

# 112 年個案報告審查委員共識座談會—【各評審項目審查重點】

1121003 第 33-6 次個案報告工作小組會議修訂

項 目	評 審 重 點
<p>(一) 文字敘述 5 分</p> <p>1. 文章結構清晰、文辭通順正確(2)</p> <p>2. 整體架構表現出護理過程之思考過程(3)</p>	<p>1. 個案報告無一定書寫格式，但需符合個案報告審查評分表項目。</p> <p>2. 內文錯別字多可酌予扣分。</p>
<p>(二) 報告內容 (總計 95 分)</p> <p>1. 摘要 5 分</p> <p>能涵蓋全文—包含選案理由、照顧期間、評估方法、健康問題、照護措施與建議(5)</p> <p>(書寫簡要流暢 500 字內)</p>	<p>1. 摘要需包含整個護理過程。</p> <p>2. 摘要中若引用文獻佐證其重要性時，可以不列出文獻出處。</p> <p>3. 摘要中寫出「限制」不加分，沒寫也不扣分。</p> <p>4. 摘要內容註明收案照護起迄時間：西元年月日。</p> <p>5. 違反收案照護期間二年內之個案報告不予通過。</p>
<p>2. 前言 5 分</p> <p>(1) 明確說明個案選擇之動機(2)</p> <p>(2) 明確說明此個案照護之重要性(3)</p>	<p>須明確說明個案選擇之動機與重要性。</p>
<p>3. 文獻查證 10 分</p> <p>(1) 文獻查證之系統、組織與條理(3)</p> <p>(2) 文獻查證內容中含近期之中、英文獻(3)</p> <p>(3) 參考文獻內容與個案問題、護理措施有相關性(4)</p> <p>預計於 113 年 7 月啟用之評分表：</p> <p>3. 文獻查證 15 分</p> <p>(1) 文獻查證之系統、組織與條理(3)</p> <p>(2) 文獻查證內容中含近期之中、英文獻(4)</p> <p>(3) 能呈現與個案護理過程 (含評估、問題確立、措施與評值) 相關之文獻，如有高證據等級實證文獻或照護指引尤佳(8)</p>	<p>1. 文獻查證內容應避免過於冗長及與本個案護理無相關的文獻。</p> <p>2. 個案報告引用文獻年限視主題而定，引用近期 (5 年內) 文獻為主，如主題罕見，近 5 年確實無文獻可引用者除外。</p> <p>3. 引用文獻應以具有同儕審查之專業期刊或政府網站公告資料為主。依學會規定 APA 版次格式書寫 (中文文獻不需加英譯)。建議加入新版評分項目之評審重點。</p> <p>4. 送審前，若有新的文獻宜加入。</p> <p>5. 個案報告因限於篇幅，依過去共識結果：常見的理論在文獻查證時不需闡述，除非應用新發展之理論才須於文內闡述。</p> <p>6. 作者在文獻查證部分引述了互斥的理論或兩種以上的論點時，作者一定要統整並闡述本文所應用的論點。</p> <p>7. 送審者撰寫文獻時，應將所閱讀之多篇文章適度的整理，融會貫通後，以自己的方式寫出，再標註所參閱之文獻於後，避免不當的引用。若作者要一字不改的引用原文的句子時，則須採取「引用」的寫法，例如引用原作之「定義」時，需使用引號「」，將引用的每個字括起來；若需要一字不改的引用一段原文文句時，則必須使用引號「」括起來並縮排，且註明原文出處頁數。</p> <p>8. 預計 113 年 7 月啟用之評分表(3)：應呈現與個案護理過程相關之文獻，除了專業論述或個案報告外，如有研究、系統性文獻回顧 (systematic review)、統合分析 (meta-analysis) 等高證據等級實證文獻或照護指引可酌予加分。</p>

<p><b>4. 護理評估 (含個案簡介)</b> 15 分</p> <p>(1) 相關資料具主客觀性及時效性(5)</p> <p>(2) 能提供患者整體性及持續性的評估(10)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 書寫「個案」選定對象，仍應「以病人為中心」之完整性照護；若護理過程中，家屬角色非常突顯，得以成為個案報告中「共同主體」。舉例：          照護新生兒之個案時，可能花費許多時間於教導新手母親如何照護新生兒，如指導新生兒洗澡技術，評估時除觀察新手母親之洗澡技術外，仍應從評估新生兒之感受、技術執行成果。另，住院新生兒應有生理方面之問題，及需要處理與照護的健康問題，故個案報告之主體仍應以新生兒為主體，照顧者可為共同主體。因此，對於有些不能言語個案，如：老人、中風或昏迷指數很低之個案，照顧者應為共同主體，非唯一主體。此類個案之主客觀資料可從照顧者或評估個案之表情、非言語表徵蒐集。</li> <li>2. 不限評估工具，<b>個案簡介要呈現</b>病史、治療經過，並無規範內容及格式，只要將問題找出，即表示此評估工具是有效的。</li> <li>3. 無規定一定要用家庭樹，且也無規定作者要交代選擇評估工具的原因，若有或無交代，審委可各自表述給評語。</li> <li>4. 急診、手術室、術後恢復室等特殊單位個案，可能只照護 30 分鐘或數小時，難以獲得生理以外之心理層面等問題。若整篇報告從評估、問題確立、護理措施、評值……等，皆呈現連貫、整體之內容就可接受。</li> <li>5. 若個案報告以病人「心理」問題為主的話，在護理評估中亦須具有「生理」方面的評估，如此個案才有完整性。</li> <li>6. 護理過程是始於「評估」，終於「評值」的<b>連續過程</b>，所以護理評估、問題確立、護理措施與評值環環相扣相互影響。依據之前共識：問題確立應為護理評估後產生之問題。如果護理評估不正確或不完整，則作者剖析病人「主要」或「重要」健康問題之客觀性、正確性勢必產生矛盾與影響。</li> <li>7. 審查委員可評比護理評估的結果，及問題確立之主客觀資料的合理性及正確性，若前後不一致應該要扣分。</li> <li>8. 評分標準無規定每一個系統性護理評估後需作評論或結語。</li> </ol>
<p><b>5. 問題確立</b> 10 分</p> <p>(1) 問題剖析之客觀、具時效性與正確性(5)</p> <p>(2) 具主、客觀資料及相關因素(5)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 問題的確立應來自<b>護理評估</b>，若無說明問題確立是如何產生的，則可扣分。</li> <li>2. <b>護理評估主客觀資料及結果與「問題確立」</b>應合理正確，若前後不一致應扣分。</li> <li>3. 依過去共識：問題確立只需明確寫出訂定或發現健康問題之時間，除非該項問題已結束，才</li> </ol>

	<p>須寫出截止時間，如該項問題經評估仍未結束，應在評值部分加以說明，不需要述明截止時間。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. 依據過去共識：無規定每一系統或分項評估後須作評論，但應在「問題確立」處交代清楚護理評估後所確立的健康問題。</li> <li>5. 個案健康問題需要幾個，端視個案而定，強調的是整體性之照護，個案主要之健康問題一定要呈現。同仁應具備判斷健康問題處理之優先順序的能力，「可因文章篇幅限制，僅摘錄幾則主要的/重要的健康問題詳述，但須說明為何僅摘錄這些問題之理由」。如此，將更能清楚交代護理評估與問題確立之連續性與完整性，不至於讓審查委員誤會作者只發現個案 3-4 個健康問題，其他的問題都未發現與處置。</li> <li>6. 「問題確立」中的主客觀資料，若重複引用護理評估內容之文字敘述，視為作者之寫作技巧，只要能清楚表達即可，不算重複。作者可適度運用寫作技巧，綜整摘要護理評估主客觀資料，避免一字不漏的重複影響篇幅。例如：入院時評估 BT39°C，確立體溫過高，作者可再針對其他有關體溫過高相關的主客觀資料進行評估與描述，如環境、衣著、水分攝取等，避免一直重複病人或照顧者之對話（主觀資料）或體溫數據（客觀資料），可增加評估之整體性與完整性。</li> </ol>
<p><b>6. 護理措施</b> 20 分</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 確立護理目標，具獨特性(5)</li> <li>(2) 根據問題提供連貫、一致與適當措施(5)</li> <li>(3) 護理措施具體、周詳，具個別性與可行性(7)</li> <li>(4) 護理措施能參考文獻查證內容，應用於個案照護(3)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 護理目標要有<b>獨特性</b>，依照個案狀況設立目標，並非一定要有短、中、長期目標。</li> <li>2. 評審標準可運用人、事、時、地、物簡單描述來佐證護理措施之具體性。</li> <li>3. 撰寫格式，只要能清楚闡述護理措施與評值內容，以表格或條列式方法敘述皆可。</li> </ol>
<p><b>7. 結果評值</b> 10 分</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 針對護理目標與措施之有效性評值(4)</li> <li>(2) 對個案整體護理之具體成效作評值(4)</li> <li>(3) 有具體的後續照顧計畫(2)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 結果評值部分應針對護理目標與措施進行評值，不要只評值護理目標，而忽略護理措施，亦不要在結果評值處再發展出新的護理措施內容。</li> <li>2. 後續照顧計畫係作者藉由「照顧期間」評值結果，為個案「未解決」或「未達目標」之健康問題所擬定的具體後續照顧計畫（或策略），如轉介、提供相關照護資源或是擬定計畫由個案或家人執行均可。如作者評值結果為個案之健康問題「已解決」或「已達目標」，因而未提供後續照顧計畫，審查委員可依評值結果之合理性評分。</li> <li>3. 評值只須評值「照顧期間」之健康問題。</li> <li>4. 有具體的成效評值及後續照護計畫。特殊單位，如 ER、ICU 之照顧經驗，只要交代後續照護狀況，不需將後續處置詳述於文章內。</li> </ol>

<p>8. 討論與結論 15分</p> <p>(1)總論敘述簡明扼要(4)</p> <p>(2)個人觀點明確(4)</p> <p>(3)提出具體限制與困難(4)</p> <p>(4)對日後護理實務工作有具體建議(3)</p> <p>預計 113-7 啟用之評分表：</p> <p>8. 討論與結論 10分</p> <p>(1)能討論影響個案照護成效之因素(4)</p> <p>(2)提出具體限制與困難(3)</p> <p>(3)對日後護理實務工作有具體建議(3)</p>	<p>1. 結論若多為心得，可於個人觀點評分。</p> <p>2. 需有具體限制與困難。</p> <p>3. 可運用理論，或「由個案而來」具體可行建議。</p> <p>4. 預計 113 年 7 月啟用之評分表(1)：引用文獻分析討論影響個案照護成效之因素，內容適切、合理。</p>
<p>9. 參考資料 5分</p> <p>(1)參考資料與內文引用均依台灣護理學會護理雜誌最近期的方式書寫，但中文文獻不需加英譯(2)</p> <p>(2)參考資料與全文一致與適切(3)</p>	<p>1. 參考資料與內文引用若未按學會規範 APA 版次格式撰寫，可扣分。</p> <p>2. APA 格式有許多規定，本會無法一一臚列，僅能公告範例供參，範例最新版本可至本會首頁→進階/認證/個案報告送審作業/會員登入→相關資料下載。不在範例中之規定，需自行查閱。</p>
<p>總評：(結果通過與否，應以整篇文章的內容是否能凸顯護理過程來決定。)</p> <p>1. 對於臨床護理人員而言，完成一篇個案報告撰寫非常不容易，建議審查委員本著提攜後進之立場，無論通過與否，儘量提供專業審查意見，供作者參考與學習。</p> <p>2. 未把握住護理個案之問題或特性，不予通過。</p> <p>3. 個案報告鼓勵突顯個案的獨特性，審查通過與否應以整篇文章內容架構及照護狀況是否突顯護理過程來決定；不因文獻組織能力不足或是其中幾個診斷判斷不佳，而不予通過。</p> <p>4. 請就護理專業貢獻、護理實務趨勢、護理過程缺失與不足作評論。</p> <p>5. 個案報告審查決議只有「通過」與「不通過」，無修正後複審機制。</p> <p>6. 個案報告審查通過與否與各類期刊投稿的要求不同，應詳閱評分說明，不宜混淆。</p> <p>9. 界定「引用不當」與「抄襲」的評分：</p> <p>(1) 內文中前言、文獻查證、結論等，若涉及相似度高文獻，視為「引用不當」，酌予扣分。</p> <p>(2) 若護理評估、問題確立、護理措施、評值等護理過程，涉及相似度高文獻，視為抄襲，不予通過。</p>	

## 113 年起審查評分表修訂評分項目

項 目	評 審 重 點
<b>3. 文獻查證</b> <span style="float: right;">15 分</span> (1) 文獻查證之系統、組織與條理(3) (2) 文獻查證內容中含近期之中、英文獻(4) (3) 能呈現與個案護理過程(含評估、問題確立、措施與評值)相關之文獻，如有高證據等級實證文獻或照護指引尤佳(8)	1. 項次(1)(2)評審重點參見上表。 2. 項次(3)：應呈現與個案護理過程相關文獻，除專業論述或個案報告外，如運用研究、系統性文獻回顧(systematic review)、統合分析(meta-analysis)等高證據等級實證文獻或照護指引，可酌予加分。
<b>8. 討論與結論</b> <span style="float: right;">10 分</span> (1) 能討論影響個案照護成效之因素(4) (2) 提出具體限制與困難(3) (3) 對日後護理實務工作有具體建議(3)	1. 項次(1)：引用文獻分析討論影響個案照護成效之因素，內容適切、合理。 2. 結論若多為心得，可於個人觀點評分。 3. 需有具體限制與困難。 4. 可運用理論，或是「由個案而來」具體可行之建議。

### 【審查作業注意事項】

編號	查檢項目
1	摘要字數(含標點符號)限 500 字內。
2	須為二年內(從收案日至本會受稿截止日)實際直接護理經驗之著作，並請於摘要內容註明收案護理起迄時間：年月日。(不符收案護理二年內之個案報告不予通過)。
3	內文每篇至多 16 頁(不含摘要，自前言開始編列頁碼，含圖表及所有附件，頁數不符者不予通過)。
4	格式要求(不符者不予通過)： (1) 邊界及間距：全文(含表格)一律電腦繕打，行間距離採單行間距，上下邊界各 2 公分，左右邊界各 3.17 公分。 (2) 字型大小：非表格字型至少 14 號，表格內字型至少 12 號。 (3) 字數：非表格字數每頁 600 字(30 字×20 行)以內，表格字數不限。
5	送審之稿件(含圖表及所有附件)嚴格要求不得出現所屬機構名稱、相關人員姓名及致謝對象。(不符者不予通過)
6	個案報告應以個案(client)本身為主體，亦即「以病人為中心」之完整性照護；家屬角色非常突顯時，得以成為個案報告中的共同主體。
7	個案報告不得抄襲他人護理照護過程或以原稿更改日期後再送審、或由他人代寫，如有不實或違反學術倫理，不予通過，同時通知機構主管，且前述作者三年內不得送審；若已核發通過證書者，亦取消通過資格，送審者須將證書繳回本會，並可溯及既往。
8	為避免作者於書寫過程文獻引用不當或文字抄襲他人護理照護過程(含護理評估、問題確立、護理措施、結果評值)，建議作者至本會網站(網址： <a href="http://www.twna.org.tw/frontend/un20_education/webPage_3/109_write/index.html">http://www.twna.org.tw/frontend/un20_education/webPage_3/109_write/index.html</a> )觀看「文獻查證撰寫與避免抄襲」(但無積分認證)。

## 【其他注意事項】

1. 字數每頁限制 600 字（30 字×20 行）以內，若每行少於 30 字或每頁少於 20 行，不算違規稿件。
2. 年月日一律採西元寫法。
3. 個案無一定書寫格式，但需大綱明確。
4. 個案報告作者屬基層護理人員，其寫作能力正屬培育階段，文獻查證部分只需遵循過去之共識與評分重點即可，文獻查證寫完未做統整不予扣分。
5. 內容不實與抄襲護理過程者，請審查委員詳細註明並附佐證資料給學會承辦人員。
6. 進行評分輸入意見及分數前，請務必再次核對稿件編號及題目，確認無誤後再進行評分，以免造成錯誤而影響本會審查機制之公信力。
7. 如遇不符規定之 0 分稿件（如格式不符、超過頁數，或護理期間未在近二年內），仍請委員審查內容並給予意見回饋（不需要給分數），以利會員下次再送審時之改進參考，並請述明原因與學會承辦人聯絡（電話或 E-mail 方式），由個案報告核心委員複審決議。
8. 請於分項評審建議內容及總評處以正向、善意的用詞寫出您寶貴的意見（無論優劣），給學員學習的機會，分項分數未達 60% 者，請務必輸入建議內容，否則無法完成評分程序。
9. 審稿作業採線上審稿，敬請委員確認電子信箱收信功能及手機正確性，以利接收審稿訊息。
10. 收到審查稿件時，請依據排定審查時程作業；遇有困難無法配合者，請盡速與學會專責人員聯絡。