

(3)建議時間安排上午 8:00 ~ 11:30，下午 1:30 ~ 5:30，使中午有較長時間休息。

(4)若能增長研習會時間為一週，較能吸收更多的知識及經驗。

## 2. 場地服務方面

(1)場地不夠寬敞，沒有莊嚴慎重感。

(2)座位太擠了，活動不方便，有的座位沒有桌子可寫字。

(3)冷氣強度不夠，空氣調節不好。

(4)照明欠妥，視線不良。

(5)沒有午睡休息的場地。

## 3. 資料方面

(1)希望研習會前先寄發資料，以便先準備預習。

(2)資料儘量以中文翻譯出來。

## 4. 內容安排方面

(1)內容太多了，且限於時間的因素，無法充分吸收，希望只選重要的主題講解。

(2)內容相當豐富。

(3)希望能着重於“基礎醫學的學理”方面。

(4)護理方面查書即可，應着重於臨床護理方面，我們想知道美國的 Critical Care 是否有較新穎的處理以供借鏡。

(5)希望主辦單位於講習會後，做一完整性的整理，而後印發給學員參考。

## 5. 演講方式

(1)主講者速度稍快了些。

(2)希望有小組式的回復示教或討論。

## 五、展望

終於圓滿結束了，從胸中深深的吐出一口氣，辛勤的籌劃，頗為勞神費力的研習會終於落幕了，由評值表的分析，給我們不少鼓勵，意見歸納中更給我們不少再次舉辦研討會時的借鏡。天下無難事，只怕有心人，系同仁的衝勁、傻勁，使我們獲得許多經驗及友誼，同仁們的向心力更強了，在有限的人力及環境局限下收到實效，同時更感謝院長的支持與鼓勵及有關單位的支援，謹此致謝。

# 非語言之溝通

## 威爾遜氏病失語學童之護理經驗

副教授毛新春

### 前言

人與人之間的交往及知識傳授，均靠文字、語言與非語言方式，來表達或澄清彼此的意念、思想與感情，以促進共同的瞭解。在彼此溝通方面，語言極為重要，可直接傳遞信息，若加以非語言之姿勢、動作與表情，更可傳神或彌補語言之不足；因此在彼此溝通過程中，仔細聆聽、觀察對方的語言與非語言之反應，可判斷其瞭解之程度，而且可隨時詢問、補充，俾使整個溝通發揮最大效果。如果彼此相處日久，瞭解深刻，觀察入微，亦可從非語言之表情、動作，領會對方的意思，而達到溝通的目的。

就住院的病人而言，語言的敘述與非語言的姿勢、表情、動作，是病人向醫護人員表達其病情、感覺或需要的方法，同時也是醫護人員與病人維持良好人際關係、搜集有關資料、認清及解決發生之事故、直接疏導其情緒上之癥結，以及作衛教等溝通之媒介；然而在臨床醫療護理過程中，病人常因疾病或某因素而喪失語言能力，引起病人極大的焦慮、害怕，甚至有挫折感或失落感。在

此狀況下，病人只能以非語言方式，來表示其心理的感受、身體的不適或醫療的需要，更極需護理人員的瞭解與協助，倘若護理人員不瞭解其非語言的意思，則無法給予適切的護理與幫助，病人將表現憤慨而沮喪。護理人員應如何觀察、領會與瞭解病人非語言之溝通行為是值得重視的問題。

為了減輕病人失語的痛苦及增進護理效果，本篇特就病人非語言行為加以研究，藉以探討下列各項問題：

1. 當病人被詢問時，其身體各部動作所表示之溝通作用為何？
2. 何項動作代替語言訊息？
3. 護理人員應如何與失語症病人溝通？

### 參考文獻

(一)威爾遜氏病 (Wilson's disease)

威爾遜氏病亦即進行性豆狀核變性 (Progressive lenticular degeneration)，為一種以自體染色體隱性方式遺傳，病人父母之外表正常，而病人則自其父母的基因得到遺傳，為先天性銅 (Copper) 的代謝異常；其血漿中藍胞漿素 (Ceruloplasmin)

之濃度降低。Ceruloplasmin 為血漿蛋白 (Alpha<sub>2</sub>-globulin 每分子含八個銅原子) 因 Ceruloplasmin 濃度低, 以致血清銅之濃度亦隨之降低, 血中之銅無法與 Ceruloplasmin 結合, 而使尿液中銅之排泄量增, 且過量之銅滯留和貯藏於體內, 尤其在腦、肝、腎及角膜等組織, 其所產生之漸進性毒害如: 基底神經節(Basal ganglia)之豆狀核變性、肝硬變、腎小管之再吸收障礙, 以及角膜邊緣出現凱塞-弗萊休氏環(Kayser-Fleischer ring), 為金棕色色素環。此病通常在青春開始出現臨床症狀, 但最早者在五歲發作, 最遲可到五十歲, 病發初期症狀各異, 有些病例先出現肝臟機能不全, 然常見之初期症狀與神經系統有關如震顫(Tremor)、吶吃(Dysarthria)、運動失調(Ataxia); 病情嚴重時會使人格改變與心智衰退。此病治療方法是防止身體內銅的繼續沉積, 同時排除組織中已沉積之銅, 是以病人須長期服用排銅藥物(藥名為D-penicillamine), 以及避免攝取含銅量高的食物如: 牛肝、可可粉、蚶、芝麻、脫脂奶粉、紅豆、紫菜、肉乾、凍豆腐、小麥粉、香菇、貝類、芹菜、花枝、海菜、巧克力、花生等, 每天銅的攝取量宜低於 1.5 毫克。(一般青少年及成人每天銅攝入量為 3 毫克。)

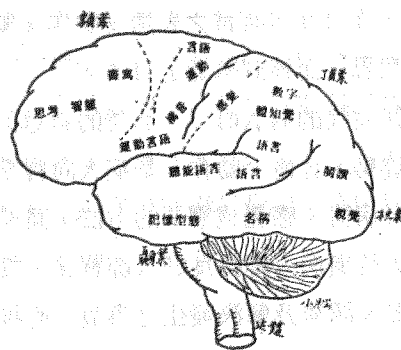
此病雖為漸進性, 如不適時治療將會致命, 死亡的原因是肝臟機能衰竭或合併感染症, 早期持續治療, 可延長生命<sup>(6),(20),(25)</sup>。

(二) 溝通 (Communication)

溝通為人與人之間以共同的語言或非語言行為交換心意之謂。

人類溝通能力由左大腦半球支配, 左側顳葉接受並解釋外來訊息之刺激, 再將此訊息傳至左側額葉, 並決定反應模式, 將之傳到語言肌系, 即產生發言反應。顳葉為理解中樞, 額葉為語言運動中樞。如語言反應系統中任何一處發生障礙, 即造成失語症 (Aphasia), 故失語症係指已俱語言能力, 後因腦病變, 所造成之失語者; 其語言符號系統障礙, 讀、寫、算、描繪與表達能力均缺乏。病人此時不能以語言與護理人員溝通, 是以護理人員在護理失語病人之前, 首先需了解病情, 認知失語之類別及其行為之特性。

1. 失語種類 (Types of aphasia)<sup>(12),(18)</sup>



圖一: 大腦各皮質區之主要功能

(4) 傳導性失語 (Conductive aphasia) 主要為「字音亂語症」或「字義亂語症」, 其原因為弧狀束障礙, 使濕尼克氏區 (Wernick's area) 與布洛克氏區 (Broca's area) 無法溝通。

(5) 汎半球性失語症 (Global aphasia) 又稱完全失語症 (Total aphasia) 其語言表達及接受能力均喪失, 病人無法理解和表達, 僅能發出無意義的音節或不合時宜的單字, 病人極度沮喪。其病變處為左大腦半球之語言區。

(6) 名稱性失語症 (Anomia aphasia) 病人之語言瞭解力、說話能力及文法尚佳, 但尋思選詞能力發生困難, 不能正確的說出物品名稱或辭不達意, 其病變處在左大腦半球顳頂骨部位。

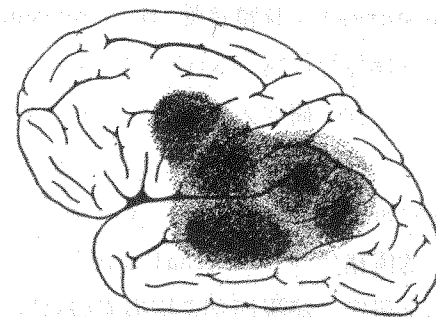
不論何種失語症, 均須藉着非語言行為, 以達到溝通之目的。

2. 非語言行為 (Non-Verbal behavior)

非語言行為, 係為個人在人與人之間, 以身體各部動作, 包括面部表情、身體姿勢、姿勢變換、手勢與目光注視等表達意思之方法。

Lambert 曾論及兒童行為的許多問題, 包括表達行為之重要性, Lambert 認為「表達行為對於其他人員, 在瞭解其意義方面, 具有非常重要的啓示作用<sup>(10)</sup>。」

Ekman<sup>(5)</sup> 對非語言行為之溝通作用,



圖二: 左大腦半球之失語區

(1) 皮質感覺性失語症 (Cortical sensory aphasia)

其口語與非口語之語言瞭解力, 完全喪失或嚴重障礙, 寫字能力亦喪失, 有時雖能說話, 但語無倫次, 顯著的語言錯亂; 因病人無法理解他人之語言亦無法分辨自己是否說錯話, 此種病症, 係由左顳葉之濕尼克氏區 (Wernick's area) 障礙所致。

(2) 皮質運動性失語症 (Cortical motor aphasia)

或稱表達性失語症 (Expressive aphasia), 病人能瞭解語言, 但無法以口語或書寫表達自己的意思; 病人一旦知道表達發生障礙, 情緒異常沮喪, 此類病人的病變處為額葉之布洛克氏區 (Broca's area)

(3) 混合型流暢性失語症 (Mixed Type)

為前二者之混合失語症, 表達及理解力皆受損, 包括閱讀及書寫能力。

提出一系列的報告。Ekman討論非語言行為與語言行為關係之作用為

- (1)重複語言訊息之內容，而加以強調。
- (2)否認語言訊息之內容。
- (3)代替語言訊息。
- (4)對於語言訊息反映個人之感受，如羞愧或尷尬等。
- (5)顯示講話內容或層次之改變。
- (6)加強語言訊息中某一部份所欲表達之內容。
- (7)當採用語言方式溝通而需要對方有所回饋時，利用點頭、眼睛轉動、姿勢變換等非語言方式，來維持溝通之進行。

由此可知非語言行為如運用適當，可使溝通達到盡善盡美；當語言功能喪失時，則須完全依賴非語言行為之功能與外界溝通，以排除溝通之障礙。

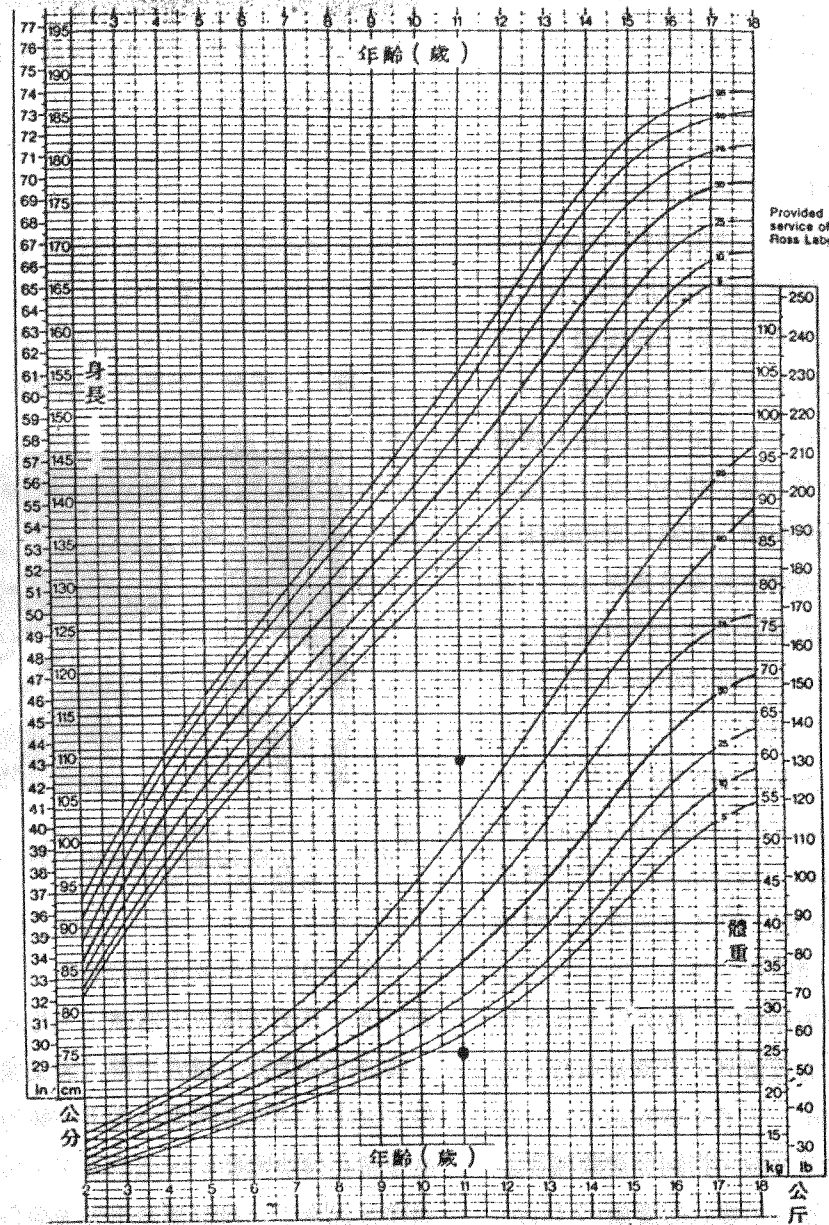
### 3.系統性的觀察 (Systemic observation)

失去語言交談能力的人，最大的困難是無法表達其個人的感覺和需要，不能主訴其身體上的疼痛、不適與心理上的緊張、焦慮，更因無法就本身的疑難提出諮詢、討論與澄清而痛苦不堪。觀察 (Observation) 有助於醫護人員了解病人非語言之訊息。非語言行為的觀察方法、包括面部表情 (Facial expressions)、凝視行為 (Gaze behavior)

、觸摸 (Touch)、姿勢 (Posture)、動作 (Gestures)、身體移動 (Body movements) 及語言外的行為 (Extralinguistic behavior)<sup>(1)</sup>。許多研究人員對於病人面部表情發生興趣，Joel Davitz對於面部表情曾做過廣泛的研究統計，他認為面部表情可以看出病人的情緒<sup>(2)</sup>。Leventhal and Sharp 根據臨床研究，發現面部表情與緊張狀態有密切關係，他們認為病人之舒適與痛苦，可以從他(她)們的額頭、眼睛、鼻、嘴之表情看出，尤其是額頭、眉毛與臉部皮膚更為病人痛苦之指標<sup>(11)</sup>。當病人發出非語言的聲音、面部表情沉靜、皺着前額、咬着下唇或現出特殊之姿勢：膝蓋貼靠腹部、摩擦或不安定，以及病人情緒上之變化如激動、興奮、憂鬱、強直，這些行為都是病人感到疼痛的，有意義的非語言暗示<sup>(10)</sup>。Bellack認為兒童遭遇到害怕與焦慮，表達其感覺與想法的非語言之反應是眼睛緊閉、咬緊牙關、身體保持僵硬、脈搏速率改變、呼吸加深、臉色蒼白、兒童腳部的溫度改變<sup>(2)</sup>。失語病人雖然不能言語，護理人員仍可觀察病人生理反應、情緒變化、面部表情、身體動作等非語言行為，對病人之害怕、焦慮、疼痛、不安等反應作正確之判斷。

### 研究方法

表一 個案之身高體重與健康男童之比較



(一)個案簡介  
本個案余小弟，身體發育遲緩，雖年已十一歲，然身高僅 109.5 公分，體重 25 公斤，與同年健康男童比較，相差甚遠 (平均

身高應為143公分，體重36公斤左右）（如表一）。

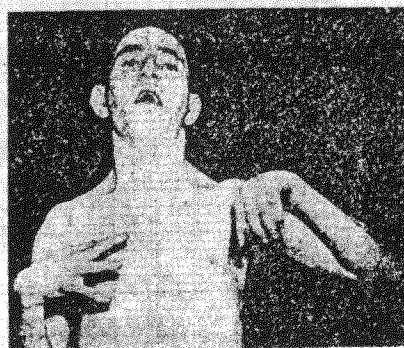
余小弟在十歲時，突然說話啞吃（Dysarthria）、流口水、吞嚥困難，送至醫院診治，經診斷為威爾遜氏病（Wilson's disease），醫囑住院作詳細檢查治療，然因家境貧苦，且不了解疾病之嚴重性，致未住院。一年後余小弟在校突然全身抽筋跌倒，且語言發生困難，而急診入院（自民國70年9月8日入院，同年12月31日出院）。

依據護理記錄，余小弟住院初期，體溫、脈搏、呼吸均屬正常（37.96.22），惟語言較困難，因運動失調，走路不穩而臥床。住院第十二天，體溫突然昇至攝氏39.9度（腋溫），經以酒精拭浴後，體溫降至38.9度（腋溫），此後一直維持在攝氏37.3度（腋溫），體重亦突降至22公斤，血壓在126~150/94~120 mm Hg之間，吞嚥困難，除休息或睡眠外，全身不由自主的震顫（Uncontrolled tremors）。當其主護士（Primary Nurse）即本文研究者，開始接觸余小弟時，他已住院四十二天，且正處於急性時期：無法吞嚥、不能言語、痰多咳嗽，除不由自主的震顫外，且連續而持久的抽搐（Convulsion），抽筋時眼睛半閉，目光無神，上肢之肘、腕、指關節彎曲僵硬（如圖三），不停的做拍翅狀的震顫（Flapping tremor）（如圖四）、左膝向腹部貼靠

，右腿伸直不停的抖動、頭頸向後痙攣，張嘴捲舌，臉部肌肉僵硬，表情十分痛苦。余小弟之呼吸、飲食、排泄、清潔等基本生理需要全賴他人照顧。



圖三，手腕、指關節彎曲僵硬



圖四，左手做拍翅狀的震顫、張嘴、頭頸向後痙攣。

余小弟祖父母及父母均健在，兄妹各一均在學，其父在瑞芳鎮當礦工，月入萬餘元，負擔七口之家，頗感困難。因父親必須工作，余小弟住院期間均由七十一歲的祖父與母親留在醫院照顧。一個多月來，見余小弟病情每況愈下，對治療幾乎失去信心，當神經科醫師會診後，表示其治療效果不彰時，

家屬滿面愁容，一付無助的樣子，更顯得疲憊不堪。

余小弟主要的治療藥物為口服D-Penicillamine (Cuprimine) 250 mg Qid 為銅的結合劑，可由組織中移去銅，使銅由尿中排出體外，並補充Vitamin B<sub>6</sub>。以及抗痙攣藥與止咳化痰劑。每天由鼻胃管餵低銅流質飲食，含1500卡熱量（蛋白質60克，脂肪60克、醣類180克）。

### 1. 檢驗結果

余小弟曾兩度抽血，檢驗Serum Ceruloplasmin，一次為民國69年7月31日其結果為1.93毫克/100毫升，另一次為民國70年10月23日其結果為1.43毫克/100毫升，每次測定Serum Ceruloplasmin其濃度均顯著降低（正常範圍應為21~43毫克/100毫升）Wilson's disease患者通常為0~19毫克/100毫升，因此可以確定余小弟之診斷為威爾遜氏病（Wilson's disease）；雖然該病尚可藉尿銅（Urine Copper）排泄量及肝銅（Liver copper）儲藏量之增加，以及血清銅（Serum copper）濃度之降低等方法檢驗，然而由於國內尚無法檢驗故未測定。余小弟之腎臟與肝臟功能檢查結果均屬正常，其過量之銅沉積在眼睛和大腦，故呈現Kayser-Fleischer氏環及中樞神經系統之症狀與徵候：震顫、表達性失語、吞嚥困難及運動失調。

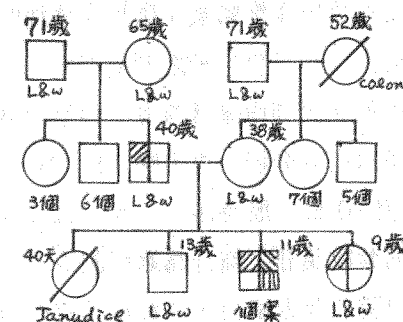
### 2. 家屬檢驗結果

Serum ceruloplasmin 檢驗結果分別如下：祖父30.1毫克/100毫升，祖母51毫克/100毫升，父親11.84毫克/100毫升，母親29.23毫克/100毫升，兄30毫克/100毫升，妹4.2毫克/100毫升。

(1) 余小弟父親為隱性，因其為養子，故其祖父母檢查結果正常。

(2) 檢查顯示余小弟之妹，亦患有Wilson's disease，只是尚未出現症狀。根據IRmin之研究報導Wilson's disease在未出現症狀之前，早期限制飲食中銅量之攝取及服用排銅劑（D-Penicillamine）可收預防效果<sup>(9)</sup>。余小弟之妹現已接受預防治療。

### 3. 個案之親屬關係圖



- ：死亡，L & W 活著且健康
- ：血漿藍胞漿素值降低（Low serum ceruloplasmin levels）
- ▨：凱塞-弗萊休氏環（Kayser-Fleischer ring）
- ◐：不由自主的運動（Involuntary move-

ment)

### (二)資料之收集

資料收集之環境為一所教學醫院之小兒科病房，收集資料者為個案之主護護士 (Primary Nurse)。

此個案之研究採用田野研究法 (Field Method)<sup>(28)</sup>，即在直接執行護理活動的自然狀態下 (Naturalistic situation)，觀察個案之行爲，將此資料，以敘述式 (Narrative) 作成記錄，即行爲過程記錄 (Process recording)<sup>(24)</sup> 或記憶登錄 (Memo-writing)<sup>(7)</sup> 即所有記錄均是在護理個案後，以回憶方式，記錄病人與護士及環境中其他人物互動的過程，包括病人及其他人員之行爲、動作、表情及表達訊息的語言或非語言行爲及行爲出現之頻數、強度、持續時間、嚴重度以及行爲發生前之刺激因素，當時環境、生理狀況等均儘量真實完整地記錄下來，再予以比較分析。自民國 70 年 10 月 20 日至 11 月 30 日，歷時四十一天，每天八小時，期間共收集廿二篇行爲過程記錄。同時在個案出院前及返家後，亦實施追蹤查訪，分別至病房及其家中 (瑞芳鎮) 探望個案。余小弟雖失去語言表達能力，然與其主護護士之間溝通密切，感情深厚，所獲資料真實完整，彌足可貴，深具研究參考價值。

### (三)資料分析

以內容分析法，將廿二篇行爲過程記錄

之內容加以分析，並由指導者，就分析及判斷之行爲意義，再加以證實，或推翻或再定義，必要時亦以討論方式澄清問題。

### 結 果

依 Ekman<sup>(9)</sup> 的非語言行爲之七種作用

1. 重複語言訊息之內容，加以強調。2. 否認語言訊息之內容。3. 代替語言訊息。4. 對於語言訊息反映個人之感受，如羞愧或尷尬等。5. 顯示講話內容或層次之改變。6. 加強語言訊息中某一部份所欲表達之內容。7. 當採用語言方式溝通而需要對方有所回饋時，利用點頭、眼睛轉動、姿勢變換等非語言方式，來維持溝通之進行，其中較適合本研究者有：代替語言訊息、獲得訊息及回答語言指示等三項作用。根據收集之資料顯示，雖因疾病之緣故，肢體不由自主的震顫，然而觀其行爲過程，震顫程度有顯著的差異，有時為一陣痙攣性的抽搐，有時則為強直性的痙攣，此項痙攣或抽搐之發生，大多與身體、情緒有關。現分別就(一)身體的需要與(二)情緒的需要兩方面加以敘述，以瞭解個案如何以身體各部移動所代表之溝通作用，及各動作所表示之意義，而達到和其主護護士溝通，以解決其困難及需要之行爲。

#### (一)身體的需要

身體的需要涉及人類所有的生理過程，如呼吸、飲食、廢物排泄、心臟血循環之運

行及運動等。Maslow<sup>(18)</sup> 將最主要的生理需要，放在「人類基本需要之階層」的底層 (或說金字塔的底層)，而將非生理性的需要放在較高層，此基本需要依序為：1. 生存的生理需要，例如：食物、空氣、水、溫度、排泄、休息或免於痛苦等，2. 刺激的需要，3. 安全的需要，4. 愛的需要，5. 尊重的需要，6. 自我實現的需要。由此可知，當較低階層的需要均得到充分滿足時，才有新的需要顯現；換言之，當所有需要都一直存在時，人會在注重較高階層需要之前，設法滿足其較低階層最低限度的需要。不難看出，人類之行爲，深受此一系列之需要所左右。

#### 1. 呼吸道之通暢

呼吸是人體重要功能之一，當呼吸道阻塞，無法獲得足夠的氧氣時，身體的自衛機轉，會產生咳嗽反射 (Cough reflex)<sup>(22)</sup>，此時若以手呈杯狀輕拍 (Percussion) 背部，可幫助分泌物自氣管分離，使積留之分泌物易於排出。

主護護士第一次與余小弟見面時，他正在緊密的抽搐 (Convulsion) 由於呼吸肌肉之連續痙攣，一次抽搐歷時 8~9 秒無法呼吸，在喘一口氣後，又接着一抽搐，反覆持續 1~2 分之久，護士在旁觀察，其祖父與母親，分別握着余小弟的手，愛莫能助的說：「靜靜的、不要緊張！」護士問患孩「小弟，你那兒不舒服呢？」所得到的回答是

更劇烈的抽搐，且發出非語言的聲音，接着咳嗽，護士聽到呼吸有咕嚕的水泡聲，判斷呼吸道內有痰，於是使余小弟側身俯臥，輕拍其背，聽到痰積於喉頭，再以抽吸器抽吸，當有效的抽出多且濃的痰後，余小弟安靜下來。祖父對他說：「你看，阿姨幫你抽痰後多爽快，還不謝謝阿姨！」余小弟睜開眼看了看護士，疲倦的閉目休息。護士為之按摩，使肌肉放鬆。

經過幾次的觀察，發現抽搐與呼吸道之不通暢有密切之關係，每當有痰阻塞呼吸道時，就引起咳嗽及緊密的抽搐，而抽搐的行爲反應，只有在痰被抽除後才緩和。此後護士不等其抽搐，一經判斷有痰，就及時抽吸，以保持其呼吸道之通暢，且減少其抽搐之次數；原來一天需抽痰廿餘次，醫師一直擔心會造成肺炎合併症，經過十天的照顧與治療後當醫師用聽診器檢查余小弟之肺部，發現已無積痰，呼吸道通暢，高興的說：「這個 Case 照顧得好，Good Nursing care！」

#### 2. 排泄功能之維持

##### (1) 排便

余小弟不停的、劇烈的抽搐，一次接一次，是否表示他有特殊的需要或壓力，需要解決？肌肉呈強直性的收縮，而下肢抖動，究竟是什麼刺激引起的呢？痰已抽、膀胱也已排空，護士與祖父都猜測可能是想解便，

於是祖父問他：「是不是要解便呢？」余小弟的眼睛眨了一下，身體動得更厲害，下肢僵直且抖個不停，護士判斷此非語言之回答是肯定的，於是放妥便盆，祖父坐在床上，抱着孫子在床上解便，余小弟試着用力解，但解不出來，由於用力使呼吸不規則，抽搐更緊密，母親擠了一個甘油球浣腸，但經過幾次的努力，仍未見效，護士扶着余小弟抖動的腿，並鼓勵着：「嘴閉起來、向下用力！」且為其擦去額頭的汗珠，過了十幾分鐘，好不容易排出了臭氣，接着解出了一點點，「好極了，你已解出一點了耶！來加油，再用力！」余小弟抽搐着，不一會兒解出了一長條，顏色正常，軟硬適度的正常便，「好棒哦！你成功了，自己會解了耶，太好了！還有沒有？來，解完它！」余小弟又試着用力，接着抽搐，又解出了一小段，解後他閉上眼，「好好的休息一下吧！」擦淨肛門口，移去便盆，扶余小弟躺下，他的衣服都汗濕了，護士為他擦澡，更換衣褲後，余小弟安靜的躺着，不再抽搐了。如此，余小弟排便之需要，往往在其主護護士與他的非語言溝通下，得以圓滿解決。

### (2) 排尿

一般人當膀胱尿液積到150~250西西時，即開始有排尿之意識，若尿液增至350~550西西，則膀胱感受約50 cmH<sub>2</sub>O之壓力，而使人有膀胱脹的感覺<sup>(4)</sup>。對於一個臥

床，不由自主震顫，又不能言語，但意識清楚的學童，排尿意願之表達已不容易，復因服用抗痙劑Modopar，有尿瀦留之副作用，使排尿更感困難。

最初，對余小弟在這方面之需要，往往是由祖父坐在床上，讓余小弟靠在他懷中，母親則提着尿壺把尿，余小弟不停的抽搐，喘氣費力地解，可是解不出，斷續的發出痛苦的聲音，皺着前額，冒了一身汗，抽搐了幾分鐘仍未解出，究竟是沒尿還是有尿解不出呢？於是，他的主護護士則用觸覺，摸摸余小弟的下腹，膀胱是有些脹，「來，不要急，放鬆，慢慢的解！」並給予按壓，後來又試用幾種誘尿法都未見效，護士只好將病房的自來水龍頭開至最大，余小弟在聽了幾分鐘嘩啦啦的水流聲後，終於解出了幾滴，「來，再加油！已經解出來了耶！」護士鼓勵着又經過幾分鐘的努力，總算暢通的解出了250西西的淺黃色正常尿，護士再摸摸他的頭稱讚道：「好棒！你終於辦到了！」祖父下床扶余小弟躺下，護士為他擦汗，「好辛苦啊！好好的休息一會兒吧！」他閉着眼睛疲憊不堪。護士將此情形轉告醫師，經過幾次劑量的調整，最後終於停用Modoper，而續用Artane, Valium等鎮靜劑，以免再發生尿瀦留之現象。

在照顧余小弟的第六天早晨，護士正為他灌食，突然劇烈的抽搐，護士放下灌食空

針，「小弟，是不是要解小便？」又問其母親上次是什麼時候解的？看看下腹處，果然褲子已經有點尿濕了，趕緊提起尿壺，並為余小弟解開褲口，不一會兒解了260西西正常尿，「這下解出來就舒服了吧！」護士說着又繼續為之灌食，余小弟張着眼睛看看護士，並伸手抓着護士的護士服，久不釋手。由於膀胱脹的刺激，引起抽搐，余小弟意識清楚不願尿床，憋着、緊張而使抽搐更緊密。近中午時分，余小弟又開始劇烈的抽動，抽了幾秒鐘，護士立刻知道是要尿了，於是放好尿壺，「小弟，你可以解了！」果然只抽搐了幾下，很順暢的解了250西西。以後，余小弟有尿意時，均能以非語言的方式與主護護士互相溝通，而達到解尿的目的。

### 3. 其他外來刺激之反應

#### (1) 強光

威爾遜氏病特徵之一為眼角膜邊緣有金棕色色素環(Kayser-Fleischer ring)醫生為了要製作教學幻燈片，乃用手將余小弟的頭固定，並分別撐開雙眼，同時吩咐他向上看、向下看，由攝影師，以閃光燈照了一張又一張，余小弟極力的想搖頭，但動彈不得，只見他扭動着軀幹，四肢抽搐厲害，其眼睛却很正確的依指示方向轉動，等照完後，仍接着一連串的抽搐，護士發現他的褲子、床單全濕了，小便失禁的生理反應是其感覺氣憤、挫敗及沮喪的表現。護士為他換去中

單、墊單及衣褲，並給予擦澡，清潔後按摩肢體，使其肌肉放鬆。由此證明，外來強光的刺激，會引起明顯的抽搐行為。

#### (2) 插胃管

由於吞嚥困難，一直靠鼻管灌食，維持每日所需之營養，鼻胃管每週需換新，因余小弟不會吞嚥，而插管時刺激喉頭，引起抽搐而缺氧，且抽搐時頸部肌肉強直，頭向後仰，較易插入氣管。有一次，護士在旁協助醫師插胃管，由鼻孔插入却從口中跑出來，余小弟欲嘔，再次插入，小弟咳個不停，唇有些發紺，且呼吸急促，醫師很快拔出管子，護士使用抽吸器，抽淨口鼻腔內之分泌物，以維持呼吸通暢，醫師又試了兩次仍未成功，母親見狀在旁擦着眼淚，而余小弟極不安的強直性痙攣着，護士請醫師等會兒再插，好讓余小弟緩和一下，過了半小時左右，余小弟平靜了些，護士對余小弟說：「等會兒插管子時，你要吞嚥！像吞東西一樣，往下嚥！」醫師再次插管時，護士先抽淨口鼻腔分泌物，再用枕頭墊高頭部，並用手扶着，以防抽搐時頭向後仰，且不停的在旁指示「往下吞！再吞！」這次很順利的插入胃內，醫師高興的鬆了口氣，家屬對醫師也恢復了信心。

在護理余小弟的第十四天，護士一上班就發覺，個案抽搐厲害，頭不停的左右搖晃，鎖着眉，張着嘴，發出惡臭，且看到厚厚

的舌苔，護士隨即為之作例行的清潔護理工作。在清潔口腔、身體及換妥床單、衣褲後病童應覺舒適，然而仍抽搐緊密，「要解大小便嗎？」摸摸下腹不脹，祖父說：「小便才解不到1小時，大便昨晚才解過！就是不知道為什麼，抽個不停！」祖父和母親困惑不已，着急的祖父抱起余小弟坐在椅上，雖然改變姿勢還是劇烈的抽搐，祖父嘆息着：「嘍！就是因他不會說話，才這麼苦！」護士亦困惑不解！突然想到今晨的抽搐與往日不同之處，是頭部的動作——左右搖晃，而非向後痙攣，於是護士確定此非語言表達之訊息——問題一定與頭部有關。再仔細察看，在余小弟劇烈抽搐張嘴時，發現鼻胃管形成環狀繞在懸雍垂咽喉處，無怪乎難受得抽搐不已，乃告知醫師決定拔除，當管子拔除後，余小弟不再抽動了，他張眼看着護士，並伸出手來與護士握着，面露感激之意。

### (3) 復健運動

由於間歇性的抽搐與不由自主的震顫，而導致肌肉強直，關節僵硬，為使緊張痙攣之肌肉鬆弛，護士經常給予按摩以及活動肢體，預防關節攣縮畸形。當護士給予按摩揉捏時，余小弟靜靜的閉着眼；當活動其手指、腕、肘、肩、膝及腳踝各關節時，最初其面部表情是皺着眉頭，顯出很疼痛的樣子，經過幾次被動的活動後，關節不再僵硬，再予復健運動時，痛苦之表情已消失。對於腳踝關節因長期臥床而僵硬畸形，護士就用熱

水泡腳，當腳一接觸到熱水，其反應是縮腳躲避並抽搐，此後護士將其腳由溫水開始泡，再逐漸加熱，使之漸能適應，而免除躲避與抽搐的反應，泡後再作關節活動，經過一段時間的護理，腳踝關節活動已趨正常。

### (二) 情緒的需要

依據 Levine：「護士——病人之交互作用，有賴於兩者的感受系統 (Perceptual System)，護士的位置，需要病人的接受之範圍內（因其影響訊息之傳遞）；同樣的，護士之感受系統也可以迅速覺察病人的需求。」<sup>(4)</sup> 護士需常在病人床旁，且感覺敏銳，才能感受到病人的焦慮，了解病人內在的感受；若護士不夠敏感，則封閉了對病人的需要之感受途徑。

#### 1. 安全感

生病住院對兒童來說，為產生焦慮、挫折的最大因素<sup>(17)</sup>。在生病前，病人對自己的身體有十足的支配權，能控制自己任意在「時」及「空」中移動，但當其生理系統發生障礙，則會產生挫折或失落感。Rubin 認為對兒童而言，喪失身體各部功能之支配力，即等於喪失自我控制<sup>(18)</sup>，而學齡兒童最怕失去自我控制。余小弟不能言語、無法吞嚥、無法控制的震顫和怪異的抽搐動作，其心理的焦慮、挫折是可想而知的，同時由於其一切基本之生理需要，完全需求助於他人，因此每一狀態均威脅到個人對自我的肯定，而表現出心跳加速、呼吸增快、頸肩部

肌肉緊張及四肢抽搐的生理反應；又因兒童對不知的事物，會發生恐懼感，而影響個人的安全感。為了減輕余小弟的焦慮與恐懼以及保持其身心平衡，護士在執行任何護理活動及協助醫師治療之前，就利用其仍健全的聽覺及視覺，向其作簡單的說明或告訴余小弟如何與之配合，以期治療與護理能順利進行；護士亦常以無言的觸摸及語言的稱讚與鼓勵，以建立其信心。

有一次，余小弟在緊密的抽搐後，護士輕揉其肩、頸、額頭以鬆弛其緊張而酸痛的肌肉，余小弟伸出左手抓住護士的另一手，經過按摩後，似乎肌肉鬆弛了許多，余小弟漸漸顯示閉眼欲睡的樣子，護士感覺到其抓着手鬆了，護士想抽出手，誰知余小弟竟張開眼睛看着護士，手又抓緊了，於是護士讓他抓着，靜靜的在床旁陪他，他不時張開眼睛看看護士，「你好好的休息，我不走！」護士以言語向他保證，余小弟聽後漸漸地睡着了。有了安全感，才能真正地休息。

#### 2. 精神支持

祖父與母親跟余小弟之親子關係異常親密，無論何時都握着個案的手，給予莫大的精神支持與鼓勵，每當祖父或母親離去時，余小弟都不免會抽搐一陣，顯示兒童常用身體移動的行為來表示其害怕與不安的感覺。

Munn<sup>(27)</sup>認為情緒是一種個人全身的激烈紛擾 (Acute disturbance)，它的來源是心理的，包括行為、意識、經驗及內臟機

能。情緒激動時，所表現的是肌肉緊張、抽搐呻吟<sup>(15)</sup>。有一天學校的校長和訓導主任由瑞芝鎮來看余小弟，當校長喊着他的名字時激動的情緒，引起他一陣陣的抽搐。

在主護護士照顧余小弟的第十二天，當護士為其準備灌食時，觀察到余小弟斜着頭，眼睛一直看着護士灌食，「你知道嗎？每天就是這樣餵你呢！」余小弟聽後竟然扭動着身體，面部露出了笑容，「啊呀！你會笑了啊！」護士高興得叫了起來，余小弟伸出手，抓着護士的手腕，真是令人興奮的轉變，余小弟這種能夠主動地表達其內心的感覺，對其祖父、母親是莫大的安慰與鼓勵。由於國內對銅 (Copper) 尚無法檢驗，因此對服用排銅藥之效果沒有很明確的指標，這種情形更使病人及家屬的憂慮、疑惑無法減除，究竟是否有效？是否能治癒？對這些疑問，往往只能憑觀察來評價，例如：最近的抽搐模式較以前緩和，已不那麼痛苦，已能時常張大眼睛、注視環境、人物，且伸手主動表達訊息又會以笑表示喜悅。這些行為上的變化及進展均能提供醫師和醫療上的參考。甚至於祖父、母親也隨之輕鬆愉快。

余小弟出院前及出院後兩個月，主護護士均分別至病房及瑞芳家中去探訪，余小弟的父母仍守在他的身旁，余小弟看到護士來看他，高興得帶着笑容全身扭動，激動的情緒表露無遺，他拍手給護士看，並以手指作手勢與父母溝通，真是進步多了。

五月初護士接到余小弟祖父的電話，興奮且激動聲音說：「余小弟已經會說話了，還到處去玩呢！……。」能獲知余小弟已恢復往昔的健康狀況，身為他的主護護士，其成就感、其自我實現感非筆墨所能形容。因此，病人與護理人員間之精神支持是相互的、是循環的。

### 討論

本個案中的余小弟，因銅代謝異常，過多的銅沉積在大腦基底核，使神經衝動之傳導發生障礙，而導致無法控制之異常動作，此種不自主的震顫，常因情緒、外界刺激、生理基本需要或被人注視時而加劇；而病人對外觀非常敏感，易為他人驚訝的態度所傷害，而侷促不安。Rubin曾說：「身體功能之喪失，不僅是一種挫折，更是悲劇，與失去生命所帶來的威脅同樣嚴重。」<sup>(16)</sup> 社會對這種破壞形象 (Disfigurement) 如持以失望、拒絕的態度，則更加深病人的痛苦與焦慮，而引起抽搐。是以護理人員必須以冷靜、客觀的態度，親切的照顧，以減輕病人心理上之挫折感。

由於失語病人之反應力慢、領悟遲鈍、辨語力差<sup>(17)</sup>，護士與失語病人說話時，速度應慢，聲音宜低，太大聲易使病人煩躁，病人只是不會說，並非聽不見，同時說話的句子不可太長，內容力求簡單，否則可能減少病人之了解程度<sup>(18)</sup>，因此護士應以耐心、

細心觀察患者的動作與眼神，始能體會患者的心意。表達性失語的病人，雖不能用語言回答，但其意識清楚，需要較多反應時間；故在作任何護理、治療前如能先予說明、鼓勵或安慰，常可減輕病人的焦慮與沮喪。如病人不堪忍受醫師的治療，應站在病人的立場，建議醫師稍等一會兒再執行或改變治療方法，並隨時注意病人心理的安全，多用語言與病人溝通，配合病人之需要，給予適當之護理。

護士照顧不能言語的病人時，應特別注意其身體與情緒上的需要，對於病人非語言之反應必須靈敏、仔細觀察病人之表情、手勢、甚至一舉一動所表示之意願、痛苦與需求，再根據病人生理反應及行為，研判病人對焦慮的反應程度，再擬定適切之護理計劃，以便繼續觀察病人的焦慮、評估護理效果，此不僅幫助病人減輕痛苦並渡過難關，亦可提供護士個人的成就感。

護理方式與護士對病人非語言的行為了解之程度有密切關係，就失語病人護理而言，主護護理 (Primary Nursing) 遠比功能性護理 (Function method) 為佳；功能性護理是以工作為重心，而主護護理則以病人為中心，後者有利於護士深入了解病人，由於持續的照顧、時常接觸病人，護士能觀察病人細微的改變，分析比較病人之進步情形，並可適時給予病人讚許與安慰，使病人覺得護士在關心他，而對護士產生安全與信任

感，護士亦可由病人面部表情、身體姿勢、動作、手勢、眼睛等非語言所表示之意思而瞭解病人之需要，即使給予適切之護理，而減輕病人的痛苦、恢復病人之信心、幫助醫師治療。主護護理雖比功能性護理為佳，然護士之能力、愛心、耐心、細心、敏銳觀察力以及是否能投入 (Involved) 情況，仍為護理成功與否之重要因素。

### 結論

本個案研究，資料收集之方法係採用田野研究法 (Field method)，即現場研究，收集資料者，以一對一的方式護理個案，自10月20日至11月30日，共收集廿二篇行為過程記錄，依據資料分析之結果顯示：失語病人之表達與溝通方式，是藉身體各部之移動包括頭、手、身體以及面部表情、發聲、眼睛或其他動作等之非語言行為以傳遞訊息；而非語言行為之作用，旨在代替語言訊息，獲得訊息或回答語言之指示。

護士剛開始接觸本個案時，由於彼此不熟悉，護士尚不瞭解病人非語言行為所表達之訊息，以致其表達方式，多以身體移動 (扭動、痙攣、抽搐) 為主，經過持續護理後，彼此熟識、互相之間建立瞭解與信心，護士已體會其一舉一動所表示之意念與需求，因此自動溝通行為之手勢動作增加，而身體移動 (痙攣、抽搐) 動作相對減少，溝通亦較前容易，是以照顧失語病人，護理人員與

病人間之持續性關係非常重要，主護護理為照顧失語病人之最佳護理方式。

由研究結果得知，護士仔細觀察失語病人之非語言行為所表達之訊息，亦能達到良好的溝通效果，也才能達成以病人為中心的護理目的。

### 誌謝

本篇研究承蒙台大護理學系主任余教授玉眉、陳副教授月枝提供寶貴的意見，以及小兒科病房曾護理長和醫護同仁的協助，使此研究得以順利完成，特此一併致謝。

### 參考資料

1. Altmann, J.: Observational Study of Behavior. *Observational Methods, Behaviour*, 49, P. 301, 1973.
2. Bellack, J. P.,: Helping a Child Cope with the Stress of Injury, *American Journal of Nursing*, 74.: 1419-1494, 1974.
3. Davitz, Joel R.: The Communication of Emotional Meaning. New York: McGraw-Hill Book Company, P. 13, 1964.
4. Davis-Christopher: Text Book of Surgery, The Urinary System. 12th (eds.) W. B. Saunders Company, 美亞翻印 P. 1755, 1978.
5. Ekman, Paul.: Communication Through Nonverbal Behavior: A Source



- of Information about an Interpersonal Relationship. pp. 309-442, in Silvan S. Tomkins and Carroll E. Izard (eds), *Affect, Cognition and Personality*. New York: Springer Publishing Company, Incorporated. 1965
6. George E. Cartwright: *Wilson's Disease*, In *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 8th ed., McGraw-Hill Book Company. pp. 662-664, 1977.
7. Glaser, B. G. & Strauss, A. L.: *The Discovery of Grounded Theory*. 南山堂翻印 PP. 108, 112. 1976
8. Gardner, H., Albert, M. L., and Weirtraub, S.: *Comprehending a Word: The Influence of Speed and Redundancy on Auditory Comprehension in Aphasia*. *Cortex*, 11: P. 155-162, 1975.
9. IRmin sternlieb, I. Herbert Scheinberg, : *Prevention of Wilson's Disease in Asymptomatic Patients*. *New England Journal of Medicine* Feb. 15, P 352-359. 1968.
10. Lambert, William W.: *Interpersonal Behavior* P. 885 in Paul H. Mussen (ed) *Handbook of Research Methods in Child Development*. New York: John Wiley and Sons, Incorporated, 1960.
11. Leventhal, Howard, and Elizabeth Sharp.: *Facial Expressions as Indicators of Distress*. PP. 296-318. in Silvan S. Tomkins and Carroll E. Izard (eds), *Affect, Cognition, and Personality*, New York: Springer Publishing Company, Incorporated, 1965.
12. Marcia M.: *Aphasia: Providing Better Nursing care*. *Nursing Clinics of North America*, Vol. 13. No. 3 Sep. P. 543-555, 1978.
13. Maslow, A. H.: *Motivation and Personality*. New York: Harper and Row, 1954.
14. Myra Levine.: *The Pursuit of Wholeness*, *American Journal of Nursing*, 69: 97-98, 1969.
15. MacBryde Cyril-Mitchell, Blacklow Robert Stanley, : *Signs and Symptoms* J.B. Lippincott Company P. 670, 1975.
16. Norman S. et al.: *Understanding Aphasia*. *Amer. J. Nurs.* 79: 2135-2138, 1979.
17. Petrillo, Madeline and Sanger, Sirgay : *Emotional Care of Hospitalized Children, An Environmental Approach*, J. B. Lippincott Company, 1973.
18. Rubin R.: *Body Image and Self-esteem* *Nursing Outlook*, 16(6): 22, 1968.
19. Sharon L. Roberts.: *Behavioral Concepts and Nursing Throughout the Life Span*. 南山堂翻印 PP. 49-74, 1979.

# 護理於 醫療中 之角色

孫善祥

隨著時代的進步，提供民衆最佳之醫護服務一直是從事醫護決策者所尋求的方向。醫護服務自預防疾病、促進健康、維持健康、治療疾病乃至復健，其目的在在均是使每一位國民於醫療網下，得到醫護照顧，所以醫護服務方式亦隨著民衆的「需要」而改變。

民衆之需要，可自本省社會現象而了解一、二，以下即自幾方面來看社會對衛生之需求：其一，以七十年代台灣地區十大死因統計得知慢性病佔其中七項。慢性病之特徵係病程長，多為無法恢復之病理狀況造成，可能留下殘障，若個案抵抗力差則需長期之醫護照顧及復健訓練。設若長期慢性疾病佔據醫院病床，勢必造成更多更嚴重急性病患者無法適時入院治療而延誤成重病，對個人、家庭、社會損失更鉅。故慢性病及出院後需職能治療、物理治療等長期復健之病患，必然由公共衛生工作人員承擔起此部份責任。

其二，自人口年齡層看六十五歲以上之人口於六十九年之統計佔全部人口百分之四·一五。自民國四十年至六十八年間，男性壽命平均增加十六·二六歲，女性壽命平均增加十一·一六歲。由於預防醫學進步，人們生活水準提高，壽命普遍延長，老年人口亦有增加，它是時代進步之象徵，反過來說它亦代表被負擔人口年年增加，人口趨於老化，隨之而起的就是老年人醫護照顧的問題，老人院之設立，老人醫學之發展及老人慢性長期疾病之居家護理。

其三，即出生率。民國六十九年台灣地區出生率為千分之二十三·三八，每平方公里有四百九十四人，為世界人口密度最密地區之一。人口密集，帶來沉重的教育負擔，衛生醫療