

運用紐曼系統模式照顧肺炎兒童及其主要照顧者之經驗

戴麗琴¹ 王慧珍² 邱寶琴^{3*}

¹中華醫事科技大學護理系

²麻豆新樓醫院小兒科

^{3*}輔英科技大學護理系

摘 要

本文主旨在探討運用紐曼系統模式照顧一位罹患肺炎併發肋膜積水的學齡前期兒童及其主要照顧者之照護經驗。當兒童住院時原來的家庭生活方式改變，照顧者感受到沉重的緊張與壓力，筆者在護理期間藉由「紐曼系統模式」為評估工具，運用實際觀察、會談、傾聽、護理評估等方式收集主客觀資料，確立個案有「呼吸道清除功能失效」、「體溫過高」、「恐懼」、主要照顧者有「照顧者角色緊張」等健康問題，針對個案及家屬提供整體性護理措施，提供個別性護理指導，協助主要照顧者積極面對壓力，增強防禦能力，逐一解決個案所面臨的問題，使個案得以早日康復、解除危機。期望藉此護理經驗作為日後照護類似個案之參考。

關鍵字：肺炎、肋膜積水、紐曼系統模式

Care of a Preschool Child with Pneumonia Complicated with Pleural effusion and the primary caregiver

Li Chin Tai Hwei Jen Wang Bao Chin Chiou

Department of Nursing, Chung Hwa University of Medical Technology

ABSTRACT

This article delineates a nursing course of caring a preschool child with pneumonia complicated with pleural effusion. The original family life style changes when children admitted in hospital, and the caregivers feel heavy stress. We utilized the Newman Systems Model as an assessment tool, and collected data by observation, interview, listening and nursing assessment. There were three major problems about the patient himself, i.e., ineffective airway clearance, high body temperature and fear, and the mother

had the strain as a role of caregiver. We provided the patient and the caregiver with holistic nursing interventions and individual instructions to help the mother confront the disease and improve the flexible ability of defense, and furthermore, to solve the problems and help the patient recover and overcome the crisis as soon as possible. We hope this experience may be beneficial to taking care of the similar cases in the future.

keyword : Pneumonia; Pleural effusion; Neuman System Model

壹、前言

呼吸道感染是嬰幼兒及兒童常見的疾病，佔所有孩童就醫比率之以上，其中有 20% 的孩童需住院治療（廖、莊，2003）。根據行政院衛生署統計，2007 年台灣兒童十大死因，肺炎死亡率位居第五，如未積極治療，可能會造成肋膜積水、膿胸、肺擴張不全、心肌炎、腦膜炎等合併症（葉，2005）。患有肺炎的兒童，因合併嚴重肋膜積水與膿瘍，常為治療與護理增添複雜度，不但會使得住院天數延長、增加致死率，對照顧者也是一項不勝負荷之壓力，當兒童住院時常使得家庭原來的生活被打亂，家庭經濟負荷變重，增加照顧者的多重壓力（呂、江、溫、簡、林，2011）。紐曼系統模式提供綜合性、整體性及系統原理為基礎，可運用於臨床照顧，協助臨床護理人員收集個案相關資料，國內較少運用紐曼系統模式同時評估兒童及主要照顧者，因此本文運用此系統模式為架構，實際協助一位罹患肺炎併發肋膜積水的學齡前期兒童及其主要照顧者的健康問題，筆者希望藉由適當的護理措施及心理支持，幫助個案及家屬提升防禦能力與度過罹病住院過程，並提供相關護理經驗，作為臨床護理人員照護上之參考。

貳、文獻查證

一、肺炎

肺炎乃指肺部實質的急性炎症，當肺泡充滿滲出物及發炎細胞時，會造成肺泡塌陷，引起氣體交換功能降低。以寒顫、發燒、咳嗽、痰液、胸痛、鼻塞、流鼻涕、喘鳴音、呼吸喘、呼吸困難為主要臨床病徵；引起之原因主要是細菌感染（以革蘭氏陽性菌為主，佔 80%），其次為病毒、病原體等（吳，2005）。肺炎會突然發病、病童顯得疲倦不適及有全身性和局部性的身體症狀，發燒及呼吸次數增加是肺炎最典型的症狀，胸痛也許會出現，食慾欠佳及無感性水分喪失增加而易有脫水的症狀。護理措施則以維持呼吸道通暢、密切監測呼吸次數、呼吸音、呼吸輔助肌，痰分泌的量與顏色、咳嗽頻率，依醫囑給予氧氣噴霧治療、背部叩擊、姿位引流、化痰、止咳、抗生素藥物、鼓勵病童少量多次攝取水分、持正常之呼吸功能（陳，2008，葉，2005）；另外可少量多餐進食、維持基本營養需求，

密切觀察體溫之變化，依醫囑予以退燒藥，減輕不適感等，亦為其重要之護理措施（吳，2005）。

二、肋膜積水

肋膜積水通常伴隨著肺部發炎和壓迫，而以疼痛、呼吸困難與呼吸不足的徵候表現出來(Richard E. B., 1999)。肋膜包覆在肺葉之外，分為體腔肋膜（外）與內臟肋膜（內），一般肋膜內外膜含有 5-10cc 的水，而肋膜積水係指肋膜腔內有過多的體液聚積，介於兩層肋膜之間（連，2003）。X 光中積水達 150cc 以上，或有呼吸喘情形，醫生則會搭配臨床症狀考慮是否須插胸管引流之。如仍未控制住症狀，極可能產生呼吸受損、呼吸窘迫、肋膜空間感染引發敗血症以及多次插胸管產生氣胸等併發症（連，2003）。護理人員執行護理過程則需評估呼吸時的變化、聽診呼吸音是否下降、教導採高坐臥式、教導有效深呼吸方法；如果真的需要插胸管時，適時用其可溝通之語言解釋、給予身體及心理支持、依醫囑予以止痛劑減輕疼痛、密切觀察插胸管之後反應及變化（Michael, 1998）。

三、學齡前期兒童及照顧者之住院壓力

住院對兒童及照顧者而言皆是一件極具壓力之過程。住院個案之主要壓力源有分離焦慮、恐懼、害怕疼痛、退化、失去控制感、攻擊、睡眠障礙、侵入性治療等問題（Board, Ryan-Wenger, 2003）。依據「幼兒靜脈注射之行爲量表」為工具，觀察其侵入性治療之反應，包括：哭泣、尖叫、語言抗拒、前額皺眉、臉部肌肉緊張、出現抗拒行爲、需約束...等反應。病童抗拒與害怕靜脈注射程度相當高，而家屬也表示常需花費許多精神及力氣安撫兒童注射後之情緒。若住院壓力未能及時紓解，可能會影響將來人格發展及適應問題（潘、邱、沈、陳，2004）。對主要照顧者與個案而言，住院對個案所帶來種種不適，如侵入性治療（打針、抽血），責怪自己未將個案照顧好，導致必須讓他來承受此痛苦，對於施行靜脈注射的過程，常讓家屬時常感到心疼、無力感及罪惡感，進而產生自我情緒調整之困難（李、朱、郭，2007；潘、邱、沈、陳，2004）。如此不僅喪失照顧個案之能力，亦可能將此焦慮情緒傳染給個案，使得雙方對住院及疾病之適應更加困難（Aldridge, 2005）。

四、紐曼系統模式

紐曼(Neuman)認為「人為完整、獨特的個體」，包含了生理、心理、社會文化、發展及靈性五個變項，會影響個案運用其防禦線來抵抗壓力刺激的程度。也是一個與環境互動的開放系統，本身具有防禦線及抵抗線來保護自己，在環境中維持穩定狀態。當人受到壓力源侵犯時，有三道防禦壓力源的侵犯。第一道是彈性防禦線，個人生活型態，強烈影響此線的防禦能力，例如飲食習慣良否、睡眠夠否、有無運動等。當個人彈性防禦線不足以防禦壓力源的侵犯時，第二道的正常防禦線即起防禦作用。正常防禦線代表個人正常狀況，若個人身心健康狀況

良好，則此到防禦線的防禦力強，否則相反。又如個人的免疫系統良好，則防禦能力也就夠強。當第二道的正常防禦線無法防禦壓力源入侵時，第三道的內在抵抗線便產生活動，以保護基本構造。例如引發免疫系統抵抗細菌入侵，若作用不良，則可導致個人病情加重，甚至死亡。壓力源存在所有環境中，具有干擾個案系統穩定的壓力，使個發生失調、不平衡等各種問題。壓力源可分為三方面：人際內是指個體本身的，人際外是來自個體外的，人際間是指個體外、人際間的壓力源。紐曼指出護理評估應包含：(1)內在因素如生理、心理、社會文化、發展及靈性；(2)外在因素如家人、朋友、照顧者及醫護人員間之資源與關係；(3)個人外在環境因素如社區、機構、經濟、職業等資源與關係(林，2005)。在紐曼系統中提到照顧者常見的壓力源包括照顧者角色緊張與無助、角色衝突、角色疲勞、角色壓力、照顧者負擔、照顧者身體健康問題及照顧者情緒健康等問題(王、賴，2010；呂、江、溫、簡、林，2011；Skalski, C. A., DiGerolamo, L. & Gigliotti, E., 2006)。

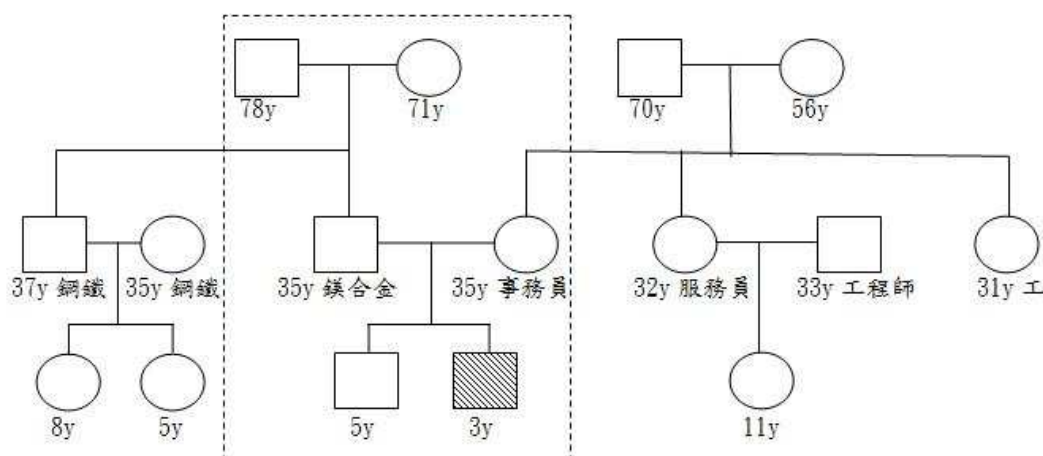
參、護理評估

一、個案簡介

(一) 基本資料

郭小弟足月產，出生體重 3800g，新生兒篩檢正常，預防針已接種完畢，接種後無特殊反應。目前 3 歲，身高 94cm(生長曲線為 25 百分位)，體重 14.5kg(生長曲線為 50 百分位)，在家中排行老二，有一位 5 歲的哥哥，個案平時個性活潑開朗，遵守秩序，容易安撫，就讀幼稚園小班，平日可用國、台語溝通。

(二) 家族圖譜



(三) 過去病史及此次患病過程：個案曾於 93 年 8 月 16 日至 8 月 22 日因支氣管性肺炎及急性扁桃腺炎住 5 天，平日健康狀態良好，無過敏史，無特殊家族病史，如果有感冒情形皆在本院門診求治。此次因為 3/14 開始發燒，最高達

40°C，3/15 開始流鼻涕呈黃稠狀、鼻塞、食慾差，3/16 開始有腹痛、夜裡難入眠、呼吸喘情形，一直在本院門診治療未見改善，3/19 再次至門診就醫，經醫師診斷為肺炎，入院治療。3/23 胸腔 X-ray 因疑似腹膜炎，予會診小兒外科，會診後診斷為左側肋膜積水，轉小兒加護病房治療並協助放置胸管。3/28 引流液為 0 cc、呼吸平穩且次數為 26-28 次/分及濕囉音轉為乾囉音，故協助醫師拔除胸管，並轉回一般病房續照護。4/3 體溫 36.7°C，呼吸次數 26 次/分，胸腔 X-ray 呈現無肋膜積水和肺炎情形，聽診肺部無濕囉音，依醫囑給予出院。筆者於個案 3/19~4/3 住院期間，依 Neuman 護理照顧模式評估個案。

二、Neuman 模式之護理評估

(一) Intrapersonal

1. 個案

(1)生理層面:呼吸系統：3/19 聽診肺部左下葉濕囉音、個案之痰液無法自行咳出、胸部 X 光呈現左下葉肺炎；3/20 發燒時呼吸 40 次/分、鼻涕黏稠、鼻塞、SPO₂：98%；身體檢查與評估有胸痛、扣診有頓音、聽診呼吸音降低和觸覺震顫。皮膚狀態：3/19 至 3/23 體溫最高維持在 38.5~39°C、皮膚熱、雙頰潮紅、四肢末梢冰冷、無寒顫情形。營養狀況：個案在發病住院前，每餐可進食約半碗飯，平日不挑食，但食量不大，最喜愛的食物為玉米及香腸，就寢前會喝奶粉 210cc，入院後因為發燒後有食慾欠佳，進食量銳減為幾口稀飯，進食水分少。個案入院時身高 94cm（生長曲線為 25 百分位）、體重 14.5kg（生長曲線為 50 百分位），出院時體重則為 14.3 kg。沐浴、穿衣：洗澡後由媽媽檢查後可自行擦乾並輕鬆穿上衣服，而脫衣服則顯較困難些，須由大人協助。睡眠：個案平日作息規律，約 22:00 就寢，7:20 起床，睡覺時不需要喜好的玩偶或被毯就可入睡，很少作夢，早上起床常會賴床半小時。住院期間如有發燒或身體不適時，會發出呻吟聲，待症狀改善後即可再度入睡。排便：個案大便為一天一次黃軟便，大便訓練已完成，大便後仍需大人協助擦屁股。住院期間因食慾欠佳，故有三天未解便的情形，甘油灌腸後可自解出前硬後軟便，之後則為一天一次黃軟便。個案尿液為清澈狀、顏色為黃色，小便訓練已完成，每次尿量約為 100~150cc 住院期間則因打點滴緣故，次數、尿量比住院前增加 3-5 次/天。個案多臥床打點滴，有時媽媽推輪椅帶個案一邊打點滴一邊到走廊走走。入院期間體溫不穩定，3/19 至 3/23 體溫最高維持在 38.5~39°C，發燒時呼吸 40 次/分。3/19 個案咳嗽、痰音明顯，有痰無法自咳出來，3/19 之抽血檢驗 WBC：27800/mm³。

(2)心理層面: 個案知道自己生病，覺得自己不乖、不穿衣服才會感冒住院，打針會哭泣，住在醫院會怕痛怕打針。對治療過程不清楚會害怕，對於媽媽去換冰枕或離開時會沒有安全感而哭泣。

(3)社會文化層面:個案在家會和哥哥玩，洗澡會拿蓮蓬頭對哥哥噴水。個案不做治療時會與護理人員打招呼，會自己一個人會玩玩具，當看到護理人員準備侵入性治療時(如抽血檢查、打點滴等)，個案會大喊「阿姨，我不要打針」，「媽媽抱抱，我要回家，我不要在這裡，我要乖乖」，會有哭鬧、掙扎、抗拒、拳打腳踢之行為表現，哭泣後經媽媽安撫後可接受。對於吃藥可配合，認為乖乖吃藥才可早日回家。認為自己因為沒添加衣服才會生病，所以一定要聽媽媽的話。

(4)發展層面: 根據艾瑞克森(Erikson)的心理社會發展理論，個案的發展任務是自動自發，發展危機是罪惡感。因住院而無法至幼稚園就讀、無法回家產生罪惡感。

(5) 靈性層面:個案覺得自己要勇敢，但是侵入性治療常常引起他的罪惡感與恐懼。當他企圖要表現勇敢而失敗時會覺得丟臉與自卑。個案會覺得神對於不乖的小孩會給予處罰，所以他生病是自己不乖。個案家中無特殊信仰，亦不會固定至廟裡拜拜，想到時才偶爾去一次，故在個案住院期間身上無特殊佩帶物或平安符物品。平時在特定時間(如過年、清明節)，則會在家中跟著媽媽拜拜。

2.主要照顧者(案母)

(1)生理層面:營養狀況：案母食慾正常，每餐進食約一碗飯。睡眠：案母與個案同時間入睡，如果當天尚有未完成的工作，就會再起床完成，晚上個案的咳嗽聲會打斷睡眠，平均睡眠 7 小時但是睡眠品質不好。排泄：大小便正常，每天一次黃色軟便，小便自解，無燒灼感。活動：平日活動正常，病童住院期間，需醫院與家裡來回奔波。平日健康狀況良好，當身體出現不舒服，會就近求醫。

(2)心理層面:家庭發生困難時，先生會提供安慰與支持，案母擔心個案從未得過那麼嚴重的疾病，甚至還嚴重到要插胸管，常常因為個案的病程變化，但會尊重醫生的專業，全力配合醫療處置。對個案疾病擔心常詢問「為何弟弟會一直發燒?這樣的情況何時會好?有沒有更好的治療方式?」「沒有想到小感冒竟變成肋膜積水，甚至需要插胸管，放胸管就可將胸內之髒東西引流出來嗎?他承受得了嗎?」。

(3)社會文化層面: 案母對自我的概念沒有符合自己的預期，認為工作的價值與收入沒有預期的滿意。因必須在醫院照顧病童，無法兼顧家庭與工作而產生角色衝突。平常忙於工作與家庭會挪用與先生的互動時間。平時睡眠、飲食、作息要正常，盡量不吃油炸食物及冰涼飲食會比較健康。萬一真的生病了，亦要儘快就醫。

(4)發展層面: 根據艾瑞克森(Erikson)的心理社會發展理論, 案母的發展任務是親密, 發展危機是孤立感, 面對學齡前兒童的自主性與叛逆性, 除了要學習技能外, 也訓練自我控制的機會, 雖然個案哭叫會迫使案母體認到她不喜歡的憤怒, 或是內在的害怕, 但是她不能如個案般的表示其憤怒。

(5)靈性層面:信仰: 案母認為自己有二個兒子覺得欣慰而且快樂。案母覺得生命是一項神聖的使命, 每個人都該重視, 但如遇生命遭受威脅時, 亦該勇敢面對它。希望此次個案的疾病覺得很緊張擔心, 希望個案能早日康復, 往後給個案一個健康的童年。面對個案高燒不退, 對案母而言, 覺得是照護上的疏忽。家中無特殊信仰, 亦不會固定至廟裡拜拜, 想到時才偶爾去一次。平時在特定時間(如過年、清明節), 則會在家中準備鮮花素果及拜拜食物來拜拜, 一生價值觀無太大的願望, 只希望過平凡的生活, 照顧好自己的家庭。

(二) Interpersonal

1.個案:喜歡用國語溝通, 與爺爺奶奶則用台語溝通。個案平時由爺爺、爸爸、媽媽共同照顧; 主要照顧者為媽媽。入院後大部分活動由媽媽陪伴, 爺爺、爸爸、哥哥有空偶而探視之, 奶奶因身體不好故較少照顧個案。個案喜歡到幼稚園和小朋友玩, 住院期間沒有和其他兒童互動, 常常自己玩玩偶, 個案不舒服時會告訴母親, 在學校的事情時也會告訴媽媽。個案會與護士或是護生說話, 但是量體溫或注射時會哭泣不量, 允許他哭泣但是手不能動的安撫後可以配合。

2.主要照顧者(案母):先生、夫家、娘家都是其良好的支持系統, 平常公公、先生及娘家家人於住院期間分擔家事, 與先生共同分擔家中經濟, 但是個案住院期間必須工作與醫院兩邊奔波。案母與家人相處皆融洽, 惟獨婆婆自從罹患癌症後個性變得奇怪, 且非常依賴公公, 故兩人之關係顯得較緊張。案母會與醫護人員配合治療, 維持良好的醫病關係。親朋好友會告知媽媽一些偏方或另類療法, 但媽媽會尊重西醫治療, 以不抵觸為原則。

(三) Extrapersonal

1.個案: 個案目前居住於台南縣麻豆鎮之鄉下地方, 有時就醫不便。個案就讀幼稚園, 對於不能睡自己的床, 蓋自己的棉被以及睡自己的房間而感到不喜歡, 但勉強還可以接受。對醫療環境不熟, 住院前 2 天遇到醫生查房或護理人員作治療時, 馬上會哭泣; 牧師偶爾會至病房關懷他, 並唱詩歌給個案聽, 個案會安靜欣賞。

2.主要照顧者(案母):病房設備不比家中但尚可接受, 只是住院期間半夜需起床協助病童如廁, 或因為治療而中斷睡眠。案母有自己的工作, 專科畢業, 為事務員, 遇個案生病只好請假, 幸好單位主管可體諒並協助之。案父從事鎂合金工人, 祖父母經濟由祖父退休金及老年年金負擔, 經濟小康。住院期間家中

則由公公與先生負責打理。案母會訂閱兒童書籍月刊給個案看。平日會上網或找雜誌吸收相關醫學知識，並以醫師治療為主。

肆、健康問題確立

- 一、體溫過高/與肺炎併發肋膜積水引發之炎症反應有關
- 二、呼吸道清除功能失效/與氣管、支氣管感染或分泌物增加有關
- 三、恐懼/與住院壓力有關
- 四、照顧者角色緊張/與照顧需求增加有關

伍、護理措施及評值

一、體溫過高/與肺炎併發肋膜積水引發之炎症反應有關(3月19至4月03日) 主要加強內在抵抗線功能

(一)主客觀資料

S₁：案母主訴「為何弟弟會一直發燒？這樣的情況何時會好？有沒有更好的治療方式？」。

S₂：案母主訴「弟弟摸起來燙燙的，看起來臉紅紅的」。

O₁：個案 3/19 之抽血檢驗 WBC：27800/mm³。

O₂：3/19 至 3/23 體溫最高維持在 38.5~39°C，皮膚熱，雙頰潮紅，四肢末梢冰冷，無寒顫情形。

O₃：身體檢查與評估有呼吸速率加快與胸痛情形。

(二)護理目標:加強內在抵抗線

1.個案能維持正常體溫。

(三)護理措施

1-1.3/19 每 4 小時測量體溫。

1-2.使用非藥物治療方法來降低高燒，例如加減衣物與放置冰枕於腋下，個案如有寒顫，予以增加被蓋；個案開始流汗，則減少被蓋與衣物。

1-3.調整室溫維持空氣流通。

1-4 鼓勵個案多喝溫開水，當他有喝水，即稱讚他勇敢並給個案一張卡通貼紙。

1-5.體溫 > 38°C 協助予冰枕使用;當個案體溫 > 38.5°C 則依醫囑予 Ibuprofen 退燒藥;假如體溫 > 39°C 依醫囑予 voren 1# supp。

1-6.依醫囑予抗生素及大量點滴靜脈注射。

(四)護理評值:達成內在抵抗線功能之目標

3/22 個案有寒顫時，予以加強被蓋，假如個案開始流汗時則予減少被蓋；體溫

>38°C有使用冰枕，4/3 出院時體溫 36.7°C。

二、呼吸道清除功能失效/與氣管、支氣管感染或分泌物增加有關(3月19至3月22日) 主要加強正常抵抗線功能

(一)主客觀資料

S₁：3/19 案母：弟弟都咳嗽咳很用力。

S₂：案母：弟弟有痰無法自己咳出來。

S₃：案母：弟弟的鼻涕很黏稠、鼻塞。

S₄:3/20 案母：弟弟都吃不下也不喝水。

O₁：3/19 個案之痰液無法自行咳出。

O₂：3/19 扣診有頓音、聽診肺部左下葉濕囉音、呼吸音降低、和觸覺震顫。

O₃：3/20 發燒至 39.5°C時喪失體內水分，呼吸 40 次/分，O₂ hood 30%使用。

O₄：胸部 X 光呈現左下葉肺炎。

(二) 護理目標:加強正常抵抗線

1. 3/26 個案能在協助下擤出鼻涕、並可將痰液咳出。

2.出院前呼吸音沒有痰音。

(三)護理措施

1-1 與個案建立良好互動關係，維持基本的信任感。

1-2 評估呼吸音、痰的性質與量。

1-3 藉由個案喜歡的玩偶與其玩治療性遊戲，由個案扮演護士阿姨，玩偶則扮演病人，利用聽診器實際聽診肺部呼吸音，協助將鼻涕擤出來，並做噴霧治療與背部扣擊。

1-4 每 1-2 小時更換姿勢以促進肺擴張和通氣。

2-1 協助家屬每天飯前 1 小時執行四次噴霧及胸腔扣擊力道足夠、姿勢正確，每次時間達 5-10 分鐘，以利痰液咳出。

2-2 運用個案喜歡的活動，如玩偶講故事、聽音樂、看電視等定時陪伴他執行噴霧治療。

2-3 利用吹氣球方式，教導個案深呼吸運動。

2-4 評估呼吸速率、監測個案之呼吸次數、深度及型態，注意膚色及血循變化。

2-5 鼓勵由口少量多次攝取液體，維持液體需求，適當的水化才能稀釋黏稠的痰塊。

2-6 依醫囑在胸腔物理治療前給予支氣管擴張劑。

(四) 護理評估:達成部分正常抵抗線功能之目標

1.3/21 個案表示：「阿姨，雖然拍拍有時候很痛，但是爲了要趕快回家，我都有給媽媽拍拍，你看我已經有好多卡通貼紙，我好勇敢」。3/23 個案在執行完胸腔叩擊護理時，偶可咳出淡黃色分泌物，除了發燒情形，呼吸平順，無呼吸

喘情形。

2.4/3 聽診上、中、下肺葉無囉音，呼吸音正常。建議返家後家屬可用手採取 杯狀執行胸腔叩擊時間為 5-10 分鐘等後續照護。

三、恐懼/與住院壓力有關(3 月 23 至 3 月 28 日)主要加強彈性抵抗線功能

(一)主客觀資料

S₁：3/23「阿姨，我不要打針」

S₂：「媽媽抱抱,我要回家我不要在這裡」。

S₃：「我不要插長長的管子，好恐怖喔」。

O₁：3/23 當個案執行點滴注射或抽血時眼睛睜大、哭鬧、掙扎、拳打腳踢。

O₂：個案警覺度增加，注意力集中在胸管。

O₃：個案執行治療時眼睛張大的表情，一直退縮。

O₄：插胸管時個案肌肉緊張、出汗增加。

(二) 護理目標:加強彈性抵抗線

- 1.個案能確認害怕的來源。
- 2.個案能運用三項支持減輕害怕程度。

(三)護理措施

- 1-1 住院期間由固定護理人員照顧與陪伴個案。
- 1-2 接受個案失去自我控制的情緒，給予安撫。
- 1-3 與個案談談他有興趣之話題或卡通人物建立關係。
- 1-4 介紹環境、準備其慣用物品，以增加安全感。
- 1-5 鼓勵個案說出害怕的來源與感受。
- 1-6 作侵入性治療前，先用玩偶帶領他，進而以說故事方式說明目的與步驟。
- 1-7 回答個案擔心的問題，注射時讓他選擇注射部位。
- 2-1 由媽媽陪伴提供個案治療的協助，以增加安全感及減少害怕。
- 2-2 讓個案抱著象徵安全感的物品，例如此愛的玩偶。
- 2-3 讓個案參與照顧目標設定，達到目標時就送給他卡通貼紙做為表現勇敢的回饋。
- 2-4 藉由個案喜歡的玩偶與其進行治療性遊戲，由個案扮演護士，玩偶則扮演個案，利用空針與胸管模擬侵入性治療，可由遊戲過程提供疼痛或檢查要進行多久、適當給予止痛劑的相關資訊。
- 2-5 鼓勵照顧者提供適當的背部按摩。

(四)護理評估:達成部分彈性抵抗線功能之目標

1.3/21 個案能說出害怕打針會痛，害怕胸管的物品。3/22 治療期間與護士阿姨聊天時表示：「只要平常乖乖就不用再打針了，我有貼紙」。

2.3/23 執行插胸管前口頭表示很害怕，緊抓著護士阿姨的手，會哭泣，但不會掙扎亂動。執行打針抽血時會將玩偶放在身邊，拉著媽媽的手哭泣，但不會掙扎亂動，對於獲得卡通貼紙與媽媽安撫個案背部會停止哭泣。

四、照顧者角色緊張/與照顧需求增加有關(3月23日至3月28日)主要加強彈性防禦線功能

(一)主客觀資料

S₁: 3/22 案母:「為何弟弟會一直發燒?這樣的情況何時會好?有沒有更好的治療方式?」。

S₂: 3/23 案母:「弟弟從未住院那麼久,沒有想到小感冒竟變成肋膜積水,甚至需要插胸管,放胸管就可將胸內之髒東西引流出來嗎?會傷到弟弟嗎?他承受得了嗎?」。

S₃: 3/23 案母:「我不知道怎麼照顧弟弟,弟弟會好嗎?」。

S₄: 3/23 案母:「我要一邊上班,一邊跑醫院,不知怎麼辦?他爸爸也要上班」。

O₁: 個案健康狀況不穩定時,案母會詢問醫師有關個案之病情,表情緊張、眉頭深鎖。

O₂: 3/23 當醫生表示需插胸管時,案母頻頻打電話詢問家人,難以抉擇是否該聽醫生的建議。

O₃: 案母談到未來的照護時間不知如何安排。

O₄: 案母談到這幾天擔心個案健康狀況睡不好。

(二)護理目標: 加強彈性抵抗線

1.照顧者能確認目前的壓力感受。

2.照顧者能說出減緩緊張的方式三種。

(三)護理措施

1-1 與照顧者建立信任的人際關係。

1-2 同理、定時陪伴與給予正向的關懷

1-3 與照顧者約定時間,鼓勵其表達其壓力感受。

1-4 告知照顧者發燒與胸管處理流程,降低其威脅想法與感覺。

2-1 討論無法控制的壓力來源。

2-2 教導照顧者感覺緊張時可以做深呼吸與放鬆。

2-3 陪伴照顧者與主治醫師討論個案健康狀況與治療方式,並告知注意事項以減緩其緊張。

2-4 教導照顧者運用家庭支持系統與訂立生活作息表,以利有效運用時間。

2-5 參與照顧者與個案之互動,例如說故事、玩遊戲。

2-6 介紹成功插胸管之案例給照顧者,以分享其心路歷程。

2-7 介紹醫院支持系統:如醫療團隊。

(五)護理評估:達成彈性抵抗線功能之目標

1. 3/23 插胸管前案母表示因為個案有肋膜積水情形他很緊張，擔心個案的安危。
2. 3/25 案母來照顧個案時看見引流液慢慢被引流出來，表示很慶幸當初與醫生討論並答應個案插胸管是正確的決定。 3/26 案母說出胸管引流液會隨個案深吸氣或吐氣而上下起伏感到安心。3/24 案母可以說出在緊張時會吸一口氣告訴自己放輕鬆，治療的事交給醫生處理，並且與家人輪流照顧個案。

陸、結論

小朋友感冒是常有的事，不足為奇，但因感冒引起肺炎甚至併發肋膜積水，進而嚴重到需要插胸管，就是令人感到十分憂心的事。病童與照顧者對於疾病的不確定感、家庭生活失序、額外的家庭資源開銷等對病童及照顧者都是壓力來源，有時種種壓力都超出兒童與照顧者身心所能負荷，也因此嚴重影響整個家庭的運作。查閱紐曼系統模式相關文獻多用於內外科護理與精神科護理，本文兼顧病童及其主要照顧者提供整體性評估，以目標為導向，提供以家庭為中心護理，著實緩解病童與主要照顧者的壓力感受，也提升兒童及其家庭的滿意度。在不同的病程，應有不同之照護重點，建議未來護理計畫可以區分出疾病的照護階段任務；另外可以深入了解家庭之溝通模式，提供病童之衛教資訊與支持系統，提升個案與照顧者之自我掌控能力與完成個案所需之照顧任務。

柒、參考文獻

- 王淑米、賴倩瑜 (2010)．應用紐曼模式於一抗精神病藥物惡性症候群病患及其主要照顧者之護理經驗．*護理雜誌*，57(2)，9-15。
- 呂淑珍、江東和、溫玉娟、簡淑慧、林素雯 (2011)．臍帶血移植後病童之主要照顧者照護經驗探討．*護理雜誌*，58(5)，34-42。
- 李秉儀、朱家慧、郭明娟(2007)．急性兒科病人家屬住院壓力之改善專案．*新台北護理期刊*．9(2)，49-58。
- 吳龍源(2005)．肺炎之中醫臨床治療與護理．*中醫藥研究論叢*，8(1)，13-20。
- 林明珍 (2005)．*護理報告之課室教學與臨床應用*．台北：偉華。
- 連琬菁(2003)．肺部怎麼會有水？淺談胸水抽吸術．*健康世界*，213，72-74。

- 陳月枝(2008)．*實用兒科護理學*．台北：華格納。
- 廖芳綿、莊小玲(2003)．運用治療性遊戲協助一位學齡前期兒童接受噴霧治療之經驗．*中山醫學雜誌*，14(1)，173-182。
- 潘雪幸、王桂芸(2004)．肺癌併發肋膜積水之病生理變化-案例分析．*護理雜誌*，51(2)，91-95。
- 潘秀鈴、邱寶禎、沈彩鳳、陳紀雯(2004)．運用治療性遊戲於學齡前期病童的護理過程．*護理雜誌*，51(4)，94-99。
- 鄭集誠(2004)．肺炎之中醫診治．*中醫藥研究論叢*，7(1)，37-44。
- 顏瑜萱、陳香吟(2002)．肋膜積水與膿瘍的小朋友經由肋膜腔給予 Streptokinase 之案例報告．*醫院藥學*，19(2)，79-84。
- 葉麗娟(2005)．兒童呼吸系統疾病與護理．蔣立琦、吳佩玲、葉綠蓉、黃靜微、邱淑如、毛新春、吳書雅、林冠伶、劉英妹、林元淑、王月伶、張淑敏、曹堅華、曾莉淑、鄭美玲、翁新蓉、陳秀蓉、廖愛華．*兒科護理學*(二版，7-50—7-55 頁)．台北：永大。
- Aldridge, M. D. (2005). Decreasing parental stress in the pediatric intensive care unit: One unit's experience. *Critical Care Nurse*, 25(6), 40-50.
- Board, R, & Ryan-Wenger, N. (2003). Stressors and stress symptoms of mothers with children in PICU. *Journal of Pediatric Nursing*, 18(3), 195-202.
- Richard E. B. (1999). *Nelson Essentials of Pediatrics*, 3rd ed. Harcourt Asia Pte Ltd.
- Skalski, C. A., DiGerolamo L., & Gigliotti, E. (2006). Stressors in five client populations: Newman system model-based literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 56(1), 69-78.