



菩薩心隨處現

聞聲救苦我最先



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

花蓮慈濟醫學中心

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

玉里慈濟醫院

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

關山慈濟醫院

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

大林慈濟醫院

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

台北慈濟醫學中心

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

台中慈濟醫院

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



慈濟大學

Tzu Chi University

中央校區

Buddhist Tzu Chi University 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

Douliu 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 鄭仁愛路 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 鄭八股路 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) 用愛凝聚的醫療志業 A Healthcare Mission Bound Together by Love /Dharma Master Cheng Yen
- 8 (社論) 從環境永續到人才永續 文／趙有誠 From Environmental Sustainability to Talent Sustainability /You-Chen Chao
- 10 (編者的話) 相信與堅持，讓護理繼續成為好所在 文／吳秋鳳 Belief and Persistence: Keeping Nursing a Good Place to Be /Chiu-Feng Wu
- 12 (白袍 vs.白衣) 鋼鐵之下的柔情，愛與希望的花園 文／洪碩穉 Tenderness Beneath the Steel, a Garden of Love and Hope /Dr. Shuo-Suei Hung

■ 封面故事

p.16

護理好所在

Where Good Nursing Thrives

慈濟護理師留任的動力分析：制度與人文力量的交織

Analyzing Tzu Chi Nurses' Retention Motivation -
The Intersection of Systems and Humanistic Values

文／蔡碧雀 Pi-Chueh Tsai

- 26 護理初心如蓮如陽光 文／陳曉玫
The Pure Heart of Nursing: Like Lotus, Like Sunshine /Hsiao-Mei Chen
- 28 讓愛成為專業的力量 文／葛沛汝
Let Love Become the Power of Professionalism /Pei-Ru Ge
- 32 笑淚交織，摯愛護理路 文／陳美慧
A Tapestry of Joy and Sorrow: Devoted to the Nursing Profession /Mei-Hui Chen

36

(人物誌)

溫柔的領航者 30年的蛻變與承擔

陳淑娟 - 台北慈院 15B 病房護理長 文／陳美慧

Gentle Navigator: 30 Years of Transformation and Commitment

Shu-Chuan Chen, Head Nurse of Ward 15B, Taipei Tzu Chi Hospital
/Mei-Hui Chen

42

(阿長請聽我說)

嚴中帶柔，找到堅持的理由 文／林晉辰

Strictness with Tenderness, Finding Reasons to Persevere /Chin-Chen Lin

45

主管很強的安心感 文／李魁恩

The Reassuring Strength of Leadership /Kuei-En Li

47

(阿長這樣說)

活寶兄弟 文／何佩柔

The Dynamic Duo /Pei-Jou Ho

52

(男丁手記)

學稻穗般謙虛，像海綿般求知 文／梁起原

Humble as Rice Stalks, Absorbent as Sponges in Learning /Ci-Yuan Liang

54

從小男護到專師高擬真教學 文／施懿哲

From Young Male Nurse to High-Fidelity Simulation Teaching Specialist
/Yi-Che Shih

56

(白衣日誌)

走過急診 15年，傳承搶救生命的專業 文／陳芷薇

15 Years in Emergency: Passing on the Expertise of Saving Lives
/Chih-Wei Chen

58

(愛在護病間)

我命由我不由天 文／林晉辰、江曉貞

My Destiny Is Mine, Not Heaven's /Chin-Chen Lin, Hsiao-Chen Chiang

60

(志工伴我行)

健檢愛灑溫暖情 文／林群敏

Health Screening Volunteers Spread Warmth and Care /Chun-Min Lin

Contents | 學術論文

- 63 提升加護病房護理人員醫衛材計價正確率 / 賴明雪、蕭煒閔、高仁芳、鄧名峻**
Improving the Accuracy of Medical and Healthcare Material Pricing in an Intensive Care Unit /Ming-Hsueh Lail, Wei-Min Hsiao, Jen-Fang Kao, Ming-Jun Deng
- 75 提升髖部骨折術後復健活動執行率 / 林芷仔、莊櫞伽、鄭維寧**
Enhancing the Adherence to Rehabilitation Activities Following Hip Fracture Surgery /Jhih-Yu Lin, Shi-Jia Zhuang, Wei-Ning Cheng
- 89 一位產後周產期心肌病變病人使用左心室輔助器之加護護理經驗 / 邱以翎、蘇筱雅、葉惠玲**
Intensive Care Experience of a Postpartum Patient With Peripartum Cardiomyopathy Using a Left Ventricular Assist Device /Yi-Ling Chiu, Siao-Ya Su, Hui-Ling Yeh
- 99 照顧一位新住民接受透析後不預期懷孕之護理經驗 / 陳佩吟、許瀚仁、連麗芬**
Nursing Experience of a New Immigrant Undergoing Dialysis with an Unplanned Pregnancy /Pei-Yin Chen, Han-Jen Hsu, Li-Fen Lien
- 111 一位急性呼吸窘迫症候群個案其家屬決定撤除維生醫療之加護經驗 / 黃柏軒、紀巧玲、粘雅淨**
Intensive Care Experience for a Patient with ARDS that the Family Decided to Withdraw Life-Sustaining Treatment /Po-Hsuan Huang, Chiao-Lin Chi, Ya-Ching Nien

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、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、曾慶方 (科普人文)
副總編輯 鍾惠君、陳佳蓉、吳秋鳳、李玉茹、彭台珠、丁先玲
論文主編 王淑貞
撰述委員 王琬詳、王朝琳、江錦玲、李彥範、吳宏蘭、邱思晴、
洪玉龍、范姜玉珍、徐惠琪、張美娟、張珮毓、張梅芳、
張凱雁、張雅婷、張雅萍、許玉珍、郭仁哲、郭育倫、
陳美慧、陳似錦、陳依萱、陳曉玫、陳麗玉、曾紀芬、
曾雅蘭、黃美玲、葉秀真、葉惠玲、楊淳雅、廖金蓮、
廖慧燕、劉怡婷、劉慧玲、滕安娜、蔡碧雀、鄭雅君、
鄭麗娟、賴惠玲、賴珈文、戴佳惠、謝美玲
(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
湯靜芬、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 范宇宏
封面人物 台北慈院護理師 于子蒼
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
2025 年 12 月出版
第 24 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。



用愛凝聚的 醫療志業

A Healthcare Mission Bound Together by Love

時間飛逝，一年又將過去。一年有三百六十五天，一天有八萬六千四百秒，雖然在日常生活中，一秒鐘不覺得有多重要，但是細細思量，生命總是隨著時間分秒過去，所以我們要與時間競爭，分分秒秒都是發好心、立好願、行好事。

慈濟即將迎來六十周年，回想第一年，是從三十位婦女每天節省五毛買菜錢開始。她們曾問：「師父，我可不可以月繳十五元？」我說：「月繳十五元，每個月只有這一次發心；每天投五毛錢到竹筒，就會天天起念要救人。」

她們真的很聽話，去菜市場買菜時，「請少給一點，我要節省五毛錢讓師父救人。」菜販聽了也紛紛響應：「五毛錢就能救人，我也要參加！」於是在買賣之間，啟動許多人的善念。每天起一念心，小額捐款累積起來就是大愛；時至今日慈濟普及全球，會合點滴之愛，救助天下貧困人。

人間本來就是苦，若加上病痛則是苦上加苦。慈濟醫療體系的同仁們，能了解慈濟的精神和目標，全院上下以愛為前提，用心救拔病苦，我時時都是感恩、敬佩。醫師、護理師那分搶救生命的心念，日日夜夜不曾間斷，愛的累積很豐厚，醫院就是愛心人力最集中的地方。

大家在工作崗位上發揮所能，還有愛的能量一加一、十加十，百千會合起來，相信用愛凝聚的醫療，成效會更提升。當病人能再度抬起頭、挺起胸，向醫王與護理菩薩露出微笑，這不就是最好的回報嗎？

在每一年慈濟的歲末祝福中，看到醫療志業的白衣天使與白袍醫王，隊伍多麼亮麗，大家共同一心虔誠祈禱，為天下苦難人發願與祝福，令人感動，相信諸佛菩薩也會動容。我同樣以最虔誠的心，祝福人人的心願皆成就，在新的一年事事如意，日日吉祥。☺

釋證嚴

靜思法脈叢書

靜思法體妙蓮華

隨喜功德品第十八

(四章章名)

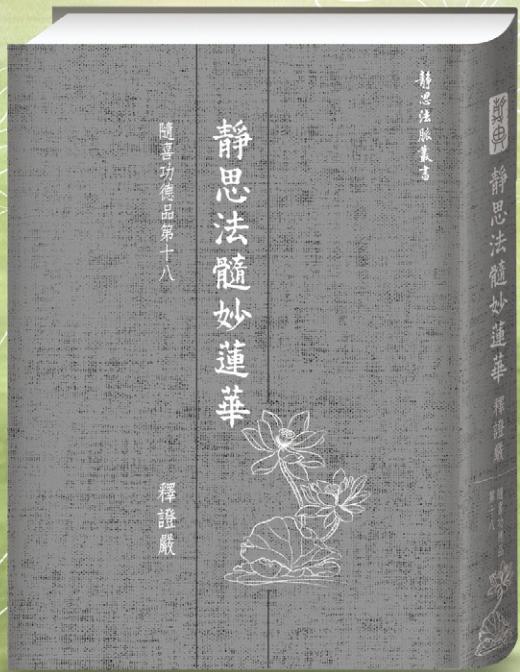
聽經復能傳

隨喜功德多

勸眾聞法華

殊勝福無量

靜思人文虔誠發行





從環境永續 到人才永續

From Environmental Sustainability
to Talent Sustainability

◆ 文 | 趙有誠 台北慈濟醫院院長

機構永續發展 (ESG) 的議題這些年非常受重視，台北慈濟醫院除了已完成永續報告書第三方認證外，最近也獲得許多獎項的肯定，包括聯合報「2025 健康永續 ESG 評選」永續傑出實踐獎、天下雜誌醫院組永續公民獎與人才永續獎兩個第一名。2008 年我回到慈濟，深刻體會到證嚴上人是「永續」理念的先行者，早在大家尚未意識到環境汙染對整個地球影響的嚴重性時，上人就呼籲大家少欲惜福，帶領慈濟人自 1990 年開始用鼓掌的雙手做環保，持續提倡茹素的飲食習慣，愛護地球保護眾生變成生活中的一部分。

在慈濟醫院，我們就是秉持這樣的精神，平常在志工師兄師姊、懿德爸爸媽媽的身教帶動下，將環保節能的習慣融入日常生活。台北慈濟醫院從建築上就採用減少日照的迴廊節能設計，降低室內溫度；另有雨水回收系統、冰水主機系統，這些都是當年相當前瞻的建造規畫。現在台北慈院，從病房到檢查室全體同仁都落實分類回收，一般醫學中心醫療廢棄物的平均回收率約為 14%，我們則達到 21%。這是因為我們有慈濟的善環境，所以環保、節能、茹素都較其他醫院容易許多，因為大家打從心裡認同，這都是我們的本分事。

永續是一種精神，人才培育與環境保護同等重要，沒有穩定的團隊，醫療品質將無法延續，因此我們希望同仁能持續成長。在天下雜誌永續企業的評比項目中，有一項「企業承諾」，諸如「待員工如家人」、「照顧員工的身心靈」，因為身處大愛的環境，我們占了得天獨厚的優勢，上人教誨我們「感恩、尊重、愛」，醫院每個職類都如家人，不分彼此，合心一起努力。這樣的氛圍，在八仙塵爆意外與新冠疫情時展現出力量，當時每個人都主動去補位，做該做、能做的事，不

分職類，不待指令，井然有序，互相配合，人人都覺得自己是團隊的一份子，捨我其誰。

「付出無所求、盡善本分事」，在醫院，我看到許多同仁將上人教誨的法帶到工作與生活中。他們做事不是為了博得稱讚，而是覺得「這就是我該做的本分事」。護理部的滕安娜副主任，雖然有繁重的行政工作，但承擔招募新人的工作非常用心，每天晚上利用下班後的時間，主動打電話給人力網上正謀職中的有緣人，介紹醫院人文的工作。我就寢前也常收到她的簡訊，今天找過幾個人，約了幾位面談。護理人力荒是全臺共同的難題，她這樣默默的努力和成效讓我非常感動。「出院準備小組」是社區暨長照服務部李孟蓉副主任轄下的一項業務，她親自帶領同仁妥善安排將出院的病人，下轉醫院、長照機構或返家銜接社會資源，這樣貼心的作法不僅讓長期住院病人的比例大幅降低，也在人力緊縮的情況下維持了病房正常的運作。

除了有優秀的前輩做典範，我們也不斷思考如何培育後進。「迎心傳愛新人營」、「徵文比賽」、「全人照護分享競賽」，醫院藉由各種方式，一方面介紹慈濟人文精神，一方面讓他們從實做中學習，我不敢期待這些精神會立刻深植每個人心中，但我相信只要持續的用心傳遞，有緣人就能領會，發揮得更好也再傳遞下去。

許多護理同仁投入臨床幾年後希望再充實自己，進修二技或研究所學業。他們白天上班，晚上趕去上課，非常辛苦。我感佩他們的認真，也希望能幫助他們完成心願。因此台北慈院與慈濟大學合作，在院區內開設高階管理碩士學分班與護理學系二技在職專班，減少同仁舟車勞頓，也圓滿他們的心願。護理是醫院重要的主力，病房、急診、加護病房、手術室、檢查室……每一個領域都有不同挑戰，必須在專業上不斷精進純熟，才能給病人最好的照顧品質。

許多資深護理師將護理視為一生的志業，因為這份工作的成就感實現了自我的價值。熱愛護理工作，就會有熱情，護理師若能體會到自己救人助人深層的意義，那分使命感以及護理的價值將令人備感榮耀。上人提醒我們，志工非專業都能用愛與關懷膚慰他人，我們醫護更應該珍惜這樣拔苦予樂的機會，盡心力付出自己的專業良能。在醫療這條路上，環境要永續，人才也要永續，唯有不間斷的精進，才能在變動的大環境中堅實穩健，成為病人和家屬最溫柔的依靠。☺



相信與堅持

讓護理繼續成為好所在

Belief and Persistence:
Keeping Nursing a Good Place to Be

◆ 文 | 吳秋鳳 台北慈濟醫院護理部主任

在臺灣的醫療體系中，護理專業始終是支撐臨床照護最穩固的一環。從醫院到社區，從急重症病房到長期照護機構，護理人員都以專業與熱忱守護著病人的生命與健康。然而，近年來的社會變遷、醫療環境轉型、少子化與高齡化交錯影響，使得護理職場面臨前所未有的挑戰與轉折。病人需求日益多元，臨床照護的複雜度不斷提升，護理人員被要求具備更全面的臨床判斷、溝通協調與科技應用能力。但職場中普遍存在的人力不足、工時長、照護負荷重、晉升空間有限、社會認同不足等問題，使許多護理夥伴在理想與現實間拉扯，甚至萌生離開的念頭。同時部分年輕護理師進入職場後，面對龐大的工作壓力與情緒挑戰，往往尚未看見護理的價值與成就感之前，就選擇離開。近年臺灣護理人力供需失衡的狀況已成系統性問題，這不僅是醫療機構的管理挑戰，更是全社會的健康危機。

面對現況，許多醫院、護理團隊與專業組織，正在努力改變這樣的困境。從建立正向職場文化、推動彈性排班、導入智慧化照護科技，到強化臨床教育支持系統、培養領導力與生涯發展路徑，這些改變的力量，正逐漸在護理界發酵。愈來愈多單位開始意識到，唯有讓護理人員「被看見」、「被重視」、「被支持」，醫療品質與安全才能真正提升。社會的變動也促使我們重新思考職場價值的核心，護理是生命與生命之間最真實的情感，它的價值不僅在於技術，更在於人性的陪伴與專業的堅持。當護理師給予病人安撫的微笑、及時的傾聽、專業的處置，那份被需要、被信任的價值，是任何職場都難以取代的。護理，不僅是一份職業，更是一種持續與生命對話的歷程。當我們再次凝視這份工作的意義，會發現「護理，的確是生命中最值得珍惜的所在」。

護理，是專業的所在。護理師不再只是執行醫囑的角色，更是病人安全、照護品質與團隊協作的核心。從臨床評估、照護計畫的擬定，到衛教推廣與跨專業合作，護理專業早已涵蓋生理、心理、社會多面向。每一次正確的評估、每一次細心的觀察、一個及時的處置，都可能為病人帶來關鍵性的改變。這就是護理的專業價值。

護理，是陪伴的所在。在疾病帶來的不安與恐懼中，一句關懷的問候、一個安定的眼神，往往能給予病人與家屬莫大的力量。陪伴不只是身影的存在，更是一種心靈的依靠。許多病人出院時最感念的，不僅是病情的改善，還有那段被理解、被支持的時光。護理師在病人心中，就是一盞微光。

護理，是成長的所在。護理工作雖然充滿挑戰，但也是持續學習與成長的歷程。從臨床技能的精進，到資訊科技的應用，甚至是人文關懷與領導管理，每一位護理師都在不斷拓展自己的專業視野。每一次的值班、每一場跨科討論、每一次與家屬的溝通，都是養分，讓我們逐漸蛻變成更成熟更堅韌的護理專業者。

護理，是團隊的所在。在醫療現場，沒有人能單打獨鬥，護理團隊彼此之間的支持，與醫師、藥師、治療師等跨職類的協力，都是確保病人獲得最佳照護的關鍵。回憶起護理職涯最感動的片刻，往往不是個人的榮耀，而是團隊齊心完成一個艱難挑戰的瞬間。

護理，是心安的所在。對社會而言，護理是人民健康的守護者；對病人而言，護理是最貼近生活的專業夥伴；對自己而言，護理是一個能夠實踐理想、實現自我價值的所在。工作中難免有辛苦與挑戰，但更多時候，我們收穫的是一分真誠的笑容、一句衷心的感謝、一分被需要的幸福感。這些，是支撐我們繼續走下去的力量。

「護理好所在」不僅是一句口號，更是一分肯定，它是專業的承諾，是陪伴的溫度，是團隊的力量，也是心安的依靠。當我們選擇護理這條路，就已經在這片「好所在」裡寫下屬於自己的故事。上人慈示：「付出無所求，內心最富有。」護理的價值，不在於掌聲與獎盃，而在於病人安心、家屬感恩、同仁互助的那分溫暖。讓我們「以愛為心、以行為證」，繼續在「護理好所在」裡，踏實前行、溫暖同行。☺

鋼鐵之下的柔情 愛與希望的花園

Tenderness Beneath the Steel,
a Garden of Love and Hope



洪碩穉
台北慈濟醫院
副院長

「阿伯，來，兩手抓穩，右腳先出去。」

「奶奶，您慢慢坐起來，我教您怎麼下床喔。」

這樣溫柔又堅定的叮嚀聲，是台北慈濟醫院 8B 骨科病房每日最真實的旋律。有人說，醫院是冰冷的地方，但在 8B 病房，溫度藏在每一聲呼喚與每一次攬扶中。當護理師俯身協助病人、醫師細心解說病情時，那份關懷早已化為病人心中最安心的依靠。

8B 病房屬於骨科專科病房，主要照護因外傷骨折、退化性關節疾病或脊椎問題而接受手術治療的病人。年齡層從兒童到長者，病情與照護需求各異。護理師的任務不僅是協助身體康復，更要穩定病人情緒，陪伴他們走過術後的不安與疼痛。



每日晨光灑入病房，復健區傳來鼓勵聲與笑聲——那是護理師、物理治療師與病人共同努力的節奏。

這裡的「熱鬧」，來自生命再次啟動的律動。

骨科手術經常需使用骨釘、骨板、人工關節或外固定器等金屬植入手。這些冰冷的鋼鐵，是重建行動力的支架；而支撐病人信心的，則是護理師溫柔而堅定的

關懷。她們每日與器械為伍，卻以最柔軟的心靈，照顧最脆弱的靈魂。在骨科病房，醫師與護理師之間的合作密不可分。術前，護理師協助完成衛教與心理準備；術後，醫師根據病情調整治療計畫，護理師則持續觀察疼痛、循環、傷口與活動功能的變



化。「我們常說，醫師是『修骨的人』，護理師是『養骨的人』。」這句話，正是 8B 病房團隊默契的最佳寫照。

每一次翻身、每一次下床練習，都是跨專業合作的結果。護理師細心觀察病人姿勢與反應，醫師適時調整復健強度。當病人終於能穩穩站起、邁出那第一步時，醫師與護理師的眼神交流中，流露的是共同的成就與喜悅。許多骨折病人因突發事故入院，面對手術與長期復健的不確定，情緒往往焦慮不安。此時，護理師的角色不只是照護者，更是傾聽者與安撫者。

「別擔心，我們會陪您一起走過。」這句話，護理師說過無數次，也一次次化解病人與家屬的恐懼。在術前的臥床焦慮與術後的疼痛之間，護理師陪著病人一步步重拾勇氣。當病人顫抖著問：「會不會很痛？會不會再斷掉？」護理師總會微笑著回答：「我在旁邊，您慢慢來。」那一刻，專業與溫度交融成最堅定的力量。

骨科病房節奏快速、病人周轉率高，假日時甚至需支援他科。面對高壓與變動，8B 團隊仍能以穩定與熱忱維持高品質照護。這分能量，來自護理長芷仔的用心經營。「照顧別人之前，必須先照顧好自己。」她常提醒團隊要保持快樂的心，並透過多樣活動凝聚向心力——聖誕節禮物交換、壽星慶生活動、懿德爸媽團體交流。在笑聲與溫暖中，同仁彼此打氣，也讓護理專業更具人性底蘊。

骨科護理的挑戰，往往藏在細節裡。護具、石膏、支架的照護，每一個步驟都需精準與耐心。護理師不僅熟練操作，更關注病人的舒適度與安全性。有時，她們為防止壓傷，反覆調整綁帶角度；有時，為安撫焦慮的長者，輕聲解釋每個動作；有時，在忙碌中仍不忘一句鼓勵：「您今天比昨天走得更穩了喔。」這些細微互動，堆疊出護理工作的價值，也讓病人感受到被理解與被關心的力量。

8B 骨科病房的每一天，都是一段療癒的旅程。有孩子摔斷手後勇敢重返校園的喜悅；有長者牽手復健、互相鼓勵的溫情；也有年輕人重拾步伐、重返職場的驕傲。在這裡，冰冷的鋼鐵見證了身體的修復，而醫師與護理師的雙手，撫平的是病人的恐懼與孤單。有人說，骨科病房是鋼鐵與骨頭的戰場；但在台北慈濟醫院 8B 病房，這裡更像是一座充滿愛與希望的花園。每一位病人，都在醫護團隊的陪伴下，一步一步，重新學會走路，也重新學會微笑。☺

護理好所在

Where Good Nursing Thrives

慈濟護理師留任的動力分析：制度與人文力量的交織

Analyzing Tzu Chi Nurses' Retention Motivation -
The Intersection of Systems and Humanistic Values



在醫療環境快速變動與護理人力日益吃緊的背景下，護理師是否願意留任成為醫院管理的重要課題。自 2020 年以來，COVID-19 新冠疫情對全球護理體系造成重大考驗，使原本緊繃的人力問題更加嚴峻。在臺灣，護理人力流失被形容為 30 年來最嚴重的現象，直接影響急重症醫療的穩定運作。護理師在臨床一線承受高壓與風險，工作時間長、輪班制度繁湊，與家庭生活及心理健康的平衡成為持續挑戰。面對這樣的現實，如何讓護理師的工

作成為「志業」而非單純的「職業」，已成為護理界亟需思考的核心議題。

護理師留任的重要性，不僅關乎個人職涯，也直接影響醫療品質與病人安全。留住有經驗有熱情的護理師，能維持團隊穩定性，保障病房運作效率，並提升整體醫療服務品質；然而，護理師是否願意留任或是能否待得長久，或許不是單純由制度或薪水決定，根據我們的經驗，應該是由熱情、使命感、責任與支持交織而成的生命選擇。

問卷基本資料統計

性別	人數	%
女	981	92.4
男	81	7.6
總計	1,062	100.0

年齡	人數	%
≤20歲	20	1.9
21-25歲	267	25.1
26-30歲	199	18.7
31-35歲	135	12.7
36-40歲	99	9.3
41歲以上	342	32.2
總計	1,062	100.0

目前醫院服務年資	人數	%
≤1年	181	17.0
1.1~2年	146	13.7
2.1~3年	83	7.8
3.1~5年	93	8.8
5年以上	559	52.6
總計	1,062	100.0

職務別	人數	%
護理師／士	822	77.4
副護理長	34	3.2
護理長	50	4.7
督導及以上	21	2.0
個管師(功能小組)	53	5.0
專科護理師(含資深護理師)	82	7.7
總計	1,062	100.0

工作科別屬性	人數	%
內科	169	15.9
外科	144	13.6
小兒	44	4.1
婦產	38	3.6
急重症	177	16.7
功能小組	17	1.6
血液透析室	40	3.8
手術室	81	7.6
門診	193	18.2
心蓮	22	2.1
行政	26	2.4
精神科	38	3.6
其他	73	6.9
總計	1,062	100.0

所以為了找出護理師留任的動力，本期電子問卷發送給慈濟各院護理人員，有效問卷 1,062 份。問卷僅設計兩道題，第一題請問留在目前職場的主要原因，第二題則列出 14 項留任因素，依 5 分法評選重要性。

護理師留任主因 心身情三面向

第一道問卷的結果，讓我們得出護理師願意留任的核心動力主要來自三個面向——心之所向、身之所安、情之所繫。

心之所向：工作內容符合專業興趣（36.0%），是護理師從事臨床工作的主要驅動力。這種熱愛不僅體現在技能運用與病人照護的專業成就上，也體現在面對困難時仍願意投入的堅持與責任感。身之所安：工作地點便利、交通便利與生活安排合理（32.4%），使護理師能兼顧家庭與職涯，是留任的重要實際考量。地理位置與生活便利性看似表面因素，實際上對心理壓力與生活滿意度有顯著影響。情之所繫：良好的同事關係與團隊支持（31.6%），體現護理師在高壓環境下的情感需求。這種支持不

僅是工作協作，更包含心理上的被理解與被接納，是護理師能持續投入臨床工作的情感基石。這三股力量顯示護理師留任並非單純因薪水，而是因為覺得工作有意義、能在生活與工作間取得平衡，並在團隊中感覺「不孤單」。每一個選擇背後，都隱含著護理師對使命感、價值感以及心理安全感的需求。

不同族群留任的多層次動力

進一步交叉分析，可看出不同族群間更細緻的動機差異；性別：男性與女性護理師選出的前三大因素完全一致，只在排序上略有不同。這顯示無論性別，護理師對專業興趣、交通便利與團隊支持都有高度認同。年齡別：20 歲以下的年輕護理師更需要主管的支持與肯定，初入職場者重視明確指導、鼓勵與安全感；31 歲以上護理師因婚姻、育兒及進修等角色增多，家庭與生活平衡成為留任重要因素；41 歲以上的資深護理師則更重視穩定與專業價值，團隊情感不再是核心考量，而是工作成就與家庭生活的平衡。職務別：基層臨床護理師與專科護理師仍以工作內容興趣、地點便利

1) 您選擇留在目前職場的主要原因是？ (N = 1,062 , 複選至多 3項)

工作內容符合專業興趣 36.0 %

工作成就感高 10.1 %
(例如：病人或團隊肯定、參與競賽獲獎等)

工作環境安全 9.3 %
(例如：燈光、適當的防護設備、
疫苗注射、職場暴力防範等)

工作環境舒適 5.6 %
(例如：設置休息室、哺乳室、壓力處理或關懷等)

具備升遷與專業發展的機會 6.0 %
(例如：在職進修、重症加護或專科護理師訓練
或是國內外研討會投稿等)

良好的同事 / 團隊合作支持 31.6 %



11.6% 上級主管關心、支持與肯定

16.3% 薪資待遇於同區域業界處於中上等級



4.8% 員工福利優渥

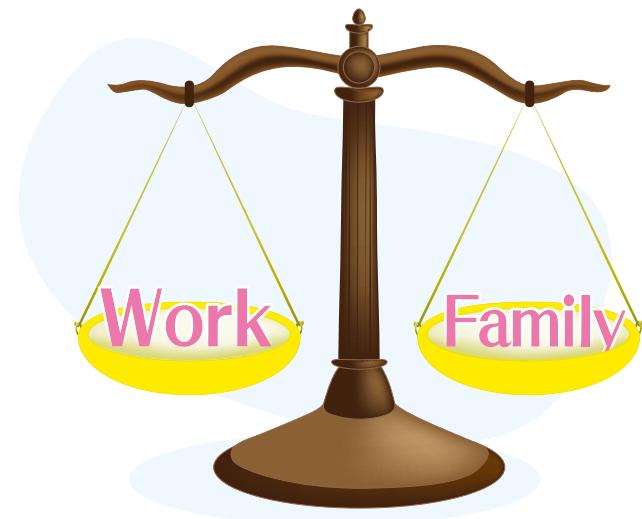
(例如：聚餐、健檢、就醫優待、旅遊補助、員工旅遊、壽星福利等)

32.4% 工作地點便利

(例如：交通便利、距離住家附近等)

24.1% 家庭 / 生活考量

(工作安排可以兼顧生活與家庭)



12.3% 工作輪班方式可接受

(例如：可自我排班、彈性調整班別等)

11.6% 工作負荷可勝任

(體力和心理)

1.4% 非護理專業有輔助人力協助

(換床單、洗頭、洗澡等)

2) 您覺得下列因素對於您「繼續留任」的重要性為何？ 請選數值 1~5，1 = 非常不重要，5 = 非常重要 (N = 1,062)

對護理專業的喜好 3.96



工作成就感 4.03



工作環境安全 4.19



工作環境舒適 4.17



具升遷與專業發展機會 3.82



同事間的支持與合作 4.28



上級主管的關心、支持與肯定 4.13





4.33 薪資待遇



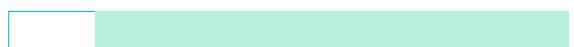
4.25 員工福利



4.19 工作地點



4.23 家庭與工作平衡



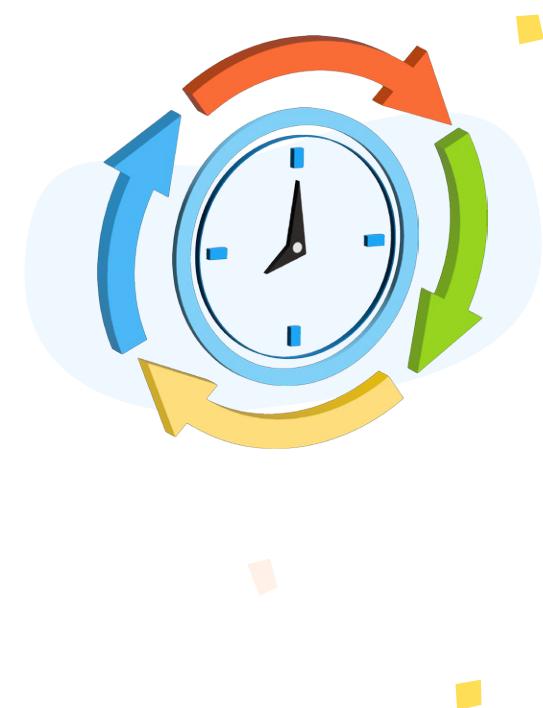
4.18 工作輪班制度



4.24 工作負荷



4.11 輔助人力



與團隊支持為核心；主管及功能小組護理師因承擔更多行政責任，更重視家庭與生活平衡；副護理長特別將薪資待遇列入前三大因素；督導及以上職級則將工作成就感、影響力與肯定視為留任關鍵。科別差異：內科、外科、婦產科及急重症病房因工作高壓且節奏快速，前三大留任因素為專業興趣、地點便利及團隊支持；其他科別如功能小組、透析室、門診及精神科護理師更重視家庭生活平衡；心蓮病房與行政單位護理師則將工作成就感視為核心因素；特殊單位如小兒科護理師特別重視主管支持，功能小組護理師則重視工作環境安全。

結果顯示護理師留任的多層次動力，並顯示「心、身、情」三者始終是核心，無論年齡、職務或科別如何，專業熱情、生活安排與情感支持始終不可或缺。

經濟生活安穩 團隊凝聚工作韌性

針對護理師進行 14 項留任因素以 5 分法調查。整體平均分數前五名分別為薪資待遇（4.33）、同事支持與合作

（4.28）、員工福利（4.25）、工作負荷（4.24）、家庭與工作平衡（4.23）。結果看似偏向管理議題，但每個數字背後都帶著生命溫度：疫情期間，護理師冒著風險上班，使工作環境安全（4.19）成為重要考量；夜班與輪班影響家庭生活，使家庭與工作平衡名列前五；團隊支持的重要性則反映了「有人陪你走」的心理安全感。

不同年齡、職務與科別的護理師對留任因素的重視也有所差異；年長護理師更重視「心的力量」，如專業喜好、工作成就感、工作安全與家庭平衡；年輕護理師則更需要支持與學習。主管群重視成就感與團隊合作、升遷與專業發展、工作環境安全；基層護理師則更重視薪資、主管的關心、支持與肯定及團隊合作。年資較長的護理師清楚留任不是「得過且過」，而是被使命感與價值感支撐，每一次選擇留任都帶著對工作意義的深刻認同。

護理工作與家庭平衡 愛與支持理解

護理師需要完善的制度、合理待遇與安全工作環境，但真正讓大家留任

的理由，更來自愛、支持與被理解。愛：工作中的意義與成就感，讓護理師願意持續投入病人照護。支持：同事合作與主管陪伴，使護理師在困難情境中仍能重新站穩腳步。被理解：生活與情感需求獲得理解與尊重，使護理師能在工作與家庭間取得平衡。

走在護理工作的路途中，一直幸福地在同一個職務工作是極少的，往往遇到挫折想變換跑道，或工作需要轉換單位，還是晉升主管者，在轉換的過程中並非一帆風順，唯有在愛、支持與被理解的環境中，才能踏穩腳步持續向前行。

若能兼顧制度保障與情感支持，真正理解護理師留任的原因，就能維持穩定的護理隊伍，讓專業的光照亮每一位病人，也照亮整個醫療團隊。護理師的留任是制度與人文力量共同作用的結果，是醫療團隊穩定與病人安全的基石。只要護理師被看見、被支持、被接住，就能持續在臨床第一線發揮專業價值，成為醫療體系不可或缺的核心力量。

護理師的留任是多層次因素交織的結果。「留任」源自工作內容的專業

熱情、生活安排的便利以及團隊情感支持；長期的「留任」則需要制度保障、合理待遇、安全環境，以及持續的情感支持與生活平衡。無論年齡、職務或科別，心之所向、身之所安、情之所繫始終是護理師留任的核心力量，而愛、支持與被理解則是她們長期留任的關鍵支柱。

對醫療機構而言，理解護理師留任的原因並非單純提升薪資或福利，而是要兼顧制度與人文力量。建立完善的管理制度、提供合理待遇、維護安全工作環境，是留任的必要條件；而關注護理師的心理需求、情感支持以及工作與家庭平衡，則是留任的決定性因素。只有制度與人文並重，護理師才能持續在臨床第一線發揮專業價值，成為病人照護、團隊穩定與醫療系統運作的核心力量。

護理人力留任的策略不僅是數量的管理，更是質量的培育。若能持續提供專業發展機會、建立安全與支持性的工作環境，並重視護理師的心理與生活需求，便能真正減少人力流失，維持穩定而高效的護理團隊。

[No. 1]

護理初心如蓮如陽光

The Pure Heart of Nursing: Like Lotus, Like Sunshine

■ 文 | 陳曉玫 台北慈濟醫院婦產科病房護理長

我成長於臺中一個小康而溫暖的家庭，父親是職業軍人，母親操持家務，生活踏實充滿愛。父親常對我說：「好好讀書，未來才有選擇的自由。」這句話成了我成長的指引，也讓我在面對壓力或低潮時，仍能緊握方向。自曉明女中護理助產科畢業後，我沒有停下腳步，而是報考國立臺北護理健康大學四技在職專班。白天在中山醫院臨床照護，夜晚坐在教室裡學習，奔波與疲累交織，但也讓我深刻體會何謂「做中學，學中覺」。那是青春最忙碌的一段歲月，也為我的護理人生奠定扎實根基。

2005 年台北慈濟醫院啟業，我迎來人生重要轉折。感謝主管及院方的栽培，從門診護理師的起始點，到 2007 年成為門診護理長，承擔起更大的責任與壓力，夜深人靜時我也會輕聲問自己：「我可以嗎？我真的可以嗎？放棄吧！」迷惘與退縮在心裡不停拉扯，好在身旁的主管相伴、同仁支持，我才未離開護理路。之後因緣

際會投入出院準備與居家護理的領域，走入病人家庭，看見病痛之外的情感與生活，也與許多病人及家屬建立深厚情誼。那時我明白，護理不僅發生在醫院，更存在於每一個被需要的地方，護理是連結生命與生命的橋梁。

隨著職涯再一次轉折，我又回到最初所學的產兒科領域，擔任婦產科病房與嬰兒室護理長，每天站在生命最初點與生命角色轉變的交界處；在婦產科病房，我見證新生命的啼哭，也看見產婦在疼痛與喜悅之間擺盪的心情。婦癌術後病人經歷身心創傷，她們的勇敢與不安提醒我，護理不只照料傷口，更安撫她們脆弱的心靈，陪她們重建生命的希望。在嬰兒室，我既是管理者，也是陪伴者，學習從全局出發，讓每一項照護更貼近家庭需





求。慈濟精神中的「感恩、尊重、愛」也逐漸成為我護理工作的底色與信念來源。

我常對新進護理師說：「護理是一條能走很長很遠的路，只要你願意，它會帶你看見更寬廣的世界。」這世界不只在病房，也存在於社區、教育、政策與管理；不要只是執行者，更要成為會思考、會溝通、會溫柔堅持的人。當病人笑著說「謝謝護理師」，當家屬眼神中流露出安心與放鬆，都是對護理師的肯定。

護理的初心像蓮花，綻放清香；像溫暖的陽光，能照亮他人；這分初心是我在疲憊時仍站在病房的原因，也是我願意牽著學妹的手往前走的力量。

因為熱愛護理，我進入長庚大學醫務管理所進修，希望將管理與臨床經驗結合，為護理帶來更多改變與希望。感謝父母給我正確的人生觀，也感謝每一位在我生命中扶持與啟發我的師長，在我徬徨不安即將放棄時，願意相信及等待我，讓我發現護理的價值，感受我對護理的熱愛。回首這條路，它並不總是平坦，但每一步都踏實。願所有在護理路上的人，都能找到屬於自己的光。願我們的初心，如蓮不染，如光不滅。



[No. 2]

讓愛成為專業的力量

Let Love Become the Power of Professionalism

■ 文 | 葛沛汝 台北慈濟醫院 15A 病房副護理長

回首過往，從初入護理的青澀，到如今學習帶領團隊，如果要問我為什麼選擇護理？又是什麼讓我堅持走到今天？或許是被愛牽起的手，帶我走進護理；是學習付出愛的心，讓我在護理中成長；也是被護理滋養的過程，讓我重新學會去愛。這分愛的力量，培育著我成長茁壯。

學習付出愛，走進護理的起點

小時候，我因為疾病反覆手術住院，儘管多次住院，我仍然害怕打針，害怕進去手術房，與家人分離的瞬間；加上長時間的住院，無法上學、出遊的孤單，每次手術前總是會緊張無比。慶幸自己遇到給予我鼓勵與支持的醫護團隊，主治醫師以及專科護理師總是會在我踏入手術房前大聲地對我說：「沛汝，加油喔，睡一覺起來就會見到媽媽的。」

每次的加油聲，為我帶來無窮的勇氣與安心感。也是因為這些加油成長，讓我幼小的心靈裡埋下了一顆種子——有一天，我也要成為能讓人安心的人。

多年後我選擇就讀慈濟科技大學護理系，畢業後，來到台北慈濟醫院，成為一名護理師。那時的我滿懷熱忱，但現實的忙碌讓我漸漸迷失方向，護理好像變成了無止盡的發藥、記錄、交班，自我懷疑，一切都顯得迷茫，甚至出現離職念頭。我跑去臺東找恩師陳育嫻老師，她對我說：「護理不是只能離開去找新挑戰，而是要在熟悉的地方發現新的可能。」這句話，讓我開始思索我應該找回從事護理的初心。

我開始試著讓自己慢下來，不再只是執行工作，而是去觀察、去傾聽，學習著用微笑及一句問好，例如：「早安，我是今天照顧你的護理師，你早餐吃飽了嗎？」來作為每日與病人見面的開端。當一位長期住院的阿嬤對我說：「看到妳笑，我



就覺得今天比較有力氣。」讓我又回到剛從事護理那個熱情的我，得到了病人的鼓勵，也能回饋給他們溫暖與勇氣。而我也開始明白，護理的價值，不再只是照顧身體及檢驗數值的穩定，能多一分笑容、多一分傾聽，能減輕病人的焦慮，更能走入病人的心。

經歷新冠疫情的專業成長與堅持

正當我逐漸找到方向時，在臨床工作愈愈上手時，COVID-19 新冠疫情來了。那是一段艱難的時光，醫院裡充滿未知與壓力，病房緊張、工作量暴增，每天都在挑戰極限。尤其因為病毒不斷地變化，當我第一次穿上防護衣走進專責病房，心裡的恐懼幾乎要溢出。慶幸我們有醫院當強大的後盾，給予我們充足的防護設備，扎實的防疫課程，當然，還有下班回家後父母準備的營養餐點，讓我撐過那一段時間的每一個長夜。

我們病房改為專責病房之後，收治的病人除了原本的內科疾病成人，還有因加護病房滿床而送來的插管病人，有暴力傾向需隔離的躁症病人，需長時間安胎並

監視胎心音的孕婦，還有護理機構群聚感染無照護者的長者等等。在那段艱難的時光裡，麗珠護理長每天大聲用力地鼓勵：「我們是一個團隊，沒有人是孤單的。」我們與醫師、呼吸治療師、營養師、社工師彼此協作，讓整個照護系統穩定運轉；「當病人因新冠症狀而吃不下，要改怎樣的餐點？」、「需要協助社會安置的病人怎麼處理？」、「躁症病人病房的安全通道」……這些大大小小的問題，透過我們跨團隊的討論決議而執行，也讓我們能給予病人更完善的照護。

而在分秒必爭的新冠疫情期間，我們成功守護許多生命！我永遠記得有位確診的阿公，剛入院時病情一度惡化到簽下 DNR，儘管情況不樂觀，我們仍盡力讓他舒適，教導與阿公一起隔離的兒子幫助他翻身、拍背，跟營養師溝通給予怎樣的餐點讓阿公能吞嚥。阿公的小兒子每天早上都會來隔離病房外聽病情解說，並對我們說：「謝謝你們照顧我爸爸，我們一起加油！」阿公的病情漸漸好轉，甚至恢復到不需要呼吸器給氧，可以開始復健、練習下床。出院時，看著兒子一手緊握著阿公，一手對著我們揮手致謝：「謝謝你們，讓我們有希望。」那一刻，我再次想起童年時那鼓勵我的話語聲。愛的陪伴不僅僅讓我成長，也讓我產生力量去持續的傳遞下去。

從照護到帶領，成為他人的後盾

經歷過疫情的奮鬥，我深深體會到除了在照護上有所學習，護理教育需要我們這些經歷過的學姊去分享經驗，才能讓新人減少對未知的恐懼。也開始學習如何帶新進護理師及護理實習學生，看著他們第一次面對病人，第一次成功完成一項護理技術，從害怕到專注的神情變化令人感動，透過引導鼓勵，讓他們從不安中找到自信。

「沛汝，妳有想過學行政嗎？」也隨著麗珠護理長問我：，踏入新的挑



戰。開始學習如何安排班表、單位的特色發展、如何讓慢性疾病病人有俱全人且延續性的照護、如何讓新進護理人員熟悉繁雜的護理工作等，這些都是我在這幾年中學習及摸索的事務。這段過程中，我深刻體會到護理管理的本質並非完全靠制度，而是「讓團隊更有力量」。在麗珠護理長的帶領下，我們完成多項計畫，包括：建立滾動式照護的流程、新進人員相關輔助影片教材，2022年百年好合護理照護品質暨創新口頭報告競賽，榮獲第三名的佳績；也在她的鼓勵下，於研究所進修。

麗珠護理長常說：「身為護理長，就是要成為大家的後盾。」隨著自己成為教導實習生、新進人員的臨床教師，甚至晉升為副護理長，期望自己能與麗珠護理長一樣，將自己的經驗透過教學，持續傳遞理的薪火。

走向世界：AMEE 的啟發

今年8月，我有幸參加歐洲醫學教育學會（Association for Medical Education in Europe, AMEE）。那是我第一次站上國際舞臺，與世界各地的教育者交流。透過不同國家的醫護教師分享，如何讓教學更貼近臨床、更富人性。有人以臨床模擬重現病人情境，有人用跨專業團隊學習強化合作，有人將AI應用於教學，啟發學員的思辨與反思。整個會議給我的感受是，醫療教育正處在一個高度複雜的情境裡，挑戰非常多，我們需要更開放的視野、更創新的方法外，在教育過程中也需要愛，一個好的教育者，不只是教知識，透過引導、回饋、設計，讓學生不只是會考試，而是真正能跨專業應用。

AMEE的經驗讓我看見更廣闊的世界，也讓我更堅定地相信，教育是讓護理永續的力量。未來的護理，不僅要有專業的深度，也需要跨領域的思維與同理的心。希望自己能在臨床與教育的交會處，持續成長、持續分享，讓新一代的護理師在專業中找到信念，在挑戰中看見希望。

從被照顧的孩子，到成為照顧他人的護理師，再到引導與培育下一代，這一路，我經歷了害怕、迷惘、成長與感動。我一路都在愛裡學習，在護理成長的未來，無論前方有多少挑戰，我都會繼續帶著那雙曾被牽起手的溫度，去牽起更多人的手，因為我知道，被愛過的人，最懂得如何去愛；被陪伴的人，也最能成為他人的光，而護理的路，正是一條持續傳遞愛與希望的旅程。

[No. 3]

笑淚交織，摯愛護理路

A Tapestry of Joy and Sorrow: Devoted to the Nursing Profession

■文 | 陳美慧 台北慈濟醫院護理部督導

回首走過三十多年的護理人生，常有人問我：「是什麼讓妳一路堅持下來？」我想那是一分從心出發的愛——對護理的愛及對自己初心的承諾。

隨著安寧起步的新手 體悟生命尊嚴的重要

我在 1990 年代進入安寧病房，那時醫療資源有限，安寧照護剛起步，護理師的工作又繁又重，每天面對病人與家屬對生命死亡的焦慮與不安，我學會的不只是照護技巧，更學會病苦的傾聽與陪伴，體悟生命的意義。

第一次進入心蓮病房面對臨終的病人，內心其實充滿害怕，那時我常因為救不回病人而自責落淚，直到有位病人家屬緊握我的手說：「謝謝妳陪我們走完這段路！」那一刻，我明白護理不只是延長生命，而是讓病人的生命帶著尊嚴走完最後一程。這分體悟，成為我往後推動安寧人文照護的信念。



離開又回歸 從花蓮到臺北

護理的路從一開始面對病人離世的無力感，一度想放棄，甚至真的離開醫院去做過披薩外送、衛生紙外送，直到我的公公因癌症住院，我看見病房護理師守護生命的畫面，心中那分熟悉的感動再次湧現，心裡的結打開了，我重新投入護理職場，展現對臨床的熱愛。

2010 年從花蓮慈濟醫院轉任台北慈濟醫院，協助籌設心蓮病房，這一切都是新的開始，推動理念壓



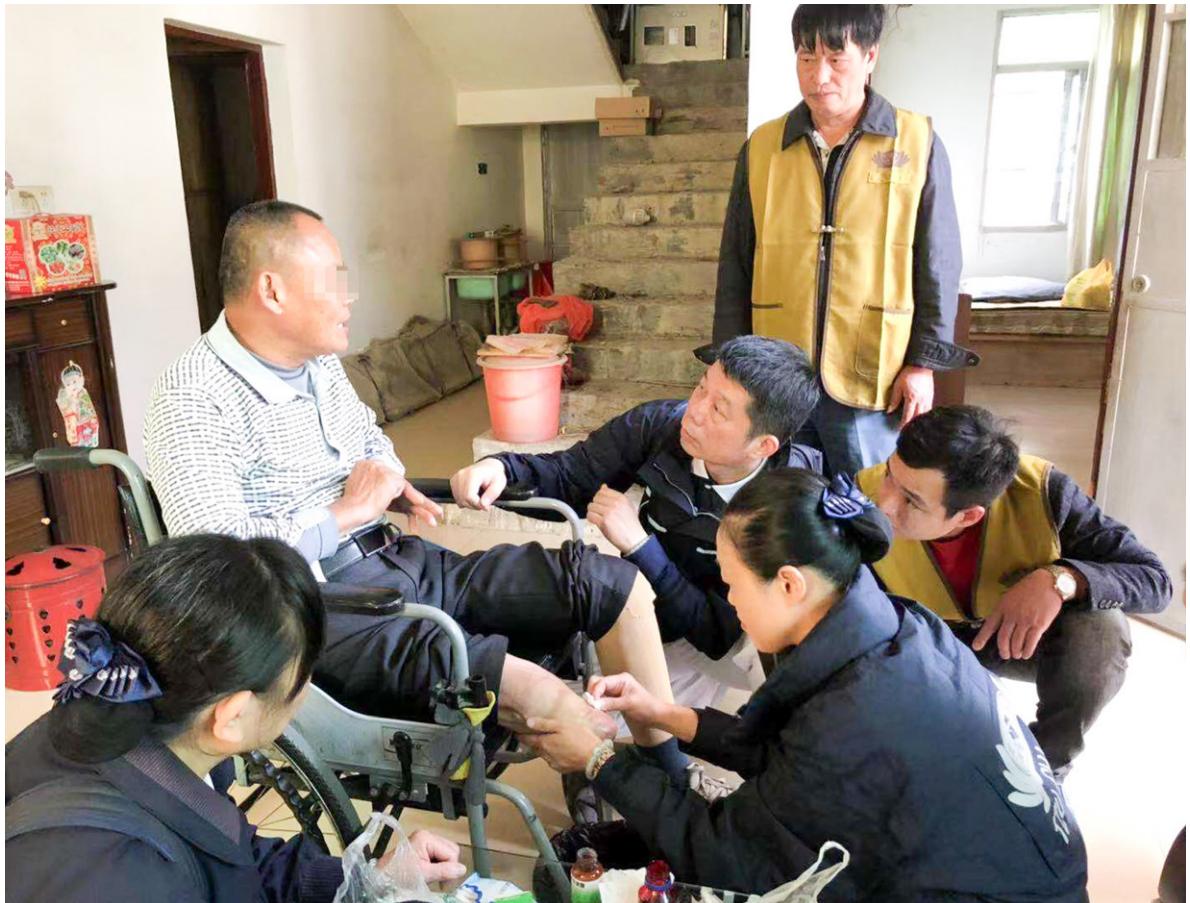
力不小，那時我常提醒同仁：「安寧不是放棄，而是讓生命在最後一刻依然有溫度。」身為護理長，不只要求專業更重視人文，常在病房走廊上看著年輕護理師穿梭病房忙碌的身影，會輕聲問候，「辛苦了」、「需要幫忙嗎？」或拍拍肩膀打氣，有時需要張開雙臂擁抱她們，陪伴她們度過每次面對病人生命的經歷。在晨會時，我總提醒大家：「我們不是只照顧病人的病，而是照顧整個人的心理，還有家屬的心苦。」慢慢地，我看到護理人員從生澀到穩定、從害怕到理解，安寧的溫度在每個人的行動裡綻放出溫暖的光。

2021年受派到中國大陸蘇州慈濟門診部擔任副院長，協助當地建立照護制度，推廣慈濟的人文醫療照護精神，雖然環境不同，但我發現人心的需要是一樣的，每個人都渴望被理解、被尊重，更體現「愛」是跨越障礙的語言。

防疫期間 勇氣與關懷並行

2021年新冠疫情爆發時，每天都有新的挑戰，為了防疫，我帶著單位同仁一一討論病房動線、設備配置、人力調度，甚至親自進入專責病房示範操作，有人問我：「妳不怕嗎？」我笑著說：「怕，但更怕團隊每個成員沒有被保護好，我們背後的家人都在為我們擔心害怕……所以，我必須勇敢帶領同仁前行抗疫，平安地讓大家度過危險疫情……」護理不只是技術的精準，更要有面對恐懼的勇氣。我同時關心同仁的心理狀態，安排他們輪休、紓壓課程與活動，提醒：「要先照顧好自己，才能照顧好別人。」防疫期間，看到團隊成員在壓力中仍互相扶持、彼此守護，那種力量讓我深深感動。





以生命影響生命 護理是一場愛的修行

工作 35 年來，從基層到督導，從臨床到管理，從花蓮到蘇州，我的每一步都不離開「以愛為名」的初心，時常勉勵年輕的護理師：「護理是一條會讓你流淚，也會讓你微笑的路，當你能在病人的眼淚裡看到希望，你就真的懂了護理的神聖使命。」

多次在演講中分享我對護理的經驗與期許，護理就是生命教育與自我的體悟「學」與「覺」，每一次照顧的病人逝去，或是感受家屬的哀傷，都會忍不住流淚，而這些，都是讓自己更懂得珍惜「愛」的機會。護理是一場與生命同行的修行，它讓我學會在有限的時間裡，給出最真誠的陪伴，也讓我明白專業與慈悲並不衝突而是彼此成就。希望將護理愛的信念繼續傳承，願我們都能用最溫柔的手做最堅定的事，讓護理的光與愛代代相傳。 ◎



攝影 / 盧義泓

溫柔的領航者
30 年的蛻變與承擔

陳淑娟 台北慈院 15B 病房護理長

Gentle Navigator

30 Years of Transformation and Commitment

**Shu-Chuan Chen,
Head Nurse of Ward 15B, Taipei Tzu Chi Hospital**

■ 文 | 陳美慧

陳淑娟於台北慈濟醫院啟業的第二年加入團隊，至今服務近二十年。前十年深耕於內科加護病房，累積豐富的臨床經驗與急重症照護能力；之後調任神經內科病房，持續以穩健細心的態度照護病人。後來，她因過去在加護病房期間與胸腔科醫師建立良好的合作默契，加上護理主管對其專業能力的肯定轉任至 15B 病房，擔任護理長一職。

追求獨立到花蓮 護理工作的好開端

回想起選擇護理的契機，陳淑娟說：「因為國中時期身體不好，加上面對學業壓力總感到困擾，與老師的討論後，決定不繼續升高中，報考護理學校。」老師鼓勵她選擇好的護理科，以確保未來就業無虞，最終，陳淑娟考上臺南護校，並於 1990 年畢業，隨即在花蓮慈濟醫院展開護理職業生涯。

會選擇花蓮慈濟醫院工作，最初是想追求獨立，希望能離家遠一點，陳淑娟和四位同學結伴同行，讓初入職場的她倍感安心。工作的兩年間，有不少同學在職場上遭遇挑戰，但她很幸運地沒有碰到學姊的刁難，反而感受到學姊對新人的關心與照顧，留下了難忘的第一份工作經驗。

回憶第一次參與急救的情景，當時她和新人都不敢上前按壓病人，但護理長會在下班後特地留下，溫柔地詢問大家遲疑的原因，並耐心指導操作要領，讓大家在未來能更有信心應對挑戰。

面對挑戰 確立方向

工作兩年後，陳淑娟認識到護校學歷的限制，決定繼續深造，與同學約定前往中臺醫專進修。她一邊工作一邊上學，過程中不僅收穫了學習的樂趣，也與同事們建立了良好關係。課餘時，她還學習化妝等生活技能，讓生活多了些色彩。即使要兼顧工作與課業，陳淑娟始終以穩定的步伐前行，留下的多是愉快與成長的回憶，展現出她在護理職涯中的堅定與韌性。

回憶起臨床歷程，陳淑娟最初任職內科加護病房，後來轉到胸腔科和神經內科，雖同屬內科體系，但不同病房的工作節奏與壓力各不相同。剛到神經內科時，她因不熟悉腦中風病人的病理與用藥而感到壓力，但她不願辜負主管的期望，努力投入學習，醫生和專師們也願意耐心指導，讓她逐漸適應新環境。

矢志成為護理領航人

而會選擇走向行政管理，陳淑娟憶及在某醫院上班遇到的職場不公正對待，同事不承認自己的過錯，反而將責任推給她。這段經驗讓她深思，護理關係應建立在支援和合作的基礎上，並希望能改變不好的工作環境，於是，她決心投身更好的護理環境，尋求一條更具意義的職業道路。

對於護理工作環境，陳淑娟心中一直有一個理想的烏托邦，當職場環境再度出現同樣的問題時，她選擇換一個環境重新出發。2006年，她回到慈濟醫療志業，加入啟業第二年的台北慈濟醫院，多年歷練後，接任行政管理工作，致力改善護理工作氛圍。

陳淑娟深知基本功的重要性，認為熟悉常規能讓她對問題回答得更準確，因此她用半年的時間來熟悉新的工作環境，並與團隊建立信任，一步步扎實累積經驗。

回到台北慈濟醫院，選擇走行政管理，是陳淑娟在護理工作中最大的轉折點。當時身邊許多朋友都勸她三思，認為成為護理長勢必面臨更多挑戰與壓力，但她始終堅定信念——若想讓護理環境更好，就必須從制度與管理層面著手改變。於是，她毅然決然地投入行政管理。

2016年，她正式承擔護理長，起初，一切並不順利，繁雜的行政工作與人員管理讓她倍感壓力，甚至曾在辦公室默默落淚。但她並未因此退縮，反而積極尋求同事的幫助與建議，聆聽建議、學習方法，隨著經驗累積，陳淑娟逐漸學會以不同的角度看待問題。面對病人投訴，她不再急於下指令，而是引導資深護理師共同討論，讓團隊主動思考、分擔責任、參與決策。透過這樣的歷程，她不僅提升了自身的領導與管理能力，也讓團隊更具凝聚力與自主性。

營造懂關懷有愛心的團隊

回顧自己當初選擇擔任行政職位的初衷，陳淑娟期許在目前的職場上培養和支援新的護理人員，讓年輕一代學會獨立思考、勇於面對挑戰，從工作中找到快樂與價值。同時也積極將工作環境營造成家的溫馨，例如，舉辦慶生、郊遊等，讓團隊變得有活力有朝氣，使護理工作不再被視為沉悶的行業。她深信唯有大家共同努力，才能真正形成良好的影響。



談起護理生涯中最感動的時刻，陳淑娟說，透過專業與用心的付出，最大的成就感莫過於與團隊並肩照顧病人的那份默契與信任，以身為醫療團隊中的一份子為榮，護理工作的意義與價值在此體現。

在護理工作多年，遇到溫馨的故事不勝枚舉，她回憶，有一位長期受病痛折磨的病人，為了讓家人放心，堅持勇敢治療。家屬鼓勵他要參加孫子的婚禮，要堅持下去，最終病情穩定後，孫子特地在病房內舉辦了一場溫馨的小婚禮，令病人非常感動。

另一段難忘的回憶，是一位相處四年多的中年肺癌病人。當病情惡化、出現轉移時，病人情緒低落，於是陳淑娟和同事們決定準備一個飽含祝福的星星燈，並準備卡片，讓每位同事寫下祝福，最終製成一本小冊子，此外護理團隊還舉辦驚喜派對，讓病人感動不已。陳淑娟指出，這種行動不是出於義務，而是希望為病人帶來溫暖和支援，展現了護理團隊的關懷與愛心，並強調了每位病人的獨特價值。

創意教學 點燃學習火花

2020年，陳淑娟在護理部滕安娜副主任的建議與推薦下，報考國立臺北護理健康大學碩士班，就讀醫護教育暨數位學習系。當時她需同時兼顧學業與工作，確實面臨不少壓力，所幸同事們互相支持、分擔問題，同學也體諒她的忙碌，彼此在課業上相互幫助，讓她最終順利完成學業。陳淑娟認為碩士班所學，能將理論與科技結合，特別是在臨床實踐中，不僅提升學理的應用，也讓年輕一代更能產生學習興趣。她善用現代科技輔助教學，讓護理學習更加貼近時代需求，進而提升整體醫療品質。

談及「創新教學」，陳淑娟言簡意賅地指出，創新不僅在形式，更在於激發年輕人的學習動力。她舉例說明：「幫病人打針前可先播放短影片，讓新人了解操作流程與注意事項，接著利用心智繪圖，把冗長記憶變成簡單的條文，幫助快速記憶，讓護理人員能在臨床上即時回應病人疑問，提升醫病互動與信任感。」

碰到艱深的課程，陳淑娟強調「反覆複習與小組討論」的重要性。例如學習解





剖學時，會採取組內分工和製作圖表、創作口訣或繪圖記憶，讓學習更有趣也更有效率。針對新人在轉加護病房時容易緊張的情境，她甚至拍攝影片模擬過程，製作成虛擬實境教材，幫助同仁熟悉流程、預先演練突發狀況。」

至於推廣創新教學的挑戰，陳淑娟笑言，自己與年輕世代在電腦應用上確實有落差。例如虛擬實境 VR 這種比較複雜的部份，她就會負責拍片、寫劇本，後製則由教學部協助完成。她感恩教學部的團隊與單位同仁的支持，也特別感謝張凱雁督導亦師亦友的陪伴與指導，讓她得以在教學的路上持續精進、勇於創新。

持續前行的動力與使命

說話溫柔似水，一臉和氣的陳淑娟，打從護校畢業就開始工作，至今已經三十幾年，依然堅持走在護理行業的隊伍中，她有所感地說：「我的動力主要來自於團隊成員的成長和獨立。」她強調，當她看到這些原本需要手把手教導的護理師，逐漸成為可以主動思考、解決問題的專業人員時，內心充滿了強烈的成就感。

此外，整個團隊協力照顧棘手病人，看到病人康復出院的過程，同樣激發了她繼續在護理領域努力的熱情。透過這些成果，陳淑娟找到了持續前進的動力與使命感，就如靜思語：「成就別人即是成就自己。」



阿長，請聽我說
Please Listen to Me, Head Nurse



嚴中帶柔，
找到堅持的理由

Strictness with Tenderness, Finding
Reasons to Persevere

這兩年來在 12A 病房的點點滴滴，既有初入職場的慌亂，也有被照顧與鼓勵的感動。從就讀花蓮慈濟科技大學成為公費生的那一刻起，就知道自己的路或許不會輕鬆，但卻能因此學會了責任與自律。那時候的我並沒有明確的夢想，只是聽從父親的建議：「做護理不錯啊，薪水穩定，只是辛苦一點。」於是就這樣踏上了護理路。

畢業後，我選擇到台北慈濟醫院服務，想看看更大的世界，也希望在醫療資源豐富的環境中快速成長。剛到 12A 病房時其實很緊張，陌生的醫療環境、繁瑣的交班內容、病人的狀況……每一樣都充滿挑戰。記得剛開始交班的日子，我都會怕講錯、怕遺漏，幸好有臨床導師與學姊們的耐心指導，每一次交完班，她們都會在旁提醒：「這個部分可以再說得更清楚。」、「病人的重點要先講。」日積月累，原來的恐懼慢慢轉化為自信。

還記得剛進來的時候，12A 病房竟然已經有五位男護理師，我是第六個。那一刻，我有點驚訝，也有點安心——原來在這裡，性別不是隔閡。大家下班後會相約吃飯、唱歌，迎新活動更是熱鬧又溫暖，慢慢地，我融入了這個團隊，從「新進人員」變成了「12A 的一份子」。

其中，帶我的庭如學姊是一位臨床能力極強的前輩，雖然外表看起來嚴肅，但其實教學非常細心。她不只教我技術，更教我思考與判斷，讓我學會在面對狀況時如何應變，如何讓工作更有效率。每次和她一起上班，都能學到新的東西，也逐漸理解「護理」不只是技術，更是應變能力與心念的結合。

想特別感謝我們的何佩柔阿長。她總是溫柔細心，常在下班後問我：「今天還好嗎？有沒有什麼困難？」這句話看似簡單，卻讓人倍感溫馨。她關注每位同仁的狀況，也會主動了解臨床導師的回饋，讓新進人員能安心成長。是佩柔阿長讓我學會了「嚴中帶柔」的領導，總是先了解事情的原委，再去釐清問題、協助改進；不輕易責備，卻能讓人心服口服。這樣的態度讓我深深敬佩，也以此提醒自己未來若有機會帶新人，也要像阿長一樣，先理解、再指導。

12A 是一個互助的團隊，大家工作完總會問：「需要幫忙嗎？」這樣的文化讓人覺得溫暖，也讓壓力變得輕盈。我喜歡這個單位或許是個性使然，我總是嘻嘻哈哈，被同事們叫「活寶一號」。我覺得上班氣氛很重要，開心的環境能讓大家更有力量面對護理工作的艱辛，即使是小夜、大夜班，也會想方設法帶動氣氛，讓同仁能微笑面對挑戰。

兩年多的時間裡，我最難忘的是那些與生命擦肩的時刻。第一次看到病人離開，家屬抱著病人痛哭，我只能在旁靜靜陪伴、協助遺體護理，那一幕深深震撼了我。有人說看多了就會麻木，但我始終相信，護理師不能失去感覺。前陣子，一位病人晚上還好好的，隔天卻突然心跳停止，當我們努力搶救卻無力回天，看著他的女兒痛哭失聲，我心裡酸酸眼角泛淚。心想，生命真的很脆弱，也讓我更珍惜與家人相處的時光。

我知道護理的路不容易，但病人的感謝與笑容，都是我前進的動力。感恩能在慈濟的人文環境中成長，學會讓照護更專業也更有溫度。曾隨醫師赴偏鄉義診，我深刻體會到護理不只是工作，而是陪伴與付出。有 12A 這個溫暖的大家庭，我覺得自己很幸運，也更確信我選對了地方，找到了堅持的理由。(整理／沈玉蓮)



左起：台北慈濟醫院 12A 病房護理長何佩柔、護理師李魁恩、林晉辰。

主管很強的安心感

The Reassuring Strength of Leadership

■ 文 | 李魁恩 台北慈濟醫院 12A 病房護理師

我媽媽是護理師，雖然在生下我後就沒有繼續護理工作，但她常會分享以前在醫院的趣事與經驗，那些故事在我心裡留下深刻印象，也種下選讀護理系的種子。

我考上臺南長榮大學護理系，現實並不如想像中輕鬆。老實說，我並不是個愛讀書的人，護理需要的專業知識要背、要理解、要實作，每一門課都不簡單。看著別的科系同學過得輕鬆，而我幾乎都泡在書本裡，有時候真的會想：「怎麼會這麼累啊？」不過我個性樂觀，該玩的時候就開心玩，該讀的時候就努力讀。

實習的時候，一切都還有老師帶著，不覺得有多困難。直到 2025 年 1 月進入台北慈濟醫院 12A 病房，開始第一份護理工作，才真正感受到現場和課堂完全不同。那時候的我就像重新當學生一樣，從零開始學起，幸好這裡的護理長、學長、學姊們都對我很好，願意帶我、教我、陪我，真的覺得自己很幸運。

我的臨床教師是仁傑學長，他有個原則——不會直接告訴我答案，而是要我先去查資料、找原因。記得有一次照顧中風病人，醫師說血壓維持在小於 200 就好，我一頭霧水，心想：「不是應該要更低嗎？或要低於 170 嗎？」我翻書找不到答案，就去問神經科醫師，才知道中風病人要維持足夠血壓以確保腦部灌流，那一刻我才真正明白，書本知識只是基礎，臨床現場才是真正的老師。而面對一失手就讓我壓力爆表的打針，幸好有何佩柔阿長的幫忙，她打針又快又準，在旁邊看都覺得又佩服又羨慕，心想：「我什麼時候才能這麼厲害？」她也會細心指導每個動作，讓我愈來愈進步，現在我不再害怕打針，甚至有種成就感，能在這樣的主管底下工作，真的覺得安心又感恩。

12A 病房的氛圍很好，學長姊都願意教、同事之間相處也融洽，本來話不多的我，熟悉後也開始會開玩笑，結果被大家笑稱是「活寶二號」，而阿長也很有幽默感，不會因為她是主管就讓人緊張，反而讓我們能自在交流，單位像是一個大家庭。12A 是內科一般醫學病房，主治醫師會帶著 PGY 醫師查房，護理師可以在一旁學



習，醫師也會解釋病人的身體狀況與照護重點，這種跨專業的互動，讓我覺得自己每天都在進步。

工作中當然也有緊張的時刻，有次在吃飯時聽到「急救」呼叫，我立刻放下碗筷跑去幫忙，人很多擠不進去，就負責在旁邊計時。雖然只是小角色，卻覺得能貢獻一分力就是值得的。身為男護理師，我其實沒有什麼適應上的問題。雖然有時候女性病人會拒絕我做某些侵入性操作，但我都能理解，尊重病人，是護理最重要的原則，反而在體力活上，我能夠多幫忙，這是男生的優勢。

我很喜歡這裡的氣氛，能讓我開心工作、放心學習。一路走來，我體會到護理不只是照顧病人，更是磨練自己的過程。從書本到臨床，從害怕到自信，我在每一個挑戰中找到成長的力量。我想，我會繼續穩穩地走在護理這條路上，只要相信自己能做，就一定能做到，看到病人因為我們的照護而恢復健康，我就覺得所有努力都值得。(整理／沈玉蓮)



阿長這樣說：

活寶兄弟

The Dynamic Duo

■ 文 | 何佩柔 台北慈濟醫院 12A 病房護理長

在 12A 這個大家庭，我看著一批批護理人員進來、成長，再帶著經驗與溫度往前走。這些年來，我帶過不少男護理師，從最初的一位，最多時八、九位，到現在的六位，從一開始我們都還有點戰戰兢兢，到如今大家都能互相尊重、彼此成長，這一路真的充滿故事。

給予機會 創造無限可能

還記得第一次安娜副主任問我：「妳願意讓男護理師進到單位嗎？」我毫不猶豫就說「OK 啊！」因為我一直相信，給別人一個機會，也是讓團隊多一種可能。只是那時候，我也擔心在都是女生的單位裡，會不會讓男生變成弱勢？會不會被忽略甚至被霸凌？但後來發現，其實這些男孩子帶來的不只是力量，更多的是柔軟與暖意。

很多人對男護理師有偏見，覺得他們一定比較粗魯，但其實他們的細膩常常超乎想像，有時候我們還沒看到病人的情緒及內在的脆弱，他們卻早已察覺，主動關懷。我常笑說單位的男生是「直男 2.0 版」——比直男更細心、更有條理。他們的工作車永遠乾乾淨淨，物品擺得整整齊齊，從來不丟三落四，接他們的班，總是舒服。

剛開始帶第一個男護理師時，我也在學習。因為他們的溝通方式真的不太一樣；對女孩子講話，要拐幾個彎，怕傷到對方，但對男孩子，錯了就直接說，他們反而比較能接受，拐彎抹角地講他們還會一頭霧水：「我錯在哪裡？」所以跟他們相處，講話要直接、清楚、就事論事。

我在教學安排上，盡量請男的護理臨床教師帶男生，學長難免有時會有「軍事化教育」，但男生有男生的溝通方式，還有哥兒們之間的默契。搬不動東西時，學姊

問：「可以幫我一下嗎？」他們也總是樂意伸手相助，沒有誰指揮誰，只有彼此尊重。隨著單位男護理師愈來愈多，大家也愈能找到平衡。

男護理師還有一個很大的優勢——當我們遇到一些對女性同仁態度不佳或行為不當的病人時，即使不同區域的工作範圍，他們也會主動接手、保護同事，那份挺身而出的態度，真的讓我既心疼又感動。

當他們上班時，整個單位的氣氛就不一樣，特別有活力、有笑聲。有時候別的單位的人經過都會說：「你們家好像特別有朝氣！」我心裡總是暗暗微笑，因為那份朝氣，就是我們共同創造的。

勇於面對挑戰 什麼都「可以」

李魁恩是我們單位的「細心代表」，別看他外表壯壯的，心思卻細得很。對病人充滿耐心與信心，做事又穩紮穩打，一般新人對自己的技術會說「我不行！」、「我做不來！」但他面對到手的工作都說：「我可以。」、「沒問題。」而且也都做得很好。他比較讓我擔心的是，大男孩的愛面子，因為都覺得自己可以，但經驗少總會遇到問題，我和副護理長也會為他留面子，默默的支開他幫他完成，事後再告訴他幫了他那些事，下班的時候他都會來道謝。





魁恩很活潑，是個非常好帶的孩子，按照我們的腳步在做，不挑工作、不挑病人，也不怕吃苦，只要告訴他要做什麼，他就能努力去完成並勇於挑戰，他說：「我想快點上手、快點獨立，這樣就不會造成單位排班的困擾。」能想到這一點，他真的是一位貼心的孩子。

有一次，病人急救，他雖然年資還淺，但也是往前衝，看到病房已經擠滿人，進不去，就配合著團隊幫忙計時。雖然他目前還在學習，相信有朝一日，他會從臨床去感受去精進，學習如何當一個領導者，成為帶人帶心的好前輩。

記得我們病房有位難搞的爺爺，大家都拿他沒輒，但魁恩卻能讓他「乖乖聽話」。那天爺爺又想在走廊換衣服，他一句：「進去裡面換，你沒關係，但別人會覺得有關係！」爺爺竟然乖乖的走進去換衣服，從此也沒有在外面換衣服了。原本我以為這位爺爺會來抱怨魁恩，不但沒聽過他抱怨，甚至還把他當孫子一樣的疼愛呢！

火爆男孩長大了

男護理師的出現，讓 12A 多了很多笑聲。林晉辰和李魁恩這對「活寶兄弟」，是我們的開心果，有他們在常會覺得很吵，但很熱絡，他們一不在還真有點而不習慣。林晉辰號稱「活寶一號」，來到這個單位已經有兩年之久，他剛來時脾氣很



火爆，有時候他在跟病人應對的時候，我都會捏把冷汗，尤其他忙起來的時候，我就會在旁邊「偷聽」，需要適時的把他拉住。其實他心地善良，很真誠，只是脾氣急，當他和病人有衝突時，我都會事後和他聊：「你要將心比心，換個角度想。」他也都能聽進去。

他們常會天馬行空的說一些想法，有時候我就讓他們去做，失敗了就來說：「阿長，早知道就聽你的。」在病人安全的前提下，我覺得與其阻止他們，不如讓他們嘗試更有效。

相對於魁恩的什麼都可以，晉辰是如果真的覺得做不來，就會直接說：「我不行！」所以我就比較能懂他的心情與做法，他的努力我也看在眼裡，遇事研究並勤做筆記，是一位主動精進的人，我就會鼓勵他做報告，將來也可以做一個領導者，尤其他已經當完兵回來，就是一個穩定的大人了。

晉辰當兵之前，如果遇到不如意的事，他就會直接告訴我這位病人怎麼的讓他不開心！現在會說，他今天跟那個病人有點起衝突，但是自己已先做了什麼，並跟病人說：「剛剛是我口氣不好，對不起！」從一開始的「火爆男孩」，到如今懂得體諒別人的「大人」，我真的看到他成長了。

他留長髮那陣子，每次看到不是披頭散髮，就是忙著硬綁頭髮，看得我都覺得累，我天天催他剪，並告訴他：「我喜歡你以前整整齊齊的樣子。」他總說：「我這樣很帥啊！」有一天突然把頭髮剪掉了，整個人精神奕奕，連醫生都誇他帥，我笑著對他說：「這才是我們 12A 的樣子！」

這群孩子真的好棒

記得我帶第一個脾氣火爆的男護理師時，真的很頭痛，我也只能用同樣強勢的語氣和他講：「你這樣我不舒服，我們要溝通。」後來我學會，一開始就要講清楚規矩，錯了就檢討，不偏袒、不護短。久而久之，整個團隊就愈來愈成熟。

我一向強調「尊重」，對事不對人。不論是男生或女生，只要發生爭執，我都會找雙方談，讓他們理解彼此的立場。單位就像一個家庭，會吵架、會意見不同，但只要有愛和尊重，終究能找到平衡。我常跟單位的護理師說：「能在同一個地方工作，就是緣分。」我常提醒大家，家裡的兄弟姊妹也會吵架，但還是家人，工作上有不愉快，別帶回家，出了醫院門，生活還有很多美好的事。



除了臨床照護，我也希望他們在工作之外能放鬆。單位常會辦些小活動——做多肉植物、做月餅、一起吃飯、唱歌。雖然只是短短半小時，但那笑聲、那分我幫你、你幫我團隊的默契和合作感，就覺得很值得，因為我知道，這樣的互動能讓大家更親近，彼此更願意扶持。

我常跟他們說：「不要因為工作上的不喜歡，就影響生活。」有時他們會跟我說：「我不喜歡他。」我就笑說：「沒關係啊！下班就不會見面啦！」重要的是上班時彼此尊重、合作順暢，久而久之，即使不是朋友，也能成為可靠的夥伴。我覺得自己很幸運，能帶到這些用心又可愛的孩子，他們讓單位充滿活力，也讓我每天都從這些小我將近二十歲的年輕人身上學到新東西，看著他們從生澀到成熟，從懵懂到能獨當一面，我心裡真的很驕傲。

在 12A，有男有女，有嚴肅有笑聲，有挑戰也有成長。這是一個真實的地方，一個用心照護、彼此成長的家。只要彼此尊重、互相體諒，再多的差異都能變成力量。

有時我看著他們忙碌的背影，會默默地想：「這群孩子，真的好棒。」（整理／沈玉蓮）



學稻穗般謙虛 像海綿般求知

Humble as Rice Stalks, Absorbent as Sponges in Learning

■ 文 | 梁起原 台北慈濟醫院門診護理師

「黃〇〇大德，請進診間，旁邊的病人請注意一下，有輪椅要通過唷！」在台北慈濟醫院門診中心的區域，會聽到一位「男」丁格爾親切呼喚著病人進診間，那就是我——門診中心眾多護理師的「萬紅叢中一點綠」。

國中基測的分數無法進入公立的高中職，直到登記分發的時候看到花蓮慈濟技術學院護理科的簡章，心裡莫名有一股感覺——就是這所學校啦！剛好那時候有親戚在慈濟大學就讀，利用暑假時到花蓮玩了一趟後，更加確定自己要來花蓮就讀。

五專實習過程中，記得有一次在老人安養中心照顧一位沉默寡言的伯伯，對於要跟這樣不太會回饋的個案接觸，我超級害怕，當時還好有老師及同學提供一些治療性溝通方式，從伯伯的興趣介入，拉近彼此的治療關係，實習最後一天，伯伯的態度是很樂意分享他的園藝作品，當下的成就感簡直是「拉好拉滿」。五

專畢業後繼續在學校就讀二技護理系，學校的PBL課程讓我了解如何運用臨床病人的各項病徵及檢驗檢查結果推斷病人可能的診斷及對應的護理措施，並且訓練我的邏輯思考。此外學校課程也實地走訪社區，尋找有需要的案家去探討各類疾病問題，相對應提供護理措施及衛教，在探訪案家時，除了陪伴外，也給予相關的護理衛教，並透過社區的慈濟志工持續追蹤關懷。

門診中心的同事相處融洽，工作遇到困難，學姊們也會耐心的分享她們的方法。在新冠疫情期間，門診遇到疑似確診病人，大家會分工合作，先區隔現場病人，同時通知辦公室，並將疑似確診病人送至急診篩檢站執行





篩檢。除此之外，大家也會討論一些作業流程有需要修正的地方，然後集思廣益修正出最適合的作業流程。

在護理工作生涯中，從原本剛進職場的護理佐理員，到現在順利通過國家考試取得護理師證照後，經歷新進護理師兩年期的臨床學習計畫，透過臨床教師的教導以及學習計畫的步調前進，順利地進階到 N1，護理長及單位的老師們透過每個月的會談及臨床教學的時間，傾聽我對於臨床作業的學習成長以及疑問，在這學習的過程或許有一些阻礙，但也因為這些難關，讓我在資料處理部分有所成長，在與醫療團隊溝通時能更加順利。而且，在工作之餘，也會參與偏鄉義診。

因為看到懿德爸爸媽媽對於我們同仁的關懷以及慈濟志工對偏鄉案家持續的關懷而感動，我也在 2024 年加入慈誠委員培訓，希望能為師公上人分擔慈濟家業，並將慈濟人文應用到臨床，不管是在與病人及家屬溝通時，或是與工作夥伴溝通時，多一點柔和及尊重的態度。下班後，參與醫院人文室每一季舉辦的溫馨家聚，擔任小組隊輔，陪伴同仁們分享彼此的工作狀況，一起做活動舒壓，家聚的遊戲活動也讓我了解一些慈濟的故事。

我的護理生涯目前正在進行中，很感恩這條路上有許多的貴人的幫忙及指導，我不是一個完美的人，但我會保持像海綿一樣，不斷的吸收知識，更加茁壯，而且保持如稻穗般的謙虛，虛心受教。



從小男護到 專師高擬真教學

From Young Male Nurse to
High-Fidelity Simulation Teaching Specialist

■ 文 | 施懿哲 台北慈濟醫院專科護理師

回首這一路走來的護理之路，內心滿懷感觸。從台北醫學大學護理學系畢業的那一刻起，我便深知這條路並不輕鬆，卻意義非凡。37 歲的我，從一名懵懂的新進護理師，走到今日成為一位專科護理師，不僅經歷了無數挑戰，也見證了自己在臨床專業與人文關懷上的成長。

畢業後，我踏入台北榮民總醫院服務，先後在心血管外科與神經外科工作。那八年多的時光，是我專業養成的關鍵時期。心血管外科的病人常在生死邊緣掙扎，急救聲此起彼落，每一次搶救都是與時間賽跑的戰役。神經外科的病人則常需長期照護，復健過程漫長而艱辛。這些年，我學會的不只是技術上的熟練，更是面對生命的謙卑與敬畏。

然而，在一次次的照護過程中，我逐漸意識到，單純的護理操作並不足以滿足病人的需求。除了生理層面的照顧，我更希望能在臨床判斷與治療決策上提供協助，真正成為病人與醫師之間的橋梁。帶著這樣的信念，我毅然決然離開榮總，轉而投入台北慈濟醫院的專科護理師訓練。那是一段艱難卻充滿意義的歷程。

專科護理師訓練的日子可說是「跌跌撞撞」。從課業到臨床實作，每一步都需要不斷挑戰自我。面對龐大的學習壓力、臨床的高標準要求，我也曾懷疑過自己的能力，但每當看到病人因為我們的努力而轉危為安，那份成就感總讓我重新燃起力量。終於，在不斷努力下，我





順利考取專科護理師執照，那一刻的感動難以言喻。

取得執照後，我將重心放在臨床教學與新進專師及護理師的培育上。帶領新進專師及護理師，教導他們如何在臨床中進行判斷與決策，對我而言是一種使命。從他們不安的眼神中，我看見了曾經的自己；從他們逐漸成熟的表現中，我也看見了護理專業的延續。臨床教學不僅僅是技術的傳授，更是態度與價值的傳遞。

今年，我有幸參加由醫策會舉辦的「高擬真訓練」課程。初次進入模擬情境時，那種真實的壓力與臨場感讓我再次體會臨床決策的重要。從一開始的生疏與緊張，到逐漸能在模擬過程中冷靜分析、與團隊有效溝通，每一次演練都像是一次內在的磨練。尤其在團隊競賽中，如何在壓力下領導與協調，是我學習的最大收穫。最終，我們團隊榮獲銅獎，而我個人也意外地獲得「專科護理師 MVP」的肯定。這分榮譽不僅是對我努力的肯定，更提醒我持續保持謙遜與精進。

回望這一路，從榮總的病房到慈濟的專科護理師訓練，再到高擬真的舞臺，每一段經歷都雕塑出今天的我。護理工作雖然繁重，但能陪伴病人度過人生最脆弱的時刻，是我最深的驕傲。我始終相信，護理的本質不僅在於「治療疾病」，更在於「療癒人心」。

未來的路上，我希望繼續發揮專科護理師的影響力，成為臨床團隊中值得信賴的夥伴，也成為年輕護理師心中的榜樣。因為我知道，唯有持續學習、持續成長，我才能不負當初踏入護理的初心——那分想要幫助病人的心。☺

走過急診 15 年 傳承搶救生命的專業

15 Years in Emergency: Passing on the Expertise of Saving Lives

■ 文 | 陳芷薇 台北慈濟醫院急診室副護理長

還記得踏入急診室報到的第一天，耳邊傳來此起彼落的心電監測聲、推床輪子的摩擦聲，看著學長姊迅速奔跑的身影，那一刻，我站在門口，心中充滿緊張不安，內心不斷問我自己「我可以嗎？」，這是我的第一天，也是我無法忘記的第一天。那天的我剛入職場，沒多久，一場急救讓我立刻加入急診這分秒必爭的戰場，那時我與學姊輪番上陣幫病人急救壓胸，直到監視器上的心跳恢復，病人有了呼吸，我看到學姊冷靜地指揮著下一步復甦後照護，那一刻，我感覺自己對於護理這份工作的價值被重新定義，那是我第一次感受到身為急診護理師的震撼，也是第一次深刻體會到「專業」的重量，原來，我的雙手還有這些專業，真的能把生命從死神手中搶回來，讓生命繼續。

歲月流轉，轉眼已在急診工作十五年，這些年，工作常伴隨疲憊與挫折，尤其在疫情、災難或重大事故發生後，身心靈都感覺到能量耗竭，甚至下班後會不斷懷疑自己要這麼累嗎？但是，從新進護理師到成為臨床教師與小組長，從那個青澀的新進護理師一路走來到現在，看著一批又一批學妹踏入急診這個充滿挑戰的世界，我彷彿看見了當年的自己，有人在壓力下默默落淚，也有人在照護過程中得到溫暖治癒的力量，這些臨床上不同的角色轉換讓我學會了更多「看見」，陪伴她們成長的過程，讓我深深感受到，教育的傳承，不只是技術的指導，更是一分情感的延續。





護理，是一條漫長而柔軟的路，病人不只是被照護的對象，他們同時也是無聲的老師，每一個故事、每一次相遇，都是生命之間的交流，他們不僅需要我們提供醫療照護，還在我們治癒他們的過程中，反向治癒了我們，給予我們正能量的回饋，滋養了我們，讓我們成為能夠潤澤他人的土壤。這些年來，我逐漸學會接受自己的脆弱，也理解「護理師不是超人」，偶爾的無力與情緒，並不代表失敗，而是我們仍然有感、有愛、有血有肉的證明，擁有負面情緒，偶爾感到疲憊和無力沒關係，在某一個瞬間，我們護理師也能被治癒，一次輕輕的握手、一句真誠的鼓勵，或是一個關切的眼神，這些簡單而真摯的瞬間，都是無形中傳遞的支持與力量。在急診室裡，我深深體會到人文的力量，我們守護的，不只是身體的機能，更是生命背後那分牽掛與愛，人文不是附加，而是護理的靈魂，讓我們一起，「用生命影響生命」。☺

我命由我不由天

My Destiny Is Mine, Not Heaven's

■ 文 | 林晉辰、江曉貞 台北慈濟醫院 12A 病房護理師

82 歲高齡的許伯伯因腹痛至急診就醫，檢查中意外發現罹患肺結核。由於他年事已高、身體虛弱，病情急轉直下，出現呼吸困難與血壓下降的情形，緊急轉入加護病房治療。經醫師評估後坦言，以伯伯的年齡與感染嚴重程度而言，預後並不樂觀。當家屬聽完醫師的說明，雖然難掩悲傷，卻也理性接受現實，準備面對未知的結果。

幾日後，許伯伯病況稍見穩定，轉回一般病房。護理團隊早已整裝待命，要陪他走過這段艱辛的療癒之路。雖然住院期間探視人數不多，平日也少有親友陪伴，但伯伯從未真正孤單，護理人員輪流與他談天、傾聽他回憶年少時的故事，在一次次照護與互動中，建立起信任與情感。

某天，主責護理師敏銳察覺許伯伯的衰弱指數從 5 分上升至 8 分，體力與意志明顯下滑。團隊立即召開討論，啟動跨專業照護。物理治療師規畫輕量運動訓練，從踏步機開始，再逐步練習站立與行走；醫師調整治療策略，藥師仔細檢視藥物交互作用；營養師設計高蛋白、易消化餐點補充體力；社工師協助媒合後續安置；安寧共照團隊也早早介入，陪伴他面對療程。整個團隊的努力，宛如在黑暗中點燃一盞燈，給予他重新前行的力量。

日子一天天過去，許伯伯的眼神漸漸明亮，說話也更有精神。那一天，他笑著對我說：「我還不想放棄，我命由我不由天。」這句話成了全團隊的信念。許伯伯的衰弱分數逐步從 8 分降回 5 分，臉上有了血色，步伐也愈發穩健。那不只是身體的康復，更是生命力的甦醒。

最終，他順利出院，轉介至合適的安養機構，開啟新的生活。如今，他仍定期回診，恢復情形良好。偶爾來





電問候：「謝謝你們沒有放棄我。」這短短一句話，成為團隊最珍貴的回報。

回想整個過程，並非一路順遂。我們曾面對家屬焦慮與質疑：「不是說他撐不過兩天嗎？為什麼還沒走？」那一刻的壓力與無力感深深撞擊著我，但我們選擇繼續守護，因為醫療不只是治療，更是一種信念，只要還有一口氣，就值得全力以赴。

在漫長的照護歷程中，我學會放慢腳步，不只照顧他的身體，也傾聽他的心。陪他聊起家鄉、年輕時的趣事，讓病房不只是冷冰冰的治療場域，而成為一個充滿人情的避風港。那一段段對話，不僅喚醒他對生活的希望，也提醒了我護理工作的初衷。

看著他從虛弱到重新站起，那分感動難以言喻。原本的疲憊與壓力，都在他露出笑容的那刻化為力量。這段經歷讓我深刻體會：醫療的價值，不在延長生命的長度，而在豐富生命的厚度。只要我們願意多一分耐心、多一點關懷，病人就能感受到被重視與被愛。許伯伯的故事，讓我們再次相信——即使命運無常，只要心中仍有希望，就能改寫生命的篇章。正如他所說的那句話：「我命由我不由天。」這句話，成了我們在護理路上最深刻的信念。☺



健檢愛灑溫暖情

Health Screening Volunteers Spread Warmth and Care

■ 文 | 林群敏 台北慈濟醫院預防醫學中心護理長

一踏入醫院，迎接我的是慈濟的志工師兄師姊，他們親切的微笑與真摯的問候，總是讓我感受到濃濃的溫暖。無論是醫療廳前還是走廊上，無論是接待區還是檢查站，總能看到志工師兄師姊忙碌的身影。他們不僅協助引導病人，也時刻關心每一位病人的需求，無論是詢問是否需要幫忙，還是給予溫暖與慰藉，最讓我感動的是，所有的志工師兄師姊都是無償奉獻自己的時間與精力。

預防醫學中心是執行健檢的單位，健檢大德們在等待的過程中，往往會有焦躁、緊張甚至不安的情緒；志工師兄師姊就像一股安定的力量，主動關懷，陪伴等待的每一刻，化解他們心中的焦慮。此外，預防醫學中心也吸引許多來自海外的大德來健康檢查，這裡有許多外語能力強的志工師兄師姊，能夠幫助我們解決語言上的障礙，無論是翻譯健檢流程、解釋注意事項，還是協助處理國際健檢的特殊需求，志工們的幫助使得跨國醫療服務變得更加順暢順心。

令我印象深刻的是一對來自立陶宛的外交官夫妻，到預防醫學中心進行健康檢查時，雖然是例行的身體檢查，但跨文化的陌生感讓他們眼神流露出疑惑與緊張，幸好我們安排一位外語流利的志工為他們提供了非常細緻的幫助，確保他們在檢查過程中不會感到不安或迷茫。志工師兄不只協助翻譯，更是一位貼心的陪伴者，適時給予安撫，外交官夫妻逐漸放下緊張，眼神中透出了安心與喜悅。那一天，不僅是一場醫療健檢服務，更是一段跨越文化的美好交流，也讓我們感受到慈濟志工精神的無遠弗屆。

除了志工們的辛勤付出，單位還有懿德爸爸媽媽的無微不至的關懷。懿德爸爸媽媽不僅在工作中給予我們支





持，還時時刻刻提醒我們在繁忙的工作中不要忘記照顧自己，他們常常發來溫馨的訊息，提醒我們要放鬆心情、保重身體。他們經常會準備各種營養豐富的小點心和水果，讓我們在忙碌中也能補充體力；每月，懿德爸爸媽媽還會親自準備精緻的午餐聚會，為我們呈現色香味俱全的美味佳肴，都是健康的素食料理，讓我們愛上素食，也發覺素食如此美味。吃著美味的食物，接受懿德爸媽的溫馨關懷，讓我們倍感溫暖和幸福。每到佳節，懿德爸爸媽媽更是精心準備應景的美食，端午節到了，他們就拿著粽子出現，中秋節，就送我們精美的月餅；甚至連尾牙也有圍爐晚餐，帶來各式各樣的火鍋食材，大家共聚一堂。一次又一次團聚的時光，讓同仁的心與心更加的貼近。

雖然我加入台北慈濟醫院這個大家庭才兩年多，但我感到無比的榮幸與感恩。在這裡，我體會到的不僅是專業的醫療服務，更多的是那份無私奉獻、充滿人情味的關懷。在台北慈濟醫院，每一個微笑、每一個關懷的舉動，都是對生命的尊重和對他人心靈的呵護。能夠成為這個大家庭的一份子，我真的感到無比的幸運。☺

TZU CHI NURSING JOURNAL

Research
Articles

VOLUME 24 NUMBER 6

DECEMBER 2025

志為護理

學術論文

2025 年 12 月 第二十四卷 第六期

慈濟護理人文與科學



目錄 *Contents*

63 提升加護病房護理人員醫衛材計價正確率 / 賴明雪、蕭煥閔、高仁芳、鄧名峻

Improving the Accuracy of Medical and Healthcare Material Pricing in an Intensive Care Unit /Ming-Hsueh Lai, Wei-Min Hsiao, Jen-Fang Kao, Ming-Jun Deng

75 提升髖部骨折術後復健活動執行率 / 林芷仔、莊樹伽、鄭維寧

Enhancing the Adherence to Rehabilitation Activities Following Hip Fracture Surgery /Jhih-Yu Lin, Shi-Jia Zhuang, Wei-Ning Cheng

89 一位產後周產期心肌病變病人使用左心室輔助器之加護護理經驗

/ 邱以翎、蘇筱雅、葉惠玲

Intensive Care Experience of a Postpartum Patient With Peripartum Cardiomyopathy Using a Left Ventricular Assist Device

/Yi-Ling Chiu, Siao-Ya Su, Hui-Ling Yeh

99 照顧一位新住民接受透析後不預期懷孕之護理經驗 / 陳佩吟、許瀚仁、連麗芬

Nursing Experience of a New Immigrant Undergoing Dialysis with an Unplanned Pregnancy /Pei-Yin Chen, Han-Jen Hsu, Li-Fen Lien

111 一位急性呼吸窘迫症候群個案其家屬決定撤除維生醫療之加護經驗

/ 黃柏軒、紀巧玲、粘雅淨

Intensive Care Experience for a Patient with ARDS that the Family Decided to Withdraw Life-Sustaining Treatment

/Po-Hsuan Huang, Chiao-Lin Chi, Ya-Ching Nien

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, Chia-Chou Yeh, 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, Ching-Fang Tseng (science & humanities)
Deputy Editors in Chief	Chia-Jung Chen, Chiu-Feng Wu, Yu-Ru Li, Tai-Chu Peng, Hui-Chun Chung, Shian-Ling Ding
Executive Editors	Shu-Chen Wang, Yu-Chuan Lin, Shih-Chun Lin, Ching-Fen Tang, Ru-Wen Liao, Chi-Chen Hsu
Compilation Editors	Wan-Hsiang Wang, Chao-Lin Wang, Jiin-Ling Jiang, Yen-Fang Lee, Hung-Lan Wu, Yu-Long Hong, Yu-Chen Fan Chiang, Hui-Chi Hsu, Mei-Chuan Chang, Pei-Yu Chang, Mei-Fang Chang, Kai-Yen Chang, Ya-Ting Chang, Ya-Ping Chang, Yu-Lun Kuo, Yu-Chen Hsu, Jen-Che Kuo, Mei-Huei Chen, Szu-Chin Chen, Yi-Hsuan Chen, Hsiao-Mei Chen, Chi-Fen Tseng, Ya-Lan Tseng, Mei-Ling Huang, Hsiu-Chen Yeh, Hui-Ling Yeh, Chun-Ya Yang, Jil-Lian Liao, Hui-Yen Liao, Yi-Ting Liu, Hui-Ling Liu, An-Na Teng, Pi-Chueh Tsai, Ya-Chun Cheng, Li-Chuan Cheng, Hui-Ling Lai, Chia-Wen Lai, Chia-Hui Tai, Mei-Lin Hsieh (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©2025 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

提升加護病房護理人員 醫衛材計價正確率

賴明雪¹、蕭煥閔²、高仁芳¹、鄧名峻²

中文摘要

正確計價是醫衛材管理重要一環，除減少物料短缺，避免病人因缺乏醫衛材影響治療進度，增加工作順暢度；亦能減少人員借用物品，降低不必要的工作負荷，進而改善醫療品質。本專案的目的為提升加護病房護理人員醫衛材計價正確率，現況調查發現護理人員醫衛材計價正確率偏低(47.7%)。問題確立為不熟悉電腦計價系統操作、部分處置無計價組套而須自行逐一單向計價、儲存位置未標示為計價品項、沒有自主查核機制。解決方案：「舉辦計價闖關遊戲」、「製作計價組套點餐卡」、「醫衛材標示統一化，符號、顏色區分」、「建立稽核制度」。透過專案改善，加護病房護理人員醫衛材計價正確率提升至92.2%，期望建立正確計價觀念，提升工作效率及病人安全品質。(志為護理，2025; 24:6, 65-76)

關鍵詞：管理、醫衛材、計價

前言

病人安全議題為醫院所重視，於醫院支出中醫衛材成本僅次於人事成本，有效的醫衛材管理能控管成本並達成永續經營。研究顯示良好的醫衛材管理，能使臨床工作順暢，進而提升照護品質，確保病人安全(葉等，2019)。正確計價是醫衛材管理重要一環，除減少物料短

缺，避免病人因缺乏醫衛材影響治療進度，增加工作順暢度；亦能減少人員借用物品，降低不必要的工作負荷及醫院成本虧損，進而改善醫療品質(游等，2020)。

本單位為綜合科加護病房，所設置之醫衛材種類繁眾，需由護理人員正確計價使得醫衛材正常供應。於2022年4月發生因缺乏引流導管，導致侵入性處置延

亞洲大學附屬醫院護理長¹、仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院加護病房護理師²

接受刊載：2025年8月20日

通訊作者地址：賴明雪 台中市霧峰區福新路222號

電話：886-4-2332-9888 #1845 電子信箱：mingsheue@gmail.com

逼近20分鐘，增加病人不適時間，並引發醫師抱怨及醫護關係緊張。統計2022年5月向其他單位借用16次之原因分析，其中高達75%因未正確計價導致系統無自動撥補，由此可見醫衛材短缺與計價不正確具直接關聯，故引發專案小組改善動機，深入探討加護病房護理人員醫衛材計價作業問題，期望藉由建置正確計價策略，使護理人員工作順暢，避免因醫衛材短缺延遲病人處置，維護病人安全促進醫療品質。

現況分析

一、單位特性

本單位為綜合科加護病房，設置床位數33床，2021年佔床率為64.4%，平均住院天數4.2天，因病人屬性差異極大，導致醫衛材的種類及數量相對增加，單位醫衛材設置品項共計215項，單位主管實施醫衛材管理須定期及彈性依臨床業務與病人治療需求調整設定請領品項及數量。單位護理人力設置51名(含1名護理長)，護理人員年資分佈1年以下為12人(24.0%)、1-2年為9人(18.0%)、2-5年為13人(26.0%)、5-10年為3人(6.0%)以及10年以上為13人(26.0%)。

二、護理人員醫衛材計價作業

本單位設置醫衛材品項共計215項(計價品項135項、不計價品項80項)，當班護理人員常規於執行處置後，依照臨床病人實際使用情形於「護理資訊系統/處置與計價系統」進行醫衛材品項與數量輸入電腦完成計價。現行醫院護理資訊系統/處置與計價系統分為二個部份(介面)，各為組套式計價及單項計價：(一)

組套式計價介面主要是由護理人員藉由點選處置項目後，系統自動帶出該處置項目相關的護理紀錄內容、醫衛材品項計價(包含品項類別、規格及數量)、護理紀錄、指導及衛教等功能，(二)單項計價介面則是當護理人員無法在「組套式計價」點選所需的處置項目，則需要點選單項計價介面，進行醫衛材品項計價(包含品項、規格及數量)。

三、護理人員醫衛材計價正確率調查

為瞭解加護病房護理人員醫衛材計價正確率，專案小組依據院內制定「特殊病房醫衛材計價單」進行資料調查與分析，本次調查由3位專案成員委託大夜班組長執行，於2022年7月1日至7月7日期間在加護病房實施，採用回溯法查閱病人前一日醫囑單及護理紀錄，藉以確認護理人員計價正確性。為確保資料查核一致性與客觀性，查核作業統一由二位大夜班組長執行，並由專案小組召開二次共識會議，以建立計價正確性之判準[計價正確率(%)=正確計價件數÷應計價總件數]。調查348件應計價總件數，發現其中僅166件完成正確計價，計價正確率為47.7%，進一步分析182件未正確計價項目，依高至低排序為侵入性處置類72件(39.6%)，呼吸治療類56件(30.8%)、靜脈注射處置類36件(19.8%)、引流導管類11件(6.0%)及其他類7件(3.8%)(如表一)。

四、護理人員醫衛材計價不正確原因調查

為進一步釐清醫衛材計價不正確之原因，專案小組於2022年7月10日至7月14日，針對曾發生計價不正確的42位護理

人員進行開放式深度訪談，彙整出8項主要原因(如表二)，分別為：(一)不熟悉電腦計價系統操作14件(33.3%)；(二)部分處置無計價組套而需自行逐一單項計價10件(23.8%)；(三)儲存位置未標示為計價品項7件(16.7%)；(四)沒有自主查核機制5件(11.9%)；(五)不慎計價品項或數量輸入錯誤3件(7.1%)；(六)沒有利用系統有批價成功查詢功能2件(4.8%)；(七)處置後未立即計價而遺忘計價1件(2.4%)。

五、護理人員醫衛材計價認知調查

專案成員參考文獻及臨床經驗，自擬10題單選題之「護理人員醫衛材計價認知量表」，內容涵蓋品項分類、操作流

程與特殊情境計價，得分越高代表認知越佳。經供應室主管、資材課組長及護理部督導3位專家進行專家內容效度檢定，使用CVI(content validity index)的計分方式，CVI值為0.92。於2022年7月21日至7月24日發放測驗試卷共計50份，回收率100%。調查結果發現護理人員醫衛材計價認知答對率為62.4%(如表三)，依答對率最低之前三題分別為「協助放置中心靜脈導管處置後，以下何者為一定要計價的項目？」(34.0%)、「下列何者為計價醫衛材？」(44.0%)及「單位沒有設置的醫衛材，如何計價？」(46.0%)。此結果反映部份護理人員對於計價品項

表一
護理人員不正確計價品項類別調查結果

項目	項次(n)	百分比(%)
侵入性處置類	72	39.6
呼吸治療類	56	30.8
靜脈注射處置類	36	19.8
引流導管類	11	6.0
其他類	7	3.8
總計	182	100.0

註：N = 182

表二
加護病房護理人員計價不正確原因調查結果

項目	項次(n)	百分比(%)
不熟悉電腦計價系統操作	14	33.3
部分處置無計價組套而需自行逐一單項計價	10	23.8
儲存位置未標示為計價品項	7	16.7
沒有自主查核機制	5	11.9
不慎計價品項或數量輸入錯誤	3	7.1
沒有利用系統有批價成功查詢功能	2	4.8
處置後未立即計價而遺忘計價	1	2.4
合計	42	100.0

註：N = 42

表三
護理人員醫衛材計價認知調查結果

題號	題目	答對人數(n)	答對率(%)
1	當發現計價錯誤時，如何修改？	41	82.0
2	如何避免計價不正確？	39	78.0
3	執行第一次抽痰，需要計價哪些項目？	36	72.0
4	計價不正確造成影響，何者為是？	36	72.0
5	給藥時，若使用與系統不同的空針時，應如何計價？	36	72.0
6	協助放置洗腎導管無計價處置包，應如何計價？	31	62.0
7	計價處置包內未用到的醫衛材，應如何處理？	31	62.0
8	單位沒有設置的醫衛材，如何計價？	23	46.0
9	下列何者為計價醫衛材？	22	44.0
10	協助放置中心靜脈導管處置後，以下何者為一定要計價的項目？	17	34.0
平均答對率			62.4

註：N = 50

辨識、異常流程處理與操作原則尚有不足，與訪談所示「不熟悉電腦計價系統操作」原因一致，顯示認知不足與不正確計價間具關聯性，應加強教育與持續性評估。

綜合以上現況分析後，歸納造成護理人員醫衛材計價正確率低的特性要因圖，如圖一。

問題確立

本小組經過現況調查與特性要因圖分析後，發現加護病房護理人員醫衛材計價正確率低(47.7%)，調查結果為：

一、不熟悉電腦計價系統操作而導致計價不成功或不正確。

二、因「護理資訊系統/處置與計價系統」部分處置項目並無建置計價組套而需自行逐一單項計價進行醫衛材品項與數量輸入。

三、單位庫房放置醫衛材儲存位置，

未於儲存櫃外明確標示，包括醫衛材材料編號及註記計價標示。

四、缺乏自主查核機制：單位未建置定期性稽核流程。

目標設定

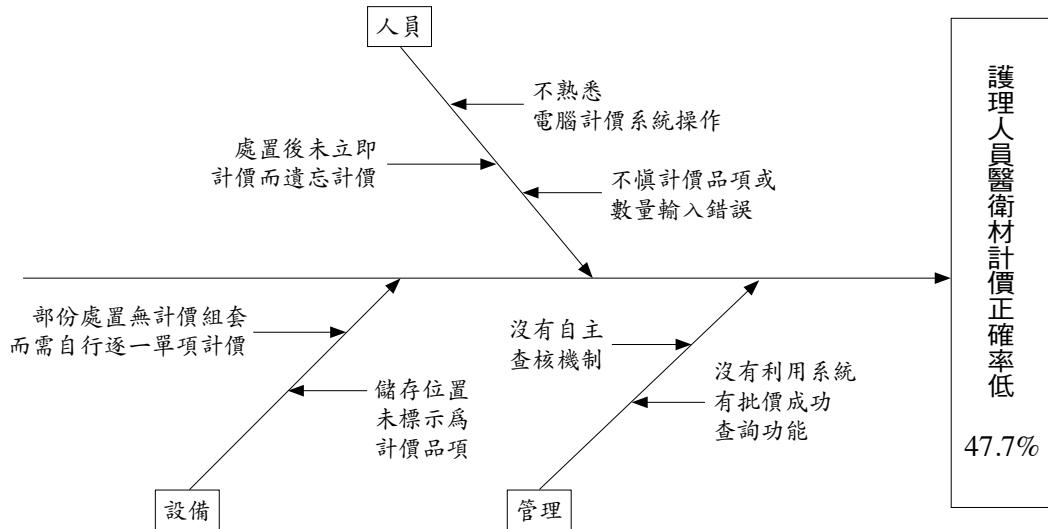
專案目的為提升加護病房醫衛材計價正確率，與專案成員討論後，目標設定以標竿學習方式，參考文獻游等(2020)「提升整形外科護理人員計價完整性」之閾值設定 90.0%，作為本專案設定目標之依據，故目標設定為加護病房醫衛材計價正確率 47.7% 提升為 90%。

文獻查證

一、醫衛材管理與照護品質

病人安全為醫療院所最重視的議題之一，其中落實醫院的醫衛材管理，可以使臨床作業順暢，更能確保病人安全及提升照護品質(Yasir & Majid, 2019)。在

圖一
護理人員醫衛材計價正確率低之特性要因圖



醫衛材管理中，計價不完整不僅會造成醫衛材庫存量不足及取用耗時，影響醫療服務工作時效，更會影響病人安全及護病關係的建立(李美芳等，2014；莊等，2015)。因此，強化醫衛材正確計價為提升資材供應效率與維持病人照護品質之重要環節。

二、醫衛材計價不正確的相關因素

醫衛材計價不正確可能造成單位物料短缺，影響護理臨床工作順暢度，加重護理人員的負擔及醫療成本的浪費，更影響病人的安全(許等，2018)。護理人員常見計價不正確的原因有：人員不熟悉計價而記錯、工作忙碌造成未計價、計價項目缺乏專科性須手寫計價而有遺漏(游等，2020)。亦有文獻指出計價項目繁瑣不易查閱、成本觀念不足等因素，可透過修改材料計價相關表單格式、明確訂定作業流程、加強舉辦相關

在職教育課程及養成護理人員正確計價的習慣性，以提高計價作業正確性(吳等，2012)。醫衛材正確的管理與醫療品質及病人安全有著密不可分的關聯，一旦人員醫衛材計價不正確導致單位安全庫存量不足，直接影響醫療服務品質進而增加營運成本(Boulding & Hinrichs-Krapels, 2021; Hinrichs-Krapels et al., 2022)。

三、醫衛材管理策略

在醫衛材管理中，建立有效的管理策略相當重要，以確保資材使用的準確性，增加現場作業的順暢度。

(一)目視化管理

「目視化管理」是一種利用視覺及相關輔助工具為方法，以達到提升經營績效與促進企業革新的管理方式，使工作場所中發生的異常與問題點，經由眼睛觀察出問題所在，再利用目視化管理的

表四
加護病房醫衛材計價正確之決策矩陣分析表

解決方案	可行性	效益性	經濟性	成員能力	總分	選取方案
1.舉辦計價闖關遊戲	30	30	29	28	117	◎
2.製作計價組套點餐卡	27	27	28	30	112	◎
3.建立稽核制度	25	30	30	26	111	◎
4.醫衛材標示統一化，計價品項加註\$符號，並以顏色區分	27	26	27	29	109	◎
5.製作低水位顏色警示隔板	25	24	22	27	98	
6.開發簡易型醫衛材標示	26	20	21	23	90	
7.建立e化查詢機制	23	20	25	20	88	
8.查核錯誤罰則機制	20	19	18	20	77	
9.調整醫衛材設定標準	15	16	25	20	76	

相關工具，例如：圖表、特殊標記、看板、醒目顏色、區域規劃等，提醒人員應該遵守的地方及傳遞必要資訊，因這類工具取決於視覺，利於營造一目了然的環境，以便迅速的採取相關對策，有效防止異常發生，經由現場的規範、培養人員良好工作習慣，經由全員參與，以達到管理成效(馮等，2022)。透過運用目視化的管理方式，改善工作的現場，建立有效的提醒機制。

(二)6S管理策略

6S包括整理(seiri)、整頓(seiton)、清掃(seiso)、清潔(seiketsu) 習慣(shiukanka)和安全(safety)(陳德鑫，2012)。其中整頓是將現場物品依屬性整理後分類擺放，並貼上清楚的標示使人員取用物品時一目了然，以便容易於尋找與迅速的取得，提高工作效率(陳宥均等，2016)。

四、教學策略

為提升護理人員對醫衛材計價的正確認知與操作能力，應採多元且有效的教

學策略，以增進學習成效與實務應用。現今學習模式已突破傳統紙本限制，透過行動裝置與輔助學習系統的整合，能創造更具互動性與趣味的學習環境(陳淑賢等，2020)；而「遊戲化教學」則透過融入遊戲元素，有助於激發學員的學習動機，使其在參與過程中更具主動性與投入感，進而提升學習成效。實證研究顯示，應用遊戲式創新教學於臨床護理訓練中，能有效促進護理人員的學習成效與課程參與度(李佳蓉等，2019)。將計價認知在職教育納入遊戲化設計或情境模擬教學的方式，有助於養成正確計價習慣，以提升護理人員的工作效率與病人安全的照護品質(游等，2020)。

解決辦法

專案小組3人參閱相關文獻提出解決方案，依可行性、效益性、經濟性及成員能力四項重要因素，進行決策矩陣分析(表四)，最低1分、最高10分，每個面向滿分為10分，分數愈高代表愈正向，

四面向總分為120分，最後以專案目的依衛材管理成效提升至90%為考量，故設定 $120 \times 90\% = 108$ 分以上為本專案解決方法。

執行過程

本專案執行期間自2022年8月8日至2022年10月31日，依計畫期、執行期及評值期三個階段進行，工作內容分述如表五。

執行過程

(一)計畫期(2022年8月8日至8月21日)

1.設計計價闖關遊戲內容

(1)依據護理人員執行處置計價常發生錯誤項目，或處置內無處置包計價需另至單項計價…等項目為題目之素材，共設計

15個題目板，利用晨間會議時間5人為一組，一次3-4組參賽，依據抽到的題目於測試區病患進行計價，勇闖3關且答案正確的隊伍，將頒發豐厚獎金以資鼓勵。

(2)活動後舉辦醫衛材管理課程，主講人為單位護理長，預計辦理3場次，每位同仁必須參與至少1場次。

2.收集計價組套點餐卡內容

將護理人員執行計價處置包常發生錯誤項目，及計價處置包內無計價品項需另至單項計價畫面計價…等項目共計15項，設計成手掌大小之工具書，依處置包名稱筆畫排序，並於側標章貼顯示名稱並護貝，置於行動護理車下方，供護理人員計價時快速參閱。

3.規劃醫衛材標示內容

測量個醫衛材放置箱大小，選定以長

表五
加護病房醫衛材計價正確之工作進度表

項目/時間	2022												
	8月				9月				10月				
	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4
一、計畫期													
1.設計計價闖關遊戲內容					★								
2.收集計價組套點餐卡內容			★	★									
3.規劃醫衛材標示內容		★	★										
4.擬訂稽核制度		★	★										
二、執行期													
1.舉辦計價闖關遊戲					★	★	★	★					
2.製作計價組套點餐卡					★	★	★	★	★	★	★		
3.醫衛材標示統一化，符號、顏色區分					★	★	★	★	★	★	★		
4.建立稽核制度					★	★	★	★	★	★	★		
三、評值期													
1.評值醫衛材計價正確性										★	★	★	
2.評值護理人員醫衛材計價認知得分										★	★	★	

8公分寬4公分為統一標籤尺寸，字體中文字體設定標楷體、英文為Times New Roman，字型大小以距離1公尺能看得清標示內容為依據，設定為20字；內容之物料名稱以倉儲管理系統中計價、不計價設定名稱為主，使醫衛材與標示相同，為讓人員憑藉目視就能辨別計價或不計價品項，將以顏色區分，並於計價品項材料編號前增加「\$」符號，以利快速辨識；右上方以圓形標籤標示設定量，以利盤點補充作業。

4.擬訂稽核制度

單位資材組組長及組員共7人，舉辦醫衛材計價稽核課程共2場，內容包含查核計價方式、醫衛材盤點方式及管理方式，取得查核共識並分配醫衛材管理項目，另針對高價位之醫衛材共計15項規劃於護理站鐵櫃中，並設計醫衛材使用登陸本，以利追蹤高價位醫衛材使用狀況及追蹤補充量。

(二)執行期(2022年8月22日至10月02日)

1.舉辦計價闖關遊戲

於8/22 08:00及16:00、8/23 08:00會議時間，共舉辦3場闖關競賽，參與活動人員共50人，分為10組進行活動，各組組長依據抽到的題目與組員共同討論，於測試區病患進行計價，每題計價時間為2分鐘，連續3個題卡於時間內完成且答案正確的為優勝隊伍，共產生3組優勝隊伍，透過闖關遊戲過程學習正確計價操作。於當場次競賽後由護理長依據題目板(處置)的正確計價項目作為教學教材進行課式教學，使同仁了解處置計價正確項目，並教導正確醫衛材計價方式，加強人員成本觀念，以達學習成效。

2.計價組套點餐卡運用

將護理人員執行計價處置包常發生錯誤項目，及計價處置包內無計價品項需另至單項計價畫面計價等項目，共計15項，製作計價組套點餐卡，內容包括處置項目、計價項目名稱及材料編號、計價位置為處置包或單項計價之分類及項目，使同仁區分所用醫衛材正確計價，並提供計價路徑，方便同仁登錄電腦完成計價，每一計價處置包側標示處置項目，依據英文字母排序，便於同仁尋找。將內容製作成長15公分x寬10公分手掌大小之計價組套點餐卡共15頁，以文件夾固定，置於護理資訊工作車中，使同仁完成處置後參照內容計價，以防錯誤。

3.醫衛材標示統一化，符號、顏色區分

統一標籤設計，內容包含材料名稱及材料編號，計價品項以粉紅色紙列印，不計價品項以白色紙列印，以做為區分，並於計價品項材料編號前加上「\$」符號，以利快速辨識。於9月24日共完成135項計價品項標籤更改。

4.定期稽核

於9月25日舉辦醫衛材計價稽核課程，資材組組長及組員共7人參與，會議中針對查核計價方式、醫衛材盤點方式及存量管理方式，取得共識並分配醫衛材管理項目。品項負責人每日核對醫囑處置及查閱護理紀錄，稽核人員計價是否正確，當發現同仁計價不正確時，能即時發現計價問題並立即修正，同時進行個別指導，於晨間會議中提出案例分享共同學習。

(三)評值期(2022年10月03日至10月31日)

專案實施後，統計2022年10月3日至

2022年10月31日加護病房醫衛材計價正確率，藉以評值改善專案實施前後之差異。

結果評值

3位專案成員於2022年10月9日至2022年10月15日，同樣委託大夜班組長每日以回溯法查閱住加護病房病人的前一日醫囑單及護理紀錄，檢視護理人員計價正確性，調查結果應計價醫衛材總件數共計244件，正確計價225件，護理人員醫衛材計價正確率由改善前47.7%提升至92.2%，達目標值設定90%，顯示專案改善成效佳，達專案目的。另經單位主管回饋，專案評值期間無向其他單位借用紀錄，顯示請領與庫存量趨於一致，有助確保處置連續性與病人安全。

附加效益

經以上對策實施後，護理人員醫衛材計價正確率達92.2%，其中因闖關遊戲之教育訓練加深同仁正確計價認知，因而護理人員醫衛材計價認知由改善前答對率62.4%提升為改善後100%，顯示對策實施效果佳(表六)。

討論與結論

本專案透過目視化管理、6S管理策略、在職教育訓練與定期稽核等方式，有效提升加護病房護理人員醫衛材計價正確率達92.2%以及醫衛材計價認知答對率達100%。符合文獻中透過制度優化與教育訓練可有效提升醫衛材計價正確性，加強臨床醫衛材管理品質(李等，2014)。

表六
醫衛材計價認知調查結果彙總表

題號	題目	改善前		改善後	
		答對人數(n)	答對率(%)	答對人數(n)	答對率(%)
1	當發現計價錯誤時，如何修改？	41	82.0	50	100
2	協助放置中心靜脈導管處置後，以下何者為一定要計價的項目？	17	34.0	50	100
3	下列何者為計價醫衛材？	22	44.0	50	100
4	執行第一次抽痰，需要計價哪些項目？	36	72.0	50	100
5	單位沒有設置的醫衛材，如何計價？	23	46.0	50	100
6	協助放置洗腎導管無計價處置包，應如何計價？	31	62.0	50	100
7	計價處置包內未用到的醫衛材，應如何處理？	31	62.0	50	100
8	如何避免計價不正確？	39	78.0	50	100
9	計價不正確造成的影響，何者為是？	36	72.0	50	100
10	給藥時，若使用與系統不同的空針時，應如何計價？	36	72.0	50	100
平均答對率		-	62.4	-	100

註：N = 50

在專案推動過程中，所面臨的主要阻力與困境為護理人員在忙碌的臨床工作中仍會發生計價遺漏或錯誤的情形，經與電腦課討論後，運用資訊輔助改善人為因素，委請護理資訊小組提出計價系統優化方案，優先建置「計價組套點餐卡」之15項處置完整計價項目，目前已進行程式撰寫作業，可有效改善計價遺漏與錯誤之困境；除此之外，主管的重視與全力支持，讓專案得以順利展開；護理同仁在繁忙工作中仍願意配合調整流程、積極學習與修正錯誤，增進責任感與團隊精神。透過制度化的教育訓練與個別輔導，大家逐步建立正確的計價觀念，並凝聚共識，認同醫衛材管理對病人安全與成本控制的重要性。正是因為有這份共同的努力與信念，專案才能一步步落實，朝向更安全、有效的照護品質邁進。

期望未來發展醫囑自動轉計價之智能功能，能大幅度降低計價錯誤與遺漏，同時配合醫衛材庫存及自動撥補，護理時數更能落實於護理病人上，增進病人安全，期望藉由此專案可推廣分享至全院其他單位與各醫療院所，於管理單位醫衛材作業之參考。

參考資料

- 李美芳、蕭玉霜、呂佳玟、林美華(2014)・降低某區域教學醫院手術室醫衛材計價漏帳之專案・秀傳醫學雜誌，13(1&2)，37-46。https://doi.org/10.3966/156104972014061301007
- 李佳蓉、蘇蕙琪、陳寶如、潘玟玲、蕭棋蓮、胡慧蘭、任秀如(2019)・遊戲式創
新教學於臨床新進護理人員高警訊藥物訓練之學習成效・新台北護理期刊，21(2)，1-11。https://doi.org/10.6540/NTJN.201909_21(2).0001
- 吳幸芬、黃淑惠、李珮瑄、劉秋玉、莊馥蓮(2012)・降低骨科手術特材登錄錯誤率方案・榮總護理，29(1)，68-78。https://doi.org/10.6142/VGHN.29.1.68
- 許云菁、陳育宜、林玉棉、吳素蘭、王琦、賀倫惠(2018)・運用資訊化系統提升手術室骨科材料計價正確率・新臺北護理期刊，20(1)，41-51。https://doi.org/10.6540/NTJN.2018.1.004
- 莊佳惠、歐蕙華、楊于青、李逸(2015)・運用倉儲管理手法提升居家護理所醫療衛材管理之方案・長庚護理，26(2)，179-191。https://doi.org/10.6974/TCNJ.201206.0077
- 陳宥均、張淑女、林妮妮、曾雅婷、謝春滿(2016)・運用6S管理模式提升血液透析室醫療衛材管理效率之專案・臺灣腎臟護理學會雜誌，15(1)，26-39。https://doi.org/10.3966/172674042016031501003
- 陳德鑫(2012)・6S管理運用技巧・台北：憲業。
- 陳淑賢、廖美南、邱存梅、林慧玲(2020)・情境學習在臨床教學中的運用・長庚護理，31(2)，181-188。https://doi.org/10.6386/CGN.202006_31(2).0004
- 游鄉柔、黃惠珠、吳佩蓉、黃平芳、陳文鈴、林瑞香(2022)・提升整形外科護理人員計價完整性・志為護理-慈濟護理雜誌，19(5)，97-109。
- 馮睿寓、吳家宏、張清波(2022)・精實生產6S與目視化管理在室內裝修之運用・品質月刊，58(6)，31-38。https://doi.org/10.6311/ISHM.201210_(280).0002

- 葉燕芬、戴綾儀、王麒惠(2019) · 提升綜合科病房醫療衛材管理正確性之改善專案 · *醫務管理期刊*, 20(1), 65-81。https://doi.org/10.6174/JHM.201903_20(1).65
- Boulding, H., & Hinrichs-Krapels, S. (2021). Factors influencing procurement behaviour and decision-making: An exploratory qualitative study in a UK healthcare provider. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1087. https://doi.org/10.1186/s12913-021-07065-0
- Hinrichs-Krapels, S., Ditewig, B., Boulding, H., Chalkidou, A., Erskine, J., & Shokraneh, F. (2022). Purchasing high-cost medical devices and equipment in hospitals: A systematic review. *BMJ Open*, 12(9), e057516. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057516
- Yasir, M., & Majid, A. (2019). Boundary integration and innovative work behavior among nursing staff. *European Journal of Innovation Management*, 22 (1), 2-22. https://doi.org/10.1108/EJIM-02-2018-003

靜思語

人生在世常會接觸複雜的人事；
所謂「修行」
就是要藉複雜的「人與事」來練心。

～證嚴法師靜思語～

In our interaction with others,
things can become complicated.
Spiritual cultivation is taking such situations
as opportunities to train our minds.

～Master Cheng Yen～



Improving the Accuracy of Medical and Healthcare Material Pricing in an Intensive Care Unit

Ming-Hsueh Lail¹, Wei-Min Hsiao², Jen-Fang Kao¹, Ming-Jun Deng²

ABSTRACT

Correct pricing is an important part of the management of medical and health materials in an intensive care unit. It can contribute to reducing material shortages, prevent patient confusion about costs from affecting the treatment progress due to lack of medical and health materials, and contributes to smooth work flow. The purpose of this project was to improve the accuracy of pricing of medical and health care materials for nursing staff in an intensive care unit. The current situation survey found that the accuracy of pricing of medical and health care materials for nursing staff in the unit was low (47.7%). Problems contributing to this figure were identified as: unfamiliarity with the operation of the computer pricing system; partial disposals which removed pricing packages and meant item price needed to be recalculate prices by staff; storage locations not marked with item price; and no independent verification mechanism. Proposed solutions included: holding price-setting games; making price-setting meal ordering cards; unifying the labeling of medical and health materials, distinguishing symbols and colors; and establishing an audit system. Through the projects implementation of these improvements the accuracy of pricing of medical and health care materials for intensive care unit nursing staff increased significantly to 92.2%. It is hoped that these improvements to the management of item pricing in an intensive care unit can support improved work efficiency and patient safety and quality. (Tzu Chi Nursing Journal, 2025; 24:6, 65-76)

Keywords: management, medical and health materials, pricing

Head Nurse, Asia University Hospital¹; RN of Intensive care unit, Jen Ai Hospital²

Accepted: August 20, 2025

Address correspondence to: Ming-Hsueh Lai No.222, Fuxin Rd., Wufeng Dist., Taichung City 413,Taiwan

Tel: 886-4-2332-9888 #1845 E-mail: mingsheue@gmail.com

提升髖部骨折術後復健活動執行率

林芷仔¹、莊樹伽²、鄭維寧²

中文摘要

髖部骨折術後早期規劃復健執行介入，能降低相關併發症及縮短住院時間，甚至降低再骨折和死亡率，2022年單位術後復健執行率僅61.7%，病人及家屬常因未能順利執行復健活動而要求延後出院，專案進行原因分析，發現無照護指引、缺乏在職教育、衛教工具少、無品質監測機制…等。故於2023年4月進行改善策略，包括：(一)制定照護指引；(二)舉辦在職教育；(三)製作影音衛教檔及簡易復健圖卡；(四)運用Power BI品質監測機制。實施後，復健執行率上升至92.5%，術後48小時內下床活動達成率上升至91.6%，照護認知提升至93.3%。本專案有效改善病人術後復原及減少住院天，進而提升術後復健照護品質。(志為護理，2025; 24:6, 77-90)

關鍵詞：髖部骨折術後、復健活動、執行率

前言

根據資料顯示隨著老年人口愈來愈多，髖部骨折人數也在逐年上升，成為老年的重要議題，經歷骨折後，將降低獨立生活的能力及品質，且住院天數愈長，再住院風險提高，所造成的醫療花費也愈高，30天的死亡率為6%-7%，在一年內約有1/3死亡(朱、李，2019；Chang et al., 2019)；然而能在術後48小時內開始復健活動，包括上下床、雙上

臂活動、坐下與站立、下肢肌力負重訓練以及使用輔助行走是很重要的，能加速功能恢復，早期下床活動也可以減少相關併發症、縮短住院天數及減緩日後失能甚至長期臥床情形(Lee et al., 2020)。

2022年單位骨科病人(2,671人次/年)平均住院日5.6天，在髖部骨折術後病人佔骨科病人的11.0%，平均年齡為76.2歲，其平均住院日卻為10.3天，高出4.7天，術後平均64.8小時

佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院骨科病房護理長¹、佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院骨科病房護理師²

接受刊載：2025年8月6日

通訊作者地址：林芷仔 新北市樹林區八德街1號3樓

電話：886-2-6628-9779 #2850 電子信箱：linfish1210@yahoo.com.tw

才下床活動，48小時內下床活動達成率為65.7%(194/295)，復健執行率僅61.7%；且病人及家屬常因未能順利執行復健活動而要求延後出院，故引發組成專案小組之動機，希望藉由專案改善，以提升術後復健活動執行率，進而增進病人早期下床及縮短住院，以提升照護品質。

現況分析

一、單位簡介

單位共54床於2022年平均佔床率73.3%，主治醫師、專科護理師、物理治療師各10、5、2位，平均年資為15、9、6年，護理人數共21人(不含正、副護理長)，≤2年19.0%(4/21)，2~5年47.6%(10/21)，≥5年33.3%(7/21)，平均年資:5.3年，職級N3、N2、N1、N各1、16、0、4位，白/夜班護病比1:6~8/1:9~14。

二、髖部骨折術後復健活動執行現況

術後經醫師評估後開立醫囑復健活動治療，護理師每日評估四肢肌力、疼痛指數及意識狀態並口頭指導相關注意事項，「手術當日」指導深呼吸、翻身、足踝及雙上臂運動；「術後第一天」醫囑開立復健治療，物理治療師約下午2:00至床邊指導抬臀、足踝及坐床邊抬小腿運動，視病人狀況床邊站立練習，並在系統寫復健計畫及進度表，「術後第二天」物理治療師指導:股四頭肌、大腿外展、協助下床使用輪椅或助行器，學習坐與站立及上下樓梯活動，依醫囑執行患肢可負重、部份負重或勿負重，護理紀錄紀錄每日復健狀況列入交班，

「術後第三天至出院」督促每日下床或坐輪椅活動，周六、日護理師指導復健，經醫師評估辦理出院。

於2023年1月1日由醫師、護理長、專科護理師、物理治療師及護理師共6位成立專案小組，依據人、事(政策)、物(工具)及環境進行術後復健活動執行現況資料收集。

三、髖部骨折術後復健活動執行率調查

成員依據文獻與醫療科共同校閱，設計「髖部骨折術後復健活動執行查核表」，以病歷查閱及實際查核復健活動執行項目共十項:①醫囑開立復健、②四肢肌力評估、③疼痛指數評估、④意識狀況評估、⑤術後病人48小時內下床活動、⑥床上上、下肢活動、⑦上下床活動、⑧坐下及站立活動、⑨教導輔具使用(輪椅或助行器)行走、⑩衛教主要照顧者復健。於2023年1月16日~3月31日，共查檢32位病人，結果執行率僅達70.9%，術後48小時內下床活動率71.8% (表七)。

四、髖部骨折術後復健活動執行率低原因分析

2023年1月16日至3月31日進行相關資料查證：

(一) 髖部骨折術後復健活動無法執行現況調查

1.護理人員:由負責組員一對一訪談(表一)。2.醫師及專科護理師：詢問10位醫師、5位專科護理師，以業務忙碌、忘記開立醫囑及評估不適合復健為主。3.物理治療師：詢問2位，以業務忙碌、時間不足及週六日放假為主因。4.病人：依據文獻資料彙總出八項原因，由負責組員一對一針對以上32位病人調查，圈

選出前三項主因(表二)。5.照顧者：依據組員臨床常碰到的原因彙總出四項，由負責組員針對以上32位的照顧者一對一說明徵求同意共30位，最多複選2項(表三)。

(二)髖部骨折術後復健活動認知調查

依文獻查證及二位專科醫師審閱與修改設計「髖部骨折術後復健活動認知調

查表」，於2023年3月1日進行調查，回收率100%(21/21)；結果護理人員認知平均79.7%(表八)。依上述調查病人及照顧者結果，以不清楚復健內容為主，由專家及病人、照顧者代表審閱，字詞理解及意見，設計「病人及照顧者版-復健活動認知調查表」，並翻譯成英文及印尼文，針對以上32位共發出64份調查

表一
護理人員對於復健活動無法執行調查

項目	人數(n)	百分比(%)
1、不熟悉復健內容	20	95.2
2、僅用口頭指導	19	90.4
3、外籍語言不通	17	80.9
4、實務經驗不足	16	76.1
5、已有物理治療師教導	13	61.9
6、病人無法配合	8	38.0
7、未督促復健	4	19.0
8、業務忙碌	4	19.0

註：N = 21

表二
病人對於復健活動無法執行調查

項目	人數(n)	百分比(%)
1、不清楚復健內容及目的	30	93.7
2、認為自己不能活動	15	46.8
3、疼痛	14	43.7
4、害怕影響傷口	14	43.7
5、太累	11	34.3
6、無法配合	9	28.1
7、術前就無法自主活動	2	6.2
8、病情改變	1	3.1

註：N = 32

表三
照顧者對於復健活動無法執行調查

項目	人數(n)	百分比(%)
1、不清楚復健內容	24	80.0
2、護理師只用口頭說明會忘記	23	76.6
3、語言不通	8	26.6
4、無主要照顧者	5	16.6

註：N = 30

表，總回收59份中病人29份及照顧者30份，回收率達92.1%；病人平均正確率為36.9%，照顧者平均正確率為47.7%（表四）。

（三）髋部骨折術後復健活動教育訓練現況調查

單位在職教育依前一年度同仁回饋，以較不熟悉的照護列為優先規劃課程，檢視2年內（骨盆術後及皮膚、骨骼牽引照護等）及體驗課程（助行器使用及人工髋關節置換術後擺位等）共8堂課室教學，在術後復健僅有助行器使用體驗課程，統計護理人員兩年內，因時間安排僅71.4%（15/21）接受此課程。

（四）髋部骨折術後復健活動執行規範及品質監測

於3月15日訪談2位物理治療師業務現況，手術後第一、二天至床邊口頭教導與示範相關復健活動，平均5-6位/天，每位約20~30分鐘/天，無規範提供；檢視2009年設有「助行器、拐杖使用衛教單張」，最近於2022年2月10日有審閱過，但內文未有修改，僅圖示說明。隨機方式訪談護理師共17位，彙整如下：現有的作業規範，多以護理照護為主，復健照護書面資料較片段，缺乏標準照護指引100%（17/17），

衛教工具少，僅用口述針對簡易復健項目提醒與指導94.1%（16/17），無衛教單張，依物理治療師指導內容簡略再提醒94.1%（16/17），無定期查核機制100%（17/17），護囑系統有每日評估，無針對術後復健活動內容重點提醒17.6%（3/17），復健空間有限、設備及輔具少0%（0/17）。綜合上述調查結果，歸納出特性要因圖（圖一）

問題及導因確立

經現況及特性要因圖分析後，確立問題及導因為：一、護理人員：不熟悉復健內容、僅口頭指導、外籍語言不通及實務經驗不足。二、病人及照顧者：不清楚復健內容及目的及護理師只口頭說明會忘記。三、事（政策）：缺乏教育課程及未制定術後復健品質監測機制。四、物（工具）：衛教工具少、無衛教單張及未制定標準臨床復健照護指引。

專案目的

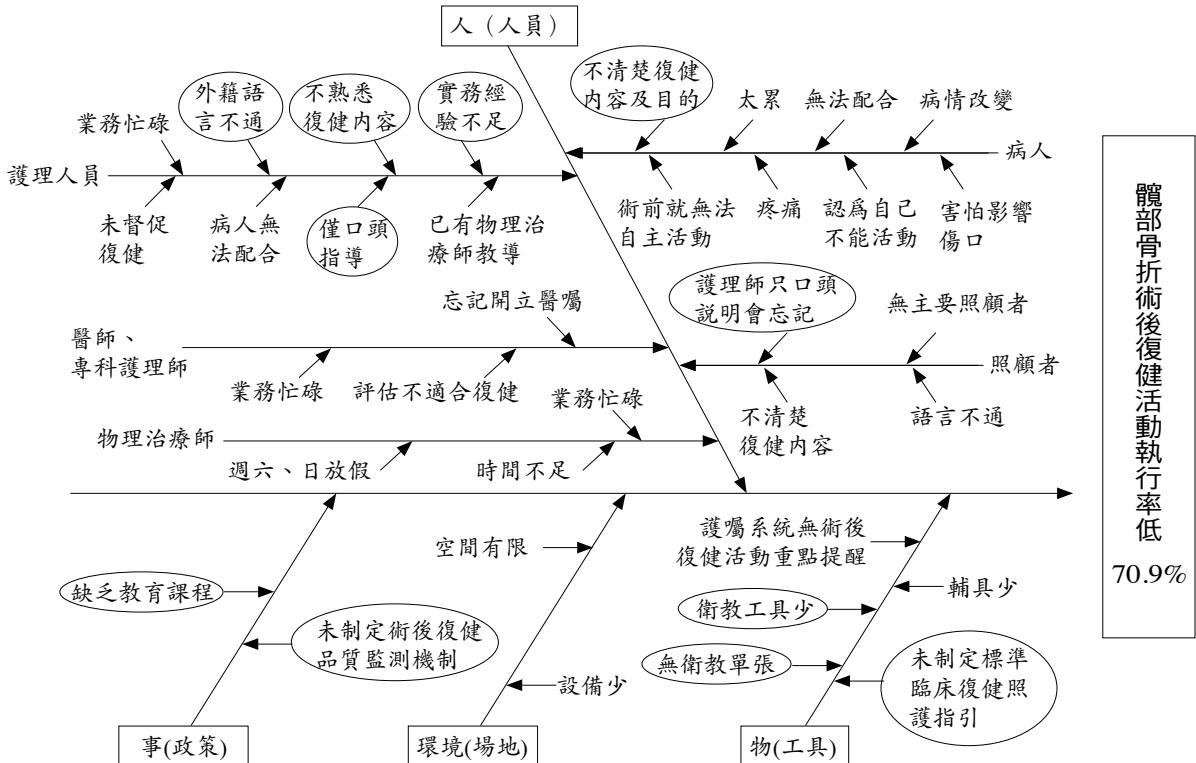
目標設定依據2020年Lee等學者及本院部訂定護理品管指標閾值 $\geq 90\%$ 。一、髋部骨折術後病人復健活動執行率由70.9%提升至 $\geq 90\%$ 。【計算方式：執行率=分子：實際執行項目數 \div 分母：查核項

表四
病人及照顧者對於復健活動認知調查

項目	題數	病人(<i>n</i> = 29) 正確率%	照顧者(<i>n</i> = 30) 正確率%
1、下床活動步驟	3	31.5	56.6
2、輔具使用	2	41.3	50.0
3、上、下肢能做的復健項目	5	37.9	36.6
總 平 均		36.9	47.7

圖一

髖部骨折術後復健活動執行率低之特性要因圖



目共10項×100%】二、髖部骨折術後病人48小時內下床活動達成率由71.8%提升至≥90%。【計算方式：達成率=48小時內下床人數÷病人總人數×100%】三、護理人員髖部骨折術後復健活動認知由79.7%提升至≥90%。

文獻查證

一、髖部骨折術後復健活動重要性

髖部骨折術後早期規劃復健介入執行，有助於病人最大身體活動能力及生活品質提高，能降低併發症如靜脈血栓、泌尿道感染、肺炎等及縮短住院

時間，甚至再骨折和死亡率，因此早期復健執行對於術後復原至關重要(Lin et al., 2020)。復健項目有足踝、膝伸屈、股四頭肌、髖關節外展、抬臀、擺腿運動及平衡訓練，以及漸進式增加強度與頻率，來強化下肢關節肌肉力量，以期達到早期復原及順利出院(林凱勤等，2020；Min et al., 2021)。

二、提升髖部骨折術後復健活動執行率策略運用

制定照護指引，能提供遵循指引方向，運用標準臨床照護指引及透過品質監測系統即時回饋，以提升對該項照護

的執行率及品質(徐、林，2023；曾祐琳，2021；顏等，2023)。

多元策略方式是指在特定情境下，運用多種不同但互補的策略來達成目標的方法，以提高成功率和效率(陳，2021)。運用實務操作及體驗練習訓練課程，可讓不熟悉的知識與技能融入臨床中，以簡易圖像及運用多媒體教具，將每項操作步驟以影片錄製與字幕說明及搭配動畫軟體製作，不受時間限制隨時自主學習與觀看，以加深知識的認知(丁等，2019；徐、林，2023；Coleman & McLaughlin, 2019)。

復健計畫擬定及簡而易懂的衛教指導工具運用，給予病人或照護者正確且清楚的內容指導，來達到復健活動之執行(徐、林，2023；林心怡等，2022)。運用巴氏量表(Barthel Index)又稱ADLs，其評分，0-20分為完全依賴，21-60分為嚴重依賴，61-90分為中度依賴，91-99分為輕度依賴，100分為完全獨立，是一種日常生活功能之評估量表，依病人狀況復健，來達到最佳成效(Mahoney & Barthel, 1965)。

解決辦法及執行過程

一、解決辦法

經由現況分析及文獻查證，組員討論提出改善方案，依據可行性、效益性、經濟性每項1~3分評分，分數越高代表越佳，總分 ≥ 43 分($3 \times 3 \times 6 \times 0.8$)列為選定方案(表五)。

二、執行過程

執行時間2023年4月1日至12月31日，分計畫期、執行期及評值期，執行工作進度(表六)。

(一)計畫期(2023年4月1日至6月14日)：

1.制定「髖部骨折術後復健活動」照護指引：由專案成員於2023年4月1日至4月18日，進行照護指引之導讀，並尋找相關文獻，於4月28日完成制訂「髖部骨折術後復健活動」照護指引內容，並評估入院前ADL分數將照護分級為紅、黃、綠，執行內容依每日能做的復健活動，以圖示呈現易於閱讀與理解(圖二)，放置於照護指引平臺並公告周知供查詢，並安排每年檢視。

2.擬定「髖部骨折術後復健活動照

表五
決策矩陣分析

方案	決策準則			總分	選定方案
	可行性	效益性	經濟性		
1.制定「髖部骨折術後復健活動」照護指引	18	18	18	54	◎
2.每年舉辦「髖部骨折術後復健活動照護」在職教育並錄製數位課程及實務操作體驗課程	18	17	18	53	◎
3.製作「髖部骨折術後復健活動照護」影音衛教檔及復健簡易圖卡	18	17	17	52	◎
4.制定「髖部骨折術後復健活動」執行率監測機制	18	16	16	50	◎
5.安排「髖部骨折術後復健活動照護」團體衛教	12	11	12	35	X

註：決策以「◎」為選定解決方案，「X」為不採用。

表六
專案執行進度計畫表

推行階段	工作內容	年 2023											
		月	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
		週	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2
計畫期	1.制定「頸部骨折術後復健活動」照護指引 2.擬定「頸部骨折術後復健活動照護」在職教育並錄製數位課程及實務操作體驗課程 3.製作「頸部骨折術後復健活動照護」影音衛教檔及復健簡易圖卡					★ ★							
執行期	4.制定「頸部骨折術後復健活動」執行率監測機制 1.宣導「頸部骨折術後復健活動」照護指引 2.舉辦「頸部骨折術後復健活動照護」在職教育並錄製數位課程及實務操作體驗課程 3.應用「頸部骨折術後復健活動照護」影音衛教檔及復健簡易圖卡					★ ★							
評值期	4.監測「頸部骨折術後復健活動」執行率 1.「頸部骨折術後復健活動」執行率效果維持 2.頸部骨折術後病人48小時內下床活動達成率效果維持 3.護理人員「頸部骨折術後復健活動照護」認知改善前後比較					★ ★							

護」在職教育課程並錄製數位課程及實務操作體驗課程：於2023年4月23日與組員討論後，依據認知調查中最低分項目為首要進行教導重點，邀請骨科醫師、物理治療師及兩位護理臨床教師，擬定於2023年6月26日、7月3日及7月10日上午08:00~09:00舉辦課程，課室以Kahoot互動式軟體進行課前、課後測驗並錄製數位學習檔，以及實務操作體驗課程，運用反思復健重點繪製心智圖進行課後成效評值，教案內容為術後復健活動認知、操作技巧及相關注意事項，每堂課1小時共安排3梯次舉行，每梯次6-8位學

員參加，列為每年辦理在職教育及新人必修教育課程。

3.製作「頸部骨折術後復健活動照護」影音衛教檔及復健簡易圖卡：於2023年5月1日至5月31日將頸部骨折術後復健活動照護指引，及針對病人及照顧者認知不足項目，由一位物理治療師及護理人員角色扮演，運用影片拍攝加上電腦影音後製及醒目字幕，並結合Vyond動畫(圖三)製作單位常見外國語言之影音衛教檔，請專科醫師及專科護理師各1位、2位護理人員及不同語言的病人及照顧者共6位觀看內容後提出意

圖二
「髖部骨折術後復健活動」照護指引及分級照護圖

髖部骨折術後復健照護指引

壹、適用情境

適用情境: 髖部骨折術後住院期間的復健活動。

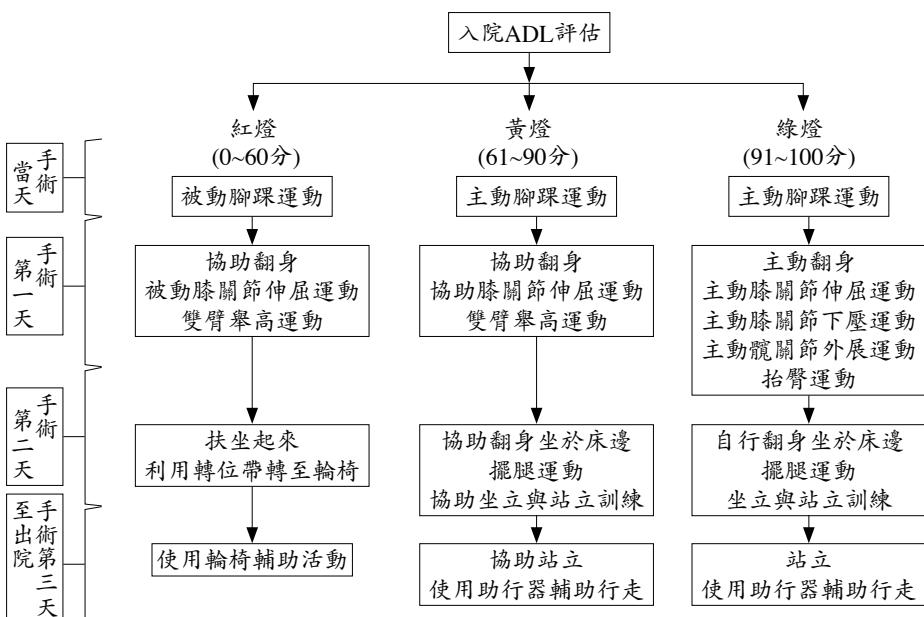
貳、目標：

1. 術後醫囑開立復健後，病人即遵照醫囑執行復健於48小時內下床活動
2. 能在牀上做上肢及下肢復健活動
3. 坐立與站立訓練
4. 移位下床坐輪椅(NWB)
5. 助行器使用(PWB)

參、復健：

術後當天	
項目	腳踝幫浦運動
說明	平躺時，足踝及腳趾同時用力往上翹，維持5秒鐘後，再用力往下壓，每次20回合，每小時執行2-3分鐘。
圖解	

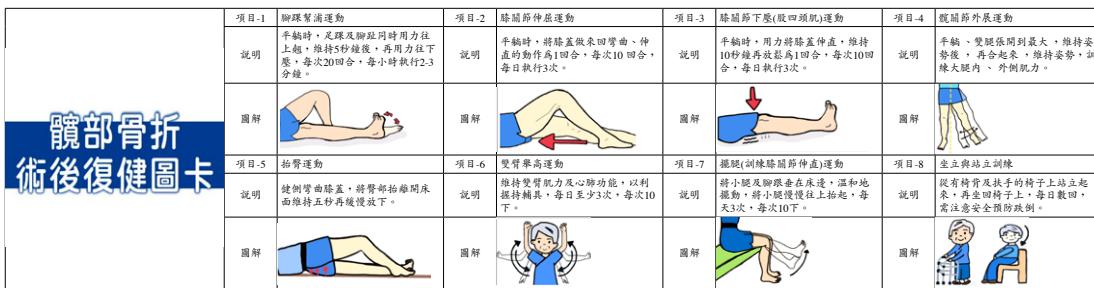
髖部骨折術後復健活動照護指引(分級照護圖)



圖三
多國語言Vyond動畫



圖四
復健簡易圖卡



見，修訂後完成術後復健活動之衛教影音檔，擬將檔案放置於護理行動車衛教平臺，將復健活動方式設計簡易圖卡(圖四)，擬請公傳部門印製圖卡及海報，放置於護理工作車內及衛教區，以提供衛教工具使用。

4.制定「髖部骨折術後復健活動」執行率監測機制：於2023年5月21日及6月8日，專案小組開會討論通過，宣導「髖部骨折術後復健活動執行率查核表」之稽核內容，製成QR Code進行查核，及運用Power BI儀表板監測，將查核即時性回饋，並加入下半年度病房品管稽核項目。

(二)執行期(2023年6月15日至9月30日)：

1.宣導「髖部骨折術後復健活動」照護指引：於2023年6月15日至7月7日，為期三週，將制定「髖部骨折術後復健

活動」照護指引，透過晨間會議公布並宣導，並置於照護指引平臺並公告周知及供查詢，同仁回饋：圖示呈現易於閱讀與理解，滿意度及閱讀率皆達100% (21/21)。

2.舉辦「髖部骨折術後復健活動」在職教育並錄製數位課程及實務操作體驗課程：於2023年6月26日、7月3日及7月10日，由骨科醫師及物理治療師與護理臨床教師授課，每堂課1小時共3梯次舉行，並錄製數位課程，實務操作課程，護理人員參與出席率達100% (21/21)，Kahoot線上即時測驗正確率達100%，整體滿意度達100%，課後運用心智圖繪製復健活動重點及注意事項，以及心得回饋。

3.應用「髖部骨折術後復健活動照護」影音衛教檔及復健簡易圖卡：於

2023年7月8至8月7日運用衛教影音檔及復健簡易圖卡，方便於術後即時提供衛教，在衛教的一致性滿意度達100% (21/21)，在方便性為90.4% (19/21)，2位同仁提到影音檔置放於護理行動車內，會佔用臨床護理電腦，7月12日討論後，改置放於行動衛教車內及製作QR Code方便連結即時使用，於7月19日經調查統計方便性滿意度可達100% (21/21)，病人及照顧者對於認知整體提升至90.3% (56/62)及衛教滿意度達100% (62/62)。

4.監測「髖部骨折術後復健活動」執行率：於8月8日至9月31日利用護囑系統病人清單，得知病人床號，運用「髖部骨折術後復健活動執行率查核表」，實

圖五
Power BI



際共查核36位，Power BI資訊系統即時回饋(圖五)，復健執行率達92.5%，48小時內下床活動達成率為91.6% (33/36)，並於晨會討論執行缺失及改善。

(三)評值期(2023年10月1日至12月31日)：

運用「髖部骨折術後復健活動執行率查核表」及「術後病人48小時內下床活動達成率」實際查核，Power BI呈現，並在10月6日再次使用「術後復健活動認知調查表」，進行執行後認知調查；並訪談護理人員學習術後復健活動照護的狀況及病人與照顧者，作為評值執行成效的依據。

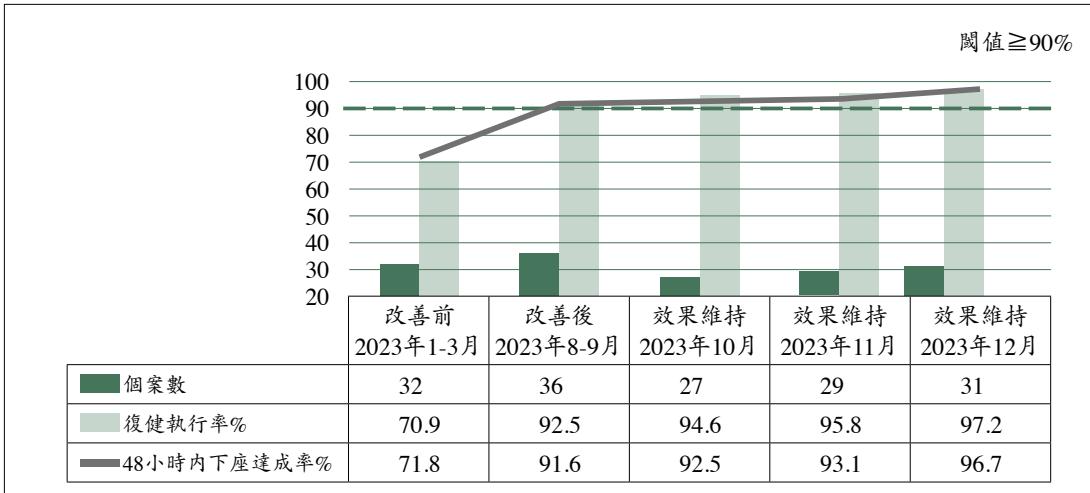
結果評值

統計「髖部骨折術後復健活動執行率」由改善前70.9%上升至92.5%，及「術後病人48小時內下床活動達成率」由改善前71.8%上升至91.6%(表七、圖六)，護理人員「術後復健活動」認知由改善前79.7%上升至93.3% (表八)。

護理人員回饋：「實體操作能讓技巧學起來，利於臨床運用指導」、「線上教學及運用心智圖將復健重點繪製出，即時的回饋印象深刻」、「多國語言活潑動畫及復健簡易圖卡，方便衛教使用」，病人及照顧者回饋「可反覆觀看容易搭配學習，能補足短時間的指導」等；護理人員也認同為維護照護品質及促進病人生活功能恢復，術後復健活動執行率是護理專業的重要一部份。平均住院日也由改善前的10.3天下降至8.54天，也降低醫療花費，達到盡早順利出院之附加效益。

圖六

髖部骨折術後復健活動執行率改善前後及效果維持



表七

專案實施前後髖部骨折術後復健活動執行率

查檢項目	改善前(<i>n</i> =32)		改善後(<i>n</i> =36)		差異%
	正確件數	完整率%	正確件數	完整率%	
1、確認醫囑開立復健	26	81.2	35	97.2	16.0
2、四肢肌力評估	25	78.1	35	97.2	19.1
3、疼痛指數評估	27	84.3	35	97.2	12.9
4、意識狀況評估	23	71.8	33	91.6	19.8
5、術後病人48小時內下床活動	23	71.8	33	91.6	19.8
6、床上上、下肢活動	23	71.8	33	91.6	19.8
7、上下床活動	21	65.6	31	86.1	20.5
8、坐下及站立活動	21	65.6	32	88.9	23.3
9、教導輔具使用(輪椅或助行器)行走	19	59.3	31	86.1	26.8
10、衛教主要照顧者復健項目	19	59.3	35	97.2	37.9
總平均		70.9		92.5	21.5

表八

專案實施前後髖部骨折術後復健活動護理人員認知

項目	是非題題數	改善前(<i>n</i> =21)		改善後(<i>n</i> =21)	差異%
		正確率%	正確率%		
1、復健時機	5	90.7	95.2	4.5	
2、復健注意事項	6	90.6	97.1	6.5	
3、下床活動步驟	4	78.2	92.1	13.9	
4、輔具使用	5	73.9	91.3	17.4	
5、上、下肢能做的復健項目	10	65.2	91.0	25.8	
總平均		79.7	93.3	13.6	

討論與結論

運用多元策略方式，提升護理人員認知與照護技能，術後復健活動執行率及術後病人48小時內下床活動達成率也達目標值；所制定之「髖部骨折術後復健活動」照護指引，放置於照護指引平臺供查詢，衛教影音檔及復健簡易圖卡運用，已推展至下肢骨折適合的病人使用。由於科部主管、護理師及跨醫療團隊成員等全力協助，讓專案順利進行的最大助力。

在制定照護指引時，因各醫師意見不同，如第一次下床時機…等，是專案進行中碰到的阻力，經過文獻查證及多次開會，最終達成共識。品質的監測僅針對髖部骨折術後病人，且復健頻率未納入為專案之限制，建議應將範圍擴展至所有下肢骨折病人，以及將復健頻率列入，同時在病人出院後的持續居家照護技能需求，應提供相關影音學習檔、出備資源與長照居家復健追蹤及急性後期復健整合照護模式，以提供更優質的照護品質。

參考資料

丁睿宇、陳彥方、陳慧娟、黃冠樺、高木榮(2019)・髖關節骨折急性後期復健照護之長期成效・*北市醫學雜誌*，16(3)，220-231。[https://doi.org/10.6200/TCMJ.201909_16\(3\).0005](https://doi.org/10.6200/TCMJ.201909_16(3).0005)

朱奕承、李雪楨(2019)・復健治療對於老人髖部骨折術後三年內再住院與死亡風險之影響：以全民健保百萬人世代追蹤抽樣檔為基礎之縱貫性追蹤研究・*物理治療*，44(4)，284-285。<https://doi.org/10.6215/FJPT.201912.O10>

- 林心怡、王宜鈴、李思璇、蔡心惠、洪誼婷(2022)・提升護理人員執行骨科下肢術後病人復健護理指導之完整性・*長庚護理*，33(1)，71-84。[https://doi.org/10.6386/CGN.202203_33\(1\).0007](https://doi.org/10.6386/CGN.202203_33(1).0007)
- 林凱勤、王乾勇、林宜仙(2020)・早期的物理治療介入對於髖部骨折術後之老年患者功能活動的效益・*物理治療*，45(4)，343-344。<https://doi.org/10.6215/FJPT.202012.P39>
- 徐鈺婷、林雅慧(2023)・利用行動科技改善髖部骨折術後護理指導之改善專案・*領導護理*，24(2)，160-174。[https://doi.org/10.29494/LN.202306_24\(2\).0012](https://doi.org/10.29494/LN.202306_24(2).0012)
- 陳敏郎(2021)・多元教學方法於基礎性專業課程之教學實踐研究・*弘光學報*，(88)，69-87。[https://doi.org/10.6615/HAR.202109_\(88\).0004](https://doi.org/10.6615/HAR.202109_(88).0004)
- 曾祐琳(2021)・商業智慧工具 Power Query 應用於醫院指標收集分析之成效評估・*醫務管理期刊*，22(4)，283-297。[https://doi.org/10.6174/JHM.202112_22\(4\).283](https://doi.org/10.6174/JHM.202112_22(4).283)
- 顏秀卉、沈芷瑩、曾詩紋(2023)・提升骨科下肢手術病人48小時下床達成率・*彰化護理*，30(3)，37-50。[https://doi.org/10.6647/CN.202309_30\(3\).0007](https://doi.org/10.6647/CN.202309_30(3).0007)
- Chang, W. T., Kuo, Y. J., Huang, Y. Y., Tsai, M. J., & Chen, Y. P. (2019). Poor activities of daily living function reflect poor quality of life after hip fracture surgery for geriatric patients. *Social Health and Behavior*, 2(2), 41-46. https://doi.org/10.4103/shb.Shb_1_19
- Coleman, D., & McLaughlin, D. (2019). Using simulated patients as a learning strategy to

- support undergraduate nurses to develop patient-teaching skills. *British Journal of Nursing*, 28(20), 1300-1306. <https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.20.1300>
- Lee, J. K., Um, S. H., & Kim, Y. H. (2020). Postoperative rehabilitation after hip fracture: A literature review. *Hip & Pelvis*, 32(3), 125-131. <https://doi.org/10.5371/hp.2020.32.3.125>
- Lin, K. C., Wang, C. Y., & Lin, I. H. (2020). Effects of early stage physical therapy on functional activity in elderly patients after hip fracture surgery. *Formosan Journal of Physical Therapy*, 45(4), 295-364. <https://doi.org/10.6215/FJPT.202012.P39>
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, Feb(14), 61-65. PMID: 14258950.
- Min, K., Beom, J., Kim, B. R., Lee, S. Y., Lee, G. J., Lee, J. H., Lee, S. Y., Won, S. J., Ahn, S., Bang, H. J., Cha, Y., Chang, M. C., Choi, J. Y., Do, J. G., Do, K. H., Han, J. Y., Jang, I. Y., Jin, Y., Kim, D. H., ...Lim, J. Y. (2021). Clinical practice guideline for postoperative rehabilitation in older patients with hip fractures. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 45(3), 225-259. <https://doi.org/10.5535/arm.21110>

靜思語

逃避責任，尋求一生的清閒，
就無法延續自己的慧命。

～證嚴法師靜思語～

If we always avoid responsibilities,
looking to live a life of leisure,
we will never develop our wisdom.

～Master Cheng Yen～



Enhancing the Adherence to Rehabilitation Activities Following Hip Fracture Surgery

Jhih-Yu Lin¹, Shi-Jia Zhuang², Wei-Ning Cheng²

ABSTRACT

The early implementation of rehabilitation planning following hip fracture surgery can reduce related complications and shorten hospital stays, as well as decrease rates of re-fracture and mortality. In 2022, the compliance rate for postoperative rehabilitation in the unit was only 61.7%. Patients and their families often requested delayed discharge due to difficulties in executing rehabilitation activities. An analysis revealed several issues, including the absence of care guidelines, a lack of continuing education, limited educational tools, and the absence of quality monitoring mechanisms. Consequently, in April 2023, improvement strategies were implemented, which included: (1) developing care guidelines; (2) conducting in-service education and competency assessments; (3) creating audiovisual educational materials and simple rehabilitation charts; and (4) employing a Power BI quality monitoring system. Following the implementation of the project, the rehabilitation compliance rate increased to 92.5%, with the rate of patients engaging in out-of-bed activities within 48 hours post-surgery rising to 91.6%, and the understanding of care increasing to 93.3%. The intervention employed in this project effectively enhances patients' postoperative recovery, reduces hospital stay durations, and improves the quality of postoperative rehabilitation and care. (Tzu Chi Nursing Journal, 2025; 24:6, 77-90)

Keywords: hip fracture surgery, rehabilitation exercises, implementation rate

Head Nurse of Orthopedic Ward, Department of Nursing, Taipei Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation¹; RN of Orthopedic Ward, Department of Nursing, Taipei Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation²

Accepted: August 6, 2025

Address correspondence to: Jhih-Yu Lin 3F, No.1, Bade St., Shulin Dist., New Taipei City 238017, Taiwan
Tel: 886-2-6628-9779 #2850 E-mail: linfish1210@yahoo.com.tw

一位產後周產期心肌病變病人 使用左心室輔助器之 加護護理經驗

邱以翎¹、蘇筱雅²、葉惠玲³

中文摘要

一位18歲女性產後一個月因胸痛診斷周產期心肌病變，入住加護病房使用左心室輔助器，因危及生命感到焦慮引發筆者書寫動機。照護期間自2023年11月2日至11月18日，運用五大層面整體性護理評估收集資料，確立病人有心輸出量減少、焦慮及母乳哺餵中斷健康問題。重症期間監測生命徵象及藉由左心室輔助器維持正常心臟組織灌流，每日30分鐘踩腳踏車之心肺復健，使心輸出量大於2.4升/分，順利脫離左心室輔助器；提供疾病實證文獻提升疾病認知緩解焦慮；藉由關懷照顧建立母乳哺餵信心，積極正面面對治療。建議單位制定孕產婦放置左心室輔助器之標準照護指引，提升重症護理人員照護此疾病指引。(志為護理，2025; 24:6, 91-100)

關鍵詞：周產期心肌病變、左心室輔助器、心輸出量減少、焦慮、母乳哺餵中斷

前言

周產期心肌病變是妊娠期間或妊娠後發生的心臟衰竭，是一種擴張型心肌病變，通常會導致心室擴張及心臟衰竭，罕見卻足以致命，國際上整體發生率3.37%，美國發生率1%、日本發生

率0.05%，臺灣研究仍缺乏，周產期心肌病變若沒有及時介入治療，病人將面臨預後不佳、死亡，診斷後兩年內的死亡率為16%(Carlson et al., 2023)。周產期心肌病變最常見表現包括心臟衰竭的症狀，如呼吸困難、水腫和端坐呼吸，嚴重者恐出現心因性休克及心律不整，

¹佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院護理部外科加護病房護理師、²佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院外科加護病房副護理長、³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

接受刊載：2025年4月11日

通訊作者地址：葉惠玲 花蓮市中央路三段707號 護理部

電話：886-3-856-1825 #12225 電子信箱：u0952120730@gmail.com

約4%病人須使用心室輔助器治療心因性休克，降低心臟負荷改善血液動力學(DeFilippis et al., 2023)。

本文為一位周產期心肌病變18歲年輕女性，產後一個月因胸痛入院，病人面臨疾病快速進展，危及生命並放置心室輔助器，心理上則因疾病不確定感及服藥後哺乳中斷而感到焦慮，故引發筆者想深入探討動機，希望藉由重症跨團隊的照護陪伴病人渡過危急生命重症期，藉使病人能正向面對疾病進展。

文獻查證

一、周產期心肌病變之定義及誘發因素

周產期心肌病變定義為沒有明顯原因的原發性擴張型心肌病變，需符合以下診斷標準(1)妊娠最後一個月至產後五個月之間出現心臟衰竭徵；(2)左心室收縮功能障礙，射血分數 $\leq 45\%$ 或左心室舒張末期直徑 $\geq 2.7\text{ cm}/\text{m}^2$ ；(3)在周產期症狀出現前沒有證據顯示有心臟病；(4)無其他可確定病因之心臟衰竭(DeFilippis et al., 2023)。周產期心肌病變的誘發因素包括吸煙、高血壓、營養不良及長期使用宮縮 β 受體激動劑等(Carlson et al., 2023)。

二、周產期心肌病變病人常見生理問題及其護理

周產期心肌病變之臨床表徵包括心臟衰竭典型症狀，最初以心臟衰竭引發全身灌流減少造成低心輸出量為表現(Jha & Jha, 2021)，活動呼吸困難和胸悶，身體檢查會有心搏過速、頸靜脈壓升高、肺部囉音和周邊水腫，甚至嚴重合併症如心律不整、心臟驟停和心因性

休克(Carlson et al., 2023)。當病人心因性休克血液動力學不穩定時，需密切監測心輸出量及心臟超音波，使用強心藥物及血管收縮劑維持血壓並增加心輸出量(Ku et al., 2022)。對於左心室功能嚴重下降或心因性休克病人可考慮使用體外循環輔助、提升射血分數，研究顯示心臟超音波射血分數 $>45\%$ 、肺動脈楔壓 $\leq 15\text{ 毫米汞柱}$ ，心臟指數 $>2.4\text{ 升}/\text{分}$ ，即表示心音性休克有所改善(Gerhard et al., 2021)。當生命徵象穩定即可進行心肺復健，依個別性訂定心肺復健運動計畫，增進心肺功能(盧、林, 2019)。實證提供心衰竭病人應盡早行復健運動，可有效提高身體高能及存活率，在系統性文獻回顧暨統合分析(Molloy et al., 2023)以及隨機對照試驗(Xue et al., 2022)的文獻中，針對心臟衰竭及瓣膜手術病人進行早期心肺復健，包括床邊運動、行走訓練、耐力訓練、有氧運動、抗阻力運動及綜合復健，頻率每週約3次，持續6個月；結果顯示有心肺復健的病人，其住院時間、再住院率及生活品質皆較對照組低，心肺復健在改善病人生活品質與降低住院率方面具有顯著效益，建議根據病人需求選擇適合的復健模式(Molloy et al., 2023; Xue et al., 2022)。

三、周產期心肌病變常見心理問題及其護理

周產期心肌病變病人可能會持續經歷到不確定感、疲勞、復發風險及死亡威脅而產生焦慮，約53.7%病人有高度焦慮，其中又以擔心心臟問題比例最高(48.3%)，若未能及早解決心理困

擾，未來可能會對病人健康和生活品質產生負向影響(Rosman et al., 2019)。焦慮視覺模擬量表(Visual Analog Scale for Anxiety, VASA)為測量病人對焦慮主觀感受，利用10公分直線，0公分代表完全沒有焦慮感受，10公分則代表最大焦慮感受(He et al., 2022)。照護焦慮病人需傾聽並引導病人說出想法給予支持，過程中也可鼓勵病人重要的關係人參與，並允許病人有靈性寄託，另提供減輕焦慮方法，例如放鬆技巧、呼吸練習、音樂介入等(Alneyadi et al., 2020)。

四、孕期重症導致母乳中斷問題及其護理

實證文獻指出產婦於重症照護期間常因疾病因素有藥物需求，又因擔心藥物透過乳汁傳遞嬰兒，建議停止母乳哺餵，然恐造成產婦心理壓力(Patil et al., 2020)。歐洲心臟學會建議患有輕度心臟功能障礙的女性仍可進行母乳哺餵，周產期心肌病變之治療對嬰兒是安全的，不應成為母乳哺餵的禁忌症，但不建議在嚴重心臟功能障礙進行母乳哺餵(Arany & Feldman, 2019)。實證文獻提出對於產後選擇母乳哺餵的女性，如乙型阻斷劑：bisoprolol被認為是安全的，若有母乳哺餵需要，仍可持續服用藥物(McCune & Perrin, 2021)。因此重症護理人員應主動提供藥物與哺乳間之相關性，並在可以哺餵母乳時，協助病人維持泌乳，如以吸奶器或手擠乳，指導病人哺乳前之乳房清潔、擠存乳設備之消毒及運送保存方式，使產婦能成功哺餵母乳(DeFilippis et al., 2023)。

基本資料

一、個人簡介

鄭小姐18歲，經濟來源為21歲案夫，慣用語言為國語及閩南語，血型為B+，病人家中排行老四，已婚育有一女，與家人同住，菸酒史約2年，得知懷孕後戒除，現已戒菸酒一年，主要照顧為案夫。

二、過去病史

病人無過去、食物及藥物過敏史，亦無長期服用藥物，無手術經驗，無家族病史，孕次2次、產次1次、自然流產1次。此次妊娠期間規則產檢，2023/9/14妊娠39週診所自然生產，分娩健康女嬰，出生時身高48.2公分及體重2415公克，阿帕嘉計分10分。

三、就醫及治療過程詳見圖一。

四、護理評估

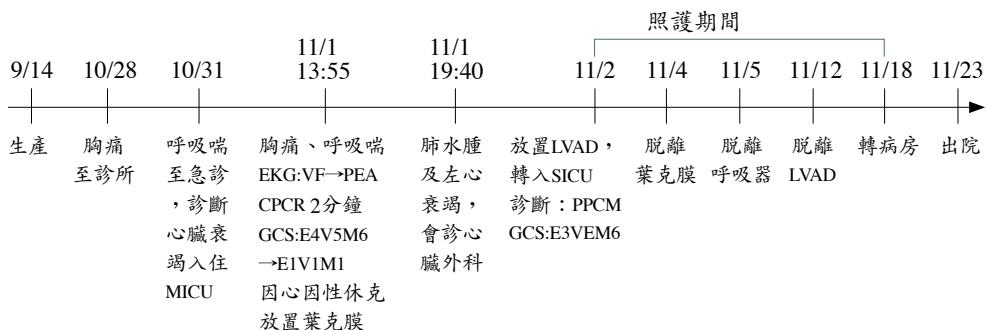
筆者於2023/11/2-11/18外科加護病房照護期間，藉由直接照護並運用五大層面整體性護理評估收集資料。

(一)生理層面

1.一般外觀及身體心像：11/3病人筆寫自己愛乾淨，11/5病人穿著病人服，外觀乾淨整齊，頭髮俐落綁著，晨間護理時病人可自行完成臉部及口腔清潔。

2.氣體與循環：11/2術後氣管內管留置，葉克膜及左心室輔助器使用，心臟超音波顯示左心室擴大，左心室射出率14.69%，心律48次/分，心電圖顯示竇性心搏過緩，血壓81/77毫米汞柱，心輸出量1.9升/分，心臟指數0.8 L/min/m²，聽診呼吸音為囉音，呼吸次數16次/分，氣體濃度98%，11/3病人筆寫前幾天有頭

圖一
就醫及治療過程



量，冒冷汗情形是為什麼？為什麼我的腳這麼腫？什麼時候會消腫？胸部X光顯示心臟肥大，NT-pro BNP: 10229.3 pg/mL、hs Tn.I: 35.6pg/mL、CK-MB: 3.2ng/mL、乳酸7.4 mmol/L，雙腳水腫3價，經上述評估確立病人有心輸出量減少之健康問題。

3.營養：身高150公分，體重40公斤，身體質量指數17.7kg/m²，每日總能量為1,400卡/天，11/2因手術暫時禁食，予臺大5號1500毫升/天，11/2白蛋白3.1g/dL，11/3開始鼻胃管灌食，每日灌食五餐，每次280毫升/280卡，一天總熱量1,400卡，消化佳，11/5由口進食，每餐可進食三分之二碗，達每日1,500卡熱量。皮膚無破損，牙齒及口腔黏膜完整，11/7白蛋白3.7g/dL。

4.排泄：11/2病人筆寫排尿排便順暢，褐色柔軟成形便，11/3視診腹部圓鼓狀，無異常凸起，聽診腸蠕動音8-12次/分，觸診腹部柔軟、叩診為鼓音，每天解褐色柔軟成形便。住院放置導尿管，11/6移除導尿管，自解佳無燒灼感，每天尿量1,500-1,850毫升，顏色黃澄清無

異味。

5.活動與休息：11/2評估病人筆寫平時無特別運動，11/2四肢肌力4分，可自行於床上活動及翻身，呼吸器使用SpO₂: 100%，11/5移除氣管內管，SpO₂ 97-99%，11/6開始下床復健，步態穩健，可自行踩腳踏車復健，復健時SpO₂維持95-96%，病人表示自己活動感覺很棒，夜間睡眠7-8小時，不需安眠藥，白天無打哈欠及黑眼圈。

6.性：病人已婚，與先生感情融洽，育有1個月大女嬰。10/28-11/1經案夫代訴，這幾天因為住院，沒有特別擠母乳給寶寶吃，之前太太有說不想給寶寶喝配方奶，所以先借了同事老婆的母乳給寶寶哺餵。追蹤10/28-11/1護理紀錄呈現雙側乳房充盈感明顯，部分區域可觸及腫脹，乳頭可見少量乳汁自然滲出。11/2視診乳房與生殖器外觀清潔，陰毛分佈濃密正常，無潰瘍、發炎、水腫，第二性徵正常發展。11/2雙側乳房充盈，病人筆寫我在家都是全親餵，觀察病人進行手擠母乳時，雙手用力推擠乳房，手指位置距離乳頭較遠，並以拳頭

推擠乳房組織，但乳汁順暢，故協助以電動擠乳器擠出約50毫升母乳。

(二)心理層面

艾瑞克森心理社會發展為青春期，自認個性隨和，與家人親友和睦融洽。11/2病人可點頭搖頭回應及寫字與人溝通，病人筆寫我為什麼會突然昏倒，還被急救，是發生什麼事嗎？。11/3病人筆寫我還年輕，會不會就這樣死掉了？是不是很嚴重呀？不然為什麼胸口放了好多管子，這些管子好不舒服，什麼時候可以拿掉？，病人談論擔心害怕事情時，心跳速率增至105次/分，過程眼眶泛淚，VASA評估7-8分，經上述評估確立病人有焦慮之健康問題。

追蹤10/28-11/1護理紀錄呈現病人因無法親餵，故以電動擠乳器協助排空乳房。11/2傍晚病人困惑表示兩個禮拜沒有餵奶，筆寫現在胸部脹奶的感覺和產後脹奶的感覺不太一樣，這樣我有辦法餵奶嗎？我只有親餵過，不太會用手擠乳、醫生說我還需要吃心臟的藥，這樣我的母奶可以給小寶貝吃嗎？會造成什麼傷害嗎？11/3移除氣管內管後病人表示生產完後，親餵1個月很有成就感，小寶貝也喝得很好。現在不能親餵，小寶貝要喝什麼？，過程中可感受病人之擔心無助且經常會望著小寶寶照片發呆，經上述評估確立病人有母乳哺餵中斷之健康問題。

(三)靈性層面

案夫為病人主要支持系統，與家人感情融洽密切，病人無特別信仰，偶爾陪媽媽去廟裡拜拜，床頭放置廟宇平安符及飲用廟宇符水，心裡會比較安心，現

在覺得健康重要，活著才有希望，期望出院後要完成學業。

(四)社會層面

病人休學於家中帶小孩及做家事，與同學時常來往，主要抒發管道為案夫及閨密。11/5病人於家中排行老四，雖然單親家庭但兄弟姊妹感情好，希望早點康復回家。目前住案夫家，有空會回娘家，會客時間家人會輪流探視。

確立問題、護理措施及結果評值

根據以上護理評估，歸納病人有三個主要健康問題如下一、心輸出量減少/與心肌病變致心臟收縮力降低有關；二、焦慮/與疾病進展未知造成的不確定感有關；三、母乳哺餵中斷/與母嬰分離無法親餵及哺乳期間用藥疑慮有關。

11/3病人筆寫：前幾天有頭暈？為什麼冒冷汗？為什麼我的腳這麼腫？什麼時候會消腫？，11/1放置葉克膜，心臟超音波顯示左心室擴大，左心室射出率僅14.69%，心電圖顯示竇性心搏過緩，血壓81/77毫米汞柱，心輸出量1.9升/分，心臟指數0.8 L/min/m²。NT-proBNP: 10229.3pg/mL、hs Tn.I: 35.6pg/mL、CK-MB: 3.2ng/mL，加上雙腳水腫3價，故11/2-11/18確認個案有心輸出量減少與心肌病變致心臟收縮力降低有關。護理措施於11/2~11/12執行每小時監測心跳速率、節律及血壓變化，若有異常通知醫療科；每小時評估並記錄穿刺部位末梢顏色、溫度及脈動；依醫囑給予利尿劑，並每小時監測尿量及每日評估水腫價數；每兩小時協助翻身，以枕頭墊高末梢，增加血流供應；每日固定早上7

點測量體重；每日監測12導程心電圖、心輸出量，依醫囑追蹤心臟超音波；11/6會診復健科與呼吸治療團隊，共同討論心臟復健計畫，在心臟可負荷範圍內逐漸增加活動量；11/6與病人一同討論心肺復健計畫，依病人舒適可行時間進行；11/7-11/12物理治療師協助病人於床上復健踩腳踏車；會客時間教導案夫與病人一同執行簡單的上肢抬舉運動；11/12脫離左心室輔助器開始下床復健，增進心肺功能恢復。11/4評值生命徵象穩定，心臟超音波之左心室射出率恢復至39.5%，心輸出量2.1升/分。11/12脫離左心室輔助器，心輸出量2.9升/分，心臟指數2.8 L/min/m²。11/20查閱病歷生命徵象穩定，於病房探視病人活動平穩無呼吸喘。後續照護計畫：衛教病人需定期回診檢查心臟功能及規則用藥，遵循心肺復健計畫，包括每日適量散步、輕度有氧運動或上肢拉伸運動，指導病人保持規律運動，並避免過度疲勞，以促進心肺功能進一步恢復。於門診期間依醫囑持續規律使用心臟相關藥物(如利尿劑、 β 阻斷劑)，並教導其正確服藥方法並監測可能的副作用(如頭暈、低血壓等)，如有異常需即時就醫。

個案11/3病人筆寫我還年輕，很多事情還沒做會不會就這樣死掉？是不是很嚴重？不然為胸口放了好多管子，我好不舒服，什麼時候可拿掉？過程中病人眼眶泛淚，11/3談到緊張擔心事情，心跳速率增至105次/分，11/3VASA評估為7-8分，以上評估確認個案11/2-11/18有焦慮與疾病進展未知造成的不確定感有關，介入護理措施包含11/3與醫療團

隊共同解釋病況並告知治療計畫，檢查治療前解釋過程及目的，降低病人不確定感；11/3利用會客時間，提供周產期心肌病變實證文獻，告知周產期心肌病變發生原因及死亡率，提供相關衛教單張以利閱讀；11/4告知病人急救原因為心臟衰竭導致的心因性休克，目前放置心室輔助器後，各項指標已漸漸穩定即可移除；11/5主動和病人聊有興趣的話題，教導病人可用手機聽音樂和看小寶貝照片及影片轉移注意力；11/6教導病人嘗試呼吸練習，輕輕從鼻孔吸入空氣，緩緩地從嘴巴呼出；11/7協同心臟科醫師說明後續恢復計畫，與病人一同討論參與。11/6評值病人能說出現在看小寶貝照片或是打電話跟小寶貝視訊，平時聽音樂可轉移注意力。於11/9病人可說出我知道心室輔助器只是短暫的，等待心臟功能改善後就可移除。11/12病人焦慮分數降至2分。後續照護計畫：鼓勵病人持續練習放鬆技巧(如漸進性肌肉放鬆或冥想)，幫助自己緩解壓力，也衛教先生了解如何在病人情緒低落時適當引導病人正向思考，並陪伴病人進行放鬆活動。建議於家中可以聽音樂、閱讀或進行其他輕鬆活動，以分散對身體不適的注意力。

病人於11/5病人訴現在不能親餵，小寶要喝什麼？11/5病人困惑訴已經兩個禮拜沒有餵奶，胸部有一點點脹，這樣還有辦法餵奶嗎？我只有親餵過，不會手擠乳、醫生說我還是需要吃心臟的藥，這樣母奶可以給小寶貝嗎？會造成什麼傷害嗎？11/5雙側乳房微脹奶併腫痛硬塊，約有5毫升乳汁滲出。11/5觀察

病人進行手擠母乳時，雙手用力推擠乳房，手指位置距離乳頭較遠，並以拳頭推擠乳房組織。以上評估確認個案11/2-11/18與母乳哺餵中斷/與母嬰分離無法親餵及哺乳期間用藥疑慮有關。11/2-11/4插管及葉克膜使用期間，以電動擠乳器協助乳汁排出，每4小時擠乳一次，以電動擠乳器擠母乳後冰存，減少病人體力消耗與負擔，確保乳汁供應並減少乳房脹痛。11/2-11/8適當溫敷與乳房按摩，緩解乳房脹痛，維持乳汁供應。在母乳哺餵衛教上包含11/2-11/8每日評估乳房充盈程度，衛教病人按摩乳房促進乳汁分泌；11/5脫離呼吸器後，根據個案體力及意願，優先採取電動擠乳器排乳，並在病人狀況穩定時指導其使用手動擠乳器。僅在個案表達意願且身體情況許可下，由院內婦產科母乳種子講師指導其進行正確的C字型手勢擠乳，減少病人體力消耗與負擔並配合電動擠乳器，減少手擠乳造成的額外壓力與疲勞。11/6由護理師每4小時協助病人於床上半坐臥30度，使用酒精乾洗手後，將大拇指放在乳頭上方乳暈邊，食指則放在乳頭下方乳暈邊，以大拇指及食指壓乳頭，如C字型手勢擠乳，教導病人用壓、擠，壓、擠的方式擠奶，待乳汁流出順暢後改以電動擠乳器協助擠出，一邊至少擠3-5分鐘，直到流量變緩再換對側；11/7鼓勵病人持續母乳哺餵，並提供母乳相關衛教及支持性團體、母乳哺餵資訊網站，如臺灣母乳協會及母乳知識庫，提供正確的擠乳、保存方法及母乳支持聚會；11/7-11/13協同案夫協助病人一同手擠乳方法收集乳汁，擠出

之母乳冰存，讓案夫帶回溫熱給案女。服藥後哺乳衛教包含11/4與醫師討論病人有哺乳需求，依病人狀況選擇可服用藥物；11/5提供藥物bisoprolol的實證文獻，告知仍可持續服藥及哺乳。11/6-11/7衛教病人可於服藥前擠奶或將服藥後4小時內的奶丟棄；評值病人於11/6能正確執行C字型手勢擠乳；11/9病人每天能以手擠乳方式，擠出50-100毫升母乳並儲存至冰箱；11/12病人說原來吃藥還是可以哺乳。11/20病房探視病人仍有維持母乳收集與哺餵。後續照護計畫：持續衛教病人於服用bisoprolol等藥物後3-4小時擠奶，以降低乳汁中藥物濃度的可能性，並定期於回診時與醫師確認用藥安全性，確保所服藥物適合哺乳期使用，增強病人的用藥信心。衛教先生正確協助擠奶及乳汁保存的方式，建立家庭支持系統。

討論與結論

病人因心因性休克入內科加護病房照護並放置葉克膜，爾後放置心室輔助器後轉入外科加護病房，外科加護病房期間監測生命徵象及藉由左心室輔助器維持心臟組織灌流正常，使血液動力學穩定，進而脫離心室輔助器，衛教左心室輔助器使用原因及提供周產期心肌病變文獻，提高認知降低焦慮，使VASA由7-8分下降至2分；提供實證告知病人用藥安全及衛教病人透過集乳輔具維持泌乳，左心室射血分數恢復至60.29%，心輸出量提升至4.3升/分。11/23出院後每週三都回心臟外科門診，持續使用心臟藥物。

然而在照護過程中也反應出加護病房照護產後病人時的挑戰與限制。筆者於病人轉入外科加護病房後才介入，無法於第一時間提供完整的評估與哺乳指導，這對於需要建立母乳哺餵的產後病人來說是一大挑戰。此外，周產期心肌病變合併重症照護的病人在加護單位相對罕見，護理人員對此類病人的哺乳需求往往缺乏標準化的指導，可能影響母嬰健康。因此建議單位可制定針對孕產婦放置左心室輔助器之標準照護指引，並納入跨團隊支援機制，於病人入住加護病房時，即早邀請泌乳顧問或婦產科專家會診，以確保病人獲得即時、適切的哺乳指導。

參考資料

- 盧盈方、林心怡(2019) · 照顧一位心臟術後併發低效性呼吸型態病人之護理經驗 · 臺大護理雜誌，15(2)，23-35。[https://doi.org/10.6740/NTUHJN.201907_15\(2\).0004](https://doi.org/10.6740/NTUHJN.201907_15(2).0004)
- Arany, Z., & Feldman, A. M. (2019). To breastfeed or not to breastfeed with peripartum cardiomyopathy. *Basic to Translational Science*, 4(3), 301-303. <https://doi.org/10.1016/j.jacbt.2019.03.005>
- Alneyadi, M., Drissi, N., Almeqbaali, M., & Ouhbi, S. (2021). Biofeedback-based connected mental health interventions for anxiety: Systematic literature review. *JMIR mHealth and uHealth*, 9(4), e26038. <https://doi.org/10.2196/26038>
- Carlson, S., Schultz, J., Ramu, B., & Davis, M. B. (2023). Peripartum cardiomyopathy: Risks diagnosis and management. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 16, 1249-1258. <https://doi.org/10.2147/JMDHS372747>
- DeFilippis, E. M., Bhagra, C., Casale, J., Ging, P., Macera, F., Punnoose, L., Rasmusson, K., Sharma, G., Sliwa, K., Thorne, S., Walsh, M. N., & Kittleson, M. M. (2023). Cardio-obstetrics and heart failure: JACC: Heart failure state-of-the-art review. *Heart Failure*, 11(9), 1165-1180. <https://doi.org/10.1016/j.jchf.2023.07.009>
- Gerhard, E. F., Wang, L., Singh, R., Schueler, S., Genovese, L. D., Woods, A., Tang, D., Smith, N. R., Psotka, M. A., Tovey, S., Desai, S. S., Jakovljevic, D. G., MacGowan, G. A., & Shah, P. (2021). LVAD decommissioning for myocardial recovery: Long-term ventricular remodeling and adverse events. *The Journal of Heart and Lung Transplantation : The Official Publication of the International Society for Heart Transplantation*, 40(12), 1560 - 1570. <https://doi.org/10.1016/j.healun.2021.08.001>
- He, S., Renne, A., Argandykov, D., Convissar, D., & Lee, J. (2022). Comparison of an emoji-based visual analog scale with a numeric rating scale for pain assessment. *The Journal of the American Medical Association*, 328(2), 208 - 209. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.7489>
- Jha, N., & Jha, A. K. (2021). Peripartum cardiomyopathy. *Heart Failure Reviews*, 26(4), 781-797. <https://doi.org/10.1007/s10741-020-10060-y>
- Kuć, A., Kubik, D., Kościelecka, K., Szymanek, W., & Męcik-Kronenberg, T. (2022).

- The relationship between peripartum cardiomyopathy and preeclampsia - pathogenesis, diagnosis and management. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 15, 857 - 867. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S357872>
- McCune, S., & Perrin, M. T. (2021). Donor human milk use in populations other than the preterm infant: A systematic scoping review. *Breastfeeding Medicine*, 16(1), 8-20. <https://doi.org/10.1089/bfm.2020.0286>
- Molloy, C. D., Long, L., Mordi, I. R., Bridges, C., Sagar, V. A., Davies, E. J., Coats, A. J. S., Dalal, H., Rees, K., Singh, S. J., & Taylor, R. S. (2023). Exercise-based cardiac rehabilitation for adults with heart failure - 2023 Cochrane systematic review and meta-analysis. *European Journal of Heart Failure*, 25(12), 2263 - 2273. <https://doi.org/10.1002/ejhf.3046>
- Patil, D. S., Pundir, P., Dhyani, V. S., Krishnan, J. B., Parsekar, S. S., D'Souza, S. M., Ravishankar, N., & Renjith, V. (2020). A mixed-methods systematic review on barriers to exclusive breastfeeding. *Nutrition and Health*, 26(4), 323-346. <https://doi.org/10.1177/0260106020942967>
- Rosman, L., Salmoirago-Blotcher, E., Cahill, J., & Sears, S. F. (2019). Psychosocial adjustment and quality of life in patients with peripartum cardiomyopathy. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 34(1), 20 - 28. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000518>
- Xue, W., Xinlan, Z., & Xiaoyan, Z. (2022). Effectiveness of early cardiac rehabilitation in patients with heart valve surgery: A randomized, controlled trial. *The Journal of International Medical Research*, 50(7), 3000605211044320. <https://doi.org/10.1177/03000605211044320>

靜思語

發脾氣是短暫的發瘋。

～證嚴法師靜思語～

Giving vent to anger is temporary insanity.

～Master Cheng Yen～



Intensive Care Experience of a Postpartum Patient With Peripartum Cardiomyopathy Using a Left Ventricular Assist Device

Yi-Ling Chiu¹, Siao-Ya Su², Hui-Ling Yeh³

ABSTRACT

An 18-year-old woman was diagnosed with peripartum cardiomyopathy due to chest pains one month post-delivery. She was admitted to the intensive care unit and a left ventricular assist device (LVAD) was implanted. She felt anxious because the disease was life-threatening, which motivated the author to write the report. During the care period from November 2nd to 18th, 2023, five levels of holistic nursing assessments were used to collect data. It was confirmed that the patient had health problems, such as reduced cardiac output, anxiety, and interruption of breastfeeding. Vital signs during critical illness were monitored and normal perfusion of cardiac tissue was maintained via the LVAD. Cardiopulmonary rehabilitation by cycling for 30 min per day was planned to be performed to increase the cardiac output to more than 2.4 l/min and successfully wean off the LVAD. In addition, evidence-based literature on the disease was provided to the patient to improve disease awareness and relieve anxiety, while confidence in breastfeeding was built through caring and face treatment positively. Formulate standard care guidelines are recommended and the guidelines for critical care nurses caring for similar patients (Tzu Chi Nursing Journal, 2025; 24:6, 91-100)

Keywords: peripartum cardiomyopathy, left ventricular assist device, reduced cardiac output, anxiety, breastfeeding interruption

RN, Department of Surgical Intensive Care Unit, Hualien Tzu Chi Hospital Buddhist Tzu Chi Medical Foundation¹; AHN, Department of Surgical Intensive Care Unit, Hualien Tzu Chi Hospital Buddhist Tzu Chi Medical Foundation²; Head of Nurse Practitioner, Department of Nursing, Hualien Tzu Chi Hospital Buddhist Tzu Chi Medical Foundation³

Accepted: April 11, 2025

Address correspondence to: Hui-Ling Yeh Nursing Department, 707, Section. 3, Zhong-Yang Road., Hualien City, Taiwan
Tel: 886-3-8561825 #12225 E-mail: u0952120730@gmail.com

照顧一位新住民接受透析後不預期懷孕之護理經驗

陳佩吟¹、許瀚仁²、連麗芬³

中文摘要

本文探討一名在接受透析期間面對不預期懷孕36歲的菲律賓籍新住民護理經驗。照護期間為2022年8月16日至10月11日，持續追蹤至12月5日。透過直接護理、身體評估、觀察會談及病歷查閱收集資料，運用Gordon十一項功能評估，確立個案的主要健康問題為：潛在危險性母體/胎兒雙方受干擾、營養不均衡、焦慮。護理團隊採跨專業整合照護模式，提供個案多元指導，協助個案適應孕期透析。個案於11月27日順利分娩，在孕期31週又2天時順利產下一名1,460公克的女嬰，Apgar評分7→9分。女嬰入住新生兒加護病房，後續由個管師追蹤，個案則恢復常規透析。孕期透析案例全球罕見，隨著臺灣新住民人數增加，建議提升多元文化護理能力，優化新住民就醫環境。此經驗可供護理人員參考，以提供更適切的臨床照護。(志為護理，2025; 24:6, 101-112)

關鍵詞：孕期透析、新住民、高危險性妊娠

前言

臺灣腎臟醫學會(2023)統計2021年透析發生數12,201人，透析盛行數為89,733人。尿毒會影響月經週期及排卵期，末期腎病並進行慢性透析的孕婦發生母嬰併發症的風險很高，例如流產、死產、子癟前症、貧血、羊水過多、早產以及需要新生兒重症監護等現象，因此全球

皆少有案例(Baouche et al., 2023)。根據「111-112年度醫院、診所醫療品質及病人安全工作目標」其目標九「維護孕產兒安全」，透過醫護團隊合作給予適當照護，減少併發症是維護透析孕婦及胎兒安全的重要目標。

本文以一位36歲菲律賓籍的透析孕婦為例，探討懷孕透析期間所面臨的種種挑戰。除了生理上的不適，還必須面

桃園醫院護理師¹、仁品創課有限公司執行長²、桃園醫院護理長³

接受刊載：2025年6月11日

通訊作者地址：連麗芬 330 桃園市桃園區中山路1492號 綜合大樓四樓 血液透析室

電話：886-3-369-9721 #1407 電子信箱：le9783@mail.tygh.gov.tw

對語言隔閡、文化差異、以及對胎兒健康的擔憂。透過個案的經驗，除了需要提供專業的醫療知識，多元化的衛教方式，以及個別化的護理照護。更重要的是給予心理上的支持，幫助她們建立自信，安心度過孕期。

文獻查證

一、孕期透析相關概念及護理

臨牀上通常以血清尿素氮(BUN)、肌酸酐數值及尿量變化評估腎臟功能。妊娠期間，腎臟無法適應血流量增加，可能加速功能惡化。若母體血液及胎盤中的BUN濃度過高，易導致羊水過多，增加母胎風險(Baouche et al., 2023)。統計顯示，透析孕婦併發症發生率較高，尤以子癇前症及高血壓最為常見，平均孕齡為25.2-36週，新生兒出生體重約590-3500克。為提高透析效能，建議妊娠期間每週透析14-43小時，頻率達每週3-6次，確保血流動力學穩定(Baouche et al., 2023)。另需嚴格控制血壓不超過140/90mmHg，並將BUN維持在50mg/dl以下，有助改善孕產婦預後及胎兒活產率。(Baouche et al., 2023; Chou et al., 2021)同時，透析病人的持續教育不可或缺，專業醫護人員以多元衛教方式引導提供整體性及個別化照護，協助調整生活型態，病人正面面對孕期與透析挑戰，進而提升身心適應能力(陳慈君、張，2021)。

二、孕期透析營養需求概述及護理

透析時間安排、適當藥物處置及營養支持是成功分娩的重要因素。飲食行

為和營養諮詢對孕期健康至關重要，飲食習慣偏好油炸、燒烤等高鈉、高膽固醇、高脂肪、低纖維質飲食，易導致高血壓和心血管疾病(毛、簡，2019；胡等，2023)。孕期容易加重貧血問題，建議血色素維持在10-11g/dl，可補充葉酸至少5mg/day及水溶性維生素加倍，增加紅血球生成素50-100%及鐵劑800-1,000mg(Chou et al., 2021)。透析進入第二、三孕期，建議每周體重增加0.5kg，飲食熱量每日30-35kcal/kg。並加強蛋白質補充至1.5-1.8g/kg/day，適當放寬飲食限制以滿足營養需求。由於孕期需增加透析頻率，孕婦的營養需求與常規透析病人有所不同，必須有專業營養規劃。為確保母嬰健康，建議以全人醫療照護為導向，腎臟科、婦產科、營養師、藥師及護理師等跨團隊介入，提供個別化的醫療與護理支持，協助孕程順利進行至生產結束(毛、簡，2019)。

三、新住民孕期透析心理問題概述及護理

孕期進行透析須面對身體功能改變及生活型態轉變，常伴隨焦慮與憂慮。家庭月收入較低者，再加上新住民語言及文化適應問題，若缺乏支持系統及社會支援，心理健康狀況可能逐漸惡化(黃，2020)。加上語言障礙影響新住民對自身健康狀況的理解，因無法與醫護人員有效溝通，而感到孤立與無助，加劇心理壓力(黃，2020)。透過貝克焦慮量表(Beck Anxiety Inventory, BAI)，評估個案一週內的焦慮程度(Verbeek et al., 2019)。護理建議如下：(一)透析期間，

醫護應關懷並傾聽個案，提供個別化支持，調整治療方案，並教導放鬆療法如音樂療法，給予正向回饋。(二)轉介社工，提供社會資源及支持。(三)透過宗教支持，協助個案緩解情緒，達到身心鎮靜。(四)定期評估自我照顧能力，調整衛教方式，加強社會支持，提升自我照顧行為與生活品質，減少焦慮與不安(陳沛其等，2020；黃，2020)。

四、多元衛教工具

透過視覺和聽覺教具進行互動，可更有效傳遞健康資訊，提升個案解決問題的技巧，包括：(一)使用翻譯軟體或同國籍人員協助，(二)利用照片、圖卡、模型或網路平臺輔助教學，(三)善用智慧型手機監測健康狀況(陳慈君、張，2021)。以個案為中心的衛教模式能促進溝通與信任，提升整體醫療品質(胡等，2023；陳沛其等，2020)。

綜合以上文獻，孕期需每週透析六次，降低合併症並提供營養與心理關懷。透過衛教工具提升自我照顧能力，多面向的照護及支持，有效改善新住民透析孕婦的心理狀態，助其順利渡過孕期挑戰。

個案簡介

一、基本資料

彭小姐為36歲菲律賓籍，來臺灣7年，會簡單中文但慣用英語及母語溝通，已離婚，目前與兩名孩子同住，有固定越南籍男友。

二、過去病史及求醫過程

個案無過去病史及過敏史。2022/4/9

因新冠肺炎確診就醫，抽血發現腎臟功能差，並有噁心嘔吐、食慾差等尿毒症狀，診斷末期腎臟病，需長期透析治療。4/13植入腹膜透析管路，訓練後開始腹膜透析。8/16因發燒來院求治，診斷腹膜炎，進行藥物治療並移除腹膜透析導管，改為每週三次，每次4小時的血液透析治療。

護理評估

照護期間為2022/8/16至10/11，持續追蹤至12/5。透過直接護理、身體評估、觀察、會談、傾聽、通訊軟體及查閱病歷等方式收集資料，運用Gordon十一項功能性健康型態進行評估。照護過程中的對話內容以中文翻譯呈現。

一、健康認知與健康處理型態

個案自述健康良好，無抽菸、喝酒習慣。2022/4/9診斷為末期腎臟病，經醫病共享決策選擇腹膜透析作為腎臟替代療法。8/30回診時發現腹部變大但觸感柔軟，個案表示月經不規則且有避孕習慣，認為腹部膨脹是透析正常反應。經同意後驗孕，確定懷孕，並協助掛號產科。會談中，得知懷孕後個案皺眉表現擔憂，主訴：「我以為噁心想吐是毒素太高」、「寶寶會有什麼風險？」及「我的身體能留下孩子嗎？」等問題。8/31個案擔心過去治療和用藥影響胎兒發育。經醫療團隊與個案及男友討論，決定延續妊娠。個案屬高危險性透析妊娠且為不預期懷孕的高齡產婦。8/31產科超音波確認懷孕19週。評估個案存在潛在危險性，可能導致母體及胎兒雙方健康受干擾。

二、營養代謝型態

個案身高150公分，體重44公斤，理想體重49.5公斤，身體質量指數19.6kg/m²，屬正常體位。8/31主訴：「我很喜歡吃燒烤和炸雞，也很喜歡喝飲料。」每日液體攝取量為1,200-1,800ml，目前咀嚼、吞嚥能力正常，口腔黏膜完整。透析前體重為：9/1為45kg，9/3為46.7kg。9/5主訴：「我大部分都吃便當。」並詢問如何飲食對寶寶更有益。觀察用餐狀況，便當通常包含少量青菜，蛋白質類食物多為加工品，如香腸、燒臘、滷肉或炸排骨，且偏好淋醬汁。9/5透析前血壓為157/103mmHg，透析後表示有頭暈無力，外觀顯虛弱，鞏膜及唇色蒼白，眼睛浮腫，血壓下降至111/63mmHg。9/7抽血報告顯示：Hb 7.4 gm/dl、Hct 22.2%、albumin 2.5g/dl。評估此型態有營養不均衡：少於身體需要的健康問題。

三、排泄型態

每天解1次黃軟便，視診腹部隆起、觸診腹部柔軟無硬塊、叩診鼓音，聽診腸蠕動12-14次/分。8/16表示：「我尿尿每天大概有800ml。」、「開始洗腎尿就變少了，一天大概200-300ml左右。」、「我的尿尿會有很多泡泡。」尿液顏色呈黃色，無解尿困難及灼熱感，評估血液透析每次的脫水量約2-2.5公斤。

四、活動運動型態

平時都騎機車固定下午接受血液透析治療，會趁假日時帶小孩去戶外活動。日常生活皆可自理，四肢肌力正常，8/18主訴：「我有時洗完腎覺得累，但

是回家休息一下就比較好了。」

五、睡眠休息型態

8/19個案主訴：「晚上10-11點左右入睡至早上7點起床。」9/1主訴：「我大約晚上10點半睡覺，但是大概2點就醒來，醒來後很難入睡。」睡眠問題因為擔心疾病對胎兒的影響、身邊還有兩位年幼的女兒需照顧，睡眠問題由焦慮導致，評估此型態有焦慮的健康問題。

六、認知感受型態

個案為大學畢業，平時使用簡單中文，慣用英語及母語溝通，需時使用翻譯軟體協助；意識清楚，思考邏輯、學習、判斷及記憶力正常，感官功能正常，能準確表達不適感。

七、自我感受與自我概念型態

個案可自行決策主要事項，並與男友共同討論。8/30主訴：「腹膜透析肚子放2公斤透析液，看起來變大了！」、「下班後還要照顧兩個小孩，沒空注意自己。」得知懷孕，雖開心但因未察覺而自責。當日觀察其東張西望、表情緊張、眉頭深鎖，偶爾眼眶泛紅。9/1主訴：「現在一直要洗腎，無法工作。」雖決定生下孩子，但擔憂洗腎影響胎兒發育及無法照顧幼女。9/2經「貝克焦慮量表」評估得分24分，屬中度焦慮。

八、角色關係形態

個案扮演母親及女友角色，與孩子相處融洽。得知懷孕後，依產檢時間回院檢查，展現當媽媽的喜悅，但也擔心治療影響胎兒健康。9/1表示：「透析會影響寶寶嗎？醫生說配合洗腎、按時產檢

及超音波可了解胎兒健康。」對當媽媽的角色，個案表示有信心勝任。

九、性與生殖型態

個案與兩位女兒同住，與越南籍男友關係穩定，孕前每周性行為一次，避孕方式為保險套或性交中斷法。8/19

主訴：「生完兩個小孩後月經常不規則，今年月經常常沒來。」8/30發現懷孕後，為避免影響胎兒暫停性行為，見面多為擁抱或親吻。固定依產檢時間回院，預產期為2023/1/23。

十、因應與壓力耐受型態

個案8/30主訴：「雖然腹膜透析轉血液透析對生活有影響，但為了孩子好，就不會害怕，只是面對新生命突然到來感到慌亂無所適從。」8/31主訴：「我以前喜歡聽家鄉歌曲，偶爾與朋友唱歌聊天。」9/2主訴：「男朋友說我們可以一起養小孩。」男友幫忙分擔經濟，9/1主訴：「現在沒有工作，我擔心沒錢。」對工作暫停及經濟壓力感到焦慮，評估其有焦慮相關健康問題。

十一、價值信念型態

個案信仰基督教，偶爾參加禮拜與禱告，表示心靈較平靜安心。9/5主訴：「我要維持健康，才能維持寶寶的健康。」

問題確立

經評估整理，歸納三項急迫性的健康問題：

- 一、潛在危險性母體／胎兒雙方受干擾／與孕期透析有關
- 二、營養不均衡：少於身體需要／與孕期透析及飲食習慣有關

三、焦慮／與孕期透析及經濟狀況有關

護理措施與評值

一、潛在危險性母體/胎兒雙方受干擾/與孕期透析有關(8/16至10/11)

(一)主客觀資料

個案於8/31表達：「我的身體狀況可以留下孩子嗎？」、「我的寶寶會有什麼風險？」以及「這幾個月我做了太多治療和藥物了！」等疑問。9/1她反映因透析導致尿量減少至每日約200-300ml。

9/5測得血壓157/103mmHg，並出現眼睛浮腫的症狀。9/7觀察到其外觀虛弱疲憊，抽血報告顯示BUN 85.1mg/dl，creatinine 9.6mg/dl。

(二)護理目標

包括提升個案對透析重要性的認知，使其於9/8前配合每週六次的透析，並能說出至少兩項未規則透析對母嬰的影響。此外，9/10前，個案應能說出三項需立即就醫的症狀，並配合腎臟科團隊執行透析治療。最終目標是在10/3前控制BUN低於50mg/dl，並避免產前合併症的發生。

(三)護理措施

護理措施包括護理團隊與腎臟科、婦產科及藥劑科合作，檢視個案用藥並降低風險，每次透析皆密切監測並調整透析處方，如時間及透析液濃度選擇等。並向個案說明增加透析頻率的必要性，解釋每週少於20小時透析可能導致胎兒生長遲滯或死產的風險，並與個案共同討論後，調整為每週六次、每次3.5小時的透析安排，並配合個案日常活動，

安排透析班別。指導個案每日記錄血壓與體重，並提醒其每週體重增加不超過0.5公斤。經個案同意後，於其智慧型手機安裝280 Days APP，並教導其使用英文模式來記錄健康數據。並提供英文版孕婦健康手冊及紙本對照，提醒產檢日期及主動關心產檢結果，確保個案獲得正確的孕期資訊。此外，指導個案辨識高危險妊娠的徵兆，製作隨身即時就醫圖卡，以協助醫療團隊快速了解個案狀況。鼓勵個案每日適量運動，建議在公園進行30分鐘的步行運動，並透過line傳送鼓勵貼圖以增強自我肯定。

(四)結果評值

給予護理評值，9/8個案能夠理解透析對母嬰的重要性，並說出「沒有好好洗腎，寶寶會長不大」、「沒有洗腎，我跟小孩可能會死掉」等語句，且能配合醫囑規律透析，達成目標。9/10個案能正確描述需立即就醫的症狀，如頭痛、呼吸困難、嘔吐不止，並隨身攜帶圖卡以利就醫時使用。健康數據顯示，9/5至9/10期間追蹤個案血壓維持在110-130/60-75mmHg，體重控制在45-46公斤，成功達成護理目標。10/3，BUN降至36mg/dl，11/7檢測BUN為48.1mg/dl，符合建議標準(50mg/dl以下)，且無發生高血壓或子癲前症等併發症，個案亦能規律回院產檢，並分享媽媽手冊產檢記錄。11/1個案表情愉悅地表示：「醫生說我的baby長得很好。」後續追蹤方面，護理團隊持續於進行床邊訪視，主動關心個案身心需求。11/27個案因早期破水，在孕期31週又2天時順利產下一名1460公克的女

嬰，Apgar評分7→9分。產後恢復良好，於12/1開始恢復每週三次的常規透析。由於嬰兒為早產兒，仍需在新生兒加護病房進行持續觀察與照護。

二、營養不均衡：少於身體需要/與孕期透析及飲食習慣有關(8/16至10/3)

(一)主客觀資料

個案8/31表示：「我很喜歡吃燒烤和炸雞，也很喜歡喝飲料。」9/5詢問：「我洗腎現在要怎麼吃才能對寶寶比較好？我大部分都吃便當。」觀察個案外觀顯虛弱疲累，唇色蒼白，8/31查閱病歷，個案身高150公分，體重44公斤，理想體重49.5公斤，身體質量指數 19.6kg/m²，行產科超音波確認懷孕19周。抽血報告，Ca:7.8mg/dl、P:2.1mg/dl、Hb:7.4 gm/dl、Hct:22.2%、albumin 2.5mg/dl、blood sugar:120mg/dl。

(二)護理目標

護理目標設定為確保個案在孕期能夠獲得足夠的營養與適當的醫療管理。首先，預計9/5前，個案能夠了解胎兒的生長狀況，並能夠說出至少兩項孕期所需的營養補充，以確保母嬰健康。其次，至9/20，個案的飲食將調整至符合每日所需的醣類、脂質與蛋白質攝取標準，並能夠主動記錄每日三餐的飲食內容，以利後續追蹤與調整。最後，期望10/3的抽血檢查中，個案的白蛋白(albumin)值能夠提升至3.0g/dl，血紅素(Hb)則達到10g/dl，以改善營養狀況並提升整體健康指標。

(三)護理措施

為了確保個案的孕期健康，醫療團隊採取了一系列跨專業合作與個別化的護理措施。先與婦產科團隊合作，透過超音波檢查評估胎兒的頭圍、胎心音及生長狀況，並詳細向個案解釋檢查結果，協助其理解胎兒的發育情形。接著透過全人整合會議，與藥師共同檢視個案的用藥安全，並根據其健康狀況調整藥物處方。醫療團隊決定增加口服鐵劑100mg，每日兩次；葉酸5mg，每日兩次；鈣片1,000mg，每日三次；綜合維生素B complex，每日一次；以及紅血球生成素2,000U，每日皮下注射，以改善其營養與血液指標。而在飲食管理方面，護理師指導個案拍照記錄每日飲食內容，並透過通訊軟體即時上傳，以利營養師分析與調整飲食計畫。營養師與護理團隊共同檢視飲食記錄發現，油脂攝取過多且鈉含量偏高。因此，針對個案的孕期需求與飲食習慣，建議每日補充8至9份優質蛋白質，並增加維生素C及鐵質食物的攝取量。此外，護理人員與個案討論適合的飲食選擇，並提供以下具體建議：

- 1.針對外食習慣，透過食物模型與免洗餐具教導其食物份數計量方式，如蛋白質以一掌心約為兩份，主食、蔬菜、水果則以拳頭大小為一份。
- 2.每餐須攝取至少一個掌心大小的蛋白質，選擇中低脂肉類，如豆類、魚類、瘦肉、蛋等，並建議以清蒸、乾煎或蒸煮方式取代油炸，如將炸排骨改為清蒸魚、乾煎豆腐或蒸蛋。
- 3.主食類醣類攝取控制在每日3.5碗飯

內，並確保每日攝取至少5個拳頭大小的蔬菜及2個拳頭大小的水果，避免精緻醣類與高脂肪零食，如炸雞皮、烤雞屁股等。

4.針對便當選擇，建議以自助餐方式夾取適量菜餚，如兩格炒青菜、兩格豆干或豆腐，主菜可選擇乾煎鮭魚，並搭配半碗白飯，水果則可於超商購買橘子等較佳選擇。

為了進一步增強個案的飲食管理能力，提供英文版的衛教單張，並協助其利用智慧型手機將食物圖片存入相簿，作為日常飲食選擇的提醒。此外，也特別強調避免高鈉食物，如醃漬類與過量調味料，並鼓勵清淡飲食習慣。護理人員透過「透析飲食衛教立牌」向個案講解外食選擇原則，並運用可重複擦拭的「九宮格圖卡」進行食物練習，以增強個案的視覺記憶，提升其正確飲食觀念。同時，播放英文版的飲食衛教影片，提供線上連結，讓個案能夠反覆觀看並加深理解。

考量個案的文化背景與飲食習慣，護理師與個案共同討論適當的飲食替代方式。例如，在東南亞餐廳用餐時，建議避免使用蝦醬或魚露拌飯，以降低鹽分攝取；燒烤時則可選擇里肌肉取代五花肉，以減少油脂攝取並提升蛋白質的攝取量。醫療團隊持續追蹤個案的營養狀況，透過定期抽血檢查評估其生化指標，並根據結果調整飲食計畫，確保個案在生產前維持良好的健康狀況，以順利迎接新生命的到來。

(四)結果評值

9/5護理人員陪同個案進行超音波檢查，醫師詳細說明胎兒的生長狀況，包括胎兒身長14.6公分、體重220公克、股骨長度2公分，胎心音每分鐘158次，顯示胎兒發育正常。檢查過程中，護理人員協助個案預約下次產檢，並進一步衛教鈣片及紅血球生成素的作用，幫助個案了解其對胎兒發育及自身健康的重要性。此外，個案順利安裝280 Days APP，透過手機應用程式追蹤自身孕期變化，此目標順利達成。9/20檢視個案能夠主動配合每日飲食記錄，透過拍照並利用通訊軟體回報三餐及點心內容。根據飲食紀錄，早餐選擇三明治、茶葉蛋與豆漿；午餐與晚餐則以自助餐為主，包含2至3樣蔬菜、清蒸魚或豆腐等優質蛋白質來源，搭配半碗白飯，飯後則食用柳橙作為水果補充。此外，點心選擇腎臟配方乳品，以維持適當的營養攝取。與營養師共同追蹤分析後，計算其每日平均攝取量為醣類5份、蛋白質8份、水果1份、蔬菜4至5份，部分目標已達成，並計畫持續追蹤至孕期結束，以確保營養狀況穩定。10/3抽血報告顯示個案的營養狀況有所改善，albumin提升至3.1g/dl、Ca:8.0mg/dl、P:3.6mg/dl、Hb:10.3gm/dl、Hct:31.6%、blood sugar:72mg/dl，各項數值達到預期目標，顯示個案的營養攝取計畫已產生良好效果。此外，個案也主動表示自己已經養成避免食物淋醬汁的習慣，以減少額外鈉與脂肪的攝取，展現出良好的健康管理意識。至此，此階段的護理目標已順利達成。

三、焦慮/與孕期透析及經濟狀況有關

(8/16至10/11)

(一)主客觀資料

8/30，個案表達對胎兒健康的擔憂，詢問「我的寶寶會有什麼風險？」當時觀察到個案時常東張西望，表情緊張，眉頭深鎖，且偶爾眼眶泛紅，顯示出明顯的焦慮情緒。9/1，個案主動提及自身睡眠困擾，表示：「我大約晚上10點半睡覺，但是大概2點就醒來，醒來後很難入睡。」此外，個案亦坦言因目前無法工作而感到憂慮，擔心經濟狀況，進一步加重心理壓力。評估個案的焦慮程度，9/2日「貝克焦慮量表-英文版」進行測評，結果顯示個案的評分為24分，屬於中度焦慮，需進一步關注其心理健康狀況並提供適當的支持與介入措施。

(二)護理目標

9/5前個案應能識別並說出導致焦慮的三項主要原因，以協助釐清情緒來源。9/20前個案應能掌握至少兩種減少焦慮的方法，提升自我調適能力。最終，在10/11前，個案能透過調適練習與支持，使貝克焦慮量表的分數降至10分以下，以減輕心理壓力並提升生活適應能力。

(三)護理措施

為了協助個案減輕焦慮，首先先建立良好的護病關係，介紹透析室環境與醫療團隊，並以同理心傾聽其情緒，透過非語言表達如輕拍、握手或眼神交流，讓個案感受到關心與尊重。與腎臟科及婦產科醫療團隊合作，詳細說明血液透析與孕期治療計畫，提供相關資訊，鼓勵個案參與討論適合的治療方式，並即

時澄清疑慮，以提升醫療配合度。此外，在非透析期間，透過line建立溝通管道，使用開放式問題引導個案表達擔憂，並在其分享感受時，給予正向回應，如傳送愛心貼圖或留言鼓勵，以強化支持感。鼓勵個案從事平時喜愛的休閒活動，例如透過耳機播放家鄉音樂或觀看喜愛的影片，以放鬆心情；也鼓勵個案透過禱告來尋求心靈慰藉，並在其同意後，協助下載「Bible+」聖經APP，以利聽讀經文，進一步獲得精神支持。同時，也與醫師討論藥物使用情況，提醒個案應遵照醫囑，不隨意增減藥物或服用其他未經醫囑的藥物，以確保治療安全性。

針對經濟壓力與社會支持，協助通報社工，描述個案的生活困境，並提供相關社會福利資訊，例如新住民女性關懷協會、新住民家庭成長協會的資源，協助其申請「身心障礙生活補助」及「勞保失能給付」，以緩解經濟壓力。為了讓個案能獲得家人的情感支持，鼓勵其透過視訊與家鄉母親分享生活與心情，並建議使用280 Days APP記錄孕期心情札記，與男友分享感受，並鼓勵男友在休假時陪伴透析或陪同產檢，以提升個案的心理安全感，減輕孕期壓力。

(四)結果評值

在9/5的透析期間床邊訪視中，個案由被動轉為主動，開始表達自己內心的焦慮與擔憂。她表示：「擔心我沒辦法照顧兩個女兒」、「我也會擔心肚子的小孩不健康」、「現在每天都要洗腎，

沒辦法工作」、「男友要工作沒辦法來」。她清楚地說出了引起焦慮的原因。透過討論並協調透析時間，個案能更有效地調整自己的情緒與日常安排，達成了這項護理目標。9/20的訪視中，個案分享了她的應對策略，她說：「我每天洗腎時會打開APP聽聖經，手握著十字架，這樣比較不會緊張。」「我也會聽一些菲律賓的歌曲來放鬆自己。」在透析期間，筆者訪視個案正與母親視訊並分享生活，並表示：「現在睡眠可以達到6小時，夜間醒來後也能很快再入睡。」透過這些方法，個案在焦慮緩解上取得了良好的進展，目標達成。到了10/11，個案主動分享了自己的產檢狀況，並透露社工已協助她加入腎友會，補充營養品的資源也得到了支持。此外，她加入了新住民女性關懷協會，並協助幼女申請了公立幼兒園，失能給付也已核定。男友偶爾會來院陪伴，並在透析期間輕撫她的肚子或握著她的手，這讓個案感到很溫暖。個案還使用280 Days APP來記錄心情及胎兒的成長情況。經過貝克焦慮量表測量，個案的焦慮分數從24分(屬於中度焦慮)降至9分，回到了正常範圍。個案在接受治療和支持後，面帶笑容，感謝醫護人員的協助，並表示：「護理師都對我很幫忙！」目標順利達成。12/5個案表示：

「醫生說這週寶寶在加護病房觀察都沒問題，只要養到2200gm就可以帶回家了。」使用愛丁堡產後憂鬱量表得分9分，屬於正常範圍。

討論與結論

筆者觀察個案因懷孕期間需每週接受六次透析，面臨工作暫停及非預期懷孕的壓力，導致心理與生理負擔劇增。經由深入評估與關懷，協助個案以正向態度渡過妊娠週期至分娩，並提供多元化衛教，包括通訊軟體聯繫、網路影音解說孕程、使用「280 Days」APP記錄身體狀況、製作飲食立牌與營養九宮格遊戲等。此外，透過「Bible+」APP提供心理支持，社工介入安排其參加新住民關懷協會，藉由同國家語言及文化支持團體，有效降低焦慮並提升自我照顧能力。新生兒由早產兒個管師持續追蹤，並協助聯繫菲律賓親屬來臺照護。2023年1月，醫院舉辦慶生活動，提供奶粉與尿布等物資，減輕負擔。2月，個案透過職訓局重返職場，並調整透析時間配合上班需求，改善經濟壓力與生活品質。整體措施有效提升個案透析配合度與心理適應力，達成陳沛其等(2020)文獻所述之支持效果。

新住民在臨床溝通因文化差異及語言隔閡，難以準確表達需求，加上醫院多語言衛教資源有限，導致評估困難。語言障礙與跨文化因素對臨床照護的影響不可忽視，建議在護理站、資訊工作車或平板電腦中增設翻譯軟體，提供即時翻譯，以科技拉近醫護關係。此外，發現部分同仁因語言能力不足缺乏自信，建議醫院開設英語會話課程，提升溝通能力，並可透過模擬課程與情境演練，提高對文化差異的敏感度及應對能力，同時推廣多元文化教育，尊重不同群體

與文化，營造友善的新住民就醫環境，促進醫病關係及照護品質。

參考文獻

- 毛舒茵、簡志強(2019)・腹膜透析婦女懷孕生產營養照護個案報告・臺灣膳食營養學雜誌，11(2)68-83。[https://doi.org/10.6709/TJD.201912_11\(2\).0005](https://doi.org/10.6709/TJD.201912_11(2).0005)
- 胡雅玲、簡莉盈、周承珍、劉影梅(2023)・以計畫理論為基礎的孕期體重管理行動健康應用程式之發展・領導護理，24(1)22-34。[https://doi.org/10.29494/LN.202303_24\(1\).0003](https://doi.org/10.29494/LN.202303_24(1).0003)
- 國家衛生研究院電子報(2024，12月15日)・2023台灣腎病年報・<https://lib.nhri.edu.tw/NewWeb/nhri/ebook/39000000486550.pdf>
- 陳沛其、盧國城、李碧霞、苗迺芳(2020)・探討血液透析病患社會支持、自我照顧行為、生活品質現況及其影響因素・新臺北護理期刊，22(1)，33-45。[https://doi.org/10.6540/NTJN.202003_22\(1\).0004](https://doi.org/10.6540/NTJN.202003_22(1).0004)
- 陳慈君、張麗君(2021)・運用醫病共享決策提升末期腎臟病病人治療模式選擇之成效・長庚護理，32(1)，52-64。[http://doi.org/10.6386/CGN.202103_32\(1\).0005](http://doi.org/10.6386/CGN.202103_32(1).0005)
- 黃英如(2020)・淺談建構新住民孕產婦跨文化之身心健康團體方案之經驗・中華團體心理治療，26(2)，12-23。<https://www.airitilibrary.com/Article/Detail?DocID=a0000143-202006-202007140008-202007140008-12-23>
- Baouche, H., Jais, J. P., Meriem, S., Kareche, M., Moranne, O., Vigneau, C., & Couchoud, C. (2023). Pregnancy in women on chronic

dialysis in the last decade (2010 - 2020): A systematic review. *Clinical Kidney Journal*, 1(16), 138 - 150. <http://doi.org/10.1093/ckj/sfc204>

Chou, C. C., Liaw, J. J., Chen, C. C., Liou, Y. M., & Wang, C. J. (2021). Effects of a case management program for women with pregnancy-induced hypertension. *The Journal of Nursing Research : JNR*, 29(5), 1-9. <https://doi.org/10.1097/JNR.0000000000000450>

Verbeek, T., Bockting, C. L. H., Beijers, C., Meijer, J. L., van Pampus, M. G., & Burger, H. (2019). Low socioeconomic status increases effects of negative life events on antenatal anxiety and depression. *Women & Birth*, 32(1), 138-143. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.05.005>

靜思語

理直要氣和，得理要饒人。

~證嚴法師靜思語~

Remain soft-spoken and forgiving,
even when reason is on your side.

~Master Cheng Yen~



Nursing Experience of a New Immigrant Undergoing Dialysis with an Unplanned Pregnancy

Pei-Yin Chen¹, Han-Jen Hsu², Li-Fen Lien³

ABSTRACT

This study explores the nursing experience of a 36-year-old Filipino new immigrant undergoing dialysis while facing an unplanned pregnancy. The care period lasted from August 16 to October 11, 2022, with follow-up until December 5. Data were collected through direct care, physical assessment, observations, interviews, and medical record review. Using Gordon's 11 Functional Health Patterns, the primary health issues identified were potential maternal-fetal complications, imbalanced nutrition, and anxiety. A multidisciplinary care model was implemented to support the patient's adaptation to pregnancy during dialysis. The care team provided diverse educational interventions, including emergency medical cards, dietary education, and real-time translation tools. At 31 weeks and 2 days of pregnancy, on November 27, the patient successfully gave birth to a female infant weighing 1,460 grams, with an Apgar score that increased from 7 to 9. The newborn was admitted to the neonatal intensive care unit for further observation. A neonatal case manager continued follow-up care, while the patient resumed regular dialysis. Pregnancy during dialysis is a rare occurrence worldwide. As the number of new immigrants in Taiwan continues to rise, enhancing cross-cultural nursing capabilities and improving healthcare accessibility for immigrant patients have become increasingly important. This case provides valuable insights for nurses to optimize clinical care in similar situations. (Tzu Chi Nursing Journal, 2024; 24:6, 101-112)

Keywords: Pregnancy dialysis, new immigrant, high-risk pregnancy

Nurse, TYGH¹; CEO, J.P. maker Company²; Head Nurse, TYGH³

Accepted: June 11, 2025

Address correspondence to: Li-Fen Lien 4F, Hemodialysis Unit, Comprehensive Building, No. 1492, Zhongshan Road, Taoyuan District, Taoyuan City, 330, Taiwan

Tel: 886-3-369-9721 #1407 E-mail: le9783@mail.tygh.gov.tw

一位急性呼吸窘迫症候群個案 其家屬決定撤除維生醫療之 加護經驗

黃柏軒¹、紀巧玲²、粘雅淨³

中文摘要

本文為一位因確診嚴重特殊傳染性肺炎導致急性呼吸窘迫症候群個案放置葉克膜，最終家屬決定撤除維生醫療之加護經驗。照護期間自2023年10月21日至11月13日，藉由筆談、身體評估、觀察、病歷查閱與家屬會談收集資料，運用生理、心理、社會及靈性評估，確立健康問題有氣體交換功能障礙、抉擇衝突及預期性哀傷。照護初期除醫囑給予各項處置，更緊急啟動葉克膜爭取治療時間，經過一連串醫療照護後預期死亡仍不可避免，偕同跨團隊與家屬進行完善的溝通，引導做出生命末期決策，並在協助下完成四道人生，使個案得以善終，家屬也放下心中遺憾。期望此篇可作為日後照護參考，及時發現家屬在此過程的情緒變化及需求，才能達到全人、全程、全家的整體性照護。(志為護理，2025; 24:6, 113-122)

關鍵詞：急性呼吸窘迫症候群、氣體交換功能障礙、抉擇衝突、撤除維生醫療、預期性哀傷

前言

2019年嚴重特殊傳染性肺炎(coronavirus disease 2019, COVID-19)爆發，據資料統計，即便過了三年，2023年國人10大死因中COVID-19仍位居第六(衛生福利部，2024)。感染COVID-19多數會出現發燒、

倦怠感，嚴重則會引發急性呼吸窘迫症候群(acute respiratory distress syndrome, ARDS)需放置氣管內管輔助呼吸，甚至需緊急放置葉克膜爭取更多治療時間(鄭、鄭，2020；Gibson et al., 2020)。當經過一連串醫療照護預期死亡仍無可避免時，則需審慎與家屬溝通，思考撤除維生醫

長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院護理師¹、長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院護理長²、長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院副護理長³

接受刊載：2025年6月18日

通訊作者地址：粘雅淨 833高雄市鳥松區大塊路123號

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

療的必要性，避免無效醫療延長病人痛苦(陳婉君等，2020；蔡，2023)。然而撤除維生醫療的決定對醫療團隊與家屬而言絕非易事，如何透過完善醫病溝通，適時安寧介入引導進行生命末期的抉擇，及時發現家屬的情緒變化及需求，於重症末期照護格外重要(陳婉君等，2020；蔡，2023)。本文描述一位確診COVID-19併ARDS個案，經治療後家屬決定撤除維生醫療之加護經驗。照護過程因個案感染COVID-19導致雙肺瀰漫性浸潤，引發ARDS緊急協助放置葉克膜維持氣體交換爭取更多治療時間，但最終仍無法延緩病情惡化，家屬不捨個案離去也不希望個案痛苦，產生撤除維生醫療與否的抉擇衝突，且預期個案即將離世，於生理及心理上產生一連串哀傷反應。鑑於生命末期照護應以家庭為核心，並非僅止於個案本身，且重症單位常因忙於照護個案生理上的問題，忽略了家屬在面對至親即將離世時亦背負巨大的哀傷，故引發筆者撰寫此篇照護經驗之動機。期望藉由個別化的護理措施，除維持個案生理上舒適，更重要的是陪伴家屬度過親人即將離世的哀傷，達到生死兩相安，亦將此經驗分享，做為重症醫療團隊進行全人、全家、全程照護時參考。

文獻查證

一、COVID-19併ARDS之治療與照護

COVID-19為一種具有外套膜的RNA病毒，感染後嚴重會出現肺纖維化、肺部順應性下降、胸部X光呈現兩側瀰漫性肺浸潤等ARDS症狀(Gibson et al.,

2020、Meyer et al., 2021)，此時會放置氣管內管幫助氧合，並計算PaO₂/FiO₂(P/F ratio)了解ARDS嚴重程度，倘若氣體交換功能出現障礙，則會建立體外循環系統(extracorporeal membrane oxygenation, ECMO)合併使用鎮靜、止痛或肌肉鬆弛劑減少耗氧，改善肺泡氣體交換功能(陳柏豪等，2022；Tonna et al., 2021)。根據ECMO照護指引，治療目標維持PaO₂大於70mmHg，護理措施著重於協助每日追蹤胸部X光及動脈氣體分析、依醫囑投予抗生素與類固醇降低發炎反應、密切監測生命徵象、給予分泌物抽吸以維持呼吸道通暢、適當的胸腔物理治療增加通氣量、協助搖高床頭30-45度以促進肺擴張、減少會增加耗氧的活動(鄭、鄭，2020；Meyer et al., 2021；Tonna et al., 2021)，並進行多項數值監測，包括呼吸器通氣設定、動脈血壓、實驗室檢查與動脈氣體分析，根據數值調整ECMO設定(陳柏豪等，2022；Tonna et al., 2021)。然而ECMO使用目的在於爭取治療時間，無法治療疾病本身，倘若經過一連串醫療照護病人臨床問題仍無法改善，醫療團隊則需與家屬討論延續的必要性，避免無效醫療延長病人的痛苦(陳柏豪等，2022)。

二、影響撤除維生醫療之相關因素與護理

當醫療已無益於病情改善，進展至死亡已不可避免時，為維護末期病人最大利益，醫療團隊會與家屬討論撤除維生醫療的意願。面臨撤除抉擇無疑會讓家屬產生龐大的心理壓力，且據過往研究，住院天數大於21天、診斷有癌症、

具宗教信仰等因素皆會影響撤除維生醫療之決策(張、張，2022)，作為家屬與醫療人員間溝通的橋樑，護理措施應著重於了解家屬對治療的想法並幫助表達(陳婉君等，2020、Saeid et al., 2020)。透過家庭會議，說明病況及各項醫療決策的利弊，以尊重不批判的角度同理家屬做出的決定，衛教後續治療所需做的準備，時刻察覺家屬的情緒反應及心理需求，主動關懷，根據宗教信仰提供支持，減少家屬的徬徨與不安(宋等，2022；張、張，2022)。

三、末期病人及家屬身心照護

生命末期的照護不僅止於個案本身，而是以整個家庭為中心。於病人生理方面，末期病人會有疼痛、呼吸困難等不適，可給予止痛藥物進行疼痛控制並緩解呼吸困難；於家屬心理層面，在親人離世前的此段過程，家屬容易產生抑鬱、憤怒、罪惡感等負面情緒，而導致預期性哀傷的問題產生(Saeid et al., 2020)。根據學者陳婉君等(2020)與Saeid et al.(2020)研究，良好的溝通可有效幫助家屬接受哀傷的事實，以中立不批判的角度給予回覆，接納家屬過程中產生的負面情緒，提供表達情緒的空間，透過輕拍背部、提供衛生紙等具體行動，陪伴並安撫家屬情緒(陳柏豪等，2022；陳婉君等，2020)。提供舒適安靜的環境，彈性延長會客時間，可將有意義的宗教物品放置病床旁，偕同安寧共照師共同評估靈性需求，最後引導家屬一同回憶與親人的過往，陪伴度過哀傷過程，引導說出對親人的感謝、愛與歉意，最終道別，完成四道人生，使整

個過程得以圓滿(陳柏豪等，2022；蔡，2023)。

護理評估

一、個案簡介

鐘女士，61歲，大學畢業，已婚育有一女一子，與案夫同住，主要經濟來源為積蓄與子女，因案夫癌症住院治療，住院中主要決策者為案女，慣用語言為國語，無抽菸、喝酒、嚼檳榔，無藥物食物過敏史，宗教信仰為道教。2020年11月診斷急性骨髓性白血病，於2021年9月進行骨髓移植後定期於本院追蹤。

二、治療經過

2023年10月9日因呼吸困難至本院急診治療，COVID-19快篩呈現陽性，胸部X光顯示雙上肺實質病變及雙下肺浸潤，因血氧下降放置氣管內管接呼吸器使用，10月10日轉加護病房。個案意識清楚，10月25日呼吸喘予鎮靜藥物Midazolam 90mg in N/S 100cc run 3cc/hr，GCS呈E1VEM4。11月1日因ARDS放置V-V ECMO，放置後至11月3日前PaO₂皆大於70mmHg，11月5日因意識昏迷停止鎮靜藥物，病情急轉直下，周邊血氧88-89%，雙線升壓劑使用仍無法維持正常生命徵象，與家屬討論後於11月13日撤除維生醫療(ECMO與氣管內管)，撤除後當日死亡。

三、護理評估

照護期間自2023年10月21日至11月13日，藉由筆談、身體評估、觀察、病歷查閱等方式搜集資料，當個案意識不清時透過觀察及與家屬會談等方式搜集資

料，並使用生理、心理、社會與靈性四大層面進行評估如下：

(一)生理層面：

1.營養與代謝：入院時身高159公分、體重53公斤、BMI：20.9kg/m²，屬正常範圍。筆述飲食清淡，於家中每日三餐約1碗飯量，無服用保健食品習慣。10/21觀察口腔黏膜完整無破損，牙齒無搖晃、四肢末梢粉紅，觸診溫暖，四肢脈搏強度皆2+。因氣管內管留置，加護病房期間以鼻胃管批次灌食，每日灌食安素1500卡，每餐反抽皆無未消化物。10/21抽血結果Albumin：2.59g/dL、Na：145mEq/L、K：4.2mEq/L。

2.消化與排泄：筆述住院前排尿正常，每日排便一至兩次，皆為黃褐色成形便。10/21聽診腸蠕動音12-19次/分，視診腹部對稱、觸診腹部柔軟，無壓痛，叩診為鼓音，觀察每日可自解1-2次黃褐色糊便。因治療需密切監測尿量，10/23放置導尿管，觀察尿液色黃呈清澈狀，10/23-10/30每日尿量1200-1700cc，攝入排出量皆於±500cc內。

3.休息與睡眠：主訴住院前作息規律，每日約晚上10點入睡，隔日6點起床，每日可睡眠7-8小時不中斷，無服用安眠藥物習慣。查閱病歷發現住院初期因主訴睡不著，故於10/18起依醫囑使用Alprazolam 0.5 mg 睡前口服，10/21-10/23觀察使用安眠藥物後每日夜眠約5-6小時，若中斷可於3-5分鐘內再次入睡，日間活動時無打哈欠等徵象，閉眼休息時輕喚可叫醒。10/25因呼吸喘使用Midazolam 90mg in N/S 100cc run 3cc/hr，因此GCS呈E2VEM4。

4.活動與運動：個案表示平日生活起居可自理，每日會於自家附近公園走路運動，照護初期四肢肌力5分，因醫囑限制臥床日常需求由護理人員協助完成。因血氧下降留置氣管內管合併呼吸器FiO₂：45%使用，初期床上活動時呼吸平穩，周邊血氧可維持95-100%，10/21COVID-19快篩仍為陽性，10/22筆談：「很多痰都咳不出來」、「想把床頭搖高比較好喘」，聽診雙側肺部為濕囉音，10/23追蹤胸部X光呈現雙下肺實質病變、雙側肺葉瀰漫性浸潤，筆談：「感覺一直很喘」，血氧濃度88-89%，呼吸速率38次/分，於呼吸器FiO₂：60%使用下追蹤動脈氣體分析pH：7.464、PaCO₂：32.4mmHg、PaO₂：54.8mmHg、HCO₃：22.7mmol/L、SAT：91%、P/F ratio = 91.3mmHg，觀察於床上活動或翻身時呼吸速率會逐漸加快至30-32次/分，血氧下降至89-93%，胸腹明顯呈費力狀，10/25-10/30呼吸器FiO₂於60-80%之間上下調整，P/F ratio於80-91mmHg，11/1於呼吸器FiO₂：100%使用下P/F ratio = 54mmHg，血氧下降至80%，胸腹明顯呈費力狀。評估有氣體交換功能障礙之健康問題。

(二)心理層面：

住院初期個案對醫護人員互動皆會微笑並筆談回應，也會關心醫護人員是否吃飯。於10/21 COVID-19快篩仍呈陽性開始，個案時常閉上眼睛，與醫護人員互動時反應減少，表情淡漠，常望著天花板或前方發呆，10/22表示：「醫生說肺纖維化，我以後是不是都不會好了」、「我擔心會變成家裡的負擔」。

10/23於主治醫師查房時筆談詢問：「真的很痛苦，不知道要怎麼辦」、「治療很久都沒有好轉」、「有沒有好一點的藥可以比較快好起來」。評估有無望感之健康問題。

(三)社會層面：

個案61歲，目前角色有病人、妻子與母親。已退休，主要照顧者為案女，於新竹工作，住院期間一周探視3-4次，案夫因癌症住院治療中，案子定居中國大陸經商，約1-2周前來會客一次，故案女探視時會使用手機協助個案與案夫、案子視訊，互動時有說有笑，相處融洽。11/1因氧合未改善，故由案女與其照護初期家人討論後決定放置ECMO。11/5病情惡化，醫師提及對於個案死亡要有心理準備，並提到撤除維生醫療的選項，案子情緒激動大哭，案夫視訊時露出哀傷神情，表示：「怎麼會這樣，放完葉克膜都好好的，怎麼才幾天妳就變成這樣，妳如果走了我怎麼辦」、案子：「媽你要加油，大家都在等你回來，孫子快出生了你要用意志力撐下去！」，11/6案女會客時不停流淚，眼眶泛紅表示：「跟爸爸還有弟弟討論過了，覺得媽媽很辛苦，但不知道該怎麼辦，想放棄但是很難決定……」、「我們不希望讓媽媽這麼辛苦，她用葉克膜這麼久都沒有好轉，醫師有提到如果不想媽媽痛苦，考慮是不是拿掉葉克膜，我跟爸爸同意放手，但是弟弟很捨不得……」、「葉克膜拿掉她是不是很快就會離開了？」、案子則持續輕晃個案肩膀呼喚個案，表示：「知道媽媽這次有可能真的會離開我們

後真的吃不下也睡不著」。評估有抉擇衝突之健康問題。

(四)靈性層面評估

個案信仰道教，表示平時會去廟宇燒香拜拜，住院期間也會將平安符置於床頭與胸前等視線所及處，住院初期觀察個案也會於閒暇時間手寫經文祈福，家屬會客時也會於床邊唸經文祈求平安。

問題確立

依據上述評估，確立身、心及社會各方面之健康問題有：一、有氣體交換功能障礙-與雙側肺葉瀰漫性浸潤有關；二、無望感-與疾病失去控制有關；三、抉擇衝突-家屬面臨撤除維生醫療的抉擇有關；四、預期性哀傷-與家屬面臨個案即將死亡有關，以影響個案生命及家庭身心健康優先順序，針對氣體交換功能障礙、抉擇衝突與預期性哀傷三項健康問題擬定照護計劃。

一、氣體交換功能障礙-與雙側肺葉瀰漫性浸潤有關(10/23-11/13)

護理目標

放置葉克膜期間個案 $\text{PaO}_2 \geq 70\text{mmHg}$ 。

護理措施

每小時觀察並記錄生命徵象、呼吸頻率及深度，觀察是否使用呼吸輔助肌。每日計算P/F ratio以評估ARDS嚴重程度。11/1 因呼吸器FiO₂：100%使用下P/F ratio = 54mmHg，屬重度ARDS，故協助心臟外科放置V-V ECMO，設定轉速2202bpm、ECMO Flow：3.65 L、gas blender：3.5L、ECMO FiO₂ 100%，在放置ECMO後除原midazolam鎮靜藥物，於11/1協助給予止痛藥fentanyl 1mg

in N/S 100cc run 3cc/hr及肌肉鬆弛劑 cisatracurium 200mg in N/S 250cc run 5cc/hr，並依醫囑每小時評估意識及4小時追蹤動脈血液氣體分析，每日主動回報抽血數值，並與醫護團隊討論ECMO及呼吸器設定。依醫囑投予常規抗生素及類固醇藥物。放置ECMO期間每日追蹤胸部X光確認管路位置與肺部變化，治療或翻身時注意管路位置，避免牽扯或滑脫。葉克膜放置期間每小時記錄氧合器是否出現凝血、凝固、血漿滲漏或凹折等異常狀況。

護理評值

11/1放置ECMO後於呼吸器FiO₂：40%使用下周邊血氧99%，鎮靜藥物使用下，呼吸速率15-20次/分，動脈氣體分析PH：7.440、PaCO₂：22.1mmHg、PaO₂：85mmHg、HCO₃：14.7mmol/L。11/2 ECMO FiO₂：100%，與醫療團隊討論後調整呼吸器FiO₂為35%，調整後動脈氣體分析PH：7.40、PaCO₂：30.1mmHg、PaO₂：101.2mmHg、HCO₃：23.7mmol/L。

二、抉擇衝突-家屬面臨撤除維生醫療的抉擇有關(11/5-11/13)

護理目標

11/10前家屬能對撤除維生醫療與否達成共識。

護理措施

做為照護第一線，於會客時傾聽家屬對於治療的期待，關心並同理家屬的擔憂，建立信任感。11/7會客後偕同主治醫師、安寧共照師、呼吸治療師與案子、女開立家庭會議，案子則以手機通話方式參與，說明目前病程與治療方

向，了解家屬間對治療的期望，並說明撤除維生醫療的目的、過程及撤除後可能會發生的狀況及處置。11/8因案子擔心撤除過程中個案感受痛苦，故偕同主治醫師向其說明撤除過程中會維持止痛藥使用，透過搖高床頭30至45度、調整臥位促進肺擴張等方式，幫助個案在撤除過程的不適感降到最低。11/9案子會客時情緒激動落淚，故偕同安寧共照師共同關懷，向家屬說：「媽媽辛苦很久，相信你們也很捨不得，無論做任何決定，相信媽媽都會體諒你們，我們也會盡力幫助你們」，以同理及不批判的態度尊重家屬做的任何決定。11/10個案升壓劑已使用到最大劑量，故偕同主治醫師再次召開家庭會議，家屬表示已達成撤除維生醫療共識，與家屬確認撤除日期、再次詳細說明撤除的流程，確保家屬完全了解，並協助簽署撤除流程相關同意書。11/12協助案子提前完成撤除行政流程，讓家屬於撤除當天有足夠時間做最後道別。

護理評值

11/7案子可理解撤除ECMO為醫療選項之一，並向醫療團隊表示「希望媽媽不要再那麼辛苦，她已經努力很久了，看她這樣我們會很捨不得」，並表會與案子、案子共同討論是否撤除葉克膜。

11/10經案子、案子共同討論決定於11/13撤除ECMO。

三、預期性哀傷-與家屬面臨個案即將死亡有關(11/5-11/13)

護理目標

11/10家屬可接受個案即將離世，並於個案離世前可完成四道人生。

護理措施

家屬會客時主動關懷家屬情緒，同理家屬的情緒反應，建立治療性關係。11/6引導家屬參與照護以維持個案舒適感，例如協助使用乳液幫個案按摩、以棉花棒沾溼嘴唇等，透過讓家屬參與末期照護減輕無助感。11/7視家屬需求調整會客時間，會客時拉下床簾，輕掩門扇，營造安靜舒適的空間，引導家屬透過語言、輕拉個案的手、觸摸或擁抱等方式陪伴個案，將帶來保平安的符水擦拭個案四肢皮膚，提供心靈安慰，增加内心安定，減少家屬對個案清醒時不能常陪在旁的愧疚。因案夫疾病住院治療、無法前來會客，故11/8協助案夫視訊，鼓勵案夫可與個案說說過往的回憶或對她的思念，也可用錄音機錄製其他家屬與親朋好友對個案的思念、感受或想說的話放在床邊播放。11/10家屬決定撤除維生醫療，案女會客時情緒激動落淚，一言不發，故與安寧共照師一同進行哀傷撫慰，給予充分的時間發洩情緒，用回憶平衡哀傷，理解並關懷：「死亡不會切斷你們的關係，她在你們心中永遠延續著，你們可以跟她說說以前發生的事或是覺得遺憾的事，她或許還聽得到」，案子女哭泣時給予支持，如主動提供衛生紙、輕拍背部、提供椅子讓家屬陪伴在旁。11/11案女表達擔心撤除後個案呼吸不順而感到痛苦，再次偕同安寧共照師與主治醫師，強調撤除過程及撤除後止痛藥會一直使用，並全程給與100%氧氣濃度支持。因每日會客僅30分鐘，11/10與主治醫師及護理長討論後於夜間治療活動空檔額外提供30

分鐘讓家屬病危探視。11/10家屬決定撤除維生醫療後，偕同安寧共照師開始引導家屬訴說心裡的不捨，對個案道謝、道愛、道歉及道別，表達家屬心理的遺憾，減少心理的失落。

護理評值

11/9會客時案女將錄音機帶來，表示：「昨天你說完後我就連絡親戚和媽媽以前很好的朋友幫忙錄音，原本覺得很難過，晚上在回放錄音時突然覺得很感動，有那麼多人關心她，自己也被安慰到的感覺」。11/10案女詢問撤除後如何準備後事，向其說明醫院往生與病危出院的差異，及臨終事宜及用物準備，其表示：「我跟爸爸還有弟弟討論過了，如果拿掉葉克膜媽媽離開的話，我們決定要在醫院往生，我們會帶媽媽喜歡的衣服來」。11/12案女輕撫個案臉頰：「媽媽謝謝你辛苦的養我們長大，明天你要拔管了，你放心我們都會好好生活的。」。11/13撤除前半小時，依醫囑Fentanyl 1mg in N/S 100cc run 3cc/hr，由案子女陪伴在旁，緊握個案雙手：「媽媽你放心，我們會好好照顧自己，也會照顧好爸爸，你要安心地離開」。11/13撤除後依醫囑予以非再吸入型氧氣面罩100%使用，個案於當日15：07離世，與案子女共同為個案換上衣物，案子緊握個案雙手：「媽媽病痛都好了我們要出院了喔」。後續11/15案女回病房辦理結帳手續時給予心理關懷，其語氣平穩表示：「這幾天在忙著辦理媽媽的後事，過程很平靜也很溫馨。謝謝你們在醫院的陪伴與協助，讓我們有機會好好和媽媽道別」。表示家人目前能自我

調適悲傷情緒，並感謝醫療團隊提供的善終照護。

討論與結論

本文描述一位COVID-19合併ARDS，最後家屬決定撤除維生醫療之護理經驗。過程運用生理、心理、社會與靈性評估，確認個案有氣體交換功能障礙及家屬有抉擇衝突與預期性哀傷之健康問題。護理過程除醫囑給予藥物、定期監測動脈氣體分析及調整臥位維持個案氧合，更協助啟動ECMO爭取治療時間，在積極治療仍無法避免面臨死亡的情況下，筆者應用宋等(2022)、Saeid et al.(2020)文獻提出之觀點，偕同團隊成員開立家庭會議與家屬進行完善的溝通，詳細說明目前病情進展及撤除維生醫療的過程，引導家屬做出生命末期的決策，同理家屬情緒給予正向支持度過哀傷，最終家屬決定撤除維生醫療，在團隊成員的引導下完成四道人生，使個案得以善終。

個案住院初期意識清醒，家屬本期盼使用ECMO爭取治療時間，但後續疾病惡化快速，因此在提及撤除維生醫療之初難以接受，花費一段時間陪伴家屬面對與做出決定，為照顧過程困難之處。此外，重症護理常面臨病情急轉直下，生死一瞬間只能先選擇積極救命，故未能在個案清醒時瞭解其對於後續治療的想法，此為照護過程之限制。另外，統整文獻發現住院大於21天、診斷包含癌症、具宗教信仰，家屬對於家庭會議召開及簽署安寧緩和意願較高(張、張，2022)，與此次筆者照護個案相呼應，最

後家屬也以個案善終為期望，選擇撤除維生醫療，後續至病房辦理手續時案女也表示：「看她離開的時候表情沒有痛苦，我們也覺得比較安心，謝謝你們讓媽媽安穩走過人生最後一段」。建議除照護個案生心理問題外，也要訓練發現家屬情緒變化及需求的靈敏度，達到全人、全程、全家的整體性照顧，以提供更完整的重症照護品質。

參考資料

- 宋聖芬、陳煌麒、楊婉萍(2022) · 末期醫療抉擇的家庭會議溝通模式之回溯性分析 · 台灣公共衛生雜誌，41(2)，226-233。[https://doi.org/10.6288/TJPH.202204_41\(2\).110147](https://doi.org/10.6288/TJPH.202204_41(2).110147)
- 張文演、張淑美(2022) · 某醫院生命末期病患接受家庭會議、安寧緩和照護與簽署不施行心肺復甦術之回溯性研究 · 安寧療護雜誌，26(3)，224-238。[https://doi.org/10.6537/TJHPC.202211_26\(3\).02](https://doi.org/10.6537/TJHPC.202211_26(3).02)
- 陳柏豪、朱建民、宋黃平、林麗梅、許佑明、趙偉如、陳淑馨、林亭慧、覃紹凱、許秀玲、李苡甄、洪明銳、謝文斌(2022) · 重度急性呼吸窘迫症之處置 · 臺灣醫界，65(8)，14-20。
- 陳婉君、潘雪幸、劉淑皎、陳佳宏、洪東源、張芳維、歐淑華(2020) · 某離島醫護人員對末期病人撤除維生醫療行為意向及其相關因素探討 · 安寧療護雜誌，24(2)，112-126。[https://doi.org/10.6537/TJHPC.202006_24\(2\).02](https://doi.org/10.6537/TJHPC.202006_24(2).02)
- 蔡兆勳(2023) · 末期病人適切的醫療照護—以病人為中心的安寧緩和醫療 · 澄清醫護管理雜誌，19(4)，4-9。
- 鄭舒帆、鄭高珍(2020) · 新冠肺炎之處置：

- 藥物治療及重症照護・內科學誌，31(4)，239-246。[https://doi.org/10.6314/JIMT.202008_31\(4\).03](https://doi.org/10.6314/JIMT.202008_31(4).03)
- 衛生福利部(2024，6月17日)・112年國人死因統計結果。<https://www.mohw.gov.tw/cp-16-79055-1.html>
- Gibson, P. G., Qin, L., & Puah, S. H. (2020). COVID-19 acute respiratory distress syndrome (ARDS): Clinical features and differences from typical pre-COVID-19 ARDS. *The Medical Journal of Australia*, 213(2), 54 - 56.e1. <https://doi.org/10.5694/mja2.50674>
- Meyer, N. J., Gattinoni, L., & Calfee, C. S. (2021). Acute respiratory distress syndrome. *Lancet*, 398(10300), 622-637. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00439-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00439-6)
- Saeid, Y., Salaree, M. M., Ebadi, A., & Moradian, S. T. (2020). Family intensive care unit syndrome: An integrative review. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 25(5), 361-368. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_243_19
- Tonna, J. E., Abrams, D., Brodie, D., Greenwood, J. C., Rubio Mateo-Sidron, J. A., Usman, A., & Fan, E. (2021). Management of adult patients supported with venovenous extracorporeal membrane oxygenation (VV ECMO): Guideline from the extracorporeal life support organization (ELSO). *American Society for Artificial Internal Organs Journal*, 67(6), 601 - 610. <https://doi.org/10.1097/MAT.0000000000001432>

靜思語

把他人拿來作自己的鏡子，
看到優點可以自我鞭策，
看到缺點則自我反省。

～證嚴法師靜思語～

We should view the people around us as mirrors,
so that we can learn from their strengths
and avoid repeating their mistakes.

～Master Cheng Yen～



Intensive Care Experience for a Patient with ARDS that the Family Decided to Withdraw Life-Sustaining Treatment

Po-Hsuan Huang¹, Chiao-Lin Chi², Ya-Ching Nien³

ABSTRACT

The paper describes the experience of a family member who decided to withdraw life-sustaining treatment for a patient with acute respiratory distress syndrome post-extracorporeal membrane oxygenation (ECMO). The nursing period was from October 21 to November 13, 2023. Data was collected through communication via writing, physical assessment, observation, medical record review and interview with family. Gas exchange impairment, decisional conflict, and anticipatory grief were identified. Through regular monitoring, ECMO was placed in an emergency to gain more treatment time. As death approached, the family meeting was held to make end-of-life decisions. Guiding family to complete the four themes of life. As a result, the patient died a good death and the family members left no regrets behind. We hope this nursing experience can provide as a reference for clinical staff when caring for patients with similar conditions and help to promptly discover the emotional changes of family during the process and achieve holistic healthcare involving the patient, the process and the family. (Tzu Chi Nursing Journal, 2025; 24:6, 113-122)

Keywords: ARDS, gas exchange impairment, decisional conflict, withdraw life-sustaining treatment, anticipatory grief

RN, Chang Gung Medical Foundation, Kaohsiung Chang Gung Memorial Hospital¹; Head Nurse, Chang Gung Medical Foundation, Kaohsiung Chang Gung Memorial hospital²; Assistant Head Nurse, Chang Gung Medical Foundation, Kaohsiung Chang Gung Memorial Hospital³

Accepted: June 18, 2025

Address correspondence to: Ya-Ching Nien No. 123, Ta-Pei Rd, Niao-Sung, Kaohsiung county 833, Taiwan
Tel: 886-7-731-7123 #2859 E-mail: yaching79@cgmh.org.tw