

運用自我效能於行食道重建個案之護理經驗

陳桂玲 劉素蘭*

中文摘要

本文描述照顧一位39歲食道癌男性，診斷後行食道重建的護理經驗，運用自我效能來提高出院及後續照護上的準備度，護理期間自2012年5月25日至6月2日，以Gordon十一項功能性健康評估為架構，護理過程發現個案對於術後情況充滿疑問及不安，對後續照顧沒有信心。照護期間藉由觀察、傾聽、會談等方式收集資料，確立有組織完整性受損、活動無耐力、知識缺失及焦慮四個健康問題。因此護理期間透過增強自我效能給予術後生理上的照護，以言語及行動給予支持，使其有信心面對出院後的自我照顧問題，並運用宗教信仰的支持及資源，適時的給予鼓勵，更進一步在出院後作追蹤，希望能藉此經驗與同仁分享，作為臨床照護上參考。(志為護理，2014; 13:4, 111-120)

關鍵詞：自我效能、食道重建、自我照顧能力增進準備度

前言

據統計指出食道癌位居男性惡性腫瘤罹患率第六位，且男性是女性的三至四倍，好發年齡在63歲左右，以50至70歲的人數居多(衛生署，2012)。而本文個案為39歲男性接受食道重建的病人，在罹患食道癌的年齡中是極少見的，初接觸個案時，案母就表示自己年紀大無

法照顧罹癌兒子，加上喪父且案兄無同住，本身的支持系統薄弱，個案對於手術後需要面對的問題充滿許多疑問及不安，沒有信心能把自己照顧好，而面臨身心上的壓力，讓筆者在照顧過程中，感到相當不捨是觸發想書寫完成此篇個案報告的主要動機，希望藉由搭配自我效能的運用，提供個別性措施，達到自我健康照顧的目的。

臺中榮總護理師 臺中榮總護理長*

接受刊載：2014 年4月21日

通訊作者地址：劉素蘭 407臺中市臺灣大道四段1650號

電話：886-4-23592525 #6092 電子信箱：pigmay_nurse@yahoo.com.tw

文獻查證

一、食道癌介紹

食道癌的標準治療，仍以手術為主，化學與放射線治療輔助併用(李、李，2006)。而手術後易產生肺部擴張不全、活動耐力差、傷口感染、營養不足等合併症(Baalen, 2009)。

二、食道癌手術後護理

(一) 肺部方面

疼痛或肌力不足造成肺部擴張不佳、肺部發炎及血氧濃度過低，皆會影響術後的恢復，故手術後傷口疼痛問題，建議使用病人自控式止痛(patient controlled analgesia, PCA)，提供個案止痛需求的個別性、疼痛控制的自主權及減少疼痛帶來的焦慮與恐懼(韋，2002)；在肌力不足方面，可以藉由協助執行肺部復健運動及提早讓病人下床活動，鼓勵患者使用誘發性深呼吸器，改善其活動無耐力、低血氧、日常生活自理能力變差等問題(楊，2002; Baalen, 2009; Moxon, 2011)。

(二) 活動方面

適度的肺部復健運動可提升活動耐力、減緩呼吸困難、焦慮、沮喪，進而縮短住院天數，而運動訓練時間、次數需採漸進式、逐步增加，相關運動中最被廣為使用的是步行運動，因為其對身體活動受限制的病人特別有效(陳、洪，2002；陳、賴、邱、蔡，2012)。

(三) 傷口方面

手術後為避免吻合處滲漏及影響傷口癒合，常以管灌來維持病人的營養，因

此除了教導管灌的相關知識與技能外，病人需注意個人口腔衛生，以減少細菌的生成及維持個人的清潔舒適(Scarpa, 2009; Schuchert, Luketich, & Landreneau, 2010)。而換藥時需確實遵守無菌技術，以避免傷口及導管感染情形(Baalen, 2009；Moxon, 2011)。

(四) 心理方面

罹癌所造成之心理問題，可能有沮喪及焦慮等，而宗教信仰能讓癌症病人增加治療信心，並獲得心靈上的平靜，所以在照護時須審慎評估其宗教信仰，並鼓勵親屬尊重病人的信仰。過程中藉由護理人員的悉心照顧及家屬陪伴，讓病人跳脫負向的情緒，讓其感到安慰及滿足(毛，2005；Boyd et al., 2012；Missel & Birkelund 2011)。

三、自我效能於癌症病人上的應用

1977年心理學家Bandura提出自我效能的概念，其認為自我效能是人類行為動機最接近的決定因子。當自我效能過低時會導致壓力增加，讓生活品質下降，因此更需要幫助病人發展出因應方式，協助面對壓力及尋求力量來源(李、林、林，2007)。

在臨床上，口語說服是培養自我效能最常見的一種方式，但須符合病人的能力範圍。可利用溝通討論培養個人解決問題的能力，如增加病人疾病相關知識與自我照護管理技巧，並使用衛教手冊、媒體教學等資源，另外可記錄疾病引起的生理、心理情緒壓力，與配合健康行為遭遇到的困難，了解自己本身的狀態，適時地提供他人成功控制疾病的

經驗。在改善身體的不適，以及藉視覺回饋持續獲得控制感的狀態下，增加癌症病人的自我效能，對於後續出院及調適都會很有幫助(李、林、林，2007；Kreitler, Peleg, & Ehrenfeld, 2007)。

護理過程

一、個案簡介

潘先生，39歲男性，未婚，身高172公分，體重67.5公斤，高職汽車修護科畢業，信仰基督教，先前從事傳教工作，待業中，南投縣人，排行老二，父親於個案小時候因肝癌而過世，有一位哥哥，在外地工作，家中經濟及住院費用大多為母親及哥哥負擔，護理期間為2012年5月25日至2012年6月2日。

二、過去病史

1996年陸續多次胃痙攣住院治療，2003年車禍左鎖骨骨折手術治療，同年因工作機器壓傷，右手食指截肢。

三、發病與治療經過

個案於101年5月初因胃痛於外院行胃鏡檢查診斷為食道癌，轉診至本院胸腔外科治療，再給予相關檢查後，5月21日入院，5月22日行食道重建手術，病理報告：鱗狀上皮細胞癌(squamous cell carcinoma)，無淋巴轉移。手術後轉至加護病房治療，5月25日回病房，6月2日出院。

護理評估

本文採Gordon十一項功能評估對個案進行整體評估。

一、健康認知及健康處理型態：

平日都是身體不適才就醫，無定期健檢，症狀改善後自行停藥，對於身體狀況自覺良好。每天抽菸一包，一周與朋友聚會2-3次，會喝一至兩罐啤酒，平時無飲酒習慣，飲食偏鹹及辣味。對於自己的病情表示因為可手術，覺得自己很幸運，開刀後就會好了。

二、營養代謝型態：

身高172公分，入院體重67.5公斤，BMI=22.82(正常值：20-25)。入院(5月21日)的檢查值：Alb:3.6g/dl，Hb:14.1gm/dl，手術後(5月25日)Alb:3.1g/dl，Hb:11.7gm/dl，出院時體重60.0公斤，BMI=20，手術後空腸造瘻管存，5月26-28日以灌食機協助灌食，灌食速度由每小時21ml逐漸增加至每小時100ml，熱量由每日500卡增加至1,750卡，於5月28日觀察到每餐250ml管灌配方可消化完全，5月29日白班使用重力引流袋灌食，每日攝取熱量約1,750-2,250卡，管灌配方為1卡/ml。手術後右側胸部斜切傷口鋼釘固定長約20cm，鋼釘周圍有輕微發紅，左頸部斜切傷口美容膠覆蓋，無滲液及腫脹，腹部直切縫線傷口約15cm，縫線周圍皮膚有輕微發紅，左腹空腸造瘻管存，有少許消化液滲出，確立組織完整性受損護理問題。

三、排泄功能型態：

手術後尿管留置，尿液色黃清澈無沈澱物，尿管拔除後可自解，每日尿量約2,000-2,500ml，住院前每日排便順暢約1-2次，糞便呈黃褐色成形條狀，無使用

軟便劑習慣，於5月29日開始自行灌食，腹瀉5次，原因為個案一餐自行管灌兩瓶安素，護理人員即再次教導灌食注意事項，於5月31日腹瀉改善，每日解一次成形便，平時於活動後額頭會輕微流汗，聽診腸蠕動音為6次/分。

四、活動與運動型態：

住院前每日7點起床上班，約下午5點下班後會與同事或家人一同用餐，假日外出踏青，無規律運動習慣，每天約10-11點後入睡。住院期間於5月22日手術後，開始自覺有呼吸喘情形，評估呼吸為18-22次/分，於5月26日至5月29日協助下床活動後，呼吸淺快24-26次/分，周邊血氧飽和濃度95-98%，需使用氧氣鼻導管3 l/min才能改善，改善後為16-20次/分。5月26日開始下床活動，主訴傷口疼痛導致下床活動感到痛苦，活動時疼痛指數達到10分，活動5分鐘即要求休息，痰液可自咳，但無法一次即將痰液咳出，痰液白稀狀，手術前個案練習誘發性深呼吸器時可吸至2,500ml，5月25日誘發性深呼吸器吸至500ml，四肢肌力5分，確立有活動無耐力之護理問題。

五、睡眠與休息型態：

平時在家每日約睡7-8小時，無服用安眠藥習慣，住院手術後於加護病房的夜間大多斷續入睡，5月25日轉至病房後，每晚可睡6-8小時，早上睡到8-9點，住院期間無服用安眠藥物幫助入睡，且睡醒能主訴有睡飽的感覺，無黑眼圈及打哈欠情形。

六、認知與感受型態：

個案視、味、觸、嗅功能正常，記憶力及理解能力可，學習新事物需多接觸幾次才能熟悉，無定期健康檢查習慣。住院期間使用疼痛量表評估傷口疼痛指數，下床活動時達到10分，休息約為2-5分，5月28日開始管灌止痛藥物，規則使用下疼痛指數可維持在0-5分。

七、自我感受與自我概念型態：

個案生病都是自行就醫，鮮少麻煩家人，自覺身體尚健康，平日與母親同住，關係良好，有心事大部分都會與同事分享，或藉每週的教會聚會來抒發心情，自覺是個容易相處的人，但較少與人分享內心想法，平日遇到困難會很焦慮，需要靜下心才能處理，遇到困難無法解決會覺得很挫折。得知罹患食道癌後，個案表示剛開始無法置信，對於後續照顧，如出院後傷口照護、灌食的技巧及注意事項等都不清楚，覺得沒有能力可以完成這些事務，又因母親年邁，無法代勞，而感到擔心，確立有知識缺失及焦慮兩項護理問題。

八、角色關係型態：

個案排行老二，目前無異性伴侶，假日規律參與教會活動，與家人互動良好，家中決策者為母親，但對於自身健康大多為自己決定，母親較少表示意見，經濟來源為個案過去收入支出，住院費用多由哥哥支付，平日與同事相處融洽，住院期間觀察與家人談話時表情自然，與醫療團隊人員溝通時態度溫和。

九、性與生殖型態：

個案未婚，曾有交過女朋友，有規劃結婚的打算，曾口頭表示等身體狀況穩定會嘗試尋找另一半，但目前對於感情則無心思再多想。

十、適應與壓力耐受型態：

平時工作遇到困難容易感到焦慮及壓力，除了會尋求同事幫忙外，不需藉由額外協助(如煙、酒、藥物)來幫助，詢問個案對於自己病情的接受度，表示會坦然面對，但是在住院費用上較感到擔憂，而且生病後會有很長一段時間無法再工作，也需要配合後續的化學及放射線治療，所以感到經濟壓力，平時主要支持者為哥哥及母親，雖然哥哥無同住於家中，仍會保持聯繫，住院期間約2天會看到哥哥來探視。

十一、價值與信念型態：

個案生活上的表現比較隨意，對於罹病威脅到生命，雖然剛開始感到震驚，但因還能夠手術治療，且手術後可自理，因此也漸漸的感到釋懷，覺得自己的人生還有很長的路。本身是虔誠的基督教徒，心情不佳時，會用禱告方式來調整心境，住院期間教會朋友也會探視，讓個案感到非常窩心。

護理問題確立

根據以上的護理評估後，分析個案主要的護理問題有四項：一、組織完整性受損/與胸腹部與空腸造瘻手術傷口有關；二、活動無耐力/與胸腹部傷口影響呼吸及活動時傷口疼痛有關；三、知識缺失/與出院管灌及傷口照護不了解有關；四、焦慮/擔心後續的出院自我照顧。

護理問題一：組織完整性受損/與胸腹部與空腸造瘻手術傷口有關(5/25~6/2)

主客觀資料	護理目標	護理措施	評估
主觀資料： 5/25我的傷口好多個，這個多久才會好。	1.5/30腹部及胸部傷口縫線周圍發紅情形無擴大。	1.每班檢視傷口，若有紗布滲濕超過外觀1/3面積，立即給予傷口換藥，維持傷口清潔乾燥。 2.每日記錄傷口的變化，使用電子產品將傷口變化情形拍照，存於護理資訊系統，以利描述傷口大小及周圍發紅範圍，並書寫於護理紀錄，讓三班同仁方便評估。 3.確實執行傷口無菌換藥技術，給予無菌治療巾覆蓋於腹部，以隔絕分泌物保持傷口及周圍皮膚乾淨。 4.協助會診營養師，根據評估結果，共同擬訂營養計畫，並衛教個案每日所需熱量至少2,000卡，建議出院後可用高纖管灌配方來灌食，以避免便秘情形。	1.5/30白班協助個案換藥時，檢視傷口縫線周圍發紅無擴大，且個案無紅腫疼痛情形。 2.6/1探視個案空腸造瘻管周圍無滲液及紅腫情形，醫師表示傷口已可拆線，且拆線後已給予美容膠覆蓋，美容膠可覆蓋至其自然脫落。

主客觀資料	護理目標	護理措施	評估
客觀資料： 1.5/25手術後傷口：(1)左頸斜切傷口美容膠覆蓋，乾燥無紅腫及滲液；(2)右側胸部斜切傷口鋼釘固定長約20cm，鋼釘周圍有輕微發紅情形；(3)腹部直切傷口縫線固定約15cm，縫線周圍皮膚有輕微發紅情形。 2.5/26左腹空腸造瘻管給予換藥時發現舊紗布有少量約10元硬幣大小消化液滲出。	2.6/2出院前傷口癒合并拆線。	5.與個案討論返家後的照護計劃及傷口照護事項，衛教每日仍需自行觀察傷口恢復情形，並注意有無發炎症狀，如紅腫熱痛、管路周圍有無滲液等。 6.提供專科諮詢電話，出院後若傷口及空腸造瘻管周圍有發炎症狀，可主動詢問，或就近至醫療院所求診。	3.6/16對個案進行出院後電訪得知傷口恢復情形良好，無發炎及感染症狀。

護理問題二：活動無耐力/與胸腹部傷口影響呼吸及活動時傷口疼痛有關(5/25~5/30)

主客觀資料	護理目標	護理措施	評估
主觀資料： 1.5/25我傷口很痛，沒有辦法活動。 2.5/26沒有用氧氣，我就會喘。 3.5/26一定要下來走路嗎？很不舒服，而且覺得很累。 客觀資料： 1.5/25個案使用誘發性深呼吸器只吸至500ml，即感到疲累。 2.5/26於病室協助下床活動後主訴呼吸喘，測量心跳99次/分，呼吸約為24-26次/分。 3.5/26下床活動時疼痛指數達到10分，活動5分鐘即要求休息。 4.5/26白班觀察到個案痰液可自咳，但無法一次即將痰液咳出，痰液呈白稀狀。 5.5/25~5/26觀察個案盥洗皆在床上簡易完成，無下床。	1.5/27個案在協助能步行下床至廁所盥洗。 2.5/29個案可自行下床活動至少10分鐘，每日兩次以上。	1.5/25教導束腹帶的使用方法，協助固定傷口及調整鬆緊度。 2.5/25開始採漸進式活動，5/25~5/26協助盥洗用具放於床上桌，讓個案自行刷牙、洗臉。 3.配合個案設計適合的活動計劃，每天視個案舒適狀況，執行上肢及下肢的關節運動，每次5-10分鐘休息2分鐘，漸進增加。 4.每次下床活動前須評估疼痛情形，視需要給予止痛藥物(Pethidine 50mg IVD、Tramadol 50mg IVD)，及按壓PCA，在可接受的疼痛強度時，下床活動。 5.活動時持續監測生命徵象變化及有無缺氧徵狀，若感不適或呼吸喘，則先停止活動，改善後再繼續。 6.當個案達成訂定的活動目標時，予以口頭鼓勵及支持。 7.教導深呼吸咳嗽方法，鼓勵加強練習誘發性深呼吸器，練習時每次需維持浮球升起約5秒，並注意容積指標，每小時至少練習十次，藉視覺回饋激勵病人。 8.個案使用誘發性深呼吸器，若容積量有進步時給予言語上鼓勵，若無進步則陪伴加強練習，觀察是否執行方式錯誤，給予適時矯正及提醒。 9.個案下床活動時給予言語上的鼓勵，但不給予協助，增加個案自我掌握的成就感。 10.教會朋友探視時，鼓勵一同陪個案下床活動至少10分鐘。	1.個案於5/26可坐於床邊並站於床緣踏步約10分鐘，5/27開始可於協助下走至廁所執行盥洗動作。 2.5/28個案可自行嘗試走出病室走廊活動約10分鐘，早晚各一次，活動時呼吸約為22次/分，休息可改善至18次/分，5/29主訴現在活動很順了，不覺得累，有時候感到傷口痛只是會冒一點汗，可以忍受。

護理問題三：知識缺失/與出院管灌及傷口照護不了解有關(5/25~6/2)

主客觀資料	護理目標	護理措施	評估
主觀資料： 1.5/26我身上傷口這麼多，回去一個人不會照顧。 2.5/27傷口這麼大一個人有辦法照顧嗎？ 3.5/30我的灌食管子一定要帶回去嗎？我不可以從嘴巴吃就好嗎？ 客觀資料： 1.5/25個案胸部、腹部傷口及空腸造瘻管存。 2.5/26開始由空腸造瘻管灌食葡萄糖水，5/27開始管灌飲食。 3.5/25會談發現個案於出院後需自行照顧傷口及執行灌食動作。	1.5/30個案能在家屬協助下完成傷口換藥技術。 2.5/30個案能使用重力引流袋自行完成管灌飲食。 3.6/1個案能說出傷口照護注意事項至少兩項。 4.6/1個案能說出空腸造瘻管照護及管灌飲食注意事項至少四項。	1.教導換藥方法，於白班換藥時邀請家屬一起參與換藥，給予鏡子輔助觀察傷口情形。 2.於指導下，讓家屬獨立完成換藥技術，並讓個案自行完成空腸造瘻管周圍傷口換藥。 3.衛教空腸造瘻管暫存必要性是為了後續營養補充及後續放化療所必須，並教導及確定個案能自行執行重力引流袋管灌的技巧及注意事項。 4.給予個案及家屬觀看「手術傷口換藥」及「管灌技巧」相關衛教影片，並提供「空腸造瘻灌食管留置患者之健康維護手冊」讓其帶回。 5.會診營養師，教導出院後管灌飲食製作及選擇灌食配方的注意事項。 6.協助安排個案、家屬和醫生共同討論返家後的照護計劃(腹部、胸部傷口及空腸造瘻管的照護)及未來的治療，讓個案坦然面對疾病，鼓勵提出問題並適當回應。 7.告知個案與家屬如有疑惑可至醫院或以電話詢問，提供專科諮詢聯絡方式。	1.5/31個案能在家屬陪同下自行完成空腸造瘻管傷口換藥，而家屬可獨立完成其餘傷口的換藥，且過程中能遵守無菌原則。 2.6/1個案能說出及了解出院後每日須觀察傷口癒合情形，若有發燒情形需回診，針對美容膠覆蓋之傷口可說出不需每日更換，且每日需注意周圍有無紅腫熱痛及分泌物流出。 3.個案能於5/31開始使用重力引流袋自行灌食，且過程中執行無誤，對於營養師給予的衛教口頭表示了解，能知道若空腸造瘻管滑出可嘗試將其推回至固定位置，若無法推入或阻塞需儘速就醫，且每日需注意管路周圍是否有滲漏及紅腫熱痛情形，且每餐只能灌食一罐管灌配方。 4.6/16電訪追蹤後續照護情形，個案表示在家中能自行完成每餐灌食，門診追蹤後現已能由口順利進食流質食物，能自己完成空腸造瘻管的傷口換藥，出院至今尚無滑脫及阻塞情形發生。

護理問題四：焦慮/擔心後續的出院自我照顧無法感到滿意(5/25~6/2)

主客觀資料	護理目標	護理措施	評估
主觀資料： 1.5/25現在開完刀了就好了吧，我不知道以後出院要做什么事，也不知道自己有沒有辦法照顧自己。 2.5/30出院以後大部份都我一個人而已，我媽媽年紀大，又不能幫我，我感到很擔心，如果可以一直有護士照顧就好了。	1.5/30個案能表達心中的感受與想法。	1.陪伴及運用傾聽技巧，與個案建立治療性人際關係，以產生信任感。 2.鼓勵表達情緒，並與個案討論生活起居、興趣及未來規劃等計畫。 3.提供空腸造瘻管疑難排除方法，如管路阻塞可先使用溫水或可樂使其暢通，若有管路滑出情形需先嘗試將管路放回原洞，若無法解決需就醫。 4.當表現出沮喪等負向情緒時，利用同理心以了解個案觀點，並適時的傾聽。	1.5/30個案口頭表示對於後續出院後的生活不再惶恐，自覺能夠克服困難，更有力量及勇氣去面對未來，且自己會更加努力。 2.6/1護理人員執行傷口換藥時，個案能主動提出疑問，並專注的觀看過程。

主客觀資料	護理目標	護理措施	評估
客觀資料： 1.5/25個案回答問題時皺眉且坐立難安。 2.5/26會談時，發現個案說話速度會逐漸加快且提高音調。 3.5/26給予早餐飯後藥物時，對答會有慢半拍且發呆情形。	2.6/1觀察到個案能自在的參與照護行為。	5.於每日下班後或利用上班時間，撥空與個案會談，引導說出心中感受。 6.儘量安排相同的護理人員照顧個案，並減少環境刺激。 7.鼓勵個案回想之前工作成就、家人互相關心及成功面對挫折的經驗，以增強自我價值及希望。 8.安排家人、重要朋友及教友探訪，讓個案感受家人的關心及重視。 9.介紹入院行術後化學治療的病友與個案分享生病歷程及心得，過程中護理人員陪同一起討論及解答個案疑問。 10.聯絡家屬帶聖經及十字架項鍊，置放於床邊，以讓個案能隨時翻閱及禱告。	3.出院前個案能口頭表示感謝護理人員及病友的分享，對於整體環境及照護期間感到滿意，並主訴對於返家後的照顧有把握可以勝任，若有疑問及困難會主動尋求協助。 4.6/16電訪追蹤後續個案情形，與個案會談，能感到其心情愉悅，且積極參與每週教會禮拜，門診追蹤時能主動與醫師討論自己的病況，有疑問時能得到諮詢。

討論及結論

本文描述照護一位行食道重建術的個案，運用自我效能來幫助個案有信心面對手術後恢復及居家健康照護的經驗。照護期間發現個案正值壯年期且單身，對於自己手術治療後的生活仍充滿希望，但在後續照護及術後輔助治療(化學及放射線治療)上的繁瑣是個案無預料到的，因此嚴重打擊自信心，所以依病情進展來擬定護理計畫，並依需求提供個別性措施，強調自我效能的提升，以達到出院後自我照顧的目的。護理期間以傾聽、接納態度鼓勵說出感受，並建立良好護病關係，針對後續治療有疑慮部份，協同醫師給予說明及諮詢，讓其能在手術後第10天順利出院，出院後二週電訪發現個案能順利執行教導的自我照護措施，並維持體重(約60~61公斤)及基本的營養，每日可灌食8罐高纖管灌

配方，熱量共2,000卡，傷口恢復情形良好，雖然無家人的強力支持及陪伴，但個案能在每週參與教會活動，並主動與朋友及牧師分享心裡的想法及生活上的壓力。

護理期間發現個案平時都獨自在病室，無人陪伴，但醫護人員工作繁忙，往往無足夠時間能夠陪伴他並深入了解其想法，且對於後續居家照護無法持續進行追蹤，此為無力之處，加上個案有虔誠的宗教信仰，但醫療系統內關於靈性及宗教部份的協助卻是較缺乏且須改進之處，這實為在護理過程中遇到的限制與困難。

在現今的護理環境中，除了盡自己所能來幫助病人，善用相關資源，更需加上醫療團隊的共同努力，讓病人能夠順利出院且有良好的自我照顧，加上宗教信仰對於個案的心理支持幫助很大，在其他的食道癌病人身上是比較少見的，

故希望藉由此篇護理經驗的分享，能讓護理同仁在照顧此類病人時，能運用自我效能來給予護理措施及關注到靈性方面的需求。

建議未來可製作食道重建之相關衛教光碟，針對在門診已確定需手術個案，運用門診衛教室執行手術前後護理指導，以改善手術前後認知落差，必可提高後續的護理效益及照護品質，以其達到完善的出院準備。

參考文獻

- 毛新春(2005)．宗教信仰對末期癌症病人的意義．*宗教與民俗醫療學報*，1，115-139。
- 行政院衛生署(2012，6月)．*衛生統計系列(一)死因統計*．取自http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=12336&class_no=440&level_no=4
- 李章銘、李元麒(2006)．食道癌．*台灣醫學*，10(4)，457-467。
- 李尹暘、林曉佩、林君怡(2007)．自我效能理論之分析與應用．*澄清醫護管理雜誌*，3(2)，46-52。
- 韋宇筠(2002)．病人自控式止痛法．*慈濟護理雜誌*，1(4)，21-26。
- 陳綱華、洪碩屏(2002)．運動訓練對慢性阻塞性肺部疾病病人改善活動耐力之成效．*慈濟護理雜誌*，1(2)，31-35。
- 陳鸞秀、賴佳鈴、邱芸貞、蔡育霖(2012)．成人呼吸窘迫症候群後肺纖維化患者的肺部復健．*呼吸治療*，11(2)，71。
- 楊美蓉(2002)．誘發性深呼吸器於手術病人之運用．*榮總護理*，19(1)，45-52。
- Baalen, C. V. (2009). Pre- and postoperative management of patients with oesophageal cancer. *Gastrointestinal Nursing*, 7(7), 26-32.
- Boyd, A. D., Brown, D., Henrickson, C., Hampton, J., Zhu, B., Almani, F.,...Riba, M. (2012). Screening for depression, sleep-related disturbances, and anxiety in patients with adenocarcinoma of the pancreas: A preliminary study. *The Scientific World Journal*. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1100/2012/650707>
- Kreitler, S., Peleg, D., & Ehrenfeld, M. (2007). Stress, self-efficacy and quality of life in cancer patients. *Psycho-Oncology*, 16, 329-341.
- Missel, M., & Birkelund, R. (2011). Living with incurable oesophageal cancer. A phenomenological hermeneutical interpretation of patient stories. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(4), 296-301.
- Moxon, R. (2011). Oesophageal cancer: Symptoms, treatment and nursing role. *Nursing Standard*, 25(32), 50-56.
- Scarpa, R. (2009). Surgical management of head and neck carcinoma. *Seminars in Oncology Nursing*, 25(3), 172-182.
- Schuchert, M. J., Luketich, J. D., & Landreneau, R. J. (2010). Management of esophageal cancer. *Current Problems in Surgery*, 47(11), 845-946.

A Nursing Experience of Applying Self-efficacy on Esophageal Carcinoma Patient admitted for Reconstruction

Kuei-Ling Chen, Su-Lan Liu*

ABSTRACT

This article describes the nursing experience of a 39-year-old single male who was diagnosed with esophageal carcinoma and was admitted for reconstruction. Between May 25th and June 2nd, 2012, by applying Gordon's eleven functional health patterns assessment as a theoretical framework, we had discovered that the patient was restless and doubtful regarding postoperative conditions. Data were collected through observation, listening, and interviews, and the following health issues were identified: Impaired tissue integrity, activity intolerance, lack of self-care knowledge and anxiety. By enhancing self-efficacy via postoperative care as well as verbal and physical support, the patient grew confident in facing self-care issues after discharge. We were able to provide timely encouragement with the available religious support and resources and continued follow-up after the patient was discharged. The author would like to share the experience with other colleagues for clinical reference. (Tzu Chi Nursing Journal, 2014; 13:4, 111-120)

Keywords: esophageal reconstruction, lack of self-care knowledge, self-efficacy

RN, Taichung Veterans General Hospital; Head Nurse, Taichung Veterans General Hospital*

Accepted: March 21, 2014

Address correspondence to: Su-Lan Liu No.1650, Sec. 4, Taiwan Blvd., Xitun Dist., Taichung City 407, Taiwan

Tel: 886-3-8572158 #314; E-mail: pigmay_nurse@yahoo.com.tw