

新编中西医临床诊疗全书 ■ 总编：张庆义

护理学

■ 主编：王利平 郑素霞
李渝萍 李坤池

中医古籍出版社

新编中西医临床诊疗全书

护 理 学

主 编 王利平 郑素霞

李渝萍 李坤池

副主编 宋 欣 曾红梅

毕德琼 李 峰

邹 芳 仇 岩

编 委 张瑞香 刘利芳

石福霞 常春风

靳建玉

中医古籍出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

护理学/王利平等编著. -北京: 中医古籍出版社, 2008. 8

(新编中西医临床诊疗全书/张庆义主编)

ISBN 978-7-80174-612-2

I. 护… II. 王… III. 护理学 IV. R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2008) 第 013785 号

护 理 学

主 编: 王利平 郑素霞 李渝萍 李坤池

责任编辑: 张万鹏

封面设计: 华 琴

出版发行: 中医古籍出版社

社 址: 北京东直门内南小街 16 号 (100700)

印 刷: 北京市俊峰印刷厂

开 本: 787×1092 毫米 16 开

印 张: 22 印张

字 数: 550 千字

版 次: 2009 年 1 月第一版 2009 年 1 月第一次印刷

ISBN 978-7-80174-612-2/R·47

定 价: 全套 380 元

目 录

第一篇 基础护理	1
第一章 绪论	1
第一节 护理人员的工作范围、工作方式和角色功能	1
第二节 护理实践中的法律	3
第二章 护理程序和评判性思维	8
第一节 评估	8
第二节 护理诊断	9
第三节 护理计划	11
第四节 实施	13
第五节 护理评价	14
第六节 评判性思维和护理临床决策	15
第三章 给药	17
第一节 口服给药法	17
第二节 注射给药法	18
第四章 静脉输液与输血	27
第一节 静脉输液法	27
第二节 静脉输血	33
第五章 病情观察及危重患者的抢救和护理	38
第一节 病情观察	38
第二节 危重症患者的护理	40
第三节 常用急救技术	40
第六章 医疗与护理文件记录	42
第一节 医疗与护理文件的记录和管理	42
第二节 医疗和护理文件的书写	43
第二篇 专科护理学	50
第一章 内科护理学	50
第一节 呼吸系统疾病病人的护理	50
第二节 循环系统疾病病人的护理	61
第三节 消化系统疾病病人的护理	75
第四节 泌尿系统疾病病人的护理	95
第五节 血液及造血系统疾病病人的护理	108
第六节 内分泌代谢性疾病病人的护理	122

第二章 外科护理学	132
第一节 外科休克和感染病人的护理	132
第二节 外科麻醉的护理	137
第三节 烧伤及整形术后病人的护理	140
第四节 颅脑及颈部疾病病人的护理	148
第五节 乳房及胸部疾病病人的护理	158
第六节 心血管疾病病人的护理	169
第七节 腹部疾病病人的护理	175
第八节 泌尿系统疾病病人的护理	195
第九节 骨与关节疾病病人的护理	199
第三章 妇产科护理学	205
第一节 妊娠期及病理妊娠期妇女的护理	205
第二节 分娩期及异常分娩妇女的护理	227
第三节 产褥期及异常产褥期妇女的护理	238
第四节 妇科手术前后护理	254
第四章 儿科护理	261
第一节 生长发育	261
第二节 儿科护理技术操作	267
第三节 小儿腹泻	269
第四节 呼吸系统疾病患儿的护理	273
第五节 循环系统疾病患儿的护理	278
第六节 造血系统疾病患儿的护理	282
第七节 泌尿系统疾病患儿的护理	288
第八节 化脓性脑膜炎	294
第三篇 实用护理	297
第一章 护理心理学	297
第一节 健康、应激与心理社会因素	297
第二节 临床心理评估	299
第三节 临床心理护理方法	301
第四节 临床病症及治疗的心理护理	303
第五节 心身疾病病人的心理护理	306
第二章 护理教育学	308
第一节 护理教育的目标体系	308
第二节 护理教育的课程	311
第三节 护理教学原则	314
第四节 护理教学方法	315
第五节 护理教育与学生的全面发展	318

第三章 护理管理学	322
第一节 管理理论和原理	322
第二节 人力资源管理	326
第三节 护理质量管理	332
第四节 护理信息管理	335
第五节 护理管理与医疗卫生法律法规	336

第一篇 基础护理

第一章 绪论

第一节 护理人员的工作范围、工作方式和角色功能

一、工作范围

1. 临床护理

我国护士的主要工作场所是医院,绝大多数护士从事临床护理工作。临床护士每日面对各种急、慢、重症或因意外事故伤残的病人,在人生生的生、老、病、死各个阶段,守候在病人的床边。观察病情变化,遵医嘱给药或治疗,照顾自理缺陷的病人,保证病人的安全和舒适,安慰并减轻心理负担,向病人及家属进行卫生宣教和健康咨询。

2. 护理管理

在医院护理工作中,护士还承担大量的管理工作。医院护理管理实行护理部、科护士长和病区护士长三级管理,除日常行政管理和领导护理工作外,还负责协调病区与各部门以及各种不同医务人员之间的关系。护理管理水平是影响医院医疗质量的重要因素之一。

3. 护理教育和护理科研

护理院校的专业课教师和有教学任务的医院的护士承担着培养护士学生的任务。护理教学包括课堂教学,临床带教等教学工作。护理教育也包括在职护士的继续教育。

护理院校和医院都在积极开展护理科研工作,通过科学的调查和研究,不断提高和改进护理工作,完善和充实护理理论,有利于护理专业的更好发展。

4. 公共卫生和地段保健

传统护理范围仅有很少一部分护士在医院地段保健科或防疫站,从事社区、学校、工厂等的预防保健工作,如对产妇和新生儿的访视,婴幼儿的计划免疫接种,传染病的家庭消毒,中老年妇女的防癌普查等。

目前为实现人人享有卫生保健的目标,社会对预防保健的需求在增强。护理的发展应打破传统,扩大工作范围,除了继续加强临床各专科护理外,还要走出医院,深入社区、家庭、幼儿园、学校、老人院和各基层单位,参加初级卫生保健,并与其他医务人员合作,开展社区治疗和护理工作。

二、临床护理工作方式

临床护理工作方式有功能制护理、个案护理、小组护理、责任制护理和整体护理模式等多种方式,每种方式各有利弊。各医院应根据自己的护理指导思想,病人病情需要,护理工作量,护理人员编制和工作能力等因素综合考虑,选择适合本病区的护理工作方式。常用的护理工作

方式介绍如下:

1. 功能制护理 最早受工业流水线影响,形成于二十世纪三十年代。

2. 个案护理

由一位护士专门负责照顾 1~2 位病人,适用于各种监护病室或抢救危重病人时。这种护理方式可以对病人实施细致全面的护理,满足病人的各种需要,有较高的护理质量。但需要较多的护士和较多的费用,工作效率不高。

3. 小组护理

二十世纪五十年代小组护理的方式开始在西方国家实行,具体方法为将病区护士分为 2~3 个小组,每护理小组负责照顾 20 名左右的病人,由一名学历较高,有经验的护士担任组长,领导小组工作。此方法虽然可以弥补功能制护理的不足,为病人提供连续性护理。同时也能建立相互合作的小组精神,有利于发挥每个护士的能力。但是仍然不能满足病人的整体需要。

4. 责任制护理

责任制护理是二十世纪七十年代医学模式转变过程中发展起来的比较理想的护理方式,八十年代我国的一些大医院也开始试行,但受条件限制没有能够推广。

5. 整体护理模式

近年来我国许多医院吸取责任制护理的优点,开展了整体护理模式。整体护理模式的宗旨是以病人为中心,以现代护理观为指导,以护理程序为方法,为病人提供身心整体护理。整体护理模式病区的建设主要内容包括:确定护理指导思想,制定护士职责和评价标准,合理配备护士人员编制,设计各种护理表格以及标准护理计划和标准教育计划。同时建立健全医院的各种支持系统,为整体护理模式创造良好的工作环境,使护士从大量的非专业性工作中解脱出来,增加直接护理病人的时间,提高护理质量。整体护理模式是现阶段比较理想的护理工作方式,但也存在对护士要求高,护理表格书写烦琐等缺点。应用整体护理模式时主要应掌握整体护理的思想,具体工作方法可根据各自的条件灵活采用。

三、护理人员的角色功能

在护理发展的历史过程中,护士的角色曾被认为类似于母亲、修女、保姆、医生的助手等,这些观点至今仍影响着人们对护士的认识和理解。随着社会文明的进步,科学技术、医学和护理学的发展,护理教育水平的提高,护士的角色不断扩展并发生根本的变化。护士的专业角色可概括如下:

1. 照顾者 在临床工作中,照顾病人,为病人提供直接的护理服务,满足病人生理、心理和社会各方面的需要,是护士的首要职责。

2. 管理者 每个护士都有管理的职责。护理领导者管理人力资源和物资资源,组织护理工作的实施,管理的目的是提高护理的质量和效率;普通护士管理病人和病区环境,促进病人早日康复。

3. 教育者 护士在许多场合行使教育者的职能。在医院,对病人和家属进行卫生宣教,讲解有关疾病的治疗护理和预防知识,同时有带教护生的任务;在社区,向居民宣传预防疾病,保持健康的知识和方法;在护理学校,向护理学生传授专业知识和技能。

4. 病人权益的保护者 护士有责任帮助病人理解来自各种途径的健康信息,补充必要信息,帮助病人作出正确的选择。保护病人的权益不受侵犯和损害。

5. 协调者和合作者 护士与护理对象、家庭和其他健康专业人员需要紧密合作, 相互配合和支持, 更好地满足护理对象的需要。

6. 示范者 护士应在预防保健, 促进健康生活方式等方面起示范作用。如不吸烟, 讲究卫生, 加强体育锻炼等。

7. 咨询者 护士有责任为护理对象提供健康信息, 给予预防保健等专业指导。

8. 研究者 开展护理研究, 解决复杂的临床问题, 以及在护理教育、护理管理等领域中遇到的有关问题, 完善护理理论, 推动护理专业的发展。

9. 改革者和创业者 护理应适应社会发展的需要, 不断改革护理的服务方式, 扩大护理工作范围和职责, 推动护理事业的发展。

第二节 护理实践中的法律

一、医疗卫生法规

医疗卫生泛指医疗、护理、卫生的管理、服务诸活动。医疗卫生法规是国家制定或认可, 并由国家强制力实施的, 用以调整人们在医疗、护理、卫生和医药活动过程中形成的各种关系的法律规范的总称。

(一) 医疗卫生法的表现形式

法的各种具体表现形式, 也称为法的渊源。我国的医疗卫生法是由一系列法律、法令、条例、通令等规范性文件组成, 主要有以下几种形式:

1. 宪法中有关医疗卫生方面的规定
2. 医疗卫生法律和其他法律中的有关规定
3. 医疗卫生行政法规、法令、规则、条例
4. 地方医疗卫生法规
5. 国际法中有关医疗卫生方面的公约条例

(二) 医疗卫生法的任务

1. 保障公民的身体健康、公民维护自身的生命安全和身体健康是我国宪法赋予的基本权力, 也是法律重点保护对象。
2. 保障医务人员和其他业务人员的正常工作秩序和合法权益。
3. 促进经济和医疗卫生科技的发展。
4. 维护国家主权, 促进国家贸易交流。

(三) 医疗卫生法规实施的基本原则

法制的基本要求是: 有法可依, 有法必依, 执法必严, 违法必究。医疗卫生法的实施, 还有其自身特别强调应当遵循的原则。

1. 各级机关严格依法行使职权的原则
2. 依法保护双方权益的原则
3. 惩罚与教育相结合的原则, 对违反医疗卫生法存有过错的一方, 无论是单位还是个人, 一定要依法严厉进行惩处。

二、医疗事故法

(一) 认定医疗事故的先决条件

1. 造成医疗事故的主体必须是医务人员 所谓医务人员指经过考核和卫生部门批准或承认,取得相应资格及执业证书的各类卫生技术人员。无行医许可而导致人身伤害的人员,依非法行医论处。

2. 上述人员必须有诊疗护理工作中的过失行为 过失是指在道义上、法律上或原理上极端玩忽职守或违法。

3. 过失行为必须具有违法性和危害性,并产生了不良后果 违法性,主要指违反制度和操作规程,而这些制度和规程均有成文。危害性,指医务人员在过失心态下实施的行为给病人造成了实际损害。

4. 医务人员的过失与危害结果之间必须存在直接因果关系,即危害的结果,完全是医疗过失造成的。

(二) 医疗事故的分类

《医疗事故处理办法》第五条规定:“医疗事故分责任事故和技术事故”,由于二者承担的法律 responsibility 不同,故应严格区分。

1. 责任事故 《办法》第五条规定:责任事故是医务人员因违反规章制度、诊疗常规等失职行为所致事故。

2. 技术事故 《办法》第五条规定,技术事故“是指医务人员因技术过失所致事故”。

按事故对病人造成的损害程度和后果的严重程度可分为:一~三级医疗事故,也有分为一~四级,各地区在掌握上有所区别。按照《医疗事故处理办法》第六章规定,医疗事故的等级分为三级。

一级医疗事故:因医务人员的责任或技术过失,直接造成病人死亡的。

二级医疗事故:因医务人员的责任或过失,直接造成病人的严重残废或严重功能障碍,丧失劳动能力,或者由于医务人员的责任或技术过失虽未直接造成病人的死亡,但病人最后的死亡与其有一定的关系。

三级医疗事故:因医务人员的责任和技术方面的过失,造成病人重要组织器官的损伤,导致功能严重障碍,丧失部分劳动能力。这种组织器官的损伤和严重障碍,对病人的生命暂时无危害。一般认为,劳动力丧失三分之一以上者,才被认为是部分劳动能力的丧失。

(三) 造成医疗事故的原因

1. 人的因素 包括规章制度不健全,职责划分不清,部门之间,个人之间,各班次之间交接不清,或互相推诿、扯皮;违反技术操作规程,是造成医疗事故的主要原因。人的精神状态与医疗事故的发生有直接的关系。

2. 机器设备因素 检查、诊疗设备在设计、制造、安装过程中有重大缺陷和隐患;设备超负荷、超龄运转,不定期校验、维修、保养,极易造成医疗事故。

3. 物料因素包括药品、医疗器械、医疗卫生材料等。

4. 环境因素噪音、粉尘、烟雾、潮湿、缺氧、照明不足、放射源、交变磁场以及高低温环境都会使人体自身调节困难,严重时损伤身体。

5. 时间因素节假日前后,刚上班或临近下班,人们易思想松懈,是事故多发期。如遇临时

性、突击性工作,由于准备不充分,时间紧,任务重,可能会放松安全防范要求,忙中出错,酿成医疗事故。

此外,人体生物钟对发生医疗事故也有一定的影响。

(四)对医疗事故责任者的处理

1. 行政处罚 对造成医疗事故的直接责任者,根据其医疗事故的性质、等级、情节、本人态度、一贯表现,作出适度处理。《办法》第二十条规定:

一级医疗事故:记大过、降级、降职、撤职、开除留用查看、开除。

二级医疗事故:记过、记大过、降级、降职、撤职。

三级医疗事故:警告、记过、记大过、降级、降职。

2. 对技术事故责任者的处罚 对造成医疗技术事故的直接责任者,责令其作出书面检查,一般可免予行政处分,情节严重的也可酌情给予行政处分。对未经单位同意和认可从事有偿诊疗护理活动,造成病人不良后果的,其善后处理由本人负责。

3. 对医疗事故责任者的刑事处罚 由于医护人员极端不负责任,造成病人死亡,情节恶劣,已构成犯罪的,由司法机关依法追究刑事责任。

三、护理立法

护理法是针对护理人员的有关资格、权利、义务、责任、行为规范的法律法规。护理法是由有关国家机关,即卫生部制定,属于强制执行的指令。各级护理管理部门及每一位护理人员都必须自觉遵守。我国的护理立法情况。护理立法中确立了护理的概念、独立性、教育制度、教学内容、教师的资格、考试及注册制度、护士的执业及行政处分原则等等。护理法的制定一般受国家宪法的制约。由于护理法具有法规的性质,所以各项内容均属于强制性指令,对护理工作有约束、监督和指导的作用,每位护理人员都必须在护理法所规定的范围内发挥作用。

解放后至改革开放前,我国有关护理工作的法规法令较少,改革开放以后颁布了一系列的法律法规。自1978~1997年检索到有关护理工作的法律法规63篇。

在以后的50多年里,许多国家也都颁布了护理法。世界卫生组织1984年的调查报告显示,欧洲、美洲18个国家、西太平洋地区12国、中东20国、东南亚10国、非洲16国均已制定了适合本国政治、经济、文化及符合护理工作特点的护理法。

(一)护理立法的意义

1. 使护理管理法制化,保障护理安全,提高护理质量。
2. 促进护理教育及护理学科的发展。
3. 促进护理人员不断学习和接受培训。
4. 明确了护士的基本权益,使护士的执业权益受到法律的保护。
5. 有利于维护病人及所有服务对象的正当权益。

卫生部在原《中华人民共和国护士法(草案)》的基础上,于1993年3月26日发布了《中华人民共和国护士管理办法》。

(二)护理行为的法律界定

1. 侵权行为

侵权行为是指国家、集体和个人的人身权利的行为侵犯,可通过民事方式如调解赔礼、赔物、赔款等来解决。

(1) 有意侵权行为 表现为当事人具有相关的法律知识,但仍故意侵犯他人的权益,在护理实践中,有意侵权行为包括威胁、侵犯患者身体,侵犯患者隐私和诽谤。

(2) 无意侵权行为 疏忽大意和渎职是卫生保健场所中两种无意侵权行为。

2. 犯罪

是指一切触犯国家刑法的行为,会依法受到惩处。犯罪可根据行为人主观方面的内容不同而分为故意犯罪和过失犯罪。故意犯罪是明知自己的行为会发生危害社会的结果,仍然希望或者放任这种结果的发生。过失犯罪是指应当遇见自己的行为可能会发生危害社会的结果,因疏忽大意而没有遇见,或者虽有遇见而轻信能够避免,以至发生不良结果。

3. 玩忽职守

是指国家机关工作人员违反职责规定,不履行或不正确履行其职责义务,致国家和人民利益遭受重大损失的行为。如果行为人未造成不良后果或严重不良后果,则视为一般玩忽职守行为。其主观方面是过失,包括疏忽大意的过失和过于自信的过失。玩忽职守是特指国家机关工作人员的过失。

4. 收礼与受贿

患者康复或得到了护理人员的精心护理后,出于感激的心理而自愿向护理人员馈赠少量纪念性礼品,原则上不属于贿赂范畴,但若护理人员主动向患者或家属索要巨额红包、物品等则是犯了索贿、受贿罪。

四、护理实践中的伦理和法律问题

(一) 护理工作中的伦理和法律问题

1. 残疾人 残疾人即由于身体和精神的损伤而造成一种及一种以上日常活动明显受限的人。当残疾人到医院就医时,护士应像对待其他普通患者一样对待他们,提供护理服务时应体现对他们的尊重,同时应指导他们使用医院和病区的公共设施。

2. 艾滋病 医疗机构和医护人员不得拒绝为艾滋病病毒感染者、艾滋病患者提供服务和护理。护士应尊重艾滋病病毒感染者和艾滋病患者的权利,像对待其他普通患者一样提供其所需要的医疗和护理服务,同时保护自己避免感染。对检测发现艾滋病病毒抗体阳性结果的报告不得泄露给与该患者无关的其他医务人员,但须向传染病疾病预防控制中心报告。

3. 生殖技术和生育控制

(1) 生殖技术:是指运用医学技术和方法对配子、合子、胚胎进行人工操作,以达到受孕目的的技术。生殖技术在一定程度上取代了自然生殖的环节,必然会引发一系列的伦理道德问题。立法可以明确有关婴儿的法律地位、父母子女身份,使生殖技术产生的复杂人际关系得到理顺,有助于家庭的和睦、社会的稳定,有助于充分保障公民的生育权利,促进计划生育。

(2) 生育控制:计划生育是指依据人口与社会经济发展的客观要求,在全社会范围内实行人类自身生产的计划化。国家鼓励有生育能力的已婚夫妇在国家指导下自愿选择适宜的避孕措施和方法,国家保障公民对避孕措施享有知情权、选择权和安全保障权,实施避孕节育手术应征得受术者及其配偶的同意,并保证受术者的安全。

4. 人体试验 对于一种全新的物质,以人体为对象进行试验,必须保证其合理性、合法性,为保障受试者的权益,必须考虑到伦理学的问题,使试验符合道德标准。受试者参加试验应是自愿的,而且在试验的任何阶段有权随时退出试验而不会遭到歧视或报复,其医疗权益不受影

响。研究者必须向受试者说明有关试验的详细情况,受试者在自愿确认同意参加该项目临床试验的过程后,须以签名和注明日期的知情同意书作为文件证明。

5. 死亡、濒死和安乐死

(1)死亡目前有两个定义,传统死亡标准是以个体的循环和呼吸功能不可逆转的停止为标志。现代死亡标准是以个体的包括脑干在内的全部脑功能不可逆转的停止为标志。医学界对脑死亡的标准仍有争议,在护理实践中护士应熟悉两种死亡定义,做好病危患者病情变化的记录,为死亡的诊断提供法律依据。

(2)安乐死:是指用致死的药物或其他方式帮助患者结束生命和痛苦的行为。安乐死的问题一直是社会上争论的一个伦理和法律难题。安乐死分主动安乐死和被动安乐死。主动安乐死是指无论患者有无知情同意,医务人员或其他人员采取措施主动帮助患者结束生命或加速患者死亡的过程。被动安乐死是指对治疗无效又极为痛苦的患者终止维持其生命的支持,任其自然死亡。

6. 确立遗嘱 患者通过确立遗嘱表达一旦当他们病重不能说话时,他们被他人对待的方式。遗嘱包括生前意愿,是由患者选择列出的在其不能做决定或疾病到达终末期时撤出或停止医疗措施的文件。护士应熟悉所在医疗机构的确立遗嘱(或术前意愿)书表格,给有需求的患者提供该表是护士的法律责任。患者在书写及签署“遗嘱或术前意愿”时需要至少两个目击证人在场。如果医务人员是按规定的程序让患者完成生前意愿的签署,在患者临终前停止抢救措施就不负法律责任。

7. 器官捐赠 18 岁以上的个人可以在死后捐赠他身体的全部或一部分用于教学、科研、治疗或移植,已故患者的亲属也有权做出捐赠的决定,除非他们知道已故者反对,患者的捐赠决定不能被其家属取消。捐赠意愿必须由捐赠者书写和签名,如果捐赠者不能签署,则必须在有两个见证人的情况下由他人签署。护士应了解有关器官捐赠的观点,为有捐赠意愿的患者或亲属提供捐赠表。如果护士被请求作为希望获得捐赠许可的个体的见证人时,必须知晓所在医疗机构的政策和有关捐赠的法律程序。

第二章 护理程序和评判性思维

第一节 评估

一、收集资料

收集资料是对病人各方面情况进行系统了解的过程，是护理的起点，以判断病人存在的健康问题，提出正确的护理诊断。

(一) 资料的种类

1. 资料的主要类型包括主观资料和客观资料。

主观资料是指病人对其健康状况的主观感觉，只能通过病人自己感受到并描述出来。包括病人对自身各种症状的感受和诉说、对疾病的反应、对目前健康状态的认知。

客观资料是护理人员通过观察(视、听、触、嗅)或借助医疗仪器及实验室检查所得的资料，如生命体征——体温、脉搏、呼吸、血压的变化；临床实验室检查——红细胞、白细胞、血红蛋白的值；病人表现——面色苍白、四肢厥冷；病人行为或现象——“哭泣”、“伤口流出暗红色脓血状液体”等，都属于客观资料。

2. 资料依时间顺序又可分为既往资料和现实资料。

既往资料指在现病史发生之前的有关疾病的状况，包括既往病史、治疗史、既往生活习惯、过敏史等。如“3个月前曾发生右肩部疼痛，劳作后加重，伴大汗，经服用潘生丁药物缓解。”

现实资料指现在发生的有关疾病的状况。如现在的感受、自觉症状、生命体征值、实验室结果等。

资料在记录时，应注意维持其原始意义。护士通过收集资料，可不断地对病人进行护理评估。同时，查阅文献可提供专业理论知识及实验数据，并作为判断病人情况、提供护理措施的依据。

(二) 资料的内容包括：(1)一般资料。包括姓名、性别、出生日期、民族、信仰、婚姻状况、职业等；(2)现在身体健康状况。收集此次发病原因、表现，目前主要健康问题，检查结果，治疗情况等；(3)既往史。过去患病史，手术外伤史等；(4)家族史；(5)过敏史；(6)护理体检结果；(7)心理社会状况。即病人对自我的态度，对健康的认识；人际关系方面的表现；每日生活、学习、工作的安排，满意度；应对能力和方式；近期生活中的变化或压力；病人对疾病的态度；病人情绪变化及控制能力；经济状况等。

(三) 收集资料的方法

护士在评估阶段收集资料的方法有三种：交谈、观察与护理体检。

1. 交谈 护士与病人的交谈是有计划、有特定目的的谈话，通过交谈，明确双方关心的问题，同时也为病人提供相关的信息。交谈还可促进护患关系的发展，创造有利于病人康复的诊疗环境。在评估阶段，交谈的主要目的是收集资料。

2. 观察 观察是一种技巧，是通过视、听、嗅、触这四种感觉来获取病人有关的信息。

3. 护理体检 护士运用观察的技能, 视诊、听诊、触诊、叩诊的方法, 系统收集资料的过程, 以评估病人的健康状况。

二、组织资料

资料收集后, 护士可使用某一理论或模式设置的评估表格将资料进行整理, 也可依所在医院使用的评估表格记录资料。护士经常使用的评估表格包括:

北美护理诊断协会 (NANDA) 归纳制定的 9 种人类反应形态, 即:

交换: 相互给予与索取;

沟通: 传递信息;

关系: 彼此联络或建立联系;

赋予价值: 赋予相关价值;

选择: 自主性的决定;

活动: 活动能力或活动量;

感知: 对感觉或知觉的态度;

认识: 对知识及信息的了解;

感觉: 对身体或心理感受的了解。

三、核实、记录资料

护士需将已收集的资料进行核实, 以保证资料的真实性和准确性。核实资料主要包括确保所需资料全部收集; 确保主客观资料相符; 得到遗漏的信息; 资料是病人的症状和体征而非护士的推断; 避免错误地判断病人的问题。并非所有的资料都要核实, 如身高、体重、用精密仪器测量出来的实验室结果被认为是真实的。护士记录所收集到的资料, 是完成护理评估的最后阶段。护士应准确地记录有关病人健康问题的全部资料。

第二节 护理诊断

一、护理诊断的定义

NANDA 于 1990 年通过了护理诊断的操作性定义: 护理诊断是关于个人、家庭或社区对现存和潜在健康问题及生命过程的反应的临床判断; 护理诊断为护士提供了在其职责范围内选择护理措施, 以达到预期目标的依据。

二、护理诊断的组成部分

NANDA 的护理诊断由名称、定义、诊断依据、相关因素四部分组成。

1. 名称

名称是对护理对象的健康问题或疾病反应的概括性描述。名称即问题陈述, 是描述病人健康问题或病人对所给予的护理干预的一种反应, 可用简单、准确的文字清楚地描述病人的健康状态。提出诊断有助于制定病人的目标及预期达到的结果, 为实施护理措施提供帮助。

为临床使用方便, 有些护理诊断名称后面加了修饰词, 如改变(发生变化)、受损(虚弱、破损、恶化)、减少(量、程度)、无效(未产生期望的效果)、急性(严重或短期)、慢性(持续较长时间、复发)。

按护理诊断的名称将护理诊断分为：

现存的；有……的危险；健康的；综合症。

2. 定义

定义是对护理诊断的一种清晰、精确的描述，并以此与其他护理诊断相区别。

3. 诊断依据

诊断依据是作出该诊断的临床判断标准，是一组症状、体征或有关病史，也可是高危因素。依据诊断依据又称为限定因素，是用以支持所提出的护理诊断。现存的护理诊断其诊断依据即病人的症状和体征，高危护理诊断的依据与原因相同，即危险因素。

诊断依据根据其作用程度分为主要依据和次要依据。主要依据是在提出护理诊断时必须出现的症状和体征，次要因素是指在提出护理诊断时，可能会出现的症状、体征，或病人的其它行为表现在确定此诊断时所具备的依据。

主要依据：作出某一诊断时通常需要存在的症状或体征，诊断时必须具备其中一项以上的症状和体征。

次要依据：指作诊断时可能出现的症状或体征，不是每个人都会出现，但对作出诊断起支持辅助作用。

4. 相关因素

相关因素是指促成护理诊断形成和成立的原因或情景。现存或健康的护理诊断有相关因素，而有危险的护理诊断其相关因素常与危险因素相同。指一种或多种引起健康问题的相关因素及危险因素，可以指病人的行为，也可以是环境因素。危险因素是指高危(潜在的)因素，因当时尚无主观资料和客观征象显示发生了健康问题。相关因素即影响个体健康的直接因素或促发因素，包括病理生理、治疗、情境、年龄方面的因素。

相关因素的陈述应使用“与……有关”的方式。知识缺乏较特殊，其陈述方式应是“知识缺乏：缺乏……方面的知识”。

5. 理诊断的陈述与书写

护理诊断的陈述包括三个结构要素：健康问题即护理诊断地名称，指明了护理对象现存的或潜在的健康问题；症状或体征即与健康问题有关的症状与体征；原因指导致健康问题的直接因素。简称 PES 公式，临床也常用 PE、PS 或 SE 公式。

三部分陈述：即 PES 公式，具有 P、E、S 三个部分，多用于现存的护理诊断。例如：营养失调：高于机体需要量(P) 肥胖(S)与摄入过多有关(E)。

二部分陈述：即 PE 公式，只有护理诊断名称与相关因素，而没有临床表现。例如有滥用综合症的危险(P)与长期卧床有关(E)

一部分陈述：只有 P，多用于健康促进性护理诊断。例如：母乳喂养有效。

三、合作性问题和潜在并发症

在临床工作中，常常遇到病人的一些问题是护理诊断尚未涵盖的，而这些问题确实需要护理干预。为了解决这一问题，Lynda Juall Carpenito 于 1983 年提出了合作性问题的概念。她认为需要护理提供服务的问题有两类：一类是通过护嘱可以解决的，属于护理诊断；另一类是要与其他医务工作人员特别是医生共同合作解决的，护士主要提供监测护理，属于合作性问题。

合作性问题是需要护士进行监测以及时发现其发生和发展的一些生理并发症，是需要护士

通过医嘱和护理措施共同处理以减少其发生的问题。

一旦诊断为“PC: ×××”, 就提醒护士要注意病情监测, 以及时与医生配合处理。

对于护理诊断, 护士可以独立制定和执行一定措施以达预期目标。而对合作性问题, 需要护士和医生相互配合才可能解决。护理诊断描述的是病人对疾病或潜在健康问题生理、心理、社会文化和精神方面的反应, 是护士在职权范围内能解决的问题。医护合作处理的问题是指病人可能发生的问题(潜在性的)。由于某一疾病的潜在并发症是有限的, 所以, 医护合作处理的问题会在疾病发生发展或治疗过程中的任何阶段出现。在疾病的整个过程中, 医疗诊断不会改变, 而护理诊断则随着病人反应的变化而改变。

第三节 护理计划

护理计划是护理过程中的具体决策过程, 是护士与护理对象合作, 以护理诊断为依据, 制定护理目标和护理措施, 以预防、缓解和解决护理诊断中确定的健康问题的过程。

一、排列护理诊断顺序

1. 排序方法: 将所作出的护理诊断按轻重缓急确定先后顺序, 以保证护理工作高效、有序进行。

首优问题: 指威胁患者生命, 需要立即解决的问题, 否则将直接威胁到患者生命。如气体交换受损、心排血量减少等问题。

中优问题: 指虽然不直接威胁患者生命, 但给其精神上或躯体上带来极大的痛苦, 严重影响其健康的问。如压力性尿失禁、躯体障碍等问题。

次优问题: 指那些人们在应对发展和生活中变化时所产生的问题, 是与特定的疾病或其预后不直接相关的问题。如缺乏娱乐活动、疲乏等。

2. 排序原则: (1) 优先解决危机患者生命的问题; (2) 按马斯洛的层次需要理论, 先解决低层次问题, 后解决高层次问题, 必要时适当调整; (3) 患者主观上迫切需要解决的问题可优先解决, 因此如果可能护理对象应参与到诊断排序的过程中; (4) 危险性和潜在性问题, 根据性质决定其序列。

二、确定预期目标

1. 预期目标 是护理活动预期的结果, 是护理人员期望护理对象通过接受护理照顾后健康状况或行为、情感等的变化。将健康问题排序后, 护士开始为每一护理诊断确立目标。护理目标或预期结果是护士经过护理行动, 期望病人能达到的行为改变。

短期目标: 指在相对较短时间内(一般指一周内)可达到的目标。例如“3日内患者能下地行走10米”。

长期目标: 指需要相对较长时间才能实现的目标, 通常需要超过1周甚至数月才能实现。例如“2个月内患者基本能做到生活自理”。

护理目标的陈述公式: 主语+谓语+行为标准+时间、条件状语。

2. 目标的组成

主语是指病人、病人的某一部分或其某些特征, 如病人的心率、尿量。当病人作为目标的