



Jiankang Pinggu

健康评估

王 杨 钱爱群 吴红宇 主编



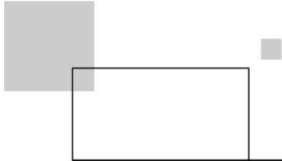
复旦大学出版社

www.fudanpress.com.cn

内 容 提 要

本书共六章,包括护理评估、常见症状评估、身体评估、实验室检查、其他检查以及护理病历书写。力求通过基础知识的学习以及基本技能的训练,使学生初步具备运用护理程序的方法对患者进行身心护理、监测患者病情变化、预防疾病发展的工作能力。同时培养学生具有严谨、求实的学习态度,学会关爱病人,做到细微化、服务质量最优化。为学生发展各专门化方向的职业能力奠定基础。

本书可供护理专业教学使用,也可作为相关行业岗位培训或自学用书。



序

为了贯彻落实国务院、教育部《关于大力发展职业教育的决定》，由上海市教育委员会组织开发编制的《上海市中等职业技术学校护理专业教学标准》已于 2006 年 10 月正式出版发行。这是实施中等职业教育课程与教材深化改革的一项重要举措，旨在建设反映时代特征、具有职业教育特色、品种多样、系列配套、层次衔接，并能应对劳动就业市场和满足学生多元发展需要的中等职业教育课程和教材体系。

《上海市中等职业技术学校护理专业教学标准》以“任务引领型”目标为核心，设计了 4 个专门化方向，即临床护理、重症监护、助产士、口腔护理。根据专业标准，护理专业共设 28 门课程，其中专业核心课程 9 门，专门化方向课程 19 门。

护理专业课程有以下 5 个特征：

一是任务引领，即以工作任务引领知识、技能和态度，使学生在完成工作任务的过程中学习专业知识，培养学生的综合职业能力。

二是结果驱动，即通过完成典型案例分析或任务，激发学生的成就动机，使之获得完成工作任务所需要的综合职业能力。

三是突出能力，即课程定位与目标、课程内容与要求、教学过程与评价都围绕职业能力的培养，涵盖职业技能考核要求，体现职业教育课程的本质特征。

四是内容适用，即紧紧围绕完成工作任务的需要来选择课程内容，不强调知识的系统性，而注重内容的实用性和针对性。

五是做学一体，即打破长期以来的理论与实践二元分离的局面，以任务为核心，实现理论与实践一体化教学。

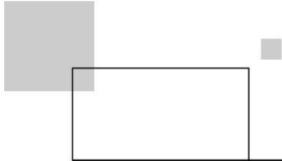
为了促进新教材的推广使用，便于边使用边修订完善，我们整合全国中等职业学校在护理专业方面的优质资源，成立了由相关中等职业学校领导及专家组成的教材编写

委员会,并组织各中等职业学校资深的专业教师,结合临床护理的实际需要编写教材,力求在体现以“任务引领型课程”为主体的中等职业教育课程与教材改革的理念与思路等方面进行尝试。

本套教材在积极贯彻落实上海市中等职业技术教育深化课程教材改革任务的同时,希望能为全国中等职业技术教育的课程教材改革提供案例,努力为我国职业教育的发展作出自己应有的贡献。

护理专业教材编写委员会

2007 年 11 月



前 言

本课程是中等职业学校护理专业的一门专业核心课程,旨在通过以实际工作任务引领的方式,培养学生初步具备护理评估的基本职业能力。随着健康观念和现代护理模式的转变,为护理对象提供高质量的以人为中心的、以护理程序为指导的系统化整体护理已在国内广为开展。护理程序始于健康评估,健康评估的方法与应用可以为确定护理诊断或护理问题,制订预期目标及护理措施提供依据。

传统教学模式强调学科的系统化,教学内容多而难,严重脱离实际,不适应学生的学习与发展。在新的形势下,本教材根据教育部职业教育教改的精神,依照上海市教委发布的《中等职业教育护理专业教学改革教学与课程标准》编写而成,在行业专家的指导下,突出“以就业为导向,以能力为本位,以护士岗位需要和护士职业标准为依据”,能够满足护理专业学生职业生涯发展的需求。其功能在于让学生从整体上对个体、家庭、社区人群现存的或潜在的健康问题进行护理评估。培养学生科学的临床思维方法,使学生具有对人体进行健康评估的基本职业能力,为后续学习专门化课程做前期准备。

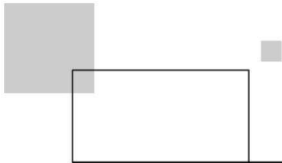
本教材具有以下特点:

1. 语言简洁、深入浅出,既有系统知识的讲解,又侧重实践体验。
2. 以开展对患者健康护理评估的护理活动项目来驱动,通过观看录像、病房见习、实训活动、个案分析等多种教学手段,激发学生学习的兴趣与求知欲,培养学生各种护理活动中掌握健康护理评估的基本职业能力。
3. 编排新颖:每个项目均由“病案情景描述”引出要完成的评估任务;由“项目分析”引发学生对病例的思考,为学习课程做好准备;由“学习支持”讲解相关的理论知识;由“相关链接”引出可供学生自学的内容,以拓宽学生的知识面。

由于编写者学识有限,书中难免有不足之处,恳请同行和读者给予批评指正。

编 者

2007 年 11 月



目 录

第一章 护理评估	1
项目一 病人评估总述	2
项目二 健康史的采集	9
第二章 常见症状评估	19
项目一 发热	19
项目二 疼痛	23
项目三 水肿	30
项目四 咳嗽与咳痰	33
项目五 咯血	36
项目六 呼吸困难	39
项目七 恶心与呕吐	42
项目八 呕血与黑便	45
项目九 便血	49
项目十 腹泻	52
项目十一 便秘	55
项目十二 黄疸	58
项目十三 抽搐与惊厥	62
项目十四 意识障碍	65
第三章 身体评估	69
项目一 身体评估的基本方法	69
项目二 一般状态评估	73
项目三 皮肤、浅表淋巴结评估	84
项目四 头部、面部和颈部评估	90
项目五 胸部评估	98

项目六 腹部评估·····	113
项目七 四肢、脊柱评估·····	122
项目八 神经系统评估·····	125
第四章 实验室检查·····	132
项目一 血液检查·····	132
项目二 尿液检查·····	139
项目三 粪便检查·····	146
项目四 肾功能检查·····	148
项目五 肝功能检查·····	151
项目六 临床常用生化检验·····	155
第五章 其他检查·····	158
项目一 X线检查·····	158
项目二 影像新技术的临床应用·····	164
项目三 心电图检查·····	167
项目四 超声检查·····	183
第六章 护理病历书写·····	185

第一章

护 理 评 估

学习目标

1. 能列出评估前的准备和条件。
2. 能熟练评估病人健康史的内容。
3. 能正确表述评估的技巧。

健康评估是有计划地、系统地收集有关护理对象的健康资料,并对其价值进行分析、判断的过程。护理评估是根据收集到的资料信息,对护理对象及相关的事物做个大概的推断,为护理诊断和护理计划的制订提供可靠的依据。准确完整的评估将为实施高质量的个体化护理提供坚实的基础。

提示

评估病人健康状况是护理程序的第一步,也是最关键的一步,所收集到的资料不仅是确定护理诊断的基础,也是制订、实施护理计划的依据,无论对病人或护士都是十分重要的。

项目一 病人评估总述



某病人,女性,65岁,诊断为“冠心病”10余年。入院前4h,病人于劳累后突然出现心前区疼痛,大汗,伴恶心、呕吐。



项目分析

对于上述病人,我们在临床上如何准确、全面地进行评估?采取哪些方法?通过获取完整的评估资料,可以为实施高质量的个体化护理奠定基础。



一、评估前的准备和条件

护理程序的执行有赖于全面、系统、准确的健康资料,作为护士必须掌握有关健康评估的方法和技巧,以确保所收集资料的准确性和完整性,并为准确、系统地分析资料,提出正确的护理诊断提供强有力的保证。护理评估受护士的信念、知识及技巧的影响。因此,护士必须具备良好的职业素质、知识和技能。

(一) 职业道德素质

护士要有全心全意为人民服务的思想和自爱、自尊、自强、自制的品质。外表整洁、态度和蔼、语调温和,有助于发展与病人的和谐关系;谦虚、礼貌能获得病人的信任,使病人自愿说出原想隐瞒的敏感问题;善于赞扬和鼓励、同情和体贴病人,能体察病人的痛苦与需要,促使病人与自己合作,并积极提供信息。要热爱护理工作,坚信护理事业是人类崇高的事业,尊重病人,热爱病人,忠于职守,能正确处理和协调与病人、病人家属、护理人员、其他医务人员及社会各方面的关系。

(二) 知识素质

护士需要具有多学科广泛知识,包括人文科学、自然科学、社会科学及行为科学的基本理论。除掌握医学基础知识外,还应对疾病的临床知识有全面了解,才能对病人作出准确

评估。

（三）专业素质

具有合理的知识结构,较系统、完整的护理专业理论知识和较强的护理操作技能,基础医学和临床医学的基本理论知识,以及敏锐的观察能力和综合、分析、判断能力,护理教育和护理科研能力。能运用护理程序对病人实施整体护理,解决身心两方面的健康问题。

（四）技能素质

护士需要具备多种技能,才能对病人进行有效的评估。如系统的观察能力,有效的沟通能力,会做护理体检,能正确分析有关资料,能做出合理的推理及判断;能熟练运用倾听技巧、交谈技巧、护理体检的技巧。因此,掌握对病人评估的原理和方法并在临床实践中不断学习,才能提高评估的水平。初学者在评估前必须考虑:我的病人可能会有哪些健康问题?我用哪些技巧来进行评估?

（五）身体心理素质

护士要具有健美的体魄和良好的职业形象。举止端庄大方,话语亲切真诚,动作轻盈、敏捷,着装整洁素雅,乐观开朗,情绪稳定,胸怀豁达;有良好的人际关系,同事间相互尊重、团结协作;具有高度的责任心、同情心,勇于开拓进取,以及较强的适应能力、应变能力、忍耐力和自控能力,能不断自我完善、自我发展。



二、收集资料

收集资料的目的是为正确作出护理诊断提供依据,它的准确性直接影响护理计划的准确性,因此是十分重要的。收集资料通常在第一次接触病人时就开始,但随着病情发展应及时积累、补充,以便修改计划,采取适当的护理措施,因而收集资料应贯穿于护理程序的全过程。

（一）收集资料的方法

1. 观察 观察是一种技巧,护士从一开始接触病人,观察即应随之开始,病人的一般情况如年龄、外貌、体位、神态、营养、步态、精神等情况已留下印象;在住院过程中,护士应始终连续进行有效的观察,以便有意识地收集支持或否定护理诊断的信息,观察执行护理措施后的效果。

提示

观察能力的强弱与每一个护士的职业素质、理论知识和临床经验有关,因此不断提高业务水平,保持良好的职业责任心,是提高观察能力的关键。

2. 交谈 交谈是护士与病人进行的一种具有明确护理专业性目标的、有序的对话过程。交谈是收集健康资料的常用方法,是获取主观资料的重要途径。成功的交谈是确保健康资料完整性和准确性的关键。护士通过与病人或其家属的交谈来了解病人的健康状况,谈话要注意语速、语调,问题要提得简单清楚,不要问得过急,态度要和蔼,注重情感交流。交谈不仅在

病人刚入院时进行,在整个住院期间都应随时进行。一般可分为:

(1) 正式交谈:是指事先通知病人,并且有目的、有计划的交谈,如采集病人的健康史及入院评估等。在交谈之前,护士要通过种种渠道获取病人的有关信息,以便为交谈的顺利进行做好准备。交谈时护士要明确谈话的目的,按原定目标引导谈话围绕主题进行,同时创造和维持融洽气氛,让病人无顾忌地谈出真实的思想和情感。结束时对交谈的内容、效果,做简要的评价小结,并做好记录。

(2) 非正式交谈:是指护士与病人的随意交谈。护士在与病人接触中如日常护理、查房、护理操作中与病人的交谈,护士从谈话中获取关于病人的病情发展、心理反应等信息。护士在护理过程中,应经常与病人进行语言上的沟通,鼓励病人说出自己对疾病的感受,对治疗、护理效果的反应。谈话范围不受限制,在“闲聊”中了解病人的多种信息,筛选有价值的资料,进行记录,或事后追忆。

3. 体格检查 即身体评估,护士通过望、触、叩、听、嗅等方法,收集病人的生命体征及各系统病理改变的客观资料,以便了解病人的健康状况和病情变化,获取有价值的确立护理诊断的资料以及制订完善的护理计划。

4. 阅读 包括病人门诊和住院的医疗病历,各种护理记录以及有关医学文献。

5. 其他常用健康评估方法 临床上常用的评估方法还有以下几种。

(1) 实验室检查:是临床一项重要的辅助评估手段,它运用物理学、化学、生物学等实验技术,对病人的血液、尿液、粪便以及其他排泄物、分泌物、脱落物、穿刺物等标本进行检测,其结果可直接或间接反映机体的功能状态或病理变化,在协助疾病诊断和寻找护理诊断相关因素、预后和制订治疗方案、护理措施等方面有其独特作用。

(2) 器械检查:是评估病人各系统生理功能的常用方法,对探索疾病的发病机制、病理生理,明确诊断,指导治疗,判断疗效和疾病的康复,劳动力鉴定等都有重要意义。临床上常用的器械检查手段有心电图检查,X线检查,CT、磁共振(MR)检查,器官功能检查及核医学检查等。作为临床护士,在了解各项检查原理的基础上,应掌握各种检查前的准备及注意事项,以保证检查的顺利实施。检查结果的客观、准确有利于资料的收集。

(二) 资料的来源

1. 主要来源 病人本身就是获取资料的主要来源。通过病人的诉说和对其进行观察、检查获取的资料,有助于全面了解病人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。

2. 次要来源 是通过从护理对象之外的其他人员或记录中获取的资料。一般有:① 护理对象的家庭成员及关系密切,生活、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;② 事件目击者;③ 医护人员,与护理对象有过接触的医生、护士、陪护、营养师、理疗师等;④ 文字记录,如既往健康记录,即过去的病历、健康记录、社区保健记录等;⑤ 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。次要来源是获取资料的重要渠道,特别是当病人意识不清、语言障碍、精神障碍,或为婴幼儿时,尤为重要。护士在收集次要来源资料时,应注明资料出处。

(三) 资料的记录

资料的记录必须准确、真实、完整。

1. 记录方法

(1) 主观资料：即病人对他所经历、感觉、思考内容的诉说。要按病人原话记录，尤其是心理、社会方面的资料，不要以护士自己的主观判断做结论性的记录，以便分析整理。例如护士记录“病人诉说有严重的腹痛”。这句话对不同的病人及不同的护士来说有不同的含意，因为每一个人的痛感不同，对疼痛的耐受性也不同。因此，应按病人原话记录“我腹痛时，痛得在床上打滚”，“我感到我从来也没有这样痛过”。又如“病人有悲观情绪”应按病人情况记录成“病人哭泣流泪说‘我再也不能起床了’。”

(2) 客观资料：是护士需要通过观察，或借助医疗仪器检出的体征。记录可用医学术语书写，某些观察到的客观资料应证实后再记录，但记录的文字应语句通顺、简洁，书写清楚，避免使用只有自己才能理解的词以及模糊不清、无法衡量的词句，如好、尚好、佳、尚可、差等。例如“病人有呕吐，量少”。应记录成“8 pm 病人呕吐 1 次，为胃内容物，量约 50 ml”。又如“病人胃纳较差”应记录成“3 天来病人每餐仅进食 50 g 粥及半小碗蔬菜，厌食肉类”，就确切了。

2. 资料的证实 某些观察到的客观资料可用主观资料来证实，如观察到一个病人沉默不语，情绪低落，常暗自流泪，为了核实可问病人“你今天看起来很不高兴，我注意到你哭过了，中饭也没有吃，是不是想家了”。病人的回答可证实或否定你的观察和猜想，若病人回答“是”，证实你的估计是对的，其后相应的护理措施应选择加强心理安慰，给予病人精神上的支持；若病人回答“我不是不高兴，只是感觉到头痛得厉害”，否定了你的估计，则应据此向医生报告，以便及时采取措施，尽快解决病人的痛苦。如果你的观察未经核实，也许会误解病人的行为，让病人继续忍受不必要的痛苦。



三、资料的分析 and 整理

将所收集的主、客观资料进行分类，并检查有无遗漏，再与正常值比较，归纳、思考病人的基本情况。

(一) 分类方法

1. 按资料收集的方法分类 可分为主观资料与客观资料。

(1) 主观资料：与护理对象交谈所获取的资料，包括其主诉，回答提问等内容。如对自己身体所患疾病的主观感觉、对各种症状的感受、身体状况评价、个人经历、求医目的、健康问题的认识等。只有病人自己才能说清楚的情况，属于主观资料。但在某些情况下，如昏迷病人、精神障碍病人、婴幼儿等不可能表达上述情况，只能由亲属代诉，也属于主观资料。

(2) 客观资料：通过观察、检查或借助各种实验室、医疗仪器检查所获取的资料，如体温、脉搏、血压、化验单、心电图、X 线等。

2. 按资料提供时间分类 可分为既往资料与现实资料。

(1) 既往资料：指在此次患病之前发生的有关健康问题的资料，包括既往史、治疗史、过敏史等。

(2) 现实资料：指现在发生的有关健康问题的资料，包括病人基本资料、现病史等。

但在实际情况两种分类相互交错、相互组合。如既往资料中，既有主观资料，也有客观资料；客观资料可以是既往资料，也可以是现实资料。

3. 按 Maslow 的“人的基本需要层次”分类

(1) 生理需要：体温、脉搏、呼吸、空气、水、饮食、睡眠、适宜的温湿度以及正常活动和排泄的需要，感、知觉情况的异常等都涉及生理需要，是人生存所必须满足的基本需要。

(2) 安全需要：病人患病后对生命的危机感，对新的诊断和治疗方法安全性的怀疑，对药物不良反应、手术的安全和手术效果的担忧，对疾病预后的顾虑，对病情恶化的恐惧，对医院环境不熟悉，走路容易摔倒的安全问题等。当安全需要不能满足时，病人可能会有恐惧、不安的感觉。

(3) 爱与归属的需要：病人在陌生的环境中需要温暖、友爱，有被人同情关怀的需要。如果不被人接受、不被人需要、不受人喜欢，就会感到孤独。如想家、想孩子，希望有人来探望等。

(4) 尊敬与被尊敬的需要：病人住院后，由于角色的转换而必须听从医护人员的嘱咐，为此医护人员要满足病人自尊的需要，禁忌用教训、命令的口吻对病人说话。人患病后往往希望医生、护士对自己重视，怕因容颜改变或患某些疾病被人看不起。如病人“我什么都不行”，“我恨自己不能起床去厕所”，“你们应该听听我的意见”等言语的表达，是希望医生、护士对自己重视。

(5) 自我实现的需要：担心住院影响工作和学习而焦虑不安，急于参与社会工作或参与决策；因疾病停止学习或工作而产生失落感，盼望康复后再去参加工作，完成某一任务，做出某些成就。

Maslow 的基本需要理论，将人的生理需要（即低级需要）和心理需要（即高级需要）分为 5 个层次，呈金字塔的结构形式排列：塔尖为自我实现，塔底为生理需要，排列顺序依次为自我实现—自尊—爱与归属—安全需要—生理需要。护士的护理活动就是满足病人的需要。按照这一理论，病人入院后，护士首先应满足其舒适、饮食、休息、睡眠等生理需要，而有的需要可延缓或改变满足时间，但这些需要仍然存在。按人的基本需要为基础，可从以下几个方面进行资料的收集：① 社会心理状况：包括病人的职业、单位、职务、受教育程度、宗教信仰、家庭成员、经济状况、居住条件，病人在家庭中的地位等；② 精神情感状况：包括病人的感知能力、对压力的反应、对周围人和事物的反应，病人目前思考的问题，对自己目前状况的看法及自我形象的概念；③ 感觉状况：包括视觉、听觉、嗅觉、味觉、触觉、痛觉、温度觉等；④ 运动状况：如活动是否受限、对日常劳动和剧烈活动的承受能力等；⑤ 呼吸状况：包括呼吸道是否通畅、呼吸频率、呼吸音是否异常；有无吸烟史及持续时间，吸烟的量、种类；有无应用影响呼吸功能的药物，辅助呼吸等；⑥ 循环状况：如脉搏的频率、强弱、节律，心音是否正常，心率和脉率是否一致，血压是否正常，心电监护数据等情况；⑦ 营养状况：如饮食习惯，食欲、体重情况，有无义齿、吞咽困难、恶心、呕吐，胃肠手术史，胃镜检查结果等；⑧ 排泄情况：包括排泄习惯有无改变，导致排泄习惯改变的原因，有无特殊改变，如大小便失禁、腹泻、便秘、黑便、尿潴留、夜尿多等情况；⑨ 生殖系统：女性病人要了解月经史、生育史、计划生育情况等；⑩ 体温状况：包括病人对自我体温感觉情况，病人或家属对降温和保暖措施掌握程度，病人有无大汗、夜间盗汗，体温测量情况等；⑪ 皮肤状况：如皮肤的颜色、弹性、干湿度，有无皮疹及其他皮损，卫生习惯，及皮肤排泄情况；⑫ 舒适和休息状况：身体不舒适的原因，睡眠情况，疾病是否影响到睡眠；⑬ 环境状况：病人对住院环境是否有安全感，是否需要安全措施，是否有引起交叉感染的环境因素存在等。

4. 根据功能性健康型态分类(近年来应用较广泛) 每个功能型态都有一组共同的、类似的、互相关联的临床表现,因而在对每个型态的资料进行收集、整理、分析和判断的过程中,可产生护理诊断。

(1) 健康感知/健康管理:病人目前的健康状况,既往的健康状况及感知情况,是否遵循和执行医护人员的指导,保健措施如何,病人是否存在不健康的行为(如个人卫生较差,生活方式不健康等)。

(2) 营养/代谢型态:包括病人的营养、水分摄入、组织完整性和体温调节等情况。

(3) 排泄型态:大、小便情况,即肠道和膀胱的功能。

(4) 活动/运动型态:包括:① 生活自理能力;② 活动能力及耐力;③ 疾病如呼吸功能、循环功能受损对活动的限制;④ 活动有无辅助工具如轮椅、拐杖;⑤ 锻炼情况。

(5) 睡眠/休息型态:睡眠情况,是否失眠、需要安眠药,休息后体力是否容易恢复。

(6) 认知/感觉型态:疼痛、视觉、听觉、味觉、触觉、嗅觉有无异常,思维情况及记忆能力等。

(7) 自我感知/自我概念型态:指病人的自我认识 and 自我评价,如情绪状态、心理感觉等。

(8) 角色/关系型态:指病人的各种角色,他们对角色的认识,以及疾病对角色的影响,如沟通有无障碍、家庭角色改变、工作角色改变等。

(9) 性/生殖型态:指婚姻、生育情况,女病人的月经情况。

(10) 压力/应对型态:对住院、疾病及各种事件的适应能力,对现实的态度。

(11) 价值/信仰型态:指力量和希望的源泉以及对健康的信念、宗教信仰。

(二) 资料的核实

为保证收集到的资料真实、准确,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,对有些客观资料请别的护士检查。特别是由于病人病情危重,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. 请护理对象验证 对有关心理、社会资料的评估,往往通过一次会谈所收集的资料不一定准确,因此应请护理对象验证,以确保资料的准确性。

(三) 检查有无遗漏

不管按哪一类整理,均需按身、心两个方面进行整理,检查所收集的资料有无遗漏,然后做必要的补充,但不要只着眼于疾病而忽视心理、社会因素。

(四) 与正常值相比较

比较的目的在于找出异常情况。人在整个生命过程中不同的生长发育时期,其生理功能

范围及各种生理、心理需要是有差别的。因此,护士必须掌握生长、发展的生理变化情况及心理学、行为科学的理论,根据不同年龄阶段、不同家庭、社会、文化背景并考虑个体差异等情况,如身高、体重、生命体征、认知情况、应对能力,全面分析比较后,判断哪些资料是异常的,并进一步找出引起异常的相关因素,从而为护理诊断提供依据。

(五) 选择护理诊断

对分类整理好的资料,经过归纳、演绎、分析,选择护理诊断,包括:病人现存的健康问题、现存的及潜在的影响病人健康的危险因素,预测病人现存的健康问题。同时,应针对病人过去和现在对疾病的应对能力,以及需要进一步确立或排除的健康问题提出评估意见。

(六) 分析、归纳

通过资料的分析整理,初步考虑以下几个问题。

1. 病人现在和过去的健康状况 包括病人目前主要症状、体征的病理性性质及程度;病情的发展变化;既往的健康状态,包括营养、体质情况等。
2. 病人现在和过去的心理社会状况及应对方式 包括病人目前的心理状态;病人角色的适应;既往社会生活环境下对压力的应对方式等。
3. 存在的健康问题和潜在的危险因素 例如一脑梗死病人,平时身体健康,为普通平衡饮食,每餐 150 g,生活能自理,应对正常。患病后因右侧咀嚼肌无力有咀嚼困难,饮食改为软食、半流质,每餐 50 g;右侧肢体瘫痪,生活不能自理;焦虑哭泣。

初步考虑为:患病前,正常饮食型态、正常活动,运动型态、应对正常。患病后,营养失调、低于机体需要量(因咀嚼困难、饮食种类改变所致),躯体移动障碍、自理缺陷、个人应对无效、有皮肤完整性受损的潜在危险。

(李 萍)

项目二 健康史的采集

健康史(护理病史)的采集是护士必须掌握的基本技能,通过与病人交谈,了解病人所患疾病的发生、发展、变化过程和由此产生的躯体不适、活动障碍、心理反应,结合以往的健康状况、生活习惯、家庭背景、工作条件,予以判断病人目前存在哪些需要由护士解决的健康问题和需要观察、预防的潜在性健康问题。因此,健康史体现了以病人为中心的整体护理观。健康史的内容,即交谈的内容,是关于评估对象目前、过去健康状况及其影响因素的主、客观资料。其主要内容包括评估对象目前及既往的健康状况,影响健康状况以及护理对象对自己健康状况的认识与反应等。

提示

护士收集资料的目的与医生不同,医生关注的是病人的症状、体征、治疗及疾病的进展情况,找出病人所患疾病的有关病理资料做出医疗诊断;而护士是为了找出病人所存在的对健康问题的反应,如患病后病人有哪些不适,心理上有哪些反应,哪些基本需要未得到满足,日常生活能力受到的限制情况等。



一、病人入院评估

(一) 方法

1. 准备阶段

(1) 安排合适的环境:为了保证交谈不受干扰,询问病史时应尽量安排安静的环境、舒适的场所,光线、温度适宜,保证私密性。与轻病病人或家属交谈可请到办公室,坐定后进行;重病病人则可在床边进行,尽可能减少周围环境的影响,尽量避免站在病人对面,因为护士采取这种姿势会给病人一种居高临下或匆忙的感觉。在有多张病床的普通病房,护士应该运用自己的谈话技巧,弥补环境条件的不足,如声音大小的适度把握,设计隐秘问题应含蓄。

(2) 选择时间:交谈是一种情感的交流,时间选择得好,谈话往往能得到病人的配合。时

间的选择应以方便病人为主,一般在病人入院事项安排就绪后进行交谈,以免引起病人焦躁不安。不应在病人就餐或其他不便时间内进行,以免影响病人的情绪。对待不同的病人,应选择不同的时机,当病人在抢救或痛苦时,除了必要的询问之外,应该避免交谈,详细健康史稍后补充或从其亲属处获得。

(3) 确定交谈目的: 在了解病人的基本情况和患病的基础上,确定交谈的目的和方式,健康史的采集要有的放矢、重点突出。主要在于了解病人患病后的感受,对疾病的认识及心理状况、日常生活习惯、住院带来的不便、对医疗护理的需求,以及其他双方共同关心的问题。

(4) 参阅必要的资料: 为了使交谈达到预期的目标,护士应对病人的基本情况及所患疾病的有关医学知识有所了解。如通过查阅门诊、急诊病史,了解该病人的姓名、年龄、入院诊断;通过查阅参考书籍,了解该病的主要表现、诊断和治療措施。根据这些资料,初步确定交谈的方法。

2. 起始阶段 健康史的采集也是建立护患关系的开始,应注意病人的文化背景,护士应熟悉自己与病人的文化差异,以使谈话中自己的语言和行为能充分体现对病人文化的理解和尊重;注意病人的年龄,了解其参与交谈的能力,以便采取有效的沟通方法。为了创造融洽、平等的气氛,交谈开始时,护士应有礼貌地称呼对方并作自我介绍。如介绍姓名、本病室的其他医护人员,使病人有亲切感和被尊重感,这种平等的气氛对交谈的进行特别重要,避免使病人有被审问的感觉。随后可介绍病房的规章制度,交换对病室环境的看法(是否习惯,是否安静、温暖等)。谈谈入院的情况,在进行健康史采集前简单的聊天,可使病人和护士互相适应,但不要谈得过多,否则会使交谈离题太远。

3. 探讨阶段 这一阶段是健康史采集的主要阶段,护士处于主导地位,可根据交谈的目的提出问题,在护士和病人相互比较熟悉,双方感觉良好的情况下,可向病人说明交谈的目的。如“为了使您在住院期间得到更好的护理,我想了解一下您的病情和生活习惯,您看可以吗?”等等。以后再按入院评估内容、顺序逐步进行交流,交流中要注意非语言沟通,如交谈中与病人的视线保持接触,运用必要的手势,保持适当的距离,适时微微点头或应答,避免分散病人注意力。为了准确有效地获得资料,询问者应注意以下几点。

(1) 时间程序: 交谈一般由主诉开始,有目的、有层次、有顺序地进行。提问应简单明了。在简要现病史的采集中应按症状或体征出现的先后次序询问,应问清症状开始的确切时间直至目前的演变过程。护士可用以下方式提问,例如“您哪儿不舒服?”,“嗯……”,“请接着往下讲”,“以后怎么样?”以便病人易于理解和回答。避免使用生涩、难懂的医学术语。

(2) 使用过渡语言: 即向病人说明即将讨论的新话题及其理由。如“我们一直在讨论您本次的住院情况,现在我想问问您过去的病情,可能与本次疾病有关。”

(3) 掌握交谈速度: 一般应多听少问,护士提出问题后,要做一个有效的倾听者,应专注、耐心地倾听病人按自己的方式或程序自由地叙说,不要轻易打断病人的话语,要注意全面观察病人的非语言行为所传递的信息,让病人有足够的时间回答问题。如果偏离交谈目的,可客气地穿插些与评估内容相关的问题,使话题转回,如“您讲的那些情况我已经知道,现在请再谈谈关于咳嗽的情况吧。”

(4) 应用合适的提问方式: 在交谈时,护士应该灵活地运用不同的提问方式与病人进行交谈。对病人的陈述要表示理解、认可、同情,要给病人充分的时间回答问题。