

# 108 年臺灣技優護生實作競賽考生說明

## 前言

感謝各位對於弘光科技大學所舉辦之 108 年臺灣技優護生實作競賽的支持，本次競賽運用 Holistic-care based OSCE，簡稱 HOSCE(與 106 年、107 年競賽模式相同)。為協助考生對於 HOSCE 考試形式的了解，進行下列幾點說明。

## 一、HOSCE 簡介

HOSCE 評測重視護理過程及全人的照護，評測模式為較長時間的護理情境考試，而非短時間、多站的 OSCE 檢定。HOSCE 評測的過程分為三階段，分別為：計劃階段（發展暫時性的護理計畫，撰寫 2 個護理健康問題）；執行階段（執行病人照護）；評量階段（確認或修改護理計畫、護理紀錄）。

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，本校首先推動 HOSCE 評測，教案皆經過專家信效度檢測，標準化病人皆須接受相關訓練，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。本校亦期望各界先進不吝指教，共同推動 HOSCE 評測以提升臺灣護理界的照護品質。

## 二、考試範圍的準備

本次競賽，考生所必須準備的範圍包含通用範圍以及選考範圍(附件一)。

通用範圍共有 A 到 G（7 個項目），包含 A. 維持無菌、B. 避免情緒傷害、C. 溝通、D. 避免身體傷害、E. 執行臨床決策、F. 健康指導，以及 G. 促進舒適。每一項目都有其建議執行的關鍵要素或行為，例如項目 A. 維持無菌就有「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」等 5 個關鍵要素或行為，考生在每一個考試情境，原則上都要符合通用範圍中的關鍵要素或行為。當考試情境出現時，學生需要針對適當的項目展現關鍵要素或行為，如果某一關鍵要素於考試情境中並不適用，考官會自行加註 NA，不列入評核。

選考範圍包含 A 到 R（18 個項目），跟通用範圍相同，每一項目都有其建議執行的關鍵要素或行為，不同的是，每一次設計的考試情境中，只會從 A 到 R 中選出 2 個項目來進行考試，會在試卷中用紅色☆標示選考項目(此為考生被檢測的項目)，其他為了協助考生瞭解病人整體狀況，會用打勾√標示相關項目，考生執行護理照護時，需要符合選定的選考範圍的關鍵要素或行為之要求。

簡言之，考生準備時，須注意下列 2 點：

1. 在考試過程中，需要符合通用範圍及指定的選考範圍中的關鍵要素或行為。
2. 需事先熟記及練習通用範圍及選考範圍的各項關鍵要素或行為之要求，以求在測驗中有好表現。

### 三、不同階段考試所需相關表格單張

1. 計畫階段：計畫階段-護理情境臨床考試護理計畫表(附件二)。
2. 執行階段：需要時，可以使用護理情境臨床考試記錄表單(附件三)紀錄相關資訊。
3. 評量階段：護理情境臨床考試記錄表單(附件三)、評量階段-護理情境臨床考試護理計畫表(附件四)。

### 四、考試的流程

本次考試分三階段進行，完成前一階段後方可進行下一階段，且不可逆。考試時間共有 40 分鐘，考試開始時考生會從考官手裡拿到考題（格式如附件五）及考試所需相關表格單張。

1. 計畫階段：學生依據考官所交予的考題(附件五)，仔細閱讀，擬出 2 個暫時性的護理計畫(附件二)，此階段建議 10 分鐘完成(考生仍可彈性調整)。
2. 執行階段：開始與服務對象互動，需滿足通用範圍及指定的選考範圍之關鍵要素，此階段建議 20 分鐘完成(考生仍可彈性調整)。
3. 評量階段：護理紀錄(附件三)、確認或修改護理計畫(附件四)，完成後交給考官，此階段建議 10 分鐘完成。

考試時間終止即結束考試，若提前繳交表單，表示考試提前結束，但仍須站在原地等候指示。

### 五、考試過程說明

為了能讓考生更加了解考試流程，主辦單位提供流程示範影片，請至 <https://drive.google.com/open?id=0B7Y1H5S504H3NmNXZjk4YjV0SUU> 觀看(建議使用 Google Chrome 瀏覽器開啟連結)。另外亦將舉辦競賽說明會，時間為 10 月 16 日星期三 13:00-14:00，地點為本校護理大樓 E104 多功能教室，歡迎各位考生及指導老師蒞臨指教。

**108 年臺灣技優護生實作競賽**  
**護理情境臨床考試**  
**護理評估通用範圍及選考範圍(考生準備用)**

一、通用範圍

\_\_\_\_\_ A. **維持無菌**：

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)。
2. 防止自己被污染。 \_\_\_\_\_
3. 防止服務對象被污染。 \_\_\_\_\_
4. 棄置污染物於指定處。 \_\_\_\_\_
5. 有需要時則建立無菌區。 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 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。

\_\_\_\_\_ 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。 \_\_\_\_\_
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。 \_\_\_\_\_
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。 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 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。

\_\_\_\_\_ 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。

\_\_\_\_\_ 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。 \_\_\_\_\_

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。 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 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。 \_\_\_\_\_

## 二、考試的過程及選考範圍

## I. 計劃階段

在閱讀病人相關資料後，考生必須完成暫時性的護理計劃；此計劃必需包括護理問題的敘述，預期結果(目標)即與護理問題相關的護理措施。

關鍵行為如下：

### \_\_\_\_\_ (一) 發展一個暫時性的護理計劃

1. 寫出 2 個不同的護理問題。 \_\_\_\_\_
2. 針對每個護理問題寫出導因。 \_\_\_\_\_
3. 針對每個護理問題寫出以服務對象為主體的預期結果(短期目標)。 \_\_\_\_\_
4. 針對每個護理目標，寫出 2 個護理措施。 \_\_\_\_\_

### \_\_\_\_\_ (二) 在紀錄上寫下正確點滴的滴數 (每分鐘) 。 \_\_\_\_\_

## II. 執行階段(選考範圍，考試當天依照指示執行 A~R 其中的兩項)

### \_\_\_\_\_ 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 30 cc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  $\pm 0.5$  度
  - ②血壓  $\pm 4$  mmHg
  - ③心尖脈每分鐘 $\pm 4$  次(若是小於 2 歲的兒童，則是 $\pm 10$  次/分鐘)
- (2)在靜止的範圍內計算：
  - ① $\pm 2$  呼吸次數/分鐘(若是小於 2 歲的兒童，則是 $\pm 6$  次/分鐘)
  - ②脈搏  $\pm 4$  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\_\_\_\_\_
  - (2) 使服務對象維持在適當的姿勢以促進攝入\_\_\_\_\_
  - (3) 慢慢地餵食醫囑的食物\_\_\_\_\_
  - (4) 記錄餵食的種類\_\_\_\_\_
  - (5) 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 $\pm 30$  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 $\pm 5$  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 $\pm 5$  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囟門

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。

J. **神經血管評估**：

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。

1. 同時以下列項目比較肢體

(1) 觸診脈搏是否存在

(2) 評估肢體灌流：

① 檢查微血管的再充填

或

② 注意顏色

(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

(4) 請服務對象移動肢體

或

(5) 對兒童或無法溝通的成人，觀察其肢體的活動狀況

2. 針對受影響之肢體，至少記錄以下五項行為中的三項：

(1) 脈搏有無

(2) 肢體的灌流狀況(微血管再填充或顏色)

(3) 肢體溫度

(4) 感覺的有無

(5) 活動的有無

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

L. **呼吸道衛生**：

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。

1.開始呼吸道衛生之前進行肺部評估

- (1)為服務對象擺位以促使聽診進行(坐直為宜) \_\_\_\_\_
- (2)明確地教導服務對象於聽診時作深呼吸 \_\_\_\_\_
- (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 \_\_\_\_\_

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.背部扣擊

- (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)

Q. **抽吸**：

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。

1.抽吸前肺部評估

(1)為服務對象擺位以促使聽診進行(坐直為宜)

(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

2.當指定以導管抽吸時:

(1)為擺位服務對象以利抽吸

(2)確認導管通暢

(3)調整指定的抽吸壓力

(4)抽吸前插入導管

(5)抽吸時持續轉動導管

(6)一次抽吸時間不超過 15 秒

(7)需要時得重複抽吸以移除分泌物

或

3.當指定以吸球(bulb syringe)抽吸時:

(1)將服務對象仰臥

(2)插入前要按壓吸球球狀部，使其排放空氣

(3)抽吸前先插入吸球於口及/或鼻孔中吸分泌物

(4)依需要重複吸以清潔鼻孔

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)

### III. **評量階段**

在執行階段完成後，即進入評量階段。評量階段必須完成護理計劃及護理記錄。在執行護理計劃期間若有任何改變；均應反應在護理計劃的評量中。

(一)完成護理照護之記錄

1. 在指定的表格上，至少完成選考的 2 個項目之所有關鍵行為的記錄。

2. 記錄所有可能影響到後續照顧的觀察。

(二)評量護理計劃

1. 繼續原先的護理計劃：

此決定表示驗證計劃階段所寫的護理計劃正確及完整。

## 2. 改變原先的護理計劃：

此決定表示原先的護理問題、目標及措施，因為有臨床資料的支持而改變，改變後的護理計劃與服務對象的情況一致。

---



附件二

108 年臺灣技優護護生實作競賽  
計畫階段-護理情境臨床考試護理計畫表(考生用)

考生編號：\_\_\_\_\_號

考生姓氏：\_\_\_\_\_同學

1. 發展暫時性的護理計畫

寫出二個健康問題(每一個健康問題之敘述中應包含導因)	針對健康問題寫出一個以服務對象為導向的護理目標	針對每一個健康問題寫出二個可達成其目標之護理措施
健康問題(含導因)	目標	護理措施
1) _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	1) 服務對象會_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	1) _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ 2) _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____



### 附件三

# 108 年臺灣技優護生實作競賽

# 護理情境臨床考試記錄表單(考生用)

考生編號：\_\_\_\_\_號

考生姓氏：\_\_\_\_\_同學

如果考題情境符合，請在下列表格完整紀錄評量期間服務對象的狀況。

液體

攝入液						排出液			
口服			點滴流速_____滴/分鐘 (執行階段前記錄)			尿液		其他	
時間	種類	量	時間	種類	量	時間	量	時間	量

藥給

靜脈加藥			口服藥	
時間	種類	流速	時間	種類/劑量/數量

備註：

備註：

護理記錄	(護理措施/健康指導)
------	-------------

[illegible]

# 108 年臺灣技優護生實作競賽

評量階段-護理情境臨床考試護理計畫表(考生用)

考生編號：\_\_\_\_\_號

考生姓氏：\_\_\_\_\_同學

一、護理計畫-評量原先的護理計畫並做出以下的決策

- (1) 繼續參照先前的護理計畫。此決定確認原先暫定的護理計畫，無論在健康問題(含導因)、目標及護理措施均是正確無誤的，請在本頁表格內寫上：繼續參照先前的護理計畫。
- (2) 重寫部分不正確或不完整的護理計畫。此決定表示重新更改過的護理計畫與服務對象實際狀況更符合。重新寫的部分如下：請先將原先附件二錯誤的部分打 X，再將新內容寫於下列表格內。

護理計畫-1

[illegible]

護理計畫-2

[illegible]

## 108 年臺灣技優護生實作競賽考題(試卷空白格式)

考生編號：\_\_\_\_\_號

考試時間：\_\_\_\_\_：\_\_\_\_\_到\_\_\_\_\_：\_\_\_\_\_

考生姓氏：\_\_\_\_\_同學

一、 題目：

二、 交班報告：

目前是：\_\_\_\_\_ am / pm，本次考試之內容含：

1. 計畫階段（暫時性的護理計畫）
2. 執行階段（通用範圍及選考範圍）
3. 評量階段（確認或修改護理計畫、護理紀錄）

本次考試分三階段進行，完成前一階段後方可進行下一階段，且不可逆。

考試時間到即結束考試，若提前繳交表單，表示考試提前結束。

通用範圍：執行階段與病人互動時，原則上需符合下列通用範圍之要求

- |           |           |         |           |
|-----------|-----------|---------|-----------|
| ■A.維持無菌   | ■B.避免情緒傷害 | ■C.溝通   | ■D.避免身體傷害 |
| ■E.執行臨床決策 | ■F.健康指導   | ■G.促進舒適 |           |

## 選考範圍

用紅色☆標示選考項目(此為考生被檢測的項目)，其它為了協助考生瞭解病人整體狀況，會用打勾√標示相關項目。例如下表所示：

選 考 範 圍			
生命徵象 _____體溫 _____血壓 _____脈搏 _____呼吸 _____評估疼痛程度	個人清潔 洗(擦)澡      床單整理 _____部分協助      _____部分協助 _____完全協助      _____完全協助 口腔清潔      會陰沖洗 _____部分協助      _____自行 _____完全協助      _____協助	安全 _____床旁欄杆 _____約束帶 _____其它	餵食 _____管餵食 _____種類
_____給藥 _____無菌換藥 ☆ _____給氧 _____呼吸道衛生 _____抽吸 _____特別皮膚護理 _____冷熱敷 _____引流 _____排尿 _____灌洗 _____標本	_____液體 口服液體      靜脈注射液 _____隨意      _____藉重力流入 _____鼓勵      _____用輸入器控制 _____限制      _____之滴數 _____禁食      _____流量速度 _____其它      _____其它 _____液體攝入量 _____液體排出量	活動 _____臥床休息 _____可到廁所 _____可起床到椅子上 _____移位 (床上使用便盆) √ _____下床走動 _____輔助器材 _____主動運動 _____被動運動	特殊需求 _____過敏 _____聽力 _____視力 ☆ _____神經學評估 _____神經血管評估 _____牽引 _____其它

口 服 給 藥	治療或其它特殊醫囑
點 滴 給 藥	其 他 資 訊