協助慢性阻塞性肺疾病患者成功脫離呼吸器之護理經驗

謝佩娟[1] 李淑桂[2*]

摘 要

本文描述一位83歲男性，患有慢性阻塞性肺疾病，因呼吸器依賴所需進行呼吸器脫離之護理經驗。個案脫離過程除影響生理功能外，還有因呼吸器使用過久所致的無力感心理問題，及家屬照顧上所面對的壓力。故筆者於2008年2月1日至3月6日護理期間，運用觀察法、會談及Gordon十一項功能性健康型態進行評估，發現有呼吸機戒斷反應功能失常、活動無耐力、無力感及照顧者角色緊張等護理問題。照顧期間筆者以持續性護理與個案及家屬建立信任感，並透過醫療團隊的合作與討論，先採壓力支持訓練模式，接著每天增加兩個小時使用持續性正壓呼吸，兩者交替使用，直到個案能自發性呼吸，過程中密切的觀察個案生命徵象及動脈血液變化，並鼓勵下床活動，以增加肺活量，傾聽個案及家屬說出內心的感受，使其得到關懷與支持，激起學習照顧動機與照顧能力，解決因心理因素而影響呼吸器脫離的進展，終能達成個案成功脫離呼吸器。筆者藉此照護經驗分享，讓護理同仁日後面對呼吸器依賴病患需進行脫離訓練時，除提供生理照護外，更深入了解心理層面帶來的影響，以達完整性的照護品質。

關鍵詞：肺疾病、呼吸器脫離、無力感

[1] 中山醫學大學附設醫院 呼吸照護病房
[2] 中山醫學大學附設醫院 護理部
* 通訊作者：李淑桂
通訊地址：台中市中港路一段23號8樓護理部
聯絡電話：04-22015111 分機 66805
電子信箱：csha194@csh.org.tw

前　言

慢性阻塞性肺疾病是導致全球慢性病發生率和死亡率的重要因素，位居世界死因第四位[1]，九十六年期間居國人死因第十二位[2]，此疾病會引起呼吸衰竭而需使用呼吸器，呼吸器的使用不僅對病患造成壓力及傷害，對家屬亦會帶來強大的焦慮及經濟壓力[3,4]。臨床上成功脫離呼吸器佔70~80%，協助脫離是一項耗費人力及物力的艱難工作[5,6]，且病患在適應脫離的過程中，所經歷的挫折及困難，常會認爲自己對目前的狀況無法以行爲影響事情的結果，導致無力感產生[7,8]；家屬面對病患病情的變化及生活的改變，也需承受極大的身心壓力[9]。在查閱相關文獻中，發現多爲探討呼吸器脫離失敗的生理因素，而較忽略病患及家屬心理方面所產生的無力感及焦慮等負向感受及情緒，於是引發筆者探討動機。因此，如何協助病患成功脫離呼吸器是一大挑戰。筆者於個案住院期間，介紹相同成功案例，協助個案脫離呼吸器，配合呼吸肌的運動訓練，並與個案及家屬建立信任人際關係，適時的提供協助與支持，使個案及家屬重新面對新的生活，故希望藉此經驗分享，提供護理同仁日後照顧此類病患的參考。

文獻查證

一、慢性阻塞性肺疾病患者脫離呼吸器對身心之影響

此病是種長期慢性且不可逆的疾病，包括慢性支氣管炎及肺氣腫，隨著疾病的進展及惡化，使身體無法得到足夠的氧氣，加上二氧化碳排除量減少，導致呼吸衰竭，而需使用呼吸器[1,3]。呼吸器使用越長，就越不易脫離[6]，除嚴重的神經肌肉疾病外，只要導致呼吸衰竭原因解除，大都可以嘗試呼吸器脫離[10,11]。呼吸器脫離是指讓需要靠呼吸器提供或輔助呼吸器者，在沒有任何通氣支持下，持續自發性呼吸24-48小時[5]，過程採同步間歇強制通氣、壓力支持、持續性正壓呼吸、T型管等訓練方式[10]。臨床上發現病患呼吸訓練過程，因肺功能損傷常有呼吸困難及分泌物積存等問題[3,5]；在心理方面因脫離過程需增加呼吸負荷，若未做好心理準備即進行脫離，會增加無力感、焦慮及害怕等心理反應，擔心呼吸器不運作，如何跟其他人溝通，而且過去不好的經驗，會阻礙病患接受下一次訓練的意願。當病患心理承受壓力時，亦會增加呼吸肌工作量，能量需求增加，若病患無法應付額外的能量需求，則易有呼吸困難，進而產生惡性循環[4,12,13]。此外，脫離成功後，主要照顧者是與病患同住的家人，照顧者會因病患病情變化及生活上的改變，而承受生理、心理、社會及經濟方面的壓力，進而產生失眠、焦慮等情形[9,14]。在臨床照護上，呼吸器脫離前須評估身體及心理準備度，在脫離中增加安全感，以增加病患脫離呼吸器的成功率[13]。

二、呼吸器脫離的護理

呼吸器脫離可降低因通氣引起的肺部傷害，然而過早的停止呼吸器使用，可能會導致呼吸肌衰竭、換氣失敗和氣道的損傷[15]，故在呼吸器脫離前，應仔細評估病患生理及心理準備度、協助去除影響脫

離的因素，並與呼吸器脫離小組，包括呼吸治療師、醫師、護理人員等，共同討論適當的脫離方式[11,12,15]。呼吸器脫離需維持生理平衡，一般需以下護理措施：(一)排除阻礙呼吸道因素，教導深呼吸及腹部咳嗽技巧，運用背部扣擊和震動幫助分泌物的排出，必要時以無菌技術抽痰，可適度給予支氣管擴張劑，身體水化的狀態會影響纖毛的活動度，當分泌物過於乾燥時，不容易排出，攝取足夠的液體是最簡單且最有效的液化痰液的方法，並定期監測血液資料及生命徵象[3,4,11,13]。(二)降低肌肉無力的程度，適當運動可使病患知覺呼吸困難的程度減少，並且改善肺擴張不全的問題，在病情穩定後，可採漸進式的運動訓練，包括抬腿、站立或步行，持續時間30~60分鐘，並監測是否出現呼吸困難等情形[3,6,11]。在心理方面，當病患自覺無法控制目前狀況，認爲自己的行爲無法影響事情的結果，便對於任何事情都不感興趣，影響個人自我概念，而產生無力感，進而影響生活品質、健康甚至導致病情惡化或死亡[5,7,8]，因此，在脫離的過程中，需建立信任感及有效的溝通方式，給予病患安全感且密切觀察，同時在身心均達充分準備度下執行，詳細說明呼吸器脫離的計劃，增加疾病知識及適時提供訊息，以減少焦慮感；鼓勵表達感受，了解病患情緒及引導說出內心感受，加強醫護人員對於無力感的敏感度，以減少負向情緒發生，藉由家屬的鼓勵以增強動機，協助尋求支持系統，以減低病患及家屬的焦慮[4,7,8,13]。在家屬心理方面，出院前給予適當的護理指導，如疾病的相關衛教及照顧技巧，提供家屬促進健康的相關訊息，並鼓勵說出內心感受及情緒的支持，將有助於降低心理上的緊張程度，透過事先的討論，使家屬不至於手足無措，並適應出院後可能產生的症狀困擾，例如呼吸困難等，提供適當社會資源，如居家服務、喘息服務、復康巴士、輔具租借等相關資訊，以減輕心理、社會、經濟壓力[5,9,14]。

護理評估

一、個案簡介：

張先生，83歲，大學畢，身高166公分，體重59.8公斤，信仰基督教，慣用國語，公務人員退休，已婚，育有兩男、兩女，目前與太太及小兒子同住，主要照顧者是太太，經濟狀況小康(圖一)。

二、主要照顧者簡介：

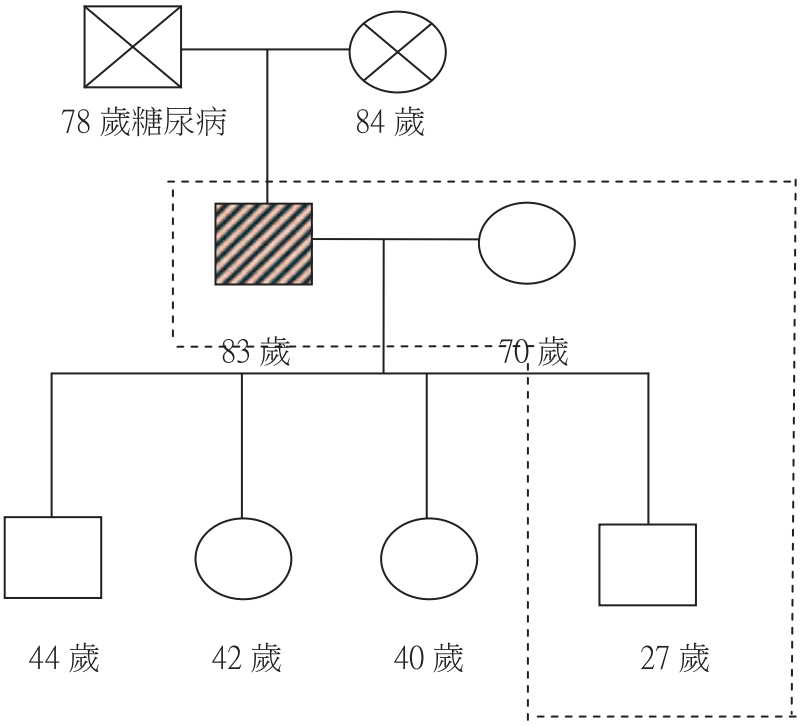
林小姐，70歲，國小畢，身高156公分，體重52公斤，信仰基督教，慣用國台語，職業家庭主婦，無疾病史。

三、家族史：

個案的父親有糖尿病，父母親都已過世。

四、 疾病史及發病過程：

個案有糖尿病及高血壓的過去病史，規則服藥控制，2003年發現有慢性阻塞性肺疾病，曾至北部某醫學中心住院治療。此次於2007年8月29日因呼吸困難、發燒至中部某醫學中心求治，診斷爲慢性阻塞性肺部疾病合併肺炎，9月26日行氣切手術，因病情需要轉至本院呼吸照護病房，個案於11月26日開始施行漸進式呼吸器脫離計劃，但因心跳過速、呼吸急促及二氧化碳滯留，且主訴不舒服而失敗。2008年



圖一：家庭樹

2月14日實施第二次呼吸器脫離，剛開始使用壓力支持，2月16日持續性正壓呼吸訓練，於2月28日已經可以24小時持續使用持續性正壓呼吸，在3月5日使用T型管氧氣3L，於3月6日轉出病房。

五、 Gordon健康功能型態評估：

護理個案期間，運用Gordon十一項功能性健康型態爲評估工具，採用觀察法、會談11次及電訪1次獲得下列資料，進而確立問題。

(一) 健康認知及健康處理型態

案妻表示：「老爹無抽煙、喝酒習慣，知道自己有高血壓及糖尿病，會固定至診所拿藥，對於自己身體健康很重視，若有不舒服會告訴我，並立即要求就醫求診，無自行服用成藥的習慣」。個案住院期間能配合治療的進行，對醫護人員遵從性高，如果身體不舒服，會主動告知家屬或醫護人員。

(二) 營養代謝型態

個案身高166公分，體重59.8公斤，在理想體重範圍內，每日總熱量需1800大卡，2007年8月29日使用鼻胃管，經營養師評估後給予管罐飲食每日1820大卡，一天灌食五餐，住院期間白蛋白均在3.0-3.3 gm/dl，3月20日血色素13.1 mg/dl，無水腫或脫水情形。

(三) 排泄型態

入院前排便約每天一次，無便秘或使用軟便藥的習慣。住院期間每天排便1~2次，性質軟、色褐；尿量約2100-2500cc，尿黃清澈，無使用尿管。因長期臥床故使用成人紙尿布，個案能在大小便後手勢表達要更換尿布，無不適主訴，統

計輸入出量平均約正400-550cc。

(四) 活動與運動型態

家屬敘述個案平日在家會至附近的公園運動。2007年9月26日行氣管切開，於11月26日接受呼吸器訓練，但因心跳過速、呼吸急促及二氧化碳滯留而失敗。個案意識清楚，住院期間活動侷限在床上，翻身、洗澡都由他人執行，因爲醫師希望加強個案呼吸肌，故要求下床活動，2008年2月5日協助站立3分鐘後，臉色蒼白、肌肉痙攣及下肢不自主抖動，評估雙足肌肉力量爲3分，呼吸32-38次/分，心跳125-140次/分，血氧92%，並口頭表示「很累，不要下床，很喘，沒力氣」。2月5日主訴「痰咳不出來，好像很多痰！」，胸腔X光片顯示右下肺葉塌陷，2月6日「吸不到氣，會喘！」，呼吸淺快30~42次/分，聽診呈現濕囉音，痰量多、黃稠，咳嗽能力差，血氧94%，每小時需抽痰，動脈血：PH 7.33、PCO_2 67.8 mm Hg、$PO_2$75.7mmHg、BE 9.8mmol/L、HCO_3一 35.2mmol/L。此評估結果有「呼吸機戒斷反應功能失常」及「活動無耐力」之護理問題。

(五) 睡眠與休息型態

家屬敘述個案在家睡眠良好，每天睡8小時左右。住院期間病房人數5個，無個人獨立空間，但醫護人員會採集中式護理，夜間會將電燈關掉，個案並無主訴疲倦或嗜睡情形，一天睡10~12個小時。

(六) 認知與感受型態

個案意識清楚、視、觸、嗅、味覺皆無異常，右耳聽力退化，與個案說話時，要站在個案左側；對於遠期記憶與定向感清楚、注意力集中，當其他家屬來探病時，能指認探望的人，近期記憶較爲退化，需重覆敘述幾次才會清楚；評估十二對腦神經正常，予疼痛刺激可表達疼痛，若筆者無法判讀個案口形以了解個案所表達時，要求個案重述一次，逐字慢慢講，個案樂意配合，有時也會用寫的。

(七) 自我感受與自我概念型態

家屬敘述個案此次生病後，變得很沒信心、打擊很大，需要靠呼吸器及抽痰，對於案妻及小兒子的鼓勵，都面顯憂愁，並且搖頭，2月4日評估個案雙手肌肉力量4分，進食、看書皆由案妻或案子協助，且口語表示：「我要回家，我不要住在這裡？」、「我好不了，不能出院？」，2月6日訪談中，案妻表示：「老爹此次住院後，變得很依賴，對於日常生活照顧，像穿衣服，喝水等事情都不感興趣」，與個案討論是否實施第二次呼吸器脫離，個案面顯憂愁，不想說話，反應冷漠。此評估結果有「無力感」之護理問題。

(八) 角色與關係型態

案子敘述：「老爹對我很好，好不容易退休了，卻不能好好享清福，生活起居都要靠老媽，老媽年紀大了，很怕她也會倒下去」。案妻身體良好，住院期間早上8點半到晚上7點都會到醫院陪個案，2月13日案妻表示「晚上沒在這裡陪老爹，擔心他沒睡好，有時候半夜會想來醫院看他」，2月14日「中午幫老爹抽完痰，不曉得是不是抽太深了，他把牛奶都吐出來了，你可不可以幫我?」，2月16日「我幫老爹打胰島素時，都覺得他好像很痛，可不可以改成口服的?」。個案住院期間，

案妻常常不自主的皺著眉頭，表示自己什麼都不會該怎麼辦？個案出院後案妻是主要照顧者。此評估結果有「照顧者角色緊張」之護理問題。

(九) 性與生殖型態

個案生病後就無性生活，據案妻敘述：「雖然沒有在一起睡覺，但是牽牽老伴的手也是一種幸福！」。

(十) 應對、壓力、耐受型態

案妻表示：「老爹年輕時學校生活單純，沒什麼壓力及問題，剛開始生病時，心情沮喪了一陣子，現在也已經慢慢接受生病的事實了」。住院期間個案的家人常探訪個案，有時會要求兒子幫他按摩，案子表示：「我小的時候老爹就很疼我，常常教我很多做人的道理，現在老爹年紀也大了，我不希望他下半輩子都在醫院度過，我們大家都希望老爹可以出院回家，好好享享清福。」，由此得知個案與兒女互動良好。

(十一) 價值與信念型態

信仰基督教，案妻表示：「老爹曾說過健康是最重要，希望自己不要成爲家人的負擔，如果眞的生病了，也要有家人在身邊。」，個案對於護理人員及家屬可表示自己的感受，平時會請護理人員撥放聖經錄音帶，尋求心靈上之慰藉，個案會聽著聖經並於心中禱告。

問題確立

綜合上述的護理評估，確立個案有一、呼吸機戒斷反應功能失常/與無法有效咳嗽及長期使用呼吸器有關；二、活動無耐力/與長期臥床有關；三、無力感/與無法脫離呼吸器感到缺乏控制力，及疾病治療措施有關；四、照顧者角色緊張/與個案的病程無法預測、不穩定、出院後需無微不至的居家照顧，且與個案是配偶關係有關等護理問題。

護理措施與評值

一、呼吸機戒斷反應功能失常/與無法有效咳嗽及長期使用呼吸器有關〈2月7日確立〉

(一) 主觀資料：

2月5日「痰咳不出來，好像很多痰！」；2月6日「吸不到氣，會喘！」。

(二) 客觀資料：

個案有慢性阻塞性肺疾病，2007年9月26日行氣管切開，依賴呼吸器四個多月，11月26日接受呼吸器訓練失敗，2008年2月5日胸腔X光片右下肺葉塌陷，2月6日呼吸淺快30-42次/分，聽診呈現濕囉音，痰量多、黃稠，咳嗽能力差，血氧94%，每小時需抽痰，動脈血：PH 7.33、PCO_2 67.8mmHg、PO_2 75.7mmHg、BE 9.8mmol/L、HCO_3^- 35.2mmol/L，胸部X光片肺部塌陷情形有改善。

(三) 護理目標：

一週內個案能有效的咳嗽，兩週內個案的肺部痰量減少、白稀，聽診呼吸音沒有痰音，且兩個小時抽一次痰。三~四週內個案可成功脫離呼吸器，且體溫維持在36.0~37.0℃腋溫、脈搏每分鐘60~100次/分鐘、呼吸速率約爲12~20次/分鐘，沒有呼吸主訴呼吸喘、不舒服情形，血氧維持95%以上，依個案的動脈血改善值維持：PH 7.35-7.45、PCO_2 50-

60 mmHg、PO_2 80-100mmHg、BE 4-6mmol/L、HCO_3^- 25-32mmol/L，且胸部X光片肺部塌陷情形有改善。

(四) 護理措施：

1. 與個案、案妻及呼吸器脫離小組成員共同討論呼吸器脫離計劃，先採壓力支持維持通氣，當個案生命徵象及血氧正常時，每天增加兩個小時漸進式訓練呼吸，直到可以24小時使用持續性正壓呼吸後，方能採T型管自發性呼吸模式。
2. 與個案建立有效的溝通方式（以口頭、溝通板、點頭搖頭或手勢來表示），並給予足夠充分的時間表達，不要讓個案感到我們很忙碌，無法傾聽他的想法，且於戒斷期間多陪伴。
3. 每天於早上9點及下午4點協助個案下床以床旁椅或輪椅活動，持續30-60分鐘以利肺部擴張，並介紹其他病友與其認識，互相加油打氣。
4. 抽痰前，護理人員給予背部叩擊，將手弓成杯狀，手指併攏作爲空氣墊，以手腕爲軸，由背部之肺尖部位，由下往上拍動，每個部位拍5~10下，或使用拍痰器，以利痰液咳出。
5. 教導個案腹肌咳嗽，先採半坐臥坐式，深吸氣且閉氣三秒，收縮腹肌，吐氣時用力咳嗽，並且給予足夠的時間讓個案自行將痰液排出。
6. 必要時以無菌技術抽痰，並觀察痰液顏色、量及性質，並且鼓勵個案自己將痰液排出，以減少抽痰的痛苦及不適，與不必要的侵入性治療。
7. 定期監測血液資料及生命徵象。
8. 鼓勵每日應飲用水3000-4000c.c.，以稀釋痰液，減少痰液的堆積，並促使痰　液的排出。
9. 以家屬爲支持系統與宗教上的寄託，以減輕不安，鼓勵案妻及案子的陪伴，並適時的給予加油打氣，且可攜帶照片或個案熟悉的物品，讓個案更有想成功脫離呼吸器的動力。
10. 教導個案及案妻有關呼吸器脫離期間，可能出現的不適感，且告知脫離呼吸器訓練過程中如有感到不適、呼吸困難，可隨時要求停止，以增加自我控制及安全感，並立即給予協助。
11. 依醫囑給予劑量吸入器，Combivent 4 puff prn及Seretide 2 puff q12h 使用。
12. 每個禮拜觀察動脈血氣體分析及胸腔X光片變化。

(五) 評值：

2月12日個案可有效的運用腹肌咳嗽，且自行將痰液咳出。2月20日個案痰量減少，兩個小時抽一次痰，痰液呈現白稀狀，聽診呼吸音沒有痰音。2月28日已可24小時使用持續性正壓呼吸，且體溫36.5℃腋溫、心跳84次/分、呼吸25次/分，血壓

129/64mmHg、血氧97%，3月5日使用T型管氧氣3L，胸部X光片顯示右下葉塌陷情形有改善，動脈血：PH 7.399、PCO_2 58.6mmHg、PO_2 81.2mmHg、BE 6mmol/L、HCO_3^- 31.4mmol/L，並於3月6日轉出病房。

二、活動無耐力／長期臥床有關〈2月7日確立〉

(一) 個案表示：

2月5日「很累，不要下床，很喘，沒力氣」。

(二) 客觀資料：

住院期間活動侷限在床上，翻身、洗澡都由他人執行。2月5日協助站立3分鐘後，臉色蒼白、肌肉痙攣及下肢不自主抖動，評估雙足肌肉力量爲3分，呼吸32-38次/分，心跳125-140次/分，血氧94%。

(三) 護理目標：

一週內個案能每天在護理人員及家屬協助下，下床活動兩次，每次60分鐘，且生命徵象正常。兩週內個案可以每天在病床旁邊騎固定式腳踏車30分鐘。三週內個案下肢肌力可增加至4分。

(四) 護理措施：

1. 告知個案下床活動有助於呼吸器脫離，以增加活動意願，並且提供成功的案例與其認識，互相加油打氣。
2. 與個案及案妻討論日常活動時間表，先讓個案在床上做關節活動，例如抬腿運動5分鐘，接著協助坐於床緣5分鐘，執行擺動下肢動作，再慢慢的攙扶個案走到床旁椅，之後依個案的體力來安排騎固定腳踏車、站立或步行等。
3. 每天評估個案的活動力量，並與家屬共同寫運動日誌，以記錄個案運動活動量及反應，例如生命徵象及是否有不適症狀等。
4. 每天早上9點及下午4點與案妻協助個案下床至床旁椅或輪椅上，鼓勵個案以輪椅活動，並使用急救球，帶個案與其他病友認識，以增加下床活動的樂趣，延長下床活動的時間大於60分鐘。
5. 當個案能正確的執行活動，予以鼓勵，以增加自信心，若做不到，不給予責備或不耐煩。
6. 告知個案活動無耐力的症狀，例如呼吸困難、疲倦等，如有出現，應立即停止活動，並給予立即的協助，及充分的休息。
7. 尋求社會支持資源，例如社工，提供出院後所需的相關資源，以減輕訓練過程的焦慮。

(五) 評值：

2月13日個案每天早上9點和下午4點由護理人員及家屬扶持下床活動，每次持續60分鐘，心跳84次/分、呼吸25次/分，血壓129/64mmHg、血氧97%，無使用肌肉輔助肌。2月19日個案能於病床旁騎固定式腳踏車30分鐘，且坐輪椅到病房外活動。2月27日個案由案妻及護理人員的協助，站在床緣5分鐘，且由床頭慢慢的走到床尾，評估雙足肌力4分。

三、無力感/與無法脫離呼吸器感到缺乏控制力，及疾病治療措施有關〈2月7日確立〉

(一) 主觀資料：

家屬敘述個案此次生病後，變得很沒有信心、打擊很大，需要靠呼吸器及抽痰，對於案妻及小兒子的鼓勵，都面顯憂愁，並且搖頭，2月4日「我要回家，我不要住在這裡？」、「我好不了，我不能出院？」。2月6日案妻表示：「老爹此次住院後，變得很依賴，對於日常生活照顧，像穿衣服，喝水等事情都不感興趣」。

(二) 客觀資料：

2月4日評估雙手肌肉力量4分，進食、看書皆由案妻或案子協助。2月6日與個案討論是否實施第二次呼吸器脫離，個案面顯憂愁，不想說話，反應冷漠。

(三) 護理目標：

5天內個案能了解造成他目前感到無力感的情形，且以口頭、溝通板或手勢表達自己的感受。一週內個案能執行簡單日常生活活動。10天內能寫出或說出正面的想法，且有正向的態度及行爲。兩週內能參與呼吸器脫離活動。

(四) 護理措施：

1. 評估無力感徵象及造成原因。
2. 執行任何護理活動前，事先告知個案，並向個案介紹自己，與個案建立信任關係，主動的提供協助及關心。
3. 主動告知監視儀器面板主要是監測生命徵象、血氧濃度，並解釋警告聲響起時，可能的原因有哪些，且當警告聲響起時，須立即馬上處理，以減少個案的焦慮。
4. 眞誠陪伴並耐心傾聽，鼓勵個案以口頭、書寫或手勢表達自己的感受，且不加以批判，讓個案感覺有人與其感同身受，並給予足夠的時間表達。
5. 當個案陳述感到消極、負向且不正確性，適時給予澄清和修正。
6. 詳細說明呼吸器脫離的計畫，且適時提供訊息，以減少焦慮感。
7. 主動告知脫離呼吸器訓練過程中如有感到不適、呼吸困難，可隨時要求停止，以增加自我控制及安全感降低無力感。
8. 當個案出現對疾病不確定感時，適當解釋目前疾病進展，並請醫師解釋病情。
9. 與醫療相關人員討論，對個案的態度應是有希望的、正向的、一致的，讓其感受到被尊重與安全感。
10. 鼓勵個案下床以輪椅活動，並介紹其他病友與其認識。
11. 介紹呼吸器脫離成功的病患讓個案認識與接觸，並互相加油打氣，以增加自信心。
12. 執行任何護理活動時，採邊談話邊照護方式，以增加個案與他人的互動。
13. 鼓勵個案參與醫療照護，藉由提升個人控制力來增加自信，如自行進食、穿衣服等日常活動。
14. 鼓勵案妻及案子的陪伴，並適時對個案的進步給予鼓勵，且建議家屬攜帶照片或個案熟悉的物品，並與個案一同回顧快樂往事，感受到自己是被愛與被關

心。

(五) 評值：

2月10日個案會揮手表示要抽痰，並主動表達身體不適，2月12日個案能自行進食、穿衣服及用毛巾擦臉，雖然動作較緩慢，但是表情卻很開心。2月15日個案寫出「看到隔壁床的病人回家，我也可以，我也要回家」，面帶笑容、自信且頻頻點頭，且下床以輪椅活動時，能主動與其他病友打招呼。2月14日開始使用壓力支持，2月16日持續性正壓呼吸訓練。

四、照顧者角色緊張／個案的病程無法預測、不穩定、出院後需無微不至的居家照顧，且與個案是配偶關係有關〈2月17日確立〉

(一) 主觀資料：

2月13日：「晚上沒在這裡陪老爹，擔心他沒睡好，有時候半夜會想來醫院看他」。2月14日「我中午幫老爹抽完痰，不曉得是不是抽太深了，他把牛奶都吐出來了，你可不可以幫我?」2月16日「我幫老爹打胰島素時，都覺得他好像很痛，可不可以改口服的?」

(二) 客觀資料：

個案住院期間，案妻活動範圍幾乎都在醫院，常常不自主的皺著眉頭，個案出院後大部分生活起居皆爲案妻照料。

(三) 護理目標：

一週內案妻能說出照顧上的感受及壓力，且告知壓力減輕。三週內案妻能正確執行照顧技巧。

(四) 護理措施：

1. 與案妻建立信任感，主動的提供協助及關心。
2. 鼓勵案妻說出照顧過程感受，並教導轉移注意力及放鬆技巧，如找好朋友訴苦或宗教寄託。
3. 給予適當的護理指導及衛教單張，例如高血糖及低血糖的注意事項、胰島素的注射方式、抽痰技術、鼻胃管護理、氣切護理、翻身、拍背及洗澡等技術，並鼓勵反覆性練習。
4. 與案妻評估個案狀況並擬定每日的學習進度，且配合案妻的時間，使有自己的活動時間，做想做的事情。
5. 若執行照顧工作有不了解，可立即尋求護理人員協助。
6. 對於複雜度較高的護理技術，教導案子協助，以減輕案妻的壓力。
7. 當能執行正確的照顧技巧，給予鼓勵，以增加信心，若不正確不加以批判，以減少照顧上的壓力，並給予足夠的時間學習及練習。
8. 轉介出院準備護理師，提供社會資源，如居家服務、喘息服務、復康巴士、輔具租借等相關訊息，以減輕經濟壓力。
9. 給予單位病房電話，有任何照顧上問題，隨時可電話諮詢。

(五) 評值：

2月24日案妻主訴「我眞的很害怕打針、抽痰，是不是我做的不好？我覺得老爹很不舒服，孩子們都要上班，我怕一個人忙不過來，還好你們都很有耐心的教導

我，我小兒子說如果我照顧不過來，他下班後會幫我，再不行就請看護一起照顧，我現在比較不怕了！」。3月5日案妻能正確執行胰島素注射、抽痰、鼻胃管及氣切護理技術。

討論與結論

慢性阻塞性肺疾病是一種長期、慢性且易反覆性發作的疾病，此次個案住院是因本身慢性阻塞性肺疾病多年，因肺炎導致呼吸衰竭而須使用呼吸器，對於個案及家屬生、心理造成極大影響。在照護此個案於護理過程中發現，個案住院期間曾施行呼吸器脫離計畫失敗，而造成身心上的不適，當鼓勵再次呼吸器脫離計劃時，個案及案妻的意願並不高，因此筆者深刻體會到照顧此類病患時，若能在護理過程中主動探視並表示關心，引導個案及家屬說出內心感受，使克服心理上的壓力，進而提高活動的意願。在護理期間，個案多靠點頭、搖頭、手勢、筆紙或微弱的聲音回應，溝通上較有限制，所以與個案討論想法或護理措施時，每次都只針對一個問題，以減少混亂，而主要照顧者也是屬於老人族群，記性也比較不好，常常教過的技術，很快就忘記了，因此需要反覆性的練習，且目前健保的呼吸器整合照護系統中，規定病患脫離呼吸器5日後，需辦理出院或轉至一般病房，受限於5天天數，使後續的照護無法完善，原很擔心主要照顧者無法負荷強大的照護壓力，但經由電訪得知個案及案妻生活良好，筆者也感到欣慰。因此，建議日後遇到此類病患，應於呼吸器脫離計畫之前，就加強主要照顧者的居家照護技能，並加以評值，以因應呼吸器整合照護之系統，並且提高整體性與持續性照護計畫，協助病患早日回到社區，提升生活品質，減少不必要的再次入院。藉此照護經驗對單位最大的貢獻是，護理同仁在面對呼吸器依賴病患需進行脫離訓練時，都會做整體性的評估，其中包含了病患及主要照顧者身、心層面，並提供完整性的照顧以維持身心平衡狀態。

參考文獻

1. Polzien G: Practical Interventions to Prevent or Lower Emergent Care and Rehosp-italization: Patient Education for Home Care Patients with COPD. Home Healthcare Nurses 2007; 25: 482-5.
2. 行政院衛生署：民國96年主要死因統計，2008。取自http://www.doh.gov.tw/statistic/data/衛生統計叢書2/96/記者會專區/index.htm。
3. 陳瑋慧、張碧華：一位慢性阻塞性肺疾病急診病患的護理經驗。榮總護理2004; 21: 170-7。
4. 劉惠瑚、陳玉敏：呼吸器脫離過程中的心身互動。慈濟護理雜誌2003; 2: 22-7。
5. 白玉珠、張霜蘭、蔡玉鳳、鄒怡真、蔡欣玲：病人脫離呼吸器後症狀困擾與日常活動功能之相關性研究。實證護理2006; 2: 61 -70。
6. Eskandar N, Apostolakos M: Weaning from mechanical ventilation. Critical Care Clinics 2007; 23: 263-74.
7. 黃玉雰、周汎澔、羅良月：一位無力

感知腦中風患者的護理經驗。志為護理 2009; 8: 113-20。

8. Margaretha S: Ill health is powerlessness: a phenomenological study about worthlessness, limitations and suffering. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2004; 18: 135-44.
9. 孫宗慧、陳淑銘、邱金菊：協助一位主要照顧者減輕身、心、社會、經濟負荷的照護經。長期照護雜誌2006; 10: 167-77。
10. Caroleo S, Agnello F, Abdallah K, Santangelo E, Amantea B: Weaning from mechanical ventilation : an open issue. Ninerva Anestesiol 2007; 73: 417-27.
11. Pruitt B: Weaning patients from mechanical:ventilation. Nursing 2006; 36: 36-41.
12. 張美玉：成功脫離機械式換氣之概念分析。護理雜誌2006; 53: 69-75。
13. 賴怡樺、施富金：成功脫離呼吸器之影響因素與護理。榮總護理2009; 26: 382-7。
14. 黃惠屏、吳瓊滿：協助一位家庭主要照顧者適應照顧壓力過程。護理雜誌2004; 51: 99-105。
15. Macintyre N: Evidence-based ventilator weaning and discontinuation Respiratory Care 2004; 49: 830-6.

Nursing Experiences Weaning a Patient of Chronic Obstructive Pulmonary Disease from a Ventilator

Hsieh-Pei Chuan[1], Shu-Kuei Lee[2*]

Abstract

This case report describes a ventilator dependant 83-year-old male patient diagnosed with chronic obstructive pulmonary disease. During the weaning process, the patient faced physiological and psychological problems (perceived powerlessness) and his family members faced the pressure of providing him with continuous care. The author provided nursing care from 2008/2/1 to 2008/3/6, which involved observing the patient's condition, interviewing the patient, and using Gordon 11-event functional health pattern assessment guide to evaluate health needs and identify nursing challenges. The challenges found were dysfunctional ventilatory weaning response, activity intolerance, perceived powerlessness, and caregiver strain. The author established a relationship of trust with the patient and his family members while caring for the patient. Based on discussions with the patient entire medical team, we first applied continuous positive airway pressure first for two hours and then increased it by two hours everyday. These two methods were utilized alternately until the case could breathe on his own. Throughout the process, the patient,s vital signs and changes of arterial blood gases were closely observed and the patient was encouraged to get out of bed to do some exercise in order to increase his vital capacity. The author cared for, supported, and listened to the patient and family members, and encouraged them to express their emotions. This was central to both educating the family to improve their patient care regimen and resolve the psychological issues. The author concluded that, when there is a ventilator-dependent patient who needs to be weaned, in addition to providing quality of physical care, nurses should understand and address the psychological dimension of that patient's dependence on ventilation.

Keywords: pulmonary disease, ventilatory weaning, powerlessness

[1] Respiratory care ward, Chung Shan Medical University Hospital, Taichung, Taiwan
[2] Department of Nursing, Chung Shan Medical University Hospital, Taichung, Taiwan
* Reprints and corresponding author: Shu-Kuei Lee
Address: 23, Section 1, Taichung Kang Road, Taichung, 403, Taiwan
Tel: 886-4-22015111 ext 66805
E-mail: csha194@csh.org.tw