

# 一位子宮頸根除術個案面對初次罹癌衝擊調適經驗

柯沛宸<sup>1</sup>、李婉慎<sup>1</sup>、朱彥紅<sup>1</sup>、許郁卿<sup>2、3</sup>

林新醫療社團法人林新醫院 護理部<sup>1</sup>、心安居家護理所<sup>2</sup>、弘光科技大學 護理系<sup>3</sup>

## 摘要

本文為照護一位32歲新婚半年，初次診斷子宮頸癌育齡婦女，接受手術治療後面對生理不適、疾病預後產生不確定感，及期望完成生育任務等多重壓力衝擊須調適之護理經驗。護理期間自2017年4月7日至2017年4月20日，筆者運用Gordon十一項健康功能型態進行護理評估，運用直接照護、觀察、會談、理學檢查與健康評估、查閱病歷等方式收集資料，確立其主要護理問題有：急性疼痛、焦慮、特定知識缺失、及排尿型態改變。護理期間筆者先與個案建立良好信任關係，運用個別性護理措施、醫療處置緩解生理問題，再以同理關懷、支持陪伴、正向鼓勵，適時關心需求，運用多元護理指導策略如人體模型、圖片與影片。除改善生理問題外，亦減輕對手術與日後治療之焦慮不安。促進所關注性生活和日後生育期待之重建與統整、提升化學治療期間之居家自我照顧知識。最終順利調適衝擊，並以正面積極態度面對疾病與未來治療，順利移除尿管與完成化學治療療程。期透過此照護經驗，做為護理人員日後照護婦女癌症參考依據。（澄清醫護管理雜誌 2020；16（2）：51-63）

關鍵詞：子宮頸癌、癌症手術、化學治療、初次罹癌調適

通訊作者：許郁卿

通訊地址：臺中市大雅區神林路一段104巷19-3號

E-mail：rose10310710@gmail.com

受理日期：2019年05月；接受刊載：2019年09月

## 前言

癌症位居國人十大死因榜首已30餘年，子宮頸癌亦為台灣地區常見之婦女癌症之一 [1]。據統計顯示台灣婦女子宮頸癌年發生率約為十萬分之8.6，佔所有婦女癌症30% [2]。目前臨床子宮頸癌治療以手術為主，化學治療為輔，雖醫療科技日新月異與進步，許多疾病甚至癌症多能獲得合適治療與照護，文獻指出一旦被診斷為癌症，對個案身心仍將造成諸多衝擊 [3,4]。對初次罹癌個案而言，於生理需經歷治療時所產生的疼痛與種種不適，心理上須同時承受對治療後的不確定、沮喪、憂鬱、失落、害怕等多重情緒困擾，因而產生逃避甚至自我放棄 [5]。

本文為一位32歲女性，結婚約半年，近半年常於經期結束後一週出現陰道點狀出血及小血塊，並有黃綠色分泌物而就醫，經醫師診斷為子宮頸癌第一期須接受手術治療，筆者於臨床實務多年，常見此類個案，除有期望完成生育發展危機須面對外，尚須承受手術疼痛與生理不適、術後預後未知疾病發展及治療等多重壓力與衝擊，因而引發動機，期能運用護理專業分析並整合其健康問題，協助渡過疾病急性期，順利調適此危機、重建正向積極人生。期本照護經驗，能提供日後護理人員實務上照護育齡婦女面對癌症調適之重要參考。

## 文獻探討

### 一、子宮頸癌相關概念及治療

文獻指出子宮頸癌多源自子宮頸鱗狀上皮細胞病變，根據癌細胞侵犯部位與程度又分為4期，第一期癌細胞僅侷限於子宮頸預後最佳，如為第

四期則腫瘤侵犯至膀胱或直腸黏膜或骨盆腔以外部位，預後相對較差 [6]。早期一旦確診為子宮頸癌，常會採取根治性子宮切除術，子宮經切除後會讓婦女失去生育能力，而近年來醫療技術日新月異，有實證研究指出，子宮頸癌分期如癌細胞侷限於子宮頸，罹癌婦女欲保留生育能力，可考慮經陰道或經腹部子宮頸切除將病灶部位及周圍組織、淋巴切除，保留子宮做為日後懷孕孕育生命，且已有多起手術治療後懷孕、生產案例 [7]。

## 二、子宮頸癌術後常見生理問題和照護

無論是經陰道或經腹部切除子宮頸病灶手術方式，術後常有疼痛與排泄功能障礙兩大問題須面對，文獻指出約有 70-90% 個案會經歷疼痛經驗，疼痛是種主觀、複雜且多面向影響身心靈社會文化各個層面，因此子宮頸癌術後疼痛為個案首要面對生理問題 [8]。護理要點如下：（一）傾聽、接納對疼痛感受，觀察非語言行為，如皺眉、握緊雙拳、呻吟哭泣、固定不動等，並運用客觀評估表評估疼痛程度，如視覺類比量表（Visual Analogue Scale, VAS）[9]。（二）疼痛非藥物照護：提供舒適臥位、音樂療法、按摩、漸進式肌肉放鬆、按壓穴位如合谷穴、芳香療法（如薰衣草、檀香等）、轉移注意力（如閱讀、禱告、深呼吸、冥想等）、家人支持陪伴，均具有一定程度之疼痛減輕效果 [10,11]。（三）疼痛藥物處置：術後疼痛臨床照護包括肌肉注射、口服止痛藥物，或使用術後自控式止痛（Patient Controlled Analgesia, PCA），適時使用藥物並與醫療團隊討論成效，為處理疼痛重要依據 [12]。

另外，子宮頸手術過程會涉及自主神經或部分膀胱神經拉扯，膀胱易在術後出現高張、容量降低情形，導致無法順利排空膀胱尿液，約 3-6 個月會逐漸恢復，因此術後會於恥骨上方放置膀胱引流管，預防膀胱過脹與感染 [5]。術後視病情恢復程度擬訂膀胱訓練與尿管移除計畫：定時定量飲水、檢測餘尿量，依個別性給予誘尿如聽流水聲、手握冰塊，使用各種教學策略與回覆示教，正向鼓勵讚美個案參與膀胱訓練，增加尿管移除成功率 [13]。

## 三、子宮頸癌術後初次接受化療照護要點

子宮頸癌治療以手術為主，合併術後化學治

療為輔，初次接受化學治療個案常因認知不足、擔心、治療不確定性、心理壓力、健康遭受威脅，易出現憤怒、沮喪、哭泣等反應 [14,15]。護理重點有：評估個案學習與理解能力、瞭解接受程度，應用不同教學策略與方法，告知化學治療目的、可能面臨副作用及自我照護技巧；而副作用可能有掉髮，約於初次化學治療第三週出現，讓個案有心理準備，並教導預防感染、噁心、嘔吐等居家自我照護技能 [16]。

## 四、初次罹癌婦女心理衝擊及護理

傳宗接代為中國傳統文化，子宮維持女性特質及生育重要意涵，一旦罹患生殖系統癌症，將對自我價值以及延續孕育下一代造成重大壓力及衝擊 [15]。子宮頸癌個案常因面臨無法預測的疾病進展、手術治療而感到不安或憤怒，同時面對未來健康恢復不確定性、人際關係改變、女性角色改變如生育、夫妻間性生活種種狀況而加重焦慮程度 [11,17,18]。照護初次罹癌婦女，應敏銳觀察非語言行為如出汗、雙手顫抖、重複無目的動作與發問，溫和同理行為反應、傾聽疑問，運用溝通技巧引導描述並確認焦慮來源、提供情緒支持與關懷陪伴、給予治療相關訊息及護理指導建立正確認知、教導放鬆技巧如腹式呼吸、冥想、轉移注意力、音樂治療等；邀請配偶參與治療照護計劃，共同評估討論與確認對性關係關心與疑問、說明手術可能影響骨盆腔神經造成暫時潤滑度下降，可使用潤滑劑改善性交疼痛，或以愛撫、擁抱、親吻等協助拓展親密與性愛多元表達、提供性諮商或轉介輔導、鼓勵夫妻充分溝通、傾聽彼此想法，減輕因各種治療誘發的性生活困擾；另外可教導凱格爾式運動，增加骨盆底肌肉張力增加性行為過程的舒適 [18,19,20]。

## 個案簡介

### 一、個案基本資料

賴女士，32 歲，慣用語言為國台語，已婚，職業為國小教師，信仰佛道教，家境小康，與先生結婚半年，尚未生育小孩。

### 二、過去病史

過去無罹患特殊疾病、未曾住院過，無開刀、食物、藥物過敏史。

### 三、疾病治療經過

日期	治療經過	
2017/01/06	陰道有不正常出血及分泌物，自覺可能因工作壓力大與忙碌於婚事勞累所產生經期不規則，未多加理會。	
2017/03/25	因出血量增加且有黃綠色分泌物，至門診求治與進行子宮頸抹片檢查。	
2017/04/02	檢查報告為第一期微侵襲癌，醫師建議手術治療，個案希望保有子宮期日後能生育。	
2017/04/07	護理期間	辦理住院手續，並行術前各項準備。
2017/04/08		行經腹式子宮頸、陰道壁上段切除、骨盆腔兩側淋巴結清除，術後留置恥骨上存留導尿管。
2017/04/10		於病房內對醫護人員、家屬親友大聲咆哮、哭泣、神情憤怒摔房室內物品，拒絕醫護人員執行治療。
2017/04/13		開始恥骨上尿管留置之膀胱訓練。
2017/04/15		經醫療團隊溝通討論後確定執行 4 次化療。
2017/04/18		執行首次化療。
2017/04/20		醫師診視後，病情穩定許可出院。
2017/05/02		行第二次化療，膀胱訓練持續進行。
2017/05/16	行第三次化療，醫師檢視膀胱訓練評值表後於門診移除尿管，順利解尿無不適。	

### 護理評估

護理期間為 2017 年 04 月 07 日至 04 月 20 日，透過直接照護、觀察、會談、理學檢查與健康評估、查閱病歷等方式收集主、客觀資料，並依 Gordon 十一項健康功能型態為架構，所得資料如下。

項目	評估內容
健康認知及健康處理型態	4/7 個案表示：「以前身體很健康很少感冒，感冒會去診所看病配合吃藥，每年也有做子宮頸抹片檢查。」；「1/6 發現陰道有不正常出血和分泌物，想說應該是工作壓力大、忙結婚的事忙好久，身體勞累造成月經不規則，也就沒多想，到 3 月底月經已經結束一段時間又突然出血，而且有黃綠色分泌物，至門診看醫生，檢查報告說是子宮頸癌，醫生建議住院開刀」。查閱病歷資料顯示 4/2 子宮頸抹片報告結果為：第一期微侵襲癌，於 4/7 入院安排手術與接受治療。經上述資料得知對健康認知和健康處理態度為正向且積極。
營養代謝型態	1. 身高 160 公分，體重 52 公斤，標準體重 54 公斤，身體質量指數 (BMI)：19.5%。4/7 表示：「平日早、晚餐自己煮，中午在學校吃營養午餐，每餐約一碗飯，會配菜、肉、魚都有，不挑食」。身材外觀中等、皮膚白晳光滑有彈性、頭髮黑短髮、無染髮、口腔黏膜完整，嘴唇紅潤、四肢無水腫、皮膚完整無破損、觸診溫暖、微血管填充試驗 2+。4/7 抽血檢驗報告，白血球：5,600/cmm、血紅素：12.5mg/dl、血小板：285,000/cmm，鈉：135meq/l、鉀：4.0meq/l、尿素胺基酸：7mg/dl、肌肝酸：0.8mg/dl、麩胺酸草酸轉胺酶：20IU/L、丙酮酸轉胺酶：23IU/L。

項目	評估內容
營養代謝型態	<p>1. 住院期間搭醫院伙食，4/7-4/8 因手術依醫囑禁食，4/9 恢復由口進食。4/9-4/10 觀察進食約 1/3 量，關心與詢問表：「唉！開完刀了，很煩、心煩意亂，擔心後面還有好多不知道的治療、會不會好？好煩！唉！吃不下！」。護理期間，每日輸入 / 輸出均維持正負 500ml 間。經評估後無營養與代謝型態之護理問題。</p>
排泄型態	<p>1. 4/7 個案表示：「住院前每天大概 2-3 小時尿一次，每次 300ml 左右淡黃色；大便每天早上解 1 次，成條狀黃褐色，大小便都不會痛」。護理期間每 1-2 日自解 1 次黃褐色成形便，4/8 術後留置恥骨上存留導尿管、尿液顏色淡黃清澈、無血尿及沉澱物。4/9 面色凝重、皺眉、神情嚴肅看著尿管表示：「以後拔得掉嗎？什麼時候可以拔？為什麼拔掉還要訓練？要訓練什麼？什麼時候開始訓練？拔不掉怎麼辦？」</p> <p>2. 4/11 尿液常規檢驗結果值均正常；尿管留置期間每日尿量約 2,000-2,500ml。經評估後有排泄型態改變與子宮頸手術之神經損傷有關之護理問題。</p>
活動運動型態	<p>1. 4/7 表示：「平常傍晚下課後，會在學校操場運動跑步或快走，每天大概 1 個小時」。4/7 評估上下肢肌力均為 5 分，深肌腱反射 2+，關節排列正常，肢體活動可達最大活動範圍無異常。4/8 行腹式子宮頸根除和陰道壁上段、兩側骨盆淋巴結切除及陰道黏膜縫合術，術後腹部傷口 15 公分，傷口外觀乾淨無滲液，4/8 術後返回病房，觀察個案皺眉、呻吟、表情痛苦、主訴：「好痛、哎喲！不要碰我，好痛！」</p> <p>2. 4/8 術後返回病房內疼痛指數為 10 分，拒絕醫護人員碰觸與執行治療，術後首次生命徵象為體溫：36.5 度、脈搏：92 次 / 分、呼吸：22 次 / 分、血壓：136/80mmHg。護理期間生命徵象體溫：36-36.8 度、脈搏：70-100 次 / 分、呼吸：14-22 次 / 分、血壓：116-140/72-88mmHg。經評估後有急性疼痛與手術後傷口不適有關之護理問題。</p>
睡眠休息型態	<p>1. 4/7 主訴：「平常都晚上 10 點睡覺、6 點起床，很快就入睡，沒有吃安眠藥一覺到天亮，每天中午跟著學生一起午休 40 分鐘左右」。</p> <p>2. 4/8 夜晚巡房見個案於床上呻吟、啜泣、肌肉緊繃、手扶腹部，關心時表：「哎呀！很痛、好像刀在割、好痛！」、「痛到睡不著，怎會那麼痛！」。評估疼痛指數為 9 分。</p> <p>3. 4/8-4/13 夜晚約 2-3 小時因傷口疼痛而醒來，白天神情疲憊、出現黑眼圈，常閉目休息、顯無精打采。經評估後有急性疼痛與手術後傷口不適有關之護理問題。</p>
認知感受型態	<p>1. 意識清楚、人時地定向感清楚，雙眼視力正常無近視及散光，其它聽覺、味覺及嗅覺均正常、思考邏輯、讀寫計算力正確。4/7 醫師查房時不斷重複告知醫師：「醫生我要生小孩，不可以把我子宮拿掉！」。</p> <p>2. 4/9 查房時主訴：「傷口很痛！現在應該 9 分痛，痛到不敢翻身」、「不要碰我傷口會痛！」、「我沒開過刀，想不到這麼痛！」。說話時全身肌肉緊繃、雙手緊握床欄、關節泛白、不時吸氣與呻吟。經評估後有急性疼痛與手術後傷口不適有關之護理問題。</p>
自我感受型態	<p>4/7 表示：「沒想到突然要開刀，完全不知道該怎麼辦？」、「突然說我得癌症，以後要怎麼辦？」、「開刀的傷口很大嗎？覺得很害怕！」、「開刀後還要化療，那以後可以懷孕嗎？不能生小孩，覺得對不起先生！」、「醫生說手術會切除子宮頸，這樣以後還可以和先生在一起嗎？我怕他不想跟我在一起，去外面找女人。」、「化療會不會就不能生小孩了？聽說會掉頭髮、還會吐，很不舒服，我好害怕！」、「化療要注意什麼？癌症會再復發嗎？」</p>

項目	評估內容
自我感受型態	4/7 觀察個案對治療過程充滿擔心與焦慮，會談時不斷重複詢問相同問題，語氣擔憂，不時嘆氣。案夫陪伴在旁握住個案手表示支持。經評估後有焦慮與擔憂手術預後與治療有關之護理問題。
角色關係型態	1. 個案今年 32 歲，第一角色處於 Erikson 心裡社會發展階段之成年期，發展任務為生產與停滯；第二角色為女兒、妻子、媳婦，致力於扮演好因婚姻關係所產生之妻子、媳婦角色，4/7 主訴「剛結婚半年，發生這種事不知道該怎麼辦，我想要生小孩！先生要我不要給自己那麼大壓力，他認為隨緣就好，他覺得跟我好好生活比較重要」；第三角色為初次罹患子宮頸癌個案，面對突如其來疾病、手術治療與未知預後，產生焦慮不安情緒。 2. 住院期間親友、同事會到院探視互動良好，親友與同事亦會給予鼓勵及支持，照護期間能配合醫療處置與治療。住院前與先生同住，住院期間主要照顧者為案夫。經評估後有焦慮與擔憂手術預後與治療有關之護理問題。
性生殖型態	初經 13 歲，月經週期規則約 28-30 天，經期 5-7 天、經血量中、生理期無不適。結婚半年，每週性生活約 2-3 次，因有計畫生育，故過去半年未採避孕措施，過去未曾懷孕、流產與生育過。於 3/25 陰道不正常出血持續約半年，且有黃綠色分泌物，至門診檢查。4/7 表：「以後會好嗎？」、「不知道什麼時候可以跟先生在一起？要注意什麼？」、「跟先生在一起，傷口會裂開嗎？會不會很痛？」、「我會不會手術後，不能生小孩？」4/7 會談時觀察個案眼眶泛紅眼角有淚水，提起生育問題時，發出嘆氣聲及沉默不回應，案夫在旁輕拍個案肩膀表示安慰。經評估後有特定知識缺失與缺乏術後性正確資訊及化療知識不足之護理問題。
壓力耐受型態	4/7 表示：「我覺得自己還算樂觀，遇到壓力就找朋友和先生聊聊，這次突然被診斷癌症，我嚇到了，本來想放棄治療，是先生一直鼓勵我要開刀的」、「結婚後生活重心都在家庭的經營，先生現在是生命中重要的人」、「怎麼辦？我好擔心手術失敗！開刀做這麼多檢查，開完刀還要化療，好害怕！」。會談時個案神情不安、雙手不斷扭轉衣角，相同問題重複詢問多次。住院期間先生均陪伴在旁，不時輕拍個案肩膀，握個案手表示支持。經評估後有特定知識缺失與缺乏術後性正確資訊及化療知識不足之護理問題。
價值信念型態	4/7 表示：「我是信佛的，有時會和家人到廟裡拜拜祈求平安，但不會迷信，心誠則靈」。護理期間見案夫、母親拿平安符協助戴上，祈求個案治療能順利，護理期間可見身上配戴平安符。平日遇到不如意會與先生討論。經評估後無價值信念型態之護理問題。

## 確立問題與護理計畫

綜合上述護理評估分析並確立護理問題有：急性疼痛；焦慮；特定知識缺失；排尿型態改變，依其護理問題擬定護理計畫與措施如下：

### 一、急性疼痛/手術後傷口不適有關 (2017/04/08-04/15)

護理目標	1. 4/10 個案能說出緩解疼痛方法至少三種。 2. 4/11 疼痛指數能由 10 分降至 6 分。 3. 4/14 能不再出現疼痛主訴。
------	--

一、急性疼痛/手術後傷口不適有關 (2017/04/08-04/15) (續)

<p>主 / 客觀 資料</p>	<p>主觀資料</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 4/8 術後返室表：「好痛、哎喲！不要碰我，好痛！」</li> <li>2. 4/9 查房時主訴：「傷口很痛！現在應該 9 分痛，痛到不敢翻身」、「不要碰我傷口會痛！」、「我沒開過刀，想不到這麼痛！」</li> </ol> <p>客觀資料</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 4/8 行腹式子宮頸根除和陰道壁上段、兩側骨盆淋巴結切除及陰道黏膜縫合術，腹部傷口橫式、白紗覆蓋、外觀乾淨無滲液，於恥骨上存留尿管留置，尿液呈清澈黃色且引流順暢，說話時全身肌肉緊繃、雙手緊握床欄、關節泛白、不時吸氣與呻吟，術後生命徵象體溫：36.5 度、脈搏：92 次 / 分、呼吸：22 次 / 分、血壓：136/80mmHg。</li> <li>2. 4/8 夜晚巡房個案於床上呻吟、啜泣、肌肉緊繃、手扶腹部：「哎呀！很痛、好像刀在割、好痛！」、「痛到睡不著，怎會那麼痛！」</li> <li>3. 4/9 傷口換藥時，眉頭深鎖、大聲呻吟喊痛，評估疼痛指數為 8-9 分。</li> </ol>
<p>護理措施</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 4/8-4/15 每班監測疼痛性質、強度、持續時間、減輕或加重因素，運用疼痛量表評估、紀錄疼痛變化。</li> <li>2. 尊重與接納疼痛不適感受、傾聽並相信對傷口疼痛感受之存在。</li> <li>3. 協助舒適臥位：搖高床頭 30 度、微右側臥，並以軟枕支拖身體後背及四肢以增加舒適感。</li> <li>4. 將日常用品置於伸手可及處，減少拿取物品過程身體移動與傷口拉扯。</li> <li>5. 提供並指導非藥物止痛方法：聆聽喜愛音樂、看平日愛看電視節目、閉上雙眼想像愉快回憶、與家人聊天、用鼻子深吸一口氣後再用嘴巴緩緩吐氣。</li> <li>6. 協助翻身、更換床單動作輕柔、避免傷口及尿管拉扯造成疼痛加劇。</li> <li>7. 4/8 教導並回覆示教使用束腹帶，並請案夫在旁學習使用方法，告知束腹帶可固定傷口、減少與避免身體移動、翻身時牽扯疼痛。</li> <li>8. 請案夫帶個案喜愛之薰衣草精油，於感覺疼痛時輕柔按摩肩頸及合谷穴約 10 分鐘緩解疼痛情形。</li> <li>9. 4/9 與醫師討論後，醫師開立醫囑 Limadol 100mg 肌肉注射 q6h prn 及 Tramadol 200mg TID 服用，並於給藥後 30 分鐘評估止痛成效並記錄。</li> <li>10. 每日上午 9 點執行傷口照護，先以生理食鹽水潤溼紗布再輕柔移除，避免移除敷料時疼痛。</li> <li>11. 4/9 與個案討論傷口換藥前，是否需先給予止痛藥物 Limadol 100mg 肌肉注射 prn、15 分鐘後再行傷口換藥，以減輕傷口疼痛不適。</li> </ol>
<p>護理評估</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 4/11 個案表：「妳們教我用精油按摩肩頸聞薰衣草味道很舒服、還有看我喜歡的愛情電影、聽聽英文抒情歌、輕輕按壓這裡（手比合谷穴位置）比較不會痛喔！痛大概 4-5 分左右。」</li> <li>2. 4/12 觀察案夫會以精油按摩個案肩頸及背部、並以柔軟枕頭支拖身體與四肢、聽播放英文抒情歌曲讓個案聆聽。</li> <li>3. 4/12 個案主訴：「今天傷口比較不會痛了，大概 4 分不要再打止痛藥。」</li> <li>4. 4/14 個案表示：「現在都不痛了，這個（手指 Tramadol）可以不要再吃了嗎？」</li> </ol>

二、焦慮/擔憂手術預後與治療有關 (2017/04/07-04/20)

護理目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 4/14 個案能應用調適技巧並表達焦慮感降低。</li> <li>2. 4/19 個案能配合參與醫療照護，過程中主動表示焦慮減輕。</li> </ol>
主 / 客觀資料	<p>主觀資料</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 4/7 表：「沒想到突然要開刀，完全不知道該怎麼辦？」「開刀的傷口很大嗎？覺得很害怕！」、「剛結婚半年，發生這種事不知道該怎麼辦，我想要生小孩！」、「突然說我得癌症，以後要怎麼辦？」、「醫生我要生小孩，不可以把我子宮拿掉！」、「怎麼辦？好擔心手術失敗！開刀做這麼多檢查，開完刀還要化療，好害怕！」</li> <li>2. 4/7 表：「開刀後還要化療，那以後可以懷孕嗎？不能生小孩，覺得對不起先生！」</li> <li>3. 4/9~4/10 觀察進食約 1/3 量，關心與詢問表：「唉！開完刀了，很煩、心煩意亂，擔心後面還有好多不知道的治療、會不會好？好煩！唉！吃不下！」</li> </ol> <p>客觀資料</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 4/7 觀察個案對治療過程充滿擔心與焦慮，會談時不斷重複詢問相同問題，語氣擔憂，不時嘆氣，案夫握住個案手予以陪伴鼓勵。</li> <li>2. 4/7 觀察住院期間先生均陪伴在旁，不時輕拍其肩膀，握個案手表示支持。</li> <li>3. 4/8 護理期間可見身上配戴平安符。</li> <li>4. 4/9-10 常見個案神情不安、雙手不斷扭轉衣角，相同問題重複詢問多次。</li> </ol>
護理措施	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 4/7 主動向個案自我介紹及關懷，並與護理長討論，調整照護業務，三班盡量安排固定護理師照護，降低陌生感。</li> <li>2. 建立良好護病關係，告知每日會定時至病房內陪伴個案三次，每次至少 30 分鐘，陪伴時傾聽並鼓勵表達焦慮感受，並以同理及關懷態度，接受焦慮不安行為。</li> <li>3. 4/7 下午安排手術前治療討論會，請主治醫師與專科護理師運用圖片、模型向個案家屬解釋與說明手術過程、預後及治療，隨時澄清個案疑問，並共同確認治療照護計劃，以提升個案對治療信心與減輕焦慮。</li> <li>4. 鼓勵並支持重要支持系統：案夫於個案身旁陪伴減輕其焦慮。</li> <li>5. 教導減輕焦慮方法如：聽音樂、看電視或請案夫按摩肩頸、深呼吸、轉移注意力等。</li> <li>6. 出現負向情緒反應時，握住個案雙手並輕拍肩膀，引導抒發擔憂的事情並耐心傾聽，告知「我知道妳很擔心，我們會在這裡陪妳」，給予支持陪同一起走過低潮。</li> <li>7. 執行各項處置前詳細解釋，獲得同意後再執行以減輕焦慮。</li> <li>8. 每日執行傷口護理時，提供個案鏡子，讓其一起檢視傷口狀況，並告知「傷口復原很好，沒有出血和發炎，很棒喔。」</li> <li>9. 尊重宗教信仰，配戴家屬帶來之平安符，藉由宗教力量減輕焦慮程度。</li> <li>10. 4/10 電話聯繫過去成功案例經驗分享，減輕焦慮並增加對未來治療信心。</li> <li>11. 4/10 下午與主治醫師、癌症個案管師、護理師、個案及案夫，召開團隊整合會議，針對個案目前擔憂問題、病情進展、傷口狀況、用藥治療進行說明與討論，並以淺顯易懂用語、護理指導單張、影音光碟等多元策略，提供疾病居家照護如：定時回診、傷口照護、尿管照護、化療後注意事項等。</li> </ol>
護理評估	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 4/13 個案主訴：「我先生會幫我用薰衣草精油輕輕按摩肩膀，覺得很舒服，感覺比較不會不安；妳們有幫我介紹一位跟我差不多情況的女士，她有到病房跟我認識和分享經驗，我看她恢復很好喔，她一直鼓勵我要有信心，聽了心裡安定很多。」</li> <li>2. 4/16 傷口護理時主訴：「哇！傷口都很乾淨，紗布應該不用貼了吧。」</li> </ol>

二、焦慮/擔憂手術預後與治療有關 (2017/04/07-04/20) (續)

護理評估	<p>3. 4/16 表：「護理師不好意思前幾天心情很煩對妳們大小聲、還摔東西，謝謝妳們一直陪伴在我身邊，鼓勵我還幫我想了這麼多方法來幫我。」</p> <p>4. 4/18 個案主訴：「同事和長官有來看我，建議也同意我留職停薪 1 年要我好好修養身體，先生也支持，先生說把身體照顧好最重要，那麼多人關心覺得很開心，我一定會好起來。」</p> <p><b>【後續追蹤】</b></p> <p>個案於 4/20 出院，5/2 返診執行第二次化療，至治療室檢視傷口復原情形時，筆者關心個案居家自我照顧情形，個案主動表：「回家後如果遇到不會照顧的我就看妳們給我的手冊和光碟，或是有疑問我會打電話到護理站，可以找到諮詢對象與答案，我覺得很放心。」</p>
------	--

三、特定知識缺失/缺乏術後性正確資訊及化療知識不足 (2017/04/07-04/20)

護理目標	<p>1. 4/15 個案能說出子宮頸切除後正確性知識最少三項。</p> <p>2. 4/17 個案能說出化療副作用及自我照護事項最少三項。</p> <p>3. 個案能於術後約 6~8 週，夫妻能恢復正常性生活。</p>
主 / 客觀資料	<p>主觀資料</p> <p>1. 4/7 表：「醫生說手術會切除子宮頸，這樣以後還可以和先生在一起嗎？我怕他不想跟我在一起（指性生活），去外面找女人。」、「以後跟先生在一起，傷口會裂開嗎？會不會很痛？」、「不知道什麼時候可以跟先生在一起？」</p> <p>2. 4/7 表：「開刀後還要化療，那以後可以懷孕嗎？不能生小孩，覺得對不起先生！」</p> <p>3. 4/7 表：「化療會不會就不能生小孩了？聽說會掉頭髮、還會吐，很不舒服，我好害怕！」</p> <p>4. 4/7 「化療要注意什麼？癌症會再復發嗎？」</p> <p>客觀資料</p> <p>1. 4/7 觀察個案對治療過程充滿擔心與焦慮，會談時不斷重複詢問相同問題，語氣擔憂，不時嘆氣，案夫握住個案手予以陪伴鼓勵。</p> <p>2. 4/7 觀察個案住院期間先生均陪伴在旁，不時輕拍個案肩膀，握個案手表示支持。</p> <p>3. 4/9-10 常見個案神情不安、雙手不斷扭轉衣角，相同問題重複詢問多次。</p> <p>4. 4/10 個案常嘆氣，說話時常表無奈及不回應。</p> <p>5. 4/11 個案害怕失去性及生育功能，偶有眼角泛淚。</p>
護理措施	<p>1. 提供子宮頸癌術後正確性知識</p> <p>1-1 4/11 安排獨立環境與空間，以開放性問句引導與鼓勵說出對性及日後生育的關切與擔憂害怕，並邀請案夫共同參與討論，給予個案最大支持。</p> <p>1-2 運用人體模型解釋說明手術後子宮頸和陰道解剖生理和性行為相關生理結構與位置。</p> <p>1-3 4/11-4/13 上午 10 點，利用單位拍攝之「凱格爾運動」影片，教導並請個案實際回覆練習，增強陰道及骨盆肌肉強度和張力，有助提升性生活感受及滿意度，並觀察個案對此項運動熟悉度。</p> <p>1-4 告知性生活不只是身體滿足，可以愛撫、親吻或擁抱增加情趣，增加夫妻親密。</p> <p>1-5 提供個案及案夫可運用增進性生活圓滿技巧，如到外地渡假、聽輕音樂、增長愛撫時間等。</p> <p>1-6 4/14 說明術後 6 週經醫師檢視傷口後，如復原情況良好，可恢復性生活，如有性行為過程不適時，可使用潤滑劑或調整姿勢，可減輕不適與利於性行為進行。</p>



三、特定知識缺失/缺乏術後性正確資訊及化療知識不足 (2017/04/07-04/20) (續)

<p>護理措施</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. 提供正確認知減輕面對化療之擔憂</li> <li>2-1 4/17化療執行前，主治醫師召開治療說明與討論會，向個案及案夫說明目前病情及化療療程、相關居家照顧注意事項。</li> <li>2-2 鼓勵個案與案夫提出疑問，並澄清疑慮。</li> <li>2-3 4/17運用書面化學治療護理指導本、化學治療居家自我照顧光碟等為教導工具，教導個案了解化療過程與副作用，如嗜中性白血球下降，並告知有：發燒、感染等症狀，嚴重時會併發敗血症。</li> <li>2-4 4/17說明化療副作用及處置方式，如：掉髮為暫時性，掉髮期間可使用頭巾、帽子或戴假髮等，並告知治療結束後，頭髮仍會再長出。</li> <li>2-5 指導出現噁心嘔吐可使用茶葉水或溫水加檸檬汁漱口，保持口腔清爽舒適、減輕噁心感覺。</li> <li>2-6 化學治療期間，飲食攝取以清淡、少量多餐，避免油炸、辛辣刺激性食物為原則，減少對口腔黏膜刺激。</li> <li>2-7 教導個案攝取高蛋白、高熱量食物，如：蛋、豆類、布丁、蛋糕、鮮奶，維持良好的營養狀態，以避免免疫力下降，而產生感染問題。</li> <li>2-8 教導個案家中準備空氣清淨機淨化空氣，平時保持身體清潔，每日更換清潔衣物，小心拍乾皮膚皺摺處，並在容易破損皮膚表面塗上適當保濕劑或乳液。</li> <li>2-9 教導個案與案夫於家中準備新鮮食物，食物需熟食勿生食，如：水果、生魚片、生菜沙拉，以及放置超過24小時的牛奶，避免食入細菌，造成腸胃系統障礙。</li> <li>2-10 家中勿放置鮮花、盆栽、乾燥花，含有黴菌芽苞植物，避免孳生黴菌，造成空氣散布吸入而感染。</li> <li>2-11 教導個案勿接觸寵物或其排泄物，也勿進行打掃工作，防止皮膚如有傷口，易導致感染。</li> <li>2-12 化療後一週內減少出入公共場所，注意體溫變化，如有身體不適或發燒需返診就醫。化療期間如要外出時需配戴口罩返回家中後洗手保護自己。</li> </ol>
<p>護理評估</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 4/12 主訴：「謝謝你們願意聽我一直說一直說，也讓我瞭解之後生小孩不是問題，先生也一直鼓勵我，我心安不少」、「我聽你們教我的骨盆收縮運動，我沒事就做，好像肌力有比較好耶。」</li> <li>2. 4/14 表：「我先生說等我出院，要帶我去渡假及做 SPA，我很期待耶。」、「我也有記住你們的話，出外要保護自己，先生擔心我會感染，說出院回家，家裡大小事他來就好，真的很貼心。」、「晚上睡覺，先生都會抱抱我、親我一下，我都不好意思！」</li> <li>3. 4/14 表：「自從住院後，除了吃醫院伙食，先生還煮了我喜歡的清蒸鱈魚跟燉牛肉，讓我增強體力，胃口大開，覺得我要變胖了。」</li> <li>4. 4/15 個案表：「擔心以後行房在一起會痛不舒服，已和先生討論購買潤滑劑擺放家中備用，我還網購一些頭巾跟帽子，真的很漂亮。」</li> </ol> <p><b>【後續追蹤】</b></p> <p>個案 4/20 出院，5/16 回院行第三次化療，筆者至診間探視個案，於隱密環境詢問是否恢復性生活，個案表示已恢復，剛開始不太適應，先生都能體諒，還有先前購買的潤滑劑也派上用場，這一年會好好調養身體，準備之後懷孕生小孩，同時也加入子宮頸癌病友會，期望能用自己經驗鼓勵別人，帶給同樣疾病困擾育齡婦女希望及信心。</p>

四、排尿型態改變/與子宮頸手術之神經損傷有關 (2017/04/08-05/16)

護理目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>4/10 個案能口述造成排尿型態改變原因。</li> <li>4/11 個案能說出執行膀胱訓練方法。</li> <li>4/19 個案能完成膀胱訓練評值表至少 80%。</li> <li>出院居家照護 1 個月後，餘尿量少於 100ml，順利移除尿管並自行解尿無困難。</li> </ol>
主 / 客觀資料	<p>主觀資料</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4/9 面色凝重、皺眉、神情嚴肅看著尿管表示：「以後拔得掉嗎？什麼時候可以拔？為什麼拔掉還要訓練？要訓練什麼？什麼時候開始訓練？拔不掉怎麼辦？」</li> </ol> <p>客觀資料</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4/8 術後腹部恥骨上膀胱造口引流管引流尿液。</li> <li>4/13 執行膀胱訓練。</li> </ol>
護理措施	<ol style="list-style-type: none"> <li>4/10 上午傷口護理結束後，運用人體模型向個案及案夫說明尿管放置原因及必要性、尿管留置時間及預計開始執行膀胱訓練時間。</li> <li>4/11 運用書面膀胱訓練護理指導單張及圖卡，向個案及案夫說明膀胱訓練計畫、過程及注意事項。</li> <li>向個案說明訓練時間為每日早上 8 點至晚間 8 點，夜間為維持個案完整不中斷之睡眠，故讓管路通暢不進行訓練。</li> <li>4/13 上午 8 點開始執行膀胱訓練，給予個案病房製作之「膀胱訓練評值表」，並示範將尿管對折，再以橡皮筋綁緊管路，以 2 小時為間隔時間，鬆開管路 15 分鐘，再綁緊如此反覆訓練，並教導表格填寫方式，如每次餘尿量少於 100ml 時，經醫師評估後會移除尿管。</li> <li>膀胱訓練期間，觀察膀胱訓練之狀況及正確性，包括：紀錄表、自解量、小便顏色，並教導個案返家後居家記錄與自我觀察。</li> <li>記錄每次感覺膀胱漲尿後，尿液自解尿液量及解尿後引流餘尿量。</li> <li>避免管路拉扯，訓練時如出現尿急情形，立即鬆開綁帶，保持管路通暢。</li> <li>當解尿困難時，教導聽流水聲、冰敷大腿內側或按壓恥骨聯合區，以利排尿。</li> <li>訓練過程，引導個案表達內心感受及想法，傾聽、並於有進步時給予正向鼓勵、肯定及讚美，如「今天訓練的很棒，妳做得很好，繼續這樣維持下去！」強化持續訓練動機。</li> </ol>
護理評估	<ol style="list-style-type: none"> <li>4/10 個案主訴：「我知道放尿管是因為手術的關係，這是暫時的，我只要依照我們討論的訓練計畫，一步一步來，就可以拔掉尿管了。」</li> <li>4/11 個案表：「這訓練對我很重要，是為了恢復膀胱功能，讓我能自己順利排尿。」</li> <li>4/13 個案說出正確執行膀胱訓練的方法：「每兩小時要鬆開綁帶，訓練中如果想尿尿的感覺，也要將帶子鬆綁。」</li> <li>4/17 檢視個案「膀胱訓練評值表」個案可詳細記錄訓練時間、自解尿及餘尿量，完成率達 90%。</li> </ol> <p><b>【後續追蹤】</b></p> <p>個案於 4/20 出院，5/16 回院行第三次化療筆者至診間探視，個案經醫師檢視膀胱訓練表後，於門診移除恥骨上尿管，並於門診診間洗手間自解尿液順暢成功。</p>

## 討論與結論

本文為照護一位新婚半年，面對初次被診斷為子宮頸癌衝擊個案之護理過程，運用 Gordon 十一項健康功能型態為指引，分析並確立個案有：急性疼痛、焦慮、特定知識缺失及排尿型態改變等護理問題。個案面對初次被診斷為子宮頸癌而出現不安、害怕、憤怒摔東西、不斷重複提問與扭轉衣角為無目的行為反應，此與 Tsai[15] 研究提之初次罹癌婦女可能產生行為反應相似。筆者於護理期間提供個別性護理：如舒適臥位、束腹帶使用、深呼吸放鬆、精油按摩、按壓穴位等方式轉移對疼痛關注，加上適時藥物輔佐緩解疼痛，此與林及 Wikstron[10,11] 報告中對疼痛照護措施雷同。面對子宮頸癌術後各種疾病照護之焦慮，如治療與預後、性行為何時可恢復、生育問題、化療知識缺乏等，筆者運用多篇文獻報告所提措施，除與個案建立良好與信任治療性人際關係外，並邀請案夫共同參與討論、擬定尿管移除訓練計畫，鼓勵個案表達感受並傾聽、給予正向回饋，提供非語言支持、輕拍肩膀、應用人體模型、圖片、護理指導單張、光碟影片等多元策略，並協助個案及案夫瞭解日後重建性生活方式，與化療後副作用及居家照護事項，成功緩解個案焦慮，並提升出院返家後居家自我照顧信心 [13,16,18,20]。個案於 5/16 由案夫陪同回診，移除尿管並自解尿液成功後露出喜悅笑容表示：「護理師很感謝妳們幫忙，以後我也要分享自己經驗給別人聽！」。

另外於本次護理經驗中發現，護理人員面對初次罹癌個案於照護上常有所限制與困擾，於此提出分享：筆者服務於急性病房著重急性照護，對後續照護與規劃經驗較缺乏，面對個案諸多相關術後治療與後續照護、出院後居家自我照顧，為與專科護理師、跨領域專業團隊（如癌症個案管師），多次開會討論與彙整相關資料後提供給予個案。鑑於觀察此類個案有增加趨勢，提出臨床實務建議：癌症個案管師於個案入院後進行資料收集、規劃合適照護計畫及需要之轉介服務，使其於術後及出院前能獲得完整與持續照護，並建議癌症個案管師、負責醫師、醫療團隊成員進行病情討論與資源整合，進行治療計劃共識凝聚，使個案於急性期獲得合適照護外，更於出院回歸社區後能接受持續性照護，落實全人

照護理念，使個案能順利調整生活面對人生，以正向態度面對生命，提升護理照護品質。

## 參考文獻

1. 衛生福利部統計處：106年度死因統計結果分析。2017。Retrieved from <https://www.mohw.gov.tw/cp-16-41794-1.html>
2. 國民健康署：2015年男女十大癌症標準化發生率。2018。Retrieved from <http://bit.ly/326LjAT>
3. 王秀禾、秦玉琳、張慧蘭 等：手術全期護理措施對子宮切除婦女焦慮與憂鬱之改變。若瑟醫護雜誌 2016；10（1）：6-15。
4. Sharma P, Pattanshetty SM: A study on risk factors of cervical cancer among patients attending a tertiary care hospital: a case-control study. *Clinical Epidemiology and Global Health* 2018; 6(2): 83-87.
5. Peate I, Jones N: Cervical cancer care. *British Journal of Healthcare Assistants* 2014；8(11): 534-539.
6. 陳雅菁、黃靖懿、葉端忠 等：淺談子宮頸癌及人類乳突病毒。秀傳醫學雜誌 2015；14（1）：62-69。
7. La Russa M, Jeyarajah AR: Invasive cervical cancer in pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2016; 33: 44-57.
8. Maguire R, Kotronoulas G, Simpson M, et al.: A systematic review of the supportive care needs of women living with and beyond cervical cancer. *Gynecologic Oncology* 2015; 136(3): 478-490.
9. Song W, Eaton LH, Gordon DB, et al.: Evaluation of evidence-based nursing pain management practice. *Pain Management Nursing* 2015; 16(4): 456-463.
10. 林麗珍、郭桑瑜、謝春金：一位子宮頸癌行根治性子宮切除個案之護理經驗。領導護理 2014；15（4）：71-81。
11. Wikström L, Eriksson K, Fridlund B, et al.: Healthcare professionals' descriptions of care experiences and actions when assessing postoperative pain: a critical incident technique analysis. *Nordic College of Caring Science* 2016; 30(4): 802-812.
12. 曾伊婷、李佩育：「病人自控式止痛」臨床照護量表發展：前趨研究。高雄護理雜誌 2016；33（3）：5-16。
13. 吳香達、顏明賢、王鵬惠：子宮根除手術，RH-I和RH-II兩型的技術差別和臨床意義。婦癌醫學期刊 2017；46：9-13。
14. 宋怡珊、周寶鈺、陳可欣：照護一位初次診斷卵

- 巢癌婦女首次接受化學治療之護理經驗。嘉基護理 2015；15（2）：22-31。
15. Tsai LY, Wang KL, Liang SY, et al.: The lived experience of gynecologic cancer survivors in Taiwan. *Journal of Nursing Research* 2017; 25(6): 447-454.
  16. Regan PO, Hegarty J: The importance of self-care for fatigue amongst patients undergoing chemotherapy for primary cancer. *European Journal Oncology Nursing* 2017; 28: 47-55.
  17. 黃升苗、王功亮、戴承杰 等：女性癌症病患的生殖保護與治療。臺灣醫學 2015；19（4）：413-420。
  18. 李昕宜、許玉娟、陳佳慧：癌症生存者之困擾症狀。臺灣醫學 2014；18（3）：355-360。
  19. 李絳桃：從婦癌婦女健康照護看我們的性別敏感度。護理雜誌 2015；62（1）：16-21。
  20. Stevenson EL, Hershberger PE, Bergh PA: Evidence-based care for couples with infertility. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 2016; 45(1): 100-110.

# Nursing Experience with a Patient Adapting to Newly Diagnosed Cancer Post-Radical Hysterectomy

Pei-Chen Ke<sup>1</sup>, Wan-Shen Lee<sup>1</sup>, Yen-Hung Chu<sup>1</sup>, Yu-Chin Hsu<sup>2,3</sup>

Department of Nursing, Lin-Shin Hospital<sup>1</sup>; Shin Ann Home Health Nursing<sup>2</sup>;

Department of Nursing, HungKuang University<sup>3</sup>

## Abstract

The present study describes the nursing experience with a 32-year-old female patient, married for 6 months, with newly diagnosed cervical cancer who had to adapt to various stressors after surgical treatment, including physical discomfort, feelings of uncertainty regarding disease prognosis, and the desire to bear children. Nursing care was provided to the patient from April 7 to April 20, 2017. By performing a nursing assessment of the patient using Gordon's 11 Functional Health Patterns and data collection through direct care, observations, interviews, physical examination, health assessment, and medical record perusal, the main nursing problems were identified as follows: acute pain, anxiety, specific knowledge deficit, and changes in urination pattern. During the nursing period, a good rapport was established with the patient. Subsequently, the patient's physical discomfort was alleviated through individualized nursing measures and medical interventions. This was followed by the provision of empathy, care, support, companionship, positive encouragement, and appropriate attention to her needs. Multiple nursing guidance strategies, involving the humanbody model, images, and videos, were employed during the nursing process. In addition to alleviating her physical health problems, the patient's anxiety and unease towards surgery and subsequent treatment was also relieved. The nursing care administered to the patient also promoted the re-establishment and consolidation of the patient's expectations towards her sexual health and childbearing. Eventually, the patient adapted smoothly to the shock of newly diagnosed cancer, adopted a positive attitude towards the disease and future treatment, underwent a successful Foley catheter removal, and completed chemotherapy treatment. This nursing experience may serve as a reference for future nurses involved in providing care to female patients with cancer. (Cheng Ching Medical Journal 2020; 16(2): 51-63)

**Keywords :** *Cervical cancer, Cancer surgery, Chemotherapy, Adaptation to newly diagnosed cancer*