

学校代码: 10285

学 号: 20134231011

苏州大学
SOOCHOW UNIVERSITY

硕士学位论文

(学术学位)



上海市低年资护士护理临床决策能力现状
及影响因素分析

Investigation on ability of clinical decision-making and its influencing factors for
junior nurses in the general hospitals in Shanghai city

研究生姓名	李艳艳
指导教师姓名	陈翠萍
专业名称	护理学
研究方向	护理教育、临床护理
所在院部	苏州大学医学部
论文提交日期	2016年5月

苏州大学学位论文独创性声明

本人郑重声明：所提交的学位论文是本人在导师的指导下，独立进行研究工作所取得的成果。除文中已经注明引用的内容外，本论文不含其他个人或集体已经发表或撰写过的研究成果，也不含为获得苏州大学或其它教育机构的学位证书而使用过的材料。对本文的研究作出重要贡献的个人和集体，均已在文中以明确方式标明。本人承担本声明的法律责任。

论文作者签名： 李艳艳 日期： 2016年4月1日

上海市低年资护士护理临床决策能力现状 及影响因素分析

中文摘要

目的: 探讨低年资护士的护理临床决策能力水平及其影响因素,为护理管理者及教育者探寻科学的临床决策能力培养方案提供理论依据,为进行针对性继续教育提供借鉴。

方法: 本研究主要包括两个部分。第一部分:质性访谈。通过立意抽样访谈上海市某三甲医院 14 名已毕业并在医院工作 ≤ 3 年的临床护士,运用现象学分析法提取与低年资护士护理临床决策能力水平相关的因素;第二部分:横断面调查。采取方便抽样法,调查上海市 4 家二级及以上综合医院 633 名临床低年资护士,通过文献分析、质性访谈确定研究变量和相应的测量工具,包括因变量:护理临床决策能力水平(护理临床决策能力测评工具);预测变量:一般人口学资料(自行设计)、临床决策意识水平(临床决策意识量表)、工作环境状况(护理工作环境量表)、批判性思维能力水平(批判性思维量表)。通过描述性统计、单因素分析、相关性分析、多因素分析,描述低年资护士的护理临床决策能力水平,并探讨其护理临床决策能力的影响因素。

结果: ①低年资护士护理临床决策能力水平现状。护理临床决策能力总分(78.51 ± 10.49),各维度均分为:发现问题能力(22.27 ± 3.84)分、确定目标能力(8.50 ± 1.67)、决断方案能力(26.65 ± 5.25)、实施方案能力(14.27 ± 2.37)和评价反馈能力(6.77 ± 1.29);②低年资护士护理临床决策能力水平的影响因素。单因素分析显示:不同工作年限、科室、医院级别、学历、职称、用工性质、婚姻状况、科室病例讨论、学术活动、月收入的研究对象护理临床决策能力水平间有统计学差异($P < 0.05$);相关性分析显示:决策意识、护理工作环境、批判性思维与护理临床决策能力水平呈显著正相关($P < 0.05$);多元逐步回归分析显示:对因变量贡献(影响)作用的大小依次为批判性思维、职称、用工性质、月收入、科室病例讨论,5 个因素可解释度为 23.1%。

结论：本研究发现低年资护士护理临床决策能力水平总体有待于提高，其中以决断方案能力维度得分最高，实施决策能力维度得分最低，其影响因素包括批判性思维、职称、用工性质、月收入、科室病例讨论。建议护理管理者及教育者应根据其一般资料差异，干预可控因素，弥补培训缺口，增加学科间交流，完善支持系统，增强低年资护士护理临床决策能力，提高护理服务质量，最终保障患者健康与安全。

关键词：低年资护士；护理；临床决策；调查分析

作 者：李艳艳

指导老师：陈翠萍

Investigation on ability of clinical decision-making and its influencing factors for junior nurses in the general hospitals in Shanghai city

Abstract

Objective: To understand the status and influence factor of the clinical decision making ability of Junior nurses, To provide reference for nurse manager and educator find the best training method improving clinical decision making ability, to provide reference for targeted continuing education.

Methods: This study mainly includes two parts. The first part: qualitative interview. purposive sample of 14 junior nurses who have graduated and working in hospital(≤ 3) were interviewed by in-depth interview, With phenomenological analysis, we extracted the relevant factor of clinical decision making ability in junior nurses; The second part: cross-sectional study. a convenience sample of 633 junior nurses were investigated in the general hospitals at the level of grade 2 in Shanghai City, establish Study variables and measure instrument, including the dependent variable :the status of clinical decision making ability (clinical decision making inventory); Predictor variables : demographic questionnaire, working environment (PES)、clinical decision realization (CDMNS)、Critical Thinking Disposition Inventory (CCTDI) Chinese version. With the descriptive statistics, single factor analysis, correlation analysis and multiple regression analysis, analyzed the status and influence factors of clinical decision making ability in junior nurses.

Results: ①the status of clinical decision making in junior nurses. The overall mean score of clinical decision making ability was (78.51 ± 10.49) , the split of each dimension as follows:the ability of finding problems (22.27 ± 3.84) 、 Targeting capacity (8.50 ± 1.67) 、 Decisions program capacity (26.65 ± 5.25) Embodiments capacity (14.27 ± 2.37) and Evaluation feedback capability (6.77 ± 1.29) ;②the influencing factors of clinical decision making ability in junior nurses. Single factor analysis showed: there were significantly

differences in working time、 department、 hospital level、 professional ranks、 degree、 marital status、 employment types、 salary、 academic activities、 relationship between nurses and patients、 whether do nursing work、 departments case reviews; Correlation analysis showed: there was a significantly positive correlation between clinical decision making ability and decision realization、 working environment、 Critical Thinking ($P<0.05$); Multiple regression analysis showed: the influence factors of clinical decision making including Critical Thinking、 professional ranks、 employment types、 salary、 departments case reviews, 5 factors can explain 23.1%.

Conclusion: junior nurse's clinical decision making ability remains to be improved, the scoring rate of decision—programme ability Dimension Wag the highest and that of decision —implement ability dimension the lowest. the influence factors of clinical decision making including Critical Thinking、 professional ranks、 employment types、 salary、 departments case reviews. nursing administrators and educators should focus on different features of junior nurses, intervent the controllable factors, make up for the training gap, Teaching communication skills, enhanced nursing clinical decision-making ability, improve the quality of nursing service.

Key words: junior nurses; nursing; clinical decision; investigation

Written by: Li yanyan

Supervised by: Chen Cuiping

目 录

第一章 前 言.....	1
第一节 研究背景.....	1
第二节 文献回顾.....	2
第三节 研究目的和意义.....	9
第四节 研究内容.....	9
第五节 技术路线图.....	10
第六节 相关概念界定.....	12
第二章 低年资护士护理临床决策能力及其影响因素的质性研究.....	14
第一节 研究方法.....	14
第二节 结果与分析.....	16
第三章 低年资护士护理临床决策能力现状调查分析.....	20
第一节 研究目的.....	20
第二节 研究方法.....	20
第三节 研究结果.....	24
第四章 讨 论.....	35
第一节 研究意义.....	35
第二节 研究设计的科学性及研究结果的可靠性分析.....	35
第三节 上海市低年资护士护理临床决策能力的现状分析.....	36
第四节 上海市低年资护士护理临床决策能力的影响因素分析.....	37
第五章 结 论.....	43
第一节 研究结论.....	43
第二节 研究特色与创新性.....	43
第三节 研究局限性及未来展望.....	44
参考文献.....	45
综 述.....	53
附 录.....	62
攻读学位期间公开发表的论文.....	72
致 谢.....	74

第一章 前言

第一节 研究背景

随着当代社会经济的发展和科技进步,人们更多的注重生命质量保障,进而对医疗护理保健服务需求日益增加,同时,我国医疗卫生事业及现代护理学发展进入新的阶段,护理服务也被赋予新的内涵,护士在社会个体及整个医疗护理战线上的地位及作用日益凸显,表现在护士角色定位上,不仅是一名健康照护者,更是一名优秀的临床决策者;表现在护理服务活动中,以提高护理服务质量、保障患者健康与安全为目标,不仅要求护士操作技术娴熟,更要求其可以准确评估患者病情变化,做出护理诊断,具备较强的专业决策能力,从而为患者实施最有利的护理方案。

2008年,美国高等教育护理学会(AACN)^[1]提出护理临床决策能力是一种关键的临床护理核心能力。2012年首都护理发展论坛^[2]提出,护理管理者的重要任务是人才培养,其中护士的护理临床决策能力培养尤为重要。护理临床决策能力逐渐在国内护理领域引起重视,香港理工大学^[3]最先在博士教育体系中设置“临床决策”课程,随后,四川大学^[4]、第二军医大学^[5]开展临床决策的研究,重视实习护生及新入职护士决策知识的培训。在临床护理实践中,护理工作然按照医疗诊断、治疗进行,但在解决护理问题时,护士应该判断出最佳方案的决策,例如,优先决策、时间管理决策、计划决策等。WHO^[6]统计全球有1900万的护士在选择最有益于患者结局的护理措施前会展开护理判断,并收集整理与患者病情相关的疾病资料,护士临床决策能力的高低对患者疾病愈后有直接影响。Schikotat等^[7]也表示,有效的临床决策不仅对临床护理干预的科学性、效能性有影响,并关系到护理学科发展方向是否具有专业性及独立性,是不断提升临床护理质量效益的根本保证。因此,有效的临床决策是病人健康与安全的重要保障,比如,护理差错、院内感染、术后并发症以及非计划拔管等^[8-10]。

随着医院规模的扩张,护理人力资源不足的现状依然凸显,《中国护理事业发展规划纲要(2010~2015)》^[11]指出,“增加一线护士总量,继续完善床护比例,实现护理人力资源的合理配置,提升护士队伍的整体素质”的观点。这一问题的提出,使大批年轻护士充实到一线工作,有研究^[12-13]表明,目前我国年轻护士占据护士队伍的41.5%,新护士刚踏入临床工作的,最初1~2年是护理职业生涯发展的开端,是新

护士能力塑造的重要阶段，同时也是护理缺陷最发生多的阶段。Kramer M^[14]的研究表明，新护士临床护理工作不能得心应手，多是源于对自身能力怀疑及缺乏足够的知识储备。有研究表明^[15]，有 54%低年资护士（工作年限≤3 年的护士）在临床工作时发生护理缺陷。罗小红等^[16]对所在医院自 2009 年 1 月-2010 年 12 月共发生护理差错及护理不良事件 42 例进行分析，其中低年资护士（护龄≤5 年）发生 35 例，占全院总数的 83.3%，护士护理临床决策能力低下与护理不良事件及护理差错的发生有直接关系。护理临床决策能力是在护理工作运用评判性思维的具体反映，是科学的护理思维方法。因此，医院管理者要想针对现存问题有效的调整改进方案，就要适时的对医院护士护理临床决策能力评估。

第二节 文献回顾

（一）国内外护理临床决策能力研究现状

（1）国外护理临床决策能力现状的相关研究

① 关于护士护理临床决策模式的研究

目前关于护士护理临床决策模式的探索：分析模式^[17]、直觉模式^[18]、认知连续统一模式^[19]。分析模式认为临床决策是一个先假设寻找证据推理的过程。直觉模式认为护士根据从前工作经验，凭直觉做出判断。然而认知连续统一模式认为护士的临床决策根据决策任务不同特点，是分析与直觉的结合体。有学者^[20]对不同国家精神科护士临床决策模式的调查结果显示：芬兰和加拿大的护士多采用分析模式，美国护士多采用直觉决策模式。另外，有研究者^[21]对不同临床领域的护士量性研究结果表明：在临床决策时，公共卫生（防疫站、血站）护士采用分析模式，内外科护士采用直觉模式决策。Ida 等^[22]采用 24 个条目的护理临床决策工具对挪威 2095 名护士进行问卷调查，结果显示：大部分护士表示在决策过程中都采用直觉模式进行决策。

② 护士护理临床决策能力现状的研究

临床护士护理临床决策能力的客观测评是培养有效临床决策能力的前提。澳大利亚学者^[23]采用护理临床决策测评量表（CDMNS）对医院护士进行问卷调查结果显示，护士的护理临床决策能力总体水平偏低，其中，专科护士在信息收集和信
息利用方面得分高于新手护士。Meral 等^[24]为探究急诊科护士在为疼痛病人护理时的临床决策水平，在进行最终决策前，80.7%的护士没有对患者用疼痛工具进行评估，直接根据经

验进行决策。Elizabeth 等^[64]从护士临床决策出发,运用深入访谈法探究急诊护士在导尿管护理时的临床决策能力,在导尿管护理时,不同年资护士对一些问题的看法不同,例如:关于患者是否需要夹闭导尿管时的决定不同,年资高的护士除了生理因素往往会考虑更多的情感社会因素。此外,Al-Hamdan 博士^[25]通过半结构访谈法了解护士在临床决策时的自我感受,多数被访者认为自己在护理决策时没信心,希望有更多的机会参与管理决策,以让自己更有底气对患者进行健康决策。Papathanassoglou 等^[22]研究时发现希腊急重症监护室护士在临床护理行为中,护理决策能力处于中等偏低水平。希腊研究者 Nick^[26]通过对急诊、外科、门诊护士的调查结果表明,不同科室护士临床决策能力比较显示急诊科护士的临床决策能力水平较另外两个科室较高。Nilsson^[27]等采用质性研究法对瑞典的院前急救实习护生深入访谈得出,多数护生表明,他们急需在急救车危机状况发生、患者病情评估、与医生有效协作方面的决策能力。

(2) 国内护理临床决策能力的现状调查

我国最早关于临床决策能力的调查源于第二军医大学护理学院,叶旭春^[76]运用护理临床决策测评工具对江浙沪地区实习护生的调查结果显示,护生临床决策能力总分为(87.28±8.27)分,处于中等偏低水平,其余各特质得分均处于中等水平。2009年,王庆梅等^[28]采用一般资料问卷及临床决策测评问卷对在重庆市5所三级甲等医院实习的护理专业学生253人进行临床决策能力测量,结果显示,临床决策能力总分(81.60±9.85)分,处于偏低水平。2011年,傅玉香等^[29]采用护理临床决策能力测量工具对9所医院已参加工作的216名新护士进行调查,新护士(工作年限≤6个月)临床决策能力总分(89.75±5.74)分,其中确定目标能力平均得分率最高(94.68%),评价反馈能力最低(67.93%)。除外,胡可芹等^[30]运用护理临床决策能力测量工具调查四川省4所大学已实习10-12个月的415名护生,并对调查结果进行分析,临床决策能力总分为(72.86±4.53)分,处于偏低水平。

国外学术界对护理临床决策的研究从不同角度展开,对不同国家护理临床决策模式以及不同科室的护士的临床决策能力进行了调查。国内对护理临床决策能力的研究较少,主要是针对护生及新护士(工作年限<6个月)的护理临床决策能力的调查研究,从结果看出,临床决策能力水平总体处于中等偏低的水平。

(二) 国内外护理临床决策测评工具的研究现状

在临床实践中护士面临各种各样的决策,决策贯穿于护理活动的始终^[31]。尤其是在人力资源不足、倡导医护共同决策模式的情况下,临床护士的临床决策能力水平究竟如何?因此,选择合适的基于能力的客观科学评价工具尤为重要。

(1) 国外护理临床决策评价工具的相关研究

① Gover 的护理行为模拟工具(NPSI)

最初用于测评护士的解决问题能力,共包括 126 个条目,NPSI 由四个临床模拟情景构成,针对不同临床模拟情境设置多个临床决策问题及评分标准,总分为 0~53 分,后来被许多研究者用于测量护理专业学生的解决问题能力和临床决策能力^[32]。

②Jenkins 护理临床决策量表(CDMNS)

此量表由 Jenkins^[33]在 1985 年研制,该工具是一个由 40 道题目组成的调查问卷,22 个条目正向计分,18 个条目反向计分,共包括 1) 寻找信息或新信息,2) 明确目标和价值,3) 寻找可选择的方案,4) 评价或多次评价结果四个维度。每个维度包括 10 个条目,采用“总是”(记 5 分)到“从不”(记 1 分)Liker 五级等分自陈式评分法进行回答,分值范围为 40—200 分,其 Cronbach's α 系数为 0.83,分量表的 Cronbach's α 系数为 0.84-0.92,其主要目的是护生通过自我评价测量对临床决策的感知情况,分数越高,说明决策意识越好。此量表设计结构简单,易于测量,在英国、美国等地被广泛的应用测量护生和护士的护理临床决策能力。随后,我国南方医科大学何敏毅将此量表引入,并跨文化调试,用于测量我国护士的护理临床决策意识。

③Joseph 实际决策工具(JADMI)

该工具于 1988 年由 Joseph^[34]等研制,此量表同样采用等级评分法,共包括 26 个条目,用来测评注册护士的综合决策能力,Cronbach's α 系数为 0.8。用此工具对护士的测评结果显示,内外科护士和急重症护士的护理临床决策水平并无差异。在 1996 年,Catolico 等^[35]用此工具来测评护士的医学理论知识与护理临床决策之间的相关性,并无显著相关。

④Lauri 临床决策测评工具

该工具于 2002 年由 Lauri 等^[36]研制,用来测评护士对临床决策过程中自我认知水平以及护理临床决策方式,它以分析、信息处理和直观决策理论和 Hammond 的认

知续线理论为指导框架，体现了临床决策过程中的四个过程：（1）数据收集；（2）数据处理和问题确认；（3）行动计划和实施；（4）实施。该问卷共 56 个条目，每个阶段 14 个条目，采用 likert 五级评分法，从“1 到 5”分别代表“从不”、“很少”、“有时”、“经常”、“一直如此”。28 个条目可反映出护士分析处理进行决策，另外 28 个条目则是反映出护士直观决策。根据被试者的答案，可以判断出被试者是直观决策还是分析决策，例如“当你第一次和病人沟通时，我会假设产生哪些问题？”当你选择“1”分，则代表是直观决策；你选择“5”分，则代表是分析决策。此量表已用于评估来自于 7 个国家的 1460 名注册护士的临床决策方式及其认知，发现其决策模式都存在分析、分析一直觉、直觉一分析、分析模式，其 Cronbach's α 系数为 0.85-0.91。此后，作者对此问卷进行修订，共 24 个条目，研究把临床决策模型相关的分数界值点重新定义为四分位数，即 25%的反应者属于直觉一解释；25%的反应者属于分析一系统模型；50%的反应者属于准理性行为，共包括四个维度，每个维度 6 个条目。各个条目编号采用奇数项和偶数项，奇数项代表护士在短时间内，遇到突发状况时的决策，偶数项代表护士决策后所采取的行动，评分方式与原量表相同。此量表的研究对象为护士，目前只在挪威一个国家中应用，尚未见到在其他国家中应用，其适用性还要进一步研究。

⑤临床决策方式量表（CDMS）

该量表于 2013 年由 Puschner^[26]等编制，在“自主参与指数^[37]”的基础上进行修订，共包括“CDMS—P（患者）”和“CDMS—S（医务人员）”两个分量表，分别用来测评患者的参与决策主动性以及医务人员在临床工作中的决策水平。共 21 个条目，包括三部分内容：（1）6 个条目表示患者参与决策的自主性；（2）9 个条目代表不同的情景下的决策参与度；（3）最后 6 个条目表示信息收集的愿望。采用 likert5 等级评分法，“0-4”代表“完全不同意-完全同意”第一部分的条目和第三部分的条目的设置结果表明：分数越高，代表渴望参与决策的主动性越强；第二部分条目的分数设置结果表明，分数越高，代表护士在为患者临床护理时，主动的搜集信息做出有益于患者的决定。此工具的信度为 0.70。

⑥护理临床决策焦虑自信量表（NASC—CDM）

该量表于 2011 年由 Krista^[38]等基于社会认知理论的指导下编制，用于测评护理人员（护生、护士）在临床决策过程中的自我认知水平。共包括两个分量表（自信和

焦虑)，27 个条目，包括充分利用资源收集和利用信息、分析整理信息以及行动三个维度。采用 Likert 六级等分自我评分法，“1~6”分别代表“一点也不、、、完全”，焦虑和自信分量表的内部一致性分别为 0.96 和 0.97。该量表条目简单、易于实施，已在美国的相关研究中广泛应用。

（2）国内护理临床决策评价工具的相关研究

我国对护理临床决策能力的研究起步较晚，目前较为广泛应用的是于 2003 年由第二军医大学叶春旭和导师姜安丽教授^[76]编制的问卷，属于模拟情景法测量工具。适用对象为毕业实习结束刚进入工作岗位的护生，问卷包括呼吸系统、消化系统、骨关节及心血管系统 4 个病例，5 个临床情境，通过模拟病例或临床情境测量 5 个维度方面（发现问题能力、确定目标的能力、决断方案能力、实施决策能力、评价反馈能力）的临床决策能力，该问卷总分 125 分，发现问题能力 37 分，确定目标能力 10 分，决断方案能力 42 分，实施决策能力 25 分，评价反馈能力 11 分，此项测评设有标准答案及评分标准。此问卷的复本信度为 0.89，内容效度为 0.9。此后，在我国护生的护理临床决策能力的相关研究中广泛应用。

（三）护士护理临床决策能力影响因素的研究现状

（1）国外护理临床决策能力影响因素的研究现状

国外关于护理临床决策能力影响因素的研究较全面，不仅是决策者自身因素，也包括外在环境客观因素，研究方法多样，包括量性研究及质性研究。

1) 决策者自身因素

① 评判性思维

评判性思维贯穿于护理临床决策的全过程，也是最早研究的因素之一。九十年代初，Bauwens 等^[39]强调发展评判性思维应与临床决策能力联系起来，如何思考、运用、分析、综合和评判知识是做出正确护理决策和判断的基础。2004 年，Jackson^[40]提出在临床推理及临床判断（临床决策）时要运用评判性思维。他认为评判性思维和临床决策存在这样的关系，以评判性思维为中心，根据护理知识和护理经验进行护理临床推理，最后形成临床决策、临床判断及护理方案。2006 年，Muller-Staub 等^[41]同样认为在临床护理工作中评判性思维及决策贯穿于整个护理程序。评判性思维对临床决策的护理诊断、伦理决策过程有影响，要想增强临床决策能力意味着要采取措施在护理诊

断过程中培养护士的评判性思维。

国内学者也就批判性思维问题做了一系列研究。郭秀妍等^[58]研究结果表明：批判性思维能力及子条目评价得分对临床决策能力有影响（ $r=0.13, P<0.05$ ）。胡可芹等^[42]调查发现，评判性思维与临床决策能力总分、确定目标、决断方案、实施决策呈显著正相关（ $P<0.01\sim 0.05$ ）。

②自我认知

Yesim 等^[59]通过对 222 名护生问卷调查研究发现，护生的自我认知与临床决策水平呈正相关关系（ $r=0.182, P<0.05$ ），自我认知程度高的护生，能够深入的看待问题，有利于其发现和解决问题。

③工作经验

20 世纪九十年代初，Thiele 等^[43]通过分析经验和临床决策能力的关系，发现缺少经验的护士在工作时自信心较低，以至于其临床决策的有效性降低。在其他一些相关研究中，研究专家对多种影响因素按其重要性进行排列。Thompson 等^[43]对重症监护室护士临床决策能力影响因素的研究中：经验是最重要的。

有学者^[44]通过对实习护生及成教护士的临床决策能力影响因素调查结果显示，毕业后不同阶段护士比实习护生有更高的护理临床决策能力，这与随着工作年限的增加，有了一定的工作经验，并有运用护理程序意识有关。

④心理因素

自信和焦虑是影响护士在临床决策时重要的影响因素，美国有学者^[37]认为自信和焦虑作为决策过程中的不同变量的中间变量，自信能使护士在运用科学思维解决护理问题时更加得心应手。

⑤元认知能力

何敏毅^[46]通过对低年资成教护士的调查显示，元认知对因变量临床决策能力具有预测影响，决定系数 R^2 为 0.355，原因是元认知是大脑思维的核心部分，有利于其知识、技能的学习，提高其解决问题的能力。

2) 组织因素

①护理教育

护理教育能提高认知技巧和决策能力，Cindra 等^[47]运用教学卡片的形式对护生进行教育，不同的教育方式对临床决策存在一定的影响，被访者认为决策方式、决策水

平依赖于所受教育及教育者的教学方式。

成改平等^[48]通过对陕西省某三级甲等肿瘤专科医院的 89 名临床护士决策能力的调查研究,应用主成分分析法进行因素提取关键因素,结果显示护理教育是影响临床决策能力的重要因素,原因是护士所受的教育背景可为护理工作中遇到的问题提供帮助。

② 社会支持

澳大利亚学者 Merrick 等^[57]通过调查社会支持与护理临床决策能力相关性,结果发现:领导和同事的支持能够增强护士的临床决策能力,原因是社会支持有利于护士在临床决策的过程中发展与患者、医生之间的信任关系。

③ 工作环境

Thompson^[44]在文章中提到,护士在嘈杂的临床环境中收集到的患者信息有所偏离,难以辨别患者关键健康问题。Yang 等^[49]在一个模拟的临床环境中通过对护士的临床决策能力的调查结果显示,护士对于患者健康问题展开的判断展示出高度的自信,在模拟的临床环境中,不仅有充足的医疗设备,而且护士也可以参与患者治疗方案的制定。

通过文献回顾,国外关于护士护理临床决策能力的研究报道涉及多个方面。研究人群:社区健康服务站护士^[50]、院前急救护士^[27]、儿科护士^[51]、急诊科护士^[52]、ICU 护士^[53]等;研究领域:是否使用导尿管的决策认知^[54]、疼痛护理决策的研究^[55]、对临终患者护理中的决策研究^[56]等。现有研究表明:性别、年龄、最高学历^[53]等人口学特征,角色认知、工作动机^[57],自我效能感^[58],批判性思维^[59]等个体自身因素以及护患关系、临床环境^[60]等工作相关性因素是影响护理临床能力的影响因素。然而国内对于护士的护理临床决策能力研究尚处于起步阶段^[61]。只有少数学者意识到了护理临床决策在护士能力成长中的重要性,由于我国对护士护理临床决策能力的研究起步较晚,目前多集中于护生的临床决策能力研究,而随着临床一线护士数量的增加,临床低年资护士的决策能力水平及影响因素皆不明确。国外大量实证研究表明,护理临床决策能力是从培养阶段开始形成,并容易受到年龄、性别、工作年限、环境等的影响,从而进一步影响其临床工作能力^[43]。

基于此,本研究旨在选用适宜的护理临床决策能力测评工具,并借鉴国内外护理人员临床决策能力水平影响因素的研究,结合临床低年资护士(工作年限 ≤ 3 年)的

深入访谈,确定本研究纳入的影响因素的自变量;进而通过横断面调查进一步分析上海市四所二级及以上医院的低年资护士护理临床决策能力的现状及其影响因素,剖析出可控制的影响因素,结合我国护理队伍现状,为提升护士护理临床决策能力拓展理论依据及更广范围的改进平台,以激励护士的工作热情,促进医护共同决策模式的开展,为我国医疗护理事业的健康发展奠定基础。

第三节 研究目的和意义

(一) 研究目的

通过质性访谈了解低年资护士护理临床决策能力水平的具体情况,析出影响其护理临床决策能力的相关因素,一方面结合前期文献分析,确定下一阶段横断面调查中纳入估计影响因素;另一方面通过分析低年资护士临床决策能力现状及相关因素,为制定提升护理临床决策能力水平的干预对策提供一定的参考依据。

(二) 研究意义

1. 理论意义

有助于深入了解上海市低年资护士护理临床决策能力现状及影响因素,丰富其在护理管理上的理论研究,为低年资护士决策能力自我认知、职业规划提供理论依据。

2. 实际意义

有利于剖析低年资护士临床决策能力影响因素中的可控因素,为护理管理者和教育者针对性地提升低年资护士的临床决策能力水平提供一定的实证依据。

第四节 研究内容

本研究在文献分析的基础上确定研究框架,结合定性研究与定量研究探讨低年资护士临床决策能力水平现状及其影响因素。

(一) 低年资护士临床决策能力影响因素的质性研究

临床一线工作的主力军大多是低年资护士,患者病情存在变化快、突发的特点,低年资护士由于工作经验不足,工作时使用护理程序的意识弱,往往存在手忙脚乱的现象,基于此,本研究采用半结构式访谈,对已毕业并在医院工作三年以内的低年资护士深入访谈,通过现象学分析法,结合前期文献分析结果,确定本研究中纳入的影

响护士临床决策能力水平的自变量。

（二）低年资护士临床决策能力现状调查及影响因素调查

采用横断面调查法，对低年资护士护理临床决策能力水平进行问卷调查。通过描述性统计、单因素分析、相关性分析、多因素分析，描述低年资护士护理临床决策能力水平，并全面分析和探讨临床决策能力其水平的影响因素，为护理管理者及教育者探寻出临床决策能力培养的最佳培训方案提供依据。

第五节 技术路线图

本研究的主要研究技术是在前期文献研究基础上，提出研究问题，通过质性研究中的半结构式访谈得到护理临床决策能力影响因素的构成主题，确定下一步横断面调查中纳入估计影响因素，技术路线见图 1。

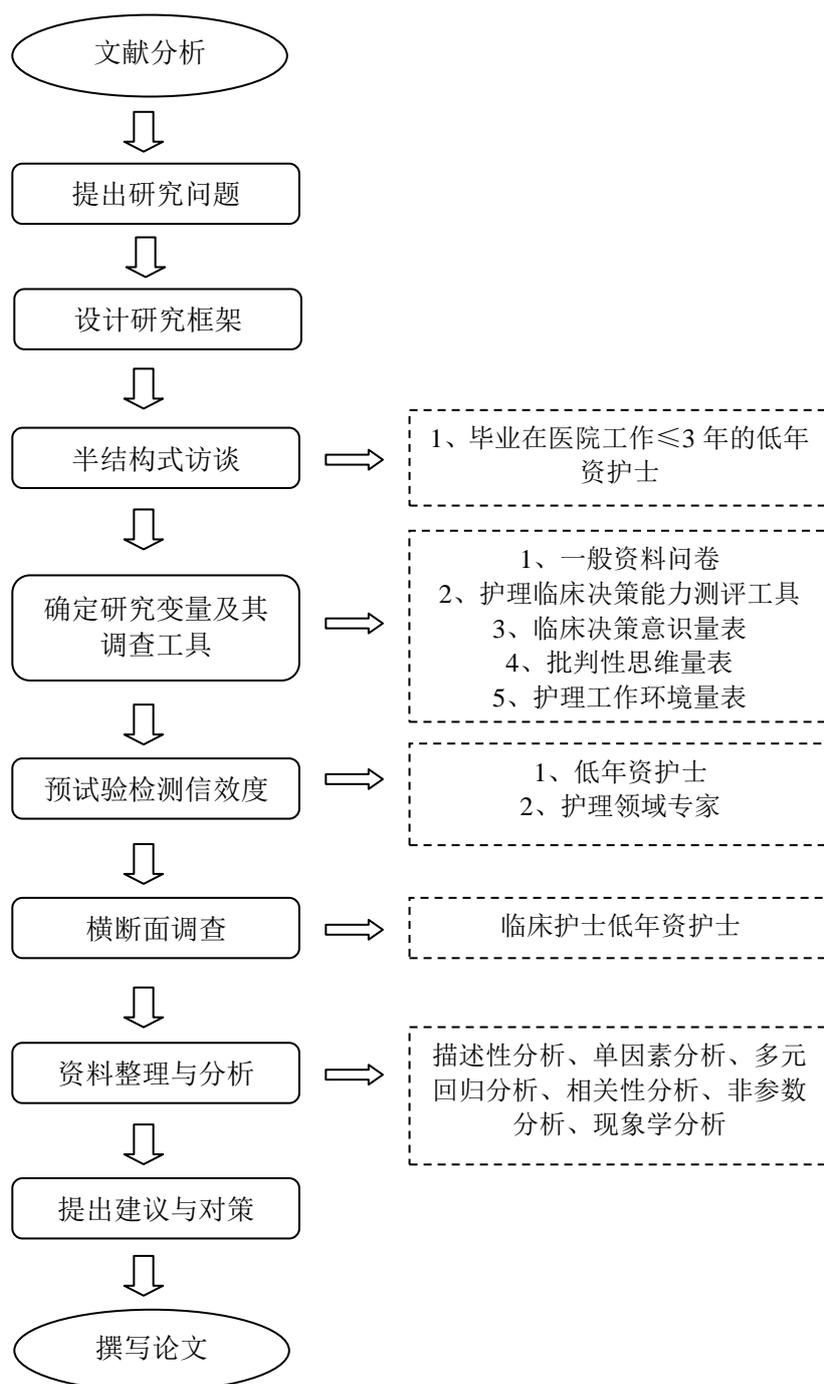


图1 技术路线图

第六节 相关概念界定

（一）决策的概念

自古以来，决策活动就已存在，穿插在生活的始终，大到国家政策方案的制订，小到个人职业方向的选择，都需进行决策。对决策的研究最早起源于管理学范畴，它是多种学科相互融合的理论成果，例如：系统理论、管理学、心理学、决策理论、行为科学、自然科学等。其中决策理论在系统理论的基础上形成，于1947年由美国代表人西蒙（Simon）在《管理决策新科学中》一书中首次提出了管理的决策职能^[62]。而决策活动的科学化于二十世纪初形成，决策学以决策为研究对象，主要研究决策的概念、程序、决策原则、决策方法、决策范畴等等，同是探究其应用规律^[63]；人们对决策理论的研究经历了从理性决策到行为决策，从个体决策到群体决策的历史过程^[64]。

随着人们对决策理论及方法的深入研究，对决策概念的深思也随之而来。决策一词最早语出于《韩非子·孤愤》^[65]：“智者决策於愚人，贤士程行於不肖，则贤智之士羞而人主之论悖矣。”美国决策研究学者黑斯蒂（Hastie, R.）^[66]将决策定义为：“判断与决策是人类（及机器或动物）选择行动的过程，以信念（预期、知识、手段等）和自己的愿望（效用、个人价值、目标、结果等）为前提。”此概念共包括三个部分：（1）多个备选行动方案，实质上决策过程就是选择行动方案的过程，人们从两个或两个以上备选方案中选择，最后确定一个最有利的备选方案作为行动方案；（2）对事件是否会成功以及对取得成功的手段等主观信念，以概率的方式呈现；（3）对每一种备选方案的预期结果、价值进行评价。但是在不同的专业中，决策的内涵各不相同。从心理学的角度讲，决策意为“选择、确定策略”，是一个动态的过程，在这一过程中要求个体运用多种认知能力（记忆、感知觉、思维等），对事物所在状态做出判断与选择^[67]。从管理学的方面讲，决策定义为“决策就是为实现特定目标，根据组织外部环境及内部条件，从确定的若干个备选方案中选择最佳方案付诸实施的管理活动^[68]。”于医生而言，临床决策是指对每一位患者诊治时，临床医生必须对所采取（或不采取）的诊治措施做出决策，尽可能为每位患者选择最安全、经济、有效的诊治方案的过程^[69]。基于不同领域的决策概念，人们进行了一系列的相关研究。

（二）护理临床决策的概念

于 20 世纪 70 年代护理界对决策的研究在文献中开始提及,此时多是研究普通决策、决策和护理程序的关系^[70]。根据护理工作内容的侧重点不同,将护理专业决策划分为护理管理决策、护理临床决策、护理伦理决策^[71]。护理临床决策是护士在临床实践过程中做出的决策,是护理专业决策的重要组成部分,护理临床决策具有决断性和选择性。芬兰学者 Lauri^[72]认为护理决策是一个复杂的过程,包括病情评估、资料收集、实施方案,以使患者利益最大化。美国学者 Jenifer^[73]将护理临床决策定义为“护理决策是一个对患者信息进行搜集、解释、评估,在循证的基础上采取方案行动的连续过程。”Edwards 等^[74]在相关研究基础上,提出了一套比较具体的决策程序,包括确定问题、陈述目标、信息收集、列出目标结果的特征、拟出备选方案、列出限制和提出假设、做出选择、对被选方案的分析、综合、评估、实施、结果检验等。由此看出,护理临床决策是外在行为过程与内在思维过程的结合体。Bérubé等^[75]认为“护理决策是一种选择最佳方案以达到最有利于患者利益目标的批判性思维过程。”我国学者^[76]对护理临床决策的解释是“护士在临床实践过程中,运用评判性思维等思维方法,对面临的现象、情境或问题,根据一定的目标或标准,拟定若干个可供选择的方案,从中做出决断并付诸实施的思维和行为过程。”

（三）护理工作环境

是指一种通过授权使护士拥有更多自主性、对工作的控制权和责任感的工作环境^[84]。

（四）批判性思维

护理学科中的批判性思维是对护理问题的确立及其解决方法有目的、有意义的自我调控判断过程和反思推理过程^[42]。

（五）护理临床决策意识

是一种意识状态,是护士结合理论知识和实践经验对患者的护理做出的判断过程^[45]。

（六）低年资护士

指从护理学校毕业并从事临床护理工作≤3 年的护士^[77]。

第二章 低年资护士护理临床决策能力及其影响因素的 质性研究

第一节 研究方法

1. 文献分析法

(1) 利用 Elsevier/Web of Science(SCI)/Medline/Pubmed/CNKI/万方/维普等数据库对国内外(低年资)护士临床决策能力的相关文献进行检索。关键词: ①低年资/Junior nurse、②护士/Nurse、③决策能力/decision ability, 组合方式①+③/②+③/①+②/①+②+③等。充分了解国内外护士临床决策能力的研究现状。

(2) 采用 Internet 进行检索, 检索方式同第一种。一是登录相关国际组织和研究机构的网站进行检索; 二是采用搜索引擎(Google、百度)进行检索。

2. 质性研究—半结构访谈

(1) 研究对象

2015年1月至3月, 采用目的抽样方法, 选取上海市某三甲医院14名已毕业并在医院工作 ≤ 3 年的临床护士进行深入访谈。纳入标准: ①临床工作年限 ≤ 3 年; ②自愿参加本研究。排除标准: ①拒绝参加本研究; ②外出进修、病假人员; ③有精神疾病者。访谈样本量以受访者的资料重复出现, 并且资料分析尚无新的主题呈现为标准。

(2) 研究工具: 访谈提纲

所谓质性研究, 就是以研究者本人为研究工具、在自然情境下采用多种资料收集方法对社会现象进行整体性探究、使用归纳法分析资料和形成理论、通过与研究对象互动对其行为和意义建构获得解释性理解的一种活动^[78]。

通过前期的文献分析, 研究者已明确了护理临床决策能力对护士能力构成中的重要性, 并析出了影响护理临床决策能力的相关因素, 包括工作经验、学历、职务、环境等。但低年资护士在临床工作进行护理决策时的感受如何? 除了以上客观影响因素外, 还有哪些不可量化的主观因素会影响其临床决策水平? 有何影响? 关于这些主题的研究国内还未见报道。研究者拟通过质性访谈, 从低年资护士的主观体验出发, 剖析她们对以上问题的看法, 自行设计初步形成访谈提纲。在咨询4名临床护理专家和

1 名护理教育专家的意见后根据其建议进行完善与补充, 最终形成正式访谈提纲。问题: ①您认为什么有效的护理临床决策? ②您认为促使您进行有效护理临床决策的原因有哪些? ③您认为阻碍您进行有效护理临床决策的原因有哪些? ④您在护理临床决策过程中的感受是怎样的? 以此提纲作为访谈主线, 访谈过程中视具体情况调整。

(3) 资料收集

访谈前, 向受访者介绍研究意义、目的, 承诺访谈资料绝对保密。取得受访者口头及书面知情同意, 以编码代替姓名, 并对访谈内容录音, 绝对保护其隐私。访谈地点选择氛围轻松、安静的场所, 如教室、医院花园、护士办公室等。项目组成员承担协调者, 确保访谈对象对于访谈问题都能够积极参与, 发表真实的想法和意见, 确保访谈者即能深入讨论又不偏离主题。

在访谈前告知受访者本研究的目的是和方法, 承诺以字母代替其真实姓名(护士一A), 在受访者知情同意的情况下进行访谈, 并进行同步录音及关键信息采用笔记记录。访谈时间为 30~45min。

(4) 资料分析

资料收集与资料分析是统一进行的, 访谈结束后及时将录音转为书面文字, 然后将受访者陈述的内容与录音核对, 有出入的部分与被访者再次核对。在访谈资料分析的过程中采用 Colaizzi^[79]关于现象学资料 7 步分析法: ①仔细阅读所有记录; ②择取有重要意义的陈述; ③编码反复出现的观点; ④将编码后的观点汇集; ⑤写出详细无遗漏的描述; ⑥辨别出相似的观点; ⑦对有疑问的地方, 返回受访者处核实。

(5) 质量控制

在访谈前首先告知研究对象研究目的、研究主题、注意事项和规则及保密原则, 并发放知情同意书, 解释录音的作用, 征得同意后方可录音。在访谈过程中, 研究者不对受访者施加任何提示或干预, 对受访者的任何语言予以尊重, 不加评判。在访谈记录及资料分析时, 应用代码代替姓名, 严格保护受访者的个人隐私。妥善保管录音资料, 必要时删除敏感性材料。最后告知受访者, 研究成果将以什么形式呈现出来, 如何使用这些信息。

访谈者在访谈前有学习了一段时间的质性研究相关知识, 并在临床实习期间了解和接触本研究可能的研究对象, 努力使小组访谈的研究过程有质量保证; 精心准备访谈中的提问, 并注意应用倾听、回应技巧。

第二节 结果与分析

1. 访谈人员信息

包括研究对象的性别、年龄、工作年限、科室、学历和护士能级。14 名工作年限≤3 年的临床低年资护士的一般资料见表 2-1。

表 2-1 工作年限≤3 年的临床低年资护士的一般资料 (n=14)

编号	性别	年龄	工作年限	科室	学历	护士能级
N01	女	21	1 年	肝胆外科	大专	N0
N02	女	23	1 年	妇科	大专	N0
N03	女	23	1 年	肝胆外科	大专	N0
N04	女	23	1 年	产科	大专	N0
N05	女	22	1 年	消化内科	大专	N0
N06	女	25	2 年	肝胆外科	本科	N1
N07	男	24	2 年	肝胆外科	本科	N1
N08	男	25	2 年	急诊	本科	N1
N09	女	26	3 年	胃肠外科	本科	N1
N10	女	28	3 年	胃肠外科	硕士	N1
N11	女	29	3 年	心外 ICU	硕士	N1
N12	女	27	1 年	妇科	本科	N0
N13	女	21	1 年	急诊	专科	N0
N14	女	22	1 年	急诊	专科	N0

2. 低年资护士临床决策能力影响因素的相关主题

(1) 主题一：自身因素

① 护理临床决策意识缺乏。

意识在人类行为中起先导作用，其中护理临床决策理论、方法的掌握是产生临床决策意识的前提。大多数受访者认为虽然决策是护理程序的一部分，但对决策的方式及相关理论知识并不了解。N8 “虽然课本上学习了护理程序相关内容，但是在临床上工作完全不是那么回事，我认为有利患者的决策应该有缜密的思维，我并不了解这是怎样的过程”。N10 “护理决策在临床工作中能够让我有成就感，有利于自身职业发展，护理决策应该是一个过程，在决策前，脑海里要有可实施的方案，而我对这个过程并不熟悉”。N13 “在对患者实施护理时，根据以往的经验积累及专业知识，

都是直接做出决定,形成一种惯性思维,护理决策的概念及其有效的思维方式可能会使我做出最有利于患者健康与安全的决策”。N14“护理临床决策对我来说是陌生的概念,我只是按照医嘱执行我熟悉的方案”。

② 心理应激多,自我效能感低。

由于疾病的多变性、复杂性,工作 1-3 年的低年资护士正处于知识和临床能力结合的磨合期,往往有迷茫、紧张等心理状况的发生^[80]。N1“科室急诊病人多,常规的手术病人管子较多,肠内营养和肠外营养必须分开来,必须不能搞错,精神极度紧张”。N4“在刚刚进入重症科室轮转的时候,一旦接到急诊 120 打来的危重症患者的预报电话时,我都紧张汗毛都要竖起来了,基本不敢自己做决策”。N6“在 ICU,1 例有脑外伤的患者需做深呼吸和用力咳嗽及其它护理治疗,我看到老师们忙得有条不紊,但我什么都插不上手,平时课堂上学的东西瞬间在脑子里消失,理论和实践还是有很大差距的,很茫然”。N10“我觉得从事护理工作还是存在一定风险的,万一我的护理措施对患者造成伤害,该怎么办,更别提根据我的护理诊断进行实施了,很担心”。

(2) 组织因素

① 在职护士培训与临床实际不符,护理继续教育不完善,使护士临床决策能力降低。

以临床实践为基础的专业知识的掌握是低年资护士实际护理能力发挥的前提,也是护理服务质量的保障。有受访者认为理论知识与临床实际病例脱节,继续教育的内容与形式未充分体现教育对象的实际能力、专科特点,未及时根据护理知识新特点及时调整,因材施教,因人而异。N1“在班上我学到的理论知识很多,但是在工作中我不知道怎样将理论知识应用到实践中,实际遇到的病例和我所学习到专业知识有所差异”。N5“疝气手术后患者,理论上讲,术后第二天会有吸收热,不超过 38.5,让患者多喝水,但是,术后第一天患者体温就开始升高,在这种情况下,我不知道患者是术后吸收热还是感染发热,接下来要进行哪些措施”。N9“我现在是在 ICU,ICU 的患者和普通科室有所普通,病人随时面临生命危险,我必须熟悉病人的疾病特点及掌握患者疾病恶化的先兆,可认为我所掌握的理论知识并不能满足临床需求,也没有经过岗位特需能力的培训”。N13“我们在定科之前经过一段时间的轮转,在轮转的科室也接受一些科室培训及病理讨论,但是都是一些常规的护理知识的讲解”。

② 以工作任务为导向的工作模式，使护士的临床思维局限。

临床思维贯穿于决策的全过程，然而科室规章制度，患者维权意识的增强，护士繁重的工作量使她们自发的形成一种以完成任务为导向的工作模式。N12“我们科里太忙了，一个人就要照顾十多个病人，每个病人只推针就有 20 多支，领导规定属于我的班上的工作就全部由我来做，没有时间去更详细的评估，只是履行医嘱以及生命体征的监测。”（2）医生、护士长的支持。受访者认为，医生或者护士长的帮助有利于全身心投入护理工作，N3“在护理患者的过程中遇到的解决不了的问题，其实是医生和护士一起解决的，但是工作方案都不一样，最终都促进了患者的康复，我也知道一种问题，不止一种解决办法。”N14“我们整个科室环境是挺好的，大家相互帮助，年资高的老师会主动给我们将一些知识；若是病人很鼓励，护士长奖励我的话，会让我更积极的。”

（3）工作环境因素

① 护士职业压力大，相应的支持系统缺乏。

有研究[81]表明，护士的职业压力包括护士专业技能压力、管理及人际关系压力。通过本次访谈结果显示，受访者认为不平衡的床护比，医疗设备的“高、精、尖”方向发展，而护士的知识并没有及时更新，工作量安排尚未合理化等。N4“我们科里太忙了，一个人就要照顾十多个病人，每个病人只推针就有 20 多支，领导规定属于我的班上的工作就全部由我来做，没有时间去更详细的评估，只是履行医嘱以及生命体征的监测”。N7“每个科室都有自己的规章制度，领导的管理风格也不尽相同，自己作为一名的新的护理人员，我们科室很注重病人结局，我在实施护理时，对于一些有技术含量的操作，我就特别小心翼翼，生怕出错”。N10“我们科室的环境很好，医生和护士一起解决问题，就算是同一个问题，我就会学习到不同的解决办法，也能拓展思路”。N12“有时我所观察到的疾病病情变化，我会告诉医生或者我的带教老师，但是并没有得到及时的处理，若是他们能根据我的表述，讲解我所遇到问题的一些假设，我认为这样会更好一点”。N13“作为一名新职工，不仅要掌握娴熟的护理操作技术，还要考虑和同事、带教老师、医生处理好关系，这对我的临床护理工作是有好处的”。

② 护患沟通技巧缺乏，影响护士在临床决策时资料的有效收集。

尉小芳等^[82]的调查提示低年资护士缺乏在护患冲突场景下有效的沟通技巧，而有效的护患沟通是收集患者病情信息的主要途径^[83]。多数受访者表达了在护患沟通不能顺利进行时的无助感。N2“不管是对病情的解释还是对资料的收集，患者对我们的话语充满了怀疑，进行个别护理操作时，只有医生在场，才愿意让我们做，非常影响我的工作积极性”。N4“患者对护士的理解参杂了太多的主观性的误解，认为我们只不过打针、发药，不了解作为一名真正的专业人员的真正含义，评估患者时，他们不认真回答，还会说一些特别难听的语言”。N7“对于一些不好沟通的患者，我就选择逃避”。N10“我在急诊工作，工作量很大，还要分析患者的病情，以免发生不可预测的恶化，还要忍受患者的无端指责，我心里实在难过，好想学习一些使用的沟通技巧，以及在和病人沟通时，能得到一些有效的疾病信息并综合评估分析的方法”。

（四）小结

通过对 14 名低年资护士的访谈，发现与低年资护士护理临床决策水平相关的因素包括个人因素、组织因素和环境因素。个人因素包括对临床决策意识、心理应激、自我效能；组织因素包括：护士在职教育、工作模式、医院的工作环境，支持系统、人际关系。其中，个人因素是可以通过护理教育者和管理者的有效干预而有所改变的；而组织因素的改变则涉及到护理管理体制、行业现状、科室制度等多个层面，需要各部门有力合作、衔接才能进行有效干预。因此，本研究将个人因素进一步纳入后续的量性研究中，通过横断面调查，进一步分析护士继续教育相关因素、临床工作环境、批判性思维、护理临床决策意识对低年资护士护理临床决策能力水平的影响，为护理教育者和管理者制定提升护理临床决策能力水平的干预策略提供依据。

第三章 低年资护士护理临床决策能力现状调查分析

第一节 研究目的

- (1) 了解上海市医院临床低年资护士护理临床决策能力水平现状;
- (2) 探讨一般人口学资料, 护理临床决策意识, 批判性思维, 工作环境对临床低年资护士护理临床决策能力的影响。

第二节 研究方法

(一) 研究设计

本研究为横断面调查研究。

(二) 研究对象

2015年7月至2015年10月, 采取方便抽样法, 调查上海市4家二级及以上综合医院633名临床低年资护士。

纳入标准: ① 工作年限 ≤ 3 年 ② 取得护士执业资格证者 ③ 临床一线工作护士 ④ 知情同意, 愿意参与本次调查;

排除标准: ① 有精神疾病者 ② 产假、病假、外出进修护理人员。

样本量的确定: 查阅文献并参考孙振球老师主编的《医学统计学》第二版中多元线性回归方程中样本含量至少应为变量个数的10-20倍。本调查中纳入的自变量数目为17个, 每个变量取10个样本, 同时考虑10%的无效问卷。因此, 本研究所需的最小样本量计算如下:

$N=(17 \times 10) \times (1+10\%)=187$ 例 样本量至少为187例。

为了保证样本量的充足有效, 实际调研过程中, 发放问卷660份, 回收有效问卷633份, 有效回收率95.9%。达到预先设定的样本量要求。

（三）研究工具

1. 一般资料调查问卷

由研究者在文献回顾和专家咨询的基础上自行设计,包括性别、年龄、职称、工作科室、医院级别、月收入、人事关系、婚姻状况、职务人口学资料和护理继续教育相关资料是否参与学术活动、是否参加科室病例讨论 14 项。

2. 护理临床决策能力测评问卷

采用叶旭春等^[44]研发的护理临床决策能力测量工具,适用对象为已实习结束即将进入临床工作的护生。该问卷由 4 个病例、5 个临床情境构成,通过模拟病例或临床情境测量 5 个维度方面的护理临床决策能力,包括:①发现问题能力:通过评估患者资料,准确发现患者的健康问题,并确定主要问题。②确定目标能力。根据问题提出合适的护理目标,筛选、确定主要目标。③决断方案能力。根据目标提出备择方案,全面分析各方案的潜在风险及可能结果,选择最佳方案。④实施决策能力。对决断方案的实施做出合理安排,对方案实施过程中出现的突发情况进行适当处理和有效干预。⑤评价反馈能力。有意识地对决策效果进行适时评估,反思、总结决策中的得失和经验教训。该问卷总分 129 分,发现问题能力 37 分,确定目标能力 14 分,决断方案能力 42 分,实施决策能力 25 分,评价反馈能力 11 分,得分越高表明决策能力越强。总分 ≥ 112 分为优秀,100~111分为良好,75~99分为及格,总分 < 75 分为不合格;平均得分占总分的百分比为平均得分率,此项测评有标准答案及评分标准,属于模拟情境法测量工具。复本信度为 0.89,内容效度为 0.9。

在本研究中,研究者首先与此问卷的量表取得联系,在征得其同意后获得量表。考虑到原量表条目主要针对即将进入临床工作的护生及新护士,考虑到本研究人群为低年资护士,研究者在征得原量表作者同意前提下,请 4 名临床护理专家、1 名护理教育专家对量表条目进行咨询,认为本量表可用于低年资护士护理临床决策能力的调查,并对 30 名低年资护士进行预实验调查,其信度为 0.87。

3. 护理临床决策意识量表 (CDMNS)

该量表由 Jenkins^[64]于 1985 年研制,用于测量护士/生的护理临床决策意识,属于自评式量表。共 40 个条目,采用 1-5 级评分,内部一致性 Cronbach's α 系数 0.83。量表共 40 个项目,有 18 题采用反向记分,总分为 40~200 分,Best and Kahn 将得分

分为 3 个层次, 40.00~93.33 分为临床决策意识偏低, 93.34~146.67 分为临床决策意识中等, 146.68~200 分为临床决策意识较高, 四个维度: (1) 寻找信息或新信息, (2) 明确目标和价值, (3) 寻找可选择的方案, (4) 评价或多次评价结果。2008 年由国内学者何敏毅翻译并进行信效度检验, 效度为 0.90, 信度为 0.78。在本研究预实验中, 其 Cronbach's α 系数为 0.82。

4. 护理工作环境量表(PES)

该量表用于测量护士所处医院护理工作环境的状况, 由宾夕法尼亚大学副教授 Lake^[84]编于 2002 年, 以 Aiken 所修订的护理工作指标修订量表(Nursing Work Index. Revised, NMI. R)为基础, 编制而成的自评量表。该量表共由 5 个维度 31 个条目组成, 分别是: 护士参与医院事务维度(9 个条目); 高质量护理服务的基础维度(10 个条目); 护理管理者能力及领导方式维度(5 个条目); 充足的人力和物力维度(4 个条目); 医护合作维度(3 个条目)。每个条目有 4 个选项, 分别为“完全不同意、不同意、同意、完全同意”计为“1 分、2 分、3 分、4 分”。总分范围为 31~124 分, 得分越高表示护理工作环境越好。此后, 在征得原量表作者 Lake 同意的基础上, 我国学者王丽对量表进行修订, 因子分析时因原条目 7、15、18 最大载荷值 <0.40 被删除, 形成中文版 PES 量表最终版, 共包括 28 个条目。中文版 PES 量表有较高的信效度, 总的 Cronbach's α 系数为 0.91, 分量表的 Cronbach's α 系数在 0.67~0.79 之间, 全量表的内容效度是 0.94。本研究总的 Cronbach's α 系数为 0.94, 各分量表的 Cronbach's α 系数在 0.73~0.86 之间。本研究预实验其 Cronbach's α 系数为 0.93。

5. 批判性思维力量表

被香港理工大学^[85]翻译、修订, 包括 7 个维度, 分别是寻求真相、开放思想、分析能力、系统化能力、批判思维的自信心、求知欲和认知成熟度, 共 70 个项目, 采用 likert6 分制, 从非常赞同到非常不赞同分为 6 个等级, 总分 70~420, 负性条目“1、2、3、4、5、6”赋值, 正性条目反向赋值, 211 分以下表示批判性思维能力较差, 211~279 分表示批判性思维中等, 280~349 分表示具有正性批判性思维, ≥ 350 分说明护生的批判性思维能力较强。总体内容效度为 0.89, 信度为 0.90。在本研究中其 Cronbach's α 系数为 0.89。

(四) 资料收集

在导师的帮助下,与上海市4所医院的护理部主任取得联系,说明本次研究目的和意义,取得院方配合,与院方护理部协商具体资料收集时间,并指派各个医院一名护理部干事作为本研究的研究助理,经培训后,发放给本院符合纳入标准的低年资护士,用统一指导语对调查对象进行说明,调查对象知情同意后,当场收回采用无记名形式独立填写的问卷。研究者逐一仔细检查问卷的填写完整性,如有疑问返回研究对象处核实,发现错误及时改正,有遗漏项目及时填补。若调查对象因没有时间不能或不愿意填补遗漏项目,则作为无效问卷。

(五) 统计学方法

数据经双人统一编码录入,核对无误后采用 SPSS20.0 统计分析软件对数据进行分析。

1. 临床低年资护士的一般人口学资料采取频数、百分比等作描述性统计。
2. 低年资护士的护理临床决策能力及其各维度、临床决策意识、护理工作环境、批判性思维采用均数、标准差进行描述性统计。
3. 对于护理临床决策能力及各维度进行单因素分析时,首先进行数据正态性检验 Shapiro-Wilk 检验和方差齐性检验,满足要求的采用单因素的方差分析(T 检验);对于非正态或方差不齐的数据采用非参数检验(Mann -Whitney U 检验、Kruskal-Wallis H 检验、)。
4. 对临床低年资护士护理临床决策能力、临床决策意识、工作环境、批判性思维进行相关性描述时,对于非正态数据采用 spearman 秩相关分析,正态性数据采用 pearson 相关性检验进行统计分析。
5. 低年资护士护理临床决策能力影响因素分析采用逐步多元线性回归,纳入标准为 0.05,移出标准为 0.10。统计检验显著性水平均以 $p < 0.05$ 表示有统计学意义。

(六) 质量控制

1. 研究设计阶段

- (1) 通过预试验检验问卷的信效度,确定问卷适用于本次研究。
- (2) 考虑到本次调查问卷条目较多,和医院护理部管理人员协商好具体填写时间,并说明此次调查的目的和意义。

2. 实施阶段

调查人员同护理部主任进行仔细交流,并且告知接受调查的护理人员在调查过程中所要注意的相关事项等,并在发放问卷时向被调查者解释说明疑难项目。确保大家对题目能够正确的理解,避免混杂因素。

3. 统计分析阶段

首先对问卷质量进行检查,及时将无效问卷剔除,对有效问卷进行双人登记和编码,录入数据前再次核查数据,并由一名与本次研究无关的人员随意抽取 10 份问卷进行核查,准确率达 100%;并由双人录入数据,核对无误后进行统计学分析。

第三节 研究结果

(一) 描述性统计及相关性分析

1. 一般人口学资料

共调查 633 名护士,包括研究对象的性别、年龄、职称、职务、学历、科室、工作年限、医院级别等 14 项,详见表 3-1。

表 3-1 研究对象的一般人口学资料 (n=633)

项目	人数 (名)	百分比 (%)
性别		
男	34	5.4
女	599	94.6
年龄		
20-24	410	64.8
25-28	223	35.2
工作年限		
0~1 年	190	30.0
1~3 年	320	50.6
满 3 年	123	19.4
医院级别		
三级甲等	423	66.8
三级乙等	75	11.8
二级甲等	135	21.3
学历		
中专	45	7.1
大专	327	51.7
本科	255	40.3
硕士	6	0.9
科室		
内科	249	39.3
外科	175	27.6

	妇产科	30	4.7
	儿科	18	2.8
	手术室	19	3.0
	急诊	63	10.0
	ICU	79	12.5
职称	护士	426	67.2
	护师	207	32.8
人事关系	正式在编	163	
	合同护士	444	25.8
	临时护士	26	70.1
			4.1
婚姻状况	未婚	457	72.2
	已婚	176	27.8
职务	临床护士	611	96.5
	教育护士	22	3.5
科室病例讨论	0次	171	27.0
	一周一次	112	17.7
	一月一次	280	44.2
	三月一次	46	7.3
	半年一次	24	3.8
学术活动	0次	349	55.1
	本地学术活动	232	36.7
	省内学术活动	30	4.7
	全国学术活动	22	3.5
月收入	<2500	272	43
	3000~4999	298	47.1
	5000~6999	57	9
	7000~1万	6	0.9
工作目的	热爱护理专业	205	32.4
	满足父母愿望	64	10.1
	生存需要	364	57.5

2. 低年资护士护理临床决策能力得分

采用描述性统计中的探索性分析发现（见表 3-2）：低年资护士护理临床决策能力得分（78.51 ± 10.49），正态性 Shapiro-Wilk 检验显示 $p < 0.05$ ，表明数据均呈非正态性分布。问卷总分为 125 分，其评判标准为：总分 ≥ 112 分为优秀，100~111 分为良好，75~99 分为及格，总分 < 75 分为不合格，因此，本次研究的低年资护士护理

临床决策能力处于中等偏下水平；各维度得分率从高到低依次为：决断方案能力、评价反馈能力、确定目标能力、发现问题能力、实施方案能力。本次调查对象中，护理临床决策能力得分优秀者仅 1 人，占 0.2%，护理临床决策能力得分良好者 7 人，占 1.1%，护理临床决策能力得分及格者 389 人，占 61.4%，护理临床决策能力得分不合格者 286 人，占 37.2%。

表 3-2 低年资护士护理临床决策能力得分 (n=633)

项目	极小值	极大值	均数±标准差	平均得分率(%)
护理临床决策能力总分	43.50	126.70	78.51±10.49	60.80
发现问题能力	12.00	33.00	22.27±3.84	60.18
确定目标能力	3.00	12.80	8.50±1.67	60.71
决断方案能力	10.00	38.00	26.65±5.25	63.45
实施方案能力	8.00	20.60	14.27±2.37	57.08
评价反馈能力	2.00	11.00	6.77±1.29	61.54

3. 低年资护士临床决策意识得分

采用描述性统计中的探索性分析发现：低年资护士的临床决策意识处于中等水平（见表 3-3）。低年资护士临床决策意识总分为（143.04±14.01），正态性 Shapiro-Wilk 检验显示 $p=0.000$ ， $p<0.05$ ，表明数据呈非正态性分布。依据护理临床决策意识量表的划分标准：40.00~93.33 分为临床决策意识偏低，93.34~146.67 分为临床决策意识中等，146.68~200 分为临床决策意识较高。本次调查对象的临床决策意识都处于中等及以上的水平，临床决策意识中等者 390 名，占 61.5%，临床决策意识较高者 243 人，占 38.4%。临床决策意识及各维度与护理临床决策能力总分及各维度的 spearman 相关情况（见表 3-4）， $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

表 3-3 低年资护士临床决策意识及各维度得分情况 (n=633)

项目	极小值	极大值	均数±标准差
临床决策意识总分	109.00	190.00	143.04±14.01
收集信息	22.00	44.00	30.89±3.80
确定问题目标	20.00	50.00	36.14±4.38
评价结果	24.00	50.00	37.29±4.53
再次寻找相关信息	24.00	50.00	34.96±3.76

表 3-4 低年资护士临床决策意识与护理临床决策能力相关情况 (n=633)

项目	发现问题能力	确定目标能力	决断方案能力	实施方案能力	评价反馈能力	护理临床决策能力总分
收集信息	0.110**	0.064	0.094*	0.130**	0.071	0.134**
确定问题目标	0.104**	0.054	0.091*	0.196**	0.087*	0.155**
评价结果	0.098*	0.091*	0.113**	0.176**	0.080*	0.157**
再次寻找相关信息	0.042	0.057	0.075	0.081*	0.062	0.093*
临床决策意识总分	0.117**	0.082*	0.113**	0.176**	0.099*	0.169**

注: * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$.

4. 低年资护士对工作环境满意度得分

采用描述性统计中的探索性分析发现(见表 3-5):低年资护士对工作环境满意度得分(83.64 ± 10.26),处于中等水平。正态性 Shapiro-Wilk 检验显示 $p=0.000$, $p < 0.05$,表明数据呈非正态性分布。依据护理工作环境量表的划分标准:量表总分范围为 31~124 分,得分越高表示护理工作环境越好。护理工作环境及各维度与护理临床决策能力总分及各维度的 spearman 相关情况(见表 3-6)。

表 3-5 护理工作环境总分及各维度得分情况 (n=633)

项目	极小值	极大值	均数±标准差
护理工作环境总分	42.00	112.00	83.64±10.26
护士参与医院事务	11.00	32.00	23.25±3.55
高质量护理服务基础	13.00	36.00	27.81±3.61
护理管理者能力及领导方式	4.00	16.00	12.28±1.73
充足的人力物力	5.00	16.00	11.03±2.08
医护合作	4.00	12.00	9.39±1.42

表 3-6 工作环境与护理临床决策能力的相关情况 (n=633)

项目	发现问题能力	确定目标能力	决断方案能力	实施方案能力	评价反馈能力	护理临床决策能力总分
护士参与医院事务	0.063	-0.102**	-0.070	0.078	-0.067	-0.079
高质量护理服务基础	0.090*	0.067	0.093*	0.059	-0.068	0.101*
护理管理者能力及领导方式	0.068	0.081*	0.062	0.071	-0.79	0.061
充足的人力物力	-0.089*	-0.075	-0.085*	-0.069	0.052	-0.75
医护合作	0.059	-0.068	0.069	0.062	0.071	0.083*
护理工作环境总分	0.043	-0.083*	0.053	0.085*	-0.082*	0.081*

注: *P<0.05, **P<0.01.

5.低年资护士批判性思维能力得分情况

采用描述性统计中的探索性分析发现(见表 3-7):低年资护士批判性思维得分(281.75±30.27),具有正性的批判性思维。正态性 Shapiro-Wilk 检验显示 p=0.000, p<0.05,表明数据呈非正态性分布。依据批判性思维量表的划分标准:总分 70~420, 211 分以下表示批判性思维能力较差, 211~279 分表示批判性思维中等, 280~349 分表示具有正性批判性思维, ≥350 分说明批判性思维能力较强。本次调查中,被研究者的批判性思维能力得分都处于中等及以上水平,批判性思维能力较强的护士 16 人,占 2.5%,具有正性批判性思维的护士 312 人,占 49.2%,批判性思维中等的护士 305,占 48.1%。护理批判性思维能力及各维度与护理临床决策能力总分及各维度的 spearman 相关情况(见表 3-8)。

表 3-7 低年资护士批判性思维能力得分情况 (n=633)

项目	极小值	极大值	均数±标准差
批判性思维能力总分	218.00	379.00	281.75±30.27
寻求真理	10.00	60.00	37.08±6.68
开放思想	22.00	60.00	39.82±5.74
分析能力	20.00	58.00	42.66±5.33
系统化能力	24.00	60.00	40.02±5.87
自信心	19.00	59.00	39.48±5.53
求知欲	21.00	60.00	43.29±6.40
认知成熟度	12.00	60.00	40.03±7.55

表 3-8 批判性思维能力及各维度与护理临床决策能力总分的相关性 (n=633)

项目	发现问题能力	确定目标能力	决断方案能力	实施方案能力	评价反馈能力	护理临床决策能力总分
寻求真理	0.148**	0.117**	0.201**	0.213**	0.102**	0.239**
开放思想	0.159**	0.095*	0.161**	0.161**	0.088**	0.200**
分析能力	0.195**	0.110**	0.219**	0.275**	0.127**	0.275**
系统化能力	0.152**	0.076	0.135**	0.183**	0.082*	0.186**
自信心	0.023	0.020	0.021	0.103**	0.087*	0.055
求知欲	0.107**	0.049	0.134**	0.166**	0.099*	0.167**
认知成熟度	0.204**	0.119**	0.203**	0.174**	0.081*	0.249**
批判性思维能力总分	0.196**	0.110**	0.211**	0.258**	0.131**	0.270**

注: *P<0.05, **P<0.01.

(二) 低年资护士护理临床决策能力的影响因素分析

1. 单因素分析

本研究中,为探讨各因素对研究对象护理临床决策能力现状的影响,将各因素与护理临床决策能力进行了单因素分析。在对护理临床决策能力得分进行探索性分析时发现:数据不符合正态分布。因而,在本研究中应用的统计学方法为:自变量为分类变量,进行非参数检验:两分类变量(性别、年龄、职务)用两个独立样本, Mann - Whitney U 检验 (统计量 Z)和多分类变量用 K 个独立样本, Kruskal - Wallis H 检验(统计量 χ^2)。统计分析结果汇总(见表 3-9)。

表 3-9 低年资护士护理临床决策能力的单因素分析 (n=633)

单因素指标	均数±标准差	检验统计量		P
		Z	χ^2	
性别				
男	78.99±9.28	-0.362		0.717
女	78.49±10.57			
年龄		1.081		0.060
20-24	77.93±10.20			
25-30	79.59±10.95			
工作年限			17.394**	0.000
0~1	76.08±9.14			
1~3 年	78.94±11.22			
满 3 年	79.80±10.74			
科室			23.023**	0.001
内科	77.67±9.95			
外科	78.88±10.17			
妇产科	85.09±9.62			
儿科	77.17±15.00			
手术室	78.90±12.25			
急诊	75.77±10.69			
ICU	80.46±10.40			
医院级别			23.737**	0.000
三级甲等	85.73±9.80			
三级乙等	83.30±10.92			
二级甲等	78.31±11.68			
学历			9.508*	0.045
中专	77.42±11.12			
大专	77.66±9.69			
本科	79.75±11.30			
硕士	80.48±8.75			
职称			17.787**	0.000
护士	77.36±10.13			
护师	80.57±10.96			
用工性质			24.800**	0.000
正式在编	81.59±10.97			
合同制护士	77.57±10.10			
临时护士	75.26±10.44			
婚姻状况			12.405**	0.002
已婚	80.62±10.81			
未婚	77.68±10.28			
职务		-0.677		0.498
护士	78.40±10.45			
带教老师	75.90±10.99			
护士长	87.32±10.04			
工作目的			2.354	0.308
热爱护理专业	77.93±10.01			
满足父母愿望	77.87±9.23			
生存需要	78.96±10.96			

科室病例讨论			
0次	75.60±9.37		
一周一次	78.45±10.31		
一月一次	79.87±10.74	23.147**	0.000
三月一次	80.98±9.46		
半年一次	78.97±13.91		
学术活动			
无	77.07±10.38		
院内学术活动	80.22±10.33	18.307**	0.000
本市学术活动	82.52±10.93		
全国学术活动	77.89±9.95		
月收入			
<2500	76.56±10.26		
3000-4999	79.64±10.27	21.823**	0.000
5000-6999	82.49±10.75		
7000-1万	81.45±10.43		

(注: **表示 $P<0.01$; *表示 $P<0.05$ 。)

由表可见,在单因素分析中,性别、职务、工作目的对低年资护士护理临床决策能力总分不产生影响($P>0.05$);工作年限、科室、医院级别、学历、职称、用工性质、婚姻状况、科室病例讨论、学术活动、月收入对低年资护士护理临床决策能力总分有影响($P<0.05$)。

2. 多因素分析

本研究拟通过多元逐步回归法对医院低年资护士护理临床决策能力的影响因素进行多因素分析,首先对护理临床决策能力的数据进行正态性检验。同时,为解决回归分析时多元共线性问题,研究者在变量进行回归分析前,先进行自变量之间的相关性分析。为了解决回归分析时多元共线性问题,研究者在研究变量进入回归分析之前,进行各研究自变量之间的相关性分析,分析发现,本研究各变量的相关分析结果显示相关系数均低于 0.75,所以将各变量都导入回归分析中。

本研究中,经方差分析和相关性分析结果显示:工作年限、科室、医院级别、学历、职称、用工性质、婚姻状况、科室病例讨论、学术活动、月收入、临床决策意识、护理工作环境、批判性思维是护理临床决策能力的影响因素。

将有统计学意义的变量作为自变量,护理临床决策能力总分作为因变量,进行多元逐步回归分析,建立回归模型。其中,纳入标准为 0.50,移出标准为 0.10。

根据多元逐步回归对自变量的要求,对多分类变量:如学历、职称等设置哑变量,预引入回归模型的自变量为 14 个,各自变量的赋值(见表 3-10)。

表 3-10 引入回归方程的自变量赋值

自变量	赋值方式
性别	男=1, 女=2
年龄(岁)	20~24=1, 25~28=2
工作年限	0~1年=1, 1~2年=2, 2~3年=3
医院级别	三级甲等=1, 三级乙等=2, 二级甲等=3
学历	中专=1, 大专=2, 本科=3, 硕士及以上=4
职称	护士=1, 护师=2, 主管护师=3
用工性质	哑元变量输入
婚姻状况	哑元变量输入
职务	临床护士=1, 教育护士=2
科室	内科=1, 外科=2, 妇产科=3, 儿科=4, 手术室=5, 急诊=6, ICU=7
工作目的	哑元变量输入
科室病例讨论	否=0, 一周一次=1, 一月一次=2, 三个月一次=3, 半年一次=4
学术活动	否=0, 院内学术活动=1, 本市学术活动=2, 全国性学术活动=3
月收入	<3000=1, 3000~4999=2, 5000~6999=3, 7000~1万=4, 万元以上=5
临床决策意识	以原始数据输入
护理工作环境	以原始数据输入
批判性思维	以原始数据输入

表 3-11 护理临床决策能力影响因素的多元逐步回归结果 (n=633)

护理临床决策能力总分	偏回归系数 B	标准化偏回归系数 Beta	SE	T	P	调整系数 R ²	方程残差 Durbin-Watson 检验	共线性诊断	
								容差	VIF
常量	46.051		4.619	9.971	0.000	0.231	1.521		
批判性思维	0.095	0.276	0.013	7.286	0.000			0.964	1.037
职称	1.988	0.100	0.797	2.494	0.013			0.859	1.163
用工性质	-1.928	-0.092	0.840	-2.295	0.022			0.849	1.177
月收入	1.337	0.086	0.604	2.214	0.027			0.908	1.101
科室病例讨论	0.817	0.084	0.383	2.134	0.033			0.884	1.131

表 3-11 显示:在以护理临床决策能力总分为因变量建立的多元线性回归模型中,有 5 个自变量进入了回归方程,分别为批判性思维、职称、用工性质、月收入、科室病例讨论。在回归方程之中,自变量的标准化回归系数的绝对值越大,其对因变量的影响(贡献性)越大。因此,对因变量贡献(影响)作用的大小依次为批判性思维、护患关系、职称、用工性质、月收入、科室病例讨论。调整系数 R^2 表示 6 个自变量共解释了总变异的 23.1%。结果提示,低年资护士批判性思维能力、职称、月收入越高,参加的科室病例讨论越多,其护理临床决策能力水平越高,人事关系越牢靠,

其护理临床决策能力越高。

根据表 3-11，上述自变量与护理临床决策能力总分的关系可以用以下回归方程来表示：

护理临床决策能力总分=46.051+0.095 批判性思维+1.988 职称-1.928 用工性质+1.337 月收入+0.817 科室病例讨论

此方程能解释全部变异的 23.1%。

对该回归模型的适合度进行检验。检验各自变量之间是否存在非常明显的多重共线性。本研究采用指标“容忍度(Tolerance)和方差膨胀因子(VIF)”做出判断。一般认为如果某自变量的容忍度小于 0.1,方差膨胀因子(VIF) 大于 5 可能共线性严重^[77]。本研究共线性诊断结果表明进入回归方程的各自变量的容差 (tolerance) 在 0.849-0.964 之间,均大于 0.1,方差膨胀因子(VIF)在 1.037-1.177 之间,均小于 5,表明各自变量间不存在多重共线性问题。以学生氏化踢除残差为 Y 轴,以标准化预测值为 X 轴,输出关于标准化残差的直方图,结果如图 2,可见残差基本符合正态分布。从残差的正态概率图 P-P 图,同样可以看出,图上所有的点,近似的在一条直线附近,表明残差呈正态性,结果如图 3。对方程残差进行 Durbin-Watson 检验, D=1.521,接近于 2,可以认为残差有独立性。取方程标准化预测值为 X 轴,标准化残差为 Y 轴,得到检验方差齐性的散点图,结果如图 4,可以看出残差随机的分布在穿过 0 点的水平直线的两侧,且所有的点均落在正负 3 范围内,表明回归分析通过方差齐性检验。

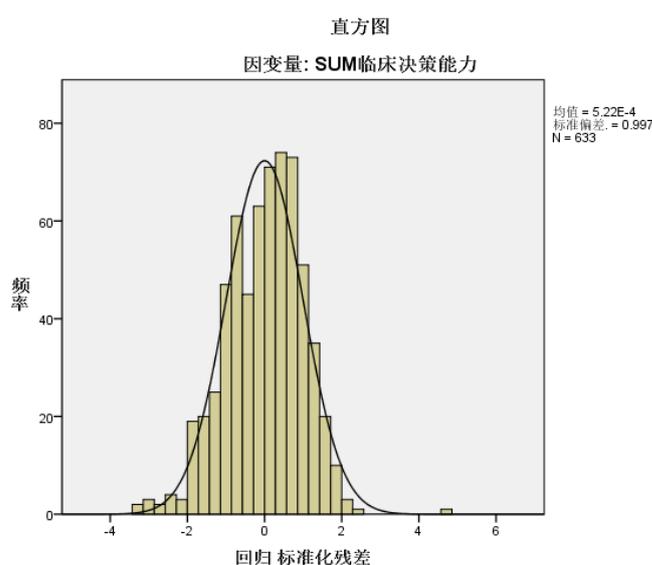


图 2 参差正态性检验

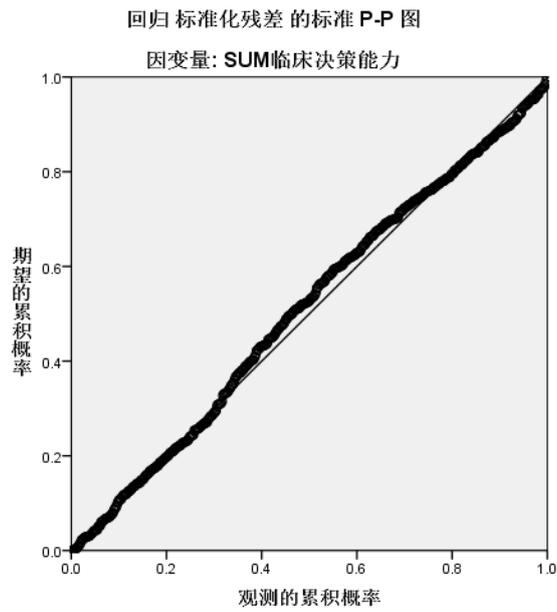


图 3 参差正态性检验

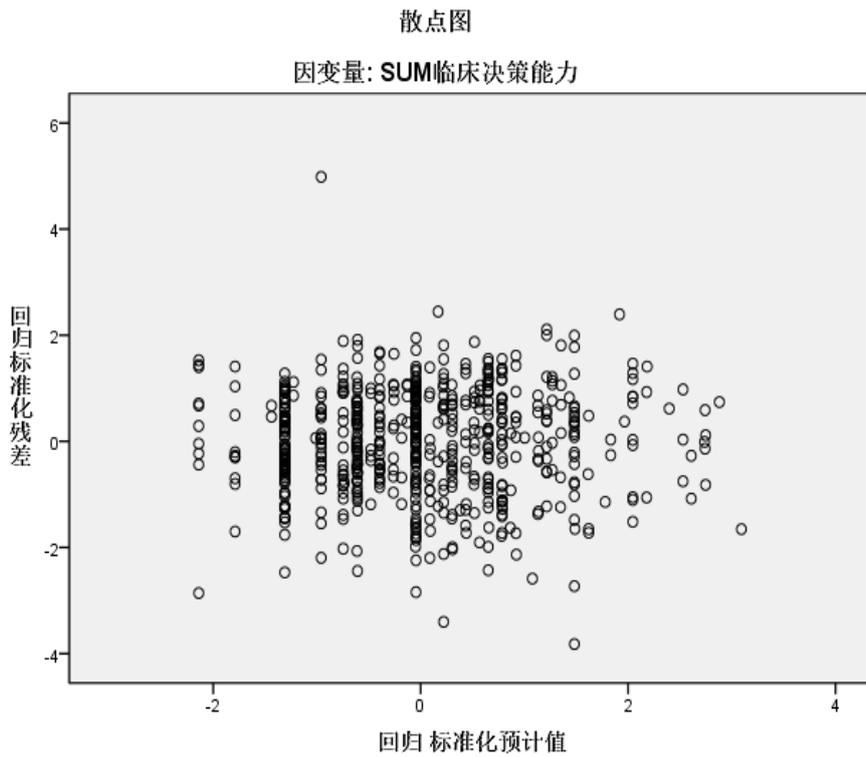


图 4 方差齐性检验

第四章 讨 论

第一节 研究意义

（一）理论意义

本研究在前期文献研究的基础上,采用质性研究及横断面调查的方法对低年资护士护理临床决策能力进行探究,有助于深入了解上海市低年资护士护理临床决策能力现状及影响因素,丰富其在护理管理上的理论研究,为低年资护士决策能力自我认知、职业规划提供理论依据。

（二）实际意义

本研究的调查结果有利于剖析低年资护士临床决策能力影响因素中的可控因素,为护理管理者和教育者针对性地提升低年资护士的临床决策能力水平提供一定的实证依据。

第二节 研究设计的科学性及其研究结果的可靠性分析

（一）研究设计的科学性

科学的研究设计主要包括科学的研究思路及研究方法,是一项研究课题的灵魂。本研究遵循我国对于护理事业发展规划的方向,前期经过大量的文献分析,通过对临床低年资护士的深度访谈,结合我国护理实践的内容和特点,得出临床护士护理临床决策能力的影响因素构成主题;采用横断面调查法对临床 633 名低年资护士进行了护理临床决策能力现状及影响因素的自评调查,得到其护理临床决策能力水平及其影响因素。

本研究采用定性和定量研究相结合的方法,使得整个研究过程严谨、科学,文献分析透彻,质性访谈的质量控制较好,问卷调查结果采用针对性的统计学方法统计分析。因此,本研究在研究设计方面具有较好的科学性。

（二）研究结果的可靠性分析

1. 质性访谈的质量控制

访谈者认真学习了质性研究中访谈的方法,并且访谈者分别在消化内科、肝胆外

科进行了短期的临床实践，与部分受访者建立了信任关系，其他受访者均在护士长的引荐下认识，接受访谈时能够准确、全面的表述提问内容。在分析访谈资料时，将受访者的谈话与说话时的语气语调，面部表情，肢体语言等关联并记录。因此，本研究通过质性访谈得到的结果真实、可靠。

2. 问卷调查的质量控制

首先，研究根据本次课题的研究主题选择合适的测评工具，和医院护理部管理人员协商好具体填写时间，并说明此次调查的目的和意义；其次，被调查对象在问卷填写过程中，由经过课题组成员培训的调查人员监督，确保没有交头接耳现象，保证调查结果客观真实；最后，研究者对问卷质量进行检查，及时将无效问卷剔除，对有效问卷进行双人登记和编码，录入数据前再次核查数据，并由一名与本次研究无关的人员随意抽取 10 份问卷进行核查，准确率达 100%；并由双人录入数据，核对无误后进行统计学分析。

第三节 上海市低年资护士护理临床决策能力的现状分析

研究结果显示，上海市低年资护士的护理临床决策能力卷面平均得分为（78.51 土 10.49）分，加权平均得分为 60.62 分，与傅玉香等^[60]采用护理临床决策测评工具调查研究的山东省某市的新护士卷面平均得分 89.75 分，加权平均得分 70.96 分相比较低，与叶旭春^[44]等对上海市护生（88.94 土 7.32）调查结果相比也较低，另外，与 AL-Dossary 等^[86]运用护理临床决策量表（CDMNS）对护士的调查结果相比也低。分析其原因可能为：①中西方文化差异及教育体制不同。西方教育注重培养学生的独立思考及逻辑思考的能力，思想开放，强调个性；在培养方式上，国外开展护理临床决策课程时间较早，即使是新护士也能掌握临床决策程序来支撑其收集资料的客观性，无疑会使其决策能力增强；近年来国内护理教育者虽然注重批判性思维的培养，但课程设置不合理，在并没有纳入临床决策相关课程。②新护士刚进入临床护理工作，压力大，惧怕出错，在决策前常通过询问、查找资料来验证自己的决断方案；另外，与新护士相比，随着工作年限的增加，有了一定的工作经验，形成一种惯性思维，较少考虑多种可能性决策方案，直接采取正确的护理方案进行实施^[87]，所以在本研究中表现出其护理临床决策能力得分较新护士低。

低年资护士的护理临床决策能力各维度得分率以决断方案能力最高，实施决策能

力最低。可能原因：决断方案的能力包括对备选方案的拟定、分析及选择最佳方案的能力，即低年资护士以自身知识结构为基础，能根据患者的病情变化拟定若干个可供选择的实施方案，并对方案进行排序，选择最有利于患者健康与安全的方案。美国学者 White^[88]指出 决策方案的实施不仅是知识与技术的结合，更是融合了护士对临床决策认知、工作环境及自信等要素，自信心较高的护士对工作的控制感更强，方案实施的效能性随之增加。朝鲜学者 Choi^[89]认为自信心是自我效能水平的具体体现，自我效能对护理临床决策能力有影响（ $P<0.01$ ）。在本研究中的低年资护士工作年限少于3年，理论知识有所掌握，由于护士在校教育与临床实践存在脱节，在临床护理工作中，多依赖年资高的护士，以机械的完成工作任务为目标，不敢独立展开判断及护理方案的实施。这提示护理管理者及教育者在低年资护士知识技能培训的同时，注重其心理素质的培养，并完善相应的支持系统。国外关于护理临床决策能力的提高做了一系列的研究，英国有学者^[90]报道，早期预警评分系统能够帮助护士早期识别患者病情恶化的征兆，及时采取干预措施，增加了护士决策方案的科学性，保障了患者安全；此外，澳大利亚学者 Hoffman^[91]提出交互式电脑决策支持框架作为一种辅助学习系统，能够提高护士的自主学习能力及临床推理、判断、决策能力；与此同时，鼓励低年资护士主动挑战困难，克服逃避心理，寻求多种可利用资源解决问题。

第四节 上海市低年资护士护理临床决策能力的影响因素分析

（一）一般人口学资料

本研究结果显示，人口学资料中与护理临床决策能力相关的因素有：工作年限、科室、医院级别、学历、职称、用工性质、婚姻状况、科室病例讨论、学术活动、月收入、能否很好的处理护患关系。

1. 工作年限

单因素分析发现，不同工作年限的低年资护士的护理临床决策能力存在差异， $\chi^2=17.394^{**}$ ，即护士的工作时间越久，其护理临床决策能力得分越高，这与相关学者^[92]研究结果一致，可能与护士的临床实践经验有关，即年轻护士在掌握理论知识的前提下，临床决策能力强弱与相关培训以及在培训实践中获得的临床经验有关。根据 Benner 理论，护士随着经历和经验的丰富，知识层次由浅入深，实践性知识的积累，护理能力得已逐渐发展和完善^[93]。随着工作年限的增加，护士在临床护理工作中，可

以获取与工作相关的经验、知识等人力资本以及医护、护患关系等社会资本，为科学、有效的护理决策提供保障。

2. 科室

单因素分析发现，不同科室的低年资护士的护理临床决策能力存在差异， $\chi^2=23.023^{**}$ ，本次研究结果显示，护理临床决策能力得分最高的科室是妇产科，得分最低的是急诊科，这与顾红慧等^[94]对不同科室护士核心能力的调研分析结果一致，可能是因为妇产科患者的特殊性以及护士与其交流多，并要求护士掌握更多的健康宣教知识、掌握治疗技术，从而接受过相关培训知识；急诊科病人以“急、快、危”为主，急诊科低年资护士刚步入工作岗位不久，大都没有接受过相关知识系统培训，加上基础护理工作量大，精力疲惫，不利于其自我学习及知识更新。

3. 医院级别

本次调查结果显示，医院级别不同，其低年资护士的护理临床决策能力水平也不同，医院级别越高，其护理临床决策能力水平越高，分析其原因为：三级医院与二级医院相比在医疗水平与入职培训方面存在差异。三级甲等医院医护水平是我国医疗事业先进性的代表，疾病存在复杂、病情变化快的特点，低年资护士在入职之前有过相关护理临床决策知识及护理程序在临床运用的系统化培训。

4. 学历

本次调查显示，不同学历的低年资护士其护理临床决策能力不同 ($P<0.05$)，这与杨鸿芳等研究结果^[95]一致：学历对知识、技能有正向的导向作用，学历越高，其知识面越广。这可能与不同层次护生教育培养目标有关，本科护生的培养目标定位于“高等护理人才^[96]”，硕士研究的培养目标定位于“直接从事临床工作的高层次、应用型、专科型护理专门人才^[97]”。由于护士的学历层次不同，但岗前培训并没有根据不同学历护士特点，从而影响他们的护理临床决策能力。

5. 职称

单因素及多因素分析发现：职称对低年资护士护理临床决策能力具有正向影响，护师的临床决策能力水平相对于护士来说较高，这与有关学者^[98]研究结果一致。在实际工作中，护士在了解本专业基础理论、具备一定技术操作能力的基础上，在上级卫生技术人员的指导下，胜任常规的护理工作，而护师要熟悉本专业理论知识以及能独立处理本专业常见病或常用专业技术问题^[99]。由此看出，护士的能力是随着职称的

晋升而提高的,职称越高的护士更多参与危重症的护理,事物认知及思维方式更加成熟,能有效利用周围资源解决急需解决的护理问题。

6. 用工性质

有研究^[100]表明,不同劳动关系的临床护士能力得分的差异均具有统计学意义($P<0.05$),与本次调查显示正式在编护士护理临床决策能力得分要高于合同制及临时护士结果一致。分析其原因:①护士的劳动关系与其职业价值观有密切关系,在编护士工作稳定,职业价值观较强,对本专业最新知识较为关注,在护理工作中能通过有效途径获取和利用信息,主动性和创新意识较强^[101]。②合同制护士流动性大,医院对非正式护士聘任高度自由,考核制度严格,福利待遇较正式护士略低,外出培训、进修学习、参加学术活动的机会较少,自身知识结构无法得到及时更新。

7. 婚姻状况

单因素分析结果显示,婚姻状况对低年资护士的护理临床决策能力得分产生影响($P<0.05$);多元逐步回归分析结果显示,婚姻状况不是护理临床决策能力的影响因素。在本研究中,已婚的低年资护士护理临床决策能力得分高于未婚的低年资护士,分析其原因因为已婚者大多家庭生活稳定,家庭和事业责任感增强,工作能得到家人的支持,对自身工作目标有了明确的努力方向,更能全身心的投入工作。有研究^[102]表明女性对工作的积极情感与其对家庭满意度有关,良好的婚姻关系会对护理工作有正向促进作用,而未婚者或离异者不能获得家庭另一半的支持与关爱,工作中易受到不良情绪的影响

8. 职务

单因素分析结果显示,职务对低年资护士的护理临床决策能力得分不产生影响($P>0.05$);多元逐步回归分析结果同时显示,职称不是其影响因素。在本研究中,护士长的护理临床决策能力得分最高,带教老师得分最低,究其原因:第一,护士长的工作具有多项沟通性、任务复杂性及角色多重性,是一项具有挑战性的工作,其多是经过考核,并从能力出众、综合素质高的护士中选拔而来,作为本科室负责人,其需要不断更新知识,完善自身能力结构,所以其临床决策能力得分较高。第二,根据目前的临床工作现状,带教老师往往身兼数职,不仅要完成基本临床护理工作,还要对护理实习生指导,负担高、强度大,以至于其在护理病人时没有充分的时间对患者进行病情资料收集及判断。

9. 科室病例讨论

单因素分析结果显示,科室病例讨论对低年资护士的护理临床决策能力得分产生影响($P<0.05$);多元逐步回归分析结果同时显示,科室病例讨论是其影响因素。本次调查表明:633名研究对象中,三个月进行一次病例讨论的护士护理临床决策能力得分最高,这提示科室病例讨论频次是影响低年资护士护理临床决策水平重要因素。低年资护士平时工作量繁重,工作时间短,多依赖高年资护士进行护理操作,很少独立解决护理问题以用充足的时间循证。低年资护士参与科室病例讨论,参与者通过思想激荡,各抒己见,共同探讨某一问题的解决方案,例如,病例讨论,本身也是头脑风暴辩证思维解决问题的过程,通过对病例的回顾,医生以及其他卫生技术人员对患者病情的分析,护士可以开拓思路,对现存的专业知识库重构,综合思考患者当前的护理诊断及护理问题,找出最佳的实施方案,有助于提高其发现问题及决策能力。但提醒管理者在展开科室病例讨论活动时注意展开的频次。

10. 学术活动

单因素分析结果显示,是否参加学术活动对低年资护士的护理临床决策能力得分产生影响($P<0.05$, $P<0.01$);多元逐步回归分析结果同时显示,学术活动是其影响因素。学术活动可以加强确定决策方案的知识基础,是获取护理新理念的主要途径,可以提高护士的认知水平及分析问题的能力。结果显示,参加过学术活动的低年资护士护理临床决策能力得分要高于未参加者。我国护理界相关学术活动多是以护理科研设计、护理问题解决新技术、整体护理、专科护理为主^[103]。护士在决策过程中,不仅要深入病房了解患者信息,还要查阅国内外文献了解护理学术研究动态和最新护理研究成果,参加学术活动的护理人员在听课过程中,学员之间相互讨论,了解搜集信息的多种渠道,不仅有利于知识的积累,拓展思维,促使学员探求真相,有利于提高低年资护士的分析问题和解决问题能力。

11. 月收入

单因素分析结果显示,月收入对低年资护士的护理临床决策能力得分产生影响($P<0.05$, $P<0.01$);多元逐步回归分析结果同时显示,月收入是其影响因素。此次调查显示,月收入水平较高的护士护理临床决策能力得分高于收入水平低者。收入作为对护士工作能力的认可,是工作满意度的重要组成部分,护理工作价值在劳动报酬中得到体现,Thompson^[6]等研究发现,收入水平与护士临床决策能力呈正相关。劳动

报酬可以增强自我职业认可度,刺激护士临床工作热情,解决护理问题进行计划实施方案的主动性增强。这提示护理管理者注重低年资护士的物质和精神需求,实现薪酬的人性化分配。

(二) 临床决策意识的影响

通过相关性分析结果显示,低年资护士的临床决策意识水平与护理临床决策能力得分呈显著正相关,相关系数为 0.169。临床决策意识的收集信息、确定问题目标、评价结果维度与护理临床决策能力的发现问题能力、确定目标能力、决断方案能力、评价反馈能力存在正相关($P < 0.05$),其他维度不存在相关性($P > 0.05$)。多元逐步回归分析结果表明,临床决策意识并没有进入回归方程,分析其原因可能为临床决策意识与批判性思维两个自变量存在的显著的相关性,进入回归方程的是对护理临床决策能力预测性更强的因子。本研究中,临床决策意识与护理临床决策能力具有显著相关性,究其原因:良好的决策意识是产生准确的护理决策行为的前提,护士在实际护理工作中,只有了解了什么是决策以及如何运用科学的思维方式去解决患者的病痛,才能客观有效的收集患者信息、分析问题并解决问题,最终提出有利于患者健康与安全的护理方案。有研究^[88]表明,自我意识与自身价值、自我肯定、态度与行为相关,护士常常在不确定的情况下根据患者的疾患情况进行决策,因此,有良好决策意识的护士能够运用科学的思维方式去解决问题。

(三) 护理工作环境的影响

通过相关性分析结果显示,低年资护士的护理临床决策能力水平与护理工作环境得分呈显著正相关($P < 0.05$),相关系数为 0.081,即对工作环境越满意,其护理临床决策能力得分越高;多元逐步回归分析结果显示,工作环境并不是护理临床决策能力的影响因素。在本研究中,高质量的护理服务基础、医护合作对低年资护士护理临床决策能力的提升具有促进作用,这与我国学者王文焕等^[104]研究结果一致,即积极进取的环境氛围对于护士自身的发展有重要的督促作用,和谐的科室环境有利于激发护士的工作热情,提高其评估问题及解决问题的能力。究其原因:① 医院是一个集中了社会性、技术性、生物性、心理性特点的庞大体系,在护理实践中,护士的工作环境是指直接或间接作用于影响护理系统的各种要素的总和^[105],高质量的护理服务基础包括合理的人力资源分配、先进的医疗设备,有了这样的护理服务基础,

说明医院重视医院护士的职业发展, 护士继续教育、自我提高的机会多, 使理论知识系统化, 以至护士在解决患者问题的时候能够得心应手; ②护士工作是一种非常需要集体合作的职业, 不仅要护理管理者的支持, 更需与医生的有效沟通及配合, 能有利于护士在有限的时间内确定护理目标, 在与医生沟通的情况下, 充分的收集病例相关资料, 以利于做出最科学有效的护理方案。

(四) 批判性思维的影响

相关性分析结果显示, 低年资护士的批判性思维总分及寻求真理、开放思想、分析能力、系统化能力、求知欲、认知成熟度几个维度与护理临床决策能力总分呈显著正相关 ($P < 0.01$), 相关系数分别为 0.270、0.239、0.200、0.275、0.186、0.167、0.249; 自信心与护理临床决策能力总分不存在相关性 ($P > 0.05$)。多元回归分析结果表明, 批判性思维是护理临床决策能力的重要预测因子, 其解释量为 9.5%。低年资护士批判性思维能力得分越高, 其护理临床决策能力就越强, 这与 Pitt^[106]、毛秋婷^[107] 等研究结果一致。这可能是因为批判性思维贯穿于护士护理操作的整个过程, 批判性的看待护理问题, 多渠道获取护理问题的相关信息, 根据患者病情的轻重缓急, 找出与护理问题相符的资料并制订护理计划, 将最佳方案运用到实践中, 以确保决策的有效性。

(五) 对护理管理者的启示

护理临床决策能力培养是一项长期系统、艰巨的项目, 而影响低年资护士的护理临床决策能力因素更为复杂多样, 不同工作年限、学历层次、收入水平、职称等的护士的护理临床决策能力水平存在差异, 其中, 批判性思维、职称、用工性质、月收入、科室病例讨论是其影响因素, 要求护理管理者及教育者根据护士的学历层次合理的使用人力资源, 并采取继续教育等提高护士的学历层次, 提高护士知识自我更新自觉性; 提高护士福利待遇, 尽早真正实现同工同酬; 完善社会支持; 加强业务学习及科室病例讨论, 提高护理临床决策能力。

第五章 结 论

第一节 研究结论

1. 低年资护士的护理临床决策能力现状不容乐观，护理临床决策能力水平处于中等偏低水平，各维度得分从高到低依次为：决断方案能力、评价反馈能力、确定目标能力、发现问题能力、实施方案能力。

2. 低年资护士的护理临床决策能力水平受到工作年限、科室、医院级别、学历、职称、用工性质、婚姻状况、科室病例讨论、学术活动、月收入的影响。

3. 低年资护士的临床决策意识处于中等水平，决策意识得分越高，其护理临床决策能力水平越高。

4. 低年资护士对护理工作环境态度总体尚为满意，护理工作环境越满意，护理临床决策能力水平越高。

5. 低年资护士总体具有正性的批判性思维能力，批判性思维能力得分越高，其护理临床决策能力越高。

6. 批判性思维、职称、用工性质、月收入、科室病例讨论是低年资护士护理临床决策能力的预测变量，提示护理管理者关注低年资护士这一群体的护理临床决策能力并采取相应的干预措施提升其护理临床决策能力。

第二节 研究特色与创新性

1. 研究视角创新

本研究在文献分析的基础上，选择科学客观的护理临床决策能力测评工具对低年资护士的护理临床决策能力进行调查，并对低年资护士的护理临床决策能力的影响因素分析。该项研究迎合了目前卫生部对低年资护士能力提升重视的要求，也顺应了当今医护共同决策模式的倡导，具有科学性、系统性、现实性。

2. 研究成果创新

本研究了解了低年资护士的护理临床决策能力水平现状，经过多元线性回归分析，剖析了低年资护士护理临床决策能力的影响因素。该研究结果弥补了目前国内仅有护生的护理临床决策能力的研究的不足，为今后低年资护士护理临床决策能力的提

高提供了理论性参考。

第三节 研究局限性及未来展望

（一）研究局限性

本研究通过科学严谨的研究方法分析了低年资护士的护理临床决策能力水平及影响因素，但由于研究时间、经验和资源的不足，研究对象仅为上海地区医院的低年资护士，样本量全国代表性受限；按纳入标准为 0.50，移出标准为 0.10，对影响护理临床决策能力的因素进行逐步回归分析时，护理临床决策能力仅能被进入多元线性回归方程的因素解释 23.1%，说明护理临床决策能力的因素繁多，建议对其它一些影响护士的护理临床决策能力的因素期待进一步的研究。

（二）展望

1.进一步扩大样本量，随机抽样，大样本、多中心的研究加以证实，使研究结论推广性更强。

2.随着时间的推移，低年资护士工作年限的增加，其护理临床决策能力也在发生着变化，由于时间所限，本研究只进行了横断面调查，未对研究对象随访调查及干预研究。

3.建议今后的研究，纳入其它可能影响护理临床决策能力的因素。

参考文献

- 1.American Association of Colleges of Nursing.Using The Essentials of Baccalaureate Education for Professional Nursing Practice (2008) as a Framework for Curriculum Revision[J]. J Prof Nurs, 2011 Nov, 27(6): 385-389.
- 2.医轩. 2012 年首都护理发展论坛落下帷幕[J].首都医药, 2012 (11): 63-63.
- 3.Chromatic E, Cuchulain R. Education strategies to foster health professional student' s calcine reasoning skills[J]. Nurs Health Sci, 2010 Feb, 12(02): 244-250.
- 4.王磊, 蒋晓莲, 郭红霞, 等. 护理本科教育中设置“护理临床推理与决策”课程的探讨[J]. 护士进修杂志, 2011, 26(23): 2140-2143.
- 5.叶旭春,姜安丽.护理临床决策的内涵及其启示[J].解放军护理杂志,2003,20(5): 51-52.
- 6.Thompson C, Aitken L,Doran D, et al. An agenda for clinical decision making and judgement in nursing research and education[J]. Int J Nurs Stud, 2013 Dec, 50(12): 1720-1726.
7. Schikota S. The clinical decision making process of student nurses[J]. J Nurs Educ, 1993 Nov, 32(9): 389-398.
- 8.WHO (2008) World Alliance for Patient Safety. Summary of the Evidence on Patient Safety: Implications for Research. The Research Priority Setting Working Group of the World Alliance for Patient Safety. [http:// whqlibdoc.who.int/ publications/ 2008/ 9789241596541_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596541_eng.pdf) (accessed 26 September 2011).
- 9.Ministry of Social Affairs and Health (2009). Promoting Patient Safety Together. Finnish Patient Safety Strategy 2009-2013.[http:// www.stm.fi/ c/ document_library /get_file?folderId= 39503&name= DLFE-7801.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf) (accessed 26 September 2011).
- 10.李玲娣, 丁秀娟, 张立清, 等. 低年资护士护理不良事件原因分析及对策[J]. 齐鲁护理杂志, 2013, 19(20): 130-131.
- 11.上海市卫生局. 上海市卫生统计年鉴, 2010-2015. 上海市卫生局.
- 12.宫玉翠, 李平东, 阮亮. OEC 管理模式在医院规模扩大时期提高护理管理效能中的应用[J]. 中华现代护理杂志 ISTIC, 2012, 18(25): 3051-3053.
- 13.胡娟娟. 临床新护士护理活动自我效能的调查研究[D]. 武汉: 华中科技大学, 2010.
- 14.Krame M.reality shock; why nurses left nursing[M].St.louis,mosby CO.,1974.

15. 来鸣, 泮淑慧, 杨明丽, 等. 临床护理缺陷分析与危机管理[J]. 中华护理杂志, 2005, 40(12): 922-923.
16. 罗小红. 低年资护士临床工作存在问题及对策探讨[J]. 中外医学研究, 2011, 9(20): 98-100.
17. Carnevali D. The diagnostic reasoning process, In: Carnevali D, Mitchell P, Woods Neta1. eds. Diagnostic reasoning in nursing[M]. New York. J.B. Lippincott. 1984: 25-57.
18. Bermer P. From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice[M]. Menlo Park, CA: Addison-Wesley, 1984: 60-70.
19. Hammond KR. Human judgment and social policy. Irreducible uncertainty, inevitable error, unavoidable injustice[M]. New York: Oxford University Press, 1996: 60-97.
20. Sirkka L, Sanna S. Developing an instrument to measure and describe clinical decision making in different nursing fields[J]. J Prof Nurs, 2002 Mar-Apr, 18(2): 93-100.
21. Lanri S, Salanterä S, Bild H, et al. Public health nurses' decision making in Canada, Finland, Norway, and the United States[J]. West J Nurs Res, 1997, 19 (2): 143-165.
22. Kydonaki C K, Huby G, Tocher J, et al. Understanding nurses' decision-making when managing weaning from mechanical ventilation: a study of novice and experienced critical care nurses in Scotland and Greece[J]. J Clin Nurs, 2015 Feb, 25(3-4): 434-44.
23. Clack G. Decision making in nursing practice: A case review[J]. Paediatr Nurs, 2009 Jun, 21(5): 24-27.
24. Ucuzal M, Doğan R. Emergency nurses' knowledge, attitude and clinical decision making skills about pain[J]. Inter emerg nurs, 2015, 23(2): 75-80.
25. Al-Hamdan Z M, Bawadi H A, Redman R W, et al. Perception of Jordanian nurses regarding involvement in decision-making[J]. Appl Nurs Res, 2015 Jun, 12(5): 65-68.
26. Puschner B, Neumann P, Jordan H, et al. Development and psychometric properties of a five-language multiperspective instrument to assess clinical decision making style in the treatment of people with severe mental illness (CDMS)[J]. BMC psy, 2013, 13(1): 48-50.
27. Nilsson T, Lindström V. Clinical decision-making described by Swedish prehospital emergency care nurse students—An exploratory study[J]. Int Emerg Nurs, 2015 Nov, 2(12): 240-243.

- 28.王庆梅,黎宁,王登高. 护理专业本科实习学生临床决策能力的现状调查[J]. 护理管理杂志, 2009, 9(7): 22-22.
- 29.傅玉香,徐君. 山东省德州市新护士临床决策能力调查分析[J]. 护理学杂志:外科版, 2011, 26(4): 22-24.
- 30.胡可芹,蒋晓莲. 本科护生护理临床决策能力的调查研究[J]. 中国实用护理杂志:中旬版, 2010, 26(2): 19-21.
- 31.赵文婷.护理本科生临床决策能力的培养研究现状与进展[J].全科护理,2010, 6(6): 1672-1673.
- 32 Grossman S, Campbell C, Riley B. Assessment of clinical decision-making ability of critical care nurses[J]. Dimens Crit Care Nurs,1996,15(5): 272-279.
- 33.Jenkins H M. A research tool for measuring perceptions of clinical decision making[J]. J Prof Nurs, 1985, 1(4): 221-229.
- 34.Joseph D H, Matrone J, Osborne E.Actual decision making: factors that determine practices in clinical settings[J]. Can J nurs res, 1988, 20(2): 19-20.
- 35.Girot E A. Graduate nurses:critical thinkers or better decision makers?[J]. J Adv Nurs, 2000, 31(2): 288-297.
- 36.Lauri S, Salanterä S. Developing an instrument to measure and describe clinical decision making in different nursing fields[J]. J Prof Nurs, 2002, 18(2): 93-100.
- 37.Benner P, Sutphen M, Leonard V& Day L. Educating nurses:A call for radical transformation.San Francisco,CA: Jossey-Bass,2010.
- 38.White K A. Development and validation of a tool to measure self-confidence and anxiety in nursing students during clinical decision making[J]. J Nurs Educ, 2013 Dec, 52(8): 67-70.
- 39.Harbison J. Clinical decision making in nursing[J]. J Adv Nurs, 1991, 16(4): 404-407.
- 40.Jackson M, Ignatavicius D, Case B. Conversations in Critical thinking and Clinical Judgment[M]. Pensacola,Florida:Pohi Publishing,2005:9.
- 41.Muller-Staub M, Stuker—Studer U. Clinical decision making:Fostering critical thinking in the nursing diagnostic process through case studies[J]. Pflege, 2006 Oct, 19(5): 281-6.
- 42.胡可芹,蒋晓莲. 本科护生评判性思维与临床决策能力的相关性研究[J]. 护士进修杂志, 2010, 25(3): 198-200.
- 43.Thiele J, Holloway J, Murphy D, et al. Perceived and actual decision-making by novice

- baccalaureate students[J]. *West J Nurs Res*, 1991, 13(5): 616-626.
44. Thompson C, Spilsbury K, Dowding D, et al. Do heart failure specialist nurses think differently when faced with 'hard' or "easy" decisions: a judgement analysis[J]. *J Clin Nurs*, 2008, 17(16) : 2174-2184.
45. Hagbaghery M A, Salsali M, Ahmadi F. The factors facilitating and inhibiting effective clinical decision-making in nursing: a qualitative study[J]. *BMC Nurs*, 2004 Apr, 3(1): 2.
46. 何敏毅. 工作经验、自我效能及元认知对护士临床决策能力的影响[D]. 南方医科大学, 2008.
47. Cindra H, Deborah U. Critical thinking cards: An innovative teaching strategy to bridge classroom knowledge with clinical decision making[J]. *Teach Learn Nurs*, 2016(01): 1-5.
48. 成改平, 李雅慧, 梁婷婷, 等. 护士临床护理决策能力的影响因素研究[J]. *当代护士:学术版(中旬刊)*, 2013(3): 1-3.
49. Yang H, Thompson C, Bland M. The effect of clinical experience, judgment task difficulty and time pressure on nurses' confidence calibration in a high fidelity clinical simulation[J]. *BMC Med Inform Decis Mak*, 2012 Oct, 12: 113.
50. Ekins K, Morphet J. The accuracy and consistency of rural, remote and outpost triage nurse decision making in one Western Australia Country Health Service Region[J]. *Australas Emerg Nurs J*, 2015 Nov, 18(4): 227-233.
51. Choi M, Kim J. Relationships Between Clinical Decision-Making Patterns and Self-Efficacy and Nursing Professionalism in Korean Pediatric Nurses[J]. *J Pediatr Nurs*, 2015 Nov, 30(6): e81-e88.
52. Ucuzal M, Doğan R. Emergency nurses' knowledge, attitude and clinical decision making skills about pain[J]. *Int Emerg Nurs*, 2015 Apr, 23(2): 75-80.
53. Gallagher A, Bouso R S, McCarthy J, et al. Negotiated reorienting: A grounded theory of nurses' end-of-life decision-making in the intensive care unit[J]. *Int J Nurs Stud*, 2015 Apr, 52(4): 794-803.
54. Mizerek E, Wolf L. To Foley or Not To Foley: Emergency Nurses' Perceptions of Clinical Decision Making in the Use of Urinary Catheters in the Emergency Department[J]. *J Emerg Nurs*, 2015, 41(4): 329-334.
55. 张晓纲, 赵敏. 急诊室濒死病人临床诊治决策的影响因素[J]. *医学与哲学:临床决策论坛版*, 2006, 27(6): 65-66.

56. Bjørk I T, Hamilton G A. Clinical decision making of nurses working in hospital settings[J]. Nurs research and practice, 2011 July, 12(5): 56-259.
57. Merrick E T, Fry M, Duffield C, et al. Trust and decision-making: How nurses in Australian general practice negotiate role limitations[J]. Collegian, 2015, 22 (2): 225-232.
58. 王果艳. 实习护生临床决策能力与自我效能感的相关性研究[J]. 内蒙古医科大学学报, 2014, 36(S2): 590-592.
59. 郭秀妍. 实习护生批判性思维与临床决策能力相关性研究[J]. 护理研究:中旬版, 2011, 25(26): 2365-2366.
60. Aktaş Y Y, Karabulut N. A Survey on Turkish nursing students' perception of clinical learning environment and its association with academic motivation and clinical decision making[J]. Nurse educ today, 2016 Jan, 36: 124-128.
61. 王跃, 李子芬. 护理临床决策在老年护理和护理教育领域的研究现状[J]. 中华护理杂志, 2008, 43(5): 459-461.
62. <http://wiki.mbalib.com/wiki/%E5%86%B3%E7%AD%96%E7%90%86%E8%AE%BA>
63. Hastie, R. Problems for judgment and decision making[J]. Annu Rev Psychol, 2001, 52: 653-684.
64. Higuchi KAS, Donald JG. Thinking process used by nurses in clinical decision making[J]. J Nurs Educ, 2002, 41(4): 145—153.
65. 陈奇猷. 韩非子新校注[M]. 上海:上海古籍出版社, 2000.
66. Muir, N. Clinical decision-making: Theory and practice[J]. Nursing Stand, 2004, 18 (36): 47-52.
67. Institute of Medicine.(2011). The future of nursing: Leading change, advancing health. Washington, DC: The National Academies Press
68. 夏文君, 尹红. 医护共同参与决策护理分级的临床研究[J]. 护理研究:下旬版, 2013, 7(12): 1126-1127.
69. Amitai S, Margaret M. Autonomic and neurohumoral control of postprandial blood pressure in healthy aging[J]. J Ctrtmtotngy Med Sci, 2000, 55(3): 477-483.
70. Walton ME, Chau B K, Kennerley SW. Prioritising the relevant information for learning and decision making within orbital and ventromedial prefrontal cortex[J]. Curr Opin Behav Sci, 2015 Feb, 1: 78-85.
71. Lauri S, Salanterä S. Developing an instrument to measure and describe clinical decision

- making in different nursing fields[J]. J Prof Nurs, 2002 Mar, 18(2): 93-100.
- 72.Lauri S, Salanterä S, Chalmers K, et al. An exploratory study of clinical decision-making in five countries[J]. J Nurs Scholarsh, 2001, 33(1): 83-90
- 73.Tiffen J, Corbridge S J, Slimmer L. Enhancing clinical decision making: Development of a contiguous definition and conceptual framework[J]. J Prof Nurs, 2014 Sep, 30(5): 399-405.
- 74.Edwards A, Elwyn G. Shared decision-making in health care: Achieving evidence-based patient choice[M]. Oxford University Press, 2009.
- 75.B érub é M., Valiquette, M.P., Laplante, É., et al. Nursing residency program: a solution to introduce new grads into critical care more safely while improving accessibility to services[J]. Nurs Leadersh(Tor Ont), 2012 Mar, 25(1): 50-67.
- 76.叶旭春. 护理专业临床决策能力的结构分析和测量工具[D].上海:第二军医大学, 2003: 1-4.
- 77.王胜花. Maslow 需要论在妇科低年资护士培训中的应用[J]. 中华现代护理杂志 ISTIC, 2015, 21(17): 2085-2088.
- 78.李峥, 刘宇. 护理学研究方法[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012: 258-267.
- 79.刘明. 护理质性研究[M]. 北京:人民卫生出版社, 2008: 39-59.
- 80.胡娟娟. 临床新护士护理活动自我效能的调查研究[D]. 华中科技大学, 2010.
- 81.余雪丹, 李静, 郭永玉. 护士主观幸福感与职业压力, 社会支持关系的研究[J]. 中国实用护理杂志, 2012, 28(33): 64-66.
- 82.尉小芳, 石贞仙. 护患冲突场景中护士沟通能力状况调查[J]. 护理学杂志:综合版, 2010, 25(9): 57-59.
- 83.梁红玉.应用巴林特小组培训模式提高新护士护患沟通能力[J].护理学杂志: 综合版, 2013, 28(11): 1-3.
- 84.王丽,李乐之.中文版护理工作环境量表的信效度研究[J].中华护理杂志, 2011,46(2): 121-123.
- 85.符丽燕,朱念琼.衡阳市三级医院护士批判性思维能力及影响因素的研究[D].长沙:中南大学,2006.
- 86 .AL-Dossary R N, Kitsantas P, Maddox P J. Clinical decision-making among new graduate nurses attending residency programs in Saudi Arabia[J]. Appl Nurs Res, 2015, 20(15): 1620-1627
- 87.王庆梅,黎宁.临床护士临床护理决策能力的影响因素[J].解放军护理杂志, 2011,

- 28(2): 33-35.
- 88.White A. Clinical decision making among fourth-year nursing students: an interpretive study[J]. J Nurs Educ. 2003, 42(3): 113-120.
- 89.Choi M, Kim J, Relationships between clinical decision-making patterns and self-efficacy and nursing professionalism in Korean pediatric nurses[J]. J Pediatr Nurs , 2015, 12(2): 5-8
- 90.McCallum J, Duffy K, Hastie E, et al. Developing nursing students' decision making skills: Are early warning scoring systems helpful?[J]. Nurs Educ Pract, 2013, 13(1): 1-3.
91. Gerdeman J L, Lux K, Jacko J. Using concept mapping to build clinical judgment skills[J]. Nurs Educ Pract, 2013, 13(1): 11-17.
- 92.徐君, 徐艳艳, 别桂兰. 年轻护士临床决策能力的培训[J]. 齐鲁护理杂志, 2014, 20(16): 42-43.
- 93.Benner P. From novice to expert[J]. Am J Nurs, 1982, 82(3): 402-407.
- 94.顾红慧, 胡剑华, 龚戩芳, 等. 不同科室护士核心能力的调研分析[J]. 浙江中医药大学学报, 2014, 38(10): 1238-1240.
- 95.杨鸿芳.本科与大专学历低年资护士护理能力分析 & 培训对策[J]. 护理学报, 2012, 19(6): 21-22.
- 96.刘迪成, 黄惟清, 王富珍, 等. 护理专业不同层次毕业生职业综合能力的调查研究 [J]. 中华护理杂志, 2003, 35(6): 425-426.
- 97.教育部学位与研究生教育发展中心. 护理硕士 (MNS)[EB/OL].(2010-10-22). <http://www.chinadegrees.cn/xwyyjsjyxx/gjjl/szfa/hlss/index.shtml>
- 98.Gallagher A, Bouso R S, McCarthy J, et al. Negotiated reorienting: A grounded theory of nurses' end-of-life decision-making in the intensive care unit[J]. Int J of Nurs stud, 2015, 52(4): 794-803.
- 99.杜巧, 石贞仙. 我国护士专业技术职称晋级及应用现状[J]. 中华现代护理杂志, 2012, 18(22): 2725-2727.
- 100.贾玉秀.三级甲等综合医院护理人员核心能力与自我效能感影响因素分析[D].济南: 山东大学, 2014.
- 101.秦发伟, 刘霞, 孔德凤, 等. 临床在编护士与合同制护士信息素质的对比分析[J]. 中华现代护理杂志, 2009, 15(28): 2881-2883.
- 102.刘克英, 徐莉, 张婧. 护士工作家庭增益现状及其影响因素研究[J]. 中国护理管

- 理, 2014, 14(8): 815-818.
- 103.冯怡, 姚蕴伍. 护理学术活动的相关问题调查分析[J]. 护理学杂志:综合版, 2000, 15(8): 455-457.
- 104.王文焕, 孙宏玉, 杨爱军, 等. 社区护士能力及其影响因素的现象学研究[J]. 中国实用护理杂志, 2011, 27(22): 60-62.
- 105.毕红梅, 范艳敏, 杨辉. 护理工作环境评价模型构建的指标筛选的研究.护理研究, 2008, 22(5C): 1378-1379.
- 106.Pitt V, Powis D, Levett-Jones T, et al. The influence of critical thinking skills on performance and progression in a pre-registration nursing program[J]. Nurse educ today, 2015, 35(1): 125-131.
- 107.毛秋婷, 曾铁英. 护理人员批判性思维能力培训现状及发展策略[J]. 护理研究:中旬版, 2013, 27(20): 2054-2056.

综 述

护士护理临床决策能力测评工具及影响因素的研究进展

【关键词】：护士；护理临床决策；评价工具；影响因素

美国高等护理学会在 2008 年指出，护理临床决策能力是护士临床工作中重要的核心能力之一^[1]，护理临床决策是思维与行动的统一体，护理临床决策质量的高低直接影响到患者的生命健康与安全^[2]。因此，有必要对护士的护理临床决策有效管理，经过国内外学者对护理临床决策的深入探讨，决策理论逐渐成为护理实践的基础。本文旨在介绍国内外护理临床决策测评工具及其影响因素的研究现状，为日后护理管理者或者研究者相关研究提供参考，现报道如下。

一、护理临床决策概念的提出

决策最先出现于管理学的范畴中，于不同的专业有着不同的内涵。于管理者而言，决策是指决策的基本含义是指从 2 个或 2 个以上备选方案中选择 1 个的过程，它突出了决策的核心，即对未来行动的谋划和决断，没有这种决断，就不存在决策；同时也强调了决策是一种从一系列备选方案中挑选出最佳方案的选择过程^[3]；于医生而言，临床决策是指面对每一位患者时，临床医生必须对所采取（或不采取）的诊治措施做出决策，尽最大可能为每位患者选择有效、最安全、最经济的诊治方案的过程^[4]。随着医学整体护理模式的发展，护士角色功能的多样化，要求护士在临床实践的过程中做出各种各样正确的决策^[5]。护理界对决策的研究始于 20 世纪 70 年代，护理临床决策具有决断性和选择性，国外学者 O' Neill^[6]等认为临床决策是一个复杂的过程，决策是一种为了达到理想目标而选择最佳方案的评判性思维过程，要求护士有坚实的相关知识背景，收集信息的渠道以及临床环境的支持。之后我国学者^[7]将护理临床决策定义为“护士在临床实践过程中，运用评判性思维等思维方法，对面临的现象、情境或问题，根据一定的目标或标准拟定若干个可供选择的方案，从中做出决断并付诸实施的思维和行行程。”护理临床决策在不同的场景下有不同的表现形式，需要在以后的研究中结合先进的护理理论，以便更好指导临床实践。

二、国内外护理临床决策测评工具

1. Gover 的护理行为模拟工具 (NPSI)

最初用于测评护士的解决问题能力，共包括 126 个条目，NPSI 由四个临床模拟情景构成，针对不同临床模拟情境设置多个临床决策问题及评分标准，总分为 0~53 分，后来被许多研究者用于测量护理专业学生的解决问题能力和临床决策能力^[8,9]。

2. Jenkins 护理临床决策量表 (CDMNS)

此量表由 Jenkins^[10]在 1985 年研制，该工具是一个由 40 道题目组成的调查问卷，22 个条目正向计分，18 个条目反向计分，共包括 1) 寻找信息或新信息，2) 明确目标和价值，3) 寻找可选择的方案，4) 评价或多次评价结果四个维度。每个维度包括 10 个条目，采用“总是”（记 5 分）到“从不”（记 1 分）Likert 五级等分自陈式评分法进行回答，分值范围为 40—200 分，其 Cronbach' α 系数为 0.83，分量表的 Cronbach' α 系数为 0.84-0.92，其主要目的是护生通过自我评价测量对临床决策的感知情况，分数越高，说明决策意识越好。此量表设计结构简单，易于测量，在英国、美国等地被广泛的应用测量护生和护士的护理临床决策能力^[11,12]。国外学者 Bymes^[13]采用临床决策意识量表对 520 名实习护生调查结果显示护理临床决策的感知能力和实际能力并不相同。随后，我国南方医科大学何敏毅将此量表引入，并跨文化调试，用于测量我国护士的护理临床决策意识。s 并不适用于测评学生或护士的护理临床决策的实际能力。

3. Joseph 实际决策工具 (JADMI)

该工具于 1988 年由 Joseph^[14]等在 Kim 的象征论的指导下研制，此量表同样采用等级评分法，共包括 27 个条目，用来测评注册护士的综合能力，Cronbach' α 系数为 0.8。有调查显示，普外科的护士和急重症的护士的护理临床决策质量无统计学意义。在 1996 年，Catolico 等^[15]用此工具来测评护士的教育背景与护理临床决策意愿之间的相关性，结果表明并无显著相关。

4. Lauri 临床决策测评工具

该工具于 2002 年由 Lauri 等^[16]研制，用来测评护士对临床决策过程中自我认知水平以及护理临床决策方式，它以分析、信息处理和直观决策理论和 Hammond 的认知续线理论为指导框架，体现了临床决策过程中的四个过程：（1）数据收集；（2）数据处理和问题确认；（3）行动计划和实施；（4）实施。该问卷共 56 个条目，每个阶段 14 个条目，采用 linkets 五级评分法，从“1 到 5”分别代表“从不”、“很

少”、“有时”、“经常”、“一直如此”。28 个条目可反映出护士分析处理进行决策，另外 28 个条目则是反映出护士直观决策。在分析、分析一直觉、直觉一分析、分析模式这四种模式指导下，根据被试者的答案，可以判断出被试者是直观决策还是分析决策，例如“当你第一次和病人沟通时，我会假设产生哪些问题？”当你选择“1”分，则代表是直观决策模式；你选择“5”分，则代表是分析决策模式。此量表已用于评估来自于 7 个国家的 1460 名注册护士的临床决策方式及其认知，其 Cronbach' α 系数为 0.85-0.91。

在 2004 年，Salanter \ddot{a} ^[17] 在 lauri 研究的基础上，对此问卷进行修订，共 24 个条目，研究把临床决策模型相关的分数界值点重新定义为四分位数，即 25% 的的反应者属于直觉一解释；25% 的反应者属于分析一系统模型；50% 的反应者属于准理性行为，共包括四个维度，每个维度 6 个条目。各个条目编号采用奇数项和偶数项，奇数项代表护士在短时间内，遇到突发状况时的决策，偶数项代表护士决策后所采取的行动，评分方式与原量表相同。

5. 临床决策方式量表 (CDMS)

该量表于 2013 年由 Puschner^[18] 等编制，在“自主参与指数^[31]”的基础上进行修订，共包括“CDMS—P (患者)”和“CDMS—S (医务人员)”两个分量表，分别用来测评患者的参与决策主动性以及医务人员在临床工作中的决策水平。共 21 个条目，包括三部分内容：(1) 6 个条目表示患者参与决策的自主性；(2) 9 个条目代表不同的情景下的决策参与度；(3) 最后 6 个条目表示信息收集的愿望。采用 linkert5 等级评分法，第一部分的条目和第三部分的条目的分数设置为：“0”代表“完全不同意”，“4”代表“完全同意”，分数越高，代表渴望参与决策的主动性越强；第二部分条目的分数设置结果表明，分数越高，代表护士在为患者临床护理时，主动的搜集信息作出有益于患者的决定。此工具的信度为 0.70。

6. 护理临床决策焦虑自信量表 (NASC—CDM)

该量表于 2011 年由 Krista^[19] 等基于社会认知理论的指导下编制，用于测评护理人员在临床决策过程中的自我认知水平。共包括两个分量表 (自信和焦虑)，27 个条目，包括充分利用资源收集和利用信息、分析整理信息以及行动三个维度。采用 Likert 六级等分自我评分法，“1~6”分别代表“一点也不、、、完全”，焦虑和自信分量表的内部一致性分别为 0.96 和 0.97。两个分量表之间的相关系数为 $r=-0.75$,

表示护生在临床决策的过程中自信水平越高代表其焦虑水平越低。

7. 模拟情景法测量工具

我国对护理临床决策能力的研究起步较晚，目前较为广泛应用的是于 2003 年由第二军医大学叶春旭和导师姜安丽教授^[20]编制的问卷，属于模拟情景法测量工具。适用对象为毕业实习结束刚进入工作岗位的护生，问卷包括呼吸系统、消化系统、骨关节及心血管系统 4 个病例，5 个临床情境，通过模拟病例或临床情境测量 5 个维度方面（发现问题能力、确定目标的能力、决断方案能力、实施决策能力、评价反馈能力）的临床决策能力，该问卷总分 125 分，发现问题能力 37 分，确定目标能力 10 分，决断方案能力 42 分，实施决策能力 25 分，评价反馈能力 11 分，此项测评设有标准答案及评分标准。此问卷的复本信度为 0.89，内容效度为 0.9。此后，在我国护生的护理临床决策能力的相关研究中广泛应用。

三、护理临床决策能力影响因素的研究现状

1. 决策者自身因素

① 批判性思维

评判性思维贯穿于护理临床决策的全过程，也是最早研究的因素之一。九十年代初，有学者强调发展评判性思维应与临床决策能力联系起来，如何思考、运用、分析、综合和评判知识是做出正确护理决策和判断的基础。2004 年，Jackson^[21]提出评判性思维是在临床推理及临床判断（临床决策）时运用的一种方法。他认为评判性思维和临床决策存在这样的关系，以评判性思维为中心，根据护理知识和护理经验进行护理临床推理，最后形成临床决策、临床判断及护理方案。2006 年，Muller-Staub 等^[22]同样认为在临床护理工作中评判性思维及决策贯穿于整个护理程序。评判性思维对临床决策的护理诊断、伦理决策过程有影响，要想增强临床决策能力意味着要采取措施在护理诊断过程中培养护士的评判性思维。

国内学者也就批判性思维问题做了一系列研究。郭秀妍等^[23]研究结果表明：批判性思维能力及子条目评价得分对临床决策能力有影响（ $r=0.13, P<0.05$ ）。胡可芹等^[24]调查发现，评判性思维与临床决策能力总分、确定目标、决断方案、实施决策呈显著正相关（ $P<0.01\sim 0.05$ ）。

② 自我认知

Yesim 等^[25]通过对 222 名护生问卷调查研究发现，护生的自我认知与临床决策水

平呈正相关关系 ($r=0.182$, $P<0.05$), 随着其自我认知程度高的护生, 看待问题较深入, 有利于其发现和解决问题, 从而临床决策能力得分较高。

③工作经验

在一些研究中, 研究专家对多种影响因素按其重要性进行排列。Thompson 等^[26]对重症监护室护士临床决策能力影响因素的研究中: 经验是最重要的。

国内学者^[27]通过对广东地区实习护生及成教护士的临床决策能力影响因素调查结果显示, 毕业后不同阶段护士比实习护生有更高的护理临床决策能力, 这与进入工作岗位的护士不仅熟悉临床规章制度, 并且有了一定的运用护理程序意识。

④心理因素

自信和焦虑是影响护士在临床决策时重要的影响因素, 美国有学者^[28]认为自信和焦虑作为决策过程中的不同变量的中间变量, 以往的成功经验会让护士更自信的运用科学思维解决护理问题。

⑤元认知能力

何敏毅^[27]调查结果显示, 元认知对因变量临床决策能力具有预测影响, 决定系数 R^2 为 0.355, 认为元认知是大脑思维的核心部分, 有利于其知识、技能的学习, 提高其解决问题的能力。

2. 组织因素

①护理教育

护理教育能提高认知技巧和决策能力, Cindra 等^[29]认为教育对临床决策存在一定的影响, 被访者认为决策方式、决策水平受所受教育及教育者教学方式影响。成改平等^[30]研究显示护理教育是影响临床决策能力的重要因素, 原因是护士接受教育背景可为护理工作中遇到的问题提供帮助。

②社会支持

澳大利亚学者 Merrick 等^[31]通过调查社会支持对护理临床决策能力的影响, 结果发现: 领导和同事的支持能够增强护士的临床决策能力, 原因是社会支持有利于护士在临床决策的过程中发展与患者、医生之间的信任关系。

③工作环境

Thompson^[32]在文章中提到, 护士在嘈杂的临床环境中收集到的患者信息偏有所偏离, 难以辨别患者关键健康问题。Yang 等^[33]在一个模拟的临床环境中通过对护士

的临床决策能力的调查结果显示,护士对于患者健康问题展开的判断展示出高度的自信,在模拟的临床环境中,不仅有充足的医疗设备,而且护士也可以参与患者治疗方案的制定。

四、讨论

基于我国护理教育现状及临床工作的特点,在进行护理临床决策能力研究时有以下问题需注意:

1. 选择客观的护理临床决策测评工具

自护理临床决策的概念提出以来,引起学界的广泛关注。国内学者开展了相关的理论研究,但关于护理临床决策测评工具,除叶旭春等研制的情景模拟测评工具,尚未见其它测评工具的报道。因此,笔者认为,选择合适的护理临床决策能力测评工具,更能保证护理临床决策能力的客观性,科学性。

2. 全面探究护理临床决策能力的影响因素

目前,国外对护理临床决策能力的影响因素研究深入并广泛,而护理临床决策能力从护生的培养阶段开始形成,并容易受到年龄、性别、工作年限、环境等的影响,从而进一步影响其临床工作能力。我国护理学界对护理临床决策能力研究时间较晚,多集中于对护生的护理临床决策能力的现状调查,对其影响因素的研究较少,多集中于一般资料,例如,性别、年龄、批判性思维等对护理临床决策能力的影响,工作环境、决策意识等对护理临床决策能力是否存在影响,有待于进一步探究。

参考文献

- 1.American Association of Colleges of Nursing.The essentials of baccalaureate education for professional nursing practice. 2008[J].Washington, DC:Author,2010.
- 2.Roche JP. A pilot study of teaching clinical decision Making with the clinical educator model[J].Journal of Nursing Education, 2002, 41(8): 365-367.
- 3.赵慧军.现代管理心理学 [M] .北京: 首都经济贸易大学出版社,2001.147-169.
- 4.张超杰,贺达仁,唐利立.当前临床决策的问题及对策[J].医学与哲学,2006,26(10X):3-5.
- 5.叶旭春,姜安丽.护理临床决策的内涵及其启示[J].解放军护理杂志,2003,20(5):51-52.
- 6.O'Neill E S, Dluhy N M, Chin E. Modelling novice clinical reasoning for a computerized decision support system[J]. J Adv Nurs, 2005, 49(1): 68-77.
- 7.姜安丽.新编护理学基础[M].北京:人民卫生出版社.2003:133-137
- 8.Grossman S, Campbell C, Riley B. Assessment of clinical decision-making ability of critical care nurses[J]. Dimens Crit Care Nurs,1996,15(5):272-279.
- 9.Puschner B, Neumann P, Jordan H, et al. Development and psychometric properties of a five-language multiperspective instrument to assess clinical decision making style in the treatment of people with severe mental illness (CDMS)[J]. BMC psychiatry,2013, 13(1): 48.
- 10.Jenkins H M. A research tool for measuring perceptions of clinical decision making[J]. J Prof Nurs,1985,1(4):221-229.
- 11.Kozier B, Erb G Berman AJ. et al Fundamentals of nursing: concepts, process and practice. 6thed. New Jersey: Prentice-Hall,Inc.2000: 253—267
- 12.Girot E A. Graduate nurses: critical thinkers or better decision makers?[J]. J Adv Nurs,2000,31(2): 288-297.
- 13.Bymes M, West S. Registered nurses'clinical reasoning abilities: a study of self perception[J]. J Adv Nurs,2000,17(3):18-23.
- 14.Joseph D H, Matrone J, Osborne E. Actual decision making: factors that determine practices in clinical settings[J]. The Canadian journal of nursing research= Revue canadienne de recherche en sciences infirmières,1988,20(2):19.
- 15.Catolico O, Navas M, Sommer C K, et al. Quality of decision making by registered nurses[J]. J Nurses Prof Dev, 1996, 12(3): 149-154.
- 16.Lauri S, Salanterä S. Developing an instrument to measure and describe clinical decision making in different nursing fields[J]. J Prof Nurs,2002,18(2):93-100.
- 17.Lauri S, Salanterä S. Developing an instrument to measure and describe clinical

- decision making in different nursing fields[J]. *J Prof Nurs*, 2002, 18(2): 93-100.
18. Baxter P E & Boblin S. Decision making by baccalaureate nursing students in the clinical setting[J]. *J Nurs Edu*, 2008(47): 345-350.
19. White, A.H. Clinical decision making among fourth-year nursing students: An interpretive study[J]. *J Nurs Edu*, 2011(42): 113-120.
20. 叶旭春. 护理专业临床决策能力的结构分析和测量工具[D]. 上海: 第二军医大学, 2003: 1-4
21. Jackson M, Ignatavicius D, Case B. Conversations in Critical thinking and Clinical Judgment[M]. Pensacola, Florida: Pohl Publishing, 2005: 9
22. Muller-Staub M, Stuker—Studer U. Clinical decision making: Fostering critical thinking in the nursing diagnostic process through case studies[J]. *Pflege*, 2006, 19(5): 275-279.
23. 郭秀妍. 实习护生批判性思维与临床决策能力相关性研究[J]. *护理研究: 中旬版*, 2011, 25(9): 2365-2366.
24. 胡可芹, 蒋晓莲. 本科护生评判性思维与临床决策能力的相关性研究[J]. *护士进修杂志*, 2010, 25(3): 198-200.
25. Aktaş Y Y, Karabulut N. A Survey on Turkish nursing students' perception of clinical learning environment and its association with academic motivation and clinical decision making[J]. *Nurs educ today*, 2016, 36: 124-128.
26. Thompson, C., Spilsbury, K., Dowding, D., Pattenden, J., Brownlow, R., 2008. Do heart failure specialist nurses think differently when faced with 'hard' or "easy" decisions: a judgement analysis. *J Clin Nurs* 17 (16) : 2174–2184.
27. 何敏毅. 工作经验, 自我效能及元认知对护士临床决策能力的影响[D]. 广州: 南方医科大学, 2008.
28. White K A. Development and validation of a tool to measure self-confidence and anxiety in nursing students during clinical decision making[J]. *J Nurs Edu*, 2013, 52().
29. Cindra H, Deborah U. Critical thinking cards: An innovative teaching strategy to bridge classroom knowledge with clinical decision making[J]. *Teaching and Learning in Nursing*, 2016(01): 1-5.
30. 成改平, 李雅慧, 梁婷婷, 等. 护士临床护理决策能力的影响因素研究[J]. *当代护士: 学术版(中旬刊)*, 2013, 25(3): 1-3.
31. Merrick E T, Fry M, Duffield C, et al. Trust and decision-making: How nurses in

- Australian general practice negotiate role limitations[J]. *Collegian*, 2015, 22(2): 225-232.
- 32.Thompson C, Aitken L, Doran D, et al. An agenda for clinical decision making and judgement in nursing research and education[J]. *Int J Nurs Stud*, 2013, 50(12): 1720-1726.
- 33.Yang, H., Thompson, C., Bland, M. The effect of clinical experience, judgment task difficulty and time pressure on nurses'confidence calibration in a high fidelity clinical simulation[J]. *BMC Med Inform Decis Ma*, 2012(12): 113.

附录

附录 1 访谈知情同意书

尊敬的护理同仁：

您好！首先衷心感谢您在百忙中抽出时间接受访谈！

护理临床决策能力是护士核心能力的重要组成部分，是保障护理服务质量的重要基础。其概念为“护士在临床实践过程中，运用评判性思维等思维方法，对面临的现象、情境或问题，根据一定的目标或标准，拟定若干个可供选择的方案，从中做出决断并付诸实施的思维和行为过程”。目前，我国护理界重视护理决策的发展，但由于研究时间短，所以在决策认知、影响因素等方面仍然有不明确之处。

本研究旨在向您了解护理临床决策认知及影响因素等相关情况，以及您对此的看法，现将对您进行一次简短的访谈，访谈结果仅作论文研究之用，请您畅所欲言，谢谢！

您的大力支持和宝贵意见将会为本研究提供巨大的帮助，再次对您表示诚挚的感谢！

姓名：李艳艳

邮箱：liyanshr123@163.com

导师：陈翠萍

访谈者（签字）：

日期：

附录 2 访谈提纲

已毕业并在医院工作≤3 年的护士访谈提纲:

- (1) 您认为什么有效的护理临床决策?
- (2) 您认为促使您进行有效护理临床决策的原因有哪些?
- (3) 您认为阻碍您进行有效护理临床决策的原因有哪些?
- (4) 您在护理临床决策过程中的感受是怎样的?

附录 3 调查知情同意书

尊敬的护理同仁:

您好!

非常感谢您在百忙之中抽出时间来填写本问卷。这是一份学术性问卷,旨在了解临床护士的护理临床决策能力水平及其相关因素,为改善临床护士的临床决策能力提供理论依据。

本问卷采用匿名方式,所得资料仅供学术研究之用,不对外公开并严格保密,请放心作答。

请仔细阅读问卷指导语和每一道题目,客观、真实作答,答案并无对错、好坏之分。我们只对所有问卷做整体分析,绝不会对您的问卷进行单独分析。**请您认真填写或在符合您情况的选项处打“√”**,再次表示感谢!您的答卷是本研究的重要资料,作答时请勿遗漏并独立完成。所得资料仅供学术研究分析之用,请您根据实际情况作答,我们将妥善地保管您的答卷。

我们的研究成果有赖于您的信任和帮助!感谢您的合作和支持!

姓名: 李艳艳

电话: 18806135789

导师: 陈翠萍

附录4 一般人口学资料

1. 性别：① 男 ② 女
2. 您的年龄：①20~24岁 ②25—28岁
3. 您的工作年限：① 一年以内 ②1-3年
4. 科室：_____
5. 您就职的医院级别：①三级甲等 ②三级乙等 ③二级甲等
6. 您的文化程度：① 中专 ② 大专 ③本科 ④硕士及以上
7. 您的职称：① 护士 ② 护师 ③ 主管护师
8. 用工性质：①正式在编 ②非在编（合同制护士） ③非在编（临时护士）
9. 婚姻状况：①已婚 ② 未婚 ③离异 ④丧偶
10. 您的职务：①临床护士 ②教育护士 ③护士长
11. 您的工作目的：①热爱护理专业 ②满足父母愿望 ③生存需要 ④其他
12. 您是否参加过科室病例讨论：①否 ②1次/周 ③1次/月 ④1次/3个月 ⑤1次/半年
13. 您是否参加过学术活动：①否 ② 本地学术活动 ③省内学术活动 ④全国性学术活动
14. 您的月收入：①≤3000 ②3000-4999 ③5000-6999 ④ 7000-1万 ⑤万元以上
15. 您是否评过优秀护士：①否 ②评过1次 ③评过2次 ④评过3次或以上
16. 您是否能够很好的处理护患之间的关系：①是 ②否 ③不确定
17. 您认为您能胜任这份护理工作吗：①是 ②否 ③不确定

附录 5 护理临床决策能力测评工具

病例 1

1. 患者安某,男,70岁,反复咳嗽、咯痰伴喘息25年,活动后气急15年,间歇性双下肢浮肿1年,3天前因受凉后病情加重,寒战、高热,咳嗽、喘息明显,胸闷、气急加剧,咯少量黄色粘痰,乏力、双下肢浮肿,以“慢性支气管炎急性发作、阻塞性肺气肿、肺源性心脏病”的诊断入院。测 T38.7℃,P100次/min,R24次/min,BP135/80mmHg。动脉血气分析为 pH7.36, PaO₂60mmHg, PaCO₂55mmHg。请问患者存在哪些护理问题?(多选题 A: 请在你认为正确的备选项目后的括号内打√, 错误或禁忌的打×, 可选可不选的打○, 每项备选项目都必须作答, 如有未选者按打○记。)

- A、体温过高 ()
- B、生活自理缺陷 ()
- C、营养失调: 高于机体需要量 ()
- D、气体交换受损 ()
- E、反射失调 ()
- F、清理呼吸道无效 ()

2. 请从上述备选答案中选出该患者的首优问题(单选题)是:

3. 为解决患者的健康问题, 可采取哪些护理措施?(多选题 A)

- A、给患者采取头低脚高位 ()
- B、按医嘱行抗感染治疗并观察疗效 ()
- C、按医嘱行小剂量起效慢的强心剂治疗 ()
- D、经常观察患者有无嗜睡、日睡夜醒、多语、烦躁等精神神经症状 ()
- E、按医嘱给患者口服利尿剂并给予无盐饮食 ()

病例 2

4. 患者赵某,男,43岁,因“半小时前突然大量呕血”由同事送到某院急诊求治,为判断患者出血的原因, 请问需作哪些评估?(多选题 A)

- A、询问出血的方式、颜色、量、伴随物 ()
- B、询问患者大便情况 ()
- C、测量患者体温并观察其热型 ()

D、测量患者血压、脉搏 ()

5. 患者赵某, 男, 43岁, 因“半小时前突然大量呕血”由同事送到某院急诊求治, 为判断患者出血的原因, 请问需作哪些评估? (多选题 A)

A、询问出血的方式、颜色、量、伴随物 ()

B、询问患者大便情况 ()

C、测量患者体温并观察其热型 ()

D、测量患者血压、脉搏 ()

E、及时发现病情变化 ()

F、尽快进行相关健康知识的全面宣教 ()

G、尽快缓解患者紧张情绪 ()

H、满足患者饮食营养需要 ()

I、满足患者排泄需要 ()

J、积极协助医生, 尽快设法控制出血 ()

其他(请写出)

你的选择是: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4.

附录 6 护理临床决策意识量表

做护理决策时的方法	从 不	很 少	有 时	经 常	总 是
1. 如果面临的临床决策非常重要, 而且时间允许, 我会努力思考多种选择方案					
2*. 在实施护理时, 病人的文化价值和信仰是次要的考虑内容					
3. 在做决定前, 我会考虑当时的各种因素决定备选方案的数量					
4*. 在做决定前, 寻求新的信息是困难的, 也没有意义					
5. 对于我不懂的知识, 我会求助于专业书籍					
6*. 从备选方案中随机抽取一个方案对我而言是最好的。					
7. 当我思考备选方案时, 头脑风暴法(先产生尽可能多的设想的方法, 然后对其逐一质疑, 分析其现实可行性的方法)是我思考的一种方法。					
8. 做决定时, 我会抛弃惯性思维而尽可能多的寻找信息					
9. 我会帮助病人培养他们自我护理中做决定的能力					
10. 当我与病人的观点不同时, 我会客观地根据现场情况做决定。					
11. 我还是会听取专家的建议, 尽管我最终不一定会采纳他的建议。					
12*. 我在解决问题或做决定时会利用当时获得的信息, 而不征求其他人的意见。					
13*. 我不经常花费时间去检查所作出决定的各种可能后果					
14. 当我作出的决定牵涉到个人时, 我会考虑其家庭的利益					
15*. 我很少有时间或精力去寻找信息					
16. 在做决定前, 我会在心里列出多种备选方案					
17. 当我检查备选方案可能出现的后果时, 一般情况下, 通过“如果这样做, 会……”的方式来考虑					
18. 在做决定前, 我会考虑最长远的结果					
19*. 在做决定时, 和我同事的意见一致是最重要的					
20. 我把病人作为信息的来源之一					
21. 当我做决定时, 我会考虑同事的评价					
22*. 当指导者(医生或护士长)推荐一个选择后, 我会采纳而不考虑其它解决问题的方法					
23*. 当结果有很大利益时, 我会选择它而不考虑其风险					
24*. 我会随意的寻找新信息					
25*. 我的经验不能帮助我判断出决策对病人是否有利					
26. 当我检查方案可能出现的结果时, 我能判断出有利于病人的结果					
27. 我一般会选择在过去相似环境下成功过的方案					

28. 如果方案风险大, 引起的后果非常严重, 我不会选择这个方案					
29. 当我评价一个重要的临床决策时, 我会列出正面和负面后果					
30*. 当我临床决策时, 我不会问同事的意见					
31*. 我的职业价值观与我个人价值观不一致					
32*. 我找到解决问题的方法是我运气的问题					
33. 为积累知识与经验, 在临床我也牢记护理课程的目标					
34*. 当我做决定时, 我不考虑病人的风险和利益					
35. 当我做决定时, 我会考虑科室制度的标准。					
36*. 只有当情况需要, 我才会让其他人参与我的决策					
37. 在我寻找多种方案时, 我会把最新的或不太可行的方案也考虑进去					
38. 从病人身上寻找问题, 是我做决策的一个常规部分					
39*. 只有当患者出现严重后果的迹象时, 我才考虑所选方案的风险和利益					
40*. 为了做出正确的临床决定, 病人的价值观必须与我的一致					

附录 7 护理工作环境量表

问 题	完全不同意	不同意	同意	完全同意
1. 科室有充足的支持设备让我有更多的时间护理患者				
2. 科室的医生和护士工作关系融洽				
3. 科室的管理者支持护理人员的工作				
4. 医院对护士有积极的员工发展或继续教育计划				
5. 我有职业发展或临床晋升的机会				
6. 护理人员有机会参与医院的管理决策				
7. 我有足够的时间和机会与科室的其他护士讨论患者的护理问题				
8. 科室有足够的注册护士可为患者提供高质量的护理				
9. 护士长是一位优秀的管理者和领导者				
10. 护理部主任平易近人				
11. 科室有充足的人员完成工作任务, 如医生、护士、护理员等				
12. 我圆满完成工作时能获得鼓励和认可				
13. 医院管理部门期望各病区为患者提供高水平的护理服务				
14. 科室的护士和医生具有良好的团队合作精神				
15. 我有进修学习的机会				

16. 我有机会与临床工作能力强的护士一同工作				
17. 护士长支持科室护士做出的决定, 即使与医生的相冲突				
18. 管理部门会倾听和反馈护理人员的意见和建议				
19. 医院有完善的护理质量控制程序				
20. 护士能参与医院内部的管理				
21. 科室的护士和医生经常密切配合协同工作				
22. 医院对新进护士有指导培训计划				
23. 医院的护理工作具有自己独特鲜明的护理模式				
24. 护士有机会成为医院和护理委员会的一员				
25. 护士长经常会与护士商讨日常的工作问题和程序				
26. 我能及时书写患者的护理记录				
27. 责任床的分配促进了护士对患者进行连续性的护理				
28. 我在护理工作中经常使用护理诊断				

附录 8 批判性思维力量表

内容	非常赞同	赞同	基本赞同	不太赞同	不赞同	非常不赞同
1*. 面对有争议的论题, 要从不同的见解中选择其一, 是极不容易的。						
2*. 对某件事如果有四个理由赞同, 而只有一个理由反对, 我会选择赞同这件事。						
3*. 即使有证据与我的想法不符, 我还会坚持我的想法。						
4*. 处理复杂的问题时, 我感到惊慌失措。						
5*. 当我表达自己的意见时, 要保持客观是不可能的。						
6*. 我只会寻找一些支持我看法的事实, 而不会去找一些反对我看法的事实。						
7*. 有许多问题我会害怕去寻找事实真相。						
8*. 既然我知道怎样做决定, 我便不会反复考虑其他的选择。						
9*. 我们不知道应该用什么标准来衡量绝大部分问题。						
10*. 个人的经验是检验真理的唯一标准。						
11. 了解别人对事物的看法, 对我来说是重要的。						

12. 我正尝试少做主观的判断。						
13. 研究外国人的想法是很有意义的。						
14*. 当面对困难时要考虑事件所有的可能性, 这对我来说是不可能做到的。						
15*. 小组讨论时, 若某人的见解被其他人认为是错误的, 他便没有权利去表达意见。						
16*. 外国人应该学习我们的文化, 而不是要我们去了解他们的文化。						
17*. 他人不应该强逼我去为自己的意见辩护。						
18*. 对不同的世界观(例如: 进化论、有神论)持开放态度, 并不是那么重要。						
19*. 各人有权利发表他们的意见, 但我不会理会他们。						
20*. 我不会怀疑众人都认为是理所当然的事。						
21. 当他人只用浅薄的论据去为好的构思护航, 我会感到着急。						
22. 我的信念都必须有依据支持。						
23. 要反对别人的意见, 就要提出理由。						
24. 我发现自己常评估别人的论点。						
25. 我可以算是个有逻辑的人。						
26. 处理难题时, 首先要弄清问题的症结所在。						
27. 我善于有条理的去处理问题。						
28*. 我并不是一个很有逻辑的人, 但却常常装作有逻辑。						
29*. 要知道哪一个是较好的解决方法, 是不可能的。						
30*. 生活的经验告诉我, 处事不必太有逻辑。						
31. 我总会先分析问题的重点所在, 然后才解答它。						
32. 我很容易整理自己的思维。						
33. 我善于策划一个有系统的计划去解决复杂的问题。						
34. 我经常反复思考在实践和经验中的对与错。						
35*. 我的注意力很容易受到外界环境的影响。						
36*. 我可以不断谈论某一个问题的, 但不在乎问题是否得到解决。						
37*. 当我看见新产品的说明书复杂难懂时, 我便放弃继续阅读下去。						
38*. 人们说我做决定时过于冲动。						
39*. 人们认为我做决定时犹豫不决。						
40*. 我对争议性话题的意见, 大多跟随最后与我谈论的人。						
41. 我欣赏自己拥有精确的思维能力。						

42. 需要思考而非全凭记忆作答的测验较适合我。						
43. 我的好奇心和求知欲受到别人的欣赏。						
44. 面对问题时, 因为我能做出客观的分析, 所以我的同辈会找我做决定。						
45. 对自己能够想出有创意的选择, 我很满意。						
46. 做决定时, 其他人期待我去制定适当的准则作指引。						
47. 我的求知欲很强。						
48. 对自己能够了解其他人的观点, 我很满意。						
49. 当问题变得棘手时, 其他人会期待我继续处理。						
50*. 我害怕在课堂上提问。						
51. 研究新事物能使我的人生更丰富。						
52. 当面对一个重要抉择前, 我会先尽力收集一切有关的资料。						
53. 我期待去面对富有挑战性的事物。						
54. 解决难题是富有趣味性的。						
55. 我喜欢去找出事物是如何运作的。						
56. 无论什么话题, 我都渴望知道更多的相关内容。						
57. 我会尽量去学习每一样东西, 即使我不知道它们何时有用。						
58*. 学校里大部分的课程是枯燥无味的, 不值得去选修。						
59*. 学校里的必修科目是浪费时间的。						
60*. 主动尝试去解决各样的难题, 并非那么重要。						
61*. 最好的论点, 往往来自于对某个问题的瞬间感觉。						
62*. 所谓真相, 不外乎个人的看法。						
63*. 付出高的代价(例如: 金钱、时间、精力), 便一定能换取更好的意见。						
64*. 当我持开放的态度, 便不知道什么是真, 什么是假。						
65*. 如果可能的话, 我会尽量避免阅读。						
66*. 对我自己相信的事, 我是坚信不疑的。						
67*. 用比喻去理解问题, 像在公路上驾驶小船。						
68*. 解决难题的最好的办法是向别人问取答案。						
69*. 事物的本质和它的表象是一致的。						
70*. 有权势的人所作的决定便是正确的决定。						

攻读学位期间公开发表的论文

1. 李艳艳, 陈翠萍, 贺学敏, 等. 医院护士生活质量及其影响因素的研究进展[J]. 中华现代护理杂志, 2015, 21(05):615-617.
2. 李艳艳, 陈翠萍. 上海市三级医院低年资护士护理临床决策能力的现状调查分析[J]. 护理学杂志, 已录用.
3. 李艳艳, 陈翠萍. 实习护生批判性思维能力与临床实习环境的相关性研究[J]. 护理实践与研究, 已录用.

中英文缩略词表

缩略词	英文全称	中文全称
AACN	American Association of Colleges of Nursing	美国护理协会
NPSI	Nursing Performance Simulation Instrument	护理行为模拟工具
CDMNI	Clinical Decision Making in Nursing Scale	护理临床决测量表
CDMS	Clinical Decision Making Style	临床决策方式
NASC—CDM	Nursing Anxiety and Self-Confidence with Clinical Decision Making Scale	护理临床决策自信焦虑量表

致 谢

时光荏苒，岁月如梭，三年的硕士学习生涯即将结束。三年时光虽然仅占人生几十分之一，但是这三年对我而言，收获颇多。值此论文完成之际，我要对所有在我硕士学习期间给予我帮助、鼓励与支持的老师、家人和朋友表示衷心的感谢。

首先我要向我的导师陈翠萍主任表示最真诚的谢意。从课题选题、设计、实施及论文完成和发表的过程都给予了我细心的指导和帮助。陈老师博学笃行，学术作风严谨，工作态度认真细致，为人和蔼可亲，这些优秀品质都将时刻影响我的学习、工作与生活，成为我黑夜的启明星，骄阳下的清风，是我终生学习的榜样。

由衷的感谢苏州大学老师对我科研的指导，你们耐心的答疑解惑对课题研究过程起到很大帮助。

衷心的感谢上海市第十人民医院周姝、李娟等护士长及闸北医院等护理部主任在设计、完成本次课题时给予的无私帮助，非常感谢！

感谢与我一起奋斗、共同成长的研究师姐妹，谢谢你们对我学习上的帮助及生活上的关心。

感谢我的亲人给予我鼓励与温暖，你们默默不求回报的支持和关爱是我坚持梦想，一路走到现在最大的动力。

最后感谢评阅本篇论文和出席论文答辩的各位专家、教授，感谢在百忙之中抽出时间给予的指导！

苏州大学
硕士学位论文
(学术学位)

苏州大学研究生院统一印制