

现代护理学基础丛书

临床护理诊断学基础

THE BASIS OF THE DIAGNOSIS OF CLINICAL NURSING

(第二版)

主编 王桂生

新疆科技卫生出版社(W)

第二版序

本书自第一版出版后,得到诸多同志的关心、支持,并对再版提出了不少有益的建议,使作者深受鼓舞,值此书再版之际,特向关心过本书的诸同道深表谢意。

自1996年以来,国内外关于护理诊断方面的应用与研究又有不少新进展。本书再版时,笔者尽力收集有关资料,并期望本书对2000年前的研究成果能有较好的介绍与反映。

近年来,国内关于“合作性问题”的应用日趋广泛,考虑到应用方面的需要,本书增加了“第六章 合作性问题——潜在的并发症”,为了帮助大家深入理解此问题,又增加了附录三,列出临床常用的十个合作性问题,以供参考。

自我开展整体护理以来,不少护理界同仁认为应较全面地介绍护理诊断的定义、相关因素、预期目标及护理措施,以便临床应用,本书再版时又增加了附录二,列出了49个临床常用护理诊断的有关内容,可供制定护理计划时参考。

本书再版时,将原版中一些原个人建议的诊断名称全部删除,主要是考虑到与国际接轨的问题;其次是我国卫生部护理中心已成立了护理诊断/护理问题研究组织,今后提出新的护理诊断名称也应学习北美经验,经过一定的审定程序,使之规范化、程序化。

在第二版修订时,邀请了几位年轻的同志参加。由李萍讲师协助我进行全书的修订工作,并负责撰写第六章和附录三;由许冰副教授负责修订第九章,并增补了其中第四节;由王玉环、王艳、张国琴三位同志负责撰写了附录二。在此予以说明。

此书再版过程中,得到新疆兵团护理学会、新疆科技卫生出版社(W)、石河子大学、石河子大学医学院许多同志的关心和支持,在此向他们表示衷心的感谢。

本书虽反复修改,但谬误难免,请读者批评指正。

王桂生

二〇〇一年八月三十日

于石河子大学医学院

目 录

第一章 护理诊断学发展的历史、现状及展望	1
第二章 护理诊断的定义和性质	5
第一节 护理诊断的定义	5
第二节 护理诊断和医疗诊断的关系	8
一、临床医疗和护理的关系	8
二、护理诊断和医疗诊断之间的联系	10
三、护理诊断和医疗诊断的区别	11
第三节 护理诊断和病理诊断的关系	12
第四节 护理诊断和其它辅助诊断及诊疗护理措施的关系	13
第五节 护理诊断的性质	14
第三章 护理诊断的结构	15
第一节 症状与体征及其在护理诊断结构中的地位和作用	15
一、症状诊断的基本概念	15
二、症状诊断和医疗诊断的关系	16
三、症状诊断在护理诊断结构中的地位和作用	16
第二节 护理问题及其在护理诊断结构中的地位和作用	17
第三节 “病因”或原因在护理诊断结构中的地位和作用	19
一、病因的概念	19
二、护理诊断中“原因”的概念	20
三、护理诊断结构中“原因”和临床诊断中“病因”的区别与联系	20
四、关于护理诊断结构中原因诊断的表述与记录方法	21
第四节 护理诊断 P·E·S 公式应用中应注意的有关问题	22
一、护理诊断的陈述公式	22
二、正确处理护理诊断和收集资料的关系	22
三、确立护理诊断应注意的其它问题	23
第四章 护理诊断的名称和分类	24
第一节 护理诊断的名称	24
一、与护理诊断名称有关的概念	24
二、护理诊断名称的内容与结构	24
三、对护理问题统一命名的意义	25
第二节 护理诊断名称的分类	26
一、护理诊断名称分类的概况	26
二、NANDA 护理诊断分类 I	27
附录: NANDA 通过的护理诊断(1999~2000 年)	27

第五章 护理诊断的技巧与方法	37
第一节 收集资料的意义、内容和方法	37
一、收集资料的意义	37
二、资料的来源	37
三、收集资料的内容和范围	38
四、收集资料的方法	39
五、收集资料过程中应注意的一些问题	39
第二节 会谈法	40
一、会谈的目的	40
二、会谈的内容	40
三、会谈的原则	41
四、会谈的方式	41
五、会谈的步骤与方法	42
六、关于会谈中作记录的问题	45
第三节 观察法	46
一、基本检查方法	47
二、生命体征的测量与观察	50
三、活动及运动能力的观察	70
四、饮食与营养状态的观察与测量	72
五、皮肤、粘膜的观察	76
六、排尿活动的观察	77
七、排便活动的观察	79
八、休息与睡眠的观察	82
九、意识状态的观察	84
十、心理活动的观察	90
第六章 合作性问题——潜在的并发症	95
第一节 合作性问题的定义	95
第二节 合作性问题与护理程序	96
一、收集资料	96
二、诊断	97
三、计划	97
四、措施	97
五、合作性问题的评价	98
第三节 各系统常见的合作性问题	98
第七章 临床常见症状的护理诊断问题	101
第一节 发热	102
第二节 水肿	104
第三节 脱水	106
第四节 呼吸困难	110

第五节	咳嗽与咳痰	113
第六节	咯血	116
第七节	心绞痛	119
第八节	心律失常	121
第九节	呕血和便血	125
第十节	腹痛	129
第十一节	恶心和呕吐	131
第十二节	腹水	133
第十三节	皮肤粘膜出血	135
第十四节	惊厥	139
第十五节	瘫痪	142
第十六节	昏迷	146
第八章	护理诊断的程序和步骤	150
第一节	健康资料的整理与步骤	150
第二节	资料的分析与估计	151
第三节	在实践中不断验证护理诊断	153
第九章	临床护理记录写作	155
第一节	临床护理记录的作用、意义和写作的一般规律	155
一、	临床护理记录的作用和意义	155
二、	临床护理记录的内容和分类	155
三、	护理记录的写作形式及特点	156
四、	护理记录的写作要求	156
第二节	入院护理记录的写作内容和要求	156
一、	入院护理记录的基本内容	157
二、	入院护理记录的写作格式及要求	159
三、	目前入院护理记录存在的问题	159
第三节	关于护理病程记录的书写	160
第四节	目前关于整体护理病案设计的若干问题	162
附录一	入院护理记录参考格式	164
一、	护理病历参考格式	164
二、	病人入院评估表	165
三、	入院护理诊断记录	171
四、	入院护理记录	175
附录二	临床常见护理诊断名称及其应用	182
一、	营养失调:高于机体需要量	182
二、	营养失调:低于机体需要量	183
三、	营养失调:潜在的高于机体需要量	185
四、	有感染的危险	186
五、	有体温改变的危險	187

六、体温过低	188
七、体温过高	189
八、便秘	190
九、有便秘的危险	192
十、腹泻	193
十一、排便失禁	194
十二、尿失禁	195
十三、尿潴留	196
十四、体液过多	198
十五、体液不足	199
十六、有体液不足的危险	200
十七、清理呼吸道无效	201
十八、不能维持自主呼吸	203
十九、有受伤的危险	204
二十、有废用综合症的危险	205
二十一、口腔粘膜改变	206
二十二、皮肤完整性受损	208
二十三、有皮肤完整性受损的危险	209
二十四、语言沟通障碍	210
二十五、照顾者角色困难	211
二十六、精神困扰	213
二十七、个人应对无效	214
二十八、无效性否认	215
二十九、躯体移动障碍	216
三十、活动无耐力	218
三十一、疲乏	220
三十二、睡眠型态紊乱	221
三十三、保持健康能力改变	223
三十四、吞咽障碍	224
三十五、生活自理缺陷	226
三十六、自我形象紊乱	228
三十七、长期自我贬低	229
三十八、绝望	230
三十九、无能为力	231
四十、知识缺乏(特定的)	233
四十一、急性意识障碍	234
四十二、记忆受损	236
四十三、疼痛	237
四十四、慢性疼痛	238

四十五、恶心	239
四十六、功能障碍性悲哀	240
四十七、预感性悲哀	241
四十八、焦虑	243
四十九、恐惧	244
附录三 临床常见合作性问题及其应用	247
一、潜在并发症：心功能不全	247
二、潜在并发症：呼吸衰竭	248
三、潜在并发症：急性肾功能不全	250
四、潜在并发症：肝性脑病	251
五、潜在并发症：颅内高压症	253
六、潜在并发症：播散性血管内凝血	254
七、潜在并发症：休克	255
八、潜在并发症：呼吸性酸中毒	257
九、潜在并发症：甲亢危象	258
十、潜在并发症：洋地黄中毒	259
附录四 主要参考文献	261

第一章 护理诊断发展的 历史现状及展望

自从地球上出现了人类,便开始了人类对自然界和疾病的斗争。人类的祖先为了战胜疾病,维护健康,延长寿命,满足生存的基本需要,不仅要掌握一定的预防和治疗疾病的知识和经验;而且还要对伤病员和老、弱、病、残的生活进行必要的关怀和照料。可见,自从有了人类,就有了医疗、护理活动。毋庸置疑,人类这种原始的为满足生存基本需要而进行的关怀行为和照料活动绝不是无的放矢的,而是建立在对被照顾者的心理、生理需要和健康状况的观察、认识和判断基础上的。尽管这种观察、认识和判断当时仅是人们生活经验的一部分,但这正是人类护理诊断活动的萌芽。

以后,在漫长的历史进程中,随着社会生产力的发展,经过医、巫分化,逐步产生了专职医生。然而,除了生活护理部分由其家人负责照顾外,护理活动总是和医疗活动紧密地结合在一起。据历史记载,早在公元4世纪,古罗马帝国的教会医院已经有了看护和医治病人的制度。但是,护理这一名词一直被理解为关怀行为和生活照料活动。涉及到疾病的护理活动则和医疗活动紧密结合在一起。正因为如此,护理诊断在很大程度上自然地 and 医疗诊断结合在一起。就某种意义上来说,也可以认为护理诊断是被医疗诊断所包括,甚至是被取代了。所以,很长时间以来,为病人或就诊者作诊断,一直被认为是医生们的事情。

直到19世纪中叶,英国的南丁格尔(Florence Nightingale, 1820~1910)首创了科学的护理专业,使护士作为一个专门职业得到社会上普遍的承认。尽管她还没有从理论的高度提出护理诊断的概念,但为了适应护理工作的实际需要,南丁格尔已经开始使用“营养缺乏”这样的诊断名词,这在当时来说,不能不认为是一种大胆的探索和尝试。

进入20世纪以来,特别是第二次世界大战以后,现代医学在新技术革命浪潮的推动和影响下,迅猛发展。由于社会生产和生态环境的改变,人类社会、心理和健康状况以及疾病谱都发生了很大的变化,对医学科学提出了新的要求。同时,由于现代科学技术的相互影响与渗透,医学科学与社会科学的交叉与综合,促进了医学科学从传统的生物医学模式逐渐向生物、心理、社会医学模式转变;许多科学领域内的新理论、新技术、新方法被引进到医学科学领域中来,大大促进了医学科学不断向高度综合和高度分化的方向发展。医学领域内这一系列深刻的变化,不仅向护理学提出了新的要求,也为护理科学的发展与完善,提供了很有利的客观条件。

从护理系统的内部情况来看,人们经过多年的护理实践,不仅积累和总结了丰富的经验;同时,也逐步认识到护理学传统理论和方法上所存在的不足和问题。特别是二战以后,为了适应社会对护理工作日益增长的需求,为了适应医学科学飞跃发展的形势,在众多的学者和护理界同仁的艰苦努力下,护理观念发生了极为深刻的变化;护理学的理论与方法体系已经形成初步的框架,并逐步充实、发展和完善;护理科学研究越来越活跃,不断取得新的成果和进展。护理学作为一门独立学科的条件日渐成熟和完善。

正由于医学科学和护理学的这一系列进展,不仅对护理诊断提出了新的要求,也为护理诊断学的建立和发展提供了良好的条件。

1950年,美国学者麦克曼纳斯(McManus)首先应用护理诊断(Nursing Diagnosis)一词,当时护理诊断的概念是:“护理问题的确定或诊断及其相关联系方面的知识”,是“解决问题并预定的护理工作全过程”,并认为护理诊断应被列为护士职责。1953年,美国护士V. Fry曾使用护理诊断这个名词描述制定护理计划的步骤,并提出护理诊断要由具有一定资格的人去做。1957年,美国护理学者阿卜杜拉(F. G. Abdellah)提出了“护理问题”的概念,1960年她又进一步提出鉴别21个临床护理问题的方法,并提出这些“问题”应是护士能够通过实施她的专业功能给予病人及其家庭以帮助的。自此,护理诊断逐渐引起人们的注意和兴趣,并被认为是发展护理的需要。与此同时,随着护理过程(或护理程序 Nursing process)的研究和实际应用,人们对护理诊断的认识不断深化。70年代,一些学者认为,有必要发展一些术语来阐述那些由护士进行诊断和处理的病人的健康问题。1973年,第一届全美护理诊断分类会议在路易斯安娜州立大学举行,大会确立了护理诊断的定义,并宣布了暂行条文。同年,美国护理协会(ANA)出版了《护理实践标准》一书,此书所载标准的第二条明确指出:“护理应根据所收集的有关病人健康状况的资料,确定护理诊断”,从而在理论上和实践上为护士进行护理诊断提供了权利和责任。1978年美国第三届全国护士会议上提出了护理诊断结构的“PES”公式,并认为此公式是“制定护理诊断的指南”。1982年4月召开的第五次会议,因有加拿大代表参加,故此更名为北美护理诊断协会(NANDA),在这次会议上确立了50个护理问题的诊断名称,并就每一护理诊断名称的定义、原因和促成因素及诊断要点进行了详细的表述。1986年3月,北美护理诊断协会采用人类反应型态作为护理诊断分类的理论根据,并承认了83种护理诊断名称和它们的工作定义,通过了为83种护理诊断名称所拟的计划范例。配合这83条护理问题条目的发表,1987年上半年美国出版了《袖珍护理诊断指南》,就83种护理诊断名称的定义与每一护理诊断名称有关的原因、症状和体征作了明确的说明,提供了一些应用护理诊断的方法。1988年北美护理诊断协会第8次会议上又修订并公布了97个护理诊断名称。1992年北美护理诊断协会在此基础上,又讨论通过了12个新的护理问题的诊断名称。1998年北美护理诊断协会又新通过21个护理诊断名称,并删除1988年公布的“结肠性便秘”这一诊断名称,到目前为止,北美护理诊断协会所拟订的护理诊断名称已达148项。综上所述,近二十多年来护理诊断的研究进展十分迅速,并已引起各国学者的重视,认为这是发展护理科学的需要和必然。

护理诊断在我国的研究和应用起步较晚。最早是在1980年初,由美籍华人美国波士顿大学护理研究院教授李式鸾博士在南京军区总医院承办的第一期高护班讲学时引进的。1982年高护班学生进入临床实习时推行了责任制护理。1983年南京军区总医院在全国医院病房管理工作会议上作了经验介绍。1984年中华护理学会秘书长李学增根据《护理诊断——程序及应用》和《护理过程》两书的内容,概括编译成“护理诊断”一文,刊登在《责任制护理学习班讲义》上,对我国护理诊断的研究起到一定的促进作用。随着责任制护理制度的推广,为了适应临床护理工作的实际需要,南京军区81医院通过对护理问题的分析研究,首先提出了50种护理诊断名称,用以指导临床护理实践。其后,南京军区总医院又进一步提出了12类116种护理诊断名称,与此同时,许多护理杂志陆续发表了一些有关护理诊断的论述和体会。1986年北京医科大学护理系编译出版了《护理诊断手册》。1987年台北华杏出版股份有限公司出版了俞嘉琳等翻译的《实用护理诊断》一书。1989年5月在大连召开了首届中美社会护理学研讨会,会间对社会护理诊断的概念、分类、方法、记录等问题进行了交流和讨论。1990年6月,北京医科大学护理系又根据NANDA1989年公布的97个护理诊断名称,按“9个人类反应型态”分类列出。

编译出版了《新护理诊断手册》。同年8月,在我国大连召开的首届护理诊断学研讨会上,会议收到论文200多篇,对护理诊断的概念、分类、方法等进行了广泛的交流和讨论。1991年在大连又一次召开了中美护理诊断研讨会,由孙庆余主编的《护理诊断学概论》也同时出版。1992年钟秀玲等编著的《护理诊断及其应用》再次发行,沙玉兰等编著的《妇产科护理诊断学》也相继问世。同年,我国台湾出版了周幸生等编译的《新临床护理诊断》一书。1994年周幸生等编译的《新临床护理诊断》一书又由台北华杏出版股份有限公司出版发行。1995年9月,由国家卫生部护理中心召开了全国护理诊断交流研讨大会,会议在安徽黄山举行,会议就护理程序、护理诊断在教学与临床实践中的应用等问题进行了研讨。1996年8月,王桂生教授编著的《临床护理诊断学基础》出版。同年,台湾华杏出版股份有限公司出版了高纪惠等翻译的《新护理诊断手册》。1997年夏,国家卫生部护理中心在京召开了护理诊断研究协作组筹备会议,会议由国家卫生部护理中心杨静主持,林菊英、巩玉秀、王桂生、刘均娥、陈卫红等参加了会议,会议就成立我国“护理问题/诊断研究小组”的组织、任务、章程等进行了认真的讨论。1998年夏,首届“护理问题/诊断研究小组”在京成立,选举杨静、王桂生、刘均娥为组长和副组长,并研究了拟在我国首批推广的20个护理问题诊断名称、定义、相关因素、预期目标、护理措施等。1999年7月,由国家卫生部护理中心在河北承德召开了全国护理诊断应用方法交流研讨会,会间,国家护理问题/诊断研究小组认真研究了国内护理诊断应用现状和问题,并就下一步拟推广的护理问题诊断名称及内容进行了讨论和组织分工。目前,随着护理科学的发展,护理诊断问题越来越为国内外学者所重视,并不断取得新进展。

纵观半个世纪以来护理诊断发展的历史,有不少经验是很值得我们认真研究总结的:

1. 半个世纪以来,特别是近二十多年来护理诊断的研究和进展是相当迅速的,这一方面北美一直居于领先地位。这是与其自然科学、社会科学、护理科学的发展密切相关的,也和社会生产力及高等护理教育的发展有着密切的联系。一方面我们要奋发进取,赶超世界先进水平;但另一方面也要充分考虑到我国的实际。既要努力加快护理诊断研究的步伐,又要稳步前进。特别是护理诊断既涉及自然科学,又涉及社会科学;加之世界各国对护理职能仍未取得一致的看法,我们既要引进北美护理诊断研究方面的成就,充分考虑和国际水平接轨等问题,但又不可盲目照搬,否则就会事与愿违,欲速而不达。

2. 近二十多年来,护理诊断的研究着重于分类学的研究。有的学者以马斯洛(Maslow)的需求理论作为护理诊断的分类依据;有的学者则主张按功能性健康型态作为护理诊断的分类方法;1986年NANDA一致认为以人类反应型态对护理诊断进行分类;欧姆赫(OCS)分类系统则从环境、社会心理、生理和健康行为四个领域着手,把护理诊断划分为41种类型。国内也有不少学者对分类学进行了研究,李树贞等(1984)、南京军区总医院(1985)、金均等(1986)、侯茂霞等(1986)、张亚林(1987)、吕式璠(1988)、张楨先等(1988)、刘天琛(1989)、孙庆余等(1989)先后报告了护理诊断分类研究成果。1990年在大连召开的护理诊断学研讨会上提出按健康状态、过渡状态、疾病状态进行分类,每类又按生理、心理、社会及复合性分为四型。一般认为,分类学研究是难度较大的科学研究范畴之一。进行分类学研究既要有较高水平的理论作指导,又要以坚实和丰厚的实践经验作基础。先进的科学分类方法不仅要能反映客观事物的发展规律,而且还要能够促进客观事物的发展,它来源于实践,还要能用于指导实践。目前,护理诊断名称分类繁多,众说纷纭,且各有所长;但另一方面也反映了它的不成熟性,实际应用中也有着不少的困难。这种不成熟性是否与护理诊断现有的理论和实践基础不够坚实有关,很值得

引起我们的重视,需要认真研究。另一个值得注意的问题是,我国不少学者对护理诊断名称的分类和北美的研究有较大的差异,这既有其理论上的原因,也有社会背景和文化教育因素的影响,很值得我们深思。此外,医疗系统和护理系统都是临床医学系统属下的子系统,二者是既分工又协作的关系,在研究护理诊断名称分类时,还应该注意处理好二者之间的内在联系。因此,在我们对护理诊断名称进行分类学研究时,不仅需要有热情、积极的态度,还需要严谨从事。否则,可能反会给护理诊断学的研究带来一些负面影响。

3. 某种意义上来说,护理诊断既是认识论,又是方法论。二十多年来,人们比较注意护理诊断名称的确定及其定义的研究,着重于护理人员对就诊者的健康状况及需求如何进行判断和命名,并且在这些方面取得了很大的进展。但是,对护理人员应用何种方法、怎样去识别就诊者的健康状况则缺乏较为系统和深入的研究。就目前国内大多数医院所采用的护理记录格式来看,会谈和观察的项目及内容都较简单,恐怕就此是很难作出较为具体而完整的护理诊断的。再谈一谈体格检查,护理人员是否应该和医生一样,对就诊者作全面系统的体格检查,医疗体检和护理体检究竟有何异同?这也是迫切需要解决的问题之一。需要我们从整体上进行系统深入的探讨。

4. 二十多年来,护理问题的诊断名称急剧增加。1973年美国第一次护理诊断会议上列出的护理问题诊断名称仅34个,1978年第三次护理诊断会议提出了37个护理问题诊断名称,1980年增至42个,1985年北美护理诊断协会通过了50个护理问题的诊断名称和它们的工作定义,1986年增至83个,1988年增至97个,1990年又增加了12个,至1998年第13次护理诊断分类会议,护理诊断名称已增加到148个。1988年我国南京军区总医院也提出了12类116个护理问题诊断名称。护理问题诊断名称这种迅速增多的趋势,其形成原因是很复杂的。一方面,它反映了护理诊断研究水平不断提高,进展迅速;另一方面也反映了它的不成熟性和不稳定性,给临床应用带来了一定的困难。同时,值得注意的另一个问题是,我国所提出的护理诊断名称和北美有许多差异,这不仅与人们对护理诊断概念的理解不同有关,还可能与护理职能、护理模式及人文背景等方面存在的差异有关,很值得研究。

5. 值得提出的一点是,护理诊断作为一个新生事物,目前即使是在北美也未能普遍推广使用,但我们应该充分地看到它的发展前景。由于它是护理程序的一个重要组成部分,因而又成为推动整体护理不断深化的关键。我们绝不可因为它存在这样或那样的问题而持怀疑态度。只有对其树立正确的认识,积极地关心和扶持这一新生事物,才有可能引导整体护理健康地发展。

以上仅是概述了近二十年来护理诊断研究的主要成就和问题,类似的问题还可以提出很多。但必须肯定,半个世纪特别是近二十年来,人们在护理诊断研究方面所取得的成就是十分令人振奋的。但由于起步较晚,无论是理论方面或实际应用方面仍存在不少问题,需要我们积极而稳妥地进行不断的探索。如同《新护理诊断手册》一书所说:“护理诊断是护理学发展到一定阶段的产物,但由于历史较短,命名不够全面系统,应用还不够广泛,因而还存在不少问题,但随着形势的发展,必定会有不断的改进。”

第二章 护理诊断的定义和性质

自1950年美国学者麦克曼纳斯(McManus)首先提出护理诊断的定义,半个世纪以来,许多学者就此进行了大量的研究。从事教学与科研的学者,关心护理诊断的概念及其理论方面的定义;而临床护理人员则关心护理诊断在临床实际工作中的应用。因而护理诊断的定义众说纷纭,至今尚无一致的看法。

本章从理论与实践相结合的角度,就护理诊断的定义和性质进行探讨和研究。

第一节 护理诊断的定义

所谓定义,是“通过揭示概念的内涵,即指出概念所反映的事物的本质来明确概念的逻辑方法。”

为了阐明护理诊断的定义,我们有必要先研究一下有关“诊断”的含义。

根据威仁铎主编《诊断学》第二版对“诊断”所作的定义:“是用医学科学的方法对疾病的表现所作出的辩证逻辑的结论。也就是将问诊、体格检查、实验室以及特殊检查结果,根据医学知识和临床经验、再经过综合推理所获得的有关健康状态和疾病本质的判断。”

关于护理诊断的定义,曾有不少学者对此进行过研究,并有过多种表述:

钱伯斯(Chambers,1962)认为,护理诊断是一种对实际情况的仔细调查,以便确定一个护理问题的性质……是病人要求护理行动来满足某一种特殊的需要。

麦克康恩(McCain,1965)则认为,护理诊断……是要证实病人种种功能障碍或种种症状;也要证实病人最重要的功能能力。

格比和拉文(Gebbie & Lavin,1975,1982)则指出,护理诊断是由于护理估计的结果产生的判断或结论。

戈登(Gorden,1976,1982)指出,专业护士所做的护理诊断是描述一些现有的或潜在的健康问题,凭借他们所受的教育和经验,能被准许给予处理的问题。

日本人山崎庆子(1990)认为,护理诊断是记录和陈述能够处理和获准处理的表示健康问题的明显的(存在的)或潜在的症状和体征及引起这些问题的原因。

芒丁杰(Mundenger)和贾容(Jauror)指出,护理诊断是病人现实或潜在的不健康的反应及帮助病人向健康方向转变的说明,它也应该说明与不健康反应有关的重要因素。

利平科特(G. B. Lippicottco)则认为,护理诊断是描述一个人的健康状况或一个人的生命过程(生理的、心理的、社会的和发展的)中存在或潜在的改变。护士使用护理程序辨认和综合临床资料,提出护理的措施,以减轻、消除或预防疾病(或促进健康)。这些措施是护士有能力去处理的,也是护士的职权范围之内的。

希马克尔(Shoemaker,1984)等认为,护理诊断是对个人、家庭或社区的临床判断,它是经过资料的收集和分析深思熟虑的系统过程而产生的。护理诊断给护士所负责执行的常规和最后处理提供依据。

北美第八次护理诊断会议对护理诊断所作的定义是:“对个人生命过程的生理、心理、社会

文化、发展及精神方面健康问题的说明,这些问题是属于护理职责范围以内,能用护理方法解决的。”会议还进一步指出:“由于护理对象已由个人扩大至家庭和集体,”因而护理诊断的定义还应当包括:“有关个人或集体的人类反应(健康状况或存在的/潜在的互动型态的改变)的说明;这些反应可由护士进行确认和处理,以维持健康或减轻、消除和预防改变的发生。”

1990年,北美护理诊断协会又把护理诊断的定义修改为:“护理诊断是关于个人、家庭或社区对现存的或潜在的健康问题/生命过程的反应的一种临床判断。护理诊断提供了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。”

我国张楨先等从护理程序的角度提出:“护理诊断就是指护士询问、察看、检诊病人后作出的结论。是判断病人身心疾苦,并采用护理手段解决或完善的护理程序的基础。”

林菊英在《护理学基础》一书中说:“护理诊断(或问题)是估计阶段的最后产物。护理诊断是根据护理估计中的一些消极因素而提出的一些有关病人健康的特殊问题”,这些问题是“必须采取护理措施来解决的。”

我国1986年在上海召开的全国责任制护理研讨会上曾经指出:“护理问题(护理诊断)是凡影响病人健康(身体、精神、社会三个方面的完满状态)存在和潜在的问题,必须是可以通过护理手段解决或部分解决的问题。”

孙庆余等认为,护理诊断的定义是:“关于各种状态(健康、过渡、疾病)的个体、群体的各种反应型态,包括现有的和潜在的健康问题及其生理、心理、社会等原因的估计和判断,是在护理职责范围内充分利用护士的学识和经验,采取护理方法和措施能得到解决或部分解决的,以增强其维护健康能力和帮助减轻、缓解和解除各种不利于康复的相关因素。”

兰希(Lash,1978)总结了十年中护理学文献中所出现的有关护理诊断的种种定义,她发现有六个共同特点,即:护理诊断要由职业护士来做;护理诊断是一种概括性的陈述;护理诊断是来自当事人的资料;护理诊断是关系健康的问题;护理诊断是关于服从护理处置(干预)的医疗决定;护理诊断是护理的必要依据。

希马克尔(Shoemaker,1983)与护理专家共同研究,总结出护理诊断有14个特点,其中有几点很值得引起我们的注意,即:护理诊断必须以能被证实的主观/客观资料为依据;护理诊断是一个来自证实了一种症候群或体征的结论;作诊断是护士的一种独立的职责;护理诊断应尽可能由当事人证实,大量护理的重点放在帮助当事人去应付健康问题的后果;护理诊断与医学诊断两者应有明确的区分。

综上所述,尽管关于护理诊断的定义有这样或那样的提法,但是本着求同存异的原则,可以看出有不少意见是多数作者基本上一致的,很有助于我们对此进行深入的研究和探讨。

首先,对于护理诊断应该由专业护士所作出,学者们的意见是一致的。但对于护理诊断所服务的对象,学者们从不同的角度则说法各异。有的学者认为护理诊断服务的对象应指的是“病人”;有的学者则认为应包括“各种状态”的“个体”或“群体”;而北美护理诊断协会1990年则从另一角度指出,护理诊断服务的对象是指“个人、家庭、或社区”。应该指出,随着医学模式的转变,医学服务的对象正在从病人扩大到健康人,从个体扩大到群体。其中自然包括从健康状态到疾病状态之间的过渡型态的个体和群体。从词义的统一性上来看,护理诊断的对象用“病人、健康人、个体和群体”要比用“个人、家庭或社区”更为贴切。这和医学服务的对象也是一致的。另一方面,我们也应当承认目前临床上护理诊断服务的对象多数情况下指的还是“病人”,这一点与前述看法实际上也是不矛盾的。考虑到定义的概括性特点,笔者主张用“就診

者”这一比较笼统的概念作为护理诊断服务对象的代称。它既包括“病人”，也包括“健康人”；既包括“个体”，也可指的是“群体”。

关于护理诊断的内容和范畴，许多作者提出应当包括“生理的、心理的、社会文化的、发展的”，还有“家庭的、精神方面的”等内容。应该肯定，人是社会的人，家庭、社会、民族、经济条件、文化、教育、生态环境、地理等等因素，总是要对人的生活及健康发生影响的。但是，也应该看到，护理人员不是万能的，不是所有的家庭问题、社会问题、文化与发展等问题都是护理人员能够“解决”或“部分解决”的。正如美国护士协会(ANA, 1973)对“护理”所下的定义：“护理是对人现有的和潜在的健康问题反应的诊断和处理”，也就是说，护理人员的职责是维护和提高就诊者的健康水平，她所要诊断和处理的是就诊者“现有的和潜在的健康问题的反应”，而不是泛指一切家庭、社会、文化、发展等问题。事实上，家庭、社会、文化、发展等因素对人的健康的影响，也主要是通过人的生理反应和心理反应两个方面表现出来的。这里，还应该明确的一点是，对外部的各种刺激，人是有一定的适应和代偿能力的，只有在适应能力减弱或失代偿情况下，就诊者才需要医护人员提供服务和援助。因此，护理诊断的内容和范畴，应着重在生理和心理“现有的和潜在的健康问题的反应”方面。也就是说，护理诊断就是要对就诊者生理、心理方面现有的和潜在的健康问题的反应状况作出判断和结论。这也是护理诊断和医疗诊断最重要的区别之一。

作为护理诊断的定义，还应该进一步说明作出护理诊断的辨证逻辑结论的方法，应从方法论的角度回答科学的护理诊断是怎样作出来的。有的作者指出，护理诊断是护理过程(护理程序)中估计阶段的产物，是护理人员在收集有关的客观和主观资料基础上作出的。这一论点无疑是正确的。但是，作为护理诊断的方法并不仅限于此。护理人员通过会谈、观察、参阅辅助诊断资料等方法，收集就诊者客观和主观方面有关的健康资料，这仅是估计阶段的第一步。还必须在此基础上结合有关的护理理论与实践经验，进而对所收集的资料进行科学的分析、综合、推理，并对就诊者现有的和潜在的健康问题的反应状况作出初步的判断和结论，这才是估计阶段全部的任务。在本节一开始，笔者就引述了有关医学诊断的定义，其中对诊断方法的表述是颇为精辟的，很值得我们在对护理诊断下定义时借鉴和参考。

再者，在给护理诊断作定义时，还应阐明护理诊断的最终目的。对此，不少作者曾做过一些研究。例如：钱伯斯(Chambers)认为护理诊断的目的是“病人要求护理行动来满足一种特殊的需要”；利平科特(Lippicottco)认为护理诊断是为了“提出护理措施，以减轻、消除、或预防疾病(或促进健康)”；1986年我国在上海召开的全国责任制护理研讨会则指出，护理诊断“必须是可以透过护理手段可以解决或部分解决的问题”，以上种种表述，基本上都是从护理结果方面考虑的。但从医学伦理学角度来看，迄今在医学服务(包括护理服务)领域内，由于种种原因，动机和效果有时并非是完全一致的。某些情况下，护理诊断即使完全正确，也未必能够解决或部分解决就诊者健康方面所存在的问题，也不一定能够满足病人的需要，甚至不一定能减轻、消除或预防疾病(或促进健康)。因而不宜以结果或效果代替目的。1990年北美护理诊断协会(NANDA)在护理诊断的定义中加上了这样一句话，即：“护理诊断提供了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”，这不仅较好地反映了护理诊断在护理过程中的地位和作用，而且也较好地阐明了护理诊断的目的。也就是说，护理诊断是确立护理目标、选择护理措施的依据。

综合上述分析，我们可以博采众长，兼收并蓄，对护理诊断的定义作如下表述：

护理诊断是在护理职责分工范围内,由护理人员通过对就诊者进行会谈、观察、参阅有关辅助诊断资料,结合护理理论与实践经验,经过分析、综合、推理,对就诊者现有的或潜在的生理、心理方面的健康问题的反应及其可能的原因所作出的判断。是护理人员为就诊者确立护理目标、制定护理计划、选择护理措施和进行护理评价的依据。

第二节 护理诊断和医疗诊断的关系

所谓性质,是指事物本身所具有的、区别于其他事物的特征。要阐明护理诊断的性质,不仅要明确护理诊断和医疗诊断的关系;还要弄清护理诊断和病理诊断、实验室诊断、影像诊断、器械诊断,以及护理诊断和护理措施、治疗措施等彼此之间的相互区别与联系。

一、临床医疗和护理的关系

诊断的最终目的是为了向就诊者提供优质的服务。为了阐明护理诊断和医疗诊断的区别与联系,很有必要弄清楚临床护理和医疗二者的关系。

如绪论中所言,自从地球上出现了人类,人类的祖先为了生存而斗争,就有了医疗、护理活动,就有了医疗诊断和护理诊断活动的萌芽。不过,人类早期的医疗活动和护理活动还没有从生产劳动和社会生活中分化出来;而是作为一种生活经验,生产劳动和社会生活紧密地结合在一起的。以后,随着社会生产力的发展,人们逐步积累了越来越多的医药卫生和护理经验。文字的产生,专职医生的出现,使医学理论的形成成为可能,医疗护理活动才逐步从生产斗争和社会生活中分化出来。但在漫长的历史进程中,由于生产力发展水平的限制,在医学领域内,很长时间一直保持着医、药、护不分的状态。我们引述这一段历史的目的,是想说明医疗和护理活动不仅起源相同,而且很长历史时期内,二者一直是密切地结合在一起的。当然,也就谈不上医疗诊断和护理诊断有什么区别了。

护理发展为一门独立学科,是从19世纪中叶开始的。这方面,南丁格尔(F·Nightingale)作出了巨大的贡献。不过,那时的护理工作,除了照料病人的生活之外,还要从事环境卫生,并担任部分药房、营养、医技及社会服务工作。战后,随着新技术革命的影响,自然科学、社会科学、生命科学等方面的飞跃发展,不仅大大促进了护理学的发展,而且使护理人员的职责和分工产生了深刻的变化,向着更加专业化的方向发展。护理人员的地位也不再处于从属地位或是仅仅作为医生的助手,而是医药卫生事业中一支不可缺少的力量。但尽管如此,从临床实际情况来看,由于医疗和护理系统都是临床系统属下的子系统;二者的服务对象和总的服务目标也是一致的,都是为恢复就诊者的健康、或为提高他们的健康水平服务的;二者的关系是一种既有一定分工,又需要紧密协作的关系。医护关系的这种状态,使人们不得不考虑二者之间是如何分工的,护理服务的范畴究竟有多大?不弄清这些问题,是很难弄清护理诊断和医疗诊断的关系的。

根据林菊英同志的研究,从医护关系角度来看护理的职责,大致可分为独立的、相互依赖的和依赖的三种类型。

(一)独立的职责:是护理人员在规定的职责范围内,不需医嘱指导,可以独立进行的护理活动。例如:向就诊者及其亲友收集有关的健康资料,进行护理诊断所需的观察与体格检查,参阅有关的辅助诊断资料;在综合、分析、推理的基础上作出护理诊断,确立护理目标,制定护理计划,选择适当的护理措施,为就诊者提供必要的护理服务,对就诊者进行健康教育与指导、进

行技术示范及咨询等。

(二)相互依赖的职责:是指护理人员需要和医生或其它医技人员共同协作才可完成的服务项目。如医生在门诊为一高血压患者开药疗处方,护理人员应估计这位患者对医疗诊断有何反应,并根据病人的自理能力,向患者及其亲友进行心理指导,告之药效及不良反应,以及饮食上的调理等。北美护理诊断协会关于合作性问题的诊断、治疗和护理也属于这一范畴。至于外科手术,医生如果没有器械护士和巡回护士的紧密合作,其结果是很难想象的。

(三)依赖的职责:是指护理人员根据医嘱执行的诊疗护理工作。如给药、注射、清洁灌肠等诊疗护理技术操作。但是,护理人员在执行医嘱时绝不是机械的、教条的,而应根据病人的具体情况作出合理的安排,以保证治疗发挥较好的效果,促进病人的健康与舒适,并协助医生观察治疗效果及副作用。

明确以上护理服务的职责范围,对确定护理诊断的范畴是很有意义的。根据吕式媛主编的《护理学基础》一书,在阐述护理诊断的定义时指出:“凡属通过独立性护理措施以预防、解决、或改善、减轻的问题,即属护理诊断问题。”而“通过协作性或互相依赖性护理措施来预防、解决、或改善、减轻的问题,就不是护理诊断问题。”可见,护理诊断的范畴是指“独立的职责”有关的护理服务范畴。

那么,护理人员“独立的职责”范围有多大呢?对此,目前尚无统一的规定。梅人朗先生统计了76个国家(其中:非洲16国、欧洲18国、东南亚10国、中东20国、亚太地区12国)对15种诊疗护理操作的规定,进行了统计,见(表2-1)。

表2-1 76个国家通过法规或法令对护理服务的规定

任 务	准予行使 这一任务 的国家数	不准行使 这一任务 的国家数	通过法规准予行使该任务国家数 护理法	卫生部或 医院规章	医 生 对 特定病 人医嘱	其 它	
注射	76	0	43	34	26	27	4
给口服药	76	0	44	37	25	21	4
处理创伤急救	75	1	35	28	26	35	5
预防接种	75	3	32	42	20	19	6
测量血压	74	2	45	30	26	23	4
作简单诊断检查	74	2	38	32	26	24	5
慢性病处理	73	3	32	30	28	32	6
体格检查	65	11	23	25	19	20	7
使用 X 线或其它诊断 检查	64	12	12	19	21	30	5
治疗常见病	63	13	21	27	20	22	8
施行小手术	58	18	17	14	22	22	5
诊断常见病	58	18	18	23	18	11	6
常见病的药物处方	57	19	16	20	22	20	5
口服避孕药处方	51	25	12	24	19	23	6
放置子宫内节育环	51	25	11	21	17	26	7

由表可知,不同的国家和地区,医、护的分工不尽相同,护理服务“独立的职责”范围也不同,护理专业化程度的发展也是不平衡的。但展望未来,随着护理科学的发展,护理专业化程度必将相应提高,护理服务的范围也会越来越大,护理人员“独立的职责”也必将逐步扩展,护理

诊断的范畴必将相应地扩大。与此同时,我们也必须清醒地认识到,护理诊断是受到医、护关系制约的,只有弄清楚医疗和护理的协作和分工关系,也才有可能最终明确护理诊断与医疗诊断的区别与联系。

二、护理诊断与医疗诊断之间的联系

由于护理系统和医疗系统都是临床医学系统属下的子系统,二者的服务对象和总的服务目标一致,而且严格地说,护理学又是从临床医学中逐步分化出来的一个新的专业学科。因此,护理诊断必然和医疗诊断之间存在着许多共性之处。我们可以从认识论、方法论和诊断过程三方面来研究其共性。

(一)从认识论的角度上来看

无论是医疗诊断或是护理诊断,首先都必须对就诊者的健康状况与疾病表现进行充分的调查研究,及时准确地收集大量的信息和资料;然后再结合相关的理论知识和已积累的经验,对所收集的信息进行分析、综合、推理,去伪存真,去粗存精,从而作出初步的诊断。可以说,二者在认识论方面是完全一致的。

(二)从方法论上来看

医疗诊断所使用的问诊、查体、实验室检查、影像诊断、器械诊断、讨论会诊法、查阅文献法等,对护理诊断同样也是适用的。只是由于分工的不同,对各种检查结果的分析、处理、判断和使用的角度各异。所以说,护理诊断和医疗诊断在方法论上也是基本一致的。

(三)医疗诊断和护理诊断的诊断过程比较(见表 2—2)。

表 2—2 医疗诊断和护理诊断诊断过程比较表

	医疗诊断	护理诊断
诊断目标	侧重于病因、病理解剖、病理生理诊断,为确定医疗目标,制定医疗计划服务。	侧重于就诊者对现有的或潜在的健康问题的反应,为确定护理目标、制定护理计划服务。
诊断过程	1. 通过问诊,向病人及其亲友了解疾病发生发展经过,以及与此有关的既往史、生活史、家族史等。 2. 全面系统的体格检查,还须结合专科要求进行专科检查。 3. 实验室检查:确定检查项目,分析判断检查结果。 4. 影像诊断和器械诊断:医生选择确定检查项目,分析判断检查结果。 5. 会诊。 6. 查阅文献。 7. 分析、综合、推理、作出医疗诊断。 8. 评估:通过医疗实践,观察、验证医疗诊断。	1. 通过与就诊者及其亲友会谈,收集有关健康资料,侧重了解就诊者对疾病或健康问题的反应。 2. 侧重运用观察法,结合体检,收集与护理诊断有关的资料。 3. 协助采集有关检查标本,参阅检验结果。 4. 协助医技科室作好检查前准备,协助作好术后护理,参阅检查结果。 5. 医护会诊,同行会诊。 6. 查阅文献。 7. 分析、综合、推理,作出护理诊断。 8. 通过护理实践,观察、验证护理诊断。

从上述诊断过程的比较,可以看出医疗诊断过程和护理诊断过程是颇为相似的,而且步骤也是基本一致的。二者之间的差异,仅仅是侧重点不同,一是为了作出医疗诊断,一是为了作出护理诊断。具体要求上的差异则与医护分工有着十分密切的关系。例如实验室检查,根据医护