

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

Contents | 目錄

6

〔上人開示〕

影響醫界用愛付出

Healing with Love, Influencing the Medical World Through Compassion
/Dharma Master Cheng Yen

8

〔社論〕

護理領導新思維：以愛與智慧撐住新世代 文／莊淑婷

New Perspectives in Nursing Leadership: Supporting the New Generation with Love and Wisdom /Shu-Ting Chuang

10

〔編者的話〕

在變動中力求穩定 文／李玉茹

Seeking Stability Amid Change /Yu-Ru Li

12

〔白袍 vs. 白衣〕

共創共好共愛的生命奇蹟 文／賴家鈺

Co-Creating a Life of Shared Goodness and Love /Dr. Chia-Yu Lai

站穩臨床的力量

■ 封面故事

p.16

The Strength to Stand Firm in Clinical Practice

慈濟新進護理人員適應歷程的韌性經驗分析

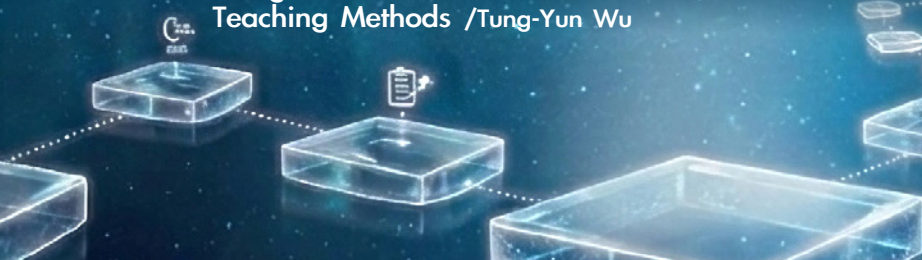
Resilience Experiences of Tzu Chi New Nursing Staff During Adaptation

文／張靜文、許芸嫻 /Ching-Wen Chang, Yun-Xian Xu

32 跌倒後站起更堅定的自己 文／卓堯千
Rising Stronger After a Fall /Guan-Qian Zhuo

34 每項第一次累積出的專業自信 文／龍思羽
Building Professional Confidence One First-Time
Experience at a Time /Ssu-Yu Lung

37 遊戲加模擬 活潑化教學法 文／吳東芸
Using Games and Simulation to Enliven
Teaching Methods /Tung-Yun Wu



40

〔人物誌〕

有膽識又溫柔的護理俠女 - 吳怡真 台中慈院復健科專科護理師 文／卓冠伶
A Nursing Heroine with Courage and Gentleness - Yi-Jen Wu, Nurse
Practitioner, Rehabilitation Dept., Taichung Tzu Chi Hospital /Kuan-Ling Cho

46

〔阿長請聽我說〕

在門診重拾信心 文／李佳芹
Regaining Confidence at the Outpatient Clinic /Chia-Chin Li

49

〔阿長這樣說〕

有時轉彎可以走得更遠 文／吳玉蓉
Sometimes Taking a Detour Gets You Further /Yu-Rong Wu

52

〔愛在護病間〕

復原路上作伙行 文／黃怡蓓
Walking the Road to Recovery Together /I-Chien Huang

54

陪伴風暴中的靈魂 文／林冠伶
Accompanying Souls Through the Storm /Kuan-Ling Lin

56

〔白衣日誌〕

在失落中淬鍊成為護理師 文／潘黎微
Forged into a Nurse Through Loss /Li-Wei Pan

58

珍惜每個平凡又可貴的瞬間 文／陳名琬
Cherishing Every Ordinary yet Precious Moment /Ming-Wan Chen

60

〔志工伴我行〕

感受愛的力量與生命的韌性 文／蔡尚蓉
Feeling the Power of Love and the Resilience of Life /Shang-Rung Tsai

62

〔男丁手記〕

從資訊跳槽到護理的感動日常 文／蕭智謙
The Heartwarming Everyday of Switching from IT to Nursing /Chih-Chien Hsiao

66

手術室裡專注的戰鬥 文／吳柏諺
Focused Combat in the Operating Room /Po-Yen Wu

68

〔精進講義〕

2026志為護理國際研討會 文／黃秋惠、洪靜茹
2026 Tzu Chi Nursing International Conference /Chiu-Hui Huang, Jing-Ru Hong

Contents | 學術論文

- 109** **提升手術室護理人員執行全口植牙手術護理之完整性**
/ 巫祈明、林婉青、藍欣怡、蔡曉萱、吳金枝
Improving Nursing Care Completeness in Full-Mouth Implant Surgery in the Operating Room
/Chi-Ming Wu, Wan-Qing Lin, Xin-Yi Lan, Xiao-Xuan Tsai, Chin-Chih Wu
- 123** **一位子癩前症併發腦出血與緊急剖腹初產婦之產後護理經驗**
/ 洪麗婷、陳曉玫
Nursing Experience of a Primipara Undergoing Caesarean Section for Preeclampsia-Induced Brain Hemorrhage
/Li-Ting Hong, Xiao-Mei Chen
- 134** **照護一位瀰漫性大型 B 細胞淋巴瘤復發後決策衝突個案之照護經驗**
/ 徐千惠、葉惠玲、鄭雅君
A Decision-Making Conflict in a Relapsed Cancer Patient with Diffuse Large B-Cell Lymphoma /Hain-Hueio Shiu, Hui-Ling Yeh, Ya-Chun Cheng
- 145** **運用正念減壓療法於廣泛性焦慮症個案之護理經驗** / 高秀玉
The Nursing Experience of Using Mindfulness-Based Stress Reduction in a Patient with Generalized Anxiety Disorder /Siou-Yu Gao
- 157** **運用 Watson 關懷理論於結腸癌末期病人身心靈臨終照護之應用**
/ 高毓翎
Application of Watson's Caring Theory in Holistic End-of-Life Care for a Patient with Terminal Colorectal Cancer /Yu-Ling Kao

志為護理

TZU CHI NURSING JOURNAL

第 25 卷 第 2 期 2026 年 4 月出版
Volume 25 · Number 2 · April 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

論文主編 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 賴廷翰

封面人物 台中慈院護理師 林靖雯

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 4 月出版
第 25 卷 第 2 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。



影響醫界 用愛付出

Healing with Love, Influencing the
Medical World Through Compassion

慈濟走過六十年，從無到有，從有到普遍，回憶過去，有說不盡的感人故事。當年來到花蓮，感覺是個好山、好水、好風景的地方，這片風光將我留了下來。因為那時花蓮交通不便、生活困苦，許多方面都很落後，四大志業也就從這裡展開。

開始做慈善，面對的就是貧窮、病苦的人。貧窮可以直接幫助，沒米、沒菜，就資助生活費；孩子要讀書，就幫忙註冊買制服。那時我們很努力，希望家家有飯吃，讓孩子都能受教育。可是漸漸發現人生最苦是生病，有人因病而貧，為治病花光錢財；也有人因貧而病，沒錢就醫小病拖成了大病。為徹底救拔病苦，即使困難重重，還是決心在花蓮蓋醫院。

隨時日過去，因緣增長，現今全臺已有八家慈濟醫院及一間診所，儘管不是人人都會觸及慈濟醫療，臺灣的公衛和整體醫療體系也做得很好，讓人安心。不過「慈濟」要更用心，以真誠的心付出，不分貧富貴賤，不分疾病輕重，唯一的目標是讓病人康復。若有因緣接觸到貧病交加的個案，趕快向慈善志業提報，我們是從慈善開始，本來就是要救人，一定會支持醫療。

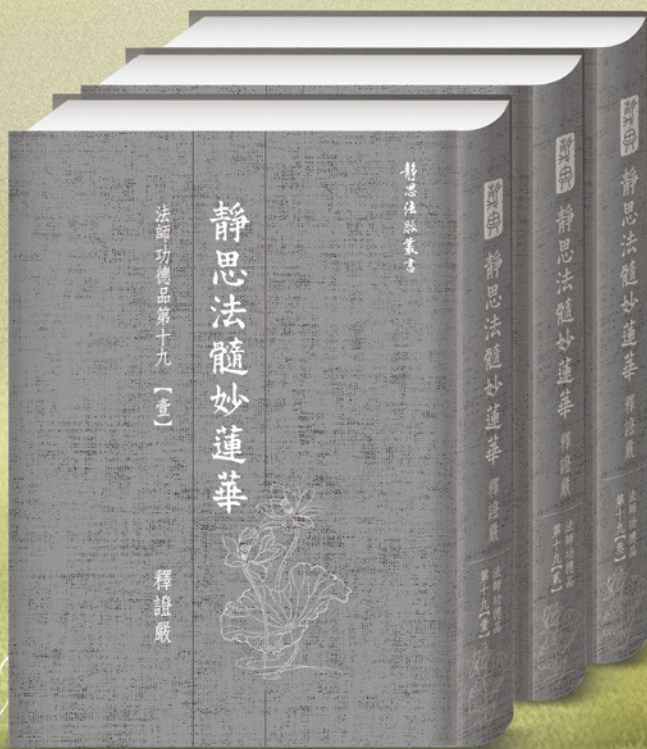
看到慈濟醫院的醫護同仁用愛無私付出，發揮醫療良能，是我最歡喜的事。常說生命的價值，就是要利益人群；尤其是醫師、護理師，能用自己的專業救治病人，這樣的生命很有價值，我永遠尊重。在醫療體系中人人穿白袍，這是人間純潔之愛的表徵，立志從事醫護工作，無非為了照顧病人，這分大愛功德無量。

有人說現今的醫療是互相競爭，但慈濟醫療並非與人競爭，是要在崗位上認真，期待大家以此互勉，還能進一步影響醫療現況。每一家醫院都能做到用愛付出、守護健康，就是社會之福。☺

釋證嚴

靜思法脈叢書

靜思法髓妙蓮華



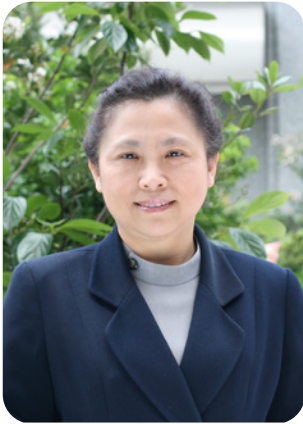
法師功德品第十九

(六章章名)

持經六根淨
尋常轉殊勝
功德各有別
諸苦成甘美
一切身中現
通達順正法

靜思人文虔誠發行





護理領導新思維

以愛與智慧撐住新世代

New Perspectives in Nursing Leadership:
Supporting the New Generation with Love
and Wisdom

◆ 文 | 莊淑婷 台中慈濟醫院副院長

隨著社會快速邁入高齡少子化，醫療與長照產業面臨前所未有的缺工挑戰。當傳統的「求才」思維已不足以因應現狀，護理領導者必須轉向「育才」與「留才」的首要策略。新世代護理人員身處高度變動的環境，不僅面臨繁重的臨床負荷與行政流程，更在心理價值與工作平衡間拉扯。如何透過領導新思維，建構一個讓人才願意留下、安心付出的照護環境，已成為當前護理界最重要的課題，以下分別以三方面來探討：

一、以全人護理視角，創造領導雙向思維：護理的本質是「全人」的照護，透過「全人護理（Holistic Nursing）」的視角，領導者應關注護理師的身心靈整合，有效的領導是影響他人共同達成目標的過程，當護理師能感受到被尊重、被看見，並在工作中找到意義時，才能激發其對護理專業的熱情，領導新思維應是引領新世代看見照護工作背後的價值。

二、S.T.A.R. 策略打造友善職場生態系：為了落實全人護理視角領導新思維，台中慈濟醫院提出了 S.T.A.R. 四大策略，為護理專業提供滋養與續航力：（一）智慧化（Smartness）：行政紀錄常占據護理人員大量時間。透過導入 AI 護理祕書、生成式紀錄與智慧藥櫃等工具，能有效簡化流程，讓護理師回歸病人照護，提升準時下班率，減少工作倦怠。（二）團隊協作（Teamwork）：輪班制度易使人感到孤立，領導者應建立智能排班與跨單位支援機制，並導入「導師制度（Mentorship）」，提供臨床與心理的支持，

讓新世代感受到團隊的後援。(三)專業成長(Advancement)：護理是專業與實證的結合。領導者應提供階梯式的培育與職涯規畫，鼓勵資訊公開分享，賦予成員發言權與決策參與權，讓新一代護理師在成就感中成長。(四)韌性建構(Resilience)：使「生活支持」成為留任關鍵因素之一。醫院從薪資制度、考核晉級與加薪機制、彈性工時、免福利金制度、員工宿舍、院內幼兒園、颱風天出勤時之幼兒托顧、員工旅遊與安全機制等面向，提供完整支持。

三、以人為本的核心：惜人情、重親情、顧心情撐住新世代的關鍵在於建立深層的情感連結力。領導者應秉持「惜人情、重親情、顧心情」的核心價值。(一)惜人情：珍惜每一位在崗位上付出的夥伴，視其為珍貴的人才而非工具。(二)重親情：打造如同家人般的團隊文化，在彼此看見中建立信任與和諧，將員工家人也當作自己家人，提供生活支持，形成安家穩定的安心職場。(三)顧心情：關注員工的情緒與心理需求，提供及時且具建設性的回饋，讓溝通不「卡住」。當溝通出現矛盾或爭論時，領導者應將其視為對話與進步的契機，透過雙方對話與平衡意見，化解衝突並達成共識。

用愛領導，讓護理幸福力開花結果，照顧現場是「以命護命」的生命交響馬拉松。在快速變遷的醫療環境中，領導者必須從單純的行政管理，轉化為溫暖的陪伴者與引導者。唯有建立一套融合專業成長、數位轉型與情感凝聚的穩定人才策略，才能在護理人力流失的嚴峻環境中，開創出「幸福續航」的新局。證嚴上人勉勵我們「長情大愛，滴水穿石」，護理職涯路長情更長，慈濟的「以人為本」正是這樣時代下的關鍵解方，長照的未來應著眼於長期滋養人才，讓每一位照護者，在專業培力中成長，在身心關懷中獲得穩定支持，這分專業與溫度交織成一股善循環的力量，陪伴每一位長者走過生命的重要階段，當我們實現了領導者的每一分關懷與改變，都會在組織中擴散，就會看到影響到每一位受照護的生命，這分以愛滋養的愛，將會與新世代一起拚出護理的幸福力！☺



在變動中 力求穩定

Seeking Stability Amid Change

◆ 文 | 李玉茹 台中慈濟醫院護理部主任

面臨臺灣醫療環境大缺工與護理職場跨世代挑戰，台中慈濟醫院在護理同仁年齡跨距達四十載的多元背景下，積極將資深前輩奠定的嚴謹紀律、中堅幹部展現的專業協調，以及新生代靈活的數位思維進行深度融合；我們深知每一代護理人皆承載著不同的時代經驗與專業優勢，唯有透過彼此包容、跨界對話，才能在多元價值並存的職場環境中建立共識，共同承擔守護健康的重任。面對鄰近新建醫院陸續興起所帶來的人力競爭與嚴峻考驗，如何在艱辛的環境中力求穩定，更是刻不容緩的課題；因此，我們始終致力於建構一個穩定且具備韌性的護理職場，不僅在招募端吸引優秀人才，更在留任機制上持續精進，核心目標皆是以人為本，透過優化工作流程與環境設施，全面提升同仁的專業滿意度。在跨世代人才養成的過程中，我們力求在變動的時代中守護護理初衷，將挑戰轉化為成長的動力，共同打造尊嚴、傳承與共好並重的護理環境，為患者提供最具專業的醫療服務。

護理人才招募與銜接，從相遇開始的留任。招募不只是補足人力，更是建立長久專業關係的開始。我們主動走入校園進班宣導，舉辦院校座談與醫院參訪，讓學生在踏入臨床前就能認識未來的工作環境。同時規劃多元獎助方案，包括留任獎金、實習獎勵，吸引優秀人才加入。此外，招募過程也著重建立情感連結，透過電話與社群平台持續關懷與追蹤，讓新人在到職前就能感受到單位的溫暖。同時也推動「鮭魚返鄉計畫」與「青年預聘計畫」，並與鄰近學校合作「展翅計畫」，提供獎助生制度與在學工讀機會。透過提早適應臨床的模式，縮短學生轉換為臨床專業人員的適應期，

讓專業種子能更順利地在臨床發芽。

專業成長方面，由資深帶領，並建立支持系統。新進人員進入臨床後，最初幾個月往往是決定是否留下的重要時刻。因此，我們投入大量資源建立完善的臨床輔導制度，每位新人都由資深學長姊與臨床教師帶領，不僅傳承技術，更提供心靈支持；臨床教師如同職場上的領航員，協助新人適應複雜的臨床環境，在面對挫折時及時給予指導與鼓勵。我們也持續強化臨床教師的輔導能力，讓其能依據不同特質的新人提供適切支持。這種「手把手」的帶領，不僅確保照護品質，也讓新進同仁在專業成長的道路上不再孤單。

此外，定期舉辦「新進人員支持團體」，活動中分享臨床工作的經驗與心情。透過交流與傾聽，讓同仁發現彼此有著相似的困境與成長歷程，進而釋放壓力並建立同儕支持。臨床教師的專業指導與同儕支持系統相互配合，共同築起守護新人的力量。

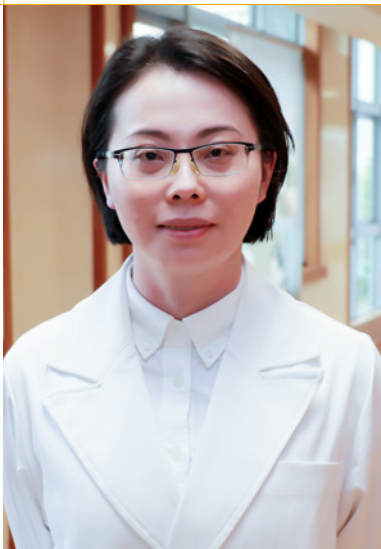
創新學習——寓教於樂的專業培訓。護理教育雖然嚴謹，但學習的方式可以更有趣。我們導入「遊戲化教學」，將急救流程、感染管制與臨床警覺性訓練設計成密室逃脫與闖關活動。新進同仁在團隊合作與解謎過程中，必須運用專業知識才能完成任務。這樣的教學方式不僅提升學習動機，也強化團隊合作與臨床應變能力。透過輕鬆的氛圍與互動式學習，同仁往往能更有效地吸收知識。在教育創新方面，我們也積極參與各項競賽，並在國家臨床醫學教育獎（NCMEA）榮獲銅獎，在 AI 與 XR 數位醫療教材工作坊獲得金獎。這些成果不僅是對團隊努力的肯定，也展現了護理教育持續創新的力量。

除了專業支持，我們也重視同仁的生活品質。運用輔助人力協助非專業工作，進而也提供鄰近護理學生工讀機會，及早與職場鏈結。除院內的員工旅遊、附設幼兒園等福利外，透過單位聚餐與小確幸活動，營造與凝聚團隊氛圍。

護理是一條需要長期投入與持續精進的道路，我們期待打造的不只是穩定的人力，而是一個讓同仁感到被尊重、能夠成長並看見未來護理職場，讓每一位護理人都能在護理工作中穩定安住。☺

共創共好共愛的 生命奇蹟

Co-Creating a Life of Shared Goodness and Love



賴家鈺

台中慈濟醫院
器官移植中心醫師

「器官移植」是一段關於生命接力、與時間賽跑的旅程。作為一名移植醫師，在無數個寒暑交替的晝夜裡，令我感動的除了病人重獲新生的喜悅，更多的是台中慈濟醫院這群被稱為「白衣大士」的護理同仁，那分併肩作戰、生死交付的深厚情感。

從零到一，共好心意的開端

器官移植中心甫成立之時，肝臟移植對多數護理同仁而言仍是全然陌生的領域。即便在護理部全力的支持下，我們密集地在手術室、病房與加護病房舉辦教育訓練，我內心仍隱隱藏著一絲擔憂；因為我知道，診間裡的紙上談兵也許能求取完美，但開刀房內的現實挑戰才是最真實且殘酷的磨練。然而，這分憂慮在「大愛禮物」降臨的



那一刻煙消雲散。中心成立剛滿三個月，我們迎來了首例肝臟移植手術。在那場手術前夕，一群護理夥伴在下班後並未離去，而是主動留下來與我一遍又一遍地盤點器械，確認每一個流程細節。在那場長達十個小時的漫長手術中，雖然許多步驟都是全新的學習與挑戰，但夥伴們齊心協力、各司其職，成為彼此最堅強的後盾。那一仗打完後，我不再擔憂，因為我知道憑著這分「共好」的心意，我們足以克服任何困難。

ICU 裡的微光，專業與溫情的交織

移植術後的第一週是病人復原的關鍵期。在第二加護病房裡，護理師們穿戴著厚重的隔離衣帽與鞋套，長時間守候在隔離病室中。除了精準地給予藥物與生命徵象監測，她們每兩個小時需細心收集並計算引流液與尿量，每六個小時更要抽動脈血送檢，只有在極短暫的用餐時間才能稍作喘息。

在那段重症照護的日子裡，我每天至少會巡視加護病房三至四次，以確認各項數值的變化與病人的即時狀況。護理人員總是能準確且細心地掌握病人的所有瑣事，條理清晰地與我討論方案。即便在如此高壓且疲憊的環境下，她們仍不忘輕聲問候我：「醫師，您休息了嗎？要不要吃點東西？」這分純粹的情誼，如同冬日裡的暖陽，深深地溫潤著我的心。

術後復健最後一哩路：腳踏車旁的祈禱

在籌備受贈者專用病房時，10A 病房的護理長爽快地承擔了這分重任，那分義無反顧的支持令我至今感念。

病房護理團隊除了要執行繁雜的術後照護，更需陪伴病人走過術後復健的「最後一哩路」。印象最深刻的，是首例受贈者郭先生的照護。因末期肝病導致嚴重的肌肉萎縮，加上長時間手術壓迫引發了暫時性的單側腓神經麻痺，配合保護性





隔離的限制，讓復健之路顯得極其艱難。在物理治療師的建議下，病室內放置了一臺簡易腳踏車。某天中午，護理師傳來一段影片，開心地與我分享郭先生努力踩踏腳踏車的畫面；影片背景流瀉著院內播送的〈祈禱〉歌聲，雖然畫面中看不見護理師的身影，但溫暖且充滿力量的鼓勵聲卻清晰可辨。我腦海中瞬間浮現她興奮燦爛的笑臉——那是醫療紀錄中無法載明，卻無比珍貴的生命畫面。

在每趟器官移植的旅程中，護理師這分「菩薩心」不僅溫潤了病人的重生之路，更是支撐整個醫療團隊砥礪前行的動力。我們在台中慈院這塊福田裡，共同實踐著「守護生命、守護健康、守護愛」的誓言。看著受贈者走出晦暗的生命幽谷，眼中重新燃起對未來的盼望，我知道這從不是一個人的英雄事蹟，而是一群人「共好共愛」的生命奇蹟。☺

站穩臨床的力量

The Strength
to Stand Firm in Clinical Practice

慈濟新進護理人員 Resilience Experiences of
適應歷程的韌性經驗分析 Tzu Chi New Nursing Staff
During Adaptation



■ 文 | 張瀨文 台中慈濟醫院門診副護理長、
許芸嫻 台中慈濟醫院第一加護病房副護理長

當穿上白衣的那一刻起，護理之路便是一場從懵懂到堅毅的蛻變，新進護理同仁帶著熱忱踏入臨床時，面對的往往不是平穩的過渡時期，而是一場全方位的學習挑戰。如何在壓力震盪中，將初期的恐懼轉化為站穩腳步的力量？透過本期封面故事問卷調查，有效樣本 1,009 人，包含 252 位(含)兩年內新進護理人員與 757 位兩年以上資深學長姊的寶貴經驗，探討在臨

床適應初期，護理人員如何面對困境並且尋求資源，進而找出屬於自己的韌性力量，繼續在護理界努力前進。

新人的「多工震撼」，其次是 臨床技術與突發急救、團隊溝通

首先詢問大家初入臨床三個月時，哪一類情境最讓你感受到需要重新調整與學習？調查結果顯示，全部填答護理人員面臨的最大壓力源是

問卷基本資料統計

性別	人數	%
女	927	91.9
男	82	8.1
總計	1,009	100.0
年齡	人數	%
≤20歲	16	1.6
21-25歲	224	22.2
26-30歲	222	22.0
31-35歲	131	13.0
36-40歲	92	9.1
41歲以上	324	32.1
總計	1,009	100.0



目前醫院服務年資	人數	%
≤1年	164	16.3
1.1~2年	111	11.0
2.1~3年	96	9.5
3.1~5年	86	8.5
5年以上	552	54.7
總計	1,009	100.0

工作科別屬性	人數	%
內科	174	17.2
外科	132	13.1
小兒	44	4.4
婦產	36	3.6
急重症	168	16.7
功能小組	16	1.6
血液透析室	39	3.9
手術室	77	7.6
門診	172	17.0
心蓮	21	2.1
行政	25	2.5
精神科	36	3.6
其他	69	6.7
總計	1,009	100.0

職務別	人數	%
護理師／士	770	76.3
副護理長	32	3.2
護理長	56	5.5
督導及以上	20	2.0
個管師(功能小組)	54	5.4
專科護理師(含資深護理師)	77	7.6
總計	1,009	100.0

「同時處理多項業務時出現困難」(49.0%)，將近一半。對於新進護理人員感受到的挑戰是極其具體的，這反映出臨床環境與學校教學最大的落差在於「非線性」的工作性質。在校學習護理技術時，環境安靜且無人干擾，但開始在臨床工作時，我們必須在交班、給藥、回報檢驗值與應對家屬提問之間不停切換功能。

現在為台中慈濟醫院加護病房副護理長的芸嫻也很難忘記當初新人時期面對接踵而來的工作及問題的不知所措，每天都身陷自我懷疑之中。緊接著對於新進人員時期的挑戰是「技術不熟悉」(43.9%)及「參與突發的急救處理」(42.8%)、「和團隊溝通

出現障礙(如交班、或醫師報告)」42.2%，說明了臨床的不確定性是新人心頭最大的壓力源，包括急救參與、不同職類人員溝通等，這種壓力調整的困難，正是我們在指導新進護理人員時，需要再關注的地方。

從「看」到「做」的韌性積累

在看見大家面對困難的情境後，我們進一步詢問在臨床適應初期最善用的學習方式。從回答結果，我們再次看見護理專業「實踐導向」的核心特質。高達 66.3% 的人員選擇「直接動手操作與實作」，這清楚地告訴我們，最好的教室就在病床旁，最深刻的學習來自真實的臨床現場。



1) 初入臨床三個月時，哪一類情境最讓您感受到需要重新調整與學習？（複選至多 3項）

■ 總體

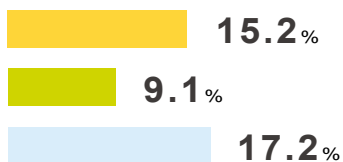
■ ≤ 2年護理師

■ > 2年護理師

臨床技術操作不熟悉



在校所學無法學以致用



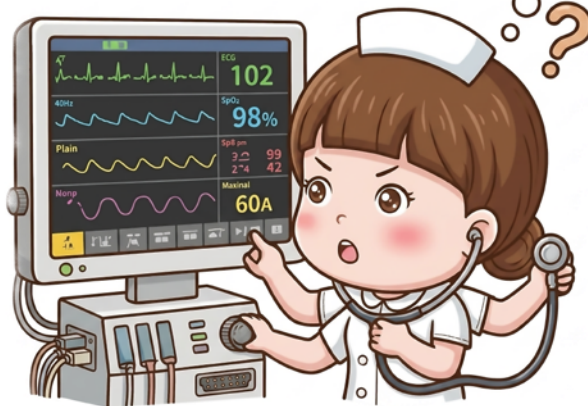
同時處理多項業務時出現困難



和團隊溝通出現障礙（如交班、或醫師報告）



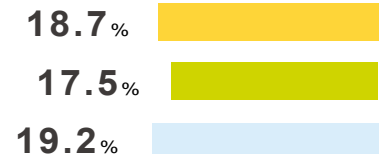
需參與突發的急救處理時



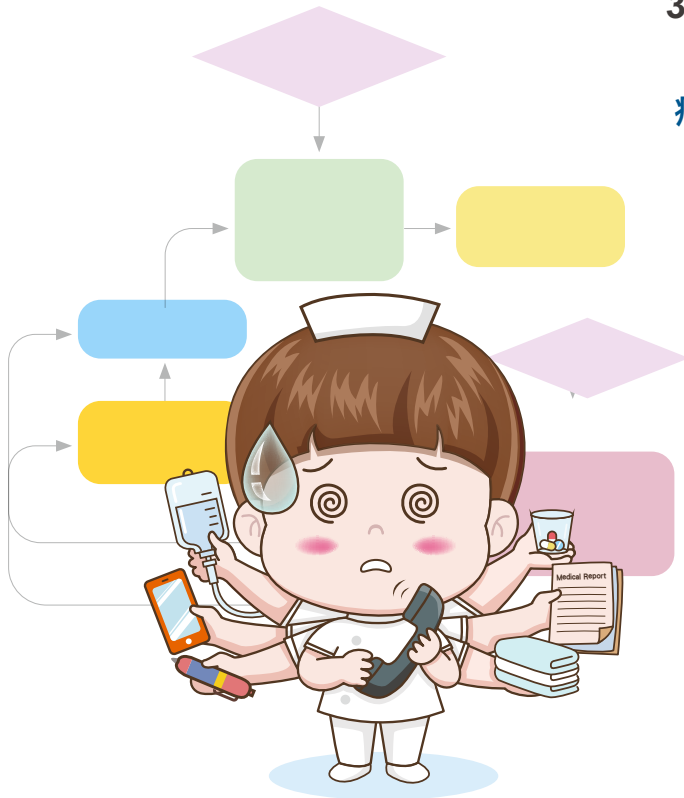
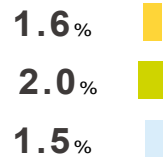
上班時感到工作壓力大，狀態調整困難



病人或家屬提問，無法及時回饋



其他



然而，學習並不止於「做」。數據顯示，41.8%的人會透過會帶著問題主動尋找答案，這種直接將問題，轉換為經驗的成長方式，在多工、壓力大的學習初期，也是建立專業成長的重要機制，在錯誤中檢討，在疑問中探索，從做中學，並在當下即時反思與修正，這樣的循環，才是縮短適應期、內化專業知識的關鍵路徑。39.9%

的人員則採用「讀書與筆記」來系統整理知識，過去習慣透過紀錄強化記憶，並將理論與臨床技術相互連結。

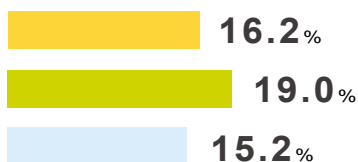
這也提醒我們，在培育新人時，不僅要鼓勵勇於實作，更要協助他們把實務經驗與理論架構結合，讓學習從「熟練操作」走向「深度理解」，使專業根基更加穩固。



2) 在臨床適應初期，您最善用那些方式學習？（複選至多 3項）

■ 總體 ■ ≤ 2年護理師 ■ > 2年護理師

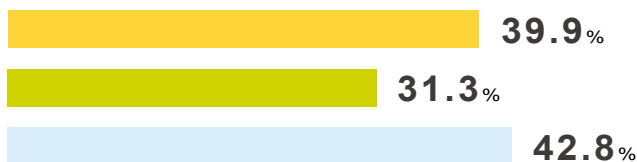
看圖表或示意圖來理解



透過聽講與討論來學習



靠讀書和寫筆記來整理



直接動手操作與實作



帶著問題主動找答案



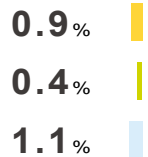
透過回想與檢討來進步



在情境中與他人互學



其他



這些數據，也讓芸嫻想起自己初入臨床時的模樣，第一次站在病床旁為病人執行技術，手心滿是汗、心跳加速，帶我的臨床教師沒有急著指正，而是輕輕拍拍我的肩膀，溫柔地說：「慢慢來，我在旁邊。」那份穩定而溫暖的支持，讓我在不安中多了一份踏實，也因此有勇氣一次次嘗試，每次操作結束後，她都會陪我重新走過流程，一起討論哪裡卡住、哪個細節可以更順、下次可以如何調整，就在那樣反覆實作與回顧的過程裡，我漸

漸明白成長不僅發生在動手的當下，更是在願意停下來回望、思考與修正的每一刻。

如今升為主管的芸嫻，總會在一旁默默觀察，發現單位的臨床教師帶領新進護理人員時，亦會安排較為單純且關鍵的技術，讓新人每天反覆練習，從生疏到熟練，在重複中累積手感，在修正中建立信心，正是這樣「先做、再想、再優化」的循環，使原本零散的經驗逐步串連成完整的理解，最終沉澱為扎實而穩定的專業能力。



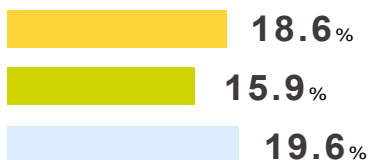
3) 進入臨床初期，哪些「支持要素」最能讓您站穩腳步並持續投入？（複選至多 3 項）

■ 總體 ■ ≤ 2年護理師 ■ > 2年護理師

明確的工作流程與標準作業指引



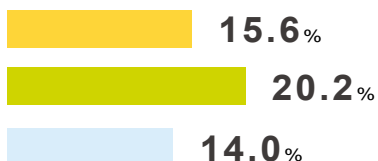
醫院提供完善的教育培訓制度



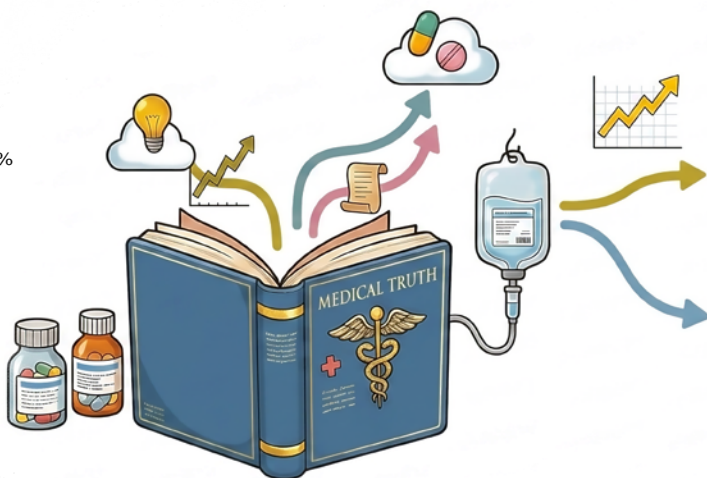
工作量負荷合理且排班相對穩定



制度對新進人員具備彈性與理解



有可信任求助的臨床老師或資深同仁



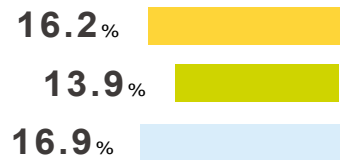
團隊願意即時支援且不責備文化



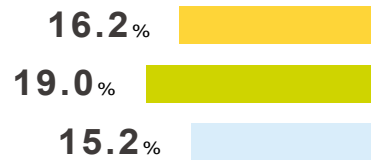
同儕間相互支持並有團隊歸屬感



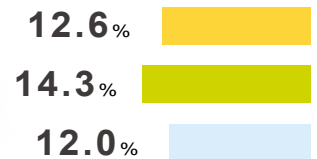
建立工作節奏並掌握處理優先順序



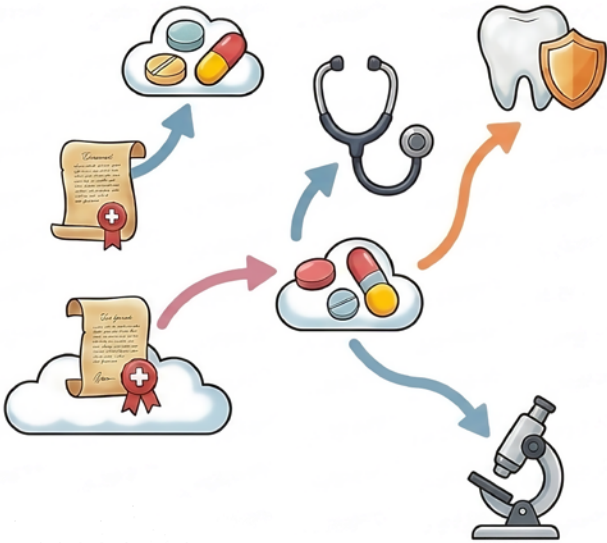
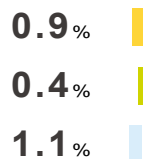
主動詢問不熟悉事項與調節壓力



獲得他人肯定與工作成就感



其他



微笑指導與不責備的文化， 團隊溫度是留人關鍵

第三題詢問進入臨床初期的支持要素，我們發現「人際支持」的影響力遠高於硬體、制度。「有可信任求助的臨床老師或資深同仁」占全部填答人員的 53.6%，是站穩腳步的最強支柱。這不僅是技術上的指導，更是一種心理上的安全感。緊接著是「同儕間相互支持並有團隊歸屬感」（39.1%）與「團隊願意即時支援且不責備文化」（35.7%）、「明確的工作流程與標準作業指引」（33.0%），印證了臨床環境中「心理安全感」的重要性。當新進同仁知道自己犯錯時不會被一味責備，且隨時能找到伸手援助的學長姊時，他們更能維持韌性，將壓力轉化為學習動力。一個有溫度的團隊，是護理新鮮人最好的「避風港」。

人際支持的影響正如我們推廣的「微笑溝通」理念：一個肯定的眼神、一句「我幫你」，能讓在高壓環境下的新人感受到自己並非孤軍奮戰。

門診副護理長張靜文憶起當年初步入臨床，某天忙碌的午後，術後、新病人、加護病房轉入、叫人鈴響起等，接二連三的狀況，讓人無法應付，頓

時間亂了腳步，不知道該如何是好，突然間身後有一溫暖的聲音說道：「不要哭，我們一起。」看著學姊有條不紊的完成每項工作，並且告訴她：「不要一個人，碰到問題記得學姊們都在。」靜文記得那天下班後的那一場大哭，哭了好久好久，最後的感受是感動於被學姊的接納，她說：「那一刻起，我立志成為像學姊一樣溫暖的人，在學妹徬徨無助時給予力量，幫助他們度過最艱困時間。」

根據此次問卷調查結果及綜合過往經驗，排班穩定或教育培訓雖重要，但在適應初期，團隊溫度的傳遞才是留住人才的核心關鍵。

過半新人想要個別指導者， 臨床與生活都找得到導師

醫院提供了許多制度與資源，但真正貼近新人需求的是什麼？在臨床適應初期，「當班有明確對應的指導者」（55.7%）被選為最有幫助的資源。臨床教師負責專業技能的傳授，而當班指導者則在第一線提供即時的問題解決與判斷支持。比起規畫完善卻相對抽離的課程安排，新人更需要的是「當下有人可以問、有人願意帶」的即時協助。

此外，「臨床教師制度」（40.1%）與「循序漸進的工作安排與學習指引」（37.7%）、「同儕互助與經驗分享（36.0%）」同樣受到高度肯定，說明學習並非單向灌輸，除了訂有明確的工作安排與學習目標，更需在互動與陪伴中逐步養成照護能力。問卷結果的分群統計中可看出，資歷（含）2年內的護理人員對於「臨床教師制度」、「新進人員支持團體」的需求，高於目前已是資深人員的回顧感受，這反映出當代新人更渴望擁有一個可以抒發壓力、獲得理解與產生共鳴的空間。因此，對管理者而言，除了技術傳承之外，更應思考如何建構情感支持的平臺，讓「臨床教師」與「支持團體」真正發揮功能。

在臨床新人初踏入單位、置身陌生環境時，除了臨床教師外，往往還有一位被大家稱為「生活導師」的學姊，這個角色並非制度明訂，卻總在忙碌之餘主動關心學弟妹的狀況。還記得去年（2025）七月，一位學妹因適應不良而情緒低落，她因技術尚未純熟，無法順利完成每一項治療，頻繁受到臨床教師指正，再加上交班時被提醒細節不足，壓力層層堆疊。那天，生活導師學姊在下班前特地留下來，在

休息室陪她坐了一會兒，靜靜聽她把委屈說完，沒有急著給建議，只是分享自己新人時，也曾在護理站偷偷掉淚的經驗，然後笑著說：「撐過這段，妳會謝謝現在努力的自己。」那分理解與陪伴，讓學妹感受到自己並不是孤單地面對適應的陣痛。生活導師未必教你每一項技術細節，卻在你懷疑自己時，幫你把信心撿回來，在你被現實磨得疲憊時，提醒你當初選擇這條路的初心。

正是這樣兼具親和力與主動關懷的學長姊，為制度增添了溫度，也讓新人在專業成長的同時，情緒上有一分可以依靠的力量。

資深視角的回饋：

預見卡關點，精準接棒

本次問卷最後一題由資歷大於2年的資深人員回答，最常觀察到新進人員出現的「困境／卡關」是什麼？

認為新人最普遍的困境是「臨床判斷不確定」（64.5%），也就是無法清楚掌握事情的優先順序，這與新人自我感受到的「多工處理困難」高度吻合，當臨床情境瞬息萬變，若缺乏判斷邏輯的支撐，即使技術到位，也可能在排序與決策上感到慌亂；其次，



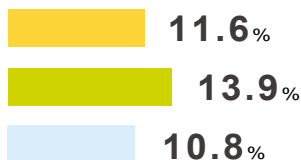
4) 臨床適應初期，醫院提供的哪些「具體制度或教學資源」幫助最大？（複選至多 3 項）

■ 總體 ■ ≤ 2年護理師 ■ > 2年護理師

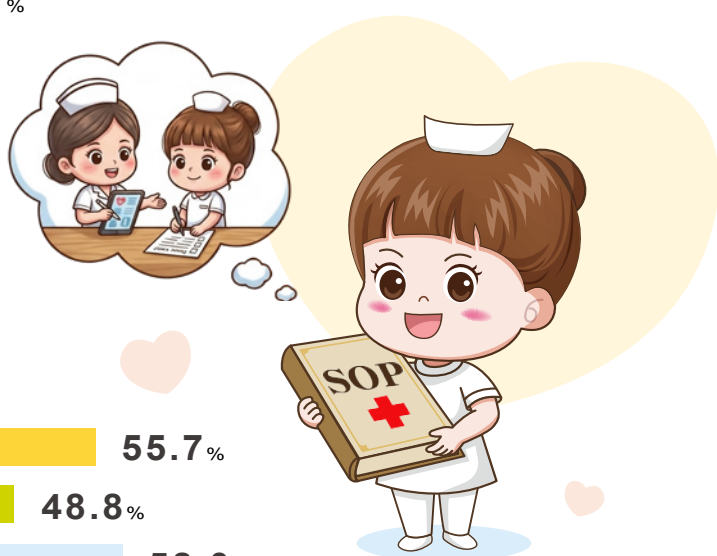
臨床教師制度



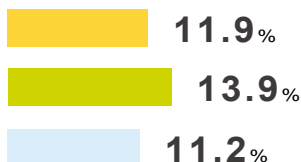
生活導師制度



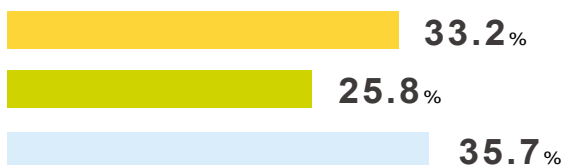
當班有明確對應的指導者（可即時求助）



新進訓練採情境／遊戲化／模擬教學



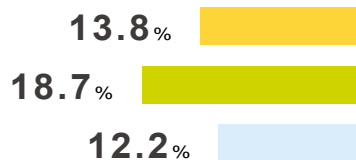
清楚完整的標準作業（SOP、查核表）



循序漸進的工作安排與學習指引 (階段目標清楚)



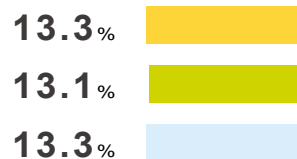
新進人員支持團體



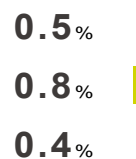
同儕互助與經驗分享



單位主管固定回饋與關懷



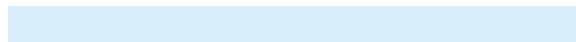
其他



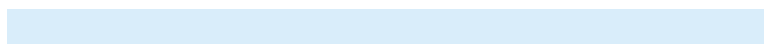


5) 臨床適應初期，您最常觀察到新進人員出現的「困境／卡關」是什麼？(N = 757, 複選至多 3 項) ■ > 2年護理師

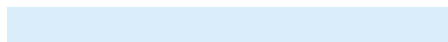
技術熟練度不足，對操作正確性缺乏信心 48.3%



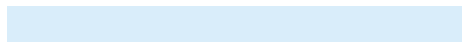
臨床判斷不確定(不清楚優先順序或處理方式) 64.5%



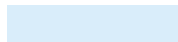
時間壓力大，工作節奏跟不上臨床需求 37.5%



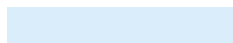
交班或回報不順，與團隊溝通感到壓力 38.7%



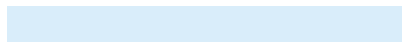
面對病人或家屬提問、情緒反應時，不知如何回應 14.5%



工作壓力大導致身心疲憊，影響工作表現 19.2%



害怕被責備或評價，因而不敢發問或表達不懂 33.6%



其他 0.8%



「技術熟練度不足」(48.3%)以及「交班或回報不順，與團隊溝通感到壓力」(38.7%)、「時間壓力大，工作節奏跟不上臨床需求」(37.5%)也是資深人員觀察到的常見卡關點，這提醒我們，教學不應僅停留在操作層面，更需協助新人建立臨床判斷與優先順序的邏輯，當思路清晰，技術與溝通也能更穩定。

值得注意的是有 33.6% 的資深人員發現新人常因「害怕被責備或評價」而不敢發問。最近和一位新進學弟的對話，讓芸嫻反思了許久。學弟說他曾目睹一位到職半年的學姊因為操作不熟，被嚴厲地指正，那瞬間學姊整個人僵住了，無助地垂下肩膀、手忙腳亂，甚至不敢正眼看人。學弟說，那一刻他感到無比的無力與恐懼。他看見了學姊的無助，也驚覺「害怕被罵」的恐懼感不僅會扼殺學習的意願，更會成為病人安全的隱憂。他的話語像是一記溫柔的提醒，帶領新人、傳授技術只是基本，更珍貴的是打造一個具備「心理安全感」的環境。當我們用支持與理解取代嚴厲，讓新人敢開口發問、不害怕犯錯，他們才能長出自信。一個願意包容與共同成

長的團隊，才是專業傳承與守護病人安全最強大的後盾。

韌性是團隊共同成就的風景

從慈濟各院護理師回答此次封面故事問卷調查的結果，我們看見護理韌性的發展不是個體的孤軍奮戰，而是醫院制度與團隊文化的共鳴。對新進護理人員而言，韌性是在「實作」中犯錯，在「反思」中成長，並勇敢向「臨床老師」求助。對資深人員而言，韌性是伸出溫暖的手，用「不責備」代替質疑，引導新進護理人員掌握「臨床判斷」的鑰匙。對醫院而言，韌性是提供「明確且即時」的輔導資源，營造「具備彈性與理解」的環境。

「我不知道怎麼做」是每位資深護理人員都曾走過的路。藉由資深同仁的實務分享、跨領域團隊的共同討論、以及建立「不責備」的支援文化，我們能引導新進同仁從生澀走向熟練。當專業知識與關懷之心結合，這股站穩臨床的力量將化作最真誠的微笑，在病房每個角落綻放自信，我們期待每一位護理新兵，都能在臨床的歷練中，長出屬於自己的強韌翅膀，共同織就護理專業的亮麗風景。



封面故事

站穩臨床的力量

[No. 1]

跌倒後站起更堅定的自己

Rising Stronger After a Fall

■ 文 | 卓莞千 台中慈濟醫院第一加護病房護理師

記得踏入臨床的第一天，我帶著學生時期的青澀與不安，切換身分成為護理師，穿上嶄新制服站在護理站前，感受到加護單位忙碌的節奏，內心既期待又緊張。感謝帶領我走過最初階段的學姊們，她們一步一步示範流程、提醒細節，也在我慌亂時拉住節奏，幫助我理解臨床工作的真實樣貌。

在臨床從「知道」到「做到」，是一段遠比想像中漫長的距離。剛開始獨立照顧病人時，我常陷入挫折的循環，學過的轉身就忘、交班後才發現紀錄需要反覆更正，面對突發狀況腦袋一片空白，下班後忍不住落淚，懷疑自己是否真的適合護理工作。

那段撞牆期，是我職涯中最艱難的時刻，但也是最被接住的時候；記得到任後的第三週開始，臨床教師玉珊學姊開始放手讓我照顧病人，可是很多我明明會做的任務與技術卻一直出錯，吃不好也睡不好。幸好學姊不是第一時間責備我做錯，而是溫和地問我：「妳當時為什麼會這樣做呢？」她先了解我的想法，再一步一步告訴我有那些地方可以做得更好，有哪些細節需要再多注意。學姊在我出錯時陪我一起找原因，而不是只告訴我錯在哪裡，甚至陪我將技術與紀錄都再次確認完成，再一起下班。這樣的指導方式讓我不會因為犯錯而感到害怕，反而更願意去思考與學習，也慢慢在一次次的回饋中，讓自己的技術與照護變得更加成熟。臨床教師的理解與包容，慢慢修補了我對自己的懷疑。

學姊說：「要相信自己很棒，且要相信自己做得到，今天一定會比昨天更好更進步！」

在我學習成長的過程中，學長姊們也分享他們曾經手忙腳亂、被糾正無數次的經驗，讓我知道，成長並不是一條筆直的路，而是彎彎曲曲跌跌撞撞的過程。

隨著時間的累積，我發現自己的能力成長，原本需要反覆確認的流程已熟悉，突發狀況發生時不再慌張，而是能先穩住自己，思考下一步，也不再隨時向學姊求助，



甚至在忙碌時還有能力協助其他同事；那一刻，我意識到，那些曾經讓我挫敗不安的經驗，已在不知不覺中一點一滴轉化成自己的能力與底氣。

回頭看那段跌跌撞撞的日子，我不再只記得辛苦與眼淚，而是看見一段被支持被陪伴的成長歷程，我也能理解新進同仁的心情，在他們需要時伸出手，將當時我接收到的愛與溫暖延續下去。

從初入職場的青澀，到如今能夠獨當一面，我學會的，不只是技術與流程，更是一種面對困難仍願意前行的韌性。護理這條路從來不輕鬆，但因為一路上有專業的引導、溫暖的支持與自我不斷的調整，我得以在一次次跌倒與站起之間，慢慢長成更堅定的自己。



每項第一次累積出的 專業自信

Building Professional Confidence One First-Time Experience at a Time

■ 文 | 龍思羽 台中慈濟醫院 10A 病房護理師

因為從小體弱、常進出醫療院所，使我對醫療領域產生了特別的熟悉感與使命感，所以高中時期要選大學志願時，我在心理系、物理治療系與護理系之間猶豫不決，但真正讓我下定決心選擇護理，是我的高中導師，他對我說：「護理師是最貼近病人的人，是用最多時間守護病人身心靈的人。」這句話深深觸動了我，也成為我踏入護理之路的重要契機。





於是我完成大學護理系學業，通過實習及國考證照考驗，成為台中慈濟醫院外科病房的一員。

新人時期的每一天都像在急流中前進，熟悉單位常規、儀器與耗材、與醫療團隊溝通、面對病人與家屬的期待，每一項都是挑戰，下班後的時間幾乎都用來翻閱教材、查找文獻與整理筆記，反覆檢視當天的不足之處，思考下次如何做得更好。對於學習步調較慢的自己而言，那是一段既艱辛又孤單的時光。

正式上線成為主責護理師，責任感與壓力也隨之而來。記得自己曾是白班最後離開單位的那位學妹，疲憊卻又充滿成就感。每一次看見病人從病痛中逐漸恢復，帶著笑容與家人一起走出病房，聽見那一句真誠的「謝謝妳的照顧」，都讓我重新確定當初選擇護理這條路，是多麼正確的決定。

這一年半來，我經歷了許多的「第一次」：第一次成功打上靜脈留置針，第一次完成整段治療照護，第一次參與輸血與化療流程，第一次完成緊急刀的流程，以及第一次協助氣管內管放置後轉入加護病房等。這些看似平凡卻深刻的第一次經驗，逐漸累積成臨床的底氣，也讓我從慌張的新手，成為能獨立思考與判斷的護理師。

第一次體會團隊的意義 —— 一起承擔

記得那是我剛上線沒幾天的中午，病房裡難得有片刻的輕鬆，護理師們在休息室裡圍坐著吃便當、聊天，我剛吃完飯起身去量測病人午間的生命徵象，當我測到其中一床病人的血壓偏低，我提醒自己再測一次，沒想到第二次量測時，數值直接掉到六十幾毫米汞柱，病人同時喊著腹部劇痛。那一刻，我的心跳幾乎和監視器一樣急促。

我立刻衝回護理站請求支援並通報專師，原本還在吃飯的學姊們毫不猶豫地放下吃到一半的便當，聊天的歡笑聲瞬間消失，空氣轉為緊張而專注，大家跟著我快步奔向病床邊，有人迅速找血管抽血送檢體，有人推來工作車與生理監測器，有人俐落地放置留置針建立靜脈路徑，有人聯絡藥局及傳送人員催促藥物，也有人溫柔地安撫家屬情緒……那不是混亂，而是一種默契——每個人都知道自己該站在哪個位置。

在那很短卻好似很漫長的時間裡，我第一次如此深刻體會到「團隊」的意義。當病人的血壓逐漸回穩，最後順利送往加護病房觀察，我才真正鬆了一口氣。感謝單位裡每一位學長姊的指導與陪伴，讓我在成為護理師的過程中，不只是學會技術，更學會什麼是「一起承擔」。

回想當下，如果只有我一個人，只會慌亂無措，但因為有學長姊們在身旁，我得以在緊張中站穩腳步，在危急中完成護理師的責任。那次經驗讓我明白，護理不是一個人的單打獨鬥，而是一群人的彼此託付。當天塌下來時，身旁有人一起撐著；當我還在學習時，有人願意放下手中的便當、放下片刻的休息，與我並肩作戰。當然，我也從學長姊的身上學到那一分無聲的承諾——無論多忙、多累，只要病人需要，我們都會站出來。

臨床護理的學習是沒有終點的，這條路就像航行在無邊大海之中，前方仍有未知的風浪與挑戰，需要持續精進專業與修習心性，願未來的自己能在慈悲與專業的道路上更加穩健，成為能守護病人、支持團隊的護理師，也期待有更多志同道合的夥伴，一同加入這段充滿意義的航程。

踏入臨床至今一年半的時間，我從青澀的新人成長為能獨立照護病人的護理師，比起技術面的熟練，我覺得更重要的是自己心境的轉變——從害怕做不好，到相信自己能陪伴他人；從只想撐過每一天，到真正感受護理的美好價值。

遊戲加模擬 活潑化教學法

Using Games and Simulation to Enliven Teaching Methods

■ 文 | 吳東芸 台中慈濟醫院 11B 病房護理長

在臨床工作愈久，愈能深刻感受到，新進護理師面對的壓力，除了技術，同時要在極短時間內適應環境、熟悉制度、建立優先順序判斷，還要承接病人與家屬的情緒。對資深護理師而言，許多流程已經內化成直覺，但對新進同仁來說，每一個步驟、每一項規範、每一次應對，都是陌生而緊張的挑戰。因此，我們在帶領新進護理師時，逐漸調整教學方式，不再只用傳統講述與反覆背誦，而是嘗試以更活潑、更貼近臨床的方式，幫助他們在理解中記憶，在參與中成長。





我認為，新進護理師最需要的不是單純「知道答案」，真正能幫助他們的，是能在情境中學會思考。因此，運用心智圖以畫線延伸的方式引導回想、AI 整合成影片及題目卡後的搶答遊戲等，都能提升學習意願及記憶點，與時代接軌，省時省力。

遊戲化的重點並不只是「好玩」，而是降低學習焦慮，讓新進護理師敢開口、敢犯錯、敢討論。尤其剛進單位的護理師常害怕答錯被責備，如果能在相對安全、輕鬆的氣氛中學習，新人更願意主動思考，也較能建立自信。



除了遊戲化，情境模擬教學也是一個很棒的方式。臨床護理不是只記規範，而是在真實情境中做出正確反應。因此，我會依單位常見狀況設計模擬情境，例如病人突然血壓下降、輸血中出現不適反應、管路滑脫、病人跌倒高風險但堅持自行下床等。模擬時，不急著糾正答案，而是先讓新進護理師說出自己的判斷與行動，請他們依據時序像說故事一樣和我分享，再一起回頭檢視。因為真正重要的，不是他們有沒有背出標準答案，而是在壓力下能否抓到重點、辨識風險、做出適當處置，才能真正做到維護病人安全。

而這些教學過程，一定是以院內 ISO 標準流程作為基礎，幫助新進護理師把零碎知識整合成可執行的行動架構。許多新人會覺得 ISO 文件很多、內容繁雜，容易把它當成「考核用資料」，而非臨床工作工具。我的作法是把制度轉譯成實際情境，讓他們知道這些規範不是為了增加負擔，而是為了在忙碌與複雜中保護病人，也保護自己。

另外，不良事件或跡近錯誤更是有力道的武器，透過別人的失誤分享來加深印象。當然，分享的目的不是責備，而是學習。臨床上有些錯誤並不是因為能力不足，而是因為忙碌、習慣、溝通落差或警覺性下降所造成。當我把事件轉化成教學素材時，會帶學弟妹一起思考：事件是如何發生的？當時有哪些徵象被忽略？如果再來一次，可以怎麼預防？這樣的討論，往往比單純講制度更有感覺。因為真實事件帶有情境感與警示性，能讓新進護理師真正感受到病人安全的重要，也更能建立風險意識。

我常告訴學弟妹，臨床學習不怕慢，怕的是沒有在每一次經驗中留下反思。帶教新進人員這些年，我也愈來愈相信，好的教學不是把很多知識一次灌給對方，而是用對方聽得懂、記得住、做得到的方式，陪他們一步一步把能力建立起來。活潑的教學方式並不是降低專業，而是用更符合成人學習的方式，把嚴肅的臨床內容轉化成能被吸收、理解與應用的經驗。

對我而言，帶領新進護理師不只是傳承技術，更是一種陪伴。他們從不安、慌張，到逐漸能獨立處理問題，那個過程需要的不只是知識，更需要支持、引導與耐心。若我們能善用遊戲化、情境模擬、ISO 結合實務，以及事件分享反思，不僅能提升學習成效，也能讓新人更快建立臨床判斷力與安全意識。這不只是幫助新人適應工作，更是在為團隊培養穩定而有韌性的護理力量。☺

有
膽
識
又



溫
柔
的
護
理
俠
女

吳怡真

台中慈院復健科專科護理師

**A Nursing Heroine
with Courage and
Gentleness**

**Yi-Chen Wu,
Nurse Practitioner, Rehabilitation Dept.,
Taichung Tzu Chi Hospital**

■ 文 | 卓冠伶

吳怡真的護理之路，從在學時只求低標過關，到臨床經歷外科、急診洗禮，撐過吃飯配淚水的挫敗，與復健科團隊榮獲國家醫療品質獎銅獎的榮譽！護理資歷二十多年的台中慈濟醫院復健科專科護理師吳怡真，早已成為單位同仁遇到困難第一個想到的「賀姊」——路見不平拔刀相助的俠女，用執著與柔情，在護理這門「活」的藝術裡，刻出獨屬於她的生命印記。

從消極配合到熱愛護理，吃飯配淚水也沒想過離開

怡真記得小時候爸爸常因過度勞累而頻繁進出醫院，對醫療工作者留下一個神聖而專業的印象，但她自認並不聰明，所以沒有想往這條路走，但後來被父母說服選擇護理科，一路咬牙完成五專與二技學業，只求「ALL PASS」過關。隨著實習的進程及師長的鼓勵肯定，寒暑假到醫療機構打工，這些點滴經歷讓她發現護理工作的魅力，對護理的熱忱在心中逐漸發酵。

完成學業後，怡真先到署立醫院服務，起點是外科病房，面對資深學姊的嚴厲指導，她承受龐大壓力，但憑藉著吃苦耐勞、不服輸且極度執著的個性，很快就獨立作業，工作滿一年，表現優異的她在學姊推薦與復健科主任的賞識邀約下，勇敢跨出舒適圈，被選任為醫師助理（專科護理師的前身），在復健科歷練四年，成功走上專科護理師的職涯之路。

後來因院內人力編制問題，她被轉調至急診科支援；從慢性病房轉戰極高壓的急診科，適應期艱難無比，她曾遭遇不願教學且脾氣火爆的醫師，在被破口大罵的當下只能隱忍，「吃飯配淚水」的場景至今難忘。但即使經歷挫折，她沒有選擇逃避，而是從同事和護理長的支持中汲取力量，快速適應。

超越恐懼的溫柔照護，給病人尊嚴與舒適

在這段急診歲月，怡真印象最深刻的是一個臉上長蛆的街友。

這位病人身無分文且無親人陪伴，因口腔癌導致臉部潰爛散發惡臭，傷口爬滿蛆蟲，一般人面對難聞的味道和肥肥蛆蟲要忍著想吐的雙重考驗，怡真小心翼翼地為病人處理傷口，將數十隻蛆蟲從他凹陷的臉頰上一一取出。

當治療結束，這位街友用微弱的力氣向她表達感謝時，她深刻體悟，醫療無法改變病人罹癌惡化的最終結果，但護理的雙手能為受苦的靈魂帶來尊嚴與舒適。這分超越恐懼的溫柔，成為她護理價值觀中最崇高的核心。

從乖乖牌變身大俠「賀姊」，堅持捍衛病人權益

這廿多年的護理生涯，讓吳怡真從早期乖乖聽從醫囑行事的護理師，成長為能自主思考、獨立判斷病人需求的專業人員，甚至能為病人的醫療決策把關。護理人員的價值，往往在病人最無助的時刻展現，而她之所以被眾人尊稱為「賀姊」，正是源自於一段為弱勢病人挺身而出的往事。

一位從高處跌落導致脊椎損傷的病人，全身無力、臥床且留置尿管，病人因未婚且無積蓄，住院期間只能靠著微薄經費請一位男看護照顧。然而，這名看護的照護品質極差，不僅不主動做事，每次怡真去探視時，看護總是在躺臥休息或滑手機。更令人痛心的是，看護為了貪圖方便，覺得處理尿液很麻煩，竟不給病人定期喝水，也不定時翻身、勤換尿布，最終導致病人出現嚴重壓瘡、關節僵硬及尿道感染等併發症。

面對這位強悍且對交辦事項討價還價的看護，病人與家屬敢怒不敢言。看見病人因照護品質低落而受苦，怡真在嘗試溝通無效後，毅然決然親自聯繫看護中心，要求立即更換這名不適任的照護。接獲消息後，該名看護氣呼呼地大鬧護理站，質問為何換掉他，甚至揚言每一位護理人員出門在外都要「注意點」。面對恐嚇，怡真毫不退縮，挺身而出與看護對質，表明是自己投訴的，後果由她承擔，並霸氣警告對方：「有種對我一人，不要動學妹！」當時其他護理人員試圖拉住她，但她深怕學妹因自己多管閒事而受牽累，執意要將事情講清楚。事後，學妹們無不佩服她的膽量，直呼她「叫小賀喔」（臺語，意指有膽識），這正是「賀姊」名號的由來。她用行動證明，護理不只是執行醫囑，更是病人權益最堅定的捍衛者。

復健科病房的萬事通，跨職類間的翻譯者

怡真帶著署立醫院八年資歷，在2010年轉換到離家較近的台中慈濟醫院工作。加入台中慈院初期，因復健科剛起步且床數極少，她曾到神經內科支援，隨後她運用過去的經驗，再加上那股「只要認為是對的事情就會堅持到底」的執著，協助把復健科病房的照護模式與架構一步步建立起來。在這裡，她不僅找到理念相投的夥伴，更成為復健科病房護理長吳東芸推動跨團隊照護時最堅定的戰友。

吳東芸憶起當時在臨床上觀察到一個痛點，許多病人往往只有在一天兩次的排定時間才會離開病床去復健，其餘時間幾乎都臥床休息，導致整體的復健成效大



打折扣。為了將復健落實於日常照護中，病房開始推動「品管圈」與復健科的跨團隊整合。然而，面對跨職類整合，吳東芸坦言初期處於「孤立無援」的狀態，既不懂復健治療師的語言，又背負沉重的管理職責，龐大的壓力讓她時常在開完會後獨自躲回辦公室裡落淚。就在最艱辛的時刻，她看見怡真對病人的用心，主動邀請她加入專案。

在推動「復健科病人安心返家 TQM 專案」的過程中，怡真扮演關鍵的「翻譯者」角色，她成功將物理、職能治療師的復健指令轉譯為護理人員能理解的日常照護動作，同時也將護理端的執行難處準確傳達給醫療科。東芸護理長形容怡真是一個勇於承擔的人，「這項跨團隊的溝通工作吃力不討好，還需不斷與各科室磨合，但怡真卻毫無怨言地扛下來。」這份專案歷經三年的漫長考驗，團隊最終榮獲國家醫療品質獎（HQIC）銅獎與全國團結圈銀塔獎等榮譽肯定。怡真第一時間衝進護理站報喜，護理長當下激動地抱著她嚎啕大哭。這分榮耀不僅是對專案成效的肯定，更是兩人在無數次挫折與爭辯中，建立起深厚革命情感的見證。

眼光放遠顧到出院後，樂擁甜蜜負擔

在臨床照護上，怡真對病人的用心深獲夥伴敬佩。東芸護理長觀察到，她是一位眼光放得很遠的醫療工作者，不僅關注病人眼前的病情，更會長遠地考量病人出院後的生活。許多高齡病人出院時帶著大把藥物，家屬不知從何餵起，為減輕家屬負擔，怡真會在出院前將繁雜的藥物整合好，盡力將服藥時間濃縮至一天兩

次。怡真深刻體會現代雙薪家庭照顧高齡病人的沉重負擔，因此她認為專科護理師的價值不僅是傳統醫療，更要主動介入病人的家庭結構與心理需求。她會不辭辛勞地替病人尋找外部社會資源，確保病人離開醫院保護網後，依然能得到妥善照顧。

後進護理師薛榆蓁也深有同感。在榆蓁眼中，賀姊做事精明、雷厲風行，且具備極強的行動力，她說：「面對曾經有過輕生念頭的病人，賀姊會耐心地與病人對談，再與家屬溝通。有時為了解決醫病之間的矛盾，怡真甚至願意在醫師眼中當個態度強硬的『壞人』。」她把所有責任往身上扛，出發點皆源於對病人的同理心，以及相信人性之善的溫柔。

在建立醫病關係上，怡真認為護理的真諦就是「付出給需要的人」。面對極度缺乏安全感的病人或家屬，她甚至會打破一般醫療人員的界線，留下個人的 LINE 給對方，以便隨時提供協助與安撫。曾有一位腦傷的阿嬤，出院後每天都會傳訊息向她道早安，吳怡真不僅不覺得被打擾，反而將這種病人的依賴與信任視為「甜蜜的負擔」。



怡真的護理生涯中，有許多感動人心的回憶。曾有兩位母親同時在醫院照顧罹患腦炎的幼兒，怡真偶然聽見他們聊起許久未逛街或吃大餐的渴望，感受到母愛的偉大，於是她與學妹攜手為兩位媽媽圓夢，共同分擔照護責任，讓這兩位辛勞的母親有機會放鬆一天。當時兩位媽媽臉上的感動，成為她職業生涯最美的風景之一。

她曾接手照顧一位因腦中風住院復健的中醫師，由於中西醫治療理念差異，病人與主治醫師產生嚴重矛盾，怡真花了大量時間與家屬溝通，找出彼此最在意的問題，讓復健有進展，病人的妻子後來非常信賴她，甚至說看不到她時會很焦慮。怡真深信只要真心對待，就能獲得正面回饋，也感謝病人與家屬如此信賴。


護理是一門「活」的藝術，找到專長常保熱忱

除了對病人的照顧，怡真更是單位護理同仁最堅實的後盾。薛榆蓁護理師笑稱吳怡真像病房裡的大總管，舉凡不知如何向家屬解釋病情或遇到情緒激動難以溝通的家屬，大家第一時間都會向「賀姊」求救，即使不是她負責的病人，怡真也總是來者不拒，主動幫忙解決難題，卻也因此常常讓自己忙得不可開交。

在護理長眼中，吳怡真是個真性情，且心很軟，「面對學妹犯錯時，她不會嚴厲指責，取而代之的是包容。她會委婉地提醒學妹哪裡需要修正，甚至直接動手幫忙把問題解決。她不僅關心護理同仁，對團隊裡的醫師也同樣貼心。」當病房裡的醫師因為忙碌錯過用餐時間，怡真會替醫師打點好便當，總是默默用行動體貼團隊成員。

院內掛著的靜思語「甘願做，歡喜受」是吳怡真每天工作的動力源泉。面對現今醫療環境變遷、護理人員招募與留任面臨的嚴峻挑戰，她告訴自己要時刻尋找工作的樂趣，積極營造開心的工作氛圍，並感謝所有堅守崗位的護理同仁。

儘管大環境改變，吳怡真始終認為護理是一門非常「活」的專業，不必局限於傳統特定的臨床嚴苛標準。她鼓勵年輕學妹去發掘自己喜歡的面向，例如有些年輕護理師雖然不喜歡繁瑣的行政工作，但非常擅長用遊戲或唱歌來帶動病人復健與給予心理支持，她認為這也是非常棒的護理專長。她期勉後進，不論護理的哪一個面向，只要發揮自己的專長，找到工作樂趣，就能保有熱忱並長久持續下去。

「想起一開始踏入護理工作，根本不是我的志願。」回顧護理生涯，吳怡真有感而發：「感謝家人當年替我做決定，現在的我能為自己做決定——護理之路，我會一直在，讓護理繼續豐富我的人生。」



阿長，請聽我說

Please Listen to Me, Head Nurse

在門診重拾信心

Regaining Confidence
at the Outpatient Clinic



學校護理系老師曾說要真正了解護理，就必須走進臨床，透過實際經驗慢慢累積，才能成為獨當一面的專業護理人員。我的第一個工作單位是在血液腫瘤科病房，照護的多為接受化學治療的病人，病人病情變化較大，也需要密切觀察治療後的身體反應，剛開始工作時常常感到緊張，壓力超大，因為工作節奏快速，而且每天都可能遇到不同的突發狀況。學姊和當時病房護理長詩媛給予我許多協助與指導，讓我逐漸建立信心。然而一段時間過後，病房高強度的工作節奏又讓我覺得身心壓力過大，擔心長期下來無法負荷。

在一次與詩媛阿長的會談中，我坦誠說出自己的不安，阿長耐心傾聽之後，鼓勵我不要過度否定自己，並協助我思考嘗試不同的學習環境。經過討論後，決定讓我轉調至門診單位，希望能在不同的工作型態中重新調整步調。

剛轉到門診時，其實內心仍然有些不安，雖然門診相較病房節奏略緩，但新的工作內容同樣需要重新學習。初期我被安排至中醫門診，重新認識環境與工作流程；中醫門診的病人有些是固定回診拿藥，有些則是接受針灸或其他治療。門診與病房最大的不同，是需要更直接面對病人的問題與需求。病人常會詢問回診時間、治療方式或相關流程，需要耐心傾聽並協助解答。

剛開始時，我也會擔心自己回答得不夠完整，但門診的學姊們總是在旁提醒與協助，讓我逐漸熟悉門診的工作節奏。門診的病人有許多是長期回診的個案，久而久之，病人也會對跟診人員留下印象。有時在候診區或大廳遇到病人時，彼此會簡單打招呼，這樣的互動讓我感受到門診照護的人際溫度。

門診的中醫淑惠小組長與玉蓉阿長也給予我許多鼓勵。當我對這個新的工作環境感到不安時，淑惠小組長提醒我慢慢熟悉工作流程，不要給自己太大壓力。這些關心與支持讓我逐漸適應門診環境，也找回信心及對護理工作的熱情。

在中醫門診學習一段時間後，我想自己曾在病房有化學治療相關照護經歷，於是我主動向學姊提出想到門診化療室學習的想法，當時心中既期待又緊張。

在單位安排下，我開始到門診化療室學習。門診化療與住院化療的型態不同，門診的病人大多為病情較穩定的個案，定期回診接受治療後即可返家。雖然治療流程相對固定，但仍需要細心觀察病人的身體狀況與治療反應，我因此重新找回在病房所累積的臨床經驗，並學會在門診環境中運用這些專業能力。



回顧從病房到門診的轉變，是一段重新學習與成長的過程。每一個單位都有不同的挑戰，也讓我從不同角度理解護理工作的價值，感謝過程中學姊的指導、小組長的支持，以及阿長的鼓勵。

現在回想這段歷程，從最初的緊張與不安，到慢慢建立信心，也更加確定自己仍然希望在護理的道路上持續前進，未來若有機會，我也希望能將自己的經驗分享給新進同仁，讓他們在面對臨床挑戰時，能感受到有人陪伴與支持。



阿長這樣說：

有時轉彎可以走得更遠

Sometimes Taking a Detour Gets You Further

■ 文 | 吳玉蓉 台中慈濟醫院門診護理長

早上八點，我習慣走進門診區，一間一間診間巡視，看看同仁開診的情形，留意候診區動線是否順暢，確認各診間運作是否穩定。走到每個診間門口，我總會停下腳步，輕聲問一句：「今天還好嗎？」、「最近過得如何？」短短幾句問候，卻能讀出她們的眼神，給她們一分安心感。

門診的步調不像病房那樣分秒必爭，卻有另一種細膩而緊密的節奏；病人帶著期待或不安走進診間，而同仁在這樣的節奏裡學著站穩腳步，找到屬於自己的位置。

只要還願意努力，就值得被等待

那一天，我走進中醫門診的針灸區。佳芹剛從病房轉調過來，還在熟悉門診的環境與節奏。只見她站在針灸治療區旁低著頭忙碌，清點治療車內物品，並反覆確認電針線路是否完整、插座是否穩固，顯得格外謹慎，彷彿每一個細節都怕出錯。當我走近時，她抬頭對我微微一笑。那笑容裡有禮貌，卻也藏著緊張不安。

很多人以為轉換單位是一種退讓，但我始終相信，轉彎，是為了走得更遠。第一次和她深談，是在她來門診的第一天。她坐在辦公室的椅子上，雙手緊握著，明顯感覺到她的不安，聲音壓得很低：「護理長，我是不是不適合臨床？在病房常常覺得自己跟不上，現在來門診，又怕拖累大家……」我看著她，心裡很清楚，那不是能力的問題，而是適應的過程。身為護理長，我更在意的不是她會不會犯錯，而是她是否在壓力中失去了對自己的信心。因為我知道，一個人只要還願意努力，就值得被等待。我告訴她：「妳不是不適合護理，只是還沒找到適合自己的節奏。」

病房講求即時判斷與多工處理，門診則需要細心傾聽與條理分明。單位的專業不同，能力展現的方式也不同。「在門診，妳會發現，妳在病房學到的觀察力與臨床敏感度，是妳最大的優勢。」我這樣對她說。



我安排她先到中醫門診學習。她的個性細膩，做事沉穩，我心裡很清楚，中醫門診相對從容的節奏，或許更適合她慢慢站穩腳步。她與我分享，剛到中醫診間時，她常常小聲問淑惠小組長：「這樣跟病人解釋可以嗎？」、「針灸區這樣安排流程對嗎？」每一次回答病人前，都會反覆確認，深怕說錯一句話、漏掉一個細節。有一次，一位固定回診針灸的病人詢問治療後痠麻反應是否正常，她一時緊張，急著翻衛教單張確認內容。淑惠小組長走到她身旁，輕聲提醒：「先把病人的問題聽完整，再慢慢回答。妳其實都知道。」這句話讓她備感安心，她深吸一口氣，重新整理思緒，用平穩的語氣說明針灸後可能出現的痠脹感、觀察重點與回診時機。病人聽完後安心地點頭道謝。等病人離開，她轉身對淑惠小組長說：「原來我其實知道答案，只是太緊張。」聽完這個分享，我笑著告訴她：「急的時候，就慢慢來。分清楚事情的輕重緩急，一件一件完成，事情一定做得完。門診不是比快，是比穩。」這句話，是我多年的體會。護理工作不怕慢，怕亂；不怕多，怕慌。慢，是一種沉穩；穩，是一種力量。

找對位置，比逞強更重要

佳芹還分享了一段讓她印象深刻的暖心經驗。中醫門診有許多病人是長期回診的熟面孔，其中有一位阿姨每週都會固定來接受針灸治療。有一天，阿姨在看診前輕聲對佳芹說：「妳笑起來很溫柔，我看到妳就安心。」那一刻，佳芹愣了一下，眼神中流露出一絲驚喜與感動。對她而言，這句簡單的話語，讓她感受到自己在照護過程中帶給病人的溫暖，也逐漸建立起對工作的信心。在病房，護理的價值常展現在急救、處置與專業技術；在門診，護理的價值更多時候展現在傾聽、陪伴與解惑。

她開始學會在中醫診間裡細細觀察病人的神情，留意醫師問診時病人語氣中的遲疑與不安；在針灸區，主動關心病人在留針過程中是否出現暈針、冒冷汗或臉色蒼白等反應，適時走到床邊輕聲詢問：「還好嗎？有沒有不舒服？」；在候診區，也能耐心回應病人關於回診時間、療程安排與診斷證明申請的問題。

她曾經告訴我：「我覺得自己好像從零開始。」我回答她：「不是從零，是把舊有的能力，換一種方式使用。」把在病房學到的優先順序判斷、感染控制觀念、藥物知識，都成了她在門診的底氣。她開始能獨立處理診間流程，能與醫師溝通安排，也能在忙碌時維持清晰的思緒。如今的她，在門診已能獨當一面。偶爾忙碌時，她



仍會緊張，但眼神不再慌亂。她知道，背後有團隊支持，有經驗累積，也有屬於自己的專業價值。

護理這條路，不一定筆直。有人在病房發光，有人在門診綻放；有人適合急重症的節奏，有人適合長期陪伴的溫度。重要的不是在哪個單位，而是妳（你）是否相信自己的價值。我常對同仁說：「找對位置，比逞強更重要；站穩腳步，比跑得快更重要。」轉彎的地方，也許風景不同；但只要心不放棄，哪裡都能成為舞臺。◡

復原路上作伙行

Walking the Road to Recovery Together

■ 文 | 黃怡蓓 台中慈濟醫院 9A 病房護理師

身為神經內科病房的護理師，我經常陪伴中風患者走過急性期的不確定、亞急性期的焦慮，以及復原階段漫長而反覆的掙扎。對我而言，護理不只是執行醫囑或完成日常照護，而是一段需要情感牽引、耐心沉澱與深度同理的同行旅程。每當看見病人從臥床不起，到重新下床站立，我都會滿心感動，也深刻體會護理專業的真正價值。

病人是一位退伍軍人，生活規律、體能良好，行事果斷而自律，一生以堅毅與獨立為傲，習慣掌握生活的節奏。然而，一場突如其來的中風，讓他左側肢體癱軟無力、語言表達受損，生活起居必須仰賴他人協助；熟悉的世界崩解，他從堅強的軍人變成無法自主的病人。這樣的落差帶來的不只是身體的不適，更是一種

深層的心理震盪。

第一次走進病房時，他努力用含糊不清的語句回應我，那雙眼睛裡有不安、有失落，也有尚未接受現實的掙扎。照護初期，他因無法清楚表達需求而情緒起伏不定；拍打床面、緊皺眉頭、焦躁地比劃手勢，那是連他自己也難以駕馭的挫敗。

起初，我也曾感到壓力與無力，然而隨著互動次數增加，我逐漸明白，他的那些情緒



並不是對護理人員的挑戰，而是面對失能時的自我保護。這也再次提醒我：在神經內科病房裡，護理從來不只是技術的執行，而是在生命被動搖時，願意看見並承接那份恐懼與無助。



除了病人，我也看見另一個

需要支持的身影——他的妻子。面對丈夫的劇變，她焦慮不安、手足無措。在照護病人的同時，我主動向她解釋中風後常見的情緒與行為變化，讓她明白丈夫的反應並非刻意，而是大腦損傷後的自然現象。當理解取代誤解，她的語氣變得溫和，對自己的責備也慢慢放下。那一刻，我知道，護理的愛也延伸到了家屬心中。

照護時，我刻意放慢節奏，每一次翻身、清潔或關節運動前，都先以緩慢清楚的語句說明，讓他知道接下來會發生什麼。這不只是尊重，更是在幫助他重新建立對身體與環境的安全感。我將復健目標拆解成一個個小步驟，今天坐起三分鐘，明天五分鐘。這些微小卻真實的進步，慢慢為他撐起信心。

進入復健階段後，從被動活動到主動參與、從床邊站立到練習步行，每一步都伴隨著疼痛與挫折。語言受限，我使用示範、手勢與簡短指令引導他完成動作。每當他完成一個小目標，我都立即給予肯定。慢慢地，他開始主動參與復健，原本焦慮的妻子也學習返家照護技巧，眼神從慌亂轉為堅定。她對我說：「如果沒有你們，我真的不知道該怎麼辦。」

終於，他能拄著四腳拐杖緩慢行走，在妻子的陪同下完成基本生活訓練。出院那天，他仍語言不清，卻用堅定的眼神望著我，費力地說出一聲含糊卻真誠的「謝謝」。

這段照護經驗讓我更加確信：中風照護的核心，不僅是功能恢復，更是陪伴病人走過失落、面對脆弱、重新建立信念。護理師的角色，是在生命最黑暗的時刻，成為一盞微光，陪著他們一步步走向復原；當他跌倒時，我們在旁扶持；當他再次站起時，我們見證了生命韌性的光芒。能夠參與這樣的旅程，是我身為護理師，最深也最真的榮耀。

陪伴風暴中的靈魂

Accompanying Souls Through the Storm

■ 文 | 林冠伶 台中慈濟醫院 3B 身心科病房護理師

投入身心科護理工作將近十五年。回首來時路，我深刻體會到，身心科不只是照顧疾病的場域，更是一片映照生命與自我的鏡子。病房裡，我陪伴許多在精神疾患、情緒風暴與社會失落中掙扎的病人；而在每一次陪伴與對話之間，我也不斷看見自己、修正自己，重新思索護理的意義。

一位 17 歲女學生因憂鬱症急性發作入院，入院前曾出現割腕自傷行為。初見她時，手腕上仍留有清晰傷痕，她眼神空洞、語氣低落，對未來感到絕望，並反覆表達「活著沒有意義」的想法。我深刻感受到她內心極大的痛苦與無助。

入院初期，她對醫療團隊保持高度防衛與疏離，談話多半沉默或簡短回應。建立信任關係，是我的首要目標，因此，我每天固定時間去床邊看她，關心她的情緒與睡眠狀況，在她願意時傾聽她的壓力來源，包括學業、人際與家庭期待；當她不說話時，我也安靜地坐在她身旁，讓她知道「有人願意陪著她」。

隨著治療性關係逐漸建立，我開始運用引導式對話與基礎認知治療技巧，協助她辨識負向自動思考。例如當她說「我什麼都做不好」時，我引導她回想過去成功或被肯定的經驗，幫助她看見事實與想法之間的差異。透過一次次地討論，她

隨著治療性關係逐漸建立，我開始運用引導式對話與基礎認知治療技巧，協助她辨識負向自動思考。例如當她說「我什麼都做不好」時，我引導她回想過去成功或被肯定的經驗，幫助她看見事實與想法之間的差異。透過一次次地討論，她





慢慢能意識到自己對自己的苛責過於嚴厲，也開始嘗試用較溫和的語氣與自己對話。

在整個住院過程中，我持續給她鼓勵與具體肯定。當她願意參與團體活動、按時服藥、主動表達情緒時，我都即時給予正向回饋，強化她的自我效能感。同時與醫療團隊密切合作，評估自傷風險，確保環境安全，並與家屬溝通支持方式，讓家庭成為她出院後的重要後盾。

經過數週的治療與照護，她的情緒逐漸穩定，自傷意念明顯下降，能清楚表達未來規畫，也願意持續門診追蹤。出院當天，她對我說：「謝謝妳一直陪著我聽我說，讓我覺得不孤單。」其實我知道，是她自己一步一步走出黑暗，而我只是陪她走了一段路。

對於憂鬱症青少年而言，「陪伴」本身就是治療的一部分，專業技巧固然重要，但真誠、耐心與不批判的態度更是關鍵。每一次穩定出院的背後，都是個案無數次與自我掙扎後的努力，也提醒我在未來的護理工作中，持續以同理與尊重守護每一位病人的心靈。

身心科護理，從來不只是處理症狀，它是一種對「整個人」的照顧——身體的狀態、內心的傷痕、靈性的渴望，以及與社會連結的斷裂。病人的一句低語、一個閃避的眼神，甚至一段長久的沉默，都可能藏著難以言說的苦。我學會放慢腳步，不急著評斷；用耐心傾聽，用同理陪伴，嘗試理解行為背後未被滿足的需求，而不只停留在表面的症狀。這樣的歷程，使我更加篤定自己對身心科護理的熱愛，也更願意在這條路上深耕。☺

在失落中淬鍊成為護理師

Forged into a Nurse Through Loss

■ 文 | 潘黎微 台中慈濟醫院 7A 病房護理師

在成為護理師之前，我的生活幾乎與打工劃上等號，考上東部一所國立大學後，在大三那年選擇休學，22 歲時因緣際會報考慈濟五專獨招，當時的動機很單純，只因為在診所打工時接觸到一些護理工作，那些日常讓我對這個專業悄悄有了興趣。

五專五年，對我來說不是一條很篤定且自信的路，比同學大了八、九歲，年齡差距讓我時常感到格格不入，當同齡朋友陸續步入下一個人生階段時，我想的是倘若無法順利考取護理執照，這五年是否只是徒然？我是不是高估了自己？

轉折點來自叔叔的離世。在他病程惡化的那段時間，我第一次很深刻的體會到「護理人員」與「家屬」兩種角色之間的衝突差異，我理解醫療的局限，但身為家屬卻仍渴望奇蹟，那是一種很難言喻的無力感，我明白治療已經無法改變結局，能給予的只剩下陪伴與不捨。



叔叔臨終前仍掛念著我的未來，擔心我無法完成學業，我向他承諾一定會考取執照，而那分承諾，成為了我後來無數次想放棄時，拉住自己的力量。

準備國考期間，是新冠疫情最嚴峻的時刻，我暫停了所有打工，全心投入執照考，從早到晚反覆讀課本、練習考古題、埋頭試卷練習，對於不擅長讀書的我而言，這段時間更像是一場自我懷疑的抗戰，直到放榜確認通過的那一刻，我在心中默默對叔叔說：「我做到了！」

但，取得執照並非終點，而是另一段考驗的開始。



初入職場，我選擇內科加護病房，對我來說這裡是高壓、快速且高度專業的環境，讓我長期處於緊繃與焦慮的狀態，我開始出現明顯排斥，甚至一度自律神經失調。病床每一次警報聲響，都讓我神經緊繃，那時的我才真正意識到，能力與適應力並非完全等同，而勉強撐著未必是成長，當我向內科加護病房護理長提出轉調申請時，內心是充滿自我否定，認為自己無法勝任，但學長與學姊眼中卻認定我是一名具潛力與能力的新進人員，這分肯定讓我真的很感激。於是，我想我要學會的不只是專業技能，更是如何在責任與自我之間找到平衡，反覆思考後，我決定轉調內科一般病房。

同樣是臨床，但一般病房相對起來需要更多的溝通、傾聽和情緒支持；在內科病房，我依然會被指正被提醒，但我選擇讓自己歸零，回到學習者的位置，被糾正了便修正，不懂的學理就想辦法補強，不熟悉的技術就練習到會，慢慢的，開始能在臨床中建立及培養獨立的批判性思考，也更能理解團隊合作的意義。

如今，回顧這五年的護理歷程，從學生到護理師，每一個角色都讓我更加理解「照護」的本質，護理不只是技術的熟練，更是對生命脆弱與有限的深刻體會，曾經那個緊張、焦慮、常把眼淚往肚裡吞的自己，如今仍然會感到不安，但卻不再否定自己，我相信專業是在每一次挫折中和修正中逐漸成形的，而未來的路仍長，我期許自己持續在臨床中精進，成為一位讓病人安心、讓家屬信任，也讓自己問心無愧的護理師。

珍惜每個平凡又可貴的瞬間

Cherishing Every Ordinary yet Precious Moment

■ 文 | 陳名琬 台中慈濟醫院血液透析室護理師

人生並不是每個人都從一開始就知道自己要走向哪裡，對我而言，護理這條路，並非出於夢想，而是來自迷惘時期父親的一句話；看著國中畢業時徬徨的自己，父親對我說：「去讀護理吧，至少有一份穩定、能幫助人的工作。」於是，我半推半就地踏入護理系，沒有偉大的理想，只是先走一步再說。

護理的求學過程並不輕鬆。解剖、生理、藥理與各種技術訓練接踵而來，壓力沉重，也曾懷疑自己是否適合這份工作。但我仍咬牙撐過，或許當時的我並沒有熱情，只是不願輕易放棄已經選擇的道路。

加護病房七年練就的冷靜與溫柔

真正改變我的，是進入加護病房的那七年。

加護病房是一個與死亡距離最近的地方。每天都在與時間賽跑，與死神拔河。監視器的警報聲、急促的腳步、緊張的搶救，每一刻都容不得鬆懈。初入單位時，我常被壓力壓得喘不過氣，夜深人靜時甚至懷疑自己是否能承受這樣的工作，曾經也想要當個護理逃兵，還記得自己在下雨天騎著摩托車回家，搞不清楚落在臉上的是雨水還是淚水，對，就是這麼灑狗血的畫面。

然而，也是在那裡，我第一次深刻體會到護理的價值。

當病人從危急中穩定下來、當家屬握著我的手含淚說出「謝謝」，那分感動遠超過任何言語。即使並非每一次努力都能換回奇蹟，但陪伴他們走過最艱難的時刻，本身就是一種守護。

還記得照顧過一位年輕媽媽，因動脈瘤破裂腦出血被送到加護病房，在照顧她的那段時間，我真的很難過，因為她的女兒才五歲，似懂非懂的表情讓人很心疼，當她童言童語問我：「阿姨，我媽媽什麼時候會醒來？」那一瞬間，我竟不知道該怎麼回答。

我們習慣面對各種危急狀況，也能冷靜處理生命垂危的病人，卻往往最難面對的是家屬那句單純卻沉重的提問。

那一刻，我再次明白，護理的意義從來不只是治療疾病，而是守護一整個家庭的希望，七年的加護病房歲月，磨練了我的專業，也讓我學會在高壓與悲傷中保持冷靜與溫柔。

洗腎室十年，從排斥到歸屬

然而因為結婚有了孩子，我轉換了跑道，轉到了一開始很排斥的單位——洗腎室，誰知在洗腎室的這十年，我竟然從排斥到轉變為像找到了一種很難形容的——歸屬感。

因為洗腎病人不像急性病人，他們必須長期與疾病共存，一週三次、年復一年地來到同一個地方接受治療。我陪伴著他們走過春夏秋冬，看著他們經歷身體的變化、家庭的故事、人生的起伏。久而久之，我們之間不再只是護理人員與病人的關係，更像是彼此熟悉的家人。

我也會因為他們的死亡感到傷心難過，那一刻，我深深明白，護理的意義不只是維持生命，更是陪伴生命。

曾經不是我選擇了這條路，而是這條路塑造了今天的我。它教會我堅強、耐心、同理心，也讓我學會珍惜每一個平凡卻可貴的瞬間。

回頭看，父親當年的那句話，或許只是希望我有一份穩定的工作，卻無意中為我指引了一條能夠守護他人、也成就自己的道路。如今的我，不再只是「做一份工作」，而是真心認同護理的價值與使命。☺



感受愛的力量與 生命的韌性

Feeling the Power of Love and the Resilience of Life

■ 文 | 蔡尚蓉 台中慈濟醫院急診室護理師

「親愛的孩子們，大家還好嗎？歡迎來花蓮慈濟讀書，我們是護一甲的爸爸媽媽……」這是我認識慈濟師兄姊的第一句話，對於初次離家、隻身來到花蓮的我，那聲「爸爸、媽媽」聽起來既陌生又帶著點不可思議，當時的我不太理解，生養我的父母才稱得上爸媽，這分「額外的愛」究竟是什麼？然而，隨著時間推移，那些叮嚀與陪伴不再只是形式，而是實實在在的依靠，讓冰冷的教室有了溫度，那些原本以為只是形式的問候，漸漸轉化成實實在在的依靠。離家之後才知道父母的愛有多偉大，離家愈遠，愈懂父母心，這五年的時光，慈誠懿德爸媽這分「慈濟愛相隨」，成了我最好的身教，慈濟爸爸媽媽讓我學會了如何去愛人，以及如何接受愛，讓我從被照顧保護的人，轉變為能溫暖病人的護理專業，慈濟爸爸媽媽的鼓勵也更讓我堅信自己在護理這條路上的道心，這不只是一份職業，更是一份關於愛的志業。

踏入臨床職場轉眼近十個年頭，在急診室這個生死交關、分秒必爭的前線，我又與無數的志工師兄姊相遇，看著他們，我總會想起當年護一甲的那聲問候，始終秉持著師公上人的一句話「有願就有力，做就對了」的精神，無論是狂風暴雨的颱風夜，或是寒風刺骨的冬晨，總能準時出現在急診，看著他們穿梭在診間與病床間，遞上一杯暖心的麥茶，給予家屬親切的微笑，那種從容與堅毅，完美詮釋了什麼是行菩薩道，在急診的高壓環境下，當我感到疲憊或自我懷疑時，心裡那分護理道心便會再度被點燃。

後來，因職涯規畫一度轉換環境，當再次回到最初的起點，在那些與死神博弈、見證無數生離死別的歲月裡，我漸漸發現，專業的武裝下藏著一顆疲憊不堪的心，面對死亡，那些揮之不去的悲傷、無力回天的遺憾，像細碎的傷痕，布滿了我的心，在這最脆弱的時刻，慈濟師兄姊們伸出一雙雙溫柔的手，那分熟悉的關



懷，彷彿在耳畔輕聲告訴我：「孩子，繼續向前走。」不管前方還有多少悲歡離合，我都必須再次勇敢，這股力量，也引領我認識了心蓮病房的志工師姑。

急診室節奏始終是「衝、衝、衝！快、快、快！」，是與死神賽跑的求生本能；因進修的機緣有幸在心蓮病房實習，我才驚覺「靜心」與「察覺」竟成了我最陌生的課題。師姑們教會我，有時候護理不只是技術的介入，更是靈魂的陪伴，學會慢下來，這分靜謐的修復，才能看見病人眼神深處的渴求，才能察覺自己那顆受傷的心，才可以將這分愛的力量與勇氣持續下去，其中，讓我最深刻的故事始終停留在那個如「人生車站」般的送別場景。

一對攜手半輩子的恩愛夫妻，正當他們以為苦盡甘來，命運卻開了個殘酷的玩笑，先生罹患癌症，在經歷了痛苦的治療後，病情依然沒有好轉，妻子雖然內心萬分不捨，但她更希望先生能舒適地、有尊嚴地走完這一段路，於是他們選擇來到安寧病房，但在病床前，我看見妻子眼底的依戀與哀傷，讓我更深刻體會到原來「知道」與「接受」之間，隔著多麼漫長且沈重的不捨。

師姑告訴妻子：「人生宛如生命的轉運站，有人上車亦有人下車，都會在未知的站別裡相遇，因為這就是緣分，就好比你們夫妻一場，在最美好的時刻相逢，一起攜手走過，雖然先生現在到站了，必須先下車，但你們相遇過程中所經歷的那些風光，是誰也帶不走的寶藏，是這一段旅程的圓滿。」妻子淚眼婆娑對我說：「現在他要走了，我也要學會在沒有他的日子裡好好生活，這也是我答應他的。」那一刻，我看見了比死亡更強大的力量，那是一種即便心碎，也願意為了愛而堅強的勇氣。

我才知道，師姑的身教教給我的不僅是如何陪伴面臨死亡，更是如何學習「愛與放手」，這分韌性，將支持我繼續走在護理進修與實踐的路上。對我而言，這些經歷是最珍貴的資產。

從資訊跳槽到 護理的感動日常

The Heartwarming Everyday of Switching from IT to Nursing

■ 文 | 蕭智謙 台中慈濟醫院 7B 病房護理師

「護理師」從未出現在我人生的選擇題中。大學就讀資訊管理系，單純是基於認定資訊產業未來發展趨勢，便一頭栽進資訊的世界，然而隨著時間推移與學習經驗的累積，原本的熱情逐漸冷卻，心中隱約覺得少了些什麼，眼前的道路彷彿被迷霧籠罩。畢業後我先進入門檻相對較低的服務業累積職場經驗，過著看似平穩卻缺乏方向感的生活。每當想到更長遠的未來，內心總有種走在鋼索上的不踏實與不安。

一次機緣下，職場前輩鼓勵我嘗試護理這條路；我開始檢視自己，個性較為內向，喜歡有規律、無太多變化的工作環境，突發事件會讓我感到很大的壓力，自己因應壓力的方式也較為壓抑，不會主動尋求幫助或表達需求……我反覆問自己：「如果能重新選擇一次，我期望過的是什麼樣的生活？」若選擇護理，勢必要調整自己面對壓力的方式。最終，我毅然決然回到校園就讀護理系。這個決定並不浪漫，也不是命中注定，而是在特定契機下，重新檢視人生階段後所做出的理性選擇。

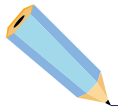
再次回到學生身分時，我已不再是十八、九歲的年紀，心態更加成熟而穩定。我清楚知道，這次回到校園不是為了「嘗試看看」，而是為了重新定位人生方向。讀書、考試與實習的每一個階段，對我而言都不只是完成學業，更是在確認自己是否願意、也是否有能力長期承擔這份專業。開始接觸護理後，我很快意識到，護理既不浪漫，也不戲劇化，更多時候是重複、疲憊與責任。也正因年齡與過往工作經驗，我更清楚這條路不適合「且戰且走」，一旦選擇，就必須準備好長期



投入，並朝向更具意義的生活目標前進。

在護理求學及實習的過程中，我學到最重要的一件事是「保持冷靜」。臨床情境往往同時出現多種突發的改變，例如病人突然感到不適、家屬因擔心而焦慮，甚至醫囑的異動，如果自己先慌張，事情只會變得更加混亂，因此學會穩定情緒、冷靜的判斷是非常重要的能力。

對我而最難突破的部分是溝通。面對病人與家屬時，常常會因為緊張而擔心自己說錯話，或無法清楚表達專業資訊。但隨著實習與臨床經驗的累積，也逐漸學會以更同理又清楚的方式與他人互動。



三十二歲正式踏入臨床職場，先到外科病房，頻繁將病人送往手術室的日常工作讓我確認自己喜歡與病人互動，也享受長時間陪伴病人的過程。確定內心真正的嚮往後，我轉至內科病房服務。臨床工作最有趣的地方是將課堂所學與臨床實務相互連結，過去在課堂上熟記各種病理機轉，多半是為了應付考試，但在臨床照護病人的過程中，逐漸發現這些理論其實真實地呈現在每一位病人的身上，當書本中的知識轉化為臨床觀察與照護經驗時，也讓人更加深刻體會到護理的價值。在面對病人規律卻節奏快速的治療流程以及病況隨時可能改變的情況，備感壓力的同時也感受到一分踏實。踏實，是因為終於站在自己確認的道路上；壓力，則來自時間感與責任感。相較於他人，我起步較晚，沒有太多可以浪費的時間，因此更珍惜每一次學習與成長的機會。

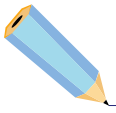
許多人問我，為何在工作中總是帶著笑容。對我而言，抱怨或生氣並不能為工作帶來實質助益，只會消耗自己的情緒能量。我只是醫院裡一名平凡的護理師，無法改變整個體制或環境，與其將心力投注在無法掌控的事物上，不如專注把眼前能做好的事情做好。如此一來，更能感受到用心照顧病人所帶來的意義與滿足。除此之外，護理工作也帶來扎實的成就感，能在實際行動中陪伴、照顧他人，讓我獲得不同以往的穩定與安定，這正是支撐我持續走下去的重要動力。

我的故事沒有高潮迭起的轉折，也沒有耀眼奪目的片段，只是選擇了一條能讓自己踏實前行並願意長久投入的道路。

很多時候讓我感受到護理價值的不是什麼很特別或是突出的事件，反而是很日常的瞬間，舉例來說，我們幫病人做完處置後，他們常會說一聲謝謝，我們也都會很自然地回一句不客氣，這樣的對話其實每天都在發生。在病人身體不舒服、情緒不安的時候，他還願意說聲謝謝，代表他感受到被照顧，而我們回一句「不客氣」，也是在告訴他這是我們應該做的。護理的價值不一定是做了多困難的技術，而是這些細微卻真實的互動。

我期許自己能持續在護理領域深耕，精進專業能力，保持學習的熱度與謙遜的態度，以穩定而誠懇的方式，為需要被照護的人帶來溫暖與希望。我的護理之路，仍在前行。





手術室裡專注的戰鬥

Focused Combat in the Operating Room

■ 文 | 吳柏諺 台中慈濟醫院手術室護理師

踏入護理職場後，手術室成為了我職涯的第一站。在過去兩年的時光裡，我經歷過各種酸甜苦辣，但整個醫療團隊與家屬的共同目標，始終是期盼病人能平安康復。

與在急診、病房或門診工作的同學交流後，我深刻體會到各單位面臨的挑戰截然不同。對我而言，手術室的工作就像是一場場與時間賽跑、需高度專注的戰鬥。在高度壓力的環境下，我們每天面對無止盡的拆包、刷手與器械點計，有時還需概括承受醫師的急躁情緒；這份工作磨練出我們在緊繃氛圍中，仍能保持冷靜與沉著的專業素養。





先學刷手護理師，從模仿到預判

手術室護理主要分為刷手（Scrub Nurse）、流動（Circulating Nurse）及專責（Operation Professional Nurse）三種角色。身為新人，通常由刷手護理師開始學起。回想起那段日子，每一臺手術都是未知的挑戰，學長姊在兩個月內不斷灌輸專業知識與技術，而我必須在極大壓力下迅速消化並內化。為了不給團隊添麻煩或被醫師責備，我必須在手術中即刻展現學習成果，下班後更需埋頭鑽研手術影片、生理構造並製作筆記。此外，由於每位醫師對器械的慣用稱謂各不相同，還需額外花心思記憶。當經驗累積到一定程度後，真正的挑戰在於「預判」，在醫師開口前，就能依據手術進度精準遞上所需器械，這才稱得上是一名合格的刷手護理師。

流動護理師的洗禮

就職約半年後，我開始接觸流動護理師的職責，這對我而言至今仍具備相當的難度。流動護理師如同手術室的「總管」，必須掌控整臺手術的動向，兼顧臺上刷手護理師、醫師與助手的狀況，同時掌握手術排程、病人準備度及同意書簽署等細節。其中，最具考驗的是與其他單位協調複雜的事務，初期的不熟練曾讓我擔心拖累手術進度，但也正是這些磨練，推動著我日漸成長。雖然我未擔任專責護理師，但深知其辛勞，他們需在手術中維持視野，並負責術後傷口縫合，承擔著極重的責任。

在手術室中，每位成員都是不可或缺的夥伴。大家秉持互助精神，不分彼此地協助，共同為病人的康復而努力。雖然手術室的生活充滿循環往復的日常，高壓與挫折也曾讓我萌生放棄的念頭，但轉念想到每位病人都是獨一無二的生命，我們不能因個人情緒而影響病人的安全。這分責任感促使團隊成員培養出深厚的默契與包容力，當看著病人平安康復出院，所有的辛勞便化作守護生命的意義。☺



2026 志為護理 國際研討會

2026 Tzu Chi Nursing International Conference

■ 文 | 黃秋惠、洪靜茹

“ 2026 慈濟醫學年會之中的「2026 志為護理國際研討會」，由花蓮慈院護理部主辦，護理部全員動員，3月7日星期六上午八點半於花蓮慈濟醫院一樓協力講堂舉行開幕儀式。 ”

志為護理接軌國際 開幕式集滿祝福

此次國際研討會邀請來自日本、新加坡、韓國與臺灣的護理教育及臨床專家學者演講分享，也舉辦論文海報比賽及人形圖故事館活動等，大會有來自臺灣北中南東及海外學者共 43 家醫療機構近三百人報名，投稿競賽海報 150 多篇，學術研究、創新教育與護理人文三方面成果豐碩，期許學員收穫滿滿。

慈濟體系護理主管代表也都特地前來與會，包括：慈濟醫療法人護理委員會主委章淑娟、台北慈院喬麗華主祕、護理部吳秋鳳主任，大林慈院護理部陳佳蓉主任、玉里慈院郭雅萍主任、關山慈院張筱蓓主任、慈濟大學護理學院張紀萍副院長等。



2026 志為護理國際研討會報名熱烈。攝影／李玉如

左圖：花蓮慈院護理部主辦「2026 慈濟醫學年會」的「志為護理國際研討會」，主管群全員動員，3月7日（六）熱鬧開幕，貴賓與學員合影。坐者中左依序為精舍德禰師父、慈濟醫療法人護理委員會章淑娟主委、花蓮縣衛生局朱家祥局長、台北慈院喬麗華主祕；中右依序為德松師父、花蓮慈院羅慶徽副院長、王棋顧問、鍾惠君主任。攝影／李玉如

攝影／李玉如



研討會的兩位司儀范家豪督導與蘇筱雅副護理長，以流利的英文與中文切換主持。首先邀請靜思精舍師父致詞，德禰師父讚歎護理人員為白衣大士，其實觀世音菩薩是過去已成佛的正法明如來，倒駕慈航再來人間救苦，觀世音菩薩既是男生，也是女生，正如現今也有許多男護理師，感謝所有護理師抱持初心，陪伴慈濟醫療走過四十年。今天透過這場國際研討會與國際接軌，看到慈濟護理團隊發光發亮，非常感恩，也祝福大會順利圓滿。

德松師父則分享個人深切感受護理人員溫暖笑容與關懷言語的力量，往往能在病人最脆弱的時刻帶來安定與力量。師父也指出，慈悲與同理心是護理創新與專業發展的重要基礎，期勉護理人員在工作中持續保持初心與熱情。

慈濟基金會林碧玉副總正在返回臺灣的路上，雖趕不及到現場，仍在機場錄製影片祝福，表達對護理團隊的疼愛，感謝護理全人、全家、全程的照護，期待慈濟護理精神代代傳承。在研討會最後一場演講結束前，林副總及時趕到現場，期勉大家繼續保持志為護理的精神，並頒發人形圖故事館獲選優良作品。

慈濟醫療法人林俊龍執行長預錄影片祝賀，本屆研討會適逢慈濟基金會六十周年、花蓮慈濟醫院四十周年以及慈濟護理雜誌創刊二十五周年（志為護理改版



靜思精舍德禰師父致詞感謝所有護理師抱持初心付出。攝影／薛崑城



德松師父覺得護理人員的笑容與關懷給人安定的力量。攝影／薛崑城

二十周年），具有重要意義；護理師是醫療團隊最關鍵的一環，他期望透過國際研討會讓慈濟護理與國際交流學習，例如在引進人工智慧、數位轉型及資通訊設備的同時，如何在照護過程充滿愛，也感謝所有人參與這場精采的盛會。

慈悲服務的精神，提升護理價值與意義

慈濟基金何日生副執行長應花蓮慈院護理部熱情邀約，參與《慈濟護理雜誌》25 周年／《志為護理》改版 20 周年慶祝活動，但因行程衝突而提前於開幕式致詞，回顧與慈濟護理的淵源及志為護理雜誌創辦的歷程。以下第一人稱分享：

「也許我出現在這裡很奇怪，因為我不是護理人，但是我很榮幸曾經擔任醫療志業公傳室主任。所以在那個時候跟我們的護理就有一個很深的淵源。

我在 2003 年才剛回到慈濟，第二年即擔任慈濟基金會文發處主任，兼任醫療志

業(發展處)公共傳播室主任，也是慈濟的發言人。那個時間點因緣非常湊巧，因為林副總很希望我到醫療來幫忙，所以我們就辦了《人醫心傳》雜誌，就是把原來的一張報紙版面變成一本雜誌，也是花了很大的功夫。因為當時人力非常有限，當時賴睿伶師姊，現為文史處主任的協助，我和幾位同仁共同把它創辦起來。

後來我們覺得只有《人醫心傳》還不夠，我們需要有《志為護理》。當時的慈濟護理雜誌是很專業很學術的，我們希望整個護理能夠更普遍化，特別是慈濟護理的精神跟情懷，能夠透過這個雜誌表現出來，但是也很希望它具備一個學術的品質。因為我長期訂閱《經濟學人》雜誌(The Economist)，裡面有大量的時事新聞、特別議題，及深入嚴謹的學術性內容，就是半本是很實務性，半本是非常理論的，所以我就把《經濟學人》的這個概念放進《志為護理》雜誌裡。

感恩當時賴惠玲教授、章淑娟主委、曾慶方主任——也是我的夫人——成為公傳室負責人(現為人文傳播室)，一起把這件事情做一個新的變革，既兼顧到護理人文，又能夠兼顧到護理的學術性。算是一個比較大膽，但是也是成功的轉型。

慈濟護理重要的精神是什麼？它強調的是一種護理服務病人的精神。如同剛才林俊龍執行長所講，在醫療裡面，醫生有他的專業，護理有專業，行政也有專業——專業不同，哪怕是一個清潔病房的人員，專業不同，但有一個價值是相同的，就是服務病人。

我們知道臺灣有很多護理師有了執照但沒有從事護理工作，因為這工作很辛苦，待遇相對並不如預期，但是越談外在的條件，其實護理的精神跟它的價值靈魂就會降低；我們越是能夠談慈悲服務的精神，那麼護理的價值跟意義就會大大的提升。但這樣的一種價值的建立，不只是要求護理師個人要做到，若環境不支持，是非常單薄，也非常脆弱。所以我們必須在整個醫療體系上，對護理的價值，它的榮耀要給予高度肯定。整體制度有這樣的慈悲力量，制度有給護理人員這樣的榮耀，那麼護理人員進來，會覺得這不只是一份工作，不是一份形式，不是一份專業，它是一種價值——是醫療志業的使命，這個是非常非常重要。

慈濟護理，希望能夠肩負這樣的責任，不只是慈濟的醫療志業，而是全部的護理人，包括全臺灣、全世界的護理師，也都能夠彰顯以病人為中心、以病為師、視病如親的服務精神。這是我們當時創辦《志為護理》雜誌的初衷，也得到 上

人的肯定。《志為護理》、《人醫心傳》雜誌名稱都跟 上人報告，得到 上人的認可，我們來創辦這個雜誌。

2003 年正是 SARS 的年代，我們舉家從臺北來到花蓮，在慈濟工作。其實那是一個很大的轉折，我那一年才 40 歲，照理說 40 歲行情正好，要賺大錢正是時候，40 歲的主播也是最成熟的時候。但對 上人來說，已經等不及了，他已經跟我講了快 10 年，所以那年我乖乖聽話，就回到慈濟來。一眨眼，25 年過去了。我也學習很多，我從一個傳播人轉型成為一個慈善的工作者，成為一個宗教的信仰者，到現在作為一個學術的研究者和推動者。

我第一次感覺到護理的靈魂，是鍾惠君主任。不是因為她是主任我才這樣說，為什麼？有一次我跟謝景貴主任在一個小吃攤吃飯，鍾惠君跟另外一位護理師出現，那時我還是慈濟的發言人，情況因為 SARS 而很緊張，因為不知道感染怎麼來的。鍾惠君跟我們說，她們在病房是要用紅色標示的，就說你穿一次以後就絕不能碰到紅色，紅色代表病毒。她告訴我，她們是怎麼演練、怎麼護理，要去做這個事情，要把防護衣穿好。而且鍾主任那個時候作為一個護理師，就在第一線。我那時候感覺非常感動，這種不畏生死、以病人為中心的護理精神，這是我希望看到的護理的靈魂。



慈濟基金會何日生副執行長分享《志為護理》創刊過程。攝影／薛崑城

我們 2006 年辦《志為護理》雜誌，很快我就把這個棒子交給了曾慶方師姊，專心在慈濟基金會服務。現在我在全球推動「善經濟」，這也是從慈濟的精神出發的，一個新的以利他、合和為核心的經濟思想。我經常舉慈濟醫療的案例，不管是醫生、護理，哪怕是清潔工，專業不同，但服務病人的價值是一樣的。今天的慈濟護理，就是彰顯這種慈悲力量、以病人為中心的服務精神，希望這樣的精神能夠長存下去，不止在慈濟，也在臺灣，也在全世界。謝謝大家。」

接著由羅慶徽副院長代表花蓮慈濟醫院致歡迎詞，他表示，花蓮是一個能讓人放慢腳步、重新思考醫療與生活價值的地方，此次研討會的議題與臨床工作密切相關，希望透過討論與交流，讓創新理念轉化為實際行動。他也鼓勵與會者在會議期間建立跨國聯繫，持續推動國際合作與對話，使護理專業能在全全球醫療體系中發揮更大的影響力。

開幕式最後邀請花蓮縣衛生局朱家祥局長致詞。朱局長用提問方式問：「在醫事人員裡面，最多人數的是哪個團體？」『護理。』「慈濟醫療體系人最多的是？」『護理。』「在慈濟體系裡面第一間成立的學校是什麼學校？」『慈濟護專。』



羅慶徽副院長代表花蓮慈院歡迎大家來到花蓮參加研討會。攝影／李玉如



花蓮縣衛生局朱家祥局長希望讓整個社會看見護理價值，共同彰顯護理的榮耀。右為司儀范家豪督導、施筱雅副護理長。攝影／李玉如

他總結：「從這些事實裡面我們可以發現到一件事：如果在整個醫療體系裡面，沒有護理就沒有醫療。這也是我們目前對行政官員來講，面對最大的問題。很多人都問我說，怎麼解決護理荒的問題？可是真的要解決護理荒的問題的話，其實要從『志為護理』著手。志為護理是成就護理永續的基石。或許大家覺得可以把護理的薪水加高來解決這個問題，短期可能可以，但長期呢？如果我們的護理師沒有志為護理的心，其實做都做不了多久。」

「我們從慈濟整個護理體系訓練了多少護理師，可是目前正在職場上成就護理工作的，到底又有多少？這些護理師之所以後來走到非護理道路上，必然有自己本身的原因，我們完全可以理解。但是整個社會，是否要重新來評估我們對於護理的價值？」朱局長希望藉著這場志為護理國際研討會，把護理的價值向外推動，告訴全臺灣所有的人護理的價值在哪裡，請大家以最尊敬、最感恩的心來面對我們的護理師，也讓所有護理師因著自己的價值而顯得榮耀、顯得尊貴，讓護理永遠成為人類生命的保障。

《志為護理 - 慈濟護理人文與科學》 雜誌 25 周年慶

2026 志為護理國際研討會於 3 月 7 日上午演講結束後的時間，是慶賀慈濟護理期刊《志為護理——慈濟護理人文與科學》雜誌改版 20 周年，原名《慈濟護理雜誌 (Tzu Chi Nursing Journal)》創刊近 25 周年。首先由人文總編輯，同時也是慈濟醫療法人人文傳播室曾慶方主任，簡介《志為護理》雜誌的發展歷程。

「改版的第一期（5 卷 1 期），封面人物是鍾惠君主任，她貢獻了自己的美貌，還有她的眼淚。」慶方總編輯幽默形容第一期封面的設計逗笑全場，她接著說：「從 2006 年到現在，雜誌已出版了 133 期。2023 年開始改為電子版期刊，因為上人一直說要保存文史，所以也在年底時印製少數合訂本，放在慈濟相關機構的圖書館裡，可在慈濟醫療志業網站上免費點閱。2022 年起獨家授權給華藝線上圖書館，另外還有兩個海外資料庫。」



慈濟醫療法人人文
傳播室曾慶方主任
簡介《志為護理》
雜誌的發展歷程。
攝影／李玉如



《志為護理——慈濟護理人文與科學》雜誌自 2006 年改版至今出版 133 期。
攝影／薛崑城

英文版期刊方面，2007 年 5 月創立了英文版年刊，長期由海外慈濟翻譯志工協助，近年感謝高雄區一位外語隊師姊的翻譯團隊，亦開始運用 AI 輔助翻譯，再請志工做最後潤稿。2016 年 1 月起，《Tzu Chi Nursing Journal》與《Tzu Chi Medical Care》合併，更名為《Tzu Chi Medical & Nursing Care》，改為半年刊，合併後目前已出版 40 期。

在歷任總編輯方面，由徐南麗教授開始，其後賴惠玲教授接任並推動改版，2015 年起由章淑娟主委承擔至今。2010 年增設科普人文總編輯，邀請何日生副執行長擔任，2025 年 6 月由曾慶方主任接任。

慶方主任說，2024 年度《志為護理》雜誌獲得華藝數位（資料庫）頒發「臺灣學術傳播獎——最佳下載獎」，由章淑娟主委與王淑貞副主任代表領獎，這分榮耀屬於所有一個字一個字打出文章的護理同仁。



慈濟護理雜誌於 2002 年創刊，2006 年改版，首期封面人物為現任花蓮慈院護理部鍾惠君主任。
攝影／薛崑城





菩薩心隨處現
聞聲救苦我先

佛敎慈濟醫療財團法人
Buddhist Tzu Chi Medical Foundation

花蓮慈濟醫學中心
Hualien Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation
970 花蓮市中央路二段 707 號 TEL: 03-8361823

玉里慈濟醫院
Yuli Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation
981 花蓮縣玉里鎮廣慶里 1 之 1 號 TEL: 09-8927118

鳳山慈濟醫院
Kaohsiung Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation
830 鳳凰縣麟山鄉中興路 123 之 5 號 TEL: 06-8614880

大林慈濟醫院
Dalin Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation
621 嘉義縣大林鎮民生路 2 號 TEL: 06-2648000

台北慈濟醫學中心
Taipei Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation
214 新北市板橋區建國路 309 號 TEL: 02-86289779

台中慈濟醫院
Taichung Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation
427 臺中市潭子區潭邊路一段 88 號 TEL: 04-26360660

慈濟大學 Tzu Chi University

中央校區
Buddhist Tzu Chi University Main Campus
970 花蓮市中央路二段 301 號 TEL: 03-8363301
301, Chung Yang Rd., Sec. 2, 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 480 號 TEL: 03-8372158
480, Sec. 2, Chienkuo Rd., Hualien, Taiwan 970

斗六慈濟醫院
Doollong Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation
640 雲林縣斗六市廣材路二段 248 號 TEL: 05-5722000

嘉義慈濟診所
Chiayi Tzu Chi Clinic, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation
600 嘉義市西區華聖堂 1 鄰 2 路 303 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 苗栗縣三義鄉廣福村 16 鄰門牌 74 之 9 號 TEL: 037-938665

蘇州慈濟門診部
Suzhou Tzu Chi Outpatient Department
中國江蘇省蘇州市姑蘇區蘇園路 367 號 TEL: 4012-8699360



志為護理第二十五卷一期
【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



【人物誌】中國東部醫療發展新
圖景 花蓮慈濟醫院院長
「要在護理路上走得穩、最
重要的思維轉機，」身為護
士、多蒙的醫療經驗、對護理
信念、從專業到專業、從理
想到行動、用冷靜的腦力與誠
懇的用心、守護每一個生命。

【勇丁手記】護理成為一種選擇
或許，一羣人說選擇的內涵不
也只要有人選擇留下，護理的
光就不會熄滅。而我，願與
護理在選擇路上，帶著勇氣、
也帶著理想走下去。



ISSN 1683-1624

目錄 - 志為護理第二十五卷一期 - 2026年2月

上人開示
Dharma Master's Blessings

好人會集 - 好聲互勉
Gathering of the Virtuous, Mutual Inspiration for Good

社會抗逆
Community Resilience

防災救護中 護士且穩定的力量 / 林淑芬
Compassion and Resilience Through Disaster's Fractures

Editor 編者的話

在災難中修行：護理的光，讓希望更亮 / 徐希真
Practicing Awakening in Disaster: Keeping the Light of Nursing Steadily Shining

台胞 VS. 白皮 / 謝文文
White Skin vs. Yellow Skin

災難無情，護理有情 / 謝文文
Disasters Are Merciless, Nursing Is Compassionate

封面故事
Cover Story

當災難來臨時 慈濟護理於災難現場救護能力訓練與經驗
分享文 / 王淑芬
When Disaster Strikes
災難現場的十秒鐘：沉默中的災難
現場
Those Ten-Plus Seconds of Silence at the Disaster Scene

人物誌
Character Profile

守護東部醫療發展新圖景 花蓮慈濟醫院院長文 / 林淑芬
Guarding the Frontline of Eastern Region Healthcare
—Ch'u Yu-Hsueh, Head Nurse of Hualien Tzu Chi
Hospital Emergency Department

何永日誌
Amy's Diary

比昨天的自己更好一點文 / 林淑芬
A Little Better Than Yesterday's Self

2002 年 1 月初刊
2026 年 2 月出刊
第 25 卷 第 1 期
ISSN 1683-1624

本雜誌文章版權屬本刊所有，
未經允許請勿轉載或複製。
中華郵政台北字第 7764 號

投稿資訊
投稿請寄：投稿信箱或投稿群組
慈濟護理網誌下載
<http://nursing.tzuchi.com.tw/write>



本冊圖片中所有人物配戴口罩規定
皆依現行防疫規範。

志為護理

TZU CHI NURSING JOURNAL
第 25 卷 第 1 期 2026 年 2 月出刊
Volume 25 · Number 1 · February 2026

榮譽發行人 釋昭敏

榮譽編輯 王淑芬、林慧玉

社長 林俊傑

編輯委員 王本榮、張文成、葉聖熙、郭美潔、陳宗生、
簡守臣、林欣榮、趙有誠、賴學生、陳忠哲、
潘永謙、簡淑蘭、劉世均、莊淑萍

總編輯 覃碧芬、曾慶方 (科諮人文)

學術編輯 鍾秀芳、陳淑芬、吳秋鳳、李孟娟、彭世英、丁亮玲

編譯主編 王淑芬

人文主編 王淑芬、廖昭文、許鴻珍、林玉娟、林詩芬

護理主編 潘靜芬、黃秋惠

撰述委員 王淑芬、王淑芬、江麗珍、李碧蘭、吳宏榮、邱瑞晴、
洪玉蓮、范麗珍、廖淑萍、張美娟、張淑娟、張梅玲、
張凱旋、張麗珍、張淑萍、許玉珍、郭仁超、郭梅玲、
陳美慧、陳淑萍、陳淑萍、簡淑萍、陳淑萍、曾紀芬、
曾淑娟、黃美玲、葉美真、葉美玲、楊淑萍、廖淑萍、
廖淑萍、劉世均、劉世均、陳宗生、陳宗生、鄭淑萍、
鄭淑萍、賴惠娟、賴世均、賴世均、賴世均、賴世均
(以上按中文姓氏筆畫排列)

編輯 吳靜芬、林正儀

美術編輯 張玉如

網頁編輯 沈建宏

行政 徐淑芬、林正儀

封面攝影 張玉如

內文攝影 張玉如

封面人物 花蓮慈濟醫院時 張淑娟

發行所 佛敎慈濟醫療財團法人 慈濟護理雜誌社

地址 970 花蓮市中央路二段 707 號

電話 096138561825 轉 12120

電子信箱 nursing@tzuchi.com.tw

網址 <http://nursing.tzuchi.com.tw>

製版印刷 昂利電子分色有限公司

慈濟護理編輯團隊在雜誌版權頁面上呈現。 2023 年改為電子版後，網頁及電子書活潑多元設計。

章主委感謝雜誌的文編、美編、行政等編輯團隊成員，也感恩花蓮、大林、台北、台中慈院護理編輯團隊及慈大護理編輯團隊，「因為這本雜誌是所有慈濟醫院與學校一起努力所產生的，每一期出刊後都會開會，討論檢討並規畫下一期。也感謝慈濟基金會長照推展中心長照團隊，於 2025 年（24 卷 5 期）開始加入編輯隊伍。」

章主委分享雜誌人文篇章的專欄特色，分析封面故事大致可歸納為五大類型：工作激勵與正向心理、心理健康與壓力調適、情緒照顧與悲傷支持、家庭關懷與初心堅持，以及護理專業發展。而在論文投稿方面，近五年統計以個案報告與行政專案為大宗，使雜誌成為「最受歡迎且最多點閱下載的雜誌」。2022 年後投稿量有所下滑，研判與 COVID-19 疫情期間，護理人員工作負荷大增、無暇撰稿有關。退稿率相當高，因為編輯委員會要求稿件要能「貼近護理人員的慈悲跟智慧」，若僅是照搬教科書的知識性寫作，缺乏個人護理實踐的溫度與反思，則予以退稿。





最新一期封面故事聚焦於「災難護理」，記錄護理人員親赴災難現場最前線的第一手經驗。「我們的護理人員真的就是走到最前面。」章主委表達出對臨床護理同仁的無限敬佩與感動。

林俊龍執行長為雜誌設定了邁向 SSCI 的目標，章主委誠實回應：「我想應該是還有很大的距離，但那是是未來的一個理想目標。」她引用慈濟精神「有心就有福，有願就有力」，強調理想要放在遠方，腳步仍要踏實地持續向前。

演講尾聲，章主委滿懷感情地點出這個特別的時刻：「今年也是志為護理雜誌創刊的第 25 年，在這個特別的時刻，讓我們祝福志為護理 25 歲生日快樂！」從學術刊物蛻變為兼具人文溫度與實務價值的護理專業雜誌，《志為護理》的每一期，都是護理人員慈悲與智慧的見證。

慈濟護理慈悲力 星國 EPA 及日本佛教護理

2026 志為護理國際研討會的上午演講場次，由敏盛綜合醫院胡文郁副總院長擔任引言人，介紹三場演講四位講者——花蓮慈濟醫院護理部鍾惠君主任、日本佛教大學中島小乃美 (Nakashima Konomi) 教授、淑德大學伊藤奈津子 (Ito Natsuko) 副教授、新加坡理工大學潘永雄副教授，全程以英文演講，由花蓮慈院柯智閔護理師擔任中譯，有需要的學員向大會借翻譯耳機聆聽。

鍾惠君主任以「建置以人為中心的慈濟護理核心價值與 EPAs 臨床應用」為題，分享花蓮慈濟醫院在建立以價值為基礎的護理能力框架，以及導入「可信賴專業活動 (Entrustable Professional Activities, EPA)」於臨床教育與實務中的經驗。

花蓮慈濟護理團隊自 2024 年創出「HEART 模式」，包含快樂 (Happiness)、同理與賦能 (Empathy & Empowerment)、自主 (Autonomy)、尊重 (Respect) 與團隊合作 (Teamwork) 等五項價值作為護理實務的核心指引，並發展出八項核心護理 EPA，包括病人評估、臨床操作、交班溝通、健康促進、團隊合作、緊急狀況辨識，以及臨終照護與自我照顧等領域。其中，臨終照護與專業韌性被特別納入，強調護理專業除了技術能力外，也需要深厚的人文關懷與自我照顧能力。

最後，鍾惠君強調，EPA 的核心並非考核護理人員，而是建立臨床信任，也特別感謝護理部教學研究發展委員會／能力訓用組的夥伴們，也期許大家繼續推動從哲學價值的臨床實踐，建立更具信任與慈悲的護理照護制度。

第二場國際演講「日本佛教護理的現狀與課題」由日本佛教大學中島小乃美教授 (Nakashima Konomi) 及淑德大學伊藤奈津子副教授 (Ito Natsuko) 演講。

兩位日本教授的佛教護理之路，皆源於臨床現場極度的無力感。佛教傳入日本後，經過漫長的本土化演變，形成各具特色的宗派傳統。自 2000 年起，日本多所佛教大學陸續設立護理學系，各依宗派精神發展特色課程。兩位教授根據多年教學的觀察表示，佛教護理課程為學生帶來深刻的內在轉化，最核心的轉變是對護病關係的重新理解，學生體認到護理並非單向的給予照護，而是照顧患者的同



時，自己也不斷「接受教導」，病人成為護理師的生命導師。這種覺知引領學生走向對「平等」真義的體悟：每一個生命皆有其尊嚴，護理師與患者在生命本質上是平等的。

講師最後邀請現場學員參加 6 月 13~14 日，在日本九州宇佐市舉辦的第 22 屆日本佛教護理與寺院研究 (JABNVS) 研討會。

接著由新加坡理工大學潘永雄 (Edward Poon Wing Hong) 副教授主講「新加坡護理 EPA 的發展與實踐」。

新加坡高等教育機構的護理教育已採用 EPA (Entrustable Professional Activities, 可信賴專業活動) 作為培訓模式，透過以工作為基礎的評量 (work-based assessments)，著重於培養學生在臨床技能、專業知識以及專業態度等方面的能力。新加坡已將 EPA 列為強制政策，護理學生三年學制全程以 EPA 評核，三年級畢業生第一天即能以註冊護理師水準直接執業。在職護理師同樣全面轉換，沒有例外。所以新進人員與資深人員被信任的程度是一樣的。然而，如何讓 EPA 成為學校與臨床之間真正的共同語言，尤其是不同資歷人員如何接軌，仍是持續推動的挑戰。

人形圖故事館 40 篇護病敘事

3月7日中午時段，在主講堂旁邊的「人形圖故事館」，展示著40件人形圖作品，邀請四位來自不同病房的護理師發表在人形圖背後的照護過程與暖心故事。館長花蓮慈院護理部鄭雅君督導開場提到，人形圖不只記錄病人的故事，也是護理師幫助病人以及病人的家庭，走向復原的過程，從中體現了護理價值。分享會由呼吸照護中心李惠蘭護理長，與內科加護病房洪綺婉副護理長出任主持人。



3月7日「人形圖故事館」分享會，眾人聆聽護理師道出每個人形圖背後的照護過程與暖心故事。攝影／劉明總



人形圖故事館館長花蓮慈院護理部督導鄭雅君，介紹人形圖的應用與內涵。攝影／劉明總

浩劫重生 - 劉旻柔

二五東病房劉旻柔護理師的「浩劫重生」，記錄了一位光復洪災重傷病人 A 先生的故事，由周云鵬護理長代為分享。A 先生的開放性骨折歷經五次手術，在感染控制、營養支持與復健等跨團隊照顧下漸趨康復。護理師察覺到他平靜外表下隱藏的心理創傷，待建立護病信任後，導入創傷後壓力症候群（PTSD）檢測與心理急救介入。花蓮縣光復鄉也是旻柔的家鄉，相同期待重建家園的心情拉近了她與病人的距離，讓病人願意敞開心扉。「讓病人真正感受到，我是陪伴在你身邊，我們一起面對、一起照顧你的傷口。」云鵬說，旻柔的照顧過程正是護理價值的體現。

這一天，我們收起了造口袋 - 陳舒柔

二七西病房陳舒柔護理師的「這一天，我們收起了造口袋」，記述照顧一位出生 48 小時即確診先天性巨腸症的小病人。她在三年內歷經五次手術，反覆感

染與腸子脫垂，終於成功關閉造口。護理師特地找來孩子喜歡的卡通角色，設計專屬疼痛評估量表；術後傷口換藥教學也透過錄影，讓緊張的父母邊看邊學；並導入音樂治療緩解壓力，同時協助聯繫社工申請經濟補助，支撐起擔任外送員父親獨力撐持的家庭。如今孩子三歲，在幼稚園讀小班，目前身高、體重都已能與同年齡層孩童相當，恢復良好。

當呼吸變得困難 - 林宗霖

外科加護病房林宗霖護理師的「當呼吸變得困難」，記述照顧一位因車禍造成高位脊椎骨折、內臟撕裂傷的阿嬤。術後呼吸功能下降，再度插管並藉由呼吸機輔助及系統性評估，與呼吸治療師共同調整療程。照護團隊也針對術後疼痛討論止痛藥物使用，並請家屬在病房播放阿嬤喜愛的音樂，雙管齊下讓她願意配合呼吸治療。林宗霖從中體會到，評估不能僅憑數據，必須回歸病人主體，全面了解其症狀、精神與體力，整合各方支持，陪伴病人堅持下去。



呼吸照護中心李惠蘭護理長（左）、內科加護病房洪綺婉副護理長擔任主持人。攝影／劉明總



二五東病房周云鵬護理長代表分享劉旻柔護理師的「浩劫重生」人形圖故事。攝影／劉明總



二七西病房陳舒柔護理師以「這一天，我們收起了造口袋」人形圖，分享照護巨腸症小病友的故事。攝影／劉明總



外科加護病房林宗霖護理師以「當呼吸變得困難」，分享照護長輩的歷程。攝影／劉明總



內科加護病房江雨潔護理師以「愛有遺憾溫暖相伴」，敘說陪伴病人安寧善終的經歷。攝影／劉明總



人形圖故事館展示區。攝影／李玉如



愛有遺憾溫暖相伴 - 江雨潔

內科加護病房江雨潔護理師帶來「愛有遺憾溫暖相伴」。35歲的阮大哥是怪手司機，過年期間因流感併發急性呼吸窘迫症候群，從鳳榮醫院轉入加護病房。體重151公斤、BMI達48.7，病情迅速惡化，醫療團隊為他置放葉克膜。豈料隨即心跳幾近停止，心肺復甦術搶救20分鐘才恢復循環，卻因長時間缺氧造成嚴重腦損傷，昏迷指數僅剩三分。

肺部好轉、移除葉克膜後，腦部掃描發現腦出血壓迫腦幹。面對長照、安寧拔管或器捐三條路，太太在會客時間默默流淚。針對她提出的人工取精、留後心願，跨科醫療團隊與倫理委員會審慎討論，向家屬說明現行法規的限制與困難。家屬理解後，做出充滿愛的艱難決定——選擇安寧拔管。

生命最後階段，安寧團隊陪伴家屬完成道謝、道愛、道歉、道別四道人生；出院那天，家屬一同為大哥沐浴更衣，乾乾淨淨地帶他回屏東老家。「愛或許會留下遺憾，但溫暖可以一直陪伴。」雨潔最後總結：「相處時要感恩，相對時要包容，相離時要祝福。」

在醫療照護中，常見生命的脆弱，也看見渴望康復的韌性。護理不僅是治療疾病，更是陪伴與守護。無論是陪伴病人走向康復，或在人生最後階段給予溫暖，這分同行與關懷，正是護理最深刻的價值所在。



頒獎時刻：「人形故事館」頒發人氣獎，超過 527 人次投票，精選出感動人心的故事的六位得獎者，得獎者及作品分別為：李育芳〔童年沒有被奪走，只是慢慢走〕、江雨潔〔愛有遺憾溫暖相伴〕、林宗霖〔當呼吸變得困難〕、胡婉婷〔醫護探險隊挖掘寶藏之旅〕、陳舒柔〔這一天，我們收起了造口袋〕、林敏琦〔溫柔的後盾〕。感謝風塵僕僕從海外趕回來的慈濟基金會林碧玉副總前來頒獎勉勵；林副總貼近年輕人的心，幫「人氣獎」得主加冕的動作，逗得臺上臺下一片笑聲。攝影／謝自富

海報發表 綻放專業光

2026 志為護理國際研討會 3 月 7 日下午場，首先登場的是「志為護理海報發表—綻放專業光」，此次研討會投稿篇數共 151 篇，其中精選出五篇口頭報告進行交流分享。開場主持人花蓮慈濟醫院護理部葉秀真副主任簡要說明規則後，由五位護理師依序上臺進行報告。

受檢者自評清腸結果與腸胃鏡檢查清腸品質之相關性探討 許晏菁（西園醫院永越健康管理中心）

美國消化醫學會（AGA）指出病患自我評估表的準確度不高，但仍有逾九成醫療機構沿用。本研究採前瞻性設計，收案 2,946 人，由受檢者自填圖示清腸評估

3 月 7 日「志為護理海報發表—綻放專業光」課程，來自不同領域的護理師進行口頭報告分享。攝影／謝自富





志為護理海報發表主持人花蓮慈院護理部葉秀真副主任邀請護理人共學精進。攝影／謝自富



西園醫院永越健康管理中心許晏菁副護理長探討自評與清腸品質的相關性。攝影／謝自富

表，醫師於不知曉結果的情況下執行大腸鏡並評分。結果顯示，自評表可準確預測清腸品質，腺瘤偵測率(ADR)達國際標準；自評圖一或圖二者可直接安排檢查，無須另行灌腸。進一步分析發現，檢查前灌腸不僅未能提升清腸評分，反因拉長等待時間而降低清腸品質，並增加受檢者不適。研究建議，未來可善用自評表的預測準確度，提早介入護理衛教，提升最終的 ADR。

以智能管理系統驅動之社區護理照護模式

張秉閱（成大醫院社區健康中心）

臺灣已進入超高齡社會，社區照護面臨個案量龐大、書面資料管理困難等挑戰。成大醫院社區健康中心將 ICOPE 長者功能評估、功能性體適能及 InBody 等數據，由傳統紙本改為平板或手機上傳，系統後臺自動識別並建立異常通知機制，護理師可提供個人化照護，長者亦可透過 LINE 即時提問。

智能系統導入後，管案量從 2024 年 1 月的 183 位，至 2025 年 9 月增至 260 位（成長 42%），截至 2026 年 2 月累計服務逾 25,000 位長輩。追蹤 40 位平均年齡 73 歲的高齡女性，九個月運動介入後，肌少症風險長輩由 3 位降至 1 位；上下肢肌力、靜態平衡及下肢柔軟度均顯著進步。研究指出，智能管理系統能有效釋放護理人員的行政負擔，讓照護更精準，也助長者維持日常所需的身體功能。

結合人工智慧之太魯閣族語衛教應用於臨床護理

宋雅婷（花蓮慈濟醫院護理部）

花蓮慈濟醫院護理部宋雅婷資訊護理師分享「結合人工智慧之太魯閣族語衛教應用於臨床護理」成果，展現科技與文化融合的護理創新價值。花東地區原住民人口比例高，秀林、新城兩鄉以太魯閣族為主，許多長者以母語溝通，語言差異常成為健康衛教的障礙。為促進健康平權，花蓮慈院護理部攜手 Taiwan AI Lab、台灣太魯閣族語言發展協會及秀林鄉公所跨域合作，透過母語專家翻譯與錄音訓



成大醫院社區健康中心張秉閱護理師分享導入智能管理系統的社區護理照護模式。攝影／謝自富



花蓮慈濟醫院護理部宋雅婷資訊護理師帶來結合 AI 發展的太魯閣族語衛教應用於臨床護理的實務經驗。攝影／謝自富



台北慈濟醫院內科病房陳淑娟護理長探討以虛擬實境教學對新進護理人員急救處置上的學習成效。攝影／謝自富



花蓮慈濟醫院血液透析室潘宥騫護理師探討以繪本結合 QRcode 設計的標準化衛教模組工具，來促進透析病友的積極度以及自我管理。攝影／謝自富

練 AI 語音模型，並經專家檢核與再訓練，模型準確度達 94%。目前已完成 20 支太魯閣族語衛教影片，並建置虛擬衛教師平臺，護理人員只需掃描 QR code 即可快速提供衛教並回寫於紀錄，減少重複工作，病人出院也能反覆觀看強理解。整體使用滿意度達 4.2 分，顯示此創新模式不僅提升照護效率，更落實以病人為中心的文化敏感照護，「如果你是以他的母語跟他交流的話，你的話會進到他的內心。」彰顯護理在推動智慧醫療與健康平權中的關鍵價值。

新進護理人員急救處置虛擬實境學習成效

陳淑娟（台北慈濟醫院內科病房）

新進人員學習急救常面臨心理壓力大、教學資源不足等困境。本研究將新進人員隨機分為實驗組（互動式 SVVR，含環境提示引導）與對照組（沉浸式觀看），並於後測及四週延宕測比較成效。結果顯示，認知成績後測兩組均達 87 分以上，



「最佳海報人氣獎」由花蓮慈院護理部鍾惠君主任（左一）頒獎，得獎的有花蓮慈院手術室林幸樺、花蓮慈院二六東病房洪萬康、花蓮慈院手術室郭昱汝。攝影／謝自富



「最佳海報佳作獎」：台北慈院翁琬貞、台北慈院陳曉玫、台中慈院古若萍，由花蓮慈院羅慶徽副院長（左一）頒獎。攝影／謝自富



「海報競賽」：第一名花蓮慈院江青純，第二名屏東基督教醫院江慈馨，第三名花蓮慈院林幸樺，由花蓮慈院護理部王棋顧問（左一）頒獎。攝影／謝自富



「口頭發表競賽」：第一名花蓮慈院護理部宋雅婷及血液透析室潘宥騫，第三名成大醫院張秉閔，佳作為台北慈院陳淑娟、西園醫院永越健康管理中心許晏菁。攝影／謝自富

但四週後延宕測實驗組維持 90.14 分，對照組為 86 分，顯示互動式 SVVR 有助知識內化保留。自我效能方面，兩組後測均達 4 分以上並持續維持；OSCE 臨床技能表現實驗組亦顯著優於對照組。質性回饋指出，擬真情境搭配提示引導，可降低學習壓力、強化操作信心。研究結論：互動式 SVVR 能優化認知與效能，突破時空限制，適合作為現場教學的補充工具。

標準化衛教模組（繪本結合 QRcode）對血液透析病友積極度及自我管理的影響 潘宥騫（花蓮慈濟醫院血液透析室）

臺灣末期腎臟病發生率高，血液透析需長期自我管理，但高齡病患不易內化衛教內容。護理師與慈濟大學四位學生歷經 19 次討論，共同開發繪本結合 QRcode 的標準化衛教模組，涵蓋自我照顧、情緒管理、人際關係與問題解決四面向，共 20 項內容、9 部影片，以寫實與隱喻兩種畫風呈現，設計理念是「讓資訊被理解、被記住、被實現」。

研究收案 130 位透析病友，採兩組前後測設計。結果顯示，實驗組在積極度四構面（信念、自信、行動、持續）均持續提升，顯著優於對照組；自我管理分數

新加坡社科大學陳正見 (Kelvin Tan) 副教授演講
「以病人為中心的整合健康科技與創新」，手
中的 Momoko 機器人非常吸睛。攝影／謝自富





韓國成均館大學護理研究所崔秀貞教授帶來韓國進階護理師的演進與發展模式，左坐者為引言人陽明交通大學童恒新教授。攝影／謝自富

亦有效改善，透析間期體重增加顯著下降。研究指出，圖像化設計有助高齡病患理解透析知識並轉為日常行動，此模組具臨床推廣價值，可作為透析照護一致性衛教工具。

新加坡高齡健康與 AI 運用，韓國 APN 進階護理師

新加坡社科大學 (Singapore University of Social Sciences, SUSS) 陳正見 (Kelvin Tan) 副教授帶來「以病人為中心的整合健康科技與創新」專題演講，引言人陽明交通大學護理學院副院長童恒新教授開場提到，陳正見博士是老年學專家，同時也致力於探索智慧高齡照護的創新發展與應用，相信藉由他的分享，無論在護理或是與照顧長者相關的跨領域工作者，都能得到多元觀點與啟發。

陳正見副教授介紹新加坡的高齡社會情形及整合式健康，而 AI 新興科技的應用對整合式高齡照護產生巨大的影響，他也介紹各個國家開發出的家庭機器人、陪伴型機器人以及社交機器人的功能和應用範圍。曾經在花蓮慈院心蓮病房服務過的「Momoko」，就是陪伴型機器人，內建 50 餘個感測器、全身觸控與溫熱機身，能夠動作模擬，帶來情感互動、眼神接觸與聲音互動，促進信任建立。

韓國成均館大學護理研究所崔秀貞教授，也是韓國進階護理師學會理事長，演講主題「韓國推展模式，核心能力之建置：韓國進階護理師的演進」，帶來韓國進階護理師 (Advanced Practice Nurse, APN) 的發展模式與未來方向。

志為護理國際化 交棒台北慈院

慈濟醫學年會中的護理學術發表活動過去名為「百年好合」，今年首度改為「志為護理」，「2026 志為護理國際研討會」也是首屆有跨國學者貴賓與學員參與。

3月7日下午四點，在所有演講結束之後，林碧玉副總現身致詞勉勵，頒獎典禮結束的最後，花蓮慈濟醫院護理部鍾惠君主任將「慈濟志為護理」聖火交棒給台北慈院護理部吳秋鳳主任；2026 慈濟醫學年會系列的「2026 志為護理國際研討會」圓滿結束。

林碧玉副總在 2026 志為護理國際研討會上午開幕時視訊致詞，下午四點前就趕到會場，受到大家熱烈歡迎，也請林副總現場上臺致詞。

在慈濟基金會六十周年、花蓮慈濟醫院四十周年的重要紀念時刻，林碧玉副總特地從海外趕回親自出席，向在場所有護理人員獻上最深的感恩。副總首先追溯上人創辦慈濟的艱辛歷程：「上人在 1966 年創辦了慈濟，一路走來非常辛苦，若沒有堅強的意志，是不可能將慈濟帶到今年的六十年。」副總憶及慈濟醫院開幕隔天，上人親臨醫院時所說的一段話，請她要照顧好護理師：「醫師很忙，護理人員要二十四小時守在病人身旁，對病人而言，護理師更重要。」

林副總說：「一路走來，看到護理人員如此辛苦地照顧病人，上人的話始終在耳邊迴響。上人說，護理人員是白衣大士，白衣大士就是觀世音菩薩，觀世音菩薩聞聲救苦。」「剛才看到開刀房護理人員精心繪製的人形圖，我非常感動，不僅僅是人形圖本身，而是護理人員對於需要脊椎手術的病人，會在手術前一天，帶著病人到手術室，讓他們提前熟悉整個手術流程，包括如何俯趴——因為手術時間超過 13 個小時，提前熟悉可以大幅減少病人的不適與焦慮。」林副總感動於護理師照顧到了病人的心。

「我還記得去年台中慈濟醫院有一位醫師要執行器官移植手術，護理人員早在前一天便去測試手術臺的溫度，研究怎樣躺會比較舒適，甚至親自躺上去體



驗。這位醫師是從其他醫院剛轉來不久，本來心懷忐忑，然而當他準備進行手術時，發現護理人員如此細心溫暖，心也隨之安定下來。不只是針對病人，連執刀的醫師，也同樣感受到護理人員的用心。」「今天很高興有這個機會趕來，向大家致上最深的感恩。精彩的故事說不完，歡迎大家常來。護理人員不是為生活而工作，也不是為興趣而工作，而是出於照顧病人的真正使命感，為使命而工作，為理想而工作。」林副總肯定地說，相信在這樣的精神持續傳揚之下，未來全世界的病人與老人都能得到妥善的照顧。

研討會圓滿結束 · 交棒台北慈院

最後，在全場見證下，花蓮慈濟醫院護理部鍾惠君主任將象徵「慈濟志為護理」精神的聖火，莊嚴地交棒給台北慈濟醫院護理部吳秋鳳主任。薪火相傳，使命延續，眾人期待下一屆護理研討會再相見。

大會在下午五點半圓滿結束，兩位司儀范家豪督導及蘇筱雅副護理長以流暢英文說出結語：「從精彩的發表到深刻的對話，以及充滿意義的分享，本次研討會以多種方式深深感動了在場每一位。它提醒我們，護理既是一份專業，也是一份深具人文關懷的使命。無論您今天帶走的是新的想法、新的友誼，還是一個留在心中的故事，我們相信這次研討會已充分實現了它的意義與目的。請

帶走的，不只是研討會的資料，更要帶走這分溫暖。」感謝大會籌備委員會及工作團隊與志工們，向所有幕後功臣獻上最誠摯的感謝。



花蓮慈院護理部鍾惠君主任將下一屆研討會主辦權交棒給台北慈院吳秋鳳主任。攝影／謝自富



2026 志為護理國際研討會圓滿結束。攝影／謝自富

幕後花絮...

為了讓 2026 志為護理國際研討會順利圓滿，主辦方花蓮慈院護理部從籌畫到執行傾全力投入，從前置作業到當日執行，包括場地規畫與布置、報到資訊系統測試與報到流程、貴賓接待、電子海報立板陳設，及演講廳內各環節的協調配合；核心人物鍾惠君主任、王淑貞副主任統籌全局，兩位司儀范家豪督導與蘇筱雅副護理長以流利英文貫穿全場流程，柯智閔護理師在音控室口譯確保國際交流無礙；花蓮慈院公傳室亦協助對外新聞發布，提升研討會的能見度。尤其感謝志工團隊，從全日現場協助到二樓休息區茶點餐具的清洗，讓研討會細節盡顯人文。







TZU CHI NURSING JOURNAL

*Research
Articles*

VOLUME 25 NUMBER 2

APRIL 2026

志為護理
學術論文

2026 年 4 月 第二十五卷 第二期

慈濟護理人文與科學



目錄 *Contents*

- 109** 提升手術室護理人員執行全口植牙手術護理之完整性
/ 巫祈明、林婉青、藍欣怡、蔡曉萱、吳金枝
Improving Nursing Care Completeness in Full-Mouth Implant Surgery in the
Operating Room /Chi-Ming Wu, Wan-Qing Lin, Xin-Yi Lan, Xiao-Xuan Tsai, Chin-Chih Wu
- 123** 一位子癩前症併發腦出血與緊急剖腹初產婦之產後護理經驗 / 洪麗婷、陳曉玫
Nursing Experience of a Primipara Undergoing Caesarean Section for
Preeclampsia-Induced Brain Hemorrhage
/Li-Ting Hong, Xiao-Mei Chen
- 134** 照護一位瀰漫性大型 B 細胞淋巴瘤復發後決策衝突個案之照護經驗
/ 徐千惠、葉惠玲、鄭雅君
A Decision-Making Conflict in a Relapsed Cancer Patient with Diffuse Large B-Cell
Lymphoma /Hain-Hueio Shiu, Hui-Ling Yeh, Ya-Chun Cheng
- 145** 運用正念減壓療法於廣泛性焦慮症個案之護理經驗 / 高秀玉
The Nursing Experience of Using Mindfulness-Based Stress Reduction in a Patient
with Generalized Anxiety Disorder /Siou-Yu Gao
- 157** 運用 Watson 關懷理論於結腸癌末期病人身心靈臨終照護之應用 / 高毓翎
Application of Watson's Caring Theory in Holistic End-of-Life Care for a Patient
with Terminal Colorectal Cancer /Yu-Ling Kao

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

提升手術室護理人員執行全口植牙手術護理之完整性

巫祈明¹、林婉青²、藍欣怡²、蔡曉萱²、吳金枝³

中文摘要

隨著缺牙人口上升，咀嚼、發音及營養問題日益嚴重，植牙手術成為主要治療方式。其手術費用高，提供完整手術護理為必要之急。現況手術室護理人員對手術流程不清楚，護理人員對全口植牙流程的正確認知率僅71%，無相關規範、缺乏系統性在職教育，以致護理人員執行全口植牙手術護理完整性僅52.6%，故引發改善動機。解決辦法為制訂全口植牙手術標準作業規範、制訂植牙鑽頭圖示、導航組裝及植體植入流程之操作手冊、規劃全口植牙情境模擬手術、建置全口植牙手術操作學習APP、制訂全口植牙手術護理稽核標準。改善後，護理人員對全口植牙流程的正確認知率由71%提升至96.4%；手術護理完整性由52.6% 提升至98.4%，已達專案目的，期望建置完善的護理教育模式提供給其他手術團隊參考。(志為護理，2026; 25:2, 109-122)

關鍵詞：全口植牙手術護理、行動學習、可信賴專業活動、模擬手術

前言

根據2019-2020年全球疾病負擔(Global Burden of Disease study, GBD)缺牙人口為約 3.5 億(Global Burden of Disease 2019, 2020)，隨著缺牙人口上升，咀嚼、發音及營養問題日益嚴重，植牙手術成為主要治療方式。其過程操作不當，則影響手術進行，增加手術時間，甚至造成齒

槽感染、壞死等風險。全口植牙手術費用高，過程中如裝錯植體或失敗，易引起爭議(陳立愷，2023)。因此，提升護理人員執行全口植牙手術護理完整性可縮短手術與麻醉時間、增加手術流暢性及降低病人潛在性危險，進而提升病人安全。

本單位於2021年引進導航全口植牙手術，然而手術案例少，2022年僅完

長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院護理長¹、長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院護理師²、長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院督導³

接受刊載：2025年10月28日

通訊作者地址：巫祈明 桃園縣龜山鄉復興街5號

電話：886-3-328-1200 #8131 電子信箱：chichi0715@cgmh.org.tw

成17例。現植牙手術流程中發現手術室護理人員對裝卸導航及植牙器械程序不熟悉，造成手術停頓，或因未裝置好植體，使高成本植體掉落，上述原因，可能導致手術時間延長，甚至引起醫護間不信任，影響病人手術安全，引發專案小組改善動機，目的在提升護理完整性，確保手術安全與品質。

現況分析

一、單位簡介

本單位手術房間共11間，包含泌尿外科、兒童外科暨口腔外科手術護理組，手術業務範圍廣，其中口腔外科僅佔1.5間/週；護理人力共31人。人員職級分佈HN：1人(佔3.2%)、AHN：2人(佔6.5%)、N4：10人(32.3佔%)、N3：9人(佔29.0%)、N2：5人(16.1佔%)、N1：1人(佔3.2%)、N：3人(佔9.7%)。除護理長及N職級尚未受訓，其餘27名人員皆能獨立完成口腔外科共通性手術，目前受過全口植牙完整訓練之護理人員共4人，占專科人數12.9%。經統計本院2022年植牙手術共17例，平均每個月1例；於2022年1月至12月期間，全口植牙手術護理經驗平均為1人0.6次。

二、護理人員執行全口植牙手術護理作業流程

全口植牙手術護理不僅止於手術病人的照護，亦包含準備相關儀器設備、器械、材料及用物等，其中一項不完整則會影響手術進行。

(一)術前準備：

1.手術前一日:護理人員與專科醫師確認手術排程後，準備全口植牙手術相關

用物，與導航系統、植牙廠商點交手術器械及材料，並將其打包消毒。

2.手術當日:準備計價與不計價材料、包布、術中使用藥物、手術擺位輔助物，及確認儀器設備之功能及擺放位置。

(二)術中準備：

1.植牙儀器組裝：刷手護理師將(1)植牙手機與水線連接並啟動功能測試，確認功能正常。(2)導航器械校準盤與植牙手機連接，完成定位、校準，確認定位成功且無誤差(3)植牙探測工具與追蹤器連接(4)依醫囑反覆操作，裝卸植牙手機擴孔鑽頭、沉孔器、植體扭力器擰緊等各式鑽頭；每次更換後執行功能確認。擴至植體所需的寬度、深度後，以利醫師將植體精準植入。

2.裝置植體過程：醫師以探測工具確認植體所需寬度、深度，巡迴、刷手護理師及醫師共同確認植體型號、批號無誤後，刷手護理師以植牙載具裝置植體，過程須小心拿取勿觸碰植體，並確認植體固定於載具上時不會掉落，始能遞交醫師，置入植體。

(三)手術後：

刷手護理師遞與醫師植牙癒合帽，醫師分別蓋上並再次以導航定位，檢視確認後，即可關閉傷口，完成全口植牙手術，將病人送至恢復室。全口植牙手術護理作業，如(圖一)。

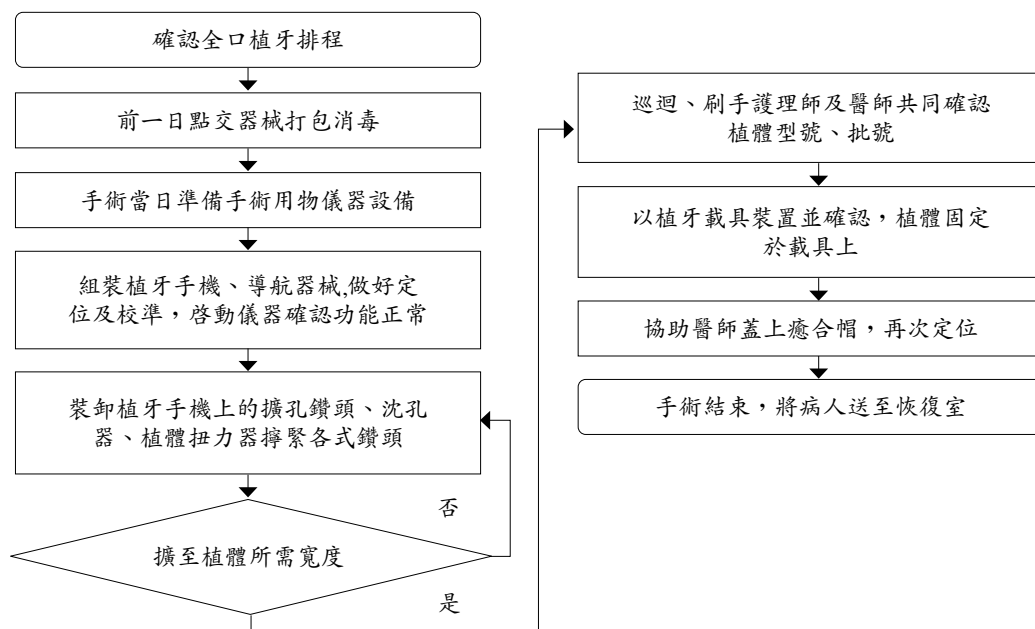
三、護理人員對全口植牙手術護理認知正確率調查

為瞭解人員執行全口植牙手術護理認知，專案小組依臨床經驗及相關文獻制訂「全口植牙手術護理認知問卷」，問

卷採共7題選擇題(單選、複選都有)，答對一題得1分，答錯或未填答則不計分。內容包括全口植牙手術之基本概念、手術用物準備及儀器設備操作概念。該問卷經三位專家(專科醫師、專科護理長、手術專責護理師)採4分法評選，專家效度指數值.82。問卷調查期間為2023年07

月24日至08月13日，調查對象為已熟悉口腔外科共通性手術，因且能獨立完成擔任刷手護理師之護理人員，共24人。(不含專科護理長、專案成員3名與N職級3名)。共發放24份問卷，回收24份，回收率100%。調查結果發現護理人員對全口植牙流程的正確認知率僅71% (表一)，

圖一
全口植牙手術護理作業流程圖



表一
護理人員對全口植牙流程的正確認知率調查

內容	答對人數	百分比(%)
1.下列何者為植牙鑽頭所對應之用途?	10	42
2.下列何者為全口植牙手術流程?	15	63
3.下列何者為植體植入步驟?	16	67
4.下列何者為全口植牙手術適應症?	18	75
5.下列何者為導航器械組裝步驟?	18	75
6.全口植牙所需之器械為何?	20	83
7.下列何者為全口植牙所需之儀器設備?	22	92
總平均		71

註：N = 24

其中以「下列何者為植牙鑽頭所對應之用途？」正確率最低42%，易導致鑽頭誤用與操作風險；其次為「下列何者為全口植牙手術流程？」正確率63%，影響手術流程銜接與效率；第三為「下列何者為植體植入流程步驟？」正確率67%，影響植體準確性與無菌操作。

四、護理人員執行全口植牙手術護理完整性調查

因人員對全口植牙手術護理認知低，所以進一步了解人員執行全口植牙手術護理之完整性，小組成員共同擬定「護理人員執行全口植牙手術護理完整性查核表」，經三位專家(專科醫師、專科護理長、手術專責護理師)採 2 分法評選，專家效度指數值.80。於2023年08月14日至2023年08月27日，期間查核已熟悉口腔外科共通性手術，且能獨立擔任刷手護師之護理人員，共24人(不含專科護理長、專案成員3名與N職級3名)。

因查核區間手術案例不足，故專案成員採模擬觀察法，觀察人員操作流程，每人觀察一次，觀察內容共有5項，執行完整者給1分，不完整者0分，結果顯示：人員對於執行全口植牙手術護理完

整性平均為52.6%(表二)，其中以「能正確分辨及裝卸於植牙手機上的擴孔鑽頭、沉孔、擰緊等各式鑽頭」完整性最低佔29%，鑽頭分辨錯誤將直接影響手術精準度；其次「能正確組裝導航器械」完整性佔46%，導航器械組裝錯誤可能導致定位不準，增加術中併發症風險；第三為「能正確執行植體與植牙手機連接將其取出裝置」完整性佔50%，植體連接錯誤可能造成植體掉落或植入角度偏差。

針對正確率低的原因，進一步訪談24名護理人員，其中(一)20位人員(83%)表示：植牙鑽頭種類繁多，不清楚哪個手術步驟所需對應的鑽頭為何。(二)18位人員(75%)提出：不清楚全口植牙手術流程，且手術步驟相似難以區分。(三)18位人員(75%)提出：植牙器械無常備於料庫，無法於上刀前熟悉器械。(四)15位人員(63%)提出：無植牙器械明細及圖示。(五)15位人員(63%)提出：手術個案少，學習次數過少，無法有效學習。(六)15位人員(63%)提出：全口植牙手術時間長，學習片段、無法了解手術流程。

表二
護理人員執行全口植牙手術護理完整性

內容	正確人數	百分比(%)
1.能正確分辨及裝卸於植牙手機上的各式鑽頭	7	29.0
2.能正確組裝導航器械	11	46.0
3.能正確執行植體與植牙手機連接將其取出裝置	12	50.0
4.能正確領用全口植牙器械包盤	15	63.0
5.能正確準備全口植牙手術儀器相關設備	18	75.0
平均		52.6

註：N = 24

五、護理人員學習全口植牙手術護理情形

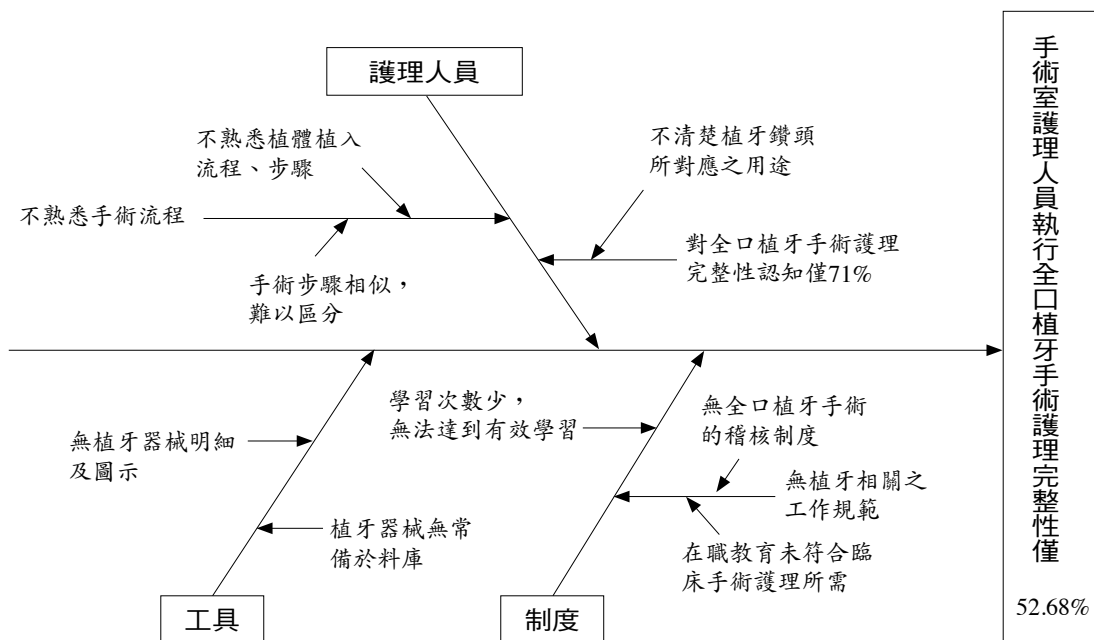
本院全口植牙2022年僅完成17例，無相關工作規範，僅有醫師及參與過手術的護理師口述指導裝卸器械的方式及筆記供人員參考。於2021年舉辦「植牙手術流程」一小時教育訓練，請專科醫師口述講解，其出席率95%，滿意度86%。然而手術案例少，教育訓練後無法於臨床操作，顯示此次在職教育於臨床執行全口植牙手術護理未有顯著改善，且無相關稽核制度，用以評估人員對此手術之熟悉度。

綜合上述現況分析後，影響手術室護理人員執行全口植牙手術護理之完整性，予以歸類後製成特性要因圖(圖二)。

問題及導因確立

綜合現況調查與特性要因分析後，造成手術室護理人員執全口植牙手術護理完整性低，導因於：(一)案例量不足，人員缺乏臨床實戰經驗(二)教育訓練單一，缺乏情境化教學與教材(三)無植牙相關工作規範及稽核，缺乏品質保障機制(四)器械及流程複雜，人員記憶與應用困難。

圖二
全口植牙手術護理完整性低之特性要因圖



專案目的

目前尚無針對全口植牙手術護理完整性之相關研究文獻。為解決上述問題，本專案參考田等(2020)針對骨腫瘤切除併皮瓣手術所進行的改善專案。雖然兩者屬於不同專科手術，但專案改善手法皆以「護理人員認知正確率」與「手術護理完整性」作為主要評估指標，方法與量化邏輯一致，因此具備借鑒價值。該專案改善後認知正確率達96.2%，完整性達96.8%，可作為高標模式，故設定本專案之目標為：目標＝改善前完整性＋(標竿值－改善前完整性)

一、護理人員執行全口植牙手術認知

正確率由71%提升至96.2%以上。

二、護理人員執行全口植牙手術護理完整性由52.6%提升至96.8%以上。

文獻查證

一、全口植牙手術護理

全口植牙手術植入的植體數目多且流程複雜，需於手術室執行(謝等，2020)。植體植入若有偏差，可能造成病人視力受損、失明，甚至腦部損傷。植牙導航系統能在術中利用影像確認鑽孔入徑，為全口植牙手術的必需仰賴的儀器(林等，2020)。

手術室護理人員對全口植牙手術流程、儀器設備操作不熟悉，易造成手術護理作業不完整，麻醉及手術時間延長、增加病人感染及醫療團隊不信任，甚至導致手術失敗(田等，2020)。建立一套手術進行步驟和手術流程的整體性知識，可作為準備程序的依據，有助於

提升手術室護理人員護理的完整性(燕，2019)。

二、提升全口植牙手術護理完整性之改善策略

Chen等(2020)針對9篇護理行動學習研究進行統合分析，發現行動學習對臨床護理知識、技能、信心有較佳成效。在教學設計上，互動學習有效提升護理技能；高擬真病人，有助臨床學習；教材以圖片、影片多媒體方式呈現，對學習理解與記憶效果更佳；以智慧型手機應用程式(APP)作為行動學習工具，可提供彈性的自主學習方式。La Cerra等(2019)進行33篇有關的擬真情境教學的系統性回顧。顯示其能有效提升學習者知識與表現，改善學習成果。並通過臨床模擬情境，提高應變能力，提供安全適當的護理。

情境教學強調從實做中學習，利用模具或器械反覆練習，訓練所需技能，帶動參與感，增加經驗，利於教育訓練推行(董等，2021)。

三、全口植牙可信賴專業活動

可信賴專業活動(entrustable professional activities, EPAs)是以學習者為中心的評量方式，將學習核心能力以常見的臨床任務具體呈現、定義、評核與回饋，評估學員是否足以信賴獨立執行臨床任務。臨床教師可根據受訓學員可被信賴的程度，判定學員是否可以勝任臨床任務(劉、賴，2022)。藉由落實稽核機制並定期查核，落實「以病人為中心」的醫療維護，進而提高手術病人安全性(房等，2022)。

解決辦法及執行過程

由專案小組3位成員討論後，提出可能之解決方法，並採取決策矩陣分析依可行性、經濟性及效益性等三個面向為評估指標，並依各項給分最高為5分，次分為3分，最低為1分，進行票選，1分為最不可行，經濟性不足，效益性低；5分為最可行，最經濟，效益性高。選定超過27分(3人*3項*3分中間分數=27)為執行辦法，採行方案包括：制訂全口植牙手術標準作業規範、制訂植牙鑽頭圖示、導航組裝及植體植入流程之操作手冊、規劃全口植牙情境模擬手術、建置全口植牙手術通訊軟體官方帳號學習APP、制訂全口植牙手術護理稽核標準(表三)。

執行過程

方案實施期間自2023年09月至2024年04月，依計劃期、執行期及評值期三階段進行，執行過程如下(表四)。

一、計劃期(2023年09月04日至12月29日)

1.擬定全口植牙手術標準作業規範(2023年9月04日至12月20日)：參考相關文獻、依據醫院口腔外科作業規範，與口腔外科主任、專科護理長、兩位副護理長討論擬定「全口植牙手術標準作業規範」，內容包含：全口植牙手術用物準備、術中注意事項、流程步驟、導航系統介紹、裝卸植牙手機上的各式鑽頭功能、操作、故障排除方式，讓每位人員皆有所依循。

2.規劃植牙鑽頭圖示、導航組裝及植體植入流程之操作手冊(2023年10月02日至11月24日)：與專科護理長、兩位副護理長討論，為讓人員了解並熟記各式鑽頭的型態，專案小組拍攝植牙鑽頭圖示，依據植牙手術流程，說明其使用順序並標註於器械包盤；製作植牙導航系統器械組裝及植體植入流程操作步驟手冊，並將組裝步驟拍攝成影片，利用文

表三
提升手術室護理人員全口植牙手術護理完整性決策矩陣分析表

原因分析	解決方案	可行性	經濟性	效益性	總分	採行
1.不熟悉全口植牙手術流程	1-1.制訂全口植牙手術標準作業規範	15	15	15	45	◎
	1-2.安排種子老師跟刀	9	7	9	25	×
2.不清楚植牙鑽頭所對應之用途，無植牙器械明細及圖示	2-1.制訂植牙鑽頭圖示、導航組裝及植體植入流程之操作手冊	15	15	15	45	◎
	2-2.請廠商協助操作	3	9	3	15	×
	3-1.規劃全口植牙情境模擬手術	15	9	15	39	◎
3.學習次數少，無法達到有效學習	3-2.建置全口植牙手術通訊軟體官方帳號學習APP	15	15	15	45	◎
	3-3.開發流程闖關遊戲	3	3	3	9	×
4.無全口植牙手術的稽核制度	4-1.秘密客不定時查核	3	3	3	9	×
	4-2.制訂全口植牙手術護理稽核標準	15	13	13	41	◎

表四
提升手術室護理人員全口植牙手術護理完整性之執行進度

內容	工作項目	日期	2023-2024										
			年	月	9	10	11	12	1	2	3	4	
計畫期	1.擬定全口植牙手術標準作業規範			*	*	*	*						
	2.規劃植牙鑽頭圖示、導航組裝及植體植入流程之操作手冊				*	*							
	3.規劃全口植牙情境模擬手術				*	*	*						
	4.建置全口植牙手術通訊軟體官方帳號學習APP					*	*						
	5.建置全口植牙手術護理稽核標準				*	*	*						
執行期	1.提供全口植牙標準作業規範								*	*	*		
	2.使用植牙鑽頭圖示、導航組裝及植體植入流程之操作手冊								*	*			
	3.舉辦全口植牙情境模擬手術									*	*		
	4.使用全口植牙手術通訊軟體官方帳號學習APP								*	*	*		
	5.執行全口植牙手術護理稽核標準											*	
評值期	1.護理人員對全口植牙手術認知正確率調查												*
	2.護理人員執行全口植牙手術護理完整性調查												*

字及動態影片加深人員的印象，使人員有效學習植牙導航系統器械組裝及植體植入流程。

3.規劃全口植牙情境模擬手術(2023年10月02日至12月22日)：為增加人員全口植牙手術經驗，且避免在無練習經驗下上刀。故專案小組成員與口腔外科主任及單位護理長討論，規劃全口植牙模擬手術情境，內容包括：擔任全口植牙手術之刷手護師能正確準備全口植牙手術用器械及材料、正確傳遞全口植牙手術用器械、正確組裝全口植牙導航工具、依手術流程選擇正確的植牙器械、依醫囑正確裝置並傳遞植體、協助全口植牙手術執行，異常狀況之故障排除等。為使人員能正確操作及組裝植牙導航及各式鑽頭等器械，與專科護理長討論，要求廠商提供植牙手術相關模具、教學專用植牙器械實物，配合全口植牙模擬手

術情境，提供人員進行操作練習。並商請專科醫師一同參與協助，使模擬手術更加貼近實況。並擬定新訓人員於上刀前皆須完成全口植牙情境模擬手術1次。

4.建置全口植牙手術通訊軟體官方帳號學習APP(2023年11月02日至12月29日)：全口植牙標準作業規範及植牙鑽頭圖示、導航組裝及植體植入流程之操作手冊等置放於雲端，建置學習者課程選單：手術全期護理、導航系統簡介、導航組裝影片、全口植牙手術介紹、裝置植體操作影片等，收集人員常見問題，設定FAQ問答集，使學習者輸入關鍵字，APP能立即回應問題(圖三)。

5.建置全口植牙手術護理稽核標準(2023年10月11日至12月29日)：於全口植牙模擬手術訓練後，為判定人員是否足以勝任全口植牙手術的臨床任務，規劃建置全口植牙手術護理稽核標準，與口

腔外科主任、專科護理長及副護理長討論利用「可信賴專業活動」，以評量學習者執行全口植牙手術時勝任之程度。專案小組成員依據「可信賴專業活動」規劃全口植牙手術全期護理的任務描述、評估任務失敗時可能造成的風險、執行全口植牙手術人員先備知識、技能、經驗、學員能獨立操作的時機等。

二、執行期(2024年01月02日至03月29日)

1.提供全口植牙標準作業規範(2024年01月02日至03月23日)全口植牙標準作業規範內容為：全口植牙手術用物準備、術中注意事項、流程步驟、導航系統介紹、裝卸植牙手機上的各式鑽頭方式、故障排除方式。於2024年01月02日將全口植牙標準作業規範書面資料置於口腔外科手術室，護理長於2024年01月15日

科內晨會簡介，科內人員閱讀後簽名，閱讀率達100%。電子檔案於2024年01月15日置放口腔外科手術室電腦桌面上，供臨床即時使用。

2.使用植牙鑽頭圖示、導航組裝及植體植入流程之操作手冊(2024年01月08日至02月19日)：將植牙鑽頭圖示、導航組裝及植體植入流程照片、影片檔案結合於操作手冊中，以圖文方式呈現，標示各式鑽頭的置放位置及術中的使用時機，此操作手冊將置放於口腔外科手術室，供人員於需要時閱讀參閱(圖四)，並將其影片檔案上傳至科內群組記事本，專科護理長於科內晨會宣導。

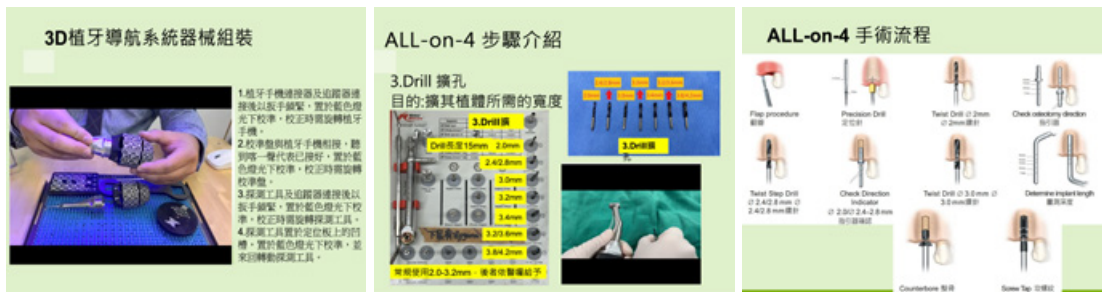
3.舉辦全口植牙情境模擬手術(2024年02月15日至03月22日)：為使全科人員能於正式上刀前，有效學習全口植牙手術，將全科人員以4人為一小組。分別於

圖三
全口植牙手術通訊軟體官方帳號學習APP內容



圖四

植牙鑽頭圖示、導航組裝及植體植入流程操作手冊內容



02月15日、02月22日、02月29日、03月07日、03月14日、03月21日舉辦情境模擬手術6場。於情境模擬手術前請學員預習，並閱讀全口植牙標準作業規範及植牙鑽頭圖示、導航組裝及植體植入流程之操作手冊，各場次安排1位種子老師及1位口腔外科住院醫師，利用植牙相關模具、教學專用植牙器械，以全口植牙手術情境帶領學員學習，進行操作練習。

執行初期，每週每梯需耗費大量人力及時間，科組內人員為此不滿，此為全口植牙情境模擬手術的執行困境。經由護理長從中協調，安排適當學習時間，並在口腔外科專科主任的大力提倡下，得以持續進行，且因實際操作及練習，獲得學員好評。

4.使用全口植牙手術通訊軟體官方帳號學習APP(2024年01月15日至03月29日)：專科護理長於2024年01月15日科內晨會宣導，由專案小組成員簡介，「全口植牙手術通訊軟體官方帳號學習APP」加入及操作之方式，並利用公務手機實際示範。科內人員使用後表示此APP操作直觀，不受時間限制的學習，並藉由APP獲得資訊及解答，適合用於

上刀前複習，此APP等同於手術全期護理重點筆記，人員對「全口植牙手術操作學習APP」滿意度達98%。

5.執行全口植牙手術護理稽核標準(2024年03月04日至03月29日)：人員於學習全口植牙情境模擬手術後，種子老師利用「協助全口植牙手術之專業可信賴活動訓練評估表(EPAs)」，評估學習後可執行全口植牙手術的程度。學員經「全口植牙可信賴專業活動」評量後已達Level 5「獨立執行」，顯示可獨立完成全口植牙手術，未達標者種子老師提供學員質性回饋。

三、評值期(2024年04月01日至04月30日)

為了解專案實施後的作業成效，於2024年04月01日至04月24日，以「全口植牙手術護理認知問卷」，2024年04月25日至04月30日以「護理人員執行全口植牙手術護理完整性查核表」以模擬觀察法查核該24名護理人員，以作為專案實施後成效評值的依據。

結果評值

一、以「全口植牙手術護理認知問

卷」於2024年04月01日至04月24日，調查與改善前相同之24名人員，對全口植牙手術之認知情形。改善後護理人員執行全口植牙手術護理認知正確率為96.4%(表五)，較改善前提升25.4%，已達專案目的。

二、於2024年4月25日至4月30日，採模擬觀察法查核該24名護理人員於執行全口植牙手術護理的情形，結果顯示(表六)：完整性由52.6%提升至98.4%，提升45.8%已達專案目的。

三、附帶成效與效果維持專案執行

後所建立線上APP廣受好評，現行已成為手術準備重點筆記的數位延伸工具，據回饋調查結果，護理人員對學習APP之整體滿意度達98%。持續追蹤改善後2024年4月至今，護理人員執行全口植牙手術護理完整性皆於目標值內，效果維持如(圖五)。

四、臨床護理貢獻全口植牙手術常需耗費一整天的時間甚至到半夜，護理人員因工時因素，無法專人專案跟完整臺手術，專案藉由情境模擬手術利用教學模具及器械，提供操作及練習的機會，

表五
護理人員對全口植牙流程的正確認知率比較表

內容	改善前		改善後	
	答對人數	百分比(%)	答對人數	百分比(%)
1.下列何者為植牙鑽頭所對應之用途？	10	42	20	83.0
2.下列何者為全口植牙手術流程？	15	63	22	92.0
2.下列何者為植體植入步驟？	16	67	24	100.0
3.下列何者為導航器械組裝步驟？	18	75	24	100.0
4.下列何者為全口植牙手術適應症？	18	75	24	100.0
5.全口植牙所需之器械為何？	20	83	24	100.0
6.下列何者為全口植牙所需之儀器設備？	22	92	24	100.0
總平均		71		96.4

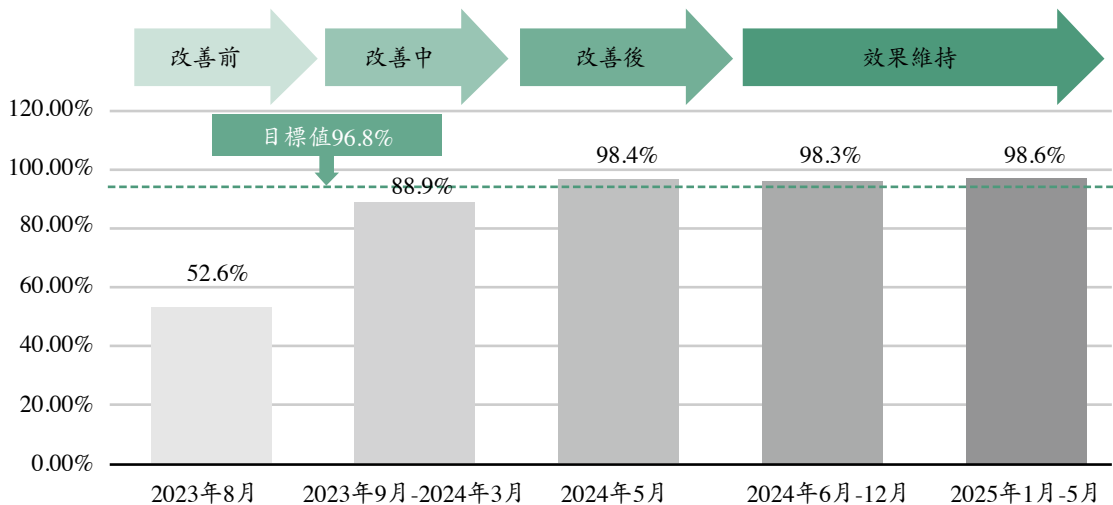
註：N = 24

表六
護理人員執行全口植牙手術護理完整性比較表

內容	改善前		改善後	
	人數	百分比(%)	人數	百分比(%)
1.能正確分辨及裝卸於植牙手機上的各式鑽頭	7	29.0	23	96.0
2.能正確組裝導航器械	11	46.0	23	96.0
3.能正確執行植體與植牙手機連接將其取出裝置	12	50.0	24	100.0
4.能正確領用全口植牙器械包盤	15	63.0	24	100.0
5.能正確準備全口植牙手術儀器相關設備	18	75.0	24	100.0
總平均		52.6		98.4

註：N = 24

圖五
人員執行全口植牙手術護理完整性之效果維持圖



而「全口植牙手術通訊軟體官方帳號學習APP」能讓人員不限時諮詢、學習，人員教育訓練後以「協助全口植牙手術之專業可信賴活動訓練評估表(EPA)」，評估學員學習成效及可執行全口植牙手術的程度。以上創新及一條龍式的教學方式，協助人員面對困難且極少件數的手術，有更完整的掌握度，此教學方式對於護理教育模式有所貢獻。

討論及結論

本專案於建置「全口植牙手術通訊軟體官方帳號學習APP」，其APP需事先預設大量關鍵字並整合雲端答案庫，題目收集與答案編撰需投入相當人力與時間，短期內難以涵蓋所有臨床變化情境。教材更新與維護需持續投入專案人力，若缺乏定期修訂，答案完整性與即時性可能隨時間下降。以上因素皆為專案推行上的限制，後續必須結合情境模

擬與持續教育，以確保成效穩定維持。全口植牙的手術個案數少，每月排刀數不定，造成人員無法連續性、有效性的學習為此專案的阻力，專科主任的全力提倡、協助情境模擬手術，護理長從中協調，安排情境模擬手術的學習時間，並將全口植牙種子教師納入APP管理員，共同協助人員學習，隨時掌握人員學習進度，即時回饋為專案的助力。本專案為克服個案數少的問題以模擬手術的方式提供人員實務練習，增加學習意願，進而改變同仁知能及操作行為，有效提升人員的技能及執行全口植牙護理手術護理之完整性。全口植牙護理標準作業規範(SOP)、器械圖示與APP教材，應納入常態化的在職教育與新進人員培訓，並規劃年度複訓課程，以維持臨床技能熟練度。在長期策略上，建議建立跨部門協作機制(口腔外科醫師、手術室護理、教育訓練中心)，確保教材內

容能隨技術發展與臨床需求持續更新。同時，將「情境模擬手術」與「EPAs稽核」制度化，作為護理能力評估與晉升的重要指標，以加強護理的品質監測與專業發展。提供病人安全且優質的照護環境，期望建置完善的護理教育模式供其他手術團隊參考。

參考資料

- 田昀芳、王琦、吳素蘭、吳金枝、林春吟、陳育宜(2020)·提升手術室護理人員骨腫瘤切除併皮瓣手術護理完整性·*新臺北護理期刊*, 22(1), 73-84。https://doi.org/10.6540/NTJN.202003_22(1).0007
- 林彥宏、辜彥誠、魏敏佳、柯慧馨(2020)·以即時導航輔助方式植入顴骨植體-病例報告·*台灣口外誌*, 31(2), 91-102。https://www.airitilibrary.com/Article/Detail?DocID=a0000494-202006-202008050007-202008050007-91-102
- 房怡慧、郭泓慧、張家瑜、曾彥菁、盧美言、何岱爭(2022)·運用多元策略提升急診病人術前準備作業完整率·*志為護理-慈濟護理雜誌*, 21(1), 95-109。https://www.airitilibrary.com/Article/Detail?DocID=16831624-202202-202203010010-202203010010-95-109
- 陳立愷(2023)·植牙手術案：醫療鑑定書與專家證人-誰主沉浮(學習式判解評析)·*月旦醫事法報告*, 78, 74-95。https://www.angle.com.tw/ahlr/journal/content.aspx?no=907589
- 董育珍、廖麗怡、陳淑娟、郭麗玲、黃惠暄、吳貞鑾、章正俐、柯雅婷(2021)·運用擬真情境教學法提升新進護理人員交班之學習成效探·*台灣擬真醫學教育期刊*, 8(1), 4-14。https://doi.org/10.6582/JTSSH.202106_8(1).0001
- 謝欣婷、鄭冬慧、葉聖威、董愛康(2020)·全口無牙患者的新選擇：All-on-4四支植體支持之固定式全口假牙·*臨床醫學月刊*, 86(2), 492-497。https://doi.org/10.6582/JTSSH.202106_8(1).0001
- 燕翔(2019)·重新定義大學手術全期護理教育-以「手術室護理暨實作」課程為例·*長庚科技學刊*, (30), 49-59。https://doi.org/10.6192/CGUST.201906_(30).5
- 劉梨榛、賴維淑(2022)·可信賴專業活動之概念分析·*領導護理*, 23(3), 48-58。https://doi.org/10.29494/LN.202209_23(3).0004
- Chen, B., Wang, Y., Xiao, L., Xu, C., Shen, Y., Qin, Q., Li, C., Chen, F., Leng, Y., Yang, T., & Sun, Z. (2020). Effects of mobile learning for nursing students in clinical education: A meta-analysis. *Nurse Education Today*, 97, 104706. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104706
- Global Burden of Disease 2019 (GBD 2019). (2020). *Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME)*. https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/
- La Cerra, C., Dante, A., Caponnetto, V., Franconi, I., Gaxhja, E., Petrucci, C., Alfes, C. M., & Lancia, L. (2019). Effects of high-fidelity simulation based on life-threatening clinical condition scenarios on learning outcomes of undergraduate and postgraduate nursing students: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 9(2), e025306. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025306

Improving Nursing Care Completeness in Full-Mouth Implant Surgery in the Operating Room

Chi-Ming Wu¹, Wan-Qing Lin², Xin-Yi Lan², Xiao-Xuan Tsai², Chin-Chih Wu³

ABSTRACT

The rising number of people with missing teeth has led to issues with chewing, speech, and nutrition, with dental implant surgery being the primary treatment option. Given the high cost of this surgery, providing comprehensive surgical care has become an urgent necessity. Currently, operating room nurses are unclear about the surgical procedures, with only 71% understanding the full scope of care required for full-mouth implant surgeries. There are no relevant regulations, and the current in-service education does not meet the needs, resulting in only 52.6% of nurses fully performing the necessary care during these surgeries. This has motivated the need for improvement. The solution includes developing standard operating procedures (SOPs) for full-mouth implant surgeries, creating illustrated guides for the use of dental drills, navigation assembly, and implant placement processes, planning simulated full-mouth implant surgeries, establishing a learning app for full-mouth implant surgery procedures, and setting audit standards for nursing care in full-mouth implant surgeries. After implementing these improvements, the correct understanding of full-mouth implant surgery among nurses increased to 96.4%, and the completeness of nursing care during the surgery rose to 98.4%. The project's goals have been achieved, and it is hoped that this comprehensive nursing education model can serve as a reference for other surgical teams. (Tzu Chi Nursing Journal, 2026; 25:2, 109-122)

Keywords: full mouth dental implant surgery care, mobile learning, entrustable professional activities (EPAs), simulated surgeries

Head Nurse, Chung-Gung Memorial Hospital at Linkou¹; RN, Chung-Gung Memorial Hospital at Linkou²; Supervisor, Department of Nursing, Chung-Gung Memorial Hospital at Linkou³

Accepted: October 28, 2025

Address correspondence to: Chi-Ming Wu No.5, Fuxing St., Guishan Township, Taoyuan County 33305, Taiwan
Tel: 886-3-328-1200 #8131 E-mail: chichi0715@cgmh.org.tw

一位子癇前症併發腦出血與 緊急剖腹初產婦之產後護理經驗

洪麗婷¹、陳曉玫²

中文摘要

本文描述一位初產婦於分娩過程中因子癇前症併發癲癇與腦出血，緊急剖腹產後之護理經驗。個案術後除面臨生理不適，亦遭遇新生兒照護與親子依附受限的挑戰。自2022年3月20日至3月24日，透過身體評估、觀察、會談及病歷查閱進行資料收集，確立主要健康問題為：身體活動功能障礙、急性疼痛及家庭因應能力不足。護理措施包括運用復健五階段概念協助提升活動能力，持續評估並緩解疼痛，以及以家庭為中心的照護策略增進親職角色信心。因COVID-19疫情影響，院方限制新生兒加護病房探視，進一步阻礙母嬰早期依附，顯示空間規劃與支持系統的重要性。此案例提供臨床照護之參考，強調在重症產婦護理中，除生理照護外，更需兼顧心理支持與家庭因應，以促進母嬰健康與人文關懷的落實。(志為護理, 2026; 25:2, 123-133)

關鍵詞：子癇前症、腦出血、剖腹產、親子依附、產後護理

前言

從懷孕開始，孕婦及家人就期待未來的生產過程順利，然而子癇前症(pre-eclampsia)是懷孕中、後期可能發生的疾病，其發生率於臺灣與全球分別為2%-5%與5%-14%，它是造成孕產婦死亡的三大原因之一；孕婦當子癇前症合併癲癇發作，不但會影響個案肺、肝與

腎等臟器的運作功能，且會威脅母嬰的健康與生命，緊急狀況下需將胎兒娩出(何, 2018)。子癇前症的個案於生產過程可能會突然的血壓升高而發生非預期腦血管破裂，這也對個案及其家人造成巨大的身心衝擊與壓力(Witcher, 2018)。對於臨床產科護理人員而言，在照護這些特殊案家於整個事件的調適過程中，如何運用有效的策略來維持與促進母嬰

佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院護理師¹、佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院護理長²

接受刊載：2026年1月2日

通訊作者地址：洪麗婷 新北市新店區建國路289號

電話：886-6628-9779 #1551 電子信箱：liting19890207@gmail.com

依附關係的鏈結，並協助案夫對新生兒照顧與其家庭因應的能力，是一項頗為重要的服務議題。

本案為妊娠39+4週的初產婦，妊娠期間即發現子癇前症，產檢期間並未發生嚴重的合併症，卻在分娩用力過程時發生全身痙攣而緊急剖腹娩出胎兒；產婦除了入住外科加護病房外，新生兒也因病況不穩需要特別照護而入住了加護單位，使得這名個案經歷腦血管破裂、剖腹生產及產後生理不適與心理壓力，也因母嬰分離進一步的影響親職角色的認同；案夫對其妻子及新生兒的健康亦倍感焦慮，故引發筆者照護之動機；透過深入了解個案整個生產歷程之身心變化，同時協助案家於出院後具備新生兒照護之因應能力，也將此次護理經驗與同仁分享，以提供未來類似個案的照護參考。

文獻查證

一、子癇前症與產程腦出血之產後護理

子癇前症是一種以高血壓、蛋白尿和水腫為特徵的妊娠併發症，臨床表現因人而異，嚴重者甚至會導致孕婦或胎兒死亡(Witcher, 2018)。待產婦當癲癇發作時，需要緊急將胎兒娩出，若分娩中血壓急速升高而導致腦血管破裂與出血時，稱之高血壓性腦出血，有高達80~90%病人會出現運動障礙並影響身體活動的功能(Lendraitiene et al., 2017)。依腦部出血部位與範圍的不同，患者會呈現不同的活動功能障礙，主要以肢體無力、身體障礙為主(邱, 2018)。個案急性期過後的肢體復健，可依不同階段來

進行，包括：「躺」簡易主動四肢關節運動；「坐」每次30分鐘於床旁練習坐姿，每日至少三次；「站」至少30分鐘於床旁站立；「動」運用合適的復健輔助器協助下床活動；「走」確認下肢耐力可耐受站姿，指導病人針對受損的功能採代償措施，例如健肢輔助患肢進行日常活動(翁等, 2018)。上述五階段的復健過程，可以提供教材或衛教影片，以引發個案學習的動機並加深對學習內容的記憶(黃、曾, 2020)。

二、剖腹產後之疼痛護理

剖腹產婦普遍存在急性疼痛的問題，當疼痛發生時產婦可能表現臉部表情緊張、躁動不安或疼痛不適等主訴；護理措施包含：持續生命徵象監測與疼痛評估，使用疼痛指數0~10分並評估疼痛之性質、位置、強度(Karcioglu et al., 2018)，給予止痛藥、採集中護理、剖腹傷口換藥盡量輕柔、教導漸進式活動、使用電動床或束腹帶等輔具、採取舒適的半坐臥、咳嗽時按壓腹部以減緩傷口周圍皮膚的震動，教導深呼吸、肢體按摩，轉移注意力等，以減輕術後疼痛的問題(楊等, 2021)。

三、初產婦出院準備與家庭因應能力之提升策略

重症周產期間對產婦來說，是一個身心充滿挑戰的時期，當胎兒出生且入住新生兒加護病房時，不但減少親子互動的機會，也讓父母對於新生兒病情的變化與結果、加護醫療與相關處置等，產生壓力、焦慮與不確定感，甚至構成家庭危機(楊等, 2021)。重症產婦照顧多以維持生命徵象穩定、緩解疼痛等優

先，較常忽略伴侶及新生兒的需求；而當事件發生時伴侶亦倍感無力，若又缺乏足夠的資訊且獨自要承擔產婦與新生兒的照顧責任，將陷入心力憔悴與苦惱當中(Moore et al,2019)。為增進產婦之親子連結並提供以家庭為中心的照護，應主動關懷、傾聽與同理家屬的疑慮與不安，主動告知病情進展，使用照片及圖片等衛教手冊或實體操作，來增進個人及家屬對嬰兒照護之技巧與信心，協助家庭建立具支持性的網絡並提供必要與相關的支持團體資訊，以增進產婦母性角色之建立，同時與主要照顧者一起擬定出院照護計畫，以增進新生兒返家後的照護能力(許等，2017)。

護理過程

一、個案簡介

陳女士，34歲，大學畢，為銀行業務員。7歲時因尿液回流曾接受手術治療；多年前發現左側乳房良性腫瘤，每年定期追蹤未手術；左側甲狀腺結節未追蹤用藥；案夫，36歲，為科技業人員及主要照顧者，決策方式為夫妻共同討論決定，互動良好。案父因患大腸直腸癌已過世，案母有心臟病史，個案無其他兄弟姊妹。孕產史：懷孕1次，胎次0次，此胎為自然受孕，預產期2022年3月20日。妊娠24週診斷有子癩前症，產檢時有蛋白尿、血壓偏高、下肢水腫等情形，定期於本院產檢追蹤。

二、本次住院經過

妊娠39+4週無產兆，經醫師評估於3月17日入院催生。3月18日 04:54子宮頸全開，05:20自然破水，08:35分用力

分娩時出現全身痙攣、意識改變，行緊急剖腹產及全身麻醉，生產時出現胎盤早期剝離、胎兒窘迫、疑似羊水栓塞等併發症，故產臺未執行親子肌膚接觸；新生兒娩出Apgar score：2分(第一分鐘)轉7分(第五分鐘)，送至新生兒加護病房觀察。3/18 08:42生產時置入6.5mm氣管內管接ventilator PCV mode、FiO₂：100%、Rate：12bpm、PEEP：6cmH₂O，鼻胃管放置進行胃減壓，呼吸規則平順，術中未輸血；10:43術後轉至外科加護病房，GCS：E1VEM1，雙側瞳孔大小3.0mm(+)，四肢肌力皆1分；術後每小時之生命徵象分別為體溫35.1-37.8°C、血壓123-183/76-116mmHg、心跳64-117bpm、呼吸12-23bpm、血氧：95-100%，D-dimer> 10,000ng/ml；因產程中疑似羊水栓塞，經肺部電腦斷層血管攝影顯示：無肺動脈栓塞及主動脈剝離，但有雙側少量的肋膜積水，腦部電腦斷層血管攝影顯示：右額葉有輕微蜘蛛膜下出血2.5mm。3/20由加護單位轉至產後病房，3/23開始口服adapine S.R.F.C(30) 1tab QD控制血壓。3/24病況穩定後出院，愛丁堡憂慮量表為8分，後續安排於神經內科、心臟內科等門診追蹤。

於3月18日，因母親抽搐緊急剖腹產娩出一名女嬰，出生後四肢癱軟，活力差，鼻翼扇動、胸肋凹，Apgar score:2分轉7分轉9分，予ambu bagging後，直入新生兒加護病房使用呼吸器治療及觀察。3月18日-19日依醫囑禁食中，3月20日因呼吸喘於加護病房使用呼吸器，且母親尚未擠母乳前來，經醫師解釋後取得母

親同意使用配方奶餵食，於3月23日開始脫離呼吸器並協助餵食母乳。於3月26日精神活力佳，哭聲宏亮，食慾佳，經醫師診視後於3月29日出院。

護理評估

2022年3月20日至3月24日於產後病房照護期間，以Gordon十一項健康功能型態評估，並藉由觀察與會談、身體評估及病歷查閱等方式來收集資料，結果如下：

(一)健康認知與健康處理型態

自覺平時健康狀況良好，多採均衡營養及運動，未服用任何藥物；孕期有補充綜合維他命。孕前血壓100-110/60-70mmHg，孕中期(24週)血壓開始偏高，約106-145/66-89mmHg、尿蛋白：-~+、下肢水腫：1+，未服用藥物但按時產檢；孕期胎動及胎兒生長正常，無嚴重的子癇前症。住院期間，能配合治療及相關照護問題，經評估無此項健康問題。

(二)營養與代謝型態

身高160公分，孕前體重54公斤，孕後期66公斤，符合標準的體重範圍。個案表示平時不挑食，無特別的食物偏愛，水分攝取1800-2000ml/天，口腔黏膜完整，無消化不良、嘔吐等情形。3/17入院之Hb:12.4g/dl，3/18剖腹時Hb:12.2g/dl，術後失血含羊水約600ml，未輸血，3/18術後腹部傷口一處，約14X0.1cm²，傷口縫線之外觀乾淨無紅腫或出血。3/18術後禁食，放置鼻胃管及胃減壓，當天22:43移除鼻胃管，3/20採院內流質飲食及3/21普通飲食，也搭配家人準備的魚湯、滴雞精等點心，能配合漸進

式飲食，食慾可，無吞嚥或咀嚼困難。3/20轉入病房後暫無此項健康問題。

(三)排泄型態

平時排尿6-8次，小便順暢呈黃色，每日排軟便一次，皮膚溫暖粉紅；在孕中及孕後期有頻尿及便秘情形，經服用益生菌後可改善；雙下肢水腫1+；3/18剖腹產留置導尿管，尿液色黃、無沉澱物，尿液檢查結果正常，3/21移除導尿管，自解尿液順暢。產後病房期間排便順暢，質地軟，經評估無此項健康問題。

(四)活動與運動型態

孕前習慣一週一次至健身中心重訓，懷孕後每週約2-3次在住家附近散步，每次約30分鐘。3/18入住加護病房GCS：E1VEM1，四肢肌力皆1分；12:30 GCS改善為E3VEM6，呼喚後能睜眼，並配合指令活動，但四肢肌力：雙上肢3分，雙下肢2分。19:54 GCS：E4VTM6，而3/18全身痙攣發作後直到出院，未再有抽搐情形。3/19 移除氣管內管後GCS：E4V5M6，四肢肌力已達3分。3/20轉至產後病房，四肢肌力3-4分；3/21 10:00床上練習坐起時身體會往後傾斜，須由先生及護理人員扶持，雙上肢肌力5分，雙下肢肌力4分，下肢水腫1+，坐立15分鐘因會感到頭暈而躺回床上；3/23可由先生陪同步行至廁所盥洗或是將擠出的母乳送至新生兒加護病房，不須使用步行輔助器；3/23四肢肌力皆為5分。3月21日至3月22日口服止痛藥後一小時之ADL日常生活活動量評估為50分(屬重度依賴)；3月21日個案表示「我在加護病房感覺全身沒力氣，左手抬不起來，

擔心會不會是真的中風了！」、「現在左邊覺得沒力，但比在加護病房好多了。」；經評估有腦出血導致身體活動功能障礙，及自我照顧能力缺失等健康問題。

(五)休息與睡眠型態

每日平均睡眠時間約8小時，孕中後期因頻尿現象需要夜間起床如廁，但不致難再入睡及精神倦怠。住院期間每日睡眠平均約5-7小時，3月20日個案表示：「有時候因傷口痛跟宮縮痛，晚上常會痛醒。」、3月21日表示「轉到病房我睡得比較好，但開始床上坐起及嘗試下床時傷口就又很痛，夜間睡眠至少醒來5次以上」；經評估有因剖腹傷口疼痛引起睡眠型態紊亂之健康問題。

(六)認知與感受型態

聽覺及視覺正常，意識清楚、邏輯思考、判斷力、記憶力與學習能力皆屬正常。3月20日轉入產後病房之意識清楚，但大部分時間採閉眼休息，叫喚後可睜眼及正常回答問題。產後觸診宮底位置時表情皺眉。3月20日主訴：「開始床上坐起及嘗試下床時感到剖腹傷口很痛。」、「下腹疼痛的感覺是刺刺的痛，宮縮的感覺是悶悶一陣一陣的痛，而當兩個痛同時發生時，會讓我很不舒服。」、「疼痛部位就在子宮那裡，痛的時候要平躺約15分鐘才會緩解。」、「下床時傷口疼痛會比較嚴重，宮縮痛的時間就不一定了」；個案臉部表情皺眉、有退縮與僵硬等肢體行為，疼痛十分量表評估結果約5-6分。經評估有急性疼痛之健康問題。

(七)自我感受與自我認知型態

自述個性容易緊張，此胎是計畫中受孕，原是開心迎接這一胎的到來，沒想到變成了剖腹產，且嬰兒病況不穩入住新生兒加護病房，使用呼吸器及放置口胃管；對於無法親子同室及親餵母乳，感到自責與難過。3月21日視訊會客後，個案流著眼淚表示：「我肢體有一點沒力，很擔心之後沒辦法照顧小孩怎麼辦？也很擔心會造成先生的負擔」。3月22日表示：「寶寶需要幾天他的呼吸才能較為穩定？我很擔心沒有親餵母乳或乳汁無法增量。」、「看到寶寶身上好多的管子，內心很不捨，可是我有在吃抗癲癇藥，這樣可以餵母乳嗎？」；觀察個案表情愁苦，眼眶含淚，會不斷詢問先生及護理人員有關嬰兒的狀況，或一直用手機查詢新生兒呼吸窘迫等醫療資訊。經評估有增進家庭因應能力的準備度之健康問題。

(八)角色與人際關係型態

擔任女兒、妻子、媳婦及母親等角色，為雙薪家庭，平時與案夫同住，遇到事情會找先生討論及一起解決，親戚朋友之互動融洽。案母有心臟病能按時服藥控制，和案夫之雙親均住於南部。個案對孕育新生命已期盼良久，原計畫要育嬰留停二年以專心照顧寶寶，然而這次突發的腦出血入住外科加護病房，且寶寶也於新生兒加護病房，加上COVID-19疫情的訪客限制，僅能透過視訊聯繫，大大限制了實體的親子互動。個案對未來的新生兒照顧感到壓力，且缺乏育兒知識與自信。3月21日案夫表示：「太太從床上起身及下床時仍需要攙扶，她會說左邊沒力氣，醫師說會慢

慢恢復，但我很擔心她之後無法照顧自己及寶寶，我白天又要上班，該怎麼辦？」、「寶寶洗澡會不會很困難？我不知道要怎麼幫太太照顧寶寶才能減輕她的壓力。」；由於個案與案夫皆為新手父母且未與長輩同住，經評估後有增進家庭因應能力準備度之健康問題，這與突發事件所引起的照顧技能缺失有關。

(九)性與生殖型態

初經年齡14歲，月經規則約28-30天/週期，經血量中，無痛經情形。平時以保險套避孕，性生活滿意，此胎為計劃中懷孕。產後表示暫未規劃第二胎，還會以保險套避孕；經評估無此項健康問題。

(十)壓力因應與耐受型態

個性自述容易緊張，平時適應環境良好；當面臨壓力時會與先生或親友共同討論及處理，先生也會尊重她的意見。3月21日案夫表示：「太太血壓偏高及腦出血，回家不知道要注意什麼？該怎麼預防再次中風？」，隔日案夫眼睛泛血絲、皺眉及嘆氣的表示：擔心寶寶病況及無法勝任親職任務；經評估後有增進家庭因應能力準備度之健康問題。

(十一)價值與信念型態

無宗教信仰，但家裡有拜觀音，若遇困難不會求神問卜，而會針對問題與先生或親友共同討論，並尋找解決方法。

問題確立

綜合上述之評估結果，個案有身體活動功能障礙、急性疼痛、增進家庭因應能力、自我照顧能力缺失、及睡眠型態紊亂等健康問題；因篇幅限制，以下將

針對前三項問題及其導因，進行個別性的護理措施與評估。

護理措施與評值

一、身體活動功能障礙/與神經肌肉功能障礙所造成肌力減少有關(3月20日確立)

主客觀資料：

3月20日四肢肌肉力量3-4分。3月21日表示「我在外科加護病房感到全身沒有力氣，左手抬不起來，擔心會不會真的中風了！現在左邊覺得沒力，但比在加護病房好多了。」床上練習坐起時身體會往後傾斜，雙上肢肌力5分，雙下肢肌力4分。在使用止痛藥下依ADL日常生活活動量表評估後之總分為50分，屬於重度依賴。腦部電腦斷層血管攝影顯示：右額葉有輕微蜘蛛膜下出血2.5mm。

護理目標：

3月21日前家屬能協助個案進行左側肢體的被動運動，每次15分鐘。3月22日前個案能使用非慣用的手(左手)執行日常生活至少二項。照顧期間，左側肢體無關節僵硬或攣縮情形發生。

護理措施：

每四小時評估及紀錄個案肌肉力量、關節活動度及僵硬情形。運用五階段肢體的復健原則，鼓勵使用右上肢去抓握對側床欄，與護理人員、家屬共同完成翻身、擺位等。協助個案用左手拿毛巾擦臉、握杯子喝水、取物及滑手機看寶寶照片等，以增加主動運動。鼓勵個案以手腕彈力帶繫於左手手腕處，並以右手協助左手進行主動運動，每項執行15次，每日執行3次。照會復健科與擬定

個案復健計畫，復健師以示範方式教導個案及家屬如何執行15分鐘的被動運動與健肢協助患肢關節運動，也示範及衛教家屬如何協助個案於被動運動前予以肢體按摩，來放鬆肌肉及增加關節運動時的最大弧度；個案做關節床上被動運動及左手主動運動時給予口頭稱讚。指導家屬協助個案上下床採漸進式，並將病床調高至膝蓋位置，起床時的動作宜緩和，每日坐及站於床緣30分鐘至少三次，若無不適再穿上鞋子、站穩後再使用床旁便盆椅及坐輪椅。指導家屬協助個案使用助行器步行至廁所盥洗或如廁。

護理評估：

案夫協助個案執行被動運動前能給予肢體按摩，且能正確執行關節被動運動。3月22日個案可使用左手執行刷牙、擦臉、梳頭、短暫滑手機等動作。出院期間個案四肢無關節僵硬、攣縮，肌肉力量5分。3月31日電話聯繫及關懷個案於月子中心的休養情形，ADL日常生活活動量表已達100分。

二、急性疼痛/與剖腹傷口及子宮收縮有關(3月20日確立)主客觀資料:

3月20日表示：「開始床上坐起及嘗試下床就會感到傷口很痛。」、「下腹部感覺刺刺的痛，子宮收縮則感覺悶悶一陣一陣的痛，若兩個痛同時發生時，讓我很不舒服。」、「疼痛部位就在子宮那裡，痛時平躺約15分鐘才能緩解。」、「下床時剖腹傷口痛得較為嚴重，宮縮痛的時間就不一定。」、「剖腹傷口跟宮縮痛會讓我晚上睡不好，有時候因翻身疼痛，晚上會醒來五次以

上。」剖腹傷口一處約14 x 0.1cm²，當觸診產後宮底位置時，個案表情皺眉，要求過止痛藥，並因疼痛問題無法自行下床。以疼痛十分量表評估個案疼痛指數介於5-6分，有退縮與僵硬等肢體行為。3月21日表示：「轉到病房我有睡得比較好，但開始由床上坐起或嘗試下床時，就又会感到傷口很痛」。

護理目標：

3月22日前個案能說出至少兩種減輕疼痛方法。出院前疼痛指數能降至3分以下。

護理措施：

鼓勵個案表達對疼痛的感受，予傾聽及心理支持。教導個案使用電動床來輔助活動或改變姿勢時以手固定腹部傷口，以防肌肉牽扯造成疼痛。使用束腹帶，並教導活動、咳嗽時可用手按壓腹部傷口以減緩震動。協助半坐臥，教導並示範深呼吸技巧。指導案夫協助個案轉移注意力或進行四肢按摩與舒緩。以疼痛評估量表每四小時評估其疼痛部位、性質及持續時間。評估剖腹傷口之外觀、是否出血、滲液、或感染徵象等，並依剖腹傷口敷料的性質採必要性換藥且動作輕柔，也說明傷口現況。採集中護理，以增加個案休息時間，必要時依醫囑給予口服藥paran 500mg 1# QID。

護理評估：

3月21日個案半坐臥於床上，能深呼吸方式及滑手機來轉移注意力。3月22日經案夫協助下能正確使用束腹帶。出院時表示：宮縮痛已緩解，疼痛指數已降為1-2分，可自行上下床活動及如廁。

三、增進家庭因應能力/與突發事件引起照顧比重失衡及家屬面對個案、新生兒等照護問題有關(3月20日確立)

主客觀資料：

3月21日案夫表示：「太太從床上起身及下床仍需要他攙扶，她會說左邊感覺沒有力氣，但醫師說會慢慢恢復，我其實很擔心她會不會因此中風或是回家無法照顧寶寶。」、「太太血壓偏高及腦出血，回家不知道要注意什麼？該怎麼樣預防再次中風？」、「我肢體有一點沒力，很擔心之後沒法照顧小孩，怎麼辦？也很擔心會造成我先生的負擔。」。3月22日「寶寶需要幾天他的呼吸才能較穩定？我很擔心沒有親餵母乳，或乳汁無法增量。」、「看到寶寶身上管子好多，內心很不捨，可是我正在吃抗癲癇藥，這樣可以哺餵母乳嗎？」經腦部電腦斷層血管攝影結果為：右額葉輕微蜘蛛膜下出血。3月21日至3月22日當個案表示擔心寶寶病況及無法勝任母性任務時，案夫有皺眉及嘆氣等反應且眼睛泛血絲。案夫與新生兒分離，且對未來個案與嬰兒照顧的技能不了解。個案未發生腦出血前，預計育嬰留停兩年及專心照顧新生兒，事件發生後案夫表示對個案狀況及新生兒照護缺乏經驗，且長輩親人都住在南部，遠水救不了近火。住院期間，案夫會重複詢問日後有關親人照護上的問題，且表現焦慮。

護理目標：

3月23日前個案及案夫可主動學習並正確操作育兒技巧至少三項，如更換尿布、執行瓶餵、新生兒沐浴等。出院前，案夫能說出改善照顧比重的應對措

施至少二項。於3月31日出院後一週電訪，案夫能主動說出照護壓力已減輕。

護理措施：

評估個案對中斷母乳哺餵的理解程度，由兒科醫師告知新生兒病況，並鼓勵她雖不能親餵但能以手擠乳或儲奶方式，將母乳送至新生兒加護病房做備用。主動向雙親介紹新生兒加護病房入院須知、疫情期間預約視訊會客方式並提供單位24小時諮詢電話。以翻轉教學的方式，請案夫及個案先觀賞新生兒照顧技巧，再以嬰兒模型進行尿布更換、奶瓶餵食、新生兒沐浴等示範動作。會診社工師，共同關懷和協助案夫心理調適，引導情緒抒發並提供紓壓管道。會診藥師以進行母乳哺餵期間的藥物指導，如：抗癲癇藥服用前或後1小時再進行哺餵母乳或收集母乳。向個案及案夫說明出院後婦產科個案管師的介入與電訪追蹤，也提供24小時母乳諮詢專線或是醫院、社區等母乳哺育支持團體。為因應個案腦出血所導致肢體活動暫時的受限問題，與家屬討論返家後可行照護方式，如：提供到府保母、月嫂及自費居服員等資源，可視情況延長照護天數等。召開家庭會議，與家庭成員溝通如何分配照顧責任，以降低案夫的壓力及疲憊。教導個案及案夫應早、晚測量血壓並加以記錄，也要避免引起血壓升高的其他狀況。

護理評估：

3月23日個案與案夫可正確執行更換尿布、親餵及瓶餵等技巧，可執行至少三次假嬰兒的正確沐浴流程。3月24日案夫與個案共同決定先到月子中心調養身

體，再視身體恢復狀況預約到府保母，以協助個案對嬰兒的照顧，且產後期間個案母親、案夫雙親會輪流北上協助他們。3月29日經案夫陪同下回婦產科門診追蹤，個案開心的表示：「寶寶病況穩定能今日出院。」；3月31日電聯關懷，案夫表示個案在月子中心已開始親餵母乳，能幫寶寶換尿布及更衣，自己下班後即回到月子中心協助個案，也能定時量血壓及服用降血壓、抗癲癇等藥物，同時說明壓力有些減輕，並感謝醫護團隊的協助。

討論與結論

本文旨在描述一位初產婦於分娩過程中因全身痙攣進行緊急剖腹，術中發生腦出血及入住外科加護單位，術後傷口疼痛及產後對於自己未來能否回復健康及新生兒照顧等問題感到困擾，因此需要提供增進家庭因應能力的協助。於個案身體活動功能障礙的護理中，參考翁(2018)等人提出復健五階段，並掌握個案復健的黃金時間，予以漸進式增加肢體活動及個人的控制能力，所幸出血範圍不大，於住院期間她的腦部血塊已自行吸收，且於出院前肌力恢復到5分，意識無改變，並安排腦神經外科的後續門診追蹤。於疼痛方面的護理中，除了持續評估疼痛性狀及轉移注意力等各項措施，出院後至月子中心也可依狀況需要口服止痛藥物，門診追蹤得知個案已無疼痛問題。另外，筆者藉由會談、陪伴及鼓勵個案表達想法，提供安靜且獨立的空間並使用有圖示的衛教單張、實際示範與回覆示教等方式，來指導有關

新生兒沐浴、尿布更換等技巧，使得個案及案夫增加育兒的信心。而針對個案返家後的照護需求也提供合適的人力資訊，以提升居家因應的能力。

親子依附關係的連結，於生產當下及產後彼此肌膚接觸與感知等互動，是非常關鍵與重要的時刻。文獻已指出：經歷生產過程中的危急、艱難與不確定情況，可能會造成壓力性創傷，進而影響婦女未來的生育意願和整體幸福感(Watson, et al., 2021)，因此對經歷生產危機的婦女，應提供溫暖、特殊與專業、持續的關懷與支持，協助她們身心復原、角色調整及母嬰關係的重建。本個案照護期間，由於大環境防疫措施，使得個案及其家屬僅能透過加護單位視訊聯繫來了解新生兒狀況，而政府施政措施的遵循與工作單位硬軟體設備的限制等條件，限制了筆者提供個案及家屬直接親子相處的機會。雖然截至發稿前的疫情似乎看無盡頭，但建議單位可規劃特定與獨立的會客區域或更加優質的網路視訊功能，以協助母嬰照護及家庭支持，以進一步提升個別性與整體性的照護品質。

參考資料

- 邱弘毅(2018, 10月12日)。*亞急性暨長期照護之現況與未來~以中風為例*。https://www.stroke.org.tw/GoWeb2/include/index.php
- 何銘(2018)。子癇前症威脅母胎安全-高風險孕婦應早期篩檢。*中國醫訊*，160，42-44。
- 翁淑敏、林瑞青、林琦峯、林佳慧(2018)。提升急性腦中風病人肌力之護理專案。*源遠護理*，12(1)，36-45。https://doi.

- org/10.6530/YYN/2018.3.1
- 許欣潔、羅慧萍、賴羿好、曾貴芳、楊佩欣 (2017) · 運用仿居家概念提升早產兒出院前準備之成效 · *長庚護理* , 28(3) , 414-425 。 <https://doi.org/10.3966/102673012017092803003>
- 黃麗綺、曾凱郁(2020) · 一位腦中風急性後期患者之照護經驗 · *高雄護理雜誌* , 37(3) , 108-120 。 [https://doi.org/10.6692/KJN.202012_37\(3\).0010](https://doi.org/10.6692/KJN.202012_37(3).0010)
- 楊依潔、鍾芬芳、蔡麗紅(2021) · 協助一位懷雙胞胎剖腹產婦女增進親子連結之護理經驗 · *長庚科技學刊* , 34 , 145-158 。 [https://doi.org/10.6192/CGUST.202106_\(34\).12](https://doi.org/10.6192/CGUST.202106_(34).12)
- Karcioglu, O., Topacoglu, H., Dikme, O., & Dikme, O. (2018). A systematic review of the pain scales in adults: Which to use? *American Journal of Emergency Medicine*, 36(4), 707-714. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2018.01.008>
- Lendraitienė, E., Tamošauskaitė, A., Petruševičienė, D., & Savickas, R. (2017). Balance evaluation techniques and physical therapy in post-stroke patients: A literature review. *Neurologia i Neurochirurgia Polska*, 51(1), 92-100. <https://doi.org/10.1016/j.pjnns.2016.11.003>
- Moore, H., Solomons, W., & Hinton, L. (2019). Life-threatening complications in childbirth: A discursive analysis of fathers' accounts. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 37(3), 256-266. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1546382>
- Watson, K., White, C., Hall, H., & Hewitt, A. (2021). Women's experiences of birth trauma: A scoping review. *Women and Birth*, 34(5), 417-424. <http://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.09.016>
- Witcher, P. M. (2018). Preeclampsia: Acute complications and management priorities. *AACN Advanced Critical Care*, 29(3), 316-326. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2018710>

靜
思
語

未經人事磨練，磨不出柔軟心。

~ 證嚴法師靜思語 ~

Only through the challenges
encountered in human affairs
is a gentle heart cultivated.

~ Master Cheng Yen ~



Nursing Experience of a Primipara Undergoing Caesarean Section for Preeclampsia-Induced Brain Hemorrhage

Li-Ting Hong¹, Xiao-Mei Chen²

ABSTRACT

This article describes the nursing experience of a primipara who developed eclampsia with seizure and intracranial hemorrhage during her first experience of labor, requiring emergency Caesarean section. Postoperatively, the patient faced not only physical discomfort but also challenges in newborn care and limitations in early mother–infant bonding. From March 20 to March 24, 2022, data were collected through physical assessment, observation, interviews, and chart review. The major health problems identified included impaired physical mobility, acute pain, and insufficient family coping ability. Nursing interventions involved applying the five-stage rehabilitation concept to enhance physical activity, continuous pain assessment and relief strategies, and family-centered care to strengthen parental confidence. Due to COVID-19 restrictions, neonatal intensive care unit visitation was limited, further hindering early attachment, underscoring the importance of hospital space planning and supportive systems. This case provides clinical reference for postpartum nursing care when there are severe obstetric complications. It emphasizes that beyond physiological management, psychological support and family adaptation are essential to promote maternal and infant health and to realize the value of humanistic care. (*Tzu Chi Nursing Journal*, 2026; 25:2, 123-133)

Keywords: preeclampsia, brain hemorrhage, Caesarean section, mother–infant bonding, postpartum nursing

RN, Taipei Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation¹; Head Nurse, Taipei Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation²

Accepted: January 2, 2026

Address correspondence to: Li-Ting Hong No. 289, Jianguo Road, Xindian District, New Taipei City

Tel: 886-2-6628-9779 #1551 E-mail: liting19890207@gmail.com

照護一位瀰漫性 大型B細胞淋巴瘤復發後 決策衝突個案之照護經驗

徐千惠¹、葉惠玲²、鄭雅君³

中文摘要

本文探討一位瀰漫性大型B細胞淋巴瘤復發個案面臨治療決策衝突的護理經驗，護理期間為2023年3月5日至3月29日。因需選擇昂貴的CAR-T療法或二度骨髓移植，導致焦慮與決策困難。運用Gordon十一項健康功能型態進行評估，確立健康問題包括：潛在危險性感染、焦慮及決策衝突。護理重點為感染預防，安排個案入住正壓病房並監測感染徵象；運用跨領域團隊模式，由筆者整合主治醫師、細胞治療護理師、心理師及社工師，針對治療選項提供詳細說明及社會資源支援，滿足個別需求，提升其治療信心並陪伴渡過決策衝突。建議未來成立全國性接受CAR-T療法病友團體及網路交流平臺，邀請病友分享經驗，以增強決策信心。本經驗期望為護理人員提供參考，提升對此類個案之整體照護品質。(志為護理，2026; 25:2, 134-144)

關鍵詞：嵌合抗原受體T細胞、焦慮、復發、決策衝突

前言

依據2023年癌症登記資料庫分析顯示：非何杰金氏瘤佔所有淋巴瘤74.42%，居十大癌症死亡率第十名，其中瀰漫性大型B細胞淋巴瘤佔非何杰金氏瘤30-40%，接受治療5年存活率高達

70%，3-5年後復發率5%，但復發後存活時間約3-4個月(衛生福利部國民健康署〔國健署〕，2023)復發後治療方式有兩種選擇：一、健保給付的高劑量化學治療併造幹細胞移植；二、嵌合抗原受體T細胞(chimeric antigen receptor-T cell, CAR-T，以下簡稱CAR-T)治療(Sterner &

佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院個案管理師¹、佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院專科護理師護理長²、佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院督導³

接受刊載：2025年6月27日

通訊作者地址：鄭雅君 970花蓮市中央路三段707號

電話：886-3-856-1825 #12084 電子信箱：0939066356/eva680210@tzuchi.com.tw

Sterner, 2021)。個案在治療過程中除需承擔因嗜中性白血球低下易產生致命嚴重感染風險外，亦在決策治療選項時容易產生衝突(于、胡，2022)。個案管理師協助復發淋巴瘤個案順利渡過決策衝突、提振治療信心，選擇與其價值觀一致的決定實為重要的議題。

本文為一位53歲男性，瀰漫性大型B細胞淋巴瘤經造血幹細胞移植後復發之個案，2023年03月因左胸壁一塊腫瘤，經病理切片證實復發，此次入院預接受化學治療及討論後續治療計畫，照護過程發現個案身心壓力極大，除因疾病復發產生焦慮情緒外，對新興治療選項CAR-T訊息不足而陷入決策衝突，引發筆者選擇此個案動機，期望藉由跨領域整合照護模式，進行照護流程及相關副作用說明、社會資源補助下讓個案選擇適合治療方式，圓滿治療期待。

文獻查證

一、瀰漫性大型B細胞淋巴瘤復發後治療

瀰漫性大型B細胞淋巴瘤佔非何杰金氏瘤首位，男性多於女性，平均年齡在60歲以上，侵襲速度快，常見症狀：可觸摸到淋巴結節或腫塊，通常頸部、腋下、腹股溝等區域，若疾病進展時，出現食慾不振、精神倦怠、發燒等症狀(花、徐，2021)。治療方式：1.標靶治療合併化學治療；2.放射線治療；3.手術治療；4.造血幹細胞移植合併放射線治療為主。若復發其主要治療方式係以高劑量化學治療併造血幹細胞移植治療；針對高風險復發及複雜性淋巴瘤，建議採用CAR-T治療，優點取於自己T細胞改

造，不易產生排斥反應，單次治療完全緩解達47%；缺點單次費用高達新臺幣約1160萬元左右(蘇等，2021；Sterner & Sterner, 2021)。治療期間副作用有：細胞介質釋放症候群、免疫作用細胞相關神經毒素症候群，需嚴格監控生命徵象與意識狀態(Rivera et al., 2020)。

二、瀰漫性大型B細胞淋巴瘤化療期間副作用之照護

複雜性淋巴瘤復發經歷化學治療、放射線治療、周邊血造血幹細胞移植後常見副作用骨髓抑制，近80%會發生嚴重嗜中性白血球(Absolute Neutrophil Count, ANC)低下，可分4級，第1級：ANC \leq 1500/mm³、第2級：ANC-1000-1499/mm³、第3級：ANC-500-999/mm³、第4級：ANC $<$ 50/mm³，嚴重時引起敗血性休克(于、胡，2022)。預防感染為首要照護重點，每日進行身體評估，包括：意識狀況、生命徵象變化、全身黏膜、侵入性導管及皮膚完整性，照護措施包括：(1)環境方面：外出時須戴口罩、避免出入擁擠場所及住院期間需入住正壓隔離病房並定期檢測壓力，進出須穿著隔離衣、確實洗手、使用75%酒精擦拭環境物品及3C產品(賴、徐，2020)。(2)飲食方面：接觸食物及用餐前後必須洗手和避免生食、生熟食砧板需區分、禁食生菌和鮮奶製品。(3)身體清潔方面：使用2%chlorhexidine gluconate清洗。(4)口腔衛生方面：進食後以煮沸冷開水清潔口腔或使用無酒精性漱口水，及使用軟毛牙刷清潔。(5)如廁後優碘坐浴並保持皮膚乾燥。(6)會客方面：避免接觸上呼吸道感染者。(7)導管留置

方面：保持乾燥及以無菌技術進行消毒及管路維持密閉性。(8)每周進行熱量攝取評估。(9)預防性抗生素使用(洪等，2022)。

三、瀰漫性大型B細胞淋巴瘤治療復發之心理困擾

癌症病人復發心理困擾較初次罹癌更為強烈，主要原因經歷長期抗戰治療，最終被宣判復發，心中的失落、挫敗、對未來無望焦慮等情緒問題(羅等，2018)，爾後將面對自己及家人日常的改變，同時也必須決策復發後的治療計畫等壓力造成負面影響。臨床上評估焦慮程度可使用簡易的視覺類比量表(Visule Analogue Scale, VAS)篩檢量表進行評估，0分-10分，分數愈高表示焦慮程度愈高。常見焦慮症狀：臉部肌肉緊張、呼吸急促、坐立難安、及情緒不穩定等(孫孟婕等，2022)。緩解焦慮護理措施：包括藥物和非藥物方面，藥物方面：鎮靜劑(ativan)、抗焦慮藥(clonopan)需要時使用；非藥物方面：會談時採開放不批評溝通方式並引導說出對治療及復發想法和心中擔憂問題，接受情緒發洩，鼓勵準備喜愛音樂、精油薰香等放鬆技巧，達到調整情緒減輕焦慮，並照會心理師進行會談、引導正向思考(施惠芬等，2018；劉、陳，2019)。

決策衝突是指在治療當中具有二種以上治療策略選擇，選擇過程中產生不確定感並表達對選項間質疑和知識不足(孫婉娜等，2017)。決策衝突徵象：對所面臨選擇治療方案口頭表達關切及不知所措、出現關注自我行為及壓力之生理徵象(不安、心跳加快、坐立難安)，首要

照護重點：釐清說明照護目標和藉由跨領域整合團隊討論資訊及提供相關治療資料(施孟芸等，2022)。

癌症治療選擇多樣化，醫療決策結合跨領域醫療人員，提供以病人為中心的照護，個案管理師(個管師)在病人治療過程中扮演著重要角色，提供持續的照護，以提高病人生活品質，並依個別需求協助聯繫院內、外相關醫療照護資源確保病人接受後續追蹤治療(Flucke & Sullivan-Moore, 2021)。而跨領域團隊是指二個以上健康專業人員合作照護、針對病人進行整體性評估，共同討論合適治療策略並針對不明確資訊釐清說明(林，2017)。心理師引導病人說出內心擔憂、聆聽對治療期待；個管師整合引導病人說出對治療決策疑問，並提供臺灣骨髓移植學會及臺灣癌症基金會CAR-T相關治療影片和常見副作用及處置流程，及協助澄清目標和結果、提供所需資訊(蘇等，2021)；細胞治療護理師提供CAR-T收集和注射計畫流程；社工師評估經費補助需求適時轉介基金會相關單位，協助病人選擇與其價值觀一致的決策及執行所做的決定(施孟芸等，2022)。

護理評估

一、個案簡介

(一)基本資料

周先生，53歲，大學畢，從事醫療業，因疾病復發目前留職停薪，無宗教信仰，慣用語言為國語，無抽菸、喝酒習慣，生病前為家庭主要經濟來源，生病後家庭經濟主要以銀行存款及商業保險，目前尚可負擔日常醫療及生活支

出，育有一男一女，目前皆有經濟能力，住院期間主要照顧者為案妻，其為全職家庭主婦。

(二)過去病史及家族史與治療經過

糖尿病病史且規則服用metformin藥物控制，家族無癌症病史及特殊疾病。2018年03月01日間歇性發燒1個月及雙腿痠痛2星期，個案初次骨髓穿刺報告顯示為伯基特氏淋巴瘤(burkitt lymphoma)，經進一步病理切片與免疫組織化學染色分析，綜合多方檢查結果後，最終確立診斷為瀰漫性大型B細胞淋巴瘤(diffuse large B-Cell lymphoma, DLBCL)。2018年04月02日至05月02日進行化療及標靶治療，2018年07月26日接受非親屬周邊血液幹細胞移植，2023年02月17日左胸壁腫塊切除病理報告：瀰漫性大型B細胞淋巴瘤。

(三)此次就醫過程

2023年03月05日住院進行復發後第一次化學治療：carmustine+vincristine+etoposide+methotrexate+acalabrutinib及2023年03月12日標靶治療：rituximab 500mg IVD，住院期間因嗜性白血球低下予抗生素注射，2023年03月29日出院。

二、護理評估

護理日期為2023年03月05日至03月29日，筆者以Gordon十一項健康功能型態為評估工具，藉由直接護理、傾聽、觀察、會談、身體評估及查閱病歷等方式進行整體性評估，收集主、客觀資料，分析內容如下：

(一)健康感受與健康處理型態

個案自認身體健康，偶小感冒會到診所求治，過去無抽菸、喝酒、嚼檳榔習

慣，生活作息規則，5年前罹癌積極配合治療，且定期回診，無自購藥品及服用保健食品習慣，能夠配合醫師指示治療。住院期間嗜中性白血球低下時皆能配合保護性隔離的各項措施，例如：外出病房時戴口罩，洗手等，每次抽血後皆會主動詢問血球狀況，經由以上評估，確立個案有潛在危險性感染健康問題。

(二)營養及代謝型態

住院前三餐可吃完一份餐點(500-700大卡/餐)，皆由案妻準備，無假牙或缺牙，口腔黏膜完整，無吞嚥咀嚼問題，一天額外補充1-2瓶倍速營養品(熱量300卡/瓶)，一天所攝取熱量約1,900卡，每日水分2,000-3,000cc，體重無下降情形，03月05日住院期間身高172公分，體重74公斤，BMI：20.0 kg/m²，(標準範圍：18.5 kg/m² ≤ BMI < 24 kg/m²)，使用營養不良篩選工具(malnutrition universal screening tool, MUST)進行評分，總分為0分(屬營養不良低度風險)，住院期間熱量：自備餐一餐餐點約500大卡/餐及營養品2瓶，共約2,000卡。皮膚外觀無破皮，臉色、唇色、眼瞼及指甲紅潤，微血管填充時間約5秒，四肢末梢無水腫，彈性佳且溫暖。

(三)排泄型態

住院期間03月05日至03月29日每日平均總尿量約2,000-2,500 ml，外觀黃色清澈無異味，觸診腹部柔軟叩診無腹脹，腸蠕動音10-15次/分，每日解便1-2次，解便型態：呈黃褐色，軟便成條狀，觀察肛門口周圍皮膚黏膜完整，全身皮膚微乾燥，但無破皮情形，左鎖骨放置Port-A導管。

(四)活動與運動型態

此次入院前有規則運動習慣，每日慢跑步約30分，評估四肢肌力5分，03月23日測量體溫37.5度(耳溫)，脈搏110下/分，呼吸22次/分，血氧：97-98%，胸部起伏一致且平順，聽診呼吸音正常，血壓：142/98mmHg，住院期間每日起床後會在病室內快走運動約30分鐘，運動過程無呼吸喘或疲倦感。

(五)睡眠與休息型態

住院前平均一天睡眠時間約7-8小時，每日約早上6點起床，夜間大約22 00左右入睡，無使用安眠藥習慣，中午小睡1小時左右，夜眠時中間會起床解便一次，入睡後偶爾作夢情形，不影響睡眠。

(六)認知與感受型態

生病前個性隨和遇到問題時接受及面對解決，罹癌後也坦然接受疾病治療，意識清楚，記憶、思考、判斷力無異常情形，視覺、聽覺、嗅覺、觸覺無特別異常，疼痛指數0分(疼痛指數0-10分)，03月15日個案：「我做事一向謹慎，自從生病後更重視規律生活與運動，這5年中日常生活規律，癌症復發我自己也嚇到」，03月23日個案：「這次住院打完化療和標靶，今天血球開始掉下來了，覺得身體很累」。經由以上評估，確立個案有潛在危險性感染健康問題。

(七)自我認知與自我概念型態

03月06日個案聳肩嘆氣說：「我從小就獨立慣了，不想任何事情麻煩別人，自從診斷淋巴瘤後，辭去了工作，專心接受治療，努力這麼久，怎麼還復發？」，03月10日視覺類比量表(visuals

analogue scale, VAS)篩檢，焦慮指數6分，03月11日會談過程中個案一直在病房內走動，表情皺眉，03月16日個案：「以為移植後就痊癒了，現在又來一個瀰漫性大型B細胞淋巴瘤，瞬間覺得肩膀背了100公斤的石頭」，03月17日個案：「初次罹癌時努力撐過強大副作用，如今又要重新開始，又要承受更大打擊。」表情顯焦慮不安。經由以上評估，確立個案有焦慮健康問題。

(八)角色及關係型態

依Erikson心理社會發展理論屬於中年期，發展任務自我榮耀與統整，案妻全職家庭主婦，個案從事醫療業，收入穩定，與案妻同住，子女在外地工作偶爾假日來探視。住院期間主要照顧者為案妻，各項決策皆會和案妻共同討論決定。

(九)性及生殖功能型態

生殖系統外觀正常，結婚20幾年，夫妻相處和諧感情融洽，住院期間在病房區內會牽手散步，且共同討論疾病治療。

(十)壓力因應與耐受型態

5年前進行周邊血幹細胞移植治療後穩定回職場上班，可承受及適應工作環境中高壓力，住院期間03月05日個案：「從診斷淋巴瘤後，辭去工作，配合治療，現在有CAR-T治療，但副作用威力不小，如何注射回體內我也不懂，又害怕花了高額費用後，副作用大身體無法承受，一生的努力都白費，真的好矛盾」。03月10日個案一直在病房內走動，表情皺眉：「想了好多天，CAR-T的醫療費用真的很貴很貴，若要進行二

度移植又很擔心移植的風險？」，03月11日個案表情凝重且雙手緊握：「選擇CAR-T治療需要一大筆錢，那我們的日常生活就會陷入經濟困境」，03月15日個案：「到底要接受二度移植還是CAR-T哪個治療對我比較好，真的很困擾，而且CAR-T治療過程及副作用我也不清楚」經由以上評估，確立個案有焦慮、決策衝突健康問題。

(十一)價值及信念型態

生病前無宗教信仰，住院期間由案妻陪同至佛堂頂禮，身體也有配戴廟裡求來的平安符，03月10日個案：「現在復發了，到佛堂求的平安讓心先安定也好。」

問題確立、護理措施與結果評值

綜合以上評估，確立個案目前主要健康問題：潛在危險性感染、焦慮、決策衝突，並依其擬定護理計劃。

一、潛在危險性感染/與接受化學治療導致嗜中性白血球低下、左鎖骨放置Port-A導管相關(2023年03月05日至03月29日)

主觀資料：

03月23日：「這次住院打完化療和標靶，今天血球開始掉下來，覺得身體很累」

客觀資料：

03月05日以無菌方式放置20G Port-A針，敷料完整。03月05日進行復發後第一次化學治療(carmustine+ vincristine+etoposide+ methotrexate + acalabrutinib)。03月23日體溫：37.5度耳溫及觸診四肢溫暖。03月23日抽血檢驗：

嗜中性白血球數:134/uL。03月27抽血檢驗:嗜中性白血球數:10/uL。

護理目標：

個案能說預防感染注意事項至少3項。住院期間無感染，如:無發燒及Port-A入針處無紅腫及黏膜完整。

護理措施：

03月05日進行身體評估及監測生命徵象和全身黏膜完整性。03月06強化手部衛生與口腔清潔等行為為個案執行正確性與落實程度。03月07日依個案喜好食物進行衛教，如：避免生食和未煮熟的食物及禁止生起司和鮮奶製品，補充足夠的營養於早晚各一瓶倍速營養品補充，教導案妻準備餐食過程要避免生食，備餐過程中生食及熟食使用的菜刀、砧板要分開。03月08日衛教避免有上呼吸道症狀訪客及外出須戴口罩。03月11日提供含2% chlorhexidine gluconate進行身體清潔並指導清潔後再以清水沖洗。03月12日如廁後以優碘坐浴20分鐘清潔肛門並保持乾燥。03月13日更換Port-A針時環狀消毒皮膚至少5公分，採無菌方式植入針器，並觀察入針處有無紅、腫、熱、痛或分泌物等。每日協助使用75%酒精濕布擦拭環境物品及3C產品。03月23日安排入住正壓隔離病房，及醫療人員進出病房確實洗手及穿脫隔離衣並三班進行正壓隔離病房壓力檢視。03月24日依醫囑抗生素tapimycin 4500mg IVD每6小時使用。營養師每周營養評估(包括:體重、每日進食狀況、血色素等)與訪視衛教飲食選擇。

護理評值：

03月15日面訪時個案能了解及清楚

說出三項嗜中性白血球低下日常注意事項：「1.朋友來探視我，我都會提醒他們洗手跟戴口罩才能進來，2.我目前都是用含2%chlorhexidine gluconate成份洗身體，洗完後會照鏡子檢查人工血管地方有無紅腫或進水，3.進食後我會使用軟毛牙刷和無酒精性漱口水清潔口腔」。03月24日監測體溫36.5度耳溫及檢視Port-A處周圍皮膚無紅腫感染症狀，進行身體評估無感染症狀。於03月25日查核醫療人員進出病房時確實執行手部衛生與穿脫隔離衣規範，並針對正壓隔離病房執行早、中、晚三班壓力檢測，以確保隔離環境維持適當正壓狀態。於03月28日出院前個案無感染的徵象且能夠說出返家後預防感染注意事項。持續照顧計畫：04月01日以電訪追蹤出院返家狀況，個案表示返家後出入公共場合都會戴口罩且減少家中訪客。

二、焦慮/與疾病復發相關 (2023年03月06日至03月29日)

主觀資料：

03月06日個案聳肩嘆氣說：「我從小就獨立慣了，不想任何事情麻煩別人，自從診斷淋巴瘤後，辭去了工作，專心接受治療，努力這麼久，怎麼還復發？」03月16日個案：「以為移植後就痊癒了，現在又來一個瀰漫性大型B細胞淋巴瘤，瞬間覺得肩膀背了100公斤的石頭」。

客觀資料：

03月06日會談時個案聳肩嘆氣。03月10日視覺類比量表(VAS)篩檢，個案焦慮指數6分。03月11日會談過程中個案一

直在病房內走動，表情偶皺眉。03月17日表情顯焦慮不安。

護理目標：

03月13日前個案能說出二種減輕焦慮方法。03月26前個案焦慮指數能降至3分。

護理措施：

03月06日經個案同意坐於床邊陪伴個案，傾聽並以開放式溝通引導個案表達對疾病復發內心想法和感受，並用同理心接受。03月08日個管師面訪個案會談採開放性不批評溝通方式，鼓勵說出心中治療想法。03月11日個管師教導個案放鬆方式，如：睡前30分鐘可聆聽喜愛水晶音樂，選擇具有安定成分的精油(薰衣草)進行精油薰香，放鬆肌肉。03月15日個管師面訪時坐在床邊傾聽個案的提問。03月17日由個管師轉介心理師每週二次(星期二、五)進行會談約1小時。03月20日個管師面訪時告知個案若無法入睡，醫囑有開立安眠藥ativan 2mg及clonopan 0.5mg po 需要時可使用。03月24日由個管師與個案討論正向替代思考，若感覺自己將出現焦慮時可聽音樂轉移注意力。

護理評值：

03月12日個案主動說出若感到焦慮時會在病室內播放喜愛音樂及邊看手機減輕焦慮。03月12日個案睡前使用精油薰香和案妻聊天約30分鐘後入睡。03月25日個案：「跟您們聊完後，對目前治療較明白，對自己疾病較有信心完成治療，焦慮程度也沒那麼緊繃了，焦慮分數3分」。於03月28日出院前評估個案焦慮分數2分。持續照護計畫：04月01日以

電訪追蹤，個案表示目前焦慮已減輕很多了，焦慮約1分，如感到焦慮時會聽音樂來放鬆，肩膀也不再沉重了。

三、決策衝突/與復發治療選項的認知不足、治療費用昂貴有關(2023年03月05日至03月29日)

主觀資料：

03月05日個案：「從診斷淋巴瘤後，辭去工作，配合治療，現在有CAR-T治療，但副作用威力不小，會如何注射回體內我也不懂，又害怕花了高額費用後，若副作用強大身體無法承受，一生的努力都要毀了，真的好矛盾」03月10日個案：「想了好多天，CAR-T的醫療費用真的很貴很貴，若要進行二度移植又很擔心移植的風險？」。03月11日「選擇CAR-T治療需要一大筆錢，那我們的日常生活就會陷入經濟困境」。03月15日個案：「到底要接受二度移植還是CAR-T哪個治療對我比較好，真的很困擾，而且CAR-T治療過程及副作用我也不清楚」

客觀資料：

03月10日個案一直在病房內走動，表情皺眉。03月11日主治醫師說明CAR-T過程個案表情凝重且雙手緊握。

護理目標：

03月16日前個案能說出治療計畫且自我理解。03月27日前個案能選擇符合自己適合的治療方式。

護理措施：

03月07日探視個案時拍拍肩膀鼓勵說出目前決策衝突的想法。03月08日由個管師提供臺灣骨髓移植學會及臺灣癌症基金會網站供個案查詢CAR-T資料。

03月11日個管師協調舉辦跨領域團隊會議，出席人員含括：主治醫師、細胞治療護理師、心理師、社工師、個案管理師及病房護理師，討論及完成【周先生CAR-T/二度骨髓移植治療流程和副作用處置流程圖】，會議後提供給個案並逐一說明，增加個案對二項治療過程的了解。03月13日個管師面訪鼓勵個案提出問題，耐心給予澄清與說明，針對個案治療細節等疑問，回饋主治醫師於當日查房適時解說。03月15日協調細胞治療護理師分享國外成功CAR-T案例執行狀況與經驗，骨髓移植病房護理師分享照護二度骨髓移植個案經驗，增進個案對二項治療的認知。03月17日安排社工師評估個案經濟狀況，適時轉介社會資源。03月20日個管師面訪關心詢問二項治療是否還有疑慮之處。

護理評值：

03月15日面訪個案時個案語氣平順說：「我現在知道復發後有二種治療選擇，二度骨髓移植成功機率等於零，唯有CAR-T才能給我希望，費用真的貴，高額費用只能慢慢想辦法了，目前基金會也能審核通過減輕一些負擔。」03月26日個案說：「前幾天和你們討論，經過這幾天的沉思後決定接受新療法CAR-T治療。」。於03月28日出院前評估個案能夠說出CAR-T治療執行的流程。持續照護計畫：04月01日透過電話追蹤確認個案治療進度，已由整合性照護團隊掌握其後續治療計畫，個案預計於04月03日住院接受CAR-T細胞收集，相關安排已與團隊完成確認與銜接。

討論與結論

本文是照護一位瀰漫性大型B細胞淋巴瘤復發面臨治療決策衝突個案，運用Gordon十一項健康功能型態進行評估，發現有潛在危險性感染、焦慮及決策衝突之健康問題，住院期間個案因接受化學治療導致嗜中性白血球低下進行相關保護性隔離措施，復發後除身心不適外還需面臨高價位CAR-T或二度骨髓移植之治療選擇，產生決策衝突與焦慮。本次照顧經驗透過跨領域整合團隊照護模式機制，提供以個案為中心的照護，筆者擔任團隊溝通橋梁，主治醫師、細胞治療護理師、心理師及社工師，分別進行二項治療選項優缺點、風險、照護流程及提供社會補助資源訊息，依其個別性需求提供治療相關完整訊息，提振個案接受治療之信心，引導說出心中擔憂，尊重個案選擇，陪伴渡過決策的衝突。護理過程中最大困難是個案為本院第一例CAR-T治療且本身是醫療人員，對於治療相關訊息皆有自己堅持的想法難以介入。其限制是CAR-T治療目前在國內雖已逐漸發展，但礙於費用昂貴且現有成功案例有限，雖過程中運用跨領域整合照護模式說明治療計畫、內容流程及副作用以釐清疑問，但因治療費用高昂及第一時間未能提供成功案例進行經驗分享，進而影響個案進行治療決策。建議爾後可建立全國跨院區病友團體及建構網路交流平臺，並邀請病友進行線上分享相關經驗，以增加類似個案決策信心。此外，照護期間CAR-T治療尚未列入全民健保給付，現階段雖已將

困難復發型淋巴瘤列入給付對象，希望未來能夠更加普及給付對象，而非侷限在困難復發型淋巴瘤，以增加個案治癒希望。

參考資料

- 于博芮、胡文郁(2022)·血液疾病之護理·於劉雪娥總校閱，成人內外科護理·八版，987-989頁·華杏。
- 花大鈞、徐慶瑋(2021)·淋巴瘤概論·臺北市醫師公會會刊，65(4)，51-57。https://doi.org/10.29739/JTMA
- 林玉娟(2017)·凝聚團隊提升跨團隊合作訓練課程·志為護理-慈濟護理雜誌，16(3)，18-25。
- 洪敏瑛、邱文姿、戴仕卿、陳淑娟、蕭逸美、楊琇玲(2022)·癌症病人嗜中性白血球低下臨床照護指引第三版·腫瘤護理雜誌，22，59-91。https://doi.org/10.6880/tjon.202210/sp_22.02
- 施孟芸、林雁秋、周宜錦(2022)·運用醫病共享決策於初診斷乳癌患者的決策衝突·腫瘤護理雜誌，22(1)，47-55。https://doi.10.6880/TJON.202206_22(1)。
- 施惠芬、陳妮婉、李欣怡、黃采薇(2018)·漸進式肌肉放鬆於癌症病人焦慮、憂鬱及噁心嘔吐之系統性文獻回顧及統合分析·澄清醫護管理雜誌，14(2)，40-49。https://doi.org/10.6318/STROKE.201006_17(2).005
- 孫孟婕、周幸儀、陳宛榆(2022)·罹患頑固性瀰漫性大型b細胞淋巴瘤年輕女性行異體幹細胞移植焦慮之護理經驗·台大護理雜誌，18(2)，16-28。https://doi.org/10.6740/NTUHJN.202207_18(2).0003
- 孫婉娜、許心恬(2017)·決策衝突之論述·高

雄護理雜誌, 34(1), 25-35。https://doi.org/10.6692/kjn-2017-34-1-3

劉嘉玲、陳淑卿(2019)·音樂治療於癌症病人接受化學治療期間焦慮之成效－系統性文獻回顧·*腫瘤護理雜誌*, 19(1), 37-48。

https://doi.org/10.6880/TJON.201906_19(1).04

羅舒敏、謝秀祝、陳瑞儀(2018)·白血病接受骨髓移植後早期復發無望感病人之護理經驗·*臺大護理雜誌*, 14(2), 45-57。https://doi.org/10.6740/NTUHJN.201807_14(2).0006

賴穎萱、徐雅玫(2020)·癌症治療導致白血球低下之感染預防策略·*彰基醫療健康防治季刊*, 39, 43-45。https://doi.org/10.6527/PVMN.202003_(39).0012

蘇啟軒、李佩萱、許玉娟、姚明、陳佳慧(2021)·嵌合抗原受體 t 細胞 (car-t) 治療的發展與護理·*台灣醫學*, 25(3), 411-416
https://doi.10.6320/FJM.202105_25(3).0014

衛生福利部國民健康署(2023, 6月12日) · 109

年癌症登記報告·取自https://www.hpa.gov.tw/Pages/List.aspx?nodeid=269

Flucke, N., & Sullivan-Moore, C. (2021). Patient assessment: Using the oncology nurse navigator patient assessment for rural and other resource-poor settings. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 25(6), 729-734. https://doi.org/10.1188/21.Cjon.729-734

Rivera, A. M., & May, S., Lei, M., Qualls, S., Bushey, K., Rubin, D. B., & Barra, M. E. (2020). CAR T-cell-associated neurotoxicity: Current management and emerging treatment strategies. *Critical Care Nursing Quarterly*, 43(2), 191-204. https://doi.10.1097/CNQ.0000000000000302

Sterner, R. C., & Sterner, R. M. (2021). Car-t cell therapy: Current limitations and potential strategies. *Blood Cancer Journal*, 11(4), 69. https://doi.10.1038/s41408-021-00459-7

靜
思
語

天下一家親，
平安時要互愛，
災難來臨時要互助。

~ 證嚴法師靜思語 ~

We are connected like one big family.
Therefore, love each other during peaceful times
and help each other when calamities strike.

~ Master Cheng Yen ~



A Decision-Making Conflict in a Relapsed Cancer Patient with Diffuse Large B-Cell Lymphoma

Hain-Hueio Shiu¹, Hui-Ling, Yeh², Ya-Chun Cheng³

ABSTRACT

This article explores the nursing experience of a relapsed diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) patient facing treatment decision conflicts during March 5–29, 2023. The patient had to choose between costly CAR-T therapy or a second bone marrow transplant, leading to anxiety and difficulty in decision-making. Using Gordon's Eleven Functional Health Patterns, identified health issues included: potential infection risk, anxiety, and decision conflict. Nursing priorities focused on infection prevention, with the patient staying in a positive-pressure isolation room and being monitored for infection signs. The author coordinated a multidisciplinary team, including the attending physician, cell therapy nurse, psychologist, and social worker, to provide detailed treatment explanations and social resource support tailored to the patient's needs. This approach enhanced the patient's confidence and helped resolve conflicts. Establishing national patient support groups and online platforms for experience sharing is recommended to strengthen decision-making confidence. This case provides valuable insights to improve nursing care quality for similar patients. (Tzu Chi Nursing Journal, 2026; 25:2, 134-144)

Keywords: chimeric antigen receptor T-Cells(CAR-T), anxiety, recurrence, decision-making conflicts

Case Manager, Hualien Tzu Chi Hospital Buddhist Tzu Chi Medical Foundation¹; Head of Nurse Practitioner, Hualien Tzu Chi Hospital Buddhist Tzu Chi Medical Foundation²; Supervisor, Hualien Tzu Chi Hospital Buddhist Tzu Chi Medical Foundation³

Accepted: June 27, 2025

Address correspondence to: Ya-Chun Cheng No. 707, Section 3, Zhongyang Road, Hualien City 970, Taiwan
Tel: 886-3-856-1825 #12084 E-mail: 0939066356/eva680210@tzuchi.com.tw

運用正念減壓療法於 廣泛性焦慮症個案之護理經驗

高秀玉

中文摘要

本文個案住院期間焦躁不安，反覆問話、搓手，對周遭充滿不安全感等嚴重焦慮情形，進而影響日常生活及作息。筆者於照護時間2023年7月18日至2023年9月28日，以臨床觀察、會談、護理交班及查閱病歷等方式收集資料，並結合五大層面進行整體性評估，以確立個案健康問題，於住院過程短暫於治療性團體活動時接觸MBSR，其可於短時間內集中注意力及放鬆身心，可見MBSR對個案之有效性。然而目前國內臨床護理現況甚少應用正念減壓療法於焦慮病人照護，因此引發作者動機，欲探討及運用正念減壓療法，協助改善個案焦慮情緒問題及提升生活適應力，並期將MBSR集合臨床護理照護，提供焦慮病人完善照護計畫，作為推廣應用於臨床實務照護參考。(志為護理，2026; 25:2, 145-156)

關鍵詞：正念減壓療法、廣泛性焦慮症、護理經驗

前言

近五年全球焦慮症盛行率增加了25%(World Health Organization, 2022)，國內現約有151萬人罹患焦慮相關疾病(衛生福利部，2021)。其中廣泛性焦慮症(generalized anxiety disorder, GAD)終生盛行率為5.7%，女性(7%)約為男性(4%)的兩倍；因其常合併重鬱症及恐慌症，引發更嚴重臨床症狀，增加治療困

難與復發機會，且影響身心、社會、工作、睡眠等層面，導致日常功能受損、生活品質下降和醫療費用支出增加，是一項極需重視的公共健康議題(Baldwin, 2024)。

近年實證研究證實正念減壓療法(mind-fulness-based stress reduction, MBSR)對改善憂鬱、焦慮、失智及物質戒斷等效果佳，並可降低病人的身體負擔，並促進心理及精神層面的健康(陳

臺北榮民醫院桃園分院契約護理師
接受刊載：2025年8月8日
通訊作者地址：高秀玉 桃園市八德區大興路660號
電話：886-3-286-8001 電子信箱：pass001410@gmail.com

等, 2020; Goldberg et al., 2021; Hoge et al., 2023; Li et al., 2023)。

本文個案因焦慮、拒藥、夜眠差、退縮行為等症狀入院。臨床觀察個案焦躁不安, 反覆問話、搓手, 對周遭充滿不安全感等嚴重焦慮情形, 進而影響日常生活作息。住院期間短暫於治療性團體活動時接觸MBSR, 其可於短時間內集中注意力及放鬆身心, 可見對個案之有效性。然而目前國內臨床護理現況甚少應用正念減壓療法於焦慮病人照護, 因此引發作者動機, 欲探討及運用正念減壓療法, 協助改善個案

焦慮情緒問題及提升生活適應力, 並期將MBSR集合臨床護理照護, 提

供焦慮病人完善照護計畫, 作為推廣應用於臨床實務照護參考。

文獻查證

一、廣泛性焦慮症之介紹、評估、護理及治療

據美國精神醫學學會定義廣泛性焦慮症為：至少半年對事物過度焦慮、擔憂且難控制, 無法歸因物質或其他病況的生理效應(American Psychiatric Association [APA], 2022); 常見症狀有煩躁易怒、過度警覺、疲勞、注意力分散、睡眠障礙和肌肉緊張(Baldwin, 2024)。因焦慮為主觀感受, 普遍使用且信效度高的廣泛性焦慮症量表(generalized anxiety disorder 7-Item, GAD-7)可作為客觀評估參考, 滿分20分中得分超過15分即屬重度焦慮, 強烈建議醫療措施協助(APA, 2022; Baldwin, 2024; Toussaint et al., 2020)。UpToDate實證

資料庫提供護理重點為：(1)評估焦慮程度、身心症狀及對日常功能影響與受限、(2)建立良好治療性關係及信任感, 以傾聽、同理引導個案表達感受、(3)以個別性放鬆技巧指導協助控制生活中症狀、(4)引導建立適當活動、均衡飲食和規律睡眠作息、(5)鼓勵維持社交活動和社會功能, 但需避免造成過大壓力(陳等, 2020; Alexander et al., 2023; Craske, 2024), 臨床除藥物外, 認知行為治療、正念減壓療法、團體諮商、運動等亦有幫助(Craske & Bystritsky, 2024; Papola et al., 2024), 而MBSR療效不亞於藥物(Hoge et al., 2023), 核心意義在引導病人面對壓力時, 學習覺察壓力來源, 練習以正念減緩壓力並與之和平共處(陳等, 2020)。

二、正念減壓療法介紹

據創始者Kabat-Zinn(2006)文獻, 正念減壓療法原用於輔助控制癌症疼痛, 至今成為盛行身心療法, 可協助與壓力、焦慮及疼痛共處, 藉提升個人注意力增加自我療癒, 對身、心靈有正向影響。其著重專注當下, 有意識但不評判的覺察感受、增加自我信任、接納現況並放下過去經驗。具體執行重點為：調整並覺察安穩自在的姿勢、聚焦注意力於身體感受與呼吸、接納當下想法並重複聚焦注意力與呼吸。

三、正念減壓療法於廣泛性焦慮症之應用

實證研究證實正念減壓療法在改善焦慮程度及情緒調節力與抗焦慮藥物相當, 效果可持續數個月到數年不等, 且有副作用少、接受度高等優點, 可結合

藥物完善整體性治療計畫。建議每日練習45分鐘、每週3-6次、持續8-12週課程，並可循序漸進，自正念呼吸延伸身體掃描，熟悉後可視個案興趣進一步結合瑜伽、行走、進食或冥想等個別性活動，旨在通過練習身、心靈可逐漸覺察和接納焦慮感受而非迴避，減少過度擔憂和反芻思考(陳等，2020；樊，2020；Chin et al., 2021)。

護理評估

一、個案簡介

闕女士，無內外科病史、無藥物及食物過敏，亦無物質濫用史，家族病史：憂鬱症。因家中經濟差，國中二年級肄業後於工廠工作。與案夫自由戀愛結婚後育有一子一女，轉而擔任全職家庭主婦，現與丈夫、兒子同住。平時於閒暇時擔任志工，主要照顧者及經濟來源均為案夫。

二、疾病史

33歲時因帶女兒出遊發生意外，為此自責不已，導致情緒低落欲自殺，經案夫發現後送醫住院。因出現拒藥、臥床、夜眠差(入睡困難、淺眠)、搓手、原地踏步、坐立難安，擔心尚未發生事物等情形，家屬擔心個案精神症狀復發，2023年7月18日送至本院求治。

三、五大層面整體性護理評估

(一)身體層面：

外觀整齊稍有體味，中長髮綁馬尾，視診皮膚完整，表情愁苦皺眉，少與護理師對視。身高160公分，體重68公斤，BMI：26.5kg/m²(過重)，對身體心像滿意，對於自身外觀無看法。否認內外科

病史，無藥物食物過敏，亦無毒品、菸、酒及檳榔等物質濫用史，案姊及大弟有精神科相關疾病，其姊已歿，案大弟(憂鬱症)現可規則回診精神科。評估期間進食情況佳，三餐可食用一份完整便當。排泄形態：常規使用軟便藥物(through 2# QN PO)下每日可自解1-2次軟便，解尿情形順暢，色黃清澈狀。自我照顧能力：步態平穩，生活可自理，大動作協調及平衡可勝任日常生活所需，抽血、尿液、糞便檢驗均在正常值範圍內，心電圖、胸部X光檢查無異常，無身體不適主訴。評估期間皆入睡困難、夜眠片段且焦慮不安，不時大聲喊叫，日間多臥床休息，平均一天睡眠總時數約4小時，7/18主訴：「我躺著心跳很快，常常頭痛不舒服…都睡不著，想到一些事情我很擔心…」。經上述評估個案有營養不均衡/多於身體需要、睡眠型態紊亂之健康問題。

(二)心理層面：

情緒顯焦慮，會談時姿態駝背聳肩，神情愁苦，多出現搓手或手搓大腿行為，主訴常有心悸、頭痛感受，多於房內獨處。常至護理站詢問家屬與治療相關問題，顯見明顯分離焦慮情形。7/18主訴：「我老公剛才說什麼？我在這邊住院，常常很擔心…醫生呢？我忘記問…可不可以再叫他現在來看我？」，會談中其能辨認自我情緒，但較難自行排解，因明顯緊張、焦慮不安狀態導致健忘、重複問話，影響正常表現，評估GAD-7量表為17分，有社會功能退化傾向。33歲時因出遊女兒發生意外，導致個案情緒低落自殺未遂，後無嘗試自殺

行為，無暴力攻擊史。經上述評估個案有焦慮之健康問題。

(三)智能層面：

個案於定向力、記憶力、計算力、判斷力及抽象思考能力問題經鼓勵能切題並正確回應，五官知覺回應皆適切合宜，否認幻覺及妄念干擾，唯思考內容貧乏，注意力易分散，易重複語言、問句且圍繞自身。7/19：「我常覺得心跳很快，一直想家裡的事情，我帳單有去繳嗎？我沒有什麼問題啊，頭痛吃藥就好了啦，可以回家嗎？我有很多事情要處理耶…不弄清楚我睡不著啦…」、「你不要把我關在這！我很不習慣…我沒有病，叫我丈夫來接我…」，評估其對疾病缺乏病識感，住院期間無法調適環境事物改變，曾導致情緒及行為失控。提及過往壓力事件時個案不願多談，7/18：「我女兒受傷很久了…那時候我沒怎麼樣啊…不要問，我母親在安養院，我還是一直會去想…我丈夫要賺錢…小孩的事，我擔心不完了！」面對壓力時顯逃避及壓抑，且不擅與家人傾訴。經上述評估個案有焦慮、無效性因應能力、知識缺失之健康問題。

(四)社會層面：

7/20主訴：「我這輩子就這樣了，沒有專長，生病後也沒顧家，都是丈夫和兒子做，我想要好起來，但沒辦法了…」。個案對其自身長處多採否定態度且對病情或改變無信心，對家庭責任常感到焦慮且難以勝任。評估期間觀察個案多臥床、對治療性活動參與動機薄弱，督促尚可配合。主訴自小個性內向不擅表達，平時往來朋友少，興趣為看

電視，對醫療人員可揭露想法，但對病友信任程度低、缺乏安全感，多獨來獨往，督促下尚可被動與他人互動。案父已歿，案母由案弟照顧，個案平時與原生家庭較少聯繫，國中肄業後從事工廠工人近十年至婚後轉任主婦，約於子女成年時生病至今，生活上家庭決策、開銷及情感支持皆依賴案夫，於家庭關係中案夫亦較有話語及主導權，子女與案夫互動較親密，尚能關心個案但少有互動，現案女已出嫁，案子與案夫一同工作。個案身兼病人、太太、母親、女兒、姐姐等角色，對自己扮演的社會角色無明確認知，無法妥善處理各項社會角色，7/21：「我不是好媽媽，差點害死女兒…兒子工作忙，電話沒有接我會很擔心…」。對病人角色缺乏活動動機，評估期間日常自理顯散漫但尚可自我照護，督促下可配合常規護理治療，被動參與職能治療活動及團體活動。經上述評估個案有無望感、焦慮、低自尊、無效性因應能力、社交隔離、角色扮演失當之健康問題。

(五)靈性層面：

個案信仰道教，平時可與家人定期至寺廟祭祀，對宗教解讀為擁有可慰藉的心靈信仰。會談中透露對過去沒有想法，對未來亦無太大期望，但重視並期待穩定後能重拾家庭角色，7/23：「這輩子差不多就這樣，我老毛病會一直想，也不知道為什麼。以前顧家裡，現在他們都大了，但我還是一直去想、一直幫他們擔心不完，好多事情…他們送我來醫院，說希望我想自己就好了，趕快好起來，可是做不到…希望出院了一家和

樂在一起，我可以幫忙帶孫子，天倫之樂，沒有其他的奢求了。」。經上述評估個案有焦慮、無望感之健康問題。

問題確立

根據以上評估，確立健康問題(一)焦慮/情境轉變及症狀復發無法因應、(二)睡眠型態紊亂/症狀影響及作息習慣不佳、(三)無效性因應能力/錯誤的壓力因應技巧及支持系統運用不足、(四)營養不均衡：大於身體需求/活動量不足、(五)知識缺失/疾病認知及病識感缺乏、(六)無望感/缺乏疾病認知與自我價值低下、(七)社交隔離/焦慮症狀影響與缺乏社交技巧、(八)角色扮演失當/疾病影響與家庭角色轉變適應不良、(九)低自尊/壓力因應失當與家庭功能失落感，考量個案病況，重要性、急迫性排序並摘錄前三項主要健康問題，並以正念減壓療法協助擬定個別化護理計畫如下。

護理措施及執行過程

一、焦慮/情境轉變及症狀復發無法因應(2023/7/18-2023/9/28)

護理目標：

短期:7/30前個案能自我覺察並表達焦慮症狀，利用技巧降低壓力，並可依個別性措施執行第一步驟「正念呼吸」之正念技巧轉移對焦慮的注意力。中期:8/30前個案能執行正念減壓療法之「身體掃描結合靜坐冥想」，並可執行其他減輕焦慮技巧至少一項。長期:9/30前個案能依個別性措施執行第四步驟「正念行走」之正念技巧，並達到GAD-7下降至7分以下。

主客觀資料：

S1：7/18「我老公呢，常常頭痛不舒服…想到很擔心…」。

S2：7/19「不要把我關在這！…」。

S3：7/20「在這不習慣很緊張…帶我回家！什麼時候可以出院？我不要住院，我很緊張啊…」。

O1：7/18入院時GAD-7量表:17分，屬嚴重焦慮程度。

O2：7/19會客結束時緊抓案夫不願離開，並試圖扳開電動門、頻撥打電話，內容多要求出院主訴、原地踏步，常至護理站詢問家屬與治療相關問題，顯見明顯分離焦慮情形，GAD-7:15。

O3：7/20會談中個案神情愁苦皺眉且眼神飄移不定，語氣充滿不安，注意力不集中，思考易中斷，言談多重複，主訴常有心悸頭痛感受，且頻詢問出院日期，神情愁苦、坐立不安，且雙手不斷相互搓揉及摳指甲、搓大腿行為，GAD-7:15，屬重度焦慮。

護理措施：

安排固定會談時段：晨間8:30-9:00、午後2:00-2:30，討論焦慮情形，過程中運用同理心傾聽其焦慮感受，建立信任關係。引導個案於焦慮時記錄焦慮症狀與程度於情緒日記，以利自我覺察情緒。帶領個案在焦慮發作時練習以正念減壓療法之正念呼吸轉移注意力。協助在病房內安靜角落，以正念減壓療法之正念身體掃描結合靜坐冥想，練習覺察焦慮時身體感受，協助聚焦身體，重新調整意識，順利回歸當下，結束後引導個案說出焦慮時生理反應，正念身體掃描結合靜坐冥想的步驟為：(1)放鬆內

在：調整好姿勢，放鬆情緒。(2)設定意圖：告訴自己「現在，我要在十分鐘內，進行身體掃描，我的目的是清空身心、回歸平靜。(3)感受接觸點：感受到身體周圍的接觸點，坐著可感受臀部下方的椅子、腳底與地面接觸的面積和觸感。接觸同時也感受接觸區域的溫度、沉重輕盈的感受、觸感，嘗試覺知所在當下。(4)身體掃描：當開始感受放鬆時，嘗試去感受身體的壓力、情緒所放置的位置，使專注力從頭到腳開始掃描，不要分析、不要評斷，只有友善的去感知自己的身體。7/22起每週二、四15:00進行「壓力氣球」減壓活動：將壓力想像吹入氣球中，一起放手釋放壓力，並引導個案想像壓力來源(家庭、人際、環境等)，討論壓力感受、協助個案按其意願佈置個人空間，營造安全感並減少焦慮。7/24起每週與個案回顧當週GAD-7量表分數，引導個案表達焦慮情及協助具體評估焦慮感受，討論改善情形並調整措施。7/25起每週三15:00-16:30陪同個案參加正念團體：第一階段：進行正念減壓療法之身體掃描，練習並覺察焦慮感受；第二階段：分享練習經驗和感受改變；第三階段：延伸練習正念行走及正念靜坐冥想；並於每週跨領域團隊會議中與主治醫師、心理師、職能治療師及社工討論個案焦慮情形及GAD-7結果，依需調整治療計畫及正念減壓療法的介入方式。7/26起引導個案每日進行15分鐘正念行走，嘗試以專注地、不帶批判地心態投入當下的體驗，把注意力放在雙腳，對每一步及雙腳與地面關係保持覺知。

結果評估：

7/26會談中個案表示：「護理師你教我做的呼吸，我很煩的時候做不到啦…」、7/30個案表示：「有比較平靜下來…發現原來我很緊張的時候會一直手抖，也會把手跟腳搓紅紅的，因為我太擔心醫師什麼時候來跟在想我家人的事情。」，因個案可運用正念呼吸轉移注意力且可向護理人員辨識，並表達焦慮情緒的症狀，評值短期目標達成。8/6個案於會談中指出正念呼吸練習、參與職能治療團體活動、聆聽音樂放鬆、寫情緒日記等方法可減輕焦慮，主訴：「跟護理師學的靜坐冥想方法，做了緊張會消失。」。8/20個案參與摺紙活動和餐後整理等病房活動分散注意力，並可於焦慮時主動執行結合靜坐冥想的身體掃描，自評GAD-7為9分。因能可執行身體掃描結合靜坐冥想，及具體執行減少焦慮的活動2種，評值中期護理目標達成。8/27個案可在護理人員引導下持續運用正念減壓療法技巧，與病友互動增加，自評GAD-7維持5-6分。9/28出院時評估，個案表示：「因為擔心家人的事情，都沒辦法控制自己了，還有來住院的事情，我真的很不安，但有護理師你教我的方法我練習之後有好點，我有比較會抓到正念呼吸和行走的感覺，心情比較不擔心…希望在家裡我也可以感覺到正念的狀態。」。並表示會持續在家中練習正念行走及其他正念減壓技巧。最後一次GAD-7評分為5分。因可下降至7分以下，評值護理目標達成。

二、睡眠型態紊亂/症狀影響及作息習慣不佳(2023/7/18-2023/9/23)

護理目標：

短期：7/30前個案能瞭解影響自身睡眠的原因。中期：8/20前個案可主動說出幫助睡眠的方法至少2項。長期：9/25前個案主觀睡眠滿意度能超過7分(最滿意7分)。

主客觀資料：

S1：7/18「我躺著心跳很快…都睡不著，想很多事情我很擔心…」。

S2：7/19「很多事情要處理，睡不著…」。

S3：7/20「什麼半夜，騙我，我不要睡覺，我要回家！」。

O1：7/18-7/19觀察個案日間精神顯倦怠，活動較少，對自我睡眠品質不滿意，上午7:00-11:00臥床休息，用衛生紙當眼罩覆蓋雙眼。

O2：7/19及7/20個案總睡眠時數約3-4小時，熄燈後多於病友櫃前徘徊，干擾同房病友睡眠，提醒下接受度有限，且大聲說話干擾他人。

O3：觀察7/21個案除進食、服藥、如廁外皆臥床休息，對於叫喚離床活動多搖頭拒絕，會談下表達對睡眠滿意度3分(最滿意7分)。

O3：7/22會談下個案可表達過往睡眠習慣，顯見無固定睡眠周期及習慣。

護理措施：

7/18起安排固定會談：於晨間8:30-9:00與個案共同檢視睡眠日記、評估睡眠品質；午後2:00-2:30與個案共同討論影響睡眠因素，如焦慮、心情、作息、環境影響等。過程中運用同理心傾聽其對於睡眠感受，建立信任關係。引導個案每日回顧並記錄睡眠日記，包含：就

寢及起床時間、入睡所需時間、中斷次數及感受。7/19起每日晚間觀察個案睡眠狀況，引導其睡前減少攝取水份及飲食，必要時提供安靜獨立空間，避免環境或他人干擾。7/21起經護理師協助下建立規律作息：早上參與晨操、職能治療、桌球或踩踏步機增加活動量；晚上19:00-19:30：睡前放鬆準備，包含聆聽輕柔音樂、練習腹式呼吸，以練習正念減壓療法之呼吸、冥想及身體掃描做為睡前放鬆技巧，嘗試覺察身心狀態對睡眠的影響。7/23協助個案佈置舒適睡眠環境，請家屬帶來熟悉的枕頭、床單、耳塞及眼罩等物品，並引導學習睡眠與放鬆技巧相關護理指導。7/25起每週三下午3:00-4:30陪同個案參與團體活動：第一階段：練習正念減壓療法之正念呼吸以改善睡眠；第二階段：分享練習經驗和感受的改變；第三階段：延伸練習正念行走及正念靜坐冥想。7/25起與個案共同評估睡眠滿意度(1-7分)，並於每週三於跨領域團隊會議中與醫師、心理師、職能治療師及社工討論個案睡眠情形，視需要調整助眠藥物、活動量及睡眠衛生相關護理指導。

評估：

7/25個案透過每日記錄睡眠日記及晚間會談，覺察自身睡眠困擾能力增加。7/29個案能具體指出影響睡眠的主要因素是焦慮情緒和對出院的擔憂，導致睡眠日夜顛倒且易中斷。透過正念減壓療法的正念呼吸練習，可更加了解並覺察身心狀態，並表示：「我常常因為擔心、很想出院的事情睡不好，擔心的時候呼吸就會不規則也很快，我睡覺時間

都亂掉，而且睡得很淺。」主觀睡眠滿意度為4分，因能瞭解影響自身睡眠的原因，評值短期護理目標達成。8/15個案經規律參與晨間活動及晚間正念減壓練習後，睡眠品質逐漸改善。8/19並可主動說出三項改善睡眠的方法，如：控制睡前水分攝入、參與運動活動及練習放鬆技巧。個案表示：「我現在知道睡前不要喝太多水，早上會去運動，還有晚上護理師帶我一起做呼吸和身體掃描，有時候會打坐冥想，心情比較不緊張，睡得比較好。」。可主動說出3項幫助睡眠的方法，評值中期護理目標達成。9/20統計住院期間個案僅8/14、8/29使用額外助眠藥物，經醫療團隊討論、調整藥物後，9/23與個案共同回顧睡眠日記，顯示睡眠時數達7-8小時，且睡眠品質明顯改善。個案表示：「現在都能睡覺時間比較固定，一覺到天亮，感覺很清爽，白天不會想睡。」在建立規律作息及運用正念減壓療法後，主觀睡眠滿意度達9分，評值長期護理目標達成。

三、無效性因應能力/錯誤的壓力因應技巧及支持系統運用不足(2023/7/18-2023/9/17)

目標:短期：8/5前個案能具體表達心中壓力感受。中期：8/30前個案能說出若遇到壓力時，可採取的因應措施至少3項。長期：9/20前個案在面對壓力時，能採取合宜的因應能力方式至少2項。

主客觀資料：

S1：7/18主訴：「我女兒受傷…那時候我沒怎麼樣…。」

S2：7/21「我不是好媽媽，差點害死女兒…。」

S3：7/23「先生出門工作我就會很不安…」。

O1：7/18於會談中提及個案過往壓力經驗，鼓勵表達下顯防備，否認自身情形且避而不談，對此壓力事件採逃避因應。

O2：7/21、7/23會談中個案再次提及過往壓力經驗，主訴中顯見仍為此自責無法因應，並提及對家人安危的焦慮，無法敘述緩和方式。

O3：7/23觀察個案住院時多獨處，缺乏人際互動，督促參與職能治療活動及病友互動，接受度有限，會談提及無法因應煩悶而拒絕與病友互動。

護理措施：

安排固定會談時段：晨間8:30-9:00：評估壓力來源與因應方式；午後2:00-2:30：討論因應技巧的運用成效。過程中運用同理心傾聽其壓力感受，建立信任關係。在個案平靜時引導運用正念減壓療法之正念呼吸練習覺察情緒平和時身心反應並分享感受。7/22在病房內示範「壓力氣球」減壓活動：將壓力想像吹入氣球中，放手釋放壓力，並引導個案想像壓力來源(家庭、人際、環境等)，討論感受，每週二、四15:00進行，並鼓勵病友相互支持。協助個案於壓力過大影響情緒時在病房內找一處安靜角落以正念減壓療法之正念身體掃描練習覺壓力下的身體感受，引導個案說出當時生理反應，並教導運用正念減壓療法之正念呼吸調節壓力造成的負面感受。7/24起規律性活動安排：早上以正念減壓療法之正念呼吸練習壓力調適；晚間放鬆活動學習紓壓技巧。7/25起每週三

下午3:00-4:30陪同個案參加正念團體：第一階段：進行正念減壓療法之身體掃描，練習並覺察因應壓力帶來的心理負面感受；第二階段：分享練習經驗和感受的改變，並鼓勵與病友相互支持；第三階段：延伸練習正念行走及正念靜坐冥想。7/25起每週三於跨領域團隊會議中與醫師、心理師、職能治療師及社工討論個案壓力因應技巧學習情形，評估家庭支持系統，共同擬定後續介入計畫，並於家屬會客時安排如何協助個案運用因應技巧之護理指導。8/2起於日常活動中觀察個案是否出現焦躁不安等壓力反應行為時，適時引導運用已學習的正念技巧。8/5起在病房內即時肯定個案運用適當因應技巧的表現，增強其持續運用的動機。

評值：

7/31個案於晨間會談時主訴：「我很害怕回家後要幫忙照顧我媽媽，也擔心不能當好持家的角色。」8/4在正念減壓團體活動中，個案主動分享通過身體掃描練習，發現壓力時會出現胸悶、心跳加速等生理反應，並表示：「透過正念練習，我可以發現到這些感覺。」。因個案能具體表達心中壓力感受，評值短期護理目標達成。8/25個案主訴：「壓力大的時候，可以做正念呼吸，也可以找護理師講，或是去看電視、報紙，做這些可以比較放鬆，不會一直胡思亂想，我老公說他從護理師這裡學了很多，也會幫忙我，我不用太緊張。」。因個案可敘述3件遇到壓力可採取的因應措施，評值中期護理目標達成。9/12觀察個案遇到壓力情境時可自主運用

正念行走及呼吸練習紓解。9/17個案表示：「我知道覺得有壓力，承受不住的時候可以專心在深呼吸，或是專心的走路，做了之後感覺比較能控制自己的情緒。」。因個案能在壓力情境中展現至少兩種適當的因應方式，評值長期護理目標達成。

討論與結論

本文描述一位無法控制焦慮情緒而入院的個案，入院評估GAD-7量表17分，屬嚴重焦慮程度，常出現坐立不安、搓手及重複詢問等行為。護理期間運用正念減壓療法介入，透過個別會談、團體治療活動及全團隊共同照護模式，循序漸進從呼吸訓練延伸至身體掃描，再依個案意願個別性教導正念行走及正念靜坐冥想，協助個案培養對當下的開放覺察、以接納而非批判的態度面對焦慮等不適感受，減少對過去經驗的反芻思考，著重協助個案在生活中實踐，不以消除焦慮為目標，而是學習與之共處。經由漸進式介入及反覆練習，個案的焦慮程度明顯改善，出院時GAD-7降至5分，並習得多項因應技巧，此照護結果與Hong et al.(2023)及Li et al.(2023)等研究結果一致。

將護理措施及計畫應用於個案時，雖個案住院天數達73天，理論上應可給予個案實證文獻建議之八至十二週穩定持續的正念減壓治療，但實際執行情形仍須依個案病況而訂定。個案於住院初期因病況干擾，對參與團體活動配合度低，7/26在引導其練習正念減壓療法後，會談中個案表示：「護理師你教我

做的身體掃描，我做不到啦…我很擔心…冷靜不下來啦。」，顯見信心低落及抗拒執行，後經護理人員耐心陪伴及引導下有所進展，7/30個案表示：「有比較平靜下來…比較知道正念的感覺。」。9/28出院前評估，個案於會談中提及：「心情有變比較不擔心害怕…希望在家裡我也可以感覺到正念的狀態。」個案經定期措施介入下對正念減壓療法之呼吸練習、身體掃描練習等掌握度提升，並顯著降低其焦慮分數，但對於出院後自行嘗試正念減壓療法，個案明顯持保留態度。上述使筆者反思，應針對個案情形訂定個別性計畫，並依實際情況滾動式調整，且偕同出院準備小組於住院期間開始與病人共同規劃出院後執行與追蹤計畫，為本案照護過程中之具體限制與困難。此照護經驗對於日後護理實務工作之具體建議為：針對此類個案之出院準備計畫時，著重於住院期間與個案建立信賴護病關係，並開始共同擬定可行的日常練習計畫，提供正念練習指引、紀錄表及引導個案搜尋網路免費資源，供個案出院後可使用；出院後連結門診追蹤系統，並安排定期電話追蹤。後續追蹤結果顯示，個案於出院後第一、二及四週持續運用所學技巧，雖偶有焦慮情緒但能適切因應，GAD-7維持在3-4分間，並規則就醫。此護理經驗顯示正念減壓療法結合團隊照護模式，確能有效協助焦慮症個案建立長期的因應能力。對未來類似個案的照護，建議延長治療時程或增加介入密度、強化跨專業團隊合作、發展更多元化的正念練習方式，並建立社區支持系

統以延續照護。建議未來可進一步探討正念減壓療法的最適介入期程、提升個案初期參與的動機，及出院支持系統的建立方式，期待透過實證研究的累積，能發展出更適合本土的護理照護模式。

參考文獻

- 衛生福利部(2021年10月27日)。精神疾病患者門、住診人數統計。 <https://www.mohw.gov.tw/dl-37725-c9be96ba-5003-48e9-bc59-5d072dc211a0.html>
- 陳君如、田筑今、林慧君、郭靖儀、吳弈瑤、陳奕安、呂威毅、黃惠滿(2020)。正念減壓治療法於精神病人之應用。 *高雄護理雜誌*, 37(1), 37 - 51。 [https://doi.org/10.6692/KJN.202004_37\(1\).0004](https://doi.org/10.6692/KJN.202004_37(1).0004)
- 樊雪春(2020)。八週正念減壓課程體驗與生命反思：一位心理師的觀點。 *輔導季刊*, 56(3), 71 - 80。 <https://www.airitilibrary.com/Article/Detail/19966822-202009-202011202011040008-71-80>
- Alexander, B., Stein, M. B., & Friedman, M. (2023). Complementary and alternative treatments for anxiety symptoms and disorders: Physical, cognitive, and spiritual interventions. UpToDate. Retrieved December 12, 2024, from <https://www.uptodate.com/contents/complementary-and-alternative-treatments-for-anxiety-symptoms-and-disorders-physical-cognitive-and-spiritual-interventions>
- American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed., text rev.). American Psychiatric Association. <https://doi.org/h72z>

- Baldwin, D. (2024). Generalized anxiety disorder in adults: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. *UpToDate*. Retrieved November 26, 2024, from <https://reurl.cc/Egmq4k>
- Chin, B., Lindsay, E. K., Greco, C. M., Brown, K. W., Smyth, J. M., Wright, A. G. C., & Creswell, J. D. (2021). Mindfulness interventions improve momentary and trait measures of attentional control: Evidence from a randomized controlled trial. *Journal of Experimental Psychology: General*, *150*(4), 686-699. <https://doi.org/gjvtb6>
- Craske, M. (2024). Generalized anxiety disorder in adults: Cognitive- behavioral therapy and other psychotherapies. *UpToDate*. Retrieved November 26, 2024, from <https://reurl.cc/Q521eq>
- Craske, M., & Bystritsky, A. (2024). Generalized anxiety disorder in adults: Management. *UpToDate*. Retrieved November 26, 2024, from <https://reurl.cc/jQ6X3m>
- Goldberg, S. B., Pace, B., Griskaitis, M., Willutzki, R., Skoetz, N., Thoenes, S., Zgierska, A. E., & Rösner, S. (2021). Mindfulness-based interventions for substance use disorders. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *10*(10), CD011723. <https://doi.org/gp6469>
- Hoge, E. A., Bui, E., Mete, M., Dutton, M. A., Baker, A. W., & Simon, N. M. (2023). Mindfulness-Based stress reduction vs escitalopram for the treatment of adults with anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, *80*(1), 13-21. <https://doi.org/gq7ggb>
- Kabat-Zinn, J. (2006). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *10*(2), 144-156. <https://doi.org/cd7vcx>
- Li, H., Qin, W., Li, N., Feng, S., Wang, J., Zhang, Y., Wang, T., Wang, C., Cai, X., Sun, W., Song, Y., Han, D., & Liu, Y. (2023). Effect of mindfulness on anxiety and depression in insomnia patients: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, *14*, 1124344. <https://doi.org/ntdw>
- Papola, D., Miguel, C., Mazzaglia, M., Franco, P., Tedeschi, F., Romero, S. A., Patel, A. R., Ostuzzi, G., Gastaldon, C., Karyotaki, E., Harrer, M., Purgato, M., Sijbrandij, M., Patel, V., Furukawa, T. A., Cuijpers, P., & Barbui, C. (2024). Psychotherapies for generalized anxiety disorder in adults: A systematic review and network meta-analysis of randomized clinical trials. *JAMA Psychiatry*, *81*(3), 250-259. <https://doi.org/nv9v>
- Toussaint, A., Hsing, P., Gumz, A., Wingenfeld, K., Härter, M., Schramm, E., & Löwe, B. (2020). Sensitivity to change and minimal clinically important difference of the 7-item generalized anxiety disorder questionnaire (GAD-7). *Journal of Affective Disorders*, *265*, 395-401. <https://doi.org/ggxbqv>
- World Health Organization. (2022). Mental health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact: Scientific brief. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1

The Nursing Experience of Using Mindfulness-Based Stress Reduction in a Patient with Generalized Anxiety Disorder

Siou-Yu Gao

ABSTRACT

During hospitalization, the patient exhibited significant anxiety symptoms, including restlessness, repeated questioning, hand-wringing, and sense of insecurity, all of which interfered with daily functioning and routines. From July 18, 2023, to September 28, 2023, the author collected data through clinical observation, interviews, nursing handovers, and medical record reviews. A comprehensive assessment was conducted based on the five major dimensions to identify the patient's health problems. During the hospital stay, the patient was briefly introduced to Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) through participation in therapeutic group activities. The intervention demonstrated a short-term ability to enhance focus and promote physical and mental relaxation, indicating the potential effectiveness of MBSR for this patient. However, the current clinical nursing practice in Taiwan rarely incorporates MBSR in the care of patients with anxiety, which inspired the author's motivation to explore its application. This study aimed to examine and implement MBSR to help alleviate the patient's anxiety and improve adaptability to daily life. Furthermore, it seeks to integrate MBSR into clinical nursing care to provide a more comprehensive care plan for patients with anxiety and serve as a reference for broader application in clinical practice. (Tzu Chi Nursing Journal, 2026; 25:2, 145-156)

Keywords: mindfulness-based stress reduction (MBSR), generalized anxiety disorder, nursing experience

RN, Taipei Veterans General Hospital, Taoyuan Branch

Accepted: August 8, 2025

Address correspondence to: Siou-Yu Gao No. 100, Sec. 3, Chenggong Rd., Taoyuan Dist., Taoyuan City 330023

Tel: 886-3-286-8001 E-mail: pass001410@gmail.com

運用Watson關懷理論於結腸癌末期病人身心靈臨終照護之應用

高毓翎

中文摘要

本文描述一位結腸癌末期合併肝轉移之病人，由於疾病進展至末期，面臨身心靈衝擊之護理經驗，護理期間自2024年4月24日至2024年5月8日。以Watson關懷理論為基礎，從生理、心理、社會及靈性層面進行整體評估，確立病人有慢性疼痛、營養狀態少於身體所需及死亡焦慮之健康問題。護理過程中，除給予止痛藥物，還透過按摩、音樂及支持療法等非藥物方式緩解疼痛；根據病人營養需求對家屬進行飲食衛教及提供營養支持；面對病人因疾病無法治療之焦慮時，建議聆聽喜愛之音樂，並與安寧團隊合作，透過傾聽、回應及陪伴的技巧，鼓勵其表達內心感受，減少死亡焦慮，使其能以正面的態度尋求健康行為。期望此護理經驗能提供臨床護理人員日後照護之參考。(志為護理, 2026; 25:2, 157-166)

關鍵詞：Watson關懷理論；大腸癌；癌末病人

前言

根據行政院衛生福利部2023年統計資料顯示，癌症已蟬聯國人十大死因第一名長達42年，其中結腸直腸癌高居第三名(衛生福利部統計處, 2023)。癌末病人常飽受身體不適及各種治療的折磨，加上須面對即將死亡之事實，常出現生氣、無助、害怕、焦慮及哀傷等情緒反應，而這些情緒將導致生活品質下降，

並導致疾病的惡化(Solvik et al., 2020)。因此，臨床護理人員除照護癌末病人因疾病導致之不適，也應了解其面對疾病、死亡之感受。本文病人為結腸癌末期合併肝轉移之患者，此次住院主治醫師告知疾病已進展至無法接受更進一步醫療處置。筆者在照護初期常見病人面部表情憂愁，面對疾病本身造成的不適加上接收到疾病無法治癒之事實，病人呈現出焦慮之情形，因而引發筆者深入

三軍總醫院護理師

接受刊載：2025年9月17日

通訊作者地址：高毓翎 臺北市內湖區成功路二段325號

電話：886-963-920-714 電子信箱：alinda.123oo@gmail.com

探討動機，期能透過 Watson 關懷理論提供減輕其生、心理上的不適，協助其面對未知的焦慮，並透過轉介安寧緩和醫療共同照護模式讓病人能以正向態度面對死亡，以達善終。

文獻查證

一、癌症末期病人常見之生、心理症狀及護理

(一)生理

癌症末期病人常會出現疼痛、噁心嘔吐、倦怠、便秘、食慾不振及呼吸困難等生理症狀，其中，80%以上的癌症末期病人會出現疼痛症狀(Epstein et al., 2023)。疼痛的評估則依當下病人情況，意識清醒時，可採數字疼痛量表；無法清楚表達之病人則可使用視覺類比量表等不同之評估工具(Euasobhon et al., 2022)。目前癌症病人的疼痛管理，多依據世界衛生組織建議的給藥原則給予止痛藥物，但仍有多數病人因個人之多重因素，如情緒壓力及外在因素等，無法僅靠止痛藥物來緩解癌痛，特別是臨終的癌末病人(Epstein et al., 2023)。而疼痛為癌末病人及其家屬最恐懼的生理症狀，當疼痛已無法僅靠止痛藥物來解決時，可配合非藥物之輔助療法來緩解病人癌痛，經國外研究指出，用雙手指腹按摩癌症病人之頸部、上背部、手臂及手腳，避免發炎、傷口處及癌症骨轉移處，每周兩次，每次持續三十分鐘，可有效緩解疼痛、噁心及焦慮、憂鬱的情緒(Lopes-Júnior et al., 2020；Moosvi et al., 2022)。而撥放病人喜愛之輕音樂或詩歌，每天30分鐘，每天上下午各

一次，可根據病人病況自行調整撥放音樂的時間及長度，可使其心靈放鬆、分散疼痛注意力(Ruano et al., 2022)。癌症病人治療期間，熱量需求較一般人多，但常因疾病本身造成飲食量減少、代謝功能改變及腸胃吸收及消化變差，導致營養缺失，進而發展成惡病質，此為晚期癌症病人致死的主因之一，其定義性特徵包括近六個月內因腫瘤因素非自願性的體重減輕超過5%、C反應蛋白大於5mg/dL、進食量減少、活動能力減低、肌肉組織消耗增加、疲憊及虛弱(Muscaritoli et al., 2023)。在可進食的狀態下，可教導病人少量多餐攝取高熱量高蛋白飲食，當出現食慾不振之情形時，則可鼓勵病人挑選喜愛之食物，避免太油膩、太甜的食物，Furuya et al. (2022)研究指出，若癌末病人在無法自行攝取營養時，衛教家屬不強迫癌末病人進食，若無法達到營養所需可透過短期靜脈營養輸液提供營養支持，強調癌症末期在生活品質的舒適度比營養更顯得重要。

(二)心理

當癌末病人在面對死亡即將到來之事實時，須忍受疾病本身所帶來的不適，面對生命的即將消逝，通常也會出現生氣、無助、害怕、焦慮等心靈層面之問題，心理影響將導致疾病的惡化(Emanuel et al., 2023)。死亡對病人及家屬來說都是最難經歷的傷痛，其中，死亡焦慮為病人對病情持續惡化的未知性或瀕死出現之心理情緒，護理人員應運用傾聽、回應與澄清等溝通的技巧，瞭解病人面對死亡之內心感受(Wisesrith

et al., 2021)。文獻指出，聆聽自己喜愛之輕音樂或詩歌，每天30分鐘，每天兩次，可幫助癌症病人緩解焦慮之情緒(Nyashanu et al., 2021)。當病人有個人之宗教信仰時，亦可藉靈性之力量來幫助整理情緒，增進面對疾病之因應能力，進而緩和內心對死亡之焦慮(Wisesrith et al., 2021)。當癌末病人對未來產生不確定性、無望感及死亡焦慮時，可透過跨團隊的照護，如轉介安寧共照師提供安寧緩和醫療、聯絡社工師提供病人及家屬心靈層面之照護，讓其能在最舒適的狀態下，獲得身、心、靈上的滿足，並能在親屬陪伴下走完人生的最後一段旅程(Ernecoff et al., 2020)。

二、Watson關懷理論

主動關懷為護理照護之核心價值，Watson關懷理論使護理人員在照護病人的心理及靈性層面上，能有一個清楚明瞭之架構，讓臨床護理師能以此作為提供護理措施的準則(Aghaei et al., 2020)。此關懷理論包含十項照護因素，分別為：(一)建立人性化及利他之價值觀、(二)激發信心與希望、(三)培養對自我及他人的敏感性、(四)發展助人與信任的關係、(五)增進並接受正負向感受的表達、(六)有系統的使用科學性解決問題方法、(七)增進人際間教與學的互動、(八)提供支持性、保護性及促進身、心、社會、靈性之健康環境、(九)協助滿足人類基本需求、(十)允許存在現象學與靈性的力量(Watson, 1988)。癌症末期病人在生命的最後階段，常會產生多身、心、靈層面的問題，此時護理人員可依此關懷理論為參考依據，提供

癌末病人合適之護理措施及心理層面之支持、與病人發展良好之護病關係並建立信任感，滿足癌末病人身、心、靈層面照護需求的目標，進而提升照護品質(Aghaei et al., 2020)。

病人簡介

一、基本資料

張女士，75歲，已婚，育二女一子，國小畢，已退休，與丈夫同住，家中經濟來源為兒女們，信仰佛教，慣用語言為國、臺語。

二、疾病史與住院經過

無過敏史，本身有高血壓、高血脂，皆規則服藥控制；2020年3月左乳房惡性腫瘤手術切除，行畢化療12次；2022年1月診斷橫結腸腺癌第三期，2022年3月切除腫瘤後開始施打xelox化療藥物，共施打5次；2022年11月大腸癌轉移至肝臟行射頻燒灼術(radiofrequency ablation)，並開始施打第二療程化療藥物folfiri、avastin，但因癌腫瘤本身導致之疼痛，加上化療產生之噁心嘔吐、嘴破等副作用讓其倍感不適，致使病人第二療程之化療中斷，不願繼續完成，2024年4月24日因癌腫瘤疼痛難耐、胃口不佳及營養不足入院補充營養及尋求疼痛控制。4/25會診安寧共照，4/29召開安寧緩和會議並簽署預立安寧抉擇醫療意願書，於5/8安詳離世。

護理評估

一、生理層面

(一)呼吸及血管評估：

住院期間心跳節律偏快，心率93-118

次/分，收縮壓68-130mmHg、舒張壓57-66mmHg，雙腳霍曼氏徵象(Homan's sign)陰性，下肢末梢較冰冷、四肢末梢無發紺情形。胸廓外觀對稱、完整，呈橢圓形，前後徑與左右徑比約1:2；平時呼吸不費力，呼吸次數每分鐘約17次，無使用呼吸輔助肌。疼痛時呼吸次數可由17-18次/分上升至24-26次/分，呈淺快呼吸型態。經評估呼吸短促是因慢行疼痛之健康問題。

(二)肌肉骨骼系統評估：

身體兩側對稱，無脊柱側彎情形。入院時日常生活可自理，可自行下床活動，四肢肌肉力量為雙上肢5分，雙下肢4-5分，入院一周後自訴身體無力，執行日常活動均需旁人協助，需在家屬協助下才能坐於床旁活動，四肢肌肉力量皆4分。

(三)營養及代謝評估：

身高156公分，體重50公斤，身體質量指數:20.5kg/m²，自訴近六個月體重約下降3-5公斤，皮膚顏色較蒼白，臉頰凹陷、全身性黃疸，皮膚飽滿度與彈性差，雙下肢凹陷性水腫3-4+、腹水情形存。住院前由口進食，自訴近幾個禮拜食慾較差，三餐幾乎都只能吃半碗粥，且偶有噁心嘔吐情形，住院後觀察進食狀態每況愈下、喝水每次最多只能喝30ml，每天總飲水量僅約120ml，4/25「我吃東西都沒味道，看什麼都沒胃口。」、4/26女兒訴：「我東西都要把它切很碎，她才吃得下去，而且她都吃幾口就說吃不下了，比住院前吃更少。」4/24入院抽血albumin為2.9g/dl、Hb 8.5g/dl、CRP 25.97mg/dL。4/25觀察

白班只進食3小口粥、1/4個小蛋糕、飲用水60ml。經評估因癌症惡病質而產生營養少於身體所需之健康問題。

(四)排泄評估：

無腹瀉、便秘問題，聽診腸蠕動6~13次/分。住院前可自解尿液，住院期間記錄輸出量時，觀察病人尿量少，每日約300-400ml，經醫師評估後於5/1放置導尿管，引流深黃色尿液，每日約650-800ml。

(五)神經及感覺評估：

4/24「我已經痛一段時間了，每天都一直痛，每次持續約5-10分鐘。」，評估入院前有止痛藥物oxycontin 10mg 1tab q12h po、apotramadol 37.5mg/325mg 1tab q12hprn po、lactam 500mg 1tab q6hprn po使用。4/25評估病人腹部感持續悶痛，疼痛分數6-8分，表示活動時會加劇疼痛至約9-10分，且疼痛時身體呈蜷曲姿勢。4/25「我肚子好痛，可以幫我打止痛藥嗎?」、「我痛到睡不著」。經評估惡性腫瘤侵犯而產生慢行疼痛之健康問題。

二、心理層面

家屬代訴平時病人在家喜歡至公園散步散心或與先生聊天談心，剛住院時觀察面部表情淡漠、神情憔悴，較沉默寡言，與家人互動較少，入院後食慾、體力逐漸下降，且持續感到癌腫瘤導致之疼痛不適，4/25醫師評估後建議安寧共照介入提供症狀控制，召開家庭會議說明病情進展，觀察病人眼神多迴避。4/25「醫生有提到安寧治療，但我覺得我還沒準備好面對死亡。」、4/26觀察病人抱著女兒流淚表示自己很害怕死

亡，言語及表情都透漏著對死亡的焦慮與害怕。4/27會談時表示「我不想造成家人的負擔，好想趕快治療好回家」，擔心自己麻煩別人，執行護理治療時情緒多顯低落，少與醫護人員互動。經評估情緒低落是因死亡焦慮之健康問題。

三、社會層面

病人為75歲女性，依Erikson的心理社會發展理論為老年期的悲觀絕望階段，住院前病人多待在家中與先生相處，家庭氣氛佳，少有社交活動，住院期間由兩位女兒輪流照護，兒子和先生常會過來探視，剛住院時面部表情淡漠、較沉默寡言，與家人互動較少，4/25家庭會議後女兒「如果媽媽真的治不好了，我們尊重她自己的決定。」4/27「小孩都不在臺北，我走了我先生怎麼辦？」、5/1女兒「媽媽說她放不下爸爸一個人，很焦慮離開世界。」，綜觀上述病人尚未準備好面對臨終，故有死亡焦慮之護理問題。

四、靈性層面

病人信仰佛教，自訴平常生活上若有遇到不順心的事時，會至宮廟或在內心請求佛祖保佑，且會唸經以尋求心靈上的慰藉，此次住院期間也多次於床邊朗誦佛經來尋求心靈上之支持。會談時病人表住院前未和家人認真討論過死亡的議題，常獨自面對死亡的恐懼。4/25「我的身體真的好痛，怎麼辦，我不是快要死了？」、「我真的好累，我每天都會祈求佛祖減輕我的痛苦。」

問題確立

經由上述整體性評估整理確立健康問

題如下：

- 一、慢性疼痛/惡性腫瘤侵犯
- 二、營養少於身體所需/癌症惡病質
- 三、死亡焦慮/病人尚未準備好面對臨終

護理措施

護理措施根據Watson關懷理論，執行過程分三方面(一)緩解惡性腫瘤慢性疼痛、(二)提供營養所需及飲食衛教、(三)提供癌末身心靈支持及臨終資訊，分述如下：

(一)緩解惡性腫瘤慢性疼痛(4/24-5/8)

1.有系統的使用科學性解決問題方法：

每班根據病人意識狀態，清醒時，採數字疼痛量表，已無法清楚表達時使用臉譜量表或視覺類比量表進行疼痛評估，評估疼痛之部位、性質及持續時間。4/24依醫囑給予止痛藥物oxycontin 10mg 1tab q12h po，並持續監測有無藥物副作用，於60分鐘後進行疼痛評估，自訴可緩解至3-4分痛。4/25依醫囑給予止痛藥物morphine 10mg q6hrn IV，於30分鐘後進行疼痛評估，自訴可緩解至2-3分痛。於4/28病人表現存止痛藥物無法有效緩解疼痛，故與醫師討論止痛藥物之調整，依醫囑予止痛貼片fentanyl 25mcg/hr 1PCE Q3D TD，自述醫師開立止痛貼片使用後疼痛較之前緩解，表腹部感間歇性悶痛，疼痛分數2分，可忍受。

2.發展助人與信任的關係：

4/26在會談下鼓勵病人說出先前之疼痛控制經驗及成效，並給予傾聽及陪伴，協助其找出最適合之疼痛控制方式。5/7訴：「女兒幫我按摩後都有覺得比較舒服，尤其是按肩頸的地方，好像

會暫時忘記疼痛。」

3.增進人際間教與學的互動：

4/27教導病人及家屬每周可至少兩次以指壓方式按摩肩頸、上背部及四肢肌肉，並須特別注意避免按壓發炎、傷口及腹部腫瘤處，每次按摩約30分鐘。4/27教導家屬可以手機或錄音機撥放病人喜愛之音樂或佛經，每天30分鐘，每天上下午各一次，可根據病人病況自行調整撥放音樂的時間及長度，以分散疼痛注意力。4/30可自主拿起手機播放自己喜愛之臺語歌。4/27-5/7觀察女兒可主動以指腹用按壓方式幫病人按摩肩膀及四肢，時間約20-30分鐘，按摩後觀察病人面部表情平穩，因無法清楚表達，使用臉譜量表評估疼痛約1-2分。5/8病人離世，家屬表因住院期間醫療團隊有調整止痛藥物使用，加上有予病人按摩、聆聽佛經等非藥物止痛方法，病人離世前無疼痛主訴且面部表情安詳平穩。

(二)提供營養所需及飲食衛教(4/25-5/8)

1.有系統的使用科學性解決問題方法：每班以觸診、聽診之方式評估腹脹、腸蠕動情形，觀察進食後是否有噁心、嘔吐情形。照護期間統計輸出入量，評估營養需求。4/25與醫療團隊討論後協助會診營養師，根據病人病況、體重評估後選擇倍力素(熱量280kcal/220ml)，每次60cc，一天分四次，在病人進食狀態差時搭配使用，增加營養攝取。4/25與醫療團隊討論後會診營養小組，根據病人病況及身體評估，在病人營養攝取不足的狀態下，輔予靜脈輸液PPN補充。

2.激發信心與希望：照護期間探視病人時詢問病人今日進食狀況，於進食後給予適當鼓勵及支持。4/28早餐進食營養師建議之倍力素，午餐進食1碗小米粥、半碗鱸魚湯，晚餐進食1碗廣東粥，點心為1個布丁，共約1,480~1,600卡。

3.提供支持性保護性及促進身、心、社會、靈性之健康環境：4/26鼓勵家屬與病人一同進食，增加進食樂趣；教導家屬備餐技巧，準備高蛋白、高熱量或病人喜愛之餐點。早餐：麵包、牛奶；午晚餐：鱸魚湯、鹹粥、蒸蛋，餐間可搭配病人喜愛之小點心，如：蛋糕、布丁。4/28訴：「我女兒都會帶我最喜歡吃的鱸魚湯，雖然喝不完，但能吃到想吃的覺得很滿足，能跟女兒一起吃飯也很開心。」5/1女兒訴：「媽媽可選擇喜歡的五穀粉沖泡倍力素，並照營養師建議的飲用方式喝完倍力素。」5/3病況加劇，主要進食倍力素及流質點心，一整天由口進食總熱量約600-800卡。5/8病人離世，家屬表示住院期間透過醫療團隊及營養師建議，病人在臨終前可自行選擇喜愛之食物少量多餐進食，滿足口腹之慾。

(三)提供癌末身心靈支持及臨終資訊(4/25-5/8)

1.發展助人與信任的關係：每次提供護理措施前，主動與病人說明預計做的照護計畫之內容及原因，並多次關懷、探視病人，建立良好之信任關係，並詢問其不想繼續接受目前醫療處置的原因，耐心的傾聽其想法。

2.提供支持性保護性及促進身、心、社會、靈性之健康環境：

3.會談時拉上床簾，提供病人單獨、安靜且隱私之環境，以開放式會談方式鼓勵其說出內心感受。4/28訴：「我知道自己目前的病況已經不能再接受治療了，可能也剩不到幾個月的時間，有點難過，但害怕回家會造成家人負擔。」

4.有系統的使用科學性解決問題方法：4/25衛教病人可以手機或錄音機聆聽自己喜愛之輕音樂或佛經，每天30分鐘，每天兩次，幫助緩解焦慮之情緒。4/25由醫師召開家庭會議說明病情進展並協助轉介安寧共照。4/28由安寧共照師引導其進行生命回顧，重新了解生命的意義與價值。4/29安寧護理師與病人及家屬召開安寧緩和會議，能與家屬討論是否要轉往安寧病房或出院接受安寧居家照護，並簽署預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書。

5.激發信心與希望：照護期間予以傾聽、給予正向支持(如：你願意說出你現在的感受真的很棒!)，使其能以正向的態度追求健康行為。4/27與醫療團隊討論後協助會診安寧共照師，向病人介紹安寧共照、安寧病房與居家安寧，澄清安寧並非等死，而是與安寧團隊共同照護提供其症狀緩解之照護，鼓勵表達看法或提出疑問，傾聽其感受並適時給予澄清。5/1鼓勵家屬與病人一同回憶過往，重新了解生命的價值及意義，並以「道愛」、「道別」、「道歉」、「道謝」來與病人訴說內心想法，肯定其存在的價值。(如：與女兒一起回憶過往發生之難忘事件、觀看昔日之照片)。4/30訴：「我有跟我女兒討論過了，我比較想待在醫院接受安寧，感覺醫院比較能

即時處理我不舒服的症狀。」5/2家屬訴：「後來我們有跟媽媽說過，之後會跟弟弟輪流回家照顧爸爸，叫她不要擔心，媽媽有比較放心。」5/6感到不適時能請女兒轉告護理人員尋求醫療協助、住院期間觀察家屬在病人床頭以手機撥放佛經，播放後觀察病人面部表情由皺眉轉為放鬆，面部表情較平穩。5/8病人離世，家屬皆陪在病人身旁，撫摸其臉龐、雙手，與病人作最後的道愛、道別、道歉及道謝，家屬表示臨終前病人有表達心裡感受及遺願，感謝醫療團隊緩解癌末所導致之不適症狀。

6.允許存在現象學與靈性的力量：4/27鼓勵可藉個人宗教信仰以調節內心感受，尋求心靈上之慰藉(如：朗誦佛經、聆聽佛教歌曲)。4/28「我現在只要一難過就會念經，我覺得念經完心情會比較放鬆，也比較不會想那麼多。」、「跟我女兒聊一些過去發生的事或聽一些輕音樂或佛經也可以讓我心情稍微變好一點，難過的情緒會少一點。」

討論與結論

本文描述一位結腸癌末期合併肝轉移之病人，因病情惡化出現疼痛及營養需求之問題，根據所查文獻，筆者使用按摩、音樂治療等方式，協助病人緩解疼痛；營養方面，透過跨團隊會診營養師，根據病人營養狀況及疾病進展進行營養管理；在瀕臨死亡焦慮而影響生、心、靈、社會層面之衝擊，運用Watson關懷理論提供病人合適之護理措施，護理過程秉持全人照護理念，確保病人得到全面支持，並透過安寧共照之介入，

提供病人臨終症狀管理。然礙於此次照護期間過短，加上病人面對生命末期的焦慮與害怕，無法快速建立良好之護病關係，心靈層面需求有些需透過家屬得知，為筆者剛接觸病人的限制，透過家屬引導及主動關懷逐漸與病人建立良好互動。病人表示透過按摩可有效緩解疼痛，執行過程前教導病人及家屬應避免按壓腹部腫瘤患處，與研究性文章相符，建議可設計按摩緩解疼痛之指導單張；癌末飲食衛教時，口頭提供資訊有限，且一次敘述太多資訊病人及家屬無法完全吸收，建議設計癌末飲食熱量衛教單張，列舉適合與不適合之食物種類，提供病人、家屬參考和選擇。當病人有宗教信仰時，建議可提供醫院宗教師資源，喪親家屬亦可提供心理師、社工師給予陪伴和哀傷輔導，以減輕哀傷情緒和走出哀傷。

參考文獻

- 衛生福利部統計處(2023)·112年死因統計結果分析。https://www.mohw.gov.tw/cp-6650-79055-1.html
- Aghaei, M. H., Vanaki, Z., & Mohammadi, E. (2020). Watson's human caring theory-based palliative care: A discussion paper. *International Journal of Cancer Management*, 13(6), e103027. https://doi.org/10.5812/ijcm.103027
- Emanuel, L. L., Solomon, S., Chochinov, H. M., Delgado Guay, M. O., Handzo, G., Hauser, J., Kittelson, S., O'Mahony, S., Quest, T. E., Rabow, M. W., Schoppee, T. M., Wilkie, D. J., Yao, Y., & Fitchett, G. (2023). Death anxiety and correlates in cancer patients receiving palliative care. *Journal of Palliative Medicine*, 26(2), 235-243. https://doi.org/10.1089/jpm.2022.0052
- Epstein, A. S., Liou, K. T., Romero, S. A. D., Baser, R. E., Wong, G., Xiao, H., Mo, Z., Walker, D., MacLeod, J., Li, Q., Barton-Burke, M., Deng, G. E., Panageas, K. S., Farrar, J. T., & Mao, J. J. (2023). Acupuncture vs massage for pain in patients living with advanced cancer: The IMPACT randomized clinical trial. *The Journal of the American Medical Association Network Open*, 6(11), e2342482. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.42482
- Ernecoff, N. C., Wessell, K. L., Hanson, L. C., Dusetzina, S. B., Shea, C. M., Weinberger, M., & Bennett, A. V. (2020). Elements of palliative care in the last 6 months of life: Frequency, predictors, and timing. *Journal of General Internal Medicine*, 35(3), 753-761. https://doi.org/10.1007/s11606-019-05349-0
- Euasobhon, P., Atisook, R., Bumrunghatudom, K., Zinboonyahoon, N., Saisavoey, N., & Jensen, M. P. (2022). Reliability and responsiveness of pain intensity scales in individuals with chronic pain. *Pain*, 163(12), e1184 - e1191. https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002692
- Furuya, J., Suzuki, H., Hidaka, R., Matsubara, C., Motomatsu, Y., Kabasawa, Y., Tohara, H., Sato, Y., Miyake, S., & Minakuchi, S. (2022). Association between oral health and advisability of oral feeding in advanced cancer patients receiving palliative care:

- A cross-sectional study. *Supportive Care in Cancer*, 30(7), 5779-5788. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-06984-w>
- Lopes-Júnior, L. C., Rosa, G. S., Pessanha, R. M., Schuab, S., Nunes, K. Z., & Amorim, M. H. C. (2020). Efficacy of the complementary therapies in the management of cancer pain in palliative care: A systematic review. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 28, e3377. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4213.3377>
- Moosvi, K., Schoppee, T. M., Xavier, S., Henderson, K., Suarez, M. L., Yao, Y., & Wilkie, D. J. (2022). Feasibility and burden of lay caregivers providing daily massages to patients with cancer receiving hospice and palliative care. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, 39(12), 1475-1483. <https://doi.org/10.1177/10499091221105881>
- Muscaritoli, M., Imbimbo, G., Jager-Wittenaar, H., Cederholm, T., Rothenberg, E., di Girolamo, F. G., Amabile, M. I., Sealy, M., Schneider, S., Barazzoni, R., Biolo, G., & Molfino, A. (2023). Disease-related malnutrition with inflammation and cachexia. *Clinical Nutrition*, 42(8), 1475-1479. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2023.05.013>
- Nyashanu, M., Ikhile, D., & Pfende, F. (2021). Exploring the efficacy of music in palliative care: A scoping review. *Palliative & Supportive Care*, 19(3), 355-360. <https://doi.org/10.1017/s1478951520001042>
- Ruano, A., García-Torres, F., Gilvez-Lara, M., & Moriana, J. A. (2022). Psychological and non-pharmacologic treatments for pain in cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Pain and Symptom Management*, 63(5), e505-e520. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.12.021>
- Solvik, E., Ytrehus, S., Utne, I., & Grov, E. K. (2020). Pain, fatigue, anxiety and depression in older home-dwelling people with cancer. *Nursing Open*, 7(1), 430-438. <https://doi.org/10.1002/nop2.406>
- Watson, M. J. (1988). New dimensions of human caring theory. *Nursing Science Quarterly*, 1(4), 175-181. <https://doi.org/10.1177/089431848800100411>
- Wisarith, W., Sukcharoen, P., & Sripinkaew, K. (2021). Spiritual care needs of terminal III cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 22(12), 3773-3779. <https://doi.org/10.31557/apjcp.2021.22.12.3773>

Application of Watson's Caring Theory in Holistic End-of-Life Care for a Patient with Terminal Colorectal Cancer

Yu-Ling Kao

ABSTRACT

This article describes the nursing experience of a patient with terminal colon cancer combined with liver metastasis during the care period from April 24, 2024, to May 8, 2024. Based on Watson's Caring Theory, assessments were conducted from physiological, psychological, social, and spiritual aspects, identifying issues such as chronic pain, nutritional deficiency, and death anxiety. During the nursing process, in addition to pain medication, non-pharmacological methods like massage, music, and supportive therapy were used to relieve pain. Nutritional support was provided, along with dietary education for the family. When the patient felt anxious due to the untreatable condition, listening to music was encouraged, and collaboration with the hospice team was fostered. Through listening, responding, and companionship, patients were encouraged to express their feelings, reducing death anxiety and promoting the pursuit of healthy behaviors with a positive attitude. It is hoped that this nursing experience can offer reference for clinical care personnel in the future. (Tzu Chi Nursing Journal, 2026; 25:2, 157-166)

Keywords: Watson's caring theory, colon cancer, terminal cancer patient

RN, Tri-Service General Hospital

Accepted: September 17, 2025

Address correspondence to: Kao, Yu-Ling No. 325, Sec. 2, Chenggong Rd., Neihu Dist., Taipei City 114202, Taiwan

Tel: 886-963-920-714 E-mail: alinda.123oo@gmail.com