

J IANKANG PINGGU
J IANKANG PINGGU
J IANKANG PINGGU

● 高等医药院校护理学专业规划教材

健康评估

J IANKANG PINGGU
主编 张静平

高等医药院校护理学专业规划教材

健康评估

主 编：张静平

副主编：毛 婷 李 敏 李 贞

中南大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

健康评估/张静平主编. —长沙:中南大学出版社,2010

ISBN 978-7-5487-0021-0

I. 健... II. 张... III. 健康—评估—高等学校:技术学校—
教材... IV. R471

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 074359 号

健康评估

主编 张静平

责任编辑 李 娟

责任印制 文桂武

出版发行 中南大学出版社

社址:长沙市麓山南路

邮编:410083

发行科电话:0731-88876770

传真:0731-88710482

印 装 长沙利君漾印刷厂

开 本 787×1092 1/16 印张 17 字数 416 千字

版 次 2010年5月第1版 2010年5月第1次印刷

书 号 ISBN 978-7-5487-0021-0

定 价 32.00 元

《健康评估》编写委员会

主 编：张静平

副主编：毛 婷 李 敏 李 贞

编 者：(按姓氏笔画为序)

毛 婷 (中南大学护理学院)

李 贞 (湖南岳阳职业技术学院)

李 敏 (长沙民政职业技术学院)

苏 丹 (中南大学护理学院)

宋芳芳 (海南省海口市人民医院)

张彩虹 (海南医学院)

张静平 (中南大学护理学院)

张海苗 (中南大学护理学院)

焦娜娜 (中南大学护理学院)

蒋萍萍 (中南大学护理学院)

秘 书：张海苗

前 言

为了适应高等专科护理教育的发展需要，我们组织编写了这本《健康评估》。从高等专科护理教学实际出发，本书依照整体护理模式的要求，在编写过程中汲取了相关教材的成功经验，同时也与护理学研究发展和护理临床实际密切结合，突出护理程序相关内容及体现了相关理论知识的先进性。

全书共分9章，除“绪论”外，分别介绍了收集资料与护理会谈，常见症状评估、体征评估，社会心理因素评估，心电图、影像学检查，实验室检查，护理诊断及护理病历书写。同时介绍了各种评估检查的方法，身体症状、体征与相应疾病的联系以及社会心理因素对疾病的作用和影响，目的在于教会学生运用科学的临床思维方法去全面评估病人，作出正确的护理诊断，以利于相应护理计划的制定，并能完成规范的护理病历书写，为从事护理工作打下坚实的基础。

本书主要供我国高等专科护理学专业学生使用，也可供高等职业教育、成人高等教育学生和临床工作者使用和参考。

尽管在编写过程中，我们查阅了大量资料，全体编者都以高度认真负责的态度参加了工作，力求使本书定义准确、概念清楚、结构严谨、层次分明、重点突出，但因水平有限，书中难免有不尽完善之处，祈盼各相关院校师生和读者不吝赐教和指正。

张静平
2010年5月

目 录

绪 论	(1)
第一章 资料收集与护理会谈	(5)
第一节 资料收集	(5)
第二节 护理会谈	(7)
第二章 症状评估	(14)
第一节 发热	(14)
第二节 疼痛	(17)
第三节 呼吸困难	(20)
第四节 咳嗽与咳痰	(22)
第五节 咯血	(23)
第六节 发绀	(25)
第七节 心悸	(26)
第八节 恶心与呕吐	(27)
第九节 腹泻	(29)
第十节 便秘	(30)
第十一节 呕血与黑便	(31)
第十二节 便血	(33)
第十三节 水肿	(34)
第十四节 黄疸	(36)
第十五节 脑功能障碍	(37)
第三章 体征评估	(40)
第一节 体征评估技巧	(40)
第二节 一般状况	(43)
第三节 皮肤	(47)
第四节 浅表淋巴结	(49)
第五节 头、颈部	(51)
第六节 胸部	(56)
第七节 血管	(72)
第八节 腹部	(74)

第九节 肛门、直肠和外生殖器	(80)
第十节 脊柱与四肢	(82)
第十一节 神经系统	(85)
第四章 心理、社会评估	(95)
第一节 概述	(95)
第二节 心理评估	(96)
第三节 社会评估	(119)
第五章 心电图检查	(128)
第一节 心电图学基本知识	(128)
第二节 心电图的测量和正常数据	(134)
第三节 心房、心室肥大	(139)
第四节 心肌缺血	(143)
第五节 心肌梗死	(145)
第六节 心律失常	(149)
第七节 电解质紊乱和药物影响	(158)
第八节 心电图的描记、分析和临床应用	(161)
附：动态心电图	(163)
第六章 影像检查	(165)
第一节 X线检查	(165)
第二节 计算机体层成像与磁共振成像	(193)
第三节 超声检查	(196)
第四节 核医学检查	(200)
第七章 实验室检查	(205)
第一节 概述	(205)
第二节 血液一般检查	(207)
第三节 血栓与止血检查	(213)
第四节 骨髓细胞学检查	(215)
第五节 尿液检查	(218)
第六节 粪便检测	(223)
第七节 肾功能检验	(225)
第八节 肝脏疾病常用检验	(228)
第九节 脑脊液与浆膜腔积液检验	(234)
第十节 临床常用免疫学检验	(237)
第十一节 临床常用生化检测	(239)

第八章 护理诊断	(247)
第一节 护理诊断概述	(247)
第二节 护理诊断的组成与陈述	(249)
第三节 护理诊断的思维方法和步骤	(252)
第九章 护理病历书写	(255)
第一节 护理病历书写的目的和基本要求	(255)
第二节 护理病历格式与内容	(256)
参考文献	(261)

绪 论

遵循护理程序对个体或群体进行整体护理,首先必须全面掌握护理对象的生理、心理、社会适应等诸方面的情况,才能有的放矢,有效地做好护理工作。惟其如此,就需要通过一定的方法和途径,通过合理有效的手段收集个人或人群的详细健康资料后,利用人工或软件系统等多种方式对健康资料进行整理、分析,最终形成一个对当前健康状态、健康发展趋势以及未来可能出现的结果等诸多方面的判断,从而了解护理对象的全面情况,这就是健康评估学所探讨和研究的内容。

一、健康评估概述

早在南丁格尔时期,人们就已经意识到评估在护理中的重要性,之所以这样认为,是因为护士较医生更多地在病人的床边。南丁格尔认为护士需要发展收集资料的技能,学会与病人交谈,评估病人的生活环境。在她的著作中,还提及评估需要收集、分析和解释资料。20世纪50年代, Lydia Hall 第一次提出了护理程序的概念。1967年, Yara 和 Walsh 将护理程序划分为评估、计划、实施和评价4个部分。此后,护理程序被广为使用并迅速发展起来,评估被进一步分为评估和诊断两个部分。1967年, Black 在有关护理程序的国际会议上提出了护理评估的重点在于评估病人的需要。美国自1970年以来,开始重视在教学计划中培养护士收集资料的方法和技巧,包括全面的体格检查。随着护理的发展,护理工作的不断扩展,尤其是在家庭和社区从事独立工作护士的出现,对护士评估技能有了更高的要求,护士开始在收集病人资料的基础上提供整体护理。

众所周知,随着社会进步、经济发展、文化水平提高以及医学知识的普及,人类对健康的认识与重视发生了飞跃。健康不仅意味着生理的健康,还包括心理健康、社会适应能力良好和道德健康,因此,如何正确而恰当地评估个体或群体的健康,并通过医疗保健和护理来获得健康和促进健康,是健康评估学应运而生、合乎社会进步潮流的结果,值得每一个护理人员重视。健康评估学从生命科学、社会科学、自然科学、工程科学等科学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(health assessment)是从护理的角度研究诊断个体、家庭或社会对现存的或潜在的健康问题或生命过程的生理、心理及其社会适应等方面反应的基本理论、基本技能、基本方法和临床思维的一门学科。有的学者曾称之为护理诊断学。健康评估是在学习了医学基础课程、护理学基础课程之后,为过渡到临床各专科护理课程学习而先期开设的护理专业基础课程。它是临床护理专业课教学的起点,是护理基础课程与临床护理学科的桥梁,是临床各护理专业课程的基础。本学科既研究身体症状与疾病的联系,心理社会因素对疾病的作用和影响;也探讨和揭示评估身体健康状况的方法和技能;当然,运用科学的临床思维方法去判断护理问题,作出正确护理诊断,以利于相应护理计划的制定,并能完成规范的护理病历书写,为从事护理工作打下坚实的基础,也正是本学科所要探讨的问题。自20世纪90年代中

期以来,健康评估课程在我国高等护理教育课程设置体系中已逐步替代了传统的临床医学专业《诊断学》课程,定位于护理专业主干课程。

二、健康评估学习的重要意义

健康评估目的是为了给个体或群体的健康状况作出判断,提出护理诊断,使之维护健康和促进健康。它作为护理程序的首要环节,是收集资料、评估病人情况、确认护理问题和制订护理计划的重要步骤,无论对护理对象还是护理工作者都十分重要。正确而恰当的护理诊断,来源于完整、全面、正确的健康评估。通过收集资料、常见症状评估、体征评估、功能性健康形态评估以及实验室及器械检查等应用于健康评估的探讨,判断个体或群体的健康状况,从而为获得护理诊断资料,为参与家庭或社区的护理、预防与保健提供非常合用的理论、知识、技能与方法。虽然现代医学日新月异地发展,临床各专科护理对病情的评估、护理手段也发了深刻变化,但健康评估的原则与方法对于各专科护理却是一致的。学会完整、全面、正确地健康评估,是保证高质量护理的先决条件之一。

健康评估的任务是通过系统的教与学,学生在已有医学基础课程及有关护理程序基本概念的基础上,掌握对社会人群或个体以健康为中心,包括身体、心理和社会适应在内的评估的原理和方法,学会收集、综合、分析资料,概括护理诊断依据,最终提出护理诊断,为进一步确立护理目标、制定护理措施奠定基础。

三、健康评估的基本内容

健康评估范围广泛,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。凡涉及人体健康相关的各种评估都属健康评估探讨的内容,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。出于教材篇幅所限,仅就其基本内容进行阐述,一些专科内容的评估将在专科护理中深入介绍。《健康评估》一书包括以下基本内容。

(一)健康评估方法

健康评估方法很多,包括观察、会谈、体格检查、查阅记录(如病历)、阅读病历报告资料、实验室检查及影像学检查等。会谈与护理体检是收集健康资料最常用和最基本的评估方法,很多健康问题由此即可以作出护理诊断。会谈是与被评估者进行交谈的评估方法,许多被评估者现存或潜在的健康问题或对疾病的反应,经过有目的和有序的会谈及全面仔细的护理体检即可获得结论。

(二)常见症状评估

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、恶心等。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。症状唯有病人自身体验和感受最深,了解最清楚。通过与病人会谈,听取其陈述,或进行必要的相关检查,方可了解到各种症状发生发展的过程。症状作为主观资料,是健康史的重要组成部分。研究症状的发生、发展和演变过程以及由此而发生的病人的身心反应,对形成护理诊断、指导临床护理监测起着主导作用。

(三)体征评估

也称护理体检,指评估者通过自己的感官或借助听诊器、血压计、体温计等辅助工具对

被评估者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,是获取护理诊断依据的重要手段。通过体格检查所发现的异常征象称为体征(signs),如心脏杂音、肺部啰音等。体征评估以解剖生理学和病理学等知识为基础,与行为科学、社会学有着密切联系。体征评估具有很强的技艺性,要求反复练习,做到准确、娴熟,以免获得错误的评估结果或者增加病人的痛苦。

(四) 功能性健康形态评估

功能性健康型态(functional health patterns, FHPs)评估是健康评估重要的组成内容,包括戈登(Marjory Gordon)所列涉及与人类生理健康、身体功能、心理健康和社会适应有关的11种功能性健康型态类型的评估,以此作为收集和分析资料的概念框架教给学生的评估知识和技能,更有利于培养学生基于护理的“以人为中心”的整体评估观念。功能性健康型态评估所涉及心理社会资料内容的主观成分居多,如何进行评估有待深入研究,评估过程不应以正常和异常来简单区分。

(五) 心电图

用心电图机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。心电图是一种常规检查方法,对心脏疾病,其他相关疾病的诊断和病情判断,以及重症监护都具有很重要的作用。心电图诊断技术具有经验性,必须密切结合临床判断,明了心电图变化的意义。

(六) 影像学检查

包括放射检查、磁共振(MRI)、超声检查和核医学检查等内容。影像学的检查结果可为护理诊断提供有用的依据,并且诸多项目检查前的准备与护理关系密切,因此学生在临床实习和逐步深入临床工作时要了解、熟悉其基本理论、正常图像、常见的异常图像及其临床意义,掌握相关护理等。

(七) 实验室检查

通过物理学、化学、生物学等实验方法,对病人的血液、体液、分泌物、排泄物、组织标本和细胞取样等所做的检查。其检查结果是客观资料的重要组成部分,可协助和指导护士观察、判断病情,作出护理诊断,对于观察判断病情十分有益。

(八) 护理病历书写

护理病历首页书写格式大体有两种(病历格式、内容见第九章):

一种是按戈登(Marjory Gordon)的11种功能性健康型态设计,其内容除一般资料、主诉、现病史、既往健康史、成长发展史、目前用药史、家族健康史和最后的辅助检查外,其余是由会谈所获得的主观资料或经身体检查所获得的客观资料,均以11种功能性型态为框架书写。由于11种功能健康型态下都有其相应的护理诊断,因此,当发现资料中出现某功能形态异常时,只要从所属的护理诊断中分析选择合适的护理诊断项目即可。

另一种护理病历书写框架是参照奥瑞姆(Orem)的自理模式、马斯洛(Maslow)的人类基本需要层次理论,并按生理、心理、社会的层次所设计。

护理诊断作为临床护士的基本实践活动,是从护照对象的整体护理出发、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、技能和技巧服务于护理。在护理职能范围内,通过临床护理观察、护理体检、辅助检查、查阅有关资料记录等,所获得的有关健康资料是护理诊断的基础和依据。在护理诊断一章中将阐述护理诊断的理论框架、组成原则及构成相关因素的内涵。

四、健康评估的学习方法与要求

健康评估的学习方法与基础课学习有很大不同,一个很重要的方法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、医院见习等。要求既要学好书本知识,又要深入临床实践去学习健康评估方法,要学会将课堂学习的理论知识转化为从事临床护理实践的能力,学会以整体评估的思维模式确认病人的健康问题和护理需求。此外,还应注重培养自己的沟通交流能力,提高自身素质。经过系统学习,学生应达到如下要求:

(1)基本概念清楚,基本技能熟练,基本知识牢固。

(2)能独立进行会谈,详细收集病人健康资料,及时发现和收集病人的异常征象,并了解其症状、体征的内在联系和临床意义。

(3)能独立进行系统、全面、规范的体格检查,动作熟练、规范,结果贴近实际。

(4)掌握心电图操作技能,学会观察曲线变化,初步掌握正常心电图及常见异常心电图的分析,了解其临床意义,以便为参与临床心电监护作准备。

(5)了解影像学检查指征,检查前的准备及检查结果的临床意义。

(6)了解实验室检查项目的意义,能配合做好实验标本采集,熟悉其采集要求、注意事项、参考值范围及其异常改变的临床意义,并能根据其结果对病人进行健康教育。

(7)对评估资料系统整理,能根据病史、体格检查、实验室及其他辅助检查结果,按照诊断程序进行分析与综合,作出初步护理诊断,并按内容和规范格式写出护理病历。

总之,通过健康评估的学习,学生应有有效的收集资料、作出正确的护理诊断和预测可能出现的护理问题的能力。

(张静平)

第一章 资料收集与护理会谈

健康评估既是护理程序(nursing process)的首要步骤,也是贯穿于系统化整体护理过程的工作内容和方法。熟练而恰当地运用健康评估方法收集健康资料,对正确作出护理诊断、制定护理计划、实施护理措施,解决病人健康问题,增进和恢复病人的健康有重要意义。

第一节 资料收集

健康评估是一个有计划、全面系统收集被评估者健康资料,并对资料进行比较分析、综合判断的过程。健康或疾病的不同时期,护理问题都在不断地变化着;同样的疾病由于个体差异,其护理问题也有主次不同。因此,病人入院后必须根据其独特背景进行全面而详细的健康评估;并随着病情进展,动态而有意识地连续不断地进行病情评估以收集健康史资料。

一、健康资料来源与类型

按健康评估资料来源,分为直接来源与间接来源两种,被评估者的主诉为直接来源。根据提供资料的对象不同、途径不同分为两类:主要来源、即被评估者本人;次要来源,除被评估者本人外的其他成员,目前或以往的健康记录(如出生记录、儿童预防接种记录、健康体检记录或病历记录)、实验室与器械检查报告。按资料的类型,又可分为主观资料和客观资料。

(一) 直接来源

1. 主观资料 被评估者本人,为健康评估资料的主要来源。主观资料指通过与被评估者会谈获得的资料,主要内容为被评估对象的叙说,能体现其对于健康与疾病的主观认识及感受、需要与情绪体验,如“我的头好像要炸裂一样疼痛”,“我晚上睡不好,整天心神不安”。也包括亲属的代诉以及经提问所获得的病人健康状况的描述;主观资料不能直接观察和检查,大多难以从其他人员处获得,只有被评估者最清楚,最能准确表述,也最为可靠。

2. 客观资料 客观资料指对被评估者进行视诊、触诊、叩诊、听诊、嗅诊等检查,实验室或器械检查等所获得的资料。体查所获得的资料称为体征,如面色苍白、血压下降、肺部湿啰音、肠鸣音亢进、表情痛苦、呻吟等。这类资料多为评估人员所目视,或通过体检方法获得,可以作为健康评估的可靠资料和护理诊断依据。

(二) 间接资料来源

当被评估对象无法提供资料时,如评估障碍、意识不清、智力不全、精神异常时,通常需要其他人员或其他途径来提供资料。次要资料来源:①家庭成员或与之关系密切者,如朋友、同事、邻居、事件目击者;②其他保健人员,如医生和其他医务人员;③既往健康记录,如X片、化验结果、病理报告等。

多数情况下,主观资料与客观资料互相补充,互为佐证。例如某一述说自己发热、寒战(主观资料)的病人,体查:T 39℃, P 100次/min,唇周疱疹(客观资料),其主观资料与客观

资料相吻合。有时候主观资料与客观资料并不一致,比如一位住院的老太太,叙说儿女如何孝顺,而埋怨儿媳如何对自己不好,如何使自己心情烦躁时,护理人员常常看到的却是儿媳经常来探视,嘘寒问暖,帮助料理生活。仔细询问,原来老太太心里的真实想法是责怪儿媳没有给自己生个孙子,遇到这样与实际不符的主观资料,应注意甄别。

二、收集资料方法

收集资料的具体方法通常有4种:观察、会谈、体格检查、查阅记录及诊断报告。

1. 观察 指按照一定顺序或有重点地进行系统的观察,应力求全面,避免疏忽遗漏。与病人初次见面,观察随之开始,病人外貌、体位、步态,个人卫生、精神状态、反应情况等都已留下印象。对住院病人进行连续性动态观察,以及观察执行护理计划后的效果等。系统性观察能力的培养有赖于不断进行护理实践,初学和刚开始使用健康评估方法的护理人员应使用书面指导,按照指导内容进行系统观察。

2. 会谈 资料收集人通过与病人、病人亲属或其他知情者交谈来了解病人的健康情况。可分为正式会谈与非正式会谈。

非正式会谈:指具有随机性,时间较短,以动态方式了解病人变化着的情况,为评价护理或治疗效果、护理巡视或病情观察时的即时交谈所采用。如护理工作者在日常查房或者实施护理时与病人随便而自然地交谈,可以了解病人的真实想法和心理反应,随时掌握其病情变化。

3. 体格检查 指运用视诊、触诊、叩诊、听诊、嗅诊等方法对病人从头到脚,对身体各系统进行的检查。体检中客观观察到的病态表现或异常状况,称为体征(sign)。如肝脾肿大、心脏杂音、肺部啰音等。体征是形成护理诊断的重要依据。

4. 查阅记录 包括查阅病人的病历、各科护理记录、既往健康记录、各种实验室及器械检查报告,医学影像资料以及有关医学文献。

三、健康资料的记录

健康资料记录属于护理病历的重要内容,临床护理工作可以起到相互沟通、资源共享、法律依据、质量监控、科学研究、临床教学及效益评价等重要作用。

主观资料应按病人本人叙说的原话如实记录,避免夹带资料者的主观判断和结论,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”。表达病人情感状态的,如“我的心都快要蹦出来了,请您帮帮我”。

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、差等。例如“病人呕血2次,量中等”,应记录为“病人5~6 pm呕血2次,共呕血量约300 mL”;又如“病人食纳差”,应记录为“病人3天来每天进食2次,每次约50 g面条,不想进食其他食物”。

资料记录要做到简明扼要、客观详实、严谨精确、完整有序、清晰整洁、条理清楚、及时无误、内容保密、合乎规定。

健康评估资料记录方法可采用叙述记录、表格方法、计算机记录法等。计算机记录应该是最佳的选择;计算机记录可表格化、自动化、智能化,内容详实,避免遗漏。目前常用各种评估表格记录,边询问检查,边记录填写,可以减少遗漏和疏忽。

第二节 护理会谈

护理会谈是人际交流的一种特殊形式,是一个信息传递的复杂的过程,需要通过运用沟通技艺和护患互动相互作用来完成。护理会谈是一个目的明确、正式的和有序的交谈过程。通过会谈能促进护患关系的发展,创造一个有利于病人康复的治疗环境;并且使护理工作者和病人都能给予信息和接受信息。护理会谈是一个具有礼仪和方法的过程,必须掌握有关规则和技巧。

一、会谈目的

会谈(interview)是收集健康评估资料最常用、最基本的方法。会谈目的在于采集被评估者的健康信息,了解其心理、社会、经济、文化、习俗的全面情况。并且会谈为体检评估前准备融洽的氛围,并在体检开始前获取病人有关健康史的基本资料,为身体评估提供线索。如被评估者诉说胸闷、心悸、气短,身体评估时就应重点检查其心脏和肺部。会谈的目的还在于获取有助于确立护理诊断的相关资料。护理病史采集的会谈又称护理问诊。

二、会谈过程

会谈过程包括准备、介绍、探讨(叙说)、结束几个阶段。

1. 准备(或计划)阶段 会谈前了解被评估者的一般资料,如姓名、性别、年龄、所患疾病等,初步明确会谈目的,拟订会谈提纲,以便有目的、有顺序地进行会谈。注意安排好会谈环境、会谈时间,参阅必要资料(如门诊、急诊病历,医疗病历记录、临床辅助检查资料,相关参考书籍),初步确定会谈过程和方法。

2. 介绍阶段 为护理人员与被评估者之间建立和培养良好治疗关系的起始期,护理人员应给评估者良好的第一印象,体现自身良好的专业形象,对于营造温馨、融洽的会谈气氛十分重要。应主动有礼貌地称呼被评估者,并作自我介绍,说明会谈目的及大致所需时间、给病人亲切、平等感受,使病人愿意敞开心扉,说出自己的想法。应告诉病人,在会谈中希望他(她)随时提问和澄清问题,当病人已了解会谈意义并已消除紧张情绪时,可进入到会谈探讨阶段。

3. 探讨阶段(或称引导会谈阶段) 为会谈的主要环节,按照事先准备的护理会谈提纲,引导被评估者叙说,一般从主诉开始,有目的、有顺序地进行,逐步展开了现病史,延伸到既往史、家庭史、机体反应、心理社会问题、宗教信仰等。

4. 结束会谈阶段 会谈的最后一步,在会谈获得必要资料后,会谈即进入结束阶段。顺利地结束会谈,可以为往后会谈与建立良好的护患关系奠定基础。应有礼貌地将会谈话题转入结束,使被评估者感觉到即将结束会谈,不宜再提出新的问题,可将本次会谈中的内容向被评估者作简要复述,以核实资料的准确性,纠正偏差,补充疏漏。离开时向被评估者表示谢意。如有需要,可约定下一次会谈的时间和内容。

三、会谈技巧

会谈技巧包括会谈程序的技术性安排,也包括谈话方式的语言与非语言技巧。会谈中常

用语言与非语言技巧如下。

(一) 语言技巧

会谈中可按照事先准备的健康资料收集提纲,引导被评估者叙说,也可由被评估者按照患病时间顺序叙述,会谈过程中,评估者的责任应该是鼓励被评估者说话,这样有助于获取准确完整的资料。常用语言技巧包括提问、重复(或复述语)、附和语(或称呼应语)。

1. 提问 也称问答式语言,包括开放式、封闭式、引导式、含蓄式等提问方式。

(1) 开放式提问:问题比较笼统、易于回答,一般会谈开始时多选用这种提问方式。提问能诱发被评估者说出自己的感觉、认识、态度和意见,有助于被评估者真实地反映情况。例如说:“您患病是什么时候开始的?”“您今天感觉怎么样?”“您有哪些地方不舒适?”等等。以“什么”“怎么”“哪些”提出的问题,让被评估者详细地回答,获得有关症状发生、发展、演变的过程及其反应;也可以了解其对疾病的态度、信仰、自我价值观等。开放式提问比较泛化,回答可能与评估目的无关,费时较长,急症病情不宜采用。

(2) 封闭式提问:问题较为直接,方式比较具体,回答只需用简单的一两句话就能说明具体问题或澄清某些事实,常用于证实或确认被评估者特定情况。如:“今天你服过地高辛了吗?”“昨晚睡得好吗?”“大便秘结吗?”“上次月经是什么时候来的?”“今天腹泻几次了?”此类提问一般用于思维清晰、能够中肯回答问题的病人,但应防止虚假性回答。

(3) 引导式提问:问题带有暗示性,希望被评估者确切回答所提出的问题。比如:“你有两天没有吃东西了,是吗?”“今天感觉好些吗?”“您家里没有人来看您,是吗?”“你家族中没有精神病,对吗?”这种提问方式有可能引起错误判断或答非所问,应予以注意。

(4) 含蓄式提问:诱导被评估者对所提问题作出反应,试图从非语言反应中获得更具说服力的答案。此种提问尤其在被评估者辗转不安或有躲避胆怯举动时可以考虑采用,但回答多数不真实或不准确。如:“您是不是觉得现在所做的工作没有什么乐趣?”“你这么喜欢玩麻将,影响你的家庭关系吗”等。这类提问初期接触会谈时一般不宜使用。

2. 复述语 或称为重复语,对被评估者回答问题所作出反应的关键部分进行复述或重复,有助于评估者与被评估者之间的深入理解,并证实对方的认识、态度及其反应,或澄清模棱两可、模糊不清的问题。比如对话:“您刚才说您的生活很压抑?”“是的。”“能具体说一说压抑的情况吗?”“医生告诉你患了心脏病,你有什么感觉?”“我很担心。”“你很担心吗?”“是的,我父亲就死于心脏病。”复述语可用于深入收集心理、社会问题,但花费时间多,会谈中可抓住重点进行复述式回答。

3. 附和语 或称为呼应语,是一种带有鼓励被评估者继续进行语言和交流的含义。如“噢”“是吗”“接着讲”“还有呢”,这些简短语言可使被评估者知道评估者对谈话感兴趣,有助于激发进一步的交流。

(二) 非语言技巧

非语言技巧又称非语言行为或体态语言。在人际沟通中十分重要,在护理会谈中应注意灵活运用。包括面部表情、身体姿势与姿态、语音语调、触摸、沉默与倾听。

1. 面部表情 面部表情反映评估者的职业素养,反映被评估者会谈时的心理状态,是表达思想情感的体态语言。恰如其分的面部表情,能够显示与语言信息相一致的反应。评估者应以同情、关心、欢迎的面部表情来与被评估者会谈。对于被评估者面部表情的变化,应予以仔细观察,解读被评估者的真实心理活动。例如,被评估者述说今天心情很坏,那么,观

察其面部表情应该是消沉而不是微笑。然而,有时可能出现面部表情与语言信息不一致的情况,应引起重视,可能被评估者有意掩饰其内心活动或心里存在矛盾和冲突。如皱眉,表示不同意、不理解、疼痛、生气或不愉快感觉;躲避的眼神,表示羞涩、胆怯、厌烦、不肯定的感觉。

2. 身体姿势与姿态 姿势有传递非语言信息的重要作用。为使会谈气氛平和、宽松、安静,评估者可与被评估者对面而坐,目光平视自然,姿势与姿态表现出一种关心、放松、缓和,以示对被评估者的关怀与病情的关注;尽量避免站立,防止给病人造成对谈话没有兴趣、匆匆忙忙或居高临下的感受。切忌表现出匆忙、不合时宜的热情或冷淡、生硬,以免给被评估者一种缺乏兴趣和厌烦的感觉。姿势中的手势,蕴涵着大量语言信息,如用手指指点点,表示生气、内心不平静;搓手表示忧虑、犹豫不决;手指掌心相对,显示内心紧张或不安。

3. 语速与音调 语速、语音及语调的不同特征,在会谈时产生不同效果:如评估者语速平缓,音调适中,可使被评估者感到放松、舒服、愿意表达内心情感;而由于激动,语速快,讲话声音高,可使被评估者感到胆怯、发窘、不舒服、难以表达内心情感;而缓慢无力的讲话、声音单调乏味,则使被评估者感到沮丧、不可信任、缺乏安全感。

4. 触摸 重要的非语言交流手段,如握手,抚摩头部、肩部、背部,可以传递“我关心您、支持您、照顾您”的信息,但应注意性别、年龄、社会文化、风俗习惯差异,避免误会。

5. 沉默 会谈时适当的沉默可促进交流情感、增进了解;过分的沉默则可能导致误解或厌烦,评估者要善于分析和对待会谈中出现的沉默,对沉默作出恰当的反应。如被评估者心情悲伤,控制不住情感哭泣时,评估者必须保持沉默,不宜过早打破这种沉默,而应以恰当的表情、神态给予安慰和同情。

6. 倾听 倾听与适当沉默的运用具有相似的非语言效果。专心倾听叙说,不仅可以减轻被评估者的心理负担,消除其紧张、焦虑等不良情绪反应,而且有利于良好护患互动关系的形成与发展。倾听技巧包括:

(1)全神贯注:即专心致志地听取被评估者的谈话和病情陈述,要心神专注、保持目光接触,或点头示意,或采用呼应语。不要有分心的举动,如目光游移,精神涣散,不时看表,或与他人谈话、做小动作,或打断对方谈话等注意力不集中的表现。

(2)查证主观感觉:一边听取被评估者语言陈述,一边观察其非语言信息,以判断其心理活动及陈述内容的真实性,做到全面深入了解,对模糊不清的问题进一步澄清。

(3)及时作出反应:这是倾听与沉默区分的要点。对被评估者所谈有关健康和疾病的认识、态度、反应、期望、要求等,应给予及时恰当的反应,如表示理解、同情、支持、给予帮助、解释等。作出反应时,切忌流露不耐烦或反感的神态,或作出不负责任的许诺和结论。

四、会谈内容(健康史内容)

会谈是了解健康史的手段,健康史是指被评估者目前、过去健康状况及其影响因素的主观资料,即生理的、心理的、社会的、经济的、文化习惯的全面情况。护理会谈主要内容包括目前及既往健康状况,影响健康状况的相关因素,通过所获健康史资料,以了解被评估者哪些是需要立即解决的健康问题,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。