

全国医学院校高职高专系列教材

社区护理学

主编 谢日华 张琳琳



北京大学医学出版社



全国医学院校高职高专系列教材

社区护理学

主 编 谢日华 张琳琳

副主编 郑 弘 吕雨梅

编 者 (以姓氏笔画为序)

王 芸 (新疆医科大学护理学院)

吕雨梅 (哈尔滨医科大学大庆校区)

杨 丽 (常德职业技术学院)

杨小仙 (怀化医学高等专科学校)

杨建洲 (长治医学院)

李喜蓉 (常德职业技术学院)

张 宏 (大庆医学高等专科学校)

张琳琳 (大庆医学高等专科学校)

郑 弘 (怀化医学高等专科学校)

郝 萍 (新疆医科大学护理学院)

黄宜娥 (怀化医学高等专科学校)

谢日华 (怀化医学高等专科学校)

谢海艳 (加拿大渥太华大学留学生)

秘 书 黄宜娥

北京大学医学出版社

SHEQU HULIXUE

图书在版编目 (CIP) 数据

社区护理学/谢日华, 张琳琳主编. —北京:
北京大学医学出版社, 2012. 1

(全国医学院校高职高专系列教材)

ISBN 978-7-5659-0023-5

I. ①社… II. ①谢…②张… III. ①社区—护理学
—高等职业教育—教材 IV. ①R473. 2

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 243499 号

社区护理学

主 编: 谢日华 张琳琳

出版发行: 北京大学医学出版社 (电话: 010-82802230)

地 址: (100191) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

网 址: <http://www.pumpress.com.cn>

E - mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷: 北京地泰德印刷有限公司

经 销: 新华书店

责任编辑: 陈 碧 **责任校对:** 金彤文 **责任印制:** 苗 旺

开 本: 787mm×1092mm 1/16 **印张:** 10.75 **字数:** 274 千字

版 次: 2012 年 1 月第 1 版 2012 年 1 月第 1 次印刷

书 号: ISBN 978-7-5659-0023-5

定 价: 19.50 元

版权所有, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

全国医学院校高职高专系列教材编审委员会

组成名单

主任委员：王德炳

学术顾问：程伯基

第一副主任委员

陈涤民 怀化医学高等专科学校 校长

副主任委员（以姓氏笔画为序）

匡奕珍 山东万杰医学院 院长

杨文明 常德职业技术学院 院长

何旭辉 大庆医学高等专科学校 校长

姚军汉 张掖医学高等专科学校 校长

秦海洸 柳州医学高等专科学校 副校长

高炳英 青海卫生职业技术学院 党委书记

雷巍娥 湖南环境生物职业技术学院 副院长

秘书长 李晓阳 怀化医学高等专科学校 副校长

委员（以姓氏笔画为序）

马红茹	马晓健	王化修	王晓臣	王喜梅	王嗣雷	邓 瑞	邓开玉
艾晓清	叶 玲	申小青	田小英	付林海	冯丽华	冯燕俊	吕 冬
向开祥	向秋玲	邬贤斌	庄景凡	刘一丁	刘兴国	刘金宝	刘振华
许健瑞	阳 晓	李 兵	李争鸣	李金成	李钟峰	李淑文	李雪兰
李新才	李豫青	杨立明	杨新忠	吴 艳	吴水盛	吴和平	吴德诚
宋 博	宋国华	张 申	张 萍	张 慧	张 薇	张玉兰	张振荣
张跃新	张琳琳	陆 春	陆 涛	陈小红	陈良富	陈建中	易德保
岳新荣	周 毅	周旺红	周德华	郑丽忠	赵亚珍	郝晓鸣	柳 洁
段于峰	饶利兵	姜海鸥	姚本丽	贺 伟	耿 磊	聂景蓉	桂 芳
徐凤生	郭 毅	陶 莉	黄建林	黄雪霜	曹庆旭	曹述铁	阎希青
彭 湃	彭 鹏	彭艾莉	董占奎	蒋乐龙	曾孟兰	谢日华	蓝琼丽
蒲泉州	鲍缙夕	蔡岳华	谭占国	熊正南	戴肖松		

序

医药卫生类高职高专教育是我国高等医学教育体系的重要组成部分。目前我国正在积极推进医药卫生体制改革，力争用几年时间基本建成覆盖全国城乡的基本医疗卫生制度，初步实现人人享有基本医疗卫生服务的目标。因此，对基层卫生服务人才的需求在大量增加，同时对其素质要求也在提高。卫生部针对基层人才严重缺乏的问题，指出当前和今后一段时间内还需要培养高等专科水平的医学人才，充实基层卫生服务技术人才队伍。

在新一轮医药卫生体制改革逐步推进的大背景下，为配合教育部“十二五”国家级规划教材建设，中国高等教育学会医学教育专业委员会与北京大学医学出版社共同发起成立全国医学院校高职高专系列教材编审委员会，组织二十余所医学院校启动了全国医学院校高职高专系列教材的编写、出版工作。本系列教材包括4个子系列，即基础课程（14种）、临床专业课程（10种）、全科医学专业课程（5种）和护理专业课程（11种），有些教材还编写了配套实验指导与学习指导。

这套教材编写的指导思想是：符合人才培养规律，体现教学改革成果，确保教材质量。各教材在编写中把握了以下原则：①根据专业培养目标、就业需要及本课程在教学计划中的地位、作用和规定学时数确定编写大纲及内容的深度、广度、重点和字数。②着重于基础理论、基本知识和基本技能的叙述。基础课教材要体现专业特色，要为专业课服务。③保证内容的科学性、启发性、逻辑性、先进性和适用性。应做到概念清楚，定义准确，理论有据，名词术语准确统一；启发学生理解、分析问题，有利于提高学生的学习兴趣和培养他们的钻研探索精神。④恰当处理相关课程内容之间的交叉与衔接，以避免知识点的不必要重复。⑤内容涵盖执业助理医师或护士执业资格考试最新版考试大纲的要求，以利于学生应考和就业。

这套教材的编写、出版和使用，离不开二十余所医学院校领导和教务部门的支持，凝聚了各教材编写组老师们的辛勤劳动和汗水。这套教材的出版时值国家“十二五”规划开局之年，我们会积极努力申报，争取有更多教材入选“十二五”国家级规划教材，为医药卫生类高职高专教育的改革和发展贡献力量！

王德炳

2010年12月

前 言

随着社会经济的快速发展、生活水平的不断提高、疾病谱的改变和老龄化社会的提前到来,人们对健康保健的需求也日益增加。为使人类健康与社会协调发展,满足人民群众对健康保健的需求,必须尽快发展社区护理和培养社区护理人才。社区护理是社区卫生服务的重要组成部分,承担着预防、保健、健康教育、康复护理等工作。优质的社区护理服务取决于优秀的社区护理人才,而优秀的社区护理人才培养在于优质的社区护理教材建设。于是,我们参照美国和加拿大最新版本的社区护理教材编写了这本教科书,以供全日制高职高专社区护理专业和普通护理专业的学生、社区护理工作者和社区卫生服务工作者使用。

本教材结合国内外社区护理的现状,以流行病学方法和护理程序为主线,以个体、家庭、社区和人群为对象,指导社区护士应如何开展社区保健护理和实施三级预防,以实现满足社区居民健康需求和促进人群健康的目标。

本教材共分为9章,主要包括社区护理模式、社区护理的工作方法、社区特殊人群的健康保健、特殊环境中的人群健康保健、社区人群的健康问题。编写内容力求创新、实用、全面。我们增加了社区护理维度模式、干预轮模式、护理个案管理、社区成年男性的健康保健、吸毒和社会暴力等内容。各章节附有相应的案例分析,利于提高学生找出问题、分析问题、解决问题的能力,提高学生的评判性思维和知识整合能力。此外本书附有14个附录,可以用于健康评估和干预指导工具,进一步丰富和完善了本教材。本书参考学时38,其中理论课30学时,实践课8学时。

在本教材编写过程中,我们得到了各位编者所在院校的大力支持,得到了加拿大渥太华大学文师吾教授和中南大学公共卫生学院谭红专教授的细心指导,在此致以最诚挚的谢意!此外对于全体编委给予我的信任和支持,北京大学医学出版社张彩虹编辑对本教材编写进展的关注和提出的建设性意见,在此一并表示感谢!另外,我还要特别感谢黄宜娥老师,作为本教材的秘书,在教材编写的组织协调和统稿中付出了辛勤的劳动。

由于主编和编者水平有限,教材中难免有错误和疏漏之处,恳请使用本教材的教师、学生和护理界同仁等多提宝贵意见,以便我们今后对本书加以修订和完善。

谢日华

2011年11月

目 录

第一章 绪论	1	四、实施个案管理计划	29
第一节 社区与社区护理	1	五、评价个案管理效果	30
一、社区的概述	1	第四章 流行病学方法及其在社区护理中的应用	32
二、社区护理的概述	2	第一节 常用的流行病学生命统计指标	32
第二节 社区护士的角色与职责	4	一、率和比的概念	32
一、以服务对象为导向的角色	4	二、社区人群健康常用的统计指标	33
二、以传播为导向的角色	5	第二节 常用的流行病学研究方法	35
三、以人群为导向的角色	5	一、观察性研究	35
第三节 社区护理模式	7	二、实验性研究	40
一、社区护理维度模式	7	第三节 流行病学方法在社区护理实践中的应用	41
二、干预轮模式	9	一、疾病与健康状态的社区流行病学监测	41
第四节 社区卫生服务	11	二、病因调查与案例发现	43
一、社区卫生服务的概述	11	三、社区人群健康状况的评估	43
二、我国社区卫生服务体系和管理模式	13	四、社区护理实践和卫生服务的效果评价	43
第二章 健康促进	16	第五章 家庭健康与保健	45
第一节 健康促进与健康促进模式	16	第一节 家庭结构和功能	45
一、健康促进的概述	16	一、家庭结构	45
二、健康促进模式	17	二、家庭功能	46
第二节 健康促进策略与健康促进规划评价	20	第二节 家庭保健护理的理论基础	47
一、健康促进策略	20	一、家庭保健的护理理论	47
二、健康促进规划评价	22	二、家庭保健的社会学理论	48
第三章 护理个案管理	24	第三节 家庭保健护理	50
第一节 护理个案管理的概述	24	一、家庭健康的流行病学	50
一、护理个案管理的定义	24	二、健康评估	52
二、护理个案管理的模式	24	三、护理诊断	52
三、护理个案管理的目标	25	四、护理计划和实施	52
四、护理个案管理者的职责	25	五、保健措施的评价	53
五、护理个案管理的伦理问题	26	第四节 家庭访视	53
六、护理个案管理的优点	26	一、家庭访视的目的、类型和	
第二节 护理个案管理程序	27		
一、个案选择	27		
二、评估个案管理情况	27		
三、制订个案管理计划	28		

内容	53	趋势	84
二、家庭访视的程序	54	二、常见传染性疾病的相关概念	85
三、家庭访视的优点	56	第二节 传染性疾病的预防与保健	87
第六章 社区特殊人群的健康与保健	58	一、传染性疾病的流行病学	87
第一节 社区儿童、青少年的健康与保健	58	二、传染性疾病的控制与社区护理	88
一、儿童、青少年健康的流行病学	58	第九章 社区人群的健康问题	91
二、儿童、青少年的保健与护理	60	第一节 慢性躯体健康问题	91
第二节 社区成年女性的健康与保健	61	一、慢性躯体健康问题的影响	91
一、妇女健康的流行病学	62	二、慢性躯体健康问题的流行病学	92
二、妇女的保健与护理	63	三、慢性躯体健康问题的控制与社区护理	93
第三节 社区成年男性的健康与保健	65	第二节 心理健康问题	95
一、男性健康的流行病学	65	一、心理健康问题的影响	95
二、男性的保健与护理	67	二、心理健康问题的流行病学	96
第四节 社区老年人的健康与保健	68	三、心理健康问题的控制与社区护理	97
一、老年人的健康流行病学	68	第三节 吸毒	98
二、老年人的保健与护理	70	一、毒品的种类	98
第七章 特殊环境中的人群健康与保健	73	二、吸毒的危害	99
第一节 学校卫生保健	73	三、吸毒的流行病学	100
一、健康评估	74	四、吸毒的控制与社区护理	101
二、护理诊断	75	第四节 社会暴力	102
三、护理计划和实施	75	一、社会暴力的发展趋势	103
四、保健措施的评价	76	二、社会暴力的流行病学	103
第二节 职业卫生保健	76	三、社会暴力的控制与社区护理	104
一、健康评估	76	附录 1 健康教育评估与干预指导	108
二、护理诊断	78	附录 2 家庭健康评估与干预指导	111
三、护理计划和实施	78	附录 3 社区儿童、青少年的健康评估与干预指导	114
四、保健措施的评价	79	附录 4 社区成年女性的健康评估与干预指导	118
第三节 灾害护理	79	附录 5 社区成年男性的健康评估与干预指导	121
一、灾害的类型	80	附录 6 社区老年人的健康评估与干预指导	124
二、灾害的分期和分级	80	附录 7 学校卫生健康评估	127
三、灾害与社区护理	81	附录 8 职业卫生健康评估	130
第八章 传染性疾病的社区预防与保健	84	附录 9 灾害评估与计划指导	133
第一节 传染性疾病的概述	84	附录 10 传染性疾病的危险因素评估	
一、传染性疾病的发生及其影响			



量表	137	附录 13 物质滥用的危险因素评估量表 ...	144
附录 11 慢性躯体健康问题的危险 因素评估量表	140	附录 14 家庭暴力的危险因素评估量表 ...	146
附录 12 心理健康问题的危险因素 评估量表	142	参考文献	148
		中英文专业词汇对照索引	154

第一章 绪 论

学习目标

掌握：社区的定义和分类，社区护理的定义、特点和内容。

熟悉：社区的构成要素，社区护士的角色和职责，社区护理模式，社区卫生服务的定义和功能。

了解：社区护理的演变过程，我国社区卫生服务体系。

社区护理学是把护理学和公共卫生学的理论和实践相结合，促进和维护个体、家庭、社区和群体健康的一门学科，是 21 世纪护理学科发展的重要方向。

第一节 社区与社区护理

一、社区的概述

(一) 社区的定义

社区 (community) 由许多家庭、机关和团体组成，是构成社会的基本单位。但目前对社区尚无统一定义，不同学者和组织对社区有不同的解释。德国学者认为：社区是以家庭为基础的历史共同体，是血缘共同体和地域共同体的结合。美国学者将其定义为：社区是以地域为基础的实体，由正式的和非正式的组织、机构和群体等组成，彼此依赖，行使社会功能。我国社会学家费孝通认为：社区是若干社会群体（家族、氏族）或社会组织（机关、团体）聚集在某一地域里所形成的一个生活上相互关联的大集体。1978 年世界卫生组织 (World Health Organization, WHO) 解释：社区是以某种社会组织或团体结合在一起的人群，一个有代表性的社区，其人口在 10 万~30 万之间，面积为 0.5 万~5 万平方千米。

现代社会学认为社区有 5 个构成要素：人群、地域、生活服务设施、文化背景及生活方式、生活制度与管理机构。其中人群和地域是构成社区的基本要素，是社区存在的基础；生活服务设施、文化背景及生活方式、生活制度与管理机构是社区人群互相联系的纽带，是社区发展的保障。

(二) 社区的分类

社区分类的方式有很多，根据与社区卫生实践的相关性，可分为地域性社区、共同利益性社区、健康问题解决性社区三类。

1. 地域性社区 (geographic community) 是根据地理界限和行政管理划分的区域，如一个市、区、街、县、乡镇。地域性社区在社区卫生服务实践中有着重要的作用，因为它可以作为一个明确的目标来分析当地的健康需求。例如，根据某一地区某一疾病的发病率和死亡率，扩大评估研究，获得的最终研究结果可作为该地区制订健康方案的基础和依据。此外

在地域性社区中，媒体宣传和健康教育容易接触到目标人群，人们容易聚集起来共同实施某种干预措施和解决社区的一些特殊问题。

2. 共同利益性社区 (common-interest community) 是由有着共同兴趣、利益或者目标，但地域上分散的人群所构成的社区，如中华护理学会、抗癌协会。以健康问题为重点的共同利益性社区可以联合社区卫生机构，共同促进健康议程的实施。实践中许多成功的预防和健康促进措施的例子，如卫生服务的改善、社区在特殊健康问题上的意识增强等，都来自共同利益性社区的努力。

3. 健康问题解决性社区 (community of solution) 是由需解决健康问题的人们聚集起来而构成的社区。这类社区的大小取决于所面临的健康问题的严重程度、受影响的地域范围和解决问题所需要的资源数量。例如水污染可以波及到周边几个区、县、市，为解决这一问题，必须在受影响的区域组织相关机构、专家和工作人员共同商量如何控制水源问题、工业废弃水的排放和处理问题。

二、社区护理的概述

(一) 社区护理的演变

社区护理经历了四个发展阶段：早期家庭护理阶段、地段护理阶段、公共卫生护理阶段和社区卫生护理阶段，详见表 1-1。

1. 早期家庭护理阶段 早在 1859 年前，大多数贫困患者在家中由家庭妇女进行照顾。这些家庭妇女没有接受过任何护理知识和技能的培训，仅仅提供患者一些基本的生活照顾，从而达到减少患者痛苦和促进患者康复的目的。

2. 地段护理阶段 地段护理（又称访视护理）起源于英国。1859 年，英国利物浦慈善家威廉·勒斯朋 (William Rathbon) 因其患病的妻子得到护士玛利·罗宾森 (Mary Robinson) 的居家精心护理后，深感家庭护理之重要。1961 年在南丁格尔的建议和帮助下，勒斯朋在利物浦皇家医院创办了护士培训学校，成立了访视护士服务中心。随着访视服务需求的增加，护士被指派到利物浦市各地段，地段护理由此诞生。随后地段护理在美国得到迅速发展，1885 年纽约州水牛城成立了第一个地段护理协会，至 1890 年，美国共有 21 个地段护理协会。地段护理是对居家贫困患者提供护理，对其家属进行个人卫生、饮食、健康生活习惯和患者照顾指导。从事地段护理的人员大多为志愿者，少数为护士。

3. 公共卫生护理阶段 公共卫生护理起源于美国。20 世纪初，地段护理的服务范围不再局限于贫困患者，而逐步扩大至人民群众的健康和福利。1893 年，美国地段护士丽莲·伍德 (Lillian Wald) 在纽约亨利街成立了护理中心，并在南丁格尔所用的“卫生护理”前冠以“公共 (public)”一词，开创了公共卫生护理的新篇章。1910 年，美国哥伦比亚大学率先开设了公共卫生护理的课程。1912 年，美国成立了第一个公共卫生护理协会，并制订了公共卫生护理服务的原则和标准。公共卫生护理为人民群众提供服务，以家庭为主要护理对象。从事公共卫生护理的人员大多是经过系统培训的公共卫生护士。

4. 社区护理阶段 20 世纪 70 年代后，融医疗、护理和公共卫生于一体的社区卫生服务随之出现。美国护士协会将这种护理称为社区护理，将从事社区护理的护士称为社区护士。1978 年，WHO 对社区护理给予肯定和补充，要求其成为社区居民“可接近、可接受、可负担得起的”卫生服务。从此，社区护理在世界各国迅速发展起来。社区护理的主要对象是社区人群，目的是促进健康和预防疾病。

表 1-1 社区护理的演变过程

阶 段	护理重点	护理对象	服务重点
早期家庭护理 (1859 年以前)	贫困患者	个体	治疗疾病
地段护理 (1860—1900 年)	贫困患者	个体	治疗和开始预防疾病
公共卫生护理 (1900—1970 年)	有需求的公众	家庭	治疗和预防疾病
社区护理 (1970 年至今)	整个社区	人群	健康促进和疾病预防

(二) 社区护理的定义

社区护理 (community nursing) 又称为社区卫生护理或社区保健护理。根据美国公共卫生协会和美国护士协会的定义, 社区护理是综合运用护理学理论和技术、公共卫生学和社会学知识, 以健康为中心、人群为主体, 以促进健康、预防疾病和残障为目标的实践, 是一个综合性的过程, 包括评估人群、识别有健康促进需求或者有疾病危险的群体、制订社区干预计划、实施和评价计划以及根据结果来推动社区卫生服务的实施。2001 年 Nehls 等作者认为社区护理是“提供护理服务来促进整个社区健康的综合性过程”。本教材编者认为社区护理是把护理学和公共卫生学的理论和实践相结合, 系统地运用护理程序和流行病学程序及其他程序, 借助有组织的社会力量, 促进人群健康和预防疾病的过程。

(三) 社区护理的特点

1. 以人群为主体 (population-focused) 社区护理的重要特征是以人群为主体, 关心人群的健康状况及其环境。这里所说的人群可以是整个社区的老年人群, 也可以是分散的、有着共同特征的人群, 如心脏疾病高危人群, 还可以是居住在一个街坊、区、县、市的人群。由于以人群为主体, 首先社区护士要在社区环境中考虑实际问题。例如某社区甲型肝炎暴发, 社区护士应该与当地卫生部门、政府机构等合作, 探讨如何切断传播途径, 找出可能的传染源和预防复发措施。其次, 社区护士要善于发现社区中存在共同健康需求的人群。例如肥胖儿童有患 2 型糖尿病的风险, 则可以考虑在该社区举办儿童饮食和运动等方面的健康教育。最后, 社区护士需要不断探讨影响社区人群健康的环境因素和提高环境质量的解决办法。

2. 以健康为中心 (orientation to health) 社区护理的最终目标是促进和维持群体的健康, 而不是疾病和残障的治疗。尽管社区护士经常帮助服务对象解决现有的健康问题, 但其主要目标是帮助服务对象达到生理、心理、情感、社会完好状态的最佳水平。健康促进内容包括服务对象自身行为的改善和促进健康的社会环境状况的宣传。

3. 自主性 (autonomy) 社区护理的自主性, 或者自我导向性, 具有双重属性。一方面是指服务对象的决策自主性。由于是在家庭或街坊中提供护理服务, 所以服务对象被要求更加主动、积极地参与其自身卫生保健的决策。另一方面是指社区护士具有很大程度的专业自主性。社区护理工作范围广、服务对象繁杂, 因此社区护士往往独自进行各项社区护理实践, 应用流行病学的知识和监测方法发现高危人群, 独立判断社区人群现存和潜在的健康问题。

4. 连续性 (continuity) 连续性是社区护理的重要标志。不论社区护士的工作场所在哪里, 他们与服务对象保持相对持续、长久的关系, 因此社区护士可以评价护理干预的短期效果和长期效果。此外, 社区护士能够提供比急诊护理范围更大的服务和护理。例如当天不能解决的问题可能在下一步护理实践中予以解决和处理, 发生改变的情况可以再次进行评价。

5. 合作性 (collaboration) 社区护理是一项团队工作, 需要个性化和专业化的结合。与服务对象、卫生保健人员、其他专业组织和服务对象之间的合作, 有利于创建有效的社区

护理服务和方案。如果个性化的努力和专业化的方案单独分开,将会导致卫生服务的分散和脱节。在个性化实践中,跨专业合作显得很重要。如社区护士必须让家庭、医生、社会工作者、理疗师和咨询师了解服务对象的健康状况,然后再共同制订计划。特别是对易患人群或者危险区域的人群,跨专业之间的合作显得更为重要。另一方面,与服务对象的合作有利于社区护理目标的实现。社区护士如果把服务对象作为合作伙伴,尊重和信任他们,邀请他们参与影响集体健康的决策,那么服务对象则更容易获得自我护理——促进自身健康的信心和技能。

(四) 社区护理的内容

1. 家庭健康护理 主要是引导、教育家庭在生活方式、卫生习惯、营养、锻炼等方面形成良好的健康行为。

2. 特殊人群的保健和护理 主要包括儿童、老年人、成年女性和成年男性人群的定期检查、家庭访视、居家护理和保健指导。

3. 特殊环境中的人群保健和护理 主要包括学校人群、职业场所人群和灾害区域人群的健康教育和保健。

4. 社区人群的健康问题与护理 主要包括传染性疾病的预防和控制、慢性疾病和精神卫生的保健和护理、吸毒和暴力的预防和控制。

第二节 社区护士的角色与职责

在社区护理实践中,社区护士承担多种角色和履行多种职责,主要分为三类:以服务对象为导向的角色、以传播为导向的角色、以人群为导向的角色。

一、以服务对象为导向的角色

以服务对象为导向的角色是指直接提供个体、家庭、甚至群体的各种服务的角色,包括照顾者、教育者、咨询者、转诊资源、角色榜样和个案管理者。

(一) 照顾者

照顾者(caregiver)是社区护士的基本角色。作为照顾者,社区护士应灵活运用流行病学原理和护理程序为个体、家庭、社区各层次的服务对象提供生理、心理、社会文化、情感等方面的照顾。照顾者的职责包括评估服务对象的健康状况、确定护理诊断、制订护理计划、实施护理干预、评价护理效果和修订护理计划。

(二) 教育者

教育是促使学习者采取积极健康行为的过程。作为教育者(educator),社区护士应为个体、家庭、社区及其他人员提供相关的健康信息和知识,从而使他们在自身的健康问题上做出知情决策。社区护士的教育职责包括评估教育的需求和学习动机、提供和介绍健康相关的信息、评价健康教育的效果、承担本专业的指导工作如实习护生的带教。

(三) 咨询者

咨询是帮助服务对象选择解决健康问题的可行性方法的过程。作为咨询者(counselor),社区护士必须向服务对象说明解决问题的过程及实施步骤。社区护士的咨询职责包括帮助服务对象确定需要解决的问题、协助服务对象找到解决问题的方法、制订标准、选择最佳的解决方法和实施、评价。



(四) 转诊资源

转诊是把服务对象直接转送到其他能够满足其需求的资源的过程。转诊资源 (referral resource) 是指满足服务对象需求资源的服务机构、信息资源机构、设备或物质机构。转诊是社区护士的重要职责之一, 社区护士有责任满足服务对象的需求和指导患者如何获取资源。社区护士的转诊职责包括获取社区资源信息、确定转诊的必要性、制订或实施转诊计划和随访转诊。

(五) 角色榜样

角色榜样 (role model) 是指值得他人模仿的行为。社区护士通过自身行为来影响与其密切接触的人群的行为。例如, 社区护士沉着冷静地处理危机情况, 则为服务对象树立了榜样。社区护士的行为不仅影响服务对象的健康相关行为, 而且影响其他卫生服务专业人员和护理专业的实习学生。例如社区护士的服务方式、语言沟通能力和专业能力对实习护士的服务态度和专业发展有着一定的影响。

(六) 个案管理者

个案管理者 (case manager) 是指卫生专业人员为满足服务对象的需求, 协调和指导卫生服务的选择和使用, 从而实现资源使用的最大化, 服务费用的最小化。个案管理的目的是: 确定高危人群和潜在高费用人群、利用现有的服务资源和人力资源做出恰当选择、控制费用、整合卫生服务以获得最佳效益。具体详见第三章。作为个案管理者, 社区护士的职责包括确定个案管理的需要、评估服务对象的健康需求、制订满足需求的护理计划、监督其他服务措施和评价护理效果。

二、以传播为导向的角色

以传播为导向的角色是指加强卫生服务传播体系的执行, 产生更好的服务效果的角色, 包括协调者、合作者和联络者。

(一) 协调者

协调是整合和组织各种服务, 使其以最有效的方式来满足服务对象需求的过程。作为协调者 (coordinator), 社区护士的职责包括决定由谁为患者提供服务、明确服务项目在哪个环节容易产生重复或者脱节、与其他服务提供者沟通和交流服务对象的现状和需求、组织个案讨论、协助服务网络的开发。

(二) 合作者

合作是双方或多方共同决定某项活动或工作的过程。一个成功的社区健康计划需要多个部门的共同合作。合作可以确保提供服务效果的一致性、无重复和脱节现象。社区护士必须与服务对象、专业和非专业人士共同合作。作为合作者 (collaborator), 社区护士的职责包括与其他卫生机构人员沟通、参与共同决策、实施行动和评价。

(三) 联络者

联络者 (liaison) 具备协调者、转诊者、倡导者的特点。通过社区护士的联络, 患者可与社区卫生服务机构保持持续而长久的联系。在转诊过程中, 社区护士是服务对象与卫生机构联系的桥梁, 是社区居民和政策决策者之间的联络员。

三、以人群为导向的角色

以人群为导向的角色要求社区护士通过改变影响健康的社会和环境因素, 实现促进、维

持和恢复整个群体健康的目标。以人群为导向的角色包括案例发现者、领导者、变革代理人、社区动员者、联盟建设者、政策宣传者、社会营销者和研究者。

(一) 案例发现者 (case finder)

案例发现是社区护士的基本职责,是防止传染病在人群密集区流行的重要措施,也是监测群体或社区健康状况的一种方式。案例发现是针对个体情况进行分析,但其主要目的是评估和促进群体的健康水平。由于与服务对象保持长期而密切的联系,社区护士有机会发现服务对象的健康状况变化和健康问题的先兆。例如,社区护士对高血压患者进行家庭访视时,可能会发现最近导致大量家庭成员呕吐和腹泻的饮用水源问题。如果把服务对象作为一个整体(个体、家庭、人群),社区护士则能尽早发现潜在或现存的健康问题,并早期采取干预措施。

(二) 领导者

领导能力是指影响他人行为的能力,是社区护士在实践中必备的技能。社区护士扮演个体、家庭、社区和群体的领导角色,其中个体不仅仅指患者,还包括其他专业卫生人员、非专业人员、政府官员和公众。由于追随者的身份复杂多样,社区护士必须根据具体情况展示其领导风范。作为领导者(leader),社区护士的职责包括确定领导行为的需要、根据具体情况和追随者选择适宜的领导方式、促使追随者采取行动、协调群组成员实施和计划所采取的活动、协助追随者评价行动措施的效果。

(三) 变革代理人

变革代理人(change agent)是指发动改革而带来变化的人。变革代理人通常与领导者融为一体。社区护士系统地计划、实施变革,能够促进人类健康。在为个体、家庭、社区和群体提供卫生服务时,社区护士充当着变革代理人的角色。例如,社区护士可以改变个体、家庭的不良饮食结构,改变学校开展性教育的方法。作为变革代理人,社区护士的职责包括识别变革的需要、引起他人对改革的关注、动员他人进行变革、发动或指导变革。

(四) 社区动员者

社区动员是指社区人群确定一个共同的目标,动用所有资源来实现该目标的过程。其目的是引起大家的关注,特点是全社区人群的参与。社区动员促使群体控制自己的生活方式,同时赋予群体改变影响自身健康的因素的权利。作为社区动员者(community mobilizer),社区护士的职责包括协助社区成员确定所关注的健康问题、参与收集健康问题的相关资料、动员社区成员采取行动、协助社区成员确立目标和采取实现目标的可行性措施、参与社区策略的研究和实施。

(五) 联盟建设者

联盟建设是政治活动中常用的策略,是指为实现某种特定目的,建立临时或永久的个体或群体联盟的过程。建立联盟有利于解决社区问题。作为联盟建设者(coalition builder),社区护士的职责包括确定潜在性联盟成员、阐明联盟间的相互利益、帮助联盟确定目标、协助联盟完善实施指南、参与联盟目标实现的方式选择和措施实施。

(六) 政策宣传者

政策宣传者(policy advocate)是指协助政策颁布或改革影响群体健康的政策的个人或群体。在政策宣传中,社区护士承担的角色包括确定政策形成或改革的需要、制订政策相关目标、分析影响政策现状的因素、确定政策形成的关键人物、协助政策形成、上传及下达政策。



(七) 社会营销者

社会营销是指运用商业营销手段达到社会公益目的。无论从群体健康相关的行为还是政策决策者颁布政策的角度来看,行为改变都是以市场利益交换为原则的,即所有参与者通过交换达到预期目标。例如吸烟者通过戒烟以获得通畅的呼吸。作为社会营销者(social marketer),社区护士的职责包括确定社会行为改变的需要、分析行为动机和影响行为的因素、确定目标人群、制订社会营销策略、协助实施策略方案、评价社会营销策略的效果。

(八) 研究者

研究是指对所观察到的现象进行探索和研究,从而达到理解、解释和最终控制的目的。作为研究者(researcher),社区护士的职责包括批判性回顾研究结果、在实践中运用合理研究结果、确定可研究性问题、设计和实施护理研究、收集资料和分析数据、公布研究结果。

第三节 社区护理模式

社区护士在实践中通常运用到流行病学模式和护理模式。流行病学模式提供探讨影响人群健康和病因的方法,护理模式则提供促进和恢复健康的干预措施。常用的护理模式包括普通护理模式和社区护理模式,而社区护理模式中最常用的有社区护理维度模式和干预轮模式。

一、社区护理维度模式

社区护理维度模式包括健康维度、健康保健维度和护理维度。健康维度主要是指导护士如何评估个体、家庭或者人群的健康状况;健康保健维度和护理维度主要是指导护士如何实施护理干预。

(一) 健康维度

健康维度(dimension of health)包括生物维度、心理维度、物理环境维度、社会文化维度、行为维度和保健体系维度。

1. 生物维度(biophysical dimension) 与人类生物学相关的健康影响因素有年龄、发育水平、基因遗传和生理功能。年龄影响个体对疾病的易感性。基因遗传如血友病、镰状细胞贫血等往往与性别或者种族更相关。与生理功能相关的因素往往影响个体潜在和现存的健康问题,例如肥胖可导致心脏病、糖尿病。

2. 心理维度(psychological dimension) 包括内、外心理环境的健康效果。内心理环境中,抑郁和低自尊导致健康问题的发生,如自杀、吸毒、家庭暴力。外心理环境中,社会支持及压力与健康问题相关,例如危机中,有大量情感支持的人很少企图自杀。

3. 物理环境维度(physical environmental dimension) 影响健康的物理环境因素有天气、土壤成分、温度、湿度、光热、辐射、污染和噪声等。社区护士运用此维度评估整体人群和个体。例如就人群而言,质量差的高速公路将会增加交通事故的发生;就个体而言,光线不足将会增加老年人摔跤的危险。

4. 社会文化维度(sociocultural dimension) 社会文化维度中影响健康的因素有社会结构要素(就业、经济、政治、伦理、法律)、社会准则、行为模式和对待特殊健康问题(获得性免疫缺陷综合征、精神疾患)的态度。关于健康行为的一些社会措施也属于此范畴,例如严禁酒后驾车。此外,媒体对各种健康或者不健康行为的报道是社会文化维度影响疾病和健康的另一种方式。

5. 行为维度 (behavioral dimension) 行为因素通常指在预防疾病和促进健康时容易改变的因素。与健康相关的行为有膳食结构、娱乐、运动、性生活以及防护措施的使用。例如,饮食习惯可以增强或削弱健康;娱乐活动促进身心健康或增加健康风险;性生活增加受孕、性疾病传播的风险;不系安全带增加严重意外伤害的潜在危险。

6. 保健体系维度 (health system dimension) 卫生保健服务的组织结构及其可用性、可及性、可承受性、适宜性、充分性、可接受性、使用性均影响个体或者群体的健康。可用性是指社区中的卫生服务类型和数量;可及性是指服务对象获取这些服务设施的能力;可承受性是指服务对象支付服务费用的能力;适宜性是指卫生服务体系满足其服务对象需求和要求的能力;充分性是指卫生服务体系满足需求的服务数量和质量;可接受性是指提供的服务与目标人群的期望值和信念的一致性;使用性是指人群中各成员实际上能利用的卫生服务的范围和程度。

卫生服务的高额费用限制了许多个体使用这些服务的能力,服务的持续性影响到个体和群体的健康结局。不适当的医疗服务措施导致健康问题,例如抗生素的滥用引起耐药菌株的产生,输血与西尼罗河病毒的传播有关。

(二) 健康保健维度

健康保健维度 (dimension of health care) 来源于公共卫生的预防层次概念,包括一级预防、二级预防和三级预防。

1. 一级预防 (primary prevention) 是指健康问题发生之前所采取的措施,包括健康促进和健康维护。健康促进集中于个体、家庭、人群的健康,而健康维护主要针对特殊问题的发生,例如免疫接种作为某种感染性疾病的保护措施。

2. 二级预防 (secondary prevention) 是对现有健康问题的早期筛查、早期诊断和早期治疗。社区护理实践的重点是解决健康问题和预防严重后果的发生,如肥胖患者的减肥运动。

3. 三级预防 (tertiary prevention) 是让服务对象(个体或者人群)恢复到最佳功能状态,防止健康进一步恶化。社区护理实践的重点是防止问题复发。例如骨折后的运动和锻炼,主要用来预防肌肉萎缩和挛缩。

(三) 护理维度

护理维度 (dimension of nursing) 包括认知维度、人际关系维度、伦理维度、技能维度、程序维度和反思维度。

1. 认知维度 (cognitive dimension) 是指护士识别服务对象的健康需求、计划和实施措施所必备的护理知识,其中还包括其他学科如流行病学、公共卫生学和社会学的一些知识。

2. 人际关系维度 (interpersonal dimension) 包括情感因素和互动技巧。情感因素主要是指影响社区护士与不同人群进行有效实践能力的态度和价值观。互动技巧、与他人有效合作和沟通的能力,是社区护士人际关系维度的另一方面。

3. 伦理维度 (ethical dimension) 是指社区护士按照伦理和道德原则执行任务。在社区护理伦理维度中,社区护士必须制订伦理决策,热情为服务对象的利益而不是为自身利益采取行动。

4. 技能维度 (skills dimension) 包括操作技能和智力技能,常见于护理实践各领域。操作技能有注射能力、体格检查能力等,如预防接种、静脉注射、听力检查和身体评估。智力技能有评判性思维能力、分析数据能力和推理能力即诊断能力。