

提升腸造口術後病人自我照護改善專案

賀芷儀、黃靜怡、李幸真

國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹臺大分院新竹醫院 護理部

摘要

目的

手術後完整的自我照護能力對腸造口術後病人自我效能、社交、經濟與生活品質有著極大的相關性，專案目的期望能提升腸造口術後病人自我照護認知及技能正確率進而增加自我照護信心，減少合併症的發生並提升病人之生活品質。

方法

經現況分析發現單位腸造口術後病人自我照護認知正確率為 40%，技能正確率為 51.8%。確立問題為：病人或主要照顧者練習次數太少、護理師教育訓練、指導工具及護理作業程序不完整。解決方案：結合醫師、營養師及造口護理師，共同製作 QR code 護理指導影片及指導手冊、修訂護理作業程序、增加造口模型示教及回示教並舉辦教育訓練講座。

結果

專案施行後病人自我照護認知正確率由 40% 提升為 98.4%，技能正確率由 51.8% 提升為 97.8%，顯示專案介入措施成效顯著。

結論

透過跨團隊合作、進行流程改善及標準作業書修訂，有效提升腸造口術後病人自我照護認知、技能、信心及生活品質。（澄清醫護管理雜誌 2021；17（4）：67-77）

關鍵詞：腸造口照護、造口照護、自我照護

通訊作者：賀芷儀

通訊地址：新竹縣新豐鄉坪頂二街 132 號

E-mail：chih.he888@gmail.com

受理日期：2020 年 8 月；接受刊載：2020 年 12 月

前言

顯微手術的進步縮短了腸造口術後病人的住院天數，但照護需求並沒有因此而減少 [1]，63% 病人於出院後仍有一個以上的自我照護問題，其中以腸造口周圍的滲漏或皮膚問題居多 (53.6%) [2]；不僅增加自我照護的困難，更影響自我效能、社交、經濟與生活品質，統計經歷造口術後周圍皮膚問題的患者在 120 天內的總護理費用差異大於 8,000 美元 [3]。不良照護問題除了造成病人身體上不適，往返奔波更使身心及經濟壓力倍增，故引發專案小組探討腸造口術後病人自我照護完整率低的原因，期許藉由相關改善措施以提升病人自我照護能力及照護信心、減少合併症的發生並提升病人之生活品質。

現況分析

一、單位簡介

本單位為北部某區域教學醫院外科共 2 個病房，總床數 83 床，收治腸胃外科、胸腔外科、乳房暨甲狀腺外科及整形外科病人，平均每月佔床率 76%、周轉率 5.1%，護理師含護理長 2 位共 34 位，N:10 位 (29.4%)、N1:9 位 (26.5%)、N2:12 位 (35.3%)、N3:3 位 (8.8%)。白班護理師與照護病人數之比例為 1:10，夜班比例為 1:15。專案小組成員包含 1 位專科醫師、1 位護理督導、2 位專科病房護理長、1 位傷造口護理師及 2 位臨床護理師共 7 位。

2017 年行初次腸造口手術病人共計 42 位，平均住院天數為 6.5 天。其中有 26 位 (61.9%) 出院後因自我照護問題求助於急診或傷造口護理門診，主要求

助問題為：害怕獨立更換造口底座26位(68.4%)、造口周圍皮膚發紅或潰瘍10位(26.3%)、造口凹陷2位(5.3%)。

二、腸造口術後護理指導現況

(一) 標準作業程序及護理指導單張

2018年5月20日及5月27日專案小組查閱並檢視現有之「腸造口護理作業程序」，內文中僅規範執行腸造口護理作業之相關程序，並未規範護理指導時機及次數；查閱現有與腸造口相關之衛教指導工具僅1種，即護理指導單張，且內容僅以文字說明照護認知，而無照護技能之步驟說明或相關圖示。

(二) 護理師執行護理指導現況

2018年6月1日至6月15日專案小組於護理師不知情之情況下，觀察10位護理師執行腸造口術後護理指導之過程，發現護理師10位(83.3%)皆依個人經驗，以口頭衛教及示教方式指導腸造口術後自我照護注意事項，其中僅2位(16.7%)除口頭衛教及示教外，會同時給予護理指導單張；現行護理指導時機皆以病程為依據，當術後造口便袋有排泄物時指導造口便袋更換，可進食時指導術後飲食注意事項，造口底座黏貼7日到期時指導造口底座更換；因平均住院天數為6.5天，故病人造口底座首次更換護理指導常為病人出院日，無重複練習機會，亦無評值指導後病人學習成效。

另以訪談方式與30位護理師會談，旨在調查護理師執行腸造口術後病人自我照護指導之困難處，主要為「護理指導工具內容不完整(21.7%)」

及「未規範護理指導時機及次數(21.7%)」，次之為「護理指導時間不足(14.5%)」及「介入護理指導時間太晚(14.5%)」(表一)。

三、腸造口照護教育訓練

單位備有腸造口模型1組，2015年起每年定期邀請傷造口護理師舉辦1次腸造口照護教育訓練，以簡報及模型示教方式教導護理師腸造口照護認知及技能等相關注意事項，2015-2017年護理師平均參與率為88.2%；新進護理師除單位教育訓練外另由臨床導師個別指導，並將腸造口照護列為單位每月品質管理稽核項目之一；稽核內容包含：1. 認知：造口照護、飲食及日常生活。2. 技能：造口用物準備、異常造口辨別及更換造口袋與底座，稽核對象為單位內全數護理師，2015-2017年平均正確率達93.2%；教學及稽核重點在護理師能了解腸造口照護認知並正確執行照護技能，卻未規範護理指導時機、亦無教導護理師如何給予病人護理指導及如何評值病人學習成效。

四、腸造口術後病人護理指導成效調查

為瞭解腸造口術後病人護理指導成效，專案小組依據文獻擬定「腸造口術後病人自我照護認知問卷」及「腸造口術後病人自我照護技能評核表」，內容經1位專科醫師、1位護理督導及2位專科病房護理長協助審視，針對出院當天之初次腸造口術後病人，以訪談及回示教方式進行自我照護認知及技能正確率調查。

(一) 腸造口術後病人自我照護認知調查

2018年6月16日至8月31日，專案小組以「腸

表一 護理師執行腸造口術後病人自我照護指導之困難處 (n=30)

項目	人次	百分比(%)
1. 護理指導工具內容不完整	30	21.7
2. 未規範護理指導時機及次數	30	21.7
3. 護理指導時間不足	20	14.5
4. 介入護理指導時間太晚	20	14.5
5. 護理指導過程容易被中斷	18	13.0
6. 病人或主要照顧者學習意願低	12	8.7
7. 語言溝通障礙	3	2.2
8. 在職教育內容不夠完整	3	2.2
9. 護理師不知道如何教	2	1.5
10. 其他	0	0.0
總計	138	100

造口術後病人自我照護認知問卷」於初次腸造口術後病人出院當天以訪談方式收案共10位，主要訪談對象包含病人及主要照顧者(一同受訪，只要其中一方答對即為正確)，內容包括造口的基本概念、造口觀察、氣味控制與飲食及日常生活，共4大項8小題，結果顯示腸造口術後病人自我照護認知平均正確率為40%，其中以「可正確說出病人之造口所排泄的糞便性狀何謂正常」為0位(0%)最低，其次為「可正確說出病人之造口部位位於小腸或大腸」、「可正確說何謂異常造口及如何處置」、「可正確說出氣味控制方法」皆為2位(20%) (表二)。

(二) 腸造口術後病人自我照護技能評核

2018年6月16日至8月31日，專案小組以回示教方式查核初次腸造口術後出院當天病人，以「腸造口術後病人自我照護技能評核表」進行收案共10位，內容包括用物準備、執行更換造口袋步驟及執行更換造口底座步驟共3大項17小題，查核結果腸造口術後病人自我照護技能平均正確率為51.8%，其中以「測量造口大小，在造口底座背後畫出適當大小，並依線剪開」、「貼上皮膚，用棉支輕壓，以利適透膜膠與皮膚貼合」、「將造

口粉噴灑於造口底座與腸組織間之皮膚縫隙」、及「請病人臥床休息15分鐘，並用手掌輕壓」為2位(20%)最低，其次為「能獨立完成用物準備」4位(40%)(表三)。

綜合上述得知腸造口術後病人自我照護認知平均正確率為40%，技能平均正確率為51.8%，顯示腸造口術後病人自我照護認知及技能正確率低，學習成效不佳。

五、腸造口術後病人返家照護現況

為瞭解上述10位病人返家照護現況，專案小組成員於病人出院後首次更換造口底座之隔天(出院後第8天)以電話訪談方式進行調查，其中有8位(80%)因出院後自我照護問題求助於急診或傷造口護理門診，主要求助問題為：害怕獨立更換造口底座8位(61.5%)、造口周圍皮膚發紅、潰瘍5位(38.5%)；進一步詢問病人對住院期間護理指導的看法，其中10位(20.8%)覺得「練習次數太少」、「無步驟文字說明」、及「無書面圖示或影片可重複觀看」，9位(18.8%)感到「焦慮、害怕做不好」(表四)。

綜合以上實地查核、訪查及問卷整理，將現況分析結果繪製成腸造口術後病人照護認知及技能正確率低之特性要因圖(圖一)。

表二 腸造口術後病人自我照護認知平均正確率改善之前後比較

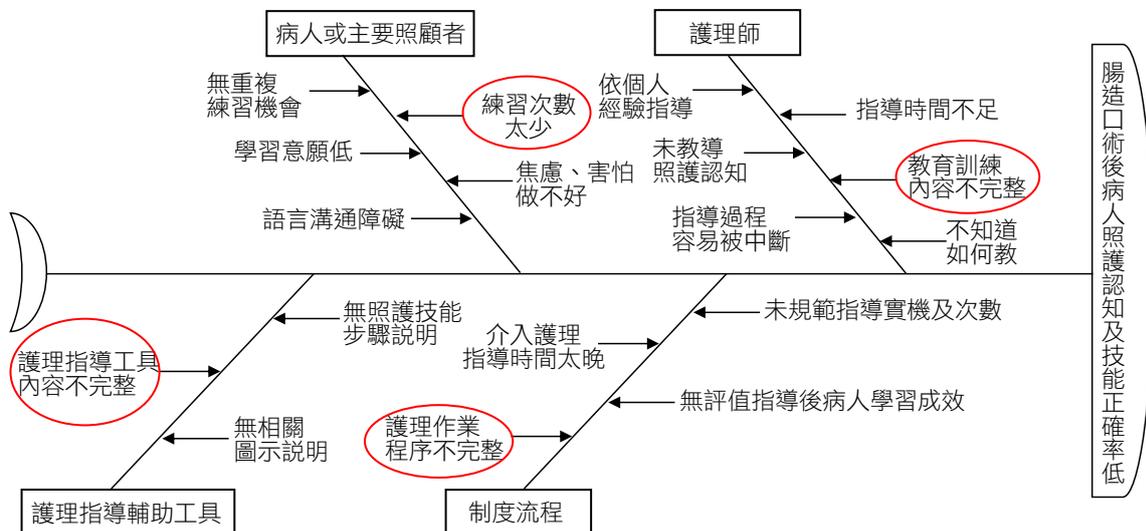
導因	改善前 (n=10)	改善後 (n=8)	差異 (%)
	正確人數 / 百分比 (%)	正確人數 / 百分比 (%)	
造口的基本概念			
可正確說出病人之造口屬於「暫時性造口」或「永久性造口」	10/100	8/100	↑ 0
可正確說出病人之造口部位位於小腸或大腸	2/20	8/100	↑ 80
造口觀察			
可正確說出病人之造口所排泄的糞便性狀何謂正常	0/0	8/100	↑ 100
可正確說出更換造口底座時需觀察腸組織、造口周圍皮膚及糞便型態	4/40	7/87.5	↑ 47.5
可正確說出何謂異常造口(3種)及如何處置	2/20	8/100	↑ 80
氣味控制與飲食			
可正確說出術後飲食1個月內採低渣飲食，並舉例說明至少3項	8/80	8/100	↑ 20
可正確說出氣味控制方法至少2項，如：避免食用產氣食物、選擇防臭功能的造口袋	2/20	8/100	↑ 80
日常生活			
可正確說出日常生活注意事項，如工作、衣著沐浴、運動(各1項)	4/40	8/100	↑ 60
腸造口術後病人自我照護認知平均正確率	40	98.4	↑ 58.4

表三 腸造口術後病人自我照護技能平均正確率改善之前後比較

導因	改善前 (n=10)	改善後 (n=8)	差異 (%)
	正確人數 / 百分比 (%)	正確人數 / 百分比 (%)	
用物準備			
清潔用具：垃圾袋、濕紗或純水濕紙巾、口腔棉棒	4/40	7/87.5	↑ 47.5
正確尺寸的造口底座及造口便袋	4/40	8/100	↑ 60
造口粉	4/40	8/100	↑ 60
造口膠	10/100	8/100	↑ 0
執行更換造口袋步驟			
由上往下將造口便袋取下	7/70	8/100	↑ 30
用濕紗或純水濕紙巾清潔腸組織及周圍皮膚	8/80	8/100	↑ 20
將便袋用便袋夾或橡皮筋關閉	10/100	8/100	↑ 0
換上新便袋，由下往上按扣環槽使其密合	6/60	8/100	↑ 40
輕輕往上拉一拉，確定已牢固	6/60	8/100	↑ 40
正確清潔造口便袋	10/100	8/100	↑ 0
執行更換造口底座步驟			
除去造口底座，用濕紗或純水濕紙巾清潔腸組織及周圍皮膚	8/80	8/100	↑ 20
測量造口大小，在造口底座背後畫出適當大小，並依線剪開	2/20	8/100	↑ 80
移去造口底座背面貼膜，將造口膠擠一圈於內徑周圍	6/60	8/100	↑ 40
以濕棉棒將造口膠塑型，確認造口膠不黏手	3/30	7/87.5	↑ 57.5
貼上皮膚，用棉支輕壓，以利適透膜膠與皮膚貼合	2/20	8/100	↑ 80
將造口粉噴灑於造口底座與腸組織間之皮膚縫隙	2/20	7/87.5	↑ 67.5
請病人臥床休息 15 分鐘，並用手掌輕壓	2/20	8/100	↑ 80
腸造口術後病人自我照護技能平均正確率	51.8	97.8	↑ 46

表四 腸造口術後病人對住院期間護理指導的看法 (n=10)

項目	人次	百分比 (%)
1. 練習次數太少	10	20.8
2. 無步驟文字說明	10	20.8
3. 無書面圖示或影片可重複觀看	10	20.8
4. 焦慮、害怕做不好	9	18.8
5. 內容過多，記不住	7	14.6
6. 護理師指導內容及方式不一致	2	4.2
7. 其他	0	0
總計	48	100



圖一 腸造口術後病人照護認知及技能正確率低之特性要因圖

問題及導因確立

2018年10月1日專案小組7人藉由特性要因圖以複選方式投票，每人4票，選出最常造成腸造口術後病人照護認知及技能正確率低的原因為：一、病人或主要照顧者練習次數太少；二、護理師教育訓練內容不完整；三、護理指導工具內容不完整；四、護理作業程序不完整。

專案目的

以文獻[4]「提升主要顧者執行腸造口居家照護之完整性」的認知正確率提升為81.0%、技能正確率提升為82.4%做為參考，設定目標：一、腸造口術後病人自我照護認知平均正確率由40%提升至80%；二、腸造口術後病人自我照護技能平均正確率由51.8%提升至80%。專案目的期望能提升腸造口術後病人自我照護認知及技能正確率進而增加自我照護信心，減少合併症的發生並提升病人之生活品質。

文獻探討

一、腸造口自我照護的重要性

腸造口是藉由外科手術將部分腸道拉至腹壁表面，使糞便出口由肛門改為腹壁上，依時間分為暫時性或永久性，但即便是暫時性造口也需置放3-6個月，病人將面臨生理、心理及經濟上的考驗[1,5]。

研究顯示63%病人於出院後仍有一個以上的自我照護問題，其中以腸造口周圍的滲漏或皮膚問題居多(53.6%)[2]；自我照護問題將導致腸造口合併症(腸回縮、剝離、壞死、狹窄、脫垂及造口周圍皮膚問題)的發生，不僅造成生理上的不適、增加照護上的困難，更影響照護信心[6]。一致且持續性的團隊合作照護方式協助病人在出院前學會腸造口自我照護認知，且實際正確操作腸造口自我照護技能，將有助於降低腸造口術後合併症並提升生活品質[3]。

二、影響腸造口術後病人照護認知及技能之相關因素

腸造口術後病人照護認知包含：腸造口基本概念、造口觀察、氣味控制、飲食及日常生活注意事項；照護技能包含：正確的用物準備、更換造口袋及造口底座；通常造口底座黏貼5-7天，造口周圍皮

膚應為完整無發紅或破損[1,5]。

完整的護理指導有助於增進疾病相關的認知及技能，增進病人自我照護的能力，衛教指導過程中適時的給予正向鼓勵，能提升學習態度與行為[7]。

三、提升腸造口術後病人自我照護之措施及策略

護理指導包括：口頭指導、護理指導單張、手冊及影音光碟，其中以單張手冊、影音光碟輔助教學，又優於一般口頭護理指導，完整的腸造口照護護理指導應從術前開始，並在整個術後和康復期間依據病人的病程持續進行[8]，術後教育清單能掌握病人學習成效，並顯著降低術後再入院的機率[9]。建立系統性的護理指導，運用口頭、影音教學、書面圖卡或護理指導手冊等方式讓病人有計畫性、多元化的學習，重複觀看更能強化病人記憶及視覺注意力，較傳統指導模式節省人力成本，提升病人的學習意願及效能[10,11]。標準作業程序是為穩定品質和降低差異性，做為品質改善與評估改進成效的基礎；制訂合適並能持續追蹤的標準作業程序，可作為護理師執行作業時之依據及評量護理工作品質之客觀指標[12,13]。

故建立一標準化護理指導流程、教育清單及完整的護理指導工具，給予護理師及病人明確的指引，不但增加護理師間的有效溝通，減少重複指導、縮短臨床照護時間，更能讓病人獲得完整的護理指導，進而提升護理師及病人之滿意度及接受度。

解決辦法及執行過程

專案小組針對資料分析及參考文獻，經矩陣分析，依可行性、重要性及經濟性共3項給予評分，5分代表方案可行、重要及經濟性高、3分為次之、1分為最低。選定標準取評分中間值3分×評價項目3項×小組成員7人訂定，選取分數達63分以上對策共5項：1. 提供造口模型示教及回示教；2. 舉辦教育訓練講座並實際演練護理指導方式；3. 製作腸造口自我照護QR code護理指導影片；4. 製作護理指導手冊(造口護照)；5. 修訂「腸造口護理作業程序」，規範護理指導時機及次數(表五)。

本專案執行期間為2018年10月2日至2019年5月28日止，依計劃期、執行期、評值期等3階段進行(圖二)。

一、計劃期(2018年10月2日至12月31日)

(一) 修訂「腸造口護理作業程序」

專案小組於 2018 年 10 月 2 日至 10 月 12 日，共同討論、修訂「腸造口護理作業程序」，參考醫學中心腸造口居家照護流程與相關文獻，規範護理指導時機及次數；手術前 1 天醫師以腸造口模型及造口護照教導「造口基本資料」、護理師教導「造口與日常生活注意事項」並「連結 QR code 影音教學」示教造口照護技能及注意事項，手術後第 1 天護理師以造口護照內「更換造口袋」之圖文步驟說明實際示教如何更換造口袋，手術後第 3 天護理師以造口護照內「更換造口底座」之圖文步驟說明及腸造口模型，示教如何更換造口底座並說明「造口

常見問題與處理」、營養師以造口護照教導「飲食注意事項」，手術後 5-7 天由護理師以造口護照內「更換造口底座」之圖文步驟說明，協助病人回示教如何更換造口底座，衛教內容及進度除列入護理交班外亦於給予病人的造口護照內詳細記錄，運用造口護照內「造口護理衛教進度表(教育清單)」評值學習者學習成效，給予個別性護理指導，讓病人更能掌握自我照護學習進度。

(二) 拍攝腸造口自我照護 QR code 護理指導影片

2018年10月13至11月16日專案小組召集跨領域團隊(直腸外科醫師、護理師、傷造口護理師及營養師)依據「腸造口護理作業程序」進行討論後，合作拍攝腸造口自我照護QR code護理指導影片，

表五 提升腸造口術後病人自我照護認知及技能平均正確率之矩陣決策分析

要因 / 擬定決策	可行性	重要性	經濟性	總分	選取
病人或主要照顧者練習次數太少					
設立腸造口照護網路互動平台	11	9	9	29	
定期舉辦腸造口護理指導學習營，提供回示教及實際演練、相互交流	19	11	13	43	
提供造口模型示教及回示教	29	33	9	71	✓
護理師教育訓練不夠完整					
舉辦教育訓練講座並實際演練護理指導方式	29	29	25	83	✓
護理指導工具不夠完整					
製作腸造口自我照護 QR code 護理指導影片	35	33	19	87	✓
製作護理指導手冊(造口護照)	31	27	15	73	✓
製作腸造口自我照護海報	11	9	33	53	
護理作業程序不完整					
修訂「腸造口護理作業程序」，規範護理指導時機及次數	31	33	33	97	✓

工作項目	年		2018			2019				
	月	10	11	12	1	2	3	4	5	
一、計劃期										
修訂「腸造口護理作業程序」		*								
拍攝腸造口自我照護 QRcode 護理指導影片		*	*							
整合修訂後的「腸造口護理作業程序」及 QRcode 護理指導影片，製作成「造口護照」				*						
制定教育訓練課程內容				*						
二、執行期										
宣導修訂後之「腸造口護理作業程序」					*					
宣導腸造口自我照護 QRcode 護理指導影片					*					
宣導「造口護照」，舉辦教育訓練講座並實際演練護理指導方式				*	*	*				
運用「造口護照」執行護理指導				*	*	*	*	*	*	*
三、評值期										
腸造口術後病人自我照護正確率調查						*	*	*	*	*

圖二 提升腸造口術後病人自我照護認知及技能平均正確率之甘特圖

影片內容包含「何謂腸造口」、「腸造口照護執行」及「居家日常照護注意事項」，強調腸造口照護不是病人單獨面對，有跨領域團隊一同照護陪伴，經病人及其主治醫師書面同意後，於病房內實景拍攝，影片使用語言為國語，由醫師講解「何謂腸造口」，護理師示範「腸造口照護執行」，圖片及文字說明「居家日常照護注意事項」。思考目前網路連結步驟繁瑣，現今社會人手一支智慧型手機，故專案小組將護理指導影片轉譯出QR code(Quick Response Code；快速響應矩陣圖碼)，衛教者或病人以手機或平板電腦掃描QR code即可輕鬆取得護理指導影片。

2018年11月19日及11月20日選定2位腸造口病人及其主要照顧者，給予觀看並操作如何取得「腸造口自我照護QR code護理指導影片」，專案小組依其建議修改後於2018年11月30日完成影片，總片長7分16秒。

(三) 整合修訂後的「腸造口護理作業程序」及「QR code護理指導影片」製作成「造口護照」(附件一)

2018年12月1日至12月24日專案小組整合修訂後的「腸造口護理作業程序」及「QR code護理指導影片」共同討論並籌劃「造亮健康的人生-造口護理指導手冊(造口護照)」，字體以14號字為主，內容包含：造口基本資料、造口護理(更換造口袋、更換造口底座、QR code影音教學)、衛教進度表(教育清單)、造口護理紀錄表、飲食注意事項、造口與日常生活、造口常見問題與處理、造口用品之準備及諮詢電話；部分內容提供個人化勾選，強調每位病人的個別性，經2位直腸外科主治醫師、1位護理督導、2位直腸外科護理長、2位傷造口護理師以及1位營養師進行專家檢視，並依其建議修改。

(四) 制定教育訓練課程內容

專案小組於2018年12月26日至12月31日，共同討論制定教育訓練課程內容，主講者為專案小組中1人，以簡報及模型示教方式教導護理師腸造口照護認知及技能等相關注意事項，以修改後之「腸造口護理作業程序」為規範，以「造亮健康的人生-造口護理指導手冊」實際演練護理指導方式。

二、執行期(2019年1月2日至5月28日)

(一) 宣導修訂後之「腸造口護理作業程序」

專案小組於2019年1月2日至1月11日，在每日晨間會議時向護理師說明並宣導修訂後之「腸造口護理作業程序」，並同步發表於Line群組，鼓勵護理師提問、討論並給予解答。

(二) 宣導腸造口自我照護QR code護理指導影片

專案小組於2019年1月14日至1月25日，在每日晨間會議時向護理師宣導腸造口自我照護QR code護理指導影片、實際操作如何掃描QR code取得護理指導影片，並同步發表於Line群組，鼓勵護理師提問、討論並給予解答。

(三) 宣導「造口護照」，舉辦教育訓練講座並實際演練護理指導方式

專案小組於2019年1月28日至2月1日及2月11日至2月15日在晨間會議時向護理師宣導並說明「造口護照」的應用時機及運用方式。2月20日舉辦教育訓練講座並實際演練護理指導方式，主講者為專案小組中1人。過程中所遇到的困難為護理師因病、因公無法參加，參加人數15位(44.1%)，不到單位護理師人數的一半，和單位護理長討論後改以Line群組公告、線上討論，並於3月20日再舉辦一場教育訓練，規範第一場未參與者務必參加，統計護理師含護理長34人皆參與1次以上教育訓練，課後滿意度問卷中對於教學內容、方法、工具及成效皆為100%「非常滿意」。

(四) 運用「造口護照」執行護理指導

專案小組於2019年1月28日起，預執行腸造口手術之病人，手術前1天醫師以腸造口模型及造口護照教導「造口基本資料」，護理師以造口護照教導「造口與日常生活注意事項」並連結「QR code影音教學」示教造口照護技能及注意事項，提供病人對腸造口初步的概念；手術後第1天護理師以造口護照內「更換造口袋」之圖文步驟說明實際示教如何更換造口袋，以提升病人對腸造口照護之具體認識；手術後第3天護理師以造口護照中「更換造口底座」之圖文步驟說明及腸造口模型，示教如何「更換造口底座」並說明「造口常見問題與處理」、營養師以造口護照教導「飲食注意事項」；手術後5-7天由護理師協助病人實際執行回示教如何

更換造口底座。病人可使用「QR code 影音教學」重複觀看執行步驟，亦可在執行時以造口護照中之圖文步驟說明對照執行，隨時運用造口護照再次複習、熟悉腸造口自我照護技巧及認知。

衛教內容及進度除列入護理交班外，護理師及病人亦可利用造口護照內「造口護理紀錄表」及「造口護理衛教進度表（教育清單）」詳細紀錄造口變化並評值病人學習成效，鼓勵病人說出心中感受，給予個別性的護理指導。

三、評值期(2019年2月1日至2019年5月28日)

2019年2月1日至2019年5月28日，凡使用造口護照執行腸造口護理指導的病人皆收案為評值對象，利用「腸造口術後病人自我照護認知問卷」及「腸造口術後病人自我照護技能評核表」，以訪談及回示教方式進行照護認知及技能正確率評值，共計收案8位。

結果評值

腸造口術後病人自我照護認知平均正確率由40%提升為98.4%，技能平均正確率由51.8%提升為97.8%，達到專案目標（照護認知平均正確率及技能平均正確率80%）(表二、表三)。

照護認知平均正確率中以「可正確說出病人之造口所排泄的糞便性狀什麼樣算正常」提升100%最多，其次為「可正確說出病人之造口部位位於小腸或大腸」、「可正確說出何為異常造口及如何處置」、「可正確說出氣味控制方法」提升80%(表二)；照護技能平均正確率以「測量造口大小，在造口底座背後畫出適當大小，並依線剪開」、「貼上皮膚，用棉支輕壓，以利適透膜膠與皮膚貼合」及「請病人臥床休息15分鐘，並用手掌輕壓」提升80%最多，其次為「將造口粉噴灑於造口底座與腸組織間之皮膚縫隙」提升67.5%(表三)。

後續專案小組成員於病人出院後首次更換腸造口底座之隔天(出院後第8天)以電話追蹤收案之8位病人，皆表示可自行處理腸造口照護相關事宜，對「造口護照」之運用感到非常滿意，且出院期間未因自我照護問題再返求助於醫療團隊。

本專案對護理專業之最主要貢獻為，跨團隊結合直腸外科醫師、護理師、傷造口護理師及營養師發展出「造口護照」，整合造口病人所需學習的

所有護理指導並設計教育清單，不僅提供醫護人員及病人於腸造口護理指導時使用，附帶成效為透過「造口護照」建置統一標準讓醫護人員間的溝通更加順暢、一致，更可舉辦跨領域教育訓練，將「造口護照」平行推展至其他單位。

討論與結論

腸造口術後病人於出院前學會腸造口相關自我照護認知及技能，能有效降低合併症的發生，顯微手術的進步縮短了住院天數，也縮短了能給予護理指導的時間，讓病人於短暫的住院天數內學會相關照護認知及技能是護理師不可推辭的責任。本專案透過修訂「腸造口護理作業程序」、製作腸造口自我照護 QR code 護理指導影片及造口護照並舉辦教育訓練講座實際演練護理指導方式，結果呼應賈等(2016)探討術前多媒體護理指導之成效，有效提升腸造口術後病人自我照護認知及技能平均正確率。專案獲直腸外科專科醫師、護理師、傷造口護理師及營養師跨團隊協助，為專案之助力；專案在剛推行之際，護理師無法接受需再以造口模型給予護理指導，認為會增加工作負荷，且模型示教所黏貼之適透模環成本支出(約200-300元)讓病人表示增加經濟負擔，為專案之阻力，後經專案小組討論後改以彩色印刷之圖片替代，學習成效與實際適透模環無差異，護理師部分則由2位護理長加強宣導，因執行成效良好，病人照護問題得以改善，進而增進護理師照護信心及配合度。

專案評值期僅有8位腸造口住院病人，收案數有限，為本專案之限制；但本專案相關改善措施已修訂於「腸造口護理作業程序」並標準化列入日常管理，定期評值腸造口照護成效及列入護理品管監測項目，以增進護理專業，提升病人照護品質，除專責病房持續執行外亦平行推廣到全院各單位。另運用 QR code 網路科技及個人化衛教手冊(造口護照)執行護理指導，可增加病人學習動機及自我照顧能力，期盼未來能逐步建構「互動式傷造口居家照護平台」，推廣遠距居家照護並將腸造口病人列為出院準備追蹤對象，讓病人出院後能得到持續完整的照護。

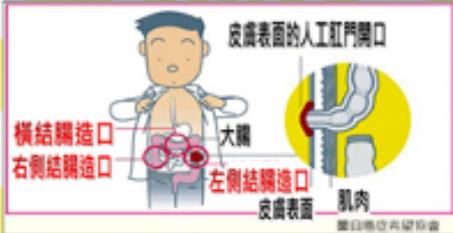
參考文獻

1. Berti-Hearn L, Elliott B: Colostomy care: a guide for home care clinicians. *Home Health Now* 2019; 37(2): 68-78.
2. Bulkley EJ, McMullen CK, Grant M, et al.: Ongoing ostomy self-care challenges of long-term rectal cancer survivors. *Supportive Care in Cancer* 2018; 26(11): 3933-3939.
3. Taneja C, Netsch D, Sue-Rolstad B, et al.: Risk and Economic Burden of Peristomal Skin Complications Following Ostomy Surgery. *J Wound Ostomy Continence Nurse* 2019; 46(2): 143-149.
4. 陳遴鞠、李文馨、陳繪竹 等：提升主要照顧者執行腸造口居家照護之完整率。台灣專科護理師學刊 2017；4(1)：67-77。
5. Schreiber ML: Ostomies: Nursing care and management. *MedSurg Nursing* 2016; 25(2): 127-132.
6. 徐小惠、許美玉、章淑娟 等：腸造口病人之造口相關合併症及預測因子。護理暨健康照護研究 2014；10(3)：220-208。
7. 羅慧玲、江玉玲、詹惠蓉 等：提升護理人員對植髮術後護理指導之改善專案。醫院雙月刊 2013；46(1)：36-51。
8. Recalla S, English K, Nazarali R, et al.: Ostomy care and management. *J Wound Ostomy Continence Nurse* 2013; 40(5): 489-500.
9. Hardiman K, Reames C, McLeod M, et al.: A patient-autonomy-centered self-care checklist reduces hospital readmissions after ileostomy creation. *Surgery* 2016; 160(5): 1302-1308.
10. 賈如瓊、鄭淑英、張璇其 等：探討術前多媒體護理指導於腰椎麻醉病人焦慮之成效。榮總護理 2016；33(4)：332-343。
11. 李凱琳、吳雪紅、王瓊瑛 等：運用多媒體提升護理人員痔瘡手術前後護理指導認知正確率與完整率之改善專案。源遠護理 2018；12(2)：41-49。
12. 呂執中:醫療品質系統與流程管理。品質月刊 2015；51(9)：41-47。
13. Bare K, Drain J, Timko-Progar M, et al.: Implementation of an evidence-based and content validated standardized ostomy algorithm tool in home care. *J Wound Ostomy Continence Nurse* 2017; 44(3): 262-266.

附件一

造亮健康的人生

造口護理



皮膚表面的人工肛門開口

橫結腸造口 大腸
右側結腸造口 左側結腸造口
皮膚表面 肌肉



貳、造口基本資料

*手術日期: ___年___月___日

*固定棒移除日期(約術後 1-3 週): ___年___月___日

*腸造口: 因疾病需求, 藉由外科手術將腸道的一部分拉至腹壁表面, 將糞便的出口由肛門改為腹壁上, 俗稱「人工肛門」。




圖: 正常腸造口



圖: 未移除固定棒的造口



壹、造口護理衛教進度表

日期	示教	回示教	示教	回示教
造口基本資料(手術前 1 天)	示教	回示教	示教	回示教
QR code 影音教學(手術前 1 天)	示教	回示教	示教	回示教
更換造口袋(手術後第 1 天)	示教	回示教	示教	回示教
更換模型底座(手術後第 3 天)	示教	回示教	示教	回示教
更換造口底座(手術後第 5-7 天)	示教	回示教	示教	回示教
造口與日常生活(手術前 1 天)				
造口飲食注意事項(術後第 3 天)				
造口常見問題與處理(術後第 3 天)				
學習者				
教導者				

填寫說明: 1. 了解/技術熟練
2. 部分了解/可操作部分技術 3. 不了解/不會操作

臺大醫院附設分院



3. 以純水濕紙巾或濕的紗布清潔造口。



4. 於造口底座縫隙間敷上造口袋。



5. 向外、向下 45 度角扣上便袋。



6. 環狀檢查便袋是否扣緊。

*QR code 影音教學

造亮健康人生

人工肛門日常照護衛教影片



Improving Self-care Among Patients' Families After Enterostomy

Chi-Hi He, Jing-Yi Huang, Sing-Jhen Li

Department of Nursing, National Taiwan University Hospital Hsin-Chu Branch

Abstract

Purposes

Complete self-care autonomy following an enterostomy operation has been shown to have significant positive correlations with patients' self-efficacy, social interactions, financial condition, and quality of life. This study aims to improve the levels of self-care awareness and abilities in patients who have undergone an enterostomy, thereby increasing self-care confidence, reducing complications, and improving patients' quality of life.

Methods

After analyzing the current situation, we found that the levels of self-care awareness and abilities in patients' families were 40% and 51.8%, respectively. The primary issues were: the patients or primary caregivers had very little practice; and the education, training, guidance tools, and nursing procedures for nurse practitioners were inadequate. Hence, doctors, nutritionists, and stoma nurse practitioners jointly developed a QR code-based nursing guidance video and instruction manual, revised the nursing operating procedures, improved the methods for teaching and evaluating the stoma model, and held educational and training lectures.

Results

After implementing this project, the levels of self-care awareness among the patients' families increased from 40% to 98.4%, and the levels of self-care abilities increased from 51.8% to 97.8%, suggesting that the intervention measures proposed by this study achieved remarkable results.

Conclusions

Through cross-functional cooperation, improvement of the process framework, and revision of the standard operating procedure, the self-care awareness, abilities, and confidence of patients' families, as well as the quality of life of patients after enterostomy, were effectively improved. (Cheng Ching Medical Journal 2021; 17(4): 67-77)

Keywords : *Nterostomy, Stoma care, Self-care*