



中等职业教育护理专业“双元”新形态教材

护 理 学 基 础

H U L I X U E

J I C H U



主编：XXX
主讲：XXX





护理学基础



第四章

护理程序

第四章 护理程序

目录

01

护理评估

02

护理诊断

03

护理计划

04

护理实施

05

护理评价

学习目标

知识 目标

(1) 能陈述护理程序、护理诊断的概念。

(2) 能准确说出护理程序的五个步骤。

(3) 能理解护理诊断的排序和陈述方式。

能力 目标

(1) 能按要求收集病人的健康资料。

(2) 能够有效地整理、核实和记录评估资料。

(3) 能正确提出护理目标。

素质 目标

具有以人为本，以人的健康为中心的护理理念，具有高度的责任心和事业心，为病人提供整体护理。

学习重点

1. 阐述护理程序的概念和步骤
2. 描述资料收集的内容和方法
3. 简述护理诊断的类型和排序
4. 掌握护理计划和记录的书写
5. 简述护理评价的内容和步骤

学习难点

针对特定病例应用护理程序

情景导入

案例

周某，男，73岁。慢性支气管20年，主诉咳嗽，咳黄色黏液痰 5天，自觉咳嗽无力，痰液黏稠不易咳出。吸烟50年，20支/天，难以戒除。体检：精神萎靡，皮肤干燥，体温 38.6°C ，肺部听诊可闻及干、湿性啰音。

思考

- (1) 上述案例中的主观资料和客观资料各有哪些？
- (2) 请提出该病人目前存在的健康问题（至少2个）⁶。

概述

护理程序（Nursing process）是一种有计划、系统而科学的护理工作方法，旨在为病人提供个体化、有序且连续的护理，以恢复或增进病人患者的健康。它包括五个基本步骤：评估、诊断、计划、实施和评价。

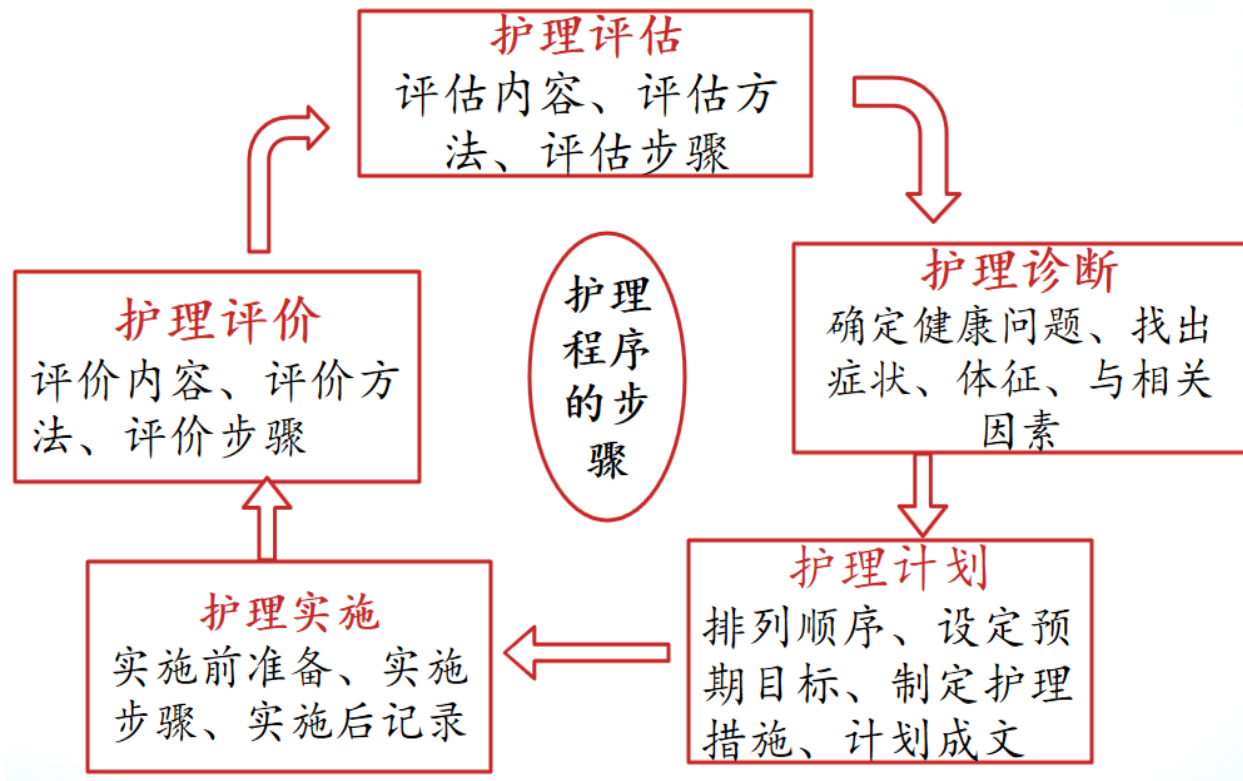


图4-1 护理程序示意图

> 第一节 护理评估

第一节 护理评估

概述

护理评估是护理程序的第一步，通过系统而有计划地收集服务对象生理、心理、社会、精神和文化等方面资料，并加以整理与分析，以判断服务对象的健康问题，为护理活动提供可靠依据。

第一节 护理评估

一、概念

护理评估是指有系统、有组织地收集资料，并对资料加以整理与分析的过程，目的是明确服务对象所要解决的健康问题。评估是一个动态、循环的过程，贯穿于护理程序各个步骤，既是确立护理诊断和实施有效护理措施的基础，也是评价护理效果的参考。

> 第一节 护理评估

二、护理评估的内容

(一) 一般资料

1. 姓名、性别、年龄、职业、民族、婚姻、文化程度、住址等。
2. 此次住院的情况。
3. 既往史、家族史、有无过敏史。
4. 对健康的预期。

> 第一节 护理评估

二、护理评估的内容

(二) 生活状况及自理程度

1. 饮食形态。
2. 睡眠休息形态。
3. 排泄形态。
4. 健康感知和健康管理形态。
5. 活动与运动形态

第一节 护理评估

二、护理评估的内容

(三) 健康评估

包括生命体征、身高、体重、各系统的生理功能及认知感受型态。

1. 神经系统。
2. 皮肤黏膜。
3. 呼吸系统。
4. 循环系统。

5. 消化系统。
6. 女性生殖系统。
7. 肌肉骨骼系统。
8. 认知感受形态。

> 第一节 护理评估

二、护理评估的内容

(四) 心理社会评估

对人的心理、行为及精神、价值观、社会状况等方面进行评估

1. 自我感知与自我概念形态。
2. 角色与关系形态。
3. 应对与压力耐受形态。
4. 价值信念形态。

> 第一节 护理评估

三、评估方法

1. 会谈：与服务对象和家属会谈。
2. 观察：通常与会谈或健康评估同时进行，也可单独进行。
3. 健康评估：视诊、触诊、叩诊、听诊、嗅诊。
4. 查阅文献：服务对象的病历、各种护理记录以及有关文献。

> 第一节 护理评估

四、护理评估的步骤

(一) 收集资料

1. 资料的分类

(1) 主观资料：指服务对象对自己健康状况的认知和体验，通常无法被具体观察或测量。

(2) 客观资料：指检查者通过观察、会谈、体格检查和实验室检查等方法获得的健康资料。

第一节 护理评估

四、护理评估的步骤

(一) 收集资料

2. 评估资料的来源

- (1) 病人本人：是资料的最佳来源。
- (2) 家属及重要关系人。
- (3) 其他医务人员：指共同或曾经参与照顾服务对象的医疗成员。
- (4) 医疗病历和护理记录：既往病史和现有健康情况，以及辅助检查的客观资料。
- (5) 医疗护理文献。

> 第一节 护理评估

四、护理评估的步骤

(二) 核实资料

1. 核实主观资料：核实主观资料是运用客观方法进一步验证主观资料。
2. 澄清含糊不清的资料：如果在资料收集整理过程中，发现有些资料内容不够完整或不够确切，应进一步进行取证和补充，以保证资料的完整性及准确性。

> 第一节 护理评估

四、护理评估的步骤

(三) 整理资料

1. 按马斯洛需要层次整理分类。
2. 按戈登的11种功能性健康型态整理分类。
3. 按NANDA- I 的护理诊断分类系统 II 诊断分类。

第一节 护理评估

知识链接——戈登的11种功能性健康型态

1. 健康感受、健康处理型态
2. 排泄型态
3. 营养、代谢型态
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、自我概念之型态
8. 角色、人际关系之型态
9. 性、生殖型态
10. 应对、压力、耐受型态
11. 价值、信念型态

> 第一节 护理评估

四、护理评估的步骤

（四）分析资料

1. 检查有无遗漏。
2. 找出异常：将所收集到资料与正常值进行比较，并在此基础上进行综合分析，以发现异常情况。
3. 找出相关因素和评估危险因素。

> 第一节 护理评估

四、护理评估的步骤

(五) 记录资料

1. 确保记录内容完整、准确、真实、客观、及时。
2. 记录时应尽量用数据说话，避免含糊不清或无法衡量的词语。
3. 主观资料的记录尽量用病人的原话，并加引号。
4. 客观资料的记录应正确使用医学术语，描写应准确，避免记录者的主观判断和结论。

> 第二节 护理诊断

第二节 护理诊断

概述

护理诊断是护理程序的第二步，是在评估基础上对所收集的健康资料进行分析，从而判断服务对象现存或潜在的健康问题及引起健康问题的原因。

第二节 护理评估

一、概念

北美护理诊断协会于1990年提出并通过了护理诊断的定义：护理诊断是关于个人、家庭、群体或社区对现存或潜在的健康问题及生命过程反应的临床判断，是护士为达到预期的健康结果选择护理措施的基础，这些预期结果应能通过护理职能达到。

> 第二节 护理诊断

二、护理诊断的组成

(一) 名称

是对服务对象健康状况的概括性描述，常用改变、受损、缺陷、无效或有效等特定描述语，如气体交换受损、躯体移动障碍、知识缺乏等。

第二节 护理诊断

二、护理诊断的组成

(二) 定义

是对名称的一种清晰的、准确的表达，并以此与其他护理诊断相鉴别。每一个护理诊断都具有其特征性定义。例如，活动不耐受的定义为生理或心理精力不足以耐受或完成必要的期望。

> 第二节 护理诊断

二、护理诊断的组成

（三）诊断依据

1. 主要依据：是确定某一护理诊断必须具有的症状、体征或病史。
2. 次要依据：是形成某一护理诊断可能出现的症状、体征或病史。

第二节 护理诊断

二、护理诊断的组成

(四) 相关因素

1. 病理生理因素：指与病理生理改变有关的因素。
2. 心理因素：指与心理状况有关的因素。
3. 治疗因素：指与治疗措施有关的因素（用药、手术创伤等）。
4. 情境因素：指环境、情境等方面的因素（陌生环境、压力刺激等）。
5. 年龄因素：指在生长发育或成熟过程中与年龄有关的因素。

第二节 护理诊断

三、护理诊断的分类

1. 现存的护理诊断

是对服务对象进行评估时所发现的当前正存在的健康问题或反应的描述。

2. 潜在的护理诊断

是对服务对象的健康状况或生命过程可能出现反应的描述，服务对象目前虽尚未发生问题，但对危险因素不进行预防处理就可能会发生健康问题。

第二节 护理诊断

三、护理诊断的分类

3. 健康的护理诊断

是对个体、家庭或社区服务对象具有的达到更高健康水平潜能的描述。

4. 综合的护理诊断

是指一组由某种特定的情境或事件所引起的现存的或潜在的护理诊断。

第二节 护理诊断

四、护理诊断的陈述方式

(一) 陈述基本要素

P：健康问题（Problem），指服务对象现存的和潜在的健康问题。

E：原因（Etiology），是指引起服务对象健康问题的直接因素、促发因素或危险因素。

S：症状或体征（Symptoms or signs），指与健康问题有关的症状或体征。

第二节 护理诊断

四、护理诊断的陈述方式

(二) 陈述方式

1. 三部分陈述：即PES公式，多用于现存的护理诊断。

睡眠型态紊乱（P）：入睡困难（S）——与环境改变有关（E）

2. 两部分陈述：即PE公式，只有护理诊断名称和相关因素，而没有临床表现。**最常用**

便秘（P）：与生活方式改变有关（E）

3. 一部分陈述：只有P，多用于健康的护理诊断。

愿意加强应对（P）

第二节 护理诊断

五、医护合作性问题

需要护士与其他健康保健人员，尤其是医生共同合作解决，属于合作性问题，需要护士承担监测职责，同时应用医嘱和护理措施预防或减少并发症的发生。

合作性问题的陈述方式是“潜在并发症：XXX”，如：“潜在并发症：出血”。

第二节 护理诊断

六、护理诊断与医疗诊断的区别

护理诊断描述服务对象对其现存或潜在健康问题的反应，护士根据护理诊断可制订出符合服务对象需求的护理计划，帮助其适应和改善所面临的健康问题。

医疗诊断代表医生基于病史、症状、体征、实验室检查以及病程所确立的疾病名称，可用来作为医疗团队治疗疾病的依据。

二者主要区别见表4-1。

第二节 护理诊断

表4-1 护理诊断与医疗诊断的区别

项目	护理诊断	医疗诊断
临床判断对象	对个体、家庭及社区的健康问题或生命过程反应的临床判断	对个体病理生理变化的临床
描述内容	描述个体对健康问题的反应	描述一种疾病
问题状态	现存或潜在的	多是现存的
决策者	护士	医疗人员
职责范围	属于护理职责范围	属于医疗职责范围
适用范围	适用于个体、家庭、社区的健康问题	适用于个体疾病
数量	可同时有多个	通常只有一个
稳定性	随健康状况变化而改变	一旦确诊不会改变

第二节 护理诊断

七、书写护理诊断的注意事项

1. 应使用统一的护理诊断名称，所列名称应明确、简单、规范，以利于护士之间的交流与探讨，规范教学。
2. 列出护理诊断应贯彻整体的观点。一个护理诊断针对一个健康问题，一个患者可有多多个护理诊断，并随病情发展而变化。
3. 避免用症状或体征代替护理诊断。

第二节 护理诊断

七、书写护理诊断的注意事项

4. 护理诊断应明确相关因素。同样的护理诊断可因不同的相关因素而具有不同的护理措施。
5. 护理诊断知识缺乏的陈述方式较特殊，其陈述方式为知识缺乏：缺乏xx的知识。
6. 避免使用可能引起法律纠纷的语句。
7. 避免价值判断。

> 第三节 护理计划

第三节 护理计划

概述

护理计划是护理程序的第三步，是护士在评估及诊断的基础上，综合运用多学科知识，对病人的健康问题排序、确定预期目标及护理措施，形成护理计划的过程。

第三节 护理计划

知识链接——护理诊断的组成举例

名称：慢性疼痛

定义：与现存或潜在组织损伤、或描述为类似损伤相关的不愉快感和情绪体验；突然或缓慢发生，可出现由轻到重的任何程度，持续或反复出现，不伴有预期或可预测的结局持续时间大于3个月。

第三节 护理计划

知识链接——护理诊断的组成举例

定义性特征：继续既往活动的的能力改变、报告疼痛行为/活动改变睡眠型态改变、关注自我、厌食、采用标准疼痛量表自我报告疼痛程度、采用标准疼痛工具自我报告疼痛特点、针对无法语言沟通者采用标准疼痛行为清单获得疼痛证据、疼痛的面部表情。急性疼痛、血肿、皮肤完整性改变、局部发热、出血、发红、异物刺入皮肤。

相关因素：营养不良、情感困扰、神经压迫、疲乏、长期使用电脑、体重指数增加、社交隔离等。

> 第三节 护理计划

一、排列护理诊断的顺序

(一) 护理诊断排序的原则

1. 按照马斯洛需要层次理论排列：人的生理需要未满足的问题应优先解决。

2. 排序时考虑服务对象的主观需求：在与治疗、护理原则不冲突的情况下，服务对象认为最为迫切的问题可考虑优先解决。

第三节 护理计划

一、排列护理诊断的顺序

(一) 护理诊断排序的原则

3. 排序并非固定不变：随着病情的变化，威胁生命的问题得以解决，生理需要获得一定程度的满足后，中优或次优问题可上升为首优问题。

4. 关于潜在的护理诊断和合作性问题：通常应优先解决现存问题，但有时潜在的护理诊断和合作性问题比现存问题更重要，需要列为首优问题。

第三节 护理计划

一、排列护理诊断的顺序

(二) 排列优先顺序

1. 首优问题：通常是最严重、最紧迫、对病人生命有威胁，需要立即采取措施解决的问题。在紧急情况下，尤其是急危重症患者，可同时存在几个首优问题。

2. 中优问题：指虽然不直接威胁生命，但对服务对象在精神和躯体上造成极大痛苦，严重影响健康的问题。

> 第三节 护理计划

一、排列护理诊断的顺序

(二) 排列优先顺序

3. 次优问题 指个人在应对发展和生活变化时所遇到的问题，这些问题与疾病或其预后并不直接相关，但同样需要护士给予帮助，使问题得到解决，以便帮助服务对象达到最佳健康状态。

> 第三节 护理计划

二、设立预期目标

预期目标也称预期结局，是指服务对象通过接受照顾之后，期望能够达到的健康状态或行为的改变。预期目标针对护理诊断而提出，是选择护理措施的依据，也是评价护理措施的标准。

> 第三节 护理计划

二、设立预期目标

（一）目标的种类

1. 长期目标：指需要相对较长时间（数周、数月）才能够达到的目标。
2. 短期目标：指在较短的时间内（几天或几小时）能够达到的目标。

第三节 护理计划

二、设立预期目标

(二) 目标的陈述方式

1. 主语：服务对象或其重要关系人，也可以是服务对象的生理功能或机体的一部分。在目标陈述中充当主语时，有时可被省略。
2. 谓语：是指主语将要完成且能被观察或测量的行为。
3. 行为标准：是指主语完成该行为将要达到的程度，如距离、速度、次数等。

> 第三节 护理计划

二、设立预期目标

(二) 目标的陈述方式

4. 条件状语：是指服务对象完成该行为所处的条件状况，并非所有目标陈述都包括此项。

5. 评价时间：是指服务对象在何时达到目标中陈述的结果。

第三节 护理计划

二、设立预期目标

(二) 目标的陈述方式

举例：

例 1： 3 天内 病人 学会 皮下注射胰岛素
(时间状语) (主语) (谓语) (行为标准)

例 2： 病人 7 天内 能借助拐杖 行走 100 米
(主语) (时间状语) (条件状语) (谓语) (行为标准)

第三节 护理计划

二、设立预期目标

（三）确定预期目标的注意事项

1. 目标应以病人为中心。
2. 目标应具有明确的针对性。
3. 目标应切实可行。
4. 目标应具体。
5. 目标应有时间限制。
6. 邀请病人参与预期目标的制定。
7. 关于合作问题的目标。

第三节 护理计划

三、制定护理措施

(一) 护理措施的种类

1. 独立性护理措施：指护士运用护理知识和技能可独立完成的护理活动。
2. 依赖性护理措施：指护士根据医嘱进行的护理活动。
3. 合作性护理措施：指护士与其他医务人员共同合作完成的护理活动。

> 第三节 护理计划

三、制定护理措施

(二) 制定护理措施的要求

1. 护理措施应具有科学依据。
2. 护理措施应有针对性。
3. 护理措施应切实可行、因人而异。
4. 护理措施应保证服务对象的安全。
5. 护理措施应具体细致。
6. 鼓励服务对象参与制订护理措施。

第三节 护理计划

四、护理计划成文

(一) 书写护理计划时应注意

1. 写明制订计划的日期和责任护士书写者签名。
2. 应用标准的医学述语。
3. 计划中应包括参与护理活动的合作者。
4. 计划中要包括出院和家庭护理的内容等。

第三节 护理计划

四、护理计划成文

(二) 护理计划的格式与内容

将护理诊断、预期目标和护理措施整合为系统的护理计划。完整、准确地记录计划内容，包括实施时间、责任护士、结果评价等信息（表4-2）。

护 理 计 划 单

姓名	科别	病室	床号	住院号	
日期	护理诊断	预期目标	护理措施	评价	签 名

表4-2 护理计划单

▶ 第四节 护理实施

第四节 护理实施

概述

护理实施是护理程序的第四步，是将护理计划付诸实践的过程。通过实施，可以解决护理问题，并可以验证护理措施是否切实可行。此阶段要求护士具备丰富的专业知识，熟练的操作技能和良好的人际沟通能力，以保证护理计划顺利进行，使服务对象得到高质量护理。

> 第四节 护理实施

一、实施过程

(一) 实施前准备

1. 重新评估。
2. 审阅和修改护理计划。
3. 分析所需知识和技能。
4. 预测可能的并发症及预防措施。
5. 组织资源。

▶ 第四节 护理实施

一、实施过程

(二) 实施

1. 将所计划护理活动加以组织，任务落实。
2. 执行医嘱，保持医疗和护理有机结合。
3. 解答服务对象及家属的咨询问题。
4. 及时评价实施的效果及护理质量，观察病情，处理突发急症。
5. 继续收集资料，及时、准确地完成护理记录，不断补充和修正护理计划。
6. 与其他医务人员保持良好关系，做好交班工作。

> 第四节 护理实施

一、实施过程

(三) 记录

1. 记录护理操作。

2. 评估和反馈

目前常用的PIO方式记录护理活动。

P(problem)：问题

I(intervention)：措施

O(outcome)：结果

> 第四节 护理实施

二、实施的方法

1. 操作。
2. 管理。
3. 教育。
4. 咨询。
5. 记录与报告。

第五节 护理评价

第五节 护理评价

概述

护理评价是护理程序的最后一步，是按照预期目标所规定的时间，将护理后服务对象的健康状况与预期目标进行比较并做出评定和修改。护理评价是一种有计划、有目的和持续进行的护理活动，并非要到最后才能评价。

> 第五节 护理评价

二、评价方式

1. 定性评价。
2. 定量评价。
3. 自我评价和同行评价。
4. 持续性质量改进（CQI）。
5. 分析原因。
6. 制定调整计划。
7. 实施和再评价。

第五节 护理评价

三、评价步骤

1. 确定评价标准。
2. 收集资料。
3. 将收集的资料与预期目标进行比较评价达标的程度。

目标达标的程度有以下三种情况：

- ①目标完全实现
- ②目标部分实现
- ③目标未实现

第五节 护理评价

三、评价步骤

4. 重审护理计划

(1) 分析目标未实现或部分实现的原因：

- ①所收集的资料是否真实、准确、全面？
- ②护理诊断是否正确？
- ③预期目标是否正确？
- ④护理措施是否有针对性且得到有效落实？
- ⑤病人或家属是否配合？
- ⑥病情是否已经改变或有新的问题发生？原定计划

是否失去了有效性？

第五节 护理评价

三、评价步骤

(2) 调整护理计划:

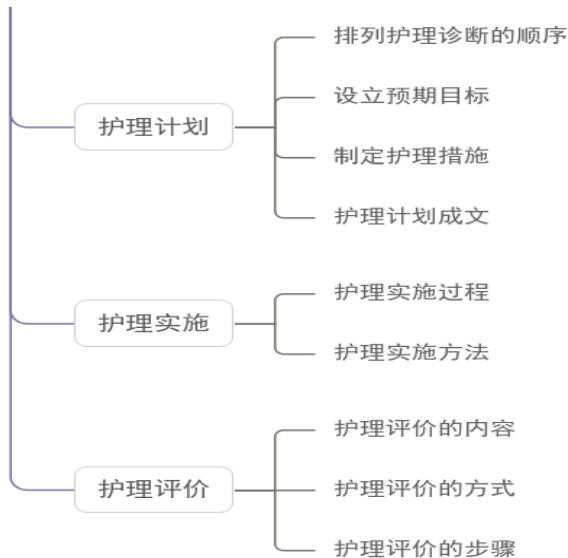
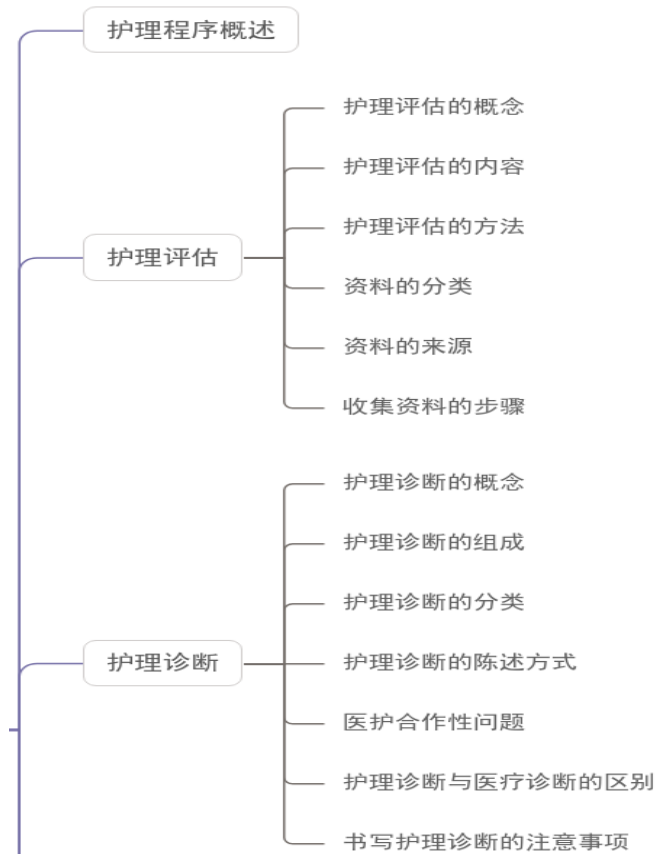
①停止: 健康问题解决, 完全达标。

②修订: 健康状况有所好转, 预期目标部分达标, 则根据重新收集的资料, 修订护理计划。

③删除: 对于危险性或潜在性健康问题, 根据评估危险以排除, 可删除该项护理计划。

④增加: 通过重新评估, 病人新出现的健康问题, 应增加护理计划。

课堂小结



作业

患者男，37岁。汉族，教师。以“暖气、恶心、上腹疼痛反复发作三年，加重3天”为主诉入院。护士入院评估：T 37.2℃，P 90次/分，BP 120/80 mmHg。患者平时饮食不规律。由于工作较忙，经常不吃早餐。经胃镜检查为胃底部和球部多发性溃疡，建议住院治疗，患者非常担心生病住院影响工作，拒绝住院治疗。

1. 患者的主观资料和客观资料各有哪些？
2. 该患者存在的和潜在的健康问题有哪些？
3. 应如何对该患者进行健康指导？



谢谢观看

