

協助初次使用呼吸器個案面對 脫離呼吸器過程之護理經驗

莊雅淇

中文摘要

本篇敘述一位個案因急性心肌梗塞合併呼吸衰竭而初次使用呼吸器和人工氣道，其因無法脫離呼吸器活動受限長達60天無法下床，身心倍受壓力與煎熬。筆者以Gordon十一項功能性健康型態為評估架構，確立健康問題有1.自主換氣失能、2.無力感、3.焦慮等。護理過程，除協助個案緩解生理不適外，運用傾聽、同理心引導個案表達其自我感受與其所承受心理、社會方面之壓力，並建立有效的支持系統。護理過程中提供疾病資訊並鼓勵病患家屬參與，使其感受到被愛與被需要。各種支持、安慰能幫助病患適應及面對病情、肯定自我存在價值、並能降低無力感與焦慮。最後，個案重拾信心使負向情緒得以改善，亦成功的脫離呼吸器。(志為護理，2017; 16:4, 87-96)

關鍵詞：呼吸器脫離、無力感、焦慮

前言

長期的呼吸器依賴對病患及其家屬心理、生理及精神上和經濟上的壓力，皆是沉重的負擔(陳、鄭、林，2008；衛生福利部，2012)。脫離呼吸器過程中，病患常因生命徵象不穩定而反覆中斷呼吸器脫離訓練，過去累積的失落、

受挫及疾病所導致的焦慮，使個案對脫離呼吸器過程無法預測，而產生無力感、焦慮情緒(黃、蕭，2008；Miller, 2000)，負向情緒將阻礙病患脫離呼吸器的機率(黃、蕭，2008；張，2006；葉、馬，2002)。故協助病患面對負向情緒並處理相關之身心衝擊，依個別性介入合適的護理措施是非常重要的。本

臺中科技大學臨床實習指導教師

接受刊載：2016年12月9日

通訊作者地址：莊雅淇 臺中市三民路一段193號

電話：886-4-2219-5883 電子信箱：e916074@gmail.com

個案因急性心肌梗塞合併呼吸衰竭而初次使用呼吸器，在長時間的呼吸器脫離訓練及累積了多次失敗經驗而出現無力感、焦慮等負向情緒，也因此引發筆者探討此個案之護理問題。期許能藉由提供病患整體性、個別性的照護，增加正向自我概念、改善無力感、焦慮，並透過醫療團隊協助病患成功脫離呼吸器，提升生活品質。

文獻查證

一、急性心肌梗塞合併呼吸衰竭之概述與護理

急性心肌梗塞性導致心肌細胞缺氧、損傷而造成不可逆的損害，使心臟收縮率下降而導致低輸出量及組織細胞缺氧等(White & Chew, 2008)。左心功能不良，可能造成肺水腫，導致氣體交換障礙而造成呼吸衰竭，嚴重導致昏迷或休克(Bendjelid et al., 2005)。護理應著重於：(一)維持足夠氣體交換：評估呼吸型態、呼吸輔助肌的使用，監測血液值的變化。教導腹部呼吸法配合上肢運動，以增加吸氣容積而改善肺功能。(二)促進有效的呼吸道清除：抽痰、背部扣擊或姿位引流，促進痰液排出。(三)放置氣管內管時，採無菌技術抽痰，口腔護理更換並確認氣管內管固定的位置，氣囊壓力維持在20-25 mmHg(鄭、古、馬，2010；Feider & Mitchell, 2009)。(四)使用利尿劑協助治療時，密切記錄每日輸出入量(Quinn, 2007)，作為醫療處置之參考。

二、呼吸器脫離之護理

呼吸器脫離過程須協助控制或解決誘發呼吸功能障礙之病因。(一)生理方面：護理人員應1. 排除造成呼吸負荷量增加之因素：控制感染、疼痛或教導咳嗽技巧促進痰液清除。2. 維持適當的氣體交換及適當的氧合度(張，2006；黃、蕭，2008)。3. 維持或促使呼吸輔助肌有足夠能力：監控營養、體重與體液電解質、協助適當的復健運動，如(1)上肢運動：擴胸運動、負重運動及床上腳踏車等，促進呼吸肌及上臂肌的強度及耐力。(2)下肢運動：負重抬腿、下床坐輪椅等，增加活動肌耐力(廖、邱、簡、蔡，2013)。但應視病患耐受力調整運動的頻率及強度，以免病患因過度要求卻無法做到而造成無力感的感生。

(二)心理社會方面：脫離呼吸器過程中無力感、焦慮等負面情緒經常隨之產生(黃、周、羅，2009；葉、馬，2002；Miller, 2000)；焦慮則會刺激人類自主神經興奮，可能造成病患呼吸功增加、能量耗損而導致呼吸困難，進而影響呼吸器之脫離結果(陳、林、翁、李，2010，黃、蕭，2008)。針對無力感及焦慮的護理措施應：(一)監測生命徵象、營養及檢驗值。(二)資訊性支持：提供疾病相關資訊，以增加對疾病的控制力。(三)溝通協調性支持：鼓勵重要家屬的陪伴，減緩負向思維等(葉、馬，2002；Miller, 2000)。(四)情緒支持：運用賦權概念，如：提供傾聽、引導正向思考，以增強自我能力等(李、張，2004)。並提供與護理問題有關之護理措施，降低無力感及焦慮進而緩解病患的壓力，促進病患脫離呼

吸器之機會 (黃、蕭，2008；葉、馬，2002；Miller, 2000)。

護理過程

一、個案簡介

(一)基本資料：劉女士，67歲，已婚。小學，國、臺語為主。無宗教信仰。育有兩子，目前與小兒子同住。退休前從事美髮業，住院期間經濟來源為小兒子。

(二)過去病史：個案20多年高血壓、糖尿病，以口服藥規則控制。101年因急性腎衰竭、高血鉀，故住院治療約一個月之後短期腎臟透後，改口服藥控制相關疾病。

(三)就醫過程：個案此次因昏厥於2013年5月16日入院，主要診斷為非S-T波上升型心肌梗塞合併呼吸衰竭。同日呼吸喘、血氧低放置氣管內管使用呼吸器。5月22日行心導管手術於右冠狀動脈及左迴旋支狹窄處放置支架。6月14日因無法脫離呼吸器而於轉入呼吸照護中心。呼吸脫離訓練過程分別於6月20、24、28日心跳快、呼吸喘；7月4日呼吸喘、肺水腫，而中斷呼吸訓練。7月15日拔除氣管內管並成功脫離呼吸器。7月22日轉出病房照護，追蹤至8月6日出院返家。

(四)護理評估：護理個案期間為2013年7月4日至2013年7月22日。筆者以觀察、手勢、筆談等方式溝通，依照Gordon十一項功能性健康型態評估技巧收集資料。

1. 健康認知和健康處理型態

個案自覺住院前身體狀況可。生病就

診西醫為主，會遵從醫生指示用藥。無抽煙、喝酒等不良習慣。無特殊家族病史。護理期間：7月4日觀察個案表情失落，會不時拍打床欄，與人互動冷漠。與個案筆談「唉，我怎麼還沒辦法拔管？」並做出雙手翻掌、表示無奈的手勢。會客時，家屬兒子「連這次已經是第四次呼吸訓練失敗了，早上看她心情就不好。」

2. 營養—代謝問題

住院前體重：54.7kg。一天3餐。不挑食，食慾尚可。無藥物及食物過敏。住院期間身高：155cm，體重：53.4-55.1kg，BMI:22.2，7月8日prealbumin: 25.6mg/dl，K:6.7mEq/L，Hb:7.1g/dl。以鼻胃管灌食，醫囑採低鉀、高渣及糖尿病限水飲食。一天6餐，共1,600大卡，一天液體攝取約1,500ml，反抽消化情形佳，皮膚無破損，四肢水腫2+，口腔黏膜無破損。水腫及電解質不平衡，遵醫囑利尿劑使用及血液星期一、三、五血液透析，每星期一注射紅血球生成素，醫療處置後四肢水腫及電解質不平衡可獲得控制。

3. 排泄型態

住院前每2天排便一次，自解尿約7-8次/天。住院期間，無自解尿：星期一三五血液透析，每次約脫水2-3公斤，平均約3天解便一次，必要時予ducolax塞劑使用。

4. 活動—運動型態

無規律運動習慣，ADL可自理。住院期間四肢肌肉張力3-4分協助翻身，日常生活大部分須從旁協助，如：沐浴、灌食。7月4日個案「以手勢表示很

喘」。觀察個案T-Piece 5L/min使用，呼吸費力。端坐呼吸，使用呼吸輔助肌，呼吸音呈濕囉音，呼吸次數28~33次/分，呼吸道有分泌物，量多，呈粉紅色水漾狀。SpO₂: 85% ~ 88%; HR: 120~125次/分、BP: 101/60mmHg; ABG Data: pH7.30、PaCO₂: 53.7mmHg, PaO₂: 57.3mmHg, HCO₃⁻: 29.7meq/L，胸部X光為肺水腫。呼吸音減弱，雙下肺葉呈濕囉音，叩診為濁音，予痰液抽取時，可將痰液咳至氣管內管。7月15日拔氣管內管後，呼吸音呈喘鳴音，痰多，無效性咳嗽。

5. 睡眠—休息型態

住院前每日睡5-6小時。住院期間表不習慣環境無法充分休息。遵醫囑睡前ALPrazolam 1tab 1顆，藥物使用及減少不必要之治療後，7月4日主訴睡眠品質有改善。

6. 認知與感受型態

視力、聽力、理解能力及記憶力正常。7月4日主訴放置氣管內管有疼痛。遵醫囑每6小時止痛劑使用後，疼痛指數：0~1分。7月4日病患以手指著咽喉部並表示不舒服有異物感，寫下「想拔管，但是醫生又說不行了。」觀察情緒失落。

7. 自我感受—自我概念型態

個案表自己很隨和，能接受自己的外觀。情緒低落時會把想法告訴兒子及孫女。7月5日個案寫下「我以為我可以拔管子了，什麼時候才可以拔」、「管子不能拔掉，我就不能回家了吧?」、「覺得很煩、很痛苦」。7月14日醫師告知呼吸訓練狀況穩定，預計明天將完

全脫離呼吸器並拔除氣管內管後，個案不斷筆述「我好像胸口悶悶的，我會不會不能拔管?」、「拔管之後會不會怎麼樣?」。7月15日拔除氣管內管後，觀察個案表情緊張。「好像有點喘喘，是不是又要被插管子?」、「我這樣呼吸對嗎?」、「我很怕管子再插回去。」。

8. 角色—關係形態

角色分別為女性、母親、祖母，三者無角色衝突，平常與二兒子住，感情和睦。會客時與家屬兒子及孫女互動良好。

9. 性—生殖型態

個案表示已丈夫過世，已很久無性生活。目前育有兩子。生殖器外觀正常，無異常分泌物或不適感，已停經。

10. 因應—壓力耐受型態

個案面臨壓力兒子是協助面對壓力的最大幫助者。健康狀況改變時，能自己決定就醫治療。此次住院，覺得自己的病好像很嚴重，害怕氣管內管無法拔除。而拔除氣管內管後，對是否會再被放置氣管內管而顯得焦慮不安。

11. 價值—信念模式

個案自己個性樂觀。住院期間最希望能快回家，不要住院了。認為人生中最重要的是健康。並無特定宗教信仰。

確立問題與護理計畫

經護理評估後，確立個案有：1.自主換氣失能、2.無力感、3.焦慮的護理問題，詳細護理過程詳述如下：

護理問題一：自主換氣失能 / 與肺泡血管膜改變、血液濃度電解質不平衡有關

| | |
|----------------------------|--|
| 主 ／ 客 觀 資 料 | S1: 7/4個案「以手勢表示很喘」。 O1: 7/4T-Piece 5L/min使用，呼吸費力，端坐呼吸。使用呼吸輔助肌，呼吸音呈濕囉音。呼吸次數28~33次／分，呼吸道有分泌物，量多，呈粉紅色水樣狀。SpO ₂ : 85% ~ 88%，HR: 120~125次／分、BP: 101/60mmHg，ABG Data: pH7.30、PaCO ₂ : 53.7mmHg、PaO ₂ : 57.3mmHg、HCO ₃ ⁻ : 29.7meq/L，胸部X光呈肺水腫情形。聽診二側呼吸音減弱，且雙下肺葉呈濕囉音 |
| 護 理 目 標 | 1.7/5個案能規律使用呼吸肌肉，能維持適當換氣，不會呼吸困難，血中氧氣濃度至少95%以上，動脈血液分析在正常範圍。 2.轉出呼吸照護中心前，個案脫離呼吸器後可有效自行咳痰，動脈血液分析在正常範圍。 |
| 護 理 措 施 | 1.7/4通知呼吸治療師予PCV/AC Mode PC: 18、PEEP: 5、RR: 12、I/T: 0.9、FIO ₂ :40%，維持足夠氣體交換，密切評估生命徵象。 2.增加氣體交換以減少二氧化碳滯留，如：教導腹部肌肉呼吸，以鼻吸氣再慢慢延長吐氣，呼氣時間至少為吐氣兩倍；每兩小時翻身、抬高床頭30度以上。 3.與復健師及呼吸治療師討論心肺復健運動。1.每天上午於會客時，由復健師及家屬陪同進行床上手用腳踏車(肺復原)，每次10-15分。2.教導上肢運動—擴胸運動：每天下午會客則改以用寶特瓶裝水，運動頻率依病患狀況增減，並協助病患記錄每次運動執行成果。 4.依醫囑給予支氣管擴張劑及祛痰劑，聽診呼吸音，予背部扣擊及姿位引流，促進痰液排出。 5.每天口腔護理並更換氣管內管固定的位置，氣囊壓力維持20-25mmHg。 6.密切記錄每日攝取量及排出量。遵醫囑予利尿劑，並於每週一、三、五監測血液透析的脫水量。 |
| 護 理 評 值 | 7/5正壓呼吸器(PCV/AC Mode)Fio ₂ :30%，血氧濃度99-100%，ABG Data: pH7.38、PaCO ₂ : 37mmHg、PaO ₂ : 99mmHg、HCO ₃ ⁻ : 22.2meq/L，呼吸20-22次／分，完全平躺，並表示無不適情形。 7/11個案PCV/AC Mode 改為SIMV+PSV Mode PS:16 cmH ₂ O。7/12 PS:14cmH ₂ O，7/13 PS:10 cmH ₂ O，胸部X光結果：肺水腫已改善。 7/15完全呼吸器脫離並拔除氣管內管，出現stridor(喘鳴)及無法執行有效咳嗽，給予類固醇及支氣管擴張劑蒸氣吸入治療後，stridor(喘鳴)已改善，並給予有效性咳嗽之護理指導。7/16可有效咳嗽將痰液排除，痰白稀量中。追蹤ABG Data：pH7.36、PaCO ₂ : 38mmHg、PaO ₂ : 98mmHg、HCO ₃ ⁻ : 22.8meq/L。 |

護理問題二：無力感 / 與多次無法順利脫離呼吸器及拔除氣管內管表示挫折感

| | |
|--------|--|
| 主／客觀資料 | <p>S1:7/4「怎麼還沒辦法拔！」。7/4家屬「連這次已經是第四次呼吸訓練失敗了。早上看她心情就不好。」7/5「我以為我可以拔管子了，什麼時候才可以拔？」、「管子不能拔掉，我就不能回家了吧？」、「覺得很煩、很痛苦。」。</p> <p>O1:過去6/12、6/20、6/24、6/28因心跳快、呼吸喘中斷呼吸訓練。7/4呼吸喘、肺水腫，由T-PIECE改回PCVAC MODE。</p> <p>O2:7/4個案表情失落，會不時拍打床欄，眼神放空與人互動冷漠。對談時做出雙手翻掌表示無奈的手勢。</p> |
| 護理目標 | <p>7/6個案能表達無法脫離呼吸器導致生理、生活改變及心理感受。</p> <p>7/11個案能主訴心情變好，願意面對呼吸器脫離過程之生活改變，並共同執行呼吸器脫離之計畫。</p> |
| 護理措施 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 予以肢體接觸表達關懷，如：身體按摩，建立護病之信任感。以開放式會談，引導個案表達內心感受，並協助準備紙筆，鼓勵個案以紙筆表達感受及對於自己罹病住院的看法。 2. 傾聽、同理個案的需求，如對呼吸器脫離過程有相關疑問，立即給予說明，如：7/5請主治醫師或呼吸治療師對當下呼吸訓練階段進行說明，讓個案了解呼吸脫離訓練方向，降低心中不安、焦慮發生。 3. 每日針對呼吸訓練狀況定時指出進展階段，如：呼吸器使用模式、壓力之使用，目前呼吸型態、血氧改善，咳痰進步等，使了解自我狀態進步或改變，以灌注希望信念，但不給予過度保證。 4. 向家屬說明心理支持之重要性。如：鼓勵與二兒子及孫女多鼓勵與陪伴個案，降低住院期間負向情緒產生，協助個案確認自己所擁有的支持系統，感到被愛與關注。 5. 7/8偕同醫療團隊，於床邊和個案及家屬討論呼吸器脫離之過程，並討論未來治療計畫，如訂定心肺功能復建項目，每週檢驗血液值、輸出入量做飲食調整，每日記錄呼吸器脫離指數並調整呼吸器模式等，讓個案及家屬得共同面對疾病的發生，陪伴個案克服困難，建立自我信心。 6. 以桌曆記錄每日執行心肺復健運動(上肢運動：擴胸運動、上肢腳踏車)之進展。多給予鼓勵，將個案進步告知個案，增加其生活動機。但說明評估個案身體狀況調整，預防個案求好心切執行超過體力的運動，而產生疲倦導致無力感產生。 7. 安排於會客時間執行心肺運動，鼓勵家屬陪伴及協助個案執行復健運動，並給予雙方支持及鼓勵。 |
| 護理評估 | <p>7/5個案筆談表示「這次喘不過氣很可怕，插這個管子也不舒服，現在用呼吸器就一直不能回家，很擔心會讓兒子很辛苦。自己會再繼續努力訓練，希望可以趕快回家。」</p> <p>7/8會客時，個案能面露愉悅與家屬一起進行復健運動，已無出現冷漠及憤怒之情緒。7/15病患順利脫離呼吸器並拔除氣管內管。7/22順利轉出病房。電聯病房追蹤8/6已出院返家。</p> |

護理問題三：焦慮 / 與心理壓力、對身體缺乏控制感有關

| | |
|--------|---|
| 主／客觀資料 | <p>O1:7/14個案得知7/15預計再嘗試拔管後，其表情緊張、出現不安情緒，表示擔心會再次中斷呼吸器脫離訓練而無法拔除。</p> <p>O2:7/15拔管後，聽診呼吸音有stridor(喘鳴)：痰多。</p> <p>S1:7/15進行完全脫離呼吸器並拔除氣管內管之前，個案不斷筆述「我好像胸口悶悶的，我會不會不能拔管？」「拔管之後會不會怎麼樣？」</p> <p>S2: 7/15拔管後，表情緊張「好像有點喘喘，是不是又要被插管子？」、「我這樣呼吸對嗎？」、「我很怕管子再插回去。」</p> |
| 護理目標 | <p>1.7/16個案能說出焦慮來源，並說出其感受。</p> <p>2.轉出呼吸照護中心前，個案及家屬能說出出現呼吸困難的原因、症狀至少兩項、執行改善方法至少兩項，及焦慮已減輕。</p> |
| 護理措施 | <ol style="list-style-type: none"> 1.了解個案產生焦慮的原因，鼓勵個案表達心中感受並接受情緒反應。 2.7/15請醫師說明因長期插管可能出現喉頭水腫而出現呼吸困難，可先給藥物使用改善水腫以降低呼吸困難，若未改善出現呼吸喘、費力呼吸、血中氧氣濃度降低等則才需再考慮使用呼吸器、及評估使用氣管內管之需要。 3.翻身時，關懷個案，說明目前呼吸型態、生命徵象及血中氧氣濃度，讓個案可以掌控自我目前狀況，減少不安情緒。 4.依醫囑給予支氣管擴張劑、類固醇蒸氣吸入使用。指導有效性咳嗽，如：練習噁嘴呼吸法且在咳嗽時，可用枕頭頂住腹部，可避免腹壓急速上升。 5.教導個案及家屬如何監測心跳、呼吸型態，在日後轉出呼吸照護中心後，仍可密切注意身體狀況變化。 6.教導家屬出院後針對個案增加心肺功能之活動，翻身、漸進式下床：坐床緣或坐輪椅每天至少30分鐘→床邊站立→扶床緣來回走動。 7.護理指導：本次使用呼吸器主要因素為心臟疾病引起呼吸衰竭，故教導心臟衰竭除定時定量服用藥物外，執行心肺功能復健運動相當重要，建議返家後仍續規律運動、限制鹽分及水分攝取，勿暴飲暴食，需定時回診，給予諮詢電話。 |
| 護理評值 | <p>7/15給予類固醇及支氣管擴張劑蒸氣吸入治療後，stridor(喘鳴)已改善。個案表示「早上管子拔起來時，覺得有吸不到氣的感覺，很怕又要馬上插管子。現在已經不會了。可是還是會擔心又喘起來，怕又會被插管子。」評估個案對於可能再次使用氣管內管及呼吸器仍會擔心，故請醫師再次向個案說明呼吸困難之原因及改善方法，並解釋再插管及使用呼吸器的症狀。</p> <p>7/17個案能說出當呼吸淺快、呼吸費力或胸悶等需要告知醫護人員。且個案可正確執行噁嘴呼吸法及能有效咳痰。於會客時間能由家屬協助下自行翻身、上下床坐輪椅，過程無呼吸喘、心悸等不適，表情平穩無緊張不安。</p> <p>7/22轉出時，個案表示會觀察自己呼吸的狀況，回家會持續做運動，希望可以再走去市場買菜，表情愉悅，焦慮情緒已明顯改善。</p> |

討論與結論

個案使用呼吸器放置氣管內管時，無法言語且受呼吸器管路牽制只能受限於病床上活動，不僅在生活型態面臨極大轉變，更要擔心長期插管可能導致合併症的威脅與對家庭經濟造成的負擔。個案在生理、心理方面是處於恐懼且無奈的。護理過程發現個案因疾病變化，面臨多次脫離呼吸器失敗，而產生無力感問題，而當可脫離呼吸器及拔除氣管內管時，內心則是十分緊張的，而在拔除氣管內管後，擔心再次插管及使用呼吸器的心理壓力，更是導致焦慮不安主因。

因此，脫離呼吸器前後護理人員需評估病患生理與心理準備度，以增加病患脫離呼吸器的成功率。照護過程，除先解決因疾病導致之呼吸喘、痰多等阻礙自主氣體交換功能等問題以滿足生理需求外，運用傾聽、同理心、建立有效性的支持系統，以鼓勵正負向情緒表達，提升自我照護及增進家庭相互支援力、減輕心理壓力，並納入家屬參與照護計劃，使病患得以改善因身體功能障礙而引發的心理問題(如無力感、焦慮)，將可提高成功脫離呼吸器之機率。

護理的限制與困難：個案放置氣管內管是一種不舒服的感受，呼吸訓練過程無法移除，但個案表示口腔護理及適當的固定管路，避免管路拉扯，可以有效減少不適感。故建議應落實氣管內管之口腔護理並加強固定管路，避免管路拉扯或滑脫，增加舒適感及減少併發症亦可保護病患安全。另外，筆者亦建議在

呼吸器訓練過程中應將病患家屬納入共同照護計畫者，訓練家屬返家後亦能持續協助照護、監測病患健康問題，並給予醫院諮詢專線提供照護諮詢管道，以確保病患出院後仍可獲得適當照護。這相信對病患病況及疾病進展的控制有很大幫助，將可降低病患短期再入院的機會。期盼本文能提供護理同仁對面臨呼吸器脫離過程之個案照護的參考。

參考文獻

- 李怡娟、張麗春(2004)·賦權概念分析·*護理雜誌*，51(2)，84-90。doi:10.6224/JN.51.2.84
- 張美玉(2006)·成功脫離機械式換氣之概念分析·*護理雜誌*，53(5)，69-75。doi:10.6224/JN.53.5.69
- 陳玉如、林晏如、翁敏雪、李靜怡(2010)·臺灣呼吸器使用患者之心生理因子與呼吸器脫離之相關性·*臺灣醫學*，14(1)，1-8。doi:10.6320/FJM.2010.14(1).01
- 陳慧秦、鄭文輝、林孟志(2008)·由家屬的角度探討長期呼吸器依賴患者的照護問題·*呼吸治療*，7(2)，1-19。doi:10.6269/JRT.2008.7.2.01
- 黃碧華、蕭雅莉(2008)·一位心因性肺水腫併發呼吸衰竭患者脫離呼吸器之護理經驗·*高雄護理雜誌*，25(1)，48-60。
- 黃玉雲、周汎濤、羅良月(2009)·一位無力感之腦中風患者的護理經驗·*志為護理-慈濟護理雜誌*，8(1)，113-120。
- 葉月珍、馬素華(2002)·無力感之概念分析·*長庚護理*，13(2)，146-151。
- 鄭婉如、古雅如、馬瑞菊(2010)·一位呼吸衰竭插管病患急性疼痛之護理經驗·*領導護理*，11(3)，46-59。
- 衛生福利部(2012年11月)·臺灣呼吸器長期使用概況·取自<http://www.mohw.gov.tw/>

MOHW_Upload/dmc_history/p51.html

廖敏季、邱靜娥、簡榮彥、蔡志欣(2013)·復健運用於長期呼吸器依賴病人之成效·*臺灣醫學*，17(5),468-475。doi:10.6320/FJM.2013.17(5).02

Bendjelid, K., Schütz, N., Suter, P. M., Fournier, G., Jacques, D., Fareh, S., & Romand, J.-A. (2005). Does continuous positive airway pressure by face mask improve patients with acute cardiogenic pulmonary edema due to left ventricular diastolic dysfunction? *CHEST Journal*, 127(3), 1053-1058. doi:10.1378/chest.127.3.1053

Feider, L. L., & Mitchell, P. (2009). Validity and reliability of an oral care practice survey for

the orally intubated adult critically ill patient. *Nursing Research*, 58(5), 374-377. doi:10.1097/NNR.0b013e3181b4b3d1

Miller, J. F. (2000). Patient power resource. In J. F. Miller (ed), *Coping with chronic illness: Overcoming powerlessness* (PP. 3-19), Philadelphia: F. A. Davis.

Quinn, B. (2007). Pharmacological treatment of heart failure. *Critical Care Nursing Quarterly*, 30(4), 299-306. doi :10.1097/01.CNQ.0000290363.57677.98

White, H. D., & Chew, D. P. (2008). Acute myocardial infarction. *Lancet*, 372(9638), 570-584. doi:10.1016/S0140-6736(08)61237-4

靜
思
語

對父母盡孝，是人生最大的福氣。

~ 證嚴法師靜思語 ~

To be filial is in fact
the most rewarding thing in life.

~ Master Cheng Yen ~



A Nursing Experience of Assisting a Patient Weaning from Ventilator

Ya-Chi Chuang

ABSTRACT

The research presented a female patient with acute myocardial infarction complicated with respiratory failure and requiring an artificial airway and ventilator assistance for the first time. The ventilator-dependent patient remained bedridden up to 60 days, which resulted in tremendous physical and mental stress and torment. Using Gordon 11-item Functional Health Pattern Assessment, the author identified the patient's clinical problems: inability to sustain spontaneous ventilation, powerlessness, and anxiety. During the nursing process, in addition to assisting the patient to alleviate physical discomfort, the author also employed listening and empathy to encourage the patient to express personal emotions as well as psychological and social stress, and then to build an effective support system; the author also provided information on the disease and facilitated family participation, which allowed the patient to feel loved and needed. Any form of support and solace could help the patient to face and cope with the disease, recognize self-worth, and reduce powerlessness and anxiety.

The patient eventually regained confidence, improved the negative emotions, and was successfully weaned from ventilator. (Tzu Chi Nursing Journal, 2017; 16:4, 87-96)

Keywords: anxiety, powerlessness, ventilator weaning

Clinical Nursing Teacher, National Taichung University of Science and Technology

Accepted: December 9, 2016

Address correspondence to: Ya-Chi Chuang No. 193, Sec. 1, San-Min Rd., Taichung, Taiwan

Tel: 886-4-2219-5883 ; E-mail: e916074@gmail.com