



台灣實證護理學會 會刊

EBN Corner

理事長：周幸生 秘書長：郭素真

編輯團隊：台灣實證護理學會研究發展委員會

本期主編：廖彥琦、郭素娥、謝伶瑜

2015; Volume 2, 104年11月 出版

第二期 目錄

| 主題 | 頁碼 |
|--|----|
| 理事長的話 | 2 |
| 台灣實證護理學會 周幸生理事長 | |
| 主編的話 | 3 |
| 台灣實證護理學會研究發展委員會 廖彥琦主任委員 | |
| 中心導管組合式照護是否能降低呼吸加護病房導管相關血流感染 | 4 |
| 臺中榮民總醫院護理部 黃惠美/彭月珠/劉淑芳/蘇佳美/陳雅惠 | |
| 運用組合式介入措施對於降低中心導管相關血流感染之成效 | 9 |
| 佛教花蓮慈濟醫院護理部 戴佳惠/陳惠蘭/陳佳蓉 | |
| 實證健康照護臨床運用—以腹部按摩運用於長照機構便秘住民改善成效為例 | 12 |
| 奇美醫療財團法人柳營奇美醫院護理部 王俞蓉 | |
| 低升糖指數飲食協助糖尿病患者穩定控制血糖之成效 | 15 |
| 臺北榮民總醫院護理部 洪翊慈 | |
| 使用計步器促進日間病房思覺失調症個案健走運動量之成效 | 18 |
| 長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院 許瓊華/陳其嶸/郭雅玲 | |
| 新生兒執行侵入性治療前予空針餵食母乳是否可減緩疼痛 | 20 |
| 天主教聖馬爾定醫院護理部 蔡婉芷/林碧琪/李雅芬 | |
| 實證甘苦談 | 27 |
| 臺北榮民總醫院護理部 廖怡粉/樊君儀 | |
| 以實證探討按摩治療對促進早產兒生理指標穩定之成效 | 29 |
| 台南新樓醫院護理部 吳雅惠 | |
| 髖和膝關節置換手術後病人吸菸對傷口癒合和增加術後合併症之影響 | 32 |
| 臺北市立聯合醫院陽明院區 謝麗華 | |

◎ 理事長的話

台灣實證護理學會 周幸生 理事長

台灣實證護理學會成立已四年，短短的期間，在全體理監事及委員們的努力下，已順利將實證護理的概念、操作與臨床應用，利用不同的策略，成功的在台灣北、中、南、東各地播種萌芽，也在許多雜誌、期刊以及護理實證相關競賽中；看到實證在護理臨床上的應用，且能具體呈現護理專業在提升照護品質的成果。

本學會在會員期待中推出第二期電子會刊，先要謝謝本期主編研究發展委員會主委廖彥琦理事及編輯郭素娥委員的精心規劃與設計，讓此會刊能在掌聲中精采出場。本期主要內容為第一屆及第二屆實證護理競賽的得獎作品，由這些題目即可看出臨床護理人員積極運用實證提升護理品質的用心，且努力利用各種巧思與策略將實證應用於臨床。由於這些作品使得本期會刊內容多元與豐富；且具極高閱讀價值。由衷感謝這些作者們願意將作品與全體會員共同分享，讓實證護理的同好與後進們能經由閱讀本會期刊，而能更深入了解實證護理應用在臨床的方法。

推動實證護理的主要目的是強化護理人員的臨床照護能力，包括提供病人具實證基礎的標準化護理服務，同時亦能依據病人的需求，提供具實證基礎之個別化服務。近年來資訊技術與行動載具大幅進步，使得健康照護相關之專業知識取得已是輕而易舉的事，未來的世界將是以實證來領導各種專業的發展方向，無法應用實證的專業將會逐漸落伍。培育護理人員具備利用實證解決臨床問題的能力，已是目前護理教育與護理管理者必須負起的責任。台灣實證護理學會將積極扮演推動與落實實證臨床應用的推手，讓護理專業的科學實證能在所有健康照護領域展現護理的價值。

目前台灣多數的護理人員對於實證護理這個名詞已不陌生，但是如何於臨床上開始進行實證及應用實證仍是有疑惑的，學會的各委員會將通力合作藉由多元化的方式進行實證知識的推廣，104 年度我們辦理了各三期的實證基礎訓練班以及實證進階訓練班，一期的系統性文獻回顧培訓班，同時也完成 80 位實證種子師資之認證，強壯了我們的護理實證師資群。除了定期安排實證實體課程以及實證競賽外，未來將邀請實證方法學的專家進行專題講座，學會會刊每期將會有一個實證方法學為主題的文章；同時也可安排實證案例、實證臨床應用等研討會邀請各地實證菁英進行經驗分享，希望讓會員能藉由學會所提供之多重管道，在實證的領域裡自在成長與茁壯。

在年終歲末之際，藉由本會第二期會刊出刊，預祝全體實證護理學會會員身體健康、事事如意、實證應用得心應手、實證成果結實纍纍。

台灣實證護理學會理事長 周幸生 敬上

台灣實證護理學會研究發展委員會主任委員 廖彥琦

台灣實證護理學會電子會刊已邁入第2年，今年所投稿的主題，不難發現許多機構推展實證護理的用心與決心，因陸續許多單位已逐漸將實證照護落實於臨床應用，除了早期實證推展的風氣營造，讓實證概念萌芽，更進一步讓實證照護於臨床實務開花結果，這是相當令人振奮的。而此次實證應用主題共有3篇，包含2篇探討組合式照護對降低導管相關血流感染之成效，此提及的組合式介入措施包含手部衛生、最大無菌範圍、2% Chlorhexidine 皮膚消毒、避免由股靜脈置入及每日評估留置必要性五大項，運用結果顯示此照護模式確實能有效降低導管相關血流感染；另1篇為運用腹部按摩於長照機構便秘住民之成效，此作品曾榮獲本會於2013年所舉辦的實證競賽金獎，其以簡易、不需成本花費的腹部按摩改善長照機構住民最常面臨的便秘問題，不僅受惠於長照住民，此團隊更進行偏遠地區健康照護推廣，造福更多有便秘困擾之民眾，讓實證運用不再侷限於醫療機構，更推展至社區；此外，本次會刊亦收錄了5篇實證評讀與1篇實證甘苦談分享，實證評讀族群涵蓋糖尿病患者、思覺失調症個案、新生兒、早產兒、髖和膝關節置換術後病人，介入措施依序為低升糖指數飲食、使用計步器、予空針餵食母乳、按摩治療、吸菸與否，此可看出護理人員已逐漸將實證主軸拉回至護理功能的獨特性作思考，與過往常著眼於醫療措施、藥物、儀器設備、換藥敷料等較缺乏護理功能之措施有明顯的轉變，此亦是實證護理推動多年來的正向進展。往後，也期待本會會刊能有更多元化的實證照護資訊，不僅僅是知識分享平台，亦是知識創造平台，讓護理人員能有更多的資源支持，引領實證推展道路更少阻礙。

2015.11.18

中心導管組合式照護是否能降低呼吸加護病房導管相關血流感染

黃惠美/ 臺中榮民總醫院護理督導長
彭月珠/ 臺中榮民總醫院副護理長
劉淑芳/ 臺中榮民總醫院護理長
蘇佳美/ 臺中榮民總醫院護理師
陳雅惠/ 臺中榮民總醫院護理長

一、背景

中心導管是醫療機構中重要且不可或缺的醫療處置，卻是血流感染的重要危險因子(盛等，2012)。據研究指出，美國院內感染有 10-20%與血管導管裝置有關，每年有 150 萬病人接受血管導管之裝置，卻有 20-40 萬人發生導管相關血流感染(catheter line associated bloodstream infection, CLABSI) (Perencevich et al., 2007)。美國在密西根州 103 個加護病房執行中心導管組合式照護(central vascular catheter care bundle, CVC care bundle) CLABSI 顯著減少(Pronovost et. al., 2006)。美國疾病管制中心於 2011 年更新 CLABSI 預防照護指引，但醫療人員的遵從性仍不理想，故建議依醫療機構之特性，讓醫護人員遵循應用於每日工作，方能降低 CLABSI 發生率(McLaws & Burrell, 2012)。

本院呼吸加護病房(RICU)，共設 24 床位數，佔床率 90%，以呼吸衰竭等內科重症病人為主。在 2011 年 8 月推動 CVC care bundle，但無法獲得醫護同仁的認同，故引發動機期藉由實證循環驗證推動 CVC care bundle 的效益。

二、問題評估與分析

2011 年 10-12 月至 RICU 實地觀察醫師及護理人員執行 CVC care bundle 狀況及原因分析如下：

| 項目 | 執行狀況 | 原因分析 |
|---------|--|---|
| 手部衛生 | 1. 醫師洗手時機正確與遵從性 75.75%。 2. 護理師照護管路手部衛生 81%。 | 不認同手部衛生之重要性。 |
| 最大無菌面防護 | 1. 置管人員的無菌區維護達成率 84.5%。 2. 無菌面太小，需加鋪治療巾。 | 1. 不認同最大無菌面防護。 2. 無菌洞巾規格不適用。 3. 無法保護病人的呼吸道。 |

| | | |
|--------------|--|---|
| 2% CHG 皮膚消毒 | 1.未進用2% CHG。 2.優碘或碘酒消毒皮膚時間不足。 3.敷料小、3天需更換。 | 1.2% CHG昂貴，醫院未進用。 2.消毒皮膚需耗時2min。 3.敷料易脫落。 |
| 避免選擇股靜脈 | 放置股靜脈率29.7%。 | 1.醫師擔心相關合併症。 2.醫師置管技能不足。 |
| 每日評估導管留置的必要性 | 每日評估執行率57.6%。 | 1.人力不足。 2.增加書面資料填寫，查核表流於形式。 |

三、文獻查證

將問題形成 PICO，依實證的循環 5A 進行，共尋找到 9 篇 (SR 1 篇、RCT 5 篇、Cohort study 2 篇及指引 1 篇)，其中所搜尋之 SR、RCT 及 Cohort study，以 CASP 進行評析 (NHS organizations, 2013)，而照護指引評讀使用 AGREE 繁體中文版 (陳，2006)，而各篇實證證據等級依據 Oxford Centre for Evidence Based Medicine Levels of Evidence Working Group (2011) 所制定證據等級評析，指引建議強度使用 Joanna Briggs Institute (2007) 臨床指引建議 ABC 三等級來評定臨床指引強度，如表一。

表一 組合式照護指引

| 組合式照護指引內容 | 建議等級 |
|---|------|
| 1.手部衛生：插置、更換、評估、縫線及更換敷料前後執行手部衛生(Grade B) ^{#1} | B |
| 2.最大無菌面防護：使用帽子、口罩、無菌隔離衣、手套及覆蓋全身無菌巾(Level 1) ^{#2} (Level 2) ^{#3} | A |
| 3.2% CHG 皮膚消毒：大於 0.5% CHG 進行皮膚消毒(Level 2) ^{#4, #5} | A |
| 4.避免選擇股靜脈(Level 2) ^{#6, #7} | A |
| 5.每日評估留置必要性，儘早移除導管(Level 3) ^{#8, #9} | B |

註：證據等級右上標數字和參考資料之文獻編號同。

四、成果評量

2011 年 8 月始推動 CVC care bundle，至 2013 年 6 月 CVC 置管遵從率由 56.6% 提升至 93.5%，照護遵從率由 81.8% 提升至 90%，使用率由 44.7% 降至 41.7%，CLABSI 1.36‰ 降至 0.97‰，成效均符合實證建議。

五、成效推廣與影響範圍

(一) 成本效益分析

- 1.2011年有5例導管相關血流感染，次年降低為3例CLABSI，根據台大醫院統計每發生一例院內感染將增加197,460元醫療費用，2例則節省394,920元。
- 2.每次置放CVC需使用消毒劑30 ml，由30 ml碘酒(約5元)改為30ml CHG(約45元)，增加費用為40元。2012年新置管數為276支，故增加11,040元。
- 3.CVC照護費用：由每3天CD調整為每6天CD，每次換藥可節省1733元，計算方式如下：2012年導管留置人次數共3,101日數，換藥次數減少518次，共省897,694元。
- 4.上述1-3的資料，2012年推動CVC care bundle，有形成本約省1,281,574元，其中不包含節省醫療人員使用2% CHG消毒劑所節省之時間。

(二)成效推廣

- 1.2011年8月RICU使用2% CHG進行CVC置入及照護的皮膚消毒；2013年7月推廣2% CHG消毒劑為全院使用。
- 2.本院8個成人加護中心先後納入計畫，CLABSI 3.41%降至1.63%。
- 3.2013年擔任CVC bundle 國家計劃的中區示範醫院，將最大無菌洞巾的規格分享給7家示範醫院；另輔導中區9家醫院共同執行CVC bundle計劃。
- 4.本院推動CVC bundle care經驗受到肯定，同仁受邀擔任相關主題之經驗分享，頗受好評。

本院 CVC bundle care 於 2011 年推動至今，彙集同仁之執行困難後提升執行策略，步步以提升醫療品質、降低醫療成本，整合醫療照護者、品質監測者與病人共同致力參與預防 CLABSI 等措施，邁向零感染容忍率的中長期目標。

六、參考資料

#1-#9 表納入評析之參考文獻

陳杰峰(2006).AGREE 臨床指引評估工具繁體中文版·台北：台北醫學大學萬芳醫院實證醫學中心。

盛望徽、張育菁、張瑛瑛、洪美娟、洪儀珍、簡淑芬、陳宜君(2012)。落實組合式感染管制照護(Bundle care)以降低中心導管相關血流感染·醫療品質雜誌，6(3)，59-64。

#9 Berenholtz, S. M., Pronovost, P. J., Lipsett, P. A., Hobson, D., Earsing, K., Farley, J. E., ...Perl, T. M. (2004). Eliminating catheter-related bloodstream infections in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 32(10), 2014–2020.

#1 Boyce, J. M., & Pittet, D. (2002). Guideline for hand hygiene in health-care settings: Recommendations of the healthcare infection control practices advisory committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA hand hygiene task force. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 23 (12 Suppl.), S3–S40.

- #3 Carrer, S., Bocchi, A., Bortolotti, M., Braga, N., Gilli, G., Candini, M., & Tartari, S. (2005). Effect of different sterile barrier precautions and central venous catheter dressing on the skin colonization around the insertion site. *Minerva Anestesiologica*, 71(5), 197–206.
- #2 Hu, K. K., Lipsky, B. A., Veenstra, D. L., & Saint S. (2004). Using maximal sterile barriers to prevent central venous catheter-related infection: A systematic evidence-based review. *American Journal of Infection Control*, 32(3), 142-146.
- Joanna Briggs Institute. (2007). Grades of recommendation. Retrieved from <http://www.joannabriggs.edu.au>
- #4 Maki, D. G., Ringer, M., & Alvarado, C. J. (1991). Prospective randomised trial of povidone-iodine, alcohol, and chlorhexidine for prevention of infection associated with central venous and arterial catheters. *Lancet*, 338(8763), 339–343.
- McLaws, M., L., & Burrell, A.,R. (2012). Zero risk for centralline-associated bloodstream infection: Are we there yet? *Critical Care Medicine*, 40, 388-393.
- #7 Merrer, J., De Jonghe, B., Golliot, F., Lefrant, J. Y., Raffy, B., Barre, E., ...Nitenberg, G. (2001). Complications of femoral and subclavian venous catheterization in critically ill patients: A randomized controlled trial. *The Journal of the American Medical Association*, 286(6), 700–707.
- #5 Mimosz, O., Pieroni, L., Lawrence, C., Edouard, A., Costa, Y., Samii, K., & Brun-Buisson, C. (1996). Prospective, randomized trial of two antiseptic solutions for prevention of central venous or arterial catheter colonization and infection in intensive care unit patients. *Critical Care of Medicine*, 24(11), 1818–1823.
- NHS organizations. (2013). Critical appraisal skills programme making sense of evidence. Retrieved from <http://www.casp-uk.net/>
- Oxford Centre for Evidence Based Medicine Levels of Evidence Working Group. (2011). The Oxford 2011 Levels of Evidence. Retrieved from <http://www.cebm.net/index.aspx?o=565>
- #6 Parienti, J. J., Thirion, M., Megarbane, B., Souweine, B., Ouchikhe, A., Polito, A., ...Charbonneau, P. (2008). Femoral vs jugular venous catheterization and risk of nosocomial events in adults requiring acute renal replacement therapy: A randomized controlled trial. *The Journal of the American Medical Association*, 299(20), 2413–2422. doi: 10.1001/jama.299.20.2413.

- Perencevich, E. N., Stone, P. W., Wright, S. B., Carmeli, Y., Fisman, D. N., & Cosgrove, S. E. (2007). Raising standards while watching the bottom line: Making a business case for infection control. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 28(10), 1121-1133.
- #8 Pronovost, P., Needham, D., Berenholtz, S., Sinopoli, D., Chu, H., Cosgrove, S., ...Goeschel, C. (2006). An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *The New England Journal of Medicine*, 355(26), 2725-2732.

運用組合式介入措施對於降低中心導管相關血流感染之成效

戴佳惠/ 佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院副護理長
陳惠蘭/ 佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院護理長
陳佳蓉/ 佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院護理部副主任

壹、背景

中心導管相關血流感染(Catheter Related Bloodstream Infection, CRBSI)為醫療照護相關感染的一種，定義為病人使用中心導管超過 48 小時後或移除中心導管 48 小時內出現的感染現象(衛生福利部疾病管制署，2013；Jia, et al, 2015)。根據 2012 年台灣院內感染監視系統的統計結果顯示：醫學中心加護病房 CRBSI 感染密度中位數為 4.7‰，為所有侵入性醫療裝置感染的第一位(張等，2013)。CRBSI 對病人的影響包括增加死亡率 12-25%、延長住院天數並增加 4000-56000 美元的照護成本(Shah, Bosch, Thompson, & Hellinger, 2013)。而美國疾病管制局於 2011 年公佈新版預防中心導管相關血流感染指引當中，建議執行具實證基礎的組合式介入措施(Bundle care)來預防感染發生(O'Grady, et al., 2011)。

本單位為成人內科加護病房，根據 2012 年單位統計資料發現 CRBSI 平均感染密度為 6.12‰，佔單位侵入性醫療裝置感染的第一位。醫護團隊為了提供高品質的重症照護並降低 CRBSI 的感染密度，故成立專案小組與感染管制室合作，期望能透過實證證據以達到降低 CRBSI 感染密度及達到提升照護品質的目標。

貳、目的

運用組合式介入措施作為中心導管照護時的主要措施，期能達到降低 CRBSI 之成效。

參、方法

一、搜尋最佳證據等級文獻

根據實證護理五個步驟執行，設定 PICO 找出可回答的臨床問題為：加護病房使用中心導管的病人透過組合式介入措施的執行能否降低中心導管相關血流感染？

文獻搜尋方向設定搜尋 NGC、NICE 及疾病管制署等照護指引，並考量本土化需求，團隊最後共識採用疾病管制署及台灣感染管制學會針對預防 CRBSI 所提出的組合式介入措施(台灣感染管制學會，2013)。

此組合式介入措施包含手部衛生、最大無菌範圍、2% Chlorhexidine 皮膚消毒、避免由股靜脈置入及每日評估留置必要性。

二、中心導管組合式介入措施執行過程

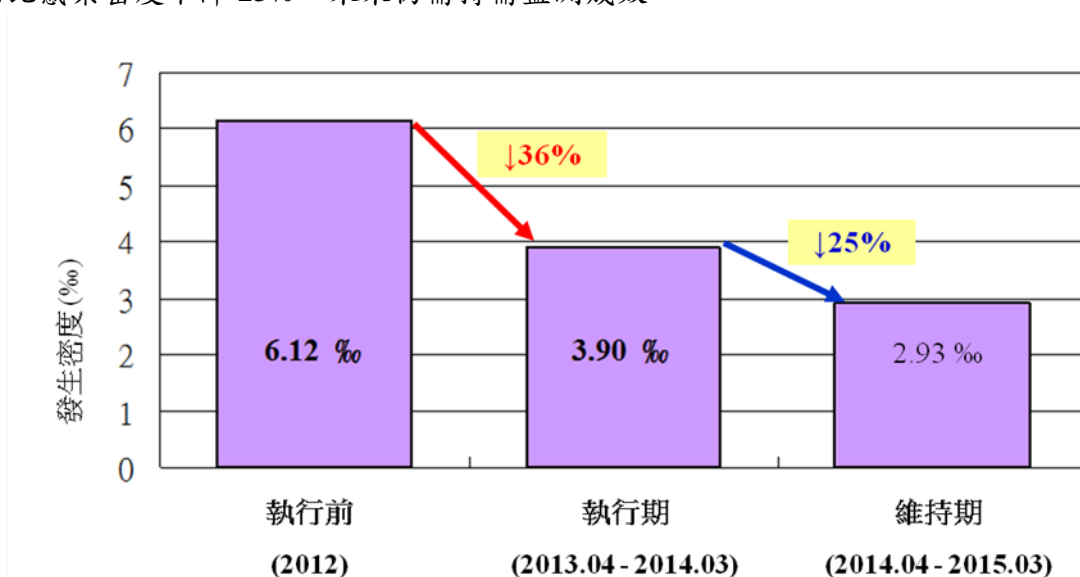
2013年4月導入中心導管組合式介入措施，透過三場在職教育、影片介紹及實際操作進行組合式介入措施的宣導。中心導管組合式介入措施執行方式：(一)遵守洗手五時機；(二)中心導管置放時由醫護團隊共同提醒，並鋪設從頭到腳的單一無菌布單；(三)使用2% Chlorhexidine 消毒皮膚，覆蓋導管用的透明敷料改為每7天更換一次的材質；(四)避免由股靜脈置入，若有特殊需求(如透析導管)則需說明；(五)運用資訊系統設定照護查檢表，由醫師及護理師完成導管置放紀錄及每日照護評估，以達即早移除導管及減少書寫記錄時間。另外由感染管制室每月進行實地稽核與感染個案討論。

肆、結果

在2013年4月至2014年3月正式導入組合式介入措施後，CRBSI的平均感染密度為3.90%，與未執行前的感染密度6.12%相比下降36%(圖一)。此外針對每月導管使用人日部分，發現執行組合式介入措施前每月中心導管使用人日平均為577人日，執行後平均為418人日，降幅達27.6%。此結果與文獻結果相似，顯示組合式介入措施可有效改善CRBSI。

伍、結論

單位推行組合式介入措施的結果顯示確實能有效降低CRBSI的發生，目前已平行推展到全院各病房執行，並透過院內數位學習課程讓醫護團隊有持續學習的管道。目前單位2014年4月至2015年3月的統計發現，CRBSI的平均感染密度為2.93%(圖一)，與執行期相比感染密度下降25%。未來仍需持需監測成效。



圖一、中心導管組合式介入措施執行前後感染密度變化

陸、參考文獻

台灣感染管制學會(2013, 4月)·中心導管相關血流感染的組合式照護·取自

https://www.nics.org.tw/data_reference.php

張上淳、王昱蒼、蘇秋霞、周偉惠、王立信、王振泰…等(2013)·2012年台灣院內感染
監視資訊系統分析報告·感染控制雜誌, 23(6), 209-314。

衛生福利部疾病管制署(2013, 7月)·新版醫療照護相關感染監測定義·取自

<http://www.cdc.gov.tw/professional/index.aspx>

賴育宜、黃惠鈺、呂佩佩、潘明芳(2011)·以實證觀點探討加護病房照護中心之中心靜脈
導管血流感染·長庚護理, 22(4), 479-67。

Jia, L., Yu, H., Lu, J., Zhang, Y., Cai, Y., Liu, Y., & Ma, X., (2015). Epidemiological
characteristics and risk factors for patients with catheter-related bloodstream infections in
intensive care unit, *Zhonghua Yi Xue Za Zhi*, 95(9), 654-658.

O'Grady, N. P., Alexander, M., Burns, L. A., Dellinger, E. P., Garland, J., & Heard, S.O., et al.,
(2011). Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. *American
journal of infection control*, 39(4), S1-S34. doi: 10.1016/j.ajic.2011.01.003

Shah, H., Bosch, W., Thompson, K. M., & Hellinger, W. C., (2013). Intravascular Catheter-
Related Bloodstream Infection, *The Neurohospitalist*, 3(3), 144-151. doi:
10.1177/1941874413476043

實證健康照護臨床運用—以腹部按摩運用於長照機構便秘住民改善成效為例

王俞蓉/ 奇美醫療財團法人柳營奇美醫院副護理長

為因應網路科技發達時代，使民眾能於網路搜尋相關照護方式，進而向醫護人員提出多樣化照護問題，對於醫護人員實為一大挑戰。因此實證健康照護推展是以科學的視角，結合研究證據、專家建議及病人期望等，並期許能最佳的證據實際運用於臨床照護。本院護理部於 2006 年開始推展實證護理，深耕實證概念教學，2010 年將搜尋到的證據開始實際運用於臨床，經由 5 個 S 及 7 個 A 共同將實證知識轉譯運用在病人身上，以提升臨床照護品質。以下將以 2013 年參加台灣實證護理學會所主辦的實證護理競賽獲獎主題「以腹部按摩運用於長照機構便秘住民之成效」運用過程為例，與實證同好分享。

便秘是長照機構住民最常面臨的健康問題，因此由居家護理師在參與實證小組討論時，提出因住民長期服用軟便劑及使用灌腸會造成相關的副作用，希望能有非藥物治療的方式來幫助他們，我們初步由背景資料了解文獻上提出便秘的非藥物治療及容易操作執行的為腹部按摩，其他如穴位按摩等皆考量照顧者及病人自行取穴不易及取穴位置正確性的質疑，因此我們才以腹部按摩為主要介入措施，因此小組成員完成 PICO，進而文獻搜尋及評讀後，共同討論出可經由腹部按摩可顯著改善長照機構住民之長期便秘症狀。我們先由文獻內所呈現的按摩手法進行詳細瞭解，並由腸胃科醫師、護理師及物理治療師進行跨團隊整合及討論腹部按摩手法，共同進行改良為方便民眾使用及省力的按摩手法，包含：輕推放鬆、指揉刺激、掌(拳)揉推動、震盪排氣等四步驟，再參考文獻提到需要每日需進行至少 15 分鐘的腹部按摩(詳見圖一)，且至少持續 4 週，以達改善便秘症狀為目標，開始尋找願意配合的長照機構，利用抽籤方式分為實驗組與對照組，實際將腹部按摩手法運用於長照機構住民。



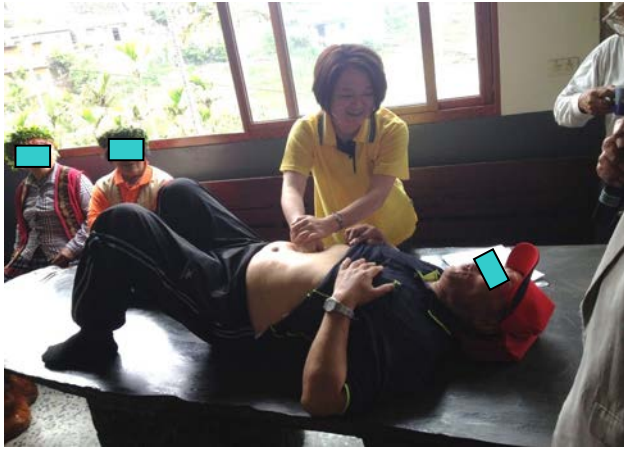
圖一、腹部按摩手法改良

在團隊與各長照機構負責人接洽過程，各機構照護團隊皆認同便秘問題確實是住民嚴重的健康問題，並向其說明經由實證知識獲得的腹部按摩手法可改善便秘問題，負責人及照護團隊也願意配合執行，講解研究執行方式，製做標準作業程序，同時於醫院內申請研究計畫經費，並獲得院方支持，並向人體試驗委員會申請審查通過。我們經由知識確定、現況分析後，進行行動方案擬定(詳見表一)，首先於各機構進行腹部按摩在職教育，教導機構護理師及照服員，並讓其親自體驗正確腹部按摩力道及手法，由推廣團隊成員確認其手法正確性後，由合格的照服員協助進行，我們先向住民及其家屬說明後，並經由其同意後，開始介入腹部按摩四週，過程中亦將各項紀錄標準化，研究人員負責每週成效進行記錄及探訪。研究成果發現在介入腹部按摩的住民自訴在便秘症狀、腸蠕動次數及大便性質皆能得到正向改善。另對於未介入腹部按摩之住民，亦於完成收案後，針對護理師及照服員進行腹部按摩在職教育，後續由機構自行進行運用。我們於完成研究數個月後，隨機再抽樣訪談機構護理單位，得知機構已將腹部按摩手法解決便秘問題內化為機構內標準照護模式為：有便秘問題的住民，會先採用腹部按摩，若無效才會採用灌腸，亦發現機構住民發生肛門膿瘍有減少的趨勢，因為得到這樣的感動回饋，讓我們未來在推動實證健康照護對於病人所得到的好處，感覺更具信心。

表一、知識、現況分析與行動方案擬定

| 知識、現況分析與行動方案擬定 | | | |
|----------------|---------------------------|--|---|
| | 知識內容 | 現況問題 | 行動方案 |
| ★ 知識、態度 | 腹部按摩可顯著改善長照機構住民之長期便秘症狀 | <ol style="list-style-type: none"> 1 不了解腹部按摩重要性 2 不清楚腹部按摩知識 | <ol style="list-style-type: none"> 1a. 了解 1b. 接受 2a. 標準作業程序(結構) 2b. 腹部按摩操作方法(過程) 2c. 評值方式(結果) |
| ★ 行為 | 腹部按摩必須每日至少15分鐘，至少持續4週才有效果 | <ol style="list-style-type: none"> 1 要做嗎? 2 誰來做? 3 何時做? 4 有效嗎? | <ol style="list-style-type: none"> 1 Aware – 找到Key persons 2 Accepted – 說服Key Persons 3 Applicable – 尋求專家協助建立標準作業程序 4 Able – 舉辦教育訓練教導腹部按摩技巧及成效評估方法 5 Acted on – 提"錢"來講(研究經費補助) 6 Agreed – 眼見為憑(成效評值) 7 Adhered to – 訪談回饋 |

我們後續亦將腹部按摩的成效，進行偏遠地區健康照護推廣，教導偏遠地區有便秘居民可運用腹部按摩進行緩解(詳見圖二)，並實地教導腹部按摩手法，獲得居民正向回饋；因此我們更進一步製作教學影片及衛教單張，公開於醫院網站及衛教單張櫃內提供給一般民眾使用，更獲得多位民眾來電詢問學習手法，讓我們更相信實證健康照護於臨床推廣的必要性。



圖二、偏遠地區腹部按摩推廣



圖三、腹部按摩跨領域團隊

低升糖指數飲食協助糖尿病患者穩定控制血糖之成效

洪翊慈/ 臺北榮民總醫院護士

一、背景

隨著國人飲食及生活習慣改變，近年罹患糖尿病的人數快速增加，而糖尿病若未獲得控制易產生許多併發症，如冠狀動脈心臟病、腎病變、視網膜病變等問題，其中冠狀動脈心臟病更是糖尿病患者重要的併發症及死因，故穩定控制血糖十分重要，除了藥物治療，如何利用飲食協助控制血糖也成為一項議題。

二、目的

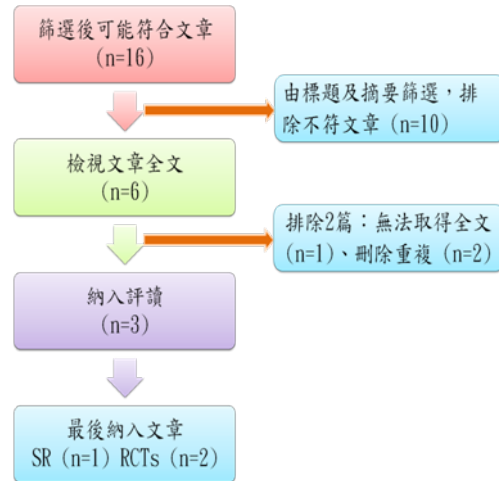
低升糖素飲食是近年來逐漸熱門的飲食法，不少糖尿病病友在風聞這種飲食方式後提出詢問，因此引發探討本文主題的動機，試圖瞭解低升糖指數飲食是否有助於糖尿病患者穩定控制血糖？

三、方法

先確定題目 PICOS 如下：

| P | I | C | O | S |
|-------|--------|------|------------------------|--------------------------|
| 糖尿病患者 | 低升糖素飲食 | 一般飲食 | HbA1c Blood glucose | RCT Systematic review |

文獻搜尋由 Medline、PubMed、CINAHL 等資料庫獲得。關鍵字：1.Diabetes Mellitus、2.Low GI Diet/ Low Glycemic Index Diet、3.HbA1c/Blood glucose。搜尋限制：Human、2009-2012 文獻、Systematic Review 或 Randomized Controlled Trial。依關鍵字搜尋得 16 篇文獻，再分別依標題及摘要篩選餘 6 篇，排除重複及無法取得之文獻，最後餘 3 篇，SR 1 篇 (Level 1)，RCT 2 篇 (Level 2)，納入之文獻如下表所示(證據等級使用 Oxford center for EBM, 2011)：



圖一、篩選流程圖

| 篇名 | 研究設計 | 證據等級 |
|--|------|---------|
| Thomas D& Elliott EJ. (2009).Low glycaemic index, or low | SR | Level 1 |

| | | |
|--|-----|---------|
| glycaemic load, diets for diabetes mellitus, <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , Issue 1. Art. No.: CD006296. DOI: 10.1002/14651858.CD006296.pub2. | | |
| Rovner, A. J., Nansel, T. R., & Gellar, L. (2009), The effect of a low-glycemic diet vs a standard diet on blood glucose levels and macronutrient intake in children with type 1 diabetes, <i>J Am Diet Assoc.</i> , 109(2),303–307. | RCT | Level 2 |
| Nisak, M. Y. B., Talib, R. Abd., Norimah, A. K., Gilbertson, H., Azmi, K.N. (2010), Improvement of dietary quality with the aid of a low glycemic index diet in Asian patients with type 2 diabetes mellitus, <i>Journal of the American College of Nutrition</i> , 29(3),161–170. | RCT | Level 2 |

四、評讀結果：

| | Thomas, (2009), SR | Rovner, (2009), RCT | Nisak, (2010), RCT |
|------|--|--|--|
| P | diabetes mellitus | children with type 1 diabetes | type 2 diabetes mellitus |
| I | Low glycaemic index low glycaemic load | low-glycemic diet | low GI dietary |
| C | high glycaemic index high glycaemic load | a standard diet | conventional carbohydrate exchange (CCE) dietary |
| O | HbA1c | blood glucose levels | HbA1c level |
| 研究方法 | Thomas & Elliott 使用標準化方式提取資料分析，篩選出 11 篇 RCT 文獻，共 402 名受試者，年齡：10-63 歲，男性多於女性，平行試驗與交叉試驗分開統計。 | 研究者採取隨機交叉試驗的方式，將參與者分兩組，一組(A)吃建議的低升糖指素飲食，另一組(B)未限制飲食，第五天互換飲食方式，使用 CGMS 監測血糖，並記錄 | 104 位亞洲受試者隨機分為兩組，分別建議「low GI dietary」或「conventional carbohydrate exchange dietary」，持續十二週後進行追蹤分析比較。 |

| | | | |
|------------------|--|--|---|
| | | 飲食日誌。 | |
| 研究 成果 | <p>1. 11 篇文獻統計結果，平行試驗組加權均數差 (WMD) 為 -0.5% ，$P=0.02$，交叉試驗組加權均數差為 -0.5% ，$P=0.03$(信賴區間皆為 95%)，顯示低升糖指數飲食可顯著降低糖化血色素值</p> <p>2. 低升糖指數飲食與高升糖指數飲食相比，前者低血糖事件的發生率有顯著減少($P < 0.01$)</p> <p>3. 低升糖指數飲食每個月發生高血糖事件的比例較碳水化合物指數飲食少了 15% 以上 (35% 比 66% ，$P=0.006$)。</p> | <p>採取低升糖指數飲食與一般飲食者比較，平均血糖值為「$125\pm 28\text{mg/dl}$」比「$185\pm 58\text{mg/dl}$」($p < 0.001$)，顯示低升糖素飲食確實比一般飲食有較低的血糖表現。</p> | <p>採 low GI dietary 建議的受試者在十二週結束時較採用 CCE dietary 的受試者，HbA1c 有顯著降低 ($p < 0.05$)。</p> |
| 評 讀 工 具 | Systematic Review Appraisal Sheet (University of Oxford, 2005) | Risk of Bias from Cochrane Handbook for Systematic Review of Interventions. Version 5.1.0 (2011) | |

五、結論與臨床應用：

低升糖指數飲食比一般飲食有較低的血糖表現，亦可降低糖化血色素值，高、低血糖事件發生率也較低，顯示低升糖指數飲食的確有助於糖尿病患者穩定控制血糖。故於臨床工作上，採取協助會診營養師的方式，教導病人低升糖指數飲食相關知識，以期病人返家後能遵照飲食指導，達到良好控制血糖的效果。

使用計步器促進日間病房思覺失調症個案健走運動量之成效

許瓊華/長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院護理師
陳其嶸/長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院精神科系職能師
郭雅玲/長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院護理長

一、背景及目的

藥物治療是思覺失調症個案主要治療方式之一，而抗精神病藥物會促進食慾造成體重增加，導致脂肪組織增加與腹部肥胖，使得肥胖盛行率及心血管疾病死亡率高於一般民眾(曾、楊、林、陸，2005; Allison et al., 2009)。研究顯示，健走運動可以有效降低體重、減少體脂肪量及增進健康體適能(陳、陳，2011)。

36歲，患有思覺失調症的楊小姐，因服用抗精神病藥物，體重增加20公斤，BMI值 30.1kg/m^2 ，自覺太胖，向護理師詢問有健走為何還瘦不下來？和病友一樣使用計步器是否有效？護理師採傾聽及鼓勵持續參與外，亦諮詢病房職能治療師，經觀察個案健走情形，其健走時步態緩慢且動作幅度小，推測可能未達有效運動程度，導致肥胖問題無法改善。

臨床上，護理師曾鼓勵部分個案使用計步器督促健走，然其效果卻尚待驗證，遂引發動機，希望藉由實證護理步驟，探討以計步器為輔助，是否可以促進日間病房思覺失調症個案健走時的運動量？以期達到增進有效運動量之目的。

二、方法

以 Schizophrenia、Pedometer、Physical activity 關鍵字、運用 MeSH 檢索、布林函數搜尋 Cochrane library、PubMed、CINAHL、華藝線上圖書館資料庫，共有七筆文獻，經檢視摘要、全文結果，共一篇 Methapatara 與 Srisurapanont (2011) 之隨機對照試驗符合 PICO，遂納入評讀。

研究顯示，針對肥胖或體重超重的成人思覺失調症個案，在健走時使用計步器及促進個人動機的訪談，與接受一般照護的對照組相比，在12週後可顯著減少體重($t=-2.30, p=.03$)、BMI($t=-2.17, p=.03$)；且介入組有較高比例之受試者(68.75%)達到成功減重($p=0.006$)。使用皮卓量表(PEDro)評析研究可信度6分為佳(表一)，證據等級1+、根據蘇格蘭院際指引(Scottish Intercollegiate Guidelines Network, SIGN)之推薦等級為B、以 Review Manager 5.2 版計算體重效果值 $=-0.57(95\% \text{CI}:-1.07\sim-0.37)$ 、BMI 效果值 $=-0.53(95\% \text{CI}:-1.03\sim-0.33)$ ，達中等效果，受試者成功減重勝算比為控制組之4.84倍($95\% \text{CI}:1.68\sim13.93$)、益一需治數為3，族群相近、診斷相同、疾病穩定。綜合以上分析，計步器介入可有效增加體能活動、減輕體重和降低BMI的方案。

表一 皮卓量表(PEDro)評讀結果

| | | | |
|------------------------|---|---------------------|---|
| 1.受試者的納入條件有具體說明(本題不算分) | | | 是 |
| 2.隨機分配 | 是 | 7.對評估者全部設盲 | 否 |
| 3.分配隱匿 | 是 | 8. 85%以上受試者進行結果測量 | 是 |
| 4.基準線比較性 | 否 | 9. “意向取向治療”分析 | 是 |
| 5.對受試者全部設盲 | 否 | 10.主要結果的組間比較統計結果 | 是 |
| 6.對實施治療的治療師全部設盲 | 否 | 11.提供主要結果的點測量值和變異量值 | 是 |

團隊根據研究證據、臨床專業及個案價值取向後實際讓個案進行未使用(一週)及使用(一週)計步器健走相互比較。

三、結果

結果顯示計步器介入前個案僅2天(40%)達低度運動強度，介入後4天(80%)達低度運動強度以上，其中1天達中等運動強度；介入後一週，最大心跳次數之中位數由106bpm上升至119bpm、健走平均步數由3113步提升至4133步。初步顯示以計步器為輔助，確實可達到讓個案增加健走運動量之功效。

四、結論

配戴計步器可增加個案健走時的運動量及健走步數，但需持續鼓勵個案維持健走習慣(至少12週)，並配合外在回饋(如獎勵品、口語讚賞)，將更能提升運動成效與體重控制。計步器方便、易取得，可實際推展於日間病房，倘若個案經濟狀況無法備有計步器，建議將指定步數換算為步行區域所需之圈數或時間來替代。

五、參考資料

- 陳伶佑、陳益民(2011)·健走運動對健康體適能之探討·馬偕學報，8，135-147。
- 曾雯琦、楊政議、林晏如、陸汝斌(2005)·第二代抗精神病藥物誘發體重增加之非藥物處理·台灣醫學，9(4)，536-539。
- Allison, D. B., Newcomer, J. W., Dunn, A. L., Blumenthal, J. A. Fabricatore, A. N., Dumit, G. L., & Alpert, J. E. (2009). Obesity among those with mental disorder. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(4), 341-350.
- Methapatara W., Srisurapanont M. (2011). Pedometer walking plus motivational interviewing program for Thai schizophrenic patients with obesity or overweight: a 12-week, randomized, controlled trial. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 65(4), 374-380.

新生兒執行侵入性治療前予空針餵食母乳是否可減緩疼痛

蔡婉芷/ 天主教中華聖母修女會天主教聖馬爾定醫院護理師
林碧琪/ 天主教中華聖母修女會天主教聖馬爾定醫院護理督導
李雅芬/ 天主教中華聖母修女會天主教聖馬爾定醫院護理副主任

壹、前言

民國 89 年台灣育齡婦女生育率為 48%，至民國 104 年台灣育齡婦女生育率下降為 34%，顯現出近年來台灣生育率有逐年下降情形(衛生福利部，2015)。在生育率低、少子化的時代，父母對新生兒的臨床照護品質要求更加嚴謹，臨床上給予新生兒侵入性治療或篩檢時，新生兒常因疼痛而出現哭泣、掙扎等情形，造成父母心疼與不捨，甚至拒絕再次治療。臨床上，年齡較大的兒童或是成人予侵入性治療時，可以藉由治療性遊戲或是轉移注意力等方式，來減緩疼痛之不適(周、葉、張、林，2012；曾、尹、楊、廖，2009)，但這些方式卻不適用於新生兒。若能藉由文獻佐證找出新生兒執行侵入性治療，緩解疼痛之方法，不僅可緩解新生兒因施行侵入性治療所造成的疼痛，更能降低父母的不捨與擔憂，並促使新生兒的醫療照護品質更加完善。

貳、背景：

新生兒的出生對父母而言是一種喜悅，但臨床上的新生兒在出生後，因預防性治療必須施行篩檢採集足跟血或給予疫苗施打等。這些侵入性治療易造成新生兒哭泣、掙扎，以表達疼痛與不舒適，父母看見新生兒不斷地哭泣、掙扎的情形，會感到心疼與不捨。故筆者希望可以藉由實證探討的方式，找到新生兒接受侵入性治療時，能夠緩解疼痛的方法，並減輕父母的憂傷。

參、提出可回答的臨床問題

| | |
|------------------|-------------|
| Patient/Problem： | 執行侵入性治療的新生兒 |
| Intervention： | 空針餵食母乳 |
| Comparison： | 無餵食母乳 |
| Outcome： | 減緩疼痛 |

肆、文獻評讀

| | | | | |
|-------|---|------|--------|--|
| 文章標題： | Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. | 研究步驟 | 資料收集方法 | 以電子搜索方式，搜尋下列資料庫：Cochrane 中隨機對照試驗文章 (2011 年第 10 期)， |
|-------|---|------|--------|--|

| | | | | |
|----------------|--|---------|---------|---|
| | | | | MEDLINE (1948 年至 2011 年 9 月 16 日), EMBAS (1980 年至 2011 年第 36 週); CINAHL (1982 年到 2011 年 6 月 13 日)。沒有限制語言。排除信函 (不包含原始數據)、社論、評論、演講等文章。 |
| 證據等級： | I | | 介入措施 | <p>一、給予介入物質：</p> <p>(一)實驗組：經鼻/口胃管或空針給予母乳</p> <p>(二)對照組：不餵食和經鼻/口胃管或空針給予蔗糖水、提供安撫奶嘴或包巾包裹</p> <p>二、疼痛的評估(以下各項中的至少一項)：</p> <p>(一)生理指數：</p> <p>(1)心臟變化頻率</p> <p>(2)呼吸改變頻率</p> <p>(3)血氧飽和度變化</p> <p>(4)血壓改變</p> <p>(二)哭泣變化：</p> <p>(1)時間百分比</p> <p>(2)哭泣持續時間(以秒為單位)</p> <p>三、驗證的疼痛措施：</p> <p>(一)嬰幼兒疼痛量表(NFCS)</p> <p>(二)早產兒疼痛量表(PIPP)</p> <p>(三)其他評估量表</p> |
| 研究設計： | 系統性回顧 | | 干擾變項的控制 | 無 |
| 研究對象： | 需採足跟血及疫苗的新生兒 | | 材料 | 無 |
| 取樣法： | 無 | 研究所用的工具 | 設備 | 無 |
| 樣本數： | 無 | | | |
| 研究結果 (研究結果) | <p>一、生理指數</p> <p>(一)心跳速率變化 (每分鐘心跳)</p> | | | |

| | | | | |
|----------------|--|-------------|---------------|--|
| <p>的分析)</p> | <p>八項研究顯示改變心臟速率 (Skogsdal 1997;Ors 1999;Bucher 2000;Blass 2001; Jatana 2003;Upadhyay 2004;Uyan 2005; Yilmaz 2011)</p> <p>(1) 給予母乳和不餵食組(MD -5; 95%CI 為-12 至 2 BPM , $P = 0.17$)</p> <p>(2) 給予母乳和 10%葡萄糖組(MD 3; 95%CI 為-5 至 11BPM , $P = 0.50$)</p> <p>(3) 給予母乳和安撫奶嘴組(MD 8; 95%CI 為 0 至 16 BPM , $P = 0.05$)</p> <p>(4) 給予母乳和包巾包裹組(MD 4; 95%CI 為-3 至 11 BPM , $P = 0.25$)</p> <p>Ors 1999 表示餵食 25%蔗糖和餵食母乳後採集足跟血比較心跳增幅率下，餵食 25%蔗糖的心跳升高增幅率明顯較多(MD 14 , 95%CI 為 4 至 23)。Blass 2001 & Skogsdal 1997 表示餵食 30%蔗糖和餵食母乳後採集足跟血比較心跳頻率下，餵食母乳心跳升高頻率明顯降低許多(MD 7 , 95%CI 為 1 至 13)。</p> <p>(二) 呼吸改變頻率 沒有研究資料能納入該評價。</p> <p>(三)血氧飽和度的變化 (Upadhyay 2004)指出給予母乳組的嬰兒相比於安慰劑組無統計學顯著差異在氧飽和度的變化為 3 分上限(MD 0 , 95%CI -2 至 2)。</p> <p>(四) 血壓改變 沒有研究資料能納入該評價。</p> <p>二、哭泣變化</p> <p>(一)時間百分比 Blass 2001 研究指出餵食蔗糖水可減少哭泣時間比例，和餵食母乳相比較下($P < 0.0015$)。Bucher 2000 指出餵食母乳組(MD 15 , 95%CI 為 2~28)，餵食蔗糖水組(MD 9; 95%CI 為 2~20)</p> <p>(二)哭泣的持續時間(以秒為單位) 六項研究顯示改變哭泣持續時間 (Skogsdal 1997; Ors 1999; Bucher 2000; Blass2001; Upadhyay 2004; Uyan 2005)</p> <p>(1)從四個研究綜合數據 Bucher 2000; Ors 1999; Skogsdal 1997& Uyan 2005 顯示餵食母乳與餵食蔗糖水比較持續哭泣時間，餵食母乳的新生兒在執行侵入性治療時，持續哭泣時間較短(MD -9 , 95%CI 為-12 至-5)。</p> <p>(2)Blass2001& Upadhyay 2004 指出餵食 30%蔗糖和餵食母乳後採集足跟血比較持續哭泣時間，在執行侵入性治療時，持續哭泣時間較長(95%CI 為 37~105 秒)。</p> <p>(3)Ors 1999 表示餵食 25%蔗糖和餵食母乳後採集足跟血比較持續哭泣時間，餵食 25%蔗糖的持續哭泣時間較久(MD 33 , 95%CI 為 12~54 秒)。</p> | | | |
| <p>此篇文章的總結</p> | <p>以上應證給予空針餵食母乳比不餵食、空針餵食蔗糖水、給予安撫奶嘴和包巾包裹更可用來減輕新生兒疼痛之介入措施。</p> | | | |
| <p>文章標題：</p> | <p>Comparison of two doses of breast milk and sucrose during neonatal heel prick.</p> | <p>研究步驟</p> | <p>資料收集方法</p> | <p>1.地點是於土耳其·伊斯坦布爾馬市，爾馬拉海部大學附屬醫院嬰兒室。 2.該研究獲得當地機構</p> |

| | | | |
|-------|---|--|--|
| | | | <p>審查委員會及所有參與嬰幼兒的家長知情同意。</p> <p>3.(1)一位研究員在一小時前先將所有新生兒帶進一個安靜的房間，分別以空針餵食母乳、無菌水、蔗糖，限時兩分鐘內完成足跟採血，皆同一人位研究員執行。</p> <p>(2)另一位研究員用攝影機(三星8毫米攝影機VP- E807)記錄新生兒持續哭泣時間</p> |
| 證據等級： | II | | <p>介入措施</p> <p>一、一位研究員在一小時前先將所有新生兒帶進一個安靜的房間，使所有新生兒呈現入睡或安靜清醒的狀態(閉眼，無面部運動；閉眼，有面部運動；睜眼，沒有任何面部運動；睜眼，有面部運動)</p> <p>二、給予介入物質：分別空針餵食給予</p> <p>(一)實驗組：5ml母乳</p> <p>(二)對照組：</p> <p>(1)5ml無菌水</p> <p>(2)5ml 12.5%蔗糖</p> <p>(3)10ml母乳</p> <p>(4)10ml無菌水</p> <p>(5)10ml 12.5%蔗糖</p> <p>三、以上研究為同一人位研究員兩分鐘內完成足跟採血。</p> |
| 研究設計： | 實驗性研究設計 | | <p>干擾變項的控制</p> <p>無</p> |
| 研究對象： | 需足跟採血的新生兒(滿 37 週，Apgar 評分第 5 分鐘總分 7 分以上，出生體重為 <2500 克，出生時間超過 48 小時， | | |

| | | | | |
|-------------------|---|---------|--------|--|
| | 未有生病或服用任何藥物) | | | |
| 取樣法： | 隨機取樣 | 研究所用的工具 | 材料 | 無 |
| 樣本數： | N=142 | | 設備 | 無 |
| 研究結果 (研究結果的分析) | <p>研究結果顯示：</p> <p>(1) 空針餵食5ml母乳後給予足跟採血新生兒平均哭泣時間為117秒，疼痛分數平均4.60分</p> <p>(2) 空針餵食5ml無菌水平均哭泣時間為126秒，疼痛分數平均5.82分</p> <p>(3) 空針餵食5ml 12.5%蔗糖水平均哭泣時間為82秒，疼痛分數平均3.91分</p> <p>(4) 空針餵食10ml母乳平均哭泣時間為128秒，疼痛分數平均4.94分</p> <p>(5) 空針餵食10ml無菌水平均哭泣時間為117秒，疼痛分數平均5.00分</p> <p>(6) 空針餵食10ml 12.5%蔗糖水平均哭泣時間為95秒，疼痛分數平均4.05分</p> <p>綜合以上數據平均哭泣時間($p=0.053$)平均疼痛分數($p=0.068$)顯著差異。在給予5ml蔗糖水及10ml蔗糖水相比較疼痛分數下，無顯著差異($p=0.392$)。另外，發現給予空針餵食單劑量或雙倍劑量蔗糖水後，平均採血後三分鐘新生兒呈現清醒或沒有哭泣狀態，而空針餵食單劑量或雙倍劑量母乳對新生兒在採足跟血後三分鐘新生兒較能容易入睡。</p> | | | |
| 此篇文章的總結 | <p>以平均哭泣時間來看，空針餵食蔗糖水在平均哭泣時間較短；但依疼痛分數來看，母乳的效果鎮痛是最好的。</p> <p>另外，發現使用單劑量的母乳、蔗糖水或無菌水和雙倍劑量同介入物質比較後，緩解疼痛的效果是沒有太大變化。</p> | | | |
| 文章標題： | Randomized controlled trial of topical EMLA and breastfeeding for reducing pain during wDPT vaccination. | 研究步驟 | 資料收集方法 | <p>1.地點於印度·北方邦密拉特縣，LLR M醫學院，兒科門診。</p> <p>2.該研究獲得當地倫理委員會及所有父母知情同意。</p> <p>3.(1) 一位研究員使用鎮痛局部麻醉藥混合物(EMLA)塗上每位新生兒。分別給予空針餵食母乳、無菌水及人工甜味劑，注射wDPT疫苗。</p> <p>(2)另一位研究員用攝像機拍攝第一次哭泣時間與持續哭泣時間。</p> |
| 證據等級： | II | | 介入措施 | 一、新生兒皆使用鎮痛局部麻醉藥混合物(EMLA) |

| | | | | |
|-------------------|--|---------|---------|--|
| | | | | 二、給予介入物質： (一)實驗組：2ml 母乳 (二)對照組： (1)2ml 無菌水 (2)2ml 人工甜味劑 三、注射 wDPT 疫苗，並記錄新生兒間隔多久後，出現第一次哭泣時間與持續哭泣時間，持續哭泣時間定義為，哭泣時間隔不超過五秒為基準，且此測試進行時間為上午 10 點和下午 1 點，避免疼痛反應晝夜變化。 |
| 研究設計： | 實驗性研究設計 | | 干擾變項的控制 | 無 |
| 研究對象： | 需注射疫苗的新生兒(出生三個月以下) | | | |
| 取樣法： | 隨機取樣 | 研究所用的工具 | 材料 | 無 |
| 樣本數： | N=90 | | 設備 | 無 |
| 研究結果 (研究結果的分析) | 此研究的新生兒皆使用鎮痛局部麻醉藥混合物(EMLA) (1) 第一組空針餵食 2ml 母乳後注射 wDPT 疫苗，經過 1.14 秒才開始哭泣，平均持續哭泣時間 34.6 秒 (2) 第二組空針餵食 2ml 無菌水後注射 wDPT 疫苗，經過 0.62 秒新生兒開始哭泣，平均持續哭泣時間 180 秒 (3) 第三組空針餵食 2ml 人工甜味劑後注射 wDPT 疫苗 0.47 秒就開始哭泣，平均持續哭泣時間 94.2 秒(P < 0.05) | | | |
| 此篇文章的總結 | 空針餵食母乳對於延緩寶寶哭泣時間最佳且效果最顯著，給予人工安慰劑的效果是最差的。 | | | |

伍、如何應用到此臨床個案上

一、如何應用：

臨床上需要採集足跟血或是執行靜脈注射的新生兒，在無禁食之醫囑的情況下，可於執行前兩分鐘，利用空針餵食 5ml 母乳再執行侵入性治療，並適時配合包巾包裹或安撫奶嘴使用，以達到減緩新生兒的疼痛不適。(Ozdogan et al., 2010; Shah, Aliwalas & Shah, 2012)

二、成本效益：

新生兒執行侵入性治療前給予空針餵食5ml母乳，此項護理措施不僅無需額外增加醫療成本的花費，且能縮短新生兒採血哭泣時間，也能讓照護新生兒的護理人員減少在安撫上的護理時數，增加照護品質。

三、醫療品質的影響：

執行侵入性措施前給予空針餵食母乳可達到減緩疼痛，減少新生兒身體上不適經驗，其日後身心理發展可有較好的成長，此外能有效減緩新生兒疼痛，增進護理人員與父母親的治療性人際關係，增加對醫護人員的信任感，提升照護品質。

陸、結論

綜合以上三篇研究文獻發現，不論是在新生兒執行足跟採血或靜脈注射技術前給予空針餵食母乳，對於減緩新生兒的疼痛的程度是比文獻研究中所提到的其他措施(不餵食、空針餵食無菌水、空針餵食人工甜味劑、給予安撫奶嘴或是衣物包裹)更能減少新生兒對疼痛所造成的哭泣時間和降低心跳頻率變化。

採集足跟血或靜脈注射治療是新生兒在臨床中經常接受到的護理技術，綜合以上文獻資料得知，執行侵入性治療前給予空針餵食母乳能減緩新生兒對疼痛所造成的哭泣時間和降低心跳頻率變化。目前此實證曾在國內進行探討，但無執行此類相關性研究，顯示國內對此議題較為生疏，若能將此實證推廣至新生兒相關單位，執行侵入性治療時，能縮短新生兒哭泣時間，減少疼痛，提升照護品質。故建議新生兒相關單位可於在職教育課程中，提供新生兒疼痛緩解相關課程，藉由學習整合醫療新知，提升醫護人員的專業知識與照護品質，並適時運用於臨床中，使醫療及護理發揮最大的功效。

柒、參考資料

- 周伊純、葉宏軒、張麗玉、林建亨(2012)·運用行為介入法減輕新生兒接種疫苗之疼痛·護理暨健康照護研究，8(1)，3-13。
- 曾雯萍、尹玟、楊美紅、廖珍娟(2009)·新生兒疼痛概念分析·源遠護理，3(2)，38-45。
- 衛生福利部(2015，5月29日)·歷年育齡婦女一般生育率·2015年8月24日取自 <http://sowf.moi.gov.tw/stat/year/y02-04.xls>
- Gupta, N. K., Upadhyay, A., Agarwal, A., Goswami, G., Kumar, J., & Sreenivas, V. (2013). Randomized controlled trial of topical EMLA and breastfeeding for reducing pain during wDPT vaccination. *Pediatr*, 172(11).
- Ozdogan, T., Akman, I., Cebeci, D., Bilgen, H., Ozek, E.(2010). Comparison of two doses of breast milk and sucrose during neonatal heel prick. *Pediatrics International*,52,175-9.
- Shah, P. S , Aliwalas, L. L, & Shah, V.(2012). Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3.doi:10.1002/14651858.e4950

實證甘苦談

廖怡粉/ 臺北榮民總醫院護士
樊君儀/ 臺北榮民總醫院副護理長

在我十年前畢業剛踏入護理職場時，是在家鄉的中型婦產科診所，具有產房、嬰兒室和產後病房。就像所有的新人一樣，由學姊帶領著摸索並漸漸的熟悉了一切並逐步上了軌道。但在原有的軌道中逐漸出現新的醫療及護理措施，例如哺餵母乳的推廣，新手媽媽們覺得寶寶無法順利吃飽、也會影響到自己的作息及睡眠，護理同仁也受到家屬的質疑及責難，造成同仁及媽媽們怨聲載道。後來到了區域醫院的婦產科病房服務，推廣母乳更是成為醫院的中心目標，期望藉此成為全國的標竿醫院；但當時的我們只覺得嬰兒們吃不飽、產婦們睡不飽、護理人員更是被家屬們質疑母乳到底是好到什麼程度？值得這樣辛苦的推廣，雖然也去上了一些母乳研習營，但也只能懵懵懂懂的嘗試說服病人及家屬配合相關的母乳哺育計畫。

因緣際會之下，來到醫學中心的腫瘤專科病房，照護病人中最常見的就是化學治療，而這些化療病人常見的副作用之一就是噁心嘔吐。在病人接受治療過程中，雖然均會常規給予止吐藥，甚至使用額外的自費止吐藥，少數病人仍會出現抱著臉盆嘔吐的情形，即使心中充滿震驚，但仍只能告知醫師，給予相關的支持性療法及關懷。就在同時間也面臨自己應書寫實證讀書報告的階段，當時還不斷苦惱實證主題，並先對病房內病人常見的種類及所接受的治療等，不斷的以不熟練的文獻搜尋方法試圖確定有興趣的主題是否有文獻可供探討。但初步想到的題目例如冷凍治療可否改善化療藥導致的手足症候群、施打白蛋白可否降低放腹水後的體液容積不全等，都找不到適合的文獻，最慘的是還需擔心是否因自己搜尋方法不正確才會找不到相關的文獻，所以又拜託有書寫實證經驗的學姊指導文獻搜尋流程。在失敗數次後，尋找單位護理長討論自己的想法及曾經尋找過的主題及搜尋結果，單位護理長引導我確認比較有興趣探討的臨床現象，這時化療病人的噁心嘔吐就被確立了，但穴位按壓、精油等介入措施已有多篇文獻探討過，單位護理長靈機一動，想起曾聽說薑類製品在此領域的功效，故覺得這題材很新穎，同時也想知道這平民化的食材確實可否改善病人長久以來的困擾。因此設定了初步的關鍵字搜尋文獻，當時是需要搜尋PubMed、CINAHL、Medline 三個資料庫，因此逐個搜尋，過程中才知道國外已有把薑用於懷孕和暈動症等病人身上，最後先將和主題相關的文獻確立出來，並仔細閱讀摘要後，選出待評析文章，並確立主題為「薑是否可改善癌症病人接受化學治療引起之噁心嘔吐」。

本以為確立主題並找到文獻這最困難的部分結束了，接下來只要一步步按評析表格中的主題拆解文章即可，實際上卻不盡然。首先最困難的就是英文文獻中有太多研究方面的專有名詞，根本不知要如何翻譯，甚至不知那些看不懂的名詞就是我要探討的主題，只好將手中的文獻放下，先搜尋中文的研究文章參考，把中文的研究相關詞彙和英文文獻的內容接軌，才知道文獻的重點在何處，再回過頭把英文文獻翻譯。當時不覺得，現在才覺得醫院的實證文獻評析表項目其實是循序漸進帶領我們剖析文章，從文章的種類是 RCT 或 SR，收案時間、地點、對象、介入和比較措施等研究方法，成果指標為何，是否隨機、盲化及追蹤度等，到主要研究成果，照評析表評讀文章就可以掌握文章的精髓。最後，經過無數掙扎完成的嘔心瀝血之作終於完成，但交給單位護理長評核才發現，檢視原文文獻還是可能因為語言上的隔閡造成理解上的偏差，因此，又經過無數次的修改才完成最終心血的結晶。之後，接續這個主題進行案例分析，畢竟薑是常見的食材，這個主題乍看之下似乎不會對病人有什麼損傷，但其實文獻中提到薑可能會影響到血小板數值，所以在病人的選擇上，除了主題選定上的考量外，還需要再確認文章中所提及排除個案的原因，評析介入措施有效並取得病人的信任、主治醫師的同意後才可實際應用，以避免因此傷害個案的權益。

從開始接觸實證到現在，一路走來才發現，原來各個領域確實存在許多『狀態』令人覺得疑惑，例如：翻身是否可改善壓瘡，或是生長因子或無痛保膚膜對皮膚的保護甚至是傷口的癒合效果等，都可以藉由實證的過程獲得答案，雖然有時候相關的文章不多，但其實就是一個啟發，不論是在照護上的應用或是想要進行一個研究，都可讓護理工作有不同的層次，賦予臨床工作更多的活力，雖然在進步的同時也確實付出相當的心力。但回首初出茅廬時工作上的疑惑，再看到現在實證護理學會舉辦的全國實證競賽中，有許多產兒科相關主題的探討，例如：產後哺乳婦女是否可用穴位按摩增加泌乳量？嬰兒餵食母乳是否可降低第一型糖尿病發生率？都可以用來和產婦和家屬分享，以便於院內措施的推動。而在現在的工作領域中，實證讀書報告的主題一路應用在病人身上，過程中反覆的洩氣、再充能，對於實證的搜尋及評析過程也更熟悉，即使一直到現在還是覺得最不簡單的就是主題，而最重要的還是不斷反覆實際的操作實證歷程，不論是搜尋評析的讀書報告，還是實際應用的案例分析，都需要一個開始和持續的毅力，才有機會得到甜美的果實。

以實證探討按摩治療對促進早產兒生理指標穩定之成效

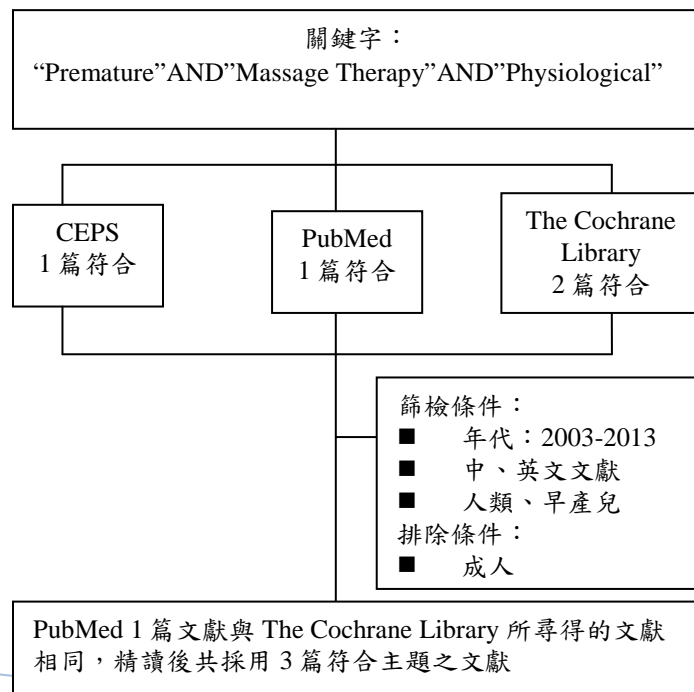
吳雅惠/ 台南新樓醫院護理師

一、背景

早產兒的感覺刺激組成在子宮裡與醫院環境中是有極大差異的。在觸覺方面，處在子宮的羊水中不斷地有本體感覺輸入，呈現穩定、潮濕，感受是安全且舒服的；但在醫院環境中，因醫療照護的需求，觸覺通常是侵入性且痛苦的。在照護過程中常發現早產兒哭鬧的行為在護理人員輕柔的撫觸後，會顯得穩定，故引發思考在治療過程中介入簡單輕柔的按摩治療，例如簡單的撫觸、輕柔的伸展動作，是否能增加早產兒生理指標的穩定。

二、方法

以早產兒(premature)、按摩治療(Massage Therapy)、生理指標(Physiological)為關鍵字，透過 The Cochrane Library、Pubmed、CEPS 等資料庫進行文獻查詢。對 2003 至 2013 年中英文發表之文獻查找。限制條件為早產兒，共三篇文獻符合主題與選取標準(如圖一所示)。依照 Melnyk & Fineout-Overholt(2005)的證據分級系統為例，其分級方式為，LEVEL I：隨機控制試驗的系統性文獻回顧或統合分析，LEVEL II：隨機控制試驗的系統性文獻回顧而擬定的臨床照護指引，LEVEL III：至少一個設計良好的隨機控制試驗之證據，LEVEL IV：設計良好的非隨機控制試驗、個案控制研究及世代研究之證據，LEVEL V：描述性及質性研究的系統性文獻回顧之證據，LEVEL VI：單一描述性研究或質性研究之證據，LEVEL VII：專家報告或專家意見之證據(Melnyk, Fineout-Overholt, Stillwell, & Williamson, 2010)。依 Melnyk & Fineout-Overholt (2005)進行實證等級分類，所選用的三篇文獻分別為二篇是 Level I 之系統性回顧文獻、一篇為 Level II 隨機化但設計良好的控制試驗。



圖一、文獻檢索過程

1. 所得文獻及文獻等級

| 作者 | 研究方法 | 文獻等級 |
|--|-------------------|----------|
| 林淑芳、卓妙如、鄒宗山、李鋒桃 (2012) | RCT | Level II |
| Bennett, C., Underdown, A., & Barlow, J. (2013) | Systematic Review | Level I |
| Vickers, A., Ohlsson, A., Lacy, J., & Horsley, A. (2004) | Systematic Review | Level I |

三、目的

以系統性文獻回顧方式，搜尋及檢視合乎早產兒按摩之實證研究，了解按摩治療是否可使早產兒的生理指標穩定。提供兒科護理人員做為早產兒按摩治療的照護指引，以提升早產兒的照護品質。

四、評讀結果

按摩的定義即是透過雙手給予有系統的觸覺刺激。執行過程可以是單獨執行按摩中的撫觸刺激，也可以合併多種感官刺激，例如：輕柔的聲音(聽覺刺激)、按摩嬰兒 10 分鐘(觸覺刺激)和平行搖擺 5 分鐘(前庭刺激)，在這過程中須給予眼對眼的接觸(視覺刺激)，但目前較廣泛的仍是單純的撫觸與運動感覺刺激於按摩治療中。

林淑芳等(2012)針對北區某醫學中心加護病房之早產兒進行研究，採實驗性設計及立意取樣。研究對象為(1)出生週數 28-37 週之早產兒。(2)無先天性的畸形，如：先天性心臟病或中樞神經功能不良，如腦室內出血病史。(3)餵食狀況良好，無腸胃疾病。(4)未使用呼吸器或氧氣。(5)已無靜脈注射。中央空調管控室溫在 25°C-26°C，採發展支持性照護，保溫箱蓋上遮光布罩以及實施噪音、燈光、室溫控制，減少環境因素干擾測量變項。樣本數共 60 位，依抽籤隨機方式分配至實驗組 A、B 及控制組，每組各為 20 名。其按摩步驟共包括三個階段，第一及第三階段採俯臥姿勢接受撫觸、按摩，第二階段為仰臥接受運動感覺的刺激，結果顯示按摩對早產兒在體溫、呼吸、體重、餵食量方面與控制組比較達顯著差異($p < .05$)，並可增加迷走神經活化及胃活動度，促進神經行為的成熟度，減少住院天數。

Bennett 等 (2013) 共搜尋 MEDLINE、EMBASE、CINAHL 等 13 個資料庫。納入有無接受嬰兒按摩(六個月內嬰兒)之隨機試驗研究。共得 34 篇相關性研究。以嬰兒之生理發展作為測量結果。使用 The Cochrane Collaboration's tool 誤差風險評估工具作為研究品質依據。結果發現接受嬰兒按摩的早產兒在體重、頭圍、上臂圍、腿圍、24 小時睡眠時間、哭泣、高膽紅素數值、腹瀉情況皆有顯著差異。粗動作、精細動作、社會行為亦有顯著差異，在父母親互動與智力發育較無顯著差異。Vickers 等(2004)針對 The Cochrane

Library, MEDLINE, EMBASE, CINAHL, Psychlit 等 6 個資料庫進行搜尋，共得 14 篇文獻。選擇隨機試驗研究，並由 3 位專家進行評讀。結果發現按摩治療可使體重增加及減少住院天數。

五、討論

透過實證文獻評讀後證實按摩治療可增加早產兒的體重、穩定其生理指標及減少住院天數。建議臨床上於發展性照護過程中配合實行按摩治療。於早產兒清醒時進行每次約 15 分鐘，每階段 5 分鐘，共執行 3 個階段，每天執行 3~4 次。動作需絕對輕柔，避免將早產兒過度翻身造成多餘的能量耗損，反而適得其反。

六、參考文獻

林淑芳、卓妙如、鄒宗山、李鋒桃(2012)·不同力道的嬰兒按摩對早產兒生理指標、體重、餵食量之影響·長庚護理，24(1)，1-11。

張淑敏、宋惠娟(2007)·按摩治療於早產兒護理的運用·護理雜誌，54(1)，78-82。

Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Stillwell, S. B., & Williamson, K. M. (2010). Evidence-based practice: step by step: the seven steps of evidence-based practice. *AJN The American Journal of Nursing*, 110(1), 51-53.

Underdown A., Barlow J., Chung V. & Stewart-Brown S. (2006). Massage intervention for promoting mental and physical health in infants aged under six months. The Cochrane Collaboration, 4, 1-130. doi: 10.1002/14651858.CD005038.pub2.

Vickers A., Ohlsson A., Lacy J. & Horsley A. (2004). Massage for promoting growth and development of preterm and/or low birth-weight infants. The Cochrane Collaboration, 1, 1-51. doi: 10.1002/14651858.CD000390.pub2.

髖和膝關節置換手術後病人吸菸對傷口癒合和增加術後合併症之影響

謝麗華/ 臺北市立聯合醫院陽明院區副護理長

壹、背景

臨床上照護髖和膝關節置換手術後病人，術後需絕對禁止吸菸，以防止影響髖和膝關節術後部位產生合併症。追蹤本院 102 年 6 月 1 日至 103 年 6 月 30 日行此手術共有 86 位病人，發現吸菸者比未吸菸者組傷口癒合差，並且其中有一位吸菸病人傷口癒合差，需要進行傷口清創手術，因此本文希望藉由文獻證據來瞭解髖和膝關節置換術病人，吸菸對傷口癒合和增加術後合併症之影響。

貳、方法

一、依據實證步驟，形成一個 PICO 問題，如表一。

表一 PICO 與關鍵字的設定

| | | |
|------------------|----------------|--|
| Patient/ Problem | 髖和膝關節置換手術病人 | THR TKR total knee arthroplasty total hip arthroplasty |
| Intervention | 吸菸 | smoking |
| Comparison | 沒有吸菸 | No smoking |
| Outcome | 傷口癒合、 術後合併症 | wound healing wound infection delayed healing wound dehiscence wound rupture wound disruption wound separation wound necrosis |

二、再根據「PICO」以關鍵字及其同義字搜尋資料庫：本文以 MeSH term 及同義字，搜尋 Cochrane library、PubMed、UpToDate、CEPS 思博網中文期刊、臺灣期刊論

文索引等資料庫，搜尋策略依循布林規則將同義字及相關詞用 OR 聯集，再將 P、I、C、O 以不同組合用 AND 交集，選用系統資料庫

(一)Cochrane Library 文獻有 1 篇、PubMed 文獻有 12 篇、UpToDate 文獻有 1 篇。

(二)BMJ Clinical Evidence、CEPS 思博網中文期刊、臺灣期刊論文索引系統資料庫，沒有搜尋到與主題相關的文獻。

| 資料庫 | 符合文獻 |
|-----------------------|------|
| Cochrane Library | 1 篇 |
| PubMed | 12 篇 |
| UpToDate | 1 篇 |
| BMJ Clinical Evidence | 0 篇 |

三、查詢符合主題文章共一篇，為系統性文獻回顧與進行評析，依英國 Oxford Center 的研究證據應用作等級分類，並應用於護理指導手冊和單張修訂。

參、結果

文章證據等級為 Level 1 進行評析

一、文獻結果重要性

多變項測量結果(multivariable-adjusted analyses)發現，現在和之前有吸菸者較未吸菸者有較高的系統合併症 odd ratios of 1.32 (1.04-1.97) and 1.56 (1.14-2.14)，而每年吸菸量大於四十盒與沒吸菸相比有系統併發症 odds ratio of 2.21 (1.28-3.82)。

二、文獻結果實用性

現在有吸菸者和之前有吸菸者相較於未吸菸者之術後併發症各高出 24%和 32%，而且三年後死亡率各高出 63%和 69%。

三、臨床應用及結果

依據一篇系統性文獻回顧(systematic review with meta-analysis) Level I 文獻，個案數共有 37544 人，以手術後病人吸菸是否會影響傷口癒合狀況和死亡率為指標，結果發現：吸菸組比未吸菸組：高出 24%發生手術後併發症和增加 63%的死亡率，且達統計上顯著差異，故本院外科醫師建議腕和膝關節置換術開刀後的病人術後需絕對禁止吸菸，吸菸會影響傷口癒合和增加術後合併症。

肆、結論

針對系統性文獻回顧發現，吸菸會影響開刀病人傷口癒合時間，亦會增加術後合併症，因此本院於 103 年 7 月 1 日修正髖和膝關節置換術護理指導手冊和單張，術後絕對禁止吸菸，以此提供臨床照護作為參考依據。

伍、參考資料

Singh JA. (2011). Smoking and Outcomes after Knee and Hip Arthroplasty: A Systematic Review, *J Rheumatol*, 38(9):1824-1834. doi:10.3899/jrheum.101221.

台灣實證護理學會電子會刊
投稿簡則

2014-4-17 制訂

宗旨與範疇

1. 《台灣實證護理學會電子會刊》為台灣實證護理學會之電子刊物。本刊之宗旨為推動實證護理之應用、教育及研究為主要方向，更以全面化提昇護理之健康照護品質為目標。
2. 本刊歡迎與實證護理相關的文章投稿，並鼓勵與健康照護相關之醫事及學術界人員進行投稿。

投稿作者需知與簡則

1. 投稿類型: 凡與系統性回顧/統合分析(systematic review/meta-analysis)、實證護理研究(EBN research)、知識轉譯/從實證到應用(knowledge translation/from evidence to practice)、實證結論及指引建議、實證研究設計、實證評讀或實證案例解析、實證新知等文章，本電子會刊皆歡迎投稿。
2. 版面格式及字數: 以2,000字為上限，投稿文件請以電腦打字，並以WORD 97-2003文件直式A4格式儲存，每頁600字，請使用中文撰寫，中文字型為新細明體，英文字體為Times New Roman，標題以外的內文字體為12，行間距離採隔行(double space)繕打，上下左右邊界各為2.5公分，頁首及頁尾各為1.5，並請註明頁碼。
3. 本電子會刊投稿不需摘要頁。投稿請附上[標題頁]，標題頁中請附上主題、作者姓名、最高學歷、服務機關、職位名稱、聯絡電話、聯絡信箱、聯絡地址及電子郵件信箱，註明通訊作者，並註明文章字數(字元數含空白)。
4. 來稿請按照APA (American Psychological Association)第六版參考文獻範例臚列參考文獻(reference list)及文章中之文獻引用(reference citations)，中文文獻應置於英文文獻之前。中文文獻應依作者姓氏筆劃順序排列，英文文獻則依作者姓氏字母順序排列(若作者姓氏、字母相同時，則依序比較後列之字元)。
 - (1) 參考資料僅列出正文中引用者，並請盡量引用近5年文獻。
 - (2) 中英文定期刊物格式：作者姓名(姓在先)(西元出版年)·標題·期刊名稱，卷(期)，起訖頁數。
 - (3) 書籍、書中的一章、翻譯書格式:
格式1：作者姓名(西元出版年)·書名·出版地：出版商。
格式2：原著作者(西元出版年)·標題·編者姓名，書名(起訖頁數)·出版地：出版商。
格式3：原著作者(翻譯出版年)·翻譯名稱(譯者)·出版地：出版商(原著出版年)。
 - (4) 政府部門、機構、其他組織的網路資料格式:
作者姓名(西元年，月日)·題目名稱·取得網址
 - (5) 未出版的論文發表、海報發表及研習會之文章格式:
格式1：作者(西元年，月)·題目·論文/海報發表於主辦單位名稱之研習會名稱·城市、國家：主辦地點。
格式2：作者(西元年，月)·題目·於某單位主辦或主持人，研習會名稱·城市、國家：主辦地點。

- (6) 研究計畫格式：
作者姓名（含計畫主持人及研究人員）（西元年）·計畫題目名稱（計畫所屬單位及編號）·城市：出版或製作此報告的單位。
- (7) 參考文獻其他注意事項：
- A. 如果作者小於等於七位，則全部列出，如果大於等於八位，則列出前六位作者與最後一位作者，中間加入...（中文用...）。
 - B. 引用期刊之文章，請提供卷數與期數，以利讀者查詢文獻。
 - C. 內文文獻引用，僅需列作者姓氏+西元年份(如：陳，2013)，若作者大於等於三位而小於等於五位時，於內文第一次出現，需列出全部作者之姓，第二次以後則以“等”（英文則以et al.）代之。若作者大於等於六位時，則只需列第一位作者，其他作者以“等”(et al.)代替。
5. 投稿如有圖片，解析度及對比應清楚，可另以jpeg、png、tiff等格式儲存。
6. 稿件投遞
- (1) 本刊僅接受e-mail投稿，請將文件以e-mail方式寄至 tebna2011@gmail.com信箱，主旨請註明[投稿台灣實證護理學會電子會刊]。來稿之內容與撰寫方式本會刊有權修改，未刊登稿件概不退還，格式不符合規定，概不送審。
 - (2) 惠稿請附上[投稿聲明書]，簽名後可以掃描方式連同稿件檔案一同e-mail至 tebna2011@gmail.com信箱(投稿聲明書請上網台灣實證護理學會投稿簡則處下載，網址<http://www.tebna.org.tw>)