

菩薩心隨處現
聞聲救苦我最先



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

花蓮慈濟醫學中心

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

玉里慈濟醫院

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

關山慈濟醫院

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

大林慈濟醫院

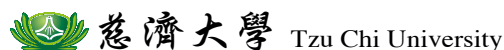
Dalin Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation
622 嘉義縣大林鎮民生路 2 號
TEL:05-2648000

台北慈濟醫學中心

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

台中慈濟醫院

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



慈濟大學 Tzu Chi University

中央校區

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

建國校區(護理學院)

Buddhist Tzu Chi University Jianguo Campus
970 花蓮市建國路二段 880 號 TEL: 03-8572158
880, Sec.2, Chien-kuo Rd. Hualien, Taiwan 970

斗六慈濟醫院

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

嘉義慈濟診所

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

三義慈濟中醫醫院

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

蘇州慈濟門診部

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

C Contents | 目錄

〔上人開示〕

6

匯聚讓病人安心的氣氛

Cultivating a Calming Atmosphere for Patients /Dharma Master Cheng Yen

〔社論〕

8

以人為中心的全人照護——護理的初心與未來 文／賴寧生

Person-Centered Holistic Care - The Original Intention and Future of Nursing
/Ning-Sheng Lai

〔編者的話〕

10

在專業與慈悲之間——護理專業價值實踐與未來使命 文／陳佳蓉

The Practice of Nursing Professional Values and Future Mission: Integrating
Professionalism and Compassion /Chia-Jung Chen

〔白袍 vs. 白衣〕

12

從積極治療到溫柔陪伴 文／曾志偉

From Active Treatment to Gentle Companionship /Dr. Chih-Wei Tseng

■ 封面故事

從尊重出發

p.16

臨床打造「以人為中心」的
全人照護環境新價值

**Building a New Value of "Person-Centered"
Holistic Care Clinical Environment**

文／林詩淳 / Shih-Chun Lin

26 停止恐懼，才真正看見 文／郭仁哲

Only by Stopping Fear Can We Truly See / Jen-Che Kuo

30 高齡全人照護：從善出發 文／鍾玫穎

Holistic Care for the Elderly: Starting from Goodness / Mei-Ying Chung

33 護理專業，胸口的慈悲 文／李意暄

The Nursing Profession, Compassion in the Heart / Yi-Xuan Lee

36

〔護理之光〕

2026國際護師節——表揚 25年、30年、35年、40年資深護理師

2026 International Nurses Day - Honoring Senior Nurses with 25, 30, 35, and 40 Years of Service

38

〔人物誌〕

走出醫院上山去 - 吳錦錡 大林慈院大埔醫療站家庭專科護理師 文／邱思晴

Leaving the Hospital, Heading to the Mountains - Jin-Chi Wu, Family Nurse Practitioner at Dalin Tzu Chi Hospital's Dapu Medical Station /Szu-Ching Chiu

44

〔阿長，請聽我說〕

比昨天的自己更進步 文／陳怡燕

Better Than Yesterday's Self /Yi-Yen Chen

48

〔阿長這樣說〕

耐心等待，引導提問 文／潘惠玲

Waiting Patiently, Guiding Questions / Hui-Ling Pan

50

〔白衣日誌〕

凡事多想細節 文／王金敏

Thinking Through Every Detail / Chin-Min Wang

52

守護生命的 25年護理旅程 文／楊玉雲

25 Years of a Nursing Journey Guarding Lives / Yu-Yun Yang

54

扎根大林 25年 文／黃松貞

25 Years Rooted in Dalin / Sung-Chen Huang

56

〔男丁手記〕

推她晒晒太陽 文／陳玉章

Wheeling Her Out for Some Sunshine / Yu-Zhang Chen

58

〔志工伴我行〕

微小善念的巨大力量 文／邱薇倫

The Great Power of a Small Act of Kindness /Wei-Lun Chiu

60

〔精進講義〕

以人為本的科技與整合健康創新／演講者：陳正見副教授

Human Centric technologies and innovations in integrated Health
/Speaker: Associate Professor Kelvin Tan

Contents | 學術論文

79

運用跨團隊模式改善社區長者衰弱程度 / 蕭美蘭、蕭郁瑄、蘇芬蘭

Improving Frailty Among Community-Dwelling Older Adults Through an Interdisciplinary Team-Based Model

/ Mei-Lan Hsiao, Yu-Hsuan Hsiao, Fen-Lan Su

92

一位車禍後胎盤早期剝離而胎死腹中之高齡產婦照護經驗

/ 宋文玉、林佳蓉、鄧雅芳

Nursing Care of an Advanced Maternal Age Woman with Intrauterine Fetal Demise due to Placental Abruption Following a Traffic Accident

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

102

從靜止到重生——布魯格達氏症候群病人植入心臟去顫器之加護經驗

/ 黃琬婷、孫淑萍

From Stillness to Rebirth: Intensive Care Experience of a Brugada Syndrome Patient Undergoing Implantable Cardioverter-Defibrillator Placement

/ Wan-Ting Huang, Shu-Ping Sun

111

照顧一位造血幹細胞捐贈者之護理經驗 / 陳芳綺、溫玉娟、林宥寧

Nursing Experience in Caring for a Hematopoietic Stem Cell Donor

/ Fang-Chi Chen, Yu-Chuan Wen, Yu-Ting Lin

121

一位高齡腦梗塞中風個案運用出院準備服務銜接長照 2.0 之護理經驗

/ 簡秀真、謝佳穎、鍾若男

Nursing Experience of a Geriatric Ischemic Stroke Patient Through Discharge Planning and Integration into Long-Term Care 2.0

/ Hsiu-Chen Chien, Chia-Ying Hsieh, Juo-Nan Jueng

志為護理

TZU CHI NURSING JOURNAL

第 25 卷 第 4 期 2026 年 8 月出版

Volume 25 · Number 4 · August 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 黃小娟

封面人物 大林慈院護理師 田佳芸、女性長者為 AI 生成人物

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 8 月出版

第 25 卷 第 4 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。

<https://nursing.tzuchi.com.tw/index.php/submit>



本刊圖片中所有人物配戴口罩規定
皆依現行防疫措施。



匯聚讓病人 安心的氣氛

Cultivating a Calming Atmosphere
for Patients

日前出門行腳，前後三十四天，陸續停留臺北、大林、高雄、臺中，所到之處的所見所聞，都覺得很歡喜、很安心。到底在歡喜什麼？無法用言語形容，最重要的是師徒之間彼此知心，愛就是我們共同的方向。

常說生命平等，不分貧富都要同等尊重，這一點慈濟醫療體系做到了。每每聽到醫護團隊分享個案，不只是如何治療照護，還會說起病人的孩子、長輩、親戚，對家庭狀況如數家珍。看到大家對每一位病人的重視，不輕忽任何生命，感覺此生無遺憾。

人生最苦莫過於病，醫護能拔除病苦，而且都有無限量的愛，所以稱醫師為大醫王，稱護理師為白衣大士。在慈濟醫院新生兒的加護病房，曾經有個妊娠六個多月就出生的早產兒，捧起來只有巴掌大，身上接著管子躺在保溫箱中。

印象深刻的是，看到護理師在一旁輕聲鼓勵：「寶寶加油，要記得呼吸。」我走近問：「這些話，他可以聽得懂嗎？」他們告訴我：「雖然各項器官發育還不很健全，但我們一直叫喚也是要訓練他，希望這些聲音他能接收得到。」一個尚未成熟的生命來到人間，開始接觸到人，不斷傳輸愛的韻律，或是耳邊人的聲音，或是手的溫柔觸碰，都是為了訓練孩子適應人間的氣氛，我聽了很感動。

人與人之間互動都有氣氛，生活中總會接觸到氣氛，醫療團隊若能共同一心，會聚人人愛的力量，那分溫馨祥和的氣氛會讓人歡喜，相信病人來到這裡會很輕安，對身心都有幫助。

立志為醫護，對人間是一股極大的守護力量，可以自我肯定此生的方向很正確。期待大家在未來，只要堅持這分志業精神，好好利用自己的生命服務人群，一定能留下很寶貴的人生價值。☺

釋證嚴

攝影／蔡中欽

靜思法脈叢書

證嚴上人袖履足跡

二〇二六年【夏之卷】

釋德伋 編撰

靜寂清澄 志玄虛漠
守之不動 億百十劫
無量法門 悉現在前
得大智慧 通達諸法

靜思人文虔誠發行





◆ 文 | 賴寧生
大林慈濟醫院院長

以人為中心的 全人照護

護理的初心與未來

Person-Centered Holistic Care

The Original Intention and Future of Nursing

在醫療的旅程中，護理人員始終是距離病人最近的人。從踏入醫院的那一刻起，到康復返家、持續追蹤照護的每一個階段，護理師不僅陪伴病人走過疾病歷程，更用專業與溫暖守護生命，是病人感受護理品質最直接的窗口。多年來，大林慈濟醫院深獲鄉親信任，除了仰賴醫療團隊的共同努力，更要感恩每一位堅守崗位的護理同仁，讓醫療不只是治療疾病，更成為撫慰人心的力量。近年來面對高齡化社會、慢性病增加、醫療需求日趨複雜及護理人力短缺等挑戰，護理師肩負的責任愈加重大。然而，即使工作繁忙、壓力沉重，大林慈濟醫院護理同仁們仍以高度使命感與同理心，照護病人身、心、靈的需求，每次耐心傾聽、每次深夜問候、每次陪伴家屬面對失落，都讓病人在最脆弱的時刻感受到溫暖與希望。這種超越技術層面的關懷，正是大林慈濟護理專業最珍貴的核心價值。

醫療不只是醫病，更要醫人、醫心。病人來到醫院，不只帶著疾病，更帶著恐懼、焦慮與期待，因此優質的照護必須看見病人背後完整的人生故事。證嚴上人開示「醫師是救人的菩薩，護理是膚慰苦難的白衣大士」這句話深深影響大林慈濟醫院的發展方向。我們始終相信，以人為中心（Person-Centered Care）不是口號，而是一種照顧哲學：病人不是診斷名稱、檢查報告或數據，而是有情感、有家庭、有信仰、有夢想的人。因此，本院多年來積極推動全人照護模式，透過跨專業團隊合作，整合醫師、護理師、藥師、營養師、社工師、心理師、個案管理師及志工，共同關注病人的生理、心理、

社會及靈性需求。本院所在的嘉義縣為全臺灣高齡比例最高地區之一，許多長者同時面臨多重慢性病、功能退化與照顧需求，護理師除疾病照護外，更需關注其生活功能、家庭支持與返家後的照護能力。我們推動出院準備服務、轉銜照護、居家關懷、社區健康促進及長期照護介入，希望病人離院後仍能獲得持續且適切的支持，真正實現醫院與社區無縫接軌成為社區型的醫學中心。

此外，本院積極推動智慧醫療與數位轉型，導入智慧醫療資訊科技協助護理流程改善，減少重複性行政工作，讓護理師有更多時間回到病人身邊。科技的目的並非取代人，而是讓照護更有效率、更有人性。當護理師能把時間留給病人，才能真正看見病人需求，建立更深厚的護病關係。慈濟人文關懷更是全人照護的重要基石——無論癌症治療歷程、末期善終照護、失智長者陪伴，或家屬面對疾病衝擊時的調適，我們都希望透過人文關懷讓病人感受到被理解、被尊重、被陪伴。真正的全人照護，不只是讓病人生命延續，更是幫助病人活得更尊嚴、更有品質。面對未來，護理工作將持續面臨人口老化、疾病型態改變、科技快速發展及人力不足等多重挑戰，然而每一次挑戰也都是專業成長與轉型的契機。期勉護理同仁持續精進專業、終身學習，醫院也將支持進修、研究與專業發展，建構學習型組織文化。其次，要培養跨領域合作能力未來照護需要團隊共同完成，護理師應扮演病人倡議者與照護整合者，具備溝通協調、個案管理及跨專業合作能力。第三，要善用科技但不失人文：人工智慧、大數據與遠距照護能提升效率，但唯有護理師能給予病人希望與力量。對於護理人力挑戰，本院也持續推動友善職場，透過智慧化作業流程、精實管理、彈性排班、多元留任措施及臨床進階制度，減輕護理同仁負擔，提升工作滿意度與專業成就感，因為唯有照顧好護理人員，才能照顧好病人。

最後，感恩所有護理同仁長年以來的無私奉獻。因為有妳（你）們，病人在病苦中看見希望；因為有妳（你）們，醫療更有溫度；因為有妳（你）們，大林慈濟醫院得以持續實踐「以病人為中心、有溫度的醫療」願景。願我們共同秉持慈濟人文精神，以感恩、尊重與愛為初心，攜手打造真正以人為中心的全人照護典範，守護每一位病人，也守護這片我們深愛的土地。☺



在專業與慈悲之間

護理專業價值實踐與未來使命

The Practice of Nursing Professional Values and Future Mission: Integrating Professionalism and Compassion

◆ 文 | 陳佳蓉 大林慈濟醫院護理部主任

當人工智慧、大數據與精準醫療不斷拓展照護的可能，我們更需要回到根本的問題：醫療為誰而存在？答案始終是「人」。護理人員是醫療旅程中距離病人最近、陪伴時間最長的專業人員，從病人踏入醫院、接受治療，到康復返家與後續追蹤，每一次評估、傾聽與問候，都在建立護病之間安全感與信任。護理的價值不只在於正確執行醫囑或熟練完成護理技術，更在於病人最脆弱時，能有人看見他的害怕；家屬面對抉擇時，能有人耐心陪伴與支持；生命走向末期時，仍有人守護其尊嚴、安住身心。這些平凡的片刻，往往是病人與家屬最深刻的記憶，也是護理專業最溫柔而堅定的力量。

證嚴上人開示：「醫師是救人的菩薩（大醫王），護理是膚慰苦難的（白衣）大士。」

這句話，彰顯了醫護工作崇高使命的特性。醫師以專業技術如大醫王般根除病苦，護理師則以慈悲的心「同體大悲」的愛進行真誠的「膚慰」，拔除病人身心痛苦。

而「膚慰」，不僅是減輕身體疼痛，更是以感恩、尊重與愛，靠近苦難中的人。真正的全人照護，不只是醫病，更要醫人、醫心；不只延續生命，更要幫助病人在疾病歷程中保有選擇、希望與尊嚴。因此，病人不應只是被動接受服務的對象，而是照護團隊的重要夥伴。我們要體察並理解他們的價值觀、信仰、家庭處境與生活目標，支持參與醫療照護決策，讓每一項治療與照護都更貼近其真正需要。

大林慈濟醫院身處全臺超高齡人口第二高（24.11%）的嘉義地區，令我們更深刻體會，疾病往往與衰弱、失能、孤獨及家庭照顧壓力相互交織。僅處理住院期間的症狀，已無法回應長者的完整需要。護理師必須從床邊向外延伸，關注生活功能、家庭支持、返家能力與社區資源，並與各專業團隊及志工攜手合作。透過出院準備、轉銜照護、居家關懷、長期照護與社區健康促進，讓居家照護不中斷，

使醫院成為落實與社區相連持續守護鄉親的醫學中心。

今日的護理角色已超越傳統臨床照護者。護理師同時是健康促進者、教育者、個案管理者、病人倡議者與跨專業轉銜照護協調者。出院前的評估與衛教，能減少返家後的無助；慢性病照護中的耐心溝通，可使治療更符合真實生活；主動發現困難並連結資源，更可能改變一個家庭的照護歷程。這些工作不只需要專業知識與技能，也需要敏銳觀察、整合協調，以及願意站在病人位置思考的同理心。

科技為護理帶來助力，也帶來提醒。智慧系統、電子紀錄與遠距照護，可減少重複作業、提升安全與效率，讓護理師把時間留給病人；科技不取代人，而是幫助專業護理人更有效益地提升自己專業知能與提供需要被照顧的人有機會選擇更好的照護模式。面對螢幕與數據，我們仍要看見病人的期待，聽見沉默背後的焦慮。更多再精準的演算法，也無法取代護理人真誠的用心、願意傾聽的耳朵、溫暖的眼神，以及在困境中持續陪伴與傳遞著希望的堅定力量；我們確信，善用科技而不失人文，將是未來護理的重要能力。

要實踐有溫度的醫療，也必須先照顧好提供照護的護理人。高齡化、疾病複雜化與人力短缺，使護理同仁承受更重的壓力。友善職場要落在合理工作設計、智慧流程、彈性排班、留任措施、臨床進階、心理支持與職涯發展之中。醫院持續支持人員進修、研究臨床與實證照護，營造彼此尊重、能安心發聲表達意見、彼此共同學習的文化。唯有護理人員感受到被理解、被支持、被珍惜，才有力量長久守在病人身旁，讓專業與使命相互滋養。

本期《志為護理》以「以人為中心的全人照護」為主題，收錄第一線同仁的臨床實務、跨團隊合作與照護故事。每一篇分享，都是從臨床實務忙碌現場提煉出的觀察與省思，讓全人照護從理念化為行動。感恩所有惠賜稿件的同仁，願意將經驗化為文字，讓知識傳承、讓感動能互相影響，也讓更多人看見護理不可取代的價值。

面向未來，護理將遇見新的社會需求，但不變的是我們對生命的尊重。期盼每一位護理同仁持續精進專業，也保有柔軟的心；在制度與流程中堅守人的價值，在科技與效率之間留下陪伴的空間。讓我們以感恩為起點、以尊重為態度、以愛為行動，守護病人的身、心、社會與靈性需要，也守護彼此。因為有護理，病苦中能升起希望；因為有人文，醫療得以超越治病，護理成為膚慰生命的力量。願我們共同走在護理（台語給你）的初心道路上，攜手建構真正以人為中心、有溫度且可永續的全人照護。

從積極治療到 溫柔陪伴

From Active Treatment to Gentle Companionship

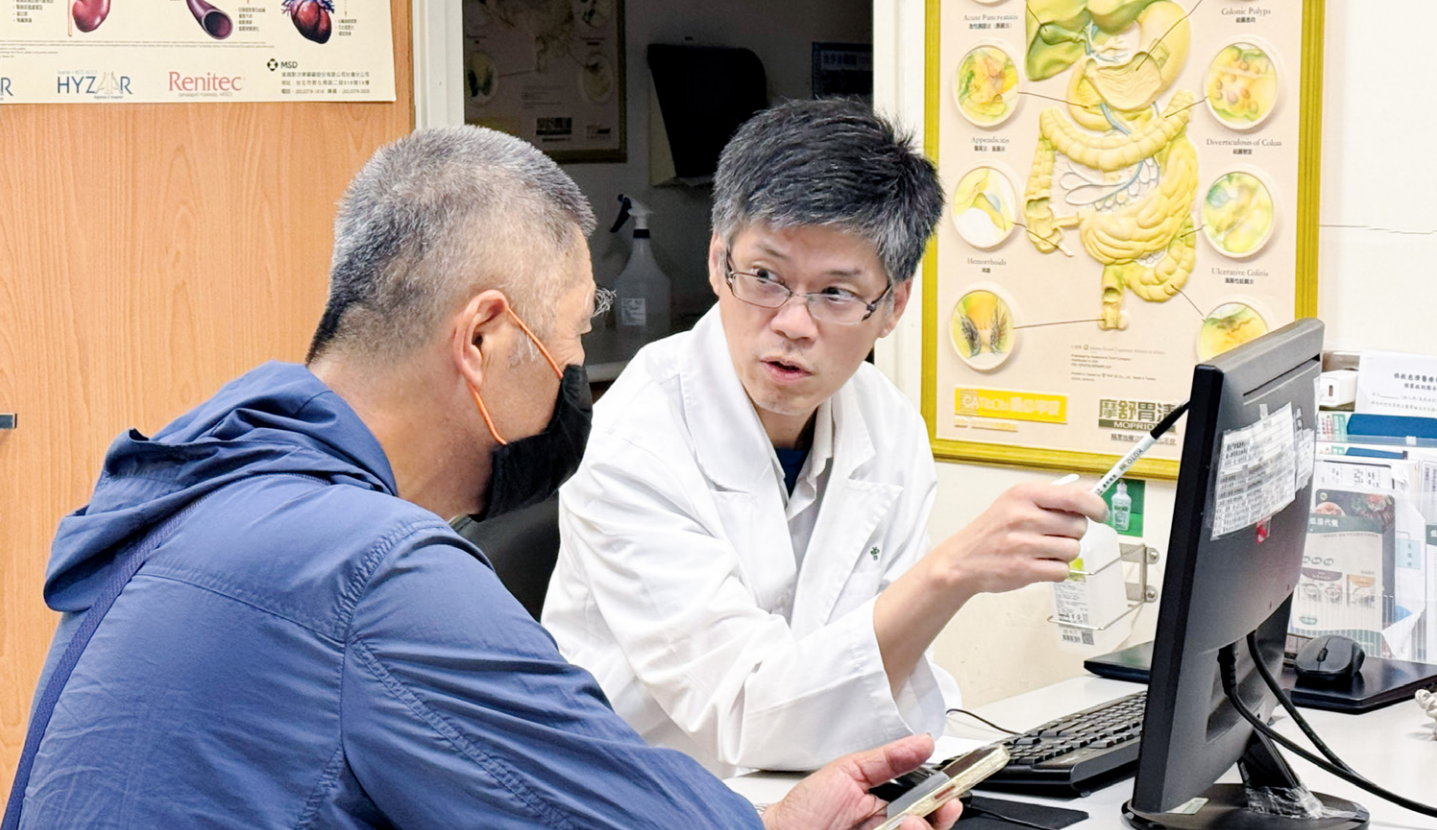


曾志偉

大林慈濟醫院
內科部部長

在肝癌的治療路上，醫師常常看見的是影像上的腫瘤大小、血液中的癌症指數變化，以及下一步該選擇什麼治療。然而，病人真正承受的，往往不只是疾病本身，還有一次又一次治療後的疲憊、對復發的恐懼，以及不敢說出口的害怕。

我曾照顧一位八十歲的女性中期肝癌病人。她有一位女兒和一位兒子，多數時候都是女兒陪伴回診與住院。從確診後，她一路接受了七次肝動脈化學栓塞治療，也接受過兩次放射治療。對醫療團隊而言，每一次安排治療，都是根據病情變化後做出的判斷；但對病人而言，每一次治療都代表又一次住院、又一次等待、又一次副作用與身體不適，她是一位很客氣、很信任醫師的病人。每次在診間，她總是努力保持鎮定，即使身體不舒服，或對病情反覆感到沮喪，也很少直接表達。她常對我說：「醫師，我只相信你，你醫術很高明。」這句話讓我感動，但也讓我心裡很清楚：



我其實只是下醫囑、做判斷的人。若沒有護理師在病人身邊細心觀察、安撫情緒、說明衛教、協助家屬溝通，照護不可能做到善與美，也不可能真正貼近病人和家屬的需要。有一段時間，因為病情反覆發作，加上治療後的不適，她開始對繼續治療產生懷疑。面對醫師時，她仍然說「都可以」，但護理師發現，她的沉默其實不是完全接受，而是疲倦與失望。護理師主動關心她的症狀，耐心解釋治療後可能出現的反應，也提醒女兒返家後要注意哪些警訊。當病人不好意思在醫師面前說出不安時，護理師成為她可以安心傾訴的人；當家屬對下一步治療感到徬徨時，護理師也成為醫師與家屬之間最重要的橋梁。

有一次，護理師提醒我：「醫師，她其實很沮喪，可能對治療沒有信心了。」那一刻，我才重新看見，眼前不只是肝癌的治療決策，而是一位老人家是否還有力量繼續走下去。也因為護理師及時發現、安撫與陪伴，她才能比較安心地完成一次又一次治療。七年的時間並不短。後來，疾病仍然逐漸進入末期，治療的重點也從控制腫瘤，慢慢轉向症狀緩解與生活品質維持。這時，專科護理師提醒我一句話：「進入到末期了，繼續治療也許只有更大的痛苦，我們是不是要放手？」這句話讓我反思很久。所謂放手，不是不照顧，也不是放棄病人，而是承認生命有它的限制，並且在適當的時候，把照護目標從延長時間，轉向減少痛苦、維持尊嚴與陪伴家屬。末期肝病的照護尤其需要耐心。這位病人後來反覆出現肝腦病



變與腹水，家屬對飲食與居家照護常常感到無所適從。限鹽、限水、營養攝取、排便狀況、藥物使用，這些看似瑣碎的細節，卻直接影響病人的清醒程度與生活品質。護理師一遍又一遍地指導，也協助女兒規畫飲食與照護方式，在家屬疲憊時給予支持。她們照顧的不只是病人的身體，也照顧家屬的焦慮與無助。

這位病人的故事讓我更深刻體會，所謂以人為中心的全人照護，不只是提供最合適的治療，也不是單靠醫師決定治療方向。真正的全人照護，是看見病人的疼痛、害怕、期待與沉默，也看見家屬長期陪伴中的壓力與不捨。醫師的白袍可以判斷疾病，護理師的白衣則常常最先接住病人的情緒與日常困難。

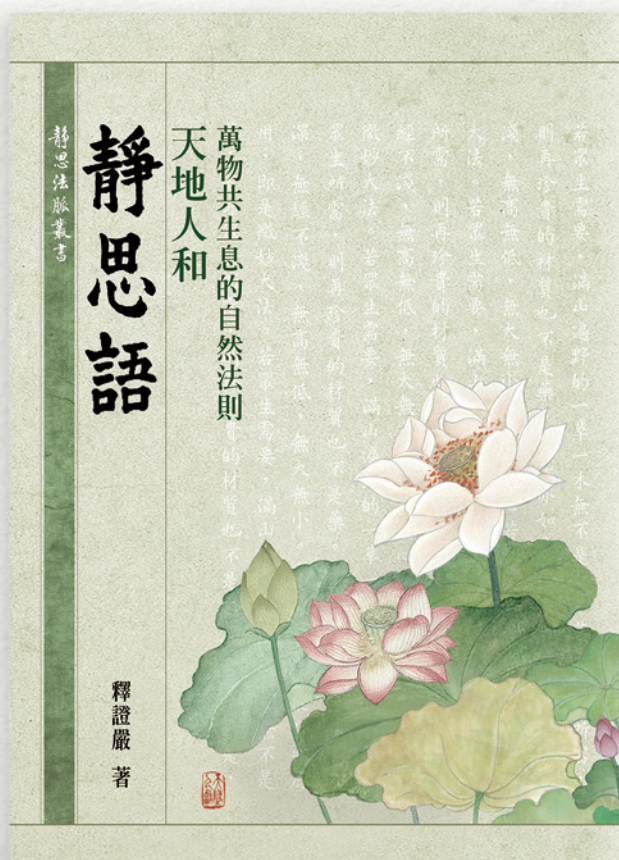
一路走來，我更加相信，好的病人照護一定需要團隊，絕非醫師一人之力。感謝所有護理夥伴，在忙碌的臨床工作中，仍願意多問一句、多看一眼、多陪一段路。因為有你們，病人、家屬與醫療團隊才能彼此理解、彼此支持，也在艱難的治療旅程中，共同走向共榮共好。

白袍與白衣並肩，不只是醫療分工，更是讓病人被完整看見、被溫柔照顧的重要力量。☺

天地人和



萬物共生息的自然法則



敬天，順應自然法則
愛地，尊重萬物生命
自性，回歸清淨本性
人和，善盡倫理道德



靜思網路書軒



靜思書軒門市

靜思人文虔誠發行

從尊重出發

臨床打造「以人為中心」的
全人照護環境新價值

**Building a New Value of "Person-Centered"
Holistic Care Clinical Environment**



隨著人口高齡化、慢性疾病增加以及醫療需求日趨複雜，醫療照護逐漸由過去以疾病治療為核心，轉向「以人為中心」的全人照護模式。以人為中心的照護不僅能提升醫療品質，更能改善病人就醫經驗、促進醫病關係、提升健康結果，並成為現代醫療的重要發展方向。本期《志為護理》以「以人為中心的全人照護環境」為主題，發送電子問卷給八家慈濟醫院護理人

員，有效問卷正好是一千筆，期能了解第一線醫療工作者對病人中心照護的認知、臨床現況及未來改善方向，作為護理照護持續精進的重要參考。

尊重病人的價值， 以人為中心照護的核心

問卷第一題詢問以病人為中心的照護在工作場域中最重要因素，結果顯示最高比例為「尊重病人價值與個

問卷基本資料統計

性別	人數	%
女	929	92.9
男	71	7.1
總計	1,000	100.0
年齡	人數	%
≤20歲	11	1.1
21-25歲	192	19.2
26-30歲	188	18.8
31-35歲	145	14.5
36-40歲	105	10.5
41歲以上	359	35.9
總計	1,000	100.0
目前醫院服務年資	人數	%
≤1年	144	14.4
1.1~2年	107	10.7
2.1~3年	102	10.2
3.1~5年	86	8.6
5年以上	561	56.1
總計	1,000	100.0



職務別	人數	%
護理師／士	750	75.0
副護理長	34	3.4
護理長	54	5.4
督導及以上	19	1.9
個管師(功能小組)	57	5.7
專科護理師(含資深護理師)	86	8.6
總計	1,000	100.0

工作科別屬性	人數	%
內科	170	17.0
外科	139	13.9
小兒	37	3.7
婦產	37	3.7
急重症	156	15.6
功能小組	25	2.5
血液透析室	41	4.1
手術室	70	7.0
門診	181	18.1
心蓮	23	2.3
行政	23	2.3
精神科	31	3.1
其他	67	6.7
總計	1,000	100.0

別選擇」65.7%，其次為「清楚且易理解的醫療照護溝通」49.4%，第三為「病人與家屬參與醫療照護決策」占43.0%。這可能表示，第一線護理人員普遍認為，以人為中心並非只是提供醫療照護技術，而是尊重每位病人的生活背景、文化信仰、價值觀及照護期待，讓病人在治療過程中保有自主

權，真正成為醫療決策的共同參與者。大林慈濟醫院長期推動醫病共享決策（shared decision making, SDM），鼓勵醫護團隊透過充分說明疾病、治療方式及預後，協助病人與家屬依照自身需求共同做出最適切的醫療選擇。此外，護理人員於臨床工作中更扮演病人與醫療團隊之間的重要橋梁，藉由傾聽、

陪伴及溝通，將醫療決策真正回歸病人的需求。

值得注意的是「依病人個別需求調整照護方式」占 28.0%、「安全、友善且具隱私的照護環境」占 32.1% 及「兼顧身心靈與社會需求」占 17.9%，雖非在前三項但亦受到相當重視，顯示護理人員對全人照護已有更完整的認知，不再局限於疾病本身，而是涵蓋身體、心理、社會及靈性的整體健康。小惠（化名）描述她曾照護一位高齡長者因宗教信仰而對部分治療方式有所顧慮，小惠沒有急於勸說，而是耐心傾聽病人及家屬的想法，陪伴他們了解各項治療選擇，並主動與醫療團隊共同討論最適合的治療照護方式。最後，病人在充分瞭解後並安心接受治療，家屬也由衷表示：「謝謝你們願意先聽我們說。」這分被尊重的感受，往往就是病人信任醫療照護團隊的開始。

良好的溝通， 是病人感受醫療品質的重要關鍵

第二題探討護理師認為「在實際臨床環境中，最容易影響病人感受的重要三項因素」，其中以「等候醫療處置時間過長」占 65.3% 及「溝通態度不佳」占 59.4% 位居前兩名，其次則為「未能完整獲得醫療決策資訊」占

40.5%。此結果反映病人對醫療品質的感受，不僅來自醫療技術本身，更受到就醫過程中的服務品質、資訊透明及人際互動所影響。其中，「溝通態度」的重要性甚至高於住院環境及隱私問題，多點溫暖的問候及耐心的說明，往往比冰冷的醫療設備更能提升與病人家屬之間的信任感與安全感。小娟（化名）照護一位初次接受手術的長者，在進入手術室前因緊張而不停顫抖，小娟輕輕握著他的手，陪伴他確認每一項流程，並告訴他：「您放心，我們都會陪著您。」術後病人再次見到小娟時，第一句話便是：「謝謝妳，我真的安心很多，還好有您們。」護理的溫度，往往就在這些看似平凡的互動中慢慢累積。大林慈濟醫院一直強調人文醫療，護理人員除了提供專業照護外，更透過主動關懷、同理傾聽及跨團隊溝通，協助病人了解病情、治療計畫及照護流程，降低病人焦慮與不安。尤其面對高齡病人、多重慢性疾病及失智個案，更需要運用淺顯易懂的語言及重複確認，確保病人及家屬真正理解醫療資訊。

情緒支持與關懷者， 又是教育者與病人代言人

第三題詢問護理師自覺在病人中心



1) 在您工作場域中，您認為「以病人為中心」照護最重要的三項因素為？(N = 1,000，複選)

尊重病人價值與個別選擇 65.7 %

清楚且易理解的醫療照護溝通 49.4 %

病人與家屬參與醫療照護決策 43.0 %

提供多元治療照護選項並充分說明利弊 19.9 %

兼顧身心靈與社會的需求 17.9 %

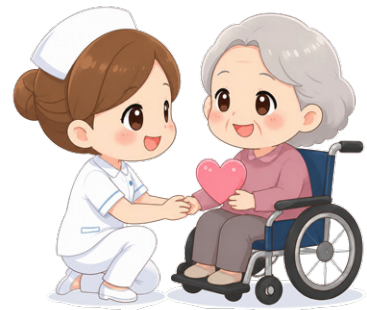
安全、友善且具隱私的照護環境 32.1 %

便利及減少負擔的就醫流程 8.4 %

依病人個別需求調整照護方式 28.0 %

出院後照護與轉銜服務的連續性 10.9 %

其他 0.1 %



2) 您認為，在實際臨床環境中，最容易影響病人感受的三項因素為？ (N = 1,000，複選)



照護中最常扮演的角色，以「照護執行者」最高，占 69.9%，其次為「情緒支持與關懷提供者」占 51.3%、「病人／家屬教育者」占 49.5% 及「病人代言人」占 37.3%。這項結果充分反映護理工作的多元角色。護理人員不只是照護執行者，更是病人最信任的陪伴者、健康教育者及跨團隊協調者。尤其在大林慈濟醫院，護理團隊長期

65.3% 等候醫療處置時間過長

31.9% 住院環境擁擠

31.9% 就醫隱私不足

59.4% 溝通態度不佳

16.3% 住院期間，醫療照護人員更換頻繁

40.5% 未能完整獲得醫療決策資訊

0.7% 其他

深耕高齡照護、出院準備服務、居家醫療及社區整合照護，護理人員需協調整合專業團隊例如醫師、個案管理師、營養師、藥師、復健治療師、社工師及長照資源，共同建構病人從急性醫療到返家照護的完整照護歷程。有時，出院後的關懷電話、一句「最近還好嗎？」便能讓病人感受到醫療照護並未因離院而中斷，也讓家屬更有信心面對返家的照顧挑戰。對於高齡及多重慢性疾病病人而言，真正重



要的不只是住院期間治療成功，更包括出院後是否能安全返家、是否具備足夠自我照護能力，以及家庭是否獲得足夠支持。因此，護理人員在病人中心照護中的角色，已由傳統床邊照護逐漸轉型為整體健康管理者與跨團隊整合者。

提升病人中心照護 制度與照護模式同步提升

第四題問卷中詢問受訪者以個人臨床經驗，對於目前醫療照護過程中提升病人為中心照護最重要的因素，「提供清楚且易理解的溝通」最高，占 64.0%，其次是「病人及家屬參與照護或醫療決策」占 51.7%，再者為「照護人力與服務能滿足病人需求」占 42.3%。此外，「持續且具連續性的照護」24.8%、「即時回應病人需求」24.4%及「便利流暢的就醫流程」22.7%，亦受到相當重視。這些結果與大林慈濟醫院近年積極推動的轉銜照護及整合照護方向高度一致。

急性醫療照護已逐漸由醫院延伸至社區與家庭，透過出院準備服務、居家醫療、居家護理、社區長照及跨院合作，可有效降低再住院率，提高病人生活品質。尤其高齡病人常同時面臨衰弱、失能、多重慢性疾病及社會

支持不足等問題，更需要跨專業團隊共同合作，提供持續性的整合照護，而非僅局限於住院期間的醫療服務。

曾有一位高齡病人在出院前擔心返家後無法自行照顧傷口，也擔心家人不知如何協助。小奇（化名）透過自身護理專業角色結合醫師、居家護理師、個案管理師及社區資源共同規劃返家照護，病人順利回到熟悉的生活環境，後續也未因照護問題再次住院。這樣的經驗提醒我們，完整的醫療並非止於出院，而是讓病人能安心回到生活之中。值得注意的是，「智慧醫療協助提升照護品質」雖僅占 10.9%，顯示目前第一線醫療人員仍較重視人際互動與照護品質。然而，隨著 AI 醫療化環境、智慧病房、語音病歷紀錄、臨床決策支持系統及遠距照護逐漸成熟，未來智慧科技將可協助減少行政工作負荷，使護理人員有更多時間投入病人照護，真正達到科技與人文並重的照護模式。

人力與時間不足 是推動的最大困境

在問卷最後一題，受訪者認為「推動病人中心照護最大的困境」依序為：人力與時間不足最高占 84.5%、工作負擔過重占 75.9%、制度與績效指標

3) 在「以病人為中心」照護中，覺得您常扮演的角色是？ (N = 1,000，複選)

病人代言人 37.3%

照護執行者 69.9%

病人 / 家屬教育者 49.5%

情緒支持與關懷提供者 51.3%

跨團隊協調者 31.4%

其他 0.4%



不支持占 30.5%、接下來依序為病人及家屬參與醫療決策受限占 19.5%、醫病溝通訓練不足占 19.2%。其中，人力不足及工作負荷過重遠高於其他因素，反映第一線臨床最大的壓力仍來自照護人力不足。當護理人員需同時照顧更多病人時，容易壓縮與病人溝通、衛教及心理支持的時間，也可能影響共享決策及全人照護的落實。

因此，若希望真正推動病人中心照護，除了提升醫療人員專業能力外，更需要醫療制度支持，包括合理人力

配置、優化工作流程、減少非護理行政工作、發展智慧醫療及跨專業合作，才能讓護理人員回到病人身邊，提供更具品質的照護。因此，如何透過制度改善，讓護理人員有更多時間陪伴病人，也是提升醫療品質的重要課題。近年來，大林慈濟醫院持續推動智慧護理、跨團隊整合照護、品質改善及臨床教育，正是希望透過制度改善，讓醫療人員擁有更多時間陪伴病人，真正落實「以人為中心」的照護精神。



4) 以您的臨床經驗，目前醫療照護過程中，您認為可提升「以病人為中心」照護表現最重要的三項因素為何？（N = 1,000，複選）

能提供清楚且易理解的溝通 64%

病人及家屬能參與照護或醫療決策 51.7%

照護人力與服務能滿足病人需求 42.3%

就醫流程具便利性與流暢性 22.7%

照護環境具隱私性與舒適性（如病房／公共空間） 19.1%

能提供持續且具連續性的照護（如出院準備或轉銜社區長期照顧資源） 24.8%

智慧醫療能協助提升照護品質 10.9%

能即時回應病人的問題及需求 24.4%

提供持續性照護，盡量由同一組護理師照護 6.1%

其他 0.1%



「以人為中心」 是醫療的初心也是未來

本次問卷結果顯示，第一線醫療人員對以人為中心的照護有著高度共識。尊重病人的價值、良好的醫病溝通、病人

共同參與決策，以及跨專業團隊合作，皆是打造全人照護的重要基石。然而，真正落實病人中心照護，仍須面對人力不足、工作負荷沉重及制度支持等挑戰。未來除了持續深化人文醫療精神外，更應結合智慧醫療、整合照護、社區轉銜、高齡健康管理及跨團隊合作，讓每位病人在醫療旅程中都能獲

5) 您認為，目前推動以「以病人為中心」照護中最大的困境為？ (N = 1,000，複選至多 3項)



84.5% 人力與時間不足

75.9% 工作負擔過重

30.5% 制度與績效指標不支持

10.0% 醫院空間動線不佳

19.2% 醫病溝通訓練不足

16.8% 缺乏跨團隊整合機制

19.5% 病人或家屬在醫療決策參與度受限

0.7% 其他

得尊重、理解、陪伴與持續性的照護。

大林慈濟醫院始終秉持慈濟人文精神，將醫療專業與人文關懷相互融合，從急性醫療延伸至社區與家庭，持續發展高齡友善醫院、整合性照護模式、出院準備服務及社區健康促進，實踐全人、全家、全程、全隊及全社區的照護理念。未來，護理團隊也將持續以病人的需求為核心，以專業守護健康、以關懷陪伴生命，攜手打造更具溫度、更有品質、更符合病人期待的全人照護環境，讓「以人為中心」不只是醫

療口號，而是真正落實於臨床照護之中。以人為中心的照護，不一定要來自轟轟烈烈的改變，而是每天臨床工作小小的動作累積下來的調整，如：溫言暖語關懷、表達關心、尊重與耐心的陪伴等。當護理專業結合人文關懷，護理的展現都可能成為病人生命中支持的力量，也讓護理專業展現最真實、最溫暖的價值。



[No. 1]

停止恐懼，才真正看見

Only by Stopping Fear Can We Truly See

■ 文、圖 | 郭仁哲 大林慈濟醫院身心醫學科病房護理長

第一次踏進身心科急性病房的人，通常不是先看到病人，而是先看到門，那扇門很厚，扣鎖聲比普通病房重一個等級，走進去之後，你會有一秒鐘的遲疑，像是身體在確認：我還可以出去嗎？厚重的自動鎖鐵門、強化壓克力擋板、遍布角落的監控攝影機——這些物理上的設計，讓許多初次到訪的病人與家屬，不自覺地為門後的世界貼上「危險」、「失控」的標籤，我做這份工作一段時間之後，才發現自己早已不在意那扇門。真正讓我停下來的，是人。

在身心科病房裡，每一次相遇，都是一次微妙而深刻的交流。這裡沒有標準答案，也沒有萬無一失的解法。面對不同的病人，我們只能帶著耐心、智慧與勇氣，一步一步走近他們的世界，而我也漸漸明白，當我們停止恐懼，才開始真正看見。身心科護理人員看見的不該只是診斷代碼，而是一個個完整的人。這不是一句口號，而是每天都必須刻意練習的事。

因為護理的對象是人，疾病只是其中的一部分。每個病人都有自己的保護殼；有些人用憤怒保護自己，有些人用沉默保護自己；有些人把世界推得很遠，連自己也被隔絕在外。如果只看見病人的脫序行為，很容易錯過藏在背後的那個人，而身心科護理，某種程度上就像拼圖，每天撿拾一小塊線索。

從晨間量血壓時，看見他今天終於願意下床；從反覆抱怨的肚子痛裡，看見焦慮正在身體裡尋找出路；從步態的改變、睡眠的長短、食欲的起伏裡，看見情緒正在身體上留下痕跡；從職能治療活動中，看見一位平時沉默寡言的伯伯，在分享駕駛經驗時，眼神重新亮起光芒，那一刻，我們看見的不只是病人，而是一位曾經載著乘客穿梭大街小巷的司機。從一個歪歪斜斜的手作御守、一隻色彩鮮豔的章魚工藝品裡，看見他們對未來仍保留著一點點希望。從探病時間結束後，那些站在鐵門外遲遲不願離開的家屬身上，看見一個家庭早已筋疲力盡，卻仍然努力支撐的愛。

郭仁哲護理長（左四）帶領身心科護理團隊以人為中心的精神照護病人，感謝懿德爸媽照顧護理同仁。



於是我們慢慢明白，病房裡照護的從來不只是症狀，而是一個人的身體、情緒、關係、信念，以及那些說不出口的人生故事，建立穩固的護病關係，是一切照護的起點。很多時候，問題不是因為技巧不夠，而是關係還沒有建立。當關係穩固時，許多原本困難的事會變得容易；當關係薄弱時，再小的事情也可能引發衝突。

身心科病房有時像一座被放慢時間的島嶼。外面的世界照常運轉，有人忙著上班，有人趕著開會，有人計畫下一場旅行，而病房裡的人，卻被迫停在原地，有人被幻聽困住，有人被憂鬱吞沒，有人被焦慮反覆拉扯，那些在日常生活裡看似微不足道的需求，在這裡都可能被放大成巨大的情緒浪潮。所以當有人願意坐下來聽他說話，願意理解他的害怕與孤單，那分被理解的感受，往往比我們想像得更有力量，身心科護理的角色很多元，有時候，我們需要溫柔傾聽；有時候，我們必須堅定設限；面對病人的憤怒、咆哮，甚至威脅，我們不能退縮；但面對病人的脆弱與恐懼，我們也不能只剩下規範。當護病關係建立起來之後，即使我們說「不」，病人也知道那不是刁難，而是保護。就像糖尿病病人想吃第二份甜點時，我們的拒絕不是殘忍，



而是關心，在身心科，這樣的過程常常透過行為治療來完成。聽起來很專業，也很冰冷。但我一直覺得，它更像是一場談判，對一個思緒混亂的人來說，世界往往沒有邊界，規則變得模糊，因果變得混亂，情緒變得難以掌控。

於是我們透過明確的約定與可預測的結果，幫助他重新建立秩序。不是控制，而是陪伴；不是命令，而是引導，像是在談判桌上，陪著他們一點一滴找回掌握人生的能力。病人可能拒絕，也可能不同意，如何堅持專業判斷，同時讓病人願意理解與接受，是身心科護理最需要時間磨練的能力之一。而我始終相信，身心科護理最重要的只有兩件事。第一，把病人當成完整的人。第二，不要害怕靠近他們。很多病人真正缺少的，未必是建議，而是陪伴；他們太久沒有被理解，太久沒有被傾聽，太久沒有被好好接住。有時候，我們說的話不一定完美；有時候，我們甚至不知道自己是否做得夠好。但只要願意持續出現，願意一次又一次坐在他們身邊，時間終究會替我們建立信任。

大林慈濟醫院歡慶護師節並頒發獎項，左一為郭仁哲護理長。

有護理師才有未來



郭仁哲護理長參與實習生討論會。



曾經有一位病人深信自己的肚子裡住著七隻蛇，有媽媽蛇、兒子蛇、女兒蛇，他甚至能清楚感覺到牠們在體內遊走，如果我們直接告訴他：「那是假的。」那座好不容易搭起來的橋可能瞬間崩塌，於是我們說：「我雖然沒有看到蛇，但我感覺得到，那一定讓你很不舒服。」因為我們不一定認同他的世界，但我們願意理解他的痛苦。

護理不是證明誰對誰錯，而是在一個人最混亂的時候，仍然願意陪他一起尋找回家的路，而最動人的事情，往往也發生在這裡。曾經多疑、防備、拒絕接近任何人的病人，在建立信任之後，會主動分享自己的故事，甚至在幻覺之中傳達祝福，他曾對同仁說：「神明跟我說，妳一定會幸福。」那一刻，我忽然覺得，信任原來可以穿越疾病。即使迷霧仍在，光也已經悄悄照了進來。

後來我發現，身心科病房真正需要上鎖的，從來不是那扇厚重的鐵門，而是我們心裡那些對精神疾病的偏見與恐懼，當恐懼被放下，當標籤被撕去，我們才會看見，鐵門後面沒有怪物，只有一群受了傷的人，正在努力學習如何與自己和解，而我們有幸成為陪伴他們走過那段路的人。或許這就是身心科護理最珍貴的地方，它治療的從來不只是疾病，而是在一次次相遇之中提醒我們——每個人都可能跌入黑夜，也都值得被一盞燈溫柔照亮。



[No.2]

高齡全人照護 從善出發

Holistic Care for the Elderly: Starting from Goodness

■ 文、圖 | 鍾玫穎 大林慈濟醫院 11A 病房代理護理長

嘉義的天空很寬，在雲嘉南這片土地上，望出去是一望無際的平原，田地一塊連著一塊，老一輩的人在這裡生根，也在這裡老去；老年人口比例早已超過 20%，許多長者獨居，許多家庭的照顧者也已白髮蒼蒼。走進病房，每一張病床上躺著的，不只是一個診斷，更是含藏八十年、九十年的人生故事。這片土地上，護理照護感受到的重量也格外不同。

「人的病，三分在身，七分在心。」在這個病房工作久了，會懂得這句話不只是道理，而是每天都在眼前發生的事。有的長者在照顧下身體的指數已慢慢好轉，但卻夜夜睡不著，因為掛念著家裡沒人照顧的老伴；有的長者傷口在癒合，心裡的傷卻沒有人知道；有的長者在某個安靜的下午對著窗外輕聲說：「我這樣活著，還有什麼意思？」而護理師是離長者最近的人，近到能聽見他們呼吸的節奏，能感覺到他們情緒的起伏，能從一個眼神讀出今天比昨天更沉的重量，這樣近的距離，正是護理工作的價值，也是全人照護得以真正發芽的土壤。

高齡急性照護藉由周全性整合評估，完整規畫每一位長者的照護計畫，從長者的真實處境出發，不只看診斷，也看功能、認知、情緒、營養、家庭成員、出院後去哪裡、誰來負責居家照顧。醫師、護理同仁、專科護理師、出院經理人、高齡照護師、職能物理師、營養師、社工師、個案管理師、等團隊成員，各自從不同的角度為同一位長者設想，在討論桌上把各自蒐集的評估拼湊在一起。團隊與長者照顧過程中，大家總是共同鼓勵長者自己進食、自己穿衣、自己下床。即使慢，或者是需要一次又一次重新開始，但大家仍然願意等待，因為每一個「自己來」，不只守住功能，更是守護一分尊嚴。看似沒有醫療相關的等待、陪伴、傾聽，卻往往是延緩失能最重要的一步。

高齡長者來自不同的年代，有日治時期的童年、農村社會的生活或者物資缺乏的

歲月，這些長者生命的底色，和現在這個世界已經非常遙遠。長者們總反覆說起的舊事、念念不忘的習慣、固執到讓人不解的堅持，當面對這些長者，護理同仁會在下班後主動去查時代的故事、農村社會的生活樣貌，只為能更貼近長者，當難以被大眾理解的行為慢慢有了輪廓，才懂得他們「原來固執，是早年節省慣了的生活方式、反覆說起的往事，可能是這一生最珍貴的記憶、臨近生命終點反覆喚著孩子的名字，是對於子女的一分牽掛。」當照顧過程中，長者感受到護理師的理解，自然防備少了，身體也慢慢放鬆，住院的過程也變得安適，當長者的信念被認同，也許八、九十歲的靈魂也悄悄被治癒。

除了長者，團隊常常能感受到家庭長期照顧的重擔，看到他們對未來的茫然、照顧透支的身心，大家知道倘若這些問題沒有被看見，長者出院之後，照護的缺口依然在，家人只是換了一個地方繼續撐著。此時護理同仁和團隊會向各方協力團隊招招手，邀請一起協助家庭面對出院後的問題，例如：居家環境怎麼調整，長照資源





怎麼申請，回家之後誰來接住這一切，讓長者不是被「送回去」，而是被「接回去」。原本喘不過氣的家庭，在資源介入後慢慢找回節奏；原本幾乎無法行走的長者，恢復到能夠自己在家走動。而每當回診長者帶來變好的消息，病房裡總能感受到喜悅的流動，那不是因為工作完成的滿足，而是看見了一個生命重新站起來的感動，也是團隊和家庭一起往前走的過程。

照護的過程中，大家學會放慢腳步、不急、不煩，學會先聽完再說話。也從理解長者的生命故事，開始我們慢慢懂得知足、感恩，也學會善解與接納。也許，我們無法改變每一位長者的人生，也不能保證每一個家庭都沒有遺憾，但團隊可以選擇在有限的住院日子裡，多停留一點、多理解一點、多分擔一點。

當善念成為團隊共同的方向，感恩、尊重與愛便能自然流動於照護之中。大家看見的不再只是疾病，而是一位完整的人、一段走過歲月的人生，以及一個需要被支持的家庭。團隊彼此扶持、共同承擔，也讓長者那七分心的重量，有了被接住的地方。團隊的全人照護是在每一次真誠的陪伴、每一次願意等待、每一次善解與尊重之中，自然而然地發生。不必刻意追尋，只要從善出發，自然會抵達。

護理專業，胸口的慈悲

The Nursing Profession, Compassion in the Heart

■ 文 | 李意暄 斗六慈濟醫院血液透析室護理師 攝影 | 張雅萍

在血液透析室裡，時光的流轉往往以「年」為單位。林先生在本單位透析了十多年，千百個洗腎的日子裡，我們看著他從昔日的水電師傅到步入退休，彼此之間早已締結了如家人般深厚的情感。

林先生今年66歲，國小畢業，語言以國臺語為主，他個性固執、不易信任他人，過去曾因沉迷賭博與賽鴿輸掉大部分家產，這讓他的家庭關係變得薄弱，常與太太意見不合。然而，身處第一線，連結醫療團隊與病人之間關鍵角色的護理人員，我們深知每位示現「苦相」的病人背後，都有著不為人知的無奈，我們的經驗與觀點，對於建構友善且具溫度的照護環境尤為重要。因此，我們看見的不僅是他身體的疾病，更是他整个人生故事的脈絡，故以全人照護模式，分享此案例的照護過程。

2024年2月初，林先生不慎踢到桌腳，右腳大拇趾產生了一處傷口，他自行抹藥兩週不見好轉，來到單位洗腎時，才主動向護理師求助。面對那潰瘍的傷口，醫療團隊多次勸導他至整形外科進一步診視，卻屢屢遭到他強烈的拒絕，在一次耐心的傾聽中，我們沒有強加醫療決策，而是先去理解他的焦慮，林先生終於卸下心防，流淚吐露心聲。原來，他的父母當年都因糖尿病而面臨下肢截肢的命運，這段陰影成了他心中無法抹滅的痛；更讓他牽掛的是，家中有一位重度身心障礙且因糖尿病幾近失明的女兒，正等待著他長期的陪伴與照顧，他說：「如果我去看整外，是不是就要截肢？一旦截肢，往後的日子就要跟父母一樣仰賴他人照顧，我要怎麼照顧女兒？我不要變成別人的累贅！」那一刻，他展現了為人父的脆弱與堅強，我們接住了在黑暗中徘徊的他，傾聽他的擔憂與焦慮，陪伴他對抗以往不好的經驗，我們告訴他：「不要害怕，路很長、很遠，但我們都會在你身邊，陪你一起面對。」這分深切的理解與尊重，給了他面對過往陰影的勇氣，



經醫療團隊再三勸說，他終於跨出了前往整外診視的第一步，實踐了「讓病人參與自身照護決策」的互動模式。

隨著漫長療程的展開，我們運用全人照護眼光，面對不同階段的考驗。首先是現存性感染（與右腳術後傷口有關）的身體層面，林先生因傷口持續滲液與疼痛，對復原狀況感到極度焦慮與不安，同時，行動受限也帶來了心理層面的焦慮，緣自於他右腳傷口導致行動受限與無法執行家庭角色；他自覺無法如常陪伴心愛的女兒去洗腎，怕她會不安，等同「失去父親的角色功能」，加上換藥需依賴妻子協助，更讓照護壓力不斷攀升，對他而言，女兒是他的全世界，過去他甚至特別將自己的透析時間安排在每週一、三、五，與女兒的每週二、六錯開，只為了在非透析日能陪伴女兒，如今角色功能的喪失，讓他失去了生活的重心。

看見了他的苦，我們團隊落實了整體照護關懷，因林先生行動不便，我們與家屬共同討論，主動協助媒合長照資源，讓專業人員介入居家照顧與往返醫院透析

的協助；在傷口護理方面，同仁們一起討論學習，引進文獻佐證，嚴格執行「傷口衛生四步驟」，每次徹底去除周邊髒污，並依醫囑使用水凝膠敷料搭配遠紅外線輔助以促進血液循環，我們不怕花時間，每次換藥都講解步驟，並拍照記錄、比對，當林先生看著照片，發現傷口一天天在大幅進步時，那份踏實感增加了信任減輕了他的不安全感，讓護病關係更加緊密。這分大愛也延伸到了他的家中，我們至林先生家進行居家環境評估，發現行動受限的他每天必須吃力地上下樓梯回房休息，極具跌倒風險，團隊隨即協助媒合資源，將單位汰除但功能完好的床墊捐贈至他家，讓他能在一樓安心休養。這正印證了證嚴上人所說：「物命雖非人命，但也要愛惜，讓它的價值延續。」把小愛擴大成大愛，讓物命的再利用，成為慈悲的流動。



然而，因緣無常，病程後期林先生因嚴重感染導致病況急轉直下，在生命即將逝去之際，他以堅定的語氣為自己的人生做出了最後的決定：不電擊、不壓胸、不做任何侵入性維生治療，最終安詳地化為清風離去。面對突如其來的噩耗，非預期性喪偶的哀傷重重地打擊了林太太，使其家庭功能短暫失衡。我和單位同仁、護理長主動前往他家中慰問陪伴，林太太哭著說一切太突然，那一刻，沒有多餘的言語，我抱著她靜靜地聽她傾訴，這是我第一次在病人離世後走入其家庭，我深深體會到，護理不只停留在醫療場域，更是延伸到生命的盡頭與愛的深處。

三個月後，林太太微笑著來到單位拜訪，告訴我們她準備去澳洲看看世界，過屬於自己的生活。原來，在林先生離世兩個月後，他們摯愛的女兒也過世了，她心中已無任何牽掛，一個曾經被現實磨得破碎的家庭，一輩子的吵鬧與痛苦，在生命的終點都隨風而逝了，看著她臉上的笑容，那不是輕鬆，而是穿越風雨後的安然，留下來的愛，轉化成了陪伴她走下去的力量。

這段從「前期感染、中期焦慮、到後期家屬哀傷」的照護歷程，是我們團隊「以病為師」的珍貴一課，林先生與家屬用他們的生命故事，幫助我們淬煉專業與心靈，我們將此臨床實務經驗延伸，找尋文獻、在單位舉辦課程，更在燒傷暨傷口研討會發表海報成果，將「傷口衛生四步驟」運用於更多病人身上，大幅提升了單位的傷口癒合率。

就像上人慈示：「對的事，做就對了。」敘事護理不只是記錄一個故事，更是透過「傾聽、理解、陪伴、行動」的轉化實踐，專業不只是手上的技術，更是胸口的慈悲，我們願意繼續踏出那一步，在苦難與生命交會之處，生起溫暖的光明，也正是以人為中心之全人照護中最美麗的終極價值。☺





2026 國際護師節

表揚 25 年、30 年、35 年、40 年資深護理師

2026 International Nurses Day

Honoring Senior Nurses with 25, 30, 35, and 40 Years of Service

臺灣護理學會 2026 國際護師節聯合慶祝大會，表揚服務
25 年、30 年、35 年、40 年資深護理人員。

■ 台北慈院

40 年 邱素美

35 年 陳美慧、張秀梅、林家萱、謝淑萍、吳惠慎、
黃瑞玲、高維菁

30 年 徐瑞瑜、廖慧麗、林麗文、張巍玉、邱千芳、
周依儒、陳怡里、詹淑芬、張淑惠

25 年 元新章、陳韻仔、陳予安、孫尚楓、許雅惠、
王品惠、李鴻君、徐玉凌、蘇秋慧、林倩如、
陳靜怡

■ 花蓮慈院

35 年 葉秀真、張瑞雲、王淑芳

30 年 劉玉玲、張友薰、江靜媚、劉思敏、詹幸芬、
呂基燕

25 年 蕭雅齡、蔡雅雯、陳惠蘭、徐千惠、林英惠、
葉巧慧、林嘉慧、林郁雯、謝樹蘭、江孟儒

■ 大林慈院

35 年 劉台娟

30 年 陳香伶、程裕藍、黃冠華

25 年 林美玲、徐燕萍、陳迎蓁、謝佳男、李婉瑜、
謝美如、邱于家、林美伶、蕭伊祐、黃千蓉、
何玉雲、李荔芳、李雅玲、李玉芬、鍾秀華、
盧淑麗、簡端圓、林雅慧、陳素珍、陳秋琪、
許美蓮

■ 台中慈院

30 年 李莉君

25 年 張植泓、蔡雅惠



走出醫院 上山去

吳錦錡

大林慈院大埔醫療站家庭專科護理師

**Leaving the Hospital,
Heading to the Mountains**

Jin-Chi Wu,

Family Nurse Practitioner at
Dalin Tzu Chi Hospital's Dapu Medical Station

「高雄紅毛港是我成長的地方，小時候，漁村裡大部分年輕人都到外地工作，留下來的多半是老人和小孩。有人生病了，常常先忍著，總覺得撐一撐就會好，受不了才去看醫生。」吳錦錡談起故鄉，長大後回頭看，才知道那其實就是醫療資源不足最真實的模樣。幼時的印象成了她近年投入大埔偏鄉的願力。

外科內科重症加護及門診，全方位護理歷練

護校畢業後，吳錦錡進入中國醫藥大學附設醫院服務，先後於神經外科加護病房及神經內科加護病房工作。從腦神經外科手術前後照護，到心臟、胸腔、神經內科及葉克膜病人的急重症照護，陪伴許多病人走過生命中最艱難的時刻，錦錡認為這些年的經驗是她臨床成長的重要養分。

之後到安南醫院擔任外科專科護理師，接觸外科病房、手術室、加護病房及門診照護，學習從術前評估到術後追蹤的完整照護歷程，錦錡深刻體會「醫療團隊合作與病人照護連續性的重要。」

扛過新冠疫情考驗，培訓成為家庭專科護理師

大林慈濟醫院是錦錡任職的第三家醫院，擔任內科加護病房專科護理師，經歷COVID-19 新冠肺炎疫情期間專責加護病房的照護工作。疫情期間，穿著層層防



護裝備進入隔離病房、照顧重症患者、協助家屬透過視訊探視病人，成為日常。許多病人在生命最後階段無法與家人相伴，錦錡感受到生命的脆弱與珍貴。

「那時候的我，以為醫療的重點在於疾病的診斷與治療處置，直到一通電話，改變了我的方向。」護理部林詩淳督導找上錦錡，告知衛生福利部正在推動家庭專科護理師公費培育計畫，希望培養投入社區偏鄉照護。錦錡說：「那讓我想起故鄉紅毛港，也想起那些因交通不便、經濟因素或家庭因素而延誤就醫的長輩。」於是，她參與培育計畫。

2025 年 3 月，成為家庭專科護理師的錦錡來到嘉義縣大埔鄉服務。原本以為具備十多年急重症與內外科專科護理師經驗，應該很快就能適應新的工作環境，隨後她發現「社區與醫院，終究是不一樣的！」

尊重山城鄉民，比治病更優先的事

嘉義縣大埔鄉地處阿里山山脈之上，是臺灣人口最少的鄉鎮之一。錦錡剛到大埔服務不久的一次家訪讓她至今難忘，她回憶道：「那天，我和中醫居家醫療團



隊一起訪視一位長者。老舊的三合院裡堆滿雜物，家具覆蓋著厚厚灰塵，牆角掛著巨大的蜘蛛網，木板床上是一條洗到發灰、幾乎透光的棉被。阿嬤獨自坐在門口。當我查看傷口時，愣了一下，腳部傷口已經嚴重紅腫滲液，周圍聚集著蒼蠅群；與醫師視訊討論後，認為需要立即轉送醫院接受治療。然而，無論我們怎麼勸說，阿嬤始終搖頭。」

原來阿嬤的煩惱是「我住院，誰幫我兒子送飯？」於是錦錡開始聯絡家屬，「有人沒接電話，有人請我們再找其他兄弟姊妹，就在大家苦惱該怎麼辦時，村幹事騎著機車趕了過來。『看到救護車停在村裡，有點不放心，就過來看看。』」了解情況後，他轉頭對阿嬤說：「妳放心去住院，妳兒子的飯我幫忙送。」阿嬤沉默了一會兒，終於點了點頭。

那天回醫療站的路上，錦錡一直反芻著這整件事，「過去在加護病房裡，我習慣從檢驗數據、生命徵象和病情變化認識病人；來到社區後，則有機會從生活環境、家庭關係和日常習慣重新認識一個人。」

發現社區衛教的迫切性

「有些長輩家裡堆放著兩、三年前的藥物；有些將不同醫院開立的藥品混在一起服用；有些人同時服用處方藥、保健食品、草藥，以及大量購買來路不明的電臺藥物。有些長輩不識字，有些因視力退化看不清楚藥袋上的字，也有人根本忘記藥該怎麼吃，更別說日常基礎常識。」

除了用藥習慣不佳，錦錡也談起大埔鄉民習慣自己當醫生的事跡，「曾經有位阿嬤胸口不舒服，還沒到醫療站，鄰居便把自己的救心藥(NTG)拿出來讓她服用；居民說睡不著，所以鄰居把自己的安眠藥分給他；有人推薦團購來的不知名黑色藥丸；也有人用透明膠帶把草藥一圈又一圈纏在脖子上，希望能改善不適；或是幫忙在傷口上塗紅色印泥偏方幫助傷口癒合……」雖然大家都是出於善意，但也讓她找到著力點——這裡迫切需要推廣正確的健康觀念。

大小事統包的家庭專科護理師

家庭專科護理師的工作，比錦錡原本想像得更多元。在偏鄉，人力有限，工作也很少有明確界線；從掛號批價、健康諮詢、協助醫療和護理處置、聯絡家屬、

安排轉診，到病情追蹤與出勤後環境打掃；除了門診評估與緊急醫療處置之外，還需要進行個別衛教管理、電話追蹤、居家訪視、與醫師討論後協助藥物整合、協助聯絡會診醫師、住院後追蹤、長照轉介及社區資源連結。

有時協助家屬了解醫療資訊與照護需求，與醫師討論後續治療方向，有時則陪伴家屬一起思考未來的照顧安排。許多長輩在診間裡都會說：「有啦，我知道。」但回家後，卻不知道藥該怎麼吃，也忘記醫師交代的注意事項。因此，看診結束後，錦錡經常會再花一些時間重新說明，把專業醫療名詞轉換成較容易理解的生活語言；或者直接到居民家確定他們目前真正狀況，「因為很多時候，點頭不代表真的懂。」

大埔的人情味

剛到大埔時，錦錡也遇過溺水急救事件。那一天，消防隊、大埔衛生所、醫療站護理師及醫師一起投入救護工作。大家在有限的人力與設備下各司其職，只希望能爭取更多時間，讓病人安全下山接受後續治療，錦錡甚至第一次使用一臺「已經 25 歲」的抽痰機。

讓錦錡印象深刻的，是大埔濃厚的人情味。居民身體不舒服來到醫療站時，鄰居們常常也會跟著前來關心；有人需要住院時，鄰居會幫忙聯絡家人、協助接送、幫忙鎖門，甚至照顧家中的狗、貓。安道基金會長期陪伴獨居長者，只要發現異常狀況便會立即通報；大埔衛生所協助公共衛生工作與資源連結；消防隊、警察、村幹事及居民代表，也都是守護居民健康的重要力量。

「在這裡，我看見的不只是醫療團隊，而是一整個社區共同照顧居民。大家用自己的方式守護著大埔，而這些人與人之間的連結，也是我過去在醫院工作時較少接觸的照護風景。」

「居民會送自己種的蔬菜、水果、草仔粿等，也會特地為我準備素食料理。」說起鄉民對自己的好和互動的趣事，錦錡嘴角上揚，「還有一次，一位阿嬤送我粽子，還很認真地跟我說：『這是素的！沒有肉，妳放心吃，只有蝦米和魷魚。』讓我當場哭笑不得，後來大家知道我方向感不好，還會互相提醒：『如果看到吳小姐迷路，記得幫忙帶路。』」雖然錦錡在這裡的工作是照顧居民，但她感覺自己也被居民照顧著。

幸有團隊夥伴與醫院後盾

「感謝曾國枝副院長、護理部陳佳蓉主任、林詩淳督導、雅倫護理長及荔芳護理長一路以來的鼓勵與支持，以及開辦專班的慈濟大學護理學系，讓我能安心投入家庭專科護理師的培育與偏鄉服務。」錦錡的感謝名單很長，特別是大埔醫療站的合作夥伴以及後端大林慈院全院的強力支持，「感謝大林慈濟醫院的醫師群、專科護理師群、營養師、個案管理師、檢驗科同仁、藥庫同仁思誠，以及批價掛號櫃臺夥伴們。每當遇到問題時，總有人願意提供建議、協助查詢資料、提供衛教單張或分享經驗，成為我最安心的專業後盾。」「感謝一起在大埔努力的王晟宇醫師、昱絜與楛喬護理師，在日常照護工作中彼此支持與合作；也感謝葉明憲醫師與品妃在中醫及居家醫療上的協助提醒，讓我有機會從不同角度學習與成長。」

因為有這些夥伴一路同行，錦錡再次強調，偏鄉照護從來不是一個人的工作，而是一群共同守護居民健康的努力。

從故鄉小漁村，到加護病房，再到嘉義大埔山區，繞了一大圈，吳錦錡彷彿又回到了熟悉的地方；只是這一次，她不再是那個看著長輩辛苦就醫的孩子，而是有機會陪伴他們的人。在大埔的日子裡，錦錡接觸到許多發生在社區裡的真實故事，也看見人與人之間最真誠的互相關照，她珍惜能以家庭專科護理師的身分，陪伴居民走過人生不同的階段，成為這些故事中的一部分。☺





阿長，請聽我說

Please Listen to Me, Head Nurse

Better Than
Yesterday's Self

比
昨天
的
自
己
更
進
步



攝影 / 江珮如

第一次踏進外科加護病房時，我深刻感受到，這裡和學生時期實習的一般病房截然不同。無論是單位物品擺放、病人照護節奏，還是各項專業技術，都比想像中更加快速且複雜。面對琳瑯滿目的急救藥物、各式監測設備及不同用途的管路，我一度感到挫折，甚至懷疑自己是否能勝任。

尤其是急救藥物的計算，更讓我緊張擔心。剛開始面對各種藥物算法時，我總是沒有把握，幸好護理長耐心地一步步講解，讓我逐漸建立概念，也開始了解各種管路的功能、照護方式及更換時機。原本看似複雜的照護流程，在一次次實際操作後，我才發現，只要理解原理、掌握流程並留意細節，其實並沒有想像中困難。

到職第一個月，在臨床教師的陪伴下，我開始學習特殊導管的用途、測量方式與照護重點，也有機會親自操作。然而，剛開始準備治療用品時，我常常因為不熟悉單位環境而找不到所需物品的位置。有一次，我又因備物而停在治療車前不知所措，原以為學姊會直接告訴我答案，但她只是微笑地說：「先回去看看妳的筆記。」我翻開自己整理的學習筆記，一項一項重新確認流程，最後順利完成準備工作。那一刻，我才明白，學姊不是不願意幫助我，而是希望我學會自己找到答案。經過一次又一次的練習，我逐漸熟悉單位環境與工作流程，也從學長姊身上學到許多提升效率的小技巧。每當看見他們迅速完成翻身、洗澡、換藥及各項治療時，我總會默默提醒自己：「有一天，我也希望能做到這樣。」

在這段學習過程中，有一件事情讓我至今印象深刻。有一次核對醫囑時，病人已經拔除氣管內管，但醫囑仍保留每兩小時評估鎮靜程度（RASS）的項目。我當時完全沒有察覺異常，只認為醫囑開立什麼，就要照著執行。

直到學姊提醒我：「妳有沒有想過，這位病人現在還需要評估 RASS 嗎？」那一瞬間，我愣住了。我才發現，自己只是機械式地執行醫囑，卻沒有把醫囑內容與病人的臨床狀況連結起來，更缺乏批判性思考。這件事讓我深刻體會到，護理工作不只是完成醫囑，更重要的是理解病人的整體病況，並運用專業判斷，才能真正守護病人的安全。

剛開始工作時，我常常因為一件事情做錯就開始緊張，接著後面的工作也容易接連出錯。面對學姊的提問，我有時因為害怕回答錯誤而脫口說出：「我不知道。」



事後回想，「不知道」並不是最好的答案，如果真的不懂，我應該主動查詢資料、思考原因，而不是停留在不知道的狀態。我也慢慢意識到，自己仍帶著學生的心態，希望每個步驟都有學姊陪伴、有人可以依靠。然而，真正成為護理師後，我終究必須學會獨立判斷，並為自己的照護負責。幸運的是，學姊總在我最沒有信心的時候鼓勵我，學姊說：「不要一直和別人比較，要和昨天的自己比較。」還有，「學習

曲線不是一直往上的直線，它一定會有起伏，只要整體方向是往前，就是一種進步。」這些話，成了我在低潮時最大的力量，也讓我開始接受犯錯、學習反省，並一步一步建立自信。

三個月後，我正式獨立上線。原本以為通過考核就代表自己已經準備好了，但真正獨立照顧病人後，真正的挑戰才剛開始。沒有學姊在身旁提醒，每一次交班都讓我格外緊張，深怕漏掉任何重要資訊。每當交班學姊向上一班追問病況時，我總會反思：「為什麼我沒有想到？」漸漸地，我開始理解，交班時每一個細微的資訊，其實都是串聯病人病程的重要線索；從病人的生命徵象、檢驗數據，到每一次處置與用藥，都需要整合判斷，而



不是片段記憶。我也開始學會主動留意病人的需求，例如喉嚨疼痛、便秘、翻身照護、轉床衛教及查房重點，不再只是完成工作，而是試著站在病人的角度思考，提供更完整的照護。

讓我最有成就感的，是獨立上線第一天。那天病人需要重新建立靜脈注射管路。拿起針具時，我緊張得手心冒汗，不斷回想學姊曾教過我的技巧與注意事項。深吸一口氣後，我穩定地執行每個步驟，一針成功。那一刻，我心裡充滿感動，也真正相信，原來這幾個月所有的努力與練習，都沒有白費。

回顧這段成長歷程，我明白，成為一位真正的護理師，不只是學會各項技術，更重要的是建立臨床判斷能力、培養獨立思考，以及對病人照護負起責任。很感謝

臨床教師一路以循序漸進的方式陪伴我。她們沒有急著給我答案，而是透過提醒、提問與回饋，引導我從錯誤中學習，讓我慢慢從依賴他人，走向能夠自己分析、自己判斷。期許有一天我也能像當初帶領我的學姊和阿長一樣，成為一位專業、沉穩且值得信賴的護理師，在新人迷惘時，成為那個願意陪伴他們一起成長的人。





阿長這樣說：

耐心等待，引導提問

Waiting Patiently, Guiding Questions

■ 文 | 潘惠玲 大林慈濟醫院外科加護病房副護理長

那天白班，一位剛到職約一個月的新進護理師，準備為病人進行頭部傷口換藥。站在換藥車前，她神情緊張，雙手遲遲沒有動作，望著器械與敷料，一時不知道該準備哪些物品。我站在一旁，看著她焦急的神情，心裡其實很想直接告訴她答案，但最後還是忍住了。我只是提醒她：「之前學習時，我記得妳都有整理筆記，不妨先翻翻看，檢查自己還缺了什麼。」

她愣了一下，隨即想起自己的筆記本，趕緊拿出來，一項一項核對換藥所需的物品。雖然動作仍然有些生疏，但最後順利完成了準備工作。那一刻，我知道，她找到的不只是答案，更開始學會依靠自己的能力解決問題。

怡燕個性文靜、說話輕聲細語，工作態度認真，也十分願意學習。然而，剛踏入臨床時，她面臨許多新人的共同挑戰。由於對工作流程尚未熟悉，無論是給藥、傷口換藥、護理技術操作或電腦紀錄，都需要花較長時間反覆確認每一個步驟，因此工作速度較慢，也容易因緊張而缺乏自信。此外，她遇到問題時，習慣等待別人提供答案，較少主動分析原因或思考不同的處理方式。面對突發狀況，也容易停留在「不知道該怎麼辦」的階段。我深知，這並非能力不足，而是臨床經驗尚未累積、思考模式仍在建立的過程。

因此，在輔導過程中，我刻意避免直接給予答案，而是透過提問，引導她一步步建立臨床判斷能力。當她提出問題時，我常反問她：「妳覺得可能是什麼原因？」、「目前有哪些資訊可以幫助妳判斷？」、「如果採取不同的處理方式，結果可能會有什麼差異？」

有時，我也會請她先查詢資料，再一起討論。希望她學會的不只是知識，而是如何找到答案、如何分析問題，以及如何將知識運用於臨床照護。

除了臨床判斷之外，我也協助她建立工作優先順序，教導她整理資訊、快速核對

醫囑、掌握照護重點，逐步提升工作效率。

每天交班後，我們都會利用短暫的時間，一起回顧當天遇到的困難，討論哪些地方可以做得更好，也針對容易出錯的環節提供回饋與建議。透過一次次的討論與修正，她慢慢將每一次經驗轉化為自己的能力。

經過一段時間後，我開始看見她的改變。她不再只是等待指示，而是會主動發現病人的問題，並提出自己的想法。當病人生命徵象出現變化時，她會先思考可能原因，再主動與我討論照護方向，而不是等著別人提醒。原本需要花很長時間完成的工作，也因熟悉流程而變得更加俐落、有條理。更令我印象深刻的是，她會在 NPGY 導生面談紀錄中，誠實記錄每個月遇到的困難、臨床觀察以及生活感受。她不只是描述事件，而是開始反思：「這件事帶給我什麼學習？」、「下次我可以如何做得更好？」我們也透過這個平臺，一起討論如何讓自己更細心、更有效率、更能掌握臨床照護節奏。漸漸地，她不僅能獨立完成日常工作，也能在面對突發狀況時，先分析原因、提出初步處置方向，再與團隊共同討論確認。她的工作速度、準確度與臨床自信，都有了明顯的成長。

新人需要的，並不是每一次都有人告訴她標準答案，而是在迷惘時，有人願意陪著她思考，給予適時的引導，讓她逐漸相信自己的能力。

看著怡燕從頻繁需要協助，到如今能夠獨立判斷、沉著應對，我獲得的不只是帶人的成就感，更重新體會到臨床教育的價值。每一次耐心等待、每一次引導提問，都可能成為新人日後獨當一面的重要養分。也期待臨床能持續提供新人更多時間、制度支持與友善的學習環境，讓資深護理師在教學與陪伴中的角色被更多人看見。因為每一位能穩定留下來、逐漸成熟的新進護理師，背後都有一群願意支持、陪伴與相信她的團隊。唯有透過有系統、有溫度的培育文化，才能讓新人安心成長，也讓病人獲得更安全、更優質的照護。☺



凡事多想細節

Thinking Through Every Detail

■ 文、圖 | 王金敏 大林慈濟醫院傷口造口護理師

19歲那年，我從護校畢業後進入醫院工作，轉眼已近四十個年頭。回首護理職涯，從病房護理師到今日的傷口造口護理師，歷經辛苦、挫折與挑戰，也收穫無數感動與成長，這是一段珍貴而難忘的黃金歲月。

剛踏入職場時，許多人認為護理工作只是打針、發藥、換藥而已。事實上，護理工作十分繁重，每天面對不同病人的病痛與需求，不僅需要專業知識與技能，更需要責任感與同理心。身為新手的我很快體會到，護理不只是完成各項治療與照護，更要細心觀察病情變化，傾聽病人需求，協助病人及家屬面對疾病帶來的衝擊。



26歲時，我擔任傷口造口護理師，接觸許多病人因疾病、意外或手術改變了身體樣貌，也有人因壓力性損傷、血管炎或天疱瘡等疾病承受複雜傷口的疼痛與折磨，每一個傷造口背後，都有一段生命故事。

印象最深刻的是一位因壞死性胰臟炎接受多次手術的年輕父親，腹部巨大開放性傷口合併造口滲流，使照護極為困難，每次換藥往往需要數小時。病情危急時，他含淚請太太帶孩子來見最後一面，年幼的孩子握著父親的手說：「爸爸，你會好起來的。」那一刻，不只是病人在努力活下去，我們整個醫療團隊也陪伴他與生命搏鬥。

半年後，他終於康復出院，那天，他握著我的手說：「謝謝妳。」短短三個字，

卻深深觸動我的心。這段經歷讓我明白，護理不只是照顧疾病，更是在病人最脆弱的時候陪伴他們走過生命低谷。也因為這位病人，讓原本缺乏信心的我逐漸建立專業自信與成就感，更堅定走在傷口造口護理這條路上。

長期陪伴病人面對照護困境，也讓我養成凡事多想細節的習慣，希望透過品質改善，讓病人獲得更舒適的照護。腸造口病人因腹部形態改變及需黏貼造口袋，市售束腹帶無法符合需求，影響活動與生活品質。因緣際會下，在慈濟環保志工吳小玲師姊的協助下，共同改良造口束腹帶，提升病人的舒適度與便利性。



此外，針對臨床識別手圈造成皮膚摩擦不適的問題，我們也運用糖果襪與緞帶製作保護套，減少皮膚傷害。這些看似微小的改變，卻獲得病人、家屬及同仁的肯定。每當看到病人減少不適、展露笑容，內心總有一分欣慰與感動。正因為有這些善念與助力相伴，讓我在面對臨床挑戰時，總能找到突破困境的方法，也更加堅定持續精進專業、服務病人的初心。

如今面臨屆齡退休之際，我選擇再次回到校園進修。許多人問我，為什麼還要繼續念書？答案其實很簡單，因為我始終熱愛護理。感恩這條路讓我有機會與無數生命故事相遇，也讓我在照護他人的過程中，不斷學習、成長與蛻變。

守護生命的25年護理旅程

25 Years of a Nursing Journey Guarding Lives

■ 文、圖 | 楊玉雲 大林慈濟醫院 11B 病房護理長

國中畢業時，我對未來並無明確規畫，在姊姊從事護理工作及母親認為護理穩定具發展性的影響下，選擇就讀護理科。畢業那年，正值大林慈濟醫院創院初期，院方至學校徵才。雖對醫院與慈濟志業不熟悉，但因距離家近、交通便利，最終選擇加入，成為護理生涯的起點。初入職場時，醫院仍在建置階段，臨床制度尚未完善，多由資深學姊以身示教，在實務中學習成長，從生澀逐步能獨立照護病人，也奠定扎實基礎。

25 年來，我從新人走向資深護理人員，歷經婚姻與育兒等人生階段，護理早已不只是工作，而是生命的一部分，陪伴我學習責任、承擔與放下。



記得在臨床第 3 年時，家中突發重大變故，哥哥因突發性心臟病緊急送醫，病況危急需要使用葉克膜（ECMO）。在轉院與床位緊繃之際，經加護病房學姊協助，順利轉入急診，但仍面臨全院滿床的困境。慌亂之中，我致電護理長，他語氣沉穩堅定地說：「你是我的家人，如果連自己的家人都不幫，又如何去照顧他人。」這句話讓我逐漸安定，也讓團隊迅速啟動協調完成收治，雖然哥哥後續仍需接受心臟移植手術，但最終順利完成治療並康復。這段經歷讓我深刻體會，醫療不只是技術的展現，更是在生命危急時彼此扶持、守住希望的力量，也更加堅定我對護理工作的初心。

早期在整形外科與神經外科病房的歲月，

每日於高壓忙碌中工作，從換藥、給藥到病人照護，在反覆歷練中累積臨床判斷與應變能力，也在團隊合作中學會信任與支持，感恩醫師、專科護理師及同仁一路陪伴。

從事臨床第 10 年，在護理長引導下開始思考職涯轉型，從臨床走向管理，學習從照護個案延伸至團隊運作與溝通協調，逐漸理解管理的核心在於理解與成全，而非制度本身。其後轉任不同單位，接觸國際病人照護與耳鼻喉頭頸專科領域，面對語言與文化差異的挑戰，每一步都是學習與成長，在醫療團隊支持下持續精進，也在互助中感受團隊凝聚的力量。

回首 25 年護理歷程，從臨床第一線到管理角色，每一階段皆充滿挑戰與學習。護理不只是職業，而是一份守護生命的志業。在生命交會之中，看見脆弱與堅韌，也看見人與人之間最真誠的照顧與互動。一路走來，心中充滿感恩，感恩所有曾在不同階段給予我指導與陪伴的主管、醫師、專科護理師及護理同仁。因為有大家在專業上的引領、臨床上的扶持，以及困境中的彼此成全，才能讓我在護理道路上穩健前行、不斷精進。

「心安則步穩，心善則路明。」未來的路上，我仍將以謙卑與感恩之心，持續守護每一位病人的需要，讓護理的溫度在生命之間延續不息。



扎根大林25年

25 Years Rooted in Dalin

■ 文、圖 | 黃松貞 大林慈濟醫院護理部獨立科組專科護理師

時光飛逝，轉眼間我已在大林慈濟醫院服務二十五年。回首這段護理職涯，從當年離開屏東家鄉，帶著些許不安與期待的年輕女孩，獨自來到嘉義大林工作，到現在成為身心醫學科專科護理師，大林對我來說，早已不只是工作的地方，而是人生真正扎根的所在，在這裡慢慢成長，也在這裡學會堅定。

剛到醫院時，對於臨床工作充滿熱情，卻也充滿忐忑。離開熟悉的生活圈，面對



陌生的環境與繁忙的醫療工作，每一天都是新的挑戰。我努力學習、虛心請教，希望能盡快成為一位稱職的護理人員，過程中當然有壓力，也有做不好的時候，但我始終沒有放棄，而是一步一步累積經驗，逐漸找到自己在護理工作中的價值與定位。

在精神科服務的這些年，我深刻體會到護理工作的價值不只是疾病治療，更是陪伴與關懷，精神疾病患者往往因疾病而承受社會污名、人際疏離及家庭壓力，他們需要的不只是藥物治療，而是有人願意理解他、接納他、尊重他。護理生涯中，印象最深刻的是照顧一位即將臨盆的孕婦，原本滿心期待迎接新

生命的到來，卻在懷孕期間遭逢先生變心，甚至面臨孩子扶養權的爭奪，接連而來的打擊，讓她精神疾病急性發作而住院治療。

住院期間，只要先生前來探視或一句刺激的言語，都可能讓她情緒瞬間失控，看著她承受身心雙重煎熬，我們最擔心的是她因情緒過於激動，而危及自己腹中胎兒的安全。那段時間，我盡可能陪伴在她身旁，耐心傾聽她的委屈，安撫她的不安，一次又一次陪著她度過情緒低潮，最終她平安生下健康的孩子，在規律接受藥物治療與持續照護下，病情也逐漸穩定。出院前，她利用身邊簡單的材料，親手做了一些小飾品及我的畫像送給我，那份看似平凡的禮物，卻承載著她最真誠的感謝，也成為我護理生涯中最珍貴的收藏。多年後，她已恢復得相當穩定，在醫院擔任清潔工作，每次在院內相遇，她總會遠遠地喊出我的名字，臉上帶著熟悉而燦爛的笑容，我們彼此問候道好。她的故事，成為我繼續留在精神科服務的重要力量，也讓我更加堅信護理工作的意義與價值，不只是照顧疾病，更是在病人最脆弱的時刻，陪伴他們重新找回生活的希望。

在專業發展方面，我積極參與各項專業課程與訓練，期許自己不斷成長。而對於攻讀研究所這件事，我曾認為那是一個遙不可及的夢想。直到擔任專科護理師後，在詩淳督導的鼓勵下，我鼓起勇氣再次踏上學習之路。在職進修的過程並不輕鬆，平時忙於臨床工作，假日則投入課業與研究，經常需要在工作、家庭與學業之間取得平衡。過程中曾感到疲憊與挫折，也曾一度想要放棄，幸運的是，在求學期間遇見許多願意支持我的師長。我特別感謝開導與鼓勵我的導師許雅娟老師，以及接手指導我論文的陸秀芳老師，因為有她們的關懷與指導，我才能克服重重困難，順利完成研究所學業。這段求學歷程不僅提升了我的專業能力，也讓我在照護病人時，能以更全面的角度思考問題，進一步提升照護品質。

二十五年的護理職涯，見證了無數病人的人生故事，也豐富了我的生命歷程。從屏東來到大林，原本只是人生旅途中的一個選擇，卻成為我深耕二十五年的志業所在。未來，我仍將秉持初心，以專業、同理與關懷守護病人，持續精進自我，陪伴更多需要幫助的人走過生命中的幽谷。因為我深信，護理不只是一份工作，更是一份用生命影響生命的志業。☺

推她晒晒太陽

Wheeling Her Out for Some Sunshine

■ 文、圖 | 陳玉章 大林慈濟醫院 7A 病房護理師

在病房待得夠久，有些病人你不是只認識一次，而是認識很多次。

我在泌尿科病房工作，但病房常被借床，各科的病人都可能住進來。她就是這樣一位被「借」進來的阿嬤，八十歲，因為肺炎反覆住院。每隔一段時間，她的名字又會出現在我的交班名單上；每次看到，我都會放慢腳步走進她的病室，先看看她今天的氣色。

住得久了，她的身體沒有起色，精神卻先亂了——她開始譫妄、日夜顛倒。夜裡她睜著眼睛不睡，有時伸手去抓床欄、喃喃說著沒人聽得懂的話，分不清自己是在醫院還是在家；到了白天，又累得昏昏沉沉，整個人像被抽乾。那是長期臥床的長輩很容易走上的一條路，看著讓人心疼，卻也最容易被一句「老人家難免這樣」帶過而忽略。



於是白班時，我做得最多的一件事，就是「把她拉回白天」。我會督促她下床、坐上輪椅，請外籍看護推她到戶外晒晒太陽；天氣不好，就讓她在病室外的走廊上，看著我們一群人忙進忙出，偶爾跟我們說上幾句話。陽光、人聲、一點點日常的吵雜，都是把她從黑白顛倒裡慢慢拉回來的繩子。一開始她常常認不得我，眼神是渙散的；隨著日子一天天過去，她漸漸會在我走近時抬起頭來，渙散的眼神裡偶爾閃過一絲認得的光，對我點點頭。那一點點清醒的回來，是我那段日子裡最實在的成就感。

身為一個男護理師，我的外型常讓人以為我做的是粗活——搬病人、出力氣。但真正佔據我大半個班的，是這些最細的事：扶她坐穩、留意她今天清不清醒、陪她說上幾句。我也和照顧她的看護成了搭檔，我教她怎麼擺位、怎麼觀察阿嬤的狀況，她把阿嬤夜裡的點點滴滴告訴我。主治醫師查房時，我會逐項報告阿嬤的生命徵象、血氧的變化、夜裡睡得好不好，還有上一次的抽血報告、最近追蹤的肺部 X 光。那是另一種出力——把一個容易被忽略的老人家，穩穩接在手心裡。

說實話，照顧反覆入院的長輩，久了會有一種無力感。你會忍不住想：治好了又回來，我做的這些，到底留下了什麼？有時候我甚至懷疑，自己每天把她推去晒的那些太陽，對一個連人都記不清的她而言，是不是早就忘了。那種重複，有時比忙碌更磨人。

直到她要出院那天。病室裡，家屬忙著收拾，看護整理著大包小包，一切都像平常的出院一樣匆忙。我向他們一項一項交代回家後的注意事項，正要轉身去忙下一床，阿嬤忽然在那片忙亂裡張大了眼睛看著我，弱弱地伸出手，握住了我的手掌。她的手很瘦、很輕，卻握得認真——那是她住院這麼久以來，第一次主動向我伸出手。她輕輕地，對我說了兩個字：「謝謝。」

就這麼兩個字，輕得幾乎聽不見，卻重得讓我整個人停在原地。一個曾經日夜顛倒、有時連人都認不清的阿嬤，在離開的這一刻，記得我。她記得是誰每天把她推到陽光底下，記得那些漫長混亂的日子裡，始終有人陪著。我一直以為自己只是在重複同樣的照護，原來那些細瑣的日常、那些被推去晒的太陽，她都一一收下了，放在心裡。

那一聲謝謝，把我之前所有的無力感，輕輕接住了。

後來我常想，護理到底是什麼。它不一定是把一個人徹底治好——很多時候我們做不到，他們還是會再回來。護理是，在他們一次又一次最脆弱、最混亂的時候，總有一個人願意走進那間病室，把他們推向陽光，握住他們的手。能不能根治，常常不是我們能決定的；但「有人在」，是我們給得起的。

我會記得她手心的溫度，記得「謝謝」那兩個字的重量。明天的班，還會有下一位被借床住進來的長輩在等我——而我也終於明白，自己為什麼留在這裡。☺

微小善念的巨大力量

The Great Power of a Small Act of Kindness

■ 文、圖 | 邱薇倫 大林慈濟醫院 7B 病房副護理長

在慈濟醫院服務至今已邁入第十一年，從剛踏入臨床的護理師，到現在擔任病房副護理長第三年，角色雖然改變，但始終不變的是守護生命、守護健康的初心。這些年來，見證了無數病人的生命故事，也陪伴許多同仁在臨床工作中成長。而在這條護理道路上，慈濟志工一直是最溫暖的同行者，讓我深刻體會醫療不只是治療疾病，更是陪伴與關懷的實踐。

剛踏入臨床時，我認為護理工作的重心在於專業技術與疾病照護。隨著年資增長，接觸的病人愈來愈多，慢慢發現，病人真正需要的除了藥物和治療，還有被理解、被傾聽，以及被陪伴的感受。尤其在神經外科及整形外科病房工作期間，常遇到突發意外或病程漫長的病人，病人與家屬承受著身體與心理的雙重壓力，而慈濟志工往往能在最需要的時刻，帶來一股安定人心的力量。有時病人因病情反覆而感到徬徨，志工的一句鼓勵，能讓他重新燃起希望；有時家屬因照顧壓力而情緒低落，志工的一分關懷，能讓他感受到被理解與支持。這些看似微小的善





念，卻往往成為病人與家屬面對困境的重要力量，也讓醫療照護更加完整。除了病人與家屬，慈濟志工對醫護人員的關懷，也讓我感受深刻。尤其在工作繁忙或面臨挑戰的時候，志工們總是默默地給予支持。記得有段時間，病房人力緊繃，同仁們承受著沉重的工作壓力，身心俱疲。當志工來到病房關懷時，一句簡單的「辛苦了」，一個真誠的微笑，總能帶給同仁莫大的鼓舞。或許他們無法分擔臨床工作，但那分發自內心的感恩與祝福，卻讓我們感受到自己的付出被看見、被珍惜。

擔任副護理長後，我有了不同的視角。除了照顧病人，也肩負帶領團隊、培育新人的責任，陪伴同仁面對工作中的挫折與挑戰。這些年來我發現，許多護理同仁能夠堅持留在臨床，不只是因為專業使命感，更因為在人生不同階段曾受到許多人的鼓勵與陪伴，而慈濟志工正是其中重要的一股力量。讓我感受特別深刻的，還有單位的懿德日活動。每當看見懿德爸爸媽媽們如父母般的關愛陪伴，總是十分感動。沒有血緣關係，卻願意付出時間與心力，關心同仁的學習、生活與成長。這分無私的大愛，正是慈濟人文最珍貴的展現。志工精神的影響並非一時，更像是一顆善的種子悄悄種進許多人的心中，在未來的人生道路上持續萌芽。

感恩一路上有慈濟志工同行，讓我在忙碌的臨床工作中，看見人性的溫暖與善良；也讓我在面對困難與挑戰時，重新找回投入護理工作的初心。因為有志工同行，護理之路不再只是專業工作的實踐，更是一段充滿愛與善的生命旅程。☺

陳正見教授懷抱的 Momoko，是曾經在花蓮慈院心蓮病房服務過的 LOVOT 機器人。攝影／謝自富

MODERATOR

Associate Dean

Yang-Hsin Tung

College of Nursing,

Chang Jung Christian University

Taipei, Taiwan

以人為本的 科技與整合健康創新

Human Centric technologies and innovations in integrated Health

講者：陳正見

新加坡社科大學副教授、國際老人福祉科技學會新加坡分會會長

Speaker: Associate Professor Kelvin Tan,
Head of Programme, Minor in Applied Ageing Studies,
Singapore University of Social Sciences
Secretary-General, International Society for Gerontechnology
President, International Society for Gerontechnology (Singapore)

“

新加坡社會科學大學 (Singapore University of Social Sciences (SUSS)) 陳正見博士是老年學專家，致力於探索智慧樂齡照護的創新發展與應用，除了從事教學與研究，同時也是「國際老人福祉科技學會」(International Society for Gerontechnology) 新加坡分會會長，該學會主要探討科技如何應用於老年學領域的發展。學會名稱 gerontechnology，乃是老年學 (gerontology) 與科技 (technology) 兩字結合而來。

”

現今新加坡約有 1,800 位年齡超過百歲的長者，比五年前增加約 20%，預計未來將持續增加。新加坡在 2023 年已經成為全球第六個長壽藍區 (Blue Zones)。當百歲人瑞愈來愈常見，不禁讓人思考：如果將來有機會達到這個年歲，我們希望過著怎樣的生活？

健康老化 裡應外合

在藍區的相關研究指出，長壽與諸多重要因素有關，其中一項是「人生目的」(Purpose in Life)。當我們擁有明確的人生目的時，往往能夠激發更多能量與動力，



使我們更積極地投入生活。人生的目的可以是為他人提供相關的幫助、或是完成閱讀一本喜愛的書、又或者學習新的技能等等。擁有驅動自己每天前進的人生目的是相當重要的。

其次，健康均衡的飲食，與保持適度並有規律的運動習慣也是同樣重要。

另外，不可或缺的就是「整合式照護」(Integrated Care)。所謂整合式照護，指的是醫療照護並不局限於醫院，而是延伸至社區以及居家，形成一個完整的照護體系，確保受照顧者得到延續性的照護。所以，當個體因健康問題需要前往醫院接受治療，狀況穩定後，會轉送到社區繼續照護，到康復達至理想程度，才會回到自己的居所。在過程中，受照顧者能夠獲得持續且整合的照護與支持。要知道，生於斯，長於斯，許多人傾向於留在自己出生與成長的地方，在一個自己熟悉的社區生活，甚至直到人生最後的階段。由此可知對環境的「歸屬感」在整合式照護的概念中具有非常重要的意義。

另一個值得關注的議題是照護人力。新加坡每年有超過十萬名勞動人口離開職場，主因之一就是為了照顧自己年邁的父母。在樂齡化社會以及出生率下降，年輕人口逐漸減少，此現象是否會持續加劇？進一步來說，新加坡是個小國，勞動人口的減少將影響國家整體經濟運作，也關係到年輕世代未來的個人發展。因此，如何找到足夠的照護者以持續照顧樂齡人口，值得深思。

眾所周知，護理人員在醫療體系中的角色極為重要，是不可或缺的支柱之一。居家照護人力，也有著同樣的重要性。因為在整合式健康照護的概念下，出院病人能否在社區或居家中獲得妥善照顧，與病人會否頻繁回到醫院的機率，有著直接的關連。當然，我們不希望見到病人由於出院後缺乏妥善照顧而反覆出院入住，正因如此，照護人力不足的問題已逐漸成為政府、社會以及家庭層面共同面對的重要議題。

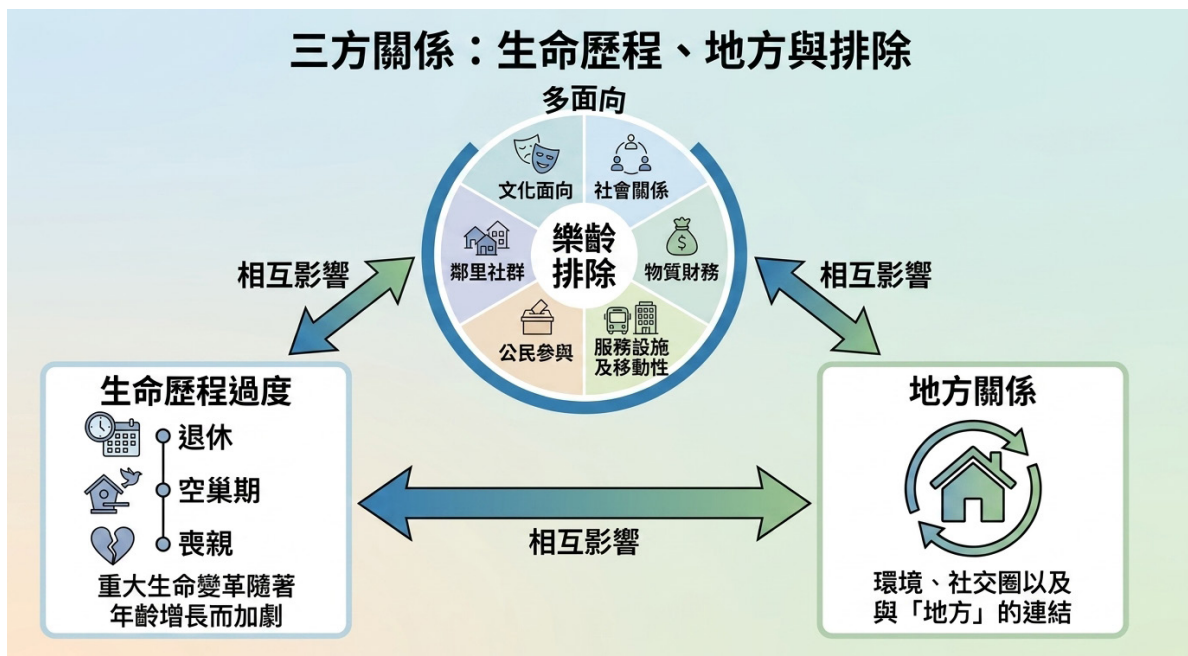
樂齡者的社會排除處境

在芸芸老化的理論中，其中一個就是「樂齡排除」(old age exclusion)的現象。例子：年事漸長的人士被原屬的社交圈逐漸排除在外；或者，社區環境沒有對樂齡者提供足夠友善的設施安排而造成阻礙。這種排除感都體現在老化過程中。老化過程也包括一些不同面向的改變，例如自身角色的轉換、權力關係的變化、財

務規畫的重新釐定等等。因此，樂齡化議題本質上是跨領域的議題。我們都希望活到一百歲時，仍然能夠擁有足夠的經濟資源，可以應付醫療照護，社區生活，甚至是旅行與享受生活等需求。然而，事實是當樂齡者以現有身分參與社會時，部分樂齡者可能會在其居住環境中感到被排除，甚至在家庭中也可能感到被忽視。

人與人之間的關係及個人與環境之間的關係都牽動著思緒和情感。例如，一個對樂齡者友善的生活環境，能夠使他們與居住地產生更深的正向連結。

而另一種重要的連結則是「生命歷程轉換」(Life Course transition)，意即人在不同生命階段中扮演著不同的角色。例如，在工作時是一種角色，在家庭中是另一種角色，而成為祖父母後又是另一種角色。



老化理論中，以生命歷程轉變、多維度的樂齡排除與場所關係，三者交互影響。

在心理學家艾瑞克森 (Erik Erikson) 提出的生命發展理論中，人的一生可分為八個發展階段。在生命的後期階段，人們需要學習如何把過去的人生經驗以及當下的人生階段取得和解與整合。因此，人際關係與社會連結在此階段顯得尤為重要。

樂齡友善環境提案：跨世代共居與活躍樂中心

在臺灣，陽明交通大學等機構有推動「青銀共居」等設計方案，鼓勵大學生、研究生與樂齡者共同生活或互動，藉此促進跨世代關係。在日本，也發展了許多相仿的社區共生共融住宅的案例。

其實，在各自的家庭中，祖父母與孫子女之間的互動也是促進跨世代關係的可行方法。即使祖父母年紀漸長，仍然可以透過友誼連繫、教育溝通以及科技等方式，維持與年輕世代的連結。

在新加坡，透過多種社區照護與住宅設計模式，使樂齡者更加融入其居住的環境，減少孤單感。例如，在公共住宅類型中的「社區關愛屋」(Community Care Apartment)，樂齡住戶的居住面積雖然較一般小，但每一樓層都預留更多公共空間，使居民能夠在公共區域享有更多活動，能夠彼此互動，例如，一起喝咖啡、聊天、祈禱、打麻將、唱卡拉 OK 等等，讓日常生活添加樂趣。

除此之外，也嘗試跨世代共居 (intergenerational co-living) 的模式，樂齡者可以與年輕人有更多的交流，彼此互動並共享生活空間。

前進之路

持續的接觸



定期的互動
能建立信任。

技能培訓



讓員工和參與
者具備管理關
係的能力。

充滿尊重的環境



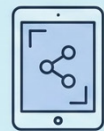
營造能促進
相互尊重與
責任感的空間。

同理心與共融



培養跨越年齡
的欣賞文化。

科技作為催化劑



利用科技
促進連結。

持久連結的框架

新加坡也設有「活躍樂齡中心」(Active Ageing Centres)。中心通常在白天開放，樂齡者可以自由前往參與各項活動。活動包括跳舞、唱歌、學習烹飪等，藉此提升他們的生活品質並豐富其日常生活。近年最廣為人知的，正是由新加坡慈濟團隊所承辦的三個活躍老化中心，他們都經營有成，甚至得到臺灣媒體前來報導。

新加坡約有 80% 的人口居住在政府補助的公共住宅中，活躍老化中心多設於一樓的開放式空間，方便舉辦料理課程、運動活動等。曾經嘗試過讓長者與年輕人一起在公共區的牆面繪畫與上色，促進年輕人與銀髮族之間的交流與互動。

銀髮族需要的健康鐵三角：身體、社會、認知

在樂齡照護的研究中得知，「健康的社會決定因素」(social determinants of health) 是核心概念。健康不僅僅取決於醫療因素，也跟多種社會因素相關。從老年學的角度來看，樂齡者的健康通常包含三個重要面向：身體健康 (physical health)、社會連結 (social health)，以及認知健康 (cognitive health)，簡稱為「P-S-C」(Physical、Social、Cognitive) 三個面向。

整合式健康



社會面向指的是一個人是否擁有友好群體，是否能與他人共享生活。良好的社會關係不但能夠增強個人的自信心、自尊感，而且有助於提升免疫系統的功能。研究亦顯示，擁有良好社會連結的人，更有機會健康地活到一百歲。這也是為什麼在經歷住院治療之後，回到社區生活時，若能夠得到朋友與社區支持系統相互照顧，將有助於維持長者的健康與生活品質。

而認知層面 (connective aspects) 包含充足的睡眠、壓力管理，以及良好的營養攝取等。

以上這些因素共同構成健康生活的基礎。整合各種資源以促進健康延續的社區就稱為「樂齡社區」(Age well neighborhood)。

從醫療到照護端 創新與科技帶來新的可能性

關於創新與科技，去年有三位諾貝爾獎得主談到人工智慧 (AI) 的發展。有人擔心 AI 會取代人類工作，甚至造成破壞。然而，也有學者指出，AI 機器確實可能取代某些工作類別，但不會完全取代現有的所有工作；另外，AI 亦會產生新的可能性及造就新的機遇。AI 可以廣泛地應用在不同領域並提高生產力。例如，AI 讓知識的獲取和整合變得更加容易，人們也能夠透過較為輕鬆及高效的方式持續學習。護理人員、照護者或工程師等專業也不必過於擔心受到 AI 的影響，因為科技的應用能夠協助提升工作效率的同時，也是提升生活品質的重要驅動力。

科技應用方面，現在可以透過智慧手錶、穿戴式裝置以及各種感測器，監測情緒狀態、運動量、血壓等生理指標，能夠更深入了解自身的健康狀態。這些資訊共同形成所謂的「數位化的我」(Digital Self)，也可以理解為「數位孿生」(Digital twin)。透過 AI 人工智慧與物聯網 (Internet of Things IoT) 結合的技術，經由收集大量資料與分析，將有助於更進一步提升健康管理與生活品質。

放眼未來，新加坡透過建立開源人工智慧模型平臺 (open-source AI hub)，以鼓勵更多人透過開源資源學習及應用人工智慧。所謂「開源」，指的是研究人員或開發者可以利用現有的 AI 資產與資料集，在成本相對較低的情況下建立新的應用程式與系統。最近舉辦首次 Open Source AI Hackathon (開源人工智慧模型創新競賽)，提供參與者相關工具以協助其進行創新與方案的開發，同時也會安排專業導師進行指導，使參與者能夠迅速學習各種開發工具，並建立原型 (prototype)。

希望綜合學生的創造力、產業界的合作與導師制度，以及實際使用者（例如醫院、社區照護公寓以及家庭照護環境）之參與，讓創新成果得以持續發展與擴張。

在護理領域中，人工智慧與相關科技亦能為專業人員提供多方面的協助。

日本康納美克科技有限公司提供 AI 護理解決方案的主要企業之一，透過產業聯盟的方式與多個機構合作減輕行政負擔提升病人照護，並整合各種物聯網 (IoT) 感測設備與資料來源，例如醫院病床設備、血壓計以及心電圖 (ECG) 監測裝置等。這些人工智能方案搭配本地醫療資訊科技基礎設施，將能減少前線人員的行政負擔。

在樂齡健康管理上，當來自不同分析型攝影機、感測設備與裝置的資料被整合至同一平臺時，資訊系統便能夠作出數據分析。例如，在醫院中，醫護人員可以透過儀表板 (dashboard) 即時掌握每位病人的行為模式與健康狀態；在居家環境中，也能以類似方式監測長者的健康情況。這樣的系統具有相當大的潛力，因為它能夠建立先前提到的「數位孿生」，意即藉由 iPad、電腦或行動裝置，即可隨時取得相關健康資訊，可以更有效地推動以人為本的照護 (person-centered care)。先進的技術提供的優勢包含降低成本、操作更加便利，同時也能提高醫療與照護產業的工作效率。

AI 輔助照護 減輕護理工作負擔

舉例來說，此護理系統的應用程式平臺，其後端具有資料分析功能，能夠支援 AI 對話 (AI chat)、自動生成對話摘要、文件紀錄、費用與帳單生成等功能。系統也能整合病人相關資料，使醫師與家屬能夠更清楚了解患者的健康狀況。系統還可以協助安排居家護理訪視。由於平臺與護理人員的排班系統及居家服務需求資料相互連結，因此能夠更有效地安排護理人員到府服務。把居家訪視的安排做到最佳化。加上結合 GPS 與路線規畫資料，有助減少護理人員的交通時間與交通成本，所以 AI 輔助得以有效提升整體效率。

日本有一案例，在使用 AI 系統後，護理人員每月用於報告撰寫與行政工作的時間，從原本約 28 小時降低至 4.8 小時，節省了將近四倍的時間。對於個管師在安排會議與進行評估的工作上，效率也提升至約五倍。由於 AI 語音功能還可以協助記錄長者在家中的日常生活，例如飲食、沐浴、運動的時間等，所以，日常生

活可透過 AI 進行智慧化安排。系統的使用者介面採用類似 ChatGPT 的對話式介面，讓操作變得方便簡單。此外，亦可支援離線運作，並透過客服中心管理不同機構之間的服務連結。

日本與新加坡的研究顯示，護理人員的工作範疇中，約 25% 屬於必要的行政業務，而非直接照護病人。如果能透過 AI 技術減少行政作業時間，相信有助降低護理人員的工作壓力，同時提升整體醫療系統的效率並降低成本。常見的護理行政工作包括：交接班溝通、安排會議與諮詢、醫療紀錄整理、教育訓練紀錄、照護計畫制定、家庭會議、設備管理以及電子郵件處理等。這些行政任務不可能完全廢去，但透過 AI 的輔助，可以顯著提升行政工作效率與其品質的管理。對照護人員而言，AI 能夠幫助他們更有效地專注在照護工作。

從功能性機器人演變為情感互動性陪伴者

除了工作效率之外，AI 夥伴能不能帶來情緒幸福感 (emotional well-being) 亦受到關注。曾見過一款國外開發的家庭照護機器人，外觀設計較為特殊，下半部類似機器貓或機器狗，上半部則是人形。雖然確實可以執行某些任務，但由於缺乏情感連結，人們與其互動時往往難以產生真正的情感共鳴。

再例如，有些機器人看起來像功夫保鏢，似乎可以保護長者的安全，然而接受度並不高。又或者是熊貓型機器人，雖然外觀可愛，但是若果熊貓型機器人真要在住所中到處移動，未必是最理想的設計。對於樂齡照護而言，真正需要的是能夠建立情感連結 (emotional connection) 的科技。必須思考如何讓科技不僅具備功能性，也能夠做到保持人際關係與情感互動。如前所述，在樂齡照護中，情感連結與社會互動是必要元素。為了更好地反映現實情況，必然會進一步思考到：怎樣的科技輔助形式才適合「一般家庭情境」？

香港理工大學 (Hong Kong Polytechnic University) 曾推出結合玩偶外型的機器人，能夠發出聲音，家人可以預先錄製語音檔，當長者需要服藥時，裝置會自動播放：「爸，該吃藥了。」對於一些長者而言，聽到熟悉的聲音能夠帶來情感上的安定感。目的是透過熟悉的聲音，讓長者在日常生活中感受到與家人的對話或相處的情境連結。新加坡慈濟設立的樂齡長青館也有類似的機器人來提醒長者服藥。

AI Social Robots aren't replacing **traditional human care.**

They're enriching it by **bridging the gaps.**

SUSS
SINGAPORE UNIVERSITY
OF SOCIAL SCIENCES

Here's how LOVOT
**helps seniors and children
with higher support needs.**

"After enduring challenges and loss,
Mdm Ruby found comfort in KIKI, a
LOVOT social robot, **which eased her
grief and brought cheer to her routine.**"



For many seniors, spending time with
LOVOT **rekindles joy and offers gentle
companio**—den years.

可愛的外形設計，往往較容易被使用者接受。臺灣開發的凱比 (Kebbi) 機器人，原本是為兒童設計的社交型機器人，但目前也逐漸應用於樂齡者照護領域，獲選為推動日本智慧長照與 AI 服務機器人應用之列，其特色之一是豐富多樣的臉部表情，透過不同的表情及語音與使用者互動，例如提醒使用者進行運動或其他活動，提供陪伴與認知訓練支持。

韓國的 HyodoI 機器人，結合了類似 ChatGPT 的互動模式，使用相對柔軟且觸感溫暖的物料製造。與那些外型硬朗較為機械化或冰冷僵硬的機器人相比，HyodoI 機器人更平易近人，容易讓人產生親切感。這也是為什麼在情感連結 (emotional connection) 的設計中，「擁抱」的感受十分重要。HyodoI 機器人目前支援韓語、英語、中文等多種語言，正在研究是否能加入粵語，未來或可擴展至閩南語等地方語言，提升其文化與語言的多樣性。在韓國的實際應用中，HyodoI 機器人已經可以陪伴長者一起祈禱或誦唱等宗教儀式。透過這樣的互動，即使長者是單身獨

處，也不太容易感到孤單。另外，機器人也會透過簡單的小測驗或互動問答來確認長者的心智狀態。同時，機器人可以發出按時服藥的提醒。這樣，機器人的輔助使照護服務得以延伸至居家，形成更完整的整合式照護模式。

不同國家地區在開發照護計畫與機器人產品時，其理念與對市場需求的理解往往有所不同。有些側重於社會互動，有些則強調如何支援日常生活。研究上也會分析功能性背後所反映的文化與照護需求的差異。

有溫度的機器人 撫慰人心

「LOVOT」是一款來自日本、定位為情感陪伴型機器人，2025 年曾經在花蓮慈院心蓮病房服務過的 Momoko，就是 LOVOT 機器人。它內建 50 餘個感測器、全身觸控與溫熱機身。靠著特別的動作模擬，帶出情感交流。加上眼神接觸與聲音互動，促進與使用者建立互信。從技術及設計層面來看，它具備多項感測與互動技術，其中最特別之處便是它的「眼睛」。在人與人之間的情感交流中，眼神接





Momoko 在花蓮慈濟醫院的陪伴服務。

觸 (eye contact) 可算是建立連結的最直接方式之一。因此，LOVOT 在眼睛的設計上投入了大量心力，使其能夠自然流露出充滿情感的情緒反應。

LOVOT 能透過多種內置感測器偵測人的視線與動作，因此對身處環境的反應非常敏捷。例如，當有人呼喚它的名字或靠近它時，它的眼睛會迅速轉向並做出反應。LOVOT 的聲音是透過數位合成技術產生，音質柔和，不會過於尖銳，因此聽起來相當舒適。

LOVOT 也很時尚。研究團隊會為它量身訂製不同的服裝和造型，更具個性和美感，避免使用者有害怕或排斥的心理。與外型像練家子的「功夫機器人」有所不同，LOVOT 的目標並不是模仿人類或代替人類做某些工作，而是與使用者建立既溫和又可信任的陪伴關係。

經過長期互動後，人與機器人之間有可能培養出某種情感連結。從生理學角度來看，此種互動有助促進大腦釋放催產素 (Oxytocin)。催產素常被稱為「愛的荷爾蒙」(Love Hormone)，當人們看到喜歡的人、從事喜愛的活動（例如運動或聽音樂）、或與他人有愉快的接觸時，體內便可能分泌這種化學物質。

與僅能短暫產生「多巴胺效應」(Dopamine effect) 的某些藥物不同——就好像服用止痛藥後疼痛暫時消失，但藥效過後疼痛又再次出現——承前所述，LOVOT 的用意是建立持續性的情感關係，而不是短暫的刺激。

這類機器人也常被視為一種「陪伴型寵物」。在許多長照機構中，由於衛生方面的考量，真實的寵物（如狗或貓）往往被禁止進入，因此陪伴型機器人便成為一種替代方案。透過互動與陪伴，它們可以為長者帶來情感支緩。在新加坡慈濟樂齡長青館的長輩與 LOVOT 機器人的互動中，那場景看來就像是三歲小孩的童言童語逗樂了阿公阿嬤一般自然，帶來溫暖且親切的感受。

它們確實非常可愛，並且能夠執行多種功能，可以學習使用者的行為模式，並嘗試與人建立友誼。對於樂齡者而言，這樣的「朋友」可以成為某種形式的夥伴，一起唱歌、聊天或交流心情。在日本，這類機器人已被廣泛應用，不僅在樂齡照護領域，在企業辦公室中也可見其身影。例如，有些公司會使用 LOVOT 機器人來促進同事之間的互動與關係的建立。在教育領域的研究也發現，當社交型機器人被引入學校環境時，兒童的上課出席率有所提升，缺課情形也相應減少。

研究佐證 AI 機器人給予的心理支持

最後與各位分享的是，我們最近在新加坡完成了一項研究，此研究獲淡馬錫基金會 (Temasek Foundation) 支持，並以 LOVOT 作為研究重心。被研究的對象包括 105 位樂齡者以及 66 位有學習障礙的兒童。在研究過程中，也邀請了社區中的照護專業人員及照護者一起參與。教師也包括在其中，因為教師在兒童早期療育 (early intervention) 中扮演非常重要的角色。

從中我們觀察到老人、小孩與機器人之間有趣的相處點滴。例如，在耶誕節期間，他們會為機器人戴上節慶頭飾，並一起過節；長輩也會自然的與機器人一起進行繪畫與著色活動。在研究中心配置了八臺機器人，每一臺都有不同的名字，像是 Lucky、Milo、Aiko、Kiki 等，使用者可以自由為機器人命名，因此不同的人會與不同的機器人建立屬於彼此的互動關係。

由於新加坡是一個多元族群社會，包含華人、馬來人、印度人及歐亞人等，因此在研究設計中也納入不同族群背景的參與者。同時，我們也比較不同性別、婚姻狀態、行動能力以及教育程度的長者，並進一步分析是否患有失智症等健康因素對研究結果的影響。

研究結果顯示，LOVOT 這類社交型機器人具有相當高的包容性 (inclusiveness)，能夠適用於不同背景與特徵的長者群體。整體而言，確實有助於提升樂齡者的心

理福祉 (mental well-being)。

對於具有學習障礙的兒童而言，研究結果同樣呈現正向回饋。無論是男孩或女孩，機器人都能提供某種程度的社會心理支持 (psychosocial support)。此外，跟其他傳統學習工具比較，兒童對於機器人的注意力與參與度也相對較高，機器人更容易引起他們的興趣。我們也注意到，透過與機器人互動，家庭關係在某些情況下也得以改善。

從家庭到社區 AI 機器人幫幫忙

在中國的一些研究中，也發現社交型機器人對於癌症患者具有潛在的心理支持效果。例如，一些剛完成化療的患者，在休養期間，儘管患者深知機器人未必能真正理解自己所有的情緒與需求，但它僅僅陪伴在側，無需患者費心費力，這反而讓患者感到放鬆。與某些過於活躍或吵鬧的裝置相比，這種安靜且持續存在的陪伴反而更具安撫效果。

有趣的是，機器人並不會因為被忽略而「感到受傷害」。如果使用者暫時不想互動，機器人會靜靜地待在一旁，稍後再重新嘗試互動。因此，它具有某種程度的「自主獨立性」，令使用者免卻了不必要的心理壓力。

不單是實體互動，其實 LOVOT 的數位界面也可以顯示家庭成員、孫子女或寵物的影像，讓長者在情感上產生連結。對某些長者而言，這樣的互動甚至能減少壓力，並為生活帶來新的意義。例如，有些人會因為這樣的陪伴而更有動力恢復健康，或更積極地面對生活。

這項研究受到國際媒體與相關機構的關注。臺灣安寧照護基金會 (Hospice Foundation) 曾對此進行訪談與報導。LOVOT 機器人的創辦人林要 (Kaname Hayashi) 曾應邀來到新加坡交流，他自信地指出，「當長者第一次看到 LOVOT 機器人時，往往會立即產生情感上的連結，幾乎不需要太多說明。」顯示出設計上的吸引力與親和力。

在新的研究中，我們將機器人引入活動中心 (activity centre)，並將其視為團隊成員的一部分，融入課程學習、陪伴長者或參與社區互動。除了 LOVOT 之外，我們同時引進另一款來自臺灣的 Kebbi 凱比機器人，藉以了解和分析，長者在不同社區中心情境下較偏好哪種類型的機器人。



AI 社交型機器人陪伴長者。

除了社交型機器人，我們也進行相關智慧科技結合醫療照護的應用研究，例如血壓監測、睡眠監測以及遠距醫療機器人 (telepresence robots) 等。此外，在社區中，我們也持續推動數位應用學習，年過九旬的銀髮長者也可以透過應用程式協助同輩使用數位工具。

不單只是做研究，也藉由舉辦科技講座與創新黑客松 (hackathon)，期望能夠吸引跨領域人士加入探討科技創新的行列，促進更多創新解決方案的發展。

AI 人工智慧具有高度發展性，而真實的人際互動有助延年益壽，新加坡社科大學老年學團隊亦積極投入社區參與，像是推動鼓樂運動 (drumming exercise)，透過結合音樂與運動，讓社區長輩能夠享受律動，提升身心健康。逢年過節，邀請長者與孩子同樂，並將節慶文化帶入護理之家與社區中心，促成年味與人味、傳統與現代並蓄。在豐富多元的活動穿針引線下，促進科技、文化與社區之間的連結，將整合式照護融入日常生活的不同層面。☺ (2026 年 3 月 7 日志為護理國際研討會專題演講，整理／洪靜茹)

From 'drumming' sessions to health post visits: How this 75-year-old is supported to age well in her Kallang neighbourhood

Working with residents, partners and the community, NHG Health not only cares for the elderly, but also supports Singaporeans to lead healthier lifestyles at a younger age



新加坡慈濟樂齡長青館舉辦鼓樂運動，不只是導入 AI 輔助科技，健康促進與人文關懷的活動多元豐富，為銀髮族增添活力。



Health Minister Ong Ye Kung (in purple) and West Coast-Jurong West GRC MP Ang Wei Neng (in green) joining seniors in yoga drumming at the opening of the Glow (Nanyang) active ageing centre.

TZU CHI NURSING JOURNAL

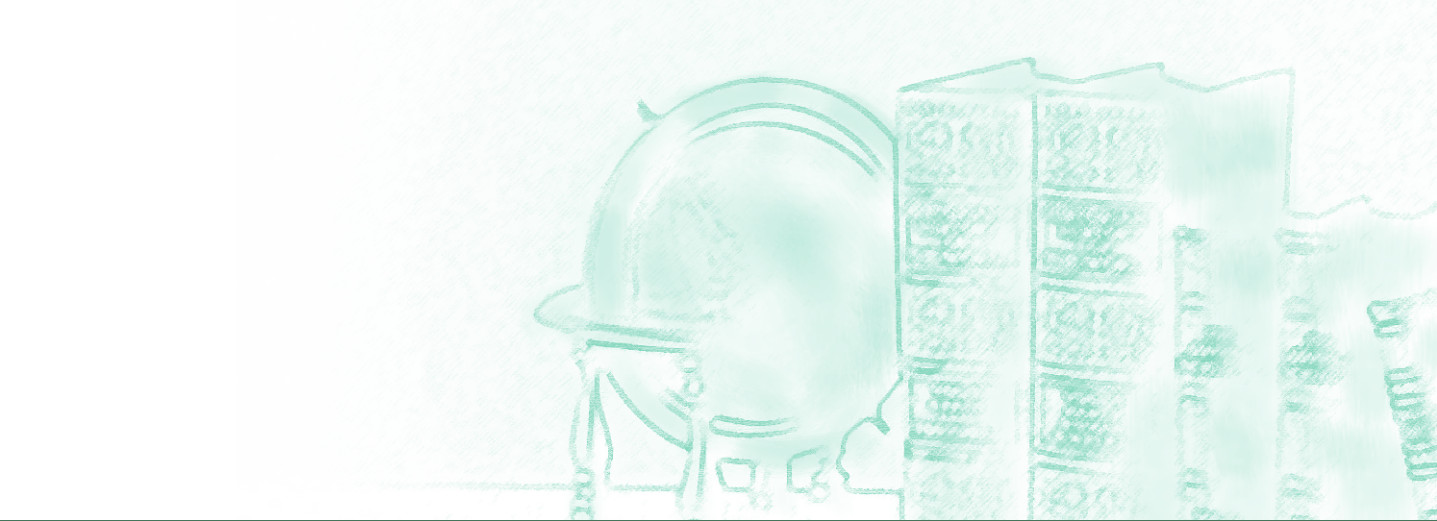
*Research
Articles*

VOLUME 25 NUMBER 4
AUGUST 2026

志為護理
學術論文

2026 年 8 月 第二十五卷 第四期

慈濟護理人文與科學



目錄 *Contents*

- 79** 運用跨團隊模式改善社區長者衰弱程度 / 蕭美蘭、蕭郁瑄、蘇芬蘭
Improving Frailty Among Community-Dwelling Older Adults Through an Interdisciplinary Team-Based Model
/ Mei-Lan Hsiao, Yu-Hsuan Hsiao, Fen-Lan Su
- 92** 一位車禍後胎盤早期剝離而胎死腹中之高齡產婦照護經驗
/ 宋文玉、林佳蓉、鄧雅芳
Nursing Care of an Advanced Maternal Age Woman with Intrauterine Fetal Demise due to Placental Abruption Following a Traffic Accident
/ Wen-Yu Sung, Chia-Jung Lin, Ya-Fang Teng
- 102** 從靜止到重生——布魯格達氏症候群病人植入心臟去顫器之加護經驗
/ 黃琬婷、孫淑萍
From Stillness to Rebirth: Intensive Care Experience of a Brugada Syndrome Patient Undergoing Implantable Cardioverter-Defibrillator Placement
/ Wan-Ting Huang, Shu-Ping Sun
- 111** 照顧一位造血幹細胞捐贈者之護理經驗 / 陳芳綺、溫玉娟、林宥寧
Nursing Experience in Caring for a Hematopoietic Stem Cell Donor
/ Fang-Chi Chen, Yu-Chuan Wen, Yu-Ting Lin
- 121** 一位高齡腦梗塞中風個案運用出院準備服務銜接長照 2.0 之護理經驗
/ 簡秀真、謝佳穎、鍾若男
Nursing Experience of a Geriatric Ischemic Stroke Patient Through Discharge Planning and Integration into Long-Term Care 2.0
/ Hsiu-Chen Chien, Chia-Ying Hsieh, Juo-Nan Jueng

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

運用跨團隊模式 改善社區長者衰弱程度

蕭美蘭¹、蕭郁瑄²、蘇芬蘭³

中文摘要

衰弱是老年人從健康到失能的中間過程，某鄉鎮市衛生所家屬提到家中長者因體重減輕及跌倒經歷，從能走路到坐輪椅，突顯該區長者面臨衰弱高風險，引發改善衰弱程度動機。現況分析發現該區長者存在營養不良與肌少症風險，與長者營養認知缺乏、長者牙口差咀嚼困難、長者因跌倒經驗導致活動量降低、衛生所護理師缺乏衰弱照護知識、衛生所門診無衰弱照護流程有關。執行策略：舉辦衰弱照護在職教育；建立衰弱照護流程；增設營養諮詢；提供長者營養衛教手冊；設計食物質地衛教單張；增設體能訓練指導；提供長者運動衛教手冊；使用彈力帶。專案成效：衰弱程度改善比率為53.8%，達專案目的，高齡個管師引領團隊合作，專案效果顯著經驗值得推廣。(志為護理，2026; 25:4, 79-91)

關鍵詞：跨團隊模式、社區長者、衰弱照護

前言

隨著老年人口快速增加，慢性疾病與功能障礙盛行率亦逐年上升，衰弱作為介於健康與失能之間的可逆狀態，逐漸受到關注，衛生福利部推估，2026年台灣65歲以上失能人口將達近62萬人，約佔老年人口的12.7%，顯示預防長者邁入失能階段對社會與照護體系而言為當務

之急，若能及早發現並介入改善衰弱狀態，不僅可延緩失能發生，亦有助於提升長者整體健康、維持日常功能，減輕家庭與社會照護負擔(劉、張，2022)。

醫院承辦衛生福利部中央健康保險署計畫，於2022年7月起在偏鄉社區衛生所設立門診，2022年6月1日的場勘過程中，1位家屬描述長者：「我媽媽這3年瘦了10公斤，最近3個月內跌倒3次，身

佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院個案管理師¹、花蓮縣秀林鄉衛生所護理師²、佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院督導³
接受刊載：2026年2月25日
通訊作者地址：蘇芬蘭 花蓮市中央路三段707號
電話：886-9-1867-0090 電子信箱：fenlan27@gmail.com

體越來越虛弱，本來可以走路變成坐輪椅，我們真的不知道該怎麼辦？」。Kim and Rockwood (2024)指出生活在偏遠地區長者因醫療資源匱乏、就醫可近性低及社會支持系統薄弱問題，面臨更高的衰弱風險亟需專業介入，引發團隊動機。本專案旨透過專業手法探討社區長者的健康現況，提供醫療專業建議及處方，提升長者自我照顧能力。

現況分析

一、社區簡介

本專案執行的社區依2024年9月戶政人口統計，總人口共17,114人，65歲以上老年人口有1,948人，占11.4%。區域面積約1,642平方公里，地形狹長南北相距86公里，衛生所是該社區居民依賴的醫療資源，醫療團隊成員包括：主任醫師及護理長各1名，地段護理師11名，提供週一至週五上午的家庭醫學科門診，主要業務為慢性病管理、傳染病防治，本院於2022年7月於衛生所設置門診，時段為每月的第四週上午9點至11點30分，配置老年醫學科主治醫師及高齡個管師各1名。

二、長者衰弱程度調查

為了解長者健康現況，老年醫學科主治醫師參考Chuansangeam et al.(2022)、陳(2021)及洪、劉(2022)文獻，選用三項評估工具：1.臨床衰弱量表(Clinical Frailty Scale, CFS)，CFS將衰弱分為9個等級，從1級「非常健康」到9級「末期」。2.迷你營養評估量表短版(Mini Nutrition Assessment Short-Form, MNA-SF)，此量表滿分14分，12-14分營養

正常、8-11分具營養不良風險、0-7分為營養不良。3.肌少症篩檢(strength, assistance with walking, rise from a chair, climb stairs, and falls questionnaire, SARC-C)問卷，此問卷滿分20分， ≥ 11 分具肌少症風險。設定由高齡個管師在看診前為長者進行CFS、MNA-SF及SARC-C問卷評估，每位長者評估時間約15分鐘，結果顯示：2022年7月15日初次門診5位長者，CFS第4級(前衰弱)有4人(80%)、CFS第5級(輕度衰弱)有1人(20%)；其中3位(60%)長者同時具有營養不良風險(MNA-SF10分)及肌少症風險(SARC-C問卷12分)。

三、營養不良風險及肌少症風險原因分析

於2022年7月15日門診評估結束後，為進一步了解長者「營養不良風險及肌少症風險」原因，由老年醫學專科主治醫師、高齡個管師、衛生所護理師，三人組成專案小組，針對3位具營養不良風險及肌少症風險長者，在安靜不受打擾的衛教室進行一對一，半結構式訪談，請長者回憶每日飲食內容及日常活動情形，每位訪談15-20分鐘。飲食部份：3位長者(100%)表示「現在沒有牙齒，只能喝稀飯，肉都咬不動了」、「白天小孩去上班我自己會吃泡麵配罐頭，三餐有吃飽就好了啦」；1位長者(33.3%)表示「曾經被水噏到過，所以不愛喝水真的很渴再喝」、2位長者(66.6%)表示「有糖尿病不敢吃白飯可是飯前血糖還是200多」。活動部份：2位長者(66.6%)表示「之前跌倒過，會害怕再跌倒所以不愛動」、1位長者(33.3%)表示「膝蓋退化走路會痛平時多在家不愛出門」、

1位長者(33.3%)表示「我都還有在種菜啊，這樣不算運動嗎?」。專案前期與衛生所主任醫師討論社區長者健康照護需求，後續由專案小組透過護理長及資深護理師訪談，蒐集該區長者看診醫療主訴及地段家訪照護經驗，並整合長者訪談資料及衛生所醫療團隊社區照護經驗，共收集50個原因次，歸納出11項原因（表一）。前80%社區長者衰弱比率高5個主要問題點：長者營養認知缺乏、長者牙口差咀嚼困難、長者因跌倒經驗導致活動量降低、衛生所護理師缺乏衰弱照護知識、衛生所門診無衰弱照護流程。

2022年7月17日至7月20日，小組經由長者訪談紀錄、衛生所社區照護經驗，針對累積百分比前80%的5個問題點進行真因驗證及歸納畫出特性要因圖如圖

一，過程詳述如下：

長者營養認知缺乏：2022年7月15日訪談的3位長者，3位長者(100%)認為「白天小孩去上班我自己會吃泡麵罐頭，三餐有吃飽就好了啦」，護理師表示，2022年6月於社區據點使用國民健康署「我的餐盤口訣歌MV_長者版」進行均衡飲食衛教，並搭配六大類食物連連看遊戲作為課後活動。衛教前進行前測，結果顯示 20 位參與者中有 16 位(達80%)無法正確回答食物分類題目，顯示多數長者對於食物營養分類與均衡飲食概念理解不足，亟需加強營養認知與教育介入。

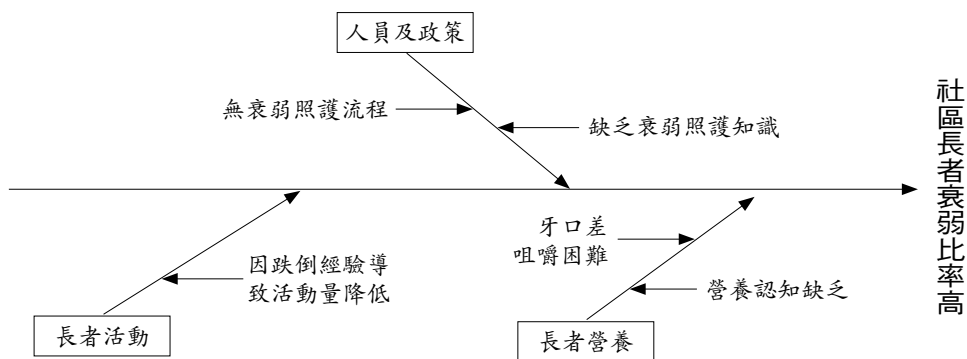
長者牙口差咀嚼困難：2022年7月15日訪談的3位長者，3位長者(100%)表示「現在沒有牙齒，只能喝稀飯，肉都咬不動了」，衛生所護理師表示2022年6

表一
社區長者衰弱比率高主要問題點調查

原因	人次	百分比(%)	累積百分比(%)
1.長者營養認知缺乏	8	16	16
2.長者牙口差咀嚼困難	8	16	32
3.長者因跌倒經驗導致活動量降低	8	16	48
4.衛生所護理師缺乏衰弱照護知識	8	16	64
5.衛生所門診無衰弱照護流程	8	16	80
6.衛生所無營養師配置	2	4	84
7.衛生所無物理治療師配置	2	4	88
8.長者缺乏疾病飲食知識	2	4	92
9.長者肢體關節疼痛	2	4	96
10.長者多勞務工作無運動習慣	1	2	98
11.長者嗆咳問題影響食慾	1	2	100
合計	50	100	

註：N=8

圖一
社區長者衰弱比率高之特性要因圖



月18日辦理整合性健康篩檢，發現有16位長者體重一年內減輕3公斤，當日由衛生所牙科醫師做口腔篩檢，發現10位(62.5%)長者存在缺牙、蛀牙、口乾及假牙不合適等牙口問題導致咀嚼困難、影響營養攝取增加衰弱的風險。

長者因跌倒經驗導致活動量降低：2022年7月15日訪談的3位長者，2位長者(66.7%)過去一年曾發生跌倒，2022年1-6月衛生所家醫科病歷紀錄，每次門診平均20位長者，其中有2-3人(10-15%)表示過去一年有跌倒經驗，衛生所主任觀察到有跌倒經驗的長者因害怕再次跌倒會自行降低活動量，導致走路速度變慢、需要依靠輔具，增加再次跌倒的風險並加速衰弱進程，形成惡性循環。

衛生所護理師缺乏衰弱照護知識：查閱衛生所的年度在職教育課程發現，內容主要在慢性病管理及感染控制，無衰弱症相關教育訓練，反映出推動衰弱症知識教育的迫切性與重要性。

衛生所門診無衰弱照護流程：專案小組依據主任醫師、護理長及資深護理

師之訪談內容，檢視衛生所門診照護流程，發現護理師僅提供慢性疾病衛教，包括正確血壓或血糖量測方法及藥物使用諮詢，缺乏明確的衰弱照護環節，如衰弱篩檢、健康狀況評估及個別化照護計畫，導致長者健康照護缺乏一致性，影響照護效果及整體健康改善，突顯建立標準化衰弱照護流程的迫切需求。

問題及導因確立

經上述分析，本專案主要問題為社區長者衰弱比率高，導因為：一、長者營養認知缺乏；二、長者牙口差咀嚼困難；三、長者因跌倒經驗導致活動量降低；四、衛生所護理師缺乏衰弱照護知識；五、衛生所門診無衰弱照護流程。

專案目的

依據Yu and Woo (2020)的研究，對社區中4-7級衰弱長者進行營養建議及體能訓練，有22.4%的長者衰弱級數降低1級，小組討論後認為可以挑戰照護指標：衰弱程度改善比率達50%以上。指

標計算公式為： $(\text{CFS初評級數}-\text{複評級數} \geq 1 \text{的人數}/\text{兩個月後完成CFS複評的總人數}) \times 100\%$ 。

文獻查證

一、衰弱症定義及篩檢

衰弱症是指身體多項生理儲備功能下降，無法因應內外壓力，學者Fried提出的「衰弱表型」包含非刻意體重下降、肌力下降、自覺疲勞、活動力下降、行走速度減慢，用以描述衰弱的核心特徵，在眾多篩檢工具中，臨床衰弱量表(clinical frailty scale, CFS)與衰弱指數有高度相關，CFS將衰弱分為九個等級：1級非常健康(定期運動)、2級健康(經常運動)、3級維持良好(疾病控制良好)、4級脆弱較易受傷害(自覺行動緩慢及疲倦)、5級輕度衰弱(明顯行動緩慢，部分室外活動需要幫忙)、6級中度衰弱(所有室外活動均需幫忙，部分室內活動需協助)、7級嚴重衰弱(生活完全無法自理)、8級非常嚴重衰弱(生命徵象不穩定)、9級末期(預期壽命少於6個月)，透過對長者的身體功能、日常活動能力和依賴程度進行觀察和評分，CFS是臨床上常用於快速篩檢社區衰弱長者的工具，協助醫療人員制定照護計畫，研究顯示CFS每上升一個等級，死亡風險增加21.2%、入住機構風險提高23.9%(厲等，2022；洪、劉，2022)。

陳(2021)指出，營養不良與肌少症被認為和衰弱有高度相關，並建議使用以下工具：1.迷你營養評估量表短版(Mini Nutrition Assessment Short-Form, MNA-SF)評估項目包含：近三個月食慾變化、

近三個月體重變化、行動力、過去三個月是否有精神壓力或急性疾病、神經精神問題、身體質量指數，滿分14分，12-14分營養正常、8-11分表示具營養不良風險、0-7分為營養不良；2.肌少症篩檢(SARC-C)問卷一評估項目包含：肌力、步行輔助、從椅子起身、上台階、跌倒史、小腿圍，滿分20分，分數 ≥ 11 分表示具肌少症風險，這些篩檢工具能有效辨識潛在的營養不良和肌少症風險。

二、影響衰弱症之多重危險因子與學者建議

衰弱症為多重因素交互作用所致的老年症候群，常見風險因素包括高齡、體重偏低、女性、獨居、身體活動量不足、多重用藥、吸菸、飲酒、營養不良及低維生素D濃度；伴隨疾病如糖尿病、聽力障礙、認知功能下降、睡眠困難、跌倒史、慢性疼痛與憂鬱亦是重要影響因子(Wang et al., 2022)。Chuansangam et al.(2022)之系統性文獻回顧指出，以MNA或MNA-SF評估營養狀態時，營養不良盛行率介於5.7%至6.1%，而營養不良高風險的比例則高達37.8%至42.6%，此結果顯示，針對高風險族群進行早期篩檢及營養介入具有重要臨床價值，有助於延緩衰弱與失能的進程。劉、張(2022)更進一步指出，未來應整合生理、認知與社會等面向的衰弱評估工具，進行多面向的評估與照護規劃，從整體健康的視角出發，提升早期辨識與預防能力，以減少長者進入失能階段的風險，實現健康老化的目標。

三、長者衰弱症之臨床介入照護

厲等(2022)指出，老年人衰弱症照護需求日增，應建立系統化流程，從護理人員在職教育著手，具備衰弱知識與技能，使用CFS進行篩檢並做營養與運動介入，協助長者及家屬了解風險因素與自我管理策略。洪、劉(2022)文獻回顧，提及英國一篇前瞻性研究顯示，遵循世界衛生組織健康飲食金字塔的六大類食物及其份量建議，可以降低衰弱症的風險，然而老年人常因牙口差(如缺牙、假牙不適及口乾症等)導致咀嚼困難與營養攝取量不足，為此，營養師應同時評估食慾與牙口狀況，將健康飲食概念及適宜的食物質地同步教導給老年人及其照顧者，確保有效攝取營養。依據世界衛生組織建議並融合我國飲食習慣，制定「吃進健康高齡營養新食代」手冊，內容包含：六大類食物、一日所需份量、質地調整飲食等，以協助營養師指導衰弱長者，達到均衡營養攝取(衛生福利部國民健康署，2023)。

老年人罹患肌少症會提高跌倒風險並加速衰弱進程。文獻指出，透過規律進行有氧、平衡、柔軟度與阻力訓練等多元運動，可有效提升肌力與身體功能，進而預防跌倒與延緩衰弱惡化。運動建議包括每週至少150分鐘中等強度的有氧運動(如快走、健行、太極拳)、以及每週2至3次針對大肌群的阻力訓練(如提壺鈴、推牆、使用彈力帶等)，每次約30至45分鐘。建議在運動前由專業人員評估運動能力與安全性，並依個別需求調整強度與形式，有助於提升長者整體身體表現與生活品質(陳，2021)。

解決辦法及執行過程

一、解決辦法

經現況分析、問題確立及文獻查證後，依照解決辦法之可行性、重要性、效益性三面向進行改善方案決策矩陣分析，評價標準以5分、3分、1分計分，由專案小組3位給分表決，總分最高45分，達36分(80%)以上選項則納入改善對策，結果如表二。選用策略1.舉辦衰弱照護在職教育2.建立衰弱照護流程3.增設營養諮詢4.提供長者營養衛教手冊5.設計食物質地衛教單張6.增設體能訓練指導7.提供長者運動衛教手冊 8.使用彈力帶。

二、執行過程

配合地方政策，門診每月僅有一個時段且每案都需進行介入措施，並於兩個月後進行成效複評，因此執行期設定2022年8月-2023年12月共計17次門診。

本專案執行期間為2022年7月21日至2024年1月31日，依計畫期、執行期及評值期三階段進行，專案進度甘特圖，如圖二。

(一)計畫期(2022年7月21日-2022年8月24日)

規劃衰弱照護在職教育：7月21日至27日小組參考厲等(2022)、陳(2021)文獻，規劃衰弱照護在職教育。由老年醫學醫師、醫院營養師、醫院物理治療師主講，課程內容包含：衰弱症定義與篩檢量表、老年營養、長者運動處方及彈力帶運動課程，預計8月25日開始，每月第四週8點30分至9點，在衛生所衛教室舉辦共5場的在職教育，對象為衛生所護理長及護理師共9位，並做衰弱照護認知前

表二
改善社區長者衰弱程度之決策矩陣分析表

導因	對策方案	評價			總分	選定
		可行性	重要性	效益性		
衛生所護理師缺乏衰弱照護知識	舉辦衰弱照護在職教育	15	15	15	45	★
	添購老年衰弱症書籍	11	11	11	33	
衛生所門診無衰弱照護流程	建立衰弱照護流程	15	15	15	45	★
長者營養認知缺乏	增設營養諮詢	15	15	15	45	★
	提供長者營養衛教手冊	13	13	13	39	★
	使用定量餐具	11	11	11	33	
長者牙口差咀嚼困難	提供食物質地衛教單張	13	13	13	39	★
	訂購均衡配方營養品	11	11	11	33	
	轉介長照備餐服務	11	9	9	29	
	增設牙科門診	11	11	11	33	
長者因跌倒經驗導致活動量降低	增設體能訓練指導	15	15	15	45	★
	提供長者運動衛教手冊	15	15	15	45	★
	使用彈力帶	13	13	13	39	★
	設置運動教室	9	9	9	27	

圖二
改善社區長者衰弱程度之甘特圖

工作項目與進度		2022							2023	2024
		7/21-27	7/28-8/3	8/4-10	8/11-17	8/18-24	8/25-31	9/1-12/31	1/1-12/31	1/1-31
計畫期	規劃衰弱照護在職教育	★								
	建立衰弱照護流程	★	★							
	規劃增設營養諮詢		★							
	設計長者營養衛教手冊		★	★	★					
	設計食物質地衛教單張		★	★	★					
	規劃增設體能訓練指導		★							
	設計長者運動衛教手冊				★	★				
	採購彈力帶				★	★				
執行期	舉辦衰弱照護在職教育						★	★		
	執行衰弱照護流程						★	★	★	
	進行衰弱營養諮詢						★	★	★	
	使用長者營養衛教手冊						★	★	★	
	使用食物質地衛教單張						★	★	★	
	進行長者體能訓練						★	★	★	
	使用長者運動衛教手冊						★	★	★	
	使用彈力帶						★	★	★	
評值期	評核衰弱改善率									★

後測及滿意度調查。

建立衰弱照護流程：7月26日至31日小組與衛生所醫療團隊依據厲等(2022)及 Hsiao et al. (2024)文獻，建立衰弱照護流程，在收案當日就進行營養諮詢及體能訓練介入，並制訂兩個月後複評。2022年8月25日，每月的第四週星期五上午9點至11點30分為門診時段，高齡個管師進行衰弱程度篩檢，符合CFS 4-7級收案，接著MNA-SF及SARC-C問卷評估，再由營養師及物理治療師做衰弱照護介入，衛生所護理師負責後續追蹤，兩個月後回診高齡個管師進行CFS、MNA-SF及SARC-C複評，CFS 4-7級長者再次加強衛教，1-3級與8-9級長者一般門診衛教，如圖三。

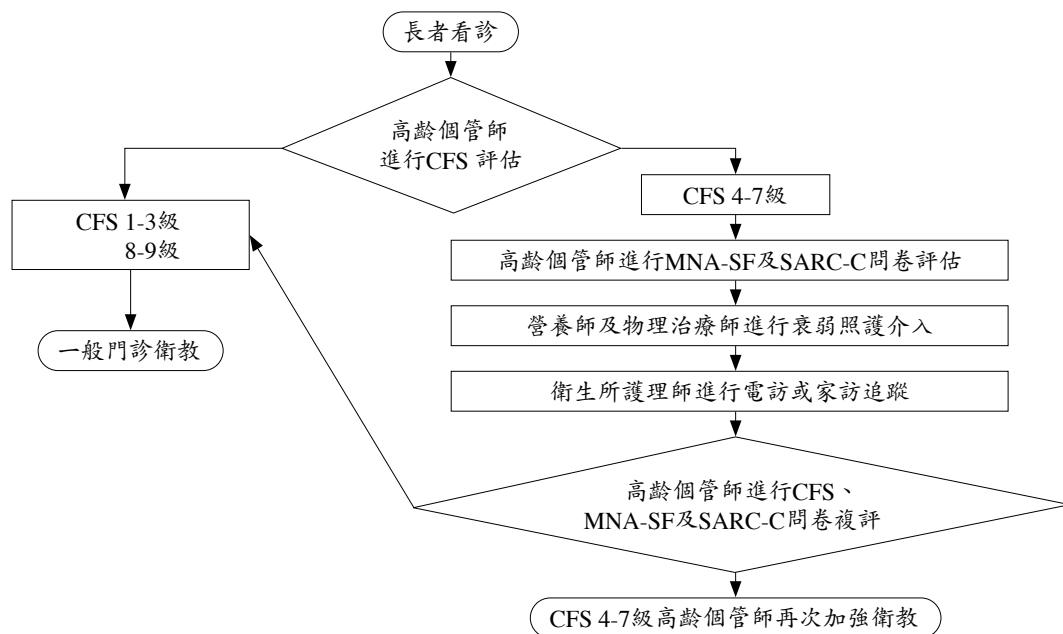
規劃增設營養諮詢：專案小組於8月1日在醫院會議室召開跨專業團隊會議，

選定營養師作為跨專業團隊成員，小組與營養科主任進行共識會議，首先評估營養師的人力資源、制定了人員排班表、擬訂衰弱長者的營養照護，包含：評估飲食內容及營養需求、制定個別化的營養介入方案。

設計長者營養衛教手冊：8月2日至17日小組與本院營養師依據衛生福利部國民健康署(2023)制訂的「吃進健康高齡營養新食代」，設計六大食物分類、一日份量之營養衛教手冊。小組於8月17日聯繫印刷廠，選用防水紙張、彩色印刷及放大字體，印製100份。

設計食物質地衛教單張：8月2日至17日小組與營養師依據衛生福利部國民健康署(2023)的「吃進健康高齡營養新食代」，設計內容包含食材選擇及烹調方式之食物質地衛教單張，小組於8月17日

圖三
衰弱照護流程圖



聯繫印刷廠，選用防水紙張、彩色印刷及放大字體，印製100份。

規劃增設體能訓練指導：專案小組於8月1日在醫院會議室召開跨專業團隊會議，選定物理治療師作為跨專業團隊成員。於8月2日，小組與復健科主任進行共識會議，首先評估物理治療師的人力資源、制定了人員排班表、擬訂衰弱長者的體能照護包含：評估身體功能狀態及平日活動量、制定個別化的運動介入方案。

設計長者運動衛教手冊：於8月11日至22日，小組與物理治療師合作，參考陳(2021)文獻所述之高齡者運動建議，設計包含有氧運動、伸展運動、平衡訓練及肌力訓練等內容的運動衛教手冊，內容著重安全性與實用性，適合社區長者自我執行，小組於8月22日聯繫印刷廠，選用防水紙張並以彩色印刷方式製作，共印製100份提供個案衛教使用。

採購彈力帶：於8月11日至24日小組與物理治療師依據陳(2021)文獻購置彈力帶，作為肌力訓練的工具。

(二)執行期(2022年8月25日-2023年12月31日)

舉辦衰弱照護在職教育訓練：本計畫原預定於2022年8月至12月間，辦理5場衰弱照護在職教育課程，由老年醫學醫師、醫院營養師、醫院物理治療師主講，然而在執行過程中，受到實務場域排班限制與護理人力業務負荷影響，無法順利安排全員參與，最終未能如期辦理正式課程。計畫修正：為持續推動衰弱照護知識之傳遞，小組調整策略，改以「實案討論」方式執行。每次門診後

與衛生所護理師(小組成員)及護理長進行個案照護討論，針對篩檢工具使用、轉介原則及初步介入建議進行交流，藉由實際案例提升照護人員識別與應對衰弱的能力。此外，小組亦提供相關衛教教材予護理長，作為內部業務會議推廣之用，逐步提升整體團隊對衰弱議題之重視與應對效能。

執行衰弱照護流程：2022年8月25日開始至2023年12月31日，每月第四週上午9點至11點30分為門診時段，衛生所護理師負責確認該時段預約長者。高齡個案師進行衰弱程度篩檢，符合CFS 4-7級長者進行收案及MNA-SF及SARC-C問卷評估，接著營養諮詢及體能訓練指導，後續由衛生所護理師進行電訪或家訪追蹤。兩個月後回診時高齡個案師進行CFS、MNA-SF及SARC-C問卷複評，CFS 4-7級長者再次加強衛教，1-3級與8-9級長者一般門診衛教。

進行衰弱營養諮詢：本院營養師在門診時段，為衰弱長者提供15-20分鐘營養諮詢，先評估長者每日飲食習慣後，計算熱量及蛋白質攝取量，再依據長者的身高體重、活動量提供營養建議。

使用長者營養衛教手冊：本院營養師使用長者營養衛教手冊，教導六大類食物選擇、一日份量及食物替代方法，讓長者帶回含有圖片的營養衛教手冊，協助建立營養均衡觀念。

使用食物質地衛教單張：本院營養師針對咀嚼困難長者，使用食物質地衛教單張，並讓長者帶回衛教單張，參照示範菜單製作合宜質地飲食，達到足夠營養攝取。

進行長者體能訓練：本院物理治療師在門診時段，為每位衰弱長者進行15-20分鐘體能訓練，評估長者平日活動及身體功能狀態，制定個別性訓練方案，接著示範訓練動作包含肌力、平衡、有氧及伸展等，並請長者當場回示動作，確保正確及安全性。

使用長者運動衛教手冊：本院物理治療師使用運動衛教手冊，再次說明運動項目、頻次及時間，並提供附有動作圖片的運動衛教手冊，讓長者帶回作為訓練動作依據。

使用彈力帶：本院物理治療師使用彈力帶，做為肌力動作增加阻力的工具，並提供彈力帶讓長者返家後使用。長者在2022年9月23日回診時表示：「彈力帶太厚拉不動」因此停止訓練，當日門診結束後，小組與物理治療師討論，修正計畫為採購輕、中及重度不同阻力彈力帶，依據長者個別體能狀況及訓練部位，提供合宜阻力強度的彈力帶，確保長者返家後能進行有效訓練。

(三)評值期(2024年1月1日-2024年1月31日)

小組3位成員於2024年1月1日-1月31日實施成效評值，評值工具為「CFS、MNA-SF及SARC-C問卷」，針對執行期間完成複評的26位衰弱長者資料，進行衰弱程度改善統計。

結果評值

專案執行期間共收案45位衰弱長者，其中4級35人、5級7人、6級3人，完成CFS、MNA-SF及SARC-C問卷的前後測評估者共26位。分析結果顯示，有53.8%(14人)長者衰弱程度改善(計算公

式： $14(\text{CFS初評級數}-\text{複評級數} \geq 1 \text{的人數})/26(\text{兩個月後完成CFS複評的總人數}) \times 100\%$)，達專案目的。在衰弱程度改善的14人中：4級改善至3級為11人、5級改善至4級為2人、6級改善至5級為1人。專案前後CFS級數分布表，詳見表三。

導因改善：回診進行複評時，請長者依據營養衛教手冊的內容說出六大食物分類，76.9%(20人)長者能正確說出包括全穀雜糧類、豆魚蛋肉類、蔬菜類、水果類、乳品類及油脂與堅果種子類，顯示營養教育有助於提升長者對均衡飲食的認知；53.8%(14人)長者在兩個月內體重增加1公斤，顯示飲食質地調整有效改善咀嚼困難問題增加營養攝取；76.9%(20人)長者兩個月內未發生跌倒事件，顯示透過運動訓練能改善肌力與平衡進而預防跌倒發生。

附帶成效：MNA-SF改善73.1%(19人， $19/26 \times 100\%$ ，10分到12分為5人、11分到13分為6人、11分到14分為8人)；SARC-C問卷改善26.9%(7人， $7/26 \times 100\%$ ，12分到10分為4人、13分到10分為3人)。

效果維持：2024年1月1日至10月31日，11位完成CFS、MNA-SF及SARC-C問卷前後測評估，有63.6%(7位)長者衰弱程度改善($7/11 \times 100\%$ ，4級到3級為6人、5級到4級為1人)。

護理專業貢獻：高齡個管師發揮專業長才，從機構跨域至社區，為衰弱長者進行CFS、MNA-SF及SARC-C問卷評估，並引領跨專業團隊合作，完成此專案改善計畫，除展現全人照護核心角色外，在團隊資源管理領域中彰顯護理師

表三
專案前後CFS級數分布表

專案前			專案後		
CFS級數	人數	百分比(%)	CFS級數	人數	百分比(%)
4級	19	73.1	3級	11	42.3
			4級	8	30.8
5級	4	15.4	4級	2	7.7
			5級	2	7.7
6級	3	11.5	5級	1	3.8
			6級	2	7.7
總計	26	100.0	總計	26	100.0

註：n = 26

的角色功能，從疾病期的急性照護到預防疾病的健康促進，也讓護理師成為大眾心中可信賴的專業醫療角色。

討論與結論

本案運用跨專業團隊模式，旨在改善社區長者的衰弱程度，在執行過程中我們發現營養不良與肌少症是影響衰弱的重要因素，與陳(2021)文獻相呼應。因此需要跨專業團隊共同合作提供整體性的照護。未來，需定期召開個案討論會能更有效地整合各專業的觀點與資源，具體實踐全人照護精神。

執行過程中遭遇的阻力為完成複評的26位長者中有7位(26.9%)存在吞嚥困難問題，雖然營養師提供合宜的食物質地建議，但機能退化仍影響食物攝取量，建議未來可再加入語言治療師，進行吞嚥肌訓練，預防噎咳及降低營養不良風險。

本案限制為執行期間共收案45位衰弱長者，但僅有26位(57.7%)完成複評，小組與衛生所護理師討論後發現未回診

原因如下：1.感覺身體狀況有改善故未回診2.朋友號召參與社區據點活動，提供的便當可作為午晚餐來源具吸引力。建議：1.高齡個管師在收案前向長者詳細說明專案規則2.為回診並完成複評長者，提供一週份營養補充品的關懷包，以提升回診動機並達到更完整的照護成效。

本案推行最大助力為衛生所護理師定期電訪或家訪，追蹤長者營養及運動狀況並及時提供回饋與指導，展現卓越的團隊合作精神。

跨團隊照護感動長者及家屬，「媽媽經過運動訓練後不用我們扶著，自己用助行器從房間走到廁所大約10公尺距離」、「我之前都咬不動肉只能喝稀飯，照著食譜煮三餐兩個月下來體重增加了1公斤」，種種正面回饋讓團隊成員感到欣慰。

此次規劃之在職教育課程未能如期辦理，建議未來可採取更具彈性與延續性的方式推動教育介入，例如運用線上課程或錄製教學影片，降低實體課程時

間與人力安排的限制，亦可將課程內容模組化，融入日常例行會議進行短時段學習。此外，建議設計簡易學習回饋機制，讓護理人員能即時反映實務需求，提升學習動機與內容實用性，逐步建構具可行性與持續性的衰弱照護教育模式，強化第一線照護團隊之識能與介入能力；知識技能可持續發酵善用，與長照據點結盟主動深入社區活動中，潛移默化形成正向活動氛圍，發揮影響力。

參考資料

洪宛淇、劉香蘭(2022)．衰弱症與飲食模式之回顧．*北市醫學雜誌*，21(1)，11-21。
<https://doi.org/10.6200/tcmj.202201/pp.0051>

陳杰(2021)．淺談肌少症．*秀傳醫學雜誌*，20(2)，145-156。
<https://doi.org/10.3966/156104972021122002010>

厲好庭、劉怡婷、鄭瑜欣、周美香、邱群芳、戴瑞芬(2022)．運用多軸向手法提升高齡住院病人衰弱改善率．*榮總護理*，39(1)，41-50。
[http://doi.org/10.6142/vghn.202203_39\(1\).0005](http://doi.org/10.6142/vghn.202203_39(1).0005)

劉禮慧、張睿詒(2022)．生理、認知、社會衰弱、及多面向衰弱之文獻回顧．*台灣公共衛生雜誌*，41(4)，374-382。
[https://doi.org/10.6288/TJPH.202208_41\(4\).111044](https://doi.org/10.6288/TJPH.202208_41(4).111044)

衛生福利部國民健康署(2023，12月26日)．*吃進健康高齡營養新食代衛教手冊*。取自
<https://health99.hpa.gov.tw/material/8279>

Chuansangam, M., Wuthikraikun, C., Supapuang, O., & Muangpaisan, W. (2022). Prevalence and risk for malnutrition in older Thai people: A systematic review and meta-analysis. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 31(1), 128-141. [https://doi.org/10.6133/apjcn.202203_31\(1\).0014](https://doi.org/10.6133/apjcn.202203_31(1).0014)

Hsiao, M. L., Su, C. Y., Loh, C. H., & Kao, S. L. (2024). Effects of integrated care with case management and nutritional counselling for frail older adults with nutritional risk in the primary care setting. *Family Practctice*, 41(6), 1010-1017. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmae011>

Kim, D. H., & Rockwood, K. (2024). Frailty in Older Adults. *New England Journal Medicine*, 391(6), 538-548. <https://doi.org/10.1056/NEJMr2301292>

Wang, X., Hu, J., & Wu, D. (2022). Risk factors for frailty in older adults. *Medicine*, 01(34), e30169. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000030169>

Yu, R., Tong, C., & Woo, J. (2020). Effect of an integrated care model for pre-frail and frail older people living in community. *Age and Ageing*, 49(6), 1048-1055. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa087>

Improving Frailty Among Community-Dwelling Older Adults Through an Interdisciplinary Team-Based Model

Mei-Lan Hsiao¹, Yu-Hsuan Hsiao², Fen-Lan Su³

ABSTRACT

Frailty is an intermediate stage between robustness and disability in older adults. At a township health center, family members reported that an elderly relative experienced weight loss and repeated falls, progressing from independent ambulation to wheelchair dependence. This case underscored the high risk of frailty among older adults in the community and motivated efforts to reduce frailty severity. A situational analysis revealed that many older residents were at risk of malnutrition and sarcopenia. Contributing factors included inadequate nutritional knowledge, poor dentition and chewing difficulties, reduced physical activity following fall experiences, insufficient frailty care knowledge among health center nurses, and the absence of a structured frailty care pathway in outpatient services.

Intervention strategies included providing in-service education on frailty care, establishing a standardized frailty management process, initiating nutrition consultation services, distributing nutrition education booklets for older adults, developing educational leaflets on food texture modification, adding physical training guidance, supplying exercise education materials, and incorporating resistance band exercises. The project achieved a 53.8% improvement rate in frailty status, meeting its objective. Led by a geriatric case manager, interdisciplinary collaboration was strengthened, and the program demonstrated significant and scalable outcomes. (Tzu Chi Nursing Journal, 2026; 25:4, 79-91)

Keywords: interdisciplinary care model, community-dwelling older adults, frailty care

Case Manager, Hualien Tzu Chi Hospital Buddhist Tzu Chi Medical Foundation¹; RN, Xiulin Township Public Health Center, Hualien County²; Supervisor, Hualien Tzu Chi Hospital Buddhist Tzu Chi Medical Foundation³

Accepted: February 25, 2026

Address correspondence to: Fen-Lan Su No. 707, Sec. 3, Zhongyang Rd., Hualien City, Hualien County 970047, Taiwan

Tel: 886-9-1867-0090 E-mail: fenlan27@gmail.com

一位車禍後胎盤早期剝離而胎死腹中之高齡產婦照護經驗

宋文玉¹、林佳蓉²、鄧雅芳³

中文摘要

本文報告一位高齡產婦於車禍後因胎盤早期剝離導致胎死腹中之護理經驗，照護期間自2024年5月4日至5月10日。運用Gordon十一項健康功能模式進行評估，確立主要健康問題為哀傷、急性疼痛以及情境性低自尊。護理措施包含：待產期間運用生產球及按摩舒緩不適；術後結合藥物與非藥物止痛，並融入快速恢復計畫；同時進行哀傷輔導，提供時間讓個案及家屬與胎兒道別，並引介生產事故救濟資源；善用家庭支持系統以肯定個案角色價值。此案例強調多元化及家庭導向照護在兼顧個案身心需求的重要性，建議醫療機構成立專責關懷小組，進行電訪追蹤；產科專業人員應增進溝通與關懷技巧，以強化心理支持。冀望藉此經驗分享，提供臨床產後護理之參考。(志為護理，2026; 25:4, 92-101)

關鍵詞：胎盤早期剝離、哀傷、快速恢復

前言

遭撞擊之孕婦易增加早產、胎盤早期剝離、胎兒窘迫、剖腹產或胎兒死亡等風險(Genc et al., 2023)。其中胎盤早期剝離是急性過程，發生率佔所有懷孕的0.6%至1.2% (Brandt & Ananth, 2023)。依交通部路政及道安司(2024)資料顯示，我國2024年1-3月交通事故致死亡者達772人，平均每日因交通事故死亡人數

為8.58。而我國2024年出生通報數約14萬人次，其中有1,786人次為死產，占比1.29%(衛生福利部國民健康署，2025)。由此可見即使順利懷孕，仍無法避免因交通事故造成胎兒死亡，孕婦心情由期待轉變成傷害。若在非預期情形下必須終止妊娠，迫使母親角色及親子依附關係終止，會讓婦女感受到重大的失落感，甚至會有悲傷、罪惡感和憂鬱產生(林莉莉等，2020)。胎兒死亡對其父母

仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院專科護理師¹、仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院副護理長²、仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院護理長³

接受刊載：2026年4月10日

通訊作者地址：鄧雅芳 台中市大里區東榮路483號

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

而言是最大壓力之生活事件，並產生負面效應，若無法處理父母的悲傷將演變成慢性哀傷，進而影響日常生活的運作(Dyer et al., 2019)。

個案為高齡產婦，結婚7年接受人工生殖後懷孕，於34週時遭受重大交通事故後，隔日注意到胎動減少即刻就醫，卻得來胎兒死亡的消息，頓時失去女性為人母的角色，先生亦無法接受事實相擁哭泣，故引發筆者書寫動機，期望透過此次人性化家庭之照護經驗，來協助父母及其家庭渡過此過程，並轉化哀傷與正向迎接未來生活，以提供護理人員臨床照護之參考。

文獻查證

一、周產期失落及哀傷之護理

周產期失落是指孕婦因流產、死產或嬰兒死亡所引發的失落，孕婦不但會承受極大的傷痛，且會影響生理及心理的狀態。護理重點包含哀傷照護，如：提供需要的資訊、與已故胎兒接觸、了解對親屬的影響、情感照護等策略(Furtado-Eraso et al., 2021)；進行哀傷照護時應將夫妻共同納入，如：安排獨立房間、鼓勵情緒表達、適時陪伴傾聽並接受情感宣洩，及提供支持性關懷(包等，2020)；提供隱私空間為胎兒沐浴、穿衣服，協助留取拍照、腳印、毛髮等紀念物，與已故胎兒完成道愛與道別，但須事先告知「胎兒可能是冰冷或皮膚破損等」，使其有心理準備及利於接受死亡事實；提供抑制乳汁分泌方法及隨後備孕的孕前諮詢，早日渡過哀傷(Tsakiridis et al., 2022)。必要時轉介社

工、醫療團隊或其他相同案例分享等支持系統(林莉莉等，2020)。

二、待產及術後照護

執行任何治療前應主動說明目的及藥物作用與副作用，以減輕個案焦慮(林雅淑、謝，2020)，可以看電視、聽音樂來轉移注意力，亦可讓待產婦坐在生產球，並透過上下、左右等有節奏的臀部運動，來緩解引產過程中宮縮所帶來的不適感(何，2020)。若無法順產應協同醫療團隊予以解釋原因，術後選擇合宜疼痛量表密切評估並記錄產婦的疼痛程度、性質、持續時間、位置、頻率等(楊等，2021)；剖腹產的快速復原(enhance recovery after cesarean, ERAC)能有效縮短術後恢復時間，包括術前縮短空腹時間，術前2小時可飲用無渣飲料，術中穩定體溫預防噁心嘔吐，術後儘早進食及拔除留置管路，並進行止痛管理及藥物作用的評估(李等，2022)，術後使用束腹帶支托腹部，並以手壓在傷口上採漸進活動方式，以避免傷口及肌肉受拉扯所引起的疼痛(楊等，2021)。

三、提升自尊之策略

Pollock et al.(2020)發現：經歷死產的父母可能會對其父母身分感到質疑、羞恥、罪惡和責備等，進而引發低自尊。而低自尊被認為是自殺風險的危險因子；及時提升自尊的策略，包含增強自我概念，如：自我批判、自我決定、自我效能、自我形象、自我肯定以及自我價值，可減少當下及三個月後的自殺意念(Dat et al., 2022)。系統性文獻顯示：在經歷胎兒死亡後，多數父母很快會考慮再次懷孕，專業人員應給予個別性照護

措施及建議，並加入其他重要他人的協助(Dyer et al., 2019)。

案例簡介

一、個案簡介

黃小姐，37歲，大學畢業，與先生在家中自營小商店並擔任會計職位，家中經濟小康，同住者為先生，無過去病史及家族史，無抽菸喝酒，家中信仰道教。

二、懷孕史

個案與先生結婚7年未懷孕，於2023年2月聽從家人的建議北上接受第一次人工生殖失敗後第2次才懷上此胎，孕產史G1P1L0，預產期2024年6月15日，雖居住在中部，但產檢皆回原接受人工生殖的北部婦產科產檢，每次車程約2小時，定期產檢及報告正常。

三、入院經過

2024/5/3 21:00產檢結束返家途中，乘坐自小客車被後車追撞，車輛翻滾數圈，搭乘救護車至急診，經檢傷後發現胸部挫傷、右髖部挫傷、四肢及唇部多處擦傷及腹部安全帶勒痕處發紅約2*10公分；會診婦產科醫師，超音波檢查及裝置胎兒監視器顯示胎心音正常，無特殊發現返家休養。隔日08:35自覺無胎動再次入急診，診斷為胎死腹中，同日11:20入待產室催生，依醫囑予misoprostol 200mcg/tab 0.125顆 Q2H PO，當日接受減痛分娩，5/5 08:30產程無進展依醫囑NaCl 0.9% 500ml+oxytocin 1AMP，由12ml/hr開始，最高曾調至18ml/hr，5/6 18:00產程仍無進展，於21:36採脊髓麻醉及剖腹產方式娩出一名

女嬰，阿帕嘉(Apgar score)第一分鐘0分/第五分鐘0分，體重2,805公克，失血量(含羊水)1,000cc，術中診斷胎盤早期剝離達50%以上，術後使用連續性點滴止痛，留置尿管1條及左手留置針接輸液管1條，各管路皆於5/8拔除，5/10辦理出院。

四、護理評估

護理期間自2024年5月4日至2024年5月10日，運用Gordon十一項健康型態做為評估架構，藉由照護、溝通、觀察及電訪追蹤，收集資料，分析如下：

(一)健康感受與健康處理狀態

個案自覺身體健康，無抽菸、喝酒、吃檳榔等習慣，無慢性病，遇身體不適時會至診所就醫，不會服用成藥，平時會按公司規定健康檢查及施打疫苗，孕期按時產檢，對胎兒心跳停止感到震驚、難過，住院期間會主動告知需求並詢問後續處置，評估此項無健康問題。

(二)營養代謝型態

身高155公分，孕前體重55公斤(BMI = 22.9)，體重適中，入院體重62.1公斤，孕期體重增加7.1公斤，屬正常範圍；5/4入院抽血RBC:3.85 10^6 /ul、Hb:9.7 g/dL、platelets:166 10^3 /ul。懷孕期間飲食由娘家準備，5/4表示：「懷孕後注意飲食均衡，我有天天五蔬果!」，產後訂院內產婦餐，除早餐白飯未吃完，其餘皆食用完畢，5/4身體檢查發現唇部、四肢擦傷皆已乾燥密合，腹部安全帶勒痕發紅處變得瘀青無擴大。剖腹後腹部有一橫向11公分傷口，紗布覆蓋，無滲液。5/7、5/10依醫囑予cabergoline 0.5mg/tab 1PC PO 協助退奶，評估此項無健康問題。

(三)排泄型態

每日攝取1,500-2,000cc水分，孕期每日解尿6-8次，顏色淡黃色，無解尿困難，術後當日留置尿管存，尿液2,200cc/天，清澈淡黃無沉澱物，5/8早上拔除尿管，當日12:00由先生陪同下床自解小便順暢，解尿後檢測膀胱餘尿為45cc，5/9自解大便為軟成形便，術後1-3天惡露色鮮紅、量中，之後變少量、無惡臭及血塊，評估此項無健康問題。

(四)活動與運動型態

產前忙於家中商店事務，無運動習慣，於每周店休會與先生外出踏青散步，住院期間生命徵象為體溫36.1-37.3℃、脈搏70-90次/分、呼吸14-20次/分、血壓116-130/60-90mmHg。待產期間除監測胎兒監視器外其餘時間能由先生或家屬協助下床，若觸摸到皮膚創傷表示疼痛，步伐雖緩慢但平穩，剖腹產後依醫囑平躺6小時後，能由先生協助翻身，5/8評估下肢肌力5分，由先生陪同採漸進式下床，沒有四肢無力及頭暈情形，評估此項無健康問題。

(五)睡眠與休息型態

產前睡眠時間約8-10小時，無入睡困難、睡眠中斷、熬夜情形，自訴睡眠時間長，中午有午睡習慣。待產期間因心情難過影響休息，睡眠易中斷，在家人協助下，播放舒眠音樂後可入眠，平均能睡6-8小時/天，剖腹產後表示：「傷口好痛，半夜都會痛醒。」，能在服用止痛藥後繼續睡著，5/7下午例行治療時發現呼吸勻稱熟睡中，能自行找時間補眠，無黑眼圈或打哈欠情形，評估此項無健康問題。

(六)認知與感受型態

意識清楚，具判斷能力，無視力及聽力問題。平常喜歡聽莫札特及胎教音樂。能配合醫療人員治療，有疑問也會隨時提出，5/4評估身上多處創傷，表示：「我全身痠痛，好像被肢解過。」、「只要先生碰到我受傷部位，我就很痛而不自覺用手去揮開他。」。5/5依醫囑給予催生藥物及解釋藥用時，流眼淚表示：「打催生藥是不是會很痛，我很害怕，我可以打無痛嗎？」，藥物使用4小時後宮縮顯規則，疼痛十分量表為4分。5/6剖腹產術後回病房，表示：「肚子開始痛了，我很怕痛，會不會變得更痛，這是傷口痛還是宮縮痛？」、「傷口好像刀在割，我要打止痛。」。同日表示：「我被車撞就已經很痛了，沒想到剖腹更痛。」，表情皺眉且發出痛苦呻吟，雙手抓緊床欄，測量生命徵象為血壓:130/80mmHg、脈搏:102次/分、呼吸:22次/分，疼痛十分量表為8分，評估有急性疼痛之健康問題。

(七)自我感受與自我概念型態

自己表示獨立自主且樂觀正向，認為接受2次生殖科技能懷孕是上天給予最大的禮物，視家人的健康與平安最為重要。住院期間情緒低落，5/6哭泣表示：「為什麼？為什麼會發生這種事，我不能原諒肇事者。」、「為什麼別人都能當媽媽，我每天期待孩子出生，卻要接受孩子不在？」、「我怎麼對我的公婆交代，怎麼跟左鄰右舍說明。」、「是不是我做的不夠好老天爺要這要處罰我，我不配當個媽媽嗎？」，觀察有流淚、眼神呆滯。同天進行身體評估時，突然轉

向先生表示：「老公對不起，我沒能保護好我們的寶貝，對不起。」，夫妻倆雙擁哭泣，評估有情境性低自尊之健康問題。

(八)角色與關係型態

第一角色為37歲女性，第二角色為妻子、媳婦、家管、女兒，現與先生及公婆同住，家中重要事項由夫妻倆共同決策，與婆家和娘家都能維持良好的關係，住院當日表示：「昨天裝機器時，我還聽到寶寶心跳，今天突然就感覺不到了。」，接著哭泣表示：「為什麼？為什麼這種事會發生在我身上？」、「可以請醫師再幫我照超音波嗎？會不會我的寶寶還活著？」、「寶寶出來我可以抱他嗎？我若沒有好好看看，我一定會放不下，也會後悔一輩子。」，予以腹部評估時表示：「寶寶就這樣離開了，這是做夢吧，可以不要這麼殘忍嗎？」，不停詢問寶寶是否還活著，愛丁堡憂鬱量表分數達17分，神情黯然及常獨自流淚，評估有哀傷之健康問題。

(九)性與生殖型態

14歲初經，月經週期約28-42天，每次月經持續5-7天，無經痛情形，因結婚7年無懷孕，聽從建議而接受生殖科技，能正向看待，每年子宮頸抹片檢查皆無異常，夫妻性生活穩定，每週2-3次，期待小孩到來無避孕措施，無婦科疾病，評估此項無健康問題。

(十)調適與壓力耐受型態

遇壓力事件會與案夫或娘家媽媽討論，也會至土地公拜拜，祈求事件能順利處理；表示自己喜歡唱歌，在家會用行動麥克風唱歌紓壓心情，最喜歡唱五

月天的歌曲。住院期間表示出院會到附近的土地公拜拜，祈求心靈幫助，希望土地公能幫助去世的孩子修行，評估此項無健康問題。

(十一)價值與信仰型態

個案及家人信仰道教，熱愛白沙媽祖及大甲媽祖繞境活動，平時生活有擔心或重要事件會至廟裡或鄰近土地公參拜，祈求保佑與維持心情平靜。對此次胎兒死亡事件，雖然震撼且起初不接受，但相信是神明安排胎兒至天堂當小天使，修行圓滿就會再投胎當自己的小孩。評估此項無健康問題。

問題確立、護理措施與評值

護理期間自2024年5月4日至2024年5月10日，運用Gordon十一項之健康功能評估及實際照護後，確立個案健康護理問題包括：哀傷、急性疼痛、情境性低自尊。

(一)哀傷/與失去預期中胎兒有關(二)急性疼痛/與車禍身上多處創傷及接受催生與剖腹產後傷口有關(三)情境性低自尊/與無法完成母性任務有關。

護理措施

護理措施的執行分為三方面：

(一)表達喪失胎兒的感受，提供哀傷輔導，逐步接受失落事實；(二)提供多模式舒緩疼痛方法，表示疼痛有改善；(三)促進家庭間良好溝通，肯定自我存在的價值。

分述如下：

(一)表達喪失胎兒的感受，提供哀傷輔導，逐步接受失落事實

1.主動自我介紹，並以溫和口氣介紹

病房設施，醫療處置前均向個案解釋目的與過程，建立護病信任關係。安排獨立待產空間，避免與正常分娩產婦同室而觸景傷情。經協商後，除先生外允許娘家母親陪伴，以增加支持力量。

2. 鼓勵個案表達對失去胎兒的感受，適時傾聽並給予同理心的陪伴。接受其哭泣行為，不加以評論，透過輕拍肩膀、陪伴等非語言行為給予安撫。5/5個案表示：「我很難過，接受二次人工受孕才得到的結果，卻變成噩耗，寶寶真的沒了，我們真的沒緣嗎？」，顯示逐漸經歷胎兒死亡的事實。

3. 引導個案及其家屬共同討論胎兒後續事宜，鼓勵準備包巾、衣物及玩偶，並提供卡片來書寫對胎兒說的話。5/6陪同個案與先生及母親共同為胎兒擦拭身體、穿上準備的衣服與包巾，放置安撫玩偶並蓋腳印，將寫好的卡片放入包巾中，透過告別儀式以降低哀傷的衝擊。

4. 轉介社工提供社會福利資源，如：生產事故救濟及家庭支持資源，鼓勵表達對胎兒之思念，並規劃返家後及未來計畫。5/8個案表示：「寶寶真的離開我了，還好先生及媽媽陪我，或許我跟寶寶是短暫的緣分，我的冷凍卵子還有2個，我相信寶寶準備好了會再回來找我的。」，愛丁堡憂鬱量表由17分下降至12分，顯示情緒漸趨穩定。

5. 出院後電話追蹤，5/20個案分享：「最近我有夢到我的寶寶，他微笑的看著我，我相信我準備好了，他會再來的。」，並表示未來會選擇離家近的醫院，以減少丈夫舟車勞頓。顯示個案能以較正向的態度看待未來生活。

(二)提供多模式舒緩疼痛方法，表示疼痛有改善

1. 提供獨立待產空間，維持安靜及柔和燈光，給予舒適的休養環境。鼓勵個案表達感受並適時傾聽，以0~10數字疼痛量表記錄疼痛的部位、性質、強度與持續時間，衛教深呼吸及轉移注意力技巧，如聽喜愛音樂、看電視等。教導案夫按摩技巧，避開車禍受傷處，並於腰薦椎以手掌重壓緩解不適；同時協助個案於床邊使用生產球，採直立姿勢隨著宮縮擺動，案夫坐於背後支持，並每10分鐘巡視以確保安全。5/5個案能說出：「可叫先生幫我按摩背部或坐生產球上搖擺，真的必要時也可加一些減痛分娩藥物來緩解待產的宮縮痛。」。

2. 5/5協同麻醉科醫師解釋減痛分娩的目的與副作用，在知情同意下完成減痛並持續依醫囑給予藥物。臥床期間每30分鐘至1小時協助變換姿勢，並使用棉被或毛巾支撐，以提升舒適度。過程中，鼓勵播放莫札特音樂以轉移注意力，緩解焦慮與疼痛。

3. 5/6術後依ERAS快速恢復指引，協助個案於術前2小時飲用運動飲料，並衛教術後尿管及點滴早期移除的好處。鼓勵早期下床活動以促進傷口癒合；教導活動或咳嗽時使用束腹帶或用手或枕頭固定腹部，以減輕傷口拉扯不適。案夫能協助個案使用束腹帶，並喊出口令協助深呼吸後再翻身，展現良好支持。術後立即acetaminophen 500mg 1# Q6H & diclofenac 25mg 1#Q6H，教導連續性疼痛控制器之使用方式。換藥時以手固定周圍皮膚後再撕膠帶，並引導深呼吸一

吐氣放鬆技巧以減少疼痛。衛教高蛋白與維生素C的攝取，以促進傷口癒合，並提醒避免刺激性食物。5/9個案主訴：「傷口疼痛情形好很多了，我現在都可以自由活動，不用先生幫忙了。」，評估疼痛十分量表為2分。

(三)促進家庭間良好溝通，肯定自我存在的價值

1.提供安全與支持的環境，主動傾聽個案及其先生對失去胎兒的內心感受與想法，接受他們負面的情緒，並透過同理心及溫暖言語陪伴。護理師鼓勵個案表達情緒，不加評論並適時澄清其想法，建立良好的治療性人際關係。經過護理介入後，個案能說出自身價值，5/6表示：「我是先生的好太太、娘家的掌上明珠、婆婆心中的好媳婦。」，顯示自尊逐步改善。

2.衛教個案回想當母親角色所做的努力與準備，肯定其勇敢接受兩次人工生殖治療的過程，給予正向回饋。5/7個案與案夫討論後表示能接受失去胎兒的事實，案夫在單獨溝通環境中表達對個案的感謝與肯定，表示：「妳才是我最在意的人，我們一起努力過。」。

3.安排個案與家人分享失去胎兒的感受，如：5/8透過視訊讓婆婆表達支持與肯定，強化個案在家庭中的價值，表示：「妳的身體比生孩子更重要，我們都很感謝妳，出院後會協助妳調養身體。」，隨後個案表示：「我覺得自己真的有價值，我不是沒有用的人。」。

4.5/8協同心理師整理此一事件脈絡及結果，強化個案努力懷孕的正向經驗並給予鼓勵。5/9安排與院內有相似經驗者

互動分享，透過正向案例提升自我價值感。經婦產科及不孕症專科醫師說明生殖生理及再度懷孕的可能性，提供相關補助資訊，並討論下次懷孕計畫，5/10個案表示：「我會重新調整心態，再去接受不孕症治療，下次還是會有機會的，只要我準備好了，緣分到了寶寶會再回來的。」。

討論與結論

本文描述一位接受人工生殖後懷孕之高齡產婦，近足月產檢途中發生車禍造成胎盤早期剝離及胎死腹中之照護經驗。照護期間發現有哀傷、急性疼痛、及情境性低自尊等健康問題。偕同案夫參與多元化護理活動，引產期間使用生產球、背部按摩等；當無法陰道順產而行剖腹產時，除提供藥物與非藥物等止痛措施，也加入ERAS快速恢復計畫，以緩解疼痛程度。個案原本期待迎接新生命的到來，卻因突發意外而轉為噩耗，出現哭泣、失落等情緒反應，並伴隨自責與負向的自我評價，如：認為自己未能完成母親角色，進而質疑自身是否配為人母，顯示其已承受顯著心理創傷，此與林莉莉等(2020)學者指出：當孕婦遭遇死產或嬰兒死亡，不但需承載極大的傷痛，且會影響生理及心理的安適狀態。運用哀傷輔導機制，提供獨立空間鼓勵宣洩，並與個案及其家屬共同準備胎兒衣物、包巾及玩偶，當娩出後莊嚴且溫馨的包裹，協助留取紀念物、拍攝全家福照片，給予充分時間允許家庭與胎兒道別道愛，以正視胎兒死亡的事實，亦偕同社工及心理師等跨團隊提

供生產事故救濟資訊及支持資源。個案自覺無法完成母性任務出現情境性低自尊，除運用傾聽、陪伴及同理心，更善用家庭支持系統，即使院內訪客限制下，也安排婆婆視訊及肯定個案角色的價值。研究指出，經歷過死產的婦女，若之後再懷孕，相較於一般孕產婦，容易出現早產、寶寶體重過輕或再次失去胎兒等風險，這種經驗也讓夫妻對於再次懷孕倍感焦慮與不安(Deng et al., 2024)。

因此護理人員在個案住院期間除了提供醫療與情緒支持外，建議在下次備孕階段即提供孕前諮詢，協助夫妻做好再孕之身心準備，並支持家庭能逐步回歸生活常軌，重建自我價值，迎向未來之懷孕歷程。礙於後疫情時代醫院之陪探病規定，無法開放全數家中重要他人共同參與道別道愛，無法處理家庭哀傷為本文的最大限制。筆者考量個案返家後哀傷情緒可能再發或加劇，故於取得其同意下，進行後續的電訪追蹤，以持續關懷其出院後之身心狀況。建議醫療單位能成立關懷小組，針對類似個案進行電訪追蹤甚至居家訪視，以掌握其健康變化，及早辨識異狀並提供適切轉介。此外，建議產科相關單位護理人員除每年接受哀傷輔導的相關訓練外，也應持續強化溝通及關懷技能，以促進類似個案的整體福祉。

參考資料

- 包軒慈、孫瑞瓊、黃慧琪 (2020)。以 Watson 關懷理論照護重覆安胎失敗產婦面對周產期失落之護理經驗。《長庚科技學刊》，32，147-157。https://doi.org/10.6192/CGUST.202006_(32).10
- 交通部路政及道安司(2024)。全國111年至113年每月30日死亡人數。https://roadsafety.tw/Dashboard/Custom?type=%E6%AF%8F%E6%9C%8830%E6%97%A5%E6%AD%BB%E4%BA%A1%E4%BA%BA%E6%95%B8
- 李耀泰、陳福民、郭宗正(2022)。剖腹產後快速復原的方法和效果。《南臺灣醫學雜誌》，18(2)，94-99。https://doi.org/10.6726/MJST.202212_18(2).0007
- 何美華(2020)。待產及分娩時的護理評估。於余玉眉總校閱，產科護理學(十版，311-323頁)。新文京。
- 林莉莉、蔡玉梅、廖淑敏(2020)。照顧一位早期破水產婦安胎失敗之護理經驗。《馬偕護理雜誌》，14(2)，69-80。https://doi.org/10.29415/JMKN.202007_14(2).0007
- 林雅淑、謝春金(2020)。一位青少年未婚懷孕接受終止妊娠之護理經驗。《領導護理》，21(4)，73-87。https://doi.org/10.29494/LN.202012_21(4).0006
- 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
- 衛生福利部國民健康署(2025，8月25日)。113年出生通報統計年報。https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=649&pid=19347
- Brandt, J. S., & Ananth, C. V. (2023). Placental abruption at near-term and term gestations: Pathophysiology, epidemiology, diagnosis, and management. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 228(5S), S1313 - S1329. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.06.059
- Dat, N. T., Mitsui, N., Asakura, S., Takanobu,

- K., Fujii, Y., Toyoshima, K., Kako, Y., & Kusumi, I. (2022). The Effectiveness of self-esteem-related interventions in reducing suicidal behaviors: A Systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry, 13*, 925423. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.925423>
- Deng, X., Pan, B., Lai, H., Sun, Q., Lin, X., Yang, J., Han, X., Ge, T., Li, Q., Ge, L., Liu, X., Ma, N., Wang, X., Li, D., Yang, Y., & Yang, K. (2024). Association of previous stillbirth with subsequent perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 231*(2), 211 - 222. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2024.02.304>
- Dyer, E., Bell, R., Graham, R., & Rankin, J. (2019). Pregnancy decisions after fetal or perinatal death: Systematic review of qualitative research. *BMJ Open, 9*(12), e029930. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029930>
- Furtado-Eraso, S., Escalada-Hernández, P., & Martínez-Fernández, B. (2021). Integrative review of emotional care following perinatal loss. *Western Journal of Nursing Research, 43*(5), 489 - 504. <https://doi.org/10.1177/0193945920954448>
- Genc, S., Ozalp, M., Aydın, E., Sahin, F., Bademler, N., Toplu, M. İ., ... & Mihmanli, V. (2023). Trauma in pregnancy: An analysis of the adverse perinatal outcomes and the injury severity score. *Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery, 29*(9), 1039. <https://doi.org/10.14744/tjtes.2023.21533>
- Pollock, D., Ziaian, T., Pearson, E., Cooper, M., & Warland, J. (2020). Understanding stillbirth stigma: A scoping literature review. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives, 33*(3), 207 - 218. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.05.004>
- Tsakiridis, I., Giouleka, S., Mamopoulos, A., Athanasiadis, A., & Dagklis, T. (2022). Investigation and management of stillbirth: A descriptive review of major guidelines. *Journal of Perinatal Medicine, 50*(6), 796 - 813. <https://doi.org/10.1515/jpm-2021-0403>

靜
思
語

一秒鐘一輩子，能恆持一念心，就是一生的方向。

～證嚴法師靜思語～

A good thought generated in one second,
if maintained,
can become the direction and purpose of a lifetime.

～ Master Cheng Yen ～



Nursing Care of an Advanced Maternal Age Woman with Intrauterine Fetal Demise due to Placental Abruption Following a Traffic Accident

Wen-Yu Sung¹, Chia-Jung Lin², Ya-Fang Teng³

ABSTRACT

This report describes the nursing care of an advanced maternal age woman who experienced intrauterine fetal demise secondary to placental abruption following a traffic accident. The care period extended from May 4 to May 10, 2024. Gordon's Eleven Functional Health Patterns were used as the assessment framework, identifying grief, acute pain, and situational low self-esteem as the primary nursing problems. Nursing interventions included supportive measures during labor, such as the use of a birthing ball and massage therapy, as well as postoperative pharmacological and non-pharmacological pain management strategies and the implementation of an enhanced recovery program. Grief counseling was provided, allowing the family time to say farewell to the infant, and information regarding compensation resources related to obstetric adverse events was introduced. Family support systems were utilized to reinforce the mother's sense of value and confidence in her maternal role. This case highlights the importance of multidisciplinary and family-centered care in addressing both the physical and psychosocial needs of women experiencing perinatal loss. It is recommended that healthcare institutions establish dedicated support teams to provide ongoing follow-up care and that obstetric healthcare professionals strengthen their communication and supportive care skills. Sharing this nursing experience may provide valuable reference for clinical postpartum nursing practice..(Tzu Chi Nursing Journal, 2026; 25:4, 92-101)

Keywords: placental abruption, grief, enhanced recovery

Nurse Practitioner, JEN-AI Hospital¹; Assistant Head Nurse, JEN-AI Hospital²; Head Nurse, JEN-AI Hospital³

Accepted: April 10, 2026

Address correspondence to: Ya-Fang Teng No. 483, Dongrong Road, Dali District, Taichung City

Tel: 886-4-2481-9900 #15770 E-mail: dr@mail.jah.org.tw

從靜止到重生—— 布魯格達氏症候群病人 植入心臟去顫器之加護經驗

黃琬婷、孫淑萍

中文摘要

本文為49歲男性因布魯格達氏症候群引發心律不整，於家中突發心跳停止，經急救復甦後入住加護病房的護理經驗。住院期間個案接受目標體溫管理以降低腦部損傷風險，並於意識恢復後植入體內心臟去顫器，以預防致命性心律不整再次發生。透過臨床觀察、會談、病歷查閱及整體性評估，確立健康問題包括與到院前心跳停止相關之潛在腦組織灌流不足，以及面對生命威脅終生需與去顫器共存所引發的焦慮。照護重點為穩定生命徵象、提供疾病與裝置相關衛教、運用家屬支持與宗教信仰力量，引導個案情緒調適及心臟去顫器植入後之自我照顧。最終降低其焦慮程度並積極正向面對疾病造成之挑戰。(志為護理，2026; 25:4, 102-110)

關鍵詞：布魯格達氏症候群、目標體溫管理、植入型心臟去顫器、焦慮

前言

布魯格達氏症候群(Brugada syndrome)為一種遺傳性心臟離子通道疾病，患者多無明顯結構性心臟病變，卻可能在日常生活中突發惡性心室性心律不整，進而導致心因性猝死，對病人及家庭造成重大衝擊(Nakano & Shimizu, 2022)。根

據系統性文獻回顧與分析顯示，布魯格達氏症候群在一般成人族群中全球盛行率約為每千人 0.5 人，而亞洲地區盛行率顯著較高，其中東南亞地區可達每千人 3.7 人，顯示明顯的族群與地區差異(Vutthikraivit et al., 2018)。儘管布魯格達氏症候群在一般族群中整體盛行率不高，然其在特定高風險死亡族群中卻具

台南市立醫院護理師

接受刊載：2026 年 3 月 15 日

通訊作者地址：孫淑萍 701台南市東區崇德路670號

電話：886-6-260-9926 電子信箱：jjeccyy0703@gmail.com

有重要臨床意義。國內研究指出，在無明顯結構性心臟病之突然心因性死亡或心律不整性猝死病例中，約有半數最終被歸因於布魯格達氏症候群，且多發生於中壯年男性族群(Wu et al., 2018)。因此，雖然布魯格達氏症候群雖屬罕見疾病，但其在猝死病因中的相對比例與致命性，使其成為臨床照護與不可忽視之疾病。

本文為一位首次被診斷布魯格達氏症候群之患者，於夜間睡眠中突發惡性心律不整而心跳停止，經急救復甦後入住加護病房接受照護，並植入體內心臟去顫器(implantable cardioverter-defibrillator, ICD)。面臨突如其來的生命威脅與瀕死經驗後，個案出現明顯的心理衝擊，加上未來需長期與心臟去顫器共存，使其在疾病認知、心理調適與自我照護上承受很大壓力。文獻指出心因性猝死存活者若缺乏適切支持，常出現焦慮、生活適應困難及自我照護能力不足等問題，進而降低治療依從性並增加再入院與不良事件風險(Agarwal et al., 2022)。因此，在急性照護情境中如何提供兼具生理穩定、心律監測及心理支持之整體性護理，並透過個別化介入增進其疾病認知與提升自我照護能力，為本文探討之動機。

文獻查證

布魯格達氏症候群介紹

布魯格達氏症候群(Brugada syndrome)為罕見遺傳性心臟疾病，其病理機轉與鈉離子通道基因突變造成之離子流異常有關，導致心室電生理失衡並引發惡性

心律不整(Huttelmaier et al., 2024)。典型心電圖的表現為右前胸導程(V1-V3)出現J波上升與ST波段變化，且多無明顯結構性心臟病變(Milman et al., 2018)。好發於中壯年男性，常於睡眠或休息時發生，臨床表現包括昏厥、心室頻脈、心室顫動與心因性猝死(Vutthikraivit et al., 2018)。對於具惡性心律不整或心因性猝死高風險之病人，ICD為目前預防再發致命性心律不整的唯一有效治療方式(Nakano & Shimizu, 2022)。

心跳停止復甦後目標體溫管理與照護

相關研究顯示當心跳停止超過4至6分鐘後，腦部因缺乏灌流易發生缺氧性腦病變，而在心肺復甦過程中，再灌注亦可能造成額外神經傷害(Duan et al., 2022)。臨床研究指出，於復甦後盡早實施目標體溫管理(targeted temperature management, TTM)，將體溫維持32至36°C至少持續24小時，可提高神經學恢復比例(Lee et al., 2024)。相關指南與專家共識建議，在復溫後48小時內需嚴密監測體溫變化，維持適當血流動力學，收縮壓高於90mmHg、平均動脈壓高於65mmHg，以確保腦部灌流。在TTM執行期間，護理照護需依循指引進行，包括密切監測意識狀態及生命徵象、觀察低溫貼片使用部位是否有凍傷或壓力性損傷，並定時評估血液電解質以降低心律不整風險(Hirsch et al., 2024)。TTM結束後仍須持續監測意識恢復與癲癇發作情形，作為神經學預後評估(Geller et al., 2023)。

經急救復甦後及植入體內心臟去顫器之照護

植入體內心臟去顫器為目前布魯格達氏症候群患者最主要的治療方式，其目的是避免再次發生心律不整造成猝死的風險(Huttelmaier et al., 2024)。但隨著病況改善並回歸日常家庭生活，患者可能因身體變化及體內心臟去顫器不定時放電所造成之電擊不確定性而出現焦慮，進而導致活動受限及情緒不安等心理社會反應(Galo et al., 2024)。此外，患者於加護病房治療期間，因陌生環境、與家屬分離、多項侵入性治療，以及罹患心臟疾病並經歷致命性心律不整所帶來的死亡威脅，更容易產生死亡焦慮。文獻指出，可透過建立信任的護病關係並評估焦慮程度，主動表達關懷與支持；夜間採集中護理，降低警示聲響並調整室內光線刺激；引導患者表達焦慮想法與後續計畫；搭配音樂輔助以促進睡眠；並鼓勵家屬探視以提供心理支持(李、馮，2020)。

個案簡介

一、基本資料

個案為49歲已婚男性，慣用為國臺語，信仰基督教。已婚育有一子，與妻兒同住，從事銀行業務，經濟狀況穩定。無慢性疾病但有糖尿病家族史。

二、入院經過

個案於2023年5月1日夜間休息時突然發出異常呼吸音且叫喚不醒，案妻撥打119求救並執行心肺復甦術。救護人員抵達現場使用自動體外除顫器並啟動電擊，去顫電擊後個案恢復生命徵象並送至急診，進行氣管內插管及呼吸器治療。X光顯示肺部浸潤抗生素使用，血

壓低升壓劑使用。個案出現全身陣攣性抽搐給予抗癲癇藥物後轉入加護病房。急救復甦後格拉斯哥昏迷指數(Glasgow Coma Scale, GCS)E1VEM1進行目標體溫管理。由心電圖變化診斷為布魯格達氏症候群。5月5日移除氣管內管，5月8日植入體內心臟去顫器。5月9日轉至一般病房，5月11日病情穩定出院。

護理評估

2023年5月1日至5月9日護理期間，經由觀察、會談、傾聽、身體評估及查閱病歷等方式收集資料，依生理、心理、靈性及社會層面進行整體性健康照護評估。

一、生理層面評估

(一)氧合與循環：5月1日經急救復甦後GCS E1VEM1，雙眼瞳孔大小3.5mm，對光有反射，四肢肌力0分，末梢溫度冷，呼吸器採壓力控制型通氣模式，給氧濃度30%使用，血氧飽和度100%，呼吸無使用輔助肌，痰液量中黃白稠，體溫36.2℃、心跳102次/分、呼吸21次/分，血壓77/58mmHg，行目標體溫治療期間預防肌肉顫抖給予鎮靜劑及肌肉鬆弛劑使用，心臟超音波檢查顯示左心室射出率為67.7%、輕微二尖瓣及三尖瓣脫垂，5月3日TTM治療完成，調降鎮靜劑及肌肉鬆弛劑使用，四肢末梢溫暖，四肢肌力1-2分，5月4日GCS E4VEM6，體溫36.5℃、心跳103次/分、呼吸17次/分，血壓125/73mmHg，四肢肌力回復至4-5分，綜合以上評估有潛在腦組織灌流失效之健康問題。

(二)排泄與體液電解質：個案平日排尿

順暢，排便一天一次，無腹瀉或便秘之情形，急救後為監測尿液放置尿管引流，24小時尿量約1,430-2,150ml，腸蠕動5-10次/分，腹部軟，扣診呈鼓音。

(三)營養：身高175公分，體重68.2公斤，身體質量指數為 22.3 kg/m^2 ，血清白蛋白 4.2 gm/dl 。案妻表示個案平時工作忙碌經常外食，對食材無禁忌，沒有食物過敏，每日固定食用綜合維他命。口腔黏膜完整，牙齒無缺損；5月3日起經鼻胃管灌食1,000卡/天，每餐消化吸收良好；5月6日拔除鼻胃管後能由口進食，每餐可吃300-350gm稀飯。

(四)皮膚：5月9日左鎖骨下植入體內心臟去顫器之傷口約5公分，傷口以紗布及布膠覆蓋，外觀乾淨，無出血及血腫情形，其餘皮膚完整無損傷。

(五)睡眠休息與活動運動型態：個案平日生活自理，無午休習慣，夜眠時數約6-8小時。TTM治療期間曾使用鎮靜劑，於5月3日回溫後即停止使用。5月4日GCS E4VEM6，個案用筆談詢問：「為什麼會在醫院？」，護理人員向其解釋原因後表示：「我會不會睡著睡著又再次發生心跳亂跳？然後就死了！」、「我一直想著如果心跳又亂跳，來不及交代事情怎麼辦？」，5月4日筆談表示：「擔心自己的疾病狀況，入睡困難，夜間多次醒來，感覺好累」。綜合以上評估有焦慮相關的健康問題。

二、心理層面評估

5月4日個案可用紙筆溝通表示：「對於入院過程無記憶，最後記憶只停留於家中入睡前」。清醒後可見其雙手緊握、上半身略呈僵硬姿勢。當醫療設備

警示聲響起時，個案立即抬頭張望，呼吸變得急促，雙手緊抓床欄，並反覆拍打床架。5月4日個案以紙筆寫下：「雖然自己住院治療，但這已讓家人頻繁奔波，他對於後續生活是否能回到生病前的狀態感到不確定與憂心。」5月5日個案擔憂詢問：「如果不放置去顫器，未來是否還會再次像這次一樣徘徊在生死邊緣？」、個案低聲感嘆：「如今才明白死亡是如此接近」、「想到自己才將近五十歲，卻必須終身與去顫器共同生活，甚至可能需要再次接受手術更換電池，這讓我感到焦慮不安」、「若去顫器突然沒電，是否就表示著生命結束？」、「如果不接受植入，如果再次發生心律不整，是否會重演這次緊急送醫的情況？我以後還能安心睡覺嗎？會不會就此一覺不醒？」依據貝克焦慮量表評估，個案得分為26分，屬於重度焦慮。綜合上述觀察與評估，顯示有焦慮健康問題。

三、社會層面評估

案妻：「先生住院前個性開朗且獨立自主，交友廣闊人緣佳，平時雖銀行工作業務繁忙，確樂此不疲」、「平日與家人、同事相處融洽，忙碌之餘亦常利用假日期間與家人同事相約出遊」；5月5日個案表示「很擔心自己因病不能工作，擔憂裝置去顫器前，如果再次突發倒地，或裝置去顫器後，突然電擊造成身體不適而影響到工作」、「面對這突如其來的狀況不知道該怎麼辦？」。

四、靈性層面評估

個案與妻兒同住，家庭關係和諧，是其主要的情緒與社會支持來源。住院

期間，家屬探視時會播放手機內的聖歌並一同禱告，個案表示在禱告時能獲得片刻的平靜及讓自己內心能感到安定。插管期間能透過紙筆與家屬進行溝通，相互表達彼此的思念與關懷。由此可觀察到個案能從信仰與家屬陪伴中獲得安慰，但在家屬離開後，仍多次表達對「再次面臨死亡」的擔憂，顯示其對生命意義感與未來不確定性的焦慮仍未完全緩解。

問題確立

根據上述護理評估，歸納個案健康問題包括：潛在腦組織灌流失效及焦慮，針對上述問題擬定護理計劃。

護理措施及結果評值

一、潛在腦組織灌流失效/與到院前心跳停止有關(2023年05月01日－05月09日)

(一) 主觀資料：05月01日案妻主訴「凌晨發現個案有異常鼾聲、叫喊沒有反應，當下立即給於心肺復甦並請其他家人撥打119叫救護車前來」。

(二) 客觀資料：5月1日心電圖顯示為心室纖維顫動，經自動電擊一次後心律恢復，急救過程共經歷23分鐘。個案送抵醫院後，意識狀況(E1VEM1)仍未恢復，瞳孔大小為2.0/2.0 mm，對光反射存在，體溫36.2℃，心跳102次/分，呼吸21次/分，血壓77/58 mmHg，皮膚觸感濕冷。因無法自主呼吸而放置氣管內管，呼吸器設定為壓力控制模式，給予30%氧氣濃度，血氧飽和度維持在100%。

(三) 護理目標：5月3日前個案的意識反應能呈現進步跡象，由深度昏迷逐漸回

復對聲音或疼痛刺激的反應。5月5日前血壓維持在90-120/50-70 mmHg之間、血氧飽和度保持在90%以上，以確保腦部組織灌流不再惡化。5月9日前意識狀況能恢復至依指令進行肢體主動活動。

(四) 護理措施：在照護期間，持續觀察患者的意識狀況、瞳孔大小、光反射反應、肌肉力量、皮膚溫度與顏色，並留意是否出現痙攣。5月1日依醫囑開始執行TTM治療，將體溫設定為33℃並維持24小時。5月2日上午7點起依治療計畫以每小時0.25℃緩慢回溫至36℃。5月1-3日TTM治療期間，護理團隊持續監測生命徵象、血氧、是否出現肌肉顫抖或抽搐。於體溫回溫階段每6小時檢驗血清電解質與血糖，並持續監測心率。每2小時翻身與更換姿勢時，同時檢查降溫貼片黏貼處是否有水泡、壓力性損傷或皮下出血，並確認管路通暢及設備運作正常。5月4日個案意識恢復後，安排進行心臟去顫器植入手術，以降低再次發生致命性心律不整風險。術後5月4-6日進行去顫器植入後的衛教與護理。術後第一天以砂袋加壓傷口預防出血與腫脹，並指導避免上舉患側手臂以防導線移位。每日會客時間中指導個案與家屬進行30分鐘被動關節運動，由手指開合至手腕，每次維持5-10秒、重複10-15次。術後第3天開始手臂爬牆運動，避免過度伸展、高舉過肩及碰撞；術後4-6週避免劇烈肩部運動，第6週後可逐步恢復中度運動及一般生活(含性生活)，駕車則建議6個月後再恢復。出院後提醒避免穿著緊身衣物，可逐漸恢復日常活動，如出現不適應立即停止。若出現頭暈、胸

悶、胸痛或活動後呼吸困難，應測量並記錄心跳與血壓，若異常需立即聯繫醫療人員，出院者應迅速就醫由醫師評估後續處置。

(五)護理評值：5月3日個案意識恢復至E4VEM6，能依指令進行肢體主動活動，顯示腦部血流供應已改善。5月5日血壓112/75 mmHg，脈搏85次/分，呼吸18次/分，體溫36.3℃，氣管內管移除後血氧飽和度保持90%以上，沒有出現痙攣或血壓下降等情況。5月9日完成植入型心臟去顫器手術後，已能衛教內容之回覆示教，並能主動提問。5月10日，在一般病房可於病室內下床活動無不適，生命徵象仍維持穩定。

二、焦慮/與擔心再次發生心律不整及適應心臟去顫器生活有關 (2023年05月04日—05月09日)

(一)主觀資料：5月4日個案以紙筆寫下「雖然自己住院治療，但這已讓家人頻繁奔波，他對於後續生活是否能回到生病前的狀態感到不確定與憂心」。5月5日個案擔憂詢問「如果不放置去顫器，未來是否還會再次像這次一樣徘徊在生死邊緣？」、「想到自己才將近五十歲，卻必須終身與去顫器共同生活，甚至可能需要再次接受手術更換電池，這讓我感到焦慮不安」、「若去顫器突然沒電，是否就表示著生命結束？」、「如果不接受植入，如果再次發生心律不整，是否會重演這次緊急送醫的情況？我以後還能安心睡覺嗎？會不會就此一覺不醒？」。

(二)客觀資料：5月4日個案神情緊張、焦慮不安、緊皺眉頭，醫療設備警告鈴

響，表情更是眼神惶恐、驚慌擔憂，甚至緊急拍打床架。5月5日，依據貝克焦慮量表進行評估得分為26分，顯示其為重度焦慮程度。

(三)護理目標：5月6日前個案能以語言表達對疾病及治療相關的焦慮與不安感受，並主動提出心中疑問，藉此釐清其焦慮來源。5月7日前個案能夠說明護理人員提供的相關衛教資訊中至少兩項有關心律不整與去顫器植入後日常生活的重點。5月9日前個案表達焦慮程度有減輕，且貝克焦慮量表呈現分數下降至少5分。

(四)護理措施：5月4日調整病室光線僅保留床頭燈，使環境柔和舒適；並將生理監視器警示值設定於安全範圍內，以減少不必要的警報聲。5月5日個案出現情緒不安擔憂時，鼓勵個案表達對疾病及心臟去顫器置放的恐懼與疑問，並指導深慢呼吸以協助放鬆，同時觀察其情緒與呼吸節奏變化。5月6日提供布魯格達氏症候群與體內去顫器作用之衛教，確認個案理解並回應疑問；提供平板電腦播放布魯格達氏症候群及心臟去顫器功能解說影片，使個案獲得視覺與聽覺上的教育支持，增進對治療計畫的理解；依個案信仰需求，協助將家屬帶來之聖經擺放於床頭，並於每日早晨播放聖歌以增加熟悉與安定感。5月7日早上會客時間於個案同意下安排神父探視，拉上病簾提供安靜私密空間，以利祈禱與靈性支持。5月8日分享已成功適應ICD生活之病友或公眾人物案例，協助建立正向期待。5月9日提供ICD病友社群「ICD 雷電俠聯誼會」等後續照護資

源，使其建立長期支持網絡，逐步恢復社會生活並減輕未來焦慮。

(五)護理評估：5月5日個案透過語言方式表達對治療的不安情緒與焦慮來源。5月6日個案能主動談論自身的恐懼，並主動提出疑問「擔憂日後再度發生心律不整或植入裝置後生活受限」。5月7日個案能夠回覆說明衛教內容，包括心臟去顫器的作用以及日常生活中需注意避免強力碰撞胸口與需定期回診檢查裝置功能。透過平板電腦播放的專業解說影片與醫療團隊的解釋，個案表示對疾病與治療的理解更加清楚，並且能複述重點。此外，在聖歌播放與祈禱陪伴下，個案情緒逐漸平穩。5月9日，個案在護理人員引導下能透過深呼吸與放鬆訓練調整情緒。貝克焦慮量表評估分數下降至10分。

討論與結論

本文描述一位布魯格達氏症候群的男性個案，其突發心室顫動與心跳驟停經急救復甦後，於加護病房接受目標體溫管理以降低缺氧性腦損傷風險，並ICD以預防心律不整再發生。在整個護理期間，個案未再出現心室顫動，順利轉出加護病房並恢復正常生活。此案例驗證了復甦後使用TTM對提升神經功能恢復的重要性，同時突顯ICD在布魯格達氏症候群患者中的重要角色(Lee et al., 2024)。然而，個案面臨對再次心律不整發作的恐懼，以及需與ICD終生共存所帶來的心理焦慮。護理團隊透過同理傾聽、家屬陪伴、宗教支持及分享病友經驗，使其理解相關生活照護，逐步適

應植入去顫器帶來的生活改變。布魯格達氏症候群患者進行ICD 植入後照護目前仍以急性住院期為主，後續個案在出院後之生活適應狀況無法再進一步追蹤，為此次照護之限制。因此建議未來可設立ICD專責個案管理制度，以提供長期追蹤、教育、心理支持與生活適應指導。此外，有鑑於布魯格達氏症候群之遺傳性特徵，且亞洲人發生率顯著較高，建議醫療體系建立國內族群資料庫與遺傳諮詢制度，並納入高風險家屬之基因檢測與臨床追蹤，以促進早期辨識及預防突發性心因性死亡(Krahn et al., 2022)。

參考資料

- 李佳純、馮翠霞(2020)．急重症病人之焦慮、憂鬱與創傷後壓力症候群．*護理雜誌*，67(3)，23-29。https://doi.org.rpa.lib.cjcu.edu.tw:8443/10.6224/JN.202006_67(3).04
- Agarwal, S., Sharma, V., Caldwell, J., Rehwinkel, J., & Adoberg, B. (2022). Psychological distress after sudden cardiac arrest and its impact on long-term health: A cohort study. *Resuscitation*, 174(1), 65-72. https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2022.04.003
- Duan, J., Zhai, Q., Shi, Y., Ge, H., Zheng, K., Du, L., Duan, B., Yu, J., & Ma, Q. (2022). Optimal time of collapse to return of spontaneous circulation to apply targeted temperature management for cardiac arrest: A Bayesian network meta-analysis. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 8, 784-917. https://doi.org/10.3389/fcvm.2021.784917
- Galo, J., Feroze, R., Almas, T., Morera, J., & Sahadevan, J. (2024). Understanding phantom shocks in implantable cardioverter

- defibrillator recipients. *Cureus*, 16(1), e53161. <https://doi.org/10.7759/cureus.53161>
- Geller, B. J., Maciel, C. B., May, T. L., & Jentzer, J. C. (2023). Sedation and shivering management after cardiac arrest. *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care*, 12(8), 518-524. <https://doi.org/10.1093/ehjacc/zuad087>
- Huttelmaier, M. T., & Fischer, T. H. (2024). Kardiale kanalopathien im kontext hereditärer arrhythmiesyndrome [Cardiac channelopathies in the context of hereditary arrhythmia syndromes]. *Innere Medizin (Heidelberg, Germany)*, 65(8), 787-797. <https://doi.org/10.1007/s00108-024-01751-x>
- Hirsch, K. G., Abella, B. S., Amorim, E., Bader, M. K., Barletta, J. F., Berg, K., Callaway, C. W., Friberg, H., Gilmore, E. J., Greer, D. M., Kern, K. B., Livesay, S., May, T. L., Neumar, R. W., Nolan, J. P., Oddo, M., Peberdy, M. A., Poloyac, S. M., Seder, D., ... American Heart Association and Neurocritical Care Society (2024). Critical care management of patients after cardiac arrest: A scientific statement from the American heart association and neurocritical care society. *Circulation*, 149(2), 168-200. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001163>
- Krahn, A. D., Behr, E. R., Hamilton, R., Probst, V., Laksman, Z., & Han, H. C. (2022). Brugada syndrome. *JACC: Clinical electrophysiology*, 8(3), 386-405. <https://doi.org/10.1016/j.jacep.2021.12.001>
- Lee, J. S., Bang, H. J., Youn, C. S., Kim, S. H., Park, S., Kim, H. J., Park, K. N., & Oh, S. H. (2024). Prognostic performance of initial clinical examination in predicting good neurological outcome in cardiac arrest patients treated with targeted temperature management. *Therapeutic Hypothermia and Temperature Management*, 14(1), 24-30. <https://doi.org/10.1089/ther.2023.0002>
- Milman, A., Gourraud, J.-B., Andorin, A., Sacher, F., Mabo, P., & Probst, V. (2018). Gender differences in patients with Brugada syndrome and arrhythmic events: Data from a survey on arrhythmic events in 678 patients. *Heart Rhythm*, 15(10), 1457-1465. <https://doi.org/10.1016/j.hrthm.2018.05.026>
- Nakano, Y., & Shimizu, W. (2022). Brugada syndrome as a major cause of sudden cardiac death in Asians. *JACC: Asia*, 2(4), 412-421. <https://doi.org/10.1016/j.jacasi.2022.03.011>
- Vutthikraivit, W., Rattanawong, P., Putthapiban, P., Sukhumthammarat, W., Vathesatogkit, P., Ngarmukos, T., & Thakkestian, A. (2018). Worldwide prevalence of Brugada syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Acta Cardiologica Sinica*, 34(3), 267-277. [https://doi.org/10.6515/ACS.201805_34\(3\).20180302B](https://doi.org/10.6515/ACS.201805_34(3).20180302B)
- Wu, C.-K., Juang, J.-M. J., Chiang, J.-Y., Li, Y.-H., Tsai, C.-T., & Chiang, F.-T. (2018). The Taiwan heart registries: Its influence on cardiovascular patient care. *Journal of the American College of Cardiology*, 71(11), 1273-1283. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.02.006>

From Stillness to Rebirth: Intensive Care Experience of a Brugada Syndrome Patient Undergoing Implantable Cardioverter-Defibrillator Placement

Wan-Ting Huang¹, Shu-Ping Sun²

ABSTRACT

This report presents a 49-year-old male with Brugada syndrome who suffered sudden cardiac arrest at home, was resuscitated, and admitted to the ICU. Targeted temperature management reduced hypoxic brain injury risk, and an implantable cardioverter-defibrillator was placed after consciousness recovery to prevent recurrent arrhythmias. Comprehensive assessment revealed potential cerebral hypoperfusion and anxiety from prehospital arrest and lifelong ICD concerns. Nursing care focused on hemodynamic stabilization, education, family and spiritual support, and relaxation techniques, which reduced anxiety. (Tzu Chi Nursing Journal, 2026; 25:4, 102-110)

Keywords: Brugada syndrome, targeted temperature management, implantable cardioverter-defibrillator, anxiety

RN, Tainan Municipal Hospital¹

Accepted: March 15, 2026

Address correspondence to: Shu-Ping Sun No. 670, Chongde Road, East District, Tainan City

Tel: 886-6-260-9926 E-mail: jjeecyy0703@gmail.com

照顧一位造血幹細胞捐贈者之護理經驗

陳芳綺¹、溫玉娟²、林宥寧³

中文摘要

本文探討一位造血幹細胞捐贈者之護理經驗。個案因女兒罹患復發性急性骨髓性白血病，病情惡化且無法及時尋得合適捐贈者，經醫師建議進行半相合捐贈。個案身兼捐贈者與主要照顧者角色，壓力沉重，成為書寫動機。護理期間為2023年7月6日至7月12日，運用Gordon十一項功能性健康型態進行評估，主要健康問題為急性疼痛、焦慮及親職角色衝突。護理措施包括增加陪伴與傾聽、鼓勵表達情緒、分享成功案例、提供衛教影片以緩解不安，並與醫療團隊共同制定照護計畫，減輕其生理不適。限制為國內相關文獻參考不足，臨床照護需依賴團隊經驗與專業判斷。期望本經驗可作為未來臨床照顧捐贈者之參考，並建議進一步探討其心理需求與壓力調適策略。(志為護理，2026; 25:4, 111-120)

關鍵詞：捐贈者、造血幹細胞、半相合捐贈

前言

根據2022年中華民國兒童癌症基金會統計，臺灣兒童癌症發生率排名第一為白血病，五年存活率為89.7%(中華民國兒童癌症基金會，2022)。白血病除傳統化學治療外，造血幹細胞移植亦為常見且重要的治療之一；造血幹細胞移植可治癒許多重大血液疾病(如：白血病、淋巴瘤、再生不良性貧血等)(蕭逸美、邱，2013)。造血幹細胞捐贈是個安全的

術式，嚴重不良事件發生率非常低。醫師在捐贈前後會盡力減少捐贈風險並且保障捐贈過程安全，但這不代表捐贈者未來不會得到其他疾病或罹患癌症(吳懿峰等，2012)。國外研究顯示參與幹細胞配對登記者，在經歷等待配對成功的過程，內心會擔憂在捐贈過程中，可能有嚴重的合併症；以及捐贈後需承擔受贈者移植失敗的風險(呂等，2017)。

本文個案為一名29歲女性，個案大女兒為復發之急性骨髓型白血病病人，因

林口長庚紀念醫院兒科護理師¹、林口長庚紀念醫院兒童血液腫瘤科移植協調師²、林口長庚紀念醫院兒科護理長³

接受刊載：2025年7月16日

通訊作者地址：林宥寧 333 桃園市龜山區復興街5號林口長庚紀念醫院護理部

電話：886-3-328-1200 #8519 電子信箱：linyuting@cgmh.org.tw

疾病快速進展惡化，化學治療已無法控制疾病，尋找骨髓幹細胞中心暫無符合配對的人選，短時間內無合適的異體幹細胞捐贈者情況下，醫師建議改由半相合的個案，捐贈造血幹細胞給女兒進行移植，個案在進行捐贈期間要照顧生病的女兒，又要擔任捐贈者，個案承受多方面的壓力，且因國內鮮少針對造血幹細胞捐贈者之研究，故引發筆者撰寫此篇報告之動機，期望能減緩個案壓力並給予完善的照護。

文獻查證

一、造血幹細胞移植術介紹

造血幹細胞是可以增殖、分化出所有血球的幹細胞，可製造紅血球、白血球、血小板及免疫細胞，來源包括：周邊血液幹細胞(peripheal blood stem cell)、骨髓幹細胞(bone marrow)和臍帶血(umbilical cord blood)。造血幹細胞移植是將人類白血球抗原(Human Leukocyte Antigen，簡稱 HLA)與病人相符合的健康造血幹細胞，輸注到病人體內，取代發生病變的造血幹細胞，重新發揮正常的功能，可以治療血液惡性疾病、固態腫瘤、造血功能不全及免疫不全相關疾病(吳懿峰等，2012)。

造血幹細胞移植有自體及異體移植，異體又區分為親屬及非親屬移植，親屬移植優先選用HLA全相合的兄弟姐妹，其次為半相合的兄弟姐妹或父母，半相合造血幹細胞移植(haploidentical hematopoietic stem cell transplantation, Haplo-HSCT)屬高風險和高併發症之移植方式，但隨著移植技術和支持性照護

能力提高，已成為沒有全合捐贈者的替代方案(Chang et al., 2020)。周邊造血幹細胞捐贈者必須滿足三個條件才能成為合適者，包括與受贈者配型符合、健康且願意捐贈(Moalic-Allain, 2018)。

二、周邊血液幹細胞收集之過程與照護重點

捐贈者捐出幹細胞給受贈者，若其中帶有相關的感染性疾病，可能會對受贈者造成潛在的風險，故需事前健康檢查，以利評估捐贈者有無相關感染性疾病(吳懿峰等，2012)。捐贈者於收集周邊造血幹細胞前需施打白血球生成素，以增加造血幹細胞游離至周邊血液，常見藥物副作用：骨頭痠痛、頭痛、疲勞和噁心感等，這些症狀於停止注射後會慢慢緩解(吳懿峰等，2012)。必要時衛教捐贈者增加水份之攝取或予以靜脈輸液，及醫囑予以止痛藥物使用。分離幹細胞前會放置雙腔靜脈導管，並利用血液分離機將血液抽出，以離心方式進行幹細胞收集，再將血液輸送回捐贈者體內，過程需四至六小時。期間所用的抗凝劑為檸檬酸，可能結合血液中的鈣離子，可能會引起低血鈣症狀，如：手指、腳趾或嘴巴周圍有麻刺感、肌肉震顫或痙攣、頭痛或低血壓等，適時預防性的補充鈣離子，可有效減少症狀發生；因收集過程血液不斷在體外進行循環，可能造成體溫下降而產生寒顫，可使用毛毯或烤燈保暖(吳慧儀等，2017)。

三、捐贈者面臨的問題及處理

造血幹細胞移植是一項重大的醫療處置，若能成功對受贈者的生命具有深遠

影響。然而，此移植過程所伴隨的醫療決策與身心負擔，亦會對捐贈者造成壓力與挑戰。捐贈者常會擔憂注射白血球生成素是否會對自身健康造成影響，亦會顧慮自身的捐贈行為是否會對家庭運作產生干擾；此外，雖然是出於善意進行捐贈，但仍需花費時間住院、接受檢查與處理身體不適。若為手足、父母或子女的捐贈者，更常會擔心自身的幹細胞是否足以挽救親人生命，這些不確定性因素對其心理狀態有顯著影響(吳懿峰等，2012)。為降低捐贈者之心理負擔，臨床上應進行完整之心理健康評估，並於整個捐贈過程中提供持續的心理支持與陪伴。研究發現，女性與年輕捐贈者較容易出現焦慮與高度擔憂，建議採用多元心理調適方法，包括：傾聽與情緒表達、肌肉放鬆與音樂療法、提供象徵安全感物品，以及鼓勵家人陪伴與關懷等，以建立完整的支持性系統(李、許，2018；蕭惠祝、劉，2019；Winterling et al., 2023)。

造血幹細胞捐贈者在面對醫療程序與家庭角色的多重壓力時，特別是父母同時身兼「捐贈者」與「主要照顧者」的情況下，其心理負擔顯著增加，Ward 等人(2023)在一項多中心、縱向研究中指出，父母在子女接受造血幹細胞移植或嵌合抗原受體T細胞治療期間，常經歷高度的焦慮與心理壓力，而這些壓力與病童的症狀嚴重度及生活品質密切相關。該研究建議，臨床上應在治療過程中進行定期的心理健康評估，以提早辨識並介入。此外，Aguilera 等人(2022)探討了父母作為半相合造血幹細胞捐贈者

所面臨的心理社會後果，結果發現當子女存活時，父母捐贈者的心理健康狀況較佳；反之，若子女不幸過世，其心理創傷與哀傷反應顯著高於非捐贈者，顯示其心理適應與子女疾病預後有高度相關。根據文獻建議，臨床實務上可考慮以下措施以減緩壓力與促進心理調適：提供給父母捐贈者定期心理健康評估。提供完善的支持系統，如：心理諮商與照顧者支持團體。在移植後特別注意心理適應狀況(Aguilera et al., 2022；Chen et al., 2013；Ward et al., 2023；Winterling et al., 2023)。

護理評估

一、個案簡介

29歲，女性，無過去病史，慣用國、臺語，信仰佛教，離婚，育有兩女，大女兒為急性骨髓型白血病病童，住院治療中。二女兒就讀小學，與案父母同住臺中。因大女兒治療需經常性住院，故離職專責照顧，經濟來源主要由案父母提供。

二、住院經過

因大女兒為急性骨髓型白血病，在找不到合適的異體幹細胞捐贈者下，醫師建議半相合的個案做為捐贈者，故於2023年7月6日入院施打白血球生成素，7月11日放置雙腔靜脈導管收集周邊血液幹細胞，並於7月12日出院，接續至骨髓移植病房照顧大女兒。

三、整體性護理評估

護理期間為2023年7月6日至7月12日，以查閱病歷、觀察、訪談及身體評估等方式收集資料，並運用Gordon十一項功

能性健康型態進行整體性護理評估，確立健康問題。

(一)健康認知與健康處理型態：

過去身體健康狀況良好，無任何過去病史，平時若有感冒或身體不適會至診所或醫院就醫。

(二)營養代謝型態：

身高161.9公分，體重51.8公斤，身體質量指數(Body Mass Index, BMI)值：19.76kg/m²，屬正常範圍；皮膚完整有彈性，每日攝取的飲食熱量約1300-1600大卡，每日水分約1500毫升，住院前及住院期間皆可正常飲食。

(三)排泄型態：

住院前及住院期間每日約解尿5-7次，解尿順暢，每次約200-300毫升，顏色為清澈淡黃色。每日約解便1次，為條狀軟便。

(四)活動與運動型態：

活動正常不需要任何人協助。住院前每日可跳繩及做瑜珈活動約1-2小時，住院前二天可下床散步及伸展運動約1小時，7/8開始出現頭痛情形後，活動力下降，運動時間減少為每日20分鐘。

(五)睡眠休息型態：

平時在家約晚上11-12點就寢，無入睡困難或睡眠中斷情形，睡眠品質良好。住院期間自7/8起有頭痛問題，上床後會翻來覆去一段時間，且夜間查房巡視時容易被吵醒，夜眠時間約2-3小時，服用止痛藥物30至60分鐘後可再進入睡眠，睡眠時間延長至5-6小時，但仍無法完全熟睡，白天感覺較疲累，頭痛時就會躺於床上閉眼休息，經評估有睡眠紊亂問題，導因為疼痛，故列於疼痛健康問題一併處理。

認知感覺型態：7/8-7/10皆有主訴：

「我頭有脹痛的感覺，是持續的痛，疼痛約5-6分，可以吃止痛藥嗎？」「我的手跟腳骨頭有點痠痛，疼痛約3-4分。」

「這個痛是因為打升血球針嗎？要等不打針才不會痛嗎？」，個案頭痛時會半坐臥或躺於床上閉眼休息，但不影響進食或上廁所等日常活動；7/11收集幹細胞過程出現手指屈曲、皺眉等反應，無視聽嗅觸覺異常，經評估個案有「疼痛」之健康問題。

(六)自我感受與自我概念型態：

7/6「彤彤(大女兒)是早產，也在加護病房住了好久，好不容易長大又得到白血病，一直打藥做治療好辛苦。」「上次移植妹妹幹細胞失敗，我好害怕我捐的幹細胞會移植不成功，但為了救她，如果我不捐就沒有人了，她就沒有希望了！」7/9「彤彤生病之後，我常在想是不是我沒有照顧好她才會得白血病，現在捐幹細胞給她，也不知道她身體有沒有辦法承受。醫師有說我捐給她出現合併症或失敗機率算大，但不捐化療也壓不住，只能試試看！」

(七)角色關係型態：

個案為長女，有一個弟弟一個妹妹，與案父母同住，與家人家庭關係良好，案母於個案及大女兒住院期間皆會至醫院探視，偶爾也會協助個案照顧大女兒，讓個案可以短暫返家休息。個案媽媽的角色讓其背負沉重的壓力，個案會自責沒有照顧好女兒，如：7/6「彤彤一開始是在中部醫院治療，那時候不知道有移植，所以發病一陣子才轉來這裡治療，感覺是我拖延了她的治療才會復

發」，7/9「有時候覺得自己不夠關心妹妹(二女兒)，很少陪她，都把她丟給外婆照顧，我也不想這樣子，但彤彤更需要我留在這裡照顧她！」，7/9「住院和移植都需要不少錢，彤彤是有保險，但有些無法給付的項目，還是很吃力，但我還是想給彤彤最好的治療！爸媽也是會幫忙的」，個案避談前夫，前夫也從未探視或電話關心過大女兒。經評估個案有「親職角色衝突」之健康問題。

(八)性生殖功能型態：

個案育有兩女，已離婚，現有新的伴侶。

(九)壓力應付與耐受型態：

個案因離婚，需一肩扛起照顧女兒的責任，因此常需背負沉重的壓力，遇到各種處置時，會緊張地重複詢問醫護人員相似的問題，住院期間的話題繞著在骨髓移植病房的大女兒。7/6「我拜託媽媽請假來醫院幫忙照顧彤彤，可是骨髓移植病房的規定那麼多，我媽不知道能不能做到？不知道會不會對她造成麻煩？」7/8：「其實我也很害怕打針，為了彤彤也沒辦法，只要能是對她有幫助的事我都會做。」，經貝克焦慮量表(BAI)評估個案焦慮指數 22 分為中度焦慮。經評估個案有「焦慮」之健康問題。

(十)價值信念型態：

個案信奉佛教，常與案父母至廟宇祭拜、求平安符，入院前也曾至寺廟祈求此次收集週邊造血幹細胞能順利成功。

問題及導因確立

綜合以上護理評估，確立個案的健康問題有：

- 一、7/8-7/11「疼痛/與白血球生成素及幹細胞收集副作用有關」；
- 二、7/6-7/10「焦慮/與大女兒的照顧及造血幹細胞捐贈失敗有關」；
- 三、7/6-7/11「親職角色衝突/與大女兒治療計畫及無法照顧有關」。

護理措施及結果評值

一、疼痛/與白血球生成素及幹細胞收集副作用有關(7/8-7/11)

主觀資料：

7/8「我頭有脹痛的感覺，是持續的痛，疼痛約5-6分，可以吃止痛藥嗎？」7/9「我的手跟腳骨頭有點痠痛，疼痛約3-4分。這個痛是因為打升血球針嗎？要等不打針才不會痛嗎？」「我從昨天晚上開始頭痛時睡不好，睡睡醒醒的，大概睡2到3小時就會醒來。」

客觀資料：

7/8個案半坐臥或躺於床上閉眼休息且眉頭深鎖，7/9觀察個案活動減少多坐或躺於床上。收集幹細胞過程出現手指屈曲、皺眉等反應。

護理目標：

住院期間使用止痛藥物後，個案可說出疼痛指數量表下降至3分以下。7/9個案能執行緩解疼痛的方法至少兩項。

護理措施：

需要時依醫囑每隔6小時給予口服止痛藥acetaminophen 500mg/tab 1PC。衛教個案可以每日喝水2,000-3,000毫升，促進代謝，並予以靜脈注射補充水分，減緩因白血球生成素造成頭痛和骨頭痠痛不適。傾聽個案對疼痛的感受，並適時評估疼痛分數提供合適的緩痛措施。與個

案討論電視劇、電影、音樂等來轉移注意力。

護理評估：

住院期間服用止痛藥物30分鐘後表示疼痛下降至0-2分，個案能下床散步20至30分鐘。7/9個案能使用手機觀看影片或使用社群網站轉移注意力緩解疼痛不適。7/10個案一天喝2,000-3,000毫升的開水，減少升血球針注射的不適。個案睡前服用止痛藥後睡眠時間可延長至5-6小時。

二、焦慮/與擔心大女兒的照顧及造血幹細胞捐贈失敗有關(7/6-7/10)

主觀資料：

7/6「彤彤是早產，也在加護病房住了好久，好不容易長大又得到白血病，一直打藥做治療好辛苦。」7/7「上次移植妹妹幹細胞失敗，我好害怕我捐的幹細胞會移植不成功，但為了救她，如果我不捐就沒有人了，她就沒有希望了！」
「其實我也很害怕打針，為了彤彤也沒辦法，只要能是對她有幫助的事我都會做。」7/9「彤彤生病之後，我常在想是不是我沒有照顧好她才會得白血病，現在捐幹細胞給她，也不知道她身體有沒有辦法承受。醫師有說我捐給她出現合併症或失敗機率算大，但不捐化療也壓不住，只能試試看！」
「不知道收幹細胞順不順利，收一天夠嗎？收幹細胞的時候，會不會很不舒服？如果有不舒服，幹細胞還可以用嗎？」

客觀資料：

觀察個案會坐著發呆、恍神，關心個案時皆表示沒事，只是在想事情。貝克焦慮量表 22 分為中度焦慮。

護理目標：

住院期間個案能執行放鬆技巧至少兩項。焦慮的程度能降低至輕度焦慮。

護理措施：

與移植協調師共同利用圖片、衛教影片，詳細說明造血幹細胞收集過程、收集時可能出現的不適。介紹病房內半相合移植成功之案例，並分享捐贈過程的經驗。教導個案深呼吸運動、肌肉放鬆技巧、想像及聽音樂等方式，轉移擔心的事情。適時運用傾聽的技巧，鼓勵個案表達內心感覺。及教導個案將象徵安全感物品(吉祥物、護身符)帶在身邊增加心靈舒適感。協助聯繫個案家人，鼓勵家人陪伴個案及分擔照顧大女兒的工作，以提供個案心理、情緒上的支持。

護理評估：

7/9個案於病房內散步並做深呼吸運動調節呼吸速率，緩解焦慮心情。7/10在護理師與移植協調師說明造血幹細胞收集當天的流程，及收集過程可能產生的不適，並解答個案的問題後，個案能向護理師表達是因擔心幹細胞收集品質不好或不順利而感到焦慮。貝克焦慮量表焦慮指數降為8分。案母在個案住院期間，能協助照顧住在骨髓移植病房的大女兒。個案男友也能於住院期間給予陪伴和照顧。

三、親職角色衝突/與大女兒治療計畫及無法照顧有關(7/6-7/11)

主觀資料：

7/6「彤彤一開始是在中部醫院治療，那時候不知道有移植，所以發病一陣子才轉來這裡治療，感覺是我拖延了她的治療才會復發。」
「我拜託媽媽請假來

醫院幫忙照顧彤彤，可是骨髓移植病房的規定那麼多，我媽不知道能不能做到？不知道會不會對她造成麻煩？」7/7

「彤彤一個人在骨髓移植病房，不知道狀況怎麼樣？好想趕快過去。」7/8「我媽說她都吃不下東西，很想我，我好像離開病房過去骨髓移植病房！」7/9

「有時候覺得自己不夠關心妹妹，很少陪她，都把她丟給外婆照顧，我也不想這樣子，但彤彤更需要我留在這裡照顧她！」「住院和移植都需要不少錢，彤彤是有保險，但有些無法及給付的項目，還是很吃力，但我還是想給彤彤最好的治療！爸媽也是會幫忙的。」

客觀資料：

個案經常翻看手機裡大女兒照片或影片。與個案談話時常提及大女兒。個案避談前夫，前夫也從未探視或電話關心過大女兒。

護理目標：

7/9個案可表達對大女兒治療的內心感受。個案能了解大女兒的病況及治療計畫。

護理措施：

利用虛擬實境影片衛教案母骨髓移植病房之注意事項，並與個案共同確認案母執行狀況後，才讓案母接手照顧大女兒。請醫師詳細說明大女兒的移植計畫及現況。與骨髓移植病房護理師協調，讓個案與大女兒於固定時間視訊互動了解彼此狀況。轉介社工師提供社會福利資源及經濟上的補助。與團隊討論並轉介心理諮商師，協助個案情緒抒發。當個案出現自責的言語時，給予擁抱及適時的引導負向情緒，如：妳是個很棒的

媽媽，能隨時關心陪伴女兒，已經做得很好了。

護理評值：

7/7案母能正確執行骨髓移植病房各項要求，個案表示能放心案母照顧大女兒。7/9在醫師說明大女兒移植計畫並解答問題後，個案表示能安心繼續為捐贈做準備。每日固定11:00以電話視訊方式關心大女兒狀況，減少不安情緒。7/12出院後即前往骨髓移植病房陪伴大女兒。

討論與結論

本文探討一位造血幹細胞捐贈者的照護經驗，個案在住院期間面臨急性疼痛、焦慮與親職角色衝突等問題。針對其情緒與角色壓力，提供心理支持與放鬆技巧，並聯繫社工協助申請經濟資源，減輕其照護與生活負擔；在疼痛照護方面，給予止痛藥與靜脈注射緩解白血球生成素的不適，協助其順利完成幹細胞收集捐贈。照護過程中最大的限制是目前針對捐贈者之照護經驗與文獻稀少，護理師僅能依個案臨床狀況擬定個別化計畫，並製作衛教影片，協助個案理解捐贈過程以緩解緊張情緒，建議未來能有更多幹細胞捐贈者心理層面照護、壓力調適相關的研究，有助未來相似個案之照護參考。此個案另一個艱難的問題是必須依計畫時間順利完成造血幹細胞收集捐贈，以配合在骨髓移植病房等待輸注幹細胞的大女兒之移植計畫，所幸過程一切順利，大女兒如期地進行移植。

個案照護結束後持續關懷個案及大

女兒狀況，雖然順利完成幹細胞移植，但大女兒仍因移植後併發嚴重合併症，於2023年11月不幸離世，個案深感愧疚與自責，認為若能更早捐贈或許結果不同，並為大女兒漫長治療歷程未獲好轉感到心疼與無力。透過陪伴與傾聽，個案釋放心中悲痛與自責，並在接收醫療團隊所保存女兒手作相框、繪圖作品後表達感謝，表示將為小女兒努力走出悲傷重新出發。從個案經歷可知由親人擔任造血幹細胞捐贈者所承受的壓力及問題，是非常需要醫療團隊介入幫忙，期望藉此經驗之分享能幫忙往後類似個案。

參考資料

- 中華民國兒童癌症基金會(2022)．*中華民國兒童癌症基金會2022年度報告*．<https://ccfroc.org.tw/sites/default/files/inline-files/%E5%85%92%E7%99%8C2022%E5%B9%B4%E5%BA%A6%E5%A0%B1%E5%91%8A.pdf>
- 呂基燕、陳月枝、黃韻如、王琬詳、鄭雅君、章淑娟(2017)．從利他主義探討造血幹細胞捐贈者之捐贈歷程．*志為護理-慈濟護理雜誌*，16(3)，75-84。
- 李昀蓁、許莉宛(2018)．照顧一位活體肝臟捐贈者之護理經驗．*安泰醫護雜誌*，24(4)，67-77。
- 吳懿峰、邱雅雯、王佐輔(2012)．造血幹細胞捐贈．*內科學誌*，23(4)，282-295。[https://doi.org/10.6314/JIMT.2012.23\(4\).07](https://doi.org/10.6314/JIMT.2012.23(4).07)
- 吳慧儀、盧文儀、蕭玉鳳、陳佳佳、李淑慧(2017)．提升收集周邊血液幹細胞捐贈者護理指導完整率專案．*長庚護理*，28(2)，267-278。<https://doi.org/10.3966/102673012017062802007>
- 蕭惠祝、劉翔婷(2019)．照顧一位65歲活體肝臟捐贈者之護理經驗．*彰化護理*，26(2)，107-119。[https://doi.org/10.6647/CN.201906_26\(2\).0012](https://doi.org/10.6647/CN.201906_26(2).0012)
- 蕭逸美、邱倫瑋(2013)．造血幹細胞移植後急性移植物抗宿主疾病及其護理．*腫瘤護理雜誌*，13(2)，15-25。[https://doi.org/10.6880/TJON.201312_13\(2\).02](https://doi.org/10.6880/TJON.201312_13(2).02)
- Aguilera, V., Schaefer, M. R., Parris, K., Long, A., Triplett, B., & Phipps, S. (2022). Psychosocial outcomes of parents in pediatric haploidentical transplant: Parental hematopoietic cells donation as a double edged sword. *Bone Marrow Transplantation*, 57(3), 377-383. <https://doi.org/10.1038/s41409-021-01547-9>
- Chen, S. H., Wang, T. F., & Yang, K. L. (2013). Hematopoietic stem cell donation. *International Journal of Hematology*, 97(4), 446-455. <https://doi.org/10.1007/s12185-013-1298-8>
- Chang, Y. J., Wang, Y., Xu, L. P., Zhang, X. H., Chen, H., Chen, Y. H., Wang, F. R., Wei-Han, Sun, Y. Q., Yan, C. H., Tang, F. F., Mo, X. D., Liu, Y. R., Liu K. Y., & Huang, X. J. (2020). Haploidentical donor is preferred over matched sibling donor for pre-transplantation MRD positive ALL: A phase 3 genetically randomized study. *Journal of Hematology & Oncology*, 13, 1-13. <https://doi.org/10.1186/s13045-020-00860-y>
- Moalic-Allain, V. (2018). Medical and ethical considerations on hematopoietic stem cells mobilization for healthy donors. *Transfusion Clinique et Biologique*, 25(2), 136-143. <https://doi.org/10.1016/j.traccli.2018.02.004>
- Ward, J., Smith, J., Powers, K., Hellsten, M., & Murray, P. (2023). Parent psychological

distress is associated with symptom burden and health-related quality of life in children and adolescents undergoing stem cell transplantation or chimeric antigen receptor T cell therapy. *Transplantation and Cellular Therapy*, 29(7), 462.e1-462.e9. <https://doi.org/10.1016/j.jtct.2023.04.012>

Winterling, J., Pahnke, S., Lagnebjörk, J., Hägglund, H., Larfors, G., Lenhoff, S., & Kisch, A. M. (2023). Worries and psychological well-being in potential hematopoietic stem cell donors before donation-a swedish national study. *Transplantation Proceedings*, 55(1), 242-248. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2022.10.057>

靜
思
語

與人摩擦，
應感恩對方願意磨練自己，
使我們的心靈發亮。

～證嚴法師靜思語～

When we experience friction with others,
we should thank them for
tempering our spirit and allowing it to shine.

～ Master Cheng Yen ～



Nursing Experience in Caring for a Hematopoietic Stem Cell Donor

Fang-Chi Chen¹, Yu-Chuan Wen², Yu-Ting Lin³

ABSTRACT

This article presents a nursing experience of a hematopoietic stem cell donor whose daughter was diagnosed with relapsed acute myeloid leukemia. Due to rapid disease progression and the inability to find a matched donor, a haploidentical transplant was recommended. The patient, acting as both donor and primary caregiver, experienced high levels of stress, which became the intention for this report. From July 6 to July 12, 2023, Gordon's Eleven Functional Health Patterns were applied to assess and identify key issues including acute pain, anxiety, and parental role conflict. Nursing interventions focused on emotional support through active listening, encouraging expression of feelings, sharing successful transplant stories, and providing educational videos to reduce anxiety. A care plan was developed collaboratively with the healthcare team to alleviate physical discomfort. One limitation was the lack of relevant literature in Taiwan, requiring reliance on clinical experience and teamwork. This case may serve as a reference for future care of stem cell donors and highlights the need for further research on their psychological needs and stress management. (Tzu Chi Nursing Journal, 2026; 25:4, 111-120)

Keywords: donor, hematopoietic stem cell, haploidentical transplant

RN, Department of Nursing, Linkou Chang Gung Memorial Hospital¹; Transplantation Coordinator, Department of Nursing, Linkou Chang Gung Memorial Hospital²; Head Nurse, Department of Pediatrics, Linkou Chang Gung Memorial Hospital³

Accepted: July 16, 2025

Address correspondence to: Yu-Ting Lin No. 5, Fuxing St., Guishan District, Taoyuan City 333, Taiwan

Tel: 886-3-328-1200 #8519 E-mail: linyuting@cgmh.org.tw

一位高齡腦梗塞中風個案 運用出院準備服務 銜接長照2.0之護理經驗

簡秀真¹、謝佳穎²、鍾若男³

中文摘要

本文描述一位80歲腦梗塞中風個案，藉由出院準備服務及銜接長照2.0資源，最終順利返家。照護期間為2023年11月9日至12月7日，藉觀察、會談、跨團隊家庭會議及整體性評估，有「無效性呼吸道清除功能」、「吞嚥障礙」、「身體活動功能障礙」及「照顧者角色緊張」等健康問題。護理措施，包括：胸腔護理與抽痰技巧指導、翻身叩背、吞嚥訓練、口腔運動及實證支持之下巴下壓抗阻力運動與正確進食方式，並於復健黃金期提升肢體功能。協助提供醫療決策資訊與照顧人力盤點，完成預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書。(志為護理，2026; 25:4, 121-132)

關鍵詞：腦梗塞型中風、出院準備服務、吞嚥障礙、身體活動功能障礙、照顧者角色緊張

前言

台灣十大死因顯示腦血管疾病佔第四名(衛生福利部，2025)，腦部受損與程度不同導致肢體、認知功能及吞嚥障礙等恐失去自我照顧能力。吞嚥能力受損易發生吸入性肺炎、營養狀況不佳等，增加感染及死亡率等，個案與照顧者承受極大身心壓力及經濟負荷(王等，

2024)。早期介入獲得妥善指導及後續照顧，可預防再次中風、減少再度入院及死亡率，促進日常生活能力恢復，改善生活品質及減少家庭負擔(羅等，2022)，更盼個案能社會賦歸。

本個案為高齡腦中風後身體活動功能障礙導致日常生活功能喪失，伴隨吞嚥障礙併吸入性肺炎之風險，照顧者面臨

國立陽明交通大學附設醫院護理師¹、國立陽明交通大學附設醫院護理長²、國立陽明交通大學附設醫院督導長³

接受刊載：2026年5月1日

通訊作者地址：鍾若男 260宜蘭縣宜蘭市新民路152號

電話：886-3-932-5192 #72360 電子信箱：rnjuengl1204@gmail.com

缺乏照顧技能及身體勞累，對社會福利資源不了解產生焦慮及壓力。研究指出早期介入長照復能服務可降低家屬照顧成本、後續使用居家照顧服務次數減少及不健康事件風險降低 (林等，2022)。出院準備服務個管師發現多數民眾對長照2.0可提供益處不了解，引發作者從出院準備服務端協助資源運用之動機，透過教導家屬熟悉照顧技能，整合設計跨團隊復健訓練計劃改善個案吞嚥能力，維持肢體運動避免合併症，減輕家屬照顧負荷壓力，協助個案與家庭共同建構急性與慢病共存連續性照護系統，更重要的是促進醫療與長照服務之無縫隙接軌。

文獻查證

一、腦梗塞中風與復健護理

腦梗塞中風因梗塞部位及範圍不同而在臨床表徵有所差異，多半導致輕重不等意識障礙、肢體癱瘓、語言障礙及吞嚥障礙等後遺症，腦中風發病後半年內復健黃金期，因此早期介入復健訓練恢復肢體功能，增強偏癱肢體肌耐力與預防併發症，可提高整體功能降低失能程度(羅等，2022)。採漸進式關節運動擺位，教導照顧者使用適當輔具，如：輪椅、便盆椅等及復健技巧輔助轉移位下床活動，注意活動安全以防跌倒。每天提供步態及轉移訓練、坐站姿平衡訓練三次。一次15至20分鐘，可提升肢體協調及感覺運動能力恢復(卓等，2022)。

二、呼吸道清除功能障礙及吞嚥障礙護理

腦中風病患可能因意識減退或活動功

能障礙，導致呼吸肌肉力量變弱、自咳能力差、痰液清除功能失效而易發生肺炎，並延長住院天數、增加醫療成本支出及照顧者負擔等(Brunetti et al., 2024)。透過及早介入胸腔物理治療與姿位引流，能有效協助清除呼吸道分泌物；此外，配合肺部復健運動提升活動能力，不僅可減少肺部相關合併症，亦能進一步降低肺炎的發生風險(廖、林，2023)。實證護理文獻指出每天執行30次下巴下壓抗阻力運動，一週五天並持續數週後可提昇咽喉肌力量，改善腦中風個案吞嚥困難(王等，2024)。口腔與咽部運動每天重複5-10次，可利用冰棉棒刺激喉頭提高感覺刺激，加強吞嚥協調性減少嗆咳，調整液體黏稠度減少肺部吸入，透過個別化復健指導，如：食物質地選擇、小口份量及維持坐姿、下巴內縮、頭傾向健側等餵食技巧，注意口腔內是否有食物殘留；提供安靜環境能專心用餐且降低與個案交談次數，進行吞嚥訓練期間需注意發燒、咳嗽、痰液變多或黃等症狀，每天口腔清潔減少吸入性肺炎發生(廖、林，2023；Cahyati et al., 2022)。

三、出院準備服務連結長照服務資源角色功能

快速高齡化社會及少子化與失能人口增加，導致長照服務需求日益增加，照顧者自身老化導致無力照顧或年輕照顧者無法全日照顧，出院後若適當介入長期照顧資源，提供轉銜期照護可助個案及照顧者順利調適，以利個案回歸社區獲得連續性照顧，減少短期內再入院及醫療花費。衛生福利部2017年啟動出

院準備友善醫院獎勵計畫，出院前完成照顧管理評估啟動轉銜單位媒合，協助個案及家屬出院後及時獲得長期照顧資源，改善失能程度及延緩退化。根據國內復能成效研究指出腦中風六個月內介入復能措施，以個案為中心全人照顧，透過日常生活活動及社交網絡參與、居家環境改善策略，對於個案肢體活動功能改善有顯著效果並改善生活品質(林等，2022)。腦中風患者家屬常面臨照顧責任，負擔著身體、經濟及社會層面壓力，造成出院返家照顧焦慮及擔心，依個案失能程度需求提供個別化照護整合計畫，轉介長期照顧資源，提升民眾對長照服務資源認知與接受度，減輕主要照顧者身心壓力(卓等，2022)。

護理評估

一、基本資料

林先生，80歲已婚，個案與案妻67歲均為不識字，溝通以閩南語為主。無宗教信仰，育2子3女，案女們已婚，案大兒子離婚為市公所清潔隊員，案小兒子腦性麻痺身障者從事賣公益彩卷，個案夫妻在果菜市場工作，經濟小康。

二、過去病史

罹患高血壓、糖尿病及高血脂等疾病約8年，規則服用藥物，無菸、酒及對食物及藥物過敏史。

三、入院過程

個案在家中發生左側肢體無力且說話含糊不清入急診，腦部核磁共振攝影顯示右腦前動脈梗塞。於2023年11月9日住院，個案住院後經評估未施行 t-PA 或血栓移除術，採內科藥物保守治療，給予

抗血小板藥物及血壓控制。神經學檢查評估：三叉神經(咀嚼能力)兩側咀嚼肌力量不一致，咀嚼時單側無力，但舌咽與迷走神經受損，導致吞嚥反射中度延遲(喉部上抬力量不足)；舌下神經受損影響口語表達清晰度。案妻協助個案從口進食但噎咳，家屬不忍而拒絕放置鼻胃管，會診復健科11月10日擬定物理、職能及語言吞嚥復健訓練計畫；同日發燒、咳痰能力不佳，胸部X光顯示雙肺部浸潤並抗生素治療。11月29日召開跨團隊家庭會議，12月7日病情穩定出院返家，續銜接長照資源安排門診復健訓練，神經內科門診追蹤。

四、護理評估

筆者以整體性評估依生理、心理、社會、靈性與智能五大層面進行整體性護理評估，護理期間2023年11月9日至2023年12月7日。透過實際觀察、身體評估、會談並運用跨團隊個案家庭會議方式等評估如下：

(一)生理評估

1. 營養代謝狀況：身高143公分，體重47.5公斤，BMI:23.2kg/m²，正常體位。11/9評估口腔黏膜呈現濕潤且粉色，個案口牙剩下16顆牙齒，無活動假牙，皮膚外觀完整。11/9血液檢查Hb:13.5g/dl、Alb:3.6g/dl、Na:136meq/L及K:4.2meq/L等正常。住院期間訂醫院切碎餐1,600大卡/日。11/10妻：「他吃飯時會一直咳嗽就需休息」、「醫師說先生吃東西會噎到，要考慮放管餵食，我覺得很可憐又辛苦」。11/10觀察妻餵食後個案口中仍有殘留食物，飲水會咳嗽、噎咳，11/10語言治療師測試個案由口進食約200g稀

飯及10cc開水，過程中有嗆咳症狀，評估個案吞嚥反射中度延遲，喉部上抬力量不足，醫師建議放鼻胃管，但案妻拒絕。11/11妻：「喝水偶爾會咳嗽，但不是每一次都發生」、「有時候他會被自己口水嗆到，是中風引起嗎？」。經評估個案有「吞嚥障礙/與腦中風後神經肌肉控制、協調能力下降有關」。

2. 氧合作用：住院期間呼吸型態淺快無費力，胸壁呈對稱採胸式呼吸，速率20-22次/分，四肢膚色及唇色紅潤溫暖無發紺，無用呼吸輔助肌，使用nasal cannula 3L/min時，血氧濃度約98-99%。11/13個案表情疲憊、臉頰微潮紅：「我好熱喔，發燒了？」，案妻：「這二天他常常咳嗽，好像有痰但是咳不出來」。測量體溫38.5度，呼吸音顯示雙側爆裂音(crackle)及咳嗽能力弱無法自行咳出痰液，一天約抽吸5次清除痰液，評估後續需照顧者協助抽痰排除痰液。11/13實驗室檢查WBC：8.30*10³/ul、NEU：64.4%，胸部X光顯示雙肺部浸潤。評估個案有「無效性呼吸道清除功能/與嗆食、肺炎及無法有效咳出痰液有關」。

3. 排泄型態：視診腹部呈圓形對稱，觸診柔軟，腸鳴音正常，住院期間平均1~2天可自解糞便一次量軟稀，每日排尿量1,500~1,600 ml/day且尿液色黃清澈。

4. 活動與運動：個案於住院前生活能力自理且活動自如，常陪伴案妻外出至果菜市場工作。11/9表示：「我左邊都沒有力氣活動！」、案妻：「他左手左腳都不能自己動，右邊比較沒問題」，11/10個案表示「醫師說幫我安排復健，希望對我活動有幫忙」。評估四肢肌

肉力量：右側肢體為4分，左側肢體1-2分，無法自行翻向右側及平躺時無法自行起身坐起，肌肉關節無攣縮及變形，坐姿平衡度稍差，需他人協助轉移位並使用輪椅代步，評估個案日常生活活動功能量表(ADL)進食、移位、個人衛生、如廁、洗澡、行走、上下樓梯、穿脫衣褲皆無法自行完成；大便控制及小便控制偶爾會失禁需協助更換尿布，如廁需案妻協助坐便盆椅上擦拭，結果為20分(總分為100分)屬功能完全依賴，評估個案高齡、活動能力需照顧者協助、左下肢體無力步態不穩並使用降血壓藥物具跌倒危險因子屬高危險跌倒者。經以上評估發現個案有「身體活動功能障礙/與中風導致神經肌肉系統受損有關」。

5. 睡眠問題：個案意識清楚，GCS：E4V5M6，對他人提問需給時間思考，用簡單句子和他人對談，言語表達較模糊但仔細聆聽可理解。

住院期間約晚上9點至10點入睡，隔天早上6點起床，中午會午睡1到2小時，白天除復健訓練課程外自己會在病室練習復健運動，過程中無打哈欠及嗜睡情形。

(二)心理層面

個案個性溫順不愛麻煩別人，平日陪伴案妻於果菜市場工作，空閒時常跟朋友喝茶聊天，遇到無法解決的事會與家屬討論尋求解決辦法。11/11個案曾無奈表示：「現在行動不方便，不知道復健治療後能不能改善？」，經案妻、家人給予口頭鼓勵表示可努力並配合醫師治療，於個案達成設定復健目標時，由家

屬提供喜歡食物獎勵，11/29醫療團隊及家屬召開跨團隊會議提出善終議題，個案說：「我已經80歲了，對生死早就看開了，不會感到害怕，只希望不要給我太太增加負擔，她說什麼我就配合」。案妻表示：「他常跟我說要知足常樂，我們都在倒數中，所以要快樂面對每一天」，12/3完成預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書簽署，住院期間觀察個案心情平穩能遵照醫囑配合治療，規律進行復健訓練課程。

(三)社會層面

個案與案妻及案子們同住，身兼病人、先生及父親等角色，年輕時為板模工人，退休後協助案妻分擔果菜市場工作，與案妻感情融洽，主要照顧者皆由案妻承擔，醫療決策處理多與家人討論後決定，案子女偶來探視，假日也有親戚朋友到院探望。11/12案妻表示：「自10年前腰椎手術後，現在每天都穿戴護腰，照顧他翻身拍背很累、常腰背痠痛」、「如果他復健後還是行動不方便，我不知道能照顧他多久！小孩都要工作」。11/22案妻神情憂戚、雙眉緊皺表示「他出院後要怎麼出門復健啊！」。評估個案住家為市區2層樓透天厝，臥房位於二樓無電梯設備，詢問案妻對個案出院後續復健方式表示尚無想法也不知道出院回家照顧有什麼資源使用，擔心個案行動不便無法上樓且外出不便利。經評估發現照顧者「照顧者角色緊張/與照顧人力及社會資源可及性不足」。

(四)靈性層面

個案無宗教信仰，家中供奉神明且平

時祭祖及到廟宇祈福求平安，住院期間案妻常祈求祖先保佑個案早日康復，個案表示：「我活到80歲也夠了，如果可順順得走也很好」、「希望不要因身體狀況拖累太太要一直照顧我」，評估個案能看淡生死，希望不要帶給家人麻煩及負擔。

(五)智能層面

個案意識清楚GCS：E4V5M6，雙眼老花，但無聽嗅覺障礙，對人物、時間及地點提問回答正確，口語表達能力較為緩慢，簡單句子或詞彙偶有含糊不清需重覆，復健訓練時將杯子、握力球放置個案健側，請他拿取交給案妻可依指示完成，近期記憶偶有遺忘，但經家屬提醒後可馬上回答。

問題確立

綜合以上評估，確立個案健康問題依序：一、無效性呼吸道清除功能/與噎食、肺炎及無法有效咳出痰液有關(11/13-12/7)；二、吞嚥障礙/與腦中風後神經肌肉控制、協調能力下降有關(11/9-12/7)；三、身體活動功能障礙/與中風導致神經肌肉系統受損有關(11/9-12/7)；四、照顧者角色緊張/與照顧人力及社會資源可及性不足有關(11/12-12/7、12/12後續追蹤)。

護理目標、措施與結果評值

四個健康問題目標，如：一、個案與案妻能正確說出二項促進痰液排出方法、案妻能每天正確執行胸腔物理治療10分鐘/三次及個案能減少每日抽痰次數小於5次；二、案妻能協助維持個案口腔

衛生習慣、正確操作執行餵食技巧並至少說出二項吞嚥訓練方法及注意事項；三、案妻能每日2-3次協助15分鐘被動關節活動、個案能配合每天進行三次復健訓練治療及出院前個案左側肢體肌力能由1-2分提升至3分；四、案妻可主動說出造成壓力原因並說出心理壓力減輕、出院前能協調案子女討論相互分工與支持模式，減輕案妻照顧負荷、出院前個案與家屬能決定出院後續復健方式並運用長照社會福利資源。相關護理措施如下：

(一)案妻及個案能增進有效性清除呼吸道知識及技能

1.衛教個案及案妻促進痰液排出方式如：多喝水，每日水分攝取目標設定為 1500-2000 mL。考量個案嗆咳風險，水分皆添加增稠劑調製成「花蜜狀」稠度，採小口慢飲，並避開用餐時間，以降低疲勞導致的嗆咳，氧氣設備使用有潮濕瓶設備的，熱敷喉嚨周圍並輕輕按摩以及胸部物理療法及噁嘴式腹式呼吸等運動。

2.11/13衛教個案及案妻促進痰液排出方式如：多喝水、使用氧氣設備潮濕瓶、熱敷喉嚨周圍並輕輕按摩、胸部物理療法及噁嘴式及腹式呼吸運動等。

3.11/13提供濕化方法，如：飲用溫水、氧氣設備潮濕瓶使用及蒸氣吸入稀釋痰液等，每班評估個案咳痰能力並依狀況協助抽痰清除呼吸道分泌物。

4.11/14教導個案練習噁嘴及腹式呼吸方式，用鼻子吸氣時將手放腹部，感覺腹部上的手升起，接著吐氣時如吹口哨噁起嘴唇慢慢吹氣，吐氣時腹部手下

降，維持吐氣長度約吸氣時兩倍。

5.11/14護理師運用翻身時間登記表及影片，教導案妻每2小時協助個案翻身，維持側臥或坐姿，避免痰液堆積滯留。

6.11/14照會呼吸治療師教導個案深呼吸、咳痰技巧，衛教案妻呼吸道感染徵兆，如：發燒、疲倦、咳嗽、痰液增加、呼吸急促等，教導案妻執行拍背扣擊10分鐘/次，一天三次促進痰液排出。

7.11/25-12/1使用抽痰技術衛教單張、影片及實際操作方式教導案妻學習抽痰技能，衛教案妻抽痰前先洗手並戴上無菌手套，抽痰機開啟壓力，抽痰管放入深度及抽痰方式，教導案妻抽痰順序為「氣切管→鼻→口」，以減少鼻腔分泌物倒流引起之不適，衛教抽痰時機及注意事項。

8.11/27-11/30與案妻約定時間評值抽痰技術，用積極正向態度鼓勵案妻，針對實際執行缺失部分進行提點並修正無菌方式執行抽痰技能。

護理評值：

1.11/15查核個案翻身時間登記表其案妻可每2小時協助個案採左、右側臥或半坐臥姿勢，個案無法自行咳出痰液時會主動請護理師協助抽痰。

2.11/16詢問個案及案妻促進痰液排出方法，個案可說出多喝水及多拍背讓痰比較好咳出來，案妻補充表示喉嚨保暖也可以。

3.11/17探視病人一天可練習噁嘴式及腹式呼吸約2-3次，案妻於個案進食前可執行由呼吸治療師教導方式，手呈杯狀掌面朝下，由下肺部往上肺部拍動，拍背扣擊10分鐘每日三次。

4.11/27評估案妻執行抽痰技術時，易將抽痰管碰觸到自己身體無法確實保持無菌原則，再次加強衛教及錯誤步驟澄清並予言語鼓勵，11/29案妻已可在護理人員檢視下正確執行無菌方式抽痰步驟；12/1-12/7個案偶爾可以自咳少許白稀痰液，每日抽痰次數減少至2-3次。

(二) 案妻能協助維持個案口腔衛生、正確操作執行餵食技巧及執行吞嚥訓練方案。

1.11/10教導個案及案妻進食時採坐姿，身體向前傾、下巴內縮、頭傾向健側，小口並用力吞嚥以避免食物誤入呼吸道，用完餐後30分鐘內不平躺，以減少異物吸入風險。

2.11/10教導個案及案妻每日執行3次口腔護理，每餐進食後檢查個案口腔是否有食物殘渣。

3.11/10安排語言治療師進行語言及吞嚥訓練，包含：包舌運動訓練及冰刺激刺激吞嚥反射，衛教購買增稠劑並教導案妻餵食液體搭配(花蜜狀稠度)增稠劑使用改善嗆咳情形。

4.11/13會診營養師討論個案吞嚥訓練進度調整合適個案食物質地(軟泥狀飲食/稀飯、濕潤米飯或吸飽湯汁之軟質麵包、薄切片嫩肉/豆腐、軟嫩蔬菜)，衛教家屬食物準備方式及避免堅硬、黏牙及酥脆食物(輔以圖片衛教)。5.11/13語言治療師教導個案每日執行三次臉部口腔運動(練習舌頭上下左右擺動、噉嘴、吹口哨動作及發出阿、依、嗚聲音)，每天執行30次下巴下壓抗阻力運動(彈力球放下巴，低頭用力夾住球後鬆開)。

6.11/15語言治療師教導案妻使用滴管

餵食少量冰水，刺激吞嚥反射，使用湯匙餵食時增加湯匙下壓力道，給予口腔感覺刺激。

7.11/15衛教個案進食過程中不說話，吞嚥完要做清喉嚨動作，確定吞嚥完畢再進食下一口，教導案妻餵食過程中若發生咳嗽情形應停止餵食，休息十至二十分鐘後再試，避免造成吸入性肺炎。

8.11/11-12/1每天追蹤評值個案及案妻執行吞嚥訓練情形，設定目標為吞嚥刺激5-10次/天、口腔運動3次/天及30次下巴下壓抗阻力運動/天。

護理評值：

1.11/12探視案妻會使用潔牙海綿於個案每餐後30分鐘內清潔口腔內的食物殘渣、分泌物或痰液，用餐完畢後不會馬上躺下。

2.11/15案妻可協助個案進食時採70-90度坐姿，頭頸後放枕頭，使用湯匙將食物放在個案健側及舌頭後方，確認已吞下再餵食下一口，11/16案妻表示：「復健老師教我用開水加增稠劑調整成像花蜜狀，他喝水咳嗽的次數就減少很多」、「復健老師有教我，如果餵食的時候他有咳嗽，我就要先停下來休息10-20分鐘，這樣比較不會嗆到」。

3.案妻和營養師依據個案吞嚥能力情形討論後，同意訂購院內軟質飲食，家屬偶爾準備茶碗蒸、軟香蕉、蘋果泥等食物無再發生嗆咳情形。

4.11/25個案能依據目標規劃每日執行臉部口腔運動及發聲練習，噉嘴發出「阿、依、嗚」聲音及下巴下壓抗阻力運動練習。個案達成初步設定目標給予

讚美及肯定的鼓勵，鼓勵家屬準備個案喜歡的軟香蕉、蘋果泥食用。5.11/26詢問案妻吞嚥訓練的方法及注意事項，案妻能說出協助進食時採坐姿或半坐臥姿勢、低頭或頭轉向右側並小口用力吞嚥，餵食後至少先坐30分鐘不能直接躺下，如果餵食過程發生咳嗽需停止餵食。

6.12/2經語言治療師評估個案吞嚥訓練程度調整食物質地至細碎飲食(半固體食物/不須費力咀嚼細碎飲食)，進食過程無發生噎咳。

(三) 案妻能協助個案被動關節活動、個案能配合每天進行復健訓練治療及出院前個案左側肢體肌力能由1-2分提升至3分。

1.11/9教導案妻每2小時為個案更換姿勢及預防跌倒措施，觀察關節及受壓處皮膚有無發紅或破皮，保持室內光線明亮及床欄使用等，避免因壓力造成皮膚受損。

2.11/10教導案妻每日執行三次全關節運動(上肢及下肢運動)，教導關節活動、轉位及擺位，依個案耐受度從被動進展到主動運動，增加運動時間及次數，防止關節攣縮和肌肉萎縮。

3.11/10將物品放置於個案健側伸手可拿處，鼓勵個案練習用健側移動患肢以增進肌力，鼓勵個案獨立運動。

4.11/10教導案妻日常生活照顧技巧，提供漸進式活動及輔具應用(輪椅、便盆椅)，協助由床上活動至椅子上活動，維持肌肉張力和預防併發症。

5.11/10與物理治療師、職能治療師及語言治療師共同討論訂定個案活動處方

(客製化復健計畫)，週一至週五，09：00語言治療、11：00物理治療、14：30職能治療，內容包括平衡、姿勢、耐力訓練、精細動作訓練、舌頭運動及冰刺激等。

6.11/13教導個案執行用右手抓握左手抬高至頭部再放下，每回3-5下，一日二次，以協助肌肉骨骼受損部分復健。

7.11/15準備大小不同杯子及握力球，讓個案練習手指抓放及手掌抓握。

8.住院期間評估個案生命徵象、四肢血液循環、活動程度、肌肉力量，評估個案能配合執行復健計畫時隨時給予鼓勵及讚美。

9.11/29邀請家屬和醫療團隊共同召開跨團隊會議，引導家人思辨善終議題及提出情境「插管」跟「不急救」選項，提供出院後續照顧計畫及轉介長照2.0社會福利資源，轉介輔具租借及移位腰帶輔具補助資源，為個案復健提供整體協助。

護理評值：

1.11/14個案及案妻能按時參與復健計畫，案妻在物理治療師指導下可協助個案執行被動關節活動，如直膝抬腳、彎曲每日2次至少15分鐘，11/25可練習坐姿膝上抬與膝彎曲伸直每日2次至少10分鐘。

2.11/16個案可在協助下練習用右手抓握左手抬高至頭部再放下，每回5下至少一日二次，利用杯子及握力球練習手掌抓握一日二至三次。

3.11/29至12/3與家人間彼此不斷溝通討論，個案心願為最後的人生路能圓滿無病痛，進而同意簽署預立安寧緩和醫療

暨維生醫療抉擇意願書。4.11/30協助個案及家屬申請長照2.0社會福利資源，申請專業服務(復能)安排治療師到府教導個案及家屬居家肢體訓練活動，正確使用輔具安全移動避免跌倒，減少臥床時間預防肢體功能退化，同意出院後持續安排門診復健訓練，個案復健整體協助。

5.12/7出院前評估個案右側肢體肌力5分、左側肢體肌力3分，稍可自行抓握床欄緩慢於床上翻身但平躺及坐姿時起身費力需他人協助，坐靠背椅子會稍微往左側傾斜，四肢關節無攣縮。

(四) 案妻可主動說出造成壓力原因並說出心理壓力減輕、出院前能協調案子女討論相互分工與支持模式，減輕案妻照顧負荷、出院前個案與家屬能決定出院後續復健方式並運用長照社會福利資源。

1.11/22與物理治療師討論並教導案妻使用移位腰帶支撐個案身體，避免照顧者受傷。

2.11/22傾聽並鼓勵案妻說出內心壓力及擔心並給予支持，了解緊張原因。

3.11/23介紹病房中病友相互認識，分享照顧經驗及心理支持，提供住家鄰近的家庭照顧者支持服務據點資源。

4.11/29由醫療團隊(主治醫師、護理師、出院準備服務個案管師、呼吸治療師、物理治療師、職能治療師、語言治療師)邀請家屬們共同召開跨團隊家庭會議，協調家屬間分擔照顧責任及討論出院準備計畫，協助案大兒子及案女兒討論個案住院期間及返家照護工作之執行模式(協助個案身體清潔沐浴及下床復健、活動等)，以減輕案妻的身體負荷，向家屬說明個案後續可安排復健方式(住

院或門診復健)供家屬選擇，讓個案及家屬了解熟悉長照2.0社會福利資源。

5.11/29使用院內長照2.0衛教資訊(書面資料與影片)讓家屬們了解長照服務內容並於會議後討論個別化需求。

6.11/30和案妻討論並建議出院後安排居家住所一樓活動空間，媒合縣內輔具資源中心提供居家輔具(輪椅、便盆椅)使用，轉介申請長照2.0-輔具購買補助(移位腰帶)協助照顧者施力，讓照顧者能夠較輕鬆移位個案，讓移位過程更加安全、舒適及省力。

7.11/30協助個案於住院期間評估長照2.0需求，分類判定為照護需求等級 (care needs scale, CMS)第8級(重度)，申請長照2.0-居家服務員每週三次協助個案身體沐浴及洗頭服務，長照交通車服務增加就醫及復健的方便及便利性，居家喘息照顧支援以減輕照顧者負荷，申請治療師到府教導個案及家屬居家肢體訓練活動並評估家中環境、輔具及動線調整，正確使用輔具安全移動避免跌倒，減少臥床時間預防肢體功能退化，申請購買移位腰帶輔具補助資源，12/4家屬已接獲長照中心核准回覆並安排服務派案中，提供後續連續性照顧。

8.12/6轉介家屬至輔具資源中心借用氧氣製造機及抽痰機居家使用，衛教案妻正確儀器操作方式。

護理評值：

1.11/22個案管理師引導案妻說出對於個案後續照顧的擔心及困擾，經由11/29跨團隊家庭會議後案妻面露笑容的表示了解個案出院後續照顧方式及知道可銜接長照2.0服務資源後心理的擔心就沒這

麼多了，和鄰床家屬可愉悅聊天並分享彼此照顧經驗。

2. 12/1起案大兒子每天上午2小時會至醫院協助個案下床活動及陪伴執行復健運動，案女兒負責假日一同和案妻協助個案身體清潔沐浴，12/4案妻表示：「有大兒子跟女兒來醫院幫忙分擔照顧他爸爸，我的腰酸背痛也比較沒這麼嚴重了」。

3. 12/7家屬已至輔具資源中心借用氧氣製造機及抽痰機，案妻可正確執行儀器操作方式並說出儀器故障時排除方式。

4. 個案於12/7出院返家，12/12電話訪問追蹤其案妻表示：「出院回家後我先生的心情比在醫院時輕鬆許多，已經安排下禮拜坐長照交通車去醫院門診復健訓練」、「長照中心已經安排居服員每週三次幫我先生洗澡，復健老師會來家裡教我們怎麼幫我先生做復健」，案妻感謝醫療人員對個案及家屬們這些日子指導與照顧，表示政府有長照服務幫忙照顧老人很棒。

討論與結論

腦中風個案治療後仍有許多失能後遺症需面對，預防再次中風：於措施中加入對高血壓、糖尿病及高血脂等「三高」危險因子的管理衛教，強調規律服藥與血壓自我監測的重要性。本文描述照顧一位高齡腦中風個案伴隨無效性呼吸道清除功能、吞嚥障礙及身體活動功能障礙等問題，案妻因缺乏照顧技能及返家照顧資源不了解倍感壓力，出現照顧者角色緊張等狀況，案妻(67歲)因不識字且體力受限，衛教過程捨棄複雜手

冊，改用圖卡與重複口頭教導，並輔以實際操作與即時正向回饋。根據實證文獻(王等，2024)結合臨床照護提供個案及照顧者個別性護理措施及衛教，包括：教導呼吸運動、下巴下壓抗阻力運動、排痰技巧及吞嚥訓練避免吸入性肺炎，透過完整復健訓練計劃改善個案吞嚥能力，促進肢體活動避免合併症產生，促進出院後及早銜接長期照顧服務，提供居家照顧及居家復能訓練，且依據住家環境動線調整並提供合適輔具補助或租賃，減少因照顧不周而導致的傷害，交通接送服務協助往返醫療院所及喘息服務讓家庭照顧者減輕照顧負荷，以滿足個案及家屬長照需求並實現在地老化目標。

腦中風個案治療後仍有許多失能後遺症，本個案於出院前及早銜接長期照顧服務，提供居家照顧及居家復能技能訓練，並依據住家環境調整動線與提供合適輔具，交通接送服務協助往返醫療院所及喘息服務以減輕家庭照顧者照顧負荷。此照護模式與近年研究建議一致，中風個案出院後提供完整轉銜照護可有效提升肢體功能與日常生活能力，並顯著降低照顧者負荷，顯示出院準備與長照資源整合在中風照護中的重要性(Saragih et al., 2023)。照護過程中發現的困難及阻力為民眾對長照服務不了解，故未主動提出申請，深感個案、家屬或醫療團隊都需要及早準備、規劃出院照顧問題及整合長照資源，建議加強醫療團隊於長照政策及服務內容的認識，提供多樣化的長照衛教，並結合QR Code數位資訊增加取得的便利性，藉此

提升民眾的服務接受度。透過這套輔助工具，能讓個案在出院之際立即獲得所需資源，確保優質的長照服務能精準對接，實現連續照護的目標。

參考資料

- 王雅秀、張福凌、蘇祝慧、林麗嬋、簡慧雯 (2024)．應用實證護理方法探討腦中風後病人執行下巴下壓抗阻力運動改善吞嚥困難之成效．*台灣健康照顧研究學刊*，(29)，1-17。https://www.airitilibrary.com/Article/Detail?DocID=19946236-N202407170004-00001
- 林佩欣、游曉微、宋貞儀、蘇信昌(2022)．長照復能服務成效探討．*長期照護雜誌*，25(2)，115-132。https://doi.org/10.6317/LTC.202212_25(2).0003
- 卓美伶、劉靜芬、古翠珍(2022)．一位右側梗塞性腦中風導致肢體偏癱之出院準備服務經驗．*秀傳醫學雜誌*，21(2)，59-68。https://doi.org/10.30185/SCMJ.202212_21(2).0007
- 廖峻立、林瑛釗(2023)．【腦中風復健】腦中風後常見的吞嚥困難．*健康世界*，(553)，33-37。https://www.airitilibrary.com/Article/Detail?DocID=16077059-N202302090007-00015

衛生福利部(2025年6月17日)．113年國人死因統計結果．https://www.mohw.gov.tw/cp-6650-79055-1.html。

羅元廷、林彰芷、李林富、周偉倪(2022)．探討腦中風居家模式急性後期照護之成效及預測因子．*台灣復健醫學雜誌*，50(2)，115-123。https://doi.org/10.6315/TJPMR.202212_50(2).0004

Brunetti, R. O., Rose, D. K., & colleagues. (2024). Respiratory strength training versus respiratory relaxation training in the rehabilitation of physical impairment, function, and return to participation after stroke: Protocol for a randomized controlled trial. *JMIR Research Protocols*, 13, e59749. https://doi.org/10.2196/59749

Cahyati, Y., Rosdiana, I., & Setiawan, H. (2022). The effect of swallowing exercises in combination with benson relaxation on swallowing ability in stroke patients. *KONTAKT-Journal of Nursing & Social Sciences related to Health & Illness*, 24(2),163-169. https://doi:10.32725/kont.2022.012

靜
恩
語

好話多說，是非不談。

～證嚴法師靜思語～

Engage in positive speech; refrain from gossiping.

～ Master Cheng Yen ～



Nursing Experience of a Geriatric Ischemic Stroke Patient Through Discharge Planning and Integration into Long-Term Care 2.0

Hsiu-Chen Chien¹, Chia-Ying Hsieh², Juo-Nan Jueng³

ABSTRACT

This article describes the nursing care experience of an 80-year-old patient with ischemic stroke who successfully returned home through discharge planning services and linkage to Long-Term Care 2.0 resources. The care period lasted from November 9 to December 7, 2023. Data were collected through observation, interviews, interdisciplinary family conferences, and holistic assessment. The identified health problems included ineffective airway clearance, dysphagia, impaired physical mobility, and caregiver role strain. Nursing interventions consisted of chest physiotherapy and instruction in sputum suction techniques, regular repositioning with chest percussion, swallowing training, oral motor exercises, evidence-based chin tuck against resistance exercises, and guidance on proper feeding methods. During the critical rehabilitation period, interventions were also implemented to enhance limb function. In addition, medical decision-making information and caregiver workforce assessment were provided, and the patient completed advance care planning, including advance decisions on palliative care and life-sustaining treatment. This case highlights the importance of comprehensive discharge planning and interdisciplinary collaboration in supporting stroke patients and their caregivers to achieve a safe transition from hospital to home. (Tzu Chi Nursing Journal, 2026; 25:4, 121-132)

Keywords: ischemic stroke, discharge planning services, dysphagia, impaired physical mobility, caregiver role strain

RN, National Yang Ming Chiao Tung University Hospital¹; Head Nurse, National Yang Ming Chiao Tung University Hospital²; Supervisor, National Yang Ming Chiao Tung University Hospital³

Accepted: May 1, 2026

Address correspondence to: Juo-Nan Jueng No. 152, Xinmin Rd., Yilan City, Yilan County, Taiwan

Tel: 886-3-932-5192 #72360 E-mail: rnjueng11204@gmail.com