

運用羅氏理論照護一位脊髓損傷病患復健期之護理經驗

何宜珣¹、顏毓君²、吳姿蓉³、李嘉綺^{4*}

^{1,2} 中山醫學大學附設醫院護理部/護理師 ³ 中山醫學大學附設醫院/護理部副院長

^{4*} 中山醫學大學附設醫院/護理長

摘要：

本篇描述一位因工作意外造成第一腰髓完全性脊髓損傷之 27 歲男性，在面臨身體功能改變時，其生、心理調適過程之護理經驗。筆者於 2016 年 11 月 6 日至 12 月 5 日照護期間，運用羅氏適應模式理論進行整體性評估，藉參與式觀察、直接照護、身體評估、查閱病歷及會談等方式進行資料蒐集，確立主要健康問題有：身體活動功能障礙、排尿障礙及無力感。照護期間針對個案予以整體性護理措施，安排復健活動漸進增強肢體活動能力，執行膀胱訓練改善排尿型態，採主動關懷支持、積極傾聽的方式引導個案說出心中感受，與其共同討論創傷後生、心理調適的方法，並提供和他人互動的機會，鼓勵參與脊髓損傷協會等支持團體，以加強個案面對疾病之信心與正向之生存價值態度，減輕面對疾病時的無力感，進而改善其生活品質。

關鍵詞：羅氏適應模式理論、脊髓損傷、復健護理

前言

根據行政院衛生福利部 (2019) 統計資料顯示，事故傷害位居 2018 年國人十大死因之第六位。脊髓損傷常因車禍或由高處跌落等意外事故所導致，脊髓損傷除造成運動及感覺機能障礙，亦會影響排泄等生理基本功能，使病人被迫進入巨大的生涯轉換，產生失落、哀傷、缺乏自信等反應，易導致無力感、社會適應衝擊等問題 (杞、許、凌，2017；張，2015)。針對病人需求和能力提供專業護理及復健治療，可協助發揮最大功能和獨立性，並調適身體受限所帶來的心理困擾 (Cheng et al., 2017；Melin, Persson, & Kreuter, 2018)。本個案因工作意外造成第一腰髓完全性損傷，經急性期治療後，因脊髓神經受損導致下肢癱瘓、排尿困難等問題入院接受復健照護，期間發現個案因遭逢人生重大災難打亂生涯規劃而對未來產生悲觀的負向情緒，面臨身心無法調適的困境，引發筆者書寫動機，期望藉由護理專業知識及個別性護理之執行，協助病人克服多重功能障礙重新認識且適應自己，引導正向面對疾病帶來之改變，有效提高生活品質。

文獻查證

一、脊髓損傷對病人生、心理和社會之影響

脊髓損傷好發於頸椎及第十二胸椎至第二腰椎之胸腰椎相接區段，因這些部位活動度較高，故較易受到傷害 (馮，2014)。美國脊髓損傷協會 (American Spinal Injury Association, ASIA) 將脊髓損傷程度由 A 至 E 分為五級，完全性損傷屬 A 級，其特徵為受傷部位以下感覺和運動能力完全喪失，不完全性損傷則依受損程度由重至輕分 B 至 E 四級 (王、林，1994)。

在生理方面，因脊髓損傷後導致受傷部位以下神經控制的肌肉群產生活動障礙，使肢體喪失行走等活

動能力，亦可能造成排便、排尿功能障礙及神經性疼痛等問題 (李等，2012)。在心理方面，脊髓損傷常造成嚴重的身體殘障，病人面對無預警的身體功能障礙，易產生沮喪、憂鬱、厭世等情緒反應，甚至導致無力感等心理問題 (張，2015)；在社會方面，病人因身體功能障礙侷限活動範圍，易影響其社交活動，此外在面對原有的家庭、工作、關係時，因身體功能喪失無法發揮原有的社會角色，易產生社交隔離及就業困難等情形 (張，2015)。因此，面對身體活動障礙及心理與精神壓力，嚴重影響其生活品質，故需藉由完整的身、心理照護協助病人面對疾病所帶來的改變與衝擊 (張，2015)。

二、脊髓損傷病人復健期相關護理

在身體活動功能方面，第一腰髓完全性損傷將導致下肢癱瘓，但鼠蹊部以上仍有完整活動能力，可讓病人穿長筒鐵鞋或副木支撐下肢，使用助行器或拐杖訓練行走能力 (馮，2014)。因病人能部份維持坐姿平衡，可訓練輪椅代步、獨立完成轉位、穿衣及開車等技能，增進自我照顧能力；脊髓損傷易造成肌肉異常張力影響活動，需儘早復健預防關節攣縮，可鼓勵病人練習治療師指導的動作，注意活動安全與正確性，並適時予以指正 (李等，2012)。

在排尿功能方面，脊髓損傷會使控制膀胱與尿道肌群的神經受損，造成神經源性排尿障礙，為改善排尿控制能力、促進膀胱與尿道功能恢復，間歇性導尿法為主要治療方式 (Taweel, & Seyam, 2015)。藉由間歇性導尿排空膀胱尿液，可避免尿管留置導致之尿路感染及上泌尿道併發症發生，此外當病人移除尿管擺脫管路束縛，能有更大的自由度參加原本難以執行的日常與社交活動，建立自主處理膀胱排尿問題的能力亦可增強其自信心，故疾病初期雖多以留置導尿方式處理排尿問題，當病情穩定後則可考慮開始執行間歇性導尿 (Seth, Haslam, & Panicker, 2014)。

在心理調適方面，病人面臨疾病帶來的身體功能喪失，易對未來生活持有負向看法，甚至因悲觀情緒產生自殺念頭 (張，2015)。予以陪伴、積極傾聽並鼓勵說出心理感受，協助尋找其存在意義及面對疾病的事實，鼓勵參與決策過程及自我照護活動，可幫助

接受刊登：109 年 1 月 10 日

*通訊作者：李嘉綺 CHIA-CHI, LI

機構：中山醫學大學附設醫院/護理長

電話：04-24739595 轉 21400

住址：40201 台中市南區建國北路一段 110 號

Email：cshx383@csh.org.tw

電子信箱：cshx383@csh.org.tw

病人獲得控制感和自主性，進而成功調適無力感情形 (龔、柯，2013)。

在社會方面，脊髓損傷病人經歷創傷事件後，生、心理及工作等方面都將面臨重大挑戰，若有良好的社會支持，將有助於對疾病的適應 (李等，2012)。將生活所需技能合併於復健治療中，逐步與出院後生活接軌，並藉由出院準備服務建立病人、家屬、病友、社福單位與院外機構之銜接網路，配合社會福利政策及社會資源，讓整合性照護模式能充分發揮，幫助病人走出陰霾，迎向燦爛的人生 (李、程、邱，2014)。

護理評估

護理期間為 2016/11/06 日至 12/05，以觀察、直接照護及互動會談等方式收集資料，運用羅氏適應模式分析評估，依結果予以個別性護理措施。

一、個案簡介

簡先生，27 歲，未婚，高中畢業，溝通語言為國、台語，經濟狀況小康，家中主要經濟來源為案母。父母已離異，個案和案母同住，與案父及 2 位案兄互有聯繫，和家人相處融洽。

二、疾病與治療過程

個案無內外科病史，於 2016/10/02 因工作不慎由 7 公尺高鐵皮屋摔落，至台中某醫院急診救治，胸部斷層掃描顯示第一腰椎爆裂性骨折致，經開刀行腰椎內固定術後轉加護病房照護，10/23 轉病房，11/06 至筆者任職病房行住院復健。

三、羅氏適應模式理論評估

(一) 生理模式

1. 活動與休息：入院前每天睡眠約 7 小時，無睡眠問題，住院期間因下肢神經性疼痛偶有睡眠中斷情形，於不適緩解後可再入眠，無須服用助眠藥物，平日精神狀況良好，無黑眼圈及打呵欠情形。發病前每日有慢跑習慣，住院期間多在房間使用平板電腦上網，偶以輪椅代步於院區內散步，日常生活進食與梳洗需看護協助準備用物，個案能自行持用物執行；下床活動以輪椅為輔具，看護協助轉位，個案可自行推動輪椅；洗澡可自行完成部分身體清潔，看護協助刷洗無法自己清潔的部位。11/06 以巴氏量表

(Barthel Index) 評估日常生活活動功能(Activity of daily living, ADL)為 30 分，屬嚴重依賴。11/08 個案表示「在復健室看到有人可以自己移去坐輪椅，如果能練到像他們一樣，就不用麻煩別人」。評估此項目為不適應，列入身體活動功能障礙之護理計劃處置。

2. 營養：身高 181 公分，入院時體重 85 公斤，BMI：26，屬過重，受傷前無偏食情形，住院期間餐點由看護協助打理。視診個案皮膚有彈性、外觀光滑飽滿，無傷口及脫水、水腫情形。

3. 排泄：受傷前排便及排尿功能正常，約 1~2 天解便一次。受傷後每日午餐後服用 Dulcolax (5mg)1 顆，固定下午 5 點排便訓練，每次均可解出量中成形軟便。排尿方面採留置導尿，11/06 觀察尿液色黃，含白色沉澱物，尿液常規檢查 WBC：Numerous/HPF、Bacteria：2+ /HPF，有泌尿道感染情形。11/14 尿路動力學檢查顯示逼尿肌鬆弛，屬混合型神經性膀胱。11/06 個案表示「從受傷後就沒辦法自己尿尿，每天都帶著這條管子，連想下床坐輪椅都很不方便」、「前一家醫院曾試著讓我自己尿看看，雖然會感覺尿脹但解不出來」，11/15 醫師向個案解釋檢查報告並建議採間歇性導尿，個案表示「醫師說我可以拔掉尿管，但可能要每天自己導尿，那會不會很難」。評估此項目為不適應，列入排尿障礙之護理計劃處置。

4. 液體與電解質：四肢無水腫、脫屑，抽血檢驗體液電解質數值正常，每日攝水量約有 2000~2500 cc，每日攝入總量與排出總量約正 500~600 cc 之間。

5. 氧氣與循環：胸部外觀正常，入院胸部 X 光無異常，11/06 個案表示「以前每天都抽 2 包菸，現在雖然還是會抽，但就偶爾抽一下」。四肢末梢溫暖、無水腫情形，脈搏規則約 70~80 次/分，粘膜及指甲床呈淺粉紅色，11/07 抽血檢驗血紅素為 13.2g/dl。

6. 神經功能：昏迷指數 (GCS) E4M6V5，判斷力和定向感正常；徒手肌肉檢查 (Manual Muscle Test, MMT) 評估雙上肢肌力 5 分、雙下肢肌力 0

分，DTR 評估雙上肢 2+、雙下肢無反射，坐立平衡 Spinal Injury Association, ASIA) 機能損傷等級分類屬 A 級，為第一腰髓完全性損傷。11/06 個案表示「兩隻腳都沒有力氣，沒辦法自己動」、「坐輪椅要靠看護幫我搬過去，翻身只可以用手抓床欄稍微翻過去一點點，腳就要人家幫我了」。評估此項目為不適應，列入身體活動功能障礙之護理計劃處置。

7. 感覺與知覺：個案視、聽、嗅、味覺正常，對人時地的定向感正常，對話時注意力集中，回應問題反應靈敏。雙上肢對觸、冷、熱覺和疼痛有知覺；雙下肢對冷、熱感受性低，對痛覺有刺痛和麻木感。11/11 依醫囑予三餐飯後服用 Gabapentin 100mg 一顆，11/13 表示「雖然現在我的腳偶而還會有一陣一陣刺痛跟麻麻的感覺，但比之前好很多，痛的時候看護幫我調整姿勢就會比較好。

8. 內分泌系統的調節：無甲狀腺疾病和糖尿病病史，無異常色素沉著或硬塊之情形。

(二) 角色功能

第一角色：男性，28 歲，屬親密-孤立期；第二角色：兒子、弟弟、鐵皮屋搭建人員，自認工作盡責；第三角色：病患。個案平時與案母同住，重要事件會與案母取得共識後決定。住院期間醫療費用由案母支出，生活起居由 24 小時看護照料。個案表示與案母溝通後決定於受傷後六個月內以接受復健治療為優先，住院中對醫護活動、衛教內容及復健療程及可配合執行。評估此項目為適應。

問題確立、護理措施與評值

評估確立健康問題有身體活動功能障礙、排尿障礙及無力感：

問題一、身體活動功能障礙/腰髓損傷致活動能力受損 (2016/11/6 訂)

第一層次評估 (行為評估)

主觀資料

1.11/06 「兩隻腳都沒有力氣，沒辦法自己動」、「坐輪椅要靠看護幫我搬過去，翻身只可以用手抓床欄稍微翻過去一點點，腳就要人家幫我了」。

2.11/08 「在復健室看到有人可以自己移去坐輪椅，如果能練到像他們一樣，就不用麻煩別人」。

客觀資料

1.11/06 腰髓完全性損傷導致下肢癱瘓，下床活動需看護協助轉位到輪椅，可自行推動輪椅代步。

2.11/06 MMT：雙上肢 5 分、雙下肢 0 分。

維持能力較差，依美國脊髓損傷協會 (American (三) 自我概念

1. 身體自我：11/06 肢體功能評估時觀察個案對無法執行下肢運動及感覺能力而搖頭嘆氣。11/07 談及復健期望時神情落寞表示「雖然我希望可以走路，但兩隻腳連舉起來的力氣都沒有，本來就不愛靠別人，結果現在樣樣要人家幫忙」。11/10 護理人員聽見個案啜泣聲，前往探視並予以關心，但個案不願回應。

2. 個人自我：個案表示先前無宗教信仰，受傷後病情穩定時曾和家人去廟宇拜拜祈求儘快復原，但認為不可太迷信，還是要靠自己的努力及醫療的協助。11/07 會談時個案表示「我書讀得不好，不過就算是當工人，努力的話還是能養活自己跟照顧家人」，談及先前職業時眉頭深鎖表示「以前是在搭鐵皮屋，現在應該也不能做了」。11/12 案母表示「我本來很希望他接手我的店，但他都說想靠自己」、「他以前個性挺開朗，常跟朋友出去釣魚，現在都悶悶不樂，也會怨嘆怎麼只有他變成這樣子」。評估此項目為不適應，列入無力感之護理計劃處置。

(四) 相互依賴

個案平日於復健治療時間外多於病房使用平板通訊軟體與友人聯繫或上網，住院期間主要照顧者為看護，照護關係已取得相互信任。案母每天會到院探視陪伴約兩小時，案兄及案父偶探視互動可。

3.11/07 手部功能正常，因雙下肢癱瘓僅可維持坐姿平衡，但無法獨立完成轉位等活動，ADL 為 30 分。
第二層次評估(影響因素評估)
主要刺激：第一腰髓完全性損傷 相關刺激：雙下肢癱瘓 剩餘刺激：肢體失去功能
護理目標
1.11/10 前能說出活動時應注意的安全事項至少三項。 2.11/16 前能由看護協助執行增強上肢肌力及臀部和大腿上部的運動且下半身無攣縮情形。 3.出院前能執行獨立轉位及沐浴技巧等自我照顧能力訓練活動，ADL 可達 50 分以上。
護理措施
1.11/06 教導看護於個案下床前需穿著背架，示範抬高床頭協助病人坐起再轉位到輪椅漸進式活動方式以維護安全。 2.11/06 衛教教導個案及看護著合身衣褲及止滑鞋、使用輪椅轉位時需固定煞車、臥床需使用床欄以預防跌倒。 3.11/08 指導看護在運動前協助個案熱敷下肢關節 10 分鐘以利伸展，每日行 2~3 次下肢全關節運動 20 分鐘以預防關節攣縮。 4.11/11 偕同復健治療師與個案一同討論行動能力及限制，配合個案治療目標安排復健項目，每日觀察病情進展與復健程度。 (1) 11/12 治療師指導下使用傾斜床行下肢肌力訓練，站立高度約 70~80 度，依耐受度由 10 分鐘至 20 分鐘漸進調整時間。 (2) 11/12 由治療師指導個案行翻身、坐起、以手臂力量撐起上半身、雙手舉棍過肩、仰臥雙手高舉 0.5 公斤啞鈴等墊上運動。 (3) 11/18 由治療師指導個案執行床至輪椅間之轉位技巧，並教導操控輪椅及跌倒時爬起的方法，以加強獨立使用輪椅能力。 (4) 11/20 治療師指導下由看護協助個案使用副木固定膝關節，依治療師指導以扶住欄杆或助行器方式行站立訓練。 5.11/13 教導看護於復健時間外可協助個案行上肢負重肌力訓練及墊上運動等易於病房執行之復健運動，視耐受度調整強度。 6.11/20 與個案及看護討論生活中難以自理之項目，如沐浴時難自行刷洗的部位構思以沐浴巾繞到背部及下肢清潔身體。
護理評值
1.11/10 個案下床前會穿著背架，並穿合身衣服及止滑鞋、使用輪椅要先固定煞車、在床上要使用床欄以預防跌倒。 2.11/16 看護可於早、晚協助個案行下肢全關節運動 15~20 分鐘，晚間可行手臂撐起上半身、翻身、坐起運動 5 次，並可持裝 700cc 水的保特瓶行上抗重力肢關節運動 20 次。

- 3.11/19 將站立訓練加入病房自主訓練，首次練習時間為 10 分鐘。
- 4.11/23 個案可練習由床轉位到輪椅，由看護支撐輪椅預防翻覆。
- 5.11/28 個案表示「我現在腳也比較有力氣，可以站比較久了，大約站 30 分鐘，也可以自己坐到便盆椅跟輪椅，洗澡的時候不用人家幫忙，但因為便盆椅比較不穩，所以還是要看護幫我」。
- 6.12/05 出院時評估下肢關節無攣縮情形，ADL 達 60 分。

問題二、排尿型態障礙/混合型神經性膀胱致解尿困難 (2016.11.6 訂)

第一層次評估 (行為評估)

主觀資料

- 1.11/06 「從受傷後就沒辦法自己尿尿，每天都帶著這條管子，連想下床坐輪椅走走都很不方便」、「前一家醫院曾試著讓我自己尿看看，雖然會感覺尿脹但解不出來」。
- 2.11/15 「醫師說我可以拔掉尿管了，但可能要每天自己導尿，那會不會很難」。

客觀資料

- 1.個案於受傷後即無法自行解尿，持續留置導尿管。
- 2.11/06 觀察尿液呈淡黃色，有沉澱物，但無惡臭味，尿液檢查顯示 WBC : Numerous/HPF、Bacteria : 2+ /HPF。
- 3.11/14 尿路動力學檢查：逼尿肌鬆弛、尿道外括約肌收縮過度致膀胱頸無法打開，屬混合型神經性膀胱。

第二層次評估(影響因素評估)

- 主要刺激：第一腰髓完全性損傷
- 相關刺激：脊神經受損導致混合型神經性膀胱
- 剩餘刺激：尿管留置

護理目標

- 1.11/10 前個案能說出並確實執行預防泌尿道感染方法至少三種。
- 2.11/20 前個案可正確執行間歇導尿技巧，泌尿道感染情形能改善。
- 3.出院前無泌尿道感染情形，且無泌尿系統合併症發生。

護理措施

- 1.每日監測尿液量及性質，觀察有無混濁、惡臭、出血等感染加重情形。
- 2.11/06 教導個案每日沐浴時使用肥皂清潔尿管及尿道口，再用乾淨毛巾擦乾，沐浴後依本院護理技術標準執行導尿管護理。
- 3.11/06 教導個案及看護尿袋須低於膀胱，且不可垂地，隨時維持引流管通暢，若尿袋中尿量已達 1/2~2/3 高度即須排空尿袋避免感染。
- 4.11/07 觀察個案轉位時活動情形，教導先將尿管反摺再提起尿袋以避免尿液逆流，示範於乘坐輪椅時尿袋懸掛位置及方式。
- 5.11/07 衛教每日攝取 2000cc 以上水分，促沉澱物排出。
- 6.11/15 依醫囑移除導尿管開始執行間歇導尿，衛教膀胱訓練方法與目的，適時澄清疑問，增進個案膀胱訓練的配合度。
- (1) 與個案討論飲水方式，衛教平均每小時攝取水分 100~150cc。

(2) 教導個案促進尿液自解的方式，如：敲擊恥骨處引發反射性排尿、壓下腹部以腹壓解尿，並一同評估每種方式之解尿情形。

(3) 依醫囑每四小時導尿一次，教導個案自行執行間歇性導尿技巧，於回覆示教時予指導並鼓勵，直到個案可自行正確執行。

(4) 衛教個案及看護辨識尿液有無混濁、惡臭等感染徵象。

7. 記錄每次自發性排尿及導尿所測得的尿量，並評估有無尿路染症狀發生，隨時與醫師討論排尿情形變化。

護理評估

1.11/10 個案表示尿袋中約 1/2 滿時會排空尿袋，轉位前會先將尿管反折再提高尿袋，但坐輪椅時擔心懸掛於輪椅旁會捲進輪子，故示範於行進間將尿袋綁於小腿處的方法，維持尿袋低於膀胱。

2.11/18 個案表示「我覺得壓肚子或向下用力比較尿得出來，但量不多」，觀察個案可正確執行間歇性導尿技巧，自解量約 50~100cc，導尿量約 300~400 cc，醫囑予三餐服用 Baclon 5mg 1 顆促進尿道放鬆。

3.11/20 觀察尿中沉澱物較減少，尿液常規檢查 WBC：50-60/HPF，Bacteria：1+/HPF。

4.11/25 個案表示「最近尿尿的量有比較多耶!」，自解量約 200~250 cc，導尿量約 150~200cc，醫師調整導尿頻率為 6 小時一次。

5.12/03 尿液常規檢查 WBC：2~5/HPF。

個案後續追蹤電訪

1.2017/01/13 個案表示導尿頻率仍維持每 6 小時一次，尿液色淡黃無惡臭味及沉澱物，暫無發燒、解尿時疼痛等感染徵象。

2.2017/02/10 個案表示「我白天都可以自己尿尿，每次大約 250~300 cc，導出來約 100~150cc，所以調成早晚導一次就好了」。

3.2017/3/10 個案表示「現在還是在起床後跟睡前會導尿，醫生說之後可能會再調整導尿次數」，提醒病人記錄導尿量及性質，以利醫師導尿頻率，並依醫師建議持續就診追蹤。

問題三、無力感/與對自我將來失去控制力有關 (2016.11.10 訂)

第一層次評估 (行為評估)

主觀資料

1.11/07 「雖然我希望以後能走路，但兩隻腳連舉起來的力氣都沒有，本來就不愛靠別人，現在卻樣樣要人幫忙」、「以前是在搭鐵皮屋，現在應該也不能做了」。

客觀資料

1.11/06 觀察個案對無法執行下肢運動及感覺能力而搖頭嘆氣。

2.11/07 與個案談及復健期望及之前工作時眉頭深鎖，語氣失落。

3.11/10 發現個案有哭泣情形，詢問其原因不願多談。

4.11/12 案母表示個案及家人對未來感到茫然。

第二層次評估(影響因素評估)

<p>主要刺激：第一腰髓完全性損傷致下肢癱瘓</p> <p>相關刺激：無法返回原工作崗位</p> <p>剩餘刺激：個案之個性獨立，不愛依靠他人</p>
<p>護理目標</p> <p>1.11/20 前個案能說出受傷後身體功能之變化及對內心衝擊的感受。</p> <p>2.11/25 前個案能表達對將來職業選擇等未來走向之正向想法。</p> <p>3.12/03 前個案能說出對將來之職業發展之預定規劃。</p>
<p>護理措施</p> <p>1.照護個案時採溫和、友善、主動的態度互動，以開放式問題引導表達內心感受，漸進式建立信任的治療性關係。</p> <p>2.至治療室觀察個案復健情形，探視時進步之處予正向回饋，增進重拾自我控制力的信心，如：「今天練站立箱有比較挺喔！」。</p> <p>3.11/12 與案母會談強調家人支持對個案的重要性，鼓勵與個案對未來生涯規劃進行溝通找出共識，使個案有充足的後盾及心理支持。</p> <p>4.11/17 經個案同意由出院準備服務護理師協助加入脊髓損傷者協會，並取得職業訓練資訊，以規劃出院後動向，鼓勵發展新專業。</p> <p>5.11/17 與個案及職能治療師討論身體殘餘功能找出優勢，討論未來生涯規劃可行性，建議可從事文書工作，並鼓勵發揮各項復健潛能。</p> <p>6.11/19 經個案同意安排參加本院與脊髓損傷潛能發展中心共同舉辦之脊髓損傷病友座談會，藉病友經驗分享增進專業再造的信心。</p> <p>7.11/25 鼓勵個案和座談會中認識的病友參加脊髓損傷潛能發展中心舉辦的活動，實際觀察病友生活方式以重拾可自控人生的信心。</p>
<p>護理評估</p> <p>1.11/16 個案表示「受傷後很多事都變了，想去外面走走釣個魚，雖然朋友說可以幫忙，但覺得會讓別人麻煩也不敢答應」、「看網路上有些跟我一樣的事業很成功，也很羨慕，可是不知道要怎麼做」。</p> <p>2.11/23 個案表示「從參加活動還有你們給我的資料，讓我比較知道可以做什麼，或許以後可以做跟電腦有關的工作，我會跟我媽討論看看」。</p> <p>3.11/25 個案表示「之前認識的潛能發展中心的人挺關心我的，都有打電話給我，也問我要不要去參加他們的活動」。</p> <p>4.12/03 個案表示「我媽說店裡也考慮設網站幫忙宣傳跟網購，如果我要學電腦，看之後要不要回家裡幫忙，順便幫忙處裡電話訂單」。</p> <p>個案後續追蹤電訪</p> <p>1.2017/01/13 個案表示「半年的復健做完後，我會去跟我媽住，之後應該會去店裡幫忙」，建議個案可於住院復健期間著手安排居家無障礙設施評估，並提供相關資訊。</p> <p>2.2017/02/10 個案表示「這次復健完會回家然後去學電腦，我媽已經請人裝欄杆把跟把地舖平，以後生活不太有問題」、「前幾天跟潛能發展中心的人出去，看他們自己開車挺方便的，以後我也考慮去那裏學」。</p> <p>3. 2017/3/10 個案表示「我會幫店裡處裡一些電話訂單，也有在學店裡的一些餐點作法，另外也有在找線上網</p>

頁設計課程，之後會幫店設個網站。」

結論與討論

本文個案因第一腰髓完全性損傷而承受下肢癱瘓、排尿障礙等問題，加上肢體活動限制難以回歸原職場，嚴重影響其生涯規劃。筆者在照護期間以關懷的態度建立良好護病關係，偕同醫師、物理和職能治療師及出院準備服務護理師等醫療團隊成員共擬照護計畫，以復健訓練加強轉位技巧及身體活動功能以增進生活獨立性，引導個案找出合適的排尿方式，配合自我導尿而擺脫尿管束縛，並改善泌尿道感染問題。在心理方面，除鼓勵個案與家人溝通建立共識，提供成功病友認識的機會促進經驗交流，亦提供脊髓損傷潛能發展中心等技能訓練管道資訊，使個案找到職業發展及學習方向，提升重建專業回歸社會的信心。

照護期間筆者感到限制與困難的是在建立關係初期，個案對將來生涯規劃相關問題多以逃避或不在于的口吻回應，使會談較難進入深層話題，在持續給予關懷建立互信關係後，個案漸可敞開心房說出目前的改變，讓醫療團隊人員可依其所需提供協助管道，幫助個案走出陰霾並規劃生涯方向。藉此護理經驗建議臨床護理同仁在面對青壯年脊髓損傷病人時，除協助生理問題之照護，更應重視心理層次，用心傾聽病人心路歷程與問題，適時給予正向肯定並回饋其生命存在的意義，並提供技能訓練管道、病友支持團體等相關資訊，為日後職業重建與重返社會做準備，幫助病人規劃生涯藍圖，重拾人生的希望。

參考資料

- 王顏和、林光華 (1994) · 脊髓損傷之神經檢查與功能評估 · *中華民國物理治療學會雜誌* · 19 (1) · 78-87。doi:10.29616/jpta.roc.199403.0009
- 杞宜靜、許敦韋、凌憬峰 (2017) · 脊髓損傷患者在大腦中磁振頻譜的變化 · *北市醫放雜誌* · 7 (1) · 38-46。doi:10.6663/tpart.201712_7(1).0006
- 李雅萍、程敏華、邱雅芳 (2014) · 脊髓損傷個案之社會支持程度及相關因素探討 · *醫務管理期刊* · 15 (1) · 1-16。doi:10.6174/jh m2014.15(1).1
- 李明德、李梅琛、鄧慶華、張明瑞、王淑娟、黃惠子、...宋琇鈺 (2012) · *新編復健護理學* · 台中市：華格那。
- 張雅雯 (2015) · 與脊髓損傷者進行心理健康工作實務分享 · *諮商與輔導* · 355 · 29-32。
- 馮容芬 (2014) · 神經系統疾病與護理 · 於王桂芸、劉雪娥、馮容芬總校訂 · *新編內外科護理學* (五版 · 16-4-16-184 頁) · 台北市：永大。
- 衛生福利部 (2019 · 6 月 21 日) · *107 年國人死因統計結果* · 取自 <https://www.mohw.gov.tw/cp-16-48057-1.html>
- 龔宥潔、柯薰貴 (2013) · 一位因車禍致脊髓損傷患者之照護經驗 · *志為護理：慈濟護理人文與科學* · 13 (1) · 101-110。
- Cheng, C. L., Plashkes, T., Shen, T., Fallah, N., Humphreys, S., O'Connell, C., ... & Charbonneau, R. (2017). Does specialized inpatient rehabilitation affect whether or not people with traumatic spinal cord injury return home?. *Journal of neurotrauma*, 34(20), 2867-2876. doi:10.1089/neu.2016.4930
- Melin, J., Persson, L. O., Taft, C., & Kreuter, M. (2018). Patient participation from the perspective of staff members working in spinal cord injury rehabilitation. *Spinal cord*, 56(6), 614. doi:10.1038/s41393-018-0061-7
- Seth, J. H., Haslam, C., & Panicker, J. N. (2014). Ensuring patient adherence to clean intermittent self-catheterization. *Patient preference and adherence*, 8, 191. doi:10.2147/PPA.S49060
- Taweel, W., & Seyam, R. (2015). Neurogenic bladder in spinal cord injury patients. *Research and reports in urology*, 7, 85. doi:10.2147/RR U.S29644

Nursing Experiences of Applying Roy's Adaptation Model During the Rehabilitation of a Patient With Spinal Cord Injury

Yi- Hsun Ho¹, Yu- Chun Yen², Tzu- Jung Wu³, Chia- Chi Li*

^{1,2}. RN, Department of nursing, Chung Shan Medical University Hospital

³. Vice Director, Department of nursing, Chung Shan Medical University Hospital

* Head Nurse , Department of nursing, Chung Shan Medical University Hospital

Abstract:

This paper reports the case of a 27-year-old man with complete L1 spinal cord injury caused by a work accident and describes the care he received through his physiological and psychological adjustment process in response to changes in physical functioning. Throughout the therapy period from November 6 to December 25, 2016, the author conducted holistic assessments using Roy's Adaptation Model. Information collected from participant observations, direct care, physical assessments, medical records, and conversations confirmed that major health issues included impaired physical activity and functioning, dysfunctional voiding, and powerlessness. Holistic care measures were applied to the patient during the care period. Physical therapy was provided to strengthen limb activity, and bladder training was administered to improve urination. Furthermore, the patient was guided to express his feelings through proactive attention and support, active listening, and the sharing of posttraumatic physiological and psychological adjustment methods. The patient was also provided with opportunities to interact with other people and was encouraged to participate in support groups such as the Association of Spinal Cord Injury. This increases his confidence in confronting disease and facilitates the development of a positive attitude regarding the value of life. These, along with ameliorating feelings of powerlessness, can improve the patient's quality of life.

Keywords: Roy's Adaptation Model, spinal cord injury, rehabilitation nursing

Accepted for publication January 10, 2020

*Address for correspondence to: Chia- Chi Li, No.110, Sec. 1, Chien-Kuo N. Rd, Taichung 40201, Taiwan, ROC.

Tel:04-24739595-21400

E-mail:cshx383@csh.org.tw