



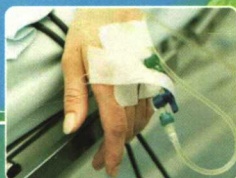
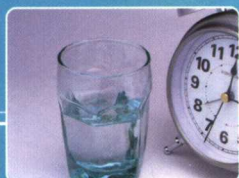
全国高等医药教材建设研究会·卫生部规划教材

全国高等职业教育护理专业领域技能型紧缺人才培养培训教材

供涉外护理专业用

健康评估

HEALTH ASSESSMENT



主编 马秀芬



人民卫生出版社

全国高等医药教材建设研究会·卫生部规划教材
全国高等职业教育护理专业领域技能型紧缺人才培养培训教材
供涉外护理专业用

健 康 评 估

HEALTH ASSESSMENT

主 编 马秀芬

副主编 闻彩芬 林 彬

编 者 (按姓氏笔画排序)

马秀芬 (承德卫生学校)	闻彩芬 (苏州卫生职业技术学院)
肖宏俊 (黑龙江省卫生学校)	唐 丽 (宁夏医学院护理学院)
余 薇 (江汉大学卫生技术学院)	张雅芬 (承德卫生学校)(兼秘书)
周佩玲 (郑州卫生学校)	张文利 (本溪卫生学校)
林 彬 (无锡卫生学校)	程 畅 (本溪卫生学校)

人 民 卫 生 出 版 社

图书在版编目(CIP)数据

健康评估/马秀芬主编. —北京:人民卫生出版社,
2006.7

ISBN 7-117-07703-4

I. 健… II. 马… III. 健康-评估-医学院校-
教材 IV. R471

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 059559 号

本书本印次封底贴有防伪标。请注意识别。

健康评估

主 编: 马秀芬

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编: 100078

网 址: <http://www.pmph.com>

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

印 刷: 北京市安泰印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 850×1168 1/16 印张: 16.25

字 数: 462 千字

版 次: 2006 年 7 月第 1 版 2006 年 7 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 7-117-07703-4/R·7704

定 价: 24.00 元

版权所有,侵权必究,打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

出版说明

根据《教育部办公厅 卫生部办公厅关于确定职业院校开展护理专业领域技能型紧缺人才培养培训工作的通知》(教职成厅〔2003〕3号)的精神,卫生部教材办公室在认真、全面调研的基础上,规划并组织编写了全国高等职业教育护理专业领域(涉外护理、中西医结合护理)技能型紧缺人才培养培训卫生部规划教材。

本套教材的指导思想为:以全面素质为基础,以能力为本位;以市场需求为基本依据,以就业为导向;适应护理行业发展,体现教学内容的适应性和先进性;以学生为主体,体现教学组织的科学性和灵活性。本套教材编写要求体现“整体护理的理念、护理程序的模式、突出人文关怀”,从而达到使学生掌握“必需、够用”的基础理论知识、较强的技术应用能力、知识面宽、综合素质高的培养目的。

为保证涉外护理专业方向教材的质量,卫生部教材办公室成立了专家委员会对教材的规划、组织、编写、管理、使用、培训、评审等工作起指导、咨询、纽带的作用。经过专业委员会讨论,确定本套教材共编写14种,其他课程可用高职护理专业卫生部规划教材,不再重复编写。整套教材要求中英文双语编写,教材结构以中文为主、英文为辅。英文主要为章前言、核心词汇和每章小结,约占中文篇幅的1/5~1/3。同时每本教材在书末附中英文名词对照表、参考文献、教学大纲(参考),40学时以上的课程均编写了配套教材或配套光盘,以辅助教师教学和学生学。

全部教材将由人民卫生出版社在2006年9月前出版,以供教学使用。具体书目为:

书名	主编
* 1 多元文化与护理	顾 炜
* 2 护理专业英语——阅读分册	孙国棣
* 3 护理专业英语——视听说分册	刘国全
4 人际沟通	马如娅
5 护理学导论	史先辉
6 基础护理技术	刘登蕉
7 健康评估	马秀芬
8 急危重症监护	谢天麟
9 母婴护理	朱达琍
10 儿童护理	叶春香
11 成人护理	李 丹 张 蕻
12 老年护理	卢省花
* 13 精神护理	雷 慧
* 14 社区护理	徐国辉

说明:标注“*”的教材为教育部职业教育与成人教育司推荐教材。

卫生部教材办公室

2006年4月

全国高等职业教育护理专业领域
涉外护理专业方向技能型紧缺人才培养培训卫生部规划教材

专 家 委 员 会

顾 问:林菊英(卫生部北京医院)

王 玮(中国台湾)

袁剑云(美国)

李士鸾(美国)

主任委员:沈 宁(中国协和医科大学)

副主任委员:程渐奎(全国英语护理教育协作组)

李小妹(西安交通大学)

杜 贤(卫生部教材办公室)

委 员:(按姓氏笔画排序)

吕瑞芳(承德卫生学校)

周凤生(江汉大学卫生技术学院)

刘书铭(乐山职业技术学院)

车春明(西安卫生学校)

袁耀华(郑州卫生学校)

戴瑞君(廊坊卫生学校)

屈光耀(无锡卫生学校)

陈明非(福建卫生职业技术学院)

曾志励(广西医科大学)

张 琳(宁夏医学院)

陈延年(济南卫生学校)

杨 晋(卫生部教材办公室)

秘 书:皮雪花(卫生部教材办公室)

前 言

本教材是根据教育部、劳动和社会保障部、国防科工委、信息产业部、交通部、卫生部联合印发的《教育部等六部委关于实施职业院校制造业和现代服务业技能型紧缺人才培养培训工程的通知》的要求,在全国高等医药教材建设研究会和人民卫生出版社的指导下,由全国开办涉外护理专业学校的骨干教师共同编写完成的。

本教材的编写指导思想是树立以能力为本位的观念,以满足岗位需要为目标,内容选取遵循必须、实用原则。编写坚持三基、三特、四新、五性等教材编写原则。本教材内容共九章,包括绪论、交谈及健康史评估、心理评估、社会评估、身体评估、心电图检查、常用实验室检查、影像学检查及护理病历书写。特点为:①本教材主要介绍成人健康评估,特殊人群如婴幼儿、孕妇、老年人等的健康评估不在本教材介绍,将在相关教材中学习。②将与内科护理学重复的常见症状评估删除,各系统疾病主要症状在健康史评估中简要介绍。③将交谈及健康史评估单列一章重点介绍。④身体评估突出护理专业特点,按从头到脚的顺序对全身进行全面评估,各部分内容按评估方法、正常表现、异常表现及其临床意义编排。⑤心电图检查重点介绍心电图描记、正常及常见异常心电图。⑥实验室检查重点介绍临床常用检验的标本采集、正常参考值及临床意义。⑦影像学检查重点介绍临床常用的检查方法及检查前后护理。⑧本教材对术语采用中文及英文双语表述,并于书后附中英文对照词汇表。

本教材主要适用于高等职业教育涉外护理方向英语护理专业教师及学生使用,建议课时为 90 学时,也适用于临床护理工作参考。

本教材编写过程中得到了全国高等医药教材建设研究会、人民卫生出版社和承德卫生学校领导的关怀与大力支持,同时也得到了各编者所在院校领导的支持,谨在此深表谢意。尽管各位编者做了最大努力,但限于水平,难免有欠缺之处,恳请各院校师生和读者在应用中发现问题并指正。

马秀芬

2006 年 6 月

目 录

第一章 绪论	1
一、健康评估的内容	1
二、健康评估的方法	1
三、健康评估的学习方法及目的要求	5
第二章 交谈及健康史评估	7
一、交谈	7
二、健康史评估	8
第三章 心理评估	15
第一节 概述	15
一、心理评估的目的	15
二、心理评估的方法	15
第二节 自我概念评估	16
一、自我概念的定义与分类	16
二、自我概念的形成与变化	16
三、自我概念的组成	16
四、自我概念的评估	17
第三节 认知评估	18
一、认知的定义	18
二、认知的评估	19
第四节 情绪与情感评估	20
一、情绪与情感的定义	20
二、情绪与情感的区别和联系	20
三、情绪与情感的作用	20
四、情绪与情感的种类	21
五、常见异常情绪	21
六、情绪与情感的评估	22
第五节 个性评估	25
一、个性的定义	25
二、个性的特性	25
三、个性的内容	26
四、个性的评估	26
第四章 社会评估	28
第一节 概述	28
一、社会评估的目的	28

二、社会评估的方法	28
第二节 角色与角色适应评估	28
一、角色的定义	28
二、角色的形成与分类	29
三、角色失调	29
四、病人角色	29
五、角色功能评估	30
第三节 文化评估	30
一、文化的定义与特征	31
二、文化要素及其评估	31
三、病人文化休克的评估	33
第四节 家庭评估	33
一、家庭的定义与特征	34
二、家庭的评估	34
第五节 环境评估	37
一、环境的定义	37
二、环境的评估	37
第五章 身体评估	40
第一节 身体评估的评估前准备和基本方法	40
一、评估前准备	40
二、身体评估的基本方法	40
第二节 一般状态评估	44
一、性别	44
二、年龄	44
三、生命征	44
四、发育与体型	45
五、营养状态	45
六、意识状态	46
七、面容与表情	47
八、体位	48
九、姿势与步态	48
第三节 皮肤黏膜和浅表淋巴结评估	49
一、皮肤黏膜评估	49
二、浅表淋巴结评估	57
第四节 头面部和颈部评估	58
一、头面部评估	58
二、颈部评估	63
第五节 胸部评估	65
一、胸部体表标志	65
二、胸壁、胸廓和乳房评估	67
三、肺和胸膜评估	69
附:呼吸系统常见疾病的主要体征	75

四、心脏评估	75
五、血管评估	85
附:循环系统常见疾病的主要体征	87
第六节 腹部评估	89
一、腹部的体表标志与分区	89
二、腹部评估	91
附:消化系统常见疾病的主要体征	99
第七节 脊柱、四肢及肛门、直肠、外生殖器评估	100
一、脊柱评估	100
二、四肢评估	100
三、肛门、直肠及外生殖器评估	102
第八节 神经功能评估	102
一、脑神经评估	102
二、感觉功能评估	103
三、运动功能评估	104
四、神经反射评估	105
五、自主神经功能评估	109
第六章 心电图检查	113
第一节 心电图的基本知识	113
一、心电图形成基础	113
二、心电图导联与导联轴	115
三、心电图的形成	117
四、心电图的组成与命名	119
五、心电图的描记	120
第二节 正常心电图	121
一、心电图的测量	121
二、正常心电图	123
三、小儿心电图特点	125
四、老年人心电图特点	125
五、心电图的分析方法及临床应用	125
第三节 常见异常心电图	126
一、心房、心室肥大	126
二、心肌缺血	129
三、心肌梗死	130
四、心律失常	132
五、药物与电解质紊乱对心电图的影响	138
第四节 心电监测及心电图相关检查	140
一、心电图监测	140
二、动态心电图	141
三、心电图运动负荷试验	142
附:脑电图、肌电图检查	143

第七章 常用实验室检查	146
第一节 常用血液检查	146
一、血细胞检查	146
二、网织红细胞及血细胞比容测定	150
三、红细胞沉降率测定	151
四、止血功能检查	151
五、常用血液生化检查	153
六、常用免疫学检查	158
七、血型鉴定与交叉配血试验	160
八、动脉血液气体分析	161
第二节 尿液检查	164
一、尿常规检查	164
二、尿沉渣细胞计数	168
三、尿细菌培养	169
第三节 粪便检查	169
一、一般性状检查	170
二、显微镜检查	170
三、化学和免疫学检查	171
第四节 痰液、脑脊液及浆膜腔穿刺液检查	171
一、痰液检查	171
二、脑脊液检查	172
三、浆膜腔穿刺液检查	174
第五节 脏器病变检查	176
一、肝脏病常用检查	176
二、肾功能检查	182
三、心肌病变检查	184
四、胰腺病变检查	186
五、甲状腺功能检查	187
六、肾上腺功能检查	188
第八章 影像学检查	190
第一节 X线检查	190
一、X线的特性及成像原理	190
二、X线的检查方法及临床应用	191
三、X线检查前、后的护理	192
四、计算机体层成像的临床应用	194
第二节 磁共振成像	195
一、MRI 成像原理与设备	195
二、MRI 的临床应用	195
三、磁共振成像检查前、后的护理	196
第三节 放射性核素检查	196
一、放射性核素检查原理	196
二、放射性药物及显像仪器	196

三、放射性核素检查方法及其临床应用	197
第四节 超声检查	198
一、超声检查的基本原理及检查方法	198
二、超声检查的临床应用及检查前护理	199
第九章 护理病历书写	201
第一节 护理病历概述	201
一、护理病历的作用	201
二、书写护理病历的基本要求	201
第二节 护理病历的格式与内容	202
一、护理病历首页	202
二、护理计划单	205
三、护理记录	206
四、健康教育计划	207
【附】 护理病历	209
附录 临床常用检验正常参考值	213
中英文名词对照	219
参考文献	240
教学大纲(参考)	241

第一章 绪 论

Introduction

健康评估(health assessment)是一个系统地、连续地收集护理对象健康资料的过程。通过对健康资料的整理、分析,对护理对象现存的或潜在的健康问题或生命过程的反应做出临床判断,即做出护理诊断(nursing diagnosis)。因此,健康评估的主要目的是为护理诊断提供依据。

Health assessment is systematic and continuous collection of the data that relate to the individual's health state. From the data, the health professional makes a clinical judgment or nursing diagnosis about the individual's health state or response to actual or high risk health problems and life processes. Thus, the purpose of assessment is to make a judgment or nursing diagnosis.

一、健康评估的内容

要确定健康评估的内容,首先要明确“健康”的含义。“没有疾病即是健康”(health as the absence of disease)是传统的生物医学模式(biomedical model)下人们对健康的认识,以此为指导的健康评估只重视病人生理上的异常改变,即疾病的症状和体征评估。随着社会的发展,医学模式由传统的生物医学模式转变为现代的生物-心理-社会医学模式,即整体健康模式(holistic health model),人们对健康的认识也发生了变化。目前,世界卫生组织(WHO)对健康的定义是“健康不仅是没有躯体上的疾病,而且要保持稳定的心理状态和具有良好的社会适应能力以及良好的人际交往能力”。护理工作也从以疾病为中心的护理模式转向了以病人为中心的整体护理模式(holistic nursing model)。以此为理论基础,健康评估的内容应该包括对评估对象生理、心理、社会各方面的评估。本教材以此为指导思想编排内容。

1. 生理评估(physiological assessment) 包括第二章交谈及健康史评估、第五章身体评估、第六章心电图检查、第七章常用化验检查及第八章影像检查。

2. 心理评估(psychological assessment) 第三章心理评估内容。

3. 社会评估(sociological assessment) 第四章社会评估内容。

4. 护理病历(health care record) 第九章护理病历书写将健康评估所收集的所有健康资料按一定要求以书面的形式记录下来。

二、健康评估的方法

健康评估是护理程序的第一步,是一个有计划、系统地收集评估对象健康资料并对资料进行分析判断的过程。全面、准确的健康资料不仅是确定护理诊断的基础,也是制定、实施护理计划的依据,是为病人提供高质量护理的保证。为确保所收集的健康资料准确、全面和客观,护理工作者必须掌握健康评估的基本理论、基本知识和基本技能。

(一) 健康资料的来源

1. 主要来源 即被评估者本人。被评估者本人所提供的资料最真实、全面和可靠。被评估者对健康与疾病的感受、认识、反应以及对医疗、护理的需要和期望等很难从其他人员处获得。

2. 次要来源 即被评估者本人之外的其他人员或文字资料。某些情况下,被评估者本人不能提供健康资料,如昏迷者、语言或精神障碍者及婴幼儿等,需要从以下次要来源收集健康资料。

(1)被评估者的家庭成员以及与之关系密切、生活或工作在一起的人,如父母、夫妻、兄弟姐妹、同事、邻居、师生、朋友、家庭服务员等人。

(2)事件目击者,即被评估者发病及受伤时在场可以提供发病和受伤过程情况的人。

(3)卫生保健人员,如与被评估者有过接触的医生、护士、陪护、营养师、理疗师、心理医生等可以提供健康情况的人。

(4)文字资料,如病历、健康记录、出生记录、儿童预防接种记录、各种实验室检查、器械检查报告(如化验单、心电图、影像检查结果)等。

护士在收集次要来源资料时,应注明资料出处。

(二) 健康资料的收集方法

健康资料的收集方法即护理评估的方法有很多,包括交谈(interview)、观察(observation)、身体评估(physical examination)及查阅(reading)相关的病历、文献、辅助检查结果等资料。其中交谈是最基本的方法,可为其他方法提供指导或方向。具体的方法将在本教材后面的各章中做详细介绍。

(三) 健康资料的分类

1. 按资料收集的方法可分为主观资料与客观资料

(1)主观资料(subjective data):通过与被评估者交谈所获得的资料为主观资料,即护理病历中健康史的内容。患病时病人的主观感受称为症状(symptom),如疼痛、恶心、心悸等,是重要的生理方面的主观资料。此外,主观资料还包括个人资料、求医目的、对健康问题的认识等心理、社会方面的资料。但在某些情况下,如昏迷患者、精神障碍患者、婴幼儿不能表达以上情况时,只能由亲属代诉,也属于主观资料。

(2)客观资料(objective data):通过观察、身体评估或借助各种实验室、医疗仪器检查所得到的资料为客观资料。其中身体评估所发现的病人患病的客观征象称为体征(sign),如发绀、黄疸、心脏杂音等。

多数情况下,主观资料与客观资料是相互支持的。如病人诉说头晕、心悸时,身体评估发现其心率 120 次/分,则主观资料得到了客观资料的证实。但在某些情况下,可能存在主、客观资料不一致。如病人自己说不紧张,但评估者发现其表情不自然,手不停地搓衣角。当主、客观资料不一致时,评估者要进一步评估以明确其原因及解决途径。

2. 按资料提供时间可分为目前资料与既往资料

(1)目前资料:是指评估当时所获得的被评估者健康状况的资料,反映被评估者目前的健康状况。

(2)既往资料:是指此次评估前的有关被评估者健康状况的资料。

在健康评估时,护士必须将目前资料与既往资料不断地进行比较和分析,才能对被评估者的健康状况及其进展情况做出客观、准确地判断。如一位病人目前体温为 36.5℃,而入院时体温为 39.8℃,比较前后体温变化,说明病情好转。

(四) 健康资料的收集模式

健康资料的收集除了具体方法以外,还有一个收集的程序问题,即按一定的模式收集健康资料,能使工作有条不紊地进行,避免遗漏重要内容。现将常用的戈登功能性健康型态模式及生理、心理、社会整体模式介绍如下。

1. 功能性健康型态模式 功能性健康型态(functional health pattern)是由 Marjory Gordon 在 1982 年提出的一种护理诊断分类方法,以此为框架收集健康资料在临床护理中的应用已经越来越广泛。

(1)健康感知-健康管理型态(health perception-health management pattern):评估个体对自己健康状况的认识、健康价值观、卫生习惯、生活方式、免疫接种、有无个人保健措施、烟酒嗜好等。

(2)营养-代谢型态(nutritional and metabolic pattern):评估食物与液体的摄取情况、饮食习惯、饮

食嗜好及其合理性、有无肥胖或消瘦、有无咀嚼或吞咽困难、有无皮肤损害、体温变化及伤口愈合情况等。

(3)排泄型态(elimination pattern):评估排便、排尿的次数、量、颜色、性状、排便规律、异常排泄及其影响因素。

(4)活动-运动型态(activity-exercise pattern):评估活动状况、活动量、活动耐力、影响活动耐力的因素及呼吸、循环功能等。

(5)睡眠-休息型态(sleep-rest pattern):评估主要包括个体在24小时中睡眠与休息的质和量、精力、日常睡眠行为,以及促进睡眠的辅助手段或催眠药的使用情况等。

(6)认知-感知型态(cognitive-perceptual pattern):感知方面主要评估有无听觉、视觉、味觉、嗅觉、痛觉的改变,有无感觉异常,有无意识障碍;认知方面主要评估思维能力、语言能力、定向力等。

(7)自我感知-自我概念型态(self-perception and self-concept pattern):评估个体对自己的个性特征、社会角色和身体特征的认识,有无愤怒、烦恼、恐惧、抑郁、焦虑、绝望等。

(8)角色-关系型态(role-relationship pattern):评估有关个体对他们在扮演由其本人或他人所描述的期望行为中的感觉如何,包括个体的需要,与同事、家人和社会的互动情形。

(9)性-生殖型态(sexuality-reproductive pattern):评估性别认同与性别角色、性与生殖的知识、性行为及其满意程度、有无性功能改变或障碍,女性月经状况、生育史和生育能力、乳房健康状况等。

(10)应对-应激耐受型态(coping-stress tolerance pattern):评估个体所面临的应激源、对应激的认知评价和应对方式,以及应对方式的有效性。如是否经常感到紧张,用什么方法解决;近期生活中有无重大改变或危机,生活中出现重大问题时如何处理,能否成功,此时对其帮助者是谁。

(11)价值-信念型态(value-belief pattern):评估个体文化程度、成长背景、价值观、宗教信仰以及疾病对个体价值观、信念产生的影响等。

2. 生理、心理、社会整体模式

(1)生理:

1)一般状况:发育、营养、体重、步态以及有无发热、乏力、失眠、食欲不振等。

2)皮肤、黏膜:色泽、温度、湿度、毛发分布以及有无破损、皮疹、水肿、蜘蛛痣、瘙痒、疼痛等。

3)头部:大小、有无外伤、头痛、头昏、眩晕等。

4)眼:有无视力障碍、复视、畏光、发干、发痒、流泪、青光眼和白内障等。

5)耳:分泌物量、色,有无耳聋、耳鸣、疼痛、眩晕。

6)鼻:分泌物量、色,有无鼻出血、鼻塞、嗅觉异常。

7)咽和喉:有无咽喉肿痛、声音嘶哑和吞咽困难等。

8)乳房:有无疼痛、肿胀、触痛、分泌物或肿块等。

9)呼吸系统:呼吸频率、节律、深度及有无咳嗽、咳痰、咯血、胸痛、呼吸困难、发绀等。

10)心血管系统:心率、心律,有无心悸、心前区疼痛、端坐呼吸、血压增高、晕厥、水肿等。

11)消化系统:有无食欲减退、吞咽困难、腹痛、腹泻、恶心、呕吐、呕血、便血、便秘、黄疸、肝脾肿大等。

12)泌尿系统:有无尿频、尿急、尿痛、血尿、少尿、排尿困难、尿失禁、夜尿增多、水肿等。

13)生殖系统:性生活习惯,有无性病。

14)内分泌系统:肥胖、消瘦、色素沉着,有无多饮、多尿、多食、怕热、怕冷、乏力、多汗、闭经等。

15)造血系统:有无贫血、出血、乏力、淋巴结肿大、肝脾肿大等。

16)肌肉与骨骼:有关节畸形、肌肉萎缩、疼痛、红肿、运动障碍、乏力等。

17)神经系统:有无头痛、记忆力减退、语言障碍、感觉异常、瘫痪、惊厥等。

18)精神状态:有无幻觉、妄想、定向力障碍等。

(2)心理:

1)感知能力:感觉有无异常、错觉、幻觉。

2)认知能力:定向力、记忆力、注意力、语言能力。

3)情绪状态:有无焦虑、抑郁、失望、沮丧、恐惧、愤怒等。

4)自我概念:患者对自己的评价、自信心、价值观。

5)压力反应及应对方式:患病遇到困难有何种情绪反应,如何应对处理。

(3)社会:

1)价值观与信仰:宗教信仰,患病后信仰和价值观是否有所改变。

2)受教育情况:文化程度、文化背景。

3)生活与居住环境:包括卫生状况、居民素质,有无饮食、饮水、空气污染及噪音等危害健康的因素。

4)职业:何种工作,工作环境有无噪音、粉尘、毒物等。

5)家庭情况:家庭结构、家庭关系、被评估者在家庭中的地位及影响。

6)社会情况:社交活动,与朋友、同事、领导的关系。

7)经济状况:有无经济困难及由此带来的心理压力。

(五)健康资料的整理与分析

1. 资料的核实 为保证收集到的资料是真实、准确的,需要对资料进行核实。

(1)核实主观资料:核实主观资料并不是护士不相信病人,而是因为有时病人自认为的正常或异常与医学上的正常或异常是不相同的,有时病人也会因对自己的病情发生恐惧而加以夸大或隐瞒,因而需要用客观资料对主观资料进行核实。如产妇认为“我的乳汁分泌很正常”,而护士观察发现其婴儿经常因饥饿而哭闹,证明产妇的乳汁并不充足。

(2)澄清含糊不清的资料:如病人诉“排便正常”,这项资料不够明确,护士需要进一步询问病人排便的具体情况,如次数、性状、排便是否费力等。

(3)请求别人检查:为了保证资料的有效性,应在核实主观资料的同时,对有些客观资料可以请求别的护士检查。特别是由于病人的病情危重,需要及时救治,在监测其生命体征及其他指标时,一定要准确无误,如由于环境及心理状态的影响,对监测结果有疑问时,应让其他护士重新检查。

(4)请被评估者验证:对有关心理、社会资料的评估,往往通过一次交谈所收集的资料不一定准确,故应请被评估者验证,以确保其资料的准确性。

2. 资料的整理 收集到的资料涉及各个方面,内容庞杂,需要采用适当的方法对之进行整理分类,以便于护士较顺利地从中发现问题,做出护理诊断。此外,分类也有助于发现收集到的资料有无遗漏。分类方法包括:

(1)按马斯洛的人类需要层次论分类:将资料分为生理需要、安全需要、爱与归属的需要、尊敬与被尊敬的需要及自我实现的需要5个方面。这种分类方法可以提醒护士要从人的生理、心理、社会各个角度去收集资料,但其缺点是与护理诊断没有直接的对应关系。

(2)按人类反应型态分类:可将资料分为交换、沟通、关系、赋予价值、选择、移动、感知、认知、感觉(感情)9种。其优点是可从某型态中有异常的资料直接导出护理诊断,但这9种型态较为抽象,使用不够方便。

(3)按戈登的11个功能性健康型态分类:由于每一型态下都有其相应的护理诊断,当护士发现某型态中的资料出现异常,只需从这一型态下所属的护理诊断中分析选择即可,而不必从所有护理诊断中去挑选。这是临床应用最为广泛的方法。

3. 分析资料概括护理诊断

(1)找出异常:分析资料时首先应将资料与正常值进行比较,以发现异常所在。为准确地做出

比较,要求护士不仅要掌握基础医学知识、护理学知识、人文学科知识,熟练掌握各种正常范围,还应考虑到人的个体差异性,根据不同年龄阶段、不同家庭、社会、文化等背景条件,全面地进行比较。

(2)找出相关因素(危险)因素:通过与正常值的比较发现异常后,护士应进一步找出引起异常的相关因素,如病人主诉“最近我总是感到非常疲乏,但不知为什么”,护士通过血常规检查结果发现病人血红蛋白只有 70g/L,这样就找到了引起异常的原因。至于危险因素,是指病人目前虽处于正常范围内,但存在着促使其向异常转化的因素,如长期卧床病人有可能造成压疮。找出相关因素和危险因素可以指导护士制定护理措施。

(3)概括护理诊断及合作性问题:依据资料中的异常及危险因素,确定相应的护理诊断及合作性问题。

1)护理诊断(nursing diagnosis):护理诊断是关于个人、家庭、社区对现存或潜在的健康问题或生命过程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,这些预期结果是由护士负责的。如健康资料显示病人体温 39℃,即可做出体温过高(hyperthermia)的护理诊断;或资料显示病人痰多而黏稠不易咳出,可做清理呼吸道无效(airway clearance, ineffective)的护理诊断。长期卧床的病人护理诊断可包括有皮肤完整性受损的危险(skin integrity, impaired, risk for)的护理诊断;频繁、大量呕吐的病人可做出有体液不足的危险(fluid volume deficit, risk for)的护理诊断;有吸烟、饮酒不良嗜好者可做出保持健康能力改变(health maintenance, altered)的护理诊断。

2)合作性问题(collaborative problem):临床护理实践中,护士所面临的健康问题无法从目前现有的护理诊断中找出,而需要护士与其他保健人员尤其是医生共同合作解决,称为合作性问题,对此类健康问题护士主要提供监测护理。目前合作性问题主要是指一些疾病过程中的并发症,这些并发症需要医生与护士共同采取措施预防和处理,如急性广泛前壁心肌梗死病人在发病 24 小时内极易并发心律失常,即为合作性问题,写为“潜在并发症(potential complication, PC):心律失常”。有些并发症可以只通过护理措施就能预防和处理,则属于护理诊断,如昏迷病人因痰多有可能并发窒息即可做有窒息的危险的护理诊断。

三、健康评估的学习方法及目的要求

健康评估是连接基础与临床的桥梁课。学习健康评估课程时需要及时复习相关的医学基础知识(如人体解剖、生理、病理等)、基础护理知识(如护理程序、护理理念、护理模式等)及人文学科知识(如心理学、社会学等)。学习方法除课堂讲授、多媒体教学、实验室教学外,最大的变化是由实验室学习转向面向人体的学习,学生既要在示教室观看录像、进行各种技能操作训练,还要进入医院进行临床实践。因此,学习此门课程时,学生一定要理论联系实际,手脑并用,既要用脑记忆基本知识、基本理论,又要勤动手练习各项操作技能。

通过本门课程的学习,学生应能够达到如下要求。

1. 体现以病人为中心的整体护理理念。
2. 掌握健康评估的概念和健康资料的来源、种类、收集方法及整理分析方法,根据健康资料概括护理诊断。
3. 掌握交谈技巧及健康史的评估。
4. 掌握身体评估基本知识,能独立进行身体评估,手法熟练,结果判断正确。
5. 掌握心电图检查的基本知识,熟练应用心电图机描记心电图。
6. 熟悉常用实验室检查的正常参考值及其临床意义,能采集血液、尿液、粪便标本。
7. 熟悉影像检查基本知识,能进行各种影像检查前后的护理指导。
8. 能按要求书写护理病历。

(马秀芬)

Summary

Health assessment is the collection of data about the individual's health state. Throughout this course, students have been studying the techniques of collecting and analyzing data.

The data are collected from client, health care personnel, individuals within the immediate environment and/or the community. The client is the most important one.

The data are obtained by interview, observation, physical examination and reading records, reports, etc.

The data can be grouped into subjective data, what the person says about himself or herself during history-taking by interview; objective data, what the health professional observes during the physical examination.

From the data, the health professional makes a clinical judgment or nursing diagnosis about the individual's health state.

The nursing diagnosis is the judgment focus on the response of the whole person to actual or potential health problem and life processes.

(马秀芬)