

協助一位初次罹患直腸癌病人 學習自我照護腸造廔口之 護理經驗

蔡月芬、許淑瑜*、楊雨欣**

中文摘要

本文描述一位中年男性初次罹患直腸癌，接受腫瘤切除及腸造廔口成形術學習自我照護腸造廔口之經驗。護理期間為2017年4月21日至4月23日，運用生理、心理、社會、靈性評估模式進行整體性資料收集與分析，確立問題有知識缺失、情境性低自尊、潛在危險性感染。透過文獻探討，衛教手術後預防感染知識與飲食攝取；分享成功案例引導正向自我肯定，使個案接受罹病事實，激勵照護腸造口學習動機。配合個案使用智慧型手機習慣，創新以手機錄製更換造廔口之影片與回覆示教方式，讓其學會照護知識與技巧，達最終自我照護目標。(志為護理，2019; 18:6, 122-132)

關鍵詞：直腸癌、造廔口、知識缺失

前言

惡性腫瘤長期高居台灣十大死因之首，根據衛生福利部2016年資料顯示直結腸癌在死亡原因排名第三位，死亡人數為5,722人，死亡率為每十萬人口就有24.3人(衛福部統計處，2017)。由於國人飲食習態改變，食物偏重精緻與燒

烤，加上過度使用沾醬等，致使直結腸癌罹患率攀升及罹病年齡逐年下降趨勢，可見直結腸癌對健康及生命所造成的威脅不容忽視。當腫瘤過大侵犯鄰近器官，接受手術切除與腸造廔口成形手術，是必要施予的醫療處置(楊、林，2016)。此時病人會歷經生、心理、社會的衝擊。病人初確診為直結腸癌擔憂能

衛福部屏東醫院護理長、臺中榮民總醫院埔里分院護理師*、中國醫藥學院台南附設安南醫院護理師**

接受刊載：2019年3月25日

通訊作者地址：許淑瑜 屏東市自由路270號

電話：886-9-8917-6622 電子信箱：mignon0202@gmail.com

否勝任照護腸造廔口及接受罹病事實，繼而出現照護知識缺失與低自尊之相關問題(鄒，2013)，由於個案正值中壯年期，學習力強且具經濟生產力，若能幫助個案學會自我照護能力，增加正向自我存在價值感與重新適應新的生活，故引發筆者探討之動機，期望提昇護理的專業獨特性功能，透過衛生教育等介入措施，結合病人、家屬及社會支持，促使個案學會自我照護技巧，回歸日常生活。

文獻查證

一、直腸癌治療概述與手術後照護

直腸癌多來自大腸的息肉病變，病變細胞屬腺瘤居多，約50%出現在直腸結腸處，20%~30%出現在乙狀結腸及降結腸處。發生原因不明，但可能與家族罹病史及油脂攝取過多、飲食不良習慣有關。病人會因出現排便型態改變、腹痛、腹脹或出血等情形來求診(林、巫，2017)。臨床檢查可藉由指診、大便潛血反應、電腦斷層、核磁共振、肛門鏡或大腸鏡等，確立腫瘤部位、大小或有無淋巴轉移，來決定手術方式，常見手術方式為傳統剖腹與腹腔鏡手術(Macrae, 2017)，如：右半結腸、左半結腸切除、直腸低前位切除術、會陰部聯合切除術、哈特曼術式等，術後為使腸道修復及利排泄物排放，而施予糞便通路改造而放置短暫或永久性腸造廔口。臨床常見腹部手術後因傷口及引流管、鼻胃管、導尿管、中心靜脈導管等管路留置(吳、黃、謝、蔡，2012)，易導致潛藏感染的機率，故臨床施行腸道手術，因

預期傷口感染機率高，常投予預防性頭孢子類抗生素使用；然而，臨床照護需監測生命徵象與定期追蹤血液感染檢驗，更應確實遵守無菌技術換藥、依照規範執行管路照護，維持導尿管密閉性與尿袋放置低於膀胱處，並每班確實執行導尿管護理。除此，衛教病人及照顧者注意日常衛生，並落實手部衛生，加強指導預防傷口、存留導尿管引起之泌尿道感染相關知識與照護，藉由飲食攝取增加維生素C、蛋白質類等食物，增加抵抗力亦相對重要(吳等，2012；楊、吳，2017)。

二、腸造廔口之照護

腸造廔口手術是將部分腸組織取出露於腹壁外，主要目的代替正常排泄物之途徑，糞便排泄過程無法自主控制，故手術前須先進行溝通與說明，使病人了解並接受手術治療；為讓病人盡早適應不同排便型態，對於腸造廔口照護技巧及知識指導，需先進行評估病人知識背景、學習意願與主要照顧者等資料盡早予以說明(Li, Rew, & Hwang, 2012)，並利用腸造廔口衛教單張、照護模組、自製影片或網路擷取圖片增加真實感，予分別說明腸造廔口照護內容，如：(一)教導準備用物，如：腸造廔口底座、袋、適透膜粉、去膠片、清潔用物等。(二)製作自我觀察腸造廔口表格單，標註日期及需觀察腸造廔組織的內容，如：腸造廔口周圍皮膚、組織外觀、有無出血、異味、顏色、濕潤度等。(三)飲食方面：術後五天須禁食待腸蠕動恢復，由液體到軟質食物，採漸進式少量多餐、細嚼慢嚥方式，減少產氣食物攝

取，如：韭菜、豆類、碳酸飲料等產氣食物；並增加攝取小紅莓汁、乳酪、優格、吐司等食物減少不良氣味。(四)居家照護：教導腸造廔口袋1/2~1/3滿時應排空，避免過滿造成底座人工皮鬆脫，以致排泄物滲漏刺激皮膚，必要時噴灑皮膚保護劑(適透膜粉)來隔離，並定期每週更換2~3個腸造廔口袋；若底座無脫落、移位情況約一週更換(楊、林，2016；鄒，2013)。

三、腸造廔口病人低自尊之照護

根據艾瑞克森(Erikson)人類發展理論，中壯年期發展任務為生產與滯留，當被告知罹癌需接受手術治療，同時須面對生病角色與身體構造改變，而引發內心的衝擊。腸造廔口常被視為外來物，面對身體構造改變而有負向的感受，在某些情境更是衍生自我低價值觀，如：喪失控制排便能力、執行腸造廔口護理不方便性、知識不足、害怕成為別人的負擔、人際關係受限等；常引發焦慮、失落，而出現有情境性低自尊問題。照護初期應與病人建立良好護病關係，藉由陪伴、鼓勵與接受病人負向情緒表達、引導說出壓力源，及教導舒壓技巧如：聆聽音樂、深呼吸，並提供照護腸造廔口食、衣、住、行活動注意相關訊息及透過衣著改變等，協助病人整合罹病經驗，使想法導向正向的自我概念及加強自我肯定之訓練，以增加自尊調適(潘、陳、湯，2016；Salome & Almeida, 2014)。

個案簡介

一、基本資料

邱先生53歲，高中畢業，信奉道教，以賣豆花為生，經濟小康；無食物、藥物過敏或家族遺傳史。有二次婚姻，育有一對子女，與父母同住，家人關係和睦，主要照顧者為妻子，決策者為自己。

二、過去病史及就醫過程

個案於1995年因胃出血住院治療，之後無復發；2015年診斷前列腺肥大，目前規則服藥，控制良好。2017年2月6日出現腹瀉症狀至醫院門診，接受藥物治療後症狀略緩解，但礙於工作緣故，未進一步檢查。4月2日排便次數增加至十多次，且出現黏稠白色水狀糞便。4月13日再度求診接受肛門鏡檢查顯示正常、糞便潛血顯示1價，醫師建議為確立疾病診斷、治療，於4月19日住院接受大腸鏡檢查，報告顯示距肛門口15公分處腫瘤約5公分，疑似惡性直腸、乙狀結腸腫瘤，4月20日追蹤腹部電腦斷層，確診直腸、乙狀結腸腫瘤合併約8.3公分狹窄，於4月21日行腹腔鏡低前位切除術，術後入住外科加護病房。4月23日轉病房照護，4月28日出院，5月3日門診追蹤。

護理評估

運用生理、心理、社會、靈性評估模式進行整體性評估分述如下：

一、生理層面：

個案身高172公分，體重58公斤，身體質量指數 22.3kg/m^2 ，視、聽力正常，口腔黏膜完整，咀嚼及吞嚥能力正常；平常三餐不定時，且偏好喝飲料及肉類之飲食型態。未規律運動習慣。4月13日糞便潛血報告1價，4月19日個案：

「每天排尿約7次，平常服用前列腺肥大藥物控制良好，是因為排便每天約十幾次，外觀看起來黏稠白色有點水狀，才來住院。」，4月21日行腹腔鏡低前位切除及腸造廔口成形手術，轉住加護病房，氣管內管7.0號，呼吸器使用，腹部外觀平坦，傷口共三處2公分縫合傷口，於右腹腸造廔口約3.5 X 3.5公分，組織呈紅色，外觀濕潤。左側腹部傷口引流管(jackson-pratt, J-P)、16號鼻胃管、16號導尿管、右頸部中心靜脈導管留置及自控式止痛機器(patient controlled analgesia, PCA)使用，生命徵象體溫36.2°C、心跳96次/分、呼吸18次/分、血壓116/64 mmHg。術後血液報告白血球 $15.6 \times 10^3/\text{ul}$ 、血色素13.6g/dl、白蛋白3.5 g/dl、高特異C反應蛋白1.1mg/l、血中尿素氮10.1mg/dl、肌酐酸0.62 mg/dl、鉀4.0mmol/L、鈉138 mmol/L，胸部X光正常。4月22日氣管內管移除，氧氣鼻導管2 L/分使用，體溫36.8°C、心跳84次/分、呼吸14次/分、血壓108/68 mmHg，呼吸平順。4月23日個案：「我還沒排氣，但感覺腸子有在動，還不能喝水嗎？」。腹部外觀平坦，傷口乾淨，腸蠕動10次/分、無鼓音、脹氣或壓痛感，鼻胃管及右側腸造廔口引流液0ml，腸造廔口袋中有空氣，左側腹部J-P引流管周邊皮膚無分泌物、無紅腫，引流液呈紅色液狀，引流量260ml/天，導尿管引流量約2,200~2,500 ml/天，外觀黃色、清澈、無沉澱物。白天個案，精神佳，偶有小睡片刻約30分鐘。4月23日個案：「在家平均睡7~8小時，很快就入眠，半夜很少清醒，無服用安眠藥。」、「肚子傷口

感覺刺刺的沒有很痛，在翻身後會覺的疼痛分數3分，持續一下大概5分鐘，還好有止痛機器，動一下有點痛就按壓一次，也就不覺傷口痛。」，個案可自己翻身無表情痛苦或皺眉情形。在加護病房約晚上十點入睡，夜眠情形良好。

二、心理層面

4月21日術後氣管內管及多重管路留置，無法口語表達，個案神情緊張、焦慮。4月22日個案：「我算是樂觀的人，這種病沒得過也不知會怎樣？」、「這次生病原本想一般腸胃道不適，也不知道會變成這樣。」，談話間偶有嘆氣情形，雙眼直視著天花板，時而皺眉時而低頭，神情沉重。4月23日會客時間與家屬互動良好，情緒平穩。

三、社會層面

個案意識清楚，能正確回答人、時、地問題，肢體感覺、知覺正常，思考、邏輯、判斷、定向、記憶力、計算力正常。4月22日個案表示：「檢查說是腫瘤，和太太討論就決定開刀，身上管子什麼時候可拿掉，也不好意思告訴親戚朋友怕人家問東問西？」。4月22日個案：「請問一下我肚子右側袋子這是什麼東西？醫生說放3~4個月就是這個嗎？之後就可以拿掉了？我還可以正常開車出去做生意嗎？」、「回家我該怎麼照顧？洗澡弄濕沒關係吧！會不會感染？」、「護理師可幫我把衣服拉下去一點，被子蓋住肚子。」個案表情皺眉，不太敢翻身，有時望著造廔口看並輕碰觸腸造廔口袋。4月23日會客時間案父母、案妻及子女皆會探視，與個案互動良好，案妻訴：「請問這袋子是我

們自己弄嗎？我們要怎麼倒？」。個案正值中壯年期，角色有兒子、丈夫、爸爸、病人等。

四、靈性層面

個案信奉媽祖，平時會到廟裡拜拜，也會捐款，參與廟會活動，4月23日表示：「信仰虔誠就不迷信，家裡做生意農曆七月或是過年、清明節等都會買東西來拜拜」、「生病每個人都會，可能是前世怎麼做，今世怎麼得，人生沒辦法重來想到就要做，不然會來不及」、「年輕的時候都想多賺點錢讓家人生活好一點，現在人若平安、健康才是重要，出院之後要好好休養一下」，病床床頭貼有平安符，個案左手戴一只佛珠。

問題確立

綜合上述經由生理、心理、社會、靈性等整體性評估分析，確立主要護理診斷依序為：一、知識缺失與腸造廔口照護知識缺乏有關；二、情境性低自尊與罹病負向情緒及自我照顧能力降低有關；三、潛在危險性感染與傷口、J-P引流管、導尿管、中心靜脈導管有關。礙於篇幅限制，本篇選擇最重要的三項健康問題，並針對問題擬定護理措施。

護理措施與結果評值

一、知識缺失/導因：與腸造廔口照護知識缺乏有關(日期：4/21~)

主客觀資料：

S1：4/22「檢查說是腫瘤，和太太討論就決定開刀。」、「請問一下我肚子右側袋子這是什麼東西？醫生說

放3~4個月就是這個嗎？之後就可以拿掉了？我還可以正常開車出去做生意？」、「我回家我該怎麼照顧？」。

S2：4/23「我還沒排氣，但感覺腸子有在動，還不能喝水嗎？」。

S3：4/23案妻：「請問這袋子是我們自己弄嗎？我們要怎麼倒？」。

O1：4/21術後氣管內管留置及多重管路無法口語表達，神情緊張、焦慮。

O2：4/23個案表情皺眉，不太敢翻身，有時望著造廔口看並輕碰觸腸造廔口袋。

護理目標：

1、4/23個案可說出腸造廔口組織異常情形二項。

2、4/23個案可正確執行更換腸造廔口袋與底座照護技術。

護理措施：

1-1、4/22介紹圖片說明腸造廔口解剖位置及排便正常情形，如糞便呈水樣至糊狀性質，其糞便顏色禁食時呈黃綠色，待開始進食則呈黃色。

1-2、4/22利用智慧型手機截圖教導觀察正常腸組織如：造廔口出口呈圓形或橢圓形，顏色粉紅色、濕潤、平滑與異常如：發黑、發紫、惡臭、出血、紅腫等情形，並與個案腸造廔口組織對照後；依腸造廔口檢視表勾選評估如：日期、腸造廔口顏色：粉紅、發黑、外觀、濕潤、乾燥等，並教導上網查詢、瀏覽疾病相關知識與照護資訊等數位影音學習。

2-1、4/23衛教個案及家屬腸造廔口照護

備物：市售造口袋類型、乾式洗手液、去膠片、造口袋、底座(可先使用厚紙板測量造廔口出口直徑大小後裁剪)、沖洗用棉棒、紗布、濕巾、清水等，並經個案同意自備智慧型手機將備物拍照存檔，供隨時查閱；同時說明更換時機如：(1)袋內排泄物達二分之一(在腸造廔口袋1/2處畫線；並以15x17公分塑膠袋由下往上套包住造口袋以防滲漏，(2)腸造廔口袋破損，(3)底座黏貼不牢固，(4)七天更換一次，(5)進食後二小時暫不更換，以免排泄物持續排出增加更換困難度。

2-2、4/23經個案同意以自備智慧型手機錄製更換腸造廔口底座及袋子之步驟、流程等技術。影片包含：洗手→撕除舊底座、袋→去膠片擦除膠痕→濕巾擦拭周邊或排泄物→棉棒沾水清潔腸造廔口周圍皮膚待乾將底座服貼皮膚，輕壓底座，確定貼牢，注意勿粘貼腸組織。(若皮膚薄易發紅可將適透膜粉撒在皮膚上)扣上腸造廔口袋。

2-3、4/23每班定時排空腸造廔口，並鼓勵個案正視患處，增加個案印象。

2-4、4/23提供腸造廔口照護模組，請家屬及個案練習並回覆示教。

2-5、4/23衛教飲食採清流質 半流質 軟質 普通食物，注意細嚼慢嚥避不易消化或易產氣食物如：韭菜、豆類、碳酸飲料等；同時可增加喜愛及減少不良氣味產生的食物，如：小紅莓汁、乳酪、優格、吐司等食

物。

結果評值：

1-1、4/23「我知道啦！若有出血、發黑情形需立即返回醫院；袋子破、大便一半時就要換」。

2-1、4/24個案在家屬協助能正確說出更換腸造廔口步驟「要洗手→移除這個底座還有袋子，用濕紙巾擦拭皮膚旁邊或大便，擦乾淨後等皮膚乾再貼底座和袋子」、「在腸造廔口袋下面用塑膠袋包著，也較不怕流出，沾到衣服」。

2-2、4/28個案可獨自備妥更換腸造廔口用物，並依照影片步驟更換底座及自行傾倒腸造廔口袋的排泄物。

二、情境性低自尊/導因：與罹病負向情緒及自我照顧能力降低有關(日期：4/21~)

主客觀資料：

S1：4/22「我算是樂觀的人這種病沒得過也不知會怎樣？」、「這次生病原本想一般腸胃不適，也不知道會變成這樣。」、「不好意思告訴親戚朋友怕人家問東問？」、「請問一下我肚子右側袋子這是什麼東西?醫生說放3~4個月就是這個嗎?之後就可以拿掉了?我還可以正常開車出去做生意?」、「護理師可幫我衣服拉下去一點，被子蓋住肚子。」

S2：4/23「生病每個人都會可能是前世怎做今世怎麼得，人沒辦法重來想到就要做不然會來不及」、「護理師我還可以正常開車出去做生意?」。

O1：4/22個案雙眼看著天花板，神情沉重，偶有嘆氣情形。

O2：4/23個案正值中壯年期主要發展任務生產與滯留角色，有兒子、爸爸、丈夫、病人等。

護理目標：

- 1、4/23個案能說或做出紓解情緒低落之技巧。
- 2、4/23個案以正向態度描述對自我肯定次數增加。
- 3、4/23個案心裡可接受腸造廔口存在事實，並每天可自行執行食衣住行活動。

護理措施：

- 1-1、4/22先與建立良好治療性關係，說明配合治療重要性。
- 1-2、4/23提供隱私環境，引導個案說出平日對家庭經濟、家務的重要性，並給予正面鼓勵與肯定。
- 1-3、4/23教導個案紓壓方式如：與太太或好友討論擔憂的事、聆聽喜愛音樂或透過呼吸調節速率於三餐飯後及睡前執行10次。
- 2-1、4/23鼓勵全家人、親友，說出個案對家庭之重要性，透過他人肯定強化其存在價值。
- 2-2、4/23以同理不批判，鼓勵家屬共同參與疾病過程活動並口語肯定個案，讓個案可隨時激勵自己及感受家庭的關懷與支持。
- 2-3、4/23分享照護成功經驗之個案，協助整合罹病經驗。
- 3-1、4/23與個案澄清腸造廔口造成生活之不便性，並共同擬定相關食、衣、住、行活動計畫。

3-2、4/23建議穿寬鬆衣物，提供鏡子看目前自己穿著衣物外觀無差異。

3-3、4/23住院期間鼓勵日常活動自己獨立完成如漱洗日常活動、如廁、執行造口護理，使其熟練動作增加對自己成就感。

結果評值：

- 1-1、4/23個案能說出紓解壓力方法有：「聽音樂和深呼吸、有事也會和太太商量」。
- 1-2、4/24探視個案坐在床邊使用收音機聆聽廣播節目。
- 2-1、4/27「護理師謝謝你，我現在感覺好多，這段期間我太太、小孩每天都來，我要更堅強，現在我什麼都自己來，也開始吃東西，明天我要出院了。換腸造廔口袋，我也慢慢就學會了，不用麻煩別人。」
- 3-1、5/1電話訪問：「我現在還是在家休息，造廔口袋我已經自己弄得很好，有時我會陪太太去買東西，看看下次回診情況，我要開始工作了」。

三、潛在危險性感染/導因：傷口、J-P引流管、導尿管、中心靜脈導管有關。(日期：4/21~)

主客觀資料：

- S1：4/22「身上管子這麼多什麼時候可拿掉」。
- S2：4/22「回家我該怎麼照顧？洗澡弄濕沒關係吧！會不會感染？」。
- O1：4/21採全身麻醉放置氣管內管行腹腔鏡低前位切除及腸造廔口成行手術，腹部有三處2公分縫合傷口，右腹腸造廔口約3.5x3.5公分，組織

正常紅色，外觀濕潤、右頸部中心靜脈導管留置。

O2：4/21手術後血液報告顯示白血球： $15.6 \times 10^3/\text{ul}$ 、白蛋白：3.5g/dl、高特異C型反應蛋白：1.1mg/l。

O3：4/21-22體溫 $36.2 \sim 36.8^\circ\text{C}$ ，皮膚溫暖感覺、無寒顫情形。

O4：4/22左側腹部J-P引流管周邊皮膚無分泌物、無紅腫，引流液呈紅色液狀，引流量260ml/天，尿道口前端無分泌物，導尿管引流尿液清澈無沉澱物。

護理目標：

1、4/21-23個案可說出預防感染方法三項。

2、4/21-23個案傷口、導尿管、J-P引流管及中心靜脈導管留置無感染情形。

護理措施：

1-1、4/21每二小時測量生命徵象，若有異常情形立即報告醫師。

1-2、4/21-23依醫囑給予cetame1GM 1vial Q8H IV，並觀察有無藥物作用及副作用情形。

1-3、4/22-23接觸病人前後洗手，傷口每日遵守無菌技術換藥，並記錄傷口癒合及J-P管引流情形，如有紅、腫、分泌物、滲濕應隨時更換敷料並告知醫師。

1-4、4/23教導網路搜尋含高熱量、高蛋白、維生素C等食物，鼓勵個案食用喜愛的食物如：糙米飯、蒸蛋、清蒸魚、瘦肉等，並採漸進式定時定量方式攝取。

1-5、4/23衛教家屬及個案洗手重要性、時機與步驟：雙手弄濕→洗手乳→

手心→雙手背→雙手指間→虎口處→雙手指尖→腕部，洗手時間約60秒(每步驟搓揉5次)。

2-1、4/21-23每班依照中心導管組合式照護檢核表，檢視右頸部中心靜脈導管，注射部位有無紅、腫、分泌物及回血，若有異常情形隨時報告；且主動與醫師討論是否仍有留置必要，若無則盡早移除。

2-2、每天三班人員定時執行導尿管護理，確實檢視尿管密閉性並將尿袋懸掛低於膀胱處注意排出口勿接觸地面，且觀察尿流量、性質、顏色、有無沉澱物等。

2-3、4/21-23定期追蹤血液發炎指數有無異常情形。

2-4、4/22衛教個案返家後觀察傷口有無異常感染情形，如：黃、綠色分泌物、出血、紅腫情形等，應就醫；並教導傷口照護步驟及時機，如：傷口無感染情形，每日執行一次更換敷料，若流汗、洗澡弄濕傷口，應隨時更換之，過程須注意無菌技術由內往外方式，依序先以無菌棉枝沾濕生理食鹽水清潔傷口→無菌棉枝沾濕水性優點消毒傷口→無菌棉枝沾濕生理食鹽水再拭去水性優點3x3公分紗布覆蓋 紙膠固定。

2-5、4/23衛教個案若出現解尿疼痛、燒灼不適、尿道口出現異常分泌，應立即告知醫護人員；並與醫師討論盡早予以移除尿管，必要時採檢尿液檢驗。

結果評值：

1-1、4/23個案可說出預防感染方法如：

洗手、吃較營養的食物如魚、瘦肉、水果、多喝水等；且食物要熟。

2-1、4/22-23體溫36.2~37.2°C，腹部手術傷口、左側J-P引流管傷口、右頸部中心靜脈導管無紅腫異常；導尿管壁尿液清澈無沉澱物。

2-2、5/1電話個案：「我都自己換藥，手術傷口縫線還沒掉，傷口沒有出現紅、腫、分泌物情形，外觀乾燥。」。

討論與結論

個案為初次確診直腸癌接受手術切除之病人，於照護過程，筆者先與建立良好護病關係，得以深入探討個案有知識缺失、情境性低自尊、潛在危險性感染等健康問題，互動過程中發現個案擔憂未來日常活動無法正常進行及不知如何面臨手術後腸造廔口照護，突顯對適應未來的生活有疑慮。筆者發現與鄒(2013)提及利用衛教單張說明飲食攝取之注意事項及操作腸造廔口照護模組，以回覆示教等方式，可協助個案學習自我腸造廔口照護，有相同印證。不同之處是筆者利用腸造廔口照護模組回覆示教，發現個案會因為準備更換品項過多及步驟繁瑣而感困惑，故經個案同意創新以隨身智慧型手機錄製影音檔，藉由反覆觀看，補強學習印象，逐步學會自行操作。出院後透過電話訪問追蹤，得知個案腸造廔口自我照護良好，是筆者感到成就之處。

筆者任職於外科加護病房，最大限制與困難在於與個案接觸僅於加護病房

期間，於初期多以維持生命徵象、呼吸訓練及突發立即狀況治療為主，當個案成功脫離呼吸器與病況穩定後隨即轉病房，而無法全盤掌控後續照護的相關問題，此為受限之處。因此，建議臨床實務應整合加護病房、普通病房、出院準備服務小組有計畫性的幫助病人自入院開始，醫療團隊盡早介入與鼓勵病人及家屬共同參與，可安排於手術前參觀加護病房，並透過跨領域團隊的照護，加入多元性科技化網路模式教學，依據病人獨特性增強個別性照護知識，促使病人能適時獲得連續性護理，得以回歸原有生活。

參考資料

- 吳婉甄、黃小芬、謝瑩滿、蔡麗紅(2012)．一位罕見家族腺瘤息肉症患者之護理經驗．*長庚科技學刊*，(17)，143-152。
doi:10.6192/CCGUST.2012.12.17.11.
- 林慧嫻、巫菲翎(2017)．照顧一位直腸癌個案接受永久性腸造廔口之護理經驗．*長庚護理*，28(1)，100-109。doi:10.3966/102673012017032801009.
- 楊政皓、吳丁樹(2017)．預防手術部位感染組合式照護．*內科學誌*，28(1)，7-11。
doi:10.6314/JIMT.28(1).02.
- 楊蕙芳、林淑琴(2016)．協助初次接受化療及術後腸造口存在個案之護理經驗．*安泰醫護雜誌*，22(1)，72-83。doi：10.6192/CGUST.2012.12.17.11.
- 鄒芳榆(2013)．照顧一位直腸癌病人接受永久性腸造廔口的護理經驗．*榮總護理*，30(4)，425-433。doi:10.6142/VGHN.30.4.25
- 潘容芬、陳春香、湯婉嫻(2016)．一位主動脈剝離術後病人之重症護理經驗．*志為護理*，15(3)，82-91。ISSN:1683-1624。
- 衛福部統計處(2017，7月18日)．105年死因結

果摘要表 · 取自<http://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-3352-33579-113.html>

- Li, C. C., Rew, L., & Hwang, S. Li. (2012). The relationship between spiritual well-being and psychosocial adjustment in Taiwanese patients with colorectal cancer and a colostomy. *The Journal of Wound Ostomy Continence Nursing*, 39(2), 161-169. doi:10.1097/WON.0b013e318244afe0.
- Macrae, F. A. (2017). Colorectal cancer:

Epidemiology, risk factors, and protective :<https://www.uptodate.com/contents/colorectal-cancer-epidemiology-risk-factors-and-protective-factors>

- Salome, G. M., & Almeida, S. A. D. (2014). Association of sociodemographic and clinical factors with the self-image and self-esteem of individuals with intestinal stoma. *The American Journal of Coloproctology*, 34(3), 155-160. doi.org/10.1016/j.jcol.2014.05.005

靜思語

愛是人間的一分力量；
但是只有愛，還不夠，
必須還要有個「忍」

——忍辱、忍讓、忍耐，能忍則能安。

~ 證嚴法師靜思語 ~

Love is a source of strength
but must be supplemented with “Tolerance” of
humiliation, forbearance and patience
to enjoy peace of mind.

~ Master Cheng Yen ~



Nursing Experience of a Patient with Newly Diagnosed Rectal Cancer Learning Self-Care of Colostomy

Yueh-Fen Tsai, Shu-Yu Hsu*, Yu-Xin Yang**

ABSTRACT

This article describes the experience of learning self-care by a male patient newly diagnosed with rectal cancer who received tumor resection surgery and colostomy. The nursing period spanned from April 21st, 2017 to April 23rd, 2017. We conducted holistic data collection and analysis using a physiological, psychological, social, and spiritual assessment model. The analysis revealed the following health-related issues: knowledge deficit, situational low self-esteem, and a potential risk of infection. A literature review provided relevant knowledge for the prevention of postsurgery infections and diet. Successful cases motivated the patient toward positive self-approval and negative emotion release. Additionally, the patient was inspired to accept his illness and to learn about postsurgical self-care. The changes in the fistula pouch were recorded and combined with progressive reply teaching on a cell phone, enabling the patient to acquire care-related knowledge and skills. The ultimate goal of self-care was attained. (Tzu Chi Nursing Journal, 2019; 18:6, 122-132)

Keywords: knowledge deficit, rectal cancer, self-care of colostomy

Head Nurse, Ministry of Health and Welfare Pingtung Hospital; RN, Taichung Veterans General Hospital, Puli Branch*; RN, Taian Municipal Nan Hospital**

Accepted: March 25, 2019

Address correspondence to: Shu-Yu Hsu NO.270, Ziyou Rd., Pingtung City, Pingtung County

Tel: 886-9-8917-6622; E-mail: mignon0202@gmail.com