

護理診斷

作者：林美良

一、護理診斷的定義

在醫學名詞上，診斷的定義是「藉著症狀檢視，以確定疾病情形的行為」。由這句解釋中，我們可將此定義分為過程及分類兩部分，例如：從收集資料→分析→歸納→命名這一連串的活動稱為診斷，而這是就過程而言；健康問題的確立亦稱為診斷，但這是從分類的角度來看。事實上，分類及過程只是一體兩面，之所以將診斷分為此二者，是予我們方便學習而已。

護理診斷是過程也是分類！為了解護理診斷的涵意，我們可由其概念上，構造上及相關性上的定義著手：

(一)概念性定義

概念上的定義可將某個信念的意義表達出來，因此概念性的定義包涵了護理診斷的必要概念。

護理診斷是由專業護士研決定，它可敘述 p't 現存性及潛在性的健康問題，透過專業護士的教育，訓練及經驗背景，而能夠適當地處理所發現的健康問題。由此定義，可以看出概念上的定義包括的重點：

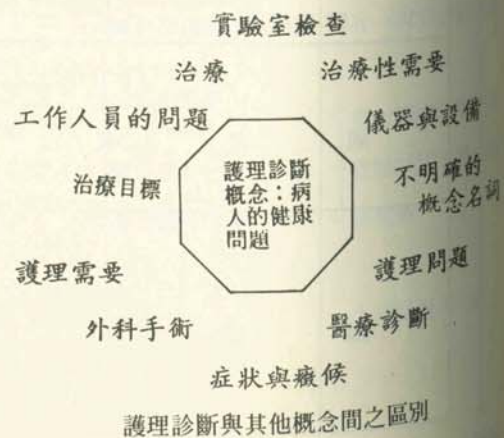
1. 診斷是由符和專業執照標準且經過訓練而具有知識、經驗能力的專業護士所為。

2. 描述 p't 現存性及潛在性的健康問題：

① 現存性的健康問題：指已經存在的健康偏差，如 p't 因手術引起舒適情形改變—疼痛；p't 氣管有分泌物阻塞而無法有效地維持呼吸道通暢。

② 潛在性的健康問題：指存在有容易導致 p't 個人、家庭及社區發生健康問題的危險因子，如 p't 長期臥床導致皮膚紅腫，若再不處理此問題，則可能發生褥瘡。

在此，要澄清的是一護理診斷有別於醫療診斷，下圖可以讓我們清楚地劃分護理診斷的範圍：



由於知識經驗的累積，護士或許有能力辨別 p't 是否患某種疾病，亦知道以何種方式或藥物治療為佳，但社會未予護士合法地位去執行醫療診斷，因此其處理的問題不包括開處方箋、外科手術、放射線治療及其他醫療行為。

▲註 1. 護理問題—當「護理問題」是指提供護理時所遭遇的問題，便不是護理診斷的同義字，假如「如何促進皮膚癒合」是一個護理問題，但其健康問題（亦即護理診斷）應為皮膚破損。護理診斷要描述的是護理對象的問題，而不是護士在設計或執行護理的時候產生的問題。

▲註 2. 護理需要—人類的基本需要無法滿足或有衝突時，便會產生健康問題，因此「安全、生理、……等需要」並不是護理診斷，因為每個人都需要「需要」，這個敘述所包含的訊息太少，根本無法指出 p't 健康問題在那裏。

(二) 構造性定義

構造性的定義在說明護理診斷的組成要素—即 P . E . S . 藉此種定義的解釋，可以用簡潔、扼要的方式來說明護理診斷中必需被考慮的要素：

1. P (Problem statement) —問題的敘述：

指已被美國護理診斷全國會議小組接受的護理診斷，如不遵從（服藥、飲食）、焦慮，對活動缺乏耐力，此要素主要是依據一組相關的症狀及徵象來顯示 p't 的「健康狀態」。

2. E (Etiology) —原因：

指造成 p't 產生健康問題的因素，此原因可能是 p't 本身的行為、環境因素或兩者交互作用而成。例如現存性皮膚完整性受損(p)，造成此問題的原因可能是：①身體狀況一循環改變，免疫缺陷、太瘦骨頭凸出、肢體喪失感覺。②環境因素—身體長期固定不動、物理性摩擦、環境潮濕…；又如不遵從（服藥）(p)，造成的原因可能是對藥物的認識不夠或缺乏動機或對疾病的否認。

由以上所述，我們可以了解到 Etiology 需有學理根據，且可作為護理計劃的依據，因此即使有相同的 P，但 E 不同則所予的護理活動亦不同，故立護理診斷時，必須辨明造成健康問題的「原因」為何。

3. S (Signs & Symptoms) —症狀與徵象

指 p't 所表現出的症狀和徵象，它可由主觀和客觀資料的呈現而顯示出來。如 p't 因不遵從服藥而在臨床上表現出明顯的症狀加重或疾病狀況沒有進步或有合併症發生或由 p't 的主訴中發現有不合作的行為或由客觀檢驗知其檢查值不在 normal range 內，當病人所出現的症狀與徵象符合某個護理診斷所定義的症狀和徵象時，即可下這個護理診斷。

為增加同學對護理診斷在構造上定義的了解，綜合以上所述，在此舉例說明之：

一位 55 歲的 DM p't，最近發現視力越加模糊，且護士到其 bed side 時偶可見降血糖藥未予服用，其 AC sigar 值為 234，護士問其為何不按時服藥，p't 答曰：想到時就會吃。

P

不遵從（服藥）

E

缺乏動機

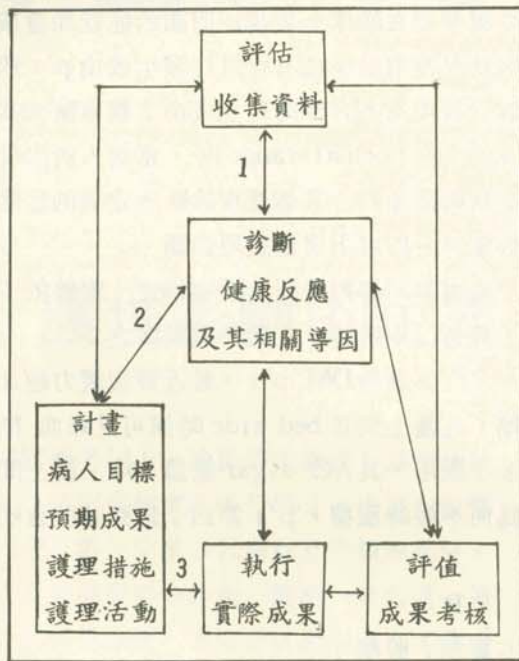
S

1. 視力模糊（眼睛病變）
2. 血糖值 234（超過正常值）

(三) 相關性定義

有時候把一個概念放在相關的背景中會比單獨出現更為清楚，依據美國護士協會所訂的護理標準：「護理診斷是由 p't 的健康狀況的資料而來」及「護理計劃中的目標則是由護理診斷而來」，由此知護理診斷是護理過程中的一個步驟，下圖之護理過程模式，可知評估、診斷、計劃、執行和評值間均有相互的關係：初次與護理對象接觸時便開始蒐集資料，在評估過程中，可能發現現存性或潛在性的問題，護理診斷使用來描述這些問題。當診斷確定後

，可做為解決問題（包括擬定目標、計劃護理、處理及評價）的基礎。我們可藉護理診斷來訂出預期的結果，而後護士要思考達成此結果所需要的護理活動。通常在決策時，要把護理對象所處環境中各個有關因素都列入考慮，如此才能做出個別化的護理計劃。在執行護理計劃時也應持續不斷地評估與評價「問題」、「護理效果」及「所達成的目標」。



二、護理診斷過程中所應用的概念架構

在護理診斷時，要有明確的目的及使用有系統的方法，不應讓病人接受漫無組織的問題且為何要蒐集此種資料的理由亦應很清楚，因此需要有一個概念架構作為診斷過程的骨架，使能明白護理診斷中，其評估內容及診斷的焦點為何？在此提出 4 種概念架構：

(一)生命過程模式

Roger's 提出一個包含整個生命架構，她認為生命是一種創造性與形成性的過程，而在這過程中，人與環境是不斷地互動，此時，雙方面都會同時與持續地重整生命型態，因此其對：

1.護理對象的看法：視為「單一的人」，特別是人的生命過程。人被視為延伸到空間的電能域，此能域有一部分可以看得到（即身體），有些則看不到。人與環境彼此影響對方的型態、組織，因此生命模式是一種視人與環境為一體的整體概念，不管是護理對象或環境皆無法分別被了解。

2.評估的焦點：①人與環境交互作用時的行為。②導致目前型態的前導型態。

3.診斷的焦點：人與環境互動的過程。

4.護理目標：①加強護理對象與環境的互動。②幫助護理對象在尋求目標的時候使用有意識的自我抉擇。

(二)適應模式

Roy 認為適應是一種動態平衡，亦是維持人類的完整性以及得到較高層次的健康時所必需的過程。

1.對護理對象的看法：將護理對象視為一開放的適應系統，適應的程度表示對環境互動的應付能力。在遭遇壓力時，可能可以適應，但亦可能出現無法應付的行為，此時便需要護理。

2.評估焦點：在對於需要過多或不足時之適應反應，如在①生理方面：休息運動、營養、排泄、液體與電解質氧氣與循環、體溫調節、感覺調節、內分泌系統調節。②自我概念方面：體格我、人格我（自尊、自我理想、道德）。③角色功能方面：角色互動、角色期望、角色區別。④交互依賴方面：有關依賴獨立需要的認知、情感變數、刺激影響因素。

3.診斷的焦點：可能發生之適應問題與現存的適應不良的問題。

4.護理目標：促進導致適應的反應—使能生存、生長、自我支配、自我實現。

(三)行為系統模式

此模式由 Dorothy Johnson 提出，認為維生的要事（保護、養育、刺激）發生改變時會導致壓力，而壓力會攪亂行為型態，因而導致

不平衡，故欲知其健康狀態便應去評估行為系統。

1. 對護理對象的看法：將護理對象看做是一個有組織，互相關連的行為次系統複合體，這些次系統彼此是互動的，每一個次系統都有其型態，而護理對象所發展的型態便決定與限制了他與環境之間的互動。（▲此處的行為次系統包括成就、關連、攻擊/保護、依賴、排泄、攝食、修復、性）。

2. 評估的焦點：①行為型態。②相互關係。③維生要事。評估時可問下列問題—維生要事是否足夠？是否有致行為型態喪失穩定性之威脅？行為型態是否發生變化？適應能力如何？若發現次系統的行為有問題，則需進一步評估，以便計劃如何處理。

3. 診斷的焦點：①系統的不穩定。②與理想狀態偏差之行為。③無法維持平衡的行為。此模式之護理診斷依據次系統本身或次系統之間的問題而分類，如次系統內的不足、矛盾，次系統間的不相容、應付與適應不良。

4. 護理目標：把護理的目標—健康，看做是行為的平衡或穩定性。穩定性就是有能力去調適與改變，而仍能維持有目的、有層序的、以及可預測的行為。

（四）自我照顧能力模式

在Orem的自我照顧模式中，護理所關心的現象是護理對象的自我照顧能力與自我照顧行動。其重點在於強調護理對象處理自己及其依賴者健康之能力。

1. 對護理對象的看法：認為人具有三種必要的自我照顧需要：一般性、發展性、以及健康改變。

①一般性的自我照顧需要：包括足夠的空氣、水、食物與排泄，在休息與活動之間維持平衡，在孤獨與社會互動之間維持平衡，預防危險以及促進人類功能與發展潛能。

②發展性自我照顧需要：依照年齡或情況而定的，此需要又分為兩種：一是製造與維持可支持生命過程與促進發展過程的生活情況

；另一是提供照顧以免對人類發展有害的影響，或者消除、克服這些影響。

③健康改變性自我照顧需要：Orem 將其分為基因構造缺陷、人類構造與功能的改變及其影響、醫學診斷和治療。

而以上的三種自我照顧需要則可決定一個人的治療性自我照顧需要。

2. 評估的焦點：①一個人在一般性、發展性及健康改變性這三方面的治療性需要。②目前所行的自我照顧活動。③現行活動的治療性價值。

3. 診斷的焦點：①自我照顧能力與需求間出現不足。②自我照顧行動的型態與品質發生不足或可能不足。

4. 護理目標：讓人能夠獨立、負責的自我照顧，以便能維持生命過程所需的環境條件，維持人類構造與功能，以及維持人類的發展過程。

以「飲食資料」為例，來說明各模式者的看法：Roy的適應模式會想了解基本的營養型態，她處理資料的重點在於制定某種情況下（如住院），一個人或家庭的營養型態之適應。採Orem模式者，描述對象的營養型態，但重點在於存在此型態之下的自我照顧行動。採Rogers的生命過程者所感興趣的是與其他律動（如住院期間）有關之營養型態改變，她由護理對象是否達到最佳目標來評價其飲食型態。

儘管護理模式各不相同，卻不會影響護理診斷結構的標準化；而所有的概念架構都需要一些基本的評估資料，這些資料則可以由一個統一的評估工具收集得來—即十一項健康功能型態表：

1. 健康認知和健康處理型態（health-perception-health management pattern）

描述護理對象對於健康與福之認知以及他如何處理其健康。可評估下列問題：

- 一般的健康情形如何？
- 以往罹患感冒的情形如何？
- 如何維持健康？抽煙、喝酒、用藥的情

形如何？有無施行乳房自我檢查？

- 對生病或住院的顧慮為何？
- 發病的原因是？當感受到症狀出現時採取了什麼行動？結果如何？以往患病時，對醫師或護士的建議之執行情形如何？
- 什麼事情對他最重要？如何幫助他最有用？

2. 營養代謝型態：(nutritional-metabolic pattern)

描述與代謝需要有關的食物與液體消耗型態，以及局部營養供給之型態。

- 每天所攝取的食物是什麼？吃了什麼點心？
- 每天所攝取之液體量是多少？
- 體重增加或減輕多少？
- 食慾如何？
- 食物或飲食：有無不舒適？是否有飲食限制？
- 復原情形良好或欠佳？
- 皮膚問題：有無病灶？乾燥嗎？
- 牙齒狀況如何？
- 口腔黏膜有無破損？

3. 排泄型態 (elimination pattern)

描述排泄功能 (大腸、膀胱、皮膚) 之型態。

- 排便型態如何？次數？特徵？有無不舒適？
- 排尿型態如何？次數？有無控制上的問題？有夜尿現象嗎？
- 過度出汗？臭味？

4. 活動—運動型態 (Activity-exercise pattern)

描述運動、活動、休閒、娛樂之型態。

- 有足夠的精力從事期望的和需要的活動嗎？
- 運動的型態？種類？規律性？
- 活動所費之時間？孩童：是否玩遊戲？
- 接受的能力：依照功能性分級 (0 ~ 4) 。

進食 _____ 穿着 _____ 持家 _____
沐浴 _____ 修飾 _____ 購物 _____
如廁 _____ 一般運動 _____
床上運動 _____ 烹調 _____
功能性分級 (functional levels

code) :

- ：能完全自我照顧。
- I：需要使用設備或用具。
- II：需要他人的協助或監督。
- III：需要他人的協助或監督並使用設備用具。
- IV：依賴他人，不能參與。

5. 認知—感受型態 (cognitive-perceptual pattern)。

描述知覺感受與認知的型態。

- 有無聽力困難？使用助聽器嗎？
- 視力如何？戴眼鏡？什麼時候再檢查？
- 最近在記憶方面有無任何改變？
- 最容易的學習方法是什麼？有無學習上的困難？
- 有無不舒適情形？疼痛？若有如何處理？

6. 睡眠—休息型態 (Sleep-rest pattern) 。

描述睡眠、休息及鬆弛之型態。

- 每天的休息情形如何？經過一夜的睡眠是否能應付一天的活動？
- 有無睡眠的問題？是否需要幫助，例如是否服用鎮靜劑或使用鬆弛的方法？有做夢或夢魘現象嗎？是否很早就醒來？
- 白天是否有休息、打瞌睡？是否有嗜睡現象？

7. 自我認知、自我概念型態 (self-perception-self-concept pattern) 。

描述自我概念、自我認知之型態 (包括對身體舒適、身體心像、情緒狀態的看法) 。

- 如何描述他自己？在大部份時間，其對自己的感覺是好或不好？
- 是否感覺身體方面或做事能力方面的

變？對他是不是問題？

● 生病之後對自己或身體方面是否感覺有所改變？

● 時常生氣嗎？苦惱嗎？害怕嗎？焦慮不安嗎？抑悒嗎？什麼對他最有幫助？

8. 角色—關係型態 (role-relationship pattern)。

描述角色之型態與關係之型態。

● 單獨生活嗎？或與家人共同居住？家庭結構如何？

● 有任何無法把持的家庭問題嗎？

● 通常都如何處理家庭問題？家庭中每件事情都依賴病人嗎？

● 家屬對病人生病和住院的感覺如何？

● 孩子有無問題？這些問題容易處理嗎？

● 是否參加社交團體？有無親密的朋友？時常感覺孤獨嗎？

● 是否工作？收入足夠開支嗎？

● 與鄰居的交往情形如何？

9. 性—生殖型態 (sexuality-reproduction pattern)。

描述護理對象性型態的滿足與否、生殖的型態及疾病、用藥是會影響其性生活。

● 有無性關係的改變或問題？生病或治療對性生活的影響如何？

● 採用避孕方法嗎？有無問題？

● 女性：初經年齡？最後一次月經？有無月經的問題？生產次數？懷孕次數？

10. 應對—壓力—耐受型態 (coping-stress-tolerance pattern)。

描述護理對象對壓力的耐受情形及調適壓力的型態。

● 時常感到生氣、焦慮、抑悒、無助、害怕或緊張嗎？什麼對病人最有幫助？有服用任何藥物嗎？飲酒嗎？

● 誰對病人最有幫助？目前仍有用嗎？

● 在過去 1—2 年內是否有任何重大的生活改變？

● 當遭遇較大的難題時，如何處理？是否能成功地處理？

11. 價值—信念型態 (Value-belief pattern)。

描述價值、信念 (包括宗教的) 以及指引選擇或決策的目標型態。

● 人生觀如何？在生活中想要得到的東西是否常常都能得到？

● 在生活中宗教的重要性如何？當遭遇困難時，這對病人有幫助嗎？

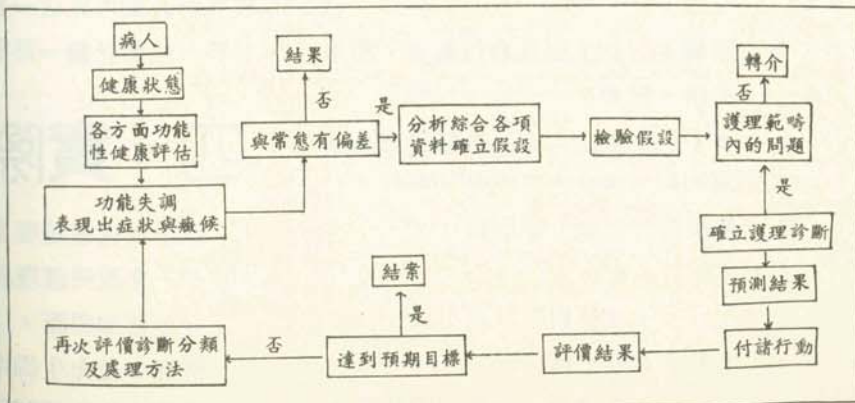
● 是否有宗教活動的衝突？

● 對醫師、護士、家屬的信賴或信任情形如何？

將上述的十一項健康功能型態與概念架構合併來看，這些型態可以是自我照顧能力的範圍、適應的範圍、行為系統的範圍、生命型態的表徵或人類需要的範圍，故不論採用何者的概念，皆可用此評估骨架來收集資料。

三、護理診斷在護理過程中之應用

護理過程是一確認護理對象問題及解決病人問題的過程，是一有科學根據，可使護理工作更有組織，更有方向，也可使全體護理人員有一致的做法。欲了解護理診斷在護理過程中的關係，必須先了解護理過程的步驟：



由上圖可知，護理過程的內容包括評估、診斷、計劃、處置和評價五個步驟，這主要是應用兩個過程：即

1. 應用診斷過程確認問題：
 - ① 蒐集資料。
 - ② 診斷性判斷。
 - ③ 診斷出現存性或潛在性的問題。
2. 應用問題解決過程解決問題：
 - ① 擬訂預期目標。
 - ② 擬訂護理計劃。
 - ③ 執行護理措施。
 - ④ 評價護理的結果。

在此說明護理過程。

(一) 評估：

1. 蒐集資料：包括主觀資料及客觀資料。

主觀資料係指和 p't 及照顧者面談的結果，可藉用十一項健康功能型態的資料骨架收集而得。

客觀資料係指經由視診、觸診、聽診、叩診及實驗室的檢查值對身體所做的評估資料。

2. 分析資料：為資料蒐集齊全，應加以分類組織並應用推理，從異常的重要偏差來考慮這些資料，將重點放在現存性的健康問題和潛在性的健康問題。

3. 確立護理診斷：當分析資料的工作完成後即可包涵了 P E S 三個基本組成的護理診斷來描述 p't 現存性或潛在性的健康問題。

例如：一位肝昏迷病人，對人時地已失去定向力，對痛刺激仍有反應，家屬主訴 p't 無目前的進食、沐浴、穿脫衣服及翻身均需他人來幫忙。

資料：S：家屬主訴 p't 無法自行進食、翻身沐浴、穿衣

O：p't 已失去定向力，對痛仍有刺激亦即 p't 所現出的 signs & symptoms。

A：無法自我照顧（第四級）

(P)

1. 神經肌肉代償不良。

(E) 2. 無意識。

3. 無法執行有意義的活動。

(二) 計劃：

1. 擬定護理目標：是以詳細的行為用辭來描述護理措施所帶來的期望結果，且護理目標是可以測量的，它是用來評價每天的進展情形。在擬定護理計劃時，護理目標應在參與真正工作以前寫下。例如：王太太今年 50 歲，體重超過標準 20 kg，以致活動不便。則護理目標可訂為 2 星期後，體重減輕 3 kg，而後訂護理措施。

2. 護理活動之計劃：當護理目標擬定後，需選擇可達到目標的最適當、可行方法來計劃有關的活動。所謂最適當、可行的方法是指護理單位人力、設備、時間可行得通的方法。例如：對無法自行翻身的 p't 所訂的護理活動可訂為每小時協助 p't 翻身一次（8 Am 平躺、9 Am 左側、10 Am 右側……）

(三) 執行：

執行護理措施時，護士可能直接參與護理 p't，或參與幫助 p't 的間接活動，在執行這些護理措施時應決定先後次序，因一位護士往往有好幾個 p't，每個 p't 的情況不一，例如同時有呼吸功能失常和排泄功能改變的情況存在時，則應先處理有呼吸問題的 p't。除考慮優先次序外，執行護理措施時還應考慮 p't 的年齡、智慧、環境，能力及動機強弱等，如此才能使所執行的措施幫助 p't 的健康狀況達到護理目標。

(四) 評價：

在護士執行護理措施後，應評價病人的行為是否符合預期的行為，若未符合則需根據結果重新計劃再評估→重排優先次序→重新設定目標→重新計劃→再評價……。

四、實際應用

以上所述皆是理論而已，現舉一簡單的臨床實例，來說明護理診斷在臨床上的應用，俾使同學能更加明瞭。

情況：范先生因中風導致右側肢體麻痺而入院治療。住院期間除接受藥物治療外，也做

後語

復健運動，但做完復健運動後，p't 常抱怨肩膀酸痛因而減低其做復健運動的興趣。家屬告訴護士小姐說，p't 現在可自己翻身，但仍需協助其沐浴、進食、穿衣服、活動等。護士小姐為p't 做骨骼肌肉功能檢查，知道p't 右下肢可稍微移動，右上肢仍無力，p't 的檢驗值皆正常。（此資料係由十一項健康功能型態、身體檢查及實驗室檢查中萃取出來，因篇幅有限僅能列出其健康偏差的部份）。

上述所蒐集的資料，可分為主觀資料（Subject-s）及客觀資料（Object-o），根據這些資料可進行護理診斷。

護理診斷介紹到這裏已近尾聲，在台灣而言，無論在教學或臨床上均尚未廣泛被認識與運用，部份學校有排護理診斷的課程，但也僅運用於學生實習時（大學護理系）有練習到護理診斷的訓練機會，未推展至實際臨床護務上。藉此機會將護理診斷介紹給醫學院學生了解到護理的趨勢與業務，期待有一天臨床護士在照顧病人上能運用護理診斷，不但有計劃執行整體護理，也讓護理工作人員間或醫護間有彼此溝通的語言，了解護理在做什麼？也提升護理的品質，給予p't 最好的服務。

日期	評估	診斷 / 原因	護理目標	護理活動	評價
2/15	<p>S: 1. p't 說: 做復健運動後, 肩膀都會痠痛, 真不想做了。</p> <p>2. 家屬說: 他現在穿衣、吃飯、上廁所都需要幫忙, 但會自己翻身。</p> <p>O: p't 右下肢可稍微移動, 但上肢則全乏力。</p>	<p>身體活動障礙(II)</p> <p>神經肌肉缺損 (*CVA 造成)</p>	<p>1. 近期目標: 防止 p't 出現肢體畸形的情況出現。</p> <p>2. 遠期目標: p't 於出院前能以助行器和拐杖行走, 並能自己執行 ADL。</p>	<p>1. 向 p't 說明、解釋, 讓其了解復健運動成功對其日後的 ADL 能力的重要。</p> <p>2. 於 p't 做運動前, 給予肩膀熱敷, 緩和肩膀痛, 以增加 p't 活動意願。</p> <p>3. 教導家屬以枕頭適當地支持患側, 維持正常的身體排列以防關節彎縮:</p> <p>① 仰臥: 肩—外旋、外展 肘—稍抬高 髖—外展、內旋 小腿—膝微彎, 放在枕上</p> <p>② 側臥: 躺向健側 上肢—以枕頭抬高, 手掌向下 下肢—膝微彎, 放在枕上</p> <p>4. 教導並鼓勵 p't 於臥床時, 自行以健肢輔助患肢做關節的 ROM 若無法做到則由家屬協助 10-20 次 / 2 hrs。</p> <p>上肢: ① 握住手腕將手舉到頭頂。 ② 握住手腕將前臂做旋轉動作。 ③ 用健手張開患側手掌, 將手腕及手指做背屈運動。 ④ 由家屬協助做肘關節的上、下旋轉動作。</p> <p>下肢: ① 做內收、外展動作。 ② 髖、膝關節彎曲至 90°。 ③ 踝關節做 plante 及 dorsiflexion & 內、外翻動作。 ④ 趾關節做伸展及屈曲動作。</p> <p>5. 教導並鼓勵 p't 於臥床時, 自行做肌肉收縮運動 10-20 次 / 2 hrs。</p> <p>① 四肢肌肉及臀部的等長收縮運動。 ② 抬臀運動。</p> <p>6. 教導家屬協助 p't 做坐姿平衡訓練—將重心由患側→健側→患側→……, 並以此動作來誘發上肢動作, 10-20 次 / 4 hrs。</p> <p>7. 鼓勵 p't 於可能範圍內, 由自己執行 ADL 的工作。</p>	<p>3 / 1 p't 可以自行器由家屬協助下床行走, 且能自行吃飯、穿衣, 但沐浴仍需協助。</p> <p>住院期間 p't 無肢體畸形的情況出現。</p>