

運用回憶療法照顧一位無力感之獨居老人的護理經驗

李素玉、林惠如

通訊作者：林惠如

職 稱：國立台北護理學院護理系助理教授 地址：臺北市北投區明德路 365 號

電 話：(02)28227101-2710

E-mail：hungru@ntcn.edu.tw

摘要

老化過程中，老年人不僅在身、心、社會上有所改變，而在改變的調適過程中亦會伴隨著許多壓力的產生，例如健康的喪失、朋友的逝去、失落等情形，導致老年人對於本身的存在價值與信心動搖，因而，提高老年人的心理健康即成為一重要課題。筆者於民國 92 年 10 月 28 日至 12 月 8 日護理一位因慢性疼痛及行動不便等健康的失去而產生無力感之社區獨居老人，於護理期間運用 Golden 11 項護理模式評估其需求，確立個案的護理問題有活動無耐力、無力感、潛在危險性創傷（跌倒）和便秘，筆者於護理過程中提供專業知識及相關護理措施，使個案生理、心理不適程度降至最低，進而減少內心衝突以達自我統整。此外，特別是無力感方面，筆者在護理過程中運用回憶療法，協助個案接受現有的生活型態且於對談中表達對生命的接受度，並減輕無力感之情形。希望藉此照顧經驗，提供護理人員日後在老人照護上能有不同的思維，以整體性的護理及回憶療法，促進老人身心健康。

關鍵字：回憶療法(reminiscence therapy)、無力感(powerlessness)、(獨居老人 elderly living along)

壹、前言

由於科技發達、醫藥衛生進步，老年人口所佔比例增加，人口老化已成為世界性的問題。而我國也於民國 82 年底邁入老人社會，加上 65 歲以上的老年人口比例與日遽增，老年人口的急速增加導致人口組成移轉的結果，致使有越來越多的老人（劉立凡，2001），預估在 2036 年時會增加為總人口之 21.7%（內政部，2000），因此未來人口年齡結構將更趨於高齡化。而老年人口的增加進而也衍生種種的老人照顧問題，尤其是獨居老人因缺乏支持系統，更需要外來的協助（陳菊，1998），有研究結果發現社區獨居老人多為男性，大部分的獨居老人亦罹患一種以上的慢性疾病，其種類依序為關節炎、高血壓和骨質疏鬆症，而多數的社區獨居老人最需要幫助的項目之一即是健康醫療服務 (Huang & Lin, 2002)。此外，隨著老化過程老人在身、心、社會方面都會有所改變，也因而使得老人必須做多方面的調適，但調適過程中的挫折和困難常會影響老人對於自身的價值感，故在護理人員照顧老年人的過程中，如何運用有效的護理措施，以幫助老人達到自我統整，進而提高心理健康，更是成為照顧重點之一，也是亟待解決的問題。因此筆者於照顧此個案過程中，特針對此部分加以發揮，期望個案能緬懷過去，接納現在，達到生命正向意義。

貳、文獻查證

一、回憶療法

回憶療法是普遍被運用於有關老人心理治療的方法之一，它的功能和效用也在多位學者的著作、研究中得到正向的肯定及推崇。透過回憶的過程可幫助老人重新感受到自己生活的價值與樂趣，建立正向的生命態度，減少心理問題產生或惡化。

(一) 回憶療法的意義

回憶治療 (reminiscence therapy) 是指引導老人對過去生活做回顧，並重新體驗過去生活片段協助老人對自我



瞭解，降低失落感，以增加自尊或增進社會化的過程（蕭秋月、尹祚芊、徐畢卿、葉淑惠、李儀娟，2002）。而生命回顧治療（life review therapy）最早是由 Butler 於 1963 年所提出，他也是最先肯定生命回顧治療價值者。此治療以分析和評價的觀點回顧過去，提供個案機會去回顧生命中重要的事物，並重整長久下來困擾個人的問題或未被解決的衝突，進而從中獲得對人生的滿足感及自我肯定。因此，生命回顧治療是有結構性的，護理人員幫助個案去尋找生命事件的意義及解決衝突的方法，以及抒發內心的感受（王美業，2000）。

（二）回憶療法的功能

陳玉敏（1999）指出回憶療法於老年護理運用中其功能是多方面的，包括：認知功能的改善、自尊心的提高、憂鬱感的降低、寂寞感減少、持續感的增加、生活滿意度的增加、達到自我統整、接受死亡，而在眾多功能中最常見的則為解決內心衝突、發覺潛能並替未來生活擬定新方向，故生命回顧治療可說是有幫助個案達到自我統整的功能。另外，回憶療法也被定義為可促發個案回顧過去得經驗、想法與感覺之創意性及計畫性的獨立護理措施，目的則是在於鼓勵護理人員運用此療法，同時，更可藉由回憶療法來收集到完整的生活史，以提供老人整體性的護理。

（三）運用回憶療法於老人護理之原則

下列原則可供護理人員運用回憶療法於老年人之護理照顧（陳玉敏，1999；周玉真，1994；蕭秋月等人，2002）：

1. 施行回憶療法前，需先評估老人身心狀態。
2. 多使用開放性問題和善用工具，因開放性問題有助於引發回憶過程，或藉由回顧過去相片，讓老人回憶過去的人、事、物。另外，也可針對人類發展的每一個階段，擬定主題，引導老人做一整體性的回顧。
3. 適時提出追加性的問題，有助於做更廣泛且深入的回想。
4. 運用會談技巧如：傾聽、接納的態度、同理心，予正向的回饋，可促進其成就感與自我肯定。
5. 勿強迫老人回想壓力事件。
6. 耐心等候並給予充分的時間思考，此時護理人員可安靜在旁邊陪伴或輕觸個案等肢體語言來表達情緒支持。

透過回憶療法，因其個人經驗獲得肯定，有用感被激發，相對的自我控制感及自尊也因而提升（蕭秋月等人，2002）。故以同理心、尊重的態度和觸摸、肢體關節活動等非語言溝通方式和老人建立治療性關係，再運用回憶療法和有意義的物品或事件當成回憶過往的工具，藉以達到自我認同，維持生命正向意義，進而促進老人心理健康。

二、老人常見之健康問題

老人在老化過程中，常因生理結構及功能變化而有多項問題產生，如：行動不便、跌倒的危險性提高，或因生理長期不適而引發的心理問題出現，常見如：健康、體力的喪失或肌肉骨骼退化引起之長期慢性疼痛等與老化過程相關之進行性、慢性和不可逆性因素所引發之失落、無力感現象。

（一）跌倒

跌倒是老人在家中經常發生的意外事故之一，王勤、張玲慧（1998）指出根據統計，意外死亡是老年人的第六大死因，而有一半的意外是因跌倒而起，其中造成意外死亡的跌倒中，有 60% 以上是發生於居家環境中。跌倒除了會造成老人易有骨折、意外傷害危險外，更會讓老人心生畏懼而減少了正常的活動，如此一來，會讓老化過程所造成得生理功能衰退更加明顯快速（黃恆峻、詹瑞棋，1998）。另外，跌倒發生的機率，會隨年齡增加而提高。造成老人跌倒的因素，則可分為「內在因素」和「外在因素」。「內在因素」是指老人的身體狀況，由於老化的緣故，會有視力衰退、關節僵硬、肌肉萎縮、體力下降等現象而這些會使平衡功能變差，導致跌倒的機率增加。此項亦包括疾病和藥物的影響；「外在因素」則是指老人身處的環境，包括住家、醫院之臥室、浴室、廚房、階梯等（傅麗蘭、楊正豐，1999；王勤、張玲慧 1998）。因內在因素中多為不可逆或無法掌控之因素，故維持居家環境安全可說是預防跌倒發生的重要一環，且若能讓老年人在安全的環境下生活，不讓老人陷入跌倒的恐懼中，則可讓老人維持及活動力及身體功能，防止生理功能衰退快速。

而有關老人跌倒的預防性環境佈置，可做以下之調整：

1. 室內保持足夠的光線，但不可使用強光，同一地區數個分散的光源會較一明亮集中的光源為佳。
2. 地板不應使用光滑的地板，因易引發跌倒情形。此外，在地毯的使用方面不應太厚，亦避免使用分散或區域性的地毯。
3. 使用固定且堅硬的家具，提供支持起立、走動或坐下時之協助。
4. 浴廁內應加裝扶手以利老人起身或變換姿勢時有支撐之處；尤其是夜間小燈開著，因可避免晚上



起床如廁因視線不良而跌倒。

5. 桿杖或助行器之輔助與使用。

6. 利用色彩的佈置，如：所喜好之顏色或對比色的運用，協助區分門、樓梯和高度的變化。

(二) 慢性疼痛

Ferrell (1995) 表示疼痛是社區老人常見的問題，以居住於家中的社區老人而言，慢性疼痛比率在 16%-50% 之間。而慢性疼痛對社區老人生活品質的影響，可分為三大面向（于漱、余幸宜，2002；林智生、張家禎，2001；李智貴、李世代，1995）：

1. 生理方面：慢性疼痛會造成注意力無法集中、疲倦，加上減緩疼痛藥物的副作用（如頭暈、心悸），使老人跌倒危險性提高。另一方面，也會影響老人活動能力和範圍，甚至降低活動的意願，尤其是走路、爬山、爬樓梯等負重運動。
2. 心理方面：慢性疼痛本身、長期找尋止痛方法的過程以及其間所帶來的不確定感、無效感均可能使老人在心理上產生很大的壓力，對目前狀態產生無力感，甚至引起憂鬱、焦慮等症狀。
3. 社會方面：慢性疼痛會降低老人與人談話，外出活動能力及興趣，加上台灣的建築又多以公寓樓房為主，居住環境障礙亦是影響老人外出行動不便之因，進而影響了老人的社會互動。

關於老人慢性疼痛的處置，有下列之建議：

除了一般對疼痛的評估、處理措施，如：局部熱敷、行溫水浴、塗抹藥膏等，除此之外還可利用整合性治療（integrating therapies）的方式，所謂整合性療法即指，除西方醫學外尚包括（1）專業性的組織另類療法：如針灸、整脊、草藥治療；（2）互補療法：如芳香療法、冥想、放鬆治療、壓力諮詢療法等。在尊重與認同老人的選擇同時，協助其選擇安全且能相輔相成的止痛策略為首要之目的（于漱、余幸宜，2002）。

參、個案簡介

一、基本資料

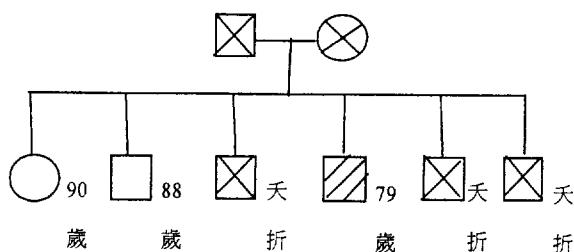
姓名：楊XX 性別：男 年齡：79 進駐時間：81年4月 婚姻：未婚

語言：國語 信仰：佛教 教育程度：高中

二、過去病史

個案患高血壓已接近 40 年，目前藥物控制中。在 84 年時因椎間盤凸出而多次開刀治療，84 年後便未再動過手術。對藥物無過敏情形出現。

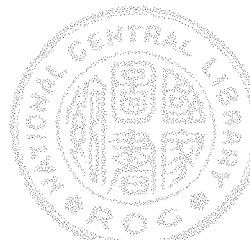
三、家族史



肆、護理評估

依 Gordon 的 11 項健康性功能型態，評估如下：

一、健康認知、健康處理



個案患有高血壓已近 30 年，目前有藥物控制中，且按時服藥。經護理評估後，個案對於高血壓的處置方式有正確認知。另右腳及右手手臂有酸麻疼痛感，個案會請居家服務員至醫療器材行購買相關物品使用之，如：使用電療片及塗抹肌肉酸痛藥膏以減輕不適。整體來看，個案相當注意自身健康，若有不適之情形，會自己尋求解決方式，例如看中、西醫生、購買藥布、藥膏或相關醫療器材等，也瞭解有關高血壓的飲食注意事項，如：少鹽、少油等。綜合以上，個案對於身體不適所採取的措施，無不當之行為。

二、排泄型態

1. 解尿：白天約六次，有夜尿情形約三次，解尿時無疼痛灼熱感予尿液篩檢時觀察其色淡黃無混濁，也無尿蛋白。
2. 解便：有便秘情形，在使用藥物 Through hs 2pc, Normacol plus bid pc 後，現一天約解一次，但一禮拜中仍有 1~2 次會因無法使力將糞便排出而需使用浣腸劑，使用後可將糞便排出。此部分經評估後，發現有便秘之護理問題，進入護理計畫。

三、營養、代謝型態

1. 营養：個案早餐喝牛奶加麵包，偶爾會吃粥，中午餐後喝一杯保力達 B，飲食偏向蔬菜類，不喜吃水果，另喜歡吃辣，三餐均由自己調理。目前個案身高 149CM，體重 46Kg，經護理評估後，其標準體重為 47.7Kg ~ 58.3 Kg，故屬於體重稍輕，但個案自覺體格尚可，觀察其氣色紅潤，與之談話聲音宏亮，注意力集中，並無營養不良之病態產生，如昏沈、軟弱、無力等，另觀察其平日營養攝取種類包含了奶、蛋、蔬菜、肉、豆類等，亦屬均衡。
2. 代謝：個案無水腫或脫水現象也無極度口渴情形產生，觀察其飲水情形，一天中至少喝近 6 壺泡茶用茶壺的水量（約 2000~2500c.c），排尿次數一天也有 6 次，以 SPMSQ 評估個案其意識清楚，有定向感。另，個案情緒平穩，與之談話內容合宜，並無紊亂的情形出現。

四、活動、運動型態

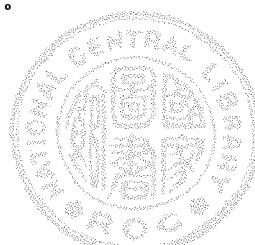
目前個案有慢性肺部疾病，平日有痰及咳嗽現象，予聽診時有痰音觀察咳痰情形，痰液清除能力可，可將痰咳出。循環方面，目前有高血壓，觀察及評估四肢末端為顏色為粉紅、溫暖。嘴唇粉紅，血壓多保持於 140/80mmhg，脈搏保持在 60-76 次/分之間，皆在一般正常範圍內。觀察個案外觀無肢體攀縮之情形，muscle power 評估結果左上肢為+5、右上肢及雙下肢為+3，下肢無力。另以 ADL 評估，其活動功能得分為 85 分，屬於中度依賴，平時活動需部分協助，如手扶固定家具行走，尤其在上下樓梯時，個案主訴感覺喘不過氣且下肢疼痛、無力，需他人在旁協助，爬 3 層樓梯約需花費 30~40 分鐘才完成，因而造成個案不喜活動；觀察個案由坐至站約需花費 1 分鐘，需以手撐住椅子慢慢起身，面部扭曲、眉頭皺起狀似痛苦。此外，除了上廁所、洗澡、準備飯菜，個案長時間坐於椅上。在家中也曾有 3 次跌倒的經驗。整體而言因個案 ADL 活動功能為依賴，評估後發現有活動無耐力及潛在危險性創傷（跌倒）之護理問題，故進入護理計畫。

五、睡眠、休息型態

一天約睡 12 小時，晚上 10 點入睡，早上 8 點起床，有午休習慣，約從 12:30-14:30，個案主訴晚上偶而較不易入睡及有夜尿情形，與之談話觀察其外觀並無結膜發紅、黑眼圈及經常打哈欠情形，注意力可專注於此時此刻，亦無主訴有疲倦嗜睡及視幻覺現象，故為微影響睡眠品質，目前有使用藥物 Ativan qd 2pc。經評估後因老年人隨著年齡增長，睡眠型態也逐漸改變，會較以前難入睡，睡眠效率也較低，但若可於白天小睡片刻則可代償。而個案本身白天已有約 2 小時的午睡時間，加上老年人的睡眠質與量取決於他們自己本身，而個案亦表示為影響日常生活精神狀況，故此項評估結果為有效。

六、認知、感受型態

1. 認知：其抽象判斷、定向感、記憶力、注意力等思考能力以 SPMSQ 評估及多次會談均為正常。



也可依照筆者的指示做出正確的動作，如配合量血壓。2.十二對腦神經評估後除了聽神經方面有重聽情形及左耳有配戴助聽器外，其他皆符合正常的生理現象。3.感受：視覺方面，個案帶眼鏡時，100公分內視線清楚，可看到筆者之名牌，字體大小為24號字；聽覺方面，個案左耳使用助聽器，但仍須大聲說話才能聽清楚。觸覺方面，以手碰觸個案身體，可吸引其注意力並轉向被碰觸側。味覺方面：個案可清楚得分辨出辣味及茶葉的甘澀味。痛覺方面：慢性疼痛，個案主訴是在開刀治療椎間盤突出後半年，約是從85年開始產生此不適情形的。其右手和右腳有酸麻痛感覺，有時如火燒灼般的疼痛產生，尤其於中午時會慢慢加劇，早上較少不適感，並不會隨著天氣變化而有所不同，而此原因卻造成個案因疼痛問題而不喜活動，導致活動減少，除了上廁所、洗澡外，長時間作於椅上。故此部分評估後發現有活動無耐力之護理問題，進入護理計畫處理。

七、自我感受、自我概念型態

1.身體自我：個案對於自己體格的保持覺得還可以，不喜歡太胖從年輕時就中等身材，不過老了變矮大約5公分，尤其是開完刀後都站不太直，個案對於這點較不滿意。2.個人自我：個案屬非常有正義感的人，遇到不對或不合乎禮節的事，必定會說出來或糾正他人，尤其是在當公務人員時絕不容許有收賄的情形在周遭出現，認為公務人員理當為民眾服務並盡自己的責任與義務，也因此他曾因糾正同事而處得不愉快，或自覺他無法改善亂象而捨棄原有較高薪的職位，自願請調其他單位，也因此而任職許多單位，最後則因時代變遷道德觀念不復以往，因而申請提早退休，退休後積極安排生活，並以退休金安排出國遊玩以增加經歷，但目前因為腿疾與活動不便造成無法隨意自行外出，而對自己此種情況感到失望，有時希望早死早解脫。經評估後，發現個案有無力感之護理問題，進入護理計畫處理。

八、角色、人際關係型態

個案為79歲男性，目前正處於艾瑞克森發展階段之自我統整VS絕望，現無職業且無親人在台灣，個案主訴有兄姐在大陸，但已多年未聯絡。目前在台灣，其主要聯絡人為王XX，與個案為一起從大陸至台灣之最信任朋友，有關身後之事，全權均由他處理；另外則是個案也常與其居家服務員聊天，觀察他們談天情形，個案會與之分享最近所觀察的現象或身體的病痛，觀察分析其相處情形融洽。

九、性、生殖型態

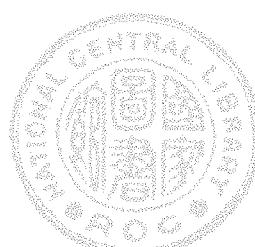
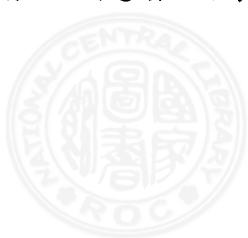
個案主訴對於異性多只有妹妹般的感覺，就像照顧妹妹一樣的照顧他們，也很難會有進一步的感覺；曾經遇過喜歡的人，不過會變得很害羞，不敢與其談話，覺得渾身不對勁，也不敢表達心中的想法，所以機會也就這麼過去了。但是個案主訴「一個人生活也沒什麼不好，自由自在的，今天想去哪裡就去哪裡，不會有太大的負擔，牽掛太太牽掛小孩的。倒是現在有些老榮民去娶年經的大陸女孩當老婆，真是造孽，這樣只會害了那些女孩。自己年紀都這麼大了，就好好的過自己的生活，反正再活也沒幾年了，真是不應該那麼做，耽誤人家的青春。」

十、應對、壓力、耐受型態

個案主訴年輕時喜歡寫作，所以遇有不順心之事，多以書寫文章作為抒發管道，現在則因年事已高，心智更為成熟，認為凡事應盡量看淡，日子才能過得開心。個案主訴住院時信任醫護人員，並配合醫療處置，目前每月至忠孝醫院定時拿藥及服藥。平時個性沈穩，待人禮貌和氣，如遇自身不滿之事，瞬間仍稍有抱怨產生，隨即恢復平靜。

十一、價值、信念型態

個案從小即信奉佛教，平時念經拜佛，每逢初一、十五必吃素，認為此為心靈寄託且可教人為善，做好事說好話，更重要的是，有信仰會想得較開，更因而打消自殺的念頭，因為自殺會墮入輪迴及有因



果報應；若虔誠禮佛，死後可隨佛祖至西方極樂世界。個案閱歷豐富，曾去過八個國家，因價值觀為在有生之年應到處走走，增廣見聞，遇到優點即虛心學習，遇到缺點則坦然接受並做為借鏡。但目前因為腿疾與活動不便造成無法隨意自行外出，需靠他人協助，因而對目前生活狀況不滿意，產生負面的人生觀，會希望早死早解脫，免受身體苦痛。對於目前本身存在的價值，則覺得年紀已大，對社會無任何貢獻及影響力且需靠國家撫養，也不需再多表示或要求什麼，覺得無力。經評估後，發現個案有無力感之護理問題，進入護理計畫處理。

伍、護理計畫

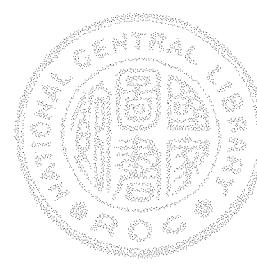
依據評估結果，個案呈現以下之護理問題：便秘、活動無耐力、潛在危險性創傷、無力感。以下為護理計畫的呈現。

一. 便秘（10/28 訂定）

主客觀資料	護理診斷	護理目標	護理措施	評值
S:1. 我會有便秘，大便時覺得很難上出來或還有一些沒上出來 2. 有時3天都沒上，肚子脹脹的整個人都不舒服 3. 都有拿軟便藥在吃，不過雖然是軟的便，但有時就是上不出來，覺得腹部就是沒力氣推出來，就會好難過。 O:1. 目前有軟便劑在服用 Through hs 2pc, Normacol plus bid pc. 2. 個案因活動不便而長時間坐著，缺乏身體活動 3. 個案早餐喝牛奶加麵包，很少吃水果。	P:便秘 E:1. 排便困難 2. 腹部肌肉軟弱無力 3. 覺糞便未完全排出 S: s1, s2, s3	1. 瞭解可促進排便的飲食型態 2. 正確執行腹部按摩方式，可增加腹壓促排便 3. 7天後表示便秘情形改善	1-1. 避免吃高度精緻的粉類食物，如：糕餅派類、小西點因易產生小且堅硬的糞便 1-2. 進食高纖食物如：糙米、蔬菜、水果類 1-3. 在白天攝取足夠的水分可維持糞便質地軟，亦可避免夜尿頻繁 2-1. 平時坐於椅上可於下腹由右下往上橫走至左邊再往下做按摩，可刺激腸胃蠕動 2-2. 上廁所時按壓下腹部可增加腹壓幫助排便	10/28 1. 個案可說出 2. 個能促進排便之飲食狀態。 3. 個案可正確執行腹部按摩 11/3 1. 個案表示如廁時會運用按壓下腹部促進排便 2. 現早餐改泡五穀粉或山藥薏仁粉，增加腸胃蠕動。 11/17 個案表示最近4.5天大便都很順暢

二. 活動無耐力（10/28 訂定）

主客觀資料	護理診斷	護理目標	護理措施	評值
S:1. 右手與雙腳到了下午都會酸痛，有時還會像火在燒一樣，舉都舉不起來，好難過啊！所以沒辦法動 2. 要從椅子上站起來也很困難要用手撐才有辦法，走路都要扶著東西 3. 尤其是爬樓梯要花好久的時間，大概要花30~40分鐘，沒辦法一次走完，得休息好幾次，因為會很喘也沒力氣 O:1. 個案行走時必須扶著固定家具行走，動作緩慢，由坐著至站立約需花	P:活動無耐力 E:1. 活動減少 2. 疼痛 3. 口頭表示疲憊軟弱 S: S1, S2, S3	1. 口頭表示肌肉酸麻痛的現象減輕 2. 坐在椅子上可增加活動次數及時間，一天中至少3次，每次達5~10分鐘	1-1. 指導個案在活動前可先熱敷15分鐘或腿上覆蓋毛巾以暖爐烘烤，也可於洗澡時溫水泡澡可促血液循環 1-2. 提供有關的營養攝取資訊，如攝取蛋白質與鈣質對骨骼肌肉組織有幫助 2-1. 教導個案在範圍內可做到的主動性關節運動，並請個案回覆示教，視需要調整運動 2-2. 鼓勵可使用輔助物增加活動範圍及時	10/28 個案接受健康指導內容 11/3 1. 個案可正確做出2個有關關節的運動 2. 個案會於看電視、躺在床上時做腳板運動。 11/10 未表示肌肉酸痛減輕 11/17 個案表示酸痛



運用回憶療法照顧一位無力感之獨居老人的護理經驗

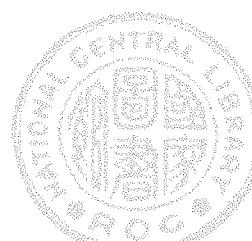
費 1 分鐘，需以手撐住椅子慢慢起身，面部扭曲、眉頭皺起狀似痛苦 2. 除了上廁所、洗澡、準備飯菜，個案長時間坐於椅上 3. 以 ADL 評估活動功能其得分為 85 分，屬於中度依賴			間 2-3. 教導個案可於看電視或晚上睡覺前躺在床上做些伸展運動，可促進血液循環，也可幫助睡眠 2-4. 教導個案若覺不適時應改變活動或休息	情形在經過熱敷後痛感減輕，但不喜覆蓋毛巾，覺得太麻煩 12/1 個案會扶著固定家具自行添加泡茶水，而不是待居服員添水 目前持續評值中
---	--	--	--	---

三.潛在危險性創傷（跌倒）(10/28 訂定)

主客觀資料	護理診斷	護理目標	護理措施	評值
S: 1. 個案主訴平常在家走動需手扶固定物，尤其上下樓梯時因腿部無力更需他人協助才能上下樓梯 2. 曾有 3 次跌倒的經驗。3. 右手和右腳到了中午有酸麻痛，有時如火燒灼般的情形產生 O: 1. 個案外觀無肢體攀縮之情形，以 ADL 評估，其活動功能得分為 85 分，屬於嚴重依賴 2. 活動需部分協助，如手扶固定物體行走或需要柺杖	P: 潛在危險性創傷（跌倒） E: 1. 軟弱 2. 身體活動度及協調性降低 3. 曾經有過創傷	1. 瞭解會致跌倒的危險因子 2. 於護理期間無跌倒情形發生	1-1. 評估個案的步態、及會造成跌倒的危險因素 1-2. 協助個案檢查發現房中的危險處 1-3. 教導個案會導致跌倒的危險因素，如：不適當的屋內燈光；穩定性差的家具如：有輪子的桌椅；潮濕或上蠟的地面；未固定的電線等。應利用固定家具或輔具協助活動 1-4. 教導個案常發生跌倒的時間為清晨起床或黃昏時室內光線改變，所以應為小心注意 2-1. 房中應有適當的燈光，夜間應在房中留一盞小燈以及在床邊放置手電筒，以備晚上停電時使用 2-2. 教導個案若出現輕度頭痛或頭暉、心悸、呼吸短促、打哈欠情形即應小心並找尋可坐下之處，預防跌倒產生 2-3. 勿隨意更換家具位置，以避免因不熟悉感而造成跌倒情形	10/28 個案接受健康指導內容 11/3 1. 個案可說出導致跌倒原因 3 項，並說明正確的預防措施 11/10 持續評值中，未有跌倒情形出現 11/17 持續評值中，未有跌倒情形出現 12/1 持續評值中，未有跌倒情形出現

四.無力感 (10/28 訂定)

主客觀資料	護理診斷	護理目標	護理措施	評值
S: 1. 現在因為腿的毛病還有手也沒力氣更沒辦法自己出門、沒力氣拿筆寫字，什麼都沒辦法做，每天就過一天算一天，只能說是等死而已，偏偏又還死不了，就整天被這個身	P: 無力感 E: 1. 口頭表達對結果失去控制或影響力 2. 無法從事過去的活動，表現	1. 辨認感到無力感之情境 2. 能於對談中表達對生命的接受	1-1. 運用會談技術傾聽、接受、同理心、反映、澄清等技巧與個案談話 1-2. 提供個案機會表達情緒 1-3. 由與個案談話中瞭解	10/28 個案提及對於椎間盤凸出之醫療過程不滿意 11/3 個案對於目前健康狀況很不滿



<p>體給拖著，之前也有想過自殺，但我信佛教，不可以自殺否則會墮入輪迴，但身體這麼差，有時真希望早死早解脫。2.我現在年紀也大了，對社會沒有無任何貢獻還需靠國家來撫養，也不好在對這個社會批評什麼，反正也沒人會理。可是現在這個社會真是亂搞啊！</p> <p>0：1. 觀察個案在敘述時神情愁苦，眉頭緊皺，眼睛注視遠方</p> <p>2. 關注於右手及腿部疾病，不時的以左手拍右手表示右手知覺遲鈍，或無法抬高以及疼痛感</p>	<p>不滿意和挫折感 3. 與疾病進展有關 S：S1、S2、S3</p>	<p>解個案的感受並和個案釐清感到無力感之情境為何</p> <p>1-4. 和個案討論其感受並以不同的角度提供資訊或糾正錯誤的訊息以澄清事件</p> <p>2-1. 協助個案確認個人喜好、需要，並與目前生活相比較是否仍保有</p> <p>2-2. 約予正面強化個案所現存的、現有的一切，如：安穩的家、環境舒爽的空間、朋友的關心、尊重、有電視可與外界接觸讓自己「秀才不出門能知天下事」等</p> <p>2-3 協助察覺個案能控制照顧的層面，指出正面行為如：自行料理烹調三餐、自行洗澡、可自己沖泡茶葉、牛奶，決定要吃的東西、品嚐食物的味道</p> <p>2-4. 藉著回憶以往的經驗事蹟，轉移對身體疼痛、活動度降低的注意力</p> <p>2-5. 運用回憶療法進行生命回顧，如：和個案談小時候家中的情形、求學過程、來台歷程、工作經驗、生活經驗、旅遊之趣、朋友間的相處等等，以達到自我統整可對自己的人生歷程做一回顧，從中發現找到對自己正向的事蹟</p>	<p>意，尤其是活動受限和腿部酸痛的問題</p> <p>11/10 與個案討論其成長過程，而個案在述說時對於身體病痛暫時忘卻，四肢會配合內容舞動</p> <p>11/17 個案提及在退休後曾去過至少8個國家遊玩，以增長見聞</p> <p>最懷念的為韓國，因為與大陸老家神似，個案在述說時，臉上帶著笑意</p> <p>11/24 個案自訴對於自己在工作上的表現滿意，且與筆者分享往日照片，緬懷過去。觀察個案其臉上充滿笑意</p> <p>12/1 個案表示目前的生活狀況還算不錯，因為一直都有人在關心著自己。</p> <p>目前持續評值中</p>
---	--	---	---

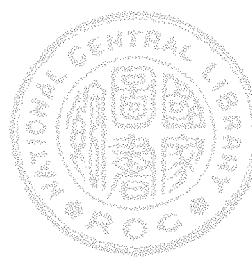
陸、結論與心得

藉由此次的照顧經驗，更深切的體認到隨著老化的過程，大部分老人的確在各方面都會有所改變，而這些改變多是退化性的，不僅僅只是造成生理上的退化亦會衍生出心理的困擾，如：失落，因健康、獨立性的喪失而產生失落；喪失生命的意義和目的，覺得自己無價值感或空虛。筆者所照顧的個案即出現上述之情形，有失落及無力感等心理問題，值得欣慰的是，在經由回憶療法的運用及護理措施，加上持續性的觀察與評值，個案對於本身的價值感有正向的改變。

回憶療法的好處是多種的，其中最主要的即是增進老人的心理健康，以達自我統整。且其所運用的傾聽、溝通、接受和同理心等溝通技巧也是護理重點，而護理人員更是與老人接觸最頻繁者，因此，護理人員在照顧老人時，即可運用回憶療法來協助老人維持內心的平和與健康。

柒、參考資料

于漱、余幸宜（2003）。社區老人慢性疼痛問題之處置。護理雜誌，3，43-47。



- 王勘及、張玲慧（1998）。增進居家安全-預防家中跌倒的發生。長期照護, 1, 40-43。
- 行政院經濟建設委員會(2002,7月15日)。人力運用與規劃。擷取自 <http://www.cepd.gov.tw/indexset>
- 李智貴、李世代（1995）。老人的行動不良。基層醫學, 4, 68-70。
- 周玉真（1993）。談懷舊的意義及在老人諮詢中的應用。輔導季刊, 3, 45-50。
- 陳玉敏（1998）。回憶療法於老年護理之運用。榮總護理, 1, 1-6。
- 黃恆峻、詹瑞棋（1998）。老年人常見之問題。臨床醫學, 2, 112-116。
- 張哲誌、周騰達（1994）。老人跌倒的預防（上）。基層醫學, 9, 170-174。
- 張哲誌、周騰達（1994）。老人跌倒的預防（下）。基層醫學, 10, 189-193。
- 傅麗蘭、楊政豐（1999）。獨居老人跌倒情形、步態、居家環境及身體功能評估。（於王美業等譯）
精神科護理學，台北：五南。
- 劉淑娟（1999）。老年人的靈性護理。護理雜誌, 4, 51-56。
- 蕭秋月、尹祚芊、徐畢卿、葉淑惠、李怡娟（2002）。回憶治療改善機構老人憂鬱狀態成效之探討。護理雜誌, 4, 43-49。
- Ferrell, B.A. (1995). Pain evaluation and management in the nursing home. Annals of Internal Medicine, 123(9), 681-687.
- Huan, L.H., & Lin, Y.C. (2002). The health status and needs of community elderly living alone. Journal of Nursing Research, 10(3), 227-236.

