

# 個案照護計畫案例討論 (含文化合適性的健康照護)



報告者：陳淑娟

日期：2019年9月24日

# 授課大綱

- 能了解及尊重居家個案的文化背景及常見照護問題。
- 能了解居家個案常見的照護問題。
- 能了解居家個案常見的照護重點。
- 能完成個案的照護計畫擬訂。

# 臨床接觸的文化問題



# 何謂文化合適性的健康照護

- 根據Leininger（1999）的定義，在了解不同文化信仰與生活方式的情境下，提供具符合其文化期待的照顧。
- 文化合適性的健康照護：以病人為中心的照顧。
- 察覺「文化」在尋求健康行為上的角色
- 能夠提供具文化適切性的醫療選擇
- 健康照護者應評估照護對象的文化特性、行為和信念等因素，其內容包含個體的特徵、社經背景、移民經驗與狀況等（Rundle, Carvalho, & Robinson, 2002）。而文化差異與語言的隔閡，常使醫護人員與病家間發生溝通障礙，進而不了解病家的需求，造成健康照護不平等待遇，甚至降低醫療品質（Betancourt, Green, Carrillo, & Park, 2005）。

# 文化造成的問題

- 坐月子
- 信仰-回教(不吃豬肉)
- 耶合華見證者反對輸血
- 蘭嶼-惡靈
- 溝通禮儀

# 文化所致照護問題

- 居家案例分享



# 老人常見問題

- 老年人的健康問題常為：疾病表現、多病共存、多重用藥、身心功能退化與失能所致日常生活需他人協助等。
- 「2017年老人狀況調查」結果分析：**65歲**以上有**13.01%**日常生活自理有困難，**65歲**以上有**13.01%**日常生活自理有困難，6項日常生活活動中，以洗澡有困難比率**10.98%**最高，其他為「上下床或上下椅子」**10.18%**，「室內走動」**10.07%**，「上廁所」**9.1%**，「穿脫衣服」**9.01%**，「吃飯」**5.99%**（內政部統計處，2017）。

# 居家病人常見的問題

- 65歲以上老年人居多
- 罹患腦血管疾病、糖尿病、高血壓等慢性病
- 多重藥物使用
- 身體功能受限或依賴
- 留置鼻胃管、導尿管或氣切管
- 感染高危險群
- 心理狀況:無力感、失落感及憂鬱
- 遷移壓力徵候群
- 家庭因應能力失調

# 個案問題處理的原則



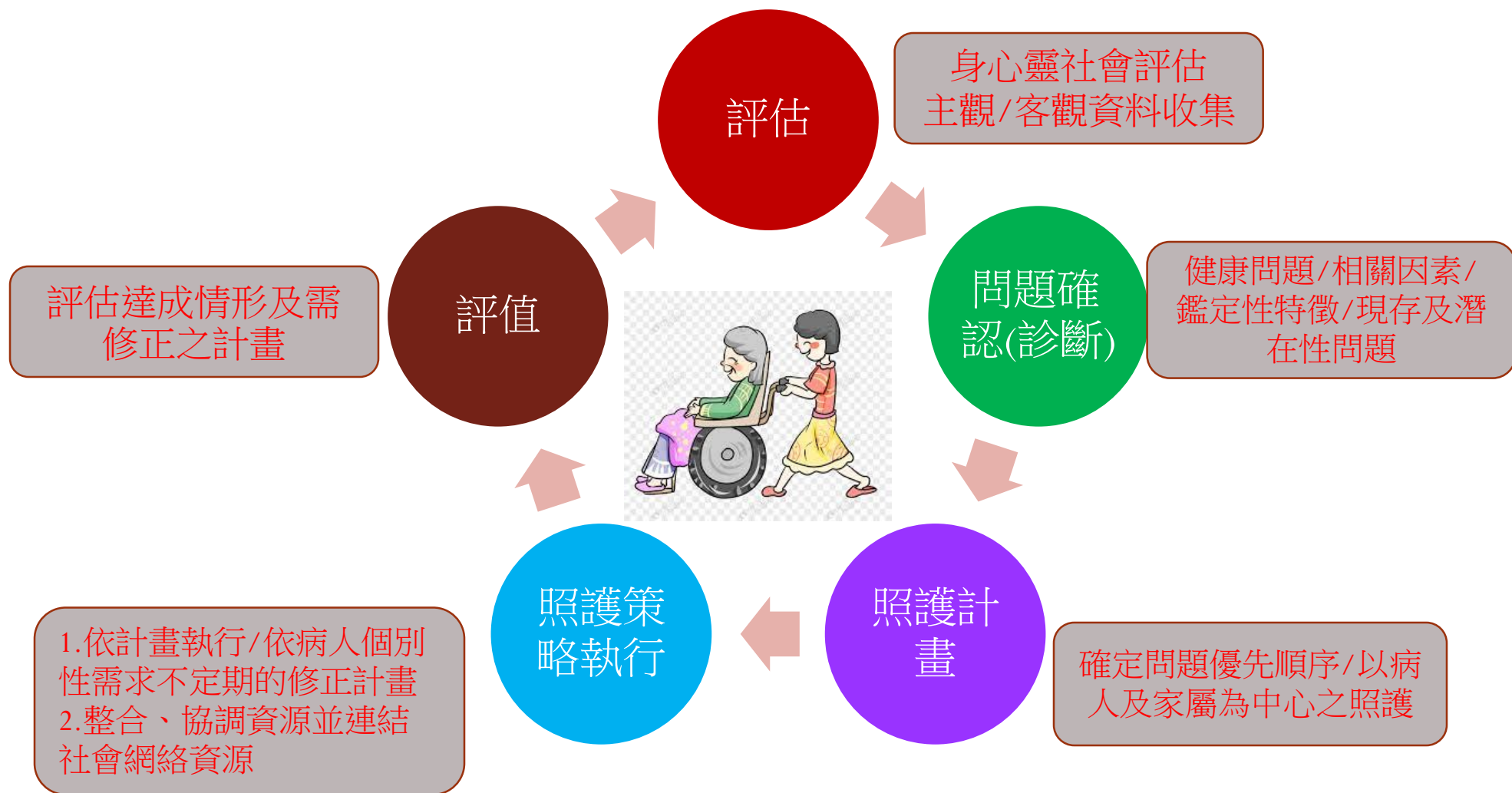
排定優先順序

確定問題

釐清訊息(找出與照護有關的訊息)

資料收集(善用五官的觀察，予正確評估)

# 居家病人健康問題的確認



# 評估資料來源

- 運用五官評估(視 聽 嗅 觸 叩)
- 現成的資料(病歷 健康檢查的報告)
- 目前及過去照護紀錄
- 與過去及家屬會談的相關資料紀錄
- 其他團隊人員會談所提供之資料
- 其他評估工具的結果

# 國外常見評估系統及內容

Minimum Data Set (MDS) :	Residential Assessment Protocols (RAPs)
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 個人背景資料(年齡、性別等)(demographic information)</li> <li>2. 生活習慣(Customary routine)</li> <li>3. 認知(Cognitive patterns)</li> <li>4. 溝通/聽力(Communication/ Hearing patterns)</li> <li>5. 視力(Vision patterns)</li> <li>6. 情緒/行為(Mood/Behavior)</li> <li>7. 身心健全狀態(Psychosocial well-being)</li> <li>8. 身體功能運用情形(Physical functioning and structural problems)</li> <li>9. 過去14天內的大小便自我控制能力(Continence in last 14 days)</li> <li>10. 疾病診斷(Disease diagnoses)</li> <li>11. 健康狀況(Health conditions)</li> <li>12. 口腔/營養情形(Oral/Nutritional status)</li> <li>13. 口腔/牙齒情形(Oral/Dental status)</li> <li>14. 皮膚狀況(Skin conditions)</li> <li>15. 想活動的情形(Activity pursuit patterns)</li> <li>16. 用藥情形(Medications)</li> <li>17. 接受的特別治療與處置(Special treatments and procedures)</li> <li>18. 出院的可能性及整體狀態(Discharge potential and overall status)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 妄想(Delirium)</li> <li>2. 認知喪失/失智(Cognitive Loss/Dementia)</li> <li>3. 視力(Visual Function)</li> <li>4. 溝通能力(Communication)</li> <li>5. 日常活動功能/復健(ADL Function/Rehabilitation)</li> <li>6. 尿失禁及尿管(Urinary Incontinence and Indwelling Catheter)</li> <li>7. 身心健全情況(Psychosocial Well-Being)</li> <li>8. 情緒狀態(Mood State)</li> <li>9. 行為症狀(Behavior Symptoms)</li> <li>10. 活動能力(Activities)</li> <li>11. 跌倒(Falls)</li> <li>12. 營養狀況(Nutritional Status)</li> <li>13. 餵食管(Feeding Tubes)</li> <li>14. 脫水/體液維持(Dehydration/Fluid maintenance)</li> <li>15. 牙齒照護(Dental Care)</li> <li>16. 褥瘡(Pressure Ulcers)</li> <li>17. 精神藥物使用(Psychotropic Drug Use)</li> <li>18. 肢體約束(Physical Restraints)</li> </ol>

資料來源：張淑卿(2019, 9月)·個案問題處理原則·於中華民國護理師護士公會全國聯合會主辦，長期照護專業人力Level 2教育訓練營

# 我國長期照護常用評估工具

- 意識評估(Glasgow Coma Scale)
- 日常活動功能量表(ADL)-巴氏量表
- 柯氏量表(karnofskyscale)
- 工具操作性日常活動能力量表(IADL)
- 迷你營養評估(Mini Nutritional Assessment)
- 臨床失智評估量表CDR
- 簡易智能量表(Mini-Mental State Examination,MMSE)
- 簡易心智狀態問卷調查表(The Short Portable Mental Status Questionnaire,SPMSQ)
- 老人憂鬱量表GDS
- 跌倒/壓瘡危險因子評估

# Comprehensive geriatric assessment (CGA)

- 不適合末期、嚴重失智及重度失能者
- 多運用於80歲以上、老人症候群(功能不全/最近惡化)、多次住院、服用多種藥物、有精神及支持系統問題者

- 主要評估內容

- 一般醫學評估
- 步態與平衡性評估
- 感官功能評估
- 憂鬱症評估
- 營養評估
- 社會功能評估

日常生活功能評估

上肢功能評估

認知功能評估

心靈層面評估

尿失禁評估

環境評估

# 靈性需求評估(含善終關懷照顧)

- 靈性的定義
- 生命的意義
- 宗教的選擇與經驗
- 臨終關懷照護
  - 滿足生理上的需求~
    - 舒適 疼痛控制等
  - 滿足心理社會需求~
    - 表達對個案的關懷...
  - 滿足個案靈性的需要~
    - 宗教信仰
  - 提供家屬的需求~
    - 認識死亡、接納死亡、尊重意願及自主性、尋求適當資源

# 長期照護個案評估項目

## 生理

- 身體各大系統(心血管、呼吸、消化、泌尿生殖、內分泌、造血及免疫、肌肉骨骼、神經、感覺、皮膚)
- 用藥評估/ 疼痛評估
- 自我照顧功能(日常活動功能)
- 認知功能

## 心理

- 情緒/憂鬱/行為

## 靈性

- 宗教/個人過去生活經驗
- 臨終照護

## 家庭與社會

- 環境(居家/社區)
- 經濟
- 家庭(家族健康史、家庭成員及家庭類型、家庭內在結構、家庭功能、家庭壓力及資源)
- 照顧者之評估(角色功能、適應/調適情形)
- 親友鄰里-支持系統
- 文化背景





# 常見評估量表



# 身體評估的重點

- 皮膚系統
- 頭
- 眼睛
- 耳朵
- 鼻部
- 口腔
- 頸部
- 肺臟
- 心臟
- 周邊血管
- 腹部
- 消化系統
- 泌尿道系統
- 內分泌系統
- 肌肉骨骼
- 神經系統
- 精神狀態

# 病史與人口學資料

- 病史
  - 病史紀錄通常在醫院病歷上即已相當完整，所收集的資料應包括先前的診斷、疾病、幼時罹患特別疾病、嚴重或慢性疾病、精神健康等資料，並註明有無任何併發症或合併症等。
  - 個案的一些特殊情形也要註明，例如：濫用藥物或酒精、家族病史、有無過敏等。
  - 建議也應評估個案過去使用醫療情形，是否與診斷相符，是否使用多重治療或另類療法等。
- 人口學基本背景資料
  - 包括個案的姓名、年齡、性別、族群、住址、婚姻狀況、子女數（及年齡）、工作狀況、使用語言、教育程度、宗教信仰等。

# 目前醫療、營養、用藥情形-1

- 短期使用者須找出其醫療上的治療目標為何，而長期使用者由於其健康問題多半為長期也不易恢復；因此目標著重在「照護（care）」而非「治療（cure）」。
- 目前使用醫療情形
  - 若為居家個案，須訪問的專業人員可能包括居家護理師、社工等，必要時家庭醫師也可提供有用資訊。若個案居住於醫院或護理之家等機構，則需要其相關資料如病歷、檢驗報告、手術報告、過敏情形、以及評估者的觀察等。
  - 另外也需要社區內使用過的轉介情形、聽力視力等感官能力、溝通能力、個案本身對健康的認知等。

# 目前醫療、營養、用藥情形-2

- 營養情形

- 個案管理師應了解個案營養需要，如是否需要到府送餐、購物煮飯是否需要協助、有無適當營養知識等，並應評估個案的營養風險，個案管理師可與營養師共同合作。

- 用藥情形

- 個案管理師應評估以下重點，如有無用藥過敏情形、多重用藥、是否依照醫師指示用藥、有無藥物危險反應、個案是否注意藥物與食物的交互作用、劑量是否過量、有無服藥後的肝腎問題、個案是否了解用藥知識等。
- 老年個案使用如長效性安眠藥、鎮靜劑、meperidine（產生毒性代謝物）、chlorpropamide、disopyramide等藥物，須特別注意藥物的交互作用。

# 空間評估、居住安排

- 評估現有居住空間是否造成失能者在可近性上的困難，包括：在居家內空間的安全性，如扶手、寬門把、樓梯安全等。
- 如何改造居住空間以適應失能者的需求，如房門浴室無障礙空間、增設浴室把手或浴缸坐椅、可調高度的洗手臺或爐子等。
- 應評估個案是否能容易參與社區活動或接觸親友，能夠有方便的用餐、購物、緊急救援系統的生活環境。
- 孝親房
- 環境的改造
- 樓梯升降椅
- 爬樓梯機



# 居家環境評估 OBSERVES

## Outside 戶外環境

如房舍型態？左鄰右舍如何？遊戲空間充足否？周遭環境的危險性？

## Behavior 成員間行為：語言及非語言互動、民俗文化活動的參與？

## Safety 安全性：

具危險性物品之放置？水電設施、家電用品？急救設施藥物的存放情形？

## Eating area 用餐地方：廚房衛生、垃圾處理、飲食習慣？

## Relationship 社區人際關係及支持團體：

鄰居、親戚、朋友之互動；社團組織之參與；緊急事件連絡人？

## Variations 變動：是否期望家中能有所改變？是否家裡內外給人感覺不一致，或與個案原本描述不符或隱藏的情形？

## Environment 室內環境：大小、空間安排、擺設等(浴室/臥室/樓梯)

## Sickness 生病：

如藥物的使用；居家照顧的情形；因疾病需要之設備、設施；疾病的認知等



# 家庭生活改變事件(Rahe)

生活事件	ICU值	生活事件	ICU
家庭		個人:	
配偶死亡	100	個人習慣有重大改變	24
離婚	73	轉學	20
分居	65	搬家	20
親人死亡	63	渡假	13
結婚	50	工作:	
家人生病	44	離職	47
懷孕	40	退休	45
新家人的加入	39	工作職務改變	29-39
與配偶吵架	35	工作情境有重大改變	29-39
兒女離家	29		
配偶開始工作或退休	26		
個人:		財務:	
受傷或生病	53	財務情況有重大改變	38
性障礙	39	抵押借款超過美金1萬元	31
好友死亡	37	抵押借款被拒	30
		抵押借款少於美金1萬元	17

# 主要照顧者評估

- 角色定位
  - 是主要照顧者或輪流照顧者？主要決策者嗎？經濟來源者或.....
  - 是主要照顧者嗎？還是....
- 照顧時間經歷
- 照顧技巧？
- 照顧負荷與壓力
- 調適機轉？

# 家庭資源評估~內在資源(FAMILIES)

- **財力支持(Financial support)**
  - 家庭主要經濟來源、提供者、醫療費用誰支付?
- **精神支持(Advocacy)**
  - 家人間是否提供心理上的支持或鼓勵 獨居者寵物的支持
- **醫療處置(Medical management)**
  - 面對疾病尋求合適的就醫管道及處理能力
- **愛(Love & Emotional support)**
  - 家人間互相關愛與扶持
- **資訊或教育(Information or education)**
  - 面對壓力及問題解決能力及獲取資訊情形
- **結構支持(Structure support)**
  - 住宅(自宅/租/借住)、居家環境(通風/光線/溫濕度/垃圾/

# 家庭資源評估~外在資源

## (福利資源SCREEN)

- 社會資源(Social resources)
  - 相關福利機構是否提供必要的協助
- 文化資源(Cultural resources)
  - 特殊地區風俗文化資源、圖書館文化中心或相關文化展等資源
- 宗教資源(Religious resources)
  - 是否有宗教團體或場所提供家庭心靈需要
- 經濟資源(Economic resources)
  - 是否有相關的人或機構可提供支助以因應基本生活需要
- 教育資源(Education resources)
  - 是否有正式與非正式學習管道取得新知
- 環境資源(Environmental resources)
  - 日常活動空間是否符合安全衛生條件
- 醫療資源(Medical resources)
  - 住家附近有否醫療設施?是否方便利用?

# 失能者家庭評估的問題

- 家庭的成員？幾位？照顧者為誰？
- 經濟支持者？
- 決策者？
- 失能者過去與家人互動模式與角色定位？
- 失能者與主要照顧者對照顧的目標與期待？
- 家庭的溝通模式
- 家庭的宗教觀或文化背景對失能者照顧的影響
- 失能者居住環境的適合性
- 失能者主要照顧者生病前後社會互動的脈絡
- 失能者與主要照顧者家人運用社會資源能力與經驗

- <https://youtu.be/F0niMbuREMM>



親人猛下指導棋  
照顧者最崩潰的事

# GCS昏迷指數

## 睜眼反應 (E, Eye opening)

4分	會自動張開眼睛(spontaneous)。
3分	有聲音時,會將眼睛張開(to speech)。
2分	給予痛的刺激才有睜眼反應(to pain)。
1分	給予痛的刺激仍無睜眼反應(none)。
C分	腫到睜不開(close)。

## 說話反應 (V, Verbal response)

5分	對人、時、地有清楚的定向感、說話有條理(alert)。
4分	對人、時、地無定向感,有答非所問情形;混亂(confused)。
3分	說一些毫無意義的字語,單字,嗜睡(drowsy)。
2分	發出他人無法了解的聲音、喃喃自語(groans)。
1分	無語言反應(none)。
E	氣管插管無法正常發聲。(endotracheal)
T	氣管切開無法正常發聲。(tracheostomy)
A	失語症。(aphasia)

## 運動反應 (M, Motor response)

6分	可依指令動作(obey)。
5分	施以刺激時,能除去痛覺刺激源(localize)。
4分	疼痛刺激時,肢體會回縮(withdrawal)。
3分	疼痛刺激時,肢體會彎曲(decorticate flexion)。
2分	疼痛刺激時,肢體會伸直(decerebrate extension)。
1分	對任何痛刺激肢體均無動作反應(none)。

結果及臨床意義:

昏迷程度以E、V、M三者分數加總來評估,滿分15分,最低3分。

- 總分15分:為正常。
- 總分12分或以上:表示病患需要密切觀察。
- 總分8分:表示有腦之病變或損傷。
- 總分8分以上:預後及復原情況佳。
- 總分7分或以下:病患已呈現昏迷現象。
- 總分介於3~4分:認知方面回復之預後較差,且有較高的死亡率。
- 總分3分:表示深度昏迷、腦細胞已經死亡,死亡率及未來恢復很差。

參考資料:

- [http://www.savh.gov.tw/ysvh/code\\_upload/HealthCate/file1\\_915\\_3330742.pdf](http://www.savh.gov.tw/ysvh/code_upload/HealthCate/file1_915_3330742.pdf)

# 日常活動功能量表(ADL)-巴氏量表

巴氏日常生活活動量表  
(The Barthel Index (0-100))

項目	分數	
進食	將食物放置桌餐盤,可自行進食	10
	別人將食物放置桌前餐盤,需要部份協助下才可進食	5
	完全依賴	0
洗澡	可獨立完成(不論盆浴或淋浴)	5
	在協助下完成	0
梳洗	能自行洗臉、洗手、刷牙及梳頭髮	5
	需要別人幫助(完全依賴)	0
穿脫衣服	能自行穿脫衣服及鞋子	10
	需協助,可自己完成一半	5
	完全依賴	0
排便控制	不會失禁,若便秘時可自行使用栓劑、甘油球	10
	偶會失禁(每週不超過一次)或使用栓劑時需人幫忙	5
	失禁,完全依賴	0
排尿控制	日夜皆不會失禁,脊髓損傷患者能自行獨立使用小便尿帶	10
	尿失禁(每週不超過一次)或尿急(無法等待便盆或無法及時趕到廁所)或需協助使用輔助物(如尿套尿布)	5
	失禁,完全依賴(無法自解需要導尿)	0
如廁	可自行進入廁所,不會弄髒衣物,並能穿好衣服	10
	需要幫忙保持姿勢的平衡、整理衣物或使用衛生紙	5
	完全依賴	0
移位	自行使用輪椅,包括輪椅的煞車及移開腳踏板	15
	需要稍微協助(例如:予以輕扶以保持平衡)或需口頭	10
	可自行從床上坐起來,但移位時需別人幫助	5
	完全依賴	0
步行	不需旁人協助使用或不使用輔助器,皆可走4.5公尺	15
	需稍微扶持或口頭指導才可走4.5公尺	10
	不能行走,但能獨立操縱輪椅	5
	完全依賴	0
上下樓	可自行上下樓(允許抓扶手用拐杖)	10
	需要別人給予協助或監督	5
	完全依賴	0

註: 0-20分: 完全依賴 21-60分: 嚴重依賴 61-90分: 中度依賴 91-99分: 輕度依賴  
61-60分: 中度依賴 91-99分: 輕度依賴 100分: 完全獨立

- 巴氏量表(Barthel Index)是一種日常生活功能之評估量表,此量表是由美國巴爾地摩(Baltimore)市州立醫院之物理治療師巴希爾(Barthel)於1955年應用於測量住院中復健病患的進展狀況;至1965年此量表發表於醫學文獻,自此巴氏量表(Barthel Index)就被廣泛的應用於復健、老年病患的領域,主要用來測量病患的治療效果及退化的情形
- 一般長期照護個案最早喪失的功能為沐浴,最後喪失的日常生活功能往往可能是自行進食的能力。
- 巴氏量表之評量共分為5個等級,分別為0分至20分-屬完全依賴;21分至60分-屬嚴重依賴;61分至90分-屬中度依賴;91分至99分-屬輕度依賴;100分為完成獨立

# 工具性日常生活活動能力量表 ( IADL )

- IADL量表由1969年Lawton和Brody研發，用來評估個案維持獨立自主能力，較一般個人自我照顧需求來得複雜，包括烹食、購物、打電話、管理財務，工作內容以女性社會性角色為主，如準備食物，做家事。
- 評估IADL有障礙時，為了避免個案獨立生活，可作為提供服務及家庭支持之參考，該評量表原設計總分為八分，男性測驗應去除做飯、家事、洗衣這三項，故總分為五分，在書上是以零分及一分為分數計分。
- 評量表設計者當初設計分數時，可能考慮的重點為評量項目的能力有否，而不在于能力的強弱，例如在洗衣項目自己清洗所有衣物和只清洗小件衣物都被歸於有能力洗衣服因此都是一分，而完全依賴他人洗衣服就是零分，而在實際應用，包括居家服務補助指標中使用，都是修正過的版本總分為24分。

項目	等級	計分	內容
(一) 使用電話的能力	(1)	1	1=自動自發使用電話一查電話號碼，撥號等。
	(2)	1	1=只會撥幾個熟知的電話
	(3)	1	1=會接電話，但不會撥號。
	(4)	0	0=完全不會使用電話
(二) 上街購物	(1)	1	1=獨立處理所有的購物需求
	(2)	0	0=可以獨立執行小額購買
	(3)	0	0=每一次上街購物都需要有人陪伴
	(4)	0	0=完全不會上街購物
(三) 做飯	(1)	1	1=獨立計畫、烹煮和擺設一頓適當的飯菜
	(2)	0	0=如果備好一切材料，會做一頓適當的飯菜
	(3)	0	0=會將已做好的飯菜加熱和擺設，或會做飯，但做得不夠充分
	(4)	0	0=需要別人把飯菜煮好、擺好
(四) 做家事	(1)	1	1=能單獨處理家事成偶而需要協助(如：幫忙比較重的家事)
	(2)	1	1=能做較輕的家事，如：洗碗、鋪床、疊被
	(3)	1	1=能做較輕的家事，但不能達到可被接受的清潔程度
	(4)	1	1=所有家事都需要別人協助
	(5)	0	0=完全不會做家事
(五) 洗衣	(1)	1	1=會洗所有的個人衣物
	(2)	1	1=會洗小件衣物，清洗襪子、褲襠等
	(3)	0	0=所有的衣物都要由別人代洗
(六) 交通方式	(1)	1	1=能自己搭乘公共交通工具或自己開車
	(2)	1	1=能自己搭計程車，但不會搭公共交通工具
	(3)	1	1=當有人協助或陪伴時，可以搭公共交通工具
	(4)	0	0=只能在別人協助下搭計程車或私用車
	(5)	0	0=完全不能出門
(七) 自己負責服藥	(1)	1	1=能自己負責在正確的時間服用正確的藥物
	(2)	0	0=如果能事先將藥物的份量備妥，則可以自行服藥
	(3)	0	0=不能自己負責服藥
(八) 處理財務的能力	(1)	1	1=獨立處理財務(自己做預算，寫資料，付租金，付帳單，上銀行)，自己匯集收入並清楚支用預算
	(2)	1	1=可以處理日常的購買，但需要別人協助與銀行的往來，或大宗的購買等
	(3)	0	0=不能處理錢財

# 迷你營養評估(Mini Nutritional Assessment)



## 臺灣版迷你營養評估量表

107.S.22版

姓名	聯絡電話	身分證字號	居住縣市	生日	性別	身高	體重	BMI	檢查日期：年 月 日	總分：
				年 月 日	男/女	公分	公分	體重/身高 <sup>2</sup> (kg/m <sup>2</sup> )		
<p>請於方格內勾選適當之分數以完成篩檢，並將數填入表格底線中，將篩選的分數加總如分數相等於11分或以下，請繼續完成所有評估，即可得出「營養不良指標分數」。</p>										
<b>篩選項目</b>										
<p><b>A. 過去三個月內有沒有因為食慾不振、消化問題、咀嚼或吞嚥困難而減少食量？</b></p> <p><input type="checkbox"/> 2分：食量沒有改變 <input type="checkbox"/> 1分：食量中度減少 <input type="checkbox"/> 0分：食量嚴重減少</p>					<p><b>H. 每天服用三種以上的處方藥物？</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1分：否 <input type="checkbox"/> 0分：是 服用 _____ 種藥物</p>					
<p><b>B. 過去三個月體重下降的情況</b></p> <p><input type="checkbox"/> 3分：體重沒有下降 <input type="checkbox"/> 2分：體重下降1-3公斤 下降 _____ 公斤 <input type="checkbox"/> 1分：不知道 <input type="checkbox"/> 0分：體重下降大於3公斤</p>					<p><b>I. 是否有褥瘡或皮膚潰瘍？</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1分：否 <input type="checkbox"/> 0分：是</p>					
<p><b>C. 活動能力</b></p> <p><input type="checkbox"/> 2分：可以外出 <input type="checkbox"/> 1分：可以下床或離開輪椅，但不能外出 <input type="checkbox"/> 0分：需長期臥床或坐輪椅</p>					<p><b>J. 每天吃多少次主餐？</b></p> <p><input type="checkbox"/> 2分：3餐 <input type="checkbox"/> 1分：2餐 平均每天吃 _____ 餐 <input type="checkbox"/> 0分：1餐</p>					
<p><b>D. 過去三個月內有沒有受到心理創傷或患上急性疾病？</b></p> <p><input type="checkbox"/> 2分：沒有 <input type="checkbox"/> 0分：有</p>					<p><b>K. 蛋白質攝取指標</b></p> <p>每天進食至少一份乳製品(牛奶、芝士或乳酪) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 每週進食兩份以上的乾豆類或蛋類 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 每天均進食肉類、魚類或家禽類 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 1分：3個「是」 <input type="checkbox"/> 0.5分：2個「是」 <input type="checkbox"/> 0分：0或1個「是」</p>					
<p><b>E. 精神心理問題</b></p> <p><input type="checkbox"/> 2分：沒有精神心理問題 <input type="checkbox"/> 1分：輕度失智 <input type="checkbox"/> 0分：嚴重失智或抑鬱</p>					<p><b>L. 每天有進食兩份或以上水果或蔬菜？</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1分：是 <input type="checkbox"/> 0分：否 共吃 _____ 份蔬果</p>					
<p><b>F. 小腿圍(CC) 實測 _____ 公分</b></p> <p><input type="checkbox"/> 3分：男性≥30公分 女性≥27公分 <input type="checkbox"/> 2分：男性29-29.9公分 女性26-26.9公分 <input type="checkbox"/> 1分：男性28-28.9公分 女性25-25.9公分 <input type="checkbox"/> 0分：男性&lt;28公分 女性&lt;25公分</p>					<p><b>M. 每天喝多少流質(水、果汁、咖啡、茶、牛奶)？</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1分：多於5杯 <input type="checkbox"/> 0.5分：3至5杯 每天喝多少 _____ ml <input type="checkbox"/> 0分：少於3杯</p>					
<p><b>篩選分數(最高14分) 勾選</b></p> <p>12分~14分：正常營養狀況 <input type="checkbox"/> 8分~11分：有營養不良的風險 <input type="checkbox"/> ≤ 7分：營養不良 <input type="checkbox"/> 如需要做深入營養評估，請繼續完成G-Q。</p>					<p><b>N. 進食模式</b></p> <p><input type="checkbox"/> 2分：能自行進食 <input type="checkbox"/> 1分：能自行進食但稍有困難 <input type="checkbox"/> 0分：需輔助才能進食</p>					
<p><b>評估項目</b></p> <p><b>G. 是否獨立生活(非居住於療養院或醫院)？</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1分：是 <input type="checkbox"/> 0分：否</p>					<p><b>O. 自我評估營養狀況</b></p> <p><input type="checkbox"/> 2分：自覺沒有營養問題 <input type="checkbox"/> 1分：不清楚自我的營養狀況 <input type="checkbox"/> 0分：自覺營養不良</p>					
					<p><b>P. 與同齡人士相比，如何評價自己的健康狀況？</b></p> <p><input type="checkbox"/> 2分：比別人更好 <input type="checkbox"/> 1分：和別人一樣 <input type="checkbox"/> 0.5分：不知道 <input type="checkbox"/> 0分：比別人差</p>					
					<p><b>Q. 上臂中圍(MAC) 實測 _____ 公分</b></p> <p><input type="checkbox"/> 2分：男性≥23.5公分 女性≥22公分 <input type="checkbox"/> 1分：男性22.5-23.4公分 女性21-21.9公分 <input type="checkbox"/> 0分：男性&lt;22.5公分 女性&lt;21公分</p>					
					<p><b>營養不良指標值(將篩選與評估之分數加總) 勾選</b></p> <p>≥ 24分：正常營養狀況 <input type="checkbox"/> 17分~23.5分：有營養不良的風險 <input type="checkbox"/> ≤ 16.5分：營養不良 <input type="checkbox"/></p>					

## 身高、臂中圍、臂圍

- 雙手伸直，由中指至另一手之中指或中指至胸骨中央線\*2
- 膝長：膝關節垂直及踝關節至腳根距離
  - 男性  $85.1 + (1.73 * \text{膝長}) - (0.11 * \text{年齡})$
  - 女性  $91.45 + (1.53 * \text{膝長}) - (0.16 * \text{年齡})$

採自長庚鄭惠信醫師



膝長測量



上臂圍 MAC

1. 手臂與軀幹平行
2. 手肘彎曲呈90度手心朝上
3. 肩峰凸至鷹嘴凸

# 訪視過程

- 詢問時遇變化、體重變化、精神狀況等
- 生理狀況：有無水腫、血糖、排便、壓傷、排尿情形等
- 測量：膝長、臂中圍、小腿圍、臀圍並計算體重變化
  - 體重推估
    - 男性  $-73.52+1.14*\text{臀圍}+1.12*\text{臂中圍}$
    - 女性  $91.45+0.82*\text{臀圍}+1.09*\text{臂中圍}$



# 營養評估之判讀

項目	指標意義	測量方法	正常	異常
身高	BMI計算	雙臂張開(兩中指間距離或中指至胸骨角距X2)		
體重	BMI(身體質量指數)	輪椅磅秤	22X身高 <sup>2</sup> (m <sup>2</sup> )	
BMI (Body Mass Index)	瞭解個案身體整體營養狀況最基礎指標(與身體脂肪、疾病發生率、死亡都有關係)	BMI=(體重(kg)/身高 <sup>2</sup> (m <sup>2</sup> ))	18.5~22.9	<18.5過輕 >23過重 23~24.9過重 25~29.9肥胖 ≥30過度肥胖
白蛋白 (albumin)	瞭解個案長期營養狀況指標	生化檢驗	3.5~5.0	3.4~2.2輕度 <2.1 嚴重營養不良
總淋巴球 (total lymphocyte count, TLC)	評估住民體內蛋白質指標太低表免疫功能低下	生化檢驗 TLC=白血球X淋巴球%	2000~3500 cells/mm <sup>3</sup>	<2000 中度低下 <800 重度低下
血色素(Hb) (血球容積率)	貧血狀態	生化檢驗	男 14~18 (>44%) 女 12~16g/dl(>33%)	
膽固醇	血脂肪營養狀態		160~200mg/dl >160營養狀況良好	



# 臨床失智評估量表 CDR



	記憶力	定向感	解決問題能力	社區活動能力	家居嗜好	自我照料
無 (0)	沒有記憶力減退或稍微減退。沒有經常性健忘。	完全能定向。	日常問題(包括財務及商業性的事物)都能處理的很好;和以前的表現比較,判斷力良好。	和平常一樣能獨立處理有關、工作、購物、業務、財務、參加義工及社團的事務。	家庭生活、嗜好,知性興趣都維持良好。	能完全自我照料。
可疑 (0.5)	經常性的輕度遺忘,事情只能部分想起;“良性”健忘症。	完全能定向,但涉及時間關聯性時,稍有困難。	處理問題時,在分析類似性和差異性時,稍有困難。	這些活動稍有障礙。	家庭生活、嗜好,知性興趣,稍有障礙。	能完全自我照料。
輕度 (1)	中度記憶減退;對於最近的事尤其不容易記得;會影響日常生活。	涉及時間關聯性時,有中度困難。檢查時,對地點仍有定向力;但在某些場合可能仍有地理定向力的障礙。	處理問題時,分析類似性和差異性時,有中度困難;社會價值之判斷力通常還能維持。	雖然還能從事有些活動。但無法單獨參與。對一般偶而的檢查,外觀上還似正常。	居家生活確已出現輕度之障礙,較困難之家事已經不做;比較複雜之嗜好及興趣都已放棄。	需旁人督促或提醒。
中度 (2)	嚴重記憶力減退只有高度重複學過的事務才會記得;新學的東西都很快會忘記。	涉及時間關聯性時,有嚴重困難;時間及地點都會有定向力的障礙。	處理問題時,分析類似性和差異性時有嚴重障礙;社會價值之判斷力通常已受影響。	不會掩飾自己無力獨自處理工作、購物等活動的窘境。被帶出來外面活動時,外觀還似正常。	只有簡單家事還能做興趣很少,也很難維持。	穿衣、個人衛生、及個人事物之料理,都需要幫忙。
嚴重 (3)	記憶力嚴重減退只能記得片段。	只維持對人的定向力。	不能做判斷或解決問題。	不會掩飾自己無力獨自處理工作、購物等活動的窘境。外觀上明顯可知病情嚴重,無法在外活動。	無法做家事。	個人照料需仰賴別人給予很大的幫忙。經常大小便失禁。

小項記分

臨床失智評估量表第三級以上失智症認定標準雖然還沒有訂出來,面對更嚴重的失智障礙程度時,可以參考以下的規則:

深度 (4)	說話通常令人費解或毫無關聯,不能遵照簡單指示或不了解指令;偶而只能認出其配偶或照顧他的人。吃飯只會用手指頭不太會用餐具,也需要旁人協助。即使有人協助或加以訓練,還是經常大小便失禁。有人協助下雖然勉強能走幾步,通常都必須需要坐輪椅;極少到戶外去,且經常會有無目的動作。
末期 (5)	沒有反應或毫無理解能力。認不出人。需旁人餵食,可能需用鼻胃管。吞食困難。大小便完全失禁。長期躺在病床上,不能坐也不能站,全身關節攣縮。

0 -沒有失智

2 -中度失智

目前的失智期: 0.5 -未確定或人待觀察

3 -重度失智

1 -輕度失智

4 -深度失智

5 -末期失智

# 簡易智能量表(Mini-Mental State Examination, MMSE)

項目	最高分	分數	評分項目
一、定向感 (10)	5 5	( ) ( )	1.時間 (5)：幾年？幾月？幾日？星期幾？什麼季節？ 2.地方 (5)：地方：縣/市？醫院？病房？床號？樓層？
二、注意力及計算能力 (8)	3	( )	1.訊息登錄 (3)：說出三項名詞(例如：房子、汽車、蘋果)：一秒中說一項，說完之後，要求說出這三項名詞，說對一項給一分，請個案記住，等一下會再請他說出這三項名詞。
	5	( )	2.系列減七 (5)：由 100 持續減 7，連續減五次答對，一個給一分。(93. 86. 79. 72. 65) 如果個案不會計算，則請其執行倒著唸「台南火車站」或「家和萬事興」或 5 個不連續的數字。
三、記憶力 (3)	3	( )	請個案說出剛剛所提的三項名詞。
四、語言 (5)	2	( )	1.命名 (2)：對筆及錶命名。例：(拿出手錶)這是什麼？
	1	( )	2.複誦 (1)：請個案覆誦：「白紙真正寫黑字」或「有錢能使鬼推磨」。
	1	( )	3.理解 (1)：給個案看一張上面用大字印著「閉上眼睛」的紙，請個案讀出來，然後照做。
	1	( )	4.書寫造句 (1)：請個案自己寫一句話。
五、口語理解及行為能力 (3)	3	( )	給個案一張空白無圖樣的紙，並且說「用你的右手拿紙 (1)，對摺 (1)，然後放在地板上(或再交給我) (1)」。一次說完這三個步驟之後再請個案執行。
六、建構力 (1)	1	( )	圖形抄繪(請個案將下列交疊的五角形描繪到一張白紙上) 

於 1975 年 Folstein 及 McHuge 所制定，評估項目包括定向感、注意力、記憶力、語言、口語理解及行為能力、建構力等項目，評估過程無時間限制，滿分是 30 分，分數越高表示認知功能越好，答對一項給一分，總分若低於 24 分表示個案有輕度認知功能障礙，若低於 16 分則表示有重度認知功能障礙。目前被廣泛使用。

全民健康保險規定診斷為阿茲海默氏症患者藥品給付為 **MMSE** 10~26 分。

滿分 30 分	國中以上教育	國小	未受教育
	<24 分 輕度認知功能缺失	<21 分	<16 分
	<16 分 重度認知功能缺失	認知功能異常	認知功能異常

源自 Folstein, M., Folstein, S. E., & McHugh, P.(1975).Mini-mental state:a practical method for grading the cognitive state:a practical method for grading the cognitive state if patient for the clinical.Journal of Psychiatric Research,12(3),189-198.

備註：有 11 個題目，30 個答案，達對一題得一分，答錯則不計分，滿分為 30 分，分數位於 24-30 分為認知功能完整；18-23 分為輕度認知功能障礙，0-17 分為重度認知功能障礙。

# 簡易心智狀態問卷調查表(The Short Portable Mental Status Questionnaire, SPMSQ)

問 題	得 分	
	0	1
1. 今天是幾年幾月幾日？	錯	對
2. 今天是星期幾？	錯	對
3. 這裡是哪裡？	錯	對
4. 您的電話號碼是幾號？	錯	對
5. 您今年幾歲？	錯	對
6. 您是什麼時候出生的？	錯	對
7. 現任總統是誰？	錯	對
8. 上一任總統是誰？	錯	對
9. 您母親姓什麼？	錯	對
10. 您能由 20 遞減 3 嗎？	錯	對
問 題	得 分	
	0	1
結果評估	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 計算答對的和答錯的題數，滿分為 10 分</li> <li>• 0 ~ 2 題錯：心智功能正常</li> <li>• 3 ~ 4 題錯：輕度認知障礙</li> <li>• 5 ~ 7 題錯：中度認知障礙</li> <li>• 8 題或 8 題以上錯：重度認知障礙</li> </ul>	

註：

1. 第 1 題如果個案看月曆能說出，也算是答對。
2. 第 3 題如果個案要回答地址，能說出所在地的縣市、鄉鎮、街道中任何一項，即算是對了。
3. 第 6 題一般是回答出生年月日，而如果個案回答對的生肖，也就可以算是答對了。
4. 最後一題為 20 遞減 3 的心算問題，錯第一次則停止再問，而正確的問法為「20 減掉 3 等於多少？」接著問「再減 3 等於多少？」再問「再減 3 等於多少？」不能問「17 減 3 等於多少？」「14 減 3 等於多少？」因為前述「再減 3 等於多少？」的問法，除計算能力，還含有近期記憶能力之評估。

資料來源：Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of American Geriatrics Society*, 23, 433-441.

# 老人憂鬱量表GDS

項 目	得 分	
	1	0
1. 您滿意目前的生活嗎？	否	是
2. 您是否對許多活動已不感興趣？	是	否
3. 您覺得生活空虛嗎？	是	否
4. 您會經常感到無聊嗎？	是	否
5. 大部分時間您會覺得精神很好嗎？	否	是
6. 您會害怕不好的事情發生在您身上嗎？	是	否
7. 大部分時間您覺得快樂嗎？	否	是
8. 您經常覺得沒有希望嗎？	是	否
9. 您是否比較喜歡待在家裡，而較不喜歡外出做一些新奇的事情？	是	否
10. 您覺得記憶力有問題嗎？	是	否
11. 您認為現在能活著是件美好的事嗎？	否	是
12. 您覺得現在的您是很沒有價值的嗎？	是	否
13. 您覺得精力充沛嗎？	否	是
14. 您覺得您現在的處境是沒希望的嗎？	是	否
15. 您覺得大部分的人都過得比您好嗎？	是	否

註：0～4分：正常；5～9分：輕度憂鬱；10～15分：重度憂鬱。

資料來源：Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. In T. L. Brink (Ed.), *Clinical gerontology: A guide to assessment and intervention* (pp. 165-173). NY: The Haworth Press.

# 跌倒高危險群篩選表

跌倒傾向因子	是	否
1.Age>80歲		
2.近期3個月內曾跌倒經驗		
3.步態平衡感失調(ex:帕金森氏症)		
4.肢體功能障礙(ex:關節炎、中風)		
5.認知障礙(ex:失智)		
6.下肢無力(ex:殘障)		
7.頭暈、暈眩		
8.睡眠障礙		
9.診斷腦中風		
10.服用影響意識活動之藥物：利尿劑、止痛劑；輕瀉劑、鎮靜安眠、心血管用藥、抗精神病		

註：危險因子大於3項者，予執行預防性措施

資料來源：彭仁奎(2011, 6月)·評估工具簡介·於中華民國護理師護士公會全國聯合會主辦，長期照護專業人力Level 1共同課程訓練營·台南市：財團法人奇美醫院

# 皮膚危險因子評估表(Braden Scale)

表 3-17 皮膚危險因子評估表 (Braden Scale)

分數	意識狀況	清潔狀況	移動能力	活動能力	飲食狀況	磨擦力和剪力
1分	完全昏迷	失禁潮溼	完全限制不動	絕對臥床	禁食	有問題
2分	昏迷但對痛有反應	失禁，更換每天 $\leq$ 3次	大部分不動	僅限坐姿（輪椅）	攝取量少，1,200卡/天	潛在性問題
3分	清醒但部分感官受損	失禁，每次更換	部分限制	經常下床	特殊治療飲食（如 TPN、NG feeding）	沒問題
4分	清醒正常	乾燥、乾淨	沒有限制	自由下床	攝取量 $\geq$ 需要量	

註：皮膚危險因子判定標準

1. 得分 11 分以下，為高危險：每 2 小時翻身拍背一次、皮膚評估，並使用氣墊床。
2. 得分 15 ~ 12 分，為中危險：每 2 小時翻身拍背一次，並皮膚評估。
3. 得分 16 分以上，為低危險：每日皮膚評估一次。

資料來源：張淑卿（2011，9月），個案周全性評估，於中華民國護理師護士公會全國聯合會主辦，護理人員長期照護 Level II 專業課程訓練營，臺南市：郭綜合醫院。

# 社會資源評估表(OARS, Social Resource Scale)

1.您是 單身 已婚 鰥寡 離婚 分居

2.你與誰同住? 無其他人 祖父母 先生或太太 兄弟姊妹 兒女 其他親戚 孫子 父母 朋友 其他

3.你是否住在機構? 是 否

(1)你的配偶是住在機構? 是 否 (2)你住機構費用是否為無關係這支付 是 否 (3)你過去一年常不常在週末或假日離開這裡去拜訪家人或朋友或去購物? 每星期一次或更多次 每月1-3次 一個月少一次或特定假日 從未有過 未回答 (4)過去一年你有多少次與他人會面,無論是住在此底或來此地拜訪的人 每天一次或更多次 2次 1次 從未有過 未回答

4.多少人是你熟識而可以到他們家中拜訪的? 五位以上 3-4位 無 未回答

5.過去一週內你曾與他人(親戚、朋友及其他)在電話中交談過多少次?(包括來電與去電)  
每天一次或更多次 2次 1次 從未有過 未回答

6.在過去一週中你曾有多少次與不和你同住的人相聚(你去拜託他或他來拜訪你或一同外出)? \_\_\_\_\_ 次

7.有沒有你可以信任及信靠的人? 有 無

8.你是否常感覺到孤單? 時常 偶爾 幾乎沒有 未回答

9.只要想要,你是否可常長與你的親人或朋友見面,或你對他們如此少來看你感到有些不悅?  
只要想到常可見面 對如此少來看你感到有些不悅 未回答

10.是否有人(住在機構中或機構外)能在你生病或殘障時給你任何的協助,如你的配偶家人或朋友?  
是 無人願意並協助 未回答

11.是否有人(住在機構中或機構外)只要你需要皆能照顧你?或僅是短時間照顧或偶爾協助(如帶你看醫師或備餐點)? 某人會無限期協助 某人或提供短期間照顧(數週至六個月)及偶爾協助

12.某人的姓名\_\_\_\_\_ 關係\_\_\_\_\_ .



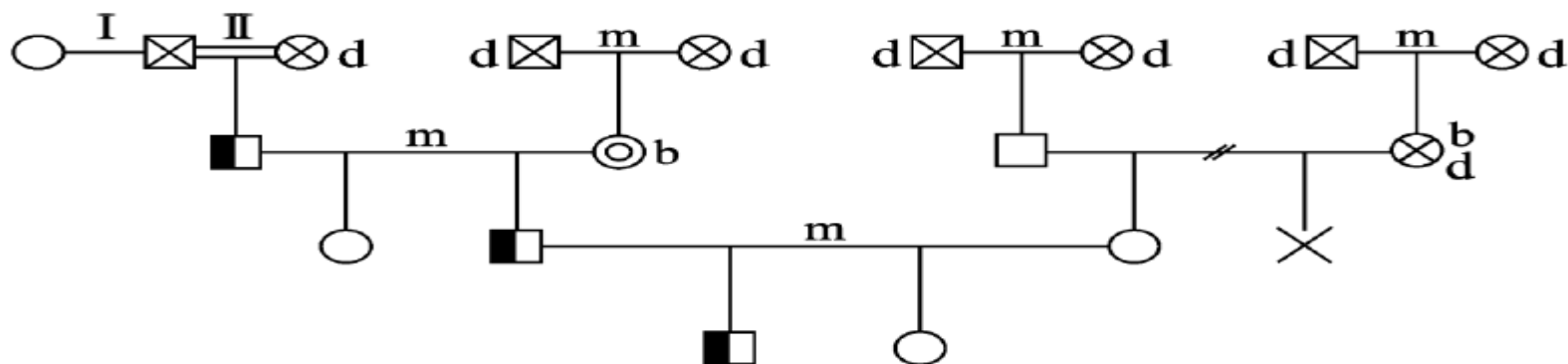
# 家庭評估系統

表 3-12 家庭評估系統

類別	內涵
家庭健康史	住院史、懷孕史、手術史、疾病史
家庭成員及家庭類型	稱謂、性別、年齡、教育、職業、宗教、家系圖（同住生活圈、重要家人網絡）
家庭發展	家庭發展階段、家庭是否能滿足此階段需求
家庭生態	家庭與鄰里親戚間互動
家庭結構	角色（互補、彈性）、權力（掌權、決策）、溝通、價值觀
家庭功能	情感、社會化、生育、經濟、健康照護
家庭壓力	特殊生活事件、主要照顧者、個案
家庭資源	內在（財力、精神、醫療、愛、資訊、結構）、外在（社會、文化、宗教、經濟、教育、環境、醫療）

資料來源：張淑卿（2011，9月）·個案家庭功能評估·於中華民國護理師護士公會全國聯合會主辦，護理人員長期照護Level II專業課程訓練營·臺南市：郭綜合醫院。

# 家系圖



## 【說明】：

- 回、◎：個案
- ：男
- ：女
- ☒d：死亡
- <sup>m</sup>○：結婚(男子在左邊)
- ~~//~~○：離婚
- ~~/~~○：分居
- ...○：未婚同居
- <sup>I</sup>—□<sup>II</sup>○：重婚
- =○：血親通婚

■或●：帶因者

++++：緊張

☐—○  
|  
○<sub>b</sub>：第一個孩子出生(女孩)

☐—○  
|  
○ □<sub>b</sub>：第二個孩子出生(男孩)  
(兄弟在左邊)

☐—○  
|  
×：人工流產

☐—○  
|  
●：自然流產

☐—○  
|  
☐：領養

☐—○  
|  
△：懷孕

☐—○  
|  
☐ ○：異卵雙生

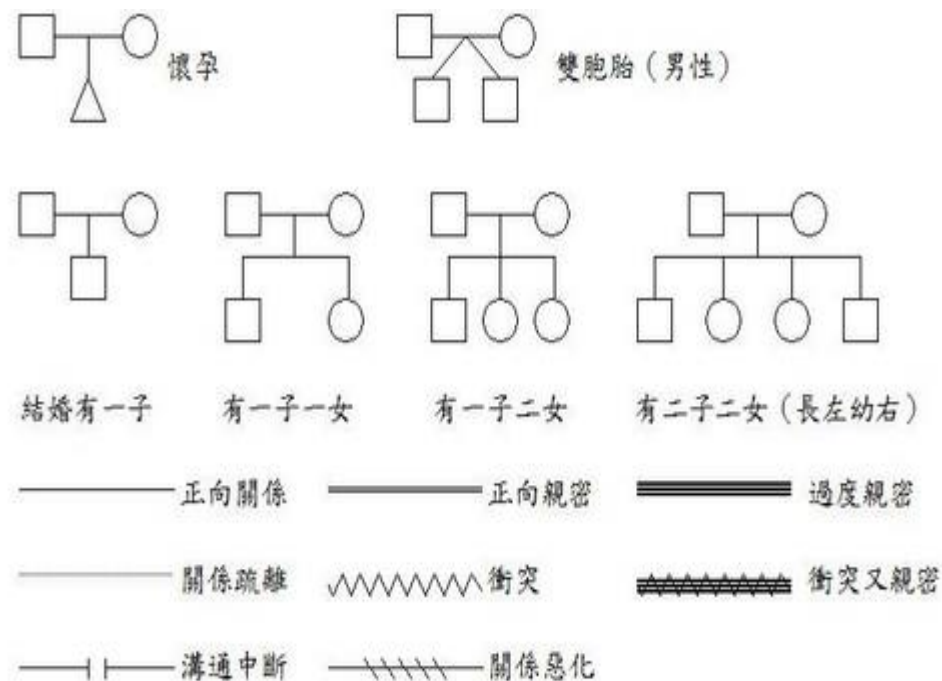
☐—○  
|  
☐ ☐：同卵雙生

# 家庭功能評估 APGAR (Smilkstein, 1978)

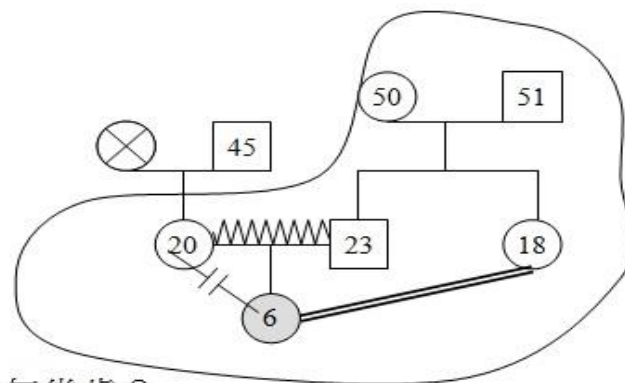
題 目	經常 2	有時 1	幾乎沒 有0
我滿意於當我遇到困難時，可以求助於家人。（適應度Adaptation）			
我滿意於家人和我討論事情及分擔問題的方式。（合作度partnership）			
我滿意於當我希望從事新活動，或是有新的發展方向時，家人能接受並給予支持。（成長度growth）			
我滿意於當家人對我表達情感的方式，以及對我的情緒（如憤怒、悲傷、愛）的反應。（情感度affection）			
我滿意於家人與我共處的方式。（融洽度resolve）			
分數7至10分：表示家庭功能無障礙；分數4至6分：表示中度家庭功能障礙； 分數0至3分：表示有重度家庭功能不足			

# 家系生態圖

- 圖示
- 單一實線代表正向關係，關係的強弱則以線條粗細表示
- 關係線上加註斜線代表衝突或有壓力的關係，並以斜線多寡呈現壓力或衝突程度
- 虛線關係代表微弱及不明確的關係，在關係線上加註箭頭則代表給與的關係，起端為給與者。
- 說說看→右圖示。

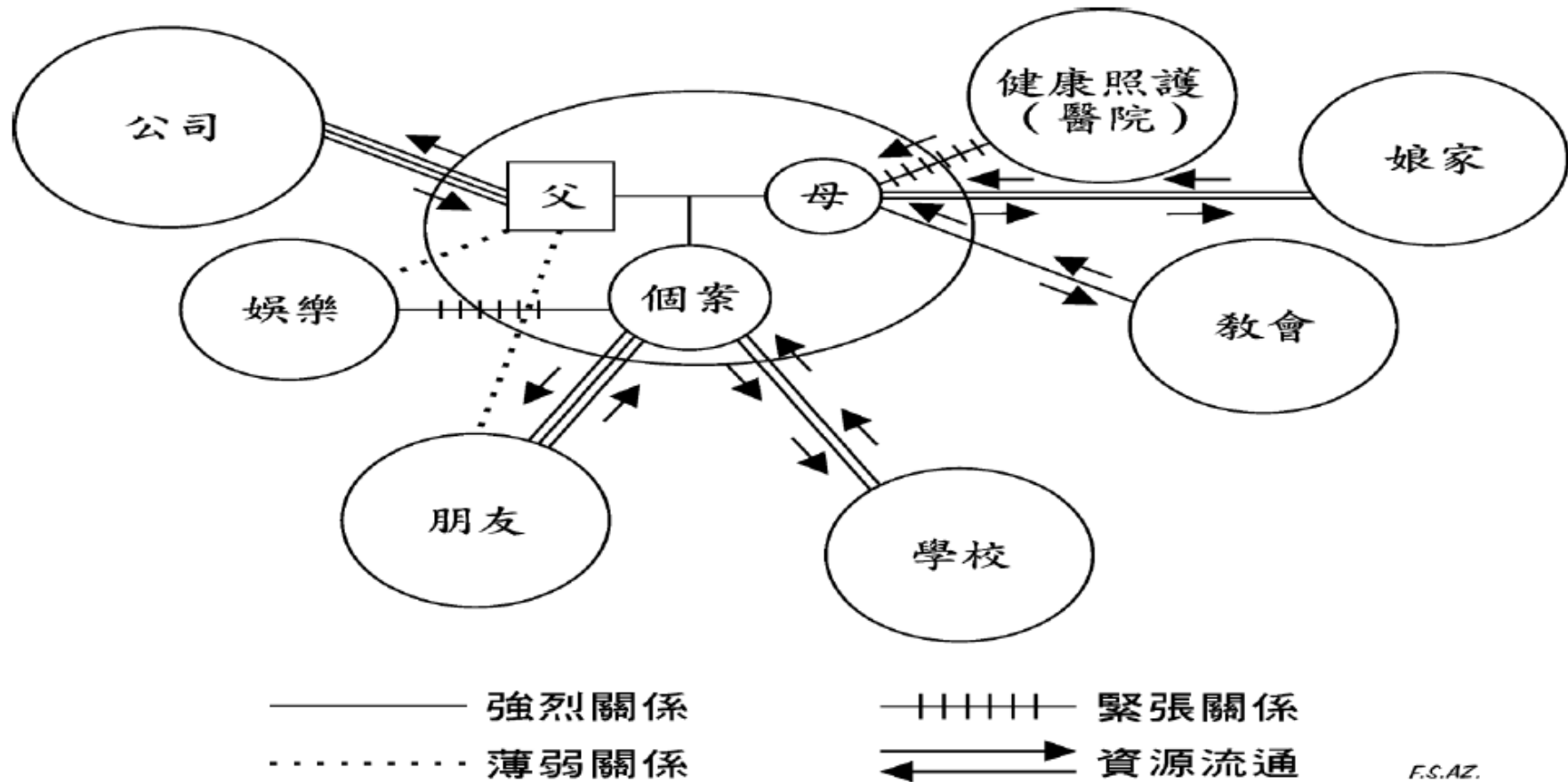


案例分享



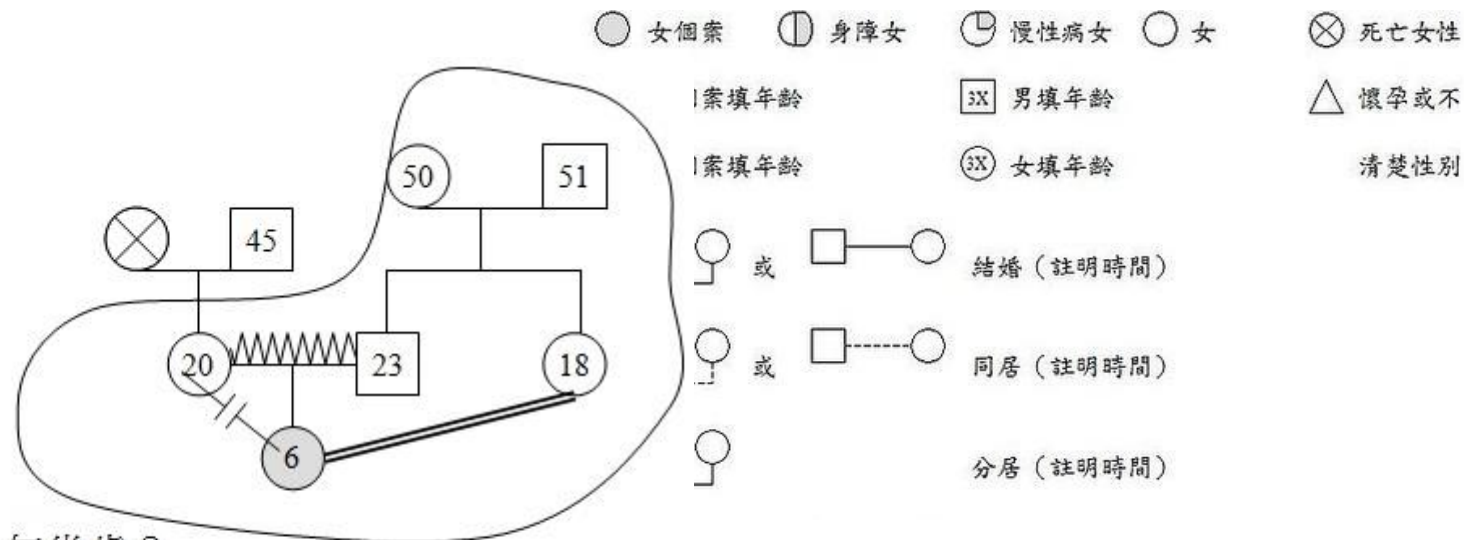
- 一、個案是誰？今年幾歲？
- 二、個案家庭中有哪些人？
- 三、個案和誰住在一起？
- 四、個案與家人關係如何？

# 家庭社會關係圖eco-map (Hartman, 1978)



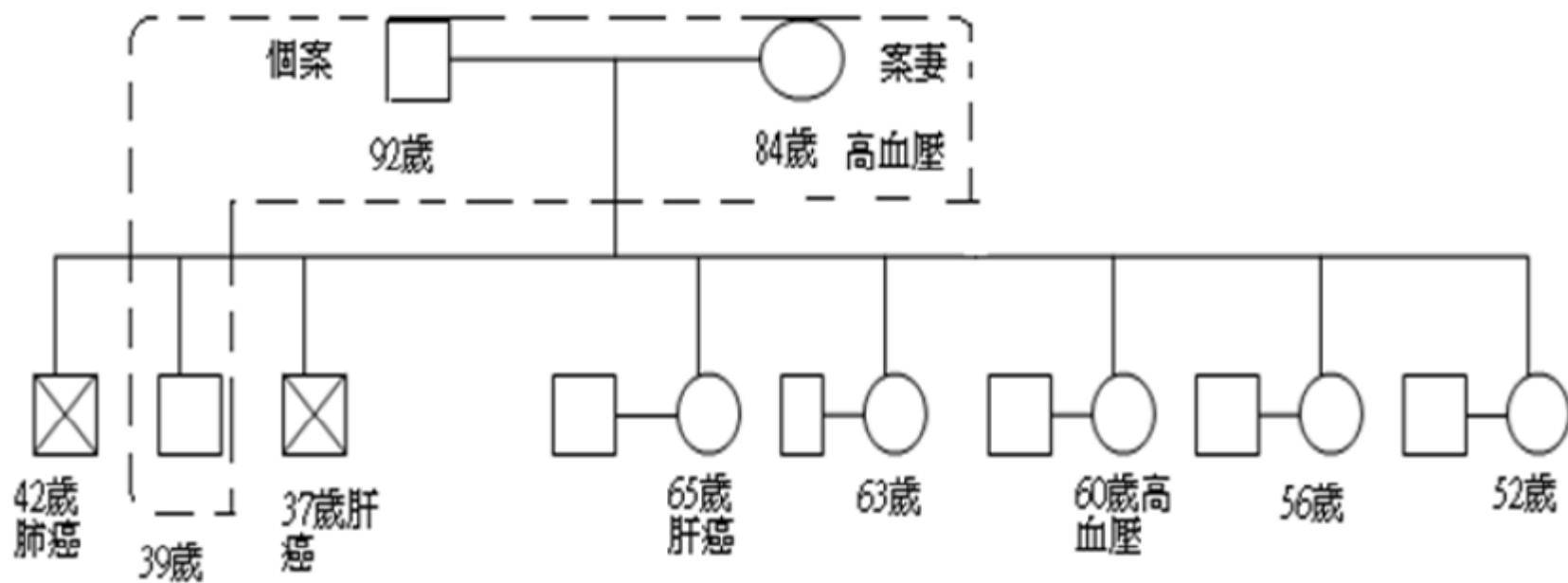
20-7 家庭社會關係圖圖例

## 案例分享



- 一、個案是誰？今年幾歲？
- 二、個案家庭中有哪些人？
- 三、個案和誰住在一起？
- 四、個案與家人關係如何？

# 家系圖簡介



# 照顧者負荷評估表

下列是您在照顧病患後自覺與照顧前的差異，請回答：

項 目	評 分				
	無	輕微	普通	嚴重	極嚴重
1. 感覺自己健康受影響的程度	0	1	2	3	4
2. 感覺心情沉悶的程度	0	1	2	3	4
3. 休閒活動受影響的程度	0	1	2	3	4
4. 照顧者主動提出或關切之問題：					

資料來源：

1. 葉炳強、楊清姿、徐亞瑛（1994）·癡呆症患者及其家庭居家照護經驗·行政院委託計畫·臺北市：行政院衛生福利部。
2. 阮玉梅、陳心耕、陳惠姿、林麗嬋、田玫、徐亞瑛…王祖琪（2000）·長期照護·臺北市：空中大學。

# 居家個案照護問題及處理原則

# 問題處理的優先順序

- 以家庭的優先順序為考量的主要依據
- 立即危及生命安全，如：病人氣切管滑脫
- 病人本身感受到緊急程度，如：尿管阻塞
- 未來的行動或策略介入對其後續照護品質的提升效果(自我照顧能力的提升或癒後)
- 護理人員的能力/時間
- 機構照護策略(金錢/人力)配合情形
- 其他資源運用的情形



資料來源：張淑卿(2019, 9月)·個案問題處理原則·於中華民國護理師護士公會全國聯合會主辦，長期照護專業人力Level 2共同課程訓練營

# 病人常見的護理問題

## 失能者

- 身體活動功能障礙
- 自我照顧能力缺失~沐浴與清潔衛生
- 自我照顧能力缺失~如廁
- 排便型態改變:便秘(結腸性便秘)
- 自我照顧能力缺失~穿著修飾
- 自我照顧能力缺失~進食
- 潛在性尿道感染
- 呼吸道清除功能失效
- 感覺及知覺改變/視聽方位感
- 潛在性呼吸道感染
- 吞嚥/消化功能障礙
- 高危險性傷害~跌倒
- 潛在危險性廢用症候群
- **社交隔離**
- **遷移壓力症候群**
- **社交互動障礙**
- 營養狀況改變~ 少於身體所需
- 營養狀況改變~ 多於身體所需
- 體液容積過多
- 舒適情形改變~搔癢
- 舒適情形改變~疼痛
- 現存性皮膚完整性受損
- 焦慮
- 睡眠型太混亂
- 低效性呼吸型態
- 舒適情形改變~體溫過高
- 潛在危險性自我殘害
- 照顧者角色緊張
- 家庭運作過程改變
- 家庭因應能力失調
- **憂鬱**

## 居家護理

- 排尿型態改變
- 營養不均衡：少於身體所需
- 吞嚥障礙
- 呼吸道清除功能失效
- 身體活動功能障礙
- 便秘
- 皮膚完整性受損
- 知識缺失
- 無望感
- 其他：言詞溝通障礙、不遵從.....

# 34項照顧問題清單~照顧管理中心

編號	照顧問題	編號	照顧問題
1	進食問題	18	疼痛問題
2	洗澡問題	19	不動症候群風險
3	個人修飾問題	20	皮膚照護問題
4	穿脫衣物問題	21	傷口問題
5	大小便控制問題	22	水份及營養問題
6	上廁所問題	23	吞嚥問題
7	移位問題	24	管路照顧問題
8	走路問題	25	其他醫療照護問題
9	上下樓梯問題	26	跌倒風險
10	使用電話問題	27	安全疑慮
11	購物或外出問題	28	居住環境障礙
12	備餐問題	29	社會參與需協助
13	處理家務問題	30	困擾行為
14	用藥問題	31	照顧負荷過重
15	處理財務問題	32	輔具使用問題
16	溝通問題	33	感染問題
17	短期記憶障礙	34	其他問題

第34項其他問題：  
當個案有未列於前33項、或照專認為個案有而未由系統自動帶出的照顧問題，可寫在其他問題，並請於計畫簡述中簡單說明原因，以利進行問題清單的增修調整。



# 案例練習

- 陳先生，82歲，高中畢以台語溝通，有糖尿病病史約10年。今年初因高血壓造成腦中風導致右側肢體無力癱瘓後在某區域醫院治療過，目前剛由出院準備服務中心的護理師協助案家，返家照顧。個案身上有導尿管及矽質胃管，右腳小趾頭有壓瘡。於家中接受照顧，有印籍看護及案妻為78歲的主要照顧者，照顧者表示：「106年12月出院返家，原本請政府單位協助照顧，現因自己年紀也大了，有時搬動個案及協助下床與換紙尿褲，很費力，兒子申請印籍看護協助日常生活照顧。」
- 陳先生意識清楚，可以說出想要做的事情，但不愛說話。
- 2018/12/01訪視時，尿管20號已阻塞，且紙尿褲有很多的滲尿，深黃色、有沉澱物。
- 請依照病人的問題，協助介入護理措施。



# 情況題

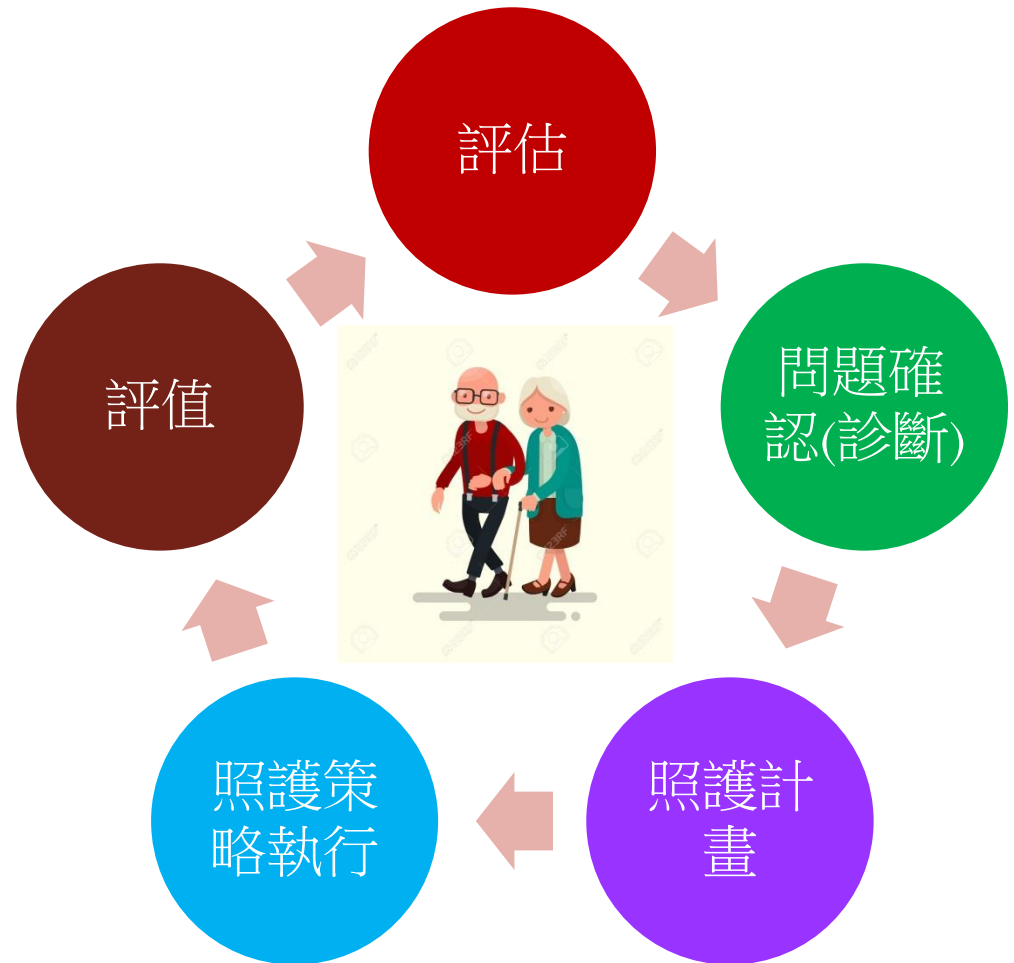
- 居家護理師在安排一天的訪視時，下列哪一位個案應列為第一優先的訪視對象？(A)陳伯伯，中風個案，出院回家一週，帶有鼻胃管，家屬表示鼻胃管外觀髒，想更換 (B)林媽媽，糖尿病截肢患者，已居家照顧半年，家屬於11AM來電表示今早身上胃管不小心脫落，於7AM灌完牛奶 (C)王先生，脊髓損傷患者，剛接案一個月，家屬來電訴發現臀部有褥瘡2×3 cm，不知如何換藥 (D)吳太太，中風患者，有留置尿管18號，家屬表示昨晚至今仍未解尿於尿袋。



說說看，如何排列  
順序

# 照護計畫之擬定、審視及修訂

- 確認問題的合適性?
- 護理問題的優先順序?
- 長期且不可逆的問題該如何處理?
- 該如何擬定計畫目標?
- 成效評值?
- 照護計畫是否依據每位病人及案家評估之資料所擬定?



# 居家護理師的照顧分享~影片

照顧過程中，身為護理人員，  
我認為：



預備。起!

人生有如馬拉松，成功的關鍵，  
不在於瞬間的爆發，而在於途中  
不斷的堅持，縱使有千百個理由  
想放棄，也要給自己找一個堅持  
下去的理由。

謝謝聆聽

