

护理程序

概念 护理程序的理论基础：系统论

评估

- 护理评估的正确说法
 - 评估是护理程序的开始
 - 在护理评估过程中，应随时评估病人
 - 评估贯穿于整个护理过程
- 区分主主观资料和客观资料
 - 主观资料:病人的主诉
 - 客观资料：视、触、叩、听、辅助检查等
- 健康资料的直接来源是：病人本人
- 收集资料的方法
 - 视觉观察 三
 - 触觉观察 三
 - 嗅觉观察 三
 - 听觉观察 三
- 引导病人抓住交谈主题的措施
 - 交谈前：有计划、有准备交谈提纲
 - 交谈中：注意倾听；不随意打断或提出新话题；对病人陈述或提出的问题，应给予合理解释和恰当的反应
 - 交谈完毕：对交谈内容作小结
- 资料的记录原则
 - 主观资料：尽量用病人自己的语言
 - 客观资料：使用医学术语，避免护士的主观判断和结论

步骤

诊断

- 现存的护理诊断：已经存在的健康问题
- 潜在的护理诊断："有.....的危险"
- 健康的护理诊断："潜在.....的增强"、"执行.....有效"
- 合作性问题："潜在并发症：....."

陈述方式：PSE。
P-护理诊断的名称
S-症状和体征
E-相关因素

计划

- 护理问题的主要排序原则：优先解决直接危及生命，需要立即解决的问题
- 首优问题：直接威胁生命，需立即采取行动的问题 三
- 护理措施类型
 - 依赖性：依赖医生的医嘱，遵医嘱执行
 - 独立性：护士独立做决定。如健康教育、病情观察等
 - 协作性：护士与其他医务人员协作。如饮食护理、康复护理等

实施

护理病案的书写：PIO。P-健康问题；I-护理措施；O-护理后的效果

评价