



中华护理学会特别推荐

护
理
程
序

台湾华杏护理丛书

护 理 程 序

.....
中华医专前护理科主任 方妙君
中华医专前护理科主任 邱秀环 合著
中华医专前护理科讲师 孙肇玢



田
科

R471/FMT

出
版
社

田 科学技术文献出版社



中华护理学会特别推荐

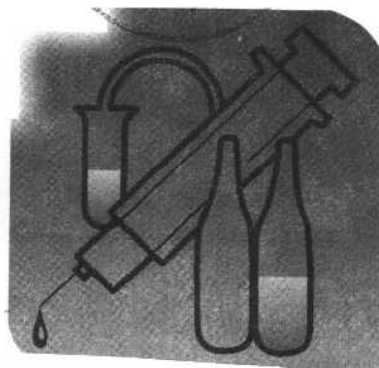
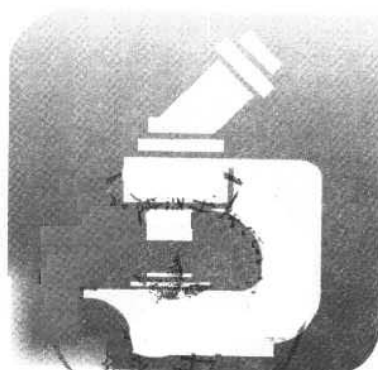
R471
FMJ
C.1

107659

台湾华杏护理丛书

护 理 程 序

.....
中华医专前护理科主任 方妙君
中华医专前护理科主任 邱秀环 合著
中华医专前护理科讲师 孙肇玢



田 科学技术文献出版社

(京)新登字 130 号

图书在版编目(CIP)数据

护理程序/方妙君等编著. -北京:科学技术文献出版社,1999.5

(华杏护理丛书)

ISBN 7-5023-3272-3

I. 护… II. 方… III. 护理-程序 IV. R472

中国版本图书馆 CIP 数据核字(1999)第 09749 号

版权登记号:图字 01-1999-0823

原出版机构:(台湾)汇华图书出版有限公司

出版者:科学技术文献出版社

图书发行部:北京市复兴路 15 号(公主坟)中国科学技术信息研究所大楼 B 段/100038

图书编务部:北京市西苑南一院 8 号楼(颐和园西苑公汽站)/100091

邮购部电话:(010)68515544-2953

图书编务部电话:(010)62878310,(010)62877791,(010)62877789

图书发行部电话:(010)68515544-2945,(010)68514035

门市部电话:(010)68515544-2172

图书发行部传真:(010)68514035

图书编务部传真:(010)62878317

E-mail:stdph@istic.ac.cn

策划编辑:科文

责任编辑:李卫东

责任校对:梁文彦

责任出版:周永京

封面设计:宋雪梅

发行者:科学技术文献出版社发行 新华书店总店北京发行所经销

印刷者:三河市富华印刷厂

版(印)次:1999 年 5 月第 1 版 1999 年 5 月第 1 次印刷

开本:787×1092 16 开

字数:211 千

印张:8.25

印数:1—4000 册

定价:15.00 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。

中华护理学会特别推荐

当前，我国护理学科建设正处在关键时期，护理学科的基本理论、基础框架、科学管理及实践方法都有待完善。全面实施以病人为中心的整体护理必将促进护理学科的发展，在这种情况下，借鉴世界先进国家和地区的护理模式与方法，使自己少走弯路，不失为明智之举。

台湾华杏出版机构专门出版中文护理图书，她拥有优秀的作者群和广泛的读者，我们将其部分图书推荐给大陆护理界，希望对大家的工作和学习有所帮助。

中华护理学会

序 言

自 1974 年护理程序的概念在台湾发表以来,护理教育以护理程序建构课程,设定培育目标;在实务上,更强调每位护理人员应能应用相关知识、运用护理程序以提供适宜且高品质的护理照护服务。然而,多年来我们一直将护理程序放在《护理学导论》或《基本护理学》中的一个章节作为护理学入门的导引;坊间也缺乏参考书籍。作者们在教学上也发现,在有限时间内,只提供概念是难收效益的。有鉴于此,我们在教员间以护理程序为主题,展开系列在职教育及研讨;也将护理程序独立开辟为 2 学分的课程。

在萧小姐的鼓励及华杏萧董事长的支持及协助下,作者们细心收集资料并融入经验来撰写本书,期能提供学习者完整的概念及成就能具体运用的技能。

然因时间匆促且作者们学疏才浅,错漏之处若能获护理先进不吝提出指教匡正,当使我们的知识更臻完善。

方妙君 谨志

◎作者介绍◎

方妙君

- 中山医学院护理学系毕业
- 高雄医学院护理研究所硕士
- 曾任中华医专护理科主任
- 现任中华医专护理科讲师

邱秀环

- “国防医学院”护理学系毕业
- 曾任中华医专护理科主任
- 现任中华医专护理科讲师

孙肇玠

- 台北医学院护理学系毕业
- 美国奥斯汀德州大学卫生教育硕士
- 现任中华医专护理科讲师

◎ 目 录 ◎

▶ 第一章 护理程序	方妙君 (1)
第一节 护理程序发展史	(4)
第二节 护理程序的运用	(5)
第三节 护理程序与知识体系	(7)
第四节 护理程序的重要性	(10)
▶ 第二章 评估	孙肇玟 (15)
第一节 评估的意义	(17)
第二节 评估的目的	(18)
第三节 资料的类型	(18)
第四节 资料的来源	(20)
第五节 收集资料的方法	(22)
第六节 评估时的注意事项	(27)
▶ 第三章 诊断	孙肇玟 (33)
第一节 护理诊断的发展史	(35)
第二节 护理诊断的基本概念	(36)
第三节 护理诊断与医学诊断异同	(43)
第四节 影响确立护理诊断的因素	(44)
第五节 护理诊断目前遭遇的困境	(46)
▶ 第四章 计划	邱秀环 (49)
第一节 设立优先顺序	(51)
第二节 确立具体目标	(56)
第三节 拟定护理措施	(61)
第四节 书写护理计划	(66)
▶ 第五章 执行	邱秀环 (73)
第一节 不断的评估	(75)
第二节 执行护理活动	(76)
第三节 交接班报告	(79)
第四节 记录	(81)
▶ 第六章 评估	方妙君 (93)
第一节 评估的基本概念	(95)
第二节 评估的基本步骤	(98)

第三节	评值的形式	(104)
▶ 附录		(109)
附录一	过程记录实例(摘录)	方妙君(110)
附录二	个案报告实例	方妙君(112)

► 第一章

护 理 程 序

Nursing Process

方妙君

本章大纲

护理程序发展史

护理程序的运用

护理程序与知识体系

护理程序的重要性

学习目标

读完本章之后,读者应能:

▣ 简明扼要地说明何谓护理程序。

▣ 了解护理程序与知识体系的关系。

▣ 说出护理程序的五大步骤。

▣ 体认护理程序的重要性。

中华护理学会特别推荐

前言

人在一生中会遭遇无数的问题,也就有多种处理问题的方法。如:生物本能的逃离危险、凭直觉的尝试错误、累积经验而能以同样方法解决相同的问题等。这些方法处理简单、单纯的事情,可能不会有负面影响,但是可能耗时且事倍功半,甚而无法确保问题得以有效解决。科技文明急速发展的今日,时下各类问题都不能再只考虑单一的因果或是非,而护理专业提供个人、家庭或社区健康照护服务,当然需要依循一套有效的问题解决方法。科学的问题解决法来自工业革命,包含六个步骤:(1)了解问题:描述、解析和界定问题;(2)收集资料:包含文献探讨、收集专家学者的看法、寻求他人经验;(3)形成假设:推演问题发生的原因、提出解决方法;(4)评定假设:通过分析、比较,选择较为可行的解决方案;(5)测试假设:实际运用已决定的方案来处理问题;(6)形成结论:视最后的结果来确认问题解决的成效。护理界依据护理实务的特性,修正科学的解决方法之步骤,提出护理程序的概念,以提供有计划的、有效的护理服务,并且为护理实务建立标准化的沟通模式。

莱文(Levine,1973)一再强调以科学知识为基础地运用护理程序是相当重要的。纽曼(Neuman)认为运用护理程序可反应系统性思考过程,且确保护理活动是有目的的、以目标为导向的。罗伊(Roy,1976)则定义护理程序为一个解决问题的程序。金(King,1981)定义护理程序为一个动态的、持续的人际过程(interpersonal process),在这过程中,护理人员与病人被视为行为可互相影响的一个系统,且同时被情境内各因素所影响。艾尔(Iyer)、泰缇克(Taptich)及贝诺奇-洛西(Bernocchi-Losey)在1986年指出护理程序的主要目的在于提供一个框架,以确保患者、家庭和社区的个别性需要得以被满足。阿尔法罗(Alfaro,1990)认为护理程序是一个有组织、有系统、能提供个别性护理照护的方法,着重于确认及处理个人或团体对其现存或潜在健康问题的独特反应。由以上多位学者对护理程序所下的定义或看法,学习者可清楚的了解:护理程序提供护理活动一个完整的蓝图,以引导护理人员在实务工作中做有效的判断,进而解决问题;且透过护病关系延续的这一过程中,依循评估、诊断、计划、执行和评值等五个步骤,持续地评值成效,可以确保护理照顾是规划最好、最符合病人个别性需要的服务。

中华护理学会特别推荐

第一节

护理程序发展史

早期护理工作是家庭中长者对幼小、病患或残疾者之保护与照料,在中古世纪与宗教的博爱、牺牲奉献精神结合而形成“女会吏制度的护理”、“修院派的护理”。此期虽未有完善的护理训练,但护理与宗教的慈善精神深受好评,使护理地位极为崇高。公元 1096~1272 年,十字军东征建立了军护体系与威信;但医生在战场上教导护理人员一些技术来减轻他们的工作负荷则对护理教育影响深远。文艺复兴时期之后,虽然护理脱离宗教色彩成为独立的行业,但随着工业的发达,护理需求增加但人力却极为不足;从事护理工作来自各个阶层且缺乏适当教育与训练,于是护理进入黑暗期。直到南丁格尔(Florence Nightingale)在克里米亚战争中,收集、记录、分析伤兵的健康资料并确认问题、提出照护的理念及护理实务内容,方才推动护理专业的发展。虽然南丁格尔女士在圣多玛医院建立第一所护理学校,有入学标准、设计课程并规定修业年限,使护理进入正式教育的阶段。但是,在 50 年代之前,护理的教育训练仍偏重医学模式,依赖医师的诊断与治疗。

护理要能挤身为一门健康照护的专业,必须估算、衡量其实务、发展护理专业知识体系、形成标准化的沟通模式及建立系统性提供服务的方法(Hickey,1990)。60 年代以来,护理界领导者即积极的确认护理哲理与信念、定义护理的本质与真谛,进而发展护理实务的理论基础;并确认运用护理程序(nursing process)为提供护理服务的系统性问题解决法。

南丁格尔认为护理是经过设计的,而护理人员的角色应包括评估、依据护理计划而给予护理措施,及随之而来的评值;所以大多数学者认同护理程序的概念系缘自于南丁格尔。1955 年,霍尔(Hall)首先提出护理是一个过程的想法(Gorden,1987),但直到 60 年代,护理界重视专业发展,着重以科学方法执行护理业务,才有学者提出不同的步骤来说明护理程序。尤拉与沃尔什(Yura&Walsh,1967)正式提出护理程序具有四个步骤:评估、计划、执行与评值(评价)。美国在 70 年代中期,护理理论蓬勃发展,学者将护理诊断加入,而形成五个步骤。

护理先进建立护理知识体系的过程中,依据其个别的见解,也对护理程序提出不同的看法。欧伦(Orem,1985)指出护理程序包含三个步骤。罗伊(Roy,1981)将护理程序定为六个步骤:评估行为(第一层次评估)、评估影响因素(第二层次评估)、护理诊断、制定目标、选择措施与评值。纽曼(Neuman,1982)则只分三个步骤:护理诊断、护理目标、护理成果。纽曼护理诊断的步骤就包括了下列护理活动:建立资料库以确认威胁患者稳定的压力源、评估患者能量资源情况与程度、确立患者与环境间的互动、确认照护者与患者认知的差异等等,分析、判断患者偏离安详状态,并提出假设的措施。罗伊的第一、二个步骤则都是评估。可见,各个理论学家虽配合其概念框架,而以不同的角度划分护理程序,对护理程序提出独特的运

用方法,但基本上,仍离不开上述五项步骤。1973年美国护理学会(ANA)配合护理程序的五大步骤,制定护理实务标准(Standards of Nursing Practice)作为护理人员执业的准则(见表1-1)(ANA,1991)。尔后,护理程序的步骤就少有变动。中国台湾则于1974年在护理学会“护理发展的趋势”研习会中正式介绍使用护理程序。

表 1-1 护理实务标准

标准 1	评估(assessment)	护理人员收集患者健康资料
标准 2	诊断(diagnosis)	护理人员分析评估的资料来确立护理诊断
标准 3	成果确认(outcome identification)	护理人员确认符合患者个别性的预期成果
标准 4	计划(planning)	护理人员发展一个照护计划,处方措施以达预期成果
标准 5	执行(implementaion)	护理人员执行照护计划中所确立的措施
标准 6	评值(evaluation)	护理人员针对成果达成评值患者的进展

第二节

护理程序的运用

本纳(Benner,1984)指出:专业发展第一阶段的生手(novice)对情境不熟悉且无法体认与了解护理实务,通常是依规则行事;进阶学习者(advanced beginner)虽然可以掌握某些情境但难以决定轻重缓急。所以学习者在成为一位能胜任工作的护理人员之前,需要有一套引导思考的工作规则,协助他提高洞察力与使之思路敏捷。这一套有系统、有组织的批判性思考路径就是护理程序。

护理程序提供护理人员实务工作的框架(framework),可以在护病关系延续的过程中,透过有系统、有效率的科学方法,来辨识病人问题、有计划的执行护理活动,并对护理成效作一评值,以确保服务对象的个别性需要得以妥善的满足。主要着重于确认与处理个人或团体对潜在或现存健康状态的反应。

一般而言,护理程序包含五个步骤:护理评估、护理诊断、护理计划、执行与评值(评价)。虽然有些学者视护理诊断为评估的结果部分,而只列出四个步骤;但基于护理诊断乃判断评估所得的资料且必须确切的下结论以描述问题,本书将护理诊断视为独立于评估,但以其为基础的一个特定步骤。

中华护理学会特别推荐

评估

评估是护理程序的基础,不只建立基本资料(data base),且强调收集与组织资料的方法与技能。在这阶段,护理人员需运用观察、身体检查与评估、沟通的技巧来收集资料,进而组织、验证资料,以便对病人的健康状态、病史及其它相关资料有一初步、整体的认识与了解。此外,尚需由评估的资料中发现病人的长处与可用的资源,以作为确立问题和个别性护理计划的基础。

诊断

诊断是护理程序的第二个步骤,目的在确认护理对象对其健康问题的反应。护理人员必须分析、综合再次评估(secondary assessment)的资料,而由病人众多征象与症状(sign & symptom)中找出足以确立问题的佐证,也就是鉴定性特征(defining characteristics),及可能促使问题存在的相关因素(related factor)。诊断的确立,引导着后继的计划与评值。

计划

计划是护理程序的第三个步骤,在这个步骤,护理人员须设立问题的优先顺序,制定护理对象的预期目标,决定要透过那些护理活动的安排,以便有效地满足病人的照护需求且有助于其健康状态的改善。所以,必须针对已确立的诊断与病人长处来设定目标、选择具体可行的护理措施、逐条拟定护理处方(nursing order)于护理计划表(care plan)。要能确实达到问题解决,护理措施必须能将问题的导因去除、调整(modify)或控制,以改善临床症状。

执行

执行是护理程序的第四个步骤,主要是与护理对象共同完成计划,也就是将护理计划付诸实现。这一步骤的护理活动包括:随病程的进展,再评估、检视护理计划的适用性,修正计划;确实执行护理措施并记录与沟通每日护理活动与病人反应。

评值

评值是护理程序第五个步骤,主要在于评价护理活动的成效,也就是将病人实际的健康状态与预期目标作比较,确定达成程度,分析影响成果的因素,决定是否修正、继续或终止护理计划。

护理程序虽然看似五个各自独立的步骤,实际上,这五个步骤是互相串连且息息相关的(interrelated)。评值看似一个结束,却又是另一阶段评估的开始,且在整个护理程序中也应时刻存在评值的概念,检视每一步骤是否正确合宜(见图 1-1)。

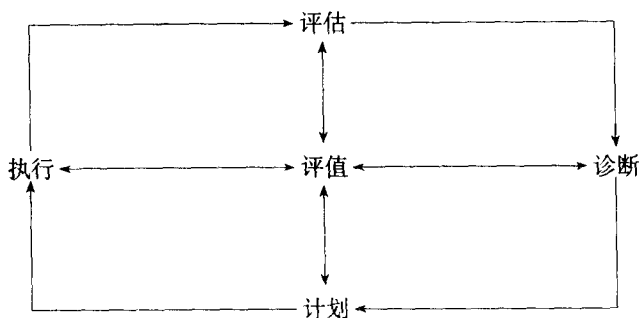


图 1-1 护理程序

第三节

护理程序与知识体系

护理专业与其它健康照护专业同样重视品质(quality)与成本(costs)。在实务工作中要提供有效率且高品质的护理照护,护理程序的每一步骤都必须应用相关知识,方能完成适当的临床判断。

护理专业的知识体系

早期,护理先行者依循着传统医学模式,着重于可观察的、可推理、客观的、可验证的知识,其他较为情绪性、从经验来的认知则不被认同,认为是不科学的。80年代,护理前辈意识到完整的知识体系,不全都是可以验证的,伦理、态度等层面的知识更是专业发展不可遗漏的。卡珀(Carper, 1978)最早提出护理专业的知识体系包括四类型:可验证的(empirical)、美学的(esthetic)、伦理的(ethical)及有关个人的知识(personal knowledge)。

可验证的知识

可验证的知识即是由归纳、演绎出的科学知识,包括那些护理理论框架、概念模式以及研究发现。这方面的知识系透过完整的逻辑思考,分析可验证的资料来组合一群概念;用以描述、诠释及预测护理活动与护理成效。护理人员与护理对象皆是人,所以可用来阐述护理学的概念框架或理论多且复杂。护理常应用的理论有三类:系统理论、压力与调适理论、生

长与发育理论(陈月枝,1993)。护理概念模式则有佩普洛(Peplau)的治疗性人际关系模式、约翰逊(Johnson)的行为系统模式、欧伦(Orem)的自我照顾模式、罗伊(Roy)的适应模式及纽曼(Neuman)的开放性系统模式等。罗杰兹(Rogers)视人为一整体,沃森(Watson)则强调照护(caring)。他们对护理、人、环境与健康下定义,提出理念来探讨护理价值观,建立护理业务的范畴、提出执行的方法和护理成效评价标准。

美学层面的知识

美学层面的知识,指艺术、同理心方面的涵养,是独特且主观的经验,使护理人员工作技能熟练且灵巧,具创造性、洞察力,聪慧敏捷而温馨。使护理实务不但是一种科学,也是一种艺术。

伦理的知识

伦理是指有关道德品行的知识,可使人们肯定什么是正当行为,而哪些却是不该做的。着重于法规、实务准则的建立,阐明病人与护理人员的权利和义务,以为护理人员价值判断的依循。南丁格尔誓言就是大家耳熟能详的伦理准则。各国的护理团体皆制定有合乎其民情文化与法令的护理人员规则,且随时代、社会的变迁作适度的修订。

个人的知识

个人的知识则是指护理人员如何认识、帮忙自己,具有开放的胸襟;同时,了解所照护的对象或共事者皆是一存在、独特、有尊严、有潜能的人;而能在工作岗位上,信赖自己与他人,继而自我了解、自我实现。

护理专业知识与护理程序的关系

本章通过三个概念模式的介绍:欧伦自我照顾模式、罗伊适应模式和纽曼开放性系统模式,希望能说明护理专业知识与护理程序的关系。

欧伦自我照顾护理概念模式

欧伦自我照顾概念模式(conceptual model)有三大要素,分别为:自我照顾、自我照顾缺失(self-care deficit)和护理系统。患者有三类自我照顾需求:一般性(universal),比如:空气、食物、活动与休息、排泄等等;发展性(developmental),指人生的各个阶段中,与生命历程相关的照护需求,比如:青少年发展阶段与老年人的发展任务不同,需求也就有差异;健康偏差性(health deviation),则指罹病及接受诊治过程的自我照顾需求。当一个个体的自我照顾需求超出他自己所拥有的自我照顾能力时,就需要护理人员提供协助。所以,当护理人员决定

采取欧伦自我照顾模式来提供照护服务时,她(他)必须评估患者自我照顾能力的质与量(评估),判断其护理需求(诊断),然后依需求层次,以代理、照顾、引导、支持、卫教等护理活动,给予支持与教育性护理(support-education nursingsystem)、部分代偿性护理(compensatory nursing system)或完全代偿性护理(wholly compensatory nursing system)(计划、执行),再依患者自我照顾能力缺失减少的情形、自我照顾增强情形来评价护理成效(评值)。

罗伊适应模式

罗伊强调人是身、心、社会的复合体(bio-psycho-social being),是一个适应系统;在与环境互动的过程中,不断的调适与改变,以维持生理、自我概念、角色功能和相互依赖四层面的适应。环境中影响个体适应程度的因素有:

1. 主要刺激(focal):直接促使某些行为发生变化的因素。
2. 相关刺激(contextual):其它存在且对主要刺激引起的改变也有影响的因素。
3. 剩余刺激(residual):包括态度、个人特质和文化。

护理的功能就在于评估影响个体适应的行为与其影响因素,将这些影响因素去除、增加、减少或改变,使个体能维持身、心、社会的统合。当护理人员以罗伊适应模式作为护理程序的理论基础时,她(他)的护理目标在于促进患者适应能力。所以必须进行第一层次的评估——先收集资料来了解护理对象的适应程度,再行第二层次评估——识别主要刺激、相关刺激与剩余刺激;依四大适应模式与罗氏诊断分类来制定护理诊断;安排优先次序、定目标、选择护理措施并执行;然后评值。

纽曼开放性系统模式

纽曼(Neuman)系统模式则认为人是一个开放系统,环境中存在着很多压力源,人与环境不断的互动,以促进内、外在环境的平衡与调和。人有正常防御线、内在抵抗线以保护内在基本结构于平常稳定状态;最外层的弹性防御线具弹性、缓冲作用,可以决定个体因应压力的方式。这三个线是抽象的、机动性的、可扩展亦可回缩,作为内在基本结构的保护关卡。正常防御线是个体累积长期与环境互动经验而建立的常模,受到侵犯则引发压力反应。内在抵抗线在基本结构与正常防御线之间;当压力反应出现时,即运作使系统回复稳定。此概念模式强调护理通过保持(retention)、获得(attainment)、维持(maintenance)患者系统的稳定以协助患者达最佳安宁状态。纽曼强调护理目标必须由患者与照护者共同决定。为达护理目标,护理人员使用初级预防、二级预防或三级预防措施,来完成护理活动,增强患者内在抵抗线的功能,协助护理对象抵抗压力源。

善于应用护理专业知识,使护理程序不是一连串的机械性动作,而是依循一定步骤、以目标为导向且具系统的批判性思考过程。在评估阶段,护理人员需要知识来决定哪些资料是要收集的,哪些方法、技术可以帮忙收集正确而又完整的资料,然后应用这些技能与知识收集、分辨、组织资料。在诊断阶段,护理人需要专业知识来连结片段的资料、解释资料、判断是否有现存的(actual)或可能会产生的(potential)健康状态改变,来辨识可能促使问题产

中华护理学会特别推荐

台湾华杏护理丛书