



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  
981 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

#### 台北慈濟醫學中心

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

#### 中央校區

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

#### 建國校區

Buddhist Tzu Chi University Jianguo Campus  
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

# C Contents | 目錄

6

( 上人開示 )

共聚愛心來造福

Gather Love to Benefit the Needy

/Dharma Master Cheng Yen

8

( 社論 )

護理的未來：創新、合作與關懷 文／賴寧生

The Future of Nursing: Innovation, Collaboration and Caring

/Ning-Sheng Lai

10

( 編者的話 )

擁抱護理新價值 開啟新世代篇章 文／陳佳蓉

Embrace New Value of Nursing and Open a New Chapter in the Era

/Chia-Jung Chen

封面故事

p. 18

## 貼近新時代 護理新價值

Be Close to the New Era &

Create New Value in Nursing

文／林詩淳 Shih-Chun Lin

28 善用數位 跨世代創新 文／林承濬

Make Good Use of Digital Tech & Innovate Across Generations

/Cheng-Jyun Lin

31 從加護到腎臟照護衛教師，職涯護理新價值 文／陳姿佑

From ICU to Dialysis, Create New Value in Nursing Profession

/Tzu-Yu Chen

34 為新人撐一把溫柔的傘 文／蘇冠如

Hold a Umbrella for New Nurses to Show Gentleness /Guan-Ru Su



12

〔白袍 vs. 白衣〕

心之所向 勇往直前 口述／楊昌霖

Courageously Go Forward Where Your Heart Desires /Dr. Chang-Jen Yang

36

〔人物誌〕

精實管理護理資訊強將

丁俊峰 大林慈院 8B骨科病房護理師 文／郭仁哲

Good at Lean Management & Nursing Info-Tech -

Chun-Feng Ting, RN, Ward 8B, Dalin Tzu Chi Hospital /Jen-Che Kuo

42

〔阿長，請聽我說〕

勇敢發聲，支援都在 文／施力心

Speak Up Bravely, Support Is All Around /Li-Xin Shi

46

〔阿長這樣說〕

陪伴綻放護理自信的樣貌 文／黃蘭貴

Accompanying the Blossoming of Nursing Confidence /Lan-Kuei Huang

48

〔白衣日誌〕

因為喜歡，所以一直做下去 文／吳佳芬

Stay in Nursing Career Because I Like It /Chia-Fen Wu

50

不可思議的人生旅程：來臺灣成為護理師 文／張雪霓

The Incredible Life Journey : from Malaysia to Taiwan to Be a Nurse /Thio Xue Ni

52

〔男丁手記〕

急診護理師的愛與責任 文／林承睿

The Love & Responsibility of an ER Nurse /Cheng-Rui Lin

55

做好每一件小事 文／李文吉

Do Every Little Thing Well /Wen-Chi Li

58

〔志工伴我行〕

心蓮學習付出無求 文／劉宏茂

Salute to Heart-Lotus Palliative Care Ward Volunteers /Hung-Mao Liu

# C ontents | 學術論文

63

## 提升護理人員執行拔管後病人吞嚥照護完整性

/ 王鈺幀、林孝安、吳宜臻、賴敏芳

Improving the Integrity of Nursing Staff's Swallowing Care for Patients After Extubation

/ Yu-Chen Wang, Hsiao-An Lin, Yi-Chen Wu, Min-Fang Lai

76

## 提升護理指導滿意度專案：運用 Line@ 整合護理指導工具及流程再造為例

/ 陳昕伶、陳曉寧

Project to Improve Nursing Guidance Satisfaction: Using Line@ Integrated Nursing Guidance Tools and Process Reengineering as an Example

/ Hsin-Ling Chen, Hsiao-Ning Chen

91

## 照護一位類風濕性關節炎個案合併急性呼吸衰竭之加護護理經驗

/ 許玉秀、朱育臻

Nursing Experience in Intensive Care Unit of a Patient of Rheumatoid Arthritis Complicated with Acute Respiratory Failure

/ Yu-Hsiu Hsu, Yu-Jen Chu

102

## 運用舒適理論照護一位口腔癌患者放置氣管內管之加護經驗

/ 洪瑜蓮、粘雅淨、紀巧玲

Nursing Experience of Caring for a Patient with Oral Cancer Post Endotracheal Tube Placement by Using Theory of Comfort

/ Yu-Lian Hong, Ya-Ching Nien, Chiao-Lin Chi

112

## 照顧一位診斷法布瑞氏症合併中風個案之門診護理經驗

/ 高雅珍

The Outpatient Care Experience of a Patient Diagnosed with Fabry's Disease Complicated by Stroke

/ Ya-Jhen Gao

# 志為護理

TZU CHI NURSING JOURNAL

第 23 卷 第 4 期 2024 年 8 月出版  
Volume 23 · Number 4 · August 2024

- 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)  
**論文主編** 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、吳宏蘭、邱思晴、林芷仔  
郭仁哲、范姜玉珍、馬玉琴、許玉珍、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、馮瑞伶、葉秀真、葉惠玲、黃淑雯  
黃君后、黃淑儀、黃惠滿、潘昭貴、曾瓊禎  
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  
吳宏蘭、王淑貞  
**編輯** 洪靜茹、林正儀  
**美術編輯** 李玉如  
**網頁編輯** 沈健民  
**行政** 吳宜芳、林正儀  
**封面攝影** 于劍興  
**封面人物** 蘇靖雯 大林慈濟醫院護理師  
**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  
2024 年 8 月出版  
第 23 卷 第 4 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。  
中華郵政北台字第 7784 號

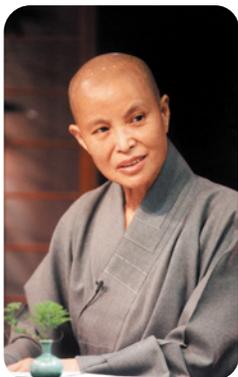
## 歡迎投稿

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。



# 共聚愛心 來造福

Gather Love to Benefit the Needy

花蓮慈濟醫院於一九八六年八月正式啟業，是慈濟醫療志業的肇始，迄今已三十八年。一向對大家很有信心，不論護理或醫師，相信都是以共同的愛心與志願而投入。不久前醫院再度接受醫學中心評鑑，這是對於我們真誠付出給予的肯定，也是對醫療實力的證明。

花蓮是慈濟發祥地，好山好水好風景，只是早期的交通較不方便。為了讓東部醫療系統更穩定，從決心募款蓋醫院，一步一腳印，我們真正很用心跨步向前，希望將醫療好好落實在這個地方。今天能看到這樣的成果，很欣慰，感恩醫護人員的付出，也要感恩慈濟人努力勸募善款。

在那個年代募款非常不容易，曾有日本人要資助二億美金，遠超過所需經費，但我沒有接受，因為好事應該大家做，仍要一塊磚、一把沙會合眾人的愛心，讓臺灣人民點滴共聚來造福。我們不只為了募錢，更重要是募人；募到一人的善款，就是多淨化一顆心，多人多福氣。

就像臺北資深慈濟人靜銘，以前常聽她說：「我去陽明山收善款，若趕時間就搭計程車。」我問：「妳去收多少？」「一位會員收十元。」「車資要多少？」「二百多元！」「這樣划算嗎？」「很歡喜！我用自己的錢去度人，花出去是我的福；他們捐款能造福，所以收回來也是我的福！」那已經是三、四十年前的事，再回想過去，莫不源自一念間的心。一念心、一分緣，因為當年的發心，才能拉出這麼綿長的緣。

慈濟的醫療從花蓮展開，今昔對照，現在社會趨向高齡化，人的生命韌性也比較強，所以對老人家的醫療照護需要提升。若沒有老人家過去的努力，就沒有今天的社會發展，如何讓他們健康過生活，期待大家再用心精進。☺

釋證嚴

全書共收錄證嚴上人三十篇開示文，除了對校長、教師等教育工作者多所期勉；對於重視教育的為人父母者，亦深具啟發。

上人字字句句殷切叮嚀：  
老師心，菩薩心；  
教育志業大捨無求；  
視學生如己子；  
用真心啟發學生智慧；  
老師是孩子的模……  
在在使為人師者惕勵自省。

而「靜思語教學」的實踐，為師生關係與親子互動帶來了正向影響，更成為促進社會祥和之一大助力。

# 希望的引航師

證嚴法師

對教師的期勉【精選集】



釋證嚴 講述  
慈濟教師聯誼會 彙編  
定價：320元



靜思書軒



靜思網路書軒



HYREAD



# 護理的未來： 創新、合作與關懷

The Future of Nursing: Innovation,  
Collaboration and Caring

◆ 文 | 賴寧生 大林慈濟醫院院長

隨著時代的變遷，護理行業也在經歷著一場前所未有的轉型。作為大林慈濟醫院的院長，我深知護理人員在醫療照護體系中的重要性，護理師不僅是病人的護衛者，更是健康的推動者。大林慈濟醫院的護理團隊以其卓越的專業能力和無私的奉獻精神而著稱。我們的護理人員在提供高品質的護理服務的同時，始終堅持以病人為中心，強調人文關懷與科學護理的結合。其中還包含幾項重要特色：

1. 專業訓練與持續教育：我們注重護理人員的專業培訓和持續教育，確保他們能夠掌握最新的醫療技術和知識。我們定期舉辦各類培訓課程和學術交流會議，鼓勵護理人員參與國內外的學術活動，提升專業素養。

2. 跨領域團隊合作：我們的護理團隊與醫師、藥師、物理治療師等多跨領域團隊職類緊密合作，共同為病人提供全面的醫療照護。我們相信，只有通力合作，才能真正實現全人醫療，提升病人的生活品質。

3. 人文關懷：在提供專業醫療護理的同時，我們的護理人員始終不忘關懷病人的心理需求。我們設立了心理輔導團隊，為病人及其家屬提供心理支持，幫助他們度過艱難時刻。我們還注重病人的生活品質，致力於提供溫馨、舒適的住院環境。

4. 創新與改革：我們鼓勵護理人員積極參與醫院的創新與改革，提出改進護理流程和服務品質的建議。我們的護理團隊積極運用智慧醫療等數位科技技術，開發和應用護理管理系統，提高工作效率和服務品質。

護理人員是醫療體系的基石，他們的穩定性對於醫院的運作至關重要，面對新冠疫情後護理人員流失及留任，為了確保對護理人員的留任，我們採取了一系列有效的策略：

1. 具有競爭力的薪酬與福利：我們提供具有市場競爭力的薪酬和全面的福利待遇，包括提供久任獎金、缺編獎金、應屆畢業生高額的到院任職獎金等等。

2. 職業發展機會：我們為護理人員提供廣泛的職業發展機會，包括護理人才培訓、菁英計畫和國內外進修計畫補助方案等。我們鼓勵護理人員不斷提升自己的專業技能和管理能力，實現自我價值和職業夢想。

3. 工作環境的改善：我們致力於為護理人員提供安全、舒適的工作環境。我們定期進行工作環境的檢查和改進，確保護理人員在良好的環境中工作。我們還設立了專門的心理健康支持系統，幫助護理人員應對工作壓力和心理困擾的協助。

4. 人性化的管理：我們實行人性化的管理模式，尊重護理人員的意見和需求。我們設立了護理人員回饋機制，鼓勵她（他）們提出建議和意見，並及時採取措施改進。我們還注重護理人員的家庭和生活需求，提供靈活的工作時間和休假安排。

作為大林慈濟醫院的院長，我深知護理人員在醫療體系中的無可替代的作用。他們是病人的守護者，是醫療團隊的重要成員，是醫院發展的基石。在此，我要向全院的護理人員表達我最誠摯的感謝和敬意。首先，我要感謝護理人員的無私奉獻和辛勤工作，日夜守護在病人身邊，無論是白天還是黑夜，無論是節假日還是工作日，始終堅守崗位，為病人提供最優質的護理服務。他們的奉獻精神和專業態度，是醫院的驕傲。其次，我要勉勵護理人員繼續發揚專業精神，勇於面對挑戰，不斷提升自我。醫療行業不斷發展，新技術新知識層出不窮，只有不斷學習，才能保持專業的競爭力。我們醫院將一如既往地支持護理人員的專業發展，為他們提供廣闊的發展平臺和機會。最後，我要感謝護理人員對病人的無私關愛。她（他）們不僅僅是醫療服務的提供者，更是病人的朋友和家人，用心靈去感受病人的痛苦，用愛心去撫慰病人的心靈，用專業去挽救病人的生命。護理團隊的每一份努力，都在病人的康復和健康中體現出來。

護理新價值，新世代的轉換，是我們共同努力的方向。大林慈濟醫院將繼續致力於護理隊伍的建設和發展，為護理人員提供最好的工作環境和發展機會。我們相信，只有尊重和支持護理人員，才能真正實現醫療的進步和發展。在此，我再次向全體護理人員致以最崇高的敬意和最真誠的感謝，感謝你們的無私奉獻和辛勤付出，感謝你們對醫院和病人的無私關愛。讓我們共同努力，攜手邁向護理的新世代，創造更加美好的未來。☺



# 擁抱護理新價值 開啟新世代篇章

Embrace New Value of Nursing and  
Open a New Chapter in the Era

◆ 文 | 陳佳蓉 大林慈濟醫院護理部主任

活在二十一世紀的我們，經歷過數次病毒造成全球疫情的洗禮。2003年 SARS 風暴時，我在花蓮慈濟醫院，隨著院部主管、護理主管及所有護理夥伴共同撐起守護東臺灣的防疫網。而從 2020 年底到 2023 年的新冠肺炎疫情，我在大林慈濟醫院帶著所有護理夥伴，站在防疫第一線，看著資深的護理同仁當仁不讓的堅守崗位，陪著剛入臨床就要全身防護的護理菜鳥熬過艱辛的考驗，我們所有的護理同仁都是最值得驕傲的專業醫療從業人員，秉持護理初心，守護著雲嘉鄉親的生命與健康。

隨著年輕世代的加入，護理新的世代來臨，構築新的護理價值，也代表著前所未有的機遇和挑戰。對於護理新世代，專業素養的提升是首要任務。我們強調大林慈濟醫院護理人員必須具備紮實的專業知識和技能，並且不斷學習與更新。為此，我們開設了多層次的專業培訓課程，從基礎護理技能到高層次專科化訓練，與臺灣及海外多家醫療機構和學術機構建立合作關係，定期邀請專家學者來院授課，並組織護理人員參加國際護理學術會議和培訓交流活動，不僅提高護理人員的專業水平，也促進國際間學術交流和經驗分享，為護理品質的提升奠定了厚實基礎。

護理工作壓力大、責任重、護理人員心理健康不容忽視。醫院內設立專門的心理健康支持系統，為護理人員提供心理輔導和支持服務，幫助夥伴們應對工作壓力和心理困擾。此外，各單位懿德爸爸媽媽定期舉辦餐會，撫慰每位護理夥伴的

心靈。我們還設立了護理人員關懷機制，關注大家的工作和生活狀況，提供必要的幫助和支持。

在這個朝向智慧醫療發展的時代，精實管理和技術創新是護理行業發展的關鍵。我們積極推動智慧醫療在護理中的應用，開發和推動一系列智慧護理系統和工具，以提高護理照護效率和品質。例如：開發電子護理記錄系統，減少人工書寫記錄的錯誤和遺漏及護理師工作負荷，提升病人安全性與護理品質。

另外，我們規畫相關活動來培養護理人員的職業道德和專業素養，激發大家的工作熱忱和奉獻精神，包括：專業倫理培訓、敘事護理、院內國際護理師節慶祝活動等，增強護理人員的自信心與護理角色的認同感。此外，我們還設立了護理人員表揚與激勵機制，鼓勵大家不斷追求卓越，提升護理照護品質。

在新的時代背景下，護理照護的範圍不再侷限於醫院內部。我們積極探索社區護理照護模式，與社區醫療機構和社會服務機構建立緊密合作，為社區居民提供綜合性、連續性的護理照護。我們在社區設立了 19 個 C 據點（其中含 6 個失智據點），由專業護理人員進行定期巡診和健康指導，為民眾提供健康諮詢、慢性病管理、延緩失能等護理照護服務活動。除此之外，我們還拓展多種社區健康教育活動，以提升居民的健康意識和自我保健能力，促進社區健康發展。

大林慈濟醫院今年 (2024) 參與醫學中心暨教學醫院評鑑，護理同仁在歷經疫情之後，馬不停蹄地投入評鑑準備工作，其中有不少基層護理主管是第一次參與這麼大型的評鑑活動。從上到下每一位護理同仁開始著手幫忙準備，希望能將平日落實在做的大林慈院護理特色，在評鑑時完美的展現出來，這也是驗收護理成果的最佳時機。

面對護理行業的新挑戰和新機遇，我們將一如既往地堅持以病人為中心，培育護理新人，以專業為基礎，以創新為驅動，以人文關懷為核心，全面提升護理服務品質。最後，感謝所有護理夥伴的無私奉獻和辛勤付出，對病人無微不至的關懷照顧，讓我們繼續成為醫院中最堅實而溫暖的力量。☺

# 心之所向 勇往直前

Courageously Go Forward Where Your Heart Desires



**楊昌羣**

大林慈濟醫院  
骨科部主任

成長在華陀濟世的中醫家庭，我會走上醫學之路，一點也不意外，而且正是父母引頸期盼能繼承衣鉢的中醫系。但預埋的伏筆則是在醫學院時期的中、西醫雙修。畢業後，以中醫師身分執業兩年，終究理清思緒踏上另一段挑戰十足的旅程，從花蓮慈濟醫院到大林慈濟醫院，放下針灸針，改拿起手術刀，想著面對病人的苦不堪言時，帶給病人更多的幫助。

人生，總說不準，但卻能決定把握當下，做就對了。

雙親都是中醫師，當年跨越中、西領域的學習，想的是中醫應與時俱進，不斷更新醫療的觀念，但回想當年的中醫訓練環境仍未竟成熟，不像現在可以到西醫見習一般開放，自己在中醫執業時常面對與骨科相關的症狀，總覺得能處理的有限，於是毅然轉向骨科，因為喜歡「動手做」，在骨科臨床的治療上如魚得水，從及時治療病人的傷痛中獲得很大的成就感。

其實，每當開刀房有護理夥伴發生落枕時，我就會拿出過去的中醫本事，為他們針灸緩解症狀。



### 每天都進步一點

「在邊做邊調整中，不斷地進步，反覆多次後，調整出一個對病人比較好的方法。」

感覺我「勇於行動」的基因在體內始終活躍。幾年前研發出的雞尾酒止痛療法，讓七十多歲的長輩在完成人工膝關節置換後，避免傳統術後的劇烈疼痛及復健困難，當天就能下床走路，做股四頭肌及足踝運動，甚至成功預防靜脈栓塞等後遺症。勇於行動，因為「總是想讓病人再更好一點。」

風險難免，很多嘗試的風險其實是可控的！

有的醫師很聽話，老師教什麼就照著做，若嘗試一點改變就會覺得麻煩、有風

險。至於我，不是最聰明的學生，在參與會議時有很多人提出開刀後止痛的經驗，儘管作法或效果不見得那麼好，但在彼此交流中獲得許多建議，再透過查詢國際文獻及臨床上護理師、專師對病人治療反應的回饋，一步一步改變作法，反覆多次後，終能調整出比較好的止痛方式，讓病人有效減痛。

而在工作上難免遭遇瓶頸，甚至，感到挫折，得想辦法從這些漩渦中跳出來。因為，再怎麼細心，病人還是可能發生小的併發症，或是和預期不同的情況，怎



麼會沒有挫折感呢？但與其難過，陷在挫折的漩渦裡，不如細心地自我檢討，知道錯在哪個環節，別再反覆發生才重要。

靜下來回想所做的事，試著調整心情，在用心檢討中增強我們的調適能力。

## 謝謝你的信任

多年前，一位阿姨帶著八十多歲的母親來到診間，當母女爽快決定接受脊椎手術時，我忍著內心的激動。因為那是我的骨科醫師生涯的開端，在當年，甚至有醫師刻意留鬍子，只為讓自己看起來老一點，讓病人多些信心。

阿嬤因為脊椎狹窄壓迫到神經，感到麻痛無力，已臥床一個多月，不敢稍有動彈。但沒開刀不會好，而當時卻沒有醫師願意冒風險幫她。我勇敢地幫阿嬤開刀，術後第三天，阿嬤可以走路，她女兒開心不已，從此這家人成為大林慈濟醫院忠實的病人。

「當醫師是很幸運的行業，很容易做好事，讓人家感謝你很久。」

這麼多年以來，手中協助的病人已難計數，但我始終記得這家人選擇相信以及感謝時的歡喜面容。後續我並沒有給這位阿嬤太多的醫療服務，大抵就是關心她骨骼疼痛的狀況、檢查一下用藥，而她和家人常常打電話來，話家常，有時送些小東西。

確實，當想要進步卻沒想像中做得好時，別忘記病人的鼓勵，那是陪伴自己走過酸甜苦辣的力量。

## 我的團隊我驕傲

想想看一位外科醫師的工作日常，門診時湧上的病人需要護理師幫忙安排、安撫。開刀時、病房術後照顧，都有護理伸出援手來幫忙。身為骨科醫師，我會在術後設想一套適合病人的復健方式，但要教導及盯著病人做，且病人回家後願意持續來確保治療的最佳效果，這都仰賴專科護理師及護理師的投入。

「護理夥伴們太重要了。」當一位外科醫師真的很有福分，有太多的人在幫我，對於能完成的每件事情都要心懷感恩。「少了護理夥伴的幫忙，可是會讓自己變成『跛腳』！」

## 記得心底的溫度

去問一位修車師傅要如何修車，他是否有可能在五分鐘內說到讓你聽懂呢？

當聽到醫學生或住院醫師提及病人不好溝通時，我會告訴他們：「你們讀了六、七年的書再加上臨床工作三、四年，才能知道這麼多的專業知識，病人怎麼可能在幾分鐘內知道這麼多呢？」病人聽不懂是正常的，所以，要「視病如生」，把病人當學生一樣的教育。

在臨床上會遇到不同知識層面的人、想要知道各種不同知識的人，以及想了解知識深淺不同的人，記得要先判斷病人想要了解到什麼地步，然後把他當成學生一般諄諄教誨，仔細解釋。有些病人很快就懂了，有些則需要花多點心思去教導，當然也會遇到完全無法接受的病人，我們的目標是讓大部分、更多、愈多的人了解治療的方式，並接受治療。

一樣米養百樣人！醫護團隊要面臨不同病人的照護、各種不同的情緒，還有來自於輪班、緊急狀況時的熬夜等不一而足的情況，總讓身心壓力持續累積。護理是很辛苦、有壓力的行業，相對的，你們像是醫師的另一雙手，也能在與病人的互動中獲得許多回饋，應該也算是很有福報的行業。

確實，整體醫療環境改善得比較慢，對護理師的福利與尊重都需要再提升。事實上，有心想要對病人好的護理師，還是可以得到很多好的回應。畢竟生命的意義不只是單純的工作賺錢。

時間寶貴，我盡可能每一天都過得淋漓盡致。每天早上七點鐘抵達病房開始查房，半個小時後與團隊開會；八點半準備門診、開刀。面對每天大量的工作及溝通，唯有堅持按部就班才能亂中有序的完成任務，並且利用簡短的空檔、零碎時間來處理突發的事情，或教學服務研究等各面向的事。

「我們是否對社會有貢獻，利益人群？這也是生命意義的一部分。」我認為，醫療就是一種膚慰，用心去治療，更要溫言暖語地去緩解病人心裡的苦。而護理，就像是醫療無處不在的千手千眼。

## 用愛一棒接一棒

在研發雞尾酒止痛療法之外，我近些年來專注在我稱為「慈悲的手術」——脊



椎內視鏡微創減壓手術，相較於傳統減壓融合術，能更簡單有效的解決骨刺等問題，讓病人術後回到病房後就能下床走路、展開復健，也減少傳統手術帶來的疼痛與後遺症。

我跟著父母的腳步走上醫學之路，兒子曜駿也推甄就讀臺大醫學系，是延續醫師世家？光宗耀祖？其實，拜充分尊重與樂於分享的教養態度之賜，曜駿從小跟著我參加往診，因而對醫療這份工作產生了使命感，倒不是因為成績好而覺得非讀醫學系不可。

「在社區往診時，發現有些經濟狀況可以的家庭，因為突然有人病倒了，沒了收入而陷入困境。心想當醫師可以幫忙治病，讓他們慢慢自助。」曜駿自我期許能在醫學的領域有所突破、帶給病人更好的改變。

對於我來說，難忘當年那對信任自己的母女，更提醒自己當醫師的初衷，記得那種溫度。或許大家覺得醫療已是夕陽工業，但不變的是，醫療服務可以助人，當把病人照顧好時，會帶來滿滿的成就感。（採訪整理／于劍興、許玉珍）

# 貼近新時代 護理新價值

Be Close to the New Era &  
Create New Value in Nursing



在當今快速變遷的醫療環境中，護理師的角色和價值也隨之演變。為了更好地理解護理師在新時代中的表現和價值，佛教大林慈濟醫院護理部團隊以八家慈濟醫院護理人員為樣本數，調查了目前臨床工作中護理師對於護理價值的看法及想法。這項調查旨在找到方法，讓後進學子堅定踏上護理之路，更多人攜手實踐護理工作的價值，發揮生命良能。我們希望能夠對新舊時代的護理人員提供更優質的工作場域，留住現有的護理人員，並提供更好學習環境，讓護理人員無後顧之憂，提供臨床優質護理專業服務及照護。

### 護理照護能力的多樣強項

調查的第一題是：「如果以你看過的卡通動畫擬人個性來想像，這半年內最接近您在臨床護理工作表現的是？」回答最多的是「像倉鼠一樣，一直重複繞著忙著出不去的感覺」，占 22.1%；其次是「像駱駝一樣，有耐心毅力」，占 16.4%；再者是「兔子一樣，敏捷完成工作又有效率」，占 15.1%。這些選項反映了護理人員在工作中不同的特質和價值觀，展示了護理工作多樣化的需求和價值。

### 問卷基本資料統計

性別	人數	%
女	957	91.8
男	85	8.2
總計	1,042	100.0

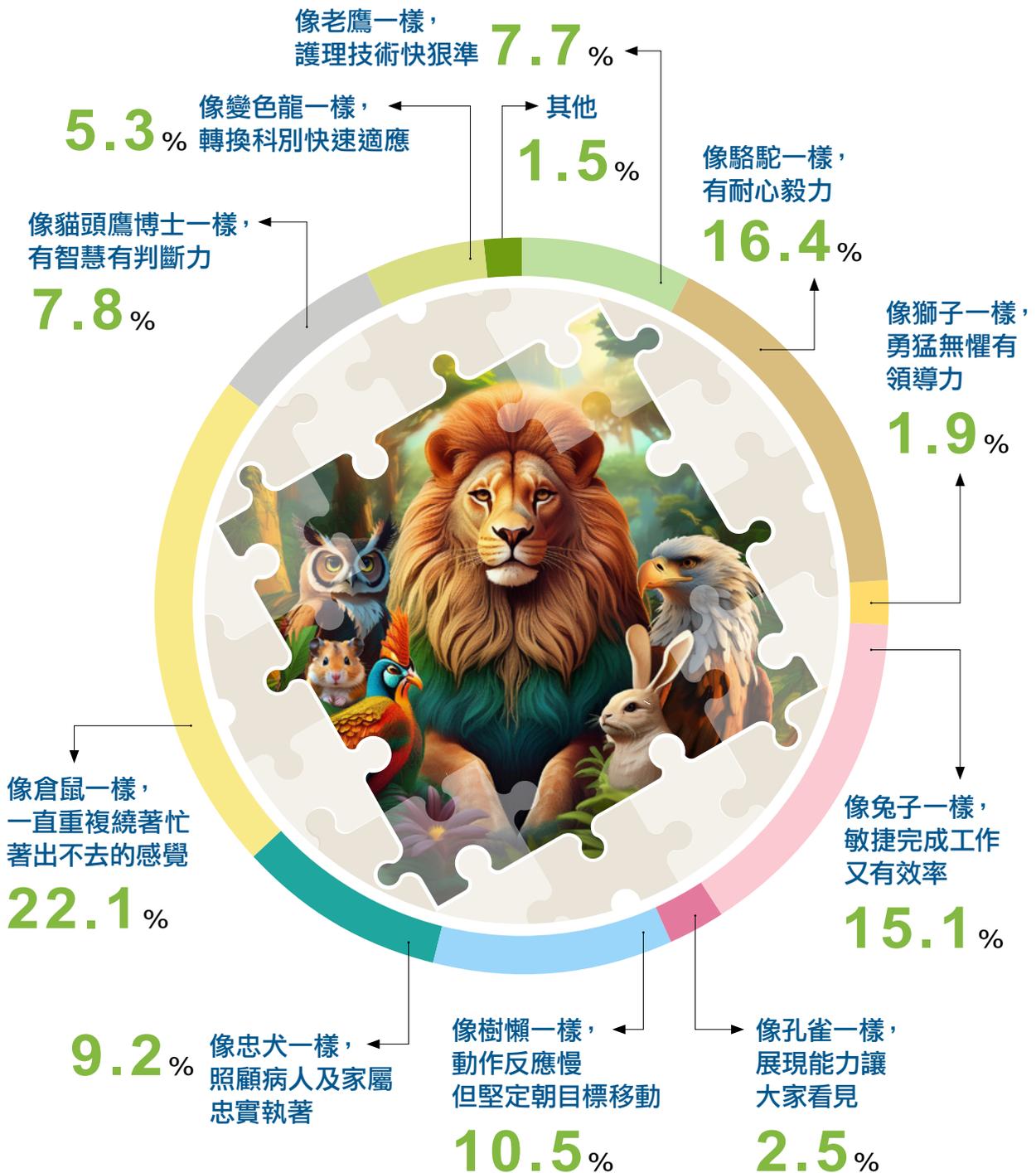
年齡	人數	%
≤20歲	8	0.8
21-25歲	216	20.7
26-30歲	233	22.4
31-35歲	141	13.5
36-40歲	118	11.3
41歲以上	326	31.3
總計	1,042	100.0

目前醫院服務年資	人數	%
≤1年	176	16.9
1.1~2年	82	7.9
2.1~3年	82	7.9
3.1~5年	94	9.0
5年以上	608	58.3
總計	1,042	100.0

職務別	人數	%
護理師／士	790	75.8
副護理長	40	3.8
護理長	60	5.8
督導及以上	20	1.9
個管師(功能小組)	42	4.0
專科護理師(含資深護理師)	90	8.6
總計	1,042	100.0

工作科別屬性	人數	%
內科	165	15.8
外科	143	13.7
小兒	39	3.7
婦產	48	4.6
急重症	164	15.7
功能小組	12	1.2
血液透析室	44	4.2
手術室	83	8.0
門診	173	16.6
心蓮	26	2.5
行政	29	2.8
精神科	42	4.0
其他	74	7.2
總計	1,042	100.0

**1** 如果以你看過的卡通動畫擬人個性來想像，這半年內最接近您在臨床護理工作表現的是？（N = 1,042，單選）



小邱（化名）護理師述說自己過去照護一名經常反覆住院的慢性病患者，而需要展現護理人耐心與毅力的照護經驗。該病人因病情反覆需要長期住院治療，小邱每天細心照護，無論是繁重的照護上還是心理上的撫慰，她都無微不至，最終幫助病人恢復健康，病人及家屬對此感激不已。

雖然我們在列出問題時，強迫大家只能選擇單一答案，但我相信很多護理師一定都想複選。以小邱為例，她說覺得自己真的發揮了像駱駝般的耐心及毅力，但有時也像兔子般，要在工作 8 小時內完成「不可能」的繁雜護理工作。

話雖如此，小邱仍堅守崗位樂此不疲，小邱認為施比受更有福，能夠幫助照護病人，讓她感到生命充滿價值。

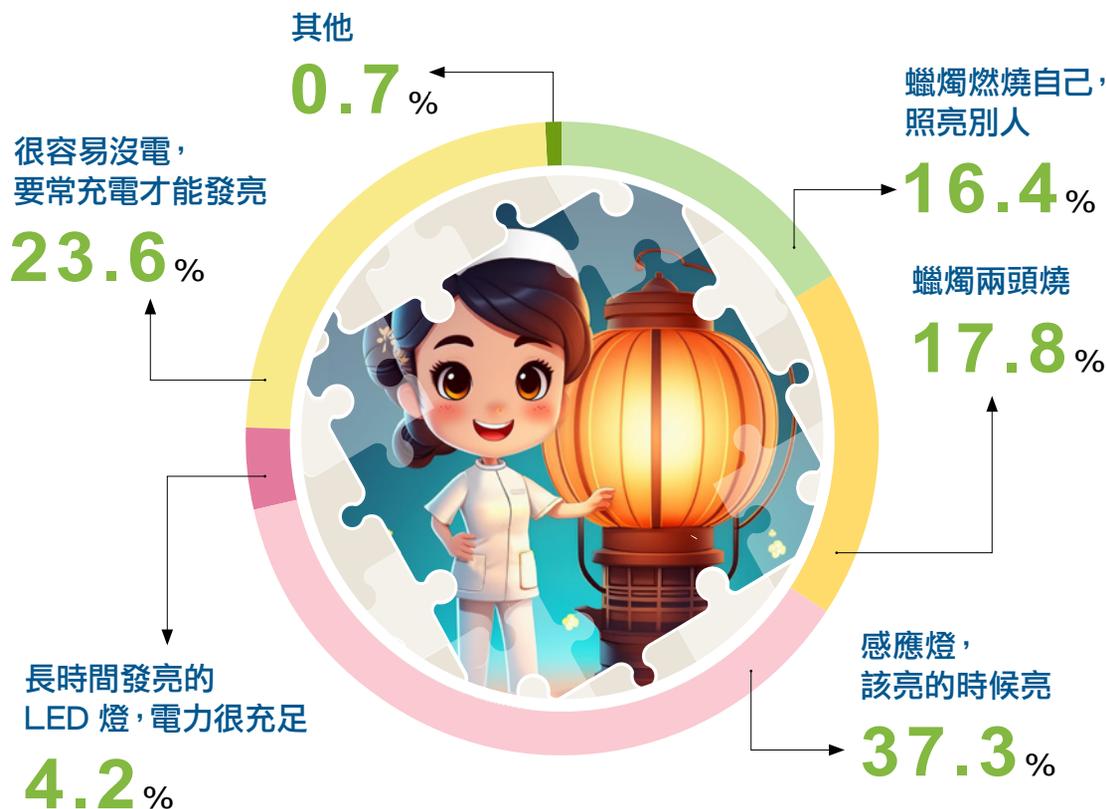
### 護理工作是蠟燭，還是日光燈

第二題是「關於護理工作的投入度，您覺得自己是？」回答最多的是「感應燈，該亮的時候亮」，占 37.3%；其次是「很容易沒電，要常充電才能發亮」，占 23.6%；再者是「蠟燭兩頭燒」，占 17.8%。這表明許多護理師在需要時能夠全力以赴地投入工作，並展現出高度的專業性與責任

感。但同時，也有 23.6% 的護理師表示自己需要經常性的休息和調整來維持工作狀態，而 17.8% 的護理師感受到雙重壓力，須在多方面同時付出努力，這突顯了護理工作的艱辛與挑戰。

小楊（化名）述說回想在某個夏天的深夜，在急診室燈火通明。小楊正忙著照顧一名剛被送進來車禍外傷的病人。她必須迅速地有條不紊地跟醫療團隊進行著各項急救措施，額頭的汗水在燈光下閃閃發亮。小楊就像那「感應燈」，一旦進入工作狀態，她總是全力以赴，專注且專業。每當患者的狀況有變，小楊總是第一時間感應到，必須立即評估並報告醫師並協助給予醫療照護工作。小楊深知自己護理工作的責任重大，病人的生命安全往往就掌握在她的手中。然而，每當急診室的忙碌稍微緩和下來，小楊走到休息室，喝著她的能量飲——珍珠奶茶並靠在椅背上回想剛剛發生的一切，她知道，自己需要「充電」才能繼續保持最佳狀態。下班回到宿舍時，看到手機上有媽媽傳來的 LINE 訊息：「別太累了，注意身體，等妳回家。」這簡短的訊息就像是小楊的「充電器」讓她疲憊的身心得到了些許舒緩。

## 2) 關於護理工作的投入度，您覺得自己是 \_\_\_\_\_ ? ( N = 1,042 , 單選 )



### 步步踏實做，累積自信成就資糧

第三題是「回頭審視護理生涯，你覺得自己做到了什麼，讓你願意繼續從事護理工作？」回答最多的是「有幫助到病人和家屬」占 52.8%；其次是「有發揮自己所學知識與技能」占 44.7%；再者是「有得到病人和家屬的感謝回饋」占 39.1%。

絕大多數的護理師認為病人康復出院並感謝他們是最能讓他們感到成就感的事件，這顯示了護理師對病人康復的重視以及病人對他們工作的認可。

小思（化名）述說她曾成功幫助一位重症患者度過危險期，當患者康復出院時，特地送來一張卡片及點心表示感謝。這不僅讓護理師感到無比自豪，也激勵了整個團隊繼續努力提供

### 3) 回頭審視護理生涯，你覺得自己做到了什麼，讓你願意繼續從事護理工作？（N = 1,042，複選）

有幫助到病人和家屬 52.8%

有得到病人和家屬的感謝回饋 39.1%

親身救到性命的真實感—病危或重症病人 19.5%

有發揮自己所學知識與技能 44.7%

在職場上有好同事，團隊合作有默契 38.7%

在職場結識生活中也能志同道合的朋友夥伴 26.2%

保持工作與生活休閒的平衡感 20.5%

工作上擁有足夠的自主空間 15.5%

工作上被信任授權 19.5%

主管與團隊對自己的肯定 16.4%

得到升遷 3.2%





3.0% 展現領導統御能力

9.9% 輔導學弟妹很有成就感

13.1% 得到家人的支持

17.3% 幫助自己的家人親友

5.0% 獲頒獎項表揚

7.2% 其他

優質的護理服務。護理師認為同理心與關懷是護理工作中最重要的價值觀。

第四題是「能幫助你增加在護理工作的信心與能力的領域是什麼？」大多數回答是「更新新人指導守則，打破世代隔閡，教導因應快速變化的醫療需求」占 54.1%；其次是「師資培育」占 46.6%；再者是「醫院廣宣，增進公眾對護理職業的認識和尊重」占 27.9%。這表明護理師們希望通過系統化的指導和培訓來提升自身應對新挑戰的能力。其次，護理師們也重視專業指導和持續教育。而「醫院廣

宣，增進公眾對護理職業的認識和尊重」的需求反映了護理師希望社會能夠更多地了解和尊重護理工作的重要性。在大林慈濟醫院，我們不斷與時俱進，定期檢視及調整新人訓練計畫及規範，針對不同世代的護理師設計個性化的培訓計畫。例如，針對新一代護理師，培訓內容更加靈活，融入了最新的可被信賴的活動（Entrustable Professional Activities, EPAs）和護理知識。此外，醫院還加強了師資培育，安排資深護理師進行專業培訓，提升他們的教學能力。透過這些措施，新

## 4) 以下能幫助你增加在護理工作的信心與能力的領域？ ( N = 1,042 , 複選 )

有機會到國外交流學習 24.1%



邀國際學者來醫院合作交流 7.5%

參與護理研究，例如慢性病和老年照護領域 11.4%

醫院廣宣，增進公眾對護理職業的認識和尊重 27.9%

提供人工智慧和數位健康工具，協助臨床工作 26.6%

更新新人指導守則，打破世代隔閡，教導因應快速變化的醫療需求 54.1%

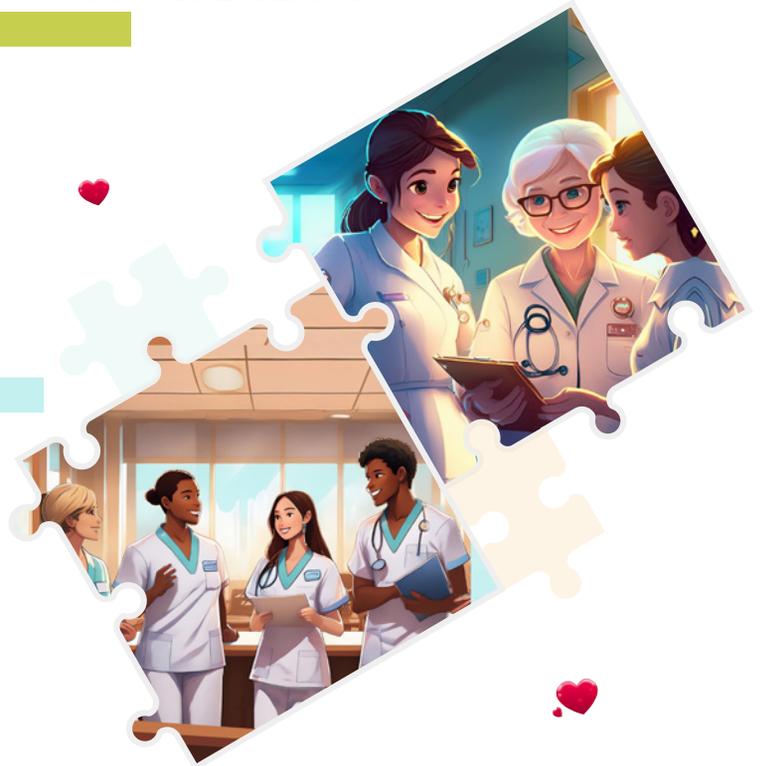
簡化工作流程 27.6%

持續在職教育 11.1%

師資培育 46.6%

提升單位工作合作氣氛 7.5%

其他 4.9%



護理師能夠更快適應工作環境，並在專業上不斷進步，最終提升了整體護理團隊的能力和信心。同時，醫院還積極進行廣宣活動，向公眾介紹護理職業的價值和貢獻，促進社會對護理師的理解和尊重。

### 行動體現護理核心價值

不管你／妳是一個月、三個月、一到三年、五年以上，或是像我一樣具有十幾二十年以上資歷的護理人員；轉頭看看身邊的護理夥伴，有的人像動畫裡的貓頭鷹博士一樣能適時為我們解惑，有的像功夫龍貓裡的尤達大師一樣幫我們深化自己的能力，也有人像倉鼠一樣忙得總是低頭拚趕，需要我們拍拍肩膀才抬頭發現世界的寬廣，當然也有人還像樹懶一樣讓人看著乾著急，想著自己做比較快，但他／她可能是未來的靈巧兔……不管具備什麼樣的不同特質，你我在臨床的每一天，就是在以行動體現護理的核心價值；同理、自主、利他、當責、專業、賦能；我們營造的護病關係，也朝向達到健康、尊嚴、尊重、慈悲、公平、包容性的美好目標而努力。

我們始終強調以病人為中心的護理理念，透過不斷的學習和改進，提升護理服務的品質，確保每一位病人都

能夠得到最好的照護。於此也提醒護理師隨時調整自己的工作方式，靈活應對各種情況。

此外，護理師們也需要關注自身的職業發展和心理健康。高強度的工作壓力和長時間的工作時間，對護理師們的身心健康造成了很大的挑戰。為了幫助護理師們更好地應對這些挑戰，大林慈濟醫院提供了多種心理支持和職業發展的資源，幫助護理師們在工作中找到平衡，保持身心健康。透過這次問卷調查，我們看到了護理人員在工作中的多樣化特質和價值觀，以及他們對未來發展的期望。這些調查結果不僅為我們提供了寶貴的數據，也為我們未來的留才培育提供了方向。我們將繼續努力為護理人員提供更好的工作環境和發展機會，讓他們能夠在工作中發揮最大的潛能，為病人提供最優質的護理服務。

總結來說，護理工作是一項需要高度專業性和人文關懷的職業。護理師每天面對不同的挑戰，但始終堅守著自己的信念，為病人提供最好的照護。在大林慈濟醫院，我們將繼續致力於提升護理師們的專業素養和工作滿意度，為新時代護理工作的發展貢獻力量。

[No. 1]

# 善用數位 跨世代創新

Make Good Use of Digital Tech &  
Innovate Across Generatoins

■ 文 | 林承濬 大林慈濟醫院外科加護病房護理師

我是一名 24 歲的菜鳥護理師，在大林慈濟醫院工作了將近兩年。這段時間，我接觸了許多不同世代的護理師，見證了他們之間的差異。這些差異不僅影響了我的工作方式，也塑造了現代護理的新價值。



林承濬（右）與林承睿（左）參加全臺的靜脈注射競賽，拍攝手部標語。圖／林承睿提供

護理的歷史可以追溯到南丁格爾時代，那時的護理主要是照顧病人的基礎需求。隨著醫學科技的進步，護理的範疇不斷擴展，包含了更多的臨床技術和病人教育。不同世代的護理師在工作態度、技能需求和職業目標方面各有特色。例如，傳統世代的護理師非常注重職業奉獻精神，喜歡穩定的工作環境，但對新技術的接受度較低。而千禧世代和 Z 世代的護理師則更願意接受新技術，強調工作與生活的平衡，並注重病人的整體健康管理。

隨著科技的進步，護理已經深度融入數位化系統。例如，我們醫院使用的行動護理 APP 和 CIS 系統，以及未來趨勢的人工智慧應用，這些都大大



提高了護理工作的效率和精確度。年輕一代的護理師對這些電子科技操作得心應手，不僅改善了病人的護理體驗，也提高了護理工作的品質。

有一次，我需要在短時間內整理出一位老年病人的病歷，並且與多位醫生進行討論。幸好有了行動護理 APP，我能夠快速調出病人的完整病史，並且即時更新他的最新狀況。這不僅讓醫生們能夠更快地制定治療計畫，也讓病人感受到我們的專業和效率。

現代醫療體系強調多學科團隊的合作，護理師作為重要一員，必須具備良好



攝影／林詩淳



的團隊合作能力。年輕一代護理師更加適應多元化的工作環境，善於利用科技手段進行跨專業協作。例如，有一次我們遇到一位病情複雜的病人，這需要多學科的協同治療。我們的團隊迅速動員，利用數位工具分享資訊，最終成功制定了一個有效的治療方案。

隨著醫療環境的不斷變化，護理師的職業發展和終身學習也變得愈來愈重要。年輕一代護理師對自己的職業發展有明確的規畫，積極參加各類專業培訓和繼續教育課程，不斷提升自己的專業素養和技能。我們認知到只有透過不斷學習和進步，才能在競爭激烈的醫療行業中保持優勢。

未來的護理工作將面臨更多挑戰，包括人口老齡化、慢性病增加和醫療資源分配不均等問題，不同世代的護理師需要共同應對這些挑戰，不斷提升專業能力，推動護理工作的發展。透過跨世代的合作與交流，我們才能共同提升護理工作的品質，為病人提供更加全面和高效的護理服務。

護理師這個職業，不僅需要豐富的專業知識和技能，更需要一顆關愛和奉獻的心。無論是哪一個世代的護理師，我們都肩負著同樣的使命，那就是為病人的健康和幸福而努力。希望未來的我們，能夠在傳承和創新的道路上，不斷前行，為護理事業的發展貢獻自己的力量。

# 從加護到腎臟照護衛教師 職涯護理新價值

From ICU to Dialysis, Create New Value in Nursing Profession

■ 文 | 陳姿佑 斗六慈濟醫院慢性腎臟病個案管理師

猶記得懵懵懂懂的 15 歲，國中畢業參加五專聯招考試，當時也不知道想要念哪個科系，不然就跟著姊姊的腳步念護理科吧！就此開始我的護理路。坐在課室裡心浮氣躁的青春年少，對應著講臺上掛著老花眼鏡總從眼鏡上方看著我們、嘴裡滔滔不絕的護理導論老師；想起一邊少、一邊老的這畫面，仍會打從心底會心一笑。

專科導師是一位視學生為自己孩子的數學老師，冬至時煮湯圓，啦啦隊比賽時陪著我們一次次的練習，運動會時陪著我們搖旗吶喊，揮灑青春伴隨著埋頭苦讀專業科目的日子轉眼來到第五年，即將踏入臨床實習。每每看著學姊講述醫院實習的事情，總是讓我們這些懷抱憧憬的學妹帶著崇拜的眼神，心想著：「我應該也要這樣帥一波吧！」感謝導師和臨床教師及實習單位學姊們的指導，度過一年笑淚交織的實習日子，心中也因此萌出護理的樣子。五專畢業後順利考取二技繼續升學，二技的同學來自全臺各地，也開始讓我感受到城鄉差距，不論是交通工具、說話方式、資訊的運用能力、穿著甚至飲食型態都讓我受到衝擊，甚至產生自卑感。現在回想起來，發現當時的衝擊其實讓我的眼光因此而更寬廣多元，學習理解及尊重他人。

二技畢業後踏入臨床工作至今已 23 年，經歷加護病房及血液透析室，永遠記得臨床帶領我的第一位學姊，非常積極認真，而且恰好是同鄉，對我就有更多期待，新人時期跌跌撞撞，常常灰心難過，但學姊總是支持鼓勵。站穩腳步後，

我想北上至醫學中心闖蕩，學姊馬上支持我追求自己的夢想。在醫學中心十餘年的加護經驗，我看到更多面向的護理，也承擔更多任務，包括：社區 CPR 推廣教師、單位教學種子，發現自己喜歡與人群接觸的特質，自此更常投入教學與衛教推廣。

在外面久了總會想家，13 年前決定倦鳥歸巢，回到故鄉雲林，因緣際會下進入斗六慈濟醫院血液透析室擔任透析護理師。原本只是過渡時期的工作，兩年後打算離職另謀出路，單位主管看見我的特質很適合醫院接下來的發展，鼓勵我擔任「慢性腎臟病個案管理師」，等於是「衛教師」的工作。

從護理師治療照護的角度，改變為個管師負責衛教師宣導、預防保健的角度，兩者之間跟病人的對話其實有很大的不同，我的「衛教室」某種程度來說像極了諮商室，但多數病人看完醫生，只想趕緊拿藥後離開醫院，所以來到衛教室多數都是不甘不願，總是對我擺出一副「我趕時間」、「講快一點」的姿態，也讓剛剛轉換跑道的我有點沮喪。

尤其是末期腎臟病在接受透析的臨界點的病人，每每回診時總是不願進入衛教室，因為以為衛教師都只會叫病人趕接受透析……

我試著想像如果我是病人，我是不是也是一樣的感受？

後來我就調整方式，每當病人回診，我就去跟病人一起坐在診間的候診椅等候，問候病人近況，有沒有我可以幫忙的地方……剛開始病人防衛心很重，隨口敷衍我一兩句就拒絕談話，隨著我每次都「大面神」（厚臉皮）的去坐在病人



陳姿佑（左）接受新挑戰，活化腎臟照護衛教，發揮個人工作的新價值。



旁邊，他們慢慢卸下心防，從口中說出的字愈來愈多，甚至來到診間哭著說出自己的害怕。

一次次不厭其煩的陪伴，讓病人感受到關懷，願意把自己交給我。我試著先關心病人的心情，理解病人感受，藉由過程發現健康問題再佐以傳遞衛教知識，一步步建立護病關係，當關係建立後病人就能主動報到甚至主動提出問題，當病人將知識及技能鑲進自己的內在行為，就是我身為衛教師發揮利他性的護理價值。

一次一次的工作角色轉換，讓我累積不同角色看待問題的能力，從一開始的遇到問題就氣嘆嘆到能試著理解漸漸換位思考，並在照護過程中訓練自己具備發掘問題及解決問題的能力，讓病人放心將自己交給我。秉持這樣的信念來面對工作或生活上遇到的困境，多半也能迎刃而解。

感恩自己在多年的護理工作中遇到許多的貴人，從初入叢林的小白兔到認同自身價值在職場永續發揮功能。

與所有護理夥伴分享，在工作之餘，要讓自己適時的休息，或參與社團活動充電，讓自己有能量續航。

全世界的照護體系中護理師提供了近八成的健康照護，同時也面臨全球缺工的挑戰及困境，而疾病型態的改變、就醫者的需求改變、健康問題複雜化及醫院經營政策等在在影響著現今護理人員的職業自我認同感，當自我認同無法達到時會間接影響到自己的價值認同而陷入負向感受；除了外在因素影響著護理人員對自己的價值建立上，更重要的是自己對於自身護理工作的態度，當正向的態度並保持發掘問題及解決問題的熱情，相信無論是資深或資淺的護理夥伴，都可以看到自己的護理新價值。

# 為新人撐一把溫柔的傘

Hold a Umbrella for New Nurses to Show Gentleness

■ 文 | 蘇冠如 大林慈濟醫院 10A 病房護理師

記得剛踏入臨床工作的自己，總要抱持著「別人做得到，那我也可以」的心態，在學習各項臨床事務，乖乖地跟著學姊做好我能做與該做的工作，想著當獨立後會與各種性格、不同特質的學姊相處，也許是溫柔、仔細的，也可能是直接、俐落的，而在這形形色色的樣子中，我想成為怎麼樣的人呢？我能夠成為心中想成為的樣子嗎？

見賢思齊，見不賢而內自省，這些過程讓自己更加清楚真正想要的是什麼，除了自己誰也無法對自己負責，希望我能是實習護生、臨床新人在陌生環境中一個小小的依靠，帶著無措、緊張的他們一起成長；希望我能運用所學提供病人舒適的環境與照護，同理病人和家屬對疾病與死亡的焦慮與恐懼；希望我能在感知自己茫然、不足時主動地去學習，讓光照進心中，彌補自己的貧乏。

上個月有位胃癌末期患者在單位離世，看著照護近兩個月的病人，短短時間從清醒到意識改變，從可以下床行走到臥床，除了不捨外，我也思索著還能夠為病人做些什麼。與病人對談間得知他非常喜歡周杰倫的音樂，向家屬借了平板播放歌曲，病人的眼神充滿雀躍與歡喜，爾後每次帶著實習護生與家屬一同進行翻身擺位、傷口護理前都會先和病人討論「你今天的心情怎麼樣？適合播放哪張專輯的歌曲呢？」在這樣的過程中，感受到病房內的氣氛不一樣了，不再只有一片死寂，彷彿在等待生命倒數的鐘聲響起般，播放音樂不僅能轉移病人注意力緩解疼痛，也能讓家屬舒緩照顧病人疲憊不堪的身心靈，在一生的最後能有家人的陪伴，聽著喜愛的音樂，希望病人人生最後的這段路是幸福且安詳的。



蘇冠如(右)期許自己成為更加堅定而溫暖的護理師。攝影/邱思晴

臨床忙碌時不免會有點負面情緒，但單位整體的工作氣氛很平和正向，所以自己不會陷在情緒漩渦太久，我會察覺到心中一時升起的氣憤委屈這些情緒是「可以選擇」的，於是我選擇沉澱，然後抒發出來，隔天又是全新的一天。

單位學姊們時常會分享病人或家屬可愛、好氣又好笑的故事，那些溫柔的視角，總讓我能看見事情不同的面向，繼續保持善良，和大家一起變好，不因忙碌而變得世故，讓護理工作不僅僅只是一份工作，而是能展現自我價值進行自我實現的地方。

感謝單位督導、護理長、副護理長、學姊和學妹們鼓勵與信任如此平凡的我，總是為我遮風擋雨，帶領我在臨床工作中成長茁壯。回想剛畢業踏入臨床時的自己很沒有自信，對每一件需要決定的事情總是猶豫與懷疑，擔心自己做不好、做錯事，但經過參與單位各項事務累積經驗，年資增長，一年一年都有比自己年紀更小的新血加入，漸漸地，自己也擔負起責任帶領新人加入 10A 大家庭，在學妹們感到迷惘時也有能力提供一些方向，在輔導協助的過程中也審視自己不足的地方，也再次審視自己是否成為想像中的模樣。

期勉未來能繼續用自己的步調，成為更加堅定而溫暖的人，也能為學弟妹們撐一把溫柔的傘。☺

精實管理  
護理資訊強將



丁俊峰

大林慈院 8B 骨科病房護理師

Good at Lean Management &  
Nursing Info-Tech

Chun-Feng Ting ,

RN, Ward 8B, Dalin Tzu Chi Hospital

■ 文 | 郭仁哲

臨床經驗四年多的丁俊峰，因為阿公生病而選擇走上護理之路，因為實習首站的因緣而選定大林慈濟醫院 8B 骨科病房；個性主動積極，取得各項急救照護執照，在職進修，投入精實管理，學習護理資訊，不斷激發自我的潛能……

### 選擇盡早進臨床，首選大林慈濟

親愛的阿公生病住院，十四、五歲的少年注意到大人們在陪病的一股無力感，無法幫病危的阿公解除病痛，阿公最後還是不敵病魔過世。孫子丁俊峰在探病陪病的過程中，看見護理師的功能，國中畢業時決定不上普通高中，選擇就讀崇仁護專。

五專三年級時，丁俊峰期望提早進入臨床來增加自己的實務經驗，所以跟學校簽訂為期兩年的「展翅計畫」，該計畫免學費且提供生活助學金。

大林慈濟醫院是俊峰實習的第一站，實習課程讓他收穫滿滿。他說：「我照顧一位因腎功能不全而長期洗腎的老年患者，他因為洗腎導管經常阻塞而反覆住院，照顧他的過程，我體會到護理角色對於患者的重要性。」

這位阿公總是低頭不語，心情低落，俊峰就利用休息時間到病房陪他吃飯、聊天，阿公好像多了個貼心的孫子在身邊，心情逐漸好轉，臉上開始出現笑容。出院時，阿公和家屬特地感謝俊峰的陪伴，讓這個護生像吃了顆定心丸般，體會到護理助人的工作特質，覺得很踏實。

五專畢業要到哪裡上班？俊峰目標直接鎖定大林慈濟醫院，第一個原因很現實，這裡離家近，住家裡就省了房租開銷。第二個原因，是熟悉感，五專期間他有三次在大林慈濟醫院實習的經驗，對環境和電腦資訊系統都不陌生，不用重新適應，應該可以盡快投入臨床工作。第三，則是首選到 8B 骨科病房，因為他已經有兩次實習都在這裡，學姊悉心指導，單位溫暖而友善。

當俊峰正式進入 8B 骨科病房工作，看到學姊們依然記得他，給了他認同和歸屬感，做好心理準備，接受新人試用期的試煉。

### 從錯中反思到獨當一面，主動提升急救技能

病人阿嬤吃東西噎到，俊峰是主護，但卻是學姊按了緊急呼叫鈴找幫手。俊峰很挫敗，自己當下怎麼只是楞著！雖然考取了護理師執照，俊峰在試用期一再自我質疑。而學姊們忙完手上工作，他看起來總是不知道何時才能做完，學

姊們主動來問：「你還有哪裡需要幫忙？」俊峰總是回答不需要，因為他也想靠自己的力量完成，在學姊的堅持下才接受協助。單位學姊的口頭禪：「我們是一個團隊，不是只有你一個人。」

從實習生時期的聽話照做，切換到臨床護理師需要批判性思考，獨立應對問題並承擔責任；在單位學姊的帶領及團隊互助合作的氛圍下，俊峰順利轉換角色，度過了新人試用期。

在逐漸適應單位環境和常規後，丁俊峰意識到急救方面的應對措施和經驗仍然不足，隨著對單位屬性的了解加深，他決定進一步提升自己的急救技能，彌補這一方面的缺陷。為此，他報名參加了多個急救相關課程，並努力考取了 EMT-1、ACLS 和 ETTC 等專業證照，具備了骨科護理照護及緊急救護能力，讓自己更有信心。

### 抗疫防疫不畏困難，勇往直前

2019 年底 COVID-19 新冠疫情爆發，這時俊峰才剛獨立作業幾個月，還算是護理新生代，但他毫不畏懼地衝上「抗疫戰場」，照顧病情嚴重的確診病人。由於防疫隔離規定，家屬無法進入病房，病人的日常生活全都需要護理人員來協助。





俊峰穿著全副武裝的免寶寶隔離衣，行動笨拙地在病房裡連續工作超過四小時，眼鏡起霧、悶熱難耐到汗流浹背，裡面的衣服濕了又乾，乾了又濕，但看到病人一個個康復出院，他覺得護理工作真的在守護生命，非常有成就感。

曾有一位中年男性在隔離病房住了很久，因為情緒不穩定，試圖衝出隔離門。如果他真的衝出病房，將會造成防疫破口，當時丁俊峰穿著隔離衣站在第一線，沒有多想對方是否會攻擊他，只一心想著安撫病人的情緒，最終在他耐心的關心及陪伴下，成功安撫病人情緒，繼續在病房內完成治療。

疫情期間，臺灣的臨床護理師們「不畏困難、勇往直前」，丁俊峰也是其中之一，他從中深刻體會護理工作的責任與價值。

### 學習生命的韌性，強化內在力量

在 8B 骨科病房，俊峰與病人的生命有著或淺或深的交會，自己的生命閱歷也因而更加豐富。

有一位大姊本身是單親家庭長大，第一段婚姻遭遇家暴，第二段婚姻生了一對



雙胞胎，其中一個不幸於十歲因車禍離世，又再遇家暴又離婚，人生幾番坎坷，最終成為一位獨自撫養四個孩子的單親媽媽。大姊住進 8B 病房，是因為車禍導致腳部傷口嚴重感染而截肢。俊峰對她的第一印象，是她的愁眉苦臉，經常哭泣，情緒十分低落。想不到過了幾天，大姊開始會跟其他病人聊天，不再怨天怨地，而是用樂觀的態度面對，展現出的韌性和內心的力量，讓俊峰很敬佩。截肢對她來說是一個巨大的打擊，但她最終坦然接受了這個事實。作為大姊的護理師，俊峰發現她最大的問題是心理上的無望感，他花時間傾聽大姊的生命故事，幫助她走出心理陰影，看到大姊走出悲傷，重新找回生活的勇氣和希望，對他來說是無比滿足的成就感。

### 在職進修並投入精實管理

個性沈穩、認真負責、願意學習，是護理部主管對於俊峰的一致評價。

臨床工作兩年，俊峰就決定繼續進修，就讀長庚二技在職專班，白天工作，晚上進修，生活節奏極為緊湊，卻甘之如飴。長庚二技的學習過程中，俊峰不再局限於必修的護理課程，他選修生物統計、中醫相關課程以及臨床科技運用等，這些課程看似與護理工作無關，但實際上大大豐富了他的知識層面。選修生物統計，讓他在醫療決策中有了更深的理解，提升了他在臨床中的數據處理能力；中醫相關課程，讓他對中醫的療法有了更全面的認識，增強了他對多元醫療方法的理解和應用能力；臨床科技運用課程，使他掌握了更多新穎醫療技術和設備，這對提升他的臨床實踐能力和效率有著極大的幫助。

進修的同時，俊峰在臨床工作也沒有停歇，甚至協助單位進行精實管理。

他注意到單位的實習生和新進人員在尋找醫衛材時經常花費大量時間，主要原因是不僅不熟悉醫衛材的外觀，也不清楚擺放位置。此外，學姊說的慣用術語，對於新進人員或實習生卻是有聽沒有懂，導致拿到的醫衛材往往不是學姊所需要的。於是，在護理長的帶領下，俊峰投入單位的精實管理（Lean）行動。

第一及第二階段是整理、整頓，將單位不需要的物品丟棄，只留下該區域會用到的物品。第三階段是清潔，將留下來的物品分配清潔區域、清潔人員及清潔時間。第四階段是制定清潔標準化 SOP，包括清潔工具、方式及技巧。最後的第五階段是維持。精實管理行動對於整個單位的發展和進步是一個積極的改變。雖然剛開始因挫折及熬夜製作文書和整理資料而感到疲憊不堪，但有一天他聽到實習生說：「我們單位很整齊，就算學姊叫我拿東西，我也不再害怕會拿錯了。」直接肯定了他的付出與努力是值得的！

主管推派俊峰參加醫院的精實研討會，外院主管參訪也給予誠摯的肯定，並參加今年(2024)的臺灣持續改善競賽(TCIA, Taiwan Continuous Improvement Awards)比賽，期許能榮獲佳績。

### 強化資訊等多元專長， 朝優秀護理人的目標前進

俊峰還自學資訊軟體，考取 MOS 微軟認證，加入院內的護理資訊小組，並學習 Power BI 製作，轉眼間擁有了一定程度的護理資訊能力。

每當看到病人順利出院且露出開心的笑容，就覺得自己走護理的路是正確的；投入單位精實管理，改善環境，看到主管、同事及實習生的肯定，更加激勵他持續努力。臨床邁入第四年，俊峰意識到，一名優秀的護理師，除了具備專業知識和技能外，還需要管理能力和創新能力，所以他一直在加速前進，努力提升自己，樂於激發自己的潛能，成為大林慈濟醫院不可或缺的中生代護理人才。☺



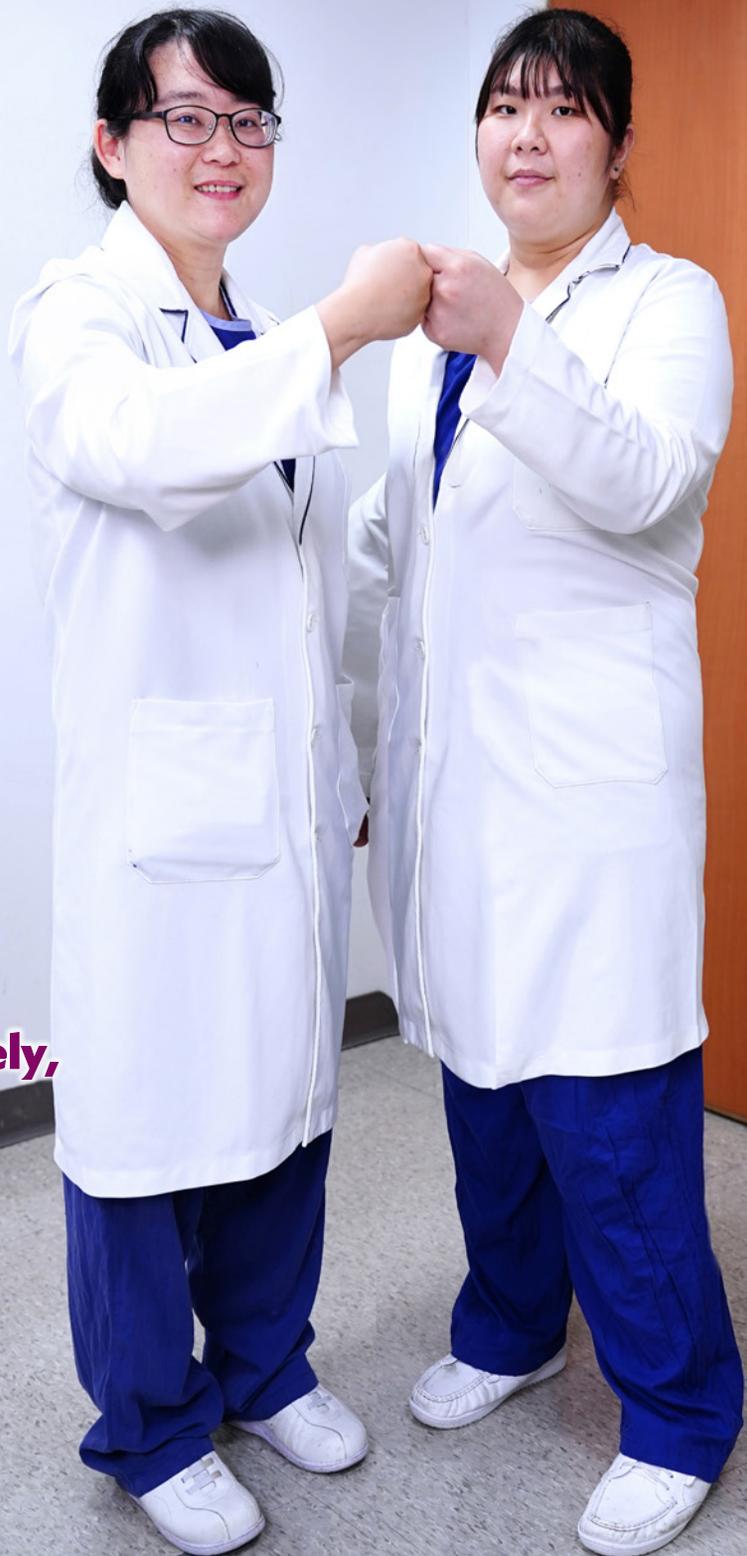


阿長，請聽我說

Please Listen to Me, Head Nurse

# 勇敢發聲 支援都在

Speak Up Bravely,  
Support Is All  
Around



加護病房病人多數是病危且病情快速變化，常面臨生死問題，我認為，加護病房的護理師，除了專業地和病人及家屬討論後續治療方向（積極治療或是安寧緩和醫療），內心更需要強大的心理素質，才能隨時調整好自己的狀態；如果個性不習慣事情隨時會變化，或是無法盡快消化病人離世造成的心理壓力，真的會有適應困難。

我就是加護病房的護理新人，初來乍到，因為害怕而什麼事情都不敢做，都要再三請教確認後才敢去執行。覺得自己好像跟加護病房格格不入，下班後就開始想著是不是該離開。因為自我懷疑，也常詢問學姊：「我好像不適合這裡？」但學姊沒有覺得我很煩，怎麼老是問這種問題，反而耐心的問我為什麼會這樣想，也分享很多她自己新人時期的經歷來安慰我。

護理長也來關心我，問問我工作適應得如何，有什麼狀況或擔心？感謝阿長的主動與傾聽。阿長會先聽我說話，再引導我去思考，讓我不要一直很低迷的把自己困在漩渦裡捲來捲去出不來。阿長那麼忙，如果她沒有來關心我，我是不會去麻煩阿長的。當然主要是，有什麼事，都找指導學姊就有答案了。

很難忘記我第一次送走病人的場景。剛開始照護時，病人可以講話且會回應我每一個問題，但到後面病況變差，也放置氣管內管，但後來還是無法再積極治療，最後病人已經是留著一口氣等著回家的階段了；我在某一次上班日看到病人的生命徵象逐漸不穩，當下不曉得該做什麼，只能按學姊的指示去做每一個步驟，身體在做著這些動作，心裡卻是正在興起很大的波瀾，因為我照顧這位病人將近一個月，而這將是我送走病人的「第一次」！

內心的感受很複雜，卻又說不出口，不知道怎麼表達宣洩出來。後來學姊告訴我，剛開始無法釋懷是正常的，但換個心態想，也許是病人覺得我們值得信任所以才會選擇「在我們的手上回家」。

隨著面對病人死亡的經驗增加，我也練習自己的情緒管理，在這樣陪伴病人瀕死的過程中保持冷靜和專業，同時給予病人和家屬情感支持。

而我在獨立上線之後，還是有很多不懂的事情，也很常遇到一些突發狀況。

有位病人因為血管阻塞嚴重，又有中風病史，做完心導管治療回來加護病房時，醫師特別叮囑，如果病人發生肌力或意識改變時要馬上通知他，有可能又發生中風。家屬在的時候，病人一直抱怨疼痛，我們能做的處置都做了，誰知家屬離開不



到 10 分鐘病人左手就突然舉不起來，剛好醫師來查房，我跟醫師報告病人的狀態變化，醫師立刻開醫囑需緊急做電腦斷層。做好相關準備，推病人床出加護病房時，病人突然吐奶，還好有學姊陪著我過去，只見學姊很淡定的將病人頭側一邊，將病人推回病房處理好後，再將病人送去做電腦斷層。還好過程中病人無恙，如果病人吐奶時只有我一個人，一定會不知所措。電腦斷層檢查結果顯示病人是顱內出血，回到病房交接班完後，醫師幫病人放置氣管內管後就緊急送手術室開刀。

下班了，但帶著內疚的心情，是不是因為我給病人翻身所以導致他顱內出血？整個人非常挫折，但還是打起精神來請問當班的學姊。學姊回答，不是因為我幫病人翻身造成的，顱內出血的原因有很多，病人回來時本來就比較躁動，也有可能是不舒服前的掙扎等等。幸好我還是硬著頭皮跟學姊討論，確認不是自己的行動害到病人，才安下心。





在加護病房工作，後來我發覺每天最常聽到學姊們問的就是「有沒有要幫忙？」而且她們有時在我說不用時也默默的幫忙，看似平常的小動作，但讓我的心裡無比溫暖，會讓人在百忙之中不自覺露出微笑。

剛開始被問「有沒有要幫忙的？」總是說不用，因為覺得要靠自己，不然不會成長。而且有時雖然需要幫忙，也不好意思麻煩學姊，不敢開口。但後來發現這樣可能導致治療做不完，或是照護措施不確實。所以我學到要適時求助的重要性。

後來學姊告訴我，厲害的人會在需要協助的時間點開口請大家前來協助，這樣才能快速完成份內工作且不會耽誤危及到病人。

在加護病房工作還不到一年，我清楚感受到單位學姊彼此間的關懷、包容與協助，我很喜歡大家互助合作的團隊精神。

現在，我還有很多需要學習的知識與技能，至少我現在如果不懂，就會隨時提出疑問，請求支援與協助，確保準確執行醫療措施，防止院內感染，做好監測患者的生命徵象等，保證患者安全，盡力完成我在加護病房護理的任務。



阿長這樣說：

# 陪伴綻放護理自信的樣貌

Accompanying the Blossoming of Nursing Confidence

■ 文 | 黃蘭貴 大林慈濟內科加護病房病房護理長 攝影 | 林詩淳

初次見面，滿是笑容又帶點緊張的力心曾分享，她五專時曾到大林慈濟醫院一般病房實習，環境熟悉，加上離家近，也喜歡慈濟醫院專屬的人文氛圍，所以她選擇來到大林慈濟醫院內科加護病房就職。

初入職時，除了護理部中央課程之外，單位也有替新人安排一系列相關基礎課程，授課中發現力心會較其他同期夥伴需要較多時間來學習，學習進度稍微緩慢，所以在選擇學姊時，我替她安排一位非常有耐心的臨床教師靜惠。我也時不時鼓勵她，讓她感受我的支持，畢竟專業自信是護理新人最欠缺的，我希望她感覺我們都是她的靠山。

臨床教師學姊帶領時，也確實需要花較多時間來指導，臨床常規需要重複的提醒，才會記得做，講了又講……持續不斷的重複，其實對於教師或學員來說都會倍感壓力。觀察到彼此關係的緊張感時，我找了兩方會談，也給彼此喘息空間，讓學妹力心先由其他班別的臨床教師指導，也讓主要負責的指導的靜惠喘口氣休息，一陣子之後，再將心力交回給靜惠帶，順利通過試用期。

每每遭遇困頓挫折時，力心就會問靜惠學姊：「我是不是不適合在這個環境工作？」靜惠真的很有耐心，不會不耐煩，反問她：「妳為什麼這樣想？發生了什麼事？」靜惠也不介意讓力心知道自己也曾經這麼菜的，不需要因為這樣就否定自己。漸漸地，力心被我們這個加護病房團隊的凝聚力吸引了，彼此互助合作照顧病人。

力心剛獨立，我拜託學姊們多多關心，小組長也提到這個新上線的學妹動作沒那麼快，大家盡可能在為她安排病人時，採漸進式的增加難度，讓她有時間學習，不會立刻被嚇跑。



但可能病人也在幫力心累積臨床經驗值，讓她儲備未來的戰鬥力吧！她照顧的病人常出現突發狀況，讓她錯愕又難過自責。幸好她願意跟我分享，我們一起討論，除了我對她的支持，單位學姊也會鼓勵她，帶著她解決問題。

幾個月下來，力心自己的付出和單位同仁的陪伴沒有白費，成果逐漸顯現。力心自信地出現在病人的床邊，耐心地照護與協助病人。我看到力心的一步一腳印，見證她慢慢地成長，她的細心照護，帶給病人舒適，也幫助病人康復。現在單位有比力心更新的學弟妹，也會看到她主動去關心，分享自己的經驗並給予心理支持。

我常說，一個人可能沒辦法走得太快，但是當旁邊友人一起扶持一起前進的時候，就會一步一步的前進。不管多慢，只要方向對，願意努力和嘗試，相信總能見到那一片美麗的花海。每個新人的進度不一樣，特質不同，就像不同的花朵，我們用多少心思去灌溉，終會各自綻放出不同花朵最美好的樣貌。☺

# 因為喜歡 所以一直做下去

Stay in Nursing Career Because I Like It

■ 文 | 吳佳芬 大林慈濟醫院護理部外科組專科護理師 圖 | 徐惠琪

我叫吳佳芬，現在是大家口中的「佳芬姊」。1992年我從護理學校畢業，開始了我的護理職涯。起初，我在地區醫院的加護病房任職，因為對急重症照護有一股熱忱，所以轉到醫學大學附設醫院繼續學習。

1999年的921地震事件讓我認識了證嚴上人與慈濟醫療志業。當時，慈濟志工第一時間為災民送上熱食與關懷，投入救災工作，帶動家園清掃與復原，還舉辦祈福晚會募款，深深感動了我。受到上人的感召，隔年11月，我成為嘉義大林慈濟醫院的一份子。在這裡，一個機緣讓我轉換跑道，成為外科專科護理師。專科護理師是病人疾病過程中直接照顧的護理專家，更是醫師的重要醫療夥伴，提供以病人為中心的整合性醫療照顧，讓我在照護病人時更能面面俱到。

在照顧病人時，我喜歡用聊天的方式切入衛教內容。當病人及家屬面對疾病害怕不知所措時，我會用簡單易懂的方式讓他們勇敢面對疾病，讓他們安心接受照顧。我能給予病人與家屬的安全感，是我最大的成就，這也讓我結交了許多病人朋友。這種良善的循環不僅幫助了他人的生活，也豐富了我自己的生活。

在大林慈院的這些年，我照顧過無數的老年病人，李爺爺是一位胃癌病人，聊天中知道我喜歡旅遊，每次護理時總是跟我分享著他年輕時怎麼轉搭飛機去非洲、歐洲工作的故事，甚至還請家人將當年的黑白照片拿來跟我分享，這些珍貴的照片都超過50年了。雖然李爺爺最後不敵病魔，護理過程中我也引導家屬做到了陪伴李爺爺善終，善終做得好能讓病人如願也能讓家屬降低哀傷歷程。

還有一位王爺爺今年86歲，認識他是16年前他住院接受胰臟癌這個大手術，術後因經歷了胃滯留，進食後不斷的嘔吐，心情非常低落，需要不斷的給他鼓勵及陪伴，在住院將近一個月中，他很感謝我耐心的照護，出院後，我們的護病關係並未結束，這讓我感到無比欣慰。他總在每三個月定期回診日來病房看望我，順道帶來自家的農產品分享。這分情，是因為居住在這小鎮所擁有，我非常珍惜。



2008年，由於甲狀腺亢進的因素，我的護理職涯按下暫停鍵，讓身體休息。這期間，我學習了自己感興趣的英文，從英語正音開始，並為自己設立了一個目標——考取美國註冊護理師執照。在達成目標後，2009年初，再次回到大林慈濟醫院，因為這裡有一群志同道合的同事兼好友，彼此相互扶持，感情像家人一樣。我們一起上課、吃美食、爬山、運動、露營、旅遊、參與藝文活動及當慈濟志工等等。我親愛的摯友們，謝謝你們豐富了我的人生，讓我擁有滿滿的正能量。

在這長達30年的職場生涯中，當然也會有倦怠期。倦怠期是正常的，幾乎每個人都會經歷，這是一個機會讓我們好好檢視自己，調整工作與生活取得平衡。當我面對低谷期時，我會放慢腳步，給自己一些喘息的空間，下班後做一些讓自己感到愉悅的事情，例如與三五好友聚會、看影集來放鬆自己。

我更喜歡出國旅遊。算一算，我已經走過20多個國家，北極看極光、南極遊冰川、沙漠看銀河。旅行不僅僅是為了看見更多的風景，更是為了體驗更多的生活。每一次旅行都是一次心靈的成長，讓我更加深刻地理解這個世界的不同，生活在臺灣的我感到非常幸福。用眼睛看世界，用心體會文化，讓我心胸更寬廣。

護理工作充滿挑戰，但也充滿了愛與希望。每一次的付出，每一個微笑，都是對我們工作的肯定。你問我「當初為何選擇護理？」，我的回答跟很多護理師一樣——「母親給的建議」。你再問我「後悔選擇護理嗎？」，我的回答是「謝謝我母親當初的建議」。這一路雖然辛苦，但我樂在其中，因為喜歡與病人和家屬良善的互動，以及工作上滿滿的成就感。未來，我將繼續在護理的崗位上，用我的專業與愛心，陪伴更多的病人，走過他們人生中的風風雨雨。因為喜歡，所以我會在護理崗位一直做下去。

在「慢活」步調的大林，一待就是20多年。這一路走來，我要感謝在慈濟大家庭的你們，給予我的溫暖、包容及教導，讓隻身在大林的我不孤單。長江後浪推前浪，學弟妹們，學姊要做你們最堅強的後盾，你們準備好了嗎？

# 不可思議的人生旅程 來臺灣成為護理師

The Incredible Life Journey : from Malaysia to Taiwan to Be a Nurse

■ 文 | 張雪霓 大林慈濟醫院 11B 病房護理師 圖 | 許玉珍

其實我從來沒想過自己會成為護理師，因為在馬來西亞的成長過程中，我沒有接觸過任何醫療相關的事情，身邊認識的人也沒有從事相關行業。所以，有時候我覺得自己成為護理師，而且還跨海來到臺灣工作，真是不可思議。

我出生在馬來西亞的一個小康家庭，家中除了爸媽還有兩位妹妹，身為家中老大，我一直想減輕家庭負擔，一心想趕快出社會賺錢。從 15 歲開始我就半工半讀，直到 18 歲畢業。期間我換了幾份工作，幸運的是，每次工作的老闆都對我很好。當時我對大學沒有太多想法，所以畢業後就在五金行工作到 20 歲。看到身邊的朋友都在讀大學，我也滿羨慕的，想知道大學生活是什麼樣子，但不知道該讀什麼科系，也不清楚自己有什麼長處，甚至不清楚



讀了大學後能做什麼。後來我說服自己，船到橋頭自然直，命運自有安排。那時候，我的工作環境非常好，大家都像家人一樣。隨著年齡增長，我有時也想嘗試不同的工作，但又不敢踏出舒適圈，怕自己無法適應。直到有一天，老闆娘問我要不要嘗試讀護理學校，畢業後可以從事護理人員或照服員，因為她了解到目前護理人員需求很大，這是一個穩定的職業。她非常認真，還親自到吉隆坡的醫院了解護理的工作範疇及如何就讀護理學校，讓我大受感動，至今仍記憶猶新。

在確定是否從事護理工作的過程中，我內心



掙扎了很久，懷疑自己能否勝任這麼專業的工作。尤其是在中學讀的是文科班，對化學、物理、生物一無所知。後來在老闆娘的鼓勵下，我參加了慈濟科技大學的招生說明會，決定來臺灣一試。

經過與家人的討論，我最終申請了慈濟科技大學護理系，並且成功獲得錄取。那時我下定決心，畢竟這關係到很多層面的問題，如經濟和時間。在臺灣求學的過程雖然很辛苦，但我遇到了很多幫助我的朋友，並且多次獲得獎勵金解決了我的生活費問題。

讀護理後，我發現人體的複雜性和疾病的折磨讓我學會了珍惜當下，珍惜身邊的人。畢業後，我來到大林慈濟醫院工作，剛入職時非常緊張，由於疫情關係，我的實習經驗有限，導致工作起來非常不熟練，內心感到挫折和壓力。而且，對於一個僑生來說，語言溝通也是一大挑戰，尤其是與老年病人和家屬用臺語交流時，我常常聽不懂。

隨著時間的推移，我逐漸適應了工作環境，並且學會了如何調整自己的步調。雖然過程中經歷了很多挫折，幸好有護理長和學姊們的鼓勵，護理長告訴我，護理是一個需要高抗壓性的工作，大家都是在過程中學習和成長，不要懷疑自己，要相信自己有無限的可能。

轉眼工作一年多了，自己從學妹變成別人口中的學姊，也能慢慢在臨床上獲得一些成就感，像是得到病人或是家屬衷心的感謝。說實話，其實不確定自己有沒有進步，有時好像又在原地踏步，但最近和自己說「努力做好自己的事情！」這是必經過程。至少從什麼都不懂到現在會給自己訂下目標，設定事情完成的時間點，也能夠從被協助到去協助別人。

接下來，希望在工作和生活都能獲得平衡，當然不可能事事都一帆風順或是輕輕鬆鬆。病人的健康，是最好的回報，能帶給我繼續堅持的力量。雖然目前狀況處於「中間值」的階段，對未來的自己說：「繼續努力加油！」☺

# 急診護理師的愛與責任

The Love & Responsibility of an ER Nurse

■ 文、圖 | 林承睿 大林慈濟醫院急診護理師



從護生到急診臨床護理師的過程，需要付出大量的努力，並學習許多知識，一路走來在不斷碰壁中逐漸成長，一下子就過了三年，低潮時也曾問過自己：「這真的是我要的？」如今回頭想，恍然大悟，原來過去的經歷都是臨床護理師累積自信與成就的必經之路。

2015年國中畢業後就近就讀敏惠醫專，在學期間對救護產生濃厚興趣，考取了救護技術員證照，並參加救護志工服務。2021年畢業經過國考考取護理師證照後，為了讓臨床服務更加順利，馬上申請了消防替代役完成兵役，短短半年的分隊服務，也累積許多到院前救護、災害搶救、緊急應變等寶貴經驗。2021年10月退役馬上至大林慈濟醫院報到，開始我的急診護理之路。在急診，做中學的訓練過程非常紮實，短時間就讓我的各項臨床技能達標。

2023年12月11日下班，而且上完院內課程後和弟弟外科加護病房護理師林承濬一起開車回家，行經國道一號高速公路民雄路



段，發現前方車輛回堵，向前查看得知是發生嚴重車禍，當下瞬間急診魂爆發，立刻與弟弟下車救人，穿上反光背心，帶上車內救護包，往前跑過去，映入眼簾的是一輛翻覆的自小客車，有一位民眾受困，另有四位已自行脫困乘客在車道等待救護。

到達現場，立刻表明身分：「我是大林慈濟急診護理師，有人報案了嗎？」並開始進行檢傷分類，車內患者已無呼吸脈搏，其餘患者輕傷，「一黑四綠」，回撥 119 與勤務指揮中心回報現場多重傷病患狀況，通話中與弟弟將車窗擊碎並將傷者脫困，立刻實施高品質心肺復甦術，並將外傷出血點止血等創傷處置，在民雄高救隊到場交班完畢後，也一同合作進行 ACLS，並打上 IV 供 EMT-P 給予急救藥物，直到傷患推上救護車後送。



急診護理師林承睿（中左）與雙胞胎弟弟加護病房護理師林承濬（中右）在非工作時間發揮專長協助民眾急救，感謝急診主管的教導，左為急診護理長李荔芳，右為急診部李宜恭主任。  
攝影／黃小娟

平時接受李宜恭部長及李荔芳護理長紮實的急診訓練，急診魂已深深刻在我心中，非上班時間遇見民眾發生意外，立即上前協助救人，爭取黃金時間搶救生命。我們與每一位患者素昧平生，但義無反顧地搶救，這就是護理專業，就是護理的美好，更希望讓更多人知道，護理的力量無遠弗屆，護理的愛與關懷溫暖而堅強。

臨床工作三年，也在單位護理長的支持下完成在職進修。為了提升專業技能，我持續參加各種急重症研討會、災難救護工作坊，以及國際救護競賽(IEMSC)等，這些經驗讓我更加堅定留在急診護理服務的信念。

感恩護理路上遇到的每一位貴人，每天與能力強大的急診團隊成員一起，用愛心、耐心、同理心去照顧每一位病人，每一個病人的康復都是對我們最大的肯定，每一次成功的急救都鞭策著我不斷前進，懷抱著護理專業熱忱，持續為南部鄉親貢獻我的一分力量。

# 做好每一件小事

Do Every Little Thing Well

■ 文 | 李文吉 大林慈濟醫院手術室護理師

退伍後，得知慈濟要在嘉義的大林建立一間醫院，我想留在南部，時間機緣也很剛好，於是我加入了大林慈濟醫院手術室，擔任護佐的工作。工作幾年下來感覺到知識與能力的不足，在同仁的鼓勵與邀約下，我決定進修，就讀慈惠醫護管理專科學校的假日在職專班護理科。每個星期六天未亮，我就與同仁驅車前往將近 200 公里遠的學校上課。為了節省油錢與時間，我們晚上就近住在學校附近的老旅館，星期日快半夜才能回到家，隔天又得面對忙碌的手術房工作。雖然辛苦，但我知道自己學習的是護理知識與專業技能，因此從進入護理科就讀的第一天起，就非常積極地學習。畢業後，我如願考取了護理師與護士執照，順利轉職為手術室護理師。

考取護理師、護士執照後，我曾經迷惘過，覺得如果能夠再讀藥劑科系，未來當個藥劑師也不錯。但當我看到靜思語「對的事情，做就對了。」想起自己是因為喜歡在手術室裡幫助病人，才進入護理的領域，我正在做的是我喜歡的工作。不久後，我再度進修，



就讀中華醫事科技大學護理科並取得二技文憑。

親友們知道我在手術室工作後，常常問我：「在開刀房裡看到血淋淋的，你不會害怕嗎？」我都回答他們：「我就是在幫助人啊！」即使只是小手術，對病人而言也是大手術，因此，我認真地照護每一位病人，陪伴病人一起面對手術前的焦慮與不安，協助醫師順利完成手術。

有一次，一位病人因為膝關節手術住院。手術後，他對我的照顧非常感激，出院時還特地送了一籃自家種的水果給我。幾年後，他再次回來做另一側膝關節的手術。當他看到我時，驚訝地說：「帥哥，我還記得你！上次就是你來幫我的。」這句話讓我感到非常溫暖，因為我的付出得到了病人的認可與感激。

每次聽到病人說他們記得我，或是簡簡單單的感謝的話，我心裡都很高興，因為自己對病人的用心，他們都記得。而且病人也會回饋手術後的成效，例如接

受治療的膝蓋已經舒適許多，不僅晚上睡得著覺，止痛藥也少吃了很多。

還記得有一次手術是為一位年輕的女性進行癌症相關的緊急手術。她的病情非常嚴重，手術團隊全力以赴，經過很長時間終於順利完成手術。出院後，她寫了一封感謝信給我們，信中提到：「是你們的努力與關愛，讓我有重生的機會，能夠繼續陪伴我的孩子。」知道病人因為接受治療重獲生命，或是變得更健康、更有活力，甚至讓一個家庭因此得以完整，我自己也會很感動，這些都轉化成我護理工作的原動力。

當然也有搶救失敗的例子。記得是一位因執行公務受傷的高速公路





警察，他被送來急診時腹腔嚴重出血，外科醫師安排緊急手術，因為病人年齡跟我相近，想到他的家人，甚至可能有年幼的兒女正在等著他回家，我內心一股熱血，覺得不論如何一定要幫忙救活他。不幸的是，病人因傷勢過重，終究沒能存活下來，最後醫師只能沉重地宣告病人往生時間。那一刻，開刀房非常安靜，時間彷彿靜止了。但就在寂靜的空氣中，突然傳來了純淨的嬰兒哭聲，是房間對面剖腹產剛剛生下來的新生兒的第一道哭聲。隨著嬰兒逐漸有力的哭聲傳遍手術室，似乎在撫慰著逝去的生命，很難形容那一刻的心情，這邊是對剛逝去生命的不捨，對門是迎接新生命到來的期待。

一路走來，我最感謝的就是同在手術室裡的同仁。在開刀房裡，每個人必須各司其職、稱職地做好自己角色。我們都是手術室裡的一個小齒輪，彼此推動，互相幫忙，互相合作。或許看起來不顯眼的護理工作，卻非常重要。「做好每一件小事，就是做大事。」每天協助醫師手術、照護病人，多年下來，我已經幫助超過上萬位病人，讓病人恢復健康的身體，擁有更舒適的生活。我做著護理的工作，讓世界變得更美好。☺

# 心蓮學習付出無求

Salute to Heart-Lotus Palliative Care Ward Volunteers

■ 文 | 劉宏茂 大林慈濟醫院護理部獨立組訓練專科護理師

2018年因為參加慈濟的慈誠培訓課程，曾經到大林慈濟醫院當醫療志工，在病歷室送病歷，協助診間轉送文件，也曾經在洗腎室幫忙換床單及折被服。當時就聽聞慈濟醫院心蓮病房志工服務病友的分享，感覺非常的溫馨，可惜一直沒有機會親自參與。

今年(2024)初進入大林慈濟醫院任職，到職新進員工需要體驗一日志工的學習歷程，本來想說也是到門診診間或協助掛號及自助收費等工作，沒想到社服室常住志工鶯鶯師姊問我有沒有想要去哪裡服務，我立即提出心中一直期待想去服務的單位——心蓮病房。鶯鶯師姊說：「可以啊！」於是讓我跟著月琴師姊及彩芳師姊到心蓮病房。

從離開志工組辦公室到心蓮病房的這段路程，兩位師姊對我這個新進員工細心的介紹環境，關心我工作上有沒有困難之處，也祝福我很快融入慈院這個大家庭。





一到心蓮病房，護理師見到月琴師姊馬上就說：「師姊出國探親回來了喔！出去很久，小孩子們都還好吧！」、「妳們好久沒來，好想妳們！」……看見護理人員、心蓮病房法師（宗教師）與兩位師姊彼此熱心的問候及互動，就知道她們一定很用心關懷護理人員，所以都被當成家人朋友般對待。

跟著兩位師姊來到各病房，她們用擦了慈濟面霜的笑容，給予溫馨關懷。接近午餐時間，師姊們詢問護理師有沒有需要協助準備便當，而且會問有沒有特殊的需求，真正把護理師當成自己的女兒疼愛，擔心她們因工作忙碌而無法好好的用餐。

後續自己也進入病房服務，看見每個定點都有師兄、師姊，包括在入院處引領病人及家屬到病房，避免他們對陌生環境感到心慌無措；而在病房區域，當然也有師兄、師姊待命協助，並在合適的時間給予關懷並分享佛法來撫慰人心。心蓮病房的護理師及書記若需要幫忙，不管是鋪床或者是其他非醫療的雜事，總是二話不說地動手協助，甚至會主動的詢問：「還有沒有事可以幫忙？」種種的事蹟都令人十分感動。

在此不禁感恩上人的慈悲，讓弟子們有機會真正進入到醫院來見病苦而知福，並且有機會付出，才可以真正的付出無所求，將上人的法滋潤所有需要的人的心，減緩病人及家屬的心苦。

從慈濟醫療志工的身上，我學習到以「感恩、尊重、愛」的心來待人，必定能夠事事圓滿，也期許自己的護理專業及生活上日日勤修精進。☺

TZU CHI NURSING JOURNAL

Research  
Articles

VOLUME 23 NUMBER 4

AUGUST 2024

志為護理  
學術論文

2024年8月 第二十三卷 第四期

慈濟護理人文與科學



# 目錄 Contents

- 63** 提升護理人員執行拔管後病人吞嚥照護完整性  
/ 王鈺幘、林孝安、吳宜臻、賴敏芳  
Improving the Integrity of Nursing Staff's Swallowing Care for Patients After Extubation  
/ Yu-Chen Wang, Hsiao-An Lin, Yi-Chen Wu, Min-Fang Lai
- 76** 提升護理指導滿意度專案：運用 Line@ 整合護理指導工具及流程再造為例  
/ 陳昕伶、陳曉寧  
Project to Improve Nursing Guidance Satisfaction: Using Line@ Integrated Nursing Guidance Tools and Process Reengineering as an Example  
/ Hsin-Ling Chen, Hsiao-Ning Chen
- 91** 照護一位類風濕性關節炎個案合併急性呼吸衰竭之加護護理經驗  
/ 許玉秀、朱育臻  
Nursing Experience in Intensive Care Unit of a Patient of Rheumatoid Arthritis Complicated with Acute Respiratory Failure  
/ Yu-Hsiu Hsu, Yu-Jen Chu
- 102** 運用舒適理論照護一位口腔癌患者放置氣管內管之加護經驗  
/ 洪瑜蓮、粘雅淨、紀巧玲  
Nursing Experience of Caring for a Patient with Oral Cancer Post Endotracheal Tube Placement by Using Theory of Comfort  
/ Yu-Lian Hong, Ya-Ching Nien, Chiao-Lin Chi
- 112** 照顧一位診斷法布瑞氏症合併中風個案之門診護理經驗 / 高雅珍  
The Outpatient Care Experience of a Patient Diagnosed with Fabry's Disease Complicated by Stroke / Ya-Jhen Gao

# 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, Jul-Ling Feng, Hsiu-Chen Yeh, Hui-Ling Yeh, Shu-Wen Huang, Yu-Chen Hsu, Chao-Kuei Pan, Chiung-Chen Tseng, Hung-Lan Wu, 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](mailto:nursing@tzuchi.com.tw)

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

Printed in Taiwan

# 提升護理人員執行拔管後病人 吞嚥照護完整性

王鈺幘<sup>1</sup>、林孝安<sup>1</sup>、吳宜臻<sup>1</sup>、賴敏芳<sup>2</sup>

## 中文摘要

插管病人因氣管內管長期壓迫咽喉，使喉部潰瘍或喉返神經麻痺，導致吞嚥效率降低，拔管後應盡早吞嚥評估、口腔復健運動，強化吞嚥肌力及反射，以達進食安全。經現況分析確立，護理人員執行拔管後病人吞嚥照護完整性34.3%，原因為護理人員吞嚥照護認知55%；評估表不適用拔管病人；吞嚥照護流程不完整；缺乏拔管後病人吞嚥照護指引及評估工具，藉由修訂吞嚥訓練評估表及吞嚥照護流程圖，製作吞嚥評估工具包、順吞不卡喉運動影片及吞嚥照護五步曲，舉辦吞嚥照護教育課程等改善措施，經專案實施後，護理人員執行吞嚥照護完整性由34.3%提升至92.3%，吞嚥照護認知正確性由55%提升至95.3%，達專案目標以維護病人安全提升護理品質。(志為護理，2024; 23:4, 63-75)

關鍵詞：拔管後吞嚥困難、吞嚥評估、吞嚥訓練

## 前言

重症病人因放置氣管內管降低咽喉括約肌對下呼吸道保護作用，增加口腔分泌物進入下呼吸道的機率，文獻中提出接受長期氣管插管病患高達84%於拔管後其吞嚥效率及安全受到影響，出現拔管後吞嚥困難(post-extubation dysphagia, PED)症狀，若及早執行初步吞嚥功能評估，不僅能預防併發症，亦

可早期執行吞嚥訓練協助其恢復由口進食，反之，則可能發生嗆咳導致吸入性肺炎，引發非預期性放置氣管內管，進而延長呼吸器使用時間，增加住院天數(吳等，2018；林政宜等，2020；林淑女等，2021；莊等，2018)。

本單位是亞急性呼吸照護中心，臨床照護時發現病人拔管後皆由病人或家屬主動要求，醫師同意後才開始由口進食，2022年曾發生病人因拔管後未經吞

長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院亞急性呼吸照護中心護理師<sup>1</sup>、長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院亞急性呼吸照護中心副護理長<sup>2</sup>

接受刊載：2024年2月29日

通訊作者地址：賴敏芳 桃園市龜山區復興街5號

電話：886-3-3281200 #2992 電子信箱：joy800501@cgmh.org.tw

嚥評估，進食時發生噎咳，導致吸入性肺炎重新放置氣管內管，也發現單位人員對拔管後病人如何進行吞嚥評估及吞嚥訓練不清楚，故引發本專案小組探討動機，期望藉由專案改善，提升護理人員對拔管後病人吞嚥照護完整性，降低噎咳導致重新放置氣管內管之風險，以維護病人安全提升護理品質。

## 現況分析

### 一、單位特性及人力配置簡介

本單位為亞急性呼吸照護中心，總病床數24床，主要收治使用呼吸器大於21天病人，2021年平均佔床率84.3%，平均每月收治56%放置氣管內管的病人，其中每月有34%病人依醫囑拔管。醫療團隊成員包含主治醫師4位、住院醫師2位、護理長1位及護理人員共34位，工作年資：20.7%(7位)小於2年，26.5%(9位)2-5年，29.4%(10位)6-10年，23.5%(8位)10年以上，護病比為1：3-4。

### 二、院內規章及教育訓練調查

經查閱規章作業，並無吞嚥訓練相關工作規範，僅有吞嚥障礙之護理指導手冊，內容針對腦部及神經肌肉疾病，口、咽、食道局部缺陷或腫瘤等疾病造成的吞嚥障礙，並無針對拔管後病人因喉部神經感覺功能降低引發吞嚥反射延遲的衛教，雖設有吞嚥評估表及教育訓練課程，但內容針對腦中風病人，對於長期使用呼吸器後拔管病人不適用。

### 三、醫療團隊執行吞嚥照護流程

現況醫師皆不會主動予拔管後病人嘗試由口進食，須由病人及家屬主動要求，醫師開立喝水試驗醫囑，由護理人

員使用大棉枝或空針針筒給病人喝水，若無噎咳情形，才開始給予軟質飲食；若有噎咳情形則立即停止評估禁止由口進食，且無複評機制，如圖一。

### 四、護理人員執行吞嚥照護完整性調查

為了解護理人員對拔管後病人執行吞嚥照護作業情形，專案小組參考相關文獻，與語言治療師討論後擬定「護理人員執行吞嚥照護觀察表」，於2022年6月1日至7月31日，以實際觀察法觀察單位30位護理人員執行吞嚥照護完整性，結果發現護理人員執行吞嚥照護完整性僅34.3%，以吞嚥評估為最低佔34%，其次為吞嚥訓練佔34.7%，在吞嚥評估方面，以「觀察吞嚥反射情形」最低佔13.3%，其次為「進行吞嚥評估時機」及「進行吞嚥評估前執行口腔清潔」各佔36.7%；在吞嚥訓練方面，以「口腔復健運動」最低佔0%，其次為「食物種類選擇」佔33.3%，如表一。進一步訪談發現有86.7%(26位)表示不知道吞嚥反射怎麼看；66.7%(20位)表示病人或家屬有要求吃東西才會執行吞嚥評估；63.3%(19位)表示在晨間護理時就會執行口腔清潔，所以不管有沒有進食就不用再做；100%(30位)表示不知如何執行口腔復健運動；66.7%(20位)表示只要沒有噎咳就可以吃，大多都從軟質飲食開始。

### 五、護理人員對吞嚥照護認知調查

因護理人員執行吞嚥照護完整性僅34.3%，為進一步瞭解護理人員對於吞嚥照護認知狀況，專案小組參考相關文獻，與語言治療師討論後擬定「護理人員吞嚥照護認知問卷調查表」，於

表一  
護理人員執行吞嚥照護完整性調查結果

項目	完整人數	完整率(%)
吞嚥評估		34.0
進行吞嚥評估時機	11	36.7
進行吞嚥評估前執行口腔清潔	11	36.7
準備姿勢	13	43.3
吞嚥評估方法	12	40.0
觀察吞嚥反射情形	4	13.3
吞嚥訓練		34.7
行吞嚥訓練前執行口腔清潔	11	36.7
進行吞嚥訓練時姿勢	15	50.0
口腔復健運動	0	0.0
食物種類選擇	10	33.3
進行吞嚥訓練後執行口腔清潔	16	53.3
總平均		34.3

註：(n = 30)

2022年8月1日至8月19日，調查護理人員30人，問卷回收率100%，調查結果顯示護理人員對於吞嚥照護認知正確性僅55%，以吞嚥訓練最低佔47.5%，其次為吞嚥評估與檢查佔56.7%，在吞嚥訓練方面，以「食物種類選擇」最低佔33.3%，其次為「訓練時吞嚥安全考量」佔40%，在吞嚥評估與檢查方面，以「吞嚥困難的診斷檢查方式」最低佔30%，其次為「吞嚥評估方式」佔40%，如表二。進一步訪談發現，67%(20位)表示只要可以吃的病人都應先從軟質飲食開始；50%(15位)表示只注意病人有沒有坐高，沒特別在意姿勢；70%(21位)表示只知道用水評估吞嚥狀況。

綜合現況分析，將護理人員執行拔管後病人吞嚥照護完整性低之原因歸納出特性要因圖，如圖二。

## 問題及導因確立

經現況分析結果，確立護理人員對拔管後病人執行吞嚥照護完整性僅34.3%，其原因為：一、護理人員吞嚥照護認知為55%；二、評估表不適用；三、無針對拔管後病人吞嚥照護指引及吞嚥照護流程；四、無統一評估工具。

## 專案目的

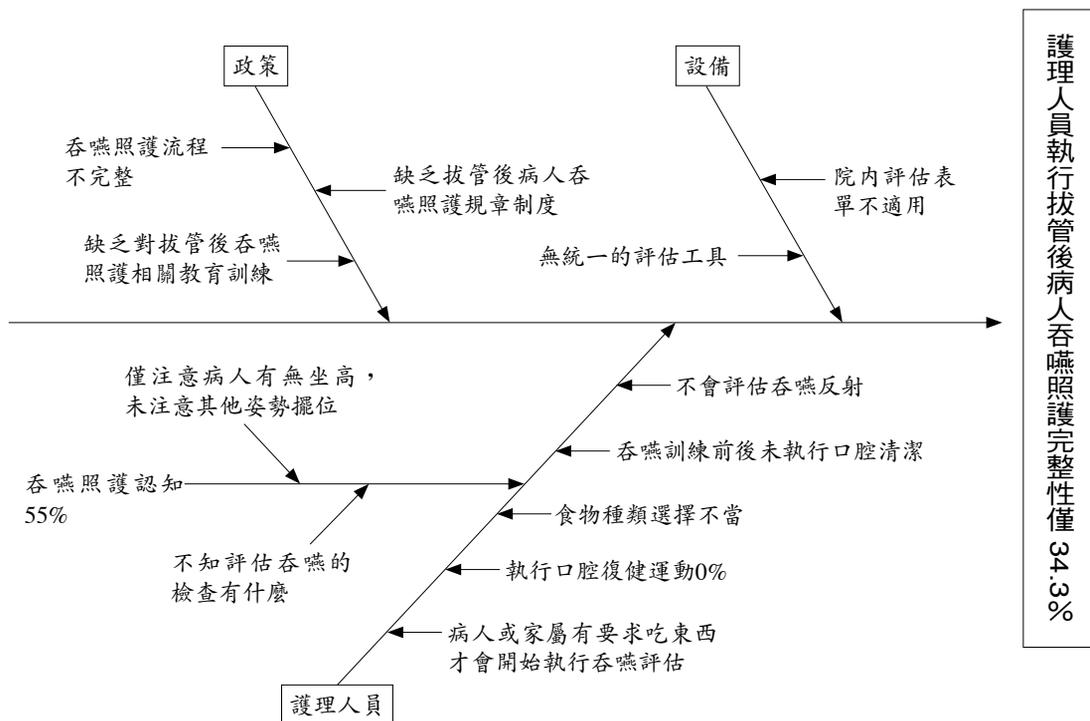
經參考黃等(2018)提升腦中風病人執行吞嚥訓練自我練習完整率改善至94.4%及護理人員吞嚥評估訓練認知改善至97%，故本專案小組與單位護理長討論後，專案目標設定：(一)護理人員對拔管後病人執行吞嚥照護完整性由34.3%提升至90%；(二)吞嚥照護認知正確性由55%提升至95%。

表二  
護理人員對吞嚥照護認知調查結果

項目	正確人數	正確率(%)
吞嚥困難的定義		63.3
吞嚥困難的危險因子	16	53.3
吞嚥困難的臨床表徵	22	73.3
吞嚥動作的分期	19	63.3
吞嚥評估與檢查		56.7
吞嚥困難的診斷檢查方式	9	30.0
吞嚥評估時機	30	100.0
吞嚥評估方式	12	40.0
吞嚥訓練		47.5
食物種類選擇	10	33.3
訓練時姿勢擺位	22	73.3
訓練時吞嚥安全考量	12	40.0
口腔復健運動	13	43.3
總平均		55.0

註：(n = 30)

圖二  
護理人員執行拔管後病人吞嚥照護完整性特性要因圖



## 文獻查證

### 一、拔管後吞嚥困難的定義及影響

經口咽氣管內管的病人在插管超過48小時後，因長期接觸及壓迫易造成唇、舌、頰肌、聲帶損傷及唾液分泌不足，使喉部潰瘍及暫時或永久性的喉返神經麻痺，造成舌肌效能不佳及口咽神經反應遲緩，導致吞嚥效率降低，影響吞嚥安全，稱為拔管後吞嚥困難，此類病人於吞嚥時食糰易掉入呼吸道產生嗆咳，導致吸入性肺炎(吳等，2018；楊等，2021)，據文獻統計約60%長期插管病人在拔管後72小時內發生吸入性肺炎，因此及早進行吞嚥評估執行吞嚥訓練，對拔管後病人極為重要，雖臨床上吞嚥評估及吞嚥訓練多以語言治療師執行，但考量人力及工作時間，無法即時評估，且多位學者指出護理人員若能參與完整的吞嚥訓練，具備吞嚥知識與評估技能後，能執行初步吞嚥功能評估，不僅能早期發現病人吞嚥問題，亦可早期執行吞嚥訓練，對於預防吸入性肺炎有很大幫助(陳等，2021；黃婷等，2018；楊等，2021)。

### 二、吞嚥照護

根據2018年衛生福利部心理健康司的咀嚼吞嚥障礙臨床診治參考指引，吞嚥評估方式有重複吞嚥唾液測試、改良式喝水試驗、食物試驗、經鼻內視鏡及螢光吞嚥攝影檢查等，為避免拔管後病人發生吸入性肺炎，在病患意識清楚可依指示完成動作、不會被唾液嗆到的狀況下，應在拔管24小時後進行例行性吞嚥篩檢，建議由受過訓練的護理人員或語言治療師執行，需注意病人臥床姿勢與水平面保持約60–90度、頭傾向健側、轉

頭向患側、下巴內縮等，並先請病患清理口腔及喉嚨，必要時予以抽痰(林政宜等，2020；Marvin et al., 2019)。正常飲食質地選擇應由液體開始，依序為軟質食物到固體食物。進行吞嚥訓練時，食物種類的選擇應以吞嚥功能不足的部分做調整，舌頭功能異常、舌根部後縮不足者，適合較稀的食物；吞嚥反射延遲或吞嚥前就有氣道吸入者，較適合軟滑流速慢或濃稠食物(相、胡，2017)。每口以1–2毫升進行吞嚥，觀察口腔內沒有食物殘留再餵下一口，用餐後執行口腔清潔減少吸入性肺炎發生(鄭，2020)。由醫療團隊評估適合的口腔復健運動，如：刺激吞嚥反射、強化肌肉力量，包含顫顎關節運動、臉頰運動、舌頭運動等，強化肌肉力量、增加吞嚥反射等，以達進食安全性(林淑女等，2021；孫等，2021)。

### 三、提升護理人員執行吞嚥照護完整性之策略

為提升醫療人員對拔管後吞嚥困難病人的重視，應參與吞嚥訓練相關課程，並提供完整的吞嚥評估與治療標準流程，依需要予以飲食衛教，可作為護理人員執行吞嚥照護準則，藉由制定篩檢工具及指導手冊，透過統一的照護作業流程、修訂吞嚥評估流程，使同仁執行時有所依循外，也能提升吞嚥照護評估正確率及完整性(吳等，2018；黃婷等，2018；莊等，2018)。口腔復健運動可改善吞嚥功能，藉由咽部冰刺激能誘發吞嚥反射，舌頭運動、頭部抬舉運動、下顎內縮阻抗運動等可強化吞嚥肌肉力量(相、胡，2017；葉桓安、陳渝仁，

2021)，可運用多媒體互動衛教影片，教導藉由影像、圖形、動畫、聲音等不同媒體形式，提升學習者興趣及教學品質，提升吞嚥照護完整性之重要策略(蕭等，2018；黃婷等，2020)。

### 解決辦法及執行過程

依據現況分析確立問題，與語言治療師討論後，提出可行解決方案進行決策矩陣分析，由本專案小組成員4人及語言治療師1人，共5人，依解決方案之可行性、效益性、重要性進行評分，作為選定方案依據，如表三。

本專案自2022年8月20日至10月30日，依計畫期、執行期、評值期進行，如表四。

#### 一、計畫期(2022年8月20日至2022年8月31日)

##### (一)修訂吞嚥照護流程圖

與病房主任、語言治療師、護理長及專案小組成員共同討論及修訂吞嚥照護流程圖，內容為意識清醒且拔管後24

小時生命徵象穩定的病人，醫師主動開立醫囑，護理人員執行吞嚥評估，評估通過者可開始吞嚥訓練，食物種類依序為：液體→軟質→固體，評估不通過病人，可分為吞嚥肌力不足及吞嚥反射延遲，吞嚥肌力不足由護理人員教導病人執行口腔復健運動，吞嚥反射遲緩則由護理人員執行病人咽部冰刺激，持續一週後再次評估，如圖三。

##### (二)修訂「吞嚥訓練評估表」

與病房主任、語言治療師、護理長及專案小組成員共同討論製作吞嚥評估表，使用對象為意識清醒且拔管後24小時生命徵象穩定的病人，評估表內容包含：評估時機、咳嗽功能、吞嚥力量及吞嚥反射。評估項目說明：咳嗽功能分成一至四級，評分依序為0-3分；吞嚥力量分成水可以吞乾淨為1分及水從嘴角流出為0分；吞嚥反射分成吞嚥<2秒為1分及吞嚥>2秒為0分，總分為5分，大於3分(含)以上表示通過，0-2分表示不通過，其咳嗽功能一級、水從嘴角流出屬於吞

表三  
提升護理人員執行吞嚥照護完整性之決策矩陣分析

解決方案	可行性	效益性	重要性	得分	選定
修訂吞嚥照護流程圖	25	21	24	70	○
修訂「吞嚥訓練評估表」	23	22	20	65	○
製作「吞嚥評估工具包」	25	20	20	65	○
製作「吞嚥照護五步曲」	23	20	18	61	○
製作吞嚥照護提醒小卡	17	17	10	37	
製作吞嚥照護指引手冊	25	25	25	75	○
製作「順吞不卡喉運動」影片	21	21	21	63	○
舉辦吞嚥照護教育課程	25	25	25	75	○

註：依可行性、效益性、重要性為評分標準，1分為差、3分為尚可、5分為佳，總分60分以上判定為可行方案(5分×5位組員×3個評價項目×80%改善能力)

嚥肌力不足；吞嚥時間>2秒屬於吞嚥反射延遲，則由護理人員執行咽部冰刺激，一周後復評。

### (三)製作「吞嚥評估工具包」

與病房主任、語言治療師、護理長及專案小組成員共同討論及製作吞嚥評估工具包，設置工具：口腔清潔用物(大棉枝一包、海綿牙刷一支、漱口水一瓶)、吞嚥評估檢測工具(10ml空針一支、30ml小藥杯一個、彎盆一個、護理巾一張)，使用夾鏈袋包裝。

### (四)製作「順吞不卡喉運動」教學影片

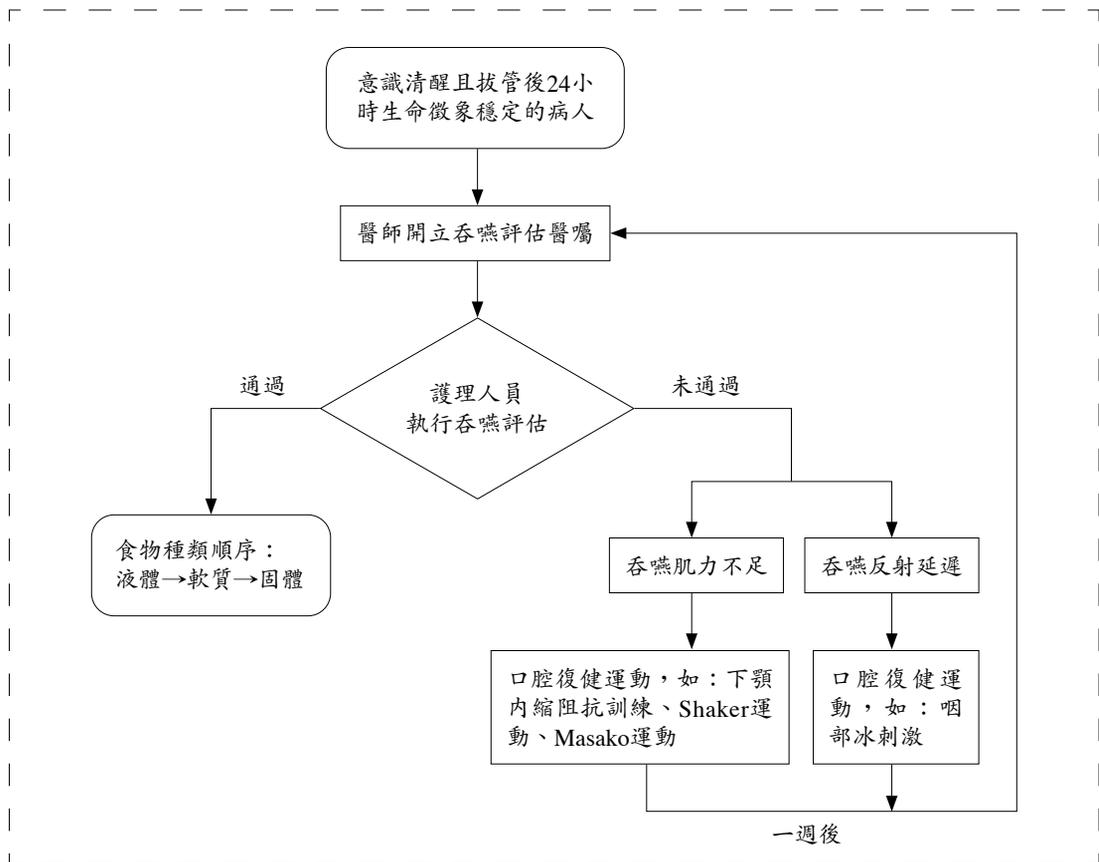
由語言治療師、護理長及專案小組成

員共同討論製作「順吞不卡喉運動」教學影片，由護理人員教導病人執行口腔復健運動，內容包含：「咽部冰刺激」將棉枝放置於冰箱冷凍庫半小時，對病人的懸雍垂兩側進行冰刺激，每側5-10次，每次1-1.5秒，促進吞嚥反射誘發；「舌頭運動」將雙唇張開，用力把舌頭向前伸出唇外，然後依上、下、左、右順序轉動舌頭，每轉一個方向需維持10秒，重複5-10次，強化口腔肌肉；「下顎內縮抵抗運動」床頭搖高90度，將具有彈性的圓球放置下顎處後，持續用力向胸口擠壓維持約30秒並連續三次，一

表四  
提升護理人員執行吞嚥照護完整性甘特圖

項目	年											
	2022											
	8		9				10					
週	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
<b>一、計畫期</b>												
修訂吞嚥照護流程圖	★											
修訂「吞嚥訓練評估表」	★											
製作「吞嚥評估工具包」	★											
製作「吞嚥照護五步曲」	★	★										
製作「順吞不卡喉運動」教學影片	★	★										
製作吞嚥照護指引手冊	★	★										
規劃吞嚥照護教育課程			★									
<b>二、執行期</b>												
宣導並推行吞嚥照護流程圖				★	★	★						
宣導並推行「吞嚥訓練評估表」				★	★	★						
宣導並推行「吞嚥評估工具包」				★	★	★						
宣導並推行「吞嚥照護五步曲」				★	★	★						
宣導並推行「吞嚥照護指引手冊」				★	★	★						
推行「順吞不卡喉運動」教學影片				★	★	★						
舉辦吞嚥照護教育課程				★	★	★						
<b>三、評值期</b>												
吞嚥照護完整性調查								★	★	★	★	★
吞嚥照護認知評核								★	★	★	★	★

圖三  
修訂後吞嚥照護流程圖



天三個循環，可訓練上舌骨肌群；「頭部抬舉運動」是平躺在床上不墊枕頭，緩緩抬頭看向自己的腳尖，當頭抬到最高時，需維持30–60秒，連續三次再緩慢放下，一天三個循環，可強化頰下肌肉群；「舌頭把持運動」是將舌頭伸出至唇外，上下齒輕咬住並固定舌頭，用力吞口水，重複5–10次，可強化舌根、後咽壁肌力；「吹氣運動」是將衛生紙放在離病人嘴巴前約15公分處，用力吹氣使衛生紙飄動，每次連續吹20下，提升吞嚥協調度；「面部按摩」針對臉頰、上下唇進行局部按摩可增加力量及感

覺，影片共5分15秒，上傳至單位線上討論區，如圖四。

#### (五)製作「吞嚥照護五步曲」

由語言治療師、護理長及專案小組成員共同討論，製作吞嚥照護五步曲為「拔、評、訓、復、一」，「拔」指意識清醒且拔管後24小時生命徵象穩定的病人；「評」指運用吞嚥訓練評估表，搭配吞嚥評估工具包使用；「訓」指吞嚥訓練，內容為「好精神」意識清醒；「好姿勢」進食擺位採坐挺60–90度、頭傾向健側、轉頭向患側、下巴內縮；「小口量」進食選用小於3公分的湯匙，

以每口1–2毫升進行吞嚥；「吞乾淨」觀察口腔內無食物殘留後再餵下一口；「要清潔」進食前後進行口腔清潔減少牙菌斑殘留；「復」指口腔復健運動；「一」指若吞嚥評估不通過者，口腔復健運動介入一週後復評，並製成海報(寬52公分×長76公分)彩色印刷，如圖五。

#### (六)規劃吞嚥照護教育課程，製作照護指引

參考文獻後，由語言治療師、護理長與專案小組共同討論規劃教育訓練課程，內容包含：吞嚥照護重要性及目的、介紹吞嚥照護流程圖及吞嚥訓練評估表的使用方式、時機及再評估時機、吞嚥評估工具包應用、推行吞嚥照護五步曲、教導順吞不卡喉運動，製作成簡報檔，授課時間約1小時，並將課程內容製作成A4大小的照護指引手冊，置於單位護理站供人員參閱。

#### 二、執行期(2022年9月1日至2022年9月21日)

(一)宣導並推行吞嚥照護流程圖、評估表、工具包及吞嚥訓練五步曲，小組成員於2022年9月1日於單位護理站晨間會議時，向單位同仁說明此次專案執行目的、早期進行吞嚥評估及吞嚥訓練重要性，並宣導及推行吞嚥照護流程圖、吞嚥訓練評估表使用方式，內容包含使用時機、咳嗽功能、吞嚥力量及吞嚥反射之評分標準，並放置護理站提供同仁參閱。吞嚥評估工具包的使用時機為意識清醒且拔管後生命徵象穩定的病人，介紹評估工具使用方式，放置於單位庫房提供同仁使用。宣導吞嚥照護五步曲，並將其宣傳海報張貼在單位走廊，

圖四  
修訂後吞嚥照護流程圖



圖五  
修訂後吞嚥照護流程圖



供同仁參閱。

#### (二)推行順吞不卡喉運動教學影片

於2022年9月1日上傳順吞不卡喉運動影片至單位線上討論區，應瀏覽人數30位，實際瀏覽人數30位，瀏覽率100%，並請同仁在瀏覽後留言反饋。9月2日有同仁反饋，影片裡有多項復健運動，步驟不容易記起來，且教導病人做運動時會忘記。改善方法，將順吞不卡喉運動

影片於每日會客時間時使用單位電視播放，讓家屬會客時間陪同觀看，並建立影片QR Code提供非會客時間可使用手機、平板觀看，也視病人情況調整為國、臺語兩種版本。

### (三)舉辦吞嚥照護教育課程

於2022年9月7日舉辦一場吞嚥照護教育課程，應出席30位，實際出席共27位，出席率90%，課程滿意度100%。針對未出席3位人員，給予教育訓練簡報提供閱讀，一周內閱讀完畢。並將照護指引手冊，放置單位護理站，提供大家隨時參閱，將此課程列入新進人員報到三個月內完成閱讀項目。

### 三、評值期(2022年9月22日至2022年10月30日)

經專案實施後，於2022年9月22日至10月30日進行評值，小組成員使用「護理人員吞嚥照護觀察表」實際觀察30位護理人員執行吞嚥照護完整性及使用「護

理人員吞嚥照護認知問卷調查表」調查30位護理人員，問卷回收率100%，比較專案執行前後差異並分析。

## 結果評值

本專案藉由擬定吞嚥照護流程圖及吞嚥訓練評估表，設置吞嚥評估工具，舉辦吞嚥照護教育課程提升人員執行病人吞嚥照護的認知及照護；並藉由推行順吞不卡喉運動教學影片，以影像、動畫及聲音等不同媒體形式，提升病人興趣及教學品質，進行後，護理人員執行吞嚥照護完整性由34.3%提升至92.3%，如表五；護理人員對吞嚥照護認知正確性由55%提升至95.3%，如表六，達本專案目標。

## 討論與結論

本專案經參考文獻、現況分析後，由語言治療師與專案小組藉由跨團隊合作共同擬定「吞嚥照護流程」及「吞嚥訓

表五  
護理人員執行吞嚥照護完整性調查結果

項目	改善前(%)	改善後(%)	差異(%)
吞嚥評估	34.0	94.7	↑ 60.7
在拔管後盡早進行吞嚥評估	36.7	100.0	↑ 63.3
進行吞嚥評估前執行口腔清潔	36.7	100.0	↑ 63.3
準備姿勢	43.3	86.7	↑ 43.3
吞嚥評估方法	40.0	100.0	↑ 60.0
觀察吞嚥反射情形	13.3	86.7	↑ 73.3
吞嚥訓練	34.7	86.7	↑ 53.3
進行吞嚥訓練前執行口腔清潔	36.7	100.0	↑ 63.3
進行吞嚥訓練時姿勢	50.0	86.7	↑ 36.7
口腔復健運動	0.0	83.3	↑ 83.3
食物種類選擇	33.3	80.0	↑ 46.7
進行吞嚥訓練後執行口腔清潔	53.3	100.0	↑ 46.7
總平均	34.3	92.3	↑ 58.0

註：(n = 30)

表六  
護理人員對吞嚥照護認知調查結果

項目	改善前(%)	改善後(%)	差異(%)
吞嚥困難的定義	63.3	94.4	↑ 31.1
吞嚥困難的危險因子	53.3	93.3	↑ 40.0
吞嚥困難的臨床表徵	73.3	90.0	↑ 16.7
吞嚥動作的分期	63.3	100.0	↑ 36.7
吞嚥評估與檢查	56.7	97.8	↑ 41.1
吞嚥困難的診斷檢查方式	30.0	93.3	↑ 63.3
吞嚥評估時機	100.0	100.0	0.0
吞嚥評估方式	40.0	100.0	↑ 60.0
吞嚥訓練	47.5	94.2	↑ 46.7
食物種類選擇	33.3	93.3	↑ 60.0
訓練時姿勢擺位	73.3	90.0	↑ 16.7
訓練時吞嚥安全考量	40.0	93.3	↑ 53.3
口腔復健運動	43.3	100.0	↑ 56.7
總平均	55.0	95.3	↑ 40.3

註：(n = 30)

練評估表」，主動啟動吞嚥評估時機，藉由及早介入吞嚥訓練，推行吞嚥照護五步曲、順吞不卡喉運動之口腔復健運動影片後，護理人員執行拔管後病人吞嚥照護完整性由34.3%提升至92.3%、護理人員對吞嚥照護認知正確性由55%提升至95.3%，達此專案目標，使病人可及早恢復吞嚥功能，進而提升生活品質，達到以病人為中心的照護，且推行後附加效益發現拔管後病人吸入性肺炎降至為0%。

專案執行過程中阻力為臨床作業忙碌，教導口腔復健運動及吞嚥訓練需花費較多時間，單位同仁認為拔管後病人仍屬急性期，口腔復健運動及吞嚥訓練應至普通病房再執行，故執行意願不大，經宣導及早執行吞嚥照護之重要性後同仁可改變觀念並配合執行，因可及

早發現吞嚥不安全之病人，所以無再發生因進食噎咳導致再次接受氣管內插管之病人。另本單位病人拔管五天後，病況穩定即會轉到普通病房，因此無法持續追蹤病人吞嚥照護狀況較為限制，未來若能將吞嚥照護流程建立完整，統一照護流程及標準，制定專屬吞嚥照護指引手冊，並製成QR Code，廣泛推廣至其他單位以達連續性照護，提供更完整的吞嚥照護，維護病人進食安全。

### 參考文獻

- 吳崇珮、古世基、王亭貴、蕭自佑、陳佳慧 (2018)．氣管內管拔管後的吞嚥效率與安全．*台灣醫學*，22(2)，205-210。https://doi.org/10.6320/FJM.201803\_22(2).0013
- 林政宜、璩大成、黃勝堅、李雅玲(2021)．新冠肺炎疫情下咀嚼吞嚥障礙之照護策略．*北市醫學雜誌*，18(3)，293-299。https://

- doi.org/10.6200/TCMJ.202109\_18(3).0003
- 林淑女、吳富美、黃怡佳、游宜珍、張丞涓(2021)·運用”SAFE”教育方案於吞嚥功能障礙個案居家照護之改善方案·*醫學與健康期刊*，10(2)，83-102。
- 相青琪、胡月娟(2017)·口腔照護方案對口腔癌術後病人吞嚥功能之成效·*護理雜誌*，64(2)，88-98。https://doi.org/10.6224/JN.000027
- 孫淑芬、張炳鑫、許健威、劉亦修(2021)·腦中風後吞嚥障礙的復健治療與近期發展·*台灣復健醫學雜誌*，49(2)，129-145。https://doi.org/10.6315/TJPMR.202112\_49(2).0001
- 莊雅文、湯雅筑、羅宇婷、林恩如、廖惠娟(2018)·提升腦中風病房護理人員執行吞嚥功能評估正確率之專案改善·*嘉基護理*，18(2)，32-42。
- 陳靜瑤、王婷怡、張佩琪、李紫萍、王淑敏、吳昭燕、林淑麗、吳徐慧(2021)·提升高齡長者進食安全指導執行率·*護理雜誌*，68(4)，72-80。https://doi.org/10.6224/JN.202108\_68(4).09
- 黃珊、蔣玉滿、黃惠卿、郭美玲(2020)·建置多媒體影音護理指導提升人工膝關節置換術病人自我照顧認知的正確率·*長庚護理*，31(4)，503 - 516。https://doi.org/10.6386/CGN.202012\_31(4).0005
- 黃婷、張瑛瑛、廖若伶、黃春佈、廖月鳳、施美伶(2018)·提升腦中風病人執行吞嚥訓練自我練習完整率·*榮總護理*，35(3)，314-321。https://doi.org/10.6142/VGHN.201809\_35(3).0010
- 楊舒媚、蕭名彥、王亭貴(2021)·氣切病人吞嚥障礙的處理·*台北市醫師公會會刊*，65(10)，41-46。
- 葉桓安、陳渝仁(2021)·吞嚥運動強化及增進舌骨上肌群以改善中風患者吞嚥障礙及上食道括約肌功能異常：系統性文獻回顧·*台灣復健醫學雜誌*，49(1)，17-37。https://doi.org/10.6315/TJPMR.202106\_49(1).0003
- 衛生福利部心理健康司(2020，6月4日)·咀嚼吞嚥障礙臨床診治參考指引。https://www.mohw.gov.tw/dl-61729-accfb3bf-10a3-4cef-bf9f-6d2f00c5fb94.html
- 鄭千惠(2020)·失智症吞嚥困難患者的營養照護·*長期照護雜誌*，24(1)，15-22。https://doi.org/10.6317/LTC.202004\_24(1).0002
- 蕭郁芬、黃惠玲、黃雅鳳、林芷萱、蕭雅君、姚淑琴、廖恩淑(2018)·提升護理人員對高齡長者吞嚥照護執行率·*長庚護理*，29(3)，407-419。https://doi.org/10.6386/CGN.201809\_29(3).0007
- Marvin, S., Thibeault, S., & Ehlenbach, W. J. (2019). Post-extubation dysphagia: Does timing of evaluation matter? *Dysphagia*, 34(2), 210-219. https://doi.org/10.1007/s00455-018-9926-3

# Improving the Integrity of Nursing Staff's Swallowing Care for Patients After Extubation

Yu-Chen Wang<sup>1</sup>, Hsiao-An Lin<sup>1</sup>, Yi-Chen Wu<sup>1</sup>, Min-Fang Lai<sup>2</sup>

## ABSTRACT

In patients with intubation, the endotracheal tube oppresses the throat for a long time, causing laryngeal ulcers or paralysis of the recurrent laryngeal nerve, resulting in reduced swallowing efficiency. After extubation, evaluation of swallowing and oral rehabilitation exercises should be performed as soon as possible to strengthen swallowing muscle strength and reflex, so as to achieve safe eating. Based on the analysis of the current practices, it was established that the completeness of swallowing care performed by nursing staff in extubated patients is 34.3%. Contributing reasons include: the nursing staff's swallowing care cognition is 55%; the in-hospital evaluation form is not applicable; the swallowing care process is incomplete; there is no swallowing care guide and unified assessment tool for patients after extubation. In order to improve current practice, the following steps were taken: revising the swallowing training evaluation form and swallowing care flow chart; the production of swallowing assessment kits and oral rehabilitation exercise videos covering the five steps of swallowing care; and holding educational courses on swallowing care. After the implementation of the project, the completeness of swallowing care performed by nursing staff increased from 34.3% to 92.3%. The cognitive accuracy increased from 55% to 95.3%, thus reaching the project goal to maintain patient safety and improve nursing quality. (Tzu Chi Nursing Journal, 2024; 23:4, 63-75)

Keywords: post-extubation dysphagia, swallowing assessment, swallowing training

---

Senior Nurse, Linkou Chang-Gung Memorial Hospital<sup>1</sup>; Assistant Head Nurse, Linkou Chang-Gung Memorial Hospital<sup>2</sup>

Accepted: February 29, 2024

Address correspondence to: Min-Fang Lai No. 5, Fuxing St, Guishan District, Taoyuan City, 333

Tel: 886-3-3281200 #2992 E-mail: joy800501@cgmh.org.tw

# 提升護理指導滿意度專案： 運用Line@整合護理指導工具 及流程再造為例

陳昕伶<sup>1</sup>、陳曉寧<sup>2</sup>

## 中文摘要

本專案旨在透過整合護理指導工具及流程再造提升病人及護理師對護理指導滿意度，本單位為北部某醫學中心外科病房，回顧2019年病人對個別化護理指導滿意度平均72.5%，遠低於護理部目標值94%、護理師對護理指導滿意度僅30.4%，引發改善動機。主要原因為缺乏護理指導輔助工具、大量護理指導單張缺乏整合，提出解決方案：將護理指導單張拍成影片、建置專屬影音頻道、利用平台管理電子化單張、運用LINE@軟體介入整合、改變護理指導工作流程。實施後病人對個別護理指導滿意度提升至94%，護理師對整體護理指導滿意度提升至97%。實施期間受醫院主管與病人的支持肯定，已平行推展至全院，期望推行至其他醫療機構。(志為護理，2024; 23:4, 76-90)

關鍵詞：LINE@、護理指導、護理指導工具、護理指導滿意度、流程再造

## 前言

護理指導是護理師獨特且重要功能角色之一，提供有組織、有系統的醫療訊息與活動，讓病人及家屬充分的了解，以降低未知的恐懼及焦慮，提升學習疾病有關的知識與照護技巧(Hsueh et al., 2016)。根據台灣醫院認證標準，護理專業人員應提供適當的指導，其中包括

疾病護理、檢查前後的內容和治療(Yeh, Wu, & Tung, 2018)。

回溯2019年本病房出院病人滿意度問卷共1823份，平均3.7分(總分4分，滿意度以Likert's scale法評分)，其中「個別化護理指導」平均為2.9分(72.5%)，遠低於護理部目標值3.7分(94%)，探究原因發現本單位護理師進行護理指導時，未考

台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人台北馬偕紀念醫院護理師暨國立臺北護理健康大學護理系研究所護理資訊組碩士生<sup>1</sup>、台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人台北馬偕紀念醫院護理長<sup>2</sup>

接受刊載：2023年9月18日

通訊作者地址：陳曉寧 臺北市中山區中山北路二段92號

電話：886-2-2543-3535 #3653 電子信箱：ning.7906@mmh.org.tw

量病人家屬的狀態是否適合接受指導，於短時間內採一次性說明，忽略病人家屬接受訊息時的專注力、理解程度及負荷量；工作中常發現護理師抱怨護理指導流程繁瑣耗時，家屬經常三班輪替照顧，護理師就必須重複執行護理指導，導致溝通易有摩擦、護病關係緊張、術後復原成效受影響；年度考核時護理師向單位護理長提出的建議中，針對改善護理指導流程佔85%，因此調查單位護理師對整體護理指導執行的滿意度僅1.52分(30.4%)，故激發小組成員動機，期能探究造成護理指導滿意度低的原因並改善現況，提升病人及護理師對護理指導的滿意度，改善照護品質。

## 現況分析

### 一、單位介紹

屬外科病房，總床數43床，其中：一般外科(66%)、耳鼻喉科(17%)、口腔外科(10%)、整形外科(7%)，人力配置：1位護理長及21位護理師，護理人員教育程度：專科16.7%，大學83.3%，工作年資1-2年4.5%，2-5年31.8%，5年以上72.7%。三班工作人員比為7：4：3，平均入院人數212人/月，平均住院天數5.6天。照護以腹部與肝膽胰手術、頭頸部手術、顯微重建手術、頭頸部癌症手術等病人為主。

每日新病人入住約10~12位/日，入住時段為13~18點。本單位護理師必須執行的護理指導可分為五大部分：入院、檢查、手術前後、傷口換藥、出院返家照護。指導對象為病人及其陪病者，陪病者年齡介於19~64歲。

### 二、現行病房護理指導方式及工具

病人辦理入院手續，13點至護理站報到，此時入院新病人最多，環境吵雜，護理師經常被電話、紅鈴干擾。白班護理師協助簽妥手術同意書後進行護理評估與環境介紹，帶病人至病房內立即翻閱床頭放置的共通性衛教本(表一)，由小夜班護理師評值後，再針對隔天的檢查或手術，輔以護理指導單張引導病人閱讀，口述說明流程，針對病人及家屬提出的問題一一解答，若遇到非本國籍或長者，需耗費更多時間，於2020/3/1~3/14實際測量首次入院病人進行以上流程共計103人，平均耗時51分鐘/人。護理指導耗費時間會依疾病複雜程度、病人有無住院經驗而異。

護理指導單張全為中文文字無圖示，字體為16號字標楷體，白底黑字，於病人入院時在護理站採一次性口述說明。以一位罹患高血壓、糖尿病、口腔癌之病人為例，首次住院檢查並安排口腔腫瘤切除併游離皮瓣重建手術，於住院期間領取護理指導單張共計43份，如表一。

如今QR Code盛行，醫院提供單位常用護理指導單張轉成QR Code，製作成海報張貼於走廊或公共區域，形成QR Code牆(圖二)供掃描閱讀，海報使用疾病或主題式分類，例如：乳癌護理指導、頭頸癌護理指導、營養指導，病人及家屬須離開病房至特定的海報區，面對眼花撩亂的海報，需一個一個掃描QR Code觀看資料，以乳癌患者為例，需掃描、開啟10個檔案觀看護理指導，若當下手機未儲存護理指導檔案，下次需再次閱讀時、還需返回海報區掃描；不善

表一  
首次住院領取護理指導單張一覽表

分類		內容	份數	給予時機	日期範例	平均耗時
入院： 共通性衛教本	住院 須知	陪探病說明 入院說明書 病房服務須知 住院意見表達管道 出院計畫手冊	5	住院當日	5/1	16分
	健康 建議	高血壓 糖尿病 低血糖症狀 遠離菸害 遠離檳榔	5	住院當日	5/1	11分
檢查		核磁共振 電腦斷層 振子攝影 超音波	4	檢查前一日	5/1~3	15分
手術前準備		手術前護理指導 深呼吸咳嗽運動 漸進式下床 預防跌倒 疼痛 口腔清潔需知 點滴滴注	7	開刀前一日	5/3	51分
手術後須知		用氧需知 紀錄輸入輸出量 負壓引流袋 鼻胃管引流 鼻胃管灌食 尿管留置 氣切造口留置 傷口引流管須知 輸血 供皮區照護 石膏夾板固定 顯微手術後 口腔併游離皮瓣重建手術後 舌切除手術後 口腔外科拔牙手術後 預防管路滑脫 希望基金會-癌症衛教本 膀胱訓練 手術後活動	19	開刀前一日 及手術當日	5/3	
傷口換藥		臉部傷口 自我換藥須知	2	出院前五日	5/15	12分
出院返家照護		希望基金會-飲食衛教本 根據照護需求再次重點式重述護理指導	1	出院前三日	5/17	28分
總計份數			43			

使用手機的病人不知如何掃描時，須等待護理師抽空協助、甚至放棄觀看，無法滿足衛教立即性，額外增加病人焦慮及困擾。

2020年2月5日~2020年2月12日止，統計51位入院病人的反應：(1)QR Code牆有符合需求，但QR Code數量太多，未能引發使用動機有30人(58.8%)、(2)覺得QR Code牆位置距離病房太遠有21人(41.1%)、(3)實際使用QR Code牆僅7人(13%)。

### 三、護理指導單張給予流程

病人入院前，護理師透過電腦名單查詢入院目的，使用電腦開啟院內衛教網頁搜尋、下載、列印預計檢查、手術項目之護理指導單，再將單張整理後歸入病歷，此步驟耗時4分/病人。待病人入院時，進行護理評估，了解過去病史、開刀史、目前用藥，再依評估結果，搜尋符合病人個別性之護理指導單張並列印、發放。若醫師額外開立檢查或新的護理指導項目如傷口換藥、出院返家照護等，護理師需多次來回護理站執行，造成困擾。流程如圖一。

每床床頭皆配置一本共通性衛教本，

圖二  
QR Code牆



內容為住院須知及健康建議護理指導單張，設置目的：減少列印、供病人入院時可立即觀看，但單張更新時，抽換費時，清潔維護不易，尤其在新冠肺炎疫情期間，更有潛在的感染風險。

### 四、個別護理指導滿意度問卷調查結果

#### (一)病人方面

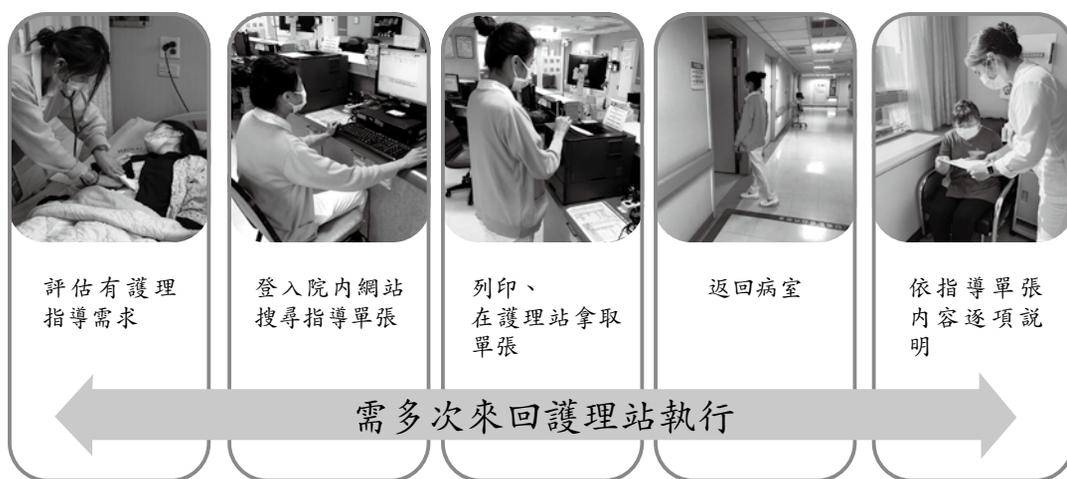
為了解導致病人個別化護理指導滿意度低的原因，依文獻查證及Likert's scale法設計「病人對個別護理指導滿意度問卷」，每項得分為5分，1分為非常不滿意，3分為普通，5分為非常滿意。於2020年1月5日~2020年2月4日止，針對所有病人於出院前一天進行調查，共發出210份，回收210份，回收率100%，統計如表二。

統計分析結果：病人對個別護理指導滿意度，平均僅2.6分(52%)，未達平均值項目共8項：(1)護理指導單符合閱讀習慣佔42%、(2)護理指導單格式能引起興趣佔42%、(3)字體大小適中佔44%、(4)字數字數適中，能馬上看到重點佔48%、(5)內容簡單明瞭佔40%、(7)護理指導單內容能滿足需求佔44%、(8)衛教資訊量適中佔32%、(11)護理指導的時間有彈性42%。

#### (二)護理師方面

針對20位護理師調查：整體護理指導執行的滿意度，總分為5分，1分為非常不滿意，3分為普通，5分為非常滿意，結果顯示：平均滿意度僅1.52分(30.4%)。將分析護理師對護理指導執行不滿意的可能原因列於問卷進行勾選，結果顯示：20人(100%)認為講述耗費時間長、20人(100%)認為單張不斷重複列印、19人(95%)認為

圖一  
現行護理指導單張給予流程



表二  
病人對個別護理指導滿意度問卷

項次	問卷內容	分數	百分比
1	護理指導單符合閱讀習慣	2.4	48%
2	護理指導單格式能引起興趣	2.1	42%
3	護理指導單字體大小適中	2.2	44%
4	護理指導單字數適中，能馬上看到重點	2.4	48%
5	護理指導單內容簡單明瞭	2.0	40%
6	護理指導單張攜帶方便	4.0	80%
7	護理指導單內容能滿足需求(例如：診斷書申請、訂餐等)	2.2	44%
8	護理指導資訊量適中，能理解吸收	1.6	32%
9	QR Code使用方便	3.6	72%
10	護理師說話速度	3.0	60%
11	護理指導的時間有彈性	2.1	42%
12	指導內容有助於返家後的照護	3.0	60%
平均		2.6	52%

$n = 210$ ，百分比 = {該項目總得分/(210份\*總分5分)} \*100%

講述時常被其他工作中斷、18人(90%)認為護理指導單張太多、18人(90%)認為工作忙碌講不完、17人(85%)認為病人家屬有聽沒有懂、15人(75%)認為更換家屬要重複指導、13人(65%)認為QR Code牆離病房太遠，統計如表三。

### 問題及導因確立

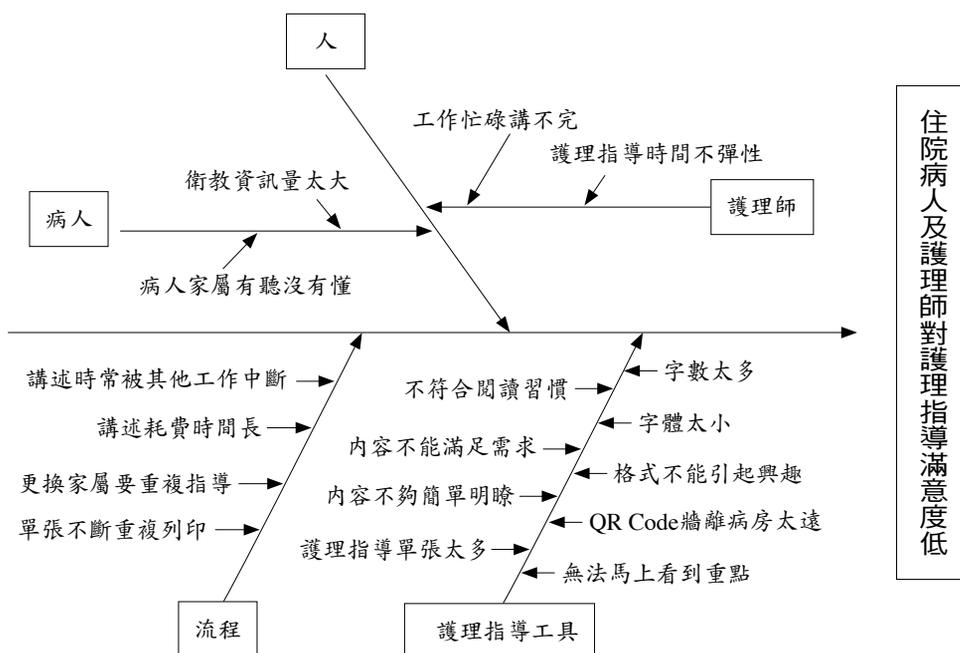
病人及護理師對護理指導滿意度偏低僅2.6分(52%)及1.52分(30.4%)。主要原因為缺乏護理指導輔助工具、大量護理指導單張缺乏整合。其他原因詳見圖三。

表三  
護理師對護理指導執行不滿意的原因

項次	問卷內容	人次	百分比
1	講述耗費時間長	20	100%
2	單張不斷重複列印	20	100%
3	講述時常被其他工作中斷	19	95%
4	護理指導單張太多	18	90%
5	工作忙碌講不完	18	90%
6	認為病人家屬有聽沒有懂	17	85%
7	更換家屬要重複指導	15	75%
8	QR Code牆離病房太遠	13	65%

$n = 20$  註：百分比 = { 人次 / 總人數 20人 } \* 100%

圖三  
住院病人及護理師對護理指導滿意度低之特性要因圖



### 專案目的

經專案小組參考文獻及現況分析、依據本院護理部品質指標監測之標準，制定專案目標：(1)病人對個別護理指導滿意度由2.6分(52%)提升至4.7分(94%)；

(2)護理師對整體護理指導滿意度由1.52分(30.4%)提升至4.7分(94%)。

### 文獻查證

#### (一)多元護理指導工具的應用

病人入院除了承受疾病的壓力，還

須面對檢查過程的擔心，在短時間內接收大量醫療資訊、護理指導，會造成病人及家屬身心壓力(施等，2020；陳等，2022)。傳統護理指導單張多以文字呈現並以口述方式說明，常因文字太多、圖片小而無法加深病人印象(郭等，2022)。指導工具應讓病人及照護者隨處可見、隨手可得，簡單易懂的圖及文字說明，利用大腦對圖像的記憶、情境式的引導，可有效連結視覺心像來加深印象及認知，選擇個別性及多元化的工具指導，如影片、海報或衛教手冊等，能提升病人和照顧者的注意力，誘發興趣與自我行動力(Dorresteijn et al., 2011；蔡等，2022；謝等，2023)。

視覺內容能在短時間內產生更大的影響力，根據生理學，大腦在處理文字與圖像的方式不同，處理影像圖片是採「同步處理」，處理文字則是以線性的「循序處理」，故大腦吸收視覺內容的速度比文字內容快60,000倍，圖像式的內容比起純文字，可多吸引94%的目光，「圖片」在人類的生理上更易於與其他資訊相互連結(Midway, 2020)。

多媒體學習被認為是賦予學習者關於學習內容和方式的自主權，提倡以學習者為中心的學習方法，已被證明在教育中具有價值，其中大量的圖片、整合言語和視覺學習空間的連續性，減少注意力分散，減輕學習者的外來認知負擔(Castro-Alonso et al., 2021；楊等，2020)。

多媒體教材不受時間、空間的限制與重複使用的多項優點，於目前臨床運用二維條碼(QR code)聯結影片，除了減少

重複解說次數，減少護理工作負荷，增進病人及家屬對照護內容的瞭解，明顯減輕住院的焦慮不安，同時對於病人居家自我照護也有所幫助(許、林，2020；賈等，2016；謝等，2023)。

## (二) 使用者閱讀習慣改變

在資訊化的現代，大眾生活習慣已離不開智慧型手機，目前台灣有88.2%的民眾會使用手機，18歲以上民眾平均使用手機時間達2小時58.5分鐘，隨著使用者年齡越小使用時間遞增，形成人手一機的現象(張，2020)。社交媒體和網路的發達，想要的資訊隨時上網就可搜尋到(Risling, 2017)，方便性成為使用者選擇上的關鍵指標，閱讀習慣也從紙本轉向對電子產品的依賴(Karia et al., 2019)；護理指導資訊傳遞的途徑可透過QR Code取得方便及快速的特性，作為媒介連結，簡便的操作方式符合使用者的習慣(Karia et al., 2019；施等，2020)。綜合上述文獻可知，多元化的護理指導方式可補足傳統單張及口頭護理指導不足之處，不僅能引起病人的學習動機與學習意願，加深學習印象，使知識吸收更容易，對於返家後的自我照護也能有所幫助。

## 解決辦法與執行過程

專案小組成立期間恰逢COVID-19疫情初期，故本專案小組成員為護理長、護理師共2人，針對提升個別護理指導滿意度進行對策擬定，每項對策依經濟性、效益性及可行性三項因素，以1、3、5進行評分，5分代表完成度高、3分代表部分可完成、1分代表完成度低，總分30

分，投票後大於27分為採行對策，決策矩陣分析如表四。

執行期間自2020年3月1日~2020年9月30日，共計7個月，包括計畫期、執行期及評值期，專案進度表參見表五。

### 一、計畫期(2020/03/01~2020/6/15)

#### (一) 挑出文字內容較多的護理指導單張

規劃脚本拍成影片將單位頻繁使用、文字量多的護理指導單張如：手術前護理指導、漸進式下床與預防跌倒、口腔清潔須知、紀錄輸入輸出量、鼻胃管灌

食、尿管留置及膀胱訓練、氣切造口留置、傷口引流管須知與預防管路滑脫、石膏夾板固定、手術後活動、口腔併游離皮瓣手術後等14篇，參照護理部照護標準規劃影片脚本，配合輕快音樂及簡單易懂圖片，字幕採粗體，放大字號，將口述講解需耗時10~15分鐘的護理指導製成片長3~5分鐘的影片，共10片，製作過程謹遵保護病人隱私及肖像權之原則，最後再經由兩位專家確認其準確度，影片設計與製作才算完成。

表四  
決策矩陣分析

對策擬定	經濟	效益	可行	總和	選定
1.挑出文字內容較多的護理指導單張，拍攝影片	10	8	10	28	✓
2.建置專屬影音YouTube頻道，上傳影片	10	10	10	30	✓
3.配合單位屬性，挑選護理指導單張，將之電子化	10	10	10	30	✓
4.透過Google平台管理電子化單張	10	10	10	30	✓
5.透過平台LINE整合各網站	8	10	10	28	✓

註：每項分數最高5分，中間值3分，最低1分，小組人數2人  
每題總分30分，總分超過27分(90%)者為本專案之解決辦法

表五  
專案進度表

項目	時間	2020年						
		3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月
計畫期	1.挑出文字內容較多的護理指導單張，規劃脚本拍成影片	★	★	★				
	2.建置專屬影音YouTube頻道，上傳影片		★	★				
	3.利用Google平台管理電子化護理指導單張		★					
	4.透過智能平台LINE整合各網站			★				
執行期	1.舉辦專案流程說明會議，說明單位LINE介面功能							
	2.張貼單位LINE QR Code							
	3.推動病人及家屬加入單位LINE					★		
	4.追蹤病人、家屬觀看護理指導單張及影片狀況					★	★	
評值期	1.評值及效果確認： (1)病人發放對個別護理指導滿意度問卷調查 (2)對護理師發放整體護理指導滿意度問卷調查							★
	2.進行檢討與修正					★	★	★

## (二)建置專屬影音YouTube頻道，上傳影片

設置單位專屬影音頻道YouTube、上傳護理指導影片，將影片按照科別、系統分類，方便病人及家屬重覆觀看，期望藉由影像及聲音的傳播，加深病人、家屬對護理指導內容的理解與學習。YouTube可自動翻譯中文字幕為多國語言，供外國人觀看；影片清單如圖四。

## (三)利用Google平台管理電子化護理指導單張

由專人管理，自院內網站下載護理指導單張，上傳至Google雲端硬碟，定期更新，省去反覆於院內網站搜尋並列印的時間及單張存放的空間、減少紙張浪費及潛在的感控風險。單張電子化頁面如圖五。

將單張電子檔以科別、系統分類，護

理師依病人需求協助點選。老年族群可搭配手機內建的輔助閱讀及頁面朗讀功能，亦能解決閱讀相關問題。陪病者可即時分享護理指導單張連結給其他家庭成員，增加照護參與度。

## (四)透過LINE@平台整合各網頁

LINE是國人常用的通訊軟體，使用廣泛，因此建立單位LINE帳號，運用LINE作為入口，連結上述已建置的YouTube、Google平台及院內常用網頁：證明書申請及供餐資訊等，整合護理影片及護理指導單張，讓病人只要掃描一個QR code，就可以掌握所有住院相關資訊，減少過多的QR Code造成病人及家屬眼花撩亂或缺乏使用動機。透過LINE@平台整合各網頁，讓病人家屬可以彈性的安排閱讀護理指導相關資訊的時間、反覆觀看衛教影片，而不是一味

圖四  
影片清單



圖五  
單張電子化頁面



的配合、等待護理師。

LINE頁面設計鮮明標示，介面淺顯易懂，操作簡化、吸引使用者，點選後即能觀看。頁面配置如圖六。

## 二、執行期(2020/06/16~2020/08/31)

### (一)舉辦專案流程說明會議，說明單位

#### LINE介面功能

2020/06/16及2020/06/18共舉辦三場說明會，推動改善措施，說明單位LINE介面功能並實際操作，第一場出席9人，第二場出席11人，第三場出席12人，共有20位出席，扣掉重複出席率為100%。同時，於三班行政交班時進行宣導，宣導期自06/19開始持續一週，由小組成員訓練三班代表種子各1人，分組指導，讓護理師逐步熟悉頁面操作、了解改變護理指導流程的優點：入院或轉入時讓病人及家屬立即閱讀或觀看影片及單張，可避免因護理師忙碌或交接時段所產生的負面感受及焦慮，也可刺激家屬思考進而增加參與感。護理師交接後，鼓勵

病人及家屬提出觀看影片及單張後的疑問，並予以解答，再使用反問法評值病人及家屬，確認已理解並可執行照護重點；同時宣導病人及家屬如更換陪病者時，為避免照護資訊中斷，可讓陪病者觀看衛教影片及單張，尤其是技術操作性影片，如：膀胱訓練、紀錄輸出及輸入量等，可提升護病間的有效溝通。

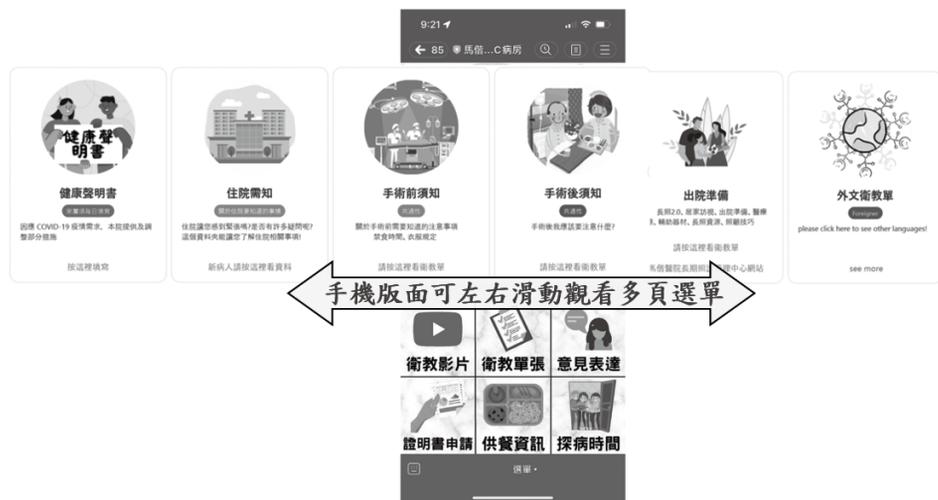
### (二)張貼單位LINE QR Code

利用掃描QR Code「立即、重複觀看、不受地點限制、可分享」的特性，使用個人手機或其他裝置掃描加入單位LINE後，能即刻查閱個別性護理指導資訊，不論住院或出院皆能查看，故將設計好的QR Code張貼於護理站櫃檯及每床床頭牆上，於2020/06/19完成張貼。

### (三)推動病人及家屬加入單位LINE

2020/07/01開始三班病人入院或轉入時，協助病人、家屬以手機掃描加入單位LINE，使護理指導單張及影片隨手可得、隨時可看。

圖六  
LINE@平台頁面配置



#### (四)追蹤病人、家屬觀看護理指導單張及影片狀況

交班內容需說明病人目前觀看護理指導單張及影片狀況及有無家屬在旁。下一班負責評值病人及家屬，確認已理解並可執行照護重點，若未達評值項目，立即補充說明、再次評值。

### 三、評值期

#### 1.評值及效果確認

(2020/9/01~2020/09/30)：

(1) 2020/09/01~2020/09/30針對222位病人發放對個別護理指導滿意度問卷調查，結果如表六：

(2)2020/9/20~2020/9/22針對單位20位護理師發放整體護理指導滿意度問卷調查，滿意度平均為4.85分(97%)。

#### 2.進行檢討與修正

(2020/07/01~2020/09/30)：

本專案的推行需要病人設備的配合，其中的限制在於手機非智慧型或

無網路，經小組成員討論後，決定由單位提供專用筆記型電腦或平板，供病人觀看影片，解決設備問題；少部分長者不知如何上網或操作掃描QR code，則由護理師協助操作點選出影片供病人觀看。

專案推行過程中，蒐集病人及護理師使用後的意見：「能不能更快速的找到單張及影片？」，小組成員進行滾動式檢討，新增下列功能：(1)「關鍵字」：利用手機開啟本單位LINE，於對話框輸入關鍵字後發送，系統會彈跳出一系列對應的護理指導電子檔或影片連結，例如輸入「疝氣」便會彈跳出「漸進式下床影片、疝氣手術後護理指導、高膳食纖維飲食需知、腹部手術後下床護理指導」，節省搜尋時間，增加使用的方便性，如圖七。(2)「多頁選單」：針對頻繁使用的項目增設「專區」，如「手術前護理指導」、「手術後護理指導」、

表六  
病人對個別護理指導滿意度問卷前、後測分析

項次	問卷內容	前測 n = 210	後測 n = 222
1	護理指導單符合閱讀習慣	48%	90% ↑
2	護理指導單格式能引起興趣	42%	94% ↑
3	護理指導單字體大小適中	44%	94% ↑
4	護理指導單字數適中，能馬上看到重點	48%	96% ↑
5	護理指導單內容簡單明瞭	40%	94% ↑
6	護理指導單張攜帶方便	80%	100% ↑
7	護理指導單內容能滿足需求(例如：診斷書申請、訂餐等)	44%	100% ↑
8	護理指導資訊量適中，能理解吸收	32%	96% ↑
9	QR Code使用方便	72%	100% ↑
10	護理師說話速度	60%	92% ↑
11	護理指導的時間有彈性	42%	100% ↑
12	指導內容有助於返家後的照護	60%	100% ↑
平均		52%	94% ↑

「出院準備」及「外文衛教單」，可立即點選觀看；同時配合醫院防疫政策增設健康聲明書連結，方便陪病者每日填寫，如圖六。

## 結果與評估

本專案介入後，結果顯示：病人對個別護理指導滿意度由2.6分(52%)提升至4.7分(94%)，護理師對整體護理指導滿意度由1.52分(30.4%)提升至4.85分(97%)。2020年10月~2022年4月持續追蹤效果維持：「個別化護理指導滿意度」的效果平均為4.75分(95%)，證明本專案措施能有效提升護理指導滿意度且效果維持佳。

專案執行後有顯著的成效，下一班護理師評值時發現病人及家屬能更快理解並可執行照護重點、大幅減少補充說明的次數；其他效益包含讓病人及家屬能隨時隨地從手機查看資訊，並分享給家庭成員，增加共同參與照護，進而改善住院經驗、提升住院品質及病人安全；成本部分減少因重複列印造成紙張浪費及耗材消耗，如印表機碳粉；環境部分可減少護理指導單張的放置空間，避免單張過期丟棄的浪費；護理師端能立即給予護理指導，節省往返護理站搜尋列印單張的時間，減少護理工時，增加工作效能。

單位LINE管理後台使用率統計，截至2021年10月31日止，共有2091位病人、家屬加入單位LINE@平台，觀看護理指導影片、單張，專案執行至今病人及家屬皆樂意加入LINE@平台，尚無拒絕加入之案例。

圖七  
關鍵字頁面



專案推行至2020年12月，恰逢醫院參加頭頸癌疾病認證，認證過程中委員回饋「以QR Code的方式進行衛教指導，具有即時性及便利性，值得鼓勵」給予高度肯定，於2021年4月通過認證。

附加效益可在護理行政業務中看見顯著的成效：本單位每月出院滿意度問卷填答份數平均150份，由護理師發放給出院病人，填答後病人家屬投至意見箱或由護理師收回，再由護理長蒐集後交予品管組護理師每週進行資料建檔、統計，耗時61分/週，相當於每個月4.06小時，運用Google問卷功能，將紙本滿意度問卷轉型成電子問卷，病人使用手機填答完畢後即完成建檔，護理長能立即

查看病人意見並給予回覆，品管組護理師管理時間從每個月4.06小時下降至4分鐘，節省98.52%的時間，減少護理行政工時、紙本問卷消耗，也增加病人填答隱私。

### 討論與結論

數位科技已是趨勢，導入護理工作照護品質能大幅提升，醫療體系如何更友善且便利地滿足病人的需求極為重要；專案推行期間，最大的助力來自於病人與家屬正向的回饋，以及護理部長官支持、其他科別的認同與讚賞；少部分病人與家屬未使用LINE、手機中無此軟體，成為本專案執行之限制。

此外，醫護人員等內在顧客的工作權益也不容忽視，目前面臨醫療從業人員工作時數過長、體力崩耗的景況，品質改善的目標也應從有效提升工作效能、減少工時、降低工作負荷方面著手。

根據文獻採用多媒體衛教，能有效控制時間，提升護理指導效能，制訂一致性影片內容，具系統性與完整性，減少因個人差異造成之疏漏，配合生動具吸引力的多媒體內容，為目前各領域進行教學、護理指導的趨勢。本單位製作之影片經護理標準小組審議後獲獎、受院方肯定及病人家屬正向回饋，因YouTube雖然可以自動翻譯字幕為多國語言，但無法自動翻譯成台語、客語，未來建議考量病人、家屬的語言需求增加製成不同版本之護理指導影片，以增進護理指導多元化的適用性，並各科手術前後衛教影片，讓病人家屬了解手術後的狀態及傷口樣貌，減少焦慮。

### 參考文獻

- 施美玲、郭信智、許麗玉(2020)·初診斷乳癌病人術前焦慮之多媒體衛教效果初探·*醫務管理期刊*, 21(1), 13-26。https://doi.org/10.6174/JHM.202003\_21(1).13
- 張卿卿(2020)·傳播調查資料庫第二期第二次(2018)：媒介使用與社會互動(D00176)·中央研究院人文社會科學研究中心調查研究專題中心學術調查研究資料庫。https://doi.org/10.6141/TW-SRDA-D00176-1
- 許禱歆、林靖芸(2020)·提升入住碘131隔離病人之入院照護指導滿意度及完整性·*新臺北護理期刊*, 22(1), 85-96。https://doi.org/10.6540/ntjn.202003\_22(1).0008
- 郭惠貞、陳柔蕻、駱宛瑩、曹英(2022)·提升婦癌化學治療病人手足症候群護理指導完整率之專案·*領導護理*, 23(4), 164-180。https://doi.org/10.29494/ln.202212\_23(4).0011
- 陳晏緹、張瓊文、蔡宛靜、楊婉萍(2022)·提升全膝關節置換手術護理指導成效之專案·*志為護理-慈濟護理雜誌*, 21(4), 76-86。
- 楊淑娟、謝雪貞、賴錦玲、吳怡真、汪子玄、譚名媛(2020)·運用多元教材提升護理人員對腰椎手術病人護理指導完整性之成效·*榮總護理*, 37(4), 369-376。https://doi.org/10.6142/vghn.202012\_37(4).0005
- 賈如瓊、鄭淑英、張璇其、吳貞慧、黃瓊慧、張杏芬、楊淑玲、洪曉佩(2016)·探討術前多媒體護理指導於腰椎麻醉病人焦慮之成效·*榮總護理*, 33(4), 332-343。https://doi.org/10.6142/VGHN.33.4.332
- 蔡夙珊、黃珮玲、許汶鈺、陳怡蓉、陳宜芳、陳怡靜、陳盈漣(2022)·提升護理人員對胸管存留護理指導之成效·*嘉基護理*, 22(2), 1-14。
- 謝菁怡、陳雅玲、謝郁瑩、林采蓉(2023)·提升護理人員執行肝臟移植術後衛教完整率·*高雄護理雜誌*, 40(1), 41-53。https://doi.org/10.6692/kjn.202304\_40(1).0004

- Castro-Alonso, J. C., de Koning, B. B., Fiorella, L., & Paas, F. (2021). Five strategies for optimizing instructional materials: Instructor- and Learner-Managed cognitive load. *Educational Psychology Review*, 33(4), 1379 - 1407. <https://doi.org/10.1007/s10648-021-09606-9>
- Dorresteijn, T. A., Zijlstra, G. A., Delbaere, K., van Rossum, E., Vlaeyen, J. W., & Kempen, G.I. (2011). Evaluating an in-home multicomponent cognitive behavioural programme to manage concerns about falls and associated activity avoidance in frail community-dwelling older people: Design of a randomized control trial. *BMC Health Services Research*, 11(1), 228-240. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-228>
- Midway S. R. (2020). Principles of effective data visualization. *Patterns (New York, N.Y.)*, 1(9), 100-141. <https://doi.org/10.1016/j.patter.2020.100141>
- Risling, T. (2017). Educating the nurses of 2025: Technology trends of the next decade. *Nurse Education In Practice*, 22, 89-92. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2016.12.007>
- Karia, C. T., Hughes, A., & Carr, S. (2019). Uses of quick response codes in healthcare education: A scoping review. *BMC Medical Education*, 19(1), 456. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1876-4>
- Yeh, M. Y., Wu, S. C., & Tung, T. H. (2018). The relation between patient education, patient empowerment and patient satisfaction: A cross-sectional-comparison study. *Applied Nursing Research*, 39, 11-17. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.10.008>

靜  
思  
語

歡喜心是一種涵養，  
能令周圍的人都有「如沐春風」的喜悅感。

~ 證嚴法師靜思語 ~

A joyful heart is like a springtime breeze;  
it is refreshing to the people around us.

~ Master Cheng Yen ~



# Project to Improve Nursing Guidance Satisfaction: Using Line@ Integrated Nursing Guidance Tools and Process Reengineering as an Example

Hsin-Ling Chen<sup>1</sup>, Hsiao-Ning Chen<sup>2</sup>

## ABSTRACT

This project aims to improve patient and nurse satisfaction with nursing guidance by integrating nursing guidance tools and process reengineering. We are a surgical ward of a northern medical center. Looking back in 2019, the average patient satisfaction with individualized nursing guidance was 72.5%, which was far lower than the goal of the Nursing Department. The value of nursing guidance was 94%, and the satisfaction of nurses with nursing guidance was only 30.4%, which aroused motivation for improvement. The main reason identified was the lack of auxiliary nursing guidance tools and the lack of integration of a large number of nursing guidance leaflets. The solution proposed included: combining the nursing guidance leaflets into a video, building an exclusive audio and video channel and using the platform to manage electronic leaflets, and use LINE@ instant software to intervene, integrate, and change the nursing guidance workflow. After implementation, patients' satisfaction with individual nursing guidance increased to 94%, and nurses' satisfaction increased to 97%. During the implementation period it received support and affirmation from hospital supervisors and patients and has been promoted to the entire hospital in parallel, with the hope of promoting it to other medical institutions. (Tzu Chi Nursing Journal, 2024; 23:4, 76-90)

Keywords: LINE@, nursing guidance, nursing guidance tools, nursing guidance satisfaction, health education

---

RN, Department of Nursing, MacKay Memorial Hospital & Master Student of Nursing Informatics, School of Nursing, National Taipei University of Nursing and Health Sciences<sup>1</sup>; Head Nurse, Department of Nursing, MacKay Memorial Hospital<sup>2</sup>

Accepted: September 18, 2023

Address correspondence to: Hsiao-Ning Chen No. 92, Sec. 2, Zhongshan N. Rd., Zhongshan Dist., Taipei City 104217, Taiwan

Tel: 886-2-2543-3535 #3653 E-mail: ning.7906@mmh.org.tw

# 照護一位類風濕性關節炎個案 合併急性呼吸衰竭之 加護護理經驗

許玉秀<sup>1</sup>、朱育臻<sup>2</sup>

## 中文摘要

本文探討一位62歲類風濕性關節炎女性患者，曾因反覆肺炎造成慢性肺部疾病，此次因嚴重肺炎導致呼吸衰竭，經插管治療後脫離呼吸器合併使用高流量鼻導管之加護經驗，護理期間為2020年10月19日至11月3日，筆者運用身、心、靈、社會為評估架構，藉由直接照護、觀察、身體評估、筆談、查閱病歷等方式收集資料，確立個案有低效型呼吸型態、皮膚完整性受損、焦慮之健康問題。於加護病房照護期間，建立良好的護病關係，引導個案執行肺部復健，改善呼吸狀況；觀察並傾聽個案心理感受，給予正向回饋，降低其焦慮；同時運用跨領域團隊照護，提供個別化的護理措施，協助個案成功脫離呼吸器，期望此照護經驗能與臨床護理師分享。(志為護理，2024; 23:4, 91-101)

關鍵詞：類風溼性關節炎、肺炎、高流量鼻導管、焦慮

## 前言

類風濕性關節炎(rheumatoid arthritis, RA)是一種慢性發炎性關節炎，全世界的盛行率約為0.24%，其中女性發生率較男性為高，好發年紀約為60歲左右。研究指出約六成以上類風濕性關節炎患者會發生肺部侵犯，若非早期診斷且迅

速給予正確的治療，易導致呼吸衰竭而死亡，其致死率高達五成(Alunno, et al, 2017)。目前類風濕性關節炎無法治癒，僅能使用藥物控制病情，本文個案為一位罹患十多年類風濕性關節炎之62歲女性，雖平時定期就診規律服藥，但仍因肺部併發症導致肺炎反覆住院，此次嚴重肺炎導致呼吸衰竭插管而入住加

國立臺灣大學附設醫院急診加護病房護理師<sup>1</sup>、國立臺灣大學附設醫院急診加護病房護理長<sup>2</sup>

接受刊載：2024年3月1日

通訊作者地址：朱育臻 臺北市中正區中山南路7號(1A1急診加護病房)

電話：886-2-2312-3456 #65654 電子信箱：020641@ntuh.gov.tw

護病房，住院期間因呼吸器使用、陌生環境造成個案產生極大的焦慮情緒及壓力，治療過程中為了緩解個案焦慮使用高劑量鎮靜藥物，當病情及情緒趨於穩定後，開始調降鎮靜藥物進行呼吸器脫離訓練時，個案卻又因情緒焦慮、緊張，導致訓練不順利，增加脫離呼吸器難度，過程中個案及家屬承受極大的壓力，醫療團隊更因此使用高流量鼻導管為預防拔管後再次重插的狀況發生，因此引發筆者撰寫的動機，期望藉由跨領域醫療團隊合作的呼吸器脫離計畫，並適時的給予心理支持，故以此加護照護經驗提供臨床照護分享。

## 文獻查證

### 一、類風溼性關節炎合併呼吸道感染及其護理

類風濕關節炎(rheumatoid arthritis, RA)是一種進行性全身自體免疫疾病，除了關節變形的表現外，其中有多達六成患者可能發生肺部侵犯，易造成肺纖維化及間質性肺炎(孫、蔡，2019；Alunno, et al, 2017)。類風濕性關節炎患者治療常使用類固醇及抗風濕藥物，雖可有效減少發炎，但因抑制體內免疫細胞，使得原有防禦機制受到壓抑，進而增加感染機會(Wakabayashi et al., 2018)。

類風濕性關節炎患者長期使用類固醇及免疫抑制藥物容易感染且併發肺炎，嚴重時需要呼吸器支持，一旦呼吸器使用超過八天，感染率升高，造成氧氣毒性、機械通氣相關肺炎、呼吸道創傷等合併症，使死亡率上升，為減少上述影響，應盡早脫離呼吸器(張、陳，

2017)。提早脫離呼吸器可透過組合式護理預防呼吸器相關肺炎，包含以下項目：落實手部衛生、每8小時使用含0.12% chlorhexidine漱口水執行口腔護理、維持抬高床頭30-45度、定期排空呼吸器管路積水、每日中止鎮靜劑，持續評估意識狀態，讓病人可以遵從指令、自覺舒適且對呼吸有反應(盧等，2017)；此外，適時給予支氣管擴張劑及化痰劑，維持病人適當的氧合及通氣，教導病人腹式呼吸及深呼吸咳嗽技巧，促進痰液排除。安排物理治療師協助復健訓練，例如：舉手及擴胸運動以強化呼吸肌力量，促進其早日脫離呼吸器(張、陳，2017；劉等，2017；Ward & Fulbrook, 2016)。若插管時間較長或有慢性呼吸疾病者，建議拔管後可使用非侵襲性呼吸器，如高流量鼻導管(high flow nasal cannula, HFNC)可降低再插管率(Huang et al, 2018)。

### 二、高流量鼻導管臨床應用及護理

高流量鼻導管(high flow nasal cannula, HFNC)之鼻管設計，搭配機器與管路可提供流量高達60L/min、溫暖與濕潤的氧氣，益處包含：減少吸氣時混合大氣，提高攝入的氧分壓；藉由持續的氣流壓力，產生吐氣末正壓(positive end expiratory pressure, PEEP)，防止肺泡或細支氣管塌陷，同時能降低死腔(deadspace)內二氧化碳，減少吸氣時再吸入二氧化碳使攝氧量降低，而加濕與加溫的氣流，提升舒適度及促進痰液排除，藉由上面所述方式，改善病患血氧，降低二氧化碳，減少呼吸做工及提供較高的使用耐受度與舒適度，HFNC

不需用面罩罩住口鼻，可減少臉部皮膚壓力性損傷、改善高氣流產生之胃部脹氣、增加使用設備下進食或說話的可能性(阮，2021；Spicuzza & Schisano, 2020)。Huang et al. (2018)指出插管時間較長、急性呼吸衰竭重症之患者拔管後使用HFNC之再插管率較傳統氧療減少三成，併發症少、耐受度更高。

### 三、皮膚完整性受損

失禁性皮膚炎(incontinence-associated dermatitis, IAD)定義為肛門、會陰周圍皮膚表面接觸具刺激性排泄物後的炎症反應，出現發紅、紅疹、表皮破損、潰瘍和疼痛等症狀，且IAD會減少皮膚防護功能，進而誘發壓力性損傷、細菌及黴菌的感染，延長治療時間，且常發生於重症病人。照護首重預防發生、防止復發及幫助皮膚受損的修護，包含調整管灌飲食、適時給予藥物改善腹瀉情形，及早進行皮膚檢查、維持適當的清潔以及適時使用保護相關敷料，促使傷口癒合(褚等，2021)。

### 四、焦慮問題及其護理

病人在住院期間經常處在焦慮狀態下，尤其是使用呼吸器支持的病人更為常見，容易出現脫離失敗、害怕死亡等負面情緒。焦慮表現包括激動不安、害怕、容易驚醒、對於麻醉與鎮定劑使用感到焦躁。因此在執行護理工作時應與病人建立有效的溝通方式，給予足夠心理準備度，觀察病人臉部表情及肢體動作等非語言，鼓勵表達其內心感受，耐心回答病人疑問，澄清或修正其不正確的訊息，適時給予稱讚及肯定，藉由言語鼓勵增強動機，使病人保有正向態

度。此外，可運用音樂療法、冥想、深呼吸、支持性接觸如：拍肩、握手等技巧來緩解焦慮感，同時請家屬提供音樂播放以舒緩情緒，降低焦慮程度(李、馮，2020；張、陳，2017)。

## 護理評估

### 一、個案簡介

個案為62歲退休已婚女性，高中畢業，慣用國、臺語，信仰佛教，育有一子。2016年右小腦腦膜瘤術後左側肢體感覺喪失及肌力降低，生活大部分無法自理，目前與丈夫及外傭同住，兩人為其主要照顧者。

### 二、過去病史與治療經過

個案患有風濕性關節炎、乾燥症(Sjögren syndrome)及抗磷脂質症候群(antiphospholipid syndrome, APS)約十多年。規則於門診追蹤，因長期使用類固醇藥物及免疫抑制藥物，導致免疫疾病問題影響肺部功能，並出現間質性肺炎、慢性阻塞性肺部疾病(chronic obstructive pulmonary disease, COPD)，經常反覆住院治療肺炎。2016年因頭痛及右手麻木，進行電腦斷層檢查，發現右小腦腦膜瘤，接受手術切除腫瘤，手術後有左側肢體感覺喪失及肌力降低的狀態。

### 三、入院及治療過程

個案因乾燥症導致吞嚥功能異常，長期使用鼻胃管灌食。2020年10/15日不慎咳出鼻胃管後，嘗試口服食物時出現噎咳情況。10/17日前往診所放置鼻胃管時，因呼吸急促轉至急診求治。就醫時，呼吸速率約每分鐘40-50次，呼

吸顯得困難。使用non-rebreathing mask 15L/min輔助呼吸，動脈血氣分析數值為pH：7.406、PaO<sub>2</sub>：34.9mmHg、PaCO<sub>2</sub>：37.2mmHg、HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>：22.8mmol/L、BE：-1.9mmol/L、SaO<sub>2</sub>：61.8%，胸部X光顯示雙側重度肺炎，留觀期間症狀未見明顯改善。10/19日插管轉至加護病房，接受抗生素、類固醇及支氣管擴張劑治療。10/26日胸部X光顯示肺炎情況改善，呼吸器設定調整為壓力輔助模式。10/28日開始進行自主呼吸訓練，並於10/30日成功脫離呼吸器，拔管後以高流量鼻導管(流量：60L/min、FiO<sub>2</sub>:40%)輔助呼吸。11/2日改用一般鼻導管，流量3L/min，11/3日轉至一般病房接受照護。

#### 四、健康評估

護理期間為2020年10/19日~11/3日，針對個案生理、心理、社會及靈性等層面，藉由整體性評估、直接照顧與觀察、會談及病歷資料回溯等方式執行護理評估，獲得下列資料，進而確立健康問題。

##### (一)生理層面

###### 1.外觀及皮膚狀態

身高155公分、體重58.7公斤，身體質量指數(BMI)為24.4kg/m<sup>2</sup>，理想體重範圍47.6~58.2公斤。10/19日入院時全身水腫，抽血血清白蛋白為2.3g/dl，發現會陰部至臀部有10\*10cm<sup>2</sup>發紅之失禁性皮膚炎，大陰唇內側有兩處潰瘍傷口。

###### 2.神經、感覺評估

10/19日昏迷指數(GCS)為E3M6VT，雙眼瞳孔等大為3.5mm，皆對光有反射，上肢肌力可達3分、下肢肌力約2到

3分。插管期間因呼吸淺快、吸氣量不足、情緒緊張，曾使用止痛鎮靜藥物fentanyl (10/19日~10/30日)，意識嗜睡，但仍可點搖頭回答問題及跟隨指令。

###### 3.心血管系統

入院時四肢末梢冰冷發紺，微血管填充時間小於3秒，雙手及雙足背動脈可觸及，心跳：95次/分、ABP：110/61mmHg，中心靜脈壓12cmH<sub>2</sub>O，心電圖為Normal sinus rhythm，抽血數值CK：23U/L、CK-MB：2.06ng/mL、Troponin-T：21.69ng/ml，無異常。

###### 4.呼吸系統

10/19日放置氣管內管轉至加護病房，呼吸速率約30~40次/分、血氧濃度：89%、嘴唇及四肢末梢發紺、使用呼吸輔助肌、呈蹠蹠板式呼吸、雙側呼吸音爆裂音、喘鳴音，協助抽取痰液量多色黃，呼吸器為壓力控制(PCV)模式、氧氣濃度：80%，潮氣容積約290~350ml，胸部X光顯示雙側肺葉浸潤，動脈血液氣體分析：pH：7.272、PCO<sub>2</sub>：50.0mmHg、PO<sub>2</sub>：101.5mmHg、HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>：22.5mmol/L、BE：-4.3mmol/L。執行護理活動時易咳嗽劇烈，曾筆述：「我好喘、快喘不過來了。」。10/23日調整呼吸器至壓力輔助(PSV)模式約半小時，個案呼吸淺快費力、冒冷汗、咳嗽不止，呼吸速率近40次/分、心跳約130~140次/分、收縮壓約180~190mmHg，並用手指著胸口表示不舒服、很喘，給予高劑量鎮靜藥物使用，呼吸器調整回PCV模式，個案休息後筆談：「剛剛喘不過氣，好痛苦」。10/25日呼吸治療師調整呼吸器至PSV模

式進行訓練，個案筆談：「我好累，呼吸費好大力氣」，表情皺眉顯得痛苦。協助測驗呼吸脫離參數：淺快呼吸指數為156bpm/L、呼吸速率高達58次/分。經評估後護理問題確立有低效性呼吸型態/與疾病導致肺部炎症有關。

#### 5.腸胃、泌尿系統

個案長期居家使用鼻胃管灌食，在家時偶有腹瀉情形，有服用益生菌(biofermin)。住院期間前期採間歇式重力灌食，使用高脂肪管灌配方，每日熱量1,500Kcal，消化佳，偶有脹氣、腸蠕動音減慢，曾短暫給予促排藥物(primparan)使用後改善。10/23日~10/25日腹瀉，每日解五至六次黃稀便，總量約600至700g，照會營養師額外增加水溶性纖維素、使用重力灌食袋減慢管灌速度，並給予止瀉藥後改善。10/27日起約兩天解便一次，解便量約300g，性質黃糊。在家自解尿液，入院後因會陰部失禁性皮炎嚴重，10/19日留置尿管，每日尿量約1,500~2,000ml，性質黃清，輸入及輸出量維持+500~-500ml。10/19血中尿素氮/肌肝酸指數30.2/0.7mg/dl，無異常。經評估後護理問題確立有皮膚完整性受損/與小便失禁、腹瀉有關。

#### 6.睡眠型態

10/19日~10/30日插管期間使用鎮靜藥物。個案容易緊張、曾表達插管異物感嚴重，夜眠時間約3~4小時，容易咳醒，採集中式護理，但效果有限。10/31日拔管後，為緩解情緒緊張，給予ativan 1tab TID PO使用，夜眠可達5-6小時，較無睡眠中斷情形。

### (二)心理層面

插管期間，個案容易被生理監視器或呼吸器警報聲嚇醒。10/19日筆談表達：「我好害怕，為什麼一直有聲音在響。」，護理人員靠近或經過時容易呼吸急促呈蹣跚板式呼吸、不停咳嗽、表情驚恐、左手持續地搓揉、並有敲打床欄等行為。10/25日呼吸訓練時出現血壓上升、呼吸心跳變快的狀況，個案前額冒汗、表情皺眉緊張，筆談表示：「我很害怕住在這裡，想趕快回家」，給予情緒安撫後改善。10/29日翻身後個案呼吸急促、左手開始快速搓揉，同樣需給予言語及肢體安撫(握手、拍背)後改善。10/30日拔管後，個案：「我應該有比較好吧，可以離開這裡了嗎？」、「不想要再被插管，好痛苦。」。經評估後護理問題確立有焦慮/與環境不熟悉及擔心疾病進展相關。

### (三)社會層面

個案育有一子，因長期臥床日常生活由外傭及丈夫照顧，與丈夫及外傭同住，兒子為音樂製作人，雖不同住但仍會抽空回家探望個案，家人相處融洽。住院期間，丈夫會客時都會來訪視，詢問個案目前狀況，給予個案鼓勵及安撫，並於會客時間撥打視訊電話給兒子，讓兒子能夠了解個案現在狀況。10/25日丈夫表示：「只要能對她好的藥都可以用，只要能趕快好起來就好」。

### (四)靈性層面

個案信仰佛教，住院期間家屬會將平安符放在床頭祈求平安，插管期間個案表達：「希望神明可以保佑我要趕快好起來回家」。丈夫：「希望神明保佑能夠順利拔管，一切平安」。

## 問題確立

經上述評估內容，確立個案有「低效性呼吸型態」、「皮膚完整性受損」、「焦慮」，針對以上護理問題給予相關護理措施與結果評值如下。

### 問題一、低效性呼吸型態/與疾病導致肺部炎症有關(10/19~11/03)

#### 主觀資料

10/19日個案筆述：「我好喘、快喘不過來了。」。10/23日呼吸訓練後個案筆談：「剛剛喘不過氣，好痛苦。」。10/25日進行呼吸訓練時個案筆談：「我好累，呼吸費好大力氣。」

#### 客觀資料

10/19日個案呼吸喘、呼吸速率約30-40次/分、SpO<sub>2</sub>：89%、嘴唇及四肢末梢發紺、使用呼吸輔助肌、呈蹣跚板式呼吸，予插管合併呼吸器使用，聽診雙側呼吸音爆裂音、喘鳴音，胸部X光顯示雙側肺葉浸潤，潮氣容積約290~350ml，動脈血液氣體分析：pH：7.272、PCO<sub>2</sub>：50.0mmHg、PO<sub>2</sub>：101.5mmHg、HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>：22.5mmol/L、BE：-4.3mmol/L，為呼吸酸中毒。10/23日調整呼吸器至PSV模式約半小時，個案呼吸淺快費力、冒冷汗、咳嗽不止，呼吸速率近40次/分、心跳約130~140次/分、收縮壓約180~190mmHg，並用手指著胸口表示不舒服、很喘。10/25日測量個案呼吸器脫離參數：淺快呼吸指數156 bpm/L、呼吸速率高達58次/分。

#### 護理目標

轉出加護病房前脫離呼吸器

#### 護理措施

持續的身體評估及觀察(10/19~11/3)：每班及必要時聽診呼吸音、記錄呼吸型態，觀察有無空氣飢渴或使用呼吸輔助肌(如：胸鎖乳突肌、斜方肌)情形，注意末梢顏色及溫度是否冰冷、發紺；每兩小時監測生命徵象、血氧濃度、潮氣容積變化，觀察是否有低血氧、低潮氣容積或二氧化碳堆積情形(嗜睡、煩躁)，藉由抽痰以維持呼吸道通暢，並觀察痰液顏色、性質、量、氣味，並適時與醫師討論，必要時追蹤動脈血液氣體分析。

鼓勵個案肺部復健(10/22 ~10/30)：向個案說明有效深呼吸及咳嗽的好處，並教導有效深呼吸及咳嗽的方式，鼓勵每兩小時翻身時可執行一次，一次3到5下，再者與個案共同討論可執行的床上活動，如上肢舉臂、下肢床上抬腿運動，增加肌肉耐力、強度，頻率及時間依照個案情況而有所調整，會客時與家屬一同協助個案共同完成復健運動，適時給予鼓勵，增加自信心。

與醫療團隊合作(10/19~11/3)：參與每日醫療團隊查房，討論治療方向，與呼吸治療師討論呼吸器脫離之計畫和目標，調整呼吸器之設定，同時向個案及家屬解釋，使其瞭解訓練的過程，並依個案狀況與醫師及呼吸治療師討論漸進式的呼吸訓練計畫，並針對個案拔管後使用高流量鼻導管，提供穩定流量、高含氧之氧氣，改善氧合避免再插管情形之可行性。在飲食方面，與營養師討論每日熱量1,500卡/天，採高脂肪低碳水化合物管灌飲食，如：益肺佳(脂肪占總熱量55.1%，醣類佔28.2%)，減少因醣類代謝後所產生大量二氧化碳，以降低肺部

負荷。

10/30~11/3，拔管後使用高流量鼻導管時，每班檢查設定是否正確、每兩小時檢查氧氣管路是否有折管情形，並衛教個案吸氣時將嘴巴合起使HFNC可有效產生吐氣末正壓。

### 護理評估

10/21個案呼吸速率介於每分鐘23到28次，SpO<sub>2</sub>：95%，無肢端或唇部發紺情況。10/22能有效進行深呼吸及咳嗽動作，使痰液順利咳出，會客時間也能跟家屬一起執行床上四肢活動。10/23每次呼吸潮氣容積可達400~450ml，血氧：92~95%，肺部聽診呈現改善，呼吸音中的喘鳴減少。動脈血液氣體分析如下：pH：7.405、PCO<sub>2</sub>：31.9 mmHg、PO<sub>2</sub>：103.3 mmHg、HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>：19.5mmol/L、BE：-5.2mmol/L。10/27開始進行自主呼吸訓練(T-piece)。每日兩次訓練，每次30分鐘，訓練期間生命徵象穩定，呼吸速率26次/分，未使用呼吸輔助肌。10/30主治醫師及呼吸治療師評估個案之呼吸脫離指數(淺快呼吸指數：65 bpm/L)，符合脫離呼吸器指標，予以移除氣管內管，於拔管後使用高流量鼻導管(FiO<sub>2</sub>：40%、Flow：60L/min)。11/3個案轉出加護病房時使用鼻導管3L/min，呼吸速率20~26次/分、SpO<sub>2</sub>：94~95%。轉出加護病房後，後續照護計畫需要持續監測SpO<sub>2</sub>和呼吸速率，以確保充足的氧氣供應。鼓勵個案在普通病房持續床上四肢活動和體位轉換，以改善肌肉強度。根據個案的體力狀況，逐漸引導進行步行和其他體力活動，以增強體力和康復。

## 問題二、皮膚完整性受損/與小便失禁、腹瀉有關(10/19~10/30)

### 主觀資料

10/19丈夫：「因為大小便無法控制，都包尿布，外傭會幫她換，但是不曉得為甚麼就越來越糟糕，屁股整個都紅紅的還破皮。」

### 客觀資料

10/19入院時發現會陰部至臀部有10\*10cm<sup>2</sup>發紅之失禁性皮膚炎，大陰唇內側有兩處潰瘍傷口，全身水腫，抽血血清白蛋白為2.3g/dl。10/23~10/25腹瀉，每日解五至六次黃稀便，總量約600至700g。

### 護理目標

- 1.照護期間(10/19~11/3)無新增傷口
- 2.轉出加護病房前IAD可癒合

### 護理措施

改善腹瀉(10/23~11/3)：每班聽診腸蠕動音、利用視、觸、叩、聽診進行腹部評估，觀察個案排氣及解便情形。每班監測及記錄大便顏色、量、次數、軟硬度及輸入、輸出量，若腹瀉嚴重，留取糞便檢體，排除是否為感染性腹瀉，依醫囑給予止瀉藥物smecta 1pk PO TID。利用每周共同照會詢問營養師，進行營養評估，調整管灌配方、灌食方式(如：灌食幫浦、重力灌食袋等方式減慢灌食速度，增加腸胃道耐受減少腹瀉情形)或額外補充纖維素。主動向個案及家屬說明目前飲食配方、消化及解便狀況，使其了解目前治療進度。

皮膚照護(10/19~11/3)：每班觀察臀部皮膚有無異常分泌物、傷口床顏色及範圍並拍照記錄，於會客時間時讓個案

及家屬觀看照片了解傷口復原狀況。可與個案及家屬共同討論可短暫放置留置尿管，避免小便失禁，刺激臀部皮膚傷口，待傷口改善後移除。在每次解便後使用pH值與皮膚相近的清潔液立即清潔、更換尿布，避免排泄物刺激傷口。會診傷口護理師，依建議在每次臀部清潔後於傷口處使用造口粉及保護噴膜阻隔排泄物。

### 護理評估

10/21放置留置尿管後，臀部傷口泛紅範圍變小。依傷口護理師建議於臀部傷口使用造口粉及保護膜後，10/23觀察傷口床較收斂。透過調整管灌配方、使用灌食幫浦及依醫囑給予止瀉藥物。10/27後約兩天解便一次，解便量約300g，性質黃糊。10/30再次觀察個案臀部及會陰皮膚，無泛紅發炎情形，潰瘍傷口已結痂。後續照護在醫護端會持續觀察個案的傷口，確認沒有新的發炎或異常；依照個案的情形調整管灌飲食，提供足夠的營養；在個案及家屬端，教導執行傷口護理的技巧，需持續觀察臀部傷口的情況，適時更換造口粉和保護膜，促進傷口癒合。

### 問題三、焦慮/與環境不熟悉及擔心疾病進展(10/19-11/03)

#### 主觀資料

10/19個案筆談表示「我好害怕，為什麼一直有聲音在響。」。10/25透過筆談表達「我很害怕住在這裡，想趕快回家。」。10/30拔管後個案表示「不想要再被插管了，好痛苦。」、「我應該有比較好吧，可以離開這裡了嗎？」

#### 客觀資料

10/19護理人員靠近時個案會出現呼吸急促呈蹺蹺板式呼吸、不停咳嗽、表情驚恐、左手不停地搓揉、敲打床欄等行為。10/25呼吸訓練時出現血壓變高、呼吸心跳變快的狀況，前額冒汗、表情皺眉，不停揮手。

#### 護理目標

10/23前個案能執行至少一種降低焦慮的方法、轉出加護病房前個案能主動表達對疾病預後感到安心。

#### 護理措施

建立關係及熟悉環境(10/19~10/25)：轉入時告知個案因病情需求進入加護病房，鼓勵個案可觀察周圍環境，增加定向感。給予呼叫鈴教導使用方法及時機，放置於手邊易取處，當個案按鈴時予立即處理。主動自我介紹增加熟悉感，建立良好護病關係。觀察個案的表情及肢體動作，主動了解其需求並關心詢問。

減少不確定感(10/19日~10/30日)：主動向個案解釋引起警示聲之原因，如：血氧監視器沒戴好、用力咳嗽或吸氣量不夠呼吸器會產生警報，以減少緊張情緒。於會客時間，主動向家屬及個案說明目前病情狀況及治療進展，讓其了解治療計畫及目標，減少不確定感。當呼吸訓練未能完成時，向個案說明呼吸訓練過程以目前能力為主，不強求一定要達成進度，激勵其正向行為表現，適時提供讚美，增進其自信，以增加呼吸訓練之意願程度。

提供緩解方法(10/19~11/3)：主動與個案說明焦慮情緒可能會延長插管時間，依個案狀況討論能執行的放鬆方法，

如：(1)深呼吸技巧：以鼻子緩慢吸氣約3秒後，再緩緩由口吐氣5秒，循環進行；(2)轉移注意力：請個案閉眼聆聽家屬所提供的音樂；(3)按摩護理：會客時間請家屬執行肢體關節運動，包括：手部和膝、髖關節伸直彎曲動作，以達到肢體紓壓，並鼓勵個案執行。照護過程中發現個案喜歡聽音樂，建議家屬自備收音機或音樂撥放器供其聆聽。評估個案宗教信仰，主動詢問是否需要提供宗教靈性支持，並主動聯絡家屬帶來平安符放置於床頭，以穩定心情及增加安全感。

### 護理評估

10/20個案表達音樂也許可以減輕焦慮感，主動聯繫家屬攜帶音樂撥放器至病室，觀察個案在聆聽音樂的狀態下，表情顯得平穩。10/22當警示聲響護理人員處理後，主動向個案說明，個案能點頭表示知情並顯情緒平穩。10/27向個案說明當前治療目標，並告知病況有進步，個案表情愉悅，於當日呼吸訓練時情緒穩定、呼吸平順，無抗拒感。11/1個案：「謝謝您們讓我先生帶收音機來，聽音樂就沒這麼緊張，不然我都會一直亂想，現在聽著歌還會讓我想到我兒子，我兒子也是玩音樂的」，個案說完後隨著音樂哼歌，面部表情放鬆。11/2個案：「管子拔掉了，也不會這麼喘，想到明天轉到病房後，可以趕快回家就很開心，也很謝謝你們的照顧。」。轉出時，鼓勵個案保持輕鬆愉快的心情，提供心理支持和情緒輔導，協助個案和家屬應對康復過程中的壓力和焦慮，鼓勵個案參與社交活動，以促進情緒健康

和社會互動。過程中若有任何適應不良，建議可以尋求專業協助，如臨床心理師等等，希望藉由後續照護計畫，使個案能逐漸適應自我身心狀態，回復到原本的生活型態。

### 討論與結論

本文探討一位類風濕性關節炎個案合併急性呼吸衰竭之照護經驗。照護期間，個案因陌生環境、放置氣管內管之不適、多次呼吸訓練失敗，且恰逢新冠疫情期間，減少家屬會客次數，導致產生強烈的焦慮情緒，在安撫及鼓勵個案的過程是筆者面臨最大的挑戰與困難。護理期間運用醫療團隊照護及設定目標，在治療前說明呼吸訓練及肺部復健之重要性，訓練給予正向回饋，並評估個案狀況提供拔管後合適的供氧方式，避免再次插管，造成生理及心理二度傷害。鼓勵個案表達內心的想法及擔憂，建立穩定的護病關係，利用一日一次的會客時間鼓勵個案與丈夫互動及利用聆聽音樂轉移注意力，降低焦慮，透過上述個別化措施，個案不僅成功脫離呼吸器未再重新置放，順利轉出加護病房。高流量鼻導管為較新興供氧模式，使用上舒適程度高、能提供有別以往傳統氧氣模式之高流量及含氧量之氧氣，研究亦指出能降低再插管率，但因耗材部分高單價需自費且尚未廣泛使用於拔管後病人，可能會讓家屬卻步，建議可以製作相關衛教單張，介紹高流量鼻導管使用及益處，減少家屬的疑慮，增加使用意願，期望此篇報告能與臨床護理師分享，以達更完整的照護品質。

## 參考文獻

- 阮聖元(2021)·高流量鼻導管在肺部疾患的運用·*防癆雜誌*，1，12-15。
- 李佳純、馮翠霞(2020)·急重症病人之焦慮、憂鬱與創傷後壓力症候群·*護理雜誌*，67(3)23-29。http://dx.doi.org/10.6224/JN.202006\_67(3).04
- 孫易暄、蔡長祐(2019)·類風濕性關節炎關節外表現·*臨床醫學月刊*，83(3)，164-166。http://dx.doi.org/10.6666/ClinMed.201903\_83(3).0028
- 張于娟、陳玉如(2017)·以護理人員為主導的實證照護措施於呼吸器脫離之運用·*台灣醫學*，21(2)，208-217。http://dx.doi.org/10.6320/FJM.2017.21(2).12
- 褚淑芸、徐淑芬、黃映綺、陳思佳(2021)·降低成人加護單位失禁皮膚炎發生率·*馬偕護理雜誌*，15(1)，12-22。http://dx.doi.org/10.29415/JMKN.202101\_15(1).0002
- 劉迪塑、林宜靜、羅春蘭、林智斌(2017)·長期使用呼吸器病人之處置·*內科學誌*，28(1)，24-32。http://dx.doi.org/10.6314/JIMT.2017.28(1).05
- 盧敏吉、黃淑如、陳滢淳、施智源、陳彥旭、姜秀子、薛博仁、李聰明(2017)·呼吸器相關肺炎應用組合式照護的實證與臨床運用·*源遠護理*，11(1)，12-17。http://dx.doi.org/10.6530/YYN/2017.5.2
- Alunno, A., Gerli, R., Giacomelli, R., & Carubbi, F. (2017). Clinical, epidemiological, and histopathological features of respiratory involvement in rheumatoid arthritis. *BioMed Research International*, 2017, 7915340. https://doi.org/10.1155/2017/7915340
- Huang, H. W., Sun, X. M., Shi, Z. H., Chen, G. Q., Chen, L., Friedrich, J. O., & Zhou, J. X. (2018). Effect of high-flow nasal cannula oxygen therapy versus conventional oxygen therapy and noninvasive ventilation on reintubation rate in adult patients after extubation: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Intensive Care Medicine*, 33(11), 609 - 623. https://doi.org/10.1177/0885066617705118
- Spicuzza, L., & Schisano, M. (2020). High-flow nasal cannula oxygen therapy as an emerging option for respiratory failure: The present and the future. *Therapeutic Advances in Chronic Disease*, 11, 2040622320920106. https://doi.org/10.1177/2040622320920106
- Wakabayashi, A., Ishiguro, T., Takaku, Y., Miyahara, Y., Kagiya, N., & Takayanagi, N. (2018). Clinical characteristics and prognostic factors of pneumonia in patients with and without rheumatoid arthritis. *PloS One*, 13(8), e0201799. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201799
- Ward, D., & Fulbrook, P. (2016). Nursing strategies for effective weaning of the critically ill mechanically ventilated patient. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 28(4), 499-512. https://doi.org/10.1016/j.cnc.2016.07.008

# Nursing Experience in Intensive Care Unit of a Patient of Rheumatoid Arthritis Complicated with Acute Respiratory Failure

Yu-Hsiu Hsu<sup>1</sup>, Yu-Jen Chu<sup>2</sup>

## ABSTRACT

This article discusses a 62-year-old woman who has a long term diagnoses of Rheumatoid Arthritis, and had frequent hospitalization for recurrent pneumonia. In the current hospitalization, she suffered from severe pneumonia complicated with respiratory failure, and received endotracheal intubation with mechanical ventilator use. After treatment, she was extubated and high-flow nasal cannula was applied afterwards for avoiding re-intubation. Data was collected from October 19th to November 3rd, 2020, through direct care, observations, physical assessments, conversation and chart reviews, and comprehensive assessments of the physical, psychological, social and spiritual aspects were implemented. Three health problems were identified: ineffective respiratory patterns, impaired skin integrity and anxiety. During the intensive care period, the writer established a healthy nurse-patient relationship, leading the patient to perform lung rehabilitation for improving respiratory pattern. Also, observing and listening to the patient with positive feedback minimized her anxiety. Meanwhile, using cross-team cooperation to draw up caring strategies. Owing to individualized nursing intervention, the patient successfully weaned from the mechanical ventilator. The writer hopes this nursing experience could assist nurses in taking care of these types of patients in the future. (Tzu Chi Nursing Journal, 2024; 23:4, 91-101)

Keywords: anxiety, high-flow nasal cannula, pneumonia, rheumatoid arthritis

---

RN, Department of Nursing, National Taiwan University Hospital<sup>1</sup>; Head Nurse, Department of Nursing, National Taiwan University Hospital<sup>2</sup>

Accepted: March 1, 2024

Address correspondence to: Yu-Jen Chu No. 7, Chung-Shan S. Rd., Taipei City 10002, Taiwan

Tel: 886-2-2312-3456 #65654 E-mail: 020641@ntuh.gov.tw

# 運用舒適理論 照護一位口腔癌患者 放置氣管內管之加護經驗

洪瑜蓮<sup>1</sup>、粘雅淨<sup>2</sup>、紀巧玲<sup>3</sup>

## 中文摘要

本文為一位口腔癌男性個案因大量吐血，放置氣管內管入住加護病房之照護經驗。照護期間自2022年5月7日至5月10日，藉由筆談、觀察、身體評估及查閱病歷收集資料，並以Kolcaba舒適理論為評估架構，確立個案有呼吸道清除功能失效、焦慮及睡眠型態紊亂等健康問題。藉由胸腔物理治療、肺部復健運動及教導深呼吸咳嗽，改善呼吸道清除功能，另外提供音樂治療及調整睡眠環境，使個案整體舒適獲得改善，最終順利地脫離呼吸器且轉出加護病房。建議未來可多加運用舒適理論做為評估工具，系統性的評估生理、心理、社會文化與環境各方面對病人造成的影響，使病人整體舒適獲得改善，進而幫助病人身心靈整體狀態達到平衡與安適。(志為護理，2024; 23:4, 102-111)

關鍵詞：呼吸道清除功能失效、口腔癌、Kolcaba舒適理論

## 前言

根據2021年衛生福利部統計，口腔癌居十大癌症死因第六位，每十萬人口中有14.5人死於口腔癌，死亡率為2‰(衛生福利部統計處，2022)。癌症治療過程漫長且艱辛，容易讓病人對於疾病預後產生不確定感及焦慮的情緒，使得身心狀態受到影響，尤其當口腔癌因癌細

胞快速增生，侵蝕口腔組織，造成血管被破壞而引起大量出血，以致呼吸道阻塞風險增加危及生命，此時需放置氣管內管維持呼吸道通暢。面對疾病突然惡化產生心理上的壓力及生理上的不適，此兩者交互影響，使得疾病治療更加困難，嚴重會延長住院天數，導致醫療費用增加，死亡率上升(葉等，2022；謝等，2022)。

高雄長庚紀念醫院護理師<sup>1</sup>、高雄長庚紀念醫院副護理長<sup>2</sup>、高雄長庚紀念醫院護理長<sup>3</sup>

接受刊載：2023年8月14日

通訊作者地址：粘雅淨 83341高雄市鳥松區大埤路123號

電話：886-7-731-7123 #2859 電子信箱：yaching79@cgmh.org.tw

本文描述一位口腔癌個案，因突然大量出血，面臨呼吸道阻塞及吸入性肺炎發生風險，故預防性放置鼻咽氣管內管銜接呼吸器，對於疾病突然惡化，個案情緒激動，擔心無法移除氣管內管，因生理上氣管內管留置感到不適、心理上擔心無法成功拔管合併治療環境的刺激，產生一連串的不舒適，交互影響下加重個案生理及心理壓力，故引發筆者撰寫此篇照護經驗的動機，期望透過Kolcaba舒適理論進行整體性評估，深入了解個案面對疾病造成的生心理壓力，提供個別性的護理措施，改善個案生理、心理、社會文化及環境等各項不舒適，進而促使個案能正向積極面對未來的挑戰，提高個案整體舒適程度，以達全人照護的目標，並期望透過此護理經驗，作為臨床上照護此類病人之參考。

## 文獻查證

### 一、口腔癌之相關概述

口腔癌泛指口腔部位之惡性腫瘤，包括口腔及口咽部，以鱗狀上皮細胞癌最為常見，其致病原因與嚼食檳榔、長期吸菸、飲酒及口腔衛生不良等相關(謝等，2022)。其癌前病變包含口腔黏膜出現紅、白斑，纖維組織增生產生潰瘍，黏膜表面突起、腫塊，當出現口腔潰瘍兩周以上未癒合時，需病理組織切片來做診斷，並進行電腦斷層掃描或磁共振造影，進一步了解腫瘤侵犯範圍及分期，作為後續治療方向參考(陳彥廷、曾，2022；衛生福利部國民健康署，2022)。口腔癌治療以手術、放射及化學治療為主，免疫療法及標靶治療則較少做為口

腔癌治療方式，倘若腫瘤侵犯範圍大或麻醉風險高者，則以放射線治療及化學治療為主要治療方法(陳彥廷、曾，2022；陳彥好等，2021)。

### 二、口腔癌常見症狀與照護

口腔癌病人進行手術、放射及化學治療皆會導致口腔上皮細胞遭到破壞，口腔黏膜受損而造成疼痛及出血，免疫力低下容易造成感染，而腫瘤侵蝕組織造成嚴重出血，或術後分泌物導致呼吸道阻塞，甚至產生吸入性肺炎，因此必要時會放置氣管內管以維持呼吸道通暢並預防吸入性肺炎(陳彥廷、曾，2022；葉等，2022)。臨床上照護此類病人需評估呼吸速率、型態、呼吸音、血氧及痰液的量色質，為促使痰液排出，可增加水份攝取，增加化痰藥、噴霧治療等稀釋痰液，並配合扣擊使痰液鬆動，扣擊時手掌呈杯狀，避開脊椎、腎臟及肩胛骨，每次約拍3-5分鐘，每天執行3-4次，再透過姿位引流、翻身、教導個案深呼吸咳嗽技巧：先深吸氣後摒氣，雙手下壓腹部增加腹壓，接著用腹部力量咳出痰液，達到有效性咳嗽使痰液排出(葉等，2022；Jin et al., 2021)，另合併執行肺部復健運動可同時增強呼吸肌肉力量與耐力，可分為上肢運動：擴胸、舉臂；下肢運動：抬腿、原地踏步、踩固定式腳踏車、使用輔助物步行訓練，採漸進性執行，每次約15至20分鐘，以促進痰液排出，維持呼吸道通暢(徐等，2021)。

### 三、入住加護病房常見之壓力與照護

在加護病房中，病人面對身上眾多的管路、陌生的環境及侵入性處置等，都

造成病人許多負面情緒及壓力來源，其中又以焦慮最為常見。尤其氣管內管的留置導致病人無法說話，且需頻繁抽痰加上活動受限，加劇病人焦慮不安的情緒(蔡等，2020)。焦慮程度的測量，可使用貝克焦慮表(Beck Anxiety Inventory, BAI)，共有21個項目，每個項目分數從0(完全沒有)到3(嚴重)，總分越高代表症狀越嚴重，車等(2006)研究顯示總分14(含)以上則表示具有顯著的焦慮症狀，需尋求醫療協助(車等，2006；Beck et al., 1988)。

面對病人焦慮，其首要護理重點為增加病人安全感，如：介紹周遭環境及身上管路、儀器聲響等，執行醫療處置前給予解釋，醫師每日解釋病情進展，提升病人對自我病情的控制；另外研究指出透過音樂療法，讓個案選擇喜歡的音樂，可有效降低初次放置氣管內管病人其焦慮情緒及穩定生命徵象；最後運用傾聽、陪伴、鼓勵家屬正向支持，引導個案表達內心感受，使其了解自身焦慮來源(蔡等，2020；Rustam et al., 2018)。

除了焦慮外，加護病房因治療需要，大多充滿光線與噪音刺激，頻繁不間斷的護理處置，更增加病人心理壓力，連帶影響睡眠品質，因此在照護上，應採集中護理，調整燈光，白天打開窗簾讓病人接受自然光以適應一天的時間，夜間將燈光調暗，因無法完全關閉儀器聲響，故夜間除調降警報音量外，可額外提供病人耳塞或眼罩等，有助於降低光線及噪音對病人的影響，另外，提供按摩、聆聽音樂等非藥物介入措施，同樣有助於提高睡眠品質(Lori et al., 2019；

Rustam et al., 2018)。

#### 四、Kolcaba舒適理論之概述

舒適理論由Kolcaba於1994年提出，其認為舒適不單只是沒有疼痛，其目的在於提供全人照護，因此提出評估舒適的四個面向與病人感到舒適的三個層次。評估四個面向應包括生理、心理、社會文化及環境，其中生理評估：與身體的感受及舒適程度有關；心理評估：與自我意識有關，包括自我認同、自尊、性、個人對於自己生命的意義及與他人的關係；社會文化評估：人際、家庭、社會關係，包括宗教習俗；環境評估：環境中的光、聲音、顏色、味道及溫度對個人的影響(尚等，2019；Kolcaba, 1994)。Kolcaba認為舒適是多面向、逐漸加強的過程，進而提出舒適的三個層次：(一)緩解：舒緩特定嚴重的不適，如疼痛；(二)自在：維持並滿足基本功能需求，使病人感到平靜、自在且滿意的狀態，如病人感到疼痛但能忍受並共存；(三)超越：透過鼓勵及支持，病人能強化身心狀態，面對所面臨的困難與挑戰，達到自我控制，如主動執行或詢問促進舒適的措施(尚等，2019；Kolcaba, 1994；Rustam et al., 2018)。

#### 個案簡介

##### (一)基本資料

盧先生，67歲，碩士畢業，慣用國台語。抽菸、酗酒、嚼檳榔達20年之久，無藥物食物過敏史。2021年9月診斷口腔癌，cT4N1M0，於10月進行化學治療及放射線治療。已婚，育有二女一子，從事科技業，長期與弟弟在大陸工作，經

濟來源為自己及積蓄。

## (二)入院及治療經過

2022年4月29日因發燒2-3天，咳血痰及右頸部紅腫熱痛情形到本院求診入病房接受治療，5月7日因腫瘤出血出現大量吐血情形，為預防因出血造成呼吸道阻塞及吸入性肺炎，故預防性放置鼻咽氣管內管銜接呼吸器使用，合併使用NS 1000cc+transamin 5AMP run 40cc/hr滴注，轉至加護病房治療，因已無出血情形，故5月9日開始呼吸器訓練，於5月10日成功移除氣管內管。

## 護理評估

筆者於2022年5月7日至5月10日，藉由筆談、觀察、身體評估及查閱病歷等方式收集資料，運用Kolcaba舒適理論中提及的生理、心理、社會文化及環境四個面向評估進行整體性評估，分析如下：

### (一)生理層面評估

#### 1.感覺神經：

視力及聽力正常，對於人時地皆清楚，因氣管內管留置無法說話，多以紙筆溝通。5/7抽痰時，神情皺眉，雙手激動拍床，呼吸速率30-35次/分、心跳120-130次/分、血壓150-170/80-100mmHg，個案筆述：「抽痰小力一點，痛！」，數字量表評估疼痛指數6分。觀察個案翻身時，會握著氣管內管，身體僵硬無法放鬆，5/8個案筆述：「可以不要刷牙嗎，嘴巴破皮痛。」，數字量表評估疼痛指數：5分，與醫師討論後開立藥物 Morphine sulfate 15mg/tab 1PC BIHS PO 使用後可下降至2分。

#### 2.營養需求：

個案身高172公分、體重50.2公斤、BMI：16.9(kg/m<sup>2</sup>)，屬於體重過輕。5/7抽血報告Hb：9.1g/dL、Albumin：3.7g/dL、K：3.9mEq/L、Na：134mEq/L。因口腔癌無法由口進食，故發病後放置鼻胃管採批次灌食，5/8筆述：「我都自己煮，吃得很清淡，發病前吃東西都不挑食，現在嘴巴破的好厲害，放鼻胃管後灌牛奶，都感覺沒吃東西。」。因體重過輕與營養師討論後增加熱量至每日2500卡，消化佳，每餐反抽胃內殘留物0-30ml。觀察皮膚完整有彈性，嘴唇紅潤，因口腔癌關係口腔黏膜有破皮且兩頰有白斑，舌頭兩側有零星潰瘍，唾液黏稠且有異味，四肢無凹陷性水腫，末梢皮膚紅潤溫暖，經評估後有生理不舒適-與口腔癌造成口腔黏膜障礙有關。

#### 3.排泄需求：

住院前排尿正常，每日解便一次，住院期間尿液自解，每日尿液約2600-3550C.C，顏色呈淡黃色無沉澱物，每日攝入與排出量-250至+360ml/day。5/8個案筆述：「想大便，大不出來，不能下床不好大。」。聽診腸蠕動約8-15次/分，觸診柔軟，叩診鼓音，經醫師評估後開立藥物bisacodyl supp 10mg 1pc rect 使用後，自解成形黃軟便，約1-2次/天。

#### 4.活動與運動型態：

住院前可自由活動，入住加護病房後限制臥床，四肢肌力5分。5/8筆述：「我去年6/23才去內蒙古邊境馬拉松42.26公里，但生病後身體就虛弱很多，體重也掉很多，沒辦法運動了。」。5/7因腫瘤大量出血，故放置鼻咽氣管內管，追蹤胸部X光顯示左下肺葉浸潤與

實質性病變。5/7觀察個案頻咳嗽無法配合呼吸器，睜大眼睛，端坐呼吸，呼吸速率30-35次/分、血氧濃度：93-97%、心跳120-130次/分、血壓158-175/70-82mmHg，聽診呼吸音呈乾囉音，情緒激動筆述：「痰!抽痰!」，觀察痰液呈乳黃色，量多且黏稠狀。5/8聽診呼吸音呈囉音，痰液無法自咳至氣管內管出口，痰液呈乳白色量中，手頻敲床欄，皺眉筆述：「痰怎麼那麼多?咳不出來。」，經評估後有生理不舒適-與氣管內管留置無法有效清除痰液造成呼吸道清除功能失效有關。

### 5.睡眠休息型態：

住院前睡六、七小時就會自然醒來。5/7筆述：「很吵，一直被吵醒。」，夜間巡視3次，觀察個案皆瞪大雙眼未入睡。5/8日間觀察個案有打瞌睡情形，筆述：「都沒睡。」，5/8夜間頻繁按鈴，筆述：「拜託幫我關燈關門，怎麼那麼吵?」、「一直咳，很難睡。」，5/7-5/8夜間睡眠斷斷續續，總睡眠時數約2小時，容易因頻繁咳嗽及儀器警報聲響驚醒而中斷睡眠，經評估有生理不舒適-與加護病房環境與疾病影響造成睡眠型態紊亂有關。

### (二)心理層面評估

5/7個案情緒激動，手敲床欄，腳踢床，心跳約120-130次/分，無法配合呼吸器，情緒激動快速寫下：「這什麼東西，你們做了什麼，為什麼我不能講話?」邊寫邊拉扯氣管內管，以BAI測量焦慮程度20分。5/8筆述：「我要找郭醫師，他不是說做了化療會比較好嗎?怎麼變這樣?這樣管子還拔得掉

嗎?」、「給我喝一點水，不要太多，噲到管子就拔不掉了。」，以BAI測量焦慮程度21分。5/9筆述：「可以請方醫師一上班就先來找我嗎?我要問他甚麼時候可以拔管出院?」，經評估有心理不舒適-與擔心無法移除氣管內管導致焦慮有關。

### (三)社會文化層面需求

67歲男性，目前角色為病人、丈夫與父親、哥哥。於中國經商，疫情前台灣與中國兩地往返，為家中主要決策者。診斷口腔癌後，進行多次化學治療、放射線治療後，身體虛弱，多為案弟協助事業及照顧個案，主訴目前弟弟協助經營大陸的店，經濟暫時無虞。信仰佛教，每天早上會唸佛經，住院期間床頭放置平安符及佛珠以求平安，白天也會要求抄佛經，筆述：「這樣心比較靜，比較不會心煩氣躁。」，談及其對生命價值看法，個案筆述：「年輕時拼命賺錢，到大陸工作後，每天交際應酬，壓力大，抽菸、喝酒、嚼檳榔都來，這次生病後覺得能健康的活著就好，我想在台灣買一塊地，做我的開心農場，好好過退休生活」，5/7-5/8觀察視訊會客時案妻、案女及案弟也會給予個案加油打氣，感情融洽。

### (四)環境層面需求

加護病房為單獨病室，因治療需求24小時燈光明亮，病室內充滿呼吸器、生理監視器等儀器運轉聲。5/7觀察個案當儀器警報聲響起時就會驚醒，筆述：「很吵，一直被吵醒。」，5/8夜間個案按鈴，筆述：「拜託幫我關燈關門，怎麼那麼吵?」，經評估有環境不舒適-與

加護病房治療環境造成睡眠型態紊亂有關。

### 問題確立

綜合以上護理評估，確立個案健康問題有：一、生理不舒適-與氣管內管留置無法有效清除痰液造成呼吸道清除功能失效有關；二、心理不舒適-與擔心無法移除氣管內管導致焦慮有關；三、生理及環境不舒適-與加護病房治療環境與疾病影響造成睡眠型態紊亂有關；四、生理不舒適-與口腔癌造成口腔黏膜障礙有關。綜合上述，依問題之輕重緩急與影響病人程度，針對前三項健康問題，擬定照護計劃如下：

### 護理措施與評估

#### (一)生理不舒適-與氣管內管留置無法有效清除痰液造成呼吸道清除功能失效有關(5/7-5/10)

##### 1.護理目標：

緩解：5/10痰液可自咳至氣管內管出口以利抽吸。

##### 2.護理措施：

因病人為左下肺葉浸潤，故加強左下肺葉扣擊，扣擊時將手掌呈杯狀，避開脊椎、腎臟及肩胛骨，每班執行一次，每次維持3分鐘，扣擊後協助翻身抽痰，同時觀察痰液顏色、性質、量。5/7依醫囑給予抗生素amoxycillin 1000mg+clavulanic acid 20mg 1pc q8h IVF及化痰藥acetylcysteine 600mg/effervescent tab 1pc bid po使用，並與醫師討論增加個案水份攝取量。5/8示範並教導咳嗽時可以先深吸氣後摒氣，雙

手下壓腹部增加腹壓，接著用腹部力量咳出痰液，達到有效性咳嗽；並協助病人採半坐臥，運用肺部復健運動影片教導無負重舉臂運動：高舉右手過肩後放下，再高舉左手過肩後放下，每個動作重複五次，一天執行兩次，一次約20分鐘，以增加呼吸肌肉力量，以利咳出痰液。5/9早上教導雙手各拿一個500c.c.點滴軟袋，重複執行舉臂運動，5/9下午協助個案於床上踩固定式腳踏車，先將阻力調至最低，觀察個案呼吸平穩無不適情形，漸增腳踏車阻力，次數不限，並衛教個案若出現呼吸喘等不適，可先休息，待舒緩後再執行。

##### 3.護理評估：

(1)5/9個案可將痰液自咳至氣管內管出口，再協助抽出。(2)5/10移除氣管內管後，痰液可自咳至口中。

#### (二)心理不舒適-與擔心無法移除氣管內管導致焦慮有關(5/7-5/10)

##### 1.護理目標：

緩解：5/10 BAI分數可下降至14分以下。

##### 2.護理措施：

向個案自我介紹，讓個案熟悉護理師，建立信任感，並提供個案紙筆，讓個案可隨時表達心中的感受及需求，且當個案拍打床欄或使用呼叫鈴時，立刻前往詢問其需求並協助處理；當儀器設備警報聲響起時立即前往查看，並向個案解釋警報聲響起的原因。5/7將鏡子擺放在個案面前，讓個案看其身上儀器與管路(點滴、生理監視器、血氧監測器、呼吸器管路)，並透過鏡子說明各個管路留置的位置及目的。每日偕同醫

師及呼吸治療師查房，向個案說明目前病情及呼吸訓練狀況，並與個案討論治療方向，透過教導深呼吸咳嗽及肺部復健運動，除了增加呼吸道功能，同時增加個案對疾病控制感。5/8讓個案選擇自己喜歡聽的音樂，透過病室內電腦撥放個案喜歡的台語歌，調整音量至個案可接受的範圍；與個案筆談聊其在大陸的半導體事業及開創咖啡廳副業，轉移個案注意力，並在視訊會客時，引導家屬給予個案加油打氣。因個案焦慮狀況已影響生命徵象，故與醫療團隊討論個案焦慮狀況後，依醫囑給予抗焦慮藥物睡前口服alprazolam 0.5mg 1pc使用，觀察並紀錄用藥後焦慮程度及生命徵象。5/9呼吸訓練狀況良好給予稱讚：「今天呼吸訓練的狀況很好喔，很棒！繼續加油！」。

### 3.護理評估：

5/9BAI分數降至10分；5/10移除氣管內管後評估BAI降至7分。

### (三)生理及環境不舒適-與加護病房治療環境與疾病影響導致睡眠型態紊亂有關(5/7-5/10)

#### 1.護理目標：

(1)緩解：5/9夜眠持續約5小時，不中斷。(2)自在：5/10個案主訴有獲得充足睡眠。

#### 2.護理措施：

夜間採集中護理，將晨間護理與抽血延後至早上6:30，調整床上沐浴時間為晚上睡前或早上醒來後，減少因治療活動造成睡眠中斷，且護理人員執行夜間護理活動時降低音量，避免大聲交談，並將儀器警報聲調降至可聽到的範圍

內，當警報聲響起時儘快排除，避免干擾個案夜眠，將門闔上，將病室內燈光調暗。5/7協助個案採舒適臥位幫助入眠，主動提供耳塞，以減少噪音干擾，每天早上藉由肺部復健運動，增加活動量，以利夜間入眠。因個案頻繁咳嗽導致夜眠中斷，故5/8與醫師討論後，增加安眠藥睡前服用alprazolam 0.5mg 1pc及鎮咳藥物口服睡前codeine phosphate 30mg/tab 1pc，並配合日間指導深呼吸咳嗽及肺部復健運動，幫助個案將痰液排除，減少夜咳情形，以利個案夜眠。

### 3.護理評估：

5/10觀察個案由凌晨1點夜眠至早上6點，持續5小時未中斷，且白天觀察個案無打瞌睡情形，主訴：「昨天睡得很好！」。

## 討論與結論

本文描述一位口腔癌放置氣管內管入住加護病房之個案，運用舒適理論對生理、心理、社會文化及環境層面進行整體性評估，確立個案因氣管內管留置無法有效清除痰液導致呼吸道清除功能失效，擔心無法成功移除氣管內管及對疾病預後不確定，而產生焦慮不安情緒，加上加護病房治療環境與疾病影響致睡眠型態紊亂，出現生理、心理及環境不舒適之健康問題。透過翻身、扣擊，教導深呼吸咳嗽及肺部復健運動，改善呼吸道清除功能；依個案需求調整燈光及儀器聲打造舒適環境；且因個案喜歡聽音樂，根據蔡等(2020)音樂可有效降低氣管內管留置病人焦慮之研究，故透過病室內電腦載入並撥放個案喜歡的臺語

歌，降低焦慮，使個案整體舒適程度獲得改善，於5/10成功移除氣管內管，5/11轉至病房，案女陪伴照顧，因隔壁床病友夜間打呼聲致個案無法入眠，於5/13轉至單人房後夜眠可達6小時，無使用氧氣呼吸平順，痰液可自咳，神清氣爽，可下床走動同時執行舉臂運動，與案女相談甚歡，於5/15出院返家。

照護期間，因加護病房急性處置多，導致在評估個案心理層面時易被中斷，且因醫療處置時效性，初期難以落實集中護理，此為照護此個案之困難。再者因照護期間短暫且加護病房屬急性照護單位，首要目標為緩解特定嚴重的不適狀態，較無法持續完整幫助個案達到舒適理論中超越的目標，此為照護此個案之限制。臨床大多著重評估病人生心理，社會文化與環境對病人的影響容易被忽略，而加護病房的環境不舒適同樣對個案疾病復原影響甚鉅，因此於護理實務上，建議除評估生心理外，可運用舒適理論，透過評估社會文化與環境對個案造成的影響，並合併外在力量介入，如家庭支持或跨團隊合作等，循序漸進的提升個案至超越的舒適程度，進而達到護理的最終目的-全人照護。

### 參考資料

- 車先蕙、盧孟良、陳錫中、張尚文、李宇宙 (2006)．中文版貝克焦慮量表之信效度．*台灣醫學*，10(4)，447-454。https://doi.org/10.6320/FJM.2006.10(4).05
- 尚若慈、張曉雲、王韻宜、高錦慧(2019)．運用舒適理論照護一位肝膿瘍患者之加護經驗．*高雄護理雜誌*，36(2)，120-131。http://doi.org/10.6692/KJN.201908\_36(2).0011
- 徐佳卉、王于嘉、林怡婷、詹効儒(2021)．照護一位重症肌無力個案之加護經驗．*彰化護理*，28(3)，128-141。https://doi.org/10.6647/CN.202109\_28(3).0014
- 陳彥好、詹雅惠、鄭慧娟(2021)．一位初次診斷口腔癌病患之照護經驗．*高雄護理雜誌*，38(1)，110-121。https://doi.org/10.6692/KJN.202104\_38(1).0010
- 陳彥廷、曾建福(2022)．口腔癌治療．*消費者報導雜誌*，(493)，46-47。
- 葉乃菱、廖婉如、余偉華(2022)．運用跨團隊模式照護一位初次罹患口咽癌病人術後之護理經驗．*馬偕護理雜誌*，16(1)，35-49。https://doi.org/10.29415/JMKN.202201\_16(1).0004
- 蔡艷雲、石惠美、陳麗貞、徐侑瑩、許榕珊(2020)．音樂措施介入對於初次氣管內管留置病人焦慮程度及舒適改善之成效探討．*健康科技期刊*，7(1)，1-11。https://doi.org/10.6979/TJHS.202009\_7(1).0001
- 衛生福利部國民健康署(2022，1月25日)．*口腔癌防治*。https://www.hpa.gov.tw/613/1118/n
- 衛生福利部統計處(2022，7月19日)．*110年死因統計結果分析*。https://reurl.cc/xlQ5db
- 謝季怡、趙麗玫、曾瓊誼(2022)．一位初次確診口腔癌病人之護理經驗．*若瑟醫護雜誌*，16(1)，30-42。
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897. https://doi.org/10.137/0022-006X.56.6.893
- Jin, Y., Di, J., & Wang, X. (2021). Early rehabilitation nursing in ICU promotes rehabilitation of patients with respiratory failure treated with invasive mechanical ventilation. *American Journal of Translational Research*, 13(5), 5232-5239.

Kolcaba, K. Y. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6), 1178-1184. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1994.tb01202.x>

Lori, D., Edward, L., & Frank, V. H. (2019). The effectiveness of noise interventions in the ICU. *Current Opinion in Anesthesiology*,

32(2), 144-149. <http://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000708>

Rustam, J., Kongsuwan, W., & Kitrungrrote, L. (2018). Comfort in patients receiving mechanical ventilation: A literature review. *Critical Care Nursing, In Press*. <https://doi.org/10.5812/ccn.64159>

靜  
恩  
語

布施，  
有形的救濟別人，  
無形的幫助自己。  
~ 證嚴法師靜思語 ~

Acts of generosity  
are perceived as helping others  
when we ourselves are the true beneficiaries.

~ Master Cheng Yen ~



# Nursing Experience of Caring for a Patient with Oral Cancer Post Endotracheal Tube Placement by Using Theory of Comfort

Yu-Lian Hong<sup>1</sup>, Ya-Ching Nien<sup>2</sup>, Chiao-Lin Chi<sup>3</sup>

## ABSTRACT

This article describes the caring experience of a male patient with oral cancer who was admitted to the intensive care unit due to massive bleeding after endotracheal tube placement. The care period was from May 7th to May 10th, 2022. Data was collected through communication via writing, observation, physical assessment, and medical record review. The patient's health problems were identified as ineffective airway clearance, anxiety, and sleep disturbance by using Kolcaba's Theory of Comfort as an evaluation framework. Chest physiotherapy, pulmonary rehabilitation exercises, and teaching of deep breathing and coughing were provided to improve respiratory clearance function. In addition, music therapy and adjustment of the sleep environment were provided to improve the patient's overall comfort. Finally, the patient's extubation was successful and they were transfer out of the ICU. We suggested that the Theory of Comfort can be used more extensively as an assessment tool in the future to evaluate the physiological, psychological, social-cultural, and environmental factors that affect patients and promote a balance and comfort in their physical and mental health. (Tzu Chi Nursing Journal, 2024; 23:4, 102-111)

Keywords: ineffective airway clearance, oral cancer, theory of comfort

---

RN, Kaohsiung Chang Gung Memorial Hospital<sup>1</sup>; Assistant Head Nurse, Kaohsiung Chang Gung Memorial Hospital<sup>2</sup>; Head Nurse, Kaohsiung Chang Gung Memorial hospital<sup>3</sup>

Accepted: August 14, 2023

Address correspondence to: Ya-Ching Nien No. 123, Ta-Pei Rd, Niao-Sung, Kaohsiung county 833, Taiwan

Tel: 886-7-731-7123 #2859 E-mail: yaching79@cgmh.org.tw

# 照顧一位診斷法布瑞氏症合併 中風個案之門診護理經驗

高雅珍

## 中文摘要

本文為照顧一位診斷法布瑞氏症合併中風之門診護理經驗，護理期間自 2022年07月01日至07月29日。運用Gordon功能性健康型態工具及病歷查閱等方式收集資料，此個案因疾病失能導致生活無法自理，主要家庭照顧者對罕見疾病認知不足及缺乏居家照護健康識能，加重照顧負荷壓力，確立有：「身體活動功能障礙」、「照顧者角色緊張」、「照顧者壓力過度負荷」等健康問題。護理措施運用自立支援照護概念，維持及提升個案自立支援和家庭復原力。建議藉此門診經驗能更加重視罕見疾病家庭疾病認知和心理負荷照護需求。冀望落實心理支持及政策資源介入的有效運用，護理過程能更邁進以病人、家庭、社區為中心的護理價值。(志為護理，2024; 23:4, 112-120)

關鍵詞：法布洛氏症、罕見疾病、健康識能、自立支援

## 前言

依據衛生福利部統計腦血管疾病十年來高居國人十大死因第四位；而截至2022年6月底，法布瑞氏症(Fabry's Disease)罕見疾病個案計有476名，其中死亡人數為48人(衛福部，2022)。本文描述一位診斷法布瑞氏症合併腦中風的門診個案照護經驗。此個案因法布瑞氏症疾病必須長期服用藥物控制及複雜的併發症，主要照顧者因無相關照護經驗

和對罕見疾病認知不足，加重其照顧負荷壓力，因而引發照護動機。藉此門診照護經驗期能提供醫護同仁充分發揮跨專業合作關係，建立團隊有效溝通管道及醫病共享觀念增強家庭復原力，以利病人能獲得更佳的照護及供門診護理實務參考。

## 文獻查證

### 一、法布瑞氏症簡介

法布瑞氏症是一種X染色體性聯遺傳

門諾醫院護理師

接受刊載：2024年3月1日

通訊作者地址：高雅珍 花蓮市民權路44號

電話：886-3-824-1234 電子信箱：girlgirl@mch.org.tw

隱性的罕見疾病，因負責製造  $\alpha$ -半乳糖苷酶(  $\alpha$ -galactosidase)活性降低，特別是糖脂質無法被代謝而堆積在全身細胞內的溶小體內，是引發腦血管、心臟與腎臟等各個器官衰竭併發症的主要原因(Chan et al., 2018)。會因沉積物沉積器官位置不同，臨床症狀表現呈多樣化和腎功能持續衰退，初期實難被早期診斷，若能早期檢測診斷異常及提早接受酵素治療，能降低心肌組織病變等不可逆器官損傷和臨床效益(李麗華等，2018；Turkmen et al.,2020)。近幾年分子生物學基因工程進步，主要治療方式有酵素伴護子(chaperone therapy)、受質減少療法(substrate reduction therapy)、基因治療等酵素替代療法(李成或等，2021)。研究也指出此疾病盛行率顯著高於所預期，以此推估早期文獻報告盛行率明顯有低估情形，並以中樞神經系統病變預後最差(謝，2020)。因罕見疾病的特殊性與多元性，罕見疾病防治法已增訂心理支持服務事項，明訂中央應加強提供病人與其家屬充分之疾病資訊及心理支持(全國法規資料庫，2016)。

## 二、健康識能與復原力照護

研究指出照顧者健康識能不足會影響病患的恢復狀況與生活品質，而發現影響因素情境廣泛又複雜，臨床上醫護人員更應依照照顧者教育程度和職業別的不同，提供充分有效的疾病健康識能(林君蓉，2019)。文獻指出「健康識能」是慢性病自我管理成功的關鍵，更是強化專業長照服務的一種方法(李康蘭，2018)。臨床照護實務並指出建立「共享決策量表」是提昇整體性全人健康品質

的工具(Kinchen, 2020)。協助建立疾病醫病共享決策，主要是以病人能夠理解的治療方式建立共享決策輔具工具，以達成雙方治療方式共識的目標，再面對病情變化能選擇或符合其偏好的醫療照護(陳杰，2021)。照顧者在學習疾病照顧的長期調適過程，面臨著身心靈各方面的健康威脅導致壓力負荷過重(Duan et al.,2018)。為了提升家庭復原力，協助度過家庭危機，臨床醫護人員重要角色就是能提供充分有效的相關照護需求與正確健康資訊，包括鼓勵照顧者參與照顧計畫、教導運用資源及提供照護資訊與訓練、持續提供心理及靈性支持，建構出個別性的護理措施策略(林俐伶等，2019)。

## 三、腦中風個案吞嚥困難飲食照護

腦中風除了影響四肢活動外，也可能影響咀嚼和吞嚥的肌肉，其中吞嚥困難是常見腦中風吞嚥障礙後遺症，也是居家照護常見的護理問題(林淑女等，2021)。臨床上吞嚥困難患者需透過醫師和語言治療師的專業評估及營養師進行飲食質地規劃指導下，恢復吞嚥功能和吞嚥安全；吞嚥功能可能受到不同情境及病程影響而有變化，日常進食照護仍應持續觀察疾病進展，即時提供居家吞嚥訓練照護列入照顧計畫及調整安全吞嚥策略(鄭等，2020)。飲食質地選擇可依據國際吞嚥障礙完整(The International Dysphagia Diet Standardisation Initiative ,IDDSI)框架及詳細定義，依濃稠程度測試方法依序區分成零至七級，有稀薄、極微稠、低稠度、中稠度(流質)、高稠度(糊狀)、細碎(濕軟)、軟質(一口

量)、及容易咀嚼的食物原狀，訂立適合病患實際狀況個人化飲食建議(張等，2018)。

#### 四、自立支援模式照護

近年從日本引進「自立支援」照顧模式，著重於自我生活照顧的自立，維持或提升病人自我照顧潛能，有助減緩失能程度的快速惡化，更強調個案自主權，透過溝通了解其想法(陳杰，2021)鼓勵盡可能完成範圍內能力所及的照護目標，使進一步獲得成就感及自信心(陳柏旭，2022)。並鼓勵照顧者參與協助重新回復自立生活，達到生活復能目標，進而回歸社區(賴等，2020)。但當病人自我決定能力出現衰退或無法表達自己的想法時，照護人員仍能遵循來實踐「維護尊嚴」及「尊重自我決定」的理念，客觀的協助提供家庭最佳適宜的選擇和決定(徐明仿，2021)。

### 護理評估

#### 一、個案簡介

李先生，39歲，國中畢業，平地人，平時慣用國語、閩南語言，離婚育有一子，本從事室內裝潢業，因身體活動功能障礙已無法繼續工作。目前與家人同住，主要照顧者為個案母親，家中決策者大都由父母親決定，經濟來源以政府津貼每月5500元、父母親的退休金和存款補貼開銷。

#### 二、家庭照顧者簡介

黃太太，66歲，國小畢業，育有兩位兒子和一位女兒，其中個案排行老么。大女兒居住同縣市，交通車程往返約需15-20分鐘，也會幫忙照顧及接送孫子

上下學，大兒子定居外縣市，逢年過節才會回家，平時家人會互通電話連絡感情，家庭互動關係和諧，目前與先生(68歲)、個案和孫子(10歲)共四人同住。

#### 三、發病治療經過

發病前無過敏史和特殊過去病史。於2018年11月突然感覺右半邊手腳無力和劇痛故就醫求診，當時診斷不明原因年輕型缺血性腦中風收住院治療。住院期間經神經內科醫師檢查確診法布瑞氏症，開始持續規律門診物理、職能、語言復健治療，並於2019年2月13日開始每兩周定期回門診執行法布瑞酶酵素藥物療法(Fabrazyme 70mg by IV pump)及2021年經復健科醫師藥物事前審查通過後，於肌肉張力過強的右上肢位置開始局部注射肉毒桿菌藥物治療肌肉攣縮情形。發病至今分別於2021年5月及2022年3月因居家進食噎咳嚴重而住院治療，螢光吞嚥攝影檢查報告評估有食道期吞嚥障礙，並安排吞嚥治療持續至少5個月，目前由母親陪同協助個案輪椅使用定期回門診追蹤治療。

### 護理評估

護理期間自2022年07月01日至2022年07月29日，藉由Gordon 11項功能性健康型態模式評估彙整資料內容如下：

#### 一、健康認知和健康處理型態

發病前有菸酒習慣15年以上，2018年發病後有主動至戒菸門診，成功戒掉菸酒習慣，個案能配合醫療計畫規律持續回門診復建治療。

#### 二、營養代謝型態

7/1測量身高166公分，體重57公斤，

BMI 20.6kg/m<sup>2</sup>，白蛋白值3.9g/dl，在正常範圍內。由對答得知個案平時飲食主要由個案母親準備，大都以軟質飲食為主，每餐平均可以吃一碗主食和配菜。個案回診時，有觀察到案母在協助餵食過程中常詢問個案食物會不會太硬，吞得下嗎？也常詢問護理師要買什麼食材，才不容易噎到。7/1案母：「上週兒子確診 COVID-19後胃口有變差，吃飯還會咳嗽，都不知道要煮什麼，會擔心兒子會像之前一樣噎到又要住院，料理食物也感覺壓力特別大」、「記得去年住院時，兒子吃東西一直咳嗽沒改善，醫師有建議兒子鼻胃管餵食，我堅持不要，最後是會診復健科，經語言治療師吞嚥治療一陣子後才終於好轉」。經病歷查閱語言治療報告記載近三年因急性中風發作導致說話不順，曾會診語言治療師進行吞嚥訓練。由資料得知確立個案有「潛在危險性肺吸入」、「照顧者角色緊張」等護理健康問題。

### 三、排泄型態

尿液可自解，排便順暢性質軟。7/1評估雙下肢水腫(約1+-2+)。病歷查閱過去病史有前列腺肥大、左心室肥大、輕度的二尖瓣閉鎖不全，定期至泌尿科和腎臟內科門診追蹤治療。目前口服藥控制如下：aldactin25mg QD、diovan25mg QD、dipachro50mg QD、depakine200mg QD、dexamethasone4mg QD、famotidine20mg QD、URIEF F.C.8mg QD。

### 四、活動與運動型態

生病前無運動習慣，中風至今已邁入第四年。個案會表達大小便需求，但

無法自行如廁、穿脫衣服及進食。巴氏量表總分10分，屬完全依賴等級，並持有中度身心障礙身分。7/1評估右側肢體肌力1-2分，左側肢體肌力2-3分，門診定期四個月由復健科醫師注射肉毒桿菌dysport總劑量1,000U治療肌肉痙攣和定期每周三次的物理和職能復健，每次時間約一小時。7/1個案：「現在什麼事都要別人幫忙，感覺身體也越來越僵硬」、「我都有定期復健，但還是沒辦法進步到能自行進食或完成穿脫衣服、下床行走等活動」、「記得去年朋友帶我去廟裡拜拜上階梯不慎跌倒受傷血流不止，還因此去醫院縫合傷口」。病歷記載紀錄曾於2021年11月17日至急診就醫，右邊額頭有縫線紀錄。確立個案有「身體活動功能障礙」、「自我照顧能力缺失：進食、沐浴、穿著、如廁」、「潛在危險性跌倒」等護理健康問題。

### 五、睡眠休息型態

無使用助眠藥物。7/1個案：「平常生活作息正常也有定期復健，約九點就上床休息，可睡到天亮。」表示睡眠時間可達8-10小時。

### 六、認知感受型態

聽力正常，對答時觀察思考反應緩慢，言語表達常有停頓含糊，但可簡單回應及用點頭搖頭方式表達。7/1案母：「跟兒子說話要像對孫子一樣，因為這種病會傷到腦組織，所以兒子理解能力會下降」。經由病歷查閱追蹤腦部核磁共振變化，報告紀錄顯示白色脂質範圍增厚擴大，腦室有萎縮合併影響吞嚥功能和認知功能。

### 七、自我感受型態

覺得自己生病前是個個性健談喜好交友的人。7/1個案：「早上起來也不知道可以做什麼，就像廢人一樣」、「現在的生活圈就是醫院、家裡兩頭跑，朋友也沒了」、「聽醫師說這個病又不會好，我該怎麼辦」。回診時也大都是躺床休息看手機，除了個案母親外，無其他親友陪伴，訪談過程個案表情悲傷無奈又生氣。由以上資料確立個案因身體長期失能加上日常活動受限有「無力感」、「無望感」、「社交隔離」等護理健康問題。

#### 八、角色關係型態

觀察個案生活較依賴母親，平常瑣事全由母親處理。7/1案母：「聽醫師說這個病不會好，我該怎麼辦」、「年紀漸漸大了，我還能照顧到什麼時候」、「雖然有申請居家機構喘息服務，但身體感覺還是好累、常常睡不著」、「醫院家裡兩頭跑的生活真的好累，幾乎沒有自己的時間或找朋友聊天的時間」。觀察個案回診時，個案母親外觀總顯露疲倦，在等候個案治療空檔會自行尋找安靜角落閉眼休息。與其談論個案時，眼神憂表情沉重沮喪，表示常感疲憊感。由以上資料確立主要照顧者有「壓力過度負荷」之護理健康問題。

#### 九、性與性功能型態

因疾病已無性生活。

#### 十、壓力應付與耐受型態

個案表示生病前已獨自在外地工作十年以上，自己可以照顧自己，從來不會麻煩家人。7/1個案：「自從中風後，生活不得不依賴母親照顧」。表情哀傷，言語中盡是無奈。確立個案無法控制自

我的生活作息及病情感到挫折，確立個案有「無力感」、「無望感」之護理健康問題。

#### 十一、靈性層面

個案家庭信奉道教，家人也會去廟裡拜拜祈福上天保佑全家身體平安健康，身上佩帶平安符，表示信仰能撫慰心靈和維持正向信念支持。

### 問題確立

照護期間自 2022年07月01日至07月29日，經護理評估資料彙整，歸納出此個案主要健康護理問題敘述如前，由於主要照顧者的罕見疾病認知和照護經驗不足，篇幅有限下僅摘錄個案生理層面以「身體活動功能障礙」及主要家庭照顧者「照顧者角色緊張」和「照顧壓力負荷」為三大主要健康問題。

- (一)「身體活動功能障礙」與中風後神經肌肉萎縮有關。
- (二)「照顧者角色緊張」與缺乏吞嚥困難飲食資訊來源有關。
- (三)「壓力過度負荷」與主要照顧者缺乏疾病照護識能有關。

### 護理措施

護理措施執行過程主要為建立醫護信任關係、提供疾病照護識能及長照資源，建立醫病共享管道，促進正向調適疾病過程。

#### (一)建立良好護病關係

7/1個案回診時，主動以傾聽關懷態度自我介紹，並利用簡單易懂方式向個案及家屬說明法布瑞氏症疾病的病因、症狀、治療及提供法布瑞氏疾病衛教手冊和目前個案治療方向和可能的病情進

展變化，以減輕家屬因不認識疾病所造成的心理照護負擔，如害怕、焦慮和憂慮、不確定感等負向感受，引導個案和家屬表達目前主要照護需求或想法，並提供疾病照護相關諮詢給予確認及澄清疑問。7/15個案回診時，追蹤醫療病情成效，追蹤復健科團隊建議個案的居家復健活動達成狀況，依個案實際狀況適時調整復建計畫。案母訴：「就醫交通接送是乘坐長照服務提供的復康巴士回診治療，目前有一周三次的物理職能復健、每兩周門診靜脈注射法布瑞氏酶酵素和復健科四個月一次的肉毒桿菌藥物治療」、「我每天會協助個案至少兩次肢體伸展、屈曲的關節被動運動，每次10分鐘」、7/29案母非常感恩這段期間醫護團隊的疾病照護及資源介紹及延續醫療復健計畫及持續居家關節復健運動。

## (二)醫病共享吞嚥困難飲食識能

7/1提供個案和家屬醫院吞嚥困難飲食照護衛教手冊，導讀吞嚥困難飲食原則和吞嚥困難飲食質地1-7級衛教單張說明，促其家屬能了解吞嚥困難飲食種類及教導利用湯匙、叉子、筷子簡易測定飲食分級質地，或利用網路關鍵字搜尋衛福部官方吞嚥困難飲食照護指導等APP下載，學習尋找飲食資訊及資源的方法。教導家屬分辨吞嚥異常表徵，如觀察舌頭活動的力量及靈活度是否下降、口腔內殘留食物及口水是否增多或咳嗽頻率增加等，並教導哈姆立克法，了解意外發生時能維持呼吸道順暢，隨時與醫師討論，以利進一步的處理。進食過程個案如果表示喉嚥出現癢

癢感受時，可鼓勵先主動咳嗽，可去除堆積在喉嚥的食物殘渣及確認口腔內食物殘留量等處理。7/15鼓勵使用長照資源和居家到宅醫療服務，說明預期疾病後期會碰到的情境，如醫療介入後可選擇的三種進食方式。如經口餵食、鼻胃管進食、經皮內視鏡胃造口，建立家屬醫療共享資訊概念，如發現個案有長期食慾差或體重下降情形隨時諮詢長照專線1966，以利營養師或語言治療師即時補充特殊營養食品。7/29回診時觀察個案嘴唇外觀和口腔內乾淨無舌苔及異味，案母訴：「早、晚會協助個案進食後用軟毛牙刷清潔個案口腔一天至少兩次」、「使用清燉烹調方式及溫和的調味料烹煮食物，水果類會選擇去籽；蔬菜也選擇嫩的易咀嚼、質地柔軟易消化的軟質飲食為主，現在兒子進食已無發生嗆咳了」、「我現在會使用手機搜尋及下載吞嚥困難飲食食譜參考經驗方便挑選食材」、「至於未來如個案無法以口進食時，會先尋求諮詢1966的長照資源」。7/29評估個案母親對於個案吞嚥困難飲食學習意願高可正確執行居家照護，持續鼓勵支持及依實際吞嚥功能變化提供調整護理計畫或跨團隊提供相關醫療護理指導需求。

## (三)自立支援模式支持照護

7/1回診時，提供居家簡易物理復健衛教手冊，運用跨專業復健科團隊，和家屬討論溝通訂立個案可以完成的「生活功能自立訓練」項目，協助個案發揮最佳的現存能力及鼓勵家屬參與復建照顧計畫，訂定的「自立訓練項目」盡量讓個案獨立執行，家屬在旁適時給予協

助並確保個案活動安全。過程中持續給予個案正向鼓勵支持自我功能的維持。7/15鼓勵個案母親說出自我期待的照護需求或擔心的照護情境及感受，檢視照顧者自我心理需求，提醒不須過度犧牲個人健康，學習正向調適過程，並尋找適合自己或心理調適的抒發管道和肌肉放鬆技巧，藉以分散照顧負荷壓力，達到舒緩緊繃的肌肉及焦慮的情緒並鼓勵家庭成員參與照護計畫，學習以同理關懷、轉移壓力的角度，建立家庭成員輪替照護制度。利用家庭會議討論家務分攤及鼓勵善用長照社會資源的使用，如提供申請住宅改造無障礙設施補助等政府資源，透過空間安全規劃環境調整並結合個案的生活史，協助自立支援，達到生活復能及回歸社區為目標並持續評估主要照顧者照顧負荷程度和心理支持照護需求，提供必要時心理諮詢或身心科等介入整合支持照護。7/29案母：「有透過長照中心申請氣墊床和輪椅輔具、喘息服務和居家環境改造設施補助，目前廁所和浴室洗手臺及門口入口處有加裝輔助扶手和防滑地墊使用」、「先生會幫忙分擔家務，大女兒住附近也會幫忙接送孫子上下學，平時我會向女兒傾訴或聽自己喜歡聽的音樂抒發心情」、「我了解充分的休息能提升照顧效能，但又擔心孫子的未來和兒子疾病無法恢復感到既難過又無奈」。7/29依個案的實際需求調整自立訓練及增加個別性心理支持服務計畫，啟動跨團隊整合照顧模式，後續銜接居家醫療計畫或社區式支持服務。

## 討論與結論

本文主要敘述為照顧一位診斷法布洛氏症合併中風之門診照護經驗，雖個案在家屬協助下能配合醫療計畫定期回門診積極復健，但此疾病機轉病程長且不可逆，後續長期照顧的介入亦顯重要，應用跨團隊整合性護理，加強提供健康識能和技能，並鼓勵能善用長照社會福利資源，以此方向協助此罕見疾病家庭復原力及自立支援調適過程。

照護期間受限於門診業務流程運作，心理照護層面措施較顯薄弱，或門診業務職權上等限制，未能持續及直接掌握照護個案的時間，進而影響完整性護理計畫措施執行效率。建議醫院能運用個案管理模式適時提供罕見疾病家庭個別性需求照護和即時性心理諮詢支持介入，醫院運用全方位智慧照護平臺科技產品輔助整合，如院內線上諮詢、心理諮商通訊軟體和遠距視訊照護醫療及製作照顧技能影片，引導建立推廣自立支援照顧模式，串連個案之家庭支持網路進而協助家庭復原，以趨向全人全家之整體性照護。

## 參考資料

- 全國法規資料庫(2016, 9月2日)· 罕見疾病及罕見遺傳疾病缺陷照護服務辦法第5條。  
<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0030082>
- 李麗華、黃琪峰、林承勸(2018)· 法布瑞氏症· 腎臟與透析, 30(2), 57-62。 [https://doi.org/10.6340/KD.201806\\_30\(2\).0003](https://doi.org/10.6340/KD.201806_30(2).0003)
- 李成彧、凌儀芝、王亭皓、楊佳鳳、牛道明(2021)· 法布瑞氏症之醫療新進展·

- 臨床醫學, 88(5), 695-697。https://doi.org/10.6666/ClinMed.202111\_88(5).0115
- 李康蘭(2018)。從長照2.0新制看到護理的專業。彰化護理, 25(3), 2-4。https://doi.org/10.6647/CN.201809\_25(3).0002
- 林君蓉(2019)。從中風病患照顧者健康識能與出院準備度之相關性探討[未出版之碩士論文]。國立臺灣大學醫學院護理學研究所。https://doi.org/10.6342/NTU201901105
- 林俐伶、林秋菊(2019)。在逆境中堅強-運用復原力概念於照顧者負荷。護理雜誌, 66(3), 100-105。https://doi.org/10.6224/JN.201906\_66(3).12。
- 林淑女、吳富美、黃怡佳、游宜珍、張丞洵(2021)。運用“SAFE”教育方案於吞嚥功能障礙個案居家照護之改善方案。醫學與健康期刊, 10(2), 83-102。
- 徐明仿(2021)。日本長照領域推動自立支援照顧模式經驗之初探。台灣衛誌, 40(4), 355-370。https://doi.org/10.6288/TJPH.202108\_40(4).110033。
- 陳杰(2021)。醫病共享決策在臨床門診中的應用。臺灣醫界, 64(3), 52-57。
- 陳柏旭(2022)。肉毒桿菌素在復健醫學的運用。長庚醫訊, 36(5), 11-13。
- 張家臻、陳惠櫻、李蕙蓉、林宗豪、謝佩君、張雁雲、邱麗雲(2018)。國際吞嚥困難飲食標準中文繁體版本。亞東學報, 38(12), 01-18。
- 鄭雪梅、劉錦茹(2020)。運用Watson理論於腦中風導致吞嚥障礙個案之照護經驗。領導護理, 23(1), 30-48。https://doi.org/10.29494/LN.202203\_23(1).0004
- 賴品欣、鍾若男(2020)。運用自立支援照顧模式於年輕型腦中風之護理經驗。志為護理, 19(6), 104-114。https://doi.org/10.6317/LTC.201812\_22(3).0005
- 謝斯婷(2020)。法布瑞氏症與其心臟變異型「IVS4+919G>A」之簡介。當代醫藥法規月刊, 121, 21-35。
- 衛生福利部統計處(2022, 06月30日)。110年國人死因統計結果。https://www.mohw.gov.tw/cp-2704-70314-1.html
- 衛生福利部國民健康署(2022, 7月15日)。111年度6月罕見疾病通報個案統計表。https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=4586&pid=15910
- Chan, B., & Adam, D. N. (2018). A review of Fabry disease. *Skin Therapy Letter*, 23(2), 4-6. PMID: 29562089
- Duan, W., & Mu, W. (2018). Validation of a Chinese version of the stress overload scale-short and its use as a screening tool for mental health status. *Quality of Life Research*, 27(2), 411-421. https://doi.org/10.1007/s11136-017-1721-3.
- Kinchen, E. (2021). Holistic nurse practitioner care including promotion of shared decision-making. *Journal of Holistic Nursing: Official Journal of the American Holistic Nurses' Association*, Advance online publication. https://doi.org/10.1177/089801012111062704
- Turkmen, K., & Baloglu, I., (2020). *Fabry disease: Where are we now? International Urology and Nephrology*, 52(11), 2113-2122. https://doi.org/10.1007/s11255-020-02546-3

# The Outpatient Care Experience of a Patient Diagnosed with Fabry's Disease Complicated by Stroke

Ya-Jhen Gao

## ABSTRACT

The outpatient nursing experience of a patient who was diagnosed with Fabry's disease and a stroke was detailed in this study. The nursing period was from 1 July to 29 July 2022. The data was gathered via the application of Gordon's Functional Health Patterns assessment and a comprehensive review of medical records. The patient's primary family caregivers were uninformed regarding the rare disease, which hindered their ability to carry out activities of daily living. This further compounded the caregiving burden. Identified medical problems included "Impaired Physical Mobility," "Caregiver Role Strain" related to lack of information about swallowing difficulties and diet, and "Excessive Caregiver Burden." Intervention included utilizing the principle of self-supporting care and improving the family's and patient's capacity for independent living. This outpatient experience suggests prioritizing the identification of rare diseases within families and attending to the associated caregiving requirements. The expectation is that by employing policy resources and psychological support measures to implement effective interventions, nursing processes will progress toward adopting a care approach centered on the patient, family, and community. (Tzu Chi Nursing Journal, 2024; 23:4, 112-120)

Keywords: Fabry's disease, rare diseases, health literacy, self-supporting care

---

RN, Mennonite Christian Hospital

Accepted: March 1, 2024

Address correspondence to: Ya-Jhen Gao No.44,Minquan Road,Hualien

Tel: 886-3-824-1234 E-mail: girlgirl@mch.org.tw