

中等职业教育国家规划教材配套教学用书

健康评估

(护理专业)

主 编 曹和安



高等教育出版社

中等职业教育国家规划教材配套教学用书

健康评估

(护 理 专 业)

主 编 曹和安
编 者 (以姓氏笔画为序)
王 娟(广州中医药大学)
李亚军(中南大学湘雅二医院)
张彩虹(海南医学院)
罗碧华(中南大学湘雅二医院)
郭晓红(广东省江门中医药学校)
黄笑燕(江西医学院上饶分院)
曹 霞(中南大学湘雅三医院)
曹和安(中南大学护理学院)
傅锦芳(中南大学湘雅一医院)



高等教育出版社

内容提要

本书是中等职业教育护理专业国家规划教材的配套用书,原则上是对国家规划教材《临床护理》中“护理评估基础”内容的补充。

护理评估作为护理程序的首要步骤,是收集护理对象的主、客观资料,以判断患者健康问题或作出护理诊断的重要环节。本书分别从评估资料收集与分析、健康史采集、体格检查、心电图、实验检查、其他检查几方面阐述健康评估的内容,介绍护理评估基本技能的临床运用。

本书可以作为中等职业学校护理专业教材,其基本内容对护士执照考试十分关键,也可供医护人员以及有兴趣进行健康自评的人士学习参考使用。

本书采用出版物短信防伪系统,同时配套学习卡资源。用封底右下方的防伪码,按照本书最后一页“郑重声明”下方的使用说明进行操作。

图书在版编目(CIP)数据

健康评估/曹和安主编. —北京:高等教育出版社,
2008.6
护理专业
ISBN 978-7-04-023511-1

I. 健… II. 曹… III. 健康-评估-专业学校-教材 IV. R471

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 067052 号

策划编辑 陈 向 责任编辑 薛 玥 封面设计 于文燕 责任绘图 尹 莉
版式设计 王艳红 责任校对 王效珍 责任印制 尤 静

出版发行	高等教育出版社	购书热线	010-58581118
社 址	北京市西城区德外大街 4 号	免费咨询	800-810-0598
邮政编码	100120	网 址	http://www.hep.edu.cn
总 机	010-58581000		http://www.hep.com.cn
经 销	蓝色畅想图书发行有限公司	网上订购	http://www.landaco.com
印 刷	化学工业出版社印刷厂		http://www.landaco.com.cn
		畅想教育	http://www.widedu.com
开 本	787×1092 1/16	版 次	2008 年 6 月第 1 版
印 张	9.75	印 次	2008 年 6 月第 1 次印刷
字 数	230 000	定 价	13.40 元

本书如有缺页、倒页、脱页等质量问题,请到所购图书销售部门联系调换。

版权所有 侵权必究

物料号: 23511-00

前 言

中等职业学校护理专业国家规划教材《临床护理》中的“护理评估基础”是护理专业教学的重要教学内容,原编辑于《临床护理》教材内,为便于学生学习携带和有助于学生巩固复习知识,此次编写单独成书,内容适当调整,供3~4年制中等职业学校护理专业教学使用,也可以作为对自身健康十分关切、有兴趣进行健康自评的人士学习参考。

本教材的编写,依据中职教学着重于专业必需、够用并强调基本能力的培养为原则,除采用护理程序的模式进行编写外,将学生必需的专业知识、专业实践能力的有关理论与操作技术,分别放入基础篇、选学篇和实践篇三大模块中。根据中等职业护理专业的教学培养目标和健康评估课程的要求,考虑临床急救监护的需要,将心律失常的部分内容进一步充实;另外,还编写了部分习题,以帮助学生加深课程内容的学习和促进临床应用能力的提升。基础篇和实践篇是本课程必学内容,选学篇供各校根据实际情况选择使用。

在教学活动中,要进一步树立以全面素质教育为基础、以能力为本位的教学指导思想,提高教育教学水平。通过本课程的教学与学习,应培养学生树立“以人的健康为中心”的护理理念、全心全意为护理对象服务的行为意识;使学生初步具有对患者进行护理评估的能力并根据对服务对象进行护理评估资料的收集,具有初步护理诊断的能力。能够运用护理程序为患者实施整体护理,使患者获得满意的优质护理服务。

在本教材的编写过程中,受到中南大学护理学院的大力协助与支持,在此表示衷心的感谢!曹和安担任绪论、健康评估步骤的编写,郭晓红担任健康史采集的编写,黄笑燕、罗碧华担任体格检查的编写,张彩虹担任体格检查及心理社会评估的编写,傅锦芳担任实验室检查的编写、王娟担任实验室检查及心理社会评估的编写、曹霞担任心电图检查的编写、李亚军担任影像检查的编写。由于时间仓促,编者水平有限,教材编写中难免出现疏漏,敬请读者批评指正,则不胜感激!

课时分配表(供参考)

序 号	教 学 内 容	学 时		
		理 论	实 践	合 计
1	绪论	0.5		0.5
2	健康评估步骤	1.5		1.5
3	健康史采集	2	2	4
4	体格检查	10	6	18
5	实验室检查	6	2	8
6	其他检查	12	4	16
7	选学(机动)	4		4
	总计	36	14	50

编 者
2008年1月

目 录

基 础 篇

第一章 绪论	3	第九节 神经系统检查	52
训练与思考	5	训练与思考	54
第二章 健康评估步骤	6	第五章 实验室检查	63
训练与思考	8	第一节 血液检查	63
第三章 健康史采集	10	第二节 尿液检查	66
训练与思考	13	第三节 粪便检查	69
第四章 体格检查	15	第四节 其他常用实验室检查	71
第一节 体格检查的准备和基本方法	15	训练与思考	74
第二节 一般检查	18	第六章 其他检查	78
第三节 皮肤黏膜检查	24	第一节 X线检查	78
第四节 淋巴结检查	26	第二节 X线计算机体层成像和磁共振成像	81
第五节 颈部检查	27	第三节 心电图检查	83
第六节 呼吸系统检查	29	第四节 超声检查	98
第七节 循环系统检查	34	第五节 放射性核素检查	100
第八节 消化系统检查	43	训练与思考	101

选 字 篇

第七章 心理社会评估	109	第四节 角色与角色适应评估	121
第一节 认知评估	110	第五节 文化、家庭、环境评估	123
第二节 自我观念、情绪和情感评估	112	训练与思考	130
第三节 压力与压力应对评估	116		

实 践 篇

第八章 健康评估操作	137	附表 3 体格检查表	140
第一节 健康史采集	137	第三节 常见阳性体征	141
附表 1 健康史采集会谈指引（供初学者参考）	137	第四节 尿常规检查	142
附表 2 健康史采集记录表	139	第五节 心电图描记操作	143
第二节 护理体检	140	第六节 心电图分析与异常心电图	144
		第七节 X线检查及超声诊断检查	149

选择题参考答案	150
---------------	-----

第一章 绪 论

护理程序是系统化整体护理的核心,是科学确认健康问题和解决健康问题的工作方法。而健康评估作为护理程序的首要步骤,是收集护理对象的主、客观资料,以判断其健康问题,或生命过程的反应,以确定护理需要的基本理论、基本技能、基本方法和培养临床思维能力的护理专业基础学科。健康评估作为临床护理专业课教学的起点和桥梁,是临床各护理专业课程的基础。

学生通过学习评估知识和技能,有利于培养“以人中心”的整体健康评估观念,增强专业意识,在临床护理工作中对护理对象正确恰当地作出护理诊断、制定护理计划、实施护理措施、解除患者疾病症状、恢复患者的健康具有重要意义。

虽然现代医学的发展日新月异,各专科临床护理对病情的评估、护理手段也发生了深刻变化,但健康评估的原则与方法对于临床各专科护理却是一致的。学会完整、全面、正确地评估健康,是高质量护理的保障。

一、健康评估基本内容

健康评估从生命科学、社会科学、自然科学、工程科学等学科的发展中获得充足的养料,使得健康评估的方法和手段不断进步,日臻完善。

健康评估的内容和范围广泛,层次多样,包括人类从出生、生长、发育、成人、衰老到死亡各个年龄阶段、各个时期的评估。可以说,凡涉及人体健康相关的各种评估都属健康评估的内容,既要探讨健康状态下人体生理、心理、社会相关因素的评估方法和标准,也要探讨亚健康状态或患病时异常状况的评估手段和衡量指标。由于教材篇幅有限,本教材仅就其基本内容进行阐述,一些专科内容的评估将在各专科护理中深入学习。

1. 健康评估方法 包括观察、会谈(问诊)、体格检查、查阅记录、辅助检查等。问诊与体检是收集健康资料最常用和最基本的评估方法,很多健康问题借此方法即可以作出护理诊断。

2. 常见症状评估 常见症状的评估主要通过问诊进行,问诊是与护理对象进行会谈(或交谈)的评估方法。人体功能或形体发生异常时,主观上的不舒适感、异常感觉或病态改变,称为症状(symptom),例如,头痛、心悸、腹痛、咳嗽、乏力等。症状作为主观资料,是健康史的重要组成部分。症状唯有患者自身体验和感受最深,了解最清楚。通过问诊,听取患者诉述或交谈,或进行必要检查,方可了解到各种症状发生发展的过程。有些异常改变既能主观感觉到,又能客观检查到,因而既是症状又是体征。明了症状的发生、发展和演变以及由此所发生的患者身心方面的反应,对形成护理诊断、指导护理监测起着主导作用。由于篇幅所限,常见症状评估的内容在临床各专科中进行讨论。

3. 体格检查 也称身体评估。指评估者通过自己感官或借助听诊器、血压表、体温计等辅助工具对护理对象进行细致观察与系统检查,获得机体正常或异常征象的评估方法,是获取护理

诊断资料的重要手段。体检评估具有很强的技艺性,要求反复练习,做到准确、娴熟。

4. 功能性健康型态评估 功能性健康型态评估是《健康评估》的重要内容,涵盖生理健康、身体功能、心理健康和社会适应有关的 11 个方面。功能健康型态评估所涉及的心理社会资料内容其主观因素居多,如何进行评估有待深入研究,收集、分析、判断资料较为复杂,切不可将正常和异常来简单加以划分。本教材在选修课中列入心理社会方面的评估内容,对其他功能型态的研究不做深入讨论。

5. 心电图 用心电图仪将被检查者的心电活动记录下来所获得的曲线图称心电图。心电图是诊断心血管疾病的重要方法,是临床监测危重患者、观察和判断病情的重要手段。心电图结果是健康评估的重要客观资料,但心电图的判断必须结合临床,以明了其改变的意义。

6. 实验室检查 通过物理学、化学、生物学等实验方法,对患者的血液、体液、分泌物、排泄物和组织标本等所做的检查。其检查结果是客观资料重要组成部分,对于观察判断病情十分有益。

7. 影像学检查 包括放射线检查、超声检查和核医学检查等内容。了解、熟悉其基本理论、正常图像、常见的异常图像及其临床意义,为影像学检查学习的基本内容。

8. 护理诊断 健康评估中所获得护理对象的有关资料是护理诊断的基础和依据。护理诊断包括护理诊断的理论框架、组成原则及构成相关因素的内涵。学生应学会从整体护理的角度出发、从本专业的角度进行临床思维和判断,从而使健康评估的理论和技能、技巧服务于护理对象。

9. 护理病历 通过临床护理观察、护理问诊、护理体检、辅助检查、查阅有关记录等所获得的资料,进行分析、归纳、整理所形成的文字,以及实施护理程序的护理过程的资料,以文件形式记录下来,即为护理病历。通过教学和临床实践,学生应逐步熟悉护理病历的内容及要求。

二、健康评估学习方法和要求

健康评估的学习方法与基础课程的学习有很大不同,一个很重要的方法就是要到临床实践中去学习。具体包括课程教学、多媒体教学、观看录像、示教室操练、医院病房患者的见习。要求既要学好书本知识,又要深入临床实践去学习实际的评估方法。经过系统学习,学生应达到如下要求:

1. 树立以人为本的护理理念,学习目的明确,态度端正,关心、爱护、体贴患者。求实创新,理论联系实际,勤学苦练,积极思考。
2. 基本概念清楚,基本技能熟练,熟悉体检评估,动作规范,结果贴近实际。
3. 基本知识牢固,能独立进行会谈,收集患者资料,并了解体征评估方法和临床意义。
4. 学会心电图操作,初步熟悉正常及常见异常心电图特点,为参与心电监护做准备。
5. 对实验检查项目了解意义,作好实验标本采集,能根据其结果对患者进行健康教育。
6. 了解影像学检查指征、检查前的准备及临床意义。
7. 熟悉护理病历的内容和规范格式,可对评估资料进行系统整理,辑录成册。

总之,学生应通过健康评估的学习,要具备作出初步护理诊断和预测可能出现的潜在健康问题的能力。

训练与思考

(一) 选择题

I. 单选题

1. 护理程序的首要步骤是

- A. 护理诊断 B. 制定护理措施 C. 健康评估 D. 实施护理措施 E. 护理评价

II. 多选题

2. 收集健康资料最常用和最基本的评估方法为

- A. 观察 B. 会谈(问诊) C. 查阅记录 D. 体格检查 E. 辅助检查

(二) 思考题

试述健康评估的基本内容。

第二章 健康评估步骤

疾病的不同时期,护理问题都在不断地变化着。这就要求护士在患者入院后必须依据患者的独特背景进行一次全面的详细评估,并随着病情的进展,动态的、有意识的连续不断地进行评估。

为使评估正确,要求护士具备下列能力:①系统地观察能力;②有效地沟通能力;③进行护理体检的能力;④正确区别和分析有关资料(护理交谈、护理体检、实验及辅助检查等获得)的能力;⑤能够作出合理的推论、确认互动形态和确认印象的能力。

评估在护理过程中是一个连续的动态过程,从患者入院即开始,一直持续到患者出院。其目的是确认护理对象:①目前及过去的健康状况;②机体健康问题所对应的功能性健康型态;③对目前健康状态改变的反应;④对医疗、护理的反应;⑤潜在性健康问题发生的危险因素。

评估的步骤,按评估顺序的先后可分为:准备阶段、收集资料阶段、整理分析阶段;从患者住院过程可分为:①患者入院时的整体评估;②住院过程的动态评估。

护理评估一般按收集资料、分析和整理资料两个步骤进行。

一、收集资料

收集资料从第一次接触评估对象时开始,并贯穿于护理与诊治的全过程。随着健康状况的发展、变化,及时积累资料、补充资料,以利评价、修改计划,并采取相应措施。

(一) 收集资料的目的

收集资料是对被评估对象情况进行全面系统了解,以分析、判断存在影响其健康的问题,以利正确护理诊断,并决定护理活动。其准确性直接影响到对患者护理计划的可靠性。目的是确认被评估者:①目前及过去的健康状态;②目前及过去的对应形态(能力和限制);③对目前改变的反应;④对护理与诊疗(护理、医疗、检查、操作、手术、用药)的反应;⑤导致功能状态发生改变的相关因素和危险因素。

(二) 收集资料的方法

收集资料的方法通常有会谈、体格检查、查阅记录。

1. 会谈 通过与患者或家属交谈来了解患者的健康状况。

(1) 正式会谈 指事先通知患者,有目的、有计划地交谈。例如,入院后采集护理病史,就是按照预先确定的项目和内容收集资料。

(2) 非正式会谈 指护士在日常查房或者进行护理时与患者随便而自然地交谈,可以了解到患者的真实想法和心理反应,随时掌握其病情变化。

2. 体格检查 指使用视诊、触诊、叩诊、听诊及嗅诊等方法对患者从头到脚以及身体各系统进行的检查。收集患者身体状态的客观资料,以了解病情变化,发现健康问题。

3. 查阅记录 包括查阅患者的病历、各科护理记录、既往健康记录、各种实验室检查报告,

以及有关医学文献。

(三) 资料来源

1. 直接资料来源 是作出护理诊断和制定护理计划的主要依据。来源于患者本身。

(1) 主观资料 即患者对于健康与疾病的主观认识、感觉、需要与情绪体验,如“我的头像要炸裂开一样疼痛”,“我晚上睡不好,整天心神不宁”。

(2) 客观资料 对患者的观察和各种检查所获得的资料。如面色苍白、血压下降、肺部湿啰音、肠鸣音亢进、表情痛苦及呻吟等。

2. 间接资料来源 被评估对象之外的人员为间接资料来源。患者无法提供资料时,如语言障碍、意识不清、智力不全及精神障碍等因素,则需要通过他人或其他途径来获取资料。包括:①家庭成员或与患者有关的主要人员 如朋友、同事、邻居;②其他保健人员 如医师和其他医务人员;③既往的健康记录及诊断报告 如X线片、化验结果及病理报告等。

(四) 资料记录

主观资料按患者主诉的原话如实记录,避免带自己的主观判断和结论,以便分析整理。如“我胸痛时,冒虚汗,只得停下活动”,“我上厕所时站起来感到头昏眼花”。表达患者情感状态的,如“医师请您救救我”。

客观资料依据临床所见,可用医学术语书写,要求语言简洁、明了、书写清楚。数量及程度的表示不可用无法衡量的虚词,如少量、多量、好、尚好、佳及差等。例如,“患者呕血二次,量中等”,应记录为“患者5 pm、6 pm呕血二次,呕血共约300 mL”;又如“患者纳差”,应记录为“患者3天来每天进食2次,每次约1两面条,不想进食其他食物”。

资料的记录现在常用各种表格,边询问检查,边记录填写,这样可以减少遗漏和疏忽。

二、分析和整理资料

将收集到的主、客观资料进行整理和分类,检查有无重复和遗漏,对某些含混不清的或矛盾的资料进一步复查和核实,以评估患者的基本情况。

分析资料时应注意征求医生和其他护理人员的意见和见解,以便统一认识,取得共识。

现一般按需要层次理论和功能健康形态对资料进行分类分析。

(一) 按马斯洛(Maslow)需要层次理论分析资料

1. 生理需要 饮食、睡眠、休息、排泄、活动与运动。呼吸功能、循环功能、消化功能、性生殖功能、感知觉功能是否正常,凡异常情况均属患者生理需要的问题。

2. 安全需要 患病后对生命的危机感,对预后的顾虑、对病情恶化的恐惧,对药物不良反应的担心,对新的诊疗方法的疑虑,对导致身体伤害危险因素的畏惧等,均属安全需要问题。

3. 爱与归属的需要 希望获得同情、关怀与体贴,害怕孤独,想家、思念亲人及小孩等。

4. 尊重的需要 患者希望得到重视,害怕因患病被人瞧不起,由于形体或生理功能的丧失或改变而感到自卑,不愿见人,不愿到公共场所,不愿与人交往,缺乏自信心。

5. 自我实现的需要 担心生病住院影响工作、学习而焦虑不安;或由于疾病停止工作不能实现所担负的社会责任,而有失落感等。

(二) 按戈登(Gordon)功能性健康型态分析资料(现广泛采用)

1. 健康感知-健康管理型态 患者目前自觉健康状况如何,是否遵循医嘱或健康指导? 是

否受伤? 以往健康状况如何? 采用哪些保健措施?

2. 营养-代谢型态 营养状况如何? 每日液体入量多少? 是否有外周水肿? 是否有感染? 口腔是否有病变?

3. 排泄型态 大、小便情况, 是否有二便失禁等? 是否有排尿困难、便秘?

4. 活动-运动型态 每日日常活动情况? 是否参与娱乐活动? 家是否需要照顾? 呼吸功能如何?

5. 睡眠-休息型态 是否失眠? 是否需要安眠药? 休息后体力是否容易恢复?

6. 认知-感觉型态 是否有不舒适感觉? 视力、听力、味觉、触觉、嗅觉有无异常? 思维、情感及记忆能力是否正常?

7. 自我感知-自我概念型态 是否有焦虑? 恐惧? 自我控制力如何? 自我概念怎样?

8. 角色-关系型态 人际沟通状况? 家庭状况? 就业情形? 角色概念及社交。

9. 性-生殖型态 指婚姻、生育, 女患者月经情况。

10. 应激-应对耐受型态 对应激的反应? 适应能力? 是否有暴力行为等。

11. 价值-信念型态 指力量和希望源泉, 有困惑否? 宗教信仰状况。

训练与思考

(一) 选择题

I. 单选题

1. 关于主观资料, 正确的是

- A. 患者的主观资料只能来自于患者本身 B. 指患者对自己健康问题的体验和认识
C. 护士对患者健康问题的体验和认识 D. 主观资料来自于患者及医护人员
E. 指护士通过观察、问诊、体格检查和实验等方法得到的有关患者健康状态的资料

2. 下列哪项表现不是客观资料?

- A. 面色苍白 B. 血压下降 C. 肺部湿啰音
D. 头部疼痛 E. 表情痛苦、呻吟

3. 护理对象最重要的主观资料应是

- A. 症状 B. 身体评估 C. 护理病历 D. 超声检查 E. 实验室检查

4. 护理体检的目的是

- A. 供评估健康史参考 B. 供评估心理和社会因素参考
C. 作为判断患者健康问题的依据之一 D. 处理健康问题的手段
E. 医生诊断工作的辅助手段

5. 下列哪项主观资料记录不妥?

- A. 我胸痛时, 冒虚汗, 只得停止活动 B. 我上厕所时站起来感到头昏眼花
C. 我真的害怕疾病治不好了 D. 患者呕血二次, 量中等
E. 患者3天来每天进食2次, 每次约1两面条, 不想进食其他食物

II. 多选题

6. 护理评估步骤一般可分为:

- A. 准备资料 B. 收集资料 C. 提出问题 D. 分析和整理资料 E. 护理诊断

7. 收集资料的方法通常有

A. 会谈

B. 体格检查

C. 查阅记录

D. 研究病情发展过程

E. 归纳健康问题

(二) 思考题

1. 评估的方法有哪些？资料来源的途径有哪些？
2. 评估分哪两个阶段？怎样分析资料？

第三章 健康史采集

为获得护理评估资料,护士与患者所进行的第一次正式会谈,称为健康史采集。健康史资料也可以通过患者的知情人,如家属、亲友、同学及同事等获得。患者患病后,机体生理功能发生异常,自身主观感受到的不舒适感、异常感,如疼痛、胸闷、咳嗽及眩晕等,临床上称为症状。症状有时只能通过病史采集才能获得。研究症状的发生、发展及演变,将症状对照生理学、病理生理学及病理学等学科知识来分析、推理后获得的印象或初步结论,临床称为症状诊断。

健康史采集是为了了解患者生理、心理、社会、经济、文化等全面情况,其内容包括:①疾病发生发展情况;②既往健康状况;③目前及过去的适应情况;④对医疗护理的反应;⑤潜在健康问题发生的因素。所获得的健康史资料,可用以评估患者目前哪些是需要由护理解决的健康问题,哪些是需要进行密切关注的问题,哪些是需要及时预防和处理的潜在健康问题,以利做出护理诊断。健康史资料还可以为进一步检查和评估提供线索。

一、健康史采集方法

健康史采集主要运用会谈方法。

1. 准备与计划阶段

(1) 确定会谈目的 会谈前应了解患者姓名、性别、年龄及所患疾病等一般情况,初步明确会谈目的,拟订会谈提纲,做到有目的、有顺序地进行会谈,避免疏忽、遗漏。

(2) 环境 安排好会谈环境,并通过控制环境来创造良好会谈氛围,是护士评估能力的体现。环境要求安静、避免噪声和气味干扰,温度、光线适宜。注意患者体位、姿势是否舒适、能否坚持较长时间会谈;是否利于保护患者隐私,如关上房门、拉上窗帘、请旁人暂时离开、应患者要求在僻静处会谈。建立安全感、信赖感,有助于患者准确、完整回答问题。

(3) 时间 在患者入院事项安排就绪后进行,避免在患者就餐或其他不便的时间内会谈。与急危重患者的会谈应在病情稳定后进行。

(4) 参阅必要资料 患者门诊、急诊病历,医疗病历记录、临床辅助检查资料,查阅有关参考书籍。进一步明了患者所患疾病生理病理特征,治疗护理措施;并依获得的资料,初步确定评估资料的采集方法。

2. 过渡阶段(或称介绍阶段) 护士与患者开始建立和培养良好的治疗关系的起始期。护士应给患者良好的第一印象,应尊重患者,注意自己的专业形象,营造一个温馨、融洽的会谈气氛。护士应主动有礼貌地称呼患者并作自我介绍,说明会谈目的及大致所需的时间,给患者以亲切、平等的感受,使患者愿意敞开心扉,说出自己的想法。应告诉患者,在会谈中希望他(她)随时提供和澄清问题,当患者已了解会谈意义并已消除紧张情绪后可进入到引导会谈阶段。

3. 引导会谈阶段(或称探讨阶段) 是会谈的主要环节,护士按照事先准备好的健康史采集提纲,引导患者述说,一般从主诉开始逐步延伸到既往史、家族史、心理社会问题、宗教信仰等。

会谈中,护士的责任是鼓励患者说话。谈话技巧包括:①提出问题;②在患者述说中给以一般性回应;③对患者述说的某些问题给予必要的复述,以确认问题的可靠性。

例如,说:“为了使您在住院期间得到更好护理,请您谈谈自己的病情和生活习惯好吗?”、“您有哪些不舒适?”、“刚才您说饮食喜欢口味重一些,是吗?”等……

会谈中应注意人际沟通技巧,包括语言的和非语言的技巧,协助患者表达自己的思想和感受,理解患者的情绪反应,使患者感到你确实在关心他(她)的病情。应多听少问,让患者按自己的方式和程序将情况说出来。当偏离会谈目的时,可插些与评估内容相关的问题,以使会谈话题转回。总之,护士在与患者会谈中应做到:①关心患者疾苦,安慰患者用手适当接触,以减轻患者痛苦;②理解患者的情感;③给予信息;④避免暗示或诱导性提问。

为保证病史采集的准确,可采用以下方式:①澄清;②对含蓄或是模糊的语言予以明晰的词句提问核对;③核实。

4. 结束交谈阶段 在获得病史采集的必要资料后,会谈进入结束阶段。顺利地结束会谈,可以为往后的交谈及建立良好的护患关系打下坚实的基础。应有礼貌地将会谈话题转入结束,使患者感觉到即将结束会谈,这时不宜再提出新问题,可将会谈中的重要内容向患者简要复述,以纠正偏差,补充疏漏。请患者提出意见以核实资料的准确性,并向患者表示谢意。如有需要,可约定下一次谈话的时间和内容。

5. 住院患者健康史资料的动态采集 住院过程,对患者健康资料随时进行动态的补充,以完善入院时采集的资料,可以动态地了解患者情况,为适时地进行护理评价,修正和补充护理诊断,修改护理计划,及时针对患者变化的情况采取有效护理措施提供依据。

住院患者的健康史资料一般要求护士每日每班进行查询。对病情较轻、住院时间长的患者,如疾病康复期患者、慢性病缓解期患者,病情相对稳定患者,不需每日进行评估和记录,可每周收集资料1~2次;如病情发生变化,则应随时进行评估和记录。

对于一级护理患者、危重患者则必须每天每班进行健康史资料收集。采集资料的内容和格式可根据科室、病种、病情的轻重不同,分别设计和列出评估内容的表格,以方便评估和记录;也可将主要的病情改变内容记录在护理记录单上。

二、健康史采集的注意事项

(1) 获得患者信任,这是采集入院评估资料的关键。护士应举止稳重、和蔼可亲、平等相待、给患者以值得信任的感受,这样患者才能坦诚会谈。

(2) 正确运用人际交往与沟通技巧。人际交往与沟通技巧是护理评估的基本功。会谈时,护士应做到:①全神贯注,注意患者体位是否舒适,自身与患者的距离是否适宜。②注意倾听,准确地理解患者所表达的信息与情感,以及对健康问题的反应;不要随意打断患者的谈话,不要急于作出判断,不随便评论对方的谈话内容;对患者的谈话适时作必要的反应,如点头、接受的目光、适当应答等。③对外观异常者不惊奇,对难以相处的患者不厌恶。

(3) 护士用语要通俗易懂,提问要具体、简单明了。避免使用医学术语,如“里急后重”、“黄疸”等。问话采用开放式,不逼问、不套问。

(4) 交谈中应注意不断证实和总结资料,同时做好记录。

(5) 尊重患者隐私,除病情状态外,回避患者不愿提及的问题,对患者不愿讲的内容不追问。

(6) 除危重患者必须立即抢救外,对一般患者的入院评估应在 24 小时内完成。

(7) 护理病史采集应尽量询问患者本人,重症、意识不清、语言障碍者可由家属或亲友代替。如患者处于极度痛苦状态、重度虚弱或思维紊乱、大手术后,则暂不宜会谈。

三、健康史内容

健康史采集内容、格式(见附表),包括:

1. 一般项目 包括患者姓名、性别、年龄、民族、职业、婚姻、文化程度、宗教信仰、病史供述人、住址及电话、联系人、入院日期、入院方式、入院诊断及收集资料时间等。

2. 入院原因(主诉和简要现病史)

(1) 主诉 患者就诊住院最主要的症状或体征及持续的时间,或促使患者就诊的主要原因,如“畏寒、发热、右胸痛、咳嗽 3 天”,“活动后心慌气短 2 年,下肢水肿 2 周”。

(2) 简要现病史 包括:①起病情况与患病时间;②主要症状的特点(部位、性质、持续时间和程度);③病因与诱因;④病情的发展与演变;⑤伴随症状;⑥诊治经过。

3. 日常生活状况及自理程度

(1) 健康与健康维持 患者保持健康的能力以及寻求健康的行为、生活方式、保健知识及遵守医嘱的情况。

(2) 营养与代谢 患者营养状况、饮食搭配及摄入情况,食欲、饮水以及吞咽情况。

(3) 排泄 大便次数、状况,小便次数、量、性状,有无排便异常。

(4) 活动与运动 患者生活自理、活动能力、活动耐力情况及有无躯体活动障碍。

(5) 睡眠、休息状态 睡眠规律、质量,病后睡眠情况(是否做梦、失眠、是否早醒)。

4. 心理状态及社会状况

(1) 认知与感知 是否舒适、感觉知识缺乏,及感知觉(视、听、嗅、触、味等)异常。

(2) 自我感受与自我概念 患者是否有恐惧、紧张、焦虑、沮丧、悲哀、愤怒及冷漠等情绪反应,是否有负罪感、无用感、无能为力、孤独、无助感及羞涩等心理感受。

(3) 角色与人际关系 患者社会角色(包括家庭的、邻里的)、社会职能以及角色关系,人际交往有无障碍及异常。

(4) 压力与应对 患者近期有无重大生活事件发生(如失业、离婚、丧偶等),适应与调解的能力,个人和家庭的应对能力,及对现实的态度。

(5) 价值、信念 患者人生观、价值观,是否有与信仰有关的精神困扰。

5. 既往疾病史、传染病史、家族史、过敏史

(1) 既往疾病史 既往健康状况和过去曾经患过的疾病、外伤手术史等,特别是与现病有密切关系的疾病,可按部位和系统,选择症状逐一询问。

① 呼吸系统 是否有咳嗽、咳痰、咯血、气喘及胸痛等症状。

② 循环系统 是否有心慌、气短、心前区疼痛、胸闷、尿少及下肢水肿等。

③ 消化系统 是否有泛酸、嗝气、腹胀、腹痛及腹泻等症状。

④ 泌尿系统 是否有排尿困难、尿痛、尿频、尿急、尿血、尿少及眼睑水肿等症状。

⑤ 造血系统 是否有乏力,面色苍白,皮肤淤斑,自发性出血,肝、脾和淋巴结肿大。

⑥ 内分泌系统 是否有畏寒、怕热、多汗、乏力、头痛、食欲改变、烦渴及多尿等症状;有无性

格、智力、体型、器官的发育、体重、皮肤及毛发改变等状况出现。

⑦ 神经系统 是否有头痛、呕吐、意识障碍及肢体瘫痪等。

⑧ 运动系统 有无肢体麻木、疼痛、痉挛及萎缩等；有无关节肿痛、运动障碍、外伤、骨折及脱臼等。如某一系统有过某一症状，应予详细询问，了解系由何种疾病引起。

(2) 传染病史 例如，肝炎、结核病、流行性脑膜炎、出血热、血吸虫病及痢疾等。

(3) 家族史 家族中是否有同类病史，是否有遗传性疾病。

(4) 过敏史 包括药物、食物的过敏史。

训练与思考

(一) 选择题

单选题

1. 有关交谈提问正确的是

A. 你头痛发作时有恶心呕吐吗？

B. 你上腹部疼痛时向右肩放射吗？

C. 你胸痛时还有别的不舒服吗？

D. 你是不是下午发热？

E. 你有里急后重吗？

2. 交谈(问诊)技巧不正确的是

A. 避免重复提问

B. 提问时注意条理性

C. 开始提出一般性问题

D. 首次问诊前应做自我介绍

E. 若患者对问题答案模糊不清时，可对其稍加诱导及提示

3. 为了保证交谈结果的有效性，问诊过程中，不应该采取的方式是

A. 澄清相关内容

B. 复述患者的话

C. 对患者相关问题进行解析

D. 对患者提出的内容马上表示怀疑

E. 可以恰当的方式打断患者的叙述

4. 主诉内容书写不正确的是

A. 反复左上腹钝痛 1 年

B. 发现锁骨上肿块 3 个月

C. 进行性吞咽困难 2 个月

D. 劳累后心悸 2 年加重伴下肢水肿

E. 不规则发热 1 个月

5. 关于主诉的描述，错误的是

A. 患者最主要最痛苦的感受

B. 患者最明显的症状或体征

C. 医护人员对患者的诊断用语

D. 患者本次就诊的原因

E. 患者检查的阳性结果

6. 患者，女，17 岁，间断咯血 2 年，每月发作 1 次，同时伴有下腹坠痛，无心慌气短，潮热盗汗，无胸痛、咳嗽，

需进一步询问

A. 既往史

B. 月经史

C. 结核病史

D. 家族史

E. 吸烟史

7. 护士获取客观健康资料的主要途径是

A. 阅读病历及健康记录

B. 患者家属的陈述

C. 观察及体检获取

D. 患者的抚养人提供

D. 患者本人提供

(二) 思考题

1. 怎样进行健康史采集？采集时应注意哪些事项？

2. 健康史包括哪些内容？