

113年HOSCE 檢定考前說明會

弘光科技大學護理系
張珠玲

HOSCE

(Holistic Objective Structured Clinical Examination)

- HOSCE評測方式在部分美國護理學校已行之有年，學生可透過評測更加貼近臨床實務。
- 而在國內，弘光科技大學護理系首先推動HOSCE評測，教案皆經過專家信效度檢測，SP皆須接受相關訓練，考官都有一致性的信度且有擔任考官的經驗，能夠如實呈現HOSCE評測的精神及成效。

THE UNIVERSITY OF THE STATE OF NEW YORK
REGENTS COLLEGE NURSING PROGRAMS
CLINICAL PERFORMANCE IN NURSING EXAMINATION
NURSING PROCESS ASSESSMENT REPORT (NPAR)

I. STUDENT'S NAME: a. (print) _____
b. (sign) _____
c. SS # _____

II. EXAMINER'S NAME: a. (print) _____
b. (sign) _____

III. RESULT OF THE EXAMINATION (circle one) **PASS** FAIL NO PENALTY

IV. DESCRIPTION OF THE EXAMINATION SETTING:
Patient's Name: _____
Patient's Room Number: _____
Patient's Hospital Number: _____
Hospital: _____ **CHS** ✓
PCS Number (circle one) 1 2 3 4 5
Type of PCS (circle one) ADULT CHILD
Date of PCS: / / Time: Start _____ Stop _____
Additional time allowed _____ minutes

DIRECTIONS TO THE EXAMINER: This report (NPAR) is the official record of the student's performance in the Patient Care Situation (PCS) identified above. Directions for completing this form and conducting the PCS are stated in the boxed sections following throughout the NPAR.

Before meeting with the assigned student:

- a. Fill in Items No. I, II, III, and IV.
- b. Complete all aspects of No. IV.
- c. Place a star in the space to the left of each Area of Care to be assessed during the PCS.
- d. Assess the assigned patient's room for "suitability" of the environment, patient status, etc.

Clinical Performance in Nursing Examination
STUDENT PCS RESPONSE FORM

Student Name: _____ Date: _____
(print)

Student Signature: _____

PCS #: _____ Outcome: **PASS** FAIL
(circle one)

Clinical Examiner: _____
(print)

Clinical Examiner Signature: _____

Clinical Associate _____
(print)

Check SPAC and Write Name of Hospital Test Site:
WPAC: _____
MADAC: _____
SPAC: _____
WPAC: _____
WPAC: _____

The University of the State of New York
Regents College Nursing Program
© 1989

HOSCE

- HOSCE評測重視臨床護理實務的真實情境、護理過程及全人的照護
- HOSCE評測模式為較長時間
(此次考試時間為**30分鐘**)的護理情境考試
- 原始評測是用真實病人的真實情境
- 過程為**計畫**階段→ **執行**護理計畫→ **書寫**護理紀錄

護理大樓



護理大

前往報到處E105

弘光科技大學
HUNG GUANG UNIVERSITY

E 護理大樓

- 3F 護理專業教室
- 2F 護理研究所
護理系教師研究室
基礎醫學實驗室
- 1F 護理系辦公室
護理專業教室
- B1F 第一會議廳
中階護理教室

考生報到暨待考區(E105教室)



待考區(E105教室)

待考區內備有工作車等考試設備，可先行熟悉。

- (每梯次輪流看5分鐘)



考生入場排隊等候區

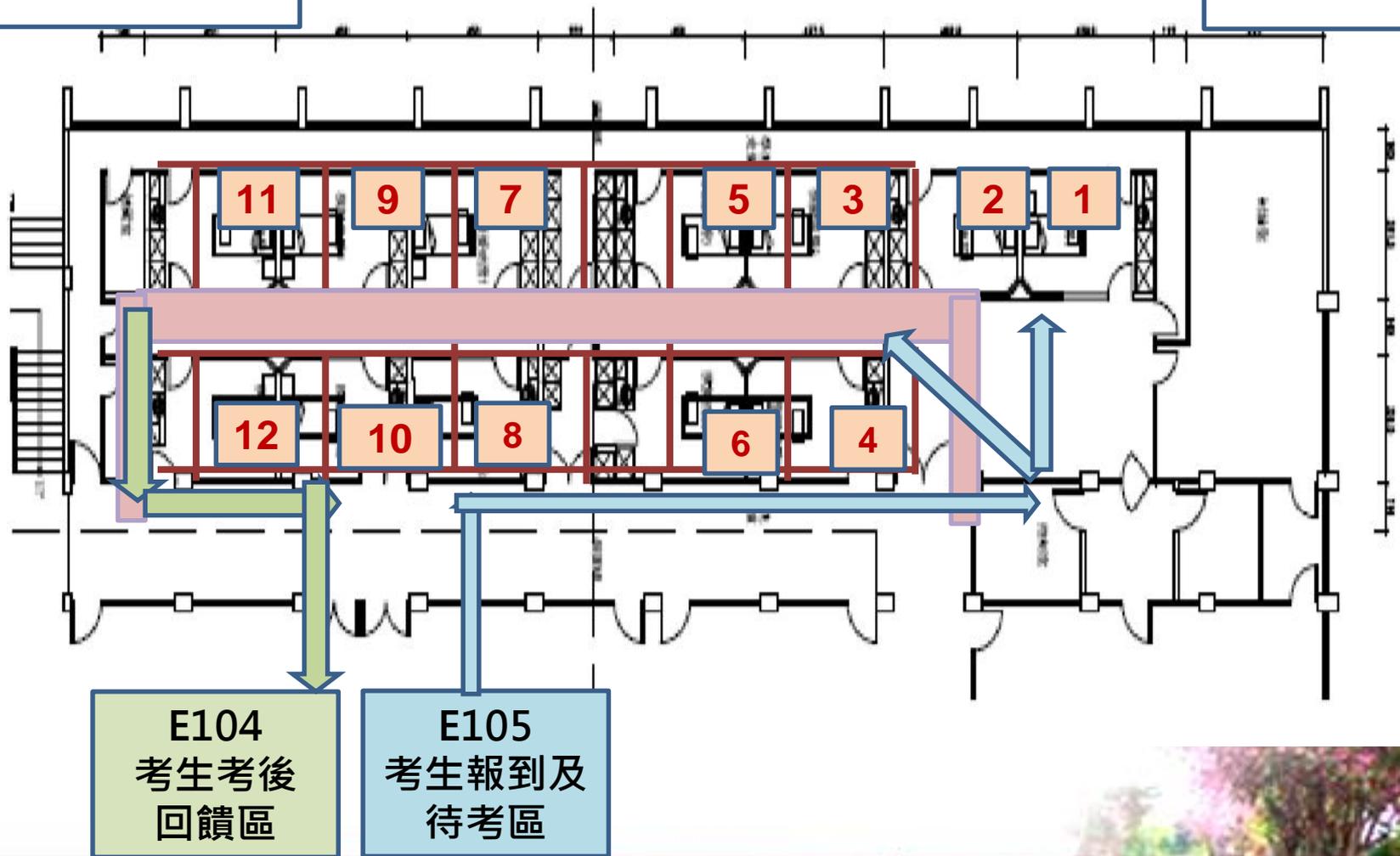
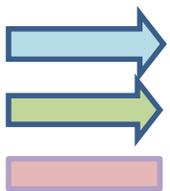
考生於入場前，請依照指示將物品放置於指定之置物櫃待檢定結束後取回



OSCE考場位置平面圖

考生: OSCE中心
考生報到: E105
考場: R1-R12

考生入考場
考生出考場
考生走道



試場內考生走道

讀完題後請自行進入考間(自由運用考試30分鐘)



考間



考生回饋區(E104教室)

HOSCE考完之後，請依照引導
至考生回饋區填寫問卷及回收背牌



考場出口方向(往圖書館方向之後門)



所有考生結束考試並完成回饋後
依據引導方向保持安靜、離場



點滴注射模型



注意事項 (一)

- 考試日期：

	5/13 (一)	5/14 (二)	5/15 (三)	5/16 (四)
上午	日四技 四甲	五專 五甲	日四技 四丁	日四技 基技認證
下午	日四技 四乙	進四技 五甲	日四技 四丙	

注意事項 (二)

- 考試梯次表及報到時間將於**04/29(一)中午**公告於護理系網頁，並通知班代，若有正當理由需更換梯次請於**05/03(五)下午4點**前至E107辦公室提出申請。
- 考試採分梯報到，考完後填完回饋表即可離場。



注意事項 (三)

- 考試無技術評值表或SOP，相關表單及考試流程公告於網頁內，請詳閱。

【護理系網頁 - 空間設備 - OSCE中心暨智慧病房】



The screenshot displays the website for the Department of Nursing at Hungkuang University. The top navigation bar includes links for '弘光科技大學', '正體中文', 'English', and 'Login'. The main header features the department name '護理系(所)' and 'Department of Nursing'. A secondary navigation bar contains links for '最新消息', '系所簡介', '系所成員', '招生資訊', '課程資訊', '空間設備', '文件下載', '碩博班', '國際交流', and '常見問題'. The '空間設備' link is highlighted with a red box. A dropdown menu is open, listing various facilities: '會議室借用', 'OSCE中心暨智慧病房' (highlighted with a red box), '臨床技能檢定中心', '高擬真模擬病房', '基礎護理專業教室', and '產兒科護理練習教室'. The background of the page features a banner for a nursing department event, mentioning '李欣怡' and '臺中市勞工局'.

敬請詳閱

試題表單

試題評分表

說明影片

注意事項

1. 請準時至E101報到，報到前請更換好服裝(服裝儀容依照實習規定)。
2. 報到前請用餐完畢，報到區禁止飲食。
3. 報到時請出示識別證及學生證核對身分。
4. 報到後即不可再離開報到區，請配合簽到及依座位表就坐。
5. 報到後至離開回饋區前皆不可使用手機，可帶書來看。
6. 請依檢定需求自備原子筆及手錶等物品，考場內所有紙張皆禁止攜出。
7. 檢定過程請依中控廣播行動，勿提前離開考場。
8. 若有其他檢定相關問體，可至E107辦公室詢問或電話聯繫(分機3020)。

注意事項 (四)

- 考生服裝儀容：**著實習服、鞋**，儀容整潔頭髮盤起。
- 考生自備用物：**紅藍黑原子筆、學生證、身上掛實習識別證**。
- 可補考次數 **1** 次，補考題目同考試題目
- **補考日期另行公佈**



注意事項 (五)

- 進入考場之前，深呼吸，控制自己緊張情緒。
- 請掌控 **30 分鐘** 考試時間，包含讀題、入考間操作、書寫護理紀錄，請 自行運用。
- 讀題時請注意該站考題的「任務」。
- 報到後若需如廁，請至E101後方廁所；考試結束若需如廁，須由工作人員陪同。
- 養成好習慣，進入病室要
 - (1)自我介紹、確認病患和說明目的
 - (2)接觸病人前後乾洗手
- **考試單張均不得帶離考場**



整個流程

1. 計畫階段：讀題完寫出2個「護理問題」
2. 執行階段：與個案互動，執行
「通用範圍」及2項「選考範圍」
3. 評量階段：互動完後，完成...
「護理問題」
「護理記錄」

HOSCE通用及選考範圍

護理系張珠玲



通用範圍

	A. <u>維持無菌</u> ： 防止細菌的侵入或傳染。(執行照護前或中均應洗手才符合無菌的原則)	
	1. 每一場臨床考試在執行階段開始前，受試者必須在考試老師面前洗手(含乾洗手)。	<u> </u> P
	2. 防止自己被污染。	<u> </u> F
	3. 防止服務對象被污染。	<u> </u> P
	4. 棄置污染物於指定處。	<u> </u> F
	5. 有需要時則建立無菌區。	<u> </u> NA

通用範圍

B. 避免情緒傷害：

避免威脅服務對象及其家屬情緒健康(emotional well-being)的態度或行為，包括不正確的行為或對於服務對象的情緒行為忽略。

生氣、悲傷、害怕、、等都是情緒。

避開憤怒情境、積極傾聽、不做負向思考、不自以為是、誠實面對自己的問題、幽默化解危機、適時的休息與放鬆

用讚美代替嫌棄，用肯定代替批評，用接納代替打罵。在我們的成長環境裡，幾乎每一個人，從小到大所耳濡目染的就是嫌棄、批評、論斷；尤其是嫌棄，幾乎人人都可以成為專家了。然而，講到讚美自己所愛的親人，總是露出一副茫然的樣子，似乎讚美就等同於拍馬屁、阿諛、諂媚一樣，是令人十分不齒的行為。

通用範圍

	C. 溝通： 以服務對象或家屬為中心的語言或非語言的互動。	
	1. 在執行階段開始時，能利用以下方式與服務對象建立語言上的溝通。	
	(1) 介紹自己。	
	(2) 解釋即將執行的護理活動。	
	(3) 用手觸摸小孩或無法溝通之成人。	<u>NA</u>

通用範圍

	2. 至少用以下一種方式與服務對象語言互動。	
	(1) 至少向服務對象詢問一次其對護理活動的反應。	
	(2) 至少向服務對象詢問一次其舒適的狀況。	
	(3) 進行以服務對象為主導的溝通。	
	(4) 與無法溝通之服務對象講話。	

通用範圍

	3. 用服務對象可以瞭解的語言溝通。	
	4. 言語表達不可有輕視、侮辱、哄騙之意。	
	5. 肢體語言的表達不可有輕視、侮辱、哄騙之意。	

通用範圍

D. 避免身體傷害：

避免威脅到服務對象身體健康(physical well-being)的任何行為(或因忽略了某種行為)。在整個考試的過程，受試者都要對服務對象的安全負責。

通用範圍

E. 執行臨床決策：

臨床決策是護理實務中解決問題的一個過程，在此過程中要能針對服務對象的情境並依據學理及醫院的流程選擇適當的護理措施。臨床決策的能力應是要展現於護理過程中的每一個階段，通常臨床決策能力是在其執行關鍵行為(Critical elements)時可觀察到的。受試者決定不要執行某一項關鍵行為時，必須在不執行的當時以口頭方式向考官說明原因，若未說明即執行或經說明考官不認同時，此項亦不通過。

通用範圍

F. 健康指導：
運用教學過程提供護理指導。

1. 至少利用以下兩種以上方式評估學習需求。

(1) 在提供建議或解決方式前鼓勵服務對象表達意見。

(2) 確認或澄清服務對象的問題。

(3) 針對討論的問題，允許服務對象以沉默(不超過30秒)，表達看法或發問的方式進一步探索主題。

通用範圍

2. 執行教學的過程時

(1) 至少詢問服務對象一次有關他對教學內容的了解

(2) 教學語言符合服務對象了解的程度。

(3) 當服務對象表達不了解時能調整內容或教學方法。

(4) 對於符合教學目標的服務對象行為給予正向加強。

3. 至少利用以下一種方法評量教學成效。

(1) 安排服務對象回答問題。

(2) 安排服務對象回覆示教。

4. 記錄教學過程及成效。

通用範圍

G. 促進舒適：
促進服務對象舒適。

1. 在執行期間，至少詢問服務對象舒適狀態一次。

2. 若有不舒適，則評估其原因，並向服務對象說明。

3. 與服務對象討論合適的方法。

4. 執行適當策略。

5. 詢問至少一次改善狀況。

選考範圍(A-R)18項

	A. 液體： 提供口服及靜脈液體，並能正確衡量輸出入量。	
	1. 口服液體	
	(1) 確認口服液體之種類。	
	(2) 確認口服液體的量。	
	(3) 給予正確口服液體。	

2.靜脈液體

(1)在執行階段開始後之10分鐘內。

①利用以下方法確認流速

i)預先計算

ii)確認靜脈液輸入器所設定的為正確流量。

②調整流量

i)每分鐘在正確流速5滴差異範圍之內，若流速低於10滴時，則誤差需在3滴內。

ii)調整靜脈輸入器之流量至正確流量。

③利用以下至少一種方法來檢查靜脈針注入血管處是否有鬆脫、異位或其他併發症。

i)用手觸摸注入血管處四週之皮膚是否有冰冷感。

ii)用手去觸診注入處四週組織是否有水腫。

iii)在針注入血管處阻斷靜脈血流，看是否靜脈液流量受到影響。

(2)給予正確的靜脈液。

(3)每小時給予正確的靜脈流量(每小時30cc之差異為可接受的範圍)。

(4)在給予靜脈液時，清除靜脈管中的氣泡。

(5)調整服務對象姿勢，以利靜脈液體之輸入。

(6)在表格中記錄輸入之液體。

3. 當需要衡量輸入量時

(1) 記錄整個考試期間內的輸入量於規定之表格內，誤差要在正確值 $\pm 10\%$ 之內。

(2) 記錄液體之種類。

4. 當需要衡量排出量時:

記錄整個考試期間內的排出量於規定之表格內，誤差要在正確值 $\pm 10\%$ 之內。排出量應包括：尿量、嘔吐量及引流量等。

	B. 移動性： 指在活動時給予部分或完全協助，包括擺位、運動、轉換性活動及移動。服務對象可能需要上下床、可能需要或不需要支持性裝置，可能需要或不需要石膏(固定性敷料)，但必定需要護理人員的協助。	
	1. 移動或擺位是經由：	
	(1) 支持其較弱或是受傷的身體部位。	
	(2)支持服務對象的頭、肩膀及骨盆。	
	(3)翻轉、抬起或是把服務對象移動到不同的位置。	
	(4)運用身體部位或是外在裝置以維持服務對象在一個舒適的位置。	
	2. 指導服務對象進行主動運動至少包括以下一組：外展和內收、及/或屈曲和伸展。	

	3. 執行被動性運動，經由：	
	(1) 以全關節運動方式活動服務對象的指定關節至少一次，至少須包括以下一組：外展和內收、及/或屈曲和伸展。	
	(2) 在全關節運動時在關節處支持肢體的重量。	
	4. 協助移動：	
	(1) 利用穩定性設備。	
	(2) 使用方法維持服務對象平衡。	
	5. 針對指定的部位，應用並/或維持支持性或治療性處置(如：繃帶、長襪、包紮物，持續被動性活動器)。	

	C.個人清潔： 是指部分或完全協助個人衛生，包括沐浴、口腔及床之整潔。	
	1.沐浴	
	(1)提供適於情境的隱私	
	(2)覆蓋尚未清洗的身體部位以預防寒顫	
	(3)按摩受壓處	
	(4)清洗服務對象無法清洗到的皮膚表面	
	(5)潤濕服務對象無法潤濕到的皮膚表面	
	(6)擦乾服務對象無法擦到的皮膚表面	
	(7)執行指定部位的皮膚準備	
	(8)在擦澡過程中至少更換一次水	

	2.口腔	
	(1)提供設備進行口腔護理	
	或	
	(2)協助口腔護理，以：	
	①使用牙刷或是其他裝置清潔牙齒	
	②清潔黏膜	
	及	
	③潤滑嘴唇	
	3.床	
	(1)提供乾淨且繃緊的床單	
	(2)提供乾淨且足部位置寬鬆的蓋單	
	(3)在適當的位置放置枕頭	

	D.生命徵象：	
	測量及記錄體溫、脈搏、呼吸及血壓，並評估疼痛程度。	
	1.遵循生命徵象測量指引	
	2.經由下列方式獲得正確的生命徵象：	
	(1)讀取測量工具在靜止範圍的數據：	
	①體溫 ± 0.5 度	
	②血壓 ± 4 mmHg	
	③心尖脈每分鐘 ± 4 次(若是小於2歲的兒童，則是 ± 10 次/分鐘)	
	(2)在靜止的範圍內計算：	
	① ± 2 呼吸次數/分鐘(若是小於2歲的兒童，則是 ± 6 次/分鐘)	
	②脈搏 ± 4 次/分鐘	
	(3)詢問服務對象疼痛程度0-10分。(若是4歲以上兒童，則運用臉譜勾選)。	

E.冷熱敷：

提供冷、熱或溼、乾之使用亦為身體治療。

1.對指定部位治療。

2.提供適當溫度之治療時間。

3.使用規定之液體。

4.保護冷熱敷部位之皮膚。

F. 引流：

經由重力或是抽吸移除身體空腔或是傷口分泌物或液體。

1. 維持或是將管子連接上容器

2. 適當固定以維持管路通暢

3. 使用重力或是抽吸維持引流

4. 清潔管路插入處周圍的皮膚或組織

5. 依指示將管子適當地插入身體空腔

	G. 餵食： 經由瓶子、管路或是其他裝置對嬰兒、兒童或是需要協助餵食的成人提供營養。	
	1.對所有的餵食：	
	(1) 選取指定的餵食	
	(1) 使服務對象維持在適當的姿勢以促進攝入	
	(1) 慢慢地餵食醫囑的食物	
	(1) 記錄餵食的種類	
	(1) 記錄餵食的量	

	2.協助餵食：	
	(1)選擇合適的餵食工具	
	(2)六個月月齡的嬰兒，視需要應定時予以排氣	
	3.在室溫下執行餵食，除非有其他指示	
	4.若醫囑是間歇性管餵食：	
	(1)計算每分鐘的滴注量	
	(2)除非有禁忌，以下列方法之一核對鼻胃管的位置：	
	①徐徐注入10-20ml空氣進入胃並聽診(若是2歲以下的兒童只要5ml即可)	
	或	
	②反抽胃內容物	
	(3)在規定時間的±30分鐘內餵食	
	(4)視需要，在指定的時間內以規律的速率餵食：	
	①計算好每分鐘的滴注數，調整流速在每分鐘±5滴之間(規律滴注或是微量滴注)	
	或	
	②調整灌注控制裝置的流速到達到指定量	

	5.若是持續性管灌食：	
	(1)在開始灌食後的20分鐘內	
	①依下列兩者調整流速	
	i)正確計算每分鐘滴注的流速	
	或	
	ii)在記錄表中載明設定在輸注控制裝置上的流速	
	②當需要時調整流速：	
	i)調整每分鐘流速在每分鐘±5滴之間	
	或	
	ii)在輸注控制裝置上調整流速	

	(2)除非有禁忌，否則應以下列方法之一，在記錄表至少核對一次鼻胃管的位置：	
	①徐徐注入10-20ml空氣進入胃並聽診(若是2歲以下的兒童只要5ml即可)	
	或	
	②反抽胃內容物	
	6.在餵食之前需先抽出胃內容物	
	(1)測量抽出的胃內容物	
	(2)除非有禁忌，再將抽出的胃內容物灌入	
	(3)決定要給予的餵食量	

H. 給藥：

提供常規用藥，包括口服、肌肉、靜脈、皮下、皮內給藥或塞劑。

1. 依醫囑選擇正確藥物。

2. 準備正確藥量。

3. 使用正確給藥途徑。

4. 給藥於正確服務對象。

5. 在指定時間前後30分鐘內給藥。

	6.使用靜脈給藥法。	
	(1)在給藥前記錄正確的點滴滴數。	
	(2)注射前將管內之氣體排出。	
	(3)給藥前以下之方法檢是針頭插入出是否有脫落、水腫等合併症：	
	①感覺周圍皮膚溫度是否有改變。	
	②觸摸周圍組織是否有水腫。	
	③阻斷針頭插入處上方血管，是否點滴流速停止。	
	(4)調節流速使藥物在指定時間內送入靜脈(每分鐘5滴差異，或靜脈液注入器設定在正確之滴數)。	
	7.給予用藥後須於30分鐘內記錄於醫院用藥記錄內。	

	I. 神經學評估： 評估意識程度、瞳孔反應、以及感覺運動反應以決定神經學狀態。	
	1. 至少採用以下任一項方法評估意識：	
	(1)詢問特定的問題以確定時、地、人定向感	
	或	
	(2) 1至3歲的兒童或無法溝通的兒童或是成人：	
	①給予視覺、聽覺、及/或觸覺的刺激，以引發出一個有目的的反應	
	或	
	②確定具備辨識熟悉人或物之能力	
	及	
	(3)除非有禁忌，小於1歲兒童應採直起的姿勢觸摸前凶門	

	2.評估瞳孔大小的均等性以及對光反應	
	3.評估上下肢體運動反應的均等性	
	(1)當服務對象有語言反應時：	
	①請服務對象用雙手壓護理人員的手	
	及	
	②請服務對象兩腳背屈或蹠屈自然地對抗阻力	
	或	
	(2)對小於3歲的兒童或是無法溝通的兒童或成人，觀察對稱、不對稱、過度活動，或是缺乏活動時的肌肉骨骼反應	
	(3)當服務對象對語言刺激沒有反應時，評估服務對象對以下其中一種有害刺激的反應：	
	① 對服務對象的指甲床施予壓力	
	或	
	②捏痛皮膚	
	4.記錄以上中之二項的資料：意識程度、瞳孔反應、以及列舉如上的運動反應，包括在記錄單上的正常及/或不正常的發現。	

	<p>J. 神經血管評估：</p> <p>評估打石膏、牽引，或神經血管受損的服務對象肢體，比較受影響及未受影響肢體，評估其溫度、灌流、脈搏、感覺、及活動。</p>	
	<p>1.同時以下列項目比較肢體</p>	
	<p>(1)觸診脈搏是否存在</p>	
	<p>(2)評估肢體灌流：</p>	
	<p>①檢查微血管的再充填</p>	
	<p>或</p>	
	<p>②注意顏色</p>	
	<p>(3)以觸覺刺激服務對象肢體的末梢部位，引發出服務對象的反應</p>	
	<p>(4)請服務對象移動肢體</p>	
	<p>或</p>	
	<p>(5)對兒童或無法溝通的成人，觀察其肢體的活動狀況</p>	
	<p>2.針對受影響之肢體，至少記錄以下五項行為中的三項：</p>	
	<p>(1)脈搏有無</p>	
	<p>(2)肢體的灌流狀況(微血管再填充或顏色)</p>	
	<p>(3)肢體溫度</p>	
	<p>(4)感覺的有無</p>	
	<p>(5)活動的有無</p>	

	K. 給氧： 給予氧氣或使用壓縮空氣的設備諸如鼻導管、氧氣罩或其他氧氣裝置設備。	
	1.為服務對象擺位以促使呼吸順暢	
	2.設定、調整或維持氧流量在指定的給氧率 (升或百分比)	
	3.提供濕化的氧氣，有禁忌者除外	
	4.移除床旁單位現存可能會導致火花或火焰的任何物件	
	5.無論使用、插入或維持設備，均需依照指定的給氧率傳送氧氣	

	<p>L. 呼吸道衛生：</p> <p>使用或未使用機械設備，促進、教導或協助深度呼吸、咳嗽、姿勢引流、背部扣擊及/或呼吸運動。為了達到呼吸道衛生活動之有效性，治療前後必要給予肺部聽診。</p>	
	<p>1.開始呼吸道衛生之前進行肺部評估</p>	
	<p>(1)為服務對象擺位以促使聽診進行(坐直為宜)</p>	
	<p>(2)明確地教導服務對象於聽診時作深呼吸</p>	
	<p>(3)從後肺區包括上肺葉及下肺葉進行聽診呼吸聲6次。聽診時藉由系統性的移動聽診器從一側到另一側以及逐次地由上至下</p>	
	<p>(4)為6歲以下孩童聽診則從後肺區包括上肺葉及下肺葉進行聽診呼吸聲4次。聽診時藉由系統性的移動聽診器從一側到另一側以及逐次地由上至下</p>	

	2.深呼吸	
	(1)為服務對象擺位以促使肺部擴張及/或分泌物移動	
	(2)明確地教導服務對象盡可能深吸氣及深呼氣	
	(3)依醫囑或服務對象狀況之適應症重複作深呼吸	
	3.咳嗽	
	(1)明確地教導服務對象深吸氣及深呼氣	
	(2)明確地教導服務對象在第三次或第四次呼氣時用力咳嗽	
	(3)在服務對象咳嗽時依需要可提供支持物使用	
	4.機器設備 (吸氣肺量計、流量瓶等)(需依醫囑執行)	
	(1)為服務對象擺位以促使肺部擴張及/或分泌物移動	
	(2)明確地教導服務對象使用設備	
	(3)依醫囑或服務對象狀況之適應症重複作深呼吸	
	5.背部叩擊	
	(1)依指定為服務對象擺位	
	(2)在胸壁指定位置以杯狀手用力拍及/或顫動，有禁忌者除外(為1歲以下孩子背部扣擊，考官指明工具如手、手指或其他設備)	

	6.姿勢引流(需依醫囑執行)	
	(1)為服務對象擺位以讓肺患處引流	
	(2)明確地教導服務對象盡可能深吸氣及深呼氣	
	(3)提供容器以接收引流物	
	7.呼吸道衛生之後進行肺部評估	
	(1)以與開始評估時相同的位置為服務對象擺位	
	(2)明確地教導服務對象在聽診時深呼吸	
	(3)從後肺區包括上肺葉及下肺葉進行聽診呼吸聲 6 次。聽診時藉由系統性的移動聽診器從一側到另一側以及逐次地由上至下	
	(4)為 6 歲以下孩童聽診則從後肺區包括上肺葉及下肺葉進行聽診呼吸聲 4 次。聽診時藉由系統性的移動聽診器從一側到另一側以及逐次地由上至下	
	8. 比較治療前後所聽到的肺音。依以下之任一描述進行記錄	
	(1)二邊肺區更清晰	
	(2)肺音不正常	
	(3)呼吸音減弱或消失	

	M. 特別皮膚護理： 提供脆弱皮膚表面及/或皮膚壓力點特別皮膚護理。	
	1. 搓揉特定部位以刺激血循，有禁忌者除外	
	2. 當指定時：	
	(1) 依處方給藥及/或換藥	
	(2) 給藥記錄於服務對象的治療記錄上	
	3. 運用姿位或設備以減輕脆弱皮膚表面的壓力	
	4. 當指定時：	
	(1) 清潔特定部位	
	(2) 乾燥特定部位	

N. 標本：

收集體液或滲出液作分析(此部分只是作為第二選擇的部分)

1.獲得指定的標本

2.放置標本於指定的容器中或指定物品上面

3.有指定時分析標本

	O. 無菌換藥： 於傷口上進行濕或乾的無菌換藥	
	1.在不污染傷口之下移去敷料	
	2.放置移除的敷料於指定的感染性廢棄物密閉容器中	
	3.在不污染傷口之下，敷上無菌敷料	
	4.牢固新敷料	
	5.當指定時：	
	(1)以指定的溶液清洗傷口	
	(2)敷上處方藥物	

P. 牽引：

借助於一個機械設備固定一個或多個肢體。牽引可能持續或間歇，但服務對象需要護士的協助以維持調準。

藉由以下以維持牽引處方

1. 確認牽引繩無阻

2. 確保牽引錘自由懸掛

3. 擺位服務對象以提供反牽引

4. 保持服務對象在正確的體位(alignment)

	<p>Q. 抽吸：</p> <p>以導管或球狀抽吸器移除口、鼻咽或氣管支氣管部位的分泌物。氣管支氣管抽吸治療前後肺部評估是必要的。</p>	
	<p>1.抽吸前肺部評估</p>	
	<p>(1)為服務對象擺位以促使聽診進行(坐直為宜)</p>	
	<p>(2)明確地教導服務對象在聽診時作深呼吸</p>	
	<p>(3)從後肺區包括上肺葉及下肺葉進行聽診呼吸聲6次。聽診時藉由系統性的移動聽診器從一側到另一側以及逐次地由上至下</p>	
	<p>(4)為6歲以下孩童聽診則從後肺區包括上肺葉及下肺葉進行聽診呼吸聲4次。聽診時藉由系統性的移動聽診器從一側到另一側以及逐次地由上至下</p>	
	<p>2.當指定以導管抽吸時:</p>	
	<p>(1)為擺位服務對象以利抽吸</p>	
	<p>(2)確認導管通暢</p>	
	<p>(3)調整指定的抽吸壓力</p>	
	<p>(4)抽吸前插入導管</p>	
	<p>(5)抽吸時持續轉動導管</p>	
	<p>(6)一次抽吸時間不超過15秒</p>	
	<p>(7)需要時得重複抽吸以移除分泌物</p>	
	<p>或</p>	
	<p>3.當指定以吸球(bulb syringe)抽吸時:</p>	

	4.抽吸後肺部評估	
	(1)置服務對象與開始評估時相同的位置	
	(2)明確地教導服務對象在聽診時作深呼吸	
	(3)從後肺區包括上肺葉及下肺葉進行聽診呼吸聲6次。聽診時藉由系統性的移動聽診器從一側到另一側以及逐次地由上至下	
	(4)為6歲以下孩童聽診則從後肺區包括上肺葉及下肺葉進行聽診呼吸聲4次。聽診時藉由系統性的移動聽診器從一側到另一側以及逐次地由上至下	
	5.比較治療前後所聽到的肺音。依以下之任一描述進行記錄	
	(1)二邊肺區更清晰	
	(2)肺音不正常	
	(3)呼吸音減弱或消失	

	R. 灌洗： 將液體引入及引流出傷口、身體孔洞或是空腔。	
	1.選擇指定的溶液	
	2.決定溶液的適當溫度	
	3.將服務對象擺位以促進引流	
	4.將溶液注入指定的區域	
	5.控制溶液的流速	
	6.提供容器以收集回流的液體	
	7.當需要時核對管子的位置(例如鼻胃管)	

執行護理活動的注意事項

1. 執行活動前：

- (1) **重新評估及檢視護理計畫是否合宜**：執行活動前對護理對象再評估以確認是否有新的健康問題，以及再次確定健康問題的狀態，檢視所擬訂的護理目標及計畫是否合宜？需要重新修訂嗎？以做為執行活動的依據。
- (2) **對即將執行的活動之相關學理及技術必須充分了解**。

2. 執行活動時：

- (1) 執行護理活動時，必須了解執行這些活動的目的及如何運用純熟的技術。
- (2) 準備合宜的環境。
- (3) 需注意護理對象的安全性、舒適性、自主性及尊嚴。

(4) 須同時提供護理指導，教導病人及家屬如何繼續照顧病人。因為家屬或病人獲得足夠的知識及技能，才能負起自我照顧的責任。

(5) 根據護理對象自我照顧能力的程度來執行護理活動：護理活動方式按歐倫（Orem）的理論可分成完全由護理師照顧，部分協助照顧以及護理對象能完全自我照顧，護理師只需提供護理指導及支持即可。

- (6) 執行活動時盡量鼓勵護理對象及其家屬參與：護理對象及其家屬參與活動的主動性越高，合作性越大，達成目標的成效就越快。
- (7) 需有良好的人際關係。
- (8) 執行過程需隨時檢討其成效，並觀察、評估護理對象的反應與效果，以及有無新的健康問題出現。

3. 執行護理活動後：

- (1) 將新的健康問題報告給協同照顧者，以便於他們重新計畫處置措施，協助解決問題。
- (2) 需將執行的原因、過程及結果記錄於護理記錄上。

護理記錄

一. 記錄的意義

- ◆ 在護理功能中，正確的記錄與報告是很重要的。因記錄的內容與病人病情發展息息相關，若記錄不正確，病人可能因而喪失生命；故呈現完整無誤的記錄，方可確保提供病人有效和安全的照護。

二. 記錄的目的

1. **溝通**：記錄最主要的目的為**溝通**，將所收集到的病人資料，**可提供醫療小組成員評估病人**。
2. **評估病人**：由記錄得到的資料如血液、神經學檢查、身體評估等，**有助於確立護理問題及護理計畫的擬訂，使護理措施完整且具有個別性**。
3. **法律證明文件**：**病人的記錄屬合法文件，為法律認可的證據**。
4. **調查研究**：疾病、死亡診斷或出生證明等文件，**可作為研究調查的資料來源**。
5. **教學資源**：**醫護人員的在職教育**亦可透過記錄來研究特殊案例，藉由討論、經驗交換，提升照護品質及提供新進護理師與護生之參考和學習。
6. **稽核**：**由記錄可知病人所得到的護理照護及成效**，並得知護理提供者的能力，以供人事考核、升遷任免之參考。
7. **提供醫療費用申請及相關證明**。

三. 記錄的注意事項

1. 依醫院規定使用藍、紅或黑色筆紀錄，以油性筆為佳，避免使用鉛筆、擦擦筆、水性筆，確保病歷的清晰度。
2. 記錄時應連續、不留空白，若留空白，應於該處畫一斜線；
每項記錄應連續記錄，不可另起一行。
3. 護理記錄的時間欄為「執行時間」，而非記錄時間（依各醫院之規定）。
4. 記錄內容為客觀的事實，而非記錄者自己的解釋（如「我認為……」）。

四、記錄方法

1. **敘述記錄法**：根據要記載的事項之發生時間先後次序來記錄。院方通常會要求護理師每2~3小時記錄一次，或至少每班（8小時）應記錄一次，以提供換班時的整體性評估。
2. **護理焦點記錄法 Focus Charting**
 - ◆ 護理焦點記錄法簡稱**D.A.R.T.**，以病人為中心，將病人目前最擔心的事情、症狀或病情進展，以正確簡單的方式呈現，並使閱讀者在極短時間內一目了然的記錄法，是一種有價值的護理記錄方式。

~~×~~表 焦點記錄法

--

焦點記錄法

1. **資料 (data)**：在治療或護理過程中能以**焦點描述病人的主觀或客觀資料**，並對病人有明顯的意義。
2. **護理行動 (action)**：針對提出的資料所執行的**立即性護理活動或護理計畫**。
3. **反應 (response)**：病人對接受任何護理照護或治療後的結果。
4. **護理指導 (teaching)**：提供與病人相關健康問題的護理指導。

護理記錄法的運用範例

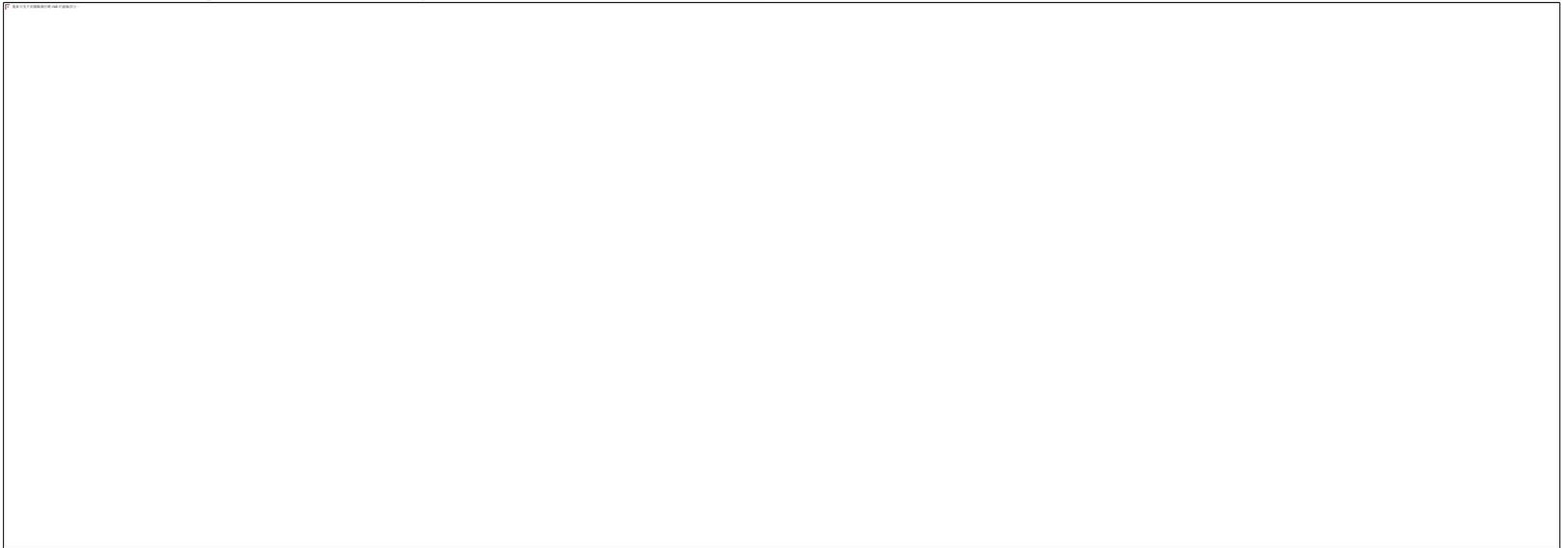
■ 情境描述

1. 基本資料：陳紹友、男性、48歲，入院日期為107年3月8日，診斷為急性闌尾炎。

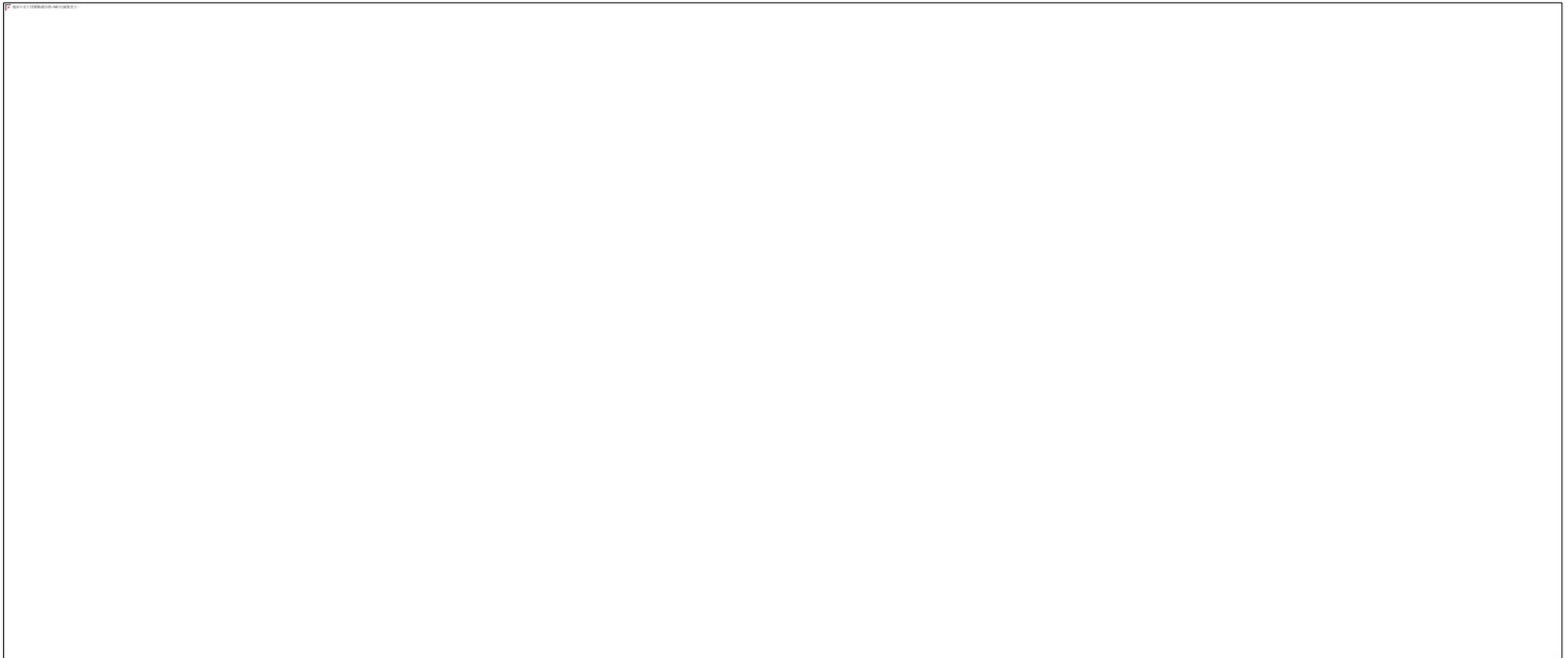
2.發病經過：主訴3月7日晚上9點上腹部感覺悶悶的，曾經服用過胃乳，但症狀未改善。3月8日凌晨1點右下腹部疼痛，凌晨3點時症狀加劇，無法忍受，由家人送至本院ER，經診斷為急性闌尾炎，於凌晨5點45分送入開刀房行闌尾切除術，採脊髓麻醉，早上8點由恢復室送回病房。

■ 護理記錄方法

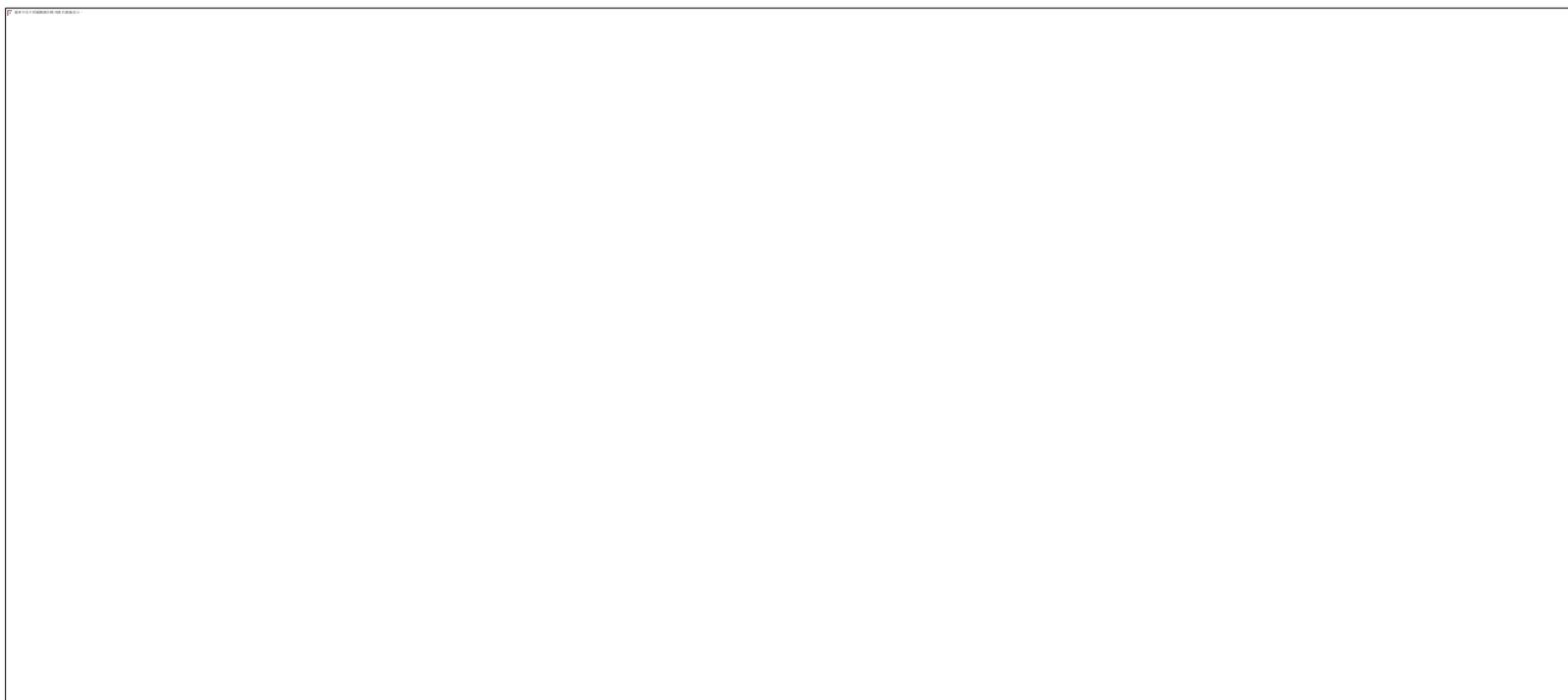
× 傳統式的記錄（敘述記錄法）



× 以問題為導向的記錄SOAP



× 護理焦點記錄法



考題範例

HUNGKUANG UNIVERSITY

