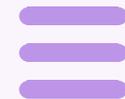


护理学导论护理评估

演讲人：

日期：



contents

目录

- 护理评估基本概念与意义
- 健康史采集技巧与要点
- 身体检查在护理评估中应用
- 心理社会评估内容及方法
- 实验室检查及其他辅助检查结果解读
- 风险评估与预防措施制定

01

护理评估基本概念与意义



护理评估定义及目的

护理评估是有计划、有目的、有系统地收集病人资料的过程，根据收集到的资料信息，对护理对象和相关事物作出大概的护理评估推断。

定义

目的

为护理活动提供基本依据，确保护理工作的针对性和有效性。

护理评估在护理工作中重要性



基础性工作

护理评估是整个护理程序的基础，为后续的诊断、计划、实施和评价提供依据。



提高护理质量

通过准确评估，可以制定更符合病人实际需求的护理计划，从而提高护理质量。



保障病人安全

及时发现和解决潜在的护理问题，降低护理风险，保障病人安全。



护理评估与诊断关系



相互关联

护理评估是护理诊断的前提和基础，护理诊断是护理评估的结果和延伸。

协同作用

护理评估与诊断相互协同，共同构成护理工作的核心环节，确保护理工作的连续性和有效性。



护理评估内容及方法概述

内容

包括病人的生理、心理、社会文化背景等方面的资料，以及病人的健康状况、健康问题和护理需求等。

方法

包括观察、交谈、体格检查、查阅病历资料等，以获取全面、准确的病人信息。同时，还需运用护理专业知识和临床经验进行分析和判断。



02

健康史采集技巧与要点



健康史采集目的及意义



了解个体健康状况

通过采集健康史，获取个体的生理、心理和社会方面的健康状况信息。



评估健康风险

分析个体的健康史资料，评估其患病的危险因素，为制定预防措施提供依据。



指导护理实践

根据健康史评估结果，制定针对性的护理计划，指导护理实践。



健康史采集方法与技巧



01

开放式提问

鼓励个体自由表达，获取更全面的健康信息。



02

倾听与观察

认真倾听个体陈述，观察其非言语行为，获取更准确的健康信息。



03

核实与澄清

对个体陈述的信息进行核实和澄清，确保信息的准确性。



04

结构化访谈

按照一定顺序和结构进行访谈，确保信息的完整性和系统性。



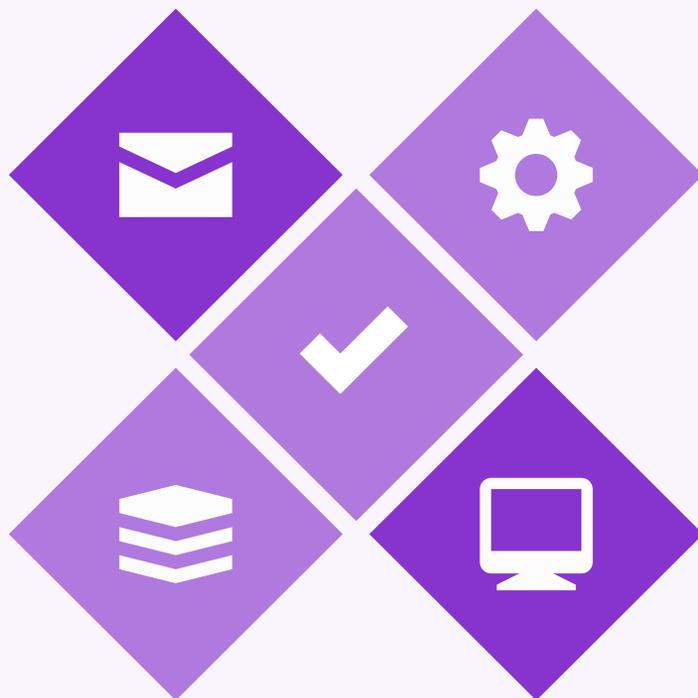
关键信息筛选与记录要点

筛选重要信息

从个体陈述中筛选出与健康状况密切相关的关键信息。

记录客观事实

准确记录个体的客观陈述，避免主观臆断和推测。



突出阳性体征

重点记录个体的阳性体征和异常表现，为诊断提供依据。

保持记录连贯性

按照时间顺序记录个体的健康史资料，保持记录的连贯性和完整性。



隐私保护和沟通技巧

尊重个体隐私

在采集健康史过程中，尊重个体的隐私权和保密需求。



沟通技巧

运用良好的沟通技巧，与个体建立信任关系，引导其自由表达。



敏感信息处理

对于涉及个体隐私的敏感信息，采取适当的保护措施，避免泄露和滥用。



遵循伦理原则

在采集、使用和存储健康史资料时，遵循相关的伦理原则和法律法规。



03

身体检查在护理评估中应用

身体检查目的和步骤介绍



目的

身体检查是为了获取患者身体状况的客观资料，为制定护理计划和护理措施提供依据。



步骤

身体检查的步骤包括观察、询问、触诊、叩诊、听诊等，每个步骤都有其特定的目的和注意事项。

常见身体检查方法展示



视诊

观察患者的面色、神态、姿势、步态等，以了解患者的整体状况。



触诊

通过触摸患者的身体部位，了解皮肤温度、湿度、弹性以及有无压痛、肿块等。



叩诊

用手指或叩诊锤轻叩患者身体表面，根据声音判断脏器的位置和大小。



听诊

使用听诊器听取患者心、肺、肠等脏器的声音，以判断其功能状态。



异常体征识别与处理建议

异常体征

包括体温异常、心率异常、呼吸异常、血压异常等，这些异常体征可能是疾病的表现，需要及时识别和处理。



处理建议

对于异常体征，护士应及时报告医生，并根据医嘱采取相应的护理措施，如给予降温药物、调整输液速度等。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：
<https://d.book118.com/975201241132011331>