

# 照顧一位應力性 尿失禁手術後併發 排尿障礙個案之護理經驗

林孟秀 藍詩婷 李佩蓉\* 葉惠玲\*\*

## 中文摘要

本文是一位六十五歲婦女因尿失禁行恥骨陰道吊帶術，術後併發解尿困難再度入院之護理經驗。護理期間由2009年5月22日至25日，以Gordon十一項功能性健康評估，運用觀察、會談、身體評估及電話聯絡等方式收集資料，經評估確認個案問題有疼痛、排尿型態障礙、無望感。筆者深感個案因排尿困難反覆就醫，無望表情一覽無遺，故護理期間加強傾聽、主動關懷，引導個案說出內心感受，並以正向方式鼓勵，扮演一位傾聽、衛教及支持者角色；此外，運用排尿日誌及加強措施前後衛教，協助個案接受病情變化並積極治療，改善身心問題，進而降低無望感。期盼藉由此經驗分享提供日後照護類似個案之參考。(志為護理, 2011; 10:6, 107-117)

關鍵詞：應力性尿失禁、排尿型態障礙、無望感

## 前言

根據統計應力性尿失禁是婦女最常見之尿失禁類型，約佔24~43%(柯，2009)，在臺灣地區每十位婦女中就有一位是應力性尿失禁的個案(顏，2006)，此疾病的嚴重性雖不至於危及生命，但

廣泛影響身、心、靈及社會層面，如身體上不舒適、性生活不便、情緒變化、缺乏自信、社交隔離、經濟負擔等，進而影響生活品質(柯，2009)。文獻指出，恥骨陰道吊帶手術治療應力性尿失禁的治癒率可高達81%~90%(Fong & Nitti, 2010)，但排尿障礙卻也是尿失禁

財團法人佛教慈濟綜合醫院護理部護理師 慈濟大學護理學研究所研究生\* 財團法人佛教慈濟綜合醫院護理部泌尿科專科護理師\*\*

接受刊載：2011年6月15日

通訊作者地址：葉惠玲 970花蓮市中央路三段707號 護理部

電話：886-3-856-1825 分機2776 電子信箱：yehhuiling@yahoo.com.tw

手術後常見之併發症(Natale, La Penna, Saltari, Piccion, & Cervigni, 2009; Siddighi & Karram, 2007), 即使醫護人員於手術前已給予詳細的解釋及衛教, 但排尿障礙併發症發生時, 仍讓病患久久無法接受。此外, 依艾瑞克森理論, 此個案正處於老年期, 主要發展於自我統合/絕望階段, 成功者會出現滿足與成就, 反之感到不滿、出現絕望感受。筆者感受到此個案為尿失禁老年期婦女, 因症狀嚴重加劇才就醫, 但手術後卻併發解尿困難, 近期多次就醫情況下, 讓個案飽受身心煎熬並產生無望感, 在治療護理的過程中, 醫護人員也備感壓力, 故引發筆者書寫個案報告之動機。護理過程中除加強陪伴及傾聽外, 並於每次介入護理措施前, 明確告知目的重要性及風險, 讓個案了解進而降低擔心, 讓個案對於治療有正向之感受。期望藉此護理經驗與臨床護理人員分享, 也希望提供往後護理人員照護此類似個案之臨床參考。

## 文獻查證

### 一、應力性尿失禁手術後常見之生理問題及其護理措施

國際尿控制協會定義應力性尿失禁是在腹壓突然增加之狀態時, 如咳嗽、打噴嚏、搬重物時, 不自主性的漏尿(Abrams, 2010)。當婦女發生漏尿時, 除了濕答答的感覺與長期看護墊的使用所帶來之身體不適, 也須面臨外出和花費增加等壓力, 進而造成生活中許多困擾和尷尬(張、陳、林、楊, 2008)。恥骨陰道吊帶手術是目前常使用治療

尿失禁成功率高的手術方式(Siddighi & Karram, 2007), 手術是將人工網膜吊帶經由陰道置入, 並將吊帶固定於下腹部恥骨上(郭, 2006), 手術後會留置一條導尿管引流尿液放置約1-2天, 陰道會留置一紗布捲, 減少陰道內的感染及壓迫陰道內的傷口避免出血及血腫, 因為手術後懸吊的關係, 大腿內側會有疼痛的現象, 應慢慢移動, 約2-3天會慢慢減緩(李、謝, 2009)。恥骨陰道吊帶手術後常見併發症有出血、感染、疼痛、排尿困難、尿急失禁或骨盆器官脫垂等問題(顏, 2006), 而手術後傷口疼痛是最常見的問題, 疼痛評估是件很重要的工作, 以便了解如何緩解疼痛所帶來的生理不適及心理的焦慮, 評估包括疼痛的感覺、部位、性質、時間、強度等, 儘可能使病人的疼痛降到最低, 包括藥物性及非藥物性處置措施(劉, 2009); 術後另一個常見併發症是排尿障礙(Natale et al., 2009; Siddighi & Karram, 2007), 發生率約4~10%, 但此症狀是暫時的, 且可在數天至數周後自行改善(Natale et al., 2009), 此手術導尿管約在術後1-2天後拔除, 在病患每次解完尿後需測殘尿量, 如發生尿滯留時, 就必需執行導尿方式以排空膀胱(Natale et al., 2009), 直到殘尿量少於50西西或總尿量的20%。臨床上可配合排尿日誌的使用, 對病患而言是簡單及節省時間的紀錄方法, 只要配合正確記錄, 即可能有機會改善排尿狀況, 內容包括記錄排尿次數及每次的排尿量, 臨床醫師也可以從排尿日誌間接發現病患24小時排尿情形(McKertich, 2008)。臨床上護理人

員會給予有刻度的量杯及排尿日誌單，並建議每兩小時攝取200ml的液體，避免睡前大量飲水，飲食中避免刺激性飲料及食物，如咖啡、茶、可樂、西瓜、蓮霧、楊桃等(李、謝，2009)，並衛教定時排尿重要性，約每兩至三小時如廁一次，待個案解尿十分鐘內，使用超音波測量餘尿量，當餘尿量小於100ml時，表示膀胱排空功能正常，若餘尿量大於200ml，則須以導尿方式排空尿液(吳，2006)。但若排尿障礙症狀持續，就可安排行陰道放鬆吊帶手術，此手術簡單且術後不易再度發生尿失禁(Siddighi & Karram, 2007)。

## 二、無望感及其護理措施

無望感是一種心理狀態，當個體處於選擇機會受限或根本沒有選擇餘地，以致自覺無法投入精力施展身手之主觀感受(何、徐，2008)。Bruss(1988)指出無望感對患者之影響相當深遠，甚至比疾病過程更有害於患者，而長期持續的無望

感可能導致死亡。無望感是個案對未來期望充滿著負向感受，臨床上護理人員應有責任及早偵測出個案的無望感，並運用關懷及鼓勵宗教信仰的支持以提升希望感，體認生命的價值與意義，適時提供護理措施，使病患持有正向的態度並積極參予治療(蘇、陳，2009)。

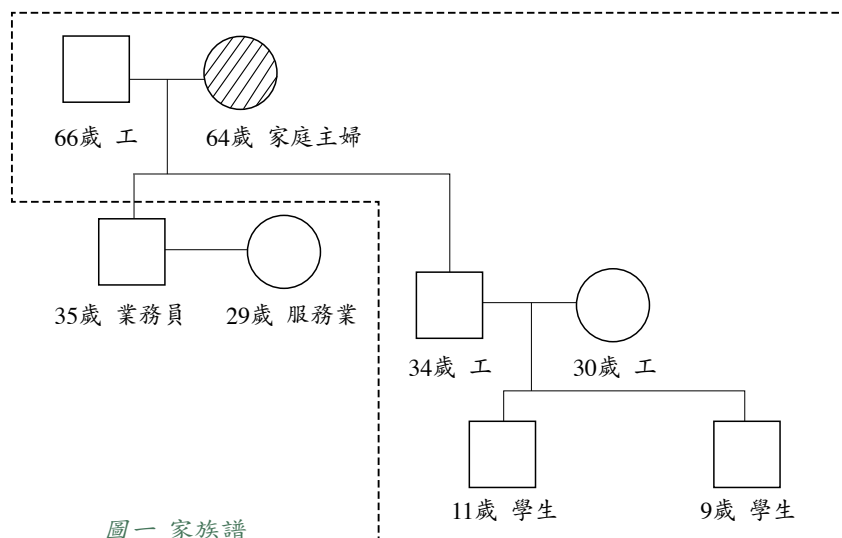
## 護理過程

### 一、個案簡介

洪女士，65歲，國中畢業，已婚，家庭主婦，自然生產育有二男，目前與丈夫、小兒子、媳婦、孫子同住，與家人相處融洽。家中經濟來源為丈夫與兒子。個案平時整理家務，偶會外出與親友聊天或與出遊。住院期間由案夫在旁照顧，無特殊家庭史。家族譜見圖一。

### 二、過去病史

個案本身有糖尿病及高血壓多年，目前藥物控制中。2009年4月29日因尿失禁接受陰道恥骨吊帶手術。



圖一 家族譜

### 三、此疾病過去病史及此次就醫經過

2000年開始	用力咳嗽時會漏尿，需使用護墊保護。
2005年	門診就醫藥物治療無效
2009/4	因症狀加劇故就醫，並診斷中重度應力性尿失禁，需手術治療。
2009/4/29	住院接受陰道恥骨吊帶手術。
2009/5/1	手術後因解尿困難，安排經恥骨吊帶放鬆手術。
2009/5/3	因尿液可自解，餘尿少於100西西，出院。
2009/5/11	5/11-5/22因解尿困難，至診所執行多次導尿。
2009/5/22	因尿滯留，第二次住院。
2009/5/23	安排行經陰道放鬆吊帶手術。
2009/5/25	自解順暢，出院。

### 四、護理評估

護理期間從2009年5月22日至2009年5月25日止，依Gordon 十一項功能性健康型態對個案進行整體性評估並收集資料。

#### (一) 健康認知與健康處理型態：

個案自訴：「年輕時很健康沒生過什麼病，生活作息也很正常，沒有抽煙喝酒。現在老了年紀大了，有高血壓及糖尿病，我每天都很注意吃藥的時間，有空會測測血壓及血糖。用力就會漏尿已經很多年了，一天都要換上5片護墊且量多，吃藥也沒效，如果外出真的會很麻煩，頻頻找廁所換護墊，最近覺得很煩受不了了，所以才來看醫生」。護理期間衛教個案排尿日誌的使用，個案表示清楚，並願意配合排尿日誌的登記，出院後也願意接受醫師的指示下定時返診治療，住院期間案夫偶爾在旁也會一起聽從醫護人員衛教及指示。

#### (二) 營養與代謝型態：

個案身高155公分，體重65公斤，理想體重為52.9公斤，屬於肥胖範圍，個

案訴：「平常三餐都吃一碗飯，飯後也會吃水果，平時喝水量約每日1,000西西」。住院期間，三餐由醫院伙食提供，無額外食用點心或補充品。個案全身皮膚飽滿且彈力正常，除了下腹部左右兩側各有1×1平方公分傷口疤痕外，其餘皮膚完整，下腹部傷口外觀淨，無紅腫之情形。個案毛髮正常量多色黑，有稀疏白髮。口腔黏膜無破皮，吞嚥無異常疼痛或吞嚥困難之情形，下肢無異常水腫。5/22住院期間血液生化值為：Hb：10.9mg/dL、Hct：43%、Alb：3.5g/dL。

#### (三) 排泄型態：

個案平時排便習慣每日一次，色黃軟硬適中，無異常出血情形，也無便秘，故不曾使用藥物協助排便。個案訴：「沒有尿尿問題，一直到多年前，發覺咳嗽時會有漏尿，要用護墊」，於是在4/29接受恥骨陰道吊帶手術，術後第一天拔除導尿管後，發現有解尿困難之情形，經評估後，於術後第二天在病房局部麻醉下，安排經腹部

放鬆吊帶手術，之後約每3小時自解尿液約100~200ml，色黃無雜質，餘尿約60~100ml。個案返家後仍有解尿困難之情形，個案訴：「回家後有時會解不出尿，且有時都會感解不乾淨有脹尿感，都要到診所導尿，並服用肌肉鬆弛劑幫助排尿，但狀況未改善。」故於5/22再次入院，期間可自解100~200ml，身體評估自個案的恥骨聯合處開始觸診，並逐漸上移，可感覺微突、平滑、漲大的膀胱，經導尿管引流餘尿仍約300ml。2009/4/29抽血檢查報告如下：BUN：18mg/dL、Cre：1.2mg/dL。

#### （四）活動與運動型態：

個案年輕時於市場工作，現在為家庭主婦，生活可自理，無固定運動的習慣，平時在家會看電視、聽廣播，或是與鄰居聊天，偶爾會與丈夫及孩子們至外散步活動、旅遊。住院期間四肢肌力皆為5分，活動時不需他人協助，四肢活動協調不易跌倒，活動時身體功能協調，走路可走一直線，活動時也無呼吸費力之情形，5/24因傷口疼痛，大部分時間皆臥床休息，偶爾看電視或與鄰床病友聊天，或由先生陪伴至病房區散步。

#### （五）睡眠與休息型態：

個案自訴：「每日睡眠時間約4~5小時，比較淺眠，只要有一點點聲音就很容易醒來，平常我都需要使用安眠藥，幫助睡眠」。住院期間，約晚上10點就寢，早上5、6點就起床，睡前有常規安眠藥Eszco 0.5顆使用，服用藥物後睡眠平穩。此次住院個案白天未見個案有打

哈欠疲憊之情形，偶爾臥床休息閉目養神，期間有午休習慣，每次約睡1~2小時，個案訴：「晚上因有吃安眠藥，所以睡得比較好，不容易醒來」。

#### （六）認知與感受型態：

個案意識清楚，有老花眼之情形，未配戴眼鏡，身體評估時請個案閉眼，個案對於疼痛位置可清楚指出正確位置，對於知覺、溫度及觸感亦可確切的辨識。5/23術後個案主訴：「陰道內的傷口疼痛不適，痛到我都不敢下床活動，可以打止痛針嗎？」，疼痛指數約10分，住院中常規止痛劑(paran)一天四次服用，止痛針(pethidine) 50 mg prn q6h使用。5/24及5/25早上執行陰道傷口換藥時，個案雙大腿及臀部緊縮不易放鬆，皺眉及呻吟，個案訴：「換藥真的很痛」，在護理人員協助下，慢慢可放鬆雙腿執行換藥。

#### （七）自我感受與自我概念型態：

個案平日很注重外表，外出一定會打扮，也很在意他人的看法。5/22個案滿臉憂容訴：「之前鄰床的阿婆也是做同樣的手術，為何她可以排尿，而我就尿不出來。」5/22再次入院訴說著：「為何還是會解尿困難呢？手術是否沒做好呢？這種事情為什麼會發生在我的身上呢？每次尿不出來就需要到診所或是急診找醫師，都不知該怎麼辦才好？」個案因排尿困難導致反覆就醫，頻頻至醫療院所導尿，以至於情緒低落更訴：「這個月跑醫院好幾次，醫院門診5~6次，診所6~7次，真的很煩，問題都沒解決，我看我真的沒希望能治療好了，我以後是不是要靠導尿過日子了。」

(八) 角色與關係型態：

個案第一角色是一位65歲女性，第二角色為太太、母親、奶奶，第三角色為病人，目前家中決策皆由丈夫與兒子做決定。個案平時與家人相處融洽，平時兒子媳婦也很關心個案的身體狀況。住院期間皆由丈夫陪伴於旁，給予鼓勵支持，大兒子也常以電話聯繫關心個案目前之狀況。

(九) 性與生殖型態：

個案14歲開始有月經，月經週期規則，每次約6天，55歲時停經，目前已更年期，婚姻維持40多年，育有二男，與丈夫相處融洽感情深厚，自訴：「年老了彼此互相照顧扶持，就很滿足了」。個案女性第二性徵明顯，乳房對稱，無壓痛。住院期間協助陰道換藥，視診雙腿及骨盆肌肉，雙側對稱，肌肉無異常或萎縮，外陰部毛髮對稱，尿道口無紅腫或膿樣分泌物，陰道分泌物少量，無惡臭味。

(十) 因應與壓力耐受型態：

個案訴：「平時遇到困難或心情不好時，會與老公商量，所以老公是最重要的精神支柱，不管有多困苦，我們會一起克服」。住院期間，曾表示原本因為漏尿情形感到懊惱，但手術後卻害怕

著解尿困難無法改善，但因住院期間二兒子及媳婦頻繁前來探望，也常以手機與大兒子聯絡，5/23個案訴：「小孩也常打電話來，看到老公這麼辛苦陪伴，也經常給予鼓勵，我會盡量配合醫師，希望趕快好起來。」。住院期間案夫經常陪伴於旁。

(十一) 價值與信念型態：

個案為佛教徒，平時會至廟裡拜拜，祈求家人平安快樂，認為宗教是發自內心的，寧可信其有，不可信其無。5/23個案訴：「平時的我很平凡，沒有特別人生規劃，只要生活能平平安安就很滿足了」；住院期間偶會到病房內設置的佛堂祈求，希望能早日康復，而在病房內偶爾也會拿著佛珠虔誠祈禱。

**問題確立**

綜合以上整體性評估結果，確認個案護理問題有：

- 一、疼痛/與經陰道放鬆吊帶手術陰道內傷口有關(5/23~5/25)。
- 二、排尿型態障礙/與尿失禁手術後解尿困難有關(5/22~5/25)。
- 三、無望感/與疾病需要反覆就醫治療有關(5/22~5/25)。

**護理計劃與結果評值**

- 一、疼痛/經陰道放鬆吊帶手術陰道內傷口有關(5/23~5/25)。

護理目標：1.5/24個案疼痛指數可降為3分。

2.出院前個案能說出減輕疼痛技巧3項。

主客觀資料	護理措施	評值
<p>S:</p> <p>1.5/23「陰道內傷口很大是不是?我覺得好痛。」</p> <p>2.5/23「痛到我不敢下床活動。」</p> <p>4.5/24「換藥時要輕一點,我很怕痛」</p> <p>O:</p> <p>1.5/23執行陰道吊帶放鬆手術</p> <p>2.5/23手術返室後,要求止痛針注射,疼痛指數10分。</p> <p>3.5/23住院護理期間,常見個案皺眉、呻吟,尤其換藥時加劇。</p> <p>4.5/24換藥時,皺眉、呻吟,疼痛指數約7分,要求給予止痛藥。</p> <p>5.陰道內傷口少量淡紅色分泌物。</p> <p>6.5/24早上執行陰道傷口換藥時,個案雙大腿及臀部緊縮不易放鬆。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.每班評估疼痛指數及疼痛性質部位,告知若疼痛無改善或無可忍受時,可立即告訴護理人員。</li> <li>2.每日兩次協同主治醫師探視個案傷口疼痛緩解情形。</li> <li>3.每日執行陰道傷口護理時,主動詢問個案目前傷口疼痛情形並詢問疼痛指數,依醫囑給予口服止痛劑(paran 一顆QID服用,若疼痛無法改善時依醫囑給予Demerol PRNQ6H)針劑止痛劑使用。</li> <li>4.在5/23個案因術後主訴疼痛,故予以Demerol 50mg IM使用。</li> <li>5.5/23下午3點個案臥床,協助打開電視,使個案可放鬆心情轉移注意力,減少疼痛感。</li> <li>6.5/24早上9點個案下床活動,護理人員在旁協助,並教導個案可用手支撐床欄,並且移動緩慢,減少傷口牽扯疼痛,上床後協助採舒適臥位,以幫助放鬆肌肉。</li> <li>7.每班集中性護理,提供個案寧靜空間,給予適當的休息時間。</li> <li>8.5/24及5/25早上執行陰道傷口換藥時,會同時協助個案更換乾淨衛生護墊,並告知保持會陰部的清潔的重要性,以預防傷口化膿造成疼痛加重,並評估個案每次如廁後清潔方式,並教導由前往後擦乾。</li> <li>9.請個案每次如廁時,觀察衛生護墊上的分泌物,如有異常或是鮮紅分泌物時,請立即通知護理人員。</li> </ol>	<p>1.5/23個案於手術室返回病室時,因疼痛使用Demerol 50mg後,病患主訴疼痛指數由10分下降至8分。</p> <p>2.5/24早上10點個案可說出:「我躺床上看電視或看書,時間一下就過了,疼痛就比較不明顯,走路放慢我也感覺比較不痛了。」</p> <p>3.5/24下午5點個案疼痛指數可降為3分。</p> <p>4.5/24 晚上10點個案訴:「剛有吃止痛藥,傷口比較不痛了」</p> <p>5.5/25換藥時,陰道傷口沒有異常出血及分泌物。</p>

## 二、排尿型態障礙/尿失禁手術後解尿困難有關(5/22~5/25)。

護理目標：1. 5/23個案可正確記錄排尿日誌。

2. 出院前個案餘尿量小於100ml。

主客觀資料	護理措施	評值
<p>S：</p> <p>1.5/22：「為什麼感覺想尿卻尿不出來呢?」</p> <p>2.5/22：「每次尿不出來都要到診所導尿」。</p> <p>3.5/22：「有時候用力時會滴個幾滴」。</p> <p>4.5/22：「這一個月尿尿這件事讓我覺得很辛苦」。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.5/22每4~6小時評估個案排尿情形,身體評估觸摸膀胱是否有脹尿感,可先請個案如廁排尿,再協助超音波測量餘尿量,避免憋尿,以減少膀胱過度膨脹所導致解尿困難。</li> <li>2.5/22個案欲排尿時,主動提供床旁馬桶如廁,以便統計排尿量,並協助拉圍簾,提供隱密的環境,鼓勵全身放鬆,以利排尿。</li> </ol>	<p>1.5/23 9AM個案可將每一次喝水量、排尿量與餘尿量記錄在排水日誌單上。</p> <p>2.5/24 下午五點評估個案排尿姿勢,可採正確排尿方式。</p>

主客觀資料	護理措施	評值
<p>O:</p> <p>1.99/4/29接受陰道恥骨吊帶手術。</p> <p>2.4/29手術後因解尿困難至診所就醫多次，每次導尿餘尿量約350ml-400ml。</p> <p>3.5/1因尿液自解困難，行腹部放鬆吊帶術。</p> <p>4.5/22身體評估自個案的恥骨聯合處開始觸診，並逐漸上移，可感覺微突、平滑、漲大的膀胱</p> <p>5.5/23因自解困難，於全身麻醉下安排經陰道放鬆吊帶手術。</p>	<p>3.5/22如廁過程中給予誘尿，如聽取水聲或沖洗會陰部。</p> <p>4.5/22觀察個案如廁的姿勢，並教導正確排尿方式，採坐姿，雙手交叉於腹部，上半身向前傾，雙腳彎曲，增加腹壓方式。</p> <p>5.5/22提供排尿日誌單，告知記錄內容有時間、尿量、飲水量、餘尿，其記錄方式與目的及紀錄之重要性。</p> <p>6.5/22給予有刻度的量杯，建議兩小時飲水200ml，並衛教勿食用刺激性及利尿的食物，如茶、咖啡、西瓜、可樂等食物，以免增加膀胱的敏感性。</p> <p>7.給予有刻度的尿缸，建議每2~3小時如廁，如果自解困難應立即告知護理人員。</p> <p>8.每次個案自解尿液後十分鐘內，協助超音波測量餘尿量，若餘尿量大於200ml，則須以導尿方式排空尿液。</p> <p>9.5/22下午5點協同醫師探視個案，評估排尿日誌後，向個案解釋將於5/23安排吊帶放鬆手術。</p> <p>10.給予正向的鼓勵和讚美，強化學習動機。</p> <p>11.評估目前使用藥物，確認有無影響排尿功能。</p>	<p>3.5/24個案約1小時到3小時可解200~350ml尿量，無夜尿、急尿或解尿困難等之情形。</p> <p>4.5/25出院當天早上的自解量為200ml，餘尿量以超音波測量約80ml。</p> <p>5.5/24個案約每小時飲用100ml的水，也會在飯後吃蘋果及柳丁汁。</p>

### 三、無望感/疾病需要反覆就醫治療有關(5/22~5/25)。

護理目標：1.5/23前個案可說出內心正向想法。

2.出院前個案可表達出未來的正向想法。

主客觀資料	護理措施	評值
<p>S:</p> <p>1.5/22個案訴：「同樣的手術，上次住院隔壁床的阿婆就尿的很好，我卻尿不出來呢？」</p> <p>2.5/22主訴：「我以後是不是不能正常排尿了？你知道尿不出來的痛苦嗎？」</p> <p>3.5/22「以後都要靠導尿嗎？尿不出來，人生不就完了！」。</p>	<p>1.交接班時，主動自我介紹，個案傾吐時主動性傾聽，採漸進性與個案建立良好護病關係。</p> <p>2.每日治療時間與個案聊天，鼓勵說出內心感受，予傾聽，請個案放鬆心情，並聊聊目前治療的方向，請一步步跟著醫師的治療方針前進會有進步的，讓個案有被尊重的感受。</p> <p>3.護理期間告知就醫非對自己有害，而是可讓醫師依目前的病情變化給予治療，讓個案知道定期就醫對於病情的重要性及必要性。</p>	<p>1.5/23個案訴：「希望等一下的手術可以解決問題」。</p> <p>2.5/24個案訴：「醫師及護士都很積極照顧我，我也要配合治療」。</p>



主客觀資料	護理措施	評估
<p>4.1.5/23「這一個月裡跑醫院診所那麼多次，真的很煩，覺得沒希望可醫治好這病」。</p> <p>O:</p> <p>1.5/22觀察個案一個人時表情淡漠。</p> <p>2.第一次出院後一個月內在門診求治約有5~6次，診所6-7次，住院2次，每次約3~4天。</p> <p>3.護理期間，個案表情淡漠，經常拿佛珠虔誠祈求。</p>	<p>4.做任何治療時，向個案解釋目的，如排尿記錄單的運用目的，且告知目前藥物治療，可協助放鬆肌肉以利排尿，讓個案安心配合治療。</p> <p>5.適時給予正向的回應，告知返診的目的，可評估排尿是否有改善。</p> <p>6.鼓勵家屬多陪伴並予心理支持。如三餐用餐時間，與個案一同用餐，餐後可出去散散步，放鬆心情。</p> <p>7.利用下午茶時間，到協調室與個案進行會談，給予關懷鼓勵告知排尿狀況有進步，重建治療的價值觀，面對疾病的變化。</p> <p>8.與個案談論宗教信仰對個案的意義，護理期間可依照個案信仰於病房內擺設佛照或佛珠。</p> <p>9.4/23與個案口訴過去曾有類似個案的事件，並說明整個處理經過及後續治療的成功案例，增加個案對於醫療團隊後續處理的信心。</p>	<p>3.出院當天個案訴：「目前這樣很好，以後終於不用天天跑醫院了」。</p> <p>4.5/30電訪個案訴：「尿管很好，也不會漏，過兩天我會回門診看醫生。」</p>

### 討論與結論

本文是探討一位應力性尿失禁術後併發解尿困難之併發症，陸續反覆就醫，身心受煎熬，表現出無望感之護理經驗。住院期間，提供尿道吊帶放鬆手術之相關訊息衛教，主動傾聽建立信任性治療關係，在照護過程中，除了滿足個案身心靈需求，也協助個案每一次排尿的準備，適時給予心理支持，於每次執行治療前，明確的告知目的及重要性，及其相關注意事項，讓個案了解，減輕擔心。而個案出院後，也以電訪方式追蹤，得知個案自解尿液順暢，進而減少醫院診所來回奔波次數，也知道按時返診之重要性，5/30電訪個案訴：「現在很好，外出不用護墊，也不怕尿不出來。」

深感手術後併發症及反覆就醫是造成個案身心無望之主要原因，但因無法改變此結果，實為臨床上一大限制，故於護理措施上加強傾聽、主動關懷及陪伴，並提供類似案例經驗分享，協助個案繼續接受治療的動力，改善排尿障礙之問題，進而降低個案反覆就醫的頻率及無望感。最後藉由此護理經驗之反思，臨床上除了提供書面或光碟片衛教資料，多次告知手術併發症發生率之外，建議需明確評估個案及家屬接收訊息的程度，必要時可反覆評估，或讓個案及家屬明確了解併發症的發生率及情況後，再決定是否手術的必要性；衛教過程中也清楚讓個案明白，當併發症發生時，醫療團隊是有能力解決之信心。希望藉由此個案報告提供臨床上護理人員照護此類似個案之經驗參考。

## 參考資料

- 何宜蓁、徐菊容(2008)·協助一位無望感老人成功移除尿管之居家護理經驗·*長期照護雜誌*，12(1)，91-103。
- 吳易謙(2006)·尿失禁·*長期照護雜誌*，10(3)，224-237。
- 柯明中(2009)·女性應力性尿失禁—診斷與治療·*長期照護雜誌*，13(1)，29-40。
- 李嘉蕙、謝珮琳(2009)·泌尿系統疾病之護理·於劉雪娥總校閱，*成人內外科護理*(四版)，772-782頁·臺北：華杏。
- 郭漢崇(2006)·應力性尿失禁·*下水道的春天*(pp.171-179)·臺北：旺文社。
- 張靖梅、陳淑月、林獻鋒、楊素珍(2008)·應力性尿失禁婦女之生活經驗·*醫護科技學刊*，10(3)，208-219。
- 劉向援(2009)·手術全期護理之原則·於劉雪娥總校閱，*成人內外科護理*(四版)，322-330頁·臺北：華杏。
- 顏兆熊(2006)·女性之尿失禁·*當代醫學*，33(12)，21-26。
- 蘇清菁、陳玉敏(2009)·無望感之概念分析·*長庚護理*，20(4)，456-462。
- Abrams, P., Andersson, K. E., Birder, L., Brubaker, L., Cardozo, L., & Chapple, C. et al. (2010). Fourth international consultation on incontinence ecommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. *Neurourology and Urodynamics*, 29(1), 213-240.
- Bruss, C. R. (1988). Nursing diagnosis of hopelessness. *Journal of Psychosocial Nursing*, 26, 28-31.
- Fong, E. D., & Nitti, V. W. (2010). Review article: Mid-urethral synthetic slings for female stress urinary incontinence. *British Journal of Urology International*, 106(5), 596-608.
- McKertich, K. (2008). Urinary incontinence - assessment in women: Stress, urge or both? *Australian Family Physician*, 37(3), 112-117.
- Natale, F., La Penna, C., Saltari, M., Piccion, E., & Cervigni, M. (2009). Voiding dysfunction after anti-incontinence surgery. *Minerva Ginecologica*, 61(2), 167-172.
- Siddighi, S., & Karam, M. M. (2007). Surgical and nonsurgical approaches to treat voiding dysfunction following antiincontinence surgery. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*, 19(5), 490-495.

靜思語

不要小看自己，  
因為人有無限的可能。

~ 證嚴法師靜思語 ~

Do not underestimate yourself;  
everyone has unlimited potential.

~ Master Cheng Yen ~

# A Nursing Experience of a Patient with Postoperative Voiding Dysfunction After Receiving Pubovaginal Sling Procedure for Stress Urinary Incontinence

Meng-Xiu Lin, Shi-Ting Lan, Pei-Rong Lee\*, Hui-Ling Yeh\*\*

## ABSTRACT

This article illustrated the nursing experience of a 65 year-old woman, whom received pubovaginal sling procedure for the treatment of stress urinary incontinence, and was complicated with postoperative voiding dysfunction which required re-admission. The duration of nursing care was between May 22<sup>nd</sup> and May 25<sup>th</sup>, 2009. Gordon's eleven health functional patterns were applied to evaluate the patient's condition along with data collected through direct observation, interviews, physical assessments and telephone polling. Three health-related problems were identified: pain, voiding dysfunction and hopelessness. The patient showed her despair and expressed frustration toward her debilitating condition and repetitive medical visits. When handling negativity and complaints of the patient, the author applied an empathetic approach by means of active listening, assistance provision, giving advices and encouraging the patient to express her concerns. In addition, by recoding voiding diary and delivering concise patient-education information, the patient acknowledged her disease progression, which facilitated the acceptance of treatment with a positive attitude, increased medical compliance, achieved a physical and psychological harmony and reduced the sense of hopelessness. The author wished to share this unique nursing experience to provide a reference for other colleagues when encountering similar cases. (Tzu Chi Nursing Journal, 2011; 10:6, 107-117)

**Keywords:** hopelessness, stress urinary incontinence, voiding dysfunction

---

RN, Buddhist Tzu Chi General Hospital; Graduate Student, Postgraduate Institute of Nursing, Tzu Chi University\*; Nurse Practitioner, Buddhist Tzu Chi General Hospital\*\*

Accepted: June 15, 2011

Address correspondence to: Hui-Ling Yeh 707, Sec.3, Chung-Yang Rd. Hualien 970, Taiwan, ROC.

Tel: 886-3-856-1825 ext.2776; E-mail: yehhuiling@yahoo.com.tw