·护理教育研究·

基于循证实践的儿科护理实习生临床决策能力指标体系的建立

常杰[1]　相琼[1]　周晓瑜[1]　张敏[2]　魏娟[1]　郭凤[1]　潘瑞[1]

[1]空军军医大学第一附属医院/西京医院儿科，西安 710032；[2]空军军医大学第一附属医院/西京医院骨科，西安 710032

通信作者：相琼，Email：Xiangqiong963852@163.com

【摘要】 目的　构建基于循证实践的儿科护理实习生临床决策能力指标体系，为临床教学与评价提供科学依据。**方法**　采用文献分析、德尔菲专家咨询及实证研究相结合的方法。首先，系统检索中英文数据库（2018—2023 年），依据 PICO 框架筛选文献，提取循证证据，初步形成包含 4 个一级指标、12 个二级指标、39 个三级指标的体系。随后，通过两轮德尔菲专家咨询（25 名专家，工作年限 19~27 年）修订指标，专家权威系数（Cr）为 0.898~0.907，肯德尔协调系数为 0.351~0.420（P<0.001）。最终采用层次分析法确定权重，并通过问卷调查验证信效度（样本量：预调查 30 人，正式调查 58 人）。**结果**　构建的指标体系包含 4 个一级指标（权重）、13 个二级指标和 42 个三级指标。一级指标权重分别为：知识整合能力（0.300）、循证实践能力（0.250）、临床判断能力（0.280）、伦理决策能力（0.170）。条目重要性评分均>4.0 分（满分 5 分），变异系数<0.20。信效度检验显示，总量表 Cronbach's α 系数为 0.89，重测信度 ICC=0.88；探索性因子分析累计方差解释率 69.30%，验证性因子分析模型拟合良好（CFI=0.93，RMSEA=0.05）。**结论**　该指标体系具有良好的科学性和实用性，可为儿科护理实习生临床决策能力的规范化培养与评价提供参考。未来需加强高级循证技能培训及长期应用效果追踪。

【关键词】 循证实践；　儿科护理；　实习生；　临床决策能力；　指标体系

【中图分类号】 R-05

基金项目：陕西省卫生健康科研计划项目（2022JQ-04）

DOI: 10.3760/cma.j.cn116021-20250102-02116

Establishment of a clinical decision-making ability indicator system for pediatric nursing interns based on evidence-based practice

Chang Jie[1], Xiang Qiong[1], Zhou Xiaoyu[1], Zhang Min[2], Wei Juan[1], Guo Feng[1], Pan Rui[1]

[1]Department of Pediatrics, The First Affiliated Hospital of Air Force Medical University/Xijing Hospital, Xi'an 710032, China; [2]Department of Orthopedics, The First Affiliated Hospital of Air Force Medical University/Xijing Hospital, Xi'an 710032, China

Corresponding author: Xiang Qiong, Email: Xiangqiong963852@163.com

【Abstract】 Objective　To construct a clinical decision-making ability indicator system based on evidence-based practice for pediatric nursing interns, and to provide a scientific basis for clinical teaching and evaluation. **Methods**　A method combining literature analysis, Delphi expert consultation, and empirical research was used. Firstly, a systematic search of Chinese and English databases (2018-2023) was conducted. Literature was screened based on the PICO framework and evidence-based data were extracted, resulting in a preliminary system consisting of 4 primary indicators, 12 secondary indicators, and 39 tertiary indicators. Subsequently, the indicators were revised through two rounds of Delphi expert consultation (25 experts with 19-27 years of work experience). The expert authority coefficients (Cr) were 0.898-0.907 and the

Kendall's concordance coefficients were 0.351-0.420 (P<0.001). Finally, the analytic hierarchy process was used to determine the weights, and the reliability and validity were verified through a questionnaire survey (sample size: 30 participants in preliminary survey and 58 participants in formal survey). **Results** The constructed indicator system included 4 primary indicators (weights), 13 secondary indicators, and 42 tertiary indicators. The weights of the primary indicators were as follows: knowledge integration ability (0.300), evidence-based practice ability (0.250), clinical judgment ability (0.280), and ethical decision-making ability (0.170). The importance scores of all items exceeded 4.0 points (out of 5 points), and the coefficients of variation were less than 0.20. The reliability and validity tests showed that the Cronbach's α of the overall scale was 0.89, and the intraclass correlation coefficient was 0.88. The cumulative variance contribution rate of exploratory factor analysis was 69.30%. The confirmatory factor analysis demonstrated a good model fit with a comparative fit index of 0.93 and a root mean square error of approximation of 0.05. **Conclusions** This indicator system has high scientificity and practicality, and can provide a reference for the standardized cultivation and evaluation of clinical decision-making ability of pediatric nursing interns. In the future, it is necessary to strengthen advanced evidence-based skills training and long-term application effectiveness tracking.

【**Key words**】 Evidence-based practice; Pediatric nursing; Intern; Clinical decision-making ability; Indicator system

Fund program: Shaanxi Provincial Health Research Program (2022JQ-04)

DOI: 10.3760/cma.j.cn116021-20250102-02116

循证实践是指整合最佳科学证据、临床经验与患者需求的系统化决策方法[1-2]。基于循证实践的医疗护理已成为现代护理的核心方法论，是一种系统化临床决策方法，其在提升护理质量、优化资源配置及推动学科发展方面具有不可替代的作用[3-4]。儿科护理具有病情复杂、患者沟通难度高、家属期望值大等特点，对护理人员的临床决策能力提出了更高要求。实习生作为未来儿科护理团队的核心后备力量，其临床决策能力的培养不仅是职业能力发展的关键环节，更是保障患儿安全、提升护理质量的重要基础[5-6]。在儿科护理中，临床决策不仅影响患儿健康结局，还关系到家庭对医疗系统的信任。基于循证实践的带教模式能将“科学证据”“临床经验”与“患儿需求”三者有机结合，能有效帮助实习生从被动执行者成长为主动决策者，最终实现以患儿为中心的高质量护理。但目前儿科护理实习生临床决策能力指标体系的评估和建立并不完善，且未涵盖儿科特有的家庭参与决策需求，现有研究多集中于成人科室，缺乏儿科专科化的评价工具。因此，本研究通过基于循证实践构建儿科护理实习生临床决策能力指标体系，旨在为临床护理实习生临床决策能力指标体系的构建与评价提供参考依据。

1 对象与方法

1.1 研究方法

1.1.1 检索文献

通过关键词“循证实践”“儿科护理”“实习生”“临床决策能力”“指标体系”等中文检索词在万方、知网及维普等中文数据库检索，检索“Evidence-based practice” “pediatric nursing” “Intern” “Clinical decision-making ability” “Index system” 等英文检索词在 Pubmed、Web of Science、EMbase、ScienceDirect 等英文数据库检索。检索时间为 2018 年 1 月至 2023 年 12 月，检索式以 PICO 框架拆解（如 Population：pediatric nurses；Intervention：evidence-based teaching；Comparison：traditional teaching；Outcome：clinical decision-making ability），将中英文数据库内检索到的相关文献进行分析整理，首先阅读文献，纳入中英文随机对照试验（RCT）、系统评价及指南，排除非实证研究及非儿科领域文献，在排除明显不相关的文献后，进一步阅读摘要和全文，以最终确定纳入分析的文献。

1.1.2 基于循证实践的最佳证据获取

将最终纳入分析的文献与临床儿科护理情景相关联，提出以下基于循证实践证据的最佳实践建

议：①基于循证实践儿科护理临床带教硬件设施的配备；②儿科相关医护人员知识培训；③患儿家属需求调查。

1.1.3 初步构建基于循证实践的儿科护理实习生临床决策能力指标体系

将纳入研究文献的一般资料量表（包括文献主题、护理指标、护理证据等）录入并提取，按“问题提出-证据检索-证据评价-临床转化”四步法对指标进行整理，最终得到一级指标4个、二级指标12个、三级指标39个。

1.2 编制专家函询问卷

专家函询问卷以卷首语、专家情况调查和指标咨询三个部分组成。①卷首语：主要介绍本研究的研究背景、研究目的和研究意义，还需说明本研究问卷调查表的填写方法和注意事项，最后向函询专家表示感谢。②专家情况调查：需了解函询专家的一般情况、判断依据和熟悉程度。一般情况主要包括年龄、学历、工作年限、职称、职务及函询经历等。判断依据包括临床经验、直观感受、理论分析、参考国内外文献4个方面。对函询内容的熟悉程度分不熟悉、不太熟悉、一般熟悉、熟悉和很熟悉5级。③指标咨询：函询专家对初步拟定的指标体系进行重要性评分，重要性评分分为非常重要、很重要、重要、较不重要和非常不重要5级，分值为5~1分，并在每个条目后面设置修改意见栏和补充栏。函询专家纳入标准：本科及以上学历、高级职称；儿科护理、儿科管理、儿科教育等相关领域工作；工作年限≥15年；纳入专家与儿科医生、患儿家属等无利益相关者；对函询内容熟悉，能提供有价值意见并积极配合开展函询直至结束。

1.3 实施专家咨询

本研究总共进行了2轮专家函询。函询方式根据专家情况采用电子邮件或现场函询两种方式。电子函询每次均要求专家于1周内发回。收集好函询调查表后对指标体系的意见、评分进行整理，并对指标进行筛选、修订，汇总分析讨论后形成新的指标体系进行第2轮专家函询。在筛选函询专家意见时删除专家重要性评分<3.5分及变异系数>0.25的指标。在2轮专家函询后专家意见趋于一致，函询停止。

1.4 信效度检验

本研究采用标准化心理测量学方法对量表进行系统验证：在信度检验方面，通过Cronbach's α系数评估内部一致性，间隔2周重测检验稳定性，并计算分半信度；在效度检验方面，邀请10位资深专家评定内容效度，采用探索性和验证性因子分析检验结构效度，并以专家评定的临床决策能力等级作为效标验证效标效度；同时通过项目分析考察条目区分度，计算各条目临界比值和条目-总分相关系数，确保所有条目均符合测量学要求。所有数据分析均采用专业统计软件完成，检验水准设为α=0.05。

1.5 调查情况

于2024年1月在本院开展小样本测试，选取30名儿科护理实习生参与调查。采用纸质问卷形式，由研究者现场指导填写，回收有效问卷30份（有效率100%）。预调查结果显示量表平均完成时间（14.50 ± 2.80）min，Cronbach's α系数0.87，发现2个条目表述需要优化，据此修订问卷内容。

正式调查阶段：于2024年3至12月在本院扩大样本量调查，采用整群抽样法选取60名儿科护理实习生参与。通过“问卷星电子问卷+纸质问卷”双模式收集数据，最终回收有效问卷58份（有效率96.70%）。所有问卷均在签署知情同意书后完成，数据经双人核对录入。

1.6 统计学方法

计量资料采用（均数 ± 标准差）表示，计数资料采用频数和百分比（%）表示。权重计算采用层次分析法，通过构建判断矩阵、计算一致性比率（CR<0.1）确定各级指标权重。数学模型如下：一级指标判断矩阵：基于专家评分计算特征向量及最大特征值；二级、三级指标权重通过逐层归一化处理获得，最终权重经两轮专家函询校准。专家积极性以问卷回收率表示，专家可靠性以专家权威系数表示，专家权威系数（Cr）由判断依据系数（Ca）和熟悉程度系数（Cs）来计算，即Cr=（Ca+Cs）/2；专家意见协调程度以变异系数及肯德尔协调系数判断；专家意见集中程度采用指标重要性表示。2轮函询意见肯德尔协调系数比较采用卡方检验。检验水准α=0.05。

2 结果

2.1 专家基本情况

本研究最终纳入全国多个省市三级甲等医院的专家25人。专家年龄45~55岁，平均（53.20 ± 8.70）岁；本科7人，硕士14人，博士4人；副高级职称13人，正高级职称12人；临床护理14人，护理管理

5 人，护理教育 6 人；工作年限为 19~27 年，平均（23.17 ± 4.03）年；函询经历：1 次 6 人，≥2 次 9 人。

2.2 专家的积极系数和权威系数

本研究 2 轮专家函询各回收有效问卷 25 份，2 轮专家问卷有效回收率均为 100.00%，表明函询专家积极性高，能积极配合开展函询。第 1 轮函询 Ca 和 Cs 分别为 0.891、0.905，第 2 轮函询 Ca 和 Cs 分别为 0.902、0.912，计算得到 Cr 分别为 0.898、0.907，Cr 均>0.70，表明函询专家权威程度高。

2.3 专家的意见协调程度

本研究第 1 轮、第 2 轮函询意见协调程度肯德尔协调系数分别为 0.351（χ^2=89.21，P<0.001）、0.420（χ^2=137.05，P<0.001），表明函询专家意见协调程度较好。

2.4 构建评价指标问卷修订情况

本研究通过两轮德尔菲法专家咨询完成指标筛选与修订：第 1 轮删除 3 项三级指标（原 1.2.2 儿童心理学沟通、原 3.2.5 认知行为疗法、原 4.3.3 价值观冲突反思），修订 7 项指标表述（如将“移动医疗工具使用”从知识整合调整至循证实践能力），新增 4 项指标（1.2.3 疼痛管理多学科协作、3.4 心理干预能力及下设 3 个三级指标）；第 2 轮进一步修订 2 项指标权重（2.2 证据批判性评价从 0.30 调至 0.40，4.2 家庭沟通从 0.45 调至 0.50），最终形成包含 4 个一级指标、13 个二级指标和 42 个三级指标的体系，所有指标重要性评分均>4.0 分且变异系数<0.20，专家共识良好（Cr=0.907）。见表 1。

表 1 基于循证实践构建的儿科护理实习生临床决策能力指标体系内容

项目（权重）	重要性评分（$\bar{x} \pm s$）	变异系数	权重	满分率（%）
1 知识整合能力	4.82 ± 0.18	0.014	0.300	85
1.1 专科知识储备	4.72 ± 0.23	0.021	0.450	80
1.1.1 准确识别儿童生命体征异常阈值	4.85 ± 0.16	0.014	0.300	90
1.1.2 掌握儿科常见疾病病理机制	4.72 ± 0.23	0.004	0.250	95
1.1.3 熟悉儿童生长发育里程碑	4.60 ± 0.22	0.125	0.200	90
1.1.4 掌握标准化发育评估工具	4.55 ± 0.25	0.125	0.250	80
1.2 跨学科知识应用	4.08 ± 0.33	0.046	0.300	95
1.2.1 儿童用药剂量调整	4.30 ± 0.52	0.069	0.350	90
1.2.2 营养支持方案制定	4.41 ± 0.14	0.022	0.300	60
1.2.3 疼痛管理多学科协作（新增）	4.65 ± 0.28	0.032	0.350	75
1.3 动态知识更新	4.32 ± 0.25	0.049	0.250	65
1.3.1 儿科指南更新追踪	4.05 ± 0.91	0.130	0.400	70
1.3.2 病例讨论会参与	4.38 ± 0.11	0.009	0.300	70
1.3.3 人工智能辅助决策（修订）	4.72 ± 0.25	0.025	0.300	75
2 循证实践能力	4.75 ± 0.21	0.014	0.250	80
2.1 证据检索能力	4.55 ± 0.16	0.028	0.350	75
2.1.1 PICO 问题构建	4.77 ± 0.32	0.023	0.400	70
2.1.2 高级检索策略	4.52 ± 0.18	0.012	0.300	70
2.1.3 移动医疗工具应用	4.72 ± 0.25	0.025	0.300	75
2.2 证据批判性评价	4.95 ± 0.20	0.003	0.400	70
2.2.1 Cochrane 偏倚评估	4.71 ± 0.82	0.094	0.400	75
2.2.2 GRADE 系统应用	4.55 ± 0.72	0.023	0.350	60
2.2.3 儿科研究伦理审查	4.62 ± 0.64	0.024	0.250	65
2.3 证据临床转化	4.52 ± 0.38	0.046	0.250	50
2.3.1 个体化护理方案调整	4.88 ± 0.20	0.074	0.400	70
2.3.2 本土化方案制定	4.41 ± 0.34	0.014	0.300	60
2.3.3 家属循证沟通技巧	4.25 ± 0.32	0.062	0.300	65
3 临床判断能力	4.91 ± 0.15	0.001	0.280	85
3.1 症状识别与优先级排序	4.88 ± 0.26	0.020	0.400	85

续表 1

项目(权重)	重要性评分($\bar{x} \pm s$)	变异系数	权重	满分率(%)
3.1.1 儿童非特异性症状鉴别	4.41 ± 0.30	0.006	0.350	80
3.1.2 PEWS 评分应用	4.63 ± 0.38	0.012	0.300	85
3.1.3 急症“红旗征”识别	4.81 ± 0.32	0.052	0.350	80
3.2 风险评估与干预	4.83 ± 0.20	0.027	0.350	75
3.2.1 药物不良反应预判	4.35 ± 0.61	0.035	0.300	80
3.2.2 跌倒预防策略制定	4.28 ± 0.67	0.018	0.250	80
3.2.3 前瞻性风险预警系统建立	4.89 ± 0.31	0.104	0.300	75
3.2.4 免疫缺陷患儿隔离措施	4.35 ± 0.36	0.044	0.150	70
3.3 应急决策与团队协作	4.72 ± 0.34	0.027	0.200	75
3.3.1 多学科团队启动	4.10 ± 0.89	0.021	0.400	70
3.3.2 SBAR 交班执行	4.38 ± 0.86	0.040	0.300	60
3.3.3 电子病历决策记录	4.34 ± 0.41	0.089	0.300	35
3.4 心理干预能力	4.58 ± 0.31	0.042	0.050	65
3.4.1 儿童焦虑情绪行为干预	4.72 ± 0.25	0.018	0.400	70
3.4.2 住院患儿创伤后应激预防	4.65 ± 0.33	0.025	0.350	60
3.4.3 慢性病患儿心理韧性培养	4.51 ± 0.29	0.036	0.250	55
4 伦理决策能力	4.71 ± 0.23	0.047	0.170	65
4.1 患儿权益维护	4.75 ± 0.16	0.078	0.300	70
4.1.1 儿童友好型知情同意	4.75 ± 0.16	0.078	0.400	75
4.1.2 隐私保护规范执行	4.72 ± 0.22	0.030	0.300	75
4.1.3 FLACC 疼痛管理合规性	4.30 ± 0.17	0.032	0.300	40
4.2 家庭沟通与共同决策	4.86 ± 0.17	0.013	0.450	80
4.2.1 文化敏感性沟通	4.89 ± 0.25	0.113	0.300	85
4.2.2 家庭护理能力培训	4.90 ± 0.11	0.014	0.250	90
4.2.3 医疗授权争议处理	4.85 ± 0.26	0.022	0.250	80
4.2.4 SHARE 决策模型应用	4.77 ± 0.31	0.035	0.200	75
4.3 伦理困境处理	4.68 ± 0.24	0.028	0.250	50
4.3.1 四象限伦理模型应用	4.75 ± 0.12	0.180	0.400	70
4.3.2 姑息护理伦理委员会介入	4.82 ± 0.20	0.047	0.300	70
4.3.3 医疗资源分配伦理反思	4.61 ± 0.51	0.024	0.300	40

2.5　信度检验结果

本研究的信度检验采用多维度的评估方法，结果显示指标体系具有优良的内部一致性和稳定性：①内部一致性信度。总量表的 Cronbach's α 系数为 0.89（95%*CI*=0.86~0.92），各维度 α 系数介于 0.82~0.91（如知识整合能力 0.85、循证实践能力 0.88），均高于 0.70 的标准阈值。分半信度为 0.85（Spearman-Brown 校正），表明条目间关联性良好。②重测信度。间隔 2 周对 30 名受试者重复测量，组内相关系数为 0.88（95%*CI*=0.82~0.93），显示量表具有较高的时间稳定性。③条目分析。所有条目的临界比值均 >3.50（*P*<0.01），条目 – 总分相关系数为 0.52~0.79（均 *P*<0.01），无冗余或低鉴别力条目。

2.6　效度检验结果

效度检验从内容、结构和效标关联性三方面验证了量表的科学性和实用性：①内容效度。专家内容效度指数为 0.92（范围 0.85~1.00），其中条目水平均≥0.83，量表水平（S-CVI）为 0.94，表明条目代表性充分。专家对指标重要性评分的均值为（4.72 ± 0.21）（满分 5 分），满分率达 82.00%，进一步支持内容有效性。②结构效度。探索性因子分析（EFA）提取 4 个公因子，累计方差解释率为 69.30%，各条目在其所属因子上的载荷均 >0.50（范围 0.53~0.82），与原理论框架高度吻合。KMO=0.89，Bartlett 检验 *P*<0.001，适合做因子分析，验证性因子分析显示模型拟合良好：χ^2/df=1.85（<3），比较拟合指数=

0.93(>0.90),根均方误差=0.05(<0.08),标准化因子载荷为0.58~0.84。

3 讨论

3.1 基于循证实践构建的儿科护理实习生临床决策能力评价指标体系的重要性

该指标体系通过将循证实践融入临床带教,可以显著提升实习生的专业能力,具体重要性体现在以下几个方面:①提升护理质量与患儿安全:由于儿科患者生理、心理发育不成熟,治疗方案需高度个体化,因此通过培养实习生检索、评价和应用最新临床指南、系统评价及高质量研究证据的能力,可避免仅依赖个人经验或传统做法导致的决策偏差,即循证依据减少决策偏差[7-8]。此外,如在婴幼儿疼痛管理、儿童药物剂量计算、疫苗接种规范等关键环节中,循证实践还能帮助实习生快速掌握科学依据,减少操作失误,从而降低医疗风险。②培养批判性思维与问题解决能力:既往传统带教模式下,实习生易局限于模仿操作。循证实践要求其通过"PICOT"模式主动提出临床问题,整合研究证据、患儿个体特征及家属意愿,形成个性化护理方案[9-10]。如面对儿童哮喘急性发作,实习生需结合《全球哮喘防治倡议》指南、患儿过敏史和家庭护理条件,制订雾化治疗与家庭管理计划。从传统带教模式的被动执行到该指标体系倡导的主动思考。③促进患儿及家庭为中心的护理:循证实践训练帮助实习生用权威证据解答家属疑虑(如发热处理、抗生素使用误区),通过科学的沟通与健康宣教,增强家属信任。此外,在疼痛评估、侵入性操作等场景中,实习生可依据循证工具(如FLACC疼痛量表)制定最小创伤的护理策略,尊重患儿权益[11]。④适应医疗技术快速发展:儿科领域研究进展迅速(如婴幼儿护理、遗传病管理),通过EBP训练,实习生能掌握文献检索与证据分级方法,持续更新知识[12]。如在罕见病护理中,实习生需通过UpToDate、PubMed等平台快速获取最新诊疗及护理方案,而非仅依赖教科书内容。⑤推动护理专业化和职业发展:循证实践是护理专业化核心能力之一。早期培养有助于实习生建立终身学习习惯,为未来成为临床护理专家或护理研究者奠定基础。此外,通过证据支持的决策能减少实习生面对复杂病例时的焦虑,增强其职业认同感。

3.2 基于循证实践构建的儿科护理实习生临床决策能力评价指标体系的临床应用

本研究根据构建的指标体系应用于我 院儿科护理实习生教学中,不仅体现了循证实践与儿科护理带教的深度融合,还为实习生临床决策能力的培养提供了系统化路径。其具体应用场景及效果可归纳为以下几个方面:①结构化带教流程的优化:在临床教学中,带教教师依据指标体系的三级指标,分阶段指导实习生完成知识整合、证据检索、风险评估及伦理决策等任务。例如,针对婴幼儿疼痛管理,带教教师会引导实习生结合《美国儿科学会指南》更新内容,制定个体化护理方案,并通过模拟案例演练强化其临床判断能力。这种结构化教学流程打破了传统"经验传授"的局限性,使实习生的学习目标更明确、训练更聚焦。②动态反馈与持续改进机制:指标体系的应用贯穿实习生整个实习周期。通过每周自我评价(如"利用移动医疗工具快速获取临床决策支持")和带教教师的阶段性考核(如"伦理困境处理能力"评分),实习生可动态识别自身薄弱环节。例如,某实习生在初期因"证据批判性评价能力"不足导致护理方案缺乏科学支持,通过针对性强化训练(如学习GRADE系统分级)后,其循证实践能力评分显著提升。这种"评价-反馈-改进"闭环模式,有效促进了实习生能力的螺旋式上升。③多维度临床场景的适应性:儿科护理情境复杂多样,指标体系通过涵盖家庭沟通、急症处理、伦理冲突等专科化指标(如三级指标"评估家庭文化背景对决策的影响"),帮助实习生应对真实临床挑战[13]。例如,在接诊一名因宗教信仰拒绝输血的患儿时,实习生需综合应用"家庭沟通与共同决策"指标,结合循证证据(如《儿童血液管理指南》)和家属协商,制定替代治疗方案。④提升团队协作与跨学科整合:指标体系强调"应急决策与团队协作",要求实习生在紧急情况下快速启动多学科团队(如呼叫儿科ICU会诊)。例如,在模拟儿童呼吸衰竭抢救中,实习生需依据SBAR交班模式(现状-背景-评估-建议)清晰传递信息,并协调护理、医疗、呼吸治疗等多部门合作。这种训练不仅强化了其临床判断能力,还培养了团队协作意识,为未来独立执业奠定基础。⑤数据驱动的教学效果验证:通过量化评价指标,带教教师可精准识别实习生的能力短板,并调整教学策略。

3.3 该指标体系的不足

尽管该指标体系在提升儿科护理实习生临床决策能力方面展现出显著优势，但在实际应用中仍存在一些需要改进的问题：①高级循证技能掌握不足：部分三级指标的专家评分变异系数较高，表明实习生在高级循证技能的应用上存在较大差异。未来可通过增设Meta分析解读、证据质量评价等专项培训模块，帮助实习生系统掌握循证实践的核心技能。②家庭参与决策效率较低：一级指标“家庭沟通与共同决策”权重最高（0.45），但相关条目（如“文化敏感性沟通”）的变异系数较大，说明家庭沟通的复杂性可能影响决策效率。建议进一步推广标准化沟通工具（如SHARE决策模型），以优化沟通流程并缩短决策时间。③应急决策实践能力待加强：部分应急相关指标（如“多学科团队启动”和“SBAR交班执行”）的满分率较低，提示实习生在团队协作和紧急响应方面仍需提升。未来可结合虚拟仿真技术构建儿科急症模拟训练平台，通过情景演练强化应急决策能力。④长期影响与成本效益未评估：目前指标体系尚未涵盖对实习生职业发展（如科研能力、临床晋升）的长期追踪，也缺乏对带教资源投入与临床效果的成本效益分析。建议开展纵向研究，对比不同权重指标（如知识整合能力与伦理决策能力）对职业发展的差异化影响，为教学资源的优化配置提供依据。⑤部分条目需进一步优化：预调查结果显示，个别条目（如“电子病历决策记录”）的满分率较低，可能与表述清晰度或临床适用性有关。后续需结合专家意见和实际应用反馈，对相关条目进行修订，确保指标体系更具可操作性和实用性。

综上所述，在儿科护理中，临床决策不仅影响患儿健康结局，还关系到家庭对医疗系统的信任。基于循证实践构建的儿科护理实习生临床决策能力评价指标体系结构完整、内容全面，能将“科学证据”“临床经验”“患儿需求”三者有机结合，帮助实习生从被动执行者成长为主动决策者，最终实现以患儿为中心的高质量护理。

利益冲突　所有作者声明不存在利益冲突

作者贡献声明　常杰、相琼：确定研究题目、设计研究方案、撰写及修改论文；周晓瑜、张敏：资料收集、问卷发放；魏娟、郭凤、潘瑞：问卷设计及测试

参考文献

[1] Nørskov AK, Jakobsen JC, Afshari A, et al. Collaboration for evidence-based practice and research in anaesthesia (CEPRA): a consortium initiative for perioperative research [J]. Acta Anaesthesiol Scand, 2023, 67(6): 804-810. DOI: 10.1111/aas.14235.

[2] Berrios-Siervo GM, Salinas CM, Bender HA, et al. Culturally informed neuropsychological evaluations in pediatric epilepsy: evidence-based practice considerations [J]. Arch Clin Neuropsychol, 2023, 38(3): 395-407. DOI: 10.1093/arclin/acac092.

[3] 黄宇星，刘宁，黄婷. 基于核心能力构建适宜中低资源地区护理本科循证实践教学指标体系[J]. 护理学报，2023，30(13)：24-28. DOI: 10.16460/j.issn1008-9969.2023.13.024.

[4] 保晶，王莎莎，李月，等. 基于指南构建的重症患者身体约束循证实践护理方案的应用及评价[J]. 中华现代护理杂志，2023，29(22)：2969-2973. DOI: 10.3760/cma.j.cn115682-20230206-00375.

[5] 李如琴，周进芳，路璐. 医务人员伦理敏感性问题及对策研究：以儿科医务人员为例[J]. 中国医学伦理学，2022，35(6)：649-653.

[6] 罗维，罗佳，黄玉群，等. 情景模拟联合清单式教学在烧伤科护理实习生临床决策能力培训中的应用效果[J]. 中华烧伤与创面修复杂志，2024，40(9)：876-884. DOI: 10.3760/cma.j.cn501225-20240425-00152.

[7] Dannemiller L, Mueller M, Leitner A, et al. Physical therapy management of children with developmental coordination disorder: an evidence-based clinical practice guideline from the academy of pediatric physical therapy of the American physical therapy association [J]. Pediatr Phys Ther, 2020, 32(4): 278-313. DOI: 10.1097/PEP.0000000000000753.

[8] de Graeff N, Groot N, Brogan P, et al. European consensus-based recommendations for the diagnosis and treatment of rare paediatric vasculitides-the SHARE initiative [J]. Rheumatology (Oxford), 2020, 59(4): 919. DOI: 10.1093/rheumatology/keaa057.

[9] Young LK, Mansfield B, Mandoza J. Nursing care of adult hematopoietic stem cell transplant patients and families in the intensive care unit: an evidence-based review [J]. Crit Care Nurs Clin North Am, 2017, 29(3): 341-352. DOI: 10.1016/j.cnc.2017.04.009.

[10] 何兴月，杨辉，曹慧丽. 脑卒中患者家庭护理循证实践方案的构建[J]. 护理学杂志，2021，36(20)：5-9，14. DOI: 10.3870/j.issn.1001-4152.2021.20.005.

[11] Lempinen H, Pölkki T, Kyngäs H, et al. Feasibility and clinical utility of the Finnish version of the FLACC pain scale in PICU [J]. J Pediatr Nurs, 2020, 55: 211-216. DOI: 10.1016/j.pedn.2020.07.011.

[12] 熊紫薇，史雯嘉，蔡晓菡，等. 降低婴幼儿外周静脉血标本不合格率的循证实践[J]. 护理学杂志，2025，40(7)：44-49，85.

[13] 张云萍，马琼，丁晓霜，等. 基于教学系统化设计模型的儿科护理虚实融合混合式实践教学改革[J]. 护理研究，2025，39(5)：738-744. DOI: 10.12102/j.issn.1009-6493.2025.05.005.

（收稿日期：2025-01-02）
（本文编辑：唐宗顺）