

運用羅氏適應模式 照顧一位心臟移植術後 無力感病人的護理經驗

林思吟 蔡碧雀*

中文摘要

本文主要敘述照顧一位心臟移植返家後再入院的照護經驗，協助解決個案於加護病房期間所引發的生理、心理問題之護理過程，筆者護理期間為2010年5月25日至6月2日，經由觀察、會談、身體評估、傾聽等方法收集資料，並運用羅氏適應模式評估病患生理及心理需求，加以歸納分析後，確立出有營養不均衡：少於身體需要、無效性保護能力及無力感等三個護理問題，在護理過程中，運用整體評估，參考文獻資料後，提供專業具個別性之護理處置，並與醫療團隊合作，使病患在加護病房保護性隔離期間，改善因使用免疫抑制劑導致的心理與生理的不良反應，病患得以順利轉出加護病房。期望藉由此護理經驗分享，能提升心臟移植術後病患用藥安全及加強自我照顧技巧，早期發現合併症並能有正確的因應措施，進而有效改善其生活品質。(志為護理，2013; 12:6, 98-107)

關鍵詞：心臟移植、無助感、羅氏適應模式

前言

臺灣從1987年開始進行心臟移植手術，至今已有550多位案例，心臟移植已經成為心臟衰竭、心肌缺血、擴大性心肌病變等病人挽回生命的重要途徑，根據國際心肺移植學會 International

Society for Heart and Lung Transplantation (ISHLT) 報告，心臟移植術後5年存活率可達75%，長期存活率已獲得改善(Ron-Bin et al., 2005；劉，2007)，但是存活率的提升只是醫療進步的指標之一，術後個案仍須面臨許多問題，陸續產生的合併症及出院返家後持續性的照護，深切

臺北慈濟醫院心臟內外科病房護理長 臺北慈濟醫院護理部督導*

接受刊載：2013年8月20日

通訊作者地址：蔡碧雀 23142新北市新店區建國路289號16F 護理部

電話：886-2-6628-9779轉8607 電子信箱：Pc_tsai@tzuchi.com.tw

的影響病人的存亡，此外長期服用免疫抑制劑所產生的不良反應，使得病患有身、心、社會方面之困擾需要面對(江、柯，2007)，這些都是心臟移植術後病患返家後生活上的挑戰及威脅。本個案於心臟移植術後返家時出現生理的合併症而又再度入院，帶給個案心理上很大衝擊，而重症單位的醫療人員常因疾病之嚴重度高，著重在病患的治療，忽略了心理層面的需求，筆者於2010年5月25日至6月2日的護理期間運用羅氏適應模式評估，發現個案除了移植術後免疫抑制劑副作用及營養狀況下降外，更有無力感的問題，所以我們第一線的重症護理人員更應該熟悉移植術後會導致的生理及心理的不良反應，提供完整的病患出院自我照顧需知並回覆示教，出院衛教上更能依個別狀況評估個案的生理、心理和社會問題與需求，給予個案及其主要照顧者持續性及整體性的護理指導，以協助心臟移植術後病患返家後能有良好的生活品質。

文獻查證

一、心臟移植術後營養狀況

臨床上營養狀況差會阻礙健康的恢復，其會使藥物治療效果降低、減少免疫力及增加死亡率，更是導致病患延遲出院或病情惡化的主要原因(Yoshimura et al., 2010)，王、黃、林、陳(2009)研究結果發現心臟術後有56%營養不良，目前無統一標準來評估換心術後營養狀況，但可藉由理想體重百分比、血清中白蛋白、血紅素及血比容做指標，針對術後營養狀況不同，分別給予適當補充

熱量及營養素；在心臟移植術後感到困擾的生理不適的症狀，包括腹瀉、噁心、嘔吐、味覺改變及食慾下降等，這些會影響個案的營養狀況，也和預後息息相關。當出現味覺改變或食慾變差之症狀可以採少量多餐、服用醫師開立促進食慾藥物或是家人的鼓勵與陪伴進食，而出現發燒、嘔吐、腹瀉時要先補充水分再立即就醫(黃、王、戴、羅，2009)，所以在護理指導上要特別加強症狀衛教及處理方式，協助返家後個案對自己異常的狀況可以有正確判斷。

二、移植術後免疫抑制劑副作用

免疫抑制劑的使用在移植術後佔有重要的角色，若沒有使用移植的器官會在很短時間內產生排斥而損壞，cyclosporine和tacrolimus都是心臟移植術後常用抗排斥反應的藥物，可用來預防器官移植後身體所產生的排斥反應(Korb-Savoldelli et al., 2010)，服用免疫抑制劑容易發生腹瀉37~72%、噁心32~45%、嘔吐14~29%、頭痛37~64%、高血壓38~88%、高血糖11~22%、肝腎毒性36~59%、心肌病變38~88%和白血球低下8~32%等副作用(Chrzanowska, Kamińska, Głyda, Duda, & Makowska, 2010)，心臟移植病患術後需長期使用免疫抑制劑，病人必須確實遵從醫囑服藥，不可擅自調整或停藥，長期使用免疫抑制劑，常會因藥物濃度太低或太高而導致副作用，使用此藥要定時回診監測藥物濃度(周、廖、曾、歐，2007)，同時要讓病人及其主要照顧者了解藥物常見的不良反應及處理方式。

三、心臟移植術後的無力感

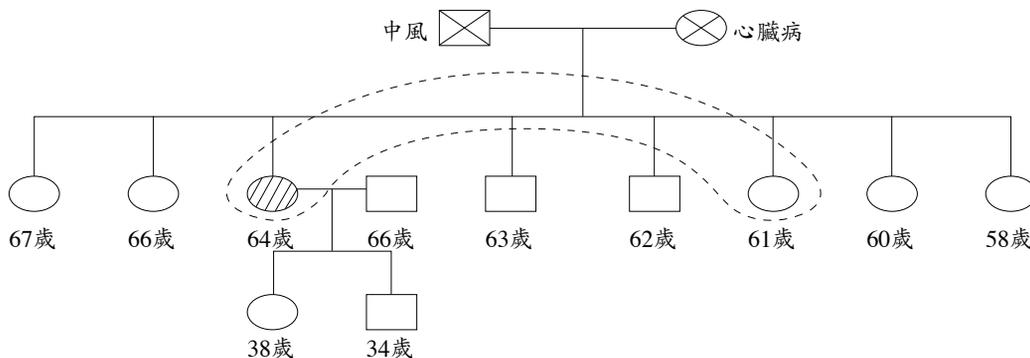
心臟移植病患術後也常因為身體功能可能有緩解或部分功能恢復的機會，但是在病情加重時身體功能又會再次受限，因此會反覆的經歷失落、擔心、挫折、無力感等情緒，而術後也會面臨身體構造及功能的改變、過多的環境限制及無法預測的預後，會讓病人感覺受到操控，而形成不同程度的無力感，尤其是失去自我照顧能力如需協助翻身、換尿布等，此時可以適時讓個案表達自我感受，護理人員給予正向回饋及重要親友的支持，都可以幫助減輕無力感(葉、馬，2002)。根據文獻表示心臟移植術後常會因心理壓力而導致一些症狀，如：憂鬱、無力感、焦慮或失眠，而當病患碰到這些狀況時有些會採用積極方式處理，但有些就會以消極方式處理，有些病患表示嘗試了一些方法仍無法改善，情緒上會認為「命也是撿到的」，「能活著就已經很幸運了」(Desfield, Mannen, Tait, & Bajaj, 2009)；部分病患則開始後悔接受心臟移植，主要原因為

病患對移植術後症狀不瞭解且有錯誤的認知，故醫療團隊必須加強了解病患不適症狀，給予情緒支持並適時提供相關衛教的症狀，另外在病患和主要照顧者中扮演溝通的橋梁也是非常重要的(蕭、黃，2007)；而文獻也表示藉由(1)發展信任關係：主動關懷與個案建立信任感(2)提供疾病照護相關訊息(3)增加個案自我控制感減輕焦慮與無力感(4)引發信心與希望，協助維持適當的自我照顧與健康尋求行為，等措施可以降低無力感程度(陳、楊，2009)，讓病患能夠對症狀處置有正確的態度且具備知識與能力來對發生症狀做適當的處置與因應，並建立良好溝通管道減輕無力感的發生。

護理過程

一、個案簡介

姓名：廖小姐，性別：女，慣用語：國語、臺語，年齡：六十四歲，婚姻狀況：離婚，教育程度：高職，宗教信仰：無，職業：代書，2008年生病後就無工作，與妹妹同住高雄，家族樹如下



圖一 家庭樹

圖：

二、個案疾病史

1980年生完老二時診斷為周產期性心肌病變，2008年4月稍微運動便呼吸喘，轉介至本院門診，發現左心室瘤及其左心室射血率為39%，心臟約三分之一鈣化，同年8月26日進行心臟整形術，住院期間因心室心搏過速及心房顫動導致心跳停止，故在2008年11月10日裝植入性心臟整流去顫器，12月18日出院後，但因心臟功能持續無改善，左心室射血率為25%，2009年11月10日進行心臟移植，2010年1月28日出院，之後門診規則追蹤，並規則服用免疫抑制劑及類固醇。

三、此次入院過程

個案因5月16日開始持續腹瀉一週，5月23日覺得全身無力至門診追蹤，體重

由4月48公斤減少至45公斤，醫師評估後因食慾差，都以安素代替正餐，一天喝不到兩罐，腹瀉、體重下降低於標準體重50.8公斤，建議入院施打週邊靜脈營養注射，個案表示上次住院時週邊留置針難放置，故醫師和病患討論後決定行植入式人工血管注射座置放術，5月24日進開刀房行植入式人工血管注射座置放術，術後予抽血發現白血球400/UL，故建議入加護病房保護性隔離，6月1日腹瀉停止、個案可以正常進食醫院提供的三餐、白血球上升到6,600/UL，6月2日故予轉出至普通病房。

護理評估

護理期間為2010年5月25日至6月2日，護理期間經由觀察、會談、身體評估、傾聽等方法收集資料，並運用羅氏適應

問題一、營養不均衡：少於身體需要/與腹瀉有關(5/25~6/2)

主客觀資料	護理目標	護理措施	評值
<p>主觀資料</p> <p>1.我5/16開始看到東西都不想吃且沒胃口，就有一餐沒一餐，尤其是聞到油膩的食物就很想吐，所以我大多喝安素。</p> <p>2.我5/22開始有拉肚子的情形，一天解6~7次黃水便。</p> <p>客觀資料：</p> <p>1.個案的身高152公分、標準體重50公斤，體重在4/30門診時48公斤，5/24入院44Kg，因食慾差及體重下降。</p>	<p>1.個案可以將排便次數減少為一天小於三次且大便可成型。</p>	<p>1-1.觀察並記錄每天排便情形及糞便量、色、性質。</p> <p>1-2.監測每天輸入、輸出量及體重，避免脫水。</p> <p>1-3.依醫囑予禁食，每日給予週邊靜脈營養液注射1,500c.c.(750大卡)，及補充血紅素若是小於10 gm/dl，給予P-RBC 2U。</p> <p>1-4.依醫囑kaopectin (止瀉劑) 20c.c. PO QID</p> <p>2-1.會診營養師評估個案所需的热量1,600大卡，給予安素一天六餐，個案可進食也可額外補充食物，可以進食後採少量多餐、菜色請營養師增加配菜的顏色變化，促進食慾。</p> <p>2-2.記錄每天每餐所吃的食物種類及卡數。</p>	<p>5/26 排便次數減少為一天兩次黃稀便，可以喝一瓶半安素(熱量325大卡)和喝水500c.c.，監測血紅素8.9 gm/dl、血比容 25 %，予P-RBC 2U st，體重43 Kg。</p> <p>5/28 一天無解便，可以喝五罐安素(熱量1,250大卡)和喝水500c.c.，且額外吃一碗綠豆湯100c.c.及葡萄十顆，監測血紅素9.7 gm/dl、血比容27.8 %，體重44 Kg。</p>

主客觀資料	護理目標	護理措施	評值
<p>2. 5/25轉入加護病房只喝水不想吃任何東西，依醫囑給予週邊靜脈營養注射1,500c.c.並每日使用。</p> <p>3.5/25檢查其口腔黏膜濕潤完整但舌苔多呈黃色。</p> <p>4.5/25解5次720公克，大便色黃成水狀，腸蠕動音40次/分鐘。</p> <p>5.5/25 抽血報告：血清中白蛋白3.1g/dl、血紅7.5g/dl、血比容 21.6 %。</p>	<p>2.個案可以在一星期內恢復腸道進食且體重可以維持44公斤不再減輕。</p> <p>3.個案於腹瀉期間肛門周圍皮膚無破損。</p>	<p>2-3.加護病房有會客時間限制，故用餐時間(0700 1200 1800)安排個案的妹妹前來陪伴進食，增進食慾。</p> <p>2-4.協助個案每日需要時清潔舌苔，刺激味蕾促進食慾。</p> <p>2-5.依照醫囑予服用 Megace 20mg/tab QD Po，促進食慾。</p> <p>2-6.因持續腹瀉故解便後，予以清水沖洗後，塗抹凡士林隔離，並協助穿褲子保持通風及乾燥。</p>	<p>5/29 晚餐開始吃醫院餐及搭配兩罐安素(熱1,500大卡)，體重44 Kg。</p> <p>6/1 已無腹瀉五天且個案可以正常進食醫院提供的三餐(熱量1,600大卡)，監測血紅素10gm/dl、血比容30%，體重為45Kg，照護期間肛門周圍皮膚無破損。</p>

問題二：無效性保護能力 / 與免疫抑制劑有關(5/25~6/2)

主客觀資料	護理目標	護理措施	評值
<p>主觀資料</p> <p>1.我從5月16日看到東西都不想吃沒胃口，就有一餐沒一餐。</p> <p>2.我5月22日開始有拉肚子的情形且一天解6~7次黃水便。</p> <p>3.我在家規則服用抗排斥和類固醇的藥。</p> <p>客觀資料：</p> <p>1.5月25日術後予抽血發現白血球 400/UL，醫師建議入加護病房保護性隔離。</p> <p>2.5月25日解5次黃水便共720公克。</p>	<p>1.五天內個案無藥物不良反應發生且白血球可以恢復到正常範圍。</p> <p>2.一星期內個案及主要照顧者可以了解免疫抑制劑的不良反應並正確說出。</p> <p>3.個案及家屬可以正確說出居家保護隔離的方式。</p>	<p>1-1.停用免疫抑制劑，並觀察是否有腹瀉、食慾差、白血球低下等副作用。</p> <p>1-2.接觸個案前後洗手，執行侵入性治療及傷口換藥時保持無菌技術。</p> <p>1-3.會診營養師給予飲食衛教採少量多餐，給予消毒餐使用，食物要煮熟才吃，要吃剝皮的水果。</p> <p>1-4.依醫囑保護性隔離及每天皮下施打G-CSF 650 μg。</p> <p>2-1.會診藥師告知個案及其妹妹藥物之副作用如腹瀉、食慾差、白血球低下等，並給予個別性用藥衛教單張。</p> <p>2-2.製作副作用記錄卡，衛教個案以此檢視有無副作用產生。</p> <p>2-3.以回示教方式個案及其妹妹使用副作用記錄卡檢視有無副作用產生。</p> <p>2-4.以影片方式衛教個案及其妹妹於返家後要注意：出門要戴口罩；居家環境清潔不可養寵物；飲食不可吃生食。</p> <p>2-5.安排移植病友分享自己如何居家保護隔離及檢視有無出現藥物副作用。</p>	<p>5/26 白血球值200 /UL。</p> <p>5/27 白血球值900 /UL。</p> <p>5/28 停止腹瀉及開始進食牛奶，白血球1,600 /UL，G-CSF改600 μg皮下施打。</p> <p>5/29 白血球值3,600 /UL，DCG-CSF，解除保護性隔離，個案及妹妹可以正確利用副作用記錄卡說出免疫抑制劑的不良反應有腹瀉、食慾差、白血球低下等副作用及其應自我觀察的方式。</p> <p>6/1 白血球值6,600/UL，個案及妹妹能說出返家後要注意事項會客時，妹妹或女兒來會客皆可正確洗手及穿戴隔離衣及口罩。</p>

問題三：無力感 / 與心臟移植後自我照顧能力下降有關(5/25~6/2)

主客觀資料	護理目標	護理措施	評值
<p>主觀資料：</p> <p>1.我換了這顆心臟好像沒有差別，真的會好嗎？</p> <p>2.生病以來我都要一直麻煩別人照顧，好像自己都幫不上忙。</p> <p>3.從之前住院到換完心臟總覺得一直都待在醫院裡，這次想說身體有好一點可以回高雄老家去，誰知這次又來住院不知何時可以出院，我已經是病人沒辦法恢復像以前一樣，連出門都受限制。</p> <p>4.這次住院食慾變差，我聽到女兒怪我妹妹沒幫我多帶一些營養品來給我，我覺得自己生病就算了，又會讓家人擔心。</p> <p>客觀資料：</p> <p>1.個案大多時間一直躺著不動，坐床邊也不願意。</p> <p>2.入住加護病房後保護性隔離且限制臥床，有時協助個案翻身會生氣。</p> <p>3.個案詢問醫師是否是因為吃免疫抑制劑造成這次住院，並表示我都按時服藥，怎麼會這樣？</p>	<p>1.個案在院期間可以正確了解自己疾病進展、治療方向及現況。</p> <p>2.個案可以對於心臟移植後有正向表達且參與肯定其自我照顧的能力。</p>	<p>1-1.治療及護理措施之前，介紹自己的名字及詳細的解說目的及方式，取得信任，建立良好的護病關係。</p> <p>1-2.了解個案對住院和心臟移植後的負面情緒及錯誤觀念，詳細的告知正確的事實及意義，並共同討論可能產生的症狀及適當的處理方式，並針對個案錯誤觀念及認知給予衛教。</p> <p>1-3.提供心臟移植病患術後可能產生的症狀及適當的處理方式之衛教單張，出院返家後隨時可向器捐護理師諮詢。</p> <p>1-4.與社工師在個案及其女兒和妹妹間扮演溝通橋樑，協助溝通，告知女兒此次住院原因是因藥物副作用引起，請女兒一同參與病友討論，更了解移植後相關照護及可能發生的副作用。</p> <p>2-1.協助個案自我表達自己的需求，如需換尿布或翻身時，護理活動都能參與肯定其自我照顧的能力。</p> <p>2-2.和個案解釋每個護理活動的重要性，適時讓個案參與，一起訂定下床計劃，每天下床坐床邊椅子一小時，減少臥床時間。</p>	<p>5/26 個案於每天交接班時看到照顧的護理師可以主動問好，但因表示不適都還是臥床休息需護理人員協助。</p> <p>5/28 醫師解釋病情後，可以提出疑問澄清，配合治療措施，經提醒可以下床坐床邊半小時，個案及妹妹可以說出自己可能會發生的症狀但處理方式仍不完全了解，故再予衛教。</p> <p>5/29 女兒於參加病友討論會後主動向護理人員表示其實阿姨照顧媽媽也很辛苦，這次出院會把他們先接來和自己住。</p> <p>6/1 可以主動下床坐床邊一小時，個案及妹妹可以正確說出自己可能發生的症狀及處理方式。</p>

模式評估，收集資料如下：

一、生理適應模式

1.氧合作用：個案住院期間，生命徵象穩定，無發燒情形產生，脈搏90~100次/分，規則，呼吸時胸部外觀對稱，呼吸速率20~22次/分鐘、呼吸音清晰，

無雜音，規則無呼吸費力情形及使用呼吸輔助肌，血氧濃度98~100%，末梢肢體溫暖，嘴唇與指甲無發紺，5月25日胸部X光片：正常。

2.營養：住院期間個案身高152公分、理想體重50.8公斤、理想體重百分比86.6%，4月30日48公斤，5月24日入院時

44公斤。個案表示：「我平常進食量不多，都是少量多餐，大多吃稀飯配一些軟質的食物如：蛋、豆腐，下午會吃一些點心如：愛玉或牛奶，對食物沒有過敏，5月16日開始慢慢沒胃口，有一餐沒一餐，尤其是聞到油膩的食物就很想吐，所以我大多喝安素一天不到兩罐。」食慾差且體重有下降情形並低於標準體重50.8公斤，入院行植入式人工血管注射座置放術，給予週邊靜脈營養注射，5月25日轉入加護病房後只喝水不想吃任何東西，外觀臉色紅潤，口腔黏膜濕潤完整舌苔呈黃色，吞嚥無疼痛且能力正常，依醫囑給予每日使用週邊靜脈營養注射1,500c.c.，5月24日術後抽血白血球值400/UL，5月25日抽血報告：血清白蛋白 3.1 g/dl、血紅素 7.5 g/dl、血比容 21.6 %。

3. 排泄：個案平日在家，解尿正常，一天約5-6次，尿呈黃色，無頻尿或燒灼感等情形，排尿次數依水份攝取多寡而定，但每天至少攝取水份在500ml以上，排便次數維持1天1次量中，大便為黃色軟便，但是5月22日開始有拉肚子的情形，一天解6~7次黃水便。住院期間5月25日解5次黃水便共720公克，尿液自解顏色黃，共583c.c./天，評估腹部外觀正常有些許小紅點，觸診腹部及膀胱柔軟，叩診鼓音且無壓痛感，腸蠕動音40次/分鐘，糞便檢查：正常。
4. 活動與休息：個案表示：「平日會去公園散散步或待在家裡看電視或聽收音機，平常睡眠時間約五到六個小

時，無熬夜及服用安眠藥習慣，早上六點半起床，晚上約十點多就寢，無睡眠中斷情形容易入眠，睡眠時間約6小時，有時候會睡午覺約一兩個小時。」入住加護病房後要保護性隔離且必需限制活動及臥床休息，大多時間一直躺著不動，協助翻身還會生氣，個案四肢肌力4分，外觀無異常，睡眠時間可睡6小時左右。

5. 皮膚完整性：個案表示：「我的皮膚輕輕碰皮膚就會發紅，平常都會擦乳液保養，會避免碰撞。」住院期間前胸及四肢有一些紅色出血點，皮膚紅潤溫熱，5月24日術後，身上存留植入式人工血管注射座、及三公分術後縫線無紅、腫、熱之情形，因持續腹瀉故協助於每次解便後以清水清潔皮膚並塗抹凡士林隔離。
6. 感覺：個案表示：「我沒有老花眼或重聽，除了拉肚子外沒有特別感覺哪裡不舒服。」
7. 體液與電解值：個案皮膚無水腫，在家每天至少攝取水份在500ml以上，住院期間依醫囑每日給予週邊靜脈營養注射1,500c.c.，抽血電解：鉀離子濃度 4.5 meq/L、鈉離子濃度 145 meq/L、尿素氮：12 mg/dl、血清肌酸酐 0.9 mg/dl。
8. 神經功能：個案表示：「我平常沒有頭痛、頭暈或四肢無力，記性還不錯，能記得好幾天前做過的事。」意識清楚，瞳孔大小雙眼2.0mm，對光皆有反應，能正確知道前來探望的親友是誰，四肢肌力4分，無疼痛或麻木感。

9.內分泌功能：個案無糖尿病、甲狀腺機能亢進，及其他遺傳上疾病。住院期間5/24抽血：Glucose: 110mg/dl。

二、心理社會適應模式

- 1.自我概念：個案表示：「這顆心臟好像不是在我身體裡面一樣，感覺怪怪的，護士小姐我換了這顆心臟好像沒有差別，真的會好嗎？我覺得每次住院翻身及大小便，我都要一直麻煩別人照顧，好像自己都幫不上忙。」個案詢問醫師是否是因為吃免抑制劑造成這次住院，並表示我都按時服藥，怎麼會這樣？(此項不適應)
- 2.角色功能：個案第一角色為64歲，成人期的女性，第二角色為母親、姊姊，第三角色為病人，個案表示：「我有一個兒子和一個女兒，女兒嫁到臺北，兒子退伍後到大陸做生意，生病之後就暫住在女兒家，這次換心臟是女兒出的錢，女兒會抱怨我當初錢不要借給弟弟，就會有錢看醫生。」個案說：「從之前住院到換完心臟總覺得一直都待在醫院裡，這次想說身體有好一點可以回高雄老家去，誰知這次又來住院不知何時可以出院，我已經是病人沒辦法恢復像以前一樣，連出門都受限制。」「這次住院食慾變差，我聽到女兒怪我妹妹沒幫我多帶一些營養品來給我，我覺得自己生病就算了，又會讓家人擔心。」
- 3.相互依賴：個案表示：「之前都是跟妹妹一起住在高雄，生病以後才搬來新店和女兒、女婿一起住，有甚麼問

題都是和妹妹討論。」住院期間很少主訴有什麼特別需求，在會客時間會跟妹妹聊天，女兒休假時也會來探視，互動關係良好。

問題確立

綜合以上健康評估及資料分析，將不適應的模式進行第二次層次評估，以確立護理問題。

討論與結論

心臟移植患者於術後需接受長期性照護，常在返家後的居家生活會面臨到一些生理、心理及社會方面的困境，站在第一線護理人員更應該具備專業知識和臨床技術來評估及判斷個案的狀況，才能提供患者完整持續的護理，本文是依據羅氏適應模式評估術後患者返家後所遇到生理與心理層面狀況，針對這些問題除了臨床護理師及主治醫師外，更跨團隊與藥師、營養師、社工師及器捐護理師一同提供個案及主要照顧者個別性護理指導，使其能夠以正向態度來面對所遇到的困境並一同參與解決，此個案術後因藥物所引起的副作用症狀與文獻查証相符(Chrzanowska, Kamińska, Glyda, Duda, & Makowska, 2010)，文獻也提出臨床上更應著重於藥物常見的不良反應及處理方式，並加入主要照顧者衛教並定時於門診評值成效。個案於6月2日轉出加護病房，未再出現任何合併症6月10日出院，預計7月1日回診，但在和女兒和妹妹間扮演溝通橋樑這方面，住院期間值受限於女兒要工作來醫院時間不固定，故請器捐護理師每星期追蹤個案

狀況，適時提供諮詢。希望藉此次的護理經驗，建議院內可以發展器官捐贈個案管理模式，出院返家後可由器官捐贈護理師、社工師提供更完善居家照護。成為心臟移植術後病患的評估者、諮詢者、教育者、及代言者，進行術後照顧的追蹤計畫，出院返家後隨時可向器捐護理師諮詢在症狀上的相關問題，評估病患的情況，必要時給予醫療上的建議與轉介。

參考資料

- 王義明、黃煜、林姿伶、陳思穎(2009)·重症病患的營養支持·*重症醫學雜誌*，10(3)，229-241。
- 江碩儒、柯景塘(2007)·心臟衰竭治療之新進展·*北市醫學雜誌*，4(9)，908-918。
- 周怡君、廖如文、曾修儀、歐士銘(2007)·一位接受心臟移植手術患者面臨健康尋求行為之護理經驗·*長庚護理*，18(3)，442-450。
- 陳蘊珩、楊惠玲(2009)·一位猛爆性肝衰竭病人面對無力感之護理經驗·*護理雜誌*，57(2)，93-98。
- 黃素霞、王水深、戴政、羅美芳(2009)·心臟移植術後病患對症狀困擾之自我處置成效·*臺灣醫學*，13(2)，123-132。
- 葉月珍、馬素華(2002)·“無力感”之概念分析·*長庚護理*，13(2)，146-151。
- 蕭慧娟、黃秀梨(2007)·協助一位心臟移植手術後病患壓力因應之護理經驗·*領導護理*，8(2)，48-56。
- 劉慧玲(2007)·使用葉克膜體外維生系統病人之護理·*榮總護理*，24(2)，108-111。
- Chrzanowska, M., Kamińska, J., Głyda, M., Duda, G., & Makowska, E. (2010). Antioxidant capacity in renal transplant patients. *Pharmazie*, 65(5), 363-369.
- Deshields, T. L., Mannen, K., Tait, R. C., & Bajaj, V. (2009). Quality of life in heart transplant candidates. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 4(3), 327-341.
- Korb-Savoldelli, V., Sabatier, B., Gillaizeau, F., Guillemain, R., Prognon, P., Bégué, D., & Durieux, P. (2010). Non-adherence with drug treatment after heart or lung transplantation in adults: A Systematic Review. *Patient Education and Counseling*, 13(4), 381-390.
- Ron-Bin, H., Robert, C., Cheng-Hsin, L., Nai-Kuan, C., Wen-Je, K., Shoei-Shen, W., & Shu-Hsun, C. (2005). Renal dysfunction after heart transplantation: Incidence, prognosis and risk factors. *Journal of the Formosan Medical Association*, 104(7), 482-486.
- Yoshimura, N., Okajima, H., Ushigome, H., Sakamoto, S., Fujiki, M., & Okamoto, M. (2010). Current status of organ transplantation in Japan and worldwide. *Surgery Today*, 40(6), 514-539.

A Nursing Experience of a Post-Heart Transplant Patient with Helplessness by Applying Roy's Adaptation Model

Szu-Yzn Lin, Pi-Chueh Tsai*

ABSTRACT

This article described the nursing experience of a readmitted patient after receiving heart transplant surgery in an intensive care unit. The period lasted from May 25th to June 2nd, 2010. The patient's physical and psychological needs were assessed through observation, conversation, physical assessment, and Roy's adaptation model, and the major health problems were imbalanced nutrition: less than body requirements, ineffective protection and powerlessness. During the period of protective isolation, we provided professional individualized nursing care to improve the patient's adverse physiological and psychological induced by immune inhibitor. The article can serve as a reference for nursing staffs to improve the life quality of post-heart transplant patients by enhancing the medication safety and self care techniques, and detecting complications early and respond with accurate nursing measures. (Tzu Chi Nursing Journal, 2013; 12:6, 98-107)

Keywords: heart transplant, helplessness, Roy's adaptation model

Deputy Head Nurse, Taipei Tzu Chi Hospital; Supervisor, Taipei Tzu Chi Hospital*

Accepted: August 20, 2013

Address correspondence to: Pi-Chueh Tsai, No.289, Jianguo Rd., Xindian Dist., New Taipei City 23142, Taiwan

Tel: 886-2-6628-9779 ext. 8607 ; E-mail: Pc_tsai@tzuchi.com.tw