

# 一位燒傷病人及家屬面臨出院準備困境之照護經驗

劉伊紛、杜雅惠、林宜葳

財團法人奇美醫院 燙傷中心

## 摘要

本文為一位男性因意外導致顏面、軀幹及四肢燒傷面積達 (Total Body Surface Area, TBSA) 45%，經由四次清創重建手術後燒傷面積為 TBSA 15%，關節攣縮無法維持日常生活活動之個案，主要照顧者面臨個案出院準備期間出現負向情緒因應之護理經驗。護理期間 2021 年 12 月 12 日至 2022 年 1 月 22 日，筆者藉四大系統進行評估發現個案有皮膚完整性受損、身體活動功能障礙及照顧者角色緊張之健康問題，藉由個別性傷口照護指導及營養支持促使傷口恢復，TBSA 縮小至 2%，提供漸進式復建計畫改善肢體關節活動功能，使個案 (Activities Of Daily Living, ADL) 10 分進步到 50 分；引導案妻表達內心感受，參與出院準備計畫，提供所需知識和相關後續照護安排，使案妻能正向且有力量面對個案返家後照護，建議考量家人力量共同肩負照顧責任，未來在個案出院時，將家庭成員納入出院準備服務的一環，提升家庭照顧支持系統，降低主要照顧者壓力。(澄清醫護管理雜誌 2025；21 (1)：79-88)

關鍵詞：燒燙傷、照顧者角色緊張、出院準備、復健

通訊作者：杜雅惠

通訊地址：台南市永康區中華路 901 號

E-mail：yahwere@gmail.com

受理日期：2024 年 4 月；接受刊載：2024 年 9 月

## 前言

嚴重燒傷造成大面積皮膚損傷初期面臨傷口疼痛、感染、肢體變形或攣縮，還可能引發多重器官衰竭 [1]；倖存者因皮膚損傷、疤痕增生、肢體功能改變，對病人與家庭造成強烈衝擊 [2]，當病人生病後主要照顧者多為配偶或兒女 [3]，突然被迫承擔照顧者角色，導致照顧者在出院準備過程中擔憂無法勝任照護，出現負向情緒反應 [4]，藉由照護技巧指導、支持照顧者參與照護計畫、資源整合，提供病人與照顧者身、心支持，促進病人恢復健康、照顧者身、心安適與家庭正常運作 [3]。

本文個案為一位中年男性印刷廠老闆，製作打火機標籤印刷時不慎引爆導致顏面、軀幹及四肢燒傷面積達 TBSA 45%，經由四次清創重建手術後燒傷面積為 TBSA 15%，關節攣縮無法維持日常生活活動，案妻面臨出院準備時出現負向情緒，頻詢問返家後照護問題，甚至抗拒出院，引發筆者寫作動機，期許提供個別性的照護模式偕同醫療團隊與個案及家屬共同擬定照護計畫，讓其返家後有自信及能力執行居家照護、傷口護理及使個案恢復自我照護能力，協助重返家庭與社會。

## 文獻探討

### 一、燒傷傷口與復健照護

大面積燒傷易引發傷口感染，加重皮膚損傷深度，延長傷口癒合，主要照護目標為感染控制，限制訪客、手部衛生及採無菌技術換藥，每天觀察紀錄傷口變化，傷口滲液多且感染可選擇含銀離子抗

菌敷料；傷口滲液多但無感染，則採用親水性纖維敷料、泡棉敷料維持傷口床濕潤 [1]，早期清創植皮手術可縮短傷口癒合時間，依細菌培養結果提供適當抗生素使用；恢復期間除傷口持續照護、採高熱量、高蛋白及高維生素之營養攝取，促進傷口癒合 [5]。

深二度燒傷傷口癒合時間超過兩週或植皮傷口穩定易形成疤痕，關節附近更容易受到影響，復健計畫應從入院即開始，初期採對抗疤痕引起關節攣縮擺位在延展或功能性之正中擺位、抬高肢體減少腫脹、使用副木制動維持關節在功能性位置；復健期依病人狀態指導主動、被動關節運動，進行關節運動及肌力訓練，採漸進式復健結合於日常活動，促使恢復日常生活功能，達到最佳自我照護能力，當傷口穩定則開始行壓力治療，應用壓力衣、矽膠控制疤痕增生，其作用機制透過減少疤痕處血流，降低氧氣和營養物質供應，從而減少疤痕組織中膠原蛋白的合成，緩解疼痛和瘙癢感 [5,6]。

## 二、照顧者角色緊張之照護

燒燙傷為病人及其家庭帶來了極大的挑戰，配偶必須承擔起照護責任。然而，由於缺乏專業照護協助，照顧者在為病人進行燙傷傷口換藥、協助復健、幫助病人重返家庭生活，以及面對病人疤痕、身體外觀功能改變等痛苦，常感到能力不足和不確定性，易出現精神緊張、無助、焦慮及不斷重複詢問照護問題 [7]，中華民國家庭照顧者關懷總會 [8] 之家庭照顧者壓力量表測試分數 0-42 分，總分越低代表壓力越低，總分越高代表壓力越大，總分小於

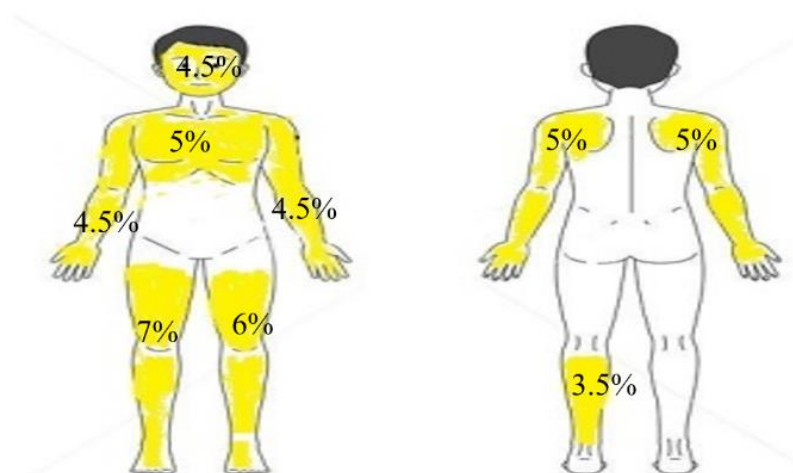
等於 13 分表示壓力調適良好，總分大於等於 14 分表示出現壓力徵兆。

以病人及照顧者為中心，整合醫療照護和社會資源，從入院開始即制定個別化的出院準備計劃；傷口照護得當可促使傷口修復，換藥期間評估傷口分泌物、傷口床變化，當分泌物顏色改變、出現感染徵象需盡快尋求醫療協助 [9]，透過情境模擬問答確認病人及照顧者的照護知能掌握程度，並透過回覆示教進一步確認照護者的技能，確保照護者具備足夠的照護能力，同時提供支持團體等社會支持，並協助轉介至適當的復健地點 [9,10]，傾聽照顧者返家照護所面臨之困擾與挑戰，以家庭為核心，鼓勵家庭成員共同參與照護工作，使照護成為家庭共同的責任，從而減輕主要照護者的壓力 [3]。

## 基本資料

### 一、個案簡介

個案為 55 歲已婚男性，國中畢業，信仰為道教，平時以國台語交談，育 2 子 1 女皆已出社會工作，現與配偶及兒子們同住。家境小康，家庭關係緊密，無疾病史、住院手術及過敏史，已戒菸、酒及檳榔，出院後主要照護者為案妻，2021 年 10 月 30 日因執行打火機標籤印刷時不慎引爆機檯旁打火機導致顏面、軀幹及四肢燒傷，當下無沖水由救護車送至醫院就診，為維持呼吸道通暢故於急診放置氣管內管，深二至三度燒傷面積為 TBSA 45%，如圖一，收住於燒燙傷加護病房，雙上肢環狀燒傷，醫師於床邊行焦痂切開術，治療經過如表一。



圖一 燒傷面積為 TBSA 45%

表一 住院經過

| 西元年   | 日期     | 治療經過                        |
|-------|--------|-----------------------------|
| 2021年 | 10月31日 | 入院                          |
|       | 11月06日 | 第一次手術：前胸清創植皮、雙上肢清創手術        |
|       | 11月11日 | 第二次手術：雙下肢及後背清創植皮手術          |
|       | 11月18日 | 第三次手術：雙上肢清創植皮手術             |
|       | 12月02日 | 第四次手術：雙手背及左小腿後側清創植皮手術       |
|       | 12月09日 | 轉普通病房：移除氣管內管；重評燒傷面積TBSA 15% |
| 2022年 | 01月22日 | 出院                          |

## 二、護理評估

照護期間為 2021 年 12 月 12 日至 2022 年 1 月 22 日，筆者運用四大系統評估工具，藉由觀察、傾聽、身體評估等方式收集主、客觀資料，各項評估如下：

(一) 生理層面：呼吸及循環系統：住院前個案平時活動無呼吸喘、心悸胸悶。入院時，評估呼吸平順，SpO<sub>2</sub> 均達 97% 以上，呼吸速率 16-19 下/分。入院時四肢末梢溫暖無蒼白，心電圖波形正常，入院後收縮壓 150-170mmHg，會診心血管科並追蹤心臟超音波無明顯異常，左心室射出率 75%，病房期間 Sevkar (5/20mg) 每天一顆口服使用，收縮壓 110-130/ 舒張壓 65-80mmHg。

(二) 消化系統：入院前個案身高 156 公分、體重 75 公斤，BMI：30.8 屬輕度肥胖，12/12 復健期營養師依燒傷熱量計算建議每日蛋白質 107g、高熱量 2,600 卡，鼻胃管灌食期間消化佳，12/22 行吞嚥訓練過程無噎咳，12/24 移除鼻胃管改由口進食，每餐可進食全量，期間追蹤 Albumin 數值維持 3.2-3.9g/dL。

(三) 皮膚系統：住院前皮膚完整、無疤痕，10/30 於臉部、軀幹及四肢共有二至三度燒傷面積達 TBSA 45%，加護期間共執行 4 次清創植皮手術，12/12 個案：「我怎麼燒得那麼嚴重，我傷口還有很多沒有好耶！」、「我好不容易長好的皮膚怎麼又破了？」、「傷口很癢又不敢抓，怕抓破皮，該怎麼辦？」；檢視臉、軀幹及四肢燒傷 2-3 度 TBSA，未植皮及植皮後未癒合傷口面積達 TBSA 15%；四肢傷口復原處，新生皮膚出現零散小水泡，左大腿肉芽生長；植皮區雙手及肩膀傷口呈現網狀孔洞，皮膚存，滲液量少黃綠色，經上述評估下立「皮膚完整性受損」。

(四) 排泄系統：住院前大小便無異常，住院期間需密切監測輸出入量放置導尿管，監測每日尿量約 2,000-2,500ml，尿液清澈色淡黃，Creatinine：0.85mg/dL、BUN：21mg/dL，1/5 移除尿管後小便自解順暢，大便兩天自解一次。

(五) 肌肉骨骼系統：住院前四肢肌肉活動功能正常外觀無缺陷。12/12 復健時個案：「我的手指怎麼彎不起來？」、「我沒有辦法吃飯，你餵我啦！」、「我雙手很僵硬，沒辦法自己拿水壺」、「才站一下而已我就覺得好喘好累全身冒汗」；翻身、穿衣、進食及轉位，需要案妻協助，評估 ADL10 分為重度依賴、門牙距離 1.5 公分口腔攣縮，一般湯匙無法放入口中，導致進食困難、觀察肢體均有零散疤痕生成、手指關節僵硬及微攣縮，無法握拳、膝關節執行彎曲動作無法彎曲達 90 度，站立無法超過 3 分鐘、使用助行器練習原地踏步 20 下即出現呼吸喘肢體無力，經上述評估下立「身體活動功能障礙」。

(六) 感官知覺系統及睡眠：住院前意識清楚，無感官異常及睡眠問題。從加護病房轉出時有譫妄且日夜顛倒，妻入內陪伴並增加白天復健活動量，追蹤譫妄徵象逐漸改善，出院前作息調整恢復正常。換藥前給予 Morphine 4mg 靜脈推注，換藥時個案自述數字疼痛評估量表 6 分，換完藥休息後個案自述數字疼痛評估量表 0 分，復健過程疼痛可忍受，自述數字疼痛評估量表 5 分，復健完休息後自述數字疼痛評估量表 2 分。

## 三、心理層面

案妻及女兒均表示個案是一位個性爽朗、做人不拘小節非常大方。家人間感情融洽，家人及朋友

會輪流探視，替個案加油打氣，互動良好，個案：「我真的很感謝我能活下來，這次意外讓我更珍惜與家人相處時光。」。

#### 四、社會層面

家庭經濟小康，為家中主要決策者及經濟收入者，本身為自營工廠老闆，個案出院後主要照顧者為案妻，照護期間家人每日前來隔窗探視，轉普通病房期間案妻協助照顧，常露出心疼擔憂表情，頻詢問關於治療相關問題，可見個案與家人同住關係緊密。12/12 案妻在旁觀看全程換藥過程，案妻：「這個傷口很大很恐怖」、「我覺得我回家顧不來！」；案妻協助水療過程中：「傷口這樣洗可以嗎？感覺他會很痛，我不敢洗」、「我覺得找機構照顧，他這傷口範圍還好大喔！你們換藥這麼久，我一個人怎麼換？」、「能不能住到沒有傷口我們再回家」，並電聯女兒說：「爸爸這樣我們沒辦法照顧」；12/13 觀察案妻較容易緊張，學習間神情不安，皺眉緊張，對談過程時雙手緊握、注意力無法專注；案

妻與護理師討論居家照護步驟過程中哭泣，案妻：「自己無法勝任照顧，又找不到合適機構可以照顧先生，離出院的日子越近，就越擔心，怕回家後照顧不好。」、「連睡覺的時候我都在想怎麼辦！晚上也沒辦法好好睡休息。」，家庭照顧者壓力量表測得案妻壓力指數總分為 25 分，經上述評估下立「照顧者角色緊張」。

#### 五、靈性層面

信奉道教，住院期案妻祈求的平安符放置床頭，偶會帶來平安水供病人用，後期案妻入內陪伴個案念佛經以穩定情緒，個案：「我太太在我旁邊，我覺得比較安心、不會胡思亂想。」

#### 問題確定及護理計畫

經四大層面系統確立個案健康問題，筆者以影響個案健康問題排定優先順序為「皮膚完整性受損」、「身體活動功能障礙」，照護過程家屬面臨「照顧者角色緊張」，影響出院準備，護理措施評值如下：

#### 一、皮膚完整性受損/與2-3度燒傷傷口有關 (2021/12/12-2022/01/22)

|                      |  |
|----------------------|--|
| <p><b>主/客觀資料</b></p> | <p>S1：12/12個案：「我怎麼燒得那麼嚴重，我傷口還有很多沒有好耶！」。</p> <p>S2：12/12個案：「我好不容易長好的皮膚怎麼又破了？」。</p> <p>S3：12/12個案：「傷口很癢又不敢抓，怕抓破皮，該怎麼辦？」。</p> <p>O1：12/12臉、軀幹及四肢燒傷2-3度TBSA，未植皮及植皮後傷口未癒合面積達TBSA 15%。</p> <p>O2：12/12四肢傷口復原處，新生皮膚出現零散小水泡，左大腿肉芽生長。</p> <p>O3：12/12植皮區雙手及肩膀傷口呈現網狀孔洞，皮屑存，滲液量少黃綠色。</p>  |
| <p><b>護理目標</b></p>   | <p>1. 12/19前燒傷傷口無出現異常分泌物及感染徵象。</p> <p>2. 1/2個案TBSA傷口面積能下降至低於10%。</p> <p>3. 1/16個案說出2種促進傷口癒合及止癢方法。</p>  |
| <p><b>護理措施</b></p>   | <p>1-1.12/12每次接觸病人前須戴口罩、髮帽及穿隔離衣，依洗手五時機，落實手部衛生，嚴格遵守無菌技術執行傷口換藥。</p> <p>1-2.12/13每天換藥時觀察記錄分泌物顏色及性質，使用生理食鹽水清洗傷口，將傷口軟黃痂及皮屑移除，部分傷口感染徵象分泌物黃綠色、量少，與醫療團隊討論後提供抗菌敷料Aquacel Ag Extra覆蓋，吸附滲液；左大腿肉芽生長予優紗覆蓋；取皮區乾淨無異常分泌物，予人工皮覆蓋。</p> <p>1-3.12/13每週二追蹤傷口細菌培養報告及拍照記錄傷口變化，12/5傷口培養菌種為Staphylococcus、Pseudomonas與醫療團隊討論後，調整抗生素Tazocin 4.5g Q6H靜脈滴注。</p> <p>1-4.12/13每日換藥後依院內感控原則以5,000ppm漂白水擦拭清潔病床、床欄，降低病床細菌菌落數，預防感染，並更換床單及衣服、被套。</p> |

一、皮膚完整性受損/與2-3度燒傷傷口有關 (2021/12/12-2022/01/22) (續)

|                    |   |
|--------------------|---|
| <p><b>護理措施</b></p> | <p>2-1.每周一與醫療團隊共同檢視傷口面積及恢復程度重評估TBSA。<br/>2-2.12/13每日記錄個案進食量，每周三舉辦跨團隊會議與營養師討論個案因口腔攣縮無法正常進食，只能攝取細小或是流質食物，營養師建議餐點調整含高熱量、高蛋白質全流質飲食。<br/>2-3.12/15了解個案飲食習慣，衛教個案返家後可多攝取雞肉、牛肉湯、魚湯及豆腐等高蛋白飲食；綠花椰菜、菠菜等深色蔬菜含有維生素D促進傷口癒合及抑制黑色素生成，降低皮膚搔癢。<br/>3-1.12/19衛教個案皮膚發癢處可塗乳液、輕拍減敏感或冰敷20分鐘休息20分鐘；衣服選擇棉質、寬鬆、吸汗的材質，氣溫高時於冷氣房或通風環境活動，避免皮膚因流汗導致患部黏、癢不適。</p>  |
| <p><b>護理評估</b></p> | <p>1.12/19燒傷傷口周圍漸癒合傷口床少量黃色分泌物無異味，無發燒、體溫高、心跳快等感染徵象。<br/>2.1/2提供傷口照護及營養攝取衛教後，重新評估皮膚損傷面積為TBSA 5%，檢視肩膀、左手零散零星皮膚損傷存。<br/>3.1/16個案：「新生皮膚薄薄的，容易長水泡，護理師有說不可弄破，用乾紗覆蓋起來。」；「我吃牛肉、魚肉、油菜、菠菜及水果，人家說吃肉補肉（台語），吃菜有維生素不會便秘，又能讓傷口快點好起來。」；「傷口癢時塗抹乳液及輕拍會癢的地方，這樣就比較不癢了，多謝護理師教我。」<br/>4.1/22出院肩膀、左手零散傷口未癒合TBSA 2%。<br/>後續照護計畫：1/28、2/8電話訪問：1/28案妻：「在家裡換藥不比醫院環境，會手忙腳亂，傷口看起來有變小沒有擴大」；2/8案妻：「傷口好很多，剩下零散傷口我用人工皮覆蓋，長好的皮膚有水泡我用紗布蓋起來。」。</p> |

二、身體活動功能障礙/與燒傷疤痕增生、關節攣縮有關 (2021/12/12-2022/01/20)

|                      |   |
|----------------------|---|
| <p><b>主/客觀資料</b></p> | <p>S1：12/12復健時個案：「我的手指怎麼彎不起來？」。<br/>S2：12/12個案：「我沒有辦法吃飯，你餵我啦！」。<br/>S3：12/12個案：「我雙手很僵硬，沒辦法自己拿水壺。」。<br/>S4：12/12個案：「才站一下而已我就覺得好喘好累全身冒汗。」。<br/>O1：12/12觀察肢體均有零散疤痕生成、手指關節僵硬及微攣縮，無法握拳，翻身、穿衣、進食及轉位需要案妻協助，評估ADL：10分為重度依賴；門牙距離1.5公分口腔攣縮，一般湯匙無法放入口中，導致進食困難。<br/>O2：12/12觀察個案手指關節僵硬，無法握拳。<br/>O3：12/12膝關節執行彎曲動作無法彎曲達90度，站立無法超過3分鐘。<br/>O4：12/12使用助行器練習原地踏步20下即出現呼吸喘肢體無力。</p> |
| <p><b>護理目標</b></p>   | <p>1.12/19個案及案妻共同執行復健運動每項15次每日三次，及疤痕照顧每日三次以上。<br/>2.12/30個案可站立10分鐘、原地踏步100下及助行器使用下步行20公尺。<br/>3.1/20ADL 10分進步到ADL 40分。</p>  |

二、身體活動功能障礙/與燒傷疤痕增生、關節攣縮有關（2021/12/12-2022/01/20）（續）

|             |   |
|-------------|---|
| <p>護理措施</p> | <p>1-1.12/12衛教個案及案妻復健運動有低疤痕增生帶來關節攣縮變形之重要性。</p> <p>1-2.12/12夜間21：00後四肢使用副木擺位，使關節伸展及外展抗攣縮位置，並使用闊嘴器預防口腔攣縮。</p> <p>1-3.12/12每週三偕同職能治療師、個案與案妻共同擬定復健計畫，每個關節維持緊繃姿勢15秒共執行15下每日三次，依個案復健狀況修改復健進度，並衛教個案復健過程不適可休息後再繼續執行，復健項目如下：</p> <p>1-3-1.臉部運動：（1）AEIOU發音，嘴巴要張到最大；（2）練習噘嘴動作如同吹氣球的樣子。</p> <p>1-3-2.上肢運動：（1）肩關節：雙手舉置至肩膀高度、雙手碰頭、雙手向上伸直；（2）肘關節：屈曲及伸直；（3）手部關節：整隻手握拳及展開、大拇指依序與同手其他指尖對碰。</p> <p>1-3-3.下肢運動：（1）膝關節：膝蓋彎曲並往身體方向壓；（2）抬臀運動：平躺雙腳踩穩床，膝蓋與大腿垂直，吸氣臀部往上頂，雙手貼緊床面。</p> <p>1-4.12/12衛教個案以大拇指或是掌跟垂直下壓按摩疤痕，採定點按摩持續10秒後更換部位，每次按摩5-10分鐘，每天三次。</p> <p>1-5.衛教個案及案妻傷口痊癒後，壓力治療是最有效疤痕控制，每天穿著彈性壓力衣，除沐浴、清潔或塗抹乳液脫掉，其餘時間皆應穿著彈性壓力衣，並持續半年至二年不等，直到疤痕失去紅色外觀，變得柔軟及平整為止。</p> <p>1-6.12/12衛教拿毛巾擦臉等粗動作，確認過程抓握能力，再漸進式練習拿水壺、湯匙等精細動作，強化自我照顧能力。</p> <p>1-7.12/12以塑膠管套兒童湯匙柄，增加湯匙握柄厚度以利拿取學習進食。</p> <p>2-1.12/13衛教個案、案妻採漸進式下床訓練，預防姿位性低血壓造成暈眩。</p> <p>2-2.12/13每日個案用餐前，由案妻陪同以床旁桌輔助，雙手至於床旁桌，背後予枕頭支撐，坐於床旁10分鐘，期間評估個案無冒汗、呼吸喘等不適，可與個案及家屬討論每次漸進式延長10分鐘，達到可坐床邊至1小時；當個案能達到每日增加10分鐘目標時，予口頭即時稱讚。</p> <p>2-3.12/15案妻陪同個案助行器輔助下訓練站立每日3次，每次3分鐘，期間觀察個案呼吸平順、無異常出汗，體力可負荷下延長至10分鐘。</p> <p>2-4.1/3每日10：30、18：00運用病室走廊步行尺，練習步行，讓個案藉由步行尺視覺化了解自己步行距離。</p> <p>3-1.12/16每週紀錄ADL分數，並口頭給予個案、家屬即時回饋，正向鼓勵個案持續執行復健計畫。</p> |
| <p>護理評估</p> | <p>1.12/19個案在案妻陪同下，每天10：00、14：00、19：00點主動執行每個關節運動15下，每日3次，個案感到不適時會要求休息，改善後再繼續復健；個案以掌跟定點垂直下壓疤痕持續約10秒，每天三餐吃飽就會按摩疤痕10-15分鐘，最少一天三次。</p> <p>2.12/30個案在案妻陪同下使用助行器站立10分鐘，及使用助行器於病室走廊步行50公尺，過程呼吸平順無頭暈。</p>  |

## 二、身體活動功能障礙/與燒傷疤痕增生、關節攣縮有關 (2021/12/12-2022/01/20) (續)

|             |   |
|-------------|---|
| <b>護理評估</b> | <p>3.1/20評估ADL 10分進步到ADL 50分。</p> <p>後續照護計畫：1/28、2/8電話訪問：1/28案妻：「我們去陽光基金會服務據點做復健跟套量壓力衣，在家裡也持續陪我老公做復健，就做醫院教的動作」；2/8案妻：「我老公已經開始穿壓力衣，每天除了洗澡塗乳液以外都穿著，現在是冬天穿壓力衣比較不會熱，之後夏天可能都要待在冷氣房了；現在他雖然爬樓梯有點喘，但休息後可慢慢爬到二樓。」。</p> |
|-------------|---|

## 三、照顧者角色緊張/與面對個案傷口居家照護有關 (2021/12/13-2022/01/20)

|               |  |
|---------------|--|
| <b>主/客觀資料</b> | <p>S1：12/12案妻：「這個傷口很大很恐怖」、「我覺得我回家顧不來啦！」。</p> <p>S2：12/13案妻協助水療：「傷口這樣洗可以嗎？感覺他會很痛，我不敢洗。」。</p> <p>S3：12/13案妻：「我覺得找機構照顧，他這傷口範圍還好大喔！你們換藥這麼久，我一個人怎麼換？」、「能不能住到沒有傷口我們再回家」，並電聯女兒：「爸爸這樣我們沒辦法照顧。」。</p> <p>S4：12/13案妻與護理師討論居家照護步驟過程中哭泣，案妻：「自己無法勝任照顧，又找不到合適機構可以照顧先生，離出院日子越近，就越擔心，怕回家後照顧不好」、「連睡覺的時候我都在想怎麼辦！晚上也沒辦法好好睡休息。」。</p> <p>O1：12/13案妻緊張，學習期間神情不安，皺眉緊張，對談過程時雙手緊握、注意力無法專注。</p> <p>O2：家庭照顧者壓力量表測得案妻壓力指數總分25分。</p> <p>O3：12/13案妻常露出心疼擔憂表情，頻詢問關於治療相關問題。</p>   |
| <b>護理目標</b>   | <p>1. 12/26前於引導下案妻能說出1項緊張、擔心之內心想法。</p> <p>2. 1/15前案妻壓力量表指數可下降至低於10分，無負向情緒反應。</p> <p>3. 1/20前案妻獨立完成日常生活照護並說出如何尋求社會資源協助。</p>   |
| <b>護理措施</b>   | <p>1-1.12/13每週一13：00鼓勵案妻參與家屬座談會，主治醫師向其解釋病況進展與治療計畫。</p> <p>1-2.12/13每日交班後以溫和口吻主動向案妻自我介紹，14：00在討論室維持環境隱蔽，以開放式問句引導案妻談論關於個案生病後對自身影響的感受、顧慮與擔憂，並接納情緒反應使其宣洩情緒及在旁陪伴。</p> <p>2-1.12/17每週五以家庭照顧者壓力量表評估並紀錄案妻壓力指數變化，壓力指數大於15分與案妻會談，採開放式問句引導了解壓力源。</p> <p>2-2.1/2與個案、案妻共同討論出院準備計畫，了解居家環境、就醫便利性；並依個案照護需求，評估案妻照護能力，與案妻共同擬定出院準備照護計畫。</p> <p>2-3.邀請案妻及女兒參加12/25病友會，從病友及其家屬分享獲得經驗，減少在照護過程不確定性、害怕之感受。</p> <p>2-4.案妻家庭照顧者壓力指數25分，協調案女輪替照護減輕案妻壓力。</p> <p>2-5.開家庭會議與兒女共同討論照護支援方式，假日由女兒陪伴個案並學習傷口照護、就醫原則等，返家後兒、女下班時協助個案復健、進食等日常生活活動，減緩案妻照護緊張與焦慮情緒。</p> |

三、照顧者角色緊張/與面對個案傷口居家照護有關 (2021/12/13-2022/01/20) (續)

|                    |  |
|--------------------|--|
| <p><b>護理措施</b></p> | <p>3-1.12/14-21與案妻說明與共同討論後，訂定日常傷口照護學習進度：</p> <p>3-1-1.提供居家照護光碟及手冊衛教個案及案妻居家照護技巧；衛教傷口照護及感染徵象觀察、用藥資訊及回診就醫原則；衛教傷口發癢處置及傷口疤痕按摩方法，配合學習進度調整教學方式並追蹤成效，每次完成一項後給予正向鼓勵與支持增加自信。</p> <p>3-1-2.向案妻及女兒衛教照護技巧，並於照護期間每日追蹤確認已掌握照護技能，確保照顧者已充分掌握傷口照護重點，讓個案與案妻皆能安心，減輕焦慮。</p> <p>3-1-3.1/16提供燙傷中心電話，衛教當有傷口照護困難可以聯繫，護理師將會依據家屬提供訊息予以回覆。</p> <p>3-2.12/14會診社工師評估家庭結構與支持系統，依個別性需求提供社會資源，轉介陽光基金會。</p> <p>3-3.1/10照會出院準備小組，評估個案返家照護需求，提供長照2.0居家身體照顧服務（如廁、肢體關節活動、更衣等），減緩案妻壓力。</p> <p>3-4.提供個案住家附近可就近醫療院所及復健地點。</p> |
| <p><b>護理評估</b></p> | <p>1. 12/26引導下案妻：「我很希望我能照顧好我老公，但是我小孩他們都在工作，我很擔心一個人遇到問題，不知道怎麼處理，可以找誰幫忙。」，與案妻討論擔心的問題，並開家庭會議與其他家人共同擬定計畫，了解家庭成員可提供的協助以分擔照顧壓力。</p> <p>2. 1/15追蹤案妻家庭照顧者壓力量表為8分，觀察案妻正向積極學習個案居家照護、傷口換藥並積極陪同個案復健，常為個案加油打氣。</p> <p>3. 1/20案妻獨立協助個案換藥、復健及日常生活照顧；案妻：「出院後有問題可以找醫院社工、陽光基金會及申請長照服務；有換藥問題，打電話回來醫院你們也會在電話中教我，這樣一來我就比較放心。」。</p> <p>後續照護計畫：1/28、2/8電話訪問：1/28案妻：「出院這幾天手忙腳亂，幸好孩子們輪流請假幫忙照顧，鄰居也來關心，我得覺得很感動。」；2/8案妻：「申請長照2.0提供交通車載我先生去做復健，他去復健時讓我可以休息。」。</p>   |

**討論與建議**

本文描述一位大面積燒傷個案，因傷口照顧及關節攣縮無法維持日常生活活動，主要照顧者面臨個案出院準備期間出現負向情緒之護理經驗，照護期間確立個案有皮膚完整性受損、身體活動功能障礙及照顧者角色緊張之健康問題。Bayuo & Wong[8]文獻提及突發燙傷意外事件，不僅病人面臨大面積的傷口、傷口癒合期間面臨搔癢、疤痕引起失能，導致日常活動受限，照顧者擔憂返家之後未具備照護能力，感到無助、焦慮。筆者藉由了解個案及照顧者需求，與其共同討論擬定出院準備照護計畫，提供個案及照顧者傷口照護等居家相關知識及照護技巧，藉由回覆示教確認案妻學習成效，傾聽、陪

伴案妻提供心理支持與解決其擔憂，提升照顧者照護能力，減緩緊張與焦慮感，並提供出院準備銜接長期照護服務，轉介陽光基金會等社會資源，讓個案如願返家。

照護期間案妻擔心個案居家照護問題而抗拒出院，為使案妻有自信勝任照顧者角色，因此花了很多時間引導、陪伴及指導案妻出院準備，而延遲出院時程；雖與家人同住，但家庭成員因工作因素，無法到院共同學習照護技巧，使照護重擔都在案妻身上為本篇限制與困難。後續護理實務建議臨床照護，以家庭為中心，了解個案與家屬需求，提供個別照護計畫、轉介社會資源，讓照顧壓力轉化為家庭責任，提升家庭照顧支持系統，降低主要照顧者壓力。



## 參考文獻

1. Jeschke MG, Van Baar ME, Choudhry MA, et al.: Burn injury. *Nature Reviews Disease Primers* 2020; 6(1): 11.
2. Subrata SA: A concept analysis of burn care in nursing. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2021; 35(1): 75-85.
3. 林俐伶、林秋菊：在逆境中堅強－運用復原力概念於照顧者負荷。護理雜誌 2019；66（3）：100-105。
4. 孫權宇、莊文怡：一位糖尿病患者四肢燒傷之護理經驗。新臺北護理期刊 2020；22（2）：99-108。
5. Radzikowska-Büchner E, Łopuszyńska I, Flieger W, et al.: An overview of recent developments in the management of burn injuries. *International Journal of Molecular Sciences* 2023; 24(22): 16357.
6. Palackic A, Suman OE, Porter C, et al.: Rehabilitative exercise training for burn injury. *Sports Medicine* 2021; 51(12): 2469-2482.
7. Bayuo J, Wong FKY: Issues and concerns of family members of burn patients: a scoping review. *Burns* 2021; 47(3): 503-524.
8. 中華民國家庭照顧者關懷總會：家庭照顧者壓力量表。台北市。Retrieved from <https://www.familycare.org.tw/policy/10643>
9. 卓美伶、劉靜芬、古翠珍：一位右側梗塞性腦中風導致肢體偏癱之出院準備服務經驗。秀傳醫學雜誌 2022；21（2）：59-68。
10. 陳嬾今、洪筱瑩、梁詩欣 等：影響內科病人主觀出院準備度之相關因素。榮總護理 2021；38（4）：360-371。

# Nursing care Experience in the case of a burn Patient and Family Members with Difficulties Related to Hospital Discharge Planning

Yi-Fen Liu, Ya-Hui Tu, Yi-Wei Lin

Burn Center, Chi Mei Medical Center

## Abstract

We describe a case of a male patient with burns over a total body surface area (TBSA) of 45%. After four debridement and reconstruction surgeries, the burn surface was reduced to a TBSA of 15%. Due to joint contracture, the patient was unable to perform activities of daily living (ADL). The primary caregiver faced challenges in coping with negative emotions during the hospital discharge planning period. The nursing care period was from December 12, 2021 to January 22, 2022. Assessment of the patient based on the four metaparadigms revealed health issues associated with compromised skin integrity, impaired physical activity, and caregiver stress. Wound healing was facilitated through individualized wound-care guidance and nutritional support, which reduced the burn surface TBSA to 2%. A gradual rehabilitation program for improving limb joint mobility was implemented, which enabled the patient to improve from an ADL score of 10 to 50. The patient's wife was provided guidance on how to express her emotions and actively participate in discharge planning, as well as the necessary knowledge and related follow-up care arrangements, thus empowering her to face her caregiving responsibilities positively and competently upon returning home. We recommend that the collective strengths of family members should be considered when sharing caregiving responsibilities, and that family members should be included in the discharge planning process to improve the family caregiving support system and alleviate stress on the primary caregiver. (Cheng Ching Medical Journal 2025; 21(1): 79-88)

**Keywords :** *Burn injury, Caregiver stress, Hospital discharge planning, Rehabilitation*

Received: April 2024; Accepted: September 2024