

广西壮族自治区供销合作联社 2024 年度 直属学校公开招聘工作人员试讲内容

岗 位：广西桂林商贸旅游技工学校护理专业教师

教材：《基础护理》（第 4 版）

主编：贾丽萍 王冬梅

出版社：人民卫生出版社

内容：第二章 护理程序 第二节 护理程序的步骤

二、 护理诊断(P36-P40)



国家卫生健康委员会“十四五”规划教材
全国中等卫生职业教育教材


供护理专业用

基础护理



广西桂林商贸旅游技工学校

护理专业教师岗位教材

 人民卫生出版社



CS 扫描全能王
3亿人都在用的扫描App

1. 按马斯洛的需要层次理论进行整理分类 马斯洛的人类基本需要层次:生理的需要、安全的需要、爱与归属的需要、尊重的需要、自我实现的需要。

2. 按戈登的 11 种功能性健康型态进行整理分类 戈登的 11 种功能性健康型态:健康感知-健康管理型态、营养-代谢型态、排泄型态、活动-运动型态、睡眠-休息型态、认知-感知型态、角色-关系型态、自我认识-自我概念型态、性-生殖型态、应对-压力耐受型态、价值-信念型态。

3. 按北美护理诊断协会(NANDA)的人类反应型态进行诊断分类 分类法Ⅱ进行诊断分类:健康促进、营养、排泄/交换、活动/休息、感知/认知、自我感知、角色关系、性、应对/压力耐受性、人生准则、安全/保护、舒适、生长/发育。

(四) 分析资料

1. 检查有无遗漏 将资料进行整理分类后,应仔细检查有无遗漏,以保证资料的完整性和准确性。

2. 找出异常 将所收集到的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. 评估危险因素 及时收集、评估在正常范围内但存在危险因素的资料,采取预防措施,防患于未然。

(五) 记录资料

记录资料是护理评估的最后一步,记录时应遵循全面、客观、准确、及时的原则,并符合医疗护理文书书写的要求。具体要求如下:

1. 记录应及时、客观、真实、准确、完整,不可遗漏,不得涂改。
2. 主观资料的记录尽量用病人的原话,并加引号。
3. 客观资料的记录描述应确切,正确使用医学术语,避免护士的主观判断和结论。
4. 记录时避免使用含糊不清、无法衡量的词语。

二、护理诊断

护理诊断是护理程序的第二步,是护士运用评判性思维对收集的健康资料进行分析,以判断护理对象的健康问题以及引起健康问题的原因。

(一) 护理诊断的概念

1990 年,北美护理诊断协会(NANDA)提出并通过护理诊断的定义:护理诊断(nursing diagnosis)是关于个人、家庭、社区对现存的或潜在的健康问题及生命过程中问题的反应的一种临床判断,是护士为达到预期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。





护理诊断的发展

1973年,美国全国护理诊断分类组在美国密苏里州圣路易斯市举行第一次全国护理诊断会议,正式将护理诊断纳入护理程序,确立了34项护理诊断。1982年4月召开的第五次会议因有加拿大代表参加而改名为北美护理诊断协会(North American Nursing Diagnosis Association, NANDA)。NANDA将护理诊断于1988年修订成97项,1994年修订成128项,1998年修订成148项。2000年NANDA审定通过了155项护理诊断,讨论通过了新的分类系统——分类法Ⅱ,是护理诊断发展史上的一个重要里程碑。

1995年9月,由我国卫生部护理中心主办、在黄山召开的全国第一次护理诊断研讨会,建议在我国医院中使用被NANDA认可的护理诊断名称。

(二) 护理诊断的类型

1. 现存的护理诊断 护理对象当前正存在的健康问题或反应的描述。如“气体交换受损”等。

2. 潜在的护理诊断 对易感的护理对象的健康状况或生命过程可能出现反应的描述。其特点是有危险因素存在,若不进行预防处理就可能会发生问题。常用“有×××××的危险”描述。如昏迷躁动病人,存在“有受伤的危险”。

3. 健康的护理诊断 是对个人、家庭或社区护理对象具有的达到更高健康水平潜能的描述。常用“潜在的×××××增强”“执行×××××有效”。如“执行治疗方案有效”等。

4. 综合的护理诊断 指一组由某种特定的情境或事件所引起的现存或潜在的护理诊断。如“有创伤后综合征的危险”等。

(三) 护理诊断的组成

1. 名称 对护理对象健康状况的概括性描述。一般用受损、缺陷、无效等词语描述,每一项NANDA公认的护理诊断都有其特定名称。如“体温过高”等。

2. 定义 对护理诊断名称的一种清晰、正确的描述和解释,并以此与其他护理诊断相鉴别。如“体温过高”的定义为“个体体温高于正常范围的状态”。

3. 诊断依据 做出护理诊断的临床判断标准,是护理对象所具有的一组症状、体征、危险因素及有关病史的资料。诊断依据分为主要依据和次要依据。

(1) 主要依据:是形成某一特定诊断必须具有的症状、体征及有关病史,是护理诊断成立的必要条件。

(2) 次要依据:是形成某一特定诊断可能出现的症状、体征及有关病史,对护理诊断的形成起支持作用,是护理诊断成立的辅助条件。

如“体温过高”中主要依据是体温高于正常范围;次要依据是皮肤潮红,触之有热感,



呼吸增快,心动过速,疲乏、无力、头痛、头晕等。

4. 相关因素 引发护理对象出现健康问题的原因或情境。常见的相关因素有:

(1) 病理生理因素:指与病理生理改变有关的因素,如“便秘”的相关因素可能是痔疮。

(2) 心理因素:指与心理状况有关的因素,如“活动无耐力”可能是因患病后护理对象处于较严重的抑郁状态所致。

(3) 治疗因素:指与治疗措施有关的因素,如行气管插管使用呼吸机的护理对象可以出现“语言沟通障碍”的问题。

(4) 情境因素:指环境、情境等方面的因素,如“体温过低”可能与在低温环境暴露时间过长有关。

(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,如“便秘”常见于老年人。



临床应用

护理诊断的组成举例

名称:腹泻

定义:个体排便次数增多,大便不成形或排出松散、水样便的状态。

诊断依据

(1) 主要依据:排便次数增多(>3 次/d);松散、水样便。

(2) 次要依据:腹痛、肠鸣音亢进;大便量增多及颜色变化;有里急后重感。

相关因素

(1) 病理生理因素:胃肠道疾病,内分泌代谢性疾病,营养性疾病等。

(2) 治疗因素:药物不良反应,管饲饮食等。

(3) 情境因素:饮食改变,环境改变,焦虑及应激状态。

(4) 年龄因素:婴幼儿生理性腹泻、辅食添加不当;老年人胃肠及括约肌功能减退。

(四) 护理诊断的陈述

护理诊断的陈述包括三个要素:即健康问题(problem, P)、症状和体征(signs and symptoms, S)、相关因素(etiology, E)。

1. 三部分陈述 即PSE方式,多用于现存的护理诊断。例如:

焦虑:烦躁不安、失眠 与身体健康受到威胁有关。

P S E

2. 二部分陈述 即PE方式,多用于潜在的护理诊断。例如:

有皮肤完整性受损的危险 与长期卧床有关。

P E



3. 一部分陈述 即 P 方式,多用于健康的护理诊断,也可用于综合的护理诊断。
例如:

潜在的精神健康增强。

P

(五) 医护合作性问题

在临床护理实践中,护士常会遇到一些健康问题,既没有在 NADNA 制订的护理诊断中,又需要提供护理措施或与医务人员共同合作解决。合作性问题的陈述方式是“潜在并发症:×××××”。潜在并发症(potential complication),简称为 PC。如“PC: 出血。”护理诊断与医护合作性问题的区别,见表 2-1。

表 2-1 护理诊断与医护合作性问题的区别

区别点	护理诊断	医护合作性问题
决策者	护理人员	医生、护士
陈述方式	PES、PE 或 P 方式	PC: ×××××
预期目标	需要确定预期目标,作为护理效果评价的标准	不强调确定预期目标
护理措施原则	减轻、消除、预防、排除病痛,促进健康	预防、监测并发症的发生和病情的变化,医护共同进行干预

(六) 护理诊断与医疗诊断的区别

医疗诊断是对一种疾病、一组症状特征的叙述,是用一个名词说明一种疾病或病理改变,以指导治疗措施。护理诊断是描述护理对象现存或潜在的健康问题的反应。两者的区别,见表 2-2。

表 2-2 护理诊断与医疗诊断的区别

区别点	护理诊断	医疗诊断
诊断核心	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判断
描述内容	个体对健康问题的反应	一种疾病
问题状态	现存或潜在的	多是现存的
决策者	护理人员	医疗人员
职责范围	护理职责范围	医疗职责范围
适用范围	个体、家庭、社区的健康问题	个体的疾病
数量	可同时有多个	通常只有一个
稳定性	随健康状况变化而变化	一旦确诊不会改变



（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,所列名称准确、规范。
2. 一个护理诊断针对一个健康问题。
3. 避免用症状或体征代替护理诊断。
4. 应明确相关因素,因为护理措施多是针对相关因素制订的。
5. 确定的问题必须是护理措施能解决或部分解决的。
6. 不应有易引起法律纠纷的描述。
7. 是对护理对象的健康问题的描述,而不是反映护理人员遇到的困难。

三、护 理 计 划

护理计划(nursing plan)是护理程序第三步,是以护理诊断为依据,制订预期目标和护理措施,预防、缓解和解决护理诊断中确定的健康问题,是护理行动的指南。

（一）排列优先顺序

根据问题的轻、重、缓、急确定解决问题的先后顺序,使护理工作高效有序地进行。

1. 排序原则

- (1) 优先解决危及护理对象生命的问题。
- (2) 按照马斯洛人类需要层次理论排序,先解决低层次需要问题,再解决高层次需要问题。
- (3) 在无原则性冲突的情况下,可考虑护理对象认为最重要的问题给予优先解决。
- (4) 对于潜在性问题,可根据性质决定序列。

2. 排列顺序

- (1) 首优问题:指威胁护理对象生命,需要立即解决的问题。如气体交换受损。
- (2) 中优问题:指不会威胁护理对象生命,但能导致护理对象身体上不健康或情绪上变化的问题。如活动无耐力。
- (3) 次优问题:指人们在应对发展和生活变化时所产生的问题。如家庭应对无效。

（二）设立预期目标

预期目标(scheduled target)指护理对象接受护理后期望能够达到的健康状态,即最理想的护理效果。

1. 目标的种类

- (1) 短期目标:相对较短时间(1周以内)能达到的目标。
- (2) 长期目标:相对较长时间(1周以上)能达到的目标。

2. 目标的陈述

- (1) 主语:指护理对象或其身体的任何一部分,有时主语可以省略。
- (2) 谓语:指护理对象将要完成的行为。



解剖学基础(第4版)
生理学基础(第4版)
生物化学基础(第4版)
病理学基础(第4版)
病原生物与免疫学基础(第4版)
药理学基础(第4版)

基础护理(第4版)

健康评估(第3版)
内科护理(第4版)
外科护理(第4版)
妇产科护理(第4版)
儿科护理(第4版)
五官科护理(第4版)
母婴护理(第2版)
儿童护理(第2版)
成人护理(上册)——内外科护理(第2版)
成人护理(下册)——妇科护理(第2版)

老年护理(第4版)
急救护理技术(第4版)
重症监护技术(第3版)
护理技术综合实训(第3版)
中医护理(第4版)
社区护理(第4版)
护理管理基础(第2版)
健康教育(第2版)
营养与膳食(第4版)
老年保健(第2版)
心理与精神护理(第4版)
护理礼仪(第4版)
人际沟通(第4版)
护士人文修养(第2版)
护理伦理(第2版)
卫生法律法规(第4版)



扫描圆标二维码 或登录 jh.ipmph.com 享受增值服务

策划编辑 魏雪峰
责任编辑 梁玉林
魏雪峰
数字编辑 徐建美
书籍设计 赵京津
丁晓雯

人卫智网
www.ipmph.com
医学教育、学术、考试、健康,
购书智慧智能综合服务平台

人卫官网
www.pmph.com
人卫官方资讯发布平台



关注人卫健康
提升健康素养

ISBN 978-7-117-33717-5



定价: 69.00 元



CS 扫描全能王
3亿人都在用的扫描App