

照顧一位年輕婦女頭部外傷術後之護理經驗

羅煒翔¹、林佩儀²、林啟光³

澄清綜合醫院中港分院 加護病房¹、癌症防治中心²、神經外科³

摘要

本文描述一位 35 歲婦女因車禍意外導致頭部外傷術後之護理經驗。照護期間為 2020 年 9 月 8 日至 9 月 28 日，藉由實際照護、會談、觀察、傾聽、身體檢查及電話訪談方式收集資料，使用整體性護理評估進行生理、心理、社會及靈性等層面對個案進行資料收集，確立主要問題有身體活動功能障礙、焦慮、身體心像紊亂等護理問題，拒絕復健治療，影響復原的黃金時機。運用跨領域團隊合作照護，包含復健師、社工師、心理師與出院準備護理師等共同協助，提供專業技能，漸進式引導病人接受復健治療，增強連續性復健的重要認知，連結病友經驗的分享，減輕個案對疾病預後的焦慮、不安，藉由心理治療師的專業諮商、放鬆技巧等，改善初期因身體心像改變與焦慮拒絕復健治療的問題，共同鼓勵個案及家屬參與制定復健計畫，會同出院準備照護協助申請輔具等長照資源，增強正向意願，強化身體活動功能，重拾自信，出院後轉復健醫院進行連續性照護。建議臨床可多運用跨領域專業會議，了解彼此的專業角色與功能，共識後整合個案的主要問題與照護方案，提供最適合與個別性的完整照護，藉此護理經驗，期盼能提供臨床照護之參考。（澄清醫護管理雜誌 2022；18（4）：57-65）

關鍵詞：頭部外傷、身體活動功能障礙、焦慮、身體心像紊亂

通訊作者：林佩儀

通訊地址：台中市西屯區台灣大道四段 966 號

E-mail：peiyi0987320095@gmail.com

受理日期：2022 年 4 月；接受刊載：2022 年 9 月

前言

根據 2021 年衛生福利部統計，2020 十大死因事故傷害位居第六，其中運輸事故死亡占 46.1% [1]；而車禍所造成的頭部外傷，當下立即產生腦組織或是神經學上的嚴重傷害，常是導致意外傷害死亡之主因 [2]，而因車禍導致頭部多處蜘蛛膜下腔出血（Subarachnoid Hemorrhage, SAH）高達 10-30% 死亡率，輕者導致神經功能損傷，重者則需長時間依賴他人的照顧 [3]，在重建的過程中，需要適當的運用調適方法，能夠面對改變的情境，體認事實，加以解決 [4]。然而接受開顱手術後的病人，常因外觀改變或身體部分失能等，容易產生身體心像紊亂及焦慮、無助、失落等負向情緒，進而影響家庭及社會角色功能 [5]。本文個案年輕與夫育有 2 女，家庭美滿，卻因突如其來的車禍打亂人生，因頭部外傷導致身體活動功能障礙，與病情預後發展感到擔心、焦慮徬徨無助，因為外觀的變化，無法面對家人與親友，進而影響個案復健治療進度等，啟發筆者照護的動機，主要目的在於強化身體活動功能，減輕對疾病預後之焦慮，提供身體心像紊亂之護理措施，增加自信心，更重要的是持續接受復健治療，恢復身心健康之功能，藉此護理經驗，期盼能提供臨床照護之參考。

文獻探討

一、頭部外傷後導致身體活動功能障礙之照護

頭部外傷常常導致程度不等的神經傷害，多見臨床表現為快速進展性頭痛、頸部僵硬、嘔吐、意識改變、偏癱和癲癇發作、瞳孔不等大及光反射

消失 [6]，在急性治療期過後生命徵象穩定時，照護重點則應轉為安排合適且持續性的復健計畫，盡可能恢復病人獨立的行走功能以及日常生活自理能力，以增加自我控制感與自信心，當病人依照復健計畫內容執行復健訓練時，過程中可給予口頭讚美並提供正向的支持等 [7]。

日常生活自我照顧能力評估，臨床常見採用巴氏量表 (Barthel Index)，評估項目涵蓋進食、個人衛生、如廁、洗澡、穿脫衣服、大便與小便之控制、輪椅與床位的移動、行走平地及上下樓梯之十項，總分 0 至 100 分，分數越高獨立性功能越好 [8]。研究顯示，無論發病初期巴氏量表分數高低，越早開始復健治療則影響病人出院時巴氏量表的分數越顯著提升 [9]，鼓勵病人與物理治療師共同擬訂復健計畫，依病人能力由被動進展至主動性運動，以維持及增強肌肉耐力，避免肌肉萎縮 [10]，並盡早運用輔具，如輪椅、四腳助行器等，增進執行移位的能力，同時導入功能性訓練加強照顧技巧 [11]，透過家庭支持系統和跨團隊領域合作協助病人儘早參與復健活動，早日恢復原有的生活軌道 [12]。期許個案能配合醫療照護團隊的協助，早日重拾對身體的自我控制，並恢復一定程度的身體功能。

二、焦慮護理

焦慮 (Anxiety) 是一種人的情緒反應，因個人主觀感受不同，伴隨不同的情緒表現以及產生的因應行為 [13]。根據 1993 年版的貝克焦慮量表 (Beck Anxiety Inventory, BAI) 為臨床上常見用來評估焦慮的工具。總分 0-7 分為最輕度，8-15 分為輕度，16-25 分為中度，26-63 分為重度焦慮 [14]。護理措施包括：(一) 主動關懷與傾聽，引導正向情緒，提供心理支持，鼓勵參與復健計畫。(二) 執行任何護理措施時，事前說明；並提供疾病相關衛教單張，降低對未知事物的恐懼。(三) 鼓勵家人的陪伴，並給予正向支持及鼓勵。(四) 醫師每日查房解釋病情時，引導個案發問，提高個案對後續復健計畫之信心、治療方向及相關後續復健照護之資訊，讓個案能了解自身病況並給予時間發問問題，緩解焦慮 [12]。而早期介入心理治療，包括心理支持、教育與因應技巧，可以緩解急重症病人出院後的焦慮與創傷後壓力異常等 [15]。

三、身體心像紊亂之照護

身體心像是生理、心理、社會等多層面的交互作用的結果，是對自己身體的一種心理影像。身體心像紊亂則在外觀、功能、整體感覺或社會功能的改變，感覺受到干擾，且發生現存的身體心像和腦海中的自己無法相符合時，所產生的負向感受 [4]，而身體心像適應分為四階段，初期出現無助感為心理休克期，將情緒投射到他人，產生憤怒或敵意，而後進入退縮期，想到未來可能需要面對的問題，進而急於逃離現實情境，病人會缺乏動機去參與醫療照護計畫，再來進入承認期，感到哀傷且開始思考未來，正視身體的改變，最後為整合期，確立解決之道，重獲充實的感覺 [5]。在照護過程中，建立良好互動關係，給予正向的心理支持及關懷，鼓勵病人共同參與照護如：管路護理，增加病人操控感和獨立感，並逐漸接受生病的事實 [16]。引導個案願意說出外觀改變、身體失能的感受及想法，主動表達對持續性復健治療之感受及改變等 [17]。透過各專業角色，安排病人最重要的家屬或朋友一起共同面對問題，獲得家人或朋友的支持、認同及信任感，也可藉由案例分享，進而增加社會支持力量，協助病人度過身體心像紊亂之危機 [18]。

護理過程

一、個案簡介

個案林 OO，35 歲女性，教育工作者，已婚為雙薪家庭，和丈夫共同養育兩女兒，分別為 8 歲與 5 歲，無過去病史及家族病史，無抽菸喝酒，平常上班與其先生輪流接送小孩，婆家也在附近居住，需要時也會請公婆協助，病人本身有醫療保險，經濟方面較無壓力，家庭支持功能良好。

二、就醫過程

個案於 2020 年 8 月 25 日晚上與朋友聚餐後，騎車返家途中發生車禍，短暫意識喪失後雖於急診室恢復意識，觀察期間因噴射性嘔吐及頭暈頭痛接受腦部電腦斷層檢查後，診斷為左側 SAH 收住加護病房，於 8/26 接受手術治療，行左側開顱減壓術，術後 ICP：20-30mmHg 仍偏高，使用 Mannitol 500ml/bot Q6H IV drip 控制腦壓，每日持續監測，於 9/5 ICP：9mmHg，移除 ICP 監測器，意識狀況清楚，雙眼瞳孔大小：3.0mm (+) (對光有反應)，9/7

成功拔除氣管內管，脫離呼吸器，氧氣鼻導管使用，9/8 轉出至一般病房持續照顧，於 9/28 出院轉復健醫院接受復健治療與照護。

三、整體性護理評估

筆者於 2020 年 9 月 8 日至 9 月 28 日期間照顧個案，於護理期間藉由實際照護、會談、觀察、傾聽、身體檢查方式收集資料，使用整體性護理評估進行生理、心理、社會及靈性層面等，資料分析如下：

(一) 生理層面

1. 外觀：個案意識清楚，因手術剝除全部頭髮，左前額術後傷口約 17 公分，頭部凹陷，外觀乾淨無滲液，右大腿頭蓋骨置放處傷口約 10 公分，皆已癒合拆線。鼻胃管、尿管留置，胸腹部外觀兩側對稱，外傷皮膚傷口已癒合，無瘀青或其他皮膚破損。
2. 活動與休息：個案轉至一般病房後以臥床休息為主，常常使用手機瀏覽網站資訊，打發時間，家人陪伴一起用餐，一天睡眠時間約 10-12 小時且無安眠藥使用，外觀無明顯黑眼圈，沒有頻繁打哈欠，沒有因住院產生的睡眠型態改變。平時日常生活與活動需要看護協助，感嘆的提到「這次車禍害我都沒力氣照顧自己，我先生還多請看護幫我灌牛奶，照顧我起居。」9/8 評估四肢肌力：左側上下肢體肌力 4 分，右上肢體肌力 3 分，右下肢體肌力 2 分且有麻木感，運用巴氏量表進行日常生活功能評估，結果：平地行走、洗澡及上下樓梯皆為 0 分，大便控制、小便控制為 10 分，進食、移位、個人衛生、如廁、穿脫衣褲需部分協助分別為 5 分，總分 45 分為嚴重依賴。故日常生活大多由家屬與看護協助處理，若有下床活動時，由家屬與看護協助個案輪椅使用。經上述資料，個案呈現身體活動功能障礙 / 與頭部外傷有關之護理問題。
3. 營養：個案無糖尿病、高血脂病史，身高：168 公分，體重：70 公斤，身體質量指數 BMI：24.8kg/m²，標準體重：58.8kg，住院時每日所需總熱量約 2,110 大卡，8/26-9/13 採鼻胃管灌食，消化情形佳，陸續調整熱量至 2,000 卡 / 日。9/14 開始可嘗試由口喝水，無嗆咳，9/15 拔除鼻胃管，

9/21 協助下可由口進食軟質飲食，住院期間血紅素數值為 13.1g/dL、白蛋白 3.2g/dL。

4. 氧氣和循環：9/8 個案無使用氧氣治療測得指尖血氧濃度可維持 98-100%，心跳能維持 80-100 次 / 分，無心律不整情形，9/10 住院期間抽血數值 Hb：13.1g/dl、HCT：38.7%無異常，胸部 X 光皆無心臟肥大情形，照護期間有使用 DIOVAN 160mg/F.C.tab (Valsartan) 1tab QD PO、Norvasc 5mg/tab (Amlodipine) 1tab QN PO 等口服藥使用控制血壓，血壓介於 120/70-130/80mmHg 之間。
5. 感覺與神經：個案意識狀況清楚，雙眼瞳孔大小 3mm 皆有光反射，9/8 協助床上沐浴翻身時，個案感到頭暈、很不舒服，手扶頭部、表情緊張、暫停動作表情閉眼明顯不適，疼痛指數 2-3 分，血壓為 130/76mmHg，處方用藥為 Paramol 500mg 1tab PO QID 使用，服用後可緩解頭痛，無噁心嘔吐情形。依醫囑每日一次給予 Manitol IVD 與 Acetazolamax 250mg 1tab BID PO。9/15 依醫囑追蹤頭部電腦斷層，顯示右側腦組織腫脹，但無再出血情形，照護期間評估個案持續發生頭暈、頭痛情形，疼痛指數於服藥休息後雖然可緩解，發生次數遞減。
6. 排泄：個案於 9/8-9/14 之間放置尿管，每日協助尿管護理，尿液色黃清澈無混濁，9/10 檢驗數值無異常 BUN：12.1mg/dl、Creatinine：0.70mg/dl，尿液排出情形順暢，無燒灼疼痛感，每日排便一次，形狀成條、褐黃色，照護期間無解便不順主訴。

(二) 心理層面

個案表情常皺眉且表情淡漠，在病床上幾乎都在睡覺，協助個案口腔護理或鼻胃管護理，9/8 主訴：「我都轉出來病房了，還無法自己吃飯，還用鼻管和尿管，怎麼辦？」、會談時提到：「唉！（嘆氣）我連自己下床都有問題，出院後回家能自己洗澡嗎？」9/9 拒絕復健會診，眼眶泛淚，情緒激動的表示「我這麼嚴重，不能自理，復健有用嗎？」9/9 復健會診時個案無法讓復健師協助下床伸展與用力，皺眉表示：「我一動我就頭好暈，先不要做」，復健師評估後簡單的與個案討論目前的復健計畫內容，個案拒絕。9/10 個案抓著我的手，眼眶

泛淚擔心的問我：「我才 30 幾歲，我就要接受復健？」、「聽說做復健要很久，而且之後還要去復健醫院？」、9/11「住院期間是由媽媽幫忙帶小孩，去住復健醫院怎麼照顧兩個小孩？」、「到現在偶爾下床還會頭暈，我很擔心留下後遺症？我都不敢問醫師」，焦慮程度 16 分，屬於中度焦慮。由上述資料顯示，個案有焦慮 / 疾病預後及後遺症不明確之護理問題。

(三) 社會層面

個案已婚，平時和先生及女兒同住，家人感情很好，平時朝九晚五規律上下班，與先生輪流接送小孩，與同事相處和睦，此次住院也提到，工作已經有跟長官報備請長假了，等休養一段時間，還是會考慮持續工作。案夫表示個案平時個性外向、活潑，但是因為此次意外住院，個案主訴擔心自己無法完成復健，表情多皺眉，協助管路護理時個案常面露緊張表情，重複數次用手撫摸頭部無骨區，很在意外表的改變，且醫師查房後還是不斷詢問疾病預後情形，個案雖然住雙人房但很少與病友互動。案夫雖然每天下班就會來醫院陪伴太太，個案很心疼也感動，會安撫先生早點回去，有時難過的說：「我現在很醜，沒有頭髮，頭部凹陷，又有鼻胃管、尿管，我不想讓他（先生）一直看我」、9/10 醫師

查房時，個案表情淡漠的主訴：「醫師，我不想被別人看到我這樣，請醫院也不要透露我的姓名，我也不想這麼快去做復健，想過幾天再去」，所以個案要求謝絕訪客，病房內社交活動減少，於病歷註記隱私，個案每天在醫師查房期間，都會指著鼻胃管問醫生什麼時候可以把管子拔掉，住院期間是由婆婆幫忙帶小孩，也不願和小孩手機視訊，只是每天電話簡單安撫，9/11 個案提到「不想讓小孩看到自己變這樣」，由上述資料顯示，個案呈現身體心像紊亂 / 因手術剃除頭髮且術後頭部凹陷有關之護理問題。

(四) 靈性層面

個案無特定宗教信仰，觀察住院期間，案夫會將平安符貼於床頭及經過加持的衣服置於個案身上，個案表示：「我先生聽到親朋好友說哪間廟很靈都會去拜，只希望病能快好」，「我平常都有拜拜，神明也會保佑我的」。

問題確立、護理措施及結果評估

綜合以上資料評估，歸納出個案有以下三項之主要護理問題：一、身體活動功能障礙 / 與頭部外傷有關；二、焦慮 / 疾病預後導致負向情緒；三、身體心像改變 / 因手術剃除頭髮且術後頭部凹陷等。

一、身體活動功能障礙/與頭部外傷有關 (2020/9/8-9/28)

<p>主 / 客觀 資料</p>	<p>S1：9/8 個案表示：「唉！（嘆氣）我連自己下床都有問題，出院後回家能自己洗澡嗎？」 S2：9/9「這次車禍害我都沒力氣照顧自己，我先生還多請看護幫我灌牛奶，照顧我生活起居。」 O1：8/25 腦部電腦斷層（不含顯影劑）：左側多處 SAH。8/26 電腦斷層：左側有延遲性腦出血、左側顳葉骨折，行左側開顱減壓術。 O2：9/8 評估四肢肌力：左側上下肢體肌力 4 分，右側上肢 3 分，右側下肢體肌力 2 分且有麻木感。日常生活功能評估，巴氏量表總分 45 分為嚴重依賴，日常起居大多由家屬與看護協助處理。 O3：9/10 下床活動期間，皆由家屬與看護協助個案輪椅使用。</p>
<p>護理目標</p>	<p>1. 9/16 個案能在家人與團隊同仁的說明鼓勵下接受床上復健治療。 2. 9/21 個案能同意移至復健治療部執行復健治療，個案能在床上安全移位，獨自使用輪椅。 3. 9/28 住院期間沒有發生跌倒異常事件，個案能獨自操作輪椅在平地推行至少 50 公尺以上。</p>

一、身體活動功能障礙/與頭部外傷有關 (2020/9/8-9/28) (續)

<p>護理措施</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 每日依醫囑監測個案意識、生命徵象、四肢肌肉力量，觀察頭部無骨區有無腫脹情形，與個案建立信任關係。 2. 9/10 教導個案及主要照顧者臥床時將床頭抬高 30 度，以利降低顱內壓，減緩頭暈不適，漸進式下床以利執行復健運動。 3. 9/10 給予頭部外傷衛教單張，並幫個案畫重點增強吸收。 4. 9/14 邀請個案及家屬參與院方舉辦跨領域團隊會議，提出分工照護與復健計畫討論。 5. 9/15 依醫囑移除尿管與鼻胃管，轉介復健治療部、社工師、心理治療師、與出院準備護理師，分別提供服務：如解說復健治療計畫、安排晤談了解個案拒絕復健原因，引導個案說出來與家人討論，連結社會資源輔具租借、出院前進行皮膚完整性、管路、活動等評估及建議後續復健照護之方案等。 6. 9/15 安排個案、家屬、護理師、物理治療師及職能治療師共同討論擬定復健治療計畫內容，並依個案進度調整，移動至復健治療室執行復健運動，說明其重要性。 7. 9/15 鼓勵案夫安排時間陪伴個案參與復健治療，導入功能性訓練，肯定個案的執行能力。 8. 9/16 運用關懷與陪伴，邀請個案配合復健治療師被動執行床邊復健運動，教導移床技巧與安全需知，給予口頭讚美、鼓勵個案可以完成指令動作。
<p>護理評估</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 9/15 移除雙管後，個案微笑說：「沒有管子比較不會影響活動了。」 2. 9/16 個案可在復健師引導下採被動運動進行床邊復健，每天 2 次由看護陪伴扶牆行走 30 公尺。 3. 9/21 個案接受心理師晤談後同意由看護陪伴，可獨自自行使用輪椅至復健室治療。 4. 9/28 住院期間無跌倒，右側肌力 4 分左側 5 分，麻木感改善，獨自操作輪椅在平地推行約 60 公尺以上，出院當天在看護陪伴下使用助行器行走約 50 公尺。出院時巴氏量表總分 80 分，後續計畫，轉復健醫院持續性照護，再由醫師評估後轉居家復能，強化自我照顧能力。

二、焦慮/疾病不適導致負向情緒 (2020/9/8-9/28)

<p>主 / 客觀資料</p>	<p>S1：9/8 個案主訴：「我都轉出來病房了，還無法自己吃飯，還用鼻管和尿管，怎麼辦？」 S2：9/10 個案抓著我的手，眼眶泛淚擔心的問我：「我才 30 幾歲，我就要接受復健？」「聽說做復健要很久才會好？出院後好想直接回家」。 S3：9/11 「以後轉復健醫院怎麼照顧小孩？」、「到現在偶爾下床活動還會頭暈，力氣不夠，我很擔心會留下後遺症？我都不敢問醫師啦！」 O1：9/8 個案擔心自己無法完成復健，表情多皺眉，協助管路護理時個案常面露緊張表情；醫師查房後還是不斷詢問疾病預後情形，個案雖然住雙人房但很少與病友互動。 O2：9/9 個案每天重複數次用手撫摸頭部無骨區。焦慮程度 16 分，屬於中度焦慮。</p>
<p>護理目標</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 9/14 個案能主動提出內心的疑慮。 2. 9/21 個案能主動執行兩項以上緩解焦慮的方法；個案能在管路移除後降低焦慮，同意接受去復健室進行復健治療；焦慮程度小於 8 分。 3. 9/28 出院前個案能了解治療計畫，轉往復健醫院持續治療。

二、焦慮/疾病不適導致負向情緒 (2020/9/8-9/28) (續)

<p>護理措施</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 每日採開放式溝通，瞭解其所關心的事，適時陪伴、傾聽、不給予批評，鼓勵醫師查房時提問。 2. 9/9~9/11 照護初期進行自我介紹，真誠關懷，微笑問候身心狀況，逐步建立治療性人際關係。 3. 9/13 任何檢查治療之前，給予充足解釋鼓勵個案，減輕個案對疾病認知不足而產生不安。事先說明依醫囑評估病況合適性，轉入病房後醫師評估會拔除鼻胃管與尿管，讓個案有心理準備。 4. 9/14 透過醫療團隊每日查房時，請家屬及個案準備問題，協助提問，醫師回覆：「大腿放置頭蓋骨處請勿大力碰觸、撞傷，頭蓋骨放在大腿內是無菌空間，目前傷口已經癒合，保持乾燥即可，醫師會協助您預約回診評估，約時間再放回去，請您放心。」「你還年輕，目前積極安排復健治療是幫助復原的黃金時間，希望你對自己有信心。」 5. 9/14 召開跨領域團隊會議，協助連繫家屬、復健師、出院準備護理師、社工師、心理師等整合個案問題，透過溝通協調後，調整復健計畫，預計月底前出院。 6. 9/15 鼓勵深呼吸以穩定情緒，也可指導家屬可帶耳機個案使用，如聽音樂、閉眼休息或使用手機看影片放鬆心情。建議使用乳液或精油，按摩增進身體舒適，緩解焦慮心情。 7. 9/15 轉介心理治療師提供專業晤談與諮商，傾聽個案需求，抒發負向情緒，提供冥想等放鬆技巧。 8. 9/20 下午復健返室後，關懷個案家庭運作狀況，了解目前孩童照顧由媽媽協助，先生工作也不用一直請假了。 9. 9/21 關懷個案，評值焦慮程度。
<p>護理評值</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 9/14 個案能在家屬陪同下認真聆聽醫師說明，並且能主動詢問醫師。 2. 9/21 個案主述：「我平常就有在使用精油芳香，我先生有幫我帶來，很療癒吧！」，下午配合復健師執行床邊復健後，自行使用手機戴耳機聽音樂、閉眼休息，放鬆自己的心情。 3. 9/22 個案微笑說：「護理師午安，我身上的管子都沒有了，我覺得輕鬆很多，感謝你們幫我找心理師，現在看護要推我去做復健了。這幾天又經過醫師解釋，較不擔心了」，個案焦慮程度 7 分。 4. 9/28 個案微笑說：「今天我要轉去復健醫院了，幸好我媽媽可以幫忙照顧小孩，我會持續努力的，謝謝你們！」

三、身體心像紊亂/因手術剷除頭髮且術後頭部凹陷 (2020/9/8-9/28)

<p>主 / 客觀資料</p>	<p>S1：9/8 個案難過的表示：「我現在很醜，沒有頭髮，頭部凹陷，又有鼻胃管、尿管，我不想讓他（先生）一直看我。」</p> <p>S2：9/10 個案要求隱私註記，主訴：「很怕別人看到我這樣，請醫院不要透露我的姓名，我也請我先生不要講。」個案難過的提到：「我不想讓小孩看到自己變這樣！他們會嚇到。」</p>
------------------------	---

三、身體心像紊亂/因手術剃除頭髮且術後頭部凹陷（2020/9/8-9/28）（續）

<p>主 / 客觀 資料</p>	<p>O1：9/8 個案表情常皺眉且表情淡漠，在病床上幾乎都在睡覺，協助個案口腔護理或鼻胃管護理時病患學習意願低。案夫雖然每天下班來院陪伴，個案很心疼也感動，但會安撫先生早點回去。</p> <p>O2：9/9 個案拒絕討論目前的復健計畫內容。</p> <p>O3：9/10 個案要求謝絕訪客，病房內社交活動少，於病歷註記隱私。個案每天期望在醫師查房期間，都會指著鼻胃管問醫生什麼時候可以把管子拔掉，住院期間不願和小孩視訊。</p>
<p>護理目標</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 9/15 個案願意說出外觀改變、身體失能的感受及想法。 2. 9/21 能經由家人鼓勵下走出病室前往復健室進行復健。 3. 9/25 個案願意面對鏡子並正視身體外觀的改變。
<p>護理措施</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 每天在固定時間如復健前後或管路護理前後陪伴個案，採開放式提問，並引導個案在先生面前說出其身體心像改變所擔心之情緒，建立夫妻彼此信任感。 2. 9/10 當個案詢問有關頭骨凹陷處的問題時，給予正面回應，不欺瞞事實，並教導正確觀念如需觀察頭皮是否凹陷及其代表意義。 3. 9/15 依醫囑移除鼻胃管及尿管，觀察進食安全與解尿情形。 4. 9/15 轉介心理諮商，了解個案內心想法，抒發情緒，專業協助認識自己的轉變，引導接受自己的態度。 5. 9/16 陪同個案上網挑選喜歡的頭巾或柔軟布帽，需較寬鬆的材質包覆頭部，請先生帶來使用，增加自信心。 6. 9/17 透過社工師協助，在個案同意下，引導同為神經外科病房內之病友互動，提供裝扮自己與家人互動的技巧，鼓勵個案可先透過拍照讓女兒了解外貌，並解釋媽媽是因為生病開刀才把頭髮剃掉的，改變造型。 7. 9/20 鼓勵先與案夫手機視訊後，請先生協助開導小孩，之後再與女兒們互動。 8. 9/21 透過和女兒視訊互動，鼓勵個案打扮，增加自信並每日執行復健，漸進恢復肌力。
<p>護理評估</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 9/15 個案能說出頭骨凹陷代表之意義，在案夫面前使用鏡子觀察已癒合的傷口，個案可進食軟質飲食少量，尿液可自解，無不適。 2. 9/21 個案由看護推著輪椅前往復健室說：「我身上沒有管子了，不再擔心他人看我的眼光。」 3. 9/25 個案能面對鏡子，自行處理個人衛生，並且和女兒們視訊，小女兒撒嬌的說：「媽媽，我好久沒看到你了，我好想你。」個案笑著留淚說：「媽媽也想你們。」後續計畫：個案表示願意配合轉復健醫院，以獨立完成自我照顧為目標。

討論與結論

本篇係描述照顧一位年輕婦女頭部外傷術後之護理經驗。個案因車禍意外導致頭部外傷，手術治療後因身體活動功能改變、對疾病預後產生焦慮且身體心像紊亂等問題拒絕復健治療，影響復原時機。本文運用跨領域團隊整合照護，請物理治療師漸進式引導復健治療、增強復健治療的重要認知，社工師也運用關懷技巧，引導個案與病友互動，藉由經驗分享，減輕個案對疾病預後的焦慮與不安，接著轉介心理治療師，透過晤談、諮商以及運用放鬆技巧等，共同改善個案初期因身體心像改變與焦慮拒絕復健治療的問題，後續也由出院準備照護提供輔具申請等長照資源，也引導家屬與個案參與團隊會議，一起參與修訂復健計畫，增強正向意願，強化身體活動功能，協助個案接受復健治療並能同意出院後轉復健醫院，提供連續性照護，從進步中獲得成就感，重拾自信。

許等人(2018)指出，提供個別性及整合跨團隊照護，來引導個案正向面對意外創傷所帶來的生活改變，重新灌注希望及界定社會新角色，幫助個案盡快再次重返職場，增加自我價值[10]。此次照護期間，針對心理照護方面，臨床需要轉介心理師時，受限於人力安排，而無法即時提出照會需求此為限制，幸好心理師能參與跨領域團隊會議，一起評估、討論，提出建議方案與其他領域需協助配合之事項，後續提供完整照護，幫助個案走出病室，接受復健治療。建議臨床可多運用跨領域專業會議，了解彼此的專業角色與功能，共識後整合主要問題與照護方案，提供最適合與個別性的完整照護。因此，良好的溝通與團隊合作，不僅能提升病人的安全與照護品質，也能強化對醫療團隊和護理的價值與使命感的認同[17]。

參考文獻

1. 衛生福利部統計處：109年度死因統計。2021。Retrieved from <https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-5202-113.html>
2. Song YM: Traumatic brain injury-associated hypopituitarism a case report with mini review. Journal of Internal Medicine of Taiwan 2020; 31(5): 359-371.
3. 李姿萱、蘇佩真：一位蜘蛛膜下腔出血青少年及其主要照顧者之成功護理經驗。高雄護理雜誌 2017；34（2）：108-120。
4. 詹淑雅、劉芹芳、金繼春：身體心像紊亂之概念分析。新台北護理期刊 2011；13（1）：63-72。
5. 張秀蓉、林靖芸：一位初次腦中風病人合併身體心像紊亂之照護經驗。領導護理 2020；21（4）：57-72。
6. Kairys N, Das JM, Garg M: Acute subarachnoid hemorrhage (SAH). StatPearls 2020. Retrieved from <https://www.statpearls.com/articlelibrary/viewarticle/29606/>
7. 黃淳瑄、黃莉聆、洪淑文：照顧一位顱內出血個案復健期之護理經驗。嘉基護理 2016；16（2）：21-31。
8. 戴玉慈、羅美芳：身體功能評估的概念與量表。護理雜誌 1996；43（2）：63-68。
9. 胡名霞、許書旋、李建志等：腦中風患者復健治療時程與出院及長期功能結果之關聯性。台灣醫學 2006；10（2）：248-255。
10. 許雅惠、鄭慧萍、官千意：跨團隊整合照護一位重大創傷病人之護理經驗。台大護理雜誌 2018；14（2）：58-69。
11. 匡貞彥、賴美玉：運用賦權概念照護一位腦中風病人之護理經驗。長庚護理 2017；28（3）：487-497。
12. 蔡旻潔、蔡蕙如：運用關懷理論照護一位創傷性顱內出血術後病人之護理經驗。高雄護理雜誌 2019；36（1）：67-78。
13. 徐莞雲、陳筱瑀：焦慮的概念分析。志為護理-慈濟護理雜誌 2008；7（3）：65-70。
14. 車先蕙、盧孟良、陳錫中等：中文版貝克焦慮量表之信效度。台灣醫學 2006；10（4）：447-454。
15. Jackson JC, Mitchell N, Hopkins RO: Cognitive Functioning, mental health, and quality of life in ICU survivors: an overview. Psychiatric Clinics of North America 2015; 38(1): 91-104.
16. 黃靜微、林家綾、胡慧蘭等：最新護理診斷手冊：護理計畫與措施。台北：華杏。2018。
17. 張秀蓉、林靖芸：一位初次腦中風病人合併身體心像紊亂之照護經驗。領導護理 2020；21（4）：57-72。
18. Olinda S, Liam M, Gillian P, et al.: Self-reported psychosocial needs and health-related quality of life of colorectal cancer survivors. European Journal of Oncology Nursing. 2015; 19(1): 336-342.

Postoperative Nursing Experience of Caring for a Young Woman with a head Injury

Wei-Xiang Lo¹, Pei-Yi Lin², Chii-Guang Lin³

ICU¹, Cancer Prevention Center², Division of Neurosurgery³, Chung Kang Branch, Cheng Chin Hospital

Abstract

This article described the postoperative nursing experience of caring for a young woman with a head injury caused by a car accident. Care was provided from Sep 8th to Sep 28th, 2020. Data were collected through actual nursing care, case interviews, observations, listening, physical examinations, and telephone interviews. We collected the patient's physical, psychological, social, and spiritual functioning data. Further, we adopted a comprehensive nursing assessment to determine the nursing-related problems of the patient, including physical dysfunction, anxiety, and body image disturbance that led to the refusal of rehabilitation treatment and affected the golden opportunity for recovery. We employed interprofessional collaborative care with the joint assistance of rehabilitators, social workers, psychologists, and discharge planning nurses to provide professional skills to guide the patient to gradually receive rehabilitation treatment and enhance the awareness of the importance of continuous rehabilitation. The experience shared by patients with similar conditions were combined to alleviate the anxiety and discomfort of the patient regarding the disease prognosis. The refusal of rehabilitation treatment due to body image disturbance and anxiety during the early stage was reduced through the professional consultation and relaxation skills provided by psychotherapists. Moreover, the patient and her family members were encouraged to participate in the formulation of rehabilitation plans. The discharge planning nurse also assisted in applying for long-term care resources such as assistive devices to enhance a positive attitude, improve physical activity skills, and regain self-confidence. The patient was referred to a rehabilitation hospital to receive continuous care after discharge. We recommend interdisciplinary professional meetings used in clinical practice to understand the professional roles and functions of the participants, and integrate the main problems and care plans of the case by consensus to provide the most appropriate and individualized comprehensive care for the patient. We wish to share this nursing experience for reference in clinical practice. (Cheng Ching Medical Journal 2022; 18(4): 57-65)

Keywords : *Head injury, Physical dysfunction, Anxiety, Body image disturbance*