



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

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

嘉義慈濟診所

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

三義慈濟中醫醫院

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

蘇州慈濟門診部

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

C Contents | 目錄

6

(上人開示)

好人會集，好事互勉

Gathering of the Virtuous, Mutual Inspiration for Good /Dharma Master Cheng Yen

■ 封面故事

p.16

當災難來臨時

When Disaster Strikes

慈濟護理於災難現場救護能力訓練與經驗分享

Tzu Chi Nursing's Disaster Scene Emergency Care Training and Experience Sharing

文／王淑貞 Su-Chen Wang

- 28 苦難中淬鍊護理韌性——花蓮慈院災難護理的誕生 文／周英芳、鍾惠君
Tempering Nursing Resilience in Suffering — The Birth of Disaster Nursing at Hualien Tzu Chi Hospital /Ying-Fang Chou, Hui-Chun Chung
- 32 災難現場的那十幾秒沉默 文／高立晟
Those Ten-Plus Seconds of Silence at the Disaster Scene /Li-Cheng Kao
- 35 備而不用的勇氣——花蓮縣災難醫療隊的日常與信仰 文／廖昱淇
The Courage to Prepare Without Using — The Daily Life and Faith of Hualien County's Disaster Medical Team /Yu-Chi Liao
- 38 三場大量傷患的淬鍊 文／范君嘉
Strengthened by Three Mass Casualty Incidents /Chun-Chia Fan
- 40 團隊在災難中展現的韌性力量 文／周云鵬
Resilient Strength: What the Team Demonstrated in Disasters /Yun-Jyuan Chou
- 42 災難護理教學，關鍵時刻扛住壓力 文／鄒明耘
Disaster Nursing Education: Shouldering the Pressure at Critical Moments /Ming-Yun Chou
- 44 泥濘中的生命復原力 文／江國誠
Life's Resilience in the Mud in Guangfu Township, Hualien County /Gwo-Cheng Chiang

8

〔社論〕

在災難裂縫中 溫柔且堅定的力量 文／林欣榮
Compassion and Resilience Through Disaster's Fractures /Shinn-Zong Lin

10

〔編者的話〕

在災難中覺行：讓護理的光，穩穩亮著 文／鍾惠君
Practicing Awakening in Disaster: Keeping the Light of Nursing Steadily Shining
/Hui-Chun Chung

12

〔白袍 vs. 白衣〕

災難無情，護理有情 文／許文林
Disasters Are Merciless, Nursing Is Compassionate /Dr. Wen-Lin Hsu

48

〔人物誌〕

守護東部醫療最前線
蕭琦諭 花蓮慈院急診護理長 文／林芷儀
Guarding the Frontline of Eastern Region Healthcare — Chi-Yu Hsiao, Head
Nurse of Hualien Tzu Chi Hospital Emergency Department /Chih-Yi Lin

58

〔阿長請聽我說〕

比昨天的自己更好一點 文／林妍妍
A Little Better Than Yesterday's Self /Yen-Yen Lin

62

〔阿長這樣說〕

持續修正的態度，專業內化為本能 文／張瑞雲
An Attitude of Continuous Refinement, Internalizing Professionalism as Instinct
/Jul-Yun Chang

64

〔白衣日誌〕

護理成就更好的自己 文／劉旻柔
Nursing Achieves a Better Self /Min-Rou Liou

66

〔愛在護病間〕

震後的生命曙光 文／孔繁郡
Dawn of Life After the Earthquake /Fan-Jyun Kong

69

〔志工伴我行〕

柔軟溫暖的陪伴同行者 文／王琬詳
Volunteers as Gentle and Warm Companions to Clinical Nurses /Wan-Hsiang Wang

72

〔男丁手記〕

當護理成為一種選擇 文／范家豪
When Nursing Becomes a Choice /Chia-Hao Fan

C ontents | 學術論文

79

提升內科加護病房失禁性皮膚炎照護正確率

/ 李美貞、陳陶霏瑜、李彥錚、呂基燕、鍾惠君

Improving the Appropriateness of Care for Incontinence-Associated Dermatitis in Internal Medical Intensive Care Unit

/Mei-Chen Lee, Pei-Yu Chentao, Yen-Jen Lee, Ji-Yan Lyu, Hui-Chun Chung

92

提升護理人員執行膝關節置換術後下肢腫脹衛教指導完整性

/ 許書瑋、郭貞嬋、戎嘉寧、蔡幸娟、吳徐慧

Improving the Completeness of Nursing Staff 's Health Education Guidance on Lower Limb Swelling After Knee Replacement Surgery

/Shu-Wei Hsu, Chen-Chan Kuo, Chia-Ning Jung, Hsing-Chuan Tsai, Hsu-Hui Wu

107

降低全身麻醉術後恢復室病人口渴發生率

/ 陳燕雪、方雅晶、邱琪偵、林姿佳

Reducing the Incidence of Thirst in Patients in the Post-Anesthesia Care Unit (PACU) Following General Anesthesia

/Yen-Hsueh Chen, Ya-Ching Fang, Chi-Chin Chiu, Tzu-Chia Lin

121

照顧一位異食症兒童之急診照護經驗 / 張如雯、葉惠玲

Emergency Care Experience Caring for a Child with Pica

/Ru-Wen Chang, Hui-Ling Yeh

130

運用賦權概念提升高齡糖尿病個案正向健康促進行為之護理經驗

/ 陳筱鳳、王美惠

Nursing Experience of Using Empowerment Concept to Enhance Positive Health-Promoting Behaviors in Elderly Patients with Diabetes

/Hsiao-Feng Chen, Mei-Hui Wang

志為護理

TZU CHI NURSING JOURNAL

第 25 卷 第 1 期 2026 年 2 月出版

Volume 25 · Number 1 · February 2026

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

論文集編 王淑貞

人文主編 王淑貞、廖如文、許琦珍、林玉娟、林詩淳
湯靜芬、黃秋惠

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)

編輯 洪靜茹、林芷儀

美術編輯 李玉如

網頁編輯 沈健民

行政 吳宜芳、林芷儀

封面攝影 李玉如

內文攝影 李玉如

封面人物 花蓮慈院護理師 張珺庭

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

2026 年 2 月出版

第 25 卷 第 1 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。



好人會集 好事互勉

Gathering of the Virtuous,
Mutual Inspiration for Good

愛的能量，需匯聚無數人的愛心才能展現。福與慧要相輔相成，我們常說真、善、美的結合，就是有福的人生。用真誠的心付出，是「真」；所做都為利益人群，是「善」；會合真心與善良行在人間道上，是「美」。人人福慧雙修，還能成就地方上的平安。

世間人難免有病痛，老化也是免不了的天然法則。人一旦病了、痛了、老了，都需要求醫。所以慈濟先有慈善，接著是建醫院，現在全臺共有九家慈濟醫院和診所，每天都在救拔病苦。

再富有的人也會有病痛，再強健的人也可能忽然間被疾病打倒。常記得一個故事，三國時代的張飛，總說自己很勇猛，敵人再多也不怕，有一天孔明在他手心寫了一個字，問他怕不怕？他一看到是「病」字，嚇得連退三步，可見人生最怕病來磨。

生病實在很苦，最重要的是培養好醫師、好護理，才能守護生命，於是繼醫療之後，我們再辦教育。首先設立「慈濟護專」，醫院需要更多護理師投入，在第一線照顧病人；五年後「慈濟醫學院」也開始招生，在東部培育醫師。這兩所學校歷經升格、增設系所，現已合併為「慈濟大學」。

慈濟志業是仰仗許許多多人一起用心、用愛所完成，慈善救濟貧苦，醫療守護生命，而教育可以成就社會的人才。近來請託慈大劉校長盤點三十多年來，已經培養出多少護理師和醫師，應主動與他們聯絡，邀約加入校友會。希望號召這些醫、護及在各行各業的畢業生，回到花蓮分享自己的人生、事業，如何做到對人間有利益，為社會貢獻所學。

個人所做的好事，展現出人品典範足以讓大家學習，皆可稱之為「經典」。很期待好人會集，好事分享，互勉帶動，讓愛的能量再擴大，人間就會更美好。☺

釋證嚴

為佛教・為眾生 六十年的願行長河

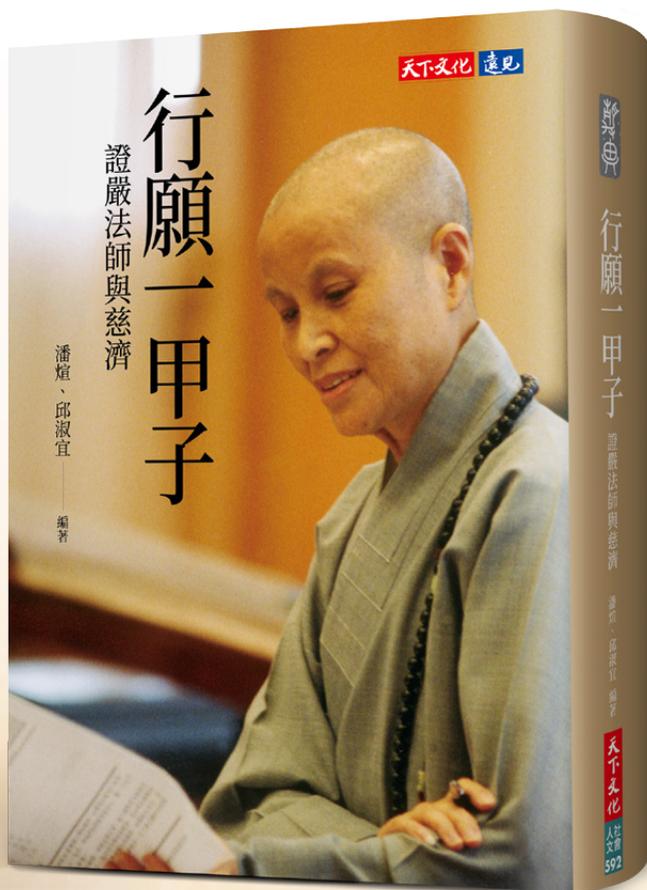
一甲子是一段路，也是一分承擔；
期待慈濟人用更謙卑的愛、更堅定的願，
繼續陪伴苦難，照亮世界黑暗的角落，
讓善念長流、慈悲綻放。

——釋證嚴 慈濟基金會創辦人

以恒持的善念與行動 留下穿越時代的足跡

《行願一甲子》透過珍貴史料、訪談與當事人記述，呈現慈濟如何在無資源、無人手的年代，仍以誠正信實的力量啟動善循環；也描繪出無數平凡人如何在慈濟路上，改變了自己的命運，也改變了他人的生命。

- ★ 全彩印刷，超過六十幅珍貴照片
- ★ 軟皮精裝，六十週年典藏版



定價 700 元



在災難裂縫中 溫柔且堅定的力量

Compassion and Resilience Through
Disaster's Fractures

◆ 文 | 林欣榮 花蓮慈濟醫院院長

在「國家生技醫療品質獎」授獎典禮中，花蓮慈濟醫院護理部以「在災難中覺行，為護理注入創新與賦能」獲得護理領導與管理組「銀獎」及 SNQ 標章，也是此類組唯一獲得肯定的醫院。這不只是護理部的榮譽，更是全院團隊在無數個餘震中堅守崗位，悲智雙運，在災難現場與時間賽跑的縮影。

位在歐亞大陸板塊與菲律賓板塊交界處，花蓮是臺灣地殼運動的前線。在劇烈的地震重塑太魯閣峽谷的鬼斧神工與高山大海；來自太平洋的熱帶氣旋，除了在陡峭的斷崖上留下水文印記，無情風雨引發的災難，往往令人不忍回首。對我們來說，「災難」從來不是報章書本上的名詞。

我回到花蓮這十年來，我們經歷了 0206 大地震、0403 大地震，當全臺民眾看到地震新聞而驚慌時，我們的醫護第一時間不是逃生，而是「反向衝刺」。2021 年 4 月 2 日上午，北迴線太魯閣號列車出軌事故，我們的醫護身影從災難地點的檢傷到醫院急診的大量傷患因應，「守護生命、守護健康、守護愛」是深入骨血的承諾。

隨著歲月的行動累積，花蓮慈濟醫院啟業 40 年，面對突如其來的崩塌與救護，也讓護理團隊不再只是「被動等待指令」的人。我們看到的是醫護團隊並肩前進，將那些混亂的、怵目驚心的救災經驗，一點一滴轉化為有溫度的系統。護理部不僅提升同仁個別技能，更將多次災難事件中的痛點經驗制度化，融入文化，形成以護理為核心的災難治理模式，且具創新與明確架構、完整制度、可查證證據與高度複製性的領導模式，這是此次獲評審團高度肯定的主要原因。

護理部團隊同時透過創新的「情境模擬教學」與「心理韌性賦能」，將護理

人員的角色重新定義，發展出 TRACE 策略模式，就是科技整合 (Technology)、應變韌性 (Resilience)、數據分析 (Analytics)、文化敏感 (Cultural) 及跨域協作 (Engaged)，系統建構七項創新資訊與七項賦能指標，打造可視化、標準化、智慧化的災難護理管理模式。

護理同仁學習用數據分析來精準決策，用科技輔助效率，更重要的是，更在彼此身上灌注「應變韌性」。自 0206 地震以來，不斷從搶救生命的過程，透過跨單位合作，包括 AI 中心、資訊室、工務室、總務室、社會服務室……，精進、成長，當災難搶救的黃金時刻，數據告訴我們，平均 10 秒就能完成一個檢傷；院內急救的 ROSC（回復自主循環）指標，在 2024 年，院內急救是 47.3%，到院前急救是 32.5%；災難事件人員召回率 100%、災難事件檢傷平均每人 10 秒、護理韌性指數 11.9，均優於全球紀錄。我們的護理師逐漸成為具備高度判斷力與決策能力的「主動救護者」。

更讓我感動的，是那種「以人為本」的溫度。無論是在急診室、重症病房與死神拔河，或者是在病房悉心的照護病人，甚至走入居家、走入社區、走入偏鄉，處處有護理師的身影，始終穿梭在醫療最前線。護理同仁觀察環境、聆聽擔憂、調整衛教，把醫療從冰冷的診間，延伸到溫暖的客廳。

我們感恩護理同仁，卻也憂心少子化帶來的衝擊，特別是花蓮、臺東，招募人才遠比西部、北部艱困，因此培育護理人才成為花蓮慈濟醫院的重要目標，循著賴總統的「健康臺灣深耕計畫」，我們與慈濟大學啟動「百萬成星·護理有光」計畫，將與花蓮、臺東、宜蘭三縣的國中合作，向下扎根，啟動完善的育才和留才規畫，為東部的鄉親培育護理人才。

醫療要永續，最重要的就是「人」。多年來，花蓮慈濟醫院在證嚴上人的支持下，在人力資源與人才培育上做了許多的努力，在學習過程提供獎助計畫，在職場上提高薪資之外，更希望協助同仁都能做喜歡的事、在工作上肯定自我。

我們期待這項深耕計畫能為東部的鄉親培育護理人才；讓在地子弟、人才都能留在東部；讓病人獲得有品質的照護與健康；讓每一位護理人員在工作崗位上透過真誠在細微處落實尊重與關懷，不僅帶來專業高成就感，更實現了「施比受更有福」的生命價值。☺



在災難中覺行

讓護理的光，穩穩亮著

Practicing Awakening in Disaster: Keeping the Light of Nursing Steadily Shining

◆ 文 | 鍾惠君 花蓮慈濟醫院護理部主任

回想 2018 年，2 月 6 日那一天的夜裡，大地突然震動。

燈光短暫晃動後，病房裡傳來低低的驚呼聲。我記得，一位護理同仁迅速走到病床旁，半蹲下來，握住病人的手，輕聲說：「別怕，我在。」她的聲音不大，卻讓原本顫抖的空氣慢慢沉靜下來。那一刻，我看見的，不只是一位正在值班的護理師，而是一道在災難中穩住人心的身影。

餘震一波接著一波。許多同仁在家中仍感受到晃動，卻在第一時間回到崗位。有人來不及安頓家人，就已站在急診門口；有人一邊安撫病人，一邊用訊息確認遠方親人的平安。護理，就是在這樣的拉扯之中，仍選擇把眼前的生命放在最優先照顧的位置。

每一次災難來臨，世界彷彿被迫按下暫停鍵。大地震動、人心惶惶，時間在那一刻變得既急促又漫長。而在這樣的時刻，護理人員總是第一個走進混亂、也是最後一個離開的人。

花蓮，是一塊溫柔卻多變的土地。地震、颱風、交通阻隔與多族群文化，構成了我們日常生活的一部分，也形塑了護理工作的樣貌。多年來，我們一次次在風雨中站穩腳步，也一次次在震盪後重新整理自己。慢慢地，我們體會到，真正支撐護理同仁走過災難的，從來不只是勇敢，而是一分被承接、被理解、被陪伴的力量。這分力量，來自人與人之間。

「在災難中覺行」，對我們而言，不是一句口號，而是一段真實走過的生命歷程。

所謂「覺」，是在慌亂中讓心安住，看見自己的不足，也看見彼此的需要；所謂「行」，則是在災難過後，願意為下一次多做一點準備，讓傷痕成為成長的起點。

在一次次的災難經驗中，我深深感受到護理韌性推進小組成員所展現的熱血與投入。這群同仁，常常是在忙碌工作之外仍願意留下來討論、演練、修正流程的人；是在深夜的會議中，為了一個細節反覆思索，只為讓下一次能更安全一些的人；也是在同仁最疲憊、最無助的時候，輕聲問一句：「你還好嗎？」的人。

所謂韌性，從來不是不會受傷。韌性，是在受傷之後，仍願意站起來，繼續守護生命，也不忘照顧彼此。也正因為如此，這條從災難現場一步步走出的路，開始被世界看見。花蓮慈濟醫院的災難護理經驗，陸續受邀於歐洲、加拿大、日本、新加坡等地分享，在國際災難護理學會（WSDN）中，連續多年成為口頭發表篇數最多的團隊之一；多年累積的實務經驗，也已轉化為超過八十五篇國際學術發表。更有多國政府與醫療團隊專程來到花蓮，實地學習我們如何在高災害風險地區，建構以護理為核心的災難治理模式。最令我們動容的，是新加坡官方紀錄片團隊走進急診現場，真實記錄護理在災難中的角色。那不是表演，而是日常。當鏡頭靜靜拍下護理同仁的背影，我深深感受到——原來，這些在花東土地上默默累積的努力，正在為臺灣寫下一段屬於護理的國際座標。

在慈濟的文化中，我們始終相信，醫療不只是技術，更是一分安住人心的力量。

災難中，我們看見身體的傷，也看見心的顫抖；因此，我們學習在救人之餘，也溫柔地接住同仁的情緒與疲憊。從一句關心、一個擁抱，到讓人能安心說出脆弱的空間，這些看似微小的行動，卻是支撐團隊走得更遠的關鍵。科技的進步，確實為護理帶來更多可能，讓資訊更即時、讓流程更順暢。但我們始終提醒自己，科技只是工具，真正讓護理發光的，仍然是人心。當制度能夠保護人、科技能夠支持人，人文關懷才能真正落地。

本期封面故事所有作者群分享的災難護理經驗，不只是花蓮慈濟醫院的經驗，而是一分來自護理現場的邀請：在這個充滿不確定的世界裡，讓我們彼此成為穩定的力量。或許，我們無法阻止災難的發生，但我們可以選擇，用更溫柔更有準備的方式，陪伴生命走過。

願每一位護理同仁，都能在付出的同時，被理解、被照顧；也願護理的光，在風雨之中，始終穩穩亮著。謹以此文，獻給所有在災難與日常中，默默守護生命、守護彼此的護理同仁。☺

災難無情 護理有情

Disasters Are Merciless, Nursing Is Compassionate



許文林

花蓮慈濟醫院資深顧問暨
放射腫瘤科主治醫師

「在光復風災現場，我看見護理最純粹的力量——在泥水中一步一步，把照護送到最需要的人身邊。」

2025 年 9 月 23 日樺加沙風災重創花蓮縣光復鄉，從接獲任務到 24 日抵達現場，整個過程充滿未知——道路坍方、泥流覆蓋、到處封路。我和同仁沿路繞行，最後在午後 13:40 抵達光復糖廠。此行原本只帶著簡易醫療器材與常備藥品，但當踏進災區的那一刻，我就知道：我們能做的，遠不止如此。

在花蓮縣衛生局協助下，我們於大進國小體育器材室迅速騰出空間，設置第一個臨時醫療站。那天下午，看診 32 位鄉親。有長輩因撤離匆忙而忘了慢性病藥物、有民眾眼睛被髒水刺激、有志工清淤時不慎受傷。那是我第一次深刻感受到——災難不只摧毀家園，也讓人心陷入不安。然而，真正讓我動容的，是在泥水中穿梭的護理背影。



隔日一早七點，花蓮慈院的醫療隊整隊出發，我發現有幾位護理師的鞋子上有著乾泥，顯然是前一天在光復現場的痕跡，今天還是精神飽滿地站在隊伍中。醫療團隊夥伴沒有疑問、沒有抱怨，只帶著一種「鄉親有需要，我們就去」的堅定。上午九點準時駐診，兩小時內看診人數已超過 65 人。為了讓鄉親安心，我在現場說明：慈院的駐診至少三天，而且 24 小時都有人值守。這句話說出口後，我看到不少長輩鬆了一口氣，也看到護理師更挺直了腰桿，讓我為他們感到驕傲。但災情比預期更嚴重，光復糖廠周邊人潮湧入，我們立刻評估並於 26、27 日加開第二、第三醫療站。

由於災區清淤進度快，傷口處理需求大增，護理師不僅要協助醫師處理外傷、換藥、評估感染，也要時時安撫在混亂中焦慮不安的民眾。我對同仁說：「災區什麼都缺，但我們最大的力量，就是事事有人做。」而這次行動再次證明，慈濟醫療真正的底氣，就是護理菩薩。

當得知大同村村民因道路中斷無法就醫時，我們立即組成緊急巡迴醫療隊徒步進入。護理師背著醫材包，踩著鬆軟泥地往目的地前走，一步一步只為了讓行動不便的長者能盡快得到照護。沿途我看著他們身影消失在積水的路上，心中只有一個念頭：這些白衣天使才是真正守護生命的前線。

在後勤方面，藥品與疫苗的保持冷藏也是重點。藥學部與保管組通力合作，第

一天結束後即緊急採購小冰箱送往災區，確保破傷風疫苗等藥品品質不受影響。交通中斷時，越野車友情贊助載運物資，但最終把藥親手送到病人手中的，永遠是護理人員。

在九月底十月初支援光復鄉災區醫療站的 18 天期間，總共服務了超過 4,300 至 4,600 人次的鄉親，這些數字代表著醫護團隊對每一位受災鄉親及鏟子超人、各地志工的身心照護。

災難應變是醫療團隊的專業，但讓災民感到真正安心的，是護理師的陪伴與細心。醫師能提供判斷與方向，但護理師才是真正把醫療落實在每一個需要被照顧的人身上的力量。

這次光復風災，讓我再次想起慈濟醫療的根本——醫院成立之前，就是從義診開始。而護理，在災難現場再次展現它最純粹、最無私、也最令人敬佩的樣貌。我以身為一名醫師為榮，但我更以能與這群白衣天使並肩守護為榮。災難無情，護理有情。無論環境多艱困，只要鄉親需要，慈濟醫療就會在。☺





攝影 / 江家瑜

當災難來臨時

慈濟護理於災難現場
救護能力訓練與經驗分享

When Disaster Strikes

Tzu Chi Nursing's
Disaster Scene
Emergency Care Training
and Experience Sharing



2024年4月3日上午7點58分，正準備交接班之際，突然天搖地動，因為花蓮本就地震頻繁，我們已經「搖習慣了」，一開始大家並不在意，認為地震搖一下就過了。但幾秒後，傳來驚叫聲，因為有兩三位在護理部辦公室門口的督導，因搖晃站不住腳，紛紛跌坐在地上，大家開始警覺這次地震非同小可，原本鎮定的心，開始感到擔心。即使餘震頻頻，走廊連通道因水管破裂漏水，督導們也奮不顧身地紛紛前往病房，關心線上的同仁。

天搖地動， 護理師先顧病人安危

地震發生後，急診啟動大量傷患，護兒中心的護理師奮不顧身的保護著在嬰兒床上的嬰兒。在花蓮經歷過幾次的大災難，所處的建築再搖再晃，護理人員第一個時間想到的都是病人的安危，而不是自己。

臺灣不時面臨地震、颱風等各種突發災害，而護理人員在危急時刻就是最強大的守護崗位！本問卷旨在瞭解臨床人員對災難護理能力之現況、挑

問卷基本資料統計

性別	人數	%
女	958	92.9
男	73	7.1
總計	1,031	100.0
年齡	人數	%
≤20歲	22	2.1
21-25歲	233	22.6
26-30歲	197	19.1
31-35歲	132	12.8
36-40歲	105	10.2
41歲以上	342	33.2
總計	1,031	100.0



目前醫院服務年資	人數	%
≤1年	169	16.4
1.1~2年	125	12.1
2.1~3年	92	8.9
3.1~5年	87	8.4
5年以上	558	54.1
總計	1,031	100.0

職務別	人數	%
護理師／士	773	75.0
副護理長	39	3.8
護理長	55	5.3
督導及以上	24	2.3
個管師(功能小組)	56	5.4
專科護理師(含資深護理師)	84	8.2
總計	1,031	100.0

工作科別屬性	人數	%
內科	178	17.3
外科	129	12.5
小兒	42	4.1
婦產	36	3.5
急重症	169	16.4
功能小組	18	1.7
血液透析室	34	3.3
手術室	75	7.3
門診	183	17.7
心蓮	20	1.9
行政	34	3.3
精神科	36	3.5
其他	77	7.5
總計	1,031	100.0

戰與支持需求，以作為教育規劃與應變策略改善之依據。本期所指的災難是指自然災害、重大事故、公共衛生事件（包括疫情）等。

本期問卷發送至 8 家慈濟醫院護理人員，回收 1,031 份有效問卷，其中女性占 92.9% (N = 958)，男性占 7.1% (N = 73)。年齡以 41 歲以上 (33.2%， N = 342) 及 21-25 歲 (22.6%， N = 233) 占最多。年資以 5 年以上的占最多，占 54.1% (N = 558)。

近三成護理師 具災難現場救護經驗

問卷的第一題詢問有過災難現場救護的經驗？

結果顯示有 72.6% (N = 748) 都沒有參與過災難現場救護的經驗，11.8% 護理人員曾參加天然災害（地震、颱風等）的救災與照護，18.2% 曾參加公共衛生事件（COVID-19、登革熱疫情等）的照護。

曾參加天然災害救護的 11.8% 比例，相較於 2015 年志為護理雜誌發表的「救困扶危」調查「有救災經驗者 13.8%」（徐，2015），比例接近。護理人員參與機會少是很容易理解的，大部分災難現場救護的人員只有少數是醫護人員在現場進行第一線緊急救護，

後續才會有急診後送病房、加護病房及一般病房接續照護。

有公共衛生事件救災經驗的比例近兩成，推測 COVID-19 新冠疫情應是主因之一。急診後送病房的周云鵬護理長說曾分享，當急診啟動大量傷患時，病房就會先清空可以轉床或出院的病人，準備空床來轉接急診的病人。在傳染疾病盛行期間，護理人員也會參與直接或間接照護，這一題是詢問直接照護病人的護理師，但疫情期間護理人員也大量投入，承擔發燒篩檢站或是施打疫苗等活動，共同守護民眾的健康及醫院進出的安全，避免傳染病擴大。

5.2% 曾參加重大意外事故（遊覽車翻覆、嚴重八仙塵爆、火災等）的照護，像 2021 年花蓮太魯閣火車出軌，花蓮慈濟醫院具有救難證照的涂炳旭副護理長及林俊龍執行長第一時間就到事故現場搶救，接送病人到醫院。2011 年阿里山小火車出軌意外，大林慈濟醫院也啟動緊急災害應變救護。2015 年八仙彩色派對粉塵燃燒，造成大量燒燙傷病人，其中有 12 位重傷者送至台北慈濟醫院搶救，因為燒燙傷病人的照護需要有專業的技術，當時慈濟大學及花蓮慈濟醫院具有燒燙傷照護的護理師，也跟衛生局報備後，到臺北支援照護。



1) 您是否有過災難現場救護的經驗？(N = 1,031, 可複選)

沒有參加過 **72.6%**



曾參加天然災害(地震、颱風等)的救災與照護 **11.8%**



曾參加重大意外事故(遊覽車翻覆、嚴重八仙塵爆、火災等)的照護



曾參加公共衛生事件(Covid-19、登革熱疫情等)的照護



有參加其他災難照護 **1.0%**

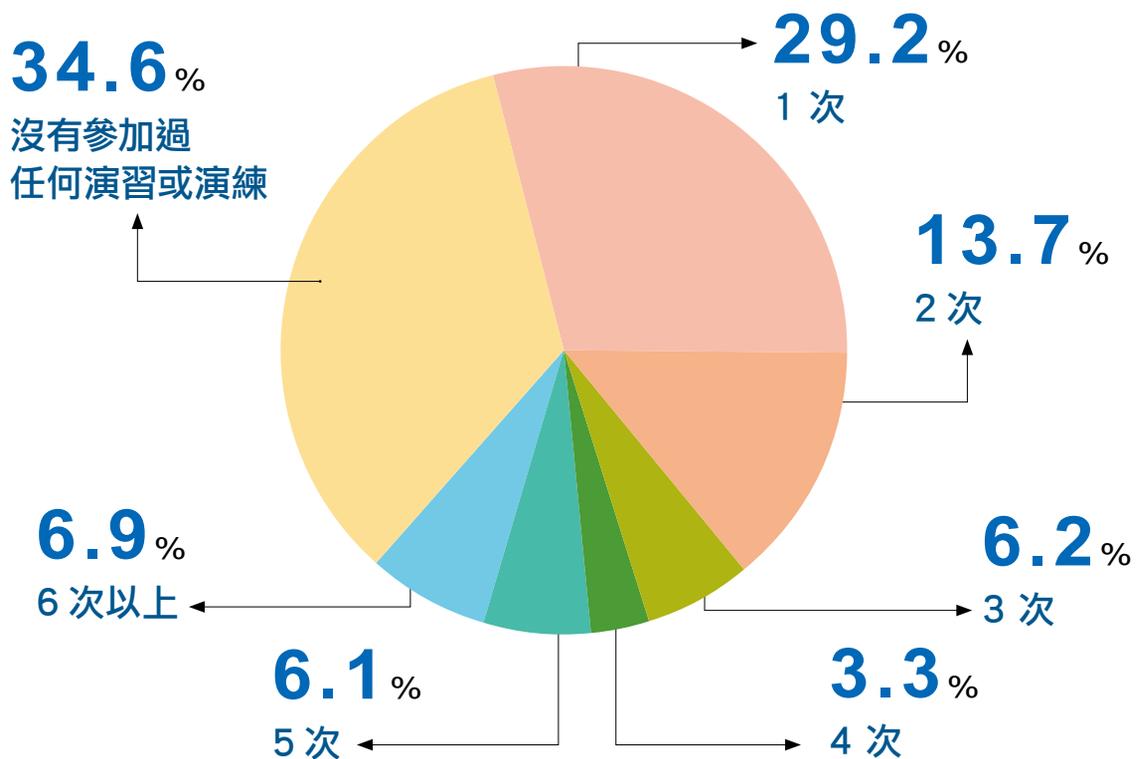


雖然曾經參與實際災難現場救援的護理人員比例只占三成，但接手照護的護理人員也很重要，因為從現場搶救下來之後，有時是一場長期抗戰，需與病魔拉鋸繼續守護生命，以及後續復健或返家計畫的照護。

第一線災難救援與後線照護，各有專業。我們也非常感佩這三成曾經參與現場災難救援的臨床護理人員，需



2) 最近 5 年內，您是否曾經參與醫院內或外部機構舉辦的災難演練 (如大量傷患、防護演練)? (N = 1,031, 單選)



要經過嚴格的急難救助或是特殊專業照護的訓練，才能夠參與救援及救護。

六成六接受災難演練 平日扎實準備待無常

第二題是最近 5 年內，曾經參與醫院內或外部機構舉辦的災難演練 (如大量傷患、防護演練)?

結果顯示有 34.6% 未曾參與過災難演練，29.2% 參加過一次，13.7% 參加過二次。參加 5 次和 6 次以上的各占 6.1% 和 6.9%。相較於 2015 年志為護理雜誌發表的「救困扶危」調查有 37.9% 接受過災難照護或緊急應變的訓練 (徐，2015)，相對高了很多。

醫院每一年都會舉辦一次以上的大量傷患演練、地震及火災演練，而如



3) 您認為在災難救護的最需要強化的能力為何？ (N = 1,031, 複選至多 3項)

創傷救護技能 61.1%

跨團隊協作能力 59.3%

傷患分類 (Triage) 55.5%

個人防護裝備使用 25.9%

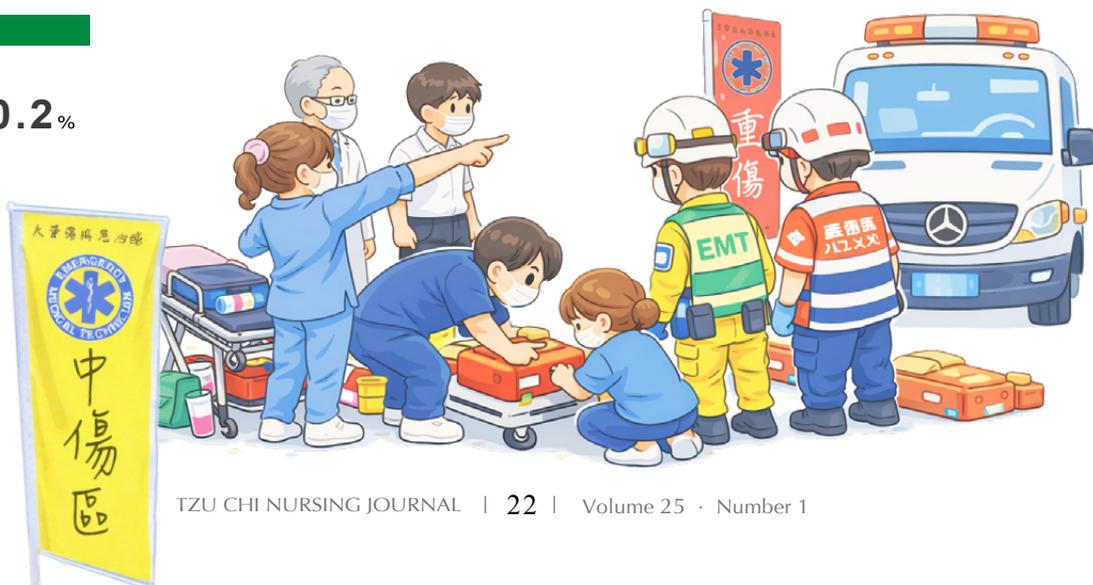
感染控制 11.8%

病人與家屬危機溝通能力 22.0%

心理急救與情緒支持 20.6%

災後心理復原力 15.7%

其他 0.2%



4) 災難期間需留守醫院執行救援，您最關注之議題為？ (N = 1,031，複選至多 3項)



29.6% 病人與家屬安全

49.2% 人力不足

43.6% 物資與設備供應不足

35.8% 指揮與通訊系統不明確

46.4% 缺乏經驗，影響專業表現

20.4% 心理壓力造成身心影響

22.6% 擔心自己家人的安危

14.5% 家人擔心我的安危

12.1% 災後心理創傷輔導

0.1% 其他



何讓輪三班的護理人員盡可能參加演練，時間及方式需妥善考量，畢竟災難頻繁，多一分準備，就有多一分保障。台灣護理學會在 2024 年依照國際護理學會 (ICN) 災難護理核心能力 _ 三級別八範疇，依照能力分級舉辦了訓練課程，花蓮慈濟醫院的涂炳旭副護理長及江國誠護理長擔任講師，分別講授：以花蓮重大災難為例實分享及大災難之復原及關懷 ~ 以花蓮重大災難後 PTSD 實務作為分享 (台灣護理學會，2024)，將慈濟護理團隊的災難救援經驗分享給全臺灣的護理夥伴。

強化災難救護的三大能力：創傷救護技能、跨團隊協作、檢傷分類

第三題是護理人員認為在災難救護的過程中最需要強化的能力為何？最多可以選 3 項。護理人員選最多的是創傷救護技能占 61.1%，其次是跨團隊協作能力 59.3%，第三是傷患分類 (Triage) 占 55.5%。可見護理師仍期望加強自己在創傷照護的技能、團隊合作和傷患分類的角色。這與 2015 年志為護理雜誌發表的「救困扶危」調查的結果，發現有參與救援者運用到緊急救護的技巧最多，但感受到自己要再加強訓練的也是緊急救護能力 (徐，2015)。

花蓮慈濟醫院是急性醫療與急救的重要責任醫院，每年對會針對醫護人員舉辦急診創傷訓練，以確保急救的品質。花蓮慈濟醫院承接健保署的「提升東區重大外傷照護品質計畫」，執行 3 年的時間 (2022 至 2024 年)，存活率從 48% 提升至 54%，未來期望可以提升到 60%，拯救更多的重大傷患。

除了照護技能之外，護理人員也重視個人的防護裝備占 25.9%，病人與家屬危機溝通能力占 22%，心理急救與情緒支持占 20.6%，災後心理復原力占 15.7%。

心理支持與溝通能力 安定災後症候群

危機溝通和心理支持及復原力，是災難後非常重要但又常被忽視的重建工作。花蓮經歷幾次的地震和風災的侵襲，除了對於病人的心理輔導與支持外，對於醫護人員舉辦了多次的安心定心方案，其中有芳香療愈、大愛手、正念減壓及一對一的諮詢，期望醫護人員不要受到這些創傷的影響，可以安心工作。

另外，醫院附近的店家也會有許多支持護理人員的活動，提供護理人員飲料或食物，慈濟的志工等也有啟動

關懷活動，各病房的懿德爸媽主動關懷，這些都是支持護理人員繼續照護病人的動力。過去在遇到颱風或交通不便的氣候時，醫院也都會派車接送或是員工餐廳也會備餐，將食物送到醫院，以解決護理人員交通和用餐之不便。記得之前在疫情時，醫院甚至為防疫旅館工作的工作人員準備便當。選擇感染控制的占率最低，有 11.8%，這可能是因為感染控制是每位護理人員入職時及每一年必須要上的課，所以就沒有特別推薦。

災難留守的前三隱憂： 人力不足、缺乏經驗、物資短缺

第四題在災難期間需留守醫院執行救援，護理人員最關注之議題為何？這也是複選，最多 3 項。護理人員最在意的選項是人力不足，占 49.2%，其次是缺乏經驗，影響專業表現，占 46.4%，第三是物資與設備供應不足，占 43.6。這三項其實也是在臨床上護理人員最在意的要素。但可能會因為情境不同，需求也會有所不同。當醫院廣播大量傷患時，會有大批的醫護人員從病房、宿舍或家裡到醫院支援，在搶救時，會有大量人潮湧進，所以人力可能不是問題，但經驗及專業就有待考驗。

有 35.8% 護理人員認為指揮與通訊系統不明確。記得 0206 大地震發生的時間是在夜間，大家已經準備睡覺時發生，當時很多急診的護理人員、離職人員、學校護理老師也都一起到醫院救災，展現護理師救人的使命，大家不分你我，一心要救病人。但因為太多人了，使得急診還要分散來支援的人潮。護理人員對於病人與家屬安全也相當關心，占 29.6%。相較於對於自己家人的安危者有 22.6%，和家人擔心我的安危的，占 14.5%，都比關心病人及家屬低。可見護理人員都是奮不顧身的以病人為優先考量，其次是自己的家人，最後才是護理人員自己。而心理壓力造成身心影響有 20.4%，災後心理創傷輔導占 12.1%。這也顯示內在心理的壓力較難在第一時間被重視。

醫院建構災難防護網—— 災難應變流程、 模擬訓練及應變演練

第五題為提升醫院的災難應變能力，您認為應優先建置以下哪些項目？

此題為複選，最多 3 項。其中以設定明確的災難應變流程占最高，有 56.4%，其次是強化災難演練的模擬



5) 為提升醫院的災難應變能力，您認為應優先建置以下哪些項目？ (N = 1,031，複選至多 3項)

災難應變準備度的訓練 54.6%

強化災難演練的模擬訓練 55.8%

設定明確的災難應變流程 56.4%

建置災難通訊相關平臺 17.3%

建立救災過程中的
心理狀態評估機制 11.7%

儲備充足的救災物資（如：藥品、飲水、乾糧、個人防護裝備等） 30.7%

醫護人員的家庭支持措施（住宿、交通、托育等） 29.2%

協助災後心理創傷復原的措施或課程 12.0%

災難中倫理決策與
法律責任的教育訓練 5.6%

其他 0.4%



訓練，占 55.8%，第三是災難應變準備度的訓練，占 54.6%，第四是儲備充足的救災物資（如：藥品、飲水、乾糧、個人防護裝備等），占 30.7%，可見護理人員對於技能訓練和物資的準備比較重視。對於醫護人員的家庭支持措施（住宿、交通、托育等）也占 29.2%。相較技能以外的課程，在建置災難通訊相關平臺（17.3%）、協助災後心理創傷復原的措施或課程（12.0%）、建立救災過程中的心理狀態評估機制（11.7%）及災難中倫理決策與法律責任的教育訓練（5.6%）就比較低，但也是相對重要的課。

當地牛翻身、狂風暴雨來襲、疫情爆發，護理人員仍默默地陪伴在病人身邊。也許他們心中也有擔心、也掛念著家人，卻依然選擇站在第一線，用雙手守護生命、用眼神安慰焦慮的心。這不是理所當然，而是一分深深的愛與責任。

參考文獻：

徐美華（2015）。救困扶危-災難護理經驗分享與訓練養成。志為護理，14(5)，14-23。

<https://www.airitilibrary.com/Article/Detail?DocID=16831624-201510-201511050015-201511050015-14-23>

台灣護理學會(2024)。災難護理教育內容與策略(113年~)。 https://www.twna.org.tw/DLFuns/DL_List2.aspx?1x8jyHnXeNR%2f65vuC6SQgw%3d%3d#mainContent

醫院是救人的地方，為了確保病人和醫護人員的安全，花蓮慈濟醫院的地震防護核心是採用臺灣首見的隔震建築系統與高品質的 SRC 鋼骨鋼筋混凝土工法，設置隔震器，能大幅吸收地震能量，確保醫院在強震中仍能持續運作，保護病人與醫療服務不中斷。後續所有慈濟醫院的建築，都是採取最高防震規格，因為「醫院是救人的地方，絕對不能倒」。

本次調查也提醒我們：災難準備，不只是制度與流程，更是知能培育、團隊合作與心理支持的整體工程。當護理人員被看見、被支持，他們就能在最危急的時刻，發揮最大的力量。願我們持續打造更安全的臨床環境，讓每一位肩負使命的護理人員，都能安心站在守護生命的第一線；因為有他們，社會在災難面前，始終有力量不被擊倒。



[No. 1]

苦難中淬鍊護理韌性

花蓮慈院災難護理的誕生

Tempering Nursing Resilience in Suffering —
The Birth of Disaster Nursing at Hualien Tzu Chi Hospital

■ 文 | 周英芳 花蓮慈濟醫院護理部督導、鍾惠君 花蓮慈濟醫院護理部主任

災難的到來，總在人們最措手不及之時。回顧過去幾年參與大型災害事件的經驗，從初出茅廬時在學長姊的帶領下學習，到能獨當一面面對 2018 年 0206 花蓮大地震，那一夜的震撼，成為我們護理專業成長的重要啟蒙。

短短數分鐘內，醫院湧入如潮水般的傷患。護理人員在驚惶與心痛中仍堅守崗位，拼盡全力守護生命。當時的場景擁擠得難以形容，走道、人力、物資全被壓到極限，耳邊是整夜未停的國家警報聲，夾雜著哭喊與呼救。那一刻，我們深切感受到在極端災難情境中，傳統流程與固定人力模式的局限與脆弱。有人紅著眼說：「我真的很害怕，但我好想幫更多病人。」這句話，成為護理人心中最真切的信念與使命，也成為花蓮慈濟醫院災難護理改革的起點。

那一夜讓我們明白：提升災難應變，不只靠勇氣，更需要制度、人才與韌性。正是這份震撼與覺醒，促使護理部開始思考，如何讓每一次災難的教訓不再重演？如何讓護理人員不只是「硬撐」，而是具有系統支撐、團隊後盾與專業力量的「強韌應變」？

於是在地震後的數年經驗累積、制度反思與人力盤點中，「護理韌性推進小組」應運而生。這個小組不只是為了應付下一場災難，而是為了打造一支能持續學習、快速動員、跨場域應變並兼具人文關懷的護理團隊；讓護理師在面對未知時不再孤單，而是有制度、有訓練、有支持與有方向的團隊力量。「從震痛中開啟改革，從經驗中建構韌性」，這就是花蓮慈濟醫院護理韌性推進小組成立的真正起點。

28th 國家生技醫療品質獎 SNQ 國家品質標章

Awarding Ceremony



花蓮慈濟醫院護理部 2025 年拿下全臺灣唯一的國家生技醫療品質金獎，2026 年以災難護理專案勇奪護理照護服務類護理領導與管理組「銀獎」。左起：急診蕭琦諭護理長、周英芳督導、羅慶徽副院長、頒獎人行政院政務委員陳時中、護理部鍾惠君主任、王棋顧問、葉秀真副主任。攝影／黃思齊

從教學熱情到專業承諾 孕育出 TRACE 管理模式

在災難經驗的磨鍊後，護理團隊逐漸意識到：真正的韌性，不只在現場「做得好」，更在於平時「教得好」。每一位護理人員能否在緊急時刻做出正確判斷、堅守病人安全，背後取決於日常教學、臨床陪伴與長期專業培育的深度與質量。因此，護理部在震後不只是強化制度，更投入心力於教學革新與人才養成。從基礎臨床到災難應變，再到人文敘事、跨域協作，每位主管與臨床導師都用身教與實作，傳遞一種「面對不確定也要勇敢前行」的專業精神。這份熱情，來自於一種承諾—承諾讓新人不再孤軍奮戰；承諾讓每一次演練不只是流程，而是能力的累積；承諾讓團隊在危急時刻能成為彼此的支柱。

隨著教學經驗的深化、跨部門合作的成熟，以及災難應變成果的累積，護理部意識到需要一套更全面、可複製、可擴展的策略框架，以整合集結多年來的智慧與實務。也因此，本院在多年臨床災難應變、護理教育、資訊科技與組織文化的精華中，逐步淬鍊出屬於花蓮慈濟醫院的「TRACE 管理模式」，這套模式不是從



理論書本中抽離，而是從一次次震動、一次次演練、一次次教學與一次次反思中長出來的。

T. Technology Integration (科技整合)：透過數位工具與智慧系統導入，強化災難期間資訊整合、即時指揮與溝通效能，提升整體應變能力與流程標準化。

R. Resilience in Response (應變韌性)：啟動護理韌性推進小組，建構三層次災難護理教育訓練，訓練制度化與人力彈性機制，提升面對突發事件時的即戰力、調度能力與組織續航力。

A. Analytics (數據分析)：運用視覺化數據平臺與 AI 分析工具進行預測、即時回報與事後分析檢討優化，確保決策科學性與操作效率。

C. Cultural Sensitivity (文化敏感)：重視災難情境下對病人、員工、宗教與家庭文化的理解與尊重，實踐以人為本的關懷照護。

E. Engaged Collaboration (跨域協作)：強化醫療、護理、行政、後勤、資訊、社工、消防與志工等多元單位的協作，建立災難緊急應變通訊群組，建構一體運作的災難應變體系。

TRACE 管理模式的誕生，是護理部在災難中淬煉出的使命延伸，也是教學熱情與組織承諾的具體化。它是一套模式，更是我們所相信的一種力量：讓科技成為



2023年5月花蓮慈濟醫院與花蓮縣消防局簽訂合作備忘錄，若特種搜救隊趕赴救災現場，消防局可先到花蓮慈院領取藥物、醫材及器械，在災害現場的第一時間即時給予傷者醫療處置外，同時在搜救隊出勤期間，成員發生傷病時，也可以得到立即的診療。攝影／鍾懷誼



周英芳督導說明花蓮慈濟醫院護理部的「TRACE 管理模式」。



2025 年 9 月光復泥流災害後，林欣榮院長、何宗融副院長及護理部鍾惠君主任代表院內同仁前往探視家屬，開啟手機視訊讓同仁與長輩通話，隨即接送到花蓮市避難。

支持、讓數據成為方向、讓團隊成為後盾、讓文化成為靈魂，讓護理在災難中不只堅強，更能發光。

從黑夜到黎明：護理人打造的韌性之路

災難，總是在最安靜的時刻撕裂世界。然而，人心的光，也常常在最黑暗的瞬間被喚醒。在花蓮的風聲與海潮之間，護理人一次次踏進災難現場，背負著不確定、恐懼與責任，也背負著一分更深層的堅定。每一次奔赴、每一次托舉生命的瞬間，都在護理群體心中刻下一道微光，提醒著我們，災難不是終點，而是轉變的起點。於是，我們將震災的教訓轉化為制度的重構，將恐懼轉化為行動，把無助轉化為 TRACE 管理模式，從科技、人文、協作、韌性到數據決策的整合模式，讓每一次的應變，不再只是「撐住」，而是「進步」，讓每一位護理人，都能在混亂中找到可依循的光。

災難震碎城市，但震不碎護理人守護生命的意志；災難奪走安穩，但奪不走那句「別怕，我在」的溫度。也因此，我們深深體會證嚴上人所說：「驚世的災難，要有警世的覺悟。」這分覺悟，使我們不再只彌補破口，而是提前打造韌性；不再只處理災後，而是預備災前；不再只是應變，而是轉變。走過苦難，我們看見希望；穿越黑暗，我們成為光。未來，花蓮慈濟的護理人將繼續在災難中學習、在挑戰中成長、在苦難中擁抱慈悲，以更堅定的步伐，為每一條生命點亮更安全更有力量的明天。



[No.2]

災難現場的那十幾秒沉默

Those Ten-Plus Seconds of Silence at the Disaster Scene

■ 文 | 高立晟 花蓮慈濟醫院急診副護理長

「我看著我的爸媽在我眼前身體分離，而現在我還不知道我的小孩在哪……」一位爸爸拿著小孩的書包，滿臉憂愁的邊哭邊說著。這是在 2021 年 4 月 2 日北迴線太魯閣號列車出軌事故支援現場醫療站時，聽到災難倖存者所說的一段話，倍受衝擊。

事故當天非常炎熱，這位爸爸滿身是汗的被搜救人員用搬運貨物的平板推車運送到醫療站來，我看到他其中一隻腳沾滿血，使用生理食鹽水清洗傷口，進行簡單包紮，過程中詢問他的目的地，是否還有其他家人，而他的回答便是開頭那一段，讓我啞口無言，無法回應的愣住。

會愣住，除了無法想像他的處境外，更因為我努力在腦海中搜尋並重組所有能安慰他的語句，但不管如何排列組合或是替換詞語，都不適合，最後我大概沉默





在 2021 年 4 月 2 日太魯閣火車翻覆事故旁，以及緊急醫療站，可見第一線救災人員及醫療人員待命，高立晟為其中一員，寫下當日與一位災難倖存者對話後的省思。

了十幾秒才勉強擠出幾句話。說實話，我做的真的很不好，無法好好安慰這位爸爸。那時我已經是單位的小組長，同時在慈濟大學護理學系碩士班進修，也經歷過 2018 年 2 月 6 日花蓮大地震，對災難護理有初步的認識，但當下我的感覺是自己在災難現場心理支持與情緒處置上仍有很大的成長空間。

回顧同一次事故，但把時間軸向前推至救災剛開始的時候。我跟急診當時的總醫師被派遣到現場，與其他醫院在距離火車事故現場大約一兩百公尺的黃土地上，放上救護包及輕中重傷區旗幟後成立臨時醫療站。最初只有少數可自行行走的輕傷者慢慢走來醫療站，十幾分鐘後，幾位搜救人員用擔架抬著一位傷患過來。看到傷患時，我心中猛地震了一下，因為他的大腿被紅色塑膠袋包裹著，仍可隱約看見肌肉組織；此外，他的意識很模糊，疼痛刺激後反應不好，幾乎是翻著白眼，脈搏也非常微弱；我查看傷勢，大腿已看不出原本的形狀，「皮開肉綻」彷彿在眼前被具象化。果然，幾秒後病人心跳停止。



在急診工作多年並不斷進修災難醫療訓練，因為高立晟深刻體會災難的無常，時刻為下一次災難的來臨做好最佳準備。



然而依照災難檢傷分類原則，這位病人應屬於黑色也就是死亡的區域，不需要再進行急救，但另一位現場的主治醫師卻有不同的看法，他開始下令依照高級心臟救命術給予病人壓胸、強心劑、點滴及準備插管，我在這場急救中負責找出強心劑預備給藥，而不是選擇跳上前壓胸，因為在我內心中充斥著「我應該繼續急救嗎？還是應該把人力留給更有機會被救回來的傷患？」同時我也小聲地與我們的總醫師討論，他也沒有答案。但礙於下令醫師位階較高，因此當下繼續進行急救至救護車抵達。

事後我反覆地在想，這樣的決定真的正確嗎？直到近年跟著在災難醫療領域成就非凡的賴佩芳醫師上課時，我才解開多年的疑惑。

其實檢傷分類本就沒有絕對的正確，而是需要綜合考量病人傷勢及當下醫療站量能。若以剛剛的傷患為例，當下並沒有其他傷患需救治，因此人力與資源充足的情況下，確實可以選擇盡全力搶救，但必須設定停損點，例如：若後續大量傷患湧入，而病人仍無生命跡象，或需投入龐大人力物力才能勉強維持生命徵象，此時便能考慮停止急救。

回顧 2021 年的那一場災難現場支援經驗，讓我更深刻體會災難的無常，也理解持續接受災難護理教育訓練的重要，才能在下一場災難來臨的時刻，做出最佳的應變表現，協助盡可能減低傷亡。

災難護理教學

關鍵時刻扛住壓力

Disaster Nursing Education:
Shouldering the Pressure at Critical Moments

■ 文、圖 | 鄒明耘 花蓮慈濟醫院傷口造口護理師

接到師長邀請我參與災難護理教學的那天，其實心中泛起的並不是單純的欣喜，而是複雜的情緒。身為臨床護理師與救護人員，我熟悉現場，也理解災難的不可預測性；但「要把經驗教給別人」這件事卻讓我重新感受到肩上的重量——那是一種被信任，也是一種責任。證嚴上人靜思語「能付出就是福，願意承擔就是愛。」或許正是這句話，平常習慣埋頭做事的我，在猶豫之中更懂得為何自己要站上講臺去教學，因為這是一場將經驗轉化為知識，將知識再轉化為行動的過程。

到達現場！評估現場環境是否安全！

在準備的階段，我回顧了自己在災難現場的片段記憶，也翻開曾經上過的課程講義。那些熟悉卻零散的知識，經過這次整理後更為清晰。「到達現場！評估現





場環境是否安全！」簡單的十幾個字，是每位災難醫療救護人員的信念與第一守則，也是保護自己與保護團隊的第一步。那一刻，我突然意識到，即使過去累積許多實務經驗，我仍有許多可以重新檢視與調整之處。

在壓力下能做出正確判斷的能力

資深前輩曾說過一句讓我印象很深的話：「災難現場不是靠記得，是要練到不能忘記。」這句話聽起來簡單，卻道出了災難護理的核心精神。真正的現場總是伴隨壓力、混亂與不確定，時間永遠不夠、資源永遠有限，而壓力往往會讓人忘記自己以為記得的知識。這就是為什麼災難護理要不斷演習與實作，在「做中學，學中覺，覺中做」，唯有系統化的思維與標準化的動作才能在有限時間內做對事。被這句話提醒後，我更理解自己作為災難護理教學者的任務——不是把知識「講給別人聽」，而是幫助學員把知識內化成「在壓力下仍能做出正確判斷」的能力。

看見學員眼神中的信任

真正站上講臺的那一刻，我依然感到緊張。雖然熟悉教材內容，也做過許多準備，但面對一群期待學習的眼神，我深刻感受到那份被信賴所帶來的壓力與使命。課程從 CSCATTT 災難應變流程、先遣小組現場災情評估、ICS 分組溝通架構，再延伸到大量傷患 START 檢傷、MARCH 傷患處置，以及醫療單項技術操作。當我示範骨盆固定帶操作流程時，學員安靜而專注地盯著我的動作，那分投入與認真，讓我意識到「我的每一句話、每一個動作，都正在影響他們未來在災難現場的判斷。」

課程中加入了院前傷口處置及燒燙傷延長照護的教學，這部分對我身為傷口護理師的我而言極具意義。災難事件中，小至擦傷、鈍挫傷，大至撕裂傷、穿刺傷與燒燙傷，若在院前處置不當，後續感染、失血與組織壞死的風險會大幅增加。

災難思維的現場傷口處理原則

在災難現場並非所有傷口都能立即處理，因此學員必須具備感染風險評估的概念，將有限的抗菌資源優先投入在高汙染、高感染風險的傷口。並強調傷口刷洗乾淨的重要性，即便環境艱困、物資有限，只要能正確執行基本清潔，就能大幅降低感染風險。傷口清潔、沖洗與紗布機械性清創雖然基礎，卻是資源匱乏時最



關鍵的處置。將災難現場的限制帶入情境實作後，學員逐漸意識到院前處置不是醫院照護的縮影，而是另一個需要用「災難思維」做處置，獨立判斷的決策。

在討論環節中，有學員問我：「如果敷料、紗布都用完了，還能怎麼照護傷口？」這個問題看似只是物資的困境，本質上卻是一題關於「災難思維」的判斷題。我帶著學員一起回到核心原則：「減少感染風險、避免再次汙染、並持續觀察感染徵象。」傷口刷洗後，從現場找到相對乾淨的布料暫時覆蓋，低風險的擦傷甚至優碘塗抹使其乾燥癒合即可。透過這樣的討論，我不只看到學員開始跳脫「有標準物品才能處置」的框架，也再次提醒自己——教學是一面鏡子，讓我不斷檢視自己的思考是否足夠扎實，也讓我對災難護理有了更完整的理解。

讓教與學成為互相成就的力量

這次教學的經驗，讓我深刻感受到教與學並非兩條平行線，而是互相成就的循環。學習讓我看見自己的不足，教學則讓我在傳授中更清楚災難護理的核心價值——專業、判斷與責任。也更加印證靜思語「眾人一條心，沒有做不到的事。」

走出教室時，我感受到的不是結束，而是一分更深的使命感。希望未來能把所學化為更多人的力量，持續在不同場域提升彼此的能力，讓災難現場因為我們的努力而更安全。



[No.4]

備而不用的勇氣

花蓮縣災難醫療隊的日常與信仰

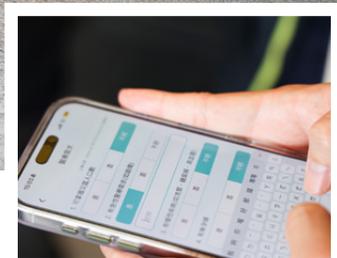
The Courage to Prepare Without Using — The Daily Life and Faith of Hualien County's Disaster Medical Team

■ 文、圖 | 廖昱淇 花蓮慈濟醫院急診專科護理師

我一直覺得自己只是個平凡的護理系學生，對未來迷惘又不安，卻意外地因為一堂急救課，開啟了人生完全不同的篇章。考上初級緊急救護技術員後，我第一次踏上救護車實習。直到今天，我仍忘不了那個畫面：急診團隊在急救區裡緊密協作、指揮官沉穩發號施令、每個成員專注在自己的位置上，所有人像是經過千百次演練般默契十足——為了同一個生命，全力以赴。那一刻，我的心被震撼得無法言喻。原來急救不只是技術，它是一門藝術，是一種靈魂與靈魂之間的接合力。我從那一天起，默默許下願望：有一天，我也想站在那裡；有一天，我也想成為能與他們並肩作戰的人。

進入急診之後，我在忙碌的節奏中找到了自己的定位，也逐漸發展出第二個使命——成為花蓮縣災難醫療隊的一員。0206 大地震之後，花蓮成立了第一支災難醫療隊。而我很幸運，在花蓮慈濟醫院急診室工作的第一年就參加初階與進階災難醫療訓練，也加入這支新成立的災難醫療隊。透過訓練課程，我第一次理解 ICS(緊急應變組織系統) 架構，第一次知道原來在混亂的災難現場，系統及合作比什麼都重要；也第一次遇見一群和我一樣相信「準備」與「使命」的人。我們一起北中南奔走，參加各地演練，跟著前輩學習，他們累積的經驗幫助自己成長。

但後來我發現，只有自己成長還不夠。我經常問自己：「我能不能做更多？這些知識、這些經驗，可不可以走得更遠？」我真的很幸運，一路上總有人拉我一把。那時，既是醫療隊領頭羊、也是我急診的戰友——佩芳醫師，邀請我一起主持〈救知道 DMAT〉podcast 節目。她說：「我們是不是可以用更溫柔、更容易親



近的方式，把災防的力量放進大眾生活？」於是，我們找來許多志同道合的夥伴上節目聊經驗、聊故事，聊那些救災現場的汗水與光。我們希望，無論聽眾是在通勤、在休息，或是端著一杯咖啡放空，都能輕鬆地理解災難醫療背後的價值——那不是只屬於專業者的語言，而是每個人都應該擁有的安全感。我也希望，在這個旅途中，我能成為一位「不一樣」的急診護理師。

主持兩年後，我最想與大家分享的是：「沒有人天生勇敢。只是當你直視生命要離開的那一瞬間，身為醫療工作者，你會被某種力量推著往前走。」我們每年努力訓練，不是因為我們期待災難，而是因為如果「那一天」真的來了，一直在準備的我們可以挺身而出。這些年，我唯一能確定的是：我願意在所有人退後時，往前走一步。

花蓮，是一座美得令人心疼的地方，這裡經歷過 0206、0403 地震，也承受過光復溢流那樣突如其來的災難。這片土地太常受傷，但也因此，我看見更多無名英雄在第一時間逆風奔跑。衛生局長朱家祥提出「在地醫療先行」的理念，而我深深相信——只要我們願意從做中學，在學中做，就能在困難的道路上，為這片家鄉點亮微小卻真實的光。

無論路有多難走，我會帶著最初的那分心，為我最愛的花蓮，繼續前行。



[No.5]

三場大量傷患的淬鍊

Strengthened by Three Mass Casualty Incidents

■ 文、圖 | 范君嘉 花蓮慈濟醫院六東病房副護理長

過完 2025 年，也是我在花蓮慈濟醫院工作屆滿十年。這些年花蓮真的發生了許多大大小小的災難，其中最讓我印象深刻的是 0206 花蓮大地震，那是我第一次在醫院遇到大量傷患機制啟動，同時也讓我對地震產生創傷症候群。

回到 0206 花蓮大地震發生的 2018 年，那是我畢業後在醫院急診室工作的第三年，接受過單位的在職教育，參加過幾場災難演習，對於災難護理有初步認識，只是沒有想到這麼快就發生這場地震讓我必須實際運用。

我記得 2 月 6 日那一晚我正值小夜班，還在跟同事討論著宵夜吃什麼，因為過不久就要下班了。突然間在接近半夜 12 點的時候一陣天搖地動，打亂了我們想吃宵夜的興致，顧不及自己的擔心害怕，也忘了下班時間已到，傷患開始一個一個陸續出現在急診室，只能趕快硬著頭皮上場，立即投入一線的檢傷分類。急診人都有一顆急診魂，沒當班的都趕過來幫忙，加上醫院啟動大量傷患，不論是醫護同仁、行政同仁，甚至是慈濟志工都到達一起幫忙處理。

一直忙到凌晨三點左右，終於告一段落。任務結束的那一刻，我才發現自己全身都在發抖，而身邊的同事與我一樣，大家繃緊的神經在這時才終於放鬆下來。但是，我們沒有人敢回家，也沒有人敢閉上雙眼，甚至不敢打開電視機看地震相關畫面。我還記得接下來的幾個晚上，我們不敢單獨在房間睡覺，而是好幾位護理師相約一起回家，互相陪伴，才敢躺下來休息。花了好一段時間，生活作息才回到常軌。

那次的震撼經歷徹底激化了我對於災難護理應變能力的渴望，希望能藉此強化自己的內心力量，於是我除了持續參加相關課程外，也積極地參與每一次演習。三年後，2021 年 4 月 2 日，當時正是 COVID-19 新冠肺炎疫情興起的同年，前一



天晚上才打完新冠疫苗，隔天早上副作用是全身痠軟無力，只想著用僅存的體力跟同事吃早餐，就看到單位群組突然通知有火車翻覆事故，顧不上全身無力的狀態，立刻整裝到達急診室報到，穿起檢傷背心待命。這一次，我累積了三年的訓練實力，不再擔心害怕；比起上一次，我能快速且正確判斷病人狀況，讓受傷的患者能夠儘速受到醫治。隔年 2022 年 9 月 18 日花蓮玉里發生大地震，當天中午被指派與團隊一同前往玉里慈濟醫院協助處理傷患，到達現場聽從指揮官說明現況後，立刻開始觀察醫院設置，詢問玉里慈院學姊之後，不論是照護線上的內科患者或是協助外科醫師縫合傷口，我都能夠靠著刻在骨子裡的反射動作協助處置，視需要補位，讓救治傷患的流程更加順暢。

回首過去這十年，參加過三場大量傷患的實際照護，我也從當初害怕到不敢睡覺的小菜鳥，到現在離開急診擔任急診後送病房的副護理長，在病房從容帶領學弟妹，彼此討論分享，將寶貴的經驗傳承下去，同時也告訴他們，只要有能力，即使不在急診衝鋒陷陣，依然可以成為他們身後的依靠，讓急診的戰友可以無後顧之憂。一場災難事件的急難救護，無法靠一個人完成，但若有一群人一起努力，必有辦法如上人給予我們的期盼，共同守護生命守護愛，守護這片美麗土地上的所有人們。



[No.6]

團隊在災難中展現的 韌性力量

Resilient Strength: What the Team Demonstrated in Disasters

■ 文 | 周云鵬 花蓮慈濟醫院 25 東病房護理長

當我還是學生時，對於災難護理就很有興趣，早早的考取 ACLS 高級心臟救命術、ETTC 緊急外傷處置等執照，提升自己的知能，期望真的有天需要使用時可以盡綿薄之力。

踏入臨床多年，但沒有機會應對災難護理，直到 2021 年 4 月 2 日太魯閣火車翻覆事故，那時的我已經是單位的副護理長，但是對於突如其來的大量傷患事件，我仍然感到惶恐，不知道該怎麼辦？很感謝主管的指導，讓我得以踏出第一步，從「學習」開始累積面對災難應變的能力。

因為是急診後送病房，我們立即在病房內進行床位配置、物資盤點、人力調度，並在病人入住後提供及時且適切的關懷照護。當天在一個小時內入住了 13 位傷者，多為輕中傷，重傷則入住加護病房。

其中有一位讓我印象最深刻的是由加護病房轉入的小妹妹，她是由父親帶著姊妹來花蓮海洋公園遊玩，而妹妹卻不幸喪生。災難後兒童的住院照護著實是一大挑戰，除了每天的跨團隊照護、關懷，甚至在病室提供小朋友喜歡的物品增加熟悉感等，對於我，都是經驗學習。

有了第一次經驗，我們真切感受到災難可能毫無預警地發生，因此平時的大量傷患演練便成為重要基礎——同仁迅速動員、分工合作、清空病房，每一個動作都是未來韌性的養分。

這些日常累積的經驗，讓我在 2021-2022 年 COVID-19 新冠疫情爆發時，能將所學全面運用於專責病房的成立與運作。



周云鵬到光復災區醫療站付出一分心力。



2022年6月7日花蓮慈濟醫院新型冠狀病毒院專責病房，護理長周云鵬為新招募的護佐行前訓練，包括防護衣穿脫等注意事項及叮嚀。攝影／江家瑜

專責病房成立兩次，從人員管理、資源整備、感染控制到依循中央政策的滾動式調整，每一環都力求穩定、安全，疫情期間不只是病人，照護同仁也面臨著緊張、高壓的氛圍及環境。為了提供心靈的安定，我們在早上十點播放〈祈禱〉靜思歌曲，希望可以藉由歌曲的力量給予心靈上的安穩，同時也邀請身心科護理長與團隊分享情緒調適技巧，陪伴同仁度過高壓與焦慮情緒。

今年面臨樺加沙風災時，有機會帶領著同仁一同支援光復的醫療站，同時陪伴單位中身為災民的夥伴度過最不安的時刻。

讓我最感動的是，同仁之間知道因風災導致家中需要協助時，無需提醒便自發展現互助的力量，有人調班、支援，只為讓受災的夥伴有更多的時間重返家園整理、重整生活。大家這分不假思索的善意，讓我也深刻感受到團隊在逆境中的溫暖，是最珍貴的雪中送炭。

主管曾問我，單位特色是什麼，我想了一下，回答：「是人！」這些經歷讓單位同仁從溫室的小花逐漸成長得堅強，不是個人而是團隊的凝聚與互相扶持，甚至是面對病房緊急任務的應變，展現出堅韌的力量，我以單位為榮，也期盼社會平安，雖然我們仍然會為無常的來臨時刻做好準備。

[No. 7]

泥濘中的生命復原力

Life's Resilience in the Mud in Guangfu Township,
Hualien County

■ 文、圖 | 江國誠 花蓮慈濟醫院 20 西病房護理長

2025 年的九月晨曦，在光復火車站下車……

月臺上的塵土飛揚，還有出站後的車水馬龍，乍看像是某個小鎮的慶典市集，充斥著小販叫賣聲、此起彼落的拉客看板、還有矗立於欄杆圍牆的布條，從車站走到對面馬路，擁擠程度不亞於兒時的年貨大街，平常幾個愜意步伐就能出站的路線，現在卻要緊盯標示與夥伴背影，以免脫隊走失。

回首定睛那些看板布條，滿是「歡迎鏟子超人」、「有您真好」、「休息一下」、「冷飲自取」……，還有那站在紅路燈旁，排隊等著過馬路的「流動廁所」，空氣中混雜尿騷味、超人志工汗水體味，當然還有那股從家中電視就能聞到的——人情味。

我的任務是醫療站的「安心服務」，但抵達糖廠醫療站的第一步，是安身立「碑」。我寫「碑」，是用來銘刻已發生的過。因為在熙攘的醫療站中，安心小站的招牌猶如一座孤立的碑，安靜地宣告著那些看不見的心理創傷確實存在，這是我寫下的一個自嘲的隱喻，暗示心理服務在災區初期常被視為「紀念性」的存在，而非即時性的生命支持。

精神科的夥伴與我，挑了靠近門口放物資的小桌子，在牆上張貼「安心小站」四個字的冷門招牌，還補上心情溫度計的 QRCode 與衛教單張，桌上筆電播放輕音樂與紓壓技巧指導語，我自備延長線與喇叭，一切就緒，準備接單。然而，「安心小站」這四個字確實就像人們瞥見碑文的既視感——「喔，原來如此，這樣喔，與我無關」，沒有人來光顧。

反觀隔壁的檢傷櫃臺與內外科就診區，人潮擁擠，每位醫院夥伴都按部就班地



光復糖廠的醫療站內由花蓮慈濟醫院精神科團隊設置安心小站，右起為游亞歡專師、江國誠護理長、李浩銘主任、護理部葉秀真副主任。

忙碌，開場不到十分鐘，他們都一臉法喜充滿，唯獨我們精神科夥伴彼此面面相覷，當下決定啟用游擊戰術——巡迴關懷模式，不守在站裡，往外出發，把安心散發給大家。

[故事一]

T先生，穿著雨鞋、駝背、步履蹣跚走進醫療站。33歲已婚育有兩子，災後房屋受損，清淤整頓迄今，來醫療站處理清淤過程的外傷與蟲咬傷。小孩重病住院開刀，由太太照料，家園受損早已入不敷出，汽機車報廢。連日的家園整理已身心俱疲，看不見未來的曙光。



我用「簡式心情溫度計 BSRS-5 量表」當訪談大綱，篩出總分達 15 分，屬於重度情緒困擾：

「我常常覺得緊張，不知下個災難什麼時候要來？」「我覺得自己好像快踩不住煞車，很想抓狂發脾氣！」「我都在水泥地睡覺，總是驚恐早醒，一夜好眠近乎苛求」「沒空看心理醫生」「我不能自殺，我要有家園要整理，小孩出院要有個家」

若以 Maslow 馬斯洛需求層次理論評估 T 先生的狀態：第一層生理需求：無法入睡、疲憊痠痛；第二層安全需求：家園受損，缺乏安全感；第三層愛與歸屬：擔心兒子手術無人照顧。

在我主動推銷自己後，我們有了近半小時的寒暄，最後他輕聲嘆氣地說出結語：「謝謝你的關心……」看著 T 先生領完藥獨自走出醫療站，一樣的步履蹣跚。下



一步，哪裡才有踏實的安全感？將他的狀況回報給人資室與人文室，後續由慈濟基金會社工追蹤關懷。

[故事二]



A小姐，戴著帽子、口罩、身穿長袖外衣來看小感冒，因血壓值 190mmHg，被「留觀」在醫療站。量血壓時，我留意到她的左手前臂被長袖外衣遮掩的心理創傷印記。初次互動，我仍以 BSRS-5 做為普同性的寒暄指引。

56 歲，多年前家暴離異，子女離巢，獨居在河堤旁，平日飼養流浪貓狗相伴。事發當天正在散步，目睹溪水逆流，有種如臨海嘯的末日驚恐，住家雖非重災區，但生活作息已受影響，看著救助生還者的新聞、鏟子超人湧入災區，明白這是正向的社會現象，但心裡卻總無法感同身受，腦海中的逃難歷程依舊寫實，精神緊繃是每日常態。

帶著細咳與鼻涕聲，A 小姐娓娓闡述這陣子的心境變化。隨後，我關心起手印的印記：「我剛剛有注意到右手曾經受傷……」這是刻意停頓的未完成句子。

「貓抓傷的啦！因為流浪貓嘛，你知道的，要餵食……」

「哇，辛苦了，妳怎麼有辦法堅持做到這些？」「這些夥伴有名字嗎？」我點點頭跟她聊起三貓兩狗的生活點滴，也提到子女在外地半工半讀的孝順與體貼。

A 小姐聲音輕細，表達接受良好教育的禮貌與客氣，「不知為什麼，今天跟你講了很多不怎麼重要的事……」我接著解釋：「『心靈就像降落傘』，下一句是『要打開才能發揮功能』。」然後帶她熟悉 BSRS-5 的手機 APP 操作。

安心小站開始忙碌，我抽空檔過來幫她再次測量服藥後的血壓。

「我要跟你道歉剛剛的不誠實。」她說：「其實，右手結痂的傷口是我造成的，感情受挫的那陣子我甚至懷疑自己不應該活著。唉，真是的，不應該誣賴給貓。」我接著將話題帶到蜂窩性組織炎，繼續與 A 小姐寒暄，「表皮完整，但裡頭卻在化膿……」為她說明病理機制，完成返家注意事項的衛教後，我陪她走出醫療站。

「護理長，謝謝你。到這裡就好，我慢慢走去搭交通車。」

我想起變形金剛第一集的片尾，主角柯博文說：「眼見未必為憑。」看不到的，不代表不存在。祝福 A 小姐，希望她也能看到自己的生命韌性及面對挫折的復原力。☺



蕭琦諭

花蓮慈院急診護理長

Guarding the Frontline of Eastern Region Healthcare

Chi-Yu Hsiao,

Head Nurse of Hualien Tzu Chi Hospital Emergency
Department

蕭琦諭小時候常跟著父母在花蓮慈濟醫院對面的餐車忙碌，隔著馬路，看著醫院的人來來去去，從沒想過自己有一天會穿上白衣，成為醫療團隊的一員。

琦諭是慈濟大學護理學系 95 級校友，最初因父親受傷需要照顧，留在花蓮讀書，在實習時看到急診團隊熱血救人的身影，一腳踏入急診服務，至今已第十三年。她把從小在餐車幫忙、體貼家人的那分心，帶進忙碌的急診，更走進災難現場；一步步累積經驗，從護理新鮮人成長為帶領團隊的護理長。

「要在護理路上走得長遠，最重要的是具備熱情。」身處高壓、多變的醫療前線，對琦諭而言，就是把事情做好、把現場顧好，用冷靜的判斷力與柔軟的同理心，守護每一個生命。

落腳花蓮 意外開啟護理路

琦諭在臺北出生，幼年時隨著家人「東漂」定居，花蓮成為她真正長大的家鄉。家裡經營餐車生意，擺攤地點在花蓮慈院對面。小時候，她常陪爸媽出攤，一路看著對面的慈院擴建，從最初院前的魚池，到現在的花圃與停車場；從一棟大愛樓，到合心樓、協力樓相繼落成啟用。琦諭從沒想過，未來要讀的學校、工作的職場，竟然就在這個幾乎每天都看得到的地方。

看著父母餐飲工作的辛勞，琦諭從小養成自律的性格，無論是學校課業和生活大小事，很少讓大人操心。高中就讀花蓮女中，她原本計畫未來到外地念大學。沒想到，一場突如其來的事故，打亂了全家的生活節奏。

那時大學指考剛結束，父親因意外跌倒，頭部重擊石頭，傷勢相當嚴重。在送醫搶救後，隨即展開漫長的治療與休養。同一時間，大考放榜，成績不錯，琦諭卻在填志願的時候猶豫了。她的分數能夠錄取外縣市的大學，但是爸爸倒下了，餐車生意與家計全靠媽媽支撐，家裡還有弟弟與年長的阿公阿嬤，很需要人手幫忙。

親友建議她可以留在花蓮，讀慈濟大學護理學系，一方面就近照顧家人，又能培養一技之長。琦諭冷靜評估現實與興趣，覺得自己不排斥學護理，經過一番取捨，最終決定留下。這條從未預設的路，意外開啟了她與護理的深厚緣分。

兼顧學業與家庭 被急診熱血氛圍吸引

進入慈濟大學，初次接觸護理專業課程，琦諭一如往常地認真自律，幾乎不會缺課。但在最關鍵的解剖學第一堂課，她向老師請了假，原因是要去考汽車駕照。

「以前家裡只有爸爸會開車。他受傷後，媽媽每天出攤、收攤都只能請親友當代駕，很不方便。」為了幫媽媽分擔，琦諭利用假期學開車，希望盡快考到駕照，能接手每天的出攤與收攤。她規畫早上開車到定點，再走到學校上課，下課後把車開回家，時間安排得剛剛好。

當時解剖學賴昆城老師嚴肅問她：「第一堂課這麼重要，為什麼要請假？」琦諭如實說明家裡狀況，老師聽完後理解，甚至親自到她家的餐車定點確認。回想起學生時光，琦諭除了在學校累積專業知識，更早早肩負起照顧家庭的責任。

實習期間，琦諭對急診部留下了正面的印象。那裡節奏快、變化多，非常考驗應對能力。看似忙碌，卻好像有一種井然有序，她出乎意料地很適應急診環境。「就覺得滿 OK 的，不知道是心裡很適應，還是真的跟我很契合。」其中，最印象深刻的是「炳哥」涂炳旭副護理長，他冷靜處理各種突發狀況的熱血身影，琦諭很希望自己也成為那樣專業的人。



2009 年蕭琦諭（第一排右一）跟慈大同學在花蓮慈院神經外科實習留下合影。



慈濟大學護理學系 95 級畢業生共同致贈匾額給護理學系，感恩師長。圖為蕭琦諭（左二）與系上老師合影。右起為江錦玲老師、林玉娟老師，左一為傅淑瑩老師。

2026年1月5日全臺各大災難醫療隊於花蓮光復舉行為期三日的大會師，蕭琦諭（左二）、涂炳旭（右）及廖昱淇（左一）皆以花蓮災難醫療隊的身分出席。



最後一次的實習可以自己選單位，琦諭果斷選擇急診，並更加確定自己對急診的喜愛。畢業後，她也順利進入嚮往的花蓮慈院急診服務。

急診部的革命情感 踏出舒適圈再進修

在急診，生離死別是常態。各種迫切的外傷與難以預料的病況，都會在這裡登場。進入臨床後，琦諭才體會到，這裡是一場又一場與生命的正面交會。

除了搶救危急的傷患，團隊也驚喜迎接許多小生命。「急產一定是先送到急診。有人在家裡、火車上，甚至在送醫的路程中就生了，我們就接手處理。甚至有病人以為自己是便秘多日，照X光時，放射科同仁衝出來喊：『生了！』原來是病人根本不知道自己懷孕，直接在檢查室裡生產。」琦諭表示，各種神奇的故事幾乎天天上演，多到已經成為急診的日常。

由於爸爸受傷後只能臥床，無法自主生活。家中聘請看護，琦諭跟媽媽也會抽空照顧，還要留意祖父母的生活起居。這些居家照護經驗，讓她累積了強大的實戰力，也培養出處變不驚的性格，幫助她更快適應急診環境。

除了臨床挑戰，琦諭也感受到急診團隊間的信任與默契，在這個分秒必爭的場域，大家不分你我，隨時補位支援，讓她忙得踏實又安心。這份革命情感還延續

到下班後。「當時年輕、體力好，有時候大夜班下班，學長姊就會問，要不要去宜蘭玩？明明晚上還要上班，大家火車一搭就出發了。」不論是護理師、醫師或行政人員，都經常相約聚餐、泡溫泉、逛夜市甚至體驗水上活動，玩到盡興才趕回家睡覺，晚上接著上班。團隊從工作到玩樂的好感情，讓琦諭格外珍惜。

工作滿三年後，琦諭決定暫時離開職場，前往臺北醫學大學攻讀護理學碩士。她不是因為工作倦怠，而是覺得自己的臨床經驗，累積到一個階段了，很想去看看不一樣的世界。當時的急診護理長陸家宜「陸姊」非常支持，甚至在琦諭碩二課程較少時，讓她回來兼職排班。在這樣的彈性與信任下，琦諭順利完成學業，帶著全新的思維重新歸隊。她也開始擔任小組長，將經驗與知識傳承給學弟妹。四年後，琦諭升任副護理長，除了應對臨床的日常繁忙，也開始接手行政事務的處理。

扎實養成訓練 大量傷患臨危不亂

問起面對急診裡這麼多變化球會不會慌，琦諭笑說：「其實會慌啦，但還是要裝得鎮定一點，因為你一慌，同仁就會更慌。」

花蓮慈院急診部有完整的培育流程，從基礎護理到進階救護區與兒科照護，再到檢傷與小組長訓練。琦諭說明，小組長相當於當班的領導，是護理長下班後的





代班管理者，不僅要了解整個單位的運作狀況，還要能處理突發事件。在整個訓練過程，同仁會慢慢接觸行政工作，熟悉各項流程與步驟，遇到問題都可以向學長姊請教。這種循序漸進的養成教育，讓每個人在成為主管職之前，都能獲得實戰經驗，並逐步練就出冷靜應對各種緊急情況的能力。

近年來，花蓮發生的重大災難，花蓮慈院急診團隊始終站在第一線。琦諭提到2018年0206大地震，當時她正準備走入醫院上大夜班，地震當下，還看到合心樓被震得晃動。隨著急診人潮逐漸湧入，花蓮慈院啟動大量傷患應對行動，全院同仁紛紛趕到急診支援，當下的首要任務就是以病人生命健康為第一優先。

而2021年0402太魯閣號事故，原本安排當天北上回老家的琦諭，在出發前一刻接獲啟動大量傷患的訊息。「我套上隔離衣就開始幫忙。後來才找空檔打給媽媽說，今天應該不能回去了，火車不知道會不會通，我也離不開醫院。」那天她擔任聯絡官，負責接收來自各方的大量訊息，同時要記錄與傳遞給主管與同仁。

大量傷患搶救結束後，另一個考驗才即將展開。這時，病人已經陸續完成診治離院或住院，支援的同仁也準備下班或返回原單位。急診現場充滿著各種器械、

行動工作車、血壓計、縫合器械、成箱的手套與生理食鹽水，甚至還有病床，都需要歸類整理。琦諭與同仁們從大物件到小藥品慢慢收拾；此外，還必須將來院病人的病歷資料補齊。她坦言，大量傷患應變行動啟動後的每個環節，都充滿挑戰。最後的善後與復原，更需要投入大量心力。琦諭表示，「醫院每年都會定期演習，其實就是把平時的演練視為真實狀況來準備，當事故真正發生時，才能不慌不忙的應對。」

從學習者到講師 深根在地 DMAT

衛生福利部於全臺六區設置緊急醫療應變中心。其中，東區緊急醫療應變中心（EOC）設立在花蓮慈院，每年會定期舉辦毒化災、大量傷患等課程。琦諭認為，急診工作與災難醫療息息相關，加上對特殊災害抱持好奇心，因此把握機會，參加各類課程，希望將新技能帶回急診現場運用。



2023年9月索馬利蘭來花蓮取經，與花蓮縣衛生局、花蓮慈濟醫院、慈濟基金會和東區緊急醫療應變中心（EOC）交流，蕭琦諭（後排右四）為EOC教官，前排左起為花蓮縣衛生局醫政科周傳慧科長、徐子恒醫師、花蓮縣衛生局朱家祥局長、花蓮慈院林欣榮院長、索馬利蘭衛生局局長 Dr. Muse、臺大雲林分院李安阜醫師、EOC前任執行長賴佩芳醫師。攝影／陳炳宏

2025年10月7、8日
蕭琦諭在臺南走馬瀨
農場訓練衛生所人員。



0206 大地震後，花蓮縣衛生局成立花蓮災難醫療隊（DMAT），琦諭隨即加入，並持續參與東區緊急醫療應變中心的課程與大型防災演習。憑藉過往累積的訓練，以及急診實務經驗，她很快被提拔為 DMAT 講師，並逐漸成為核心成員，定期參與決策會議，規畫討論醫療隊的發展方向。

回顧 2022 年 0918 臺東池上地震，導致花蓮玉里地區發生多起災害，當時由花蓮北區醫療院所主導的災難醫療隊，在災難發生後 3 小時才趕抵南花蓮現場，朱家祥局長驚覺遠距馳援的時效限制，決定積極輔導各地衛生所加入醫療隊，當發生狀況時，在地衛生所能優先守護災區民眾，讓救護量能在第一時間發揮作用，其他成員再做後續支援。琦諭說：「除了衛生所的訓練，我們也有開過社區民眾班，希望延攬水電專長及倉儲管理人員，成為醫療隊強大的後勤支援。」

2025 年 9 月 23 日，花蓮光復發生嚴重洪災，光復與瑞穗的 DMAT 迅速啟動，為鄉親提供醫療處置。琦諭前往花蓮慈院駐診醫療站支援，在一片混亂與泥濘中，突然聽到有人喊：「老師！」原來是當地 DMAT 的成員。琦諭看到，他們將課程裡的救護包與記錄表單帶到現場，把學到的技能應用在洪災救護上，她覺得很感動，「我們教的課程內容是有效果的！」



光復洪災後，花蓮慈濟醫院進駐災區設立醫療站，蕭琦諭（左二）前往支援。攝影／翁純瑩

靜心舒壓 領導新時代護理師

因為工作時需要高度專注，下班後的琦諭，習慣給自己一小段「放空時間」，什麼都不想、不做，她笑說「就像一灘爛泥」，這種徹底沉靜，是琦諭很重要的舒壓方式。除了自我調適，家人的支持也是她的重要靠山。琦諭的先生是慈大護理學系的學長，理解護理師的忙碌。因先生長期在海外工作，兩人維持遠距離戀愛、到步入禮堂。婚後，琦諭續住娘家陪伴家人，先生也常返臺相聚，給予她很大的自由空間。

在專業成長的路上，急診出身的周英芳督導一直是琦諭的學習榜樣，她攻讀碩士進修，也是受到英芳督導的啟發，努力提升專業能力。另外，英芳督導擁有扎

實的學術經驗，具有號召力，經常帶領團隊將實戰經驗整理成報告或海報投稿。琦諭分享：「我們從處理事件，到分工撰稿、修改內容，到準備口頭報告、正式上臺。大家互相討論、練習，學習氛圍很棒，因為一起行動就更有動力。」這群夥伴不僅參與臺灣的研討會，也走向國際舞臺，曾參與國際護理大會，讓花蓮慈院護理臨床專業被更多人看見，也大大拓展了自己的視野。

2025年7月，琦諭正式接任急診護理長。成為主管後，她最明顯的感受是不同世代的價值觀差異。她說：「疫情那時候的護生特別辛苦，沒辦法到醫院實習，只能線上實習，但線上要怎麼評估病人？他們的學習權益受損，但受到時代環境的影響，也沒辦法。」面對新世代護理師，琦諭也曾因觀念不同而感到挫折。後來，她調整方式，先了解他們的需求與想法，給予更多理解與陪伴，並以支持性引導，而不是威嚴式教學，相處互動上也愈來愈融洽。

「護理路的第一步，可以先選擇有興趣與合適的科別。」琦諭以急診為例，新進同仁如果在單位一陣子後，仍無法適應環境與步調，輔導者有時會評估、建議學弟妹先調整方向，到其他單位歷練，這不是否定他們的能力，而是希望他們在更安然的環境中，累積實力與信心。等實際走過一圈再回來，或許會有很好的展現。

保持初心 樂觀前行

接任急診護理長已半年多，琦諭持續在學習與適應，如何把現場穩住、照顧整個團隊。她很感恩：「遇到不懂的地方，就是多學、多問、多看。院部主管就是最強大的後援，隨時有人可以請教，不用擔心只有自己孤軍面對。」

走過地震與重大災難的緊繃，熬過疫情期間的壓力，身為急診護理長，琦諭最大的心願就是社會能「如常與平安」。她回想疫情期間在急診篩檢站，曾遇到多年不見的高中同學前來篩檢。老同學離開前，特別對她說：「護理工作真的很適合你，你以前就很會照顧人！」這句簡單的回饋，讓她心底暖暖的，也更加確信，這條意外開啟的護理路，是生命中的正確選擇。

琦諭曾在護理部的推薦下，榮獲2023年花蓮縣優秀青年。對於這份殊榮，她謙虛表示，這不是某個階段的終點，而是對自己多年努力的一種肯定。她將會帶著這份初心，繼續在護理領域勇往直前。☺



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



比昨天的自己
更好一點

A Little Better Than Yesterday's Self

不知不覺我已經在這個單位待了兩年多，每次回想起剛入職時那個懵懵懂懂的自己，總是又好氣又好笑。

我本來就是容易緊張的人，一緊張起來就手忙腳亂。當初志願是兒科，但萬萬沒想到會被分發到兒科加護病房。記得第一天上班，我緊張到甚至把工作服穿反，還是被同事提醒才發現。

因為個性有點「刁一尤」，剛開始什麼都容易忘，甚至會忘記幫下一班換點滴，或是不小心將全新的消毒液打翻，還不小心踩到嬰兒大便，每天回家都充滿挫折。所以那段時間，我養成每天檢討的習慣，把當天漏掉的事寫下來，提醒自己明天不要再犯。也不再苛責自己，只告訴自己：「沒關係，慢一點也可以，只要今天比昨天更進步就好。」

一路跌跌撞撞，入職也八個月了，我永遠記得那一天那一瞬間！

那時是上白班前正在查看病人資料，突然間天搖地晃！花蓮地震非常常見，但那次的強度完全不同。腦中閃過學姊及護理長耳提面命的話：「病人的安全永遠第一。」還沒反應過來，身體已經比大腦更早行動——我衝到寶寶床邊，用身體護住他，深怕天花板的物品、生理監視器會砸下來，並且緊握寶寶的點滴架，深怕點滴滑走、管路滑脫，造成寶寶的傷害。地震停後，我立刻檢查所有管路是否位移。真正冷靜下來時，才發現自己的雙腳在發抖。那一刻，我不知道勇氣從哪裡來，但至今想起仍心有餘悸。





2024年4月3日7點56分
地震發生當下的監視器畫面
截圖，林妍妍第一時間衝向
保溫箱，確定小寶寶安全。



在學姊們與護理長的鼓勵及鞭策下，我完成三個月的加護病房訓練，也獨立完成實證報告。就在以為挑戰告一段落時，新的挑戰又接踵而來——照護重症流感引發嚴重肺炎及肺實質化的孩子。當時連續五天白班都照顧同一位病人，他狀況一天比一天差，升壓藥愈加愈多，處置從未停止。印象最深刻的是在最後一天，在醫師的評估下決定放置葉克膜。



那時我們單位放置兒科葉克膜的案例並不多，面對未知，我只告訴自己：不要害怕，要相信自己，也要相信夥伴。在大家的合作下，我們完成了看似不可能的任務——為一位四歲小孩放置葉克膜。

任務結束時雖然全身疲憊，卻湧上一股深深的成就感。最令我感動的是，那段時間大家彼此扶持，不分你我；即使有人出錯，也不責備，而是互相安慰、互相感謝。那一刻，我很慶幸，也很感恩，自己能在這樣的團隊裡成長。

如今入職已超過兩年，回頭看來，每一步都不容易。從最初那個匆匆忙忙、什麼都不會的新人成長到現在的 N2，一路上真的不容易。當時真的沒想到會繼續待在這個單位，原本以為自己能力不夠，不適合待在加護病房。但一次又一次的挑戰讓我明白：每個人都有自己的時區，走得慢沒有關係，重要的是——永遠都願意比昨天的自己再好一點，不需要和任何人比較，只要相信自己可以變得更好。



阿長這樣說：

持續修正的態度 專業內化為本能

An Attitude of Continuous Refinement, Internalizing Professionalism as Instinct

■ 文 | 張瑞雲 花蓮慈濟醫院護兒中心護理長



時間悄然流逝，轉眼間，妍妍到護兒中心服務已逾兩年。回顧這段歷程，從初入臨床時的青澀與緊張，到如今能夠獨立承擔重症照護責任，她的成長並非一蹴可幾，而是一段在陪伴、學習與反思中逐步累積而成的專業歷程。

初到職場時，妍妍如同多數新進護理人員一般，面對陌生的環境、繁複的流程與高度專業要求，內心難免忐忑不安。臨床工作節奏快速、責任重大，稍有不慎便可能影響病人安全。她曾因緊張而手忙腳亂，也曾在忙碌中遺漏流程，讓帶教的學姊們不免替她捏一把冷汗。然而，這些狀況並非能力不足，而是新人在專業角色轉換階段中，最真實也最需要支持的樣貌。

在新人輔導階段，妍妍承受了相當大的壓力。面對接踵而來的學習內容與臨床挑戰，她偶爾顯得徬徨，不確定自己是否做得足夠好，也時常感到事情永遠做不完。即便如此，她並未因挫折而退縮。每一次被提醒、每一次被指正後，她都願意停下來檢視自己，調整步伐，再次回到照護現



2024年4月3日7點56分地震發生當下，在護兒中心另一個空間張瑞雲護理長（中）與同仁趕緊護住小嬰兒。

場持續學習。這分願意面對不足、持續修正的態度，是她專業成長最重要的基石。

隨著時間推移，妍妍逐漸進入穩定期。她開始熟悉單位運作節奏，能在忙碌中重新排序工作優先順序，也逐漸理解護理工作的核心不只是完成任務，而是確保病人安全、提供有品質的照護。她學會在壓力下保持冷靜，在遇到困難時主動尋求團隊支援，從「被帶領者」慢慢轉變為能為自己專業負責的成員。

在0403地震發生的那一刻，妍妍的反應深刻展現了她專業內化後的本能。第一時間，她毫不猶豫地衝向嬰幼兒病人，將病童安全置於首位，即便自身也身處危險之中。這並非刻意為之的表現，而是一名護理人員在關鍵時刻，最真實、最純粹的專業展現。她後來說明自己的本能行動是因為「小孩子不能受傷，大人受傷沒關係」，並不是豪言壯語，而是深植內心的價值信念。

如今的妍妍已能獨立承擔重症病童與葉克膜照護任務，面對高風險高壓力的臨床情境，她不再逃避，也不再只是害怕，而是選擇相信自己、相信團隊，與同仁並肩完成一項又一項艱鉅任務。即便仍感疲憊與緊張，她已能在挑戰中體會到專業付出後的成就感，並逐漸站穩屬於自己的位置。

妍妍常自覺步伐緩慢，然而專業成長從來沒有固定時程。每一位護理人員都有屬於自己的學習節奏，重要的不是快慢，而是是否持續前行。她以自己的速度，一步一腳印走到今日，成為讓團隊安心，讓病人信賴的護理人員。

這段從新人到獨當一面的歷程，不僅是個人成長的見證，更體現了護理專業中陪伴與培育的重要價值。當一位護理人員被耐心引導、被真誠看見，專業便能在時間中扎根，展現溫柔而堅定的力量。☺

護理成就更好的自己

Nursing Achieves a Better Self

■ 文、圖 | 劉旻柔 花蓮慈濟醫院 25 東病房護理師

國中畢業時，我對未來並沒有明確的方向，而是媽媽的一句叮嚀：「學會護理，至少能好好照顧自己。」於是我帶著一分務實的心踏上這條路，也在求學的過程中慢慢培養出興趣。

真正的轉捩點是 COVID-19 新冠疫情爆發的那段期間，學校不斷宣導護理人力短缺的事實，我是五專三年級生，正準備進入實習階段，那時候我突然覺得護理工作「很酷」，甚至帶著一種「作戰的戰士」要投入前線的情緒。那股熱忱讓我意識到，原來我也能像新聞裡那些回到職場的人一樣，以專業守護他人，在危機中伸出手助人。考到護理師執照，正式進入職場的那一刻，我真的覺得自己找到了屬於這分專業的位置。

然而，當我真正走進新冠肺炎專責病房後，我很快體會到理想與現實的巨大落差。因為被隔離，許多病人情緒激動，甚至會直接把焦慮化成怒氣往醫療人員身上發作。那時聽到「妳是護理師，應該更有同理心吧！」這樣的話讓我有一種被不合理的道德期待的要求而喘不過氣的感覺。

但也正是在照護過程中的辛苦時刻，我看見了護理工作最真實也最動人的一面；病人的一句關心、一個貼心眼神，都能成為我繼續堅持的力量；有些病人因為家裡有人念護理而為我感同身受，也有病人注意到我連續上班好幾天，會反過來關心：「妳有好好休息嗎？」最令我難忘的，是被家屬追著責罵而鼻酸時，對面床的阿嬤忽然拉著我說：「不要想太多，我知道你們真的很辛苦。」那一刻我深深感受到，世界上永遠有願意理解護理的人，而這些理解，就是專業最溫柔的回報。

這些瞬間不只讓我感動，也讓我更確信護理不只是技術，而是需要高度的情緒承載能力，是一分需要理解人性、發揮科學的專業照護工作。

進入臨床後，我的心態也經歷了很大的轉變。過去我總抱持著「能幫就幫到底」



的心態，但多次的衝擊讓我明白，不是每個人都會感謝你的付出，但也不是每句責備都值得放在心上。我開始學習設立界線，專注於完成分內的專業工作，確實告知、評估，卻不再讓病人或家屬的負面情緒動搖我的自信與價值。這不是冷漠，而是成熟，是一種保護自己、維持專業的方式。

投入專責病房照護的這段歷程，也讓我與母親的關係產生很美好的化學變化。母親雖然不在臨床，但具備護理背景讓她曾像嚴格的學姊般對我要求甚高，甚至曾責備我不夠熟悉護理知識；但當她親眼看見我在專責病房工作所承受的壓力，跨單位支援的奔波，把吃苦當成吃補，她看見我的堅持，之後，她就不再責備要求我了，她的態度變成了理解與佩服。所以當聽到親戚批評護理工作，說出對護理師的刻板印象，媽媽挺身而出替我說話！那時我真正感受到，護理專業也能讓家人因我而驕傲。

經歷這些起伏之後，我深刻理解到，「護理」不是辛苦的代名詞，而是專業的結晶，是洞察力、判斷力、臨床敏感度與人文關懷的整合。我們不只是執行醫囑，而是在混亂中維持秩序、在恐懼中帶來安心，在每個生命脆弱的時刻站在最前面的人。在從事護理工作的過程中，我發現自己變成了那個更好的自己。☺

震後的生命曙光

Dawn of Life After the Earthquake

■ 文、圖 | 孔繁郡 花蓮慈濟醫院合心八樓病房護理長

雖然是過去了一年多的事情，感覺像昨天才發生一樣。2024年4月3日早上7點58分，本是再平凡不過的上班日，白班、夜班同仁與實習學生及老師在護理站交班，一陣熟悉的花蓮小晃動，大家以為只是一般地震，沒想到下一秒便迎來足以改變許多人命運的0403大地震。劇烈的搖晃讓人驚覺這次不同以往，而真正意識到災情之嚴重，是之後從新聞、影片與家人電話中不斷湧入的消息。儘管如此，我們心裡都明白，接下來是一場硬仗，必須迅速統計床位，準備接收陸續送來的傷患。

像山月村爺爺的孫女

單位第一位病人是一位從太魯閣布洛灣山月村被搜救隊救下來的爺爺，因摔落山坡導致頸椎骨折及輕微的意識混亂。住院期間需長時間臥床，爺爺也很配合治療及臥床休息。爺爺與奶奶談起當時落石如雨、宛如末日的景象，奶奶感嘆：「幸好神明保佑，也幸好工作人員快速帶我們避難，不然可能就被石頭砸中了！」

後來爺爺能下床活動時，奶奶扶著他走，每次經過護理站，爺爺總會親切打招呼，關心我們忙不忙。在轉院前，爺爺深深感謝地說：「從沒想過旅行會遇到地震，也沒想過離死亡如此近。來到病房看到妳們，不知為何突然覺得很安心，就像多了許多孫女一樣。」那分信任與溫暖，讓人記憶深刻。

陪加拿大情侶克服恐懼

第二組病人是來自加拿大的情侶布蘭登 (Brandon) 和莉莉亞 (Lelia)。地震發生時，他們正前往砂卡礑步道，不幸在階梯處被落石擊中，兩人被分別送往不同醫院。布蘭登有開放性顱骨骨折與腳踝骨折，手術後轉入我們病房；莉莉亞在外院處理傷口後便趕來病房陪伴他。



但餘震不斷時，莉莉亞常出現頭暈、反胃與背痛，我們詳細詢問後懷疑她也有傷，帶她至急診檢查果然發現胸椎骨折，也需手術。住院的前幾天，每當發生餘震時，看見莉莉亞穿戴著高位頸圈，不是很方便的行動力，敵不過內心的恐懼及焦慮，從病床上就想往外逃跑，對於我們來說，真的很心疼。幾次看到同事

輕聲地安撫她，慢慢地牽著她的手坐回病床。第一個週末，精舍師父與身心科醫師探視時，師父將佛珠送給沒有宗教信仰的莉莉亞，並分享上人的故事。此後，只要餘震，她就握著佛珠，她說：「看著 Master(上人)的影像，讓我安心許多。」

他們本身是老師，在中國任教，住院期間他們宛如全病房的英文老師，不論是給藥、換藥或陪他們活動時，都能耐心與大家交流。出院當天，他們詢問臺灣習俗後送來一盆長青樹盆栽，感謝我們的照護，這分跨國的情誼令人珍惜。

砂卡礑夫妻不離不棄的深愛

第三組是一對歷經生死的夫妻。先生提到地震當時，他因部落婚禮回家幫忙，站在能看見自家方向的位置，親眼看見土石滑落，家園瞬間被掩埋。太太當時在家，所幸迅速被特搜隊救出，但因重度腦傷接受了開顱手術。



每次聽先生回憶當時的恐懼，與如今看著太太時的深情，都讓人動容。他說：「雖然地震震毀了家，但感謝主讓我們跨越生死，至少還能彼此陪伴。未來的復健再辛苦，我們都一起面對。」

住院期間，只要有空，先生便陪太太在走廊緩慢散步。出血位置影響太太語言能力，當她因為無法順利表達而焦急時，先生總耐心引導與安慰。平時夫妻在砂卡礑二間屋販賣手沖咖啡，面對腦傷失語病人，我們準備手沖咖啡組，熟悉的情境，刺激她的肌肉記憶、味覺及嗅覺。看著他們一步步走過苦難，漸漸的進步，我們感受到的是，比巨人肩膀更堅定的力量，比常人更強大的意志，還有屬於彼此、不離不棄的深愛。☺

柔軟溫暖的陪伴同行者

Volunteers as Gentle and Warm Companions to Clinical Nurses

■ 文 | 王琬詳 花蓮慈濟醫院護理部副主任

在醫院裡，有一群特別的身影。

他們不是醫護同仁，卻常常穿梭在走廊；他們不是病人家屬，卻願意停下腳步，傾聽陌生人的心事；他們沒有穿著白袍與白衣，卻用最柔軟的眼神，陪伴著每一個需要安定的靈魂。

他們，是大家口中的一—懿德爸媽。

這群爸媽們與我們沒有血緣，但因為慈濟，他們走進醫院，走入我們的生命，成為我們在臨床路上最溫暖的陪伴。

高壓節奏中的溫柔支持者

醫院的每一天，總在繁雜忙碌與高度緊繃中展開。突發的狀況、急促的步伐、病人與家屬的需求、同仁間相處的壓力，這些都常讓我們覺得自己像是臺不停運





攝影／詹大為



攝影／林瑞華

轉的機器，在高速的運轉下，溫度逐漸上升。但就在那些最沈重、最疲憊的時刻，懿德爸媽們總會安靜地靠近。一句輕聲的「你辛苦了」、一個理解的眼神、一次溫柔的膚慰，都足以讓我們在忙碌的臨床裡，撐起因面對生老病死與人際應對而垂落的疲倦。逢年過節，他們從不曾忘記送來關懷，不管是炎夏裡涼感的精油、端午節的油飯、中秋節的文旦、冬至時的補湯；還有每月生日的蛋糕；甚至是親手熬煮的甜品和手作的小點心。這些看似微小卻真切的溫度，常讓我們疲憊的心，因為被膚慰而重新被安住。

忙碌壓力的安心定錨者

在今日強調標準化、效率化及科技化的醫療環境裡，人心的負荷反而容易被忽略。但懿德爸媽們的存在提醒著我們，照護不是只有專業和技術，更需要注入一種陪伴生命的溫度。他們不急著替我們「解決問題」，而是先讓我們「被理解」；不急著給答案，而是靜靜的「同在」；他們用最柔軟的語言，安定我們慌亂煩躁的心。讓護理同仁與病家在壓力浪潮中，都多了一處可以暫時靠岸、整理呼吸和梳理情緒的心靈港灣，成為醫院裡最溫暖的底氣和穩定的依靠。

臨床旅程中的暖心陪伴者

懿德爸媽們不只關懷我們，也都是慈濟的志工，是醫院裡最美的一道風景線，是一群與我們並肩同行的隊友。他們耐心的陪著病人安住心情、安撫家屬度過慌亂，扶持同仁走過壓力；他們用慈悲、同理和支持之心，在我們來不及照顧到的角落補位；他們看見我們的辛苦，陪著我們守護的病人和家屬。沒有血緣，但有情誼；沒有薪資，但有願心；沒有義務，卻願意長久同行。因為這分同行的因緣，讓應對無常變動的臨床旅程，變成彼此支持的善美共同記憶。

護理是一條艱辛卻充滿意義的道路。而懿德爸媽們，是這條道路上最柔亮、最無私相伴的燈光。他們的同在讓高壓的臨床多一分安定與柔軟，讓繁忙的現場多一層被理解的溫度，也讓我們在疲憊時想起，我們從來不是孤單，因為有一群人，和我們沒有血緣，但因為慈濟，讓彼此得以靠近；因為靠近，讓我們體會到更大的愛；因為這分愛，使護理的行願之路更加圓滿豐盈。

感恩懿德爸媽們，陪我們走在護理的路上。☺



每月懿德爸媽們都會為護理兒女們送上生日祝福。攝影／呂基燕。

當護理成爲一種選擇

When Nursing Becomes a Choice

■ 文、圖 | 范家豪 花蓮慈濟醫院護理部督導

「我為什麼還在這裡？」

這個問題，在護理工作愈久愈常出現在我心裡。

當護理人力持續流失、工作壓力不斷堆疊，「留下來」似乎成了一種需要理由的選擇。我也曾問過自己，是否該轉身離開？然而，當真正走進病房，看見生命最脆弱的樣子時，我明白，有些選擇，並不是因為看見希望才堅持，而是在堅持之中，慢慢看見希望。

這是一位男丁格爾，在護理路上學習留下、學習承擔，也學習與自己對話的記錄。

從軍旅出發，急重症與災難的淬鍊

2011年自國防醫學大學護理系畢業後，我成爲一名身披軍服的護理師。這樣的雙重身分，讓我不只站在臨床照護的第一線，也同時肩負軍人應有的紀律與使命。對我而言，護理師與軍人並不是兩種分離的角色，而是在同一個身體裡，共同學習如何面對壓力、承擔責任。

也因為這樣的角色交會，除了日常的臨床照護工作，我也參與多項災難救護任務與軍陣演習。在模擬戰傷與緊急救援的場域中，我學習如何在高度緊張與不確定的情境下，迅速評估、果斷行動，並在混亂之中，維持對生命的尊重與專業的穩定。那些反覆操演的過程，看似嚴苛，卻一點一滴鍛鍊出我面對突發狀況時的沉著與判斷力。其中，花蓮太魯閣號翻覆事件是我至今難以忘懷的一次經驗。當我抵達事故現場時，映入眼簾的是一具又一具遺體被從扭曲





范家豪擔任 2025 亞太專科護理師聯盟國際研討會 (APCNP 2025) 的主持人。

變形的車廂中抬出來。那一刻，時間彷彿靜止，空氣沉重得令人幾乎無法呼吸。生命的脆弱，以最直接也最殘酷的方式，呈現在眼前。

震撼與哀傷來不及消化，我和同伴們很快收拾情緒，重新站回該站的位置。因為在那樣的現場，我們很清楚，悲傷必須暫時放下，時間，必須留給仍然活著的人。我們迅速進行檢傷分類、爭取每一分每一秒，協助傷者後送，只為替他們多爭取一線生機。

那不是英雄時刻，而是一種被責任推著向前的本能。在混亂與哭喊之中，我和夥伴們彼此提醒、彼此支撐，用專業撐住現場，也撐住自己。直到任務告一段落，當一切安靜下來，那份沉甸甸的震撼，才慢慢回到心裡。

那次經驗，讓我深刻明白，急重症與災難現場從來不只是技術的考驗，而是一場關於心與責任的試煉。也正是在那樣的時刻，我更加確定——沉著，並不是沒有恐懼，而是帶著恐懼，仍然選擇向前。

高等教育的精進，在困難的年代選擇留下

近年來在護理人力持續流失的環境中，我愈來愈清楚地感受到，留下來本身就是一種選擇。當身旁許多優秀的護理師在疲憊與無力中選擇轉身離開時，我也曾反覆問自己：僅憑一個人的力量，究竟還能為這個環境做些什麼？



在一次次自問之後，我慢慢明白，個人的影響或許有限，但若能持續把自己準備好，站得更穩、看得更遠，便有機會為更多人撐開一點空間。留下來不是勉強自己承受，而是學習在對的位置上，做出更長遠的選擇。也因此我回到學習之路，依序完成碩士與博士學位，並在不同教育體系的淬鍊中，重新整理自己的臨床經驗與思考方式。這段學習，對我而言，並不是為了證明什麼，而是讓自己在面對複雜的護理現場與制度問題時，能多一分理解與從容。

博士畢業後，我投入護理研究與教育。對我而言，護理教育不只是傳授知識與技術，更是一種陪伴——陪伴下一代護理師，在專業要求與人性拉扯之間，慢慢找到能夠安放自己的位置。

而當學習與教學逐漸累積，我也意識到，若護理的經驗只停留在個人層次，終究是有限的。於是，我開始走向公共場域，參與護理公共事務與國際交流，嘗試把第一線的聲音，帶進更大的對話之中，讓世界看見臺灣護理的努力與價值。



台灣專科護理師學會

范家豪代表花蓮慈濟醫院參與 2025 串聯專師創新前瞻競賽，榮獲「榮耀金質獎」。

同時，我也在護理領導培訓、公共健康討論與自媒體書寫中，持續思考護理師在社會中的角色與責任，並以研究為基礎，回應制度與政策的提問。這些嘗試，並不是為了站在前面，而是希望在離開變得合理的年代，讓「留下」這個選擇，多一點支持，也多一條可以走得下去的路。

走進慈濟，讓心有了安放之處

2022年，我退下軍服，站在人生的轉彎處，對未來感到迷惘，也一時不知該往哪裡去。就在這樣的心境下，因緣際會來到花蓮慈濟醫院服務。從基層護理師重新開始，從外科加護病房、急診室到手術室，一步一步學習、一步一步站穩，在忙碌而緊湊的工作節奏裡，我慢慢找回內心的安定。

那分安定，來自被尊重的專業，也來自日常中自然流動的慈悲——主管的一句溫柔的叮嚀、走廊相遇時的一個點頭。這些看似平凡的片段，卻讓人深刻感受到：在這裡照顧不是口號，而是一種早已融入日常的生活方式。

2024年，承蒙主管的信任與栽培，我接任護理部督導的角色。這份任務對我而言，不只是肯定，更是一份沉甸甸的託付。它提醒我，每一個制度設計、每一次決策思考，影響的不只是流程本身，而是護理師的工作日常，以及病人生命中關鍵而脆弱的時刻。因此，我學著放慢腳步、反覆思量，在品質、安全與人之間，尋找最合宜的平衡。

在慈濟，我學習用更謙卑的心，陪著團隊一起走；也在這裡，我更加確定，這不只是一份工作，而是一條我願意長久耕耘、安身立命的路。因為在這裡，我不只是被需要，也被好好安放。

護理，走到某個時刻，不再只是職業的名稱，而成為一種選擇。

選擇在困難時留下來，選擇在無常中站穩，選擇在疲憊之後，仍然願意靠近生命。這條路上，我也曾動搖、曾遲疑，甚至懷疑過自己是否還走得下去，但每一次回到病人身旁、每一次在混亂中被需要的時刻，我都再次確認：留下來，並不是因為不曾想離開，而是在反覆思量之後，仍然願意承擔。

也許，一個人能改變的有限；但只要有人選擇留下，護理的光就不會熄滅。而我，願意繼續站在這條路上，帶著專業，也帶著慈悲走下去。

我是范家豪，一名護理師，也是一位仍在前行、仍選擇留下的男丁格爾。☺

TZU CHI NURSING JOURNAL

Research
Articles

VOLUME 25 NUMBER 1

FEBRUARY 2026

志為護理
學術論文

2026年2月 第二十五卷 第一期

慈濟護理人文與科學



目錄 Contents

79 提升內科加護病房失禁性皮膚炎照護正確率

/ 李美貞、陳陶霽瑜、李彥錚、呂基燕、鍾惠君

Improving the Appropriateness of Care for Incontinence-Associated Dermatitis in Internal Medical Intensive Care Unit

/Mei-Chen Lee, Pei-Yu Chentao, Yen-Jen Lee, Ji-Yan Lyu, Hui-Chun Chung

92 提升護理人員執行膝關節置換術後下肢腫脹衛教指導完整性

/ 許書璋、郭貞嬋、戎嘉寧、蔡幸娟、吳徐慧

Improving the Completeness of Nursing Staff 's Health Education Guidance on Lower Limb Swelling After Knee Replacement Surgery

/Shu-Wei Hsu, Chen-Chan Kuo, Chia-Ning Jung, Hsing-Chuan Tsai, Hsu-Hui Wu

107 降低全身麻醉術後恢復室病人口渴發生率

/ 陳燕雪、方雅晶、邱琪偵、林姿佳

Reducing the Incidence of Thirst in Patients in the Post-Anesthesia Care Unit (PACU) Following General Anesthesia

/Yen-Hsueh Chen, Ya-Ching Fang, Chi-Chin Chiu, Tzu-Chia Lin

121 照顧一位異食症兒童之急診照護經驗 / 張如雯、葉惠玲

Emergency Care Experience Caring for a Child with Pica

/Ru-Wen Chang, Hui-Ling Yeh

130 運用賦權概念提升高齡糖尿病個案正向健康促進行為之護理經驗

/ 陳筱鳳、王美惠

Nursing Experience of Using Empowerment Concept to Enhance Positive Health-Promoting Behaviors in Elderly Patients with Diabetes

/Hsiao-Feng Chen, Mei-Hui Wang

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

提升內科加護病房 失禁性皮膚炎照護正確率

李美貞¹、陳陶霈瑜²、李彥錡³、呂基燕⁴、鍾惠君⁵

中文摘要

失禁性皮膚炎(incontinence-associated dermatitis, IAD)是壓傷的危險因子，照顧正確相對重要。本單位2019年壓力性損傷發生事件中，有44.5%是IAD演變成薦骨壓傷，引發改善動機。問題：護理師執行IAD照護正確率低，僅有21.7%。目的：提升IAD照護正確率至95%。解決辦法包括：推行IAD照護標準流程、張貼IAD創意圖卡、增設適合的看護墊、舉辦體驗學習法於IAD、設置IAD組合包。結果與結論：專案介入後IAD照護正確率提升至95.8%，達專案目的。本專案運用實證指引，透過可行的策略，提升皮膚照護正確率，降低IAD的發生，展現具體成效，促進加護病房皮膚照護品質。(志為護理，2026; 25:1, 79-91)

關鍵詞：失禁性皮膚炎、失禁性皮膚炎照護、體驗學習

前言

失禁性皮膚炎(incontinence-associated dermatitis, IAD)指皮膚表面長時間接觸到大小便所致的局部皮膚發紅與炎症反應(許美玉等，2016)。特徵是會陰、臀部和腹股溝紅斑和皮膚損傷。IAD會增加感染風險及不適感，造成壓力性損傷，延長住院天數，增加醫療成本。IAD的發生有多重原因。重症病人醫療處置及多種藥

物治療，包括：抗生素、軟便劑、瀉劑等，容易造成腹瀉及滲便頻繁。依據實證指引，IAD與護理照護的正確率關係密切，提供正確的皮膚照護有效降低IAD發生的風險(Coyer & Campbell, 2018)。

回溯本單位2019年IAD發生率平均25%，2020年1月份IAD發生率31%，恐此問題持續惡化，引發改善動機。文獻顯示IAD處理不當，會增加病人感染風險及不適感，造成壓力性損傷，延長住院

佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院護理部內科加護病房護理長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長²、佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院護理部督導³、佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院護理部副主任⁴、佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院護理部主任⁵

接受刊載：2023年4月29日

通訊作者地址：李彥錡 花蓮市中央路三段707號協力三樓護理部

電話：886-3-856-1825 #12081 電子信箱：yenjen1116@gmail.com

天數及增加醫療成本(林采蓉等, 2015)。期望藉由探討IAD護理照護現況, 尋求改善, 提升皮膚照護品質

現況分析

一、單位簡介

本單位為醫學中心內科加護病房, 床數20床, 2019年平均佔床率92.2%。護病比1:2, 護理師(含護理長1名)共計42名。工作年資平均7.4年, 兩年內者佔28.9%、兩年以上者佔71.1%。主要收治: 心臟內科、胸腔內科、腸胃內科、腎臟科等病人。使用尿布者佔95%以上。因疾病造成的意識改變、活動受限、感覺改變, 加上使用抗生素、軟便劑、瀉劑引起腹瀉, 皆是導致IAD的高危險群。

二、失禁性皮膚炎照護作業現況

病人入住本單位時, 護理師會檢視全身皮膚。若臀部皮膚完整, 就直接尿布包覆。每兩小時翻身時檢視病人有無解便, 當病人排便時, 護理人員依個人習慣或經驗選擇濕紙巾/清水/泡沫清潔劑, 搓洗皮膚至糞便清除乾淨。若病人已發生皮膚損傷, 護理人員在清潔皮膚後, 告知醫療科開立氧化鋅藥膏或適透膜粉塗抹臀部。當病人出現腹瀉次數增加, 會與醫療科討論是否調整藥物及飲食配方。如腹瀉未改善, 再與營養師討論飲食配方狀況。護理人員對IAD照護方式以及提供清潔防護隔離措施並沒有一致性, 於是進行照護現況調查。

三、失禁性皮膚炎照護現況調查

(一)調查工具的設計: 為了解護理師IAD照護的現況, 由護理長及兩位資深同仁組成小組成員。考量IAD的發生與護理

實務作業的關係, 參考文獻後, 取得共識: 照護現況的衡量以正確率(accuracy)為指標。擬定「IAD照護正確率查檢表」作為調查工具(許美玉等, 2016)。分三個階段開始進行。第一階段: 界定IAD照護正確率的操作性定義。IAD照護正確率的定義為: 查檢項目中, 執行正確的人數佔應執行正確的總人數之佔比(百分比)。執行正確以1分計算, 執行不正確以0分計算。第二階段: 確定IAD查檢項目六大項及每個項目執行正確的定義: 第(1)項、評估IAD危險因子, 需說出9項危險因子皆正確才算正確; 第(2)項、評估IAD嚴重度分級, 能依據病人皮膚狀況正確分辨0級、1級、2級分級才算正確; 第(3)項、用按壓方式清潔皮膚, 執行皮膚清潔時, 確實以按壓手法清潔才算正確; 第(4)項、使用正確的清潔保濕隔離產品, 能正確使用清潔保濕格隔離產品才算正確; 第(5)項、保持臀部通風, 能正確將看護墊平鋪於臀部下才算正確; 第(6)項、將IAD列入常規交班, 能說出目前IAD等級、使用的防護產品、防護產品塗抹最後一次時間, 三項均說出才算正確。第三階段: 調查工具的修訂。為確保調查工具的正确性及完整性, 經由5位專家(2位主治醫師、1位專科護理師及2位資深護理師)進行校閱修訂。於2020年2月1日由小組成員逐一討論每項查檢表標準, 以達一致性。並於當日試評3位護理人員, 再依評核問題進行討論及修訂。

(二)收集資料: 查核時間: 2020年2月5日至25日期間共21天, 於白班08:30至09:30、小夜班16:30至17:30及大夜班00:30至01:00交接班的翻身時間, 每次

約15分鐘，以「失禁性皮膚炎照護正確率查檢表」進行查核。查檢對象：本單位護理人員共39位(扣除3位小組成員)，觀察對象為接班主護。查檢方法：每日交班前會先彙整當日入院或轉入病人名單，在直接至床邊採實際觀察進行查核。執行正確以1分計算，執行不正確以0分計算。失禁性皮膚炎照護正確率=執行正確人數/應執行正確總人數*100%。(三)調查結果：IAD照護正確率僅22.2%，見表一。正確率最低的項目為第1細項：評估IAD危險因子為0人(0%)、第5細項：保持臀部通風為0人(0%)，次為第3細項：用按壓方式清潔皮膚為4人(10.2%)、第6細項將IAD列入常規交班為4人(10.2%)，第三為第4細項：使用正確的清潔、保濕及隔離產品為6人(15.4%)，第四為第2細項：評估IAD嚴重分級為38人(97.4%)，見表一。

四、失禁性皮膚炎照護正確率低之原因

觀察員於2020年2月5日至25日期間共21天，每次查檢照護現況後，當下進行訪談，以了解護理人員對IAD照護無法正

確執行的原因。訪談工具為半結構式問卷，參考(陳玉枝等，2016)文獻所設計。開放性訪談共39位護理人員，每次約10分鐘。鼓勵護理人員說明無法執行的原因。小組成員將訪談內容逐字記錄，有系統、客觀的進行內容分析。共計182個原因次，見表二。

(一)不清楚九項危險因子：有39原因次(21.4%)，ISO作業標準內容太多，不知寫在哪裡；表示雖然知道要評估，但危險因子評估項目多達九項，根本無法完全記起來。(二)IAD照護認知不足：有39原因次(21.4%)，表示皆未接受相關課程在職教育，我們都以經驗相傳方式執行照護。(三)清潔保濕隔離技巧錯誤：有38原因次(20.9%)，清潔皮膚方式都是依據學姐示範教學經驗傳承，當大便黏在屁股上，就會盡全力搓洗皮膚，直到濕紙巾看起來完全乾淨為止，所以清潔完後皮膚就紅紅的一大塊，對於保濕及隔離的措施也是常常被忽略。(四)清潔保濕隔離產品不齊全：有28原因次(16.5%)，單位的照護產品不齊全，只設有泡沫清潔

表一
失禁性皮膚炎照護正確率查檢結果

查檢項目	執行正確人次	執行錯誤人次	應執行 正確總人次	正確率註(%)	缺失排序
1. 評估IAD危險因子	0	39	39	0	1
2. 評估IAD嚴重度分級	38	1	39	97.4	4
3. 用按壓方式清潔皮膚	4	35	39	10.2	2
4. 使用正確的清潔、保濕及 隔離產品	6	33	39	15.4	3
5. 保持臀部通風	0	39	39	0	1
6. 將IAD列入常規交班	4	35	39	10.2	2
正確率	52	182	234	22.2%	

註：N=39；失禁性皮膚炎照護正確率=執行正確人數/應執行正確總人數×100%

表二
失禁性皮膚炎執行率低的原因

導因	出現次數	百分比(%)	累計百分比(%)
1.不清楚九項危險因子	39	21.4	21.4
2.IAD照護認知不足	39	21.4	42.8
3.清潔保濕隔離技巧錯誤	38	20.9	63.7
4.清潔保濕隔離產品不齊全	30	16.5	80.2
5.不清楚清潔保濕隔離產品使用時間點	24	13.2	93.4
6.交班順序無失禁性皮膚炎項目故常遺漏	10	5.5	98.9
7.看護墊尺寸太小	2	1.1	100.0
總計	181	100.0	100.0

註：N = 182

劑、長效保膚霜清及無痛保護膜，同仁必須自行組合，拿取時易遺漏，部分產品必須至其他單位購買，費時。(五)不清楚清潔保濕隔離產品使用時間點：有24原因次(13.2%)，大家的做法都是每次清潔皮膚後，依照示範個人經驗執行，所以大家的做法都不一致。(六)交班順序無失禁性皮膚炎項目故常遺漏：有10原因次(5.5%)，表示沒有規範失禁性皮膚炎交班內容。交班時只說明當時病人所使用的清潔保濕隔離產品。(七)看護墊尺寸太小：有2原因次(1.1%)，單位看護墊尺寸只有30*30公分，只要病人移動身體，看護墊就容易破或位移，糞便就滲漏出來，反而增加了照護負荷。

專案成員擬定查檢表進行真因驗證。由護理長及兩位小組成員參考文獻(許美玉等, 2016)，建置「失禁性皮膚炎照護認知測驗」共10題滿分100分，內容為「評估」分為4小題、「清潔」分為2小題、「保護」分為2小題、「吸收」分為2小題，每小項答對計算1分。於2020

年2月26日08:00至2月28日08:00，進行39位護理人員測驗，扣除護理長及小組成員，回收率100%。查核結果發現護理人員對IAD認知平均正確性為43.8%。於2020年3月1日至3月20日針對7項要因進行真因驗證，4項判定為真因。分別為第1.不清楚九項危險因子：3月2日至3月20日於星期一至星期五晨會時間抽問同仁IAD九項危險因子，39位護理人員均無法完整說出9項，佔0%(0/39)，最多可說出6項；第2.清潔保濕隔離產品不齊全：3月2日至3月6日查核白班13位病人需要使用組合包，護理人員均需要至其他單位購買IAD產品，佔100%(13/13)。第3.未學習到失禁性皮膚炎照護相關課程：回朔單位108年度未舉辦過IAD相關課程，並查詢護理人員108年度在職教育系統，均無上過IAD相關課程0%(0/39)；第4.清潔保濕隔離技巧錯誤，3月2日至3月6日查核白班及小夜護理人員共30位護理師清潔技巧過程，仍28位以螺旋摩擦方式清潔，錯誤率93.3%(28/30)；其餘3項要

因：不清楚清潔保濕隔離產品使用時間點、交班順序無失禁性皮膚炎項目故常遺漏、看護墊尺寸太小，經現場實際查核後判定為非真因。真因驗證結果：本病房IAD照護正確率低之導因共四項：

1.不清楚九項危險因子；2.未學習到失禁性皮膚炎照護相關課程；3.清潔保濕隔離技巧錯誤；4.清潔保濕隔離產品不齊全。

經專案小組綜合以上現況分析，共歸納造成失禁性皮膚炎照護正確率低原因如下：1.不清楚九項危險因子；2.未學習到失禁性皮膚炎照護相關課程；3.清潔保濕隔離技巧錯誤；4.清潔保濕隔離產品不齊全。見特性要因圖，如圖一

問題及導因確立

根據現況分析確立造成IAD照護正確率低，僅22.2%的主要導因共四項：1.不清

楚九項危險因子；2.清潔保濕隔離產品不齊全；3.未學習到失禁性皮膚炎照護相關課程；4.清潔保濕隔離技巧錯誤。

專案目的

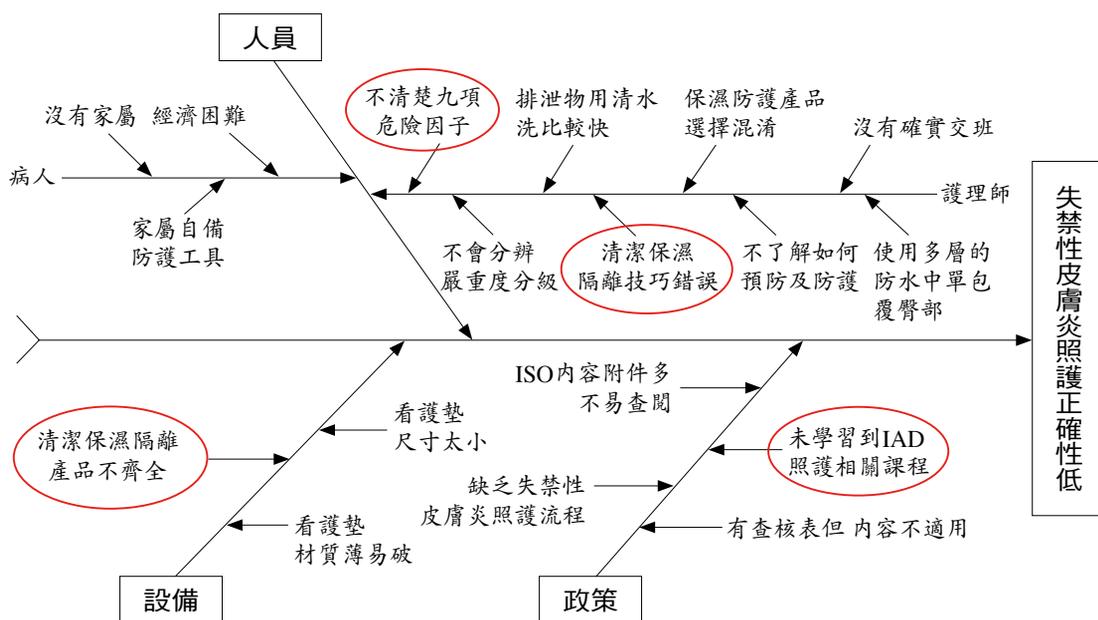
目標設定參考學者陳寶升等(2014)文獻，提升護理師IAD照護正確率達95%才能有效降低IAD。故本專案目的為提升IAD照護正確率由改善前22.2%，提升至95%。指標定義為IAD照護正確率=執行正確人數/應執行正確總人數×100%。

文獻查證

一、加護病房失禁性皮膚炎照護正確之重要性

加護病房病人疾病嚴重，使用多種藥物治療，易有腹瀉及滲便產生失禁性皮膚炎，如防護執行錯誤，增加病人感

圖一
失禁性皮膚炎照護正確率低特性要因圖



染風險，嚴重時造成壓瘡，甚至延長住院天數及增加醫療成本，系統性實證文獻支持經由教導臨床照護皮膚知識、防護隔離產品等輔具選擇，建立對IAD清潔及照護標準一致，可及早預防並改善IAD(林筱青等，2016)，顯示加護病房IAD照護正確率之重要性(褚等，2021)。

二、影響失禁性皮膚炎之相關因素

醫療團隊如未能及時正確評估及討論預防方案，容易導致重症病人IAD的發生(褚等，2021)。文獻也指出IAD照護的方式及用品不齊全，無法正確提供IAD的照護，讓已受潮的皮膚無法維持在通風乾燥情況下，皆是促成IAD的危險因素(陳安婷等，2020；褚等，2021)。

三、提升失禁性皮膚炎照護正確率之策略

(一)圖像化的照護運用：運用簡單圖示呈現，將危險因子評估項目、嚴重度分級、選擇正確清潔保濕隔離產品及護理處置方式，透過目視化管理圖片，讓照顧者能不受時間、地點與空間限制，方便人員自主學習(許美玉等，2016；許美玉等，2019)。

(二)IAD結構式皮膚照護組合包：依據損傷0、1、2級，共3個等級，運用紅、黃、綠燈號誌標示，分別為：0級皮膚完整為綠燈，1級皮膚發紅為黃燈，2級皮膚破損為紅燈。每個組合包內，放置相對應皮膚照護產品，將組合包設為單位照護品項，可以提高照護者正確與便利的取得皮膚照護用具(許美玉等，2019；褚等，2021)。

(三)清潔保濕隔離技巧體驗營/在職教育：IAD的照護包含：(1)清潔皮膚：應

用泡沫清潔劑取代肥皂和水能更有益皮膚癒合，再以棉質柔軟護理巾輕拭乾，避免用力摩擦和擦洗造成皮膚損傷(林筱青等，2016；Beeckman et al., 2016)。(2)皮膚保濕及防護：使用長效保膚霜能覆蓋於皮膚表層給予表層脂質保護膜，隔離皮膚與排泄物的接觸，減少摩擦及潮濕，為皮膚照顧的好選擇(林筱青等，2016)。並將失禁性皮膚炎照護評估、嚴重度分級及處置皮膚照護方式紀錄，列入交班(陳安婷等，2020)。提升IAD皮膚照護認知，可增加護理人員對失禁性皮膚炎的識別性；傳統示範教學法藉由觀察及模仿學習行為操作，不同學習者容易撩亂導致學習程度不一致(馮、洪，2018)。體驗學習是指導者把教育課程設計成一個雙人互動式的學習過程，提升現有行為及技巧，強化「做中學，學中覺」的體驗學習反思基礎。讓學員感受轉化態度，並應用於臨床(馮、洪，2018；Goldman et al., 2020)。

解決辦法及執行過程

依據現況分析、問題確立和文獻查證後，經由小組成員討論擬定改善對策，進行決策矩陣分析。每項對策以0~5分評價可行性、重要性及效益性。5分適合執行、3分中等、1分為不可行之方式計分，總分最高為45分(5分*3項評核*成員3人)，以80%為基準認為可行，總分36分以上為選定本專案之解決策略，統計結果，見表三。

依決策矩陣分析結果，擬定本專案解決策略共計五項：1.製作圖示IAD海報；2.增設IAD組合包；3.制定IAD照護標準

流程；4.舉辦IAD照護在職教育；5.體驗學習教學法於IAD。

本專案執行期間自2020年4月1日至2020年9月30日止，為期6個月，分為計畫期、執行期及評值期，活動執行進度以甘特圖表示，見表四。

一、計畫期(2020年4月1日至4月30日)

(一)規劃圖示IAD海報(2020年4月1日至4月10日)

規劃依據許美玉等(2016)文獻海報內容，包含評估危險因子、嚴重度分級圖片以120*90公分大小的海報，張貼病室牆面，提供護理師評估及辨識，增加團隊照護概念。

(二)規劃增設IAD組合包(2020年4月13日至4月14日)

規劃增設0級、1級、2級IAD組合包於

表三
提升失禁性皮膚炎照護正確率決策矩陣分析

導因	對策	可行性	重要性	效益性	總分	選定
不清楚九項危險因子	1.制定IAD高危險評估表	13	15	7	35	
	2.製作圖示IAD海報	15	15	15	45	★
清潔保濕隔離產品不齊全	1.增設IAD組合包	15	15	15	45	★
未學習到IAD照護相關課程	1.制定IAD照護標準流程	15	15	13	45	★
	2.舉辦IAD照護在職教育	15	15	15	43	★
清潔保濕隔離技巧錯誤	1.增設IAD組合包	13	15	7	35	
	2.體驗學習教學法於IAD	15	15	13	43	★
	3.拍攝清潔皮膚流程影片	11	9	9	29	

表四
提升失禁性皮膚炎照護正確率之執行進度表

2020年 月份		4月					5月				6月				7月					8月				9月				
項目時間 / 週		1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	5
計畫期	1.規劃製作圖示IAD海報	★	★																									
	2.規劃增設IAD組合包			★																								
	3.規劃制定IAD照護標準流程			★	★																							
	4.規劃IAD照護在職教育				★	★																						
	5.規劃體驗學習教學法於IAD				★	★																						
執行期	1.張貼圖示IAD海報									★																		
	2.設置IAD組合包									★	★	★	★	★	★	★												
	3.宣導IAD照護標準流程											★																
	4.舉辦IAD照護在職教育											★																
	5.舉辦體驗學習教學法於IAD																											
評值期	1.IAD照護正確率																											

醫材櫃上，每一組合包外袋上貼有嚴重度分級貼紙，運用紅、黃、綠燈號誌標示，讓同仁能立即分辨拿取並正確使用。

(三)規劃制定IAD照護標準流程(2020年4月15日至4月21日)

為提供護理師快速執行正確照護流程，規劃制定IAD照護標準流程。製作「IAD照護標準流程圖」：依據本院現有IAD照護作業標準及參閱文獻資料(許美玉等，2016)，內容涵蓋四大項如下。

(1)護理評估：評估IAD危險因子，共有腹瀉、滲便、軟便、如廁受限、活動受限、意識改變、感覺改變、營養不良、藥物等共九項。

(2)嚴重度分級：需確認IAD嚴重度分級，附上0級、1級及2級傷口圖像，提升同仁辨識度，正確辨識嚴重度分級。

(3)護理處置：依IAD分級，使用對應IAD組合包，使用方式如：IAD為0級：每8小時清潔皮膚並使用0級IAD組合包；IAD為1級：清潔皮膚後，無痛保護膜每24小時使用一次；腹瀉大於3次/天則改12小時一次使用，使用1級IAD組合包；IAD為2級：每8小時清潔皮膚，使用醫囑開立氧化鋅與適透膜粉混合後，每12小時使用一次，厚敷方式覆蓋比傷口還大之範圍，使用2級IAD組合包；每一級傷口若執行照護3天後未改善需照會傷口護理師；若IAD演變壓力性損傷則依壓力性損傷照護流程執行提供正確照護。

(4)將班內最後一次塗抹IAD防護產品時間記錄列入交班。

(四)規劃在職教育與學習教學法於IAD(2020年4月22日至4月30日)

提升護理師對IAD照護的專業知能，由

專案小組擔任講師，擬規劃針對護理師舉辦在職教育共4場。預計安排在5月13日及5月15日09:00-09:50與16:40-17:30，教學地點為單位討論室，教學內容涵蓋IAD的概述、評估危險因子、IAD嚴重度分級、清潔皮膚的技巧、IAD組合包選擇及使用方式。計畫運用體驗學習教學法於IAD之清潔手法、組合包使用時機及技巧，針對操作時常見問題加強說明及重複操作練習，提升現有皮膚清潔行為及技巧，強化由「做中學，學中覺」反思如何做得更好，增加熟練感(馮、洪，2018；Goldman et al., 2020)。

二、執行期(2020年5月1日至6月30日)

(一)張貼圖示IAD海報(2020年5月4日)

張貼於病室牆面上，護理師可依據海報，正確評估IAD危險因子、評估嚴重度分級、清潔防護隔離技巧、IAD組合包使用時機，經由圖文衛教家屬及病人說明，利用IAD組合包指引上的QR code取得認知及照護技巧。新進護理師表示：「海報上的圖示很清楚，家屬利用手機將海報拍照下來，如果後續照顧家人時忘記了，還可以打開來看很方便，如果有疑問，馬上就可以找到答案，真的很不錯」。

(二)設置IAD組合包(2020年5月13日至5月15日)

於2020年5月13日由書記及單位主管協助將IAD組合包依級別裝箱置放，置物盒外標示0級包、1級包及2級包，方便同仁快速拿取，組合包中：0級包內含有泡沫清潔劑及長效保膚霜，1級包內含有泡沫清潔劑及無痛保護膜，2級包內含有泡沫清潔劑及適透膜粉，每一組合包中含

有IAD皮膚照護組合包說明書，及附上QR Code觀看使用步驟。執行期間碰到困難，家屬質疑：「這些產品價格昂貴、對病人真的有幫助嗎？」一度讓同仁難過，藉由醫師說明及資深護理師分享皮膚進展照片，讓家屬得到安心，同仁感到成就感，也提升護病間的信任及家屬的讚美。產品價格問題反應院方，建議提供小劑量包裝產品，讓家屬看到照護成效後，再依需求購買。

(三)宣導IAD照護標準流程(2020年5月18日至6月30日)

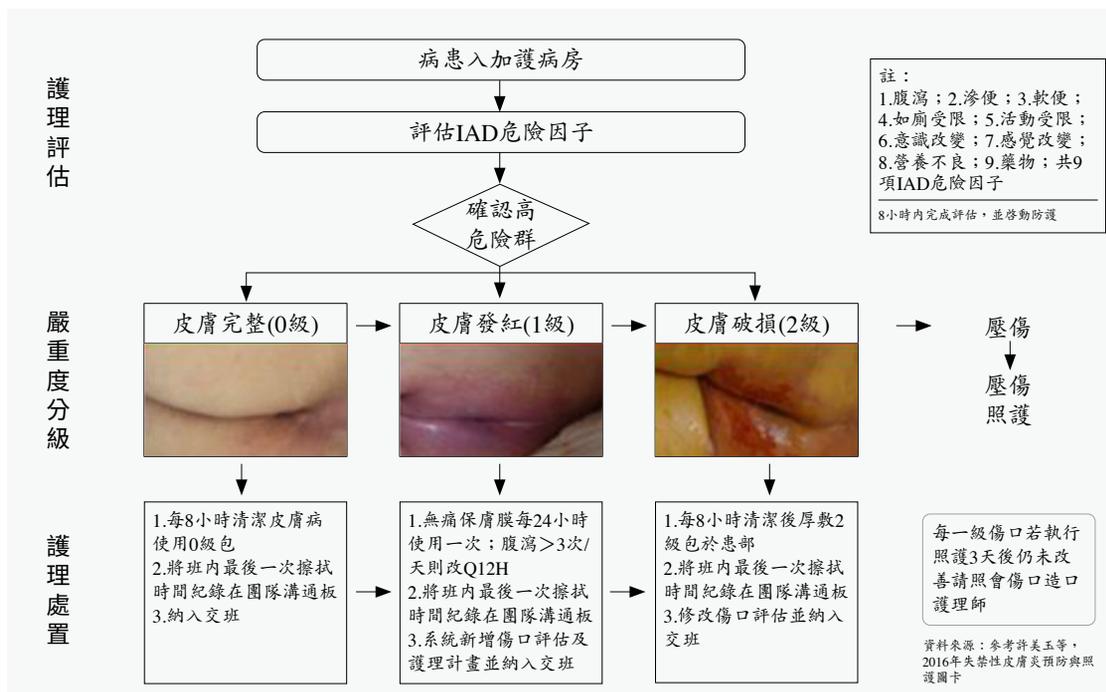
(1)護理長於2020年5月18日病房會議及5月21日醫療科務會議，向團隊說明「IAD照護標準流程圖」中的護理評估、嚴重度分級及護理處置。5月22日將「IAD照護標準流程圖」放置於病人單位

之工作站桌墊下，供護理師及時參閱及提醒，有一致性的照護(見圖二)。

(四)舉辦在職教育與體驗學習教學法於IAD(2020年5月26日至5月27日)

為使每位護理師均可參加在職教育，且考量單位輪值三班，於5月26日及5月27日09:00-09:50與16:40-17:30於單位討論室，舉辦四場在職教育。總時間為50分鐘，前5分鐘安排兩兩一組，觀察互相以泡沫潔膚露清潔手背髒污及如何塗抹防護產品狀況，接續30分鐘課程說明IAD概述、評估危險因子、IAD嚴重度分級、清潔皮膚的技巧、IAD組合包使用方式、塗抹IAD防護產品時間記錄及交班等內容。最後15分鐘兩兩一組，運用體驗學習教學法相互操作IAD清潔手法及組合包使用時機及塗抹技巧，執行過程中由小組成

圖二
IAD照護標準流程



員確認同仁操作正確率及一致性，必要時予以指導及修正，每位同仁必須經由小組成員確認才算完成課程。四堂課程出席人數共39人，出席率達100%，課程滿意度96%，計畫將此納入單位必修課程，明年上/下年度各舉辦兩場次。訂定每月查核IAD照護正確率，穩定後改為季監測，並列入年度護理品質監測計畫。體驗學習教學法過程中，護理師反思：「使用泡沫潔膚露清潔時，我以為力道已經很輕，沒想到皮膚還是紅了」、「實際操作及練習，發現自己錯誤的觀念及清潔手法」。

三、評值期(2020年7月1日至9月30日)

專案實施後，比較執行前後成效，於2020年7月1日至9月30日為期3個月，白班08:30-09:30、小夜16:30-17:30及大夜00:30-01:00翻身時間點，由專案小組進行床邊直接觀察，運用「失禁性皮膚炎照護正確率查檢表」進行查核39位護理師，分析IAD照護正確率。5月26日及5月27日課程結束後，於5月28日08:00至5月29日08:00進行「失禁性皮膚炎照護認知測驗」後測，進行39位護理人員測驗，回收率100%。

結果評值

專案實施至9月30日，結果顯示：護理人員執行失禁性皮膚炎照護正確率由改善前22.2%提升至98.7%(上升76.5%)，達專案目的，見表五。護理人員失禁性皮膚炎照護認知後測，結果發現護理人員對失禁性皮膚炎認知由43.8%上升至100%，顯示改善後確實有效解決問題。導因改善情形：分別為第1.不清楚九項危

險因子：7月6日至7月30日於星期一至星期五晨會時間抽問同仁IAD九項危險因子，39位護理人員均能完整說出9項，佔100%(39/39)；第2.清潔保濕隔離產品不齊全：單位設置IAD組合包後，於7月13日至7月17日查核白班10位病人需要使用組合包，護理人員均可立即拿取IAD組合包供病人使用，佔100%(10/10)，同仁滿意度達100%。第3.未學習到失禁性皮膚炎照護相關課程：5月26日至27日舉辦在職教育及體驗學習得到同仁很好的回饋，於2020年8月14日針對單位4位新進人員舉辦一場課程，課程滿意度100%，已將課程列入明年度必修課程，讓同仁維持IAD照護知能與技能；第4.清潔保濕隔離技巧錯誤，8月3日至8月7日查核白班及小夜護理人員共15位護理師清潔技巧過程，均以按壓方式清潔皮膚，錯誤率0%(15/15)。效果維持：於2020年10月1日至2021年3月31日查核IAD照護正確率為98.7%，達到專案之持續效果。IAD發生率由2020年01月改善前的7.9%降至改善後的2.4% (圖三)，並持續維持成效。護理師於醫療科務會議中分享成果，獲得醫療團隊的肯定。護理專業貢獻：重症病人屬性因疾病特性以及抗生素用藥易有腹瀉的副作用，透過本專案施行，護理師可及早進行失禁性皮膚炎高風險評估，及早提供防護措施，有效減少IAD發生及延緩IAD嚴重程度。

討論與結論

專案進行初期推動不易，最大阻力及困難是護理師對於IAD照護上因個人習慣有所改變而產生抗拒，影響臨床照護效

率。小組成員針對IAD照護處置及IAD組合包的一致性，與醫療科及傷口照護小組討論，取得共識，制定圖像化海報張貼在單位明顯的地方，並每日宣導IAD照護重要性，讓臨床護理師能積極參與及配合執行，使得專案能夠順利推動，是本專案之助力。本專案的限制：IAD組合包屬於自費品項，部分家屬經濟困難，

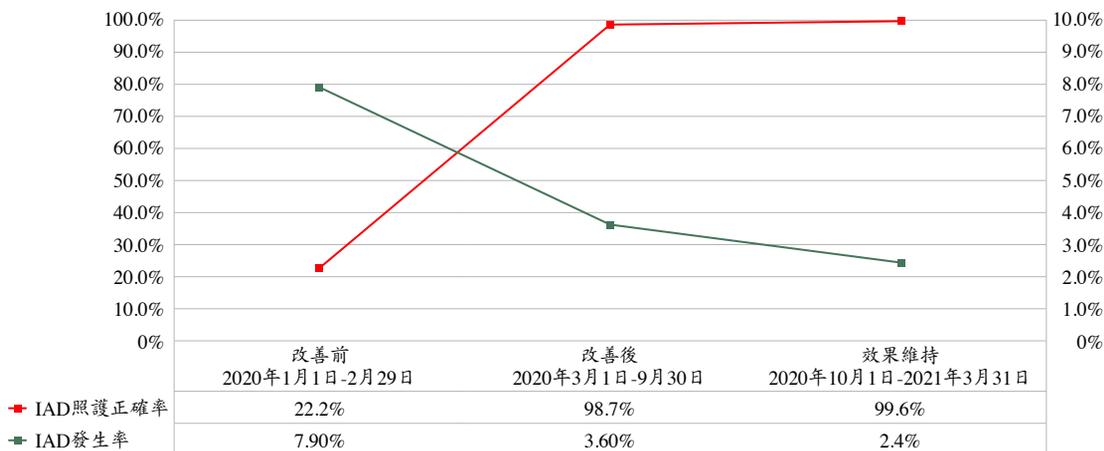
以致IAD組合包並不是每一位病人都能使用。考量臨床實務情境，團隊持續與傷口照護小組進行討論後，積極向廠商溝通，增加小包裝產品的設置，讓費用減半，貼近家屬經濟負擔，也能提供病人良好的照護品質。護理團隊運用實證文獻實證引領團隊共同擬定IAD照護策略，提升重症病人IAD皮膚照護的正確率，讓

表五
失禁性皮膚炎照護完整率調查結果

查檢項目	改善前			改善後		
	執行 正確人次	應執行 正確總人次	正確率 (%)	執行 正確人次	應執行 正確總人次	正確率 (%)
1.評估失禁性皮膚炎危險因子	0	39	0	39	39	100.0
2.評估失禁性皮膚炎嚴重分級	38	39	97.4	39	39	100.0
3.用按壓方式清潔皮膚	4	39	10.2	38	39	97.4
4.使用正確的清潔、保濕及隔離產品	6	39	15.4	39	39	100.0
5.保持臀部通風	0	39	0	38	39	97.4
6.將失禁性皮膚炎列入常規交班	4	39	10.2	38	39	97.4
IAD照護正確率	52	234	22.2	231	234	98.7

註：N = 39；IAD照護正確率=執行正確人次/應執行正確總人次×100%

圖三
IAD照護正確率及前後比較及效果維持



重症病人IAD發生率顯著低於文獻發表之IAD發生率，可為提升加護病房照護品質之經驗分享。醫院目前設有傷口皮膚評估系統，但未針對IAD建構完整的評估及護理處置欄位，建議：未來規劃IAD危險因子評估及護理處置欄位；運用資訊化流程以輔助護理師完整評估及提供正確護理處置。

參考文獻

- 林采蓉、黃敏榕、粘惠先、劉佳琪、謝佩珊、陳淑惠(2015)·降低重症病房腹瀉病人IAD發生率·*護理雜誌*，62(2)，81-89。https://doi.org/10.6224/JN.62.6.81
- 林筱青、許晉豪、張簡志炫、揚正三(2016)·不同的皮膚照護方案對成人IAD之改善成效：系統性文獻回顧·*南臺灣醫學雜誌*，12(2)，103-114。https://doi.org/10.6726/mjst.201612_12(2).0007
- 許美玉、林宜靜、陳映君(2016)·失禁性皮膚炎預防與照護圖卡·*志為護理-慈濟護理雜誌*，15(5)，60-63。https://doi.org/10.1111/j.1365-2648
- 許美玉、林宜靜、陳映君(2019)·搶救「桃樂思」-「IAD 012」·*志為護理-慈濟護理人文與科學*，18(1)，18-20。
- 陳玉枝、王憲華、李作英、張麗銀、黃瑞蘭(2016)·護理專案資料蒐集方法與工具之運用·於李作英總校閱，*護理專案之執行與撰寫*(再版，45-46頁)·台北市：台灣護理學會。
- 陳安婷、黃美華、陳秋臻、王怡婷、陳麗貞(2020)·運用團隊合作降低失禁性皮膚炎發生率·*護理雜誌*，67(1)，89-97。https://doi.org/10.6224/jn.202002_67(1).11
- 陳寶升、陳素秋、陳銘惠(2014)·提升呼吸照護中心-失禁性皮膚炎照護正確率之專案·*彰化護理*，21(4)，10-18。https://doi.org/10.6647/CN.21.01.03
- 馮容芬、洪世欣(2018)·臨床常用教學分法·於王桂芸、張媚、曾雯琦總校閱，*護理臨床教學方法與教案設計*(1版，21-74頁)·台灣護理學會。
- 褚淑雲、徐淑芬、黃映綺、陳思佳(2021)·降低加護病房病人失禁性皮膚炎發生率·*馬偕護理雜誌*，15(1)，12-22。https://doi.org/10.29415/JMKN.202101_15(1).0002
- Beeckman, D., Van Damme, N., Schoonhoven, L., Van Lancker, A., Kottner, J., Beele, H., ... & Verhaeghe, S. (2016). Interventions for preventing and treating incontinence-associated dermatitis in adults. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 11, CD011627. https://doi.org/10.1002/14651858.CD011627.pub23
- Coyer, F., & Campbell, J. (2018). Incontinence associated dermatitis in the critically ill patient: An intensive care perspective. *Nursing in Critical Care*, 23(4), 198-206. https://doi.org/10.1111/nicc.12331
- Goldman, J., Kuper, A., Baker, G. R., Bulmer, B., Coffey, M., Jeffs, L., ... & Wong, B. (2020). Experiential learning in project-based quality improvement education: Questioning assumptions and identifying future directions. *Academic Medicine*, 95(11), 1745-1754. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003203

Improving the Appropriateness of Care for Incontinence-Associated Dermatitis in Internal Medical Intensive Care Unit

Mei-Chen Lee¹, Pei-Yu Chentao², Yen-Jen Lee³, Ji-Yan Lyu⁴, Hui-Chun Chung⁵

ABSTRACT

Incontinence -Associated Dermatitis (IAD) is a risk factor for pressure injury (PI), and correct care is important. In 2019, 44.5% of the pressure injury cases in our department were IADs that evolved into sacral pressure injuries, which triggered the motivation for improvement. Problem statement: The appropriateness of care by nurses performing IAD care is low (21.7%). Objective: Improve the appropriateness of care for IAD to 95%. Solutions include: implementing standard procedure workflow for IAD nursing, posting creative picture cards on IAD, adding suitable nursing pads, organizing IAD experiential learning methods, and designing IAD combination packages. Results and conclusion: After intervention, the appropriateness of IAD care increased to 95.8%, and achieved the research objective. Evidence-based guidelines and feasible strategies were adopted in this study to improve the appropriateness of skin care, reduce IAD incidence, demonstrate specific results, and improve the quality of skin care in the intensive care unit. (Tzu Chi Nursing Journal, 2026; 25:1, 79-91)

Keywords: incontinence-associated dermatitis, procedure for IAD nursing, experiential learning

Head Nurse of Intensive Care Unit, Hualien Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation¹; Head Nurse of Surgical Intensive Care Unit Hualien Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation²; Supervisor, Hualien Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation³; Vice Director, Hualien Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation⁴; Director, Hualien Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation⁵
Accepted: April 29, 2023

Address correspondence to: Yen-Jen Lee 707, Chung Yang Rd., Sec.3 Hualien, Taiwan 970
Tel: 886-3-856-1825 #12081 E-mail: yenjen1116@gmail.com

提升護理人員執行膝關節置換術後下肢腫脹衛教指導完整性

許書瑋¹、郭貞嬋²、戎嘉寧³、蔡幸娟⁴、吳徐慧⁵

中文摘要

膝關節置換術後返家常伴隨患肢腫脹影響日常生活，病人出院後來電諮詢腫脹問題佔50%，影響護理人員照護作業，引發小組成立動機。專案執行期間為2022年2月1日至2022年12月31日，經現況調查發現護理人員執行膝關節置換術後下肢腫脹衛教指導完整率僅68%，確立問題為缺乏測量下肢腫脹標準、口頭衛教資訊多記不住及缺乏衛教指導輔助工具，解決辦法為舉辦膝關節置換術後下肢腫脹評估標準流程暨在職教育訓練；製作關節手術後疼痛腫脹照護小秘笈影片、關節腫脹自評貼心尺及下肢腫脹自覺評估量表、測量下肢腫脹評估工具組等措施。改善結果為護理人員執行下肢腫脹衛教指導完整率提升至100%，降低出院後來電諮詢，有效提升照護品質。(志為護理，2026; 25:1, 92-106)

關鍵詞：膝關節置換、下肢腫脹、衛教指導。

前言

依據2020年衛生福利部全民健康保險醫療統計，全年約有4萬2千多人接受關節置換手術(衛生福利部統計處，2022)。人工膝關節置換術是根治退化性膝關節炎有效的治療方式(Murphy et al., 2018)。術後常見併發症有下肢靜脈血栓、假體感染、持續疼痛及神經血管損傷等(American Academy of Orthopedic

Surgeons, 2020)。術後因腿部腫脹的因素，易使靜脈血回流受影響，發生深層靜脈栓塞的機率為0.05%(Mula et al., 2020)，一旦發生可能引發肢體腫脹疼痛、潰爛，嚴重者可能造成肺栓塞、腦中風而危及生命(劉、吳，2022)，而人工膝關節術後90天併發靜脈血栓發生率0.3%，術後一年死亡率約0.6%，因疾病本身及治療中所引起的症狀困擾與煎熬，對長者生理、心理、社會等方面

林口長庚紀念醫院護理部護理長、林口長庚紀念醫院護理部督導暨長庚科技大學護理系兼任講師、林口長庚紀念醫院護理部護理師、林口長庚紀念醫院護理部副護理長、林口長庚紀念醫院護理部督導暨長庚科技大學護理系兼任講師⁵

接受刊載：2025年9月17日

通訊作者地址：郭貞嬋 333桃園市龜山區復興街5號

電話：886-2-328-1200 #2810 電子信箱：rewa1217@cgmh.org.tw

皆造成不同程度的負面影響(Mula et al., 2020)。

本單位為骨科病房，統計2021年病人於出院後三日內來電諮詢居家自我照護相關問題平均10件/週，腫脹照護問題即佔50.0%，護理人員需中斷臨床作業，接聽電話回答病人及家屬問題，花費10至15分鐘，增加護理人員工作負荷；而病人平均住院天數約3天，併發症狀無法即時評估治療，因此引發專案之動機。小組成員希冀藉此專案深入探討膝關節置換術後病人返家後，影響其執行下肢腫脹自我照護原因，找出有效改善策略，提升膝關節置換手術後照護品質及返家後生活品質。

現況分析

一、單位簡介

本單位為北部某醫學中心骨科專科病房，總床數58床，2021年平均佔床率64.4%，主要收治退化性膝、髖關節炎、脊椎滑脫及上、下肢骨折病人，其中以退化性膝、髖關節炎病人最多，佔30.1%，平均住院天數3天；本單位編制人數共28人，職稱涵蓋護理長、副護理長及各職級護理人員，進階職級人數比例護理長1人(3.6%)、副護理長2人(7.1%)、N4：10人(35.7%)、N3：7人(25.0%)、N2：3人(10.7%)、N1：5人(17.9%)。

二、膝關節置換術後衛教指導流程

預施行膝關節置換手術病人入院後，護理人員提供膝關節置換術前衛教，術後當天執行衛教指導，提供衛教單張並口述衛教內容包含：冰敷、肢體抬高、

周邊循環神經項目(疼痛、蒼白、麻痺、脈搏消失、溫度改變、感覺異常)，但未針對手術後下肢腫脹進行衛教，當周邊循環神經評估項目，其中一項發生異常情形時，立即通報醫師，依醫囑處置後，評估正常續冰敷與肢體抬高，術後第一天依醫囑指導傷口照護及使用連續被動運動器(continuous passive motion, CPM)復健，經由主治醫師評估許可後，依醫囑辦理出院。

三、膝關節置換手術後肢體腫脹照護相關規章與教育訓練

檢視本院退化性膝關節炎疾病護理標準，缺乏膝關節置換術後下肢腫脹評估與照護措施；檢視近三年骨科護理組，僅於新進人員三個月安排「退化性關節炎之治療及人工關節置換術後整合性全人照護」教育訓練，課程內容僅涵蓋關節置換術後評估、衛教及注意事項，缺乏手術後下肢腫脹評估相關內容；本院官網設有衛教園地，其中有「退化性膝關節炎行人工膝關節置換術照顧須知」，然而衛教內容中並未提起肢體腫脹問題，且護理人員衛教方式多以口頭講述。

四、護理人員執行膝關節置換術後衛教指導完整性調查

為瞭解護理人員對膝關節置換術後下肢腫脹衛教指導完整性的現況，成立專案小組(成員3人包含1位護理長、2位基層護理師)，與1位醫師、2位專科護理師、3位專科護理長共同討論後，自擬「護理人員執行膝關節置換術後衛教指導內容查核表」共10項，完整1分，不完整0分。於2022年01月10日至2022年01月

17日查核25位護理人員1次/人。結果為護理人員執行膝關節置換術後衛教指導完整性調查結果僅達68.0%，其中「可正確執行測量小腿圍有無腫脹並記錄」完整率最低僅12.0%(如表一)。進一步訪談25位護理人員，88%人員表示無人教導手術後應測量小腿圍有無腫脹情形，而術後因患肢小腿由多層棉捲與彈繃包紮，無法評估患肢實際腫脹程度，80%人員表示臨床上僅提供極少量皮尺且取之不易，操作不便捷打結纏繞手，92%人員表示對於測量小腿圍時機、標準與記號標示無標準內容可參考，因此無法正確得知是否有下肢腫脹情形，另病人住院天數較短，下肢腫脹多發生於術後第3天以後，住院中未能長時間觀察下肢腫脹情形，故無法發現下肢腫脹問題。

五、護理人員對膝關節置換術後下肢腫脹照護認知正確性

為瞭解現況骨科護理人員對膝關節置換術後下肢腫脹照護認知正確性，參考

文獻Wells部分評估內容包括患側無力、局部壓痛、患肢腫脹、患側小腿體積比健側增加3公分以上；再與3位醫師、2位專科護理師、3位專科護理長共同討論並擬定「膝關節置換術後下肢腫脹照護認知問卷調查表」，問卷內容包含肢體末梢評估、術後患肢腫脹症狀評估、異常標準及照護認知等，共五題，回答正確1分，錯誤0分，於2022年01月18日至2022年01月25日實際調查25位護理人員，調查結果：護理人員對膝關節置換術後腫脹評估認知正確性平均僅70.4%，其中「雙側肢體小腿圍相差>3公分就是異常」最低，僅達40.0%(如表二)。進一步訪談25位護理人員，92%護理人員表示未接受需測量下肢小腿圍時機，及下肢腫脹時，需測量比較雙側小腿圍，當相差大於三公分為異常情形，80%人員表示大多依據個人經驗及臨床同仁互相交流經驗，進行膝關節置換術後患肢腫脹評估。

表一
護理人員執行膝關節置換術後衛教指導完整性調查結果

項目	人數	百分比%
手術後可正確執行疼痛評估	24	96.0
2.疼痛指數>4分，可依醫囑給予止痛藥	22	88.0
3.可正確執行患肢指甲微血管充盈反應測試	15	60.0
4.可提供冰敷緩解疼痛	20	80.0
5.可正確評估異常麻木情形時，及時通知醫師評估	17	68.0
6.執行主動詢問病人下肢麻木情形	19	76.0
7.可正確執行觸摸足背與脛後動脈檢測搏動情形	14	56.0
8.可正確執行觸摸比較雙下肢遠端皮膚溫度	17	68.0
9.可確實詢問病人末梢是否有感覺，對於刺激的反應	19	76.0
10.可正確執行測量小腿圍有無腫脹並記錄	3	12.0
平均		68.0

註：N = 25

表二
護理人員對膝關節置換術後下肢腫脹照護認知正確性

認知測驗題目	人數	正確率%
1. 手術後只要6P項目正常即可，腫脹屬正常情形	18	72.0
2. 下肢腫脹需以量尺測量，量化才能正確紀錄異常情形	24	96.0
3. 正確小腿圍測量處為小腿最粗處	22	88.0
4. 雙側肢體腿圍相差>3公分就是異常	10	40.0
5. 下肢小腿圍評估時機為手術後第一天到第十天	14	56.0
平均		70.4

註：N = 25；6P症狀：疼痛 (Pain)、蒼白 (Pallor)、麻痺 (Paralysis)、感覺異常 (Paresthesia)、冰冷 (Poikilothermia)、脈搏微弱或消失 (Pulselessness)

六、膝關節置換術後病人自我照護認知正確性

為瞭解病人接受膝關節置換術後下肢腫脹自我照護認知正確性，擬定「膝關節置換術後病人接受下肢腫脹評估認知測驗卷」，問卷內容以包含術後患肢腫脹認知、測量評估方式、異常標準認知等，共計5題是非題，回答正確1分，錯誤0分，於2022年01月18日至2022年01月25日針對膝關節置換術後病人住院期間共40位進行調查，調查膝關節置換術後病人接受下肢腫脹衛教指導完整性調查平均僅52.5% (如表三)。進一步訪談病人表示，72%護理人員雖然有口頭衛教，但每位人員說法不一致，衛教內容繁多、時間短，且並未提及下肢腫脹衛教內容，當下能記得衛教內容，但很快就忘記。

綜合以上現況分析結果，歸納造成護理人員執行膝關節置換術後下肢腫脹衛教指導完整性低，繪製分析特性要因圖 (如圖一)。

問題確立

依現況調查結果與特性要因圖分析後，得知骨科護理人員於膝關節置換術

後，執行下肢腫脹衛教指導完整率低，僅68.0%，主要原因歸納如下：

- 一、缺乏測量下肢腫脹標準
- 二、口頭衛教資訊多記不住
- 三、缺乏衛教指導輔助工具

專案目的

因本院無相關指標，故參考文獻陳等(2022)提升全膝關節置換手術護理指導成效專案，其設定護理指導完整率為90%，訂定專案目標為提升護理人員於膝關節置換術後下肢腫脹評估完整性90%以上，計算公式：【護理人員執行膝關節置換術後下肢腫脹衛教指導完整性】

$$= \frac{\text{正確執行膝關節置換術後下肢腫脹衛教指導之護理人員數}}{\text{執行膝關節置換術後所有護理人員數}} * 100\%$$

文獻查證

一、人工膝關節置換術與下肢腫脹之相關概念

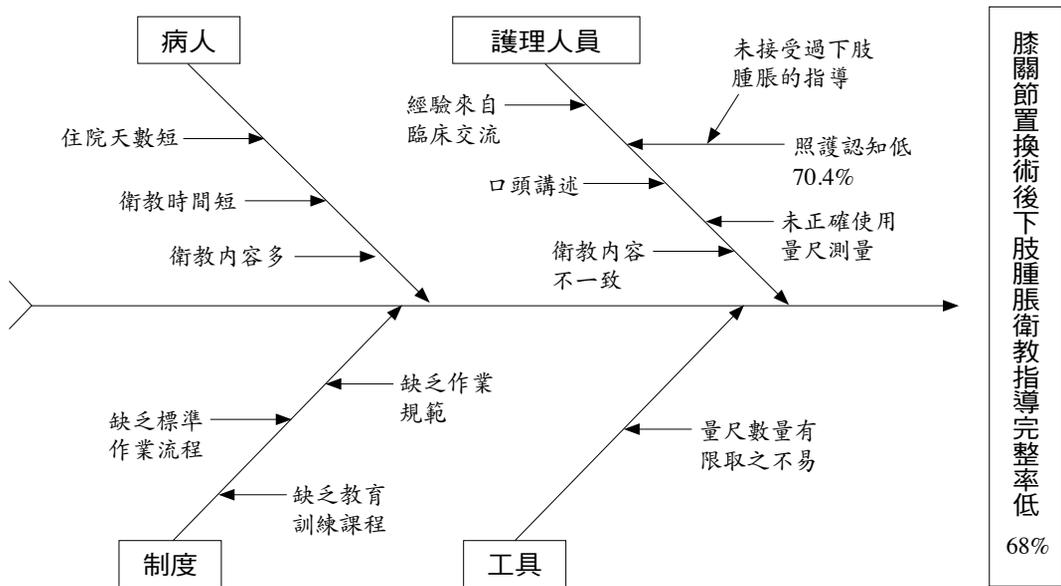
膝關節置換術對於保守治療無效的骨關節炎是最有效的治療方法(Murphy

表三
膝關節置換術後病人照護認知正確性

測驗題目	正確人數	正確率%
1. 手術後腫脹會導致末稍蒼白、皮膚冰冷	25	62.5
2. 冰敷及肢體抬高可以緩解腫脹	35	87.5
3. 小腿若腫脹，是比較雙側小腿圍最粗處	10	25.0
4. 如果雙側小腿圍相差3公分以上要告知醫護人員	10	25.0
5. 小腿腫痛時，吃藥無法緩解，應尋求醫療協助	25	62.5
平均	52.5	

註：N = 40

圖一
膝關節置換術後下肢腫脹衛教指導完整性低之特性要因圖



et al., 2018)。術後因患肢肢體進入修復期，有適度的發炎反應期，啟動生長因子進行組織修復，當血管擴張後，組織間液變多造成傷口組織腫脹，術後容易因靜脈血流瘀滯，回心血流不佳產生靜脈血栓栓塞症(venous thrombo embolism, VTE)合併症的風險增加(羅，2019)。術

後常見發生於老年患者，活動量減少，形成下肢深靜脈栓塞，造成下肢腫脹和疼痛，嚴重情況下，血栓可能會剝落會隨著血液循環回流到肺部，0.27%併發肺栓塞，如果不及時治療會造成很大的風險，其人工膝關節置換術後一年死亡率約0.6% (Mula et al., 2020)。

二、下肢腫脹評估方法

當膝關節置換手術後，臨床需積極評估辨別末稍血循及肢體腫脹程度，因此臨床上評估VET風險工具，常以Wells評分項目為基準，當Wells Score>2分，即可能診斷為VET，其評估內容包括患側無力或石膏固定、局部壓痛、患肢腫脹、患側小腿體積比健側增加3公分以上(邱、劉，2022)。測量小腿位置取膝關節至外踝關節取其中點繞其一周計量，測量單位為公分，第一次測量時，由施測者利用不可擦拭的筆標示施測位置，以作為下一次施測參考點(羅等，2019)；另文獻指出手術後的腫脹風險持續時間從4週延伸到12週間(Sebuhyan et al., 2020)，顯示持續測量與觀察相對重要。

三、提升護理人員於下肢腫脹衛教指導完整性之策略運用

臨床照護過程，可運用多元策略衛教指導工具，含色彩鮮艷的圖像與多媒體影像，若接受手術病人以高齡者居多，疾病照護衛教指導方式應考量其視力、聽力與記憶力減退等生理變化及教育程度之特性，並提出符合相關衛教工具，於提供資訊時字體宜放大，搭配運用生動的圖片引起對衛教內容資訊，引起病人學習興趣且更容易理解，衛教過程可配合口頭說明，並設計實際操作方式、步驟，鼓勵學習分享，指導後應請病人回覆示教，以了解其實際的學習成效，評估是否須修正指導方式(張等，2018)。另建議使用二維條碼(QR code)連結影片或圖檔資訊，以利隨時可參閱複習，增進對衛教指導照護內容的瞭解，減少重

複解說次數，提升教與學的完整性，亦能減輕住院的焦慮程度(楊等，2020)。

解決辦法

專案成員經現況分析、問題確立及文獻查證後，提出合宜解決方案，依據可行性、重要性、迫切性三項，由專案小組成員3人進行評分，總分超過27分予採行，選定方案為：一、舉辦【膝關節置換術後下肢腫脹評估標準流程】在職教育訓練；二、訂定【膝關節置換術後下肢腫脹評估標準流程圖】；三、製作【關節手術後疼痛腫脹照護小秘笈】影片及QR code；四、製作【關節腫脹自評貼心尺及下肢腫脹自覺評估量表】；五、設計【測量下肢腫脹評估工具組】(如表四)。

執行過程

本專案由2022年2月1日至2022年12月31日依計畫期、執行期及評值期三個階段執行，各個階段工作內容敘述如下(如表五)。

一、計劃期(2022年2月1日至2022年3月31日)

(一)規劃【膝關節置換術後下肢腫脹評估標準流程】暨在職教育訓練：為提升護理人員對膝關節術後下肢腫脹評估衛教指導完整一致性，參考文獻及本院退化性膝骨關節炎疾病護理標準，預定舉辦一場【膝關節置換術後下肢腫脹評估標準流程】在職教育訓練，納入於新進人員報到一個月專科在職教育訓練，以課室及回覆示教方式，課程內容包括：1.說明【膝關節置換術後下肢腫

脹評估標準流程圖】、2.觀看【關節手術後疼痛腫脹照護小秘笈】影片及QR code、3.說明及示範【關節腫脹自評貼心尺及下肢腫脹自覺評估量表】、4.【測量下肢腫脹評估工具組】使用方式、5.評估結果意義及異常處理措施，護理人員依個別性指導病人及家屬可正確說出腫脹評估異常處理及照護方式。

(二)制定【膝關節置換術後下肢腫脹評估標準流程圖】：為提升護理人員對膝關節置換術後下肢腫脹評估流程完整性，專案小組成員與護理長共同討論，訂定【膝關節置換術後下肢腫脹評估標準流程圖】(如圖二)，內容包括：1.入院

當天(1)提供膝關節置換術前衛教、(2)提供【關節手術後疼痛腫脹照護小秘笈】影片及QR code、(3)教導使用【關節腫脹自評貼心尺及下肢腫脹自覺評估量表】；2.術後當天(1)術後衛教指導、(2)肌力評估、(3)周邊循環神經評估、(4)冰敷；3.手術後第一天(1)傷口換藥時，測量小腿圍差異、(2)提供下肢腫脹評估說明卡及腿圍登錄卡；4.發生異常時處理方法：小於3公分，經醫師評估後可辦理出院；大於3公分則須通報醫師，依醫囑做處置，處置後須再次評估，標準流程將納入病房常規，為護理人員參閱。

(三)製作【關節手術後疼痛腫脹照護

表四
決策矩陣分析表

問題點	原因分析	對策方案	評價標準			總分	選定
			可行性	重要性	迫切性		
膝關節置換術後下肢腫脹衛教指導完整率低	缺乏測量下肢腫脹標準	1-1舉辦【膝關節置換術後下肢腫脹評估標準流程】在職教育訓練	15	15	15	45	✓
		1-2製作下肢腫脹測量操作手冊	11	9	5	25	
		1-3制定【膝關節置換術後下肢腫脹評估標準流程圖】	15	15	15	45	✓
	口頭衛教繁雜資訊導致吸收不足	1-4每月安排人員進行下肢腫脹測量教學活動	7	9	7	23	✗
		2-1製作下肢腫脹測量衛教單張	11	9	5	25	✗
		2-2製作【關節手術後疼痛腫脹照護小秘笈】影片及QR code	15	15	11	41	✓
		2-3製作海報張貼公告欄	7	7	9	23	✗
		3-1製作【關節腫脹自評貼心尺及下肢腫脹自覺評估量表】	13	15	13	41	✓
		3-2設計【測量下肢腫脹評估工具組】	13	15	11	39	✓
缺乏便利衛教指導工具	3-3 i Pad 3D掃描儀測量工具	3	15	3	21	✗	

註:評價標準依可行性、重要性及迫切性；5分最可行、3分次之、1分為不可行、不重要及不迫切。依據為：3人×中間3分×3項=27分，故以≥27分為選定案，✓為選定方案；✗為不選定方案。

表五
 膝關節置換術後下肢腫脹衛教指導完整性之改善措施甘特圖

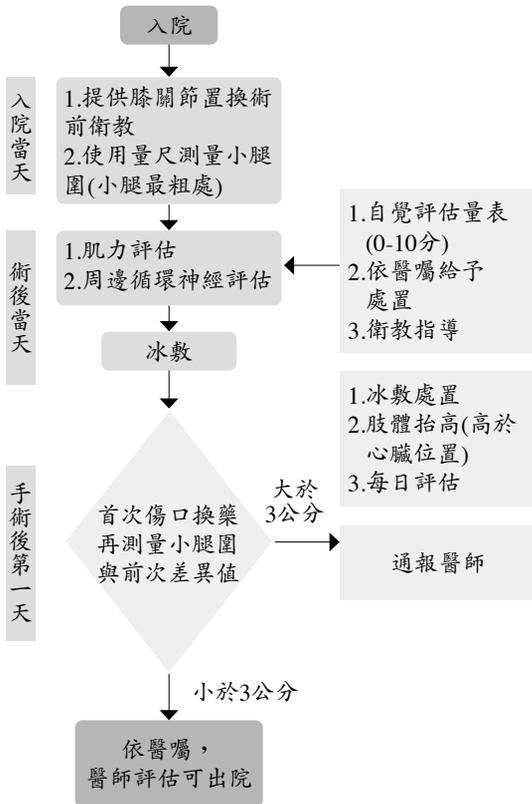
工作項目/年/月/週	2022年											
	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
	1 3	1 3	1 3	1 3	1 3	1 3	1 3	1 3	1 3	1 3	1 3	
計畫期(2/1~3/31)												
1.規劃【膝關節置換術後下肢腫脹評估標準流程】暨在職教育訓練	*	*	*	*								
2.制定【膝關節置換術後下肢腫脹評估標準流程圖】	*	*	*	*								
3.製作【關節手術後疼痛腫脹照護小秘笈】影片及QR code	*	*	*	*								
4.設計【關節腫脹自評貼心尺及下肢腫脹自覺評估量表】	*	*	*	*								
5.設計【測量下肢腫脹評估工具組】	*	*	*	*								
執行期(4/1~6/30)												
1.舉辦【膝關節置換術後下肢腫脹評估標準流程】暨在職教育訓練				*	*							
2.宣導及執行【膝關節置換術後下肢腫脹評估標準流程圖】			*	*	*	*	*	*	*			
3.宣導及使用【關節手術後疼痛腫脹照護小秘笈】影片及QR code			*	*	*	*	*	*	*			
4.宣導及使用【關節腫脹自評貼心尺及下肢腫脹自覺評估量表】			*	*	*	*	*	*	*			
5.宣導及使用【測量下肢腫脹評估工具組】			*	*	*	*	*	*	*			
評值期(7/1~12/31)												
1.護理人員執行膝關節置換術後衛教指導完整性							*	*	*	*	*	*

小秘笈】影片及QR code：為增進病人主動學習意願，與兩位骨科醫師、兩位專科護理師及護理長共同討論並參考文獻與規範，製作【關節手術後疼痛腫脹照護小秘笈】影片及QR code(如圖三)，介紹手術後返家會有哪些困擾情形發生、如何緩解患肢腫脹方法及照護說明，提供病人返家後可隨時查閱觀看。

(四)設計【關節腫脹自評貼心尺及下肢腫脹自覺評估量表】：經專案小組討論後，將下肢腫脹評估時機、方式、結

果及異常處理措施，於2月15日參考文獻Wells部分評估內容包括局部壓痛、患肢腫脹、患側小腿體積比健側增加3公分以上，設計【關節腫脹自評貼心尺及下肢腫脹自覺評估量表】(如圖四及圖五)，關節腫脹自評貼心尺使用步驟：首次換藥時護理人員使用貼心尺測量病人小腿圍最粗處，從術後第一天至術後第十天需每天測量，測量後將公分數填寫在腿圍登錄卡中，若當天與昨日相比，差異大於3公分，且搭配下肢腫脹自覺評估量

圖二 膝關節置換術後下肢腫脹評估標準流程圖



圖三 關節手術後疼痛腫脹照護小秘笈影片



圖四 關節腫脹自評貼心尺



表，0-3分可觀察，4-7分可冰敷、抬高肢體、做復健運動，8-10分須返診就醫。

(五)設計【下肢腫脹評估工具組】：為使病人了解下肢腫脹自我評估重要性，專案小組成員與護理長共同討論設計【下肢腫脹評估工具組】內含腿圍登錄卡(如圖六)及下肢腫脹評估說明卡(如

圖五 下肢腫脹自覺評估量表



圖七)，藉由下肢腫脹評估說明卡色彩豐富的圖片設計，透過臨床護理師專業講解，說明下肢腫脹評估時機、方式、異常處理，於每次換藥時，記錄小腿圍於腿圍登錄卡，有效增進病人學習評估的成效。

二、執行期(2022年4月1日至2022年6

圖六
腿圍登錄卡



圖七
下肢腫脹評估說明卡



月30日)

(一)舉辦【膝關節置換術後下肢腫脹評估標準流程】暨在職教育訓練：於5月2日前到職者，開一場次線上教育訓練，請專案成員擔任授課老師，應參加人數25名，實際出席25名，出席率100%，課程滿意度達98.6%，於每年5月舉辦一次課室教育訓練；針對新進人員報到一個月內舉辦教育訓練(如圖八)。

(二)宣導及執行【膝關節置換術後下肢腫脹評估標準流程圖】：4月2日由專

圖八
專科在職教育訓練及線上教育訓練



案小組成員於病房晨會，進行宣導【膝關節置換術後下肢腫脹評估標準流程圖】，扣除專案小組1人及護理長3人，應參加人數25名，實際參加25名，參與率100%，課程滿意度達98.6%。

(三)宣導及使用【關節手術後疼痛腫脹照護小秘笈】影片及QR code：經骨科醫師、專科護理師討論內容，以國語配音，長度1分33秒，提供膝關節置換手術病人，每日複習一次返家後可能發生症狀困擾該如何緩解，影片使用率85%(34/40)。訪談6位病人未使用原因，病人及照顧者表示無智慧型手機可使用且平時慣用語言是台語，對於中文解說僅部分理解，故考量退化性膝關節炎病人平均年齡高，照顧者多為年長者，無智慧型手機，於病人一入院時提供QR code給家中年輕家屬，協助使用智慧型手機給予病人觀看，疑問時可立即詢問年輕家屬或護理人員；並同時於白班當次完成治療時，使用行動工作車播放，增加返家後緩解肢體腫脹的信心，使用率及滿意度達100%。

(四)宣導及使用【關節腫脹自評貼心



尺及下肢腫脹自覺評估量表】：於4月2日宣導【關節腫脹自評貼心尺及下肢腫脹自覺評估量表】使用方式，於術後第一次傷口換藥時做腿圍測量，每日測量腿圍並登錄，異常時可使用自覺評估量表。小組成員每日觀察5名人員可正確回答及執行，共觀察25名護理人員，正確執行率達100%(如圖九)。

(五)宣導及使用【下肢腫脹評估工具組】：依下肢腫脹評估說明卡向病人及家屬說明測量目的、方式及異常處理，於每日傷口換藥時測量腿圍，登錄在腿圍登錄卡。於4月22日開始每日觀察5名人員執行，共觀察25名護理人員，正確執行率達100%。

三、評值期(2022年7月1日至2022年12月31日)

(一)護理人員執行衛教指導完整性率：以「護理人員執行膝關節置換術後衛教指導內容查核表」，實際觀察25位護理人員執行膝關節置換術後下肢腫脹衛教指導完整性。

結果與評值

依據本專案及評值結果，其改善前後分析敘述如下：

一、比較改善前後護理人員執行膝關節置換術後衛教指導完整

於2022年7月1日至12月31日，以「護理人員執行膝關節置換術後衛教指導完整性」觀察表，調查25位護理人員對膝關節置換術後執行衛教指導完整率由改善前68.0%提升至改善後100.0%，較改善前提升32%(如表六)。

二、附加效益

(一)於2022年7月1日至12月31日以「膝關節置換術後病人下肢腫脹照護認知正確性」調查表，調查25位護理人員對膝關節置換術後病人下肢腫脹照護認知正確性率由改善前70.4%提升至改善後100.0%，較改善前提升29.6%(如表七)。

(二)於2022年7月1日至12月31日以「膝關節置換術後病人照護認知正確性」調查表，調查40位病人對膝關節置換術後下肢腫脹照護認知正確性率由52.5%提升至95.0%，較改善前提升42.5%。

平行展開

圖九
宣導關節腫脹自評貼心尺及下肢腫脹自覺評估量表



表六
改善前後護理人員執行膝關節置換術後衛教指導完整性調查結果

項目	改善前		改善後		差異 (B-A)
	正確人數	百分比(A)	正確人數	百分比(B)	
1.手術後可正確執行疼痛評估	24	96.0	25	100.0	↑ 4.0
2.疼痛指數>4分，依醫囑給予止痛藥	22	88.0	25	100.0	↑ 12.0
3.可正確執行患肢指甲微血管充盈反應測試	15	60.0	25	100.0	↑ 40.0
4.可提供冰敷緩解疼痛	20	80.0	25	100.0	↑ 20.0
5.可正確評估異常麻木情形時，及時通知醫師評估	17	68.0	25	100.0	↑ 32.0
6.執行主動詢問病人下肢麻木情形	19	76.0	25	100.0	↑ 32.0
7.可正確執行觸摸足背與脛後動脈檢測搏動情形	14	56.0	25	100.0	↑ 44.0
8.可正確執行觸摸比較雙下肢遠端皮膚溫度	17	68.0	25	100.0	↑ 40.0
9.可確實詢問病人末梢是否有感覺，對於刺激的反應	19	76.0	25	100.0	↑ 24.0
10.可正確執行測量小腿圍有無腫脹並記錄	3	12.0	25	100.0	↑ 20.0
總平均		68.0		100.0	↑ 32.0

註：N = 25

表七
改善前後護理人員對膝關節置換術後下肢腫脹照護認知正確性調查結果

項目	改善前		改善後		差異 (B-A)
	正確人數	百分比(A)	正確人數	百分比(B)	
1.手術後只要6P項目正常即可，腫脹屬正常情形	25	40.0	25	100.0	↑ 60.0
2.下肢腫脹需以量尺測量，量化才能正確紀錄異常情形	35	96.0	25	100.0	↑ 4.0
3.正確腿圍測量處為小腿最粗處	10	80.0	25	100.0	↑ 20.0
4.雙側肢體腿圍相差>3公分就是異常	10	40.0	25	100.0	↑ 60.0
5.下肢腿圍評估時機為手術後第一天到第十天	25	96.0	25	100.0	↑ 4.0
總平均		70.4		100.0	↑ 29.6

註：N = 25

本專案對於改善護理人員執行膝關節置換術後下肢腫脹衛教指導完整性有顯著成效，擬【膝關節置換術後下肢腫脹評估標準流程圖】、【下肢腫脹評估工具組】、【關節腫脹自評貼心尺及下肢腫脹自覺評估量表】、【關節手術後疼痛腫脹照護小秘笈】影片及QR code，平

行展開至骨科三個病房，專案人員舉辦教育訓練，各單位推派2位種子教師參與訓練，共同提升病人術後照護品質。

討論與結論

本專案目的為提升護理人員執行膝關節置換術後下肢腫脹衛教指導完整性，降低出院病人致電詢問下肢腫脹諮詢件

數，有效降低護理人員重複衛教時間，制定【膝關節置換術後下肢腫脹評估標準流程圖】、舉辦【膝關節置換術後下肢腫脹評估標準流程】在職教育訓練、創新設計【下肢腫脹評估工具組】、【關節腫脹自評貼心尺及下肢腫脹自覺評估量表】、【關節手術後疼痛腫脹照護小秘笈】影片及QR code等改善方案，使護理人員衛教指導完整性達一致性，提升護理人員執行膝關節置換術後下肢腫脹衛教指導完整率由68.0%提升至100.0%。

專案進行期間，膝關節置換病人出院後三日內來電諮詢患肢腫脹問題約1件/月，護理人員約2分鐘即可回覆其諮詢問題，增加照顧臨床病人時間，有效提升護理效率及品質；本專案最大的助力來自【關節腫脹自評貼心尺及下肢腫脹自覺評估量表】、【測量下肢腫脹評估工具組】推行時，獲得同仁正面評價並配合使用。專案進行期間恰逢新冠肺炎肆虐，因疫情嚴峻專案組員需分艙分流照護病人，以減少群聚感染風險，實為本專案最大阻力，小組成員運用網路通訊軟體進行溝通，克服重重困難完成專案。臨床實務建議將膝關節置換術後下肢腫脹衛教增編至膝關節置換術後居家衛教手冊，減少病人返家症狀困擾纏身而無法判別異常狀況並即時處理。在專科教育訓練課程中加入病人出院後可能面對的症狀及處置方式，使護理人員執行膝關節置換術後下肢腫脹衛教指導完整性達一致，有效提升護理照護品質。

參考文獻

- 邱春吉、劉淑貞(2022)·靜脈血栓栓塞之診斷與治療·藥學雜誌電子報, 38(2)。https://jtp.taiwan-pharma.org.tw/151/002-009.html
- 陳晏緹、張瓊文、蔡宛靜、楊婉萍(2022)·提升全膝關節置換手術護理指導成效之專案·志為護理, 21(4), 76-86。https://doi.org/10.6974/TCNJ
- 張丞洵、許曉霏、梁惠玉、林冠宏、陳淑芬(2018)·學習者分析－探討年齡、性別與閱讀力對高齡髖部骨折患者術後恢復的關係·教育科學研究期刊, 63(2), 25-43。https://doi.org/10.6209/JORIES.201806_63(2).0002
- 楊淑娟、謝雪貞、賴錦玲、吳怡真、汪子玄、譚名媛(2020)·運用多元教材提升護理人員對腰椎手術病人護理指導完整性之成效·榮總護理, 37(4), 369-376。https://doi.org/10.6142/VGHN.202012-37(4).0005
- 劉欣雨、吳佳燕(2022)·運用醫病共享決策提升下肢人工關節置換術後預防靜脈血栓栓塞知護理指導完整率·台大護理雜誌, 18(2), 119-132。https://doi.org/10.6740/NTUHJN.202207_18(2).0011
- 衛生福利部統計處(2022, 9月8日)·109年度全民健康保險醫療統計年報。https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-5103-113-xCat-y109.html
- 羅心怡、許光宏、張毓翰、簡麗瑜(2019)·不同靜脈血栓栓塞預防措施於人工膝關節置換術後病人效果之比較·台灣醫學, 23(2), 173-181。https://doi.org/10.6320/FJM.201903_23(2).0004
- American Academy of Orthopedic Surgeons. (2020). *Total knee replacement*. https://

orthoinfo.aaos.org/en/treat-ment/total-knee-replacement

Mula, V., Parikh, S., Suresh, S., Bottle, A., Loeffler, M. & Alam, M., (2020). Venous thromboembolism rates after hip and knee arthroplasty and hip fractures. *BMC Musculoskelet Disorders* 21(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12891-020-3100-4>

Murphy, B. P. D., Dowsey, M. M., & Choong, P. F. M., (2018). The impact of advanced age on the outcomes of primary total hip and knee arthro-plasty for osteoarthritis: A systematic review. *The Journal of Bone and Surgery Reviews*, 6(2), 6. <https://doi.org/10.2106/>

JBJS.RVW.17.00077

Sebuhyan, M., Mirailles, R., Crichi, B., Frere, C., Bonnin, P., Bergeron-Lafaurie, A., Denis, B., Liegeon, G., Peyrony, O., & Farge, D., (2020). Saint-Louis CORE (COVID-19 RESEARCH) group. How to screen and diagnose deep venous thrombosis (DVT) in patients hospitalized for or suspected of COVID-19 infection, outside the intensive care units. *Journal de Médecine Vasculaire*. 45(6), 334-343. <https://doi.org/10.1016/j.jdmv.2020.08.002>

靜
思
語

再好的道理，如果不去力行，等於是空話；
再好的事，如果不按正理而行，難以竟其功。

~ 證嚴法師靜思語 ~

Good principles as theory alone are just empty talk.
A well intended endeavor not carried out
based on principles will rarely succeed.

~ Master Cheng Yen ~



Improving the Completeness of Nursing Staff 's Health Education Guidance on Lower Limb Swelling After Knee Replacement Surgery

Shu-Wei Hsu¹, Chen-Chan Kuo², Chia-Ning Jung³, Hsing-Chuan Tsai⁴, Hsu-Hui Wu⁵

ABSTRACT

After knee replacement surgery, patients often experience swelling in the affected limb, which affects daily life. About 50% of post-discharge phone inquiries were found to be related to swelling, which increased the workload of nursing staff. This project ran from February 1, 2022, to December 31, 2022. A survey found that only 68% of nurses provided complete education on managing lower limb swelling post knee replacement surgery. The identified issues included lack of standardized swelling measurement, oral health education information often difficult to remember, and insufficient educational tools. The solutions included establishing assessment protocols for post-surgery lower limb swelling, conducting in-service training, creating videos on managing joint surgery pain and swelling, providing self-assessment guides for joint swelling, and using assessment tools for measuring lower limb swelling. These measures aimed to improve the completeness of education provided by nurses to 100%, thus reducing after discharge number of telephone consultations, and effectively enhance the quality of care. (Tzu Chi Nursing Journal, 2026; 25:1, 92-106)

Keywords: total knee replacement, lower limb swelling, health education guidance

Head Nurse, Linkou Chang Gung Memorial Hospital¹; Supervisor, Linkou Chang Gung Memorial Hospital & Adjunct Lecturer, Department of Nursing, Chang Gung University of Science and Technology²; RN, Linkou Chang Gung Memorial Hospital³; Assistant Head Nurse, Linkou Chang Gung Memorial Hospital⁴; Supervisor, Linkou Chang Gung Memorial Hospital, and Adjunct Instructor, Department of Nursing, Chang Gung University of Sciences and Technology⁵

Accepted: September 17, 2025

Address correspondence to: Chen-Chan Kuo No.5, Fuxing St., Guishan Dist., Taoyuan City 333, Taiwan

Tel: 886-2-328-1200 #2810 E-mail: rewa1217@cgmh.org.tw

降低全身麻醉術後 恢復室病人口渴發生率

陳燕雪¹、方雅晶²、邱琪偵³、林姿佳⁴

中文摘要

口渴是手術後病人常見主訴，若未及時評估處理，引發病人緊張及焦慮、煩躁不適等問題。統計全身麻醉術後病人口渴分數 ≥ 4 分的發生率達40%，故引發改善動機，旨在降低全身麻醉術後病人口渴分數 ≥ 4 分的發生率。經現況分析發現原因有缺乏口渴照護規範、口渴評估工具和解渴設備、護理師口渴照護認知率低，擬定並施行改善對策：提供解渴措施(冰塊、無糖薄荷糖果和生理食鹽水紗布)、舉辦口渴體驗和在職教育、運用資訊系統紀錄口渴評估結果與措施、執行口渴照護作業標準流程、運用口渴視覺類比量表；方案實施後，全身麻醉術後病人口渴分數 ≥ 4 分的發生率為8.5%。建議未來能將有效安全的解渴措施推展到各病房，提升麻醉恢復期護理照護品質。(志為護理, 2026; 25:1, 107-120)

關鍵詞：全身麻醉、口渴、麻醉後恢復室

前言

口渴(thirst)是手術後病人常見的不適主訴，尤其在長時間禁食、術中藥物使用等多重因素影響下，超過半數的手術病人在術後即刻期(immediate postoperative period, IPP)會出現口渴的問題，中度至重度口渴的盛行率高達59.4%，顯示這一問題的普遍性，未及

時的評估和處理口渴問題，可能會引發一連串生理和心理問題，如低血容積休克、腎臟衰竭、昏迷、壓力、焦慮、煩躁不安等(Belete et al., 2022)。因此，除了減輕術後疼痛、預防噁心嘔吐等併發症外，應盡早評估、辨識口渴症狀並提供有效且安全的緩解措施，以減少病人的不適症狀(Silva et al., 2022)。

本單位為麻醉恢復室，臨床觀察到超

師戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院護理部護理師¹、戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院護理部小組長²、戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院護理部護理長³、戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院護理部學術輔導師⁴

接受刊載：2025年8月18日

通訊作者地址：林姿佳 600566嘉義市東區忠孝路539號

電話：886-5-276-5041 #1256 電子信箱：11518@cych.org.tw

過50%的全身麻醉術後病人清醒後表示有口渴不適的感覺而無法安穩休息，或是頻頻詢問何時才能喝水，即使以現有的緩解口渴措施如以濕棉棒沾嘴唇等，仍無法滿足病人的需求。護理人員也因病人頻繁反應口渴問題和喝水要求，必須不斷地來回走動於護理站和病床間、無法專心處理其他問題，而有許多抱怨。鑒於上述困境，因而引發改善之動機，期望藉由此專案的進行，建立有效且安全的全身麻醉手術後口渴處理方案，以降低全身麻醉手術後病人口渴的程度，提升麻醉術後護理照護品質。

現況分析

一、單位簡介

本單位為區域教學醫院之麻醉後恢復室，主要業務為照護接受全身及半身麻醉手術後病人。目前單位總床數14床，2022年手術後進入麻醉恢復室的病人共有15,260人次，全身麻醉病人佔99.0%。在照護人力方面，單位護理師含護理長共16位，護病比每班每床0.5人以上，人力配置為白班8位、小夜3位、大夜1位。

當病人手術完畢轉送至麻醉恢復室後，立即以麻醉恢復評估量表(post anesthesia recovery score, PAR score)進行麻醉恢復評估，每15分鐘評估一次，觀察病人45-60分鐘後若PAR Score \geq 9分並經麻醉主治醫師同意，方可離開恢復室。此外，麻醉恢復室護理師也會監測病人麻醉手術後併發症，並提供傷口疼痛處理及照護、低體溫的保暖措施等照護。

二、全身麻醉手術後病人口渴現況數據統計

為了解手術後病人於麻醉恢復室時口渴的發生率，專案成員依照文獻建議，以具有良好信效度的口渴程度視覺類比量表(visual analogue scale, VAS)詢問病人口渴程度。VAS分數最低0分(無口渴)，最高10分(非常口渴)，若分數4-6分代表中度口渴，7-10分代表重度口渴。當口渴分數 \geq 4分可視為需提供緩解口渴措施的標準(張等，2024；Carey et al., 2021)。專案成員於2023年4月28日至5月1日討論收案標準(納入條件為意識清楚且可以國台語溝通，排除條件為無法理解、溝通或經醫師診斷有認知功能障礙者)、進行評分訓練及共識，確認評分者間一致性達90%以上後進行收案。於2023年5月2-31日期間手術後進入麻醉恢復室的病人共有1,386位，排除51位病人因有認知功能障礙、意識不清、無法溝通等原因而未收案，最後共1,335位病人接受口渴評估。專案成員於病人進入恢復室並確認意識清醒15分鐘後，以PAR Score評分，當總分 \geq 9分，則進一步詢問其口渴程度，以口頭詢問病人是否口渴，若嚴重口渴為10分，無口渴為0分，現在的口渴程度為幾分。統計口渴程度總計口渴分數 \geq 4分的病人共有534人(40%)(表五)。

專案成員進一步以病歷查閱方式，逐一查閱1,335位病人之麻醉護理紀錄單、手術護理紀錄單及恢復護理紀錄單，並以文獻查證為依據，分析誘發病人口渴因素。結果顯示1,335位病人中，術前禁食 \geq 8小時占100%、術中使用鴉片類及抗

膽鹼藥物占82.3%、插管麻醉需長時間張口占52.7%、有糖尿病史占9.2%、出血量 $\geq 350\text{ML}$ 占1.9%、使用利尿劑1.6%、嘔吐1.0%、鼻部手術需張口呼吸0.7%、發燒0.1%。

三、護理師處理全身麻醉術後病人口渴的現行做法

單位未設置全身麻醉術後病人的口渴照護標準。為了解單位護理師提供全身麻醉術後病人口渴照護措施的過程，專案成員於2023年5月2-9日，以實際觀察方式觀察單位13位護理師(排除專案成員)執行口渴照護的作法，統整如下：當病人清醒後若有主訴口渴，少數護理師會依個人經驗給予不同措施，包含拿取大棉棒沾水潤濕病人嘴唇或給病人吸吮，或以小藥杯裝10-30ml的開水給病人飲用；有的護理師則是因為忙碌而無法提供任何緩解口渴的措施。專案成員同時也發現100%的護理師都不會主動評估病人的口渴程度。

四、護理師提供全身麻醉術後病人口渴評估與緩解措施之執行率

為了解單位護理師進行全身麻醉術後病人口渴評估與提供緩解措施之執行現況，專案成員參考Nascimento等學者(2014)發展之口渴管理安全方案並與單位主管討論後，共同制定「全身麻醉術後病人口渴評估與照護查檢表」，於2023年5月2-9日由3位專案成員於三班觀察單位13位護理師的執行率，結果發現平均執行率僅61.5% (表六)。

五、護理師對全身麻醉術後病人口渴照護的認知情形

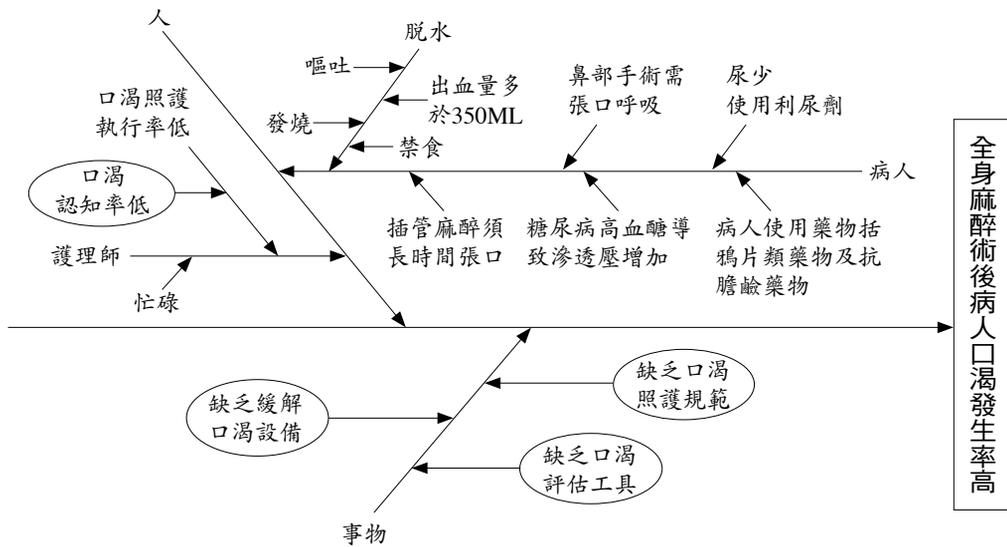
為了了解護理師對全身麻醉術後病

人進行口渴評估與提供緩解措施執行率低的原因，專案成員參考了相關文獻研擬「全身麻醉術後病人口渴照護知識問卷」，共5題單選選擇題，內容涵蓋口渴的生理機轉、危險因子、評估方法及照護措施等，並由2位具麻醉術後照護經驗的主管及1位具研究專長的護理師審閱。專案團隊於2023年5月2日將問卷發放給單位13位護理人員填寫。結果顯示，護理人員口渴照護認知平均正確率為84.6%(表七)。

問題及導因確立

根據上述現況分析結果，以人、事、物進行歸納整理，繪製出「全身麻醉術後病人口渴發生率高」之特性要因圖(圖一)。經3位專案成員共識圈選出「全身麻醉術後病人口渴發生率高」之常見原因共6項，再由專案成員於2023年6月2-5日以半結構式問卷訪談單位13名護理人員執行口渴護理措施之困境(複選題，如表一)。訪談結果顯示，有100%的護理人員認為單位缺乏口渴照護標準流程、100%表示單位缺乏相關在職教育、100%認為單位缺乏口渴評估工具、76.9%認為缺乏緩解口渴設備。經統整分析，確認造成全身麻醉術後恢復室病人口渴發生率高的原因包括「缺乏口渴照護規範」、「護理師口渴照護認知率低」、「缺乏口渴評估工具」、「缺乏緩解口渴的設備」。另病人端導因為手術全期必要之醫療處置，故未列入改善項目。

圖一
全身麻醉術後病人口渴發生率高之特性要因圖



表一
單位護理師對全身麻醉術後病人口渴照護困境

原因	護理人員訪談摘要	人數(%)
1. 缺乏照護規範	單位沒有規範要怎麼做，導致不清楚何時進行口渴評估及提供緩解措施	13 (100%)
2. 缺乏在職教育	無相關教育課程與訓練，只能靠個人經驗或經驗傳承處理	13 (100%)
3. 缺乏口渴評估工具	大家的問法不太一樣，有人只問會不會口渴？有人會用0-10分詢問	13 (100%)
4. 缺乏緩解口渴設備	無固定緩解口渴用具（如濕棉棒、小藥杯等），且現有的設備不好用，例如用小藥杯喝水時容易從嘴角漏出來弄濕病人衣服，造成照護執行不便	10 (76.9%)
5. 認為口渴問題不重要	相較於病人術後低體溫、生命徵象不穩定等問題，口渴沒有及時處理的必要性，所以等病人有要求的時候再處理就好	5 (38.5%)
6. 工作忙碌	在業務量巔峰的時間，除了要跟手術室、病房交班外，還要處理其他病人的問題，就算病人有口渴的主訴，也沒辦法馬上提供解渴措施	3 (23.1%)

註：n = 13

專案目的

本專案旨在降低全身麻醉術後病人口渴的發生率。本專案將口渴的操作定義設定為口渴VAS分數 ≥ 4 分。根據張等

(2024)於醫學中心麻醉後恢復室進行的口渴改善專案文獻中發現，該單位設置於手術室旁，病人轉送距離短，有助於迅速啟動術後照護流程，且接收全身麻醉病人比例高達90.1%，與本院恢復室的

病人特性相近，又該醫學中心透過落實標準化等措施實施成效良好，術後病人口渴發生率控制在25%以下，故以該文獻為標竿學習對象。考量本院目前的發生率為40%【口渴發生率=(口渴4分以上病人數÷收案病人數)*100%】，故本專案目標為降低全身麻醉術後病人口渴發生率由40%至25%。

文獻查證

一、全身麻醉術後病人發生口渴的相關因素與評估

「口渴」是一種生理和主觀上想要攝取液體的渴望，以維持身體體液的平衡，引起手術後病人發生口渴的原因是多方面的，包含全身麻醉方式、手術前的禁食時間、手術中使用的glycopyrrolate類藥物、手術全期體液的平衡狀態、張口呼吸、糖尿病史等(Alves do Nascimento et al., 2021)。除了手術相關的因素外，若護理人員未即時評估病人口渴的程度、對口渴照護的知識不足、或單位缺乏緩解口渴的設施和照護規範，都可能使病人口渴不適的感覺更加強烈(張等，2024)。

口渴程度視覺類比量表(visual analogue scale, VAS)是目前廣泛用來評估手術後病人口渴程度的工具，以口渴困擾量表(thirst distress scale, TDS)衡量效標效度，結果顯示口渴程度VAS和TDS分數間有顯著相關(相關係數= 0.66, $p < .001$)，VAS分數最低0分(無口渴)，最高10分(非常口渴)，分數介於4-6分為中度口渴，7-10分為重度口渴。VAS分數 ≥ 4 分可視為需提供緩解口渴措施的標準(張等，

2024; Carey et al., 2021)。

二、降低全身麻醉術後病人口渴發生率之改善策略

經評估手術後病人的意識清楚、可依照指示咳嗽及運用胸腹肌肉呼吸、能自主吞嚥、沒有噁心嘔吐情形後，護理人員即可以提供病人改善口渴的措施，並每15分鐘評估病人口渴的改善程度(張等，2024; Nascimento et al., 2014)。文獻綜整結果發現：口含冰塊、生理食鹽水紗布、口含無糖薄荷糖果等措施，都可有效改善全身麻醉術後病人的口渴情形(Silva et al., 2022; Wang et al., 2023)。為了使護理人員能依循規範提供一致的照護措施，應建立並實施標準作業規範，明訂評估工具、評估頻率、照護措施等項目，並將評估與照護結果記載於電子病歷系統(張等，2024)。此外，也應該提供持續的教育訓練、案例討論、設置解渴套裝措施等，以提高護理人員對口渴問題的瞭解與重視，進而有效管理病人術後口渴的問題(張等，2024; Aslan & Özkan, 2025)。

解決辦法及執行過程

專案成員依據現況分析結果及參考相關文獻，提出改善方案並採決策矩陣圖進行分析，依照可行性、經濟性、效益性、圈能力四個面向，每項以5、3、1分為評分標準，由專案成員3人給分，且共識採70%圈員改善能力，總分達42分以上為採行對策(表二)。執行過程依計畫期、執行期、評值期進行，對策執行進度如表三。

表二
降低全身麻醉術後恢復室病人口渴發生率之決策矩陣圖

導因	對策方案	可行性	經濟性	效益性	圈能力	總分	採行
1.缺乏口乾照護規範	1.制定口乾照護作業標準流程	13	9	13	15	50	✓
	2.定期公告病人口渴發生率並討論原因	11	15	11	15	52	✓
	3.修訂麻醉術後規範	7	5	8	5	22	
	4.沿用現有口乾照護方式	11	9	9	11	40	
2.護理師口乾認知率低	1.舉辦口乾照護護理在職教育	13	11	11	13	48	✓
	2.舉辦口乾體驗活動	15	13	13	15	56	✓
	3.選定單位口乾防治種子人員	9	9	11	9	38	
3.缺乏口乾評估工具	1.製作口乾評分量表	15	11	13	13	52	✓
	2.於資訊系統增設口渴評估與措施紀錄欄位	13	13	13	13	52	✓
4.缺乏緩解口乾的設備	1.添購空氣加濕器	5	3	5	5	18	
	2.增設緩解口乾相關用物-冰塊、無糖糖果和生理食鹽水紗布	13	11	11	15	50	✓
	3.增設緩解口乾設備放置處理區	13	13	11	13	50	✓

表三
對策執行進度甘特圖

項目	月份 週次	9月		10月		11月		12月				
		3	4	1	2	3	4	1	2	3		
計畫期	1.籌畫口渴體驗活動		▶									
	2.規劃口渴護理在職教育		▶									
	3.護理資訊系統增設口渴評估結果與措施執行欄位		▶▶									
	4.制定口渴照護作業標準流程		▶▶									
	5.製作口渴視覺類比量表		▶▶									
	6.規劃提供緩解口渴相關用物及放置區域			▶								
	7.規劃公告病人口渴發生率並討論原因			▶								
執行期	1.舉辦口渴體驗活動			▶								
	2.舉辦口渴護理在職教育				▶							
	3.宣導並執行口渴評估結果於資訊系統記錄欄					▶						
	4.執行口渴照護作業標準流程						▶▶					
	5.運用口渴視覺類比量表							▶▶				
	6.提供緩解口渴相關用物								▶▶			
	7.定期公告病人口渴發生率並討論原因									▶		
評值期	1.評估改善成效									▶▶▶▶▶		
	2.評值與討論									▶▶▶▶▶		

一、計畫期：2023年9月15日至2023年9月28日

(一)籌畫口渴體驗活動：

為使護理師能理解麻醉術後病人口渴的不適以及各解渴措施的合適性，專案成員於2023年9月15-22日規畫口渴體驗活動，預計體驗內容包括讓護理人員口含冰塊或無糖薄荷糖果並計算融化所需時間、使用後口渴緩解程度。

(二)規劃全身麻醉術後病人口渴護理在職教育：

專案小組成員於2023年9月18-22日規劃「全身麻醉術後病人口渴護理」在職教育，舉辦方式由專案成員擔任講師，上課對象為恢復室全體護理人員，於單位會議室進行1小時課程，講授內容包含口渴機轉與誘發麻醉術後病人口渴的因素、緩解口渴的重要性、口渴護理措施等並課後進行問題討論。

(三)於護理資訊系統增設口渴評估結果與措施執行欄位：

為評估病人口渴緩解程度及考量照護延續性，2023年9月15-22日專案成員與護理長討論將口渴程度評估結果增設於護理資訊系統的可能性。經由護理長與資訊系統工程師共同討論後為可行，故將執行措施前後的口渴評估分數和介入措施，增列於護理資訊系統欄位，預計9月23日於單位公告周知護理人員，10月01日正式上線實施。

(四)制定口渴照護作業標準流程：

專案成員查閱文獻後，於2023年9月15-22日與護理長討論並制定「全身麻醉術後恢復室病人口渴照護作業標準流程」(圖二)，內容明訂經評估病人意

識、咳嗽、吞嚥、噁心/嘔吐情形，並考量病人是否可由口進食、寒顫或低體溫情形而提供不同解渴措施。提供措施時需抬高病人床頭、評估病人是否有嗆咳情形，並於15分鐘後評估口渴緩解程度直到病人離開恢復室。若未緩解，可再次給予冰塊或無糖薄荷糖果直到口渴緩解。此作業標準流程由護理長向各外科及麻醉科主任說明並取得同意後，協助佈達給各外科主治醫師知悉，若有問題可與專案成員討論。

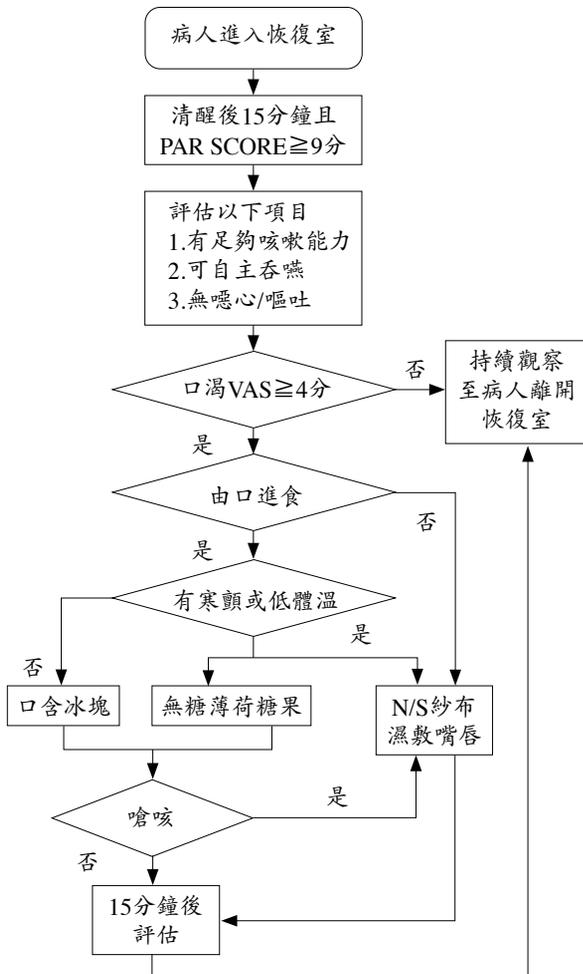
(五)製作口渴視覺類比量表：

為使口渴的概念更為具象化，2023年9月15-22日專案成員參考相關文獻資料後設計「口渴視覺評分量表」，除了以數字呈現口渴程度外(0分為完全不口渴、10分為非常口渴，分數越高代表口渴程度越高)，考量老年人較難以數字表達感受，故在量表上增加水杯水量的圖示，水量越多代表口渴程度越高(圖三)。為使護理師方便使用評估工具，故將口渴視覺評分量表黏貼在塑膠瓦楞板卡的正反面，並放在每台護理行動車上。

(六)規劃提供緩解口渴相關用物及放置區域：

專案成員經文獻查證確認口含水分、冰塊、生理食鹽水紗布、漱口水、使用檸檬酸噴霧、薄荷醇類產品、口含無糖糖果均可有效安全的改善病人口渴問題，但因目前市面上無食用級的檸檬酸噴霧，若自行調劑可能會有濃度過高造成病人傷害的疑慮；此外，專案成員親自使用薄荷漱口水後，覺得口感微辣，病人的接受度可能不高，而且躺著吐出

圖二
全身麻醉術後恢復室病人口渴照護作業標準流程



漱口水時會弄濕衣服並讓病人更不舒服，因此決議採用冰塊、生理食鹽水紗布、無糖薄荷糖果作為解渴措施。專案成員與護理長於2023年9月20-22日開會討論解渴措施並取得同意後，便開始規劃製作流程與擺放區塊。考量無糖薄荷糖果的保存環境和衛生性，預計購買單

圖三
口渴視覺類比量表



顆獨立包裝的無糖薄荷糖果並裝在密封收納罐，放置地點為護理準備室的藥用冰箱上，以利隨時拿取使用。冰塊的製作預計由大夜班護理人員負責，以飲水器的開水製作，完成的食用冰塊預計放置於護理準備室冰箱冷凍庫上層食用冰塊區內。紗布及生理食鹽水仍放置於單位換藥車及庫房區方便取用。

(七) 規劃公告病人口渴發生率並討論原因：

為持續追蹤病人口渴的改善程度，2023年9月25-28日專案成員與護理長討論資料分析、公告和討論的方法及頻率。初步擬定專案成員每月統計全身麻醉術後病人口渴VAS分數 ≥ 4 分的發生率，並將分析結果公告給單位護理師。

一、執行期：2023年10月04日至2023年11月03日

(一) 舉辦口渴體驗活動：

為使所有護理人員都能參與口渴體驗活動，專案成員於2023年10月2-4日於交班時舉辦口渴體驗活動，參與活動前1小

時請護理師盡量勿攝取液體。活動開始後每位護理師均獲得一顆無糖薄荷糖果以及冰塊、口渴體驗單。開始口含冰塊或無糖薄荷糖果後，護理師須開始計時完全融化所需時間、口渴緩解程度、將當下感受填寫於口渴體驗單中。10月4日所有護理師均完成體驗活動，統計後發現口含冰塊的接受性高，冰塊融化時間約為1-5分鐘，但護理師表示口含5ml冰塊太大，故專案成員改以3ml飲用水製作冰塊，大小約 $1.7 \times 1.5 \times 0.7\text{cm}$ ，於10月6日請3位護理師再次體驗後發現冰塊融化時間約為1-3分鐘，冰塊尺寸適合，平均口渴程度由6.6分下降至3.1分；口含無糖薄荷糖果的接受性和合適性都不錯，融化時間約為6分鐘，人員表示口含無糖薄荷糖果後，覺得口內有清涼微甜感，可增加唾液分泌及緩解口渴，平均口渴程度由6.7分下降至3.3分。

(二)舉辦全身麻醉術後口渴護理在職教育：

2023年10月12日於單位會議室進行「全身麻醉術後病人口渴護理」在職教育。由專案組長擔任講師，共有7人參與，6人因休假及夜班未能出席，課程滿意度為97.6%。課後將課程資料放置於護理站資料夾供同仁查閱，並於當日大交班公告與宣導未能參與課程者須於10月15日前自主學習翻閱課程資料，單位13位護理師均於10月15日前完成課程。

(三)宣導並執行口渴評估結果於資訊系統記錄欄：

2023年10月16-20日病房大交班時，由專案成員宣導於護理資訊系統紀錄口渴評估與照護的方式，口渴評估分數為單選，介入措施可複選，若有給予介入措

施，需再次點選措施後之口渴分數。

(四)執行口渴照護作業標準流程：

2023年10月23日至11月3日白班和小夜大交班時，由專案成員於護理站宣導說明口渴照護護理作業流程及注意事項。因護理人員陸續提出流程不易記住的問題，故討論後決議將口渴視覺評分量表和口渴照護作業標準流程分別黏貼在塑膠瓦楞板卡的正反面，放置於每台護理行動車以供單位護理師熟悉及配合執行。

(五)運用口渴視覺類比量表：

專案成員於2023年10月23日至11月3日大交班時介紹口渴評估工具，評估時請病人說出口渴分數，無法說話或老年病人，可用手指指出口渴程度，護理師再藉由圖片及數字量化口渴程度。

(六)提供緩解口渴相關用物：

專案成員於2023年10月23日至11月3日使用製冰格裝3ml飲用水製作冰塊後，儲存在加蓋的封盒，外盒貼有「食用冰塊」標誌，存放於冰箱冷凍層；無糖薄荷糖果則放在專用密封收納盒內，外盒貼有「專案用無糖薄荷糖果」標誌，放置於藥用冰箱上方供護理師拿取；若病人術後無法由口進食，則使用生理食鹽水20ml沾濕 2×2 紗布，以不滴水為原則覆蓋於病人嘴唇，口渴緩解後即移除。

(七)定期公告病人口渴發生率並討論原因：

2023年11月6日開始，專案成員於次月5日前統計上個月全身麻醉術後病人口渴VAS分數 ≥ 4 分發生率，並於交接班時公告周知，以讓護理人員能理解病人的反應，並了解到自己所提供的解渴措施

不僅具有實質意義，也能有效提升病人的舒適感，也分享病人對不同解渴措施的回饋與使用心得，促進團隊討論與交流。

三、評值期：2023年11月20日至2023年12月19日

2023年11月20日至12月19日由專案成員於護理資訊系統擷取病人口渴程度的資料，並以「全身麻醉術後病人口渴評估與照護查檢表」為工具，稽核13位護理人員對全身麻醉術後病人口渴評估及照護的執行率。同期間亦以「全身麻醉術後病人口渴照護問卷」評值單位13位護理人員的口渴照護認知程度。

結果評值

一、全身麻醉術後轉出恢復室病人口渴VAS分數 ≥ 4 分之發生率：2023年11月

20日至12月19日全身麻醉手術後進入麻醉恢復室的病人共有1,349位，排除50位病人因有認知功能障礙、意識不清等原因而未收案，最後共有1,299位病人接受口渴評估。總計口渴VAS分數 ≥ 4 分的病人共有110人(8.5%)。與專案實施前相比，口渴VAS分數 ≥ 4 分的發生率由40%降為8.5%(表四、表五)，較設定目標值25%低，目標達成率為210%。

二、護理師對全身麻醉術後病人口渴評估執行率：專案成員於2023年11月20日至12月19日於麻醉恢復室運用「全身麻醉術後病人口渴評估與照護查檢表」評值單位護理師的執行率。透過專案成員查閱護理資訊系統的麻醉恢復記錄，結果發現平均執行率達100%(表六)，比專案執行前的執行率上升38.5%。

三、護理師口渴照護認知程度：專案成

表四
專案實施前後全身麻醉術後病人口渴程度

VAS分數	實施前 (2023.5.2-2023.5.31)		實施後 (2023.11.20-2023.12.19)		效果維持 (2024.1.1-2024.4.30)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
0-3分	801	60.0	1189	91.5	4555	94.7
4-6分	354	26.6	95	7.3	217	4.5
7-10分	180	13.4	15	1.2	37	0.8
Total	1335	100.0	1299	100.0	4809	100.0

表五
專案實施前後全身麻醉術後病人口渴分數 ≥ 4 分之改善情形

VAS分數	實施前 (2023.5.2-2023.5.31)		實施後 (2023.11.20-2023.12.19)		效果維持 (2024.1.1-2024.4.30)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
≥ 4 分	534.0	40.0	110.0	8.5	254.0	5.3

員於2023年11月15-20日以「全身麻醉術後病人口渴照護問卷」為工具，於三班交接班後由專案成員發放問卷給13位護理人員填寫，平均正確率為98.5%(表七)，比專案執行前的認知正確率提升13.9%。

四、效果維持與護理專業貢獻：統計2024年1月1日到4月30日全身麻醉手術後病人共有4,943位，排除134位病人因有認知功能障礙、意識不清等原因而未收案，最後共納入4,809位病人，口渴VAS分數 ≥ 4 分共254位，發生率持續降為

5.3%(表五)，且沒有病人出現噁心、嘔吐等副作用，由此結果顯示，解渴措施能有效降低病人在麻醉恢復期的口渴程度，並改善病人的術後舒適度。此外，每人次使用解渴措施的成本不到2元，具有高度的成本效益。部分病人在第二次手術後於恢復室清醒時，主動向護理人員表達需求解渴措施，這顯示解渴措施不僅獲得病人的認同，也反映出病人對護理照護的信賴與滿意度，此為對護理專業之貢獻。

表六
全身麻醉術後病人口渴評估與緩解措施執行率

題項	前測執行率%	後測執行率%
1.評估意識狀態	100.0	100.0
2.評估吞嚥能力	0	100.0
3.評估咳嗽力氣	76.9	100.0
4.評估病人是否有噁心問題	100.0	100.0
5.評估病人是否有嘔吐問題	100.0	100.0
6.提供緩解口渴措施	46.2	100.0
7.觀察是否有嗆咳情形	46.2	100.0
8.提供緩解口渴措施後是否再次評估	23.1	100.0
平均執行率	61.5	100.0

註： $n = 13$ ；執行率=(有執行人數 / 護理師總人數) $\times 100\%$

表七
護理師對全身麻醉術後病人口渴照護認知前後測

題項	前測正確率%	後測正確率%
1.術後影響口渴的原因	84.6	100.0
2.改善口渴的措施有哪些?	92.3	100.0
3.哪些疾病會增加術後口渴程度?	84.6	100.0
4.口渴的生理機轉?	76.9	92.3
5.口渴的評估	84.6	100.0
平均正確率	84.6	98.5

註： $n = 13$ ；正確率=(正確人數 / 護理師總人數) $\times 100\%$

討論與結論

本專案目的為降低全身麻醉術後恢復室病人口渴發生率，過程中除了制定口渴照護作業標準流程、舉辦在職教育及口渴體驗活動等措施外，也運用實證知識轉譯概念，在「創造知識」的階段，透過實證文獻搜尋和評讀，確認有效的口渴評估工具和解渴措施；在「應用知識」的階段，運用解渴措施包括冰塊、無糖薄荷糖果和生理食鹽水紗布，將全身麻醉術後病人口渴VAS分數 ≥ 4 分的發生率由40.0%降至8.5%，有效降低病人口渴的發生。此外，解渴措施不僅獲得麻醉科和外科醫師支持，資訊人員協助於護理資訊系統建置評估記錄表單，讓護理人員更能快速的紀錄和評估病人口渴程度，使照護能更加完整及持續，此為專案執行之助力。

然而華人文化的養生觀念根深蒂固，對於可能影響氣血循環的冰冷食物（如冰塊）有所顧慮，加上冬季和恢復室的氣溫較低，部分術後病人，特別是年長者或女性，對冰冷食物的接受度較差，這成為專案執行過程中的阻力，故我們選擇同時以無糖薄荷糖果作為替代之解渴措施。此外，術後病人在恢復室的停留時間較短，平均停留時間約為60分鐘，無法長時間追蹤病人口渴的改善情況，此為專案的限制。

在護理實務方面，為提升全身麻醉術後病人的照護品質與舒適度，建議發展「術後口渴風險評估量表」，由病房護理人員於術前進行前端評估及辨識高風險個案並記錄於護理資訊系統，做為

術後恢復室護理人員照護口渴病人的依據。也建議與麻醉科、外科與護理部門共同制定的解渴照護標準流程，透過跨部門的合作，一同提升麻醉術後病人的照護品質。

參考資料

- 張珈瑜、許齡方、倪育涵、馮嘉瑩、楊季儒、趙安怡、蕭偉伶(2024)·降低麻醉術後恢復室病人口渴程度·*台灣醫學*，28(1)，81-92·[https://doi.org/10.6320/FJM.202401_28\(1\).0010](https://doi.org/10.6320/FJM.202401_28(1).0010)
- Alves do Nascimento, L., de Oliveira Lopes, M. V., & Fahl Fonseca, L. (2021). Development and validation of a new nursing diagnosis: Perioperative thirst. *International Journal of Nursing Knowledge*, 32(4), 253 - 261. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12319>
- Aslan, B., & Özkan, M. (2025). Effect of frozen saline and menthol gum on thirst level after abdominal surgery: A mixed-methods study. *Nursing in Critical Care*, 30(2), e13288. <https://doi.org/10.1111/nicc.13288>
- Belete, K. G., Ashagrie, H. E., Workie, M. M., & Ahmed, S. A. (2022). Prevalence and factors associated with thirst among postsurgical patients at University of Gondar comprehensive specialized hospital. Institution-based cross-sectional study. *Journal of Patient-Reported Outcomes*, 6(1), 69. <https://doi.org/10.1186/s41687-022-00476-5>
- Carey, S., Waller, J., Wang, L. Y., & Ferrie, S. (2021). Qualifying thirst distress in the acute hospital setting-validation of a patient-

reported outcome measure. *Journal of Perioperative Nursing*, 34(4), e38-e44.

Nascimento, L. A. do., Fonseca, L. F., Rosseto, E. G., & Santos, C. B. dos. (2014). Development of a safety protocol for management thirst in the immediate postoperative period. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 48(5), 834 - 843. <https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400005000009>

Silva, T. T. M. da ., Dantas, J. K. dos S., Ara jo, S. C. M. de ., Silva, S. de O., Dantas, D. V., & Dantas, R. A. N. (2022). Strategies for

thirst management in postoperative adult patients: a scoping review. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 75(4), e20220154. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0154>

Wang, R., Wang, L., Liu, T., & Peng, C. (2024). Effects of menthol on thirst during surgery patients fasting: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled studies. *International Journal of Nursing Practice*, 30(3), e13191. <https://doi.org/10.1111/ijn.13191>

靜
思
語

沒做壞事是人的本分，
心好卻不付諸行動，等於沒做一樣。

~ 證嚴法師靜思語 ~

Not harming others is but our duty.
Having a good heart without doing good things
is still equal to doing nothing at all.

~ Master Cheng Yen ~



Reducing the Incidence of Thirst in Patients in the Post-Anesthesia Care Unit (PACU) Following General Anesthesia

Yen-Hsueh Chen¹, Ya-Ching Fang², Chi-Chin Chiu³, Tzu-Chia Lin⁴

ABSTRACT

Thirst is a common complaint among postoperative patients. If not assessed and managed in a timely manner, it may lead to issues such as patient anxiety, restlessness, and discomfort. Statistical data shows that the incidence of thirst scores ≥ 4 in patients after general anesthesia is as high as 40%, which has sparked the motivation for improvement, aiming to reduce the incidence of thirst scores ≥ 4 in these patients. Current analysis reveals several contributing factors, including the lack of standardized protocols for thirst management, the absence of thirst assessment tools and relief equipment, and low awareness of thirst care among nurses. Improvement measures were formulated and implemented, including providing thirst relief measures (ice chips, sugar-free mints, and saline gauze), organizing thirst experience sessions and in-service education, utilizing information systems to record thirst assessment results and interventions, establishing a standardized care process for thirst management, and applying the Thirst Visual Analogue Scale. After the implementation of the program, the incidence of thirst scores ≥ 4 in patients after general anesthesia decreased to 8.5%. It is recommended that effective and safe thirst relief measures be expanded to all hospital wards to enhance the quality of care during the anesthesia recovery period. (Tzu Chi Nursing Journal, 2026; 25:1, 107-120)

Keywords: general anesthesia, thirst, post-anesthesia room

RN, BSN, Post-Anesthesia Room, Department of Nursing, Chia-Yi Christian Hospital¹; RN, BSN, Leader, Department of Nursing, Ditmanson Medical Foundation Chia-Yi Christian Hospital²; RN, BSN, HN, Ditmanson Medical Foundation Chia-Yi Christian Hospital³; RN, Academic Counselor, Department of Nursing, Ditmanson Medical Foundation Chia-Yi Christian Hospital⁴

Accepted: August 18, 2025

Address correspondence to: Tzu-Chia Lin No. 539, Zhongxiao Rd., East Dist., Chiayi City 600566, Taiwan
Tel: 886-5-276-5041 #1256 E-mail: 11518@cych.org.tw

照顧一位異食症兒童之 急診照護經驗

張如雯¹、葉惠玲²

中文摘要

本文是一位12歲兒童長期異食指甲及頭髮，反覆腹痛造成腸阻塞入院接受手術之照護經驗。急診照護期間為2024年1月21日22:30至23日20:00，以Gordon十一項健康功能型態為評估架構，確立個案健康問題依序為急性疼痛、營養不足、健康照護能力改變。急診期間禁食、床上抬膝、翻身及腹部按摩減輕腹部疼痛，評估病童平日飲食習慣並提供返家後高蛋白飲食烹調方式，協助正常飲食。衛教病童及案父母異食行為之嚴重性，日後請案父母若發現異食行為須立即制止，手術後提供心理及行為治療，杜絕異食行為。深刻了解異食症行為背後原因之重要性，透過適當行為治療和家庭支持，有助於病童盡早恢復健康。(志為護理, 2026; 25:1, 121-129)

關鍵詞：異食症、腸阻塞、急性疼痛、健康照護能力改變、腹腔鏡手術

前言

異食症是至少一個月時間進食非營養、非食物物質，如泥土、指甲、頭髮等(Leung & Hon, 2019)，於正常兒童盛行率為3.2%(Fields et al., 2021)，診斷異食症必須年滿2歲，異食行為不屬於社會規範可接受行為(Al Nasser et al., 2023)。異食症可能發生在正常發育兒童中，因探索行為、自我刺激或尋求感官而導致異食行為(Bryant-Waugh et al., 2019)。異

食症兒童如果攝取大量不可食用物質，恐出現營養不良及腹痛，無法消化異物即產生胃糞石(Leung & Hon, 2019)，當異物阻塞胃腸道會出現嚴重腹痛、噁心和嘔吐(33%-37%)；約四分之一患者會出現腸阻塞，嚴重更高達20%引發腹膜炎危及生命(Lyons et al., 2020)。

本文12歲兒童從國小開始有咬指甲及玩頭髮，父母發現後制止，病童偶爾有不自覺異食行為，父母未確實注意有無吞食，因異物造成腸阻塞需開刀，驚覺

佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院護理部急診護理師¹；佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院護理部專科護理師護理長²
接受刊載：2025年6月27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

嚴重性，故引發筆者書寫動機，期望透過了解異食症原因，協助病童透過手術及行為治療改善異食癖，盡早恢復正常生活。

文獻查證

一、異食症概述及治療

美國精神醫學會對異食症(Pica)的定義為至少一個月時間內吃非營養、非食物物質。此英文名詞源自於“pica-pica”，拉丁文喜鵲，因為喜鵲為了好奇會吃掉各種物體(Leung & Hon, 2019)。食毛癖也是異食症的一種，文獻綜述指出食毛癖發生率為0.5~6.5%，20-30%的食毛癖會出現拔毛癖，平均年齡11歲，兒童盛行率是成人的七倍，女性居多，兒童中期達到高峰(Pipal et al., 2022)。診斷異食症時該行為必須持續至少一個月，其發展不符合該階段發展，且不屬於社會規範可接受行為(Al Nasser et al., 2023)。雖然異食症常見於兒童，但它也是智力障礙患者常見飲食失調症，有時也可能與強迫症和拔毛癖同時存在，重要的是診斷異食症患者必須年滿2歲(Al Nasser et al., 2023)。異食症治療需要先找出造成異食的主因，再針對病因安排治療方針，目前案例報告常規治療包括手術治療以及精神諮詢以防止復發(Shastri et al., 2023)。

二、異食症常見之生理影響及處置

患有異食症兒童如果攝取大量不可食用物質，可能會出現營養不良、出現腹部疼痛，無法消化異物可能導致胃糞石而導致腸阻塞，表現為嘔吐、腹痛和便秘(Leung & Hon, 2019)。胃糞石是積聚

在胃腸道中的不可消化的固體物質，毛糞石為其中一種，是由於攝入的毛髮在胃腔內積聚而引起的，偶爾也會在腸腔內，常見年輕女性，通常與拔毛癖和食毛癖有關(Fields et al., 2021)。食毛癖產生的毛糞石臨床表現多樣且非特異性，包括腸阻塞和穿孔，毛糞石最初沒有症狀，這意味診斷延遲，但隨後因阻塞會出現腹痛嘔吐、厭食和體重減輕，腸阻塞評估包含腹部膨脹、腸蠕動音減弱或消失、觸診壓痛及扣診鼓音等。腸阻塞手術治療包含內視鏡去除毛糞石手術，但因內視鏡無法將毛糞石整體切除，故臨床使用率少於5%(Smith et al., 2020)；腹腔鏡切除術約75%手術成功率，術後傷口美觀，術中失血及疼痛較輕微和住院時間較短(Cui et al., 2020)；剖腹手術切除有100%成功率，但術後較常併發傷口感染及敗血症等併發症(Smith et al., 2020)。

異食症因進食過多異物導致長期營養不良，營養不良的人可透過各種營養補充劑來減少異食行為；營養不良常見的臨床症狀為皮膚及頭髮乾燥、嘴唇乾燥、口角炎、蛀牙牙齦萎縮等；迷你營養評估表評估患者營養狀況，評估總分低於11分代表有營養不良風險或已經營養不良，長期營養不良會導致病情產生負面影響，住院時間延長，死亡率及醫療支出增加(侯、董，2023；Serón-Arbeloa et al., 2022)。文獻綜述指出異食症患者若產生毛糞石會阻礙食物充分進入，導致體重減輕營養不良和低蛋白血症，而低白蛋白血症是營養不良蛋白質流失腸道疾病的後遺症(Pipal et al., 2022)。因此異食症患者長期因消化不良

和長期營養不良情況下，身體會透過製造和使用酮來適應，從而限制葡萄糖的消耗量，治療方式包含營養支持，例如提供高蛋白飲食及補充脂溶性維生素，手術後逐漸進食後抽血的生化和營養參數均可逐漸恢復正常(Stinco et al., 2020)。

三、異食症併健康維護能力改變之治療及預防

異食症是患者異食行為無法維持健康行為之能力，藉由適當監督後教導辨別可食用物品和不可食用物品的訓練，異食行為通常會得到緩解，此外須關注異食症患者情感需求和壓力來源，努力緩解孤獨感和無聊感，可正向治療異食症，異食症治療包括行為治療、家庭諮商和心理治療(Leung & Hon, 2019)。文獻綜論指出食毛症患者長期預後完全取決於如何預防不適當行為復發，因此，認知治療及行為治療如何控制異常行為來減少異食症是重要的。家人立即指出錯誤行為或異常行為發生立即轉移吃食的注意力、當異常行為受到控制後，給予正向鼓勵讓其行為獲得成就感、介入區辨訓練，教導異食症患者去區別可食用和不可食用物質、精神和心理支持密切追蹤等，對於改善異食症預後至關重要(Marginean et al., 2021)。

個案簡介

一、基本資料

個案12歲介於艾瑞克森社會心理發展階段為學齡期，核心任務為勤勉對自卑。病童國中一年級，在校成績中等，使用國語，獨生女與父母同住，信仰道教，主要照顧者為案母。家庭經濟來源

為案父，案父從事農業，案母為家庭主婦，家庭主要決策者為案父。

二、過去病史

案父表示病童從小無開刀、無用藥及住院病史，國小開始有拔頭髮、咬指甲習慣後吞食習慣。2023年04月17日開始腹痛噁心，陸續外院就診7次，但未有明確診斷。同年05月03日因持續腹痛、嘔吐就診疑似厭食症，給予口服腸胃藥治療。於6月9日1.5個月內體重明顯下降3.3公斤，外院診斷疑似甲狀腺亢進，後續追蹤甲狀腺素報告正常。家族史為病童姑姑有甲狀腺亢進。

三、疾病就醫過程

2024年1月21日	腹部絞痛、嘔吐外院就診，外院執行灌腸、點滴及靜脈藥物症狀改善，並帶口服藥返家。
返家後4小時	再次劇烈腹痛外院就診，經抽血、X光後懷疑為腸阻塞故轉至本院就醫。
本院急診22:27	WBC: : 24.17*10 ³ /uL，白蛋白3.2g/dl、尿液鏡檢KET-AA: 4+，故會診兒科建議住院。
2024年1月23日	電腦斷層攝影發現胃部有一團胃糞石
11:30	腹腔鏡胃及小腸切開異物移除及縫合手術
20:00	入病房，病房期間會診身心醫學科
2024年2月4日	經身心科治療師介入治療後出院

五、護理評估

急診護理期間為2024年1月21日22點27分至1月23日20點00分，運用Gordon十一

項功能性健康護理評估如下：

(一)健康認知及健康處理型態

1月22日病童：印象中沒住院過，這是第一次住院和開刀，平常蠻容易感冒，平常感冒大約3-5天會好、爸媽會帶我去診所，這次看醫生是自己痛到受不了又吐，爸媽直接帶我去急診、有時候手就會開始抓頭髮玩，玩一玩就拔下來玩吃掉、指甲長出來了就想要咬短，可能習慣吧、有時候爸爸會提醒我，叫我不吃，但我還是會忘記了、覺得沒關係吧！反正小小的。個案為12歲國中生，照護期間多由案母陪伴，等待開刀前告知需禁食，會談時發現病童指甲外觀短且邊緣不整，頭髮較長且未整理綁起，評估髮量適中、髮質較乾燥、脆弱且易打結，經評估病童有健康維護能力改變與異食行為有關。

(二)營養代謝型態

病童身高149公分，體重36公斤，身體質量指數 $16.2\text{kg}/\text{m}^2$ 過輕，基礎熱量1,071大卡/天，每日建議總熱量1,660大卡、每日建議水量1,080mL。病童皮膚黝黑、乾燥，四肢無水腫、口腔完整、牙齒無蛀牙、舌頭粉紅色、嘴唇乾裂，病童表示入院前嘔吐都是酸水，入院後無嘔吐。入院因待開刀故需禁食，急診靜脈輸液每小時80西西。1月23日案母：每次接她放學，水壺水都沒有減少過。1月23日病童：就不喜歡吃學校營養午餐，菜不好吃、午餐只吃半碗、也懶得咬有時候就直接吞、這陣子怕吐，所以都不敢吃東西、每天湯湯水水不超過500mL。抽血顯示白蛋白 $3.2\text{g}/\text{dl}$ 、尿液KET-AA:4+，迷你營養評估表分數為7分營養不良，以

上評估病童有營養不足之健康問題。

(三)排泄型態

1月23日病童：平日有便秘的情形，大概2-3天大一次，都是顆粒便，最久4天大一次、尿尿一天4-5次吧、不愛喝水不愛運動，少流汗。病童於急診待床期間未解便，視診腹部平坦，腹部無開刀痕跡，聽診腸蠕動音2-5次/分，觸診腹部柔軟，按壓腹部時肚臍周圍有壓痛，叩診鼓音存。1月23日腹部電腦斷層顯示巨大胃糞石，大小約 $7\text{cm} \times 4\text{cm}$ ，十二指腸腫脹，顯示部分腸阻塞。經以上評估確認病童有腸阻塞之健康問題

(四)活動運動型態

1月23日病童：窩在家裡看電視或玩線上遊戲、現在不太愛出門、上課時同學找我去打高爾夫球才去。1月23日於急診期間觀察病童於急診躺床時間多，但可自行下床活動不需他人協助，活動呼吸平順無異常，檢視四肢肌力雙上下皆5分，日常生活完全自理。

(五)睡眠休息型態

1月23日病童：平常晚上9點多睡覺，早上6點起床，中午學校會午休。病童於急診待床期間無使用安眠藥即可入睡，無失眠白天精神佳多床上活動。

(六)認知感受型態

病童味覺、嗅、視、聽及觸覺正常。1月23日案父：這3~4年因為玩3c產品，近視加深到500度。1月23日病童：這次看醫生是自己痛到受不了又吐，跟爸爸媽媽講，爸媽就直接帶我去急診、肚子痛，動的時候更痛，大概5分吧，壓的時候更痛，應該有7分。觀察病童表情平緩，但下床活動時緩慢、且微駝背、

手摸上腹部。視診腹部平坦，腹部無開刀痕跡，聽診腸蠕動音2-3次/分，觸診腹部柔軟，但按壓腹部時，肚臍周圍有壓痛，叩診鼓音存，病童急診待床未解便，電腦斷層顯示巨大胃糞石，大小約7 x 4cm，形狀不規則，十二指腸腫脹，顯示部分阻塞。經以上評估病童有急性疼痛之健康問題。

(七)自我感受及自我概念型態

1月23日病童：自己比較害羞內向，會擔心同學不喜歡我，曾經玩手遊被騙，覺得自己怎麼這麼笨。1月23日與個案會談時發現個案較害羞、說話較小聲，眼睛雖可直視護理人員，但無法一直直視。

(八)角色關係型態

病童第一角色女性，第二角色女兒，第三角色病童、同學。依據艾瑞克森心理社會發展論現階段任務為自我統整與角色混淆階段。1月23日案父：我不會去過問她太多事，除非事情太嚴重被我知道。1月23日病童：比較怕爸爸，爸爸會罵我，兇的時候很兇、和同學及老師感情普通。1月23日案母：我會關心她學校生活，放學後會與她聊天。病童院期間皆會遵照醫囑及護理師的衛教，開刀前可配合禁食。

(九)性功能型態

病童初經為2023年4月初，周期為30天，每次約5天，前2天量較多，2024年1月23日病童：沒有經痛。病童乳房微凸起、會陰部少量陰毛、腋下微量腋毛，未有性行為經驗。

(十)應對壓力型態

1月23日病童：目前的壓力大概只有功

課壓力吧，就先趕快把功課寫完跟隔天小考的書看完、平常放鬆就是玩手遊、看電視。

(十一)價值信念型態

1月23日案父：家中是信仰道教，但我們也只有在大節日才會拜拜、1月23日病童：家裡拜我就跟著拜、爸爸有給我平安符，但我幾乎都沒戴，出院後要趕快回去上課，怕進度落後太多。

問題確立

經以上整體評估確認病童有三項健康問題：

- 一、急性疼痛/與胃糞石造成腸阻塞疼痛有關
- 二、營養不足/因疾病導致吸收不良有關；
- 三、健維護能力改變/與異食行為有關

護理措施與結果評值

一、急性疼痛/與胃糞石造成腸阻塞疼痛有關(1月21日至1月23日)

主客觀資料包括1月21日病童：肚子一直絞痛，動的時候更痛，觀察下床活動時緩慢、且微駝背、手摸腹部，聽診腸蠕動音2-3次/分，觸診腹部柔軟，按壓腹部肚臍以上有壓痛，叩診鼓音存，疼痛指數5分，壓的時候更痛有7分。1月23日電腦斷層顯示巨大胃糞石，大小約7cm x 4cm，十二指腸腫脹，顯示部分腸阻塞。經以上評估確認病童1月21日至23日急性疼痛與胃糞石造成腸阻塞疼痛有關。

急性疼痛手術前護理措施包括1月21日~22日衛教禁食等待開刀，避免增加腹內壓力，衛教可躺在床上抬膝增加翻

身次數，以促進腸蠕動；實際操作教導家屬可協助按摩個案背部肌肉，以促進肌肉放鬆；依醫囑imprean PRNTID IV push；1月23日協助送開刀房執行腹腔鏡胃及小腸切開異物移除及縫合手術；手術後回至急診留觀協助採舒適臥位或抬高床頭採半坐臥；5小時後鼓勵可忍受疼痛下，下床行走促進腸胃蠕動，並使用平板給予病童觀看「腹部手術後，如何下床呢」衛教影片，內容涵蓋下床時採用漸進式緩慢下床；術後活動時可用手稍微輕壓腹部，減輕腹部震動。告知家屬可經常陪伴病童聊天，使用平板衛教病童的同時，可轉移注意力以減緩疼痛，；衛教病童避免抑制便意感，養成每日排便習慣。每天觀察病童排便情形並記錄疼痛變化。

結果評值：1月22日10:00評值個案能說出現在不能吃東西，叫我在床上多翻身，有打針肚子比較不痛。1月23日19:00病童下刀後已下床活動；19:40病童已排氣並開始進食，腸蠕音約4次/分。1月25日18:15於病房追蹤病童解出少量軟便。

二、營養不足/因疾病導致吸收不良有關(1月21日至1月23日)

主客觀資料包括1月22日案母：每次接她放學，水壺水都沒有減少過，病童：在學校都沒吃午餐只吃半碗、懶得咬就直接吞，這陣子怕吐所以都不敢吃東西。病童身體質量指數 $16.2\text{kg}/\text{m}^2$ 屬過輕。23:30抽血白蛋白 $3.2\text{g}/\text{dl}$ 、尿液KET-AA:4+。23:30觀察病童皮膚乾燥、嘴唇乾裂，23:30迷你營養評估表分數為7分。經以上評估確認病童1月21日至23日

營養不足與疾病導致吸收不良有關。

營養不足之護理措施包括1月22日09:30急診期間每日靜脈輸液補充，記錄病童解尿情形，衛教病童脫水症狀，例如移位感到頭暈、暈厥、皮膚乾燥、口乾舌燥、心悸等，可觀察嘴唇乾裂、舌苔明顯、口臭、尿液較黃；和病童及家屬一起使用平板食物圖卡，找出病童喜愛的食物，讓家屬可準備病童愛吃食物帶到學校，並烹調成容易消化、具備色、香、味佳餚引發食慾，用較小而可愛食器，讓病童可以吃完，增加病童成就感，衛教病童咀嚼食物慢慢吞嚥，進食中勿過度喝湯水飲料，以免飽足減少食物攝取量，可用果汁或發泡錠水代替開水；衛教家屬可於餐前一小時陪病童做半小時輕度運動來增加飢餓感，並禁止飯前零食攝取，增加額外熱量攝取，例如烹調食物時添加奶油或起士，用肉湯取代白開水，可攝取高蛋白瘦肉、牛奶、黃豆製品及蛋類，適量攝取新鮮蔬菜，避免太熱、太油膩或辛辣飲食。

結果評值：1月22日16:20評值病童能說出脫水時會尿液較黃、較少，且易有口臭、嘴唇乾裂等症狀。1月23日10:30病童：每天早上準備營養補充發泡錠，案母：午餐時間送自製便當，下課時陪女兒去運動，1月23日10:30案母：會多上網學習變換多樣烹調方式，並且多以肉類為主。

三、健康維護能力改變/與異食行為有關(1月21日至1月23日)

主客觀資料包括1月22日病童：有時候手就會開始抓頭髮玩，玩一玩就拔下來玩吃掉，指甲長出來了就想要咬短，可

能習慣吧，有時候爸爸會提醒我，叫我不要吃，但我還是忘了。1月22日會談時發現病童指甲外觀短且邊緣不整，頭髮長未整理綁起。以上評估確認個案於1月21日至23日健康維護能力改變與異食行為有關。強化疾病認知護理措施包含1月22日衛教病童及家屬因腸阻塞故先需禁食，以防食物及水攝入，也不能吃頭髮及指甲，造成腸胃壓力負擔。使用平板給予病患及家屬觀看手術前衛教影片，以降低術前焦慮；衛教病童及家屬食用異物可能造成中毒、腸阻塞或消化道破裂出血；行為糾正護理措施衛教家屬當發現病童無意間抓頭髮需立即制止並轉移注意力；衛教病童可將頭髮剪短或綁起來，並隨時修短指甲長度；後續疾病治療衛教之護理措施衛教家屬異食癖行為可帶病童至身心科門診治療，並提供門診表給家屬參考。

結果評值：1月23日病童能說出吃入異物會造成腸子阻塞及營養不良；1月23日案母：日後若看到病童異常行為會立刻制止，也要帶病童去將頭髮剪短。後續照護計畫1月25日陪同病童在治療師協助下執行行為治療。

討論與結論

本文是12歲病童因反覆腹痛、嘔吐、食慾不佳、體重減輕就醫，電腦斷層發現胃糞石，向家屬解釋此胃糞石須待開刀取出，家屬才驚覺異食嚴重性。急診照護期間針對病童及家屬加強指導異食行為可能帶來嚴重營養不良及腸阻塞，也衛教父母若看見病童異常行為應立即溫和制止，避免責罵或暴力。手術後病

童腹痛腸阻塞情形已改善，選擇病童喜歡食物少量多餐進食，兒科團隊於住院期間安排身心醫學科醫師及心理治療師介入，針對異常行為教導案父母需要立即糾正，對於異食行為受到控制時也需立即給予病童鼓勵，出院時病童腹部無不適，飲食排便正常，出院時也建議案母要建立病童定時、定量及均衡飲食，頭髮要剪短整齊，隨時觀察異食行為是否重複出現，回診時也要帶病童至兒童身心科做兒童身心發展評估。

異食症是罕見疾病，12歲病童吃下非食物的物品，於急診並非為常見個案，經查文獻後異食症是可經由治療痊癒的，病童於病房後也接受過行為治療，可惜病童出院後無在本院繼續追蹤，此為臨床困境，且異食症為罕病，實證文獻搜尋也是照護限制。腹痛在急診兒科屬於常見主訴，但異食症兒童在急診是不常見疾病，腹痛兒童也非第一時間就能安排電腦斷層檢查，故發現時都是已較嚴重、產生胃糞石，建議急診若遇到反覆腹痛的病童，除了詳細詢問日常行為習慣外，更要辨別確認是否有異食癖的可能性，也需了解父母對於異食癖的認知與了解程度，提供更多資訊與幫助，並及早轉介身心科治療。希望藉由此次個案的照護經驗提供臨床參考。

參考資料

- 侯玉珍、董周相(2023)·*圖解營養學*(第二版)·五南圖書。
- Al Nasser Y, Muco E, Alsaad AJ. Pica. [Updated 2023 Jun 26]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing;

- 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532242/>
- Bryant-Waugh, R., Micali, N., Cooke, L., Lawson, E. A., Eddy, K. T., & Thomas, J. J. (2019). Development of the Pica, ARFID, and rumination disorder interview, a multi-informant, semi-structured interview of feeding disorders across the lifespan: A pilot study for ages 10-22. *The International Journal of Eating Disorders*, *52*(4), 378 - 387. <https://doi.org/10.1002/eat.22958>
- Cui, N., Liu, J., & Tan, H. (2020). Comparison of laparoscopic surgery versus traditional laparotomy for the treatment of emergency patients. *The Journal of International Medical Research*, *48*(3), 300060519889191. <https://doi.org/10.1177/0300060519889191>
- Fields, V. L., Soke, G. N., Reynolds, A., Tian, L. H., Wiggins, L., Maenner, M., DiGuseppi, C., Kral, T. V. E., Hightshoe, K., & Schieve, L. A. (2021). Pica, autism, and other disabilities. *Pediatrics*, *147*(2), e20200462. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-0462>
- Leung, A. K. C., & Hon, K. L. (2019). Pica: A common condition that is commonly missed—An update review. *Current Pediatric Reviews*, *15*(3), 164 - 169. <https://doi.org/10.2174/1573396315666190313163530>
- Lyons, R., Ismaili, G., Devine, M., & Malik, H. (2020). Rapunzel syndrome causing partial gastric outlet obstruction requiring emergency laparotomy. *BMJ Case Reports*, *13*(1), e232904. <https://doi.org/10.1136/bcr-2019-232904>
- Marginean, C. O., Melit, L. E., Sasaran, M. O., Marginean, R., & Derzsi, Z. (2021). Rapunzel syndrome—an extremely rare cause of digestive symptoms in children: A case report and a review of the literature. *Frontiers in Pediatrics*, *9*, 684379. <https://doi.org/10.3389/fped.2021.684379>
- Pipal, D. K., Verma, V., Murlidhar, M., Garima, G., & Yadav, S. (2022). Gastric perforation with peritonitis secondary to a Trichobezoar: A literature review and report of a rare presentation. *Cureus*, *14*(4), e24359. <https://doi.org/10.7759/cureus.24359>
- Serón-Arbeloa, C., Labarta-Monzón, L., Puzo-Foncillas, J., Mallor-Bonet, T., Lafita-López, A., Bueno-Vidales, N., & Montoro-Huguet, M. (2022). Malnutrition screening and assessment. *Nutrients*, *14*(12), 2392. <https://doi.org/10.3390/nu14122392>
- Shastri, M., Raval, D. M., Rathod, V. M., Mallik, S., & Khan, S. (2023). A triad of trichobezoar: rapunzel syndrome, severe malnutrition, and cerebral venous thrombosis. *Cureus*, *15*(4), e38016. <https://doi.org/10.7759/cureus.38016>
- Smith, R. E., Rait, J. S., Said, A., & Dighe, S. (2020). Management of a trichobezoar caused by consumption of artificial hair extensions. *BMJ Case Reports*, *13*(1), e232720. <https://doi.org/10.1136/bcr-2019-232720>
- Stinco, M., Montemaggi, A., Nocchioli, B., Resti, M., Grosso, S., & Trapani, S. (2020). An unusual case of hypoproteinemia in childhood: Keep in mind trichobezoar. *Frontiers in Pediatrics*, *8*, 82. <https://doi.org/10.3389/fped.2020.00082>

Emergency Care Experience Caring for a Child with Pica

Ru-Wen Chang¹, Hui-Ling Yeh²

ABSTRACT

This study explores the emergency care experience of a 12-year-old child with a long-term habit of pica involving fingernails and hair, resulting in repeated abdominal pain and intestinal obstruction that required surgery. The emergency care period from 10:30 PM on January 21, 2024, to 8:00 PM on January 23. Using Gordon's Eleven Functional Health Patterns as an assessment framework, the health issues identified were acute pain, malnutrition, and impaired healthcare management. During care period, the patient was placed on fasting, perform knee lifts in bed, and received assistance with turning and abdominal massage to alleviate abdominal pain caused by intestinal obstruction. The child's dietary habits were evaluated, and guidance on preparing high-protein meals was provided to support standard eating patterns. Evidence-based health education was offered to the child and parents to emphasize the severity of pica behavior. Parents were advised to promptly intervene if pica behavior was observed in the future. Psychological and behavioral therapies were recommended to prevent recurrence. This case highlights the importance of understanding the causes of pica behavior. A child's recovery and return to health can be expedited through appropriate behavioral interventions and family support. (Tzu Chi Nursing Journal, 2026; 25:1, 121-129)

Keywords: pica, intestinal obstruction, acute pain, altered health care capacity, laparoscopic surgery

RN, Department of Emergency Room, Hualien Tzu Chi Hospital Buddhist Tzu Chi Medical Foundation¹; Head of Nurse Practitioner, Department of Nursing, Hualien Tzu Chi Hospital Buddhist Tzu Chi Medical Foundation²

Accepted: June 27, 2025

Address correspondence to: Hui-Ling Yeh Nursing Department, 707, Section. 3, Zhong-Yang Road., Hualien City, Taiwan
Tel: 886-3-856-1825 #12225 E-mail: u0952120730@gmail.com

運用賦權概念 提升高齡糖尿病個案 正向健康促進行為之護理經驗

陳筱鳳¹、王美惠²

中文摘要

本文運用賦權概念協助一位高齡第二型糖尿病個案提升正向健康促進行為之護理經驗。護理期間從2023年02月06日至2023年06月02日，運用「整體性護理」進行生理、心理、社會、靈性評估，經由實際照護、電訪、及糖友社群互動媒體追蹤收集資料，確立個案護理問題為知識不足、健康自我管理失常、及家庭因應失能。筆者以個案為中心，依其高齡特性，提供賦權相關策略，改變自身行為，使個體正常運作並足以應付日常活動。照護過程中發現，因高齡、回診次數及候診時間限制，需多次循環相同護理策略；建議後續照護此類個案可結合遠距視訊溝通，協助個案達到健康維護能力。期望藉此護理經驗，可提供未來照護高齡糖尿病個案之實務參考。(志為護理，2026; 25:1, 130-140)

關鍵詞：賦權概念、高齡糖尿病、健康促進

前言

根據國際糖尿病聯盟預估，2040年全球糖尿病人口將超過6億人，年齡大於65歲者約占三分之一，隨著高齡人口逐漸增加，慢性疾病的盛行率也在提升，而糖尿病便是其中之一。臺灣已在2018年正式成為高齡化社會，人口結構老

化，65歲以上的老年人糖尿病盛行率，佔所有糖尿病人口達40%以上(黃、林，2018)。

為使高齡者在老化過程中保持生活自主能力和積極生活方式，以高齡賦權作為主體，強調對生活的掌控和參與，達到歐盟提出的高齡者能持續參與勞動和生產力，進而擁有健康、安全和獨立

新竹國泰綜合醫院個案管理師¹、新竹國泰綜合醫院護理長²

接受刊載：2025年8月20日

通訊作者地址：陳筱鳳 新竹市東區中華路二段678號

電話：886-3-5278999 #5192 電子信箱：feng9685@cgh.org.tw

生活的目標(黎、謝, 2020)。而高齡(65歲以上)糖尿病治療的重點應依據病患的健康狀態、身體功能、預期餘命等面向,訂定個別化血糖控制目標(黃、林, 2018)。透過糖尿病自我管理促使對自己負責,有效管理疾病和生活方式行為,訓練對自己的治療做出決定,成為疾病管理者(彭、湯, 2019)。

本文為高齡糖尿病個案,由於缺乏規則回診出現頭暈、視力模糊,飯後血糖432mg/dl等高血糖症狀至急診就醫,筆者於個案後續門診返診過程中發現,個案以無身體不適感為理由,不需要規則回診、監測血糖及飲食控制,因固有思想認為家人照顧她是理所當然的事,導致與同住家人感情不睦,引發筆者想深入探討,故運用賦權策略逐步讓個案了解健康促進行為,並鼓勵其表達想法、調整自我照護行為,改善血糖,降低併發症風險,促進與家庭成員互動,提升生活品質及延緩失能,期望藉此護理經驗,提供臨床照護高齡糖尿病個案之參考。

文獻查證

一、賦權概念

賦權是一個過程,個案對自己健康管理的自覺,專業人員藉由賦權,協助增進知識和技能,將自我照顧行為融入日常生活,使個人具有足夠的能力為自己的健康做出決定和自我保健活動,個案能採取更健康的生活方式,達到良好且持續的照護,改善血糖控制情形,降低併發症的風險及提高生活品質(Lambrinou et al., 2019)。學者建議賦權

運用於護理上,應採取真誠、尊重、不批判的傾聽態度,同理個案對問題的感受,協助個案覺察問題根本,尋求方法與資源並付諸行動,使個案獲得對問題控制感的過程(林、高, 2020)。Chen等(2017)認為賦權策略可以促進糖尿病個案有能力執行自我照護行為,藉由更健康的生活方式和自我管理,使個案掌控疾病及其生活。

賦權過程包含三個階段,自我覺醒(self-awareness)為首要步驟,專業人員以夥伴關係取代權威關係,讓個案安心與專業人員互動,覺察自己需要改變,引發個案的驅動力負起自我照顧的責任;其次是行動階段-提供必要資訊與建立支持性環境,進而願意為自己的健康負責,與專業人員共同參與設立合適措施及目標;最後是評價階段,引導個案省思,照護行為需不斷學習調整,以達到個案需求並能持續執行。通過「自覺、行動與評價」增進個案的知識和技能,促進其執行自我照護行為,融入日常生活,強化持續性的照護(Park & Song, 2022)。

二、高齡糖尿病照護

協助長者意識自身健康狀況,需運用多元社會資源,加強自我照護效能;同時也要訓練照顧者處理事件應變能力。高齡常伴隨與年齡相關的生理性衰退,如認知功能障礙、憂鬱、跌倒、尿失禁、失眠、視力障礙、衰弱、肌肉質量與骨骼關節肌力退化等,易引發許多健康問題(陳俐君等, 2021)。糖尿病隨著年齡增加,相較於年輕個案,有更多的健康風險及自我照護困難(Brown et al.,

2019)。高齡糖尿病控制目標應考量罹病時間和共病關係，避免高血糖或低血糖的發生，減少急性和慢性糖尿病相關併發症風險，以持續性的生活方式調整增進健康相關品質為主要目標(陳玟潔、陳，2021)。日常照護包含對治療的遵從性、飲食、運動、情緒放鬆等均會影響健康、生活品質及血糖控制，自我照顧不佳容易導致血糖控制不理想或併發症的產生(Sugandh et al., 2023)。研究指出，高齡照護中運用友善的健康識能素材，提供容易理解、可達成及適用的健康訊息，使個案具備足夠健康識能亦可提升自我照護能力(陳慧雯等，2024)。

三、健康促進行為

糖尿病健康促進行為需要專業人員協助學習解決各種生活上的日常問題，其方向需先營造友善環境、提供支持系統，協助個案建立規律的生活方式、強化信心，進而改變行為(Allegrante et al., 2019)。徐慧君等(2018)表示運用ADA(American Diabetes Association)建議的糖尿病自我管理教育與支持(diabetes self-management education and support, DSMES)，可以促進自我健康能力與生活品質，其內容應包含降血糖藥物使用、自我血糖監控、體重控制、運動和營養等相關知識，考量個人喜好及接受度，並讓個案主動參與治療計畫，訂定共同目標。

護理評估

一、個案簡介

個案為81歲女性，喪偶多年，育有2男2女，國小未畢業(識字)，習慣用閩南語

溝通，年輕時為外燴廚師，目前與小兒子一家人同住，宗教信仰為道教，經濟來源為存款利息及每個月的敬老年金。

二、疾病史

個案2002年因良性腦瘤於北部某醫學中心接受手術，同一時期住院期間發現有高血糖問題，至今罹患糖尿病22年，無併發症產生或其他慢性疾病。2005年由於糖尿病規則追蹤需每三個月往返北部醫學中心，因就醫距離往返耗時緣故，改由居住縣市地區醫院內分泌新陳代謝科門診追蹤血糖，隨著罹病年齡越久病患習慣現有就醫模式，固定到地區醫院拿降血糖口服藥物慢性處方箋，每年返診醫學中心追蹤腦腫瘤術後狀況。

三、護理過程

筆者於2023年02月06日發現個案近半年皆由家人代領取藥物，期間曾因高血糖不適至地區醫院急診就醫，經由與家人溝通及與個案電訪發現，個案自覺平常無特別不適感，回診只有拿藥而已，覺得不需要親自回診；並要求同住家人請假到醫院幫她領藥，以不會使用血糖機為理由，拒絕測量血糖，因此導致主要照顧者與個案在日常生活相處中，產生不愉快衝突，個案本身亦出現情緒低落，生活自理能力下降，糖化血色素從6.9%上升至9.1%。筆者運用美國糖尿病衛教師學會(American Association of Diabetes Educators)糖尿病自我管理行為，依據個別性提供賦權，協助個案自我覺醒(self awareness)，尋求自我照護動機與能力，提升健康行為。照護期間2023/02/06~2023/06/02以面對面、電訪、查閱病歷等方式透過觀察、溝通會

談、及糖友社群媒體收集資料，進行生理、心理、社會、靈性，健康層面評估如下：

(一)生理層面：

個案穿著合宜季節，儀容整潔，無異味，聽力退化自2021年開始穿戴助聽器，溝通無障礙。判斷力、記憶力、計算力、基本常識、抽象思考力皆為正常。個案身高150公分，體重55公斤，身體質量指數(body mass index, BMI):24.4 kg/m² (BMI>24體重過重)，血壓123/67mmHg，脈搏81次/分。根據營養師的評估，個案一天所需熱量為1375大卡(輕度工作每公斤25大卡×55公斤)，日常飲食由家人購買放置家中方便個案取食，個案下午3點左右會再吃一次點心，實際一天攝取約1,800大卡食物(醣類280g、蛋白質28g、脂肪62g)，水分攝取1,000~1,200ml/天。規律每天排便1次，排尿次數5~6次/天。足部外觀皮膚完整，無水腫、無厚繭或灰指甲，半定量音叉、單股尼龍繩測試結果為正常，雙眼白內障置換人工水晶體術後2年。每日平均睡眠為7小時，入睡時間為晚上9點，凌晨4點醒來，沒有午睡習慣；早上醒來洗漱後燒香拜拜，接著在客廳做早操約30分鐘。每個月到市場採買1~2次，無其他休閒活動。2023/02/06空腹血糖148mg/dl、糖化血色素:9.1%。2023/02/06處方:dapagliflozin 10mg 1#QD、metformin 500mg 1#BID、amary 2mg 1#QD。

2023年02月06日電訪個案主訴:「糖尿病控制要固定回診看醫生、吃藥。我是老病號了，你們要說什麼我都知道。」

02月13日電訪時個案表示:「藥我每天一早起來空肚子就先吃，才不會忘記。」

「有餓才吃東西，當然肚子餓的時候就會吃的比較多。」「血糖機忘記怎麼使用了，機器有沒有壞掉我也不知道。」個案晨起先吃降血糖藥物，接著在客廳做早操，由於個案服用藥物時間未遵照醫囑指示，曾清晨在家中運動時發生過低血糖導致跌倒額頭擦傷，目前憑藉過往經驗症狀判斷自身是否出現低血糖，未執行居家血糖自我監測，無法依據血糖數值修正飲食份數組合，顯示疾病照護知識不足。02月27日電訪個案表示:「固定6:30吃早餐，之前曾出現過還沒吃飯就眼前一片黑，冒冷汗」「我都是喝熱水躺著休息。」「如果覺得是低血糖，趕快吃孫子的巧克力。」個案表示低血糖只要有吃東西就好，不需在意食物的種類。個案未選擇正確的用藥時間及出現低血糖症狀時吃巧克力未採取正確的處理措施，由以上得知個案處理自身健康問題方式無法解決現存問題，明顯與慢性疾病共存時，健康自我管理失常，導因於個案未按照醫囑服用降血糖藥物時間及正確處理低血糖。

(二)心理層面：

訪談及電訪個案時，表達能力正常，對目前生活感到可以接受，表示還沒有開白內障手術之前，會擔心自己眼睛會看不到，白內障手術後看得很清楚已經沒有此顧慮。信奉道教，面臨生活壓力、困惑會到廟宇拜拜。03月06日訪談中個案提到:「親戚、朋友都過世了，沒什麼來往。」「現在能依靠的就是自己的兒子，平常他們又要上班，雖然是住

在一起，但也都沒看到人。」感嘆別人出門買東西都是兒子接送，反觀自己，連幫忙到院拿藥都不見得找得到人，訪談時個案出現緊皺雙眉、搖頭及嘆氣行為。個案與小兒子一家人同住，主要照顧者為小兒子；同住家人均有各自的生活，加上個案早睡早起，所以個案與家人間相處時間並不長，平日個案大多是一個人在家。03月08日電訪主要照顧者表示：「母親平常可以坐車去逛菜市場，去醫院就沒辦法。」「幫母親到醫院拿藥是沒問題，但母親要先說我才好安排，我上班沒辦法臨時請假。」主要照顧者工作為園區外包廠商，工作型態需事先排定休假期，但個案時常在就醫當日才告知，家屬覺得個案此行為是特意而行，產生對個案不滿的情緒。經評估發現有家庭成員互動不佳，忍受個案能力不足，無法有效處理適應個人健康挑戰所需的任務問題。

(三)社會層面：

個案同住家人為小兒子一家人，包括媳婦及3位成年的孫子。與個案偶有交流的鄰居，為同年齡的表嫂。個案其他三名子女均居住外縣市，只有慶典節日才會回新竹探望個案。個案自己有存款及每個月的敬老年金，平常亦無購買高單價商品需求，故經濟無虞。個案未參加社區或長者據點活動，曾參加過地區醫院糖尿病支持團體活動及廟宇進香。

(四)靈性層面：

個案信仰道教，平常及傳統節慶日一定要燒香拜拜，個案表示是因為有神明的保佑，所以80幾歲了還能走、能吃。3月10日電訪個案「沒特別做過什麼好

事，但至少一定沒有害過人，一輩子安分守己，一定可以善終。」「人終究是要死的，不用怕，塔位我幾年前就買了。」個案有虔誠的宗教信仰，面對往生活題可坦然面對，經以上評估個案無靈性層面相關問題。

問題確立

綜合上述評估結果，確立個案主要之健康問題包含：(一)知識不足，導因於未規則回診及疾病飲食攝取行為不當、無法正確執行血糖監測(二)健康自我管理失常，導因於個案未按照醫囑服用降血糖藥物時間及正確處理低血糖(三)家庭因應失能，導因為個案可獨立至菜市場採買，但無法自行到醫院回診，無法有效處理適應個人健康挑戰所需的任務問題。針對問題擬定目標與護理措施如下：

一、知識不足/導因於個案未規則回診、疾病飲食攝取行為不當、無法正確執行血糖監測(2023/02/06-2023/04/07)

(一)評估資料

2/6電訪「人不舒服自己知道，幹嘛要量血糖?」「我有請人回去拿藥，藥我也有吃，不需要本人特地回門診。」個案2/6門診，委託小兒子代為領取藥物，家中有血糖機，但未使用，血糖試紙已開封超過一年。2/13電訪「平常家裡有什麼?我就吃什麼，可以吃飽就好了。」「會請鄰居買鹹的蘇打餅乾放在家裡，想吃東西的時候可以吃。」「我聽人家說有糖尿病的人吃飯血糖會很高，所以飯糰都只敢吃半顆，我比較

常吃饅頭，饅頭不是比較不會升血糖嗎?」。2/2個案因頭暈無力至急診就醫 random suger:432mg/dl，當日午餐吃鄰居家端來的炒米粉，下午3點吃波蘿麵包跟早上剩下來的奶茶，回顧個案血糖數值: 2022/06/30 HbA1c:7.6%、2022/08/22 HbA1c:8.8%、2022/11/07 HbA1c:9.1%。2/13家屬以通訊軟體提供個案2/12居家飲食照片，早餐:半顆黑糖饅頭及一個波蘿麵包、午餐:湯油麵、下午點心:半顆柿子及一包蘇打餅乾、晚餐:燒鴨便當(飯吃一半)。2/16電訪與個案討論自行執行居家血糖監測話題，個案頻頻表示「我久沒使用都忘光了，老了也學不起來」，缺乏學習意願。

(二)護理目標

3/13當天由個案親自回診，建立與醫療團隊的連結。4/7前個案可以口述糖尿病飲食控制方法三項。4/7前個案每週可執行自我血糖監測3次以上。

(三)護理措施

2/13電訪個案瞭解到無法親自回診原因，個案表示年紀大，晚輩就應該負責照顧她，加上反應能力沒有以前好，不敢騎摩托車，需依賴他人接送。鼓勵個案與家屬協調安排回診診方式:①先將下次回診日期告知家屬，讓家庭成員協調預先安排陪同人員。②提供計程車行電話，個案可彈性調整外出就醫時間。③考慮乘騎電動代步車。3/06由於個案識字能力有限，採用圖示式放大字體的衛教單張與個案討論，讓個案瞭解回診的意義不僅是拿藥，更包含身體功能檢測、藥物作用及副作用評估、檢視生活型態、足部檢查、眼底檢查等。看診前

一週先與個案主治醫師討論個案現況，回診當日由醫師主動關懷，先口頭讚美個案:「雖然有一陣子沒有看到個案，但個案氣色很好，走路步態穩健，期待下次回診的時候還要看到個案本人。」利用食物模型引導認識食物六大類，分辨可以多吃及必須控制攝取量的種類。3/06訪談時，個案表示對自己執行測量指尖血糖感到有困難，提到因為年紀大、記憶力差，擔心記不住操作步驟。衛教師耐心傾聽，給予充分時間讓個案表達想法，同理個案以言語鼓勵安撫情緒，讓個案感受到被支持與理解。現場實際操作血糖機過程，發現個案出現猶豫不決，無法進行下一個步驟，故提供居家血糖監測衛教單張，內容包含(事先用物準備、採血步驟、部位選擇、試紙保存)，提供與個案家中血糖機型相符的教學操作單張，方便返家後重複練習，增強自我照護技能。製作放大字體的血糖紀錄單，個案可依自身作息規劃可行的監測頻率。經衛教師鼓勵與具體協助後，個案態度轉變，表示願意回家試試看自己驗血糖。後續於3/13至3/24期間，透過通訊軟體持續傳遞正向語言給予鼓勵與肯定，強化自我效能與執行意願。

(四)護理評估

3/13個案由家屬陪同回診，並向主治醫師表達了解定期回診的重要性，看診結束後，主動將下次回診預約單交由家屬保管，口頭提醒家屬要用手機紀錄時間，顯示已具備初步自我健康管理的意識與能力。3/20個案主動拍照並傳送自行準備之早餐與餐前血糖值，展現其在血糖自我監測與飲食紀錄方面之自主

性。4/7參與糖尿病支持團體活動，積極與醫療人員討論血糖控制情形，自述每週監測指尖血糖3~4次，顯示自我管理意識提升。後續照護計畫：轉介營養師門診，協助三餐營養分配，調整醣類與蛋白質比例，豐富個案飲食種類。個案6/2回診糖化血色素為7.2%，空腹血糖112mg/dl，反映其在「知識與技能」面獲得提升，努力調整改變後所獲得的具體成果。

二、健康自我管理失常，導因於個案未按照醫囑服用降血糖藥物時間及正確處理低血糖(2023/02/27~2023/4/19)

(一)評估資料

2/6「常常早飯前覺得頭暈，一定是晚上睡眠品質比較差的緣故」、2/13「藥放在床頭櫃上面，每天早上一定先刷牙洗臉完，馬上吃藥，要到06:30才會吃早餐」。2/27電訪時個案無法說出低血糖的原因及症狀。3/6到院抽血空腹血糖:58mg/dl，抽完血感到頭暈並有手抖、冒汗等症狀，當下個案認為是抽血緣故讓她身體變虛弱，未能及時做出改善低血糖處理。

(二)護理目標

4/7前個案可以說出低血糖症狀及處理流程並遵照醫囑時間服用降血糖藥物。

(三)護理措施

2/27傾聽個案表達頭暈的處理方式，運用開放式問句激發個案覺醒、察覺問題，引導個案反思，處理頭暈方式後症狀是否獲得改善？協助個案釐清低血糖症狀與服藥時間的關聯，服藥順序與日常作息銜接進行討論。3/6協助個案處理

低血糖症狀(提供葡萄糖片)，解除低血糖危機後，提供必要資訊，採用觀看影片方式讓個案認識低血糖症狀及處理流程；搭配圖卡與衛教單張教導正確的處理流程，增進個案理解及記憶，藉由發生頭暈低血糖經驗，引導個案從自身經驗瞭解糖尿病對其日常生活的影響。4/7邀請個案參加病友支持團體，活動中由小組長與個案溝通，以同樣身為糖友的角色傳遞低血糖正確處理知識。

(四)護理評估

3/13我可以將藥物服用時間調整為配合飯後馬上吃。3/24電訪個案:現在比較少頭暈了，如果我稍微一點怪怪的，會先刺手指頭驗一下血糖，血糖低於70mg/dl，會先含糖果，現在我連隨身包包都有放糖果，防止像上次抽血後低血糖頭暈，可以隨手取得迅速補糖。4/7參加支持團體時告知醫療人員，已經將降血糖藥物調整按照醫囑時間，改為早、晚餐的飯後服用，表示未再出現早飯前頭暈情形，也可完整說出低血糖症狀，例如:心悸、手抖、冒冷汗、頭暈、肚子餓。

三、家庭因應失能/導因個案可獨立至菜市場採買，但無法自行到醫院回診，無法有效處理適應個人健康挑戰所需的任務(2023/03/06~2023/6/2)

(一)評估資料

3/4電訪主要照顧者:「一大早比較容易買到的食物，都是麵包、飯糰或包子，我們也知道是不恰當，但又能怎麼辦?」3/8電訪主要照顧者:「平常工作已經很忙了，不是不幫老人家，我也盡量

做到我該做的，媽媽也不是我一個人的；我覺得心很累，有得時候都覺得她就是想糟蹋我，才會這樣，可以坐車去逛市場怎麼就不能自己去醫院？」3/13家屬：「母親常說我們都不管她的死活，一直為難我們，我們也是很無奈。」3/13個案：「明明自己有兒子、孫子，但常常看不到人」4/07參加糖尿病支持團體活動當日由小兒子陪同，與家屬訪談過程中家屬頻頻出現搖頭，並表示願意盡力配合，但不可能一整天都陪在個案身邊照顧她，希望個案可以自行完成簡單的日常照護，而不是什麼事都不做。

(二) 護理目標

5/22前個案及家屬能彼此說出相處時內心的感受。6/2回診前個案可經由賦權過程，增強自我照護能力，產生對應合適行為能力。

(三) 護理措施

4/07以不批判的態度運用傾聽，適度協助個案抒發情緒，瞭解家屬及個案對彼此的期待。運用賦權技巧「傾聽-對話-思考-行動」，引導雙方表達對彼此的想法，探討問題根源，改變其行為引導個案產生批判性思考。4/13鼓勵個案表達內心想法，同理個案希望獲得家人重視的感受。鼓勵家屬主動表達對個案的關心，提供簡短問候如：下班回來主動說「我回來了」，讓個案感受家人是在意她的。4/18採用開放式對話，引導個案思考可以執行的自我照護行為。舉例可以自行完成自我照護行為，以此行為獲得家人正向肯定，例如：自己烹煮食物。5/11回診日提供個案自我照護相關影片(飲食、運動、監測血糖、足部照

護)獲取經驗，實際運用在日常生活中。協助照護行為持續執行，並介紹社區長照據點相關訊息，鼓勵個案加入，藉由多元活動課程在熟悉的環境中維持健康生活運作。3/8~5/22保持與個案電聯及Line互動通訊，提供心理支持及正向鼓勵，增強個案對自我的肯定，促使照護行為持續執行。

(四) 護理評估

5/22家屬訪談中表示：「我還可以跟她開玩笑，說她以前總是苦著一張臉，現在比較有笑容，可以一起坐下來看電視了。」顯示個案開始參與家庭日常生活。5/25個案主動到衛教室表示現在吃完早餐飯後15分鐘內吃降血糖藥物，外出短程購物也會穿著合適的鞋襪，不會再像過去一樣總是貪圖一時之快穿著拖鞋到處去，自己的身體要自己顧，展現其對身體狀態與安全意識的掌握，提升了生活自主能力。

6/02個案及家屬一同到衛教室索取血糖紀錄本時表示：「以前只是嘴上說不想成為孩子們的負擔，卻不知道其實只要把我自己照顧好，對他們來說才是真正的幫助。」「現在我可以自己煮飯、外出走動、自己測血糖，大家都說我80幾歲這樣很厲害耶。」個案在糖友Line群組中分享家中烹煮食物成果的照片，顯示個案重新獲得自我價值的肯定。後續將提供長照資源訊息，協助聯繫社區關懷站，參與活動，促進健康延緩失能。

結論與討論

筆者於追蹤糖尿病患回診時發現，個案血糖控制不佳，由家屬代為領取藥

物，進而深入瞭解發現，個案因對疾病控制認知錯誤，態度消極、健康自我管理失常更甚影響到與家庭成員互動，導致血糖控制越來越差，家庭關係惡化。慢性疾病個案改善健康行為，能有效的管理疾病和生活方式，可提升健康結果和生活品質，同時降低醫療保健負擔及家庭、社會成本支出(Brady et al., 2018)。筆者以賦權方式適時介入引導個案思考自我價值，提升個案自我照護行為，自我覺醒為啟動賦權過程的重要樞紐。照護過程中個案因感受到醫療人員的用心與耐心，不厭其煩的教導3C產品使用及電訪關懷，進而轉念屏除舊有習慣接受改變，使血糖進步提升體況，家庭成員互動變得更加緊密。

此次照護過程為延續門診醫療，持續居家照護，使用遠端通訊系統成為克服難題的有利工具，但由於個案為高齡對象，需瞭解個案對智慧型手機操作程度，除了學習速度緩慢，需反覆操作練習外，還須將長者身體功能退化因素考量在內，例如：視力、手指靈活度變差。高齡者最直接的需求便是身體健康的問題，但手機應用程式開發者多為年輕人，欠缺高齡者角度思考使用需求，希望未來能有專為高齡者設計，適合他們便利操作的應用程式，能使用科技便利性廣泛應用於高齡長者健康照護上。

參考文獻

- 林耕暉、高綺吟(2020)·運用賦能概念協助照顧者照護失智晚期老人之護理經驗·*高雄護理雜誌*，37(1)，64-74。https://doi.org/10.6692/KJN.202004_37(1).0006
- 徐慧君、李洸俊、陳思羽(2018)·糖尿病自我管理教育支持·*中華民國糖尿病衛教學會會訊*，14(4)，25-34。https://doi.org/10.6583/TADE.201812_14(4).0007
- 陳玟潔、陳榮福(2021)·控糖、保心和護腎：第2型糖尿病患者高血糖治療趨勢·*內科學誌*，32(3)，169-179。https://doi.org/10.6314/JIMT.202106_32(3).03
- 陳慧雯、謝明娟、湯淑貞、何秀玲、李文傑、陳楚杰(2024)·臺灣地區中老年人健康識能與健康行為相關性之研究·*醫務管理期刊*，25(1)，21-42。https://doi.org/10.6174/JHM.202403_25(1).21
- 陳俐君、廖御圻、胡芳文(2021)·高齡者認知衰弱之概念分析·*護理雜誌*，68(5)，92-99。https://doi.org/10.6224/JN.202110_68(5).12
- 黃萱、林毅欣(2018)·高齡(65歲以上)第2型糖尿病患者之處置:文獻回顧·*內科學誌*，29(6)，374-380。https://doi.org/10.6314/JIMT.201812_29(6).04
- 彭少貞、湯麗君(2019)·鄉村高齡糖尿病個案的自我管理教育·*護理雜誌*，66(6)，13-19。https://doi.org/10.6224/JN.201912_66(6).03
- 黎沛姍、謝佳容(2020)·活躍老化之概念分析-以高齡者之賦權為主體·*台灣公共衛生雜誌*，39(4)，386-396。https://doi.org/10.6288/TJPH.202008_39(4).109037
- Allegante, J. P., Wells, M. T., & Peterson, J. C. (2019). Interventions to support behavioral self-management of chronic diseases. *Annual Review of Public Health*, 40, 127-146. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040218-044008

- Brown, K., Lee, L. T., Selleck, C. (2019). Effectiveness of diabetes self-management education in community health. *Journal of Doctoral*, 12(1), 96-101. <https://doi.org/10.1891/2380-9418.12.1.96>
- Brady, T. J., Sacks, J. J., Terrillion, A. J., & Colligan, E. M. (2018). Operationalizing surveillance of chronic disease self-management and self-management support. *Preventing Chronic Disease*, 15, 1-15. <https://doi.org/10.5888/pcd15.170475>
- Chen, M. F., Hung, S. L., & Chen, S. L. (2017). Empowerment program for people with prediabetes: A randomized controlled trial. *The Journal of Nursing Research : JNR*, 25(2), 99 - 111. <https://doi.org/10.1097/JNR.0000000000000193>
- Lambrinou, E., Hansen, T. B., & Beulens, J. WJ. (2019). Lifestyle factors, self-management and patient empowerment in diabetes care. *European Journal of Preventive Cardiology*, 26(2_suppl), 55 - 63. <https://doi.org/10.1177/2047487319885455>
- Park, K., & Song, Y. (2022). Multimodal diabetes empowerment for older adults with diabetes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(18), 11299. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811299>
- Sugandh, F., Chandio, M., Raveena, F., Kumar, L., Karishma, F., Khuwaja, S., Memon, U. A., Bai, K., Kashif, M., Varrassi, G., Khatri, M., & Kumar, S. (2023). Advances in the management of diabetes mellitus: A focus on personalized medicine. *Cureus*, 15(8), e43697. <https://doi.org/10.7759/cureus.43697>

靜
思
語

對父母要知恩、感恩、報恩。

~ 證嚴法師靜思語 ~

Let us appreciate, be grateful for,
and repay the love of our parents.

~ Master Cheng Yen ~



Nursing Experience of Using Empowerment Concept to Enhance Positive Health-Promoting Behaviors in Elderly Patients with Diabetes

Hsiao-Feng Chen¹, Mei-Hui Wang²

ABSTRACT

This article describes a nursing experience that applied the concept of empowerment to help an older adult with type 2 diabetes strengthen positive health-promotion behaviors. From 6 February 2023 to 2 June 2023, holistic nursing approaches were used to assess the client's physical, psychological, social, and spiritual status. Data were gathered through in-person care, telephone follow-ups, and interaction within a peer diabetes social-media group. Three key problems were identified: insufficient disease knowledge, impaired health self-management, and inadequate family coping. Centering on the client and respecting age-related characteristics, the nurse offered empowerment-focused strategies to modify the client's behavior, restore normal functioning, and enable participation in everyday activities. Because advanced age limited the number of clinic visits and lengthened waiting times, the same nursing interventions had to be cycled repeatedly. This experience suggests that future care for similar clients could integrate tele-consultations or video seminars to enhance self-care capacity and maintain health. The lessons learned from this case may serve as a practical reference for professionals caring for older adults with diabetes. (Tzu Chi Nursing Journal, 2026; 25:1, 130-140)

Keywords: empowerment concept, diabetes in the elderly, health promotion

Case management, Hsinchu Cathay General Hospital¹; Head Nurse, Hsinchu Cathay General Hospital²

Accepted: August 20, 2025

Address correspondence to: Hsiao Feng Chen No. 678, Section 2, Zhonghua Road, East District, Hsinchu City

Tel: 886-3-5278999 #5192 E-mail: feng9685@cgh.org.tw