

個案報告書寫指引

題目 (15-20 字內，精簡、扼要，切合個案首要問題)

摘要 (300-500 字內，全文重點，包含個案主要問題與照護過程)

壹、前言(選此個案之動機、目的與重要性)

貳、文獻查證(勿二手引用、疾病部分不必太多，注意呼應護理過程之內容包括護理評估、護理目標及護理措施)

參、**護理評估**

一、基本資料：可包含以下諸項，但不侷限下列項目病人姓氏、病歷號、年齡、出生年月日、性別、教育程度、籍貫、宗教信仰、婚姻狀況、職業、入院日期、入院診斷、護理期間

二、精神科病史

(一) 入院經過：

此次入院原因？近期出現哪些精神症狀？症狀嚴重度？情緒狀態？行為表現？這些問題什麼時候開始？持續多久？...等

(二) 過去病史：

描述過去每一次發病之①診斷、症狀②壓力源 ③治療經過 ④追蹤治療情形與日常生活功能(請以圖表說明之)

(三) 家族病史：

繪畫家庭樹(family tree)或家庭圖譜(family genogram)，簡明呈現病人至少三代的家庭結構及病史

(四) 生長發展史：

①收集早期發展資料，從出生、家庭養育、學校課業表現、同儕關係、工作表現、異性關係等成長過程

②以艾瑞森(Erikson)的社會心理發展理論分析病人目前的發展情形，是否達成發展任務？抑或可能有發展危機？

(五) 性史：

何時出現初經或夢遺？是否有性經驗？對性的態度及看法為何？是否避孕？在性方面有何困擾，如何解決？是否曾遭受性騷擾或強暴而導致心理創傷？

三、**藥物治療(寫完一個藥物後，再分隔呈現另一藥物)**

起始日期及停止時間	藥物學名/商品名	劑量/途徑/時間	作用機轉/適應症/副作用/注意事項
~			(1)作用機轉 (2)適應症 (3)副作用/注意事項

四、**檢驗報告(檢驗值-用於單一檢驗項目，檢測數次時的彙整表，異常數值用螢光筆畫出)**

檢驗項目名稱	檢查值(自己畫格數)			正常值	臨床意義判讀
	日期	日期	日期		

五、**檢查報告(含心理評估、家庭評估及職能治療評估報告)**

日期	檢查名稱	檢查理由說明	檢查結果或建議	當科醫師臨床處置與意義

六、**會診**

日期	會診	會診理由說明	會診結果或建議	當科醫師臨床處置與意義

七、**整體性護理評估工具：評估身體：1/3**

項目	主觀資料	客觀資料	注意事項

身 體 層 面	<p>一般外觀及身體心像</p> <p>一般外觀：包括病患之衣著、打扮、髮型、儀容、姿態、身體特徵、視覺接觸等其外表給他人的印象及感受。</p>	<p>1.你對你的外表、衣著打扮或身體缺陷有何看法？</p> <p>2.你對你自己的身體狀況有何看法？有何期望？</p>	<p>1.病人的體態、面部表情、步態、衣著打扮、整潔、態度是否合宜？</p> <p>2.評估病人是否有顯著的身體特徵(如：刺青、針孔注射、目光接觸、面部表情、與醫護人員的溝通關係等)</p> <p>3.身體是否有殘障或肢體功能障礙(如：盲、聾、啞等)</p>	<p>分辨病患一般外觀可以下列敘述說明之：</p> <ul style="list-style-type: none"> * 正常 * 好爭論 * 有戒心 * 疏離 * 敵視 * 多疑 * 幼稚 * 不合作 * 儀表不潔 * 衣著不適當
	<p>意識狀態</p> <p>意識：個人對自我及外界認識、了解、判斷及反應之狀態。</p>	<p>1.你對病房的环境安排是否清楚瞭解？可否選擇一項設施做說明？</p>	<p>1.觀察病患對周圍環境及口語刺激是否有反應？</p> <p>2.若上述兩項刺激均無反應則以疼痛刺激，如：刺激指尖。</p>	<p>分辨病患的意識狀態可以下列敘述說明之：</p> <ul style="list-style-type: none"> * 清醒-指對聽、觸等刺激能做適當的反應，對人、時、地有定向感。 * 混亂-對刺激有反應但反應不正確，不了解自己與環境之關係。 * 嗜睡-經常在睡眠狀態，可被叫醒對刺激作反應，刺激結束後又開始入睡。 * 木僵-需用強烈的外在刺激才能引起反應，如痛覺刺激，對刺激反應弱或不恰當，言語不清，反射動作則表持良好。 * 昏睡-對刺激無反應及反射動作，四肢肌肉無張力。 * 譫妄-病患易出現混亂、慌張、不安、定向感障礙並常伴隨幻覺及錯覺之發生。

評估身體：2/3

項目		主觀資料	客觀資料	注意事項
身體層面	營養 營養：為維持正常生命活動及保證生長和生殖所需的外源物質。	<ol style="list-style-type: none"> 1.你平常在家的飲食量多少？飯量？湯量？次數？ 2.你對醫院的伙食有何看法？ 3.除三餐外，你還喜歡吃什麼？ 4.有無食物禁忌或過敏？ 5.一天約喝幾杯水（一杯水幾 c.c)或幾瓶飲料？ 	<ol style="list-style-type: none"> 1.個案的皮膚顏色、彈性？鞏膜？指甲形狀、顏色？頭髮、頭皮的生長狀況？ 2.進食量是否足夠？是否會偏食或挑食？ 3.除三餐外，還吃什麼點心？量？時間？是否補充營養品？ 4.液體攝取量？是否過多或過少？ 5.評估病患進食情形為何？邊談邊吃？沈默不語？四處走動？獨自回病室吃飯或獨坐於角落吃？ 6.評估食慾如何？是否需協助餵食？ 7.評估體重比標準體重減輕或增加？其 BMI 為多少？ 8.吞嚥狀況如何？ 	<p>分辨病患的營養狀況可以下列敘述說明之：</p> <ul style="list-style-type: none"> * 正常 * 營養缺乏 * 營養過量
	睡眠	<ol style="list-style-type: none"> 1.平日的睡眠習慣如何？早睡早起？晚睡晚起？早睡晚起？是否睡午覺？就寢時間？起床時間？ 2.發病後，睡眠習慣有何改變？ 3.睡覺前是否用安眠藥物？有何影響？有何感覺？ 4.失眠時多如何處理？ 	<ol style="list-style-type: none"> 1.晚上睡眠總時數為何？是否有失眠？來回走動？自言自語？頻頻索取煙品的情形？ 2.睡醒後是否有休息足夠及足以應付日常活動的感覺？ 3.有無入睡的問題？是否需要輔助物？作夢（惡夢、夜驚）？早醒？ 4.服用安眠藥物之量、名稱、時間？ 	<p>分辨病患的睡眠形態可以下列敘述說明之：</p> <ul style="list-style-type: none"> * 早醒 * 晚睡 * 片段 * 早睡 * 難入睡 * 易醒或日夜顛倒 * 白天躺床 * 有無午睡習慣

評估身體：3/3

項目		主觀資料	客觀資料	注意事項
身體層面	排泄	<ol style="list-style-type: none"> 1.你每天的大便次數、時間？ 2.你每天的小便次數、時間？量？ 3.住院後大小便習慣有何改變？你認為影響排便習慣的原因為何？(疾病？活動？情緒？環境？藥物？) 4.是否有便秘、腹瀉的問題？是否有痔瘡？ 5.是否使用藥物或其他方法幫助排便？ 	<ol style="list-style-type: none"> 1.描述個案的腸道排泄型態(例如：頻率。特徵：色、質、味、量。有無不舒適。腸道控制能力) 2.影響個案排便的因素有哪些(便秘是否為EPS造成？腹瀉是否為鋰鹽中毒造成)？藥物？活動量？營養素如纖維之攝取？ 3.描述個案的泌尿道排泄型態(例如：頻率。特徵：色、質、味、量。有無不舒適感。泌尿道控制能力，是否漏尿？是否排尿困難？是否為藥物副作用？須另服藥物協助？) 3.出汗情形？有無味道？ 4.糞便檢查、尿液檢查、腹部檢查 	分辨病患的排泄狀況可以下列敘述說明之： <u>排便</u> ： *正常 *便秘 *腹瀉 *脹氣 <u>排尿</u> ： *正常 *失禁 *尿瀦留 *排尿困難
	活動與休閒	<ol style="list-style-type: none"> 1.你平時有哪些興趣嗜好？ 2.住院後，你對病房的哪些娛樂休閒設施及活動較有興趣？ 	<ol style="list-style-type: none"> 1.病患是否有足夠的精力從事期望或所需的活動？ 2.病人主動參與病房哪些活動？ 3.病人的活動情形？活動量高或低？活動持續時間？出現的情緒反應？行為表現？ 4.病患參加活動是主動參加或選擇性參加，是否參加至結束？參加品質如何(持續力/注意力)？ 	分辨病患參加活動的情形可以下列敘述說明之： *倦怠 *緊張 *坐立不安 *激躁

	<p>身體健康狀況</p>	<p>1.你身體哪裡不舒服？ 2.從前有沒有這種情形？你都怎麼樣處理或怎麼樣治療？</p>	<p>1.病人的身體狀況為何？姿勢？肢體協調度？體力？ 2.有無內外科疾病？慢性病？目前有無相關處置？ 3.有無過多的身體抱怨？ 4.所服藥物是否引起副作用？藥物濃度？ 5.生命徵象是否正常？ 6.生化檢查、腦波、心電圖、X-光、電腦斷層攝影等檢查中有無異常？ 7.了解檢查中出現的異常結果會有哪些問題？ 8.評估病患是否出現哪些身體症狀與檢查結果相關？</p>	
--	---------------	---	---	--

評估情緒：1/1

項目		主觀資料	客觀資料	注意事項
情緒層面	情感和心情	1.你現在覺得心情怎麼樣？有什麼感覺？ 2.從前是否曾有這種情緒？怎樣處理？	1.病人情感表達為何？評估反應的範圍、間隔、強度與適當型？是否有不適當的情感表現？（傻笑？哭鬧？） 2.病患情緒的穩定度（以病人之主訴為主，可以問「你今天感覺怎麼樣？」或以十分（0~10分）評量出自己的心情程度）？有何變化及變化速度？	分辨病患的情感與心情狀態可以下列敘述說明之： 情感： *適當的情感表現 *狹隘 *缺乏 *淡漠 *易變 心情： 畏懼。害怕。激動 憂鬱。乏力。緊張焦慮。生氣。不安 冷漠。漠不關心 情緒高昂。過份高興
	壓力及調適因應技巧	1.你最近一年有什麼壓力？你都如何應付這些壓力、危機？ 2.在面對壓力事件時，你通常採用什麼方法來處理壓力？是否有效？通常會找誰幫忙？ 3.住院期間有哪些壓力？你怎麼處理？ 4.評估病患自覺面對事物常是如何處理？個案自覺處世應對模式是否『恰當』？	1.病患在最近一年的生活中有無任何重大的改變？危機？生活事件？ 2.對病患而言，誰是最大的幫助者？目前誰對個案最有幫助？ 3.個案是否有服用藥物？酒精？ 4.個案會不會以暴力發洩情緒？或應付挫折？	

評估智能：1/3

項目		主觀資料	客觀資料	注意事項
智 能 層 面	知覺 知覺：經由感覺器官得知環境所存在的事物之過程	1. 你有什麼感覺？覺得怎樣？ 2. 你好像在聽(看)什麼？聲音跟你說什麼？你聽到什麼人跟你說話？在什麼情況下聽到？一天約聽到幾次？通常在什麼時候聽到？如何處理？	1. 病患無幻覺？錯覺？ 2. 病人的表情、態度、出現某些行為的頻率，如傾聽狀、怪異行為等是否出現坐立不安、驚慌、害怕或神情愉悅等情形？	分辨病患的知覺情況可以下列敘述說明之： * 正常 * 錯覺-對外界刺激產生錯誤的知覺或解釋 * 幻覺-無外界刺激但卻有知覺產生 * 失真感-四周環境不真實或陌生，好像在演戲的感覺 * 解離感-覺得自己不真實、很陌生，無法感受到自己的情緒 * 無法測知
	思考： 是腦部的內在活動，但是透過語言傳達出來；包含對思考內容與思考過程之評估。	1. 是否有些困擾的念頭？ 2. 是否對一些事情有奇怪或不真實的感受？是否感覺被他人監視或談論？是否覺得自己的想法或行動會被外力控制？是否相信自己有特殊能力？強迫意念(是否有重複發生而堅持的想法)等？	1. 病患說話時的話量多寡(少語、噤聲、壓迫性語言、衝動性言談)、音量(大聲或輕聲細語)、音調、說話速度(快或慢)、特質(咆哮、字句含混不清、不尋常的口音)？ 2. 內容連貫性、邏輯性有無障礙？ 3. 是否有思考過程障礙？ 4. 妄想(是否會對特定的事物或情境感到害怕，或是過度擔心一些與身體與健康有關的議題？	分辨病患的思考情況可以下列敘述說明之： 1. <u>思考內容障礙</u> ： 關係妄想、被害妄想、被控妄想、宗教妄想、被害妄想、嫉妒妄想、情愛妄想、罪惡妄想、虛無妄想、身體妄想、思維插入、思想抽離、思維傳播 2. <u>思考過程障礙</u> ： 自閉思想、語無倫次、答非所問、新語症、不語症、延續症、重複言語、思考跳躍、說話繞圈、音韻連結

評估智能：2/3

項目	主觀資料	客觀資料	注意事項
行為		<p>1.與個案會談並觀察病患是否有異常的身體動作？如：</p> <p>正常、激躁不安、自我傷害、過份活潑、抽搐、行為遲滯、攻擊行為、自言自語、癡笑或怪笑、強迫行為、自傷行為、儀式化行為、重複動作、怪異行為、回音性動作、拒絕現象(阻抗行為)、姿態僵直(蠟樣屈曲)、作態行為</p>	<p>分辨病患的行為可以下列敘述說明之：</p> <p>正常、激躁不安、自我傷害、過份活潑、抽搐、行為遲滯、攻擊行為、自言自語、癡笑或怪笑、強迫行為、自傷行為、儀式化行為、重複動作、怪異行為、回音性動作、拒絕現象(阻抗行為)、姿態僵直(蠟樣屈曲)、作態行為。</p>
認知(JOMAC)	<p>J 判斷力： 對一般事物週邊與社會性事件之判斷。</p>	<p>1.病人回答問題時的言談、行為及情緒反應情形？</p> <p>2.相關心理測驗。</p>	<p>1.如果去逛百貨公司遇到地震，你怎麼處理？</p> <p>2.如公司因財務困難無法再聘用你，你怎麼辦？</p>
	<p>O 定向力： 1.人。2.時：今天是民國幾年幾月幾日？星期幾？3.地：你現在在哪？</p>	<p>1.病人對人、時、地的辨別情形是否正確？</p>	<p>人：你叫什麼名字？或指著病患熟識的一位照顧者，問病患「他是你的什麼人？叫什麼名字？」</p>
	<p>M 記憶力： a.立即記憶： b.近期/即期記憶： c.長期/遠期記憶：</p>	<p>1.病人的表情、言談反應？說話是否有虛構或繞圈子等情形？</p> <p>2.相關心理測驗。</p>	<p>(a).請病患在 10 秒鐘內順向或反方向的重覆一串數字。(b)早餐吃什麼？(c)求學過程的學校名稱、結婚日期、家庭各成員的年齡</p>
	<p>A 抽象思考： 說明(a)成語諺語或是(b)事物異同處</p>	<p>1.病人的表情、行為、言談反應是否異常？</p> <p>2.相關心理測驗。</p>	<p>(a)一石二鳥、有志者事竟成、閩南語如：愛拼才會贏、歹竹出好筍。</p> <p>(b)蘋果跟香蕉有什麼相同跟不同的地方。</p>
	<p>C 計算能力： 如 100 減 7 答案是多少？再減 7..再減 7..剩餘多少？問答五次後停止。</p>	<p>正常人可於 30 秒內完成每個答案，且少於四個錯誤。</p>	<p>(出題時需考慮病患的教育背景出題，如不識字的老人可詢問一顆蘋果 3 元，20 元買了一顆蘋果後剩幾元？)</p>
	<p>基本常識： 1.國內最近發生哪些重大新聞？ 2.現任總統是誰？上任總統是誰？</p>		<p>應考慮病人教育程度、興趣、性別及文化背景之差異</p>

評估智能：3/3

項目		主觀資料	客觀資料	注意事項
智 能 層 面	病識感：	<ol style="list-style-type: none"> 1.你覺得你是否生病？生什麼病？ 2.你認為你的病是什麼原因引起？自己是否有責任？ 3.對你目前的病情，你覺得自己要怎麼辦病才會快點好？ 	<ol style="list-style-type: none"> 1.病人的表情、言行表現？病人對醫護人員、其他病人及治療態度如何？ 2.病人是否收拾所有用物並在門口徘徊？是否拒絕治療？病人是否採觀望的態度？ 	<p><u>無病識感</u>-完全認為自己沒有生病</p> <p><u>部分病識感</u>-知道自己不對或承認有病，卻做錯誤歸因，不知真正病因</p> <p><u>理性病識感</u>-知道自己有病且知道病因，但缺乏改變與治療的動機</p> <p><u>真正病識感(情緒性病識感)</u>-除了了解自己有病外，還有動機及動力去尋求改變和接受治療。</p>

評估社會&靈性： 1/1

項目		主觀資料	客觀資料
社會層面	自我概念：一種由態度、意見及信念所構成的個體自我知識。	1.你對自己有何看法或期望？ 2.當面對衝突時，你是否常常覺得無力、罪惡或無助？	1.病人與人互動時的態度、音量、音調、身體姿勢、視線接觸情形？是否出現焦慮、無力感、罪惡感與低自尊？ 2.相關心理測驗。
	人際關係	1.你平常跟朋友、同學、病友或同事之間的相處情形？ 2.當你遇到困難時，誰能幫忙你？	1.病人對他人、醫護人員態度為何？ 2.病人常用之溝通方式與社交技巧？ 3.病人一天獨處時數？ 4.訪客來訪情形？
	家庭狀況	1.你覺得你跟家人的關係如何？ 2.有重大事件都由誰做決定？ 3.家人對你生病有何看法？	1.病人與家屬的互動情形及溝通型態？是否有雙重束縛溝通？
	角色功能：探討其扮演的各角色，及能否滿意勝任狀況。	1.你現在在哪裡工作或在哪裡唸書？情形如何？ 2.生病對你的工作或學業有什麼影響？	1.病人住院期間的自我照顧情形？ 2.參與職能治療，工作能力及態度？ 3.扮演那些實質角色?非實質角色?所扮演的角色情形如何? (實質角色：男主外、女主內、父親、母親、長子、兒女...) (非實質角色：經濟來源者、主要決策者、衝突者、和事佬、支持者、妥協者、犧牲者、代罪羔羊者)
	文化	1.文化風俗對你的影響？是否採用民俗療法或有其他禁忌？	
	環境因素	1.生活環境是否有危險因素？ 2.社區裡有哪些社會福利機構及娛樂休閒活動場所？ 3.與鄰居之往來情形？鄰居對精神病看法？	1.住家環境如何？ 2.住家附近之社會福利機構及娛樂休閒場所所有哪些？ 3.健保/殘障福利法對個案的影響？
靈性層面	人生觀：指個人對生命的態度	1.「你認為人生的意義目的是什麼？」 2.「你對未來有何重要的計畫？」	1.病人的言行表現？對人生的態度？
	信仰觀	1.你的宗教信仰是什麼？對你有何幫助？ 2.你是否參與宗教活動？那一類的活動？多久一次？ 3.若發生困難時，宗教對你是否有幫助？	1.病人的言行表現？是否有膜拜、祈禱等行為？ 2.宗教信仰是否影響疾病治療？ 3.住院對你的宗教活動是否會有干擾？
	自我超越感	1.你覺得生命中有哪些有意義的事物？ 2.你參與哪些公益活動？有何感覺和看法？	1.病人的言行表現？是否熱心公益？能否主動參與病房服務工作？
	自我實現	1.你對『過去的你』及『現在的你』是否滿意？ 2.你對你的未來有什麼期望及看法？	

參、護理診斷的形成

護理診斷／導因(每位患者擇最重要的二個護理診斷書寫)

日期	主客觀資料	護理目標	護理措施	學理依據	評 值
	主觀資料至少三至五項 客觀資料至少三至五項	包括近程、中程目標(註明預計達成日期)	1. 寫出詳細而具體可行方法。 2. 每一目標至少有五至七項以上的護理措施。	針對主要護理措施寫出學理依據	寫明： 1. 日期。 2. 評值結果或病人進展。 3. 未達護理目標之因素分析。 4. 修改計劃。

**措施需具獨特性與個別性。例如不可只寫「與患者建立信任的護病關係」，要寫出如何建立信任關係，如「與患者約定每日上下午各會談二十分鐘，每週三下午一起打桌球 50 分鐘」。

肆、心得感想 (書寫該份個案報告之收穫、撰寫的困難度及建設性之建議)

經國管理暨健康學院
五專精神科護理學實習個案報告評分表

班級：_____ 學號：_____ 學生姓名：_____

實習單位：_____ 實習日期：____年__月__日至____年__月__日

題目名稱	項 目	得分	評語
整體觀： 1.格式完整、正確，符合規格依據；A4 電腦列印，版面排列工整及裝訂 2.用字謹詞流暢、正確無誤、合乎邏輯			※學生書寫狀況，酌量加減5分
壹、題目及摘要(10%) 1.題目:簡潔、避免贅字或過於冗長，以關鍵字標出全文主題(5%) 2.摘要:簡明扼要，能包含全文重點(5%)			
貳、個案簡介(10%) 個案簡介(項目正確、完整，含基本資料、主訴、過去病史、家族病史、生長發展史、性史)			
參、護理過程(70%)含護理評估、護理診斷及護理計畫 1.護理評估(25%)：(含個案簡介、藥物治療、檢查與檢驗報告及會診結果) (1)相關資料具主客觀性及時效性 (2)能提供患者整體性及持續性的評估： 五大層面評估完整，含主、客觀資料，文字表達流暢，使用正確醫護專有名詞 2.護理診斷(5%)：問題完整、清楚 3.護理計畫(40%) (1)護理診斷導因正確、完整 (2)主/客觀資料完整、正確，資料來源來自個案簡介及護理評估 (3)護理目標清楚、正確、具體、可行、具優先順序且可達成 (4)護理措施可解決健康問題；完整、具體、具個別性；包含獨立/半獨立行為；具先後或輕重緩急之順序排列 (5)措施之學理依據正確且完整；具深廣度 (6)護理評值能針對個案目標做評值 (7)護理計畫呈現持續性護理過程(每個主客觀、評值，均含日期)			
肆、結論 (10%)： 書寫該份個案報告之收穫、撰寫的困難度及建設性之建議			
學生自我評量			
教師評量			

藥卡書寫指引

(A) 藥卡書寫指引(註明:個案床號、診斷)

藥卡內容	護理核心素養之展現
(1)藥物種類(學名與商品名)	一般基礎醫學
(2)藥理作用與代謝機轉	一般基礎醫學
(3) 個案使用狀況(劑量、用法、)	問題發現與改善
(4)劑量(最大與每日建議劑量)	一般基礎醫學
(5)副作用與照護注意事項	尊重生命與關懷
(6)個案服藥狀況(遵從性、副作用)	一般照護技能

(A)週評值書寫指引 (B)總心得書寫指引

(A)週評值書寫指引

(1)照顧病人之感覺。(2)本週最難忘的事。(3)本週最感困擾的事?如何處理?(問題發現與改善)例如本週是否有遇到病房中出現暴力或自傷事件,您的想法與感受為何?(尊重生命與關懷)。(4)針對週目標的進度及收穫,自己的評值為何?(5)對下週之自我期許。(自我成長)

(B)總心得書寫指引

1. 照護神科患者的心得。
2. 精神科實習中最大的收穫。
3. 對於精神科實習之自我省思(請依護理核心素養能力省思)。
4. 對實習單位的建議或意見回饋。
5. 對指導老師的教學方法有何建議或意見回饋。

溝通實錄書寫指引

- 一.基本資料：床號、姓名、診斷、年齡、性別、教育程度
- 二.會談時間：(如：2006年5月5日 AM11:15 到 PM12:05)
- 三.會談地點：
- 四.會談情境：(包括個案精神、情緒狀態與態度...等)
- 五.會談目的：

護生所言	學理依據	個案所言	分析
	例如：會談技巧、溝通原則...等	描述個案之語言與非語言溝通	例如：使用何種防禦機轉...

評估：

經國管理暨健康學院五專精神科護理學實習溝通實錄評分表

班級：_____ 學號：_____ 學生姓名：_____

實習單位：_____ 實習日期：____年__月__日至____年__月__日

評分項目	分數	評分
一、病人基本資料正確	5%	
二、會談目的明確，會談主題描述具體	5%	
三、會談情境描述完整（包括外在環境及影響因素分析） 1.能安排合適不受干擾的環境下會談 2.尊重個案隱私，讓個案感受舒適及自在	5%	
四、會談內容（85%）		
1.會談中能正確使用適當稱謂或頭銜稱呼個案	5%	
2.會談中使用個案可以理解的語言	5%	
3.會談中主動鼓勵個案表達，能以間接婉轉方式引導談話，避免離題 （闢寬話題，鼓勵會談繼續）	5%	
4.會談中能傾聽個案談話，無隨意打斷（傾聽）	5%	
5.會談中能接納個案，予以尊重，無妄加評斷、批評或指正（接納）	5%	
6.會談中能注意非語言溝通方式所傳達出的意義	5%	
7.會談中能運用開放式問句提問，延續話題（開放式問句）	5%	
8.會談中能以基礎生物醫學或精神科學理為基礎，提供個案有用之資訊 （提供訊息）	5%	
9.會談能達到溝通目的	5%	
10.有系統的整理所會談資料	5%	
11.能分析檢視會談過程中使用的溝通技巧，正確使用其他溝通技巧 （同理心、沉默的應用、將所觀察的訊息反映出來、澄清、重述、反映、集中焦點、提供讚賞及鼓勵、鼓勵作比較、面質、結論）	10%	
五、總結(會談重點)	5%	
六、評值（能評值自己會談過程的優缺點，能針對不適回應或對話提出改善內容）	20%	
總 分		
評 語：		
實習指導老師簽名：		

精神科護理常規範例(以三軍總醫院松山分院精神科病房為範例)：

壹、藥物治療護理常規：

意義：是指藉由不同途徑，如：口服、肌肉注射、皮下注射或靜脈點滴方式，給與藥物治療。

目的：治療、預防疾病或減輕症狀。協助維持正常的生理機能。為了協助診斷疾病。

實施方法及護理過程：

1. 護士應先充分了解藥物治療目的、過程，針對病患之特殊需要，給予不同支持，使治療發揮高功效。
2. 用藥之前，護士需先了解各種藥物的特性、作用、副作用及禁忌症，可事先向病患解釋，減輕其焦慮與疑惑。
3. 依據給藥技術投與藥物，尤須注意三讀五對。
4. 護士在給口服藥時，須確定病患是否已服下藥物，對意圖自殺、無病識感、有藏藥情形者，尤須特別注意，可磨粉給予或與醫師商酌情形，改用其他方式給藥，使達到充份的治療效果。
5. 對於服藥不遵從之病患，應立刻告知醫師予以進一步之處理，並需特別交班觀察。
6. 在緊急狀況下依醫囑給予注射藥物時，需注意病患之安全，鼓勵臥床。
7. 注意觀察病患用藥後之反應及副作用之防範及處理：
8. 藥物治療期間，護士需仔細觀察病患對藥物之反應及症狀改變情形，以確定藥效為何，隨時做比較記錄，作為護理計劃及醫師調整治療用藥之參考。
 - * 病患有口乾時，鼓勵多喝水及注意口腔衛生。
 - * 病患便秘時，注意飲食之均衡、多吃蔬菜、水果及多喝水、多運動，必要時依處方予以軟便劑。
 - * 嗜睡乃是病患服藥後常有的作用，鼓勵病患多參與活動，必要時可建議醫師可否酌情減少藥量或改變。
 - * 體重增加的病患，每週量一次體重、可注意病患飲食的調整，並鼓勵其多運動。
 - * 觀察是否出現錐體外症候群 (EPS)，先向病患解釋原因，減輕病患焦慮後，提醒醫師調整藥物或給予緩解症狀藥物。
 - * 鋰鹽服藥者，須定期作血中鋰鹽濃度測定，注意觀察病患是否有出現噁心、嘔吐、耳鳴、腹瀉、視力模糊等中毒前驅症狀。
 - * 對病患使用抗憂鬱劑或抗膽鹼素作用強之藥物者，尤其是老年人或腦受傷病患，宜給予事先之指導，避免姿勢性低血壓而至昏倒及意外事件發生。病患需量血壓，且教導病患起床時，先在床緣坐一會兒。

貳、電痙攣治療 (Electric Convulsion Therapy) 護理常規：

意義：乃是一種身體治療，將電流通過腦部，使病患產生暫時的意識昏迷和全身痙攣，以達到改善精神症狀的效果。

適應症：

1. 重度憂鬱症，有自殺意念。
2. 對藥物治療反應差，拒服藥、或副作用大。
3. 僵直型的精神分裂病患。
4. 病情極度欠穩，並有攻擊行為出現。

禁忌症：

1. 腦部病變。
2. 心臟血管疾病如血壓不可超過 140/90mmhg。
3. 視網膜剝離。
4. 慢性阻塞性肺疾病。
5. 高燒不退的病人。

治療前用物準備：

電痙攣儀器。診療床。生理食鹽水棉球(必要時酒精棉球)。特製壓舌板。血壓計。小枕頭、衛生紙、彎盆。空針及藥物酒精棉球。急救設備如抽吸器氧氣急救藥物。聽診器。

電痙攣前的護理：

- 1.確定開立醫囑並請家屬填志願書(由醫生解釋)。
- 2.了解所有檢查報告的結果，例如：心電圖、X-ray、心肺功能等。
- 3.治療前，告知禁食6~8小時，並排空膀胱，除去假牙、髮夾等金屬物品，並測量脈搏、呼吸、血壓，記錄之。並完成護理記錄單簽名。
- 4.如病患躁動不安，或必要時依醫囑給藥。

治療中的護理：

- 1.協助病患仰臥治療床上，並寬鬆衣服，頸後墊一只枕頭，以利呼吸道暢通。
- 2.置壓舌板於病人白齒與前白齒前，以防痙攣時咬傷舌頭或傷及口腔軟組織。
- 3.注射藥物，檢查睫毛反射是否消失。
- 4.協助固定病患之手關節、腳關節，以防骨折。
- 5.電擊片上塗生理食鹽水或電膠液，以免擊傷皮膚，皮膚上的油垢會增加電阻，應予擦除。
- 6.電擊後，保持呼吸道通暢，除去口腔分泌物，並予叩背及側臥，以利分泌物排出。
- 7.必要時給予氧氣使用。

治療後的護理：

- 1.密切觀察病人，若病人尚未清醒，需予陪伴或拉上床欄。
- 2.治療後15分鐘測量 vital signs 共二次，30分鐘二次，注意是否穩定。
- 3.填寫治療記錄單，並詳細記錄病患的反應。
- 4.等待吞嚥反射恢復，再給予喝水，漸進用餐。

合併症：

包括但不限於：暫時性的記憶喪失。脫臼或骨折。呼吸暫停。噁心及嘔吐。皮膚灼傷。口唇黏膜或皮膚咬傷。

參、約束及監護護理常規：

治療意義---約束：利用監護、藥物及力學器材，控制病患之身體活動，以保護病患其他病患免於受到傷害。監護：是將病患非自願地或徵得其同意隔離於一閉鎖房間。

目的：

(1)病患的暴力或自殘的行為不影響到其他病患或傷害自己。(2)病患能暫時穩定情緒，而接受護理人員的診察及治療。(3)約束病患的情況。(4)病患有自殺危險、自殺企圖或行為時。(5)病患出現攻擊性、衝動及無理性行為，有傷害別人及危害公共安寧時。(6)病患有急性腦症狀群，且其行為混亂、激躁、衝動、無法預測時。(7)病患神智不清、判斷力缺損、無法與醫護急救措施合作、有傷害其生命安全時。

身體約束的種類：

(1).監護。(2).肢體及軀幹的約束。(3).兩點式：約束任何兩個肢體。
(4).三點式：約束任何三個肢體。(5).四點式：約束所有肢體。

約束及監護的規則：

- 1.約束及監護需要臨床的判斷，只能用來保護病患、他人及嚴重干擾治療環境之情況，病患的行為是決定的因素。
- 2.除有安全威脅外，病患拒絕治療或需在急診留觀，都不是約束病患的正當理由。
- 3.不能將監護及約束用來當作處罰病患的工具。
- 4.必須有醫師醫囑，開出醫囑前，醫師必須先觀察及評估病患之狀況。
- 5.在緊急狀況下，護士先給予病患暫時約束或監護，並立即通知醫師前來。
- 6.清除所有可造成危險的物品，如：梳子、皮帶、火柴等。

7.在約束或監護時，儘量避免造成病患身體上的不舒服，在發生火災或其它緊急情況時，工作人員能很容易地解除約束或監護。

8.約束或監護之病患必須由護士每隔十五分鐘觀察一次，若情況特殊需密切觀察，時間還可以縮短，必須注意病患的營養、個人衛生、排泄及運動等。

約束的手續：

- 1.請求援助，至少要兩個人以上共同執行。
- 2.向病患及家屬解釋給予約束的需要。
- 3.自病患身體及房間清除所有潛在性危險的物品。
- 4.給予病患的約束，要注意牢固，切勿太緊。
- 5.保持所有的約束用具易於觀察，將約束帶綁於床架上，勿綁於床欄上。
- 6.護士至少每十五分鐘評估病患的情況一次，注意約束的鬆緊度、身體的活動、膚色、腫脹、脈搏及一般情形，針對評估採取適當的處理。假如病患不宜解除所有肢體之約束用具，則每隔兩小時輪流鬆綁四肢五分鐘。
- 7.必要時陪伴、保護病患，避免因自傷、或其他病友之傷害。
- 8.修改護理計劃，以配合加護護理之需要，並確定病患有足夠之營養、液體、排泄、運動、情緒上的支持及個人衛生。
- 9.三班詳細交班，使得下一班次護士亦能給予持續性及治療性的處理。

護理人員對放置保護室監護病患的職責：

- 1.在病患入保護室前，先清除保護室內所有尖銳及潛在性危險物品。
- 2.清除病患身上所有具潛在性危險物品。
- 3.假如病患見到工作人員時，情緒更激動，則由保護室之窗戶觀察病患即可。
- 4.值班護士至少每十五分鐘評估病患的情況一次，必要時更密集地觀察病患三班詳細交班，使得下一班次護士亦能給予持續性及治療性的處理。

肆、病患生活座談會：

意義：由病患自己主持，治療者（主治醫師、護理長及護士）協助下，全體住院病患參與會議，主要討論住院過程中，所面臨的各種生活上的問題。

目的：

- 1.讓病患有機會表達住院適應的困難和期望。
- 2.促進病患參與團體、協調、合作、妥協的能力。
- 3.讓病患學習主持及參與會議，培養自信心，學習表達能力。
- 4.工作人員可由團體中觀察病患的言行、需要，以便瞭解病情及作適當處理。

實施方法及護理過程：

- 1.急性病房每星期舉行一次，慢性病房每二星期舉行一次，地點在各病房之客廳，由主治醫師或護理長主持，當天全體工作人員均應參加，以瞭解病患問題及需要。
- 2.主席由病患互相遴選或志願擔任，記錄可由工作人員擔任，在開會前一日須張貼海報或宣導，使每位病患知道並對發言有所準備。
- 3.工作人員應鼓勵所有病患參加，並協助會前的準備工作，如服裝儀容、喝水、上廁所，並督促準時參加及佈置會場。
- 4.病情紊亂之病患應由護士陪同參加，或視情況不參加，會中干擾厲害的病患可先行帶離會場。
- 5.開會之流程、秩序由主席主持，若主席無法主持，則由工作人員協助之。
- 6.會末選出好人好事表揚、日常生活行為優良與進步者，並徵選下週值日生。

- 7.由主治醫師及護理長回答問題，並且觀察病患於會中的反應。會議內容宜詳細記錄，並存檔。
- 8.會後工作人員討論會議過程中病患反應、處理病患所提問題、追蹤事宜、以及需修正部分。

伍、快速鎮靜治療(RT 或稱 RN)護理常規：

快速鎮靜治療(Rapid Tranquilization, 簡稱 RT, 又稱 Rapid Neuroleptization, 簡稱 RN)乃在短時間內重複投予高效價之抗精神病藥物。其適應症為：激躁不安、好鬥、強烈攻擊行為、自殺或有殺人威脅、過度興奮、或急性精神症狀發作之病人。

治療前：

- 1.必須有醫囑方能執行。
- 2.為預防姿態性低血壓，每次給藥前均需測量血壓，若血壓低於 90mmHg 則停藥。
- 3.密切觀察意識狀態，以維持治療過程的安全性。

方法：

(Haloperidol 10mg/hr (m) ≤ 100mg/day)：以 Haloperidol(Binin-U)肌肉注射每小時 10mg，直到病人症狀改善，或使病人安睡 6 小時以上(通常以每日不超過 100mg Haloperidol 為原則)，病人症狀改善後，則改為注射量之 1~1.5 倍的口服劑量持續使用。

治療後：

密切觀察精神症狀、睡眠時間、EPS、生命徵象變化及意識狀態，並詳實記錄。若需要約束或監護處理，需同時依照約束及監護護理常規執行相關措施。

陸、行為治療護理常規：

意義：應用行為治療相關理論，設計一個有計劃性的治療過程，以訓練病患日常生活習慣與改善特定問題行為。

目的：(1)促使病患學習到一些社交生活技巧，如何控制情境，不致因長期住院而行為退化，與社會生活習慣脫節。(2)幫助及訓練病患改善特定問題行為。(3)實施方法及護理措施：

柒：團體行為治療：

- 1.依照病患行為治療評估表分(1)單位整齊、(2)個人清潔與(3)病房規則等三大項 12 細項，評估病患日常生活行為表現。
- 2.由白班與小夜班護士負責評估給分，白班以藍筆記錄，小夜班則以紅筆記錄。
- 3.由大夜班護士統一計分。每週日之大夜班護士統計一週得分，列出前三名與最進步者二名，於生活座談會時予以公開表揚獎勵。

捌、個別行為治療：

- 1.當病患出現問題行為時，由主護護士針對此問題行為填寫行為觀察記錄單，由三班護士針對病患之問題行為出現的情境、時間、對象、嚴重程度、可能的增強物或嫌惡刺激等條件誘因做評估。
- 2.基本評估期後(一般為 3~7 天)，由主護護士作行為分析，並進一步擬定行為治療計劃，與病患訂定行為治療契約書，針對問題行為與欲建立目標行為來進行評估與記錄。
- 3.執行日期結束後，由主護護士進行評值與總結分析，再針對行為治療計劃作修正。

玖、娛樂治療護理常規：

意義：為職能治療師及護理員有計劃所設計的一個不同形式之娛樂活動，適合大多數病患參加，並為有治療意義的娛樂活動。

目的：(1)促使病人生理、心理，以及社會功能的發展。(2)提供病人正向反應的機會，如參與機密活動，善用時間，在活動中增加自尊及自信等。(3)鬆弛緊張的心情，協助病人在焦慮情境中，有更好的適應技巧。(4)增加病房融洽、開朗、活潑之氣氛。(5)促進病

早日康復，重返社區生活。

實施方法及護理過程：

參加人員：視當日排班情形，由病患當班護理人員，職能治療師及護佐(戰士)參與。可依活動需要攜帶收音機、球類運動等器材。護理人員於活動結束後帶領病患回病房，點名並與工作人員討論書寫護理記錄（各病患於活動中的行為表現）。由職能治療師繕寫娛樂治療記錄本。

拾、職能治療護理常規：

意義：藉由操作一些有意義之活動，利用活動分析來研究各步驟及過程，其中所包含的身心因素，判斷這因素對患者的影響，同時依病患之需要，找出適合病患能力與病情的活動。

目的：(1)藉活動幫助瞭解自己，以自我調適，並增進生活上所需之各種技巧與能力。(2)由活動分析、評估病情、探討問題所在，並訂定治療重點。(3)安排病患與病患的互動，促進調適人際關係。

實施方法及護理過程：(1)前一日由負責人準備好物品。(2)由當日值班人員帶用品，帶領患者參加，並對病患介紹活動內容。(3)多鼓勵病患自由聯想、創作、並可相互觀摩。(4)當作品完成後，可請病患做自我評價及進一步說明，也可適時發問，引導病患聯想投射，並鼓勵病患談其感受。(5)完成之作品，可展示於公佈欄，供大家觀賞。

常見疾病診斷與專有名詞

縮寫	英文全文	中文
	Acute delirium	急性譫妄
	Acute exacerbation	急性發作
	Acute psychotic state	急性精神病發作
AD	Adjustment disorder	適應障礙
	Affect	情感
	Agitation	激動
	Akathisia	靜坐不能
	Alcohol abuse	酒精濫用
	Alcohol dependence	酒精依賴
	Alcohol withdrawal delirium	酒精戒斷性譫妄
	Alcohol withdrawal syndrome	酒精戒斷症候群
	Amphetamine abuse	安非他命濫用
	Amphetamine dependence	安非他命依賴
	Amphetamine induced mood disorder	安非他命引起的情感疾病
	Anxiety	焦慮
APD	Antisocial personality disorder	反社會性人格異常
AH	Auditory hallucination	聽幻覺
	Autism	自閉症
	Behavior therapy	行為治療
	Bipolar disorder	雙相情緒障礙症
BPD	Borderline personality disorder	邊緣性人格異常
	Case management	個案管理
	Defence	防衛
	Delirium	譫妄
	Delusion/Delusional disorder	妄想/妄想症
	Delusion of (persecutory/jealous/grandiose/religious/ reference)	(被害/嫉妒/誇大/宗教/關係)妄想
	Denial	否認
	Dementia	失智症
	Depressive disorder	憂鬱症
	Drug compliance	藥物遵從性
ECT	Electric convulsive therapy	電痙治療
EPS	Extrapyramidal syndrome	錐體外徑症候群
	Escape	逃跑
	Fall	跌倒

	Flight of ideas	意念飛躍
GAD	Generalized anxiety disorder	廣泛性焦慮症
	Glue abuse	強力膠濫用
	Hallucination	幻覺
HEE	High emotional expression	高度情緒表達
	Illusion	錯覺
	Insight	病識感
	Insomnia	失眠症
	Intellectual disability	智能不足
	Interview	會談
	Major depression	重鬱症
	Mania	躁症
MDP	Manic-depressive psychosis	躁鬱症
	Major neurocognitive disorder	認知障礙症
	Mild neurocognitive disorder	輕型認知障礙症
	Mood	心情
	Negative symptom	負性症狀
	Neurosis	精神官能症
OCD	Obsessive-compulsive disorder	強迫症
OBS	Organic brain syndrome	器質性腦症候群
OMD	Organic mental disorder	器質性精神疾病
	Panic disorder	恐慌症
	Personality disorder	人格障礙
	Positive symptom	正性症狀
PTSD	Posttraumatic stress disorder	創傷後壓力症
	Psychosis	精神病
	Schizophrenia ; paranoid type	思覺失調症；妄想型
	Schizo-affective disorder	情感性思覺失調症
	Sedation	鎮靜
	Self-care	自我照顧
	Self-laughing	自笑
	Self-talking	自語
	Sex	性
	Side effect	副作用
	Silly laughter	傻笑
	Sleepless	失眠的
	Social skill	社交技巧
	Somatic complain	身體抱怨
	Social worker	社工師

	Somatic complain	身體抱怨
	Substance abuse	物質濫用
	Substance dependence	物質依賴
	Suicide	自殺
	Thought blocking	思考中斷
	Violence	暴力
VH	Visual hallucination	視幻覺
	Withdrawal syndrome	戒斷症候群
	Wondering out	四處遊走