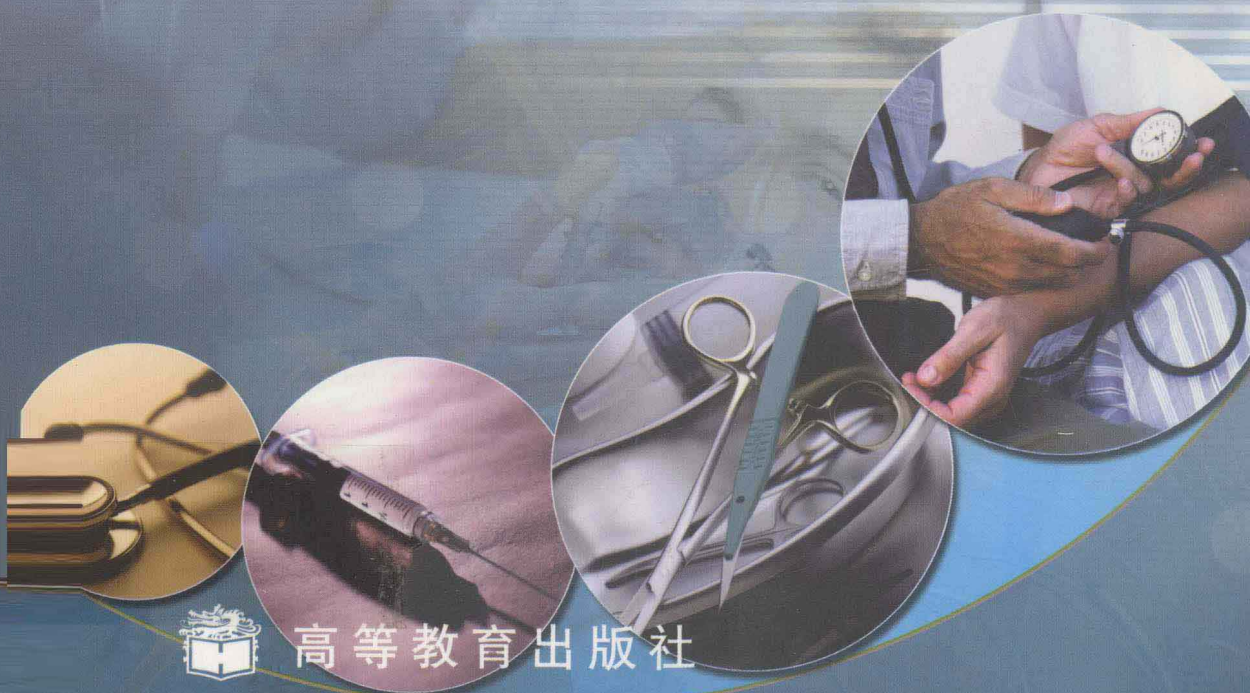


卫生职业学校技能型紧缺人才培养培训教学用书

健康评估

(供三年制高等职业教育护理专业及其他医学相关专业用)

主编 孙 菁



高等教育出版社

卫生职业学校技能型紧缺人才培养培训教学用书

健康评估

(供三年制高等职业教育护理专业及其他医学相关专业用)

主 编 孙 菁

副主编 熊正南 周菊芝 蔡菊敏

编 者 (以姓氏拼音为序)

蔡菊敏 宁夏医学院

范保兴 聊城职业技术学院

李 静 湖南省中医药高等专科学校

龙 军 黔东南职业技术学院

孙 丛 山东省医学影像学研究所

孙 菁 聊城职业技术学院

田荫华 唐山职业技术学院

肖春晓 顺德职业技术学院

熊正南 怀化医学高等专科学校

张红菱 武汉工业学院医学院

周菊芝 宁波大学职业技术学院

高等教育出版社

内容简介

本书是根据教育部、卫生部制定的“职业院校护理专业领域技能型紧缺人才培养培训指导方案”编写而成。

本书以健康评估的基本理论、基本知识、基本能力为基础,以职业岗位需求为导向,以职业能力为本位,努力体现护理专业特色;注重突出“两个目标”:护理专业应用型人才培养目标和高职护理专业课程目标;注重从护理的角度去评价服务对象的健康状态,体现以人为本,以护理程序为框架,以护理评估为重点,以确定护理诊断为核心,以实验室、心电图及影像学等医技评估为辅助的现代护理教育理念。全书分为十章。重点介绍健康评估的方法、常见症状、实验室、心电图及影像学等辅助检查,护理诊断思维与步骤及护理病历书写等。为有利于学习,每章节前均有学习目标,将部分重点、难点、易混淆的内容及临床案例等以提示形式列出,学习内容后有围绕学习目标的章节小结和自测题。为提高学生动手能力,书后附有实训内容。

本书可供三年制高等职业院校护理专业学生使用,也可供临床护士学习参考。

图书在版编目(CIP)数据

健康评估/孙菁主编. —北京:高等教育出版社,
2005.6

供三年制高等职业教育护理专业及其他医学相关专业用

ISBN 7-04-016579-1

I. 健... II. 孙... III. ①健康-评估-高等学校:技术学校-教材②护理学-基础理论-高等学校:技术学校-教材 IV. R471

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2005)第 037803 号

策划编辑	杨 兵	责任编辑	田 军	封面设计	于 涛	责任绘图	朱 静
版式设计	马静如	责任校对	康晓燕	责任印制	孔 源		

出版发行 高等教育出版社
社 址 北京市西城区德外大街 4 号
邮政编码 100011
总 机 010-58581000

经 销 北京蓝色畅想图书发行有限公司
印 刷 化学工业出版社印刷厂

购书热线 010-58581118
免费咨询 800-810-0598
网 址 <http://www.hep.edu.cn>
<http://www.hep.com.cn>
网上订购 <http://www.landracom.com>
<http://www.landracom.com.cn>

开 本 787×1092 1/16
印 张 22.5
字 数 550 000

版 次 2005 年 6 月第 1 版
印 次 2005 年 6 月第 1 次印刷
定 价 29.30 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 16579-00

出版说明

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 2003 年 12 月下发的《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》精神,教育部办公厅、卫生部办公厅组织制定了《中等职业学校和五年制高职护理专业领域技能型紧缺人才培养培训指导方案》、《三年制高等职业教育护理专业领域技能型紧缺人才培养培训指导方案》。为此,我社推出“高教版”卫生职业学校技能型紧缺人才培养培训系列教学用书。

本系列教学用书依照教育部办公厅、卫生部办公厅制定的“指导方案”编写而成。作者是从全国范围内认真遴选的长期从事护理临床和护理教学工作的同志。他们通过认真学习、领会“指导方案”,根据“订单”式职业教育与培训新模式,把培养学生的职业道德、职业能力以及护理技能作为教材编写的主要目标,编写内容力争与用人单位实际需要接轨、与国家执业护士资格认证接轨,顺应国际护理行业发展趋势。

全系列教学用书以核心课程为中心,基础学科以理论知识够用为度,临床学科重点介绍常见病、多发病的护理知识和方法,并且吸收学术界公认的新理念、新技术。全系列教学用书增加了大量人文课程,帮助学生正确理解护理与人、护理与健康、护理与社会经济发展的关系,全面提高护理人才素质。

为了方便学校教学,本系列教学用书还配有教师用多媒体光盘,免费赠送给广大卫生职业学校。

本系列教学用书是全体作者与编辑人员共同合作的成果,希望它的出版,能为造就我国护理专业领域一线迫切需要的高素质技能型人才作出贡献。

高等教育出版社

2004 年 11 月

前 言

随着人民生活水平的提高,健康理念的提升,以及医学模式和护理模式的转变,护理专业的重要性愈显突出。随着整体护理在我国护理工作中的普及,健康评估的重要性也愈加明显。因此,编写具有护理专业特色的健康评估教材十分必要,本书正是在这样的背景下组织编写的。

本书以健康评估的基本理论、基本知识、基本能力为基础,在编写的过程中坚持以职业岗位需求为导向,以职业能力为本位,努力体现护理专业特色;注重突出“两个目标”——护理专业应用型人才培养目标和高职护理专业课程目标;注重从护理的角度去评价服务对象的健康状态,体现以人为本,以护理程序为框架,以护理评估为重点,以确定护理诊断为核心,以实验室、心电图及影像学等医技评估为辅助的现代护理教育理念。

全书共分为十章,重点介绍了健康评估的方法,常见症状,实验室、心电图及影像学等辅助检查,护理诊断思维方法与步骤以及护理病历书写等。在教材内容设置上分为三个模块:基础模块、实践模块和选学模块,基础模块和实践模块是护理专业的必修内容,选学模块可根据学校及学生的实际情况选用(见附Ⅲ:健康评估教学基本要求)。在教学内容编写上突出目标教学,每章节前均有学习目标,学习内容后有围绕学习目标的章节小结和自测题。为加深学生的理解、扩展知识面,将部分重点、难点、易混淆的内容及临床案例等编入提示部分。为加强技能训练书后附有实训指导。为使学生了解自身学习情况,附有单元测试题,试题参照卫生职业资格考试命题要求及试题类型安排,力求学习与职业资格相衔接。

教学学时分配建议见下表:

学时分配建议表

序 号	教 学 内 容	学 时 数		
		理 论	实 践	合 计
1	绪论	1	0	1
2	健康评估方法	4	0	4
3	常见症状及其评估	8	2	10
4	健康史评估	6	4	10
5	身体评估	16	14	30
6	实验室检查	6	2	8
7	心电图检查	6	4	10
8	影像学检查	4	2	6
9	护理诊断的思维方法和步骤	2	0	2
10	护理病历的书写	2	4	6
	机 动	2	1	3
	总 计	57	33	90

各章节编写人员如下:第一章和第九章由孙菁编写,第二章的第一、二节由龙军编写、第二章的第三节由龙军和肖春晓编写,第三章由蔡菊敏编写,第四章由肖春晓编写,第五章的第一、二节由田荫华编写、第三节由熊正南编写、第四、五、六、七节由周菊芝编写,第六章由范保兴编写,第七章由张红菱编写,第八章由孙丛编写,第十章由李静编写。

在本教材编写过程中,各位编者积极、认真、全力投入,各位编者所在学校的领导和出版社编辑给予了大力支持和指导,聊城职业技术学院田桂莲老师对本教材第十章提出了宝贵的修改意见,范保兴老师为本书的编务工作付出了辛勤的劳动,谨在此表示诚挚的感谢!

由于编者水平所限,难免疏漏和不当之处,敬请广大教师和同学指正。

孙 菁

2005 年 1 月

目 录

第一章	绪论	1
	一、学习健康评估的重要性	1
	二、健康评估的主要内容	1
	三、健康评估的学习目的、方法与要求	3
第二章	健康评估方法	5
	第一节 健康资料的来源	5
	第二节 健康资料的类型	6
	第三节 健康资料的采集方法	7
第三章	常见症状及其评估	20
	第一节 发热	20
	第二节 咳嗽与咳痰	25
	第三节 呼吸困难	27
	第四节 咯血	29
	第五节 胸痛	31
	第六节 发绀	33
	第七节 水肿	35
	第八节 腹痛	37
	第九节 腹泻	39
	第十节 呕血与黑便	41
	第十一节 黄疸	43
	第十二节 意识障碍	47
	单元测试一	50
第四章	健康史评估	54
	第一节 一般健康史的评估	54
	第二节 心理、社会健康史的评估	59
第五章	身体评估	71
	第一节 一般评估	71
	第二节 头、面、颈部评估	79
	单元测试二	86

第三节	胸部、肺、心脏、血管评估	91
单元测试三		126
第四节	腹部评估	130
第五节	肛门、直肠和外生殖器评估	142
第六节	脊柱与四肢评估	145
第七节	神经系统评估	148
单元测试四		156
第六章	实验室检查	163
第一节	血液检查	163
第二节	尿液检验	171
第三节	粪便检查	179
第四节	痰液检查	182
第五节	脑脊液检查	184
第六节	浆膜腔积液检查	186
第七节	常用血液生化检查	188
第八节	肝功能检查	193
第九节	常用肾功能检查	196
第十节	骨髓细胞学检查	198
第七章	心电图检查	202
第一节	心电图基本知识	202
第二节	心电图检测	209
第三节	正常心电图	213
第四节	异常心电图	216
第五节	心电图描记注意事项、分析方法与临床应用	232
第八章	影像学检查	235
第一节	X线检查	235
第二节	CT检查	257
第三节	磁共振成像检查	262
第四节	超声检查	265
单元测试五		271
第九章	护理诊断的思维方法和步骤	276
第一节	护理诊断概述	276
第二节	护理诊断的步骤与思维方法	281
第十章	护理病历的书写	286
第一节	护理病历的意义及书写基本要求	286
第二节	健康评估记录的格式与内容	287
第三节	护理病程记录的内容与要求	297
第四节	健康教育计划	298

附 I. 护理诊断的分类	300
附 II. 健康评估实训指导	311
附 III. 健康评估教学基本要求	335

第一章 绪 论

学习目标

1. 说出学习健康评估的重要性
2. 列出健康评估的主要内容
3. 简述健康评估的学习方法及要求

健康评估(health assessment)是一门对评估对象健康状况进行评估,并根据其现存或潜在的健康问题或生命过程状况提出护理诊断的基本知识、基本技能和基本方法的学科。是形成护理理念、从护理的角度思考健康问题的起点课程,是医学基础过渡至临床护理的桥梁课程,是临床各科护理学的基础。

一、学习健康评估的重要性

健康评估是护理程序的首要环节,为护理程序的正确运行提供依据,正确的评估是有效护理的前提,及时、确切的评估,可使护理程序正确运行,使被评估者获得恰当的处理,从而达到减轻痛苦、缩短病程、早期康复、提高生命质量的目的。不正确或延迟的评估,则可造成健康问题由单纯发展至复杂,由轻微发展至严重,甚至危及生命。虽然随着医学科学的发展,临床评估的手段与方法有了长足进展,趋于无创性、微量化、自动化及数字化,但只有通过采集健康史、身体评估及有针对性的辅助检查,才能获得作出护理诊断的完整资料;健康评估的原则、方法与程序适用于临床专科护理。因此,护士若要担当起“健康守护神”的职责,就必须学好临床各科护理学的基础课——健康评估,学会健康评估的基本知识、基本技能和基本方法。

经验教训:某男,25岁,因“吐血”于1989年10月3日10pm急诊。然而评估者却将“大咯血”误诊为“上消化道出血”。10月4日1am,患者出现咯血窒息,幸被巡视护士及时发现,抢救及时才避免了悲剧的发生。

二、健康评估的主要内容

健康评估的内容包括健康评估方法、常见症状评估、健康史评估、身体状况评估、辅助检查评

估、护理诊断的思维与步骤、护理病历书写等。

（一）健康评估方法

健康评估是一个有计划地、系统而全面地收集有关被评估者的健康资料,并对资料的价值进行判断的过程。健康资料的收集是评估和形成护理诊断的基础,并为制定护理目标、实施护理计划及其评价提供依据。健康资料的收集方法包括交谈、身体评估、阅读有关的辅助检查结果等,其中交谈和身体评估是收集健康资料最基本、最常用的方法。主观资料通过与被评估者本人或其家庭成员交谈获得,客观资料则通过视、触、叩、听、嗅及有关的辅助检查等获得。

（二）常见症状的评估

症状(symptom)是个体患病后对机体功能异常的主观感觉或自身体验。典型的症状有咯血、腹痛、恶心呕吐、发热等。症状是评估对象健康状况的主观资料,是健康史的重要组成部分,是交谈中重点收集并评估的内容。本书将简述发热、意识障碍等 12 个常见症状的基本概念、发生机制、病因,重点介绍临床上可收集到的资料、评估要点和相关护理诊断,以培养学生科学的思维方法和通过症状评估作出护理诊断的能力。

（三）健康史的评估

健康史评估的主要内容包括一般资料、主诉、目前健康史、既往健康史、目前用药史、心理、社会背景、成长发展史及家族健康史等。除介绍健康史一般内容外,重点介绍健康史中心理、社会评估的内容及方法。

（四）身体评估

身体评估是评估者应用自己的感官(如眼、耳、鼻、手)或借助简单的工具(如体温计、听诊器、血压计、叩诊锤等),对被评估者进行详细的观察和系统的检查,以了解其身体状况正常或异常的一种评估方法。身体评估发现的机体异常表现——体征(sign),比如皮疹、出血点、肺部啰音等是被评估者健康状况的客观资料,是形成护理诊断的重要依据。身体评估须以解剖学、病理学等基础医学知识为基础,且具有操作性及技巧性,以正确娴熟的手法取得的客观资料,是获得正确的评估结果的依据。

（五）辅助检查

辅助检查包括实验室检查、心电图及影像检查,其结果作为客观资料的主要组成部分,可对前述评估结果进行验证与补充。相关章节主要介绍实验室检查的目的、正常参考值、临床意义及标本收集方法;正常心电图与常见危重异常心电图图形及其临床意义;影像学的基本原理,常见的正常、异常图像、临床应用范围,常用检查前的准备、检查中及检查后护理等。

（六）护理诊断的思维方法与步骤

健康评估须经过收集资料,整理资料,分析资料,作出合理的诊断,动态观察和验证诊断等环节。本章将全面介绍护理诊断的基本概念、健康评估形成护理诊断的临床思维过程与方法。使学生理解健康评估形成护理诊断几个环节(步骤),学会从护理专业的角度进行临床思维和诊断。

（七）护理病历的书写

护理病历是护士将收集到的被评估者的主观资料和客观资料,经过整理、分析,按照规范化格式书写的记录。鉴于国内尚无统一的书写规范和格式,本书除了提出护理病历书写的基本要求外,根据国内实际情况,推介基本格式和内容,以期通过教学实践使学生掌握一般护理病历书写的内容与要求。

三、健康评估的学习目的、方法与要求

学习“健康评估”的目的在于掌握健康评估的基本理论与方法,将评估收集的主观和客观资料进行综合分析,概括诊断依据,作出护理诊断。

健康评估的学习方式同基础课比较有很大不同,健康评估是一门集现代护理理念、交流技巧、身体评估技能、逻辑思维为一体的实践性很强的课程,除需要掌握基本概念、基本知识外,必须反复实践使基本技能达到娴熟、准确;健康评估直接面对的是具有不同类型、不同程度健康问题的个体,需要学生在学习和实践中以“四心”(爱心、耐心、细心、责任心)对待被评估者,以取得信任与合作;健康评估的教学实践除了校内实训外,大量的实践活动要在医院和社区完成,需要使学生逐渐养成良好的人际沟通能力、环境适应能力及医德修养;健康评估是技能性很强的方法学,是临床各专科护理学的基础课,掌握这一方法与技能绝非几十个学时的学习所能达到的,必须将健康评估贯穿于临床各专科护理学的教学中,不断地学习、实践、巩固、提高才能完成。

学习“健康评估”,要以现代护理观为指导,从护理的角度评估服务对象的健康状况,形成以整体护理为框架,按护理程序的方法进行评估和思考、提出健康问题、作出护理诊断的能力。通过本课程的学习,应该达到以下要求:

1. 基本要求 理解基本概念,掌握基本知识,学会基本技能,具备基本素质。

2. 具体要求

(1) 知识目标:① 理解常见症状的病因、评估要点及相应护理诊断;② 掌握身体评估的基本内容及其临床意义;③ 了解主观资料、客观资料的内在联系及其临床意义;④ 了解实验室检查的内容、正常值及临床意义;⑤ 了解 X 线、心电图检查等辅助检查的指征及临床意义。

(2) 能力目标:① 具有独立地进行健康史的收集和身体评估的能力;② 具有操作心电图机和初步识别正常心电图与常见异常、危重心电图的能力;③ 具有正确采集各项实验室检查标本的能力;④ 具有对影像检查的患者进行检查前准备及护理的能力;⑤ 具有将健康资料进行系统整理,写出护理文书的能力;⑥ 具有将健康资料进行综合分析初步作出护理诊断的能力;⑦ 具有应用诊断知识和人际交流与咨询技巧,开展护理工作的能力。

(3) 素质目标:① 初步具备辩证唯物主义观点和诊断思维能力;② 具有科学、严谨的学习态度和创新能力;③ 树立良好的职业道德意识;④ 建立与其他人员配合工作的团队意识与协作精神。



小结

健康评估是一门对评估对象现存或潜在的健康问题或生命过程的状况进行评估的基本知识、基本技能和基本方法的课程。是基础医学与临床护理学之间的桥梁课,是临床各科护理学的基础。其主要内容包括健康史、常见症状、身体状况、心理、社会状况、辅助检查等。学好本课程,除需要掌握基本概念、基本知识外,必须反复实践使基

本技能达到娴熟、准确；必须以“四心”（爱心、耐心、细心、责任心）对待被评估者，以取得信任与合作；必须有良好的人际沟通能力、环境适应能力及医德修养；必须将健康评估贯穿于临床各专科护理学的学习中，不断地学习、实践、巩固、提高。

自 测 题

一、名词解释

健康评估 症状 体征

二、填空题

1. 健康评估的主要内容包括_____、_____、_____、_____、_____等。
2. 健康评估的五个环节是_____、_____、_____、_____及_____。

三、简答题

1. 请说出健康评估的主要内容有哪些？
2. 健康评估的学习方法和应达到的要求是什么？

第二章 健康评估方法

学习目标

1. 简述健康资料的来源和类型。
2. 详述交谈的完整过程。
3. 叙述影响交谈的主要因素。
4. 列出身体评估的基本方法。
5. 会正确运用问诊技巧收集健康资料。
6. 初步掌握身体评估的基本方法。
7. 树立关心、爱护、体贴患者的良好态度。

健康评估是一个有计划地、系统而全面地收集有关被评估者的健康资料,并对资料的价值进行判断的过程。健康资料的收集是评估和进一步形成护理诊断的基础,并为制定和实施护理计划及其评价提供依据。健康评估要收集的资料不仅包括被评估者的身体健康状况,还包括其心理健康状况和对社会的适应能力,不仅要获得有关被评估者健康状况的主观资料,还要获得有关的客观资料。要使所收集的资料准确、全面和客观,评估者必须掌握有关健康评估的方法和技巧;同时,还应该明确可以从哪里获得健康资料、所获资料的性质及作用等。

提示:1. 对人体是否健康的认识,是用生命质量的高低来全面评价人体的生理、心理、伦理和社会适应的状况。2. 评估既是护理过程的起点,同时又贯穿于护理过程的始终,是一个连续的动态过程。

第一节 健康资料的来源

评估者在收集资料的过程中,根据其资料的来源可分为以下两类:

1. 主要来源 健康资料主要来源于被评估者本人。被评估者本人所提供的资料大多很难从其他人员那里得到,如患病后的感受、对健康的认识及需求、对治疗及护理的期望等,这些资料

只有被评估者本人能最清楚、最准确地加以表述,因此也最可靠。

提示:1. 收集健康资料时,对于危重患者、意识不清者,可由家属或其他熟知病情的人提供。
2. 除危重患者必须立即抢救外,对一般患者应于 24 h 内完成健康资料的评估。

2. 次要来源 除被评估者本人外,评估者还可从其他人员或记录中获得所需资料。

(1) 被评估者的家庭成员或其他与之关系密切者,如父母、夫妻、兄弟姐妹、朋友、同事、邻居、老师、保姆等:他们与被评估者一起生活或工作,对其生活或工作的环境、既往的生活习惯、健康状况以及对疾病或健康的态度等有较全面的了解,而这些信息对确定护理诊断,制定护理计划等都有重要的参考价值。

(2) 事件目击者:指目睹被评估者发病或受伤过程的人员,可提供有关的病因、被评估者当时的状况及进展等资料。

(3) 其他卫生保健人员:指与被评估者有关的医护人员、营养师、理疗师及其他评估者。从他们那里可了解到被评估者有关的诊疗措施、从医行为等。

(4) 目前或以往的健康记录或病历:如出生记录、儿童预防接种记录、健康体检记录或病历记录等。

提示:由次要来源所获得的资料可进一步证实或充实从被评估者本人那里直接得来的资料。

第二节 健康资料的类型

健康评估所收集的资料可以是被评估者或有关人员的主观描述,也可以是身体评估、实验室或器械检查的结果等。为了更好地分析和充分利用资料的价值,健康资料可根据其不同特点加以分类,其中最常用的方法是根据收集资料的方法不同,将其分为主观资料和客观资料。

一、主观资料

主观资料是通过与被评估者交谈获得的资料,包括被评估者的主诉、亲属的代诉及提问而获得的有关被评估者对其目前和既往身心健康状况、社会关系的感受或看法的描述。如“我整夜都不能入睡”、“我上楼时感到心慌”、“我的病可能不会好了”、“我希望能早日去上班”等。其中被评估者患病后对机体生理功能异常的自身体验和感受如疼痛、恶心等,称为症状(symptom)。症状是主观资料的重要组成部分。主观资料不能由评估者直接观察和检查。

提示:通过交谈所获得的有关被评估者健康状况的资料是主观资料。主观资料要按患者的原话记录,不要带护士自己的主观判断,以便分析整理。

二、客观资料

客观资料是指经视、触、叩、听、嗅、实验室或器械检查所获得的有关被评估者健康状况的结果。其中被评估者患病后机体的体表或内部结构发生了可以观察到或感触到的改变,如黄疸、肝大、心脏杂音等,称为体征(sign)。体征是形成护理诊断的主要依据。

提示:通过观察,或借助医疗仪器检出的体征,记录可按医学术语书写,但语言要简洁,书写应清楚,避免使用只有自己才能理解的语言进行描述,切忌使用模棱两可的词句,如好、尚好、佳、尚可、差等。

多数情况下,主观资料与客观资料是相互支持的。例如一个人诉说自己头晕、心悸(主观资料),评估者检查发现其脉搏 120 次/min(客观资料),则主观资料得到了客观资料的证实。在某些情况下,可能存在主观资料与客观资料不一致。如一位住院的老人表示自己儿女都很孝顺,能得到很好的照顾(主观资料),评估者注意到,每到探视时间老人就会一个人到花园散步,而不见有子女或家人来病房探视(客观资料)。此时,评估者则需要进一步评估以明确其原因及解决途径。

在健康评估的过程中,主观资料的获得可以指导客观资料的收集,而客观资料则可进一步证实或补充所获得的主观资料。对于一份完整、全面的健康评估资料来说,主观资料和客观资料同等重要,因为两者都是构成护理诊断的重要依据。

健康资料除可根据其来源分为主观资料和客观资料外,还可根据资料的时间不同分为目前资料和既往资料。目前资料是反映被评估者目前状况的有关资料,既往资料则为此前的有关资料。在护理评估过程中,评估者必须将目前资料与既往资料不断地进行比较和分析,才能对健康问题及其进展情况作出客观、准确的判断。例如一位肺炎患者,经一段时间的治疗及护理后,目前体温 37.1℃,脉搏 74 次/min(目前资料),而入院时体温 39.8℃、脉搏 102 次/min(既往资料),两者比较说明患者体温、脉搏由异常恢复到正常,说明治疗和护理有效。

评估所收集资料的类型有主观的和客观的,有目前的和既往的。必须将各种不同类型的资料组合在一起,通过综合分析和判断,才能达到为确定护理诊断,制定和实施护理计划提供完整、准确和客观的健康资料的目的。

第三节 健康资料的采集方法

收集健康资料的方法很多,包括交谈、身体评估以及查阅病历或有关辅助检查结果等,其中最常用、最基本的是交谈和身体评估。为准确、有效地收集资料,必须掌握有关的方法和技巧。

一、交谈

交谈(conversation)是采集健康史最主要的手段,是评估者与被评估者或知情人之间的会晤进行评估的一种方法。这种交谈不同于一般的客套或谈话,也不是通过询问一连串问题用以填写护理病历的过程,而是评估者与被评估者之间具有明确目的、有序的对话过程,是获得主观资

料的重要途径,故又称问诊(health history taking)。护士要运用有关的知识和交流技巧,获取被评估者现存或潜在健康问题的真实资料。成功的交谈是确保健康史完整性和准确性的关键,是正确评估的基础。因此,交谈是每位护士必须掌握的基本功。

(一) 交谈的目的

评估者可以从交谈中获取许多有助于确立护理诊断的重要依据,并可为进一步身体评估提供线索。如被评估者诉说头痛、流涕、咳痰,身体评估时就要重点检查鼻、咽及肺部。有些健康问题通过交谈便可作出诊断,如心绞痛患者,通过对其疼痛部位、性质、时间、缓解方式、放射部位等评估,即可作出“疼痛:胸痛与心肌缺血有关”的护理诊断。

提示:1. 交谈与医疗问诊截然不同。医疗问诊的主要目的在于了解疾病的发生、发展情况,诊治过程,既往健康状况等,以收集诊断疾病所需的病史资料。而护理问诊侧重于了解被评估者的健康观念、功能状况、社会背景以及其他与健康、治疗相关的因素等,以收集被评估者对健康状况、健康问题现存的或潜在反应的病史资料。2. 利用交谈进行健康史评估,不仅在服务对象刚入院时进行,在整个护理过程中都应随时进行。

(二) 交谈的方式

交谈的方式可分为“正式交谈”和“非正式交谈”。

1. 正式交谈 正式交谈是指事先通知被评估者,有目的、有计划地交谈,如对新入院的服务对象所进行的健康史评估等。在正式交谈中,评估者常常将交谈的目的及内容拟成项目或问题,逐一询问被评估者,由被评估者回答。正式交谈具有较好的结构性,能够在短时间内获得想要的资料,但由于正式交谈常以逐项问答的方式进行,容易使被评估者有受审问的感觉,而产生抗拒感。所以没有涉及的问题被评估者常常不会主动说出,因此,很可能丧失许多有意义的资料。

2. 非正式交谈 非正式交谈是指评估者与被评估者之间的随意交谈,评估者并不指示或干扰谈话的主题及取向。非正式交谈让被评估者自由表达,评估者可从中了解被评估者的多种信息,但往往比较难以把握交谈的主题,交谈结果可能与预期目标相去甚远。

提示:正式交谈和非正式交谈各有利弊,临床上常是两者结合使用。一般情况下,在交谈之初,由于双方不太熟悉,不容易自然交谈,常以正式交谈开始;以后随着交谈的深入,可以使用非正式交谈以获取大量信息,同时适当采用正式交谈引导交谈方向。

(三) 交谈的完整过程

一次护理专业性交谈的完整过程大致可分为准备阶段、开始阶段、展开阶段、结束阶段四部分(图2-3-1)。

1. 准备阶段 主要任务是做好心理上、物质上、环境上的准备。包括以下内容:

(1) 选择交谈内容:当有多个问题需要与被评估者沟通时,护士应根据问题的轻重缓急以及被评估者的需要安排交谈内容。交谈前要明确本次交谈所要了解资料的内容及顺序等,以便在交谈时能够节省时间及引导交谈方向。必要时,可列出书面交谈提纲,以免遗漏。

(2) 对可能出现的问题的预测和准备:交谈前应充分了解被评估者的基本情况,预测交谈中