



沙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

中央核區

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

建國核區(護理學院)

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

ontents 目錄

(上人開示)

勸愛勸髓不停歇

Tirelessly Advocating for Love and Bone Marrow Stem Cells Donation /Dharma Master Cheng Yen

(社論)

創造護理新篇章 文/彭台珠

Pioneering a New Chapter in Nursing /Tai-Chu Peng

■ 封面故事

p.18 多元共融的 跨文化 照護人才培育

Nurturing Culturally Diverse and Inclusive Healthcare Professionals / Hung-Lan Wu

- 28 結合慈善 培育文化共融照顧人才 文/湯麗君 Combining Charity with Cultural Inclusivity in Healthcare Education /Lee-Chun Tong
- 31 保持善良理解的工作態度 文/衛艾德 Maintaining a Kind and Understanding Work Attitude /Ewin Villanueva
- 32 開口説臺語 享受臺生活 文/施約翰 Learning to Speak Taiwanese, Embracing Taiwanese Life /Christopher Sicsic
- 34 來自菲國的護理佐理助力 口述/戴佳惠 Filipino Nursing Assistants: A Valuable Addition to the Workforce /Chia-Hui Tai
- 38 文化適切性健康照護 文/高夏子 Culturally Appropriate Healthcare: Bridging Gaps in Patient Care /Hsig-Tzu Kgo

(編者的話)

12 多元融合培養跨文化護理人才 文/張紀萍
Cultivating Cross-Cultural Nursing Talent Through Diversity and Integration /Chi-Ping Chang

〔白袍 vs.白衣〕

被遺忘的天使 麻醉專科護理師 文/胡景媛
The Unsung Heroes: Nurse Practitioners Specializing in Anesthesia /Ching-Yuan Hu

(人物誌) 42 超越斜槓的三軸人生

林怡岑 花蓮慈院外科加護病房專科護理師 文/趙淑美

Beyond the Slash: A Three-Dimensional Life

Yi-Tsen Lin, Nurse Practitioner, Surgical ICU, Hualien Tzu Chi Hospital /Shu-Mei Chao

48 從實踐到關懷;從反思到成長 文/謝怡萱 From Practice to Compassion; From Reflection to Growth /Yi-Xuan Xie

51 圓滿心內實習 文/蕭羽茵
Fulfilling Internship in Cardiology Ward / Yu-Yin Xiao

(男丁手記)

(志工伴我行)

54

(白衣日誌)

(護生日誌)

接受翻倍的挑戰 爭取翻倍的成長 文/柯仲曜
Accept Double the Challenge, Strive for Double the Growth /Chung-Yao Ko

跨越國界的愛心關懷 美善讓世界亮起來 文/洪玉龍
Cross-Border Care and Compassion: Kindness Illuminates the World
/Yu-Long Hung

Contents 學術論文

63 提升兒科加護病房護理人員給藥步驟正確率

/ 鄧淯匀、蔡奇螢、楊文青、陳怡汝、鄭雅君

Improving the Accuracy of Medication Administration Steps by Pediatric Intensive Care Unit Nurses

/Yu-Yun Den, Ci-Ying Tsai, Wun-Cing Yang, Yi-Ru Chen, Ya-Chun Cheng

75 降低中醫住院病人泌尿道感染密度之改善專案

/ 蔡欣芳、周雅惠、李秋美、蔡美菊

Improvement Project to Reduce the Frequency of Urinary Tract Infection among Inpatients in Traditional Chinese Medicine Ward

/Shin-Fang Tsai, Ya-Hui Chou, Chiu-Mei Li, Mei-Chu Tsai

87 運用賦權理論照護一位脊髓損傷患者併壓傷行腸造瘻口之護理經驗

/ 陳羿君、尹文琪、陳美珍

A Nursing Experience of Applying Empowerment Theory with a Patient with Spinal Cord Injury Complicated with Pressure Injury Receiving Colostomy

/Yi-Chun Chen, Wen-Chi Yi, May-Jane Chen

97 照護一位血小板低下症孕婦因死產接受引產之護理經驗

/ 許伃瑭、鄧雅芳、陳雅芳

Nursing Experience in Caring for a Pregnant Woman with Thrombocytopenia Who Underwent Induction of Labor Due to Stillbirth

/Yu-Tang Hsu, Ya-Fang Teng, Ya-Fang Chen

105 運用音樂治療於子宮內膜癌末期病人及家屬之護理經驗 / 黃雅琳

A Nursing Experience of Using Music Therapy with a Patient with Stage IV Endometrial Cancer and Her Family Members

/Ya-Lin Huang

艺為镬程

TZU CHI NURSING JOURNAL

第 23 卷 第 5 期 2024 年 1 0 月出版 Volume 23 · Number 5 · October 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、何曰生(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 方郁文、王琬詳、江錦玲、吳婉如、李彦範、

李麗珠、林芷伃、邱思晴、洪玉龍、范姜玉珍、

徐惠琪、馬玉琴、張美娟、張珮毓、張梅芳、

張凱雁、張雅婷、張雅萍、張緑怡、曹英、

許玉珍、郭仁哲、陳月娥、陳似錦、陳依萱、

陳曉玫、陸秀芳、傅淑瑩、馮瑞伶、黃君后、

黃美玲、黃惠滿、葉秀真、葉惠玲、廖金蓮、

廖慧燕、趙淑美、劉怡婷、劉慧玲、滕安娜、

潘昭貴、曾瓊禎、蔡娟秀、蔡碧雀、鄭雅君、

鄭麗娟、賴惠玲、戴佳惠、謝美玲、羅淑芬

(以上按中文姓氏筆畫排列)

人文主編 黄秋惠、廖如文、許琦珍、林玉娟、林詩淳

吳宏蘭、王淑貞

編 輯 洪靜茹、林芷儀

美術編輯 李玉如

網頁編輯 沈健民

行 政 吳宜芳、林芷儀

封面攝影 李玉如

封面人物 慈濟大學 湯麗君老師、孟馬克(畢業生)

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 https://nursing.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 **10** 月出版 第 **23** 卷 第 **5** 期 ISSN 1683-1624

本雜誌内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置規定皆依現行防疫措施。





勸愛勸髓 不停歇

Tirelessly Advocating for Love and Bone Marrow Stem Cells Donation

過去曾把握住,現在就有回憶。今年十月是「慈濟骨髓幹細胞中心」三十一周年, 盤點一路走來的點點滴滴,儘管辛苦,但多麼有價值!

骨髓資料庫所需資源龐大,最初許多人都不看好,慈濟如何有辦法成立?只是一念心認為「非做不可」,因為有些血液疾病無法用藥物治癒,唯一途徑是骨髓移植,所以我們應該要做。不過在那個年代,一般人對骨髓捐贈沒概念,心中會有疑惑。我也是很用心去了解,不能為了救一個處於生死邊緣的人,卻傷害到另一個健康的人,任何微細的影響都要考量到,總是知道安全,才決定開始推動。而這項工作能達成,依賴的是慈濟人的力量,大家不惜辛苦付諸行動。

除了勸募建檔,志願者先抽十 CC 血液,但配對成功還不一定能順利捐贈,或是事隔多年找不到人,需要尋尋覓覓,志工也組成關懷小組協助連繫陪伴。尤其早期是從腸骨抽髓,父母難免擔心,有時前往通知:「你的孩子配對成功,需要捐骨髓。」馬上被推出大門,甚至拿掃把趕人。但大家秉持「也許可以拯救一條生命」,甘願當作修行,努力勸説,費很多精神,走很多路,看很多臉色,若沒有大「忍」之心,實在做不到。

因為有志工發揮大愛,至今已超過四十八萬人參與建檔,尋求配對者突破七萬人,骨髓送到三十一個國家地區,移植個案達六千七百多人,挽救了許多生命。由於年過五十五歲就不能捐贈,需要新血輪,所以我們仍須年年舉辦骨髓驗血建檔活動,不斷勸愛心、勸捐髓。

救一個人,等於救一個家庭。感恩大家用心凝聚起愛的方向,見證捐髓是「救人一命,無損己身」,凡是該做的事,總是堅持去做就對了,即使再困難、再辛苦,一切都很值得。<<>>○○

釋證嚴

解惑十書—— 證嚴法師答客問

探索慈濟大藏經

證嚴上人說:慈濟是平等的修行法門怎樣才能當慈濟人?

唯有盡心盡力付出,扛起人間菩薩責任不管什麼地位、背景,一律平等,

慈濟曾多次承受誹謗與誤解,

才是真正的慈濟人

慈濟人奉行十戒、內修外行,所以形象都是一個模樣慈濟人奉行十戒、內修外行,所以形象都是一個模樣上人教示:面對人間事相,於已無損,心安自在。









HYREAD



■ 解惑—— 證嚴法師答客問(十) 【行入慈濟大藏經】 定價: 480元



創造 護理新篇章

Pioneering a New Chapter in Nursing

◆ 文 | 彭台珠 慈濟大學護理學院教授兼院長

不同卻能互補 —— 普通大學與科技大學

在全球化、數位化和社會需求快速變遷的背景下,台灣教育體系面臨前所未有 的挑戰。為了適應這些變化,許多大專院校正在進行整併,以強化資源共享、提 高教學品質並增強競爭力。2024年8月是慈濟大學合校的第一個月,這個月護 理學院經歷了前所未有的考驗,過去位於花蓮市建國路的慈濟科技大學,現在稱 為「建國校區」,真正成為慈濟大學護理學院的一部份。合校後的護理學院面臨 的是學制多元,是技職教育與高等教育學制並存的學院,兩者培育目標的不同, 在組織解構再重整的過程中,我們必須認真思考並應對可能遇到的困難與機會。 由於部分師長的教學分責考量,須由中央校區搬遷到建國校區,這對大多數資深 目必須搬遷的師長來説,是一個極為重大的改變。由搬遷前的預備、搬遷的考驗 與搬遷後的重整與再適應,雖然不是事事盡如人意但總算逐漸的就緒,感恩過程 中各處室許多同仁在幕後默默的支持與協助,是我們最大的依靠;然而隨之而來 的是 9 月初的開學,學院新的行政團隊與師長們皆是嚴陣以待,常常聚在一起開 會溝通尋找解決問題的方案,整個暑假未曾休假不敢懈怠,因為學生的課業與學 習是重中之重的事。

技職教育與高等教育的培育目標

技職教育注重實務操作與技能訓練,目標是培養學生在特定領域中的專業技 能,能夠直接投入職場。而高等教育則側重於理論知識的傳授與研究能力的培養, 旨在培養學生的批判思維與創新能力。這兩者的培育目標雖然不同,但並不互斥, 相反,它們可以相輔相成,共同促進學生的全方位發展。



在兩校整併的過程中,我們需要認識到這種差異,並以此為基礎進行組織解構 再重整。這種差異不是阻礙,我們可以將其視為機會,通過整併將這兩種教育模式 的優勢結合起來,為學生提供更全面的教育經驗。同時,這也為教師帶來了新的 挑戰與機會,進而思考如何激發出創新的元素,將慈濟護理教育帶到另一個新的 局面。

教師的角色轉變:教學方法與課程設計的重新審視

兩校整併後,如何在課程設計與教學方法上有效融合技職教育與高等教育的特 點,是教師面臨的重要課題。教師不僅是知識的傳授者,更是學習的引導者與啟 發者。因此,在這個過程中,教師需要重新審視並調整自己的教學方法和課程設 計。

1. 教學方法的創新與調整

教師需要在保留技職教育的實務訓練特點的同時,引入高等教育中理論與批判性思維的培養方法。例如,可以將高年級生實驗室中模擬情境教學與臨床實務操作相結合,讓學生經由臨床真實案例情境中動手操作中理解理論,並在理論指導下進行創新。這種教學方法的創新不僅有助於提高學生的綜合能力,還能促進學科問的交叉與融合。

2. 課程設計的靈活性與多元性

課程設計是整併過程中的另一個關鍵挑戰。我們需要設計出既能滿足技職教育實務需求,又能符合高等教育理論深度要求的課程。部分師長授課時,面臨同一門科目開在不同學制,需同時教技職體系與高教體系背景的學生,這時候則需要教師在課程設計上更加靈活,充分考慮學生的背景和需求,並將不同學科領域的知識與資源進行有效整合。同時,跨領域的課程設計也可以為學生提供更多的學習選擇和發展空間。

自我心態與觀念的調整:教師的自我反思與成長

在組織解構再重整的過程中,教師的自我心態與觀念調整至關重要。整併不僅 是學校結構的變動,也是教師角色與責任的再定義。要以謙卑的態度面對這一變 革,我們需要積極適應,並視其為個人成長與專業發展的機會。

教師需要開放心態,主動接受變化,並不斷學習新的知識與技能。在整併過程中,教師間以寬廣的心胸進行合作與交流也變得更加重要。跨學科、跨專長的合作、不同教學方法的分享,將有助於我們在新的護理學院中找到最佳的教學策略。同時,教師也應該積極參與學院的決策過程,為組織重整出謀劃策,發揮自身的專業優勢。

面對改變:機會與挑戰並存

整併過程中的變革無疑會帶來一些困難,然而,這些困難也同時是機會。通過整併,我們可以打破傳統的學制與學科壁壘,使資源更有效配置與共享。此外,整併還為我們提供了重新審視教學方法與課程設計的機會,促使我們不斷創新、適應時代需求。

這一過程還將推動我們思考未來護理教育的發展方向。技職教育與高等教育的



融合,將有助於培養出兼具實務能力與理論素養的複合型人才,這將是未來社會發展所需的核心競爭力。教師在這一過程中的作用不可或缺,師長的專業知識、教學經驗與創新能力將直接影響整併的成功與否。

正向迎接整併變革,共創護理教育新篇章

整併並不僅僅是行政上的調整,它更是教育理念與教學實踐的深層變革。面對這一變革,我們需要以積極的態度迎接挑戰,抓住機會,並充分發揮教師在教學方法、課程設計與自我心態調整中的關鍵作用。

作為護理學院的師長們,我們肩負著為護理培育下一代人才的重大責任。在這個組織解構再重整的過程中,讓我們以開放的心態、創新的思維、專業與人文的素養,共同推動護理學院教育的進步與發展,為學生提供更優質的教育,為社會培養更多優秀的護理人才。這是我們的使命,也是我們在這次整併中所能抓住的最重要的機會。

兩校整併為我們打開了一扇通向未來的大門,讓我們攜手並肩,共同迎接這場 變革,創造屬於慈濟護理的教育新篇章。◎



多元融合培養 跨文化護理人才

Cultivating Cross-Cultural Nursing Talent Through Diversity and Integration

◆ 文 | 張紀萍 慈濟大學護理學系主任

今年七月,在全球高度矚目下,2024 巴黎奧運會開幕式以多元文化要素為核心, 以豐富多彩的藝術形式,向世界傳達人類與自然和諧共處的美好願景。然而過程 中,在全球一體化的大環境下,如何以一種平等與尊重的心態呈現多元文化,卻不 是一件容易的事。

跨文化照護強調了解和尊重健康照護中的文化差異,是實現全人服務的根本。在 全球人口流動性日益頻繁的今天,護理人員需要面對來自不同種族、宗教和文化背 景的患者。在臺灣,這其中尤以新住民與原住民同胞的健康需求最具代表性,因為 語言和文化差異,就是獲取健康服務的障礙。

原慈濟科技大學成立之初,就是以幫助偏鄉青少女就業為宗旨,後來成立原住民專班,後來又成立新住民子女專班,不論原民生,新住民子女與一般生採混班學習,這一模式持續至今,因同學來自多元背景,所以學生在學習過程中,更能了解不同文化在健康照護中面臨的挑戰,如偏遠地區的醫療資源匱乏、文化傳統與現代醫療體系之間的適應,需要我們用更多的文化敏感度,在工作中,如何增進健康平等。

隨著醫學的國際化和多民族文化的發展,護理師們有了更多的機會去服務各國的病人,以及與世界各地的同仁一起工作。這一發展趨勢,不但擴大了護理工作的範圍,而且也給護理教育帶來了新的挑戰。此外,慈濟基金會海外分會與慈濟科技大學的長期照護科和護理學系,成立了「國際專班」,以公費訓練東南亞地區的外國留學生,讓他們了解華語,了解臺灣的文化,同時也能學到有關的專業技能。現在,這群國際專班的學生,已經在花蓮、大林和台中慈濟醫院等地,成為為臺灣社會健康照護生力軍,帶來多元文化關懷照護的力量。



在全球化迅速發展的今天。護理師除了要有扎實的理論知識外,還要有良好的跨文化敏感性和良好的交流技巧,才能更好地滿足照護服務對象的各種要求。因此,我們必須對傳統的護理學教育進行適當的調整,在教學中加入更多的多元文化因素,增加實習的機會,培養出符合國際社會要求的健康照護專業人才。

為學習如何尊重多元與獨特,本期以「多元融合下培養跨文化護理人才」為主題,透過問卷調查,了解護理同仁對此問題的認識和需要。了解護理人員因應不同文化背景下,所面臨之問題,進而提出相關理論與實務上之建議。問卷聚焦於護理人員多語溝通能力的準備,編寫多語種工作手冊,開展跨文化溝通,營造友好的跨文化合作工作環境,加強護理團隊協作,藉由此次問卷調查,可提供實務上之參考,同時也能推動臨床上跨文化照顧的應用與發展。

在世界衛生服務呈現多元化發展的趨勢下,培育具有多元融合能力的跨文化護理人才,是全社會的責任,更是教育單位的責任。我們必須營造良好的學術氛圍、豐富的教學資源、豐富的訓練機會來引導同時也鼓勵這群來自亞洲其他國家的學子,在日常工作中提高自己除了護理專業之外的跨文化照護思維與敏感度。《法華經》:一切眾生皆具佛性。透過共同的努力,提升護理人員與不同文化背景下的健康照護同仁合作,並肩打拼,一起以更寬廣的視角,以多元共存的眼光看待一切,給每一個人,尊重、憐憫、有禮,平等和自由,護理才能夠真正更加全面、靈活和人性化地應對全球健康挑戰,為世界健康與福祉做出貢獻。



被遗忘的夭使

麻醉專科護理師

The Unsung Heroes:
Nurse Practitioners Specializing in Anesthesia



胡景媛

花蓮慈濟醫院 麻醉部住院醫師 麻醉在人類醫學史上是個重要的里程碑,藉由麻醉可以使病人在無痛且舒適的狀態下接受手術或其他侵入性治療。許多人比喻麻醉的過程就像開飛機,麻醉誘導期像是飛機起飛,而手術進行期間也就是麻醉維持期好比飛機於平流層飛行,甦醒則如同飛機降落時,病人在過程中會從清醒到無意識,接著甦醒,每一個環節都是由麻醉團隊鎮密的執行且監控著。駕駛飛機的雖然是機長,但是一趟安全的飛行是仰賴完善且信任的團隊互相配合著。麻醉亦是如此,執行給與麻醉藥的雖然是麻醉科醫師,在每次麻醉執行中,麻醉醫師與麻醉專科護理師的合作是不可或缺的重要環節,確保每個病人都能在最安全穩定的狀況下完成每一次的手術。

猶記得某次週末值班日,急診室送進來一位車 禍後多重創傷的病人,到院時生命徵象相當不 穩,處於隨時都有可能需要急救的狀態。經過急



診醫師快速檢查並診斷肝臟撕裂傷造成腹腔內大量出血,此時病人已呈現休克狀態,必須在最短時間內進入開刀房接受剖腹探查手術,找到出血點並且止血以搶救生命。一接收到外科醫師通知緊急手術,手術室裡立刻瀰漫緊張的氣氛,然而大家都能全神貫注且有條不紊的展現專業能力,除了外科醫師與麻醉科醫師需在短時間內向家屬解釋病情及麻醉風險之外,開刀房護理師與麻醉專科護理師也都準備好需要使用的醫材、儀器及藥物,迅速做好萬全的準備,等待病人進入開刀房。

在麻醉專科護理師與麻醉醫師的分工之下,快速且精確地完成麻醉誘導,這當中包含了建立周邊及中央靜脈管路、置入動脈導管、給予誘導藥物、維持穩固的呼吸道及監測儀器的設置與判讀等等。外科醫師也迅速的找到出血點成功止血,手術的過程相當快速且俐落,這期間不管是麻醉護理師或是麻醉醫師都沒有一絲鬆懈,時時刻刻關注著手術臺上出血的狀況,同時也密切監控著儀器上呈現的每





樣數據,一旦出現任何變化要馬上判斷並進一步處理。幸運的是,手術後病人的生命徵象也隨之穩定,我們這才稍微放鬆繃緊的神經,病人在加護病房觀察數日後也回到一般病房接受後續照顧。在得知病人順利復原出院後,我也很開心的把這消息與當天主責的麻醉專科護理師和刀房護理師分享,能夠看到病人健康出院,我想是身為醫護人員感到欣慰與有成就感的事情之一。

重大創傷是麻醉裡最緊急且高風險的情況之一,病人可能因為多處骨折合併腦 出血及臟器出血而產生意識不清與休克的情況,面對如此複雜的病況,麻醉專科 護理師依然能從容不迫的做好麻醉前的準備,麻醉團隊的默契與信任在關鍵時刻 更顯其價值與可貴之處。無論是否為緊急手術,每一次的麻醉若有麻醉專科護理 師從旁給予專業的協助,能使麻醉醫師有效率且安全的麻醉誘導病人讓外科醫師 為病患進行手術。

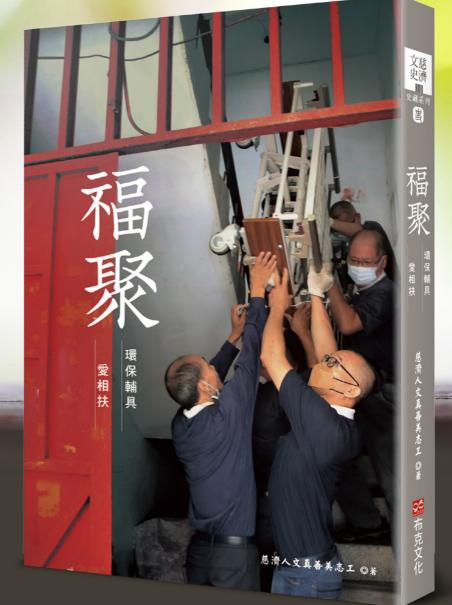
這次的麻醉經歷更讓我體悟到醫護之間合作的重要性及其價值,團隊裡每個角色準確完成各自任務並在隊友需要時提供協助,一個彼此信任且有默契的團隊能夠事半功倍,也守護著每個不安的病人,讓我們能夠陪伴病人們走過一段他們無法獨行的路。<<

《稿聚》

環保輔具愛相扶

文/慈濟人文真善美志工 出版/布克文化

慈濟長年關懷弱勢個案,從中發現個案有 大量輔具需求;但對他們而言,購置全新輔 具遙不可及,要申請公部門租借或補助款, 亦是緩不濟急。



慈濟環保輔具 LINE



有輔具需求者, 請掃 QR CODE 加入好友



■ 文 | 吳宏蘭 慈濟大學長期照護研究所副教授

身處地球村的時代,隨著醫療國際化及多元族群的增加,護理人員有更多機會照顧不同族群、國籍及文化背景的病人,需要具備跨文化照護能力。文化一詞包羅萬象,文化是指人類共同活動創造的產物,包含語言、文字、生活型態、風俗習慣、宗教信仰、典章制度、規範和價值、文學、藝術、政治等。因此生活在不同文化的環境

之下,個人有不同的觀點、價值、生 活習慣及行為,也會影響其健康與疾 病的信念。

照顧不同文化、地域與國籍的個案 與家屬時,護理人員必須具備文化敏 感度與文化照護能力。跨文化照護能 力是一種具備文化察覺力、敏感性、 知識及技巧的專業健康照護能力,在 提供跨文化照護時,必須能覺察及意

問卷基本資料統計

性別	人數	%
女	1,031	93.1
男	77	6.9
總計	1,108	100.0
年齡	人數	%
≦20歲	8	0.7
21-25歲	255	23.0
26-30歲	233	21.0
31-35歲	155	14.0
36-40歲	114	10.3
41歲以上	343	31.0
總計	1,108	100.0
目前醫院服務年資	人數	%
≦1年	193	17.4
1.1~2年	100	9.0
2.1~3年	88	8.0
3.1~5年	102	9.2
5年以上	625	56.4
總計	1,108	100.0

	人數	%
護理師/士	846	76.4
副護理長	44	4.0
護理長	57	5.1
督導及以上	22	2.0
個管師(功能小組)	50	4.5
專科護理師(含資深護理師)	89	8.0
總計	1,108	100.0
工作科別屬性	人數	%
內科	175	15.8
外科	163	14.7
小兒	32	2.9
婦產	45	4.1
急重症	181	16.3
功能小組	18	1.6
血液透析室	45	4.1
手術室	93	8.4
門診	188	17.0
心蓮	24	2.2
行政	26	2.3
精神科	39	3.5
其他	79	7.1
總計	1,108	100.0
所在院區	人數	%
花蓮	189	17.1
玉里	33	3.0
關山	31	2.8
大林(含嘉義)	263	23.7
臺北	238	21.5
臺中	324	29.2
斗六	27	2.4
三義	3	0.3
總計	1,108	100.0

識到彼此之間的文化差異性,能以同理、開放、欣賞、尊重、包容和接納的態度,提供個別性與文化適切性之照護,才能尊重每一位病人,提供以個案為中心的適當照顧。

慈濟基金會海外分支會為協助當地 學生脱貧,與慈濟科技大學長期照護 科及護理系合作開設國際專班,以公 費培育東南亞等外籍學生,學習華語 溝通與理解臺灣文化等能力,目前已 有長照科國際專班畢業生於花蓮、大 林與台中慈濟醫院服務。本問卷調查 期能了解慈濟醫療志業護理同仁對於 多元跨文化照護及人才培育相關意見, 總計回收 1,108 份有效樣本。

善用資訊科技溝通 尊重接納不同文化

溝通與互動是照護的基本要素,跨 文化照護過程如果能使用雙方都能聽 懂及理解的語言溝通是很好的方式, 除了自己熟悉的母語之外,若能具備 外語能力,將有助於彼此的互動。問 卷結果顯示對於照顧不會講華語的外 國籍病人,護理同仁會做的準備,以 「我會善用手機或平板的翻譯 APP 進 行溝通」為最多,由於手機、平板等 3C 產品的普及化,護理同仁妥善運用 APP、溝通圖卡及翻譯軟體,有助於克 服語言不通的障礙,也能更簡便、輕鬆的與不同語言的個案及家屬溝通。

其次的準備是「尊重及接納他們的 飲食、生活習慣、信仰及健康信念」, 這也是跨文化照護能力之一。能對異 文化產生興趣,具備足夠的敏感度了 解文化差異,願意修正自己的態度去 尊重不同文化的人,即具有跨文化敏 感度,有助於跨文化的有效互動。

「我會跟著醫療團隊準備常用醫療 用語及治療的圖文對照卡」、「練好 口説英文」分居第三及第四,顯示大 家非常重視語言的溝通及理解。語言 表達必須能正確的傳達訊息,並確定 雙方能相互瞭解,這是照護不可或缺 的要素,也與病人安全息息相關。

如果身邊的同事是老外 異文化的渴慕與開放胸襟

臺灣高齡及長期照護需求漸增,近年來因為長照 2.0 政策及臨床護理人力的不足,對醫院及住宿型長照機構的照護人力衝擊巨大,也影響個案的醫療與照護。在不同的醫療院所及長照機構聘任護理佐理員,提供病人輔助照護及協助庶務工作,成為照護團隊的成員,有助於減緩護理師的照護負擔及致力於專業性的照護。護理同仁對於醫院聘任外國籍護理佐理員,表



■ 當如果您要照顧不會講華語的外國籍病人,您會做哪些準備?(可複選,N = 1,108)

我會先做功課了解該國(地區)的生活習慣、文化與健康信念 21.1%

我會把口說英文練好一點,至少用全球共通語言初步溝通 35.6%

我會善用手機或平板的翻譯 APP 進行溝通 86.1%

我在照護時會尊重及接納他們的飲食、生活習慣、信仰及健康信念 53.6%

我會跟著醫療團隊準備常用醫療用語及治療的圖文對照卡 41.8%

我會想到病人住院時,家屬的交通住宿飲食等需求,盡可能協助 24.9%

其他 0.4%





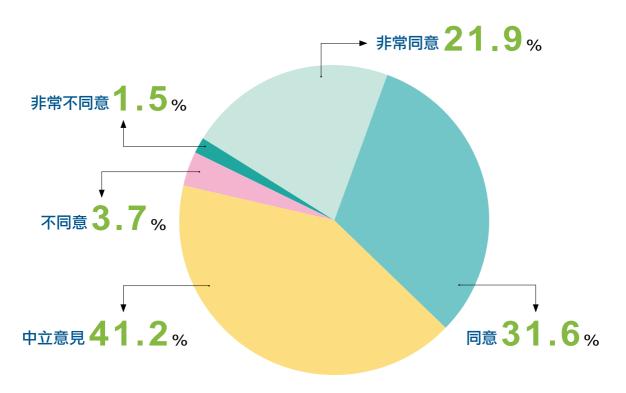








2 如果醫院聘任外國籍護理佐理員協助提供病人照護,您覺得? (單選,N=1,108)



示同意或非常同意者占 53.5%,而持中立意見者也有 41.2%,其原因有待未來探究。

對於「如果病房有外籍的護理佐理員(取得相關學歷)執行輔助性照護工作」,顯示 68.4%的人同意「有護佐協助能減輕照護負擔,不分本籍外籍」,這也呼應上一題大多數人贊成醫院聘任外國籍護理佐理員的意見。此外,大多數的護理師在互動時會把說話的語速放慢,確定對方理解正確(49.2%);並能秉持同理心、關懷的

態度,願意提供協助(48.1%);有機會了解異國特色文化或多學習一種語言,感到很有趣(37.5%),顯示具備文化自覺(cultural awareness)、文化知識(cultural knowledge)、文化渴慕(cultural desire)的跨文化照護能力。但是也有34.4%會擔心外籍護佐與病人或家屬溝通有障礙時,需要額外花時間協調處理(34.4%)。

慈善助學 菲愛社區失智長者

慈濟科技大學申請國際產學合作長



3 如果病房有外籍的護理佐理員 (取得相關學歷)執行輔助性照護工作,您認為? (複選, N = 1,108)

有護佐協助能減輕照護負擔,不分本籍外籍 68.4%

因此有機會了解異國特色文化或學習多一種語言,應該很有趣 37.5%

剛互動時,會把語速放慢,確定對方理解正確 49.2%

理解異國人在臺灣工作不易,願意給予協助 48.1%

需要去了解這些同事的文化背景與習慣,增加我的工作負荷 13.1%

擔心有病人或家屬拒絕外籍護佐照顧時會造成我的工作負荷 19.0%

擔心外籍護佐與病人或家屬溝通有障礙,要額外花時間協調處理 34.4%

擔心外籍護佐不能勝任輔助性照護工作 16.0%

其他 0.8%



照專班,於 2019 年至 2024 年共計培育三屆 48 名長照科公費外籍學生。他們在學共計 2 年,除了課堂的學習之外,還有基本照護、機構照護及主要的健康照護議題,它是一群症狀組、宣傳、包含記憶力及語言能力、注意的疾病,包含記憶力及語言能力、注意、判斷、制力。以下,是不可能的減退,是可能出現于,是不可能的輕減症狀,逐漸進入中度,便輕減症狀,逐漸進入中度,更短不同。

 及手做的多樣性活動及引導策略,愛華善用報章雜誌上的人物圖像,引導江阿姨臨摹,並作為畫畫時溝通的證明,在縫製皮包時,引導協助拉縫線及提供選擇顏色的互動方式。最終在實習結束的惜別會上,平時不會顯大學,這是難得一見的景象。最近一點,最後的這一幕,與失單個案的溝通常需要耐心、不否認、順勢而為、用對的方法。

在醫院病房的實習有別於長照機構 及日間照顧實習,林瑞思同學在花蓮 慈院病房實習時,照顧慢性腎臟疾病 的林阿嬤,她因為全身水腫、尿量減 少而緊急洗腎。阿嬤雖然已經洗腎, 但仍有水腫現象,瑞思與老師討論是 否可以運用她熟悉的淋巴水腫按摩 方式,讓阿嬤身體舒適。經過阿嬤及 其家人的同意後,瑞思以熟練的按摩 手法,幫阿嬤按摩,讓她緩解水腫的 不適感,感到非常高興,家屬也很讚 賞瑞思的細心照顧。在一次偶然的機 會下,瑞思聽到阿嬤與家人講阿美族 語,居然與她的菲律賓母語有相似之 處,頓時倍感熟悉親切,因此透過雙 方語言的交流,也增進互動而更拉近 彼此的關係。



4 單位有外籍護理佐理員提供輔助性照護工作,欲增進團隊合作及提供良好的照護,您認為合適的方法是:(複選,N = 1,108)

建立跨文化照護的友善環境,例如鼓勵、尊重與同理的工作氛圍 75.4%

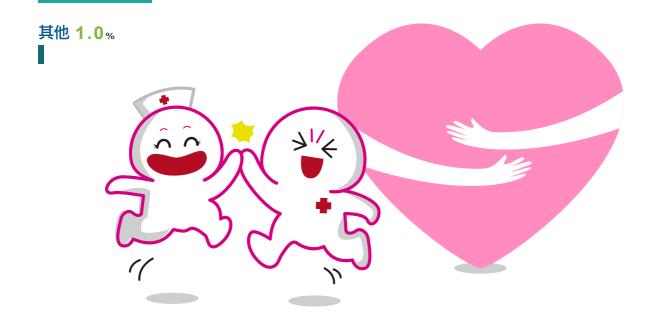
建立資深護理佐理員指導制,以協助其工作適應 58.8%

設置中英對照的護理佐理員工作常規手冊 66.3%

適當的向病人(家屬)解釋有不同文化的工作夥伴提供照顧 43.2%

病房或醫院定期辦理跨文化聯誼活動,例如音樂欣賞、餐飲、讀書會、運動等 24.6%

媒體傳播表揚優秀的外籍護理佐理員 19.3%



長照科的菲律賓籍公費學生二年畢 業後,取得副學士學位,目前他們已 於花蓮慈院、大林慈院住宿機構、台 中慈院護理之家服務。這些畢業生們 入職後,如同一般新進人員一樣,除 了必須熟悉工作常規、適應新環境之 外,首要克服的是語言障礙,包含國 臺語的溝通,他們表示會運用筆記 方式、把握機會經常練習等,並克服 害羞害怕的心理,不斷嘗試;並在主 管及同仁們的體諒、支持與協助下, 彼此相互了解而逐漸適應工作。期望 這些受過良好專業培育,具備基本華 語表達能力,在臺灣學習與生活的長 照科人才,成為我們健康照護團隊的 生力軍,共同提升照護品質。

善解包容合和互協,共創雙贏

單位若有外籍護理佐理員提供輔助 性照護工作,欲增進團隊合作及提供 良好照護的合適方法,同仁們認為 「建立跨文化照護的友善環境,例如 鼓勵、尊重與同理的工作氛圍」占 75.4%,「適當的向病人(家屬)解 釋有不同文化的工作夥伴提供照顧」 43.2%。其次是「設置中英對照的護 理佐理員工作常規手冊」66.3%、「建 立資深護理佐理員指導制,以協助 其工作適應」58.8%,這些措施有助 於外籍同仁的工作適應,成為友善職場。除了定期辦理跨文化聯誼活動,例如音樂欣賞、餐飲、讀書會、運動等 24.6%,其他意見包含希望外籍護理佐理員能具備華語溝通能力、定眾實力共識或焦點互動團體;向民眾宣導,外籍工作同仁是我們的好夥伴,共同營造友善環境。由選項的占比中顯示大部分的護理同仁都具備文化中顯示大部分的護理同仁都具備文化自覺及對同事友善的態度,也是跨文化照護能力的展現。

國際人士的交流與人才的流動是全 球趨勢,跨文化照護也是護理人員的 照護範圍,具備文化照護能力實屬重 要,它是一種具備文化察覺力、敏感 度、知識及技巧的專業健康照護能 力。文化敏感度與文化技能可透過學 習或接觸而獲得,文化能力也是持續、 非線性的動態過程,可藉由適當的環 境與教育方式培養。因此增加護理多 元文化養成教育及在職教育,使護理 人員有更多的機會接觸多元文化及照 護不同族群及種族背景文化之病人, 以平等、同理心尊重文化差異,察覺 有文化差異時如何避免和化解衝突的 能力,展現不卑不亢的自信態度,並 培養外語能力、樂於文化交流,願意 與外籍同事共事合作等,共同提升個 案的照護品質。



[No.1]

結合慈善 培育文化共融照顧人才

Combining Charity with Cultural Inclusivity in Healthcare Education

■ 文、圖 | 湯麗君 慈濟大學護理學系助理教授

臺灣在 2025 年進入 65 歲人口達到 20% 的超高齡社會,加上少子化的現象,照顧實務面臨更巨大的挑戰,獨居長者、老老照顧、外籍看護等儼然已成為常態。臨床上面臨護理照顧及生活照顧的人力嚴重缺乏,學校教育也培育更多元化的照顧人才。政府為因應照顧人力的缺乏,教育部開放具有長照相關科系申請國際產學合作專班,2019 年開始,慈濟科技大學申請國際產學合作長照專班,秉持慈濟慈善教育的理念,招收菲律賓因風災而失學的弱勢學子,三屆共招收48 名長照科公費外籍學生,學生學習華語及長照專業後,留在臺灣成為安全照顧、伴老如親的照顧服務人員,也期望以教育協助學生脱貧,有穩定工作後,能翻轉他們的人生。

為讓具有副學士學位長照畢業生畢業後能順利投入職場,勞動部於 2022 年 4 月 30 日公告並實施「移工留才久用方案」,並於 2023 年 6 月再修法,以「中階技術人力」留在臺灣及成為機構中的照顧團隊成員。如何培育長照副學士外籍生能在臺進行跨文化照顧,學校的課程規畫有幾個面向必須考量,包括:語言、專業、文化、生活、實習及就業等相關的學習及適應。因此課程以累積式及漸進式學習為原則,規畫四個學期,第一學期華語課程、第二學期長照概念、第三學期實作課程、第四學期實習課程。為讓外籍生能學習華語及理解長照概念,以雙語進行課程教學,英語與華語的佔比為七比三,實作課程及實習課程則採漸進式全華語。依據教育部對國際產學合作專班規範,學生於第一學期必須接受至少每週 15 小時以上華語課程,並且通過華語基礎級測驗。學習新的語



慈濟大學護理系助理教授湯麗君(前中)與第三屆長照科畢業生於校園合影。圖/天下 CHERS 雜誌提供

言需要環境,因此在第一學期開始即安排學生課餘時間到社區據點做志工,練習及熟悉臺灣照顧的文化,第二學期專業概念學習結束後即安排到醫院做志工,熟悉工作職場及語言,第三學期實作課程結束後即到醫院慢性病房工讀了解職務內容。第四學期實習課程則安排 3 階段 16 學分共 640 小時實習,包括基本照護實習(醫院慢性病房及住宿型機構)、機構照護實習(日照中心)、及社區照護實習(社區據點)。

外籍生除了語言及學習的適應,生活文化的適應也非常重要。生活輔導除了 長照科老師及輔導員外、人文室懿德爸媽、國際處及學務處同仁、舍爸舍媽等 都是外籍生生活上非常重要的師長。團體住宿生活的規範對從未住校的外籍學 生而言是另一個重要跨文化人際關係的建立,日常的生活點滴從洗澡、吃飯時 間,甚至如廁方式等都是生活適應的學習。此外,一日三餐均在學校餐廳解決 的公費外籍生,節慶的風俗民情、飲食文化與禮節、宗教儀式等,無論對本籍 生或外籍生都是重要的生活適應學習。



湯麗君(右二)前往醫院實習訪視,了解長照科外籍學生的學習狀況。

校園的學生國際化,反映未來職場的多元化,從學校的跨文化生活開始,對本籍生及外籍生都是重要的接觸與適應。學校近幾年外籍生人數逐漸增加,第一屆長照外籍生遇到的困境相對較多,其中最大困難是溝通。過去學校師長及行政同仁接觸外籍生機會少,為了縮短語言溝通障礙的適應期,外籍生努力學習華語,行政同仁積極練習英語。學校也舉辦跨文化活動,讓學生能接觸多元文化的人事物,增加彼此了解的機會及減少不理解及刻板的印象。

臨床接觸的照顧者也更多元了,例如外籍家庭照顧者或外籍居留人士,外籍 生有語言優勢,可以運用相對流利的英文協助臨床溝通減少差異。

長照科三屆共培育 48 位畢業生,17 名在花蓮慈濟醫院擔任護理佐理員,13 名在大林慈濟醫院住宿機構擔任照顧服務員、10 名在台中慈濟護理之家擔任照顧服務員,他們的活潑樂觀民族性可以帶來不一樣的職場氛圍,這群弱勢學子感恩有機會並珍惜擁有,正努力在臺灣成為照顧團隊的一份子。

保持善良理解的工作態度

Maintaining a Kind and Understanding Work Attitude

■ 文 | 衛艾德 Ewin Villanueva 花蓮慈濟醫院護理佐理員

我是衛艾德,在菲律賓的高中畢業,我的媽媽是菲律賓慈濟分會的志工,所以我有機會認識慈濟及慈濟大愛的哲理,我很幸運有機會到臺灣念書。長照科畢業之後,因為疫情我回去菲律賓一年,我很高興能回到臺灣工作,我現在在花蓮慈濟醫院擔任病房護理佐理員。



在學校的兩年生活充滿了學習和成長,因為慈濟的慈悲教育與服務教學深深 影響我的工作方式,讓我更加關注不同背景的病人需求。學校的學習讓我了解 菲律賓和臺灣文化的不同,此外,慈濟對病人的照護強調整體照顧,我不但專 注於身體上的問題,還會考慮病人的情感和精神上的健康,讓我在照顧不同文 化背景的病人時,我會更注意。

我在慈濟醫院工作的經驗教會我在醫療文化敏感度和同理心的重要性,無論他們的背景如何,要以善良和理解的態度面對每一位病人。無論是透過我在臺灣的生活經歷或是能用華語交談,這種文化聯繫有助於建立信任和融洽的關係,對我來說特別重要,因為這是我能夠提供尊重信仰和價值觀的照護,讓我能夠與病人建立關係,也讓病人感到舒適和被理解。

No.2-2

開口說臺語 享受臺生活

Learning to Speak Taiwanese, Embracing Taiwanese Life

■ 文|施約翰 Christopher Sicsic 大林慈濟醫院住宿機構照顧服務員

我來自菲律賓奧爾莫克市,在菲律賓念大學並且獲得生物科學學士學位,因為菲律賓的工作機會非常少,大學畢業後,我有機會認識慈濟志工,知道慈濟為世界各地的許多人所做的好事,特別是在 2013 年海燕颱風侵襲菲律賓,慈濟志工幫助我們重建家園,我對此永遠感激不已。在 2019 年我獲得助學金的機會,可以學習華語及長照專業,我很珍惜這個機會就選擇來臺灣就讀長期照護。

目前我在大林慈濟醫院住宿機構當照顧服務員,我的工作主要是幫助長輩的日常生活所需,例如管灌牛奶、吃飯、翻身、上下床及協助活動。面對新的工作環境需要時間學習,一開始我很難適應,因為不同的工作文化,尤其是我沒有醫療相關的工作經驗,雖然我在實習期間有照顧長輩的經驗,且照顧工作的流程幾乎是一樣的。特別是語言部分,因為 COVID-19 疫情的影響,長照科畢



業後我先回菲律賓兩年,所以我的中文口語和聽力能力較不好。在我的工作場所,大多數老年人都說臺語,我也必須學習說臺語。我試著透過寫下來,並經常與許多個案或同事交談來克服它。我也學習日常新事物,嘗試走出害羞的舒適區,學習跟臺灣的同事們相處,很幸運的,主管及同事們都對我非常好,了解我的困難,幫助我適應,所以我在工作中沒有任何問題。

對我來說,學校和老師們的課程真的是很有幫助,因為學校所教的主題對照 服員的工作很有用。隨著時間過去,我發現自己已經習慣在臺灣的生活,我很 喜歡現在的生活,更珍惜慈濟給我的機會。



[No.3]

來自菲國的護理佐理助力

Filipino Nursing Assistants: A Valuable Addition to the Workforce

■ □述|戴佳惠 花蓮慈濟醫院護理部督導 攝影|鍾懷諠

基於慈濟慈善教育理念及增加醫院照護輔助人力,以提供病人良好的照護,花 蓮慈濟醫院自 2023 年 12 月起採用勞動部「中階技術工作人力計畫」,聘用兩梯 次共 17 名畢業於慈濟科技大學長照科專班的菲律賓籍學生,擔任慢性病房的護 理佐理員。為符合臺灣主管機關及菲律賓的法規,花蓮慈院護理部與人力資源室 經過半年的準備,完成全臺第一批副學士學位之僑外生的中階技術人力聘用。

考量到第一梯的同仁先前沒有在醫院的實習經驗,我們在到職時先安排教育訓





練再進入單位,訓練課程裡包含基本照護技術及 BLS(基本救命術)。同時我們也用三軌輔導機制,結合單位主管、慈誠懿德爸媽及學校師長,幫助同仁適應來臺的工作及生活。當工作中遇到問題,可與單位主管互動,釐清工作遇到的狀況及關懷輔導。慈誠懿德爸媽也會到單位關心他們的狀況並提供支持。學校師長與單位主管保持密切溝通,關心同仁在院工作表現及提供關懷。也透過醫院與學校的合作與討論,在下一梯學生的實習及未來就職上進行溝通,包括讓學生在寒暑假到醫院擔任志工及到醫院進行四週基本照護實習,強化他們的照顧經驗。這些措施使學生了解醫院照護常規,也有助於他們未來入職後的適應。從第二批同仁的到職訓練回饋得知,這些措施不僅降低他們對工作的恐懼感,還增進他們與病人家屬的互動及工作適應。











唐迪恩、伍鵬(左圖)及諾瑪(右圖)在台中慈院護理之家擔任照服員。

儘管同仁在學期間皆通過華語檢定,但工作中仍會面臨溝通的挑戰,如接電話時對方講得太快會聽不懂,也會遇到講臺語和原住民語的病人。對於資訊系統的操作不太熟悉,出現被服申請量太多或不足的狀況,這些狀況透過護理師及資深護理佐理員的指導及協助,加上反覆操作後也逐漸孰悉。

護理佐理員的工作包含輔助照護及庶務工作,可與護理師成為臨床照護的夥伴。他們受過照護服務的專業訓練,當護理師教導病人聘僱的外籍看護照護技能時,常常遇到外籍看護聽不懂中文的狀況,這時他們就可以協助用菲律賓語翻譯及確認看護是否理解護理師的指導。透過護理師及護理佐理員的共同照護,也能讓病人獲得更好的照護服務。

透過「中階技術工作人力計畫」聘僱外籍護理佐理員,可補充照護輔助人力。此計畫與傳統移工引進方式不同,醫院屬於直接雇主,這些外籍同仁在工作和生活有更多的保障與便利,例如排休時他們可依照自己的規畫與朋友或在臺工作的家人相聚;而他們在臺灣接受專業訓練,較熟悉當地的文化與照護環境,在國際化與多元文化照護的趨勢下,提供更多的照護人才。(採訪撰稿/吳宏蘭)



[No.4]

文化適切性健康照護

Culturally Appropriate Healthcare: Bridging Gaps in Patient Care

■ 文 高夏子 慈濟大學護理學系助理教授

隨著臺灣社會的多元化,醫療照護面臨越來越複雜的挑戰。不同文化背景的 族群逐漸增加,護理人員除了需要專業技能,還必須具備文化敏感度與理解力, 才能提供全人照護。因此,培養跨文化照護人才已成為護理教育中的重點課題。

多元文化社會 培養跨文化能力

隨著新住民、移工和原住民等多元文化群體的增加,醫療照護的挑戰也在上升。跨文化照護是根據患者的文化信仰、語言和習俗來提供個別化的醫療服務,以避免因文化差異引發的醫療問題。語言障礙、健康信念差異和文化禁忌等因素,常影響醫療服務的成效。因此,護理人員需要具備文化敏感度,才能有效應對這些挑戰。在護理教育中,培養學生的文化敏感度至關重要。教師透過實際案例和模擬場景,幫助學生理解文化適切性的核心價值,並學習如何根據病人的文化需求調整護理計畫。這不僅能提升護理照護成效,也能增加護病關係和病人的滿意度,從而提升個案健康。

原住民健康與文化安全

在跨文化照護中,原住民的健康與文化安全尤為重要。臺灣原住民族擁有獨特的文化傳統,這些文化深刻影響了他們對健康的認知。例如,原住民的健康觀念與西方醫療模式有所不同,這要求醫療人員在提供照護時須尊重、理解並融入其文化背景,以確保提供符合文化安全的照護。透過跨文化照護課程中的案例教學,學生可以了解原住民文化的特殊性,以原住民族的傳統療法為例,某些原住民病人可能希望同時進行傳統儀式治療,在這種情況下,我們應該理



解及尊重他們的文化,並與他們協調安排,讓現代醫療和傳統信仰能夠共存, 增強病人對治療的接受度。學生學習如何在這些文化脈絡中提供適切的醫療服 務。這樣的學習不僅能減少文化衝突,還能提升原住民的醫療可及性,進一步 解決健康不平等問題。

考量文化差異的健康照護方式,重點在於提供符合個體文化背景的適切性服務,以提升照護品質。

具備文化敏感度 從尊重開始

在教授的一門「跨文化照護」選修中,強調提供符合個體文化背景的適切性 服務的核心概念,例如文化敏感性、文化適應力、有效溝通與公平照護等。以 理解族群的飲食文化為例,不同的原住民族的飲食文化與其生活環境和傳統習 俗緊密相關,例如,某些原住民族有狩獵和特別的飲食習慣,這對他們的健康 和生活方式有重要意義,需要理解這些飲食習慣,並提供適當的健康建議,例 如如何在保持傳統飲食的同時,控制高血壓或糖尿病等現代疾病的風險。穆斯



林病人的齋戒禁忌,在齋戒月期間禁食禁水時,醫療團隊在不危及生命狀況下商討調整治療計畫,並提供符合齋戒規範的飲食。

在課程評量中,學生們提出了如何提供具文化適切性的健康照護的看法;他們強調應以病人為中心,尊重其文化背景,了解病人的文化信仰、生活習慣和禁忌,並根據這些特徵調整健康照護方式。學生們學習到應該多利用查詢資料或向專家請教,來增進對不同文化的理解。他們認為語言障礙和文化差異是主要挑戰,語言不通可能導致護病關係中需求與照護間的衝突,而文化禁忌和習俗的誤解可能引發醫療糾紛。因此,學生們認為需要更多時間來學習不同文化,並通過練習來提升跨文化能力,以應對這些挑戰。

訓練多元文化溝通技巧 提供個人文化需求照護

文化適切性照護能夠拉近護病關係,讓病人感受到尊重與溫暖,能減少文化差異引發的誤解和衝突,進而增進護病關係,促進醫療照護成效,提高病人滿意度。同時,醫護人員也能從中學習不同文化,增強自身的文化能力,創造除





專業外更具人文與溫度的醫療環境,改善個案健康結果。

跨文化照護人才的培育不僅是護理教育的關鍵課題,也是應對多元社會需求 的必然趨勢。護理人才的培養包括提供文化適切性照護、文化敏感度、多元文 化溝通技巧以及原住民文化安全等面向。

随著多元文化照護需求的增加,培養護理人員應對文化挑戰的能力變得尤為重要。這不僅有助於提升醫療服務的品質,也建立多元文化包容與和諧的社會氛圍。未來,隨著跨文化需求的持續增長,跨文化照護人才的培育將在醫療體系中扮演愈來愈重要的角色。護理教育需要持續調整課程內容和教學方法,幫助護理人員更好地適應社會變遷,並為病人提供更具個人化且符合文化需求的照護。



林 台 岑 花蓮慈院外科加護病房專科護理師

Beyond the Slash: A Three-Dimensional Life

Yi-Tsen Lin,

Nurse Practitioner, Surgical ICU, Hualien Tzu Chi Hospital

■ 文 |趙淑美 圖|林怡岑提供

護理、文創、公益,是林怡岑給現階段的自己的生命重點,根基於護理專業的 基礎之上,不只斜槓,而且是不斷超越自己的三軸運轉的人生。

青春韶華自由放縱 失之東隅收之桑榆

林怡岑踏上護理這條路,純粹是因為國中摯友的邀約。摯友説:「誒!我姊讀慈濟護專,畢業後要不要一起去花蓮讀書?」年少懵懂的怡岑只聽到「去花蓮」就馬上答應,腦子只想著可以去玩,而不是因為護理專業。

抵達山水明媚的花蓮後,她只覺得這裡的自由空氣太棒了,於是開始了每天放學後玩樂、上課時打瞌睡的護專生活;期中考試快到了,她才拿著全新的課本請班上的學霸幫她劃重點,但她一打開書就忍不住趴在上面直接睡到考試前,所以怡岑常開玩笑説:「我回學校,學校應該要鋪紅地毯迎接超級 VIP,繳的暑修費比學費還多……每年『暑假』都是一口氣修滿十學分,有一年甚至修了四次英文……」

慈濟科技大學(2024年8月合併為慈濟大學)的校園生活多采多姿,到了五專二年級,怡岑開始投入社團活動,從籃球社社長一路做起,把社團管理得如同學生會一樣規模宏大,每次活動都吸引了上百人參加,經費更是高達六位數以上,也就是從這個階段,她開始學習經營管理,為未來的多角化生涯打下了堅實的基礎。但也由於社團活動時間過多,無法好好準備護理師國家考試,所以五專畢業時,未如期望取得護理師執照。

見證生命脆弱 確定護理為職涯核心

在專科實習過程中,怡岑經歷了許多感動,同時也面對許多成長的痛苦。在門 諾重障養護中心的五專長期照護實習中,看到一個小女孩躺在床上扭動身軀,無 法言語,雙眼凝視著某處,手指不停地在空中揮舞。這時,怡岑心中不禁浮現出 一連串的問題:「她的人生將只能在這張床上度過嗎?她才八歲,未來還要再躺 幾個八年?」這些經驗讓怡岑初步感受到生命的脆弱。

在慈濟科大護理科畢業後,怡岑曾投入花蓮在地非營利組織「花蓮縣青少年公益組織」,參與辦理青少年健康促進活動、慶修院古蹟維護、社區長者讀書會、協助過剩農產品再利用及銷售等;在這三個月的服務期間,獲得了許多辦理活動





的經驗,並在社會公益團隊 運作上得到成長; 但怡岑心 底的聲音一直迴旋著,心中 響起慈濟大學校歌「眾生平 安、解我憂勞痛創」的旋 律, 眾裡尋他千百度, 驀然 回首時,發現護理仍是她的 初衷、她的理想、她的目 標。於是,她繼續就讀屏東 美和技術學院(現為美和科 技大學)二技護理系,並同 時準備護十和護理師的執照 考試,但護士國家考試考了 兩次,護理師考了三次才終 於捅過,這段經歷讓她深刻 反省並堅信,只要下定決 心,「面對它、接受它、處 理它」,仟何時候都不會太 晚,只要努力必將看到成功 的果實。

重症加護的熱情受到挑戰 通過魔考回歸崗位

當怡岑二技畢業時,唯一的心願就是回到花蓮慈濟醫院外科加護病房服務,因為那裡不僅是她五專重症實習的地方,也是感受最深刻的一段實習經歷;因為專科內外護理實習時,在田培英老師的諄諄教誨與指導下,面對重大危急病人時,學會了如何在搶救中保持冷靜,有條不紊地進行全人照護,這段經歷讓她對重症照護充滿了極大的熱情與動力,也真正理解了護理的價值與意義。於是,他與一位二技好友從屏東回到花蓮,共同加入護理人員的行列,期間雖經歷不少波折,但最終成功應聘到外科加護病房,開啟護理職業生涯的新篇章。作為新手護理師,

她非常感謝他的啟蒙臨床教師張美玲護理師,他稱她為「篩呼」。在她還一無所知的時候,美玲老師一步步地教導她正確的觀念和技術,為未來的臨床護理工作打下了堅實基礎。

成為一名正式的護理師之後,同事朋友們經常戲稱她為「人形鳳梨」,意指「招你來」;因為病人總是在她護理的班次裡突然需要急救,或者在等待了多天後,病人選擇在他當班時離世;雖然同事安慰他,這是病人自己選擇想要離開的時刻,但怡岑始終很難接受生老病死愛別離這樣的人生無常,於是在臨床工作的第二年,毅然決然地離開了醫院,內心始終難以平復。因緣際會之下,一位法師了解怡岑的情況,建議在面對類似情況時,可以誦念《南無妙法蓮華經》中的經文:「大般涅槃光及月愛慈光三昧普照」,於是修心養性沉澱心靈九個月之後,決定重新回到臨床接受挑戰。從那時起,臨床工作逐漸順遂平安。

邀集經驗分享著書出版 為專師及護理師培育助力

在臨床服務期間,怡岑持續精進護理專業,從護理師轉任為資深護理師,隨後研讀慈濟大學護理研究所專師組,順利撰寫完成論文取得護理碩士學位。在碩士修業期間,也完成專科護理師教育訓練並通過艱難的執照考,她説要感恩好友游思紜在專科護理師考試中的大力幫忙,提供共筆筆記給她,才能順利取得外科專科護理師證照。

有感於專科護理師執照考試的困難,希望能幫助更多有志成為專科護理師的護理人員通過訓練並取得證照,怡岑與好友討論並取得同意之後,將這份助益良多的共筆筆記分享給準備考專師的同仁,於是她開始籌組專科護理師執照筆試參考書的作者群,也感謝護理先進前輩及好友們的大力支持與協助,共同完成《No Problem 專科護理師執照考暨臨床實務參考書》,此書四年連續出版,已協助超過 3000 名考生應試。此外,怡岑發現護理學生進入臨床學習與適應不易,且在病人整體評估及連續照護方面經驗不足,為了讓新手護理人員更容易適應臨床,也為了培養更多優秀的臨床護理師,邀請臨床專科護理師、護理師及學校護理教師等,共同撰寫《護理新人不要怕 焦點交班不費力》一書,此書旨在協助護理臨床新人更快速地面對各種臨床照護情境,至今已嘉惠近 2000 名護理臨床新血。



護理學生時代的怡岑放縱不羈、愛好自由,未曾想過自己會在護理道路上持續精進與成長,但終究是在慈濟細物潤無聲的滋養中,成為專業的醫療健康提供者。回首充滿荊棘挫折的人生來時路,怡岑希望以自身的經驗提供學弟妹,以減輕護理學習過程中的挫折與無奈,所以投入臨床教育,擔任慈濟大學護理系兼任講師,引導護理學生進行臨床最後一哩實習,她説:「因為護理的未來有著無限寬廣,可以創造出各種可能,不要用框架侷限了自己的視野,也不要為如何選擇入職科別,心中充滿著不確定性甚至擔憂,就如同《哈利·波特》小說裡的分類帽為例,『即使本性並不適合某學院,但只要有願也能有所成就』」。

怡岑常對學弟妹説:「臨床最後一哩實習已經不再是加強臨床學理與技能,而 是要學習如何融入臨床環境,如何在護理工作中找到初衷與熱忱。」

護理之外的斜槓領域 為豐富自己的人生不斷創新

臨床護理工作穩定發揮之外, 怡岑也投身於公益事務, 秉持「取之社會、還之 社會」的理念, 她於 2020 年 11 月成立了「擺渡碼頭創意事業工作室」, 致力於





推廣臺灣在地文化創意發展、提升民眾對社會公益的意識形態、以及異業結合突破傳統思維的心靈服務,怡岑透過文創商品設計、活動企劃以及青年交流等多種方式,有更多的機會與政府各部門合作,推動青年返鄉及在地創生的計畫,也當選為花蓮縣青年發展中心的青年諮詢委員代表。

怡岑希望以自己不同的人生歷練,為社會帶來積極的影響,也為護理同仁打開不同的窗,人生處處有可能,除了守護民眾健康之外,還有其他不同的方式為社會服務。

在怡岑斜槓人生的背後,是無數次的努力和不懈的堅持。從學習新技能,到應對不同工作環境中的困難,每一步都充滿了挑戰與機遇,只有不斷地突破自我,才能在多重身分中找到平衡,這種生活方式需要勇氣、毅力和智慧的結合,讓怡岑在堅守護理專業之外,仍能游刃有餘地過上豐富多采的生活。



從反思到成長

From Practice to Compassion; From Reflection to Growth

■ 文、圖 | 謝怡萱 慈濟科技大學二技護理系校友、現任職臺灣大學醫學院附設醫院癌醫中心

記得幼稚園的時候外婆得到乳癌,在陪伴外婆走過那段艱辛的化療過程時,年幼的我只知道外婆會吃不下、掉頭髮,我能做的就是幫外婆搥搥背、捏捏肩頸按摩,希望這樣她能夠減緩一些不適,以及讓她知道我們相伴在她身邊,記得外婆最常説「做人要感恩(人)」與「做事要認真(事)」,做選擇就要負責任,並且要心存感恩,回饋社會與服務大眾,我將這句話謹記在心,成為我的座右銘,更是奠定我踏上護理之路的根基。我想,護理的意涵為:從實踐到關懷;從反思到成長的過程。

心中埋下環保護生的種子 追求同理服務利他



在求學的過程中,我常常會思考,如果要成為一名護理師,我需要具備什麼條件、技能、想法、態度及行為?除了專業知識技能之外,我個人有什麼特點及能力,因此在國小的時候,我參與荒野保護協會的活動,去探索山林與自然環境保育,學習愛護環境及生態,並擴大到愛眾人之心。那時有一場晚上夜遊行動讓我印象深刻,領隊帶領我們在大山背探索青蛙的美妙歌聲,也告知我們青蛙的生存環境因人類開發土地而大幅縮減,因此在我年幼的心中埋下要保護環境的一顆種子。活動結束後,我翻找書籍找出導致動物棲息地遭破壞的原因,發現人類許多行為是危害生態的,使我十分震驚,藉此也警惕著我要自己攜帶環保碗、筷;國中時,加入管樂隊學習團隊合作及一

分耕耘一分收獲,印象最深刻的是 2013 年全國運動會迎接聖火活動,在活動前大家一同努力練習吹奏曲目,讓我觀察到團結一心的力量是如此強大的,正式上場當天很高興有圓滿的成果,同時也體會到臺上一分鐘臺下十年功;五專進入新生醫專護理系就讀,讀書過程中我不僅注重學業的學習,也積極參與校內外的社團活動及服務學習,以培養自己的溝通能力、同理心、尊重及關懷,在校內我擔任糾察隊的職務,讓同學們能夠有安全、順暢的上學路,課餘時間我會去養生村擔任志工,一開始是想透過和長輩交流,讓他們有個舒心談話的對象,



同時也培養同理心,但後來實做之後,我發現我反而是收穫最多的人,就如同古人所說:「與君一席話,勝讀十年書。」他們的人生經驗使我相當動容,也更了解老子《道德經》第八章所說:「上善若水。水善利萬物而不爭,處眾人之所惡,故幾於道。」並期許自己能夠成為一個圓融、富有同理及服務他人的人。

最後一哩慈濟實習 感動伊如陽光

在歷經了五專學習過程中的歡笑、淚水、挫折、學習、成長後,來到了實習的最後一站,又稱為最後一哩,當時我選擇台北慈濟醫院產科病房實習,實習過程中我看到每當有個案要坐輪椅去檢查時,護理師學長姊們用視病猶親的態度解釋目前要做的事情及目的,也會在個案坐上輪椅時,將棉被墊在他們腳底下,避免直接踩在冰冷的踏板,這幕讓我永遠刻在骨子裡面,也激發我想深入學習人文之心,因此五專畢業後,我到花蓮就讀慈濟科技大學二技護理系,親身參與人文營以及學習慈濟人文,在營隊過程中,深受李憶慧師姊分享自己女兒 Grace 的故事感動,觸動內心,營隊結束後將電視劇及書籍《伊如陽光》看了好多遍,分享給其他學校的同學朋友們,同時也在心中種下希望有一天能夠陪伴像 Grace 一樣罹癌的病人,能夠在他們身邊陪伴、鼓勵、支持、傾聽。



心中有愛 對抗病癌

每當鳳凰花開的時節,同學們相互的討論未來畢業後的走向,有些同學打算繼續進修;有些同學打算進入醫院、月子中心工作……等不同走向,而我也像大家一樣有點迷茫,不知道要往哪個方向走,因此我靜下心來,問自己對於護理的期盼是什麼?護理的角色是什麼?當我是專業的護理師我想帶給個案些什麼?在問自己這些問題時,逐漸明白清晰的答案早已在心中……

「癌症」一詞讓大家聞風喪膽,不管是自己或家人牽扯上勾,接下來都蘊含著一連串悲歡離合、五味雜陳的交織,而在抗癌的過程中,有共照的醫療團隊及專業護理師的照顧,期許能夠讓個案們有多一分的安心、溫暖、勇氣,而我也希望能夠成為這樣的存在,很榮幸能夠加入國立臺灣大學醫學院附設醫院癌醫中心分院服務,在與個案及家屬的互動過程中,我真切的感受到把愛傳出去的美好以及愛要及時,也將繼續保持感恩、知足、善解、包容之心,期望未來在護理這個大家庭中,能夠深耕永續的發揮一己之力!









圓滿心內實習

Fulfilling Internship in Cardiology Ward

■ 文、圖 | 蕭羽茵 慈濟大學護理系五專生

依稀記得實習名單公布的那天,心中的雀躍難以形容。 過去常聽學長姊描述到台北慈濟醫院實習的經驗,充滿 艱辛與挑戰,但卻能獲得雙倍的成長,我滿心期盼著這 個學習歷程!一回到宿舍,我就趕緊拿出內外科護理課 本複習心血管系統以及呼吸系統的照護等,誠摯地期望 實習時能將所學派上用場。天啊,我終於如願爭取到台 北慈濟醫院心臟內科病房的護理實習了!

穿上實習服、戴上護士帽、掛上識別證後的我,心底 油然而生一股「我是護理師」的責任感。到達病房單位, 我開始熟悉環境與常規,認識護理記錄電子系統,並認



真地見習白班的種種工作流程。那天是四月三日,當我正準備仔細聆聽學姊們的交班內容,專注地記下與個案病況。突然一陣劇烈搖晃,我只感覺到頭暈站不穩,原來是發生大地震了。當時在場的同學們都緊張地握住對方的手,以穩定彼此的身心,希望地震趕快停止。在混亂中,病房的警鈴聲不絕於耳,說真的,我有被嚇到。但看著學姊們立刻放下手中事務,衝到病房關心與察看病人的背影,那一瞬間,突然覺得護理師好帥、好感動。因為學姊們完全展現出護理專業應變能力,在緊急狀況中以病人為優先,不為己私。那一刻,我也領會到護理師的責任真的好沉重!

為了能執行完整的照護工作,其實我已經在腦海中模擬好幾次電子系統操作、 給藥流程等,希望自己給藥時也能像學姊一樣的流暢,一氣呵成。當我在學姊的 指導下發藥時,竟然得到學姊的誇獎,說我藥物抽得很乾淨,動作很確實,那是 個小確幸喔。但過程中也因為我太容易緊張,總是有小小的出錯,我想我仍然有







進步的空間!看到心情低落的我,學姊不藏私地傳授小秘訣,例如怎麼正確快速核對藥物、三讀五對時要仔細核對包裝上的藥名等。學姊總是打趣地說:「雖然我看起來很輕鬆,但我都有確實確認藥物喔,妳以後上班也要這樣。對藥與發藥好像很簡單,但不只是將藥物送給病人,我們需要了解藥物的作用、副作用、確認藥物正確及包裝……」。經過學姊幾番耳提面命,讓我受益良多,對於照顧病人也更加地有自信。

記得有一次我向新個案自我介紹,在詢問照護意願時,其實我心裡有點擔心被拒絕。但親切的爺爺、奶奶卻不約而同說:「好!給妳照顧好啊!」順利地與病人家屬建立治療性關係,我每天的照護工作就成了一件有意義的事。早上換完實習服的我,總會習慣性地向爺爺與奶奶問候:「早安,吃早餐了嗎?昨晚睡得好不好?」奶奶也會熱情地回應我:「今天的妳也要加油喔!」而爺爺則是伸出他乾枯的手,努力地揮手打招呼。他們常說:「在這裡,每天都能見到妳真好。」害我幾次都差點流下眼淚,只好趕緊轉移焦點,免得哭出來。其實爺爺的聽力非









常不好,儘管我在爺爺的耳邊壓低音頻,或放大音量説話,爺爺接收到的訊息依然有限,讓我有些煩惱。護理長了解我的問題後,建議我使用手持式擴音設備,外加紙筆溝通,讓我能與爺爺溝通無礙,知道爺爺的需要。「啊,真開心,爺爺可以聽見我的聲音了!」在我照顧的期間,爺爺竟不覺得枯燥乏味,反而是充滿精神活力與我分享他的生活日常。奶奶説:「來慈濟求治,能讓妳照顧,是我們的福氣!很感謝妳的認真及付出」。出院那天,奶奶給了我一個大擁抱,我的眼睛又酸酸的,因為實習的緣分,我和爺爺奶奶成了彼此的貴人。

總之,回顧我的內外科護理實習歷程,除了接收到師長、懿德媽媽以及家人的 嘘寒問暖,每天更有學長姊的支持與鼓勵。這些力量是我不放棄,努力學習護理 專業,以及順利完成每一梯次臨床實習的動力。儘管實習結束已二月有餘,我腦 海中仍不時浮現爺爺慈祥的笑顏,以及他每天努力起身向我揮手打招呼的模樣。 對於臨床前線學長姊的付出與辛勞,我更加能感同身受。如果説,護理是一種大 愛,那麼因為我的願意承擔,成就了自己的喜樂與圓滿。期許未來的我,能秉持 著這樣的信念,追隨學長姊的步伐,勇敢前進,成為一位優質的白衣天使!





接受翻倍的挑戰爭取翻倍的成長

Accept Double the Challenge, Strive for Double the Growth

■ 文、圖|柯仲曜 花蓮慈濟醫院合心十一樓病房護理師

一轉眼,護理師生涯 10 年過去了,開始思考自己未來的發展以及工作規畫,與家人討論後,開始對「專科護理師」這個職位產生興趣。目前臨床對

於外科系病房的各種情境與突發狀況皆能掌控得宜,故想著再挑戰不同性質的護理相關職務,再則希望上班時間能更規律些,大部分時間是白天上班尤佳,基於上述種種原因,毅然決然報名專科護理師訓練班。

參加後才發現——不簡單。病人有任何主訴,由我這個主護執行評估向專師報告,專師就會開立醫囑,我再依照醫囑執行。但是上了訓練班的課以及實際實習後發現,專科護理師這個職位不僅要思考面對疾病時該怎麼處理,怎麼與醫療科討論,而且對學理的要求更深入,並且需從不同的角度診視病人的種種狀況,進而開立最適切的處置。除了學理的精進之外,「溝通」在專師這個職位也需進一步學習,例如:該怎麼在電話中用簡短的時間將病人的病況、過去病史,組織好且完整的告知醫師,另外也必須更進一步的探視病人給予相關評估及診斷,熟悉病人狀況與醫師討論後給予最適合病人的處理,已經不像過去僅僅只是通報而已,要憑著自己所學的專業學理進行全面性思考,該如何處理會對病人更好。

在進行專科護理師訓練的過程中,印象最深刻的是在受訓期間碰到 COVID-19 新冠疫情,在課程結束後還去專責病房學習,雖然是屬於內科病房,但是病人病情變化的速度卻不亞於外科,每天除了確認病人的感染指數外,還需隨時使用監視器觀察病房內病人的狀況,外加每天至少常規穿上全套隔離裝備 3 ~ 4 次去探視病人,而每天有很多從急診、病房打電話要訂床位,在人力緊縮的情況下,一



方面要處理病人的病況,另一方面還要調整床位,是一個很特別的體驗。

面對一個未知的新興傳染病,在不熟悉疾病特性的狀況下,對自己來說是很難得的寶貴經驗。當時為了進病房看病人,第一次穿上隔離裝備(俗稱兔寶寶裝),把自己包到密不透風,進去不到 10 分鐘已經滿頭大汗,連裡面的面罩也充滿霧氣,病房內也因為感控規定而只有電風扇,不論是醫護人員或者是病人都辛苦,病人的身體不適與對 COVID-19 的恐懼,讓我在面對確診病人時要更有耐心與同理心。

疫情結束後原本以為可以稍微平靜一點,但沒想到的是隨著疫情的結束,其他 科別的病人也大量湧入醫院就醫,在人力本來就緊張的情況下,造成急診壅塞及 病房的減縮床位,真的是雪上加霜。醫院為了緩解急診的壅塞情形,也為了減緩 急診室留觀區的壓力,設立急診後送病房,剛巧我可以支援,於是,在一個同時 有各種內外科病人的急診後送病房,待學習事項翻倍,隨之而來的挑戰也翻倍, 但也是讓自己能夠充分學習與歷練的機會。

如今專科護理師訓練結束了,今年準備考試,期許自己能夠順利考上專科護理師執照,並且勝任這個職務,使自己的護理職涯更充實更有意義。



跨越國界的愛心關懷 美善讓世界亮起來

Cross-Border Care and Compassion: Kindness Illuminates the World

■ 文 | 洪玉龍 慈濟大學護理學系助理教授

來自馬來西亞森美蘭州的謝金美同學,慈濟科技大學五專畢業後繼續就讀 二技,2022年二技畢業直接到花蓮慈濟醫院外科加護病房服務,至今已兩年。 回想當初是在 15 歲念初中時經老師推薦來臺灣就讀慈科大,印象最深刻的是 在新生訓練時,認識了懿德爸媽,他們的笑容及關懷,讓她有歸屬感,很快 適應在臺灣的生活,步上軌道。謝金美説:「身為僑生,很多時候都會很想





林智慧(前左)等懿德媽媽們用心呵護國際學生。攝影/陳皆蓉

念家人,想念自己的家鄉,懿德爸媽的陪伴是最大的支柱。」懿德爸媽總是 願意伸出雙手,擁抱她,也幫助她,讓她這個異鄉的孩子也感受到熱情和溫 暖。

四技護理系國際班於 2023 年首次招生,一個班級 33 位學生,主要來自馬來西亞、菲律賓、印尼,幸福的他們有7位懿德爸媽守護關懷。

而為了照顧好愈來愈多的國際學生,目前學校有 30 位懿德爸媽投入協助, 其中包括非常資深的懿德媽媽;例如:林智慧媽媽,慈濟馬來西亞分會第一 任執行長郭濟航師兄請託她照顧馬來西亞的孩子。從孩子們跟智慧媽的相處, 就知道她是多麼有孩子緣,每當懿德日,孩子們就到校門口迎接,媽媽要回 臺北了,孩子們也依依不捨的目送上車。孩子們的貼心及乖巧是送給智慧媽 最好的禮物。



而香蘭媽媽加入慈濟已 30 多年,之前擔任過五專護理科的懿德媽媽,因照顧自己的母親而暫停一段時間,2018 年回歸,擔任慈濟科技大學長照科菲律賓學生的懿德媽媽。香蘭媽媽一開始知道要接國際生,也做功課了解該國的文化特色、飲食習慣等等,也設計適合的課程在懿德會時跟孩子跟拉近距離,幾次接觸後,她觀察到這群大多來自貧困家庭十六、七歲的孩子,心裡孤單,也不適應臺灣的飲食、生活習慣等等,香蘭媽媽在假日或寒暑假就帶他們到精舍做志工,教導生活技巧,也經常與教師溝通,了解各別學生的學習情況和需求,並為他們提供適時的輔導和支持。





除了在生活和學習上的支持,香蘭媽媽更是學生們的嚮導,更是他們的朋友,他們的家人,幫助學生們釋放壓力、調整心態,總是告訴學生們要堅信自己的夢想,勇敢面對困難,絕對能夠克服一切挑戰。香蘭媽媽的這些話語,給了學生們無比的勇氣和力量,使他們在臺灣漸入佳境。

轉眼間,孩子們不僅順利完成學業,培養專業技能,也獲得在臺灣工作的機會,讓他們有本事幫助自己的家庭脱貧。懿德爸媽的關懷陪伴不間斷,孩子們也在過程中感受慈濟的精神,以懿德爸媽的身行為典範,樂於付出助人,回饋社會。

TZU CHI NURSING JOURNAL



VOLUME 23 NUMBER 5 OCTOBER 2024

學術論文

2024年10月 第二十三卷 第五期 慈濟護理人文與科學



目錄 Contents

63 提升兒科加護病房護理人員給藥步驟正確率

/ 鄧淯匀、蔡奇螢、楊文青、陳怡汝、鄭雅君

Improving the Accuracy of Medication Administration Steps by Pediatric Intensive Care Unit Nurses /Yu-Yun Den, Ci-Ying Tsai, Wun-Cing Yang, Yi-Ru Chen, Ya-Chun Cheng

75 降低中醫住院病人泌尿道感染密度之改善專案

/ 蔡欣芳、周雅惠、李秋美、蔡美菊

Improvement Project to Reduce the Frequency of Urinary Tract Infection among Inpatients in Traditional Chinese Medicine Ward

/Shin-Fang Tsai, Ya-Hui Chou, Chiu-Mei Li, Mei-Chu Tsai

87 運用賦權理論照護一位脊髓損傷患者併壓傷行腸造瘻口之護理經驗

/ 陳羿君、尹文琪、陳美珍

A Nursing Experience of Applying Empowerment Theory with a Patient with Spinal Cord Injury Complicated with Pressure Injury Receiving Colostomy

/Yi-Chun Chen, Wen-Chi Yi, May-Jane Chen

97 照護一位血小板低下症孕婦因死產接受引產之護理經驗

/ 許伃瑭、鄧雅芳、陳雅芳

Nursing Experience in Caring for a Pregnant Woman with Thrombocytopenia Who Underwent Induction of Labor Due to Stillbirth

/Yu-Tang Hsu, Ya-Fang Teng, Ya-Fang Chen

105 運用音樂治療於子宮內膜癌末期病人及家屬之護理經驗 / 黃雅琳

A Nursing Experience of Using Music Therapy with a Patient with Stage IV Endometrial Cancer and Her Family Members

/Ya-Lin Huang

TZU CHI NURSING JOURNAL

Honorary PublisherDharma Master Cheng YenHonorary ConsultantsDuan-Zheng Wang, Pi-Yu Lin

President Chin-Lon Lin

Editorial Board Pen-Jung Wang, Wen-Cheng Chang, Sun-Yran Chang, Hann-Chorng Kuo, Wen-Jui Lo

Tsung-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

Editors in Chief Shu-Chuan Chang, Rey-Sheng Her (science & humanities)

Deputy Editors in Chief Chia-Jung Chen, Chiu-Feng Wu, Yu-Lun Kuo, Yu-Ru Li, Tai-Chu Peng,

Hui-Chun Chung, Ching-Fang Tseng (science & humanities)

Executive Editors Shu-Chen Wang, Yu-Chuan Lin, Yu-Long Hong, Shih-Chun Lin, Ru-Wen Liao,

Chi-Chen Hsu

Compilation Editors Yu-Won Fang, Wan-Hsiang Wang, Jiin-Ling Jiang, Wan-Ru Wu, Yen-Fang Lee,

Li-Chu Lee, Hui-Chi Hsu, Yu-Chin Ma, Mei-Chuan Chang, Pei-Yu Chang, Mei-Fang Chang,

Kai-Yen Chang, Ya-Ping Chang, Lu-I Chang, Ying Tsao, Yu-Chen Hsu, Jen-Che Kuo, Yueh-Er Chen, Szu-Chin Chen, Yi-Hsuan Chen, Hsiao-Mei Chen, Shiou-Fang Lu, Shu-Ying Fu, Jul-Ling Feng, Jun-Ho Huang, Mei-Ling Huang, Hui-Man Huang,

Hsiu-Chen Yeh, Hui-Ling Yeh, Jil-Lian Liao, Hui-Yen Liao, Shu-Mei Chao, Yi-Ting Liu,

Hui-Ling Liu, An-Na Teng, Chao-Kuei Pan, Chiung-Chen Tseng, Chuan-Hsiu Tsai, Pi-Chueh Tsai, Ya-Chun Cheng, Li-Chuan Cheng, Hui-Ling Lai, Chia-Hui Tai,

Mei-Lin Hsieh, Shu-Fen Lo (by the order of Chinese Last Name)

Managing Editor Chiu-Hui Huang

Editors Jing-Ru Hong, Chih-Yi Lin

Art Designer Yu-Ru Lee

Administration Yi-Fang Wu, Chih-Yi Lin

Web Designer Chien-Min Shen

Publication Tzu Chi Nursing Journal, Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation

Address No. 707, Sec. 3, Chung Yang Rd., Hualien 970, Taiwan

Telephone 886(3)8561825 ext.12120
E-Mail nursing@tzuchi.com.tw
Website www.tzuchi.com.tw

Printed by Yu-Li Color Reproduction Co., Ltd.

Copyright©2020 Buddhist Tzu Chi Medical Foundation.

All rights reserved. No reproduction without permission.

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

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

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

Printed in Taiwan

提升兒科加護病房護理人員 給藥步驟正確率

鄧清匀¹、蔡奇螢¹、楊文青¹、陳怡汝²、鄭雅君³

中文摘要

2020年兒科加護病房給藥異常事件發生率為0.28%,高於全院發生率0.1%近三倍。專案小組分析護理人員給藥步驟執行正確率為79.7%,主要問題有:給藥時間點同時要餵奶拍痰、依個人經驗檢視條碼給藥系統、未交班特殊給藥時間點。故目的設定為提升護理人員給藥步驟執行正確率從79.7%提升至100%。運用設定多重感官提醒機制、修定兒科加護病房給藥作業標準、建置給藥查核機制、製作給藥異常案例分享週報、修訂標準化交班內容進行專案改善。執行後護理人員給藥執行步驟正確率從79.7%提升至100%,且給藥異常發生率由0.28%降低至0.09%,有效改善病人安全,達專案目的。(志為護理,2024;23:5,63-74)

關鍵詞:用藥安全、案例學習、多重感官提醒

前言

2020年至2021年醫院醫療品質及病人安全工作中重要目標為提升用藥安全(行政院衛生福利部,2021)。給藥是護理同仁最高頻率之護理活動,若過程發生異常事件,極有可能造成病人永久性傷害,必須重視相關議題(洪、許,2017)。給藥步驟從給藥準備到完成給藥,皆由護理同仁完全主導,若未依標

準流程或依照個人經驗執行給藥易導致給藥錯誤及遺漏(伍、王,2014;黃等,2018)。兒科加護病房多為新生兒及早產兒,其生理的不成熟且脆弱性高,藥物醫囑複雜性也高,加上無法自己表達,因此給藥過程比其他族群更容易產生錯誤,每一個給藥步驟均需保持警覺,並遵從給藥標準執行(Alghamdi et al.,2019)。

本單位2020年給藥異常事件發生率為

佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院護理師 1 、佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院副護理長 2 、佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院督導 3

接受刊載: 2024年5月27日

通訊作者地址:鄭雅君 花蓮市中央路三段707號

電話:886-3-856-1825 #12084 電子信箱:eva680210@tzuchi.com.tw

0.28%,相較2019年0.09%高出0.19%, 甚至高於全院給藥異常事件發生率0.1% 的三倍。檢視給藥異常事件有10件為護 理同仁未登入行動護理車條碼給藥系統 所致,故引發動機。本專案旨在期望了 解護理同仁給藥步驟正確性的現況進而 謀求改善,降低給藥異常事件發生率, 提升病人用藥安全。

現況分析

一、單位簡介

本單位包括兒科、新生兒加護病房及中重度病房,共22床。2020年平均佔床率54.1%。收治以出生小於一個月之新生兒及早產兒為多,佔85%,平均住院天數4.8天。人力編制設有護理長1位及護理同仁23位,年資小於一年共5位,3年以上共18位,每班排班人力4-5人,每人平均照護3.5床。單位共設有5台行動護理車,當服務量上升時需輪流使用行動護理車。三班給藥時間點與常規照護之拍痰、餵奶時間點共有8次重疊點,須同時執行兩種以上照護事項。三班交接班時僅交接病人用藥名稱,並無將特殊給藥時間點列入交班。

本單位給藥步驟之作業流程依護理部制定條碼給藥安全作業辦法,規範給藥時間為前30分鐘至後60分鐘完成並使用行動護理車執行條碼給藥(Bar Code Medication Administration, BCMA)。分析2020年給藥異常事件共12件,其中10件於給藥準備步驟發生錯誤,主要以遺漏給藥佔83%(10/12)為多,為瞭解給藥異常事件發生原因,當下由護理長進一步訪談,10位護理同仁皆表示印象中病人

無需給藥,故未登入行動護理車條碼給 藥系統執行給藥清單檢視,由此可知給 藥準備過程即有疏漏且缺乏警覺性。

二、護理人員執行給藥步驟作業調查

本單位2020年護理人員給藥步驟查 核是運用護理部制定之給藥技術評值 表,內容僅評值給藥技術,未查核給藥 準備及核對醫囑的過程。為瞭解兒科加 護病房護理同仁給藥步驟正確性,專案 小組依護理部給藥作業標準並參考鄭等 (2017)指出護理同仁自給藥準備期到給 藥期各步驟都須遵從作業標準執行,設 計【兒科加護病房護理人員給藥步驟查 核表】,查檢項目除護理部給藥作業標 準的九個步驟(詳見表一),另新增給藥 準備期五個步驟:核對醫囑(交接班時雙 人核對給藥頻率、特殊給藥時間點)、 登入護囑系統、登入條碼給藥系統、按 重新整理鍵及確認病人清單。查核表經 督導、護理長及藥師三位專家檢視後擬 定。為達查核一致性,專案小組於查核 前逐項進行查核標準的共識。資料收集 方法採一對一觀察及查閱電子病歷。並 為客觀查核護理同仁給藥步驟正確性, 分別於三班給藥時間點進行查核,且專 案小組即為當班護理同仁,採實際從旁 觀察。資料收集時間自2021年02月01日 至2021年02月28日(共計28天),對象共 20位護理同仁(扣除專案小組3人),共查 核30人次(含重複查核),總觀察共420人 次。評分方式該項正確執行為1分,未執 行或執行不正確為0分。計算公式為: 護理人員給藥步驟正確率=給藥步驟正 確人次/給藥步驟正確總人次×100%。 調查結果發現:護理同仁給藥步驟執行

表一 護理人員給藥步驟正確率改善前數據

	給藥步驟/項目	改善前				
		正確人次	應正確總人次	正確率(%)		
	1.核對醫囑	11	30	36.7		
準備期	2.登入護屬系統	17	30	56.7		
	3.登入條碼給藥系統	13	30	43.3		
	4.按重新整理鍵	13	30	43.3		
	5.確認病人清單	13	30	43.3		
	1.洗手	30	30	100		
給	2.準備用物	30	30	100		
	3.至UD車取藥盒	30	30	100		
	4.推行動護理車至病人單位	30	30	100		
	5.點選病人給藥清單	30	30	100		
藥期	6.用BCMA執行三讀五對	30	30	100		
朔	7.按全部存檔鍵	28	30	93.3		
	8.觀察反應並記錄	30	30	100		
	9.當班完成電子簽章	30	30	100		
改.	善前護理人員給藥步驟正確率	335	420	79.7%		

註:給藥步驟正確率=給藥步驟正確人次/給藥步驟應正確總人次*100%

正確率僅79.7%,詳見表一。正確率未達100%項目共六項,由低到高依序為:「核對醫囑」36.7%、「登入條碼給藥系統」、「按重新整理鍵」及「確認病人清單」均為43.3%,再來為「登入護囑系統」56.7%,最後為「按全部存檔鍵」93.3%,綜整上述資料呈現給藥準備期五個步驟正確率較不理想。

三、護理人員給藥步驟正確率低的原因 (一)原因分析

為了解護理同仁給藥步驟正確率低的原因,專案小組採查訪及開放式問題訪談,時間於2021年03月01日至03月05日,針對查核時給藥步驟正確率未達100%之護理同仁進行訪談,請其說明無法正確執行的原因及困難,共訪談19

位護理同仁,共回饋46個原因,依內容 分析歸納以下原因:(1)沒有提醒機制: 共13人次(13/46, 佔28%);(2)依個人經 驗執行給藥:共12人次(12/46,26%); (3)未交班特殊給藥時間點:共12人次 (12/46,26%);(4)共用一台行動護理 車:共4人次(4/46,9%);(5)給藥過程被 中斷: 共3人次(3/46,7%);(6)要輸入 給藥延遲原因很麻煩:共2人次(2/46, 4%)。根據品管手法八二法則,列出最 重要三項要因,柏拉圖詳見圖一。專案 小組於2021年3月10日至2021年3月17 日,採實地觀察法進行真因驗證,確認 給藥步驟正確率低之導因共計三項:沒 有提醒機制、依個人經驗執行給藥、未 交班特殊用藥時間點。

96% 100% 30 90% 80% 各 25 累 80% 70% 項 積 20 60% 要 百 13 12 12 15 -50% 因 40% 分 28% 10 30% 次 比 3 2 4 20% 5 數 10% 0%

圖一護理人員給藥步驟正確率低原因之柏拉圖

問題及導因確立

本專案問題為護理人員給藥步驟正確 率低,僅79.7%。根據現況分析確立導 因:沒有提醒機制、依個人經驗執行給 藥、未交班特殊給藥時間點。

專案目的

給藥步驟與病人安全息息相關,專案小組參考本院護理部品質委員會訂定給藥步驟正確率目標值100%,擬定專案目的護理人員給藥步驟正確率由79.7%提升至100%。計算方式:護理人員給藥步驟正確率=給藥步驟正確人次/給藥步驟應正確總人次×100%

文獻香證

一、給藥步驟正確的重要性

給藥步驟可分為準備期、給藥期, 準備期是指自護理同仁將行動護理車推 至病人單位給藥前,行動護理車整理的 階段(張等,2014)。準備期須完成核對 醫囑及用物準備,對不清楚的醫囑及特 殊用藥要提出討論與澄清,並雙人核對 醫囑及交接病人基本資料、藥物名稱、 給藥頻率、途徑、劑量及特殊給藥時間 點,護理同仁須了解給藥時間點規範並 確實推行動護理車至病人單位,進入 BCMA系統核對病人基本資料(潘等, 2018; 鄭等, 2017; Rohde & Domm, 2018)。給藥期是指使用BCMA系統執行 三讀五對至確認給藥完成,並觀察反應 及記錄,兒科加護病房無家屬在旁,且 病人無法明確表達,故須加強雙重核對 機制,尤其加強查核不常見的給藥時間 及特殊藥物,並加重查核配分(鄭等, 2017;劉,2014)。

兒科加護病房病人因生理不成熟和脆弱性高,加上對於藥物吸收、分布及代謝與成人不同、給藥劑量需換算且複雜性高、缺乏照顧者在旁、病人無法適時反應,給藥過程比其他族群更容易產生

錯誤,故需完全仰賴護理同仁在藥物準備和雙重檢查中及時發現錯誤,由此可知從準備期到給藥期都必須保持警覺並遵從給藥標準作業規範,才能有效防堵給藥異常事件發生(劉,2014; Alghamdi et al., 2019)。

二、影響護理人員給藥步驟正確性之因素

影響護理人員給藥步驟正確性之因素,包含人員及設備因素:沒有提醒機制、依個人經驗執行給藥、未交班特殊用藥時間及特殊用藥、共用一台行動護理車、給藥過程被中斷、BCMA系統連線不易且步驟繁雜,護理人員容易跳過步驟執行、未雙重核對、給藥系統未自動更新;政策因素:缺乏給藥查核機制(伍、王,2014; Star et al., 2013)

三、提升護理人員給藥步驟正確性之策略

提升護理人員給藥步驟正確性之策 略,可藉由多重感官提醒機制:設計給 藥提醒鈴聲、清晰的提醒圖示、幫助記 憶的口訣、給藥警語海報,以減少因忙 碌造成給藥疏忽;給藥作業標準:制定 給藥作業標準及建立給藥查核制度,尤 其加強查核不常見的給藥時間及特殊藥 物(余、樓,2021;洪、許,2017;黃 等,2018);給藥異常案例分享:透過了 解常見給藥異常事件,讓護理人員在案 例中學習,預防發生錯誤,建立護理人 員對異常風險點的警覺性,提升給藥安 全認知及病人安全文化(劉,2014);制 定標準化交班內容:透過護理人員交接 班時資訊傳遞的完整及標準化內容,並 同時雙重核對病人藥物、用法、頻率、 劑量,特別是不常見給藥時間點及特殊 用藥,予以澄清及指導,避免遺漏(潘等,2018; Star et al., 2013)。

解決辦法及執行過程

一、解決辦法

根據確立的導因、參考文獻及專案小組討論後,以決策矩陣分析設定對策方案,依可行性、重要性、效益性等為指標(如表二),由專案小組以投票方式評分,以5分(優)、3分(可)、1分(劣)進行給分。執行對策方案通過標準以專案小組認為可行為5分(優)的80%為對策方案的基準:3人×5分×3項×80%≒36分。總分超過36分為可執行之解決對策方案。其評分項目及結果詳見表二。

二、執行過程

本專案自2021年03月08日至2021年10月 31日,歷時七個月,分為計劃期、執行期 及評值期,專案改善工作進度如表三。

(一)計畫期(2021年3月8日至2021年4月30 日)

1.設定多重感官提醒機制:內容包括 給藥時間點準點提醒鈴聲、創意時鐘提 醒圖示及I'M Safe助記口訣。專案小組 擬於各行動護理車設定常規給藥時間點 準點提醒鈴聲,採用具有警示效果的 音樂,連續聲響直至按下按鍵後才會 關閉,做為登入行動護理車條碼給藥 系統之提醒;設計創意時鐘:在時鐘 給藥時間點外框以清晰放大圖示作為 提醒用途,擬放置於各護理站顯眼牆 上,詳見圖二;I'M Safe助記口訣內容 包括:I代表要確認自己的狀態專注、 M代表Medication需正確核對藥物、S代 表Set a time需定時登入給藥系統、A代

表二 提升護理人員給藥步驟正確率之決策矩陣表

			1			
	對策方案	可行性	重要性	效 益 性	總分	選定
沒有提醒機制	1.設定多重感官提醒機制	15	15	15	45	•
汉	2.規範由Leader提醒機制	9	11	9	29	
	1.修訂兒科加護病房給藥作業標準	15	15	15	45	•
	2.建置給藥查核機制	15	15	15	45	•
依個人經驗執行給藥	3.製作給藥異常案例分享週報	15	15	15	45	•
	4.製作給藥作業標準流程海報	15	15	3	33	
	5.製作給藥作業標準小手冊	11	11	9	31	
未交班特殊給藥時間點	1.制定標準化交班內容	15	15	15	45	•
个义如何外沿架时间却	2.設計交班小卡填寫	3	11	9	23	

表三 提升兒科加護病房護理人員給藥步驟正確率專案進度表

	執行項目 / 年月			2021年						
		3	4	5	6	7	8	9	10	
計劃期	1-1設定多重感官提醒機制	*								
	1-2修訂兒科加護病房給藥作業標準	*	*							
	1-3建置給藥查核機制	*	*							
	1-4設計給藥異常案例分享週報	*	*							
	1-5擬定標準化交班内容	*	*							
執行期	2-1執行多重感官提醒機制			*	*	*				
	2-2執行兒科加護病房給藥作業標準			*	*	*				
	2-3執行給藥查核機制				*	*				
	2-4發行給藥異常案例分享週報			*	*	*				
	2-5實施標準化交班内容			*	*	*				
評值期	3-1兒科加護病房護理人員給藥步驟執行正確率						*	*		
	3-2評值結果與檢討								*	

表Alarm設定給藥時間提醒音樂、F代表 Frequency在交班時確認藥物頻率、E代 表Each other同仁互相提醒給藥,以上口 訣為濃縮給藥流程提醒精髓,以加強護 理同仁記憶。擬由專案小組於晨會進行 宣導I'M Safe助記口訣,規劃每日交班時 護理同仁共同覆誦I'M Safe助記口訣,另 將口訣製作成65乘55公分大小的海報, 張貼於各護理站顯眼處,詳見圖三。

2.修訂兒科加護病房給藥作業標準: 專案小組檢視現有給藥作業標準及給藥 作業評值表,內容未涵蓋給藥準備期步

圖二 創意時鐘



驟,故與單位主管討論及文獻查證,作 業標準內容新增給藥準備期兩項包括: (1)雙人核對醫囑:針對病人特殊給藥時 間及特殊用藥進行雙人醫囑核對;(2)明 訂於各給藥時間點前30分鐘及後60分鐘 時登入行動護理車給藥系統及按重新整 理鍵;並規範護理同仁需至行動護理車 執行以上步驟,同時修訂【兒科加護病 房給藥作業評值表】,以上內容於2021 年4月15日至2021年4月22日晨會及交接 班提出與護理同仁達成共識。

3.建置給藥查核機制:專案小組規劃查核方式及內容,內容包含給藥準備期五個步驟、給藥期九個步驟,共十四個步驟。查核重點有:在交接班時雙人執行病人特殊給藥時間及特殊用藥核對、各給藥時間點完成登入行動護理車給藥系統按重新整理鍵及確實將行動護理車推至病人單位。專案小組於查核前進行評核一致性討論,採實地隨機查核方式,每月查核一次並彙整缺失項目,利用晨會宣導,並列入年度品管查核指標項目。

4.設計給藥異常案例分享週報:內容

圖三 I'M Safe 口訣海報



涵蓋單位給藥異常案例及風險點、給藥安全文獻、溫馨提醒,以文字、圖示及報表呈現,使用A4大小紙張,文字字型為14號標楷體,以彩色雙面列印,採兩週一次發行,擬張貼於單位公布欄及使用LINE群組公告,詳見圖四。預計舉辦「給藥異常案例分享週報開刊會」,於三班交接班時進行宣導,分四梯次進行,每梯次10分鐘,共計40分鐘。

5.擬定標準化交班內容:專案小組檢 視單位現有交班作業標準內容未涵蓋特 殊給藥時間點,故參考本院病人護理交 班作業標準及潘等(2018)提出交班內容 需涵蓋特殊給藥時間點,擬定標準化交 班內容,包含:病人基本資料、藥物名 稱、給藥頻率、途徑、劑量,並新增特 殊給藥時間點,以上內容於2021年4月15

圖四 給藥*異常案例分享週報*



日至2021年4月22日晨會及交接班會議提 出與護理同仁達成共識。

(二)執行期(2021年5月1日至2021年7月31 日)

1.執行多重感官提醒機制:於2021年 5月1日開始於各行動護理車設定常規給 藥時間點準點提醒鈴聲,並須起身按下 按鍵解除提醒;時鐘外框裝置給藥時間 點圖示作為提醒用途,放置於各護理站 顯眼牆上;專案小組於晨會宣導I'M Safe 助記口訣,每日交班時護理同仁共同覆 誦,加強印象,並張貼海報於各護理站 顯眼處。

執行期再修正方案:護理同仁反應提 醒鈴聲易感驚嚇,經票選後更改為溫和 不刺耳鈴聲,避免與臨床之警示聲互相 干擾,並同時考量單位病人特性,調整 提醒鈴聲音量大小,避免驚嚇與刺激; 為減少創意時鐘視覺疲乏,不定時或依 節慶時令更換提醒圖示以達提示功用; 另發現I'M Safe助記口訣海報多為文字敘 述,不易顯示重點且觀看意願低,與護 理同仁討論後建議加入圖表設計,讓海 報淺顯易懂,以達宣導提示。

- 2.執行兒科加護病房給藥作業標準: 於2021年5月1日、5月3日、5月6日利用 晨會、交班本宣導給藥作業標準新增內 容,列入給藥作業標準,並規範護理同 仁需至行動護理車執行以上步驟。
- 3.執行給藥查核機制:專案小組於 2021年6月1日至5日及7月1日至5日進行 查核,採三班實地隨機查核,查核內容 包含給藥準備期五個步驟、給藥期九個 步驟,共十四個步驟,共抽查15人次, 將缺失項目進行彙整,並於晨會宣導, 將此項目列入年度品管監測指標。
- 4.發行給藥異常案例分享週報:於 2021年5月7日至8日由專案小組於三班 交接班時舉辦四場宣導,每場10分鐘, 說明單位給藥異常案例風險點、給藥安 全文獻、溫馨提醒後,同時與護理同 仁共同討論,以釐清給藥異常事件發 生原因,予重點提醒,加強給藥安全共 識,護理同仁討論過程熱絡,反應極佳 表印象深刻。於2021年5月7日後於每月 雙週之週五發行「給藥異常案例分享週 報」,並置於單位公布欄及LINE群組。

執行期再修正方案:於執行期間隨 機詢問護理同仁對於週報內容回饋時發 現部分護理同仁不清楚週報內容且反應 字型太小,不易閱讀,為提升訊息佈達 成效,修改文字字型為16號標楷體,並 增加閱畢簽名單確認護理同仁皆檢閱完 成。

5.實施標準化交班內容:於2021年5月 1日開始實施標準化交班內容,專案小組 於2021年5月7至9日三班交接班時,觀察 護理同仁是否執行標準化交班內容,若 未依照標準則予當下提醒。

(三)評值期(2021年8月1月至2021年9月30日)

於2021年8月1月至2021年9月30日,專案小組使用【兒科加護病房護理人員給藥步驟查核表】查核護理同仁給藥步驟正確率,進行三班實際查核,共30人次,分析護理同仁給藥步驟正確率,以做為專案改善前後之比較(表四)。

結果評值

專案目的之達成程度:專案小組於 2021年08月01日至2021年09月30日,評 值30人次。給藥步驟正確率從79.7%提 升至100%,達專案設定100%之目標, 每個項目正確率大幅提升。導因改善程 度(一)沒有提醒機制:藉多重感官提醒 機制,提醒護理同仁給藥時間點須登入 行動護理車條碼給藥系統後,以實地觀 察10位護理同仁於給藥時間點,當提醒 鈴聲響起時,皆可到行動護理車執行給 藥;(二)依個人經驗執行給藥:透過執 行兒科加護病房給藥作業標準、執行查 核制度及給藥異常案例分享週報發行 後,以實地觀察10位護理同仁於各給藥 時間點是皆可完成登入條碼給藥系統及

表四護理人員給藥步驟正確率改善前後數據比較

			改善前			改善後	
	給藥步驟/項目	正確人次	應正確總 人次	正確率(%)	正確人次	應正確總 人次	正確率(%)
	1.核對醫囑	11	30	36.7	30	30	100
準	2.登入護囑系統	17	30	56.7	30	30	100
備	3.登入條碼給藥系統	13	30	43.3	30	30	100
期	4.按重新整理鍵	13	30	43.3	30	30	100
	5.確認病人清單	13	30	43.3	30	30	100
給藥期	1.洗手	30	30	100	30	30	100
	2.準備用物	30	30	100	30	30	100
	3.至UD車取藥盒	30	30	100	30	30	100
	4.推行動護理車至病人單位	30	30	100	30	30	100
	5.點選病人給藥清單	30	30	100	30	30	100
	6.用BCMA執行三讀五對	30	30	100	30	30	100
	7.按全部存檔鍵	28	30	93.3	30	30	100
	8.觀察反應並記錄	30	30	100	30	30	100
	9.當班完成電子簽章	30	30	100	30	30	100
護理	里人員給藥步驟正確率	335	420	79.7	420	420	100

註:給藥步驟正確率=給藥步驟正確人次/給藥步驟應正確總人次*100%

同步執行重新整理;(三)未交班特殊給藥時間點:以實地觀察10位護理同仁於交接班時皆可交班特殊給藥時間點。效果維持:2021年10月01日至2021年10月31日護理同仁給藥步驟正確率100%,同時期給藥異常事件為0%,為本專案之附帶成效。透過專案實施及團隊的努力,落實給藥步驟正確性,大大提升病人用藥安全,多重感官提醒機制可以簡單被複製且低成本,容易平行推展至院內其他單位,為本專案貢獻。

討論與結論

本專案目的在於提升護理同仁給藥步 驟正確率,參考文獻建議,經專案提出 之對策方案:設定多重感官提醒機制、 修訂兒科加護病房給藥作業標準、建置 給藥查核機制、發行給藥異常案例分享 週報、制定標準化交班內容,有效提升 護理同仁給藥步驟正確性,由79.7%提升 至100%。專案執行期雖發生兩件給藥異 常事件,但皆為給藥期劑量稀釋錯誤, 發生率為0.09%,已低於2020年全院給藥 異常事件發生率0.1%及單位給藥異常事 件發生率0.28%,故深感此專案對整體給 藥步驟正確性仍有助益,可增加護理同 仁給藥安全的警覺性及降低用藥錯誤造 成的風險及後遺症。專案執行過程發現 給藥畫面閒置30分鐘以上,給藥時間點 顏色提示不會自動更新,資訊系統若能 增加自動更新功能,簡化護理同仁給藥 步驟,此部分需資訊室評估可行性,因 作業時間冗長,未能即時在專案執行過 程中列入改善,此為本專案之限制。

本專案的阻力在於推動初期,護理同

仁需改變原先給藥習慣及對標準化交班 內容不熟稔,因而間接影響護理同仁配 合度及意願,直接影響執行的效果。透 過單位主管積極協助及大力宣導本專案 對策方案,養成正確給藥步驟的習慣, 凝聚護理同仁間於給藥時間點互相提醒 之強烈共識,為本專案最大助力。對日 後護理建議為各單位需深入探討每件給 藥異常事件案例背後的原因,並利用本 專案給藥異常案例分享週報方式,使護 理同仁易於了解給藥異常事件原因,建 立正確給藥安全共識,才能有效提升病 人用藥安全。

參考文獻

- 行政院衛生福利部(2021,9月24日):台灣 病人安全資訊網109-110年度醫院醫 療品質及病人安全工作目標。https:// www.patientsafety.mohw.gov.tw/Content/ zMessagess/contents.aspx?&SiteID=1 &MmmID=621273300317401756&MS ID=1071036444522033374
- 伍麗珠、王瑞霞(2014)‧護理人員給藥錯誤之歷程分析‧*榮總護理,31*(2),62-72。 https://doi.org/10.6142/vghn.31.1.62
- 余芝瑤、樓亞洲(2021) · PHARMACIST的加護 病房藥事照護 · *臺灣臨床藥學雜誌 , 29*(3) , 136-143 · http://dx.doi.org/10.6692/KJN-2012-29-2-3
- 洪玉玲、許家蓁(2017)·提升加護病房護理 人員執行給藥之正確率·*若瑟醫護雜誌* ,11(1),76-89。https://doi.org/10.30145/ STJHMNJ
- 張惠晴、蘇芬蘭、方淑華、王淑貞、鍾惠君、 林彥光、吳雅汝(2014)·運用團隊資源管 理降低護理人員給藥中斷之改善專案·志 為護理-慈濟護理雜誌,13(4),70-80。
- 黄亭鳳、陳金琳、曾鳳美、梁露珍、莊孟蓉

- (2018) · 降低外科加護病房護理師執行條碼給藥錯誤發生率之改善專案 · 醫院雙月刊,51(3),1-12。
- 潘惠娟、吳淑鈞、盧瑛琪、陳倩芳(2018) · ISBAR提升兒科單位內護理交班完 整率之專案 · 馬偕護理雜誌 , 12(2) , 7-17 ° http://dx.doi.org/10.29415/ JMKN.201807_12(2).0001
- 鄭雅君、李依蓉、蘇慧群、鍾惠君、呂基燕 (2017)·改善兒科護理人員大量輸液條碼 給藥步驟執行正確率·志為護理-慈濟護理 雜誌,16(2),82-92。
- 劉美芳(2014)·新生兒加護病房護理師給藥的 學習經驗暨給藥安全能力量表之發展和測 試。〔未出版之博士論文〕。國立臺北護 理健康大學護理系。
- Alghamdi, AA., Keers, RN., Sutherland, A., & Ashcroft, DM. (2019). Prevalence and

- nature of medication errors and preventable adverse drug events in paediatric and neonatal intensive care settings: A systematic review. *Drug Safety*, 42(12), 1423-1436. https://doi.org/10.1007/s40264-019-00856-9
- Rohde, E., Domm, E., (2018). Nurses' clinical reasoning practices that support safe medication administration: An integrative review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3-4), 402-411. https://doi.org/10.1111/jocn.14077
- Star, K., Nordin, K., P der, U., & Edwards, I, R. (2013). Challenges of safe medication practice in paediatric care: A nursing perspective. Acta Paediatrica, 102(5), 532-538. https://doi.org/10.1111/apa.12212

人要學習經得起周圍人事的磨練, 而心不動揺; 並學習在動中保持心的寧靜。 ~證嚴法師靜思語~ We must train ourselves to withstand challenges presented by people around us. Moreover, we must learn to keep our minds calm and still as things constantly change. ~Master Cheng Yen~

Improving the Accuracy of Medication Administration Steps by Pediatric Intensive Care Unit Nurses

Yu-Yun Den¹, Ci-Ying Tsai¹, Wun-Cing Yang¹, Yi-Ru Chen², Ya-Chun Cheng³

ABSTRACT

The incidence rate of medication errors in the Pediatric Intensive Care Unit (PICU) in 2020 was 0.28%, which is three times higher than the hospital-wide rate of 0.1%. The project team analyzed the correct execution rate of medication administration steps by nursing staff, which stood at 79.7%. The primary issues identified were administering medication concurrently with feeding and suctioning, relying on personal experience to verify barcode medication systems, and missing handover of special medication timing during shift changes. Therefore, the objective was set to enhance the correct execution rate of medication administration steps by nursing staff from 79.7% to 100%. To achieve this, the project involved implementing a multi-sensory reminder mechanism, revising the operational standards for medication administration in the pediatric intensive care unit, establishing a medication verification system, creating a weekly report on exceptional medication cases, and revising standardized handover protocols. Following these interventions, the correct execution rate of medication administration steps by nursing staff increased from 79.7% to 100%. Moreover, the incidence of medication errors decreased from 0.28% to 0.09%, effectively improving patient safety and achieving the project's objectives. (Tzu Chi Nursing Journal, 2024; 23:5, 63-74)

Keywords: medication safety, case-based learning, multiple sensory reminders

RN, Hualien Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation¹; Assistant hand nurse, Hualien Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation²; Supervisor, Hualien Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation³

Accepted: May 27, 2024

降低中醫住院病人 泌尿道感染密度之改善專案

蔡欣芳¹、周雅惠²、李秋美³、蔡美菊⁴

中文摘要

背景:中醫住院病人以療養疾病為主,若發生泌尿道感染將轉急性病房,影響身體恢復。本單位2019年11-12月泌尿道感染密度達2.1%,原因為缺乏早期警示高風險UTI病人訊息警示及教育訓練、護理人員導尿管照護認知及照顧者執行之正確性不足、衛教單張不易讀及尿袋未標示八分滿提醒。目的:降低泌尿道感染密度達閾值0.8%。方法:建置BI面板早期警示UTI風險系統、創新「Breaking Lifecycle」導尿管照護四步曲、修訂衛教單張、引進標示八分滿集尿袋,以降低泌尿道感染。結果:泌尿道感染密度由2.1%降至0.4%。達專案目的,且效果持續監測至2023年12月UTI平均感染密度為0.6%。結論/實務應用:結合資訊科技以早期警示,即時監控UTI風險,導入以實證基礎導尿管照護措施,有效降低泌尿道感染以及縮短導尿管使用天數,提升病人的照護品質。(志為護理,2024;23:5,75-86)

關鍵詞:泌尿道感染、早期警示系統、中醫住院、導尿管照護

前言

泌尿道感染 (Urinary tract infection, UTI),為國內醫療照護相關感染第二位,且感染者中有使用導尿管佔89.3%(衛生福利部疾病管制署,2022),導尿管屬侵入性處置,約12%-16%住院成年病人在住院期間會留置導尿管,研究發現導尿管每留置1天,得到導尿管相關泌尿道感染 (Catheter-related urinary tract infection, CAUTI) 風險就增加3%-

7%%(Saint et al., 2018),影響病人安全及生活品質。本病房為中醫住院病房,主要收治慢性腦中風、癌症急性治療後需療養之病人,屬易感染UTI族群,若在療養中發生UTI,將使療養及治療計畫中斷,需轉出至急性病房治療,影響身體復原,造成家屬擔心甚至對中醫照護品質不信任,因此降低泌尿道感染對於中醫住院病人照護相當重要。

本病房2019年11-12月發生UTI密度 為2.1‰,超出閾值(0.8‰)且因UTI而轉

桃園長庚紀念醫院護理師 1 、桃園長庚紀念醫院護理督導 2 、桃園長庚紀念醫院護理長 3 、桃園長庚紀念醫院護理主任 4

接受刊載:2024年2月5日

通訊作者地址:周雅惠 33378 桃園市龜山區頂湖路123號B2 電話:886-3-319-6200 #2553 電子信箱:Yahe7693@cgmh.org.tw 至急性病房佔25.7%,平均每月約有2-4件,有逐漸增加趨勢,故引發動機成立專案深入探討,希望透過有效的改善策略,降低UTI密度,提升病人的照護品質。

現況分析

一、單位簡介

本單位為中醫住院病房,總床數50 床,平均佔床率82%,平均住院天數45 天,疾病別以腦中風最多(65%),其次 為腫瘤(30%);中醫處置治療以針灸、 服用中藥,幫助病人恢復體力及提升生 活品質為住院目標。病人年齡介於20-97 歲,平均55.6歲,其中80%為長期臥床 者,ADL分數多於0-20分之間,屬完全 依賴,主要照顧者以照服員居多,60% 病人有尿失禁問題,須穿著尿布,而因 急性或慢性尿滯留、尿道阻塞,需留置 導尿管病人佔22.5%。本單位護理人員共 12人(不含護理長),平均工作年資為12.9 年,2年以下1人(8.3%)、2年以上11人 (92%);三班護理人員白班3人,小夜及 大夜皆為2人,符合中醫評鑑標準。

二、單位UTI發生率彙整

為了解單位UTI情形,於2020年3月20日查詢本院醫療資訊感染管制系統,2017年及2018年UTI密度平均[泌尿道感染密度(%)=(泌尿道感染人次數/住院人日數×1000)]皆為0.4%,2019年1.4%,其中11-12月高達2.1%。進一步查詢2019年留置導尿管使用人日數為2,240人日,平均放置天數為67.4天,2019年發生UTI人數共10人,分析病人資料如下:男性4人,女性6人,平均年齡51.8歲,診斷腦

中風9人(90%),腫瘤1人(10%),皆為長期臥床病人,其中7位(70%)有放置導尿管,3位(30%)未放置導尿管,尿液培養菌種皆為大腸桿菌感染。

三、泌尿道感染照護相關政策

本院制有「侵入性醫療處置組合式 照護感染準則」,明定『導尿管相關泌 尿道感染組合式照護措施』,包括1.依 適應症置入導尿管:經醫師評估符合五 項放置導尿管適應症才可留置導尿管。 2.制定導尿管放置前、中、後照護措 施:須每日進行導尿管照護及評估是否 可及早拔除。3.須提供主要照顧者泌尿 道感染衛教手冊,並給予導尿管照護包 括執行手部衛生、會陰部清潔、集尿袋 不超過八分滿,但檢視本院集尿袋並無 標示八分滿或需倒尿位置。另護理部設 有留置導尿管標準作業規範及查核表, 每半年稽核護理師, 查核內容包含照護 正確性、護理紀錄完整性,稽核員以口 頭詢問人員導尿管如何照護,並無現場 查核實務執行情況。本院亦設有「泌尿 道感染衛教」單張,內容包含:UTI症 狀、檢查、治療及泌尿道日常照護事 項,但未含危險因子或導尿管日常照護 衛教。

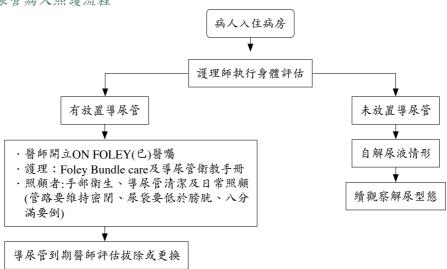
四、放置導尿管病人照護流程現況

病人入院時,評估病人是否已放置導尿管,若有導尿管由醫師開立on foley醫囑;護理師提供導尿管組合式照護,到期前醫師再評估是否要拔除或更換(如圖一)。

五、護理人員接受泌尿道感染照護教育 訓練情形

本院訂有「侵入性醫療處置組合式照





護感染準則」及「導尿、尿套及尿袋標準作業規範」,供護理人員依循查閱,單位每年皆會舉辦專科在職教育,檢視2017-2019年單位專科訓練主題,未有舉辦UTI預防之相關在職教育。

六、護理人員對留置導尿管護理執行情 形調查

(一)為了解護理人員對於留置導尿管 護理之認知,依文獻及院內作業準則, 經與感染科醫師討論後擬定「留置導尿 管護理認知調查表」,以測驗法於2020 年3月20日~2020年3月22日,針對10位護 理師進行調查,平均認知81.0%,以放置

表一 護理人員對留置導尿管護理認知調查結果

題目	正確人數	正確率(%)
放置導尿管之適應症	6	60.0
每日需評估病人導尿管	8	80.0
判斷病人是否有尿滯留	7	70.0
放置導尿管管路材質及口徑大小選擇	10	100.0
移除導尿管時機	7	70.0
移除導尿管前需做尿管訓練	9	90.0
容易發生泌尿道感染危險因子	7	70.0
導尿管照護重點正確	10	100.0
如何確認成功移除導尿管	10	100.0
預防泌尿道感染照護衛教	7	70.0
平均(%)		81.0

註:(N=10)

導尿管之適應症最低(60%)(表一)。

(二)進一步了解護理人員對於留置導尿管實際照護情形,依文獻及院內作業準則自擬「留置導尿管護理執行正確性觀察表」,於2020年3月23日~2020年3月25日,由專案小組三人直接觀察護理人員10人實際執行情形,執行正確性僅71.4%,以判斷病人是否符合醫院制定導尿管適應症、每日確實執行導尿管評估為最低僅50%(表二),進一步訪談10名護理人員,6位人員表示「尿管等到期再拔或再重新Reon就好,拔了還要每6小時

單次導尿,大家會有負荷」;「入院需要 衛教內容很多,沒有資訊提示哪些病人 是高風險泌尿道感染病人,所以沒有再 衛教」。

七、照顧者對留置導尿管照顧正確性

為了解主要照顧者執行留置導尿管照顧情形,於2020年3月26日~2020年3月27日,組員以直接觀察法,依規範制定「主要照顧者執行留置導尿管照顧正確性觀察表」,觀察住院中放置導尿管病人共7位,其照顧者實際照顧情形,其照顧正確性為81.5%,以尿袋八分滿就應倒

表二 護理人員執行留置導尿管護理正確性結果

項目	正確人數	正確率(%)
判斷放置導尿管符合醫院制定適應症	5	50.0
每日確實評估病人及早拔除導尿管	5	50.0
以正確、無菌技術放置導尿管	10	100.0
以Bundle care進行導尿管照護	9	90.0
使用膀胱測定儀來檢測病人餘尿	7	70.0
對照顧者提供導尿管預防泌尿道感染指導	8	80.0
對高風險泌尿道感染提供預防感染指導	6	60.0
平均(%)		71.4%

註:(N=10)

表三 主要照顧者執行留置導尿管照顧正確性結果

項目	人數	正確率(%)
1.管路系統維持密閉	7	100.0
2.尿袋應低於膀胱	6	85.7
3. 尿袋出口不可接觸地面	7	100.0
4. 尿袋八分滿就應倒尿	4	66.7
5.未限水每天水分補充2000ml	5	71.4
6.每天以溫水或肥皀清潔會陰	6	85.7
7.解便後須立即進行會陰沖洗	5	71.4
8.接觸尿袋或倒尿前後都會洗手	5	71.4
平均	-	81.5

註:(N=7)

尿執行率最低66.7%(表三)。進一步訪談 7名照顧者,6位表示護理師有提供導尿 管衛教手冊,但字太多看不懂,且部分 護理師衛教後,未再追蹤執行正確性。

綜合以上現況分析,專案小組依人、 政策、設備面歸納影響本單位UTI密度 高之特性要因圖(如圖二)。

問題與導因確立

依據現況分析歸納本單位UTI發生密度高,可分為(一)政策:缺乏早期警示高風險UTI病人訊息及缺乏教育訓練;(二)護理人員對於留置導尿管護理認知不足僅81.0%;護理人員執行留置導尿管護理執行正確率71.4%;(三)主要照顧者對留置導尿管照顧執行正確性僅81.5%;(四)設備面-衛教單張字太多看不懂、尿袋未標示八分滿位置提醒照顧者需傾倒。

專案目的

為改善本單位高密度UTI問題,經搜 尋台灣臨床成效指標計畫(Taiwan clinical performance indicator, TCPI),無中醫或 慢性單位同儕可參考,且2020年地區醫 院醫療照護相關感染監視年報皆以加護 病房為監測指標單位,與本單位屬性不 同,專案小組經與感染科醫師討論後, 依據本院2020年全院性指標UTI密度閾 值0.8%為本專案改善指標。

文獻香證

一、住院病人泌尿道感染危險因子

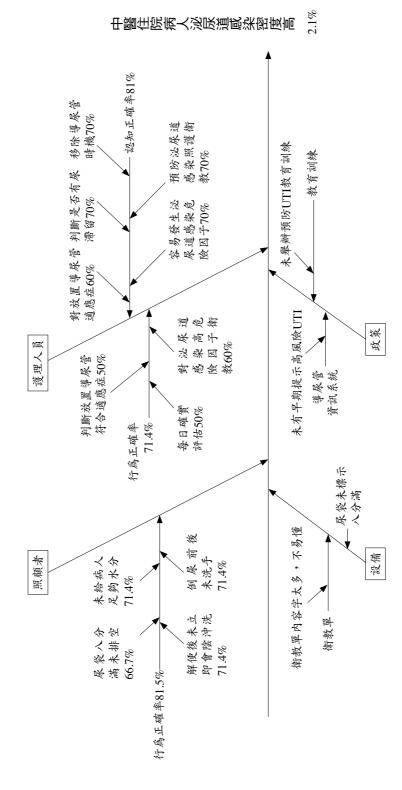
系統性文獻(Li et al., 2019)顯示住院 病人UTI危險因子,包括女性、有導尿 管、導尿管放置時間延長、糖尿病病人、住院天數長等,其中最相關之因子是有導尿管,因此導尿管放置或導尿管留置太長(Wastfelt et al., 2018),及若照顧者對導尿管之照護缺乏正確觀念及技能,將會造成UTI之發生(Alex et al., 2022)。

二、早期警示資訊介紹

近年來臨床與資訊科技的結合,常用「早期警示系統」預測模式,當病人入院後,區分低、中、高度風險病人,早期偵測辨識風險等級,早期識別有惡化風險的住院病人,並及時處置,以降低非預期的風險(郭等,2019、侯等,2020)。並且早期警示與智慧化資訊設計運用BI(business intelligence)結合是一種透過資訊信息密集,分析數據轉為可視化工具,能在最短的時間早期偵測病人感染風險分級,及早決策介入適當醫療照護,降低感染率(曾,2021、劉,2020)。

三、預防泌尿道感染有效策略

2011年 Meddings and Saint 二位學者 提出導尿管四個生命週期之概念模型, 導尿管從插入開始,持續護理和維護, 至導管拔出時停止,如果重新插入導 管,則繼續重複生命週期,而有效的留 置導尿管相關尿路感染率預防策略,應 以能夠打破此生命週期(Abubakar et al., 2021),其策略如下:1.Lifecycle 1-導尿 管放置:減少不適當導尿管放置,制定 適應症清單、醫囑註明適應症,放置導 尿管時應遵守無菌技術和無菌設備。 2.Lifecycle 2-導尿管照護:推動組合式導 尿管照護(Alex et al., 2022; Mangal et



圖二 中醫住院病人泌尿道感染密度高之特性要因圖

al., 2021);提供水分攝取以30mL/kg,可以降低感染發生 (Fasugba et al., 2020)。 3.Lifecycle 3-導尿管移除:以資訊系統提醒留置導尿管及移除導尿管計畫。 4.Lifecycle 4-導尿管重置:應有移除及更換導尿管之適應症,可使用間歇性導尿或膀胱掃描儀來監測餘尿(Abubakar et al., 2021)。

另可針對危險因子加以控制,包括糖尿病病人應控制好血糖,注意會陰清潔;住院天數長的病人應注意並控制其潛在疾病問題採取必要的預防措施,預防感染發生(Li et al., 2019)。

解決辦法

專案成員依據現況分析結果,透過文 獻查證擬定改善策略,運用矩陣決策分 析,由專案小組共3人,依據可行性、 重要性、效益性作為判定決策項目(如表 四)。

執行過程

本專案執行期間自2020年4月1日至09 月30日,依計劃期、執行期及評值期共 三階段進行,各期工作內容進度敘述如 下表五。

- 一、計畫期(2020年4月1日至2020年5 月31日)
- (一) 規劃BI面板早期警示UTI風險系統:專案小組以Li等所提(2019)住院病人UTI之危險因子為女性、糖尿病、有導尿管、導尿管留置天數>7天、住院天數>14天等5項因子,照會感染科醫師專家意見,參考其OR (odds ratio)值加權,以

表四 摩低中醫病房泌尿道感染密度決策矩陣分析

解決方案		評價	結果				
	可行	重要	效益	總分	採行		
缺乏高風險UTI早期警示資訊系統							
1.設置BI面板早期警示UTI風險系統	15	15	15	45	V		
2.依風險等級對應預防感染實證照護措施	15	15	15	45	V		
3.由護理紀錄系統提醒	11	11	3	25	X		
二、護理人員留置導尿管護理認知不足							
舉辦UTI在職教育	15	15	11	41	V		
建立同仁互相稽核制度	11	9	5	25	X		
三、護理人員執行留置導尿管護理正確性不足							
1.制訂「Breaking Lifecycle」導尿管四步曲照護	15	15	11	41	V		
2.修訂留置導尿管照護查核機制	15	15	11	41	V		
四、主要照顧者對於留置導尿管照顧執行正確性不足							
1.修訂UTI衛教單張	15	15	11	41	V		
2.引進標示八分滿集尿袋	15	15	11	41	V		
3.每月舉辦團體衛教	11	11	3	25	X		

註:小組共3人,每人每項評分方式以5分優、3分可、1分差,進行評分,選取標準以評分中間值3*評分項目3*專案組員=27分(含)以上,作爲解決對策

表五 降低中醫病房泌尿道感染密度決策矩陣分析

工作項目	月		4				5			6			7				8			9	
工作項目	週	1	2	3 4	1 1	1 :	2 3	4	1	2	3 4	1 1	2	3 4	1 1	2	3	4	1	2	3 4
一、計畫期																					
1.規劃BI面板早期警示UTI風險系統		*	* :	* 1	* *	۲,	* *	*													
2.修訂多元UTI衛教工具		*	* :	* *	* *	t 7	k														
3.規劃集尿袋標示八分滿作法				,	* *	۲,	k														
4.建立風險等級對應預防感染實證措施					*	t 7	* *	*													
5.規劃UTI教育訓練					*	۲,	* *	*													
6.修訂「Breaking Lifecycle」導尿管四步曲照護	:				*	۲,	* *														
7.規劃留置導尿管照護查核機制							*	*													
二、執行期																					
1.執行BI面板早期警示UTI風險系統									*	*	* ;	* *	*	* *	t						
2.使用多元UTI衛教工具												*	*	* *	t						
3.引進集尿袋有標示八分滿												*	*	* *	k						
4.執行依風險提供預防UTI措施									*	*	* 1	* *	*	* *	k						
5.舉辦UTI教育訓練												*	*								
6.推動「Breaking Lifecycle」導尿管四步曲照護	:								*	*	* 1	* *	*	* *	k						
7.進行留置導尿管查核機制														* *	k						
三、評值期																					
1.護理人員對留置導尿管護理認知															*	*	*	*	*	*	* *
2.護理人員對留置導尿管護理執行正確性															*	*	*	*	*	*	* *
3.照顧者對留置導尿管照顧執行正確性															*	*	*	*	*	*	* *
4.中醫病房泌尿道感染密度															*	*	*	*	*	*	* *

女性(2分)、糖尿病(2分)、具留置導尿管(3分)、導尿管留置天數>7天(7分)、住院天數>14天(4分)等五項危險因子作為早期警示參數之評估分數,總分18分,並根據病人過去發生UTI之危險因子進行分數加權,定義UTI風險程度,並以顏色管理方式中風險呈現粉紅U(7-12分)及高風險呈現紅U(13-18分),以跨領域與資訊管理部門合作建構BI面板早期警示系統,於護理站數位看板上呈現警示,醫護人員可由護理站數位白板辨別病人UTI風險等級。

(二)修訂UTI衛教單張:以具象化衛教

指導模式設計UTI危險因子、導尿管照護之衛教措施以及UTI預防措施。為提升主要照顧者對於執行手部衛生正確性及動機,創新設計「手護健康,強身六巧手~練功大作戰」,強化病人及照顧者的洗手的動機。

(三)引進已標示八分滿集尿袋:5月資 材課引進一批有標示「請倒尿」刻度標 示的集尿袋,全面更換使用此型集尿袋 並於每小時查房時注意集尿袋的尿量, 必要時請照顧者倒尿或夜間由護理人員 協助。

(四)建立風險等級對應預防感染實證

措施:設計不同等級之照護措施,粉紅U 中風險對應措施包括:1.醫師面-每日評 估導尿管必要性,盡早拔除管路、選擇 口徑較小導尿管,尺寸常規選擇 16Fr.、 放置導尿管時遵守無菌技術。2.護理照 護面-提供導尿管組合式照護。3.飲水計 畫:分配每日2,000ml水分攝取,請家屬購 買4瓶600ml寶特瓶,於一天完成水分補 充,其中不包含管灌牛奶的水量,上午 喝1.5瓶(900ml)、下午喝1.5瓶(900ml)、 晚上喝0.5瓶(300ml),或是協助測量病 人自備保溫杯容量後,衛教病人一日需 飲用的水量及時間。紅U高風險應措施 包括:1.每日評估導尿管留置必要性、使 用膀胱測定儀檢測餘尿、控制危險因子 (定期監測血糖變化、監測生命徵象,注 意潛在疾病問題)。2.護理照護:每日評 估及提供導尿管照護、加強會陰清潔; 3.飲水計畫:分配每日2.000ml水分攝 取。

(五)規劃UTI教育訓練:與病房學術總 醫師討論安排UTI在職教育課程,預計4 場次,每次1小時。

(六)制訂「beaking lifecycle」導尿管四步曲照護:自Lifecycle 1-要有適應症才能放置導尿管、醫囑須註明、插入要無菌技術、替代方案-使用膀胱測定儀檢測;Lifecycle 2-導尿管組合式照護及照顧者衛教指導;Lifecycle 3-每日評估必要性;Lifecycle 4-移除策略,導尿管移除後待4小時後評估是否有自行解尿,使用膀胱測定儀檢測餘尿,若移除失敗可考慮會診泌尿科進行尿動力學檢查。

(七)修訂留置導尿管查核機制:修訂 泌尿道感染稽核表及評核週期,採實際 觀察方式,查核者從病歷查核是否有紀錄放置導尿管適應症、到病人端實際觀察執行導尿管護理,確認每位有導尿管的病人是否都符合適應症才放置。

二、執行期(2020年06月1日至2020年07 月31日)

於2020年6月1日數位看板上呈現警示功能資訊系統上線,當系統監測到病人為UTI高風險病人,依分數於數位白板上呈現粉紅U或紅U,分別代表中風險及高風險,於6月3日及6月5日宣導數位白板增加高風險UTI警示目的及意義,依風險等級介入預防UTI措施;6月5日、6月15日12:00於視訊會議中向醫師說明若出現警示U之病人須介入預防UTI措施,並宣導粉紅U中風險及紅U高風險對應照護措施,針對導尿管病人規劃推動執行breaking lifecycle四步曲的導尿管照護。

於7月1日起導尿管集尿袋全面更換為 有刻度標示「請倒尿」之尿袋,並向主 要照顧者衛教,若尿袋尿液已達此刻度 就應將尿液倒掉,夜班護理師查房發現 尿液已達標示,予以協助傾倒。

7月7日、7月13日舉辦UTI教育訓練, 課程前後進行認知測驗,前測平均為 81%,後測平均98%,課後滿意度達 96%。專案小組成員分別於7月20日及7 月28日分別稽核每位護理人員執行導尿 管護理正確性,以實際觀察病人端導尿 管護理及查閱護理記錄,皆達100%。

7月10日在常規於病房交誼廳辦理團體 衛教,主題:「中醫手護健康,強身六 巧手~練功大作戰」,向住院中病人及照 顧者進行手部衛生衛教,回覆示教確認 執行正確;另於入院時以具象化UTI衛教 單張及QR code提供病人及照顧者衛教指導。

三、評值期(2020年08月1日至2020年09 月30日)

以「留置導尿管護理認知調查表」 及「留置導尿管護理執行觀察表」,查 核10位護理人員對於UTI照護之認知及 執行正確性;另針對主要照顧者以「主 要照顧者執行留置導尿管照顧觀察表」 執行導尿管照顧執行正確性查核,並依 據本院醫療資訊感染管制系統監控單位 UTI密度作為改善前後結果之比較。

專案結果

護理人員「對留置導尿管護理認知正確性」,由改善前81%提升至100%,及對「留置導尿管照護正確性」由改善前71.4%提升至100%;而觀察相同的7位主要照顧者留置導尿管照護情形,照顧正確性由81.5%提升至100%。2020年8-9月統計本單位UTI平均密度下降至0.4,達專案目的,效果持續監測至2023年12月UTI平均密度為0.6,皆符合於閾值。

討論與結論

中醫住院主要以療養為主,確保病人 免於醫療照護感染風險是醫護人員重要 職責,本專案為有效降低住院病人UTI 密度,結合資訊化科技建立早期警示模 式,即時監控病人UTI風險,且依風險 等級對應實證預防照護措施,並創新導 入「Breaking Life cycle」四步曲於導尿 管照護,設計具象化UTI之衛教指導, 且將集尿袋更換為有刻度標示「請倒 尿」等措施,有效降低UTI密度,確保 照護品質。

專案推行初期,醫療團隊認為提早移除導尿管對於臨床會增加工作量,且入院病人已有相當多的衛教指導,影響醫護人員對專案認同感,為本專案阻力;幸而與資訊管理部門合作建構資訊系統,以其不同專業領域提供在建置上的建議,如住院資訊自動帶入,避免需人工輸入成為本專案之助力,透過BI早期警示提早介入預防措施,降低單位UTI密度,減少病人因UTI而需增加醫療處置而需轉至急性病房,可以減少醫護人員臨床負荷。

本專案設置之BI面板早期警示UTI風險及其措施,已於2021年平行推展至院區住診病房,並進行人員教育訓練,提供更多醫護團隊透過早期警示,及時提供UTI預防處置及照護,避免人工判斷,此系統上線後持續追蹤導入之長期追蹤成效,本院區2021年至2023年UTI感染密度由0.78下降至0.4 ,另平均導尿管的使用天數也由20.38天下降至11.80天。目前也進一步規畫早期警示系統結合臨床支援決策輔助系統(clinical decision support system,簡稱CDSS)提供個別性及以實證為基礎之預防泌尿道感染照護,更能提升護理品質,確保病人安全。

參考文獻

- 侯佳弦、徐邦治、怡懋·蘇米(2020)·早期警示系統之簡介與運用·*護理雜誌*,67(1),6-11。https://doi.org/10.6224/JN.202002_67(1).02
- 郭書宏、黃偉春、莊旺川、林坤璋、洪宛廷、 鄭錦昌、江承鴻、鍾幸枝、陸雅美、陳柑

- 伴、陳垚生、萬樹人、馬光遠、劉俊鵬(2019)·高雄榮總自動化病危早期警示系 統*·醫療品質雜誌,13*(2),47-50。https:// www-airitilibrary-com.lib3.cgmh.org.tw:30443/ Article/Detail?DocID=a0000532-201903-201905020029-201905020029-47-50
- 曾祐琳(2021)·商業智慧工具Power Query 應用於醫院指標收集分析之成效評估· 醫務管理期刊,22(4),283-297。https:// doi-org.lib3.cgmh.org.tw:30443/10.6174/ JHM.202112_22(4).283
- 劉慧玲(2020)·重症病人病況惡化的早期警示系統·*護理雜誌*,67(1),19-24。 https://doi.org/10.6224/JN.202002_67(1).04
- 衛生福利部疾病管制署(2022年6月13日) · 院內感染監視通報系統統計分析。 http://www.cdc.gov.tw/Category/List/ ZrvS2zJwZ03tl8CbKYdl8g
- Abubakar, S., Boehnke, J. R., Burnett, E., & Smith, K. (2021). Examining instruments used to measure knowledge of catheter-associated urinary tract infection prevention in health care workers: A systematic review. *American Journal of Infection Control*, 49(2), 255-264. https://doi:10.1016/j.ajic.2020.07.025
- Alex, J., Maneze, D., Ramjan, L. M., Ferguson, C., Montayre, J., & Salamonson, Y. (2022). Effectiveness of nurse-targeted education interventions on clinical outcomes for patients with indwelling urinary catheters: A systematic review. *Nurse Education Today*, 112(105319). https://doi:10.1016/j.nedt.2022.105319
- Fasugba, O., Mitchell, B. G., McInnes, E., Koerner, J., Cheng, A. C., Cheng, H., & Middleton, S. (2020). Increased fluid intake

- for the prevention of urinary tract infection in adults and children in all settings: A systematic review. *Journal of Hospital Infection*, 104(1), 68-77. https://doi:10.1016/j.jhin.2019.08.01 6
- Li, F., Song, M., Xu, L., Deng, B., Zhu, S., & Li, X. (2019). Risk factors for catheter-associated urinary tract infection among hospitalized patients: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Journal of Advanced Nursing* 75(3), 517-527. https://doi: 10.1111/jan.13863
- Mangal, S., Pho, A., Arcia, A., & Carter, E. (2021). Patient and family engagement in catheter-associated urinary tract infection (CAUTI) prevention: A systematic review. *Joint Commission Journal Quality and Patient Safety*, 47(9), 591-603. https://doi:10.1016/j.jxkp.2021.05.009
- Meddings, J., & Saint, S. (2011). Disrupting the life cycle of the urinary catheter. *Clinical Infectious Diseases*, *52*(11), 1291-1293. https://doi:10.1093/cid/cir195
- Saint, S., Trautner, B. W., Fowler, K. E., Colozzi, J., Ratz, D., Lescinskas, E., Hollingsworth, J., & Krein, S. L. (2018). A multicenter study of patient-reported infectious and noninfectious complications associated with indwelling urethral catheters. *JAMA Internal Medicine*, 178(8), 1078-1085. https://doi:10.1001/jamainternmed.2018.2417
- Wastfelt, M., Cao, Y., & Strom, J. O. (2018).
 Predictors of post-stroke fever and infections:
 A systematic review and meta-analysis. BMC
 Neurology, 18(1), 49. https://doi:10.1186/s12883-018-1046-z

Improvement Project to Reduce the Frequency of Urinary Tract Infection among Inpatients in Traditional Chinese Medicine Ward

Shin-Fang Tsai¹, Ya-Hui Chou², Chiu-Mei Li³, Mei-Chu Tsai⁴

ABSTRACT

Background: In Traditional Chinese medicine inpatient care, the primary focus is on treating and recuperating from disease. If a urinary tract infection (UTI) occurs, patients may be transferred to acute care wards, negatively impacting the overall recovery process. In our facility, between November and December 2019, the urinary tract infection frequency reached 2.1%. The reasons for this include a lack of early warning signals for high-risk UTI patients and education training, insufficient awareness among nursing staff regarding catheter care, a deficit in the accuracy of caregiver execution, difficulty with educational materials, and the absence of reminders on urinary bags when they reach 80% capacity. Purpose: Reducing the urinary tract infection rate to a threshold of 0.8%. Methods: Implementation of an early warning system for UTI risk through the development of a Business Intelligence dashboard. Innovation in "Breaking Lifecycle," a four-step approach to catheter care. Revision of educational materials. Introduction of labeled urine bags at the eight-tenths full mark to reduce urinary tract infections. Results: The frequency of urinary tract infections decreased from 2.1% to 0.4%, achieving the project's objectives. The effectiveness was continuously monitored until December 2023, with the average UTI infection density reaching 0.6%. Conclusions/ Implications for Practice: By integrating information technology for early warning and realtime monitoring of urinary tract infection risks, and implementing evidence-based catheter care measures has proven effective in reducing urinary tract infections and shortening the duration of catheter use. This approach enhances the quality of nurse care for patients. (Tzu Chi Nursing Journal, 2024; 23:5, 75-86)

Keywords: catheter care, early warning system, traditional Chinese medicine inpatients, urinary tract infection

RN, Department of Nursing, Taoyuan Ghang Gung Memorial Hospital¹; Supervisor, Department of Nursing, Taoyuan Ghang Gung Memorial Hospital²; Head Nurse, Department of Nursing, Taoyuan Ghang Gung Memorial Hospital³; Director, Department of Nursing, Taoyuan Ghang Gung Memorial Hospital⁴

Accepted: February 5, 2024

Address correspondence to: Ya-Hui Chou B2., No.123, Dinghu Rd., Guishan Dist, Taoyuan City, Taiwan Tel: 886-3-3196-200 #2553 E-mail: Yahe7693@cgmh.org.tw

運用賦權理論照護一位 脊髓損傷患者併壓傷行腸 造瘻口之護理經驗

陳羿君1、尹文琪2、陳美珍2

中文摘要

本文為描述一位脊髓損傷男性因壓力性損傷合併症行腸造瘻口之居家護理經驗。照護期間2022年10月5日至11月30日,經居家訪視直接照護、觀察、會談,依生理、心理、社會及靈性四大層面進行評估,確立健康問題為成人壓力性損傷、健康維護能力失常及照顧者角色緊張,運用賦權概念引導個案自我覺察,激勵其積極參與壓傷及腸造瘻口照護,降低併發症,讓照顧者一同參與照顧計畫及獲得照護知識及技能,並連結長照2.0服務,減緩照護負荷。建議後續建構實證基礎的居家傷口照護指引及放寬居家照顧服務員服務內容限制,讓護理師增加護理指導頻率及居家照顧服務員可正確執行傷口換藥,以減少家庭照顧負荷及個案合併症的發生。(志為護理,2024;23:5,87-96)

關鍵詞:賦權、脊髓損傷、壓力性損傷

前言

2022年國人十大死因以事故傷害居 死因第八位,以交通意外及跌落占前二 名,亦是造成外傷性脊髓損傷常見的原 因,肢體癱瘓為最嚴重的後遺症(衛生福 利部,2023b)2021年臺灣為「第七類肢 體障礙」者共有34萬多人,以青壯年占 36.8%最多,且有九成的身心障礙者居住「家宅」生活(衛生福利部,2023a)。脊髓損傷患者常見併發症為壓力性損傷(以下簡稱壓傷)、神經性膀胱功能障礙、大便失禁、肢體痙攣等,常有醫護照護需求,且易有憂鬱、焦慮等情緒,長期處於負面精神壓力下,影響自我照護能

新竹國泰醫院居家護理師¹、新竹國泰醫院護理長²

接受刊載: 2024年5月20日

通訊作者地址: 陳美珍 新竹市中華路二段678號

電話:886-3-527-8999 #5195 電子信箱:hchomecare@cgh.org.tw

力、人際關係退化與缺乏社會功能,因 而增加家庭照顧負荷及住院的風險(胡、 林,2022; Tejedor & Palacios, 2017)

筆者於初次家訪時發現個案對執行健康行為缺乏興趣及疾病認知不足,影響照護態度而引發四級壓傷行腸造口、泌尿道感染致導尿管留置等問題,加上家庭支持系統薄弱,照顧者為高齡案母且未有相關照護知識經驗,讓照顧上遭遇困境及倍感壓力,引發筆者深入探討的動機。運用賦權概念於壓傷及腸造口照護,喚醒個案自我控制的意識及正視疾病管理的重要,強化其主動參與及執行自我管理行為,協助案母獲得相關照顧技巧,並運用長照2.0服務,提供全面且技質性的服務,期待提高個案自我照護能力減緩併發症產生,提升整體生活品質。

文獻香證

一、脊髓損傷併發壓傷之照護

脊髓損傷造成肢體障礙,須仰賴輪椅活動或臥床,為壓傷發生的高危險群(林佩儀等,2020;胡、林,2022)。壓傷的預防及照護首先需保持皮膚清潔,可塗抹乳液減少皮膚乾燥及增加彈性。下半身癱瘓者,採坐姿時應手部支撐起身體,每15分鐘更換重量的支撐點,從輪椅上將身體往上推或將身體向大腿處前傾,減輕坐骨的壓力(于,2017)。移位時,盡量將身體抬離床面,降低摩擦和剪力,保持衣物及床單與皮膚接觸面的平整,使用減壓輔具,如交替式充氣氣墊床、減壓坐墊,臀部壓傷者若必須坐在椅子上,建議每天以3次為限,每次不

超過1小時(衛福部護理及健康照護司, 2022)。

四級壓傷其皮膚組織的破壞至肌肉、 骨骼及支持結構,因此需增加熱量的 攝取, NPIAP(National Pressure Injury Advisory Panel,美國國家壓力性損傷諮 詢委員會)對其熱量建議量為30-35Kcal/ kg及蛋白質1.25-1.50g/kg(黄等,2020)。 每天攝取1000mg維生素C,有助傷口癒 合,市售維生素C產品有做成口含錠、 發泡錠可選擇(曹等,2022)。傷口換藥 敷料的種類以紗布最易取得且具經濟效 益,適用各種傷口,使用生理食鹽水濕 紗填塞可以保持傷口濕潤,移除紗布時 毛細現象可將壞死組織及細菌帶出達到 清瘡作用,但無法吸收大量滲液,須經 常更換。無痛保膚膜用於造口周圍皮 膚、失禁部位、黏貼膠帶處,有效隔離 糞水、分泌物刺激及膠帶移除時的傷害 (于,2017)。

二、結腸造口照護重點

橫結腸造口常運用在肛門附近有嚴重 壓傷患者,可避免糞便影響傷口照護, 應學習的自我照護包括觀察腸造口的正 常外觀呈現紅或粉紅潮濕狀,注意是否 有變黑缺血或壞死。腸造口環及腸造口 要有2-3mm的距離,避免太小造成血循 不良,剪裁過大容易滲漏造成底座不 黏,引發皮膚破損。造口袋1/2-1/3滿時 應排空,避免過滿讓造口保護皮脫落, 導致排出物滲漏,每天替換或清洗造口 袋1次,約每週更換底座1次,若有滲漏 須提前更換。衛教方式除口頭指導、單 張手冊外,錄製影音影片輔助教學,更 能強化記憶及視覺注意力,提升學習能 力(賀等,2021;楊,2020)。

三、賦權概念在傷口自我照顧的運用

護理人員藉由賦權概念進行評估病人在居家照顧情形、傷口換藥方式、自我照顧能力、傷口帶來的心理衝擊、家庭互動變化及社會支持系統等確認問題,傾聽其需求,建立夥伴關係,透過互動與反思,審視及控制影響傷口癒合的因素,讓病人參與照護模式與敷料的選擇,協力讓病家學習傷口照護知識及技能,提升病人的信心與生活品質(Dhar et al., 2020)。

四、高齡家庭照顧者之負荷及需求

家庭照顧者最大的壓力源來自於長 期照護的身心消耗。依據統計主要照顧 者年齡在65歲以上佔18.89%(衛生福利 部,2023a)。其高齡者會因生理功能減 弱、活動靈活度變差、記憶力及學習力 改變、資源搜尋能力較不足等,讓年邁 照顧者在長期照護上為弱勢的一群(林 俐伶、林,2019)。根據身心障礙者對居 家照顧需求以「居家護理」每百人有42 人為最多。研究指出使用醫療相關的照 顧服務可減緩被照顧者的失能或認知狀 況,醫護人員可提供照顧技巧指導、專 業諮詢等措施(鄭等,2022),並藉由照 顧者參與照顧計畫、學習運用資源及獲 得心理及靈性支持等因應策略來強化照 顧者的復原力,減輕照顧負荷(林俐伶、 林,2019)。

護理評估

一、個案簡介

徐先生,56年次,高職畢,未婚, 慣用國語,無菸酒習慣,無藥物或食物 過敏史。家中排行老么,與80歲母親同住。於40歲從事建築工作時從高處墜樓 導致腰椎損傷,領有重度肢體障礙手 冊。

二、就醫及治療經過

2022年5月個案有就業想法,每日坐輪 椅外出超過5小時,因而產生臀部壓傷, 2022年7月傷口惡化及泌尿道感染住院治療。8月4日因臀部壞死性筋膜炎至他院 行清瘡手術,8月10日行結腸造口術及導 尿管留置。8月31日自費入住護理之家照 護,10月1日返家,因尿管留置及四級傷 口,申請本居家護理所提供居家護理服 務。

三、護理評估

照護期間2022年10月5日至11月30日 止,由居家訪視直接照護、觀察、會談 及身體評估等方式進行資料收集,依生 理、心理、社會及靈性四大層面進行護 理評估,結果如下:

(一)生理層面:

1.身體外觀:近視佩戴眼鏡矯正,臉部及四肢皮膚乾燥脫屑,10/5居家訪視測得左臀處長4.2×寬4.3×深3.0公分傷口,肛門口12點鐘方向長3.0×寬3.0×深7.5公分,右臀長2.5×寬4.0×深4.0公分,皆為四級傷口,傷口床色紅潤、無腐肉,有少量淡黃色分泌物,傷口周圍有紙膠殘膠及皮膚發紅浸潤狀況,評估案母換藥前未進行臀部皮膚的清潔,直接以生理食鹽水沖洗傷口,再以棉棒沾優碘塗抹傷口後紗布覆蓋黏貼,且在換藥備物上顯得手忙腳亂。

2.營養與排泄:個案身高164公分, 體重57.7公斤,身體質量指數為21kg/ m2(屬於正常範圍),有缺牙,不影響咀 嚼,每日未按時吃早餐,午、晚餐以 便當為主,每次進食量約3/4份便當, 餐間會吃少許餅乾,估算熱量攝取約 1,200-1,300kcal/day,飲水量約1,200-1,500 ml/day。8/5檢驗值Hb:11.5g/dl、 Alb: $3.3 \text{mg/dl} \cdot \text{Na}$: $139 \text{ mmol/L} \cdot \text{K}$: 3.4 mmol/L \ BUN : 7mg/dl \ creatinine : 0.53 mg/dl、飯後血糖:115mg/dl。肚臍 上有橫結腸造口,腸黏膜紅潤,糞便呈 黃褐軟狀,造口底座周圍有滲濕情形, 個案及案母未曾更換過造口底座,僅由 案母執行清倒造口袋糞便。龜頭處有少 許污垢,16號矽質導尿管留置,尿液色 淡黃、含少許白色沉澱物,個案無尿管 移除意願,認為方便照護。案母僅協助 尿袋尿液排空,因擔心管路牽扯故未執 行導尿管清潔。

3.活動與休息:7月前個案雙手會各舉 1,000 ml寶特瓶練臂力,可獨自使用移 位板至輪椅下床活動,10/1返家後無再 下床,皆在舖著交替式充氣氣墊之電動 病床上執行日常活動,穿著尿布及看護 墊使用,床腳處堆放許多生活用品及雜 物。10/5個案雙上肢肌力5分,雙下肢肌 力0分且肌肉萎縮,關節活動度正常及 無僵硬,雙上肢末梢溫暖、雙下肢偏涼 水腫1+,可自行翻身但顯費力,多以拖 移方式移動臀部。白天採半坐臥姿,多 閉眼休息,偶爾看電視,可自行刷牙、 刮鬍子,在洗澡、穿脫衣服、如廁、移 位等皆需他人協助,日常生活活動功能 (ADL)得分為35分(重度依賴)。10/5監測 體溫36.5℃,呼吸18次/分、心跳76次/ 分,血壓123/80 mmHg,血氧濃度98%。

(二)心理層面:

10/5個案表情淡漠、沉默寡言,需詢 問多次才願意回答問題,個案嘆氣表 示:「我下半身不能動,屁股也沒有感 覺,也看不到傷口,我能怎麼樣?傷口 可以直接縫起來嗎?」「我活得很辛 苦,人生就困在輪椅上,沒有生活目 標。」換藥時,要多次口頭提醒個案配 合翻身。個案表示:「我以為這個腸造 口很快就會縫起來,沒想到回到家還留 著,還要自己換造口。」協助更換造口 底座過程中,個案皆閉眼,未關注照護 程序。10/12個案皺眉表示:「唉!我要 怎麼換造口底座,我又看不清楚。」對 傷口換藥及腸造口照護無積極參與照護 意願。10/12以「臺灣人憂鬱量表」檢測 憂鬱程度得分為17分(≥19分可能為憂鬱 症)。

(三)社會層面:

個案受傷後就無業,為社會處列冊中 低收入戶,每月領有身心障礙生活補助 津貼5,437元。曾為脊髓損傷協會會員期 間3年,接受過輪椅的贈予。為長照2.0 服務舊案,原失能等級5級,有使用居家 照顧服務、喘息服務、交通接送及曾申 請氣墊床購買補助、無障礙空間(門口坡 道)改造補助服務。案母為榮眷,具領有 榮民遺眷半俸福利,為主要照顧者,雙 眼老花眼、嚴重駝背、膝蓋關節退化, 無法久站超過10分鐘,無法執行烹飪食 物任務,僅會使用電鍋加熱食物,週一 至週六接受長照失能者營養餐飲服務 (中、晚餐)。10/5案母皺眉的表示:「他 以前屁股也有破皮過,我都用優碘塗一 塗或是用左手香葉子搗碎塗抹, 也就好 了。唉!現在傷口這麼大,居家服務員不能做換藥,只靠我這個老太婆,真的不行!」「你不能再多來幾次嗎?」「我這樣做對嗎?會不會越用越糟?」「我沒有辦法換這個腸造口底座!」案母因無法獨自外出,未曾至醫院及護理之家學習尿管及腸造口照護。每週一次要學習尿管及腸造口照護。每週一次要身體擦澡及代購。案母與鄰居相處融洽,鄰居時常會送食物給案家食用。案大嫂會協助訂購生活必需品送至家中,但個案與案兄及案嫂關係不佳,時常有言語衝突,故鮮少返家探視。

(四)靈性層面:

個案信仰天主教,牆面掛有天父照 片,床邊放置十字架,偶爾會在睡前進 行禱告,於半年前在教會與教友發生口 角後就鮮少至教會做禮拜,教友仍會不 定時來家探視關心。

問題確立

因個案可使用輔具移位活動,故本文 主以個案因身體疾病失去控制力及缺乏 疾病管理認知,長時間壓迫引發臀部皮 膚損傷造成「成人壓力性損傷」且無法 負起腸造口日常照顧問題產生「健康維 護能力失常」,加上案母缺乏照護知識 及技能衍生「照顧者角色緊張」呈現護 理過程。唯有增強個案自我照顧意識, 提升個案及案母照護知能及技能,才能 降低併發症產生。

護理措施及評值

護理過程分為三方面:一、協助壓 力性損傷預防及照護、二、提升健康維 護能力、三、降低照顧者焦慮及照顧負荷,筆者運用賦權概念以(一)傾聽,建立信任感及關係(二)提供資訊、鼓勵共同決策、引導反思(三)共同設定目標,三步驟進行護理措施並評值,分述如下:

一、協助壓力性損傷預防及照護

(一) 傾聽,建立信任感及關係

10/5主動向個案及案母自我介紹,採 關懷及陪伴方式建立信任感,將護理師 手機號碼小卡黏貼於電話旁,告知照護 上有問題可以來電諮詢。詢問及傾聽個 案及案母目前傷口對生活的影響及照護 上的困難。

(二)提供資訊、鼓勵共同決策、引導反 思

10/5向個案及案母解說氣墊床持續使 用的重要性,指導如何檢視氣墊床功 能。教導案母皮膚清潔方法,請居服員 協助使用中性肥皂或沐浴乳清洗皮膚及 維持乾爽,以保濕乳液塗抹皮膚。指導 案母維持床墊上清潔及衣物、看護墊平 整。提醒案母協助個案移位時勿用拖拉 方式,減少摩擦力與剪力形成,並使用 適當支托物,如枕頭或大毛巾捲。指導 個案自行移位時,應運用手部力量將臀 部撐起移動,採坐姿時,至少每10分鐘 將身體上舉,離開床面5秒,一次坐姿不 超過1小時,平躺時至少每2小時翻身一 次。衛教個案及案母飲食應攝取高蛋白 及高維生素C食物的目的,與個案討論 因案母無法烹調食物,故建議每天額外 攝取1-2杯250ml的商業均衡配方使用, 可達熱量額外增加250-500大卡外並飲 用維生素C發泡錠(1,000mg/顆),可促進

傷口癒合。向個案及案母說明市售新型 敷料(銀離子敷料)及傳統紗布換藥優缺 點,讓個案及案母決定使用敷料的種類 方式。指導案母換藥前後確實洗手,執 行傷口換藥步驟:換藥方式應採由內往 外環狀消毒,勿來回擦拭。使用生理食 鹽水棉枝將傷口上的淡黃色分泌物擦拭 掉。使用紗布加入生理食鹽水以鑷子擰 乾後抓鬆紗布填塞傷口床, 並在傷口周 圍皮膚噴上無痛保膚膜,再貼上紗布膠 帶。指導案母於每日早晨及傍晚執行傷 口換藥,並回覆示教。評估其精細動作 不好,與個案商議於換藥前執行以鑷子 照個管師討論個案使用專業照護服務的 需求及額度,增加護理師到宅指導換藥 頻率,由健保每月二次,額外增加每週 家訪一次,並將可提供的服務頻率及收 費告知個案及案母。10/12衛教個案及案 母傷口惡化症狀,如傷口床顏色變黃、 黑,分泌物變黃、變綠、有臭味,傷口 **周圍出現紅腫熱痛。與長照個管師討論** 個案照護需求及給付額度,增加週一至 週五服務時段,每次2小時,協助案母 換藥時在旁皮膚清潔及換藥用物準備。 每週監測及記錄傷口的大小、顏色、深 度、渗液性質及量及味道,並拍照紀 錄。10/12詢問個案對傷口轉變的期望, 引導個案思考不配合與配合傷口照護對 身體造成的影響。

(三)共同設定目標

10/12與個案及案母討論傷口照護目標 為臀部傷口縮小及深度變淺,並無新產 生壓傷。

(四)護理評值

10/3長照專員家訪複評個案失能等級 達7級,給付照顧額度增加,10/05個案 同意使用長照專業照護服務,10/12開始 淮行每调1次壓傷照護護理指導,直到護 理目標達成。10/12個案表示希望以傳統 紗布換藥即可,會配合母親換藥。10/12 個案能說出至少2小時要翻身一次及使用 氣墊床能減輕壓傷,要每天換藥避免傷 口感染,塗乳液增加皮膚彈性。10/12案 母可於換藥前清潔臀部皮膚及正確執行 換藥步驟,個案可協助換藥前擰乾濕紗 布工作。10/12個案:「如果傷口沒有好 我就無法去找工作,我媽也要一直幫我 換藥,很辛苦。」10/19個案身體皮膚可 維持清潔,氣墊床使用中目功能正常, 個案一日可額外攝取1杯到2杯250ml商 業配方牛奶。11/9評估個案身體無新產 生的壓傷。11/30個案傷口左臀處長3.0× 寬3.5×深2.5公分,肛門口旁長2.8×寬 2.5×深7.0公分,右臀長2.0×寬3.0×深 3.5公分,傷口床紅潤,有少許淡黃分泌 物,肛門口傷口會有少許出血,周圍皮 膚浸潤發紅改善。

二、提升健康維護能力

(一)傾聽,建立信任感及關係

10/5同理個案對疾病及併發症的無奈 及對腸造口照護的不熟悉感,向個案說 明第一次由護理師全程協助更換腸造 口,並搖高床頭以利觀看更換過程,說 明步驟及注意事項。傾聽個案腸造口對 生理及心理、生活造成的影響及困難之 處。

(二)提供資訊、鼓勵共同決策、引導反思 10/5協助個案腸造口用物收集置放成 一袋,以便拿取。給予腸造口照護指導

單張並口頭說明內容、提供腸造口教學 影片的OR Cord,以利隨時點閱。10/12 詢問及傾聽個案對腸造口照護的需求及 期待,並引導個案思考腸造口底座沒有 黏好與未定期更換會造成身體上的問 題。10/12個案回覆示教移除造口底座及 清潔腸造口步驟,並用鏡子輔佐觀察造 口是否有異常。10/12起開始長照2.0專業 護理服務,每週1次,協助指導個案腸造 口底座更換,直到個案可獨立執行更換 腸造口底座。10/19請個案移除造口底座 及清潔周圍皮膚,並剪裁底座環大小, 動作後給予讚美及建議,再讓個案執行 黏貼動作,過程中給予口頭提示。播放 網路上素人自我更換腸造口教學影片, 分享相同經驗的成功個案,增強自信 心。每週評估個案對腸造口照護的參與 程度,了解更換步驟中所遇到的問題, 並給予回饋及鼓勵。

(三)共同設定目標:

10/12與個案設定目標為個案能在案母 協助備物後獨自執行更換腸造口底座。

(四)護理評值:

10/5個案:「我怕我無法貼好造口 底座,看妳換造口好熟練,好像很簡 單。」10/12個案可說出腸黏膜應為粉紅 或紅色,若為黑色可能為壞死,底座約5 到7天換一次,底座環不可剪太大,皮膚 會容易浸潤潰瘍。10/19個案:「我知道 沒黏好底座會漏,皮膚會受傷,但我覺 得不要太常換造口底座比較省錢,所以 我要把造口黏好,不要滲漏,可以撐久 一點再換。」10/19個案表示:「我還蠻 會剪腸造口底座環大小的,換底座沒有 那麼難了。」10/26個案可獨立執行底座 更換,過程中仍需提醒造口粉的使用。 11/9個案正確執行底座更換,造口周圍 皮膚無紅腫潰瘍。

三、降低照顧者焦慮及照顧負荷 (一)傾聽,建立信任感及關係

10/5詢問案母目前身體及睡眠狀況, 同理案母年邁,體耐力不佳的困境。傾 聽案母對於照護上所產生的擔憂情緒, 鼓勵其說出需求及期待。肯定案母對個 案生活照顧的辛苦及付出。每次訪視後 三天內進行電話關心案母照顧近況及提 供照護諮詢。

(二)提供資訊、鼓勵共同決策、引導反思

10/5提供尿管照護指導單張,並向個 案及案母口頭說明尿管預防滑脫、阻塞 及泌尿道感染注意事項及示範尿管清潔 及固定方式,並請個案及案母回覆示教 一次。10/12了解案母與其他子女互動及 聯繫狀況,確認案母擁有精神及實質上 可運用的支持系統。評估案母與鄰居互 動良好,鼓勵案母持續維持社交互動。 與案母討論目前的資源有居家醫療及居 家護理、身心障礙個案管理、長期照顧 服務管理,確認可用的支持資源。護理 師與長照個管師討論後,評估個案可使 用剩餘長照喘息額度,依案母喘息需求 時間,額外提供周六每次至少2小時的 居家照顧照護,減輕案母照護負荷。 10/19提供免費家庭照顧者支持體活動 資訊,鼓勵案母參與,並請案兄協助交 通接送。案母每次換藥回覆示教後,給 予回饋及調整不足的地方並給予鼓勵及 肯定,增加信心。家訪時詢問及傾聽案 母在照護上有無遇到問題及討論因應方 式。

(三)共同設定目標:

10/5評估案母學習能力及意願,鼓勵 共同參與照護,建立可行目標:案母能 主動詢問傷口換藥、尿管照護相關知識 技能,主動表達照護上緊張及壓力。

(四)護理評值:

10/5案母表示:「現在傷口很大又很 深,我怕換得不好會感染,現在有妳教 我,我只能咬牙換了。」「這尿管我不 敢去亂動,很怕尿管被我弄壞。」「我 希望他能自己學習更換腸造口。 10/12 案母可每日協助案定時排空尿袋,可說 出尿袋要維持腰部以下,避免逆流造成 感染。10/12案母表示:「長照個管師有 說若有需要額外喘息服務,要提早一二 调告訴她,她會再幫我安排服務員,有 需要我再用啦」。10/19檢視尿管及龜 頭處可維持清潔,個案可每日執行扭結 **尿管動作3-4次/天。10/26案母:「**還好 有你來家裡幫我看傷口顧得好不好,跟 換尿管,不用跑醫院,讓我輕鬆不少」 「雖然居服員沒辦法幫我換藥,但有她 們的幫忙,我就沒那麼緊張。」

討論與結論

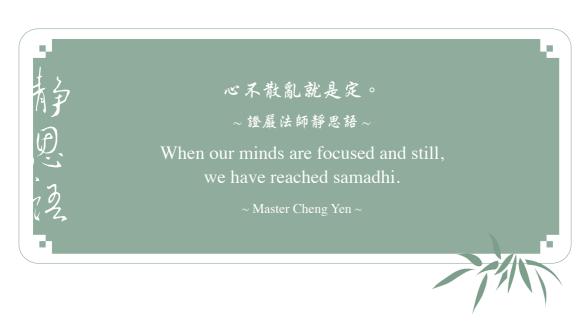
本文為一位脊髓損傷因壓傷併腸造口 個案,因缺乏自我控制感、學習動力不 足,再加上家庭支持系統薄弱及照顧者 高齡,讓案家無法因應嚴重壓傷造成的 後遺症照護問題,筆者最初介入時,個 案多沈默不語、學習態度消極及配合度 不佳,增加在溝通及照護上的困難度, 也讓筆者對年邁案母的辛苦付出感到心 疼,故申請長照專業照顧服務增加居家 訪視頻率及定時主動電訪,持續關心及 建立信任感,提供個別性的照顧措施, 運用賦權策略讓個案共同參與決策及執 行自我照顧活動,並導入長期照顧服 務、喘息服務等相關資源後,個案已擁 有疾病照護知能及獨立更換腸造口的能 力,案母也獲得傷口及管路照護技巧, 使其身心壓力獲得緩解。脊髓損傷的自 我健康管理應及早從住院中開始,除生 理的復能,應持續關注心理層面及追蹤 適應情況,建立良好的疾病管理模式, 增加照顧者相關教育,減緩併發症產 生,以利回歸社區生活及增進社會融合 (胡、林,2022)。受限長照專業服務訪 視需間隔7天及健保居家護理給付規節, 建議建構實證基礎的居家傷口照護指 引,依據困難癒合傷口的嚴重程度及其 照護需求彈性安排訪視日期及增加健保 居家護理四級傷口照護新型敷料給付(羅 等,2021)。另隨著人口老化,長期照顧 服務的內容應更廣,建議可增加配套措 施為經長照居家護理師個別指導後居服 員可執行傷口換藥服務,才能有效的幫 助到有長期照護需求的家庭。

參考資料

- 于博芮(2017) · 壓力性損傷 · 於于博芮總校閱 , 最新傷口護理學(三版, 251-287頁) · 華杏。
- 林佩儀、王萱萁、陳筱瑀(2020)·脊髓損傷者 自我管理方案成效探討·*澄清醫護管理雜* 誌,16(2),40-50。
- 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
- 胡嘉桂、林佩昭(2022) · 脊髓損傷者之持續性 照護 · *領導護理* , 21(3) , 24-35 。 https://

- doi.org/10.29494/LN.202009_21(3).0003
- 曹文昱、洪弘昌、施志宏、黃信傑、黃淑敏 (2022)·使用維生素C能促進傷口癒合·台灣營養學會雜誌,46(3),101-111。https:// doi.org/10.6691/NSJ.202209_46(3).0003
- 賀芷儀、黃靜怡、李幸真(2021)·提升腸造口 術後病人自我照護改善專案·*澄清醫護管* 理雜誌,17(4),67-77。
- 黃鈴君、翁祥育、楊淑惠(2020)·飲食熱量與 蛋白質攝取改善血液透析患者尾骶骨壓 傷個案傷口癒合之個案報告·臺灣膳食 營養學雜誌,12(2),17-24。https://doi. org/10.6709/TJD.202012_12(2).0002
- 楊逸文(2020) · 腸造口 · 臨床醫學 , 85(3) , 131-134 ° https://doi.org/10.6666/ ClinMed.202003 85(3).0024
- 衛生福利部(2023a,4月26日).身心障礙者生活狀況調查-110年身心障礙者生活狀況及需求調查報告。https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-5096-113.html
- 衛生福利部(2023b,6月12日).111年國人死因 統計結果。https://www.mohw.gov.tw/cp-16-74869-1.html
- 衛生福利部護理及健康照護司(2022,4月12日): 居家護理所設立輔導計畫 居護實證指

- 引・https://nurse.mohw.gov.tw/cp-64-1274-41ad1-2.html
- 鄭思妤、李玉春、黃世傑、王素琴、陳雅 美(2022) · 長期照顧十年計劃服務對 臺北市家庭照顧者負荷與健康相關生 活品質的影響 · 長期照護雜誌 , 25(2) , 151-169 · https://doi.org/10.6317/ LTC.202212_25(2).0005
- 羅淑芬、莊淑婷、廖珮琳(2021) · 困難癒合 傷口居家照護的困境與挑戰 · *護理雜誌* ,68(4),89-95。https://doi.org/10.6224/ JN.202108 68(4).11
- Dhar, A., Needham, J., Gibb, M., & Coyne, E. (2020). The outcomes and experience of people receiving community-based nurseled wound care: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 29(15-16), 2820-2833. https://doi.org/10.1111/jocn.15278
- Tejedor, C. C., & Palacios, P. L. (2017). A study of burden of care and its correlates among family members supporting relatives and loved ones with traumatic spinal cord injuries. *Clinical Rehabilitation*, 31(7), 948-956. https://doi.org/10.1177/0269215517709330



A Nursing Experience of Applying Empowerment Theory with a Patient with Spinal Cord Injury Complicated with Pressure Injury Receiving Colostomy

Yi-Chun Chen¹, Wen-Chi Yi², May-Jane Chen²

ABSTRACT

This article describes the home care experience of a man with spinal cord injury who with colostomy due to pressure injury. This nursing period lasted from October 5 to November 30, 2022. We conducted assessments through home visits, direct care, observation, and interviews covering four aspects: physical, psychological, social, and spiritual. The patient's primary health problems were adult pressure injuries and health maintenance. In cases of disability and caregiver role stress, the concept of empowerment should be used to guide patients to self-awareness, encourage them to actively participate in pressure injury and colostomy care, help reduce complications, and additionally, allow caregivers to participate in care plans and acquire care knowledge and skills, and connect to long-term care 2.0 services to reduce the care load. Recommendations based on this experience include establishment of evidence-based home wound care guidelines, the relaxation of restrictions on the service content of home attendants, and increasing the frequency of home caring skills instruction for nurses. (Tzu Chi Nursing Journal, 2024; 23:5, 87-96)

Keywords: empowerment, pressure injury, spinal cord injury

National Taipei College of Nursing, Department of Nursing¹; Taipei Medical University, Department of Nursing²; Taipei Medical University, Department of Nursing³

Accepted: May 20, 2024

照護一位血小板低下症孕婦因 死產接受引產之護理經驗

許仔瑭¹、鄧雅芳²、陳雅芳³

中文摘要

本文旨在探討一位血小板低下症孕婦因死產接受引產之護理經驗。照護期間自2023年5月7日至5月12日。運用Gordon十一項健康功能評估項目,確認個案有產痛、潛在危險性出血、哀傷之健康護理問題。運用生產球、按摩及溫水淋浴以緩解引產疼痛;教導如何預防出血,會診血液腫瘤科以進行後續治療追蹤。透過陪伴、引導及抒發情緒,協助觸摸胎兒及提供時間、空間以進行告別,正視胎兒死亡之事實並進而接受。出院後續電訪追蹤,表示能定期追蹤血小板變化,並能以正向態度迎接未來生活。建議醫療單位能針對類似個案建立起關懷小組以進行後續電訪關懷,以確認返家身心狀況並及早發現異狀與進行轉介。冀望藉此照護經驗,能提供護理人員於類似個案照護之參考。(志為護理,2024; 23:5, 97-104)

關鍵詞:血小板低下症、胎兒死亡、引產

前言

對婦女而言,懷孕是人生重大的變 化,為確保迎接新生命的到來,會注重 自己健康並做出生活上的改變。若孕 期合併重度血小板低下症,須提高醫 療警覺,因這可能與子癇前症、免疫性 血小板低下紫斑症、瀰漫性血管內凝血 病等病徵有關,嚴重甚至威脅母嬰生命 (George & Mcintosh, 2023)。依衛生福利部國民健康署(2022)資料顯示,我國2021年出生通報數約16萬人次,其中有2004人次為死產,占比1.25%。若因孕期併發症而導致胎兒死亡機率則占比1.7%(衛生福利部統計處,2022),其中又以35歲以上高齡產婦發生子宮內胎兒死亡率較高(Fretts & Spong, 2022)。孕期胎兒死亡會使婦女及其家庭面臨悲痛,

大里仁愛醫院護理師¹、大里仁愛醫院護理長²、大里仁愛醫院護理督導³

接受刊載: 2024年5月29日

通訊作者地址:鄧雅芳 台中市大里區東榮路483號

電話:886-4-2481-9900 #15770 電子信箱:dr@mail.jah.org.tw

甚至需要花數個月時間,去適應胎兒已離世的事實(柯,2018)。

個案為高齡產婦,於孕期產檢發現 血小板低下症,且注意到胎動減少後即 馬上就醫,卻得來胎兒死亡的消息,無 法接受事實,更不知該如何面對期待有 手足陪伴的大寶,故引發筆者的書寫動 機,冀望能透過此次家庭照護之護理經 驗,協助案家渡過失落過程,以提供護 理人員臨床照護之參考。

文獻查證

一、子宫内胎兒死亡因素

子宮內胎兒死亡是指:在超音波檢查 時發現胎兒心跳及臍帶血流停止;通常 35歲以上婦女發生子宮內胎兒死亡的風 險較高。死亡胎兒會增加母親瀰漫性血 管內凝血病的發生風險,故建議儘早引 產(Muin et al., 2021)。在孕早期胎兒死 亡與先天異常、感染和母親潛在疾病有 關;孕晚期胎兒死亡則與胎盤異常、臍 繞頸、臍帶打結、臍帶斷裂及不明原因 等有關(Fretts & Spong, 2022)。

二、胎兒死亡對家庭的影響及照護

當父母被告知胎兒死亡時,她們通常 毫無預備,甚至會出現創傷後症候群; 護理措施包括:引導父母抒發情緒,允 許留下對死去胎兒的回憶及紀念,協助 父母與胎兒告別、進行接觸、拍攝、為 胎兒蓋手腳印、製作腳圈等(Fernández-Férez et al., 2021)。亦能透過信仰來表達 悲傷情緒(高、林, 2018)。若家庭成員 有其他孩子時,父母可藉由接受胎兒死 亡、承認家裡孩子的悲傷、及支持失去 手足的失落感(Grunebaum & Chervenak, 2023)。在事件發生的當下,哀傷不一 定會表現最強烈,後續進展必要時可轉 介心理衛生及社會福利等機構,以幫助 家庭重新適應及面對未來生活(林等, 2018)。

三、產痛因應

隨著產程啟動與規律子宮收縮,會使 待產婦感到疼痛不適;護理措施包括: 允許產婦自由變換身體姿勢,教導生產 球運動,採取搖動骨盆以緩解宮縮疼 痛,或跪趴在生產球上以全身放鬆,同 時可按摩或重壓尾骶骨痠痛處,以增進 舒適度(何、高,2022),亦可藉由淋浴 放鬆肌肉及提供產婦喜歡的環境(如:播 放喜歡的音樂、提供舒服的照明、減少 噪音及維護隱私等),適時的給予讚美、 說明醫療處置及尊重個案想法,亦能減 緩產痛帶來的恐懼感(何,2022)。

四、血小板減少症與產後出血

血小板減少症為孕期第二常見的血液 異常狀況,尤其少於70,000/ul須懷疑是 否有其他出血性疾病(George & Mcintosh, 2023)。孕期血小板減少會出現牙齦出 血、異常子宮出血、皮膚瘀斑等; 而產 後1~2個月血小板計數一般會回到正常 值,故建議產後官持續追蹤,不使用硬 毛牙刷及牙線,及避免激烈活動 (Subtil et al., 2021)。產婦宜被教導觀察惡露量 方法,如:前幾天的正常惡露為小量(產 褥墊上少於1吋)至中量(產褥墊上少於4 吋), 若1小時有一塊以上的產褥墊完全 浸濕及觸診子宮鬆軟時,則需進行子宮 按摩,並注意產婦膀胱是否脹滿,以免 影響子宮收縮及復舊,另外若發現陰道 有血塊排出,可能為胎盤殘留組織,須

持續注意出血量(洪、曾,2018)。

基本資料

一、個案簡介

曾女士,41歲已婚,大學畢業,育 有一女,擔任家庭主婦,使用國語、臺 語溝通,信仰基督教。與丈夫及女兒同 住,經濟來源為先生,家境小康。

二、懷孕史

懷孕史G2P2A0,第一胎於2014年2月18日自然分娩一名女嬰,此胎預產期於2023年5月22日,為非預期懷孕,第一孕期於婦產科診所產檢,原計畫助產所及居家生產,但檢驗報告顯示Platelet:50,000/uL,故轉診至醫院並進行後續的產檢及生產。

三、入院經過

5/5(GA = 37+5)晚上自覺胎動較平時 強烈,5/6早上自覺無胎動經超音波顯示 胎兒無心跳,5/7入院並依醫囑予以備血 leucocyte-poor RBC(LPR) 4U \ leukocytepoor platelets (LPP) 24U ' fresh frozen plasma (FFP) 12U, 且21:45依醫屬予 misoprostol 200mcg/tab 0.125顆 Q2H PO,並每3-4小時(& prn)陰道內診以評 估產程進展,5/7 22:00宮縮10-15分鐘 一次,持續20秒,子宮頸擴張:1公分, 胎頭位置:未固定,5/8 12:10宮縮10分鐘 2次,持續10秒,子宮頸擴張:2公分; 5/8 19:00因產程無進展,依醫囑更換N/ S 500ml+Oxytocin 1AMP, 滴數由12ml/ hr開始,每半小時上調6ml/hr,最大劑 量120ml/hr; 5/9 00:30宮縮約10分鐘2 次,持續20秒,子宮頸擴張:3公分, 個案主訴忍痛力差, 待產過程每次宮縮

時都會覺得不舒服,08:00疼痛加劇伴隨 想用力,宮縮10分鐘2-3次,子宮頸擴 張:4公分,胎頭位置: -1,13:00宮縮10 分鐘3-4次,子宮頸擴張:7-8公分,胎頭 位置:+1,先生陪同入產房準備生產, 13:47自然娩出一名男嬰,阿帕嘉(Apgar score):第一分及第五分鐘0分,體重 3,220公克,臍繞頸3圈合併臍帶打結, 當下個案及其先生皆哭泣難以接受現 況,協助執行告別及死胎護理,個案於 5/12辦理出院。

四、護理評估

護理期間自2023年5月7日至2023年5月12日,收集資料乃是運用Gordon十一項健康功能評估,並藉由實際照護、溝通、觀察及電訪追蹤等方式完成,資料分析如下:

(一) 健康感受與健康處理狀態

無抽菸及喝酒習慣,無慢性或特殊疾病,若有感冒情形會至診所就醫,原預計居家生產,但在婦產科診所產檢中發現血小板過低問題,故遵循建議改至醫院產檢,此項評估後無健康問題。

(二) 營養代謝型態

身高160公分,孕前體重61公斤,BMI值23.8,入院體重73.6公斤,孕期體重增加12.6公斤,屬正常範圍。5/7抽血檢驗RBC:1.97(10^6/uL)、Hb:7.6g/dl、platelet:14,000/uL。入院時表示:「我懷孕後發現血小板低,這會好嗎?」、「聽說血小板低很容易出血,我要怎麼注意!」。同日備血時表示:「一定要輸血嗎?」。入院評估時發現左手臂上有5*8公分瘀青。平日三餐多自己煮食,無挑食行為。產後食用院內月子餐,三餐皆

會剩一半的白飯,5/9會診中醫師,經 建議每日飲用1-2瓶約500ml麥芽水以協 助退奶。住院期間皮膚色粉紅且飽滿、 口腔黏膜完整、無四肢水腫。此項評估 後,有潛在危險性出血之健康問題。

(三) 排泄型態

每日攝取1,500-2,000cc水分,無解尿困難或排尿疼痛等問題,產後3小時能自解小便、順暢,產後第三天已自解大便,性質軟且量中,住院間惡露量中、色鮮紅、無惡臭味及血塊,此項評估後無健康問題。

(四) 活動與運動型態

產前多忙於家務,無運動習慣,於假日 會與家人散步20-30分鐘或外出踏青。產 後3小時採漸進式下床活動,無四肢無力 及頭暈情形,約3-4小時能自行更換產褥 墊並會陰沖洗,此項評估後無健康問題。

(五) 睡眠與休息型態

產前睡眠時間約7-8小時,無入睡困難、睡眠中斷或熬夜等情形。待產期間因宮縮疼痛影響休息,睡眠易中斷,能於宮縮結束後補眠,產後能睡6-8小時,無黑眼圈及疲倦主訴,此項評估後無健康問題。

(六) 認知與感受型態

意識清楚,具判斷能力。平常喜歡聽 鋼琴演奏及宮崎駿水晶音樂。5/7表示: 「肚子開始痛了,我很怕痛,會不會變 得更痛?」。5/7皺眉表示:「肚子好悶 痛,快不能忍耐了,怎麼辦?」、「好 痛!腰也好痠,好不舒服」、「好痛!好 痛!我生第一胎都沒這麼痛!」,觀察呼 吸淺快,發出痛苦呻吟聲,身體蜷縮, 雙手抓緊床單及棉被,5/8表示:「這麼 痛怎麼子宮頸都沒開?」,5/9 12:00表示:「好痛,到底什麼時候可以進入產房?」,血壓:133/80mmHg、脈搏:102次/分、呼吸:22次/分,依臉譜數字等級量表評估之疼痛指數為7分。此項評估後有產痛之健康問題。

(七) 自我感受與自我概念型態

表示自己樂觀正向,認為家人的健康 平安最為重要。5/7情緒低落哭泣表示: 「為什麼?為什麼會發生這種事。」、 「寶寶就這樣離開了,我到現在還是感 到不真實,像是一場夢。」、「寶寶出 來我可以看他嗎?我若沒有好好跟他告 別,我一定會放不下,也會後悔一輩 子。」;待產期間觀察有流淚、表情淡 漠、眼神呆滯等,不願多與他人交流。 此項評估後有哀傷之健康問題。

(八) 角色與關係型態

第一角色為41歲女性,第二角色為 母親、妻子、媳婦,現與女兒及案夫同 住,家中重要事項由夫妻倆共同決策, 與婆家和娘家能維持良好關係,此項評 估後無健康問題。

(九) 性與生殖型態

初經為13歲,月經週期約29-32天,每次月經約持續5天,月經量中無血塊、無經痛,每3年行子宮頸抹片檢查皆正常。 育有一女,夫妻性生活穩定,平時採保險套避孕。此項評估後無健康問題。

(十) 調適與壓力耐受型態

遇壓力事件會與案夫討論,且進行禱告並祈求事件能順利處理。 住院期間表示:自己與家人們必須慢慢接受胎兒已離世的事實,之後出院會到教會禱告並祈求耶穌的幫助。此項評估後無健康問

題。

(十一) 價值與信仰型態

個案及家人信仰基督教,幾乎每週日都 會至教會,平時生活若有擔心或重要事件,會進行禱告並祈求耶穌的保佑,以維 持心情平靜。此項評估後無健康問題。

問題確立、護理措施與評值

照護期間自2023年5月7日至5月12日, 運用Gordon十一項之健康功能評估及 實際照護後,確立個案健康護理問題包 括:產痛、潛在危險性出血、哀傷。

(一) 產痛/與引產引起之子宮收縮有關

因胎兒死亡接受引產,待產期間因子 宮收縮產生疼痛不適。

(二)潛在危險性出血/與血小板數值偏低有關

因血小板數值低於正常值,有潛在危 險性出血可能。

(三) 哀傷/與失去胎兒有關

因胎兒死亡接受引產,無法接受胎兒 死亡事實。

護理措施

護理措施的執行分三方面:(一)執行緩解疼痛措施,表示疼痛改善;(二)了解出血徵象並加以預防,無大出血情形;(三)能共同參與胎兒之臨終護理,並接受胎兒已逝事實。分述如下:

(一) 執行緩解疼痛措施,表示疼痛改善

1. 鼓勵表達感受,傾聽及陪伴,提供獨立空間維持隱私及安靜,調整舒適柔和之燈光,鼓勵案夫陪伴在側及給予支持,需協助請隨時通知護理師,能執行減痛措施時,予以讚美及支持,增加個案信心;經評估無立即生產可能,且下肢肌力正常(5分)下,開立獨立空間,

由先生協助至浴室採溫熱水淋浴以促舒 適。5/7表示:「溫熱水淋浴後舒爽, 不然流汗身體黏黏的感覺,很臭又不舒 服」。

2. 教導案夫按摩技巧,包括:於腰薦 椎或個案感到疼痛不適部位,用手重壓 或環狀按摩;臥床時每30-60分鐘協助變 換姿勢,可用毛巾當捲軸以支撐及維持 舒適;宮縮規律時,教導配合宮縮採深 呼吸以及坐於生產球進行搖擺,或跪趴 生產球上以放鬆休息,過程中每10分鐘 探視及維護安全。5/7經案夫協助下床並 使用生產球,宮縮時能配合深呼吸及骨 盆搖擺運動,也能執行腰薦椎處按摩。 5/9個案表示:「護理師教導我一些減痛 方法,也讓我先生幫我按摩及陪我坐在 生產球後,真的有覺得沒那麼痛了。」 臉譜疼痛量表評估為3分。

(二)了解出血徵象並加以預防,無大出 血情形

1.衛教出血狀況評估,包括:陰道大量出血、會陰傷口出血不止、牙齦出血、或皮膚異常紫斑;避免劇烈活動及碰撞;清潔口腔時不可用牙線及硬毛牙刷,以預防出血。產後教導子宮按摩技巧及使用圖片教導惡露量觀察,並將護士鈴置於隨手可得之處;當發現惡露量較多或1小時內產褥墊浸濕整塊,須告知護理師;5/9生產時失血量約300ml;住院期間每班評估BUBBLEHE(即:乳房、子宮、膀胱、腸道、惡露、會陰傷口、霍曼式徵象及心理調適),觀察產後復舊及有無大出血情形;產後個案能自行執行子宮環狀按摩,並能說出如果1小時內產褥墊浸濕整塊,或有異常的紫斑出

現,應立即通知護理人員。返家後,仍 需門診追蹤血小板數值。

2.胎兒娩出後,依醫囑給予N/S 500ml 500ml+oxytocin lamp,並維持滴注至產後第二天;輸注FFP 12U及LPR 4U、LPP 24U,並說明輸血原因及其輸注過程若出現發冷、發熱、皮膚癢、呼吸困難等不適情形,應告知護理人員;予以生命徵象監測。5/11會診血液腫瘤科後抽血報告platelet:93,000/uL,仍須持續追蹤。住院期間無大出血情形。

(三)能共同參與胎兒臨終護理,並接受 胎兒已逝事實

以溫和口氣主動自我介紹,安排獨立房間,避免鄰床有新生兒以免觸景傷情。住院期間施以同理進行傾聽及陪伴,鼓勵心情抒發。鼓勵案夫多陪伴,並提供心理支持及關懷。5/8哭泣的表示:「雖然在意外下懷孕但仍非常期待二寶到來,現在他沒了,我好傷心,從期待的心變成須接受胎兒死亡的消息。」

胎兒娩出後偕同醫師解釋胎兒死亡原因,接受個案哭泣,透過拍肩及輕撫背部等方式,來安撫其哀傷情緒。協助個案及案夫來觸摸胎兒肌膚、穿戴衣服、製作腳圈等且拍照紀念,並引導與胎兒道別。製作胎盤拓印並蓋上胎兒腳印、寫上胎兒小名予以紀念。介紹同信仰之資深基督教護理人員,帶領個案及案夫進行禱告,以安定情緒。5/12個案表示:「我已經接受孩子不在的事實,小孩可能也還沒準備好來到世上,現在應該在天上當快樂的小天使了,若有緣分小孩會再來的。」

住院中協助視訊家中大寶,由父母向 大寶說明腹中弟弟已經被耶穌帶走,向 大寶承認父母自己的悲傷也體會大寶失 去手足的失落感。產後憂鬱量表評估為 11分,鼓勵個案及案夫表達想法及對未 來計畫並轉介社工服務,以獲得社會福 利補助等訊息。5/25經電訪追蹤,個案 表示:「我每天晚上都會跟先生一起禱告 孩子在天上能過得開心。真是謝謝在醫 院大家的協助讓我跟先生能跟這胎好好 道別並有共同回憶。」

討論與結論

本文描述一位懷孕期間發現血小板 低下的產婦,於足月時卻面臨胎兒死亡 及接受引產之護理經驗。在引產期間評 估個案有產痛、潛在危險性出血及哀傷 之健康問題。偕同案夫參與多元化護理 設計,包含生產球、背部按摩及骨盆搖 擺運動以渡過產痛;衛教異常出血徵象 的評估、主動觀察產後惡露量及生命徵 象等,以維護生命安全。個案在待產期 間出現情緒低落、哀傷、神清呆滯等狀 況,與Fernández-Férez et al.(2021)文獻 中所載相同,並依同理的角度,陪伴、 傾聽、及接納他們的情緒,且不予批 判;協助觸摸胎兒、製作腳圈、胎盤拓 印等以進行道別護理,進而促進對胎兒 死亡事實的接受。林等(2018)提出最強 烈的哀傷情緒表現,不一定在事件發生 當下,有可能於返家後才發生,因此在 個案同意下,應進行後續電訪追蹤,以 了解個案返家後的身心狀況。礙於住院 照護天數有限且無法讓家中大寶參與道 別過程,因此影響手足間哀傷處理的廣

度,此為本文最大之限制;另外,產科個案管理師非醫院評鑑之必備人力,限制了持續追蹤的時間與範圍,因此建議醫療單位能針對類似個案建立關懷小組以進行後續電訪關懷,來確認個案返家之身心狀況並及早發現異狀與適時轉介,也建議產科護理人員需增進自身的心靈照護及關懷等技巧,讓類似個案都能獲得適當的心理支持,最終能達到護理品質的提升。

參考資料

- 何倩儀、高千惠(2022)·待產期間姿勢改變 對生產的影響·助產雜誌,62,8-12 。https://doi.org/10.6518/TJOM.202205_ (62).0002
- 林素妃、林秋蘭、蔡佳容(2018)·安寧療護 喪親家屬之哀傷輔導服務·北市醫學雜 誌,15(3),1-9。https://doi.org/10.6200/ TCMJ.201809_15(3).0001
- 柯淑華(2018) · 分娩期異常的護理 · 於高美鈴總 校閱,實用產科護理(八版,689頁) · 華杏。
- 洪志秀、曾英芬(2018)·產後期的護理·於高 美鈴總校閱,實用產科護理(八版,460-477頁)·華杏。
- 高舒、林耀盛(2018)·哀悼時刻:照顧者從 臨床陪伴到「後臨終」情感現象的心理 轉化經驗·中華心理衛生學刊,31(3) ,275-301。https://doi.org/10.30074/ FJMH.201809_31(3).0004
- 衛生福利部國民健康署(2022,10月18日) · *110* 年出生通報統計年報。https://www.hpa. gov.tw/Pages/ashx/File.ashx?FilePath=~/File/ Attach/16186/File_19958.pdf
- 衛生福利部統計處(2022,06月30日)·110年 死因統計摘要表。https://www.mohw.gov. tw/dl-78403-04182c61-db55-4bfc-9684-3f397e81f375.html

- Fernández-Férez, A., Ventura-Miranda, M. I., Camacho-Ávila, M., Fernández-Caballero, A., Granero-Molina, J., Fernández-Medina, I. M., & Requena-Mullor, M. (2021). Nursing interventions to facilitate the grieving process after perinatal death: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 5587. https://doi.org/10.3390/ijerph18115587
- Fretts, R. C., & Spong, C. (2022). Stillbirth: Incidence, risk factors, etiology, and prevention. UpToDate. *Retrieved May 07, 2023*, from https://www.uptodate.com/contents/stillbirth-incidence-risk-factors-etiology-and-prevention
- George, J. N., & Mcintosh, J. J. (2023). Thrombocytopenia in pregnancy. UpToDate. *Retrieved May 07*, 2023, from https://www.uptodate.com/contents/Thrombocytopenia-in-Pregnancy
- Grunebaum, A., & Chervenak, F. A. (2023). Stillbirth: Maternal care. *UpToDate*. Retrieved May 07, 2023, from https://www.uptodate.com/contents/Stillbirth-Materna-Care
- Muin, D. A., Scharrer, A., Farr, A., Kiss, H., & Haslacher, H. (2021). Timing of hospital admission for stillbirth delivery on maternal and obstetric outcome: A retrospective cohort study. *Scientific Reports*, 11(1), 18854. https://doi.org/10.1038/s41598-021-98229-9
- Subtil, S. F. C., Mendes, J. M. B., Areia, A. L. F. D. A., & Moura, J. P. A. S. (2021). Update on thrombocytopenia in pregnancy. *Revista Brasileira de Ginecologiae Obstetrícia*, 42, 834-840. https://doi.org/10.1055/s-0040-1721350

Nursing Experience in Caring for a Pregnant Woman with Thrombocytopenia Who Underwent Induction of Labor Due to Stillbirth

Yu-Tang Hsu¹, Ya-Fang Teng², Ya-Fang Chen³

ABSTRACT

The paper described the nursing experience of a pregnant woman with thrombocytopenia who underwent labor induction due to stillbirth. The care period was from May 7 to May 12, 2023. Using Gordon's eleven functional health patterns, the patient's health issues related to labor pain, potential risk of bleeding, and grief were identified. Pain relief methods included the use of a birthing ball, massage, and warm showers. Instructions on preventing bleeding were provided, and a consultation with the hematology and oncology department was arranged for follow-up treatment. Emotional support included companionship, guidance, and helping the patient to touch the fetus and providing time and space for farewell, along with facilitating the acceptance of the fetal death. Follow-up calls after discharge indicated that the patient could regularly monitor her platelet levels and approach future life positively. It is recommended that medical units establish care teams to conduct follow-up calls for similar cases to monitor home physical and mental status, detect abnormalities early, and provide timely referrals. This nursing experience aims to offer a reference for nursing staff in the care of similar cases. (Tzu Chi Nursing Journal, 2024; 23:5, 97-104)

Keywords: fetal death, induction of labor, thrombocytopenia

運用音樂治療於子宮内膜癌末 期病人及家屬之護理經驗

黃雅琳

中文摘要

本文描述運用音樂治療於子宮內膜癌末期病人及家屬之護理經驗,入院後病況持續惡化,個案面臨隨時可能被宣告死亡,造成個案和家屬極大的衝擊和焦慮。主護於2022年10月23日至11月16日護理期間,以觀察、會談、身體評估技巧及家庭會議方式收集整體性資料,確立健康問題有:感染、疼痛及死亡焦慮。照護期間運用跨團隊合作照護,提供音樂治療除緩解個案疼痛問題,並給予個案及家屬面臨死亡時的焦慮與心靈慰藉,同時作為人際溝通橋樑,讓個案和家屬能互訴內心的感受,達到改善病人和家屬的身心靈與生活品質。(志為護理,2024;23:5,105-114)

關鍵詞:音樂治療、子宮內膜癌、癌症末期、護理經驗

前言

根據衛生福利部統計處2021年死因統計,惡性腫瘤為十大死因第一名,其中子宮體癌症為台灣癌症死因排名第七名。統計資料顯示子宮內膜癌五年內相對存活率為83.9%(國民健康署,2020)。若癌症再次復發,其存活率大幅降低(游、葉,2022)。照護過程中,發現個案因癌症轉移至腹腔,導致有腸破裂併

膿瘍,嚴重感染危及生命和腹部疼痛不適,當個案整體病況逐漸變差,即將面臨死亡時產生的焦慮,會談時發現個案會反覆確認身體狀況、會客時出現分離焦慮及害怕身體受苦,擔心案子會因為自己的離開,而結束自己的生命,同時家屬因面臨親人離世產生的焦慮情緒,引起筆者探討動機,期望運用醫療團隊的力量,發揮護理獨特的跨領域合作功能,運用護理傾聽、關懷和陪伴的技

成功大學附設醫院內科加護病房護理師

接受刊載: 2024年6月12日

通訊作者地址:黃雅琳 台南市北區東豐路166號

電話:886-9-7829-8289 電子信箱:a0978298289@gmail.com

巧,規劃完善的護理照護和音樂治療計畫,鼓勵個案與家屬抒發內心感受及互表情感,緩解個案的身體不適,降低個案和家屬的焦慮。

文獻香證

(一)末期癌症病人之感染照護

子宮內膜癌末期病人常因腫瘤轉移壓 迫腹部,嚴重時會有腸破裂或膿瘍形成 腹腔感染,因免疫功能低下常併發感染 的問題,末期感染病人抗生素的使用應 注意:培養細菌是否有抗藥性、抗生素 效果、此次症狀是否為感染導致、抗生 素治療對症狀緩解成效、抗生素的副作 用,考慮生命存活期和主要照護目標為 增進病人舒適(張、張,2018)。

(二)子宮內膜癌末期的疼痛照護

子宮內膜癌末期病人常出現噁心嘔 叶、食慾不振、腹水或腹痛等症狀,疼 痛為最常見的症狀,故將疼痛視為疾病 進展的指標,其負向情緒會增加疼痛控 制的困難度,而完整疼痛治療需使用藥 物及非藥物方法改善癌末病人的疼痛, 臨床上常使用疼痛評估「PORST」, 包括疼痛部位、性質、反應、強度與持 續時間,運用「數字評分量表」或「臉 譜圖 _ 進行疼痛強度的評估,藥物方面 分為依據疼痛強度不同給予不同效用止 痛藥物,如非鴉片類止痛藥、弱效鴉片 類止痛藥及強效鴉片類止痛藥; 非藥物 輔助療法如:按摩、舒適的姿勢與擺位 及音樂治療(林等,2017)。研究指出癌 症病人的疼痛可藉由背部按摩或全身徒 手式按摩,每次10-50分鐘並持續2週, 或用日式按摩肩頸、背部及四肢,每週

40分鐘,連續8週,加上音樂治療,選擇放鬆的音樂或個人喜好歌曲,每天2次,每次20-30分鐘,可使其疼痛感受減輕(Donoyama et al., 2016; Huang et al., 2010)。

(三)癌症末期病人面對死亡焦慮及家屬 面臨親人離世的焦慮

「死亡焦慮」是在死亡不可避免時, 出現不安或恐懼,心理防禦機制會啟動 以降低與死亡有關的恐懼,癌末病人面 臨死亡焦慮6個特徵,包括:1、生命受 到威脅;2、負向情緒:如分離焦慮及害 怕身體受苦;3、生命認知結構改變; 4、存在感與生活目標受到威脅;5、焦 慮行為:反覆檢查身體;6、應對心理防 禦機制的發展 (曲等,2021)。當家屬無 法接受親人即將離世的事實,隨著親人 離世接近,會失去面對事實的勇氣、逃 避行為,且有焦慮、憂鬱等心理症狀, 甚至出現想跟著親人一起離世之想法, 護理師需具備能察覺到病人及家屬需求 的敏銳度,主動傾聽並鼓勵說出對死亡 的想法,將希望建立於生命的學習與成 長,共同探討死亡課題(林等,2017; 黄、梁,2021)。

(四)運用音樂治療協助癌末病人及家屬 面對焦慮的情緒

癌症治療期間音樂治療被認有減低焦慮、抒發情感、轉移疼痛及促進身體和心理健康的作用,可改善癌症病人的生理、心理和生活品質(張、陳,2022; Joke et al., 2021; Li et al., 2020)。音樂治療包含旋律、節奏及和聲共三個要素,運用旋律、節奏及和聲製造的張力使人體內各系統產生共振,有系統性恢復與

改善情緒,研究指出音樂治療無固定的程序,會依音樂治療介入執行者不同、音樂類型、撥放頻率、持續時間及場地有所差異,(張、陳,2022;劉、陳,2019;Inmaculada et al., 2020)。研究指出透過音樂的選擇(如:低音調或慢節奏音樂)、安排安靜且隱密的空間、柔和的照明、時間持續20-30分鐘,最好持續13次以上,對癌末病人面對死亡焦慮之情緒有改善,甚至用於病情告知時,能協助家屬面對親人即將離世的消息,提升自身正向調適能力,包括:增加疾病的認識、降低事件的衝擊或減少焦慮情緒(楊等,2021;劉、陳,2019)。

個案簡介

筆者於2022年10月23日至11月16日之 照護期間,觀察病人與家屬互動,透過 護理紀錄及會談收集資料進行評估,以 病人生理、心理和靈性社會進行評估及 呈現。

(一)基本資料

郭女士55歲排行第二,育有一子,與 丈夫離異,平時與父親、兒子及四妹一 家人住在高雄,非常信仰家中附近土地 公,住院期間主要照顧者及決策者為案 四妹和案子,家系如圖一。

(二)住院治療經過

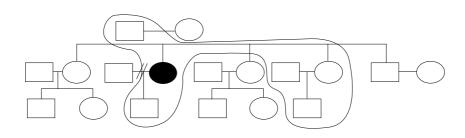
病人有B型肝炎及子宮內膜癌病史,自2021年至2022年期間子宮內膜癌復發進行手術及化療。10/23因自行服用中藥後,出現全身虛弱及腹部疼痛加劇,心跳停止經過3分鐘急救後,送至外院插管治療,診斷敗血性休克轉至本院急診並於當日入住加護病房。10/23電腦斷層檢查顯示子宮內膜癌轉移之腹部腫瘤已壓迫器官,出現雙側水腎、腸阻塞及腹腔膿瘍,依病人病況變化調整呼吸器設定及藥物治療,11/3呼吸訓練拔除氣管內管後,使用高流量鼻導管及非侵襲性正壓式氧氣面罩支持,11/8呼吸衰竭再次插管,11/19因癌症末期離世。

護理評估

(一)生理層面

1.心血管系統:10/23入院時血壓 32/10mmHg,立即給予輸注lactated ringer 500ml及高劑量升壓藥物levophed 及vasopressin,有出現心律不整給予抗心律不整藥物amiodarone及digoxin使用,10/24因腹腔膿瘍協助放置引流管引流,引流液顏色呈黃紅色,追蹤腹

圖一 家系*圖*



水細菌培養:klebsiella pneumoniae、escherichia coli、enterococcus faecium(VRE)、enterococcus raffinosus,10/28經感染科評估使用抗生素為micafugin、fosfomycin、tigecycline,11/5因腹腔引流液呈褐綠色像糞便,腹部電腦斷層結果為腸破裂,故有感染的護理問題。

2.呼吸系統:10/25開始呼吸訓練至11/3拔除氣管內管後,使用高流量鼻導管FiO2:30%,O2:40L/min,SPO2:100%,11/6非侵襲性正壓式氧氣面罩使用下,呼吸型態淺促,呼吸次數31-35次/分、SPO2:88%及PaCO2:61.2mmHg,痰液中量且黏稠,於11/8第二次插氣管內管,11/13再次呼吸訓練,僅練習20分鐘即失敗,經醫療團隊評估因癌症末期將停止呼吸訓練,以病人舒適為主,故維持呼吸器使用。

3.神經及骨骼系統:入院昏迷指數為 E3VEM5,依照疼痛臉譜量表評估、筆 談及手語溝通,評估個案疼痛可忍受分 數為4分、最痛時為8分,10/23個案表情 皺眉表示:「喉嚨管子持續有異物感且 喉嚨疼痛,抽痰時會加劇喉嚨不適感, 像是有東西壓在氣管的疼痛感。」,疼 痛分數達4分,給予止痛藥物fentanyl, 臉部無皺眉,疼痛分數下降至2分;案子 代訴:「我媽媽後背酸痛,可不可以給 止痛藥?多久給止痛藥一次? 有其他方 法可以緩解媽媽的疼痛嗎?」,疼痛分 數為4分;11/3個案表情痛苦且手指著腹 部表示:「之前不會肚子痛,現絞痛、 悶痛,像被卡車輾過。」,持續時間約 5分鐘,疼痛分數達6分,執行翻身活動 時會肢體僵硬且不敢移動,心跳120次/ 分、血壓150/62mmHg,疼痛分數上升到 8分,故有疼痛的護理問題。

4.消化和排泄系統:個案身高163.5公分、體重36.2公斤、BMI:13.5kg/m2,屬於體重過輕,聽診腸音偏慢,扣診腹部鼓音,觸診腹部脹且有壓痛情形,鼻胃管引流液呈咖啡色且有糞便味,10/23追蹤電腦斷層顯示有腸阻塞,故依醫囑禁食,依營養師提供靜脈營養補充B-fluid、D50W和TPN可達900kcal/day,血糖:122~264mg/dl。排泄部分每日解便20-490g,呈棕色糊便;10/23電腦斷層顯示腫瘤壓迫導致尿液減少併水腎,10/26雙側腎臟放置導管引流尿液,尿液呈黃色、澄清、無異味,尿液量1,000ml/day,11/5腹部電腦斷層顯示無水腎,尿液引流順暢。

5.皮膚系統:個案身形瘦弱,臉頰微凹陷,全身皮膚無乾燥且較薄,因休克及血小板低下,胸前及腹部有大片瘀青及瘀血,四肢有零星瘀青和出血點,雙手前臂有血泡產生,身上有左肩胛、枕骨、脊柱及尾骶壓傷,尾骶GII壓傷範圍8x8公分,採用spersin換藥方式,經每日換藥後壓傷傷口逐漸癒合中。

(二)個案和家屬心理層面

10/23入院後個案神情顯落寞且沉默不語,護理師提問時,偶爾點頭搖頭回應,醒著時眼睛四處觀望和眼神顯露害怕,常使用鈴鐺詢問護理師自己的病況,個案筆談寫出:「害怕身體變差的感覺,但是不想要太痛苦。」,10/24夜間睡睡醒醒,難以入睡,護理師詢問個案:「是否需要安眠藥?」,個案表

示:「如果吃安眠藥睡著了,就怕是真的睡著(死)了。」、「我知道自己是癌症,但沒有想過這麼快死掉,有想努力活下去,能治療就盡量治療,不行也會接受死亡,最擔心的是我兒子。」,護理師詢問個案:「是否怕自己離開後,兒子也會想不開?」,個案點頭;當案子前來探視時,個案神情顯露擔心,緊握兒子雙手,不願兒子離開視線。

案子目前就讀研究所,因幼年時父 母親離異加上同儕間長期排擠,患有憂 鬱症,長期於學校輔導室輔導及身心科 診所就診服藥,有一位好友經常陪伴案 子。10/23解釋病情時,案子臉色不安、 神情緊張和雙手摀住耳朵並表示:「如 果媽媽去世了,我會用塑膠袋包著頭把 自己悶死,跟著媽媽離開。」,10/24由 好友口中得知案子會曠課躲在家睡覺; 案四妹看見個案生病後虛弱消沉的樣貌 表示:「若姊姊不願積極治療,她會感 到自責不已。」、「想為姊姊做些事 情,但又無能為力。」,10/31開立家 庭會議過程中,醫師建議採症狀治療為 主及提到無法再執行化療或手術等治療 時,案四妹情緒激動表示:「目前治療 要盡力,說不定以後有其他治療方式, 而不要說沒辦法治療。」,故個案及家 屬皆有死亡焦慮的護理問題。

(三)靈性與社會

個案離婚,共有四位手足,於家中 扮演女兒、姊姊及母親的角色,平日與 案子、案父及案四妹一家同住,與四妹 關係較親密,案四妹及案子探視次數頻 繁,住院期間案母、案姊及案弟曾來院 探視一次,關係疏離。個案非常信仰家 中附近的土地公,床上有從土地公廟求來的平安符,11/3案子詢問個案:「要不要氣切?」,個案表示:「問土地公。」,11/4案子說:「土地公說不氣切。」,個案點頭回應,由此可見個案對於土地公的話非常信任,視為心靈上的寄託。

護理問題確立

經由上述整體性評估後,以病人最重要且急迫的問題優先處理,故確立主要護理問題有:(一)感染/與腸破裂有關;(二)疼痛/與癌症末期有關;(三)死亡焦慮/與個案即將離世有關。

護理措施及結果評值

護理問題一: 咸染/與腸破裂有關 主客觀資料

10/23個案主訴腹部悶痛及絞痛、身體無力之情形,量取體溫35度、心跳121次/分和血壓60/40mmHg,感染指數WBC:24,600/ul、PCT:39.7ng/ml,電腦斷層顯示腹腔膿瘍。10/24腹腔膿瘍放置引流管,10/24腹水細菌培養結果:klebsiella pneumoniae、escherichia coli、enterococcus faecium(VRE)、enterococcus raffinosus。11/5腹腔引流管引流液呈褐綠色像糞便,電腦斷層顯示腸破裂。

護理目標

1.照護期間維持體溫和血壓在正常範圍內。2.腹腔膿瘍引流管無感染且引流功能正常。3.抽血感染指數PCT能恢復至0.6-2 ng/ml。

護理措施

依照加護病房規範Q4H監測體溫和

Q2H監測生命徵象,依醫囑使用升壓藥物levophed及vasopressin維持血壓。依照感染控制標準接觸個案前後、體液曝觸和無菌技術前後執行手部衛生,確認引流管路位置正確、傷口及功能正常,觀察引流液顏色、量、性狀及異味,視情況增加追蹤頻率,使用2% chlorhexidine溶液執行管路照護。依照追蹤細菌培養和感染指數結果會診感染科醫師共同討論,依醫囑給予抗生素micafugin、fosfomycin、tigecycline並觀察抗生素效果及副作用。

護理評值

照護期間體溫維持35.3-37.3度,升壓藥物vasopressin於10/25關閉,levophed於11/6關閉,血壓可維持在100-130/60-95mmHg之間。10/24-11/16腹腔引流管傷口乾淨無分泌物,無感染徵兆,引流量每日300-400ml,顏色呈黃紅或黃褐,性質黏稠,有異味,可維持引流功能正常。11/1感染指數PCT下降至正常值1.87ng/ml。

護理問題二:疼痛/與癌症末期有關 主客觀資料

10/23個案主訴:「喉嚨管子有異物 感且喉嚨疼痛,抽痰時會加劇喉嚨不適 感。」,疼痛分數4分;案子代訴:「我 媽媽後背酸痛,可不可以給止痛藥?多 久給止痛藥一次?有其他方法可以緩解 媽媽的疼痛嗎?」,評估個案疼痛分數 為4分;11/3個案表情痛苦且指著腹部 表示:「之前不會肚子痛,現絞痛、悶 痛,像被卡車輾過。」,疼痛分數6分, 執行翻身活動,會肢體僵硬且不敢移 動,心跳120次/分、血壓150/62mmHg, 疼痛分數會上升到8分。

護理目標

1.照護期間疼痛分數能由6-8分下降至 3分以下。2.照護期間案子可說出減少疼 痛方法至少兩項。

護理措施

依照護標準每1小時使用數字評分量 表進行疼痛評估,10/23用幫浦機器持續 給予止痛藥物fentanyl 0.5mg in N/S 40ml run 2ml/hr(20mcg/hr),給予止痛藥30分 鐘後再次評估疼痛分數、止痛藥物效果 及是否有副作用產生,11/3將藥物使用 情況與安寧個管師共同討論後,增加 Morphine 3mg SC Q6H使用。提供手搖 鈴給個案使用,在有需求時能找到護理 師,提高心理的安全感,護理師在執行 護理活動前(如:抽痰、翻身、換尿布 或傷口換藥等),主動向個案說明執行過 程,翻身擺位後確認病人舒適度,減輕 病人因活動產生的疼痛及焦慮感,會客 時間護理師和安寧個管師共同指導家屬 使用雷公根按摩腹部、背部和肢體,說 明按摩每次20-30分鐘可以降低肌肉張 力,過程中撥放音樂,減輕個案的疼痛 感。

護理評值

照護期間止痛藥物搭配按摩腹部、 背部和肢體及撥放音樂後,休息時個案 表情舒適、身體放鬆並配合音樂擺動, 11/3個案表示:「按摩後身體變得輕鬆 許多」,疼痛分數可下降至2分,11/3-16 個案在翻身和抽痰時仍會有些不適,但 可以維持疼痛分數在3分以下。

護理問題三:死亡焦慮/與個案即將離世 有關

主客觀資料

10/23個案神情顯落寞且沉默不語, 醒著時眼睛四處觀望,頻頻詢問自己病 況,個案筆談寫出:「害怕身體變差的 感覺,但不想要太痛苦。」,10/24夜間 難以入睡,個案表示:「如果吃安眠藥 睡著了,就怕是真的睡著(死)了。」、 「我知道自己是癌症,但沒有想過這麼 快死掉,有想努力活下去,能治療就盡 量治療,不行也會接受死亡,最擔心 的是我兒子。」,護理師詢問個案: 「是否怕自己離開後,兒子也會想不 開?」,個案點頭回應,10/24會客時 間個案緊握兒子雙手,不願兒子離開視 線。案子神情緊張表示:「如果媽媽去 世了,我會用塑膠袋包著頭把自己悶 死,跟著媽媽離開。」,案四妹表示: 「若姊姊不願積極治療,她會感到自責 不已。」、「我把他(案子)當作自己兒 子照顧,只認他們是至親,如果他們都 死了,這樣就沒意義。」,10/31醫師建 議症狀治療為主及提到無法再執行化療 或手術等治療時,案妹會情緒激動且無 法接受表示:「目前治療要盡力維持, 說不定以後有其他治療方式可做,而不 是說已經沒有其他治療。」。

護理目標

1.個案和家屬能接受癌症病程進展至 末期。2.個案及家屬能闡述內心想法和 正向面對疾病末期。

護理措施

10/24護理師告知個案已請好友聽病情解釋後用聊天的方式和案子轉述個案病況,10/26告知個案社工已啟動學校一周2次加強關懷案子並請友人陪伴。11/1-16

安排音樂治療師進行音樂治療,音樂治 療師請個案和家屬分享家庭的回憶有關 的音樂,案子轉述個案經常聽江薫的台 語歌、世界音樂和英文歌(例如: Queens 和Ricky Martin),請案子帶音樂CD,護 理師教導案子如何播放,安排家屬於每 日下午14:00-14:30彈性會客,護理師於 13:30前完成個案的藥物、翻身和更換尿 布等活動,維持病人身體舒適和擺位, 音樂治療開始時護理師會關上門和拉上 窗簾提供獨立空間,從旁關懷個案、案 子及案四妹,音樂治療師使用吉他彈奏 江蕙臺語老歌,歌曲搭配歌詞先用稍快 的旋律進行,觀察個案和案子身體漸漸 放鬆隨著音樂擺動後,改以純音樂和聲 並放慢節奏,引導個案回顧生命、面對 疾病和案子的想法,同時引導家屬跟個 案說出心裡的想法,與案子討論要和媽 媽一起離開的想法,請案子每日與個案 分享校園生活以及為個案做的一件事。

護理評值

11/5個案聽著案子分享學校和家庭共同的回憶「這學期考試沒有被二一」,個案看見案子慢慢打開心房感到欣慰,表情不再那麼擔憂,輕撫案子的手;11/6音樂治療時個案牽著案子和案四妹的手,十分珍惜此時此刻的時光,案子表示:「可以接受醫師解釋,對於媽會離開自己,需要多點時間慢慢接受」、「可姨也是自己很重要的親愛受」、「阿姨也是自己很重要的親好」,引導案子對個案的情感轉移到案四妹身上,案四妹聽到後表示自己會積極關懷案子;當音樂治療師與案子討論若你也跟著媽媽離開,媽媽會怎麼想,案子想了想並笑著說:「真的自殺成功

的話,我媽可能會殺了我吧」。11/14個 案主動寫下「希望兒子(案子)在自己善 終後能夠好好生活」,醫護團隊將過程 錄製成影片交給案子留存。

討論與結論

本文探討照護一位子宮內膜癌末期個 案即將死亡之加護經驗,照護期間抗生 素治療和積極預防感染的措施下,個案 的敗血性休克能獲得控制和改善,依照 文獻建議給予止痛藥物、音樂治療和教 導家屬按摩技巧,緩解個案癌末疼痛的 問題。醫護團隊和安寧團隊共同合作, 護理師維持個案生理舒適並安排適當的 環境,配合音樂治療師進行音樂治療, 在音樂治療時引導個案和家屬面對疾 病,傾聽及陪伴家屬說出內心的想法, 緩解焦慮情緒,提升個案和家屬面對疾 病的自我調適能力。

當癌症末期的病人住進加護病房,面 對嚴重的敗血性休克,能否將生命徵象 穩定下來,成功爭取病人和家屬相處的 時間,重症加護病房護理師需要投入大 量的心力,配合團隊給予正確快速的治 療。護理師在短暫的會客時間和家屬接 觸時須具備敏銳度,盡早發現病人和家 屬的需求,積極和醫療團隊溝通,透過 跨團隊合作安排音樂治療師的介入,音 樂治療前完整的評估和搭配臨床護理照 護擬定詳細的計畫,才達到緩解病人面 對死亡的焦慮情緒,強化病人自我調適 能力,同時撫慰家屬面臨親人離世的焦 慮。加護病房因臨床繁忙治療及短暫的 會客時間,導致護理人員時常聚焦於維 持生理需求, 要發現病人及家屬心理層

面問題缺乏知識與方法,無法立即提供 適切心理上的照護。建議在安寧相關教 育課程納入音樂治療的介紹,醫護團隊 能對音樂治療有更深入的了解,提供適 切的照護,讓癌末病人和家屬在所剩不 多的時間裡,能獲得面對疾病的力量。

參考資料

- 林彥姍、張煦婕、施秀鈴、潘雪幸(2017)‧一位子宮惡性肉瘤末期病人接受安寧共同照護之護理經驗‧*腫瘤護理雜誌,17*(1),49-62。https://doi.org/10.3966/168395442017061701005
- 曲幗敏、孫秀卿、許秀珠(2021) · 癌症病 人死亡焦慮概念分析 · *腫瘤護理雜誌* , 21, 35-47。https://doi.org/10.6880/ TJON.202110/SP 21.04
- 張瓊文、陳明玲(2022) · 癌症患者使用音樂療 法減輕焦慮的效果 · 彰化護理實證護理 , 29(4) , 46-59 · https://doi.org/10.6647/ CN.202212 29(4).0005
- 張孔齡、張詩吟(2018) · 一位末期子宮頸癌病 人及家屬面對死亡哀傷歷程之照護經驗 · 安寧療護雜誌 · 23(1) · 58-69 · https://doi. org/10.6537/TJHPC.201803_23(1).05
- 黃雅君、梁天麗(2021)·運用Swanson關懷理 論於一位癌末病人死亡焦慮之護理經驗 ·*榮總護理,38*(4),429-435。https://doi. org/10.6142/VGHN.202112_38(4).0012
- 游淑幀、葉惠玲(2022) · 一位轉移性子宮內膜 癌自殺病人之重症照護經驗 · 長庚護理 ,33(3) · 112-120 · https://doi.org/10.6386/ CGN.202209 33(3).0010
- 楊淑溫、周少鈞、陳梓泓、鍾玉珠、劉介宇、 王雅蕙(2021)·音樂治療對膽結石病人膽 囊切除術後疼痛緩解之成效·北市醫學雜 誌,18(4),52-64。https://doi.org/10.6200/ TCMJ.202103 18(1),0006
- 劉嘉玲、陳淑卿(2019)·音樂治療於癌症

- 病人接受化學治療期間焦慮之成效—系統性文獻回顧·*腫瘤護理雜誌*, 19(1),37-47。https://doi.org/10.6880/ TJON.201906_19(1).04
- 國民健康署(2020) · *癌症登記報告* · 取自 https://www.hpa.gov.tw/Pages/List.aspx ? nodeid=269
- Donoyama, N., Satoh, T., Hamano, T., Ohkoshi, N., & Onuki, M. (2016). Physical effects of Anma therapy (Japanese massage) for gynecologic cancer survivors: A randomized controlled trial. *Gynecologic Oncology*, 142(3), 531-538.
- Huang, S. T., Good, M., & Zauszniewski, J. A. (2010). The effectiveness of music in relieving pain in cancer patients: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 47(11), 354-1362.
- Inmaculada, V. C., Francisco, J. M. V., Milagrosa, E. T., Cristina, C., Francisco, J. B. L. &

- María, Á. V. S. (2020). Complementary music therapy for cancer patients in at-home palliative care and their caregivers: Protocol for a multicenter randomised controlled trial. *BMC Palliative Care*, *19* (61), 1-11. https://doi.org/10.1186/s12904-020-00570-9
- Joke, B., Chery, D., Katherine, M. C., & Jacelyn, B. (2021). Music interventions for improving psychological and physical outcomes in people with cancer. *The Cochrane Collaboration*, 10, 1-221. https://doi.org/10.1002/14651858.CD006911.pub4.
- Li, Y. F., Xing, X., Shi, X., Yan, P. J., Chen, Y. J., Li, M. X., Zhang W. Y., Li, X. X., & Yang, K. H. (2020). The effectiveness of music therapy for patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Adcanced Nursing*, 76 (5), 1111-1123. https://doi.org/10.1111/jan.14313.



A Nursing Experience of Using Music Therapy with a Patient with Stage IV Endometrial Cancer and Her Family Members

Ya-Lin Huang

ABSTRACT

This paper described a nursing experience of using music therapy for the treatment of a patient with stage IV endometrial cancer and her family members. The case's condition had continued to deteriorate after admission and was at risk of being declared dead at any time, which caused a significant impact and anxiety on the case and her family members. During the nursing care from October 23 to November 16 in 2022, the primary nurse collected comprehensive data, and the health problems identified included infection, pain and death anxiety. Interprofessional collaborative practice (IPCP) was adopted during the nursing care of the case. Music therapy was used to soothe the pain of the case, and it also provided the spiritual comfort for the case and her family members to cope with death anxiety. In addition, music therapy served as an interpersonal bridge which allowed the case and her family members to express their feelings to each other, thus improving physical, mental, spiritual conditions and the quality of life. This experience demonstrated the usefulness of music therapy in cases of this kind. (Tzu Chi Nursing Journal, 2024; 23:5, 105-114)

Keywords: endometrial cancer, music therapy, nursing experience, terminal cancer