Taiwan Evidence-Based Nurse Association

台灣實證護理學會 會刊

EBN Corner

理事長：林小玲　**秘書長：**高淑雰

編輯團隊：台灣實證護理學會研究發展委員會

本期主編：陳可欣　沈青青

2022; Volume 9， 111年12月出版

第九期　目錄

◙ 理事長的話

台灣實證護理學會理事長 林小玲

時光荏苒、歲月如梭，台灣實證護理學會(Taiwan Evidence-based Nursing Association, TEBNA)今年邁入第十一個年頭了！

近日，吾人賞析宋朝詩人蘇軾的一首七言絕句「題西林壁」：

橫看成嶺側成峰，遠近高低各不同。

不識廬山真面目，只緣身在此山中。

這首詩意喻詩人探索廬山，不論橫看、側看或遠看、近看、高看、低看，總不能掌握廬山的整體面貌，總是看到不同角度的景色，並不能瞭解廬山真正的全貌，只因我們身處在廬山之中。這首千古名句啟發人們不要以偏概全，才能認識事物的全貌。由此體悟實證醫學這座大寶山，何嘗不是一樣地原理，除再次感念中華文人的睿智與文化的博大精深，也更篤定實證醫學帶來的典範轉移，除置身其中不斷學習，也需要時時跳出此山探索真貌，才能繼續傳承、媒合志同道合的夥伴們，共同奔向實證照護這一條永無止盡的路！

本會近十年辦理各類實證護理訓練，領有本會實證種子教師認證者已接近 300 人，今年為更新教師認證，郭素真主任委員帶領教育委員會委員們積極籌劃種子教師更新認證辦法，期望實證教師們在這一條永無止盡的路上攜手同行。學員初學時可能需帶領著一步一腳印、按圖索驥，但也不能拘泥硬套、便宜行事。教師們除應具有實證照護的基礎觀念，也應具有實證研究與實證知識轉譯應用的能力。本會今年發展系統性文獻回顧的新訓練課程，課程設計除原有的基本系統性文獻回顧，即含文獻搜尋、評讀、統合分析與 GRADE 的軟體操作，並新增進階課程，如非隨機對照試驗評讀工具 ROBINS-I、新版隨機對照試驗評讀工具 RoB 2.0，進而網絡統合分析如 Network Meta-Analysis 與 Cinema 介紹；此外，也以深入淺出之課程介紹診斷型試驗準確度之系統文獻回顧(Diagnostic Test Accuracy Reviews)與預後型研究之系統文獻回顧(Systematic Reviews of Prognostic Studies)，期望本會實證種子教師們放寬視野、拾級而上，多多選習。

2020 至 2022 三年受 COVID-19 疫情影響，參與國際學術活動受限，如今疫情漸緩，國際學術活動已逐漸復甦，如 2023 年 Cochrane Colloquium 在英國倫敦、JBI Colloquium 在澳洲阿德雷德、GIN 在蘇格蘭格拉斯哥、2024 年 Global Evidence Summit 在捷克布拉格等，許多實證同好都已經摩拳擦掌、蓄勢待發，本會也計劃與相關學會組團共同前往。

又屆年終歲末與本會第九期 EBN Corner 會刊出刊，在此深願祝禱本會全體會員身體健康平安、持續實踐實證護理成果，也願學會會務昌隆、宏圖大展，期盼世界疫情快快散去、重回美好時光。

台灣實證護理學會理事長 林小玲 敬上

◙ 主編的話

台灣實證護理學會研究發展委員會主任委員 陳可欣
副主任委員 沈青青

台灣實證護理學會經過 10 年的耕耘，今年已經邁入第 11 年了，在研究發展委員會歷任委員的努力下，今年會刊邁入第九期。本期會刊適逢學會成立滿十周年，特別邀請為台灣實證護理播種扎根的創會理事長，亦是現任榮譽理事長陳玉枝顧問撰寫《台灣實證護理學會十年成效回顧與展望》一文，內容涵蓋學會發展史、積極培育實證護理人才、與國際接軌，更開啟兩岸實證護理交流之先河的過程，期望引領所有實證健康照護的舊雨新知一起回顧台灣實證護理學會十年來耕耘的成果與未來展望，並透過實證教育的推廣及種子師資的培訓累積能量，奠下未來發展的磐石，創造護理更大的影響力，永續傳承，非常珍貴。

每一期的會刊內容都會提供實證照護新知，期望讓所有會員都能在資訊的洪流中，不斷充電及進步。國際實證健康照護的趨勢已經逐漸從知識創造邁入知識轉譯，而實證知識轉譯確實是一個漫長且不容易的過程。本期特別邀請臺北榮民總醫院蘇瑞源護理長撰寫《應用實證轉譯於臨床品質改善：以 JBI Evidence Implementation 為例》一文，介紹 JBI Evidence Implementation 的實證轉譯方法，說明如何運用 JBI Model of Evidence-Based Healthcare 的模式，將研究結果及最佳實證證據以系統的方式融入臨床照護常規中。透過本文的描述，讀者可進一步了解臨床實踐過程的障礙，進一步解決困難，提升臨床照護品質及效益，此部分內容相當重要，也是目前實證培訓上較弱的一環，相信本文對所有致力推動實證知識應用的夥伴來說，是重要的參考資料。

本期投稿稿件經委員審查後，共收錄五篇精選作品，包含四篇實證照護應用與一篇實證知識綜整。精選內容包括由臺北榮民總醫院黃凱琪護理師團隊撰寫的《運用組合式口腔照護方案降低頭頸癌病人化放療後口腔黏膜炎發生率》、高雄長庚紀念醫院黃意閔副護理長團隊撰寫的《使用 Benzydamine Hydrochloride 噴霧劑是否可減緩拔除氣管內管病人喉嚨疼痛之不適？》、淡水馬偕醫院葉玉梅護理長團隊撰寫的《早期活動是否能改善髖部骨折老年人術後譫妄的發生？》與邱于泰護理師團隊撰寫的《前列腺手術後病人執行骨盆底肌肉運動是否可以改善尿失禁？》等。從這些精選案例的文字內容中，都

能強烈地感受到護理人員想要使用最佳證據於臨床應用，以提升病人照護品質的熱忱。最後，還有一篇實證知識綜整的分享，內容是由花蓮慈濟醫李昀蓓護理師團隊撰寫完成，主題為《 咀嚼口香糖能否改善大腸鏡檢查前腸道準備的成效？》，系統性文獻搜尋的結果讓我們知道病人執行大腸鏡檢查前，可以咀嚼口香糖來增加腸蠕動，改善服用清腸劑後的腸道不適，建議咀嚼時間可以從服用清腸劑後開始，每 2 小時咀嚼 1 粒，每次 5~10 分鐘，直到禁食後停止。實證健康照護之初心在護理人員執行實證轉譯應用的過程中表露無遺，我們也從閱讀的過程中被鼓舞與激勵，再次體現~縱使證據是冷的，但經過護理照護應用的過程，所有的照護就變成了暖心的守護。

本期會刊的文章回顧台灣實證護理學會十年歷史，並精選知識綜整及實證知識應用的成功案例，期許所有會員朋友能溫故知新，在實證健康照護的路上能有新的學習、不斷精進，秉持初衷提供病人具有實證基礎、最優質與完善之照護品質。

台灣實證護理學會十年成效回顧與展望

台灣實證護理學會榮譽理事長　陳玉枝

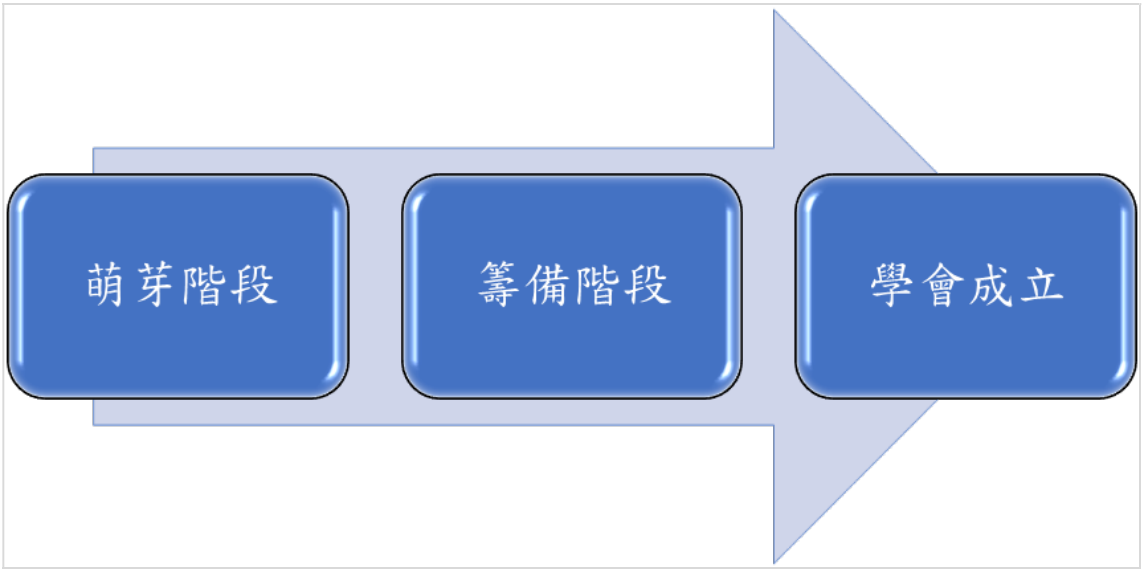
一、 前言

回顧 2011 年學會在大家引頸期盼中誕生了，筆者時任臺北榮民總醫院護理部主任，很榮幸，和一群志同道合的夥伴們，體認只要勤於扎根不會白費，將實證護理比喻為一群護理科學家，只要種子一旦播下，未來就有發芽的希望，在這樣的理念下發起籌備，申請通過成立學會，任重道遠的擔任創會理事長，為台灣護理實證的推動劃下新的里程碑。接棒的第二、三屆理事長周幸生、現任第四屆理事長林小玲及歷屆理監事們戮力耕耘，已從萌發雛形，將初期與實證最遙遠的距離，到真真實實落實在臨床實務中，成績斐然。轉眼迄今已逾十載，十年磨一劍，秉持初衷，矢志朝著肩負起護理界推動實證之重要任務，引領臺灣實證護理邁向國際的目標，穩步前進。藉此慶祝學會十歲有成之際，格外與有榮焉，本文探索我們一起走過的足跡。將從學會發展史、學會成立談起，統整學會業務蓬勃的發展及成效，最後寄予未來的發展方向。期待提供會員們追溯過往，累積能量，蓄勢待發永續傳承，奠下未來發展的基礎，創造更大的影響力。

二、 學會發展史（圖一）

圖一

學會發展階段



(一) 萌芽階段

實證健康照護已是國際醫療的趨勢，而實證的專業執行能力已成為護理人員必備的核心能力。國內自 1996 年開始推展實證醫學，各醫療院所都積極推動實證醫學(Evidence-Based Medicine, EBM)。護理人員實證能力的培育，除了各機構自行辦理外，行政院衛生署護理及健康照護處為強化護理實證能力，當時的推手副處長即為現任衛福部照護司蔡淑鳳司長，自 2008 年起連續四年編列推動實證護理計畫案，由國立陽明大學成立的台灣實證卓越中心(Taiwan Joanna Briggs Institute Collaborating Center, TJBCC)主任穆佩芬教授擔任計畫主持人，前二年執行實證護理繼續教育與臨床指引發展專案；後二年執行實證護理工作模式與繼續教育推動計畫，除了筆者擔任計畫案共同主持人外，並組織北、中、南、東四區推動小組，各小組由學校與醫院聯盟組成，各區有一位召集人：北部（陽明大學與臺北榮總）筆者擔任，中部（台中市衛生局與中台科技大學）胡月娟教授、南部（成功大學與成大醫院）張瑩如主任、東部（慈濟技術學院與花蓮慈濟綜合醫院）宋惠娟教授，攜手合作。

計畫執行以 Joanna Briggs Institute (JBI)實證照護架構，系統文獻查證教材及課程的培訓規劃，延聘澳洲實證照護專家 JBI 主任 Professor Alan Pearson 領導的教師群來台培育 180 位實證種子及 48 位實證種子教師，舉辦多次實證護理國際研討會，輔助各醫療院所及學校舉辦實證護理系列的課程、發展 27 個本土臨床指引、20 個實證教育素材及翻譯最佳實務(best practice)等實證推動策略（穆、陳，2011）。於國際間，各區實證種子組團積極參與 Joanna Briggs Institute 年分享研究成果。

國際接軌上另一項突破，2009 年 JBI 正式將實證護理整合於考科藍實證醫學資料庫 (Cochrane collaboration)，成立考科藍護理領域區 Cochrane Nursing Care Filed(CNCF)，為 Cochrane Collaboration 專業組織聯盟之一。記得 2009 年隨穆佩芬教授出席在新加坡召開的 CNCF 聯盟大會，由於穆教授在國際實證護理上享有盛譽，爭取到將 TJBCC 進入 CNCF，負責繁體中文版稱為 Nursing Care Traditional Chinese Node，將國內研究成果轉譯至 CENTRA 資料庫，並能與國際實證護理接軌(Mu, 2010)，推動護理同仁使用實證資料及分享成果至國際實證平台。

計畫案推動後培育的種子師資都能發揮推展實證教育的角色，在協助各區醫院及學校推動護理實證的短期及系列在職教育課程，參與國內台灣實證醫學會、台灣護理學

會及台灣護理師護士公會的實證競賽與推廣教育的服務不勝枚舉；展現以科學證據提高照護品質的認同感。適值國內護理實證的氛圍充滿朝氣，各級主管活絡參與實證推動、積極活化實證護理文化，相互支持與鼓勵，為能永續凝聚力量，提升國內實證護理之蓬勃發展，激發本學會成立的必要性與急切性。

(二) 籌備階段

2011 年 3 月初由 86 位熱愛實證護理發起人開始籌組「台灣實證護理學會」。承蒙發起人及籌備處委員厚愛，推選本人擔任籌備處主任委員。將學會成立宗旨、組織任務等資料討論彙集完整後，於 3 月 31 日向內政部申請成立，5 月 16 日獲【內政部台內社字第 1000096436 號函】通知准許籌組。6 月 19 日召開發起人暨第一次籌備會議，討論募集經費、招募會員，規劃會務及年度活動；7 月 16 日召開第二次籌備會議，研商成立大會相關事宜。自 6 月 30 日正式對外公告招募會員，截至 9 月 15 日止，短短期間，會員人數已達 239 人。籌備處在極短期內積極準備，無私奉獻時間心力，甚至率先繳交永久會員會費，及贊助經費等，方能在尚無固定經費下，進行籌備事宜達成任務。

(三) 學會成立

成立大會於 2011 年 9 月 24 日在台北榮民總醫院會議中心召開，成立之宗旨，為落實實證護理於臨床照護應用，廣納全國對實證護理有興趣之護理同仁，共同規劃發展實證護理相關之訓練及活動，並利用資訊平台之建立及與國際實證健康照護機構之交流，讓實證成為護理專業之基石，共同為提升全民健康照護之品質而努力。通過本會章程、任務及組織架構。依據學會章程選出理事長、副理事長各一位，常務理事五位，理事 15 位，常務監事一位，監事四位，設一位秘書長。理事會下設六個委員會：國際事務委員會、學術委員會、研究發展委員會、教育委員會、會員服務委員會及財務委員會，廣納會員參與各委員會，共襄盛舉。

為識別學會的宗旨、任務及發展，邀請藝術家劉世芬女士為本會設計 LOGO（圖二），將學會 TEBNA 的縮寫字母圖案畫成書冊的圖形，代表研究、實證文獻，五種顏色相互映照、折射、凝聚而成為優質醫療生態的美麗光譜。應用於學會首頁及各類書函等（台灣實證護理學會，2022）。

圖二

*台灣實證護理學會*LOGO

Taiwan Evidence-Based Nurse Association

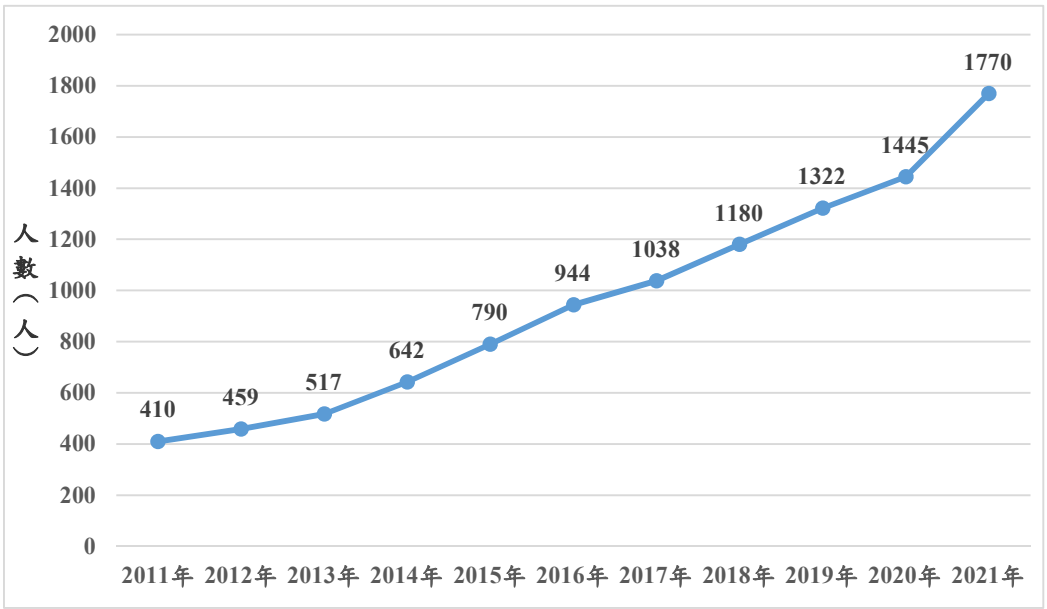
台灣實證護理學會

三、 學會業務發展

學會成立後，首先從多種管道積極招募會員，會員人數自 2011 年的 410 人，快速成長到 2021 年已達 1770 人（圖三）。會員的支持與鼓勵是學會最大的動力與資助，學會載著所有會員期待，努力勇往直前、義無反顧的積極推動各項發展業務，同時為全體會員爭取最大資源。

圖三

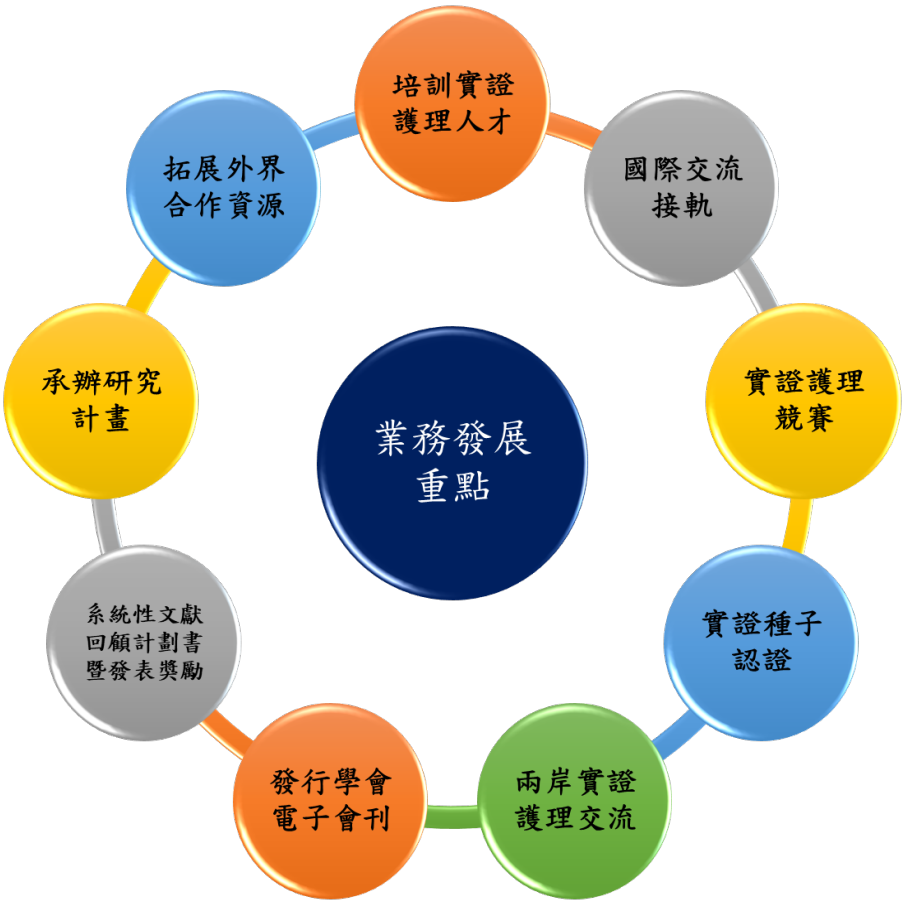
台灣實證護理學會會員人數



學會的業務發展重點（圖四）分述如下：

圖四

學會業務發展重點項目



(一) 培訓實證護理人才

教育訓練由兩個委員會分別進行，與各醫院合作辦理多元訓練課程，國際事務委員會側重在 JBI-CSR 及指引發展，2018-2019 年引進澳洲 JBI 實證中心所開發之 PACES (Practical Application of Clinical Evidence System)實證臨床應用模組，訓練後取得 JBI 證書；教育委員會著力於實證護理基礎培訓，如基礎課程：完成基礎課程後，護理師具備進行實證讀書報告與案例分析之能力；進階課程具備進行實證主題應用之能力；高階課程：具備專科護理師/進階護理師建構實證臨床指引之基礎能力。並了解台灣護理學會及專科護理師學會在實證方面的推展需求，辦理相關的培訓課程，如：台灣護理學會實證護理平台的「A 類實證護理文章的書寫技巧」，幫助會員學習後能發表投稿；專科護理師學會的進階要求，辦理「專科護理師實證照護指引報告撰寫」，協助專科護理師熟悉實證照護指引的發展及書寫技巧，有助於進階；近年來隨著國際實證發展趨勢，與時俱進引進實證新知，發展國內培訓課程模組及新教材，如 Risk of Bias,Network Meta-

analysis 等。

(二) 國際交流接軌

本會副理事長穆佩芬教授在與國際接軌上積極推進，且於 2019 年榮任 JBI 亞洲合作中心主席的優勢，將國際實證照護相關的會議傳遞給會員，每年鼓勵會員出席 JBI 年會發表研究成果。回想 2011 年 11 月學會首次與 TJBCC 組團 12 人赴澳洲阿達雷德出席 JBI 年會，其中筆者與台北榮總七位同仁共投稿 8 篇癌症實證照護指引的研究成果，獲大會以專題討論會(Symposium)方式在專場發表。與會者提問及討論踴躍，會中被問到實證照護指引的發展需投入經費及人員的培訓，頗為不易，我們是怎麼做到的？因當年本院獲得衛福部癌症卓越中心計畫，護理部爭取到研究經費，全力發展十三項癌症實證照護指引，受到與會者很大的的迴響。在閉幕式時，筆者驚喜獲頒最佳論文獎(Best Paper Award Winner)，除了獎狀外，還贈送可愛的澳洲無尾熊布偶，並享有次年 JBI 年會免報名費的優惠。團隊有了第一次的成功經驗，增強信心受到鼓舞，之後陸續接棒出席 JBI 年會，展現國內實證照護的實力（陳，2014）。

(三) 實證護理競賽

學會首次於 2013 年 11 月 29、30 日兩天舉行實證護理競賽，目的為推動全國護理人員對國人健康照護之責任與貢獻，鼓勵基層護理人員以實證為依據，提供促進國人健康之具體創意的照護措施。本競賽分為口頭發表及海報展示兩大類，海報由作者報告及提問共 5 分鐘，評審獲獎名次。口頭發表分為一般組及主題組：一般組題目自訂，主題

組以「感染控制」相關的為主，並須符合 3 年內應用實證護理方法進行之品質改善的專案。主題組呈現的「感染管控」議題，不僅在預防感染的實證措施具有成效，同時也具有節制醫療資源支出的經濟效益，為了讓社會大眾了解護理人員運用科學的照護方法，當天的活動吸引了媒體與會並獲報導部分精彩內容，展現護理應用科學精神，精進護理新知及實踐創新照護的實例，間接提升社會對護理人員的專業形象。

每年參賽團隊逐年增加，競賽活動也滾動式修正：海報展示書面審查分為「通過」及「優良」兩類，當天再從優良篇數中評審獲獎者。為鼓勵會員踴躍參賽主題組，預先公告近五年的主題名稱，有助於會員有計畫的進行改善案。

(四) 實證種子認證

於 2014 年訂定實證種子認證辦法，為培訓實證種子，以提升實證護理之臨床應用及教學研究能力，有志從事實證健康照護推展教育工作，符合本會訂定的資格者可申請認證，實證種子認證之有效期限為 6 年，期滿須另行提出認證更新。領有本會實證種子教師認證者截至 2021 年共有 258 人。

(五) 兩岸實證護理交流

筆者 2013 年 4 月出席中國護理管理大會，受邀演講「實證護理概念與臨床應用」，當天四川省人民醫院護理部主任，立即約我討論，希望能為他們設計完整的培訓計畫，故同年 12 月學會種子老師群赴該院進行實證護理培訓，全院 2 千位護理人員每位都接受 6 小時的課程，接著培育實證種子 30 位，完成基礎及進階課程。此次培訓獲得非常滿意的回饋，並於次年即有成果，投稿本會年會四篇海報參展，開啟兩岸實證護理交流之先河。

口碑相傳後自 2014 至 2019 年學會種子老師群持續受邀至大陸各地，包括吉林、青島、重慶、廣州、武漢、哈爾濱、上海、北京、深圳、鄭州、西安、浙江、江蘇、廈門、海南、清遠、梅州 20 餘所醫院授課，包括實證護理專題講授、基礎、進階、系統性文獻回顧與臨床實證應用等，受訓學員逾萬人。於 2016～2019 年陸續有吉林大學白求恩第一醫院、重慶新橋醫院、上海新華醫院、浙江台州醫院、廣東清遠醫院、梅州醫院均投稿本會年會，參加實證照護成果競賽口頭及海報發表，展現我們培訓的成效。

(六) 發行學會電子會刊(EBN Corner)

本會於 2014 年 4 月制訂「學會電子會刊」，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。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。每期的專欄都與會員分享當下實證護理的主流知識，也提供本會實證競賽優良作品發表的園地。

(七) 系統性文獻回顧計劃書暨發表獎勵

為獎勵本會會員致力於執行及發表系統性文獻回顧，於 2013 年訂定獎勵辦法，凡是有系統性文獻回顧計劃書經 JBI 或 Cochrane 國際實證機構審查通過者；或有系統性文獻回顧成果刊登於 JBI 或 Cochrane 國際實證機構；通過審查之計劃書每篇獎勵五千元，未來成果刊登時可再申請刊登獎勵五千元，計劃書未申請補助者，其成果刊登獎勵金為五千元。

(八) 承辦研究計畫

1. 本會於 2012 年以筆者代表申請通過獲國健局「癌症防治專業人員培訓或品質提升輔導計畫」補助，辦理北、中、南、東四區癌症病人常見症狀非藥物處置之臨床照護指引實證應用研習會，參與培訓會員遍及國內各角落。

2. 另一個計畫案自 2021 年 8 月至 2022 年 5 月承辦衛生福利部護理及健康照護司「110 年度居家護理行動智慧支援平台功能擴充暨評鑑作業管理--居家全人照護模式發展及研析案」，由林小玲理事長組織研究團隊 11 位，運用實證文獻完成兩冊成果報告：「全人護理文獻彙編與反思」及「全人護理照護之實證應用--以反射健康法為例」，本研究以足部健康反射法，參考考科藍台灣研究中心（Cochrane Taiwan）2020 年出版之《台灣實證臨床指引發展及更新手冊》所述之實證指引發展步驟，進行實證文獻彙整，臨床研究整合方法，基本上以實證方法為基礎依照 GRADE 方法進行建議強度的判定。研究成果可提供全人護理課程設計及教材的參考。

(九) 拓展外界合作資源

首先在 2014 年第三屆國際實證健康照護學會 (International Society for Evidence-Based Health Care, ISEHC)年會於 11 月 6-9 日假臺大醫院國際會議中心舉辦，大會的主題是“Knowledge Translation and Decision Making for Better Health: Challenge of

Glocalization”本會為協辦單位，除了爭取會員享受報名費八折的優惠外，筆者及多位理監事也受邀主持研討會共襄盛舉。接著更積極拓展學會與外界資源連結，觸角延伸至醫界及企業界。

1. 2015 年財團法人腦血管疾病防治基金會與財團法人雷射醫學文教基金會董事長高明見教授，對本學會的肯定與支持，於學會年會贊助競賽活動經費，並蒞會指導。
2. 2020 年學會努力向外拓展由 BD 公司贊助，共同合作開闢專案議題競賽，以中央靜脈導管血流感染與封閉式靜脈輸液系統為主，讓臨床護理師能針對共同的議題，進行實證搜尋與評析，學習以專業的實證科學手法，判斷臨床照護用品對病人照護品質的影響。參賽作品得獎共有金、銀、銅三個。
3. 2020 年與碩睿資訊有限公司合作，贊助經費，辦理考科藍實證醫學資料庫微電影活動。本活動以「考科藍實證醫學資料庫」為主軸分享自身使用經驗，鼓勵未來要進入護理職場的學生利用考科藍實證醫學資料庫吸收即時醫療新知、查找實證醫學文獻資料，來處理未來各種可能面臨的臨床問題，創造具有實用價值之創新作品。參賽對象由教師帶領學生參與，每隊學生最多 4 人。教師須完成本會兩天 12 小時「實證基礎訓練課程」，再與學生組隊報名參賽，並完成 5 分鐘的微電影作品上傳至 YouTube，獲獎者於「第八屆提升照護品質實證競賽」會議中頒發。

四、 成效回顧

回顧學會十年來的成果，分述如下：

(一) 實證護理培訓成果

由國際事務委員會培訓的共有 132 人，以 JBI-CSR 佔最多，可取得 JBI 證書（圖五）；教育委員會共培訓 1873 人（圖六），涵蓋各類型的課程，以基礎（727 人）及進階（566 人）課程佔最多，這與醫院推動護理人員能力進階 N1、N2 應用實證完成讀書報告及案例分析有關，也有助於提升 N3、N4 的實證應用能力。高階課程（282 人）可強化進階護理師及專科護理師實證應用及指引發展的能力。

(二) 國際交流成果

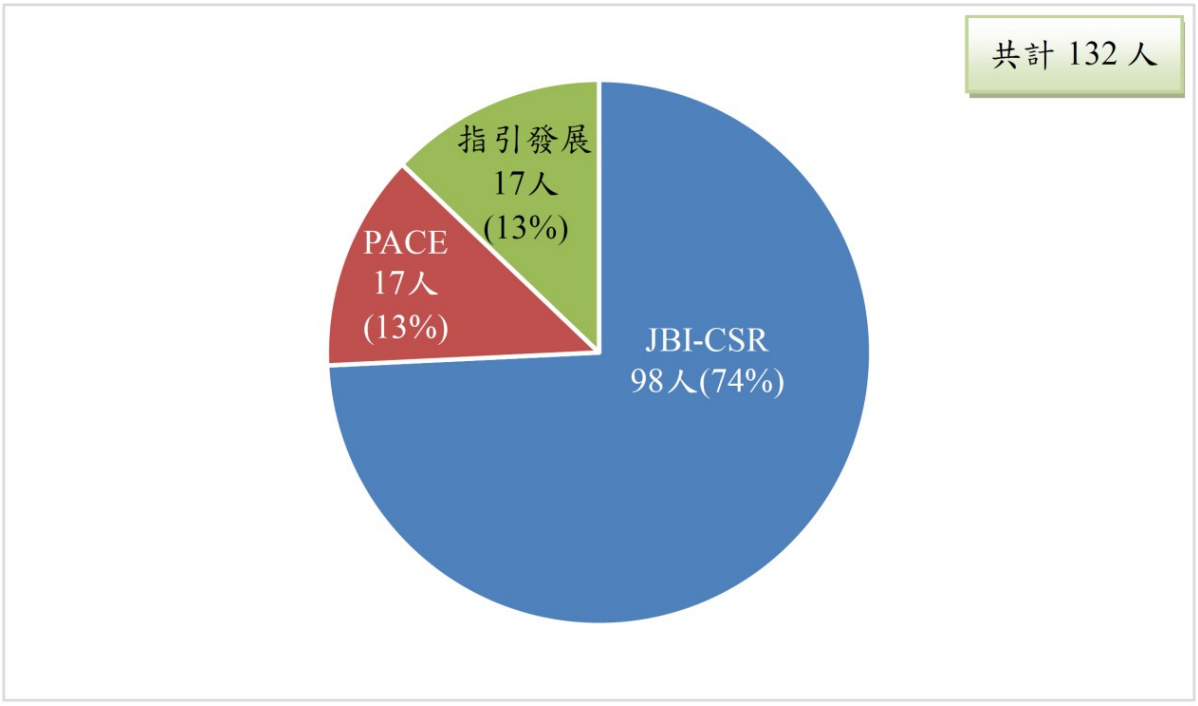
本學會 2012-2019 年會員出席國際會議共發表 167 篇實證成果，除了 6 篇在第二屆國際實證健康照護學會發表外，其餘都是參加 JBI 國際年會發表（圖七），其中也有 8 位會員於 2017 年 9 月出席在南非舉行，由五大實證組織共同舉辦之全球實證高峰會議

(Global Evidence Summit)，針對實證之臨床應用，以及量性與質性的實證資料統整方法進行學習與交流；2 位出席第 21 屆 Cochrane 國際研討會，學習心得在學會 EBN Corner 創刊中分享。近兩年（2020-2021）受 COVID-19 疫情影響，無法參與國際學術活動。

學術活動方面也於 2016 年 9 月邀請 JBI 金牌講師 Craig Lockwood 及 EdoardoAromataris 來台授課，針對實證之臨床應用，以及量性與質性的實證資料統整方法進行講授，廣受好評。12 月邀請新加坡考科藍中心(Cochrane Center)的教授 Edwin Chan，講授考科藍目前推出的評讀工具，協助會員了解與辨識研究過程之偏差，同時介紹證據評讀 GRADE 等方法。

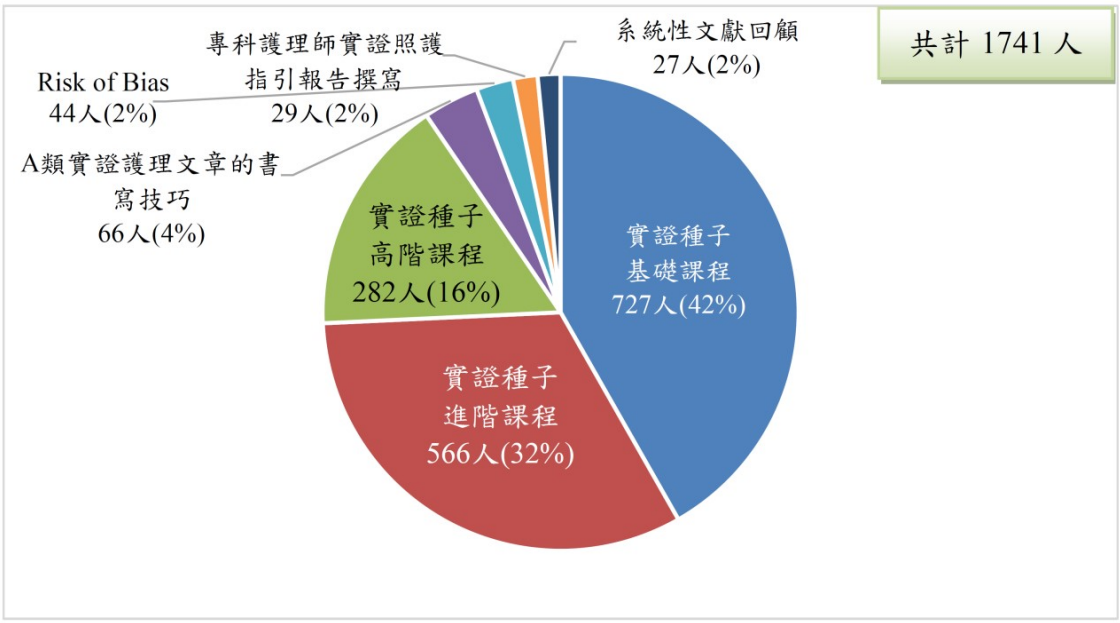
圖五

國際事務委員會培訓人數(2012-2020)



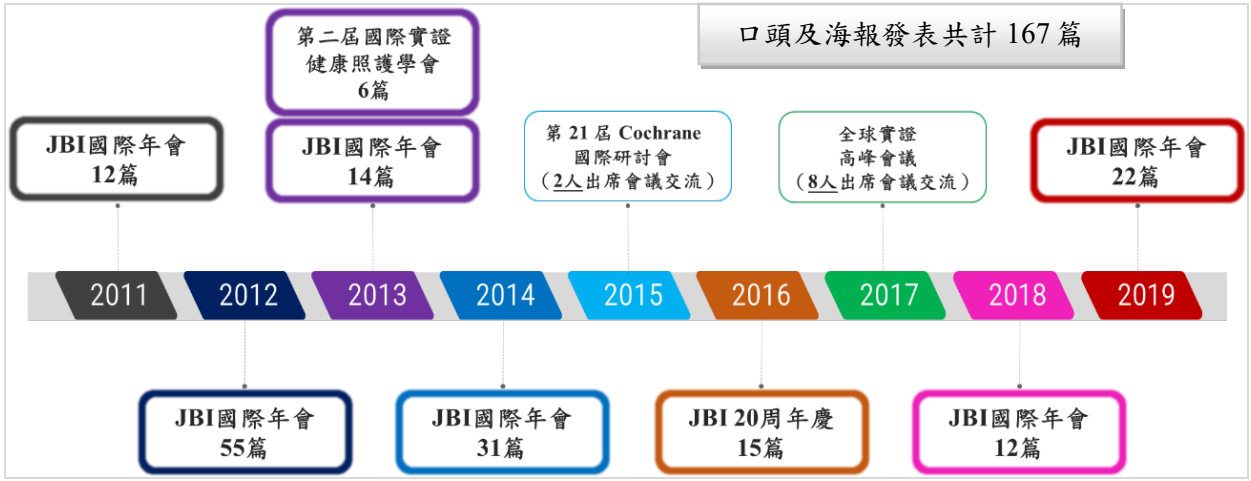
圖六

教育委員會培訓人數(2012-2022)



圖七

歷年出席國際會議發表實證成果（含口頭及海報發表、出席交流）

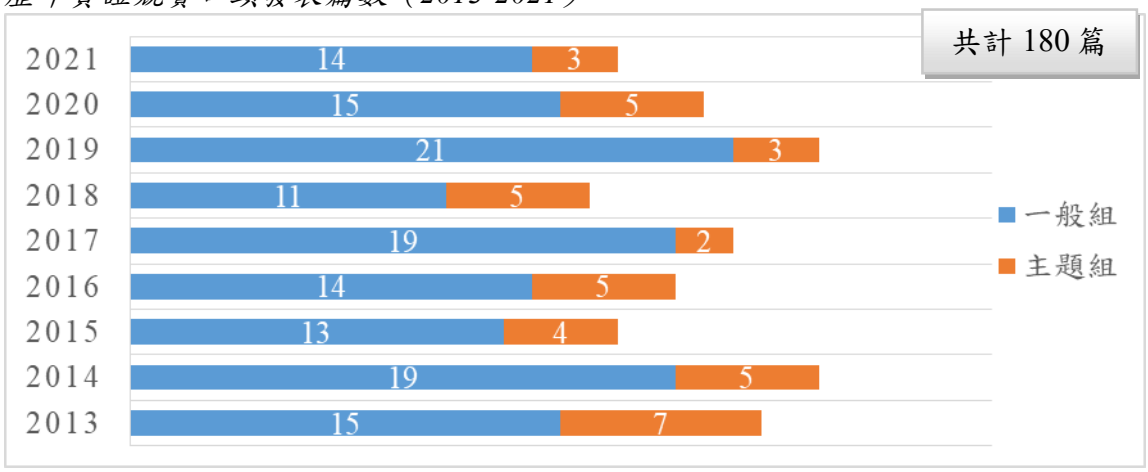


(三) 實證競賽成果

自 2013 年至 2021 年實證競賽口頭發表 180 篇（圖八），每年的競賽主題如圖九；歷年海報競賽參賽篇數共計 2929 篇，通過篇數 2091 篇，通過率 71.4%，其中優良篇數 498 篇，占總參賽篇數 17%，歷年成果詳如圖十。

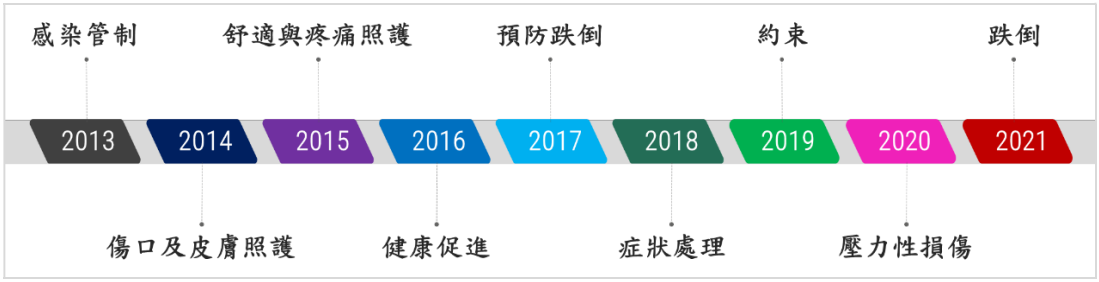
圖八

歷年實證競賽口頭發表篇數（2013-2021）



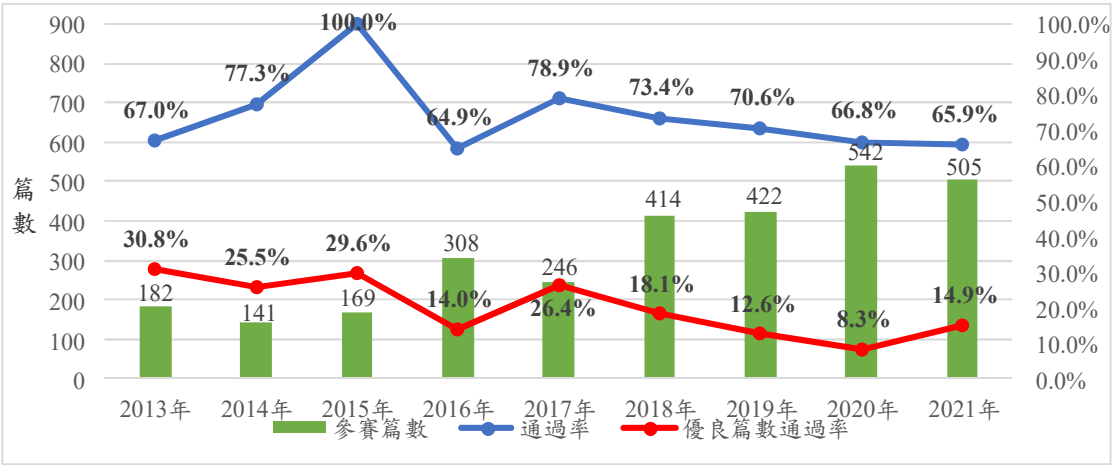
圖九

歷年實證競賽口頭發表主題（2013-2021）



圖十

歷年海報競賽成果（2013-2021）



五、 後續發展方向

學會十年來已累積許多全國的實證菁英人才，具有充沛的能量與潛力，僅提出個人淺見，做為未來發展方向的參考：

(一) 學術性發展方面

加強與考科藍臺灣研究中心 (Cochrane Taiwan) 資源連結，借重本屆副理事長陳可欣為考科藍臺灣研究中心副主任暨執行長的長才，除了持續拓寬本會國際視野，也加強規劃系統性文獻回顧的執行與發表。

(二) 拓展政策性實證研究，提升學會的影響力

一方面向外爭取資源，掌握政府單位委託研究計畫的訊息，積極參與計畫案的執行，有經費的支持，更有利於學會業務的推展。另一方面可由學會每年訂定倡議護理相關的議題，建構各種護理照護改善醫療品質之證據，以護理實證的照護成效爭取健保護理費用的給付，提升護理的價值。有知識，有倡議，才有影響力。

(三) 計畫發行出版品，嘉惠廣大人群，增進學會的效益

1. 出版優良實證護理改善案例專輯：學會每年辦理競賽，已累積豐富的案例，會員應用實證護理方法進行品質改善案都很值得提供參考。目前學會電子會刊(EBN Corner)雖有會員投稿刊登，但篇幅有限，出版案例專輯可提高會員出版的機會。
2. 學會培訓課程多元化，有些已發展本土課程模組，未來可將課程教材彙編成冊或出版，有助於培訓的應用及傳承。

六、 結語

即使走過十年，有豐碩的成果，但「實證」我們還在路上，沒有最好只有更好。我們要繼續讓護理專業以科學為核心，以實證為手段，創造護理科學的新價值，讓我們一起攜手同心邁向嶄新的未來。

七、 致謝

首先感謝周幸生及林小玲兩位理事長的協助，學會幹事李韻儀女士提供歷年數據及相關資料，本文才得以完成，特此致謝。

八、 參考資料

台灣實證護理學會（2022）．*學會簡介*．http://www.tebna.org.tw。

陳玉枝（2014）．臺灣實證護理發展現況與展望．*醫療品質雜誌，8*(1)，12–17。

穆佩芬、陳玉枝（2011）．100 年實證護理繼續教育應用及推廣計畫期末報告 *100 年實證護理繼續教育應用及推廣計畫期末報告*．台灣實證照護中心。

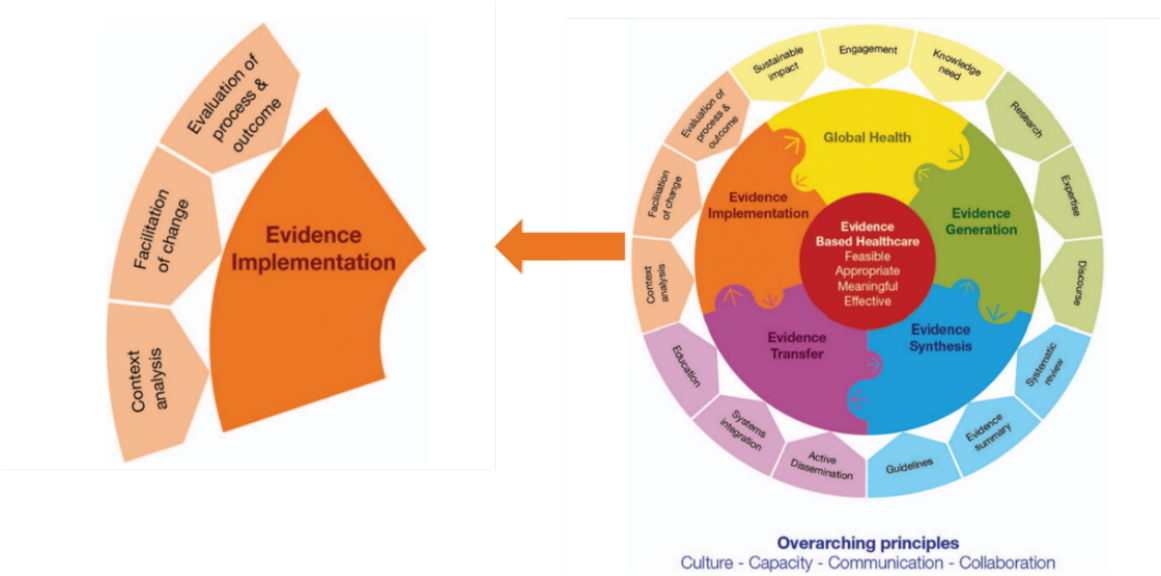
Mu, P. F (2010). The nursing care traditional Chinese node. *International Journal of Nursing Practice, 16*(6), 645-646. https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2010.01895.x

應用實證轉譯於臨床品質改善：以 JBI Evidence Implementation 為例

臺北榮民總醫院　蘇瑞源

以實證為基礎的健康照護模組，JBI 在 2019 年提出更新的 JBI Model of Evidence-Based Healthcare，定義實證健康照護的核心概念為「將實證轉譯結果實踐於臨床照護及醫療決策時必須考慮可行性、適當性、意義和效益性(feasibility, appropriateness, meaningfulness, and effectiveness；FAME)」(Jordan et al. 2019)。因此，知識轉譯後的臨床實踐必須提供最佳實證證據、符合本土的脈絡下融合醫療健康的專業知識及病人本身的價值信念(Jordan, et al., 2019)。然而，證據往往無法直接應用於臨床照護，主要是因為從創建證據到臨床實踐估計最長需要 17 年(Porritt, et al., 2020)。實證文獻進行系統性的審查是傳統實證醫學的基礎，但系統性文獻回顧需要大量時間才能完成，審查時間從 6 個月到 2 年不等（Munn, Lockwood, & Moola, 2015）。這種吸收延遲通常是由於研究從一個階段轉移到另一個階段（即從臨床前研究到臨床試驗）的各種差距造成的。多年來，如何彌合證據與研究轉譯（或採用）到臨床實踐之間的差距一直是爭論焦點(Porritt, et al., 2020)。

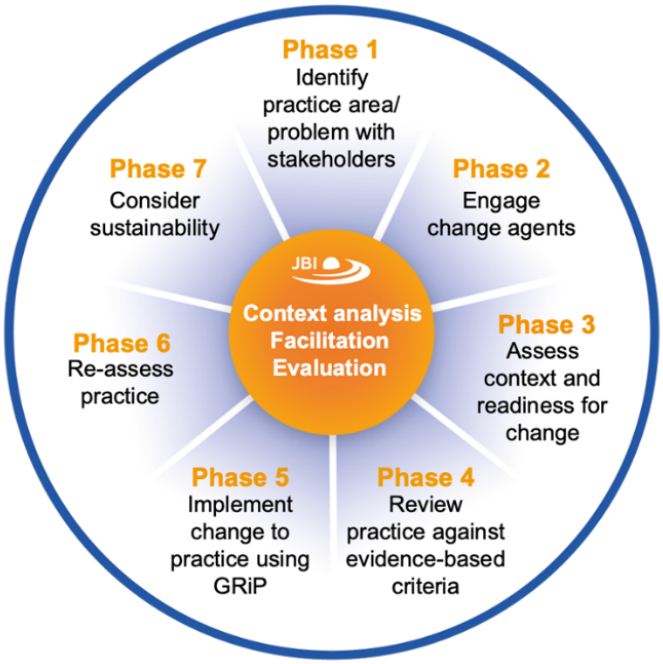
Implementation science 是指運用科學研究的方法將研究結果及最佳實證證據以系統的方式融入照護常規中，了解臨床實踐過程的障礙並解決困難，提升臨床照護品質及效益(Porritt, et al., 2020)。更新後的 JBI Model of Evidence-Based Healthcare(圖一)內圈的五大區塊 Evidence Generation、Evidence Synthesis、Evidence Transfer、Evidence Implementation、Global Health 提供臨床研究如何實踐於臨床實務及醫療決策過程所需的概念及方法；外圈的部分則對於各個區塊的概念及整個模組如何操作提供具體而務實的行動策略(Jordan, et al., 2019)。其中在於 Evidence Implementation 模組中最大的改變是從證據的利用到證據的實踐，強調臨床情境的分析、促進變革及結果評值的具體作法，希望所有證據是在符合特定的情境下進行有目的且有力的活動，讓所有的相關利益者(包括政策制定者、醫護人員、民眾)參與研究證據為醫療決策圖供相關訊息，持續改善醫療品質(Jordan, et al., 2019)。



圖一 New JBI Model of Evidence-Based Healthcare (Jordan, et al., 2019)

Joanna Briggs Institute 為了讓實證知識有效地應用臨床實務，發展 JBI Evidence Summary 作為臨床照護的準則或建議具體以實證轉譯方式提供臨床人員"Point of Care"，並依據 JBI Evidence Summary 開發臨床實證應用系統(Practical Application of Clinical Evidence System, PACES)，提供主題審查(audit)作為臨床照護品質的實證依據，發現實證應用在臨床執行的障礙並利用行政領導的方式發展改善策略，提升照護品質(Jordan, et al., 2016）。JBI PACES 系統內各主題的審查項目(audit criteria)是以臨床審查、回饋及再審查的實施過程，強調辨別及管理變革障礙的結構化方法，總共有 7 個階段(圖二)，各個階段間並非是一種線性關係，而是在實證應用品質改善過程中可以來回移動調整(Bayuo, et al., 2017)。

Phase 1 確定臨床實踐的場域/問題及相關利益者：臨床實務和健康照護服務過程中提供的管理或行政方面工作會引發許多需要採取行動才能改善的醫療問題，來自臨床觀察、同事或病人家屬；有許多有效和有用的方法可以來確認臨床實務關注的領域，在沒有基於良好證據被執行或用來改善問題(Institute for Healthcare Improvement, 2003)。第一步是成立團隊並進行探問"我們想要完成什麼？" (Institute for Healthcare Improvement, 2003; Langley, et al., 1996) 。因此，確立改善主題可能來自於如醫院異常事件報告、不良事件、臨床路徑差異報告以及發病率和死亡率數據等指標(Porritt, et al., 2020)。



圖二 實證應用 7 階段(Porritt et al., 2020)

Phase 2 從事變革的推動者：並非所有利益相關者都需要參與品質改善過程，在執行過程必須讓大多數人意識到問題並且獲得足夠的訊息，根據需要為品質改善活動提供相關資源。其中變革的推動過程領導方式將決定參與變革的成員彼此間的通報、溝通、涉及的層面及對象，指定能夠積極參與品質改善的成員建立團隊。因此，變革推動者及共同參與者必須是具有將實證付諸臨床實踐的強烈動機、具有問題意識，未來才是成功變革的關鍵(Cranley, et al., 2017)。

Phase 3 評估臨床情境及變革的準備度：為了增加成功實踐實證應用的可能性，領導者及共同參與者必須考慮環境中促進和阻礙實證應用的因子，從臨床照護的脈絡進行分析，找出需要改善的關鍵問題，才能確認需要改變的真正原因，找出證據無法在臨床上被充分理解或實踐的原因及差距(Pfadenhauer, et al. 2017)。

Phase 4 基於實證標準建立審查項目：成員必須針對改善主題選定具有實證證據的審查項目並討論具體審查回饋的操作方式，包括如何了解改善主題的主要指標績效，將以何種測量工具(如稽核表、問卷、量表等)或統計方式收集所有相關利益者的數據(Porritt et al., 2020)。

Phase 5 應用實證的改善策略：經由前 4 個階段的主題確立、背景分析及臨床情境的審查與回饋，成員可以確認實證於臨床實踐的障礙，依據障礙產生的面向及對象研擬因應

的策略，如提升醫護人員的能力、改變照護流程或環境設備等，最重要的是改變組織文化及系統性的改變策略，並且能夠持續性的監測策略執行成效(Waltz, et al., 2015；Powell, et al., 2015)。

Phase 6 臨床實踐的再評值：成員必須意識到成效評值不僅發生品質改善的審查項目結束時，其中在過程中用來改善的策略或工具將持續用來預測和預防問題發生，並進行持續改進確保有持續的數據收集來支持實證應用於臨床實務的績效。因此，在此階段將重新評估實踐並考慮以下問題"我怎麼知道實施的策略已經產生了影響？"、"我們成功的應用知識了嗎？"、"我們是否改善了臨床實務的品質？" (Porritt et al., 2020)。

Phase 7 建立可持續發展的計畫：在此階段專案成員必須考慮已建立標準化作業或者稽核計畫未來該如何持續進行下去?多久需要再評估一次?如何將已經產生的組織變革或政策/環境設備的重要改變持續下去(Porritt et al., 2020)。

應用實證轉譯於臨床品質改善在台灣已逐漸被重視，台灣實證卓越中心(Taiwan Joanna Briggs Institute Collaborating Center；TJBCC)於 2017 年開辦第一屆的 JBI Clinical Fellowship 課程，該課程募集國內護理專家、品質改善專家共 22 位產生 11 實證應用的品質改善主題，2018 年台灣培訓第一批 JBI Clinical Fellowship 種子教師訓練課程，將 JBI PACE 課程本土化深根實證應用推展。截至今年已有四屆的課程學員，廣布於北、中、南、東不同區域及健康照護領域，應用實證轉譯於品質改善累計將近 50 個品質改善主題，參與學員除了取得訓練證書外，在參與課程的一年內仍可持欲使用 JBI PACES 系統進行其他主題改善的實證應用，持續將最佳實證證據應用於臨床照護，提升品質優化臨床照護文化及政策制定。

參考資料

Bayuo, J., Munn, Z., & Campbell, J. (2017). Assessment and management of burn pain at the Komfo Anokye Teaching Hospital: A best practice implementation project. *JBI Database System Review Implement Reports, 15*(9), 2398-2418.

Cranley, L. A., Cummings, G. G., Profetto-McGrath, J., Toth, F., Estabrooks, C. A. (2017). Facilitation roles and characteristics associated with research use by healthcare professionals: A scoping review *BMJ Open, 7*, e014384

Jordan, Z., Lockwood, C., Munn, Z., & Aromataris, E. (2019). The updated Joanna Briggs Institute Model of Evidence-Based Healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare, 17*(1), 58–71.

Institute for Healthcare Improvement (2003). *The Breakthrough Series: IHI's collaborative model for achieving breakthrough improvement, Institute for Healthcare Improvement Cambridge, Massachussetts.* https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000155

Jordan, Z., Lockwood, C., Aromataris, E., & Munn, Z. (2016). *The updated JBI model for evidence-based healthcare*. The Joanna Briggs Institute.

Langley, G, Nolan, K, Nolan, T, Norman, C & Provost, L. (1996). The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance, Jossey-Bass, Danvers, Massachusetts.

Pfadenhauer, L., Gerhardus, A., Mozygemba, K., Lysdahl, K. B., Booth, A., & Hofmann, B., et al. (2017). Making sense of complexity in context and implementation: the Context and Implementation of Complex Interventions (CICI) framework. *BioMed Central, 12*, 21.

Porritt K, McArthur A, Lockwood C, Munn Z (Editors). *JBI Handbook for Evidence Implementation.* JBI, 2020. Available from: https://implementationmanual.jbi.global. https://doi.org/10.46658/JBIMEI-20-01.

Powell, B., Waltz, T. J., Chinman, M. J., Damschroder, L. J., Smith, J. L., & Matthieu, M. M., et al. (2015). A refined compilation of implementation strategies: Results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implement Science, 10*, p21.

Waltz, T., Powell, B. J., Matthieu, M. M., Damschroder, L. J., Chinman, M. J., Smith, J. L., et al. (2015). Use of concept mapping to characterize relationships among implementation strategies and assess their feasibility and importance: Results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) study. *Implement Science, 10*, p109

運用組合式口腔照護方案降低頭頸癌病人化放療後口腔黏膜炎發生率

臺北榮民總醫院　黃凱琪　卓美妤　李淑瓊

一、背景

口腔黏膜炎（Oral mucositis, OM）是接受化學放射治療頭頸癌病人常見之副作用（Daugėlaitė et al., 2019），會造成疼痛、影響進食，進而導致體重下降、營養不良（徐、吳，2020）。以 CTCAE（National Cancer Institute Common Terminology Criteria for Adverse Event）第三版評估口腔黏膜炎嚴重度分為 0～4 級，嚴重程度每增加一級，其感染風險、發燒天數、營養不足狀況、使用止痛藥頻率以及醫療相關費用也會隨之升高（徐、吳，2020；Suminski et al., 2017）。

統計本單位 108 年 8 月至 109 年 1 月接受化放療頭頸癌病人 3～4 級口腔粘膜炎發生率為 40.6%，造成疼痛影響進食、降低口腔清潔意願，搜尋文獻發現口腔黏膜炎的照護方式多元，含藥物、侵入性治療、產品及護理處置等（Lalla et al., 2014），引發改善動機，期望運用具實證基礎之組合式照護措施，降低嚴重口腔粘膜炎發生率，提升照護品質。

二、目的

運用實證護理方法進行文獻搜尋與評讀，建立護理可執行之組合式照護方案，並探討此方案於降低嚴重口腔粘膜炎發生率之成效。

三、方法

本組之臨床問題為「組合式口腔照護方案是否可降低頭頸癌病人化放療後口腔黏膜炎發生率？」，形成 PICO 為 P：接受放射線治療或合併化學治療之頭頸癌病人，I：組合式口腔照護方案，C：常規治療，O：口腔黏膜炎。使用 MeSH 功能搜尋關鍵字之同義字（表一），於 PubMed 等五個資料庫，運用截斷字與布林邏輯搜尋，限制中英文、人類、5 年內之系統性文獻回顧、整合分析或隨機對照試驗，搜尋歷程如圖一。

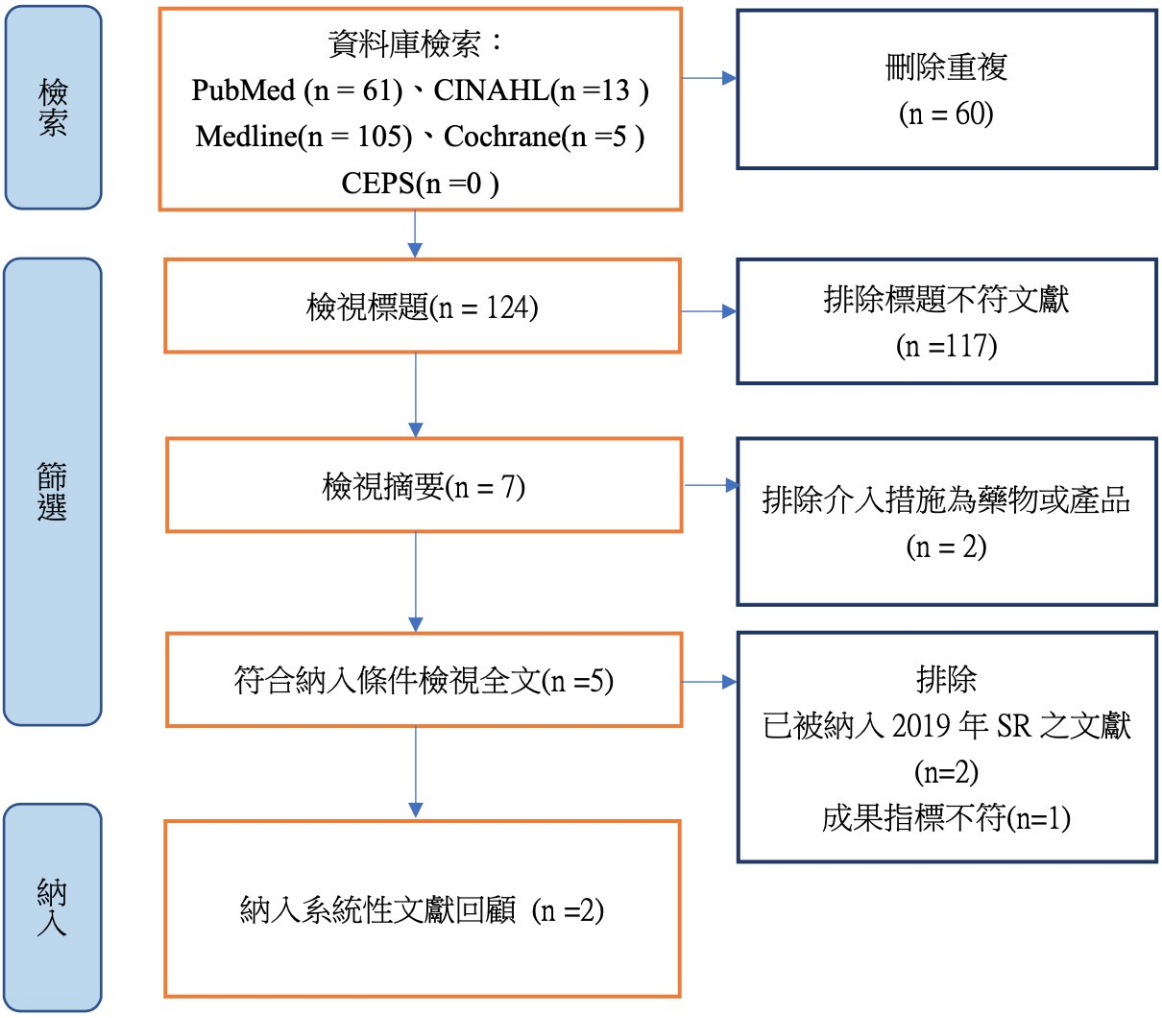
表一

關鍵字

項目	中文	英文	同義字
P	頭頸癌	Head and neck cancer	Head and neck neoplasm、head and neck malignancy
	接受放療或化放療病人	Radiotherapy/ concurrent chemoradiotherapy	Chemoradiotherapy、chemoradiation 、irradiation、radiochemotherapy、radio*
I	口腔照護方案	Oral care	Oral hygiene、mouth care education、oral management、basic oral care、professional oral health care、oral health
C	常規照護	Routine care	Usual care
O	口腔黏膜炎	Oral mucositis	Stomatitis、oromucositis

圖一

文獻搜尋歷程



四、文獻評讀與結果

使用 2018 年 Critical Appraisal Skills Programme （CASP）之 Systematic-Review-Checklist 評讀文獻品質，再以 2011 年 Oxford CEBM level of evidence 判定證據等級均為 Level 1，評讀結果如表二。

表二

CASP SR checklist 評讀結果

評讀項目	Hong et al., 2019	Park & Lee, 2019
此篇系統性文獻回顧是否問清楚、明確的問題?	是，符合 PICO。	是，符合 PICO。
作者是否尋找適當研究型態的文獻?	否，納入 17 篇，其中 8 篇 RCT。	是，均收錄 RCT。
你認為所有重要且相關的研究都被納入?	是，清楚列出納入條件並搜尋各大資料庫。	是，搜尋各大資料庫並從參考資料手動搜尋。
作者是否評估所納入研究文獻的品質?	是，由多位專家評讀、判定證據等級。	是，由兩位獨立使用 Cochrane（RoB）評讀。
如果作者將研究結果進行合併，這樣的合併是否合理?	是，RCT 異質性高，作者依「癌症治療方式」及口腔黏膜炎的預防或處置進行分析。	是，文獻異質性高，將癌症種類分為血液腫瘤及固體腫瘤進行次群體統合分析。
這篇系統性文獻回顧整體結果為何?	統整六大方案，「組合式口腔照護方案」有助於預防頭頸癌病人放療期間的口腔黏膜炎。	1.OM 發生率低於對照組（RR : 0.58, p<0.0001, I^2 : 24%）。 2. 3~4 級 OM 發生率低於對照組（RR : 0.47, p = 0.004, I^2 : 0%）。 3.實驗組 OM 持續時間比對照組平均少 3.24 天（MD : -3.24, p = 0.02, I^2 : 67%）。
結果精準嗎?	未使用統合分析及 95%信賴區間，無法判定。	是
此研究結果是否可應用到當地族群?	是，族群相似。	是，族群相似。
是否所有重要臨床結果都有被考量到?	是，包含口腔黏膜炎發生率、嚴重度、持續時間等。	是，包含各級口腔黏膜炎發生率、平均等級、持續時間。
付出的傷害和花費換得介入措施所產生的益處是否值得？	是，措施為日常行為，無需額外花費。	是，措施溫和近乎無副作用且成本低廉。

五、臨床應用與成效評估值

（一）臨床應用

比較證據與現實的差距後，考量病人期待措施簡單易懂、無副作用、低成本，建立組合式口腔照護方案包含口腔評估、口腔保濕與清潔技巧、不同口腔黏膜炎等級之照護與化療時執行口腔冷療法。經與耳鼻喉科醫師、牙醫師及營養師共同討論皆同意本方案具可行性，接著運用實證知識轉譯 7A 步驟應用於臨床，詳見表三。

（二）成效評估

運用組合式口腔照護方案後，109 年第四季 3 級以上口腔黏膜炎發生率由 40.6%降至 30.2%，持續監測護理師衛教完整性與病人口腔照護正確率，110 年第一季 3 級以上口腔黏膜炎持續下降至 12%。成本效益方面，化放療結束時因 3 級以上口腔黏膜炎平均需延長住院 7 天且會放置鼻胃管，以醫學中心護理費、住院診察費、病房費、鼻胃管管灌食費計算，每減少一位病人可節省 15,722 點健保支出。

六、結論

本方案整合現有最佳實證證據、考量病人需要，跨團隊合作介入組合式口腔照護方案，可有效降低口腔黏膜炎發生率並節省醫療成本，建議可推廣至所有腫瘤科病人，並持續監測執行成果，以提供高品質照護。

表三

實證知識轉譯 7A 步驟

實證 7A 步驟	執行內容
Aware	公布化放療病人口腔黏膜炎發生率讓同仁重視此議題。
Accepted	專案小組搜尋實證文獻、評讀，於單位宣導，使同仁能接受口腔照護策略。
Applicable	以口腔黏膜炎圖片搭配照護措施之手冊指導、牙齒模具操作口腔清潔、觀看牙科醫師錄製之貝式刷牙影片及化療期間口含冰塊於臨床應用具可行性作為組合式照護措施。
Able	109 年 9 月在病房及放療門診進行護理師在職教育訓練，賦予同仁執行能力。
Acted on	109 年 10 月開始應用於臨床病人。
Agreed	執行後發現病人會忘記口腔清潔頻次，小組成員腦力激盪再進行對策改善，於床邊掛牌提示、提供口腔清潔日誌表自我監督。改善過程每三個月進行口腔黏膜炎發生率分析，發現病人口腔潰瘍出血疼痛時刷牙漱口意願降低，透過再度搜尋文獻，建議可運用牙線棒、牙間刷取代牙線，針對嚴重口腔黏膜炎製作空針沖洗器進行口腔沖洗與含漱，提升病人執行之認同。
Adhered to	為維持護理師衛教完整率，於資訊護理車電腦桌面放置照護內容連結，養成標準化照護模式之習慣。

七、參考資料

徐灩、吳美鳳（2020）．頭頸癌做完放射線治療後的口腔併發症之照護．*彰基院訊，37*（9），20-21。

Daugėlaitė, G., Užkuraitytė, K., Jagelavičienė, E., & Filipauskas, A. (2019). Prevention and treatment of chemotherapy and radiotherapy induced oral mucositis. *Oral Oncology, 35*(5), 453-470. https://doi.org/10.3390/medicina55020025

Hong, H. L., Gueiros, L. A., Fulton, J. S., Cheng, K. K. F., Kandwal, A., Galiti, D., Fall-Dickson, J. M., Johansen, J., Ameringer, S., Kataoka, T., Weikel, D., Eilers, J., Ranna, V., Vaddi, A., Lalla, R. V., Bossi, P., Elad, S. (2019). Systematic review of basic oral care for the management of oral mucositis in cancer patients and clinical practice guidelines. *Supportive Care in Cancer, 27*, 3949–3967. https://doi.org/10.1007/s00520-019-04848-4

Lalla, R.V., Bowen, J., Barasch, A., Elting, L., Epstein, J., Keefe, D.M., McGuire, D.B., Migliorati, C., Nicolatou-Galitis, O., Peterson, D.E., Raber-Durlacher, J.E., Sonis, S.T, Elad, S. (2014). MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. *Cancer, 120*(10), 1453–1461. https://doi.org/10.1002/cncr.28592

Park, S., & Lee, H. S. (2019). Meta-analysis of oral cryotherapy in preventing oral mucositis associated with cancer therapy. *International Journal of Nursing Practice, 25*(5). https://doi.org/10.1111/ijn.12759

Suminski, J. A., Inglehart, M. R., Munz, S. M., Van Poznak, C. H., & Taichman, L. S. (2017). Oral care: Exploring education, attitudes, and behaviors among nurses caring for patients with breast cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 21*(3), 371–378. https://doi.org/10.1188/17.CJON.371-378

咀嚼口香糖能否改善大腸鏡檢查前腸道準備的成效?

佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院 李昀蓓 呂思淼 察芳瑜 戴佳惠

一、背景

大腸癌發生率及死亡人數逐年增加，已是癌症十大死因第一位。可藉由大腸鏡檢查盡早發現病灶，檢查過程需觀察腸黏膜、取得標本及切除息肉，但檢查前準備不足易影響過程及結果，故腸道準備完整相當重要（劉、劉，2021）。準備過程可能出現噁心、嘔吐等腸道不適，造成準備不完整。文獻提起咀嚼口香糖能促進腸蠕動（張等，2018）。是否可用於大腸鏡檢查前腸道準備以緩解腸道不適？

二、目的：探討咀嚼口香糖是否能改善大腸鏡檢查前腸道準備成效。

三、方法

根據 PICO 關鍵字(表一)，搜尋 PubMed、Cochrane Library、CINAHL 及華藝線上圖書館，使用布林邏輯進行關鍵字連結，搜尋 2017 年後發表文章，排除重覆、與主題不符及無法取得全文的文章，最後納入 3 篇 RCT(圖一)。

表一

PICO 關鍵字

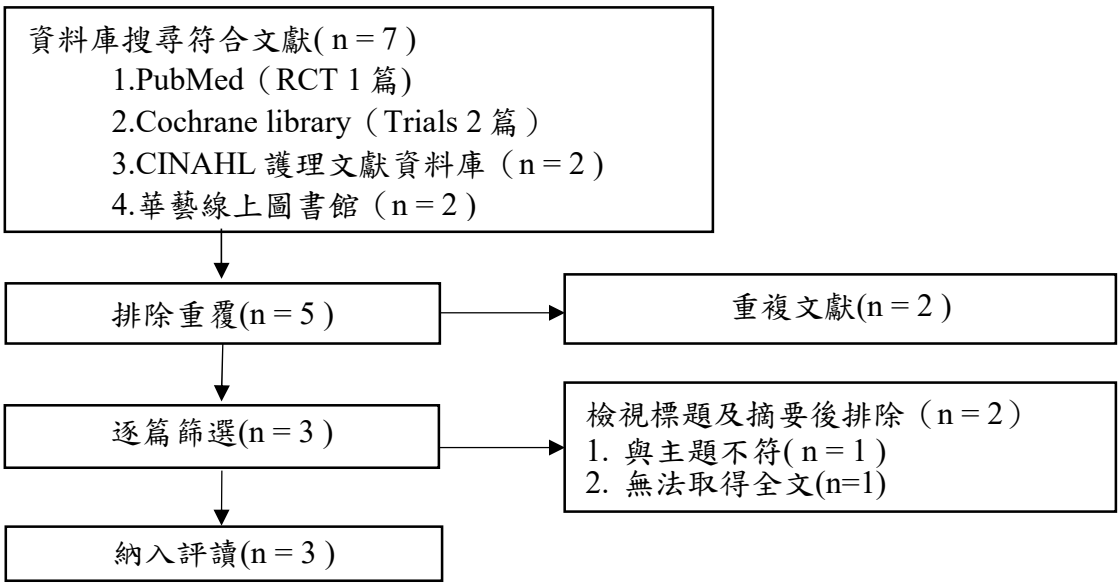
PICO	中文關鍵字	英文關鍵字	布林邏輯	
Patient/ Population	大腸鏡檢查	Colonoscopy	-	AND
Intervention	口香糖	gum chewing chewing gum [MeSH]	OR	
Comparison	-	-	-	
Outcome	腸道準備 腸道清潔	bowel preparation bowel cleanliness[MeSH]	OR	

四、證據搜尋及評讀結果

文獻評讀使用 JBI 實驗性/類實驗研究文獻評讀工具(表二)。證據等級採用 JBI 證據等級(表三)。

圖一

文獻檢索流程圖



表二

文獻評讀結果

研究品質(信效度)	Fang et al., (2017)	張等 (2018)	王 (2017)
1. 個案是否為隨機分派？	是	不清楚	不清楚
2. 個案是否不知自己隸屬何組？	否	否	否
3. 分派者是否不知個案是哪一組？	是	否	否
4. 中途退出個案的結果資料是否有描述，並併入分析？	是	是	是
5. 評估者是否不知個案分在哪一組？	是	是	是
6. 對照組與介入組個案在進入研究時同質性是否夠高？	是	是	是
7. 除了介入措施，兩組的其他處置是否相同？	是	是	是
8. 兩組的成效測量方式是否一致？	是	是	是
9. 是用可信的方式（工具）來測量成效嗎？	是	是	是
10. 是否使用合宜的統計分析方式？	是	是	是

表三

證據整合結果

作者年代	研究類型/個案數	介入措施	主要結果變項	研究成果	證據等級
Fang et al. (2017)	RCT/ 180	喝完 PEG 到檢查前，每 2 小時咀嚼一次無糖口香糖，每次 20 分鐘。	腸道清潔	腸道清潔兩組無差異。 咀嚼口香糖可提升對準備過程滿意度。 未有不良事件。	1c
張等 (2018)	RCT/ 180	服用 PEG 後咀嚼 1 粒	腸道清潔	實驗組腸道清潔度及息肉	1c

		無糖口香糖，咀嚼 5～10 分鐘共 8 粒。之後每 2 小時咀嚼 1 粒，每次 20 分鐘，到檢查前最多 3 粒。		檢出數較高。 咀嚼口香糖可減少準備中的不適，提高服藥依從性，增進滿意度。 未有不良事件。	
王 (2017)	RCT/ 136	服用 PEG 間隔期間咀嚼 1 粒口香糖，共 12 粒。由夜班護理師確認咀嚼情況。	腸道清潔	腸道清潔兩組無差異。實驗組在腹脹、服藥順從性及腸蠕動有顯著差異。 未有不良事件。	1c

五、統整文章總結

結果皆顯示大腸鏡檢查前咀嚼口香糖可提升腸道準備及清潔度，增加腸蠕動、改善因服用清腸劑造成的腸道不適，進而提高準備遵從度及滿意度。建議咀嚼時間可從清腸劑後開始，每 2 小時咀嚼 1 粒，每次 5～10 分鐘，直到禁食後停止。

六、臨床運用與建議

作者建議病人口腔狀況良好，執行檢查前準備過程可配合咀嚼口香糖，以降低準備中的不適感。口香糖在台灣方便取得且價格合理，若應用在臨床無經濟負擔，因此咀嚼佳且可配合的病人，可將咀嚼口香糖應用於常規腸道準備過程中。

七、參考文獻

王國慶（2017）・咀嚼口香糖對服用和爽患者腸道準備效果的影響・*護理學報，2017*（07），49-52。https://doi.org/3969/j・issn・1671-8348・2018・29・024

張秀靜、馬利轉、張竹青、王靜、李志婷（2018）·咀嚼口香糖對結腸鏡前腸道準備質量影響的研究·*重慶醫學*，*47*，3813-3815。

劉文琪、劉雪娥（2021）・比較三種清腸劑於大腸直腸鏡檢清腸品質成效之回溯性研究・*澄清醫護管理雜誌*，*17*（2），20-26。

Fang, J., Wang, S. L., Fu, H. Y., Li, Z. S., & Bai, Y. (2017). Impact of gum chewing on the quality of bowel preparation for colonoscopy: An endoscopist-blinded, randomized controlled trial. *Gastrointestinal endoscopy*, *86*(1), 187-191. https://doi.org/10.1016/j.gie.2016.05.051. Epub 2016 Jun 17. PMID: 27327849.

實證研究之臨床應用-使用 Benzydamine Hydrochloride 噴霧劑是否可減緩 拔除氣管內管病人喉嚨疼痛之不適？

長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院　黃意閔

一、背景目的

加護病房為維持病人呼吸道通暢，加上因手術或其他原因需放置氣管內管，在放置 24-36 小時起組織黏膜開始損傷，管路持續壓迫結果會有黏膜損傷、潰瘍進產生喉嚨疼痛，亦因常規執行翻身和抽痰會加劇疼痛（陳嘉容、許芬萍、方素瓔，2019）。若疼痛無法得到緩解會促使病患發生非計畫性拔除氣管內管，進而延長住院天數也增加醫護人員工作負荷及照顧困難度（林佳瑩等，2017）。根據國內統計有 42.4-48.1%病人表示拔管後有喉嚨痛問題，當氣管內管放置時間越久，對於疼痛感受會有加乘作用，此問題往往都會被忽視，造成不舒服、自拔管路等情形發生。在本單位皆為術後病人，需放置氣管內管，但因放置氣管內管會有吞嚥困難、喉嚨疼痛不適之感受，亦因無法溝通生理所需，導致會有想自拔管路之傾向，故如何減輕喉嚨疼痛不適感，增進病人舒適度此為本實證之動機。在臨床上常使用 Benzydamin Hydrocholoride 非類固醇消炎止痛噴劑，容易被黏膜組織吸收，在血清中白蛋白的結合率低，有局部麻醉效果，副作用少，可有效減輕拔管前後喉嚨痛的困擾，增加病人的舒適感(蕭等，2008)。故期望藉由實證研究之文獻應用 Benzydamine Hydrochloride 噴霧劑是否可減緩術後拔管病人喉嚨疼痛之不適之臨床效益。

二、方法

本文依據實證護理五個步驟，先設定 PICO 找出可回答的臨床問題如：實證研究之臨床應用-使用 Benzydamine Hydrochloride 噴霧劑是否可減緩術後拔管病人喉嚨疼痛之不適？將本文針對探討動機所產生之 PICO 為 P：術後拔氣管內管管病人（Postoperative patient）、I：Benzydamine Hydrochloride 噴霧劑、C：依醫囑 Fentanyl 藥物使用、O：減緩喉嚨疼痛（throat pain），實證問題 PICO 及關鍵詞如表一。

表一

PICO 關鍵字詞表

實證研究之臨床應用-使用 Benzydamine Hydrochloride 噴霧劑是否可減緩術後拔除氣管內管病人喉嚨疼痛之不適		
問題	中文	關鍵字
Patient/Problem（P）	術後拔氣管內管病人	Postoperative patient【MESH tems】OR **Post extubation**【MESH tems】OR Post endotracheal tube
Intervention（I）	Benzydamine Hydrochloride 噴霧劑	Benzydamine Hydrochloride【MESH tems】
Comparison（C）	依醫囑 Fentanyl 藥物使用	Fentanyl【Text word】
Outcome（O）	減緩喉嚨疼痛	throat pain【MeSH terms】OR postoperative sore throat【MeSH terms】OR【MeSH terms】**sore throat pain**

三、文獻評讀

經由文獻資料篩選後符合主題文獻為一篇系統性評論（Systematic Review）文章、一篇統合分析之隨機對照試驗（Meta-Analysis of RCTS）一篇隨機對照試驗（Randomized controlled trial）checklist 來評讀文獻，文獻評讀工具採用 Critical Appraisal Skill Programme（CASP），依據 Oxord Centre for Evidence-Based Medicine（2011 版）之證據等級（Levels of Evidence），進行有效性（Validity）、重要性（Importance）、應用性（Practicebility）三方面進行評讀文獻。評析 PICO 問題為治療型，以 Critical Appraisal Skills Program （CASP）來評析文獻內容，依據 Oxord Centre for Evidence-Based Medicine（2011 版）之證據等級（Levels of Evidence），前二篇文章為 Level I，第三篇文章為 Level II。第一篇針對 Benzydamine Hydrochloride 與非鎮痛劑對照組相比，局部使用 Benzydamine Hydrochloride 降低術後拔管後 24 小時後喉嚨痛 ($p<0.001$)；Benzydamine Hydrochloride 與 Lidocaine 對照組試驗，Benzydamine hydrochloride 與 Lidocaine 降低術後喉嚨痛發生(p:0.047)。敏感度分析結果比較術後喉嚨痛，Lidocaine 和 Benzydamine Hydrochloride 皆可預防術後喉嚨痛，但相比仍是 Benzydamine Hydrochloride 為優勢。第二篇 Benzydamine hydrochloride 組在術後喉嚨痛

發生率顯著降低 P<0.0001，在 12-24 小時雖有局部刺激，但未有觀察使用 Benzydamine hydrochloride 相關併發症。第三篇在拔管後 6 小時與 24 小時之疼痛程度顯者低為對照組(p<0.05)。由以上三篇分析結果，使用 Benzydamine Hydrochloride 降低術後拔管後 24 小時後喉嚨痛。評讀的兩篇文獻結果皆呈現一致性。

四、結果

依據文獻評讀結果，擬定介入措施為收案對象為術後入住加護病房之病人年齡>18 歲、意識清楚、可與人溝通者、3 天內可拔管者。執行前評估病人意識狀況且可以溝通病人，詢問拔除氣管內管後喉嚨痛之狀況，與醫師討論依醫囑給予 Benzydamine Hydrochloride 噴至喉嚨部位，測量指標為疼痛指數評分量表（Numerical Rating Scale；NRS）及視覺類比量表（Visual Analogue Scale；VAS），使用 Benzydamine Hydrochloride 半小時再測量疼痛指數評分量表及視覺類比量表，若與第一次評估分數降低，則適需要給予使用 Benzydamine Hydrochloride，若評估分數升高，則改進行常規處置。實施期間共執行二個月五，共收案 20 位，拔除氣管內管病人，其疼痛指數評分量表由介入前 6.5 分下降至介入後 3.5 分；視覺類比量表（Visual Analogue Scale；VAS）由介入 8 分下降至 4 分，顯示 Benzydamine Hydrochloride 對於術後拔除氣管內管喉嚨痛有顯著效應。

五、結論

術後放置氣管內管為術後最常見放置管路之一，亦是臨床病人最常表示喉嚨痛之不適，護理人員儘早處理病人術後拔管喉嚨痛之問題，一來可減輕病人疼痛不適感，二來亦讓護理人員在臨床作業避免病人因疼痛不適自拔管路。依據文獻實證研究之臨床應用-使用 Benzydamine Hydrochloride 噴霧劑是可減緩術後拔管病人喉嚨疼痛之不適，建議術前可護理指導病人放置氣管內管不適之症狀及處置方式，將能有效協助臨床人員提供適切之醫療照護處置，增進病人在氣管內管留置過程與拔除後之舒適感。

六、參考文獻

林佳瑩、施佩華、許榕珊、陳麗貞、謝春蘭(2017)．降低氣管內管留置病人疼痛之改善專案．*志為護理-慈濟護理雜誌，16*(5)，71-81。

陳嘉容、許芬萍、方素瓔(2019)．外科加護病房病人使用氣管內管不適症狀與護理處置．*台灣醫學，23*(3)，287-296。

蕭鵬卿、廖文進、李淑燕、張秉宜、郝培宇、郭靜霖、簡翠蓉(2008)．Benzydamine Hydrochloride 噴霧劑緩解外科加護病人術後拔管喉嚨疼痛之成效．*重症醫學雜誌，9(*2)，71-78。

A. Kuriyama, M. Aga and H. Maeda(2018).Topical benzydamine hydrochloride for prevention of postoperative sore throat in adults undergoing tracheal intubation for elective surgery: A systematic review and meta-analysis. *Anaesthesia 73*, 889-900.

Chien-Yu Chen, Chien-Ju Kuo, Yuan-Wen Lee, Fai Lam, Ka-Wai Tam(2018).Benzydamine hydrochloride on postoperative sore throat : A meta- analysis of randomized controlled trials.*Canadian Jounal of Anesthesia, 61*(3), 220-228.

前列腺手術後病人執行骨盆底肌肉運動是否可以改善尿失禁?

馬偕醫院淡水院區　邱于秦 謝瓊玉

一、背景與目的

攝護腺疾病是男性的專利，最常見的疾病為良性攝護腺肥大、攝護腺癌與慢性攝護腺炎，顯著影響男性的健康與生活品質。攝護腺肥大會造成解尿困難、頻尿、急尿等下泌尿道症狀而影響生活品質(黃，2014)。

國際尿控制學會(International Continence Society;ICS)定義尿失禁為非自願性尿液漏出而前列腺括約肌切除術對尿道括約肌的損害可導致尿失禁。大多數男性在根治性前列腺切除術後會出現一定程度的尿失禁，尤其是壓力性尿失禁。尿失禁對於病人術後返家的生活品質有相當程度的負面影響，在日常生活帶來困擾，如：頻尿、滲尿及漏尿產生異味，造成病人不安、焦慮及喪失自信心(Hoyland & Boustead, 2014)。

臨床上常見前列腺病人手術後，在移除尿管後常發現病人有頻尿或尿失禁情形，希望藉由實證來探討骨盆底肌肉運動是否可以改善前列腺肥大手術後病人尿失禁的問題，也可做為臨床照護上之依據。了解骨盆底肌肉運動是否可以改善前列腺肥大手術後病人尿失禁的問題。

二、方法

(一)形成可回答的問題(Ask an answerable question)

形成一個臨床可以回答的問題(表一)，依據 P、I、C、O，擬定中、英文關鍵 字。從 Cochrane library 到 PubMed、CINAHL、Embase、華藝線上圖書館，以相同的 PICO 關鍵 字搜尋。關鍵字用 OR 搜尋， P、I、C、O 之間用 AND 搜尋，最終納入 2 篇 RCT，為最符合臨床問題。

表一

前列腺手術後病人執行骨盆底肌肉運動是否可以改善尿失禁?

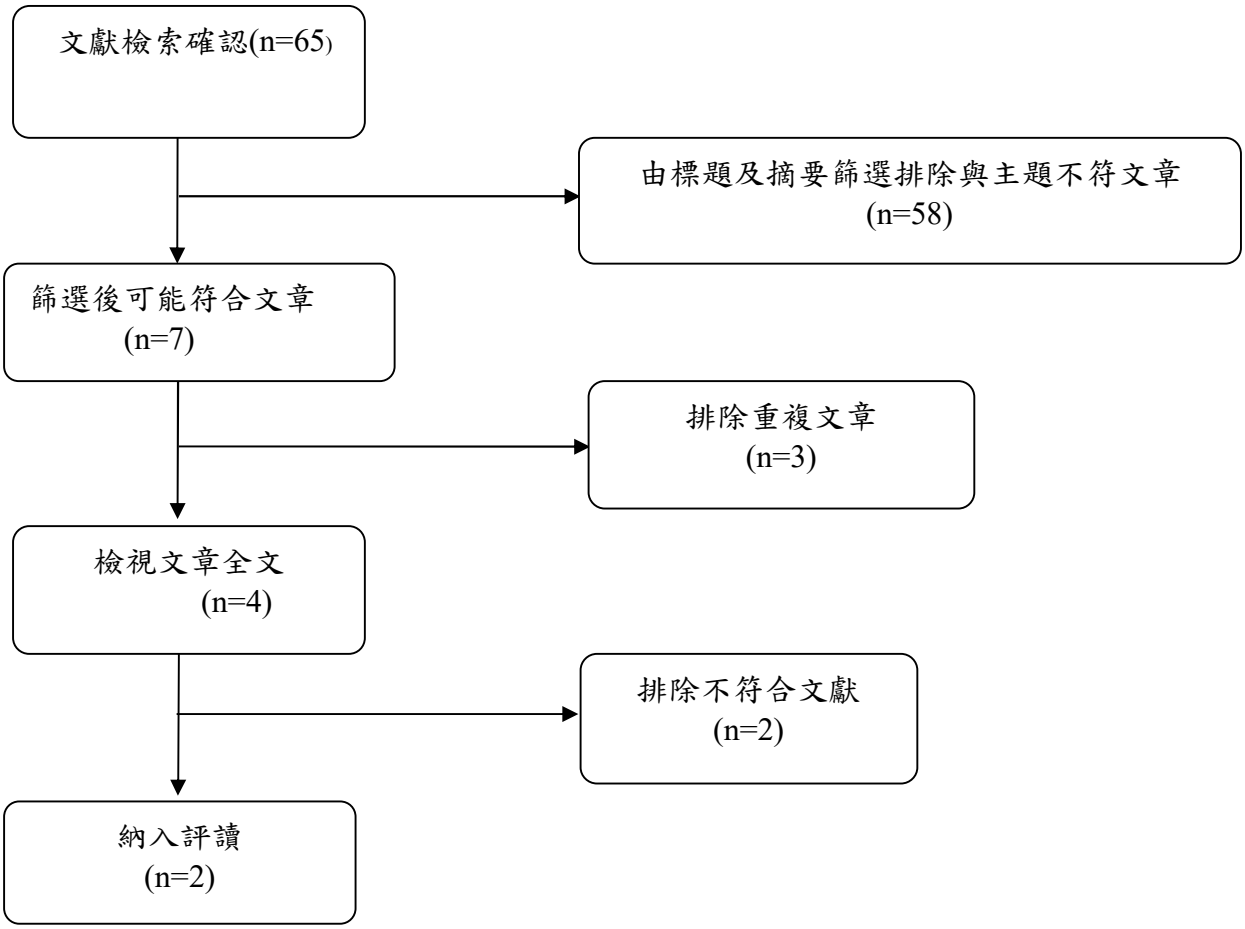
PICO	**中文關鍵字**	**英文關鍵字**(MeSH、同義字、切截字)
Patient or **P**roblem	前列腺(攝護腺)肥大手術後病人	Hyperplasia, Prostatic Prostatic Hypertrophy (Pub med) Benign Prostatic Hyperplasia (Embase) Prostatic Hyperplasia, Benign Prostatic Hypertrophy, Benign Benign Prostatic Hypertrophy Hypertrophy, Benign Prostatic
Intervention or **I**nvestigation	骨盆底肌肉運動 凱格爾氏運動	Pelvic floor exercise Pelvic muscle exercise pelvic floor muscle exercises (PME) Pelvic floor muscle training(Embase) **Kegel Sports** **Kegel** **Kegel's exercise**
Comparison	一般護理	
Outcome	尿失禁改善	Incontinence, Urinary Urinary incontinence

(二)找尋資料(Acquire the database)

依上述關鍵字、同義詞及其 MeSH terms、切截字後，將相關詞用 OR 連集，P、I、C、O 間用 AND 交集，搜尋 Cochrane library、Embase 等實證醫學資料庫，PubMed、CINAHL、等原始文獻資料庫與台灣期刊論文索引、華藝等本土資料庫， 搜尋篩選歷程如圖一。

圖一

文獻檢索流程圖



(三)RCT 文獻評讀如表二

表二

文獻評讀

	文獻1	文獻2
1.期刊標題	Preoperative pelvic floor muscle exercisefor early continence after holmium laser enucleation of the prostate: a randomized controlled study(2020年)	Pelvic floor muscle training before transurethral resection of the prostate: A randomized, controlled, blinded study(2007年))
2.期刊出處	Anan et al. BMC Urology (2020) 20:3	Scandinavian Journal of Urology and Nephrology, 2007; 41: 329_334
3.個案數	70人	49人
4.年齡	50至90歲之間	52至79歲之間

5.研究設計	隨機分配兩組使用簡單的隨機程序（使用Micro-soft Excel for Windows），術前開始PFME並於術後繼續（A組）或術後（B組）	隨機分配給術前 PFMT 或未訓練組（對照組），由物理治療師負責。隨機化以信封密封。另一個專業的對隨機化由不知情的治療師，做了所有的骨盆底評估測試於介入措施之前和 TURP 後 4 週。泌尿科研究護士評估了術前排尿主觀和客觀參數且追蹤於 TURP 術後 2 週、4 週及 3 個月。
6. 處置	A組:術前開始PFME並繼續到術後 B組:術後開始PFME	實驗組:專門的物理治療師，連續進行四次，包括一個單獨的課程，家庭練習和三組治療 對照組無術前物理治療
7.觀察指標	定義為不使用護墊	丹麥前列腺症狀評分總評分問卷(Danish Prostatic Symptom Score DAN-PSS-1)，觀察每2週、4週及3個月後護墊使用情形
8.結果	3個月後A組的尿失禁率明顯低於B組術後36%	3個月後護墊使用率實驗組較對照組少了11%
9.結論	術前開始PFME較術後開始PFME失禁率降低了36%	PFMT 於 TURP 術後可顯著改善骨盆底肌肉的耐力
10.證據等級	**2A**	**2A**

(四)嚴格的評讀證據(Appraise the evidence)

以批判性的方式評讀文獻，根據文獻等及應用適合的評讀工具進行有效性(Validity)、重要性(Importance)、實用性(Practice)之分析如表三

表三

文獻評讀結果

研究品質(信效度)	文獻 1	文獻 2
1.研究是否針對明確的重點研究問題	是	是
2.參與者的分配是干預是否隨機	是	是
3.是否所有參加研究的參與者佔其結論	是	否
4.參與者是否“盲”給予他們干預	是	是
5.研究組在開始時是隨機對照試驗	是	是
6.除了實驗干預之外，每個研究小組獲得相同的照顧	是	是
7.是否報告了干預措施的效果	是	是
8.干預或治療效果有報告嗎	是	是
9.做實驗的好處干預勝過傷害和代價	是	是
10.結果可否應用於您當地的人口/在您的背景下	是	是
11.實驗性干預措施能否提供對您所照顧的人的價值大於任何現有的干預措施	是	是

(五)臨床應用的建議

與泌尿科資深主治醫師及第 2 年主治醫師討論，皆認為手術後有內在傷口，執行骨盆底肌肉運動需用力，容易導致內在手術傷口出血，且病人於術後門診 3 個月門診追蹤尿液檢查，仍會有紅血球存在，表示在傷口仍有輕微出血之可能性。

三、結論

前列腺肥大手術切除前列腺後，常見之合併症為尿失禁，文獻中可見到骨盆底肌肉運動確實可強化骨盆底肌肉力量，進而減少尿失禁之情形，然而雖此運動簡單方便，不需高額花費，但在運動訓練過程中卻可能會導致內在傷口出血之問題，以至於在臨床推行上受到阻礙。因此希望病人手術後 3 個月在傷口穩定後，若還有尿失禁之困擾，建議於門診教導骨盆底肌肉運動，以協助改善此其行，讓病人可以有更好之生活品質。

四、參考文獻

姚珮佳(2006)．物理治療與護理在尿失禁所扮演的角色．*埔基醫療雜誌，1*(1)，112~121。

黃書彬(2014)．*攝護腺疾病與男性性功能障礙*．台灣男性醫學會 http://www.tand.org.tw/Publications/into.asp?/61.html

Kevin T McVary(2020,July 9).*Surgical treatment of benign prostatic hyperplasia (BPH)*https://www.uptodate.com/contents/surgical-treatment-of-benign-prostatic-hyperplasia-bph

Hoyland, K., & Boustead, G. (2014). Post-radicalprostatectomy incontinence: Etiology andprevention. *Reviews in Urology, 16* (4), 181-188.

早期活動是否能改善髖部骨折老年人術後譫妄的發生

淡水馬偕紀念醫院　葉玉梅 吳惠蘭 何素卿

一、背景與目的

老年人常發生髖部骨折而需接受手術治療，但是 65 歲以上的年老病人在手術後，卻常出現不同程度的認知障礙、片段記憶喪失，甚至併發妄想、幻想等症狀，即所謂譫妄症(楊、高，2017)。譫妄在骨科老人手術後發生率高，若處置不當可能影響病人安全，增加醫療費用和家屬的負擔，甚至引起死亡(林等，2021)。所以如何預防譫妄的發生，是老年病人手術後照護的重要目標。據研究指出，手術後有早期下床活動是有效降低譫妄發生機率的照護措施之一(張等，2019; Hshieh et al.,2018)，所以希望透過實證方式，探討早期活動對改善老年病人髖部骨折術後譫妄發生的成效，藉此提高照護品質。

二、證據搜尋

在文獻搜尋過程中，先將關鍵字以 MeSH terms + EM tree terms +同義字+free text words 等相關詞用 OR 聯集，再將 P、I、C、O 間用 AND 交集進行檢索，形成 PICOs (表一)。進而於 PubMed、CINAHL、Embase、Cochrane library 及臺灣期刊論文等資料庫進行搜尋。

表一

PICO 關鍵字

問題：改善髖部骨折老年人術後譫妄的發生?

PICO	中文關鍵字	英文關鍵字及同義字（MeSH term）
Patient or Problem	髖部骨折術後老年人	● Hip Fracture、Femoral Neck Fracture ● Hip Fracture*、Trochanteric Fracture*、Subtrochanteric Fracture*、Femoral Fracture*
Intervention or Investigation	早期活動	● Mobilization、Early Ambulation、Activity、Exercise、Rehabilitation、Walking ● Early activity、Early rehabilitation、Rehabilitation exercise、Therapy Exercise、Physical Therapy、Mobility ● Exercise*、Activit*、rehabilitation*、

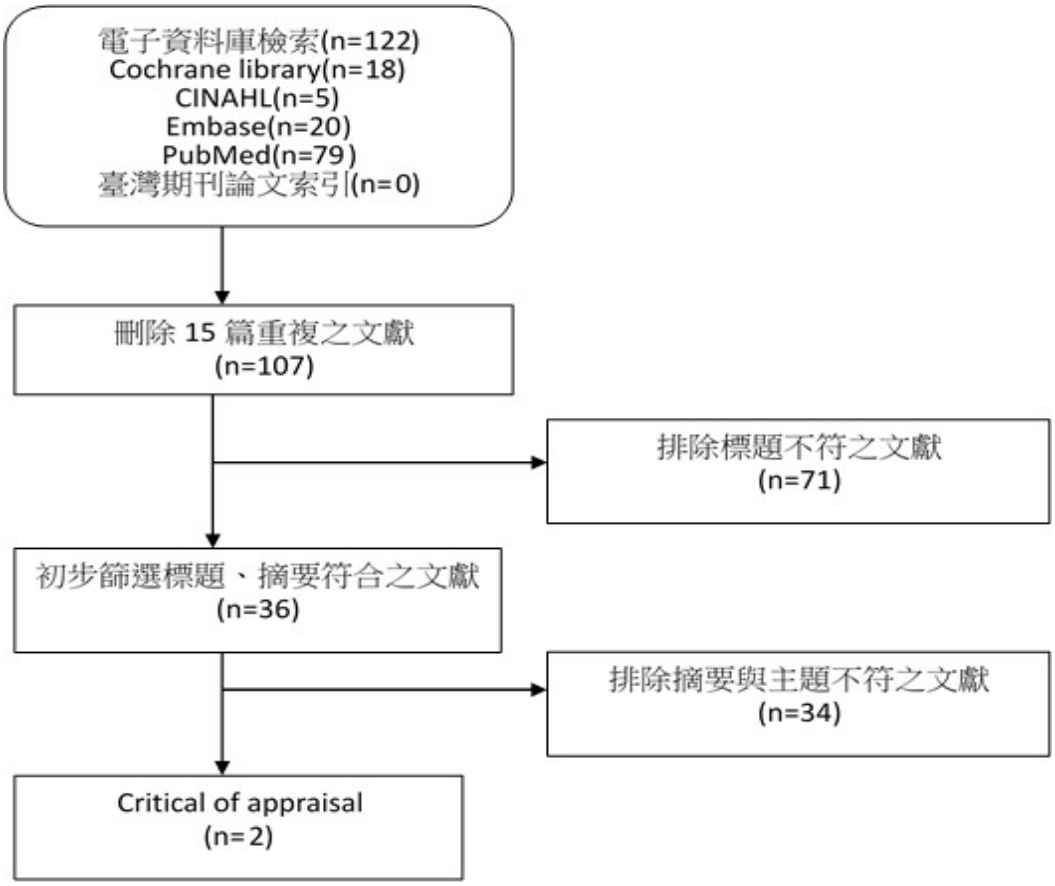
		Walking* ● Non-pharmacological、multicomponent interventions
Comparison	常規照護	
Outcome	譫妄	● Delirium、Confusion、Emergence Delirium、Anesthesia Delirium ● Deliri*、Acute confusion*、Confusional State* ● postoperative delirium、Disorientation、emergence agitation、“clouded state”、“clouding of consciousness”

問題類型：治療性

由電子資料庫共搜尋 122 篇文獻，刪除 15 篇重覆及標題不符合之文獻 71 篇(與主題、族群不相同、研究設計差及收案個數過少)後，再排除摘要與主題不符之文獻，最後符合之文獻共有 2 篇 (圖一)。

圖一

文獻搜尋歷程



以下為搜尋結果與主題符合的文獻(表二)。

表二

與主題文獻符合的文獻

篇數	作者	篇名	證據等級	資料庫
1	Oberai, T., Laver, K., Crotty, M., Killington, M., & Jaarsma, R.	Effectiveness of multicomponent interventions on incidence of delirium in hospitalized older patients with hip fracture: a systematic review	II	• PubMed • CINAHL 2018年發表，屬系統性文獻 International Psychogeriatrics,30 (4), 481–492.
2	Kenyon-Smith, T., Nguyen, E., Oberai, T., & Jaarsma, R.	Early Mobilization Post–Hip Fracture Surgery	IV	• PubMed • Embase 2019年發表，屬回溯性研究文獻 Geriatric Orthopaedic Surgery & Rehabilitation, 10, 1-6.

三、文獻評讀與結果

以 CASP(Critical Appraisal Skills Programme 2014) 進行評讀，證據等級用 Oxford 2011 年版（表三、表四）。

表三

SR 評讀結果

篇　名	Oberai, T. et al.(2018)
研究方法	Systematic Reviews
研究對象	65歲及以上髖部骨折的住院病人
介入措施	多項介入措施，包括：工作人員的教育、患者定向訓練、解決視覺和聽覺需求、增強睡眠、藥物再評估、給予補充水分和營養、早期下床活動等。
比較措施	常規照護
成果指標	譫妄發生率、持續時間及嚴重度
評析項目	**評析結果**
1.問題與 PICO 主題明確？	是
2.搜尋策略完整、無遺漏？	是
3.納入與排除標準合宜？	不明確
4.有足夠證據呈現收錄研究品質？	是
5.整合研究結果，論述相似或相異？	是
6.主要研究成果	對預防譫妄的發生介入組發生率較低（odds ratio 0.64），但在持續時間及嚴重

	度方面兩組無顯著差異。
證據等級	**Level II**
Overall appraisal	Include

表四

Case control study 評讀結果

篇　　名	Kenyon-Smith, T. et al. (2018)
研究方法	**case control study**
研究對象	回顧性分析240位接受髖部骨折手術治療的病人。
介入措施	早期（＜24小時）活動
比較措施	常規照護
成果指標	髖部骨折手術後併發症
評析項目	評析結果
1.研究問題是否清楚且聚焦?	是
2.作者是否使用適當的方法回答問題?	是
3.是否以可接受的方式招募受試者?	是
4. 對照組是否以可接受的方式選出?	是
5.是否準確測量暴露，以減少偏差?	是
6. (a)作者考量了哪些干擾因素? 你認為可能重要、但作者未列入的干擾因素	(1) 骨鬆、疼痛感受強度 (2) 有無照顧者 (3) 有無輔具
6.(b)作者是否已考量研究設計和/或分析當中的干擾因素?	是
7. 此研究的結果為何?	臥床病人發生併發症比有活動者高出1.9倍；早期（＜24小時）活動病人健康狀況最佳，顯示早期活動的病人譫妄發生率有顯著降低。
8.研究結果有多精確? 風險估計有多精確?	下床活動病人與臥床病人相比，譫妄併發症在統計學上顯著降低。
9.你相信這個研究結果嗎?	是
10.研究結果是否可以應用在本地族群?	不明確
11.這個研究結果與其他現有的證據相符合?	是
證據等級	**Level IV**

四、臨床應用及成效評值

(一)臨床應用

綜合文獻評析，支持髖部骨折手術後早期活動，所以針對骨科病房 65 歲以上髖骨骨折手術後老年病人執行收案，手術後會診物理治療師評估，於第一天執行下肢復健運動，包含腳趾、踝部、股四頭肌及抬腿運動，並透過護理人員協助督促執行，每天 3~5

回、每回練習 50~100 次，再依病人進度教導以輔具下床活動。

(二)成效評值

於 2020 年 7-12 月共運用於骨科病房 50 位 65 歲以上髖部骨折手術後的病人，考量安全因素手術後第一天先進行床上運動、接著坐於床邊、進而以輪椅或漸進式離床活動為主，病人出院前病人均無譫妄情形發生。

五、結論

手術後早期下床活動確實可降低譫妄症狀的發生，應推廣於老年病人於髖部骨折手術後，教導病人及早開始執行下肢復健運動及下床活動，以預防譫妄合併症的發生。

參考文獻

林麗華、黃秀英、詹雅惠、鄭慧娟(2021)．某醫學中心骨科老人術後多面向照護預防譫妄之成效．*榮總護理，38*(2)，112-119。

張慧文、胡芳文、岳芳如、張瑩如(2019)．建置住院高齡病人譫妄實證照護指引．*護理雜誌，66*（3），72-82。

楊鎮嘉、高玉娟（2017）．譫妄症臨床診治．*長期照護雜誌，21*（2），81-92。https://doi.org/10.6317/LTC.21.81

Critical Appraisal Skill Program (2014). CASP CHECKLISTS. https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/

Hshieh, T. T., Yang, T., Gartaganis, S. L., Yue, J., & Inouye, S. K. (2018). Hospital elderlife program: Systematic review and meta-analysisof effectiveness. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 26*(10),1015-1033. https://doi.org/10.1016/ j.jagp.2018.06.007

Oberai, T., Laver, K., Crotty, M., Killington, M., & Jaarsma, R. (2018). Effectiveness of multicomponent interventions on incidence of delirium in hospitalized older patients with hip fracture: A systematic review. *International Psychogeriatrics, 30*(4), 481–492. https://doi.org/10.1017/S1041610217002782

Kenyon-Smith, T., Nguyen,E., Oberai, T., & Jarsma, R. (2019). Early Mobilization Post–Hip Fracture Surgery. *Geriatric Orthopaedic Surgery & Rehabilitation,* 10,1-6. https://doi.org/10.1177/2151459319826431

台灣實證護理學會電子會刊

投稿簡則

2014-4-17 制訂
2021-7-9 理監事會議一修

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：凡與實證新知、實證知識綜整(實證讀書報告、實證案例分析、實證證據綜整3A或指引)、系統性回顧/統合分析(systematic review/meta-analysis)、實證護理研究(EBN research)、實證教學、實證學習/推動心得分享、實證研究計畫註冊等文章，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號字，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公分，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)第七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（系統性回顧/統合分析不在此限）。
   (2) 中英文期刊文章格式：
   作者姓名（西元出版年）．標題．*期刊名稱*，*卷*（期），起訖頁數。https://doi.org/xxx
   *期刊名、卷數須以*斜體*呈現，若該期刊無卷數時，則僅列期數且不須斜體、不須括弧。
   (3) 書籍：
   (a) 一本書的格式：
   作者姓名（西元出版年）．*書名*(版次)．出版商。https://doi.org/xxx
   *書名以*斜體*呈現，版次列於書名之後，出版地不用寫，有DOI要加註。
   (b) 書中的一章：
   該篇作者（西元出版年）．標題．編者姓名，*書名*（版次，起訖頁數）．出版商。
   (c) 翻譯書格式：
   原著作者（翻譯出版年）．*翻譯書名*（譯者；版次）．出版商。（原著出版年）
   *於內文引用之寫法：（原著作者，原著出版年/翻譯出版年）
   (4) 政府部門、機構、組織的網路資料格式：

作者姓名（西元年，月日）・*報告名稱*（文件號碼）・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（含計劃主持人及研究人員）（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) 參考文獻中，作者的寫法：
(a) 一位作者：英文（Lin, A. A.）、中文（林小美）
(b) 兩位作者：英文（Lin, A. A., & Chen, B. B.）、中文（林小美、陳小明）
(c) ≦20位作者：1-20位作者全部列出，第20位作者前面用&，中文前面用、
(d) ≥21位作者：列出前19位作者，第19位作者後面用 …，接著最後一位作者的姓；中文用…接著最後一位作者的姓。

(8) 內文引用時，作者的寫法：
(a) 一位作者：英文 (Lin, 2021) 或 Lin (2021)、中文（林，2021）或 林（2021）
(b) 兩位作者：英文 (Lin & Chen, 2021) 或 Lin and Chen (2021)、中文（林、陳，2021）或 林、陳（2021）
(c) ≥3位作者：英文 (Lin et al., 2021) 或 Lin et al.. (2021)、中文（林等，2021）或 林等（2021）
(d) 機構/團體：第一次出現 (Taiwan Evidence-Based Nursing Association [TEBNA], 2021)，之後再出現 (TEBNA, 2021)（註：會出現三次以上的才用縮寫）

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)

國內外實證研討會訊息

系統性文獻回顧及統合分析工作坊

日期：2022 年 03 月 26 日 (六) 至 03 月 27 日 (日)

地點：臺北醫學大學醫學綜合大樓前棟 4 樓誠樸廳

報名時間：即日起至 2022 年 03 月 15 日或額滿為止 (限額 80 人)

課程資訊及報名網站：http://imohw.tmu.edu.tw/events/

2023 年考科藍學術年會(2023 Cochrane Colloquium)

主題：Forward together for trusted evidence

日期：2023 年 9 月 04 日至 9 月 06 日

地點：英國倫敦

網址：https://www.cochrane.org/news/announcing-2023-cochrane-colloquium-london-uk

GIN (Guidelines International Network)第 18 屆年會

主題：Maintaining quality while pursuing efficiency.

日期：2023 年 9 月 19 日至 9 月 22 日

地點：英國格拉斯哥

網址：https://g-i-n.net/conference_2023/welcome

Conference Theme & Key Dates

The theme for 2023 will be:
"Maintaining quality while pursuing efficiency."

Registration opens - **17 January**

Call for Abstracts opens - **17 January**

Abstract submission closes - **4 April**

Notifications of Abstract Acceptance - **30 May**

Early Bird Registration closes - **6 July**

Author confirmation/registration deadline - **6 July**

Conference - **19-22 September**

GIN
Guidelines
International
Network

2024 年 Global Evidence Summit

主題：Using evidence. Improving lives

日期：2024 年 9 月 09 日至 9 月 13 日

地點：捷克布拉格

網址：https://www.globalevidencesummit.org/