

安泰醫護雜誌

第十九卷 第三期 一百零二年九月

目 錄

一位地方性斑疹傷寒個案成功脫離呼吸器之護理經驗	01-14
朱淑英、朱璧岑	
運用周全性老年評估照護一位良性陣發性姿勢性眩暈	15-26
楊淑慧、陳碧蓮、侯慧明	
運用羅氏理論於一位下咽癌復發患者之護理經驗	27-42
陳豐敏、董家文	
一位新生兒狼瘡症候群早產兒之護理經驗	43-56
陳玟潔、吳秋玉	
護生初次實習壓力與睡眠品質之相關性研究	57-68
謝美智、胡靜文、李彩歆	
家有新診斷第 1 型糖尿病少女之護理經驗	69-84
林麗英、羅婉菁、陳惇杰、馮明珠	
投稿規則	I
授權同意書	VI
投稿檢查表	VII



本院為區域教學醫院，肩負屏東地區急、重症醫療責任。因應現代醫學趨勢，遂成立癌症放射治療中心、心臟醫療團隊、慢性病照顧團隊，並積極引進嶄新高科技醫療儀器(如美國奇異最新型一百二十八切面立體式電腦斷層掃描儀等)，以提供全人、全程、全方位之醫療服務。秉持著信賴、滿意、關懷、希望的態度，朝建構屏東健康園區的願景邁進。

安泰醫護雜誌

T.S.M.H. Medical & Nursing Journal

2013 年 9 月第 19 卷第 3 期

發行人 Publisher	蘇清泉 Ching-Chyuan Su		
總編輯 Editor-in-Chief	李朝煌 Chao-Huang Li		
副總編輯 Deputy Editor	秦淳 Chun Chin		
編輯委員 Editorial Board	江宏哲 Hung-Che Jiang	林基正 Chi-Cheng Lin	邱文達 Wen-Ta Chin
	施宏哲 Hung-Che Shih	柯成國 Chen-Guo Ker	洪焜隆 Kun-Long Hung
	張怡秋 I-Chiu Chang	張肇松 Chao-Sung Chang	扈克勛 Ke-Hsun Hu
	陳家玉 Jia-Yuh Chen	黃毓瑩 Yu-Ying Huang	黃德揚 Teh-Yang Huang
	黃興進 Shing-Jin Huang	楊明仁 Ming-Jen Yang	楊美賞 Mei-Shang Yang
	楊建洲 Jiann-Jou Yang	趙美琴 Mei-Chyn Chao	潘純媚 Shung-Mei Pan
	蔡宗昌 Tsung-Chang Tsai	蔡英美 Eing-Mei Tsai	藍守仁 Shou-Jen Lan
	嚴雅音 Yea-Yin Yen	蘇主榮 Tzu-Rong Su	鍾蝶起 Tieh-Chi Chung
編輯助理 Editorial Assistant	黃界銘 Jie-Ming Huang	葉鳳如 Huang-Ru Ye	
法律顧問 Legal Consultant	李富祥 Fuh-Shyang Lee		

院址：928 屏東縣東港鎮中正路一段 210 號

Address：No.210, Sec.1, Zhongzheng Road., Donggang Town, Pingtung County 928, Taiwan

電話：08-8329966 ext 1111 醫學教育研究部

傳真：08-8329977

網址：<http://www.tsmh.org.tw>

電子信箱 e-mail address：a102043@mail.tsmh.org.tw

行政院新聞局出版專業登記證局版台省誌字第 248 號

承印：信道印刷股份有限公司

電話：05-2782020

一位地方性斑疹傷寒個案成功脫離呼吸器之護理經驗

朱淑英¹、朱璧岑^{1,*}

高雄醫學大學附設中和紀念醫院護理部¹

摘要

本文描述一位地方性斑疹傷寒併發呼吸衰竭個案，成功脫離呼吸器之照護經驗。筆者於2011/02/09至02/20照護期間，藉由觀察、筆談、病歷查閱收集資料，並利用Gordon十一項健康功能型態評估，確立個案有呼吸道清除功能失效、身體活動功能障礙、不確定感、中度呼吸器戒斷反應功能失常等健康問題。

在照護過程中發現個案除了生理症狀外，心理也面臨無法預期疾病的進展及預後，產生不確定感，引發焦慮及不安等負面情緒。筆者透過建立信任感及主動提供疾病訊息，重新建立個案對疾病的認知及觀念，進而提升對疾病的控制感，以減少不確定感；同時運用連結家庭關懷支持系統，並結合其他專業醫療團隊進行呼吸訓練，使個案順利完成治療，終於能成功脫離呼吸器。

希望藉此照護經驗分享，作為護理同仁日後照護類似個案時之參考，以提升護理專業及照護品質。

關鍵字：地方性斑疹傷寒、呼吸器脫離、不確定性

收文日期：2013年03月20日

接受日期：2013年07月04日

*通訊作者：朱璧岑 高雄醫學院附設中和紀念醫院護理部/呼吸照護中心護理長

聯絡地址：80756 高雄市三民區自由一路100號（高醫9AR-呼吸照護中心）

聯絡電話：+886-7-3121101 Ext. 6169、6170

電子信箱：870156@gmail.com

Nursing experience with an endemic typhus patient being weaned from a Mechanical ventilator

Shu-Ying Chu¹, Pi-Chen Chu^{1,*}

RN ,BSN, Department of Nursing, Kaohsiung Medical University Hospital¹

Abstract

This article prescribes an endemic typhus case complicated with respiratory failure. The patient was weaned successfully from the mechanical ventilator after a proper care process and treatment. The author collected data through observation, conversation, patient's chart report, and the assessment of Gordon 11 health functional patterns to ensure the case had the health problems including respiratory tract clearance dysfunction, physical activity disability, uncertain feeling, and a moderate dysfunctional ventilatory weaning response from 2011/02/09 to 2011/02/20.

During the nursing process, the author discovered that the patient had psychiatric problems in addition to physical symptoms. The patient had a sense of uncertainty due to the unknown process and outcome of the treatment. The psychiatric problem also disturbed the patient and induced his anxiety. By establishing trust and offering disease information, the patient acquired enough knowledge about the treatment and was more confident to control the disease. At the same time, the author also associated the family supportive system and other professional medical teams about respiratory training. Therefore, the patient completed the treatment course and was successfully weaned from the mechanical ventilator.

The author also hopes the experience can improve the nursing care profession and quality in the future.

Key words: Endemic typhus, Weaning from ventilator, Uncertainty

Received: Mar, 20, 2013

Accepted: Jul, 04, 2013

*Corresponding author: Pi-chen chu, RN, BSN, Head Nurse, Department of Nursing, Kaohsiung Medical University Hospital

Address: No.100, Tzyou 1st Road Kaohsiung 80756, Taiwan, ROC

TEL:+886-8-8329966 Ext. 5530

E-mail: 870156@gmail.co

前言

地方性斑疹傷寒案例在臨床上實為罕見，在台灣自 2007 年 10 月公告為法定第四類傳染病，2011 年至 2012 年確定病例共有 63 位（疾病管制局全球資訊網，2013）。此疾病雖經適當的抗生素治療後，即可獲得改善，然而症狀類似 A 型流行性感冒，不易被診斷，因而延誤治療，引起呼吸衰竭、休克、急性腎衰竭等嚴重併發症，需配合完善的呼吸照護，方可脫離呼吸器。如何幫助個案維持身心和諧，能夠順利脫離呼吸器，著實是醫護人員一大課題（張科、蔡季君、陳彥旭，2009；Civen & Ngo, 2008）。

本文個案因地方性斑疹傷寒併發肺炎，導致呼吸衰竭合併呼吸器使用，於加護單位多次呼吸訓練失敗，而轉入呼吸照護中心，期間對疾病治療處置及預後產生不確定感，隨著罹病時間延長而產生焦慮，引發筆者照護動機，期盼提供個別性、適切性的照護來協助個案面對疾病壓力及接受治療，以提供護理人員對地方性斑疹傷寒引發呼吸衰竭有更深的了解，提升護理專業及照護品質。

文獻查證

一、地方性斑疹傷寒介紹

地方性斑疹傷寒（Endemic typhus）又

稱鼠蚤型斑疹傷寒（Murine typhus），是由斑疹傷寒立克次體（Rickettsia typhi）引起的疾病，在台灣傳染媒介為印度鼠蚤或是貓蚤，此蚤寄生於貓、狗、家鼠身上。當受到蚤叮咬時，蚤會排出立克次體病原糞便而污染傷口遭受感染，而人一旦受感染即具有終身免疫力（張科等，2009；簡嘉豪、姜佩芳、王錫杰、陳冠宇、林明誠、吳和生，2012）。臨床診斷主要是靠病史詢問，有無出現至鼠蚤密集區的旅遊史或野外地區活動，配合臨床症狀的表現，及實驗室間接螢光抗體法 IFA（indirect fluorescence assay）來確診（疾病管制局全球資訊網，2013）。

常見臨床症狀如頭痛、肌肉酸痛、關節痛、疲倦、發燒等現象，約有 20 至 80% 會出現紅疹情形，若儘早診斷並投藥 Doxycycline 抗生素治療，其死亡率可小於 1%（張科等，2009；Boillat & Greub, 2007），但仍有少部分出現嚴重併發症包括休克、急性腎衰竭、神智不清等，嚴重時更會造成呼吸衰竭導致病人插管及呼吸器使用，當症狀改善後，應積極協助病人脫離呼吸器（Civen & Ngo, 2008）。

二、呼吸器脫離病人之評估與照護重點

（一）生理層面

當疾病問題改善時，評估呼吸器脫離生理指標可達到潮氣容積 $> 5\text{ml/kg}$ 、淺快呼吸指數 < 105 ，將可進入呼吸器脫離階段（陳玉如、林晏如、翁敏雪、李靜怡，2010；

賴怡樺、施富金，2009)。然而呼吸道分泌物積存，易造成呼吸負荷增加，使呼吸肌肉疲勞，而無法維持適當的通氣(李靜怡、陳玉如、翁敏雪、林晏如、陳健文，2008)。此時照護重點應加強背部扣擊、震顫，教導深呼吸咳嗽法，藉由深呼吸吐氣後，利用腹肌收縮力量將分泌物咳出，以降低呼吸負荷量；每日協助採半坐臥，配合上肢擴胸運動進行深呼吸訓練，以助肺部擴張；並觀察病人呼吸音、呼吸速率、是否使用呼吸輔助肌；必要時每 2 小時協助抽痰，以維持呼吸道通暢(賴怡樺與施富金，2009；吳杰亮與曾政森，2008)。

長期使用呼吸器易導致肌原纖維分解，引起肌腱、韌帶攣縮、關節僵硬等問題，此時可藉胸腔復健運動促進呼吸道分泌物的鬆動及清除，同時改善胸廓的活動度及肺擴張不全，增加氧氣運輸(王月琴，2010)。其運動方式包括上肢運動如握球運動、舉手運動、擴胸運動，可增加呼吸肌及上臂肌肉的強度和耐力；下肢運動為負重抬腿，可改善活動耐力；呼吸肌訓練為抬臀運動及坐起運動，預防呼吸肌疲乏導致呼吸困難及高碳酸血症的發生。運動頻率一天 2 次，每次 10 至 15 分鐘；另外關節運動方面，可執行肩、肘、腕、指間、膝、踝、趾間關節運動，以預防關節攣縮並增加肌肉張力及力量。若個案感到疲累或疼痛時須立即停止，避免關節受傷，運動過程中有進步時，給予肯定增加其信心

(王月琴，2010； Alexander, Phillips & Wagner, 2008)。

(二) 心理層面

在呼吸器脫離過程中，易出現負面情緒，如脫離失敗挫折、絕望、害怕死亡、缺乏控制感和焦慮等，且在疾病過程、治療期間或面臨討論預後情形時，易產生不確定感(Chen, Lin, Tzeng & Hsu, 2009； Schou & Egerod, 2008)。Mishel (1988) 將不確定感定義為疾病過程中，沒有能力決定疾病相關事件，且不能預測結果時，就會產生神情不安、緊張、憂慮、擔心等情緒問題；此時照護重點應主動關心病人且建立信任關係，瞭解不確定感來源，提供疾病相關資源，做適時的澄清與說明；增加疾病的認知，提升病人對疾病的控制感；另外可連結家庭支持系統陪伴，減輕焦慮害怕等感受(鐘艾倫、孫秀卿、林芷羽，2009)；將不確定感列入交班事宜，採一致性態度面對病人；接納病人對未來的惶恐所產生負向行為，並予情緒支持；確認病人對自我照顧的了解，在正確回答時給予讚美，增強自信心(蘇曉郡與李美雪，2009)。

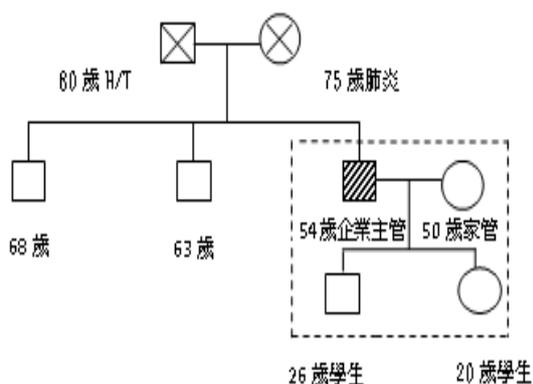
護理評估

筆者於 2011/02/09~2011/02/20 護理期間，藉由觀察、筆談、病歷查閱、身體評估及 Gordon 十一項健康功能型態評估等方式來收集資料，對個案進行身、心、社

會及靈性等方面評估，分述如下：

一、個案簡介與求醫過程

潘先生 54 歲，已婚，信仰道教，慣用國語及閩南語，教育程度為大學，與妻子和兒女同住。住院時太太為主要照顧者(家族樹如圖一)。



圖一 家族樹

個案 2011/01/06 至高雄柴山騎腳踏車運動後，隔日出現頭痛、感冒及肌肉酸痛情形，至診所求治，症狀日漸嚴重，1/18 因體溫 39.5 度、呼吸喘、食慾不振、昏睡等症狀送至本院急診。於急診時因休克、意識喪失予插氣管內管合併呼吸器使用，追蹤胸部 X 光為雙側肺炎，腦部電腦斷層檢查發現代謝性腦病變，診斷呼吸衰竭及敗血性休克，入加護病房照護。1/20 因急性腎衰竭引發嚴重代謝性酸中毒，予連續性腎替代性治療 (CVVHD, Continuous Venous Venous Hemodialysis)。住院期間個案未出現紅疹情形，但因持續發燒不退，予採血清檢查送至疾病管制局，行間接螢

光抗體法 (IFA) 檢驗，2/1 確診為地方性斑疹傷寒，予 Doxycycline 抗生素治療。由於無法脫離呼吸器，2/1 行氣管切開造瘻術，2/9 病情穩定後轉呼吸照護中心，2/20 成功脫離呼吸器轉一般病房照護。

二、Gordon 十一項健康功能型態評估

(一) 健康認知和健康處理型態

個案平時很少感冒及生病，若身體不舒服會主動去看醫生，不會自行服用成藥，每半年參加公司健康檢查。2009 年健檢時發現肝功能異常，開始注重生活作息養成早睡早起，並持續至門診追蹤治療，對於住院期間醫療措施皆能配合。

(二) 營養代謝型態

入院前三餐由太太準備，平日食量少，喜歡吃菜類少魚肉，對於飲食很重視，不喜歡太鹹太油，認為飲食要清淡才健康。個案身高 170 公分，住院前體重 68 公斤，住院後體重 68.5 公斤，標準體重 63 公斤 (體重合理範圍 57 - 69 公斤)，為理想體重範圍。住院期間採 1900kcal 管灌飲食，消化情形良好，聽診腸蠕動音 8-10 次/分，無腹脹情形，2/9 白蛋白 3.6g/dl。

(三) 排泄型態

入院前在家中排泄和解尿型態正常，每天解便次數約 1-2 次。剛入院時，於加護病房期間因休克造成急性腎衰竭，曾使用 CVVHD 及尿管留置，2/10 因腎臟功能改善後停止透析，2/12 移除尿管。目前尿液可自解，尿量每日約 2000-2500cc，顏色

黃、微沉澱物，無使用利尿劑。解便型態為成形黃軟便量中，每天排便次數約 1-2 次。

(三) 活動運動型態

平日會和太太至鄰近公園散步或騎腳踏車運動。入院後使用呼吸器 24 小時臥床，2/10 個案筆談表示：「從住院到現在一直躺在床上，很想下床走走，卻覺得全身無力」，觀察個案行主動關節運動時，雙手緩慢舉起時會抖動且無法完全對抗阻力，拿起白板筆寫字時有時會掉落，書寫字體歪斜。住院期間翻身、灌食、大小便清潔等都需要護理人員協助完成，2/10 評估個案肌肉力量為上肢 4 分，下肢 3 分，關節無僵硬變形，目前活動功能依巴氏量表評估為 35 分（滿分 100 分，得分越低表示功能性愈差），屬於嚴重依賴，需他人協助。以上評估結果顯示個案有身體活動功能障礙之健康問題。

2/9 轉入病房時氣切管留置及呼吸器使用，聽診雙側肺部為爆裂音，個案以唇形表示要抽痰，痰液量中白稠，但沒有力量將痰液完全咳出人工氣道外，約 1.5-2 小時需協助抽痰，追蹤胸部 X 光為雙下肺葉肺炎。2/9 將呼吸器模式調為直接壓力支持性換氣模式，評估呼吸器脫離生理指標潮氣容積 480ml、淺快呼吸指數 35.41，2/11-12 呼吸訓練運動 Venturi T-piece 40% 10L/min，觀察呼吸訓練過程腹部微用力，心跳 75-85 次/分上升至 90-100 次/分，呼

吸速率 16-20 次/分上升至 25-32 次/分，血壓 120-130/80-90 mmHg 上升至 150-160 / 90-110mmHg，血氧濃度下降至 87-89%，且個案以唇形表示呼吸困難吸不到氣，想接回呼吸器，故呼吸訓練共 5-7 小時，2/12 動脈血液氣體分析結果為 PH：7.387、PaO₂：85.3 mmHg、PaCO₂：52 mmHg，HCO₃：30.5 mmol/L、SpO₂：93.2%。評估結果顯示個案有呼吸道清除功能失效、中度呼吸器戒斷功能反應失常之健康問題。

(五) 睡眠休息型態

入院前每天睡眠時間約 6-8 小時，無失眠情形。住院後觀察個案每日睡眠時間約 3-4 小時，且白天精神顯疲累，予夜間採集中護理後個案可入睡 5-6 小時，觀察白天精神不再顯疲倦且主訴睡眠有改善。

(六) 認知領悟型態

住院後因使用氣切管，只能用唇語或筆談表達想法。個案有老花眼，看電視時會戴老花眼鏡；判斷力方面，對假設的問題能正確回答。住院後表示經歷這次生病感到生命很脆弱，什麼時候會發生意外都不知道，希望趕快好起來，不要帶給家人負擔。

(七) 自我感覺與自我概念

入院後個案經常發呆，表情淡漠，顯少與人交談。2/9 醫師解釋病情時，個案表情緊張，要求筆談詢問病情進展。2/10 案妻表示：「女兒上網找地方性斑疹傷寒資

訊，只說到如何傳染及發病症狀，卻沒講到預後?」。2/11 個案筆談：「在加護病房時，醫師說是得到地方性斑疹傷寒，也說洗腎和插管都是嚴重併發症，要用抗生素治療，是不是一輩子都要用抗生素?」、「雖然暫時不用洗腎，但現在還要用呼吸器，我真的很害怕也很擔心，是不是一輩子不會好起來?」、「我想一切只能讓菩薩來幫我了，以後能不能好、會不會再復發都不能確定」。以上評估結果顯示個案有不確定感之健康問題。

(八) 角色關係型態

個案育有一男一女，與太太及兒女同住，主要決策者為個案，但遇到重大事項會和妻子討論。住院期間太太和兒女每日都會來會客，與個案互動良好，很關心個案病情進展。家中主要經濟來源為個案，因個案有醫療保險給付及平日有存款習慣，經濟上尚可負擔。

(九) 性生殖型態

個案結婚 27 年，妻子生病後體力減退，少有房事，但個案都能體諒，與妻子感情融洽。個案主訴住院前無生殖系統疾病，住院期間評估生殖器外觀正常，陰囊無水腫。

(十) 因應與壓力耐受型態

個案表示平時有案妻照顧生活起居，兒女都很懂事乖巧，感到欣慰。平日若有煩惱的事，也會和妻子、友人傾訴及討論，尋求解決之道。住院後表示目前最擔心呼

吸器無法脫離，希望能配合醫護人員治療下，可以順利脫離呼吸器回家。

(十一) 價值信仰型態

個案信仰道教，認為宗教是心靈上的寄託，平時會陪太太到廟裡拜拜，祈求神明保佑全家大小平安順利健康。住院期間個案床頭上，會擺放太太祈求的平安符及神像照片，觀察個案呼吸訓練時會把平安符握在手中，表示這樣可以感到心安，比較不會緊張。

護理過程

依據身體評估及 Gordon 十一項健康型態評估，分析確立個案主要護理問題有呼吸道清除功能失效、中度呼吸器戒斷功能反應失常、不確定感、身體活動功能障礙等問題如下。

一、呼吸道清除功能失效／無法有效咳嗽，清除呼吸道分泌物（2/9 確立）

<p>主 客 觀 資 料</p>	<p>S:2/9 個案以唇形表示要抽痰。 O: 1.1/18 入院後，呼吸衰竭予插氣管內管及呼吸器使用，因無法脫離呼吸器，故 2/1 行氣管切開造瘻術及呼吸器使用至今。 2.2/9 意識清醒，有咳嗽反應但沒有力氣將痰液完全咳出人工氣道外。 3.2/9 聽診雙側肺葉呼吸音呈爆裂音。 4.2/9 痰液量中白稠，需約 1-2 小時協助抽痰。 5.2/9 胸部 X 光為雙下肺葉肺炎。</p>
<p>目 標</p>	<p>1.2/16 個案能學習有效深呼吸咳嗽技巧，將痰液咳出至氣切口外 2.住院期間呼吸道能維持通暢，血氧濃度維持 95% 以上</p>
<p>護 理 措 施</p>	<p>1.每班評估個案的呼吸音、呼吸型態並記錄。 2.每 2 小時給予背部叩擊至少 3-5 分鐘，並加強雙側下肺葉背部叩擊。 3.每兩小時及視情況給予協助抽痰，於抽痰前後提供 2-3 分鐘 100% 氧氣，抽痰時監測生命徵象及血氧濃度、觀察痰液性質、顏色及咳嗽反應。 4.每日 9am 協助半坐臥，教導上肢擴胸運動，以利肺部擴張。 5.每天 10am 及 3pm 執行雙側下肺葉震顫，每次 20 分鐘，使用電動拍痰器強度 30Hz 後，教導個案深呼吸吐氣後，利用腹肌收縮力量將痰液咳出。 6.2/9 教導案妻執行背部叩擊，如教導將手屈曲成杯狀，並利用枕頭示範背部叩擊法，直到案妻執行正確後，再叩擊個案，執行過程中詢問個案的感受。</p>
<p>評 值</p>	<p>1.2/10 痰液呈白稠量中，仍無法將痰液咳至氣道外，約需每 1-2 小時抽痰以維持呼吸道通暢，指尖血氧濃度約 97-99%。 2.2/11 10am 使用電動拍痰器執行雙側下肺葉震顫 20 分鐘後，協助抽痰，痰液呈白稠量中，仍無法將痰液咳至氣道外，抽痰後聽診痰音明顯減少。 3.2/13 觀察個案可主動深呼吸腹部用力將部分痰咳至氣道外，指尖血氧濃度可維持 95% 以上。 4.2/16 肺部聽診爆裂音，痰量中呈白稠，個案已可將大部分痰咳至氣道外，再藉由抽痰抽吸乾淨，指尖血氧濃度維持 97~100%。</p>

二、中度呼吸器戒斷功能反應失常/與肺部感染有關 (2/12 確立)

主 客 觀 資 料	<p>S:2/11-12 行呼吸訓練，個案以唇形表示：呼吸困難吸不到氣，想接回呼吸器。</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.加護病房曾多次呼吸器脫離失敗，但都因血氧濃度下降及主訴呼吸困難接回呼吸器。 2.2/9 痰液量中白稠，但沒有力量將痰液完全咳出人工氣道外，約每隔 1.5-2 小時需協助抽痰。 3.2/9 胸部 X 光為雙下肺葉肺炎。 4.2/9 將呼吸器模式調為直接壓力支持性換氣模式，評估呼吸器脫離生理指標潮氣容積 480ml、淺快呼吸指數 35.41。 5. 2/11-12 呼吸訓練運動 Venturi T-piece 40% 10L/min，觀察個案呼吸訓練過程腹部微用力，心跳 75-85 次/分上升至 90-100 次/分，呼吸速率 16-20 次/分上升至 25-32 次/分，血壓 120-130/80-90mmHg 上升至 150-160/ 90-110 mmHg，血氧濃度下降至 87-89%，故呼吸訓練共 5-7 小時。2/12 動脈血液氣體分析結果為 PH：7.387、PaO₂：85.3mmHg、PaCO₂：52mmHg，HCO₃：30.5 mmol/L、SpO₂：93.2%。
目 標	<ol style="list-style-type: none"> 1.2/15 呼吸訓練時間可達到 12 小時，且無呼吸困難、喘之主訴。 2.可自行呼吸不需使用呼吸器。
護 理 措 施	<ol style="list-style-type: none"> 1.每班監測呼吸型態與生命徵象的變化。 2.每次執行呼吸器脫離訓練時，先向個案說明訓練模式，及脫離呼吸器的數值所代表意義。 3.2/13 與醫師、呼吸治療師、家屬及個案共同討論脫離呼吸器訓練計畫，並告知個案會隨時依實際狀況來調整訓練時間。 4.呼吸器脫離訓練過程中，隨時監測病患心律及血氧狀況，當個案呼吸、心跳加快時，立即停止訓練，並找出導致此現象的原因。 5.在呼吸訓練過程中，採集中護理，使個案充份休息。 6.呼吸器脫離訓練過程中，有進步時，適時給予正向鼓勵。 7.2/13 提供個案喜愛的三立電視台觀看，以放鬆心情轉移注意力。 8.照會復健科，和個案共同訂定胸腔復健運動，增加呼吸耐力及個案自我控制感。 8-1.訂定呼吸肌訓練時間，每日採漸進式執行肺部運動，如：每日 8am 協助床頭搖高 60-90 度半坐臥 10-15 分鐘。

	8-2.每日 9am 協助個案執行上肢舉臂擴胸運動及下肢抬腿運動，每次 15 下，增加呼吸肌及上臂肌肉的強度和耐力。
評 值	<p>2/13 個案可主動配合復健師指導下執行上肢舉臂擴胸運動及下肢抬腿運動，使用 Venturi t-piece 40% 10L/min 呼吸訓練，個案偶爾出現不安，主訴感覺氧氣不夠情形，呼吸訓練共 8 小時。</p> <p>2/14 追蹤胸部 X 光為雙下肺葉肺炎改善，10am 使用 Venturi t-piece 40% 10L/min，個案表示還是有點緊張，但覺得自己有進步，訓練過程中情緒平穩，觀察個案呼吸訓練過程中生命徵象穩定，血氧濃度 99%，但因腹部微用力，予接回呼吸器休息，呼吸訓練共 10 小時。</p> <p>2/16 10am 使用 Venturi t-piece 40% 10L/min 呼吸器脫離第一天，觀察個案嘴角上揚，且個案筆談表示:很高興能脫離呼吸器。</p> <p>2/18 使用 Venturi t-piece 28% 4L/min 為脫離呼吸器第 3 天，預計轉一般病房。</p>

三、不確定感／無法掌控及預期病程之進展與預後（2/11 確立）

主 客 觀 資 料	<p>S:</p> <p>2/10 據案妻表示：「女兒上網找地方性斑疹傷寒資訊，只說到如何傳染及發病症狀，卻沒講到預後?」。</p> <p>2/11 個案筆談:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 「在加護病房時，醫師說是得到地方性斑疹傷寒，也說洗腎和插管都是嚴重併發症，要用抗生素治療，是不是一輩子都要用抗生素？」。 2. 「雖然暫時不用洗腎，但現在還要用呼吸器，我真的很害怕也很擔心，是不是一輩子不會好起來？」。 3. 「我想一切只能讓菩薩來幫我了，以後能不能好、會不會再復發都不能確定」。 <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2/9 醫師解釋病情時，個案表情緊張，要求筆談詢問病情進展。 2. 觀察個案經常發呆，表情淡漠，顯少與人交談。
目 標	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2/14 前個案能夠以筆談方式寫出疾病病程變化至少三項。 2. 個案在住院期間能夠增加疾病自我照顧。
	<ol style="list-style-type: none"> 1. 主動關心個案，且建立信任關係，接納個案對未來的病程進展，所產生負向語言，並給予情緒支持。 2. 2/11 確認個案對疾病的認知程度，有模糊及不可預知的感受，請醫師向個案及

<p>護理措施</p>	<p>家屬詳細說明病情與現階段治療為何？例如：抗生素通常只要治療七天後，疾病症狀會改善。</p> <p>3.2/12 提供相關疾病訊息給家屬，例如：疾病管制局全球資訊網站，可搜尋疾病相關資訊。</p> <p>4.彈性調整家屬陪伴個案時間（11am-12am 與 5pm-6pm），讓家屬多支持鼓勵個案，以抒發表達內心之擔憂。</p> <p>5.床頭擺放個案的平安符，並提供個案看喜愛的三立電視台與聽佛樂，放鬆心情轉移注意力。</p> <p>6.鼓勵個案漸進式參與自我照顧活動，例如：可自行翻身、盥洗、執行呼吸復健運動，來增加個案對疾病的控制感。</p> <p>7.2/11 照會心理師介入，了解個案情緒困擾，使壓力得以抒發，建立個案壓力因應模式，鼓勵其聽佛樂、念佛經，及練習深呼吸放鬆技巧，及想像自己像一顆氣球，可以隨著呼吸器自由呼吸。予心理支持與定期訪視個案傾聽其感受。</p>
<p>評值</p>	<p>2/12 個案對疾病的認知程度已瞭解，不用一輩子使用抗生素，且經醫師向個案解釋此疾病康復後，具有終身免疫力。</p> <p>2/13 個案主動說出心中所擔心之事，怕一輩子無法脫離呼吸器，行呼吸訓練前告知可能會產生之不舒適感，詳細解釋脫離呼吸器過程中可能發生的狀況及處理方式，且隨時有護理人員監測生命徵象，並教導呼吸復健運動，會漸漸降低呼吸器設定條件後，開始脫離呼吸器。</p> <p>2/14 個案表示女兒至疾病管制局網站搜尋疾病資訊，例如：感染途徑、臨床症狀、預防及感染控制，會和個案討論，並微笑表示對此疾病預後有信心。</p> <p>2/15 個案也表示這幾天呼吸訓練呼吸喘的狀況改善許多，且告知護理人員今天要持續接受呼吸訓練，對於自己的病情有信心。</p> <p>2/16 個案表示對自己的疾病大致上瞭解，同時也很高興呼吸器脫離成功，加上自己也慢慢嘗試由口進食，感覺自己身體已漸漸康復起來，似乎可以回到自己工作崗位上。</p>

四、身體活動功能障礙/長期臥床無活動導致肌力減少 (2/10 確立)

<p>主 客 觀 資 料</p>	<p>S: 2/10 個案筆談表示：「從住院到現在一直躺在床上，很想下床走走，卻覺得全身無力。」</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1/19 入院後使用呼吸器臥床 24 小時，翻身、灌食、大小便清潔等都需要護理人員協助完成。 2. 2/10 拿起白板筆寫字時有時會掉落，寫字字體會歪斜。 3. 2/10 觀察個案主動關節運動時，雙手緩慢舉起時會抖動且無法完全對抗阻力。 4. 2/10 評估個案肌肉力量為上肢 4 分，下肢 3 分。 5. 依巴氏量表評估個案日常活動功能為 35 分，屬於嚴重依賴，需他人協助。
<p>目 標</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2/13 個案能在護理人員的協助下，能執行關節運動一天 3 次，每個關節 15 下。 2. 個案住院期間四肢關節無攣縮、肌肉無萎縮情形。
<p>護 理 措 施</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 告知個案執行關節運動的目的，為減少合併症的發生，如預防關節攣縮，肌肉萎縮。 2. 每班評估個案肌肉力量、關節活動度，及肢體是否出現僵硬、變形情形。 3. 每 2 小時協助個案翻身時，教導用手扶床欄配合翻身，同時可訓練肌力，並利用枕頭支托各關節，以維持正常之關節功能性的位置。 4. 2/10 5pm 教導家屬於會客時間 11am 及 5pm，協助個案執行部份被動關節運動。 5. 護理人員每日協助關節運動時間為 10:30am、3:30pm、7pm，每次 10-15 分鐘，每個關節部位執行 15 下。 5-1. 提供個案橡皮筋，執行兩手外拉擴胸運動，及雙手軟球抓握，訓練肌力。 5-2. 教導個案執行抬高臀部運動，加強腹部肌肉及骨盆肌肉力量。 6. 2/10 照會復健師，於每周一至周五安排每天 9am 關節運動，每次 30 分鐘，例如：肩、肘、腕、指間、膝、踝、趾間關節運動，每個部位執行 15 下；下肢則協助執行部份被動關節運動，每個部位執行 15 下。
<p>評 值</p>	<p>2/11 5pm 太太可於會客時協助個案正確執行下肢部分被動關節運動及上肢主動性關節運動，每次 30 分鐘，每個關節部位執行 15 下。</p> <p>2/12 1PM 個案可重覆練習復健師教導之關節運動，如肩、肘、腕、指間、膝、踝、趾間關節運動，每個部位 15 下；主動執行雙手抓握軟球與拉橡皮筋及抬腿運動約 15 分。</p> <p>2/14 7pm 個案翻身時能自行抓握床欄，翻至對側，協助更換尿布時可微抬高臀部。</p>

2/16 3pm 個案主動做肩部外展、手肘外展關節運動，每個部位 15 下，可獨力完成穿衣服，評估上肢肌肉力量為 5 分、下肢 4 分。
2/19 個案轉出病房時四肢關節肌肉沒有攣縮及萎縮情形。

結論與建議

本文個案因罹患地方性斑疹傷寒，引發嚴重呼吸衰竭，造成個案內心莫大的衝擊，在照護期間個案對疾病相關知識不足，且面臨無法預期疾病的進展及預後，而產生不確定感，並伴隨焦慮及尋求知識行為出現。故筆者與個案建立信任關係後，引導說出對疾病預後進展不確定感，教導家屬至疾病管制局網站搜尋相關疾病資訊，重新建立疾病的認知及觀念，進而提升對疾病的認識，並透過醫師、呼吸治療師、復健師及心理師等醫療團隊，共同參與呼吸訓練計畫，教導執行復健運動，同時陪伴個案及運用家庭支持系統，來安定個案情緒及增強信心，提供個別性的護理措施，終於協助個案脫離呼吸器，2/20 轉一般病房後續照護，筆者曾至病房探望個案，個案表示目前已能下床走動，感覺身體已漸漸康復，相信不久就能回到工作崗位。個案於 2/26 移除氣切管，2/28 出院返家。3/2 電訪個案，太太表示個案剛返家時明顯很焦慮，但現在已經習慣了，3/10 再次電訪個案，太太表示協助原氣切處傷口換藥時，有一些分泌物但無惡臭，衛教有分泌物時要注意性質及味道，若分泌物

變多，或有異味時建議回診。於 3/28 電訪個案，個案表示氣切傷口已癒合，並回到公司上班，目前狀況一切良好，若有不適會馬上回診。

筆者服務於呼吸照護中心，主要照護個案為呼吸衰竭，而本文個案在臨床上實為罕見，其疾病恢復期不明確，使個案身心無法達到平衡狀態，故建議感染科醫師於疾病確診後，能就特殊疾病向個案及家屬說明，常規訪視個案，給予病情解釋，提供疾病特性相關認知；此外護理人員應主動關心病人，建立良好護病關係，提供其特殊疾病相關照護知識，說明呼吸器脫離方式並指導脫離呼吸器前、中、後各階段照護重點，同時連結家庭支持系統提供病人心理支持，以減輕焦慮不安。照顧此特殊疾病個案，護理人員除了要瞭解疾病照護重點，也要學習如何尊重、瞭解病患的感受、自主性與個別性，以便正確評估病患是否已適合進行呼吸器脫離訓練，同時與醫療團隊共同擬定符合個案之醫療與護理計畫，以減低個案不確定感、協助盡早成功脫離呼吸器，早日回歸社區及家庭。

參考文獻

王月琴 (2010)·活動與運動的需要·楊雅

- 淑總校閱，基本護理學（六版，73-77頁）。台北：永大。
- 李靜怡、陳玉如、翁敏雪、林晏如、陳健文（2008）。呼吸器對橫膈膜的影響。重症醫學，9（3），191-196。
- 吳杰亮、曾政森（2008）。呼吸器相關肺炎的適當診治。重症醫學，9（2），110-116。
- 疾病管制局全球資訊網（2013）。地方性斑疹傷寒。傳染病介紹。2013年2月22日。取自
<http://www.cdc.gov.tw/professional/disease.aspx?treeid=beac9c103df952c4&nowtreeid=6b7f57aafde15f54>。
- 陳玉如、林晏如、翁敏雪、李靜怡（2010）。台灣呼吸器使用患者之心生理因子與呼吸器脫離之相關性。台灣醫學，14（1），1-8。
- 張科、蔡季君、陳彥旭（2009）。地方性斑疹傷寒。感染控制，19（2），109-114。
- 簡嘉豪、姜佩芳、王錫杰、陳冠宇、林明誠、吳和生（2012）。2004-2011年台灣國際港埠鼠型動物外寄生蟲與地方性斑疹傷寒血清流行性病學調查。疫情報導，28，354-362。
- 賴怡樺、施富金（2009）。成功脫離呼吸器之影響因素與護理。榮總護理，26（4），382-387。
- 蘇曉郡、李美雪（2009）。一位肺癌復發患者面臨不確定感之護理經驗。安泰醫護雜誌，15（4），261-270。
- 鐘艾倫、孫秀卿、林芷羽（2009）。運用不確定感理論協助一位首次上腸胃道出血之類血友病人其家屬之照護經驗。護理雜誌，56（5），105-110。
- Alexander, J. L., Phillips, W.T., & Wagner, C.L. (2008). The effect of strength of effect of training on functional fitness in older patients with chronic lung disease enrolled in pulmonary rehabilitation. *Rehabilitation Nursing*, 33(3), 91-97.
- Boillat, N., & Greub, G. (2007). Rickettsiosis: A clinical approach. *Revue Médicale Suisse*, 3(111), 1222-1227.
- Civen, R., & Ngo, V. (2008). Murine typhus: An unrecognized suburban vectorborne disease. *Clinical Infectious Diseases*, 46(6), 913-918.
- Chen, C. J., Lin, C. J., Tzeng, Y. L., & Hsu, L. N. (2009). Successful mechanical ventilation weaning experiences at respiratory care centers. *Journal of Nursing Research*, 17(2), 93-101.
- Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in illness. *IMAGE. Journal of Nursing Scholarship*, 20(4), 225-231.
- Schou, L., & Egerod, I. (2008). A qualitative study into the lived experience of post-CABG patients during mechanical ventilator weaning. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24(3), 171-179.

運用周全性老年評估照護一位良性陣發性姿勢性眩暈 長者之護理經驗

楊淑慧¹、陳碧蓮¹、侯慧明^{1,*}

台中榮民總醫院¹

摘要

良性陣發性姿勢性眩暈是老年人頭暈最常見的原因，由於老年人大多罹患一種或一種以上的慢性病，因此頭暈的症狀很容易被認為是正常的老化現象、夜眠差、輕微感冒或血壓不穩所致；本文中個案持續受眩暈症狀困擾了近三個月，體重減輕約 10 公斤，引發生理、心理上明顯的不適症狀，甚至有厭世的感覺。住院期間筆者運用周全性老年評估量表訪談收集資料，確立個案的主要護理問題有：營養少於身體需要；自我照顧能力缺失：沐浴、衛生；潛在危險性跌倒；無望感。藉由跨專業領域提供相關知識、整體性及持續性照護模式，使高齡個案在短期內可以恢復身體健康，增進日常活動功能，改善生活品質並微笑的面對生活。

關鍵字：老人、周全性老年評估、良性陣發性姿勢性眩暈

收文日期：2012 年 12 月 29 日

接受日期：2013 年 07 月 04 日

*通訊作者：侯慧明 台中榮民總醫院 護理部 副護理長

聯絡地址：40705 台中市西屯區中港路三段 160 號

聯絡電話：+886-4-23592525 Ext.6095

電子信箱：hmjj6x@yahoo.com.tw

Nursing Experience of a Elderly Applying Comprehensive Geriatric Assessment with Benign Paroxysmal Positional Vertigo

Shu-Hui Yang¹, Bi-Lian Chen¹, Hui-Ming Hou^{1,*}
RN, MS, Department of Nursing Taichung Veterans General Hospital¹

Abstract

Benign Paroxysmal Positional Vertigo (BPPV) is the main reason of dizziness for the elderly. Because elders suffer from at least one chronic disease, they may contribute dizziness to aging, night sleep disturbance, common cold or unstable blood pressure. We discussed the client with dizziness for 3 months companied with body weight loss 10 kilogram and presented a series of physical and psychological symptoms, even the intent of suicide. We used the Comprehensive Geriatric Assessment to interview and collect related data. Health problems identified were: Nutrition, altered: less than body requirements, self care deficit: bathing/hygiene, risk for falls and hopelessness. We provided related knowledge, holistic and continuity of care through the interdisciplinary team work to help the elders recover his health, improve active daily living, quality of life and face to his life smiling in a short period.

Key words: elderly, comprehensive geriatric assessment, benign paroxysmal positional vertigo

Received: Dec, 29, 2012

Accepted: Jul, 04, 2013

*Corresponding author: Hui-Ming Hou , RN, MS, Department of Nursing Taichung Veterans General Hospital
Address: No. 160, Sec. 3, Chung-Kang Rd., Taichung, Taiwan, R.O.C. 40705
TEL:+889- 4- 03592525 Ext.6095
E-mail: hmjj6x@yahoo.com.tw

前言

研究指出約 50% 的老人出現頭暈的問題，因為暈怕跌倒而不敢活動，影響生活品質甚鉅 (Lawson, Johnson, Bamiou & Newton, 2005)。隨著年齡增加，正常的老化現象，身體功能會逐漸下降，但老年人一旦發生疾病，因症狀呈現不典型，常被誤認為是正常的老化現象，往往會延誤治療。因此，在面對這一群老年病患的照護，就必須更謹慎小心，且須有一套全面而詳盡的評估，才能找出潛藏在老人身上的所有問題，目前在高齡照護的領域中普遍運用「周全性老年評估」(comprehensive geriatric assessment, 簡稱 CGA) (Harari, Martin, BATTERY, O'neill & Hopper, 2007) 來評估老人問題。本個案因眩暈厲害、體重下降至高齡醫學門診求治，醫師問診期間，個案多次和女兒抱頭痛哭，住院期間因食慾不振、步態不穩、憂鬱情緒等問題，引發筆者想瞭解個案的身體疾病及情緒困擾之原因，並運用周全性老年評估發現個案的問題，提供病人適切之護理，並藉分享照護良性陣發性姿勢性眩暈老人的護理經驗，提供臨床護理人員參考。

文獻查證

一、良性陣發性姿勢性眩暈及身心護理

良性陣發性姿勢性眩暈 (benign

paroxysmal positional vertigo, 簡稱 BPPV), 是一種反覆發作的症狀，在平衡相關問題中佔了 9% (Oghala, Manolidis, Barth, Stewart, & Jenkins, 2000), 病人發作時症狀包括頭昏眼花、天旋地轉、噁心嘔吐及冒冷汗等，對日常生活造成莫大困擾 (文薛惟等, 2011), 病人常常是因為在床上翻滾，仰頭或彎腰姿勢而誘發，雖然病因不危險，卻可能造成病人跌倒而受傷 (吳仁傑、陳坤詮, 2005), 常見的治療方式為耳石復位術，其護理活動包括充分休息、避免用力擤鼻涕，充足營養及補充體力，預防跌倒，監測體溫變化並注意有無頭痛、眩暈或噁心嘔吐等症狀 (文薛惟等, 2011; 呂居學、周汎濤, 2008)。跌倒問題方面，Barnett, Smith, Lord, Williams 和 Baumand (2003) 表示對於跌倒高危險群的老人而言，運動可以改善平衡、增加肌肉的協調性，減少跌倒之發生。此外，老年人因為疾病所造成的營養不良，容易讓病程更加惡化 (謝美玲、石明煌、楊福麟, 2009), 因此，老年人營養的攝取，除了漸進性的增加熱量與三大營養素外，更需注意維生素及礦物質的補充。Brevern et al. (2007) 表示良性陣發性姿勢性眩暈會讓人不敢活動，造成日常生活功能下降，產生憂鬱、焦慮情緒和降低其生活品質; Beth (2006) 也提到懷舊治療常被用在老人照護上，藉由對生命的回顧可體認生存的意義及生命的價值，改善憂鬱情緒，增進其

身心健康及生活品質。

二、周全性老年評估 (comprehensive geriatric assessment, 簡稱 CGA)

CGA 雖名為評估,其實也包括評估後的處置,它是整合多種專業診斷及治療,主要目的是改善孱弱老人在身體、心理、社會及活動功能的問題。Elaswy 和 Higgins (2011) 表示 CGA 是一種簡單的評估工具,非常適合用於複雜性高的老人疾病,除了可以分辨疾病本身外,也可以注意心理及社會問題。CGA 內容包括:(一)一般醫學評估:包括視力、聽力狀況、四肢功能、行動障礙及其他老年症候群,例如:營養、大小便失禁及藥物評估;目前老人營養評估方法採用「迷你營養評估量表」,陳清惠(2004)表示它是一種經濟、簡單、精確性高,適合老人營養評估之工具;(二)日常活動功能性評估:日常生活活動 (Activities of daily living, ADL) 常用巴氏量表滿分 100 分,分數愈高代表功能愈好;工具性日常生活功能 (Instrumental Activities Daily Living, IADL) 常使用的是 Lawton-Brody IADL Scale 量表滿分 8 分,分數愈高代表功能愈好;(三)步態與平衡性評估,包括完成起立行走功能測試 (Timed up and go test),若受測者能在 10 秒內完成此測試,則可預期一年內都能維持穩定;如果起立行走測試時間大於 20 秒,則代表活動不穩有跌倒風險(Sherman, 2001);(四)心理層面:主要為認知功能評

估與情感評估 (Elaswy & Higgins, 2011), 認知功能最常用使用的工具是迷你心智狀態檢查 (Mini-Mental Status Examination, MMSE), 總分 30 分,分數愈高代表認知功能愈好;情感評估採簡短式老人憂鬱量表 (Geriatric Depression Scale, GDS-15) 總分 15 分,5-9 分表示可能具憂鬱情緒,得分高於 10 分懷疑可能有憂鬱傾向 (Sheikh & Yesavage, 1986)。

綜合上述,良性陣發性姿勢性眩暈的發作是突然的,因產生天旋地轉的不舒服感覺,易發生跌倒,影響食慾,造成營養不良,因日常生活功能下降產生憂鬱及無望等情緒反應。因此,藉由周全性老年評估及整體性照護計畫,以增進病患的肌力和平衡感,預防跌倒發生,改善老人憂鬱症狀。

護理評估-以周全性老年評估內容呈現

筆者於病人住院期間 2008 年 09 月 15 日至 2008 年 09 月 26 日,以周全性老年評估來收集資料。

一、基本資料

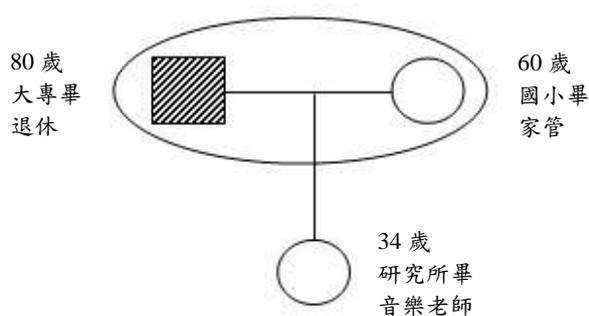
個案 80 歲,男性,身高 166 公分,體重 50.1 公斤,教育程度大專,慣用國語,無宗教信仰,21 歲時因戰爭跟隨部隊來台,之後在台糖擔任會計工作一職至 65 歲退休;目前和太太同住在埔里一棟三層樓無電梯的公寓,有一女兒 34 歲擔任音樂

教職工作，未婚居住於台北；經濟狀況屬小康，在家主要照顧者是太太，住院時是女兒。平時和鄰居少有來往，以前的好朋友多已過世，目前僅剩一位，但於 2007 年中風，目前幾乎沒有往來。

二、個人史

不抽煙、不飲酒、不嚼檳榔、對食物及藥物無過敏史、每年都有例行執行流感疫苗注射。

三、家系圖



圖一 家系圖

四、功能性回顧

無多重及精神科用藥，雙眼視力模糊但不至於影響日常生活，有重聽但不影響溝通，斷續睡眠不影響品質，過去一年無尿失禁及排便問題，住院前一週只能於室內步行、使用單手拐杖；過去一年曾跌倒過兩次，一次是傍晚時間因為溜狗，狗跑太快而跌倒，而另一次是早上爬樓梯時步態不穩跌倒，兩次都有外傷產生，表示跌倒經驗會產生心理上的恐懼，害怕再跌倒而減少活動。

五、過去病史

2008 年因為左耳蜂窩性組織炎住院治療；民國 1998 年因為車禍左腕骨開過刀，治療後不影響身體活動。

六、此次住院經過

2008 年 7 月份開始出現頭暈情形，轉動身體時會突然的引起暈眩症狀，約持續 1 分鐘左右，因時常發作，造成身體不舒服、沒有食慾，不敢動，及害怕外出造成跌倒，整天待在家裡；體重由原本的 60 公斤至 9 月 15 日入院時 50.1 公斤，下降了約 10 公斤。

入院時診斷為「疑似腎上腺功能不全」，經過初步的身體檢查評估眩暈的症狀和特性，會診耳鼻喉科後，確立診斷為良性陣發性姿位性眩暈，9/16 至 9/25 接受耳石復位術治療共 4 次。9/16 利用周全性老年評估發現個案的問題有近期日常生活功減退、行動力和步態障礙、憂鬱情緒及營養不良，會診腸胃科，9/17 行胃鏡檢查結果正常，9/17 會診復健科，物理治療師在高齡醫學復健室進行每天兩次，一次約 20-30 分鐘的復健治療，會診精神科協助評估和用藥，9/18 會診營養師，評估營養狀況及予飲食指導。

七、功能性評估--9/16 日進行評估

(一) 巴氏日常生活功能量表 (ADL: Activity of Daily Living) 總分 100 分，9/15 個案評估結果為 75 分。包括進食 (10 分) 訂院內伙食，可自己使用筷子進餐，不需別人協助；移位 (10 分) 由床上移到椅子

的過程中，需要別人些微協助或提醒，有安全上的顧慮；個人衛生（5分）可自行完成盥洗；如廁（5分）上下馬桶，便後清潔的過程，需他人協助保持姿勢平衡；洗澡（0分）多天未洗澡，有聞到汗臭味，而沐浴時需他人協助完成；平地走路（10分）需稍微扶持可行走50公尺以上；上下樓梯（5分）需稍微扶持或口頭指下導可完成；穿脫衣褲或鞋襪（10分）可自行穿脫衣襪；大、小便控制不會失禁（各10分）。9/15個案表示「我已經3-4天沒有洗澡了」，觀察個案入院後多躺於床上，小便使用床旁尿壺，解便需要人攙扶至廁所，身上穿著衣服有汗臭味，經上述評估有自我照顧能力缺失：如廁及洗澡之護理問題。

（二）工具性日常生活活動功能（IADL: Instrumental Activity of Daily Living）總分8分，9/16日個案評估結果為3分。包括購物（0分）需隨同購物；家務（1分）可執行較輕鬆的家務；理財（1分）可處理每天的購物，但銀行業務等需協助；食物製備（0分）需協助準備食物；交通（0分）在他人協助下可搭乘計程車；使用電話（1分）可撥打幾個熟悉號碼；洗衣（0分）完全依賴他人洗衣；服藥（0分）事先協助分好後可以正確服用。經評估此項功能為正常。

（三）迷你心智功能評估（MMSE: Mini-Mental State Examination）總分30分，9/16個案評估結果為23分，屬正常

範圍內。

（四）簡短式老人憂鬱量表（GDS: Geriatric Depression Scale）總分15分，9/16個案評估結果為13分（為憂鬱情緒），看到個案表情愁苦，眉頭深鎖，說話無力，評估的過程中頻頻搖頭和拭淚；他表示對於自己的生活不滿意，感到厭煩，覺得自己做什麼事都沒有用，活得很沒有價值、精力不充沛，現在的狀況是沒有希望了，9/16主訴：我都不敢動、更別說出去散步買東西，很害怕頭暈跌倒，人活得這麼痛苦，不如死了算了；經評估有無望感之護理問題。

（五）跌倒風險評估，起立行走功能評估（Timed up and go test），9/15個案表示之前在家裡曾經跌倒過兩次，一次是在戶外溜狗時，另一次是爬樓梯時不小心跌倒，9/15入院時觀察個案精神欠佳、表情愁苦；步態蹣跚；手拿著單手拐杖走入護理站，下肢肌力四分，9/15評估結果起身需扶椅背、轉身困難、行走時需使用單手拐杖，測試時間為22秒（大於20秒）表示身體活動不穩容易跌倒。經評估有潛在危險性跌倒之護理問題。

（六）迷你營養評估（MNA: Mini Nutritional Assessment）：9/15進行迷你營養評估簡式（MNA-SF）評估，個案表示頭暈、食慾很差、進食量沒有生病前的一半（1分）（約只吃半碗稀飯配少許青菜、豆腐或肉末）、近三月體重下降了10公斤

(0分)、可以自行下床行走(2分)、過去三個月有遭受心理壓力或罹患急症(0分)、無嚴重失智或憂鬱症(2分)及身體質量指數 18.2(0分),評估結果為 5分(≤10分),代表須進一步以迷你營養完整版評估;經評估個案為無法獨立生活(0分)、每天服用藥物少於3種(1分)、無皮膚潰瘍(1分)、一天可進食完整的3餐(2分)、乳製品、蛋類及豆類攝取足夠(1分),每天未進食兩份或兩份以上蔬菜水果(0分),每天液體攝取3~5杯(0.5分),可以自己進食(2分)、覺得自己營養不好(1分)、與其他同年齡的人比較覺得自己的營養和同年齡的人差不多(1分)、中臂圍 20cm(0分)、小腿圍 33cm(1分),迷你營養評估總分 15.5分(為營養不良)。9/15 抽血 Albumin:2.8 g/dl, 身高 166公分、體重 50.1 公斤、BMI: 18.2, 經上述評估有營養少於身體需要之護理問題。

綜合以上評估,可歸納出個案護理問題分別為營養少於身體所需、自我照顧能力缺失/洗澡、如廁、潛在危險性跌倒及無望感。

護理過程

一、護理問題:

營養少於身體所需,與良性陣發性姿勢性眩暈有關(9/15-9/26)。

S: 9/15 我都吃不下,看到食物一點食慾也沒有。

O: 身體虛弱;9/15 Albumin:2.8 g/dl, 身高 166 公分、體重 50.1 公斤、BMI: 18.2, 9/16 迷你營養評估 15.5 分;實際上每餐僅吃約半碗稀飯,配少許的青菜、豆腐或肉末,點心進食約 150ml 的牛奶。

護理目標:(1) 9/21 可完全吃完普通飲食餐盤菜;(2) 9/26 體重可由 50.1 公斤增加至 51.1 公斤;(3) 9/26 迷你營養評估可達 16.5 分。

護理活動:(1) 9/16 向病患及家屬說明營養的重要性;(2) 會診營養師,評估營養狀況,共同討論飲食計畫,三餐先由稀飯開始再慢慢改為乾飯;(4) 評估牙齒咬合及牙齦狀況無法咬硬的食物,所以更改為軟食;(5) 教導採少量多餐、細嚼慢嚥方式進食;(6) 病患進餐時予探視、關心進食情形並予口頭讚賞有進步;(7) 了解以前的飲食習慣和喜歡吃的食物,表示喜歡吃水餃和牛肉麵,請女兒晚上買來當宵夜吃;(8) 每天評估排便狀況,有無腹脹或腹痛情形;(9) 每天磅體重,觀察體重變化;(10) 評估對牛奶不會過敏或腹瀉,建議多喝牛奶、多喝水;(11) 維持口腔清潔之重要性。

護理評值:(1) 9/19 表示中餐和晚餐想改為乾飯,早上加一個小饅頭,9/20 可吃完整個餐盤菜;(2) 9/15 體重 50.1 公斤,9/26 體重 51.5 公斤(住院期間體重共增加了 1.4 公斤);9/26 迷你養評估達 17 分(住院期間增加了 1.5 分,包含:目前

每天可攝取兩份以上的蔬菜或水果得 1 分,可攝取 5 杯以上的水分得 0.5 分);10/2 門診追蹤時體重為 53 公斤。

二、護理問題：

自我照顧能力缺失/如廁、洗澡，與眩暈和肌肉軟弱無力有關 (9/15-9/24)。

S：9/15 我已經 3-4 天沒有洗澡了。

O：9/15 個案入院後多躺在床上，身上穿了三件衣服包含一件毛衣；露出無奈的表情；靠近個案身旁可聞到汗臭味。小便使用床旁尿壺，解便需要人攙扶至廁所。9/15 評估 ADL 分數為 75 分。

護理目標：(1) 9/17 在部分協助下可完成日常生活之照護活動；(2) 9/24 可自行完成洗澡。

護理活動：(1) 9/17 鼓勵病人可以自己洗臉、擦前面的身體；(2) 對於個案的表現予口頭獎勵；(3) 9/17 鼓勵病人配合執行復健運動以增加肌肉力量；(4) 9/16 教導女兒協助病人洗澡，之後採漸進性之方式，鼓勵病人自己完成。

護理評值：(1) 9/16 女兒協助下可完成沐浴及衛生之日常生活活動；(2) 9/17 剛開始洗澡由女兒協助，9/21 女兒僅需陪伴注意個案的安全。(3) 9/24 可以自行完成如廁及洗澡事宜，不需人協助。

三、護理問題：

潛在危險性跌倒，與良性陣發性姿勢性眩暈、肌肉軟弱無力有關 (9/15-9/26)。

S：9/15 之前在家裡曾經跌倒過兩次，

一次是在戶外溜狗時，狗跑太快跌倒，另一次是爬樓梯時不小心跌倒；兩次皆有外傷；會害怕在跌倒而不敢走路。

O：9/15 入院時精神欠佳、表情愁苦；步態蹣跚；手拿著單手拐杖走入護理站，下肢肌力四分，9/16 起立行走測試評估 22 秒。

護理目標:住院期間無跌倒發生。

護理活動：(1) 9/15 教導女兒及家屬預防跌倒之方法及重要性；(2) 9/15 教導使用床欄及叫人鈴；(3) 9/15 告知病患如女兒不在身邊，要下床時一定要記得按叫人鈴；(4) 9/15 將病患常用之物品放在舉手可及之處；(5) 9/16 協助採漸進性之下床活動方式；(6) 9/16 衛教病人避免突然改變姿勢 (7) 9/16 探視病人頻率每 2 小時一次；(8) 9/16 建議女兒輔具使用四腳拐杖代替單手拐杖以增加步伐穩定度；(9) 配合執行耳石復位治療共四次；(10) 9/18 日開始每天除常規的復健計畫治療外，不定時可至高齡醫學病房復建室利用採腳踏車進行股四頭肌訓練，一次約 20 分鐘。

護理評值：9/18 女兒已買來四腳拐杖使用；9/22 可表示頭暈眩症狀較緩解，可以獨自使用四腳拐杖步行上廁所；9/26 出院時無跌倒發生；10/2 至門診追蹤步態穩，表示在家無跌倒情形。

四、護理問題：

無望感，與良性陣發性姿勢性眩暈、無食慾、身體活動受限有關 (9/16-9/26)。

S：9/16 表示活的真痛苦，不如死了算了。

O：皺眉痛苦狀；說話聲音很小、無力氣；女兒也不知所措跟著掉眼淚；評估老人憂鬱量表（GDS）15 題過程中共哭了 3 次，得分 13 分。

護理目標：(1)9/21 病人能說出感受、關心的事；(2) 9/25 病人能說出對生命的期待(3)9/25 病人 GDS 分數降低為 8 分。

護理活動：(1) 9/16 向患者解釋目前的眩暈症狀，讓您非常不舒服，是因為耳朵問題所造成的；(2) 9/16 以主動傾聽、開放式問題，來促進其感受表達；(3) 9/16 心裡難過時予拍拍肩膀，表示同意他的情緒反應(4) 9/16 每天陪個案走路約 5 分鐘(5) 9/18 與個案回顧以往當軍人時的壯志，愉快的回憶（懷舊治療）；(6) 9/18 令其覺得自己是被關愛的，被太太和女兒所重視（生存的意義）；(7) 9/18 強化美好的經驗，和他聊女兒的成就（強化滿足感）。

護理評估：(1) 9/24 病人表示之前活的非常痛苦，真的生不如死，非常感謝退輔會關心榮民，辦了一個老人病房可以照顧我們，日後我會好好照顧身體，如果有不舒服找你們就對了；(2) 9/24 個案可表示太太和女兒其實都很關心我，也因為我太固執了，所以才變得這麼嚴重，我以後會多到戶外散步、運動，也要常常陪太太逛菜市場；(3) 9/26 出院前再次評估老人

憂鬱量表（GDS），分數為 4 分。

結論與討論

Palmer（1994）提出經由周全性老年評估之後，希望老人的照護可以達到下列目標：(1) 增進診斷的精確性、(2) 選擇適當的處置以恢復健康或維持健康、(3) 建議合適的照護環境、(4) 預測其癒後、(5) 追蹤其變化，我們也遵循著此理念在照顧老年人；Lawson, Johnson, Bamiou, 和 Newton（2005）也提到良性陣發性姿勢性眩暈會隨著年齡的增長而提高盛行率，對於老年人會增加跌倒的風險及影響生活品質。

經由周全性老年評估，確立病人之問題後，於住院期間進行會診及提供個別性照護後，病人之問題有顯著之改善，而由周全性老年評估項目成效評值表來看（表一），顯著進步項目如下，日常生活功能由住院時的 75 分進步至 100 分，複雜性生活功能由入院時的 3 分由進步到 6 分，老人憂鬱量表也由 13 分降至 4 分，但唯一「起立行走測試」該項未顯著進步，因此對個案強調出院後持續執行復健運動之重要性。而針對病人營養、跌倒及無望感之問題，筆者於個案出院前給予製作放大字體的貼心小卡片，內容為“少量多餐飲食”“保命防跌”及“保持心情愉快”放在口袋內隨時提醒，並加強出院叮嚀，予護理指導當再次遇到頭暈症狀時，可以先坐下

來或抓住穩固的傢俱以防跌倒，並儘速就醫；於個案出院後第一週及第三週進行電話及門診訪談，追蹤至 10/28 日其病情皆控制穩定，對生活感到滿意。

表一 周全性老年評估項目之成效評值

日期 項目	9/16 入院隔天	9/26 出院當天	10/02 出院後 (門診追蹤)	10/16 門診時
日常生活活動功能 (ADL): 總分 100 分	75	90 ↑	90	100↑↑
複雜性生活功能 (IADL): 總分 8 分	3	5 ↑	6 ↑	6
迷你心智狀態檢查 (MMSE): 總分 30 分	23	26 ↑	26	26
老人憂鬱量表 (GDS): 總分 15 分	13	4 ↓	4	4
迷你營養評估 (MNA): 總分 30 分	15.5	17 ↑	18 ↑	18
起立行走測試 (Timed up and go test)	22 秒	16 秒↓	15 秒↓	15 秒

照護高齡患有良性陣發性姿勢性眩暈的個案，運用周全性老年評估，可快速的確立診斷、發掘個案現存和潛在的問題是很重要的，經由跨科別整合性的評估治療後，讓病患早日恢復日常生活獨立功能。由於目前此量表僅運用在高齡醫學病房，對於住其他病房的老人，礙於有限之人力並未通盤評估，因此，建議其他科別有需要可用會診方式，由高齡團隊提供跨領域的整合服務，讓老人可得到更妥善照護。

參考資料

文薛惟、黃一城、黃煜庭、廖曜磐、謝采宴、楊斯惠、楊佩娟 (2011)• 良性陣發位置性眩暈• 家庭醫學與基層醫學, 26 (3), 120-132。

吳仁傑、陳坤詮 (2005)• 頭暈之評估與處置• 慈濟醫學, 17 (5_S), 35-40。

呂居學、周汎濤 (2008)• 暈眩症患者生活

品質之護理照護論述• 嘉基護理, 8 (1), 16-21。

陳清惠 (2004)• 老人營養狀況之評估• 護理雜誌, 51 (5), 10-14。

謝美玲、石明煌、楊福麟 (2009)• 營養篩檢工具在臨床護理的應用• 志為護理, 8 (2), 65-72。

Barneet, A. Smith, B., Lord, S. R., Williams, M., & Baumand, A. (2003). Community-based group exercise improves balance and reduces falls in at-risk older people: A randomized controlled trial. *Age and Ageing*, 32(4), 407-414.

Beth, M. S. (2006). Testing therapeutic life review offered by home care workers to decrease depression among home-dwelling older women. *Issues in Mental Health Nursing*, 27(10), 1037-1049.

- Brevern, M. von., Radtke, A., Lezius, F., Feldmann, M., Ziese, T., Lempert, T., & Neuhauser, H. (2007). Epidemiology of benign paroxysmal positional vertigo: A population based study. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 78(7), 710-715.
- Elsawy, B., & Higgins, K. E. (2011). The geriatric assessment. *American Family Physician*, 83(1), 48-56.
- Harari, D., Martin, F. C., Buttery, A., O'Neill, S., & Hopper, A. (2007). The older persons, assessment and liaison team 'OPAL' : Evaluation of comprehensive geriatric assessment in acute medical inpatients. *Age and Ageing*, 36(6), 670-675.
- Lawson, J., Johnson, I., Bamiou, D. E., & Newton, J. L. (2005). Benign paroxysmal positional vertigo: Clinical characteristics of dizzy patients referred to a falls and syncope unit. *Quality Journal of Medicine*, 98(5), 357-364.
- Oghala, J. S., Manolidis, S., Barth, J. L., Stewart, M. G., & Jenkins, H. A. (2000). Unrecognized benign paroxysmal positional vertigo in elderly patients. *Otolaryngology--Head and Neck Surgery*, 122, 630-634.
- Sheikh, J. A., & Yesavage, J. A. (1986). 9/ Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, 5(1-2), 165-173.
- Sherman, E. T. (2001). Functional assessment: Easy-to use screening tools speed initial office work-up. *Geriatric*, 56(8), 36-40.

運用羅氏理論於一位下咽癌復發患者之護理經驗

陳豐敏¹、董家文^{1,*}

高學醫學大學附設中和紀念醫院耳鼻喉科病房護理師¹

摘要

本文為應用羅氏適應模式敘述一位下咽癌復發患者的護理經驗。護理期間為2010年5月26日至2010年6月14日。以羅氏適應模式作評估，歸納出個案主要的5個護理問題：呼吸道清除功能失效、死亡焦慮、無力感、營養少於身體所需、急性疼痛等護理問題。針對個案擬訂個別性護理計畫，透過護理專業及協同醫療團隊合作下，提供個案及家屬詳細的治療訊息，使其了解治療過程及預後，同時持續關懷，引導個案說出自己對疾病所產生的疑問，提升護病間的信任關係，讓病人能主動參與照顧自己，提升家庭互動，使其在經歷癌症復發的衝擊下，能有最佳的適應情形，進而改善生活品質。

關鍵字：下咽癌、癌症復發、羅氏理論

收文日期：2012年10月16日

接受日期：2013年07月04日

*通訊作者：董家文 高學醫學大學附設中和紀念醫院耳鼻喉科

聯絡地址：80756 高雄市三民區自由一路100號

聯絡電話：+886-7-3121101, Ext.5010

電子信箱：840124@mail.kmuh.org.tw

Applied Roy's adaptation theory in nursing care experience with a patient suffering hypopharynx cancer recrudescence

Feng- Min Chen¹, Chia- Wen Tung^{1,*}
RN, Kaohsiung medical university Chung-Ho memorial hospital¹

Abstract

The report applied Roy's adaptation theory to describe the nursing care experience with a patient suffering hypopharynx cancer recrudescence. From May 26, 2010 to June 14, 2010, there were five major adaptation problems: ineffective airway clearance, death anxiety, powerlessness, imbalanced nutrition: less than body requirements and acute pain. To alleviate these problems, we established therapeutic relationship with the patient and provide individualized care to the patient. We kept patience to encouraged patient to talk about his illness and whatever problems he was encountering, so that patient was more willing to perform self-care and improve the relationship with families, which made better adaptation to his quality of life during the cancer recrudescence phase..

Key words: hypopharynx cancer, cancer recrudescence, Roy's adaptation theory

Received: Oct, 16, 2012

Accepted: Jul, 04, 2013

*Corresponding author: Chia- Wen Tung, RN, Kaohsiung medical university Chung-Ho memorial hospital
Address: No.100 , Tzyou 1st Road Kaohsiung 807, Taiwan. (R.O.C.)
TEL: +886-7-3121101 Ext.5010
E-mail: 840124@mail.kmuh.org.tw

前言

依據行政院衛生署 2010 年死因統計資料顯示，下咽癌位居台灣頭頸部癌症第四位，主好發於 60~65 歲，男生是女生的 9 倍（行政院衛生署，2011）。早期症狀並不明顯，確立診斷時大都較晚期，且易有頸部淋巴轉移，預後是頭頸部癌症中最差的（呂宜興、李振川，2009）。隨著癌症篩檢技術及治療方法的進步，病人經過治療後存活率提高，生命期延長，越多的病人會經歷癌症復發的歷程。而反覆的癌症復發，病人在心理上往往出現挫折與失望，嚴重時甚至會出現因應失調，長久對抗疾病的努力，瞬間被告知無法再積極治療，病人對未來生命產生無力感，對於人際關係也產生疏離、退縮及自我照顧的失能，因此提供適切護理措施，藉由持續關懷及灌注希望，讓病人能主動參與照顧自己，提升人際關係，方可增進生活品質（Elliott & Olver, 2007）。

本個案為下咽癌患者，因癌症復發入院接受治療，住院期間醫師告知癌症有復發情形且面臨緊急接受氣管切開術，並因氣切管留置造成不適感及溝通方式改變，出現死亡焦慮及憤怒負向情緒反應，強烈拒絕妹妹與姪女的探視及照顧，引發筆者介入深究，引導個案接受愛與關懷，提升其調適及自我照顧能力，以維持最佳的生活品質。

文獻查證

一、下咽癌之診斷與治療

下咽部可分為三區：梨狀窩、環狀軟骨後區及後咽壁。臺灣每年約有 500 位被新診斷出來的病患，下咽癌的癒後不佳，早期無明顯症狀，晚期才會出現上呼吸道阻塞、吞嚥困難、吞嚥時疼痛、耳牽連痛及頸部腫塊等不適之症狀，在給予治療後仍有極高復發機會（呂宜興、李振川，2009）。治療方法以手術為主，放射線治療及化學藥物為輔，若腫瘤已遠端轉移則以放射線治療為主，化學治療為輔，但常因呼吸道受壓迫，則需緊急接受手術行氣管切開術，以維持呼吸道通暢（邵柏源，2004）。

二、氣管切開術後照護

頭頸部有腫瘤或外傷的病人，易有呼吸道阻塞的情形，適合用氣切管來延長呼吸道通氣功能（Feber, 2006）。術後常有傷口疼痛、呼吸道方面及身體心像紊亂問題，術後護理重點：在疼痛方面，評估疼痛時可用 PQRST（疼痛的原因、性質、部位、強度與時間）、十分量表，使病人清楚表達疼痛指數，再依評估結果給予藥物或非藥物治療（黃惠美、張美幸、胡中傑、謝玉玲，2006）。

呼吸道照護方面，需隨時評估病人呼吸狀況、氧氣飽和狀態、生命徵象。教導病患採半坐臥式、深呼吸咳嗽、增加水分

攝取，必要時予蒸氣吸入、化痰藥及支氣管擴張劑使用，配合背部扣擊，必要時給予抽痰，有助於呼吸道黏液排出及預防分泌物聚積（邊苗瑛，2004；Regan & Dallachiesa, 2009）。當病人準備出院返家前，對於病患及主要照顧者，需要持續的鼓勵、教導氣切管照護技巧，居家環境也需配備氣切管照護所需用物，以確保能成功返家（Bowers & Scase, 2007）。

三、癌症復發病人的照護重點

常認為癌症復發病人已有過去罹癌經驗，應該可以坦然面對癌症復發，也較有正向的身心調適，其實不然。癌症病人心理創傷比起當初知道罹癌時更為嚴重，病人及家屬會出現失落、憤怒、焦慮等負面情緒，認為過去忍受的一切都是白費（黃子鳳，2006）。病人在忍受反覆的檢查、治療，病情卻未見好轉時，常會產生多疑、焦慮、無助等情緒，伴隨失能所產生的無力感，擔心成為他人的負擔，亦讓病人無法接受死亡的來臨，在此種心態下，會導致照顧上的困難（鄭逸如、洪福建，2002）。

照護上應優先處理緩解生理的苦楚，獲得病人的信賴感。在心理支持方面，建立信任的護病關係，不做誇大的保證，讓其對病情有充分認知：依病人的身體狀況及意願進行會談，討論疾病進展、癒後和治療方式，幫助在對病情充分理解下，做出最佳決定。同理病人的哀傷情緒，與病人討論心理擔憂的事，協助有效因應及調

適壓力：如運用想像或生命回顧等方式，找出生命的意義；或藉由宗教信仰，協助疏解癌症復發的心理壓力；增進與他人的連結，使其感受到愛與被愛、安全及歸屬；最後應給予病人尊嚴，增加自我控制感，提升自信，逐漸增強正向自我概念（方俊凱、李佩怡，2006；鄭育真、黃雅儀，2010）。

四、羅氏理論的應用

根據 Erikson 提出的八個人生發展階段中的最後階段是統整與失望，若能成功達成此階段的任務，個體會感到成就感與價值感，能坦然接納死亡為人生歷程的一部分。反之，若無法完成自我統整的人就會出現破滅感、絕望感和自我厭棄的情緒（李百麟，2009）。羅氏適應模式強調人是一個適應系統，是具有生理、心理及社會的生物。經常處在適應內在及外在環境刺激的狀態，並以心理及生理的調節活動，來維持四個適應模式，此四個模式為：(1) 生理功能：包含氧合、營養、排泄、活動與休息、皮膚完整性、感覺、體液電解質、神經功能、內分泌功能等。(2) 自我概念：指關於個人的信念及感受，包含身體自我，例如身體感覺和身體心像，以及人格自我，例如自我期望，道德倫理自我等。(3) 角色功能：包含第一角色（即個人發展階段的角色）、第二角色（及各種社會情境下影響個體行為的角色）、第三角色（即可自由選擇的角色，且對其他角色僅有短暫的影響）。(4) 相互依賴：指個體與重要他人

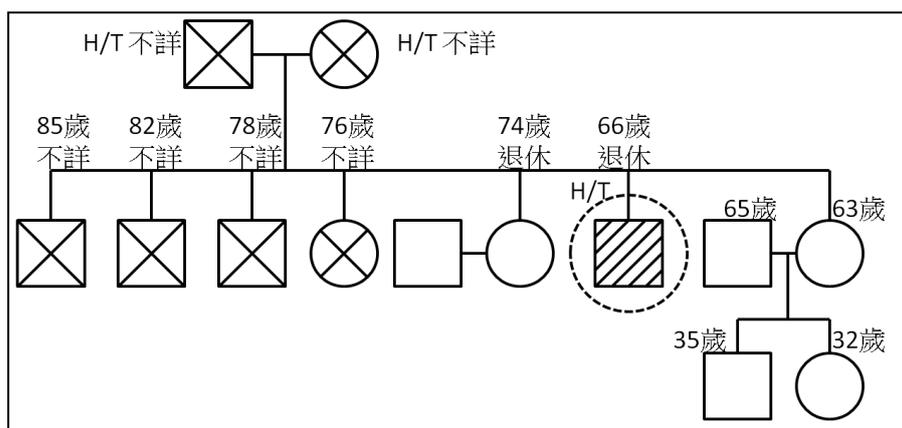
及支持系統的關係 (Roy & Andrews, 1991)。

護理過程

一、個案簡介

李先生, 66 歲, 國中畢業, 無神論者, 未婚, 獨居, 排行第六, 目前僅剩二姊及

妹妹, 二姐居住於宜蘭, 少有聯絡, 與妹妹及姪女關係較貼近。原為榔鐵工人, 2、3 年前因為有椎間盤突出, 無法負重, 已退休, 罹患下咽癌後投靠妹妹, 經濟來源靠領勞工退休金及妹妹的貼補, 住院期間主要照顧者為姪女。



圖一、家系圖

二、過去病史

2009 年 1 月份發現右頸部有 6x6 公分腫塊, 2009 年 3 月行食道鏡檢查及喉部顯微切片 (Esophagoscope+LMS biopsy) 術式, 診斷為下咽癌 (T2N3M0, stage IVb), 於 2009 年 4 月至 9 月期間共行過 44 次放射線治療及 10 次化學治療。

三、現在病史及治療過程

入院前一個月始感到呼吸不順, 吞嚥困難, 體重下降 7 公斤, 行內視鏡檢查: 瀰漫性咽喉唾液腺腫脹 (diffuse paryngo-pharyngeal saliva pooling), 且右頸腫脹約 5 公分 X3.5 公分, 於 2010 年 5 月 26 日入院, 採局部麻醉行氣管切開術式

(tracheostomy), 及置入 16 號鼻胃管, 住院期間醫師告知因對化學及放射線治療效果不佳, 照會安寧團隊合作下, 於 6 月 14 日出院接受居家安寧照護。

四、護理評估:

自 2011 年 5 月 26 日至 6 月 14 日藉由直接照護、身體評估、會談等方式收集資料, 並以羅氏適應模式評估, 來確認個案護理問題。

(一) 生理模式

1. 氧氣與循環:

5 月 26 日手術行 tracheostomy 術式, 術後塑製氣切管留存, 呼吸胸廓兩側對稱, 痰液產生時個案有咳嗽反應, 但無法完全自行將痰液咳出, 聽診呼吸音為濕囉

音，需 1-2 小時予以抽痰，痰液量中，呈白黃色。呼吸速度：20-22 次/分，SPO₂：96-98%，筆談表示「做了氣切也沒有比較好喘，痰這麼多！」，每 1-2 小時會到廁所看著鏡子中的氣切管，擔心痰液阻塞，頻按呼叫鈴，用手比氣切處要求護理人員抽痰，筆談「不趕快抽會死掉！」，呈現有呼吸道清除功能失效之護理問題。

2.活動與休息：

四肢肌肉力量五分，平日運動習慣為在家附近散步早晚各約 30 分鐘，住院前一個月體力虛弱，多在家活動少外出。術後除至廁所咳痰、如廁、至茶水間裝水外，多在床上閉眼休息或坐在床旁椅拿鏡子觀看氣切管。鼓勵病人多活動時，則激動表達出「不要，我痰很多，我不想出去！」。平常一天睡眠約 7-8 小時，行氣切手術後 3 天，約 1-2 小時需協助抽痰，睡眠斷續，較顯疲憊。術後一週抽痰次數減少，夜裡醒來時抽痰約 1-2 次，但完成後可不受影響繼續入睡，中午也可午睡 1-2 小時，無打哈欠、黑眼圈的情形。

3.營養：

5/26 身高：173.9 公分，體重：54.7 公斤，理想體重：65 公斤，BMI:17.8 kg/m²，體重過輕。觀察皮膚乾燥，彈性較差，但無破損情形。筆訴「我一個月瘦了 7 公斤」。病人因吞嚥困難，平日在家中只攝取商業配方沖泡奶粉及流質食物（約 500-600ml/天），5 月 26 日置入鼻胃管後，

照會營養師開立營養處方，予訂管灌配方（1600-1800 大卡/天），採漸進式增加灌食量，灌食前反抽消化良好，聽診腸蠕動音 6-8 次/分，叩診無鼓音。且家屬額外每日增加 250-500ml 蔬果汁補充，6 月 3 日體重增加為 57 公斤。6 月 10 日體重為 58 公斤，5/26 Albumin：3.2g/dl，呈現有營養少於身體所需之護理問題。

4.排泄：

平時每日解便一次，近一個月因攝食量少，活動量減少，約 3-4 天解一次軟質黃棕色成形便，故住院期間除給予 Sennoside 1# hs po 服用及每日姪女帶來的蔬果汁約 250-500ml。6 月 3 日後直至出院平均約 2 天解黃軟便一次。無解尿困難或疼痛情形，平日解尿約 6-8 次，每次量約 250-400ml，尿色淡黃澄清，無出現過度排汗及異味情形。

5.體液及電解質：

每天靜脈給液 1000ml、管灌飲食含開水約 2500ml，每天總液量攝取約 3000-3500ml，體液輸入、排出量維持在平衡狀態。住院期間 5/26 抽血結果為 Na:135-137mmol/l、K:3.4-3.8mmol/l、Cl:96-97mmol/l，皆在正常範圍內，四肢無水腫、抽筋情況。

6.感覺知覺：

個案視、聽、觸覺正常，味、嗅覺則因鼻胃管和氣切管留置而消失。平日收縮壓範圍為 128-142mmHg，舒張壓範圍為

68-78mmHg，行氣管切開術後，表示頸部傷口有疼痛情形，疼痛時臉部表情痛苦，皺眉，血壓:162/94mmHg，呼吸次數:22-24次/分，且筆述「我傷口好痛!要打針」(評估疼痛為持續、疼痛指數:7-8分、性質:刺痛)，依醫囑給予止痛針劑使用後，疼痛可獲得緩解，呈現有急性疼痛之護理問題。

7.神經:

GCS:E4VTM6，意識、定向感及感覺功能正常。觀察下床活動時步伐穩健，四肢姿態平衡。觀察個案執行精細動作時，如寫字或倒牛奶至灌食空針時手部有些微顫動的情況。

8.內分泌:

自訴無糖尿病、甲狀腺等病史，亦無家族史，無甲狀腺腫大，眼睛外觀無凸眼，無圓月臉或水牛肩。

(二)自我概念

1. 身體自我:

從前對自己外觀感到滿意且有自信。此次行氣管切開術後，可以筆述方式表達需求，但除表達身體不適外，不主動與人溝通，多坐在椅子上以鏡子看氣切處或在床上休息，筆述「我以後呼吸就靠這個(頸部氣切管)?」、「這個氣切讓我一直咳嗽，一直有痰，怎會這樣?」，痰液塞住時會大動作且用力想發聲表達。時常按呼叫鈴，要護理人員查看氣切處是否通暢，且筆述「我好害怕，怎麼減輕我的痛苦」。手術後，嘗試自行灌食，但因為手抖而使食物

噴灑出來感到氣餒，之後便表示自己沒辦法照顧自己，也無學習意願。

2. 個人自我:

個案術前是個有自信的人，對於任何事物都能掌控，表示「平常最大的幫助者是自己，什麼事情我都可以自己處理。」但因疾病進展無法控制，對於外表改變而缺乏自信心，擔心手術後無法自我照顧，情緒顯焦躁易怒，不主動與旁人溝通，只關注疾病上的問題，在筆述時，會皺眉，揮動手勢快，急切表達出「醫師叫我做氣切，都要抽痰，我回家怎麼辦?」、「沒步了，醫師說我不能夠再做電療和化療，不知麥安怎?是不是沒救了?」、「以後這些管子都要跟著我，要怎麼辦?」、「我有氣切管又有鼻管，我沒辦法自己處理，都要靠別人，很沒用」。偕同醫師、安寧共照師、社工師、護理師，招開家庭會議，醫師向病人解釋因其對各種治療效果不佳，提及安寧緩和治療時，眼眶泛紅、呼吸急促且雙手顫抖寫下「我不想死!可以幫我問看看血液腫瘤科醫師，我想再進行進一步化學治療」、「我會很配合醫師的治療，醫師幫幫我!」、「但是我害怕痛苦，我不要急救，我不想要痛苦的死」，呈現有死亡焦慮之護理問題。經由多次與病人會談，病人漸可接受安寧照護，面對疾病復發惡化的打擊。

(三)角色功能

第一角色為66歲男性，處在自我統合的階段。第二角色為哥哥、叔叔，平常與

妹妹多以電話聯絡，但罹病後搬至高雄，住在妹妹的舊公寓，表示「對妹妹很愧疚，很不喜歡麻煩人。」住院期間，不想造成家人的負擔，拒絕姪女或妹妹在旁照顧，大部分事情都堅持自己打理，曾經姪女想在旁短暫陪伴，會要求她趕快離開，但卻會站在走廊上默默看著姪女背影直到離開視線。第三角色：病人此次住院不主動與旁人溝通，時常表現出焦躁情緒，常以大動作揮手或搖頭負面態度來迴避護理人員或家屬的關心，表示「挖就很艱苦，你麥攔來吵阿！」，個案雖需承受生理上不適，但卻可配合疾病治療並遵循醫護人員的衛教。

(四) 相互依賴

個案原本獨居，罹病後與妹妹一起居住，開始和妹妹及姪女有較頻繁的互動，平日偶與朋友來往。術後多在床上閉眼休息或坐在床旁椅拿鏡子觀看氣切管，少與

人互動，表情淡漠。對於病情朝惡化進展感到無力，對於姪女或妹妹前來照顧有抗拒心理，「你給我回去，你要是在這裡照顧我，我就要辦出院」，並且站在走廊上確定姪女離開視線才回病房。姪女流著淚哭訴「我叔叔脾氣比較固執，知道他不想麻煩我們，所以我們想要關心，卻無從關心起，我們是他的家人啊！」。個案無宗教信仰，為無神論者，筆述「拜那個、信耶穌有用嗎？」、「我看很多人拜一輩子還不是沒差」、「求神不如求自己」，案妹表示少見個案主動祭拜過世的親屬及至廟宇祭拜求平安。

護理照顧計劃

經評估後，發現個案有以下護理問題：1.呼吸道清除功能失效、2.死亡焦慮、3.無力感、4.營養少於身體所需、5.急性疼痛。

#1 呼吸道清除功能失效/與術後氣切管留置有關 (5/26-6/13)

主 客 觀 資 料	<p>主觀資料：</p> <p>1.5/26 「醫師叫我做氣切，都要抽痰，我回家怎麼辦？」</p> <p>2.5/27 「不好呼吸，抽痰！」(手比)</p> <p>3.5/29 「做了氣切也沒有比較好喘，痰這麼多！」(筆述)</p> <p>4.5/30 「不要，我痰很多，我不想出去！」(手比)</p> <p>客觀資料：</p> <p>1.5/26 手術行氣管切開術，術後75號塑製氣切管留置。</p> <p>2. 痰液產生時個案有咳嗽反應，但無法完全將痰液咳出。</p>
-----------------------	--

	<p>3. 痰液量中，呈黃白色、稍黏稠，抽痰頻率約 1-2 小時一次。</p> <p>4. 痰液產生時，呼吸音為濕囉音，呼吸速度:20-22 次/分，SPO2：96-98%。</p> <p>5. 活動量少，術後除至廁所咳痰、如廁、至茶水間裝水，多在床上休息。</p>
目標	<p>1. 6/2 可執行有效性咳嗽，且維持呼吸道通暢。</p> <p>2. 6/13 可有效將痰液咳出，且抽痰次數由一天 12-14 次減少次 6-8 次。</p>
護理措施	<p>1. 每班評估呼吸聲、痰音及呼吸型態。</p> <p>2. 指導有效性咳嗽，採坐姿，深呼吸 2 次，吐氣時按壓腹部並用力將痰液咳出。</p> <p>3. 以無菌技術協助抽痰，並觀察痰液顏色、性質、量、氣味。</p> <p>4. 鼓勵個案於抽痰後，攜帶足量衛生紙後，於病房走廊散步 10-15 分鐘/次，每天 2-3 次。</p> <p>5. 攝取水分 2000~2500ml，以利稀釋痰液。如:每 3-4 小時灌食一罐 240ml 商業配方，前後再灌入 60ml 水分，每天起床時再灌食約 300ml 開水，餐與餐中間可再灌入自備果汁。</p> <p>6. 教導個案穿衣服時應注意領口勿覆蓋住氣切套管口，睡覺時避免被子蓋住氣切套管口。</p> <p>7. 依醫囑蒸氣吸入 Bisolvon 3ml+N/S 3ml q6h。</p>
評值	<p>1. 6/2 病人可確實執行有效性咳嗽，將部份痰液咳至氣切管口處，再使用衛生紙擦拭，但因痰液黏稠仍須約 3-4 小時抽痰一次。</p> <p>2. 6/8 可咳出大部分痰液，呈白色略稠少量，且可自行下床散步，一天 2 次，一次約 15 分鐘。</p> <p>3. 6/13 痰液量少，呈白透明色，略稀，可自行咳出氣切口外，呼吸通暢，抽痰次數減少至 2-3 次/天。</p>

#2 死亡焦慮/與疾病復發至癌症末期有關 (5/26-6/10)

主觀資料：	
主客觀資料	<p>1. 5/26 「沒步了，醫師說我不能夠再做電療和化療，不知麥安怎?是不是沒救了?」</p> <p>3. 6/1 「不趕快抽痰會死掉!」、「我好害怕，怎麼減輕我的痛苦」。</p> <p>4. 6/2 「我不想死!可以幫我問看看血液腫瘤科醫師，我想再進行進一步化學治療」、「我會很配合醫師的治療，醫師幫幫我!」、「但是我害怕痛苦，我不要急救，我不想要痛苦的死」。</p>
	<p>客觀資料：</p> <p>1. 時常看著鏡子中的氣切口，擔心會因痰液阻塞而死去。</p> <p>2. 少話，不主動與旁人溝通，焦躁易怒，拒絕讓家人照顧。</p> <p>2. 提及安寧緩和治療時觀察眼眶泛紅，手顫動，肩頸肌肉僵硬，呼吸速度加快，呼吸次數約為</p>

	<p>22-24 次/分。</p> <p>3. 獨居、未婚、情感支持系統薄弱，住院期間僅姪女及妹妹會來陪伴。</p>
目標	<p>1. 6/2 前能接受家人的照顧及關心。</p> <p>2. 6/10 前能主訴對死亡的焦慮感降低，且表達出安適和平靜的情感。</p>
護理措施	<p>1. 在個案拒絕家屬照顧的激動情緒當下，先安排至會談室，讓其抒發壓力，在旁陪伴，維護安全，待情緒平穩後，讓個案表達其拒絕的原因，並使其了解家屬心中感受。</p> <p>2. 先與妹妹、姪女會談，肯定其探視個案的作法，傾聽其被個案拒絕的感受，也讓家屬了解個案目前所處的身心狀況，鼓勵家屬仍持續保持關心及探視。</p> <p>3. 與個案建立信任關係，每 2 小時探視一次，探視過程中採漸進式地與個案談話，使個案接受照護者的關心，進而與個案建立良好護病信任關係。</p> <p>4. 提供個案信任感，向個案表示身體不適時，會立即給予處置，減輕身體的不適。</p> <p>5. 與個案回顧過往辛苦的治療過程及感受，對於病人努力過程給予肯定。</p> <p>6. 與個案討論臨終過程中意識及生命徵象之變化，並衛教其因應方法，減少個案對臨終的不安全感。</p> <p>7. 引導個案表達對家人的感謝，及對死亡的看法。</p> <p>8. 偕同安寧團隊每次探訪時採漸進式方式，運用溝通技巧，鼓勵並引導個案表達對死亡的感受，且提供單獨且隱私的環境；會談過程語調溫和，點頭及眼神交集適時給予回應可握住個案手或拍肩，表示肯定支持和同理情緒。且建立信賴和正向的關懷。</p> <p>9. 在會談過程中，引導個案回顧一生還有什麼未完成及掛心的事情，協助個案宣洩生命的哀傷、快樂及痛苦，且鼓勵分享對死亡的看法及感受。</p>
評值	<p>1. 5/26 澄清病人趕走姪女的原因，表達「對妹妹很愧疚，很不喜歡麻煩人」，堅持不需人照顧。</p> <p>2. 6/4 經安寧共照師及護理人員多次探訪與溝通後，個案可接受家屬在旁陪伴，但仍要求家屬夜間離開返家休息。</p> <p>3. 6/7 安排家庭會議後，由主治醫師、安寧共照師、社工師及護理人員在單獨的討論室內共同跟個案、妹妹及姪女討論病情告知疾病進展及現階段準備事宜，會談後個案瞭解病情且了解 DNR 的意義，在妹妹及姪女共同討論下簽署 DNR，筆述「我很努力遵照醫師的治療，盡力了!」、「我死的時候只想要沒有痛苦。」</p> <p>4. 6/8 漸漸可接受家屬的照顧，且筆述「我知道呼吸困難是因為腫瘤的關係，快走的時候可能意識不清慢慢睡著，我姪女會照顧我。」</p>

	<p>5.6/10 表情平靜微笑，寫下「我想要居家安寧，不要在醫院裡走」、「我都是自己一個人，她們現在還是願意照顧我，我很感謝」。</p> <p>6.6/10 筆述「這輩子沒信過神明，可是最近師父來陪我講話，覺得心理好像有比較舒服」。</p> <p>7. 出院後電訪，姪女表示個案提及想去祭拜過世的父母親，偶會看到個案將宗教師所贈與的經書拿出來閱讀，情緒穩定，未見其憤怒、不耐的情緒。</p>
--	--

#3 無力感/對身體失去控制感 (5/26-6/13)

	<p>主觀資料：</p> <p>1.5/26 「你給我回去，你要是在這裡照顧我，我就要辦出院」。</p> <p>2.5/26 「沒步了，醫師說我不能夠再做電療和化療，不知麥安怎?是不是沒救了?」3.6/2 「以後這些管子都要跟著我，要怎麼辦？」</p> <p>主 4.6/3 「我有氣切管又有鼻管，我沒辦法自己處理，之後要靠別人，很沒用。」</p> <p>客 5.6/5 「挖就很艱苦，你麥攔來吵阿！」。</p> <p>觀 客觀資料：</p> <p>資 1. 住院期間醫師告知因對化學及放射線治療效果不佳，顯得焦慮不安。</p> <p>料 2. 手術後，強烈拒絕家屬照顧，嘗試自行灌食，但會因為手抖而使食物噴灑出來感到氣餒，之後便表示自己沒辦法照顧自己，也無學習意願。</p> <p>3. 淡漠，少與人互動，多在床上休息。</p> <p>4. 對於必須依賴他人而容易生氣。</p> <p>5. 預教導返家的自我照顧時，會閉眼，且揮手叫護理人員走開。</p>
目 標	<p>1.5/31 能與個案建立良好護病關係，並給予護理人員正向回饋。</p> <p>2.6/13 前個案能夠自行或協助照顧者執行自我照顧技巧。</p>
護 理 措 施	<p>1. 建立良好護病關係：交接班時主動自我介紹；請醫師解釋治療計畫；交談時保持眼神接觸；面對個案時，語氣柔和，不急躁。</p> <p>2. 每2小時主動探視個案，關懷其情況。</p> <p>3. 鼓勵個案表達心中感受和擔憂。</p> <p>4. 鼓勵參予自我照顧，如：每次在幫個案灌食過程中重複教導個案灌食方法，並漸進式請個案從旁協助，如協助拿水杯，或在灌食過程中協助固定鼻胃管，並評估個案學習的接受度。</p> <p>5. 教導個案灌食前先將灌食空針、杯子、牛奶、衛生紙、布放置於可拿到之處，為避免食物噴</p>

	<p>灑至衣服，於前胸、大腿上鋪上毛巾可立即擦拭，備物妥當後再行灌食，為避免手抖使食物噴灑，提醒個案每次灌食採少量多次，每次約灌食 40ml。</p> <p>6. 教導個案及姪女抽痰技術及照護事項，並要求回覆示教，針對不熟練之處再加強教導。</p> <p>7. 與姪女確認出院前所需準備的衛材，如：充足的抽痰管，並確認噴霧治療機及抽痰儀器功能正常。</p> <p>8. 對於個案任何願意參與自我照顧的行為給予肯定。</p>
評 值	<p>1. 5/31 個案與護理人員眼神交會時，會點頭示好。</p> <p>2. 6/5 個案可協助護理人員於灌食時拿水杯及固定鼻胃管路。</p> <p>3. 6/8 可在護理人員及姪女陪伴下，自己執行抽痰技術，並了解照護事項。</p> <p>4. 6/13 個案及照顧者能正確執行自我照顧技巧，且返家後所需衛材已準備完全。</p> <p>5. 於個案出院後一週電訪，姪女表示個案可自行管灌商業配方牛奶，家屬偶爾協助灌食肉湯、蔬菜汁及果汁，姪女表示個案執行管灌時的動作已較熟練及穩定，少將食物發灑出。</p>

#4 營養少於身體所需/與吞嚥困難相關 (5/26-6/11)

主 客 觀 資 料	<p>主觀資料：</p> <p>1. 5/26 「我一個月瘦了 7 公斤」。</p> <p>2. 5/26 「我喉嚨好痛，都吞不下去」。</p> <p>客觀資料：</p> <p>1. 5/26 身高：173.9 公分，體重：54.7 公斤，理想體重：65 公斤，BMI:17.8kg/m²。</p> <p>2. 觀察皮膚乾燥，彈性較差，但無破損情形。</p> <p>3. 平日在家中只攝取商業配方沖泡奶粉及流質食物一天約 500~600ml。</p> <p>4. 診斷為下咽癌，瀰漫性咽喉唾液腺腫脹，吞嚥時會有疼痛感。</p> <p>5. 5/26 Albumin：3.2g/dl。</p>
目 標	<p>1. 住院期間每週體重能上升 0.5 公斤。</p> <p>2. 6/11 前病人及家屬能說出每日飲食攝取量、種類。</p>
護 理 措 施	<p>1. 5/26 協助醫師建立營養通道，置入鼻胃管。</p> <p>2. 照會營養師開立營養處方及飲食建議，給予訂管灌配方 (1600-1800 大卡/天)，及教導鼻胃管飲食製作方式：可將果汁或煮過的蔬菜湯，使用果汁機打碎後再過濾，或去渣的肉湯給予病人灌食。</p>

	<p>3. 教導個案與家屬，每3-4小時灌食一罐240ml商業配方，前後再灌入60ml水分，每天起床時再灌食約300ml開水，餐與餐中間可再灌入自備果汁。</p> <p>4. 每次灌食前反抽胃液，觀察病人消化情況。</p> <p>5. 每天測量輸出入量，觀察病人皮膚是否乾燥破皮，四肢是否出現水腫情況。</p> <p>6. 每週測量病人體重。</p>
評 值	<p>1. 6/3 體重增加為57公斤，6/10 體重為58公斤。</p> <p>2. 6/11 姪女表示出院後仍會購買商業配方給予病人，可說出鼻胃管飲食製作方式，並且表示還是會維持每日準備蔬果汁或肉湯給個案灌食。</p>

#5 急性疼痛/機械性傷口相關 (5/26-6/1)

主 客 觀 資 料	<p>主觀資料：</p> <p>5/26 「我傷口好痛!要打針」。</p> <p>客觀資料：</p> <p>1. 5/26 行氣管切開術式。</p> <p>2. 疼痛部位:氣切傷口，疼痛性質:刺痛，疼痛為持續，疼痛指數8分，疼痛持續時間:3-5分鐘分。</p> <p>3. 5/26 6:50PM 血壓:162/94mmHg，呼吸速度加快，呼吸次數約為22-24次/分。疼痛時臉部表情痛苦，皺眉。</p>
目 標	<p>1. 5/26 能給予止痛藥物30分鐘後能主訴疼痛降為3分以下</p> <p>2. 6/1 前在藥物控制下主訴疼痛指數降為3分以下</p>
護 理 措 施	<p>1. 5/26 依醫囑給予 keto 1AMP IM st at 7PM。</p> <p>2. 依醫囑給予 Cataflam 1# q6h po。</p> <p>3. 每次給藥30分鐘後，以10分法評估疼痛強度、疼痛部位及時間。</p> <p>4. 傾聽病人表達疼痛的感受，並評估發生的頻率、型態及持續時間並給予紀錄。</p> <p>5. 說明疼痛原因、用藥方針及指導藥物使用正確觀念。</p> <p>6. 鼓勵可聽收音機分散注意力，疼痛加劇時衛教深呼吸，放鬆技巧。</p>
評 值	<p>1. 5/26 7:30PM 主訴疼痛降為3分。</p> <p>2. 6/1 筆述「這些藥物對我目前來說普遍有效果」，疼痛指數降為1-2分。</p>

結論與討論

個案從罹病至宣布癌末，情緒轉變成

焦躁、易怒，不願打開心門，焦慮死亡逐步逼近，筆者建立信任的護病關係，協助減輕身體痛苦外，並透過安寧團隊的協

助，以傾聽、陪伴、回應、澄清等方式，讓病人能較平靜與接納死亡的到來，也教導病人及照顧者居家管路照護的知識及技能，使其返家後續照護病人上能妥當。

在協助病人面對死亡及探討生命意義的照護過程中，心理層面的評估較為抽象，表達的意義和實際的感受難以化為筆墨形容，實為本文的限制。期望能在單位中安排與安寧療護相關及護理人員情緒管理課程，讓護理人員在面對癌末病人心理層面照顧上提升照護品質。

參考文獻

方俊凱、李佩怡 (2008)· 癌症末期併憂鬱症病人之心理治療：存在一認知模式初步建構· 安寧療護雜誌，13 (4)，411-430。

行政院衛生署 (2011，6月15日)· 全國男性主要癌症死亡原因· 取自 http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2_p02.aspx?class_no=440&now_fod_list_no=11897&level_no=3&doc_no=80725。

李百麟 (2009)· 高齡者之生活滿意度與成功老化各因素關係之探討· 危機管理學刊，6 (2)，25-38。

呂宜興、李振川 (2009)· 咽部的癌症：鼻咽癌，口腔癌及下咽癌· 中華癌醫會誌，25 (2)，102-113。

邵柏源 (2004)· 耳鼻喉科醫典· 台北：合

記。

黃子鳳 (2006)· 照顧一位青春癌症復發病患之護理經驗· 護理雜誌，53 (1)，80-87。

黃惠美、張美幸、胡中傑、謝玉玲 (2006)· 癌末病人疼痛控制指標之監測· 安寧療護雜誌，11 (3)，81-91。

鄭育真、黃雅儀 (2010)· 一位卵巢癌復發病患經歷手術治療後之護理經驗· 長庚護理，21 (2)，256-263。

鄭逸如、洪福建 (2002)· 癌末病人的心理困擾與照顧策略· 當代醫學，29 (3)，218-220。

邊苗瑛 (2004)· 人工氣道留置病患呼吸道分泌物的處理· 呼吸治療，3 (1)，78-90。

Andrews, H. A., & Roy, C. (1991). The Roy adaptation model: The definitive statement. Norwalk, Conn. : Appleton & Lange.

Bowers, B., & Scase, C. (2007). Tracheostomy: facilitating successful discharge from hospital to home. British Journal of Nursing (BJN), 16(8), 476-479.

Elliott, J. A., & Olver, I. N. (2007). Hope and hoping in the talk of dying cancer patients. Social Science & Medicine, 64(1), 138-149.

Feber, T. (2006). Tracheostomy care for community nurses: basic principles. British Journal of Community Nursing,

11(5), 186-193.

Regan, E. N., & Dallachiesa, L. (2009).

How to care for a patient with a
tracheostomy. *Nursing*, 39(8), 34-40

一位新生兒狼瘡症候群早產兒之護理經驗

陳玟潔¹、吳秋玉^{1,*}
高雄市立小港醫院¹

摘要

本文主要探討一位新生兒狼瘡早產兒的護理經驗。筆者自2010年04月27日至2010年05月7日擔任主護護理師期間，運用系統性的觀察、評估與會談方法，收集個案的生理狀態、行為變化及家庭評估後，確立個案有皮膚完整性受損、無效性保護能力、混亂性嬰兒行為的健康問題；案父母方面則有照顧者角色緊張的問題。在護理過程中，筆者針對新生兒狼瘡症候群所引起的皮膚紅疹、血小板過低給予個別性的護理措施，並運用發展支持性照護的護理原則減少不必要的刺激，協助修正個案的行為。而對於案父母則主動了解其壓力源，協助透過執行袋鼠式護理及學習照顧新生兒狼瘡症候群早產兒的知識與技巧，使其及早適應父母角色。希望藉此護理經驗能提供臨床護理人員在照顧新生兒紅斑性狼瘡早產兒之參考。

關鍵字：新生兒狼瘡症候群、早產兒、護理經驗

收文日期：2013年01月31日

接受日期：2013年07月04日

*通訊作者：吳秋玉 高雄市立小港醫院護理長

聯絡地址：812 高雄市小港區山明路482號 高雄市立小港醫院

聯絡電話：+886-7-8036783 Ext.3331、3332 傳真：+886-7-80367835 Ext.3853

電子信箱：0850191@kmhk.org.tw

A nursing experience with a premature infant of neonatal lupus syndrome

Wen-Chieh Chen^{1,*}, Chiou-Yuh Wu^{1,*}

Department of Nursing in Kaohsiung Municipal Hsiao-Kang Hospital¹

Abstract

This article explores the experience of caring for a premature infant with Neonatal Lupus syndrome. During the period from April 27th, 2010 to May 7th, 2010, the author worked as the main register nurse for this patient; conducted systematic observations, evaluations, and interviews; recorded the patient's physical status, behavioral changes, and family evaluation; and established the following nursing diagnoses: impaired skin integrity, ineffective protection, and disorganized infant behavior. The patient's parents had a nursing diagnosis of caregiver role strain. During the nursing care process, the main author provided individual nursing intervention focusing on skin rash and thrombocytopenia caused by Neonatal Lupus syndrome, applied developmentally supportive care to reduce unnecessary stimulation, and assisted in correcting the patient's behavior. For the parents, the author took the initiative to understand the source of their stress, assisted them in adapting to the parenting role by teaching them kangaroo care and other techniques for caring for a premature infant with Neonatal Lupus syndrome. It is hoped this experience can be a reference for clinical nurses caring for premature infants with Neonatal Lupus syndrome.

Key words: Neonatal Lupus Syndrome, Premature Infant, Nursing Experience

Received: Jan, 31, 2013

Accepted: Jul, 04, 2013

*Corresponding author: Chiou-Yuh Wu, Department of Nursing in Kaohsiung Municipal Hsiao-Kang Hospital
Address: No. 482, Shanming Rd., Siaogang Dist., Kaohsiung City 812, Taiwan (R.O.C) No.2, Zhongzheng 1st Rd., Lingya Dist., Kaohsiung City 802, Taiwan (R.O.C.)
TEL: 07-8036783 ext. 3331 or 3332 Fax: 07-8036783 ext. 3853
E-mail: 0850191@kmhk.org.tw

前言

紅斑性狼瘡是一種好發於育齡婦女的自體免疫疾病，它會侵犯全身各器官組織。而罹患紅斑性狼瘡的婦女所產下的胎兒在出生後會在其臉部、頭皮或前胸皮膚出現紅疹，但極大部分的嬰兒會在一歲以前自動消失，有少部分嬰兒會出現心臟節律器傳導缺陷的問題（中華民國思樂醫之友協會，無日期）。另因為母親本身胎盤功能較差，造成新生兒早產及子宮內生長遲滯的機率高於正常產婦（王淑美，2006），且種種早產兒之常見的合併症如高膽紅素血症、敗血症、呼吸道疾病、後晶體纖維化導致失明或顱內出血所遺留的神經的傷害及腦性麻痺等，各種急、慢性問題常使整個家庭窮於應付（財團法人中華民國早產兒基金會，無日期）。

本個案因母親罹患紅斑性狼瘡，致使於妊娠 35 週時因胎動減少以剖腹產方式娩出，出生後出現新生兒狼瘡症候群的症狀，因筆者於臨床工作十年來，第一次遇到新生兒狼瘡症候群早產兒的個案，發現護理人員對此疾病的照護較不熟悉，加上探討新生兒狼瘡症候群的相關文獻不多，故引發探討動機，希望能藉由此照護經

驗，提供護理人員照護此類病嬰之參考。

文獻查證

一、新生兒狼瘡症候群

罹患紅斑性狼瘡的母親在懷孕期間，因免疫性物質易積存於腎臟或胎盤中，以致於容易導致腎臟炎及胎盤功能障礙等現象，致使胎兒容易有早產、子宮內生長遲滯或胎死腹中的現象（馮容莊，2002）。而其體內抗體 anti-Ro 及 anti-La 會經由胎盤傳給胎兒，影響胎兒的皮膚、心臟以及血液，造成新生兒出生後呈現皮膚紅疹、血小板減少、白血球降低、貧血，嚴重者會有心臟傳導障礙等現象，稱之為新生兒狼瘡症候群（Neonatal Lupus Syndrome, NLS）。臨床表徵以狼瘡皮膚炎（為一個圓圈狀或橢圓形、紅色會脫屑的斑點皮疹或丘疹塊）及先天性完全性房室阻斷為主。其症狀除了心臟的變化以外，其餘臨床表徵皆會在出生數月後隨著母親的抗體自胎兒循環中消失（王淑美，2006；徐世達，2009；Jill, 2009）。根據統計，紅斑性狼瘡的婦女生下新生兒狼瘡症候群的機率為 12.8%，而新生兒狼瘡症候群的發生率為 0.5%-2%，其預後主要與母體病情控制穩定及母體血清中的 Anti-Ro 及 Anti-La 抗體有關（王淑美，2006；徐世達，2009；財團法人中華民國早產兒基金會，無日期）。

二、新生兒狼瘡症候群的護理

罹患新生兒狼瘡症候群的病嬰會因日曬後使得病情加重，所以可穿長袖衣褲或塗抹防曬乳液於易照射陽光的皮膚表面，以避免過度的陽光曝曬。另因末梢血液循環不良致使受傷後傷口不易癒合，故須每天檢查皮膚的皮疹狀況，以便了解是否有任何皮膚破損或傷口的發生，若有傷口發生，應就醫治療，亦切勿隨意於皮膚病灶處塗抹藥物（許玉雲與王冠今，2010）。而當白血球降低時，亦因免疫能力下降而使得新生兒容易被細菌、黴菌感染而引起發燒情形，常見的感染部位為上呼吸道及泌尿道。故當體內抵抗力較弱時，應注意個人衛生，避免接觸傳染源及出入公共場所。另由於血小板減少，易造成出血的情形，所以應注意牙齦、皮膚有無出血或流鼻血的現象，嚴重者還可能有內臟器官出血。若有心臟的問題，則需定期追蹤心臟的變化（中華民國思樂醫之友協會，無日期；楊惠娟，2007）。

三、早產兒發展支持性照護

早產兒的中樞神經系統發育尚未成熟，對於環境中的刺激較缺乏自我調節能力，會出現如躁動不安、呼吸及心跳加速或暫停等非統整化行為(Als, 1986)。因此，護理人員在臨床照護時可提供一個似子宮內的外在環境，減少環境中的聲音、光線及不必要的人為干擾，有助於早產兒的生理機能及維持成長。而在接觸早產兒

時，須以溫暖的手、輕柔的動作來接觸他們，並可在治療前後給予非營養性吸吮(陳永娟、張和美、陳昭惠，2005)。若要執行如抽血、打針或換尿布等侵入性治療或護理活動時，可運用寧握護理，提供發展支持性的照護，將可增加其安全感，減少因侵入性治療所引起的生理或行為上的壓力，達到減輕疼痛的目的(梁幸如，2002)。故護理人員應具備有關早產兒發展的知識，藉由評估其行為狀態，提供最適合早產兒的環境，以幫助早產兒的神經系統得以正常且適當的發展(卓妙如，2003)。

四、早產兒父母的壓力與護理

早產兒的父母在產後所經歷的壓力在早期會有無望、焦慮、罪惡感、失敗和無法控制結果的感覺。而早產兒的住院造成母子分離，母親會更覺得無助、無用(Zahr, 1991)。故父母希望能了解新生兒每天的生理變化，並藉著逐漸參與新生兒的照顧，如餵奶、換尿布、安撫早產兒等方式使其重新建立父母親的角色，而若可與醫護人員建立信任關係則得以減輕壓力(Mok & Leung, 2006)。另可協助父母親執行袋鼠式護理，藉由皮膚與皮膚的直接接觸來減少父母親的焦慮，增進親子依附關係的連結，增進日後照顧孩子的自信心(尹引弟、王如華、李美旋、喻永生，2003；許燕玲與余玉眉，2003)。

綜合以上文獻，了解新生兒狼瘡症候群之早產兒，除了疾病本身可能產生短暫

或永久性的變化外，仍須面臨早產兒所引起發展上的不成熟，而兩者問題皆會造成父母的壓力與焦慮。若能藉由疾病個別化護理、提供發展支持性照護，並協助父母執行袋鼠式護理，將能增加父母養育上的信心。

護理評估

一、個案簡介

蔣小妹，第一胎，妊娠週數 35 週，出生體重 2120 公克，身長 44 公分，頭圍 30 公分。2010 年 4 月 27 日案母在家感到宮縮至某婦兒科醫院就診，因案母為紅斑性狼瘡的病人且有早產徵象，即轉至本院，經診視後採剖腹產方式娩出。個案出生時哭聲宏亮、活動力佳，Apgar Score：91/105，且身體評估時發現下牙齦有 2 顆早熟牙。因個案出生後其腹部、背部及雙側鼠蹊部皆有圓形狀的紅疹及出血點，診斷疑似為新生兒狼瘡症候群，故入小兒完全護理病房照護。

二、住院過程

個案於 4 月 27 日入小兒中重度病房後，腹部、背部及雙側鼠蹊部皆有多個圓圈形狀的紅色斑點皮疹及出血點，抽血檢驗其體內有母親的抗體 anti-Ro 及 anti-La，且血小板指數偏低為 $63 \times 10^3 / \mu l$ 。住院期間心電圖出現過一次房室阻斷的情況，但於 4 月 28 日檢查 12 導程心電圖為正常。5 月 2 日案父母前來學習洗澡、

餵奶的照顧工作。5 月 6 日因個案下牙齦有 2 顆早熟牙，故照會牙科拔除。5 月 7 日血小板指數為 $135 \times 10^3 / \mu l$ ，且體重 2500 公克，故辦理出院，並於門診持續追蹤。

三、資料收集及評估

筆者自 2010 年 4 月 27 日至 2010 年 5 月 7 日擔任個案的主護護理師，藉由系統性的觀察、身體評估、會談等方式來收集資料，進行個案的系統性身體評估、觀察行為表徵，並經由與家屬訪談後執行家庭評估，將資料加以整理分析如下：

(一) 生理評估

1. 神經系統：個案前囟門呈菱形、長 2.5 公分、寬 2.5 公分；後囟門呈三角形 1.5 公分，囟門平坦、無凸出或凹陷，呈現平坦柔軟、無頭血腫，胎頭腫塊或頭骨重疊情形。測試其尋乳反射、吸吮反射抓握反射、擁抱反射、頸部僵直反射、驚嚇反射、巴賓式反射皆為正常。另於 2010 年 4 月 28 日行腦部超音波檢查為正常，無腦室出血情形。

2. 肌肉骨骼系統：個案保持屈曲姿勢，髖部稍微外展屈曲，雙手拳頭緊握，手、腳趾數正常，有指甲和正常的手掌紋路、無斷掌。有自發性的活動，關節活動自如且無關節活動受限情形。脊椎正、背面呈直線，背側面呈 c 字型，無脊膨出、中線凹陷、囊腫或腫塊出現。頸短而微肥胖、轉動靈活，無頸部僵硬。

3. 呼吸系統：個案採腹式呼吸，呼吸

時左右兩側擴張對稱，呼吸速率 25—56 次/分，聽診呼吸音為清澈，無鼻翼搦動、發紺或使用呼吸輔助肌等呼吸窘迫徵象，4 月 27 日胸部 X 光呈現肺部正常。

4.循環系統：個案皮膚呈粉紅色，觸摸四肢末梢感覺溫暖，指甲床及嘴唇無發紺情形，聽診無心雜音，心電圖呈竇性節律，心跳速率為 115-180 次/分，血氧濃度維持在 92%-100%，但熟睡時偶心跳速率為 92-100 次/分，血氧濃度 88%-95%，但無發紺徵象，給予刺激腳底後心跳會恢復至 100 次/分以上，血氧濃度會恢復至 95-98%。曾於 4 月 27 日出現過一次房室阻斷的情況，無作任何處置即自行恢復，其餘時間無房室阻斷情形。4 月 29 日行心臟超音波檢查為正常，無開放性動脈導管或其他心臟問題。

5.消化系統：個案於出生時，其下牙齦有 2 顆早熟牙，無搖動情形。出生第一天即開始每 3 小時由口進食配方奶 10 cc，每日增加奶量 5-10cc，每次餵奶時間約 10-15 分鐘。出院前個案每 3 小時可進食配方奶 55 cc，熱量達 128Kcal/Kg/day，足夠身體所需。觸診腹部呈柔軟，腸蠕動音約為 8-10 次/分，住院期間每天解約 3-4 次大便，4 月 29 日大便常規檢查為潛血 2+，性質呈黃綠軟便，無惡臭，大便外觀無異常。5 月 4 日再次追蹤大便常規檢查已無潛血反應。

6.泌尿系統：個案在出生 24 小時內已

解小便，4 月 28 日尿液常規檢查為潛血 1+，但尿液顏色呈黃色，無異味，外觀看不出有血尿或沉澱物，5 月 1 日再次追蹤尿液常規檢查已無潛血反應。住院期間每 3 小時更換尿布，每天解尿次數為 5-6 次，每次約解 20-25 cc 的尿液，而每日輸出量呈現平衡狀態。

7.血液系統：4 月 27 日白血球指數為 $11 \times 10^3/\mu\text{l}$ ，血小板指數偏低為 $63 \times 10^3/\mu\text{l}$ ；4 月 28 日白血球指數為 $12.69 \times 10^3/\mu\text{l}$ ，血小板指數持續偏低為 $55 \times 10^3/\mu\text{l}$ 、凝血時間：14.8sec，control：11.6sec、部分凝血時間：40sec，control：29.4sec，凝血時間有延長的情形；5 月 1 日白血球指數為 $9.04 \times 10^3/\mu\text{l}$ 、anti-Ro Ab 及 anti-La Ab 皆為 Positive；5 月 4 日白血球指數為 $10.39 \times 10^3/\mu\text{l}$ ；5 月 7 日白血球指數為 $10.99 \times 10^3/\mu\text{l}$ 。而凝血時間及部分凝血時間只於 4 月 28 日抽血驗過一次後就未再檢驗。

8.皮膚特徵：個案皮膚略乾燥、微脫皮，4 月 27 日出生當天其腹部、背部及雙側鼠蹊部皆佈滿圓圈形狀的紅疹及出血點，無皮膚藥膏使用。視診其口腔外觀完整，無黏膜出血或牙齦出血情形。

(二) 行為觀察評估

個案出生後即安置於保溫箱內，病房環境燈光明亮，有電話、電鈴聲及工作人員的吵雜說話聲。個案住院期間，於每 3 小時喝完奶之後皆會先呈現清醒狀態約 30 分鐘至 1 小時，而後才漸漸入睡，故每

次睡眠時間約 2-2.5 小時，一天平均睡眠時間約 17-20 小時。在睡眠狀態時，偶有打噴嚏，雙腳微抖動情形，且在睡眠期間容易突然驚醒後放聲大哭，並呈現四肢扭動、過度哭泣、揮舞雙手、心跳速率變快約 170-185 次/分，給予吸吮棉棒安撫仍顯躁動，難以安撫。當個案清醒時眼睛會呈現皺眉的凝視、用手摩擦臉部、嘴巴呈吸吮狀或手指呈扇形張開，四肢揮動。

(三) 家庭評估

1. 家庭結構與功能：案父本身無特殊病史，但母親於高中時就罹患紅斑性狼瘡，長期服用藥物控制病情，兩人結婚後就跟公婆同住，而家族方面無遺傳性的疾病。案父為清潔隊的公務人員，案母則為家管，家庭經濟屬小康狀態。家庭成員無特殊的宗教信仰，當家中遇到重大事件時，成員會共同溝通討論後做出決定，若無法達成協議時，案父是最後的決策者。而個案是父母的第一個孩子，是有計畫性的懷孕。

2. 家庭角色：個案的父母於產後多次依探視時間至小兒完全護理病房探視個案，5 月 1 日於會談時，觀察到案母面容憂愁表示：「懷孕時醫師就說我有紅斑性狼瘡，早產的機率比較高，結果真的生下早產兒，我不知道要如何照顧她？我覺得好

害怕！」、「我做事情比較仔細、謹慎，對於沒有把握的事情不敢放心去做，雖然我懷孕時閱讀很多育兒的書籍及參加媽媽教室，覺得自己知道很多照顧新生兒的知識，可是孩子生下來後有狼瘡症狀，又是早產兒，才發現我還是不知道回家後要怎麼照顧她。」、「我怕自己會照顧不好，護士小姐，你們會教我怎樣照顧寶寶嗎？照顧早產兒需要注意什麼？」、「新生兒狼瘡症後群跟我的症狀一樣嗎？一樣不能曬太陽嗎？還是有其他要注意的地方？」案母以微弱的語氣詢問護理人員照顧新生兒狼瘡症候群早產兒所須具備的知識及返家後的照護問題。而案父也表示：「我們第一次當父母，真的很緊張、感到壓力大。」

問題確立

綜合以上護理評估，確立個案有皮膚完整性受損、混亂性嬰兒行為、無效性保護能力的健康問題；而家屬因缺乏照顧新生兒紅斑性狼瘡早產兒的經驗，使其對於扮演照顧者角色感到困難，故確立照顧者角色緊張的護理健康問題。其護理措施及評值如下：

問題一：皮膚完整性受損/與皮膚紅疹、對光過敏有關（2010年4月27日至2010年5月7日）

客觀資料
<ol style="list-style-type: none"> 1. 4/27 出生當天其腹部、背部及雙側鼠蹊部皆佈滿圓圈形狀的紅疹及出血點，無皮膚藥膏使用。 2. 4/28 皮膚略乾燥、微脫皮。 3. 個案為新生兒狼瘡症候群早產兒。 4. 5/1 案母表示：「新生兒狼瘡症候群跟我的症狀一樣嗎？一樣不能曬太陽嗎？還是有其他要注意的地方？」。
護理目標
<ol style="list-style-type: none"> 1. 案父母出院前能說出保護皮膚的方法。 2. 個案於出院前能維持皮膚的完整性。
護理措施
<ol style="list-style-type: none"> 1. 每班檢查個案皮膚的紅疹、出血點所分佈的位置。 2. 每班觀察個案的皮膚是否有任何破損或傷口產生。 3. 每天洗澡時使用溫水和嬰兒專用的泡泡露清潔皮膚，沐浴後塗抹乳液。 4. 協助案父母辨識個案腹部、背部及雙側鼠蹊部的圓圈形狀的紅疹及出血點，並每天檢查個案皮膚的皮疹狀況，觀察有無任何皮膚破損或傷口的發生。 5. 衛教家屬返家後勿在個案的皮膚患處隨意塗抹藥膏，若有傷口發生，應就醫治療。 6. 衛教案父母避免讓個案在早上 10 點至下午 2 點陽光強烈時外出活動，若需外出，可穿上長袖衣物及戴帽子。 7. 衛教家屬避免讓個案直接接觸陽光，可使用嬰兒專用防曬係數 30 以上的防曬乳。
護理評估
<ol style="list-style-type: none"> 1. 4/30 個案的皮膚仍略乾燥、微脫皮，但飽滿度可，腹部、背部及雙側鼠蹊部圓圈狀的紅疹及出血點無明顯擴大。 2. 5/2 案父母前來參與學習幫個案洗澡時，已衛教新生兒紅斑性狼瘡的皮膚照護。並持續了解案父母對新生兒狼瘡症候群的皮膚照護之知識。 3. 5/4 案父母前來學習親自幫個案洗澡時，知道使用溫水幫個案洗澡，且於沐浴後會幫個案塗上乳液。護理人員口頭詢問案父母是否了解新生兒狼瘡症候群的皮膚照護之知識及注意事項，案母表示：「要每天觀察皮膚有沒有新的傷口或出血、外出時要擦上防曬乳，還要戴上帽子及穿長袖衣褲、避免在早上 10 點至下午 2 點外出活動，還有不能在皮膚上亂塗藥膏，有傷口出現時要就醫治療。」 4. 5/6 觀察到個案的腹部、背部及雙側鼠蹊部仍佈滿圓圈狀的紅疹及出血點，範圍無擴大，但紅疹及出血點的顏色有變淡，而身體其他部位無產生新的圓圈狀紅疹或出血點。 5. 5/10 出院電訪中案母表示：「妹妹現在的皮膚沒有新的傷口，也沒有新的紅疹出現，我們會把她的皮膚照顧好。」告知案母若個案身上有新的紅疹出現時，需返診就醫，案母表示：「我知道」。

問題二：無效性保護能力/與血小板過低有關（2010年4月27日至2010年5月7日）

客觀資料
<ol style="list-style-type: none"> 1. 4/27 視診其腹部、背部及雙側鼠蹊部皆佈滿圓圈形狀的紅疹及出血點、血小板指數偏低為 $63 \times 10^3/\mu\text{l}$。 2. 4/28 凝血時間：14.8sec，contro11.6sec、部分凝血時間：40 sec，contro29.4se，凝血時間有延長、尿液常規檢查為潛血 1+。 3. 4/29 大便常規檢查為潛血 2+。 4. 5/1anti-Ro Ab 及 anti-La Ab 皆為 Positive。
護理目標
<ol style="list-style-type: none"> 1. 於個案住院期間減少會導致其出血的刺激因子。 2. 個案住院期間無人為因素導致出血情形。
護理措施
<ol style="list-style-type: none"> 1. 依醫囑裝上生理監視器監測心跳、呼吸，及每 4 小時監測生命徵象及血壓。 2. 每班觀察個案的精神及活動力有無虛弱情形。 3. 每班密切觀察個案有無出血的症狀，如：血尿、血便、牙齦出血。 4. 每班觀察其腹部、背部及雙側鼠蹊部圓形狀的紅疹及出血點範圍有無擴大或身體有無新的出血點或瘀青。 5. 執行護理活動時，動作需輕柔並注意個案的安全，避免碰撞。 6. 將個案睡的保溫箱周圍使用大棉捲圍住，避免個案因躁動或四肢揮動時碰撞到保溫箱的門或床角而導致出血的發生。 7. 當執行侵入性治療，如抽血後需使用棉球或紗布加壓抽血部位約 5 分鐘，並密切觀察有無出血情形。 8. 依醫囑於必要時監測血小板指數、血紅素、血比容值、大便常規檢查及尿液常規檢查。
護理評估
<ol style="list-style-type: none"> 1. 4/28 11:00 個案精神活動力佳，心跳：126 次/分、呼吸：42 次/分，血壓 69/38mmhg，血小板指數持續偏低為 $55 \times 10^3/\mu\text{l}$。 2. 5/1 執行抽血後，給予使用紗布加壓約 5 分鐘，觀察抽血部位無持續出血情形，血小板指數為 $58 \times 10^3/\mu\text{l}$、血紅素值：13.7g/dl、血比容值：40.4%。當日再次檢驗大便常規檢查為潛血 1+、尿液常規檢查已無潛血反應，視診大便呈黃綠色、無血絲或黏液；尿液呈黃色、無血尿情形。 3. 5/4 血小板指數為 $72 \times 10^3/\mu\text{l}$、血紅素值：14.2g/dl、血比容值：43.4%、大便常規檢查已無潛血反應。 4. 5/6 照會牙科拔除個案下牙齦的 2 顆早熟牙，協助使用紗布加壓傷口約 20 分鐘後，傷口無持續出血。 5. 5/7 個案血小板指數為 $135 \times 10^3/\mu\text{l}$，視診其腹部、背部及雙側鼠蹊部圓圈狀的紅疹及出血點範圍無擴大，亦無因人為因素而導致新的出血點或瘀青。

問題三：混亂性嬰兒行為/與本身成熟度、環境過度刺激有關(2010年4月28日至2010年5月5日)

客觀資料
<ol style="list-style-type: none"> 1. 個案熟睡時偶心跳速率為 92-100 次/分，血氧濃度 88%-95%，但無發紺徵象，給予刺激腳底後心跳會恢復至 100 次/分以上，血氧濃度會恢復至 95-98%。 2. 個案出生後即安置於保溫箱內，病房環境燈光明亮，有電話、電鈴聲及工作人員的吵雜說話聲。 3. 在睡眠狀態時，偶有打噴嚏，雙腳微抖動。 4. 且在睡眠期間容易突然驚醒後放聲大哭，並呈現四肢扭動、過度哭泣、揮舞雙手、心跳速率變快 170-185 次/分，給予吸吮棉棒安撫仍顯躁動，難以安撫。 5. 當個案清醒時，眼睛會呈現皺眉的凝視、用手摩擦臉部、嘴巴呈吸吮狀或手指呈扇形張開，四肢揮動。
護理目標
<ol style="list-style-type: none"> 1. 個案住院期間能出現整合化行為，如對刺激能表現出吸吮棉棒的自我安慰行為。
護理措施
<ol style="list-style-type: none"> 1. 用布巾將保溫箱覆蓋住，以隔離光線的直接刺激。 2. 利用包布做成一個圓巢，將個案圍住固定，似子宮內的環境，使其在保溫箱有安全感。 3. 接觸個案前或執行護理活動時，先確定雙手及用具是呈現溫暖的，再以輕柔的動作接觸。 4. 接觸個案時避免突然改變姿勢，減少其驚嚇反射。 5. 執行抽血、施行靜脈注射或換尿布時，將個案四肢移向軀體，使身體呈屈曲的姿勢，減少其四肢揮動，並給予吸吮奶嘴安撫的方式來執行寧握護理。 6. 洗澡時選擇個案清醒的時間，並於過程中執行寧握護理，避免驚嚇進而減少哭泣。 7. 當個案出現嘴巴呈吸吮狀時，給予吸吮棉棒。 8. 採集中護理，減少不必要的刺激，提供個案充足的睡眠。 9. 將生理監視器警報鈴聲調小聲，且當發出警報聲響時能盡快處理。 10. 請醫護人員降低說話的聲音，保持環境的安靜。
護理評估
<ol style="list-style-type: none"> 1. 4/30 個案睡在使用包巾築巢的保溫箱內，雙腳微抖動及突然驚醒後大哭的情形有明顯減少。 2. 5/1 抽血時，將個案的身體呈屈曲姿勢，並給予吸吮棉棒後，只哭兩聲後就繼續吸吮棉棒，無哭鬧不停的情形。 3. 5/3 個案出現整合化行為，生命徵象呈現穩定，睡眠時心跳速率為 112-134 次/分，血氧濃度 93-99%，已無心跳速率緩慢或血氧濃度降低的情形。 4. 5/5 個案採臥臥時，四肢呈屈曲狀，且會自行吸吮握拳的手，減少哭泣及躁動的情形。

問題四：照顧者角色緊張/與對新生兒紅斑性狼瘡、早產兒照顧知識不足有關（2010年5月1日至2010年5月7日）

主客觀資料
<p>S：1.5/1 案母表示：「懷孕時醫師就說我有紅斑性狼瘡，早產的機率比較高，結果真的生下早產兒，我不知道要如何照顧她？我覺得好害怕！」、「我做事情比較仔細、謹慎，對於沒有把握的事情不敢放心去做，雖然我懷孕時閱讀很多育兒的書籍及參加媽媽教室，覺得自己知道很多照顧新生兒的知識，可是孩子生下來後有狼瘡症狀，又是早產兒，才發現我還是不知道回家後要怎麼照顧她。」、「我怕自己會照顧不好，護士小姐，你們會教我怎樣照顧寶寶嗎？照顧早產兒需要注意什麼？」、「新生兒狼瘡症候群跟我的症狀一樣嗎？一樣不能曬太陽嗎？還是有其他要注意的地方？」。</p> <p>2.5/1 案父也表示：「我們第一次當父母，真的很緊張、感到壓力大。」</p> <p>O：1. 於會談時，觀察到案母面容憂愁。</p> <p>2. 案母以微弱的語氣詢問護理人員照顧早產兒所須具備的知識及返家後的照護問題。</p>
護理目標
<ol style="list-style-type: none"> 1. 案父母在個案住院期間能執行洗澡、餵奶的照顧者角色工作。 2. 案父母在個案出院前能說出新生兒狼瘡症候群的照護方法。
護理措施
<ol style="list-style-type: none"> 1. 當案父母前來探視個案時，面帶微笑，主動詢問、了解其需求，以建立良好的治療性的關係。 2. 會客時，陪伴在案父母身旁，鼓勵他們說出對照顧新生兒狼瘡症候群早產兒的壓力來源。 3. 向案父母說明執行袋鼠式護理的好處及方法，並安排案父母置於哺乳室內，拉起圍簾，協助母親以皮膚接觸皮膚的方式執行袋鼠式護理。 4. 請案父加入照顧個案，一起到醫院學習照顧技巧，以分擔案母的照顧壓力。 5. 主動提供與早產兒相關的照護知識及技巧，如洗澡、餵奶、評估呼吸、膚色的方法及注意事項。 6. 提供案父母親自照顧個案的機會，如換尿布、洗澡等，使他們能熟練照護技巧。而當其能正確回覆示教時，給予口頭上的讚美，增強其照顧個案的自信心。 7. 主動提供與新生兒狼瘡症候群相關的照護知識，如應注意個案衛生，避免接觸傳染源及出入公共場所、血小板減少時，易造成出血的情形，所以應注意牙齦、皮膚有無出血或流鼻血的現象。 8. 提供早產兒衛教手冊給案父母，作為照顧早產兒的照護須知指標，並將個案列入出院準備服務的對象，定期以電話方式追蹤個案居家的照顧情形。 9. 提供案父母醫院的育兒諮詢電話，有問題時可隨時來電諮詢護理人員。
護理評值
<ol style="list-style-type: none"> 1. 5/1 會客完後讓案父母參與執行袋鼠式護理，案母流下眼淚表示：「好奇怪的感覺，我覺得我跟她好貼近喔！」。請母親可於每天會客時執行袋鼠式護理。 2. 5/2 護理人員示範幫個案洗澡、換尿布的步驟與技巧讓案父母看，並跟他們約隔天前來病房親自幫個案洗澡。

3. 5/3 案母幫個案洗澡時，顯現出手忙腳亂的表示：「我第一次幫寶寶洗澡有點緊張，我明天想再來幫她洗澡。」於學習洗澡後，教導案母餵奶的技巧及注意事項，觀察到個案吸吮力佳，案母笑著說：「她好會吸喔！」。
4. 5/4 案母第二次幫個案洗澡，臉上露出微笑表示：「我今天就有比較順手了，也比較不害怕」。
5. 5/5 案父母能說出新生兒狼瘡症候群的照顧方法：「要每天量體溫注意看有沒有發燒、少出入公共場所，避免被傳染、注意看有沒有牙齦出血或流鼻血。」
6. 5/6 案父母於會客時知道若個案明天的血小板指數有達到正常值，就可以辦理出院時，臉上露出愉悅表情向護理人員表示：「我現在比較知道要怎樣照顧她，回家以後就比較不會緊張了。」再次加強出院衛教內容，以增強案父母對照護知識及技巧的熟悉。
7. 5/7 出院當天，衛教案父母需按時回門診追蹤個案新生兒狼瘡症候群的病況。
8. 5/10 出院電訪中案母表示：「目前照顧方面沒有什麼問題。」告知案母若之後在照顧上有遇到任何問題時即可來電詢問，案母表示：「我知道」。

討論與結論

個案為一位新生兒狼瘡症候群的早產兒，與王淑美（2006）指出罹患紅斑性狼瘡的母親因胎盤功能障礙，致使胎兒容易早產，且其體內抗體會經由胎盤傳給胎兒，造成新生兒呈現皮膚紅疹、血小板減少等新生兒紅斑性狼瘡之臨床表徵的文獻內容相符合。在此次護理期間，由個案抽血檢驗報告中得知其體內有母親紅斑性狼瘡的抗體 anti-Ro 及 anti-La，且其皮膚外觀有狼瘡性皮膚炎的紅疹，為了讓皮膚維持其完整性，則依據紅斑性狼瘡炎的皮膚護理原則給予護理措施，也需教導案父母出院後保護皮膚的方法及注意事項。又因個案有血小板指數偏低的症狀，持續監測血小板指數的變化及避免因人為因素而導致出血或瘀青發生。加上個案又是早產兒，因本身成熟度差及環境的過度刺激，使其在住院期間呈現生命徵象不穩定、過

度哭泣等混亂性嬰兒行為，針對其行為給予寧握護理，提供發展支持性照護，使其在一個適合神經發展的環境下成長。另因案父母對照顧新生兒狼瘡症候群早產兒的知識不足，產生照顧者角色緊張的問題，與 Zahr（1991）的文獻符合，故加強教導他們學習新生兒狼瘡症候群早產兒的照護技巧及親自參與照護過程，並協助他們執行袋鼠式護理來增強照顧者的信心。

因新生兒狼瘡症候群早產兒的個案在臨床上較不常見，且個案又是案父母的第一個小孩，其父母於個案返家後較易遇到照顧上的問題，所以將個案列入出院準備服務的對象，定期以電話方式主動追蹤個案居家的照顧情形，使其得到完整且連續性的照護，並在充分的準備下出院，以減輕案父母的照顧壓力，促進父母角色的適應。然而在個案出院後的第二次電訪中，了解到個案在出院返家後一個星期，案母發現個案的臉部、額頭及脖子長出小

顆紅疹，打開衣服洗澡時紅疹就會較消退，洗澡完畢 2-3 小時後紅疹又變的明顯，且容易哭鬧不易安撫，經由詢問了解後，發現案母因怕個案著涼，所以幫她穿三件衣服、包裹一件包巾及蓋一條被子，房間內也門窗緊閉，導致個案的身體無法散熱，故請案母協助個案減少衣物及被蓋，並保持房間內空氣的流通、避免悶熱。於隔日再次電訪時，案母即表示個案臉上的小顆紅疹已減少，且哭鬧情形也較改善了。

在個案住院期間的護理過程中，於案母產後 8 小時內即教導如何擠乳，並建議每 24 小時內至少擠乳 6 次，但案母表示無哺餵母乳的意願。經與案父母會談當中了解到案母產前在他院產檢時，未接收到罹患紅斑性狼瘡可以哺餵母乳及有關哺乳知識的相關衛教，害怕因本身服用紅斑性狼瘡的藥物會經由乳汁而傳給個案，故拒絕哺餵母乳。在經由醫護人員的鼓勵與持續衛教後，案母仍無法克服心中的擔憂還是拒餵母乳。故建議在產前產檢時，對於罹患特殊疾病仍可哺餵母乳的孕婦，需使其了解哺餵母乳的好處及哺乳相關知識的衛教，以建立其日後哺餵母乳的意願與信心。

參考文獻

- 尹引弟、王如華、李美旋、喻永生(2003)·袋鼠式護理與傳統式護理對早產兒母親滿意度影響之探討·*護理雜誌*，5(2)，37-47。
- 王淑美(2006)·母親疾病對胎兒及新生兒的影響·洪漢陽主編·*臨床新生兒科學*(第四版，139-155頁)·台北市：嘉洲。
- 中華民國思樂醫之友協會(無日期)·*狼瘡症與懷孕*·2010年6月8日取自<http://www.sle.org.tw/file/Vickie/1101.pdf>
- 中華民國思樂醫之友協會(無日期)·*思樂醫患者之護理*·2010年6月8日取自<http://www.sle.org.tw/file/Vickie/0103.pdf>
- 卓妙如(2003)·從發展支持性照護談早產兒行為狀態·*護理雜誌*，50(4)，11-16。
- 徐世達(2009)·系統性紅斑狼瘡·黃富源、李宏昌主編·*臨床新生兒科學*(第七版，139-155頁)·台北市：嘉洲。
- 財團法人中華民國早產兒基金會(無日期)·*認識早產*·2010年6月12日取自<http://www.pbf.org.tw/html/c01.asp>
- 財團法人中華民國早產兒基金會(無日期)·*紅斑性狼瘡與懷孕*·2013年3月12日取自

- <http://www.pbf.org.tw/doc/57-0414/9.pdf>
- 許燕玲、余玉眉 (2003)·產婦於早產兒住院期間之經驗歷程·*護理雜誌*, 50 (4), 41-48。
- 梁幸如 (2002)·寧握護理在新生兒之應用·*長庚護理*, 13 (3), 247-249。
- 陳永娟、張和美、陳昭惠 (2005)·新生兒個別化發展性照護之應用·*榮總護理*, 22 (2), 204-210。
- 許玉雲、王冠今 (2010)·兒童免疫疾病及其護理·陳月枝總校閱·*實用兒科護理學* (六版, 721-727 頁)·台北: 華杏。
- 馮容莊 (2002)·*高危險妊娠護理*·台北: 偉華。
- 楊惠娟 (2007)·兒童免疫疾病及護理·梁蕙芳、林寶玉、林鳳真等編著·*兒科護理學* (745-774 頁)·台北: 華杏。
- Als, H. (1986). A synactive model of neonatal behavioral organization: Framework for the assessment of neurobehavioral development in the premature infant and for support of infants and parents in the neonatal intensive care environment. *Physical and Occupation Therapy Pediatrics*, 6(3), 3-55.
- Jill, P. B. (2009, October 6). *Neonatal lupus syndrome*. Retrieved June 8, 2010, from http://www.uptodate.com/online/content/topic.do?topicKey=pedirheu/11633&selectedTitle=1%7E21&source=search_result
- Mok, E., & Leung, S. F. (2006). Nurses as providers of support for mothers of premature infants. *Journal of Clinical Nursing*, 30(2), 100-110.
- Zahr, L. K. (1991). The relationship between maternal confidence and mother-infant behaviors in premature infants. *Research in Nursing & Health*, 14(2), 279-286.

護生初次實習壓力與睡眠品質之相關性研究

謝美智¹、胡靜文¹、李彩歆^{2,*}
童綜合醫療社團法人童綜合醫院護理部¹
仁德醫護管理專科學校護理科講師²

摘要

護生初次臨床實習的壓力感受是最高的，故本文乃以某五專護理科初次臨床實習學生為研究對象，以結構自填式問卷收集資料，再以AMOS 17.0版統計套裝軟體，進行「交叉延宕模式分析」。旨在探討護生初次臨床實習不同階段的壓力與睡眠品質的現況及相關性。結果發現：實習四週期間護生的實習壓力均偏中等程度，睡眠品質平均值為6.09，其中第一週睡眠品質不佳者高達72.6%。而實習壓力越大其睡眠品質越差，但隨著實習時間增長，實習壓力下降，睡眠品質亦隨之改善。結論：提供護理老師作為輔導護生有關實習壓力與睡眠品質問題之參考。

關鍵字：護生、初次實習、實習壓力、睡眠品質

收文日期：2013年04月24日

接受日期：2013年12月05日

*通訊作者：李彩歆 仁德醫護管理專科學校護理科講師

聯絡地址：35664 苗栗縣後龍鎮溪洲里7鄰砂崙湖79-9號護理科

聯絡電話：+886-37-728855 手機：+886-922836065 傳真：+886-37-728777

電子信箱：lee0922836065@yahoo.com.tw

The relationship between practice pressure and sleep quality of nursing students in their primary practice

Mei-Chic Hsieh¹, Ching-Wen Hu¹, Tsai-Shin Lee^{2,*}
Department of Nursing, Tungs' Taichung Metro Harbor Hospital¹
Department of Nursing Practice, Jen-Teh Junior College of Medicine Nursing and Management²

Abstract

Primary Clinical Practice is the first and necessary practicum required for nursing students. Many of them are under great pressure for environmental change and therefore their daily routine is severely affected. To study these nursing students' practice stress and sleeping quality, we took a weekly based running survey on 211 nursing students during the primary clinical practice period. The survey focuses on how much pressure they were facing on the job and how they managed it. We did a cross-lagged panel analysis on the two issues. We found out that working pressure is highly related with sleeping quality, and both practice stress and sleeping quality are gradually improved with time progressing.

Key words: Nursing Students, Primary Practice, Practice Pressure, Sleep Quality

Received: Apr, 24, 2013

Accepted: Dec, 05, 2013

*Corresponding author: Tsai-Shin Lee, Department of Nursing Practice, Jen-Teh Junior College of Medicine Nursing and Management

Address: No. 79-9, Sha-Luen Hu, Xi-Zhou Li, Hou-Long Township, Miaoli County 35664, Taiwan, ROC.

TEL: 037-728855 Mobile phone: 0922836065 Fax: 037-728777

E-mail: lee0922836065@yahoo.com.tw

前言

臨床實習是護理教育的核心，是較特殊且動態的學習課程，在護理養成教育中扮演著非常重要的角色(王靜琳、李小璐、呂桂雲，2010)。但研究發現，實習壓力(practice stress) 勝於課室學習(Moscaritolo, 2009)，其中又以內外科(蔡照文、李維倫、蔡享翰、郭恆閔，2010)及初次實習護生的壓力感受度最高(Puskar & Grabiak, 2008)。當護生實習壓力越大，其睡眠品質越差(黃鈺雯、楊其璇、何淑麗、胡月娟，2011)，生活品質亦隨之受影響(Bolge, Doan, Kannan, & Baran, 2009)。

護生初次實習的經驗，通常是以內外科病房為主。實習期間護生須同時扮演著學習者與照顧者的角色，是護理人力資源中年紀最輕，且最沒有社會與工作經驗，的確是需要被關懷及輔導的一群。故本研究目的旨在了解護生初次實習於不同實習階段其壓力、睡眠品質的情況；以及不同實習階段其壓力及睡眠品質之相關。希冀藉由本研究，協助實習指導教師了解護生壓力與睡眠品質的關係，進而依護生個別性的壓力源加以輔導，以提昇護生健康與學習效能。

文獻探討

一、實習壓力與睡眠品質

實習壓力意指護生於實習期間，遭受實習周圍環境的刺激，致使護生的身心感受到威脅的一種緊繃狀態，乃是一主觀與個別感受性，取決於個體如何去詮釋其與環境間的關係(胡雅玲，2008；蔡照文等，2010)。研究顯示，基本護理臨床實習護生其壓力程度介於輕度到中度之間，以擔心實習成績不好、疾病處理經驗與能力不足、醫學用詞不熟悉為實習前後最明顯的壓力源(李靜雯、葉秀珍，2010)。當壓力超過個體所能負荷時，可能會影響其身心健康狀況(Moscaritolo, 2009)，例如降低護理工作就業意願(Sharif, & Masoumi, 2005)、睡眠品質不佳(黃鈺雯等，2011)、焦慮與重鬱等(蔡照文等，2010)。甚至原本對學習有助益的壓力源，亦可能轉變為無助益的，例如實習作業、擔心實習成績不好等(雷若莉、陳曉玫、林京芬、劉雪娥、許淑蓮，2000)。

睡眠品質是個人自覺睡眠的被滿足感程度，由主觀的感受及客觀的評估結果，包括質(對睡眠的主觀評價、發生的困擾、充足感)、量(睡眠時數的長短、潛伏期長短、效率)與睡眠有間接相關(使用安眠藥物)，可說是一複雜現象且難以客觀定義與測量，(Buysse, Reynolds III, Monk, Berman, & Kupfer, 1989)。例如：失眠乃是

為睡眠潛伏期至睡眠的期間超過 30 分以上，睡眠效率（睡眠總時數、入睡在床上所花的時間）未達到 85%（Morin, 2006）。當睡眠品質欠佳時，個人的身體活動功能減少（Lee & Lin, 2007），注意力、創造力與理解力降低（Nebes, Buysse, Halligan, Houck, & Monk, 2009），與焦慮與憂鬱的傾向（Saleh, Nouhi, Zandi, Lankarani, Assari, & Pishgou, 2008），且工作生產力較低（Bolge et al., 2009）。

二、實習壓力與睡眠品質的關連性

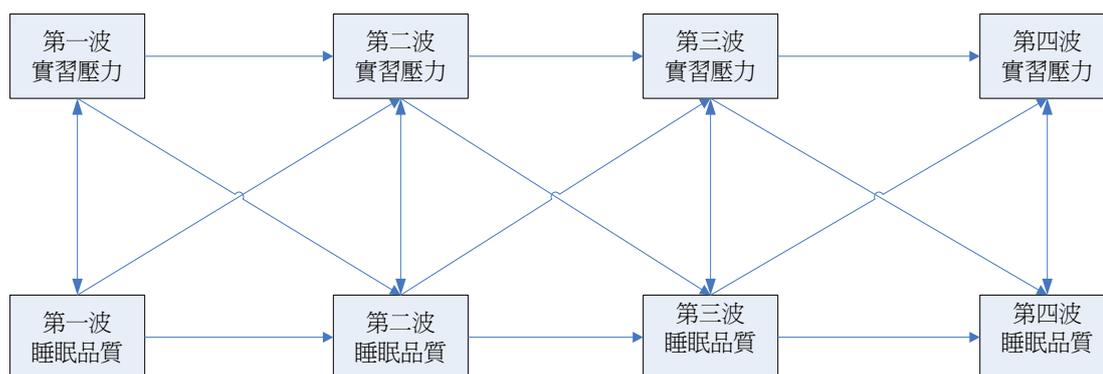
根據研究顯示，性別、生活習慣（例如：運動）、物質使用（例如：咖啡、抽菸、小酌或安眠藥）、及作業份量多、住宿地點、不規則的就寢時間等，都是影響睡眠

品質之相關因素（陳美娟、楊志良，2008；Kang & Chen, 2009）；以及壓力對睡眠品質有顯著相關（廖碧蓮，2008；蔡照文等，2010）。當護生實習壓力愈大，越不容易入睡，睡眠時數減少，整體睡眠品質愈差，影響白天精神狀況（黃鈺雯等，2011；蔡照文等，2010）。由此推知，護生初次實習期間，將有多重壓力源及影響睡眠品質之因素，可能會影響其健康與學習效能，對於病人安全與個人的職業衛生安全無疑是一大隱憂。

研究方法

一、研究設計與架構

依據上述的文獻探討，本研究建立理論模型如圖一所示。



圖一 本研究之理論模式圖

二、研究樣本

本研究採立意取樣，以苗栗地區某五年制護理科二年級暑假初次實習護生為研究對象，每位護生在該科目共計實習四週，每週五天，每天八小時，共計 144 小時。護生在校均已修畢基本護理學與實驗，且成績及格；均選擇新制教學醫院評鑑合格的機構作為實習單位。取樣條件為：有意願參與本研究；本國籍；無住院或長期治療之急慢性疾病；目前無服用任何會導致暈眩或影響睡眠的藥物；及由實習指導老師確認實習期間無家庭及個人重大變故者。

三、研究工具

實習壓力量表採用許淑蓮、林惠賢、黃秀梨、于博苒、胡文郁和羅美芳（1997）所發展之「護生實習壓力量表」為測量工具，包含實際護理病人之壓力、教師及護理人員之壓力、作業及工作量之壓力、同學及生活之壓力、專業知識與技能之壓力、實習環境之壓力等六個因素，採 1-5 分五等計分法，共 29 題，得分愈高表示發生頻率愈高。本研究正式施測之 Cronbach' s α 為 0.89。

睡眠品質量表是採用 Buysse 等人（1989）發展之「匹茲堡睡眠品質量表」（Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI），用來探討過去一個月的睡眠狀況之自填式問卷，評估項目包含：主觀睡眠品質、睡眠潛伏期、睡眠時數效率、睡眠困擾、安

眠藥物之使用及白天功能障礙等七項，總分 21 分，分數越高表示睡眠品質狀況越差。總分以 5 分為分界點（> 5 分為睡眠品質不良， \leq 5 分為睡眠品質良好）。本研究正式施測之 Cronbach' s α 為 0.85。

四、資料分析方法

（一）資料收集及倫理考量

本研究經過 IRB（Institutional Review Board）審查通過（IRB 編號 100032）。研究者先向實習指導老師說明本研究目的與施測方式，取得老師同意後協助向護生說明與施測。確認研究對象了與同意參後簽署同意書，並採不具名方式作答。本研究發出問卷共 227 份，扣除請假及拒絕受訪，回收共 225 份，有效問卷為 212 份，有效回收率為 94.2%。

（二）統計分析

以平均數、標準差與 Pearson 積差相關來描繪護生四個不同時間點的實習壓力與睡眠品質之整體概況。再採用 AMOS 17.0 版統計套裝軟體，進行「交叉延宕模式分析」（cross-lagged panel analysis）的估計，以 0.05 做為統計的顯著水準，參數估計方法採用最大概似法（Maximum Likelihood, ML），並且為交叉延宕分析模式提供適配度統計數值（goodness of fit statistics），研究結果採以標準化係數呈現。

研究結果

一、描述性統計分析

由表一得知第一波至第四波實習壓力的平均數分別介於 2.19 至 3.87、2.32 至 3.81、2.36 至 3.56、2.36 至 3.48 之間，而四波實習壓力的標準差則分別介於 0.83 至 1.16、0.80 至 1.13、0.83 至 1.17、0.83 至 1.12，顯示護生在最近一星期有感受到實習壓力。其次第一波至第四波睡眠品質的平均數分別介於 0.03 至 1.81、0.04 至 1.69、0.02

至 1.63、0.01 至 1.54 之間，而四波實習壓力的標準差則分別介於 0.26 至 0.90、0.224 至 1.05、.17 至 0.92、0.12 至 0.89，反映出護生可能會隨著時間的增長而逐漸有較佳的睡眠品質。

另表二顯示第一週至第四週實習壓力的相關 (r) 介於 0.36 至 0.79 之間，以及第一週至第四週睡眠品質的相關 (r) 介於 0.20 至 0.70 之間，皆達 0.05 顯著水準，表示護生的實習壓力與睡眠品質分別在四個波次重複測量的穩定性很高。

表一 不同時間點實習壓力與睡眠品質的平均數、標準差 (N=211)

項 目	第一週		第二週		第三週		第四週	
	平均數	標準差	平均數	標準差	平均數	標準差	平均數	標準差
實習壓力								
病情判斷與處理能力及經驗不足	3.84	0.83	3.58	0.80	3.39	0.83	3.33	0.83
不知如何處理病人心理社會問題	3.36	0.86	3.31	0.85	3.33	0.90	3.15	0.93
因不知如何與病人溝通	3.05	1.01	2.97	1.01	2.87	0.99	2.77	0.97
擔心不被病人或家屬接受或信任	3.46	1.03	3.27	0.98	3.17	1.01	3.04	0.95
學生與護生角色轉換有困難	3.04	1.12	2.83	1.02	2.73	0.98	2.64	0.97
醫師、老師或病人問問題時無法給予 適切的回答	3.69	1.01	3.51	0.96	3.36	0.94	3.17	0.96
臨床表現與自我期望有差距	3.87	0.97	3.64	0.97	3.52	0.99	3.22	1.03
不知如何提供病人身體上的護理	3.52	0.93	3.29	0.93	3.30	0.93	3.04	0.97
課室教學與臨床實習現況有差距	3.38	1.01	3.19	1.01	3.07	1.04	2.92	0.99
老師對學生評價 (給分) 不公	2.26	1.00	2.37	0.10	2.39	0.99	2.36	1.05
醫護人員態度冷漠、不會主動協助	2.65	1.16	2.63	1.05	2.50	1.06	2.42	1.08
不知如何與老師、護人員討論病情	2.87	1.09	2.88	0.94	2.84	1.00	2.67	0.98
老師的指導方式與內容、與自我需求 有差距	2.99	1.14	2.99	1.05	2.87	1.05	2.72	1.07
老師對學生的關懷不夠	2.28	1.07	2.32	0.97	2.36	1.00	2.26	0.96
擔心實習成績不好	3.92	1.08	3.81	1.13	3.56	1.17	3.48	1.09
實習性質與活動量超過負荷	3.15	1.11	3.26	1.08	3.09	1.10	2.92	1.05
實習作業的種類、性質或份量	3.48	1.06	3.28	1.04	3.30	1.07	3.04	1.07
影響日常作息及家庭、社交生活	2.90	1.13	2.88	1.06	2.79	1.06	2.67	1.06

續表一 不同時間點實習壓力與睡眠品質的平均數、標準差 (N=211)

項 目	第一週		第二週		第三週		第四週		
	平均數	標準差	平均數	標準差	平均數	標準差	平均數	標準差	
實習壓力									
實習表現不符合老師的要求	3.74	1.08	3.49	1.07	3.39	1.14	3.26	1.09	
臨床實習影響社團參與	2.37	1.05	2.45	1.01	2.43	0.96	2.42	1.06	
老師將同學與同學之間做比較	2.65	1.15	2.55	1.08	2.57	1.10	2.60	1.11	
同組同學相處不融洽	2.19	1.09	2.34	1.11	2.42	1.07	2.38	1.12	
同學間有課業壓力.實習競爭狀況	3.05	1.14	2.93	1.18	2.91	1.13	2.76	1.11	
對病人疾病診斷治療不熟悉	3.66	0.91	3.40	0.92	3.27	0.96	3.10	0.87	
對病歷內容及醫學用詞不熟悉	3.85	0.93	3.60	0.90	3.41	0.88	3.29	0.89	
對護理技術不熟練	3.67	0.99	3.37	0.94	3.30	1.04	3.06	0.99	
病人病情變化太快	3.04	0.93	3.05	0.95	2.95	1.01	2.91	1.01	
對實習病房的設備不熟悉	2.77	1.01	2.65	0.97	2.59	1.03	2.55	1.03	
醫院的環境或氣氛有壓力	2.62	1.00	2.56	1.04	2.51	1.04	2.42	1.02	
睡眠品質									
個人主觀睡眠品質	1.60	0.86	1.37	0.76	1.40	0.73	1.24	0.72	
睡眠潛伏期	0.95	0.89	0.73	0.87	0.69	0.88	0.66	0.83	
睡眠時數	1.81	0.90	1.69	0.85	1.63	0.82	1.54	0.80	
睡眠效率	0.14	0.49	0.21	0.45	0.27	0.52	0.20	0.42	
睡眠困擾	0.83	0.49	0.67	0.49	0.68	0.52	0.53	0.51	
安眠藥	0.03	0.26	0.04	0.22	0.02	0.17	0.01	0.12	
日間功能障礙	1.80	0.87	1.65	1.05	1.40	0.92	1.07	0.89	

表二 不同時間點實習壓力與睡眠品質的相關矩陣 (N=211)

項目	第一週	第二週	第三週	第四週
	實習壓力總分	實習壓力總分	實習壓力總分	實習壓力總分
第一週實習壓力總分	1.00			
第二週實習壓力總分	0.55**	1.00		
第三週實習壓力總分	0.45**	0.78**	1.00	
第四週實習壓力總分	0.36**	0.67**	0.79**	1.00
項目	第一週	第二週	第三週	第四週
	睡眠品質總分	睡眠品質總分	睡眠品質總分	睡眠品質總分
第一週睡眠品質總分	1.00			
第二週睡眠品質總分	0.34**	1.00		
第三週睡眠品質總分	0.24**	0.67**	1.00	
第四週睡眠品質總分	0.20**	0.64**	0.70**	1.00

** $P < .01$

根據表三交叉延宕模型的整體適配度檢定結果顯示， $\chi^2 = 83.816$ (df=22, $P = 0.000$)、CFI=0.927、TFI=0.908、IFI=0.928 等指標均達大於 0.90 標準，

RMSEA=0.115。綜合幾個不同的適配指標，除了卡方考驗 (χ^2) P 值未達不顯著的理想門檻，以及 RMSEA 值未小於 0.05 之外，其他評鑑指標也都達理想門檻值。

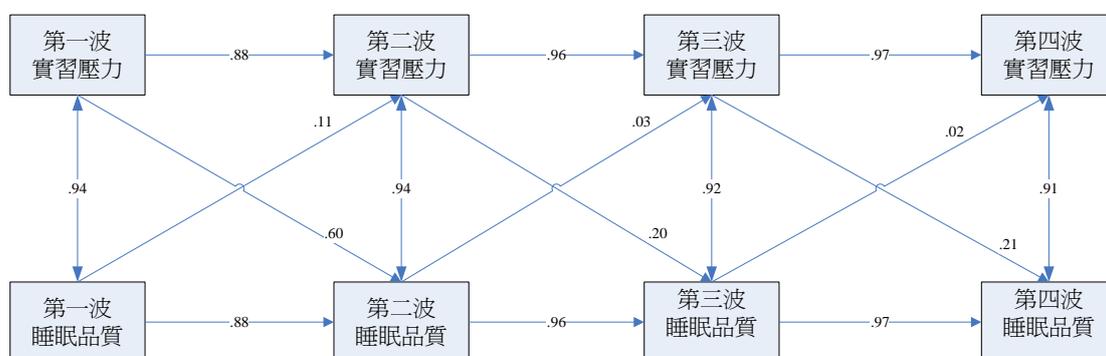
表三 交叉延宕模型的整體適配度檢定

	df	χ^2	P	TLI	IFI	CFI	RMSEA	SRMR
數值	22	83.816	0.000	0.908	0.928	0.927	0.115	0.070

二、交叉延宕相關分析

由圖二分析結果發現，實習壓力與睡眠品質間的同時係數，兩個變項在四個波次的同時相關分別為 0.94、0.94、0.92 及 0.91 ($r_{A1B1}=0.94$ 、 $r_{A2B2}=0.94$ 、 $r_{A3B3}=0.92$ 、 $r_{A4B4}=0.91$)，均達統計顯著相關 ($p < 0.05$)，顯示實習壓力與睡眠品質具有顯著

的正向關聯，且關聯程度在四個波次中相當穩定，實習壓力較睡眠品質的穩定效果 (stability effect) 為高，實習壓力為 0.88、0.96 及 0.97，而睡眠品質為 0.36、0.77 及 0.76。



圖二 四波交叉延宕模式估計結果

就交叉延宕相關係數而言，所有實習壓力對睡眠品質四個波次的交叉延宕相關係數均達 0.05 顯著水準 ($r_{A1B2}=0.60$ 、 $r_{A2B3}=0.20$ 、 $r_{A3B4}=0.21$)，顯示實習壓力與睡眠品質具有交互影響的關係。另外，第一波睡眠品質對實習壓力有達 0.05 顯著水

準 ($r_{B1A2}=0.11$)；因此，從第一波實習壓力對睡眠品質的交叉係數 0.60 ($t=8.723$) 和第一波睡眠品質對實習壓力的交叉係數 0.11 ($t=2.739$) 所呈現的延宕效果來看，實習壓力對後續的睡眠品質，以及睡眠品質對後續的實習壓力有顯著的影響效果。

但對於第三、四波睡眠品質之延宕效應交叉係數分別為(0.03及0.02)，則較不具影響。

討論

一、實習壓力

本研究中護生整體實習壓力呈中等程度，此與胡雅玲(2008)和黃鈺雯等(2011)研究相同。且實習時間愈久，則壓力感會減輕，此與李靜雯和葉秀珍(2010)研究結果相同。而四週中護生最常發生的壓力事件排名前五項之順序異動不大，其中「擔心實習成績不好」與「對病歷及醫學用不熟悉」，於四週中分別佔居第一與第三，此與李靜雯和葉秀珍(2010)的研究結果相仿；而「自己的臨床表現與自我期望有差距」於前三週排名第二，至第四週則下降至第六。可能是護生感受到臨床真實情境與課室學習假病人模擬情境是截然不同，再加上二年級護生在校尚未修習醫護英文術語及內外科護理學，因此只能懷著既期待又怕受傷害的心情面對，其過程心情難免有些落差及乏信心，以致於擔心自己的表現而影響實習成績，這是需花時間調適與因應的。

二、睡眠品質

護生於實習期間四週的睡眠品質得分

平均值均>5分，此結果與黃鈺雯等(2011)之研究雷同。尤其第一週睡眠品質不佳的護生高達72.6%，第二至四週則為40-50%，此結果與其他科系大學生睡眠品質不佳約為29.9%-76.0%相似(Kang & Chen, 2009; Vail-Smith, Felts, & Becker, 2009)。可能是初次實習的壓力及生活情境改變所致；而良好的睡眠品質會增加應對壓力的能力(Saleh et al., 2008)，故護生若已有睡眠問題，也可能會加重實習壓力。

三、不同實習階段實習壓力與睡眠品質之相關性本文發現，護生的實習壓力隨著週數增加而下降，睡眠品質亦隨著壓力下降而改善，當護生感受到較大的實習壓力時，則會有較差的睡眠品質；當護生有的睡眠品質較差時，其所承受的實習壓力愈大，此與黃鈺雯等(2011)之研究結果相同。由此可見，實習期間提升護生應對壓力的能力或睡眠品質是必要的。

結論與建議

本研究目的旨在探討五專護理科學生初次臨床實習壓力、睡眠品質及其相關性，結果如下：護生實習壓力整體呈中等程度，「擔心實習成績不好」為最常發生的壓力事件；以及四週的睡眠品質得分平均值均>5分，第一週有高達72.6%護生睡眠品質不佳。但實習壓力隨著週數增加而下降，睡眠品質亦隨著壓力下降而改善，

可見實習壓力與睡眠品質有顯著相關，實習壓力越大其睡眠品質越差。

根據研究結果本文針對教學、輔導與研究等三方面提出建議。

(一) 教學方面：實習指導老師應與護生建立正向的師生關係，給予充分的社會支持，並依護生之特質調整學習方法與進度。護生則應做好時間管理，以因應具壓力的實習階段。而課室教師應採模擬教學，提供體驗學習情境，以縮短理論與實務的差距。調整課程設計，將醫護英文術語課程安排於初次臨床實習前修習。護理人員應增進對教學的熱忱與效能，以協助護生完成實習目標。

(二) 輔導方面：實習前可提供實習指導老師與護生互動、參觀實習單位的機會，並舉辦實習前說明會，以協助護生作好實習前的各項準備。實習期間，老師應隨時關懷護生住宿狀況，並以關懷代替責罵式教學，以增進其信心及避免過度擔心實習成績不好的壓力。另護生應面對自己的壓力源，試著表達自己的感受與困難，學習正向思考及勇於做改變。而護理人員應以友善的態度，給予護生學習的時間與空間。

(三) 研究限制：本研究僅採某一所五專護理科學生作為研究樣本，故研究結果較難做概括性的推論。建議未來可進一步探討護生於實習前後，不同實習階段實習壓力程度與睡眠品質之差異；以及增加

中介變項，例如人格特質、自我效能、社會支持、因應行為等，以其研究結果能更加完臻。

參考文獻

- 王靜琳、李小璐、呂桂雲 (2010)• 影響護專學生初次實習憂鬱及其相關因素之探討• *護理暨健康照護研究*, 6 (1), 65-75。
- 李靜雯、葉秀珍 (2010)• 護生基護實習不同階段壓力改變與人格特質關係之探討• *耕莘學報*, 8, 7-18。
- 許淑蓮、林惠賢、黃秀梨、于博苒、胡文郁、羅美芳 (1997)• 護生實習壓力量表之發展與測試• *護理研究*, 5 (4), 341-351。
- 黃鈺雯、楊其璇、何淑麗、胡月娟 (2011)• 大學護理系學生實習壓力與睡眠品質之相關研究• *護理暨健康照護研究*, 7 (1), 14-25。
- 雷若莉、陳曉玫、林京芬、劉雪娥、許淑蓮 (2000)• Y 世代護生實習壓力源、學習幫助與因應行為• *長庚護理*, 11 (4), 11-23。
- 胡雅玲 (2008) • 探討某護專學生得實習壓力與相關影響因素• *耕莘學報*, 6,

- 19-34。
- 陳美娟、楊志良 (2008) • 大學生睡眠品質及其相關因素之研究-以中部某私立大學為例 • *學校衛生* , 53 , 35-55。
- 廖碧蓮 (2008) • 社工人員的工作壓力與睡眠狀況之研究 • *社區發展季刊* , 121 , 234-251。
- 蔡照文、李維倫、蔡享翰、郭恆閔 (2010) • 四技護生產科護理實習壓力與身心健康相關性之探討 • *美和技術學院學報* , 29 (1) , 63-75。
- Bolge, S. C., Doan, J. F., Kannan, H., & Baran, R.W. (2009). Association of insomnia with quality of life, work productivity, and activity impairment. *Quality of Life Research*, 18(4), 415-422.
- Buysse, D. J., Reynolds III, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a New Instrument for Psychiatric Practice and Research. *Journal of Psychiatric Research*, 28 (2), 193-213.
- Kang, J. H., & Chen, S. C. (2009). Effects of an irregular bedtime schedule on sleep quality, daytime sleepiness, and fatigue among university students in Taiwan. *BMC Public Health*, 9, 248-253.
- Lee, A. J., & Lin, W. H. (2007). Association between sleep quality and physical fitness in female young adults. *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 47(4), 462-467.
- Moscaritolo, L. M. (2009). Interventional strategies to decrease nursing student anxiety in the clinical learning environment. *Journal of Advanced Nursing*, 48(1), 17-23.
- Morin, A. K. (2006). Strategies for treating chronic insomnia. *American Journal Managed Care*, 12(8 Suppl), S230-S245.
- Nebes, R. D., Buysse, D. J., Halligan, E. M., Houck, P. R., & Monk, T. H. (2009). Self-reported sleep quality predicts poor cognitive performance in healthy older adults. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences & Social Sciences*, 64(2), 180-187.
- Puskar, K. R., & Grabiak, B. R. (2008). Rual adolescents' coping esponses: Implications for behavioral health

- nurses. *Issues Mental Health Nursing*, 29(5), 523-535.
- Saleh, D. K., Nouhi, S., Zandi, H., Lankarani, M. M., Assari, S., & Pishgou, B. (2008). The quality of sleep in coronary artery disease patients with and without Anxiety and depressive symptoms. *Indian Heart Journal*, 60(4), 309-312.
- Sharif, F., & Masoumi, S. (2005). A qualitative study of nursing student experiences of clinical practice. *BMC Nursing*, 4(6), 1-7.
- Vail-Smith, K., Felts, W., & Becker, C. (2009). Relationship between sleep quality and health risk behaviors in undergraduate college students. *College Student Journal*, 43(3), 924-930.

家有新診斷第1型糖尿病少女之護理經驗

林麗英¹、羅婉菁¹、陳惇杰²、馮明珠^{3,*}

高雄市立小港醫院護理部¹

高雄市立大同醫院內科²

高雄醫學大學附設中和紀念醫院 護理部³

摘要

本文為協助一位新診斷第1型糖尿病少女及家庭成員，彼此適應疾病的護理過程。護理期間2011年3月23日至2011年10月3日，運用Gordon 十一項功能性健康型態評估深入探討，藉由觀察、查閱病歷、與個案及父母進行多次會談及出院後以約診、電話及E-mail與案母聯繫等方式收集資料。確立有家庭因應能力失調/家庭成員罹患第1型糖尿病所致、知識缺失/新診斷第1型糖尿病有關、營養少於身體所需/過度飲食控制所致等護理問題。過程中以傾聽、同理、關懷等技巧建立信任關係，引導個案及家人抒發對疾病的感受，協助個案適應疾病及家屬參與照護，學習第1型糖尿病的知識與技巧，達到良好控制，促進健康生活品質。期許本文能提供臨床護理人員照護類似個案的參考。

關鍵字：第1型糖尿病、青少年、家庭衝擊

收文日期：2013年02月05日

接受日期：2013年10月17日

*通訊作者：馮明珠 高雄醫學大學附設中和紀念醫院 護理部護理督導

聯絡地址：807 高雄市三民區十全一路100號(6F護理部)

聯絡電話：+886-7-3121101 Ext. 5363 手機：+886-975357006 傳真：+886-7-3112995

電子信箱：820027@ms.kmuh.org.tw

The nursing experience for a family with a newly diagnosed type 1 diabetic girl

Li-Ying Lin¹, Wan-Ching Lo¹, Tun-Chieh Chen², Ming-Chu Feng^{3,*}
Department of Nursing, Kaohsiung Municipal Hsiao-Kang Hospital¹
Department of Internal Medicine, Kaohsiung Municipal Ta-Tung Hospital²
Department of Nursing, Chung-Ho Memorial Hospital, Kaohsiung Medical University³

Abstract

This article described the nursing process of helping a newly diagnosed type 1 diabetic adolescent and her family to adapt the disease. The data collection covered observation, interview, physical evaluation and technique instruction from March, 2011 to October, 2011. Applying Gordon's functional evaluations which including observation, medical history review, appointment interview, by phone and e-mail contact. We identified the nursing problems which including suffering Type1 diabetes mellitus in a family member and associated coping ability insufficiency in the family, lack of knowledge for newly diagnosed type 1 diabetes mellitus and overwhelming diet control induced malnutrition which less than the body demanded. To apply nursing skills with listening, empathy and caring to buildup trust and which also guide the patient and her family to express feelings of diabetic. It not only to help the patient to adapt the disease also the family to participate the caring process, finally to promote healthy quality of life. Expect this nursing experience would provide a reference for clinical nurses in similar cases.

Key words: Type1 Diabetes Mellitus (T1DM), Adolescent, Impact on Family

Received: Feb, 05, 2013

Accepted: Oct, 17, 2013

*Corresponding author: Ming-Chu Feng, Department of Nursing, Chung-Ho Memorial Hospital, Kaohsiung Medical University

Address: No.100 ,Tzyou 1st Road Kaohsiung 807 , Taiwan (R.O.C.)

TEL: +886-7-3121101 ext. 5363 mobile phone:+886-0975357006 Fax: +886-7-3112995

E-mail: 820027@ms.kmu.org.tw

前言

第 1 型糖尿病是一種自體免疫的慢性疾病，大多好發於兒童及青少年期，而台灣發生第 1 型糖尿病約佔全部糖尿病人數的 3%，(陳月枝、黃靜微、林元淑，2010)，粗估兒童青少年糖尿病約有 1 萬人(衛生署國民健康局，2007)，若無良好血糖控制合併症約在診斷後十五年出現，延緩或降低糖尿病併發症發生的方法仍為良好的血糖控制(陳月枝等，2010)。隨著成長過程，病童及家人將會面臨疾病衝擊與身心難題，尤其是青春期正處於生理與心理多重發展轉變的時期，故複雜度也會大於一般同齡者，是相當艱辛的考驗(張淑瑩與蔡佳玲，2009)。

本個案為 13 歲新診斷第 1 型糖尿病，除了因血糖不穩導致生理不適，更因對疾病的抗拒，拒絕學習相關知識及自我照顧技巧，再加上不想讓同學知道而不願在學校注射胰島素及監測血糖，導致家長壓力很大，除了學習照護技巧外，更因擔心個案血糖太高導致糖尿病合併症，而給予嚴格飲食控制，導致個案出現嚴重掉髮、月經紊亂等現象，讓家屬更陷入焦慮、擔心等困擾。個案正處青春期階段，生長激素

分泌旺盛要維持血糖穩定著實不易。故引發筆者藉由護理評估發現問題，以家庭為中心，針對不同情況給予適當衛教，藉由家人的協助，輔導個案面對疾病、學習自我照顧技巧及面對血糖值變化時能正確因應，克服困難，與疾病和平共處。

文獻查證

一、第 1 型糖尿病的簡介及治療

第 1 型糖尿病的導因為自體免疫破壞胰臟 β 細胞，導致無法分泌胰島素，需完全依賴胰島素治療，好發在兒童及青少年族群。臨床表徵為多喝、多吃、多尿、體重下降、疲倦、腹痛、嘔吐、脫水及尿中有酮體等(李欣蓉、李碧雲、李燕晉，2007；張齡尹，2008；梁蕙芳、林寶玉、林鳳貞，2007)，雖有許多新藥可改善糖尿病的症狀，但若要達到第 1 型糖尿病人希望的可以不靠胰島素注射控制血糖，仍有許多瓶頸與困難。糖尿病控制不良會造成全身性的大、小血管病變，進而嚴重影響生活品質及縮短壽命，因此良好血糖控制對延緩惡化併發症的發生是重要的，透過衛教長期須以胰島素治療、飲食改善及規律運動的協助達到良好糖尿病控制(吳篤安、李哲全、傅振宗，2006)。

二、第 1 型糖尿病對青少年的衝擊及護理原則

當病患罹患糖尿病後需學習與疾病共

存及日後繁瑣的自我照顧，身心承受相當大的壓力，可能會出現拒絕、憤怒、磋商、消極與沮喪等情緒反應(楊雅雯，2010)。艾瑞克森指出 12~18 歲青春期中，正值自我認同/角色混淆，此階段青少年易因疾病或疼痛住院導致日常生活無法操控、擔心與同儕分離而感到憤怒、挫敗和難過，因此易出現不合作、退縮、逞強等行為(梁蕙芳等，2007)，此階段病患亦重視身體心像及隱私，非常不願意讓別人發現在測血糖或注射胰島素(李欣蓉等，2007；Tran, Wiebe & Fortenberry, 2011)，加上飲食也須受限制，更易造成情緒及心理不平衡。針對青春發育期的第 1 型糖尿病患而言，過度限制熱量可能導致營養失調、低血糖(李明蒼與王治元，2007)，對於青春期的女性則可能出現月經紊亂、停經或寡經等現象(賴淑萍與湯馥君，2006；鄒華與彭芝藍，2007；劉安鈞與林瑞興，2011)。因此，給予適當熱量、建立均衡營養的飲食型態及維持正常生長發育是重要的，平日血糖控制應以調整胰島素劑量為首選，而非嚴格限制飲食，但需預防體重過度增加及低血糖發生，故應每 3~6 個月重新評估食物攝取量(李欣蓉等，2007)。青少年處於身心發育階段，低血糖發生的傷害比一般成人大，尤其是生理荷爾蒙易致夜間低血糖，讓病人及家屬瞭解低血糖症狀並能夠第一時間正確處理及觀察病況是很重要的(蘇佩琪，2010)。13~17 歲病人血糖治療目標

應維持 $A1C < 7.5\%$ ，才可避免血糖過低所造成的發育中之神經系統傷害(李明蒼與王治元，2007)。針對慢性病青少年的衛教照護重點為：1.應先了解青少年的感受及顧慮，可藉由多次接觸建立信任感；2.鼓勵參加第 1 型糖尿病的活動，藉由短期的團體活動過程學習自我胰島素注射、如何控制血糖、減少焦慮、增加自信心及自我照顧動機(李欣蓉等，2007；Winsett, Stender, Gower & Burghen, 2010)。唯有當他們自己願意學習胰島素注射、自我血糖監測等相關知識時，才能幫助其找出生活習慣與血糖值的相關性，有效控制血糖及應付疾病所造成的複雜問題(林素瓊，2010)。

三、第 1 型糖尿病對家庭的衝擊及護理原則

第 1 型糖尿病的疾病管理與病患心理狀態、家庭功能、支持態度和醫療照顧環境有關，為達良好控制，病患常須改變原來的日常生活型態，但此階段青少年易因種種不順遂而拒絕接受治療，因此常導致家庭的挫敗與擔憂。照護重點：1.除了關注病人外，家庭成員都須作心理調適，尤其更應給予主要照顧者適當關懷、支持及諮詢(李欣蓉等，2007；Smaldone & Ritholz, 2010)；2.協助父母了解青少年，以包容的態度相處，關懷鼓勵病人正視疾病，適時提醒其注意細節，參與疾病管理的決策，過程中不批評、不要求立刻改變，利用循序漸進提供支援系統及衛教，主動

約診密集追蹤避免親子衝突(李明蒼與王治元, 2007; 梁蕙芳等, 2007); 3. 鼓勵家屬參與衛教, 了解糖尿病及治療方式, 分辨高、低血糖症狀; 4. 鼓勵成員說出感受, 給予適當澄清及支持(蘇舫萱, 2008); 5. 此年齡層的青少年在學校時間可能比家裡多, 因此學校對糖尿病的支持也很重要, 應告知校方並提供緊急聯絡方式; 6. 鼓勵參加相關成長營及講座, 得到更多經驗分享(李欣蓉等, 2007; 李明蒼與王治元, 2007)。

護理評估

一、個案簡介

(一) 基本資料

陳小妹 13 歲, 目前就讀國一資優班。排行老大與父母及妹妹同住, 個性文靜好相處, 對學業成績要求甚高。

(二) 疾病及求醫過程

個案 2011 年 2 月底~3 月初間左臀長一膿疱, 以藥膏擦拭數日, 因傷口惡化至外科診所治療, 3 月 8 日至外科門診, 18 日母親反應個案精神不佳易疲累、口渴, 喝很多水也多尿, 食慾差同時有便秘情形, 體重一個月內減少 6 公斤, 檢驗發現飯後血糖 433mg/dl、尿液酮體 3+, 診斷為糖尿病, 19 日住院治療, 確診為第 1 型糖尿病, 23 日照會糖尿病衛教師、營養師, 3 月 30 日出院, 持續門診追蹤。

二、護理過程

筆者係專職糖尿病衛教師, 3 月 23~26 日住院期間, 運用 Gordon 十一項功能性健康型態進行評估, 藉由觀察、查閱病歷與個案及父母進行多次會談、及出院後以約診、電話及 E-mail 與案母聯繫等方式收集資料, 將資料整理與分析如下:

(一) 健康認知與健康處理型態

案母於 3 月 23 日訴: 「才小孩子, 為什麼會得糖尿病?」; 3 月 24 日: 「沒有重大疾病, 平常很少生病, 生病時會到熟悉的診所看」、「網路上有一些中藥, 可以試看看嗎? 說不定有效, 合併症寫的很可怕, 我要怎麼做?」, 3 月 25 日案父訴: 「我爸媽都有糖尿病, 我是糖尿病前期, 孩子飲食都有在注意, 還是得了, 我願意幫孩子, 該怎麼做?」。經評估, 有家庭因應能力失調/家庭成員罹患第 1 型糖尿病所致、知識缺失/新診斷第 1 型糖尿病有關。

(二) 營養代謝型態

身高 157.6 公分, 未發病時體重 40 公斤, 身體質量指數(BMI)為 16.1 kg/m²屬中度體重不足; 入院時體重 34.1 公斤, BMI 為 13.7kg/m²屬嚴重體重不足; 出院時體重增至 39 公斤。住院期間採糖尿病飲食 1800 卡/天, 能吃完食慾良好。住院前飲食習慣: 早餐在家用餐, 午餐食用學校營養午餐, 晚餐因補習, 常食用御飯糰或麵包, 晚間再以豆花湯圓或魚湯當點心, 週末大

約外食 1-2 次，無挑食或暴飲暴食情形，飲水量約 1500-2000cc/天，皮膚飽滿度良好。5 月 17 日案母訴：「體重又少 1 公斤，現在只剩 38 公斤」、「最近頭髮掉的很厲害，擔心還有其他的病沒發現」，實際幫個案梳頭發現一手約能梳掉近 50 根頭髮。6 月 30 日案母訴：「出院後，早、晚餐都有照營養師建議的準備，營養師建議一餐油脂要 2~3 茶匙，但油脂很難測量，所以儘量少油或改水煮」、「她(個案)不想太胖，營養師所建議的點心都沒吃」，經評估個案有營養攝取不足低於身體所需的情形。

(三) 排泄型態

每日一次黃色軟便，解尿正常約 6~8 次/日，尿液呈淡黃清澈。住院前 10 天有便秘及頻尿、夜尿(2~3 次)情形，家屬自行給予甘油灌腸未解，住院中依醫囑給予口服 MgO (250mg) 1# Tid，可解便 1~2 次/日，待血糖穩定後頻尿、夜尿情形改善。

(四) 活動與運動型態

個案除體育課外，平時無運動習慣；出院後與母親於晚間至圖書館外健走 30 分鐘以上，天冷時則在家中使用跑步機健走。

(五) 睡眠休息型態

睡眠時間約一天 7~8 小時，上課精神良好且注意力集中。

(六) 認知感受型態

個案意識清楚，無近視，聽、嗅、味、

觸等感覺正常。個案左臀傷口於 3 月 20 日已結痂癒合，住院期間 fusotex 藥膏使用，目前皮膚外表完整光滑。

(七) 自我感受與自我概念型態：

個案從小就乖巧聽話，學業自我要求很高，主動要求課後輔導課程，對自己功課表現感到滿意。3 月 23 日第一次會談過程中低頭不語、流淚，一句話也沒說；3 月 24 日第二次會談時個案仍不發一語，斷斷續續流淚，案母訴：「她(個案)還不能接受」、「醫生說以後要每天驗血糖和打胰島素來控制血糖，驗血糖、打針會很痛嗎？我可以都試看看嗎？」，個案看完母親自行扎針後表示不痛，鼓勵個案試著操作看看，個案仍流淚搖頭表示不要，對於學習胰島素注射技巧及血糖監測完全無動機；3 月 26 日案父訴：「我想跟太太一起照顧孩子，但是我該怎麼做？」；5 月 17 日案母訴：「她(個案)好幾次量出血糖值較高時會流淚，(個案)還說寧可低血糖也不要高血糖，我也不想太胖」；6 月 5 日於門診會談，個案第一次有笑容，主動開口說學校的情形，很高興出院後學校考試全班第二名，個案訴：「老師請喝飲料會特別為我準備無糖飲料，我還不願讓同學知道」；6 月 24 日案母訴：「糖化血色素降為 5.9 %跟正常人一樣，會不會已沒有糖尿病」，顯示案母對疾病仍未完全接受。經評估有知識缺失/新診斷第 1 型糖尿病有關的健康問題。

(八) 角色關係型態

個案為 13 歲青少女，與父母及妹妹感情融洽，家庭支持系統良好，在學校與師長、同學相處和睦。

(九) 性生殖型態

小學五年級暑假第一次月經，前半年較不規律，之後週期規律約為 28-30 天，5 月 17 日案母訴：「月經從 3 月 18 日住院後到現在就一直沒來，最後一次是 2 月底左右」，3 月住院後月經紊亂。

(十) 因應壓力耐受型態

個案認為生命中最重要的是家人，平時情緒低落、面對壓力、挫折、不如意時或求學過程碰到任何困難時會跟父、母親及妹妹討論，家人以個案本身意見為主，治療過程父母給予相當的協助，未強迫個案立即學習自我照顧技巧。4 月 10 日案母轉述生病後妹妹的情緒反應：「我也肺炎住院，都關心姊姊就好了，不要理我」，顯示疾病對於家人造成相當大的壓力。

(十一) 價值信念型態

無特定宗教信仰，但偶爾會與家人至廟宇拜拜。

問題確立

依護理評估與分析，確立個案主要健康問題包括：家庭因應能力失調/家庭成員罹患第 1 型糖尿病所致、知識缺失/新診斷第 1 型糖尿病有關、營養少於身體所需/過度飲食控制所致。

護理目標、護理措施與評值

【健康問題一】 家庭因應能力失調/家庭成員罹患第1型糖尿病所致(2011/3/23~9/24)

主觀資料	<p>S：1.3/23案母訴：「才小孩子，為什麼會得糖尿病？」。</p> <p>2.3/25案父訴：「我爸媽都有糖尿病，我是糖尿病前期，孩子飲食都有在注意，還是得了，我願意幫孩子，該怎麼做？」。</p> <p>3.4/10案母轉述生病後妹妹的情緒反應：「我也肺炎住院，都關心姊姊就好了，不要理我。」</p> <p>4.6/24案母訴：「糖化血色素降為5.9 %跟正常人一樣，會不會已沒有糖尿病」</p>
客觀資料	<p>O：1.3/19 Insulin<1.53μIU/ml、C-peptide：0.55ng/ml、GAD：89.4U/ml、A1C：11.9%確診第1型糖尿病。</p> <p>2.3/23~26個案皆流淚低頭不語，以點頭、搖頭回應。</p> <p>3.3/25教導個案胰島素注射時，雙手緊握不願碰觸注射。</p> <p>4.3/30~7/30電訪追蹤，個案仍不願意執行胰島素注射。</p>
護理目標	<p>1.出院後第一次回診追蹤，個案能配合家人協助胰島素注射及血糖監測。</p> <p>2.6個月內個案能自己執行胰島素注射及血糖監測，願說出心裡感受。</p>
護理措施	<p>(住院期間：3/23~3/26)</p> <p>1.不勉強個案需立即學習執行胰島素注射及血糖監測，避免產生抗拒。</p> <p>2.鼓勵個案配合家人的協助，強調胰島素注射及血糖監測對第1型糖尿病控制的重要性，4/8回診時追蹤個案配合情形。</p> <p>3.與個案及家屬討論回校可能面對的問題，如該如何處理低血糖。</p>
護理措施	<p>4.準備第1型糖尿病相關衛教資料給學校導師及校護，增加對疾病了解，必要時願意協助溝通。</p> <p>5.介紹「糖尿病醫師的自療筆記」書籍及相關網站，透過同樣患有第一型</p>

	<p>糖尿病作者與糖尿病共處20年的故事，給家長及個案正向啟示。</p> <p>6.介紹第1型糖尿病病友團體—台北：財團法人天主教康泰醫療教育基金會-糖尿病童服務組及高雄：財團法人蔡瑞熊健康關懷文教基金會及相關活動訊息，增強個案獨立面對疾病的能力。</p> <p>7.提供諮詢電話及E-mail，讓家屬可隨時諮詢，降低家屬對疾病陌生感的焦慮。</p> <p>(出院後：3/31~8/3)</p> <p>1.4/10 同理妹妹的感受，提出個案的困境與妹妹討論，鼓勵與家人共同協助，以包容的態度幫助個案面對疾病。</p> <p>2.5/17以電話告知案母：(1) 財團法人天主教康泰醫療教育基金會於7/30~8/1舉辦「康泰第十九屆IDDM青少年活力營」，鼓勵個案及妹妹參加，藉由營隊3天2夜的活動與隊友共同面對如何控制第1型糖尿病，妹妹可利用陪同過程了解疾病，減少手足爭寵情結，並將活動宣傳單及報名表E-mail給案母。(2) 並可協助提供個案資料給相關活動工作人員，讓家長放心。</p> <p>3.6/24 同理案母的心情，對於血糖控制良好給予正向鼓勵，再次強調第1型糖尿病為無法根治之慢性病，並澄清案母對疾病錯誤的期望。</p> <p>4.8/3以電話告知案母：康泰醫療教育基金會於9/24舉辦「第1型糖尿病甜蜜家庭成長坊」，對象主要是針對家長，以小團體活動方式帶領家長面對及處理孩子的疾病及家長間的彼此分享與陪伴能共同成長，並將活動宣傳單及報名表E-mail給案母。</p>
<p>護理 評 值</p>	<p>1.4/8回診，個案能配合家人每日胰島素注射及血糖監測。</p> <p>2.4/15電訪，案母訴：「每次諮詢後澄清一些觀念會比較有安全感，對血糖變化要如何處理也較有方向」。</p> <p>3.6/5個案開始願意對衛教師說話，第一次有笑容，表示：「老師知道我有糖</p>

<p>尿病，若請喝飲料會特別訂無糖茶給我，但還是不想讓同學知道、還不想自己打針」。</p> <p>4.6/23案母來電訴：「心情差壓力很大，先生陪同去拜訪病友家屬，說了很多，心情有好一點」、「到現在還是我們幫忙打針、量血糖」。</p> <p>5.6/30電訪，案父訴：「我現在帶她（個案）到糖尿病用品專賣店選購適合的零食時，會多買一份讓她（個案）送給妹妹，既能安慰她（個案）又能讓妹妹開心，避免姐妹爭寵衝突，家人彼此的情感變得融洽」，顯示個案的支持系統良好。</p> <p>6.8/27電訪，案母訴：「參加夏令營後會自己打針，心態也改很多不會常常哭」、「妹妹現在不會愛爭寵，會幫忙」、「生病以來我瘦了十公斤，現在全家都跟著飲食改變，沒再胖回來算是額外賺到」，顯示已漸漸適應疾病。</p> <p>7.10/3案母來電訴：「參加第1型糖尿病甜蜜家庭成長坊收穫很多」。</p>

【健康問題二】知識缺失/新診斷第1型糖尿病有關(2011/3/24~8/27)

主觀資料	<p>S：1.3/24案母訴：「她(個案)還不能接受」、「網路上有一些中藥，可以試看看嗎？說不定有效，合併症寫的很可怕，我要怎麼做？」。</p> <p>2.3/25案母訴：「醫生說以後要每天驗血糖和打胰島素來控制血糖，驗血糖、打針會很痛嗎？我可以都試看看嗎？」。</p> <p>3.3/26案父訴：「我想跟太太一起照顧孩子，但是我該怎麼做？」。</p>
客觀資料	<p>O：1.3/24個案及家屬均不了解第1型糖尿病。</p> <p>2.3/25個案及家屬對血糖監測及胰島素注射技巧陌生。</p> <p>3.3/25個案抗拒學習血糖監測及胰島素注射。</p>
護理目標	<p>1.3/24個案及家屬能了解第1型糖尿病及胰島素治療之重要。</p> <p>2.3/27個案及家屬能了解低血糖的原因、症狀、處理及預防。</p> <p>3.3/27前，父母能於病房正確執行胰島素注射及血糖監測。</p> <p>4.6個月內個案能願意並正確執行胰島素注射及血糖監測，養成預防低血糖發生的習慣。</p>
護理措施	<p>(住院期間：3/24~3/30)</p> <p>1.3/24~25衛教第1型糖尿病的生理代謝、病因、診斷標準、治療方式、控制標準、急慢性合併症、日常配合的方法。</p> <p>2.3/25~26衛教胰島素注射技巧，利用示教及回覆練習注射於模型至正確為止，協助母親自行注射，感受扎針經驗，減低對胰島素注射的擔憂，與病房護理人員聯繫個案暫由案母協助胰島素注射，由病房護理人員追蹤住院期間案母實際執行情形；衛教血糖監測技巧，評估個案皮膚情況建議適當扎針刻度、部位，將疼痛感降至最低，建議一天兩次血糖監測，教導正確記錄方式。</p> <p>3.3/25~26衛教低血糖的症狀及處理方式，清醒時立即服用含10-15公克的糖(如糖水、糖果、糖包)，離下一餐若還有一小時以上，再補充一份含醣食</p>

	<p>物，如一片吐司或一杯牛奶。意識不清時，不可灌任何液體或糖果，可從齒縫灌入蜂蜜或糖漿並立即送醫；強調養成隨身預防習慣，建議實際較可行的方式如單包裝的糖果或15公克的單包裝葡萄糖粉等方便攜帶。</p> <p>4.提供電話及E-mail等聯繫方式，讓家屬可諮詢，降低對疾病的焦慮。</p>
<p>護理 評 值</p>	<p>1.3/24~3/26個案無學習動機，能安靜傾聽及觀看衛教過程。</p> <p>2.3/27關心詢問個案有無發生低血糖，個案訴：「只要肚子餓、無力與冒冷汗的低血糖症狀出現，就趕快吃三顆糖果」。</p> <p>3.3/27~3/30追蹤病房護理人員得知案母能正確執行胰島素注射及血糖監測，並協商出院後暫由父、母親協助。</p> <p>4.4/6案母來電：「昨晚12點時她很不舒服，當時量血糖只有30 mg/dl，給3顆糖果後，再量一次血糖有上升到68 mg/dl，再給一瓶立攝氏糖尿病配方飲品，症狀緩解了才敢讓她去睡覺，今早空腹血糖值80 mg/dl，最近這一週晚間常低血糖，是否要跟醫師討論減胰島素劑量？」顯示家屬能即時並正確處理低血糖，及適時跟醫療人員討論胰島素劑量的調整，個案書包會備糖果，預防低血糖發生。</p> <p>5.5/21案母來電：「我網路上的偏方買很多，了解越多就不敢用，還好有問題都可打電話問」，顯示提供家屬方便的諮詢是重要的。</p> <p>6.8/27電訪，案母訴：「7月30日~8月1日與妹妹一同參加康泰第1型糖尿病青少年營，過程中胰島素注射及血糖監測皆自行完成，目前早上胰島素仍會撒嬌讓父親協助注射，晚餐見我忙會自己注射胰島素及血糖監測」，顯示個案有能力執行自我照顧，但由個案及家屬的主訴內容發現心裡仍未完全接納疾病。</p>

【健康問題三】營養少於身體所需/過度飲食控制所致(2011/5/17~12/6)

主觀資料	<p>S：1.5/17案母來電訴：「她(個案)好幾次量出血糖值較高時會流淚，還說寧可低血糖也不要高血糖，也不想太胖」。</p> <p>2.5/17案母來電訴：「月經從3月18日住院後到現在就一直沒來，最後一次是2月底左右」、「最近頭髮掉的很厲害，擔心還有其他的病沒發現」、「5/20要回診追蹤」。</p>
主觀資料	<p>3.6/17電訪，案母訴：「胰島素劑量都有照醫師建議的方式調整，但月經還是沒來而且頭髮仍舊掉的很厲害」。</p> <p>4.6/30案母：「出院後，早、晚餐都有照營養師建議的準備，營養師建議一餐油脂要2~3茶匙，但油脂很難測量，所以儘量少油或改水煮」、「她(個案)不想太胖，營養師所建議的點心都沒吃」。</p>
客觀資料	<p>O：1.體重變化：2月：40 kg/BMI=16.1，屬中度體重不足→3/19：34 kg/BMI=13.7，屬嚴重體重不足→3/26：39 kg→4/21：37 kg→6/30：40 kg，BMI=16.1，屬中度體重不足。</p> <p>2.5/17幫個案梳頭發現一手約能梳掉近50根頭髮。</p> <p>3.6/18 A1C：5.9%，顯示個案確實嚴格控制飲食。</p>
護理目標	<p>1.6/30個案及家屬能了解並配合成長適度調整飲食的重要。</p> <p>2.6個月後能維持A1C=7.0~7.5%。</p>
護理措施	<p>1.參照住院中照會營養師所設計之飲食計畫，提醒案母食物分類與份量，給予食物熱量代換卡及教導分辨食物標示，吃點心時可比對，適當補充。建議母親以餐盒準備足量食物，確認個案是否吃完，鼓勵配合血糖值紀錄飲食日誌。</p> <p>2.5/20於門診回診時，協助將個案問題反應給主治醫師，與醫師討論後，醫師建議當空腹血糖>200mg/dl時，增加Novo- Rapid 1u皮下注射，並提醒注意血糖變化。</p>

	<p>3.6/17回診時與醫師討論個案情況，醫囑開立T3、TSH、Zn抽血檢驗，追蹤是否有其它內分泌問題。</p> <p>4.6/24查詢6/17抽血檢驗報告皆正常，與營養師討論個案情況、醫師處理過程及相關檢驗報告，請營養師評估個案之飲食設計是否需調整。</p>
<p>護理措施</p>	<p>5.6/30個案回診追蹤，營養師評估每日飲食攝取後發現每日主食與油脂攝取不足，營養師協助調整並建議案母每日主食由12份增加為14份，油脂由8份增加為9份，油脂以芝麻粉加在牛奶以確實攝取。</p> <p>6.因個案對成績很重視，教導攝取不足導致低血糖時易引起注意力不佳影響上課，促進其對營養攝取的重視。</p>
<p>護理評值</p>	<p>1.出院後母親能按營養師所設計份量與熱量準備飲食，血糖值及飲食紀錄完整，但因個案點心皆沒吃，顯示每日的飲食並無攝取足夠。</p> <p>2.6/17追蹤血液檢驗報告T3：78.65ng/dl、TSH:2：117μIU/ml、Zn：123μg/dl皆為正常，評估後尚未發現其它內分泌疾病。</p> <p>3.7/15電訪，案母訴：「自6/30營養師建議要增加主食及油脂份量，餐點準備都有配合增加，牛奶加芝麻粉她也覺得好喝，點心現在也會吃完」、「體重增加至43 kg，掉髮改善」，顯示個案營養攝取漸改善。</p> <p>4.9/20案母來電訴：「上週月經來了，終於恢復正常」。</p> <p>5.追蹤個案A1C報告的變化，自6/18 A1C：5.9%、9/6 A1C：6.1%、12/6 A1C：7.2%，顯示個案血糖過度控制情形有改善。</p>

討論與結論

本文探討一位新診斷第1型糖尿病少女，運用護理評估，發現健康問題主要有：家庭因應能力失調、知識缺失、營養不均衡等問題，而其中最大的限制來自於個案在會談過程時中始終不發一語且對照顧技

巧無學習動機，個案的抗拒無法於住院中克服，加上正處於升學課業繁重的年紀，因此主要由父母親反應個案問題與衛教師共同討論尋求改善方法，過程中透過多次會談諮詢及電話訪談，讓個案及家屬了解疾病，克服心理的害怕及焦慮，學習照顧技巧，正向適應疾病，推薦相關的勵志書

籍，鼓勵參加糖尿病青少年夏令營利用團體支持，增進自信心，學習與疾病共存。

糖尿病屬慢性疾病，長期的生活起居調整更顯重要，照護過程中深深感受每位糖尿病患者都是獨立個體，不同的年齡層與不同的家庭皆會影響疾病控制，在 12 天的住院期間，要個案及家屬立即接受罹病事實、學習照護技巧及應變疾病可能發生的高低血糖變化著實是有很大的困難，再加上個案正處於升學壓力及青春期的成長變化皆易造成血糖的不穩定，這與以往的文獻相似（張淑瑩與蔡佳玲，2009），因此筆者利用門診追蹤、電訪及 E-mail 方式連繫，建立長期良好護病關係，陪伴個案及家屬坦然面對疾病，協助處理身心問題，提供持續性的照護。

藉此照護經驗，建議護理人員照護此類病患時，除改善減輕生理症狀外，應重視疾病對家庭的衝擊，適時介入鼓勵家屬參與，惟有家人的支持、鼓勵及陪伴，才能使個案坦然正向面對疾病。

參考文獻

吳篤安、李哲全、傅振宗 (2006)·糖尿病治療的展望·*慈濟醫學*，18 (1_S)，45-51。

李明蒼、王治元 (2007)·兒童第 1 型糖尿病之照顧及衛教·*中華民國內分泌暨糖尿病學會會刊*，21 (1)，28-38。

李欣蓉、李碧雲、李燕晉、汪宜靜、林文星、林宜佳等 (2007)·*青少年糖尿病*·臺中市：衛生署國民健康局。

林素瓊 (2010)·*血糖自我監測與血糖控制*·*中華民國糖尿病衛教學會會訊* 6，12-16。

張淑瑩、蔡佳玲 (2009)·照顧一位第一型糖尿病青少年病患之護理經驗·*長庚護理*，20 (3)，364-374。

張齡尹 (2008)·從兒童青少年糖尿病談起~兒童青少年糖尿病人口逐漸增加，我們能做什麼？·*內分泌暨糖尿病學會會刊*，21 (2)，13-14。

梁蕙芳、林寶玉、林鳳貞、李奕儒、吳麗敏、邱慧洳等 (2007)·*兒科護理學*·臺北市：華杏。

陳月枝、黃靜微、林元淑、張綠怡、蔡綠蓉、林美華 (2010)·*兒童內分泌系統疾病及其護理*·陳月枝總效閱，*實用兒科護理*(六版，812-828 頁)·台北市：華杏。

楊雅雯 (2011)·控制糖尿病，從“心”開始·*中華民國糖尿病衛教學會會刊*，3，1-2。

鄒華、彭芝藍 (2007)·對女性運動員月經紊亂認識的進展·*中國組織工程研究*

- 與臨床康復，11 (30)，6073-6075。
- 劉安鈞、林瑞興 (2011)·女子競技體操選手在發育時期體重控制之探討·屏東教大體育，14，42-48。
- 衛生署國民健康局 (2007)·第一屆聯合國世界糖尿病日－Unite for Diabetes。2011年7月1日。取自：<http://www.bhp.doh.gov.tw/BHPNet/Web/News/News.aspx?No=200712250345>
- 賴淑萍、湯馥君 (2006)·女運動員體型意識與飲食行為、身體組成之探討·臺灣營養學會雜誌，31 (4)，127-136。
- 蘇佩琪 (2010)·漫談夜間低血糖症的認知及其護理處置·中華民國糖尿病衛教學會會刊，12，1-3。
- 蘇舫萱 (2008)·一位第1型糖尿病學童的家庭護理經驗·中華民國糖尿病衛教學會會刊，6，1-15。
- Smaldone, A., & Ritholz, M.D. (2010) . Perceptions of parenting children with type 1 diabetes diagnosed in early childhood. *Journal of Pediatric Health Care, 25(2)*, 87-95.
- Tran, V., Wiebe, D.J., Fortenberry, K.T., Butler, J.M., & Berg C.A. (2011) . Benefit finding, affective reactions to diabetes stress, and diabetes management among early adolescents. *Health Psychology, 30(2)*, 212-219.
- Winsett, R.P., Stender, S.R., Gower, G., & Burghen G.A. (2010) . Adolescent self-efficacy and resilience in participants attending a diabetes camp. *Pediatric Nursing, 36(6)*, 293-296.

安泰醫護雜誌宗旨

「安泰醫護雜誌」係安泰醫療社團法人安泰醫院所出版之學術期刊。歡迎海內外學者與醫學與醫事相關領域等有關之學術論述、專題討論、專案報告及個案討論，未曾刊登於其他國內外期刊者，均可投稿。本刊每年出版四期，請海內外學者踴躍投稿。

安泰醫護雜誌投稿規則

一、請投稿者以中文或英文撰寫，中文使用標楷體，英文使用 Times New Roman，皆以 12 號字型為主。稿件一律使用 A4 規格，版面邊界上下左右皆為 **2.54cm**，段落行距為 **1.5 倍行高**。從首頁開始，每頁均須依序排列頁碼。每篇以 **10,000** 字為限(含圖、表、參考文獻、附件)。

二、稿件請以如下之格式撰寫：(請務必遵守下列投稿格式規定，不符者將無法進入審查程序，直接予以退回修改) 論文應依下列次序撰寫：

(一) 稿件請依下列順序分頁書寫：

- 1.第一頁：只寫題目、作者姓名、工作單位及職稱、簡略題目 (running title, 中文以 20 字或英文 40 字母以內)、通訊作者 (corresponding author) 之聯絡地址、電話及 e-mail (以上請中英文並列)。
- 2.第二頁：題目、摘要及關鍵字 (以上請中英文並列)。
- 3.第三頁起：請按本文、致謝、參考文獻、附件等順序撰寫。

(二) 摘要 (Abstract)

- 1.內容應涵蓋研究之目的、方法、結果與結論，撰寫時應儘量包含關鍵詞以突顯論文主題，以不超過 350 字為原則。
- 2.關鍵詞(Keyword)：具中、英文關鍵詞 3-7 個，分別列於摘要之下。

(三) 正文 (Text)

- 1.分為綜合論述 (Review)、研究原著 (Original Article) 及個案報告、病例報告 (Case Report) 及行政專案改善 (醫管類)，共計四類別。
- 2.原著論文按下列順序撰寫：前言、材料與方法、結果、討論與結論、誌謝、參考文獻、附表、圖片說明、圖片 (含照片)。

3. 病例報告按下列順序：前言、病例、討論、參考文獻、附表、圖片說明、附圖、照片。

4. 臨床病例討論按病例之病史經過及重要之診療資料、主要之臨床問題、討論或分析、結論、推薦讀物順序撰寫。

5. 護理研究按下列順序撰寫：前言、方法、結果、討論與結論、誌謝、參考文獻、附表、圖片說明、圖片（含照片）。

（四）誌謝（Acknowledgement）

記載協助完成論文之個人姓名、服務機構與協助事項，以及提供經費、設備等之單位名稱，以便讀者進一步追蹤研究。

（五）參考文獻（Reference）

論文中文獻引用書寫格式為求統一，須以 2001 年（第 5 版）美國心理學會（American Psychological Association，簡稱 APA）出版手冊之格式為準。中文的論文格式，基本上仍以英文的 APA 格式書寫，並請參照下列幾點說明：

1. 內文及文末之參考文獻，所有的出版年均以西元年代表達。
2. 內文之中文作者均以全名（姓與名）來書寫，英文作者只使用姓而不使用名。
3. 文末參考文獻之書名和期刊名均以斜體字來表達。
4. 參考文獻以中文在前，西文在後。中文文獻應使用中式（全形）標點符號，而英文文獻則使用西式（半形）的標點符號。在西式標點符號後需空一格（space）後才繼續文字的書寫。
5. 註釋，請盡量避免，而改以文章中敘述。
6. 其他請參照英文版 APA 出版手冊之規定。
7. 範例：

內文引註格式

一、單一作者

Smith (2008) 或 (Smith, 2008) ；邱浩政 (2006) 或 (邱浩政, 2006)

二、兩位作者

吳明隆與涂金堂 (2005) 或 (吳明隆與涂金堂, 2005) ；Roger and Smith (2001)
或 (Roger & Smith, 2001)

三、三位以上作者

第一次引用時，林靖中、康信鴻、詹司如 (2005) 或 (林靖中、康信鴻、詹司

如，2004)；Herman, Kuczaj, and Holder (2001) 或 (Herman, Kuczaj & Holder, 2001)。第二次及以後引用時：林靖中等 (2007) ...，Herman 等(2001)

文末參考文獻格式

一、期刊

(一) 中文期刊

陳清軒、潘豐泉、徐婉貞、陳森基 (2007)。運用六標準差改善加護病房病人安全之研究。大仁學報，30，63-82。

(二) 英文期刊

1. 單一作者

Kirk, D. (1995). Environmental management in hotels. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 7, 3-8.

2. 二到六位作者

Murphy, J., Edward, F., & Edward, W. (1996). Hotel management and marketing on the internet. *International Journal of Hospitality Management*, 15, 155-163.

3. 六位作者以上

Blake, A., Durbarry, R., Eugenio-Martin, J. L., Goorochurn, N., Hay, B., Lennon, J., et al. (2006). Intergrating forecasting and CGE models: The case of tourism in Scotland. *Tourism Management*, 27, 292-305.

二、一般書籍

陳月枝 (1998)。小兒科護理學。台北：華杏。

Thomas, J. R., & Nelson, J. K. (2001). *Research Method in Physical Activity (4th ed.)*. Champaign, IL: Human Kinetics.

三、書籍專章與論文集

(一) 中文書籍

林振春 (1996)。社區學院的課程與教學設計。載於中華民國社區教育學會主編，社區學校化 (頁 64-104)。台北：師大學苑。

(二) 英文書籍

Nobel, E. G., & Taylor, A. W. (1992). Biochemistry and physical activity. In C. Bouchard, B. D. McPherson, & A. W. Taylor (Eds.), *Physical activity sciences* (pp. 51-55). Champaign, IL: Human Kinetics .

四、學位論文

陳重佑 (2000)。不同動量打擊練習過程中的肢體動力學控制。博士論文，國立台灣師範大學，台北市。

Anderson, R. D., & Mitchener, C. P. (1994). Research on science teacher education. In D. L. Gabel (Ed.), *Handbook of research on science teaching and learning* (pp.3-44). New York: MacMillan.

五、翻譯書籍

鄭志富、吳國銑、蕭嘉惠 (譯) (2000)。運動行銷學。台北市：華泰。(Pitts, B.D., & Stotlar, D. K., 1996)

六、雜誌

(一) 中文雜誌

程昊 (2000, 6 月 18 日)。E 時代人才創新管理。《時報週刊》，270，89-91。

(二) 英文雜誌

Posner, M. I. (1993, October 29). Seeing the mind. *Science*, 262, 673-674.

七、報紙

(一) 中文報紙 (有作者)

高正源 (2002, 4 月 30 日)。運動產業。《麗台運動報》，4 版。

(二) 中文報紙 (無作者)

開門揖盜 (2005年10月23日)。《自由時報》，A2版。

(三) 英文報紙 (有作者)

Schwartz, J. (1993, September 30). Obesity affects economic, social status. *The Washington Post*, pp. A1, A4.

(四) 英文報紙 (無作者)

The new health-care lexicon (1993). *Copy Editor*, 4, 1-2.

八、網頁 Online periodical:

莊順斌 (2004)。多通路銷售將是零售業者未來無可避免的趨勢。經濟部技術處產業電子化指標與標準研究計畫。2008 年 7 月 5 日。取自：
<http://doit.moea.gov.tw/>

(六) 附圖、附表 (Illustration, Table)

圖表須注意縮版印刷後，仍能完整清晰；且圖表之說明須清楚，所使用之文字、數字及符號須與中文一致。若引用別人之圖表須註明資料來源。

三、凡刊載於本雜誌之著作，若涉及『研究用人體檢驗採集』及『人體試驗』等情事，

須附上相關審議認可之文件；若涉及使用脊椎動物進行科學應用計畫者，須附上所屬機構動物實驗管理小組審議認可之文件。

四、著作中若牽扯到任何版權所有之內容，作者需取得其使用權，法律責任由作者負責。

投稿請參照稿件核對表準備所需項目，同時附上著作權讓與同意書後，稿件才會進入審稿程序，所有作者必須實際參與並同意該論述。

五、稿件請備妥書面一式三份及光碟片一份，接受稿件後，編輯委員會即依審稿流程送審，並將送審結果以書函或 E-mail 通知投稿者。(英文稿件請務必附上編修證明)。

六、校稿部分，一校由作者負責，校稿、簽名後請於 3 日內回覆本編輯委員會，並不得更改原文。

七、稿件於本刊接受刊登時，須請作者提供最終版本之光碟片一份，或將最終檔案 E-mail 至本編輯委員會。本院於接受稿件且印刷完成後，將贈送 20 份抽印本給通訊作者。

八、著作人投稿於本刊時，務必保證本論文為自行創作，不曾同時投稿或發表於其他國內外雜誌，作者有權依投稿時所簽屬之「安泰醫護雜誌投稿論文著作權讓與同意書」為著作財產權之讓與，授權著作未侵害任何第三人之智慧財產權，若有違反學術倫理之情事，一經本刊確認無誤後，本刊將有予以「撤稿」之權利。且經本刊收錄後，同意授權本刊得再授權國家圖書館『遠距圖書服務系統』或其他資料庫業者，進行重製、透過網路提供服務、授權用戶下載、列印、瀏覽等行為。並得為符合『遠距圖書服務系統』或其他資料庫之需求，酌作格式之修改。

十、投稿請先填妥「安泰醫護雜誌著作權讓與同意書」、「投稿檢查表」、「英文摘要修改證明」，並且連同「3 份紙本稿件」與「電子檔光碟」，郵寄至「92842 屏東縣東港鎮中正路一段 210 號，安泰醫護雜誌編輯部收」，安泰醫護雜誌編輯部聯絡電話：**08-8329966 轉 1111**，傳真：08-8329977，E-mail：**a102043@mail.tsmh.org.tw**，聯絡人：**黃界銘**。

安泰醫護雜誌 著作權讓與同意書

一、本人(等)擬以：原著研究，綜合論述，個案報告、病例報告，行政專案改善，新完成之著作，申請投稿於安泰醫護雜誌。

中文題目：_____

英文題目：_____

二、本篇列名之所有作者均已詳細閱讀本文並同意對論文之內容負責，保證本論文為自行創作，不曾同時投稿或發表於其他國內外雜誌。

三、本篇列名之所有作者皆同意在 貴雜誌接受審查期間不投其他雜誌，作者有權依本同意書為著作財產權之讓與，且授權著作未侵害任何第三人之智慧財產權，本文之著作財產權轉讓與安泰醫護雜誌所有，惟本人自行集結出版、教學使用、個人網站使用等不受此限制。

四、本文稿所有列名之作者均對本文之完成提供智慧上實際貢獻，均能擔負修改及答覆審查者之意見，且願對本文之內容承擔法律責任

五、本篇論文投稿前所有簽名著者均仔細過目，並已詳細參閱安泰醫學雜誌投稿規則，謹慎查對無誤後投寄。

特此聲明

所有作者親筆簽名(請依照著者順序簽名)：

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

通訊作者資料

姓名：_____

聯絡電話：_____

傳真號碼：_____

E-mail 信箱：_____

通訊地址：_____

日期：_____年_____月_____日

安泰醫護雜誌 投稿檢查表

一、常規項目(General)

- () 投稿文章正本 3 份(含圖表)，及電子檔光碟片一份
- () 註明投稿類別：() 原著；() 綜合論述；() 個案報告、病例報告；()

行政專案改善

二、首頁(Title Page)

- () 註明所有作者之姓名、單位(中、英文)
- () 註明通訊作者及其完整的聯絡方式(包含住址、電話、傳真、電子郵件信箱等)
- () 投稿文章題目以簡短為主(中文 20 字或英文 40 個字母以內)
- () 在英文標題下註明中文標題
- () 在中文標題下註明英文標題

三、摘要(Abstract Page)

- () 英文文獻除英文摘要外，請附上中文摘要
- () 中文文獻除中文摘要外，請附上英文摘要
- () 關鍵詞(Key word)：中英問關鍵詞 3~7 個，分別列於摘要之下

四、參考文獻(Reference)

- () 論文中文獻引用書寫格式為求統一，須以 2001 年(第 5 版)美國心理學會(APA)出版手冊之格式為準。內文及文末之參考文獻，所有的出版年均以西元年代表達。
- () 內文之中文作者均以全名(姓與名)來書寫，英文作者只使用姓而不使用名。
- () 文末參考文獻之書名和期刊名均以斜體字來表達。
- () 參考文獻以中文在前，西文在後。中文文獻應使用中式(全形)標點符號，而英文文獻則使用西式(半形)的標點符號，在西式標點符號後需空一格(space)。
- () 註釋，請盡量避免，而改以文章中敘述。
- () 其他請參照英文版 APA 出版手冊之規定。

五、表格(Table)

- () 依表格出現先後順序標以序號
- () 每一頁一張表格並在表格下註解說明(double spaced)
- () 每張表格須註明標題

六、圖片(Figure)

- () 提供三份圖片照片(5 吋*7 吋大小)，並在照片背後以簽字筆註明序號及文章標提(如果是掃描圖片之電子檔，在 word 軟體下，每一頁放一張圖片，且於投稿的同時，一併燒錄於光碟中)。
- () 每一張圖片下需註解說明(double spaced)

七、著作權讓與同意書(Copyright Assignment)

- () 所有作者皆予以簽名(須附上著作權讓與同意書後，稿件才會進入審稿程序)

八、英文修改證明(English modified to prove)

- () 英文稿或中文稿件之英文簡錄需自行請英文專家修改，並附英文修改證明。

簽名(Signature) : _____

Instructions to Authors

T.S.M.H Medical & Nursing Journal invites original contributions relating to all fields of medicine and related disciplines that are of interest to the medical profession.

Manuscript Submission

Three hard copies of your manuscript (that matches the e-file exactly) and any figures, and a cover letter (that includes your name, address, telephone and fax numbers, and e-mail address), should be mailed to:

Editorial department, T.S.M.H Medical & Nursing Journal

Tian-Sheng Memorial Hospital

#210, Sec. 1, Chung Jeng Road, Tong Kang, Ping Tong County, 92842, Taiwan, ROC

On line submission: a102043@mail.tsmh.org.tw

Important Information

- Articles submitted by e-mail or on disk should be in Microsoft Word document format (*.doc) and prepared in the simplest form possible. We will add in the correct font, font size, margins and so on according to our house style.
- You may use automatic page numbering, but please avoid other kinds of automatic formatting such as footnotes, endnotes, headers and footers.
- Please put text, references, tables, figures, and legends in one file, with each table and figure on a new page.
- Figures will be published as received from authors. (Please note that the cost of color illustrations will be charged to the author.)
- Download the document of declaration for publication. Finish it & send to us with your articles.

Basic Criteria

Articles should be written in English (American English spelling) and meet the following basic criteria: the material is original, the information is important, the writing is clear (clinical or laboratory jargon is to be avoided), the study methods are appropriate, the data are valid, and the conclusions are reasonable and supported by the data.

Previous Publication or Duplicate Submission

Submitted manuscripts are considered with the understanding that they have not been published previously in print or electronic format (except in abstract or poster form) and are not under consideration by another publication or electronic medium.

Disclosure of Conflicts of Interest

All authors are required to sign and submit the following financial disclosure statement at the time of manuscript submission:

I certify that all my affiliations with or financial involvement in, within the past 5 years and foreseeable future, any organization or entity with a financial interest in or financial conflict with the subject matter or materials discussed in the manuscript are completely

disclosed (e.g. employment, consultancies, honoraria, stock ownership or options, expert testimony, grants or patents received or pending, royalties).

Authors who have no relevant financial interests should provide a statement indicating that they have no financial interests related to the material in the manuscript.

Categories of Articles

The categories of articles that are published are described below.

Review Articles

These should aim to provide the reader with a balanced overview of an important and topical subject in medicine, and should be systematic, critical assessments of literature and data sources, emphasizing factors such as cause, diagnosis, prognosis, therapy, or prevention.

All articles and data sources reviewed should include information about the specific type of study or analysis, population, intervention, exposure, and tests or outcomes. All articles or data sources should be selected systematically for inclusion in the review and critically evaluated.

The following are given as examples of possible section headings: Introduction (to include a definition of the disease to be discussed, its incidence and relationship to age, sex and geography), Etiology, Pathology (macroscopic and microscopic), Diagnosis, Clinical Features/Complications, Prevention, Treatment, Prognosis, Conclusion or Summary. Figures, tables, algorithms and other forms of illustration should be included as appropriate. Reviews are usually written by invited authors who are recognized experts on that particular topic.

Original Articles

These may be randomized trials, intervention studies, and studies of screening and diagnostic tests, cohort studies, cost-effectiveness analyses, case-control studies, and surveys with high response rates that represent new and significant contributions to medical science. Each manuscript should state the objective/hypothesis, design and methods (including the study setting and dates, patients/ participants with inclusion and exclusion criteria, or data sources and how these were selected for the study), the essential features of any interventions, the main outcome measures, the main results, discussion placing the results in context with the published literature, and conclusions.

Case Reports

These are short discussions of a case or case series with unique features not previously described.

Manuscript Preparation

Text should be typed **1.5 lines** on one side of A4 (297_210 mm) paper, with outer margins of 3 cm. Each section of the manuscript should begin on a new page.

Title Page

Two different title pages are required. The first title page should contain the following information:

- category of paper

- manuscript title
- short running title not exceeding 45 characters
- the names (spelled out in full) of all the authors and their affiliations in English and Chinese
- corresponding author's details (e-mail address, mailing address, telephone and fax numbers) in English and Chinese

The second title page should contain the same information as above except for the authors' names and their institutions, and the corresponding author's details.

Abstracts

The first page following the title page should contain a concise English abstract of no more than 300 words and up to 3-7 relevant key words/index terms. A Chinese version of the abstract should follow the English abstract (with Chinese key words that match the English key words).

Ethical Approval of Studies and Informed Consent

For human or animal experimental investigations, appropriate institutional review board or ethics committee approval is required, and such approval should be stated in the methods section of the manuscript. For those investigators who do not have formal ethics review committees, the principles outlined in the Declaration of Helsinki should be followed.

For investigations of human subjects, state explicitly in the methods section of the manuscript that informed consent was obtained from all participating adult subjects and from parents or legal guardians for minors or incapacitated adults, together with the manner in which informed consent was obtained (i.e. oral or written).

Identification of Patients in Descriptions, Photographs, and Pedigrees

A signed statement of informed consent to publish (in print and online) patient descriptions, photographs, and pedigrees should be obtained from all persons (parents or legal guardians for minors) who can be identified (including by the patients themselves) in such written descriptions, photographs, or pedigrees, and should be submitted with the manuscript. Such persons should be shown the manuscript before its submission. Omitting data or making data less specific to deidentify patients is acceptable, but changing any such data is not acceptable.

Funding/Support and Conflicts of Interest

All financial and material support for the research and the work should be clearly and completely identified in an Acknowledgments in the manuscript. Ensure that any conflicts of interest are explicitly declared.

Units

Please use System International (SI) units, with the exception of blood pressure values which are to be reported in mmHg. Please use the metric system for the expression of length, area, mass, and volume. Temperatures are to be given in degrees Celsius.

Drug Names

Use the Recommended International Non-proprietary Name for medicinal substances, unless the specific trade name of a drug is directly relevant to the discussion.

Gene Nomenclature

Current standard international nomenclature for genes should be adhered to. For human genes, use genetic notation and symbols approved by the HUGO Gene Nomenclature Committee (<http://www.genenames.org/>) or refer to PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>). The Human Genome Variation Society also has a useful site that provides guidance in naming mutations at <http://www.hgvs.org/mutnomen/index.html>. In your manuscript, genes should be typed in italic font and include the accession number.

Abbreviations

Where a term/definition will be continually referred to, it must be written in full, followed by the subsequent abbreviation in brackets, when it first appears in the text. Thereafter, the abbreviation may be used.

Tables

Tables should be labeled in Arabic numerals and titled concisely. Number all tables in the order of their citation in the text. Tables should be typed double-spaced in as simple a form as possible. Abbreviations used in the table and not defined in the text should be defined in footnotes using these symbols (in order of appearance): *, †, ‡, §, ||, ¶.

Figures

The number of figures should be restricted to the minimum necessary to support the textual material. Please post three sets of the original figures to the Editorial Office. They will not be returned.

The figures should be in the form of uncounted, undetached glossy prints, and marked on the back with the figure number, top of the figure, and the principal author's name, using a soft lead pencil or stick-on labels. Patient identification should be obscured.

Do not mark directly on the prints. Indicators/arrows and labels may be marked on a photocopy of the original print to indicate subtle but salient points. Include internal scale markers in photomicrographs and electron micrographs.

Illustrations, graphs, charts, etc. should be drawn with black ink on white paper and should preferably be done by a professional illustrator.

Arrows and other symbols must be of professional quality and of a size permitting some reduction in the final copy.

All figures must be accompanied by legends and indicate the anatomic area and/or pathologic condition shown. For photomicrographs, include the type of specimen, original magnification, and stain. All symbols and abbreviations not defined in the text should be defined in the legend.

Personal Communications and Unpublished Data

A signed statement of permission should be included from each individual identified as a source of information in a personal communication or as a source for unpublished data; the date of communication and whether the communication was written or oral should be specified.

References

The writing style of manuscript must conform to the publication manual of the American Psychological Association (APA), 5th edition, 2001.

Writing styles for references

- (1) List the references in Chinese first, followed by those in English. The literature sources are arranged in alphabetical order by the surname of the first author.
- (2) List the last name(s) of author(s) in English name(s). Use abbreviation for the first name(s) .
- (3) Use capital letters for each word of the name of journal, no abbreviation. The title should not be in abbreviation and only the first word of the name should be in capital letter.
- (4) The name of titles, name of journals, and volume numbers should be in italics.
- (5) For journal articles: authors' surnames and initials, year, titles of articles, names of the journal, volume number, first and last pages should be in capital letter.

Examples: Lai, H.L. Good, M. (2005). Music improves sleep quality in older adults, *Journal of Advanced Nursing*, 49(3), 234-244.

- (6) Journal article, more than six authors, after the sixth author's name and initial, use et al. to indicate the remaining authors of the article.

Examples: Peng, T.C., Liao, K.W., Lai, H. L., Chao, Y. F., Chang, F. M., & Harn, H. J., et al. (2006). The physiological changes of cumulative hemorrhagic shock in conscious rats. *Journal of biomedical science*, 13(3), 385-394.

- (7) For books: Surname and initials of author(s), year, title and subtitle, edition, city, publishing house.

Examples: Guyton, A.C., & Hall, J. H. (2005). *Textbook of medical physiology*(11th ed.). Philadelphia: W.B. Saunders.

- (8) For chapters in books: authors' surnames and initials, year, chapter number or title, surnames of editor(s), title and subtitle, edition, first and last pages, city, publishing house.

Examples: Good, M. (1999). Music therapy. In J. J. Fitzpatrick (Ed.). *Encyclopedia of nursing research* (pp. 318-391). New York: Springer.

- (9) Sources on the Internet (Please confirm to the publication manual of the American Psychological Association (APA), 5th edition, 2001 for details).

Examples: New child vaccine gets funding boost. (2001). Retrieved March 21, 2001, from http://news.ninemsn.com.au/health/story_13178.asp

Editorial and Peer Review

Submitted manuscripts are reviewed initially by the Editorial Board, whose members

will determine which articles will be published based on their scientific merit, readability and interest. Manuscripts with insufficient priority for publication are rejected promptly. Rejected manuscripts will not be returned to authors unless requested. All other manuscripts are sent to two or more expert consultants for peer review.

Preparation for Publication

Accepted manuscripts are copyedited according to our house style and the galley proofs are returned to the corresponding author for final approval. Authors are responsible for all statements made in their work, including changes made by the copy editor and authorized by the corresponding author.

All authors must sign a statement of authorship responsibility and copyright transfer prior to publication of their paper. This form will be provided by the Publisher, together with the galley proofs.

Reprints

Authors receive 20 copies of their articles free of charge. Additional reprints may be ordered at terms based on the cost of production. A reprint order form is provided by the Publisher, together with the galley proofs.

T.S.M.H Medical & Nursing Journal Copyright Transfer Agreement

1. The author(s) hereby submit(s) a paper in the form of an _ original article _ case report _ brief communication for consideration of publication in T.S.M.H Medical & Nursing Journal, entitled (in English):
2. This paper has not been previously published in any form. The author(s) agree(s) that neither during the review nor after acceptance by T.S.M.H Medical & Nursing Journal will the author(s) submit the same paper to any other journal. The author(s) further agree(s) that s/he/they will entirely abide by the Instructions to Authors issued by T.S.M.H Medical & Nursing Journal.
3. The author(s) listed here has/have genuinely participated in both the research and manuscript preparation, and is/are capable of revising, checking and discussing the paper with the reviewers. All of the signed authors have scrutinized and agreed with the contents and the conclusions rendered in this paper.
4. The paper conforms precisely to the Instructions to Authors, and meets the requirements as listed in the checklist provided below.

I (we) hereby declare that all of the above information is true and all the requirements have been fulfilled to the best of my (our) knowledge.

Signatures of all Authors and Their Primary Institute of Affiliation

Corresponding author: _____

Address for correspondence and reprint requests:

Telephone: _____ **Fax:** _____

E-mail: _____

T.S.M.H Medical & Nursing Journal Submission Checklist

- Three copies of the paper, double-spaced and including page numbers are enclosed. The pages appear in the following order: title page, abstract (in English and Chinese) and key words, main text, acknowledgments, references, tables and figures, and figure legends.
- The running title is shown on the title page, as is the name, address, telephone number, fax number, and e-mail address of the corresponding author, who is to be contacted for paper reprint requests.
- Three sets of pictures/photos are enclosed, each set in a separate envelope. The title, figure number and name(s) of the author(s) are noted in pencil on the back of each picture. The sizes and quality of the pictures are suitable for printing.
- All references listed in the paper are referred to in the text. The reference formats adhere to the Instructions to Authors.
- Declaration for publication in TSMH, The document of Declaration of publication should be completed with all authors' signature

Signature : _____

T.S.M.H. Medical & Nursing Journal

Volume 19, Number 3, September 2013

TABLE OF CONTENTS

Nursing experience with an endemic typhus patient being weaned from a Mechanical ventilator	
Shu-Ying Chu 、 Pi-Chen Chu	01-14
Nursing Experience of a Elderly Applying Comprehensive Geriatric Assessment with Benign Paroxysmal Positional	
Shu-Hui Yang 、 Bi-Lian Chen 、 Hui-Ming Hou	15-26
Applied Roy's adaptation theory in nursing care experience with a patient suffering hypopharynx cancer recrudescence	
Feng- Min Chen 、 Chia- Wen Tung	27-42
A nursing experience with a premature infant of neonatal lupus syndrome	
Wen-Chieh Chen 、 Chiou-Yuh Wu	43-56
The relationship between practice pressure and sleep quality of nursing students in their primary practice	
Mei-Chic Hsieh 、 Ching-Wen Hu 、 Tsai-Shin Lee	57-68
The nursing experience for a family with a newly diagnosed type 1 diabetic girl	
Li-Ying Lin 、 Wan-Ching Lo 、 Tun-Chieh Chen 、 Ming-Chu Feng	69-84
Instructions To Authors	I
Copyright Transfer Agreement	VI
Submission Checklist	VII
