



香港都會大學
護理及健康學院
Hong Kong Metropolitan University
School of Nursing and Health Studies

普通科護理學高級文憑

NURS N151CF 臨床護理學 [普通科] (一)

健康評估及護理過程 (一)

學習成果

學員修畢本課題後，應能：

- ✓ 定義護理過程;
- ✓ 描述護理過程的目的、特性及步驟;
- ✓ 描述護理過程與科學方法及問題解決法的差異;
- ✓ 討論執行護理過程須具備的知識及技能;
- ✓ 概述護理評估、護理診斷、護理計劃、護理執行及護理評價的意義;
- ✓ 了解護理計劃表的基本內容;
- ✓ 說出護理記錄的目的;
- ✓ 描述目前護理記錄的原則。

(A) 護理過程的基本概念 (Nursing Process)

(一) 定義

- ◆ 護理過程是護理人員透過思考過程，運用科學方法，有系統地解決病人問題的科學過程
- ◆ 護理過程包含了評估、診斷、計劃、執行與評價等五個步驟
- ◆ 透過護理過程，護士會了解病人的個別需要，為病人制定適切的護理措施，改善病人現存或潛在的健康問題，提高護理服務品質

(二) 特色

- ◆ 護理過程為一個有計劃和目標為本的動態過程
- ◆ 各步驟間互相關聯、並受病人及周邊環境影響
- ◆ 護理過程以病人為中心、以問題為本
- ◆ 呈現出有系統、有彈性、有連續性與有互動性的特色

(三) 對比護理過程與科學方法及問題解決法的差異

- ◆ 護理過程具時效性
 - 護士通常須立刻或在相對短的時間內處理護理對象的問題，不能耽誤
- ◆ 護理過程具複雜性
 - 病人的背景及問題往往複雜及多面，導致問題往往出現種種變數

- ◆ 護理過程、科學方法及問題解決法之比較

科學方法	問題解決法	護理過程
1. 定義問題	1. 收集資料	1. 評估
2. 收集資訊	2. 分析資料	2. 診斷
3. 設計執決方案	3. 擬訂計劃	3. 計劃
4. 執行解決方案	4. 執行計劃	4. 執行
5. 評值結果	5. 評值結果	5. 評價

(四) 目的

- ◆ 護理的對象包含病人、家庭與社區
- ◆ 藉着護理的評估、診斷、計劃、執行與評價，護士能夠了解及滿足護理對象的需要
- ◆ 維持護理對象在最佳的健康狀況
- ◆ 提升護理對象在生理、心理、社會及靈性方面的健康狀況

(五) 功能

- ◆ 確保護理品質
- ◆ 提供持續、個別、良好的照護
- ◆ 協助護理對象解決其現存或潛在的健康問題
- ◆ 展現護理專業的自主性
- ◆ 促進護理專業的成長

(B) 執行護理過程須具備的知識及技能

- ◆ 護士需掌握各項知識與技能、融會貫通、方能有效地解決護理對象的問題
- ◆ 護士需呈現不同的護理能力，迅速、正確有效地幫助護理對象

護理程序	須具備的知識	須具備的技能
護理評估	<ul style="list-style-type: none">．何為生理、心理、社會、靈性健康．病人的價值觀及文化背景如何影響健康．病人的家庭背景、個人發展、調適機制如何影響健康	<ul style="list-style-type: none">．身體評估．系統觀察．溝通、傾聽、建立信賴
護理診斷	<ul style="list-style-type: none">．健康問題的成因、症狀、風險因子	<ul style="list-style-type: none">．如何收集主觀及客觀的資料．組織相關資料並作出判斷
護理計劃	<ul style="list-style-type: none">．了解護理對象的價值觀、信念、個性對病人的影響．了解護理技術的適應症與禁忌症	<ul style="list-style-type: none">．掌握解決健康問題的方法．訂出可測量的目標
護理執行	<ul style="list-style-type: none">．熟悉及了解護理技術的操作．考慮病人的安全及權益．考慮相關的護理倫理	<ul style="list-style-type: none">．掌握及展現相關護理技術的操作．有效及安全地執行醫囑．教導病人自我照顧．與護理對象溝通．身體評估及系統觀察
護理評價	<ul style="list-style-type: none">．了解何為達到護理目標．了解病人對護理措施可能有的反應．辯識護理措施是否有效	<ul style="list-style-type: none">．收集主觀及客觀的資料．身體評估及系統觀察．評估健康問題有否改善．重新評估護理計劃

(C) 護理過程各步驟之重點

(一) 護理評估 (Nursing Assessment)

- ◆ 護理過程的第一步
- ◆ 有結構、有系統地收集病人的健康資料，作為護理診斷、計劃、執行與評價的基礎
- ◆ 重點為收集資料及歸類資料

收集資料

1. 範圍

- ◆ 包括病人的生理、心理、社會與靈性方面的健康發展
- ◆ 護士可以選擇不同合適的架構進行評估，以得出較有系統、較完整的評估
- ◆ 架構例子: 高登 (Gordon) 十一項功能性健康型態、羅氏適應模式

2. 種類

- ◆ 收集資料的種類大致可分為主觀性資料與客觀性的料資
- ◆ 主觀資料 (Subjective data)
 - 由護理對象提供
 - 憑著其直覺及經驗而說出的看法與感受
 - 通常無法直接測量或證明相關資料的真確性
- ◆ 客觀資料 (Objective data)
 - 由醫護人員、家屬直接觀察或測量所得

3. 評估重點

- ◆ 基本資料之評估
 - 性別、年齡、身高、體重、婚姻、職業、宗教信仰及教育程度等
- ◆ 整體功能性之評估
 - 全面性的資料收集
 - 包括了解護理對象目前的健康狀況、生活型態及過去病史
- ◆ 焦點式評估
 - 深入問題的評估方式，以收集與健康問題有關之症狀及徵象，以及了解導致問題之原因
- ◆ 確認每一種疾病之徵象 (Sign) 及症狀 (Symptom)
 - 徵象: 能被測量的客觀資料
 - 如生命徵象 (Vital Signs)
 - 症狀: 主要是病人自己陳述和察覺的主觀資料，也可是旁人能觀察到的客觀資料
 - 主觀資料: 病人感到頭暈、頭痛、嘔心
 - 客觀資料: 旁人觀察到病人盜汗、臉色蒼白

4. 來源

- ◆ 可從護理對象、家屬及重要親友取得
- ◆ 也可從病歷記錄、其他醫護人員或透過身體檢查取得

5. 方法

- ◆ 主要運用三種技巧：觀察法、會談法及身體評估
- ◆ 收集資料後應盡快記錄，確保準確性

5.1 觀察法

- ◆ 觀察病人的言行舉止、所使用的醫療設備、輔助工具
- ◆ 觀察病人與家人、親朋戚友及其他病人間的互動情況

5.2 會談法

- ◆ 在收集資料前，護士宜作合宜的自我介紹，說明會談的目的與時間
- ◆ 會談應在舒適的環境進行以保障病人私隱

5.3 身體評估

- ◆ 藉聽診、叩診、觸診及視診取得資料
- ◆ 依頭、頸、前胸、後胸、腹部及四肢等順序逐項檢查

驗證資料

- ◆ 護士應確保收集資料的完整性及準確性
- ◆ 若收集的資料出現不清或自相矛盾
 - 護士應進一步澄清及確認

歸類資料

- ◆ 收集主觀及客觀資料後，須歸納使之有用
- ◆ 護士可依合適的評估架構作歸類或將性質相近的評估項目歸納一起

(二) 護理診斷 (Nursing Diagnosis)

- ◆ 護理人員將收集的資料詳細分析，判斷護理對象的健康問題
- ◆ 護理診斷 ≠ 醫療診斷
- ◆ 護理診斷主要處理病人對疾病的反應

定義

- ◆ 護理診斷為擬訂護理計劃提供方向及指引
- ◆ 以國際北美診斷協會的護理診斷手冊來分類與定義病人的健康問題
 - 可細分現存性問題 (Actual Problem) 與潛在性問題 (Potential Problem)
 - 現存性問題: 氣體交換障礙 (Impaired Gas Exchange)
 - 潛在性問題: 潛在危險性感染 (Risk for Infection)
 - 國際北美診斷協會會定期召開護理診斷分類會議更新護理診斷手冊

護理診斷的結構

- ◆ 護理診斷在結構上有既定要求，稱為 P.E.S. 型式
 - P 是健康問題 (Health Problem)
 - E 是原因 (Etiology)
 - S 是徵象與症狀 (Signs and Symptoms)

健康問題 (P)	根據護理診斷手冊，每一個護理診斷都有其定義 護士須根據病人特徵，選擇符合定義的護理診斷 範例: 急性疼痛
原因 (E)	導致健康問題的原因或相關因素 (Related Factor) 範例: 急性疼痛，與手術後傷口有關。
徵象與症狀 (S)	徵象與症狀應能解釋或支持所提及的原因或相關因素 徵象與症狀須來自實際的護理評估 而非抄襲自護理診斷手冊中定義特徵一欄 範例: 急性疼痛，與手術後傷口有關，以病人臉部扭曲、心跳加快、及自我陳述腹部疼痛 (標準化疼痛量表: 8/10)作為理據

確立護理診斷的過程

1. 歸類資料

- ◆ 將收集的資料依性質歸類

2. 確立資料

- ◆ 判斷病人有那些需求未獲得滿足
- ◆ 根據特徵，確立護理問題

3. 識別原因

- ◆ 識別出導致或影響問題之相關因素

4. 確立護理診斷

- ◆ 護理診斷須包含健康問題，原因，特徵
- ◆ 確立護理問題後，須與病人確認，再共同擬訂下一步之護理計劃

擬訂護理診斷的優先次序

- ◆ 一般而言，按馬斯洛人類需求階層理論來排定優先次序
- ◆ 威脅生命的問題應優先處理
 - 病人無法呼吸、病人無心跳、病人大出血導致血壓大降
- ◆ 有可能出現的併發症或相關狀況應歸類為潛在危險性問題
- ◆ 如有現存性問題，應先處理現存性問題，再處理潛在危險性問題
- ◆ 若無生命之危及無特定治療順序，則可以病人期望排定優先次序



(三) 護理計劃 (Nursing Planning)

- ◆ 目的是解決護理對象的健康問題
- ◆ 開始於護理診斷後
- ◆ 可細分為護理目標及護理計劃兩部份

步驟

- ◆ 設定護理診斷的優先次序
- ◆ 確立護理目標
- ◆ 擬定護理措施
- ◆ 編製護理計劃

1. 設護理診斷的優先次序 (Priority)

- ◆ 若問題對病人生命的威脅性高，護士須優先處理
- ◆ 若護理對象同時有兩個或以上的問題
 - 解決問題的優先次序可參考馬斯洛 (Maslow) 的人類基本需要層次理論來排序
 - 同時需考慮病人的意願，因為每個人自認那些需求必須優先滿足存在差異
 - 差異受身體功能、個人價值觀、文化背景、宗教信仰、職業、教育程度、經濟狀況、倫理觀念以及家庭影響

2. 訂立護理目標 (Nursing Goal)

- ◆ 所訂定的目標須以個案為中心
- ◆ 明確描述出預期的成果
- ◆ 護理目標必須能被具體評價是否達成
- ◆ 護理目標最好由護士與病人共同擬訂
- ◆ 護理目標需依病人目前能力潛在能力而定
- ◆ 書寫護理目標時應包括對象、動詞、在限定時間內須達到的標準。
 - 鄔先生在一週內，每日營養攝取量達到 1800kcal。
- ◆ 訂定護理目標應符合 SMART 準則
 - S = Specific (明確的)
 - M = Measurable (可測量的)
 - A = Achievable (可達成的)
 - R = Relevant (相關的)
 - T = Time-bound (有時限的)

3. 擬定護理措施 (Nursing Intervention)

- ◆ 護士能透過護理計劃更精確的執行護理措施，有助達成護理目標
- ◆ 計劃護理措施時，須建基於理論基楚(Rationale)或具科學依據
- ◆ 須以病人為中心，考慮其個性、能力及配合程度
- ◆ 護理措施須符合安全與倫理守則

4. 編製護理計劃 (Nursing Care Plan)

- ◆ 一旦確定護理對象有那些健康問題或基本需求未獲滿足，護士須擬訂護理計劃
- ◆ 護理計劃有利護士和其他醫務人員之間的溝通
- ◆ 促進護理措施的持續性
- ◆ 作為日後護理評核 (Audit) 的依據
- ◆ 指引後續的護理活動

評估日子	問題 / 需要 (Bio-psycho-social-spiritual)	護理措施				
		措施	DATE ON	簽名及職銜	DATE OFF	簽名及職銜
	呼吸系統問題	<input type="checkbox"/> Auscultate air-entry & assess lung sounds				
	<input type="checkbox"/> 低效性呼吸形態	<input type="checkbox"/> Monitor for respiratory parameters				
	<input type="checkbox"/> 呼吸道清除功能失效	<input type="checkbox"/> Titrate O ₂ level to maintain SpO ₂ as daily goal				
	<input type="checkbox"/> 氣體交換問題障礙	<input type="checkbox"/> Perform suction as needed to keep airway patency				
		<input type="checkbox"/> Elevate HOB ≥ 30° / sit out for effective coughing				
		<input type="checkbox"/> Give bronchodilator as prescribed.				
		<input type="checkbox"/> Secure chest drain well, ensure no looping or kinking				
		<input type="checkbox"/> Connect chest drain to prescribed suction				
		<input type="checkbox"/> Assess for any swinging & air leak in chest drain system				
		<input type="checkbox"/> Assess characteristics and amount of chest drain output				
		<input type="checkbox"/> Others (specify):				
	Fill or put a "√" in appropriate <input type="checkbox"/>					

NURSING CARE PLAN

HOSPITAL AUTHORITY

Hospital No.: _____ ID. No.: _____

Name: _____

Sex: _____ Chinese Name: _____

Ward: _____ Bed No.: _____ Dept: _____

(四) 護理措施 (Nursing Implementation)

- ◆ 驗證及實行護理計劃
- ◆ 執行護理措施

目的

- ◆ 執行護理計劃
- ◆ 對病人的病情及反應進行評估與記錄
- ◆ 評估病人對護理的需求

步驟

1. 執行護理措施前：

- ◆ 重新評估及檢視護理計劃是否合宜及安全
- ◆ 重新評估護理目標是否具體及可行
- ◆ 檢視護理措施是否符合病人需要
- ◆ 考量是否有足夠的準備及物資
- ◆ 護士是否掌握相關的專業技術

2. 執行護理措施時：

- ◆ 必須瞭解執行的目的
- ◆ 具純熟的技術
- ◆ 準備合宜的環境
- ◆ 安全、有效、認真、負責地執行護理措施
- ◆ 提供相關的衛生教育 (Patient Education)
- ◆ 執行過程時需隨時檢討其成效，並觀察、評估是否有新的健康問題出現
- ◆ 若情況許可，執行護理措施時應鼓勵護理對象及其家屬參與

3. 執行護理措施後：

- ◆ 執行護理措施後，護士需將執行護理措施的原因、過程及結果記錄於護理記錄中
- ◆ 相關的記錄有助醫護人員了解病人的病程及健康問題
- ◆ 護理記錄也是法律證明文件，對臨床教學及科學研究意義重大

(五) 護理評價 (Nursing Evaluation)

- ◆ 護理評價意在評價護理目標是否達成及確認影響護理目標達成的因素
- ◆ 若健康問題持續或仍然未能滿足病人需求:
 - 需重新收集資料以確定原因
 - 重新擬訂護理計劃 (Nursing Care Plan)

評價護理目標達成的情形

- ◆ 在執行護理措施後，護士應適時:
 - 檢討護理措施是否有效
 - 檢討護理目標是否達成
 - 護理對象的健康問題是否已改善或解決

分析影響護理目標達成的原因

- ◆ 若護理目標無法達成或只達成部份護理目標
 - 護士應分析及確認影響護理目標達成的因素為何
 - 然後重新評估、修正護理計劃

有效的護理過程

1. 有效的護理過程應包含五項要點:

- ◆ 護理評估是否完整
- ◆ 確立問題是否正確
- ◆ 護理目標是否具體
- ◆ 護理措施是否合當及具體
- ◆ 護理措施的成效如何

2. 有效護理過程的結果

- ◆ 護士若能掌握護理過程中的要點，應能幫助護理對象:
 - 改善健康狀況
 - 回復身、心、社、靈的平衡

(D) 護理記錄法 (Nursing Documentation)

- ◆ 護理記錄是護士將促進病人達到最佳健康狀況的護理活動誠實及謹慎地記錄下來
- ◆ 護理記錄應對護理過程有具體及完整的描述
- ◆ 不同醫療單位有不同的記錄方法，但多半在格式上做調整
- ◆ 護士需根據醫院指引，依各模式或格式之要求，填寫護理記錄

(一) 護理記錄的目的

- ◆ 促進護士和其他醫務人員之間的溝通
- ◆ 供醫護人員檢視病人的臨床狀況
- ◆ 作為法律文件，提供書面證據
- ◆ 作為護理專業品質改進的依據
- ◆ 作為護理標準化過程的參考資料-護理查核

(二) 何時需作護理記錄

- ◆ 病人入院、轉院、出院及轉病房前
- ◆ 當值班結束前
- ◆ 特別護理程序前後
- ◆ 特別檢查前後
- ◆ 護理對象情況突然改變
- ◆ 病人拒絕接受治療或護理措施
- ◆ 醫療事故

(三) 常見護理記錄的方法

方法	內容
SOAP 格式 (SOAPIER)	S: Subjective Data (主觀資料) O: Objective Data (客觀資料) A: Assessment (護理評估) P: Planning (護理計畫) I: Intervention (護理措施) E: Evaluation (護理評價) R: Re-assessment/ Revision (再評估/再檢視)
焦點記錄法-#DART 格式 (Focus charting)	#: Problem (問題) D: Data (資料) A: Action (護理措施) R: Response (護理措施後病人的反應) T: Teaching (教導病人相關的護理)

SBAR	<p>S: Situation (病人的情況)</p> <p>B: Background (病人的背景)</p> <p>A: Assessment (相關的評估)</p> <p>R: Recommendation (建議/須要的行動)</p>
------	---

(四) 護理記錄的注意事項

- ◆ 準確及適時地記錄護理活動
- ◆ 誠實地記錄護理活動
- ◆ 不可擅自篡改或刪除護理記錄
- ◆ 不可預先記錄 (Advanced Charting)
- ◆ 不可擅自使用縮寫 (Abbreviation)
 - 醫院管理局有認可縮寫字列表 (Standard Abbreviation)
- ◆ 避免含糊及不必要的字詞
- ◆ 避免個人意見 (Opinion)

(五) 護理記錄的原則

- ◆ 護理記錄應該要清楚、簡要、完整、準確及當前
- ◆ 以黑色/藍色原子筆書字
- ◆ 字跡須清晰可辨認 (Legible)
- ◆ 使用認可及統一的縮寫 (Standardized abbreviation)
- ◆ 在護理記錄前審時病人相關的醫療記錄
- ◆ 以客觀的量表(Objective Measurement)來描述病人當前的情況及健康問題
- ◆ 當病人的情況改變/轉差時，記錄何時通知醫生並記錄醫生的名字
- ◆ 因應健康問題，記錄相關的護理評估、護理措施及再評估的結果
- ◆ 記錄撰寫護理記錄時的日子、時間、專業
- ◆ 避免將撰寫護理的日期追溯到過去某時 (Backdate)
- ◆ 於護理記錄尾段，填上姓名及職銜(以正階)並簽署作實
- ◆ 護士學生的護理記錄需由註冊或登記護士會簽 (Countersign)
- ◆ 書寫護理記錄不應隔行，避免不誠實的人於空白行上增添不失記錄
- ◆ 不可在兩篇護理記錄間插入新的護理記錄
- ◆ 準確地記錄病人的主訴(Chief of Complaint)及症狀(Reported symptoms)

範例

CLINICAL MANAGEMENT SHEET (Cont'd)

Date / Time (discipline)	Each entry must be signed and initialed
26/8/2022 20:30	Nursing Conscious and alert. Vital signs stable, MEWS(1). Tried room air with SpO ₂ 95%. Chest drain was in-situ, marking 17. No swing. No bubbling. Pleural output in this shift was around 10 ml with straw colour. No oozing over puncture site. Pending CXR. VDS pain score: 2/4 over puncture site. PRN paradol was administered. Advised bed rest. Continuous cardiac monitoring, ECG showed SR. Patient nil active complaints. Keep observation. ————— RN Wu Chung King

(六) 特別情況的護理記錄

錯誤撰寫護理記錄

- 不可以任何形式(例如:塗改液或塗改帶)刪除或遮蓋錯誤處
- 不可拋棄任何部份的醫療記錄
- 應以一直線劃掉錯處並加簽

26-8-2022 10:30	Nursing NS dressing was performed to patient's abdominal surgical wound. Mild yellowish exudate was found in the old dressing. Wound size: 5x1cm. 2 stitches in place. Moderate ^{serous} haemorrhagic ^{serous} exudate was found in the swabbings. Wound bed red. Surrounding skin intact. No maceration was noted. The wound was covered by plain gauze and secured by micropore. Patient tolerated the procedure well. ————— ECU student Mok Ka Chun / RN Wu Chung King
--------------------	--

病人拒絕接受治療或護理措施

- 記錄護士已向病人清楚解釋
- 相關治療或護理措施的重要性
- 不接受相關治療或護理措施的風險(Risk)及可能結果(Possible Consequence)
- 記錄病人拒絕的原因及考量
- 記錄相關的衛改

參考資料:

鍾詩琦 (2020)。《焦點記錄法-臨床書寫指引》。華杏。

方妙君、楊雅淑、蔡端宜、邱秀環 (2021)。《護理過程》(三版)。華杏。

林明珍 (2021)。《護理報告之課室教學與臨床應用》(五版)。華杏。

蘇麗智、阮玉梅、胡月娟、林明珍、吳樺姍、李引玉、羅筱芬、張淑珍、洪佳黛 (2017)。
《最新護理學導論》(七版)。華杏。

屈蓮、李惠玲、何瓊芳、嚴惠宇、羅筱芬、呂莉婷、林素戎、林玉惠、潘婉琳、陳貞秀、楊木蘭、游秀珍、嚴毋過、呂麗卿 (2017)。《護理學導論》(七版)。新文京開發。

Lee, L. P. (2021)。《最新護理診斷手冊：護理計畫與措施》(郭惠敏、黃靜微、張秉宜、程子芸、胡慧蘭、林家綾、喬佳宜、林麗秋譯；四版)。華杏。(原著出版於 2020)

Hospital Authority (2015). Core nursing standards for patient nursing care documentation.