



菩薩心隨處現  
聞聲救苦我最先



佛教慈濟醫療財團法人  
Buddhist Tzu Chi Medical Foundation

**花蓮慈濟醫學中心**

Hualien Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation  
970 花蓮市中央路三段 707 號  
TEL:03-8561825

**玉里慈濟醫院**

Yuli Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation  
911 花蓮縣玉里鎮民權街 1 之 1 號  
TEL:03-8882718

**關山慈濟醫院**

Kuanshan Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation  
956 臺東縣關山鎮和平路 125 之 5 號  
TEL: 08-9814880

**大林慈濟醫院**

Dalin Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation  
622 嘉義縣大林鎮民生路 2 號  
TEL:05-2648000

**台北慈濟醫院**

Taipei Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation  
231 新北市新店區建國路 289 號  
TEL:02-66289779

**台中慈濟醫院**

Taichung Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation  
427 臺中市潭子區豐興路一段 88 號  
TEL:04-36060666



慈濟大學

Tzu Chi University  
970 花蓮市中央路三段 701 號 TEL:03-8565301  
701, Chung Yang Rd., Sec.3 Hualien, Taiwan 970



慈濟科技大學

Tzu Chi University of Science and Technology  
970 花蓮市建國路二段 880 號 TEL: 03-8572158  
880, Sec.2, Chien-kuo Rd. Hualien, Taiwan 970

**斗六慈濟醫院**

Douliou Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation  
640 雲林縣斗六市雲林路二段 248 號  
TEL:05-5372000

**嘉義慈濟診所**

Chiayi Tzu Chi Clinic, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation  
600 嘉義市西區書院里 1 鄰仁愛路 383 號 1 樓  
TEL:05-2167000

**三義慈濟中醫醫院**

Sanyi Tzu Chi Chinese Medicine Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation  
367 苗栗縣三義鄉廣盛村 16 鄰八股路 24 之 9 號  
TEL:03-7558666

**蘇州慈濟門診部**

Suzhou Tzu Chi Outpatient Department  
中國江蘇省蘇州市姑蘇區景德路 367 號  
TEL:0512-80990980

# Contents | 目錄

6

〔上人開示〕

續編菲國醫療史

Rooting the Tzu Chi Medical Mission in the Philippines /Dharma Master Cheng Yen

8

〔社論〕

護理新氣象 見證慈濟人文 文／趙有誠

Nursing Staff in Taipei Tzu Chi Hospital Put Tzu Chi's Humanity into Action /You-Chen Chao

10

〔編者的話〕

後疫情時代的護理師 文／吳秋鳳

Nurses in the Post-Epidemic Era /Chiu-Feng Wu

12

〔白袍 vs. 白衣〕

以單位需求出發，打造最佳虛擬實境教學團隊 文／劉子弘

Building the Best Virtual Reality Teaching Team Based on Unit Needs /Tzu-Hung Liu

■ 封面故事

p. 16

## VR 虛擬實境擬真教學

**VR Simulation in Clinical Teaching** 科技擬境融入慈濟臨床護理教學應用  
Technology Simulation Application in Tzu Chi Clinical Nursing Teaching

- 26 善用 VR 模擬 預防精神科暴力 文／柯怡安、楊悅絹、游雅柔、廖金蓮  
Make Good Use of VR Simulation to Prevent Psychiatric Violence  
/ Yi-An Ke, Yueh-Chuan Yang, Ya-Jou Yu, Jillian Liao
- 30 虛擬臨床多重選擇及後果體驗 文／彭柏皓  
Multiple Choices and Consequences Experience in Virtual  
Clinical Workplace / Po-Hao Peng
- 32 VR 遺體護理教學 共感同理尊重 文／林怡君  
Going Through VR Postmortem Care Learning Empathy and  
Respect / Yi-Chun Lin

34

〔人物誌〕

啟發照護本心

廖金蓮 台北慈院身心科病房護理長 文／廖唯晴

Keep on Inspiring the Caring Heart - Jillian Liao, Head Nurse, Psychiatric Ward, Taipei Tzu Chi Hospital /Wei-Ching Liao

40

〔學姊，請聽我說〕

臨床教師的細膩與提點 口述／陳俐伶

Details and Tips from My Preceptor /Li-Ling Chen

44

〔學姊這樣說〕

沒有距離感的傳承 口述／陳育暄

Pass on to New Nurses Without Generation Gap /Yu-Hsuan Chen

48

〔白衣日誌〕

加護病房的憂悲歡喜 文／楊惠婷

The Joys and Sorrows in Our SICU /Hui-Ting Yang

50

遊戲教學度過評鑑 文／鄭愉軒

Unit Game Teaching Passes the Hospital Accreditation /Yu-Xuan Cheng

52

〔愛在護病間〕

勇敢說愛 文／潘盈瀨

Be Brave to Speak Out LOVE /Ying-Hui Pan

54

陪她能吃能睡能安心 文／呂沄恩、劉可賢

Accompanying Her to Eat, Sleep and Feel at Ease /Yun-En Lu, Ke-Hsien Liu

56

〔精進講義〕

意向性護理療癒 講者／穆佩芬教授

Intentionality Nursing Healing /Speaker: Professor Pei-Fan Mu

66

〔志工伴我行〕

心靈休憩處 文／翁琬貞

Company of Tzu Chi Volunteer Parents Is Like a Spiritual Resting Place /Wan-Chen Weng

69

〔男丁手記〕

三十而立持續進化的急診男丁 文／王景德

Continue Optimizing Emergency Medicine Profession in My 30s /Jing-De Wang

# C ontents | 學術論文

- 75 運用多元策略提升孕婦初期子癩前症風險評估篩檢率**  
/ 洪芝怡、陳秋璇、吳懷懿、胡靜文、嚴美華  
Applying Multiple Strategies to Improving the Pre-Eclampsia Screening Rate of Risk Assessment in the Early Pregnancy  
/ Chih-I Hung, Chiu-Hsuan Chen, Ching-Yi Wu, Ching-Wen HU, Mei-Hua Yen
- 88 鼻咽癌病人接受同步化學治療及質子放射線治療之護理經驗**  
/ 廖怡雯、黃惠珠、白藍妮、紀夙芬、葉淑玲  
Nursing Experience of a Nasopharyngeal Carcinoma Patient Undergoing Concurrent Chemoradiotherapy  
/ Yi-Wen Liao, Hui-Chu Huang, Lan-Ni Pai, Shu-Fen Chi, Shu-Ling Yeh
- 99 照護一位愛滋病感染者併發伺機性感染行人工造口術後之護理經驗**  
/ 林良餘、洪富如、林資諺  
Nursing Experience in Caring for an AIDS Case With Cytomegalovirus Enteritis Undergoing Enterostomy  
/ Yang-Yu Lin, Fu-Ju Fung, Zi-Yan Lin
- 110 一位植入性胎盤產婦接受子宮全切除手術之照護經驗**  
/ 蕭潤勤、陳曉玫  
Nursing Experience of a Patient Undergoing a Cesarean Section and Total Hysterectomy for Placenta Accreta  
/ Jun-Chin Hsiao, Hsiao-Mei Chen
- 119 一位初次腦中風病人轉銜長照復能之護理經驗**  
/ 林君玲、徐琬茵  
Nursing Experience in Bridging a First-Time Stroke Patient to Long-Term Care Rehabilitation  
/ Chun-Ling Lin, Wan-Yin Hsu

# 志為護理

TZU CHI NURSING JOURNAL

第 22 卷 第 6 期 2023 年 12 月出版  
Volume 22 · Number 6 · December 2023

- 榮譽發行人** 釋證嚴  
**榮譽顧問** 王端正、林碧玉  
**社長** 林俊龍  
**編輯委員** 王本榮、張文成、張聖原、郭漢崇、羅文瑞  
陳宗鷹、簡守信、林欣榮、趙有誠、賴寧生  
陳岩碧、潘永謙、簡瑞騰、劉怡均、莊淑婷  
**總編輯** 章淑娟、何日生 (科普人文)  
**副總編輯** 鍾惠君、陳佳蓉、吳秋鳳、李玉茹、郭育倫  
彭台珠、曾慶方 (科普人文)  
**論文集編** 王淑貞  
**撰述委員** 王琬詳、方郁文、江錦玲、余翠翠、吳婉如  
李彥範、李麗珠、邱思晴、林芷仔、郭仁哲  
范姜玉珍、馬玉琴、張凱雁、張綠怡、張雅婷  
張美娟、張雅萍、張梅芳、張珮毓、徐惠琪  
曹英、陳似錦、陳曉玫、陳依萱、陳月娥  
徐少慧、莊瑞菱、陸秀芳、傅淑瑩、程裕藍  
馮瑞伶、葉秀真、葉惠玲、黃淑雯、黃君后  
黃淑儀、黃惠滿、戴佳惠、廖慧燕、廖金蓮  
劉怡婷、劉慧玲、滕安娜、鄭麗娟、鄭雅君  
蔡娟秀、蔡碧雀、蔡欣晏、賴惠玲、謝美玲  
羅淑芬、魏倩雯 (以上按中文姓氏筆畫排列)  
**人文主編** 黃秋惠、廖如文、許琦珍、林玉娟、林詩淳  
洪玉龍、王淑貞  
**編輯** 洪靜茹、林芷儀  
**美術編輯** 李玉如  
**網頁編輯** 沈健民  
**行政** 吳宜芳、林芷儀  
**封面攝影** 范宇宏  
**內文攝影** 盧義泓  
**封面人物** 潘盈滢 台北慈濟醫院護理師  
**發行所** 佛教慈濟醫療財團法人 慈濟護理雜誌社  
**地址** 970 花蓮市中央路三段 707 號  
**電話** 886(3)8561825 轉 12120  
**電子信箱** nursing@tzuchi.com.tw  
**網址** http://www.tzuchi.com.tw  
**製版印刷** 禹利電子分色有限公司



2002 年 1 月創刊  
2023 年 12 月出版  
第 22 卷 第 6 期  
ISSN 1683-1624

本雜誌內文章版權屬本刊所有，  
非經允許請勿轉載或複製。  
本雜誌使用再生紙，  
並以環保大豆油墨印刷。  
中華郵政北台字第 7784 號

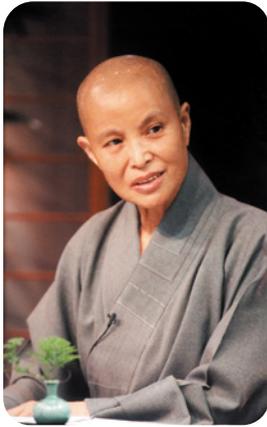
## 歡迎投稿

投稿簡則及投稿聲明書請至  
慈濟醫院網站下載。

<http://nursing.tzuchi.com.tw/write>



本刊圖片中所有人物配戴口  
罩規定皆依現行防疫措施。



# 續編菲國醫療史

## Rooting the Tzu Chi Medical Mission in the Philippines

何謂菩薩？不是現神通，而是現出真誠的心力為眾生付出。感恩慈濟世界有人間菩薩無數，做過的事不斷累積，回憶也是一大享受，現身說法就有了許多故事。總是很喜歡聽慈濟人的分享，這些故事都是很有價值的歷史，是一部很真實人間化的大藏經。

慈濟志業推及海外多國，編寫出許多感人的篇章，其中菲律賓的義診已維持近三十年，即使距離遙遠的偏鄉或離島，只要有因緣，他們就會把握，好幾個地方都是定期前往，非常可貴。

還記得從開始義診，在呂秀泉醫師的推動下，柯賢智醫師、史美勝醫師、盧尾丁醫師等人都用心投入。當時的通訊不如現今方便，但每一天義診結束，他們會打電話回報。常聽到牙醫義診拔了多少顆牙，形容是「一籃子」，因為在那裡難得有醫師過去，無法持續治療，大家牙痛難受，乾脆要求拔掉。還有眼科可以當場進行白內障手術，讓許多人重見光明。

有時在電話中，會聽到旁邊的人插話說：「師父，現在呂醫師是跪著與您說話呢！」我聽了很不捨，也很感動，他是天主教徒，但是不執著，還有那分無私的愛，對慈濟如此投入，對師父如此敬重，實在是人品典範。遺憾的是他已離開我們，不過多年來，他的身影仍在我的記憶中。

菲律賓義診一直做得很好，但我還有期待，曾對他們說：「你們也可以蓋醫院。」人生最苦莫過於病痛，當地貧富懸殊，窮人偏多，需要培養良醫、良護。為了傳承醫護教育，需要有完善的醫療建設，目前已取得一片土地，既有如此的好因緣，期待大家再發心立願。

人多、願大力就大，只要有心做，一定做得到。祝福菲律賓的醫療志業更進一步，做出很有成就的醫療體系，繼續累積未來的歷史。☺

釋證嚴



解惑十書——證嚴法師答客問

# 解惑

教、行、證三法平行  
身、口、意三業清淨

二〇〇六年，慈濟成立四十年，  
證嚴上人明示：「靜思法脈傳承，慈濟宗門啓動」，  
為慈濟宗門正名。

慈濟究竟是佛教還是慈善團體？

您是否對於慈濟的法脈、宗門義理仍一知半解？

是否對於上人如何克服病體，發心地付出感到好奇？

翻開此書，解開慈濟世界的一角，

一窺上人的修行歷程。

從《解惑》第八冊，【法脈宗門與我的修行路】開始。



靜思書軒

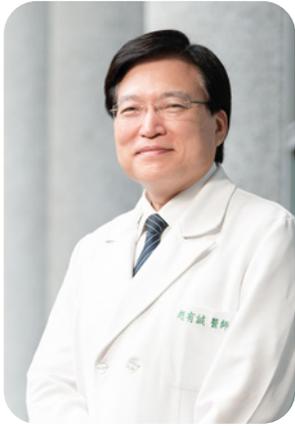


靜思網路書軒



HYREAD

■ 解惑——  
證嚴法師答客問（八）  
【法脈宗門與我的修行路】  
定價：460元



# 護理新氣象 見證慈濟人文

Nursing Staff in Taipei Tzu Chi Hospital  
Put Tzu Chi's Humanity into Action

◆ 文 | 趙有誠 台北慈濟醫院院長

我與七十二位同仁於 2023 年 10 月 22 日一同參與小巨蛋《無量義·法髓頌》的經藏演繹。這是一場極莊嚴的靈山大法會，我們從〈法髓頌〉中看到五十八年來的慈濟歷史，從佛法到人間實踐，具有非常深奧的意涵。在演繹中也看見慈濟歷史裡的人與事，全球慈濟人跟著證嚴上人竭盡所能地幫助有需要的人，不分宗教，沒有國界。參與演繹的志工們從上人建立第一家慈濟醫院後，也一直是我們醫護的後盾，一同搶救、守護病人，也照顧著病人的心。在慈濟世界，因為大愛可以結合所有的力量，也讓我們慈濟醫院的醫護同仁更可以發揮救人的良能。

日前台北慈院 12B 病房住入一個三十歲的青年，他因服藥自殺昏迷被送來醫院。護理師在照顧過程中，得知他爸爸欠了地下錢莊很多錢，所以經常帶著他搬家躲債，國中也沒有畢業，爸爸只能打零工維生。最近爸爸突然不見了，房子的租約也到期，他被迫流落街頭，所以他把爸爸用剩的藥全吃下去自殺。在台北慈院被救醒後，他向護理師求助，需要立刻有一份工作及薪水，不然出院後又得流落街頭。護理師立刻聯繫社工，先幫他在醫院找個清潔工作，接著又請慈濟基金會協助，在醫院附近租到一間環境不錯的住所。這位青年每天非常認真地清掃，兩個月後，一位病人家屬介紹他一份裝潢的木工工作，讓他開始新的生活。雖然病人已經離開醫院了，但是社工師及社區志工仍持續聯繫關懷他。如果他想再升學或工作不順利，還有慈濟可以幫忙。這個病人的故事讓我印象深刻，因為我們這些年輕護理師有從身心靈全方位地關懷病人，慈濟基金會及社區志工，大家也聯手去幫助需要幫助的人。

江山代有才人出，這兩年醫院有許多優秀的新任護理長，急診部翁琬貞護理長就是其中的一位。她在我們醫院的年資不淺，大家也非常看好她，記得有一次，病人的排泄物弄髒了急診的床，家屬感到非常不好意思，忙著要處理，當時還不是護理長的琬貞跟他們說：「沒有關係，你們好好照顧病人，帶他回去休息，這裡交給我來就好了。」病人家屬後來特地寫了一封感恩信給院長致謝。2023年原任的護理長卸任，熱愛急診工作的琬貞在主任推舉下，便謙虛地說願意試試看。自她上任後，院長就常常收到一封封急診病人的感恩信。在急診這麼緊急忙亂的情況下，能讓病人及家屬感受醫護的熱心、親切和關懷，她帶領得真的很好，急診室的氛圍也因為一個優秀的阿長變得更溫暖。

我覺得台北慈濟醫院的護理特色是「行動力」，只要大家覺得是「對的事情」，就會用團隊力量很快地完成。COVID-19的抗疫工作就是很好的例子。專責病房、防疫旅館、篩檢站、疫苗接種站都是突然需要且沉重的工作，醫師固然扮演重要角色，但很多事情若沒有護理師幫忙，是絕不可能完成的。每次遇到像八仙塵爆、新冠肺炎疫情等緊急社會事件，我也看到台北慈濟醫院全院同仁在完成使命的過程中，除了專業也自然顯露出人文氣息。前一陣子，印尼慈濟醫院團隊來院參訪，其中有許多經驗豐富的護理主管，最後圓緣分享時，她們很虛心地說：「在印尼慈濟醫院常常提起『人文』，可是我們覺得『人文』好抽象，直到來到台北慈濟醫院以後，才感受到處處是人文，你們已經將人文與醫療融為一體了。」感恩她們的溢美之詞，期待所有同仁不論舉手投足，還是醫病、護病間的互動，都有溫馨的慈濟人文精神。

最近，護理人力不足的議題又被關注，約莫十二年前，也發生過類似情況，當時許多護理人員走上街頭提出「血汗醫院」的名詞。護理人力短缺與社會經濟、勞動人口和普世價值息息相關，護理人力不足，各家醫院的運作多少都受到影響。靜下心來，若真實了解護理工作的意義與價值，就能更明白為何仍有這麼多護理工作者，默默堅守在第一線承擔起他們被賦予的使命。上人建立台北慈濟醫院時，期許醫護同仁成為「醫界清流、人醫典範」，第一次聽到時，覺得這是個好遠大的目標，可是後來我漸漸明白了，只要我們堅持做對的事，面對困難，勇於承擔，終將能不負上人託付的使命，成為醫界的清流與典範。☺



# 後疫情時代的 護理師

Nurses in the Post-Epidemic Era

◆ 文 | 吳秋鳳 台北慈濟醫院護理部主任

歷經近四年 COVID-19 疫情的衝擊，不管在人權、經濟、教育、健康、社會都有極大的影響及改變，有些影響及改變是暫時（如人權）、或是容易復元的（如經濟、教育），那對我們護理專業的影響又是什麼？是暫時？能復元嗎？

曾看到一個標題「如果你是一名醫護，請問給你多少防疫津貼，你願意冒著生命危險去照顧新冠狀病毒的病人？」身為一位護理師，我可以很篤信的說「我願意，但絕不是因為防疫津貼」，而是很自然的專業志業使命，驅使我們在面對任何重要時刻時，都會勇往直前。疫情期間，因我們護理專業角色與功能的實質展現，獲得社會大眾的肯定及支持；然而，當疫情過後，接續我們面臨歷年來更嚴重的護理人力問題，護理師陸續選擇先休息、遊學、開工作室、轉職業場所（如診所、長照……）等因素離開職場，另疫情後近兩年護理的執業人力因疲累及考照率下降，導致相較歷年，年增加數略有下降（資料來源：護理及健康照護司（2023 年 10 月 11 日）），惡性循環下留人更難，導致近幾個月來，從急診病人滯留時間、手術病人排程時間的等待，很明顯感受護理師人力因素已逐漸影響到醫療照護的量能。

國際護理協會（ICN）曾於 2021 年 1 月 13 日發表中指出：「COVID-19 效應是一種獨特與複雜的創傷，將對護理師和衛生系統造成毀滅性後果；也預言 COVID-19 效應可能導致更多護理師離職，政府須立即採取行動，保護護理專業和脆弱的衛生體系，否則將危及人民健康及世界衛生組織的醫療目標。」這些預言正快速瀰漫在我們現實環境中。今年（2023）10 月初以網路問卷收集 1,596 位新北市護理師護士公會會員對目前護理職場的意見，結果發現，有 82.2%（1,312 人）的護理師在 3 個月內曾有離職的意念，有 68.3% 是薪資福利因素，54.8% 工作環境因素，另外 284 位沒有離職意念的護理師中有 50.7% 是因為同事間相處愉快留任於原職場。另護理師們普

對於留住現職的建議				
名次	臨床護理師	%	護理主管	%
1	薪資福利方面 - 調高月經常性薪資	86.01	薪資福利方面 - 調高月經常性薪資	79.21
2	工作環境方面 - 合理的護病比	62.41	工作環境方面 - 合理的護病比	68.81
3	工作環境方面 - 能有足夠的休息日	56.67	組織制度與管理方面 - 簡化護理臨床工作	58.42
4	薪資福利方面 - 依服務量給予績效獎金	50.29	工作環境方面 - 能有足夠的休息日	57.92
5	組織制度與管理方面 - 簡化護理臨床工作 (如評估、記錄...等)	40.82	薪資福利方面 - 依服務量給予績效獎金	39.60
6	薪資福利方面 - 調高加班費	31.13	工作環境方面 - 營造正向職場環境	31.68
7	工作環境方面 - 營造正向職場環境	25.75	組織制度與管理方面 - 開放多元彈性排班	23.27
8	組織制度與管理方面 - 開放多元彈性排班	24.53	組織制度與管理方面 - 改變照護模式	18.81
9	薪資福利方面 - 調高夜班費	24.39	薪資福利方面 - 調高加班費	18.81
10	組織制度與管理方面 - 提昇主管的管理能力 (如溝通、協調、組織...)	18.01	薪資福利方面 - 調高夜班費	14.36

會持續留任的最主要因素				
名次	臨床護理師	%	護理主管	%
1	同事間相處融洽	52.78	同事間相處融洽	44.12
2	薪資收入與工作付出合理	25.46	工作有成就感且能自我實現	39.71
3	薪資能支持興趣或理想的實現	25.46	薪資收入與工作付出合理	27.94
4	家人期待與支持	24.07	與主管之溝通及意見反應順暢	26.47
5	工作有成就感且能自我實現	20.83	薪資能支持興趣或理想的實現	23.53
6	工作分配公平且穩定	16.67	家人期待與支持	22.06
7	同儕支持	16.67	同儕支持	19.12
8	與主管之溝通及意見反應順暢	15.28	工作分配公平且穩定	11.76
9	考核獎懲合理	5.56	有明確的升遷管道	10.29
10	有明確的升遷管道	4.17	考核獎懲合理	4.41

遍感受有嚴重的排班困難 (平均值達  $8.10 \pm 1.92$  分, 中位數為 8 分 (1 分為沒困難, 10 分非常困難)), 對工作環境滿意度評價是不滿意 (平均分數為  $4.01 \pm 2.39$ , 中位數為 4 分 (1 分為非常不滿意, 10 分非常滿意)), 不滿意的原因依序是以薪資與付出不成正比 (70.86%)、工作負荷過大 (59.21%) 及不友善的工作環境 (28.45%)。1,596 位護理師普遍期待以調高月經常性薪資、合理的護病比、有足夠的休息日、簡化護理臨床工作、依服務量核發績效獎金、營造正向職場環境等策略 (如上表) 來促進護理師們能持續留任於職場發揮我們的護理專業。

後疫情時代護理師職場面臨的困境, 除了需要各方政策的支持及因應外, 如何培訓護理師的心理韌性 (面對逆境時能保持或恢復心理健康的能力) 是護理管理者刻不容緩的課題; 心理韌性源於 3 個關鍵特徵: 「自尊 - 我們如何重視或看待自己」、「心理靈活性 - 將注意力從痛苦轉移到新的目標」和「情緒調節 - 控管令人不安感覺的能力」 (<https://heho.com.tw/archives/250431>; 作者: 孫珞軒)。護理專業的韌性建構不只局限於強化個人的韌性, 組織的韌性文化及韌力的領導策略都是我們未來要長期努力經營的方向。☺

#### 參考資料:

[https://www.ttcna.org.tw/fi/lecenter/B/8DBDC923872D39F071/2023護理人力缺口調查與建言之彙整結果\(網頁\).pdf](https://www.ttcna.org.tw/fi/lecenter/B/8DBDC923872D39F071/2023護理人力缺口調查與建言之彙整結果(網頁).pdf)

作者: 吳秋鳳

# 以單位需求出發， 打造最佳虛擬實境教學團隊

## Building the Best Virtual Reality Teaching Team Based on Unit Needs



劉子弘

台北慈濟醫院  
教學部教學型  
主治醫師

虛擬實境 (virtual reality, VR) 在模擬實作經驗上有著為人所知的沉浸性跟互動性，能夠促成醫學教育的升級。近十年來，隨著頭戴式顯示器的規格持續提升與相關應用商品化，有愈來愈多的人得以高解析度、高沉浸感的方式來體驗虛擬實境。虛擬實境可搭配視覺、聽覺及震動回饋等，讓學員有不同以往的學習經驗。然而，虛擬實境教案開發時間較長，且製作門檻偏高，因而造成有意導入的醫事職類卻步。本院教學部於 2019 年 10 月引進增強式虛擬實境閱讀體驗軟體 VIVEPAPER，2022 年 9 月更新為使用虛擬實境教案軟體平臺 VIRTU，除了可提供學員體驗既有的虛擬實境教案，亦可用於新教案的設計及製作。而教學部與護理單位合作，截至 2023 年 9 月底，共進行了 8 件虛擬實境教案的製作（如表一）。

本院教學部發展出一個虛擬實境教案的開發模式：由熟悉教案拍攝及製作的教學部教學型主治醫師及虛擬實境教學專責行政人員為基礎，邀



請有興趣開發虛擬實境教案的護理同仁參與，組成教案開發團隊。在開發過程中，教學部人員會給予護理同仁教案設計上的建議與製作上的協助，以降低各種技術上的困難，讓護理同仁能專注於教案內容規畫並能有效率地產出教案。利用前述的虛擬實境教案軟體，熟練的開發者可將任何 2D、3D 的多媒體內容，透過具串接 360° 影片功能的編輯器，在半天到一天內，輕易且快速地製作出教案。教案開發完成後，護理學員可以到教學部虛擬實境教室或者直接在護理單位內使用頭戴式顯示器體驗，並搭配進行教學主題相關的評估。

表一、台北慈濟醫院護理單位虛擬實境教案清單 (8 件)

拍攝年度	教案名稱	單位
110	陪你走一段 - 遺體護理怎麼做	6C 心蓮病房
110	緊急事件交班與緊急口頭醫囑執行	護理部
111	手術後入住加護病房情境	13B 病房、開刀房、SICU
112	癲癇病人照護	9A 病房
112	困難脫離呼吸器病人入住呼吸照護病房	RCC 病房
112	CPR 護理措施	10B 病房
112	母乳哺餵之脹奶處理	5A 病房、PICU
112	轉送加護病房流程	15B 病房、12B 病房

無論 VIVEPAPER 或 VIRTU，皆能提供觀看者「增強式虛擬實境閱讀體驗」。學員透過控制器操作，能飽覽各式多媒體內容，包括能跳轉的圖片字卡及置身於 360° 影片的場景，體驗沉浸式的閱讀。此軟體有幾項使用特點。首先，透過沉浸式閱讀



護理實習學生於台北慈濟醫院教學部體驗虛擬實境教案。



學員體驗遺體護理虛擬實境教案的畫面。



台北慈濟醫院護理單位虛擬實境教案封面。

體驗，學員的學習興趣及學習成效能有所提升。接著，軟體能以決策樹的設計結構，衍伸多種情境，提升教材的完整度。另外，教案設計上能採取互動問答的學習方式，確保學習成效及品質。對護理學員來說，能以虛擬實境方式提前接觸及適應各類臨床場景，能降低他們未來執行相關業務的心理壓力。

自 2021 年以來，教學部與護理單位合作，依照各單位的構想及需求，規畫出教案劇情、拍攝人員及場景、可行的評估方式等，再進行實地拍攝。我們納入各種教學理論來做設計，來確保學員在逼真的體驗中產生學習成效。完成後進行教案編輯，確認 360° 影片、平面資料及內建評估皆有好的體驗品質，再安排教案上線。執行至今，教學部協助院內 8 個護理團隊開發了 8 個教案。教案製作品質穩定且有效率，教學成效良好。其中遺體護理教案為全人醫療主題，充分體現本院「以人為本、尊重生命」的教學特色，在 2022 創新數位設計國際研討會上獲得肯定。

本院虛擬實境系列教案更因為高教案品質、高開發效率，獲得 2022 國家醫療品質獎兩個獎項：智慧醫療類標章、教學研究領域潛力獎。我們期望持續透過教學部及護理單位合作，量身打造各單位所需求的教案，以促進護理學員達成學習目標，進而提升臨床照護的品質。👁️

# VR 虛擬實境

VR Simulation in  
Clinical Teaching

# 擬真教學



科技擬境融入慈濟  
臨床護理教學應用

Technology Simulation  
Application in Tzu  
Chi Clinical Nursing  
Teaching



隨著科技快速演進，教學輔助工具亦多元化，擬真教學即是醫護教育重點發展的策略之一。由於醫療作業經常是緊急的、無法再現性的，且在 SARS、COVID-19 等傳染性疾病疫情期間，實習或是演練過程極易受到限制，目前已有學校或醫院開始提供科技擬真教學，包含虛擬實境（Virtual reality, VR），運用

電腦來模擬出具備視覺與聽覺實境效果的立體虛擬世界，可讓使用者有身歷其境的感受；擴增實境 (Augmented Reality, AR)，在現實場景、環境中加入虛擬資訊和物件的技術，將虛擬資訊與現實環境結合，並可進行互動；或混合實境 (Mixed Reality, MR) 結合 VR 與 AR 特性，提供更真實與高互動性感受的環境。

### 問卷基本資料統計

性別	人數	%
女	997	91.1
男	98	8.9
總計	1,095	100.0

年齡	人數	%
≤20歲	19	1.7
21-25歲	277	25.3
26-30歲	234	21.4
31-35歲	146	13.3
36-40歲	110	10.1
41歲以上	309	28.2
總計	1,095	100.0

目前醫院服務年資	人數	%
≤1年	157	14.3
1.1~2年	112	10.2
2.1~3年	96	8.8
3.1~5年	126	11.5
5年以上	604	55.2
總計	1,095	100.0

職務別	人數	%
護理師／士	860	78.5
副護理長	44	4
護理長	55	5
督導及以上	17	1.6
個案師(功能小組)	44	4
專科護理師(含資深護理師)	75	6.9
總計	1,095	100.0

工作科別屬性	人數	%
內科	188	17.2
外科	153	14.0
小兒	35	3.2
婦產	45	4.1
急重症	206	18.8
功能小組	18	1.6
血液透析室	51	4.6
手術室	88	8.0
門診	174	15.9
心蓮	27	2.5
行政	16	1.5
精神科	36	3.3
其他	58	5.3
總計	1,095	100.0

本期封面故事以「科技融入臨床教學／虛擬實境應用」為主題，藉由電子問卷對各家慈濟醫院護理師進行調查，了解護理師對虛擬實境教學的經驗、認知、虛擬實境教學應用對自身能力的幫助及實際運用等狀況，期望未來在辦理與推廣虛擬實境教學作業時，能夠貼近

臨床護理同仁的需求。此次調查共回收 1,095 份有效問卷。

### 過半曾參與科技擬真教學活動

由於近年來虛擬實境技術普及化，應用於護理教育也越來越多，各大醫院陸續發展各類科技擬真教案運用於臨床護

理教育訓練，無論是急救、給藥、一般護理技術、手術過程等，皆是透過影音視聽效果，達到沉浸式學習體驗（舒等，2019），利用擬真的實境培養學習者臨床思考判斷、操作能力，提供臨床無法反覆模擬的情境，讓學習者可以提升學習動機及學習效果。

回覆問卷的護理師中，有 51.8% 曾經在學校、醫院、臺灣或海外的研討會或課程中參與過科技擬真的教學活動。相對的，有 48.2% 沒有參加過科技擬真的教學活動。

而在有參與經驗的 51.8% 的人之中，

有 30.7% 的護理師在工作的醫院接觸過科技擬真教學活動，緊接著是在學校教育訓練曾參與過的有 29.3%，在研討會參加過的比例相對起來比例就很低了。

我們預期，科技擬真，對於護理教學，能夠發揮更好的效果。

### 最熟知模擬急救及護理給藥 比例接近五成

對於護理工作來說，我們最重視病人安全，最怕「犯錯」，光是 near miss(跡近錯失)都是近年來才正向看待的概念，以往都是隱而不報，後來才提倡為

## 1) 您曾經在學校、醫院、臺灣或海外的研討會或課程等參加過科技擬真的教學活動？(N = 1,095, 複選)

護理學校 29.3%

工作醫院 30.7%

參加臺灣的研討會 7.0%

參加海外的研討會 0.2%

其他 0.6%

從未參加過 48.2%



應該盡可能通報異常，讓組織及流程有改善調整的機會。而科技擬真教學，讓護理學生及學員可以在虛擬的環境裡面犯錯，可以嘗試錯誤，甚至可以因此加深正確步驟的記憶。

詢問慈濟各院護理師，能運用科技擬真進行的教學活動，比例最高的首位為「模擬急救情境（可以不同視角，觀摩急救團隊分工合作）」48.8%；次之為「模擬護理給藥（評估病人症狀、解讀醫囑、正確給藥、監測評估有效性及副作用）」45.1%；第三為「模擬護理技術（如新生兒即刻護理、模擬注射、管路置放）」，占34.7%。在「模擬解剖器官構造（可呈現3D立體模型，可拆解或不同角度切面，或動態模型）」、「高階模擬人（急重症護理、產兒科護理、內外科護理）」及「手術模擬（模擬內視鏡手術的訓練）」等項次亦分別占27.2%、24.8%、23.3%，足見科技擬真教學提供不同科別護理教育訓練的多元化。

但也有完全不知道科技擬真運用在教學活動的人，比例為25.9%。

### 最熟知模擬急救及護理給藥 比例接近五成

雖然護理師們知道可運用科技擬真的教學活動很多，但受限於裝備、教學環

境問題，實際上的參與狀況又是如何？

扣除完全不知道科技擬真運用在教學活動的人數(284人)，詢問曾經參與過哪些科技擬真的教學活動，以及接著問最有幫助的教學活動，發現參加比例最高的活動、最有幫助的活動，跟認知度最高的活動，前三名的排名都是一樣的，都是「模擬急救情境」第一、「模擬護理給藥」第二、「模擬護理技術」第三。

特別的是，覺得在學習上最有幫助的擬真教學活動，每一個選項的數值，都比曾參與過的活動高很多。Chen et al (2020)的薈萃分析結果也顯示，在科技擬真訓練的各方面與傳統教學相當，在知識程度部分更甚於傳統教學。

### 科技擬真教學活動新奇又安全 無時無刻皆可學習

在各式教學活動中，除了提供學習機會，最重要的是教學後的成效。透過科技擬真教學活動所學到的臨床技能，對於護理師在執行臨床照護上，47.6%覺得有一點實質幫助，39.5%覺得非常有幫助；加總起來，有87.1%認同科技擬真教學活動提升臨床技能的效益，僅1.6%覺得沒有幫助。

綜觀以上結果，不難發現，這些最常

## 2) 科技擬真教學可提供臨床實際操作受限制的訓練或活動，請問您所知道能運用科技擬真進行的教學活動有哪些？(N = 1,095，複選)

模擬護理給藥 (評估病人症狀、解讀醫囑、正確給藥、監測評估有效性及副作用) **45.1%**

模擬急救情境 (可以不同視角，觀摩急救團隊分工合作) **48.8%**

模擬解剖器官構造 (可呈現 3D 立體模型，可拆解或不同角度切面，或動態模型) **27.2%**

模擬護理技術 (如新生兒即刻護理、模擬注射、管路置放) **34.7%**

手術模擬 (模擬內視鏡手術的訓練) **23.3%**

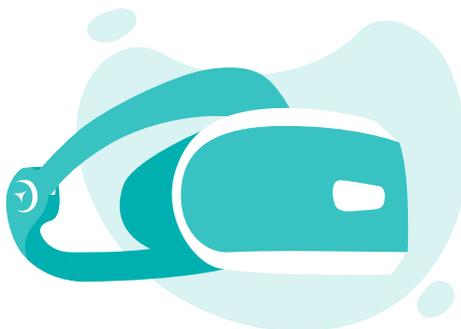
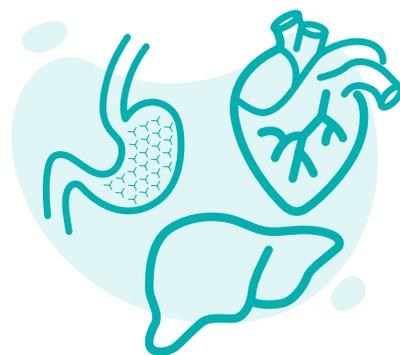
高階模擬人 (急重症護理、產兒科護理、內外科護理) **24.8%**

臨終護理虛擬實境、預立醫療決定虛擬情境 **15.5%**

災害搶救虛擬情境 **13.6%**

其他 **0.6%**

不知道 **25.9%**



參與的科技擬真教育訓練是各科別護理工作通用、常見也最重要的，護理人員或學生可以在不擔心病人受到影響的安全環境下，透過虛擬實境的視覺影像感受與真實病人的情境經驗，從中學習該

技能的知識、技術、溝通及決策能力，並能反覆練習 (Chen et al., 2020)。

台北慈濟醫院陳玉龍教學型主治醫師即推動高擬真教學，運用臨床無線模擬生理人訓練系統、高級心臟救命訓練模

### 3 ) 您曾經參與過哪些科技擬真的教學活動？( N = 811 , 複選 )

模擬護理給藥 (評估病人症狀、解讀醫囑、正確給藥、監測評估有效性及副作用) **38.0%**

模擬急救情境 (可以不同視角，觀摩急救團隊分工合作) **39.5%**

模擬解剖器官構造 (可呈現 3D 立體模型，可拆解或不同角度切面，或動態模型) **10.0%**

模擬護理技術 (如新生兒即刻護理、模擬注射、管路置放) **23.9%**

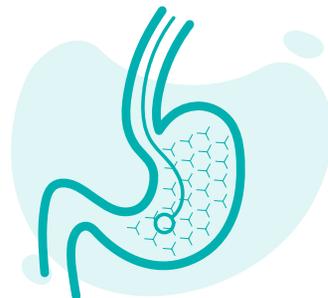
手術模擬 (模擬內視鏡手術的訓練) **4.4%**

高階模擬人 (急重症護理、產兒科護理、內外科護理) **16.0%**

臨終護理虛擬實境、預立醫療決定虛擬情境 **9.0%**

災害搶救虛擬情境 **5.9%**

其他 **0.9%**



型等帶領急重症醫護人員撰寫各項教學教案。2019 年 10 月台北慈濟醫院教學部引進增強式虛擬實境閱讀體驗 VIVEPAPER 軟體，並由教學部劉子弘教學型主治醫師帶領，開始發展各個職類的 VR 教案。

其實在護理的養成訓練中，許多工作

情境是需要結合知識、技術與情意，但有很多工作情境的發生並非常見、且無法預期，所以若要在發生當下進行教學實屬不易，且會影響病人安全，所以我們開始學習運用 VR 的教育模式，運用模擬臨床相似場景及狀況，提供學習者身歷其境護理實踐練習環境，

## 4) 對您在學習上最有幫助的科技擬真教學活動有哪些？ ( N = 811，複選至多 3項 )

模擬護理給藥 (評估病人症狀、解讀醫囑、正確給藥、監測評估有效性及副作用) **46.0%**

模擬急救情境 (可以不同視角，觀摩急救團隊分工合作) **57.1%**

模擬解剖器官構造 (可呈現 3D 立體模型，可拆解或不同角度切面，或動態模型) **20.0%**

模擬護理技術 (如新生兒即刻護理、模擬注射、管路置放) **30.1%**

手術模擬 (模擬內視鏡手術的訓練) **11.2%**

高階模擬人 (急重症護理、產兒科護理、內外科護理) **24.5%**

臨終護理虛擬實境、預立醫療決定虛擬情境 **12.0%**

災害搶救虛擬情境 **10.5%**

其他 **2.1%**



藉此訓練學習者統整能力、技能操作、團隊合作等技能 (Chen et al., 2020)。

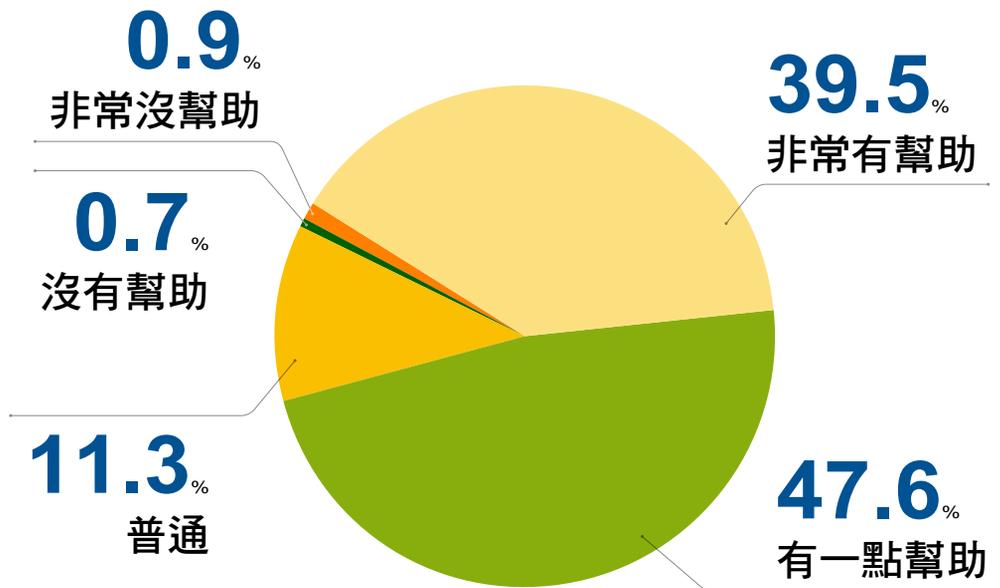
研究證實運用 VR 技術教學在技能的學習效果與傳統教學相當，但在知識提升上則優於傳統訓練 (Chen et al., 2020)。因著教學部引進軟體使用，院部支持教學活動提供每個護理單位一個

VR 頭盔，讓 VR 教學活動開始在護理單位陸續發芽與普及。

### 身入其境 陪你走一段

首先是我們心蓮病房製作的「身入其境—陪你走一段」虛擬實境課程，教導單位 NPGY 學員遺體護理照護。課程設

## 5) 透過科技擬真教學活動所學到的臨床技能，對您在執行臨床照護上有無實質幫助？(N = 811, 單選)



計創作動機是因「遺體護理」的過程是短暫、重要的護理活動，在病人家屬喪親悲傷的歷程中，互動過程可展現護理人員獨特的護理功能，融入宗教、文化習俗的遺體清潔、更衣與清楚後續遺體處理程序，不僅提供家屬靈性照護，更能撫慰家屬哀傷的情緒。

研究指出 90% 以上的護理人員認為照護瀕死病人是困難的，護理人員在面對瀕死病人及病人遺體時，常出現恐懼、不安、失落、無能為力的感受，甚至有哀傷情緒(胡等, 2014)，在心蓮病房服務的護理人員經常接觸瀕死

病人，遺體護理亦是常見護理技術，但不宜於實際操作過程中進行新手指導，所以開啟運用 VR 教學的動機，提供 NPGY 學員遺體護理照護的訓練。在護理部創新教學競賽中「身入其境—陪你走一段」遺體護理 VR 課程獲得評審的認可，在 2021 年 3 月護理部列為新進人員在職教育之一，推展至全院教學課程，同時也成為護理實習生全人照護教育課程，推展至 2022 年 12 月止已有 236 位護理師及 926 位護理實習生參與過此課程，課程滿意度高達 96.1%-97.6%，其中「虛擬實境教學

系統之內容，使我學習興趣提升」高達 98.7% 覺得滿意。推廣過程中除了高滿意度，護理師及護理實習生知識也提升，前測及後測認知程度平均提高 14.5-14.9 分。

### VR 融入教學 成效獲高度肯定

由此推廣過程可見，資訊科技的發達提供護理教育訓練可不受限於時間與空間、個案發生的頻率，且運用虛擬實境教學融入逼真的情境，讓學習者感受虛擬活動的真實性，運用各種感應裝備達到感官的刺激，讓學習者可身歷其境、學習知識技能、換位思考，並可反覆操作，藉此達到學習成效。除了認知與滿意度外，使用過「身入其境—陪你走一段」VR 教案的學員的回饋包括：90.4% 表示「做遺體護理時，比較沒那麼害怕」、91.5% 表示「知道如何執行遺體護理」、92.3% 表示「此教學非常適合沒有接觸遺體處理經驗的學生或是新進同仁學習」、93.5% 表示「模擬很真實的體驗，加深學習的印象」等，學員們的回饋高度認可科技擬真模擬教學的好處。

台北慈院護理部人員培育小組針對 NPGY 學員及專科護理教育推展科技擬真教案撰寫與 VR 教案拍攝作業，在 2020-2023 年的努力下完成 NPGY 學員「急救給藥」；專科護理照護「癲癇病

人照護」、「心肺復健」及「CPR 急救措施」等 VR 教案，更有提供給病人「手術麻醉後入住加護病房，我會面臨的情境事件」的 VR 教案作為術前護理指導使用。

總而言之，數位科技的發達，在護理教育是新的契機也帶來新的挑戰，護理工作要具備知識技能，也須重視病人安全，所以訓練過程需要非常嚴謹，有些技能、技術需要長時間觀察、操作與評核，所以新科技導入護理教育，提供擬真的體驗、演練及互動的學習（黃，2022），讓新進護理人員可以有更多的體驗學習，可讓技能熟練進而提升醫療照護品質。

### 參考文獻

- 胡曉玲、蔡慈儀、王凱微（2014）。新進護理人員面對死亡之照護經驗。榮總護理，31（2），196-207。https://doi.org/10.6142/VGHN.31.2.196
- 舒玉、陳鈺潔、黃天麒（2019）。護理教育未來式—以虛擬實境誘發動機之整合學習模式。護理雜誌，66（2），196-207。https://doi.org/10.6224/JN.201904\_66(2).04
- 黃國禎（2022）。新興數位科技浪潮下的護理教育。護理導航，23(3)，1-11。https://doi.org/10.29494/LN.202209\_23(3).0001
- Chen, F.-Q., Leng, Y.-F., Ge, J.-F., Wang, D.-W., Li, C., Chen, B., & Sun, Z.-L. (2020). Effectiveness of Virtual Reality in Nursing Education: Meta-Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 22(9), e18290. https://doi.org/10.2196/18290

[No. 1]

# 善用 VR 模擬 預防精神科暴力

Make Good Use of VR Simulation to Prevent Psychiatric Violence

■ 文 | 柯怡安、楊悅絹、游雅柔 台北慈濟醫院身心醫學科病房職能治療師  
廖金蓮 台北慈濟醫院身心醫學科病房護理長

精神科病房被視為醫療暴力行為的高風險地點之一，精神科住院病人在病房的暴力行為通常源於多種原因。首先，精神科病人可能失去對外界刺激的自我控制及反應能力，特別是當他們感受到負面評價或外部刺激時，導致忍受度降低，相對增加暴力事件的風險。此外，未滿足的需求也是導致患者暴力行為的原因之一，包括生理需求（如飲水、食物）和心理需求（如被尊重和被接受）。

萬一出現危急暴力事件，可能傷及醫護人員，因此如何有效預防暴力行為，非常重要。尤其暴力行為如果突然發生，新進人員或學員很容易因為缺乏經驗、受到驚嚇而無法迅速做出有效的反應，從而使暴力事件加劇。如果能夠透過 VR 虛擬實境環境，為學員提供模擬和身臨其境的學習體驗，有助於提高應變能力和安全意識，以應對精神科暴力事件，並減少同仁受傷風險。

精神科在臨床發生暴力事件的情境眾多，而精神科職能治療團體也是其中之一。我們必須了解精神科病人因其敏感、多疑、妄想等相關症狀而對他人表現出暴力行為，但在團體活動中發生暴力事件，不只增加臨床工作者的風險，也會影響其他病人的安全。

因此，提供沉浸式的 VR 暴力情境教育變得至關重要。這種方式允許精神科新進人員親身體驗和模擬真實暴力情境，瞭解在暴力事件發生時的震撼感，以及應該採取的緊急行動。相較於僅透過口頭講解，這種實際體驗更有臨場感，能夠有效提高臨床工作人員的應對能力，降低暴力事件的發生率，同時減少工

作同仁受傷的風險。這樣的 VR 教育課程將有助於培養專業技能，確保精神科工作人員能夠有效處理和預防患者的暴力行為。

### 設想情境與處置加上編劇及演出 5 分鐘 VR 體驗

在籌備過程中，我們以臨床上真實發生的暴力事件為基礎，將其改編成 VR 虛擬實境教案，著重預防精神科暴力。我們選擇了職能治療團體手工藝活動作為情境，並編寫了三個階段的活動中的暴力事件情節。

在編寫 VR 教案的劇情大綱時，我們納入了多方面因素，如事件發生的原因、個案的疾病和性格特徵、暴力行為的種類和嚴重程度，以及事件發生後的處理方式。為了更好地組織這些複雜且相關聯的元素，我們首先使用心智圖作為起點，以制定 VR 教案的劇情結構。

在眾多診斷類型中，我們特別選擇了酒精成癮患者和雙極性情感障礙患者，將他們設定為主要的衝突角色。這是基於臨床經驗，我們發現這兩類患者在急



性病房中更容易出現衝動、滿足需求的延遲，以及人際互動調適困難，進而引發與他人的人際衝突，可能導致暴力事件的爆發。

然而，在這個虛擬情境中，我們也特別考慮了其他參與者，尤其是精神病患者仍處於症狀不穩定的急性期時，容易受到他人的暴力行為和情緒高張的影響，進而觸發自己的妄想或情緒波動。因此，在劇本中，我們特別關注了治療師應該如何處理和安撫不同成員，以確保團體中的每個人都能得到適當的照顧。

我們在處理暴力行為情境方面考慮了多種方式，包括迅速應對和後續關注個案的作法，以提供適當的安撫和安全規範。初稿完成後，我們經過多次討論和修改，選擇了最適合放入 VR 劇情的段落，並整理成最終版本。在實際排演和拍攝影片期間，我們根據第三次微調了劇情和應對方式，包括治療師的指導語、身體姿勢以及個案之間的互動細節。

這個 VR 製作過程有些耗時，我們的目標是將最真實的情境呈現在約 5 分鐘的 VR 體驗中，以提供實習生或 PGY 學員深刻且實用的學習機會，並希望他們能在短時間內學會處理精神科病房中重要的暴力事件安全方法，以預防可能發生的傷害事件。

### 教案推展運用 學員滿意

使用虛擬實境（VR）來預防精神科暴力的教學推展計畫已經初步展現出令人鼓舞的成效。這項計畫旨在提供臨床工作學生（包含實習生和 PGY 學員）實際情境下的暴力事件模擬，以幫助他們更好地應對潛在的威脅，提高其對患者安全的警覺性，以下是我們的成效概述：

滿意度：根據我們的調查，參與學員的滿意度普遍很高。近 95% 的受訪者表示對 VR 教學感到非常滿意，並認為這對他們未來執業即將面臨的安全問題非常重要。此外，約 95% 的受訪者表示他們感到更自信和準備應對潛在的危險情況。這些結果明確顯示，VR 教學在醫護人員中獲得了高度的接受和滿意度。

教學意見回饋方面，參與者提供了寶貴的觀察。他們普遍認為這種互動式學習環境比起傳統課程能夠更好地理解精神科暴力的可能性，並提供了應對策略



的實際經驗。許多受訪者強調，這種虛擬實境經驗讓他們能夠在安全的環境中錯誤並學習，而不會帶來真實的風險。

### VR 教學有助於與團隊成員合作

此外，參與者也提到了 VR 教學對團隊協作和溝通的積極影響。他們認為，這種經驗有助於改進他們與同事之間的協作，提高了團隊應對危機情況的效率，而他們也期待將 VR 用在其他相關主題上。

我們也將此 VR 推展於身心科病房護理職類，回饋經由此 VR 可以了解病人參與活動可能發生的衝突，及治療者可採取的因應措施，有助於提升臨床應變能力，特別針對 NPGY 學員，可能尚未實際面對或解決衝突事件，藉由情境模擬教學，可做為未來事件發生時，參考的依據。

總之，這個教學推展計畫的成效表現出色，不僅提高了醫護人員的滿意度，還有助於提高他們的應對能力，增進了病人和工作場所的安全。我們將繼續收集回饋，以不斷改進和擴大這項計畫，提升教學效果，預防醫療暴力行為。

[No. 2]

# 虛擬世界多重選擇 及後果體驗

Multiple Choices and Consequences Experience in  
Virtual Clinical Workplace

■ 文 | 彭柏皓 台北慈濟醫院呼吸照護中心護理師

虛擬世界運用於護理臨床照護的體驗在推行之初，個人對 VR 這個產品是毫無興趣及認識，直到某一天護理長從單位拿出大大的頭盔，號稱是「VR」產品，讓同仁體驗；透過第三人稱視角去觀摩遺體護理及點滴加藥，有趣的是可以選擇正確的方式或不正確的方式，每個步驟都影響結局，有如身歷其境，讓平常執行點滴加藥格外小心的我，去嘗試了「如果我今天選了不正確的加藥方式，後果會是如何？」這些只能在虛擬世界去體會，不可能發生在臨床上。

透過體驗學習讓自己有更多的思考，同時醫院也開立相關課程，單位護理長給我機會與其他團隊共同參與學習。

剛開始上課時，其實對 VR 拍攝相機及所有設備一竅不通，畢竟我的電腦資訊能力並不是特別厲害，但廠商非常有耐心的一個一個步驟指導，也有拿攝影機去試著掌握不同的視角，並告知若之後拍攝要注意那些「眉眉角角」，過程中還很迅速擬定出臨時劇本，每個人都用盡全力進行演出，由此可見大家壓力其實不小。

當順利製作完成 VR 臨時劇本後的成品，再自行觀看後也覺得好像很簡單，沒有我想像中複雜。

回到單位，當時擬定主題與教案時，護理長馬上跟我討論主題並非常有效率把教案及劇本寫出來，因為我們的主題是「心肺復健」，可想而知拍攝需要的道具其實不少，需要物理治療師、護理師、病人、呼吸治療師及一些復健器材，更何況還要喬出大家共同有的時間先彩排預演，再到正式拍攝，其實費盡不少苦頭，不過這些也都在大家極高的效率下完成第一次彩排。



正式拍攝當天，病人需要被放置假的氣管內管，呼吸器也一直發出警示聲，模擬真正在 RCC 臥床的病人，我們可以給他做哪些復健讓他四肢可以不會攣縮，有意識不清、意識清楚及拔管後坐床緣、站立、走路，拍攝途中要不斷調整角度，臺詞是誰要先說、走位怎麼走，都是拍攝當天不斷去修正。

拍攝結束後，初步完成的影片會由教學部協助後製，過後就是由我親手操刀去完成剪輯作業。但因為教剪輯的時候到真正要剪輯其實也已經過兩個月，記憶其實沒有那麼清晰，教學部同仁也很有耐心地從頭讓我找回印象，就使用了一天完成剪輯作業，當下剪輯真的覺得非常崩潰，為什麼我是護理師卻要做這些？但剪輯完成時，覺得其實多一項生活技能好像也不錯，雖然中途一直麻煩教學部來輔助我剪輯，也給我了一些對剪輯上面其他的想法。真心佩服教學部同仁，不僅很有耐心，甚至連我的疑難雜症也一併處理完成。

做完 VR 影片後就是要去體驗整個 VR 過程，雖然這次做的是一部劇本，沒有像剛開始體驗 VR 主題那樣可以選擇自己的人生走向，不過能先完成簡易的 VR 影片我也是覺得我好棒。

如果未來有機會再製作一部 VR 影片，我會想要嘗試看看多做點變化，讓玩遊戲的同仁感覺到他現在就是在裡面，他就是裡面的主角，並給予多個十字路口選擇，每一次選擇都有不同的人生體悟，這樣可以讓不管是誰都對這個 VR 更印象深刻且更有教學意義，這就是現代科技結合醫學的體現吧！

[No. 3]

# VR 遺體護理教學 共感同理尊重

Going Through VR Postmortem  
Care Learning Empathy and Respect

■ 文 | 林怡君 新生醫護管理專科學校護理科老師

帶領護生使用 VR 虛擬實境方式學習是一個全新的體驗。記得帶實習之初，曾至 HTC 公司向友人了解 VR 的發展與如何應用於臨床實習教學上，實際體驗該公司開發的 VR 學習軟體應用，例如：解剖學課程可以透過 VR 的互動性教學，以身歷其境方式看到人體的骨骼、血管、肌肉等，當時得知台北慈濟醫院已使用 VR 在 COVID-19 照護上，沒想到，沒過多久醫院剛好就宣布提供內外科護理實習生在實習期間接受遺體護理照護 VR 課程的學習，學生與我都非常期待。

在強調全人照護的慈濟醫療體系中，遺體護理是每位護理師必須學習的一門課程，短短一個月的內外科實習生也不例外。過去，醫院提供心蓮病房拍攝之遺體護理教學影片供學習，期望學習者能了解瀕死病人的身心靈改變，並且如何提供適切的照護，再來則是如何進行遺體護理，並學習如何關懷病人家屬。該影片中有互動學習考題，但因播放的環境是會議室，不免受到外在因素干擾學習，對於考題內容是否了解也僅自己評估，而沒有實際學習前、後測驗結果比較；不過，在醫院引進 VR 設備並重新設計遺體護理的教案後，學生能夠在一個安全的場域，戴上 VR 頭盔，沉浸在實際的場景中學習，並進行互動及填寫前、後測驗來了解學習成效，對於學生來說，這是全新的體驗，因此，非常認真參與。

遺體護理並非透過講述及影片播放就能讓學生了解，透過 VR 的協助，可以幫助實習指導老師教學上更有效率。當學生完成 VR 課程，老師可透過討論、問答方式了解學生是否理解，也能適時澄清錯誤之處，或提供部分無法承受病人往生感受的學生心理支持。因此，VR 學習遺體護理可讓學生有一定理解下，老師帶



領討論時會較容易。

從學習後的回饋發現，VR 遺體護理學習方式的確引起護生的興趣及提升學習效果。首先，學生在遺體護理後測的表現比前測進步；其次，課後滿意度方面，學生表示「很實際的感覺」、「VR 可以讓我更加了解遺體護理」、「效果很好，是一種全新的體驗」、「全程都有拍攝，讓我們都可以看到遺體護理全部的過程，使我們更加清楚遺體護理如何執行」、「很容易記得需要準備什麼！也很容易記清楚遺體護理步驟」、「可以讓我清楚了解整個遺體護理的過程及步驟，並讓我得知對於病人道愛、道歉、道謝、道別是很重要的」。

而且有一位學生在課後剛好遇到病人往生，他與主護護理師一同執行遺體護理。學生表示實際遇到雖然仍有衝擊，但能夠理解大致照護流程，了解應關懷家屬，也能帶著尊重、符合倫理原則來陪伴病人最後一段路程。

總結來看，引入 VR 作為遺體護理教學工具是有不錯的成果。傳統教學方式較難以傳達遺體護理的複雜性及情感層面，而 VR 的引進能使學生更深入去了解，相信對於未來的實習或實際執業後能夠更有信心地執行遺體護理。最後非常感謝醫院為護理學生提供豐富和有效的學習體驗，提升護理專業素養，也讓學生了解護理不是只有課室教學、實際操作等，也可藉由科技來強化學習，期望未來醫院能設計更多不同課程，讓護生學習更多技術，進一步提高執行正確率，也能對護理執業更有興趣。☺

# 啟發 照護本心



**廖金蓮** 台北慈院身心科病房護理長

## Nursing Profession Adds Points to Life

Jillian Liao,  
Head Nurse, Psychiatric Ward,  
Taipei Tzu Chi Hospital

■ 文 | 廖唯晴

「小時候阿姨跟姨丈開了一間診所，我經常在裡面玩耍。他們覺得護理對女生來說是個不錯的工作，又可以幫助別人，我也覺得不討厭，所以在選擇升學方向時就依循他們的建議，進入馬偕護校就讀……。」說起護理緣，台北慈濟醫院身心醫學科病房廖金蓮護理長侃侃談起往事。

## 呵護新生命的吸引力

護校畢業後，廖金蓮進入長庚技術學院就讀二專，畢業後到馬偕紀念醫院新生兒加護病房工作了八年，直至 2005 年台北慈濟醫院啟業時，才跟朋友相約轉換過來，因為離家較近。

「在新生兒加護病房實習的時候曾經看到小小的巴掌仙子，雖然只有我們手掌大，可是他們卻非常努力地想活著。」、「我看著他們一寸寸長大，每一個護理師阿姨都把他們當作自己的小孩一樣疼愛，跟他們分享周遭的事情，就像一家人一樣。」學生時期實習的經驗讓廖金蓮畢業後選擇照護新生幼兒，且早產巴掌仙子的生命力也帶給她力量，樂此不疲。來到台北慈院後，她還是選擇兒科加護病房。

台北慈濟醫院剛啟業，時逢生育率高的年代，所以儘管醫護同仁來自四面八方的不同醫院，有不同的照顧習慣，可是有著「要將新生寶寶照顧好」的一致信念。2006 年 1 月，體重僅有 770 公克的貝貝在媽媽懷孕 27 週時就等不及地來到世界，小小的她心跳與呼吸都十分微弱，還一度出現呼吸窘迫症候群、腦室內出血等嚴重併發症；貝貝的媽媽則是因為生產住到加護病房，爸爸徬徨失措，不知道該怎麼辦。當時，臨床習慣用於治療早產兒的藥物沒有健保給付，為了讓貝貝順利治療，廖金蓮在內的醫護人員主動到外面幫他們找藥。她說：「過去都是家屬自己買好藥讓醫護人員使用，但那時沒有在線上照顧的同仁都分工去詢問藥商，就是希望讓貝貝妥善治療。非常令人感動。」

廖金蓮在兒科加護病房升上副護理長，並在 2010 年轉任為婦產科病房護理長。可是事實上，一直都在加護病房工作的她並沒有真的待過病房，只有在台北慈濟醫院啟院時，短暫協助支援新開設的兒科病房的經歷。她分享那段同仁們支援兒科病房照護的日子，「加護病房照顧的病人數較少，必須密切觀察，跟病房的照護模式完全不同。我們一群加護病房的醫護人員不清楚要怎麼照顧病房病人，只

能將慣用的照顧方式套用在兒科病房裡。」其中一個情況危急的孩子在這群「臨時」護理師的照護下康復出院，後來全家人特地回到兒科病房道謝，但是當時負責照顧的團隊已經回歸兒科加護病房。這家人不放棄，打電話詢問總機人員，最後順利地找到廖金蓮護理長道謝，她也將病人家屬的感謝轉達給所有照顧成員知道，大家都非常開心。

### 從加護到帶領一般病房 學習看見不同的風景

「以前當 member(臨床護理師)時，自己抓好時間進度把事情做完就沒事了，可是當了主管之後，每件事情都需要很多人幫忙，因為那可能是涵蓋全單位的事。」從在兒科加護病房升為副護理長，接著轉調婦產科病房並接任護理長，廖金蓮一下面臨很大的變化需要調適：一是主管的角色，二是普通病房的屬性。

身為主管，她要尊重每個同仁的想法，了解每個同仁做事的特性、速度不同，她必須學習跟每個同仁溝通，帶著他們設定目標、設定期限，而這一切的不一樣，



一時之間讓她無法適應。她說：「病房的步調沒有加護病房那麼快，我做的雖然主要是行政工作，但還是會到臨床看同仁們執行的情形。常常我已經巡完一圈病房了，但同仁的進度還在很後面的地方。因此，我開始省思，練習放慢步調，看會不會發現更需要被留意的不同風景。」

她驚喜地發現，相較於兒科加護病房著重的「團隊」、「速度」，婦產科病房有些事是可以等待的。在她的婦產科病房，同仁不會只做「本分事」，即便自然產只需要住院三天，大家依舊會努力地跟產婦互動，看有什麼需要。而且在產婦出院回家後，同仁都會主動去追蹤她們的情緒，協助解決遇到的問題；若有需要安胎的孕婦，大家也會輪流陪伴、聊天，化解住院的無聊，紓解她們安胎的壓力。

有一次，一名孕婦住院安胎，幾天後的晚上，孕婦的先生到護理站跟護理師說：「明天是我太太的生日，可是我要工作沒有辦法陪著她，你們可不可以幫幫忙，多陪陪我太太？」之後，廖金蓮護理長驚訝地發現，夜班跟早班的護理師主動發起慶生會，不但到醫院樓下買蛋糕，還親手畫卡片送給孕婦，幫她過了一個難忘又感動的生日。

相處幾年下來，婦產科病房同仁所做的一點一滴，是廖金蓮護理長眼中的美好風景。

### 挑戰身心科 從全人到全家庭

2016年，懷孕生子的緣故，廖金蓮申請8個月的育嬰假全心全意照顧孩子。之後回到職場，護理部主管請廖金蓮接手身心醫學科病房。

「我只在學校實習時接觸過身心科病房，所以跟一般人一樣對身心科病人有刻板印象，免不了擔心害怕。可是既然主管覺得我可以，那我就願意嘗試看看。」廖金蓮護理長將精神科護理全部複習一遍，也特別去請教督導，也請教身心科同仁需要注意的事項，她不會因為自己是主管就高高在上，而是將自己視為團隊一分子，遇到專業問題就不恥下問，花了將近一年的時間，總算適應新生活。

不僅如此，她還將以前在兒科重症加護的經驗活用到新單位。廖金蓮提到：「兒科要看整個家庭的狀況，而身心科病人的狀況也跟過去家庭結構、家庭動力有關，所以我看似跳離了過去領域，實際上是把過去、現在所有東西串聯起來，從家庭面綜觀，就能帶著同仁提供更多協助。」

### 改善防暴機制 保護同仁身心健康

身心科病房與婦兒科病房最不一樣的地方，廖金蓮護理長認為是「說話語氣」。以前跟小朋友講話的語氣不外乎溫柔、溫和，可是在新單位她必須用堅定、肯定的語氣來勸服病人。儘管大部分的病人都可以溝通，可是仍然會有暴力相向的時候。曾經有名病人家屬剛到院就拿著刀想亂砍人，醫護團隊趕緊報警處理，化險為夷。這起事件讓廖金蓮護理長重視到「同仁自我保護」的重要，她說：「同仁在暴力處置的過程中受傷是我們最不捨的部分，因此我們跟督導進行討論，請外面講師前來指導，做了一系列改善機制後便不再發生這類事情了。算是很有成就感的一件事。」

### 换位思考的帶領風格 啟發人人照護愛心

從事護理工作不知不覺已經 20 餘年，她感謝教會她領導單位的徐美華督導，雖然現在已經不在院內服務。「美華督導是我在護理工作中很重要的 Role Model，





剛晉升時，是她指導我如何照顧單位學妹、維持單位品質以及如何向主管報告。最重要的是，她提醒我，當主管後不能自我意識太強，必須全面性地看事情，學會換位思考。」

廖金蓮護理長笑說以前的自己個性嚴厲，對工作的彈性也不大，所以同仁常常無法接受她的指導，而美華督導從旁提點，告訴她如何跟同仁互動後，現在她可以笑著說：「我已經是個很有彈性的人了。」以給藥的三讀五對為例，以前她覺得給藥是本分事，當同仁沒有確實對藥、發生異常時她會非常生氣，但現在她已經會從同仁的角度思考，認為時代差異下每個人的工作態度、生活習慣不同，身為主管必須發現同仁遺漏的問題點，進而加強，而不是責怪。

「我對我的工作很有熱情，因為幫助人是一件很開心的事，看著我們付出的對象從狀況不好變成好，會很有成就感。」日前，病房來了一個指甲有二三十公分長的病人，他不願意讓家裡人協助，可是護理人員幫他打理身體、剪頭髮、剪指甲，把他整理得乾乾淨淨的，廖金蓮護理長看著這一切，直說「這就是工作的成就感所在！」

未來，她期待自己能繼續用心耕耘護理這塊大福田，她覺得「如果可以用自己的小小力量去帶動其他同仁，啟發他們願意主動去幫助病人的心，那我的用心就算是成功了。」👁



學姊，請聽我說

Please Listen to Me, My Dear Senior

# 臨床教師的

Details and Tips  
from My Preceptor

# 細膩與提點



陳俐伶（左）與學姊陳育暄（右）

我小時候患有鼠蹊部的良性囊腫，所以出入醫院對我來說是家常便飯。在醫院常看到忙碌的醫護人員，他們跟病人的相處互動非常良好，再加上媽媽是護理師，她也常分享工作上的一些事，不知不覺間加深我對護理工作的嚮往，希望有朝一日也可以提供別人需要的幫助和撫慰。

如願進入耕莘護專就讀，畢業後在醫院的一般病房待了幾個月，可是我發現高護病比讓我必須壓縮照顧每個病人的時間，很不適應，那時奶奶癌症末期需要人照顧，我就決定離職回家陪伴，直到奶奶過世，我才來到台北慈濟醫院的外科加護病房工作。

### 臨床學姊的手抄筆記 適應環境小妙招

外科加護病房的屬性與一般病房不同，雖然病人的病情急迫，可是我可以提供病人更多關懷與照顧，這是我比較喜歡的方式。

說實在話，剛來時很緊張，尤其我沒有在慈濟醫院實習過，學生時期實習也沒有去過加護病房，所以壓力更大。陳育暄學姊是我的臨床老師，她總是在一旁觀察我的學習狀況，一開始光是面對病人就不容易，還要熟悉院內電腦系統的操作，認識每個醫師、專師的作法跟習慣，可是育暄學姊總是從許多小細節幫我，包括整理出醫師或專師的特殊習慣，跟我分享她當年的手抄筆記本，讓我能盡快適應新環境，不會因為太白目而被罵。每當負荷不過來時，她也會利用下班時間找我聊聊天，檢討當天發生的事件應該怎麼做結果會更好。

### 病人轉病房是一大難關

病人要從加護病房轉到普通病房，不同病房的交班模式會有些不同，所以「病人轉病房」是我認為的一大難關。

每次送病人到其他病房交班時，我都要面對不同的學姊提問，而且我是以加護病房護理師的身分過去的，所以一般病房的學姊們更會嚴格、慎重地看待交班。曾經有幾次，一大群學姊圍著我一起看病人，各式各樣的問題讓我手足無措，非常慌張，什麼都講不出來。記得那時，育暄學姊就會「神出現」在我身旁，提醒我冷靜下來，一步一步地告訴我需要做些什麼，讓我不用獨自面對壓力。

育暄學姊外表冷冷的、有點嚴肅，話也不多，可是認識久了才知道，她的內心其實很溫暖。



## 學習揪集團隊的力量

加護病房有時候會照顧到高難度、裝葉克膜的病人，因為病況危急，通常都是由資深學姊負責，而我在菜鳥時期也協助育暄學姊照顧過幾個這類病人。有一次是一個三十多歲的爸爸，他本是家裡的經濟支柱，孩子又還小，裝葉克膜的醫療費用並不便宜……我感受到他的困難，當下我很煩惱，不知道該怎麼做。學姊提醒我可以照會社工師，或請醫師召開家庭會議，讓各方人員一起坐下來討論如何幫助這個家庭，解決他們遇到的困難。

有了育暄學姊的提醒，我學到，醫療有很多時候是需要各職類人員一起介入協助，會發揮更大的力量。

這件事情帶給我很大的啟發，從來沒想到我可以給予病人及他的家庭這麼多幫助。最後家屬選擇撤管，讓病人安心離開，而他們的經濟問題及妻小的心靈安頓，都在團隊的努力下圓滿處理。

## 撐過異位性皮膚炎的考驗

記得我剛來醫院時正好是新冠肺炎疫情和流感盛行時期，前後接種了幾次疫苗，工作壓力加上針劑副作用，沒多久我全身發作異位性皮膚炎，加上長時間穿戴隔離裝備，導致身上的傷口遲遲無法癒合，身體實在太不舒服了，心情也難安定，我就跟阿長提離職，想先把自己的身體照顧好。假如我都無法負荷自己的狀況了，怎麼還有辦法照顧好病人呢？

其實那時我已經通過三個月試用期，阿長知道後，不是同意我離開，而是先幫我連絡醫療科處理我的病，也告知育暄學姊這件事。學姊問我：「妳其實很適合這份工作，好不容易撐到現在可以獨當一面了，妳真的願意就這樣放掉在這裡努力過的東西嗎？」學姊的真摯和感性，讓我認真思考她的提問，也幸好有她的這席話，我堅持了下來，直到現在。

## 第一次急救的挫折 反省中成長

新人三個月後，我脫離學姊的保護羽翼獨立作業。有一天遇到病人狀況惡化突然需要急救，病人前一秒鐘還在跟我講話，下一秒就不行了。專科護理師衝過來急救，



看著病人在眼前被 CPR，然後死亡，作為主護的我十分自責……

檢討會議上，育暄學姊沒有責備，她用鼓勵的語氣對我說：「妳很棒耶，這種無預期的 CPR 我也沒有遇過，雖然妳缺乏經驗，但也很努力去發現病人的狀況變化……」學姊接著提醒我，要記得從反省中成長，才是最重要的，也鼓勵我多看多學其他學姊的處置方式。學姊的溫暖反應，安撫了我當下很破碎的小心靈。

### 兩年的成長肉眼可見 為傳承增強實力

隨著時間過去，我跟著學姊照護許多心臟外科的病人，雖然困難度高，已漸能掌握處置的步驟與方式，漸漸地，學姊會放手讓我去處理，這讓我相當有成就感，也感受到學姊的信任。兩年下來，我跟育暄學姊的相處已經不再是帶有隔閡的上下關係，她就像是我的一個好朋友，也是我在護理路上很重要的人生導師。

轉眼到職兩年了，雖然還在學習，但我希望未來可以將學姊傳授給我的能力好好運用，再傳給來單位的實習生或新人，希望我的熱情回饋也可以讓新人增強臨床能力，感受工作的價值，而且有意願留下來。(採訪整理／廖唯晴)



學姊這樣說：

# 沒有距離感的傳承

Pass on to New Nurses Without Generation Gap

■ 口述／陳育暄 台北慈濟醫院外科加護病房護理師

小時候總聽家人說護理工作是鐵飯碗，以後不怕沒飯吃，所以雖然我對護理不是特別感興趣，仍選擇進入護專就讀。2015年，震驚臺灣的八仙塵爆發生，我正在台北慈濟醫院實習，老師看我的表現不錯，便讓我去照顧塵爆病人。那是一名很年輕的男生，身體的嚴重傷害使他變得很憂鬱，而我在旁邊陪著他，替他加油打氣。過程中漸漸發現，其實護理沒有我想像的無趣，我的陪伴可以帶給病人很多幫助。

我的興趣是急重症照顧，但五專畢業後，我到住家附近的醫院病房工作，那間醫院規定新人只能去一般病房。在那裡，一個護理師要照顧八到十個病人，我才第一個月就增加到八個病人了，每天早上六點到單位，不是給藥就是在應付病人和家屬，連坐下的時間都沒有，等到真正能坐下來打紀錄通常已經是下班後了。就像個給藥機器般，天天都晚上八九點才回家。我離開那家醫院後，在朋友介紹下，2016年來到了台北慈濟醫院外科加護病房。

## 作學妹的後盾

在我們單位，帶一個新人三個月就會讓他獨立，換成帶另一個新人。俐伶是我帶的第二個新人，她剛到單位的時候我正在念在職專班，非常忙碌，一個星期有五天要上班、兩天要上課，完全沒有休假，加上那時沒什麼教學帶人的經驗，常常沒辦法控制情緒。同事們也都說我很兇，因為他們大老遠就會聽到我在「唸」學妹。

一開始帶新人沒什麼好方法，我想起以前學姊曾經給我她自己的隨身碟，裡面放有她上過課的PPT和講義，於是我將這份珍貴的資料加上我過去的手寫筆

記傳承給學妹，希望對她有幫助。

俐伶是個很活潑開朗的學妹，不管是因為我說過的事情沒做好被罵，還是做得不錯被誇獎，她都用笑笑的表情跟我說：「好！是的，學姊。」那時我心裡想的都是：「這個人到底有沒有把我的話聽進去？」所幸她進步很快，才兩個月就可以放手讓她自己照顧兩個病人，我只需要從旁提點。每天下班後，我也會抽空陪她檢討一整天發生的事情，並聽聽她的想法。

當加護病房的病人病況好轉，我們就要將他們轉到一般病房，病房護理師不免輪流問加護病房護理師一堆病人的問題。我雖然先跟俐伶講過這樣的狀況，給她心理建設，但她還是覺得壓力很大。因此前兩個月都是我帶著她一起過去，在她慌亂或不知道怎麼回答時幫忙，兩個月後才嘗試讓她獨自去其他病房交班。

每次俐伶轉送完病人回到單位我都問她：「還好嗎？有沒有被問倒？」她總笑著回我：「沒問題，很 OK！」讓我很放心。如果她超過 20 分鐘還沒回來，我就會打電話詢問狀況，給予協助。





## 讓我陪妳想辦法

幾年前罹患癌症的姊姊在手術前昏迷，緊急裝葉克膜救治。我那個時候還沒有照顧葉克膜病人的經驗，但曾聽學姊說這類病人預後通常不好，因為不知道昏迷多久、腦部缺氧多久，要是缺氧超過五分鐘就有很高的機率成為植物人。那時主責醫師跟我們開了家庭會議，社工師也介入了解我們的想法，最後決定讓姊姊撤除葉克膜，不痛苦地離開。

姊姊的事讓我知道，原來家屬可以跟醫療團隊討論，一起做出一個大家能接受的決定。我來到台北慈院外科加護病房之後，遇到這類病人，就更有切身感。

帶著俐伶照顧這個三十出頭歲裝著葉克膜的病人，家屬很難接受這場突如其來的意外變故。我想起了姊姊，於是讓俐伶請來社工師了解家屬的想法，並請醫師召開跨團隊會議，由醫師說明病人的狀況，在清楚積極治療的利弊後，病人的太太調適好心情，決定撤除葉克膜。這是俐伶第一次遇到這種病人，當下不知道能做什麼很正常，可是在我講完她可以做的事情後，她也從中明白做這些事情的意義。

在俐伶成功度過三個月可以獨立之後，某天我正在照顧病人，阿長跑來跟我說：「妳知道妳學妹提離職嗎？」我嚇了一跳，想不出來是哪個學妹，因為兩個學妹都適應得很好啊。後來阿長才跟我說是俐伶。我滿腹疑問，怎麼可能是她，她看起來很開心啊！

「可以看看有什麼事情是我們能幫忙的，但是不要直接下一個離職的決定，妳的學習狀況很好，就這樣放棄前三個月的努力很不值得。」我很誠懇的跟俐伶這樣說。原來她是不好意思告訴我她的皮膚狀況，但是實在太不舒服，才會想要先離開一段時間。最後阿長幫她安排醫院看診，讓事情圓滿落幕，俐伶也不再提離職。

## 樂觀又願助人 新芽讓人驕傲

有一天俐伶一大早就來跟我說她的病人有點奇怪，我陪她去看了病人，的確是說不上來的怪，看似魂不守舍，眼神有點渙散，可是叫他都會回應。我跟俐伶說：「妳先跟專師講有這個狀況，我們再多注意。」她也很積極地一直去看



病人，可是沒想到才過了幾分鐘，病人就心跳停止。

俐伶被嚇壞了，病人的病程進展惡化太快，令她打擊很大，不斷自責。我安慰她：「我有陪妳一起去看病人啊，但有時候病人的狀況就是沒辦法預期，何況我們還是 ICU，下一秒會發生什麼事真的不知道。只要盡力做好我們該做的就好。」漸漸地，她的心放下了。說實在的，俐伶實在很旺，臨床的一些困難狀況剛好在她的班發生，次數已經超過我這幾年碰到的事情了。幸好，我們都從中學習成長。

我對自己的期望是跟直接輔導的學弟妹有很好的感情，不要有距離，遇到狀況可以討論，就像我和帶我的學姊一樣。俐伶不但好教，個性又樂觀，而且不管自己有多忙，只要大家在忙，她就會放下手邊的事情去幫助別人，也因此很多學姊誇獎她「很棒又很好相處」，我都很替俐伶高興，因為她徹底融入了 SICU（外科加護病房）這個大家庭，看著她成長，我覺得我可以大聲地說：「俐伶讓我很驕傲！」（採訪整理／廖唯晴）☺

# 加護病房的憂悲歡喜

The Joys and Sorrows in Our SICU

■ 文 | 楊惠婷 台北慈濟醫院器官移植協調護理師

在慈濟技術學院（現為慈濟科技大學）以公費生的身分畢業後，因地緣關係，我被分配到大林慈濟醫院外科加護病房工作，3年期間遇到兩次跟器官捐贈與移植有關的個案。

一次是學姊帶著我做腦死判定的經驗。因為那時候什麼都不懂，只能在旁邊看著學姊一直在忙，到下班後學姊才有時間為我解釋說明：那一床是要做器官捐贈的大愛捐贈者，需進行抽血檢驗及相關檢查來判定器官能否捐贈。

第二次是病人接受肝臟移植，看著資深學姊們忙進忙出的紫消房間及各項衛材，病人術後來到加護病房觀察，以最高的防護原則提供照護。因為當時我在照顧的是一位需要接觸性隔離的病人，所以我都沒有靠近肝移植病人的床位，以免發生感染。這兩次經驗成為我心中的一顆種子，也思考著下一次的緣分什麼時候到來……



公費三年服務期滿，我覺得自己還年輕，想要到北部的大醫院看看，所以提出轉調來到台北慈濟醫院，同樣選擇外科加護病房服務。

在加護病房的工作，讓我體認到沒有人可以預料是明天先到還是無常先來。曾經遇過家屬因為捨不得病人受苦，主動向主治醫師提出拒絕治療的想法。家庭會議後，我請家屬帶著奶奶最喜歡的一套衣服、襪子、鞋子前來，並通知所有家人來醫院，在協助家人們完成四道人生後，我們將升壓劑關閉，過幾分鐘後奶奶便離世了。因為與奶奶相處了一陣子，在協助遺體護理時我也忍不住掉下眼淚，我告訴奶奶：「現在已經沒有病痛了，您要跟好菩薩去修行



哦。」送奶奶離開病房返家時，家屬牽著我的手說：「謝謝妳，讓我們所有家人都來醫院向媽媽道別，也謝謝你讓我媽媽穿上她最喜歡的衣服，而且把她的頭髮整理得很漂亮。」

每一次家屬對我的感謝，都會令我非常難忘，每一次的生離死別，都讓我感受到善終的重要。

也曾經有一位顱內動脈瘤破裂的病人，經過一個星期的治療仍沒有好轉，醫師召開家庭會議說明病人清醒的機會不高，並建議考慮安寧緩和醫療，社工師此時也提出除了安寧善終，還有器官捐贈的選擇。家屬思考後，隔幾天同意器官捐贈。看著社工師、器官捐贈協調師向家屬解釋器官捐贈的流程，也細心詢問家屬的每一個想法及問題，持續的溝通與關懷，讓我深刻體會到雖然現今醫療無法將每一位病人醫治成功，但我們可以救治家屬的心。而同時社工師及器官捐贈協調師也準備了很多文具用品，原來是要為病人及家屬彼此留下紀念，也帶領家人一同完成道謝、道愛、道歉、道別。

而加護病房有另一床病人幸運地準備接受腎臟移植，這位女士說：「我從 20 歲就開始洗腎，也排隊換腎排了十幾年，一度都要放棄等待，覺得應該就洗一輩子了。真的很感恩那位大愛捐贈者，也很感恩他的家人做出這麼艱難的抉擇，讓我可以有接受腎移植的機會，讓我可以重生，我一定會好好珍惜。」

我想要成為器官捐贈協調師的原因，除了可以圓滿病人及家屬的四道人生外，也希望可以幫助等待器官移植的個案獲得重生的機會。期許自己可以為病人及家屬在最後一哩路上，除了協助安寧療護、末期善終完成四道人生之外，也可以推廣及實踐器官捐贈，賦予生命更加積極的意義。

# 遊戲教學度過評鑑

## Unit Game Teaching Passes the Hospital Accreditation

■ 文 | 鄭愉軒 台北慈濟醫院 12B 病房護理長

進入台北慈濟醫院工作到現在已是第十年，印象中面臨第一次的醫院評鑑，當時還是個臨床小學妹，只知道大家都很忙碌，印象中我一直在打掃單位的環境，努力維持整潔；但在行政作業方面，我並不知道我可以幫忙什麼，好像就在整理環境中過了第一次評鑑。

然而睽違 7 年後，醫院再次面臨醫學中心評鑑，也是我擔任主管後第一次遇到的評鑑，除了覺得壓力很大外，也覺得很害怕，尤其在預評之後，看到其他單位的護理長表現，我擔心自己無法正確回答委員問題，更擔心自己出錯會害了整家醫院。



記得評鑑前的那一整個月，自己都沒有睡好，做夢還夢到自己正在接受評鑑，而且還不會回答委員提出的問題，真的是嚇壞了！醒來之後告訴自己還好是作夢，在真實世界裡並沒有發生，但也讓我更加警惕，一定是我努力的不夠，還要再更認真一些。

所幸護理部安排了「評鑑走透透」、「評鑑衝刺班」，讓我們反覆模擬醫院評鑑的場景以及委員會問的問題，讓我從不知道怎麼回答問題，到可以面對委員說出正確的答案。看到自己的成長，很開心。

但這樣還不夠，自己學會之後，必須也讓單位的同仁能夠回答委員問題。但是透過傳統式的教學，成果並不好，而且同仁們也覺得壓力很大，所以我在單位運用遊戲的方式；先是透過抽籤將同仁分組，並製作



每個組別的積分表，利用晨會的時候，模擬委員可能會問的問題，讓同仁透過比手畫腳、搶答來累積分數，最後積分最高的組別可以獲得精美小禮物。

透過遊戲的教學方式，不僅減輕我與同仁在評鑑訓練的緊張情緒，更在遊戲中教導同仁們評鑑的情境及可能會被詢問的問題，除了引導同仁正確回答外，也讓單位增添了一絲歡樂的氣氛，不會造成對評鑑的恐懼感而排斥回答問題。

今年(2023)七月醫院評鑑終於來臨，我除了做好萬全準備外，也沉澱自己的心情，我先告訴自己：「我已經努力了！也盡力了！只要正常發揮就好。」在單位晨會的時候，我也跟同仁們精神喊話：「我們都努力了，如果委員來，我們要發揮團體精神，請大家一起回答。」

評鑑委員雖然沒有來到我們病房單位，但在全院所有同仁的合作下，我們完成了接受醫學中心暨教學醫院評鑑的考驗！

過程中真的要感謝很多默默付出的夥伴，大家齊心努力，才得以順利完成艱難的評鑑。☺

# 勇敢說愛

Be Brave to Speak Out LOVE

■ 文 | 潘盈瀨 台北慈濟 6C 心蓮病房護理師

在學時期，學校灌輸護理的理念多數都是去治癒及攻克致病因子，在踏入臨床前我是完全認同的。直到進入臨床後，看到了無法被治癒的疾病、違背意願的醫療、無法擺脫的痛苦、沒有品質的活著，我開始思考「這就是我想要的護理嗎？」、「如果是我也願意這樣過完最後的人生嗎？」

後來為病人照會安寧共照師，工作上因而有互動，她告訴我：「當疾病已無法治癒時，讓病人及家屬最終可以得到有尊嚴、品質、減緩不適、面對善終的身心靈照護尤為重要。」聽完後我毅然決然地來到心蓮病房，事實證明這就是我所期盼的護理工作。

來到心蓮病房從事緩和安寧照護之後，我經歷了許多溫暖的人、事、物，見證了從依依不捨到最終的安心放下。陪黃奶奶的過程，我覺得是我體現安寧照護的最佳成就之一。



黃奶奶的症狀是結腸癌末期、失智合併被害妄想，尤其懷疑子女要害自己。剛開始照顧黃奶奶時，她非常排斥我，而且不相信自己的孩子。她的子女不理解為什麼媽媽變得如此陌生，甚至抗拒他們的接近，也很怪罪自己沒照顧好媽媽。

黃奶奶入住心蓮病房，我們協助抽腹水、討論用藥、使用芳療、按摩協助緩解她的不適症狀。

我們引導黃奶奶的兒女們多花些時間在醫院陪伴，教他們幫媽媽身體清潔、翻身、餵食、按摩等，維持舒適，或許是相處的時間夠長，黃奶奶對於兒女們不再嚴重的排斥。某天我從病床拉簾外看到黃奶奶抱著女兒，女兒輕撫黃奶奶的背，我的心中充滿暖意。



後來黃奶奶病況走下坡，我開始引導黃奶奶與兒女們互相「四道人生」：道謝、道歉、道愛、道別；黃奶奶說出她真實的感受：「我最愛我的一雙兒女，感謝我的人生裡有他們。」、「我很感謝兒子、女兒在我生病時候的照顧及陪伴，不後悔自己將孩子帶大，現在成家立業的他們，是一個母親的驕傲……」

那段時間女兒也回應：「謝謝媽媽撫育我們長大，對不起！以前我們都只顧著自己的家庭，當妳忘記我們後，才發現原來我們沒有好好照顧妳，我們真的很愛妳，希望說這些話不會太晚，在最後的日子裡，我們都會陪在妳身邊的。」聽起來平凡的話，卻觸動了我的心。

我想到我們家是傳統的從不把愛說出口，直到有一次我參加演講結束後，打電話給我的雙親，那時我以為說「愛」會很困難，但當電話對面說了一句：「喂？漣漣嗎？」我便不由自主地說了句：「媽媽，我愛妳！」那頭的聲音突然哽咽了一陣子，媽媽回我：「我也愛妳！」我便了解到「愛」並不難說出口，也不需要恥於說出口，愛便是要勇敢說及做出來！你永遠不知道，明天或無常哪個先到來。

所以，我的安寧工作中有一件很重要的事，就是鼓勵病人和家屬勇敢說愛，把愛化為行動，讓人生的最後無憾。

# 陪她能吃能睡能安心

Accompanying Her to Eat, Sleep and Feel at Ease

■ 文 | 呂沅恩、劉可賢 台北慈濟醫院 12B 病房護理師

踏入臨床滿一年，我們成為護理師的養成之路，真是不簡單。上班的過程中時不時會有挫折，不管是家屬的要求、病人疾病的轉折等等，這些挫折會讓自己失去信心，幸好是暫時的；不久又會因為有些美好滿足的照護片刻，不一定到刻骨銘心，但足以讓我們更加有自信。

這一年來印象最深刻的照護對象是王阿姨，六十多歲的她因為好幾個月沒有排便也無法進食而住院治療。一開始懷疑是有腫瘤壓迫腸道導致腸胃蠕動緩慢，但後來發現是因為腹腔曾經開過三次手術，導致腸沾黏太嚴重而影響腸胃蠕動。

這對病人來說無疑是一個很大的打擊，明明意識清楚，卻因無法從口進食而接上鼻胃管，還動手術在腹部接一個空腸造口才能排便。一天能灌食的奶量只有240CC，王阿姨是靠著管灌飲食、輸注營養才能維持生理機能。轉眼住院一個多月了，王阿姨覺得病情沒有改善，出院似乎是遙遙無期的幻想，她只能虛弱的躺在床上，無能為力。而她的家屬，每天來陪伴，擔心著越積越多的醫療費用，更擔心著花這麼多錢，疾病卻沒有好轉的跡象，甚至有惡化的可能。

照護王阿姨，我們發現她容易焦慮、緊張，於是照會腫瘤心理師。心理師來到病房與王阿姨聊天，聊出了阿姨擔心的事；阿姨說，沒想到只是肚子痛，居然會住院住這麼久，而且一邊治療一邊發現更多問題，她現在只要一想到又要做檢查，就會很緊張很焦慮，因為檢查也不一定會查得出結果啊……

王阿姨愈說愈難過，她說：「我平常在家裡，可以到處走走，現在住在醫院，怎麼愈來愈虛弱……」

我們發現王阿姨的睡眠品質很不好，睡得很淺，大夜



呂沅恩

班的護理人員來做治療時，她一點聲音就被吵醒，雖然看過身心科拿了安眠藥，但她不想一直吃藥，只有偶爾會剝一點吃。

匯集了王阿姨的狀況，醫療團隊經過討論後，決定改為「集中照護」；我們不在半夜去幫王阿姨量血壓，為她施打藥物也會確認她覺得舒適時才進行，在不影響治療效果的前提下調整治療頻率，目的就是讓王阿姨的睡眠品質得以改善，抵抗力因此增強，提早康復出院。

為了讓阿姨保持好心情，不要總是焦慮，我們在臨床繁忙之餘，會偶爾停下腳步聽她說說話。王阿姨說：「我希望有一天我可以再用嘴巴吃飯，不要求能夠大吃大喝，但至少跟正常人一樣，少量多餐也沒關係……」身為護理人員，我們不能預知疾病的走向，但我們試著引導她正面的思考，陪她聊天，做她喜歡做的事情分散她的注意力。經過我們護理人員的照護與陪伴、心理師的輔導關懷，甚至出動趙院長陪伴安慰，王阿姨的心門漸漸打開，人也顯得熱絡起來，願意分享心事，願意積極配合治療，相信不久之後阿姨就能夠恢復。

照護王阿姨的經驗，讓我們學習到護理不僅是執行醫囑，更需要照護到病人的身心靈，因為不論內心多麼強大的人，一旦遭遇突如其來的病情加重，一定都會感到焦慮不安，我們醫療團隊能做的，是盡最大的力量救治，而相信我們心靈上的支持，病人都能感受得到。☺





# 意向性護理療癒

Intentionality Nursing Healing

■ 講者 | 穆佩芬 國立陽明交通大學護理學院 特聘教授

“ 「意向性溝通」跟研究方法及現象學很有關係，與病人採用「意向性溝通」，就會很貼近他的個人經驗，也容易了解他的需求，進而可以協助個案梳理他的經驗，及統整經驗達到自我療癒。 ”

## 全人護理照護的療癒歷程 護理與病人互為主體

「全人護理」，強調所有的護理照護是以療癒「整個人」為照護目標。

全人照護的療癒歷程，最後的成果是治癒一個自我整體，自我的完整性、圓滿性、健康，及幸福感。在全人照護療癒的歷程中，病人和護理師是一種互為主體的關係，彼此是相互連結、相互影響的；所以護理人員的自我照顧、自我療癒、自我認識及自我統整，很重要；同時，我們也要關注病人的健康、經驗、自我統整，還有病人的自我療癒。

我們時常會遇到一些小病童或失智症老人、失語症個案，或是比較偏鄉的住民，可能不太會用言語表達，這時怎麼去了解 and 接近對方呢？

一個患有腦瘤的小朋友，小學五、六年級時病情復發，爸爸帶他來醫院檢查，我們就跟他玩黏土，問他：「你想做什麼？你要不要選個顏色？」讓他當主體，由他來選、來做，然後協助他。他先捏一隻小白兔，用紅色為主，然後眼睛、鼻子、嘴巴做完之後他就停下來，我們問：「你還想再做一個嗎？」他說好，然後又選顏色做，做完之後他說他不想做。

在表達藝術裡，這樣的現象反映了孩子自我的投射，他做出來的兔子是沒有手跟腳，反映孩子內心的感覺和想法，因為他很擔心他的腦瘤復發，讓他身體的功能受到影響。所以我們看到這個作品，就跟他的爸爸說：「等一下檢查完要回家，你一定要告訴他，他的身體發生了什麼事情。因為他知道自己身體不一樣了，也很想知道怎麼了，他也很擔心。」我們也跟醫生講這個故事，醫生之後看診就會問他：「你現在手怎麼樣啊？可以舉多高？」關心孩子的身體經驗。

### 現象學三大強調重點 用意向性覺察

美國心理學家、行為主義心理學創始人華生（John Broadus Watson）運用德國哲學家胡塞爾（Edmund Gustav Albrecht Husserl）的現象學來談關懷和療癒，他提出一個很重要的概念，就是「意向性」；「意向性」是關懷的本質，意向性在現象學裡是一個很容易理解與操作的概念，就是當你在回想一件事情或一個故事的時候，你把它說出來，或表達出來，這個過程就叫意向性。「你可不可以談一談你上禮拜跟家人一起出遊的經驗？」、「你可不可以談一談跟青少年或小朋友做化療？」、「你可不可以談一談你在接受化療過程中，身體不太舒服、症狀的情況？那你都怎麼調適？」在講述故事的意向性的歷程，會讓人把經驗提升到意識層面，在講出來的這個情境之下，就得到了療癒。



透過藝術媒介可以深入病童心靈，一位患有腦瘤的孩子用黏土做了沒有手腳的兔子，反映出他對自我身體疾病的擔心。圖／穆佩芬提供

「意向性溝通」可以適用在很多疾病或群體，當護理師與病人互動的時候，就會是一個很正向、互為主體的狀況，是可以達到療癒；也許護理師只能協助病人統整心情、給他衛教，可是最後發現病人會自我成長，他會自己達到一個療癒的境界。

簡單說明一下「現象學」，現象學是一個哲學思維，強調的第一個重點是我們要關懷的是「主體」，也就是個案本身，一定要以他為主角，而不是護理師或健康照護人員為主角。現象學第二個重點是強調生活經驗，病人每天的生活是怎麼過的，用「講故事」的方式去了解他的脈絡。所以我們在現象學訪談的時候，都是請問他：「你可以舉一個例子嗎？」、「你有沒有印象深刻的例子？」、「你不可以舉一個你曾經經歷過的經驗？」現象學的第三個重點是看本質核心，而不是表象。以我們碩博班同學為例，如果快接近考口試的時候，學生通常會很焦慮緊張，他的表象會是什麼？走路很快、講話很快、沒有耐性、會嫌另一半不合作、小孩怎麼不聽話、網路不通、交通繁忙、天氣不好、老師怎麼又不見等等，這些都是表象。可是他的核心是什麼？是他擔心能不能準時畢業！

現象學的思維下，很重要的概念就是「意向性」，學者稱「意向性」在全人護理中是療癒的皇冠上的寶石（Crown jewel of healing），它重在意識到（Awareness），就像剛剛講的「反思」、「察覺」，當你能夠察覺的時候，你就開始梳理你的狀況。像我們梳頭髮一樣，當你梳好頭髮，理順了，就沒事了，你就知道自己怎麼了，應該做什麼，你就重新構造（Reframe），重新組合、整理你自己，這就是一種自我療癒。

回到護病關係，你不需要一直盯著個案說：「你有血糖高，那你一定要吃什麼、不要吃什麼，你一定要運動，你要測量你的血糖。」講半天，可是病人還是沒有辦法做到，因為他沒有去整理他的情況、了解整體的狀況，他沒有自己做自我療癒，衛教就沒有很好的效果。

### 語言無法溝通 改以畫圖表達

如果個案情況比較特殊，無法用語言講他的故事，我們會加入表達藝術的媒介，我用的方式是畫圖。意向性訪談之後，會接著做護理衛教。

「請你回想曾經發生的一件事情，用講故事的方式，盡量用故事的方式去講述。」因為講故事，除了主體之外還會有環境、脈絡等等，都會一起講出來，所

以講的人就回想起、察覺到經歷過的經驗，當他有這個意識到（awareness）的時候，就知道自己身上發生了什麼事，未來應該可以做什麼，就是這樣一個歷程。

所以通常從「請你分享一件事」就可以開始意向性的療癒。

如果把事情都放在心裡或者寫日記，那樣不夠完整。護理師應用溝通的情境讓病人把事物都畫出來或說出來，經過互為主體的這種互動過程，事情從模糊到明晰，這樣才會更有效。

### 與身體經驗對話 強化正向的希望

我曾經在臺大醫院癌症兒科病房做過一個小型的有趣的研究，就是讓小朋友跟自己的身體對話，這是表達藝術一個非常簡單的手法。請罹患癌症的小朋友畫薑餅人，我們問他：「你哪裡痛，選一個顏色把它標示出來。」他就選紅色，紅色就是痛。很奇妙！不用跟他講，他就會選紅色。「那你除了這個疼痛，還有別的不舒服的經驗嗎？」他說還有，我說：「那你就選個顏色把它標示出來。」光是一個疼痛，孩子身上的經驗和感受其實是很多元的，我們好像都忽略了。

只講壓力、不舒服，是很辛苦的一個回想過程，所以我們還會問：「那你也很勇敢啊，在這樣的過程，你覺得你最厲害的是什麼？」他說：「我有勇氣。」我問：「那你勇氣在哪裡？選個顏色。」他說：「我勇氣都在身體上。」他就用咖啡色表現出來，「那還有什麼？」他說：「我還有希望。」他就用黃色把畫紙上的全身包起來。我們看了，就覺得孩子真的是非常厲害，超越我們的量表。

我們有另一個國科會研究計畫，是「建立脊椎損傷患者希望為基礎的合作照顧模式」。脊椎損傷的個案很辛苦，因為他下肢很難活動，需要一直復健和心理建設才走得出去；有位個案原先也是做很好的工作，有人跟他說「你去賣彩券」，他就哭了，因為他不想賣彩券，他想做別的事情。以前是講壓力調適經驗，近十年開始興起正向心理學，談正向的內容，例如：什麼是快樂（joyful）、什麼是幸福（wellness）、什麼是希望、什麼是彈性（resiliency），正向心理學會使你更強大，因為你原來就有那個能力！只是在不好的境遇裡，這些能力就被忽略了，所以我們的主題是用「希望理論」。

我們做了現象學訪談，其實個案在希望的歷程中有很多元的經驗。例如，他會很堅定和期待，而且希望會有驅動的認定；那他在絕望中也會反省，開始自我重

設，接著會發揮他的潛能，自我超越，然後有許多人會幫助他，他會開始重返職場，重新變成（becoming）一個真正的、有尊嚴的人。

我們也用畫圖的方式去跟罹患骨癌小朋友互動，讓他們談希望的經驗，曾發表在《榮總護理》。我們請小朋友畫「希望感」，有個小朋友畫一棵樹，樹下有兩個小孩子，樹上有很多許願的小紙條。等他畫完，我們就覺得藝術治療真的很厲害。那個小朋友因為手上有傷口，一直綁著繃帶，他畫的這棵樹也綁著繃帶，他會把他自己投射出來，所以小孩的畫是最真實的，真實呈現出他的狀態。

### 意向性溝通的護理介入模式

如果要把意向性溝通變成一個真正的護理介入模式，作為照顧病人的護理計畫或照護模式有沒有可能？我們繼續探討此可能性。

「協助癲癇學齡兒之家庭，建構其個人及家庭意義」，這個研究計畫，我們接觸到罹患癲癇的小朋友的家庭，發現他們都很不開心，因為被汙名化，以前覺得汙名應該不會那麼嚴重，可是當你進入他的家庭，發現他們對未來沒有很正向的期望。我們去家訪，希望可以強化家庭的彈性（family resilience）。所以我們做了單組前後測的類實驗性研究設計，先用意向性跟小朋友和家長一起溝通，溝通完我們就做衛教，然後去看看這樣的意向性到底有沒有成效。

小朋友說他在癲癇發作時其實沒有感覺，我們問：「那你這樣抖的時候也沒有感覺？」他說沒有，只是醒來的時候會很疲倦。我接著問他：「那你失神的時候你在幹嘛？」他說他感覺前面有一條繩子，他去拉繩子，就會一直往前走。這是孩子自己說的，父母親也沒聽過孩子這樣描述。透過這次研究，我也覺得很棒，可以了解到罹患癲癇小孩子的經驗，好像忽然覺得放心很多，不然每次老師放影片教你要怎麼評估、怎麼照顧癲癇個案，好像都是在一個很無法幫忙的環境裡。

### 圖畫式表達：讓病人自己決定，護理師陪伴與協助表達

借用藝術素材，例如：薑餅人，帶領孩子進行與自己身體經驗的對話，或應用意向性畫圖方式，進行與自己罹病經驗的對話。跟孩子互動或跟大人溝通都是一樣，彼此先有信任感，然後開展一個你跟他互動的空間。你準備畫圖紙，紙有很多種顏色，你讓他自己選，自己決定紙張大小，只有在病人自己決定的時候，他



才有主體性的展現。如果你沒有讓他決定，就給他一張固定的紙，或已經描好圖案讓他塗色，其實還不夠主體。

他選擇他要用什麼顏色、什麼素材，你請他畫「你覺得有希望感的事，或者跟家人在一起很開心的互動」，給他一個正向的主題。他畫的過程，你不要給他指導，你只要陪伴，然後給一些簡單的回應，鼓勵他繼續畫下去，他就會自我療癒。我覺得現象學這個意向性強調的是自我療癒，不是我療癒你，人是可以自我療癒。

我們給病人一個生活經驗的出口，他就可以打開他自己的世界，可以在回憶過去、現在、未來的正向經驗中，展現出他想要的，他的經驗。作畫的過程大約二十分鐘，過程中你不要去主導、強迫他，有的媽媽在陪伴的時候就會囉嗦，這樣不適合，要以他為主體，他喜歡做什麼就做什麼。

### 見證孩子的自我療癒 看懂孩子心中的世界

我的第一位個案是一個腦幹腫瘤的小朋友，他從臺中到北榮來開刀，他身體一半被壓迫，右邊不好移動，開完刀後，從加護病房轉出來三、四天，我就跟他接觸了。我拿一張普通的紙，讓他選顏色自由畫，他用左手畫，畫了一棵樹，又畫了火山，然後就開始畫紅色從火山流出來。他寫：「恐龍死掉了火山爆發」，我欣賞後心裡很緊張，心想他發生了什麼事情？然後他開始畫太陽、雲彩、小鳥，他畫完，我說：「你還要再畫嗎？」他說他還要再畫。

第二張他就開始畫房子。他畫的筆觸都是斷斷續續的，因為他是用左手，他生病以後再也沒有畫畫，可是畫畫、遊戲對孩子是很重要。他自己主動的畫樹、太陽、房子，很簡單。那你想，第一張畫跟第二張畫有很大不一樣？他心情有沒有

改變？應該是有對不對，雖然我沒有辦法測量，可是知道他改變了。然後他還要畫，愈畫愈開心，愈來愈簡單，愈灑脫，我真的是更感動，他就畫一個房子、一棵樹，然後太陽，有風吹，然後畫花，畫到這裡，他說：「打雷把花打死了。」我問他：「那怎麼辦？」他就畫一個芽，邊說：「再種一個種子，它就會發芽。」天啊！小小哲學家！他自我療癒耶！

我在過程中只有問他「你要什麼顏色」、「你畫好棒，還要再畫嗎？」點點頭，當他失能的手垂到桌子下面時候，我幫他把手抬回桌上，「這隻手可以上來幫忙。」我只做這麼簡單的事情，他說：「左手幫右手，大家變成好朋友。」可是他卻做了自己整體的一個描述。

孩子在做什麼？其實他在了解他的身體狀況。你看他想不想瞭解自己的情況，孩子也想，只是他說不出來，可是他的動作，如果我們可以了解，就能了解他想知道什麼，要告訴他。第二天去看他的時候，他又畫了一大堆圖畫，雖然主題都很類似，我就一張一張看，然後一張一張欣賞，他就很開心。他畫了坐高鐵，晚上來醫院看病，然後又畫了個太陽，居然畫盪鞦韆！孩子盪鞦韆是表示什麼？他想要出去玩對不對！他心理已經恢復正常，他沒有畫火山那些，都沒有，有沒有療癒？有吧！

其實這很難用醫療上的量表測量，你要測什麼？測焦慮？測不確定感？我覺得好像都沒有辦法真正表達到這個狀態。第三天我說你要不要畫個全家福？因為我們有學用畫人 - 樹 - 房子來看孩子的心理狀態，然後他就畫。他家住高樓，他說：「我要用最漂亮的顏色畫我的媽媽！」他就選個顏色，畫弟弟的顏色也都是很好的，他整個眼光看他的家庭是這麼好，可是我們醫護人員了解的是，因為他生病，家人在臺中，又沒有錢，其實對他並不好，是派舅公來照顧他，其他人都回去了，我們都覺得他並沒有得到最好的照顧，可是孩子不是這樣想的！他對他所有的家人都是正向的情緒。也讓我反思，其實孩子的眼光看世界，跟我看到的是不太一樣的。

### 畫出太陽 代表溫暖與康復

另外一個小學五、六年級的小朋友，那時候醫師剛從海外學習不用剃頭髮就可以開腦瘤，她就是第一位個案，所以她很開心，因為她是女孩子，她頭髮都在。她的爸爸是英國人，媽媽是臺灣人，她開完刀之後，爸爸就飛到英國再去找更好

的醫師，她就在病房裡，我遇到她就問她要畫圖嗎？她應該是學過畫圖，她畫一棵樹，就開始塗不同的咖啡色，然後畫陽光，她媽媽在旁邊就說：「妳畫陽光怎麼不畫太陽啊！」我們就把媽媽請走，不要打擾小孩。然後她說：「我想要畫草地還有池塘。」我說：「好，那妳就畫。」畫池塘、然後她就開始畫樹，畫森林。

她畫到一半，突然躺到床上說：「哇！好舒服哦！」我有點驚訝，可是我沒有很懂她的意思，媽媽過來解釋，「因為我們以前住在英國，後面有森林。如果小朋友要考試或壓力很大，我們都會帶她到森林裡去走一走，就會放鬆。」你看是不是很巧合！她真的去自我療癒，這不是我給她的場景或是情況，是她自己找到她想畫的東西，然後自我去做一個處理。森林畫完之後，她就在天上畫一隻鳥，然後雲彩。在這過程中她爸爸從英國打電話來關心，你知道她如何回應她爸爸？他們是用英文，她說：「我正在畫圖，你等一下再打來。」我就發現她很享受整個畫圖過程。

第二天我又來看她，她是很活潑的孩子，她選了不同的東西，就用黏土做了一個小白兔，是互動的東西，不是只有一個人的東西。有的癌症小朋友讓他畫，他就畫一個大操場只有他一個人，她的作品是有互動的，後來她說她要做一個東西送給幫她開刀的醫師，因為醫師讓她不用剃頭髮，她覺得很開心。第三天就更不一樣了，除了畫樹跟房子，還有太陽，我們在表達藝術中，只要有太陽，就是這個孩子其實百分之七八十都沒有問題，因為它是一個很溫暖的狀態，只要他畫出太陽，他們都是充滿愛的，據我的觀察就是沒有問題，其實已經療癒了。

在那個研究裡我們看到，其實孩子是有參與他自己疾病的對話，他會去找到一個自我療癒的方向，他會意識到他的狀態，也會落實他狀態，開始建構自我。這過程我們就觀察他的畫圖歷程，回去用民族誌方式寫下來做分析。經過這些研究，就覺得意向性的療癒，好像對小朋友滿有幫忙的。

### 跨領域合作 帶給病人希望與圓滿

最近在參與的一個「硼中子捕獲治療（BNCT）」治療計畫，是恩慈療法，是臺北榮民總醫院跟清華大學合作，將研究用的核能發電原子爐轉成醫療用途，治療對象是腦瘤復發病人。北榮的陳一璋醫師邀請我一起照顧個案，所以我們做了很基本的文獻查詢，就開始做意向性的介入措施來照顧這群個案。我覺得跨領域真的很

54  
**病童自我重建的需求：清楚自我的狀態**



72  
**3.3. 促進圓滿調適之BNCT 安寧緩和個案之護理介入措施**



棒，第一次接觸到清大核工的那些老師，他們真的很愛這些病人，讓我們很感動，從病人坐的救護車開到學校，他們就出來接病人，下雨就拿雨傘，然後送病人進去等待，原來過程中老師是在觀察病人的肢體活動能力，因為治療時要擺位。

一開始核工的老師們不知道怎麼跟病人互動，都很小心，自從我們護理加入照顧行列，他們發現可以跟病人衛教、聊天，可以做很多事情，當我們不在的時候，病人如果有宗教信仰，清大老師還會跟病人講，「我們一起來念一段聖經。」老師們會自己去參與整個療癒的歷程，後來在做民族誌訪談的時候，病人說：「我得了這個病，已經到這個程度，現在來做這個治療，居然旁邊還有這麼多人這麼關心我。」因為治療時的擺位都要很仔細，左邊一點、右邊一點，都要很精準且花時間，病人覺得老師們都是天使。

硼中子捕獲治療屬於安寧緩和醫療，因為是屬於末期、復發的病人才能做，必須是要走正規治療做完之後才能進行，所以個案數不多。我們的照護模式也是用希望（Hope）為哲學思維，然後以「圓滿（Flourishing）」為介入措施，這是正向心理學的另外一個概念：「圓滿」，我們的介入措施除了參考臨床指引、用民族誌去看「圓滿」經驗的內涵，設計出來有「正向情緒、自我實現，意義、參與，正向關係」等五項，我最近去參加正向心理學國際研討會，這個概念還是廣為使用。

我們進行範域研究，把腦瘤晚期臨床指引的內容整理出來，再用民族誌應用參與、觀察、訪談，去看個案接受硼中子捕獲治療前後經驗的主要的內涵，然後在介入措施中我們是安排意向性的溝通跟衛教。進行「單組前後測」去看它的成效。因為個案的治療很快，沒有傷害性也不需要開顱手術，他只要前一天去北榮住院，第二天一早坐救護車去清大，兩個小時左右就結束治療，再回榮總觀察一天就可

以回家。因為這些對象是緩和治療的個案，在互動上，我們須了解他們心理上會經驗到預期性失落，面對生命與家庭的糾結都還在。在治療後一個月就開始做意向性訪談和衛教，我們會一直追蹤，包括治療前、在清大治療、治療後一個月、直到最終照顧，因為個案住在臺灣各地，所以我們的照顧有面對面或視訊電話的方式，做關懷和訪談。

整體來看，現象學的意向性，是很不錯的一種療癒性溝通方式，屬於全人照顧的一環，是以整個人的健康還有思維導向的一種思維。除了我們在跟個案互動，去瞭解他經驗或需求，可以用這個方式之外，我們也可以做成一種療癒的介入措施；使用意向性療癒方式訪談的對象很多元，可以溝通的個案、兒童，或是沒有辦法溝通的個案都可以試著做。意向性療癒可以加入藝術或其他元素，讓我們更貼近個案的核心經驗，還有他的需求，過程中是可以達到自我療癒的，我覺得這個很棒！在意向性訪談過程中，當你可以自己照顧自己、自己知道怎麼做，其實是蠻重要的經驗，不是依賴別人告訴你怎麼做，而是你可以做自己的主人。（2023年8月11日花蓮慈濟醫院全人指導教師教學培訓工作坊，聽打整理／林芷儀）☺

## ✿✿ 穆佩芬 教授 ✿✿

國立陽明交通大學護理學院 特聘教授



### · 現職

美國護理科學院 院士  
JBI 台灣實證卓越中心主任  
高等教育評鑑中心 委員  
考選部 兒科命題主任委員  
Systematic Reviews 副主編  
科技部 審核委員  
台灣實證護理學會 國際組 主任委員

### · 經歷

JBI Asia Region 主席  
JBI Asia Region 副主席  
台灣實證護理學會 副理事長

# 心靈休憩處

Company of Tzu Chi Volunteer Parents Is Like a  
Spiritual Resting Place

■ 文、圖 | 翁琬貞 台北慈濟醫院急診護理長

COVID-19 新冠肺炎疫情發生至今已經 3 年多了，醫護人員在這段期間的工作壓力不僅來自新冠病毒，更因為職業別面臨一些人的排斥，深怕被間接感染，但是我們仍然在醫院的最前線堅守崗位，讓病人能夠得到適當的處置，讓醫院能夠避免院內感染產生。當然我們也會累，當我們累了，總是有慈誠爸爸、懿德媽媽們溫暖的關懷與問候，還準備了好吃又營養的食物，且在符合防疫要求的前提下，分成一份一份讓我們能夠方便拿取，給我們強大的身、心理支持，因為有了心靈



休憩處，才能讓我們不畏艱難勇往直前。

因疫情關係，師兄姊們不得不暫停志工活動，終於在今年漸漸解封的時候，台北慈院急診室也開始有了志工穿梭的身影。

首先到急診報到的就是資深志工碧花師姑，她先在女兒陪同下來到急診室觀察，了解志工在急診該如何保護自己避免受到感染，能幫助病人的事項，能夠協助醫護人員做哪些工作？她們先身體力行了解志工的服務範圍，與我一起討論志工防疫保護的必要措施、流程、動線的更動等，讓志工們來到醫院急診室服務時更加順利。

星期一早晨，帶著愉快的感恩心情迎接疫情後第一批志工們報到。在碧花師姑的引領下，我向志工們說明需要他們協助的事情，依照男眾、女眾將其安排在合適的工作崗位上，再由碧花師姑指導說明注意事項，結合志工們事前上課的內容，幫助他們更快適應急診。

記得碧花師姑曾說過有位師兄第一次來急診擔任志工，剛好看到創傷急救的病人，覺得緊張又害怕，不知道應該幫忙什麼？師姑告訴他：「我們往旁邊站不要擋住醫護人員的路，如果護理師需要幫忙，會跟我們說的。」碧花師姑常謙虛地說：「我們不是來幫助別人，而是來學習的。」醫院的工作人員又何嘗不是來學習的，在時間有限、病人量多、病情嚴重的急診工作中，難免會失去對病人或家屬好好說話的耐心，但簡短快速的說話方式可能讓人覺得醫護人員高傲、態度差，此時志工們是醫護人員與病人間的潤滑劑，看到志工們對待病人或家屬的態度和緩且有耐心，相對地也會讓我們的態度稍微緩和，不會過於急切地說話，也會適時傾聽病人需求。



樂於在急診室協助的碧花師姑謙虛地說自己是來學習的。

急診病人多，點滴架四處擺放無法立即歸位，志工們看到急診室環境漸漸變得雜亂，有些物品未歸位，總是默默地協助擦拭乾淨，並將物品歸回原位，看到病人或家屬在急診因等待時間過長而生氣，也會適時的給予安撫。有了志工的幫助，減少抱怨及衝突的產生，同時也減少醫護人員的工作負荷，能夠更專心一意的找出病人的病因，並給予適當的處置。

碧花師姑待人真誠，自稱很「雞婆」；她發現同仁沒有喝水時，會泡上一壺茶；發現病人獨居，回家沒有人可協助時，會將病人帶到社服室尋求資源；發現同仁因為家人生病心情不好的時候會來告訴我，讓我留心幫助。因為有她「雞婆」的協助，我也能很雞婆主動地關心協助病人及同仁。

我總是稱急診室為「我家」，這個家中有溫暖，有歡笑；志工爸爸媽媽們默默的付出及支持，才能讓我們緊緊相依，互相合作扶持，一起撐起急診這個「家」。



# 三十而立持續進化的 急診男丁

Continue Optimizing Emergency Medicine Profession  
in My 30s

■ 文 | 王景德 台北慈濟醫院急診護理師

三十而立，在護理養成的日子裡已經過了十個年頭。當初會踏入醫療行業，是國小受到電視劇《大醫院小醫師》的影響，當下覺得能夠用自己的專業幫助人是一件很有意義的事，理所當然工作場所是在醫院，即使環境或許不是那麼友善，甚至艱辛，高中畢業後仍毅然決然地報考護理系。填志願的當下，和家裡的父親大人起了爭執，不外乎是工作太辛苦，把屎把尿等等內容，或許長輩仍覺得一個大男生做護理工作，社會觀感不好？再者就是以前 SARS 的侵襲讓家人更不放心醫療工作環境，深怕哪天又遇到類似的情境！



但最後父親還是妥協了，就讀慈濟大學護理系，實習階段前的加冠典禮，或許是比畢業典禮還重要的儀式，我們「王氏一家」都來花蓮觀禮。典禮的中場休息時間，一位懿德媽媽跑來和我說：「景德，你爸爸好像在廁所門口流眼淚。」當下我無法猜想老爸是什麼樣的心情，是典禮的感動，看到兒子即將成為護生的成長？抑或是對於兒子將踏入臨床實習的不捨？至今我也沒去求證。但從小父母就教導要正向思考，用祝福代替擔心，所以或許是欣慰，感受我在護理的養成與成長吧。

畢業後進入職場，踏上臨床才是真的的考驗。在工作初期難免會犯傻，總被說「今天不能洗熱水澡！」傻傻的還不知道為什麼？學長姊就會說：「你洗菜的時機會用熱水嗎？」因為我很「菜」啊！



從護理菜鳥到臨床老手，跌跌撞撞，成長了；爭爭吵吵，圓滑了；相信每一位護理人員都是這麼走過來的，也期許自己是一位能讓人學習的榜樣，不要以為自己資深而大意犯錯，「慎終如始，則無敗事」，要銘記於心。

回想起來，過去的努力、所受的委屈、他人的肯定、自我的實現，一步一步都走得踏實，但這些就真的足夠了嗎？臨床的學習是無垠無涯，更是無法停止的，或許現在所做的每個臨床處置，在十年後都被推翻，但這就是箇中的樂趣，最無法控制的是和人一切有關的事物，我們也必須要隨之而行，不能原地踏步。不僅僅是醫療行為，在帶領新進同仁也要與時俱進，Z世代的新鮮人想法或許和我們天差地遠，也要適時地調整我們教導與帶領的步伐、步調。而現今護理總是埋頭苦幹，很努力的工作、努力地教學，卻沒想過努力只能平庸，變通才會優秀；讓自己成為一個多面向思考的護理人員，至今我也還在努力。

在急診工作，遇到過許多急救的現場，但都僅限於有庇護的急診室。這讓我試想，若今天急救現場在戶外或是更嚴苛的環境，那我該如何發揮所長？在第一現場會不會就慫了呢？因緣際會下，走向新北消防局第四大隊——安康分隊，報名了救護義消的訓練。受訓期間因為是消防局公費訓練，每一位救護義消局裡都要「掛保證」結訓，因此訓練扎實，絕無放水，這也是我在護理生涯中學習的另一項專業。在EMT(緊急救護技術員)的訓練下，每個月要達協勤的時數，



從中也學習到院前救護的評估與技術，也在天氣炎熱、大雨滂沱的現場、極度惡臭的住家執行救護，種種的環境都不如於醫院，但這些都是有意義的存在，是到醫院前的連結，倘若沒有這些緊急救護取得救援先機，那患者的生命是一點一滴的流失。

但絕非每個時刻都如此的順利，還記得有次的緊急救護，是一個 OHCA(到院前心跳停止)的案件，安康 92 救護車鳴笛疾駛到現場，即將接近現場時發現這是我所居住的社區，而救援的地址是鄰居家，一到現場接觸患者確認無呼吸無脈搏，當下詢問過家屬急救意願後，就緊急給予急救處置，一共兩位 EMT-P(高級救護技術員)、一位 EMT-2(中級救護技術員)加上一位 EMT 身兼護理師的我，各司其職針對病人急救，學長趴在地板對患者插管，而我也跪趴在地板上建立周邊靜脈管路，到院後病人仍無呼吸心跳。

面對認識的鄰居，無法挽回的生命，實在沮喪。回程的路上學長說這一車應該是當前最強成員了，但和死神拔河還是輸了，所以只能調整心態，再接再厲面對更多的挑戰。

每個職業都有辛苦的地方，每個工作都有欣慰的時刻。強大自己的心理素質，也是一種成長。在這三十而立的時刻，每個人都會經歷的階段，持續讓自己更加茁壯。☺

TZU CHI NURSING JOURNAL

Research  
Articles

VOLUME 22 NUMBER 6

DECEMBER 2023

志為護理  
學術論文

2023 年 12 月 第二十二卷 第六期

慈濟護理人文與科學



# 目錄 *Contents*

## **75** 運用多元策略提升孕婦初期子癩前症風險評估篩檢率

/ 洪芝怡、陳秋璇、吳憬懿、胡靜文、嚴美華

**Applying Multiple Strategies to Improving the Pre-Eclampsia Screening Rate of Risk Assessment in the Early Pregnancy**

/ Chih-I Hung, Chiu-Hsuan Chen, Ching-Yi Wu, Ching-Wen HU, Mei-Hua Yen

## **88** 鼻咽癌病人接受同步化學治療及質子放射線治療之護理經驗

/ 廖怡雯、黃惠珠、白藍妮、紀夙芬、葉淑玲

**Nursing Experience of a Nasopharyngeal Carcinoma Patient Undergoing Concurrent Chemoradiotherapy**

/ Yi-Wen Liao, Hui-Chu Huang, Lan-Ni Pai, Shu-Fen Chi, Shu-Ling Yeh

## **99** 照護一位愛滋病感染者併發伺機性感染行人工造口術後之護理經驗

/ 林良餘、洪富如、林資諺

**Nursing Experience in Caring for an AIDS Case With Cytomegalovirus Enteritis Undergoing Enterostomy**

/ Yang-Yu Lin, Fu-Ju Fung, Zi-Yan Lin

## **110** 一位植入性胎盤產婦接受子宮全切除手術之照護經驗 / 蕭潤勤、陳曉玫

**Nursing Experience of a Patient Undergoing a Cesarean Section and Total Hysterectomy for Placenta Accreta**

/ Jun-Chin Hsiao, Hsiao-Mei Chen

## **119** 一位初次腦中風病人轉銜長照復能之護理經驗 / 林君玲、徐琬茵

**Nursing Experience in Bridging a First-Time Stroke Patient to Long-Term Care Rehabilitation**

/ Chun-Ling Lin, Wan-Yin Hsu

# TZU CHI NURSING JOURNAL

---

<b>Honorary Publisher</b>	Dharma Master Cheng Yen
<b>Honorary Consultants</b>	Duan-Zheng Wang, Pi-Yu Lin
<b>President</b>	Chin-Lon Lin
<b>Editorial Board</b>	Pen-Jung Wang, Wen-Cheng Chang, Sun-Yran Chang, Hann-Chorng Kuo, Wen-Jui Lo Tsong-Ying Chen, Sou-Hsin Chien, Shinn-Zong Lin, You-Chen Chao, Ning-Sheng Lai Yen-Pi Chen, Win-Him Poon, Jui-Teng Chien, Yi-Chun Liu, Shu-Ting Chuang
<b>Editors in Chief</b>	Shu-Chuan Chang, Rey-Sheng Her (science & humanities)
<b>Deputy Editors in Chief</b>	Chia-Jung Chen, Chiu-Feng Wu, Yu-Lun Kuo, Yu-Ru Li, Tai-Chu Peng, Hui-Chun Chung, Ching-Fang Tseng (science & humanities)
<b>Executive Editors</b>	Shu-Chen Wang, Yu-Chuan Lin, Yu-Long Hong, Shih-Chun Lin, Ru-Wen Liao, Chi-Chen Hsu
<b>Compilation Editors</b>	Wan-Hsiang Wang, Yu-Won Fang, Jiin-Ling Jiang, Tsui-Tsui Yu, Wan-Ru Wu, Yen-Fang Lee, Li-Chu Lee, Szu-Ching Chiu, Jhih-Yu Lin, Pei-Yu Chang, Jen-Che Kuo, Yu-Chen Fan Chiang, Yu-Chin Ma, Kai-Yen Chang, Lu-I Chang, Ya-Ting Chang, Mei-Chuan Chang, Mei-Fang Chang, Ya-Ping Chang, Hui-Chi Hsu, Ying Tsao, Szu-Chin Chen, Hsiao-Mei Chen, Yi-Hsuan Chen, Yueh-Er Chen, Jui-Lin Chuang, Shiou-Fang Lu, Shu-Ying Fu, Yu-Lan Chen, Jul-Ling Feng, Hsiu-Chen Yeh, Hui-Ling Yeh, Shu-Wen Huang, Jun-Ho Huang, Shu-Yi Huang, Hui-Man Huang, Chia-Hui Tai, Hui-Yen Liao, Jil-Lian Liao, Yi-Ting Liu, Hui-Ling Liu, An-Na Teng, Li-Chuan Cheng, Ya-Chun Cheng, Chuan-Hsiu Tsai, Pi-Chueh Tsai, Shin-Yann Tsai, Hui-Ling Lai, Mei-Lin Hsieh, Shu-Fen Lo, Ching-Wen Wei (by the order of Chinese Last Name)
<b>Managing Editor</b>	Chiu-Hui Huang
<b>Editors</b>	Jing-Ru Hong, Chih-Yi Lin
<b>Art Designer</b>	Yu-Ru Lee
<b>Administration</b>	Yi-Fang Wu, Chih-Yi Lin
<b>Web Designer</b>	Chien-Min Shen
<b>Publication</b>	Tzu Chi Nursing Journal, Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation
<b>Address</b>	No. 707, Sec. 3, Chung Yang Rd., Hualien 970, Taiwan
<b>Telephone</b>	886(3)8561825 ext.12120
<b>E-Mail</b>	nursing@tzuchi.com.tw
<b>Website</b>	www.tzuchi.com.tw
<b>Printed by</b>	Yu-Li Color Reproduction Co., Ltd.

Copyright©2020 Buddhist Tzu Chi Medical Foundation.

All rights reserved. No reproduction without permission.

For environmental protection, Tzu Chi Nursing Journal uses recycling paper and soy ink printing.

Articles are welcome to mail to nursing@tzuchi.com.tw

Please visit <http://www.tzuchi.com.tw> for further information.

Printed in Taiwan

# 運用多元策略提升孕婦初期子癲前症風險評估篩檢率

洪芝怡<sup>1</sup>、陳秋璇<sup>2</sup>、吳憬懿<sup>3</sup>、胡靜文<sup>4</sup>、嚴美華<sup>5</sup>

## 中文摘要

本院婦產科門診2020年初期子癲前症風險評估篩檢率10.2%低於2019年篩檢率13.5%，且發生子癲前症產婦異常事件，險致醫療糾紛，經調查篩檢率低原因：產前自費檢查項目多，醫師易遺漏；護理師認知低；孕婦想篩檢時已過週數；衛教手冊醫學專有名詞多孕婦不易了解；篩檢流程不順暢。解決辦法：門診醫囑系統新增提示視窗、舉辦教育訓練、修訂篩檢標準作業流程、建置衛教影音QR code；簡化精實篩檢流程後，篩檢率由10.2%提升至平均19.1%，達專案目的。本專案藉由多元策略提升孕婦初期子癲前症風險評估篩檢率，促進周產期醫療照護品質。(志為護理，2023; 22:6, 75-87)

關鍵詞：孕婦初期、子癲前症、篩檢率、多元策略

## 前言

依據衛福部資料顯示，2020年孕產婦主要死因為懷孕導致高血壓所引發的子癲前症(衛生福利部醫事司，2021)。子癲前症多半發生孕期20週之後，主要症狀為高血壓合併蛋白尿、水腫及頭痛等；對胎兒而言孕婦子癲前症會造成羊水減少、胎兒早產、胎盤早期剝離，甚至死產，因此子癲前症對孕婦與胎兒都會造成生命威脅(Churchill et al., 2018)。

目前健保給付的產前常規檢查並未包含初期子癲前症風險評估篩檢，以致錯失早期發現、早期治療的時機(楊子逸，2019)。最新研究指出，孕期11至13週時，評估初期子癲前症風險的四個潛在測量因子，能篩檢出高達95%的初期子癲前症高風險族群(Loussert et al., 2020；Poon & Sahota, 2019)。2019年台灣婦產科醫學會強烈建議，所有孕婦應第一孕期執行初期子癲前症風險評估篩檢，以確保孕婦和胎兒健康(楊子逸，2019)。

童綜合醫療社團法人童綜合醫院護理部 護理長<sup>1</sup>、童綜合醫療社團法人童綜合醫院護理部 副護理長<sup>2</sup>、童綜合醫療社團法人童綜合醫院護理部 護理師<sup>3</sup>、童綜合醫療社團法人童綜合醫院護理部 督導長<sup>4</sup>、童綜合醫療社團法人童綜合醫院護理部 進階護理師<sup>5</sup>  
接受刊載：2023年6月14日

通訊作者地址：嚴美華 43503 台中市梧棲區臺灣大道八段699號 護理部  
電話：886-9-7535-8708 電子信箱：mhyan530103@gmail.com

本院婦產科門診2020年的孕婦初期子癲前症風險評估年平均篩檢率為10.2%，低於2019年平均篩檢率13.5%，且2020年7月疑似因產婦子癲前症引發不預期急救及胎兒窘迫的異常事件，險產生醫療糾紛，事後團隊會議檢討此產婦為子癲前症風險評估未篩檢，反應應加強初期子癲前症風險評估篩檢之衛教，故引發進行改善的動機。期望藉此專案了解門診孕婦初期子癲前症風險評估篩檢低的原因並改善及提升篩檢率，以促進周產期醫療照護品質。

## 現況分析

### 一、單位介紹

本單位為區域醫院的婦產科門診，診間共4間位於2樓，衛教室1間，醫師共有9位，看診對象為婦科、婦癌及孕婦。根據統計數據，2019年平均每日門診看診量為430人次，而2020年平均每日門診看診量為420人次，護理人員共11名，平均工作年資為13年，護理能力進階為N2為8人(72%)及N1為3人(28%)。每間診間均配置1位護理師及衛教室配置有1位護理師。

### 二、本院門診孕婦初期子癲前症風險評估篩檢作業流程

本院2020年門診孕婦初期子癲前症風險評估篩檢作業流程，門診醫師主動對孕期11-13週之孕婦簡介說明此篩檢需檢測子宮動脈血流檢查、血壓量測以及抽血胎盤生長因子與血漿蛋白A等檢查，之後護理師指引孕婦至衛教室衛教並領取篩檢衛教手冊，若孕婦無意願做篩檢則可離院，若同意篩檢則需再回原

門診，由醫師開立檢驗單，護理師指引孕婦在2樓批價繳費後再至B1檢驗科抽血，待下次產檢回診看報告。篩檢率公式： $(\text{當月實際篩檢人數} / \text{當月符合篩檢總人數}) \times 100\%$ 。

### 三、初期子癲前症風險評估未篩檢之原因分析

於2020年10月5日成立專案小組，成員包括婦產科醫師、護理長、護理師、個管師、視傳課人員及資訊工程師，專案成員收集2020年9月1日~9月30日篩檢業務統計報表時，發現有160名孕婦符合篩檢條件但未篩檢，因嚴重特殊傳染性肺炎疫情影響及防疫措施執行，致成員無法親自面談孕婦，經討論後，決議採電訪的方式進行資料收集，並於10月7日~10月9日由護理長、婦產科個管師及2位護理師，採自擬式半結構問卷【初期子癲前症風險評估未篩檢原因調查表】共7題，內容大綱：醫師是否說明產檢的篩檢項目？護理人員的衛教內容是否易懂？衛教手冊中醫學名詞是否太難懂？您想要進行篩檢，但卻已過篩檢時間？自己罹患子癲前症的機率低嗎？因為未有事先預留時間而無法進行篩檢？是否因為需要自費而未進行此次篩檢？針對160名孕婦進行電話訪談，以瞭解為何未篩檢的原因，同意訪談有122名，訪談資料彙整：(一)醫師無說明此篩檢項目32.8%(40人次)；(二)護理人員衛教篩檢內容聽不懂21.3%(26人次)；(三)衛教手冊醫學名稱太多看不懂13.1%(16人次)；(四)下次產檢想篩檢卻已過週數12.3%(15人次)；(五)自認罹患子癲前症機會低9.8%(12人次)；

(六)臨時告知此檢查，未預留時間做檢查6.6%(8人)；(七)檢查須自費4.1%(5人次)。

#### 四、孕婦初期子癲前症風險評估篩檢率低之相關人員訪談

2020年10月12日專案成員依據2020年9月孕婦初期子癲前症風險評估未篩檢之原因分析結果，擬定「初期子癲前症風險評估篩檢率低的原因訪談表」，於10月13日至14日針對婦產科門診醫師9名、護理師11名進行訪談，彙整資料：(一)醫師：1.產前自費檢查項目多易遺漏67%、2.婦產部醫師內部對此篩檢無一致性做法33%；(二)護理人員：1.衛教手冊醫學專有名詞多、圖片少，難向孕婦衛教46%、2.無接受過初期子癲前症風險評估篩檢的在職教育訓練36%、3.等候衛教孕婦多，無法逐一衛教18%。

#### 五、初期子癲前症風險評估護理人員認知正確率

為了解護理人員對初期子癲前症風險評估篩檢的認知，專案成員參考文獻，自擬初期子癲前症風險評估認知測驗卷共9題經專家檢視，於2020年10月17日以google表單測驗11位護理人員，回收率100%，結果顯示護理人員的孕婦初期子癲前症風險評估認知率為30.7%，偏低前三項為：(1)初期子癲前症風險評估檢查最佳時機為孕期11-13週(9.1%)、(2)初期子癲前症風險評估篩檢適用任何年齡、可早期偵出高風險，及早以Aspirin治療(18.2%)、(3)子癲前症是母體胎盤生長因子濃度過低，使胎兒缺乏營養及氧氣(27.3%)，如表一。

#### 六、門診孕婦初期子癲前症風險評估篩檢之實地查看

2020年10月18日專案成員依據門診孕婦初期子癲前症風險評估篩檢作業流程查核表，於10月19日至21日實地查看，共計64人次，缺失項目如下：(1)護理師衛教不完整，沒有與孕婦說明篩檢時

表一  
護理人員認知正確率

項目	正確人數	%
1.子癲前症發生是造成孕婦死亡的常見原因	5	45.5
2.門診孕婦初期子癲前症風險評估篩檢的流程	4	36.4
3.子癲前症孕婦併發症(高血壓、蛋白尿、頭痛及視力模糊)	4	36.4
4.子癲前症是母體胎盤生長因子濃度過低，使胎兒缺乏營養及氧氣	3	27.3
5.初期子癲前症風險評估檢查最佳時機為孕期11-13週	1	9.1
6.初期子癲前症風險評估篩檢適用任何年齡、早期可偵出高風險，及早以Aspirin治療	2	18.2
7.早期治療有效減少子癲前症發生率	4	36.4
8.初期子癲前症篩檢項目包含：胎盤生長因子、血漿蛋白A、子宮動脈血流檢查及定期血壓量測	4	36.4
平均正確率		30.7

註：(N=11)

機、重要性及後續治療28.4%、(2)孕婦上次產檢知道此篩檢，此次主動要求篩檢時，卻已超過週數22.3%、(3)孕婦反應篩檢流程動線不順暢，若事後想自費篩檢，孕婦需再回原診間等醫師開立檢查單及至衛教室衛教，2樓批價後再到地下一樓抽血檢查，佔15.2%，歸納如表二。

綜合以上分析，本組歸納出門診孕婦初期子癩前症風險評估篩檢率低的原因，繪製成特性要因圖，詳見圖一。

### 問題及導因確立

綜合現況及特性要因圖，經80/20法則確立主要問題：一、產前自費檢查項目多，醫師易遺漏符合篩檢孕婦；二、護理師無接受初期子癩前症風險評估篩檢的在職教育訓練；三、孕婦能考慮時間短，想做篩檢時，已超過週數；四、衛教手冊醫學專有名詞多、圖片少，難向孕婦衛教；五、篩檢流程動線不順暢。

表二  
門診篩檢實地稽核結果

項目	原因	次數	百分比
1.醫師	1-1醫師未向符合篩檢孕婦說明此檢查	19	9.7
2.護理人員	2-1診間護理師忘記請孕婦至衛教室進行衛教	15	7.6
	2-2護理師衛教不完整，沒有與孕婦說明篩檢時機、重要性及後續治療	56	28.4
3.孕婦	3-1檢查需自費，想先考慮	21	10.7
	3-2上次產檢知道此篩檢，此次主動要求篩檢時，卻已超過週數	44	22.3
	3-3看診時間過久，不想等待(衛教室等待衛教、回診間須等待醫師開立醫囑)	12	6.1
	3-4孕婦反應篩檢流程動線不順暢	30	15.2
總計		197	100.0

註: (N = 64)

### 專案目的

專案成員查閱各區域醫院之闕值，並無相關指標可參考，專案成員參考文獻並與品質管理中心共同討論後決議，將單位改善能力訂為70%，目標值設為17.3%，目標值計算公式為：目標值=現況值+(現況值×改善能力)=10.2%+(10.2%×70%)=17.3%

### 文獻查證

#### 一、初期子癩前症風險評估篩檢的重要性及影響孕婦篩檢相關因素

子癩前症是孕婦在妊娠20週後，發生高血壓合併蛋白尿及全身性水腫的現象，是造成胎兒生長受限、早產或死亡重要因素(Churchill et al., 2018)。若不及時治療可能導致母親中風、肺水腫和死亡等風險，胎兒則出生後易有呼吸窘迫症、氣胸、壞死性腸炎及腦性麻痺等情形(Chappell et al., 2021)。孕期11至13週是評估初期子癩前症風險的最佳時機，高危險妊娠孕婦在16週前給予aspirin治

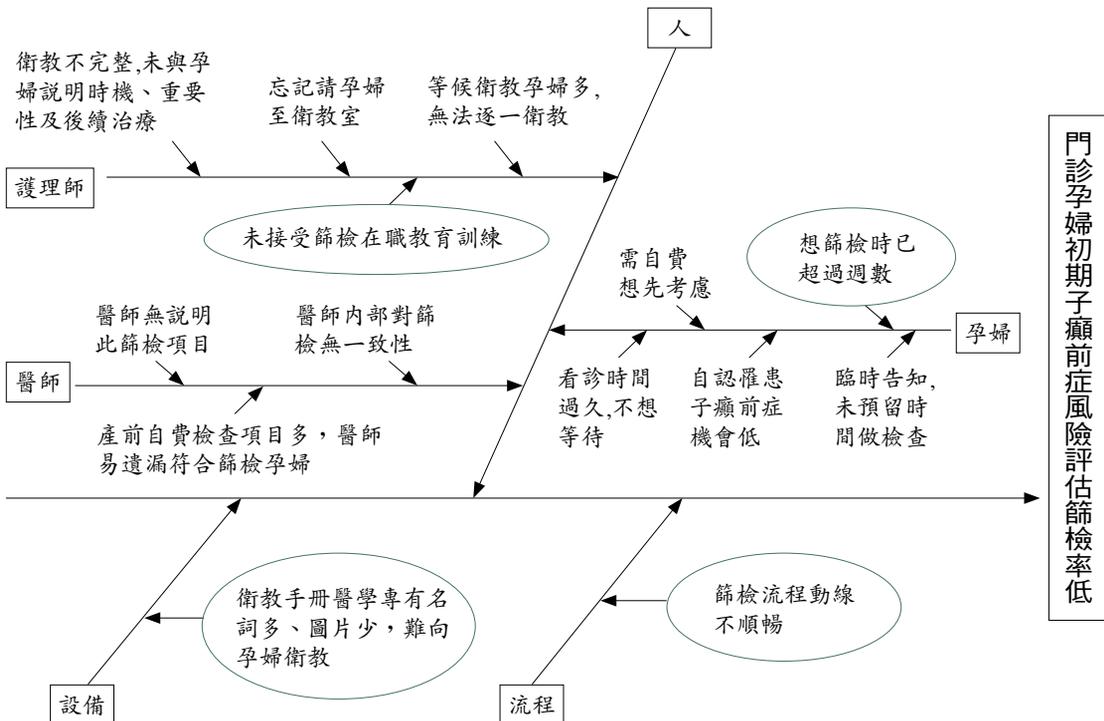
療，可降低80%初期子癲癇症與60%的胎兒生長遲滯的發生率(Loussert et al., 2020；Poon & Sahota, 2019)。影響孕婦接受篩檢原因包含：對預防保健認知、自身健康態度、基本屬性(年齡、婚姻、教育程度、職業及宗教信仰)、胎次、孕前疾病、孕婦體質、社經地位及訊息獲取可近性等(陳，2018)。此外篩檢費用及方式、後續的評估、追蹤及診斷和治療的花費，均會影響是否接受篩檢意願(曾等，2019)。

## 二、提升孕婦接受初期子癲前症風險評估篩檢之策略

提升孕婦接受初期子癲前症風險評估篩檢之策略重點，分述如下：(一)宣

導初期子癲前症風險評估篩檢之重要性，提升孕婦相關知識：提升孕婦對子癲前症疾病的認知，強調初期風險評估篩檢之重要性，並透過社群軟體宣導能給予即時互動達到傳遞健康資訊的目的(梁、鍾，2018；楊雅婷等，2018)。(二)臨床專業知識教育訓練：定期舉辦相關之教育訓練，使臨床護理人員具備篩檢相關專業知識，除了能孕婦做全面性的評估外，更能確實給予孕婦疾病及篩檢的相關衛教及建議(Lin & Su, 2017)。翻轉教學能是一種能強化思考，增加學習動機，促進自我學習，提升問題解決能力的方法(黃、鄭，2018)。(三)簡化篩檢流程作業：不良就

圖一 門診孕婦初期子癲前症風險評估篩檢率低之特性要因圖



醫動線會影響民眾對醫療品質的滿意度(吳等, 2019)。簡化流程, 改善動線、減少孕婦等候時間, 使孕婦滿意度增加, 方能提升孕婦做篩檢之意願。(四)系統資訊化: 增設電腦提示系統可以適時提醒醫護人員而達到增加篩檢率的目的(李, 2017)。

## 解決方法及執行過程

### 一、解決方法

2020年10月5日成立跨團隊專案小組, 專案成員包括婦產科主任、護理長、護理師2名、婦產科個管師、視傳課人員及資訊室程式工程師各1名, 總計7名人員, 針對方案的可行性、經濟性及效益性三項指標, 5分為優、3分為普通、差為1分, 每項總分共105分。考量小組成員自行解決能力(70%), 專案

成員投票表決, 選出每項總分 $\geq 74$ 分, 為可採行方案, 如表三。

### 二、執行過程

本專案執行期間自2020年11月1日至2021年6月30日, 分計劃期、執行期及評值期三階段進行, 進度表如表四, 分述如下:

#### (一)計劃期(2020年11月1日至2020年12月31日)

1.向資訊室申請門診醫囑系統新增符合篩檢孕婦出現提示視窗: 專案成員與資訊室程式工程師於2020年11月2日至6日共同討論, 將門診電腦醫囑開立系統新增初診斷懷孕者及符合11-13週篩檢孕婦具提示視窗功能, 於11月9日完成申請系統異動單至資訊室。

2.規劃初期子癩前症風險評估篩檢教育訓練: 2020年11月10日至20日專案成員參考相關文獻及共同討論, 規劃安排

表三  
篩檢率低之決策矩陣分析表

原因	可行方案	指標項目			總分	採行
		可行性	經濟性	效益性		
1.孕婦產前自費檢查項目多, 醫師易遺漏符合篩檢孕婦	1-1門診醫囑系統新增符合篩檢孕婦出現提示視窗	31	35	35	101	◎
	1-2診間電腦新增跑馬燈提示篩檢系統	17	11	17	45	X
2.護理師無接受初期子癩前症風險評估篩檢的在職教育訓練	2-1晨間會議宣導篩檢衛教本的內容	21	21	21	63	X
	2-2舉辦初期子癩前症風險評估篩檢教育訓練	35	35	35	105	◎
3.孕婦能考慮時間短, 想做篩檢時, 已過週數	3-1修訂篩檢說明及衛教時機的標準作業流程	35	33	35	103	◎
4.衛教手冊醫學專有名詞多、圖片少, 難向孕婦衛教	4-1修訂現有衛教單張(圖多、字少)	35	35	33	103	◎
	4-2建置衛教影音QR code	35	35	30	100	◎
5.篩檢流程動線不順暢	5-1簡化精實篩檢流程動線	25	35	35	95	◎

表四  
篩檢率低之專案執行甘特圖

項目	時間	年 2020		2021					
		月 11	12	1	2	3	4	5	6
計畫期	1.向資訊室申請門診醫囑系統新增符合篩檢孕婦出現提示視窗	★							
	2.規劃初期子癲前症風險評估篩檢教育訓練	★							
	3.修訂現有衛教單張及建置衛教影音QR code	★	★						
	4.修訂篩檢說明及衛教時機的標準作業流程	★							
	5.簡化精實篩檢流程動線		★						
執行期	1.門診醫囑系統新增符合篩檢孕婦出現提示視窗上線使用			★	★	★			
	2.舉辦初期子癲前症風險評估篩檢教育訓練			★					
	3.診間及衛教室護理師提供篩檢衛教單、衛教影音QR code			★	★	★			
	4.宣導及執行篩檢說明及衛教時機的標準作業流程			★	★	★			
	5.實施簡化精實篩檢流程動線			★	★	★			
評值期	評值門診孕婦初期子癲前症風險評估篩檢率						★	★	★

表五  
篩檢教學課程規劃

課程規劃	日期	地點	課程主題	教學大綱
課前準備	1/4	LINE 群組	初期子癲前症風險評估篩檢的簡介影片	1.完成前測 3.子癲前症預防及治療 4.初期子癲前症風險評估篩檢重要性 5.初期子癲前症風險評估篩檢作業流程說明
課程中	1/6、 1/7	討論室	如何預防產科殺手-初期子癲前症風險評估篩檢	1.以情境模擬方式進行講述 2.提供教學案例進行角色扮演情境演練並即時澄清問題，以加深學習成效 3.完成後測及教學滿意度
課程後	1/8	討論室		1.LINE群組供學員提問問題以解除疑惑

初期子癲前症風險評估篩檢課程並拍攝教學影片，授課方式採翻轉教學，邀請婦產科主任擔任講師，上課對象為護理人員，分2場進行，如表五。

3.修訂現有衛教單及建置衛教影音QR code：2020年11月2日至5日專案成員共同討論修訂衛教單張內容包含：(1)將原本以文字呈現居多的衛教內容改為搭配彩色圖片與文字對照、(2)增加醫學專有名

詞註解以利閱讀、(3)製作初期子癲前症風險評估篩檢衛教影片並編製QR code，手機掃描後即可進入連結影片觀看。

4.修訂篩檢說明及衛教時機的標準作業流程：依據2020年9月初期子癲前症風險評估未篩檢原因及現況調查結果，2020年11月16日專案成員討論後，擬訂修改門診孕婦初期子癲前症風險評估篩檢作業流程，將原本11-13週的孕婦由

醫師簡介說明篩檢，修訂為孕婦初診斷懷孕即由醫師簡介說明此篩檢、衛教室護理師衛教並給予衛教單及掃描衛教影音QR code。

5.簡化篩檢流程動線：為改善就診篩檢動線，專案成員於2020年12月15日與婦產科主任、護理長及護理師實地查看現場及討論如何簡化篩檢流程動線。修改為：初診斷懷孕提前簡介說明此篩檢→醫囑系統視窗提示醫師符合11-13週篩檢的孕婦→詢問其意願→同意篩檢者開立醫囑→至B1批價及抽血檢查。

## (二)執行期(2021年1月1日至2021年3月31日)

1.門診醫囑系統新增符合篩檢孕婦出現提示視窗上線使用：2021年1月4日資訊工程師完成新增初診斷懷孕者及符合11-13週篩檢孕婦醫囑系統出現提示視窗，專案成員於2021年1月6日在Line群組通知醫師與護理師，1月7日開始系統測試，初診斷懷孕者，門診醫囑系統會出現視窗顯示「簡介初期子癩前症風險評估篩檢」，醫師則與孕婦簡介說明此篩檢，若是符合11-13週的孕婦，醫囑系統則出現「符合初期子癩前症風險評估篩檢」視窗，提醒醫師詢問篩檢意願，1月7、8日，電腦測試無問題，於2021年1月11日上線使用。

2.舉辦初期子癩前症風險評估篩檢教育訓練：課程採用翻轉教學，分三階段進行：(1)2021年1月2日在Line群組先提供學員初期子癩前症風險評估篩檢流程影片預習及觀看；(2)1月6日及7日課程中提供教學案例，由講師簡介初期子癩前症風險評估篩檢及教學案例情境說明

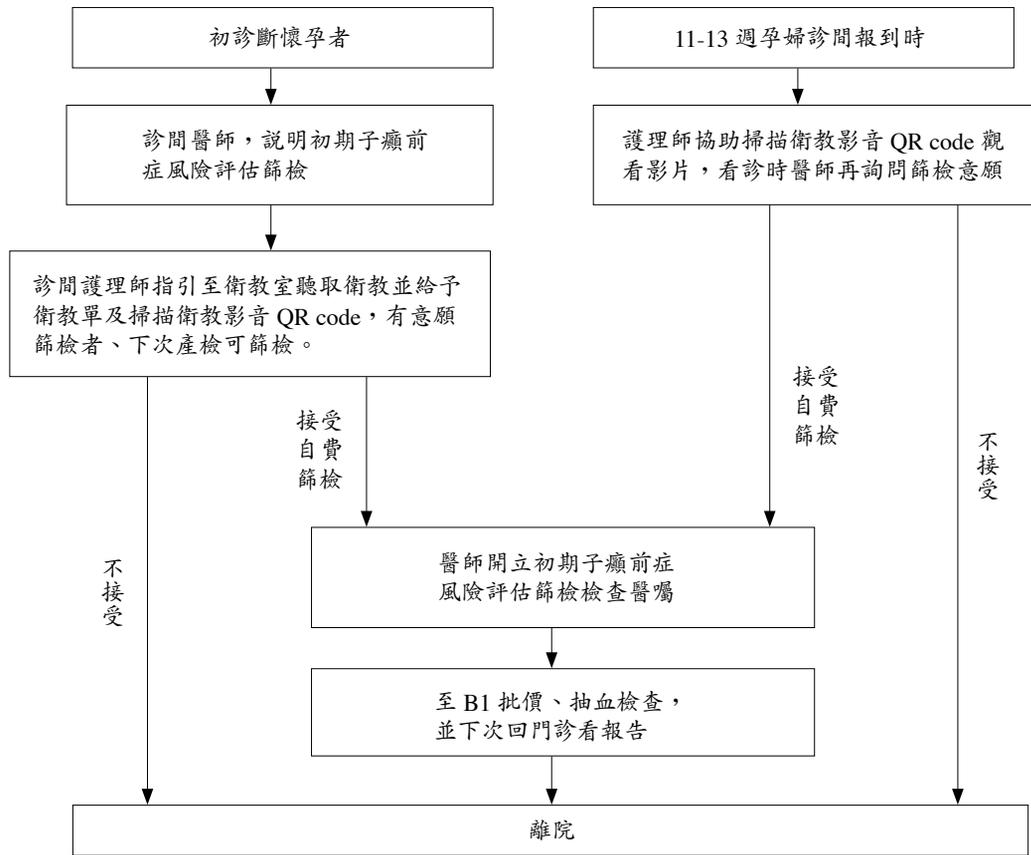
後，學員模擬角色扮演方式進行討論，過程中有任何疑問及錯誤立即澄清與解釋；(3)課程結束後學員有任何問題，可在Line群組提問以解除疑惑。學員參與率100%、課程滿意度98%、前測平均分數為73分、後測100分。

3.診間及衛教室護理師提供篩檢衛教單、衛教影音QR code：2021年1月8日衛教室護理師開始提供改版的初期子癩前症風險評估篩檢衛教單及衛教影音QR code，診間護理師於懷孕11-13週者至診間報到，會再次協助孕婦用手機掃描衛教影音QR code，並請孕婦於等候看診時觀看影片。執行期間1月11至18日孕婦反應觀看影片時，影片常出現斷訊及畫面停格問題，1月20日經資訊工程師修繕婦產科診間的網路連線後，使觀看影片能更順暢。

4.宣導及執行篩檢說明及衛教時機的標準作業流程(見圖二)：2021年1月7日婦產科主任於醫療團隊會議宣導：初診斷懷孕者及11-13週孕婦，門診醫囑系統會出現提示視窗。1月11日開始執行初診斷懷孕者，醫師說明此篩檢，診間護理師指引至衛教室聽取衛教並提供衛教單及衛教影音QR code，若有意願篩檢，可在下次產檢時篩檢，若此次產檢符合11-13週孕婦者，孕婦於診間報到時，護理師會再次協助掃描衛教影音QR code，孕婦等待看診期間觀看影片，看診時若同意，醫師則直接開立醫囑檢驗單抽血，待下次回診看報告。

5.實施簡化精實篩檢流程動線(見圖2)：於2021年1月7日簡化篩檢作業流

圖二  
修訂後門診初期子癲前症風險評估篩檢作業流程



程，專案成員篩檢流程修改為：(1)有意願篩檢者去除回原診間開立篩檢醫囑；(2)初次診斷懷孕時，醫師及護理師提早說明篩檢及衛教；(3)醫師經由電腦視窗提醒後，即可詢問孕婦篩檢意願，同意篩檢則開立醫囑，同時在B1批價及抽血，完成抽血後即可返家。

(三) 評值期(2021年4月1日至2021年6月30日)

2021年4月1日至6月30日，專案成員以孕婦初期子癲前症風險評估篩檢統計報表進行統計，2021年4月符合篩檢孕

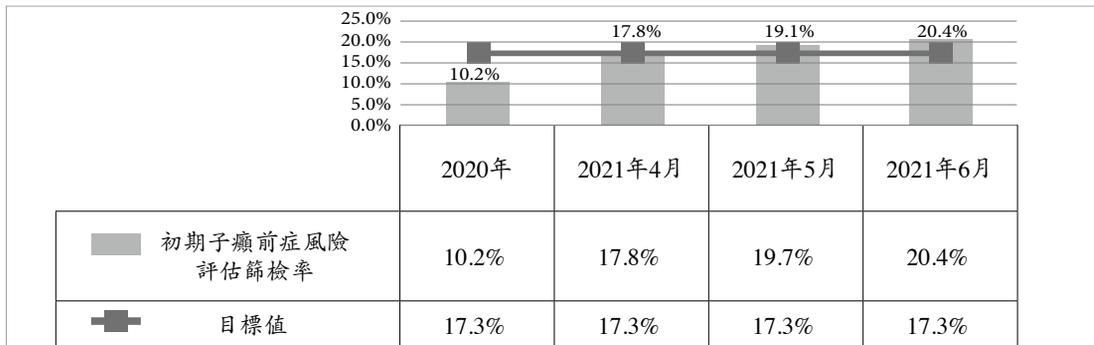
婦數191人，實際篩檢孕婦34人；2021年5月符合篩檢孕婦數188人，實際篩檢孕婦36人；2021年6月符合篩檢孕婦數186人，實際篩檢孕婦38人。

## 結果評值

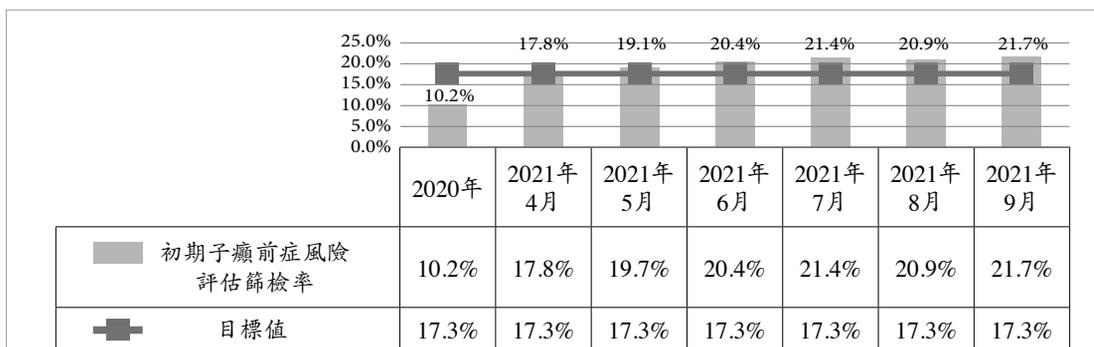
### 一、門診孕婦初期子癲前症風險評估篩檢率改善前後比較

本專案經介入解決辦法後，於2021年4月1日至2021年6月30日期間，孕婦初期子癲前症風險評估篩檢統計報表顯示，篩檢率如圖三，達本專案目的。

圖三  
門診篩檢率改善前後比較圖



圖四  
門診篩檢率效果維持圖



## 二、效果維持

專案評值期至2021年6月30日，專案成員之後持續評值至2021年9月30日，依據2021年7月至至2021年9月孕婦初期子癩前症風險評估篩檢統計報表顯示，2021年7月、8月、9月篩檢率如圖四。

## 三、附帶成效

專案執行後，院長信箱有收到孕婦的正向回饋，表示對於在等候看診時間先觀看QR code衛教影片，能節省時間很滿意，且衛教室護理人員解說很詳細。另外降低孕婦子癩前症及子宮內生長遲滯、早產發生率，統計2021年4月1日至

2021年6月30日期間，孕婦子癩前症平均發生率為2.6%、因子癩前症導致子宮內生長遲滯、早產平均發生率為5.5%，皆低於2020年孕婦子癩前症發生率3.2%及因子癩前症導致子宮內生長遲滯、早產發生率9.0%。此專案提升初期子癩前症風險評估篩檢率，故將此模式平行推展至門診其他篩檢率偏低的項目。

## 討論與結論

本專案旨在提升初期子癩前症風險評估篩檢率，經專案成員確立問題，透過新增門診醫囑系統提示視窗、舉辦教育

訓練、簡化精實篩檢流程及加強衛教影音等介入措施實施後，篩檢率由10.2%提升至平均19.1%，達專案目的。雖然結果達本專案設定目的，但此篩檢為自費項目，有些孕婦有經濟上的考量而拒絕篩檢，此為本專案的限制。

此次專案成員應用資訊系統增加醫囑提示視窗，簡化精實就醫篩檢動線提升篩檢率，與曾等人(2019)的縮短孕婦產檢總就醫時間之論述雷同。最初專案推行過程，由於衛教室只有一位護理師，故容易使孕婦因等待衛教時間過久而出現不耐煩的情形，此為專案遇到的阻力，專案成員討論後，另外建立Line社群軟體門診孕婦衛教專區，讓孕婦在家也能利用線上諮詢，解決衛教室等候的問題，另外執行過程因醫護團隊全力配合，使專案能順利推行是此專案最大的助力。專案執行至今，建議未來能優化改善措施：一、設立提醒及追蹤機制，以簡訊方式提醒孕婦產檢日期及篩檢項目；二、近年來外籍孕婦漸增，但自費篩檢衛教只有中文版，建議可增加多國語言版本衛教單及衛教影音。

### 參考資料

- 李作英(2017)·資訊科技決策中護理資訊人員之角色功能·*護理雜誌*，64(4)，5-9。  
<https://doi.org/10.6224/JN.000048>
- 吳麗蘭、俞克弘、蔡鈺婷、林雅真、黃美齡(2019)·運用精實管理優化門診就醫服務·*北市醫學雜誌*，16(1)，75-83。  
[https://doi.org/10.6200/TCMJ.201903\\_16\(1\).0009](https://doi.org/10.6200/TCMJ.201903_16(1).0009)
- 陳俞沛(2018)·疾病篩檢於社會健康保險之定位·*台灣醫學*，22(3)，332-339。  
[https://doi.org/10.6320/FJM.201805\\_22\(3\).0012](https://doi.org/10.6320/FJM.201805_22(3).0012)
- 梁景超、鍾詠全(2018)·跨團隊合作提昇大腸癌篩檢率-以高雄市某沿海漁港之地區醫院為例·*醫療品質*，7(2)，9-17。
- 曾秀芬、劉千禎、林佩儀(2019)·縮短孕婦產檢總就醫時間之改善專案·*澄清醫護管理雜誌*，15(4)，85-92。
- 黃惠滿、鄭夙芬(2018)·翻轉教室教學策略於護理教育課程之應用·*護理雜誌*，65(6)，5-12。  
[https://doi.org/10.6224/JN.201812\\_65\(6\).02](https://doi.org/10.6224/JN.201812_65(6).02)
- 楊子逸(2019)·初期子癩前症篩檢及預防·*台灣婦產科醫學會會訊*，267，24-27。
- 楊雅婷、唐功培、李啟仁、吳潔人、蘇維文、許怡欣(2018)·非營利組織社群媒體的健康資訊傳播：以某醫學大學醫療體系健康公益粉絲團經營為例·*醫務管理期刊*，19(3)，175-191。  
[https://doi.org/10.6174/JHM.201809\\_19\(3\).175](https://doi.org/10.6174/JHM.201809_19(3).175)
- 衛生福利部醫事司(2021，12月17日)·2021生產事故救濟報告。  
<https://dep.mohw.gov.tw/DOMA/cp-5059-58136-106.html>
- Churchill, D., Duley, L., Thornton, J. G., Moussa, M., Ali, H. S., & Walker, K. F. (2018). Interventionist versus expectant care for severe pre eclampsia between 24 and 34 weeks' gestation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003106.pub3>
- Lin, T. H., & Su, Y. N. (2017). Early screening and prevention of preeclampsia. *Journal of Medical Ultrasound*, 25(2), 68. <https://doi.org/10.1016/j.jmu.2015.01.001>
- Loussert, L., Vidal, F., Parant, O., Hamdi, S. M., Vayssiere, C., & Guerby, P. (2020). Aspirin for prevention of preeclampsia and fetal growth restriction. *Prenatal Diagnosis*, 40(5), 519-527. <https://doi.org/10.1002/pd.5645>

Chappell, L. C., Cluver, C.A., Kingdom, J., & Tong, S. (2021). *Pre-eclampsia*. *Lancet*, 398(10297), 341-354. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32335-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32335-7)

Poon, L. C., & Sahota, D. (2019). Screening and prevention of preeclampsia. *Maternal-Fetal Medicine*, 1(1), 25-30. <https://doi.org/10.1097/FM9.0000000000000005>

靜  
思  
語

理想要放在遠方，腳步要落實現在。

~ 證嚴法師靜思語 ~

Though we aim high,  
we must take solid and concrete steps here and now.

~ Master Cheng Yen ~



# Applying Multiple Strategies to Improving the Pre-Eclampsia Screening Rate of Risk Assessment in the Early Pregnancy

Chih-I Hung<sup>1</sup>, Chiu-Hsuan Chen<sup>2</sup>, Ching-Yi Wu<sup>3</sup>, Ching-Wen HU<sup>4</sup>, Mei-Hua Yen<sup>5</sup>

## ABSTRACT

In 2020, the pre-eclampsia screening rate for early pregnancy of the department of Obstetrics and Gynecology of our hospital was 10.2%, which was lower when compared to 2019 (13.5%). Moreover, unexpected incidents of pre-eclampsia occurred repeatedly increasing the chance of serious medical disputes. Analysis revealed the low screening rate resulted from a number of factors, which included: self-paid exams during antenatal care visits that caused doctors to feel overwhelmed and frustrated; a low level of knowledge of health care providers; delayed recall and recognition of screening timing for preeclampsia in pregnant women; complex language and unfamiliar words used in education materials that is challenging for most pregnant women; and an overly complicated screening process. The following were initiated in order to address these issues: adding a Prompt Window in Outpatient Medical Order System; organizing professional training; revising the Screening Standard Operation Procedure; creating a QR code that links to a video for health education; and simplifying the screening process. By implementing multiple strategies to improve the pre-eclampsia screening rate, the rate increased from 10.2% to 19.1% on average, which met the projects goal and contributes to the promotion of quality medical care during the perinatal period. (Tzu Chi Nursing Journal, 2023; 22:6, 75-87)

Keywords: early pregnancy, multiple strategies, pre-eclampsia, screening rate

---

Head Nurse, Department of Nursing, Tungs' Taichung MetroHarbor Hospital<sup>1</sup>; Deputy Head Nurse, Department of Nursing, Tungs' Taichung MetroHarbor Hospital<sup>2</sup>; RN, Department of Nursing, Tungs' Taichung MetroHarbor Hospital<sup>3</sup>; Supervisor, Department of Nursing, Tungs' Taichung MetroHarbor Hospital<sup>4</sup>; Advanced Practice Nurse, Department of Nursing, Tungs' Taichung MetroHarbor Hospital<sup>5</sup>

Accepted: June 14, 2023

Address correspondence to: Mei-Hua Yen Department of Nursing, Tungs' Taichung MetroHarbor Hospital. No. 699, Sec. 8, Taiwan Blvd., Taichung City 43503, Taiwan

Tel: 886-9-7535-8708 E-mail: mhyan530103@gmail.com

# 鼻咽癌病人接受同步化學治療及質子放射線治療之護理經驗

廖怡雯<sup>1</sup>、黃惠珠<sup>2</sup>、白藍妮<sup>1</sup>、紀夙芬<sup>3</sup>、葉淑玲<sup>4</sup>

## 中文摘要

本文描述一位鼻咽癌個案接受同步化學治療及質子放射線治療之護理經驗。護理期間自2019年9月10日至11月27日，藉由與個案互動、觀察、會談及身體評估技巧等方式，運用Gordon十一項健康功能型評估，確立個案有口腔黏膜受損、皮膚完整性受損及無力感等健康問題，透過護理維持口腔清潔濕潤、傷口照護及藥物減緩疼痛，增加舒適度，予以關懷及同理，鼓勵病人表達感受，引導以過去正向經驗肯定自我，根據病人喜好，討論出增加正能量的活動，提升生活控制感，以利治療後順利返家照顧幼兒。建議在照護年輕初次診斷癌症接受放化療的病人，應深入探索病人內心的恐懼及在意的事，尊重文化差異，衛教治療過程及副作用，提供個別性、高品質且完善之國際醫療照護。(志為護理，2023; 22:6, 88-98)

關鍵詞：鼻咽癌、口腔黏膜受損、皮膚完整性受損、無力感、化學放射治療

## 前言

鼻咽癌是第三常見的頭頸部惡性腫瘤(衛生福利部統計處，2021)。其原發部位在顱底深處並鄰近重要器官，手術不易切除，且罹病初期症狀難以察覺，有75%到90%的病例在診斷時就存在淋巴結轉移，臨床上為了降低復發機率以放射線治療(以下簡稱放療)搭配化學治療

(以下簡稱化療)為其標準治療。放療的併發症包括黏膜炎、皮膚炎、口腔乾燥症和吞嚥困難；化療則會引起噁心、嘔吐、疲勞、免疫力下降等不適，若合併兩種治療則治療毒性更大，恐因體力無法負荷中斷治療，對於育有幼兒的癌症病人而言，除了接受沉重的療程外，也會產生無法照顧陪伴孩子的負面感受，故接受同步化療及放療(質子治療)期間

長庚醫療財團法人桃園長庚紀念醫院護理師<sup>1</sup>、長庚醫療財團法人桃園長庚紀念醫院護理長<sup>2</sup>、長庚醫療財團法人桃園長庚紀念醫院護理督導<sup>3</sup>、長庚醫療財團法人桃園長庚紀念醫院護理主任<sup>4</sup>

接受刊載：2023年6月23日

通訊作者地址：黃惠珠 桃園縣龜山區舊路里頂湖路123號

電話：886-3-319-6200 #2332 電子信箱：change1001@cgmh.org.tw

之護理極為重要(吳, 2018; Hui & Chan, 2020)。

本文為一位41歲初診斷鼻咽喉癌之中國籍女性, 因當地無質子治療設備而積極跨海來台接受抗癌療程, 然而, 面臨人生重大轉折, 就算積極配合常規治療, 對腫瘤長期控制率仍是未知數, 進而產生對生活失去控制的無力感, 加上本身個性敏感易焦慮, 且因女性鼻咽喉癌患者較罕見, 故引發筆者探討動機, 冀望將此經驗提供臨床照護參考。

## 文獻查證

### 一、鼻咽喉癌之概述及治療(化療與質子放射線治療)

鼻咽喉癌的發生率有種族及性別差異, 超過八成的新病例在東南亞, 男性發病率為女性3倍(Hui & Chan, 2020)。初期症狀有鼻涕帶血、流鼻血和鼻塞等; 若侵犯顱底, 則會引起複視和頸部淋巴結腫大現象(吳, 2018)。治療上以T(腫瘤大小)N(頸部淋巴結)M(遠端轉移)分期為主, T1N0M0標準治療為放療, 而分期為N>0或M>0時, 極容易發生頸部淋巴腺和遠隔轉移, 為了增加腫瘤控制率, 降低遠端轉移, 除放療, 尚需搭配輔助性化療, 據文獻統計, 同步放化療可增加4%的5年存活率, 10年總生存率提升85%(Hui & Chan, 2020; NCCN, 2021)。

### 二、鼻咽喉常見之健康問題與護理措施

#### (一)口腔黏膜受損:

口腔黏膜受損是指口腔或口咽黏膜有發炎及潰瘍損傷, 因化療引起之口腔黏膜炎分為0~4級, 愈高等級表示口腔黏膜炎愈嚴重, 護理方式以症狀治療和

口腔衛生維持為主, 良好的口腔清潔可減緩黏膜發炎幫助黏膜修補(黃、劉, 2018)。每四小時使用生理食鹽水沖洗口腔增加舒適度(Elad et al., 2020)。使用軟毛牙刷一天至少兩次, 使用牙線一天至少一次, 避免刺激性食物及補充足夠水分, 根據進食及吞嚥能力漸進式調整飲食, 選擇不需咀嚼且易於吞嚥的食物, 避免乾燥的食物降低吞嚥的難度, 可在乾燥的食物中添加肉汁或醬汁(Haugen & Galura, 2020)。

#### (二)皮膚完整性受損:

高達95%鼻咽喉癌病人接受放射線治療後產生不同程度的放射性皮膚炎(Rosenthal et al., 2019)。放射性皮膚炎是指因輻射直接作用於局部皮膚所引起的損傷(國家教育研究院, 2020), 根據照射劑量及範圍不同, 放射性皮膚炎(照射部位皮膚紅疹、乾性脫屑、濕性脫屑或壞死)大多發生於治療後2~3週, 而慢性副作用發生在完成治療的三個月後, 常見症狀為照射部位皮膚傷口不癒合、纖維化、萎縮、色素沉澱等(陳, 2017)。文獻指出蘆薈具有促進纖維細胞和角質細胞增生, 保護角質細胞凋亡的作用(Teplicki et al., 2018); 若於質子定位當天開始, 每日於治療部位塗抹蘆薈凝膠, 可幫助保濕及預防皮膚受損, 維持皮膚完整性(Hekmatpou et al., 2019)。放療開始後, 改為塗抹NS-21保濕霜可有效延緩放射性皮膚炎發生, 預防潰瘍及壞死(Hsieh et al., 2018)。放療後期若出現皮膚破損, 可每3~5天以Neomycin塗抹, 再覆蓋親水性敷料, 可避免紗布撕扯疼痛、減少乾燥搔癢(劉等, 2018)。

### (三)無力感：

當癌症使病人從照顧者的角色轉變為被照顧者，病人會感到生命無常、無法接受厄運降臨、無法想像將會失去什麼，而出現失落、思考負向、焦慮、憂鬱，甚至無力感等情緒；此時，護理人員以尊重方式傾聽和提問，瞭解病人主要顧慮的事，給予病人關懷、支持及陪伴，進而建立良好的護病關係，並在溝通中觀察其人格特質，以對方能夠接受的方式提供衛教，在低潮時適時讚美，引導正向思考，使其能接受疾病造成的變化，調適壓力，增加控制感，逐漸承擔起原本應盡角色(Gail et al., 2021)。結合醫療團隊、病友團體及社區照顧等資源，擬定疾病照護計畫(蘇、陳，2020)。

## 個案簡介

### 一、基本資料：

盧小姐，41歲，中國廣東省人，已婚，育有一男(2歲)，研究所畢業，職業為檢察官，無抽菸喝酒嚼檳榔習慣，無藥物及食物過敏史，發病時正值育嬰假期間。父親及先生皆為銀行高階主管。

### 二、病人病史

(一)過去病史：5年前左側甲狀腺腫大，每3個月甲狀腺超音波及抽血追蹤穩定，無服藥控制；2年前剖腹產，無其他慢性疾病病史。

(二)現在病史：2019/8/9因右側咽部疼痛，聲音沙啞1個月至當地就醫，內視鏡發現鼻咽喉部組織增生，扁桃體發炎，慢性喉炎，8/13病理切片結果疑似鼻咽喉癌，經抽血、核磁共振及正子掃描後，

於8/20診斷鼻咽喉癌(T1N0-1M0)，8/21經由本院放射腫瘤科醫師視訊評估適合質子治療，9/10來台就醫，9/11進行前導化療Gemcitabine注射，於10/2-11/15接受33次質子治療，同步每兩週一次門診化療，施打Gemcitabine+ Carboplatin共6次，於11/27療程結束搭機返國。

### 三、整體性護理評估

護理期間自2019/9/10至2019/11/27，以Gordon十一項功能型態評估為指引，評估結果如下：

#### (一)健康認知與健康處理型態：

平常生活規律，飲食清淡，有規則運動的習慣，定期安排體檢，個案認為健康的定義是「身體沒有病痛，檢查報告正常。」若是生病會找信任的診所或大醫院就醫，了解本次來院是治療鼻咽喉癌，會主動上網搜尋治療相關資訊並提出問題，能夠配合治療，評估無此健康問題。個案診斷鼻咽喉癌時育有幼兒正值人生巔峰期，表示選擇跨海治療是為了能活著看到小孩長大成人，並且有更好的生活品質。評估無此健康問題。

#### (二)營養代謝型態：

治療前，個案身高159公分，體重60公斤；治療期間體重下降2公斤，BMI：22.9，體重正常。平時三餐正常，無宵夜、無偏食。11/7案父：「我每天都問她想吃什麼，她都說嘴巴跟喉嚨破洞，不想吃。」11/8主訴：「已經很注意了，為什麼脖子還會破皮？」、「脖子傷口發炎還要多久才會好？」10/26頸部照射部位有7\*4cm及4\*5cm的放射性皮膚炎；11/7內視鏡診視喉嚨約三處1\*1cm潰瘍，口腔兩側約有1.5\*1 cm、0.2\*1cm

潰瘍；因口腔潰瘍疼痛無法閉口喝水，一次喝水量不到100cc；藥囑開立使用 benzydamine HCL spray Q2H、celebrex 1PC PO Q12H及dexame-thasone orabase Oint Q4H。11/8頸部照射部位有兩處5\*2cm及2\*2cm皮膚破損，傷口發紅無滲液；觀察個案嘴唇乾裂，面部及手部皮膚無彈性、缺乏飽滿度；吞嚥時皺眉；舌頭上覆蓋白色舌苔，交談時口腔有異味。由評估可知個案有口腔黏膜受損及皮膚完整性受損之問題。

### (三)排泄型態：

治療前每1-2天自解黃棕色成形軟便，治療後期因口腔及喉嚨潰瘍進食量減少，約每2天排便一次，觸診腹部柔軟無硬塊，無腹脹，1天排尿約8次，排尿順暢，無雜質。評估無此健康問題。

### (四)活動運動型態：

個案主訴「喜歡做瑜珈，發病前覺得自己體力還可以，平常會請瑜珈老師每週在家中上課一個半小時；現在雖然體力沒有之前好，但還是會堅持每週在家做瑜珈3次。」罹癌後日常生活可自理，每日往返家中及醫院進行放療，步行單程約20分鐘，行走過程呼吸平順。評估無此健康問題。

### (五)睡眠休息型態：

個案描述平時配合孩子的作息，一天斷斷續續睡6-8小時；治療後期，睡覺吞口水跟翻身壓到脖子會痛醒，起來噴喉噴劑，或是調整姿勢後可以繼續睡，每天睡8-10個小時，午覺1小時，入睡後不容易被雜音吵醒，精神還可以。觀察個案無黑眼圈，交談時無打哈欠情形，評估無此健康問題。

### (六)認知感受型態：

個案意識清楚，應答具邏輯性，記憶良好，味、觸、嗅覺皆正常，治療後，右耳聽力下降，但不影響正常生活，因口腔黏膜及頸部皮膚受損，治療期間11/7主訴：「喉嚨很痛連口水都不想吞。」「刷牙會碰到嘴巴的潰瘍。」，疼痛指數6-7分，刺痛感，使用止痛藥物及緩解技巧可緩解至2-3分，評估有急性疼痛的健康問題。

### (七)自我感受型態：

治療期間10/15主訴：「我這麼注重健康還是得癌症，我不曉得該怎麼做。」10/16「為什麼放療已經兩週了我都沒什麼感覺？有沒有完整照到腫瘤？」「我咳的痰有血，是不是腫瘤變大了？我是不是沒救了？」「可以不要打針了嗎？我覺得化療很傷身體，不打針的話癌細胞會不會控制不下來？」談話時語速快，表情緊繃。家屬表示「她成績很好一路一帆風順，個性好強，生病後很多事情都不能掌握，所以她很難調適。」介紹至癌症病友團體尋求資源，個案拒絕，並表示「我不想去認識那些人(病友)，我不想被任何人知道我生病。」個案會反覆詢問在意的問題，以貝克焦慮量表評分為18分，顯示個案面臨中度焦慮情緒。10/21依醫囑使用Alprazolam 1# PO HS；由評估可知個案無法接受疾病帶來的生活轉變，喪失控制權的衝擊，缺乏適當的因應技巧排解身心壓力，故其有焦慮及無力感之健康問題。

### (八)角色關係型態：

個案在當地為高階公務人員經濟條件優渥，為家中獨生女，老公個性溫

和，會主動分攤家務及照顧孩子，發病後父親辭職來台陪同照料，孩子交給丈夫、母親及保母照顧，家人互動模式親密。9/17主訴：「我的兒子從出生到現在都是我照顧，如果我走了我的兒子怎麼辦？」個案時常自責地提到對不起孩子，及擔心沒有媽媽會被欺負等字眼，激動落淚，故有親職角色衝突之健康問題。

#### (九)性-性功能型態：

主訴：「我跟老公認識沒多久就結婚了，他年紀比我小，很多事情他都會聽我的，相處很舒服自在，性方面沒問題。」評估無此健康問題。

#### (十)應對-壓力-耐受型態：

表示自己個性獨立，常被同事稱讚做事效率高，工作認真不怕吃苦。認為遇到問題是學習以及培養能力的機會。治療期間已申請留職停薪，且有醫療保險全額給付，沒有治療帶來的經濟壓力。個案表示：「治療的副作用很煎熬，但跟家人抱怨完，當下煩惱跟壓力也就釋放了。」觀察個案會主動向醫護人員提問，釐清心中的疑問，評估無此健康問題。

#### (十一)價值-信念型態：

無宗教信仰，決策迅速果斷，相信自己的能力，主訴：「生病後發現健康才是最重要的，就想專心治病早點把不好的細胞殺死，回到本來的生活。」個案無心靈困擾，能積極面對並處理問題，評估無此健康問題。

### 護理問題

根據以上護理評估，歸納個案主要健

康問題有：(一)口腔黏膜受損/與化療副作用有關；(二)皮膚完整性受損/與放射性皮膚炎有關；(三)焦慮/與對未來治療不確定感及角色轉換有關；(四)無力感/與對未來治療不確定感有關；(五)急性疼痛/與放射性皮膚炎有關及(六)親職角色衝突/與角色轉換有關等問題；礙於篇幅限制，針對3項主要護理問題擬定護理計劃。

#### 護理問題一、口腔黏膜受損/與化療副作用有關(2019/11/7-11/30)

##### (一)主客觀資料

###### 【主觀資料】

11/7主訴：「喉嚨很痛連口水都不想吞，疼痛7分。」「嘴巴跟喉嚨破洞，不想吃。」「刷牙會碰到嘴巴的潰瘍。」

###### 【客觀資料】

以內視鏡評估喉嚨有三處約1\*1cm潰瘍，口腔兩側約有1.5\*1cm、0.2\*1cm潰瘍。口腔黏膜障礙嚴重度為II級。觀察個案因口腔潰瘍疼痛無法閉口喝水，一次喝水量不到100cc。視診嘴唇乾裂，面部手部皮膚缺乏飽滿度。舌頭上覆蓋白色舌苔，交談時口腔異味。10/2至11/15化學治療6次。

##### (二)護理目標

11/9個案能說出口腔舒適感增加。11/14個案能執行口腔自我照護，口腔黏膜炎降至I級。個案放療結束後，追蹤二至三週，於11/30口腔潰瘍能完全癒合，口腔黏膜粉紅濕潤。

##### (三)護理措施

衛教個案口腔清潔的重要性，並提供維持口腔完整性的方法，如：避免吃刺激性食物、多補充蛋白質及維他命C、

依據進食情形及吞嚥能力漸進式調整飲食內容，如：軟質或菜泥等食物減少口腔刺激等。另外，指導維持口腔濕潤的方法，如：使用生理食鹽水沖洗口腔Q4H、嚼口香糖或含無糖的硬糖、使用20cc空針搭配塑膠軟管以抬頭水不易流出的角度少量多次的喝水等。可使用一些措施增加個案的口腔舒適度，口腔護理前或進食前予小冰塊含於口中；於口腔清潔後或嘴脣乾時使用護脣膏滋潤雙脣。依醫囑教導個案每2小時使用口腔消炎噴液benzylamine及每12小時吃口服止痛藥celebrex 1PC。於口腔清潔後每4小時使用dexamethasone orabase Oint舒緩發炎疼痛，促進口腔黏膜潰瘍癒合。教導口腔清潔措施，如：使用海綿潔牙棒以輕柔力道由牙齦往牙冠畫圓刷、刷牙時舌頭需刷到、進食前刷牙改善食慾、進食後刷牙維持清潔、觀察漱口吐出的水應清澈、無雜質等，並請個案回覆示教，當個案執行口腔清潔時，以正向鼓勵提高自信及動機。為了能持續追蹤個案情形，可請個案每日以手電筒檢查口腔粘膜顏色、濕潤度、唾液分泌及潰瘍情形，將觀察結果照相紀錄後，以通訊軟體提供給個案管理師評估。

#### (四)結果評值

11/9個案表示使用增加舒適度的技巧後，疼痛緩解至3分，會挑常溫或偏涼的軟質飲食，如豆腐、魚肉、蒸蛋或布丁等，喝濾渣後的新鮮果汁。交談時，觀察個案吞嚥時未出現皺眉，肢體放鬆不緊繃。11/14個案正確執行口腔清潔，正確回答口腔清潔時機。11/7-11/30個案透過通訊軟體提供其口腔照片，觀察口

腔黏膜呈粉紅色，11/30無潰瘍及紅腫情況。

#### 護理問題二、皮膚完整性受損/與放射性皮膚炎有關(2019/10/26-11/13)

##### (一)主客觀資料

###### 【主觀資料】

11/8主訴：「已經很注意了，為什麼脖子會有破皮？」「傷口發炎還要多久才會好？」

###### 【客觀資料】

個案於10/2至11/15期間接受質子治療共33次。於10/26發現頸部兩側有7\*4cm及4\*5公分的放射性皮膚炎。11/8頸部照射部位兩處5\*2cm及2\*2cm皮膚破損，無發紅及滲液。頸部兩處傷口醫囑以neomycin藥膏塗抹後，親水性敷料黏貼。

##### (二)護理目標

10/7個案能執行3項預防放射性皮膚炎的方法。11/13家屬能執行頸部傷口照護。

##### (三)護理措施

首先要告知個案治療過程可能會出現放射性皮膚炎的反應，教導個案每天觀察治療部位的膚色、濕潤度、溫度，並注意皮膚完整性。教導預防放射性皮膚炎，減少刺激頸部皮膚的方法，如：以溫水和溫和中性肥皂清洗、選擇寬領衣物、不隨意塗抹未經醫師許可之藥膏、外出時戴帽子、避免日曬、照射部位不要接觸冷或熱源。鼓勵均衡攝取五大類營養素，如：五穀米、蛋豆魚肉、奶、蔬菜及水果，良好營養狀況有利傷口癒合，幫助組織修復。要定期修剪指甲，避免因皮膚癢而抓破，睡覺時可帶上手

套預防不自覺抓傷。另外，衛教家屬執行傷口照護前應確實執行洗手。脖子傷口每5天以無菌生理食鹽水棉棒清潔，再以neomycin藥膏薄擦一層後，剪裁大於傷口部位2公分親水性敷料，黏貼後用手輕壓一分鐘增加黏貼性。提供傷口照護示教時，說明換藥過程中的注意事項(以無菌技術執行傷口護理，並觀察傷口有無感染徵象，如：紅、腫、熱、痛及分泌物增加，維持傷口周圍皮膚清潔及乾燥)，提供衛教資料給家屬並請其回覆示教，使其適應及接受，增加自信心。

#### (四)結果評值

10/7觀察個案穿著寬大領口上衣，戴寬緣帽、指甲修剪平整；個案表示每天洗完澡後都會塗抹NS-21保濕霜。11/8個案頸部皮膚出現2處破損，予以回覆示教藥膏塗抹及親水性敷料覆蓋，告知敷料5天換藥一次，若有滲液則需提早更換，並約定下次換藥時間。11/13換藥當天，個案正確說出傷口換藥步驟，家屬能遵守無菌原則進行換藥，換藥過程家屬表示「傷口看起來有縮小，也比較沒有那麼紅了，這個貼布效果不錯。」後續照護計畫：返國後依醫囑每5日執行親水性敷料更換，並於11/28換藥後，透過通訊軟體觀察個案傷口皮膚已癒合。

#### 護理問題三、無力感/與對未來治療不確定感及角色轉換有關(2019/10/15-11/10)

##### (一)主客觀資料

###### 【主觀資料】

10/15主訴：「我這麼注重健康還是得癌症，我不曉得該怎麼做。」「我的兒子從出生到現在都是我照顧，如果我走了我的兒子怎麼辦？」10/16「為什麼

放療兩週了都沒什麼感覺？有照到腫瘤嗎？」「我咳的痰有血，是不是腫瘤變大了？我是不是沒救了？」「可以不要打針了嗎？我覺得化療很傷身體，不打針的話癌細胞會不會控制不下來？怎麼才能確定我不會復發？」「我不想去認識那些人(病友)，我不想被任何人知道我生病。」，家屬表示「她成績很好一路一帆風順，個性好強，生病後很多事情都不能掌握，所以她很難調適。」

###### 【客觀資料】

10/15觀察個案表情皺眉及嘆氣，音調低沉且情緒低落。10/16交談中，個案情緒激動落淚。觀察個案會反覆詢問在意的問題，以貝克焦慮量表評分爲18分，顯示個案面臨中度焦慮情緒。

##### (二)護理目標

10/20個案能說出內心的感受與想法。10/25個案能說出對生活控制感增加，感到有信心及希望。11/10個案可接受自己罹患癌症，願意向他人分享治療經驗。

##### (三)護理措施

首先須與個案建立良好的護病關係，安排隱密的會談環境，讓個案及家屬能夠放鬆的接受引導，說出感受，共同討論增加控制感的方法。安排醫療處置前，應先向個案說明原因並取得同意，在不危及安全和不延遲治療下，讓個案自行選擇及決定，以增加自我控制感。同時鼓勵個案與家屬互相分享內心感受，若有治療相關的問題可先寫下來，在與醫師討論釐清。可依醫囑使用alprazolam 1# PO HS緩解焦慮。個案有寫日記習慣，鼓勵個案思考開始治療後，身體及心理的反應，嘗試可以改善

負面反應的方法，並記錄下來，以提升應對技巧。個案喜歡精油薰香，鼓勵可挑選自己喜愛的精油，滴在枕頭上、加入身體乳液，或以薰香燈、擴香、嗅吸方式，以利放鬆心情。另外，鼓勵個案每日與孩子視訊，可購買兒子所需的用品，如外套、鞋子等，並航空郵寄給他，以彌補心中的失落感。鼓勵回想以前正向自我價值及成功面對挫折經驗，如：想做的事情會傾全力完成、為了照顧孩子暫停高薪工作等，增強自我價值及希望。教導個案使用正向、希望、鼓勵的話來告訴自己”很努力在接受抗癌療程，每天都離消滅癌細胞不遠，相信自己是真的很棒的！”。也鼓勵尋找當地資源，如：頭頸癌的家、癌症資源中心、網路名人分享等，吸取他人經驗，降低不安全感。個案管理師可介紹國籍、診斷及治療相同的病友，在取得雙方同意後以通訊軟體分享經驗。增加正向支持，使其接受自己，也鼓勵個案分享自身治療經驗，幫助他人度過難關。

#### (四)結果評值

10/18個案表示「原本心裡話不曉得跟誰說，沒想到現在說出來覺得心情好很多，你跟醫師人真的很好，我覺很安心。」10/20個案發現在心情不好或是身體不舒服的時候，把感受寫下來，之後再看雖然內容是一樣的，卻好像沒那麼糟糕了。」10/25表示「每天視訊都更想念我的孩子，我一定要早日完成治療回去陪他；我買了一些他(小孩)可能會用到的東西寄回去，感覺真好。」，個案也開始滴薰衣草精油於枕頭上，一天嗅吸4-5次，於10/26表示「精油的香味

像是身在大自然一樣放鬆，讓自己有被寵愛的感覺真好。」，觀察個案表情微笑，肩膀自然下垂，不再將話題圍繞在重覆的問題。11/10再次測驗貝克焦慮量表結果正常，分數為8分。個案表示「因為得到病友很多幫助，所以自己寫出抗癌的過程，希望也能幫助別人。」

#### 討論與結論

本篇為育有幼兒，正值人生巔峰期的鼻咽喉癌個案選擇跨海來台接受同步化學治療及質子放射線治療的護理經驗，筆者藉由整體性護理評估，確立個案主要問題為口腔黏膜受損、皮膚完整性受損及無力感。提供衛教，使個案能主動維持口腔衛生，維持照射部位皮膚完整性，預防傷口惡化維持生活舒適度，筆者每日關懷個案，使用開放式問答引導表達內心感受，傾聽其認為缺乏控制感原因，接受其情緒反應，提供陪伴，轉介病友團體等支持系統，陪伴她度過人生低谷。由於同步放化療的治療副作用大，但質子治療需連續照射累積治療劑量不可間斷，筆者認為專業的評估及及時介入照護措施可避免因副作用造成治療中斷，故初期導入正確觀念，對於維持病人的舒適度，延緩副作用出現，以及是否能夠順利完成療程是相當重要的，故質子治療定位(約質子治療開始前10-14天)即開始塗抹蘆薈凝膠及NS-21保濕霜，此個案直到療程最後一週才出現頸部皮膚潰瘍，與Hekmatpou等人(2019)及Hsieh等人(2018)研究能延緩放射性皮膚炎發生之結論相符。根據劉等(2018)研究，親水性敷料換藥降低病人換藥次

數，恢復期縮短至3週以內，效果與文獻相符。

身為國際醫療中心的個案管理師，面對來臺治療的國際病人，不僅應尊重文化差異，更需要提供陪伴維持良好的護病關係，讓病人清楚治療過程及副作用，讓身在異地缺乏親人支持的病人，可以如願在異地順利的完成治療。即使質子治療的副作用較少，搭配適當的護理措施仍無法避免照射部位之放射性皮膚炎，為治療上的一大限制。病人治療期間受限於飲食習慣及偏好的調味方式不同，無法買到病人愛吃的食物導致缺乏食慾，此乃照護上的困難，筆者發現因門診臨床作業繁忙，較關注生理層面需求，較少提供陪伴及傾聽病人的想法，建議增加同理心或關懷課程訓練，使護理人員提升對情緒感知的敏感度及專業同理關懷之共情能力，了解不同病人個體化發展及需求，有助於提升國際醫療照護品質，實現全人照護精神。

### 參考資料

- 吳毅穎(2018)·呼吸系統疾病·吳慶宏，病理學(4，12-3-12-34)，永大。
- 陳敏鏞(2017)·癌症個論·黃采薇修訂，癌症護理學(四版，52-124)，華杏。
- 國家教育研究院(2020，2月)·雙語詞彙、學術名詞暨舒茲訊網。<https://terms.naer.edu.tw/detail/1317662/>
- 黃怡螢、劉雪娥(2018)·運用輔助液體敷料照顧一位頭頸癌病人之護理經驗·*長庚護理*，29(2)，305-313。[https://doi.org/10.6386/CGN.201806\\_29\(2\).0013](https://doi.org/10.6386/CGN.201806_29(2).0013)
- 劉曉玲、張志嘉、林筱青、曾玉華、李政彥、周孟芬(2018)·比較傳統換藥與親水性敷料於頭頸癌放射線皮膚損傷成效之回溯性研究·*南臺灣醫學雜誌*，14(1)，32-39。[https://doi.org/10.6726/MJST.201806\\_14\(1\).0004](https://doi.org/10.6726/MJST.201806_14(1).0004)
- 衛生福利部統計處(2021，6月18日)·109年國人死因統計結果。<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-5202-61530-113.html>
- 蘇慈棉、陳幼貴(2020)·運用Watson關懷理論照護一位鼻咽喉癌病人之護理經驗·*腫瘤護理雜誌*，20(1)，51-62。[https://doi.org/10.6880/TJON.202006\\_20\(1\).04](https://doi.org/10.6880/TJON.202006_20(1).04)
- Elad, S., Cheng, K. K. F., Lalla, R.V., Yarom, N., Hong, C., Logan, R. M., Bowen, J., Gibson, R., Saunders, D. P., Zadik, Y., Ariawardana, A., Correa, M. E., Ranna, V., Bossi, P., Mucositis Guidelines Leadership Group of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer and International Society of Oral Oncology (MASCC/ISOO). (2020). MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. *Cancer*, 126(19), 4423-4431. <https://doi.org/10.1002/cncr.33100>.
- Gail, L., Betty, A., & Mary, B. F. M. (2021). *Mosby's Guide to Nursing Diagnosis*, 6th Edition Revised Reprint with 2021-2023 Nanda-I(r) Updates. Elsevier.6th.
- Haugen, N., & Galura, S. J. (2020). The client receiving treatment for neoplastic disorders. CCRP Ulrich & Canale's Nursing Care Planning Guides,15,755-808. <https://www.clinicalkey.com/nursing/#!/content/book/3-s2.0-B9780323595421000244>
- Hekmatpou, D., Mehrabi, F., Rahzani, K., & Aminiyan, A. (2019). The Effect of Aloe Vera Clinical Trials on Prevention and Healing of Skin Wound: A Systematic Review. *Iranian Journal of Medical Sciences*, 44(1), 1-9.
- Hsieh, C. H., Chou, H.L., Shueng, P. W., Hsu,

- C. X., Kuo, D. Y., Liao, L. J., Lo, W. C., Wang, L. Y., Hsiao, C. H. (2018). A double-blind, randomized pilot study of NS-21 in the prevention of radiation dermatitis for patients with head and neck cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 36(15).6065. [https://doi.org/10.1200/JCO.2018.36.15\\_suppl.6065](https://doi.org/10.1200/JCO.2018.36.15_suppl.6065)
- Hui, E. P., & Chan, A. T. C. (2020). *Epidemiology, etiology, and diagnosis of nasopharyngeal carcinoma*. In Shah S., *UpToDate*. Retrieved June 24, 2021, from <https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-etiology-and-diagnosis-of-nasopharyngeal-carcinoma>
- National Comprehensive Cancer Network. (2021). *NCCN Guidelines Version 3.2021 Cancer of the Nasopharynx*. [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/head-and-neck.pdf](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/head-and-neck.pdf)
- Rosenthal, A., Israilevich, R., Moy, R. (2019). Management of acute radiation dermatitis: A review of the literature and proposal for treatment algorithm. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 81(2), 558-567. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2019.02.047>
- Teplicki, E., Ma, Q., Castillo, D. E., Zarei, M., Hustad, A. P., Chen, & J., Li, J. (2018). The Effects of Aloe vera on Wound Healing in Cell Proliferation, Migration, and Viability. *Wounds*, 30(9), 263-268.

靜  
思  
語

好事要提得起，是非要放得下，  
成就別人即是成就自己。

~ 證嚴法師靜思語 ~

Take up good deeds and let go of hard feelings.  
In helping others to fulfill their goal, we too gain.

~ Master Cheng Yen ~



# Nursing Experience of a Nasopharyngeal Carcinoma Patient Undergoing Concurrent Chemoradiotherapy

Yi-Wen Liao<sup>1</sup>, Hui-Chu Huang<sup>2</sup>, Lan-Ni Pai<sup>1</sup>, Shu-Fen Chi<sup>3</sup>, Shu-Ling Yeh<sup>4</sup>

## ABSTRACT

This article describes the nursing experience of a nasopharyngeal cancer patient who is receiving concurrent chemotherapy and radiotherapy. The nursing period lasted from September 10 to November 27 in 2019. Patient data was collected through interactions, interviews, physical assessments, and evaluated with Gordon's 11 functional health patterns. The patient's health problems were identified as oral mucous membrane impairment, skin integrity impairment and feelings of powerlessness. Nursing care was applied to increase oral hygiene, wound care, and pain medication. Additionally, caring was provided with empathy, listening to the patient's needs, and encouraging positive thinking. Activities were suggested based on the patient's preferences; this increased her positive energy and made her feel she had more control over her life. Staff respected the patient's cultural differences, educated her on the treatment process and side effects, and provided individual, high-quality complete international medical care. (Tzu Chi Nursing Journal, 2023; 22:6, 88-98)

**Keywords:** concurrent chemoradiotherapy, feelings of powerlessness, nasopharyngeal cancer, powerlessness, oral mucous membrane impairment, skin integrity impairment

---

RN, Chang Gung Memorial Hospital at Taoyuan<sup>1</sup>; Head Nurse, Chang Gung Memorial Hospital at Taoyuan<sup>2</sup>; Supervisor, Chang Gung Memorial Hospital at Taoyuan<sup>3</sup>; Director, Chang Gung Memorial Hospital at Taoyuan<sup>4</sup>  
Accepted: June 23, 2023

Address correspondence to: Hui-Chu Huang Rd., Kuei Shan Hsiang 33378, Taoyuan, Taiwan  
Tel: 886-3-319-6200 #2332 E-mail: change1001@cgmh.org.tw

# 照護一位愛滋病感染者 併發伺機性感染行 人工造口術後之護理經驗

林良餘<sup>1</sup>、洪富如<sup>2</sup>、林資諺<sup>3</sup>

## 中文摘要

本文描述一位愛滋病病人因害怕受歧視，而無規則追蹤治療，以至併發肺囊蟲肺炎及巨細胞病毒腸炎，疾病進展執行人工腸造口術，身體心像改變，以致焦慮產生，促使筆者之動機。於2021年6月18日至7月13日，藉由直接照顧、觀察、互動方式收集資料，運用Gordon十一項健康功能型態評估，發現「活動無耐力」、「身體心像功能紊亂」及「焦慮」等健康問題。照護期間運用跨團隊間合作照護，藉由復健改善活動耐力，以運動自覺量表，提供病人了解復健期間之進展，給予足夠隱私，逐步讓病人正視、參與造口照護，提供喜好的靜態娛樂方式，減輕焦慮，並尋求社會支援，予輔助與安置，透過個案管理系統，讓病人得以獲得持續且個別性的照護，出院後仍有所依靠。(志為護理，2023; 22:6, 99-109)

關鍵詞：愛滋病、肺囊蟲肺炎、巨細胞病毒腸炎、腸造口

## 前言

根據聯合國愛滋病聯合規劃署(Joint United Nations Programme on HIV and AIDS, UNAIDS)統計資料顯示，截至2020年止，全球有3,760萬人感染愛滋

病。愛滋病病人因人類免疫缺乏病毒(human immunodeficiency virus, HIV)侵襲，使免疫系統遭受破壞，容易產生伺機性感染，其中以肺囊蟲肺炎、巨細胞病毒感染最為常見，盛行率高達40%~100%(吳、傅，2020；Lee et al.,

臺中榮民總醫院醫院護理師<sup>1</sup>、臺中榮民總醫院醫院護理長<sup>2</sup>、臺中榮民總醫院醫院副護理長<sup>3</sup>

接受刊載：2023年4月7日

通訊作者地址：林資諺 台中市西屯區台灣大道四段1650號第一開刀房

電話：886-9-8212-3801 電子信箱：ohayoroad@yahoo.com.tw

2018)。伺機性感染是愛滋病的主要死因，佔83.9%，被視為愛滋病治療中不可忽視之議題(吳、傅，2020；Lee et al., 2018)。愛滋病病人與病毒對抗同時，容易因害怕負面觀感，產生焦慮，疾病汙名化的歧視，影響治療順從性，降低治療成效(Han et al., 2018)。

本文為一位愛滋病病人併發伺機性感染，自加護病房出轉至一般病房，除心肺等生理問題持續外，還因疾病進展需執行腸造口。詹等(2011)指出病人行造口後，容易因身體外觀及功能改變，使得產生身體心像紊亂之健康問題。筆者發現病人本就擔心愛滋病汙名化，而害怕就醫，現在又要面對腸造口衝擊，在心肺等生理功能也尚未恢復等，多重壓力之下，顯為焦慮，故引發筆者動機。期望積極恢復病人生理功能，建立良好護病關係，透過個別性照護，協助壓力釋懷，接受造口坦然面對自我，使而過上帶著玫瑰不帶刺的新人生。

## 文獻查證

### 一、愛滋病併發伺機性感染之照護

愛滋病感染者因免疫系統遭破壞，當病毒侵犯到體內CD4淋巴球數目少於200 cells/u時，容易產生伺機性感染，尤其以肺囊蟲肺炎及巨細胞病毒最為常見(林等，2019)。

肺囊蟲肺炎容易產生呼吸短促、發燒、乾咳及血液氧飽和度下降等臨床表徵(吳、傅，2020)。應監測呼吸速率、深度、呼吸音是否異常，注意血液氧合變化，並搭配運動自覺量表(rating of perceived exertion, RPE)評估活動主觀

感受，分數從6分~20分：7分非常非常輕鬆；9分非常輕鬆；11分輕鬆；13分有些吃力；15分吃力；17分非常吃力；19分非常非常吃力，當有活動無耐力情形時，可提供措施包括：(一)加強病人對疾病認識，避開菸害等空汙環境等，適當陪伴給予心理支持增加安全感；(二)衛教呼吸運動及放鬆技巧如：噘嘴呼吸、哈氣咳嗽，並可教導使用誘發性肺量計，促進肺部擴張強化呼吸肌外，若有痰液鬱積可使用高頻胸壁震盪拍痰機，協助痰液排出；(三)安排適當復健活動：平舉雙手、聳肩、雙腳抬高放下、協助下床進而下床踏步等，適情況增加阻力(林等，2019；羅等，2021；Braun et al., 2020)。

巨細胞病毒感染症狀有發燒、體重減輕、厭食及腹痛，遠端結腸感染時則合併腹瀉、裡急後重、血便，當大面積黏膜受損導致出血及穿孔產生，則需外科手術介入，並放置暫時或永久性造口，使得排便功能及身體外觀的改變，易造成病人身體心像紊亂(吳、傅，2020；詹等，2011)。護理師應採漸進式協助病人接受身體外觀改變，首以正視造口為目標，予以肯定、接受的態度，鼓勵病人說出對造口的感覺及問題，逐步引導參與自我照顧，適當給予鼓勵及讚賞等正向回饋，與病人共同制定目標及照護方法，過程透過衛教單張、播放多媒體影音及網路影片，提供腸造口照護、日常生活及飲食注意事項等資訊，同時護理師可在旁補充說明，以提升指導效果，還可協助安排病友經驗及問題因應技巧分享，幫助病人接受身體心像的改變

(林, 2019; 陳等, 2017)。

## 二、愛滋病疾病管理

愛滋病在高效能抗病毒治療(highly active antiretroviral therapy, HAART)引進後, 雖已被認為是一種慢性疾病, 但仍有45% 感染者因疾病管理、服藥遵從不佳, 影響治療成效, 進而誘發伺機性感染(Morillo-Verdugo et al., 2020; Sofia et al., 2018)。Morillo-Verdugo(2020)指出愛滋病感染者常因疾病感到羞恥, 害怕受到歧視, 而影響就醫意願, 使其疾病管理不佳, 尤以家庭支持度較低、社經地位較低者更為容易出現(Sarango et al., 2018)。柯等(2015)提出愛滋個案管理制度, 是以病人為中心的照護模式, 提供病人諮詢及疾病管理, 使用通訊軟體關心個案身心狀況, 協助個案疾病處理; 提供社會心靈支持及醫療院所諮商管道, 讓個案能得到即時服務; 協調整合就醫可近性, 確保病人就醫權益, 協助預約、提醒門診及提供就診交通訊息; 提供病友支持團體、疾病治療之相關訊息, 讓個案能正面向對疾病, 養成定期就醫習慣、遵從服藥, 穩定病情(Sarango et al., 2018)。

## 三、愛滋病心理壓力及臨床照護

愛滋病病人因長期受到歧視及汙名化, 以致在追求健康道路上常遭受阻礙, 進而產生焦慮感(Han et al., 2018)。愛滋病病人住院期間可透過醫院焦慮憂鬱量表(hospital anxiety and depression scale, HADS)測量其焦慮狀態, 當分數 $\geq 8$ 分時表示處於焦慮, 需以個別化方式提供身體和社會心理需求, 鼓勵參與支持團體, 團體間情感支持, 更能有效

降低社會標籤化帶來負面影響(謝等, 2020; Han et al., 2018)。照護過程應保護病人隱私, 同時提供可信賴諮商管道, 陪伴及傾聽, 引導表達心中感受, 減輕病人心中恐懼, 適時提供音樂治療、提升自我控制感、做喜愛的事務、維持穩定的社交關係、深呼吸等放鬆技巧(林等, 2019; 謝等, 2020)。

## 基本介紹

### 一、個案簡介

邢先生, 39歲, 未婚, 國語, 2010至2014年毒癮史, 2014年勒戒並診斷愛滋病, 即戒除毒癮, 從事派遣工, 申請社會低收入補助, 尚可自給自足及負擔醫療費用。

### 二、過去病史及發病經過

2014年診斷愛滋病, 規則治療, 2019年因離開原治療院所後即停止治療。2021/6/8呼吸喘經由救護車送至本院急診, 6/8胸部X光顯示: 雙側肺炎, 抽血CD4: 74cells/ $\mu$ L, 6/8胸部電腦斷層: 瀰漫性毛玻璃病變, 診斷肺囊蟲肺炎, 6/9解血便及肺炎加劇, 放置口內氣管內管後轉入加護病房, 6/12解量多血便, 行腹部電腦斷層直腸出血, 無法確認明確出血點, 行傳統分階段式手術, 部分直腸切除, 左腹外拉永久性腸造口, 病理報告: 巨細胞病毒結腸炎, 6/17移除氣管內管, 6/18轉至本病房, 7/13出院至康復之家。

### 三、護理評估

筆者照護期間為2021年6月18日至7月13日, 運用Gordon十一項健康型態功能評估, 收集並分析病人資料, 內容如

下：

#### (一)健康認知及處理型態

2014年診斷愛滋病，與藥物濫用有關，完成毒癮勒戒後接受雞尾酒療法，2019年因地緣性終止治療，擔心新居住地區醫療院所的醫事人員對愛滋病病人態度不友善。6/18聲音小聲且顫抖的說著：「搬離原本治療的醫院，不想再到新醫院，怕別間醫院護士、醫師看我眼光怪怪的。」自覺對愛滋病了解，6/19主訴「之前治療的時候，他們都有告訴我，但我怕不是每一間醫院的人都這麼好，加上我是吸藥的，很惹人厭」，6/18-7/13引導下，可配合醫療措施。

#### (二)營養代謝型態

身高：175公分，體重57斤，身體質量指數：18.6kg/m<sup>2</sup>。每日進食三餐，少有點心、宵夜及補充營養品習慣，此次住院前3至5日食慾變差，每餐約服用三分之一，6/18-7/13皆訂購院內膳食，每日服用三餐，每餐可進食三分之二以上，有飽足感，每日攝入約3762大卡，可符合每日建議攝取熱量。

#### (三)排泄型態

尿液自解，每日解尿約2,000mL、呈淡黃，6/18左腹3cm×2.5cm腸造口留置，造口外觀粉紅濕潤，造口袋使用，每日解便2~3次，排便約500克，6/18-7/13造口排出黃色成形軟便，6/18造口護理時，病人神表情淡漠，兩眼無神，不直視腸造口。

#### (四)活動運動型態

6/18氣管內管已拔除，胸部X光檢查顯示雙下肺葉有改善但仍浸潤，雙手肌力：3~4分，雙腳肌力：3分，氧氣鼻導

管3L/min，躺床休息呼吸次數：22次/分、末梢血氧濃度：94%、心跳：94次/分、RPE：12分，自咳痰液呈黃稠黏、中量，呼吸音呈濕囉音。6/20經協助下坐於床緣，呼吸：28次/分、末梢血氧濃度：92%、心跳：106次/分、RPE：19分，坐於床緣3分鐘後自覺呼吸不適加劇，主訴：「好累」。6/20使用誘發性肺量器計算250mL。6/21主訴：「有時躺著講話也覺得喘」。6/22預下床步行，一下床便表示：「還是喘、還是沒力」、6/23從床緣站起雙腳頻顫抖，且無法維持大於1分鐘，並說著：「這幾天坐一下真的變喘了，別說想站起來，一點力氣也沒有」。

#### (五)睡眠休息型態

平日睡眠時間約6.5小時，自覺有睡飽，可應付整日工作量，住院後多臥床，每日夜裡睡眠時間約9小時，偶也會午憩，自覺睡眠充足，無疲倦感。

#### (六)認知及感受型態

意識清楚，人、時、地無混亂，嗅、視、聽及觸覺正常，無認知障礙，6/18腹部正中縫線傷口存，躺床不動時疼痛約1分，翻身移動時約1-2分，疼痛性質為悶痛，自覺無需施打或服用止痛藥物。

#### (七)自我感受及自我概念型態

個性較為含蓄，但不排斥與他人相處，6/18自覺與他人相處較需時間認識彼此，訴說：「我較重視外觀，還有別人的目光」，6/18神情慌張：「那時還不知道往後大便從這出來」，6/19衛教並協助造口護理，無耐且失望，訴說：「醫師跟我說這個永遠就這樣了」、

「這個我無法照顧也不會照顧」，觀察撫著造口表示：「這、這個」，過程語氣無奈，眼神時常轉移無法就筆者亦無法就造口處，6/21造口護理時，造口袋膨脹，表示：「現在很多氣，很臭喔，不好意思」、「麻煩你弄這東西」，曾揮手拒絕護理，表現害臊。6/24拒絕造口師觀察，淡笑的說：「這沒什麼好看的」。

### (八)角色關係型態

案父歿，案母為榮民遺眷，父親過世後案母即離開與友人同住，約20年無往來，無其他親屬，支持系統為工作友人。自給自足，社會補助每月8,836元，6/24縱容的訴說：「生活雖然不是很好，但還過得去」，6/25與陪病友人一同談論，訴說：「有1~2個朋友還算不錯」，住院期間友人能於床旁照顧陪伴。

### (九)性與生殖型態

生殖器外觀正常、無分泌物，目前無交往對象亦無信伴侶。

### (十)壓力應付耐受型態

6/19使用HADS評估18分，屬焦慮狀態，用餐時間時觀察表現不知所措，表示：「爬不起來，真的慌！」，6/22神情從緊張至焦慮：「連走去上廁所都沒辦法，還能做什麼？工作會被辭退，住的地方也就沒了」。6/22衛教及造口護理過程表示：「以後該怎麼辦，我還能誰可以麻煩，我這病大家應該都會覺得怪」，6/23協助造口護理時，表示：「沒工作了，以後這些東西怎麼來？多少？」，6/24護理過程中時而緊張時而無奈的訴說：「我這病應該也不用讓

太多人知道吧」、「愛滋病一直對我來說，影響可能就是交不到什麼朋友吧」，6/25協助行復健運動時，焦慮的訴說：「還是沒力，以後怎麼辦？」。

### (十一)價值與信念型態

一般民間信仰，偶至廟宇拜拜，表示：「宗教只是稍有寄託」，6/25護理過程時，主訴：「希望能盡快恢復，回歸以往生活」，身上有配帶宗教配件，表示：「求個心安」。

## 問題確立及護理計畫

綜合護理評估，發現個案有「活動無耐力」、「身體心像紊亂」、「焦慮」、「個人因應能力失調」、「氣體功能交換障礙」、「疲憊」、「淺在危險性低自尊」、「增進自我照護能力的準備度」、「復原力障礙」、「無望感」、「日常活動功能依賴：進食、沐浴、更衣及個人修飾、如廁」等健康問題，因篇幅設限，筆者依最重要三項的健康問題呈現。

### 一、活動無耐力/與供氧不平衡有關 (6/18-7/13)

#### (一)主觀資料

6/20 主訴：「好累」。6/21「有時躺著講話也覺得喘」。6/22「還是喘、還是沒力，以後怎麼辦？」6/23「這幾天坐一下就喘，別說站起來，一點力氣也沒有」。

#### (二)客觀資料

6/18 胸部X光：雙下肺葉浸潤。6/18 雙手肌力：3~4分，雙腳肌力：2分。6/18 氧氣鼻導管3L/min，躺床休息呼吸次數：22次/分、末梢血氧濃度：94%、

RPE：12分。6/18自咳痰液黃稠黏、中量，呼吸音呈濕囉音。6/20坐於床緣，呼吸：28次/分、末梢血氧濃度：92%、心跳：10次/分、RPE：19分。6/20誘發性肺量計：250mL。6/23從床緣站起雙腳頻顫抖，且無法維持大於1分鐘。

### (三)護理目標

6/28正確執行噁嘴呼吸及哈氣咳嗽，誘發性肺量計可吸500mL以

上。7/6使用氧氣鼻導管3L/min，躺床休息，RPE $\leq$ 8分，誘發性肺量計可吸750mL以上。7/10使用氧氣鼻導管3L/min，攙扶下完成原地踏步10下，RPE $<$ 13分。

### (四)護理措施

衛教呼吸運動及放鬆技巧如：(1)噁嘴呼吸：嘴巴閉上，鼻子吸氣兩秒，再緩慢噁起嘴巴吐氣四秒，過程需放鬆，頻次每次10分鐘，一天4次；(2)衛教哈氣咳嗽，於吐氣時，同時發出〔哈〕的聲音，助痰液排出。(3)教導正確誘發性肺量計方法，並共同設立階段性為目標。6/20~7/6每天2次高頻胸壁震盪拍痰機，每次持續30分鐘，維持12Hz，並予使用後鼓勵哈氣咳嗽。6/24聯繫物理治療師前來與病人共同制定復健運動計畫：(1)6/24~7/10上、下肢運動：於床上坐高，雙手平舉、上舉各10次；聳肩10次；坐於床緣雙腳抬高放下10次；站起原地踏步10次，執行過程隨時監測病人氧合變化，並依序進行，隨時評估RPE $\leq$ 12原則下，每日執行4次。(2)6/30~7/10上肢加阻力運動：於床上坐高，雙手各握600mL寶特瓶(裝300mL水)，執行平舉、上舉各10次，在主觀

無呼吸喘情形下，每日4次。6/30~7/10坐起、站立活動以協助為主；7/3~7/6於旁側觀察病人坐起、站立；7/6後允許病人叫人鈴使用下可自行坐於床緣，以上皆為氧氣鼻導管3L/min使用下。每四小時監測並記錄血氧濃度變化。6/18~7/08每日每八小時依醫囑予抗生素治療，控制感染。6/25~7/13每日早餐後依醫囑予DRV\cobicistat\FTC\TAF、ValCYTE tab 450mg抗病毒藥物治療。

### (五)護理評值

6/28可正確執行噁嘴呼吸及哈氣咳嗽，誘發性肺量計可吸600mL。

7/6氧氣鼻導管3L/min，躺床休息RPE：6分，誘發性肺量計可吸：800mL。7/10氧氣鼻導管3L/min，站於床旁，完成踏步運動10次，RPE：12分。7/12室氧下自行坐於床緣，呼吸次數：17~19次/分、末梢血氧濃度：94~98%，RPE：8分。

## 二、自我心像紊亂/術後永久造口有關 (6/18~7/13)。

### (一)主觀資料：

6/18「我較重視外觀，還有別人的目光」。6/18「那時還不知道大便從這出來」。6/19「醫師跟我說這個永遠就這樣了」。6/19「這個我無法照顧也不會照顧」。6/19撫著造口表示：「這、這個」。6/21「現在很多氣，很臭喔，不好意思」。6/21「不好意思、不好意思，麻煩你弄這東西」。6/24造口師探視時，拒絕造口師觀察，淡笑的訴說：「這也沒什麼好看的」。

### (二)客觀資料：

6/18左腹3cm $\times$ 2.5cm腸造口留置，

造口外觀粉紅濕潤，造口袋使用。6/18行造口護理時，病人神表情淡漠，兩眼無神，不直視腸造口。6/19語氣感受無奈，眼神時常轉移無法就筆者亦無法就造口處。6/21病人發現造口袋膨脹，揮手拒絕護理，表現害臊。

### (三)護理目標

6/30病人可正視、接受身體外觀改變，表達造口存在影響及感受。7/5病人主動參與造口照護。7/12可自行完成造口袋底座更換。

### (四)護理措施

6/18~6/30給予陪伴，適時鼓勵及安慰，護理造口過程，觀察病人反應，適時引導病人。6/18~6/30漸進式促使接受身體外觀改變，以不勉強、正向態度，在允許下可先以照鏡方式觀察造口，鼓勵提問或說出心裡所想，以正視為目標，隨時給予肯定及讚賞。6/22給予衛教手冊、影片介紹造口，於一旁適當輔助病人認識造口，若有疑問時則隨時給予解惑，並針對產氣困擾，給予病人減少攝取產氣食物洋蔥、土豆、豆類，預防造口氣味等產氣方法等飲食衛教。6/22鼓勵病人向友人分享感受，以正向、接受的態度處理，並引導友人提供心理支持。6/24提供紙筆，先讓病人以紙筆及畫圖方式描述造口模樣，並透過其圖加以補充並進行解說，並在旁放置玫瑰圖案之照片，說著「你看！這造口是朵沒有刺的玫瑰」，讓病人能漸進認識正視造口。6/26運用手機QR碼或網路給予最新造口新聞資訊，與其一起觀看、介紹，過程亦重視保護隱私。6/28~7/5共同參與造口照護，先觀察再實

做，以不強迫、鼓勵態度漸進式進行。7/1衛教著衣選擇柔軟、舒適為原則，避免緊身，避免壓迫、摩擦，顏色可著深色、不透明。7/2在允許下，與造口師討論共同安排富有造口經驗病人，分享造口照護經驗，並以網路通訊軟體Line方式進行，創立群組分享經驗時見30分鐘，過呈注重保護隱私。

### (五)護理評估

6/30可就造口提出疑問：「造口底座黏貼時需要注意什麼？」，並

表示對造口想法：「或許只是換個方式大便」。7/5可協助修剪造口底座後，自行使用造口膠黏貼造口，亦會執行造口清潔。7/12可自行完成造口底座黏貼，並可顯露自信笑容。

## 三、焦慮/愛滋病帶原及擔心疾病預後無法回歸生活有關(6/18~7/13)

### (一)主觀資料

6/18「不想再到新醫院，怕別間醫院的護士、醫師不好，看我眼

光怪怪的。」6/19「我怕不是每間醫院的人都這麼好，加上我是吸藥的，很惹人厭吧」6/19「爬不起來，真的慌」6/22「連走去上廁所都沒辦法，還能做什麼？」6/22「我還有誰可以麻煩，這病大家應該都會覺得怪」6/24「我這病應該也不用讓太多人知道吧」6/24「愛滋病對我來說，影響可能就是交不到什麼朋友吧」6/25「以後怎麼辦？」

### (二)客觀資料

6/18訴說關於愛滋病時聲音小聲且顫抖。6/19使用HADS評估18分。6/22神情從緊張至焦慮。6/24護理過程中時而緊張時而無奈。6/25協助復健運動時，焦

慮的訴說事情，不知所措樣。

### (三)護理目標

6/28能執行3項放鬆技巧。7/7與他人分享疾病照護，並能說出未來可尋求協助之管道。運用團隊資源尋求可利用的社會資源，完成出院後短期安置。7/10使用HADS評估可<8分。

### (四)護理措施

6/18~7/13給予陪伴，並安排照顧者友人陪在旁鼓勵或安撫情緒。6/18聯絡愛滋個案管理師前來，共同瞭解個案疾病管理及身、心現況，協助個管師於追管系統填寫追蹤紀錄。6/19~6/27教導放鬆技巧(1)呼吸平順時，鼓勵下完成維持身體外觀清潔、自行服用餐點，及適當運動，以不影響病人生命徵象及病人安全為前提。(2)鼓勵做自己喜歡的事務，藉由手遊，轉移注意力。(3)每次執行活動以單一專注為原則，避免一次完成多樣事情，而產生焦慮感。(4)執行深呼吸放鬆技巧：舌尖抵上顎嘴吧吐氣，緩慢以鼻子吸氣2秒，摒住呼吸3秒，吐氣4秒。(5)協助播放病人喜愛之放鬆音樂。6/19協同社工師，向社福基金會申請救助補助金；6/20申請義務班照顧服務員，6/20~7/12義務班照服員共同協助個案進食、沐浴、更衣及個人修飾、如廁。6/24 與個案初步討論出院安置事宜及需求。6/24傾聽病人活動、造口照護對自身帶來的困擾及不安情緒或是想法，適時提供協助及支持。6/25協助加入個案管理師的通訊軟體，向個案說明此對話窗口為一對一，內容隱密，如有身心不適時，可即時於提出。6/25依醫囑開始給予抗病毒藥物時，加強衛教按

時服藥、規則追則，可減少伺機性感染發生機會。6/26協助尋求出院後造口衛材輔助計畫，轉介協會等公益團體。7/1協助匿名加入愛滋病病友Line群組之聊天室，提供疾病新知及社會支持系統，如：臺灣愛滋病學會、愛滋病人權益促進會等訊息，並鼓勵參與支持團體，7/7病人允許下，鼓勵個案匿名方式於群組和病友們分享治療經驗。6/27~7/8與醫師、專科護理師、愛滋個案管理師、社工師及出院準備服務個管師共同評估未來出院計畫、討論社會救助方案及出院後安置場所，準備轉介相關資料，先行提供機構了解個案疾病控制狀況，評估合適性及機構接受意願，與機構討論照護連續性及後續配合計畫。7/9與個案介紹出院後入住機構的環境，徵求個案同意後，協助填寫資料。7/12向個案說明未來仍會定期訪視及評估，追蹤用藥及治療狀況，並將定期協助預約門診，若就醫過程中有任何疑問，也可以隨時使用通訊軟體告知個案管理師。7/12 與機構聯繫並確認出院當天交通方式及時間。

### (五)護理評估

6/28病人可藉由玩手遊、專注於看書、放鬆呼吸，舒緩心情。7/7主動閱讀臺灣愛滋病學會書刊，且可透過通訊軟體於愛滋病Line群組，分享愛滋病人經驗，過程25分鐘。7/9完成出院後安置機構之聯繫，並完成相關資料。7/13 11:00由愛滋個案管理師、機構社工師陪同前往康復之家。9/13電訪追蹤，個案表示目前身體已好轉，平常也都會與愛滋個管師保持聯繫、規則至醫院追蹤，目前

生活無特別困擾，尚為滿意。12/13查閱院內門診系統，個案皆能規則追蹤治療。7/10HADS評估7分。

## 結論

本文病人心肺尚未恢復而產生活動無耐力的問題時，還需面對自我心像紊亂，過程擔心自己的疾病換來不平等待遇，相當焦慮。此次護理過程中，筆者運用跨團隊照護理念，與醫師、物理治療師、造口師、社工師、出院準備照護及愛滋個案管理師等共同合作，完成制訂運動復健計畫，教導呼吸技巧及造口照護概念，緩解活動無耐力等生理不適，同時引導病人認識及了解造口，接受自我心像改變，進而參與造口照護，一對一即時照護，連結社福機構的支援網絡，促使病人走出焦慮之陰霾，後續安排治療及居住場所，使其降低焦慮，持續性的個案管理服務，以達照護連續性，避免疾病自我管理不佳，過程中不同醫事人員皆以病人為中心，共同發揮自我專業，解決病人健康問題的團隊合作為筆者一大收穫，也深感個別性需求協助，才能達到疾病自我管理。

愛滋病汙名深深烙印在世界眾人心，亦導致病人生活點滴受到不平等對待，使病人初始因擔心不平等對待，無規則就醫之外，在與社工師找尋後續康復之家時，亦曾面臨部份機構因愛滋病感染身分而拒絕收治之困難，慶幸團隊與筆者不斷積極找尋與溝通，終究找到合適的康復之家，因此建議醫療院所應負起推廣愛滋病的社會教育，有效提高國人對愛滋的認識，唯有社會的尊重、

接納才能讓愛滋病病人的治療過程更加順利。

## 參考資料

- 吳尚儒、傅彬貴(2020)·重症病人的巨細胞病毒(CMV)感染症新知更新：離病風險、診斷工具與治療·*內科學誌*，31(2)，106-114。https://doi.org/10.6314/JINT.202004\_31(2).05
- 林貴滿、林靜期、許譯瑛、謝春滿(2019)·免疫功能疾病病人之護理·於胡月娟總校閱，*內外科護理學上冊*(六版，137-201頁)·華杏。
- 林貴滿(2019)·消化系統疾病病人之護理·於胡月娟總校閱，*內外科護理學上冊*(六版，653-824頁)·華杏。
- 柯乃熒、謝佳吟、陳熾今、蔡承熹、劉曉穎、劉麗芳(2015)·以修正型德非法建立臺灣愛滋個案師角色與愛滋護理照顧之核心能力·*護理雜誌*，64(4)，63-72。https://doi.org/10.6224/JN.62.4.63
- 陳遶鞠、李文馨、陳繪竹、蘇郁婷、王姮樺(2017)·提升主要照顧者執行腸造口居家照護之完整率·*台灣專科護理師學刊*，4(1)，67-77。
- 詹淑雅、劉芹芳、金繼春(2011)·身心體像紊亂之概念分析·*新臺北護理期刊*，13(1)，63-72。https://doi.org/10.6540/NTJN.2011.1.007
- 謝佳吟、黃曉萍、陳玉芬、黃惠美、陳玲芬(2020)·降低住院愛滋感染者焦慮程度·*志為護理-慈濟護理雜誌*，19(3)，89-98。https://doi.org/10.6974/TCNJ
- 羅舒帆、曹晏裴、蔡昆道、黃浩堯、許惠綾(2021)·【論文摘要】A型流感併發急性呼吸窘迫症候群病人拔管後肺復原治療之成效·*呼吸治療*，20(2)，96-97。https://doi.org/10.6269/JRT.202107\_20(2).0031
- Braun, L. T., Wenger, N. K., Rosenson, R. S.

- (2020). Cardiac rehabilitation programs. UpToDate. Retrieved September 24, 2020, from <https://www.uptodate.com/contents/cardiac-rehabilitation-programs>
- Dillard, P. K., Zuniga J. A., & Holstad, M. M. (2017). An integrative review of the efficacy of motivational interviewing in HIV management. *Patient Education and Counseling*, 100(4), Article 636-646. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.10.029>
- Han, H. R., Kim, K., Murphy, J., Cudjoe, J., Wilson, P., Sharps, P., & Farley, J. E. (2018). Community health worker interventions to promote psychosocial outcomes among people living with HIV-A systematic review. *PLOS ONE*, 13(4), Article e0194928. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194928>
- Lee, C. Y., Tseng, Y. T., Lin, W. R., Chen, Y. H., Tsai, J. J., Wang, P. L., & Tsai, H. C. (2018). AIDS-related opportunistic illnesses and early initiation of HIV care remain critical in the contemporary HAART era: A retrospective cohort study in Taiwan. *BMC Infectious Diseases*, 18(1), Article 352. <https://doi.org/10.1186/s12879-018-3251-1>
- Morillo-Verdugo, R., Polo, R., & Knobel, H. (2020). Consensus document on enhancing medication adherence in patients with the human immunodeficiency virus receiving antiretroviral therapy. *Farmacia Hospitalaria*, 44(4), Article 163-173. <https://doi.org/10.7399/fh.11441>
- Sarango, M., Hohl, C., Gonzalez, N., Palmeros, A., Powell, M. L., & Hirschi, M. (2018). Strategies to build a patient-centered medical home for multiply diagnosed people living with HIV who are experiencing homelessness or unstable housing. *American Journal of Public Health*, 108(7), 519-521.
- Sofia, S. A., Lysaker, P. H., Smith, E., Celesia, B. M., & Dimaggio, G. (2018). Therapy adherence and emotional awareness and regulation in persons with human immunodeficiency virus. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 206(12), 925-930. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000901>

靜  
思  
語

為人處事要「小心」，不要「小心眼」。

~ 證嚴法師靜思語 ~

Be careful and mindful when dealing with others,  
but do not be narrow-minded.

~ Master Cheng Yen ~

# Nursing Experience in Caring for an AIDS Case With Cytomegalovirus Enteritis Undergoing Enterostomy

Yang-Yu Lin<sup>1</sup>, Fu-Ju Fung<sup>2</sup>, Zi-Yan Lin<sup>3</sup>

## ABSTRACT

This article describes an AIDS patient who was afraid of being discriminated against, and had no regular follow-up treatment, resulting in concurrent pneumocystis pneumonia and cytomegalovirus enteritis. The disease progressed and an artificial enterostomy was performed. Additionally, the patient's body mental image changed, resulting in anxiety, which prompted the author's motivation. From June 18 to July 13, 2021, direct care, observation, interactive methods to collect data, and using Gordon's eleven health function assessments, revealed, "activity intolerance", "body mental image dysfunction" and "anxiety" and other health problems. Intervention included, use of cross-team cooperative care during the nursing period, improving activity endurance through rehabilitation, providing patient with progress of rehabilitation using the exercise consciousness scale, giving enough privacy, and gradually allowing the patient to face up to and participate in stoma care. Through preferred static activities like listening to music and other entertainment methods to reduce anxiety, and assistance in seeking social support, assistance and placement, strengthen the social support system, and use the case management mechanism to allow patients to continue individualized care and still have something to rely on after discharge. (Tzu Chi Nursing Journal, 2023; 22:6, 99-109)

Keywords: AIDS, cytomegalovirus enteritis, enterostomy, pneumocystis pneumonia

---

RN, Taichung Veterans General Hospital, Nursing department<sup>1</sup>; HN, Taichung Veterans General Hospital, Nursing department<sup>2</sup>; AHN, Taichung Veterans General Hospital, Nursing department<sup>3</sup>

Accepted: April 7, 2023

Address correspondence to: Zi-Yan, Lin ORA, No.1650, Sec. 4, Taiwan Blvd., Xitun Dist., Taichung City 407, Taiwan  
Tel: 886-9-8212-3801 E-mail: ohayoroad@yahoo.com.tw

# 一位植入性胎盤產婦接受子宮全切除手術之照護經驗

蕭潤勤<sup>1</sup>、陳曉玫<sup>2</sup>

## 中文摘要

本文為一位植入性胎盤產婦接受剖腹產及非預期性子宮全切除之照護過程，術後生理不適且有喪失自我認同及親職壓力問題。收集資料後確立有急性疼痛、身體心像紊亂及照顧者角色緊張等問題；教導可緩解疼痛的方法與止痛藥使用；利用解剖圖說明子宮功能與切除的必要性，偕同案夫給予陪伴支持，教導術後性生活方式並分享相同案例心路歷程；協助瞭解早產兒相關資訊與照護方法，增加親子依附關係及提升照護信心。針對高危險性孕婦可先告知生產過程可能面臨的狀況與相關醫療處置，予以心理準備，提供具保護性、支持性的環境，讓非預期性子宮切除的產婦能抒發女性失去子宮的情緒，協助維持夫妻親密的關係，進而達到更完善的照護品質。(志為護理, 2023; 22:6, 110-118)

關鍵詞：植入性胎盤、子宮全切除、早產

## 前言

造成孕產婦的死亡原因中，75%為產後出血，若分娩後兩個小時內沒有適當處置大出血的婦女，便會造成死亡(World Health Organization[WHO], 2019)；衛生福利部(2021)統計2019年孕產婦子宮切除的案件中，產後大出血占了49.2%，次為植入性胎盤42.6%與前置胎盤27.9%；本文的產婦提早剖腹且產後發生大出血與接受非預期性子宮切除，

個案歷經生死關頭後需面對失去女性象徵的器官及擔心配偶對自己的評價，且剛誕生早產兒的病況不穩，產生產婦及家庭的身心衝擊；照護期間，護理人員盡力協助父母調適相關的壓力與增進親子依附的發展。

本案為一位妊娠32+5週經產婦，生產時因植入性胎盤導致大量出血，在無預警的心理準備下緊急切除子宮以控制出血，個案面對子宮切除後的生理疼痛不適、身體心像改變、女性魅力喪失與失

臺北慈濟醫院護理部婦產科個管師<sup>1</sup>、婦產科病房護理長<sup>2</sup>

接受刊載：2023年5月3日

通訊作者地址：陳曉玫 新北市新店區建國路289號5樓

電話：886-9-5226-5318 電子信箱：amy1217@tzuchi.com.tw

落感；又相較於前兩次自然足月產的不同經驗，此胎早產兒因病況不穩入住新生兒加護病房，致母嬰分離與親職角色認同的威脅，同時擔憂是否能勝任早產兒的照顧，故引發筆者深入探討非預期性子宮切除產婦及面對早產兒身心變化的動機，並儘量協助父母親以建立早產兒的依附關係。

## 文獻查證

### 一、植入性胎盤行非預期性全子宮切除術之身心照護

(一)生理照護：植入性胎盤係指孕期子宮的基底蛻膜缺損，胎盤絨毛異常附著在子宮肌肉層，使得胎兒娩出後胎盤無法剝離而大量出血；植入性胎盤的孕婦常需提早剖腹產，若發生產後出血常出血量多且失血速度快，危急時可能要併行全子宮切除術以控制嚴重的出血(Silver & Branch, 2018)。術後個案常有急性疼痛問題，會出現臉部表情緊張、躁動不安或主訴不適，護理措施包含持續的監測生命徵象與疼痛評估，使用疼痛指數0~10分，評估疼痛性質、位置、強度(Karcioglu et al., 2018)，給予止痛藥物，採集中護理、漸進活動，使用電動床或束腹帶輔助，教導深呼吸、半坐臥等舒適臥位、咳嗽時按壓傷口減緩震動，肢體按摩舒壓，藉由聽音樂、聊天、觀看電視等轉移注意力，以減輕疼痛。

(二)心理照護：非預期子宮全切除對產婦而言不僅失去了一件器官，更意涵：失去孕育新生命的能力、喪失女性特質、吸引力及配偶的注意力，(Afiyah et al., 2020)；醫護人員應充分解釋植入

性胎盤之生產過程，陪伴且給予情感支持，運用傾聽、關懷、同理，說明子宮切除是為了確保生命安全及切除的必要性，協助面對子宮切除後的身體心像改變，與持續追蹤產婦對生產經驗的感受(Dedden et al., 2020)。由於術後需禁止性生活，易造成配偶之間的隔閡及自我概念的改變，可利用解剖圖說明子宮構造及其功能，並強調並非摘除卵巢故不會影響女性荷爾蒙的分泌；鼓勵維持儀容外表；術後6~8週後經醫師檢查無異常即可漸進式恢復性生活；多傾聽並鼓勵對身體心像的表達，適時以身體接觸如拍肩或點頭等方式安撫情緒；可安排相同案例分享彼此的心路歷程，並協助正視自己的優點以增加信心；另外，透過正視傷口並參與換藥以了解及觀察傷口癒合情形；也鼓勵配偶對術後性生活的討論及支持、陪伴，使產婦能接受改變並重建自我價值；同時教導凱格爾運動以增加骨盆底肌肉強度，若發生下列情況需立即返診，如：不明原因發燒、急性腹痛、傷口或陰道大量出血(Dedden et al., 2020)。

### 二、早產兒母親之角色功能與親子依附

早產常為突發事件，且早產兒常因醫療需求入住新生兒加護病房，使得父母無法隨時探視，大大地影響親子依附關係的建立；會擔心早產兒的病情變化，又由於內心的不確定感及對特定醫療知識的不足，會增加親職壓力，並對後來的育兒工作有顯著影響(翁、周，2016；Gerstein et al., 2019)。護理活動包括：引導早產兒父母說出內心感受並提供情緒支持，提供早產兒居家照護手冊並指導

和鼓勵早產兒日常照護的參與，如適當擺位及餵奶、更換尿布等，藉由袋鼠護理等肌膚接觸的方式來促進親子關係的連結，並協助調適與重建親職角色與功能，以提升父母在照顧上的信心(Macho, 2017)。母乳的成份可以保護早產兒免於感染的風險，持續哺乳不但對早產兒的身體健康和發展很重要，且產後母親為早產兒擠奶，能持續孕期母嬰之間的連結感，可增進親子感情的維繫(早產兒基金會，2019)。

### 個案簡介

#### 一、基本資料：

戴女士，36歲，大學畢，無宗教信仰，已婚育有二女，家管，案夫43歲、資訊業。孕產史：懷孕6次，胎次3次，自然流產1次，人工流產2次，前兩胎皆為自然生產，預產期2020年9月6日。懷孕26週發現前置胎盤並持續產檢追蹤。

#### 二、住院經過：

2020年7月17日個案於家中因為大量出血到院求治，超音波檢查發現子宮腔內有4.1×1.1公分的血腫，原預入院安胎並施打止血針，主治醫師查房時發現看護墊有1個半手掌大的咖啡色及清澈液體流出，羊水試紙試驗呈陽性，改行剖腹產，7月17日22:49剖腹產出一名男嬰，32+5週，體重1,990公克，身長31.5cm，apgar score第一分鐘8分、第五分鐘9分，入新生兒加護病房；個案產後因植入性胎盤致出血量達2,500ml，緊急行子宮全切除手術及大量輸血，7月18日於生命徵象穩定下轉入病房，7月22日經例行產後檢查無異常，予以出院休養。

### 護理評估

照護期間自2020年7月18日至7月22日，運用身體評估、會談、觀察、跨團隊討論及病歷查閱等方式來收集資料；以下呈現個案生理、心理、社會及靈性等層面的健康問題：

#### 一、生理層面

初經12歲，月經週期28天，最後一次月經為2019/12/08。身高167公分，孕前之體重54公斤(BMI:19.3kg/m<sup>2</sup>)，懷孕32週體重增加12公斤。自覺身體健康，無常規健康檢查，無藥物與食物過敏史，無抽菸喝酒習慣，皮膚外觀完整，下肢無水腫，四肢肌力皆5分，活動正常，口腔黏膜無破損，有固定式假牙，平日三餐多自行烹煮，產前血紅素10.7g/dL，7/17因植入性胎盤致產後出血2,500ml，於手術室輸注減除白血球之紅血球濃厚液(LPR)8U及新鮮冷凍血漿(FFP)6U，7/18追蹤血紅素8.8g/dL，再輸LPR 4U及FFP 2U，膚色無蒼白，結膜紅潤，體溫36.9°C，呼吸約16-18次/分、心跳約70-78次/分，血壓約101-110/60-68mmHg。月子餐可食用完，熱量攝取約2,200-2,400卡/天，符合產後哺乳之營養所需。7/19評估乳房柔軟，手擠乳約2-3ml/次，7/20乳房微充盈，表面無血絲，手擠乳約8-10ml/次，7/21乳房局部脹硬且有血絲，每4小時以手擠乳合併電動吸奶器使用可擠出乳汁約20-40ml/次。每日平均睡眠7-8小時，產後因傷口疼痛致夜眠品質較差，日間會小睡1小時，整日睡眠可達6-7小時。孕期解尿順暢但有頻尿情形，一天解約10次清澈尿

液，排便一天一次，產後7/17-7/19尿管留置，7/18整日引流出1,600ml淡黃色清澈尿液，尿液常規檢查無異常，7/19自解中量黃軟便，沒有使用軟便劑，聽診腸音約8-13次/分，觸診腹部柔軟。

7/18「我的傷口好痛，碰觸和移動時都會感覺刺痛，用了自費止痛怎麼還痛？」「我想去看小孩，但是現在連上下床活動都困難。」，雙眼緊閉、眉頭深鎖、身體緊繃、雙手扶著腹部，多用點頭、搖頭方式回覆護理人員，依0-10分數字量表評估疼痛指數為9分，呼吸淺快約20-24次/分，心跳90-99次/分，血壓110-120/70-78mmHg。腹部傷口約15公分，皮膚平整無紅腫滲液，7/18換藥時表情皺眉，表示：「輕一點，碰到傷口會痛！」疼痛指數9分；7/19「咳嗽時抖動到肚子，傷口會痛，大概6分。」；經評估確立有急性疼痛之問題。

## 二、心理層面

7/18個案哭泣「真的只能切除子宮嗎？不能其他的選擇？」，「我不想看傷口，看了會一直想到子宮切除的事。」，主治醫師查房說明子宮切除的必要性，個案眼眶泛紅、表情冷淡，頭髮零亂無妝容。7/19個案眼眶泛淚，表示「我沒有子宮了，我已經不是以前的我了，我先生會不會不愛我了？」「沒有子宮是不是不像女人了？我先生會離開我嗎？」；經評估確立有身心紊亂之健康問題。

7/18個案表現淡漠，不太願意談任何事情，簡式健康量表(brief symptom rating scale, BSRS-5)評估結果為7分，屬輕度情緒困擾，其中勾選「感覺緊張

不安」與「感到憂鬱、心情低落」皆為中等程度。7/19「寶寶週數這麼小，會有後遺症嗎？之後會有什麼問題嗎？醫生什麼時候會跟我們說明嗎？」「醫師說寶寶呼吸很喘有點不穩定，這會怎麼樣？」；反覆觀看寶寶的影片，表情皺眉、眼眶泛淚，7/19案夫「我太太這兩天一直很緊張，很擔心寶寶，反覆詢問寶寶的情形。」，7/20個案「之前姐姐都是親餵，現在弟弟可親餵嗎？還是只能擠出乳汁瓶餵？」；經評估確立有照顧者角色緊張之問題。

## 三、社會層面

個案自覺本身不易緊張，面對壓力或有困難時會與案夫或同學討論，少與他人糾紛，覺得很多事情或誤會只需要解釋清楚及討論就可以化解開來。一家四口同住，家中經濟小康，偶爾會和同學出遊、聊天、紓壓，住院期間由案母代為照顧二位女兒，可觀察到案夫細心照顧個案，給予鼓勵支持，也會與同學或家中女兒們電話或視訊聊天。

## 四、靈性層面

無宗教信仰，但不排斥宗教活動，生活重心都放在家庭。7/22主訴「這次生產像是去了一趟鬼門關，覺得能活下來真好，對於孩子及先生來說，能照顧好自己才是最重要的；既然上天讓我活下來了，那我期許自己能以正向樂觀的心態去面對一切，只希望寶寶能順利健康的出院，讓我跟先生能一同陪伴小孩成長，並繼續維持幸福美滿的家庭」；可以感受個案心態的轉變，了解現階段要照顧好自己，且維持正向樂觀的態度才能延續幸福。

## 問題確立

照護期間自2020年7月18日至7月22日，運用身體評估、會談、觀察、跨團隊討論、及病歷查閱等方式來收集資料，確立個案的健康問題包括：急性疼痛、身體心像紊亂、照顧者角色緊張。

### (一)急性疼痛／與剖腹產手術的傷口有關

個案因緊急剖腹生產及子宮全切除手術，術後因腹部傷口產生疼痛情形。

### (二)身體心像紊亂／與非預期性子宮切除有關

因植入性胎盤緊急行子宮全切除手術，因手術產生身體心像改變，有喪失自我認同的問題。

### (三)照顧者角色緊張／與缺乏照護信心及依附關係不足有關

此胎為早產兒，因病況不穩入住新生兒加護病房，母嬰分離同時擔憂是否能勝任早產兒的照顧。

## 護理措施

護理措施執行過程分三方面(一)執行緩解疼痛方式，表示疼痛改善；(二)接受子宮切除對身體心像的改變，表示對自我的認同；(三)了解早產兒育兒知識後，及透過寶寶接觸來增強依附關係，表示緊張感減輕，且有信心照顧早產兒。分述如下：

### (一)執行緩解疼痛方式，表示疼痛改善

1.鼓勵個案表達對疼痛的感受：教導個案使用電動床或束腹帶等輔助移位並採取漸進方式，咳嗽時用手按壓住腹部傷口以減緩震動；協助半坐臥，並示範深呼吸技巧；教導案夫協助個案四肢按

摩與舒緩，或聆聽音樂、觀看影片、使用手機與同學聊天、閱讀早產兒衛教資料等方式，以轉移對負向情境的注意力；7/19訴：「我會跟同學聊天或者閱讀早產兒照護資料來轉移注意力，我發現沒有將注意力放在傷口上，就覺得傷口沒那麼痛了。」；翻身時，個案會用雙手壓住傷口並使用束腹帶，疼痛指數約5分，對話時表情平和，在床上採半坐臥姿，案夫可協助肢體的按摩。

2.疼痛評估：監測及記錄個案的生命徵象，評估疼痛部位、性質及其持續時間，術後提供自控式止痛藥物(含 morphine 100mg+ketorolac 1ml+normal saline 90ml泡成100ml IVD，每15分鐘設定給藥1ml)，並教導及說明使用方式；若疼痛較強時可自控按壓止痛藥物1ml/次，每班評值用藥成效且依需求與醫師討論後調整止痛藥物。7/18自控式止痛藥物按壓9次；7/19止痛藥物調降每30分鐘給藥1ml後另有自控按壓5次；7/20疼痛指數約3~4分，移除自控式止痛藥物，與醫師及個案討論後，改予口服 acetaminophen 500mg一顆(QID)使用。

3.教導緩解疼痛的技巧：評估傷口外觀是否出血、滲出物、感染等徵象，說明傷口與疼痛有關，並讓個案了解傷口現況；採集中護理，增加個案休息時間，採輕柔換藥技術(即：撕除紙膠紗布時，一手壓在個案皮膚上，另一手需動作緩慢，同時以生理食鹽水潤濕後，再輕柔移除傷口與紗布的沾黏處)；7/21訴：「現在我可以自行下床活動，上、下床或從椅子起來時比較痛，其他的動作慢一些就可以了，有在恢復的感

覺。」疼痛指數為2分。7/22出院，口服藥物帶回續用，返家後仍可持續進行緩解疼痛的技巧，8/1筆者以電話訪視時，表示已無疼痛問題。

## (二)接受子宮切除對身體心像的改變，表示對自我的認同

1.鼓勵表達對身體心像改變的感受：筆者下班後與個案會談及陪伴約30分鐘，討論子宮切除對其影響，鼓勵表達身體心像的感受，運用同理心、不加以批判及專心傾聽，當個案哭泣時給予面紙拭淚或輕拍肩膀，提供關懷以及情感支持。

2.說明子宮切除的必要性：偕同主治醫師充分說明子宮切除是為了確保個案的生命安全，並利用解剖圖說明子宮的構造及功能，因未摘除卵巢故不會影響女性荷爾蒙的分泌；7/20經解釋後個案能了解子宮切除與女性荷爾蒙無關，表示比較能接受；對於術後促進親密及性生活的方式，如：擁抱、親吻、愛撫等皆可了解；觀察個案綁起馬尾後顯得神清氣爽，當正向稱讚時，個案低頭微笑；邀請個案參與傷口換藥下，表示「我的傷口看起來很乾淨」。

3.自我價值的重建:鼓勵個案維持儀容與外表整潔，如：綁起頭髮、塗些口紅等；衛教個案術後6-8週需要禁止性生活，期間可進行相互擁抱、親吻等代替性行為；之後經醫師檢查無異常即可漸進式恢復性生活，例如：增長愛撫時間及使用陰道潤滑劑等；鼓勵與案夫討論術後的性生活，鼓勵案夫多陪伴與支持個案，以適應身體的改變及自我價值的重建；協助漸進方式正視傷口並參與換

藥，可以手機拍照並告知目前傷口的癒合情形；7/22「我雖因產後大出血不得不切除子宮，但至少我活下來了，活下來我才能跟我的家人在一起，而且我已經有三個孩子了，沒有子宮好像沒差；這兩天跟先生聊了很多，他說我還是他最愛老婆，我之前真的想太多了，為了小孩跟家人我會努力調整身體，才有體力照顧新生寶寶。」。

4.正視優點增加自信：邀請個案一起參與換藥，並討論傷口狀況；協助正視自己的優點來增加自信，稍加整理儀容以營造個人吸引力；安排具相同案例的心路歷程分享，以增加資訊流通。教導平常執行凱格爾運動，以增加骨盆底肌肉強度，告知需立即返診之情形，例如：不明原因發燒、急性腹痛、傷口或陰道大量出血等；7/22出院，請案夫持續給予陪伴及支持；8/1筆者以電話追蹤，個案表示已逐漸調適過來，且每日都會與案夫擁抱或親吻。

## (三)了解早產兒育兒知識後，及透過寶寶接觸來增強依附關係，表示緊張感減輕且有信心照顧早產兒

1.提供早產兒育兒訊息：照顧個案時，主動介紹自己，並詢問當天休息狀況及心情感受，讓其感受到溫暖及被關懷。7/19引導個案說出心裡感受，專心傾聽或點頭回應，以表示接受其情緒反應並予心理支持；衛教母乳成份可保護早產兒免於感染的風險，教導手擠乳技巧，並對擠乳行為給予肯定及鼓勵繼續；新生兒加護病房提供早產兒育兒訊息，如：早產兒居家衛教手冊，針對內容疑慮處，可以提出討論與適時澄清；

7/19「寶寶這麼小我真的很擔心，而且上一胎距離現在已經過三年了，更何況是早產兒！」「我自己上網查詢，看到很多訊息都是有關早產兒的後遺症，我很擔心寶寶的後續發展，心裡覺得很不安」。

2. 追蹤早產兒的現況:協助每天與新生兒加護病房聯繫，追蹤早產兒的現況，如：體重變化、奶量等。7/20經評估個案傷口疼痛改善後，協助坐輪椅至新生兒加護病房探視，鼓勵個案及案夫觸摸寶寶的身體、並與寶寶對話，參與簡單照護，如：更換尿布；7/21協助個案瓶餵母乳，給予正向鼓勵及肯定，並告知當寶寶呼吸穩定後即可開始親餵，進一步提升照顧信心；7/20「早產兒居家衛教手冊中的內容敘述得很詳細，對我很有幫助，而且新生兒科醫師也跟我解釋很多，讓有比較有安心；今天幫寶寶換尿布覺得不難，而且我一次可以擠出來8ml乳汁，之後可以給寶寶吃!」。

3. 促進親子依附關係的建立：7/22經新生兒科醫師允許後，協助個案及案夫輪流與寶寶執行袋鼠護理各10分鐘(含：趴臥胸前、管路固定、適當保暖等)，即藉由肌膚的親密接觸及新生兒穩定的生命徵象，來促進親子依附關係的建立；7/22結束袋鼠護理後，個案表示「我第一次跟寶寶有這樣的接觸，覺得很感動，真的太謝謝妳了，我覺得有信心把寶寶照顧好！」「我終於抱到寶寶了，我已經可以想像寶寶跟我們一起生活的樣子了」。出院時經簡式健康量表評估結果為2分。7/22表示出院後仍儘量每天去醫院看寶寶和學習照顧技巧；8/1電訪

得知：個案約兩天探視寶寶一次，會協助餵奶與更換尿布，對學習照顧覺得很順利。8/14電訪表示寶寶8/12出院後返家，可與先生一同協助照顧寶寶。

## 討論與結論

本文探討一位32+5週植入性胎盤產婦接受剖腹產及非預期性子宮全切除的照護過程；透過持續評估疼痛指數，教導深呼吸技巧、漸進式活動、偕同案夫給予肢體按摩、放鬆及轉移注意力，並調整止痛藥物來改善疼痛，此與Steinberg等(2017)所提及的照護成效一致；在身體心像方面，個案住院初期提供30分鐘的會談與陪伴，利用解剖圖說明子宮構造、功能，與出血後切除的必要性，案夫一起提供關懷與支持，聯繫相同案例者的心路歷程分享，予以正向肯定儀容的整理，同時協助正視腹部傷口及參與換藥過程，以促進自我的認同；在照顧者角色緊張方面，經由跨團隊合作的方式，連同新生兒加護病房醫護人員，讓案家瞭解早產兒的照護方法、提供早產兒衛教手冊、協助袋鼠護理與簡單的照護活動，以增加親子依附的鏈結及照護的信心。

臨床上由於產後出血的發生常處於危急狀態，致使醫療團隊較無充裕的時間對個案及其相關家人進行仔細的說明，故產婦及其家屬較缺乏完整資訊的獲得，建議針對高危險性妊娠的孕婦於產檢過程，先告知生產的可能風險及相關醫療處置，以提升心理準備度；對於非預期性子宮切除的產婦住院時，建議提供具有保護性及支持性的環境(如：病房

安排、各單位聯繫等)，讓產婦能抒發女性失去子宮的情緒，協助夫妻之間對親密關係的溝通與討論，進而達到更完善的照護品質。

### 參考文獻

- 早產兒基金會(2019)·早產兒出院後一般性照護。https://www.pbf.org.tw/gtc\_04\_01\_01
- 翁敏雪、周弘傑(2016)·父母於早產兒住院期間的親職議題及護理·*護理雜誌*，63(6)，114 - 119。https://doi.org/10.6224/JN.65.6.114
- 衛生福利部(2021，4月30日)·2020生產事故救濟報告。https://dep.mohw.gov.tw/DOMA/cp-5059-58136-106.html
- Afiah, R. K., Wahyuni, C. U., Prasetyo, B., & Dwi Winarno, D. (2020). Recovery time period and quality of life after hysterectomy. *Journal of Public Health Research*, 9(2), 1837. https://doi.org/10.4081/jphr.2020.1837
- Dedden, S. J., van Ditschuijzen, M. A. E., Theunissen, M., & Maas, J. W. M. (2020). Hysterectomy and sexual (dys)function: An analysis of sexual dysfunction after hysterectomy and a search for predictive factors. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 247, 80-84. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.01.047
- Gerstein, E. D., Njoroge, W. F. M., Paul, R. A., Smyser, C. D., & Rogers, C. E. (2019). Maternal depression and stress in the neonatal intensive care unit: Associations with mother-child interactions at age 5 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(3), 350-358. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.08.016
- Karcioglu, O., Topacoglu, H., Dikme, O., & Dikme, O. (2018). A systematic review of the pain scales in adults: Which to use? *American Journal of Emergency Medicine*, 36(4), 707-714. https://doi.org/10.1016/j.ajem.2018.01.008
- Kogutt, B. K., & Vaught, A. J. (2019). Postpartum hemorrhage: Blood product management and massive transfusion. *Seminars in Perinatology*, 43(1), 44-50. https://doi.org/10.1053/j.semperi.2018.11.008
- Macho, P. (2017). Individualized developmental care in the NICU: A concept analysis. *Advances in Neonatal Care*, 17(3), 162-174. https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000374
- Silver, R. M., & Branch, D. W. (2018). Placenta accreta spectrum. *The New England Journal of Medicine*, 378(16), 1529-1536. https://doi.org/10.1056/NEJMcp1709324
- World Health Organization. (2019). *Maternal mortality*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality

# Nursing Experience of a Patient Undergoing a Cesarean Section and Total Hysterectomy for Placenta Accreta

Jun-Chin Hsiao<sup>1</sup>, Hsiao-Mei Chen<sup>2</sup>

## ABSTRACT

This article describes the care process for a postpartum woman with a placenta accreta who underwent a cesarean section and an unexpected total hysterectomy, experiencing physical discomfort, loss of self-identity, and parental stress after the surgery. After collecting data, issues such as acute pain, body image disturbance, and caregiver role stress were identified. Methods to alleviate pain and the use of pain medication were taught. Anatomical diagrams were used to explain the function of the uterus and the necessity of the hysterectomy. The husband provided support and accompanied the patient throughout the process, and was taught about postoperative sexual lifestyle and shared similar case experiences. Assistance was given to understand premature infants' related information and care methods, to increase parent-child attachment and improve care confidence. For high-risk pregnant women, informing them of the possible conditions and related medical treatments during the delivery process can help them prepare psychologically. Providing a protective and supportive environment allows post-hysterectomy mothers to express emotions related to the loss of the uterus and maintain intimate relationships with their spouses, ultimately achieving better care quality. (Tzu Chi Nursing Journal, 2023; 22:6, 110-118)

Keywords: placenta accrete, premature birth, total hysterectomy

---

RN, Taipei Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu-Chi Medical Foundation<sup>1</sup>; Head Nurse of Obstetrics and Gynecology Ward Taipei Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu-Chi Medical Foundation<sup>2</sup>

Accepted: May 3, 2023

Address correspondence to: Chen Hsiao Mei 5F., No. 289, Jianguo Rd., Xindian Dist., New Taipei City 231036, Taiwan

Tel: 886-9-5226-5318 E-mail: amy1217@tzuchi.com.tw

# 一位初次腦中風病人轉銜長照 復能之護理經驗

林君玲<sup>1</sup>、徐琬茵<sup>2</sup>

## 中文摘要

本文探討初次腦中風男性，低收入單親並照顧三名未成年子女重擔，透過會談感受個案情緒低落進而引發探討動機。護理期間2019年9月3日至9月10日，藉由照護、會談，運用Gordon十一項功能性健康型態進行評估，跨團隊合作照護模式及出院隔日至家中訪視，確立健康問題有：無效性健康維護能力、肢體活動障礙、焦慮。經由良好護病關係，提供照護指導，陪伴傾聽並協助改善焦慮，鼓勵復健，透過無縫接軌居家照顧及復能；藉由居家訪視發現居家環境髒亂，透過社區資源讓環境獲得改善及取得更多社會資源。建議醫院成立愛與關懷小組深耕社區，透過居家訪視提供協助，讓個案受到妥善居家照顧，避免再入院，提升居家照顧品質、降低醫療資源耗用。(志為護理，2023; 22:6, 119-128)

關鍵詞：初次腦中風、居家復能、居家訪視

## 前言

三高是腦中風的導因，其中糖尿病及高血壓分別為十大主要死因的第五名及第七名，且高血壓導致腦中風發生率與死亡率也逐年提升。依衛福部國民健康署統計，2020年腦血管疾病佔國人前十大主要死因第四名，好發於男性(衛生福利部，2021)。中老年是腦中風好發年齡，常因肢體活動缺失導致日常生活失能，更會造成家庭的負荷，長期復健衍

生的照顧及醫療費用，對每個家庭而言都是龐大的重擔(張等，2016)。

筆者為出院準備服務個案管理師，照護初次腦中風的中年男子，低收入戶並持有身心障礙手冊，單親且肩負照顧多名未成年子女重擔，感受個案情緒低落且沉默不語，進而引發筆者探討動機，透過照護瞭解個案內心想法及案家狀態，運用跨團隊合作照護模式媒合及轉介社會資源，無縫接軌長照十年計畫2.0，讓個案出院返家持續獲得適當照顧

高雄市立小港醫院長照醫養整合中心出院準備服務個案管理師<sup>1</sup>、高雄市立小港醫院護理部門診護理長<sup>2</sup>

接受刊載：2023年5月12日

通訊作者地址：徐琬茵 高雄市小港區山明路482號3樓

電話：886-7-803-6783 #3270 電子信箱：870364@knhk.org.tw

及居家復能，降低失能程度進而增進自我照顧能力，期望此護理經驗提供臨床參考。

## 文獻查證

### 一、腦中風病人生理問題與護理

腦中風的導因為高血壓、高血糖、高血脂、心律不整，且抽菸更增加三高風險，最佳的治療方式是預防，透過健康飲食的二多三少原則：蔬果多、高纖多、調味品少、油脂低和少加工食品，及生活型態的調整：戒菸酒、維持健康體重，能有效控制慢性病及心血管疾病，加強中風防治教育及自我健康管理，才能預防腦中風的發生(葉、簡，2020；蔡等，2019)。急性後期應盡早介入復健計畫，此段期間需藉由跨團隊合作，如物理及職能之肌力訓練和自我照顧能力提升，持續性復健治療合併輔具使用，就能增進日常生活功能、活動及起身行走之能力，提升生活品質也降低失能程度，進而減輕家庭與社會負擔(韓等，2016)。

### 二、腦中風病人心理問題與護理

當自我控制力下降，常使得腦中風患者因無法做到生活基本能力如吃飯、行走、更衣及沐浴等，而出現焦慮、無助、沮喪及失望等問題，且於中風後發生焦慮的頻率高達36.7% (林等，2020; Rafsten et al., 2018；)。初次腦中風個案通常缺乏疾病認知，常因活動功能受限更顯焦慮(林等，2020)。

因此，建立信任關係，陪伴傾聽並鼓勵表達內心想法，同理感受並協助解決問題，提供疾病照護衛教，讓個案及

家屬知悉腦中風罹病原因、治療及預後，協助個案了解並共同參與討論治療計畫，鼓勵復健及透過其他病友經驗分享，幫助個案正向面對疾病帶來的改變，有信心並願意積極配合復健治療(林等，2020)。

### 三、出院準備服務及長期照顧與復能

出院準備以病人及家庭為中心，運用跨團隊照護模式，透過出院準備服務個管師資源整合，讓病人出院後得到持續性的照顧及維持生活品質(鄭等，2020)。2017年擴大長照十年計畫2.0模式，縮短至出院前由出院準備服務個管師完成個案失能評估、透過與個案及其家屬和專業服務單位共同確立個案居家照顧需求並完成居家照顧計劃撰寫，出院後無縫接軌長照服務，使失能者回到社區能持續獲得照顧，降低家屬照顧負荷，也降低失能者再入院(毛等，2020)。其中居家復能更是以個案為中心，強調恢復其自主照顧功能為目標，透過專業服務團隊到居家融入生活的復健，介入密集指導與日常生活訓練，失能者能因內在能力提升更享有自我價值的生活(衛生福利部，2021)。

## 個案簡介

### 一、基本資料

羅先生，59歲，國中畢業，慣用國臺語，離婚，育有三子分別就讀高中及國中，個案與案子同住租屋公寓二樓，職業為大貨車司機，是家裡的經濟來源。個案於2015年車禍後持有輕度肢障身心障礙手冊，月領身心障礙津貼3,700元，三名孩子的單親低收入戶子女生活補助

皆由前妻領用，個案要負擔房租每月6,000元、孩子的教育費及生活費，案家經濟狀況列為低收入戶，住院主要照顧者為醫院社工聘請之照顧服務員。

## 二、過去病史及治療經過

2015年因車禍導致右大腿粉碎性骨折，手術後雖行動不便但日常生活仍可自理，當次住院期間發現高血壓，但出院後無門診追蹤和治療，也無服藥或其他積極的方式尋求改善。

## 三、入院治療經過

2019年9月3日突然頭暈、頭痛、雙眼視力模糊急診求治，追蹤腦部電腦斷層診斷為缺血性腦中風，入院檢查及治療。

住院期間腦部核磁共振檢查為缺血性腦中風。出院準備服務個案管師評估個案出院準備需求並執行出院準備，評估有復健需求，預協助轉銜腦中風後急性後期照護，因須住院復健長達三週，但礙於照顧人力、經濟考量，也不放心三個

孩子自行在家等問題，故拒絕住院復健治療。

評估個案持有輕度身心障礙手冊，符合使用長照十年計畫2.0服務，與個案溝通及確認長照需求，於9月6日完成長照居家服務及居家復能申請，並照會復健科介入職能治療增進肢體移位能力，及物理治療執行床邊復健運動，9月10日出院，由照顧服務員協助出院返家，9月11日出院服務團隊到家中訪視，如圖一。

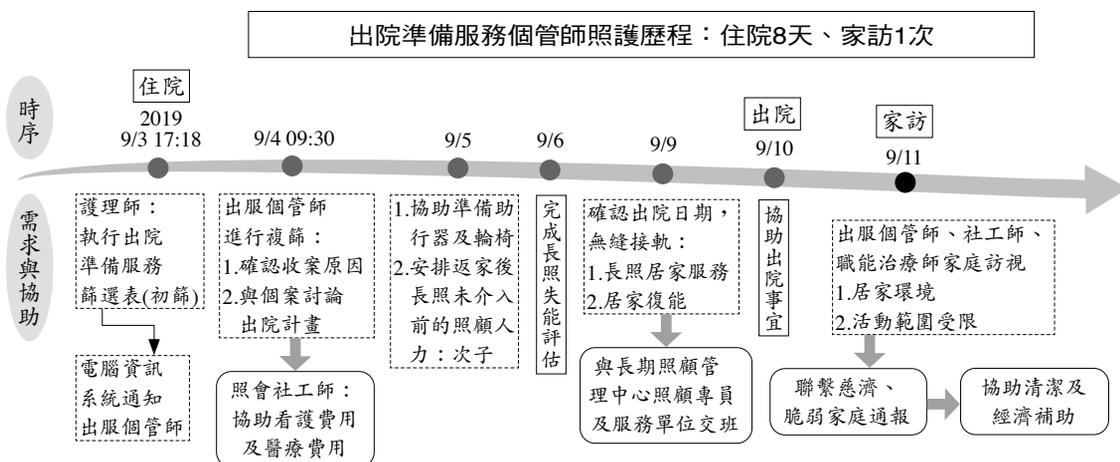
## 護理評估

護理期間為2019年9月3日至9月10日，住院中筆者藉由實際照護、身體評估、與個案會談、病歷查閱，運用Gordon十一項功能性健康型態評估方式，進行整體性護理評估，及出院隔日至家中訪視，進行居住環境及返家後活動範圍之安全評估與檢視。

### 一、健康認知及健康處理型態

個案自覺住院前身體健康情形良好，

圖一  
入院至家訪之照護歷程



感冒則到診所就醫，沒有定期健康檢查，對於高血壓不認為須就醫故無服藥控制。抽菸已超過40年，一天二包，每天喝米酒2-3杯約200-300ml，和同事聚會抽菸喝酒無節制。住院後個案雖需要旁人協助，仍自覺可以生活自理不需要別人照顧。住院期間9月5日表示「菸抽太多了，不知道抽菸會塞住血管」。9月6日血壓146/108mmHg，個案皺眉向個案師表示「不知道血壓要控制，早知道就去看醫生，也不會得這個病」。9月11日到個案居住的公寓租屋處訪視時，一進門映入眼簾的是堆滿雜物的前走廊，進屋客廳桌椅雜亂，沙發上未整理的衣物堆積如山，諾大的客廳只剩一條走路的通道，客廳電視旁的書桌上有數個空菸盒，廚房因沒有使用而髒亂閒置著，三間房間的床上堆滿衣物，屋內雜物多活動空間有限。個案頭低低的自訴「家裡都是男生，所以比較亂」、「中風後眼睛看不清楚，更沒辦法整理，護士小姐拍謝內」，經以上評估確立有無效性健康維護能力的健康問題。

### 一、營養代謝型態

身高160公分，體重65公斤，身體質量指數(body mass index, BMI)為25.4 kg/m<sup>2</sup>，理想體重56.3公斤，屬於體重過重。住院期間9月3日Hb 15.1g/dl，9月4日檢驗飯前血糖值 129 mg/dL、HbA1C 6.4%，住院期間空腹血糖值108-181 mg/dL，9月6日血壓146/108mmHg，個案自訴「平時工作都是外食」、「外面包便當都吃炸雞腿或炸排骨飯，要有肉要加湯汁，重口味比較有味道也吃得飽」。住院期間訂餐，每日熱量約1,600~1,800

kcal，食慾佳餐點都能吃完，進食狀況正常無嗆咳。

### 三、排泄型態

住院前工作是大貨車司機，主訴「怕一直上廁所，所以每天只喝2瓶600ml礦泉水」，因為工作需長時間開車如廁不方便，故常憋尿，一天排尿約3-4次黃色清澈，排便約2天排1次黃軟便。住院期間因避免用力解便致腦壓上升，醫囑開立口服軟便劑，能每天排1次的黃軟便量中。照顧服務員會協助個案喝水，一天使用尿壺如廁5-6次，每次約200ml淡黃清澈。

### 四、活動與運動型態

平常沒有運動習慣，入院前日常生活可自理。9月6日左側肌力變差，評估四肢肌力為左側肢體3-4分、右側肢體5分，住院期間個案須拉床欄起身或他人協助坐起，進食及洗臉刷牙都需他人協助擺好用物才能緩慢自行完成，更衣、如廁、沐浴及移位則需他人協助，下床行走需人攙扶及坐輪椅。9月6日個案低頭皺眉說：「現在連走路都要別人幫忙」、「我家是公寓2樓，樓梯又窄又陡，這樣怎麼回家」，經以上評估確立有肢體活動功能障礙的健康問題。

### 五、睡眠休息型態

平時晚上不易入眠，因為兒子正值青春期不好管教，幾乎每天要喝2-3杯米酒，量約200-300ml才好睡，睡眠時間約6-7小時，能一覺到天亮。住院期間有頭暈及頭痛等情形，藉由睡眠休息及口服藥物治療可改善。

### 六、認知感受型態

意識清醒，視力僅可看到一隻手臂伸

直的距離且模糊，聽力正常，剛入院時講話含糊，但不影響溝通，9月4日個案語氣堅定說「我沒有問題，我自己可以照顧自己，不用孩子在醫院照顧我」。

### 七、自我感受與自我概念型態

個案覺得凡事靠自己，離婚後不想和前妻爭錢，單親補助讓前妻領，2015年雖車禍導致右大腿粉碎性骨折接受手術治療，因肢體活動障礙透過努力復健，恢復至可做司機的工作賺錢照顧家庭。此次罹病後擔心肢體活動及工作問題，9月5日個案低頭皺眉主訴：「想要趕快恢復，去上班賺錢給小孩念書」、「孩子要請假來照顧我，會影響到他們讀書」、「如果不能工作，以後怎麼生活」；9月6日主訴「眼睛看不清楚，一邊無力怎麼辦」、「擔心無法工作影響孩子讀書」、「現在就跟廢人一樣，還要別人幫忙」，觀察個案多低頭沉默多皺眉，照顧服務員表示個案都不會主動與人談話，運用1-10分評估焦慮程度，個案表示9分。經以上評估確立有焦慮的健康問題。

### 八、角色關係型態

父母雙亡，無兄弟姊妹。個案家事一肩扛起身兼母職照顧3個兒子，認為小孩認真念書就好。住院期間由照顧服務員照顧，透過照顧服務員觀察案子們平日下課或假日會到院探視，站在床邊聽個案講話，不會主動協助個案活動或嘘寒問暖，且個案會叫孩子早點回家，故案子們停留時間不超過30分鐘。

### 九、性與生殖型態

育有3男，離婚後沒有再婚，也沒有女性友人及性生活。

### 十、因應與壓力耐受型態

個案人生觀覺得遇到了只能面對，不會去怨天尤人，離婚後的重心在工作及養育小孩，2015年發生車禍後，還好命有保住，還能工作及有領身心障礙津貼補助。這次罹患腦中風導致左側肢體無力，個案表示只能接受，住院期間個案能配合醫療措施、護理活動及復健治療。

### 十一、價值與信念型態

無宗教信仰，因工作關係，初二和十六會和同事準備水果食物，拿香拜拜祈求工作順利開車平安。個案認為自己的責任在於照顧小孩，讓他們不用煩惱生活能好好讀書，以後有好工作薪水穩定，能過好一點的生活，不要像自己過得這麼辛苦沒有成就。

## 問題確立

經由以上評估，發現個案抽菸喝酒、高血壓未控制，加上水分攝取不足易致心血管梗塞問題，其健康維護能力差；罹患缺血性腦梗塞因左側乏力導致活動功能下降，無法自己執行基本日常活動，面對生理狀況的改變及無法工作養育孩子的壓力，出現焦慮之感受，故確立健康問題有：(1)無效性健康維護能力/缺乏腦中風照護認知有關；(2)肢體活動功能障礙/與神經肌肉功能障礙有關；(3)焦慮/與面臨無工作能力出現經濟困難有關。

## 護理措施

護理措施執行過程分三方面：(一)提升健康維護能力、(二)協助改善肢體活

動功能，並提供出院居家服務及居家復能、(三)降低焦慮。分述如下：

### (一)提升健康維護能力

#### 1.水份之護理指導追蹤及醫療處置：

9/4衛教水分攝取重要性及必要性，減少血液濃稠度。9/4為使個案水分攝取達2,000ml，教導照顧服務員協助個案選用600ml礦泉水瓶，可採單時喝水方式，早上7點到晚上9點每2小時喝200ml。住院期間依醫囑N/S 500ml QD IVD。9/6和照顧服務員確認個案能配合喝水，約3瓶600ml礦泉水，加上點滴500ml，每日可達約2,100ml，個案也表示習慣喝水對身體健康有幫助。

#### 2.飲食之護理指導追蹤：

9/3-9/10於每日會談時衛教個案正常血壓血糖值、高低血壓及高低血糖症狀，並使用問答方式讓個案回答已確立個案知識是否正確。9/3提供照顧服務員腦中風飲食衛教單張轉交案子，以利家屬購買外食參考。9/4教導高血壓飲食禁忌，如醬瓜、鹹豬肉、滷肉、鹹魚、酒。9/4教導高血糖飲食禁忌，如含糖飲料、蛋糕、甜份高的水果如芒果、鳳梨、柳丁、葡萄等。9/4教導個案高血脂飲食禁忌，如蛋黃、內臟、奶油、肥肉。住院期間依醫囑監測三餐飯前及睡前血糖、腦中風急性期控制血壓在220/120 mmHg內，並做紀錄以供醫師治療參考。9/6個案回答不能吃炸雞炸排骨、也不要喝含糖飲料、要多吃蔬菜及水果，太甜的水果像鳳梨、葡萄也要少吃，以後會叮囑兒子外出買便當，不要買油炸的菜色，也不要淋滷汁。

#### 3.戒菸戒酒衛教：

9/4說明抽菸對於血管的危害，如肺炎、癌症、中風及心肌梗塞。9/4照會戒菸衛教師提供個案戒菸衛教並提供抽菸危害的圖片，讓個案了解抽菸對身體的傷害。9/9轉介戒菸門診，協助個案能有戒菸動機及信心，且能持續進行。9/9照會精神科，經由醫師及其團隊視個案狀態協助戒酒。9/9照會臨床心理師與個案會談，了解飲酒原因及拒絕飲酒之技巧，如拒絕同事邀約、減少餐敘、想喝酒時就以茶代酒等。住院期間個案未要求照顧服務員協助推輪椅外出抽菸及飲酒，9/9也主動說要下定決心戒菸，酒要少喝，再不戒菸酒，萬一又中風不能走，會害到小孩。9/10出院日協助掛號，個案表示會回來看診，也不會買菸買酒放家裡。

#### 4.跨團隊居家訪視：

出院準備服務個案管師、職能治療師及社工師共同去案家居家訪視，出院準備服務個案管師於案家協助測量個案生命徵象及評估個案健康狀態、確認居家照顧人力和居家生活安全、提供腦中風居家照護衛教、了解居家飲食準備及評估藥物服用的遵從性，以預防腦中風再次發生。最後確認個案及家屬知悉回診時間及有人陪同個案回診，協助個案順利於門診持續追蹤；職能治療師提供居住無礙環境評估，並與居家訪視人員共同協助改善個案居家友善環境，使個案能在家中使用助行器安全活動及行走、確認居家生活安全和評估個案助行器使用的正確性，進而預防跌倒、指導個案長照居家復能之復健動作，以利居家復健恢復自我照顧能力；社工師觀察居住環境

實際瞭解案家需求轉介慈善單位協助、了解案家支持與互動情形、正確通報社會局，給予長期追蹤及協助、確認案主受照顧情形，避免照顧不當的遺憾發生、評估案家的社區資源、網絡，適切地提供協助。

## (二)協助改善肢體活動功能，並提供出院居家服務及居家復能

### 1.床邊及早介入復健：

每日評估個案意識狀況及四肢肌力的變化。鼓勵個案自行用左手固定臉盆於床上桌，自行完成刷牙、漱口及洗臉動作，讓患側能保有持續執行日常活動之功能，而非制動。與個案共同訂定職能治療計畫：以健側帶動患側執行手、腳被動關節運動、翻身、拿取、抓握、移位等訓練，每日至少3次，每次10下。與個案共同訂定物理治療計畫：肌力訓練，如床上抬手及抬腳訓練，每日至少3次，每次10下；站立訓練每日3回，每次至少5分鐘。請照顧服務員協助個案執行床邊復健運動，護理師檢視及評估個案是否能夠正確執行床邊復健運動。衛教預防跌倒措施：兩側床欄使用、採漸進式下床活動、下床時要有照顧者陪伴在旁、常用物品擺放在個案健側。鼓勵個案說出對復健的想法，並請二次中風病友分享自身經驗。經照顧服務員協助使用輪椅外出至復健科執行復健治療，增加與同診斷病友互動，藉病友之復健經驗，互相鼓勵增強復健動機及信心。復健有進步時適時讚美，如：加油、你做的很好，比昨天進步很多。住院期間確認個案符合長照十年計畫2.0服務使用資格(身心障礙且失能)，與長期照顧管

理中心確認個案福利身分別(低收入戶部分負擔0%)，再與個案說明長照十年計畫2.0服務內容，取得個案同意書後，於出院前協助完成長照十年計畫2.0失能評估，使用衛生福利部照顧服務管理資訊平臺申請長照十年計畫2.0居家復能服務，與長照十年計畫2.0專業服務單位治療師交班。轉介本院社會服務室，提供關懷、社會福利說明及提供可帶回家使用的助行器，減少購買花費。9/9個案每次於床上可抬手抬腳15下，也能床邊站立6分鐘。能在照顧服務員看顧下，使用助行器緩慢行走至病房門口。住院期間無發生跌倒。9/11居家訪視時，案家已備有院方社工師提供的助行器，經職能治療師協助評估居家無障礙空間，及居家訪視團隊人員共同協助騰出活動動線，使個案能於家中使用助行器安全活動及行走。

### 2.長照十年計畫2.0居家復能計畫：

居家專業服務人員到院與個案及院內治療師、出院準備服務個案師討論，依個案居住環境及居家照顧需求，共同規劃及設計復能計畫，目標設定個案在監督下可自行拉扶手上下樓梯，增進個案居家生活及安全。第一個月：CA03-ADLs復能照護-居家：2組(6次/月)，介入目標：監督下自行使用助行器從房間走到大門口；第二個月：CA03-ADLs復能照護-居家：2組(6次/月)，介入目標：監督下不須輔具於室內行走；第三個月：CA03-ADLs復能照護-居家：2組(6次/月)。10/11電話訪問時，個案表示已能自行下樓外出倒垃圾。

## (三)降低焦慮

### 1. 建立關係及信任感：

入院時即向個案說明病室內擺飾及位置，協助熟悉環境及維持活動動線之通暢。向個案自我介紹說明探視原因，讓個案了解個案管師能協助解決問題。星期一至星期五上班日上午9點及下午4點主動探視，陪伴個案至少30分鐘，傾聽鼓勵引導個案說出此次中風後的內心感受，及擔心的問題。鼓勵個案配合復健治療，說明黃金時期復健重要性以降低失能程度。當個案復健動作有進步，如站立時間由1分鐘增加到5分鐘，給予正向回饋及肯定，增加自信心。請復健師提供臨床類似案例之經驗分享，以增強個案自信心及希望。個案可自行處理之日常生活如進食，則給予肯定。9/6個案表示如果不能工作，沒錢怎麼養小孩，以後怎麼生活。擔心手腳活動走路問題，眼睛模糊還能開車嗎，只要能好，要做什麼都配合。

9/9個案表示老闆願意等他復健後再回去上班，所以就比較放心了。也聽到復健師說如果我配合復健運動，我還是可以自己走路，不會一直需要別人幫忙，個案心情顯得平穩，且對於執行復健計畫都非常配合，詢問個案焦慮分數由原本9分降為3分。

### 2. 經濟及照護之協助：

社工師轉介慈善會協助住院中照顧服務員費用及醫療費用。社工師協助申請急難救助，以利返家後生活。打電話給老闆，讓老闆了解個案身體狀況及復健期，協助調整工作業務，也肯定及感謝老闆給予個案的關心。說明長照十年計畫2.0服務內容，於出院前完成申請，讓

個案能安心出院。與長照十年計畫2.0服務單位電話交班，以利個案出院隔日長照十年計畫2.0服務到家。

## 討論與結論

本文探討一位中年男性單親養育3名國高中的孩子，因腦中風後左側無力及視力缺損，無法自我照顧及頓時失去工作無經濟來源，返家無人照顧之護理經驗。經由照護過程建立信任感及良好護病關係，發現個案缺乏健康維護能力，提供疾病知識及飲食衛教，預防再次發生心血管阻塞之疾病；針對中風後肢體活動功能障礙及擔憂工作能力，陪伴傾聽並協助改善焦慮來源，鼓勵積極參與復健，經筆者無縫接軌長照十年計畫2.0居家照顧及居家復能服務，與長期照顧管理中心照專督導溝通，再積極與居家服務單位聯繫與交班，使得出院隔日居家服務就能順利銜接。藉由團隊居家訪視發現居住環境問題，透過社工師通報社會局脆弱家庭及轉介社區慈善會，藉由社福團體志工協助清理，讓環境獲得改善及取得更多的經濟補助，促使個案居家照顧和復健，及孩子生活就學無虞。

出院後一週電訪，個案表示有照顧服務員陪同回門診就醫及規律服用藥物，也很感謝醫院團隊的幫忙，來家裡了解狀況，改善家中環境，讓居住空間變乾淨及活動安全；另外對於長照十年計畫2.0居家照顧服務內容，協助沐浴及洗頭、代購午餐、巡視服務、家務整理、復能服務等感到非常滿意，讓他可以安心在家休養。出院後一個月再次電訪，

表示獨自在家活動安全無跌倒，居家復能已恢復到能自行上下樓梯。

初期照護所面臨的困難是個案認為自己可以自理，婉拒筆者幫忙，經過每日早上和下午探視，透過陪伴傾聽與溝通，讓個案降低虧欠感願意接受建議與協助。限制為案家照顧人力不足且無商業保險，無法銜接腦中風急性後期照護，這是比較可惜的，因為若能在黃金期介入高強度復健治療，肢體恢復活動程度是較佳的。此為本院第一次進行家訪，個案為弱勢族群且為本院區域附近居民，筆者和跨職類團隊溝通後安排探視行程，看到家中環境髒亂和行走不易，深感唯有深入社區才能真正了解個案返家後狀況，建議院方能成立愛與關懷小組深耕社區，針對高困難近期再入院風險之個案，能於出院後三天內由小組成員進行居家訪視，透過跨團隊共同家訪，藉由各專業人員提供不同專業衛教指導及協助，更能讓高風險個案受到妥善的居家照顧，進而避免再入院，提升護理及長照居家照顧品質、降低醫療資源耗用。

### 參考資料

- 毛慧芬、張玲慧、蔡宜蓉(2020)．長期照顧2.0復能照護服務—觀念的翻轉與挑戰．*台大護理*，16(2)，5-16。https://doi.org/10.6726/MJST.201612\_12(2).0001
- 林君儀、黃麗娟、蕭華岑(2020)．運用失能概念照護一位初次腦中風個案之護理經驗．*高雄護理雜誌*，37(增訂刊)，124-136。https://doi.org/10.6692/KJN.202005/SP\_37.0011
- 張耿維、陳怡璇、林蓓宜、黃光聖(2016)．腦中風急性後期患者物理治療介入之成效．*南臺灣醫學雜誌*，12(2)，61-68。https://doi.org/10.6740/NTUHJN.202007\_16(2).0002
- 葉姿麟、簡國龍(2020)．代謝健康/不健康之肥胖/過重與心血管疾病風險間的關係：台灣具代表性的世代研究．*台灣衛誌*，39(5)553-564。
- 鄭鈺邯、劉雪玲、劉翠瑤、陳美如、朱怡蓁(2020)．出院準備轉銜長期照護服務之成效．*北市醫學雜誌*，17(1)，11-19。https://doi.org/10.6200/TCMJ.202003\_17(1).0002
- 蔡佩娟、李沛融、盧彥汶、連啟助、許弘毅、謝榛櫻(2019)．腦中風病患之飲食衛教需求—以中部海線某醫院為例．*醫院雙月刊雜誌*，52(2)，12-23。
- 韓德生、林家瑋、盧璐、蕭名彥、吳爵宏、梁蕙雯、張凱閔、潘信良、王亭貴、張權維(2016)．臺灣腦中風復健治療指引．*台灣復健醫學雜誌*，44(1)，1-9。https://doi.org/10.6315/2016.44(1)01
- 衛生福利部(2021年6月18日)．復能多元服務試辦計畫。https://1966.gov.tw/LTC/cp-4009-43438-201.html
- 衛生福利部(2021年6月18日)．民國109年死因統計年報。https://dep.mohw.gov.tw/dos/lp-5202-113.html
- Rafsten, L., Danielsson, A., & Sunnerhagen, K. S. (2018). Anxiety after stroke: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 50(9), 769-778. https://doi:10.2340/16501977-2384

# Nursing Experience in Bridging a First-Time Stroke Patient to Long-Term Care Rehabilitation

Chun-Ling Lin<sup>1</sup>, Wan-Yin Hsu<sup>2</sup>

## ABSTRACT

This article explores a male first-time stroke patient who was a low-income single parent taking care of three minors. During interviews, the case's low moods were observed leading to motivation for further investigation. The nursing period was from September 3 to September 10, 2019. By providing care, conducting interviews, and using Gordon's 11 functional health patterns for assessment, a cross-disciplinary team collaborated on the care model and conducted a home visit on the day after discharge. Several health problems were confirmed: Ineffective health maintenance ability, physical activity impairment, and anxiety. Through a good nurse-patient relationship, care guidance was provided, and the patient was accompanied and listened to, which helped improve anxiety, encouraged rehabilitation, and achieved seamless home care and rehabilitation. During the home visit, the home environment was found to be dirty and disorganized. Through community resources, the environment was improved and more social resources were obtained. It is suggested that hospitals should establish care teams to deepen community involvement, provide assistance through home visits, ensure proper home care for the patient, reduce the chance of rehospitalization, enhance the quality of home care, and reduce the consumption of medical resources. (Tzu Chi Nursing Journal, 2023; 22:6, 119-128)

Keywords: first-time stroke, home-based rehabilitation, home visit

---

Case management, Kaohsiung Municipal Siaogang Hospital of Integrated center of health and long-term care<sup>1</sup>;  
Head nurse, Kaohsiung Municipal Siaogang Hospital<sup>2</sup>

Accepted: May 12, 2023

Address correspondence to: Wan Yin Hsu 4F, No. 482, Shanming Rd., Xiaogang Dist., Kaohsiung City 812015, Taiwan

Tel: 886-7-803-6783 #3270 E-mail: 870364@kmhk.org.tw