

提升呼吸加護病房護理人員譫妄評估正確率

蔡念安、廖恩亭、蔡寶純、邱怡榕、蕭佳玲、楊惠玲、黃智傑

臺中榮民總醫院 護理部

摘要

目的

提升呼吸加護病房護理人員譫妄評估正確率，強化護理人員譫妄警覺性，儘早啟動譫妄評估，降低病安事件發生。

方法

譫妄評估資訊化、設計創意譫妄評估流程表、譫妄特徵圖像卡及舉辦在職教育，推行譫妄評估於重症資訊系統；設計提醒工具：流程表結合口訣及創作歌詞利於評估、將譫妄評估中問題化為簡易圖像卡輔助溝通，縮短評估時間；舉辦課程搭配評估示範影片加深記憶。

結果

統計本單位 2021 年 8 月譫妄評估正確率僅 59.6%，在專案實施後提升至 97.6% 且效果維持良好。

結論

藉由本專案介入後，能幫助護理人員快速掌握譫妄評估技巧，評估時長自平均 6.6 分鐘，大幅度縮短至 2 分鐘，有效提升評估速度及改善護理人員譫妄評估正確率，期望此結果可提供臨床譫妄評估技能參考運用，提高醫療照護品質。（澄清醫護管理雜誌 2024；20（1）：60-70）

關鍵詞：呼吸加護病房、護理人員、譫妄評估、譫妄圖像卡

通訊作者：蔡寶純

通訊地址：台中市西屯區台灣大道四段 1650 號

E-mail：son06240612@gmail.com

受理日期：2023 年 5 月；接受刊載：2023 年 9 月

前言

譫妄是加護病房常見的臨床問題，病人會出現急性認知改變及意識障礙，在入住加護病房數小時或數天內皆可能會發生，發生率高達 50-70%，不僅提高再次插管風險及延長住院天數，甚至增加病人死亡率及醫療成本支出 [1,2]。臨床統計有 70% 病人未被醫護人員發現有譫妄，且譫妄評估正確率僅 67.8%，顯示對譫妄評估能力不足 [3,4]。根據文獻指出使用加護病房混亂評估量表（Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit, CAM-ICU）能及時發現病人譫妄，故加強醫護人員評估能力，儘早發現譫妄給予適切臨床照護，可降低譫妄所造成的傷害 [2]。

2018 年本單位推行譫妄組合式照護措施，開始使用 CAM-ICU 評估譫妄，統計 2021 年 1-6 月病人因產生譫妄掙脫約束，導致自拔氣管內管 2 件及跌倒 1 件的病安事件發生，雖無造成病人生命危險，但護理人員因事件後仍自責不已，故引發本專案小組成立動機。經觀察發現護理人員使用 CAM-ICU 評估正確率低，針對偏低原因擬訂計畫進行改善措施，期望透過本專案提升呼吸加護病房護理人員譫妄評估正確率，增進護理人員對譫妄臨床表現之警覺性，儘早啟動譫妄評估時機，配合譫妄照護措施，及早偵測譫妄發生，提升病人安全。

現況分析

一、單位簡介

本單位為呼吸加護病房，設置 24 張床，均為

4人非單獨隔間病室，2020年平均住院天數11.5天，主要疾病以呼吸衰竭、肺炎與敗血症為主。本單位病人平均年齡69.3歲、共病症（Comorbidity） ≥ 3 項占95%，病人疾病嚴重度（Acute Physiology and Chronic Health EvaluationII, APACHE II）平均23.9分。採全人照顧三班制，護病比為1：2.5，編制人員含主治醫師3位、住院醫師5位及護理人員54位。護理人員年資5年內有10位、6-10年有7位、11-15年有12位、16年以上有25位，平均年資13.5年。

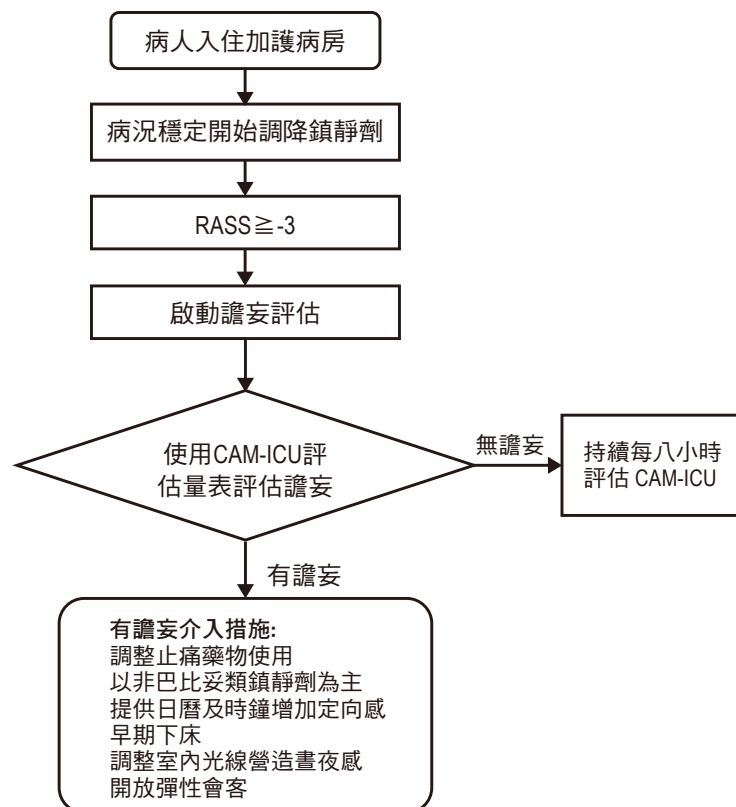
二、呼吸加護病房護理人員譫妄評估執行現況

本單位病人疾病嚴重度高，多為呼吸衰竭、肺炎及敗血症，屬譫妄高危險群，故2018年本單位開始使用CAM-ICU搭配圖像卡評估譫妄，由護理人員紀錄於CAM-ICU評估量表。病人入住加護病房病況穩定後，即開始調降鎮靜劑，當病人因意識逐漸恢復、管路留置造成疼痛或因人時地不熟悉易產生譫妄及躁動，單位根據Ely與Vanderbilt University（2016）建議鎮靜程度評估表（Richmond Agitation-Sedation Scale, RASS） ≥ -3

啟動譫妄評估，若無譫妄發生需持續每八小時評估CAM-ICU。若有譫妄發生則開始介入治療及護理措施，如：調整止痛藥物使用、以非巴比妥類鎮靜劑為主、提供日曆及時鐘增加定向感、早期下床、調整室內光線營造晝夜感及開放彈性會客（圖一）。

三、護理人員執行譫妄評估正確率低之原因分析

2021年7月15日由護理長及6位護理人員成立專案小組，7月15日至31日組員與單位主管及病房主任取得一致性，參考本院CAM-ICU評估量表訂立「加護病房病人譫妄評估稽核表」（表一），於8月1日至15日組員床邊查核45位護理人員（排除7位組員、2位育嬰假），發現護理人員譫妄評估時間平均需6.6分鐘，其評估正確率僅59.6%，內容共有五項低於平均值：「正確執行特徵二：注意力不足」（31.1%）、「正確說出特徵四：思維混亂中的4個問題」（37.8%）、「可正確依據CAM-ICU評估步驟執行」（42.2%）、「RASS -3~+4需每8小時進行評估」（48.9%）及「正確



圖一 呼吸加護病房護理人員譫妄評估執行流程

說出特徵四：思維混亂中若錯誤 ≥ 2 個即符合特徵四」（51.1%），顯示護理人員謾妄評估正確率低。

組長審視「加護病房病人謾妄評估稽核表」中低於平均值的五個項目，於8月16日至27日組員針對低於平均值項目訪談45位護理人員，進一步分析謾妄評估不正確之原因：原勾選紙本選項之敘述不易理解（51.1%）、CAM-ICU評估步驟不熟悉（55.6%）、單位CAM-ICU原有圖像卡不易判讀（57.8%）及無CAM-ICU相關在職教育課程（60%）共四項（表二），將高於平均值41.1%列為問題點，組長將調查結果依政策、工具及護理人員等面向歸納出呼吸加護病房護理人員謾妄評估正確率低之重要原因，並將其製作成魚骨圖（圖二）。

問題及導因確立

本專案經現況調查歸納出謾妄評估正確率低之主要原因為：

一、政策因素：原勾選紙本選項之敘述不易理解、無CAM-ICU相關在職教育課程。

二、工具因素：單位CAM-ICU原有圖像卡不易判讀。

三、護理人員因素：CAM-ICU評估步驟不熟悉。

專案目的

經專案小組成員與單位主管及病房主任討論後，參考蕭、詹（2021）及鍾、陳（2021）文獻作為標竿學習，設定目標為提升呼吸加護病房護理人員謾妄評估正確率由59.6提升至97%。計算方式 = (正確人數 / 總查核人數) $\times 100\%$ 。

文獻探討

一、加護病房病人謾妄評估重要性

謾妄好發族群為疾病嚴重度高、老年族群、敗血症及氧合不穩定等，同時病人易因管路造成的疼痛、睡眠紊亂及加護單位環境不熟悉等因素加

表一 加護病房病人謾妄評估稽核表 (n=45)

項目	正確人數	比率 (%)
1. 正確說出特徵一：在過去 24 小時內，病人 GCS 及 RASS 是否有波動	40	88.9
2. 正確執行特徵二：注意力不足，可說出錯誤 ≥ 3 個即為陽性	14	31.1
3. 正確說出特徵三：評估之病人的 RASS 分數及定義	39	86.7
4. 正確說出特徵四：思維混亂中的 4 個問題	17	37.8
5. 正確說出特徵四：思維混亂中若錯誤 ≥ 2 個即符合特徵四	23	51.1
6. 可正確依據 CAM-ICU 評估步驟執行	19	42.2
7. 說出符合 CAM-ICU 特徵 1+2+3 或 1+2+4 才能判定病人謾妄	30	66.7
8. 將評估內容記錄於 CAM-ICU 評估表	28	62.2
9. RASS 是 -4 或 -5，則停止並之後再重新評估病人	36	80.0
10. RASS -3~+4 需每 8 小時進行評估	22	48.9
平均		59.6

表二 護理人員謾妄評估不正確之原因 (n=45)

評估不正確的原因	人次	比率 (%)
1. 無 CAM-ICU 相關在職教育課程	27	60.0
2. 單位 CAM-ICU 原有圖像卡不易判讀	26	57.8
3. CAM-ICU 評估步驟不熟悉	25	55.6
4. 原勾選紙本選項之敘述不易理解	23	51.1
5. CAM-ICU 評估內容不好記	18	40.0
6. 不熟悉何謂謾妄	16	35.6
7. 臨床常規事務繁忙，加上評估很花時間	7	15.6
8. 認為評估 CAM-ICU 不重要	6	13.3
平均		41.1

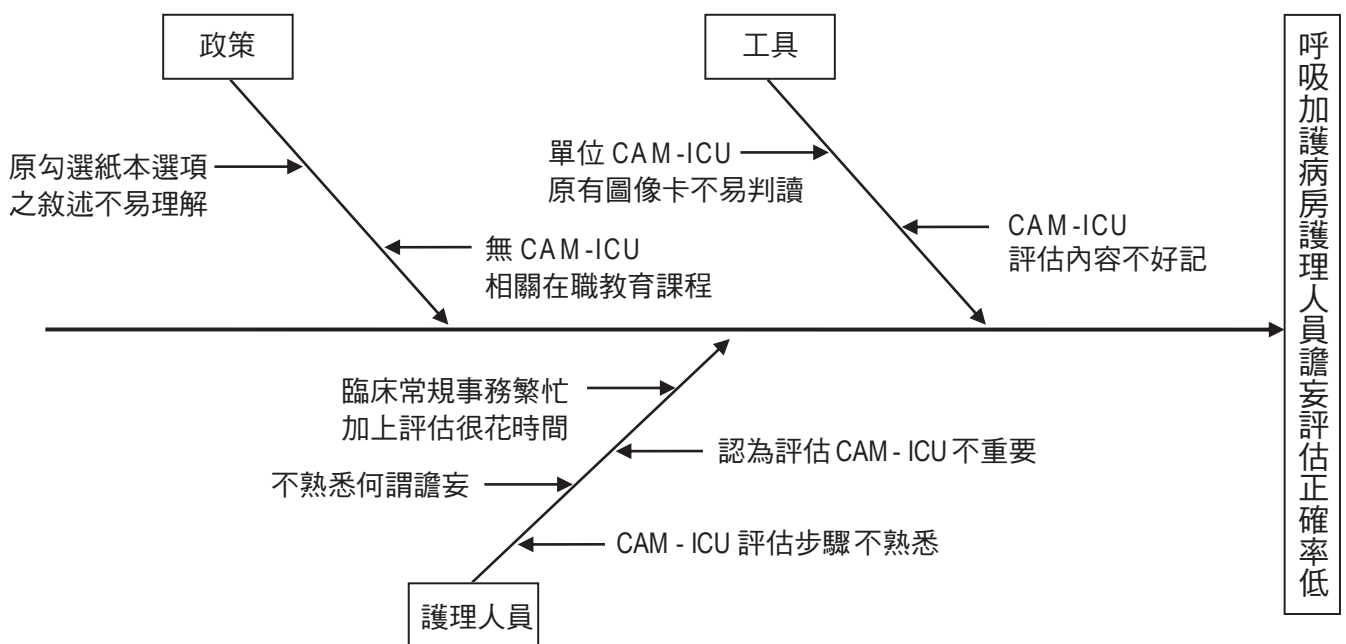
劇譫妄發生 [1]。根據美國精神醫學會診斷準則指出譫妄會短時間內出現注意力降低、認知障礙，造成病人意識及精神狀態改變。依精神及活動狀況分為高活動 (Hyperactive)：呈煩躁不安、低活動型 (Hypoactive)：呈嗜睡或活動減少、混合型 (Mixed)：結合以上兩種型態交替出現 [2]。研究指出僅有 25.6% 醫護人員能常規執行譫妄評估，評估正確率普遍偏低，因多數醫護人員習慣以臨床經驗來判斷譫妄症狀，僅 37-39% 醫護人員落實使用譫妄評估工具；常見未落實譫妄評估原因為：未有評估標準流程、對評估步驟不清楚及缺乏在職教育課程 [5,6]。

目前評估工具中 CAM-ICU 具高敏感性和良好信效度，使用簡易且可快速評估，為加護病房最常使用之評估工具 [7]。評估內容包含：特徵一、精神狀態急性改變或發作：使用昏迷指數評估 (Glasgow Coma Scale, GCS) 及 RASS 評估 24 小時內有無精神狀態改變；特徵二、注意力不足：唸出 10 個數字，教導當唸到某數字 (如：2) 時，請輕握手測試注意力，若錯誤 ≥ 3 次為陽性；特徵三、意識層次改變：RASS 不為 0 時則為陽性；特徵四、沒

有組織思考：詢問四個特定判斷問題及一個指令動作，若錯誤次數 ≥ 2 次為陽性；若具有上述 CAM-ICU 評估內容「特徵一 + 特徵二 + 特徵三」或「特徵一 + 特徵二 + 特徵四」，就可確立譫妄，而嚴重鎮靜 (RASS 為 -4~-5) 則被排除在外，善用評估工具，可增加譫妄判斷正確性，提供合適的譫妄相關處置 [2,8]。

二、提升護理人員譫妄評估策略

加護病房病人病況複雜，照護困難度高，提升醫護人員譫妄評估技能，及早發現病人意識變化及譫妄發生，可顯著減少病人安全事件及照護負荷 [8]。而設計提醒工具、製作評估輔助圖像卡、譫妄評估資訊化及安排在職教育，能提升醫護人員譫妄評估正確率 [9,10,11]。介入策略包含：(一) 設計提醒工具：理想的譫妄評估工具應為簡單、可於床旁快速進行 [8]，將譫妄評估步驟簡化為流程表，配合簡潔文字及縮寫作為口訣，讓譫妄評估步驟容易理解且能擺脫傳統背誦方式，張貼於臨床工作環境方便臨床隨時查看 [11,12,13]；(二) 製作評估輔助圖像卡：大腦在理解圖像較文字處理來得快速，使用簡易圖片及顯眼顏色製作成圖像卡，縮短評估時



圖二 呼吸加護病房護理人員譫妄評估正確率低之魚骨圖

間 [12]；（三）謾妄評估資訊化：縮短紙本作業時間及減少人為錯誤，在系統中設計提示、連接及限制等特殊功能，於謾妄評估中進行提醒，經由系統自動稽核方式，幫助單位主管即時了解謾妄評估的完整性 [10]；（四）安排在職教育：舉辦謾妄相關知識的在職教育，可提高謾妄知識和評估意願 [5]。

傳授謾妄評估技巧，可藉由運用文字、圖片、動畫及將歌曲融入課程設計，並搭配拍攝謾妄影音教學，授課者針對影片或課程內容提出疑問，促進學習者思考及溝通，加深課程內容印象，提升謾妄評估正確率 [9,14,15]。透過教學不僅能增加護理人員謾妄知識，妥善運用提醒工具與圖像卡及配合資訊化導入，更能強化護理人員對於重症謾妄評估能力 [13]。

解決辦法及執行過程

一、解決辦法

本專案 7 位成員依據現況分析使用決策矩陣分析表考量可行性、經濟性、效益性，提出本專案之解決辦法，以 1 分代表最低、3 分代表中間、5 分代表最高，總分為 105 分，分數達 84 分以上選定為改善方案（表三）。

依決策矩陣分析結果，擬定下列解決方案：（一）規劃 CAM-ICU 資訊化；（二）設計創意 CAM-ICU 流程表；（三）設計謾妄特徵圖像卡；（四）規劃在職教育。

二、執行過程

專案小組自 2021 年 9 月 1 日至 2022 年 8 月 31 日止，針對四項問題點施行四項解決辦法，依專案進度甘特圖（表四），歷經計畫期（2021 年 9 月 1

表三 決策矩陣分析表

問題	對策方案	可行性	經濟性	效益性	總分	採行
原勾選紙本選項之敘述不易理解	1. 規劃 CAM-ICU 資訊化	35	35	35	105	★
	2. 規劃修訂重症 CAM-ICU 評估表	23	23	23	69	
CAM-ICU 評估步驟不熟悉	1. 設計創意 CAM-ICU 流程表	35	35	35	105	★
	2. 製作謾妄隨身小卡	21	21	17	59	
	3. 規劃建立考試制度	7	7	7	21	
單位 CAM-ICU 原有圖像卡不易判讀	1. 設計謾妄特徵圖像卡	35	35	35	105	★
	2. 設計動態圖像於單位平板	23	21	35	79	
無 CAM-ICU 相關在職教育課程	1. 規劃在職教育	35	35	35	105	★
	2. 規劃護理人員參加謾妄院外研習	17	7	7	31	
	3. 規劃數位學習課程	21	23	35	79	

表四 專案進度甘特圖

項目	年	2021		2022		
	月	9-12	1-2	3-4	5-6	7-8
計畫期						
1. 規劃 CAM-ICU 資訊化		★	★			
2. 設計創意 CAM-ICU 流程表		★	★			
3. 設計謾妄特徵圖像卡		★	★			
4. 規劃在職教育		★	★			
執行期						
1. 宣導專案				★		
2. 實施 CAM-ICU 資訊化				★	★	
3. 執行創意 CAM-ICU 流程表				★	★	
4. 使用謾妄特徵圖像卡				★	★	
5. 舉辦在職教育				★		
評值期						
成效評值						★

日至 2022 年 2 月 28 日)、執行期(2022 年 3 月 1 日至 6 月 30 日)及評值期(2022 年 7 月 1 日至 8 月 31 日)。

(一)計畫期(2021 年 9 月 1 日至 2022 年 2 月 28 日)

1. 規劃 CAM-ICU 資訊化

2021 年 9 月 1 日至 30 日組員依據 Ely 與 Vanderbilt University (2016) 英文版 CAM-ICU 流程表翻譯成中文,經單位長官及病房主任審視後,新增至照護管理程序書中;2021 年 10 月 1 日至 2022 年 1 月 31 日和資訊工程師討論,將 CAM-ICU 評估步驟資訊化,設計評估視窗右側有完整的謾妄評估量表細項說明,系統依照特徵一至四循環跳出點選內容,自動判定評估結果是否有謾妄,並增設防呆裝置(如:當評估 RASS -4~-5 自動跳出視窗提醒不需評估)。

2. 設計創意 CAM-ICU 流程表

(1) 2021 年 10 月 1 日至 30 日組員設計將 CAM-ICU 評估四項目分別以:「急性」、「意」、「識」、「思考」列為口訣。(2) 2021 年 11 月 1 日至 12 月 31 日組員擷取 CAM-ICU 特徵四特定問題之關鍵字,利用無版權兒歌「伊比呀呀」旋律組合成創作歌詞(表五),讓每位護理人員都能琅琅上口記憶深刻。組員於 2022 年 1 月 10 日將歌曲錄製完成。(3) 2021 年 11 月 1 日至 2022 年 1 月 31 日組員將 CAM-ICU 流程表中特徵一到四的口訣使用紅色粗體字加強提示,判別有無謾妄結果則使用橢圓框及顏色區分,結合創作歌詞製成長 20 公分×寬 15 公分大小於防水合成珠光紙上,於 2022 年 2 月 10 日印製完成。

3. 設計謾妄特徵圖像卡

2021 年 11 月 1 日至 2022 年 1 月 31 日組員將 CAM-ICU 特徵四中需詢問病人的問題(表五),分別設計成一張簡單明確的圖像,共有八張,並依問題分成一、二冊,依據 Ely 與 Vanderbilt University (2016) 建議,把各圖像印製成彩色長 15.24 公分×寬 25.4 公分大小,較適合老年病人閱讀,隨機讓單位 20 位護理人員及 15 位病人試讀,再依建議共修改四次,於 2022 年 2 月 10 日印製成冊,共八份,材質使用防水硬紙板,供護理人員重複利用。

4. 規劃在職教育

(1) 2021 年 12 月 1 日至 2022 年 2 月 28 日組員設計及錄製謾妄特徵影片及評估示範影片共兩部,組員分別飾演病人及護理人員,將臨床常見的六項謾妄特徵隱藏於影片中,讓護理人員找出正確解答;評估示範教學影片:模擬評估高活動度型及低活動度型謾妄病人正確評估步驟。(2) 2022 年 2 月 1 日至 28 日組員討論上課流程,以互動式教學為特色,將課程分成三階段,階段一:前測線上測驗後播放謾妄特徵影片,護理人員相互討論影片出現的謾妄特徵;階段二:課程講述(謾妄定義、危險因子、評估工具、治療及護理措施),其中將 CAM-ICU 評估項目使用動畫呈現,利用帶動唱,將創作歌詞搭配謾妄特徵圖像卡,加深記憶;階段三:播放評估示範影片,並請護理人員於影片結束後,即時回覆示教及後測線上測驗。訂定每年至少舉辦一次在職教育,上課時間一小時且接受課後測驗,成績需達 95 分以上。

表五 CAM-ICU 特徵四特定問題及創作歌詞對照表

CAM-ICU 特徵四問題及指令動作		創作歌詞
第一冊	第二冊	
石頭會不會浮在水上?	葉子會不會浮在水上?	石頭葉子會在水上嗎?
海裡會不會有魚?	海裡會不會有太象?	魚兒太象誰在海裡呀?
一公斤比二公斤重嗎?	兩公斤是否比一公斤重?	一比二重嗎? 二比一重嗎?
你可以用鐵鎚釘釘子嗎?	你可以用鐵鎚砍木頭嗎?	你說鐵鎚能釘釘子嗎? (能砍木頭嗎)
指令動作:請你抓住這幾根手指頭 (例:抓住兩隻手指頭)		Ya!

(二) 執行期 (2022 年 3 月 1 日至 6 月 30 日)

1. 宣導專案

2022 年 3 月 1 日至 4 日由護理長於晨會、病房會議向護理人員宣導實施專案細項與執行方案，並將宣導內容公告於單位公佈欄、發送電子郵件及社群軟體群組，取得護理人員共識與配合。

2. 實施 CAM-ICU 資訊化

2022 年 3 月 1 日先進行兩週 CAM-ICU 線上測試，其中共有 30 位護理人員參與測試，組員為執行過程的諮詢者，資訊系統於 2022 年 3 月 14 日建構完成 (圖三)。護理長於晨會及社群軟體群組宣導，於 2022 年 3 月 21 日開始實施 CAM-ICU 資訊化評估。執行資訊化評估後，詢問 45 位護理人員皆表示系統自動優化後，可省去原紙本書寫既環保又便利。

3. 執行創意 CAM-ICU 流程表

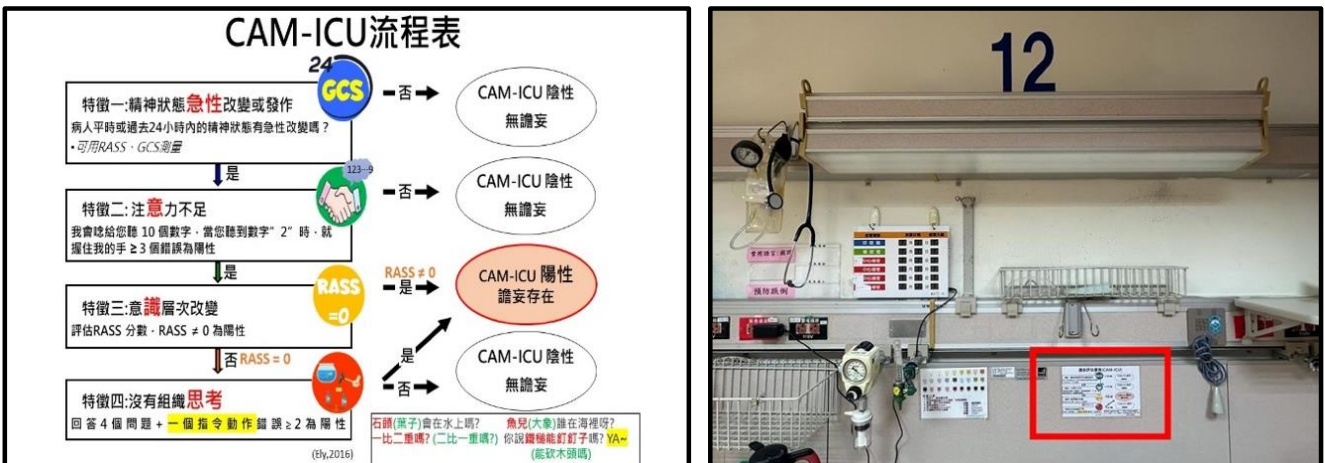
2022 年 3 月 11 日組員將 CAM-ICU 流程表張貼在每床醫療牆上供護理人員評估時參考，3 月 14 日至 27 日進行評核，護理人員皆表示張貼在醫療牆上有利評估，查核使用率 100%，但多數護理人員反應 CAM-ICU 流程表的口訣在評估當下不易聯想，因此 4 月 10 日組員新增口訣圖示：「急性 (24 小時內)、意 (握數字 1)、識 (RASS 是否為 0)、思考 (問題)」，隨機給單位 20 位護理人員閱讀後皆表示改版後的創意 CAM-ICU 流程表更易理解 (圖四)。

4. 使用譫妄特徵圖像卡

2022 年 3 月 11 日組員將譫妄特徵圖像卡擺放單位各區域，護理人員表示評估時搭配譫妄特徵圖像卡，運用在重聽或語言不同的病人上，更



圖三 線上系統譫妄評估介面



圖四 創意CAM-ICU流程表

容易完成評估。3月14日至27日組員查核使用率90%（圖五）。

5. 舉辦在職教育

2022年3月10日當天由組員依據班別舉辦三場各一小時課程，共44位參加，出席率81.5%，課後測驗分數平均97.1分、課後滿意度100%。未參與實體課程者，採一對一床邊教學，並將講義內容上傳至單位 Google Classroom，於4月30日完成補訓。護理人員反應要觀看評估示範影片時，需再點入 Google Classroom 課程，無法即時複習，2022年5月5日將評估示範影片放置每台電腦桌面方便查閱。

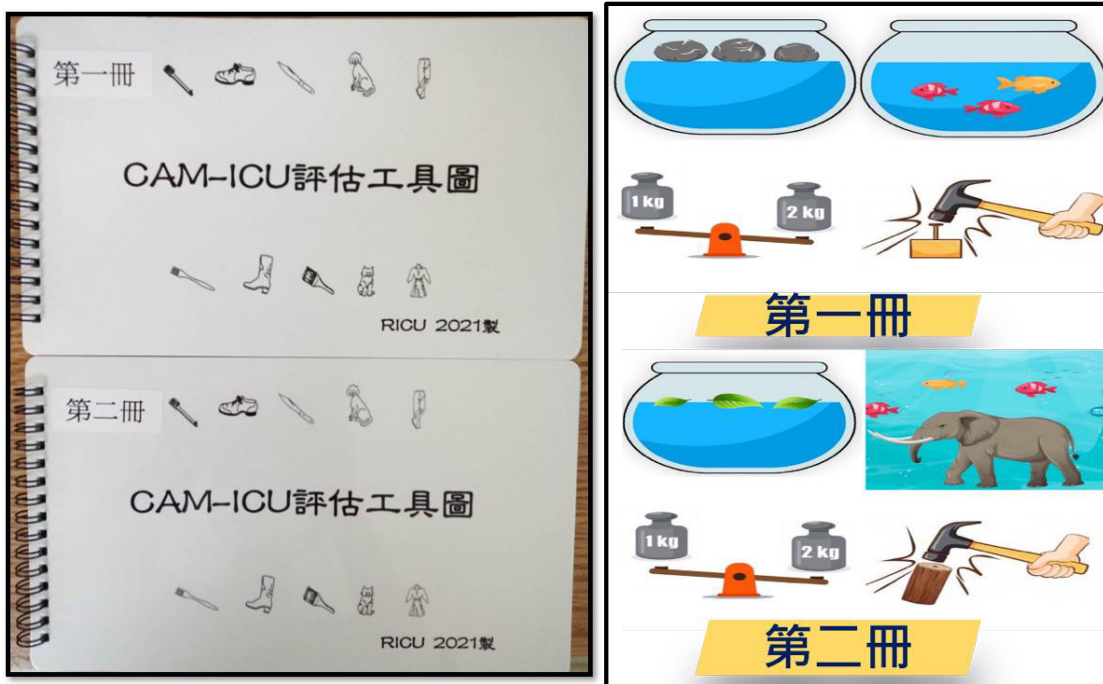
（三）評值期（2022年7月1日至8月31日）

2022年7月1日至8月31日進行評值，在實施過程陸續有5位調出、5位調入，排除7位組員及2位育嬰假人員，故稽核人數維持45位，以「加護病房病人譫妄評估稽核表」進行專案成果評值。

結果評值

一、呼吸加護病房護理人員譫妄評估正確率

以「加護病房病人譫妄評估稽核表」為評值工具，於2022年7月1日至8月31日查核本單位45位護理人員譫妄評估正確率，結果發現譫妄評估正確率由改善前59.6%提升至97.6%，9月1日至10月31日效果維持達98%（表六）皆達設



圖五 譫妄特徵圖像卡

表六 護理人員譫妄評估正確率稽核統計表 (n=45)

項目	改善前 (%)	改善後 (%)	效果維持 (%)
1. 正確說出特徵一：在過去 24 小時內，病人 GCS 及 RASS 是否有波動	88.9	97.8	100.0
2. 正確執行特徵二：注意力不足，可說出錯誤 ≥ 3 個即為陽性	31.1	95.6	95.6
3. 正確說出特徵三：評估之病人的 RASS 分數及定義	86.7	100.0	100.0
4. 正確說出特徵四：思維混亂中的 4 個問題	37.8	91.1	93.3
5. 正確說出特徵四：思維混亂中若錯誤 ≥ 2 個即符合特徵四	51.1	93.3	93.3
6. 可正確依據 CAM-ICU 評估步驟執行	42.2	97.8	97.8
7. 說出符合 CAM-ICU 特徵 1+2+3 或 1+2+4 才能判定病人譫妄	66.7	100.0	100.0
8. 將評估內容記錄於 CAM-ICU 評估表	62.2	100.0	100.0
9. RASS 是 -4 或 -5，則停止並之後再重新評估病人	80.0	100.0	100.0
10. RASS -3~+4 需每 8 小時進行評估	48.9	100.0	100.0
平均	59.6	97.6	98.0

定目標值（圖六）。

二、附加效益

專案進行過程除增加護理人員譫妄認知能力及評估正確率外，評估時間由 6.6 分鐘，大幅度縮短至 2 分鐘；資訊系統化後護理人員能有效且快速正確評估病人有無譫妄；專案措施持續執行至 10 月 31 日，非計畫性自拔氣管內管及跌倒等病安事件皆無發生，不僅提升臨床照護品質，也促進護理人員照護信心。

結論與討論

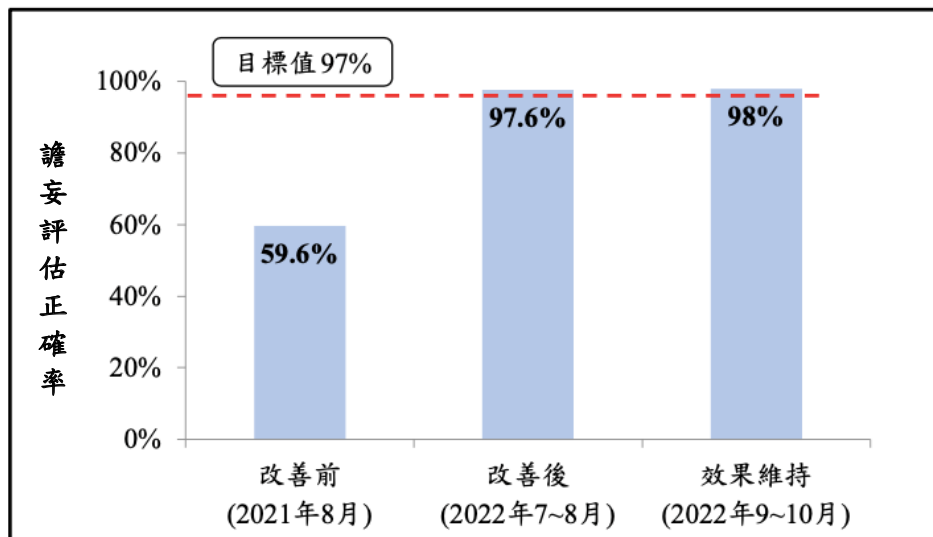
近年為降低重症譫妄發生率推出組合式照護策略，據研究顯示早期正確評估譫妄、提高相關知識，其譫妄行為處置能力愈好 [16]。本專案之重點特色是透過推行：「CAM-ICU 資訊化」、「創意 CAM-ICU 流程表」、「設計譫妄特徵圖像卡」及「舉辦在職教育」，提升護理人員譫妄評估正確率之外，評估時間由原本平均 6.6 分鐘，大幅度縮短至 2 分鐘，亦無發生非計畫性自拔氣管內管及跌倒等病安事件發生，更增加作業流暢度，護理人員亦表示上課內容活潑生動，搭配創作歌詞、譫妄特徵影片及 CAM-ICU 評估示範影片，能輕易學會並記住正確評估方式，使單位譫妄評估正確率在短時間即達目標值。

專案推行之初，護理人員在面對稽核時，容易感到緊張及焦慮，易顯推託及不願參與，並表示即使得知病人有譫妄發生，亦無法給予有效的護理

處置，使評估意願偏低，針對此情況，經由組員床旁教學、單位主管於晨會加強宣導譫妄介入治療及護理措施後，順利解決此困境。實施過程中，除單位主管支持外，病房主任、醫療團隊及資訊工程師也全力配合並給予正面鼓勵；拍攝影片前期，與院內教材組組長討論拍攝手法，且熱心協同拍攝及剪輯，使專案推動順利。為維持良好護理照護品質，並持續性追蹤病人譫妄發生率，建議未來可納入品管監測指標；因本專案執行成效良好，故建議未來教學部分能安排至重症加護訓練及建立線上數位課程，將創意 CAM-ICU 流程表及譫妄特徵圖像卡等提醒輔助工具，平行推展至各加護病房，達延續學習，資源共享，期望提升護理人員譫妄正確評估之照護能力。

參考文獻

1. 楊星瑜：加護單位重症患者譫妄的生理病理機轉與評估。護理雜誌 2020；67（3）：14-22。
2. Ali M, Cascella M: ICU Delirium. StatPearls Publishing, 2022.
3. 鍾幸枝、陳柑伴：降低成人加護病房病人譫妄之發生率。榮總護理 2021；38（1）：54-62。
4. Hshieh TT, Inouye SK: Oh ES: Delirium in the elderly. Psychiatric Clinics of North America 2017; 41(1): 1-17.
5. Rowley-Conwy G: Critical care nurses knowledge and practice of delirium assessment. British Journal of Nursing 2017; 26(7): 412-417.



圖六 專案實施前後與目標值之比較圖

6. Xing J, Sun Y, Jie Y, et al.: Perceptions, attitudes, and current practices regards delirium in China: a survey of 917 critical care nurses and physicians in China. *Medicine* 2017; 96(39): 1-5.
7. 莊玟玲、林健禾、許雯琪 等：加護病房混亂評估量表中文版信效度測試。《護理雜誌》2007；54（4）：45-52。
8. Ely EW: Vanderbilt university: confusion assessment method for the ICU (CAM-ICU), the complete training manual. *The Complete Training Manual* 2016; 1-32.
9. 尤素芬、鄭惠珠：運用多元教學策略於醫管倫理課程之教學實踐。《人文社會科學研究：教育類》2018；12（1）：19-45。
10. 李作英：資訊科技決策中護理資訊人員之角色功能。《護理雜誌》2017；64（4）：5-9。
11. 林淑君、曾明晰、鍾芬芳：某科大二年制護理系學生OSCE後設認知策略之詮釋現象學探究。《源遠護理》2021；15（3）：45-53。
12. 張明真、鈕淑芬、張元玫：醫院臨床護理教學策略模式。《領導護理》2019；20（3）：22-31。
13. 黃財明：標準作業程序SOP與查檢表之關連與運用。《品質月刊》2018；54（10）：24-29。
14. 李建彥：以流行歌曲多媒體文本建構跨域課程與教學之研究。《雙溪教育論壇》2019；8：153-192。
15. 施玄揚、張淑芳、蔡文榮：記憶術輔助英語教學對國中生英語學習成就及學習動機影響之研究。《教育科學期刊》2019；18（2）：49-82。
16. 王娜涓、陳淑銘、顧雅利 等：護理人員對譫妄病人的照護知識與行為處置之相關因素研究。《澳門護理雜誌》2022；21（1）：1-8。
17. 蕭偉伶、詹靜媛：提升加護病房護理人員譫妄認知與評估。《台灣醫學》2021；25（3）：341-348。

Improving the Accuracy Rate of Delirium Assessments for Nurses in the Respiratory Intensive Care Unit

Nien-An Tsai, En-Ting Liao, Bao-Chuem Tsai, Yi-Jung Chiu,
Chia-Ling Hsiao, Hui-Ling Yang, Jyh-Jye Huang

Department of Nursing, Veterans General Hospital

Abstract

Purposes

The objective of this study is to improve the accuracy of delirium assessment among nurses in the Respiratory Intensive Care Unit (RICU), enhance their vigilance towards delirium, and enable early assessments to reduce patient safety incidence.

Methods

Our strategies encompassed several key elements, including digitizing delirium assessment information, designing a creative delirium assessment flowchart, developing delirium feature image cards, and conducting in-service education. We integrated delirium assessment into our RICU information system, incorporating reminder tools like a mnemonics flowchart and original lyrics to facilitate assessment. We transformed the complex delirium assessment questionnaire into easy-to-understand image cards to streamline communication and reduce assessment time. Furthermore, we organized training courses with assessment demonstration videos to enhance retention.

Results

Statistical data reveals that the accuracy rate of delirium assessment was merely 59.6% before the project initiation in August 2021. Following the successful implementation of the project, this rate significantly improved to 97.6%, and it has consistently remained at this level.

Conclusions

The implementation of this project has achieved remarkable results, empowering nurses to rapidly attain expertise in delirium assessment. The significant reduction in assessment time, decreasing from an initial average of 6.6 min to just 2 min, demonstrates a substantial improvement in assessment speed and an increase in the accuracy rate of delirium assessments performed by our nurses. We expect these outcomes will serve as a model for comprehensive delirium assessment training, ultimately elevating the quality of medical care. (Cheng Ching Medical Journal 2024; 20(1): 60-70)

Keywords : *Respiratory intensive care unit (RICU), Nurses, Delirium assessment, Delirium feature image cards*