



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;
- ✓ 描述護理計劃表的基本內容;
- ✓ 說明護理記錄的目的;
- ✓ 描述護理記錄的原則。

(A) 護理過程的基本概念 (Nursing Process)

(一) 護理過程的定義

- ◆ 護理人員透過思考過程，運用科學方法，有系統有組織地解決問題的過程
- ◆ 為一個動態及持續的人際過程，有助護理人員診斷及處理病人的健康問題及改變
- ◆ 著重於確認與處理個人或團體對潛在或現存健康狀態的反應
- ◆ 提供一個架構，辯識問題，以確保病人、家庭和社區的個別性需要得以滿足
- ◆ 包含了評估、問題確立/診斷、計劃、執行與評價五個步驟
- ◆ 每一個步驟都必須應用相關知識，方能引導適切的臨床判斷
- ◆ 確保所規劃的護理照護是適切、有效率及高品質

(二) 護理過程的特性

- ◆ 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
- ◆ 以病人為中心，有個別性
- ◆ 每項步驟或活動都有相對應的理學根據
- ◆ 具持續性，需以病人的最新狀況，隨時修正護理診斷及護理措施
- ◆ 呈現出互動性、動態且有彈性的特色
- ◆ 適用範圍廣泛，適用不同對象的各種健康階段與狀況
- ◆ 可區分出護理模式與醫療模式之不同

### (三) 護理過程與科學問題解決法的差異

- ◆ 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，導致問題往往出現各種變數
- ◆ 科學問題解決法與護理過程的比較
  - 護理過程的概念依據護理實務的特性，修正科學問題解決法的步驟

科學問題解決法	護理過程
1. 定義問題	1. 評估
2. 收集資料	2. 問題確立/診斷
3. 形成假設	3. 計劃
4. 評定假設	4. 執行
5. 測試假設	5. 評價
6. 形成結論	

### (四) 應用護理過程的目的

- ◆ 了解及滿足護理對象的需要
- ◆ 確認與處理個人或團體潛在或現存的健康問題
- ◆ 維持及促進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
- ◆ 提供有效且高品質的護理照護

### (五) 護理過程的重要性

- ◆ 提供個別性護理照護
- ◆ 提供持續性照護
- ◆ 確保護理品質
- ◆ 讓個案能夠參與擬訂自己的健康照護計劃
- ◆ 增加護理人員工作信心及成就感
- ◆ 展現護理專業的自主性

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

## (C) 護理評估 (Nursing Assessment)

### (一) 護理評估的目的

- ◆ 有結構、有系統及有組織性地收集病人的健康資料
- ◆ 再加以驗證，並組織成有用的資料
- ◆ 評估個案目前的生理、心理及社會健康狀態
- ◆ 確認是否存在偏離健康的因素
- ◆ 找出與健康問題相關的症狀與徵象
- ◆ 作為護理診斷、計劃、執行與評價的基礎

### (二) 護理評估的原則

- ◆ 作出完整及全面的評估
- ◆ 資料收集的過程中，須同時收集主觀及客觀資料，並互相驗證
- ◆ 應直接陳述資料，避免扭曲或錯誤陳述資料
- ◆ 評估前應先與個案及其家屬建良好的治療性人際關係
- ◆ 評估須反覆進行，具持續性

### (三) 評估資料的範圍

- ◆ 個案基本資料的評估
  - 個案基本資料
    - 性別、年齡、身高、體重
    - 婚姻、職業、宗教信仰及教育程度等
    - 過去病史、過敏史
  - 家庭關係
  - 求醫過程
- ◆ 整體功能的評估
  - 了解個案目前的健康狀況及生活型態
  - 包括生理、心理、社會及靈性方面的健康發展
  - 一般需應用完整的評估指引或理論架構進行評估
  - 架構例子
    - 高登 (Gordon) 十一項功能性健康型態
    - 羅氏適應模式
- ◆ 問題焦點性評估
  - 針對個案所陳述或醫護人員所觀察到的健康問題，作深入探討
  - 收集與健康問題有關之症狀及徵象，以了解導致問題的原因
- ◆ 突發狀況的評估
  - 當個案突發任何危及身心健康問題時進行
  - 作為緊急醫療處置及護理措施的依據

#### (四) 收集資料的種類

- ◆ 主觀資料 (Subjective data)
  - 通常由護理對象提供
  - 憑著其直覺及經驗而說出的看法與感受
    - 如頭很痛、腹部有脹痛、沒有胃口、害怕住院
  - 收集資料來源應以個案為優先
  - 若個案未能清楚表達或無法表達時，可由照顧者代為陳述
- ◆ 客觀資料 (Objective data)
  - 由醫護人員或家屬直接利用觀察或身體檢查的方式所得
    - 視診、觸診、聽診、叩診、嗅覺
    - 如旁人觀察到病人盜汗，臉色蒼白
  - 科學儀器的檢測值及各項臨床檢查的結果同屬客觀資料
    - 如白血球指數高 (WBC)，腹部超音波發現闌尾有腫脹
  - 客觀資料可作為主觀資料的依據或輔助，增強資料的準確性
- ◆ 徵象 (Sign)
  - 能被測量的客觀資料
    - 如生命徵象 (Vital Signs)
  - 身體檢查的特殊反應結果
    - 如闌尾炎時會出現洛夫辛氏徵象 (Rovsing Sign)
- ◆ 症狀 (Symptom)
  - 可以是主觀資料或客觀資料
  - 主要由個案主觀陳述和察覺的資料
    - 如個案感到疼痛、無力、暈
  - 也可以由旁人觀察所很
    - 如家屬察覺病人盜汗及臉色潮紅

#### (五) 收集資料的來源

- ◆ 病人資料可細分為初級來源及次級來源
  - 初級來源 (Primary source)
    - 個案本人是唯一來源
  - 次級來源 (Secondary source)
    - 家屬、重要親友、醫護人員、病歷記錄提供的資料
    - 也可透過身體檢查所得

#### (六) 收集資料的方法

- ◆ 主要運用三種技巧：會談法、觀察法及身體檢查與評估
- ◆ 要獲知個案本身的健康情況，最好的方式是直接訪談
- ◆ 若個案的生理或心理狀況無法進行會談，可採取其他方式獲取完整資料

## 1. 會談法

- ◆ 在收集資料前，護士宜作自我介紹，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
- ◆ 先根據初步的評估指引進行訪談，再作深入訪談
- ◆ 了解健康問題的相關風險因子及呈現的症狀及徵象
- ◆ 運用專業的溝通技巧，以完整地收集資料

## 2. 觀察法

- ◆ 藉觀察者的感官，有目的地收集資料
- ◆ 透過直接觀察法收集資料
  - 觀察個案的言行舉止、肢體語言、臉部表情
  - 觀察個案所使用的醫療設備、輔助工具
  - 觀察個案與家人、親朋戚友及其他病人間的互動情況
- ◆ 透過間接觀察法收集資料
  - 病人醫療記錄
  - 其他醫護人員

## 3. 身體評估

- ◆ 藉聽診、叩診、觸診及視診，對個案的生理狀況作系統性評估
- ◆ 依頭、頸、前胸、後胸、腹部及四肢等順序逐項檢查
- ◆ 須保護個案的舒適及安全
- ◆ 注意環境中的光線，確保能觀察到個案身上之異常表徵

## (七) 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

## (八) 歸類資料

- ◆ 收集主觀及客觀資料後，須歸納同類別的資料
- ◆ 依照主題有組織的書寫整理，使零散的資料具組織性
  - 把資料依不同主題呈現
  - 把各主題相關的內容組織一起
- ◆ 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
  - 架構例子
    - 高登 (Gordon) 十一項功能性健康型態
    - 羅氏適應模式

## (D) 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
- ◆ 描述病人對疾病過程或健康問題的反應
- ◆ 主要處理病人對疾病的反應
- ◆ 需因應病人反應的改變作修正
- ◆ 護理診斷 ≠ 醫療診斷

### (一) 護理診斷的定義

- ◆ 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 of 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

### (二) 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

### (三) 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

### (四) 擬訂護理診斷的優先次序

- ◆ 一般而言，按馬斯洛的需求層次理論來排定優先次序 (Hierarchy of Needs)
- ◆ 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



馬斯洛的需求層次理論

## (E) 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
- ◆ 依照護理目標設計護理計劃
- ◆ 使病人得到連續的個別性護理

### (一) 編製護理計劃的步驟

- ◆ 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

### (二) 設定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) 的需求層次理論來排序
  - 需考慮病人的意願，不同個案對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

### (三) 設定護理目標 (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
- ◆ 護理目標應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)

#### (四) 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

#### (五) 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 <sub>2</sub> level to maintain SpO <sub>2</sub> 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: \_\_\_\_\_

## **(F) 護理執行 (Nursing Implementation)**

- ◆ 執行是以行動為導行
- ◆ 護理執行的意義是實行設計好的護理計劃以達預期目的
- ◆ 過程強調護理人員的智慧、人際關係、臨床知識及護理技術
- ◆ 護理人員的觀察、溝通、管理及組織能力決定護理計劃能否成功執行

### **(一) 執行護理措施**

- ◆ 執行護理措施可分為獨立性與非獨立性護理活動
- ◆ 執行獨立性措施時，護理人員可針對個案情況作出決定
- ◆ 執行非獨立性措施時，護理人員需與醫生或其他醫護人員討論處置方法
- ◆ 先評估病人對護理的需求
- ◆ 需先做好準備，方能正確執行護理措施

### **(二) 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
- ◆ 考量是否掌握相關的專業技術
- ◆ 考量是否需要其他人力支援，是否能獨立安全地執行
- ◆ 考量是否有足夠的準備及物資
- ◆ 重新查閱相關的護理標準及指引
- ◆ 評估潛在的感染風險，採取適當的個人防護裝備

### **(三) 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
- ◆ 評估個案潛在的併發症或危險性問題
- ◆ 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

### **(四) 執行護理措施後**

- ◆ 評估個案對護理措施的效果及反應
- ◆ 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

## (G) 護理評價 (Nursing Evaluation)

- ◆ 評價護理目標是否達成及判斷影響護理目標達成的因素
- ◆ 對病人所提供健康照護的一種成效探討
- ◆ 可於照護過程同步進行，或於護病關係結束後進行
- ◆ 持續及有計劃的批判性思考過程
- ◆ 由個案、重要親友及醫護人員參與其中
- ◆ 確保護理照護成效及品質

### (一) 評價護理目標達成的情形

- ◆ 在執行護理措施後，護士應適時
  - 以個案的健康狀態和預期目標作比較
  - 判斷護理計劃的成效
  - 評估護理照護的品質
  - 分析護理對象的健康問題是否已改善或解決
  - 評價個案的生理及心理反應、自我照顧技巧、知識以及能力

### (二) 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
  - 分析及判斷影響護理目標達成的各項因素
    - 重新審視護理記錄及病歷
    - 分析個案關注的優先順序是否不同
    - 評估是否有新健康問題出現
    - 審視原訂的護理目標是否切實可行
  - 決定護理計劃是否繼續執行
  - 審視、修正或終止護理計劃
  - 落實新的護理計劃

### (三) 有效的護理過程

- ◆ 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

## (F) 護理記錄法 (Nursing Documentation)

- ◆ 護理人員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
- ◆ 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
- ◆ 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

- ◆ 促進護理人員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

- ◆ 個案入院、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
- ◆ 醫療事故發生後

### (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 <sub>2</sub> 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 A 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. <del>Moderate</del> <sup>serous</sup> <del>haemorrhagic</del> <sup>serous</sup> 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. ————— EN student Mok Ka Chun / RN Wu Chung King
--------------------	--

### 病人拒絕接受治療或護理措施

- 記錄護理人員已向病人清楚解釋
- 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.