



全国中等卫生职业教育教改规划教材

# 健康评估

赫光中 张展 主编



中国科学技术出版社  
CHINA SCIENCE AND TECHNOLOGY PRESS

图例(CIP)目次

# 全国中等卫生职业教育教改规划教材

## 健康评估

赫光中 张展 主编

本书是根据教育部《中等职业学校教学计划》和《中等职业学校卫生专业教学大纲》的要求，结合本专业的特点，参照国外同类教材编写而成的。本书可作为中等职业学校卫生专业及相关专业的教材，也可供从事卫生工作的医务人员参考。

本书共分八章，第一章为绪论，第二章为病史采集，第三章为体格检查，第四章为实验室检查，第五章为影像学检查，第六章为心电图检查，第七章为超声检查，第八章为特殊检查。本书力求做到概念清晰、重点突出、图文并茂、循序渐进，力求做到理论与实践相结合，力求做到学以致用。

中国科学技术出版社  
CHINA SCIENCE AND TECHNOLOGY PRESS

·北京·  
BEIJING

(凡购书、页码有缺，并附赠本套光盘) (外埠函购加收邮费)

## 图书在版编目(CIP)数据

健康评估/赫光中,张展主编. —北京:中国科学技术出版社,2008. 8

全国中等卫生职业教育教改规划教材

ISBN 978 - 7 - 5046 - 5240 - 9

I. 健… II. ①赫… ②张… 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 113836 号

自 2006 年 4 月起本社图书封面均贴有防伪标志,未贴防伪标志的为盗版图书。

## 主要内容提要

本教材紧紧围绕全国卫生职业教育教学指导委员会最新颁布的教学计划及教学大纲,主要讲述了健康评估的基本知识和基本技能。全书共分为十章,包括绪论、健康史评估、心理评估、社会评估、身体评估、实验室检查、心电图检查、影像学检查、资料分析与护理诊断、护理病历书写等内容。本教材编写方式新颖,特别针对中职学生的特点以全新的视角突出实用性和可读性。

全书版式活跃、图文并茂、言简意赅、文字精练、重点突出。可供中等卫生学校护理专业、助产专业及其他相关专业使用。

中国科学技术出版社出版

北京市海淀区中关村南大街 16 号 邮政编码:100081

策划编辑 林培 孙卫华 责任校对 孟华英 赵丽英  
责任编辑 林培 王强 责任印制 安利平

发行部电话:010-62103210 编辑部电话:010-62103181

<http://www.kjbooks.com.cn>

科学普及出版社发行部发行

北京蓝空印刷厂印刷

开本:787 毫米×1092 毫米 1/16 印张:15.875 字数:307 千字

2008 年 11 月第 1 版 2008 年 11 月第 1 次印刷 定价:27.00 元

ISBN 978 - 7 - 5046 - 5240 - 9/R · 1347

(凡购买本社的图书,如有缺页、倒页、  
脱页者,本社发行部负责调换)

# 《健康评估》

## 编委会

主 编 赫光中 张展

副主编 迟玉香 王新兰

编 者 (按姓氏笔画排序)

王新兰 新疆昌吉卫生学校

刘子廷 内蒙古赤峰卫生学校

刘继终 重庆市涪陵中心医院

张 展 重庆市医药卫生学校

迟玉香 内蒙古呼伦贝尔卫生学校

李素君 湖北省黄冈卫生学校

李 琪 重庆医科大学卫生学校

赫光中 陕西省咸阳市卫生学校

策划编辑 林 培 孙卫华

责任编辑 林 培 王 强

责任校对 孟华英 赵丽英

责任印制 安利平

# 前 言

健康评估不仅是临床护理的基础，而且是护理程序的首要环节，是护生的必修课。随着护理教育的迅速发展、医学模式的转变，特别是中等卫生职业学校生源素质状况的变化给中等卫生职业教育健康评估教材的编写带来了新的挑战。在职业教育“以专业岗位需求为导向，培养实用型技能型人才”的总方针指导下，教材应不断改革，与时俱进。为了适应中等医学教学改革的需要，在全国卫生职业教育教改规划教材编审委员会的指导下，由全国6省9所院校富有经验的教师编写本套教材。

本教材紧紧围绕全国卫生职业教育教学指导委员会最新颁布的教学计划及教学大纲，根据现代护理模式和中职护理专业培养目标，在总结近年来健康评估教材编写经验及使用反馈情况的基础上，对教材进行了新的发展和创造。教材在体现思想性、科学性、先进性、启发性的基础上，突出体现适用性、实用性和针对性。以“必须，够用”为原则，与岗位需求一致，与职业资格证书要求一致。针对学生将来主要是临床护士，既要学习新知识、新技术，但更重要的是应当掌握健康评估的基本知识和基本技能。全书共分为十章，包括绪论、健康史评估、心理评估、社会评估、身体评估、实验室检查、心电图检查、影像学检查、资料分析与护理诊断、护理病历书写等内容。本教材编写方式新颖，特别针对中职学生的特点以全新的视角增强了教材的系统性，突出实用性和可读性，尽量多采取图表形式，插图和图表约占全书的30%。以图文并茂取代冗长的文字叙述，言简意赅，文字精练，表达重点突出，使学生易读、易理解、易记忆、易懂。由于健康评估实践性很强，强调学以致用，为了培养学生独立思考、举一反三的能力，每章节起始附有本章学习要点及关键词，书边还有重点提示并留有笔记带，每章节后有小结并备有练习题。书最后附有实践指导和实践考核标准。不但为教师组织理论实践教学及考核提供了方便，而且也为学生自学及复习提供了方便。

本书在参考国内外相关教材的基础上，结合我国各地中等卫生职业教育护理教学的实际，经反复讨论、多次修改后定稿。主要供全国中等卫生学校护理专业、助产专业及其他相关专业使用。

本教材编写得到了陕西省咸阳市卫生学校、重庆市医药卫生学校、内蒙古呼伦贝尔卫生学校、新疆昌吉卫生学校、内蒙古赤峰市卫生学校、重庆医科大学附属卫生学校、湖北省黄冈市卫生学校及重庆市涪陵中心医院的大力支持，在此一并致谢。

由于本书编写时间紧迫，不能广泛征求意见，加之我们的水平有限，本书从形式到内容会存在某些缺点和不足，殷切希望使用本套教材的广大师生和读者提出宝贵的意见，以便改进，使教材质量不断提高。

编 者

2008年3月30日

# 目 录

第一章 绪论 .....	1	第八章 影像检查 .....	184
第二章 健康史评估 .....	5	第一节 X线检查 .....	184
第一节 健康史的采集方法及注意事项 .....	5	第二节 超声检查 .....	192
第二节 健康史的内容 .....	6	第九章 资料分析与护理诊断 .....	198
第三章 心理评估 .....	11	第一节 资料分析 .....	198
第一节 心理评估的目的、意义及方法 .....	11	第二节 护理诊断的提出 .....	199
第二节 心理评估的内容 .....	13	第十章 护理病历书写 .....	209
第四章 社会评估 .....	24	第一节 护理病历书写基本要求 .....	209
第一节 社会评估的目的、意义及方法 .....	24	第二节 护理病历的内容与格式 .....	210
第二节 社会评估的内容 .....	24	实习指导 .....	218
第五章 身体评估 .....	36	实习一 健康史采集 .....	218
第一节 评估前准备及基本方法 .....	36	实习二 一般检查、浅表淋巴结及头颈部评估 .....	224
第二节 一般状态评估 .....	43	实习三 肺及胸膜评估 .....	226
第三节 皮肤、浅表淋巴结评估 .....	52	实习四 心、血管检查 .....	227
第四节 头部和颈部评估 .....	60	实习五 腹部及神经系统检查 .....	229
第五节 胸部评估 .....	70	实习六 心电图机操作及心电图谱分析 .....	231
第六节 腹部评估 .....	98	实习七 护理病历书写 .....	234
第七节 脊柱与四肢评估 .....	112	实践技能考核标准 .....	235
第八节 神经反射评估 .....	115	实习一 健康病史采集考核标准 .....	235
第六章 实验室检查 .....	123	实习二 一般检查及头颈部、浅表淋巴结评估考核标准 .....	236
第一节 血液检验 .....	123	实习三 肺及胸膜评估考核标准 .....	237
第二节 尿液检验 .....	131	实习四 心脏、血管评估考核标准 .....	238
第三节 粪便检验 .....	137	实习五 腹部及脊柱四肢和神经系统评估考核标准 .....	239
第四节 肾功能检验 .....	140	实习六 心电图操作考核标准 .....	240
第五节 肝脏病常用实验室检查 .....	143	健康评估教学大纲 .....	241
第六节 浆膜腔穿刺液检验 .....	148	练习题参考答案 .....	246
第七节 临床常用生化检验 .....	151	参考文献 .....	248
第七章 心电图检查 .....	157		
第一节 心电图基本知识 .....	157		
第二节 正常心电图 .....	164		
第三节 异常心电图 .....	172		



# 第一章 绪 论

## 【学习要点】

1. 熟悉健康评估的方法。
2. 掌握健康评估的内容。

## 【关键词】 健康评估 方法 内容

为什么护士望其色就知其病呢？例如看看你的脸色，就知道你是否贫血。同样护士摸摸你的脉搏，就知道你是否心悸。要想懂得其中的奥妙就让我们走进健康评估的大门，系统地学习护理评估知识，帮助你寻找答案。

健康评估（Health Assessment）是研究诊断个体或家庭对护理现存或潜在健康问题反应的基本理论、基本技能和临床思维方法的学科。它不仅叙述疾病的临床表现，而且论述了心理、社会因素对疾病的作用和影响，同时阐述了身体评估的基本方法和技能，如何运用科学的临床思维去识别健康问题，对病人作出正确的护理诊断（护理问题），为制订相应的护理措施提供依据。健康评估有机地将医学基础知识与临床护理知识结合起来，是基础医学与临床护理的桥梁，是临床各护理学科的基础，是护理学专业的骨干课程，其任务是通过教学使学生掌握健康评估的原理和方法，学会收集、整理、分析资料，概括诊断依据，提出护理诊断，为进一步学习临床护理专业课程奠定基础。

健康评估作为护理程序的首要环节，无论对病人或护士都是十分重要的。完整、全面、正确的评估是保证高质量护理的先决条件。学习健康评估是初涉临床护理的开端，从一名护生到一名在临床上能提出初步护理诊断的护士，要经过许多临床实践才能达到。

## 一、健康评估的方法

健康评估就是遵循一定规律、使用一定方法收集资料并做出评估的过程。常用的资料收集方法包括交谈、身体评估、心理社会评估、实验室检查及其他检查等。

### （一）交谈

交谈是与护理对象进行的一种具有明确的护理专业性目标、有序的对话过程，是收集被评估者的主观不适或异常感觉等健康资料，进行健康史评估及心理社会评估最重要的方法。交谈主要为了获取症状。

被评估者的主观不适或异常感觉称为症状。症状是主观资料，是疾病本质的外部表现，是护理诊断的重要线索和依据。

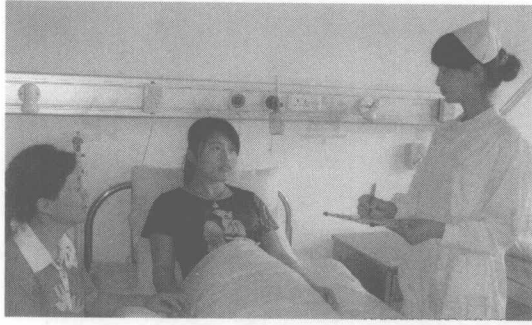


图 1-1 与病人及知情者交谈

## (二) 身体评估

身体评估是护士运用自己的感官或借助简单的辅助检查工具对评估对象进行细致的身体观察和系统检查的过程。身体评估的基本方法有视诊、触诊、叩诊、听诊、嗅诊。

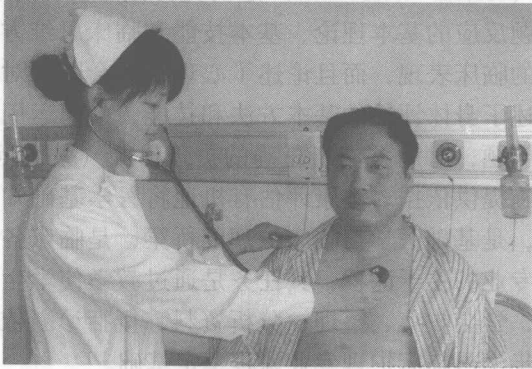


图 1-2 身体评估

在对被评估者身体评估中发现的机体异常表现称为体征。体征是客观资料，是形成护理诊断的重要依据。

## (三) 其他常用评估方法

包括实验室检查、心电图检查、X线检查、超声检查等。

# 二、健康评估的内容

## (一) 健康史的采集

健康史的采集是护士通过与评估对象或知情者的交谈获取与健康相关资料的评估方法，其内容除基本资料、主诉、现病史、既往史、家族史、系统回顾外，还包括心理社会史。

## (二) 心理、社会的评估

心理、社会的评估是从心理与社会因素对机体的作用与影响的角度来评估机体状态。包括自我概念、认知水平、情感和情绪、个性、压力与应对、角色与角色适应、文化以及家庭和环境等方面的评估。



### (三) 身体评估

身体评估是对评估对象的全身体格检查。身体评估以解剖生理学和病理学知识为基础,且有很强的技术性。正确、娴熟的操作可获得明确的评估结果,反之,则难以达到评估的目的。

### (四) 实验室检查

实验室检查包括常用实验室检查的目的、标本采集要求及结果的临床意义。

### (五) 其他检查

#### 1. 心电图检查

心电图检查包括心电图的操作技能、正常心电图和常见异常心电图的图形及其临床意义。

#### 2. X线检查

X线检查包括X线检查的基本理论、正常图像、常见的异常图像及其临床意义。

#### 3. 超声检查

超声检查包括超声检查的基本理论、正常图像、常见的异常图像及其临床意义。

### (六) 护理诊断与护理病历书写

护理诊断是护士通过对护理对象的生理—心理—社会需要进行全面的健康评估后,就护理对象现存的或潜在的健康问题或生命过程问题的反应作出临床判断,是对护理对象的健康状况或疾病反应的概括性描述。

护理病历是对健康评估收集的资料进行分析、归纳和整理,并以书面文字的形式记录下来的护理资料。护理病历是护理人员为护理对象提供护理的重要依据,护士必须掌握护理病历书写的基本要求,格式和内容。

## 三、健康评估的学习方法与要求

健康评估的教学方法与基础课程有很大的不同,除课堂教学、观看录像、实训室操练外,还要在医院中进行见习。其基本要求如下:

- (1) 应用沟通交流的技巧进行健康史的采集。
- (2) 独立进行全面、系统的身体评估。
- (3) 识别正常和异常体征并解释其临床意义。
- (4) 解释常用辅助检查结果的临床意义。
- (5) 对服务对象心理、社会、家庭状况做出整体评估。
- (6) 能书写完整的护理病历,根据交谈、身体评估及实验室检查结果,作出初步护理诊断。

【小结】

- 健康评估 { 交谈  
心理社会评估  
身体评估  
实验室检查及其他检查

健康评估是研究诊断个体或家庭对护理现存或潜在健康问题反应的基本理论、基本技能和临床思维方法的学科。通过健康评估方法收集到的健康资料，必须经整理分析才能为临床护理提供诊断依据。

【练习题】

一、名词解释

1. 健康评估
2. 护理诊断

二、单选题

1. 健康史评估最重要的方法是\_\_\_\_\_。
  - A. 查阅记录
  - B. 护理体检
  - C. 观察
  - D. 交谈
  - E. 获得门诊资料
2. 属于主观资料的是\_\_\_\_\_。
  - A. 患者的主诉
  - B. 医生的判断
  - C. 护士的主观判断
  - D. 陪人的诉说
  - E. 家人的诉说
3. 身体评估的基本方法不包括\_\_\_\_\_。
  - A. 视诊
  - B. 触诊
  - C. 叩诊
  - D. 听诊
  - E. 问诊
4. 交谈主要为了获取\_\_\_\_\_。
  - A. 护理诊断依据
  - B. 疾病的症状
  - C. 疾病的体征
  - D. 病人的信任
  - E. 了解病人
5. 身体评估主要在于\_\_\_\_\_。
  - A. 获取疾病症状
  - B. 获取疾病的体征
  - C. 锻炼护士体检手法
  - D. 得到病人信任
  - E. 建立护患关系

三、简答题

健康评估的基本内容有哪些？

## 第二章 健康史评估

### 【学习要点】

1. 了解与健康史采集相关的交谈方法与技巧。
2. 掌握健康史采集的内容（一般资料、主诉、现病史、既往史、日常生活形态、家族史、心理社会史、系统回顾）。
3. 了解 Marjory Gordon 的功能健康形态系统。

【关键词】健康史 采集方法及注意事项 健康史内容

健康史评估是关于病人目前、过去健康状况及生活方式的评估。健康史采集是健康评估过程的第一步，是通过护士与病人或家属及知情者进行交谈所获得的关于健康状况的一种主观资料。健康史评估提供的信息有助于护士确认评估对象需要护理介入帮助解决的健康问题。

### 第一节 健康史的采集方法及注意事项

交谈是采集健康史最重要的方法。成功的交谈是确保健康史完整和准确的关键。良好的护患关系、宽松和谐的环境、病人的疾病状况及交谈的技巧等，是影响有效交谈的主要因素。为了达到有效交谈，在交谈中应注意以下事项：

(1) 交谈时应以病人为主要交谈对象。对不能亲自叙述的病人（如重病、意识不清、小儿等），则需向其家属或最了解病情的亲友询问。为了保证病史的可靠性，待病人病情好转或意识清醒后，必须再直接询问病人加以补充。

(2) 交谈开始前，护士应先自我介绍，说明交谈的目的是采集有关病人健康的信息以便提供全面的护理，解释除收集有关病人身体、心理的健康资料外，还需要获得有关个人和社会背景资料，以使病人的护理计划个体化。

(3) 交谈一般从主诉开始，有目的、有顺序地进行，提问应先选择一般性易于回答的开放性问题，如“您感到哪里不舒服？您病了多长时间了？”，然后耐心听病人叙述。

(4) 应避免套问或提示性诱问。如“您的粪便发黑吗？”“您不是下午发热？”而应用“您的粪便是什么颜色？”“您一般在什么时候发热？”以免资料失真。对病人回答中定义性描述部分应进一步询问，如病人主诉紧张时，可进一步问：“紧张时您有哪些感觉？”部分病人不能很好表达时，可提供有多项备选答案的问题，如“您的疼痛是钝痛、锐痛、烧灼痛或别的什么？”交谈中也可根据需要使用闭合性问题如“您

是否吸烟?”等。

(5) 问诊时语言要通俗易懂,避免采用特定意义的医学术语提问。如鼻衄、隐血、谵妄、里急后重、紫癜、间歇跛行等,以免病人因不理解而受窘或答错。病人使用医学术语时,要把具体意思问清,以便评估其使用是否正确。对病人的方言俗语,应仔细体会其含义。病人述及的病名,记录时冠以引号。

(6) 问诊时护士态度要诚恳友善。对病人的回答不确切和不满意时要耐心启发,使病人思考回忆;要遵循对病人无心理损害原则,防止对病人有不良刺激的语言和表情,如医生说“难治”、“麻烦”或皱眉头、脚不停地拍击地板等,这样会增加病人的思想负担,甚至加重病情。

(7) 病人不一定能一次将病情叙述得完整、准确,加之在病程中病情会发生变化。因此,在继续接触病人中,对已采集的病史应随时予以验证和补充。

(8) 对病情危重者,作扼要的询问和重点评估后,应立即实施抢救,详细的病史采集待病情稳定后补充。

(9) 对其他医院转来的病情介绍和病历摘要只作参考,绝不应取代亲自问诊。

(10) 对外观异常者不得显露惊奇,对病人的错误观点不要直接批评。

(11) 问诊时应尊重病人的隐私权,回避病人不愿提及的问题。应向病人作出病史内容保密的承诺。

## 第二节 健康史的内容

完整护理病史的内容顺序为一般资料、主诉、现病史、既往史、家族史、系统回顾和心理社会史。与医疗病史不同的是,护理病史的重点应集中在疾病症状或病理改变对病人日常活动的影响,以及心理社会反应方面。

### 一、一般资料

一般资料包括姓名、性别、年龄、籍贯、民族、婚姻、职业、工作单位、家庭住址、入院日期、记录日期、病史陈述者及可靠程度等。若病史陈述者是病人亲属或其他人,则应注明其与病人的关系。记录年龄时应填写实际年龄。

### 二、主诉

主诉是病人感受最主要的痛苦或最明显的症状与体征,也是本次就诊最主要的原因,包括1个或2~3个主要症状与体征的发生及其经过时间的描述。

### 三、现病史

现病史是本次病人就诊疾病的全部过程的描述,是病史的主体部分。主要内容有:

- (1) 起病情况,包括起病时的环境、时间及发病急缓等。
- (2) 患病时间,指起病到就诊或入院的时间。
- (3) 主要症状特点,包括主要症状出现的部位、性质、持续时间和程度、缓解或加剧的因素等。
- (4) 病因与诱因,沟通交流时应尽可能地了解与本次发病有关的病因和诱发因素。
- (5) 病情发展与演变,包括患病过程中主要症状的变化或新症状的出现。
- (6) 伴随症状,在主要症状的基础上又同时出现一系列其他症状。
- (7) 诊治经过,病人本次就诊前曾接受过的其他医疗单位的诊治及经过。
- (8) 疾病的一般情况,包括精神状态、食欲与食量、睡眠与大小便的情况和体重改变等。

### 四、既往史

既往史是指病人既往的健康状况和疾病的患病情况,特别是与现疾病有内在关联的疾病患病情况。为了防止询问的遗漏,同时应进行系统回顾。

系统回顾:

- (1) 头颅五官,有无视力障碍、耳聋、耳鸣、眩晕、鼻出血、牙痛、牙龈出血、咽喉痛、声音嘶哑。
- (2) 呼吸系统,有无咳嗽、咳痰、咯血、胸痛、呼吸困难等症状。
- (3) 循环系统,有无心前区疼痛、心悸、胸闷、端坐呼吸、晕厥、下肢水肿等。
- (4) 消化系统,有无吞咽困难、食欲改变、反酸、嗝气、恶心、呕吐、呕血、便血、便秘、腹胀、腹痛、腹泻等。
- (5) 泌尿生殖系统,有无排尿困难、尿频、尿急、尿痛、血尿、夜尿增多、尿道或阴道异常分泌物、有无尿潴留及尿失禁等。
- (6) 造血系统,有无乏力、头晕眼花、皮肤苍白及出血点、瘀斑、淋巴结肿大、肝脾肿大等。
- (7) 内分泌系统与代谢,有无怕热、怕冷、多汗、乏力、多饮、多尿、多食、显著肥胖或消瘦、色素沉着、闭经等。
- (8) 肌肉与骨关节系统,有无肌肉震颤及痉挛、肌肉萎缩、肢体无力、运动障碍、关节红肿变形、关节疼痛等。
- (9) 神经系统,有无头痛、失眠、记忆力减退、语言障碍、惊厥、痉挛、瘫痪、性格改变;有无感觉和运动异常及定向障碍。

附 Marjory Gordon 功能性健康型态进行系统回顾时包括:

1. 健康感知—健康管理型态, 如健康知识、健康行为等;
2. 营养—代谢型态, 如饮食、营养状况等;
3. 排泄型态, 如排尿、排便、排汗等;
4. 活动—运动型态, 如活动能力、活动方式、活动耐力等;
5. 睡眠—休息型态, 如睡眠状况、休息情况等;
6. 认知—感受型态, 如对疾病的认识、对事物的观察、对不舒适的感觉、决策能力等;
7. 自我感知—自我概念型态, 如对自己的感觉、情感反应、对情况的控制能力等;
8. 角色—关系型态, 如与家属、邻里、同事间的关系、社交活动等;
9. 应对—应激耐受型态, 如对一些突发事件的反应及适应能力等;
10. 性—生殖型态, 如婚姻状态、月经、生育状况等;
11. 价值—信念型态, 如人生观、对健康的信念、宗教信仰等。

## 五、个人史

个人史包括以下内容:

- (1) 社会经历, 包括出生地、居住地和居留时间(特别是疫源地和地方病流行区)、学历、经济生活、业余爱好等。
- (2) 职业及工作条件, 包括职业工种、劳动环境、与工业毒物的接触情况及时间。
- (3) 习惯与嗜好, 个人起居与卫生习惯、饮食的规律与质量。烟酒嗜好及时间和每日摄入量、有无其他嗜好如麻醉药品、毒品等。
- (4) 不洁性交史, 有无不洁性交史, 是否患过淋病性尿道炎、下疳、尖锐湿疣等。

## 六、婚姻史

婚姻史主要询问记录未婚、已婚, 结婚年龄及配偶健康状况、性生活情况等。

## 七、月经史和生育史

月经史包括月经初潮年龄、月经周期和经期天数、经血的量和颜色、有无痛经, 末次月经日期或闭经日期或绝经年龄。记录格式如下:

初潮年龄  $\frac{\text{行经期(天)}}{\text{月经周期(天)}}$  末次月经日期或闭经日期或绝经年龄

生育史包括妊娠与生育次数和年龄, 人工或自然流产的次数, 有无死产、手术产、产褥感染及计划生育状况等。对男性患者也应询问有无患过影响生育的疾病。



## 八、家族史

家族史包括询问双亲与兄弟、姐妹及子女的健康与疾病情况，特别应询问是否有与患者同样的疾病，有无与遗传有关的疾病，某些遗传性疾病还涉及父母双方亲属，也需问清楚。

## 九、心理社会资料

### 1. 心理状态

询问病人是否有恐惧、紧张、焦虑、沮丧、悲哀、愤怒等情绪反应，是否有负罪感、无用感、无能为力、孤独、无助感、羞涩等心理感受。

### 2. 家庭背景

了解病人疾患的发生、发展与其家庭之间的联系；近期有无发生重大生活事件；个人和家庭的应对、适应与调节的能力。

### 3. 社会情境

每个病人都有自己特定的社会地位、社会角色和社会关系（即情境），有与其情境相关的压力因素；这些情境和压力都可能影响到其患病的原因、症状乃至患病与康复过程。压力可以造成某些心理疾病；而患病也将会使病人原有的情境发生一定的变化。

### 【小结】

健康史评估	{	健康史采集方法：交谈是采集健康史的最重要方法
		健康史内容 { 一般资料、主诉（病人感受最主要的痛苦或最明显的症状与体征，也是本次就诊最主要的原因）、现病史（是本次病人就诊疾病的全部过程的描述，是病史的主体部分）、既往史（系统回顾）、个人史、婚姻史、月经史和生育史、家族史、心理社会资料。

健康史采集是健康评估过程的第一步，是通过护士与病人或家属及知情者交谈获得的关于健康状况的一种主观资料。在健康史评估中应注意询问方法和注意事项。健康史内容中主诉与现病史最重要，可为护理诊断提供重要依据。

### 【练习题】

#### 一、名词解释

1. 主诉

2. 现病史

#### 二、单选题

- 女性，45岁，卵巢囊肿，新入院。护士收集资料时，询问“您是否绝经了？”这一提问属于\_\_\_\_\_。
  - 间接问题
  - 主观问题
  - 开放式问题
  - 闭合性问题
  - 非指导性问题的

2. 下列做法不符合交谈原则的是\_\_\_\_\_。
  - A. 友好的称呼
  - B. 适时打断与交谈无关的谈话
  - C. 保持双目平视
  - D. 适当的沉默
  - E. 对前后矛盾的内容提出质疑
3. 健康史的采集正确的是\_\_\_\_\_。
  - A. 为使病史系统化可套问
  - B. 尽可能使病人的叙述符合护士的想法
  - C. 病情应该全部一次叙述得完整、准确
  - D. 对上一级医院转来的病情资料可作为诊断依据
  - E. 避免使用医学术语询问
4. 以下健康史评估中哪项不正确? \_\_\_\_\_。
  - A. 以病人为主要交谈对象
  - B. 语言要通俗易懂
  - C. 注意倾听病人的叙述
  - D. 对病人的错误观点应及时批评纠正
  - E. 避免诱导
5. 与病人交谈时下列哪项正确? \_\_\_\_\_。
  - A. 你是否出现里急后重
  - B. 你哪里感觉不舒服
  - C. 你是不是发热
  - D. 你的便发黑吗
  - E. 你头痛吧
6. 对主诉的正确理解是\_\_\_\_\_。
  - A. 症状加持续时间
  - B. 体征加持续时间
  - C. 病名加持续时间
  - D. 症状和体征加持续时间
  - E. 不适的感觉
7. 健康行为按 Marjory Gordon 功能性健康型态进行系统回顾时属于\_\_\_\_\_。
  - A. 营养 - 代谢型态
  - B. 活动 - 运动型态
  - C. 健康感知 - 健康管理型态
  - D. 睡眠 - 休息型态
  - E. 认知 - 感受型态
8. 主诉主要从下列哪种病史中提炼而来? \_\_\_\_\_。
  - A. 个人史
  - B. 既往史
  - C. 现病史
  - D. 系统回顾
  - E. 家族史
9. 询问病人是否能担当起角色功能在于了解病人的\_\_\_\_\_。
  - A. 心理状态
  - B. 家庭背景
  - C. 社会情境
  - D. 家庭关系
  - E. 责任感

### 三、简答题

1. 交谈中应注意哪些事项?
2. 现病史主要评估哪些内容?
3. Marjory Gordon 功能性健康型态进行系统回顾包括几种型态?

## 第三章 心理评估

当生理功能发生改变时，会出现一系列心理适应方面的问题，这些问题进而也会影响疾病的康复。心理评估就是对人的各种心理现象作出客观量化的评价，以了解个体的心理健康水平，为明确护理诊断、制订有针对性的护理计划提供依据，以便采取相应的心理护理措施。因此，在护理工作中，必须重视对个体的心理评估。

### 第一节 心理评估的目的、意义及方法

#### 【学习要点】

1. 了解心理评估的目的意义。
2. 掌握心理评估的方法。

【关键词】心理评估 方法

#### 一、心理评估的目的与意义

(1) 评估个体的心理活动，特别是疾病发展过程中的心理活动，包括自我认知、认知、情绪、情感等方面现在的或潜在的健康问题，便于制订心理干预措施。

(2) 评估个体的个性心理特征，尤其是性格，使评估者对被评估对象的心理特征形成印象，作为心理护理和选择护患沟通方式的依据。

(3) 评估个体的压力源、压力反应及其应对方式，以制订有针对性的护理计划。

#### 二、心理评估的方法

心理评估常用的方法有观察法、会谈法、心理测量法和医学检测法等。

##### (一) 观察法

观察法是通过观察个体的行为活动，了解其内在的心理活动，注意其是否存在心理障碍，是心理评估的重要方法，包括自然观察法和实验观察法两种。

##### 1. 自然观察法

自然观察法是指在自然条件下，对表现心理现象的外部活动进行观察。评估者在日常工作过程中对个体行为与心理反应的观察就是一种自然观察。自然观察可观察到的行为范围较广，如观察个体的行为、语

心理评估常用的方法有观察、会谈法、心理测量法和医学检测法等。