

運用 Watson 理論

照顧一位無望感的血液透析病患之護理經驗

林秀慧 李瑜弘*

摘要

本篇個案報告乃運用 Watson 人性化關懷照顧理論，探討一位面臨無法接受腎臟移植之血液透析病患所產生的無望感，以期能協助病患找回希望。護理期間為 92 年 9 月 4 日至 92 年 10 月 2 日，經評估發現個案呈現問題有 1. 無望感 2. 體液容積過量 3. 無效性保護能力 4. 便秘。藉由 Watson 理論，提供十項關懷照顧措施，使得個案能接受無法腎臟移植的事實，重新找回生命中的希望，以健康態度面臨長期血液透析治療，並進一步能增進其生活品質。

關鍵詞：waston 理論，無望感，血液透析

前言

根據台灣腎臟醫學會統計，台灣地區透析人數由民國 83 年底每百萬人口中為 681 人，至 88 年底增加至 1241 人/百萬人，顯示透析人數每年仍持續成長中（黃、楊、陳，2003）。而慢性腎衰竭是一種無聲無息的殺手，疾病過程是緩慢而無任何症狀，大多數病患一有症狀即面臨需要血液透析，對病患的衝擊可想而知。

筆者在血液透析室服務近十年，常見

病患因面臨需長期接受血液透析治療，而產生各類壓力及問題，覺得自己既不是一個完整的個體，又要面臨許多限制、控制及合併症的痛苦，便有想要接受腎臟移植的念頭。腎臟移植可讓患者重享健康的人生與工作的能力，是腎衰竭病患脫離長期透析唯一可行的治療方式；但近年來，腎功能衰竭的病人每年以百分之十的速度增加，但屍體捐腎的來源卻不及其增加速度

永康榮民醫院血液透析室護理師 中華醫事學院護理系講師*

受文日期：93 年 2 月 18 日 修改日期：93 年 3 月 6 日 接受刊載：93 年 8 月 20 日

通訊作者地址：林秀慧 台南縣永康市復興路 427 號 永康榮民醫院血液透析室

電話：(06) 3125101 轉 2401 電子信箱：lsw.syw@msa.hinet.net

。因此在等待腎臟移植卻又無法接受腎臟移植的病患，所產生心理的衝擊以及對未來的無望感，護理人員必須擁有敏銳的觀察力及評估能力，以專業知識及態度，提供完善護理措施以協助病患能接受與適應長期透析治療方式。

文獻查證

一、末期腎病變與腎臟移植

末期腎病變是一種慢性疾病，當腎絲球過濾率 <10 ml/min，便無法從血液中清除廢物及水分即為末期腎病變（洪，1997），除了極少數有機會腎臟移植之外，病患必須以其他替代治療方式來維持生命，而其中 93.7%病患選擇接受血液透析治療（黃、楊、陳，2003）；而腎臟移植手術才是治療末期腎病變病患最根本的方法，不論在生理、心理、生活品質、自尊、經濟各方面都有極大的改善，因此末期腎病變病患多渴望能接受腎臟移植手術（Murry & Conrad, 1999），但器官來源不足是世界普遍的現象。以美國為例，1995 年等待腎移植手術者高達 29,753 人之多，而歐洲也有高達 35,984 人等待腎臟移植手術（徐，1997）。目前台灣地區約有三萬三千個末期腎病變病患正在接受血液透析治療（中華民國腎臟基金會，2002；黃、楊、陳，2003）。每年則約有 110 次的腎臟移植（許、王，2000），佔總血液透析病患 3.4%，可見器官不足的嚴重性。而幸運等腎移植手術之個案除組織配型良好此之外，亦必須無活動性潰瘍、腫瘤、肝炎及結核病史的末期腎病變病患（吳，1997；李，2003）。

二、無望感

「希望」是人類的一般經驗，在每天的生活世界裡，它推動著個人去接近可能性的想像；亦是個人對未來具有正向的期望，而且是主動、有能量的行動過程（王、陳，1995）。「希望」是一種生命內在本質，是人類最有價值也是最獨特、有力的資產；若失去了希望而產生無望感時，對自己和未來生活產生負向的看法與情感，生活將顯得空洞而無法持續下去。「無望感」的概念分析中，分為認知上（cognitive）與情緒上（emotional）兩個元素，此兩元素與護理照顧情境有關。定義性特徵為：

- （一）對未來負面的看法。
- （二）對未來失去控制力。
- （三）被動的接受達成目標的無益計劃。
- （四）表現出否定、消極、絕望與自暴自棄的情緒（蔣，2000；Campbell, 1987）。

無望感是一種個體的主觀感受、自我感受、自我概念及情緒低落的核心成分，當一個人感到無法解決問題或無法達成未來設定目標時，或在失落過程中，當所做努力與所有的交換都未見有效時，會產生低沈及無望（周，2002；陳、廖，1981）。所呈現結果為意志出現麻痺狀態以及渴望從無法忍受的處境中逃離之感（Beck, 1967）。北美護理診斷學會（NANDA）將無望感詮釋為一種主觀的感受，個人認為受限、沒有選擇性或沒有個人可利用的機會，甚至沒有能力為自己適當地利用能量（高，2002）。

無望感影響病患相當深遠，甚至比疾病過程本身更有害於病人，而長期持續的

無望感對生理、心理健康及生活品質造成威脅，亦可能導致死亡（劉，1999；Bruss, 1988）。因此無望感會加重其心理痛苦而影響生活品質，若加上需長期接受血液透析治療，更加重其生活適應及負擔。楊、張於2003年研究指出，生活事件造成精神壓力與無望感及自殺成正相關，如正面積極因應可減低無望感，而減輕無望感的護理措施包括：

- (一) 護理人員及其他醫療相關人員本身表現出來的態度應是有希望的、正向的、以及一致的，且讓病人能感受到受到尊重。
- (二) 鼓勵並促進社交性的接觸與活動。
- (三) 創造讓病人能夠成功地完成某事的情境，以增加其自信心。
- (四) 協助病人表達感覺，以增加其對自我的瞭解。
- (五) 建立完整的健康照顧系統。
- (六) 利用綜合性支持照顧團隊，提供持續性、整體性、個別性的照護（王、陳，1995；武、李、張，2003）。

三、Watson 十項關懷照護因素（Watson's ten carative factors）

Watson 人性化關懷照顧理論乃將護理實務與科學、人本、存在主義等概念相結合，融合多位不同領域學者的理論，形成可引導護理專業各層面的理論模式；所強調的「人性化照護」乃視照護對象為一具有獨特價值的人，而產生個體間（如：個案與護理人員）用心交會、並對個案形成最大助益的照護過程(Watson, 1988)；而提

供「人性化照護」之具體準則為「十項關懷照護因素」。理論用於護理計畫包括：

- (一) 評估個案現存壓力及需要。
- (二) 陳述個案潛在問題。
- (三) 依個案觀點確認其真正問題及重要性。
- (四) 運用十項關懷照護。而其「十項關懷照護因素」之內容與意涵包括：

(1) 人性化及利他性的基本價值體系：整個關懷照護過程應建立於人性化及利他性的基本價值體系，所產生的照護行為，包括同理、尊重、恩慈及愛。

(2) 激發信心和希望：鼓舞及支持個案之信念，以促進健康並發揮最大之生命潛能。

(3) 培養對於自我及他人的敏銳度：透過對自我的探索、感受與接納，進而培養對其他人、事、物的敏銳度，包括感受與接納的能力。

(4) 發展助人—信賴的關係：藉由人性化的真誠關懷，建立並運作信賴與幫助的關係。

(5) 增進及接受正負向感受之表達。

(6) 有系統使用科學性問題解決法來做決定：需評估個案之知覺、感覺、關注及理解能力，並強調共同參與。

(7) 促進人際間教與學之互動。

(8) 提供支持性、保護性、糾正性的生理、心理、靈性及社會文化之環境。

(9) 滿足人類需要。

(10) 允許存在現象學的力量。

透過 Watson 十項關懷照護因素的運用，可引導護理人員懷著人本與存在主義的觀點去尊重與接納每個照護對象，並與之產生深入的照護關係及效果（杜，2002；葉，1992；盧、鄭、林，1998；Rafael, 2000；Mcgraw, 2002）。

其中 Watson 十項關懷照顧理論之內涵與無望感之護理措施有不謀而合之處，其 Watson 十項關懷照顧理論甚而更加強照護中之深度與廣度。故運用 Watson 十項關懷照顧理論為主軸，針對無望感加強其護理措施，以期能改善病患無望之感受，重新找尋生命的希望及意義，改善生理、心理之健康，進而增進生活品質。

護理過程

一、個案簡介

李先生，男性，70 歲，身高 160cm，體重 62Kg，籍貫為湖南省，從小隨軍隊來台，一直在軍中服務，民國 57 年時經人介紹相親結婚，婚後一直住在軍隊分發的房子，經濟來源為軍餉，案妻平日開立雜貨店；育有二女一男，三個孩子乖巧、事業

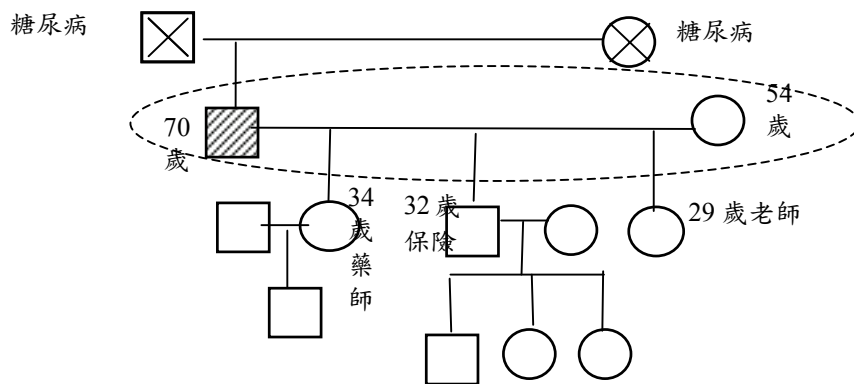
家庭有成，是個案覺得值得驕傲的事。民國 67 年少校退伍，退伍後身體狀況一直不好，來院檢查發現糖尿病、高血壓，一直由太太照顧著。

二、過去病史及發病經過

個案糖尿病二十多年、高血壓十多年，一直在本院追蹤病況，91 年 9 月檢查腎臟功能變差才知即將面臨血液透析治療，91 年 10 月 22 日開始在本院接受每週三次之規則血液透析。92 年 1 月發現左側腎臟腫瘤及 B 型肝炎，因而得知無法接受腎臟移植。92 年 4 月 8 日發生左側阻塞性中風，導致右側肢體無力，需依賴拐杖行走。92 年 4 月開始頭暈、解黑便、貧血不適症狀，大便常規檢查出現潛血反應（++），再經由胃鏡、大腸鏡檢、電腦斷層檢查發現因十二指腸及小腸前端血管病變（Angiodysplasia）造成慢性出血，因開刀無明顯治療成效，以服用女性賀爾蒙控制血管繼續病變。

三、護理評估

筆者於 92 年 9 月 4 至 92 年 10 月 2 日護理期間，藉由個案每週二、四、六下午



圖一 家庭族譜

到院透析時實際護理、會談及觀察方式收集資料，並將會談內容、觀察之行為加以分析，護理評估如下：

(一) 生理

(1) 氧合功能：

血壓 180/98 mmHg，心跳 92 次/分，呼吸喘，22-24 次/分，呼吸時胸部起伏對稱，聽診兩側肺葉 Rales、C/T Ratio:61%、脈衝氧飽和度 (SpO₂) 為 98%；四肢末稍溫暖，指甲床呈淡粉紅色，微血管填充時間約 2 秒，下肢凹陷性水腫 (++)。個案覺得食慾差、常感口渴、喉嚨乾燥，無法咀嚼及吞嚥任何食物，只想喝水，每回透析增加體重約 5-6 公斤，而標準增加體重值為：62 公斤 × 5%=3.1 公斤 (林, 1996)，故呈現「體液容積過多」之問題。

(2) 營養代謝型態：

個案身高 160 cm，乾體重 62 kg，理想體重 56 kg，身體質量指數 (BMI) 24.21，皮膚乾燥，下肢水腫 (++)，下排右側有一固定假牙，下排左側有二固定假牙。三餐皆由太太打理，但進食量少，中午餐約半碗稀飯，水果侷限於蘋果、梨子。生化檢查：白蛋白 4.2 g/dl、總蛋白 7.6 g/dl、膽固醇 132 mg/dl、三酸甘油酯 132 mg/dl。

(3) 排泄型態：

無小便量，有便秘習慣，訴解便困難，約 2-3 天解一次，量少、硬，常覺腹脹，需靠服用軟便劑，聽診腸音正常，有蠕動聲，腸蠕動 10 次/分。呈現便秘之問題。身上無任何引流管。大便常規檢查出現潛血反應 (++)，乃因十二指腸及小腸前端血管病變 (Angiodysplasia) 造成慢性出血，白血球 $6.192 \times 10^3 / \mu l$ 、紅血球 $4.15 \times 10^6 / \mu l$

、血紅素 7.2 g/dl、血比容積 22%、血小板 $88 \times 10^3 / \mu l$ ；現以服用女性賀爾蒙 (estrogen) 控制血管繼續病變，需注意慢性出血所形成之威脅，故有無效性保護能力之問題。

(4) 活動運動型態：

訴自從今年一月發生中風後，體力變差，多走幾步路便會喘，持柺杖走路，步態緩慢，肌肉力量：右手 4 分 (良好)，左手 5 分 (正常)；中風後由太太陪伴至醫院接受針灸及復健治療，因覺得沒有明顯療效及常常覺得無力，而無法復健，漸漸減少復健次數。活動範圍限住家及醫院，寢室位於三樓，需靠柺杖自行爬樓梯至三樓睡覺。中風後，洗澡、如廁、穿衣、上下床皆需依賴太太的幫忙，來院接受血液透析治療皆由固定計程車司機接送。

(5) 睡眠休息型態：

晚上大約 10 點左右入睡，因限制飲水，常覺口渴而睡不好，需藉助安眠藥，有午睡習慣，疲倦時會打瞌睡。透析時候約入睡 1.5-2 小時。

(二) 心理

個案自認是一個非常緊張的人，每件事情要再三詢問後才放心，現面對新的衝擊，如血液透析、肝炎及腎臟腫瘤而無法接受腎臟移植、中風等，都感到相當灰心無法面對，希望於血液透析時護理人員能陪伴身邊說話。自從知道自己腎臟衰竭後，便一直積極在各大醫院登記換腎，也不斷的尋求資訊，92年1月發現左側腎臟腫瘤，醫生宣布不適合接受腎臟移植後，開始對未來放棄，哭泣地訴：「怎麼會不能換腎呢？如果不能換腎，只能靠洗腎過日子，一

輩子都靠洗腎才能過活還有什麼希望！，怎麼辦？？」、「唉！死路一條了，沒希望了」、92年4月發生中風後，更是消極，對未來感到無奈，放棄對疾病的控制，哭泣地訴：「全身都是病，好不了了，還不如死了」。認為自己全身都是病，是一個等死的人了，每次透析呈現憂鬱、哀傷、情緒低落、不願說話，對水分控制也不願遵從。呈現無望感之特徵。

（三）社會

與太太兩人居住在台南老家，覺得對太太及小孩非常好，關係良好，雖然三個孩子皆在台北成家立業，覺得小孩非常孝順，常放假回來探望，老二也希望接個案至台北共同生活，個案以不方便而拒絕。原先與太太關係良好，但中風後，身體狀況變差，全身無力，需要太太的協助，但因口乾難過，無法控制水分的攝取，而與太太發生爭執，半夜又因口渴要求喝水而常吵醒太太，太太因而分房睡，近來關係惡化甚至衝突。透析日時，太太需要照顧雜貨店，故由計程車司機送至醫院。

（四）靈性

個案為無神論者。太太為虔誠的佛教徒，吃齋唸佛，個案本身也會跟太太拜拜，但得知以目前的狀況不能接受腎臟移植後，認為拜拜也沒用，還不是一樣沒力、口渴，還不是要接受血液透析治療。

（五）發展

個案屬老年期，依 Erikson 發展任務為統合與失望，個案認為年老了，什麼都沒用了，現在還生了病，像一個無用的人，又無法接受腎臟移植，對未來是死路一條。

問題確立

綜合以上主客觀資料，確立病患主要護理問題有四點：

一、無望感：

與多重疾病打擊及無法接受腎臟移植，需終身接受血液透析治療導致情緒低落有關。

二、體液容積過量：

與末期腎病變導致輸入輸出不平衡及口渴而無法控制水分攝取量有關。

三、無效性保護能力：

與血管病變導致慢性出血有關。

四、便秘：

與疾病、飲食習慣與活動力減少導致排便困難有關。

護理活動與評值

一、無望感：

與多重疾病打擊及無法接受腎臟移植，需終身接受血液透析治療導致情緒低落有關（護理期間：92/9/4－92/10/2）（表一）

二、體液容積過量：

與末期腎病變導致輸入輸出不平衡及口渴而無法控制水分攝取量有關（護理期間：92/9/4－92/10/2）（表二）

三、無效性保護能力：

與血管病變導致慢性出血有關（護理期間：92/9/4-92/10/2）（表三）

四、便秘：

與疾病、飲食習慣與活動力減少導致排便困難有關（護理期間：92/9/4－92/9/23）（表四）

表一 無望感（護理期間：92/9/4－92/10/2）

相關資料	護理目標	護理措施	評值
<p>92/9/4</p> <p>S：全身都是病，好不了了，還不如死了。</p> <p>S：求神拜佛也沒用，還不是一樣沒力、口渴，還不是要接受血液透析治療。</p> <p>S：如果不能換腎，只能靠洗腎過日子，還有什麼希望！</p> <p>S：像一個無用的人，又無法接受腎臟移植，對未來是死路一條。</p> <p>O：個案入洗腎室表情憂鬱，無笑容，手持柺杖撐扶下步入，透析中沈默、憂鬱、情緒低落、不願說話。</p> <p>O：放棄對水分攝取量的控制。（每回透析增加5-6公斤）</p>	<p>1.短期目標：一週內能表達自我感受及目標</p> <p>2.中期目標：無憂鬱之表情或負向之言詞</p> <p>3.長期目標：能感受到有希望，對洗腎與身體狀況改變有正向的主訴</p>	<p>【二】激發信心和希望</p> <p>1.確認活下去的理由，如：孫子，以及一個女兒未結婚。</p> <p>2.創造讓個案能夠成功地完成某事的情境，以增加其自信心。如：更有體力不持柺杖走路10分鐘，或兩次透析間體重增加3.5公斤以內。</p> <p>3.讓個案瞭解並感受，護理人員可於個案血液透析時在旁陪伴。</p> <p>4.鼓勵個案，只要個案願意努力，是可以達成目標。</p> <p>5.一旦達成目標，立即給予鼓勵及信心。</p> <p>【三】培養對於自我及他人的敏銳度</p> <p>1.增加社會支持系統：太太及孩子的關心；並強調李媽媽是為個案好，才會幫助個案限制水分的攝取。</p> <p>2.鼓勵與太太共同相處時間，如：建議李媽媽可陪伴個案來洗腎室、個案每日早上至一樓陪李媽媽顧店（雜貨店）約30分、晚餐後可協同散步10分鐘，並可促進個案活動等。</p> <p>【四】發展助人信賴的關係</p> <p>1.主動向個案自我介紹，個案每次來透析時立刻上前迎接並牽著個案去磅體重，利用肢體接觸緩和個案情緒，以閒談方式化解彼此之間的陌生感，使個案對筆者產生信任，建立良好的護病關係。</p> <p>2.偕同洗腎室醫護人員對個案表現正向、支持性態度，讓個案感受受尊重。</p> <p>【五】增進及接受正負向感受之表達</p> <p>1.對能自我照顧給予正向回饋與支持。</p> <p>2.接受個案以搖頭、嘆氣來表達感受。</p> <p>3.以開放式問題引導表達，主動接受及傾聽病患反應，並給予適當回答。</p> <p>【六】有系統使用科學性問題解決法來做決定</p> <p>1.與個案共同回顧以往，讓其覺得自己是被關懷。如：朋友、鄰居的關懷，子女的成就及孝順。</p> <p>2.教導個案每天期待一件令人愉快的事。如：期待孩子從台北回來或打電話給孫子。</p> <p>【九】滿足個案所表達之需要</p> <p>1.上針後，陪在個案床邊 10-15 分，以傾聽病患主訴，並運用肢體語言，雙手握住個案手，鼓勵支持個案表達哀傷、及心理的想法。</p>	<p>1.92/9/11 個案說出經由護理人員陪伴以及鼓勵，心情改善。</p> <p>2.92/9/11 由女兒陪伴步入洗腎室，面帶笑容，不持柺杖，訴有女兒陪伴心情好。</p> <p>3.92/9/13 來院透析時，體重增加3公斤，立即給予支持及鼓勵，個案並說出：控制水分攝取，感到比較有體力，呼吸也比較不費力。</p> <p>4.92/9/18 不持柺杖走路步入洗腎室，立即給予鼓勵與支持。</p> <p>5.92/9/23 由太太陪同一起步入洗腎室，訴近來因飲水量較能控制，吵架次數減少。互動關係較為親密。太太也訴，如果有空會盡力陪伴個案來院洗腎。</p> <p>6.92/9/27 個案說出每日在房間內步行3-5圈，精神感覺改善。並說出：現在才覺得活下去是值得的，感受到家人的關懷，以及期待小女兒結婚的一天。</p>

表二 體液容積過量（護理期間：92/9/4—92/10/2）

相關資料	護理目標	護理措施	評值
<p>92/9/4</p> <p>S:呼吸喘不過來，也走不動路。</p> <p>S:常常覺得口乾難過、喉嚨乾燥，吃不下飯，只想喝水。</p> <p>S:一口渴就喝水，一天大概喝2000cc水。</p> <p>O: 血壓： 180/98mmHg，心跳：92次/分，呼吸：22-24次/分。</p> <p>O: 下肢水腫（++）、聽診兩側肺葉Rales，C/T Ratio:61%。每回透析增加體重約5-6公斤。</p>	<p>短期目標： 一週內，個案下肢無水腫情形及說出呼吸喘情形減輕</p> <p>中期目標： 二週內個案於兩次透析間時體重增加3.5公斤以下，聽診無囉音</p> <p>長期目標： 三週內能將照護措施統整於生活中</p>	<p>【二】激發信心和希望 1.以鼓勵方法，增加信心以促進個案有動機限制水分，強調只要個案願意努力，是可以達成目標。 2.設定目標：每回透析時，體重增加3.5公斤以下，達成時給予鼓勵。</p> <p>【五】增進及接受正負向感受之表達 1.鼓勵個案說出口乾不適的症狀及感受。 2.記錄兩次透析間增加之體重，一有進步，立即給予鼓勵與支持。 3.引導個案說出控制水分攝取後對減少身體負擔之感受。</p> <p>【六】有系統使用科學性問題解決法來做決定 1.減少口乾症狀：含冰塊後吐掉、喝淡檸檬汁、或血液透析病患專屬防口乾之糖果。 2.建議每日喝水以一瓶600cc的杯子為限（飲水建議量為前一天小便量加500-600cc）。 3.建議以轉移注意力方式，以減少口渴想喝水之念頭。如：懷念過往、外出散步。 4.每天定時量體重，使用同一個體重計，並替個案記錄其每次增加體重量，並將結果及變化告知個案。</p> <p>【七】促進人際間教與學之互動 1.提供造成體液容積過多的原因、如何避免復發，如：避免進食醃製品、甜食、或鹽分過多食物。</p> <p>【八】提供支持性、保護性或糾正性環境 1.透析前後評估下肢周邊水腫、呼吸音、呼吸型態、生命徵象等情形，並記錄。 2.透析時抬高床頭30度，以利肺擴張，促進呼吸，必要時給予氧氣。 3.透析時抬高床尾30度，以利周邊血液回流。 4.建議居家休息時，將下肢抬高高於心臟，以利周邊血液回流。</p>	<p>1.92/9/13 來院透析時，體重增加3.0公斤，並給予鼓勵，個案並說出：控制水分攝取，感到比較有體力，呼吸也比較不費力。下肢水腫情形減至（+）。</p> <p>2.92/9/18 個案能不需使用柺杖，自行步入洗腎室，聽診個案肺部無Rales，無呼吸喘、下肢無水腫情形，血壓：154/82mmHg，心跳：82次/分，呼吸：17-19次/分。</p> <p>3.92/9/18 個案能說出雖然感到口渴，但能以含冰水後吐掉，以減少飲水量。</p> <p>4.92/9/23 評估個案兩次3.0-4.0公斤，給予支持與鼓勵。</p> <p>5.92/10/2 個案精神好，訴食慾改善，能感覺口渴，但可以控制水分攝取約600-800cc/天。經醫生評估乾體重由62公斤調至63.3公斤。</p>

表三 無效性保護能力（護理期間：92/9/4－92/10/2）

相關資料	護理目標	護理措施	評值															
<p>92/9/4</p> <p>S: 老是頭暈不舒服, 大便常常是黑色的。</p> <p>O:</p> <p>潛血反應: (2+)</p> <p>WBC: $6.192 \times 10^3/\mu l$</p> <p>RBC: $4.15 \times 10^3/\mu l$</p> <p>Hb: 7.2g/dl</p> <p>HCT: 22%</p> <p>Platelet: $88 \times 10^3/\mu l$</p> <p>O: 檢查診斷: 因十二指腸及小腸前端血管病變 (Angiodysplasia) 造成慢性出血, 開刀無明顯治療成效, 以服用女性賀爾蒙控制血管繼續病變。</p>	<p>短期目標: 一週後個案能說出頭暈時如何減少進一步傷害。</p> <p>中期目標: 二週後無進一步傷害發生。</p>	<p>【一】 人性化及利他性的基本價值體系</p> <p>1. 確定應參與學習之家庭成員: 李媽媽, 鼓勵其共同參與衛教及計畫。</p> <p>【六】 有系統使用科學性問題解決法來做決定</p> <p>1. 飲食衛教:</p> <p>① 建議高鐵食物, 如: 牛肉、菠菜、蘋果、梨子等。</p> <p>② 避免辛辣或刺激性食物。</p> <p>③ 避免高纖維或粗糙食物, 如: 蘆筍、玉米等。</p> <p>2. 強調定期服藥之重要性。</p> <p>【八】 提供支持性、保護性或糾正性環境</p> <p>1. 向個案解釋造成貧血原因為: 血管病變造成慢性出血。</p> <p>2. 每週四及緊急情況監測個案血比容積之變化, 若血比容積低於25%, 立即反應。</p> <p>3. 每月月初監測病患血色素、血小板之值, 以及大便潛血反應。</p> <p>4. 血液透析中, 避免使用抗凝劑, 以及盡量減少血液流失。</p> <p>5. 透析結束後, 將人工腎臟之血液盡量回流乾淨, 以減少血液流失。</p> <p>6. 注意居家安全:</p> <p>① 每日監測血壓變化, 皮膚指甲顏色。</p> <p>② 排便時觀察大便之顏色。</p> <p>③ 若有頭暈情形, 立即坐下或躺下, 並告之醫護人員。</p> <p>④ 教導居家安全, 建議上下樓梯需家屬陪伴。</p>	<p>1. 92/9/13 個案能說出如頭暈時, 會立即臥床休息, 並告知醫護人員。</p> <p>2. 92/9/18 能規則每日服藥以及每天吃一小盤牛肉。</p> <p>3. 92/10/2 個案說出目前解便情形一天1-2次, 顏色黃色, Hb: 8.7g/dl、HCT: 26%、Platelet: $92 \times 10^3/\mu l$, 大便檢查無潛血反應。嘴唇、指甲床呈現粉紅色, 微血管填充時間小於2秒。</p> <p>4. 92/10/2 依透析病患衛教記錄表, 評估個案達成成果, 效果好的給予鼓勵, 不好的則討論原因。</p> <table border="1" data-bbox="1169 1155 1430 1370"> <thead> <tr> <th>衛教</th> <th>前</th> <th>後</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>飲食衛教</td> <td>PCA</td> <td>D</td> </tr> <tr> <td>居家安全</td> <td>PC</td> <td>D</td> </tr> <tr> <td>定期服藥</td> <td>PC</td> <td>D</td> </tr> <tr> <td>每日量血壓</td> <td>P</td> <td>E</td> </tr> </tbody> </table> <p>衛教前反應:</p> <p>P: 教導病患</p> <p>C: 教導家屬</p> <p>A: 能問問題</p> <p>B: 困難、注意力無法中</p> <p>D: 否認拒絕</p> <p>衛教後目標達成:</p> <p>D: 能口述說明完整</p> <p>E: 正確回覆示教</p>	衛教	前	後	飲食衛教	PCA	D	居家安全	PC	D	定期服藥	PC	D	每日量血壓	P	E
衛教	前	後																
飲食衛教	PCA	D																
居家安全	PC	D																
定期服藥	PC	D																
每日量血壓	P	E																

表四 便秘（護理期間：92/9/4－92/9/23）

相關資料	護理目標	護理措施	評值															
<p>92/9/4 S:解大便很困難，大約2-3天解一次，量很少、很硬，常覺腹脹，每天要吃2-3顆軟便劑才有辦法。</p> <p>O:聽診腸音正常，有蠕動聲，腸蠕動：10次/分。</p> <p>O:活動力減少，需依賴拐杖、步態緩慢。</p> <p>O:Ducolax 2#-4# qN。</p>	<p>短期目標：一週後個案能做到改善便秘方法至少3項。</p> <p>中期目標：二週後個案解便情況改善，至少一天一次。</p>	<p>【一】 人性化及利他性的基本價值體系</p> <p>1.向個案解釋慢性腎衰竭病患造成便秘原因為：腸蠕動減少、限制水分攝取、限制高鉀水果等之原因。</p> <p>2.向個案解釋願協助解決其問題，並且說明此現象是可以改進的。</p> <p>3.每次透析時協助個案記錄排便日期及次數，以及服用軟便劑劑量。</p> <p>【二】 激發注信心和希望</p> <p>1.記錄個案飲食及排便習慣，一有進步，立即給予鼓勵。</p> <p>【六】 有系統使用科學性問題解決法來做決定</p> <p>1.鼓勵個案維持正常運動： ①每日於房間內走路3圈。 ②每日晚餐後，與李媽媽外出散步約10-15分鐘。</p> <p>2.協助飲食計畫： ①中餐及晚餐需吃一小盤水煮或燙過之青菜。 ②每日吃一顆蘋果或梨子。 ③於來院接受血液透析時間，允許帶木瓜或香蕉來吃。</p> <p>3.維持正常排便習慣： ①如有便意立即如廁或每日早晨起床後如廁。 ②給予充足排便時間。</p> <p>4.每日教導按照結腸走向按摩5分鐘。</p> <p>5.來院接受血液透析時間，協助按摩結腸5分鐘。</p>	<p>1.92/9/13 個案表示瞭解衛教內容。</p> <p>2.92/9/18 個案能說出改善便秘方法4項，並執行每日繞房間3-5圈，以及增加水果及青菜量，如蘋果，梨子。</p> <p>3.92/9/23 個案解便情形一天1-2次，顏色黃色，成型微硬。</p> <p>4.92/9/23 依透析病患衛教記錄表，評估個案達成成果，效果好的給予鼓勵，不好的則討論原因。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>衛教</th> <th>前</th> <th>後</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>飲食衛教</td> <td>PCA</td> <td>D</td> </tr> <tr> <td>運動</td> <td>PCA</td> <td>D</td> </tr> <tr> <td>養成排便習慣</td> <td>PC</td> <td>D</td> </tr> <tr> <td>結腸按摩</td> <td>P</td> <td>E</td> </tr> </tbody> </table> <p>衛教前反應： P：教導病患 C：教導家屬 A：能問問題 B：困難、注意力無法中 D：否認拒絕 衛教後目標達成： D：能口述說明完整 E：正確回覆示教</p>	衛教	前	後	飲食衛教	PCA	D	運動	PCA	D	養成排便習慣	PC	D	結腸按摩	P	E
衛教	前	後																
飲食衛教	PCA	D																
運動	PCA	D																
養成排便習慣	PC	D																
結腸按摩	P	E																

結論

腎臟移植手術是治療末期腎病變最根本的方法，但大部分病患受限於腎臟移植手術之適應症、器官來源不足，導致病患必須被迫接受長期透析治療，如果病患沒有做好心理調適，容易因不良情緒而對未來感到無望，而產生憂鬱、絕望，此時護理人員應充分給予病患支持，以協助病患走出無望的深淵，重新接受血液透析治療，面對不同的人生。

此個案因末期腎病變而長期接受血液透析治療，期待有一天接受腎臟移植而重新生活，卻因腎臟腫瘤及慢性肝炎，而無法接受腎臟移植，導致個案情緒不良而感到無望、憂鬱、消極、無奈，以及放棄對疾病的控制。筆者藉由 Watson 十項關懷照顧理論，強調「人性化照護」，視個案為獨特價值的人，於透析中陪伴個案，協助抒發情緒、重新安排生活、增加信心、尋找新的人生意義，使個案漸漸體會周遭親友的關心，找出生命的另一項意義，改善情緒，進而控制水分的攝取，改善生理上的不適，使食慾增加，體重由 62 公斤增加至 63.3 公斤，與太太之間衝突也減少，是最大的助益。

另一項護理成效是個案十二指腸及小腸前端血管病變造成慢性出血，因無法接受進一步治療，除了接受女性賀爾蒙控制血管繼續病變之外，並鼓勵病患加強飲食補充鐵質，增加血色素；監測病患是否因慢性出血而造成進一步損傷，經個案的努力使得血色素能從 22% 到達 26%。

往後除了持續給予個案照護及關懷，希望能擴及整個醫療團隊及家庭。此次護理經驗體會到如何運用 Watson 十項關懷照

護理論協助個案接納自己、改變自己、建立信心並找回希望，進而增進生活品質。期待在以後的護理生涯中，能夠建立起照護體制，與病患盡早建立信任關係，協助病患走出無望感的深淵，協助其生理、心理、社會的適應，重新面對新的人生。

參考文獻

- 王秀紅、陳秀勤 (1995)·無望感之概說·**醫學繼續教育**，5(3)，343-347。
- 中華民國腎臟基金會 (2002)·台灣地區91年度透析總人數統計圖·**透析通訊**，44，4。
- 李伯璋 (2003)·談腎臟移植·**透析通訊**，46，8-9。
- 吳明儒 (1997)·C型肝炎與腎臟移植·**腎臟與透析**，9(2)，88-93。
- 杜文蘭(2002)·華森護理：人類科學和人性照護·**護理理論與實務應用** (304-310頁)·台北：華杏。
- 武茂玲、李美玉、張澤芸 (2003)·一位日照中心無望感老年人的心理探討與護理經驗·**馬偕學報**，3，1-14。
- 周幸生(2002)·**新臨床護理診斷**·台北：華杏。
- 林杰樑(1996)·**透析治療患者保健手冊**·台北：宏欣。
- 洪冠宇 (1997)·**實用透析治療手冊病案討論**·台北：文靜。
- 徐國雄 (1997)·腎臟移植之最新發展·**腎臟與透析**，9(2)，77-81。
- 高紀惠(2002)·**護理診斷手冊**·台北：華杏。
- 許玉來、王淑嫻(2000)·**器官捐贈宣導手冊**·台北：中華民國器官捐贈協會。

- 陳姿瑤、廖會瓊譯(1981)·**人類行為概念及護理**·台北：合記。
- 黃尙志、楊五常、陳秀熙暨中華民國腎臟醫學會透析評估委員(2003)·台灣地區88年至89年度透析評估工作報告·**中華民國腎臟醫學會雜誌**,14(4),155-156。
- 葉莉莉(1992)·Jean Watson與其關懷照護理念初探·**護理雜誌**,39(2),127-132。
- 楊聰財、張敏(2003)·自殺企圖者之絕望感與生活壓力及因應模式之關係·**台灣精神醫學**,17(1),41-48。
- 蔣立琦(2000)·**新護理診斷手冊**·台北：華杏。
- 劉淑娟(1999)·老年人的靈性護理·**護理雜誌**,46(4),51-56。
- 盧美秀、鄭綺、林佳靜(1998)·華森的人類科學與人類照護理論·林佳靜·**護理理論與應用**(141-176頁)·台北：偉華。
- Beck, A T. (1967). *Depression: Clinical experimental and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Bruss, C. R. (1988). Nursing diagnosis of hopelessness. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 26, 28-31.
- Campbell, L. (1987). Hopelessness. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 25(2), 18-22.
- Mcgraw, M. J (2002). Wastons Philosophy in Nursing Practice. In M. R. Alligood., & A. M. Tomey(Ed), *Nursing Thory: Utilization & Application(2nd ed. , pp.108-111)*. st.Louis, MO: Mosby.
- Murray, L. R., &Conard, N. E. (1999). Perceptions of kidney transplant by persons with end stage renal disease. *American Nephrology Nurses' Association Journal*, 26(5), 479-484.
- Rafael, A. R. F. (2000). Watson's philospny, science, and theory of human caring as aconceptual framework for guiding community health nursing pratice. *Advances in Nursing Science*, 23(2), 34-49.
- Watson, J. (1988). *Nursing: Human science and human care a theory of nursing*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.

Nursing Care of a Terminal Patient Undergoing Hemodialysis Treatment under the Watson Theory

*Hsiu-Hui Lin Yu-Horng Lee **

Abstract

This case report discusses the terminal situation of a hemodialysis patient who is ineligible for renal transplantation. It uses Watson's theory of human science and human care to help the patient develop and maintain a sense of hope. The duration of nursing care for this patient was from September 4, 2003 to October 2, 2003. After our evaluation, we found that the patient suffered from: 1. a feeling of hopelessness, 2. hypervolemia, 3. ineffective protecting ability, and 4. constipation. Guided by Watson's theory, we provided ten items of human care to assist this patient accept the fact that he could not receive a renal transplant. We hope that the patient will regain hope, face long-term hemodialysis with a healthy attitude, and further increase his quality of life.

Key words : Waston theory, hopeless, hemodialysis

RN, Hemodialysis Room, YongKang Veterans Hospital

Lecturer, Chung Hwa College of Medical Technology *

Received : Feb. 18, 2004 Revised : Mar. 6, 2004 Accepted for publication : Aug. 20, 2004

Correspondence : Hsiu-Hui Lin, No.427, Fusing Rd., Yongkang City, Tainan County, 710 Taiwan

Telephone : (06) 3125101 ext 2401 E-mail : lsw.syw@msa.hinet.net