

## 第一章 醫療環境

### 壹、病人環境

#### 舒適溫度與濕度

一、室內有冷暖氣機調溫，則維持溫差 4~6°C 為最適當。

二、各季節之室內舒適條件：

| 季節 \ 溫濕環境 | 溫度 (°C) | 濕度 (%) |
|-----------|---------|--------|
| 1. 夏      | 20~24   | 65~75  |
| 2. 春、秋    | 18~22   | 60~70  |
| 3. 冬      | 16~20   | 55~65  |

三、手術室：視病人年齡、病況、手術種類、麻醉方法及病人覆蓋的厚度而定。  
一般為 68~80°F (20~27°C)。

四、 $C = (F - 32) \times 5/9$ ； $F = C \times 9/5 + 32$

五、最適宜溼度宜保持 40~60%。

六、支氣管炎、呼吸道傳染病，溼度宜高約 80%，因咳嗽、呼吸變快、水份散失多、口鼻黏膜易乾燥、微血管充血。

七、氣喘患者溼度宜保持在\_\_\_\_\_%，因水份可致其過敏，導致氣喘，發作機會增加。

八、手術的溼度宜保持在\_\_\_\_\_%。

§ 歷屆考題 §

- ( ) 1. 醫院發生火災時的處理，下列何者正確？（100 二技）
- (A) 協助所有病患盡快搭乘電梯逃生
  - (B) 打開門窗促進室內的空氣流通
  - (C) 關掉火災區域的氧氣設備及電源
  - (D) 消防隊到達前勿使用消防設備
- ( ) 2. 有關病房火災的預防與處理，下列何者**錯誤**？（101 二技）
- (A) 逃生路線應公告於單位明顯之處
  - (B) 電器火災應選擇二氧化碳滅火器
  - (C) 火災發生時，應關閉門窗並迅速疏散病人
  - (D) 病人使用氧氣治療附近 15 呎以上，應標示「嚴禁煙火」警語
- ( ) 3. 降低輻射線對人體傷害的防護原則，下列何者正確？（102 二技）
- (A) 為了減少在床邊照護的時間，將護理活動分段完成
  - (B) 只要站在病人床頭的位置，就不會受到輻射線影響
  - (C) 放射源的輻射線區域不宜標示，以免引起大眾恐慌
  - (D) 照護有放射源的病人，醫護人員應穿戴鉛領、鉛衣
- ( ) 4. 有關調節醫療環境的適宜溫度，下列何者最合宜？（102 二技）
- (A) 燙傷病房室溫宜較高些，以免病人失溫
  - (B) 老年人大多怕熱，室溫宜較一般室溫低
  - (C) 手術室的室溫要依麻醉方式和手術種類調節
  - (D) 嬰兒的體溫較高，嬰兒室的室溫需較一般低
- ( ) 5. 有關舒適醫療環境的敘述，下列何者正確？（103 二技）
- (A) 甲狀腺機能亢進者之室溫宜高
  - (B) 眼手術後病患之室內光線宜亮以防跌倒
  - (C) 呼吸道感染病人之病室溼度宜提高
  - (D) 有攻擊性精神病患的病室佈置可選擇黃色
- ( ) 6. 蘇先生因中風住院，左半身癱瘓，預防醫院機械性傷害的注意事項，下列何者最正確？（103 二技）
- (A) 尿壺置於左側以方便使用
  - (B) 室內光線宜暗以利休息
  - (C) 協助蘇先生由右側下床
  - (D) 鞋子的選擇以較輕海綿材質的鞋底為主

- ( ) 7. 對於醫療環境控制的敘述，下列何者正確？（105 二技）
- (A) 電器類火災應以泡沫式滅火器滅火
  - (B) 綠色的布置對憂鬱症病患可產生療效
  - (C) 呼吸道傳染病患者之室內溼度應比一般為高
  - (D) 工作人員應多用耳語交談避免產噪音
- 

樂學 絕

## 第二章 記錄

### 壹、記錄的形式

#### 一、以資料來源為導向記錄法

(一) traditional or source-oriented medical record；S.O.M.R.是傳統敘述性記錄法。

(二) 記錄方式是每天每班醫療小組人員連續且按時間順序記錄。

(三) 記錄方式有二

##### 1. 系統記錄法 (Source-Oriented Systems Recording)

(1) 一種依據生理系統事先擬好所要檢查、觀察及記錄的各項資料表。

(2) 如身體檢查評估表、格拉斯哥氏昏迷指數 GCS.。

##### 2. 敘述記錄法 (Source-Oriented Narrative Recording)

(1) 根據事項發生時間先後次序來記錄。通常護理人員每 2~3 小時記錄一次，或至少每班 (8 小時) 應記錄一次。

(2) 如：process recording 過程記錄法。

#### 二、以問題為導向的記錄 Problem-Oriented Recording

(一) 它先被醫療者採用，記錄有關醫療的問題，故稱以醫療問題為導向記錄法 (Problem-Oriented Medical Recording；P.O.M.R.)。

(二) 1978 年，護理學家推薦護理人員採用，記錄以有關健康的問題為導引，稱為「健康問題為導向記錄法 (Problem-Oriented Health Recording；P.O.H.R.)」。

## (三)

| 問題導向記錄法   |  | 護理過程 |
|-----------|--|------|
| 1. 基本資料   | 病人背景資料、過去病史、現在病史、主訴、身體檢查、家族史、檢驗報告。   | 評估   |
| 2. 問題列表   | 需被診斷和處理的所有事項，且符合以下特性，係已證實的診斷、在生理上的症狀群、主觀症狀、客觀症狀、異常檢驗值、過敏反應、危險因子、手術、心理問題、社會問題。  | 診斷   |
| 3. 初步計畫   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 診斷成立</li> <li>2. 治療計畫</li> <li>3. 衛教計畫</li> </ol>  | 計畫   |
| 4. 病情進展記錄 | <p>用 S.O.A.P.或 S.O.A.P.I.E.R.書寫：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 主觀資料 Subjective Data：病人自己或家屬對問題的陳述（主訴）。</li> <li>2. 客觀資料 Objective Data：指可觀察或實際測量的資料。如檢驗室報告或身體檢查等資料。</li> <li>3. 評估 Assessment：分析主、客觀資料後，再確立問題及問題之原因。</li> <li>4. 計畫 Plan：針對問題而採取的行動，設立護理目標及擬定護理措施。</li> <li>5. 執行 Implementation：即護理活動，係指實際執行護理活動的情形。</li> <li>6. 評值 Evaluation：檢討或評值執行護理活動後的成效，如病人反應是否達到期望之目標、問題是否解決。</li> <li>7. 修改或重新評估 Revision or Reassessment：經評估後，若問題尚未解決，需再辨別及找出原因，必要時應修正計畫，以符實際之需。</li> </ol> | 執行   |
| 5. 出院總結   | <p>用 S.O.A.P.總結：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 主觀資料：治療前後病人的主訴。</li> <li>2. 客觀資料：治療期間的身體檢查、檢驗等資料。</li> <li>3. 住院經過（Courses in Hospital）：治療方式、過程和結果。</li> <li>4. 出院計畫 Plan：身體狀況、追蹤治療及出院處方、飲食、藥物及其他護理注意事項。</li> </ol>   | 評值   |