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

花蓮慈濟醫學中心
Hualien Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation
970 花蓮市中央路三段 707 號
TEL:03-8561825

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

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

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

台北慈濟醫學中心
Taipei Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation
231 新北市新店區建國路 289 號
TEL:02-66289779

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

慈濟大學 Tzu Chi University

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

建國校區(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

Contents | 目錄

6 〔上人開示〕
合心長照社區長者
United in Long-Term Care for Community Elderly
/Dharma Master Cheng Yen

8 〔社論〕
守護極微光 以愛為初心 文／趙有誠
Guarding the Faintest Light, Love as the Guiding Principle /You-Chen Chao

10 〔編者的話〕
學與覺 精進力行菩薩道 文／吳秋鳳
Learning and Awakening: Diligently Advancing Along the Bodhisattva Path
/Chiu-Feng Wu

12 〔白袍 vs.白衣〕
我的好夥伴，安寧團隊 文／陳正裕
My Invaluable Partners: the Palliative Care Nursing Team /Dr. Cheng-Yu Chen

■ 封面故事

p.14 安寧照護力
Palliative Care Power
關於安寧緩和療護的應用與認知 文／張凱雁
Holistic Approach to Palliative Care and
End-of-Life Comfort of Tzu Chi Nursing Professionals /Kai-Yen Chang

28 最後旅程 用愛道別 文／黃如婕
Embracing the Final Voyage, Saying Goodbye with Love /Ru-Jie Huang

31 耳鼻喉病人的身心安寧 文／沈雅琳
Holistic Comfort for Otolaryngology Patients /Ya-Lin Shen

34 8個月的時間說再見 文 /蘇郁心
Eight Months of Saying Goodbye /Yu-Hsin Su

〔人物誌〕

36 溫暖心蓮 - 陳依琳 台北慈院心蓮病房護理長 文／陳美慧
Warm Lotus of the Heart - Yi-Lin Chen, Head Nurse of the Heart Lotus Palliative Care Ward, Taipei Tzu Chi Hospital / Mei-Hui Chen

〔阿長請聽我說〕

42 護理再啟航 跟上資訊化 文／江季蓉
Embracing Digitalization, Nursing Sets Sail Again /Chi-Jung Chiang

46 只要不放棄 總會有辦法 文／林思吟
Do Not Give Up, There Will Always Be a Way /Si-Yin Lin

〔志工伴我行〕

50 穿梭在門診的堅強後盾 文／陳宜君
Volunteers Are the Resilient Support Navigating Outpatient Departments / Yi-Chun Chen

〔愛在護病間〕

54 不要小看病人的潛能 文／侯悅琳、林謦儀
Never Underestimate the Patient's Potential /Yue-Lin Ho, Qing-Yi Lin

56 不用自己背負一切 文／鄧雅云
You Don't Have to Carry Everything Alone /Ya-Yun Teng

〔精進講義〕

58 靈安護理：末期病人治療性照護 演講者：洪成福博士
Namaste Care: Therapeutic Care Approach Towards the End of Life
Speaker: Dr. Seng Hock Martin Ang

〔白衣日誌〕

66 好好說再見 噩夢不再現 文／虞秀紅
Say Goodbye Gently, Nightmares Fade Away /Hsiu-Hong Yu

69 回首護理來時路 我很幸福 文／楊婕翎
Looking Back on Nursing's Path, I Feel Blessed /Chieh-Ling Yang

〔男丁手記〕

71 這些年，手術室教會我的事 文／吳至軒
The Things the Operating Room Taught Me Over the Years /Chih-Hsuan Wu

Contents | 學術論文

77 **提升單位護理人員執行睡眠呼吸中止症術後口腔照護完整性專案**

/ 林均美、林雅卉、蘇芳儂、洪嫦巧

Improved the Integrity of Executing the Oral Care by Nurse For Sleep Apnea Surgery Patient

/Chun-Mei Lin, Ya-Hui Lin, Fang-Nong Su, Chang-Qiao Hong

89 **提升護理人員執行母嬰即刻肌膚接觸照護完整率**

/ 林佳蓉、林玉雯、鄧雅芳、陳雅芳

Improving the Completion Rate of Immediate Skin-to-Skin Contact Care by Nursing for Mothers and Infants

/Chia-Jung Lin, Yu-Wen Lin, Ya-Fang Teng, Ya-Fang Chen

100 **血液透析之糖尿病人合併慢性傷口照護經驗**

/ 邱靜怡、黃惠珠

Nursing Experience of a Hemodialysis Patient with Diabetes and Chronic Wounds

/Ching-I Chiu, Hui-Chu Huang

110 **照顧一位乳癌患者接受手術後傷口感染個案之護理經驗**

/ 潘宋瑜、葉惠玲、歐軒如

Nursing Experience of a Post-Surgery Breast Cancer Patient with Wound Infection

/Sung-Yu Pan, Hui-Ling Yeh, Syuan-Ru Ou

119 **一位遭感染愛滋病家人咬傷之門診照護經驗**

/ 潘姵君、謝佳吟

The Outpatient Care Experience of a Women Bitten by Her Family Infected with HIV

/Pei-Chun Pan, Chia-Yin Hsieh

慈濟護理
TZU CHI NURSING JOURNAL

第 23 卷 第 6 期 2024 年 12 月出版
Volume 23 · Number 6 · December 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 王琬詳、江錦玲、吳婉如、李彥範、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、張綠怡、
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 黃秋惠、廖如文、許琦珍、林玉娟、林詩淳
吳宏蘭、王淑貞
編　　輯 洪靜茹、林芷儀
美術編輯 李玉如
網頁編輯 沈健民
行　　政 吳宜芳、林芷儀
封面攝影 范宇宏
內文攝影 台北慈院公傳室
封面人物 潘盈潓 台北慈院護理師

發 行 所 佛教慈濟醫療財團法人 慈濟護理雜誌社
地　　址 970 花蓮市中央路三段 707號
電　　話 886(3)8561825轉 12120
電子信箱 nursing@tzuchi.com.tw
網　　址 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 12 月出版
第 23 卷 第 6 期
ISSN 1683-1624

本雜誌內文章版權屬本刊所有，
非經允許請勿轉載或複製。

中華郵政北台字第 7784號

歡迎投稿

投稿簡則及投稿聲明書請至
慈濟醫院網站下載。
http://nursing.tzuchi.com.tw/write

本刊圖片中所有人物配戴口
罩規定皆依現行防疫措施。

合心長照社區長者

United in Long-Term Care for Community Elderly

慈濟四大志業中，醫療很重要，因為與生命相關。能健康過生活，是真正快樂的人生，然而人難免會生病、老化，需依靠醫護人員照顧，拔除身體的病苦；所以從事醫護工作，是很神聖的行業，大家在我心目中，就是活佛與白衣大士。

常說身為醫師、護理師，要有充足的誠意與愛心，而資深者能承先啟後，多栽培年輕人，才能延續愛的醫療。我們的醫療體系，以大愛庇護人間，也投入長照服務，需要時還會到家關懷。

現今的臺灣社會，高齡人口不斷增加，壽命長，這也是好事。不過多數年輕人早早就離鄉背井到大都市求學，甚至出國留學，畢業後成家立業，人人有個小家庭，又忙於各自的事業，回鄉探望長輩的機會比較少。因此獨居或兩老相依的個案愈來愈多，不只平日生活孤單，病了更是無奈。

遠親不如近鄰，社區中的左鄰右舍若能互相照顧，這是最好。而慈濟人像一座橋梁，有人提報個案，就到各村落去關心，需要醫療協助，也有慈濟醫院或人醫會的醫護人員作後盾。

慈濟的醫療體系和長照同仁，善盡社會責任，真實關懷個案。很感恩還有一群志工，配合我們慈善志業的「安穩家園美善社區」專案，他們深入家中察看老人的起居，如浴室地面有高低落差，想辦法修補平整，同時加裝扶手，若需坐輪椅，也幫忙規畫無障礙空間，方便通過門檻。很細膩考慮如何保障老人的安全，這是慈濟應該去付出的。

感恩有這麼一群一群醫護與志工，大家會合成真善美的隊伍，誠心相待，共同朝善的方向，盡心盡力做好事。眾人合心是多麼美的境界啊！願人人永恆守住這念心，不斷造福社會，為臺灣凝聚更多的福氣。

釋證嚴

靜思法脈叢書

靜思法髓妙蓮華

從地涌出品第十五

（六章章名）

菩薩從地涌
唱導問安好
彌勒大哉問
勸誡一心聽
久遠教化眾
祈請佛決疑

靜思人文虔誠發行

守護極微光 以愛為初心

Guarding the Faintest Light, Love as the Guiding Principle

◆ 文｜ 趙有誠 台北慈濟醫院院長

今年 (2024)，慈濟靜思法脈宗門營的主題為「學與覺——創新思維，恆持真心」，台北慈濟醫院共有 98 位同仁齊心參與，學習如何轉識成智，守護初心，堅行菩薩道。其中，中央研究院廖俊智院長以「人．工智慧」為題，分享了一段話，讓我印象為之深刻，他說：「人工智慧中，最重要的字是『人』，應以人為主，善用工具來造福社會。所以，人要工智慧，而不是工心計。」他所呼籲的精神，與我們醫院的宗旨「以人為本」不謀而合。

因應世代的演變，數位科技成為一項新利器，各產業無不致力於優化資訊系統及設備，台北慈院在智慧醫療的推動上也不遺餘力。舉例而言，由護理部吳秋鳳主任領軍的團隊，以「病房智慧友善管理」為主題，在宗門營【學．創新】慈悲創新徵集競賽中，從 42 組報名隊伍中脫穎而出，獲得最佳人氣獎，為我們智慧醫療成果增添一筆亮眼佳績。護理團隊克服對資訊領域「零基礎」的挑戰，抱持著利他的初發心，步步建構完善的資訊系統。他們不僅打造更友善的工作環境，也同步強化防錯機制，提升病人安全品質，同時亦節省了大量的用紙，落實環境永續的價值。我想，這分碩果能成功的關鍵，即在於台北慈院護理團隊做到了真正的合和互協與視病猶親。

團隊要不斷成長、前進，人才永續是最重要的課題。如何培育專業與人文兼具的護理師，是我們的核心目標。台北慈院一直以來注重教育訓練，希望同仁們除了學習專業知識外，還能夠有其他心靈的成長。因此，院方每年舉辦「迎

心傳愛新人營」及「全人照護分享競賽」，前者藉由環保實作體驗、居家關懷等，讓新進同仁見苦知福；後者則是讓 NPGY 護理師們登臺分享臨床工作中親身經歷的溫馨故事，在台北慈院的體會與感動。此外，對每一位住院的病人，護理人員都會運用 BSRS 量表了解病人的情緒及壓力，測得數值較高的病人，團隊就能及時給予更多的關懷，並提供病人其他的需求。透過上述的方式，啟發每位同仁的慈悲心，由做中學，學中覺，整個串聯起來。

還記得有一次全人照護分享競賽中，有一位年輕的護理師分享過這樣一個故事——一位癌症末期的婆婆因病痛纏身，日日心情低落，有一天，她喃喃地說：「好想吃冰淇淋哦！」這位護理師隔天便買來冰淇淋，餵著婆婆一口一口地品嘗，婆婆露出久違的笑容。第二天，婆婆告訴護理師說她夢到自己已故的母親，這讓她感到無比安慰。沒過幾天，婆婆便安然辭世了。由於婆婆一直單身，這輩子真正曾經愛她的，也許就是她的母親，而護理師普通的一個善行，就能給予婆婆生命中最後的一分安慰，讓她夢見最愛自己的母親，真是一個充滿愛的溫馨故事。

新冠疫情之後，全臺護理人力極度短缺，是現今醫界面臨的最大挑戰。究竟是什麼原因，台北慈濟醫院的護理同仁在這樣的環境中除了專注本質工作外，還能用心地給予病人關懷及膚慰呢？我想，愛是一切的解答。慈濟醫院的護理人員始終秉持證嚴上人叮囑的感恩、尊重、愛，讓慈濟的醫療充滿人文與溫暖，散發著堅毅的光芒。

上人說：「愛的能量，總是不要輕視一點點的極微點，極微光，都是極微小累積成大功德。人，當他最需要的時候，不一定多，要及時付出，這是最大的；佛教徒時常都說功德無量，聽來非常有道理，因為你的及時付出，他得以出脫苦難，就是功德。」護理師的愛就像是極微光，每天二十四小時守護在病人身旁，默默照亮病苦的暗角，院長很感恩護理同仁本著慈濟精神，以誠情之愛膚慰病人，每個人的付出就像螢火蟲的點點微光，守護著情緒在幽谷中的病人。最後也祝福大家，在遇到困難時都能夠正面思考，時時回想自己的初發心，並恆持毅力，堅持做對的事，必能在人生旅途中有所收穫。

學與覺 精進力行菩薩道

Learning and Awakening: Diligently Advancing Along the Bodhisattva Path

◆ 文｜吳秋鳳　台北慈濟醫院護理部主任

2024 年 9 月 27 日至 9 月 29 日，來自慈濟四大志業體的主管及家人們聚集在花蓮靜思堂，展開一場三天二夜法脈宗門精進之旅，今年以「學與覺——創新思維 恆持真心」為主題。上人開示特別指導「學」與「覺」中必需行菩薩道，才能有所體悟。「菩薩道」是指以慈悲心和智慧心來利益眾生、幫助他人，並且從自己做起，修行菩薩精神，最終達到覺悟的道路；護理師的職涯是實踐「菩薩道」最好的道路，在這條道路上，護理師不僅是病人的照顧者，更是他們的支持者與引導者。身為護理專業人員，我們其實已在臨床工作「做中學，學中覺」。

做中學：在實踐中不斷成長。每一個病人、每一個病情、每一個治療方法，對護理師來說都是一個學習的機會，例如，在面對急診病人或是重症病人時，護理師不僅要依賴知識和經驗，還要臨機應變、快速作出正確的判斷，這樣的學習方式能夠讓護理師在工作中不斷成長。另外，在充滿挑戰及處在高壓環境中保持冷靜、做出正確判斷是每位護理師必須學習的重要課題，無論是情緒管理、病人的突發狀況，還是團隊合作中的衝突，都是護理師在「做中學」的寶貴經驗，透過反思與學習，護理師能夠不斷提高自己的心理韌性，以更加成熟的態度面對每一個挑戰。

學中覺：在學習中不斷反思與覺察。護理師在學習中需要不斷反思自己的行為與情感，並覺察自己在照護過程中可能存在的偏見、情感投射或是疲勞等問題，這種自我覺察不僅幫助護理師提高專業素養，還能在與病人的互動中保持真誠與同理心。當護理師能夠對自己的情緒、態度及行為進行反思與覺察時，就更能提供全方位的照護。隨著醫療環境的不斷變化，病人的需求也在不斷變

化，護理師透過學習新的照護知識、了解病人最新的需求，並進行反思，不斷優化照護方法，例如：學習使用電子健康記錄系統，並運用科技工具來提升病人的治療效果。在學習與實踐中經歷的各種挑戰與困難，是護理師成長的動力。透過每一次照護過程的反思，不僅能夠提高專業技能，還能夠更深刻地體會到護理工作的價值與意義。

護理師也需要陪伴及支持，才能持續行走菩薩道。護理師不僅是病人的照護者，也是情感的支持者，在用心照顧病人的過程中，往往需要高度的情感投入，長時間保持高度的專注，承受極大的身心壓力。除了日常的工作負荷，夜班、輪班、急診等工作模式往往也會增加身心負擔，導致身體健康出現問題。在照護過程中與病人及家屬會建立起深厚的情感聯繫，特別是在病情惡化或死亡面前，護理師需要面對病人及其家屬的情緒波動，這種情感負擔可能對護理師的心理健康帶來挑戰。

身為護理主管，需了解護理師所面臨的挑戰並提供有效的支持，是確保團隊健康與照護品質的關鍵。主管可以做到的，包括：1. 成為護理師的「情感支持者」：定期與團隊成員進行交流，傾聽困難與需求，通過建立信任關係，讓護理師感受到被理解與支持，減輕他們的心理壓力；2. 組織定期的團隊合作與分享會議：讓護理師們能夠分享自己的經驗和挑戰，學習彼此的應對策略，團隊合作能夠減少個體壓力，提升集體應對問題的能力；3. 提供專業成長與心理輔導：鼓勵護理師參加專業培訓：不斷提升專業技能，增強應對工作壓力的能力。4. 定期提供心理健康輔導或經營正念釋壓的環境：幫助護理師保持心理健康及平衡；5. 調整工作負荷與排班管理；6. 建立健康的工作文化：創造一個支持性強、正向積極的工作環境，讓護理師感受到工作中不僅有挑戰，還有成就感，促進護理師的積極性與滿意度，減少職業倦怠的風險。

護理師的職涯能透過「做中學，學中覺」不斷地實踐、反思和創新，提升自己的專業能力，為病人提供最優質的照護。也通過這樣的學習與成長，不僅在職業生涯中取得成就，也能在心靈上獲得平靜與滿足，繼續為病人帶來希望與健康。菩薩道不僅是修行的一條道路，也是人生的指引，期勉我們都能保持一顆清淨的心，將智慧與慈悲融入每一個行動，且能恆持真心、用心當下實踐菩薩道。

我的好夥伴，安寧團隊

My Invaluable Partners: the Palliative Care Nursing Team

陳正裕
台北慈濟醫院
家庭醫學科主任

隨著時代的進步，安寧照護的模式逐漸為民眾所接受，有些病人及家屬在瞭解自身狀況下，甚至會超前提出需求；加上社會的高齡化，因此安寧照護需求也越來越多，各大醫院為了讓自己的病人能接受全程照顧，設置安寧團隊變成必要的。很幸運在慈濟理念以及台北慈濟醫院院方的強力支持下，安寧團隊能維持良好運作，且持續有新血護理師的加入。

安寧團隊的各種角色各司其職，都很重要。醫師負擔引薦適當病人接受團隊照顧、指引團隊照顧病人方向的功能，但實際執行照顧任務的，主力還是護理師。也因照顧的段落不同及重要性，分成了共照、病房及居家護理師，完整的銜接病人照顧任務。共照護理師連結原治療團隊及心蓮病房，要承接病人及家屬被告知生命末期及死亡將至的事實而產生的莫大情緒，讓案家能轉而接受安寧照顧；居家護理師單打獨鬥的至案家提供照顧支持，讓案家能放心繼續於家中照顧病人。這三階段也達成全人、全程、全隊及全家的照顧任務。

對醫師來說，護理師們的貼心照顧、細心觀察能提供非常大的幫助。病房護理師對病人長時間的陪伴，醫師所花的時間相對如走馬看花，護理師能提醒醫師在短暫查房中未看到的，因此在作一些決策時常需要他們的意見輔助，如調整藥物、出院計畫等。

在我承擔安寧照護的日子中，接觸過的護理師也不少，每位護理師都有各自的特色，但對於照顧病人總是全心全力，對病人的付出更是無法想像，因此不時見到他們沒辦法按時用餐、準時下班。有時護理前輩需要指導新進同仁，完整的教學通常都會讓自己更忙而更晚下班。照顧當中雖時有挫折影響心情，但多半在同伴們的支持下，能迅速復原。也因他們的付出，查房時聽到的回饋常常是「某護理師照顧得多好」、「很有愛心」、「感恩幫忙」等等；甚至是病人稱我們是某某護理師的團隊，而不是某某醫師，讓身為醫師的我，感到失望卻有無限的驕傲，因為安寧擁有一個超棒的護理團隊。此外，病房中出現的謝禮也常是回饋給護理師的，由於謝禮經常出現食物，導致許多護理師來到心蓮病房後都會略發福，但我相信護理師們對於衣服漸寬終不悔，因為這是病人與他們愛的分享。

我有時在思考怎麼去形容安寧團隊，有時會覺得我們像在開公車，載著病人往前行，醫師是司機，護理師是車掌小姐，病人到站了就會下車，停留在原地。司機是團隊主要的支柱，支撐著團隊，醫師有不同的個性，但仍主導了治療方向及計畫；車掌小姐對待、照顧病人的方式雖有不同，本質上仍要讓病人舒適的。

安寧照護是團隊工作，能夠和眾多熱心的心蓮病房護理師一起工作，能讓照顧病人的工作變得更順利。真的很感恩。

■ 封面故事

安寧照護力

關於安寧緩和療護的應用與認知

Palliative Care Power

Holistic Approach to Palliative Care and End-of-Life Comfort of Tzu Chi Nursing Professionals

■ 文｜張凱雁　台北慈濟醫院護理部督導

醫療照護一直以治癒病人為目標，然而醫療有極限，政府推動讓有需求之末期病人得到高品質安寧療護之政策方向，與世界潮流同步並與 WHO 理念一致，經全民健康保險自 1996 年及 2000 年實施安寧居家療護及住院安寧療護試辦計畫，於 2009 年正式納入支付。另外自 2011 年 4 月起實施不須入住安寧病房亦可接受健保安寧療護服務試辦方案，建構完善的安寧療護共同照護服務模式。並由最初僅限癌症末期病人及漸凍人，2009 年新增八類經醫師專業診斷符合安寧收案條件之末期病人，2022 年新增末期衰弱老

問卷基本資料統計

性別	人數	%
女	1068	92.2
男	90	7.8
總計	1,158	100.0
年齡	**人數**	**%**
≦20歲	13	1.1
21-25歲	258	22.3
26-30歲	242	20.9
31-35歲	163	14.1
36-40歲	123	10.6
41歲以上	359	31.0
總計	1,158	100.0
目前醫院服務年資	**人數**	**%**
≦1年	178	15.4
1.1~2年	128	11.0
2.1~3年	76	6.6
3.1~5年	111	9.6
5年以上	665	57.4
總計	1,158	100.0

職務別	人數	%
護理師／士	882	76.2
副護理長	48	4.1
護理長	58	5.0
督導及以上	24	2.1
個管師(功能小組)	57	4.9
專科護理師(含資深護理師)	89	7.7
總計	1,158	100.0
工作科別屬性	**人數**	**%**
內科	195	16.8
外科	155	13.4
小兒	36	3.1
婦產	48	4.1
急重症	202	17.4
功能小組	20	1.7
血液透析室	52	4.5
手術室	89	7.7
門診	186	16.1
心蓮	22	1.9
行政	29	2.5
精神科	48	4.2
其他	76	6.6
總計	1,158	100.0

人、末期骨髓增生不良症候群病人、符合病人自主權利法第十四條第一項第二至五款所列臨床條件者，以及罕見疾病或其他預估生命受限者，讓更多病人有機會接受安寧療護服務。不僅提升了安寧療護的應用範疇，也突顯了其在整體醫療體系中的重要性。

這些年來政府政策擬定及醫療機構的努力下，安寧療護，已經不是只在安寧病房發生，而安寧護理專業，也不限於安寧護理師。藉由本期問卷，想了解慈濟醫院的護理人員對於安寧

緩和療護在臨床上的應用與認知。

此次調查由台北慈濟醫院所負責，以線上問卷方式，調查全臺灣八家慈濟醫院護理師對於安寧緩和療護的照護經驗及意見，共蒐集 1,158 份有效問卷。

超過六成曾照護癌末或八大非癌病人最常使用舒適擺位及疼痛護理

首先了解在臨床工作中曾照護過癌症末期患者或八大非癌末期患者的比例，結果超過六成。而在基本資料的工作科別屬性，「心蓮」病房，即安寧療護專業的護理師，只占 1.9%，可見臨床護理師即使不是在安寧病房工作，也都有很多機會照護癌末患者及八大非癌病人。

詢問曾經照護末期癌症及八大非癌病人的護理師(747 人)，曾經提供的非藥物舒適護理，前五項依序為：舒適擺位(72.7%)、疼痛護理(67.57%)、口腔護理(53.8%)、床上擦澡、洗頭(48.2%)及便祕護理(34.1%)；其他六個選項也都有護理師勾選，「其他」的部分，也有護理師表示曾經為病人提供音樂治療；而只有極少比例(2.9%)護理師不曾為末期病人提供非藥物的舒適護理，等於有 97.1% 的護理師曾為他們的末期病人提供舒適護理，可見非安寧專業的其他單位護理師，也普遍具備安寧療護的觀念與能力，照護疾病末期病人首重不適症狀的緩解，藥物治療是一部分，而護理師知道且願意提供這些額外的照護，只為讓病人舒服一點，令人感動。

助末期病人緩解症狀護理師主動提供安寧護理技能

那麼，護理師覺得自己為病人所做的非藥物的舒適護理，真的有達到緩解症狀的效果嗎？

只有 3.7% 認為沒有幫到病人，有一半的護理師(50.1%)覺得為病人緩解了一半，四分之一的護理師(25.4%)覺得為病人緩解了四分之一的症狀不適，而近兩成(19.3%)覺得為病人處理了四分之三的症狀，而覺得做到完全緩解的只有 1.5%。當然，疾病末期伴隨著不適可說是常態，要完全緩解真是太難了，可能還是要靠藥物才能暫時做到。能稍微為病人緩解症狀，有幾十分鐘、半天或更長的時間能睡好、能感覺舒服，對病人來說已經是很珍惜的幸福時刻。

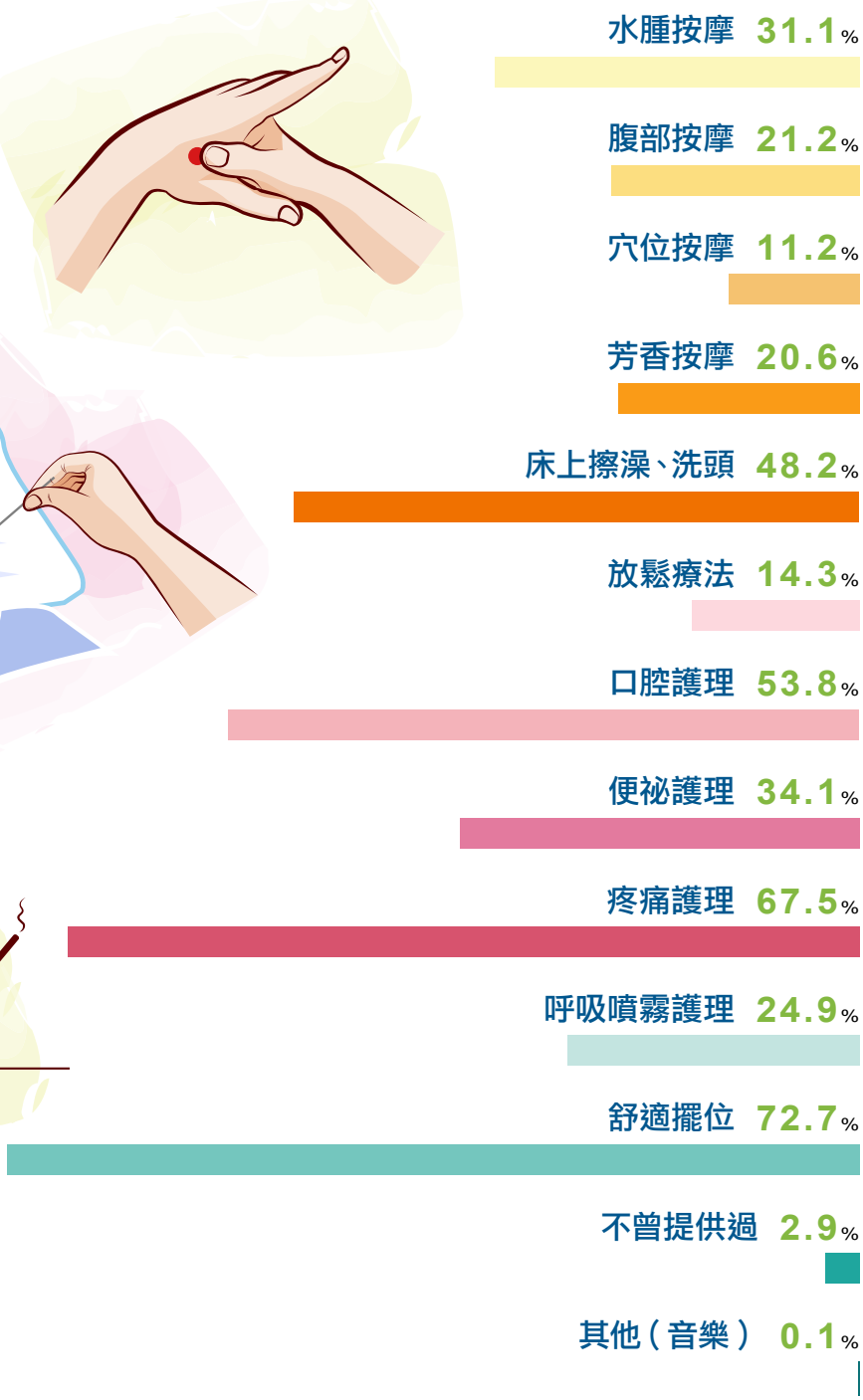
團隊共同照護身心靈
預告善終提前準備

安寧緩和療護不僅僅在身體不適症狀的緩解，而是身、心、靈全面的舒適，在生命最終階段是需要全方位醫療團隊投入，包含醫師、專師、護理師、社工師、心理師、營養師、物理治療師、職能治療師、呼吸治療師等各職類專業人員，讓病人能夠緩解身體不適症狀，心靈感到舒適，生活品質提升，有尊嚴的面對生命即將逝去的過程，也協助家屬接受並準備好接受這最後的階段。

問卷詢問護理師曾與照護團隊成員一起提供末期病人及家屬心理社會和靈性的照護，最多的是「DNR 簽署決策」75.1%，其次是「善終準備」

1 你有照護上述疾病末期病人的經驗？（N = 1,158，單選）

2 你曾經提供末期病人非藥物的舒適護理？（N = 747，複選）



54.2%、「家庭會議」51.8%、「出院準備」47.5%、「末期病情告知」42.0% 及「維生設備的使用或撤除討論」40.2%。而有 4.6% 護理師不曾提供。

當護理師與團隊成員一起提供末期病人／家屬心理社會和靈性的照護時，有 5.9% 完全達到目標，40.4% 的護理人員認為這樣的照護可以達成 75% 照護目標，39.4% 的護理師則認為可以達到 50% 照護目標，亦有 4.7% 覺得從未達成目標。

首先照會安寧共照護理師 主動了解安寧接受程度

問卷詢問所有在不同單位服務的臨床護理師，在照護過程發現病人有安寧緩和療護介入會更有幫助時，會怎麼做？大家的首選是照會安寧共照護理師 (70.9%)，第二名是靠自己去先了解病人或家屬對安寧緩和療護的看法及理解程度 (58.6%)，第三是會診家醫科醫師 (50.6%)。

其他選項如照會社工師、詢問學姊或主管，以及自己會做的事如了解病人是否已簽 DNR、ACP 預立醫療決策書、主動提供安寧相關資訊或建議掛安寧緩和門診，都有超過三成的比例。感覺護理師的主動性很高，而自行判斷溝通的能力也充分足夠。

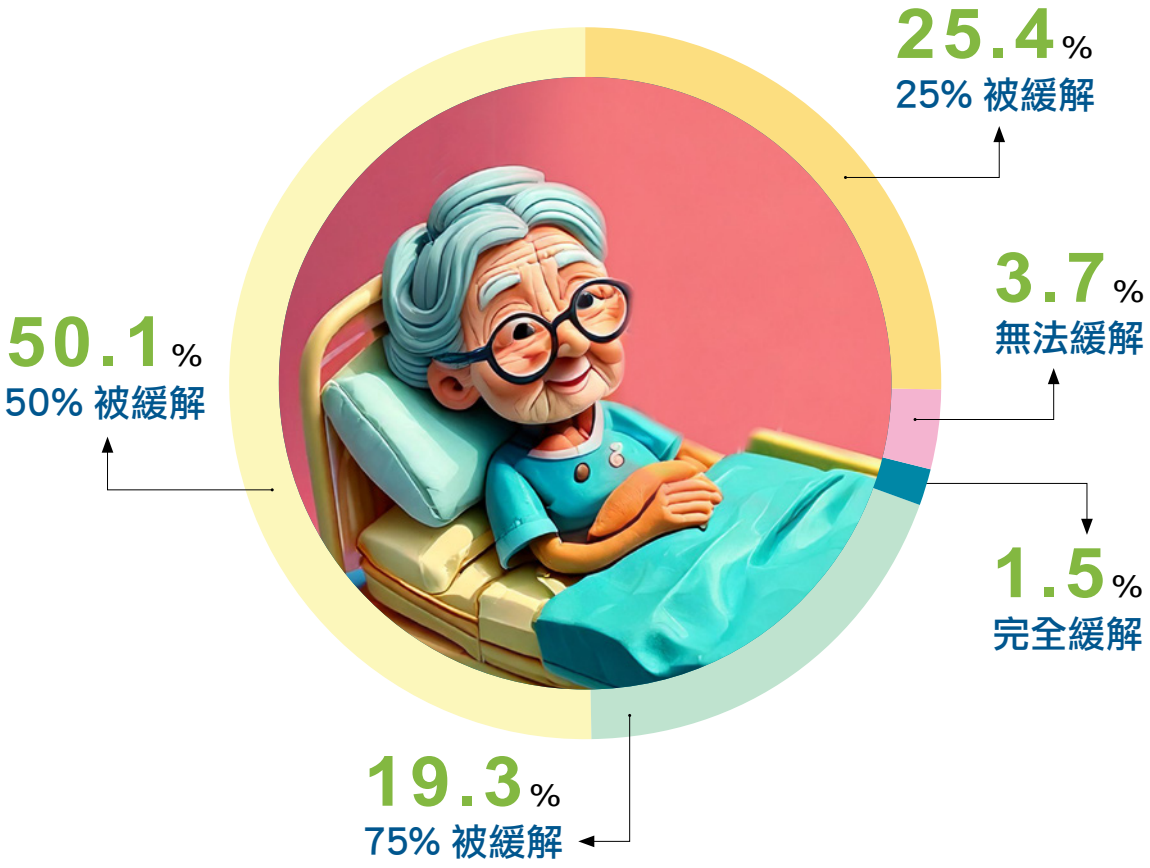
誰比誰更悲傷 外表堅強內心柔軟

當護理師在照顧病人時，得知病人的病程已屬末期、醫療無法改善時，護理師覺得自己跟照顧一般病人會有什麼不同的狀況？

大於六成以上的護理師會一視同仁，提供一樣的服務態度與品質；有護理師表示這是為了不要讓病人覺得疾病末期就得不到醫療照顧，有等待死亡的感受；相對上會更有耐心占 49.2%，更能接受病人不適的主訴與反應；有 33.3% 會替病人及家屬感到不捨，甚至 11.7% 曾因捨不得病人而哭過，有 25.3% 表示在末期病人身邊的時間會比平時多一些。而也有 13.7% 護理師表示不知道該如何面對病人談死亡的議題，總不能直接說：「你先生沒救了……」跟病人及家屬談即將面臨死亡，相信這是對於年資淺護理師的工作難關之一。

有 17.7% 及 17.1% 護理師會更加樂觀有朝氣的跟病人互動，或是常說安慰的話，想必是有資歷的護理師已經養成的能力。

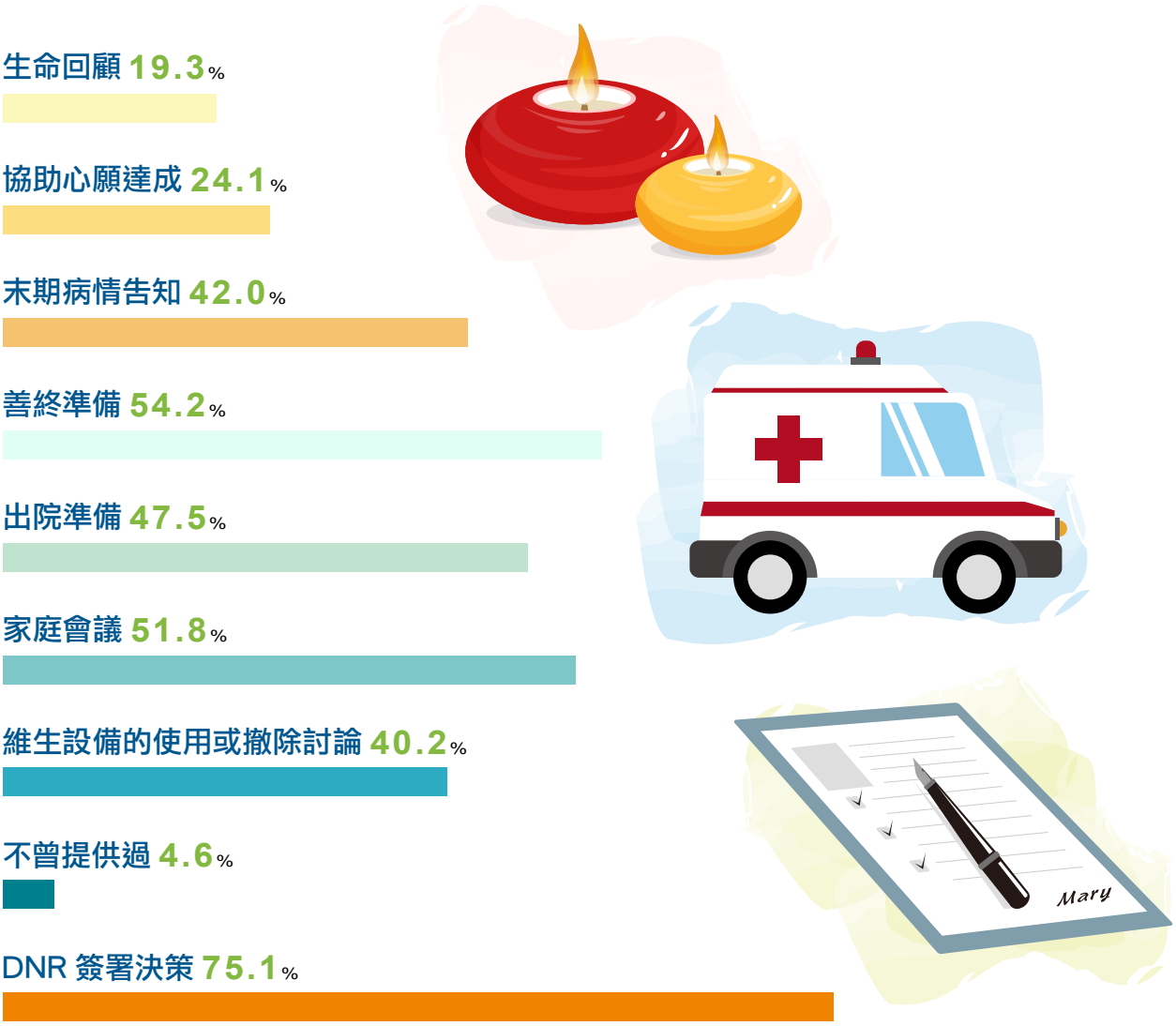
3 當你為末期病人提供非藥物的舒適護理時，平均病人症狀緩解的程度？（N = 747，單選）



最想學會開口好好談死亡
學習舒適護理與哀傷輔慰的能力

護理師養成教育中以疾病照護為主，著重護理技術及問題診斷等學習，雖然傾聽、溝通及護理指導亦是護理重點，然在臨床實際應用中，護理師對於病人家屬的情緒處理、病人對死亡的恐懼、及病人病情的如實告知等，都是常見的困難。在面對疾病末期病人，許多護理人員會感到不捨，有時甚至回想起自身長輩曾經經歷的情境，而無法抑制自己的情緒，更別說要護

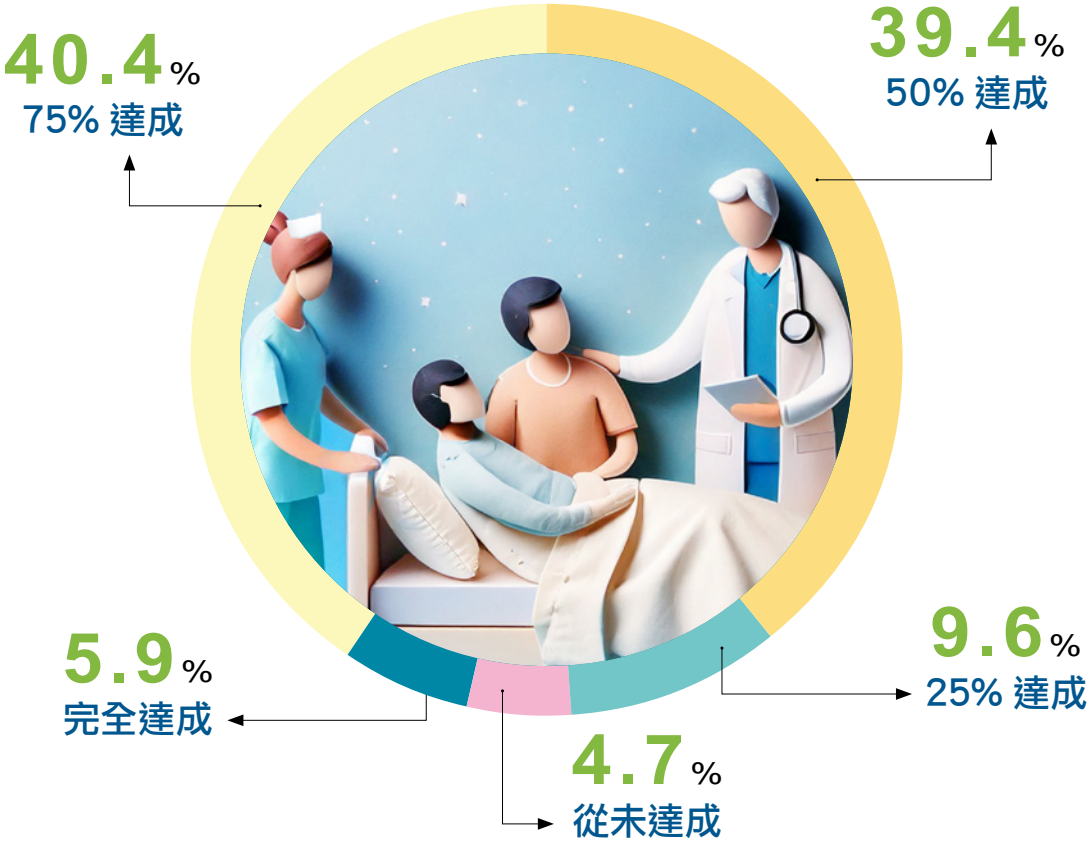
4) 你曾經和團隊成員一起提供末期病人／家屬心理社會和靈性的照護有？（N = 747，複選）



理師與病人探討死亡議題，這反映出安寧療護在目前的醫療文化的敏感性及人員訓練需求。

本次調查了解護理人員對於安寧療護訓練的需求，65.5% 護理師表示最希望學習到病人或家屬間及與醫療團

5 當你和團隊成員一起提供末期病人／家屬心理社會和靈性的照護時，有達到目標？（N = 747，單選）

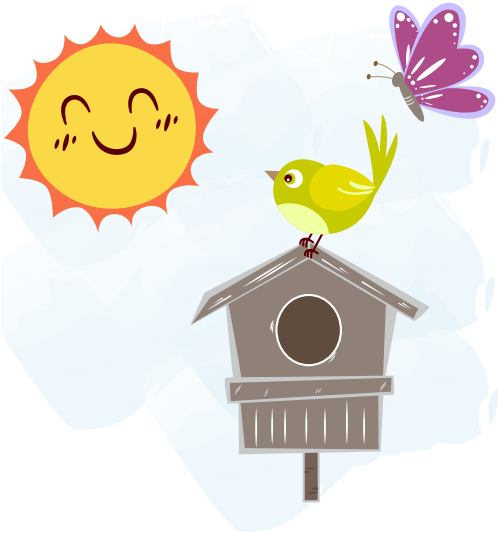


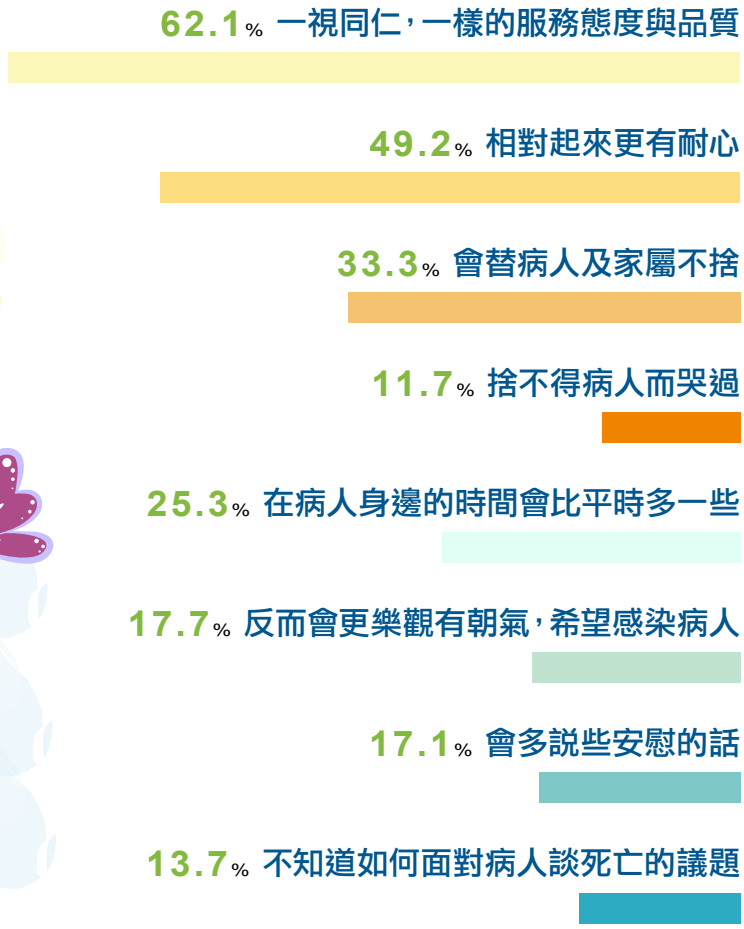
隊間溝通技巧，51.5% 護理師希望學習到舒適護理（如擺位、身體清潔、放鬆療法、口腔護理等），49.7% 想學習哀傷撫慰的能力，以及 48.1% 的護理師仍期待學習疼痛、呼吸困難、噁心、嘔吐、腹脹便祕、肌肉痙攣等症狀處置的能力，得以運用安寧療護照顧技巧協助疾病末期病人。以上結果說明護理人員在照顧疾病末期病人，不僅考慮到要加強個人解決身體需求的醫療技能，更期待增加自身溝通、心理支持的技巧。

6 當您覺得病人的狀態有安寧緩和療護介入會更有幫助時，您會怎麼做？（N = 1,158，複選）

台北慈濟醫院內科病房的護理師小琳分享她的自身經驗：「末期病人的照護著重在舒適護理上，雖然看起來很簡單，屬於護理基本技術，但實際上有許多小技巧，有許多需注意的地方，例如身體清潔，對於平常人來說

7 在照顧病人時，得知他／她的病程已屬末期、醫療無法改善，您覺得自己跟照顧一般病人有什麼不同？（N = 1,158，複選）





就是洗澡，健康的人要不要洗澡，取之於個人想不想洗，但對於末期病人來說，卻是那麼的不容易，曾經有一位病人告訴我：『我好想洗澡，這是我今生的最後一個願望！』新進學妹們聽到，百思不得其解，只回我問：『學姊，啊不就洗澡，有這麼難嗎？』」「這個病人長期臥床，身上有腫瘤傷口，因為滲液量多，身上味道很怪很重，皮膚又脫屑，老母親沒有力氣獨自幫

他洗澡，其他家人也不願意靠近他，所以當他來住院時，全身髒兮兮的他，人生最後的願望就是洗個澡。」

學妹分享：「以前在學校實習時也曾幫病人洗澡，只想著要趕快做完，因為後面還有很多事要做，所以我們兩、三個同學一起進病房，幫病人把身上衣物脫掉，一人洗一邊，過程中都沒有說話，大約花了十分鐘就搞定，幫病人洗好，穿上衣服，送回病床上。」「但上過安寧療護的課程，經過學長姊的指導，才知道『身體清潔』是舒適照護重要的一環，首先要注重隱私、保暖、安全，不能只是求快，在過程當中也可以帶領家屬一起做，藉著這照護互動，引導家屬及病人做四道人生（道謝、道歉、道愛、道別），所以在洗澡時，要選擇合宜溫度，使用烤燈保暖，適時用毛巾蓋住病人身體，避免暴露。」

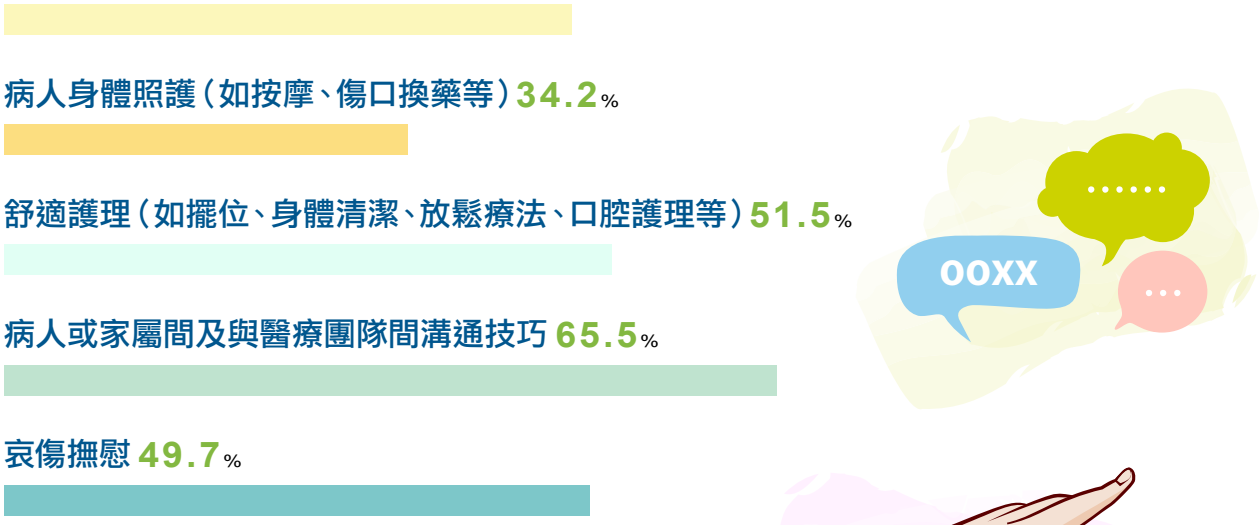
「單位也會安排洗澡的體驗營，經由這個體驗營，我們才學到，原來，當我們是病人時，躺在推床被推到浴室時，過程是多麼害怕，怕從推床掉下來、怕曝露身體被看到、怕因為沒穿衣服好冷等等，也怕在洗澡過程中，自己像被屠宰的動物一樣被對待。在『安寧緩和療護照護訓練課程』學習技巧後，我們知道如何將心比心，如何有溫度的執行這些照護工作，除了讓病人舒適，也讓家屬可以一同參與照護，讓家屬知道，他們雖然無法代替親愛的家人受疾病之苦，但可以盡力一起幫病人做一些舒適照護。」

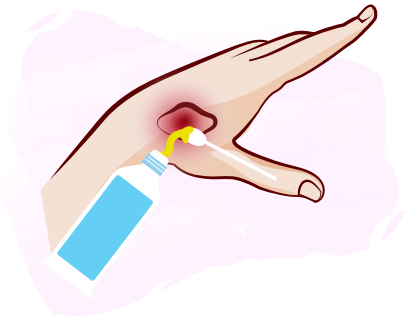
安寧體驗營及 VR 教學普及安寧療護照護能力及心理素質

綜合來看，老年人口增加，癌症和非癌末期患者需求的增加，安寧療護的應用已不限於安寧病房，逐步擴展至不同的醫療場域，包含醫院門、急診、住院病房，機構或是住家，所以護理人員對安寧療護的意義、方法的認知必須持續提升。

台北慈濟醫院護理部為了讓護理人員自養成教育即能認識安寧緩和療護，於護理學校實習學生到院即安排至安寧病房參訪，讓護理實習學生了解安寧緩和療護理念、實務及末期病人／家屬的全人照護模式，2021 年起更提供 VR 體驗教學，讓護理實習學生了解遺體護理怎麼執行。除了護理實習學生教學外，針對新進護理人員到職教育、持續教育訓練均將安寧緩和全人照護列入課程之一，並辦理全人照護案例分享競賽，讓護理人員除了課室

8 您目前最想學習的安寧緩和療護的能力是？（N = 1,158，複選）





教學外，亦可由案例分享學習心理支持、溝通技巧。

安寧緩和療護各項照護措施，除了需要持續訓練護理人員各項照護技能，更要加強心理支持及溝通訓練，這將有助於推動安寧療護的應用與發展，讓更多疾病末期患者能夠獲得有尊嚴、減輕痛苦、達成個人期望的照護。

[No. 1]

最後旅程 用愛道別

Embracing the Final Voyage, Saying Goodbye with Love

■ 文｜黃如婕　台北慈濟醫院心臟加護病房護理長

為提升疾病末期病人照護品質及生命的尊嚴，政府在 2022 年擴大安寧療護政策；而在加護病房工作長達 17 年的我，也面臨許多生命議題，接觸不少重症安寧個案；在一般概念下，加護病房與安寧緩和醫療兩者間看似相互衝突及矛盾，但醫療是有極限的，病人的尊嚴也必須重視，在生命的最後時刻，我們應該以人性化的方式，幫助病人把握有限的時間，完成心中未達成的願望，並與家人道別。這不僅是對生命的尊重，更是對病人的靈魂呵護，讓生命無遺憾。人生最後的旅程用愛道別，是生命中不可或缺的重要拼圖；而我們的心臟加護病房，有時不得不成為病人的人生最後一站，身為護理人員的我們，便在過程中竭盡所能地協助病人及家屬圓滿最後愛的道別。

一位送來我們加護病房的女士，40 多歲女性，因長期重度憂鬱、酗酒，緊急送醫時已到院前死亡，經急救後恢復生命徵象。但經重症加護多日意識仍無法恢復，腦部電腦斷層顯示嚴重缺氧性腦病變，經醫師評估意識恢復機率極低，萬一需要長期照護的話，家中有三個就讀幼稚園及小學的孩子，只靠先生賺錢養家，於是我們連繫社工師提供社會福利補助。女士於加護病房 15 天仍無任何意識改變，醫療團隊與先生討論是否採取重症安寧或器官捐贈的選擇。先生與十歲大的長子討論後決定忍痛放手，也記得太太曾說過捐贈器官救人的意願，於是做出大愛捐贈器官的決定，但最難的是讓幼稚園的小女兒了解。於是我們在會客期間教小女孩用畫的來表達，聰穎的妹妹知道媽媽要走了，她畫一張圖送給媽媽，畫象的意思是「媽媽送給別人許多愛心」，妹妹擁抱媽媽，說：「媽媽，妳要去當愛的天使了，可以幫助很多人，還有，希望妳在天堂不要再喝酒

了，希望妳當個快樂的媽媽。」這位媽媽生前最後對著孩子們說：「你們是最棒的！」這句話永駐孩子心中，成為孩子面對離別的心靈支柱。

另一位更年輕的生命是才 32 歲的女性，因敗血性休克及呼吸衰竭插管入加護病房，醫師與病人及家屬討論是否要積極救治，那就要洗腎，由於病人意識清楚表示不想洗腎，與父親討論後決定採取重症安寧。病人的男朋友告訴我們，她之前夢想穿上婚紗，想給她一個驚喜，在她人生的最後完成她的夢想。所以我們跟家屬共同策畫了一場在加護病房內的求婚驚喜，協助病人穿上粉色禮服，為她上妝，讓她的臉龐恢復秀氣的神采，手裡捧著一束最愛的香水粉紅百合，男友拿著早已準備好的鑽戒單腳跪在床邊向她求婚，在全家人的見證下，他緊握著她冰涼的雙手，溫柔地表達自己的愛與承諾。病人戴上戒指的那一刻，眼角泛出淚光。不久後，病人離世，不因夢想未達成而留下遺憾，相信她心中留下的是那分甜美的記憶。

還有一位因急性心肌梗塞後經葉克膜及主動脈氣球幫浦而恢復生命徵象的男士，雖然與妻子已離異，但前妻及兒子每天會客時間一定出現，這位前妻看到病人身上插滿管路，常常情緒崩潰而嚎啕大哭，我們協助安排學校給予孩子心

理輔導資源。一個多月的時間過去了，前妻每天買病人喜愛的食物放置床邊，病人的兄弟經常到寺廟祈求平安，但治療已到停滯期，醫師與家人討論是否撤除維生系統，篤信神明的家人到廟裡抽籤才做出放手的決定。前妻提及病人一直渴望能與她復婚，為孩子創造一個完整的家庭，所以前妻在兄弟與醫護的見證下，與病人在結婚證書蓋上指印，恢復婚姻關係，幾天後，病人生命旅程劃上圓滿的句點。

病人在面臨死亡前，家人、朋友與夢想都是生命中不可或缺的部分；首先，溝通極為重要，醫療團隊與病人或家屬充分討論病況及預後，了解病人對於生命末期的看法與選擇，無論是希望繼續治療還是選擇安寧照護，都是基於對他們生命的尊重。此外，協助病人實現心中小夢想，能讓他們與家人感受到生命的價值，並以愛的方式道別，讓病人無憾地走完人生的最後旅程，也讓家人心安。

在加護病房，無常總是常常出現，有時是我們搶救生命成功，病人平安轉出到一般病房，但萬一無法對抗生命的自然法則，我們便會盡力陪伴，幫助家屬與病人用愛道別，順利圓滿人生的最後旅程。

[No.2]

耳鼻喉病人的身心安寧

Holistic Comfort for Otolaryngology Patients

■ 文｜沈雅琳　台北慈濟醫院 9B 病房護理長

看著新進護理人員帶著滿腔熱情投入護理工作，我不禁想起自己剛入職的那些日子。那時面對癌症病人，我既興奮又恐懼；興奮的是，我終於可以將所學運用在臨床實務；恐懼的是，擔心自己無法給病人最好的照顧。初入臨床因深感能力不足而不斷學習，工作滿三年時，報名參加臺灣腫瘤護理學會課程，學

習腫瘤護理照護，不僅接觸到最新的腫瘤照護知識與實證研究，還了解了如何應對癌症患者及其家屬在身體、心理和社會層面的複雜需求，也包括安寧療護的概念與照護措施。這段學習經歷讓我體會到，護理不僅是執行醫囑或技術操作，更是一門需要共情理解的藝術。自此之後，我逐漸學會傾聽患者的聲音，尤其在與末期癌症患者及家屬互動時，我懂得了如何以同理心和專業性兼備的方式，陪伴他們度過最艱難的時光。

「癌症」這兩個字彷彿是一道無形的牆，將病人與家人隔絕在一個孤獨的小島上。當醫生宣判「癌症」二字時，病人的世界彷彿瞬間崩塌。恐懼、無助、絕望等情緒如潮水般湧來，他們開始懷疑自己的人生，質疑生命的意義。家屬們的心中更是五味雜陳。他們看著親人飽受病痛折磨卻無能為力，那種無力感令人窒息。他們擔心親人的病情，擔心治療的費用，擔心家庭的未來。在醫院的病房裡，我們常常能看到家屬們紅腫的眼睛，憔悴的面容，他們將所有的希望寄託在醫師的身上，期盼著一個奇蹟。

記得有一位 50 歲病人，接受口腔癌手術後，因為面容的改變，他整日沉默寡言，把自己關在黑暗的病房裡暗自流淚。他的妻子非常著急，不知道該如何幫助先生走過低潮，而我們每天陪他，首先從換藥開始，一起觀察補皮手術傷口，再到拿著鏡子一步一步教導清潔口腔，慢慢地引導讓他對面貌不再感焦慮。病人看著妻子憔悴的面容，終於慢慢接受別人的關心，有一天他說：「老婆，謝謝妳！」聽到他對妻子道出感謝，深深地打動了我。

我們病房還有一位源叔，口腔癌末期，頸部、臉部水腫，右眼腫脹，右耳聽不清，那天突然意識改變、呼吸困難而接受急救及氣管內管插入。因為事發突然，病情直轉直下，主治醫師緊急召開跨團隊領域會議以及家庭會議，經病人及家屬同意選擇接受安寧緩和照護，轉入住心蓮病房。在心蓮病房團隊照護之下，了解源叔最想做的事就是——回家，他想回到最熟悉的家，與自己最愛的小孩、妻子過年圍爐。

然因，源叔的病情已惡化到完全無法脫離儀器也不適合接送離院返家，於是心蓮團隊和我們病房團隊一起想辦法，最後決定在心蓮病房相聚圍爐；除了用餐、談心，也安排了洗腳禮的儀式，讓源叔的孩子透過洗腳禮對父親盡孝，家人間道謝、道愛。其實源叔最放心不下的就是小女兒牙牙，因為她罹患罕見疾

病且心智年齡很小，從小都是源叔在照顧。

這天的圍爐，是團隊成員分工合作完成，也感謝志工協助，而心理師則挑選一篇有趣的繪本故事說給牙牙聽，還帶她玩躲貓貓的遊戲，大家假裝看不到牙牙，櫃子、沙發底下四處找她，而牙牙躲在桌子底下看著大家找不到她而大笑起來，歡快的笑聲渲染整個病房，故事希望教會牙牙「爸爸只是躲起來，所以我看不到他，但是他可以看到我！」

源叔的生命最後幾天，我們每天都會陪伴在他身邊，握著他的手，輕聲唱著他喜歡的歌。當他安詳地閉上眼睛的那一刻，我感到無比的悲傷，但也為他生命圓滿而感到欣慰。

雖然在 9B 耳鼻喉科病房服務，但我們同樣具備安寧緩和照護能力。安寧照護不僅是延長生命，更是讓生命更有品質。作為一名護理人員，能夠陪伴患者走過人生的最後一段旅程，我感到無比榮幸。

[No.3]

八個月的時間說再見

Eight Months of Saying Goodbye

■ 文｜蘇郁心　台北慈濟醫院 11A 病房副護理長

11A 血液腫瘤科病房那天入住了一位淋巴癌患者，三十出頭歲的女性，高知識份子，對自己的病程很了解，相對地，很不喜歡我們的介入與協助，因為入院時開口說的第一件事是：「我不需要心理師，我可以自己調節自己的心理，不需要其他人。」「心理關懷是什麼，我不要，心理師來又能改變什麼？！」而且她的母親本身在安寧病房長期從事臨終關懷，媽媽經常詢問我們有關病情的問題，然後對著她說：「妳看，護理師也是這樣說的。」媽媽非常關心她，只是兩人之間的對話常常說不到幾句便陷入爭吵，氣氛變得很僵。

她在我們病房，選擇接受安寧緩和醫療，所以安寧共照護理師會來病房陪伴照護。根據緩和醫療的症狀評估量表，她的焦慮程度高達 8 分，我們知道她不喜歡被過度關注，對醫護人員的戒心很重，總是簡單回答，尤其她的媽媽在場時就更冷漠。但是當她媽媽不在時，她會默默地看著手機裡的照片，淚水不自覺地滑落，原來是思念孩子，我便主動聊起孩子的話題：「現在寶寶多大了？」只見她的眼中立刻閃爍著光芒，充滿了母愛：「寶寶現在 6 個月了，已經開始去托嬰中心上課，爸爸負責接送她，因為這樣我都無法常常見到她，寶寶是我的軟肋，一想到她我就忍不住流淚……」我也不刻意安慰，就跟她聊著媽媽的育兒經，幾次下來，她也願意坦誠地表達自己的想法與期望。原來，她心中的希望是在治療的同時能兼顧工作和育兒，期望自己能陪伴孩子久一點。

可惜，經過八個月的艱辛療程，效果卻不如預期，最後的治療希望是異體周邊血液幹細胞，而且她出現了呼吸急促、呼吸困難和血氧濃度偏低等不適症狀，她感慨地說：「周圍的人都希望我能配合治療，但他們不知道，這具身體是我的，

痛苦也是我自己的。曾經我最放不下的是我的女兒，如今她已經一歲多，和公婆相處得也很融洽，我不再需要擔心太多。治療的苦楚，唯有自己心知肚明。如果可以的話，我不想再經歷移植的折磨，只希望能夠這樣舒適地走完我的人生旅途。」我坐在床邊，握著她的手，靜靜地聆聽她的心聲，心中不禁浮現出那個小孩失去母親的畫面，心如刀割，淚水止不住地滑落。我們總是彼此分享孩子的點滴，交流各自的故事與經歷；此刻的她，不僅是病人，更是一位堅強的媽媽。

在抗癌的旅程中，醫療團隊如同英雄般，為病人帶來了初步的勝利。然而，當病人的治療反應不如預期，家屬的焦慮便如潮水般湧來。儘管醫療團隊竭盡所能，病人仍需忍受身體的折磨。走進臨床的我深刻體會到，建立良好的護病關係在安寧療護的過程中扮演著至關重要的角色。此外，靜靜地陪伴與傾聽了解病人內心深處的需求，猶如一劑良藥，療效顯著。當病人接受死亡是生命的一部分，而它也確實如此，如此便能把每一天都視為生命的最後一天而認真地活著，這樣做有些困難，但更能夠把握住真實的生命。這些關於生命的艱難課題，我們一起學習一起體會。

溫暖心蓮

陳依琳 台北慈院心蓮病房護理長

Warm Lotus of the Heart

Yi-Lin Chen,
Head Nurse of the Heart Lotus Palliative Care Ward, Taipei Tzu Chi Hospital

■ 文｜陳美慧

「護理人員也是人，面對逝去的生命，尤其是自己用心照顧過的病人，一樣會很心痛難過。」這樣的心情，讓陳依琳堅守在安寧緩和照護這一塊領域，帶領學弟妹，給疾病末期病人有溫度的照顧。

從兒科到安寧　聽病人的聲音

陳依琳喜歡跟小朋友相處，原本想當幼稚園老師，因為國中老師一句話——「妳當護理師，可以照顧更多的小朋友！」所以五專考上花蓮的慈濟護專（現「慈濟大學」），1998 年畢業後擔任花蓮慈濟醫院兒科病房的護理師，一直到晉升副護理長。2007 年回臺北，到台北慈濟醫院工作，歷經內科、腸胃內科、血液腫瘤科、婦產科、產後病房等科別的專業訓練，2018 年開始承擔心蓮病房護理長。這是一份面對死亡的高壓工作，心態要如何調適？

依琳說在兒科病房工作的那些年，看著罹癌的孩子因生病而長期往返醫院，讓她期望自己多學一些、多做一些緩解小朋友的不舒服，也幫助父母不那麼勞累，但醫學總是有極限，有些病童還是面臨死亡的終點，記得早期每天去照顧的最後都會幫他們打氣：「要加油喔！」可是有一天，其中一個孩子用微薄的力氣說：「阿姨，別叫我加油了，我好累了！」依琳驚覺，自己只想著叫孩子撐下去，卻忽略了他心中的想法。從此，她常常提醒自己——要聽病人的聲音。

父母最後的禮物　助其他家庭生死安平

經常面臨死亡，如何突破心理上的障礙？陳依琳說：「我完全沒有障礙。」

原來在她二十多歲時，父母罹癌相繼往生，照顧父母的過程，她的角色從護理師變成家屬，經歷過身為家屬內心的煎熬，病人疼痛時手足無措，病人情緒低落時無法安慰，隨著病情惡化出現一張又一張這樣那樣的同意書，該不該簽？當時覺得每一個決定都很難。

那時覺得慶幸的是，父母往生前都住過安寧療護的心蓮病房，那裡的醫師、護理師的陪伴，讓她了解如何面對父母死亡，也學習如何面對自己的哀傷。記得有段時間是把父親接回家住，然後跟姊姊輪流照護，「我上白班，姊姊上夜班，所以我負責晚上的照顧，每 2 小時起床，幫父親注射止痛針，對於當時的我而言，心裡只想著，一定要記得起床幫父親打針，甚至調鬧鐘，結果後來發現，有一次

父親把鬧鐘按掉，醒來後，我發現父親疼痛難耐，我哭著跟父親說：『為什麼要按掉，你可以叫我起床幫您打針，為什麼要忍耐？』父親說：『我心疼妳呀，妳需要休息。不要因為我，全家人都跟著受罪！』」父親的回應，讓依琳更了解末期病人及家屬想法及需求。父母往生後，她的姊姊也從內科病房轉調至心蓮病房工作，至今是安寧居家護理師，姊妹在同一個領域，能互相交流分享經驗，彼此成長。依琳直言，從照顧小朋友到成人到安寧病人，一切都是水到渠成。

四道人生在心蓮　心靈洗禮的生命教育

至於安寧緩和照護的困難處？陳依琳指出，經常要面對死亡，而護理師很年輕，甚至有應屆畢業生，如何教育輔導他們具有一顆柔軟又堅強的心是必要的。依琳說：「我們護理部教學推動 VR 模擬實境教學、體驗教學等，安寧護理是其中教學成效很好的課程，例如：遺體護理，有人充當往生者，有人充當護理師，有人

扮演家屬。」依琳指導學弟妹不能用冷水擦拭遺體，穿衣服要輕柔，遺體有傷口要幫忙貼好，並就往生者的喜好裝飾，如：戴上圍巾、帽子，擦上喜歡的口紅等，讓美好儀容永遠留在家人心中。當然，協助家屬與病人的「道謝、道歉、道愛、道別」四道人生，是安寧護理師都要通過的必修課。

依琳憶及在新冠疫情期間，病房有一位四十多歲癌末的母親，兩個兒子一個二十歲，一個才六歲。配合防疫規範，當時探病必須快篩陰性，小兒子為了見媽媽，很勇敢地做快篩，護理師姊姊們陪著他畫畫，也引導他表達，他把畫送給媽媽，對媽媽說：「媽媽一定要記得帶（畫）去天堂，記得來看我！」並給媽媽一個大大的擁抱；安靜內斂的大兒子也把藏在心裡的悲傷說出來。見到孩子們與媽媽好好的道別了，依琳和護理師們都安下心來。

有一天心蓮病房入住了一位年輕媽媽，小孩才三歲，但媽媽是無法陪孩子長大了，依琳發現她很會畫畫，於是建議她畫畫給孩子看，也寫上想對孩子說的話，於是她畫好圖，寫下一些愛語叮嚀——「你永遠是我最重要的寶貝」、「大雨不

會一直下，等一下就會有彩虹了」、「即便是壞人，但媽媽會很努力的面對他」等，三歲的孩子看得懂媽媽畫的圖，等他長大了，就可以看得懂媽媽要對他說的話，媽媽留下的愛會陪他長大，給他面對困難挫折的勇氣。

後來這位年輕媽媽身體愈來愈虛弱沒力氣畫了，護理師學弟學妹在照顧她的同時，聽到她想對孩子說的話語，就幫她畫下來、寫下來，最後把這些圖片留給家人，作為永遠的紀念。

在台北慈濟醫院心蓮病房，依琳以每一位護理師為傲，而且他們在陪伴病人與家屬做好四道人生的同時，也為自己進行了一場心靈洗禮的生命教育。

保護團隊　彼此補位

「大家畢竟都是凡人，沒有辦法永遠很有耐心……」依琳的方法很簡單：「我們是一個團隊，當你已經受不了，沒關係，就換一個人上場，希望大家互相提醒加油！」疫情期間尤其考驗，配合政策要檢查家屬是否有快篩，要用讀卡機先刷健保卡等等比平日繁複的流程，遇到失去耐心的家屬，不免會心灰意冷，好像護理師照顧病人的用心被否定了。這樣的時刻，依琳總會擋在最前面，盡量不讓單位護理師受到傷害。她坦言自己也會受傷，「我就找資深學姊、社工師、或是心理師諮商，讓自己內心平復。」讓自己重新蓄滿正能量，持續帶領團隊走在安寧的路上。

當照護過程與家屬發生分歧意見相左，碰到讓人生氣或不開心的事情，她會提醒護理師，還是要秉持尊重他們的心，好好的把病人送走。事後她再帶著團隊檢討改進，下次碰到類似的事情就可以處理得更圓滿。

力行推廣善終　生死兩相安

有關安寧照顧到中後段，陳依琳表示，有一些病人是可以出院回家的，所以就會有所謂的居家安寧，可是現在很多病人很少真的回到家裡，很多都是住到機構，但是，機構的照護品質良莠不齊、照護相關知識不足，她期盼等醫院人力充足穩定之後，能對周遭的機構推展安寧照護的教育，提升安寧照護人員相關的知識和技能，讓病人不管在家裡善終還是在機構裡面善終，都適得其所，走得安詳尊嚴。

而遺族的哀傷輔導也是安寧護理師的必備能力，依琳分享經驗，當病人逝去的

那一刻，內心悲痛難以言喻，身為安寧護理師，此時只要靜靜在一旁陪伴，讓他們感覺不孤單，心安住下來。接著，好好的傾聽，聽家屬講逝者的生命故事，從中了解他的需求，再轉介心理師或社工師協助，或者臨床宗教師輔導走出傷痛。

投入安寧領域六年多了，依琳說：「我不可能永遠都在，我覺得傳承很重要，期許自己把新一輩的學弟學妹帶起來，保持『有溫度』的安寧照護模式，讓病人都能在感恩尊重愛的氛圍中，有尊嚴而安詳地離去。』讓亡者靈安，讓生者心安，是陳依琳至今持續帶著心蓮護理團隊在實踐的目標。

護理再啟航 跟上資訊化

Embracing Digitalization, Nursing Sets Sail Again

雖然我不是護理新人，但前一份工作是在診所，一下子來到台北慈濟醫學中心工作，內心不免擔心。感謝單位學姊和一直在旁邊觀察陪伴的林思吟護理長，幫助我在這次重新回到臨床工作，在這一個全新的環境盡快適應。從外表看我或許很有經驗，但心裡很怕自己跟不上，尤其最難的地方，是我早期在臨床工作時資訊化沒有這麼普遍，像現在有行動護理車，要掃病人手環條碼，有手機 APP 等等，都是跟過去不同的模式；還有一些設備比以前先進，使用方法也有些差別，對我在操作上也是考驗。感謝林思吟護理長的主動指導和鼓勵，我逐漸掌握操作技巧，也在資訊化醫療環境中找回了信心。

發揮耐心　結果雙贏

「阿公本來好好的，怎麼突然生病就走了……」從小疼愛我的外公因癌過世，帶給我很大的衝擊，也因此走上護理之路。聖母醫護管理專科學校畢業後，到汐止國泰醫院工作六年，回學校讀二技，之後到雙和醫院，又轉到中和區的私人診所工作，後來決定再次進入臨床，今年 (2024) 六月到台北慈濟醫院報到，到現在快半年了。

我覺得慈濟醫院是一個很特別很溫馨的地方，而且阿長和學姊們對病人和家屬特別有耐心。那時我剛來，接一位從加護病房轉出來的新病人，外籍看護什麼都聽不懂，什麼都不會，家屬也搞不清楚狀況，讓我覺得很煩，每一件事都要教，要講，這時思吟阿長提醒我換一個想法，她說：「想想妳是很榮幸可以教她。」想一想，我就跟單位的前輩們學習，拿出最大的耐心，一樣一樣教外籍看護，每次多給她一些鼓勵，過了一星期，她都學會了，什麼都會做，而且做得很好，也把病人照顧得很好，家屬也很放心，我還因此收到家屬的感恩讚美信。

建立護病信任感　身教示範護理的溫暖

我觀察到，當思吟阿長帶著護理師在病房裡面，她不會回答護理師所問的問題，她說如果在病房裡回答護理師不懂的問題，病人及家屬可能因此不信任這位護理師的照護，所以她會走出病房後再說明或教導。而且阿長的學理也很強，覺得考不倒她。有一次在心臟外科有一位病人需要接胸管，阿長就帶著我一起去操作，一邊是接病人端，另一邊是引流空氣，不能插錯洞，但我做錯了，阿長馬上幫我換正確的位置，離開病室之後教導我哪邊做錯了，又帶我回病房去再看一次，增加印象，免得再做錯。

在一旁看著阿長跟病人或家屬的互動，對照起來，自己有時候講話太直了，或許會讓病人心情不好，阿長講話的技巧，對我來說都是學習。我記得阿長曾說：「病人因病苦有時候會覺得很奇怪、很煩，但也不能對他們發脾氣，要好好的跟他們講話，他們不喜歡被命令。」而且阿長連病人的一些生活細節也會關心，例如：病人要出院了，她會去問問他們家裡是否有準備需要的東西，或回去是否有安置的地方，主動從病人及家屬的角度設想。

我有一個病人體重一百一十公斤，醫師希望他可以下床復健，照顧他的母親才不到五十公斤重，年紀大、個子又小，光要拉他坐起來都有困難。思吟阿長就提醒我要鼓勵他下床，我發現光用嘴巴跟他說「要下床運動」是沒用的，我就拿助行器到床邊，幫他穿上鞋子，然後帶著他開始走，一天三次，在旁邊陪著，教他怎麼用助行器。看到病人的復健慢慢有成效，就覺得很開心。阿長也會追蹤這位病人做了什麼復健，效果如何，問我交班時是否把復健目標納入，遇到什麼困難……如果阿長發現復健老師沒到，也會打電話詢問，在 13B 病房對病人的復健是非常注重的。總之，阿長所說所做，我看在眼裡，默默記下，學在心底。

實踐護理價值　珍惜身邊每個人

我的護理師經歷已經第九年，其中兩年診所工作相對簡單，所以都沒有去考慮護理進階的需要。而現在又回到臨床，我想該要進階了，開始要寫個案報告，也是一種新的挑戰。雖然回到臨床工作，病人多，事情也多，還要抽時間寫個案報告，但我很珍惜，覺得很充實，看到病人在我的照顧下能夠出院回家，尤其是從加護病房轉來的病人，能夠健康回家，真的很有成就感！我想這應該就是思吟阿長常告訴我們的「護理人員的價值」吧！

來到心臟科病房，病人可能上一秒還開開心心的講話，下一秒就會突然沒呼吸了；或是本來以為治療得不錯，但病況又變差……原來無常一直在我們身邊；這也常讓我想起爺爺，因為突然昏倒送去急診，發現得了肺癌，不久就過世。還記得過程中，當爺爺住進加護病房後，家人很慌亂，一起討論但也沒辦法當下做決定的那種處境，現在臨床上也還是常常發生，如何做選擇？救或不救，對或不對？再加上這兩年的新冠肺炎，讓很多確診的人說走就走了……重新回到臨床來，我更懂得珍惜當下，該做的就要趕快去做，包括：多陪陪家人，愛惜身邊的每一個人。

阿長這樣說：

只要不放棄　總會有辦法

Do Not Give Up, There Will Always Be a Way

■ 文｜ 林思吟　台北慈濟醫院 13B 病房護理長

「妳是不是不適合走護理？！」我還記得曾經被學姊這樣質疑過，但是我沒有放棄自己，也沒有放棄臨床，現在的我可以自豪地回答：「我沒有不適合護理，我做到了那個『適合』的自己。」

在壓力中逐步養成信心　從加護轉心臟科病房

媽媽是學校護理師，所以我從小對護理工作有一定的了解，後來也在父母的鼓勵下走上護理這條路。2001 年慈濟科技大學（現「慈濟大學」）畢業後進入花蓮慈濟醫院，分配到加護病房，記得當時醫院正準備面臨醫學中心評鑑，新人要學要做的事情太多了，我覺得自己不算聰明，是勤能補拙型的，當時連資深學姊、單位主管都壓力非常大，更何況是新人，讓我中間一度想直接放棄算了。雖然有學姊覺得我教不會，但有更多耐心帶我的學姊，我也逐漸建立重症加護的護理專業自信。記得隔年 2002 年花蓮慈濟醫院通過了醫學中心的評鑑，是東部唯一的醫學中心。

2004 年左右，聽到新店會有一家新的慈濟醫院，隨著興建進度、人力招募、花蓮慈院幫忙啟業前人員培訓等等消息傳出來，我決定轉到台北慈濟醫院工作，在花蓮待了九年，想家了！

來到台北慈濟醫院，又遇到一位有能力又懂得帶我的學姊，當時台北慈院加護病房的護理長陳依萱總是無私的指導，而且即使我做錯了，也是私底下指正，她會提醒我：「慢慢來，不要急。」、「話出口前，要經過大腦先想想，才不會得罪人。」我在阿長的帶領下讓自己能力更全面更有自信，後來晉升為加護病房副護理長，再後來調為 13B 病房的護理長。我會走入行政職務，也是依萱阿長的鼓勵肯定與支持，才有勇氣接受挑戰。

當個與團隊共患難共成長的阿長

從重症加護的領域轉到 13B 病房的心臟科疾病照護，病人照顧方式不同，醫護團隊成員不同，加上當時人力不足又面臨醫院評鑑，我壓力大到快崩潰，也是依萱阿長相信我，讓我願意咬牙堅持再試試。

從加護病房跳槽來 13B，會照顧病人嗎？沒關係，我用行動來證明，放下護理長的身分，護理師做什麼，我就做什麼，做到他們認可我的照護技能。接著，我告訴單位護理師，我的電話 24 小時不關機，任何時間都可以打電話給我；大家還不熟，我就主動熱情一點，知道誰有困難，我就手伸長一點去幫忙解決……就這樣解除了大家的疑慮，得到大家的肯定，13B 病房護理師的離職率降低，人員穩定了，工作氛圍變得融洽，行有餘力還可以外派去支援其他單位。13B 團隊一起成長，培養了難能可貴的革命情感，當新冠肺炎疫情來襲時，我們的護理師都願意留下來抗疫，以護理工作為榮。

看見親切真誠熱情的特質　護理需要一顆細膩的心

季蓉是我們新的生力軍，有護理經驗更快上手，只是對於現在的設備和醫院的醫療資訊系統要花一點時間練習操作，這部分學會了，大致上就沒什麼問題了。而且，我發現她有很適合護理的特質——親切、真誠又熱情。或許是重回臨床，更懂得珍惜吧。雖然我是她的臨床教師，我一邊教，也一邊學習她做得很好的地方，讓我提醒自己的護理初心。

在前兩個月的輔導期，我和她共同照顧一位情緒低落的獨居爺爺，不愛說話，也不信任我們，季蓉就主動坐在病床旁，輕聲細語與爺爺交談，耐心傾聽他的故事，她的真誠讓爺爺感覺被尊重，終於露出了微笑，解除對醫療團隊的防備。出院那天，他緊緊握著我們的手，嘴裡不停地說著感謝。所以我的輔導方式，

是讓她了解她的優點，「發自內心的護病溝通，在護理是無法被替代的，這不僅影響病人的情緒，也對他們的康復過程發揮很大的效益。」護理工作充滿挑戰，但我們每一個小小的善舉都能產生深遠的影響，每天與病人多說幾句鼓勵的話，或是在進行治療前主動詢問他們的感受，並為他們提供心理支持，季蓉在這方面做得很好。

還有一位從加護病房轉出來的病人，看得出來兒子非常擔憂無法勝任照顧工作，我提醒季蓉，我們需要花一些時間教導兒子，一步步看著他執行。出院時兒子特別跟我說要謝謝季蓉的協助，讓他可以孝順媽媽，真的幫了他們家很大的忙，也讓他非常安心。這讓我更深信優秀的護理不僅在於知識和技能，還需要一顆細膩的心。護理師，有時不僅是照顧者，也是病人或家屬在精神方面的支持者和引導者。

沒有不可能　把握當下不放棄

指導季蓉的過程中，我看到前人指導我的痕跡，支持新進人員對護理的熱愛、對病人的關懷，是我的使命感，希望培養更多的護理人才，讓他們在職業生涯中繼續傳遞這分愛與關懷。

算一算我的護理職涯已經二十幾年了，而在 13B 心臟科病房更是十幾年了，「人生無常」、「把握當下」是在我們病房工作最珍貴的體會，所以只要到手的工作，我就會馬上、立刻處理並做到最好，隨時不留遺憾。而病人也教會我——沒有什麼事情是沒有辦法的。過去心臟衰竭無法救治，但現在醫療科技進步到可以心臟移植讓人活下來。這一位四十歲的心臟衰竭病人用樂觀心態來面對他的病，最後裝上人工心臟而繼續活著，而且夫妻一起做公益回饋社會，從他們身上，我學到「不放棄」的精神，只要不放棄，總會有辦法。

對新進護理師的教育也是，即使新人學習慢，做得不夠好，我會提醒臨床學姊，要記得多誇獎、多鼓勵，因為他們一定會愈來愈好。很開心，我把護理工作做成了自己適合的那個樣子，讓學弟妹也感受到護理工作助人的同時又自我實現的價值，因為這也是我的阿長及學姊們教給我的。

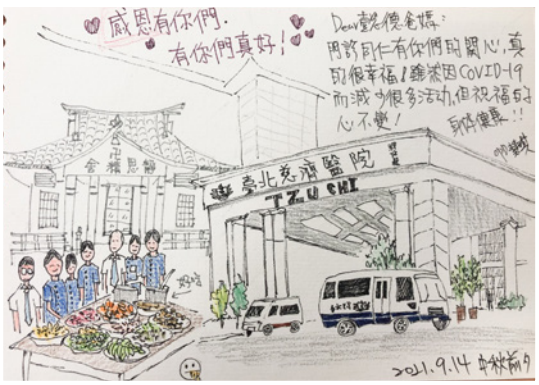
穿梭在門診的堅強後盾

Volunteers Are the Resilient Support Navigating Outpatient Departments

■ 文、圖｜陳宜君 台北慈濟醫院門診護理長

台北慈濟醫院的門診區域，每天有 4,000~5,000 人穿梭在各個診區，其中一定會出現的身影，就是穿著志工背心的醫療志工，而我們門診團隊還有自己的「懿德爸媽」，他們是慈濟志工，也是門診團隊的爸爸媽媽，有些志工爸媽的年紀已經是年輕護理師阿公阿嬤的年紀，但我們總是互相喊著「爸爸、媽媽」及「孩子、寶貝」。雖然懿德爸媽的團隊成員也會更替，但他們愛我們的心始終如一。

台北慈濟醫院門診團隊的懿德爸媽每月為護理師孩子們準備美味餐點，前排右一為月娥媽媽。



將護理同仁親手繪製的卡片送給懿德爸媽；向爸媽道謝。

在每個月的懿德會，爸爸、媽媽總是準備美味、多變化的餐點，走到各診間關心大家，深怕這些孩子們餓著，尤其是離鄉背井工作、人生歷練尚淺的護理師孩子們，為我們在生活中帶來溫暖與支持的力量。

今年是我來到台北慈濟醫院工作的第 15 年，15 年前初來乍到門診時，認識了月娥媽媽，她是當時門診懿德媽媽的窗口，總是笑咪咪的關心著大家，做事情超有效率、心很細，但後來有一天她出現在門診化療室，成為我的病人，讓我一下子受到不小的衝擊，也了解到一直讓我們依靠的志工爸媽，會變老，也可能會生病，幸好我們有能力提供照護，也算小小的回報。月娥媽媽在治療過程中不斷告訴我，她一定會努力到最後，幫上人照顧好醫護人員，雖然月娥媽媽最後沒有成功對抗病魔，但她的精神也提醒了我，上人希望台北慈院的醫療團隊能照顧好大北區的慈濟志工，我想這任務非做不可！門診約有一百二十位護理師，懿德爸媽分成三個家族，有六十位爸媽在照顧我們，我應該是全院最幸福的護理長，有著強大的後盾，不論是同仁家庭遭到變故或同仁生病，任何我需要支援的時刻，總是一通電話，爸爸媽媽就動員起來。

疫情穩定恢復正常生活時，門診護理團隊也到懿德媽媽家相聚。

單位同仁透過視訊電話關心懿德爸媽的健康。

在新冠疫情期間，為了保護懿德爸媽，所以暫停讓志工出入醫院，但爸爸媽媽就是心繫孩子，知道大家必須守在前線維持正常門診的作業、支援COVID疫苗注射或是視訊門診業務，所以他們不畏懼疫情的肆虐，持續關懷同仁，貼心準備健康的補給糧食送到大門口或社服室，單位同仁也透過視訊電話關心懿德爸媽的健康狀況，甚至在中秋團圓的日子親筆繪製及書寫卡片給懿德爸媽。疫情穩定，大家恢復到正常生活時，我們也一同到懿德媽媽家相聚。

感恩在我的工作生涯中有懿德爸媽的陪伴，他們看著我長大，我陪著他們年邁老去。未來，我們仍繼續攜手在這條路上一起成長。感恩每一位志工，因為有你們的陪伴，我們的工作才變得更加有意義。

不要小看病人的潛能

Never Underestimate the Patient's Potential

■ 文｜ 侯悅琳、林謦儀　台北慈濟醫院 15B 病房護理師

「欸！欸！你們有看到那個大哥嗎？我坐在護理站看到他今天已經走了好幾圈耶！」

在台北慈濟醫院 15 B 胸腔內科病房工作兩年有餘，幫病人量血壓、給藥發藥、提供照護是每天的例行工作；病房內大多是長年臥床的長者，偶爾有可以下床的年長病人，會由我們跟照顧者一同將病人挪下床，不論是坐輪椅或杵著拐杖也好，只要病人能走動就會鼓勵多走動，有助於病情恢復，雖然偶爾也有剛下來幾分鐘就嚷嚷著想溜回床上的爺爺、奶奶，但經過鼓勵，還是能了不起的晃過病房幾圈再休息。這樣的風景時常在 15B 病房上演著。

而今天的主角鉅鉅大哥，是在我們的職涯之中一個很特別也令人難忘的病人。

記得那天是某個假日的中午，跟 ICU 學長交班後對鉅鉅大哥有了大致的了解。四十出頭，有多種慢性病，體重 158.6 公斤，因呼吸喘掛急診，置入氣管內管入住加護病房，之後移除氣管內管，使用非侵襲性正壓呼吸器，然後轉出來到我們病房。

至今都難忘，龐大的身軀躺在電動床上，電動床突然間顯得好小。

在協助完鉅鉅大哥翻身換藥、協助擺位後，我們心中縈繞的念頭都是——「糟了，疾病纏身又久未下床，這樣的病人會住到何年何月？能下床復健嗎？」光是協助大哥坐起來或躺著時翻到另一側，他都累得氣喘吁吁，實在是很難想像他有機會復原？復原之路會有多漫長？！

我們找團隊來一起幫忙，首先，物理治療師協助鉅鉅大哥下床及轉位，且運用衛教影片教導看護技巧。協助下床活動後，在護理師陪伴下推輪椅運動增強體力並且說明運動過程中不適症狀的處理。同時，病房區設置的肺復原運動專區方便打卡紀錄，大哥說：「這樣好像在上班，看著一格一格的空白被填滿，還滿有成就感的！」營養師規畫病人餐點，控制飲食來調整血糖及體重。最後，大哥因診

斷為呼吸睡眠中止症，需長期使用非侵襲性正壓呼吸器，呼吸治療師教導呼吸運動及機器的操作。

在團隊的通力合作下，現實很快推翻了我們的想法——我們實在是太小看病人的潛能了！

過了約莫一兩週，看見鉅鉅大哥在病房走道出現，以緩慢卻堅定的步伐，推著輪椅慢慢走，是很令人感動與驚喜的一件事情。

之後與大哥聊天，得知了他想要努力恢復健康，不想給家人帶來負擔，想要重回日常生活軌道的心情。在病房團隊與各職類人員的努力之下，大哥從一開始氣喘吁吁到能從容的扶著輪椅慢慢繞病房十來圈；我們都知道，大哥快要可以回家了。大哥的體重入院時 158.6 公斤，出院前量是 125 公斤，竟然減重了 33 公斤。

出院前，出院準備護理師協助轉介居家呼吸照護所，協助返家後居家照護注意事項。出院後，單位護理長及學姊也一起到家中關心大哥，確認照護有從院內延續到居家。大哥表示：「家人的督促是我持續的動力，謝謝你們的照顧。」

有時候，我們總是自詡對於病人的病程很了解，工作內容看似一成不變，不知不覺限制了我們對生命的想像。原來，家人的關心與愛，和病人自己不放棄的精神，完全能夠激發潛能，幫助病人擺脫疾病糾纏，讓生命再次充滿能量。

不用自己背負一切

You Don't Have to Carry Everything Alone

■ 文｜鄧雅云　台北慈濟醫院心蓮病房護理師

想不到我進入臨床工作也超過一年了，從第一天到超過四百天的日子，感謝每一個照顧過的病人和家屬。我尤其記得通過試用期剛獨立那時照顧的奶奶和她的女兒。

奶奶失智，女兒是主要照顧者，她不止要照顧媽媽，還要照顧因憂鬱、喝酒、足不出戶的兄弟，種種原因讓她將媽媽安排住在機構。奶奶常因發燒反覆進出醫院，後來又在機構感染疥瘡、有大面積壓傷，甚至需戴呼吸器，讓她的女兒十分難過，也很迷茫到底怎麼做才是對媽媽最好的選擇？在原本的病房接受安寧諮詢後，她決定讓媽媽接受安寧療護，入住我們心蓮病房，這是我與奶奶認識的開端。

在一次與女兒談話時得知她為媽媽做出安寧的決定，還被其他家屬質疑。奶奶在心蓮病房一段時間後，女兒有一天含著淚對我們說，想讓奶奶斷食善終。我想她應該也做了很多相關的功課，才跟我們提出這樣的想法。

斷食善終，簡單的說，是病人有意識地拒絕進食或飲水，身體漸漸虛弱以致最終死亡的行為；斷食善終不是安樂死，家屬可能會被外人誤會是要讓病人餓死，雖然在醫學倫理或是宗教上還是有很多爭議，但是安寧療護團隊會依據因每位末期病人的疾病、家庭、宗教信仰、情緒反應等等，給予個別性的建議，同時也尊重病人及家屬的決定。主治醫師評估繼續管灌餵食會造成奶奶呼吸喘、水腫等症狀更加嚴重，會讓奶奶更痛苦，所以我們請心理師及宗教師給予女兒關懷，傾聽她的愧疚及自責等感受，最後一起做出對病人最好的決定。

大部分的末期病人及他們的家屬，可能都會出現「獨自一人背負一切」的感覺，我希望透過安寧療護的過程告訴他們：「你／妳，不是一個人！若人生是場馬拉松，當你跑到很累很喘，腳再也動不了，甚至跌倒在地了，我們會牽起你的手，陪你一起到終點。」在心蓮病房，醫療團隊會隨時評估與監測，透過不停討論及調整藥物、氧氣，善用輔助療法來減緩病人痛苦，像奶奶因為四肢水腫，我和學姊一起在床邊幫她用精油按摩，過程中即使沒有說話，雙手的溫度也傳達出溫暖的能量。如果家屬在，我們也會教導如何按摩，往後他們也能自己幫病人按摩，這些片段或許也能成為他們珍藏心中的美好記憶。

奶奶在即將出院時，血壓開始不穩定，漸漸出現瀕死徵象，幾天後在家人的陪伴下，平靜的安然逝去。

說再見很困難，應該沒有人能習慣面對死亡和離別，但我們可以珍惜還在這世上的每時每刻，好好的向愛的人說對不起、謝謝你、我愛你、再見。無論何時，你都可以輕輕撫摸你愛的人的眉頭，握著他的手，讓你的感受、他的感受在彼此間流淌，這些都是重要且有意義的。奶奶的女兒在我們的陪伴下，好好和自己的母親完成「四道人生」；雖然我們無法將失去親人的傷痕撫平，但相信愛已經化為能量，讓家屬有勇氣含著淚繼續向前走，直到再相遇的那天。

攝影／劉鴻榮

靈安護理
末期病人治療性照護

Namaste Care:
Therapeutic Care Approach Towards the End of Life

■ 講者｜洪成福博士 新加坡理工學院健康與社會科學系講師

“洪成福博士演講分享關於「靈安護理」的概念、原則、執行方法；「靈安護理」強調創造舒適的環境、使用充滿愛的觸摸方法，以及進行有意義活動的重要性，幫助生命末期病人也能過著好生活。”

「靈安護理」計畫緣起

喬伊斯 · 西馬爾(Joyce Simard)是一位擁有社會工作碩士學位的社工，她於2003年在美國佛蒙特州的失智照護單位工作時，開創了靈安護理。她的方法源於一個重要的觀察：傳統的失智照護往往優先考慮醫療管理——處理梳洗和營養等身體需求，而忽視了晚期失智症患者的整體生活體驗。她開始提出一個根本性的問題：即使病人打理得整潔、吃得飽，他們真正的生活品質如何？基於這個探究，Simard致力於開發以「社交、情感和心理」福祉為中心的照護方式來提升住民的生活品質，特別是那些接近生命末期的人。因此，靈安護理優先考慮有意義的感官刺激、人性化的觸摸和令人平靜的個性化環境，為可能無法用言語表達的人創造連結和寧靜的時刻。透過這種方法，Simard的靈安護理重新定義了失智照護，強調尊嚴、臨在和同理心，並已成為國際認可的晚期失智症患者支持模式。

靈安護理計畫：感官刺激、社交互動、環境調整

針對中度至重度失智症患者的以人為本的照護方式是一種全面且富有同理心的方法，優先考慮每個人的獨特需求和偏好。這種方法整合了感官刺激，如音樂治療、芳香療法和觸覺體驗，以喚醒感官並提升整體福祉。社交互動是一個關鍵組成部分，透過團體遊戲、說故事和家庭探訪等活動，培養情感支持並維持社交技能。環境調整也很重要，包括調整生活空間以減少混亂並促進獨立性，例如清晰的指示標誌、固定的日常作息和良好的照明。

根據個人興趣和能力量身定制的有意義活動對於維持其目標感和快樂至關重要。這些活動可以包括園藝、藝術項目或他們喜歡且能夠完成的簡單家務。充滿愛的觸摸，如牽手、輕柔按摩或擁抱，在傳達關懷和安慰方面發揮重要作用，有助於減少孤立感和焦慮。營造寧靜和溫馨的環境至關重要，個性化的生活空間應包含反映個人生命故事和偏好的熟悉物品、照片和裝飾。

整體而言，以人為本的照護目標是尊重和培養每個人的身分認同和精神，確保他們在支持和充滿愛的環境中感受到被重視和尊重。這種方法不僅提升了失智症患者的生活品質，也為照顧者提供了更有成就感和意義的經驗。透過關注個人的整體福祉，以人為本的照護培養尊嚴、目標感和連結，為他們的生活帶來重要的正面影響。

靈安護理提升末期病人的生活品質

靈安護理計畫專為社交互動減少、疼痛、恐懼和抑鬱感的失智病人或末期病人設計；透過在促進放鬆的平靜環境中提供有意義的互動和情感慰藉，顯著改善個人的整體生活品質。

靈安護理運用各種感官介入來實現其目標。這些介入包括輕柔的觸摸、舒緩的音樂、芳香療法和視覺刺激，這些都有助於分散注意力減輕疼痛並提供放鬆。靈安護理計畫強調創造一個讓個人感到安全和被關愛的寧靜支持性氛圍的重要性。

靈安護理專注於感官體驗，有助於緩解身體不適和情緒困擾。靈安護理計畫鼓勵照顧者透過富有同理心的觸摸和符合其偏好和生命歷程的個性化活動與個人互動。這種方法不僅有助於減少孤立感和焦慮，還能培養連結感和尊嚴。

總的來說，靈安護理是一種全人的方法，關注末期病人的身體、情感和社交需求。它旨在透過提供充滿愛、尊重和有意義參與的培育環境來提升他們的生活品質。

靈安護理的核心要素

1. 舒適的環境：

創造舒適的環境是靈安護理中的重要元素。這包括確保社交群體中他人的存在，有助於培養社區感和歸屬感。優先考慮舒適度和疼痛管理，以緩解身體不適並提升整體福祉。透過芳香療法、舒緩音樂和觸覺體驗等活動來刺激五感，這些可以提供放鬆並分散疼痛的注意力。提供食物點心和確保適當的水分攝入也很重要，因為這些都有助於個人的舒適感和愉悅感。讓個人能夠做自己是一個關鍵原則，允許他們自由表達自己的身分認同和偏好。鼓勵家庭會面和參與以維持強大的連結和支持網絡。此外，將個人的生命故事融入照護實踐中有助於尊重他們的個人歷史和經驗，使照護更加個性化和有意義。

2. 充滿愛的觸摸方法：

靈安護理中的充滿愛的觸摸方法強調透過個人照護進行有意義活動的重要性。這包括讓個人參與符合其興趣和能力的活動，提供目標感和快樂。充滿愛的觸摸，如輕柔按摩、牽手和擁抱，用來傳達關懷和安慰，減少孤立感和焦慮。透過專注於個性化和富有同理心的互動，充滿愛的觸摸方法幫助創造一個培育和支持的環境，讓個人感受到被重視和受到尊重。

靈安護理的核心要素共同作用，以提升末期病人的生活品質。透過創造舒適的環境和運用充滿愛的觸摸方法，靈安護理提供全人的支持，關注每個人的身體、情感和社交需求。這種全面的方法確保個人在生命的最後階段感受到被關懷、被連結和受到尊重。

靈安護理的執行

1. 創造平靜、舒適的環境

創造根據個人偏好和需求量身定制的舒緩和個性化環境。以下是需要考慮的關鍵要素：

- 照明：確保房間安靜且有充足的照明。柔和的環境光線可以營造平靜的氛圍，減少焦慮並促進放鬆。
- 顏色偏好：使用病人喜歡的窗簾、牆壁和屏風顏色。熟悉和喜愛的顏色可以提供舒適感和熟悉感，提升整體環境。
- 適當的家具：提供舒適的家具，如高背椅和舒適的毯子。如果病人臥床，確保床鋪舒適且具支撐性。這些調整有助於創造舒適和溫馨的空間。
- 音樂：了解病人的音樂偏好，無論是輕音樂還是特定類型。音樂可以喚起正面回憶，改善心情，促進參與。播放他們喜愛的曲調可以使環境更愉悅和舒適。
- 香氣：使用薰衣草或檸檬香蜂草等精油為房間增添香氣，這些都以具有安撫特性而聞名。重要的是要檢查病人喜歡或不喜歡哪些香氣，以確保環境對他們來說是愉悅和舒緩的。

執行靈安照護 - 營造平靜、舒適的環境

光線	舒適的家具
· 安靜且充足光線 · 窗簾、牆壁、屏風等用病人喜歡的顏色	· 提供舒適的高背椅和毛毯 · 可以在床上進行
音樂	**香味**
· 了解病人喜歡或不喜歡什麼類型的音樂，比如輕音樂 · 音樂可以觸發記憶、改善情緒並促進參與	· 用薰衣草或檸檬香脂等精油為房間或空間增添香味 · 了解病人喜歡或不喜歡什麼類型的氣味

2. 以充滿愛的觸摸方式進行互動和有意義的活動

- 歡迎病人進入房間或空間：病人一進入房間或空間就開始多感官活動。握住他們的手，協助他們舒適地坐在椅子上。握著他們的手時，透過交談或分享連結的時刻與他們進行社交互動。這種初始互動營造積極的氛圍，幫助病人感受到被歡迎和被關懷。
- 準備食物和飲品：提供病人喜歡的食物和飲品。這不僅刺激他們的視覺、嗅覺和味覺，還提供補充水分的機會。準備和呈現食物可以是一種舒適和熟悉的體驗，提升他們的整體福祉。
- 充滿愛的觸摸的力量：運用觸摸來傳達關懷和安慰。包括握住病人的手、提供手部按摩或輕柔地梳理他們的頭髮。這些簡單但有意義的動作可以帶來愉悅感，並有助於減少孤立感和焦慮。觸摸是創造連結感和安全感的強大工具。

改良版靈安護理：簡化策略以增進舒適感和連結

當無法完整執行靈安護理計畫時，改良版靈安護理為末期病人提供了簡化的方法來提供舒適感和連結。這種方法著重於創造舒緩環境、進行有意義的互動，以及運用感官刺激來提升福祉等關鍵要素。簡單的策略包括熱情地歡迎病人、準備他們喜愛的食物和飲品來刺激感官，以及使用輕柔的觸摸，如牽手或按摩來傳達關懷和安慰。這些簡化的策略確保即使在資源有限的情況下，個人也能獲得富有同理心和個性化的照護，以改善他們的生活品質。

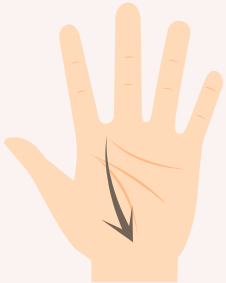
例如，它強調使用感官刺激，如舒緩的音樂、輕柔的觸摸或芳香療法，以舒適和有意義的方式與病人互動。透過輕聲說話、保持眼神接觸和保持臨在等簡單動作來個性化互動，可以對他們的福祉產生重大影響。家庭參與也很重要，讓家庭成員透過牽手、閱讀喜愛的書籍或分享舒適的點心等活動來提供安慰和熟悉感，可以增強個人的連結感和支持感。

從手部按摩開始，生命終點前也要活得好

在生命的終點不僅僅是關於死亡，更多的是關於我們如何幫助一個人「活得好」。護理人員簡單的牽著病人的手、看著他們，病人就很開心，這樣的「存在」是非常有力量的。這種舒適感，是因為我們帶來的是一種人性化的接觸。護理人

員提供手部按摩是最方便也最能安撫病人的方法，我們可以請對方舒適地坐著，手放鬆。治療者先在自己的手上擠出少量乳液，搓熱雙手變溫暖。接下來是執行手部按摩手，手部按摩共分四個步驟：

操作指引

第一步	從手掌開始	以畫圓圈方式輕柔地按摩手掌，約 10 到 15 次，不能太用力，以免讓對方覺得不舒服。	
第二步	按摩 每一個指頭	從小指或拇指開始都可以，從手指的根部開始按摩，以逆時針方向一直到指尖，然後換其他手指。	
第三步	專注於 手腕和手掌	從指尖的根部開始按摩，輕輕地向下到手腕，務必讓接受按摩的人感到舒適，約 10 到 15 次。	
第四步	用輕柔的 動作結束按摩	按摩手背，從手指的根部開始一直到前臂。	

對於醫護人員來說，我們工作的目的不是僅僅做功能性的照護，而是真正地為病人而存在，根據他們的需求做正確的事情；所以靈安護理計畫，可以提高護理人員的工作滿意度。而對於病人的家人，靈安護理讓他們也能參與到照護決策及實際的照護，也能讓他們更加安心放心。

靈安護理計畫的效益

對病人而言：靈安護理計畫能顯著減輕病人的行為症狀和疼痛。它幫助病人達到更高的環境覺察度和參與度，培養舒適感和幸福感。運用感官刺激和個性化互動確保病人感受到被重視和被關懷，提升整體生活品質。

對醫護人員而言：醫護人員在執行靈安護理時也能體驗到正面成果。該計畫提供目標感和更高的工作滿意度，因為它讓員工能專注於「存在」而非「做事」。這種轉向更以人為本的照護方式培養與病人更深層的連結，提升照護體驗，使其更有成就感和意義。

對家屬而言：靈安護理鼓勵家屬參與照護，這與將家庭關係置於中心的亞洲家庭價值觀相符。這種參與增進了家屬與醫護人員的互動，創造合作和支持的環境。家屬可以參與簡單的活動，如牽手、閱讀喜愛的書籍或分享舒適的點心，這強化了他們與病人的連結，並提供情感支持。(2024.09.07 護理國際照護研討會 ・ 整理／黃秋惠、王淑貞）

參考文獻：

Ali, N., Tan, C. N., Kang, J., Chew, A. P., Caroline, C., Lee, M., & Lim, W. S. (2020). Bridging biomedical and person-centered care approaches via namaste care with family participation: An Asian experience in advanced dementia treatment. *OBM Geriatrics, 4*(4). https://doi.org/10.21926/obm.geriatr.2004140

Bray, J., Brooker, D. J., & Garabedian, C. (2020). What is the evidence for the activities of namaste care? A rapid assessment review. *Dementia, 20*(1), 247-272. https://doi.org/10.1177/1471301219878299

Froggatt, K., Patel, S., Perez Algorta, G., Bunn, F., Burnside, G., Coast, J., Dunleavy, L., Goodman, C., Hardwick, B., Kinley, J., Preston, N. J., & Walshe, C. (2018). Namaste care in nursing care homes for people with advanced dementia: protocol for a feasibility randomised controlled trial. *BMJ Open, 8*(11), e026531. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026531

Latham, I., Brooker, D., Bray, J., Jacobson-Wright, N., & Frost, F. (2020). The impact of implementing a namaste care intervention in UK care homes for people living with advanced dementia, staff and families. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(16), 1 – 24. https://doi.org/10.3390/ijerph17166004

演講者個人簡介

Dr. Seng Hock Martin Ang 洪成福博士在急症護理、家居護理和高等教育領域擁有豐富的工作經驗。他的研究興趣包括臨終關懷中的溝通，以及探討家庭照顧者在家中照顧末期癌症病人的生活經歷。洪成福博士的專業領域包括：外科護理、研究以及教育與學習。

學歷：

澳洲南昆士蘭大學博士
新加坡國立大學教學研究生證書
英國曼徹斯特大學照護理學士
美國哈佛大學高等教育育學證書

經歷：

新加坡理工學院 (Singapore Institute of Technology) 護理系講師
李光前醫學院 ((Lee Kong Chian School of Medicine) 臨床輔導員
澳洲高等教育研究與發展協會 (HERDSA) 副研究員
澳洲艾迪斯科文大學 (Edith Cowen University in Australia) 榮譽兼任講師

Smaling, H. J. A., Francke, A. L., Achterberg, W. P., Joling, K. J., & van der Steen, J. T. (2023). The perceived impact of the namaste care family program on nursing home residents with dementia, staff, and family caregivers: A qualitative study. *Journal of Palliative Care, 38*(2), 143 - 151. https://doi.org/10.1177/08258597221129739

Stacpoole, M., Hockley, J., Thompsell, A., Simard, J., & Volicer, L. (2015). The Namaste care programme can reduce behavioural symptoms in care home residents with advanced dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 30*(7), 702-709. https://doi.org/1002/gps.4211

Yous, M. L., Hunter, P. v., Coker, E., Fisher, K. A., Nicula, M., Kazmie, N., Bello-Haas, V. D., Hadjistavropoulos, T., McAiney, C., Thompson, G., & Kaasalainen, S. (2023). Feasibility and effects of namaste care for persons with advanced dementia in Canadian long-term care homes. *Journal of the American Medical Directors Association, 24*(9), 1433-1438.e5. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2023.04.031

好好說再見 噩夢不再現

Say Goodbye Gently, Nightmares Fade Away

■ 文｜ 虞秀紅　台北慈濟醫院安寧共照護理師

「藍天白雲，公園裡歡聲笑語，搖曳的盪鞦韆，輕快的蹺蹺板，飛翔的溜滑梯，燦爛繽紛的彩色世界。媽媽，媽媽呢？一時間，天空灰暗，四周悄然無聲，媽媽？媽媽呢？無助、無望，哇哇大哭，怎麼辦？無盡無邊的茫然迷霧包圍了過來……」又做夢了，這樣的夢境，反反覆覆出現。

會走入護理，是因為大學聯考後填錯志願。嬌生慣養的我，要做護理師，不只我傻眼，家人、朋友和同學都傻眼了。但是大一見習時，感受到護理師的魅力，能讓病童乖乖配合打針，不哭鬧。也許，我可以好好認識護理這個行業，護理可以讓我養得活自己，不失業，未來我可以去世界各國做護理人員，成就我想環遊世界的美夢！年輕的我自己心裡這樣盤算著。

大學畢業走入臨床，護理工作對當時的我來說是「雞肋」般的存在，食之無味、棄之可惜！我的實習成績很好，因為我很愛我的病人，從老到小，我認真走入每個病人的生命，當導師說我的實習成績是全班第三名時，我嚇到了，也因此有機會留在學校當護理助教。助教三年期間，我與老師、學弟妹交流，真正認同護理，希望能夠讓護理專業得到更多人的認同與肯定，幫助到更多病人與家屬。

記得第一次聽到趙可式老師的演講後，我就決定要學習安寧療護。母親在我十歲時因為胃癌往生，年幼的我沒有好好跟母親說再見，一想到母親，就想到她愁苦的臉，欲言又止地看著我的樣

貌。童年時母親對我無微不至的照顧，全然的包容與接受，我覺得，冥冥中會走入護理，應該是要把母親給我的愛，好好地傳下去吧！

轉眼已經從事護理工作 26 年了，後面這 18 年來更是投入在安寧護理領域，帶給我很多成長與感動。我深切感受到護理是一種修行，曾經我也愛「比較、計較」，覺得不公平不正義，但是走入安寧後，我真心覺得身心靈的平安是無價寶，安寧共同照護護理師的角色，能夠幫助很多無助的病人與家屬，在人生最後一哩路，協助他們生死兩相安，不要有遺憾。好好地說再見，真得很重要，讓往生者沒有牽掛，讓遺族能夠勇敢面對生活。

記得幾個月前有一天下班前，病房護理師來電：「學姊，留先生在 16:30 往生了，他太太將您借給童童的彩色筆還了回來，您明天有過來時，記得來拿喔！」好快呀！我驚訝，但細想又在意料當中。因為留先生早已出現瀕死徵象，撐著他的是對於妻女的不捨，我說明引導之後，留先生與太太互相道謝、道歉、道愛、道別，而對於他們的女兒，五歲的童童，則透過影片與繪畫引導，讓孩子也了解，與爸爸說愛說再見。留先生說他沒有牽掛，因緣聚足，圓滿了。

回想是前一天病房團隊照會安寧團隊，於是我們到病房去探視，與太太討論。陳醫師建議安寧共同照護，停掉留先生的點滴、抗生素，讓病程順其自然。我與留太太會談時，她說先生受苦夠久了，捨不得，進一步評估，原來是五歲的女兒表現出抗拒，不想面對爸爸，我的意見是還是要讓孩子了解，若不早一點談，等爸爸離世了，她長大會後悔，沒來得及說再見。

所以隔一天我就陪著留太太與女兒童童一起看〈媽媽的臉〉(一部真實故事改編、臺灣自製的安寧動畫)，媽媽一直哭，孩子反而很堅強，看完影片後小腦袋瓜若有所思，接著畫圖送給爸爸。童童畫了一張全家福，畫了自己的手和媽媽的手，也畫了爸爸的手，讓一家三口的手能緊緊牽在一起。畫完圖畫後，詢問童童「要回家還是要去陪爸爸？」過往抗拒現實的童童，肯定地說：「要和爸爸、媽媽在一起。」過了幾天，留太太到醫院來，說要謝謝我，她說心中還是很難過，但是公公婆婆與大哥大嫂都能幫忙處理後事，童童目前生活作息表現都很正常，她們會一起說心事。她很感謝我們能夠幫助童童了解，爸爸是去當天使了，在最後有跟爸爸相處，好好說再見。

那天我 25 年不見的大學同學突然邀請我參加佛教放水燈活動。到了現場我才知道，這個活動是把對於離世親人的思念寫在水燈上面，我寫出想對媽媽說的話，彌補我來不及跟媽媽好好說再見的遺憾。我相信她一定可以感受到我對她的思念、祝福與深深的愛。未來我夢裡的母親，一定是快樂滿足的笑臉。好好說再見，不會再出現噩夢了！

身為安寧共照護理師 ，我走入病人及家屬的生命，也滋養了我的心靈，療癒了我的遺憾。

回首護理來時路 我很幸福

Looking Back on Nursing's Path, I Feel Blessed

■ 文｜ 楊婕翎　台北慈濟醫院外科加護病房副護理長

國中考基測前，我就決定好志向，沒有第二，只有第一，那就是五專「護理科」！不過這個小小的護理種子到底是在什麼時候開始萌芽的，老實說我也不清楚，但選讀護理科的決定卻很堅定。我沒和任何人討論過，甚至是我的父母親，直到投入臨床工作後，母親在一次聊天過程中笑著說：「當初國中老師還為此打電話到家裡來，說明明可以推甄景美女中的成績，怎麼推到五專去了？」雖然我知道他們當下一定也很不知所措，不過……感謝父母親尊重我的決定。在 7 年的護理養成教育裡，雖然不是那麼容易，但也沒有因此放棄。

畢業後一個月就被通知錄取內科加護病房，看似非常的順利，卻在第二個月的某天與父親用餐時，我哭著說：「爸，我不要去上班了，好累，我壓力好大。」當下父親看著我說：「那無想欲去上班，就莫去啊！」，沒有安慰，簡潔有力的站在我這邊！讓我當晚睡了飽飽一覺，隔天照樣認分上班去了。就這樣，我的護理生涯延續到現在，很奇妙吧。

雖然我也曾兼職特別護士，短暫轉換到健檢機構，擔任腸胃鏡技師，到醫美診所，不同屬性的地方跳來跳去落差甚大，不過調整心態歸零再學習，對於我是很好的方法，使我每每都可以找到其中的樂趣開心上班。但說到底我還是最喜歡臨床、尤其加護病房，喜歡挑戰，更喜歡看到病人床邊的儀器一天天變少、病況好轉的成就感，也喜歡大家同心協力快速處理病人狀況，並且看到病人脫離危險的那種團隊合作的氣氛，真的很棒！

不管在什麼工作崗位，從新人到現在是輔導學弟妹的學姊，我都需要不斷地學習，學習創造好的工

作環境、更新的儀器設備、團隊間溝通協調、擔任臨床教師、行政業務等等，學習過程中我要感謝的人真的太多了，尤其感恩被我帶過的學弟妹，因為要把他們帶在身邊到讓他們獨立工作，我常常不斷的反思，不管是學理、技術、照護流程、還是對單位環境的熟悉度等等，要如何手把手的交給他們，他們才有辦法吸收和應用，所以我常和學弟妹講：「雖然是我帶你們，但我們都是一起在學習的，一起加油嘿！」

在加護單位快步調及繁忙的護理工作裡，用「心」照顧每位病人並不容易。記得有一次在會客前幫一位創傷後昏迷病人把滿臉鬍渣刮乾淨，傷口重新消毒覆蓋，幫他把臉、頭髮等所有還留有血漬的地方都擦乾淨，幫他翻身，讓他胸前抱個枕頭，其實這些都是我們常規的護理工作，但會客時間到時，病人太太一直謝謝我，因為病人看起來很舒服，而且很乾淨清爽，孩子不會害怕，肯摸爸爸的手和他說話了！雖然這位病人當晚就離世了，但我很開心他們有機會好好道別！還有一次與呼吸照護病房護理長克服萬難，尤其是調整病人的氧氣設備，只為了要讓恩愛的老夫妻再上見一面，雖動用許多人力，但看到爺爺牽著奶奶的手，家人感動沒有遺憾的畫面就覺得非常感動！就像南丁格爾所說：「護理是一門科學，也是一門照護的藝術」，謝謝當初我的決定，在護理的道路上我很幸福。

這些年，手術室教會我的事

The Things the Operating Room Taught Me Over the Years

■ 文｜吳至軒　台北慈濟醫院手術室副護理長

我是外婆帶大的，從小不喜歡讀書，家裡希望我能有一技之長及穩定的職業，也因此我選擇了護理職業。高職時期，對未來沒有太多想法，直到進入手術房後，才真正發現自己對這個領域的興趣。

身為一名手術室的護理師，我主要負責協助醫師進行手術，節奏非常緊張，尤其是在面對複雜的手術時，每個環節都必須精準無誤。這份工作不僅需要專業的技術，還需要強大的心理素質，手術過程中一個小小的錯誤，都可能對病人的生命安全產生重大影響，因此，我時刻提醒自己要謹慎、細心，這樣的過程扎實地磨練了我的意志。

我的學習過程並非一帆風順，剛開始的幾年我常常手忙腳亂，每位醫師的要求和手術方式各異，需要我們隨時保持靈活和應變能力。幸運的是，我遇到幾位非常好的老師和前輩，他們耐心指導我，逐步幫助我成長為獨當一面的手術室護理師。每次完成手術，看到病人安全離開手術室時，我內心總有升起一股成就感，成就

感的累積支持我在護理路上走得更長遠。

隨著經驗的累積，我承擔管理職務，成為手術室的副護理長，在溝通技巧、表達能力及領導統御各方面出現更多挑戰，但是也獲得豐碩的成長。其中，推動及落實醫療團隊資源管理（TRM），像是「Brief 事前簡報」、「Huddle 問題討論」及「Debrief 事後檢討」三大領導策略及技巧，都能讓團隊更清楚目標，提升彼此的默契及良性互動，並共同完成目標。尤其，手術室是一個高強度壓力的環境，也是一個最能展現團隊合作精神的場所，大家的目標只有一個——確保手術成功。像是當急診手術的指令一下達，醫療團隊必須在有限的時間內完成準備，分秒必爭；唯有團結才能戰勝時間，拯救生命，因此不需要多餘的指令，從準備器械、病人擺位、消毒到協助醫師進行操作等程序，每個人都各司其職，全神貫注，一心只想著「救人」。

此外，當器官捐贈進行時，手術室彷彿又進入一場對生命的告別禮，既莊嚴又充滿愛意。當大愛捐贈者被送進手術室時，所有人肅立兩旁，心中道著感謝與敬佩。包括心血管外科、消化外科、泌尿外科及一般外科等醫療團隊，齊心協力地

台北慈濟醫院手術室男護理師群合影，
前排左三為吳至軒。

完成器官摘取與移植的工作。每一位參與者，不論是資深的專科醫師或是剛入職的護理師學弟妹，心中都充滿對生命的敬畏與感動。這些時刻，正是團隊精神的最佳詮釋，也讓我有更深層的體悟。

每一場手術結束後，除了開會檢討手術中的問題及改進要點，我也會請大家提出近期遇到的困難或是分享感受，藉此放鬆緊繃高壓的情緒。無形之間，TRM 似乎從冰冷的理論轉化為一種溫暖的力量，系統性地實踐團結、默契與愛，使得手術室護理師的工作變得充滿溫度。

回顧在手術室的職涯，雖然一路上充滿了挑戰與成長，但是無論面對何種困難，只要保持願意學習的熱情及初衷，就一定能在這個領域中找到屬於自己的位置，體會到這份職業的價值。過程中學習到的工作態度、解決問題的方式及心態等等，都是滋養個人生命的養分，我也樂於幫助有志成為手術室護理師的學弟妹，並肩共行護理之路。

TZU CHI NURSING JOURNAL

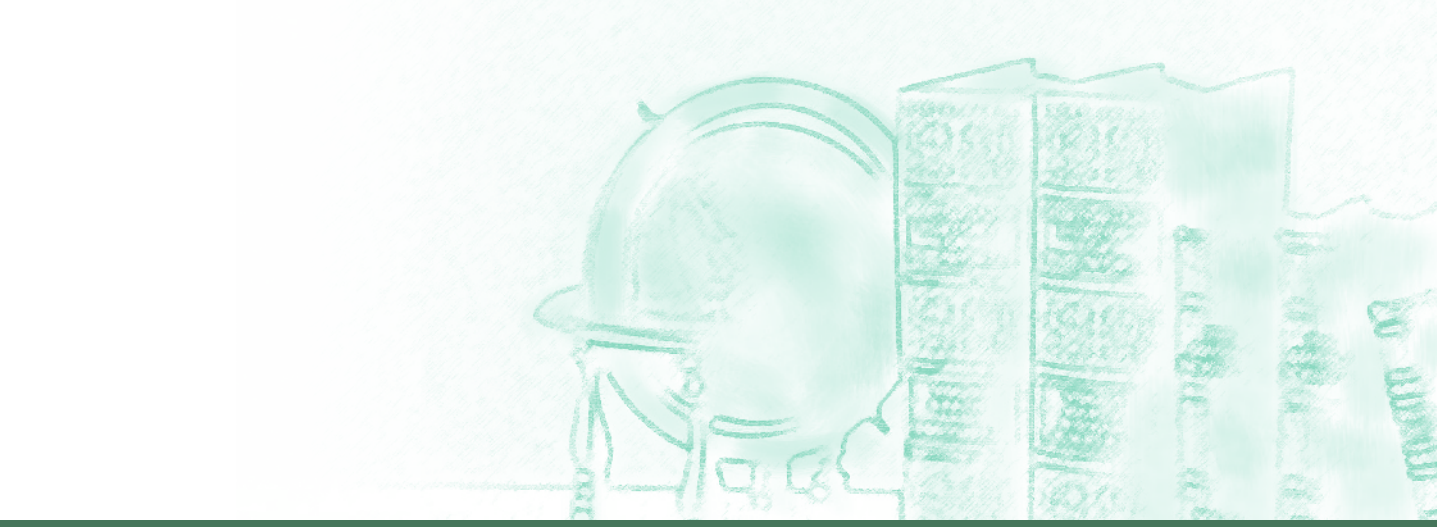
Research Articles

VOLUME 23 NUMBER 6
DECEMBER 2024

志為護理

學術論文

2024 年 12 月 第二十三卷 第六期
慈濟護理人文與科學



目錄 Contents

77 提升單位護理人員執行睡眠呼吸中止症術後口腔照護完整性專案

/ 林均美、林雅卉、蘇芳儂、洪嫦巧

Improved the Integrity of Executing the Oral Care by Nurse For Sleep Apnea Surgery Patient

/Chun-Mei Lin, Ya-Hui Lin, Fang-Nong Su, Chang-Qiao Hong

89 提升護理人員執行母嬰即刻肌膚接觸照護完整率

/ 林佳蓉、林玉雯、鄧雅芳、陳雅芳

Improving the Completion Rate of Immediate Skin-to-Skin Contact Care by Nursing for Mothers and Infants

/Chia-Jung Lin, Yu-Wen Lin, Ya-Fang Teng, Ya-Fang Chen

100 血液透析之糖尿病人合併慢性傷口照護經驗

/ 邱靜怡、黃惠珠

Nursing Experience of a Hemodialysis Patient with Diabetes and Chronic Wounds

/Ching-I Chiu, Hui-Chu Huang

110 照顧一位乳癌患者接受手術後傷口感染個案之護理經驗

/ 潘宋瑜、葉惠玲、歐軒如

Nursing Experience of a Post-Surgery Breast Cancer Patient with Wound Infection

/Sung-Yu Pan, Hui-Ling Yeh, Syuan-Ru Ou

119 一位遭感染愛滋病家人咬傷之門診照護經驗

/ 潘姵君、謝佳吟

The Outpatient Care Experience of a Women Bitten by Her Family Infected with HIV

/Pei-Chun Pan, Chia-Yin Hsieh

TZU CHI NURSING JOURNAL

Honorary Publisher Dharma Master Cheng Yen
Honorary Consultants Duan-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

提升單位護理人員執行睡眠呼吸中止症術後口腔照護完整性專案

林均美[1]、林雅卉[2]、蘇芳儂[2]、洪嫦巧[3]

中文摘要

本專案為提升護理人員執行呼吸中止症術後口腔照護完整性專案。調查護理人員執行術後口腔照護完整性62.5%，原因：無呼吸中止症術後口腔照護照護指引導致術後口腔照護衛教內容不一致備物易遺漏、教育訓練課程規劃不完整無相關稽核表、無合適衛教資料。介入：擬定呼吸中止症術後口腔照護指引及查核監控機制、定期在職教育及實務訓練、設置口腔照護包、張貼呼吸中止症及口腔照護海報。實施後護理人員執行口腔照護完整性自62.5%提升至95%，有效提升人員執行術後口腔照護完整性及改善照護品質。(志為護理，2024; 23:6, 77-88)

關鍵詞：睡眠呼吸中止症術後、口腔照護、完整性

前 言

阻塞型睡眠呼吸中止症(obstructive sleep apnea, OSA)為嚴重睡眠障礙影響健康疾病，長期未接受有效治療容易併發心血管或腦血管疾病並增加死亡率(林等，2020；楊濡瑄、鄭，2016)。治療方式以正壓呼吸器為主，若接受度及配合度不佳，手術為最佳選擇(吳元盛，2018；楊濡瑄、鄭，2016)。此傷口多在口咽，術後口腔照護為重要一環，良好照護減輕炎症反應促進癒合，減少異味及疼痛增進舒適(黃等，2017)。

本病房為耳鼻喉科病房，曾有病患術後未確實口腔護理，口咽傷口紅腫疼痛癒合不佳裂開，造成大量出血休克，急救後轉加護病房延長住院天數；亦有病人出院後未落實口腔護理，口咽傷口劇

嘉義長庚醫院耳鼻喉科專科護理師[1]、嘉義長庚醫院護理師[2]、長庚科技大學嘉義分部護理研究所教授[3]
接受刊載：2024 年 5 月 7 日
通訊作者地址：林均美　嘉義縣朴子市嘉朴路西段6號
電話：886-5-362-1000 #3365　電子信箱：s544652@cgmh.org.tw

烈疼痛掛急診，發現傷口紅腫裂開，導致14天內再入院放鼻胃管灌食。詢問病患及家屬表示護理師未告知出院仍須口腔護理，不瞭解重要性，激發推行專案動機。期許本專案推行，提升人員執行呼吸中止症術後口腔照護完整性，病人術後及返家能夠完整執行口腔照護維持口腔清潔，建立良好生活品質。

現況分析

一、單位簡介

本單位為耳鼻喉科專科病房，因院方調整於2020年成立，總床數48床共18名護理人員(不含護理長及專師)，N職級2人佔11.1%，N1職級 2人佔 11.1%，N2職級6人佔33.3%，N3職級5人佔27.8%，N4職級3人佔16.7%。人員耳鼻喉科年資皆不到一年。調查2020年1到12月耳鼻喉科平均佔床率約70%，呼吸中止症住院每月佔床率約21.6%，每月平均住院天數6.94天。

二、呼吸中止症口腔照護流程及相關說明

為了解人員呼吸中止症術後口腔照護情形，由二位病房護理師及一位耳鼻喉科專師成立專案小組，於2021年03月21日至03月31日，觀察16位人員(已扣除2位小組成員)執行呼吸中止症口腔照護指導，新病人提供入院護理、環境介紹，手術前後指導，紀錄未呈現口腔照護相關衛教；術後負責護理師會備抽吸用物，因缺乏呼吸中止症術後照護指引，憑印象或口耳相傳備物及口腔照護衛教，導致無標準化，術後護理紀錄衛教內容不完整；病人或家屬詢問照護事項，人員衛教口腔照護時機不一致，未實際檢視口腔照護執行狀況及成效，檢視出院護理未提供口腔照護衛教。

本院無設立呼吸中止症照護規範，檢視衛教園地僅口腔照護須知，內容為民眾日常口腔照護，不適用呼吸中止症術後。專科在職教育僅病房成立，舉辦耳鼻喉科疾病及照護相關教育訓練為期四周，每周兩堂課時數共8小時，端詳後呼吸中止症術後照護未列入教育訓練。課程開立16人皆參與，新進人員2人報到已超過開課日，由資深人員口頭說明及觀看。單位無呼吸中止症術後口腔護理指導在職教育訓練，無相關監控或稽核。

三、人員執行口腔照護完整性調查

為了解人員執行呼吸中止症術後口腔照護完整性，小組查閱文獻、相關衛教單張及臨床照護經驗，擬定「護理人員對呼吸中止症術後口腔照護指導完整性調查表」，題目經科內6位醫師及護理長修訂後使用。內容共10項，完整執行1分，未執行或未完整0分，於2021年03月21日到03月31日觀察共16人(扣除專案成員2人)，顯示人員執行呼吸中止症術後口腔照護指導完整性62.5%，完整性最低「開啟抽吸設備，檢視壓力表其壓力值為40-60mmHg之間」18.8%。訪談16位人員執行完整性偏低原因，100%(16/16)表示「怕壓力不夠抽不乾淨」，62.5%(10/16)表示「醫師會看，以為不用看」、「物品沒有放在同地方常少拿」、「不清楚口腔照護沖洗哪些部位」、「臨床太忙直接以口述做衛教」。

同時，以「護理人員執行口腔照護

衛教方式及時機調查表」，觀察16位人員，結果以口頭衛教100%(16/16)最多，進一步訪談表示單位有「口腔癌照護須知」，僅提供泡製漱口水比例，非針對呼吸中止症術後照護，未提到口腔照護方式及重要性佔100%(16/16)。執行口腔照護衛教時機，入院當日0%，術後當天75%(12/16)，出院當天25%(4/16)，顯示衛教時機不一致(表二)，深入訪談後81.3%(13/16)表示「不知道入院(術前)要教」、「交班不會特別說病人執行口腔照護狀況」，因上列因素導致人員執行呼吸中止症術後口腔照護指導完整性低。

表一
護理人員對呼吸中止症術後口腔照護指導完整性調查

項目	人數	完整率(%)
1.執行手部衛生	16	100
2.能正確準備用物	5	31.3
3.評估口腔內傷口狀況	7	43.8
4.評估口腔有無異味	13	81.3
5.執行口腔護理步驟		
5-1開啓抽吸設備，檢視壓力表其壓力值爲40-60mmHg之間	3	18.8
5-2病患坐於床旁桌前身體微前傾，以空針抽取調配好漱口水後，將彎盆放於下巴處	13	81.3
5-3將抽吸管放置於病人嘴角處，開啓抽吸設備後，請病人緩慢推動針筒沖洗	7	43.8
5-4重複沖洗過程，直到漱口水內無血塊或血水出現	13	81.3
6.口腔清潔時機:每2-4小時、進食或喝飲料後(不包含喝水)	13	81.3
7.可說出三項傷口出血相關因素：用力咳嗽、營養狀況、口腔清潔不確實	10	62.5
平均		62.5

註：*N = 16*

表二
護理人員執行呼吸中止症術後口腔照護衛教方式及時機調查

項目	人數	百分比(%)
口腔照護衛教指導方式		
口頭指導	16	100
口頭指導及衛教指導單張	0	0
衛教指導單張	0	0
口腔照護衛教指導時機		
入院當天	0	0
手術後當天	12	75
出院當天	4	25

註：*N = 16*

四、呼吸中止症術後病人自我口腔照護完整性調查

為評估呼吸中止症術後病人自我口腔照護完整性，以「呼吸中止症術後病人自我口腔照護完整性調查表」內容共10項，完整執行1分，未完整或未執行0分，於2021年04月01日至04月15日實際觀察查檢19位呼吸中止症術後病人接受口腔照護指導後，自我口腔照護完整性59.5%如表三。進一步訪談19位病人，89.5%(17/19)表示不知道壓力過大傷口縫線會斷裂；52.6%(10/19)表示術後都口頭指導，沒有圖片指示；剛開始操作忘記要邊沖邊抽、緊張忙亂東西會遺漏，不知道嘴巴裡哪些部位要沖洗；有病人表示只用空針沖洗深處沖不到。依據結果顯示呼吸中止症術後病人自我口腔照護完整性低。

綜合以上現況調查結果，導致呼吸中止症術後口腔照護完整性低之特性要因圖如圖一。

問題確立

依據現況分析及資料收集結果，確立本專案問題為護理人員對呼吸中止症術後口腔照護指導完整性僅62.5 %，分析問題導因為：

一、缺乏呼吸中止症術後口腔照護指引供護理師遵循，術後口腔照護衛教內容不一致備物容易遺漏

二、教育訓練課程規畫不完整，且無相關稽核表

三、未有合適衛教資料提供衛教使用

專案目的

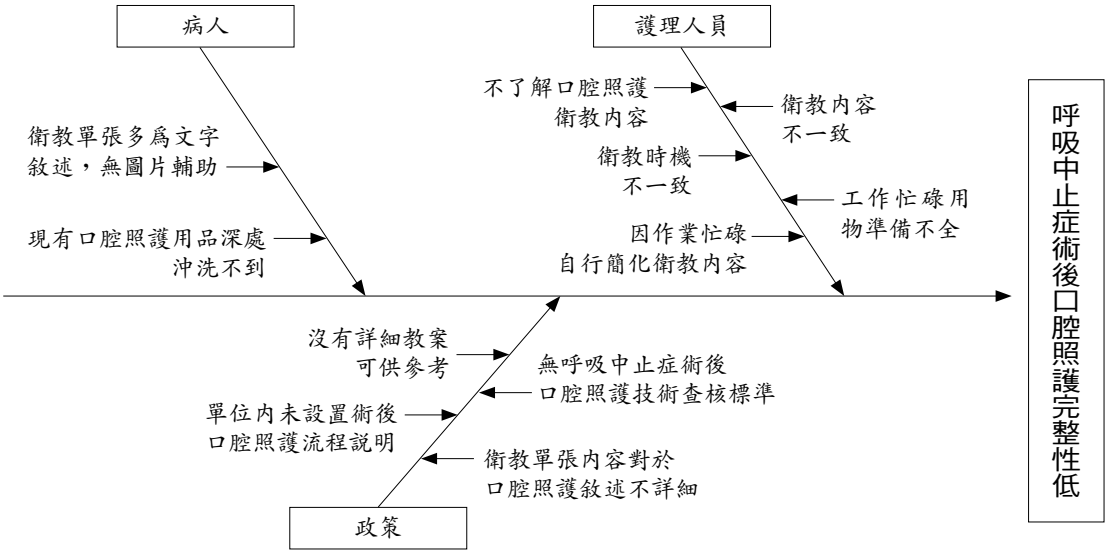
確立問題後，小組依單位人員能力及資歷、現有資源、搜尋文獻，無針對呼吸中止症手術後口腔照護品質監控目標供標竿學習，據本院執行護理技術類評

表三
呼吸中止症術後病人自我口腔照護完整性調查

項目	人數	完整率(%)
1.執行手部衛生	14	73.7
2.準備用物	10	52.6
3.評估口腔內傷口狀況	11	57.9
4.評估口腔有無異味	16	84.2
5.執行口腔護理步驟		
5-1開啓抽吸設備，檢視壓力表壓力值爲40-60mmHg之間	2	10.5
5-2坐於床旁桌前頭部微前傾，以空針抽取調配好漱口水後，將彎盆放於下巴處	12	63.2
5-3將抽吸管放置於嘴角處，開啓抽吸設備後，緩慢推動針筒沖洗	9	47.4
5-4重複沖洗過程，直到漱口水內無血塊或血水出現	13	68.4
6.可說出口腔清潔時機:每2-4小時、進食或喝飲料後(不包含喝水)	13	68.4
7.可說出三項傷口出血相關因素:用力咳嗽、營養狀況、口腔清潔不確實	13	68.4
平均		59.5

註：*N = 19*

圖一
呼吸中止症術後口腔照護完整性低之特性要因圖



核要求閾值95%，設定本專案目的：提升護理人員對呼吸中止症術後口腔照護指導完整性，62.5%提升到95%。

文獻查證

一、呼吸中止症與手術後口腔照護

呼吸中止症術後傷口大多在口咽，口腔清潔為重要任務，良好口腔照護除增進舒適減少口腔異味，亦能降低傷口疼痛及避免感染，達到傷口癒合目的(吳杼芸等，2015；楊慶怡等，2015)。針對呼吸中止症術後口腔照護注意事項：執行前須坐起及頭部前傾，漱口水含漱，不可用牙刷刷牙或用力漱口，以免口腔傷口出血，抽吸壓力設定40-60mmHg，過高造成黏膜損傷甚至傷口縫線斷落出血，口腔難清潔深處利用橡皮管銜接針筒輕柔沖洗(楊慶怡等，2015)。

二、提升護理人員執行呼吸中止症術後口腔照護完整性策略

良好衛教效果，其內容須以病人需求為中心設計，運用合適策略及工具，如彩色圖片海報、手冊，病人有學習動機及欲望，發揮護理指導最大功能(鄭等，2020；Cort et al., 2009)。

在職教育為影響護理人員專業知識、行為、技能、態度重要因素，人員參與在職教育後，護理專業知識明顯進步，改變工作態度及提高服務品質，實務與臨床真實案例結合，激發人員批判性思考，提昇解決問題能力(鄭等，2020)。

口腔照護認知不足、無正確評估工具、缺乏一致口腔照護標準及無相關在職教育，降低人員執行口腔照護完整性(楊慶怡等，2015)。運用標準化口腔評估工具及措施，人員皆接受口腔照護教

育，在病人入院開始術後照護計畫，標準納入常規，人員給予正確且一致性評估、記錄及衛教，不但有效改善病人口腔健康狀況，亦提升口腔自我照護動機及品質(楊慶怡等，2015；Castillo et al, 2020)。術後初次執行口腔護理應一對一示範，使病人有足夠時間提問、吸收；每日口腔檢查、反覆示教，確認執行程度強化病人及家屬動機(廖等，2020)。

解決方法

一、解決方法

依據臨床經驗及文獻查證提出改善方案，以決策矩陣分析法，依照可行性、方便性、有效性表決結果如表四。

二、執行過程

自2021年收集資料及現況分析，從政策、人員、工具三方面，依計畫期、執行期、評值期進行改善(表五)。

(一)計畫期：自2021年05月01日至05月31日

1.擬定呼吸中止症術後口腔照護指引(2021年05月01日至05月05日):與6位專科主治醫師及護理長共同討論，以文獻及本院口腔照護標準規範為基礎，制定「呼吸中止症術後口腔照護指引」，包括照護目的、時機、作業項目等。其中照護作業項目包括用物準備、口腔照護時間及方式，以利參閱執行。

2. 呼吸中止症術後口腔照護衛教在職教育及實務訓練(2021年05月07日至05月15日)：與護理長討論後，舉辦二場「呼吸中止症術後口腔照護事項」在職教育，每場一小時，醫師協助上課，包含呼吸中止症介紹、術後口腔照護用物準備、操作方式及步驟、照護重點及注意事項。實務訓練以床邊演練方式實行，由小組成員示範後，人員回覆示教。

3.增訂呼吸中止症術後口腔照護查核項目(2021年05月16日至05月22日)：與護理長及病房主任討論，依「護理人員呼吸中止症術後口腔照護指導完整性調查表」，每月不定期實際觀察查核單位人員，執行呼吸中止症術後口腔照護完整性遺漏進行指正，執行完整性未達目標則進行複評。

表四
決策矩陣分析表

問題	對策方案	評價			總分	選定
		可行性	方便性	有效性		
無照護指引	擬定呼吸中止症術後口腔照護指引	15	15	9	39	V
	製作多媒體呼吸中止症術後照護影片	7	3	15	25	X
無合適衛教資料	製作呼吸中止症術後口腔照護衛教海報	15	11	15	41	V
無教育訓練	舉辦呼吸中止症術後口腔照護在職教育	11	9	9	29	V
無相關稽核	訂定呼吸中止症術後口腔照護查核機制	11	9	11	31	V
備物易遺漏	單位設置呼吸中止症術後口腔護理包	15	11	15	41	V
	製作呼吸中止症術後口腔照護模型	7	3	15	25	X
	製作呼吸中止症術後衛教手冊	7	7	9	23	X

評價方式：絕對可行5分、尚可採行3分、不可行1分
採行說明：3項x3分x3人=27分，總分27分以上即納入改善對策

表五
提升護理人員執行呼吸中止症術後口腔照護完整性進度表

工作項目 \ 日期	年	2021											
	月	5		6		7		8		9		10	
	週	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3
計畫期(2021/05/01-05/31)													
擬定呼吸中止症術後口腔照護衛教指引		★											
規劃呼吸中止症術後口腔照護衛教在職教育及實務訓練		★											
增訂呼吸中止症術後口腔照護查核機制			★										
規劃呼吸中止症術後口腔照護包			★										
討論呼吸中止症術後口腔照護海報內容			★										
執行期(2021/06/01-09/20)													
進行呼吸中止症術後口腔照護衛教專案宣導				★									
進行呼吸中止症術後口腔照護衛教在職教育及實務訓練					★	★	★						
進行呼吸中止症術後口腔照護衛教指引							★	★	★	★	★		
執行呼吸中止症術後口腔照護查核機制								★	★	★	★		
臨床運用呼吸中止症術後口腔照護包								★	★	★	★		
張貼呼吸中止症術後口腔照護海報									★	★	★		
評值期(2021/09/21-10/31)													
護理人員對呼吸中止症術後口腔照護指導完整性調查											★	★	★
進行呼吸中止症術後病人自我口腔照護完整性調查											★	★	★

4.規劃呼吸中止症術後口腔照護包(2021年05月23日至05月25日)：因忙碌導致備物不齊全，除增加工作負擔亦造成病人與家屬抱怨，曾有家屬表示「為什麼不能像飛機上過夜包什麼都有，又方便取用」，成員以訪談方式收集意見，與病房主任及護理長討論口腔照護用物標準，制定標準化內容如：抽吸瓶組、牙科抽吸管、14號抽痰管、20ML針筒、壓舌板、彎盆、免洗杯等；為口腔內深處清潔，成員及醫師測試，以剪裁後橡皮管5公分接上針筒，利用其長度進入口腔內死角，其材質柔軟不易造成口腔不適。

5.討論呼吸中止症術後口腔照護海報製作內容(2021年05月26日至05月31日)：本病房為院方調整後挪移病房，原耳鼻喉科病房無相關海報，與護理長討論後，同意於護理站增設長90公分寬60公分透明壓克力框以便海報放置；內容由小組成員參考文獻，與6位專科主治醫師討論後，擬定「呼吸中止症術後口腔照護」海報主題及內容。

(二)執行期：(2021年06月01日至09月20日)

1.進行專案政策宣導(2021年06月01日至06月10日)：利用每週二、四晨間會議、通訊軟體群組公告，由護理長公告「提升單位護理人員執行呼吸中止症術後口腔照護完整性」專案，宣導所擬定對策，請人員達成共識執行，參與者共16人(不含專案成員2位)，宣導後資料公

告於單位公佈欄，閱讀後簽名。

2.舉辦呼吸中止症術後口腔照護在職教育及實務訓練(2021年06月11日至07月16日)：

(1)呼吸中止症術後口腔照護課室教學1小時：為提升人員對口腔照護認知，依臨床實用性排定課程內容，於06月11日、06月17日舉辦二場課室教學，內容為：A.呼吸中止症介紹、B.呼吸中止症手術後口腔照護重要性、C.呼吸中止症術後口腔照護步驟、口腔異常狀況與處置、D.組員示範口腔照護方式、E.呼吸中止症術後口腔照護認知與執行面檢測結果及討論等。

(2)呼吸中止症術後口腔照護臨床實務教學30分鐘：於06月18日起至07月16日，舉辦五場實務操作；於病人術後成員實際操作口腔評估方式，待前側口腔清潔完成，再以橡皮軟管銜接針筒進入口腔深處沖洗後，檢視口腔內沖洗液是否已無血塊或血水出現，每次由二至三名護理師回覆示教，成員從旁觀察錯誤處並進行討論及改善。

3. 進行呼吸中止症術後口腔照護指引(2021年07月16日至08月31日)：將制定完成「呼吸中止症術後口腔照護指引」三份置放護理站，人員完成閱讀後簽名，該指引提供完整口腔照護技巧，在衛教時供病人或家屬參閱。

4. 執行呼吸中止症術後口腔照護查核機制(2021年08月01日至09月20日)：人員依據呼吸中止症術後口腔照護指引執行，小組每日以「護理人員對呼吸中止症術後口腔照護指導完整性調查表」，實際稽核人員，每兩周統計資料後回饋，異常項目於病房晨會時提出並指正，完整性未達95%人員再進行複評。

5.提供呼吸中止症術後口腔照護用品包(2021年08月02日至09月20日)：將口腔照護包標準化並包裝後放於病房準備室層架，用物包內容製成單張護貝後黏貼於置物箱外，取用者須再製作該取用數量口腔照護用品包放入，方便人員於病人術後當天取用術後口腔用品包及計價。

6. 張貼呼吸中止症術後口腔照護海報(2021年08月10日至09月20日)：製作完成的「呼吸中止症術後口腔照護衛教」，請院方教材室製成長90公分寬60公分單幅海報，張貼於單位前透明海報框，供住院病人及家屬觀看。

(三)評值期：(2021年09月21日至10月31日)

自2021年09月21日至10月31日期間進行評值。以「護理人員對呼吸中止症術後口腔照護指導完整性調查表」為工具，評值結果進行成效分析，進行檢討改善及持續監測。

評值結果

根據本專案評值結果，專案實施前後分析結果如下：

一、比較專案實施前後人員執行呼吸中止症術後口腔照護指導完整性

自2021年09月21日至10月31日進行人員對呼吸中止症術後口腔照護完整性評值，稽核16位人員，結果顯示呼吸中止症術後口腔照護完整性由改善前62.5%提升至95%，上升32.5%，達成專案目標(如表六)。

表六
護理人員對呼吸中止症術後口腔照護指導完整性調查

項目	改善前 人次(%)	改善後 人次(%)
1.執行手部衛生	16(100.0)	16(100.0)
2.能正確準備用物	5(31.3)	16(100.0)
3.能正確評估口腔內傷口狀況	7(43.8)	15(93.8)
4.評估口腔有無異味	13(81.3)	16(100.0)
5.執行口腔護理步驟		
5-1開啓抽吸設備，檢視壓力表其壓力值爲40-60mmHg之間	3(18.8)	14(87.5)
5-2病患坐於床旁桌前身體微前傾，以空針抽取調配好漱口水後，將彎盆放於下巴處	13(81.3)	16(100.0)
5-3將抽吸管放置於病人嘴角處，開啓抽吸設備後，請病人緩慢推動針筒沖洗	7(43.8)	13(81.3)
5-4重複沖洗過程，直到漱口水內無血塊或血水出現	13(81.3)	15(93.8)
6.口腔清潔時機:每2-4小時、進食或喝飲料後(不包含喝水)	13(81.3)	15(93.8)
7.可說出三項傷口出血相關因素:用力咳嗽、營養狀況、口腔清潔不確實	10(62.5)	16(100.0)
平均	62.5	95.0

註：*N = 16*

二、附加效益

小組於2021年09月21日至10月31日，以「呼吸中止症術後病人自我口腔照護完整性調查表」調查19名呼吸中止症術後病人執行口腔照護完整性，由58.9%提升至93.2%(如表七)。

結論與限制

本專案為提升單位執行呼吸中止症術後口腔照護完整性，制定呼吸中止症術後口腔照護衛教指引、增訂口腔照護查核機制、舉辦在職教育及實務訓練、設置呼吸中止症術後口腔照護包及張貼呼吸中止症術後口腔照護海報，執行呼吸中止症術後口腔照護完整性由專案前62.5%提升至95.0%。

設立呼吸中止症術後口腔照護指引後，人員執行術前術後衛教達一致性；標準化口腔照護包方便人員術後照護取用，減少奔波增加工作效率。因應此專案制定「呼吸中止症術後口腔照護衛教指引」及「護理人員對呼吸中止症術後口腔照護指導完整性調查表」，經護理長納入工作常規及每年在職教育項目，提供支援或新進人員參閱達到一致性。推動期間檢視呼吸中止症術後照護文獻稀少，無他院改善方案供標竿學習，故以口腔外科、整形外科術後口腔照護資料，與醫師、護理長討論本院照護方式用於臨床成為最大助力。推動期間收治2位外籍移工，因溝通影響口腔照護指導完整性，雖以手機翻譯無法詳盡說明，為推行專案困難所在，建議日後可增加外語版海報，滿足臨床需求，使指導達到最大效果。

表七
呼吸中止症術後病人自我口腔照護完整性調查

項目	改善前 人次(%)	改善後 人次(%)
1.執行手部衛生	14(73.7)	18(94.7)
2.能正確準備用物	10(52.6)	16(84.2)
3.能正確評估口腔內傷口狀況	11(57.9)	17(89.5)
4.評估口腔有無異味	16(84.2)	19(100.0)
5.執行口腔護理步驟		
5-1開啓抽吸設備，檢視壓力表其壓力值爲40-60mmHg之間	2(5.3)	16(84.2)
5-2病患坐於床旁桌前身體微前傾，以空針抽取調配好漱口水後，將彎盆放於下巴處	12(63.2)	19(100.0)
5-3將抽吸管放置於病人嘴角處，開啓抽吸設備後，請病人緩慢推動針筒沖洗	9(47.4)	18(94.7)
5-4重複沖洗過程，直到漱口水內無血塊或血水出現	13(68.4)	18(94.7)
6.口腔清潔時機:每2-4小時、進食或喝飲料後(不包含喝水)	13(68.4)	17(89.5)
7.可說出三項傷口出血相關因素:用力咳嗽、營養狀況、口腔清潔不確實	13(68.4)	19(100.0)
平均	58.9	93.2

註：*N = 19*

參考文獻

吳杼芸、余月里、黃麗玲、陳俊明(2015)．正顎手術後患者的口腔護理及營養須知．*台灣口腔醫學科學雜誌，30*(1)，4-9。

吳元盛(2018)．打鼾及阻塞型睡眠呼吸中止症(snoring and obstructive sleep apnea syndrome)．*血管醫學防治季刊，(31)，12-15*。https://doi.org/10.6527/PVM.201803_(31).000

林敬涵、蘇茂昌、辛宗翰、曹傑漢、黃新心、溫惟昇(2020)．經口機械手臂治療睡眠呼吸中止症之術後味覺症狀追蹤．*台灣耳鼻喉頭頸外科雜誌，55*(1)，9-16。https://doi.org/10.6286/jtohns.202003_55(1).009

黃瑜婷、蔡方瑋、李美滿、周素葉、邱綉玲、黃慈心(2017)．提升護理人員執行正顎手術後之口腔照護完整性．*長庚護理，28*(2)，279-290。https://doi.org/10.3966/102673012017062802008

楊慶怡、林翠姬、林采蓉(2015)．提升護理人員執行口腔癌皮瓣重建術後病人口腔照護之改善專案．*高雄護理雜誌，32*(1)，30-40。https://doi.org/10.6692/KJN-2015-32-1-4

楊濡瑄、鄭世榮(2016)．阻塞性睡眠呼吸中止症之手術介入評估-病例報告．*臺灣口腔顎面外科學會雜誌，27*(2)，127-134。https://www.airitilibrary.com/Publication/alDetailedMesh?DocID=a0000494-201606-201607120024-201607120024-127-134

廖婉如、余偉華、陳淑娟(2020)．提升頭頸部腫瘤術後病人自我口腔照護．*台灣醫學，24*(1)，84-91。https://doi.org/10.6320/FJM.202001_24(1).0009

鄭怡欣、陶宣佑、鄭景慧、沈永釗、林秀如(2020)．提昇護理人員對自體乳房重建病人出院護理指導之完整性．*長庚護理，31*(3)，354-367。https://doi.org/10.6386/CGN.202009_31(3).0005

Castillo, D. H., Smith, D. J., & Rosenfeld. P. (2020). Implementing and evaluating the impact of a nurse-led oral care initiative. *Journal of Nursing Care Quality*, *35*(2), 123-129. https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000426

Cort, E., Morrey, S., Hotopf, M., Kapari, M., Monore, B., & Hansford, P. (2009). Palliative care nurse's experience of training in cognitive behavior therapy and taking part in a randomized controlled trial. *International Journal of Palliative Nursing*, *15*(6), 290-298. http://doi.org/10.12968/ijpn.2009.15.6.42988

靜思語

將放生的心態改為護生，
才是真正的尊重生命。

~ 證嚴法師靜思語 ~

Respect for life
is to protect the well-being of life.

~ Master Cheng Yen ~

Improved the Integrity of Executing the Oral Care by Nurse For Sleep Apnea Surgery Patient

Chun-Mei Lin[1], Ya-Hui Lin[2], Fang-Nong Su[2], Chang-Qiao Hong[3]

ABSTRACT

This project aims to improve the integrity of oral care performed by nursing staff after apnea surgery. Survey results showed that the completeness of postoperative oral care performed by nursing staff was 62.5%. Reasons identified for this included: the post-operative oral care and education content was inconsistent due to inconsistent maintenance guidelines for post-operative oral care without apnea, and the preparation of items was easy to miss; the planning of education and training courses was incomplete and there was no relevant audit form; no suitable health education materials. Intervention included: formulating oral care guidelines and assessment and monitoring mechanisms after apnea surgery, regular on-the-job education and practical training, setting up oral care kits, and posting apnea and oral care posters. After the implementation, the integrity of oral care performed by nursing staff increased from 62.5% to 95%, effectively improving the integrity of postoperative oral care performed by personnel and improving the quality of care. (Tzu Chi Nursing Journal, 2024; 23:6, 77-88)

Keywords: integrity, sleep apnea postoperative, oral care

ENT Practitioner, Chang Gung Memorial Hospital at Chiayi[1]; RN, Chang Gung Memorial Hospital at Chiayi[2]; Professor, Institute of Nursing, Chiayi Branch, Chang Gung Memorial University of Science and Technology[3]
Accepted: May 7, 2024
Address correspondence to: Chun-Mei Lin No. 6, West Section of Jiapu Road, Puzi City, Chiayi County
Tel: 886-5-362-1000 #3365 E-mail: s544652@cgmh.org.tw

提升護理人員執行母嬰即刻肌膚接觸照護完整率

林佳蓉[1]、林玉雯[2]、鄧雅芳[3]、陳雅芳[4]

中文摘要

產後母嬰即刻肌膚接觸為生命最初哺育母乳成功關鍵，本單位母嬰即刻肌膚接觸執行完整率為65.3%，現況發現完整率低的原因為：衛教內容太複雜記不起來、指導時間短暫、無適當的指導工具、護理作業標準書未提到需衛教產婦的內容、無照護稽核表、無探視時間提醒機制、無接受母嬰即刻肌膚接觸指導課程。專案目標設定提升至95%以上。改善方案:修定護理作業標準規範、舉辦教育訓練及擬真情境教學、製作新生兒安全評估標語及護理指導卡、製作母嬰即刻肌膚接觸衛教影片、設計音樂提醒機制、建立稽核制度。實施後完整率由65.3%提升至97.4%。希冀藉此提供人員照護自然產後母嬰即刻肌膚接觸之參考，提升母嬰照護品質。(志為護理，2024; 23:6, 89-99)

關鍵詞：母嬰即刻肌膚接觸、擬真情境教學

前 言

母嬰即刻肌膚接觸是生命最初哺育母乳成功關鍵因素，接受母嬰即刻肌膚接觸可縮短首次母乳哺餵時間近20分鐘，提高三成以上出生60分鐘內的母乳哺餵率，亦提升近14%出院時持續哺乳行為(Zhang et al., 2023)。其又稱袋鼠護理，是指新生兒出生後無衣服及包布阻隔，直接俯臥於母親胸前，進行皮膚間的接觸 (Du Plessis et al., 2021)，研究顯示母嬰即刻肌膚接觸平均約50分鐘，新生兒會本能出現想吃奶表現，此是成功哺乳重要關鍵(Widström et al., 2019)。此外Stuebe(2020)證實未執行母嬰即刻肌膚接觸其新生兒生命徵象較不穩定，其中包含更易低血糖，長遠追蹤出生一年後更易產生如新冠肺炎之嚴重呼吸道疾病。

仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院副護理長[1]、仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院護理師[2]、仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院護理長[3]、長庚醫療財團法人行政中心專案組專員暨仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院督導[4]
接受刊載：2023 年 8 月 5 日
通訊作者地址：陳雅芳　臺中市大里區東榮路483號
電話：886-4-2481-9900 #15770　電子信箱：dr@mail.jah.org.tw

故執行母嬰即刻肌膚接觸對母嬰受益良多，可降低母親及嬰兒壓力及焦慮，增進母嬰間關係的連結增，有效緩解產婦產後憂鬱症及產後疼痛(Ionio et al., 2021)。

本單位為母嬰親善醫院，協助教導母乳哺餵、鼓勵24小時親子同室，產後母嬰即刻肌膚接觸等，但於臨床工作發現，護理人員照護不一致，自然產後產婦在母嬰即刻肌膚接觸期間會不斷詢問護理人員新生兒安全問題及如何觀察新生兒是否穩定，甚至擔心新生兒體溫過低，引發本專案動機，冀望此次專案活動，改善服務品質，以增進自然產後母嬰即刻肌膚接觸照護安全及舒適性，共同維護母嬰安全。

現況分析

一、單位簡介

本院為區域教學醫院，母嬰單位涵蓋嬰兒室9床，待產床4床，分娩室2間，產後病房16床，共17位護理師(不含護理長)共同排班照護，生產數40-60人/月，每班人力配置4位護理人員，除自然生產及母嬰業務外同時支援門診產前衛教諮詢作業，剖腹生產須至他單位開刀房進行，由產房護理師執行新生兒護理，因跨單位環境因素，僅執行母嬰親善醫院規範母嬰即刻肌膚接觸至少10分鐘，產前諮詢室設置於待產室旁，當孕婦產檢報到時，由產房人員協助產前衛教諮詢包含尿液檢測及血壓、體重測量，始可入門診診療，每診產檢人數約6-15個，母嬰單位人員互相支援運用，若於生產時由當班上產科病房人員協助產前諮詢，單位每年晨間會議定期舉辦一場次肌膚接觸新知教育訓練，僅交接班人員參與，統計2022年1-6月符合自然產及剖腹產母嬰即刻肌膚接觸率皆100%，其中執行達1小時以上為59.7%。

二、檢視自然產母嬰即刻肌膚接觸衛教流程

孕婦於24週至產科門診產檢時，由母嬰單位護理師進行衛教，衛教手冊為條列式大綱，護理師依據自身經驗口頭衛教，內容並未包括告知肌膚接觸過程中需注意的事項。待產時，產房護理師口頭說明母嬰即刻肌膚接觸好處及流程，依據「自然產後母嬰即刻肌膚接觸護理指導作業標準規範」將新生兒無穿衣服抱至產婦胸前皮膚對皮膚，並提供加溫之浴巾覆蓋新生兒背部，產後回原來待產床位之恢復觀察時仍繼續執行，同時以圍簾遮蔽提供隱密環境，全程配偶皆能陪伴，護理人員對於產後即刻母嬰肌膚接觸能配合執行，檢視作業標準規範，內容缺乏需評估的安全面向及嬰兒餵食前的行為等，肌膚接觸期間也無相關衛教工具。

三、護理人員執行母嬰即刻肌膚接觸照護完整性調查

為了解護理人員執行母嬰即刻肌膚接觸照護完整性，產房護理人員3位成立專案小組，依據臺灣母乳哺育聯合學會中能力驗證工具包之「產後母嬰即刻肌膚接觸技能評核表」，修訂查核內容14項，為取得評核一致性，於2023年1月2日共同評核一位護理人員，逐項進行評核標準達成共識後，1月3日至20日以技能評核表實際查核14位護理人員(扣除

專案人員)，每人評核2次，共計28次。結果照護完整率為65.3%，其中完整率最低前三項分別為「與個案對談，包括至少三個在嬰兒出生頭一至兩小時內，當嬰兒準備好時，讓嬰兒吸吮很重要的原因」32.1%(9/28)；「向個案描述至少三個嬰兒在主動吸吮乳房前的餵食前行為」35.7%(10/28)；「確保個案及其陪伴者知道如何觀察母嬰的安全及餵食前行為」39.3%(11/28)，如表三。

四、護理人員執行母嬰即刻肌膚接觸認知正確性調查

因照護完整率低，為進一步了解單位同仁對於執行母嬰即刻肌膚接觸認知情形，專案小組依臨床經驗及參考文獻擬定「護理人員執行產後母嬰即刻肌膚接觸認知」試卷，共6題單選題，答對率越高代表認知越高，於2023年1月24日邀請婦產科醫師、小兒科醫師、產科專科護理師，三位專家進行專家效度檢測(content validity index, CVI)，值為0.92，於1月25日至28日，針對14位護理人員進行測驗，有效問卷回收率100%，結果顯示護理人員對於執行母嬰即刻肌膚接觸照護認知正確率為83.3%。

五、護理人員執行母嬰即刻肌膚接觸照護完整率低之原因分析

為了解護理人員認知高但執行照護完整率低的原因，專案小組於2023年1月29日至31日，以結構式問卷個別訪談14位護理人員母嬰即刻肌膚接觸完整率低的原因，分析歸納為:衛教內容記不起來12人(85.7%)；護理作業標準未包含衛教產婦的內容12人(85.7%)；未接受教育訓練12人(85.7%)；無適當的指導工具10人(71.4%)；臨床忙，指導時間短10人(71.4%)；無查核依據9人(64.3%)；無探視時間提醒機制7人(50%)。

問題及導因確立

經現況分析結果，發現護理人員執行母嬰即刻肌膚接觸照護完整率僅65.3%之主要原因為：(一)護理人員衛教不完整:衛教內容記不起來、臨床忙指導時間短；(二)工具不合宜：護理作業標準規範未提到需衛教產婦的內容、無查核依據、無探視時間提醒機制及無適當的指導工具；(三)護理教育不足:未接受相關教育訓練。

專案目的

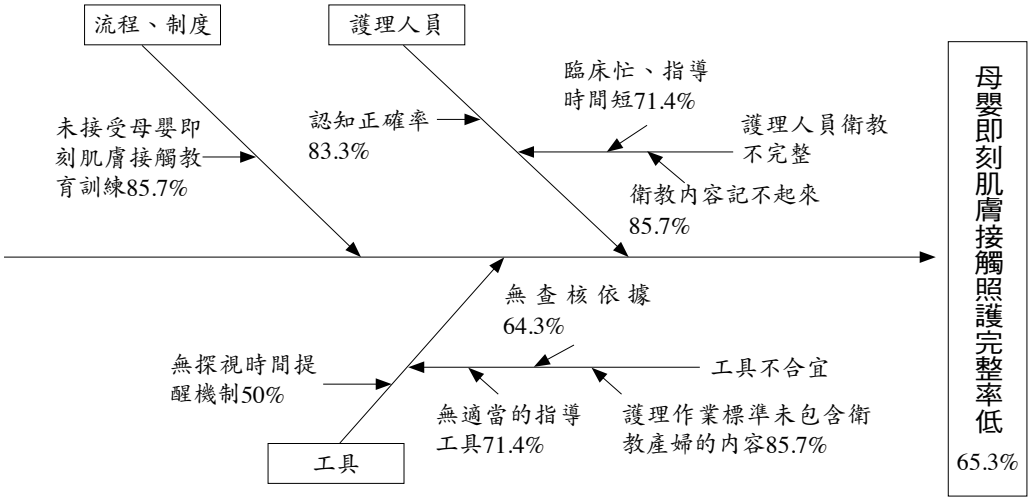
目標設定依據本院護理品質監測指標中之非立即性影響病人生命技術層面指標為91-95%，經專案小組討論及衡量能力後，設定目標為由65.3%提升至95%以上。

文獻查證

一、母嬰即刻肌膚接觸的好處與注意事項

出生立即執行一小時以上母嬰即刻肌膚接觸會誘發新生兒依序經歷出生哭聲、放鬆、覺醒、活動、休息、爬行、熟悉、哺乳與睡眠等9個本能階段(Widström et al., 2019)，此有助於降低母親及嬰兒其壓力及焦慮，增加母親催產素的釋放進而減少產後出血，增進母嬰間關係的連結，有效緩解產婦產後憂鬱症及產後疼痛(Ionio et al., 2021)。過程中護理人員需進行頻繁的探視(Du Plessis et al., 2021)。保持燈光明亮，母親背部抬

圖一
護理人員執行母嬰即刻肌膚接觸照護完整率低的原因



高30-60度，新生兒應該以縱向的姿勢躺在母親的身體上，頭放在母親的胸口，並高於乳房，其鼻子和嘴巴可清楚被看見。並應告知父母母嬰肌膚接觸中寶寶正常的表現、正確的母乳哺餵程序和姿勢、新生兒應注意異常表徵，避免使用電子設備，以維護安全(Widström et al., 2019)。

二、提升護理人員的照護能力策略

情境模擬訓練是以一種學生為中心教學方式，能依照實際環境、臨床案例，創造真實能互動的學習環境，提供真實感，進而引發學生參與的意願，增強團隊合作能力，並強化專業知識，且提升病人安全，研究中提到在設計情境時，須以學習目標為核心，並在訓練結束時，與學生進行討論，讓其透過反思進而內化，以達成學習目標(Hanshaw & Dickerson, 2020；Yousef et al., 2022)。忘記是未執行健康行為的主因，可藉由提醒機制(例如；電腦提示、簡訊、圖像、聲音等)引發當事者完成目標，而稽核制度可了解臨床技術執行的品質(Sheeran et al., 2023)。臺灣母乳哺育聯合學會(2020)根據World Health Organization(WHO)的能力工具驗證包，制定了符合臺灣的中文版本，得以量化評估醫護人員在實施母嬰親善政策所需的知識、技能和態度方面之能力。

解決方法與執行過程

一、解決方法

專案小組成員共3人，參閱相關文獻後提出10項解決方案，依可行性、效益性、經濟性三項重要因素，進行決策矩陣分析(表一)，最低1分、最高10分，三面向總分為90分，以80/20法則，選擇72分(90 x 80%)以上為解決方案。

二、執行過程

整體方案執行過程從2023年3月1日至8月31日，活動執行進度如表二。

(一)計劃期(2023年3月1日至4月30日)

1.修定護理作業標準規範(3月1日至15日)

於3月1日邀請一位臨床經驗10年以上的小兒專科醫師及婦產科主任、產房護理長共同討論，並參考相關文獻修定「自然產後母嬰即刻肌膚接觸護理指導作業標準規範」，內容包含適合進行母嬰即刻肌膚接觸的母嬰狀況、衛教流程、安全面向，嬰兒主動吸吮乳房前的餵食前行為等，安全面向包含10分鐘探視一次母嬰且設計「母嬰即刻肌膚接觸評估查核表」，人員依照查核表評估，其中一項不符合即不繼續執行，並於3月14日母嬰親善委員會中提出獲得支持。

2.規劃母嬰即刻肌膚接觸在職教育及擬真情境訓練(3月16日至31日)

確認訓練主題及教育訓練內容，規劃邀請小兒科專科護理師及婦產科主任進行授課，包括適合進行母嬰即刻肌膚接觸的母嬰狀況、嬰兒護理安全作業、嬰兒主動吸吮乳房前的餵食前行為、陪伴者及產婦在產後母嬰即刻肌膚接觸過程的護理指導內容等。規劃於產後恢復室舉辦，標準化產婦及評核人員由專案成員擔任，環境的設置備有推床、棉被、嬰兒模型及溫熱的蓋毯等物品，每位護理人員演練時間約5至10分鐘，最後提出相關問題並進行討論。

3.設計安心卡片及護理指導卡(4月1日至4月7日)

規劃製作A4大小的新生兒危險徵象圖片及安全評估標語之安心卡片掛於恢復區床簾，內容包含異常新生兒膚色、新生兒肌力等；規劃製作護理指導卡，文字以標楷體14號字形呈現，內容須有如何觀察新生兒膚色、活動力、呼吸及新生兒在過程中可能出現的餵食前行為及

表一
提升護理人員執行母嬰即刻肌膚接觸照護完整率策略矩陣分析

項目	解決方案	可行性	效益性	經濟性	總分	選取方案
護理人員衛教不完整	1.修定護理作業標準規範	30	29	28	87	◎
	2.建立稽核制度	27	30	26	83	◎
	3.登記未照標準照護者公布於公佈欄	23	20	24	67	
工具不合宜	1.製作母嬰即刻肌膚接觸衛教影片	28	28	26	82	◎
	2.每天定時查核	20	24	20	64	
	3.建立獎勵制度	29	28	26	83	◎
	4.製作安心卡片及護理指導卡	30	30	26	86	◎
	5.設計音樂提醒機制	29	28	26	83	◎
護理教育不足	1.舉辦教育訓練及擬真情境教學	26	28	30	84	◎

表二
提升護理人員執行母嬰即刻肌膚接觸照護完整率執行計畫進度表

任務項目	年	2023					
	月	3	4	5	6	7	8
一、計劃期							
1.修訂護理作業標準規範評估時機		★	★				
2.規劃教育訓練及擬真情境教學		★	★				
3.規劃安心小卡及護理指導卡		★	★				
4.規劃母嬰即刻肌膚接觸衛教影片		★	★				
5.設計音樂提醒機制		★	★				
6.建立稽核及獎勵制度		★	★				
二、執行期							
1.專案宣導及獎勵措施公佈				★	★	★	
2.舉辦教育訓練及擬真情境訓練				★	★	★	
3.拍攝並播放母嬰即刻肌膚接觸衛教影片				★	★	★	
4.製作安心小卡及護理指導卡				★	★	★	
5.執行音樂提醒機制				★	★	★	
6.執行稽核及獎勵制度				★	★	★	
三、評值期							
1.監測結果評值							★
2.評值成效並列入常規							★

有效的含乳表徵之圖片及文字說明，讓母親與陪伴者能在母嬰即刻肌膚接觸時有參考依據。

4.製作母嬰即刻肌膚接觸衛教影片(4月8日至4月15日)

參考文獻並於4月9日邀約婦產科、小兒科醫師討論後，規劃製作一份約5分鐘左右的影片，內容針對母嬰即刻肌膚接觸好處，如、維持嬰兒體溫恆定、母嬰即刻肌膚接觸過程、嬰兒安全注意要點、嬰兒主動吸吮乳房前的餵食前行為、嬰兒出生頭一至兩小時內讓嬰兒吸吮的重要原因及有效的含乳等，以簡單易懂的文字搭配專案小組成員真人演出方式，並製成QR code，規劃影片放於護理行動車及產前諮詢室，播放時機於懷孕35週接受產前諮詢時及入院待產時，QR code張貼於待產室每床床頭處，並可依產婦需求調整，至少觀看一次，主護需陪同在側回答疑慮。

5.設計音樂提醒機制(4月16日至4月22日)

規劃設計母嬰即刻肌膚接觸時播放之音樂，音樂選擇以輕柔或具胎教意義如莫札特等音樂，並規劃於音樂播放期間每10分鐘設定斷點音樂長度至少60分鐘，以提醒護理同仁需探視母親與寶寶，且能提供舒適且放鬆的母嬰即刻肌膚接觸環境，當音樂播放完畢，護理人員則知母嬰即刻肌膚接觸執行已達60分鐘。

6.建立稽核及獎勵制度(4月23日至4月30日)

設計稽核制度，每月不定期稽核照護完整率，並與單位主管討論獎勵辦法，於晨間會議公佈上月產後母嬰即刻肌膚接觸完整率，不論目標達成與否，完整率較上月提高，即給予單位晨間小餐會獎勵，並選出「人氣微笑護理師」，由科主任頒發獎狀及獎勵，以提高護理同仁推行意願。

(二)執行期(2023年5月1日至7月31日)

1.執行護理作業標準規範及獎勵措施公佈(5月1日至5月7日)

小組成員於5月3日晨間會議進行專案改善宣導，說明預設目標並張貼於公佈欄，自5月4日起連續4天於晨會時，就自然產後母嬰立即接觸護理作業標準規範、母嬰即刻肌膚接觸衛教影片與安心卡片及護理指導卡使用時機，及「母嬰即刻肌膚接觸評估查核表」，每10分鐘評估母嬰，其中一項不符合就應停止執行，以維護安全，佐以相關文獻進行循環性導讀，使同仁對自然產後母嬰立即接觸護理作業更深入的瞭解，5月7日以後將導讀文獻資料置於護理站，及張貼於通訊軟體記事本，以供同仁複習及隨時參閱。

2.舉辦在職教育及擬真情境訓練(5月8日至5月30日)

由婦產科主任及小兒科專科護理師授課，於5月8日及5月12日下午4點完成2場次護理人員教育訓練，並在課後運用擬真情境，安排單位每人5至10分鐘實際演練一次，透過情境模擬了解實際執行狀況，並針對問題進行討論加強學習成效，每位護理人員至少參加一堂訓練課程，總計14位，參加率100%。

3.製作安心卡片及護理指導卡(5月17日至5月30日)

製作A4大小的新生兒危險徵象圖片含安全口號「膚色粉、呼吸順、手腳動」之安心卡片及護理指導卡並護貝，護理指導卡張貼於每床恢復區床頭，產婦從產房移至恢復區時，護理師依據「護理指導卡」衛教，並將安心小卡掛至圍簾，衛教及引導陪伴者及產婦，說出如何觀察新生兒的膚色、呼吸及活動力，及餵食前行為表徵，並每10分鐘探視母嬰。於實施一週後有產婦表示護理指導卡字形及圖片太小看不清楚，因此於5月25日重新排版，將文字由14字形調整為28呈現，文字描述精簡圖片放大，並更改位置懸掛於床欄，以便產婦隨時查閱。

4.落實母嬰即刻肌膚接觸衛教影片播放(6月1日至7月31日)

6月1日至25日拍攝及剪輯肌膚接觸影片至片長5分鐘，放於護理行動車及產前衛教諮詢室，並製作QR code提供病患及家屬自行選擇時間點擊並反覆觀看，6月26日晨間會議進行播放，單位護理人員建議將片長減短至3分鐘以防產婦及家屬無興趣， 6月27日影片及QR code進行調整至3分鐘後，張貼於待產床床頭，於產婦35週後產前諮詢時，及產婦入院待產時會再次播放影片，並對疑慮處予以解說增加醫護互動，也可依個案需求調整播放時機，並在交班系統備註進行成果。

5.執行母嬰即刻肌膚接觸期間提醒機制(6月01日至7月31日)

專案小組將2首不同風格的水晶音樂結

合，2首音樂分別為9分50秒及9分54秒，編輯成時長共60分鐘的音樂，於6月5日晨會中播放音樂，提醒護理同仁當音樂切換時，須前往探視，護理人員表示2首音樂接近無法聽取清晰斷點，6月7日調整2首音樂風格為水晶音樂及莫札特音樂，護理人員表示清楚聽取斷點，可知當音樂切換時須主動前往探視母嬰，維護安全。

6.執行稽核及獎勵制度(6月01日至7月31日)

取得單位主管支持後，每月由專案成員執行不定期稽核照護完整性稽核，當有符合自然產後母嬰即刻肌膚接觸的條件後，專案小組成員進行查核，有錯誤或不足處，每月統計結果晨間會議進行檢討分析，並每月選出「人氣微笑護理師」， 7月31日選出一名，於婦產科科會時由科主任頒發獎狀及獎勵以資鼓勵。

(三)評值期(2023年8月1日至2023年8月31日)

專案人員自8月1日至31日，使用評核表評值護理師照護完整率，單位護理師14位，每位評值2次，共計28人次；使用認知試卷評值護理師認知程度，共計14人，藉以評值改善專案前後之差異。

結果評值

一、母嬰即刻肌膚接觸照護完整率

自2023年8月01日至31日，本專案實施前後評值護理人員執行母嬰即刻肌膚接觸照護完整率，由65.3%提升至97.4%(表三) 達目標設定值95%，且持續追蹤2023年9月1日至10月31日之完整率達95.5%。

二、母嬰即刻肌膚接觸認知正確性

自2023年8月01日至8月31日，護理人員的認知程度，經由在職教育訓練課程，由83.3%提升至100%，顯示有明顯提升。

討論與結論

產後母嬰即刻肌膚接觸，為促進母嬰連結及成功哺餵母乳之起始關鍵，經由專案改善對策實施為修訂護理作業標準規範、舉辦教育訓練及擬真情境教學、製作新生兒安心卡片及護理指導卡、製作母嬰即刻肌膚接觸衛教影片並貼心設計音樂提醒機制等，護理人員執行母嬰即刻肌膚接觸照護完整率提升至97.4%。此與Sheeran et al. (2023)文獻中提及可藉由提醒機制完成目標相呼應。專案推行中修定「自然產後母嬰即刻肌膚接觸護理指導作業標準規範」獲得母嬰親善委員會支持，運用Hanshaw and Dickerson (2020)提出之擬真情境訓練，不僅能增加學習的樂趣，亦加強學習成效，使得護理人員的認知程度提升至100%。且產婦對母嬰即刻肌膚接觸的認知也大幅提高，其親子同室及哺乳意願也隨之增加，而自然產後母嬰即刻肌膚接觸60分鐘以上，也由2022年6-12月的59.7%上升至2023年8月的65%。

專案執行初期遇到最大的阻力為護理人員因業務繁忙對於產婦待產時播放影片及衛教有所抗拒但在多次評估協調中，終於取得一致性及認同，護理人員得到病人口頭讚賞及正面肯定，無形中也讓護理工作更具成就感，而專案製作的影片及護理指導卡縮短衛教時間，護理人員藉由定時探視時評估母嬰情形，不足之處可加強衛教指導。然而剖腹產

表三
護理人員執行母嬰即刻肌膚接觸照護完整率前後比較

題號	題目	改善前(N=28)		改善後(N=28)		差異(%)
		人次(n)	完整率(%)	人次(n)	完整率(%)	
1	洗手	26	92.9	28	100.0	↑7.1
2	問候個案與自我介紹，評估是否適合進行產後即刻母嬰即刻肌膚接觸	27	96.4	28	100.0	↑3.6
3	接觸個案身體先徵求個案同意	28	100.0	28	100.0	0
4	示範及說明如何常規的執行立即不中斷且安全的母嬰即刻肌膚接觸	17	60.7	27	96.4	↑35.7
5	評估嬰兒穩定度	14	50.0	26	92.9	↑42.9
6	示範及說明在產後頭一至兩小時內母嬰即刻肌膚接觸時需評估的安全面向，如：維持燈光明亮，母親背部抬高30-60度等	12	42.9	27	96.4	↑53.5
7	向個案描述至少三個嬰兒在主動吸吮乳房前的餵食前行爲	10	35.7	27	96.4	↑60.7
8	產後一小時內至少每10分鐘做一次母嬰探視	20	71.4	28	100.0	↑28.6
9	確保個案及其陪伴者知道如何觀察母嬰的安全及餵食前行爲	11	39.3	28	100.0	↑60.7
10	告知個案及其陪伴者有問題要向護理人員反映	17	60.7	27	96.4	↑35.7
11	與個案對談，包括至少三個在嬰兒出生頭一至兩小時內，當嬰兒準備好時，讓嬰兒吸吮很重要的原因	9	32.1	27	96.4	↑64.3
12	協助母嬰即刻肌膚接觸過程中，會詢問個案感受	18	64.3	26	92.9	↑28.6
13	讚美個案實際做對的行爲，肯定其努力	21	75.0	27	96.4	↑21.4
14	協助母嬰即刻肌膚接觸結束後再次洗手	26	92.9	28	100.0	↑7.1
平均完整率		-	65.3	-	97.4	

母嬰即刻肌膚接觸時間最多僅能十分鐘，如嬰兒出現餵食前行為也無法協助含乳，經與婦產科主任討論後，於產婦返回病房清醒後，依產婦意願繼續執行肌膚接觸，此為本單位未來努力方向，根據Du Plessis(2021)指出雖然大部分的嬰兒能從早期肌膚接觸中受益，但仍存在不良事件的可能性，包括突然和意外的產後崩潰 (sudden and unexpected postnatal collapse, SUPC)，故提升護理人員肌膚接觸照護完整率，藉此透過溫馨安全之親子接觸過程，以維護母嬰安全，希冀藉此專案提供人員照護自然產後母嬰即刻肌膚接觸之參考，嘉惠更多產婦，提升母嬰親善照護品質。

參考資料

財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會(2023)．*母嬰親善醫療院所認證*。https://www.jct.org.tw/np-60-1.html

臺灣母乳哺育聯合學會(2020)．*WHO能力驗證工具包-確保直接照護者執行愛嬰醫院措施的能力*。http://breastfeedingtaiwan .org/ext/

news/V531.html

Du Plessis, J., Kirk, M., Quilatan, M., & Mehta, S. (2021). Continuous pulse oximetry during skin to skin care: An Australian initiative to prevent sudden unexpected postnatal collapse. *Acta Paediatrica, 110*(4), 1166-1170. https://doi.org/10.1111/apa.15552

Hanshaw, S. L., & Dickerson, S. S. (2020). High fidelity simulation evaluation studies in nursing education: A review of the literature. *Nurse Education in Practice, 46*, 102818. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102818

Ionio, C., Ciuffo, G., & Landoni, M. (2021). Parent-infant skin-to-skin contact and stress regulation: A systematic review of the literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(9), 4695. https://doi.org/10.3390/ijerph18094695

Sheeran, P., Suls, J., Bryan, A., Cameron, L., Ferrer, R. A., Klein, W. M. P., & Rothman, A. J. (2023). Activation versus change as a principle underlying intervention strategies to promote health behaviors. *Annals of Behavioral Medicine : A publication of the Society of Behavioral Medicine, 57*(3), 205–215. https://doi.org/10.1093/abm/kaac045

Stuebe, A. (2020). Should infants be separated from mothers with COVID-19? First, do no harm. *Breastfeeding Medicine, 15*(5), 351-352. https://doi.org/10.1089/bfm.2020.29153.ams

Widström, A. M., Brimdyr, K., Svensson, K., Cadwell, K., & Nissen, E. (2019). Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta Paediatrica* (Oslo, Norway : 1992), 108(7), 1192–1204. https://doi.org/10.1111/apa.14754

Yousef, N., Moreau, R., & Soghier, L. (2022). Simulation in neonatal care: Towards a change in traditional training? *European Journal of Pediatrics, 181*(4), 1429–1436. https://doi.org/10.1007/s00431-022-04373-3

Zhang, X., Wang, X., Juan, J., Yang, H., Sobel, H. L., Li, Z., Narayan, A., Huang, X., Tian, X., Zhang, L., Cao, Y., Tan, L., Gao, Y., Qiu, Y., & Liu, J. (2023). Association of duration of skin-to-skin contact after cesarean delivery in China: A superiority, multicentric randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM, 5*(8), 101033. https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2023.101033

Improving the Completion Rate of Immediate Skin-to-Skin Contact Care by Nursing for Mothers and Infants

Chia-Jung Lin[1], Yu-Wen Lin[2], Ya-Fang Teng[3], Ya-Fang Chen[4]

ABSTRACT

Postnatal mother-infant immediate skin-to-skin contact is crucial for the initial nurturing of life and the success of breastfeeding. The completion rate of immediate skin-to-skin contact for mother-infant pairs in our unit is 65.3%. The current situation reveals low completion rates due to: overly complex educational content that is difficult to remember; brief guidance time; lack of appropriate guidance tools; absence of educational content for mothers in the nursing operation standard book; lack of audit forms; absence of reminder mechanisms for visiting times; and no participation in immediate skin-to-skin contact guidance courses. The project goal aimed to increase this rate to over 95%. Improvement measures included: revising nursing operation standards; conducting educational training and simulated scenario teaching; creating slogans for newborn safety assessment and nursing instruction cards; producing educational videos on immediate skin-to-skin contact; designing music reminder mechanisms; and establishing an audit system. After implementation the completion rate increased from 65.3% to 97.4%. It is hoped that this will provide a reference for personnel in caring for natural postnatal mother-infant immediate skin-to-skin contact, thereby enhancing the quality of mother-infant care. (Tzu Chi Nursing Journal, 2024; 23:6, 89-99)

Keywords: immediate skin-to-skin contact, simulation training

Assistant Head Nurse, JEN-AI Hospital[1]; RN, JEN-AI Hospital[2]; Head Nurse, JEN-AI Hospital[3]; Supervisor, JEN-AI Hospital[4]
Accepted: August 5, 2023
Address correspondence to: Ya-Fang Chen No. 483, Dongrong Road, Dali District, Taichung City
Tel: 886-4-2481-9900 #15770 E-mail: dr@mail.jah.org.tw

血液透析之糖尿病人合併慢性傷口照護經驗

邱靜怡[1]、黃惠珠[2]

中文摘要

本文探討一位曾因感染行腳趾截肢手術之血液透析糖尿病個案，再次發生足部傷口感染延遲癒合，憂慮再次面臨截肢的護理經驗。筆者在照護期間2019年8月29日至2019年10月17日運用Gordon十一項功能性健康型態及病歷查閱等方法，評估並確立健康問題為皮膚完整性受損、知識缺失及焦慮等。針對個案健康問題，運用「TIME」模式評估傷口，確認影響癒合因素，導入照護策略，建立良好護病關係，引導表達感受，給予心理支持，提供照護資訊，教導正確換藥方式及足部照護，提升照護認知，透過回覆示教傷口照護方式，教導以手機拍照記錄傷口，確認個案能執行正確日常生活自我照護，正向面對治療，增加自我肯定，期望此篇提供臨床照護之參考。(志為護理，2024; 23:6, 100-109)

關鍵詞：血液透析、糖尿病、慢性傷口

前 言

近年來由於老化、糖尿病、肥胖和周邊血管疾病人口增加，使慢性傷口發生率及醫療成本也隨之增長，根據統計美國糖尿病病人有10%至25%曾發生慢性足潰瘍問題(Dreifke et al., 2015)。根據統計有46.3%的透析病人合併有糖尿病(許等，2018)。研究指出國內大多數糖尿病足會發展為潰瘍或感染，其感染率超過90%，截肢率為17.47%~24.19%；而糖尿病足潰瘍因周邊血管病變的併發症，恐導致截肢並縮短壽命，危險因素包括血糖控制不良、足部創傷、下肢動脈粥樣硬化和周圍神經病變，當病人合併透析時，還會因透析動脈硬化合併症增加截肢及死亡率(Lin et al., 2019)。由此可知，糖尿病透析病人慢性傷口治療及預防有其重要性。

慢性傷口問題如未處裡妥當會帶給病人挫折感和截肢的不幸，毫無疑問對病人造成極大傷害，如能適當處理及預防

天主教靈醫會醫療財團法人羅東聖母醫院血液透析室護理師[1]、長庚醫療財團法人桃園長庚紀念醫院護理長[2]
接受刊載：2024 年 9 月 23 日
通訊作者地址：黃惠珠　桃園市龜山區舊路里頂湖路 123 號
電話：886-3-319-6200 #2332　電子信箱：change1001@cgmh.org.tw

將可減少醫療資源的消耗。本文描述血液透析糖尿病病人在足部傷口產生後，因傷口癒合的不確定感及擔心截肢而產生焦慮問題，因此引發筆者照護動機，藉由提供個別性傷口照護，提升病人對其疾病認知及照護技巧，協助病人度過衝擊，減輕因疾病帶來的焦慮使其獲得較好的生活品質。

文獻查證

一、慢性傷口定義及成因

正常傷口癒合過程分為四個階段：凝血，炎症，肉芽組織形成(增生階段)以及重塑或疤痕形成，未能於六週內修復癒合的傷口則稱為慢性傷口(Atkin, 2019)。然而許多病理生理學因素會導致慢性傷口，包括炎症、感染、營養不良、年齡、糖尿病、組織浸軟、壓迫性壞死和腎損傷等，其中糖尿病常見的慢性傷口是足潰瘍，而糖尿病足潰瘍是糖尿病病人截肢及死亡原因之一(Park et al., 2017)。

二、慢性傷口照護及足部護理

第一步驟為辨別產生傷口的原因，如糖尿病性潰瘍或因感染使傷口延遲癒合等，找出原因後應用傷口床準備概念(wound bed preparation, WBP)的「TIME」模式評估傷口，尋找影響癒合的因素，導入照護策略(Atkin, 2019)。「TIME」模式評估項目包括(一)傷口組織(tissue)：組織呈現顏色，是否有需除去之壞死組織，藉以降低感染及惡臭，不適合手術清創者可採取濕到乾的濕敷法之機械性清創，或以保濕型敷料促自體清創(如：親水性銀纖維hydrofiber、水凝膠hydrogel)等。(二)局部與系統性的感染徵候(infection/inflammation)：有傷口局部感染時，可使用含抗菌成份的磺胺劑乳膏(silve r sulfadiazine)或銀親水性纖維敷料(hydrofiber Ag)，系統性的感染則需考慮抗生素使用。(三)傷口濕潤度(moisture)：如組織過度潮濕或周圍皮膚浸潤，可用高吸收性親水性纖維或藻膠敷料，過度乾燥可用親水性敷料(hydrocolloid)。(四)傷口邊緣(edge of wound)：有無肉芽增生或潛行狀況(Dowsett, 2019)。病人常因擔心傷口感染而不願沐浴忽略周圍皮膚清潔，除導致異味也易間接造成感染，另因傷口周圍皮膚脆弱需注意紙膠造成撕除傷，避免產生新傷口(Milne, 2019)。

糖尿病慢性傷口除了照護傷口，還需注意足部護理，包括指甲、皮膚照護及日常足部監測，如觸診或使用鏡子進行視覺檢查，以監測早期足部問題；且至少每年進行一次全面性足部評估，包括皮膚檢查、足部畸形評估、神經系統評估和血管評估，有跛行、足動脈脈搏減少或消失的病人，應檢查足踝及手臂收縮壓比值(ankle-brachial index, ABI)並進行血管評估，以確定潰瘍和截肢的危險因素(郝等，2019)。

三、慢性傷口預後不確定感造成焦慮之護理

不確定感是一種個人感官知覺，病人因未知或無法控制的罹病過程而有不確定感，會讓病人產生焦慮等情緒反應(朱等，2018)。慢性傷口病人常因傷口癒後的不確定感產生焦慮(Platsidaki et al., 2017)。當焦慮產生時，可藉由問題為中

心的應對方法，針對威脅本身嘗試將其消除，或以情緒為中心的應對方式包括自我撫慰或表達負面影響。以問題為中心的有效應對措施可減少威脅，同時也減少威脅所產生的情感反應。以情緒為中心的有效應對措施可減輕情緒困擾，使病人從容地解決問題，增強控制感以減輕焦慮感(Hofmann & Hay, 2018)。

個案簡介

一、基本資料

個案為66歲女性，喪偶，育有二女一男，小學畢業，家庭主婦，現與兒子、媳婦、孫子同住，經濟來源為兒子與媳婦，以國語溝通，信仰天主教；父母已過世，有二個哥哥及三個姊姊，與家人相處融洽。

二、過去病史

罹患高血壓、糖尿病十多年，現藥物控制血壓及血糖，於2015年10月因腎衰竭開始接受長期血液透析治療，2016年3月左腳第三腳趾因感染行截肢手術。

三、就醫經過

個案每週二、週四、週六接受透析治療，2019年8/22接受透析治療時表示7/14左腳踝扭傷且數日後扭傷發紅處出現破皮傷口，自行以優碘藥水換藥，因傷口未癒合且左足背出現腫脹及疼痛情形，故尋求透析護理人員協助，依醫囑予neomycin藥膏換藥，因傷口狀況無改善，於8/29予介入瞭解相關問題並協助傷口照護。

護理評估

護理期間2019年8月29日至10月17日，以Gordon十一項功能型態評估為指引，評估結果如下：

(一)健康的認知及處理型態

個案罹患高血壓、糖尿病已有十多年，平日血壓約150~160/85~90mmHg、血糖200~280mg/dl，定期回門診追蹤，無抽煙喝酒及吃保健食品習慣，會規則到院透析，8/29個案表示「剛開始洗腎以為會死掉，現洗了四年感覺已漸漸習慣，平常都有吃藥控制血壓跟血糖和打胰島素針，有注意自己身體，覺得現在健康狀態算普通，但不清楚為什麼一個破皮傷口這麼久不會好？」、「之前有破皮也是用優碘擦一擦蓋紗布就好了，這一次怎麼那麼久都不好」、「洗澡都不敢碰水怕傷口感染」，個案表示「穿拖鞋來洗腎比較方便」，觀察其傷口所覆蓋之紗布有滑脫導致傷口有外露情形，左足清潔狀況差，紙膠殘存及髒汙。8/31個案表示「沒人跟我說要每天檢查腳有沒有傷口」、「腳趾甲都是有空想到才自己剪，之前還有剪破皮」、不清楚傷口不能用優碘，以為優碘可以殺菌、且想要了解要怎樣傷口能趕快好，經評估有知識缺失之健康問題。

(二)排泄型態

個案有軟便劑使用，一天排便次數約1~2次黃軟成形便，腹部柔軟，無腹脹及便秘，腸蠕動音約10~12次/分鐘。尿量少，尿液呈清澈黃色，無解尿困難，評估此項無健康問題。

(三)營養與代謝型態

個案表示「早餐吃三明治加奶茶，午餐吃便當，晚餐媳婦煮在家吃」，食慾佳，咀嚼與吞嚥功能正常，無噁心嘔

吐情形，嘴唇及指甲呈粉紅色、頭髮光滑呈灰白色、皮膚溫暖、乾燥無彈性，四肢無水腫。病人身高155.5cm，體重70.3kg，BMI：29.07kg/m2屬中度肥胖，8/29主訴左足有破皮傷口，評估左足背有6x3公分傷口，以「TIME」模式評估傷口，組織：傷口靠近肢體末端處有2x1.5公分黃腐痂其餘呈現暗紅色，感染或發炎：周圍呈現紅、腫及疼痛情形，分泌物呈淡黃色有異味，濕潤：分泌物量少，周圍皮膚無浸潤，傷口邊緣：邊緣平整無潛行及隧道傷口無上皮化。抽血BUN：51.9mg/dl、Cr：9.2mg/dl、Hb：9.9 mg/dl、Alb：3.8 mg/dl、Glucose：84mg/dl、HbA1c：13.2%，經評估有皮膚完整性受損/因外力導致皮膚損傷之健康問題。

(四)運動活動型態

個案表示「可以自己洗澡上廁所，每天都會在家附近散步，假日會到教會做禮拜」，走路緩慢需使用助行器，評估四肢肌肉力量為4~5分，主訴平日透析後起身有頭暈情形，休息後可改善，8/29透析後平躺血壓134/70mmHg，坐起血壓99/67mmHg，有姿位性低血壓，評估有高危險性跌倒之健康問題。

(五)睡眠休息型態

個案平日早上5~6點起床，晚上8~9點左右入睡，平均一天睡眠約8~10小時，未使用藥物幫助睡眠，睡眠無中斷情形，眼睛外觀無眼圈發黑情形，無睡眠障礙，評估此項無健康問題。

(六)認知感受型態

意識清楚，嗅、觸、味及痛覺皆無異常，左足傷口會感疼痛，現止痛藥物使用可緩解，暫無影響生活作息，閱讀時需配戴老花眼鏡；以國語溝通，聽力及學習力記憶力正常，8/29於透析中給予護理衛教，於透析結束時詢問個案衛教內容皆可回答，評估此項無健康問題。

(七)自我感受及自我概念型態

個案已習慣每週三天到醫院洗腎，這個月抽血報告也都在正常值內，但對於腳莫名其妙多一個傷口且都不會好感到焦慮，8/29協助換藥時，個案表情顯得有點不安，並看著左足傷口表示都有按時換藥，傷口怎麼不會好？擔心再不好會不會又要截肢？個案在交談中談及傷口相關照護時出現眉頭深鎖，經評估有焦慮之健康問題。

(八)角色關係型態

個案表示「還沒跟兒子住時，常跟姊妹聊天，現在沒在家鄉住，只有過年才回娘家找姊妹。」先生已過世多年，與兒子、媳婦和孫子同住，經濟狀況小康，為家中主要決策者，平日透析由專車接送到院，遇到回診日會由媳婦接送；兒女假日偶爾會一起用餐，互動融洽，與醫護人員無衝突，醫病關係和諧，評估此項無健康問題。

(九)性生殖型態

個案表示「五十幾歲就沒月經了，第一次月經十幾歲」、「現已經當阿嬤了，先生過世多年，也沒有這方面的需求了」，評估此項無健康問題。

(十)壓力應付與耐受型態

個案表示自己是愛漂亮、個性穩重的人，會正向面對問題，若遇到困難會和家人商量再作決策，雖有高血壓、糖尿病又要透析，體力明顯比以前差，但每

週三天到院透析已適應，生活作息可自理，評估此項無健康問題。

(十一)價值信仰型態

個案宗教信仰為天主教，假日會到教會做禮拜，個案表示「遇到不開心或困難的事，會禱告，祈求一切平安，禱告後心情也會比較平靜 ，評估此項無健康問題。

問題確立

根據以上護理評估，歸納個案主要健康問題有：(一)皮膚完整性受損/因外力導致皮膚損傷；(二)知識缺失/足部護理及傷口照護相關資訊不足；(三)焦慮/與左足傷口預後的不確定感及害怕再度截肢有關； (四)高危險性跌倒健康問題/與姿位性低血壓有關。因篇幅限制，本文針對皮膚完整性受損、知識缺失及焦慮進行探討。

護理措施與評值

護理問題一、皮膚完整性受損/因外力導致皮膚損傷(8/29~10/17)

(一)主客觀資料

【主觀資料】

8/29主訴：「妳看左腳原本沒有只是有一點紅腫，不知道怎麼就破皮了。」「之前用優碘換藥，現在用藥膏換。」「平常吃三餐沒有吃點心的習慣。」「7/14左腳扭傷有看醫生啊！就說沒事，回家後腳就開始紅紅腫腫，因為不會痛就沒理它。」「腳有點痛才發現有破皮，就先擦優碘，可是沒有好，上週跟醫師講就有開藥膏換藥，為什麼傷口還是沒有好。」「我不敢碰水怕感染。」「我沒用生理食鹽水跟醫師開的藥膏，優碘不是可以殺菌比較好，上週用藥膏換也沒比較好。」

【客觀資料】

8/29左足背有大小為6x3公分傷口，使用neomycin bid換藥。以「TIME」模式評估傷口靠近肢體末端處有2x1.5公分黃腐痂其餘呈現暗紅色，組織健康狀況差、傷口周圍呈現紅、腫及疼痛情形，分泌物呈淡黃色有異味，有感染徵象、分泌物量少，傷口周圍皮膚無浸潤、邊緣平整無潛行及隧道傷口，無上皮化。檢驗報告Alb：3.8 g/dl、Glu-cose：84mg/d、Hb：9.9 g/dl、WBC：6.49、HbA1c：13.2%。8/31發現個案傷口周圍有使用優碘擦拭情形，清潔傷口後棉枝呈褐色。

(二)護理目標

個案於9/19前左足背傷口無感染症狀且受損皮膚無擴大。9/19個案能正確以無菌技術使用生食鹽水清潔傷口並依醫囑使用藥膏換藥。於9/26傷口面積可減少50%，於10/17左足背傷口能完全癒合。

(三)護理措施

首先需與醫師討論傷口症狀，依照「TIME」模式進行傷口評估及護理，因傷口有感染情形，故依醫囑給予傷口細菌培養採檢、會診整形外科評估是否需進行清創手術，並於每次透析後給予GM 80mg iv drip治療二週(共六次)，更改傷口換藥方式予silver sulfadiazine 一天換藥2次。另外，評估個案對傷口照護的認知，再提供傷口照護之護理指導，以平緩溫柔語氣澄清告知優碘對於癒合細胞

具有毒性，需依傷口情況給予合適換藥方式；提供預防傷口感染並促進癒合之護理指導：個案傷口周圍皮膚較脆弱，換藥移除傷口紙膠時需輕柔，避免造成傷口周圍皮膚產生撕除傷，而增加新傷口產生；避免足部傷口受壓摩擦，平時可以枕頭支托減少足部腫脹；可於兩餐間補充透析專用高蛋白配方奶或水煮蛋、蒸蛋增加蛋白質攝取，以利傷口修復；另外，需親自示範正確換藥方式，(A)換藥前後洗手；(B)取下紗布後觀察傷口情形並可使用手機拍照協助記錄傷口狀況；(C)使用生理食鹽水沾濕無菌棉枝採環狀由內向外清潔傷口；(D)使用磺胺劑乳膏塗抹厚度勿太薄或太厚，以看不見傷口為原則；(E)以無菌方式拿取紗布覆蓋傷口。可於換藥過程中詢問個案下一步驟及傷口情形，回答正確時給予鼓勵，回答錯誤或有不熟悉時加強衛教避免指責。最後需讓個案在護理師監督下，自己練習操作清潔傷口及使用藥膏換藥。

(四)結果評值

9/12依照「TIME」模式評估左足背傷口已無紅、腫、熱、痛等感染症狀。9/19傷口約6x3公分，受損皮膚無擴大、傷口分泌物呈淡黃色無異味，無感染徵象、分泌物量少，傷口周圍皮膚無浸潤、邊緣平整無潛行及隧道傷口，已出現上皮化。9/26傷口為3x2公分，有1.5x1公分黃腐痂其餘呈現粉紅色，傷口面積減少約50%。於10/10傷口大小為1.5x1公分呈現肉芽組織，改以人工皮換藥。於10/17移除人工皮後評估個案傷口已完全癒合。10/17檢測HbA1c已降低為11.8%。

護理問題二：知識缺失/缺乏傷口照護及足部護理相關資訊(8/29~9/30)

(一)主客觀資料

【主觀資料】

8/29主訴：「穿拖鞋比較方便。」、8/31主訴：「腳趾甲都自己剪，有時會不小心剪受傷，現在已經有一個了，怕不小心剪到肉會多一個傷口，所以就沒剪趾甲。」、9/3主訴：「有水泡？我不知道，沒注意，不知道什麼時候出現的？」「為什麼要每天檢查腳？沒人跟我說要檢查啊。」

【客觀資料】

8/29評估發現傷口所覆蓋之紗布有滑脫使部分傷口有外露情形，左足清潔狀況差，有紙膠殘存、髒汙及異味。個案至透析室時穿著拖鞋。8/29檢驗報告HbA1c：13.2%。8/31發現個案腳趾甲未修剪。9/3護理師檢查發現個案鞋內有小石子。

(二)護理目標

個案9/7前能說出影響傷口癒合原因至少二項。9/12前能說出足部護理注意事項至少二項。9/30個案能正確執行足部護理至少二項。抽血檢驗HbA1c可降低(低於13%)。

(三)護理措施

首先告知個案需控制血糖因高血糖會影響傷口癒合，血糖控制是否良好需評估血糖值及糖化血色素(HbA1c)，而非看單次血糖值；影響傷口癒合因素有老化膠原蛋白彈性降低使皮膚乾燥脆弱、抗凝血藥物使用、腎臟病變血中廢物的排除困難、傷口感染，皆會使傷口癒合困

難。給予糖尿病飲食衛教以控制血糖，同時也需衛教個案足部護理注意事項：不要赤腳走路及減少穿拖鞋，宜穿著鞋頭寬、鞋墊柔軟的合適鞋子及吸汗的棉襪，藉以避免足部受傷；避免使用尖銳剪刀剪趾甲或剪太短而造成傷害，需避免使用刀片切除角質硬皮，如有傷口需要消毒保持清潔，觀察是否有發炎感染症狀，並告訴透析護理人員。因個案右腳大於左腳，於選包鞋時須以右腳大小為主，外出以包鞋為主，減少著拖鞋避免足部受傷，並請媳婦協助每週檢查個案雙足是否有傷口；每日使用小鏡子仔細檢查雙腳，保持足部乾爽，可使用無酒精性的乳液潤滑，幫助減少乾燥和皮膚龜裂。另外，護理師也需檢視個案足部護理執行情形，確保個案可正確且獨立執行傷口照護及足部護理。

(四)結果評值

9/7個案能說出影響傷口癒合原因「傷口是否感染及血糖控制的好不好都會影響傷口癒合」。9/12個案能說出五項足部護理注意事項：不要赤腳走路、不要穿高跟鞋、不要用尖銳的剪刀剪趾甲、每日檢查雙腳，保持足部乾爽，擦乳液等。9/19個案能回覆示教，正確執行換藥方式。9/30表示會每天檢查腳有沒有傷口、皮膚太乾會擦乳液、出門會穿包鞋、媳婦每週會幫忙剪一次腳趾甲，觀察個案穿著包鞋，足部無傷口、皮膚無龜裂且腳趾甲平整。

護理問題三：焦慮/與左足傷口預後的不確定感及害怕截肢有關(8/29~10/17)

(一)主客觀資料

【主觀資料】

8/29主訴：「傷口長怎樣？還好不是嗎？沒有嚴重對不對？」「我都沒用優碘換藥，改用醫師開的藥膏換藥，傷口為什麼還沒好？」、8/31主訴：「為什麼要看整形外科？要截肢嗎？」「我都有換藥啊！為什麼傷口還不好？」、9/3主訴：「整形外科醫生說不建議清創，怕清完肌腱會跑出來更不好處理，先換藥就好，是不是傷口很不好？」「我有糖尿病會不會最後要截肢啊？」

【客觀資料】

8/29醫師於解釋左足傷口病情時，個案表現憂慮不安、皺眉、緊張。於檢視傷口時個案表現緊張、皺眉、不信任。換藥時出現肢體僵硬、緊張且不停詢問傷口狀況。9/3換藥時，個案臉部表情緊繃，注意力集中自己身上。

(二)護理目標

個案於9/12前能說出並執行減輕焦慮的方法至少2項。10/29個案能說出焦慮心理感受及焦慮情形有改善。

(三)護理措施

首先須與個案建立良好的護病關係，才能引導個案說出感受，可於每次治療時，主動向個案打招呼問候並表達關心，藉以建立信任關係。與個案會談時透過肢體語言表達關心，如握住個案的手在旁陪伴傾聽個案說話，或拍拍肩膀給予安慰及鼓勵。引導個案說出疑慮及害怕，鼓勵表達此次傷口延遲癒合所擔心的事，運用同理心接納其感受，並適時回應個案想法及感覺。提供減輕焦慮之護理指導，可教導個案促進放鬆技巧如看電視、看手機、聽聖經、聊天等方式，轉移注意力。於透析過程進行換藥

時，可利用個案手機拍相片說明傷口癒合程度，鼓勵個案正視傷口，以減少不必要之緊張情緒。教導個案換藥前運用腹式呼吸法以放鬆情緒，或於換藥前及過程中禱告、聽聖經以減輕焦慮。同時藉由整形外科醫療團共同參與照護，向個案及家屬解釋傷口治療計畫，增其信心。

(四)結果評值

9/12個案於換藥前會先禱告，過程中會表達在家中換藥情形及心得感受，換藥時會使用腹式呼吸法以放鬆情緒。9/28個案表示原本擔心傷口無法癒合最後會截肢，現在傷口有改善，擔心也有減少，表示會配合醫師建議繼續治療傷口，無出現皺眉或不安焦慮的表情。於10/17個案表示「傷口好了，心中的大石頭終於可以放下。」

討論與結論

本文為患有糖尿病並長期透析個案出現慢性傷口，筆者經評估後確立個案有皮膚完整性受損、知識缺失及焦慮等問題。個案因傷口治癒時間延長，產生不確定感，深怕截肢而引發焦慮不安等負面情緒與文獻(Platsidaki et al., 2017)相符。過程中藉由建立良好護病關係，鼓勵表達感受，教導放鬆技巧及聊天、聽聖經轉移注意力，指導個案學習正確處理傷口方式及足部護理知識，強化自我照顧行為及自我控制感，使其減輕焦慮情形。

郝等(2019)建議進行全面性足部評估，但因部分項目包含醫療處置行為，受限於護理人員只能執行醫療輔助行為，故護理過程中未能進行全面性足部評估為此次限制，透過與醫師討論後協助個案至新陳代謝科門診進行足部評估，建議可將足部評估納為透析病人每年常規檢查，以掌握足部健康狀況，另可依照醫院內資源適時轉介傷造口護理師或傷口個管師、糖尿病個管師以預防進一步損傷。

接受血液透析病人有許多本身有糖尿病，易出現慢性傷口問題，然透析室常規並無傷口評估，因此要如何預防、正確評估傷口、使用適合敷料及足部護理，對於從事透析護理人員而言是一大挑戰，如能將「TIME」模式評估傷口方法及足部護理列入教育訓練課程，相信可增加相關技能，大大提升照護品質。

參考資料

朱怡瑾、劉曼盈、胡嘉桂、蘇家慧、陳姿蓉、陳俏潓、吳麗敏(2018)．不確定感之概念分析．*高雄護理雜誌，35*(2)，53-60。https://doi.org/0.6692/kjn.201808_35(2).0005

郝立智、楊純宜、游新、許琇雲、沈盈佐、陳紘騰、譚宏斌、陳進旺、王志龍、黃孟華(2019)．2019年美國糖尿病學會針對糖尿病神經病變及糖尿病足之標準治療建議．*內科學誌，30*(6)，368-379。https://doi.org/10.6314/jimt.201912_30(6).02

許志成、吳麥斯、熊昭、黃尚志、林裕峯、許永和(2018)．*2017台灣腎病年報*．台北市：國家衛生研究院。

Atkin, L. (2019). Chronic wounds: The challenges of appropriate management. *British Journal of Community Nursing, 24*(Sup9), S26- S32. https://doi.org/10.12968/bjcn.2019.24.Sup9.S26

Dreifke, M. B., Jayasuriya, A. A., & Jayasuriya, A.

C. (2015). Current wound healing procedures and potential care. *Materials Science and Engineering: C, Materials for biological applications,* 48, 651-662. https://doi.org/10.1016/ j.msec. 2014.12.068

Dowsett, C. (2019). T.I.M.E. to improve patient outcomes: Use of a clinical decision support tool to optimise wound care. *British Journal of Community Nursing, 24*(Sup3), S6- S11. https://doi.org/10.12968/bjcn.2019.24.Sup3.S6

Hofmann, S. G., & Hay, A. C. (2018). Rethinking avoidance: Toward a balanced approach to avoidance in treating anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders,* 55, 14-21. https://doi.org/10.1016/j. janxdis. 2018.03.004

Lin, K. D., Hsu, C. C., Ou, H. Y., Wang, C. Y., Chin, M. C., & Shin, S. J. (2019). Diabetes-related kidney, eye, and foot disease in Taiwan: An analysis of nationwide data from 2005 to 2014. *Journal of the Formosan Medical Association, 118 Suppl 2*, S103-S110. https://doi.org/10.1016/j. jfma. 2019.07.027

Milne, J. (2019). The importance of skin cleansing in wound care. *British Journal of Community Nursing, 28*(12), S20- S22. https://doi.org/10.12968/bjon. 2019. 28. 12.S20

Platsidaki, E., Kouris, A., & Christodoulou, C. (2017). Psychosocial aspects in patients with chronic leg ulcers. *WOUNDS: A Compendium of Clinical Research and Practice, 29*(10), 306-310. https://doi.org/10.25270/wnds/2017.10.306310

Park, J. W., Hwang, S. R., & Yoon, I. S. (2017). Advanced growth factor delivery systems in wound management and skin regeneration. *Molecules, 22*(8) ,1259. https://doi.org/10.3390/molecules22081259

靜思語

簡單，可以淨化人生；
複雜，會醜化人生。

～證嚴法師靜思語～

A simple heart purifies life;
a complicated mind corrupts it.

~ Master Cheng Yen ~

Nursing Experience of a Hemodialysis Patient with Diabetes and Chronic Wounds

Ching-I Chiu[1], Hui-Chu Huang[2]

ABSTRACT

This article describes the nursing process of a hemodialysis patient who had undergone toe amputation due to a diabetic foot infection. The recurrence of the foot infection delayed wound healing and the patient was worried that he may face amputation again. During the nursing period from August 29, 2019, to October 17, 2019, based on Gordon's 11 Functional Health Patterns, the following major nursing problems were identified: impaired skin integrity, lack of knowledge, and anxiety. In response to the aforementioned health problems, the author used the "TIME" model to assess wounds, identified factors that affect healing, introduced nursing strategies, established a good nursing relationship, guided the patient to express his feelings, and provided psychological support and nursing information. The author also taught the patient the correct way to dress changes and foot care to improve his awareness of caring for himself. By replying to messages concerning wound care methods, teaching the patient to use a mobile phone to take pictures, and recording wounds, the author confirmed that the case can perform correct daily self-care. Also, the patient was facing the treatment more positively and showing increased self-affirmation. This article can provide a reference for similar clinical care. (Tzu Chi Nursing Journal, 2024; 23:6, 100-109)

Keywords: hemodialysis, diabetes, chronic wounds

RN, hemodialysis room,Camillians Saint Mary's Hospital Luodong[1] ; Head Nurse, Chang Gung Memorial Hospital at Taoyuan[3]
Accepted: September 23, 2024
Address correspondence to: Hui-Chu Huang No. 123 Ding Hu Rd., Kuei Shan Hsiang 33378, Taoyuan, Taiwan
Tel: 886-3-319-6200 #2332 E-mail: change1001@cgmh.org.tw

照顧一位乳癌患者接受手術後傷口感染個案之護理經驗

潘宋瑜[1]、葉惠玲[2]、歐軒如[3]

中文摘要

本文描述一位女性罹患乳癌接受手術治療後傷口感染之照護經驗，照護期間自2022年08月06至08月17日，透過臨床照護、身體評估、觀察、會談及查閱病歷等方式，並運用Gordon 十一項健康功能型態評估分析，確認個案有現存性感染、急性疼痛及情境性低自尊等健康問題。照護過程中因傷口感染及疼痛不適為立即性問題，協助傷口照護，落實感染控制原則，避免個案再次感染及教導減輕疼痛技巧，使疼痛指數降低。在照護期間，與個案建立良好護病關係，鼓勵個案表達感受，建立家庭支持系統，並舉辦病友團體討論會，協助個案面對疾病及身體外觀改變，重建正向自我概念。期望護理經驗分享提供護理人員日後照護之參考。(志為護理，2024; 23:6, 110-118)

關鍵詞：乳癌術後、現存性感染、急性疼痛、情境性低自尊

前 言

衛生福利部國民健康署資料顯示乳癌為我國婦女發生率第一位之癌症，好發於45-69歲，每年有超過一萬位婦女罹患乳癌，超過2000名婦女死於乳癌(衛生福利部國民健康署，2022)。乳癌常見治療方式以手術為主，化學治療、放射線治療、標靶治療及賀爾蒙療法為輔(蔡，2021)，文獻指出乳癌手術後約有5%-30%發生皮瓣壞死及2%-19%發生手術部位感染，可行傷口換藥或手術清創進而改善(Al-Hilli & Wilkerson, 2021)。乳房除了有分泌乳汁哺育功能外，同時也被視作女性的象徵，代表著母愛及性感，失去乳房會影響女性的心理及情緒，而乳癌治療導致的外貌、自我概念、婚姻關係、家庭角色及社會互動改變，易使病人感到悲傷、焦慮、憤怒及社會孤立等，進而導致低自尊的情形產

佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院護理部泌尿科房護理師[1]、佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院護理部專科護理師護理長[2]、佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院護理部整形外科護理長[3]
接受刊載：2024 年 4 月 15 日
通訊作者地址：歐軒如　97004 花蓮市中央路三段707號 護理部
電話：886-3-856-1825 #16131　電子信箱：qp761009@gmail.com

生(Yektatalab & Ghanbari, 2020)。

本文個案為一位罹患第三期乳癌行乳房全切除術後病人，因術後傷口感染於門診行局部清創後，入院治療行全身麻醉傷口清創及傷口縫合手術。於照護期間，觀察個案對於乳房全切除術後有多次負向言語，不時拉扯衣物遮掩傷口且顯情緒低落，有情境性低自尊健康問題，故引發筆者書寫動機。期望透過個別性護理，鼓勵個案表達內心想法及感受，引導個案正視身體外觀改變，透過單位病友團體分享成功案例，協助個案正向面對手術後身體外觀改變並接納自我，改善情境性低自尊。

文獻查證

一、乳癌之概述

乳癌為乳房內不正常細胞病變、侵略並破壞乳房正常組織而形成，可能原發於一條乳腺或一葉乳房組織的上皮細胞，大部分源自腺管上皮，其中以侵襲性腺管癌最常見，其餘包括小葉癌、佩吉特氏病及炎性癌等。好發於乳房外上四分之一，依美國癌症聯合協會分期系統分一至四期(李、林，2022)。乳癌常見治療以手術為主，化學治療、放射線治療、標靶治療及賀爾蒙療法為輔，常見手術包括根除性乳房切除術、改良性乳房切除術、腫瘤切除術、腋下淋巴結廓清術及前哨性淋巴結切除術等(蔡，2021；Al-Hilli & Wilkerson, 2021)。

二、乳癌手術後傷口感染及其護理

乳癌術後常見合併症包括感染、血腫、皮瓣壞死、傷口裂開、脂肪壞死及觸覺減退等，術後約有5%-30%發生皮瓣壞死情形及2%-19%發生手術部位感染，皮瓣壞死常因腋動脈或肋間動脈無法供應皮瓣代謝需求所致，可行傷口換藥、銀離子敷料使用或行手術清創改善(Al-Hilli & Wilkerson, 2021)。手術後感染為術後30天內手術部位發生膿液、無菌部位培養陽性或傷口出現紅腫熱發炎等徵象，導致增加7到10天住院天數，預防方法為可於術前給予皮膚準備；預防性抗生素；術中維持正常體溫；術後傷口照護、傷口感染監測並維持引流管於負壓狀態(施等，2020)，亦可採高蛋白飲食及補充維他命C等，以利傷口癒合(李、林，2022)。

三、乳癌手術後急性疼痛問題及其護理

乳癌手術後約有46%病人有疼痛經驗(Al-Hilli & Wilkerson, 2021)。疼痛是一種感覺上與情緒上的不愉快經驗，可能與現存性或潛在性組織受傷有關，常見評估方法為數字型評分量表。疼痛控制可分藥物及非藥物，依WHO建議，藥物使用在第一階段疼痛(1-3分)可使用非鴉片類；第二階段疼痛(4-6分)可使用弱鴉片類；第三階段疼痛(7-10分)可使用強鴉片類。非藥物有芳香、音樂、按摩、冥想及針灸療法等，且於術前即早介入非藥物止痛方法可有效降低術後疼痛狀況(Tola et al., 2021)。音樂療法有肌肉放鬆、減輕壓力及疼痛等療效，讓病人遠離不愉快及不舒服之負向感受(莊等，2022)。按摩療法指於肌肉、肌腱和結締組織施加物理力量以放鬆肌肉、緩解疼痛及緊張情緒並改善血液循還(Deng, 2019)，另文獻指出乳癌術後傷口加壓有助於降低淋巴水腫發生率及減緩疼痛

(Zaj czkowska et al., 2019)。

四、乳癌手術後造成情境性低自尊及其護理

乳房除了有分泌乳汁哺育功能外，同時也被視作女性的象徵，代表著母愛及性感，失去乳房會影響女性的心理及情緒(Yektatalab & Ghanbari, 2020)。文獻指出，經統計乳癌術後有五成的婦女有負向的感受及超過四成的婦女有憂鬱的症狀(陳紀妤等，2020)，乳癌治療行乳房切除及其術後疤痕，致外貌、自我概念、婚姻關係、家庭角色及社會互動改變，易使病人感到悲傷、焦慮、憤怒及社會孤立等，進而導致低自尊的情形產生(Yektatalab & Ghanbari, 2020)。護理人員可藉由傾聽、觀察和感受病人的抱怨以及他們的需求，鼓勵病人觀看和觸摸部位以引導病人正視恢復身體整體感，提供社會支持網或相同經驗的病人分享經驗，協助病人恢復身體功能(陳淑齡、余，2019)。手術應正確清創受污染傷口，於術後加強固定傷口管路敷料、使用壓力束胸帶加壓傷口，或使用潤滑膏和矽膠產品加速傷口癒合和改善疤痕外觀，且可透過按摩預防疤痕組織增生、改善傷口色素沉澱及降低疤痕硬度情形等(Elsaie, 2021)。

基本資料

一、個案簡介：

個案為52歲女性，已婚，信仰道教，國臺語溝通，高中畢業，工作為臺電總機，父已逝母健在，有一哥哥，與案夫育有一女，一家三口同住，家庭互動關係良好，主要經濟來源為儲蓄金及退休金，住院期間醫療費用由保險支付。

二、過去病史及家族史：

個案無藥物食物過敏史，家族有肝癌、乳癌及鼻咽癌病史，本身有甲狀腺功能低下、糖尿病及高血壓，已常規服藥約3-5年及每3個月固定返診追蹤。

三、此次入院經過與治療

個案於2018年觸診右側乳房腫塊至外院就診，診斷脂肪瘤後轉至本院，常規於門診追蹤，於2022/6/1於門診追蹤行乳房超音波：鈣化行局部麻醉留取右側乳房病理切片為侵襲性腺管癌，於6/20行右側部分乳房切除及前哨淋巴結切除術，術中留取病理切片為第三期乳癌，於7/11行右側乳房全切除術及放置人工血管，術後於7/14出院，返家傷口自行換藥，於8/6因術後傷口滲液多且色黃，每日需更換3-4次且縫線周圍皮膚發黑約長5cm及寬5cm至門診求診，行局部清創，診斷：術後傷口感染，於8/8入院行全身麻醉傷口清創及傷口縫合手術，於8/17出院。

四、護理評估

照護期間為2022/8/6日至8/17日，透過臨床照護、身體評估、觀察、會談及查閱病歷等方式進行資料收集，並運用Gordon 十一項健康功能型態評估分析，分析如下：

1.健康認知和健康處理型態：

個案有甲狀腺功能低下、糖尿病及高血壓，常規服藥及固定返診追蹤，定期行乳房自我檢查及子宮頸抹片。7/11行右側乳房全切除手術及放置人工血管，返家由案夫協助行傷口換藥，此次因術後傷口滲液多及發黑至門診行局部清創

後，診斷為術後傷口感染入院治療。8/6入院，主訴:「那時候傷口發黑來看醫生，叫我用燙傷藥膏換藥，但我覺得用燙傷藥膏傷口都會濕濕黏黏的，所以之後都叫老公用優碘換藥，而且換藥後傷口濕濕的，都會等大概1到2小時才貼紗布。」個案入院時，於門診行局部清創移除外層皮膚，帶入長4.6cm、寬4.5cm及深度0.7cm傷口，傷口基底黃紅且周圍皮膚發黑，行一般傷口換藥後以白紗覆蓋；抽血WBC:3.18*103及N.band:0%。8/8行全身麻醉傷口清創及傷口縫合手術，術中留取檢驗右胸wound pus culture:金黃色葡萄球菌。8/9主訴：「傷口很大嗎？會不會很難好，很多人會這樣嗎？」評估個案有現存性感染之健康問題。

2.營養代謝型態：

個案身高149公分，體重43.65公斤，身體質量指數(body mass index, BMI)為19.66kg/m2，屬正常範圍，近半年體重41-45公斤。三餐正常無偏食，餐間補充水果，每日水分攝取量約2,000ml；入院期間大多外食便當，食慾佳與入院前無異，可依營養科建議採低脂肉類及高蛋白飲食，如：炸物去外皮或改為攝取雞肉、魚肉或豆類製品等；8/6入院抽血TBI:0.6mg/d L、LDH:161U/L、GLU-AC:214mg/dL。8/9觀察個案除手術縫線傷口外，皮膚外觀無乾燥或水腫。

3.排泄型態：

個案表示排便為1次/天，色黃且微軟，無使用軟便劑或灌腸，四象限腸蠕動約20-25次/分。排尿約6-8次/天，排尿量正常，解尿過程順暢，尿液呈黃色清澈。8/6入院留檢U/A:WBC:0-2mg/dL、RBC:0-2mg/dL及color:light yellow。

4.活動運動型態：

8/6主訴：「我平常都有運動的習慣，都會和我先生去操場走一萬步，也會和先生及小孩出去走一走。」個案意識清醒，四肢肌力5分，日常活動可自理。8/11觀察個案由案夫陪伴下床活動。8/15觀察個案可依照主治醫師指示行右上臂外展動作以避免傷口攣縮。

5.睡眠休息型態：

8/6主訴：「平常大概晚上11點睡覺，5-6點起床，大概可以睡6-7小時。」觀察個案偶夜眠中斷但可續入睡，無使用安眠藥，觀個案精神佳，無神情倦怠之樣貌。

6.認知感受型態

8/8行全身麻醉傷口清創及傷口縫合手術，術後右胸留一長16cm及寬1cm縫線傷口及一JP drain引流管，觀察個案需由案夫攙扶方能下床如廁，主訴：「手術傷口很痛，右手都不敢動，很怕會拉到傷口，疼痛指數約有7-8分。」詢問護理人員：「等一下可以幫我打止痛針嗎?」。8/9觀察個案大多臥於床上休息，執行右胸縫線傷口換藥，過程中表情皺眉忍耐，主訴：「傷口還是陣陣抽痛，但還可以忍耐，不需要打止痛針。」評估個案有急性疼痛之健康問題。

7.自我感受型態：

8/6主訴：「本來傷口已經夠醜了，現在皮還被剪開，我到底要怎麼活?」8/7主訴：「是只有我這樣嗎?樣樣不順，開這麼多次刀，傷口還長成這樣，是我上輩子有做錯事情嗎?」觀察個案表情緊繃且眼角泛淚。8/10執行縫線傷口換藥，

過程中個案雙眼緊閉，不願正視傷口，換藥後立即拉扯衣物遮住傷口，拒絕與護理人員討論傷口狀況。8/11主訴：「我現在這樣子我覺得很想哭，胸前一大條縫線而且乳頭又被切掉的樣子，我很難受，我根本不敢看，我覺得自己很醜，不男不女的!」8/12主訴：「我其實很害怕我先生會嫌棄我，就算他甚麼都沒有說，但這個傷口我自己看了都覺得很可怕，又何況是別人。」「我的同事和親戚都有打電話關心我，但我實在很難與他們談論這些事情，因為我怕他們用異樣的眼光看我，這些關心對我來說都是一種壓力。」評估個案有情境性低自尊之健康問題。

8.角色關係型態：

個案為臺電總機員，表示工作環境單純且人際相處融洽。已婚，育有一女，與案夫及案女一同居住，案母及案兄住於附近，平日皆有聯繫，與家中人員關係融洽。住院期間主要照護者為案夫，案女及其餘家屬以電話關心個案，遇重大事情與案夫討論。住院期間，個案可配合醫療科處置及護理，也可依照營養科建議飲食及注意事項。

9.性與生殖型態：

個案目前已停經，無使用賀爾蒙補充劑，與案夫育有一女。8/12觀察個案會陰部大小陰唇無水腫或發紅，亦無異常分泌物，觀察右胸手術後留有一長16cm及寬1cm縫線傷口及一JP drain引流管，乳房已全部切除，右胸平坦無乳頭，縫線附近皮膚攣縮不平整，個案不時以手遮掩胸口。

10.應對、壓力及耐受型態：

8/15個案主訴：「這次生病，我跟我先生談了很多，我先生說事情遇到了就一起解決，不要想那麼多，如果真的覺得壓力很大，可以一起出門按摩或逛街，他會一直陪著我，這讓我更有力量去面對接下來的療程和挑戰。」個案主訴：「這次入院，謝謝你們願意花時間傾聽我的煩惱，鼓勵我跟我先生傾訴我的壓力，也告訴我這麼多該注意的事情，比如：化療注意事項及各項資源和飲食衛教控制血糖等。」會談過程中個案語帶笑意且神情放鬆。

11.價值及信念型態：

個案信仰道教，無常規參與宗教活動，8/16個案主訴：「開刀前表姊幫我求平安符，先生也到廟裡拜拜，很謝謝家人在我最困難的時候陪伴我，即使因為疫情限制不能來探病，也把對我的關懷用另一種方式送給我。」個案表情平靜且將平安符放於枕頭下。

問題及導因確立

綜合以上護理評估，確立個案有現存性感染/與乳癌術後傷口感染及皮瓣壞死有關(8/6-8/17)、急性疼痛/與行傷口清創及傷口縫合手術有關(8/8-8/13)、情境性低自尊/與不能接受自己右側乳房全切除及傷口有關(8/6-8/17)。

護理措施及結果評值

一、現存性感染/與乳癌術後傷口感染及皮瓣壞死有關(8/6-8/17)

主觀資料

8/6主訴:「那時候傷口發黑來看醫生，叫我用燙傷藥膏換藥，但我覺得用燙傷

藥膏傷口都會濕濕黏黏的，所以之後都叫老公用優碘換藥，而且換藥後傷口濕濕的，都會等大概1到2小時才貼紗布。」

客觀資料

於門診行局部清創移除外層皮膚，帶入長4.6cm、寬4.5cm及深度0.7cm傷口，傷口基底黃紅且周圍皮膚發黑。8/8術中留取檢驗右胸wound pus culture:金黃色葡萄球菌。

護理目標

8/15個案及案夫可執行兩項傷口照護注意事項。8/17個案右胸wound pus culture:無長菌。

護理措施

8/6於術前依醫囑予ocillina 500mg IVD Q6H使用。每日協助個案行傷口換藥，紀錄傷口大小、滲液量及其性質並拍照上傳電子系統，以便醫療科共同評估傷口狀況。衛教個案及案夫相關傷口照護注意事項，如:感染徵象，紅熱腫痛等。傷口需保持乾燥及清潔之重要性，若傷口部位滲濕或JP drain引流管半滿需立即告知護理人員協助換藥及倒除，衛教可多攝取高蛋白及維他命C以助傷口癒合，如：鮭魚、芭樂、奇異果及深綠色蔬菜等。

護理評值

8/10個案可主動表示傷口紗布滲濕需協助換藥，可依照營養科建議採低脂肉類及高蛋白飲食。8/15個案留取檢驗右胸wound pus culture:無長菌。

二、急性疼痛/與行傷口清創及傷口縫合手術有關(8/8-8/13)

主觀資料

8/8個案主訴：「手術傷口很痛，右手都不敢動，很怕會拉到傷口，疼痛指數約為7-8分。」要求施打止痛針。

客觀資料

8/8觀個案大多臥於床上休息，需經案夫攙扶方能下床如廁。8/9協助個案行傷口換藥，過程中個案表情皺眉忍耐。

護理目標

8/12個案可使用至少兩項非藥物緩解疼痛技巧。 8/13個案可不需施打針劑止痛藥且疼痛指數可降低至3分以下。

護理措施

每日每兩小時主動以數字型評分量表評估個案疼痛程度，於換藥前依醫囑給予dynastat 40mg IV Q12H使用。衛教個案及案夫疼痛緩解技巧，如：聽喜愛的臺語歌轉移注意力；協助個案按摩背部及肩頸，放鬆肌肉緩解緊張情緒及疼痛。與醫療科討論後可以使用壓力束胸帶加壓傷口，以避免拉扯傷口及管路致疼痛。執行傷口換藥時，緩慢移除外層敷料及動作輕柔消毒傷口，並且請案夫於旁緊握個案左手分散注意力。

護理評值

8/12個案可於下床時使用壓力束胸帶，亦會請案夫播歌及按摩肩膀緩解疼痛。 8/13個案不需他人攙扶自行下床活動，主訴:「我現在沒有什麼不舒服，應該可以不用吃止痛藥了。」評估疼痛指數為1分。

三、情境性低自尊/與不能接受自己右側乳房全切除及傷口有關(8/6-8/17)

主觀資料

8/6與個案會談過程中，觀個案表情緊繃且眼角泛淚，主訴：「本來傷口已經夠醜了，現在皮還被剪開，我到底要怎麼活?!」8/7主訴：「是只有我這樣嗎?樣

樣不順，開這麼多次刀，傷口還長成這樣，是我上輩子有做錯事情嗎?!」8/11觀個案大多穿著寬鬆衣物及外套，鮮少與其他病友交談，主訴：「我現在這樣子我覺得很想哭，胸前一大條縫線而且乳頭又被切掉的樣子，我很難受，我根本不敢看，我覺得自己很醜，不男不女的!」8/12主訴：「我其實很害怕我先生會嫌棄我，就算他甚麼都沒有說，但這個傷口我自己看了都覺得很可怕，又何況是別人。」

客觀資料

8/10協助個案行傷口換藥，過程中個案雙眼緊閉，不願正視傷口，換藥後立即拉扯衣物遮住傷口，拒絕與護理人員討論傷口狀況。

護理目標

8/15個案可正視身體外觀的改變。8/17個案可正向看待身體外觀的改變。

護理措施

維持三班固定護理人員以降低個案不安全感並建立信任感及治療性人際關係，每日主動關懷，同理感受及聆聽其對疾病的想法，接受個案語言及非語言的表達。每日協助個案行傷口換藥時，確實檢視及固定傷口管路並協助使用壓力束胸帶，避免摩擦或拉扯導致疤痕增生或黑色素沉澱，過程中漸進式與個案說明傷口狀況，引導個案與案夫共同使用鏡子或手機內鏡頭觀察傷口，增加促使個案參與治療活動。與醫療科討論個案於傷口拆線後，可使用抗疤凝膠或美容膠以避免疤痕組織增生及改善黑色素沉澱。衛教個案於傷口拆線後可按摩肩頸改善血液循環，促進疤痕組織軟化。鼓勵案夫及重要親友可在口語或肢體上表達對個案的關愛及傳達「即使外觀的改變亦不影響對其看法和價值。」並且會診癌症心理師，共同照護給予心理支持。鼓勵個案閱覽全球華人乳癌組織聯盟及中華民國乳癌病友協會等，於單位偕同乳癌個案管理師舉辦病友團體討論會，分享罹病過程及介紹其他成功案例分享經驗，強化個案自信心並降低失落感。

護理評值

8/15個案可使用鏡子檢視右乳傷口。8/16主訴：「我右邊的傷口其實也沒有想像中的那麼可怕，就是有一些黑色素沉澱。」並主動詢問護理人員有無推薦相關淡疤產品。

討論與結論

本文描述一位罹患第三期乳癌行乳房全切除術，術後傷口感染再次入院以全身麻醉執行傷口清創及傷口縫合個案，因傷口及病情進展有現存性感染、急性疼痛及情境性低自尊等健康問題。筆者依醫囑給予抗生素治療，並行傷口無菌換藥及上傳電子系統，以便醫療科共同評估傷口狀況。衛教傷口相關照護注意事項及可多攝取高蛋白及維他命C以助傷口癒合。依醫囑予止痛針使用並衛教個案及案夫非藥物緩解疼痛技巧。維持三班固定護理人員，透過傾聽及同理個案感受，與個案建立治療性人際關係，鼓勵個案表達對疾病的感受，鼓勵案夫及重要親友可在口語或肢體上表達對個案的關愛及傳達，引導個案正視術後傷口，介紹單位其他成功案例經驗分享，協助個案面對疾病及身體外觀改變帶來的衝擊，適應外觀及重建正向的自我概念，並衛教個案相關改善傷口色素沉澱及

軟化疤痕方式，改善情境性低自尊問題。

照護過程中深感個案行全乳房切除手術已超過一個月，但帶給個案身體心理改變及其衝擊而衍生出低自尊問題卻是長期深遠之影響，術後因傷口感染再次手術加深原有疤痕色素沉澱，為照顧此個案之護理限制，期望未來可加強此類個案關懷，增加病人術後信心及降低失落感， 並於術後傷口穩定後引入其他淡疤產品，如：美容膠或內含矽膠產品敷料及護理措施以加速傷口癒合、改善疤痕外觀及預防疤痕組織增生，從而避免病人因畏懼觀看傷口致照護缺失而二次入院等遺憾，藉此經驗分享，提供日後護理人員照護之參考。

參考資料

李和惠、林麗秋(2022)．生殖系統疾病病人之護理．於胡月娟總校閱，*內外科護理學*(六版，247-266頁)．華杏。

莊夢蓉、邱齡頤、何建良(2020)．音樂聆聽對燒傷病人換藥疼痛與焦慮之成效－南部某醫學中心燒傷加護病房．*醫學雜誌，53*(1)，29-40。

施智源、陳周斌、劉家瑋、黃佩萱、陳裕芬、陳瀅淳、黃欽印(2020)．預防手術部位感染之多模式策略．*感染控制雜誌，30*(2)，101-119。https://doi-org.hlsw.tzuchi.com.tw:8443/10.6526%2fICJ.202004_30(2).0004

陳淑齡、余玉眉(2019)．身體意象與臨床護理之應用．*護理雜誌，66*(5)，7-13。https://doi.org/10.6224/JN.201910_66(5).02

陳紀伃、黃惠滿、林婉如、陳咨淇(2020)．乳癌術後婦女之身體心像與憂鬱傾向之探討．*高雄護理雜誌，37*(1)，1-12。https://doi.org/10.6692/KJN.202004_37(1).0001

蔡明霖(2021)．乳癌治療．*台灣更年期醫學會會，65*，17-19 https://doi.org/10.6651/TMS.202108_(65).03

衛生福利部國民健(2022，1月25日)．*乳癌防治組「乳癌防治」*。https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=614&pid=1124

Al-hilli, Z., & Wilkerson, A. (2021).Breast surgery : Management of postoperative complications following operations for breast cancer. *The Surgical Clinics of North America, 101*(5), 845-863.https://doi.org/10.1016/j.suc.2021.06.014

Deng, G. (2019). Integrative medicine therapies for pain management in cancer patients. *Cancer Journal, 25*(5), 343-348.https://doi.org/10.1097/PPO.0000000000000399

Elsaie, M. L. (2021). Update on management of keloid and hypertrophic scars: A systemic review. *Journal of Cosmetic Dermatology, 20*(9), 2729-2738。https://doi.org/10.1111/jocd.14310。

Tola, Y. O., Chow, K. M., & Liang, W. (2021). Effects of non-pharmacological interventions on preoperative anxiety and postoperative pain in patients undergoing breast cancer surgery: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing, 30*(23), 3369-3384.https://doi.org/10.1111/jocn.15827

Yektatalab, S., & Ghanbari, E.(2020).The relationship between anxiety and self-esteem in women suffering from breast cancer. *Journal of Mid-Life Health, 11*(3), 126-132. https://doi.org/10.4103/jmh.JMH_140_18

Zajączkowska,R., Kocot-Kępska, M., Leppert, W., & Wordliczek, J. (2019). Bone pain in cancer patients:Mechanisms and current treatment. *Journal of Molecular Sciences, 20*(23), 6047. https://doi.org/10.3390 /ijms20236047.

Nursing Experience of a Post-Surgery Breast Cancer Patient with Wound Infection

Sung-Yu Pan[1], Hui-Ling Yeh[2], Syuan-Ru Ou[3]

ABSTRACT

This study describes the nursing experience of a post-surgery breast cancer patient with wound infection facing severe physical and psychological impacts. The nursing period was August 6th–17th, 2022. Information was gathered through clinical care, physical assessment, observation, interviews, and a review of medical records. Using Gordon's 11 functional health types, we concluded that this patient had existing wound infection, acute pain, and low self-esteem. For wound infection, we implemented infection control principles for changing wound dressing to avoid secondary infections and taught the patient pain relief techniques resulting in a reduction in pain levels. During the nursing period, we established a good relationship with the patient, encouraged the patient to express her feelings, established a family support system, and organized patient associations to rebuild a positive attitude and self-values. We hope that by sharing this special nursing experience, we can provide a good reference for colleagues caring for similar cases. (Tzu Chi Nursing Journal, 2024; 23:6, 110-118)

Keywords: acute pain, infection, post-surgery of breast cancer, situational low self-esteem

RN of Urology ward, Department of Nursing, Hualien Tzu Chi Hospital Buddhist Tzu Chi Medical Foundation[1]; Head of Nurse Practitioner, Department of Nursing, Hualien Tzu Chi Hospital Buddhist Tzu Chi Medical Foundation[2]; Head Nurse, Department of Nursing, Hualien Tzu Chi Hospital Buddhist Tzu Chi Medical Foundation[3]
Accepted: April 15, 2024
Address correspondence to: Syuan-Ru Ou Nursing Department, 707, Sec. 3, Zhong-Yang Rd., Hualien, Taiwan, 97004
Tel: 886-3-856-1825 #16131 E-mail: qp761009@gmail.com

一位遭感染愛滋病家人咬傷之門診照護經驗

潘姵君[1]、謝佳吟[2]

中文摘要

本文探討一位個案遭愛滋病家人咬傷後的傷口不適及可能被傳染愛滋病強烈不安的心理衝擊，引發選案動機。於2023年3月24日至2023年5月24日照護期間，透過門診觀察、面談及Line通訊完成資料收集，其健康問題有：(1)急性疼痛；(2)個人因應能力增進準備度；(3)焦慮。護理過程中以直接照護、衛教諮詢及即時Line通訊，來解決其健康問題，包括(1)指導紅腫部位使用冰敷減少腫脹疼痛及轉移注意力；(2)提供預防愛滋病感染之相關資料；(3)並以Line通訊定期關懷其症狀與討論檢驗報告，以減少焦慮，達照護目標。藉此個案照護經驗分享，針對暴露在愛滋高度感染風險個案，除了服用預防性抗愛滋病毒藥物的衛教外，輔導個案渡過等候愛滋病毒檢驗與服藥焦慮為照護重點。(志為護理，2024; 23:6, 119-127)

關鍵詞：愛滋病、預防性抗病毒藥物、焦慮

前 言

根據文獻，血體液暴露後感染B型肝炎的比率為40%，C型肝炎為3-10%，愛滋病毒(human immunodeficiency virus, HIV)為0.2-0.5%(Mengistu et al., 2021)，顯示感染愛滋病毒的比率較低(衛生福利部疾病管制署[疾管署]，2021)。雖然如此，暴露於愛滋病毒後，需進行醫療評估投予暴露後預防性抗病毒藥物(post-exposure prophylaxis, PEP)，目前臺灣無民眾因被咬傷或執業暴露而感染愛滋病毒(疾管署，2021)。然而，意外接觸愛滋病毒者雖能接受醫療控制，仍難以解除內心的恐懼與憂慮，研究發現，服用PEP者中有61%出現情緒壓力(Hall et al., 2021)。因此，照護指引建議應重視暴露於愛滋病毒者的情緒健康。

本案為56歲婦女，不知其子感染愛滋，無意間得知兒子愛滋斷藥，欲陪

臺中榮民總醫院感染管制護理師[1]、臺中榮民總醫院個案管理護理師[2]
接受刊載：2024 年 8 月 16 日
通訊作者地址：謝佳吟　臺中市西屯區臺灣大道四段1650號門診後棟5樓感染管制中心
電話：886-4-2359-2525 #3089　電子信箱：peichun@vghtc.gov.tw

伴他回院治療愛滋過程中，與其發生爭執並被咬傷，致個案瘀青傷口，個案在急診自訴因其兒子不規則服藥致體內愛滋病毒量高感到害怕、焦慮，無法控制自己不斷哭泣，經醫療評估建議個案服用預防性抗病毒藥物。筆者為個案管理師，得知個案擔心自己被感染的焦慮情緒引發動機，期提供因意外暴露愛滋感染者血體液者獲得身心照護，冀此經驗可以成為臨床同仁在照護上的參考依據。

文獻查證

一、非職業血體液暴觸愛滋病毒之照護

發生血體液暴露後，首先評估暴露情況及愛滋病毒血清狀況、檢測愛滋病毒抗體作基礎值。愛滋病毒傳染途徑中，破損皮膚傳染機會低於黏膜接觸，但晚期感染者血液病毒量高，傳染力增加(疾管署，2021；Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2022)。

愛滋病毒經黏膜侵入後約48-72小時到達局部淋巴結，接觸病毒後72小時內，應盡早提供PEP(臺灣愛滋病學會，2021；HIV.gov, 2023)。提供衛教包含：(一)提醒個案遵從服藥重要性及副作用處置，未服藥前、服藥後第4週及第12週需抽血檢查(臺灣愛滋病學會，2021)。(二)服藥期間，性行為時全程使用保險套、水性潤滑劑，避免使用油性潤滑劑(疾管署，2023；CDC, 2022)。

二、血液暴露愛滋病毒的心理焦慮與因應能力及其護理

依國內外愛滋照護指引：對於暴露愛滋高度感染風險個案需重視情緒壓力，向其說明該事件可能感染HIV的風險程度，讓其感到放心、提高因應能力，透過會談或精神科醫師幫助心理諮詢降低感染焦慮(臺灣愛滋病學會，2021; Cresswell et al., 2021)。焦慮是正常壓力反應，可能表現為呼吸急促、胸痛、心跳加速、頭暈 (American Psychiatric Association, 2023)。在「愛滋認知與焦慮程度研究」中，民眾相關知識平均達7.7分(滿分10分)，面對無感染可能情境時，焦慮程度仍偏高 (社團法人臺灣感染誌協會，2020)。臨床上以貝克焦慮量表(Beck Anxiety Inventory, BAI)測量焦慮程度，分數判定0–7分為最輕度、8–15分為輕度、16–25分為中度、26–63分為嚴重(Beck et al.,1988)。

照護血液暴露愛滋病毒的個案，會以五種策略消除面臨的壓力源，分別是社交、心理、靈性、專業和隱私；其照護措施互為交錯，降低焦慮與因應歸納如下：(一)建立友善護病關係，提供私密舒適環境，個案感到被尊重能表達想法和需求，每周關心其情況，若不便啟口，以通訊軟體交流。(二)提供其了解愛滋病毒感染風險：認識PEP的風險和好處，提升服藥順從性、主動告知檢測結果，讓其安心。(三)維持充足睡眠及適當運動、深呼吸、靜坐、伸展身體或冥想之自我正念的減壓練習、向信任之親友抒發不安與焦慮的情緒(Cresswell et al, 2021; Vong & Jailani, 2022)。

三、被咬傷的疼痛護理

咬傷護理與傷口照護相同，需換藥並觀察傷口，48小時內先冰敷，之後為熱敷，評估後依醫囑服止痛藥，提供心理

支持。美國疼痛協會公告0-10分的疼痛評估數字量表，內容包含誘因、性質、部位、程度、持續時間，分數：1-3為輕微、4-6為中度，7以上為重度；對於急性疼痛個案，與其討論疼痛造成的影響，訂定疼痛控制的目標(陳等，2023)。

國際疼痛研究協會(The International Association for the Study of Pain[IASP])定義疼痛是主觀經驗，每個人對疼痛的感受和描述都不同，是一種適應機制，可能對功能、社會和心理健康產生不良影響(The International Association for the Study of Pain[IASP], 2020)。除了藥物，可用呼吸、按摩、音樂、視覺影片分散注意力、提供安靜舒適的環境緩解疼痛(Lewis et al, 2018)。

個案簡介

一、基本資料

陳小姐，56歲，已婚育有2子，高中畢業，民間信仰，以國臺語溝通，從事早餐店工作，與家人租屋同住，無過去病史。

二、發病與治療經過

個案的兒子為愛滋感染併用成癮性藥物者，自行停用愛滋藥物超過半年以上，2023/3/24兒子需住院治療，期間因兒子不假外出回家，個案欲將兒子送回醫院，與兒子發生肢體衝突，個案身上有多處挫傷及瘀青，右腳遭兒子咬傷2cmx2cm的牙印瘀青傷口，個案至急診就醫，經評估後，個案同意自費使用預防性抗病毒藥物。

三、護理評估

護理期間於2023/3/24-5/24，筆者運用Gordon十一項健康功能型態評估模式之整體性評估為架構，經以面談及通訊設備(Line)完成會談溝通等技巧收集資料，分析如下：

(一)健康認知及健康處理型態

個案身體狀況良好，定期健康檢查，不菸、酒或嚼檳榔。身體不適時就醫，採用中西醫結合治療。營養攝取正常，體重理想，缺乏固定運動習慣。透過Line接收衛教內容並遵循。

(二)營養代謝型態

個案身高160公分，體重56公斤，BMI為21.8kg/m^2，屬正常範圍，三餐自己煮，偏好蔬菜，水分攝取量大概900-1,200ml/天。3/24 line通訊時，主訴「我很擔心被傳染，吃不下，沒胃口，早上喝麥片粥」、「中午吃半個便當」，擔心自己被感染，胃口較差，吃得比平時少1/4，照護間期體重沒有改變。

(三)排泄功能型態

平時解尿約4~6次/天，與平常無異。1~2天解便一次，性質軟黃。

(四)運動與活動型態

平時生活作息規律，沒有固定運動習慣，工作是開早餐店，每天早起，工作結束去家裡附近公園走走。

(五)睡眠與休息型態

平時大概晚上9點睡，早上3點起床，睡眠無中斷，不需服用安眠藥，起床後有睡飽的感覺。

(六)認知與感受型態

思考邏輯反應正常，對答正確，日常生活人時地定向力清楚，記憶力、計算能力、抽象思考、基本常識、均正確回

答，有病識感可配合按時服藥。主訴如下：3/24「我好痛，真的好痛，胸口跟腳都好痛」、3/25「我還是好痛，痛到8分，我就吃止痛藥，一天吃了4次」、3/26「我真的很痛，疼痛指數7-8分，痛約20分鐘，所以我有吃止痛藥物」。視診時個案全身有多處挫傷及瘀青，胸口及右腳牙印瘀青明顯，表情凝重、皺眉、肌肉緊繃、啜泣且身體微微抖動，手撫胸口，評估有急性疼痛之健康問題。

(七)自我感受與自我概念型態

3/24個管師至急診看個案時，臉色蒼白、全身微微抖動，頭髮蓋住臉部，戴口罩，坐立不安，一直掉眼淚。3/24-4/24與其4次會談時個案皆有哭泣的情形，個管師提供衛生紙給個案拭淚。主訴如下：3/24「新聞上感染愛滋很可怕，如果沒有吃藥，我被我兒子傳染怎麼辦？」，3/31「我擔心他，我知道他不是故意咬我，我困住他手腳，他才用嘴要我把他鬆開，我在醫院顧他時，他都很乖」、「我只要好好吃藥就沒問題嗎？我還有什麼需要注意的」、「如果我被感染，別人會怎麼看我，會不會以為我亂搞才被傳染」，4/14「如果我被感染愛滋，該怎麼辦」、「現在我在醫院照顧兒子，早餐店工作都由員工負責。如果我被感染，是不是把攤位賣掉呢？」，評估有個人因應能力增進準備度、健康維護能力失常及焦慮之健康問題。

(八)角色關係型態

目前角色有太太、媽媽、妹妹、老闆娘。在家排行老么，與家人及其員工感情和睦，主要支持者為哥哥跟姐姐，咬傷個案的是其小兒子，個案自述未因被咬傷影響其家庭親密關係。

(九)性與生殖型態

個案已婚，15歲月經來潮，停經1年無不適，目前一個月2次性行為均未使用保險套，3/24主訴：「你說，吃藥期間的性行為要安全？那我跟我老公可以有性行為嗎？會傳染嗎？」，無生殖系統疾病，評估有個人因應能力增進準備度之健康問題。

(十)適應與壓力耐受型態

個案經濟小康，下班後偶與同事聚餐。個案自訴人性本善，與親友相處融洽，與個管師互動良好，願意表達內心感受，主訴如下：3/24「我很擔心兒子，不知道怎麼跟他相處」、「兒子都沒固定吃愛滋的藥，他病毒量很高，我被傳染機率也很高嗎？我吃了預防的藥物，就不會被傳染嗎？」、「回家後，先生跟大兒子會被感染嗎?那我可以找誰幫忙?」、「哭是我紓壓的一種方式」，3/31「如果被傳染，還可以跟家人住嗎？他們會不會怕我」，自訴與家人親友互動未有改變，會談時個案邊說邊掉淚， 3/24-4/24 BAI分數17-20分為中度焦慮，評估個案有個人因應能力增進準備度、增進家庭運作的準備度及焦慮之健康問題。

(十一)價值與信念型態

個案平時會拿香拜拜，3/24主訴「事情遇到了就去面對，那是我兒子，我要照顧他」。

健康問題確立

根據護理評估歸納個案在治療期間健康問題有：急性疼痛、個人因應能力增

進準備度、焦慮、健康維護能力失常、增進家庭運作的準備度，礙於篇幅，呈現下列三項健康問題與措施：

健康問題一：急性疼痛/與瘀青挫傷有關(3/24~3/28)

目標第一為3/26前能執行減緩疼痛措施至少二項。第二3/28前疼痛指數能降到3分以下，並降低口服止痛藥頻次為1天一次。措施為3/24提供舒適和私密會談的環境，使其感到被聆聽和尊重，能表達想法和需求、傾聽個案感受，給予心理支持建立良好的信任關係。3/25-3/28使用Line關心個案身上多處挫傷及瘀青疼痛的情形，請其依照疼痛評估表，指出疼痛指數。3/24根據疼痛指數，依醫師指示使用止痛劑。3/25在瘀青部位每1-2小時，冰敷10-15分鐘，休息30分鐘，減少患部腫脹。3/27為咬傷後48小時改採熱敷，每日3次，每次15-30分鐘。3/25與個案一起討論疼痛對生活所造成的影響，例如情緒、食慾等，訂定疼痛控制目標與緩解的有效性，引導個案以呼吸鬆弛技巧，提高疼痛閾值。3/26衛教以聽音樂、看電視、追劇，分散注意力緩解疼痛。

評值部份，3/26能執行減緩疼痛的措施二項：「今天熱敷後就不太痛，大概5分」、「今天胸口痛到8分時，有吃止痛藥，吃完一小時，降到4分」、「今天用你說的呼吸鬆弛技巧，感覺比較好」。3/28「我用手機聽音樂跟看綜藝節目時，注意力沒放在身上比較不痛」、「今天完全沒吃止痛藥，不太痛，大概3分」，個案能說出疼痛改善，指數降到3分以下，降低口服止痛藥頻次為1天一次。

健康問題二：個人因應能力增進準備度/與缺乏暴露愛滋病毒後自我照護之知能有關(3/24~4/14)

目標第一為3/31說出暴露愛滋病毒後的感受。第二4/14前能說出暴露愛滋病毒後的自我照護注意事項兩項，例如：不可與家人共用牙刷、定期抽血的重要性。

措施為3/24個管師陪同醫師說明暴露愛滋病毒後需依規定服藥，被感染的比率為0.2-0.5%。3/24每周以line關懷服用藥物狀況及生活感受。3/24在急診診間內與個案討論抗病毒藥服藥順性策略：(1)每日服藥時間為晚上8點；(2)提供藥盒跟協助手機設定鬧鐘提醒；(3)說明不可與含二價金屬陽離子的食物或藥物併服，如胃藥、維他命或牛奶；(4)說明藥物之副作用，偶有噁心、疲倦、頭痛、皮疹，若嚴重不適症狀時，主動與個管師聯繫或返診，勿自行停藥；4/7藉由疾管署網站衛教資訊教導愛滋病毒的疾病簡介及日常生活自我照顧注意事項：(1)傳染途徑(2)避免血液直接接觸他人傷口或黏膜，避免共用針具、刮鬍刀與牙刷；(3)性行為時，全程正確使用保險套與水性潤滑劑。(4)與愛滋個案發生血體液暴觸時，72小時內需盡快規則服用PEP，降低感染機率。4/14告知抽血日期為4/21及6/23，即知是否被感染。

評值部份，3/31能說出暴露後的感受，主訴「被咬之後我真的很擔心，但經過說明，只要好好吃藥，被感染的機率很低，就不擔心」。4/14能說出暴露後的自我照護注意事項至少兩項：「我

知道不要共用牙刷跟性行為全程使用保險套可以避免被傳染」、「跟愛滋的人有血體液暴觸，72小時內趕快吃抗病毒藥物」。

在後續照顧上，4/21主訴「抽血結果為陰性，之後面對我兒子，更知道怎麼與他相處」。

健康問題三：焦慮/擔心若被感染無法面對外界的眼光(3/24-5/24)

目標第一為3/31前能具體說出焦慮的原因，討論可以降低焦慮感的活動。第二5/24能說出焦慮程度降低至輕度(15分以下)。

措施為3/24提供支持管道：說明使用line聯繫個管師，使其感到安心，個管師主動以line鼓勵其傾訴感受，給予正向支持；並評估焦慮程度，藉此再說明規則服藥被感染的比率為0.2-0.5%。3/27選擇隱密會談地點，聆聽個案由急診返家後這3天，感到害怕或關心的事情，以同理心接納想法與感受，給予語言及非語言支持，如眼神、點頭、拍肩膀、握緊手、遞衛生紙，使其可安心傾訴。3/28再次向個案說明：(1)維持規則作息。(2)鼓勵自我觀察焦慮程度及徵象，如坐立難安、胸痛等，感受到焦慮不安時可尋求轉移注意力，如：運動20~30分鐘、追劇、聽音樂、深呼吸、與熟識可信賴之親友分享日常生活等轉移注意力。4/21主動說明檢驗結果，掌握病情進展，減輕對健康不確定性。

評值部份：3/26能說出焦慮的原因，討論減少焦慮行為的活動：「我很擔心自己被傳染，也怕傳染到家人。這幾天一直和老公通電話，分享在醫院照顧兒子的事，也提到吃藥的情況，老公關心我傷口是否好轉」3/31主訴「我跟員工聊一聊早餐店的事，比較不焦慮」，BAI為19分屬中度焦慮。4/14表示「我知道每天固定吃藥，被感染的機率就很低，所以我都按時吃藥」。4/21個案表示「我的傷口都好的差不多，接下來繼續配合吃藥，你跟我講完之後，我現在沒有之前那麼擔心」。5/5表示「藥已經吃完，抽血報告是陰性，我就安心」，BAI為16分屬中度焦慮。5/24主訴「我跟家人及員工分享日常生活，現在我的心情好很多，謝謝你陪我，6/23我會去抽血。」BAI為10分屬輕度焦慮。

後續照顧上，6/23主訴「謝謝你一直陪著我，幫我很多，抽血是陰性，我放心了」，BAI為5分屬輕度焦慮。

結論及建議

本文與過去社會大眾熟知感染愛滋病毒的危險因子有極大的差異，評估發現其健康問題後，透過面對面會談，以共感技巧如手輕撫個案、讓其感到溫暖，輔以通訊軟體、零時差與不用擔心被用異樣的眼光看待的陪伴；照護過程中持續出現的焦慮感受，透過個別性的耐心回應，共同討論計畫目標，使其感到安心，並完成每天服用預防性投藥及自我照護，最終其愛滋病毒檢驗結果為陰性，同時改善焦慮，達到目標。

愛滋病照護存在長期難以處理的困境：「污名」。面對污名化造成的影響很多，其中即是欠缺支持系統。本文的限制與困難為：個案被家人為愛滋感染者咬傷，雖然目前在臺灣尚未有人因咬

傷而被感染的事件(疾管署，2021)。然而，這麼靠近愛滋病毒，又是自己的家人，心中恐懼與害怕可想而知，更遑論還要安撫自己被咬傷造成的傷口疼痛、藥物副作用以及配合的醫療遵從性。加上對於疾病照護知識不足，導致出現焦慮卻無人可提供支持，甚至出現「自我標籤化」的想法，擔心檢驗結果異常，難以面對外人異樣的眼光(林，2020)。醫療人員無法短期改變一直以來的疾病污名，然而，我們透過與個案面對面、以line討論她內心所擔憂的，提供正確知識並糾正誤解的訊息，主動協助個案與家人更了解愛滋病毒的機會，提升對疾病了解的正確性，是去除污名化的第一步。建議未來除了針對醫療人員提供教育訓練，為民眾設計團體衛生教育主題、邀請感染者獻聲(身)分享生命故事、在醫院的衛教海報機提供預防愛滋相關知識，透過活動設計，讓更多人正向討論與面對這個疾病(CDC, 2022)，降低因發生血體液暴觸時心理恐慌，能更有效即時因應預防措施。

參考文獻

社團法人臺灣感染誌協會(2020年8月27日)．*【新聞稿】揭露第四個90成績單：接觸愛滋感染者焦慮感大調查真實呈現*。https://hiv-story.org/2020/08/27/0827news/

林杰勳(2020)．感染者的就醫經驗與處境．*性別平等教育季刊，89*，36-39。

衛生福利部疾病管制署(2021，1月12日)．*愛滋病防治工作手冊*。https://www.cdc.gov.tw/File/Get/u1mISZ8nI7SmArjcXQt5Kw

衛生福利部疾病管制署(2023，5月25日)．*PrEP資源專區*。https://www.cdc.gov.tw/Category/MPage/tXBKgpeVZ9l9929TEdZGJw

陳偉鵬、李淑杏、黃正宜(2023)．疼痛．於陳偉鵬等編著．*臨床症狀護理*(四版，307-330) 華杏。

臺灣愛滋病學會(2021年4月6日)．*愛滋病檢驗及治療指引第六版*。http://www.aids-care.org.tw/journal/treatment.php

American Psychiatric Association. (2023). *HIV and Anxiety*. Retrieved from https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/professional-interests/hiv-psychiatry https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890426760

Beck, A., Norman, E., &Brown, G. (1988). An Inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(6), 893－897. https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893

Centers for Disease Control and Prevention. (2022). HIV stigma. *Retrieved November 3*, 2022, from https://www.cdc.gov/stophivtogether/hiv-stigma/index.html https://doi.org/10.1142/9789811238598_0008

Cresswell, F., Asanati, K., Bhagani, S., Boffito, M., Delpech, V., Ellis, J., Fox, J., Furness, L., Kingston, M., Mansouri, M., Samarawickrama, A., Smithson, K., Sparrowhawk, A., Rafferty, P., Roper, T., Waters, L., Rodger, A., & Gupta, N. (2021). UK guideline for the use of HIV post-exposure prophylaxis 2021. *HIV Medicine, 23*(5), 494-545. https://doi.org/10.1111/hiv.13208

Hall, A., Joseph, O., Devlin, S., Kerman, J., Schmitt, J., Ridgway, J. P., & McNulty, M. C. (2021). That same stigma that same

hatred and negativity: A qualitative study to understand stigma and medical mistrust experienced by people living with HIV diagnosed with COVID-19. *BioMed Central Infectious Diseases, 21*(1), 1066. https://doi.org/10.1186/s12879-021-06693-5

HIV.gov. (2023, April 17). Post-exposure prophylaxis. Retrieved from https://www.hiv.gov/hiv-basics/hiv-prevention/using-hiv-medication-to-reduce-risk/post-exposure-prophylaxis https://doi.org/10.30138/SFGGZJ.200208.0027

Lewis, M. J. M., Kohtz, C., Emmerling, S., Fisher, M., & Mcgarvey, J. (2018). Pain control and nonpharmacologic interventions. *Nursing, 48*(9), 65-68. https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000544231.59222.ab

Mengistu, D. A., Tolera, S. T., & Demmu, Y. M. (2021). Worldwide prevalence of occupational exposure to needle stick injury among healthcare workers: A systematic review and meta-analysis. *Canadian Journal of Infectious Diseases and Medical Microbiology*. https://doi.org/10.1155/2021/9019534 https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939

The International Association for the Study of Pain. (2020). IASP revises its definition of pain for the first time since 1979. Retrieved from https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/#pain

Vong, P., & Jailani, M. A. (2022).Coping strategies among hiv-positive patients . *Asian Journal of Social Science Research, 4*(1), 1-16. https://doi.org/10.13140/RG.2.2.32663.04002

靜思語

歡喜心是一種涵養，
能令周圍的人都有如沐春風的喜悅感。

～證嚴法師靜思語～

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

~ Master Cheng Yen ~

The Outpatient Care Experience of a Women Bitten by Her Family Infected with HIV

Pei-Chun Pan[1], Chia-Yin Hsieh[2]

ABSTRACT

This study explores the significant psychological impact experienced by a woman who was bitten by a family member infected with HIV. From March 24, 2023, to May 24, 2023, we provided nursing care through outpatient observation, interviews, and Line communication to identify her healthcare issues, including (1) acute pain, (2) readiness to enhance coping skills, and (3) anxiety. Her healthcare issues were addressed by (1) guiding her to use ice packs to reduce swelling and pain in the affected area, (2) providing information on preventing HIV transmission through bites, and (3) comforting her anxiety and monitoring her symptoms through regular Line communication. By sharing this case's care experience, we focus on medication education and counseling for HIV-exposed individuals to alleviate severe anxiety during the period of post-exposure prophylaxis for HIV and while waiting for HIV test results. (Tzu Chi Nursing Journal, 2024; 23:6, 119-127)

Keywords: anxiety, HIV, post-exposure prophylaxis

Infection Control Nurse, Taichung Veterans General Hospital[1]; Case management nurse at Taichung Veterans General Hospital[2]
Accepted: August 16, 2024
Address correspondence to: Chia-Yin Hsieh Infection Control Center, 5th Floor, Back Building, No. 1650, Section 4, Taiwan Avenue, Xitun District, Taichung City
Tel: 886-4-2359-2525 #3089 E-mail: peichun@vghtc.gov.tw