

探討適合中國國情的社區護理模式

趙秋利

社區護理是指在社區對個人、家庭、社區所進行以增進健康、促進健康、恢復健康為目的的護理工作。我國社區護理起步較晚。從 90 年代正式討論和開展社區護理以來，主要是以大型醫院的地段和居民委員會相結合的形式來開展社區護理工作。通過幾年的實踐和摸索，儘管取得了很多的成績，但社區護理進展仍未追上社會發展的需要。

本文對中國國內社區護理進行分析和考察。其目的是探討我國開展社區護理工作中所存在的問題，在結合先進國家開展社區護理的經驗的基礎上，提供創建適合我國國情的社區護理模式，以供參考。

開展社區護理的必要性

隨著醫療水平的提高和先進醫療診斷儀器的開發使用，使病人得到及時的診斷和治療。醫療衛生情況得到了極大的改善。我國的人均壽命顯著延長，生命質量顯著提高。隨之而來的是慢性病的發病率顯著升高，保健需求也向多樣化趨勢發展。

隨著生活節奏的加快，社會人際關係的複雜化，社會性心理疾病、弱勢群體和邊遠貧困地區的醫療保健問題和環境污染等，也成為了當前不容忽視的問題。到 90 年代，我國相繼出臺了許多有關社區衛生保健等方面的政策。為我國今後社區衛生保健工作的開展打下了良好的基礎。

中國社區護理中存在的問題

進入 90 年代，我國開始重視社區護理，制定許多相關的政策，但是由於尚無具體的規章制度和實施計劃與之相互配套，社區護理的進展依然緩慢，而且沒有在全國的所有城市普及和開展，還有許多需要解決和逐步完善的課題。

從以下六個方面分析我國社區護理中存在的問題和其產生的原因。

1. 社區護理組織體系不健全

我國城市目前存在的社區護理體制有 3 種類型(鍾華蓀,2001)，有社區衛生服務站、社區服務中心和初級衛生保健站。工作人員是以醫生、護

士、居委會人員、退休人員及志願者等組成。

在社區護理實踐中，民眾都覺得社區護理組織機構的系統管理體制不健全。認為社區護理服務是醫院護理的延續，以醫療和預防為主，主要提供疾病康復護理服務，生存型護理服務，但是不能提供足夠的健康型、發展型社區護理服務(鍾華蓀,2001)。而且亦很少開展為健康人群提供相應的增進健康和促進健康的護理服務。有部分城市社區護理還遠遠沒有得到普及(郭清,2000)。因此，如何在城市地區形成系統的、合理的、切實可行的社區衛生服務機構是社區護理所面對的重要課題之一。

2. 社區護理經費來源受到限制

我國的醫療保險中沒有社區護理專案。也就是說社區的居民不能用醫療保險來支付社區護理費用。與此同時，社區護理的收費沒有統一標準，這些情況導致其利用率下降。社區護理經費由何而來、如何籌措、何種經費使用方式能有效確保社區護理工作的順利開展和健康運行也是社區護理面臨的重要課題。

3. 醫院護理和社區護理脫節

目前，社區護理工作開展最多的是恢復疾病方面的護理，許多社區護理工作者感到住院期間的護理和出院後的護理缺乏連續性(武英,2000)。這是因為社區的居民患病時，不一定住在管轄該社區的醫院，因此出院回家後，該社區的護士不瞭解住院期間的病情、治療情況及在院期間存在的護理問題，缺乏連續性護理。

4. 社區護理人員少且素質不高

在美國，註冊護士中有 33.5% 是進行社區護理的護士(段燕,2001)。在德國，有約 50.0% 的護士開展社區護理工作(劉則揚,2002)。在我國廣東等處的經濟比較發達、開展社區護理較好的城市裏，一個社區服務站設 1~3 名護士，負責 3000~5000 名居民的健康工作(崔雪華,2000)。醫護之比為 1.3:1。主管護師:護師:護士為 1:3:2(王燕等,2000)。這與國外先進國家之間仍存在差距，經濟落後的地區的差距之大可想而知。這是一個不容回避的問題。而且社區護士的年齡偏高，平均為 40 歲(馮正儀,2002)。由於我國在 1994 年以後才增加社區護理課程，所以目前社區的護士大多數沒有

系統的學習社區護理知識，致使全方位開展社區護理工作存在一定的難度。

5. 社區衛生保健工作者的工作職責界限不清

先進國家醫護比例相差懸殊，因此預防和保健等工作多數由社區護士來承擔，社區護士有很大的發展空間。

目前我國的社區衛生保健人員是由全科醫生、社區護士和家政服務員組成的，職責劃分不清。醫護比例為 1.3:1，社區的家庭訪視工作也多數由醫生來完成。全科醫師的大綱和教材內容有許多與社區護理重複，令社區護士可以發揮的空間少之又少。

沈寧(1995)曾指出：“據世界銀行在其1993年世界發展狀況中指出：雖然基本的臨床治療和併發症的處理，是需要醫生的指導和監督，但是大部分的初級衛生保健工作應當由護士承擔，”。這意味著護士承擔初級衛生保健工作是世界發展的潮流。馮正儀(2002)指出：“不能把社區護理定位在護士從醫院到社區的‘搬家’，僅是執行醫囑，實施上門靜脈輸液等護理操作。社區護士經培訓後是能夠承擔預防保健等慢性病管理工作的，能從單純的上門護理向群體的疾病預防和健康促進擴展”。這說明社區護理者已意識到這一點。因此確立社區護理服務中社區護士的主導地位，劃分社區護理工作中醫生和社區護士的工作範圍和各自的職責勢在必行。

建立適合中國特色的社區護理模式的建議

為了與世界接軌，加速中國社區護理的健全與發展，提出建立適合中國特色的社區護理模式方案。

1. 將現有保健機構優化組合形成《衛生保健服務中心》

從各國的社區護理發展史來看，社區護理隸屬的組織機構並不是從一開始就有規劃，然後按其規劃而形成的。其組織機構的設置取決於各國的醫學、預防醫學、保健學、護理學的起源和發展。是隨著其社會經濟的發展，人民對健康的需求的增加，按其市場經濟和社會福利統籌的發展而逐步形成的。因此，各國社區護理隸屬機構各有差異，形式多樣。在多數發達國家，社區護理工作內容不僅包括居家護理、健康教育、健康普查、心理諮詢、社區健康干預等，同時還把社區環境、食品衛生等相當於我國衛生防疫站從事的工作和社區居民健康福利等由地區政府負責的工作也納入社區護理工作

中，由此形成社區護理的系統化管理。

我國社區護理起步較晚，建國後，以衛生防疫站、婦幼保健站、牙病防治所、眼病防治所、地方病研究所、地段保健、以及三級醫療網的形式對人民進行預防疾病和健康保健等方面的工作，並且做出了很大的貢獻。筆者認為應充分利用現有的保健機構，增設社區護理內容，重新優化組合，形成新的適應中國衛生保健需要的組織機構。建議將其命名為《衛生保健服務中心》。《衛生保健服務中心》是在衛生部，各省的衛生廳及各市的衛生局的領導下的，以社區衛生保健為中心的衛生組織機構。此機構合併衛生防疫站、婦幼保健院、牙病防治所、眼病防治所等、新增設社區護理內容(社區健康，老人保健及護理，精神障礙者和殘疾者的保健及護理，成人健康促進和健康恢復等)，並對這些機構進行優化組合，實行統籌管理。其優點是能有效利用物資資源和人力資源，由於現有保健機構分佈於全國各省市，因此容易普及。在《衛生保健服務中心》，利用原有的地點、房屋和設備、衛生技術人員，使衛生保健各職能可達到有效協調、系統分配和管理。與此同時，可使個人護理與增進健康和預防疾病結合起來，成為健全的系統的社區護理體制。這種《衛生保健服務中心》，能為實現佈局合理，功能完善，低成本，高效益，為滿足群眾需求的社區衛生服務體系奠定基礎。

2. 建立社區護理經費籌集制度和護理保險費制度

先進國家的社區護理經費來源一般有以下幾種形式：政府投資，慈善會資助，社區健康衛生機構的集資，個人承擔部分費用，參加醫療保險，護理保險。社區護理總體上分兩部分，其一是社區衛生保健，其二是居家護理。德國從1993年起實行的社區護理經費統籌辦法是由公民將月工資的1.0%至1.7%作為護理保險費支付(劉則揚,2002)；日本規定40歲以上者交納護理保險費(劉則揚,2002)。護理保險費主要用於居家護理。依據先進國家社區護理經費統籌的經驗，結合我國經濟和醫療保健的實際情況，筆者認為我國社區護理經費中社區衛生保健部分應主要以國家投資60.0%，集體補償30.0%，個人負擔10.0%的形式進行統一規劃管理。與此同時，居家護理部分可實行護理保險費制度。

3. 建立出院護理計劃

為了使社區護士瞭解出院病人的疾病、生活、健康等情況以及出院時所存在的護理問題，以便有效、及時、準確地對出院後返回社區的病人進一步

護理和療養，可借鑒國外先進地區的經驗，在醫院對即將出院的患者實施《出院護理計劃》。責任護士在患者出院前，應進行出院的護理總結。總結主要交代患者住院治療和護理的經過，存在的主要護理問題和解決程度。並進行出院護理評估，明確出院時存在的護理問題。患者帶著出院計劃，將其交給社區護士，以保持護理的連續性。

4. 確立適合中國國情的社區護理教育的內容

社區護理人員少且素質不高是阻礙開展社區護理的主要因素，隨著社區護理體制的完善和社區護士職責明確分工，社區護理人員不足的現象會逐漸得到緩解。目前醫學院校和衛生學校的課程設置已增設了社區護理課程，而且《社區護理管理的指導意見》中已明確規定了社區護士須通過地（市）以上衛生行政部門規定的社區護士崗位培訓。因此，社區護士的知識水平會逐步得到提高。

目前的關鍵問題，是社區護理教育的內容要符合我國國情，要與社區護理實踐相一致。但有關增進健康和促進健康的許多專案沒有開展。其原因可能是社區居民的護理需求是以恢復疾病為中心，也可能是社區護理組織機構不健全所致。護理人員缺乏社區護理知識，或是由於全科醫師代替了原本屬於社區護士的工作而使社區護士開展這方面的工作受到限制。要明確社區現存的健康問題。可從以下幾方面進行科學的調查研究，找出因應之道。

4.1 人民對社區護理專案的需求（如：老年慢性病病人的登門基礎護理，預防宣教，社區急救，牙病、眼病的預防保健指導，傳染病、兒童常見病的預防等）。

4.2 有哪些是目前社區普遍存在，但沒有引起居民重視和正確認識的健康問題（如：中年人易忽視晨煉，運動，飲食等健康，把經歷放在工作上，不重視自我保健等）。

4.3 什麼是我國精神保健中存在的主要問題（如：上網青少年的心理疾病，獨生子女的自我中心主義，高考抑鬱症或高考恐怖症，大學生缺乏性教育導致的不健康行為，離婚或分居成人的精神心理問題，父母離異或分居的兒童的心理問題，失業下崗人員的心理問題等）。

與此同時，請有關領導和專家進行充分論證，明確社區護士與全科醫師的工作分工。依據經充分論證

明確我國社區護理服務的需求，確立中國社區護理工作範圍，從而制定相應的社區護理教育大綱和教科書。使社區護理教育與實際需求得到統一。進而確立有中國特色的社區護理模式，指導中國的社區護理。

結論

綜上所述，我國開展社區護理中存在的問題有：社區護理服務機構體制不健全，社區護理經費來源不足，醫院護理和社區護理脫節，社區護理工作者數量少而且素質不高，社區衛生保健工作者的職責分工不明確，社區護理的教育內容與實際進行的社區護理實踐不一致。在結合發達國家社區護理的經驗，創建適合中國國情的社區護理模式應從以下幾方面進行改革：

1. 將現有保健機構優化組合形成《衛生保健服務中心》。
2. 建立社區護理經費籌集制度和護理保險費制度。
3. 建立出院護理計劃。
4. 確立適合中國國情的社區護理教育內容。

參考文獻

- 鍾華蓀(2001).我國社區護理的現狀及發展趨勢.南方護理學報,(10), 5.
- 鍾華蓀(2001).我國社區護理的現狀及發展趨勢 (續).南方護理學報,(12), 1.
- 郭清(2000).社區衛生服務理論與實踐.廣州:暨南大學出版社.
- 武英(2000).開展社區護理存在的問題及對策.實用護理雜誌,16(7), 55-56.
- 段燕(2001).北美社區護理.護士進修雜誌,16(2), 87-88.
- 劉則揚(2002).社區護理供給現狀及社區護理教育的思考.護理學雜誌,17(7), 550-551.
- 崔雪華(2000).對社區護理管理工作的機電意見.南方護理學報,7(5), 37-38.
- 王燕等(2000).社區護理中存在的問題及對策.南方護理學報, (2), 38-39.
- 馮正儀等(2002).上海市社區護理的供需情況及其影響因素調查.護理學雜誌,17(11), 814.
- 沈寧(1995).2000 年護理展望.國外醫學護理學分冊,14(1), 13.