

運用治療性遊戲於腸沾黏分離術後幼兒及出院準備之經驗

蕭念庭¹、蔡旻燕³、許秀峰¹、呂坤家²

澄清綜合醫院中港分院 護理部¹、兒科²、弘光科技大學 護理系³

摘要

本文描述一位幼兒行腸沾黏分離術後及進行出院準備之護理經驗，照護期間自 2019 年 4 月 23 日至 2019 年 5 月 5 日，以羅氏適應模式為評估指引，筆者藉由照護、觀察、身體評估、會談及病歷資料查詢等方式進行資料收集，確立健康問題有：急性疼痛、潛在危險性感染；此外，發現案母面對個案術後傷口照護及擔憂返家照護不易，而有照顧者角色緊張之護理問題。護理過程中，個案因術後疼痛不適加上頻繁的治療活動，常有哭鬧、抗拒情形發生，亦加成家屬不安及焦慮，引發筆者想以治療性遊戲模式介入進行深入探討，照護期間除了提供基本生理性照護以預防術後感染情形外，更設計符合其認知及發展特質的治療性遊戲，如兔子醫師及痛痛熊的角色扮演、轉移注意力、敲打型的情緒宣洩性遊戲，來緩解個案術後疼痛及住院壓力；針對出院準備部分，初期鼓勵家庭成員參與遊戲照護過程以緩解無助感與照護壓力，運用嬰兒模型請家屬實際進行換藥練習，教導其觀察術後感染症狀、返家照護技巧及注意事項等，提升家庭因應能力及凝聚力，進而提升居家照護品質，協助達成適應且健康的狀態。兒科護理當中，治療性遊戲是獨特且具人性化之照護核心要素，故期望藉此經驗分享，提供同仁臨床照護類似個案之參考。（澄清醫護管理雜誌 2021；17（4）：45-56）

關鍵詞：腸沾黏分離術、治療性遊戲、兒童術後疼痛

通訊作者：蕭念庭

通訊地址：台中市西屯區台灣大道 4 段 966 號 11 樓

E-mail：svn1117@gmail.com

受理日期：2021 年 1 月；接受刊載：2021 年 3 月

前言

根據文獻指出，經過腹部手術的病童，術後約有 67-93% 機率併發腸沾黏反應，其中 4.7% 會惡化成沾黏性腸阻塞，症狀為嘔吐、腹痛、腹脹及便秘等情形，嚴重沾黏者甚至可能導致腹膜炎及敗血症發生，其再入院率高達 25%，致死率為 2.7% [1]，主要治療方式為採用外科手術為主 [2]。本文個案為兩歲幼兒，出生後因先天性胃穿孔而切除部分胃組織，術後併發腸沾黏導致長期有嘔吐問題，此次因腹痛症狀加劇而需入院施行腸沾黏分離術。住院期間個案因傷口疼痛、頻繁的侵入性治療及陌生環境，出現哭鬧、抗拒及恐懼的情緒反應，在過程中亦發現主要照顧者因擔心個案病況及對於照護無法有效因應，出現焦慮及無助感，兩者交互影響之下，除了可能影響個案之身心發展亦會降低主要照顧者學習照護的能力，進而影響到個案返家後的照護品質。綜合上述引發筆者深入探討之動機，希望藉由治療性遊戲的介入，穩定個案情緒並使治療過程順利，同時減輕主要照顧者的負向情緒及提升疾病照護能力，鼓勵及帶動其他家庭成員學習照護技巧，以維持家庭功能的良好運作，藉此次照護經驗提供護理同仁日後照顧類似個案之參考，除了給予相關疾病照護外，適時提供主要照顧者所需之協助與支持，發揮以家庭為中心的整體性照護。

文獻探討

一、先天性胃穿孔及腸沾黏分離術後照護

先天性胃穿孔為新生兒罕見的消化道急症，

病程變化快速，常見於早產兒，約佔新生兒所有胃穿孔致病因中7%，發生率約為0.02%，致死率約27%，臨床上一般以腹腔鏡微創手術治療，若穿孔範圍大於一公分、發生時間大於24小時且出現嚴重合併症，則需接受胃切除手術[3]。然而，當施行腹部手術後，於腸組織缺血及傷口癒合的過程中，容易合併腸沾黏反應，尤其剖腹探查術的發生率更高於腹腔鏡微創手術，其中有2.5%機率需要再次施行腸沾黏分離手術進行治療，若腸組織有壞死情形，則需合併腸切除手術治療[1,2]。

腸沾黏分離術的術後照護原則為消化液引流、觀察腸道恢復狀況、監測感染徵兆、傷口照護及疼痛評估與處理[2]。手術早期需禁食以預防嘔吐及腹脹，並置入鼻胃管引流消化液用以減壓，後續治療期間亦需觀察腸氣及糞便排出情形，當開始進食後，則需採少量多餐漸進式的清淡軟質飲食，鼓勵適量活動以促進腸蠕動；在術後的照護上，密切監測生命徵象、疼痛指數及是否出現感染徵象，術後給予預防性廣效性抗生素，或選擇對細菌培養報告之菌種有效之抗生素治療。傷口照護部分除了教導家屬採無菌原則換藥方式外，更需衛教術後傷口感染之徵兆，如紅、腫、熱、痛等，返家後觀察追蹤是否出現腹膜炎之前驅症狀，如發燒、腹痛、腹脹或劇烈嘔吐等，若返家後出現以上症狀，則需立即返診求治[1,2]。

二、兒童術後疼痛與治療性遊戲之運用

手術及住院對於兒童而言，是一種失去控制、充滿壓力及威脅感的經驗，而疼痛為主觀的感受，受限於兒童的認知及語言表達能力有限，多以非語言行為表達感受，因此臨床上需運用治療性遊戲降低治療過程中的恐懼及抗拒行為，術後應挑選適合年齡層之疼痛評估工具，了解其疼痛強度及接受度，方能給予有效策略以改善術後疼痛[4,5]。2個月至7歲兒童可運用FLACC術後疼痛量表做為疼痛評估工具，評分方式依據其臉部表情、腿部姿勢、哭泣特質、活動力及安撫狀況進行分數計算，以加總後分數來評估疼痛的強度，作為疼痛處置的參考[6]。解除或控制疼痛的方法，一般分為藥物及非藥物的處置，兒童常見且安全

的藥物治療為Acetaminophen及NSAID類藥物來緩解輕至中度的疼痛，少數使用鴉片類製劑控制中至重度的疼痛，但因兒童使用麻醉劑的危險性高於成人，故可適時併用非藥物疼痛緩解技巧以減少不適及焦慮，如物理性擺位、轉移注意力、正向鼓勵法等，搭配治療性遊戲促進病童情緒紓發及壓力調適[7]。

住院期間內運用治療性遊戲，為替兒童建立一個具有安全感環境最有效的方法，利用有計劃、目的和技巧性設計相關提升身心安適的遊戲，除了能評估兒童對於疾病或手術的感受與需求，更能降低其害怕及緊張情緒，增加自我控制感及因應能力[8,9]。目前已有研究證實治療性遊戲可以幫助兒童有效降低術後對於疼痛上的關注，減輕術後兒童的負向情緒及減輕父母焦慮，例如：情緒宣洩性遊戲可運用絨毛娃娃進行角色扮演，藉由角色的假設反應及接觸治療相關用物的過程當中，使其自然地表達內心感受及害怕，藉此分散注意力及降低對治療產生之恐懼感，且研究結果顯示，使用絨毛娃娃陪伴後，實驗組兒童疼痛及照顧者焦慮度平均值低於對照組，皆有達到顯著差異[9,10]。由上述可瞭解到，整合治療性遊戲於照護過程當中，將是整體性照護及護理品質不可或缺的核心要素[8]。

三、以家庭為中心之出院準備照護

當兒童住院或手術時，父母或主要照顧者常為最大的衝擊者，其中因對於疾病不熟悉及在病童術後出現疼痛不適時，無法提供有效照護而感到無助焦慮進而產生心理衝擊，易出現否認、罪惡感及憂鬱等情緒反應，對日後的照護和預後感到不安及抗拒，衍生照顧者角色緊張之問題，所以父母或主要照顧者通常會希望能了解病程、獲得疾病照護相關之知識技巧與心理支持[4,7]。

此時護理人員應採「以家庭為中心」的理念，建立患者、家庭及醫療提供者成為互惠互利的夥伴關係，為其制定相關的出院計畫與準備[11]。經文獻閱讀後，整合其主要核心概念及出院準備相關措施如下：（一）傾聽尊重：應先能覺察與同理主要照顧者及家庭成員的情緒表達及給予心理支

持，在建立互信的醫病關係後，應評估家庭因應能力與支持系統，並依據其家庭需求制定相關出院計畫；（二）信息共享：以明確及一致性的方式提供疾病進展、治療進度及照護方面的訊息與知識，必要時可舉行跨團隊照護討論會以釐清家屬疑問與說明後續治療方針，以緩解其焦慮與擔憂；（三）鼓勵參與：鼓勵家屬參與治療性遊戲的照護過程，並可多給予病童情感支持，促進親密關係並增加照顧者對於疾病的適應程度，另外在教導及指引家屬照護重點與技巧前，可提供相關的居家指導單張或是相關教具模型，並以簡單易懂的詞句解釋與解說照護措施的目的與步驟及鼓勵回覆示教；（四）後續追蹤：提供家屬後續相關諮詢管道，並可在出院後進行電訪或居家訪視，關懷返家照護情形，使家屬能隨時掌握資訊及有抒發照護情緒之管道，增加家屬照護的自信心 [11,12,13,14]。

若能在住院期間內為案家做好完善且具個別性的出院計畫，除了能降低父母的無助感及促進親子親密感外，更能確保病童出院後能受到妥善照顧及維持良好的家庭功能運作，以達到相輔相成的效果 [13]。

護理評估

一、個案及家庭基本資料

彭小弟，年齡 2 歲 4 個月，尚未就學，諳國台語。家中同住成員有：祖父（71 歲）、祖母（64

歲）、父（40 歲）、母（32 歲）及兄（7 歲）、姊（6 歲），家庭成員間互動良好。案母為陸籍配偶，家境小康，經濟來源為案父經營的自家果園，主要照顧者為案母及案祖母。家族病史為案外祖母有高血壓、案祖父有胃癌，其餘家屬無特殊疾病。住院期間主要為案母照顧，案父因工作關係皆於夜間探視。

二、過去病史及入院經過

個案為 G3P3，足月產，出生體重 2,800 公克，新生兒篩檢正常，皆按時接種疫苗，無疫苗不良反應，對食物及藥物無特殊過敏反應。個案出生時因先天性供給胃組織的血管不良，導致胃局部壞死及穿孔，曾於出生後兩天即切除 5 分之 4 的胃及穿孔修補術，於新生兒加護病房住院一個月，出院後定期於小兒科門診追蹤。

個案出院後，此兩年間仍偶爾進食後有小量嘔吐情形，持續於門診追蹤。此次因精神倦怠、食慾下降、腹痛及嘔吐加劇，4/23 至本院門診求治，經小兒外科醫師評估後表示有腸沾黏情形，建議手術治療，故入院於 4/24 行腸沾黏分離手術。

三、護理評估

護理期間為 2019 年 4 月 23 日至 2019 年 5 月 5 日，藉由直接照護、身體評估、觀察及溝通會談，運用羅氏適應模式作為評估指引，就個案之身、心、靈執行相關評估，收集資料與問題確認，分析彙整如下：

護理問題一：身體活動功能障礙/與顱內出血後神經受損有關（8/15訂）

項目	評估內容
	<p>（一）氧合與循環</p> <p>4/23 案母表示：「出生時做過心臟超音波，醫生說是正常的。但偶爾會感冒，然後有一次因為肺炎住院，其他就沒什麼問題。」觀察個案採腹式呼吸，視診胸廓外觀無畸形，呼吸時胸廓左右起伏一致且對稱，聽診呼吸音無異常，無呼吸費力及使用呼吸輔助肌，呼吸約 25-28 次 / 分；視診個案兩頰潮紅，唇色紅潤，皮膚呈粉色無水腫，指甲外觀平整，無杵狀指及裂痕，微血管填充速度在 2 秒內可恢復充血，觸診軀幹及四肢末梢溫熱，心跳速率規律且無心雜音，心尖脈約 100-124 次 / 分；4/24 CXR 報告顯示：無異常，評估為適應。</p>

護理問題一：身體活動功能障礙/與顱內出血後神經受損有關(8/15訂)(續)

生理層面	<p>(二) 營養</p> <p>4/23 案母表示：「他剛出生的時候因為胃破了一個洞，所以醫生說要切掉一些胃，出院之後常常喝牛奶就會吐！一次都不能喝太多，後來少量多餐餵之後就有好一些。常常要帶回來門診給醫師看，吃個胃腸藥調養一下。」、「目前會跟著我們大人吃三餐，一次大概給他半碗再多一些的飯菜量，然後偶爾補貼一下配方奶 120cc 左右，一天大概喝個三到四次。要控制他吃的量，不然一次給他吃太多的話，之後就會吐了，很難養！」、「弟弟從入院前一天就開始不吃不喝，有讓他試著喝一點牛奶，有時喝不完，喝完後會喊痛痛又把牛奶吐出來，也不喝水」。個案身高 84 公分(第 15 百分位)，體重 9 公斤(低於第 3 百分位)，計算 BMI 值為 12.7，屬於體重過輕，每日熱量需求約 900 千卡。根據案母描述的個案飲食內容，足夠其營養所需。4/23-26 因手術採醫囑禁食；4/27 移除鼻胃管後，開始嘗試進食牛奶及軟質食物，一天約嘔吐 1-2 次少量牛奶。5/4 案母表示：「他這兩天分次慢慢給他喝就有好一點，喝完牛奶後沒有吐，一餐都泡 100-120cc 這樣，而且食慾比開刀前好很多，還會跟我說要吃麵麵。」。4/25 抽血檢驗：Hb：11.7mg/dl、Hct：40.3%，屬正常範圍內。經評估後因術後食慾及嘔吐情形獲得改善且可恢復為原本之飲食量，故此部分評估為適應。</p> <p>(三) 體液電解質</p> <p>4/23-4/26 因手術醫囑禁食，由周邊靜脈輸液台大五號給予 1,500 毫升 / 天滴注；4/27 開始進食後，因進食情況尚可，故點滴則調降至 800 毫升 / 天；住院期間內，輸入輸出維持在 -100 至 +200 毫升之間，維持平衡。全身無水腫及脫水情形發生，皮膚飽滿度佳無乾燥，口腔黏膜潮濕。4/25 抽血報告 Na⁺：138mmol/L；K⁺：4.6mmol/L；Cl⁻：102mmol/L，正常範圍內。評估後為適應。</p> <p>(四) 排泄</p> <p>4/23 案母表示：「現在我有在幫他戒尿布，沒生病之前大小便都滿正常的，尿尿一天尿 7-8 次，便便的話都兩天大一次糊便，而且量很多」、「弟弟住院前兩天就不太喝水，尿比較少，顏色就比較黃，尿布一天換不到 5 次」；入院時視診個案腹部微凸，叩診為鼓音，腸蠕動約 5-7 次 / 分，觸診腹壁稍有阻力，禁食期間解便量少，但 4/27 開始進食後排便能恢復至住院前的狀況，排尿方面則自解正常，尿液清澈無混濁物。評估後為適應。</p> <p>(五) 皮膚完整性</p> <p>個案入院時外觀皮膚乾淨無異味情形，四肢末梢無脫屑情形。4/24 術後當天視診腹部正中處有 8 公分縫線傷口，以紗布及透明敷料墊覆蓋中，有輕微滲血情形，右鼻孔有一鼻胃管接間歇性抽吸器以 10mmHg 減壓引流中。4/25 給予協助換藥時案母表示：「他傷口怎麼會紅紅的？」，4/25-4/28 觀察傷口縫線周圍皮膚紅腫，範圍約 3 公分，無滲液情形。住院期間內體溫介於 36.5 度至 37.4 度之間，4/25 抽血檢驗：WBC：10.56K/uL、CRP：0.35mg/dl。經評估後為不適應，確立有潛在危險性感染之護理問題。</p> <p>(六) 活動與睡眠</p> <p>個案四肢外觀正常，無畸形缺陷，肌肉力量評估為 5 分，能不經扶持下行走或跑步。案母代訴個案平日睡眠大約 10-12 小時，且有午睡習慣，清醒時活力佳，在家跟哥哥姊姊在一起玩一兩個小時都不會累。4/24 術後當晚案母表示：「弟弟都會睡到一半突然醒來，摸著肚子喊痛痛，可以打止痛藥讓他好好睡覺嗎？」，依醫囑給予止痛藥物後，經案母安</p>
------	--

護理問題一：身體活動功能障礙/與顱內出血後神經受損有關(8/15訂)(續)

<p>生理層面</p>	<p>撫情緒及輕拍背部後漸可入睡，夜間斷續累計可超過 8 小時睡眠。觀察住院期間，個案有時會因腹部傷口疼痛及護理治療活動而中斷睡眠，因個案睡眠品質不佳主要為疼痛所致，故確立有急性疼痛之護理問題。</p> <p>(七) 感覺與神經</p> <p>個案視、嗅、觸、味覺等感官感覺正常，意識警醒。4/24 術後返室，觀察個案因傷口疼痛，常有哭鬧不安無法安撫及身體蜷縮情形，並摸著肚子喊「痛痛」等口語來表達疼痛，以 FLACC 術後疼痛量表評估疼痛指數為 8 分。4/24 術後當天案母表示：「我看他的傷口好大，他是不是很痛？我從沒看他哭成這樣過！」，4/25 案母表示：「離上次打止痛藥已經六個小時了，可以再幫他打嗎？」、「他現在一直哭沒辦法哄，是不是傷口又痛了？一直打止痛藥會不會對他不好？」，4/26 案母表示：「他打完止痛藥後會好一點可以睡一下，但是藥效過了又會一直哭哄不了，該怎麼辦？」。4/25-27 協助換藥時，觀察個案情緒激動、哭鬧不安，身體扭動及踢床，以 FLACC 術後疼痛量表評估，測得個案疼痛指數為 5-7 分之間。經評估後此項目為不適應，確立有急性疼痛之護理問題。</p> <p>(八) 內分泌</p> <p>案母代訴家中無糖尿病、甲狀腺等內分泌遺傳病史，新生兒篩檢報告無異常發生。視診個案雙眼對稱，眼距無過寬情形，雙耳外觀正常對稱，臉部外觀無異常；生殖器睪丸大小及位置正常，能獨自行走。依據丹佛嬰幼兒發展(DDST)進行篩檢，評估結果顯示粗細動作、語言及社會適應方面測驗結果為通過，無發展遲緩，經評估此項目為適應。</p>
<p>心理社會層面</p>	<p>(一) 自我概念</p> <p>個案現年 2 歲 5 月，屬於皮亞傑認知發展理論之運思前期，其特色會有自我中心、萬物有靈及象徵性思考等行為特色：透過治療性遊戲與個案互動，觀察個案較無規則性的依自己的喜好去選擇遊戲內容，常會與喜愛的小熊娃娃進行角色扮演，故符合此年齡發展階段之特色；根據艾瑞克森心理社會發展理論，個案現階段發展任務為自主感/羞恥與懷疑，此時期自主性較強烈，會容易有反抗行為產生：術後因傷口換藥，常有抗拒哭鬧之情形，護理人員靠近時，會大哭著說「不要不要」，同時將護理人員的手推開，案母亦表示個案現在較會表達自我意見，當不順其意的時候就會哭鬧不休，因此符合其學理特徵。</p> <p>(二) 角色功能</p> <p>個案為家中第三個小孩，角色為孫子、兒子及弟弟，現於醫院中為病人。在家中的主要照顧者為案母及案祖母，住院期間多由案母照顧。住院期間內，案母因擔心個案病況及返家後的照護常有詢問及焦慮之情形：4/24 個案由手術室返回病室後，案母表示：「他鼻子那條管子要放多久啊？會不會讓他很痛？我要怎麼抱他？我好怕拉到他的管子…」；4/25 觀察案母說話時表情皺眉，眼眶泛淚，案母：「他現在一直哭沒辦法哄，是不是傷口又痛了？一直打止痛藥會不會對他不好？」；4/26 衛教換藥方法時，觀察案母於會談過程中情緒低落，且不時看向個案，案母：「唉！弟弟傷口這麼大，我回家後要怎麼幫他換藥？我好怕弄痛他。」；4/27 案母表示：「每次要換藥的時候我就會很擔心，因為他一定會大哭大鬧的…還是我們出院後還可以回來醫院換藥嗎？我真的很擔心我換不好會害他傷口感染。」；4/27 協助換藥時，觀察案母肢體僵硬，且不敢下手消毒，過程中常頻頻發問；且住院期間案祖母及案父因工作關係白天未曾參與學習照護活動。經由此項評估，發現案母有照護者角色緊張護理問題。</p>

護理問題一：身體活動功能障礙/與顱內出血後神經受損有關（8/15訂）（續）

心理社會 層面	<p>（三）相互依賴</p> <p>個案家中為三代同堂，關係密切融洽，因家中工作緣故，故住院期間內皆由案母一人照護，案父其他家人則每日會於夜間探視。案母表示：「家裡有三個小孩，主要都是我跟我婆婆在顧，但因為這個小的吃東西要比較小心，所以都是我在顧比較多！婆婆會幫我打理兩個大的！」、「我很擔心這次回去之後，會不會沒有人幫忙我照顧弟弟，重擔全部都落在我身上的話，我會壓力很大！」。經護理人員協調後，案父及案祖母有撥空前來學習照護技巧，個案出院前案祖母有前來換手照護一天，顯示家人之間擁有相互依賴、支持關係，故經評估為適應。</p>
------------	---

護理計畫

筆者藉由羅氏適應模式評估其生理及心理社會層面，綜合以上資料收集結果，歸納出個案及其家庭有以下之現存性健康問題：急性疼痛 / 與腸沾黏

分離手術傷口有關、潛在危險性感染 / 與術後傷口及管路留置有關、照顧者角色緊張 / 與傷口照護及返家照護情境無法預測有關，以下將針對此三項護理問題進行排序，並擬定相關護理措施如下。

一、急性疼痛/與腸沾黏分離手術傷口有關（4/24確立）

主 / 客 觀資料	<p>主觀資料</p> <p>S1：4/24 案母：「我看他的傷口好大，他是不是很痛？我從沒看他哭成這樣過！」。</p> <p>S2：4/24 案母：「弟弟都會睡到一半突然醒來，摸著肚子喊痛痛，可以打止痛藥讓他好好睡覺嗎？」。</p> <p>S3：4/25 案母：「離上次打止痛藥已經六個小時了，可以再幫他打嗎？」。</p> <p>S4：4/25 案母：「他現在一直哭沒辦法哄，是不是傷口又痛了？一直打止痛藥會不會對他不好？」。</p> <p>客觀資料</p> <p>O1：4/24 觀察個案因傷口疼痛，常有哭泣皺眉及身體蜷縮，並摸著肚子喊「痛痛」，以口語來表達疼痛情形，以 FLACC 術後疼痛量表評估評估疼痛指數為 8 分。</p> <p>O2：4/25-27 協助換藥時，觀察個案情緒激動、哭鬧不安，身體扭動及踢床，以 FLACC 術後疼痛量表評估，測得個案疼痛指數為 5-7 分之間。</p>
護理目標	<p>1.4/25 案母能說出個案疼痛之表現至少三項。</p> <p>2.4/26 案母能正確執行非藥物減痛方法至少兩項。</p> <p>3.4/30 個案以 FLACC 術後疼痛量表評估疼痛指數能降低至 2 分以下。</p>
護理措施	<p>1.4/24 術後當日教導案母觀察非語言的疼痛徵象，如：哭泣、緊閉雙眼、肢體僵硬、握拳及睡眠時間減少等，當有以上情形發生時可以告知護理人員給予協助。</p> <p>2.4/24 術後當日教導案母疼痛緩解的徵象，如：表情柔和、四肢放鬆、哭泣時間縮短、睡眠時間增加等。</p>

一、急性疼痛/與腸沾黏分離手術傷口有關（4/24確立）（續）

<p>護理措施</p>	<p>3.4/25 換藥前衛教家屬緩解疼痛之相關措施：</p> <p>3-1. 可運用治療性遊戲方式建立安全感及分散注意力，以降低疼痛感：如換藥前可讓個案挑選喜愛且熟悉的熊熊或巧虎玩偶陪伴，降低其不安；換藥中，可使用手機或平板撥放個案喜愛的佩佩豬、巧虎等卡通影片，以轉移注意力；或可因應幼兒期大肌肉發展之需求，設計情緒宣洩性遊戲，如提供寶寶鐵琴、打地鼠遊戲盒或七彩聲光拍拍鼓等敲打式玩具以轉移對疼痛的注意力。</p> <p>3-2. 當疼痛徵象發生時，隨時給予口頭鼓勵及安撫其不安的情緒，如：換藥時觀察個案表情及動作，若有身體緊縮或哭鬧時，立即給予安撫其情緒及心理支持。</p> <p>3-3. 協助教導家屬使用棉被及枕頭墊於個案背後以提供支托，協助採舒適臥位（側臥），減少傷口拉扯。</p> <p>4. 換藥前中後之減痛措施：</p> <p>4-1. 依據幼兒期發展之萬物有靈特性，運用兔子醫師及痛痛熊與案母一同進行角色扮演，使個案理解換藥過程，並引導其說出過程中的感受以減輕個案焦慮情形，如：讓案母拿著醫師兔子的玩偶，比著小熊娃娃的肚子說：「小熊肚子痛痛要擦藥藥才不會長蟲蟲，那阿姨也幫弟弟肚子擦藥藥把蟲蟲趕跑好不好？」。</p> <p>4-2. 每日換藥前30分鐘，依醫囑予常規口服止痛藥物 Acetaminophen 4.5ml PO QID/PC 服用。</p> <p>4-3. 換藥時動作輕柔，先以無菌生理食鹽水浸濕再取下敷料，以避免拉扯造成疼痛。</p> <p>4-4. 每4小時或給予疼痛處置後，依據 FLACC 術後疼痛量表監測及記錄疼痛指數、頻率及持續時間。</p> <p>5. 採集中式護理並縮短執行醫療處置時間，以減少疼痛及增加休息時間。</p> <p>6. 每四小時監測生命徵象、疼痛及觀察睡眠情形。若個案因疼痛而影響睡眠時，與醫師討論需要時給予止痛藥物，以增加夜眠時數。</p>
<p>護理評估</p>	<p>4/25 案母能說出：「只要他身體很僵硬、一直哭鬧很難安撫、握拳或是睡不好的時候，可能就是他又在傷口痛了，我可以快點去找你們來幫忙！」</p> <p>4/26 於換藥時，案母會以手機撥放佩佩豬卡通影片，並以環抱方式固定及安撫個案情緒，讓其轉移注意力，雖過程中有哭鬧抗拒，但經案母唱歌輕拍安撫後可配合治療及停止哭泣，FLACC 疼痛指數 5 分。</p> <p>4/27 經治療性遊戲兔子醫師及痛痛熊之角色扮演過後，個案每次在護理人員以棉枝為其擦拭傷口時都會表示：「痛痛蟲掰掰、痛痛蟲掰掰！」，換藥過程中雖有哭泣行為，但已無身體扭動及踢床之情形發生。</p> <p>4/30 個案在未使用止痛藥物下，換藥過程中 FLACC 疼痛指數為 1 分，一般活動中疼痛指數為 0 分，且能在夜間持續睡眠超過 10 小時無中斷。</p>

二、潛在危險性感染/與術後傷口及管路留置有關（4/24確立）

<p>主/客 觀資料</p>	<p>主觀資料 S1：4/25 案母：「他傷口怎麼會紅紅的？」。</p>
---------------------------	---

二、潛在危險性感染/與術後傷口及管路留置有關（4/24確立）（續）

<p>主/客 觀資料</p>	<p>客觀資料 O1：4/24 術後腹部正中處 8 公分縫線傷口存，以紗布及透明敷料墊覆蓋。 O2：4/24-27 右鼻孔有一鼻胃管接間歇性抽吸器以 10mmHg 減壓引流中。 O3：4/25-4/26 換藥時，觀察傷口周圍皮膚微紅腫，範圍約 3 公分，無滲液。 O4：4/25 抽血檢驗：WBC：10.56K/uL、CRP：0.35mg/dl。 O5：住院期間內體溫介於 36.5 度至 37.4 度之間。</p>
<p>護理目標</p>	<p>1.4/26 案母可說出兩項觀察及預防傷口感染之方法。 2.5/2 個案傷口紅腫範圍能縮小至 1 公分，且無進一步感染徵象發生。</p>
<p>護理措施</p>	<p>1.4/24 衛教案母執行照護前後洗手之重要性及洗手步驟，且當幫個案更換尿布後或手上沾有分泌物時，都必須採取濕洗手方式，並鼓勵回覆示教。 2.4/25 衛教家屬正確的無菌技術換藥方式，如：換藥前需確實洗手；使用無菌的生理食鹽水溶液消毒，且沾濕棉棒前建議清洗瓶口後使用；採環型消毒方式，勿來回擦拭；抓取紗布時須注意以角落抓取，勿污染覆蓋傷口面；使用透明敷料時需注意密合度等。 3.4/25 換藥過程中，教導家屬每日更換尿布時，可隨時檢視腹部紗布外觀有無滲液情形，並以感染之範例照片教導家屬觀察傷口感染徵象，如：紅、腫、熱、痛或有膿狀分泌物等，並衛教發燒亦可能為傷口感染徵兆，若有上述情形，需立即告知護理人員。 4. 因個案流汗量大，故請家屬注意保持身體清潔，可以擦澡方式進行，若傷口敷料有鬆脫情形，可告知護理人員給予更換，以保持敷料密合。 5. 每次接觸個案及換藥前後落實洗手步驟。 6. 每日嚴格執行無菌技術換藥，觀察並記錄傷口紅腫範圍及有無分泌物。 7. 每日執行鼻胃管管路護理，並以安全別針確實固定，避免滑脫導致需重新置入而增加感染風險。 8. 每班觀察並記錄鼻胃管引流的量、顏色及性質，並與醫師討論，評估儘早移除管路之可行性。 9. 每班監測並記錄生命徵象，需要時依醫囑監測血液感染指數變化及細菌培養結果。 10.4/24-4/26 依醫囑予 Stazolin 0.37 vial Q8H IVD 滴注，以預防傷口感染。</p>
<p>護理評估</p>	<p>4/26 案母：「傷口只要有紅腫熱痛或是發燒的話就是感染了，我會每天幫他擦澡時順便觀察看看！」，觀察案母於接觸個案前後都有確實執行洗手。 4/26 執行鼻胃管護理時，觀察管路無滑脫，家屬可協助以安全別針將鼻胃管固定於個案胸口處衣物上避免拉扯，引流液呈黃褐色清澈狀，引流量約 10 毫升 / 天。 4/27 鼻胃管引流量逐漸減少，故醫師查房後予移除右鼻處鼻胃管。 4/28 換藥時，個案腹部傷口紅腫範圍已縮小至 0.3 公分，外觀乾燥無滲液。 5/2 個案體溫維持於 36.3 至 37.2 度之間，傷口無發紅情形，追蹤抽血報告 WBC：9.47K/uL、CRP：0.49mg/dl、血液培養為陰性。無感染徵象發生。 5/10 電訪追蹤，案母：「弟弟兩天前回門診把傷口拆線了，目前傷口沒有紅紅的，很乾淨沒有化膿，也沒有發燒。」</p>

三、照顧者角色緊張/與傷口照護及返家照護情境無法預測有關（4/24確立）

<p>主/客 觀資料</p>	<p>主觀資料 S1：4/24 案母：「他鼻子那條管子要放多久啊？會不會讓他很痛？我要怎麼抱他？我好怕拉到他的管子…」。 S2：4/25 案母：「他現在一直哭沒辦法哄，是不是傷口又痛了？一直打止痛藥會不會對他不好？」。 S3：4/26 案母：「他打完止痛藥後會好一點可以睡一下，但是藥效過了又會一直哭哄不了，該怎麼辦？」。 S4：4/26 案母：「唉！弟弟傷口這麼大，我回家後要怎麼幫他換藥？我好怕弄痛他」。 S5：4/27 案母：「每次要換藥的時候我就會很擔心，因為他一定會大哭大鬧的…還是我們出院後還可以回來醫院換藥嗎？我真的很擔心我換不好會害他傷口感染」。 S6：4/28 案母：「我很擔心這次回去之後，會不會沒有人幫忙我照顧弟弟，重擔全部都落在我身上的話，我會壓力很大！」。 客觀資料 O1：4/26 衛教換藥方法時，觀察案母於會談過程中情緒低落，且不時看向個案。 O2：4/27 協助換藥時，觀察案母肢體僵硬，且不敢下手消毒，過程中常頻頻發問。 O3：觀察住院期間案祖母、案父因工作關係白天未曾參與學習照護活動。</p>
<p>護理目標</p>	<p>1.4/30 案母可獨立執行傷口換藥，並能說出兩項以上需立即返診之情形。 2.5/3 個案之家庭成員能夠進行協同照護，案母主動表示緊張情緒緩解。</p>
<p>護理措施</p>	<p>運用文獻指出以家庭為中心的出院準備照護要點，進行相關措施如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 傾聽尊重 <ol style="list-style-type: none"> 1-1.4/23 入院當天向家屬自我介紹及主動關懷，並建立良好醫病關係。 1-2.建立安全、安靜及良好的溝通環境，如：病情討論室或會議室等。 1-3.4/24 鼓勵案母提出照護時的疑問，以同理心及耐心傾聽案母訴說擔心的理由，給予解答並適時予心理支持。 2. 信息共享 <ol style="list-style-type: none"> 2-1. 於發藥及進行治療過程時，以簡顯易懂的詞句說明步驟及藥物作用、副作用，以緩解案母緊張不安情緒。 2-2.4/24 術後當天向案母說明鼻胃管引流的必要性，協助以安全別針固定管路於個案胸口處的衣物上，減少管路拉扯及滑脫的機會，增加案母與其互動過程中的安全。 2-3.必要時，請醫師向家屬詳細解釋病況及用藥，以緩解家屬焦慮。 3. 鼓勵參與 <ol style="list-style-type: none"> 3-1.4/24 鼓勵案母與個案互動，並引導參與治療性遊戲的執行（兔子醫師與痛痛熊的角色扮演），從遊戲過程中以輕鬆的方式向病童說明換藥過程外，也可增加親子依附關係及減輕案母的無助感。 3-2.4/26 因案母擔憂返家後替換手照護之問題，故邀請案父及案祖母約定時間一同到院學習照護技巧，教導疾病照護、安撫個案及傷口護理，以提升家庭支持系統，減輕案母返家後照護上的壓力。

三、照顧者角色緊張/與傷口照護及返家照護情境無法預測有關（4/24確立）（續）

<p>護理措施</p>	<p>3-3.4/26 針對傷口換藥部分以分段式教學，說明傷口換藥方式及無菌原則：先以衛教單張進行說明，再輔以擬真嬰兒的換藥模型讓家庭成員模擬實際的換藥步驟，於回覆示教過程中給予正向回饋及重點提示以加強記憶及增加信心，直至執行方式正確為止。</p> <p>3-4. 每次在照顧者實際於個案身上完成傷口換藥時，予口頭稱讚及鼓勵，以增進照護信心。</p> <p>4. 後續追蹤</p> <p>4-1.5/4 出院當天提供家屬醫院電話及單位分機號碼，告知家屬返家後若有任何疑問可撥打電話諮詢。</p> <p>4-2.5/4 出院當天衛教案母出院後定期返診重要性，並告知需立即返診的症狀，如：高燒、嗜睡、嘔吐次數過於頻繁、嚴重腹脹、多天未排便或出現傷口感染徵兆等。</p> <p>4-3.5/4 出院當天，給予家屬飲食及活動方面之相關衛教，飲食方面需採少量多餐、軟質輕淡且易消化等食物，以避免嘔吐、腹脹及腹痛情形。活動方面可視個案體力狀況適量進行以促進腸蠕動，但仍需避免過度激烈運動避免拉扯傷口造成疼痛。</p> <p>4-4. 出院後給予電話訪問進行追蹤，主動關心個案返家後的照護狀況。</p>
<p>護理評估</p>	<p>4/30 觀察案母換藥時能遵守無菌原則、觀察傷口狀況及正確回覆示教換藥步驟。並能說出若返家後有傷口感染或是發燒、嘔吐等情形都要立即就醫。</p> <p>5/3 案母表示：「明天我們要出院了，現在我老公跟婆婆也會幫弟弟換藥，昨天婆婆還讓我回家睡一覺順便整理一下家裡準備迎接弟弟回去，心裡覺得輕鬆很多，有人陪著我照顧，我就比較不擔心了。」</p> <p>5/10 電訪時，案母：「我有照顧好他的傷口，上次回診時醫生說現在已經長肉了，弟弟換藥跟洗澡時，我老公跟婆婆會來幫我，我公公現在也會幫忙做一些家事，我就比較不會那麼累了」，並表示會定時返診追蹤。</p>

結論與討論

本文描述一位胃切除術後併發腸沾黏幼兒之護理經驗，於照護過程中，發現個案有急性疼痛、潛在危險性感染及照顧者角色緊張的護理問題。筆者除予舒緩個案生理不適及預防術後感染外，在照護上更配合其發展特色運用治療性遊戲方式，如：轉移注意力、角色扮演、情緒宣洩性遊戲等，用以緩解術後疼痛及住院所造成之恐懼；此外，因應案母照顧者角色緊張之問題，採家庭為中心的理念進行出院準備規劃，主動關懷及同理照顧者情緒，協助及確保醫療團隊與家庭成員達到有效性溝通，並於出院前安排學習照護技巧，引導家屬以嬰兒模型進行練習，待學習準備完成後實際進行回覆示教，鼓勵家庭成員一同學習照護技巧以提供照顧者有效支持系統，藉此減緩其焦慮與不安。

本次照護上的困難處初期為執行遊戲之場地問題，因應感控原則病房多會管控病房兒童遊戲室的開放與否，因適逢腸病毒流行，故筆者多於病房內進行，因此在執行過程中個案常會受到鄰床病友影響而中斷遊戲過程；此外，筆者僅能憑藉著兒科護理學的基本概念及經驗進行相關遊戲設計，當執行過後再對照文獻中的治療性遊戲成果，仍覺得不夠完善及發揮其效益，故建議兒科病房更著重於建置相關的空間、規範及繼續教育課程，讓護理人員可以接受到更專業的知識薰陶，得以設計更完善的遊戲內容，並且在專屬空間內無後顧之憂地提供相關照護。經由此次經驗，筆者體會到治療性遊戲的重要性，藉由專業知識揉合人性化的照護，減輕個案與家屬住院期間的壓力與不適，以創造更友善的兒童醫療之品質，望以此經驗與同仁分享。

參考文獻

1. Fredriksson F, Christofferson RH, Lilja HE: Adhesive small bowel obstruction after laparotomy during infancy. *British Journal of Surgery* 2016;103(3): 284-289.
2. 劉雪娥：腸道疾病與護理。周繡玲。成人內外科護理。台北：華杏。2018：420-424。
3. Iacusso C, Boscarelli A, Fusaro F, et al.: Pathogenetic and prognostic factors for neonatal gastric perforation: personal experience and systematic review of the literature. *Frontiers in Pediatrics* 2018; 61(6): 1-7.
4. 方雅晶、邱琪偵：一位學齡前期兒童燙傷清創手術後之恢復室照護經驗。志為護理 2018；17（3）：123-133。
5. 呂佳蓉、陳婉宜、黃淑娟等：運用治療性遊戲於一位手指皮瓣移植兒童之護理經驗。志為護理 2020；19（1）：103-112。
6. Crellin DJ, Harrison D, Santamaria N, et al.:The psychometric properties of the FLACC scale used to assess procedural pain. *The Journal of Pain* 2018; 19(8): 862-872.
7. 陳月枝：住院兒童之反應及其護理。張綠怡、蔡綠蓉。實用兒科護理。台北：華杏。2017：179-211。
8. 陳妤謙、陳宜坊、吳麗敏等：治療性遊戲之臨床運用。馬偕護理雜誌 2017；11（1）：7-17。
9. Yayan EH, Zengin M, Düken ME, et al.: Reducing children's pain and parents' anxiety in the postoperative period: a therapeutic model in Turkish sample. *Journal of Pediatric Nursing* 2019;(6): 1-5.
10. Ullan AM, Belver MH, Fernandez E, et al.:The effect of a program to promote play to reduce children's post-surgical pain: with plush toys, it hurts less. *Pain Management Nursing* 2014; 15(1): 273-282.
11. 王靜慧：一位熱中暑導致神經功能受損病童出院準備之護理經驗。彰化護理 2018；25（1）：87-98。
12. 林妍妙、梁蕙芳、陳雅惠：運用治療性遊戲照護一位肺膿瘍術後兒童及其照顧者的經驗。長庚護理 2017；28（1）：163-174。
13. 陳春羽、劉佩琪、薛佳綺：照護一位巨結腸症嬰兒術後及出院準備之護理經驗。彰化護理 2019；26（4）：74-85。
14. 陳美帆、梁蕙芳：運用羅氏適應模式照護一位術後之尿道下裂幼兒及其照顧者。長庚科技學刊 2017；（26）：103-118。

Experience of Applying Therapeutic Games to a Toddler after Enterolysis Surgery and Discharge Preparation

Nien-Ting Hsiao¹, Min-Yen Tsai³, Hsiu-Feng Hsu¹, Kun-Chia Lu²

Department of Nursing¹, Division of Pediatrics², Chung Kang Branch, Cheng Ching Hospital;
Department of Nursing, HungKuang University³

Abstract

This paper describes the nursing experience of a toddler after enterolysis surgery and discharge preparation. The nursing period extended from April 23, 2019 to May 5, 2019. Keeping the Roy Adaptation Model as the evaluation guide, data were collected by means of care, observation, physical assessment, interviews, and a review of medical records. The patient's health problems were determined to be acute pain and a potentially dangerous infection. In addition, it was found that the patient's mother suffered from caregiver stress when faced with the difficult task of taking care of the patient's wound after surgery; she worried that taking care of the patient after returning home would not be easy. During the nursing care process, the patient often cried and resisted care due to postoperative pain and frequent treatments, which also added to the worry and anxiety of the family members. For this reason, we aimed to investigate the effect of therapeutic games intervention have on the toddler. During the nursing period, in addition to providing basic physiological care, therapeutic games, in line with the patient's cognitive and developmental characteristics were designed. These included role-playing and percussion emotional catharsis games to relieve the patient's postoperative discomfort and the pressure caused by hospitalization. For discharge preparation, family members were encouraged to participate in the game care process to relieve their feelings of helplessness and care pressure. Baby models were used to guide the family members to practice dressing change and to teach them how to observe for symptoms of postoperative infection as well as care skills and the precautions to be taken after returning home. This was done to improve the coping ability of the family and to enhance the quality of home care, and thus assist in achieving an adaptive and healthy state. In pediatric nursing, therapeutic games are a unique and humane core element of nursing. It is hoped that the experience shared here is useful for peers working in the clinical care of similar cases. (Cheng Ching Medical Journal 2021; 17(4): 45-56)

Keywords : *Enterolysis surgery, Therapeutic games, Postoperative pain in children*

Received: January 2021; Accepted: March 2021