维进行反思的时候, 决不是抓住枝叶片节大做文章, 而必须对被反思的思维进行全方位的、多视角的审视, 甚至包括其他评判主体的评判。断章取义, 以个人爱好进行取舍是评判性思维之大忌。全面审视, 使我们的评判性思维能经受评判。

1.2.5 有说服力的评判: 评判性思维并不单单是要发表个人的看法, 更主要的是必须有充分的理由和根据进行评判^[10]。

总之, 评判性思维是一种自主性思维, 具有不受约束的潜力, 评判性思维者不被动接受别人的意见, 在分析确定哪种意见权威可信后才接受, 他们有自己的想法, 不容易被操纵, 不会盲目地被周围人引导。

1.3 评判性思维的组成

虽然西方学者对评判性思维的理解形式多样, 但几乎所有的定义都是从认知技能和情感表达两方面来阐述的。



刘华平 (1958-), 女, 北京市人, 博士, 副教授, 中国协和医科大学护理学院院长, 主要研究方向: 临床护理与护理管理。

W.Oxman-Michelli于1992年提出,评判性思维包括认知技能(智力技能)和情感表达(评判精神)两个方面。他指出评判精神是指态度和倾向,其要素包括:独立意识、头脑开放、全心全意、智力水平、尊重他人^[11]。Kneedler认为,评判性思维的认知技能包括:

- (1) 能够识别中心论题及问题;
- (2) 比较异同点;
- (3) 确定哪些信息是相关的;
- (4) 形成适当的疑问;
- (5) 区别事实、观点和合理的判断;
- (6) 核查一致性;
- (7) 识别字里行间的假设;
- (8) 识别原型和套话;
- (9) 识别偏见、情感因素、宣传以及语义倾向性;
- (10) 识别不同价值系统和意识形态;
- (11) 识别材料的适当性;
- (12) 预测可能的后果^[12]。

1.4 评判性思维的意义

评判性思维往往与反思、质疑、否定等认识环节相关联,但这并不意味着评判性思维只具有纯粹消极的意义。事实上评判性思维与创新性思维有着密切联系:没有对已有的认识成果的质疑、评判,没有对新思想、新观点的分析、论证就谈不上创新。就此而言,评判性思维不仅是创造性思维的前提,而且是内在于创造性思维全过程的一种不可获缺的思维品格^[13]。在护理工作中应用评判性思维,能够更好地评价和运用所获得的信息,有效地选择解决问题的方法,提高护士的社会交往能力,改进护理工作质量,促进护理专业的发展。

2 评判性思维与护理程序的关系

护理程序是临床护理中使用的系统性的解决问题的方法,评判性思维与护理程序之间存在着相互关联和相互依赖的关系,两者都包含处理问题、做出决断和进行创造性思考这三种内心活动,但是它们之间并非完全相同。护理程序实质上是一种解决问题的方法,护士在运用护理程序解决问题的所有阶段都会用到评判性思维的认知技能。Watson和Glaser于1964年便指出,评判性思维的应用往往与护理程序相联系,贯穿于护理程序的各个环节^[7]。

2.1 护理评估阶段:护士需要进行可靠的观察、分析,区分病人的资料是否与健康问题有关,判断资料是否重要,整理和组织资料,核实资料,并根据护理概念框架或护理相关理论的概念进行正确的分类,这些活动均需

运用评判性思维技巧。

2.2 护理诊断阶段:护士需要找出线索的类别和线索之间的关系,然后根据这些线索形成推论。推论得到证实后,从而形成诊断,形成诊断的过程实际上是一个评判性思维的过程。

2.3 护理计划阶段:护士作为一个评判性思维者在决策时是十分谨慎的,这就是为什么护士可以根据已具备的知识和经验,根据病人的情况,也会做出“可能的”或“有危险性的”护理诊断,并且合理的选择排列优先次序,为病人制定预期目标,即评价护理效果的标准,分析判断相关因素,根据相关因素制定护理措施。而形成评价标准、选择、解释、假设所选择的护理措施能够解决病人的问题和运用跨学科知识等思维活动均为评判性思维技巧。

2.4 护理实施阶段:护士运用护理和相关学科的知识 and 原理为病人解决问题,这种“运用”并非简单的“记忆”知识和原理的思维过程,它也是评判性思维过程。

2.5 护理评价阶段:护士通过观察等方法收集资料,并将所收集的资料与评价标准相比较,以判断预期目标是否达到,这种用标准来进行评价的方法也是评判性思维的过程^[14]。

在护理过程的每个阶段,由评估到评价,护理人员要时时做出临床判断与推断,可以说评判性思维是推动护理程序的引擎^[15]。

3 评判性思维在护理工作中的应用

下面结合护理程序的每个阶段,来分析评判性思维在护理工作中的应用。

3.1 在护理评估阶段的应用

在收集资料中,护士会发现病人可能出现的问题,由发现或识别的问题做出初步的结论就是假设推理。例如一个腹部手术术后病人的血压是80/50 mmHg。血压偏低是这个病人的主要问题,护士最初的推理可能是病人出现休克。护士的推理能力受知识、经验及价值观的影响。但是在做出决定之前,护士还要对这一资料进行进一步的证实。护理人员必须收集更多的资料来核实已有资料的准确性。核实的方法包括观察有无休克的症状与危象,比较以往的血压,重新测量血压

或请另一位更有经验的护士来测量^[16]。

护士在整理资料时要考虑哪些因素会影响所得的资料准确性,主观资料与客观资料是否一致。在分析资料时,要对资料进行分类,要考虑是否受护士主观的影响,资料是否充分、全面,还要补充哪些资料才能对问题做出准确判断^[15]。在分析资料时,还要将资料与正常值或参考值及病人以往的情况作对比,为正确做出护理诊断打下基础。

3.2 在护理诊断阶段的应用

护士在分析资料的基础上得出护理诊断的过程中也需要运用评判性思维。护士根据分析整理好的资料,要考虑哪些是病人现存的问题,病人存在哪些潜在的健康问题,哪些问题需要护士处理,哪些问题属医护合作处理的问题,哪些因素导致病人的问题等。

如某病人,女,体温39.4℃;皮肤干燥、潮红;小便次数减少,尿量减少。根据这些资料,护士初步的印象是这位病人可能在营养代谢功能或排泄功能上有问题。护士为了得出正确的护理诊断,还要在这两个功能性健康型态范围内继续收集资料。在继续收集的资料中,护士发现这位病人自从两天前患感冒后有呕吐的症状,饮水较少。另外触诊膀胱,没有发现肿胀情况。这些资料显示病人没有排泄功能障碍。所以护士判断尿量减少、体温升高及皮肤干燥潮红可能是由于水的摄入量不足造成的^[16]。

3.3 在制定护理计划阶段的应用

护士为病人制定护理计划时,要找出能预防、控制或消除已确定的病人问题的对策或措施。这个过程可用到归纳、联想及预测等思考策略。例如,护士评估一位因脑外伤而昏迷正在使用呼吸机的病人,发现其左肺上叶有啰音。护士为此病人下的护理诊断是清理呼吸道无效,与病人的意识状态改变无法咳出痰液、气管内插管刺激致呼吸道分泌物增多及卧床不动造成痰液淤积有关。选择措施时,护士会想到吸痰、翻身等可以解决问题的方法。但是在预测可能的结果时,护士会发现,根据研究文献,这两项措施都有使颅内压增高的危险。若不采取这项措施痰液可能造成支气管堵塞及血氧过低,血氧过低亦可促使颅内压增高。为了减少这些危险性,护士在给这位病人翻身时使用滚木式的方法,并计划在吸

痰前后给病人吸氧数分钟,并尽可能缩短吸痰的时间^[16]。

在这个制定计划的过程中护士要考虑每项措施的依据,对病人是否安全,应用现有资源的可行性,是否符合病人的价值观或信仰,与其它治疗计划是否一致等^[15]。在制定计划时还要考虑提出的护理诊断按主次分为首优、中优、次优进行排序,分出轻重缓急。护士还要在制定计划时提出护理目标来指导护理措施,这也是评价护理措施的依据。在制定目标时要考虑目标是否合适,目标是否与治疗方案一致和目标是否现实等。

3.4 在护理实施阶段的应用

护士在实施措施时,要判断病人的需求、观察病人的反应、判断是否朝着预期计划的方向进展。根据判断决定是否需要调整计划。如前面提到的例子,护士在给脑外伤的病人吸痰时,要密切观察病人的呼吸、血氧饱和度、脉搏、血压的变化,若有颅内压增高的征象,应立即停止操作,给病人吸入氧气,然后再观察病人的反应^[16]。

在这个过程中护士应注意的核心问题是:(1)实施计划措施后,病人的情况有无改变,措施是否恰当;

(2)护士是否有足够的知识与技术来处理病人的情况;(3)在实施每项措施时,何时要检查病人的反应;(4)是否忽略安全的原则;(5)有没有按照病人的年龄、价值观及一般健康状况来调整措施^[15]。

3.5 在护理评价阶段的应用

评价时护士应收集与病人相关的资料,以判断护理目标是否实现或实现的程度。此时收集资料所用的评判性思维技能与评估阶段是一样的。但所下的结论是决定护理措施有无达到预期目标,护理措施是否能终止或需修改。在护理工作中,护士不能只注重操作过程,更应精细的收集、分析相关资料,锻炼自己的思考过程^[16]。

因此,在评价时,护士应该应用评判性思维进行如下思考:(1)所得资料是否达到预期效应,病人和家属是否也认为达到目标;(2)回想自己在实施整个护理措施中,有哪些还可以改进;(3)若病人的结果不符合预期目标,必须考虑:基础资料是否欠准确?护理诊断是否正确?预期目标是否切实可行或可测量?护理措施的选择是否正确?是否按计划实施?^[15]

学习提纲

1. 掌握评判性思维的概念。
2. 掌握评判性思维的智力技能。
3. 熟悉评判性思维在护理程序中的应用。
4. 了解评判性思维与护理程序的关系。

4 评判性思维的培养

目前评判性思维培养的研究主要集中在对学生的评判性思维的培养,也有对教师及管理者的培养的研究。国内对临床护士评判性思维的培养方法研究较少,还并未形成体系。国外的护理教育研究者经过几十年大量的研究认为:没有哪一种培养方式是最好的,最有效的、是优于其他方式的。教育者在不断的探索中总结出用苏格拉底式问答法、概念阐述法、小组讨论法、实践反思式教学法、开展座谈会、参与科研活动等方式来培养学生的评判性思维。郜正美用工作笔记法来培养新护士的评判性思维,认为在发现问题、寻找真相、开放思想、分析问题、评判思维自信心及求知欲和认知成熟度等方面均有不同程度的改善^[7]。也有人在临床实践中以护理查房、个案讨论的形式对护士的评判性思维进行训练^[18]。

5 小结

综上所述,评判性思维是一个抽象的、概念性很强的思维技巧。在使用中不能按照常规的课堂授课方法进行传授,而让学生、护士亲自参与实践,在日常工作中反复练习和使用。

评判性思维能力的发展是一条漫长的道路,由初学到应用自如的程度不可能一日即成。一个人的评判性思维能力与个人经验、伦理道德、美学修养和知识水平、自信心存在密切关系^[19]。当前,我们对评判性思维的重要性的认识正在逐步深化,评判性思维不仅是一种综合思维能力的表现,也是一种人文精神的体现。评判性思维是护士在护理程序中判断问题和决定问题的思维过程,护理管理者要重视提高护理人员的评判性思维能力,高质量的护理服务才能得以实现。

参考文献

1. Donna RS, Julie FR. Issue in measuring critical thinking: meeting the challenge [J]. Journal of nursing education, 1996, 35 (1): 5-11.
2. Merle KY, Coleen S. A critical thinking model for nursing judgment [J]. Journal of nursing education, 1994, 33 (8): 351-356.
3. Sheila LV. Critical thinking: a model [J]. Journal of education, 1997, 36 (1): 23-29.

4. JoAnn A, Cynthia OC. Critical thinking in nursing: classroom tactics that work [J]. Journal of nursing education, 1997, 36 (10): 452-458.
5. 沈宁. 面向21世纪探索培养高等护理人才新模式 [J]. 中国高等医学教育, 1998, 4: 10-12.
6. 肖灿华, 刘军红. 培养护士评判性思维在我国护理教育中的迫切性 [J]. 中华护理杂志, 2002, 37 (4): 304-306.
7. Betsy S P, Gloria M. Clarifying the concept of critical thinking in nursing [J]. The Journal of Nursing Education, 1993, 32 (9): 425-428.
8. Critical thinking: A statement of expert consensus for purposes of educational assessment and instruction executive summary. Facione P.A. The Delphi Report. [M]. California. Millbrae: The California Academic Press. 1990.
9. kataoka yahiro M. & Saylor C.A. critical thinking model for nursing judgment [J]. Journal of nursing education, 1994, 33: 351-356.
10. 何云峰, 金顺尧. 论评判性思维和创造性思维及其相互关系 [J]. 中共浙江省委党校学报, 1998, 5: 8-15.
11. W.Oxman-Michelli & M.Weinstein (Eds.). Critical thinking: Focus on science and technology[M]. Proceedings from the 1990 conference. 2: 224-234.
12. Kneedler, P.E. Assessment of critical thinking skills in history-social science [M]. Sacramento: California State Department of Education, 1985.
13. 彭漪涟, 马钦荣. 逻辑学大辞典 [M]. 第一版. 上海: 上海辞书出版社, 2004, 724-725.
14. 殷磊. 护理学基础 [M]. 第三版. 北京: 人民卫生出版社, 2002.
15. Alfaro Lefvre. critical thinking in nursing: a practical approach [M]. 2nd ed. Philadelphia: W.B Saunders.
16. 苏惠明, 黄瑞美. 应用于临床推理的评判思考策略 [J]. 护理杂志, 2000, 47 (6): 65-70.
17. 郜正美. 探讨工作笔记法对新护士评判性思维的影响 [J]. 上海护理, 2005, 5 (5): 63-64.
18. 胡丽真, 王宝玉. 护理查房中对主管护师评判性思维能力的培养 [J]. 实用护理杂志, 2002, 18 (8): 73-74.
19. Setsy SP, Gloria MC. Clarifying the concept of critical thinking in nursing [J]. Journal of nursing education, 1993, 32 (9): 425-428.

试题

1. 评判性思维的特点包括 ()
A. 以个人爱好进行评判 B. 发表个人看法
C. 反思 D. 主动性 E. 独立性
2. 名词解释: 评判性思维
3. 评判性思维的智力技能包括哪些内容?

出院计划—病人出院过程中的连续护理模式

Discharge Planning—Continuity of Care in the process of Hospital Discharge for Medical Patients

赵岳 (天津医科大学护理学院 300070)

ZHAO Yue

在病人出院的过程中,为病人提供理想的卫生服务就是保证病人能够得到有效的连续护理。出院计划被认为是使病人得到有效的连续护理的基础保证,为病人制定并实施有效出院计划(Discharge Planning)在发达国家已经得到医学护理工作者和政府健康主管部门越来越广泛的认可和重视。故美、英等国已经制定出与保证病人能够得到有效的出院计划相关的卫生政策,以保障病人能够得到必要的连续护理。

1 出院计划

出院计划是美国教育发展中心等部门为急症老年护理的高级护理继续教育项目而设计发展出的,其背景是老年住院病人因医疗保障政策的变化,导致急症老年住院病人住院日缩短,病人出院时尚未痊愈,而护理专业人员必须调制定出与之相适应的护理模式。

出院计划是指保障病人从一个环境顺利转到另一个环境(包括医院、老年院、病人家中或其亲属家中)的护理过程。出院计划的基本内容包括:及早确定需要出院后继续接受护理的病人及其家人的健康教育、相关健康评估和健康咨询,制订出院计划,进行相关部门和人员的协调,实施有关计划并进行出院后的随访。其核心是评估和明确健康需求,接洽相关机构或部门,实施并评估出院计划。美国护士协会在其制定的临床护理实践标准中提出,护士的职责必须保证病人能够得到连续护理,确定护理目标,制订相应护理计划并提供转诊服务。必须及早明确病人出院需求,评估和安排病人出院后可能需要的相关资源。护士必须为需要出院后继续接受护理的病人提供个别的指导和咨询。

2 出院计划的模式

目前,美国等国出院计划的主要模式是Zarle根据护理程序发展出的出院计划框架。该模式框架中的人员

团队组成包括:医院内、外的基本团队、资源团队和社区团队等。在出院计划的制订和实施过程中,各团队保持协调与合作的关系。

由包括病人、护士、医生、社会工作者等综合成员组成的基本团队,其职责是评估病人的连续护理需求,制订相应的护理计划;实施护理计划,使病人能够趋向最佳的预后功能状态发展。而资源团队是指在医院工作的具有专业特长的高级专业人员,能够就病人的健康护理需求等问题为基本团队和社区团队人员提供相应的专业咨询意见和建议。同时,他们也监督其他团队人员实施出院计划是否正确有效。社区团队成员来自社区的各有关组织机构,该团队成员能够协助出院计划在社区的顺利实施。同时,社区护士等专业人员将在社区继续实施护理计划。

3 护士在出院计划中的作用

虽然出院计划是合作性计划,在设计及执行该计划的成员中,可能包括护士、医生、病人及其家属、社会工作者、营养师、理疗师、职业治疗师和呼吸器等必备医疗仪器设备公司的技师等成员,但是护士在其中起着关键作用。

3.1 护士较其他成员更为了解病人的健康需求。护士通过每日记录病人的日常治疗及护理,能够比较全面、系统地掌握病人连续护理的资料。一旦病人恢复较缓慢,或自我照护能力较差,出院后将需要继续护理支持,护士能够及时掌握该情况。特别对于急症和重症病人,只有护士有条件连续地观察病人,评估病人,与病人较为方便地沟通和交流,容易建立起较为密切和信赖的合作关系。护士通过日常的观察和了解病人日常的探视情况,便于评估病人的社会支持系统。护士通过连续护理评估更能准确预计病人今后的护理需求。

3.2 美、英等国有关法律规定对护士提出了明确要求,



赵岳(1965—),男,天津人,教授。主要研究方向:连续护理、外科护理。任天津护理学会副理事长,《天津护理》杂志副主编。

学习提纲

1. 掌握出院计划的定义、基本内容。
2. 掌握护士在制定、实施出院计划过程中的注意点。
3. 熟悉制定及实施出院计划的人员团队组成。
4. 了解影响护士顺利实施出院计划的因素。

即护理计划必须自病人住院开始,同时在长期计划和目标中,应包括出院计划。能够为病人提供良好的出院计划服务已作为衡量医院护理服务水平和该医疗机构能否参与国家医疗保障项目的一项重要指标。护士的相关专业评估也是国家医疗保障项目和某些私人医疗保险项目是否接受和支付病人护理服务项目的重要依据。

同时,护士日常所记录的病人护理需求和目标已成为护理日常工作内容。护理程序要求护士评估病人的护理需求、明确护理问题(或护理诊断)和护理目标,制订和实施护理计划,并进行动态评估。实践中,护理程序与出院计划的步骤、评估和医疗文件记录是一致的。因此,护士在工作中能够顺利实施出院计划。

但是,在实际工作中,也存在着一些因素影响到护士顺利实施出院计划和承担关键角色。

首先,护士无法保证实施出院计划所需要的足够时间。护理管理人员和护士时常担心执行出院计划会影响到为其他病人提供紧急护理服务时,护士无法及时到场,以致影响整体护理质量。

其次,部分护士因长期机械地执行医嘱而形成的依从性思维,弱化了自身在实施出院计划中应有的角色。部分护士认为出院计划不应包括在护理工作的范围,而应由有关专门专家或专业人员进行。同时,因在出院计划综合团队中包括来自不同专业的人员,因此彼此间可能会有一些矛盾、竞争或角色冲突。因此,有必要提前制定相应规定、协调制度,明确职责。

无法正确判断全部病人的出院计划需求也会影响到护士顺利实施出院计划。有效的出院计划意味着护士能够正确评估病人的长期需求,根据具体需求适时地对病人及其家属实施护理教育与指导,使之了解并掌握病人出院后的具体做法和注意事项。同时,护士还需要与综合团队的其他成员进行有效的沟通与协调,并综合各方意见,制订并实施正确的出院计划。这一切都对护士的综合能力提出较高的要求。

4 护士在完成出院计划中应具备的条件

组织制定、实施出院计划的护士应具备丰富的临床经验、较高水平的专科知识与专业自信,能够明确意识到自己在出院计划过程中的关键角色,了解医疗保障

计划、医疗保险中的相关内容规定,了解出院计划可以利用的各种有效资源,包括医院内及社区资源。与经验较少的护士相比,经验丰富的护士在制订和实施出院计划中具有更为出色的协调各专业人员和调配各相关资源的能力。有研究显示,接受由专科护士制定和组织实施出院计划的病人比接受由其他专业人士和普通护士所制定和组织实施出院计划的病人在对自己疾病、治疗及护理等方面相关知识的了解程度、自我照护能力和对护理的满意度等方面效果更佳。因此,如果可能,由专科护士(Nurse Specialist)负责出院计划。因其具有较高的专科水平和协调综合能力,更能够比较准确地判断病人的长期需求,制定出相应的出院计划。同时,也可有效地节省时间。之后,在专科护士的指导下,由普通护士与病人及其家属共同实施下一步出院计划。

护士与其他专业人员比较,具有能够更直接地照护病人,更方便地与病人沟通等优势,能够较为准确地评估病人的护理需求。因此,护士是唯一能够胜任主导出院计划实施的专业人员。

护士在制定、实施出院计划过程中应注意:(1)明确哪些病人需要接受出院计划。国外一般确认需要接受出院计划的病人主要包括患有心肌梗塞、脑血管意外、慢性阻塞性肺病、老年痴呆、帕金森氏病、恶性肿瘤、慢性心衰、慢性肾衰、高血压和糖尿病等病人。同时,在30天内再次住院的病人、失禁病人、进食困难病人、长期带管病人、伤口需长期换药病人,以及无亲友照顾的病人,特别是有反复摔倒史的老年病人也需接受出院计划;(2)制定出院计划应注意文档简洁清晰。因其他相关专业的,人员如医生、理疗师、营养师、社区护士、社会工作者等都可能阅读有关出院计划文件,文档简洁明了能够使有关阅读人员迅速发现病人与本专业相关的主要问题,及时制定相应的计划,以免影响病人出院的时间和出院计划的实施效果;(3)准确评估病人出院需求。病人出院需求评估的主要内容包括:一般社会人口统计学资料、一般健康状况、一般身体功能状态、精神状态、自尊、应激水平、自觉健康状况、住院前治疗护理情况以及出院后可能的护理需求等。病人自我护理情况、详细的服药史、详细的营养史(包括日常进餐时间、次数、能否自己进餐、有无食物过敏、饮