

篩檢與評估的基本概念介紹與比較

曾麗琦 · 謝亞倫* · 林碧莉** · 吳瓊滿***

中文摘要

在講求有效率的照護過程與品質中，護理人員不僅要快速有效的指出需要優先服務的對象，更須具備規劃完整的照護服務內容的能力。透過篩檢與評估所擬定的完整計畫可以協助護理人員達到上述這些目的。篩檢是以找出具有特定健康問題的可能對象作為優先處理者。評估則對經篩檢發現的懷疑對象進行健康問題的確立或診斷、並提供後續處置的依據。因此篩檢與評估是一個整體計畫而非只是一個測驗。本文著重在介紹篩檢與評估的定義與基本概念，並比較兩者在使用對象、目的、頻率、執行時間、執行人員與訓練及費用上的差異。篩檢與評估在健康問題預防與提供有效照護計畫上扮演重要角色，身為第一線護理人員極需具備此兩者基本觀念與技巧。

關鍵詞：篩檢、評估、概念。

前 言

隨著醫療情境的變化，醫療照護問題是日趨複雜化。在講求有效率的照護過程與品質中，如何提供具有「預防性」且「有效率」的醫療服務是相當重要的。Weber 字典定義「預防」為「防止的動作」及「避免事情的發生」。據此，幾乎所有醫療活動都可以被定義為預防。最終所有臨床人員的努力都是朝著預防六 D 的發生：死亡 (death)、疾病 (disease)、失能 (disability)、不舒服 (discomfort)、不滿意 (dissatisfaction) 以及痛苦 (destitution) (Fletcher, & Fletcher, 2005a)。預防醫學的「早期發現與早期治療」的重要理念是防止疾病與

預防健康問題的發生和惡化。「篩檢」是疾病或健康問題在臨床前期預防階段的重要步驟，而「評估」是進行醫療與護理照護的重要前置措施與持續性監控照護品質的機制。因此篩檢與評估是一套完整的照護計畫，而非只是使用「工具」或「量表」測驗的單一步驟而已。但是兩者通常利用一或多份合適的「工具」或「量表」測驗以達到「快速且有效」的目的。為達到有效的預防與統整照顧對象的問題，並發展出一套有效完整的照護計畫，運用一套安全且有效的系統性篩檢與評估是有必要的 (Henekens & Mayrent, 1987; Peters & Peyton, 1998)。

在醫療服務中，護理人員是第一線人員，

美和科技大學護理系講師 * 美和科技大學護理系講師 ** 美和科技大學護理系助理教授 *** 美和科技大學護理系副教授
 受文日期：102 年 2 月 19 日 修改日期：102 年 8 月 6 日 接受刊載：102 年 8 月 9 日
 通訊作者地址：吳瓊滿 美和科技大學護理系 91202 屏東縣內埔鄉美和村屏光路 23 號 電話：(08)7799821 轉 8309；
 手機：0982092169；Fax: (08)7781934；E-mail: x00003086@meiho.edu.tw, cmwuresearch@hotmail.com.tw
 doi:10.3966/102673012013122404003

因此不僅需要具備快速有效指出需要優先服務對象的「預防性」能力，更需具備規劃完整的照護服務內容以達「有效率」的解決或改善個案問題的能力。從整個疾病或健康問題的預防、發展與照護服務的角度來看，護理人員可透過「篩檢」與「評估」使提供的服務達到「預防性」且「有效率」的成效。然而，實務上護理人員對良好的評估工具之選擇與應用是比較欠缺的，因此會影響到照護計畫的成效。另外在正式護理教育課程中，對「篩檢」與「評估」的基本概念、對象選取標準、工具選擇、與對整體照護計畫評值等，所需具備的相關概念介紹尚嫌不足。因此，本文希望能提供這些基本概念，以提供臨床護理人員在執行篩檢或評估計畫時，能運用這些知識選擇合適良好的工具，並運用工具測量結果規劃一套有效率的照護計畫，以提昇照護品質。但鑒於篇幅限制，本文著重在「篩檢」與「評估」的基本概念及對象選取標準之介紹與比較。工具選擇及整體篩檢或評估照護計畫之評值部分則另文介紹。

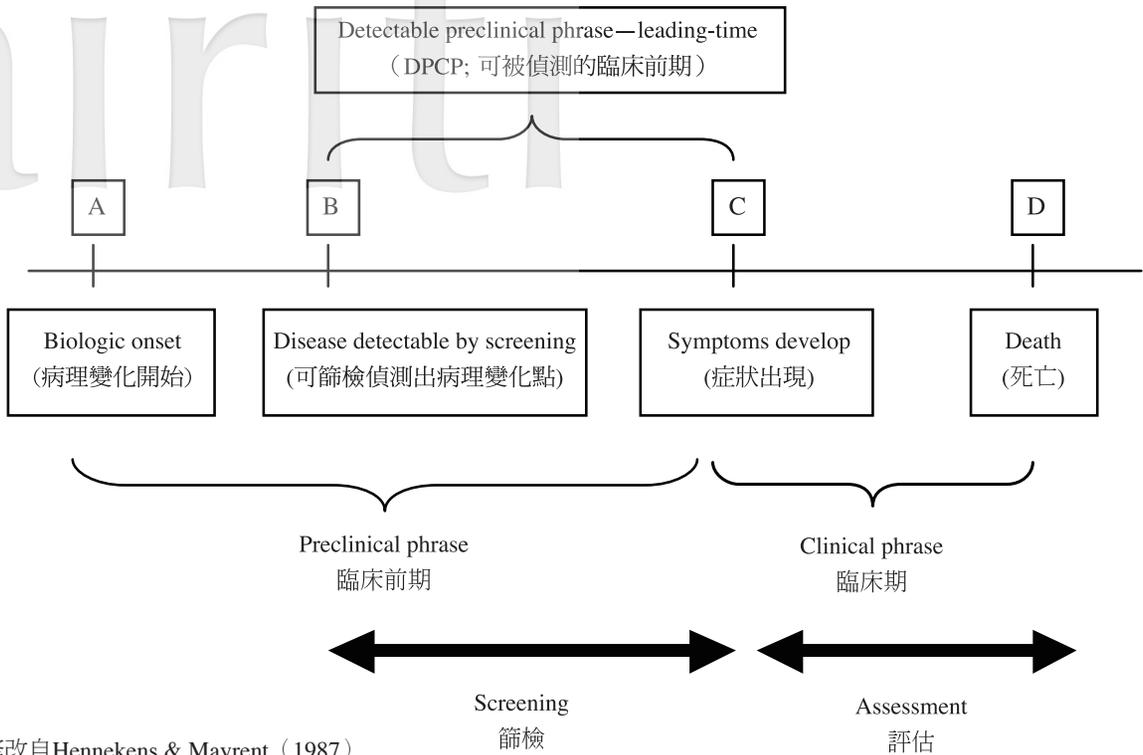
篩 檢

疾病發展過程（圖一）分為臨床前期與臨床期。臨床前期是從開始出現病理變化的時間點計算，對大部分疾病而言，這可以算是疾病的開始（A）。之後逐漸發展出可被偵測的症狀，如腫塊、早期惡性細胞變化、不正常出血等（B）。此時，如果疾病沒有因篩檢而被偵測出，臨床前期會到個案因為症狀出現而尋求醫療確立診斷時結束，接著進入臨床期（C）。從B到C中間稱為可被偵測的臨床前期（detectable preclinical phase, DPCP），也就是疾病在生理上的變化可被偵測到的時間點，到個案發展出臨床症狀且開始尋求醫療時段（Hennekens & Mayrent, 1987; Morrison, 1998）。此疾病發展過

程也可以套用到其他的健康問題的說明。以老人跌倒之生理因素發展過程為例，初期隨著老人年紀增加與健康問題的出現，導致老人跌倒因素可能只是一、兩項（如，生理老化對肌力與平衡的影響）（A），之後隨著老人健康問題變化的日漸累積，使得跌倒因素逐漸增加。當累積到一定影響數量與程度時，可以透過工具偵測出可能跌倒對象（B）。但若跌倒因素未去除或繼續累積（如，增加高血壓藥物使用、肌力與平衡持續減弱），最後造成真正的跌倒發生（C）。

篩檢是利用一個簡單標準工具，將受測驗對象根據預定的切割點或折點（cut-off point）區分為可能正常或異常者（Merrill & Timmreck, 2006）。篩檢流程（圖二）第一步是利用工具從一群沒有健康問題或疾病症狀，但具有危險因子（也就是處臨床前期者）的群體中快速指出可能有疾病症狀或健康問題者，並判斷個案是否需要進一步評估或診斷（Merrill & Timmer, 2006; Peters & Peyton, 1998）。如圖二所示，我們可以想像成用篩子篩選一堆大小不等的豆子，體積大於篩洞直徑者將會留在篩子內，體積小者將被篩子過濾。篩子可比喻為篩檢工具、洞口大小是切割點或折點、留在篩子內的豆子者視為可能正常者、通過者視為可能異常者。第二步是若被懷疑為異常者，則鼓勵其接受進一步以平行或系列檢定進行評估或診斷。其中平行檢定係指多種評估方法同時進行，可以增加陽性個案數，避免過多的假陰性，可增加篩檢的敏感度；系列檢定係指多種評估方法逐一進行，可以增加陰性個案數，避免過多的假陽性，可增加篩檢的精確度。第三步將最後評估或診斷結果透過跨專業團體討論以完成統合性的照顧計畫（Kane, 2000）。

需注意的是：篩檢目的不是在於做明確的分類或診斷，而只是用於評定某種特定疾病或

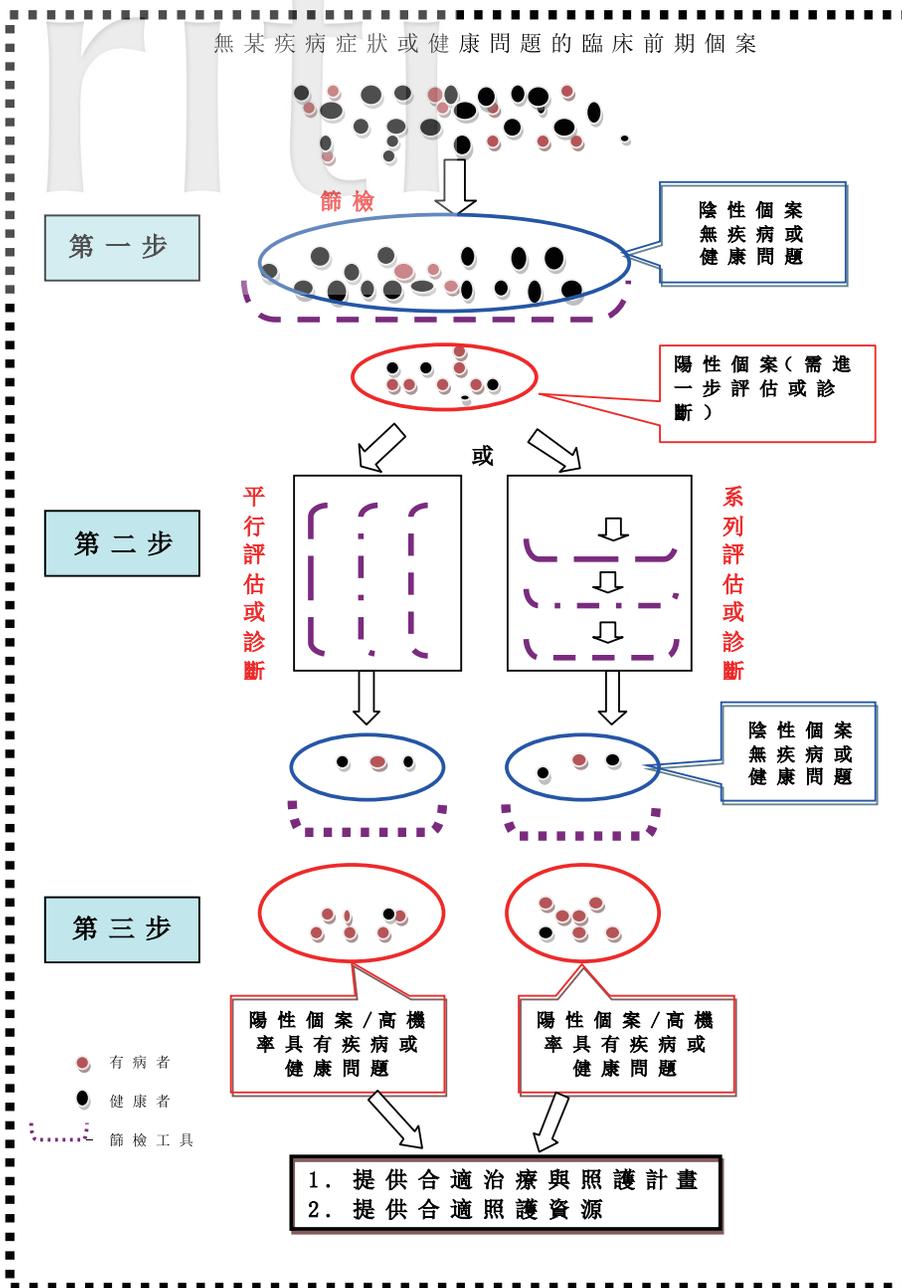


圖一 疾病自然史與篩檢 / 評估相關性

健康問題存在可能性的過程；並且將潛在有疾病或健康問題者的目標人數縮小範圍（如圖二中經第一次篩檢後，僅 10 位呈現陽性個案），以達到更有系統與效率的評估及後續照護進行。篩檢可以是單次執行（如：唐氏症篩檢），也可以是定期性（如：每年之子宮頸癌篩檢）的執行（Fletcher & Fletcher, 2005b）。其最終目標是降低接受篩檢者健康問題或疾病的致病率、發生率、致死率及失能狀態（Hennekens & Mayrent, 1987; Merrill & Timmreck, 2006; Morrison, 1998）。簡單地說，篩檢就是喚起個案或照護人員在疾病症狀或健康問題未發生前應有的注意並給予早期治療或預防措施。

支持篩檢的背後假設是：對於未發展出疾病症狀或健康問題的個案給予早期治療或預

防措施，將比已發生症狀或問題後才給予治療或處置的效益好，以達到疾病預防與健康促進（Kane, 2000; Merrill & Timmer, 2006）。例如，子宮頸癌的發展過程很慢，從癌細胞被發現到蔓延至子宮頸外層組織，也就是發展到侵犯期，可能需花上十年時間。在發展至侵犯期前，癌症通常是沒有症狀的，但是可以透過抹片檢查偵測到它的存在（DPCP 階段）。在這個階段給予治療效果是遠比變成侵犯期時更好。但是如果疾病在症狀發展前或後給予治療的效果是一樣或較差時，例如，不管治療開始的時間點為何，肺癌的預後是相當差的，則早期提供治療就沒有甚麼差別；因此，以現有對無症狀肺癌的篩檢技術而言是沒有效益可言（Fletcher & Fletcher, 2005b; Hennekens & Mayrent, 1987）。



圖二 篩檢與評估流程

篩檢也可以被視為診斷性評估過程的先期步驟。當確立診斷的費用相當高時，篩檢可以用來縮小需要進行確立診斷的人數。另外，專家建議對於無法提供治療的疾病也是不適合進行篩檢，

此類的篩檢可能會引起個案的焦慮程度（Kane, 2000）。

另外篩檢計畫中安全是最重要的，如果篩檢只是執行一個測量動作，沒將其他必要的篩

檢政策與計畫管理納入考慮，則所造成的傷害可能比篩檢帶來的好處還多 (Wood, 2011)。例如，對於稀有疾病進行篩檢不只意謂只是少數人受益，也表示被列為假陽性的個案可能接著需要接受進一步的診斷評估，且會經驗到被標示有問題的心理後續影響。這些後續花費及心理輔導資源都應該在計畫之初就列入考量 (Morrison, 1998)。

篩檢的假設具有天生引誘力，因此多年來篩檢在促進大眾健康上扮演一個非常重要角色。只是並非所有疾病都適合進行篩檢。Hennekens 和 Mayrent (1987)、Wilson 和 Junger (1968) 列出篩檢前必須考量原則如下：

1. 是一個重要的疾病或健康問題。
2. 整個疾病或健康問題發展史是很清楚，且透過篩檢測驗可以在早期被偵測出來 (如圖一中的可偵測臨床前期，即 DPCP)。
3. 在可被偵測的臨床前期給予的處置效果 (如，降低致病率、致死率與失能率) 高於臨床期給予的成效效果。
4. 疾病或健康問題在可被偵測到的臨床前期盛行率必需達到一定的高度。如果疾病是極端稀少，則篩檢是沒有效益的。
5. 必須有一個簡單、合適、有效 (具信、效度) 且被廣泛民眾接受的測量工具存在。
6. 必須有合適且可獲取的醫療照護機構能為異常者提供後續的評估或診斷，以進行確立診斷與治療。
7. 篩檢不應該是一個偶發性的活動，而必須是定期重複執行。
8. 接受篩檢得到好處 (如，可被預防的早期死亡或失能人數等) 的機會必須是大於傷害 (如，因篩檢造成的焦慮與不舒服、可能的副作用等) 的機會。
9. 篩檢花費費用必須與相對獲得的好處保持平衡。篩檢試驗的費用，除包括試驗本身的

費用，也包含對陽性個案的後續評估、追蹤、診斷與治療費用。

10. 篩檢是一個整體計畫而非只是一個測驗。整個篩檢政策、過程、及測量工具的閾值 (折點) 必須在計畫開始前就先確認，以決定哪些個體需要進一步測定、診斷及治療。

根據這些原則，高血壓是符合進行疾病篩檢所有條件的健康問題。一、高血壓是嚴重的疾病，因為高血壓的高致死率已經有足夠的文獻說明，不管是隨著收縮壓或舒張壓的增高，死亡的危險性也跟著提高。二、高血壓的早期治療可以明顯降低發生心血管或中風的機率與死亡率。三、篩檢對象中的高血壓盛行率是偏高的 (Hennekens & Mayrent, 1987)，如：國人 15 歲以上者有 21% 的舒張壓高於 90mmHg (陳等, 2003)。四、高血壓的篩檢 (量血壓) 簡單、有效且容易被大眾所接受。五、對於陽性反應個案的後續評估與診斷資源相當充足，且整體花費是可被接受的 (Hennekens & Mayrent, 1987)。

相同的，老人跌倒也是適合進行早期篩檢以提供必要預防計畫的健康問題。一、老人跌倒是一個高盛行率且常引起高額照護花費的重要健康問題 (秦、盧、吳, 2008; 黃、林、王, 2007)。二、導致老人跌倒的生理與環境因素已經有很清楚研究與報導 (黎、陳, 2005; Oliver, Daly, Martin, & McMurdo, 2004)。三、目前國外已經有超過 20 種的跌倒篩檢工具可以早期篩檢出高危險群，其中有 5 種量表具有可被接受信、效度且容易執行 (Perell et al., 2001)。四、透過適當的預防跌倒照護措施與環境改造可以有效預防老人跌倒 (黎、陳, 2005)。

由上述 10 點原則可知篩檢並不只是一個將受檢個案分為有問題或正常的測驗結果而已 (Wood, 2011)，而是從疾病或健康問題篩檢選取標準、測量、治療、到完成一套有效性與

可被接受性的計畫。然而，篩檢是無法對一個疾病或健康問題做診斷或確認（Peters & Peyton, 1998）。篩檢只可被視為是診斷性評估的一個前置測驗與過程的一部分（Kane, 2000; Merrill & Timmer, 2006）。

評估

評估是透過多種相關因素與訊息的收集、分析與專業判斷後，對某一問題或現象作決策、處理與評值的過程（Martin, 1988）。因此，評估過程不是只用單一方法，而是包涵多重訊息資源以廣泛的獲得個案的健康史、身體功能與缺陷及承受壓力程度等。因此評估需要透過多重的方法以獲取需要的臨床訊息，包括使用評估工具測量、臨床紀錄、結構性面談、與正確的個人訊息。

根據評估目的與運用時機，評估可以分為：定位性評估（placement assessment）、形成性評估（formative assessment）、診斷性評估（diagnostic assessment）、結論性評估（summative assessment）（Linn, & David Miller, 2005）。定位性評估是針對問題進行初期的了解與程度的定位。形成性評估則是在問題處理過程中的持續性評估；診斷性評估是進一步以更完備工具或方式找出深層原因的評估。結論性評估則是針對成效結果的評估。

临床上，評估的最終目的是透過詳細檢查受測驗對象，以列出個案問題、做出正確的診斷治療目標與選擇最適當治療或服務資源，並進行治療或服務成效評值。定位性評估可以用於選擇最適合個人需要的治療計畫或照顧方式與地點，決定是否符合接受照顧的標準。如：根據全民健康保險居家照護作業要點，以個案之健康狀況與巴氏量表評分結果決定是否符合接受在宅居家護理服務之標準（健保局，

2012）。照護過程中持續的形成性評估，可以協助醫療人員與個案或家屬溝通、根據個案的經驗以修改治療計畫、及確認可以後續提供的相關服務（Kane, 2000; Peters & Peyton, 1998）。

診斷性評估是可以對一個疾病或健康問題做最後的診斷與確認（Peters & Peyton, 1998）。診斷是利用一組明確依據與標準對問題作鑑別的過程（Martin, 1988）。醫師疾病診斷是一種更仔細評估過程，用以對個案現況症狀與功能缺失情形做確認（Kane, 2000; Merrill & Timmer, 2006; Peters & Peyton, 1998）。因此診斷是評估的一種（Kane, 2000）。如同篩檢，診斷結果並不是最後的答案。診斷的價值是在於可以提供一個後續治療計畫以使個案能得到合適的治療（Fletcher & Fletcher, 2005a; Kane, 2000）。因此，一旦經立即性的篩檢確認後，評估活動將用以確定個案的疾病或健康問題，以提供合適的後續治療與照顧計畫（Kane, 2000; Merrill & Timmer, 2006; Peters & Peyton, 1998）。如：以中文版老人憂鬱量表（Geriatric Depression Scale, GDS）（Mui, 1996）評估老人憂鬱狀況，若分數答5分以上者被標示為陽性反應，也就是被列為有憂鬱傾向者。這些陽性反應者將被轉介給醫師進一步評估這些老人的身心狀態，並以精神疾病診斷與統計手冊（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, DSM-IV）標準進行確立診斷，接著提供合宜的治療與照顧計畫（Remick, 2002）。結論性評估則是針對提供的計畫或特殊服務進行成效評值。如：根據個案接受居家護理服務前後之巴氏量表分數變化作為居家護理服務的成效指標（Yen & Wen, 2001）。因此，評估是從個案接受服務開始，持續進行到整個服務結果，甚至後續追蹤（Kane, 2000; Peters & Peyton, 1998）。

篩檢與評估比較

篩檢與評估是用以檢視某一健康問題或行為的相關訊息，透過篩檢與評估所獲得的訊息通常是用於發展一套隨時可以更新的治療計畫以反應被照顧對象的參與過程、重要事件及服務需求改變情形（Kane, 2000; Peters & Peyton, 1998）。因此系統性的進行篩檢與評估過程是有必要的（Kane, 2000）。然而因為兩者立論基礎、目的的不同，兩者在執行的對象、頻率、方法、使用工具、過程與時間、執行人員與訓練及費用也不同（表一）。因此篩檢與評估是不相同的（Kane, 2000; Peters & Peyton, 1998）。篩檢的目的著重在 DPCP 發現高度懷疑個案，而評估則著重在確認個案問題以提供有效率且適合的照護與服務資源。因此前者比較偏向無症狀或健康群體，後者則偏向被懷疑

或已發生症狀或問題者。依設定的疾病或健康問題，篩檢可以是一次或定期性進行；而為達有效率解決或改善問題，評估則是持續且重複性的進行。

雖然兩者均使用特定測量工具以收集相關訊息，但是針對篩檢，測量工具必須要簡易、快速且以最短時間完成，因此執行者通常不需要接受高度訓練的一般專業人員，且每位受檢者的平均花費通常比較低。相對的，評估則使用比較複雜甚至多種工具同時並用，因此執行時間與費用比篩檢高，人員也需要經過密集與適當訓練的專業人員（Kane, 2000; Merrill & Timmreck, 2006）。使用結構性工具是篩檢與評估的核心元素（Peters & Peyton, 1998），因此兩者均需要考量工具的信度與效度議題。另外整個篩檢與評估計畫的品質也需要評值以確認照護計畫的成效。此部份將另文介紹。

表一 篩檢與評估的比較

	篩檢 (Screening)	評估 (Assessment)
立論基礎	基於預防的觀點，其重要理念為防止疾病和健康問題的發生與惡化。	快速有效指出需要優先服務對象的能力，並提供有效率解決或改善個案問題的措施或服務。
目的	以早期偵測潛在性個案，判斷是否需要轉介以進一步治療，以降低接受篩檢者健康問題或疾病的致病率、發生率、致死率及失能狀態。	1. 確認（診斷）個案的疾病或健康問題。 2. 決定個案的治療種類與合適照顧計畫。 3. 決定合適照顧方式、服務內容與地點等。 4. 照顧成效評值。
對象	無症狀但具高度可能罹患疾病或健康問題群體。	1. 篩檢為陽性之臨床前期者。 2. 確認需要提供進一步治療或服務者。 3. 有臨床症狀者。
頻率	可能一次（如遺傳性基因篩檢）或定期進行（如癌症篩檢）。	定期且持續性、重複性進行。
方法	使用簡單標準篩檢工具。	多重訊息資源，包括評估工具、臨床紀錄或檢驗、結構式面談、身體評估…等。
工具	需具有信度與效度	需具有信度與效度
過程與時間	簡易、快速且以最短時間完成。	複雜且較耗時。
執行人員	一般專業人員。	特殊專業人員。
訓練	需要接受適度訓練或不需要特別訓練	需要特別專業訓練
費用	低	高

結論與建議

篩檢與評估兩者是醫療照護決策過程中的一部分。篩檢是評定一個特定問題存在的可能性。一般而言答案只有是與否。但是篩檢在廣泛疾病的預防照護上扮演一個主要角色，也是被認為是照護的一部分。臨床護理人員直接或間接的參與病人的篩檢過程，所有護理人員應該具備基本的篩檢知識以提供民眾的教育、建議與支持 (Wood, 2011)。評估則是界定一個問題、確立診斷、及針對確立的問題或診斷提供有效率的解決或改善的過程。隨著台灣照護現況的改變，醫院的護理人員面對的照護問題複雜度日益增加；另隨人口老化與長期照護需求增加，護理人員的執業場所也拓展到居家、社區或長期照護機構，護理人員獨立面對照護對象的機會也相對提高，且照護內容是以高複雜度的健康問題為主（如，長期臥床造成的各身體系統的複雜合併症）。在強調發揮獨立功能與有效率的照護計畫給不同年齡層的服務對象時，能執行系統性評估是核心技巧，尤其對於問題比較複雜且具多面向問題的老人。基於上述的基本觀念，我們期望在護理學校養成過程中能更加強篩檢觀念與系統性評估的教育與訓練；臨床上護理人員也能從以隨機性或片段性評估方式調整為系統性評估方式，並規劃整體有效照護計畫。

參考資料

秦毛漁、盧德發、吳美惠 (2008) · 社區老人跌倒相關因素之探討 · *護理雜誌*, 55 (3), 39-48。
 健保局 (2012, 3月) · 全民健康保險居家照護作業要點 · 取自 <http://dohlaw.doh.gov.tw/Chi/FLAW/FLAWDAT0202.asp?lsid=FL014054>。

陳建仁、游山林、白其卉、蘇大成、曾慶孝、簡國龍、黃麗卿 (2003) · 台灣地區高血糖、高血脂、高血壓盛行率調查 · 行政院衛生署國民健康局委託計畫 · 取自 <http://www.bhp.doh.gov.tw/health91/study-2.htm>。
 黃惠璣、林季宜、王寶英 (2007) · 老人或失智老人跌倒危險因子之初探 · *臺灣老人保健學刊*, 3 (1), 1-13。
 黎家銘、陳晶瑩 (2005) · 老人跌倒因素的評估與預防 · *臺灣醫學*, 9 (2), 277-284。
 Fletcher, R. H., & Fletcher, S. W. (2005 a). Diagnosis. In R. H. Fletcher, & S. W. Fletcher (Eds.), *Clinical Epidemiology. The Essentials* (pp. 35-58). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
 Fletcher, R. H., & Fletcher, S. W. (2005 b). Prevention. In R. H. Fletcher, & S. W. Fletcher (Eds.), *Clinical Epidemiology. The Essentials* (pp. 147-168). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
 Hennekens, C. H. & Mayrent, S. L. (1987) Screening. In C. H. Hennekens & S. L. Mayrent (Eds.), *Epidemiology in Medicine* (pp.327-347). Boston: Little, Brown and Company.
 Kane, R. L. (2000) Choosing and using an assessment tool. In R. L. Kane & R. A. Kane (Eds.), *Assessing Older Persons: Measures, Meaning, and Practical Applications* (pp. 1-13). New York: Oxford University Press.
 Linn, R. L., & David Miller, M. (2005). *The role of measurement and assessment in teaching*. In R. L. Linn & M. David Miller (Eds.) *Measurement and Assessment in Teaching*, New Jersey: Person Merrill Prentice Hall.
 Martin, R. P. (1988). Introduction. In R. P. Martin

- (Eds.), *Assessment of Personality and Behavior Problems* (pp. 1-19). New York: The Guilford Press.
- Merrill, R. M. & Timmreck, T. C. (2006) Statistical and causal association. In R. M. Merrill & T. C. Timmer (Eds.), *Introduction to Epidemiology* (pp. 199-218). Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers, Inc.
- Morrison, A. S. (1998). Screening. In K. J. Rothman, & S. Greenland (Eds.), *Modern Epidemiology*. (pp. 499-518). Philadelphia, PA: Lippincott-Raven Electronic Production.
- Mui, A. C. (1996). Depression among elderly Chinese immigrants: an exploratory study. *Social Work, 41*(6), 633-645.
- Oliver, D., Daly, F., Martin, F. C., & McMurdo, M. E. T. (2004). Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review. *Age and Ageing, 33*(2), 122-130.
- Perell, K. L., Nelson, A., Goldman, R. L., Luther, S. L., Prieto-Lewis, N., & Rubenstein, L. Z. (2001). Fall risk assessment measures: an analytic review. *Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences & Medical Sciences, 56*(12), M761-766.
- Peters, R. H., & Peyton, E. (1998). *Guideline for Drug Courts on Screening and Assessment*. Washington, D. C: The American University.
- Remick, R. A. (2002). Diagnosis and management of depression in primary care: a clinical update and review. *Canadian Medical Association Journal, 167*(11), 1253-1260.
- Wilson, J. M. G., & Jungner, G. (1968). *Principles and Practice of Screening for Disease*. Geneva: World Health Organization.
- Wood (2011). Screening explained: what every nurse should know. *British Journal of Nursing, 20*(12), 733-736.
- Yen, L., Wen, M. J.(2001).Clinets' outcomes of home health nursing in Taiwan. *The Journal of Nursing Research, 9*(4), 83-94.

Introducing and Comparing the Basic Concepts for Screening and Assessment

Li-Chi Tseng • Ya-Lun Hsieh* • Pi-Li Lin** • Chiung-Man Wu***

ABSTRACT

In order to assure an effective care process and quality, not only are nurses able to fast and effectively identify those who need a priority in care, but they are also able to design a comprehensive care services. Both comprehensive screening and assessment programs can facilitate nurses accomplish those purposes. Screening is used to identify high suspected persons with a certain health problem or disease as the priority in services. Assessment is used to confirm or diagnose those suspected person's health problems or diseases, and provide sufficient information for further treatment or management. Therefore screening and assessment is a comprehensive care program, not only just a test. This paper focuses on introducing the definitions and basic concepts of screening and assessment, and comparing both differences on target persons, purposes, the frequencies and proper time for performance, the requirement of performing staff, training, and cost. Screening and assessment play an important role on preventing various health problems and providing effectively care programs. As the first line service providers, nurses are highly in need of proper concepts and skills on systematic screening and assessment.

Key words: *screening, assessment, concepts.*

RN, MSN, Instructor, Department of Nursing, Meiho University, *RN, MSN, Instructor, Department of Nursing, Meiho University, **Student PHD, Assistant Professor, Department of Nursing, Meiho University, ***RN, PHD, Associate professor, Department of Nursing, Meiho University.

Received: February 19, 2013 Revised: August 6, 2013 Accepted: August 9, 2013

Address correspondence to: Chiung-man Wu, Department of Nursing, Meiho University. No. 23, Pingguang Rd., Neipu, Pingtung 91202, Taiwan, R.O.C. Tel: 886-8-7799821 ext. 8309; 886-982092169; Fax: 886-8-7781934; E-mail: x00003086@meiho.edu.tw, cmwuresearch@hotmail.com.tw