

实用

整体护理查房

主审 孔祥洪
主编 郝玉玲 方秀新

 科学技术文献出版社



实用整体护理查房

主 审 孔祥洪
主 编 郝玉玲 方秀新
副主编 李翠香 成新莲 韩业坤 王志莲 刘秀兰
董荣芝 薄本芝 刘美华 田桂芬
编 委 (按姓氏笔划排列)
于俊凤 于泽秋 王 珍 王云展 王洪岩
王梅林 左秀兰 田吉美 宁华秀 安新荣
孙吉花 孙红英 孙献芳 孙运爱 刘 芳
刘凤琴 刘纪君 李 萍 李凤英 李丽萍
李汝芬 李淑珍 张 芹 张玉枝 张朝霞
宋国英 陈树军 陈晓琳 尚炳英 杨翠丽
周希环 郑春晖 侯佃臻 姜桂芳 贾红芹
高俊芳 高登聪 郭丽芳 崔慧玲 尉玉红
魏揖春

科学技术文献出版社

Scientific and Technical Documents Publishing House

北 京

图书在版编目(CIP)数据

实用整体护理查房/郝玉玲,方秀新主编.-北京:科学技术文献出版社,2008.5
ISBN 978-7-5023-5957-7

I. 实… II. ①郝… ②方… III. 护理学 IV. R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 031940 号

出 版 者 科学技术文献出版社
地 址 北京市复兴路 15 号(中央电视台西侧)/100038
图书编务部电话 (010)51501739
图书发行部电话 (010)51501720,(010)51501722(传真)
邮 购 部 电 话 (010)51501729
网 址 <http://www.stdph.com>
E-mail: stdph@istic.ac.cn
策 划 编 辑 樊雅莉
责 任 编 辑 樊雅莉
责 任 校 对 唐 炜
责 任 出 版 王杰馨
发 行 者 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销
印 刷 者 富华印刷包装有限公司
版 (印) 次 2008 年 5 月第 1 版第 1 次印刷
开 本 787×1092 16 开
字 数 583 千
印 张 25.25
印 数 1~5000 册
定 价 48.00 元

© 版权所有 违法必究

购买本社图书,凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者,本社发行部负责调换。

前 言

护理查房是护理管理中评价护理程序实施效果,了解护士工作性质的一种最基本、最常用、最主要的方法,是使整体护理工作深入发展的重要途径。近年来,我国各级护理管理人员在进行护理查房时注重以护理程序为框架,以解决护理问题为目的,收到了较好的效果。

护理查房的重要性在于它能够解决护理工作中的难点、疑点及弱点,充分体现高年资护理业务骨干的核心作用。指导护理程序的正确运用,促进了服务理念的转变,提高了护士素质,增强了护士运用护理程序的能力,完善了整体护理的监督评价系统,促进了护理三级查房制度的逐步建立和完善,提高了护理质量,推广应用了新理论、新知识、新业务及新技术。

运用护理程序进行护理查房,能充分反映护士对护理程序掌握的程度,体现其分析问题及解决问题的能力,便于管理者对护士运用护理程序的每个步骤进行综合评价。整体护理查房对于提高护理学科建设和加强对病人的护理具有重要意义。

整体护理开展十几年来,护理查房逐渐规范,但有关方面的书籍尚不多见。为帮助广大护理人员掌握护理查房的程序及技能,提高查房质量及护理水平,我们组织科室护士长及责任护士编写了此书,以供广大护理专业人员和实习护生参阅。

本书始终贯彻以病人为中心,以护理程序为框架,以解决护理问题为目的的整体护理思想。着重介绍了整体护理实施过程中进行护理查房的内容、实施方法及质量评价等,并根据内、外、妇、儿五官等专业系统疾病,针对典型病例进行了深入细致的分析、探讨,对护理中的重点问题进行了评述,并介绍了疾病护理的最新

进展、发展动态。本书基本代表了当前整体护理的发展水平,可指导临床护理查房的具体实施,起到工具书的作用。

本书编写过程中,力求观点新颖、内容简单明了,理论联系实际。但由于我们知识水平有限,有关护理查房方面的参考文献又不多,书中难免存在许多不足、不妥之处,欢迎广大读者批评指正。

本书参考了国内外许多专家、学者的论著,在此一并表示感谢。

编者

目 录

第一章 护理程序	(1)
第一节 护理评估.....	(1)
第二节 护理诊断.....	(2)
第三节 护理计划.....	(4)
第四节 护理实施.....	(7)
第五节 护理评价.....	(8)
第六节 护理程序与整体护理	(10)
第二章 护理查房	(13)
第一节 护理查房的形式及内容	(13)
第二节 护理查房的要求	(15)
第三节 整体护理查房的程序	(16)
第四节 整体护理查房的质量评价	(17)
第五节 护士长在整体护理查房中的作用	(19)
第六节 实施整体护理查房的意义	(21)
第三章 护患沟通技巧	(23)
第一节 护患关系	(23)
第二节 护患沟通技巧	(26)
第三节 护士人际沟通能力的培养	(31)
第四节 护患沟通技巧的临床应用	(38)
第四章 整体护理中的法律问题	(41)
第一节 病人的权利和义务	(41)
第二节 护理人员应承担的法律义务	(42)
第三节 临床护理人员承担的法律 responsibility	(43)
第四节 护理人员法律意识的培养	(47)
第五章 内科病人护理查房	(50)
第一节 支气管扩张病人的护理查房	(50)
第二节 支气管哮喘病人的护理查房	(53)
第三节 肺栓塞病人的护理查房	(57)
第四节 慢性呼吸衰竭病人的护理查房	(61)
第五节 急性呼吸窘迫综合征病人的护理查房	(65)

第六节	无创辅助通气病人的护理查房	(69)
第七节	难治性心力衰竭病人的护理查房	(72)
第八节	尖端扭转型室速病人的护理查房	(77)
第九节	急性主动脉夹层病人的护理查房	(80)
第十节	冠状动脉粥样硬化性心脏病病人的护理查房	(84)
第十一节	非 ST 段抬高型心肌梗死病人的护理查房	(89)
第十二节	消化性溃疡病人的护理查房	(93)
第十三节	肝硬化并上消化道大量出血病人的护理查房	(96)
第十四节	肾病综合征病人的护理查房	(101)
第十五节	急性肾功能衰竭病人的护理查房	(104)
第十六节	慢性肾功能衰竭病人的护理查房	(109)
第十七节	骨髓增生异常综合征病人的护理查房	(114)
第十八节	特发性血小板减少性紫癜病人的护理查房	(118)
第十九节	急性白血病病人的护理查房	(121)
第二十节	恶性淋巴瘤病人的护理查房	(125)
第二十一节	Graves 病并粒细胞缺乏症病人的护理查房	(129)
第二十二节	皮质醇增多症病人的护理查房	(132)
第二十三节	糖尿病酮症酸中毒病人的护理查房	(136)
第二十四节	肺癌并上腔静脉综合征病人的护理查房	(140)
第二十五节	放射性肺炎病人的护理查房	(143)
第二十六节	炎性乳腺癌病人的护理查房	(147)
第二十七节	癌性恶病质伴浮肿病人的护理查房	(150)
第二十八节	急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病病人的护理查房	(153)
第二十九节	腰椎间盘突出症病人的护理查房	(156)
第三十节	大面积脑梗死病人的护理查房	(160)
第三十一节	脑出血病人的护理查房	(163)
第三十二节	重症肌无力病人的护理查房	(166)
第三十三节	有机磷杀虫剂中毒病人的护理查房	(169)
第三十四节	剧痛并发多脏器功能衰竭病人的护理查房	(173)
第六章	外科病人护理查房	(178)
第一节	破伤风病人的护理查房	(178)
第二节	多发性创伤病人的护理查房	(181)
第三节	重度烧伤病人的护理查房	(185)
第四节	吸入性损伤病人的护理查房	(189)
第五节	肾移植病人的护理查房	(192)
第六节	甲状腺功能亢进术后病人的护理查房	(196)
第七节	乳腺癌术后病人的护理查房	(198)

第八节 胃癌术后病人免疫营养支持的护理查房·····	(202)
第九节 绞窄性肠梗阻术后病人的护理查房·····	(205)
第十节 直肠癌术后病人的护理查房·····	(209)
第十一节 肝炎后肝硬化伴脾亢术后病人的护理查房·····	(213)
第十二节 高位胆管癌术后病人的护理查房·····	(216)
第十三节 外伤性急性重症胰腺炎病人的护理查房·····	(220)
第十四节 胰腺癌术后病人的护理查房·····	(225)
第十五节 重型颅脑损伤病人的护理查房·····	(229)
第十六节 颅内动脉瘤夹闭术后病人的护理查房·····	(233)
第十七节 颈动脉体瘤术后病人的护理查房·····	(237)
第十八节 脑膜瘤术后复发病人的护理查房·····	(241)
第十九节 经蝶垂体腺瘤切除术病人的护理查房·····	(244)
第二十节 肺癌术后病人的护理查房·····	(247)
第二十一节 先天性食管闭锁手术病人的护理查房·····	(251)
第二十二节 食管癌术后病人的护理查房·····	(255)
第二十三节 室间隔缺损并肺动脉高压病人的护理查房·····	(259)
第二十四节 法洛四联征病人的护理查房·····	(262)
第二十五节 冠状动脉搭桥术病人的护理查房·····	(266)
第二十六节 左房黏液瘤术后病人的护理查房·····	(270)
第二十七节 外伤性肾出血介入治疗病人的护理查房·····	(274)
第二十八节 膀胱癌行回肠代膀胱术后病人的护理查房·····	(277)
第二十九节 长管骨折折并发脂及栓塞综合征病人的护理查房·····	(281)
第三十节 颈椎病手术病人的护理查房·····	(285)
第三十一节 断肢(指)再植术后病人的护理查房·····	(288)
第三十二节 大疱性表皮松解型药疹病人的护理查房·····	(292)
第三十三节 红皮病型银屑病病人的护理查房·····	(296)
第七章 儿科病人护理查房·····	(301)
第一节 新生儿缺氧缺血性脑病病儿的护理查房·····	(301)
第二节 新生儿寒冷损伤综合征的护理查房·····	(304)
第三节 重症肺炎病儿的护理查房·····	(307)
第四节 支气管哮喘病儿的护理查房·····	(310)
第五节 原发性肾病综合征病儿的护理查房·····	(313)
第六节 病毒性脑炎病儿的护理查房·····	(316)
第七节 皮肤黏膜淋巴结综合征病儿的护理查房·····	(318)
第八节 肝豆状核变性病儿的护理查房·····	(321)
第八章 妇产科病人护理查房·····	(325)
第一节 先兆早产妇女的护理查房·····	(325)

第二节	重度妊娠高血压综合征妇女的护理查房·····	(328)
第三节	足月妊娠合并甲状腺功能亢进妇女的护理查房·····	(331)
第四节	残角子宫妊娠破裂妇女的护理查房·····	(334)
第五节	子宫内膜癌术后病人的护理查房·····	(337)
第六节	子宫脱垂伴阴道前后壁脱垂术后病人的护理查房·····	(340)
第九章	眼耳鼻咽喉口腔科病人护理查房·····	(345)
第一节	白内障术后病人的护理查房·····	(345)
第二节	青光眼术后病人的护理查房·····	(350)
第三节	视网膜脱离术后病人的护理查房·····	(353)
第四节	鼻出血病人的护理查房·····	(358)
第五节	喉咽黄色瘤手术病人的护理查房·····	(363)
第六节	阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征术后病人的护理查房·····	(368)
第七节	胆脂瘤型中耳炎并发颅内感染病人的护理查房·····	(371)
第八节	口底癌术后病人的护理查房·····	(376)
第十章	手术室病人护理查房·····	(381)
第一节	嗜铬细胞瘤切除手术病人的护理查房·····	(381)
第二节	人工髋关节置换术高龄病人的护理查房·····	(384)
第三节	颈椎前路手术病人的护理查房·····	(387)
参考文献	·····	(392)

第一章 护理程序

护理程序(nursing process)是护士在为服务对象提供护理照顾时所应用的工作程序,是一种科学的确认问题和解决问题的方法。是综合的、动态的、具有决策和反馈功能的过程。它包括评估、诊断、计划、实施、评价五个步骤,这五个步骤是相互关联的。在临床护理工作中,通过一系列有目的、有计划的步骤和行动,对护理对象的生理、心理、社会文化、发展及精神等多个层面进行系统的整体护理,使其达到最佳的健康状态。护理程序是提供高质量的、以病人为中心的整体护理的根本保证。

第一节 护理评估

护理评估是护士有目的、有计划、有系统地收集护理对象主客观资料的过程,以达到全面了解其健康状况的目的。

评估是护理程序的基础,是护理程序这一动态、连续过程中的起点。它贯穿于整个护理过程中,为确定全面的护理诊断,制定准确的预期目标,实施有效的护理措施打下基础。

评估的目的:①全面了解护理对象的健康状况;②确认护理对象对健康状况及周围环境改变的反应;③寻找现存、潜在的影响健康的危险因素。

护理评估要求护士要有正确的护理价值观和健康观,全面掌握多学科的知识,包括人文科学、自然科学及行为科学,而且具有良好的护患沟通的技巧和善于发现、综合、分析问题的能力。

一、评估的范围

护理评估的范围包括病人的一般情况,生活状况及自理程度,心理、社会方面的反应及护理体检所见。

1. 一般状况 包括:①病人的姓名、性别、年龄、民族、职业、文化程度、宗教信仰、家庭状况、住址等;②现病史、入院方式及医疗诊断;③既往史、用药情况、有无过敏史及家族史。

2. 生活状况及自理程度 包括:①饮食型态:病人饮食种类、营养搭配及摄入情况、食欲、吞咽咀嚼情况;②睡眠休息型态:病人睡眠休息后体力恢复情况、睡眠的时间及质量、是否需辅助睡眠;③排泄型态:病人排便、排尿情况;④健康感知与健康管理的型态:病人保持健康的能力及寻求健康的行为、生活方式、保健知识及遵守医嘱的情况;⑤活动与运动型态:病人生活自理、活动能力、活动耐力的情况以及有无躯体移动障碍。

3. 护理体检 护士运用体检的技能(望、触、叩、听),全面了解病人的健康状况,以获得有价值的资料作为确定护理诊断、制订护理计划的依据,包括:①感觉和感知:精神状态、视觉、听

觉、触觉、味觉、嗅觉;②皮肤黏膜:颜色、温度、弹性、有无水肿等;③呼吸系统:呼吸的速率、节律、深浅度、呼吸音;④心血管系统:脉搏的速率、节律、强度、血压、心脏有无杂音、微循环情况;⑤神经系统:意识状态、瞳孔的大小、反射、定向力;⑥消化系统:有无腹痛、腹胀、腹泻、便秘、腹水;⑦生殖泌尿系统:有无尿失禁、尿潴留、外生殖畸形、异常分泌物;⑧肌肉骨骼系统:肌张力、肌力、步态、关节活动度。

二、评估的方法

1. 交谈 护士运用交谈的技巧,通过与病人、家属、医生、其他护理人员沟通,从中获取病人的有关资料,包括:①病人对自身健康状况的主观感觉;②家属、医生、其他护理人员对病人健康状况改变的反应。

2. 观察 是护士运用感觉器官(视觉、听觉、触觉、嗅觉等)来获取病人有关的信息和健康资料。

3. 阅读 护士通过查阅书面文字材料获取病人的有关健康资料,包括:①既往的健康记录及诊断报告;②各种实验室报告:如化验结果、病理报告等。

三、评估的资料分析

护士对评估收集到的资料进行分析,根据需要层次理论和健康型态理论分类和比较,确定:①无健康问题的部分,为病人提供保持和促进健康的指导帮助;②现存的健康问题,提出护理诊断,制订预期目标,并实施护理措施;③潜在性健康问题,提出预期目标,并采取措施进行预防或观察。

四、评估的种类

1. 入院评估 病人入院即开始,入院 2 小时内完成,全面评估病人的健康状况,确定护理诊断,制订预期目标,并采取护理措施。

2. 住院评估 是病人住院期间,护士根据病人的病情对病人进行连续、动态、即时的评估,反映病人病情的动态变化,以指导护理诊断的确立和修改、护理措施的实施、护理目标的评价。

3. 出院评估 是护士在病人出院时对病人住院期间及出院后的情况进行评估,包括总结病人住院期间已解决的问题和尚未解决的问题,并对病人出院后进行健康指导。

第二节 护理诊断

一、护理诊断的定义

1990 年北美护理诊断协会(north american nursing diagnosis association, NANDA)对护理诊断下的定义为:“护理诊断是有关个人、家庭或社区对现存的或潜在的健康问题/生命过程反应的一种临床判断。护理诊断是提供选择护理措施的基础,以达到护理职责范围内有责任达到的结果。”

表 1-1 医疗诊断与护理诊断的区别

	医疗诊断	护理诊断
临床判断的对象	对个体病理生理变化的一种临床判断	对个人、家庭、社区现存的或潜在的健康问题/生命过程反应的一种临床判断
描述的内容	描述的是一种疾病	描述的是个体对健康问题的反应
决策者	医疗人员	护理人员
职责范围	在医疗职责范围内进行	在护理职责范围内进行
适用范围	适用于个体的疾病	适用于个人、家庭或社区的健康问题

二、护理诊断的组成

护理诊断由名称、定义、诊断依据和相关因素四部分组成。

1. 名称 名称是对个体健康状况概括性的描述。如：便秘、清理呼吸道无效、有压疮的危险等。

2. 定义 定义是对名称的清晰、正确的表述，并以此与其他的诊断相鉴别。如便秘的定义是：个体正常排便习惯发生改变，表现为大便次数减少和(或)排干硬粪便。

3. 诊断依据 诊断依据是病人必须具有相应的症状、体征以及病史支持作出的诊断。诊断依据分为主观资料和客观资料。主观资料是病人的主观感觉；客观资料是通过观察或借助医疗仪器或实验室检查所发现的症状、体征、检验报告等。

4. 相关因素 相关因素是指影响个体健康状况的直接因素、促发因素或危险因素，常见的有：①病理、生理方面的因素：指与病理、生理改变有关的因素，如心脏功能衰竭、呼吸困难、感染、水肿等；②治疗方面的因素：与执行治疗措施有关的因素，如药物、手术、诊断性检查、治疗性肢体制动等；③情景方面的因素：指环境、情景、生活方式、行为、人际关系、适应等方面因素，如生活环境改变、不良健康行为、人际关系紧张等；④年龄因素：指在生长发育过程中与年龄有关的因素，如婴儿、青少年、更年期、老年各有不同的生理、心理特征。

三、护理诊断的陈述

1. 三段式陈述法 三段式=健康问题(P)+症状或体征(S)+相关因素(E)，即 PSE 公式。

如：皮肤完整性受损(P)：压疮(S)：与皮肤重度水肿有关(E)。

2. 二段式陈述法 二段式=健康问题(P)+相关因素(E)或症状/体征(S)+相关因素(E)，即 PE 或 SE 公式。

如：有损伤的危险(P)：与视力障碍有关(E)，即 PE 公式。

压疮(S)：与皮肤中度水肿有关(E)，即 SE 公式。

四、护理诊断的类型

1. 现存的护理诊断

现存的护理诊断是指护理对象目前存在的健康问题或反应,采取措施的原则是尽快消除或减轻病人的感受或反应。如便秘:与活动减少及食物中纤维素含量少有关,护理措施:①指导病人进食含纤维素多的食物,如菠菜、芹菜、香蕉等;②帮助并指导病人进行腹部按摩以促进肠蠕动;③遵医嘱用缓泻剂并观察疗效。

2. 潜在的护理诊断

潜在的护理诊断是护理对象目前尚未发生健康问题,但已经存在发生的危险因素,采取措施的原则是减少危险因素,预防问题的发生。如有发生压疮的危险:与皮肤水肿有关,护理措施:①勤翻身,皮肤按摩,促进血液循环;②保持局部皮肤清洁干燥;③加用海绵垫;④增加营养,提高皮肤抵抗力。

3. 可能性护理诊断

可能性护理诊断是指护理对象的健康问题是否发生目前尚不能确定,采取措施的原则是进一步观察收集资料予以证实或排除。例如有感染的可能:与白细胞过低有关,护理措施:①将病人安置在单人房间,并定期进行空气消毒;②严格执行无菌技术,避免发生医院内感染;③观察病人病情变化,发现异常及时报告医生。

4. 医护合作性问题

医护合作性问题是指需要护士和医生合作共同解决的问题,多指由于脏器的病理生理改变所致的潜在并发症。采取措施的原则是遵照医嘱采取治疗措施,依据病情采取护理措施,减轻病人的不良反应,加强监护,观察病情,为诊断和治疗提供依据。如大面积烧伤病人,潜在并发症:急性肾功能衰竭,护理措施:①迅速建立静脉通道,并保持输液通畅;②按医嘱正确执行输液计划;③严格记录出入量;④严密观察病人病情变化,包括脉搏、血压、呼吸、末梢循环、尿量等,及时向医生汇报病情。

五、护理诊断的分类

1. NANDA 于 1986 年第七次会议通过的以人类反应型态作为护理诊断分类的依据,命名为北美护理诊断分类。此分类法包括 9 种人类的反应型态:交换、沟通、关系、价值、选择、移动、感知、认识、感觉。

2. 戈登(Gordon)的功能性健康型态分类法。包括:①健康感知—健康管理型态;②营养—代谢型态;③排泄型态;④活动—运动型态;⑤睡眠—休息型态;⑥认知—感受型态;⑦自我感受—自我概念型态;⑧角色—关系型态;⑨性—生殖型态;⑩应对—应激耐受型态;⑪价值—信念型态。

第三节 护理计划

护理计划是护理人员在护理对象进行全面评估和诊断的基础上,确认其存在的健康问题,并明确地表述预防、减轻或消除这些问题的护理活动,护理计划中制订的护理措施,作为护理活动的指引或评价依据。

制订护理计划包括:陈述护理诊断、确定预期目标、制订护理措施。

一、陈述护理诊断

将护理对象所存在的各种护理诊断排出先后次序,根据其病情需要及对个体健康的影响,按轻、重、缓、急而采取先急后缓、先重后轻的原则进行排列。

(一) 首优问题

是指威胁护理对象生命,需要立即采取措施予以解决的问题。如:气体交换受损、有窒息的危险、组织灌注量改变等,这些问题的解决都是维持生命的生理需要所必须的,故必须优先予以解决。

(二) 中优问题

是指虽然问题的发生不会直接威胁护理对象的生命,但给其精神上或躯体上造成较大痛苦,严重影响了护理对象的健康。如:疼痛、体温过高、有感染的危险、恐惧、焦虑等,应采取积极措施帮助其解决问题,以促进护理对象的康复。

(三) 次优问题

是指护理对象的某些高层次的需要,如情感的需要、尊重的需要、自我实现的需要尚未得到满足,而产生的影响健康的问题。如:社交孤立、家庭应对无效、精神困扰、角色冲突、长期自我贬低等。应采取措施对护理对象予以帮助,促使其在生理、心理、社会、精神、文化等方面处于最佳状态。

以上顺序在实际护理过程中是动态的,随着病人病情的变化而变化,护理人员应该依据实际情况随时调整,以期达到最佳护理效果,并注意调动病人的积极性和主动性,鼓励其参与护理过程。

二、确定预期目标

预期目标是指护理对象接受护理照顾后,期望能达到的健康状态,是护理人员为护理对象制订的可测量、可观察、能够达到的行为目标。其作用是指引护理人员与病人及家属共同努力达到预期目标,并可作为评价护理效果的依据。

(一) 预期目标的陈述方式

预期目标的陈述方式为:主语+谓语+条件状语+行为标准

1. 主语 指护理对象,即病人。陈述时可省略“病人”二字。
2. 谓语 指护理对象能够完成的行为。必须用行为动词,如:说出、显示、维持、做到、演示等。
3. 条件状语 是指护理对象完成该行为所必须具备的条件。如:病人借助手杖每天行走2次,每次10m。
4. 行为标准 指护理对象完成该行为的程度,包括时间、距离、速度、次数等。如:病人能保持每小时尿量30ml以上。

(二) 预期目标的分类

1. 短期目标 指在较短的时间内能达到的目标,通常是指少于1周,如几天、几小时。例如:病人能够在2天内学会自测尿糖的方法。

2. 长期目标 指在相对较长的时间内能达到的目标,通常1周以上,数周或数月。长期目标又分为两种情况,一种是病人长期存在的问题,需要采取长期的护理措施能够达到的目标。如截瘫病人有发生压疮的危险,护理人员必须经常为病人采取翻身、皮肤护理等措施才能避免其发生。另一种是为病人确认的最终目标,需要一系列短期目标的实现,才能实现其长期目标。如严重烧伤的病人发生双手瘢痕形成,导致自理缺陷,为其确定的最终目标是能够在1年内生活基本自理,分解为:2月内能够自己用饭勺吃饭;半年内在别人帮助下完成入厕、洗刷、穿衣等;1年内达到生活完全自理。病人从多个短期目标的实现中受到鼓励,有利于其树立实现长期目标的信心。

(三)确定预期目标的原则

1. 预期目标要与病人对健康问题的反应相一致。
2. 预期目标应以病人为中心。
3. 必须是切实可行的,不能超越病人的实际情况。
4. 表述要准确、清晰、具体,不能用含糊不清、不明确的行为动词。
5. 预期目标要有时限性,以便于评价护理效果。
6. 应由病人参与制订,以调动病人的主观能动性。

三、制订护理措施

护理诊断和预期目标确定以后,护士将对护理对象进行一系列的护理活动以达到减轻、预防、消除其反应,促进健康的目的,这种对应护理活动的特定指示构成的护理措施,也称为“护理”或“护理处方”。

(一)护理措施的种类

1. 独立性护理措施 由护理人员制定并执行。例如:口腔护理,每日2次。每半小时为病人翻身、拍背1次。

2. 委任性护理措施 由护理人员执行医生的医嘱。例如:记录24小时出入量、持续胃肠减压。

3. 教育措施 通常称为健康指导或健康教育,由护理人员有目的、有计划地根据病人的需要以科学的知识和方法,制定病人教育计划,对病人进行健康指导。包括:入院指导、健康知识指导、用药指导、术前/术后指导、康复指导、特检指导、出院指导等。

(二)健康教育的内容

1. 疾病的预防、治疗、护理和康复的知识。
2. 诊断性检查的知识。如化验检查、放射检查、胃镜、气管镜、B超、CT等检查的目的、意义、方法、注意事项。
3. 特殊治疗的知识。如手术、牵引、放疗、化疗等治疗的目的、方法、注意事项。
4. 用药的知识。药物的名称、作用、剂量、不良反应及用药的注意事项。
5. 心理卫生知识。

(三)健康教育的程序

1. 评估 应全面评估病人的身体状况、家庭条件、文化程度、心理特征、社会背景、健康行

为等,以便有针对性地为病人制定教育计划。

2. 制定教育计划 包括确定教育内容、教育对象和教育方式。

(1)教育内容 根据所评估病人的健康知识缺乏的内容、接受知识的能力,确定教育内容。

(2)教育对象 根据病人的病情、教育内容确定教育的对象,包括病人、家属及其他人员。

(3)教育方式 根据教育内容、教育对象的不同,采取讲解、示范、演示、协助,以及针对个人或集体讲解等方式,以达到最佳教育效果。

3. 实施 健康教育的实施需要护士科学地安排时机、时间和形式,不一定抽出专门的时间来进行,可利用晨间护理、治疗操作、陪同检查、巡视病房、座谈会等,在评估、评价病人的过程中也可以随时进行健康教育,总之,健康教育贯穿于整个护理过程之中。

4. 评价 应评价病人对学习目标的掌握情况,以便修改教育计划,改进教育方式,达到预定的教育目的。

第四节 护理实施

护理实施是在护理评估、诊断、计划的基础上,进行减轻、消除、预防病人对健康问题的反应的护理活动,以满足病人生理、心理和社会的需求,使病人的问题得到解决。

一、实施的内容与方法

1. 对计划中的护理措施组织实施。
2. 执行医嘱中的治疗性措施。
3. 进行健康教育,帮助病人获取保持和增进健康的知识。
4. 做好护理记录,以保证护理的连续性,并为护理教学和科研积累资料。
5. 实施过程需要其他人员的合作,如医生、其他护士、营养师等。

二、实施过程体现动态变化

在实施的过程中,由于病人的病情不断变化,护理计划应体现出动态变化。具体表现为:

1. 继续执行 病人的健康问题持续存在,措施适宜,计划继续执行。
2. 修订 病人的健康问题仍存在,但预期目标及护理措施不适宜,应予修订。
3. 停止执行 病人的问题已解决或危险因素已消失,该计划停止执行。
4. 排除或确定 随着临床资料的不断完善,可能性问题被排除或确定。
5. 恢复 已被解决的问题再度出现,相应的护理计划应恢复。

三、护理记录

护理记录是护理病历的重要组成部分,是护理人员运用护理程序为病人解决健康问题的过程及结果的体现,反映出病人病情的发展演变和护士所从事的护理实务,同时,显示出护士的文化素养、知识水平、思维方式及工作能力,也是护理教学、科研的重要信息来源。护理记录

应力求简单明了、标准规范,便于护士操作,并保证其较高的工作效率,让护士把更多的时间用于护理病人。

(一)护理记录的原则

1. 简明扼要,客观详实 护理记录中语句要简单明了,重点突出,内容清楚、易懂、流畅、准确。同时要遵守实事求是的原则,客观真实地反映病人的病情及护士所做的工作。

2. 及时连贯,完整有序 护理记录应及时完成,不能漏记或补记,以保持其连续性和完整性,一个护理问题应前后呼应,体现出病人病情的动态变化和变化的全过程。

3. 内容保密,规范整洁 记录中有关病人个人隐私的内容要妥善保管,不得随意泄漏病人的秘密,要保护病人的合法权益。书写要字迹工整,清晰整洁,应使用医学术语和国际标准度量衡单位,对可测量的事物尽量精确描述,避免用含糊不清的词语。

(二)护理记录的方法与格式

1. 叙述式记录法 适用于记录病人特殊检查或抢救过程的记录。如:病人于下午3点行腰椎穿刺术,术中顺利,术后病人无不良反应,平卧6小时,注意观察病情。此外,长期住院的慢性或康复期病人,病情比较稳定,可根据情况3~5天采用叙述式记录法记录一次,以保证护理记录的连续性,反映病情的动态变化。

2. PIO公式记录法 始于20世纪80年代后期,以护理程序为框架,把病人的健康问题以护理诊断予以表述,并同时反映出相应的护理措施和病人接受护理后的反应。该记录法简单、规范,避免重复记录,具有科学性、实用性、动态性、连续性,目前多采用此种记录方法。

P(problem)病人的问题:病人健康问题用护理诊断表述,内容包含了病人在临床上所呈现的实际情况。

I(intervetion)措施:记录护士针对病人的问题具体采取的护理措施。

O(outcome)结果:评价病人的健康问题是否解决,解决的程度是否达到预期目标。

例如:P:低效性呼吸型态:与胸腔积液有关,呼吸30次/分,左下肺呼吸音消失,胸部X片示左侧胸腔积液。I:①帮助病人采取半坐卧位。②遵医嘱,给予氧气吸入4L/min。③协助医生行胸腔穿刺抽液,抽出淡黄色液体800ml。O:半小时后病人自述呼吸困难减轻,呼吸20次/分,左下肺听到呼吸音。

第五节 护理评价

护理评价是护理程序的重要组成部分,它贯穿于护理过程的始终,不仅可以评价护理对象朝向预期目标的进展程度,而且能够较客观地反映护理质量和护理人员的专业水平。通过评价还能发现护理过程存在的不足,并使之得到及时纠正,以达到为病人尽快解决健康问题的目的。

一、护理评价的目的

1. 了解病人病情 通过护理评价,护士可以了解病人目前的健康状况,病人对疾病的反应及存在的心理及行为表现,以便采取相应的护理措施。