

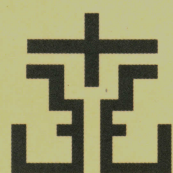
新臺北護理期刊

中華民國九十五年八月
第八卷 第二期

August 2006
Volume 8 Number 2

~~C107~~

C118



臺北醫學大學 出版

PUBLISHED BY TAIPEI MEDICAL UNIVERSITY

New Taipei Journal of Nursing

新臺北護理期刊

中華民國九十五年八月 第八卷 第二期

■發行人 — 許重義校長

■主編 — 盧美秀院長

■副主編 — 鄭 綺

■執行編輯 — 周桂如、張文英、高靖秋、楊勤榮、鄭素月、
謝佳容

■編審委員 — 王秀紅、李怡娟、李亭亭、李從業、李碧霞、
杜敏世、林佳靜、林秋芬、林麗嬋、邱艷芬、
施富金、柯乃榮、胡文郁、唐秀治、徐南麗、
高美玲、張 媚、張秀如、張碧真、張瑩如、
曹麗英、陳小蓮、陳品玲、陳美伶、陳淑月、
陳惠姿、陳彰惠、陳靜敏、黃秀梨、黃璉華、
楊克平、楊美賞、廖彥琦、廖美南、廖媛美、
熊秉荃、劉雪娥、劉影梅、劉淑娟、蔣欣欣、
蔡仁貞、蔡秀鸞、蔡佩珊、蔡欣玲、蔡娟秀、
蕭妃秀、蕭淑代、賴裕和、駱麗華、顏妙芬、
魏玲玲、蘇燦煮（以姓氏筆劃排列）

■出版機構 — 臺北醫學大學 110 臺北市吳興街 250 號

■秘書 — 鍾郁玲

■電話 — (02) 27361661 轉 6315

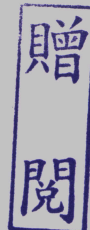
■傳真 — (02) 23772842

■網址 — <http://nursing.tmu.edu.tw>

■E-mail — nursing@tmu.edu.tw

■承印者 — 灃泰印刷設計有限公司

■電話 — (02) 23379933



目 錄

執編的話.....	教育部整體 發展計劃 94 獎補助經費	周桂如	
特約稿			
精神病患家屬之支持團體			
.....		周桂如	1
研究論文			
膀胱癌病患的生活品質、社會支持及症狀困擾		孫嘉玲、蔡仁貞、林佳靜	11
.....			
產後婦女體重變化相關因素之探討		戴芳台	21
.....			
某醫學中心組織氣候與護理人員工作滿足感之關係		張瓊櫻、楊美賞、張肇松	31
.....			
五專應屆畢業護生、單位主管及護理教師對護理能力滿意度之調查		劉 荼、林梅香、劉雪娥、孫淑惠	43
.....			
護理人員幽默與健康狀況之研究		蕭仔伶、謝佳容、劉淑娟	53
.....			
行政專案			
降低病患在暴力攻擊事件中員工受傷比率		張秋蓉、孫鳳卿、林美淑	63
.....			
降低門診新進書記人員離職率之改善專案		吳美玲、李維玲、吳家麗、顏秀美、邢鴻君	73
.....			
個案報告			
協助使用呼吸器之肺癌病患面對焦慮-Watson's關懷理論之運用		武香君、葉淑惠	83
.....			

投稿簡則

投稿聲明

訂閱辦法

本期刊擬從第5卷第1期起採訂閱制，一年2期售價新台幣500元，零售每本新台幣300元（國外郵費另計），訂閱請郵政劃撥18415001號臺北醫學大學帳戶，（請註明：訂閱新臺北護理期刊、份數、收件人、收件地址、聯絡電話）

Contents

Remarks From the Editor Kuei-Ru Chou

Special Feature

Support Groups for Caregivers of Relatives with Mental Illness

..... Kuei-Ru Chou 1

Original Articles

The Quality of Life, Social Support, and Symptom Distress among Patients with Bladder Cancer

.....Jia-Ling Sun, Jen-Chen Tsai, Chia-Chin Lin 11

Relationship of Weight Changes in Postpartum Women

..... Fang-Tai Tai 21

The Relationship between Nurses' Perception of Organizational Climate and Job Satisfaction in a Medical Center

..... Chiung-Ying Chang, Mei-Sang Yang, Chao-Sung Chang 31

A Survey of Satisfaction with Nursing Competency among New Junior Nursing College Graduates, Unit Managers, and Nursing Instructors

..... Fen Liu, Mei-Hsiang Lin, Hsueh-Erh Liu, Sue-Heui Sung 43

A Study of Humor and Health for Nurses

..... Yu-Ling Hsiao, Chia-Jung Hsieh, Shwu-Jiuan Liu 53

Nursing Administration Project

Reducing the Injury Rate to Staff Members from Violent Incidents

.....Chiou -Rong Chang, Feng-Ching Sun, Mei-Shu lin 63

A Project to Reduce the Turnover Rates for Newly Hired Clerks at the Outpatient Department

...Mei Ling Wu, Wei Ling Lei, Ka-Lai Wu, Hsiu Mei Yen, Hung Chung Hsing 73

Case Study

The Application of Watson's Caring Theory: Helping a Lung Cancer Patient to Face Anxiety on a Ventilator

.....Shiau-jiun Wu, Shu-Hui Yeh 83

Information for Authors

Declaration Form

Support Groups for Caregivers of Relatives with Mental Illness

Kuei-Ru Chou

RN, PhD, Associate Professor, Director, College of Nursing, Taipei Medical University

Abstract

Research has documented that providing care to the mental illness patient can make the caregivers themselves more vulnerable to physical, emotional, social and financial problems. A number of different services designed to support caregivers of patients with mental illness have emerged in the last decade, such as support groups, respite care, and adult day care. A support group can offer compensatory social ties and a safe environment for caregivers to regain equilibrium. Support groups have proved to be a successful intervention and strategy to address the problems of caregivers. The article addresses the major aspects of support groups (types of support group, function of support group and its structure and membership) and also examines related methodological issues and research designs characterized in recent literature. This paper also evaluates recent studies on conducting support groups for caregivers of mental illness patients. Methodological barriers that have limited the research potential in this field are addressed in this article. This paper also discusses the progress made in caregiver's support group research. Attention to issues related to caregivers' support groups provided us with "know-how" in conducting a support group and enabled us to advance knowledge and research about caregiving and support groups.

Keywords: Support Group, Mental Illness, Caregiver

Introduction

Caregivers have cared for their relatives with mental illness for longer periods following the diminishing reimbursement for support services, strict guidelines for institutionalization, advances in managed care, and the changing demographic landscape. Goldman (1982) estimated that an average of 250,000 chronic mental illness patients will be discharged annually in the U.S.A number of different services designed to support caregivers of patients with mental illness have emerged in

the last decade, such as support groups, respite care, and adult day care. Support groups have demonstrated their effectiveness for caregivers of patients with mental illness (Cook, Heller, & Pickett-Schenk, 1999; Ostwald, Hepburn, Caron, Burns, & Mantell, 1999; Wilkins, Castle, Heck, Tanzy, & Faohey, 1999; Hepburn, Tornatore, Center, & Ostwald, 2001; Chou, Liu, & Chu, 2002; Fung & Chien, 2002; Chein, Chan, Morrissey, & Thompson, 2005; Shu & Lung, 2005). As traditional support systems have

Correspondence : Kuei-Ru Chou
Associate Professor, Director, College of Nursing,
Taipei Medical University
No.250, Wu-Hsing St., Taipei, Taiwan, 110

Tel : 886-2-27361661 Ext. 6302 Fax : 886-2-23772842
E-mail: kueiru@tmu.edu.tw

become unavailable, nurses have expanded their practice to meet this need. Nurses have traditionally worked with large groups of patients in clinics; however, their role as formal leaders of small groups has already emerged. Overall, the current trend is toward community rather than hospital health care. These changing patterns of health care contribute to nurses' roles as leaders of support groups to reduce the burden of the caregiver. This review discusses the major aspects of a support group (types of support groups, function of support group and its structure and membership) and also examines related methodological issues and research designs characterized in recent literature.

The Effects of Caregiving

Research has documented that providing care to the mental illness patient can make the caregivers themselves more vulnerable to physical, emotional, social and financial problems (Bedard, Pedlar, Martin, Malott, & Stones, 2000; Chou, Lamenting, & Heyworth, 1999). Caregivers reported a deterioration in their own health, caused by the need for constant supervision and loss of sleep. Caregivers consequently experience emotions that include depression, anxiety, confusion, frustration, and helplessness. Numerous studies have looked specifically at the high risk among caregivers for depression (Cook, Heller, & Pickett-Schenk, 1999; Hepburn, Tornatore, Center, & Ostwald, 2001). Depression also complicates caregiver adjustment to mental illness. In an evaluation of symptoms among caregivers of patients with mental illness, the results showed that caregivers of patients with mental illness were significantly more distressed than their age-matched controls (Anthony-Bergstone, Zarit, & Gatz, 1988). Previous studies also found that caregivers' time and freedom are restricted, resulting in social isolation, interference in their lifestyle and social activities, and contributing to family conflicts (Dyck, Hendryx, Short,

Voss, & McFarlane, 2002; Chien, Chan, Morrissey, & Thompson, 2005).

Support Group

Support is a concept that has become progressively more important as evidence of its function has become better established. Good support is known to reduce stress and to lessen the risk of ill health and psychological distress in people under various sorts of pressure. Groups provide opportunities to share similar problems in a supportive and responsive atmosphere, and to learn new behaviors (Drysdale, Nelson, & Wineman, 1993). Two types of supportive interventions have been designed to mobilize social support. The first supportive intervention is to increase social networks such as support groups. The second type is to optimize the quality of support. Support groups can offer compensatory social ties and a safe environment for a caregiver to regain equilibrium. Support groups further reduce caregivers' isolation and loneliness by providing an opportunity to share feelings and experiences in a supportive environment with peers who share similar concerns. In addition, support groups emphasize the acquisition of knowledge and skills training so that caregivers can cope more effectively with caregiving stressors. Thus, support groups not only lessen the burden of those who are disabled, but they also reduce the burden of those who are caring for the impaired. The goal of support groups is to improve adaptive competence in dealing with short-term crises and life transitions as well as long-term challenges, stresses and privations through (a) promoting emotional mastery and expression of beliefs and positive effects, (b) offering guidance regarding relevant forces involved in expected problems and methods of dealing with them, and (c) providing feedback about an individual's behavior that validates his conception of his own identity and fosters improved performance based on adequate evaluation (Killilea, 1976,

p.41). Generally, there are three basic objectives of caregiver support groups: (1) to provide education and information in order to increase knowledge and understanding of the disease process; (2) to encourage an atmosphere of mutual trust in which to explore strategies for coping; and (3) to provide emotional support conducive to open, honest sharing of feelings (Roberts, 1988).

Types of Support Groups

Support groups vary in leadership, structure, organization, and agenda. Schmall (1984) identified four types of support groups. The first type of support group represents an educational model and consists of various professionals speaking on topics relevant to caregiving tasks. Various guest speakers are arranged by the leader to give presentations at the meetings. The second type of support group is the mutual/peer support group. This kind of support group is more personally interactive, and sharing of personal experiences is a major component. The skills of the leaders in leading the dynamic of group are important. The third type of support group is the combined educational/mutual support group that stresses the trained facilitators and the discussion of personal aspects in caregiving situations. The last type of support group is the ventilation group. This kind of support group lacks a skilled facilitator and the sessions involve caregivers expressing frustrations and negative emotions without addressing means for resolution. Among the four types of support groups, the ventilation groups resulted in the least successful on outcomes reported by caregivers (Burks, 1991).

Functions of Support Groups

According to Yalom (1985), there were several functions (curative or therapeutics factors) that are likely to

affect the individual member in a positive way through the group process. The therapeutic factors of universality, group cohesion, instillation of hope and altruism have been identified as particularly valuable for caregivers (Weinberg, Uken, Schmale, & Adamek, 1995).

1. *Instillation of hope*: Support groups contain individuals who are at different points along a coping-collapse continuum. Caregivers have continual contact with group members who have had problems very similar to their own and have coped with them more effectively. They observe the improvement of others and then are instilled with hope for themselves. Through the installation of this hope, members are freed to invest more energy in goal-oriented behavior (Janosik & Phipps, 1982).
2. *Universality*: Many caregivers think that they are alone in facing certain problems, and that they are unique. However, they discover that their feelings and experiences are to be found in similar form among others in the support group. They start to realize that they are not so alone as it seemed. The sense of universality tends to minimize overly self-critical and harsh judgments.
3. *Imparting information*: During the group process, there is much advice-giving and advice-seeking behavior revealed in the group. The information exchange process helps caregivers anticipate problems and alterations in their lives, and thus increases their ability to effectively manage problems and cope with transitions.
4. *Altruism*: People in need of supportive help may not feel that they have anything to offer. Within the support group, however, caregivers offer support, reassurance, suggestions, and insight into their common problems and derive benefit from giving to others. This changes their focus from preoccupation with their own problems to thinking of others.
5. *Group cohesiveness*: Group cohesiveness is a powerful

sense of belonging and acceptance (Yalom, 1985). The group gives support and permission to caregivers to be more open. It allows them to lower the caregiver's customary prohibitions or inhibitions and be more spontaneous with their emotions.

The Membership and Structure of Support Groups

1. *Membership*: The ideal groups range in size from six to twelve members. Groups with more than twelve members tend to divide into sub-groups and it becomes difficult to keep track of the flow of events. Groups with fewer than six members may find maintaining the group dynamic difficult (Weiner, 1984). Group format can be closed or open in the support group. According to Weiner (1984), closed groups tend to be more cohesive than open groups. Moreover, close groups are easy to cooperate and develop trust. If the group is to be closed to new members, the group needs to address the fact that below a certain attendance figure the group will no longer be viable. On the other hand, if the group is an open group, the basis for the admission of new members needs to be considered (Nichols, & Jenkinson, 1991). In anticipation of dropouts, a closed group should start with the maximum number of participants so that losing a few members does not destroy the group.
2. *Structure*: The time schedule includes frequency, duration, and number of meeting sessions. Nichols and Jenkinson (1991) pointed out that support groups may consider starting with a weekly meeting, and may later increase the interval between meetings. However, groups meeting at intervals of one month or longer will need to spend time in re-grouping. The good working duration for the support group meeting is around 1-1.5 hours. If the duration of meeting is too short, less than one hour, members may feel that attending is not

worthwhile. On the other hand, a meeting of more than two hours may be beyond the members' and leaders' attention. The sessions of meetings include short-term and long-term sessions. Yalom (1985) stated that short-term sessions are less than 20 sessions. The sessions depend on the aim of the support group and its group format. Support groups can be composed of inpatient or outpatient members, or combination thereof, to be decided before the beginning of the group. The format of the group session may be structured, semi-structured or unstructured. Structured groups contain clear norms and themes in each session (Burks, 1991; Janosick & Phipps, 1982).

The Evaluation of Research on Conducting Support Groups

Interventions to lessen the impact of caregiving and evaluate the effectiveness of support groups have been examined since the late 1970s (Acton & Kang, 2001). Nichols and Jenkinson (1991) point out that three techniques can be used in evaluating a group: direct observation, verbal inquiry, and questionnaire. Using these techniques, we can evaluate the structure, process, and outcome of the support group.

For a literature review, articles published in recent years focused on support groups of mental illness were selected to analyze their major aspect, membership and structure (Table 1), design and measurement (Table 2), and effectiveness of the group as follows.

The major aspects of these groups programs can be divided into six themes. These are as follows: (1) providing the information about the care receivers' situation; (2) exploring and sharing the emotional experiences of caregiving; (3) the use of problem solving in handling the caregiving; (4) providing information about appropriate community resources and home care skills; (5) the use of social support to caregivers; and (6)

assisting caregivers to cope with their feelings.

In general, the caregivers included in the majority studies were female and participated in a closed structure format. The average duration of group meetings was about 1-2 hours, held in the outpatient department, and session ranged from 7-12 (Table 1). The majority of studies used experimental design (Ostwald, Hepburn, Caron, Burns, & Mantell, 1999; Hepburn, Tomatore, Center, & Ostwald, 2001, Chou, Liu, & Chu, 2002; Dyck, Hendryx, Short, Voss, & McFarlane, 2002; Fung & Chien, 2002; Chein, Chan, Morrissey, & Thompson, 2005; Table 2). As indicated in a comparative meta-analysis of support groups in 1982-1999 by Acton and Kang (2001), recent research has made great progress in design and methodology. The design of the majority studies has shifted from pre-experimental and quasi-experimental to experimental design.

Multiple assessments use standardized questionnaires in different domains to evaluate the outcome of support groups. Some findings showed significant improvement in caregivers' psychiatric symptomatology such depression (Chou, Liu, & Chu, 2002; Hepburn, Tomatore, Center, & Ostwald, 2001), distress symptoms (Fung & Chien, 2002), self-efficacy (Hepburn, Tomatore, Center, & Ostwald, 2001), level of burden (Cook, Heller, & Pickett-Schenk, 1999; Ostwald, Hepburn, Caron, Burns, & Mantell, 1999; Chou, Liu, & Chu, 2002), hospitalization (Dyck, Hendryx, Short, Voss, & McFarlane, 2002), quality of life (Fung & Chien, 2002), but did not show significant improvement in social support, anxiety, and caregivers' immune function (Table 2).

Recommendations from Previous Studies

1. *The improvement of design:* Some of research collected data from non-random sampling procedures and small sample size limit the generalizability of most research to caregivers beyond those studies. The use of

longitudinal designs has also contributed to an understanding of changes in support group over time. Future research using longitudinal design will contribute to the generalizability of this literature.

2. *The potential for change:* The majority of studies have reported "the short-term effect" success in enabling caregivers to better handle their feelings. However, limited data support caregiver benefits from the long-term effect. These short-term, time-limited group interventions may have benefits, but have limited impact. Moreover, the attributes of dependent variables such as burden, coping responses, and depression are unlikely to change much or quickly through time-limited intervention (Stewart & Archbold, 1993). Therefore, short-term sessions may not produce immediate changes in these outcomes. The length of intervention needs to be extended beyond the short-term weekly meeting to deal with the multifaceted problems of caregiving.
3. *Statistical issues:* Here we consider the power of statistical tests and the interpretation of statistical results. (1) The homogeneity of subjects may decrease the within-group variability relative to the between-group differences in means (Stewart & Archbold, 1993). Therefore, the homogeneity of caregivers results in increased power of the statistical test for an experimental study. (2) The inappropriate use of statistical method for longitudinal study: The data in a longitudinal study are collected on the same units across successive points in time; these repeated observations are correlated over time. If this correlation is not taken into account then the standard errors of the parameter estimates will not be valid and hypothesis-testing results will be non-replicable.
4. *The dimensions of measurement:* The majority of studies researchers primarily focused on psychometric measurements such as levels of burden and stress. Only four studies were concerned with the physical,

psychological, and social dimensions of outcome measures. From the literature, we know that the dimensions of burden are divided into physical, psychological, social, and financial aspects. So the shortage of evaluation of the physical and social domains results in insufficient data for evaluating measures for these intervention studies.

5. *The use of group level assessment in addition to individual assessment in the evaluation of outcome:* Group assessment often reveals hidden agendas and problematic issues. In evaluating the outcome of support groups, most researchers suggested that multiple assessments in different domains (such as behavioral, social), collected from group level and objective observers will produce a more reliable findings (Heiney

& Wells, 1989; Greene & Monahan, 1987).

This review of the literature indicates that caregivers of mental illness patients experience a great deal of burden, distress, depression, and social isolation. Support groups have been one successful intervention and strategy to address the problems of caregivers. This article evaluates the recent studies in conducting support groups with caregivers of mental illness patients. Methodological barriers that have limited the research potential in this field are addressed in this article. This paper also discusses the progress made in caregiver's support group research. Attention to issues related to caregivers' support groups provided us with "know-how" in conducting a support group and enabled us to advance knowledge and research about caregiving and support groups.

Table 1
Membership and group structure of support groups

Authors	Subject (number)	Format	Schedule	Group location	Pattern
Cook, Heller, & Pickett-Schenk (1999)	N=120 77% women	closed	Monthly (12 groups) Weekly (2 groups)	outpatient	un-structured
Ostwald, Hepburn, Caron, Burns, & Mantell (1999)	N=83 68% women Intervention (52) Control (31)	closed	Weekly 7 sessions 2 hours	outpatient	structured
Wilkins, Castle, Heck, Tanzy, & Faohey (1999)	n=11 100% women	closed	• weekly • 8 sessions • 1.5 hours	outpatient	structured
Hepburn, Tornatore, Center, & Ostwald (2001)	N=94 70% women intervention (60) control (34)	closed	• weekly • 7 sessions • 2 hours	community	structured
Chou, Liu, & Chu (2002)	N=70 66%women Intervention (35) Control (35)	closed	• weekly • 8 sessions • 1.5 hours	outpatient	structured
Dyck, Hendryx, Short, Voss, & McFarlane (2002)	N=106 23% women intervention (55) control (51)	closed	• weekly • session:NA • duration:NA	outpatient	structured
Fung & Chien (2002)	N=52 63% women Intervention (26) Control (26)	closed	• weekly • 12 sessions • 1 hour	outpatient	structured

Authors	Subject (number)	Format	Schedule	Group location	Pattern
Chien, Chan, Morrissey, & Thompson (2005)	N=96 31% women Intervention (65) Control (31)	close	Biweekly 12 sessions 2 hours	outpatient	structured
Shu & Lung (2005)	N=27 100% women Intervention(8) Control (19)	close	Weekly 10 sessions 1.5 hours	community	Semi-structured

Table 2
Group design and measurement of support groups

Authors	Leader	Design	Measurement
Cook, Heller, & Pickett-Schenk (1999)	• nurse practitioner • experienced caregiver	one group pretest-posttest design	• burden level* • depression • social support • the utilization of community resource
Ostwald, Hepburn, Caron, Burns, & Mantell (1999)	NA	• experimental design • 5-month follow-up	• burden level* • depression • negative response to care receivers' behavior*
Wilkins, Castle, Heck, Tanzy, & Faohey (1999)	• Psychologist • Social worker	• one group pretest-posttest design • 1-month follow-up	• immune function • depression • anxiety • burden level
Hepburn, Tornatore, Center, & Ostwald (2001)	• Nurse • Educator • Family therapist • Occupational therapist	• experimental design • 5-month follow-up	• burden level • depression* • belief about caregiving* • response to behavior*
Chou, Liu, & Chu (2002)	Psychiatric nurse	• experimental design • 1-month follow-up	• burden level* • depression*
Dyck, Hendryx, Short, Voss, & McFarlane (2002)	• case manager • nurse • psychiatrist • social worker	• experimental design • 1-year follow-up	• hospitalization*
Fung & Chien (2002)	Psychiatric nurse	• Experimental design • no follow-up	• distress level* • quality of life* • use of mental health services
Chien, Chan, Morrissey, & Thompson (2005)	Psychiatric educator	Randomized controlled trial 6-month follow-up	• Family function • patients' level of function* • Family support
Shu & Lung (2005)	Psychiatric nurse	Quasi-experimental pre-post control group design 1-month follow-up	• Mental well-being • quality of life

Note. *significant

Reference

- Acton, G. J., & Kang, J. (2001). Interventions to reduce the burden of caregiving for an adult with dementia: a meta-analysis. *Research in Nursing & Health*, 24(5), 349-360.
- Anthony-Bergstone, C. R., Zarit, S. H., Gatz, M. (1988) Symptoms of psychological distress among caregivers of dementia patients. *Psychology & Aging*, 3(3), 245-248.
- Bedard, M., Pedlar, D., Martin, N. J., Malott, O., & Stones, M. J. (2000). Burden in caregivers of cognitively impaired older adults living in the community: methodological issues and determinants. *International Psychogeriatrics*, 12(3), 307-332.
- Burks, V. K. (1991). *Dementia victim caregivers who participate or do not participate in support group services*. The University of Utah: Department of Educational Psychology.
- Chein, W. T., Chan, S. C., Morrissey, J. M., & Thompson, D. (2005). Effectiveness of a mutual support group for families of patients with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 51(6), 595-608.
- Chou, K. R., Lamontagne, L. L., Hepworth, J. T. (1999). Burden Experienced by Caregivers of Relatives with Dementia in Taiwan. *Nursing Research*, 48(4), 206-214.
- Chou, K. R., Liu, S. Y., & Chu, H. (2002). The effects of support groups on caregivers of patients with schizophrenia. *International Journal of Nursing Studies*, 39(7), 713-722.
- Cook, J. A., Heller, T., & Pickett-Schenk, S. A. (1999). The effect of support group participation on caregiver burden among parents of adult offspring with severe mental illness. *Family Relations*, 48, 405-410.
- Drysdale, A. E., Nelson, C. F., Wineman, N. M. (1993). Families need help too: group treatment for families of nursing home residents. *Clinical Nurse Specialist*, 7(3), 130-134.
- Dyck, D. G., Hendryx, M. S., Short, R. A., Voss, W. D., McFarlane, W. R. (2002) Service use among patients with schizophrenia in psychoeducational multiple-family group treatment. *Psychiatric Services*, 53(6), 749-754.
- Fung, W. Y., & Chien, W. T. (2002). The effectiveness of a mutual support group for family caregivers of a relative with dementia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16(3), 134-144.
- Goldman, H. M. (1982). Mental illness and family burden: A public health perspective. *Hospital and Community Psychiatry*, 33(7), 557-60.
- Greene, V. L., & Monahan, D. J. (1987). The effect of a professionally guided caregiver support and education group on institutionalization of care receivers. *Gerontologist*, 27(6), 716-721.
- Heiney, S. P., & Wells, L. M. (1989). Strategies for organizing and maintaining successful support groups. *Oncology Nursing Forum*, 16(6), 803-809.
- Hepburn, K. W., Tornatore, J. T., Center, B., & Ostwald, S. W. (2001). Dementia family caregiver training: affecting beliefs about caregiving and caregiver outcomes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(4), 450-457.
- Janosik & Phipps. (1982). *Life cycle group worker in nursing*. California: Wadsworth Health Sciences Division.
- Killilea, M. (1976). Mutual help organizations: Interpretations in the literature. In G. Kaplan & M. Killilea (Eds.), *Support systems and mutual help: Multi-disciplinary explorations* (pp.37-93). New York: Grune & Stratton.
- Nichols, L., & Jenkinson, J. (1991). *Leading a support group*. New York: Chapman & Hall.
- Ostwald, S. K., Hepburn, K. W., Caron, W., Burns, T., & Mantell, R. (1999). Reducing caregiver burden: a randomized psychoeducational intervention for

- caregivers of persons with dementia. *Gerontologist*, 39(3), 299-309.
- Roberts, R. (1988). *The effects of a caregiver support group and a stress inoculation training group on caregivers of victims of Alzheimer's disease*. Unpublished doctoral Dissertation, University of Lehigh, Bethlehem.
- Schmall, V. L. (1984). It doesn't just happen: what makes a support group good? *Generations*, 9, 64-67.
- Shu, B. C., & Lung, F. W. (2005). The effect of support group on the mental health and quality of life for mothers with autistic children. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49 (Part 1), 47-53.
- Stewart, B. J., & Archbold, P. G. (1993). Focus on psychometrics: Nursing intervention studies. *Research in nursing and health*, 16, 77-81.
- Weinberg, N., Uken, J. S., Schmale, J., & Adamek, M. (1995). Therapeutic factors: their presence in a computer-mediated support group. *Social Work with Groups*, 18(4), 57-69.
- Weiner, M.F. (1984). *Techniques of group psychotherapy*. Washington, D. C.: American Psychiatric Press Inc..
- Wilkins, S. S., Castle, S. C., Heck, E., Tanzy, K., & Faohey, J. (1999). Immune function, mood, and perceived burden among caregivers participating in a psychoeducational intervention. *Psychiatric Services*, 50(6), 747-749.
- Yalom, I.D. (1985). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.

精神病患家屬之支持團體

周桂如

美國凡德堡大學護理哲學博士 臺北醫學大學護理學研究所 副教授暨所長

摘 要

回顧文獻顯示在照顧精神病患時，照顧者由於必須持續長時間的費心，使得其在情緒、生理、社會及財務方面都出現了相當嚴重的問題，過去在社區醫療體系中採取了一些措施，希望能進一步分擔家屬在照顧病患的重擔，如支持團體、日間照護、喘息照護等，其中『支持團體』則突顯及拓展了醫療人員在此領域上之功能並能提供照顧者與社會之連結而重獲身心之平衡。在探討支持團體的研究中也顯示支持團體在處理照顧者的生理、情緒、社會與財務等方面的問題有其成效，此篇文章則在撰述支持團體之主要概念，包括：支持團體之類型、支持團體之功能、結構與組成；另外，也評值了最近幾年發表在期刊雜誌上有關精神病患家屬支持團體之相關研究，對其研究的優勢發展與限制皆加以闡釋分析，對這些議題之探討則有助於在『照顧領域』與『支持團體』範疇的深入之理解與知識本體之精進。

關鍵字：支持團體；精神疾患；照顧者

通訊作者：周桂如

職稱：副教授暨所長

服務機關：臺北醫學大學護理學研究所 電話：(02) 27361661 轉 6302

地址：110 臺北市信義區吳興街 250 號護理學研究所

傳真：(02) 23772842

電子郵件：kueiru@tmu.edu.tw

膀胱癌病患的生活品質、 社會支持及症狀困擾

孫嘉玲¹/蔡仁貞²/林佳靜³

1.臺北醫學大學護理研究所碩士	元培科學技術學院護理學系	講師
2.美國羅斯大學護理博士	臺北醫學大學護理學院	教授兼系主任
3.美國威斯康辛大學護理哲學博士	臺北醫學大學護理學院	教授兼主任秘書

摘要

罹患膀胱癌後的生活形態改變，對生活品質影響甚巨，故本研究之目的在探討膀胱癌病患的生活品質及其影響因素。本研究為橫斷式研究設計，研究對象取自於某教學醫院 77 名膀胱癌病患，以問卷訪談方式收集資料，問卷包括基本資料、生活品質指標量表、社會支持及症狀困擾等四部分。研究結果發現：(1).膀胱癌病患的生活品質，以親密因素得分最高，以心理社會層面最低；(2).膀胱癌病患之教育程度、婚姻狀況及疾病分期，分別與生活品質總量表或次量表有顯著差異；(3).膀胱癌病患的生活品質與社會支持成正相關，與症狀困擾成負相關；(4).逐步迴歸分析顯示社會支持、症狀困擾、疾病分期可解釋 52.8%的生活品質變異量。本研究顯示膀胱癌病患之社會支持及症狀困擾對其生活品質有重要影響。

關鍵字：生活品質、膀胱癌、社會支持、症狀困擾

前言

膀胱癌是泌尿道癌症中常見的癌症之一，其治療方式包括手術、放射線、化學治療及免疫療法等，在治療的同時，或多或少都會產生治療之副作用，發生疲憊、情緒低落、頭髮掉落、身體心像改變及噁心嘔吐等現象，先進的治療使膀胱癌病患存活率增加，生命延長，故治療的目標不僅是生命的延長也要使生活的品質提高，盡量讓病患維持或回到可接受的生活品質狀況，故評估病患之生活品質就顯得相當重要。

近年來，癌症治療的蓬勃發展，使得病患的存活

率越來越延長，且病患在罹患癌症的時期會出現很多的症狀與現象，其生活品質就值得重視 (Maliski, Sarna, Evangelista, & Geraldine, 2003)，此外，生活品質可作為治療效果之整體評估 (林、譚、吳、李, 2003; Henningsohn, Wijkstrom, Dickman, Bergmark, & Steineck, 2002; Holmes & Dickerson, 2003)。傳統醫學常常以身體功能的好壞來評定病患的生活品質，但僅以身體功能角度的生活層面與患病實際的生活是有差別的，而護理教育更是強調以整體性照護病患的

通訊作者：林佳靜

職稱：教授兼主任秘書

服務機關：臺北醫學大學護理學院

地址：臺北市 110 吳興街 250 號護理學院

電話：(02) 27361661 轉 6302

電子郵件：clin@tmu.edu.tw

傳真：(02) 23772842

情況，不僅是只關心身體的層面。

Ferrans和Powers (1985) 將生活品質的概念分成心理社會因素、健康因素、環境因素、親密因素及家庭因素，並設計生活品質指標問卷，以評估研究對象生活品質之狀況，中文版則由劉 (1993) 翻譯，曾針對台灣地區人民做驗證，以符合民情風俗，多位國內學者亦採用此份問卷，應用於不同對象，以評價其生活品質，(林、劉、王，1996；郭、林，2005；劉，1993；Yang, Chen, Kuo, & Wang, 2003)。郭、林 (2005) 曾使用此量表於膀胱癌行新膀胱重建術的病患，結果顯示健康因素最為重要因素，家庭因素其次，環境因素最不重要。

此外，社會支持對於個體生活品質也有直接的影響，社會支持能促進個體健康與安寧，很多學者的研究結果發現，病患對社會支持感到滿意，心理安寧狀態較佳，進而使得生活品質更好 (周，1994；林等，1996；Courstens, Stevens, Crebolder, & Philipsen, 1996；Krol, Sanderman, & Surmijer, 1993；Yang et al., 2003)。

對病患而言，癌症本身會影響生理、心理、社會等方面的狀態，在治療時又會引起副作用，故諸多因素造成生活困擾，影響生活品質 (Botteman, Pashos, Hauser, Laskin, & Redaelli, 2003；Cooley, Short, & Moriarty, 2003)，使用症狀困擾量表可以瞭解個案感受症狀所造成不舒服的程度 (周，1994；McCorkle, 1987)。在癌症病患，症狀困擾為很重要預測生活品質因素，緩解症狀有助於生活品質之提升 (Maliski et al., 2003；McMilan & Small, 2002)。在諸多研究中發現，症狀困擾是預測生活品質之重要因素 (郭、林，2005；鄭、賴、張、吳，2002；Yang et al., 2003)。排尿問題是膀胱癌病患常見的症狀，尤以無症狀性血尿、頻尿是膀胱癌病患最為普遍 (Botteman et al., 2003；Yoshimura et al., 2005)。

除了社會支持、症狀困擾為影響生活品質之因素外，亦有文獻發現年齡、教育程度、職業、婚姻狀況、疾病分期也是重要因素 (郭、林，2005；Matsuda, Aptel, Exbrayat, & Grosclaude, 2003)。

目前國內外針對膀胱癌手術技術上探討文獻很多，但有關膀胱癌病患生活品質大都在探討特定治療

的狀況 (郭、林，2005；Botteman et al., 2003；Matsuda et al., 2003；Yoneda, Igawa, & Shiina, 2003；Yoshimura et al., 2005；Zietman & Skinner, 2005)，針對此診斷病患的生活品質狀況尚無研究，追求高品質生活已是眾人的目標，生活品質已經用來評價健康醫療措施的主要指標，然而目前國內僅有一篇在探討膀胱癌病患行新膀胱術後的生活品質 (郭、林，2005)，並無針對膀胱癌病患的生活品質，故本研究的目的為探討膀胱癌病患生活品質、社會支持及症狀困擾及對生活品質之影響因素。

材料與方法

研究設計

本研究為橫斷式研究設計，以臺北某教學醫院病理報告是膀胱癌90名住院病患為對象，並需符合年滿18歲 (含) 以上的住院患者；意識狀態清楚，且能以文字或語言與研究者溝通；同意接受訪問並回答問卷，計收案77人，參與率為85.6%。

研究工具

本研究以面對面訪談，結構式問卷收集資料，研究問卷內容包括：基本資料、生活品質指標量表、社會支持量表及症狀困擾量表等四部份，說明如下：

基本資料

此部份由研究者參閱病歷或由病患得知，包括年齡、教育程度、有無職業、婚姻狀況、疾病分期 (依美國Jewett及Strong分A, B, C, D等四期) 等變項。

生活品質指標問卷

採用Ferrans及Powers (1985) 所設計，以個人感受對事件的滿意與不滿意之程度，本研究則是引用劉 (1993) 翻譯之中文版問卷，利用專家評量、翻譯與回覆翻譯、預試等方式將此份問卷修改成中國人生活品質評量工具。生活品質指標問卷包含五個層面：健康因素、心理社會因素、環境因素、親密因素、家庭因素，題目分成對生活品質之滿意程度與重要程度，得分以一至六分評分，分數越高表示越滿意、越重要，

再依照計分方式計算生活品質指標之得分，其範圍介於0-30分，分數越高，表示生活品質越高。國內外研究顯示總量表的內在一致性Cronbach's α 值為.93-.95，各個次量表（即各層面） α 值介於.65-.98之間（劉，1993；Ferrans, 1990; Ferrans & Power, 1985, 1992；Yang et al., 2003; Zacharias, Gilg, & Foxall, 1994）。在以「生活滿意的程度」單題進行的相關分析中，其所測得生活品質效標關聯效度（criterion-related validity）的相關值介於.65-.79（劉，1993；Ferrans & Powers, 1985; Yang et al., 2003）。本研究總量表Cronbach's α 值為.93，各個次量表之 α 值介於.76-.90，故信度良好。

社會支持量表

本研究採用社會支持行為量表（Inventory of social supportive behaviors; ISSB）（Barrera, Sandler, & Ramsay, 1981），為主觀自評社會支持量表，功能在測試個人在需要時感受到周圍他人所提供支持的可利用性，內容包括四個項目：情緒支持、價值觀支持、訊息支持及實質支持，以Likert氏五分方式計分，得分越高社會支持越多。分數以無此協助為零分至四分有此協助且非常有幫助，內在一致性Cronbach's α 值為.93。王（1993）曾應用此中文量表，其Cronbach's α 值為.92，各項目 α 值介於.66-.84。本研究社會支持問卷量表之Cronbach's α 值為.91，各次量表 α 值介於.64-.80。

症狀困擾量表

本研究採用McCorkle及Young（1976）的症狀困擾量表，此量表曾廣泛用於不同疾病的病患，例如癌症、乳房疾病及懷孕婦女等，Cronbach's α 值介於0.79-0.90（Cooley et al., 2003; Holmes, 1989; McCorkle & Young, 1976; McCorkle, 1987）。周（1994）曾翻成中文，修正後使用於成人急性白血病患者。原量表包括噁心、情緒、食慾、失眠、疼痛、活動力、疲憊、排便型態、注意力及外貌等10題。為了因應本研究對象為膀胱癌病患，故加上膀胱癌病患常見的血尿、頻尿、漏尿或滴尿等三題，故共計13題。以五分法來計

算其症狀影響程度，選項分為一至五分，得分越高症狀困擾程度越嚴重。並採專家效度（the index of content validity），依研究目的、研究架構，檢定問卷內容的適用性、正確性、清晰性及可用性加以評定問卷的效度，專家評分得分介於3-5分之間，平均4.88分，一致性百分比80%-100%。本研究之Cronbach's α 為.86。

研究過程步驟

研究者先與病房護理長溝通，說明研究動機、方法以利進行研究，再由病歷中得知病患背景資料資料，隨即與病人訪談。基於對研究對象權益之保護，對個案給予詳加說明研究目的、方法，再徵得個案同意後，填寫參與研究同意書，並向個案說明於問卷填寫過程中，個案可隨時要求停止參與，對治療與照顧不影響，整個過程採匿名方式，資料收集僅供學術研究，絕不公佈個人資料。

資料統計與分析

研究所得資料先編碼及建檔，應用SPSS for Window電腦套裝軟體進行下列資料統計分析：1.基本資料、生活品質指標、社會支持及症狀困擾平均得分採描述性統計；2.基本資料之類別變項與生活品質整體及各層面，進行t-test或單因子變異數分析（one-way ANOVA），瞭解各變項與生活品質整體及各層面之差異性，當統計結果有顯著差異時，再以Scheffe's test 做事後比較；基本資料之年齡及罹病時間為連續變項時，則採積差相關係數（Pearson's Correlation）瞭解其相關；3.社會支持量表、症狀困擾量表以積差相關係數檢測與生活品質的關係；4.以逐步迴歸預測膀胱癌患者生活品質的因素。

結 果

膀胱癌病患之基本資料分析

本研究對象共77人，平均年齡為 68.31 ± 11.88 歲，以71-91歲佔最多數（52%）；教育程度以國小程度以下居多（46.8%）；職業方面以沒工作，已退休居多（72.7%）；婚姻狀況以已婚居多，並且配偶尚在

(68.8%)。疾病分期方面以A期居多，佔(29.9%)。

生活品質指標分數及量表滿意、重要程度平均得分

研究對象的生活品質指標分數介於12.73-27.97 (分數介於0-30之間)，平均得分為20.81±3.62，以親密層面的生活品質最高(23.44±5.07)，其次是環境層面(21.86±4.27)、健康層面(20.76±4.66)、家庭層面(20.58±3.89)、心理社會層面(19.37±3.81)。

膀胱癌病患基本資料與生活品質之差異性分析

年齡以Pearson積差相關統計與生活品質整體或各層面之關係，結果無相關(p>.05)。教育程度、婚

姻狀況、疾病分期與生活品質整體或各層面有統計差異，敘述如下：教育程度狀況與心理社會因素層面(F_(5,70)=2.79, p<.05)有統計顯著差異，事後比較並無差異。婚姻狀況與親密因素層面(F_(3,72)=13.70, p<.001)有顯著差異，經過事後比較發現，已婚者優於喪偶者。疾病的分期與整體層面有顯著差異(F_(4,72)=4.73, p<.001)，發現A期病患(22.64±2.97)生活品質優於分期D期病患(19.15±3.27)；在健康層面(F_(4,72)=4.06, p<.001)與環境層面(F_(4,72)=5.11, p<.001)有顯著差異，經事後比較，發現A期病患生活品質較佳，詳見表一。

變項	n	整體層面		健康層面		心社層面		環境層面		家庭層面		親密層面	
		Mean	F 或 t	Mean	F 或 t	Mean	F 或 t	Mean	F 或 t	Mean	F 或 t	Mean	F 或 t
教育程度													
小學以下	36	20.41	1.91	20.52	0.46	19.11	2.79	20.08	2.01	20.01	2.26	22.63	0.77
國中	15	19.52		19.82		17.38	p=.02	20.96		20.02		23.06	
高畢專肄	11	21.63		21.50		20.32		23.74		20.15		24.30	
專畢大學肄	5	20.37		20.69		18.79		20.15		20.62		26.00	
大學以上畢	10	23.70		22.03		22.50		24.77		27.18		24.30	
婚姻狀況													
未婚	8	21.03	1.88	21.15	1.96	20.02	0.65	23.23	1.91	19.24	2.13	20.79	13.70
已婚	53	21.26		21.40		19.56		22.18		21.08		25.23	p<.001
喪偶	15	18.94		18.21		18.24		19.14		19.14		18.07	已婚>
離婚	1	23.63		22.50		21.53		25.50		26.40		30.00	喪偶
分期													
零	4	24.18	4.73	23.81	4.06	22.23	3.03	25.84	5.11	25.23	1.93	27.29	1.63
A	23	22.64	p=.002	23.71	p<.001	20.86	p=.02	24.26	p<.001	21.08		24.41	
B	19	20.58	A>D	20.77	A>D,C	19.50		20.40	A>B,C	19.91		22.83	
C	14	19.19		18.82		18.09		19.85		19.84		21.17	
D	17	19.15		17.65		17.62		20.96		20.17		23.75	
職業													
無	56	20.54	-1.09	20.53	-0.71	18.93	-1.70	21.50	0.83	20.44	-0.53	23.58	0.39
有	21	21.55		21.38		20.56		22.80		20.96		23.06	

膀胱癌病患之社會支持與其生活品質之相關

膀胱癌症病患可感受到社會支持平均得分為39.83±11.50，各層面依序為情緒支持(11.08±3.53)、實質支持(10.62±3.33)、訊息支持(10.49±3.10)、價值觀支持(7.64±2.88)。在情緒支持、價值觀支持及實質支持中，其支持來源以子女媳婦女婿佔最多，大於90%，配偶次之；而訊息支持以醫護專業人員佔最多，為90.1%。

膀胱癌病患社會支持系統整體及各層面與生活品質整體及各層面均有顯著相關，社會支持系統整體及各層面與生活品質整體及各層面有顯著正相關，詳見表二。

膀胱癌病患之症狀困擾及其生活品質之關係

症狀困擾量表平均得分為22.45±9.98，依序前五項最困擾的症狀為血尿、活動力、疲憊、情緒、頻尿，

尤其是血尿、頻尿是膀胱癌最常見的症狀。膀胱癌病患症狀困擾就與生活品質整體及各層面有顯著相關，整體症狀困擾、噁心、情緒、食慾、失眠狀況、疼痛、活動力、注意力、疲憊、外貌、漏尿、滴尿等與生活

品質整體及健康、心理社會層面有顯著負相關，即病患症狀困擾得分越高，生活品質得分越低，尤其是在健康層面 ($r=-.59, p<.001$)，見表三。

表二
社會支持與生活品質之相關分析 (N=77)

變項	生活品質整體	健康	心理社會	環境	家庭	親密
社會支持整體	.50***	.29*	.40**	.46**	.67***	.64***
情緒支持	.49***	.30**	.39*	.43***	.64***	.58***
價值觀支持	.47***	.28*	.39***	.39***	.60***	.51***
訊息支持	.45***	.14	.33**	.42***	.62***	.61***
實質支持	.42***	.30**	.32**	.38***	.43***	.56***
註.*p<.05	**p<.01	***p<.001				

表三
病患症狀困擾與生活品質之相關分析 (N=77)

變項	生活品質整體	健康	心理社會	環境	家庭	親密
症狀整體	-.45***	-.59***	-.44***	-.21	-.12	-.07
噁心	-.23*	-.25*	-.28*	-.12	.03	-.02
情緒	-.42***	-.52***	-.44***	-.20	-.08	.02
食慾	-.28*	-.43**	-.28*	-.08	-.01	.02
失眠	-.28	-.32**	-.30	-.25	.01	-.04
疼痛	-.45***	-.60***	-.40***	-.20	-.23*	-.06
活動力	-.45***	-.61***	-.42***	-.20	-.16	-.07
疲憊	-.42***	-.58***	-.40***	-.19	-.14	-.07
排便型態	-.13	-.21	-.13	.06	-.03	-.06
注意力	-.31**	-.42**	-.33**	-.09	-.02	-.09
外貌	-.23	-.34**	-.26	-.03	-.02	.06
血尿	-.04	-.001	.04	-.05	-.09	.03
頻尿	-.14	-.15	-.09	-.16	-.12	-.16
漏尿滴尿	-.29**	-.39***	-.28*	-.19	-.03	-.12
註.*p<.05	**p<.01	***p<.001				

影響生活品質因素之迴歸分析

自變項有差異之類別變項為教育程度、疾病分期、婚姻狀況，需轉化成虛擬變項：教育程度參照組為小學；疾病分期參照組為A期；婚姻狀況參照組為喪偶再將以上變項與社會支持總量表、症狀困擾總量表分數投入迴歸分析。自變項與生活品質指標有相關依序為社會支持 ($r=.46$)、疾病分期D與A的對比 ($r=-.40$) 及症狀困擾 ($r=-.31$)，為中度相關，無共線性問題 ($VIF<3, CI<14$)，迴歸標準化殘差的直方圖、分布圖、散布圖大致接近常態分配，符合迴歸基本假設。迴歸模式發現社會支持、疾病分期為D與A的對比及症狀困擾等三項變項有影響力，此三個變項可以

解釋生活品質全部變異量52.8%。進入迴歸模式的變項之一為社會支持，可以解釋生活品質全部變異量24.2%，其次進入迴歸模式的變項為疾病分期，可以解釋生活品質全部變異量21.2%，最後進入迴歸模式的變項為症狀困擾，可以解釋生活品質全部變異量7.4%，詳見表四。

表四
生活品質之迴歸分析 (N=77)

預測因子	β	絕對係數增加量 (R^2 增加量)	絕對係數 R^2	t
社會支持	.52	.242	.242	6.62*
分期：D 與 A 對比	-.34	.212	.454	-3.84*
症狀困擾	-.31	.074	.528	-3.55*
註.*p<.001				

討 論

膀胱癌病患的生活品質

膀胱癌病患生活品質指標的平均值為 20.81 ± 3.62 ，具有中等程度的生活品質（得分範圍0-30，中數為15），與諸多使用相同問卷的相關研究類似（林等，1996；Ferrans, 1990; Yang et al., 2003; Zacharias et al., 1994）。以親密因素得分最高，原因可能是配偶照顧感受到其重要，在Matsuda等（2003）以膀胱癌為對象的研究亦指出有良好家屬關係者是重要生活品質的關鍵。心理社會層面平均得分最低，原因是社會結構改變，又為患病老年人，幾乎都是依賴人口，社經地位低，無法隨心所欲花費，又因此心理社會層面生活品質較差。

影響膀胱癌病患生活品質的因素

膀胱癌病患社會支持系統整體及各層面與生活品質整體及各層面有顯著正相關，此結果與過去研究結果一致（Matsuda et al., 2003; Yang et al., 2003）。社會支持與生活品質實在是息息相關，對生活品質是有正面的影響，具有不可忽略的因素。

在症狀困擾方面，膀胱癌病患對血尿都非常敏感且擔憂，活動力排列第二困擾，頻尿與情緒也是困擾得分較高的症狀，Yoshimura等（2005）研究發現血尿會引起心理健康，而Matsuda等（2003）及Yoshimura等（2005）研究也顯示病患會經歷一段焦慮與憂慮期，影響生活品質，並Botteman等（2003）指出在疾病診斷時有80%的病患出現負向情緒，本研究為個案住院時收集資料，故活動力與情緒受到影響，故出現得分較高的現象。症狀確實干擾到病人，使得病人有不愉快的感覺，間接的對生活就會有不同的感受，值得醫護人員重視。本研究發現症狀困擾就與生活品質整體及各層面有顯著負相關，即病患症狀困擾得分越高，生活品質得分越低，尤其是健康層面，之間的係數為 -0.59 （ $p < .05$ ），與多位學者研究結果相同（周，1994；Yoshimura et al, 2005）。

此外，社會支持、症狀困擾及疾病分期可以解釋生活品質全部變異量52.8%。社會支持，可以解釋生

活品質全部變異量24.2%，顯示此變項對病患生活品質為首要的預測因子，與先前文獻相印證，也與Yang等（2003）的研究結果相同，社會支持程度越高，其生活品質越佳，是生活品質最強的預測因子。本研究結果發現不同疾病分期之病患在整體、健康環境層面之生活品質有顯著差異，此變項標與社會支持並駕齊驅，皆為生活品質重要影響因素。症狀困擾是第三個進入迴歸模式的變項，顯示症狀困擾程度越多，其生活品質越差，可見症狀困擾是影響病患整體的狀況，與郭、林（2005）對膀胱癌行迴腸新膀胱術後病患的生活品質研究有一致結果，故重視症狀的處理可以避免或延後負向結果，進而改善生活品質。

建議與限制

綜合研究所得，就研究結果對護理實務、護理教育及護理研究等方面的實用性，分別提出以下建議：

對護理實務的實用性

病患生活品質五大層面中心理社會層面得分最低，故在照顧膀胱癌患者身體症狀的同時也應該注意病患心理反應及社會層面影響，可採取一些措施來瞭解病患所處的環境，例如：傾聽的感受，適時為病患尋求社會工作人員及心理治療師資源。由社會支持量表得知社會支持是一個對於生活品質最有利的因子，醫護人員可因此加強與提供各層面的支持，除此之外也需支持家屬，因為家屬是病人生活品質的關鍵人物，儘可能提供家屬意見，讓家屬成為病患強而有力的支持。從症狀困擾得知症狀直接影響生活品質，症狀越多困擾越嚴重，生活品質越差，所以醫護人員可對於膀胱癌患者做最完善的症狀困擾評估，將發現的症狀予與減輕或治療，使其不適降至最低。生活品質可用來評價醫療的成效，故可將生活品質量表做為一個評估工具。

對護理教育的實用性

護理人員照顧癌症患者不僅只關心其症狀與疾病，更需將生活品質作為考量的因素，在護生養成教

育、護理人員的在職教育均需將生活品質這個概念安排在課程中，以形成此一概念，讓其成為護理病患最終的目的之一，使得病患能得到更好的護理照顧。教育與臨床是環環相扣，故在教育課程中可介紹生活品質的評估工具。除此之外，在護理教育中強調社會支持的重要性，運用病患周遭的社會來源來提昇病患的生活品質，相信可達事半功倍的效果，且醫護人員是訊息支持的來源，故加強疾病學理課程與溝通能力也是相同重要的。

對護理研究的實用性

此研究主要探討膀胱癌病患自評式生活品質的滿意程度與重要程度，發現疾病分期、社會支持、症狀困擾對此類病患具有影響力，故可由這些發現進行進一步的研究。影響生活品質的因素很多，但礙在研究設計上的變數不宜過多，因此很多的變項未納入本研究中，故未來可增加其餘的變項，例如壓力量表與因應行為等，亦可使用不同主客觀的工具評估，瞭解不同工具的適用性。

研究限制與未來研究方向

本研究限於時間與人力因素，採取橫斷式研究方法，僅在病房進行個案訪談，未來可採取縱貫性研究方法，測試膀胱癌病患對其發病不同時期的生活品質狀況，或做治療前後的比較，瞭解膀胱癌病患生活品質之變化。另外，可使用不同的研究工具，多角度來測試膀胱癌病患生活品質的狀態，互做驗證，而深入瞭解病患生活品質。

參考文獻

- 王瑜欣（1993）．類風濕性關節炎患者生活品質及其相關因素探討．未發表的碩士論文，臺北：國防醫學院護理研究所。
- 周繡玲（1994）．成人急性白血病患者生活品質及其相關因素的探討．未發表的碩士論文，臺北：國防醫學院護理研究所。
- 林春香、劉雪娥、王正儀（1996）．大腸直腸癌症病患生活品質及其相關因素之探討．*護理研究*，4（1），13-25。
- 林春梅、譚延輝、吳聖良、李麗傳（2003）．比較良性攝護腺肥大患者二種治療方式之生活品質．*榮總護理*，20（2），121-132。
- 郭素絨、林佑樺（2005）．迴腸新膀胱重建術後病患生活品質及其相關因素之探討．*實證護理*，1（3），210-217。
- 劉雪娥（1993）．家屬生活品質量表心理測定學之探討．*護理研究*，1（2），127-136。
- 鄭素月、賴裕和、張利中、吳齊殷（2002）．探討乳癌病人的症狀困擾、自我效能、社會支持與生活品質之關係．*新臺北護理期刊*，4（1），9-21。
- Barrera, M., Sandler, I. N., & Ramsay, T. B. (1981). Preliminary development of a scale of social support: Studies on college students. *American Journal of Community Psychology*, 9(4), 435-447.
- Botteman, M. F., Pashos, C. L., Hauser, R. S., Laskin, B. L., & Redaelli, A. (2003). Quality of life aspects of bladder cancer: A review of the literature. *Quality of Life*, 12(6), 675-688.
- Cooley, M. E., Short, T. H., & Moriarty, H. J. (2003). Symptom prevalence, distress, and change over time in adults receiving treatment for lung cancer. *Psycho-Oncology*, 12(7), 694-708.
- Courtens, A. M., Stevens, F. C. J., Crebolder, H. F. J. M., & Philipsen, H. (1996). Longitudinal study on quality of life and social support in cancer patients. *Cancer Nursing*, 19(3), 162-169.
- Ferrans, C. E. (1990). Quality of life: Conceptual issues. *Seminars in Oncology Nursing*, 6(4), 248-254.
- Ferrans, C. E., & Powers, M. J. (1985). Quality of life: Development and psychometric properties. *Advances in Nursing Science*, 8(1), 15-24.
- Ferrans, C. E., & Powers, M. J. (1992). Psychometric assessment of the quality of life index. *Research in Nursing and Health*, 15(1), 29-38.
- Henningssohn, L., Wijkstrom, H., Dickman, P. W.,

- Bergmark, K., & Steineck, G. (2002). Distressful symptoms after radical radiotherapy for urinary bladder cancer. *Radiotherapy & Oncology*, 62(2), 215-226.
- Holmes, S. (1989). Cancer symptom distress scale. *Nursing Time*, 85(23), 58.
- Holmes, S., & Dickerson, J. (2003). The quality of life: Design and evaluation of a self-assessment instrument for use with cancer patients. *International Journal of Nursing Studies*, 40(5), 515-521.
- Krol, B., Sanderman, R., & Surmijer, T. P. (1993). Social support rheumatics arthritis and quality of life: Concepts, measurement and research. *Patient Education and Counseling*, 20, 101-120.
- Maliski, S. L., Sama, L., Evangelista, L., & Geraldine, P. (2003). The aftermath of lung cancer: Balancing the good and bad. *Cancer Nursing*, 26(3), 237-244.
- Matsuda, T., Aptel, I., Exbrayat, C., & Grosclaude, P. (2003). Determinants of quality of life of bladder cancer survivors five years after treatment in France. *International Journal Urology*, 10(8), 119-125.
- McCorkle, R. (1987). The measurement of symptom distress. *Seminars in Oncology Nursing*, 3(4), 248-256.
- McCorkle, R., & Young, K. (1976). Development of symptom distress scale. *Cancer Nursing*, 1, 373-378.
- McMilan, S. C., & Small, B. J. (2002). Symptom distress and quality of life in patients with cancer newly admitted to hospice home care. *Oncology of Forum*, 29(10), 1421-1428.
- Yang, M. H., Chen, Y. M., Kuo, B. I., & Wang, K. Y. (2003). Quality of life and related factors for people living with HIV/AIDS in northern Taiwan. *Journal of Nursing Research*, 11(2), 217-226.
- Yoneda, T., Igawa, M., & Shiina, H. (2003). Prospective morbidity, functional results and quality of life of patients following orthotopic neobladder reconstruction. *International Journal Urology*, 10(3), 119-125.
- Yoshimura, K., Utsunomiya, N., Ichioka, K., Matsui, Y., Terai, A., & Arai, Y. (2005). Impact of superficial bladder cancer and transurethral resection on general health-related quality of life: An SF-36 survey. *Urology*, 65(2), 290-294.
- Zacharias, D. R., Gilg, C. A., & Foxall, M. J. (1994). Quality of life and coping in patients with gynecologic cancer and their spouses. *Oncology of Forum*, 21(10), 1699-1706.
- Zietman, A., & Skinner, E. (2005). Quality of life after radical treatment for invasive bladder cancer. *Seminars in Radiation Oncology*, 15(1), 55-59.

The Quality of Life, Social Support, and Symptom Distress among Patients with Bladder Cancer

Jia-Ling Sun¹/ Jen-Chen Tsai²/ Chia-Chin Lin³

1. MSN, Lecturer, Department of Nursing, Yuanpei University of Science and Technology

2. DNSc., Professor, School of Nursing, Taipei Medical University

3. Ph.D, Professor, School of Nursing, Taipei Medical University

Abstract

Patients must change their lifestyle when they get bladder cancer; as a result, their quality of life is greatly influenced. The purposes of this study were to investigate the quality of life and other impact factors. The research utilized a cross-sectional design. Seventy-seven patients with bladder cancer from a teaching hospital responded to structured questionnaires, which were divided into four parts. The structured questionnaires included questions on the demographic data of the bladder cancer patients, the quality of life index, the social support, and the symptom distress experienced by the patients with bladder cancer. The results of the study show: (1) In terms of the quality of life, patients with bladder cancer score the highest on the intimacy subscale and the lowest on the psychosocial subscale; (2) Educational level, marital status, and level of disease in patients with bladder cancer are significant predictors of differences in quality of life or subscales ; (3) Social support is positively correlated with quality of life, and symptom distress is negatively correlated with quality of life; (4) The analysis of regression indicates that social support, symptom distress, and the stage of the disease can predict 52.8% of the variance in the quality of life. This study indicates that social supports and the symptom distress of patients with bladder cancer exert important influences on their quality of life.

Keywords: Quality of life, Bladder cancer, Social support, Symptom distress

產後婦女體重變化相關因素之探討

戴芳台

長庚大學護理學研究所 大華技術學院 講師

摘要

本研究之目的在瞭解產後滿 6 個月婦女體重變化的情形，並且探討產後體重變化的相關因素。研究採描述相關性設計，以桃園縣某家醫學中心生產，且產後滿 6 個月的婦女為研究對象。運用調閱醫院病歷和郵寄問卷的方式來獲得相關資料，回收有效問卷 602 份，反應率為 74.3%。研究結果顯示：懷孕前平均 BMI 值為 $21.5 \pm 3.3 \text{ kg/m}^2$ ，產後 6 個月為 $22.5 \pm 3.4 \text{ kg/m}^2$ ；懷孕期體重平均增加 14.1 ± 4.4 公斤；產後 6 個月體重則是平均增加 2.4 ± 3.6 公斤。懷孕前體重過重與肥胖率為 18.3%，產後 6 個月提昇為 27.6%。婦女的產次和吸菸會影響產後體重的變化，產次為第一胎及有吸菸的婦女，產後體重增加較多；懷孕前體重、懷孕期體重增加值、整體健康促進生活型態、健康責任及營養是產後體重變化的相關因素，其中以懷孕期體重增加值的相關性最強。懷孕期體重增加值和懷孕前體重是產後體重變化最重要的預測因子，可以解釋 53.3% 的總變異量。研究建議應重視婦女於懷孕前的體重控制，並且要適當控制懷孕期體重的增加，同時提供健康促進生活型態修正之策略，以期達到預防產後體重增加和促進婦女健康之目的。

關鍵字：產後婦女、體重變化、懷孕期體重增加、健康促進生活型態

前言

由於社會型態的變遷，使得國人平均餘命逐年增加，根據內政部資料顯示，臺閩地區民國 93 年男性平均餘命為 73.6 歲，女性為 79.4 歲（內政部，2005a），兩性平均餘命有明顯差距。目前臺閩地區人口性比例為 103.8，女性人口數約占總人口數的 49.1%（內政部，2005b），且一直扮演著家庭健康照顧者的角色，因此婦女的健康維護更形重要。

另外，從婚姻和生育年齡來看，臺閩地區民國 93 年男性平均結婚年齡為 33.0 歲，女性為 28.0 歲（內政

部，2005c），且 35 歲以上產婦之比率逐年提升，已由民國 65 年 3.7% 增至民國 92 年 9.4%（行政院衛生署，2005），顯示婦女的結婚和生育年齡都有逐年延後的趨勢。

過去在討論婦女的健康問題時，很少討論生育事件對女性健康的影響，婦女經常因懷孕而經驗到體重增加的問題（Brown, Kaye, & Folsom, 1992），懷孕期的體重增加容易導致產後的體重滯留（Kac, Benicio, Velasquez-Melendez, & Valente, 2004）。根據美國醫學

通訊作者：戴芳台

職稱：講師

服務機關：大華技術學院

地址：新竹縣芎林鄉大華路一號軍訓室

電話：(03) 5922285

電子郵件：d4979@yahoo.com.tw

傳真：(03) 5928882

會 (Institute of Medicine, IOM) 的建議, 正常體重的婦女於懷孕期的體重增加範圍為11.5至16公斤, 婦女產後1年時的體重平均只會較懷孕前增加1公斤 (Walker, 1998)。因此婦女從懷孕至產後期間的體重應做好適當的控制。

婦女於懷孕期所增加的體重會在產後前3個月內急速下降, 之後緩慢持續的減輕直到產後6個月, 產後滯留的體重容易導致日後的肥胖 (Somvanshi, 2002)。而肥胖容易引發高血壓、糖尿病、心臟血管疾病、高血脂症及某些癌症等慢性健康問題 (Power, Holzman, & Schulkin, 2001), 因此懷孕至產後的體重需要做有效地管理。

國外相關研究已證實產後婦女有體重滯留的問題, 並且探討產後體重滯留的因素; 反觀國內目前尚缺乏產後體重相關研究之探究。因此本研究之目的在探討產後體重之變化及其相關因素。

文獻查證

一、懷孕前至產後的體重控制

懷孕期的體重增加能有效地降低新生兒的罹病率和死亡率, 然而卻容易造成產後體重的滯留 (Susser, Fine, Schupf, & Stein, 1993)。美國醫學會於1990年指出, 正常體重的婦女於懷孕期的體重增加範圍在25至35磅 (11.5至16公斤) (Walker, 1998), 並建議以懷孕前BMI值為標準, 分別訂出體重增加的目標: (1) 體重過輕 (BMI值 <19.8), 懷孕期體重增加28至40磅 (12.5至18公斤); (2) 正常體重 (BMI值為19.8至26.0), 懷孕期體重增加25至35磅 (11.5至16公斤); (3) 體重過重 (BMI值為26.0至29.0), 懷孕期體重增加15至25磅 (7至11.5公斤); (4) 肥胖 (BMI值 >29.0), 懷孕期體重增加15磅 (6.8公斤) (Susser et al., 1993)。而我國對懷孕期體重的標準則為, 懷孕前體重在標準體重範圍者, 懷孕期體重增加以10到14公斤為宜 (行政院衛生署, 2002a)。

所謂「產後體重增加 (postpartum weight gain)」的定義是指, 生產後某時間點的體重減去懷孕前的體重, 所以是以懷孕前體重 (pregnant weight) 做為

計算產後體重變化的基準線 (Walker, 1997)。一般而言, 產後6個月是懷孕期體重回復的關鍵期 (Somvanshi, 2002), 因此產後婦女的體重控制應即早開始。

二、產後體重變化的相關因素

一項研究 (Ohlin & Rossner, 1990) 指出, 婦女於懷孕前的平均BMI值為21.5, 產後1年的體重較懷孕前體重平均增加1.5公斤, 產後1年體重過重 (BMI ≥ 23.9) 的比率從懷孕前的13%提升到21%。Schauberger, Rooney和Brimer 於1992年的研究結果則是, 產後6個月體重較懷孕前體重平均增加1.4公斤。而Walker (1997) 的研究發現, 婦女於產後12個月平均BMI值為24.3, 根據美國醫學會的標準, 有16.8%為體重過輕, 54.4%為正常體重, 11.4%為體重過重, 17.4%為肥胖, 產後體重過重與肥胖的比率總計達28.8%。Walker於1998年的研究再指出, 婦女懷孕前平均BMI值為23.5, 產後2.5至6個月為24.7。Kac等人於2004年的研究統計指出, 婦女於產後9個月體重滯留超過7.5公斤的比率達到19.2%。從上述得知, 國外相關研究都已證實產後婦女有體重滯留的問題。

產後體重滯留與懷孕期體重增加、年齡、吸菸及哺餵方式有關 (Ohlin & Rossner, 1990)。而Parham, Astrom 和 King (1990) 的研究則指出, 產後體重滯留僅與懷孕期體重增加、懷孕前BMI值有顯著正相關。此外, 一項研究發現 (Schauberger, Rooney, & Brimer, 1992), 即早返回職場工作、第一胎及有吸菸習慣的婦女, 產後體重減輕較為顯著, 而懷孕期的體重增加是產後體重變化最重要的因素; 但是與哺餵方式、運動、季節、年齡及婚姻狀態無關。Walker於1997年研究提出, 產後體重增加與社會人口學中的收入低、年齡輕及孩子數多有關; 此外, 也與社會支持和憂鬱症狀有關。另外, 有研究指出, 無論婦女採取何種哺餵方式, 懷孕期的體重增加均是產後體重滯留最重要的因素 (Walker & Freeland-Graves, 1998)。Kac等人於2004年的研究指出, 家庭總收入低、教育程度差、婦女年齡大於30歲、初次生育年齡少於23歲、懷孕期體重增加12公斤以上及身體脂肪百分比超過30%的婦女, 產後體重滯留問題較嚴重。Walker, Sterling 和

Timmerman於2005年的研究中指出，產後6週是體重減輕的重要時期，懷孕期的體重增加是產後體重滯留最重要的預測因子。

另外，Lederman於1993年提出，生活型態改變是產後體重增加最重要的決定因素，內容包括吸菸、增加食物的攝取量及活動量降低等。Walker（1998）的研究也指出，產後婦女對體重的滿意度與整體健康生活型態有顯著正相關，內容包括了飲食習慣、運動量、體重控制健康信念等。

研究方法

一、研究設計

本研究為描述相關性設計（descriptive correlational design），主要針對產後滿6個月的婦女進行體重變化的相關研究。共運用兩種資料收集的方式來獲得研究相關資料，一是調閱醫院病歷來獲得研究對象的基本和理學資料；二是郵寄結構式問卷。在郵寄問卷前，先以電話訪問的方式取得研究對象的同意後才將問卷寄出。研究期間為民國九十二年一月至六月。

本研究架構是以相關文獻之查證為基礎，研究自變項為社會人口學特性和健康促進生活型態；依變項則為產後體重變化，所謂「產後體重變化」係指將產後6個月體重值減去懷孕前體重值後，兩者的差異情形。

二、研究對象

以桃園縣某家醫學中心生產的婦女為研究對象，設定收案標準，如下：1.為本國國籍；2.收案時間距生產當月剛好屆滿6個月；3.年滿18歲（含）以上；4.本胎為活產者；5.目前無懷孕狀態者；6.識字，且電訪時能以國、台語溝通者，總收案人數為 602位。

三、研究工具

基本資料問卷

為自擬式問卷，分為研究者調閱醫院病歷填寫之資料和個案自填問卷。研究者調閱醫院病歷填寫之資料，包括年齡、身高值、體重值（懷孕前體重和最後一次產檢測得的體重）、目前健康狀態、懷孕合併症及

產次，之後將最後一次產檢測得的體重減去懷孕前體重，即為「懷孕期體重增加值」；在個案自填問卷部份，包括目前體重值、婚姻狀態、教育程度、工作狀態、哺餵方式及是否吸菸，之後將產後婦女目前體重值減去懷孕前體重，即為「產後體重變化」。

健康促進生活型態量表（Health Promoting Lifestyle Profile, HPLP）

Walker, Sechert 和Pender於1987年發展的量表，為測量健康促進生活型態的工具。量表含六個面向，分別為自我實現、健康責任、運動、營養、人際支持及壓力管理，其中自我實現13題、健康責任10題、運動5題、營養6題、人際支持7題及壓力管理7題，共48題，量表Cronbach's alpha值為.92，各分量表Cronbach's alpha值為.71至.91，為4分等級量表，得分愈高表示愈具有健康促進生活型態。本研究引用黃毓華和邱啓潤於1996年發表「健康促進生活型態信度效度之探討」文獻中之量表中譯版，之後經專家內容效度審查，將量表第37、41題合併成一題。另外，營養分量表增加3題，分別為「少吃高熱量的食品（如油類、調味料、零食等）」、「關心自己的體重值」及「每天喝八大杯水」，修正後量表共50題。營養分量表增加上述3題的原因，在於產後婦女應該攝取均衡的飲食，並且避免攝取高熱量的食物；此外，產後婦女若能關心自己的體重值，就能注重食物攝取的質與量，將有助於促使產後體重儘早回復至標準體重範圍內；充足的水份攝取能增進體內營養素的新陳代謝，因此亦將此題加入營養分量表中。

四、測量工具之信度和效度檢定

當前測問卷初稿完成後，進行內在一致性Cronbach's alpha值的信度檢定，本研究中健康促進生活型態量表的Cronbach's alpha值為.94，各分量表Cronbach's alpha值為.74至.90，表示此量表具有良好的信度標準。此外，為了提昇問卷內容的普遍性、清晰性及適切性，函請產科護理、社區護理、公共衛生護理及健康促進等領域的專家共五人，就不同領域的觀點進行內容效度的評鑑，之後整合五位專家評鑑的結果，計算出前測問卷中每題的內容效度指數（the

index of content validity, CVI)，以評定問卷中題目的適用性，研究中健康促進生活型態量表的CVI為.92，表示此量表有良好的內容效度。

五、資料分析方法

以SPSS 10.0統計軟體進行分析。以次數分佈、百分比呈現社會人口學分佈情形；另外，採t檢定、單因子變異數分析、皮爾森積差相關及逐步複迴歸分析來探討產後體重變化的相關因素。

研究結果

一、社會人口學的分佈情形

本研究郵寄出810份問卷，回收率達74.3%，最後取得有效問卷602份。研究對象之年齡介於18至43歲，平均年齡為30.2歲；婚姻狀態以已婚居多，占99.0%；教育程度方面，高中/高職（或）以下占43.7%，專科占32.4%，大學占19.6%，研究所（或）以上占4.3%；工作狀態方面，全職工作占54.0%，無工作占40.7%，兼職占5.3%；目前健康狀態方面，目前沒有罹患疾病占95.2%，有29位患有長期需要控制的疾病（如依賴型糖尿病、高血壓及甲狀腺機能亢進等），占4.8%；懷孕合併症方面，無懷孕合併症占91.5%，有51位患有懷孕合併症需要專業的醫療照顧（如子癰前症、子癰症、多胞胎妊娠、前置胎盤及胎盤早期剝離等），占8.5%；產次方面，生產第一胎占44.2%，第二胎占40.9%，第三胎以上占14.5%；哺餵方式上，以母乳和牛奶混合哺餵者占44.0%，以牛奶哺餵者占37.9%，以母乳哺餵者占18.1%；吸菸方面，僅有5.7%有吸菸習慣。

二、懷孕前與產後 6 個月的體重狀態和變化

本研究採用行政院衛生署（2004）公佈的BMI值做為體重的界定標準，「體重過輕」的BMI值<18.5，「正常體重」的BMI值為≥18.5至23.9，「體重過重」的BMI值為≥24.0至26.9，「肥胖」的BMI值≥27.0。懷孕前平均BMI值為21.5，「體重過重」占11.8%，「肥胖」占6.5%；產後6個月平均BMI值為22.5，「體重過重」占18.3%，「肥胖」占9.3%（見表一）。

表一
懷孕前與產後 6 個月的體重狀態 (N=602)

變項名稱	人數	百分比 (%)	備註
懷孕前體重			
體重過輕	91	15.1	平均值：21.5
正常體重	386	64.1	標準差： 3.3
體重過重	71	11.8	最大值：44.1
肥胖	39	6.5	最小值：14.8
產後 6 個月體重			
體重過輕	0	0	
體重過輕	47	7.8	平均值：22.5
正常體重	381	63.3	標準差： 3.4
體重過重	110	18.3	最大值：45.8
肥胖	56	9.3	最小值：16.0

註.「體重過輕」的 BMI 值<18.5，「正常體重」的 BMI 值為≥18.5 至 23.9，「體重過重」的 BMI 值為≥24.0 至 26.9，「肥胖」的 BMI 值≥27.0。

以懷孕前平均BMI值21.5，懷孕前平均體重54.0公斤做為計算體重增加的基準。懷孕期平均BMI值增加5.6，平均體重增加14.1公斤；產後6個月平均BMI值增加0.98，平均體重增加2.4公斤（見表二）。

表二
懷孕前至產後 6 個月的體重變化 (N=602)

變項名稱	BMI 值		體重值 (公斤)			
	平均值	標準差	平均值	標準差	最大值	最小值
懷孕前體重	21.5	3.3	54.0	8.5	106	36
產前體重	27.1	3.5	68.0	9.1	116	43
產後 6 個月體重	22.5	3.4	56.4	8.6	110	40
懷孕期體重增加	5.6	1.8	14.1	4.4	42	1
產後滿 6 個月體重增加	0.98	1.5	2.4	3.6	25	-9

三、社會人口學與產後體重變化之關係

社會人口學特性中，有無吸菸的婦女在產後體重變化上有顯著差異 ($t=-2.0, p<.05$)，結果顯示有吸菸習慣的婦女產後體重增加較多。然而不同產次在產後

體重變化上亦有顯著差異 ($F=3.4, p<.05$)，從Scheffe事後檢定發現，產次為第一胎的婦女，產後體重增加較第二胎高 (表三)。

表三
社會人口學特性與產後體重變化之 t 檢定和單因子變異數分析

(N=602)

變項名稱	人數	產後體重變化值 (公斤)			
		平均數	標準差	F 值/t 值	Scheffe's 事後比較
年齡				$F= 1.28$	
1.29 歲以下	271	2.7	3.5		
2.30 至 34 歲	225	2.1	3.8		
3.35 歲以上	106	2.4	3.2		
婚姻狀態				$t= -.69$	
1.未婚	6	1.4	3.6		
2.已婚	596	2.4	3.6		
教育程度				$F= .75$	
1.高中職以下	263	2.7	3.8		
2.專科	195	2.2	3.6		
3.大學	118	2.3	3.2		
4.研究所以上	26	2.2	3.0		
工作狀態				$F= 1.55$	
1.無	245	2.3	3.6		
2.兼職	32	3.4	4.3		
3.全職	325	2.5	3.5		
目前健康狀態				$t= .12$	
1.無	573	2.4	3.6		
2.有	29	2.3	3.7		
懷孕合併症				$t= .91$	
1.無	551	2.5	3.6		
2.有	51	2.0	3.2		
產次				$F= 3.36^*$	(1) > (2)
1.第一胎	266	2.8	3.5		
2.第二胎	246	2.0	3.6		
3.第三胎	90	2.5	3.5		
哺餵方式				$F= .58$	
1.母乳	109	2.3	3.5		
2.牛奶	228	2.3	3.4		
3.混合奶	265	2.6	3.8		
是否吸菸				$t= - 2.04^*$	
1.否	568	2.4	3.5		
2.是	34	3.6	4.2		

註. $^*p<.05$

另外，懷孕前體重與產後體重變化間呈現顯著負相關 ($r=-.19, p<.01$)，懷孕期體重增加與產後體重變化間則是呈現顯著正相關 ($r=.51, p<.01$)。從上述

結果得知，懷孕前體重愈輕和懷孕期體重增加愈多的婦女，產後的體重增加愈多 (表四)。

表四
年齡和體重值與產後體重變化之皮爾森相關 (r) 矩陣

(N=602)

	年齡	懷孕前體重	懷孕期體重增加值	產後體重變化
年齡	1.00			
懷孕前體重值	.12*	1.00		
懷孕期體重增加值	-.16	-.13*	1.00	
產後體重變化	-.05	-.19*	.51*	1.00

註.* $p < .01$

四、健康促進生活型態與產後體重變化之關係

個案健康促進生活型態量表平均得分為130.1 (SD=19.4)，得分愈高表示愈會執行健康促進生活型態。其中「自我實現」分量表平均得分為38.8 (SD=6.7)；「健康責任」為20.7 (SD=5.7)；「運動」為8.84 (SD=2.6)；「營養」為26.0 (SD=4.1)；「人際支持」為17.7 (SD=3.3)；「壓力處理」為18.0 (SD=3.8)；之後將分量表平均得分加以標準化，標準化得分公式為：(分量表得分平均值÷分量表最高可能之得分)×100%，依標準化得分高低排序，依序是自我實現、營養、壓力處理、人際支持、健康責任、運動，表示產後婦女在健康促進生活型態中以「自我實現」的執行狀況上最好，「運動」的執行情形最差。

分析健康促進生活型態量表及其6個分量表，與產後體重變化之間的關係，皮爾森積差相關分析結果顯示：健康促進生活型態量表及其6個分量表中「健康責任」和「營養」之平均得分與產後體重變化呈顯著負相關 ($r = -.09, p < .05$ ； $r = -.10, p < .05$ ； $r = -.11, p < .01$)，表示健康促進生活型態執行狀況愈差的產後婦女，體重增加愈多；而健康責任和營養執行愈差的婦女，產後體重亦增加愈多。

五、產後體重變化之預測因子

研究進一步探討產後體重變化的預測因子，將上述體重變化的影響因素，包括產次、吸菸、懷孕前體重、懷孕期體重增加值、健康責任分量表及營養分量表，投入迴歸模式中進行逐步複迴歸分析。結果顯示：懷孕期體重增加值 ($t = 13.8, p < .001$) 和懷孕前體重 ($t = -3.7, p < .001$) 是產後體重變化最佳的預測因子。研究中建立最佳迴歸模式為Y (產後體重變化) = 1.5 + .40(懷孕期體重增加值) - .05(懷孕前體重)，

模式中決定係數 (R^2) 為.533，表示共可解釋的總變異量為53.3%。

討 論

目前針對婦女於懷孕前體重的相關研究很少，從本研究結果得知，產後婦女於懷孕前平均BMI值為21.5，此結果與美國學者Ohlin和Rossner於1990年針對產後1年的婦女所進行之研究其懷孕前平均BMI值相同；但是與Walker於1998年針對產後2.5至6個月所進行之研究其懷孕前平均BMI值為23.5則不同，因而顯示美國婦女懷孕前平均BMI值有逐年增加的趨勢。雖然本研究結果指出，婦女懷孕前平均BMI值相較於Walker於1998年的研究數值來的低，但是仍須持續監測婦女於懷孕前平均BMI值是否會如同美國一樣，呈現出逐年增加的趨勢。

本研究結果顯示，婦女懷孕前平均BMI值為21.5，懷孕前體重過重 (BMI值 ≥ 24.0 至26.9) 占11.8%，肥胖 (BMI值 ≥ 27.0) 占6.5%，總計為18.3%。雖然國內目前尚無針對婦女於懷孕前體重的相關研究數據可做比較，但是根據行政院衛生署 (2002b) 「台灣地區居民體位及肥胖狀況」之統計資料顯示：19至44歲女性平均BMI值為22.1，其中體重過重 (BMI值 ≥ 24.2) 占12.8%，肥胖 (BMI值 ≥ 26.4) 占8.9%，總計為21.7%。比較兩者後發現，本研究結果之懷孕前平均BMI值較國內19至44歲女性平均BMI值來的低，推究其原因為女性平均BMI值會隨年齡增加 (Brown, Kaye, & Folsom, 1992)，而本研究對象之平均年齡僅30.2歲，因此使得懷孕前平均BMI值和體重過重與肥胖率較台灣地區19至44歲的女性低。

本研究結果指出婦女產後6個月平均BMI值為22.5，其中體重過重佔18.3%，肥胖佔9.3%，總計為27.6%，體重過重與肥胖率明顯較懷孕前增加了9.3%。根據Walker (1998) 針對產後2.5至6個月婦女的研究指出，產後婦女平均BMI值為24.7，體重過重(BMI值 ≥ 26.0) 占40%；而Walker (1998) 也針對產後12個月婦女的研究指出，產後平均BMI值為24.3，其中體重過重(BMI值 ≥ 26.0 至29.0) 占11.4%，肥胖(BMI值 > 29.0) 占17.4%，體重過重與肥胖率為28.8%。將本研究之結果與上述相關研究相較，國外婦女產後平均BMI值和體重過重與肥胖率都明顯高於本研究結果，然而需要考量到本研究之婦女懷孕前平均BMI值本來就較國外低，因而無法單就產後BMI值來比較，但是從研究中發現體重過重與肥胖率從懷孕前的18.3%提昇至27.8%，因此反應出產後體重滯留在國內亦是值得關切的婦女健康問題。

研究發現懷孕前體重較輕，以及懷孕期體重增加愈多的婦女，產後體重增加的也愈多，與相關研究的結果一致(Kac et al., 2004; Ohlin & Rossner, 1990; Parham, Astrom & King, 1990; Schauburger, Rooney & Brimer, 1992; Walker & Freeland-Graves, 1998, Walker et al., 2005)，因此若能有效地控制懷孕期體重的增加，則可避免產後體重的滯留(Somvanshi, 2002)。

能本研究結果一致，因此得知：研究中發現不同產次與產後體重變化間有顯著差異，產次為第一胎的婦女，產後之體重增加較多，與Schauburger, Rooney 和 Brimer於1992年的研究結果不一致，推究其原因為第一胎的婦女懷孕前體重較其它產次來得輕，且懷孕期的體重增加較其它產次多，因而使得產後體重增加較多。除此之外，研究發現有吸菸習慣的婦女，產後體重增加較多，此結果與國外研究結果不同(Ohlin & Rossner, 1990; Schauburger, Rooney, & Brimer, 1992)，推究其原因是由於懷孕吸菸會影響胎兒的生長，甚至導致低出生體重兒(Dewan, Brabin, Wood, Dramond, & Copper, 2003)，因此大多數有吸菸習慣的婦女為了確保腹中胎兒或新生兒的健康狀態，會在懷孕和產後刻意降低抽菸量或戒

菸，因而導致懷孕期體重過度增加，進而影響產後體重的恢復。

本研究結果雖指出，婦女於整體健康促進生活型態、健康責任及營養執行狀況愈差時，產後體重增加愈多，然而其相關強度很低。在之後的迴歸分析中發現，懷孕前體重和懷孕期體重增加值是產後體重變化最重要的兩個預測因子，因此懷孕前和懷孕期體重的控制對於預防產後體重的滯留相當重要。而Lederman於1993年指出，產後生活型態的改變會影響產後體重的恢復，產後為了照顧新生兒閒賦在家，造成食物攝取過多，且運動和一般活動量都降低；另外，Ohlin 和Rossner (1990) 也提出產後飲食的改變是造成體重滯留最重要的因素，其中高熱量食物的攝取和不規律的飲食習慣是重要的影響因素。所以婦女應該同時重視健康促進生活型態的實踐，來達到產後體重控制的目的。

結 論

進行本研究後得知，婦女從懷孕前至生產後6個月的體重變化，以及產後體重變化的相關因素。從研究結果發現，婦女懷孕前平均BMI值為 21.5 ± 3.3 公斤/公尺²；產後6個月平均BMI值為 22.5 ± 3.4 公斤/公尺²。懷孕前體重過重與肥胖率為18.27%，而產後6個月則提升到27.57%，因此應重視婦女產後體重滯留的問題。懷孕前體重和懷孕期體重增加是造成婦女產後體重滯留的重要因素，因此應考量這兩個因素對產後體重回復的影響，並將其列入產前和產後之衛生教育內容中。

研究建議

從研究結果得知，懷孕前體重和懷孕期體重增加是造成產後6個月體重滯留最重要的因素，所以應重視婦女於懷孕前的體重控制，可以運用媒體傳播管道或是在各醫療院所設立保健諮詢門診，便於提供婦女相關的營養學衛教和運動指導，以期達到有效控制體重的目的。除此之外，懷孕期的體重應做好適度的控制，國內對於婦女懷孕期的體重增加，可以參考美國醫學

會於1990年所提出的標準，乃依據婦女懷孕前體重分別訂出不同懷孕期增加的標準，以避免懷孕期體重的過度增加，導致產後的體重滯留。

由於國內婦女有產後坐月子的傳統文化習俗，在尊重傳統文化的考量下，可以選擇婦女於產後六週至八週返院進行產後檢查時進行衛生教育，並將體重控制的策略和健康促進生活型態的認知納入產後照護計畫中。

參考資料

- 內政部 (2005a 年 11 月 24 日)・內政統計年報：簡易生命表・取自<http://www.moi.gov.tw/stat/index.asp>。
- 內政部 (2005b 年 11 月 24 日)・內政國際指標：主要國家人口性比例・取自 <http://www.moi.gov.tw/stat/index.asp>。
- 內政部 (2005c 年 5 月 19 日)・內政部統計通報：93 年初婚與再婚者統計・取自 <http://www.moi.gov.tw/stat/index.asp>。
- 行政院衛生署 (2002a 年 4 月 18 日)・生命期營養：孕產期營養・取自 http://www.doh.gov.tw/cht/content.aspx?dept=R&class_no=41&now_fod_list_no=1353&array_fod_list_no=&level_no=2&doc_no=5063&show=。
- 行政院衛生署 (2002b 年 4 月 22 日)・國民營養現況：台灣地區居民體位及肥胖狀況・取自 http://www.doh.gov.tw/cht/list.aspx?dept=R&now_fod_list_no=4238&class_no=3&level_no=2&divNo=3&divCount=5。
- 行政院衛生署 (2004 年 1 月 2 日)・衛生署新聞：掌握 BMI・健康向前邁・取自 http://www.doh.gov.tw/cht/content.aspx?dept=R&class_no=25&now_fod_list_no=5912&array_fod_list_no=&level_no=2&doc_no=22602&show=。
- 行政院衛生署 (2005 年 11 月 05 日)・92 年衛生統計動向：人口與家庭・取自 <http://www.doh.gov.tw/statistic/data/衛生動向/92/92.htm>。
- 黃毓華、邱啓潤 (1996)・健康促進生活型態信度效度之探討・高雄醫學科學雜誌，12 (9)，529-537。
- Brown, J. E., Kaye, A. A., & Folsom, A. R. (1992). Parity-related weigh change in women. *International Journal of Obesity*, 16, 627-631.
- Dewan, N., Brabin, B., Wood, L., Dramond, S., & Cooper, C. (2003). The effects of smoking on birthweight-for-gestational-age curves in teenage and adult primigravidae. *Public Health*, 117, 31-35.
- Kac, G., Benicio, M. H., Velasquez-Melendez, G., & Valente, J. G. (2004). Nine months postpartum weight retention predictors for Brazilian women. *Public Health Nutrition*, 7(5), 621-628.
- Lederman, S. A. (1993). The effect of pregnancy weight gain on later obesity. *Obstetrics and Gynecology*, 82(1), 148-155.
- Ohlin, A., & Rossner, S. (1990). Maternal body weight development after pregnancy. *Interational Journal of Obesity*, 14(2), 159-173.
- Parham, E. S., Astrom, M. F., & King, S. H. (1990). The association of pregnancy weight gain with the mother's postpartum weight. *Journal of the American Dietetic Association*, 90, 550-554.
- Power, M. L., Holzman, G. B., & Schulkin, J. (2001). Obstetrician-gynecologists' views on the health risks of obesity. *The Journal of Reproductive Medicine*, 46(11), 941-946.
- Schauberger, C. W., Rooney, B. L., & Brimer, L. M. (1992). Factors that influence weight loss in the puerperium. *Obstetrics and Gynecology*, 79(3), 424-429.
- Somvanshi, N. P. (2002). Preventing postpartum weight retention. *American Family Physician*, 66(3), 380-383.
- Susser, M., Fine, L. J., Schupf, N., & Stein, Z. A. (1993). Prenatal weight gain postpartum weight retention: A delicate balance. *American Journal of Public Health*, 83(8), 1082-1083.
- Walker, S. N., Sechert, K. R., & Pender, N. J. (1987). The

health- promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 36(2), 76-81.

Walker, L. O. (1997). Weight and weight-related distress after childbirth. *Journal of Holistic Nursing*, 15(4), 389-405.

Walker, L. O. (1998). Weight-related distress in the early months after childbirth. *Western Journal of Nursing Research*, 20(1), 30-34.

Walker, L. O., & Freeland-Graves, J. (1998). Lifestyle

factors related to postpartum weight gain and body image in bottle- and breast feeding women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 27(2), 151-160.

Walker, L. O., Sterling, B. S., & Timmerman, G. M. (2005). Retention of pregnancy-related weight in the early postpartum period: Implications for women's health services. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 34(4), 418-427.

Relationship of Weight Changes in Postpartum Women

Fang-Tai Tai

RN, MSN, Lecturer, TA HWA Institute of Technology.

Abstract

The purpose of the study was to explore change and the factors affecting postpartum weight. The study utilized a descriptive correlational design. Subjects were women selected from the delivery unit of a medical center located Taoyuan county, Taiwan, who had given birth 6 months earlier. A total of 602 effective questionnaires were retrieved, with a response rate of 74.3%. The results showed that pre-pregnancy BMI was 21.5 ± 3.3 , and 6 months postpartum BMI was 22.5 ± 3.4 . The mean weight gain during pregnancy was 14.1 ± 4.4 Kg, and weight gain at 6 months postpartum was 2.4 ± 3.6 Kg. Overweight and obesity rates increased from 18.3% before pregnancy to 27.6% at 6 months postpartum. Primiparas and cigarette smoking subjects showed a greater postpartum weight gain. Pre-pregnancy weight, gestational weight gain, overall health-promoting lifestyle, health responsibility, and nutrition were correlated significantly to postpartum weight change. Gestational weight gain was the variable most highly correlated to postpartum weight change. Gestational weight gain and pre-pregnancy weight were the most significant predictors, which explained 53.3% of the variance in postpartum weight change. The research suggests a need for weight control before pregnancy to control gestational weight gain, and a need to provide strategies for health-promoting lifestyle modifications. The goal was to prevent postpartum weight gain and promote women's health.

Keywords: Postpartum women, Weight change, Gestational weight gain, Health-promoting lifestyle

某醫學中心組織氣候與 護理人員工作滿足感之關係

張瓊櫻¹/楊美賞²/張肇松³

1.高雄醫學大學護理學研究所碩士

高雄醫學大學附設中和紀念醫院

護理督導

2.高雄醫學院醫學研究所博士

高雄醫學大學護理學院

教授兼院長

3.國立中山大學人力資源管理研究所博士

屏東基督教醫院

院長

摘 要

本研究之目的在於探討護理站組織氣候與臨床護理人員工作滿足感之關係，採橫斷式預測相關的研究設計，以組織氣候量表與工作滿足感量表，針對南部某醫學中心之全職護理人員（工作滿 6 個月以上者）為研究對象進行資料的收集，共得有效樣本 830 位。研究結果顯示：（1）護理人員工作單位組織氣候感受程度平均為 3.30 分（滿分為 5 分），在五個構面因素中以「同儕」、「衝突」兩因素得分較高，而「工作」、「獎酬」得分最低；（2）護理人員的工作滿足程度平均為 2.81 分（滿分為 4 分）；（3）以基本屬性而言，年紀愈輕、進階層級愈低、服務於一般病房及自覺健康狀況愈佳者，其工作滿足感愈高，反之自覺工作負荷愈大者，其工作滿足感愈差；（4）工作單位的組織氣候及其構面（同儕、衝突、權責、工作、獎酬）與工作滿足感呈顯著正相關；（5）獎酬、同儕、衝突、權責、進階層級 N1、年齡、自覺健康狀況，可以預測工作滿足感總變異量的 49.6 %。本研究結果未來可以提供護理主管了解影響護理人員其工作單位組織氣候與工作滿足感的相關因素，並作為改善護理站組織氣候與工作滿足感參考之依據。

關鍵字：自覺健康狀況、工作負荷、組織氣候、工作滿足感

前 言

近年來由於國民平均壽命延長，相對的民衆之健康需求跟著提升，醫療市場也不斷的膨脹，加上政府健保政策的推行，使得醫院的經營較以往困難，為精簡人事費用，遂以壓縮護理人員編制與人數為因應，造成臨床護理人力不足（尹、楊、劉，2001），使得工作份量增加、延遲下班，如此工作負擔長期累積下來，導致工作士氣、工作效率下降及工作滿足感降低（Best

& Thurston, 2004；Watson, 2002）。而護理人員的工作滿足感降低，會影響病人之照顧品質，甚至導致倦怠、離職等之負面效應（Adams & Bond, 2000）。

Altmann（2000）指出組織氣候的良窳關係著員工的動機、工作效率和工作滿足感。護理站是臨床護理人員在機構中最直接接觸的工作環境，其對工作環境的感受，是護理主管不可忽視的一環，蔡、林（2001）

通訊作者：楊美賞

職稱：教授兼學院院長及系主任

服務機關：高雄醫學大學護理學院

地址：高雄市三民區十全一路 100 號

電話：（07）3121101 轉 2625

電子郵件：msyang@kmu.edu.tw

傳真：（07）3218364

亦發現護理人力不足會導致工作壓力與工作負荷增加，而護理人員無法負荷工作時，將會影響到其身心狀況 (Siu, Spector, Cooper, & Donald, 2001)，當護理人員自覺身體狀況不佳時，會顯著影響其工作滿足感 (Siu, 2002)。近年來人力不足，工作超負荷已是臨床普遍可見的現象，回顧國內文獻發現較少針對護理人員之直接工作單位的組織氣候與工作滿足感之研究，故引發筆者研究動機，擬同時探討護理人員對工作單位所感受的組織氣候、自覺健康狀況以及工作負荷與其工作滿足感的關係。

研究目的

- 一、瞭解護理人員工作滿足感之現況。
- 二、探討護理人員個人屬性（內含自覺健康狀況、工作負荷）、組織氣候與其工作滿足感之關係。
- 三、探討護理人員工作滿足感之重要預測因子。

文獻查證

所謂的工作滿足感是指個人在工作上的各方面的情感或情緒上的反應 (Kreitner & Kinicki, 1998)，是一種自我、主觀的、無形的內在衡量方式 (陳, 2001)，也是一個人對其工作所展現出的態度，工作者其工作滿足程度高，表示其對工作抱著正向態度 (Robbins, 2002)。若工作者對其工作環境實得價值與其預期價值間的差距愈小，工作滿足感愈高，而差距愈大，滿足程度則愈低 (Kreitner & Kinicki, 1998)。

Tzeng (2002) 研究中發現護理人員在工作滿足的幾個層面中，對自我成長、工作的挑戰、主管領導型態、以及和病患及家屬之互動的滿足程度較高，而對薪資及升遷的滿足程度較低。國外針對護理人員之個人屬性、工作相關因素及醫院等級探討工作滿足感的相關因素，發現所得的工作滿足感總得分平均為56.91，其得分指標【(平均得分÷最高可能得分)×100%】為51.0% (Ma, Samuels, & Alexander, 2003)。台灣地區對護理人員工作滿足感的研究顯示，護理人員之工作滿足感平均得分指標均達中等程度，其中張

及許 (2000) 以南部某醫學中心1240位護理人員之個人屬性、工作相關因素進行護理人員工作滿足感之普查，發現滿足程度平均得分為3.32 (Likert 五分法評量)，其得分指標為66.4%，而胡、曾及袁 (2003) 以中部某醫學中心673名護理人員之基本屬性、自我評量、工作環境及福利制度進行工作滿足感及其相關因素探討，結果發現工作滿足感平均得分為2.78 (Likert 四分法評量)，其得分指標為69.5%，綜合上述相關文獻中得知僅針對個人屬性、工作環境、自我評量作相關性研究，並未呈現預測性如何？故擬針對工作滿足感之預測因子深入探討及分析。

在基本屬性與工作滿足感的相關文獻中，有的研究發現年齡與工作滿足感無顯著差異 (Adams & Bond, 2000; Ma, et al., 2003)，但Sui, Spector等人 (2001) 以管理者為樣本研究中卻發現年齡與工作滿足感成正相關；Ma等人 (2003) 研究顯示工作年資與工作滿足呈正相關；在Leung, Siu及Spector (2000) 研究發現已婚者的工作滿足程度較高；在服務隸屬科別與工作滿足感方面也有顯著性不同 (吳, 2003)；亦有研究指出，護理人員的進階層級與工作滿足感有顯著性差異 (Adams & Bond, 2000)；在教育程度方面有研究發現其與工作滿足感呈現負相關 (Yaktin, Azoury, & Doumit, 2003)；因此人口學變項之年齡、工作年資、婚姻、教育程度、進階層級、隸屬科別均是影響護理人員的工作滿足感的因素。

Peterson及Wilson (1996) 研究指出，自我評價、情緒、憂鬱、心理狀態、身心健康狀態或病假次數等因素均與員工的工作滿足感有關，如果護理人員自認為無法掌控工作環境時，就會變得對壓力與健康狀況非常敏感。Siu (2002) 研究中發現自覺健康狀況與工作滿足感呈正相關，並且於該研究中也發現自覺健康狀況為工作滿足感的預測因子。

McNeese-Smith (1999) 以半結構問卷訪談30位護理人員發現，護理人員的壓力來自於病人病情的嚴重度，當護理人力不足時，又須在可使用的一定時間內，完成太多工作要求時，就會造成工作負荷，因而體力耗竭，導致工作不滿意，此研究也發現，工作負荷愈重則其工作愈不滿足。蔡及林 (2001) 於研究中，也

發現護理人員對工作最不滿足的內容為工作量的負荷過大。

Altmann (2000) 提到組織氣候會反映員工對工作環境的知覺，對組織而言可以提供有價值的訊息，組織可以由正面和負面感受結果，找出癥結並加以改善，和員工共同創造更好的工作環境，以增進員工的工作滿足感。楊、葉、陳及楊 (2003) 針對醫療機構全體員工進行調查，發現組織氣候之結構、責任、獎酬、風險、人情、支持、標準、衝突及認同等構面與工作滿足感各構面間皆呈顯著正相關；國外學者Under (1999) 以美國南加州三所兒科醫院服務年資滿6個月之護理人員為研究對象，發現組織氣候之人情、支持、認同和權責等構面與工作滿足感有顯著的正相關；Siu (2002) 於香港護理人員組織氣候之組織單位、直屬主管、同儕、組織特性及工作環境等構面研究中也發

現對組織氣候認同愈高，則工作滿足感愈高，而且組織氣候可以預測工作滿足感。綜合上述文獻得知：研究對象之不同，所呈現測量組織氣候的構面也有所不同 (Askanasy, Wilderom, & Peterson, 2000)，但其研究結果皆相同；Siu (2002) 研究中指出組織氣候構面之同儕與工作滿足感呈現正相關，Under (1999) 研究中顯示權責、工作與工作滿足感有顯著性正相關，楊、葉、何及陳 (2003) 研究指出獎酬與衝突為組織氣候最需改進及提升的構面，因此權責、同儕、工作、獎酬及衝突均為組織氣候的重要構面，故本研究選擇以包含這些構面之間卷蒐集資料，以瞭解護理人員對護理站組織氣候的感受。

依據上述文獻查證所研擬出本研究架構，如圖一所示：

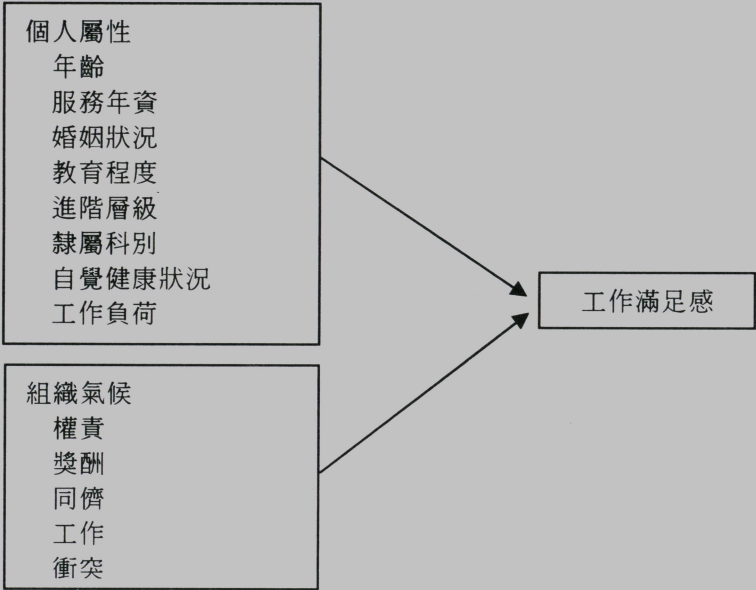


圖1 個人屬性、組織氣候與工作滿足感的相關性

研究方法

一、研究設計

本研究採橫斷式預測相關性的研究設計，以結構式問卷收集資料。

二、研究對象

本研究以南部某醫學中心工作滿六個月以上正式

編制且未擔任行政主管的女性臨床護理人員為研究對象，採全面普查方式，合乎收案標準的對象總計935人。共回收841份問卷，回收率為89.9%，排除作答不完整者之問卷共計11份，計有效問卷830份，可利用率為88.7%。

三、研究工具

本研究採結構式問卷進行資料的收集，內容包含

個人屬性資料（內含自覺健康狀況量表與工作負荷量表）、組織氣候量表以及工作滿足感量表。

（一）.個人屬性資料

本研究之個人屬性資料內容包括年齡、服務年資、婚姻狀況、教育程度、進階層級、隸屬科別、自覺健康狀況及工作負荷。而自覺健康狀況部份採黃（1997）根據 Ware 及 Gandek（1994）所發展之一般性健康知覺分量表，內容包括與同年齡的人比較、與半年前的自己比較、您認為您目前的健康狀況如何，共3題，以Likert 5分法方式計分，總得分範圍為3分到15分，分數愈高，表示健康狀況愈佳；在本研究中此量表其內在一致性（Cronbach's α 值）為.83。效度檢定請醫學博士、人力資源管理博士、護理學博士、護理學碩士及醫學中心護理部主任共五位，進行研究工具內容效度的檢定，並同時修正其餘的兩個工具（組織氣候量表、工作滿足感量表）；自覺健康量表內容效度指標（the index of content validity：CVI）為.93。在工作負荷方面，此部份乃參考視覺類比量表（Visual Analogue Scale: VAS）自擬編制而成，乃以10分數字量表的一條直線，最左邊標出1分代表工作負荷最小，最右邊標出10分代表工作負荷最大，由左邊往右移表示工作負荷愈來愈大，由受測者自行在線上標示其自覺工作負荷的大小。

（二）.組織氣候量表

本研究之組織氣候量表採用黃、杜及張（2003）翻譯修訂自Litwin及Stringer（1968）之「組織氣候描述問卷」，此量表分為5個構面，包括權責7題、獎酬6題、同儕5題、衝突5題、工作4題，以Likert 5分法方式計分，總得分範圍為27分到135分，得分愈高則代表對組織氣候描述的同意程度愈高，其內在一致性之Cronbach's α 為.73，各構面Cronbach's α 介於.65與.81之間。在本研究中此量表之權責、獎酬、同儕、衝突與工作五個構面其Cronbach's α 值依序為.86、.85、.80、.85、.83。組織氣候量表之整體內容效度指標（the index of content validity：CVI）為.88。

（三）.工作滿足感量表

此量表採用楊、葉及陳等人（2003）修譯自Smith、

Kendall及Hulin（1969）所設計的工作說明量表（Job Descriptive Index），共計38題；本研究採用因素分析法，萃取後之量表仍分為五個構面其內容共計35題，量表計分方式以Likert之4分計分法來測量，總得分範圍為35分到140分，得分愈高，表示其工作滿足感愈高，因為整體性工作滿足乃是各構面態度所造成，故本研究只針對護理人員之整體性工作滿足作探討。本研究量表之內在一致性Cronbach's α 為.92。內容效度指標（the index of content validity：CVI）為.92。

四、資料收集

本研究之研究計劃經過IRB審核通過之後，從2004年12月至2005年1月間進行資料的收集，於填寫問卷之前，由研究者先到各單位說明研究目的及過程，告知問卷採不具名，資料絕對保密，研究結果僅供學術研究用，再由研究者親自將問卷及禮物送至各單位，若願意填答問卷者自行拿取問卷及小禮物一份，問卷填答後裝入事先備好的信封，再置入密閉式收集箱中，由研究者至各單位收回問卷。

五、資料分析

本研究以SPSS for Windows 10.0進行統計分析，所使用統計方法包括百分比、平均值、標準差、t檢定、單因子變異數分析、皮爾森積差相關及逐步複迴歸分析。並以得分指標【（平均得分÷最高可能得分）×100%】瞭解各量表得分程度高低。

研究結果

一、個人屬性、組織氣候、工作滿足感量表得分情形

本研究之研究對象年齡介於20~50歲間，平均28.48歲（標準差=5.30歲）。婚姻狀況以未婚者598位居多（72.05%），教育背景專科及以下畢業者佔多數有486位（58.55%），服務年資介於6個月~28年，平均年資6.06年（標準差=5.02年），進階層級N2者居多，有402位（48.43%），隸屬一般病房者有489人（58.92%），自覺健康狀況介於3分~15分，平均得分7.70分（標準差=2.01分），工作負荷介於2分~10分，

平均得分6.82分（標準差=1.59分），如表一所示。而組織氣候量表平均得分為3.30分（標準差=0.41分），於其構面中，同儕平均得分最高（3.71±0.53）；衝突平均得分3.48±0.50，權責平均得分3.34±0.63，工作

之平均得分3.07±0.58，另外在獎酬之平均得分最低（2.99±0.57）；整體工作滿足感量表平均得分為2.81分（標準差=0.30分），如表二所示。

表一
研究對象之個人屬性分佈

(N=830)				
變項	範圍	人數	百分比	平均值±標準差
年齡層	20~50 歲			28.48 ± 5.30
20-25 歲		204	24.58	
26-30 歲		334	40.24	
31-35 歲		113	13.61	
36-40 歲		83	10.00	
41-50 歲		96	11.57	
服務年資	6 個月~28 年			6.06 ± 5.02
6 個月-5 年		443	53.38	
5.1 年-10 年		235	28.31	
10.1 年以上		152	18.31	
婚姻狀況				
未婚		598	72.05	
已婚		232	27.95	
教育程度				
專科及以下		486	58.55	
大學及以上		344	41.45	
進階層級				
N1		387	46.63	
N2		402	48.43	
N3		41	5.94	
隸屬科別				
一般病房		489	58.92	
特殊病房（急診、加護病房、開刀房、恢復室）		341	41.08	
自覺健康狀況	3 分~15 分			7.70 ± 2.01
工作負荷	2 分~10 分			6.82 ± 1.59

表二
護理人員在組織氣候量表及各構面、工作滿足感之得分情形

(N=830)		
量表/構面	得分平均數±標準差	得分指標
組織氣候量表	3.30 ± 0.41	66.0
同儕	3.71 ± 0.53	74.2
衝突	3.48 ± 0.50	69.6
權責	3.34 ± 0.63	66.8
工作	3.07 ± 0.58	61.4
獎酬	2.99 ± 0.57	58.8
工作滿足感量表	2.81 ± 0.30	70.3

二、個人屬性與臨床護理人員工作滿足感之相關分析
本研究結果，如表三、表四所示，年齡與工作滿足感呈顯著負相關（r=-.08, p=.014），即年齡愈大

，其工作滿足感愈不好；而護理人員所受的教育程度在工作滿足感的得分上有顯著性差異（t=7.03, p=.008），專科及以下學歷的護理人員得分顯著高於大

學及以上學歷的護理人員；隸屬科別在工作滿足感的得分也有顯著性差異 ($t=4.17, p<.000$)，服務於一般病房之護理人員得分顯著高於服務於特殊病房之護理人員；而在進階層級與工作滿足感的得分上亦有顯著性差異 ($F=3.57, p=.029$)，經事後比較得知進階N1組顯著高於進階N2組及進階N3組，且進階N2組顯著高於進階N3組；另外在婚姻狀況 ($t=.00, p=.999$) 及

服務年資 ($r=-.07, p=.054$) 方面皆發現其與工作滿足感無顯著相關性。自覺健康狀況方面與工作滿足感呈顯著正相關 ($r=.19, p=.000$)，即自覺健康狀況愈佳者，其工作滿足感愈好。工作負荷則與工作滿足感呈顯著性負相關 ($r=-.16, p=.000$)，即工作負荷愈重者，其工作滿足感愈不好。

表三
個人屬性與護理人員工作滿足感之變異數分析 (N=830)

個人屬性資料	工作滿足感			事後比較
	Mean	t/F	p 值	Scheffe's
教育程度		7.03	.008**	
專科及以下	99.09			
大學以上	97.16			
隸屬科別		4.17	.000***	
一般病房	99.58			
特殊病房	96.45			
進階層級		3.57	.029*	
N1	99.17			N1 > N2
N2	97.74			N1 > N3
N3	95.39			N2 > N3
婚姻狀況		0.00	.999	
未婚	98.29			
已婚	98.29			

註.* $p<.05$ ；** $p<.01$ ；*** $p<.001$

表四
個人屬性與臨床護理人員工作滿足感之關係 (N=830)

項 目	工作滿足感	
	r 值	p 值
年齡	-.08	.014*
服務年資	-.07	.054
自覺健康狀況	.19	.000**
工作負荷	-.16	.000**

註. 1.r 表相關性:由 Pearson's correlation 分析

2.* $p<.05$ ；** $p<.001$

三、組織氣候與臨床護理人員工作滿足感之相關分析

組織氣候與臨床護理人員工作滿足感相關分析結果如表五所示，顯示組織氣候及其各構面（權責、獎酬、同儕、衝突、工作）與工作滿足感皆呈顯著正相關，亦即護理人員對工作單位之組織氣候愈有正向看法，則其工作滿足感愈高。

四、臨床護理人員工作滿足感之預測因子

以逐步複迴歸探討工作滿足感之預測因子，本研究對臨床護理人員工作滿足感的預測，將單變項分析結果中，有顯著差異者之變項納入為預測變項，包括年齡（歲）、自覺健康狀況（得分）、工作負荷（得分）、進階層級（分N1、N2、及N3，以N3當對照組）、隸屬

科別（分特殊病房及一般病房，以一般病房當對照組）、教育程度（分專科及以下及大學以上，以大學以上之組別當對照組）、組織氣候的各構面得分包括權責、獎酬、同儕、衝突及工作，首先將進階層級、隸屬科別、教育程度三個類別變項先轉換成虛擬變項（dummy variables），再將年齡、自覺健康狀況、工作負荷、權責、獎酬、同儕、衝突、工作與虛擬變項共同放入逐步複迴歸進行分析。先經共線性診斷，變異性膨脹因素（the variance inflation factor, VIF）為1.1~1.7，未大於10（Kleinbaum, Kupper, Muller & Nizam, 1998），顯示各變項間彼此不會造成共線性的問題。接著進行逐步複迴歸分析，以p值小於.05作為進入模式與小於.05留在模式之條件，結果顯示：獎酬、同儕、衝突、權責、進階層級N1、年齡、自覺健康狀況為影響臨床護理人員工作滿足感的顯著預測因子，可解釋

總變異量為49.6%，其中以獎酬最具預測力，可解釋變異量為29.8%，表示獎酬愈合理、同儕愈支持、衝突愈少、權責愈分明、年齡愈小、自覺健康狀況愈好及進階層級N1，其工作滿足感顯著較高（見表六）。

表五
組織氣候及各構面與工作滿足感之關係（N=830）

項 目	工作滿足感	
	r 值	p 值
組織氣候	.73	.000*
權責	.50	.000*
獎酬	.55	.000*
同儕	.54	.000*
衝突	.53	.000*
工作	.22	.000*

註. 1.表相關性:由 Pearson's correlation 分析
2.*p<.001

表六
臨床護理人員工作滿足感之逐步迴歸分析結果（N=830）

變項	未標準化迴 歸係數（B）	標準化迴歸 係數（B）	R ²	修正後	R ² Change	t 值	p 值
常數	46.603	-	-	-	-		
獎酬	0.687	0.228	0.298	0.297	0.298	7.103	.000
同儕	0.832	0.213	0.418	0.416	0.120	6.540	.000
衝突	0.826	0.232	0.452	0.450	0.034	7.321	.000
權責	0.528	0.225	0.482	0.480	0.030	7.135	.000
進階 N1 職級	1.453	0.070	0.491	0.487	0.008	2.629	.009
年齡	-0.159	-0.068	0.494	0.490	0.003	-2.534	.011
自覺健康狀況	0.269	0.052	0.496	0.492	0.002	2.003	.046

討 論

一、臨床護理人員工作滿足感程度

本研究中護理人員工作滿足感量表之得分指標為70.3%與台灣地區研究張及許（2000）的得分指標為66.4%與胡等（2003）的得分指標為69.5%的比較，發現護理人員工作滿足感大略相同。但與國外研究Ma et al.（2003）的得分指標為51.0%的比較，國內護理人員的工作滿足感顯然較高，但在Ma, Samuels和Alexander（2003）研究中，與Cumbey和Alexander（1998）所進行的研究（得分指標為74.0%）比較指出，國外護理人員的工作滿足感有逐年下降的趨勢，

此點值得台灣地區的護理主管警覺及追蹤未來是否也有下降之趨勢。

二、個人屬性與工作滿足感之關係

本研究對象在工作滿足感中除了婚姻狀況、工作年資與工作滿足感沒有統計上顯著差異外，在年齡、教育程度、進階層級、隸屬科別組對工作滿足感的影響均具有統計上的顯著意義。在護理人員年齡部份，年齡對於工作滿足感呈現負相關，在Sui, Spector等人（2001）的研究卻發現年齡與工作滿足感呈現正相關與本研究結果有所不同，但因此研究以管理者為樣本，研究者推測此項不一致可能與工作環境不同、樣本特質不同有關。

本研究結果發現大學畢業者之工作滿足感顯著低於專科以下之護理人員，護理人員教育程度與工作滿足感的關係，於文獻上並無一致的結論，Yaktin, Azoury和Doumit（2003）之研究報告中顯示，護理人員教育程度與工作滿足感呈負相關，亦有研究發現無顯著相關（張、許，2000；Adams & Bond, 2000; Ma et al., 2003），在本研究發現大學以上學歷之護理人員，工作滿足感較低，推測可能與其對工作有較高的期待，但若組織無法配合其需求或期待時，則易導致工作不滿足。

本研究發現護理人員進階層級較低者其工作滿足感較高，此與Adams及Bond（2000）的研究結果指出進階層級較高者其工作滿足感較高有所不同，其原因可能與國內外臨床護理工作之專業分工明確度或分工方式不同有關。另外，本院N2人員於晉升N3層級時，有跨科訓練半年之要求，所以N2人員需要適應不同科別的工作環境與工作內容，故壓力與挫折感的增加，皆影響其工作滿足感。在所調查醫院護理人員進階層級較高者，在待遇、福利上並未明確的有別於進階層級N1者，而進階層級較高者亦被期待肩負較多的職責，這些因素均可能導致進階層級較高之護理人員工作滿足感反而不高。Ma等（2003）的研究發現工作年資較久者，若其自主性、賞識和參與機會未實現時或未達其預期時，會感到不滿足。故本研究發現亦提醒護理主管須注意N3護理人員之肯定、重視及給予參與的機會和適度回饋的重要性。

本研究中隸屬特殊病房之工作滿足感顯著低於一般科別的護理人員，此與吳（2003）的研究結果相似，探究其原因可能是與臨床工作特性有關，因為急重症單位的工作繁忙，護理人員面對的是病情較嚴重或病情急速變化的患者，常需專業性的判斷與急救，須承受較大的壓力，因此導致工作滿足感較低。

在自覺健康狀況與工作滿足感之關係方面，本研究結果顯示：護理人員自覺健康狀況欠佳者，其工作滿足感較低，此與國外Siu（2002）的研究結果相似。自覺健康狀況欠佳的護理人員，於上班期間可能會因無體力上班，或需要較多時間休息或請假調養身體，其工作績效及薪資也將因請假因素而受影響所致，Siu

於2002年指出管理階層必須重視員工的健康狀況。

在工作負荷與工作滿足感之關係部份，本研究結果顯示，護理人員工作負荷與工作滿足感呈顯著性負相關，此與McNeese-Smith（1999）研究結果相似，探究其原因可能是護理人力被縮減時，護理人員須承受過高的病人負荷量，擔心無法提供良好之照護及擔憂損及病患安全，造成醫療糾紛，以致於形成臨床護理人員所承受的壓力與日俱增，致使工作滿足感下降。

三、組織氣候與工作滿足感之關係

以皮爾森積差相關分析護理站組織氣候與護理人員工作滿足感的關係，發現組織氣候及各構面（權責、獎酬、同儕、工作、衝突）與其工作滿足感呈現顯著正相關，此與楊、葉及陳等人（2003）研究發現組織氣候及其各構面間不但為正相關，且均達到統計上之顯著水準的研究結果相似，亦與Under（1999）研究中指出組織氣候顯著與工作滿足感有關之研究結果相似，探究其原因可能為管理者賦予員工自主性，並創造有彈性的工作環境，將可提高員工的工作品質與工作滿足感，管理者若採取開放性溝通及提供員工參與決策的機會，則員工對組織愈有歸屬感，對工作滿足感也愈高。因此，建立良好的護理站組織氣候，將能提高臨床護理人員的工作滿足感。

四、影響工作滿足感之主要預測因素

類別變項（隸屬科別、教育程度、進階層級）先做虛擬變項（Dummy variable）後，再與其他自變項之連續變項分別進入迴歸分析，經多變項複迴歸分析顯示，獎酬、同儕、衝突、權責、進階層級N1、年齡和自覺健康狀況是工作滿足感的重要預測因子，可解釋的總變異量為49.6%，其中又以獎酬對工作滿足感的解釋力最強（29.8%），此與楊、葉和陳等人（2003）研究發現獎酬、認同、支持、人情是影響員工工作滿足感的預測因子研究結果相似。因此營造良好的護理站組織氣候，例如獎酬合理、同儕支持、增加工作自主性開放性的溝通等，均為護理主管特別是護理長應重視的事。

本研究在控制其他變項後，亦發現護理人員自覺

健康狀況亦是工作滿足感的顯著預測因子，此與Siu (2002) 研究發現當人口屬性控制時，健康問題是工作滿足感的預測因子之研究結果相似。所以，護理管理者應重視護理人員健康狀況，且對已進階者應重視及肯定其努力，並給予合宜的回饋，以凝聚護理人員的向心力提升臨床護理人員工作滿足感。

結 論

本研究所得到的結論如下：

- 一、護理人員整體工作滿足感平均得分 2.81 ± 0.30 ，得分指標為 70.3%。
- 二、護理人員年齡較輕、教育程度為專科及以下、目前進階層級為 N1、在一般科別工作者其工作的滿足感顯著較高。
- 三、護理人員的自覺健康狀況與工作滿足感呈顯著正相關，自覺工作負荷程度與其工作的滿足感呈顯著負相關。
- 四、護理人員對組織氣候及其五個構面（獎酬、同儕、衝突、權責、工作）的感受與工作的滿足感呈顯著正相關。
- 五、逐步迴歸分析發現護理人員的年齡、進階層級 N1、自覺健康狀況與對組織氣候之獎酬、同儕、衝突、權責的感受，是工作滿足感顯著的預測因子，其中以組織氣候之獎酬為最強的預測因子。

建 議

1. 本研究結果顯示護理站組織氣候是預測護理人員工作滿足感最強的因素，其中的獎酬為組織氣候得分最低的構面，故建議護理主管應注意薪資及獎酬制度之公平、合宜性，建立以努力－績效－獎賞之間的連結作為決定激勵的基礎。
2. 單位直屬主管應主動關懷護理人員之身心健康，協助護理人員增強自我身心健康及紓解壓力。
3. 在工作負荷之改進方面，工作安排時要考量不同屬性（不同年齡、不同工作年資、不同工作經驗）護理人員之工作負荷，使其工作能平均分擔，將可避

免多數的工作負荷集中於某些資深人員或工作經驗不足者身上。

4. 在規劃護理人員完成臨床能力進階時，在工作內容及職責上，宜隨著進階層級加重給予自主性和參與機會，及給予適當的回饋或酬賞，以維持其努力的動機。

研究限制

本研究僅針對一所醫學中心的護理人員進行研究，故研究結果之推論性將受限，建議未來能夠進行跨機構之比較，以增強結果之推論及應用。

誌 謝

本研究得以順利完成首先要感謝醫院之經費支持，其次要感謝護理部潘純媚主任、林盈慧督導之支持與協助，以及臨床醫學研究部統計分析室楊奕馨主任在統計與研究結果分析上之指導；更感謝830位護理人員參予問卷填寫，特此一併誌謝。

參考資料

- 尹祚芊、楊克平、劉麗芳 (2001)・台灣地區醫院護理人員留任措施計劃成效之評價・護理研究, 9(3), 247-256。
- 吳淑蓉 (2003)・護理人員情緒勞務負擔、工作滿意度與組織公民行為之相關性・未發表碩士論文・高雄：高雄醫學大學護理學研究所。
- 胡蓮珍、曾淑梅、袁素娟 (2003)・中部某醫學中心護理人員工作滿意度及其相關因素之探討・中山醫學雜誌, 14(2), 315-324。
- 陳穎修 (2001)・醫療產業內部行銷之探討・醫務管理, 2(1), 123-135。
- 張遠萍、許玲女 (2000)・某教學醫院護理人員對工作滿意情形之探討・長庚護理, 11(2), 63-73。
- 黃英忠、杜佩蘭、張肇松 (2003)・組織氣候與組織承諾關係之研究－以高雄市公辦民營及市立醫院為

- 例・中國行政評論，12（3），27-60。
- 黃毓華（1997）・大學生健康促進生活型態及其預測因子・中華民國公共衛生學會雜誌，16（1），24-36。
- 楊建昌、葉宇泰、陳世欣、楊紅玉（2003）・組織氣候與工作滿足感之實證研究－以臺北市某醫療機構為例・醫院，36（6），12－27。
- 楊建昌、葉宇泰、何國章、陳世欣（2003）・組織氣候之實證研究－以臺北某醫療機構為例・醫務管理期刊，3（1），120－141。
- 蔡依玲、林小玲（2001）・護理人員工作滿意度量表之信效度測試・榮總護理，18（3），270－280。
- Adams, A., & Bond, S. (2000). Hospital nurses' job satisfaction individual and organizational characteristics. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 536-543.
- Altmann, R. (2000). Understanding the organizational climate. *Canadian Manager*, 25(2), 15-18.
- Askanasy, N. M., Wilderom, C., & Peterson, M. F. (2000). *Handbook of organizational culture and climate*, California :Sage.
- Best, M. F., Thurston, N. N. (2004). Measuring nurse job satisfaction. *The Journal of Nursing Administration*, 34(6), 283-290.
- Cumbey, D. A., & Alexander, J. W. (1998). The relationship of job satisfaction with organizational variables in public health nursing. *Journal of Nursing Administration*, 28(5), 39-46.
- Kleinbaum, D.G., Kupper, L. L., Muller, K. E., & Nizam, A. (1998). *Applied regression analysis and other multivariable methods*, New York: Duxbury Press.
- Kreitner, R., & Kinicki, A. (1998). *The motivation to work*, 2nded, New York : John Wiley.
- Leung, T. W., Siu, O. L., & Spector, P. E. (2000). Faculty stressors, job satisfaction, and psychological distress among university teachers in Hong Kong : The role of locus of control. *International Journal of Stress Management*, 7(2), 121-138.
- Litwin, G. L., & Stringer, R. A. (1968). *Motivation and organization climate, division of business administration*. Boston: Havard University.
- Ma, C. C., Samuels, M. E., & Alexander, J. W. (2003). Factors that influence nurses' job satisfaction. *Journal of Nursing Administration*, 33(5), 293-299.
- McNeese-Smith, D. K. (1999). A content analysis of staff nurse descriptions of job satisfaction and dissatisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 29(6), 1332-1341.
- Peterson, M., & Wilson, J. (1996). Job satisfaction and perceptions of health and quotation, *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 38(9), 891-898.
- Robbins, S. P. (2002). *Essential of organizational behavior* (7th ed). New Jersey: Prentice Hall.
- Siu, O. L. (2002). Predictors of job satisfaction and absenteeism in two samples of Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing*, 40(2), 218－229.
- Siu, O. L., Spector, P. E., Cooper, C. L., & Donald, I. (2001). Age differences in coping and locus of control : A study of managerial stress in Hong Kong. *Psychology and Aging*, 16(4), 707－710.
- Smith, P. C., Kendall, L. M., & Hulin, C. L. (1969). *Measurement of satisfaction in work & retirement*. Chicago: Rand McNally.
- Tzeng, H. M. (2002). Satisfying nurses on job factors they care about: A Taiwanese perspective. *Journal of Nursing Administration*, 32(6), 306-309.
- Under, L. D. (1999). The impact of organizational climate on nurse satisfaction. *Nursing Leadership Forum*, 4(2), 44-49.
- Ware, J. E., & Gandek, B. (1994). The SF-36 health survey : Development and use in mental health research and IQOLA project. *Internal Journal. Mental Health*, 23(2), 49-47.
- Watson, C. A. (2002). Understanding the factors that Influence nurses' job satisfaction. *Journal of Nursing*

The Relationship between Nurses' Perception of Organizational Climate and Job Satisfaction in a Medical Center

Chiung-Ying Chang¹/ Mei-Sang Yang²/ Chao-Sung Chang³

1.MSN, RN, Supervisor, Chung-Ho Memorial Hospital, Kaohsiung Medical university

2.PhD, RN, Professor, Director, College of Nursing, Kaohsiung Medical University

3.Dean, Pingtung Christian Hospital

Abstract

The purpose of this study was to explore the relationship between nurses' perception of organizational climate and job satisfaction. This was a cross-sectional predictive correlational study. All nurses enrolled in the study had worked over than 6 months in a medical center in southern Taiwan. In total, 830 registered nurses completely finished the organizational climate and job satisfaction questionnaires. The results showed that : 1) the mean score of organizational climate on a 5-point scale was 3.30. Within these five dimensions, the "colleagues" and "conflict" items received higher scores than other items; in contrast, "poor reward" and "work" items received lower scores; 2) the mean score of job satisfaction on a 4-point scale was 2.81; 3) a positive correlation was found between job satisfaction and younger age, lower level on nursing ladder, lighter workload, working in the general ward, and self-perceived good health status; 4) overall organizational climate had a significant positive correlation with job satisfaction; 5) reward, colleagues, conflict, responsibility, nursing ladder N1, nurses' ages, and self- perceived health status, can predict the total variation of job satisfaction of 49.6%. These findings provide valuable information for nursing administrators to identify the impact factors between organizational climate and job satisfaction, and contribute to an overall picture of nurses' job satisfaction and the organizational climate at the nursing station in order to enhance the quality of nursing care.

Keywords: Self-perceived health status, Workload, Organizational climate, Job satisfaction.

五專應屆畢業護生、單位主管及護理教師對護理能力滿意度之調查

劉 茱¹/林梅香²/劉雪娥³/孫淑惠⁴

- | | | |
|--------------------|-------------|-----|
| 1.美國德州理工大學醫學院護理學碩士 | 現任長庚技術學院護理系 | 講師 |
| 2.國立臺灣師範大學教育博士 | 現任長庚技術學院護理系 | 副教授 |
| 3.美國伊利諾大學護理學院博士 | 現任長庚大學護理學系所 | 副教授 |
| 4.美國喬治亞州西南學院碩士 | 現任長庚技術學院護理系 | 講師 |

摘 要

護理教育的最終目的之一是培養護生的護理能力，然近年來常聽護理教師、單位主管、甚至應屆畢業護生自評對護理能力表現存有許多負面評價，因此本研究目的旨從五專應屆畢業護生、護理教師及單位主管等不同的角度去探討並比較其對五專應屆畢業護生護理能力表現之滿意度差異。

本橫斷式研究設計採立意取樣，分別以「護理能力量表」收集北部某技術學院 161 位五專應屆畢業護生、103 位護理教師及北部二所教學醫院 104 位正（副）護理長之意見，並以描述性統計（如平均值、標準差）及推論性統計（如變異數分析、Scheffes'事後比較）等方法分析資料。

結果顯示：（1）.三組樣本在「溝通能力」得分最高，在「病危照顧能力」得分均最低；（2）.應屆畢業護生自評其護理能力偏向滿意，但護理教師及單位主管對其評價均偏向不滿意；（3）.應屆畢業護生自評其整體及各項護理能力之滿意度顯著高於護理教師及單位主管的評價。此研究結果發現，由護理教育系統之觀點來看，應屆畢業護生的整體護理能力均有待提昇，以提升護理服務之品質。另本研究結果可提供護理教育界及醫療院所規劃提升護理能力相關課程之參考。

關鍵字：應屆畢業護生、護理能力、滿意度

前 言

護理教育的目標之一是提昇護理人員之能力，以獲得業界及病人的肯定。然近年來常耳聞單位主管抱怨應屆畢業之新進護理人員有工作適應差、適應期必須延長、學理與技術無法運用於臨床等護理能力不足之問題(白、徐、汪，1999；李，1991；徐、林、劉、周、陳，1993；Lu, Chen, & Wang, 1998; Oermann &

Garvin, 2002)，其中又以五專應屆畢業護生最為嚴重（于、馬，1993）。而學校護理教師或臨床指導老師也常發現學生學習意願低且有專業能力不足的現象，且擔心護生畢業後無法勝任日益複雜且繁重之護理工作，甚至擔憂其會犯錯而導致病人安全受到威脅(Oermann & Garvin, 2002)。

通訊作者：劉雪娥

職稱：副教授

服務機關：長庚大學護理學系所

地址：333 桃園縣龜山鄉文化一路 259 號長庚大學護理系

電話：(03) 2118800 轉 5243

傳真：(03) 2118800 轉 5326

電子郵件：sarah@mail.cgu.edu.tw

然應屆畢業護生的照護品質常反應在其執行臨床工作時的護理能力表現上 (Meretoja & Leino-Kilpi, 2003)，亦是檢驗其接受數年護理教育的學習成果 (Espeland & Indrehus, 2003)。但過去國內外有關護理能力之研究大多著重於應屆畢業護生或護理人員自評的看法(于, 1993; 于、馬, 1993; 白等, 1999; Lu, Chen, & Wang, 1998; Yu & Ku, 1998)，鮮少由臨床指導員、護理教師、或單位主管多面向的觀點來探討應屆畢業護生之能力 (石、陳、廖張, 2000; 林、張、蔡、黃, 2001; O'Connor, Pearce, Smith, Vogeli, & Walton, 2001)。故本研究目的旨在：(1). 瞭解五專應屆畢業護生對自己護理能力表現的滿意度；(2). 探討護理教師及單位主管對五專應屆畢業護生護理能力表現之滿意度；及(3). 比較五專應屆畢業護生本人、護理教師及單位主管對應屆畢業護生護理能力表現滿意度之差異。

文獻查證

一、護理能力的定義與測量

「護理能力」(nursing competency)的定義，雖各家說法不一，但都反應在病患照護成果上。Scheetz (1989)認為護理能力是指照顧病人時，能夠有效的運用問題解決方法、理論及正確執行技術的個人才能。而這也是需歷經護理教育過程而達到的結果(于、馬, 1993; Yu & Ku, 1998)。國際護理學會(International council of nursing, ICN)於2001年建構一般護理人員國際護理能力標準時，特將護理能力劃分為：專業、倫理及法律實務，照護的提供及管理與專業發展三大類。而Meretoja, Isoaho, 和 Leino-Kilpi (2004)則將護理能力分為七大項，即幫助角色、教學訓練、診斷功能、管理情境、治療性措施、確保品質及工作角色等能力。另於林、盧及康(2004)發展台灣本土版護理能力標準時，特將護理能力分為：照護能力、溝通/協調能力、學習/教學能力、行政管理能力、團隊合作能力、自我及專業成長能力、研究能力、科技應用能力和法律/倫理素養能力等九大類。

而在護理能力測量方面，Schwirian (1978)所發展的6-D量表(the Six-Dimension Scale of Nursing

Performance)是最早被應用於護理能力測量之工具，其測量項目包括：領導能力、病危照顧能力、教學/協調能力、計劃/評值能力、人際關係/溝通能力以及專業發展能力等。此量表列出可實際評量之護理行為，除可協助護理人員及應屆畢業護生自評外，尚可讓單位主管據此評價護理人員之能力(于、馬, 1993; 林等, 2001)。而國內「醫護類課程發展中心」曾探討「護理學層級與護理能力層級」。該研究將護理能力測量分為六大領域，分別為照顧能力、溝通能力、自我及專業成長能力、管理能力、教學能力及研究能力。依據此六大項，徐等(1993)也設計護理專業能力問卷，以評量護理人員或護生之護理能力。

另美國國家護理聯盟(The National League of Nursing, NLN)於1990年特別提到大學畢業護生應具備「批判性思考」能力。近十年來，各國護理學者專家也極力倡導護理人員應具備「批判性思考」的能力，以因應社會快速的變遷及日益複雜的護理工作(周, 1998; 譚, 2000; Angel, Duffey, & Belyea, 2000; Jones & Brown, 1991)。譚(2000)更建議將「批判性思考」能力納入我國護理人員的第七項護理能力。「批判性思考能力」是指在問題解決過程中的一種認知歷程，其包含態度、知識及技能等各個層面。也就是要依據事實，運用有系統、有創意、有目的、與合理的思考及判斷過程，去解決所面臨的各種問題(Jones & Brown, 1991)。

二、護理能力之相關研究

于(1993)及于和馬(1993)分別探討不同性別及學制之應屆畢業護生的護理能力，結果發現其自評的護理能力並不受性別影響，但不同學制會影響應屆畢業生自評的護理能力得分，得分依序為：大學、三專、五專與高職。其中五專應屆畢業護生自評能力以「溝通能力」得分最高(2.8 ± 0.44)，「臨危病人照顧能力」得分最低(2.46 ± 0.44) (2分表示部份做到，3分表示大部分做到)。Lu等(1998)評估大學應屆畢業護生自認其在綜合實習前後的護理能力變化，結果發現受試者在進行綜合實習前後，均自認其「溝通能力」得分最高(實習前 2.90 ± 0.49 ，實習後 3.03 ± 0.44)，

而「病危照顧能力」得分最低（實習前 2.69 ± 0.59 ，實習後 2.67 ± 0.43 ）（2分表示部份具備，3分表示具備該能力）。Yu 和 Ku（1998）比較不同年級在職進修班護生之護理能力，發現不同年級之二技在職進修班護生在「病危照顧能力」及「專業發展能力」自評得分均最高，而在「教學/協調能力」及「計劃/評值能力」自評得分較低，且三年級護生之整體護理能力得分顯著高於一年級護生。

石等（2000）比較應屆畢業護生臨床選習前後之護理能力，結果發現五專應屆畢業護生自評此課程能增進其護理專業能力，選習後護理能力得分依次為「教學能力」、「自我及專業成長能力」、「照顧能力」、「溝通能力」、「管理能力」及「研究能力」，且各項及整體總能力平均得分介於 $3.64 \pm 0.59 \sim 3.89 \pm 0.54$ （3分表示沒意見，4分表示同意具備該項能力）。而這些護生的臨床指導教師對護生選習後的「溝通能力」最滿意（ 3.77 ± 0.59 ），對「研究能力」最不滿意（ 3.34 ± 0.89 ），

且護生選習後之自評結果比臨床指導教師評量高。另林等（2001）評估應屆畢業護生及單位主管對該畢業生剛就業與工作一年後之護理能力變化，結果發現單位護理長對應屆畢業之新進護理人員護理能力的評價中，以「自我及專業成長能力」較佳（ 3.54 ± 0.59 ），「研究能力」較差（ 2.31 ± 0.87 ）（3分表示50%做到，2分表示25%做到）。此外，單位主管對應屆畢業護理人員之能力得分普遍低於應屆畢業護理人員的自評分數。

歸納上述文獻得知，不論應屆畢業護生本人自評或是護理教師（主管）對其評價，大部分是以「溝通能力」得分較高，而「病危照顧能力」得分較低，且應屆畢業護生自評之得分普遍優於他人對其評估的結果。

研究架構

根據研究目的及文獻所得，研究架構如圖一。

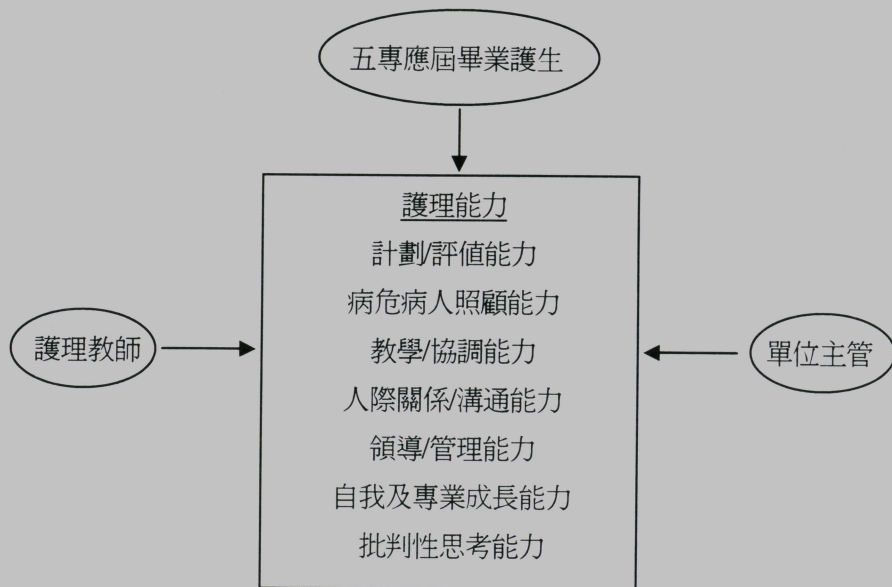


圖1 五專應屆畢業護生護理能力滿意度之概念架構

研究方法

一、研究設計及對象

本研究採橫斷式研究設計，以「護理能力量表」進行應屆畢業護生、護理教師及單位主管對應屆畢業護生護理能力滿意度之調查。護生為北部某技術學院

92學年度完成綜合實習且成績及格之五專應屆畢業護生。共發出200份問卷，回收182份，其中有效問卷為161份。護理教師為該校負責該屆授課及臨床實習指導之護理教師。共發出150份問卷，回收126份，其中有效問卷為103份。單位主管為實際指導該屆護生綜合實習之醫院護理長或副護理長。發出150份問卷，回收131

份，其中有效問卷為104份。

二、研究工具

本研究之工具為「護理能力量表」，係指研究者參考國內外相關文獻自擬而成，內容包含：「個人基本資料」，如年齡、對護理專業的興趣、當初選擇護理之原因、畢業後從事護理之意願與前四年平均學業成績。另護理教師及單位主管則增填教育程度、臨床經驗、擔任護理教師（主管）年資等內容。「護理能力量表」部分包括：計劃/評值能力（14題）、病危病人照顧能力（4題）、教學/協調能力（8題）、人際關係/溝通能力（12題）、領導/管理能力（7題）、自我及專業成長能力（12題）、與批判性思考能力（5題）七個次量表，共62題。以Likert's Scale 5點計分，4分表示「非常滿意」，3分表示「滿意」，2分表示「普通」，1分表示「不滿意」，0分表示「非常不滿意」，得分愈高表示填答者對應屆畢業生的護理能力表現愈滿意。

此量表採專家效度檢定，係邀請6位產官學專家，分別針對「題目適用性」與「內容涵蓋面」以5點計分，逐項評定各題目並提供意見。結果內容效度指標（Index of Content Validity, CVI）在0.83以上之題目予以保留，並依專家意見作修正。於民國93年1月，各選50位已完成綜合實習且成績及格之應屆畢業護生、護理教師以及護理長/副護理長為預測（pilot study）對象，再測間隔為三週，取得再測信度 γ 值為.84～.88。三組樣本之整體量表Cronbach's α 值介於.94～.97間；各分量表的 α 值介於.78～.92間。

三、資料收集

研究者經相關單位同意後，再取得護理教師、應屆畢業護生及單位主管名單及聯絡方式，於民國93年2月至93年5月正式進行資料收集，進行方式如下：

應屆畢業護生：與學校相關主管聯繫徵得同意後，約定應屆畢業護生合適時間，由研究員親自至學校向護生說明目的、填寫方法、及不具名且自願的方式。請願意參與研究之護生當場集體填寫，再由研究員當場親自收回問卷。

教師及單位主管：採郵寄問卷。附上回郵信封與說明信函，以解釋研究目的，問卷填寫方法，不具名且自願填答等重點，並請其於3週內寄回。

四、資料分析

問卷經整理編碼後，以SPSS/PC Win-10套裝軟體進行資料分析。其分別以描述性統計來表示各變項之基本狀況。另以變異數分析與Scheffes' 事後比較來確認三組樣本間的差異。

研究結果

一、樣本之基本資料

應屆畢業護生之平均年齡為19.5歲（SD=0.59），介於19~22歲。對護理專業有興趣者居多（45.3%），當初選擇護理之主因為親友意見（59%），畢業後計畫從事護理工作者佔多數（78.9%），在校前四年的平均學業成績以71~80分最多（44.7%）。護理教師之平均年齡為35.9歲（SD=4.82），介於27~55歲。教育程度以研究所以以上者居多（63.1%），臨床護理經驗以四年以上居多（67%），擔任護理教師年資也以四年以上佔多數（76.7%）。單位主管之平均年齡為34歲（SD=4.84），介於26~52歲。教育程度多為專科（63.5%），臨床護理經驗以四年以上為最多（99%），擔任單位主管年資也以四年以上佔多數（40.4%）（詳見表一）。

二、應屆畢業護生護理能力表現之滿意度得分情形

（一）應屆畢業護生

由表二得知，護生自評表現最滿意之護理能力為「溝通能力」（ 2.83 ± 0.45 ），其次為「專業發展能力」（ 2.58 ± 0.51 ）、「教學/協調能力」（ 2.55 ± 0.43 ）、「計劃/評值能力」（ 2.53 ± 0.41 ）、「領導能力」（ 2.43 ± 0.47 ）、「批判性思考能力」（ 2.35 ± 0.58 ），及「病危照顧能力」（ 2.17 ± 0.58 ）。其整體護理能力表現自評結果為 2.55 ± 0.39 分。

表一
樣本的基本資料

(N=368)

變數	應屆畢業護生		護理教師		單位主管	
	(n = 161)		(n = 103)		(n = 104)	
	n	%	n	%	n	%
年齡						
<25	161	100				
26-30			9	7.7	28	26.8
31-35			47	45.7	37	35.6
36-40			35	34	28	26.9
>40			12	11.8	11	10.7
教育程度						
高中（職）					1	1
專科	161	100	13	12.6	66	63.5
大學			25	24.3	34	32.7
研究所以上			65	63.1	3	2.9
臨床護理經驗						
1年~2年			18	17.5		
>2年~3年			12	11.7		
>3年~4年			4	3.9	1	1
>4年以上			69	67	103	99
擔任護理教師(主管)年資						
<1年			4	3.9	9	8.7
1年~2年			7	6.8	21	20.2
>2年~3年			4	3.9	23	22.1
>3年~4年			9	8.7	9	8.7
>4年以上			79	76.7	42	40.4
專業興趣						
有	73	45.3				
普通	75	46.6				
無	13	8.1				
選擇護理原因（複選）						
個人興趣	63	39.1				
親友意見	95	59				
工作收入穩定	54	33.5				
其他	19	11.8				
畢業後是否從事護理工作						
否	34	21.1				
是	127	78.9				
前四年平均學業成績						
<60	5	3.1				
60~70	34	21.1				
71~80	72	44.7				
81~90	49	30.4				
91~100	1	0.6				

(二). 護理教師

護理教師認為應屆畢業生護理能力表現也以「溝通能力」最高 (2.30 ± 0.50)，其次為「教學/協調能力」 (2.10 ± 0.57)、「計劃/評值能力」 (1.97 ± 0.55)、「領導能力」 (1.97 ± 0.55)、「專業發展能力」 (1.85 ± 0.54)、「病危照顧能力」 (1.72 ± 0.68) 及「批判性思考能力」 (1.72 ± 0.69)。其對護生整體護理能力表現的滿意度得分為 1.99 ± 0.48 。

(三). 單位主管

正(副)護理長亦認為其所輔導的應屆畢業護生「溝通能力」 (2.16 ± 0.51) 表現最令人滿意，其次依序為「教學/協調能力」 (1.85 ± 0.59)、「專業發展能力」 (1.84 ± 0.58)、「計劃/評值能力」 (1.79 ± 0.53)、「批判性思考能力」 (1.78 ± 0.64)、「領導能力」 ($1.77 \pm$

0.59)、「病危照顧能力」 (1.58 ± 0.61)。其對護生整體護理能力表現的滿意度得分為 1.86 ± 0.50 。

三、三組樣本對護生護理能力表現滿意度之差異分析

根據整體總能力平均得分來看，應屆畢業護生自評之滿意度得分為 2.55 ± 0.39 ，其次護理教師為 1.99 ± 0.48 ，而單位主管之平均分數最低，為 1.86 ± 0.50 。

以ANOVA檢定發現，三組樣本在各分類與整體護理能力的得分有顯著差異 ($p < 0.001$)。以Scheffes'事後比較得知：應屆畢業護生在各分類及整體護理能力方面自評結果均顯著高於護理教師及單位主管對她們的評價。此外，護理教師對應屆畢業護生的「教學/協調能力」、「計劃/評值能力」及「領導能力」等三類能力的評價高於單位主管對應屆畢業護生的評價（詳見表二）。

表二
三組樣本對護生護理能力表現滿意度之差異

護理能力	畢業護生		護理教師		單位主管		F值	Scheffes'事後分析
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD		
溝通能力	2.83	0.45	2.30	0.50	2.16	0.51	72.45*	護生 > 教師 護生 > 主管
專業發展能力	2.58	0.51	1.85	0.54	1.84	0.58	85.50*	護生 > 教師 護生 > 主管
教學/協調能力	2.55	0.43	2.10	0.57	1.85	0.59	60.02*	護生 > 教師 > 主管
計劃/評值能力	2.53	0.41	1.97	0.55	1.79	0.53	84.80*	護生 > 教師 > 主管
領導能力	2.43	0.47	1.97	0.55	1.77	0.59	55.53*	護生 > 教師 > 主管
批判性思考能力	2.35	0.58	1.72	0.69	1.78	0.64	41.55*	護生 > 教師 護生 > 主管
病危照顧能力	2.17	0.58	1.72	0.68	1.58	0.61	33.29*	護生 > 教師 護生 > 主管
整體護理能力	2.55	0.39	1.99	0.48	1.86	0.50	89.13*	護生 > 教師 護生 > 主管

*p < .001

討 論

一、三組樣本各自對應屆畢業生護理能力表現之看法
本研究五專應屆畢業生自評得分最高與得分最低

的護理能力項目雖然與Lu 等（1998）的結果相同，但其得分最低的「病危照顧能力」在綜合實習後的得分為 2.67 ± 0.43 ，表示大部分護生仍認為自己已具備此能力。而本研究中五專應屆畢業護生對自己該項能力表現僅普通滿意 (2.17 ± 0.58)，此可能因本研究對象

為五專應屆畢業生所致，該校之五專護理課程較著重於基本學理與一般護理技能，且臨床實習時較少有機會照顧病危病人所致。于和馬（1993）的研究亦發現，五專應屆畢業護生自評其護理能力，除「臨危病人照顧能力」外，其餘各分項及整體護理能力得分均高於2.6分，表示護生自覺其他部分均可大部份做到。但此結果卻和 Yu 及 Ku（1998）的有差異，該研究發現護生在「病危照顧能力」得分較高，可能因研究對象是二技在職進修者，平均有九年臨床工作經驗，且半數以上曾在急重症病房或內外科病房工作有關。

就護理教師對應屆畢業生的評價來看，本研究發現教師對護生的「溝通能力」偏向普通滿意（ 2.30 ± 0.5 ），此與石等（2000）的研究指出教師對護生的「溝通能力」較滿意有些微差異。石等（2000）的研究發現臨床指導教師評價五專應屆畢業護生選習後的得分為 3.77 ± 0.59 ，偏向4分，表示同意護生已具備該能力。

此外，本研究中護理教師對應屆畢業護生在其餘各項護理能力的表現上，得分均低於石等（2000），如此之結果值得進一步探究之。至於單位主管對護生之評價，本研究之結果與林等（2001）之大部份發現相仿。林等（2001）發現除「自我及專業成長能力」外，單位護理長認為應屆畢業之新進護理人員在執行各項能力時，能做到的比例不到50%。

三組樣本均對應屆畢業護生的「病危照顧能力」及「批判性思考能力」最不滿意。于和馬（1993）及 Lu 等（1998）認為由於護理專科教育較著重於基礎學理及一般護理技能的訓練，並未特別加強各種緊急情況的應變及急救訓練，因此護生在「病危照顧能力」表現上自覺能力較低，此結果與本研究之發現相仿。此外，該研究學校仍採用傳統授課方式，課堂上學生少有機會發言或分析個案問題。在臨床情境中，要運用有系統的判斷，發現及解決問題時，護生尤感不易。可能導致三組樣本對護生的「批判性思考能力」較不滿意。

于和馬（1993）及 Lu 等（1998）認為：應屆畢業護生自評其「溝通能力」表現較好。石等（2000）也發現護理教師對應屆畢業護生之「溝通能力」有較好的評價。本研究也與上述研究結果相同。該校在教

授護理學導論及基本護理學等課程中，均包括溝通技巧單元。在臨床實習中，各臨床指導教師也特別強調與病人、家屬及醫療團隊溝通的重要性，除要求學生書寫溝通實錄，並將溝通技巧的運用列為實習評核標準之一，這些措施均有利於護生溝通能力之培養。

二、三組樣本對護生護理能力滿意度之差異比較

本研究發現應屆畢業護生自評其各項及整體護理能力之滿意度均高於護理教師及單位主管對她們的評價。不論是單位主管或護理教師，其評價應屆畢業護生的基準點可能與應屆畢業生本人自評不同。例如護生可能自認仍是學生，能部分獨立執行護理工作應已符合綜合實習的目標。但單位主管可能認為應屆畢業生即將就業，應已具備新進護理人員獨立作業之能力。同時，綜合實習之場所為教學醫院，其單位主管對護理專業品質的要求較高。此均可能導致單位主管對應屆畢業生之評價較嚴格。而林等（2001）亦認為教學醫院之護理長對新進護理人員有較高的期待，因此會對其能力要求較高。而應屆畢業護生與護理教師對護理能力表現評價上的差異，可能因護理教師認為自己應為應屆畢業護生的品質負責與把關，因此對應屆畢業護生有較高的期許所致。此結果與石等（2000）的研究相互呼應。此外，在「計劃/評值能力」、「領導能力」及「教學/協調能力」等三項能力的評價上，護理教師對護生的滿意度明顯高於單位主管對護生的評價，此結果是否與上述評價基準點不一有關？抑或因護理教師親自參與應屆畢業護生蛻變的過程，能將其學習過程中成長的狀況加以比較所致？無論如何，單位主管與護理教師的評價均低於應屆畢業生自評之結果，顯示進一步探究與分析是有必要的。

結論及建議

護理教育的最終目的是培養具有專業護理能力的畢業生，以提供病患及家屬高品質的護理服務。本研究以「護理能力量表」收集資料，從應屆畢業護生、護理教師以及單位主管等不同的角度去探討其對應屆畢業護生護理能力表現之滿意度。結果發現三組樣本

均對應屆畢業護生之「溝通能力」最滿意，但對護生之「病危照顧能力」最不滿意。護生本人對自己各項及整體護理能力表現偏向滿意，但是護理教師及單位主管對應屆畢業護生護理能力表現普遍偏向不滿意。此外，應屆畢業護生自評其整體及各項護理能力之滿意度顯著高於護理教師及單位主管。此研究結果指出應屆畢業護生的護理能力均有待提昇。此可提供護理教育界及醫療院所規劃相關課程之參考。

根據研究結果建議如下：

一、護理教育方面

1. 學校宜訂出符合該校特色之護理能力指標，再依這些指標設計或修正相關課程。如加強各項急救措施及緊急情況處理的技巧，並應給予機會實際練習。
2. 加強實習後檢討會的運作，具體評值護生臨床表現的優缺點及改進方向，以增加護生的現實感。
3. 學校宜定期與醫療院所交換意見，了解業界對新進護理人員之護理能力需求，藉以修訂相關課程。
4. 鼓勵教師設計教學活動，採互動式教學，與護生雙向溝通，分享或討論臨床實例，引導護生有系統的思考，增強其邏輯判斷能力。

二、醫療院所方面

1. 鼓勵應屆畢業護生參與醫療院所舉辦之護理實務相關的研習課程，增加學習的深廣度，並結合學理與臨床實務。
2. 各單位可在不影響病人安全情形下，盡可能安排實習護生實際參與各項急救或緊急處理過程，以提供其實際觀摩的機會。
3. 實習單位宜確實了解護生實習目標，配合臨床實務操作及教學活動，具體落實實習目標之達成，以提昇護生護理能力。

三、相關研究方面

1. 建議擴大收案醫院及學校至北、中、南及東部，以增加推論的可靠性，使護生本人、護理教育界及醫療院所對護生的臨床表現有所瞭解。
2. 增加研究變項及開放式問題，以探討為何護理教師及單位主管對應屆畢業生護理能力的看法在部分

分量表上有顯著差異，以及影響應屆畢業護生護理能力之因素。並且宜發展合適的策略，實際增進應屆畢業護生之各項護理能力。

研究限制

由於本研究之對象僅限於北部某技術學院之五專應屆畢業護生及護理教師，以及北部二所教學醫院輔導該應屆畢業護生綜合實習之護理長，因此可能限制本結果之類推性。此外，因本研究工具是測量研究對象對五專應屆畢業護生護理能力表現之滿意度，故可能無法反映其真實的能力狀況，故在結果的認知上應謹慎。

誌謝

感謝所有提供資料的某技術學院護理科五專畢業生與護理教師以及某教學醫院臺北及林口院區的護理長及副護理長；于教授漱、石惠美講師、周主任碧琴、孫主任吉珍、張主任澤芸等專家之問卷評鑑；伍雁鈴講師協助統計資料處理；研究團隊在此謹致謝忱。

參考文獻

- 于漱 (1993)・不同性別護生的人格特質、對護理形象看法與護理能力之比較研究・*護理研究*, 1 (3), 205-216。
- 于漱、馬鳳歧 (1993)・不同學制應屆畢業護生護理能力之比較與相關因素分析之研究・*護理研究*, 1 (1), 35-49。
- 白玉珠、徐南麗、汪蘋 (1999)・某醫學中心護理人員自評之護理能力及個人特質相關性研究・*護理研究*, 7 (3), 209-220。
- 石惠美、陳敏麗、廖張京棣(2000)・某護專五年制護生臨床選習制度成效之探討・*醫護科技學刊*, 2 (1), 35-55。
- 李選 (1991)・護理教育發展之新趨勢—談全腦教育・*護理雜誌*, 38 (1), 21-26。

- 周治蕙 (1998)・護理過程與批判性思考・護理新象, 8 (2), 8-13。
- 林秋芬、盧美秀、康偉玲 (2004)・護理能力標準：國際版與台灣版之比較・新臺北護理期刊, 6 (2), 11-21。
- 林艷君、張媚、蔡麗雅、黃秀梨 (2001)・某護理學系畢業生專業能力之追蹤・醫學教育, 5 (4), 32-40。
- 徐曼瑩、林綺雲、劉美慧、周幸生、陳美滿 (1993)・護理學程層級與護理能力層級第一集・臺北：教育部醫護類課程發展中心。
- 譚蓉瑩 (2000)・批判性思考－我國護理人員的第七項護理能力・護理雜誌, 47 (3), 52-58。
- Angel, B. F., Duffey, M., & Belyea, M. (2000). An evidence-based project for evaluating strategies to improve knowledge acquisition and critical-thinking performance in nursing students. *Journal of Nursing Education*, 39 (5), 219-228.
- Espeland, V., & Indrehus, O. (2003). Evaluation of students' satisfaction with nursing education in Norway. *Journal of Advanced Nursing*, 42 (3), 226-236.
- International council of nursing (2001). *International competencies for the generalist nurse*. from <http://www.Icn.Ch>
- Jones, S. A., & Brown, L. N. (1991). Critical thinking: impact on nursing education. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 529-533.
- Lu, K. Y., Chen, Y. C., & Wang, M. C. (1998). Analysis of the nursing competence of senior nursing students. *Journal of Medical Education*, 2 (2), 68-76.
- Meretoja, R., Isoaho, H., & Leino-Kilpi, H. (2004). Nurse Competence Scale: development and psychometric testing. *Journal of Advanced Nursing*, 47 (2), 124-133.
- Meretoja, R., & Leino-Kilpi, H. (2003). Comparison of competence assessments made by nurse manager and practicing nurses. *Journal of Nursing Management*, 11 (6), 404-409.
- O'Connor, S. E., Pearce, J., Smith, R. L., Vogeli, D., & Walton, P. (2001). An evaluation of the clinical performance of newly qualified nurses: a competence based assessment. *Nurse Education Today*, 21, 559-568.
- Oermann, M. H., & Garvin, M. F. (2002). Stresses and challenges for new graduates in hospitals. *Nurse Education Today*, 22, 225-230.
- Scheetz, L. J. (1989). Baccalaureate nursing student preceptorship programs and the development of clinical competence. *Journal of Nursing Education*, 28 (1), 29-31.
- Schwirian, P. M. (1978). Evaluating the performance of nurses: A multidimensional approach. *Nursing Research*, 27 (6), 347-351.
- The National League of Nursing. (1990). Competencies of baccalaureate education in nursing. Pub. No. 15-1758. New York: National League for Nursing.
- Yu, S., & Ku, N. P. (1998). Nursing competencies and their differences among different grade RN students in an RN-to-BSN program in Taiwan, R.O.C. *Nursing Research*, 6 (2), 121-135.

A Survey of Satisfaction with Nursing Competency among New Junior Nursing College Graduates, Unit Managers, and Nursing Instructors

Fen Liu¹/ Mei-Hsiang Lin²/ Hsueh-Erh Liu³/ Sue-Heui Sung⁴

1.RN, MSN, Lecturer Department of Nursing, Chang Gung Institute of Technology

2.RN, Ed D, Associate Professor, Department of Nursing, Chang Gung Institute of Technology

3.RN, PhD, Associate Professor, School of Nursing, Chang Gung University

4.RN, MSN, Lecturer Department of Nursing, Chang Gung Institute of Technology

.....

Abstract

One of the ultimate goals of nursing education is to cultivate the students' nursing competencies; however, in recent years, we have often heard negative appraisals of nursing competency from unit managers and nursing instructors, as well as the new graduates' self-assessments of their competencies. Therefore, the purposes of this study were to describe and compare the satisfaction with nursing competency from new junior nursing college graduates, unit managers, and nursing instructors.

This cross-sectional design with convenient sampling used a valid and reliable self-designed questionnaire, Nursing Competency Scale (NCS), to collect data. Questionnaires were collected from the 161 graduates, 103 nursing faculties, and 104 head nurses, respectively. Descriptive statistics (ie., mean, standard deviation) and inferential statistics (ie., ANOVA, Scheffes' comparison) were utilized to verify the expected relationships.

The results showed (1) all three groups of subjects reported the highest satisfaction in the "communication" component and the lowest one in the "critical care" component; (2) nursing graduates reported higher satisfaction for each component and overall competency; however, nursing faculties and unit managers reported lower satisfaction for each component and overall competency; (3) compared to nursing instructors and unit managers, the graduates reported higher satisfaction of competency in each component and a higher overall NCS. These results indicated the overall nursing competency of new graduates should be improved and the findings of this study can provide a framework for nursing educators and hospital administrators to develop further educational programs to improve the quality of patients care.

Keywords: Nursing graduates, Nursing competency, Satisfaction.

護理人員幽默與健康狀況之研究

蕭仔伶¹/謝佳容²/劉淑娟³

- | | | |
|---------------------------|----------------|----|
| 1.臺北醫學大學護理學研究所博士生 | 現任臺北醫學大學護理學系 | 講師 |
| 2.臺灣大學公共衛生學院衛生政策與管理學研究所博士 | 現任臺北醫學大學護理學系 | 講師 |
| 3.美國科羅拉多大學護理哲學博士 | 現任中國醫藥大學健康照護學院 | 教授 |

摘要

幽默能促進人類的身心健康，當壓力發生時，亦能發展成為一種良好的因應策略；本研究旨在了解護理人員幽默及健康的關係。

本研究採橫斷式設計，以問卷調查法進行研究，並以方便取樣原則，選取 230 名臨床護理人員為研究對象，進行結構式量表填答。研究工具包括幽默量表，可分為幽默因應、幽默態度、幽默創造、笑的傾向及幽默感五個次量表；而護理人員健康狀況的測量工具則為生活壓力、睡眠品質、健康感受及身心症狀四個量表。以描述性和相關性統計進行分析。

結果發現樣本皆為女性，年齡介於 21-62 歲，平均年齡為 30.77±7.82 歲。護理人員總體幽默感之平均為 2.83±0.26 分（總分 4 分），其中得分最高為幽默態度，另以年齡變項影響護理人員的幽默因應及幽默創造最為顯著。研究對象的工作壓力感受最高。護理人員的生活壓力與整體幽默、笑的傾向及幽默感呈統計上之顯著負相關。

本研究建議需重視培養護理人員的幽默感，且研究結果將可作為未來護理教育暨行政管理之訓練計畫及臨床實務的參考。

關鍵字：幽默、健康、護理人員

前言

護理是門重要科學與藝術結合的專業，而護理人員的工作包含健康促進、疾病預防與治療的應用，『幽默』在護病關係中，為有效的溝通型態之一，亦為重要的治療因子，能減少病患的焦慮、憂鬱和困窘感受（Beck，1997）；對個體而言，幽默則能增進護理人員的調適效能（Wanzer, Booth-Butterfield, & Booth-Butterfield，2005），因其為正向的心理特質，具有保護作用，當面對壓力事件時，幽默可協助壓力的

轉化與因應，但卻很少被使用（Olsson, Koch, Backe, & Sorensen, 2000）。美國國家衛生院另類醫療中心（The National Center for Complementary and Alternative Medicine，NCCAM）已將幽默列為非常值得推廣的輔助治療（Howe，2002）。許多護理人員注意到有幽默感的病人，較具調適疾病壓力的抵抗力而擁有健康（Uren，1998），於實證研究亦指出，幽默能減少護理人員職業疲潰的感受（Talbot，1996），然而，護理人

通訊作者：劉淑娟
職稱：教授
服務機關：中國醫藥大學健康照護學院
地址：404 臺中市北區學士路 91 號

電話：（04）22053366 轉 7001 傳真：（04）22051276
電子郵件：chuan@tmu.edu.tw

員本身具有幽默嗎？護理人員本身具有幽默感，是否也較能擁有健康呢？護理人員的幽默與其健康狀況的關聯性是如何的呢？

近年來幽默的理論及機制分析漸增，幽默的探討與運用也漸蓬勃發展，且國外有多篇文章著重於護理人員的幽默利於照護病患及工作環境，國內護理界則探討得很少。幽默能促進人類的身心健康（李，2000；陳，1995a，1995b），是受到肯定的；但卻未有實際研究探討護理人員的幽默及其健康之間的關聯，因此，本研究將護理人員的幽默與健康狀況連結，根據文獻查證及問卷調查進行初步探討，希望對國內護理人員的幽默特質有所瞭解，並能鼓勵培養此正向心理特質，使護理人員因應生活壓力時，擁有較高的健康結果，故本研究之目的如下：

1. 瞭解護理人員的整體幽默、幽默因應、幽默態度、幽默創造、笑的傾向及幽默感之情形。
2. 探討護理人員的生活壓力、睡眠品質、健康感受及身心症狀之情形。
3. 探討影響護理人員幽默與健康狀況的基本屬性。
4. 分析護理人員幽默與健康狀況之相關性。

文獻查證

一、幽默的意涵

幽默二字最早見於中國屈原的「九章」，意為幽遠靜默；在西方，幽默是指人類健康形成不同的氣質（Mooney，2000）。中國禮教強調『君子不重則不威』，父母和師長要求孩子『莊重』、『認真』，較西方社會欠缺幽默。首喚起中國人注意幽默的林語堂大師則指出幽默是一種精神、心態、人生觀和應付人生的方法（李，2000）。Howe（2002）認為對任何文化而言，幽默為人類互動過程中最深處的共通部份，可隨時存於生活，為人性（humanity）特徵之一。

二、幽默的測量

幽默是認知、情緒、知覺、行為複雜而多元的表現，可透過觀察法、晤談法、實驗法、計量法等方式測量（許，2002）。觀察法與晤談法通常以輕鬆、非結

構方式進行，往往透過單面鏡全程錄影，再行資料分析（何、林，2000）。

近年來，量表的施測快速進展。幽默看法有個別差異，量表或問卷內容略不同，但通常以「幽默欣賞」、「幽默理解」、「幽默因應」及「幽默創造」等為主要面向（何，1997）。自陳式工具逐漸增多，幽默感量表（sense of humor questionnaire，SHQ）測幽默人格特質，包括「訊息敏感度」、「幽默喜好程度」及「情緒放任度」三個次量表；幽默行為分類表（the humorous behavior Q-sort deck，HBQD）由外顯行為測量幽默感高低；幽默反應情境量表（situational humor response questionnaire，SHRQ）及幽默因應量表（coping humor scale，CHS）是測個人在壓力情境下幽默表現狀況；多面向幽默感量表（multidimensional sense of humor scale，MDSHS）認為幽默感是多面向的，透過因素分析列出「幽默創造及社交情境使用幽默能力」、「幽默欣賞能力」、「幽默喜好度」、「幽默因應能力」等（何、林，2000；Thorson & Powell，1993）。學者呼籲幽默表現與文化、人格發展、成熟度有關（陳、鄭、卓，2001）。

三、幽默與健康的相關研究

Mooney（2000）指出幽默很重要，在所有健康照護上均應受到重視。就個人方面，科學界早指出幽默與個人身心健康、壓力因應、創造力、問題解決能力等有密切關係（李，2000；陳，1995a，1995b）。幽默感是種健康且具適應效果的因應機制，極具治療效果（Kuiper, McKenzine, & Belanger，1995）。幽默可增進或改善個體身心健康，幽默治療（humor therapy）或稱治療性幽默（therapeutic humor），是透過微笑及大笑達到療癒效果的一種治療（Kuiper, McKenzine, & Belanger，1995）。「笑」可增加氧氣交換，促進肌肉活動，適度刺激心臟血管及交感神經，釋放神經傳導物質兒茶酚氨（catecholamines）及氨多氈（endorphin），提高人體疼痛閾值（Mooney，2000）。幽默可使人免於心臟、腦血管、憂鬱等病變及其他因壓力造成的疾病及症狀（Fry，1994）。就睡眠方面，Kelly（2002a，2002b）發現幽默與睡眠障礙顯著負相

關，並解釋有睡眠障礙者很難幽默，幽默會影響睡眠。

就壓力方面，幽默能釋放內心攻擊衝動及焦慮情緒，調節負面生活壓力的影響，減輕憂鬱、焦慮（Gelkopf & Sigal, 1995）。Abel（1998）提出幽默感低時，壓力與身體症狀相關；幽默感高，則壓力與身體症狀無顯著相關，顯示幽默可緩衝壓力的影響。何、林（2000）指出生活壓力、幽默與身心健康存在典型相關，情境幽默、幽默因應對身心健康具有不同程度調節作用；情境幽默創造、幽默因應對壓力認知有調節作用等。Serman（1998）指出幽默為壓力、疾病和疼痛的正向調適工具，護理人員可將幽默加入成為自己的潛力資源。對護理人員和服務的個案而言，幽默有助達到更寬闊的互動與交流（Olsson, Backe & Kock, 2002）。Astedt-Kurki與Isola（2001）則認為幽默能促進護理人員處理困難問題與情境，協助護理人員適應其工作、緩和病房壓力與改善工作氣氛。Wanzer、Booth-Butterfield與Booth-Butterfield（2005）的研究結果提出幽默會影響護理工作之滿足，並可提昇護理人員的調適效能。

就人際方面，Hampes（2001）發現幽默可拉近人際距離，減輕壓力的影響。Bethea、Travis和Pecchioni（2000）提出幽默使照顧者在認知、情感、行為上獲得解脫及學會因應，此為化解衝突的良好溝通方式。Beck（1997）則認為幽默可自發或計畫產生，亦可幫助護理人員面對困難情境、創造凝聚力及做有效溝通，並具有持續的效果。

研究方法

一、研究設計暨研究對象：

本研究採橫斷式研究設計，以問卷調查方式進行，採方便取樣，選取台灣北部某醫學中心及二家教學區域醫院之護理人員為研究對象。

二、研究工具：

本研究工具包含以下部份：

- （一）基本屬性：根據文獻與研究目的自擬而成，包括年齡、教育程度、宗教信仰、婚姻狀況、有無子女、工作單位、是否固定班別等。
- （二）多元幽默感量表：係指參照何與林（2000）、Thorson 和 Powell（1993）等學者之文獻及量表改編而成，包括「幽默因應」16題、「幽默態度」9題、「幽默創造」16題、「笑的傾向」7題及「幽默感」12題五個分量表，共60題。每題以4點Likert量尺計，各分量表除以其題數得平均得分，得分越高顯示幽默表現越好。此工具之效度驗證過程，經五位醫護領域的專家學者進行內容效度評定，分別依題目的適切性與有效性進行審核，當分數小於3（最高5分），則進行題目的刪除，之後進行30份預試樣本，並依據題意不清部分做言詞修改；而正式問卷施測後，本研究再一步進行內在一致性檢定，總量表的Cronbach's alpha值為0.95，其他分量表的內在一致性之信度見（表一）。
- （三）健康狀況：以生活壓力、睡眠品質、健康感受及身心症狀四部份進行測量。
 1. 生活壓力量表：係參照劉（1999）及馬（1988）之研究量表修改而成，分為工作、家庭、經濟方面各4題和交友方面3題與健康方面2題，整個量表共17題，每題以Likert量尺1-5分計，分數愈高代表生活壓力愈大。本研究之信度Cronbach's alpha值為0.82。
 2. 睡眠品質量表：係參照陳與王（1995）、劉（2000）及Hsu（1997）的研究量表訂定，含睡眠期間、品質、習慣、困擾、用藥、白天睡眠情形、主觀感受等共10題，採4點Likert量尺計分，平均分數愈高表示睡眠品質愈好，於本研究信度Cronbach's alpha值為0.76。
 3. 健康感受量表：係參考Chueh（1985）評估自我健康量表及劉（1999）自覺健康狀況量表編制，共28題，採1-5分Likert量尺計分，平均分數愈高代表愈能自我感受身心健康狀況，且身心健康狀況愈不好，於本研究信度Cronbach's alpha值為0.97。

4. 身心症狀：合計過去一個月曾有的症狀數（49 種予以勾選），分數愈高，代表身心症狀愈嚴重。另請

個案填寫過去一個月看醫生次數與因病未上班天數。

表一
各分量表之內在一致性

幽默量表	Cronbach's alpha	健康狀況	Cronbach's alpha
幽默因應	.80	生活壓力	.82
幽默態度	.82	睡眠品質	.76
幽默創造	.93	健康感受	.97
笑的傾向	.73		
幽默感	.82		

三、資料收集過程：

經研究團隊與醫院取得行政協調後，並獲得研究對象自願性同意後，方進行研究資料的收集。每份結構式問卷填寫約需30~40分鐘，共發出250份問卷，回收243份，扣除廢卷，得有效問卷230份，有效率達94.7%。

四、資料分析：

以SPSS/Windows 12.0統計軟體進行之，包括平均值、標準差、次數分配、百分比、one-way ANOVA及Scheffe's事後比較和皮爾森相關係數等。

結果

一、護理人員之基本屬性

本研究之護理人員均為女性，共收案230人，年齡介於21-62歲，平均30.77±7.82歲。其中93.5%為全職工作，其他為兼職護理人員；60.9%非固定白班，亦即須輪班；工作單位為53.0%是加護病房、急診等特殊單位，7.8%在門診，39.2%在一般病房。教育程度以專科（47%）和大學（43.5%）最多，信奉佛教者最多（47.4%），多數（66.5%）未婚，27.0%的研究對象育有子女。

二、護理人員的幽默與健康狀況

護理人員之幽默各項平均得分在2.65至3.04之間，幽默總體平均為2.83±0.26分（總分4分）。「幽默態度」得分最高，接著依序為「幽默感」、「幽默因應」、「笑的傾向」、「幽默創造」。

健康狀況方面，生活壓力總平均得分為2.55（SD=0.51），其中以工作壓力3.40（SD=0.60）為最高，其次依序為健康、交友、經濟、家庭方面之壓力。睡眠品質平均得分為2.75（SD=0.53）；健康感受平均得分2.34（SD=0.78）；過去一個月出現的症狀數平均9.20±7.04項，最多的前三項症狀為頭痛（52.6%）、心情不好（48.7%）、頸酸背痛（48.3%），護理人員過去一個月看醫生次數分佈為0-12次，平均0.69次（±1.24次），60.4%為0次；因病請假次數分佈為0-4次，平均0.1次（±0.46次），有94.3%為0次。

三、護理人員基本屬性對幽默及健康狀況的影響

以單因子變異數分析基本屬性對幽默的影響，結果顯示護理人員幽默因應和幽默創造在年齡上有顯著差異；事後比較顯示年齡21-30歲組的幽默創造顯著高於31-40歲。教育程度顯著影響幽默感，大學及大學以上教育程度者幽默感得分顯著較高。宗教信仰和婚姻狀況對幽默變項均無統計上之顯著影響（見表二）。

對研究對象進行其基本屬性與健康狀況之變異數分析，結果發現護理人員的生活壓力於年齡和婚姻變項上具有統計上之顯著差異（表三），且事後檢定發現31-40歲組及41-50歲組護理人員生活壓力感受得分顯著高於21-30歲組，已婚者對生活壓力的感受顯著高於未婚者。護理人員的教育程度不同，其睡眠品質具有統計顯著的差異，大學教育程度以上者擁有較好的睡眠品質。而護理人員的健康感受和身心症狀於年齡和婚姻狀態皆具有統計顯著的差異，且於事後檢定發現，21-30歲組的健康感受得分顯著高於51歲以上者；並且21-30歲組身心症狀數得分也顯著高於41-50歲

組。從婚姻狀態看對護理人員健康感受和身心症狀的影響，亦具有統計顯著差異，未婚者的健康感受及身心症狀分數皆明顯高於已婚者（表三）。

表二
護理人員基本屬性與幽默的變異數分析 (N=230)

項目	幽默因應		幽默態度		幽默創造			笑的傾向		幽默感		幽默（整體）	
	M±SD	F(t)	M±SD	F(t)	M±SD	F(t)	Scheffe's	M±SD	F(t)	M±SD	F(t)	M±SD	F(t)
年齡		3.22**		0.70		5.69	**①>②		1.54		1.90		2.48
①21-30	2.85±0.28		3.06±0.35		2.71±0.37			2.72±0.36		2.98±0.32		2.87±0.24	
②31-40	2.82±0.25		3.00±0.33		2.48±0.40			2.63±0.39		2.87±0.32		2.76±0.25	
③41-50	3.01±0.33		3.07±0.47		2.65±0.49			2.56±0.45		2.89±0.43		2.83±0.38	
④51 以上	3.05±0.37		2.94±0.49		2.77±0.40			2.70±0.27		2.88±0.28		2.87±0.29	
教育程度		0.51		2.22		2.50			0.15		6.75*		3.30
①大學及以上	2.87±0.31		3.08±0.40		2.70±0.39			2.69±0.35		3.00±0.36		2.87±0.28	
②大學以下	2.85±0.26		3.01±0.32		2.61±0.40			2.67±0.39		2.89±0.30		2.81±0.24	
宗教信仰		0.69		0.38		0.33			2.05		0.67		0.00
無	2.84±0.29		3.03±0.33		2.67±0.40			2.72±0.37		2.92±0.35		2.84±0.26	
有	2.87±0.28		3.05±0.38		2.64±0.39			2.65±0.37		2.96±0.32		2.83±0.26	
婚姻狀態		3.54		0.67		1.82			0.76		0.01		0.00
未婚	2.83±0.28		3.03±0.34		2.68±0.39			2.70±0.37		2.94±0.33		2.84±0.25	
已婚	2.91±0.29		3.07±0.38		2.60±0.40			2.65±0.37		2.94±0.34		2.83±0.28	

註. *p<.05 **p<.01 ***p<.001

表三
護理人員基本屬性與健康狀況之變異數分析 (N=230)

項目	生活壓力			睡眠品質		健康感受			身心症狀		
	M±SD	F(t)	Scheffe's	M±SD	F(t)	M±SD	F(t)	Scheffe's	M±SD	F(t)	Scheffe's
年齡		6.59***	②③>①		1.34		5.36**	①>④	10.05±7.36	4.68**	①>③
①21-30	2.46±0.51			2.72±0.51		2.46±0.74			9.13±6.50		
②31-40	2.72±0.46			2.75±0.59		2.25±0.82			4.94±4.02		
③41-50	2.83±0.42			2.89±0.36		1.92±0.69			3.38±4.66		
④51 以上	2.28±0.54			3.04±0.59		1.65±0.63					
教育程度		0.59			4.35*		1.19			0.23	
大學及以上	2.58±0.46			2.83±0.50		2.40±0.78			9.13±6.98		
大學以下	2.53±0.54			2.69±0.54		2.29±0.77			9.27±7.13		
宗教信仰		1.10			0.06		0.77			3.14	
無	2.51±0.47			2.76±0.53		2.28±0.80			8.27±7.02		
有	2.58±0.53			2.74±0.52		2.38±0.76			9.92±7.00		
婚姻狀態		13.57***			0.79		12.80***			9.26**	
未婚	2.47±0.49			2.73±0.54		2.46±0.75			10.19±7.21		
已婚	2.72±0.50			2.79±0.51		2.08±0.76			7.25±6.30		

註.*p<.05 **p<.01 ***p<.001

四、護理人員幽默變項與健康狀況之相關性

在皮爾森相關分析方面，護理人員所有的幽默變項都為統計顯著相關，且皆為正相關（表四）；護理人員的生活壓力與整體幽默、笑的傾向及幽默感三項相關，皆達統計顯著水準，且為負相關，顯示當研究對象的生活壓力感受越強烈時，幽默相關變項的得分越低。生活壓力也與睡眠品質、健康感受具有統計上的

相關，且為負相關，即睡眠品質差者，其生活壓力得分越高，並且感受到較多的健康問題，而且幽默感得分也愈差。研究對象之健康感受得分，與生活壓力呈統計上之顯著正相關，而與睡眠品質呈負相關；而幽默因應、笑的傾向亦呈統計上之顯著負相關，然與身心症狀呈統計上之正相關。研究對象身心症狀和睡眠品質具有統計上顯著的負相關，即身心症狀得分越

多，睡眠品質越差；而研究對象的身心症狀和幽默態度、健康感受具有統計上顯著的正相關，即身心症狀

得分越高者，健康感受越差，而其幽默態度的得分也較高。

表四
護理人員幽默與健康狀況之相關性分析

(N=230)

項目	幽默因應	幽默態度	幽默創造	笑的傾向	幽默感	生活壓力	睡眠品質	健康感受	身心症狀
幽默(整體)	.78***	.78***	.79***	.65***	.75***	-.14*	.04	-.09	.05
幽默因應	1	.61***	.55***	.32***	.53***	-.07	.08	-.16*	-.08
幽默態度		1	.40***	.26***	.67***	-.05	-.02	-.01	.19**
幽默創造			1	.51***	.41***	-.06	-.01	-.02	-.02
笑的傾向				1	.27***	-.17*	.03	-.14*	-.03
幽默感					1	-.15*	.09	-.01	.12
生活壓力						1	-.15*	.26***	.04
睡眠品質							1	-.44***	-.40***
健康感受								1	.52***

註. *p<.05 **p<.01 ***p<.001

討 論

一、護理人員的幽默及影響因素

本研究發現年齡顯著影響護理人員的幽默因應，事後比較雖無差異，但從平均值可以看到較年長者幽默因應稍好，顯示年長者其護理工作經驗或生活閱歷較豐富，因此較會以幽默方式因應生活挑戰。本研究亦發現年齡顯著影響護理人員的幽默創造，此結果與劉（2004）的研究相似，其指出成人在幽默訓練時，動作及語言學習較僵化，如同Svebak、Martin和Holmen（2004）研究結果指出幽默創造會隨年齡增加而減少，乃因年輕人較能放得開，較能發揮創意，因此隨年齡增長，護理人員幽默創意及表現愈受限制，顯示幽默的應用，在年輕族群較明顯，但在幽默因應卻是年長者較為擅長使用的轉化壓力策略，其和生活經驗的累積具有重要的關係與意義。

本研究顯示護理人員教育程度高者幽默感較高，李（2000）及Howe（2002）等指出，幽默是一種能力、個性、態度，是可以學習培養的，或許擁有較高學歷者，曾經歷過較豐富的學習經驗，也能採取正面的心理特質來因應生活的壓力，或是擁有較多可供選擇的資源，此部分仍值得未來進一步探究。

二、護理人員的健康狀況及影響因素

護理人員的生活壓力以工作壓力為最高，其次為

健康方面壓力，可見得護理人員對工作之重視，而且護理工作之本質確實是高工作壓力的，同時可能又因為護理人員本身是醫療團隊成員，所以覺得對自己的健康維護有更高的責任壓力。本研究結果指出生活壓力與睡眠品質為負相關，且護理人員一個月內的身心症狀平均數為9.20，而就醫及請假的平均數卻都不到1.0，顯示可能因生活壓力造成身心症狀數高，睡眠品質又差，也未能適度就醫或休息；且年齡及婚姻顯著影響護理人員生活壓力，已婚者生活壓力高於未婚者，這些結果與劉（1999）的研究結果一致。已婚護理人員除了工作，婚姻、家庭、子女、健康都是其生活中重要部份，有較多的生活壓力源，顯示婚姻對護理人員是有影響的。劉（1999）的研究曾指出婚姻對婦女的適應影響很大，甚至影響婦女社經地位，已婚婦女雖可得自家庭及配偶的支持，但承擔的角色及責任也較大，本研究中婚姻對護理人員在健康感受及身心症狀的影響，是以未婚者在健康感受上顯示自覺健康問題較多，身心症狀也較多，此和劉（1999）結果卻不同，或許因為本研究是詢問個案主觀的健康感受，並未控制其工作負荷量，或是已婚者健康感受差者，已離開職場，而繼續在職場上工作者，健康感受與身心狀況應會是較佳者，此部分未來值得繼續探究之。

年齡因素對生活壓力、健康感受及身心症狀都有

顯著影響，尤其31-40歲及41-50歲這兩組正處於生涯奮鬥階段的護理人員感受到較大生活壓力，而21-30歲組卻有較多健康問題，且身心症狀也是最多，顯示出年齡較大者的護理人員抗壓性較高，此與謝、謝、陳、蕭和李（2004）所提到年齡較長者，其人格堅韌性較高，會擁有較好的因應技巧或社會資源，且新手者的職業疲潰程度感受較高，此等可能有關，也顯示出我們需要關心年輕護理人員的健康。且於本研究對象過去一個月出現的身心症狀平均達九項之多，但就醫和請假次數平均不達一次，研究對象雖多為輕微的身心症狀，但其為生活壓力漸進累積的健康結果，由此更呈現出轉化與調解護理人員生活壓力對健康影響的重要性。

三、護理人員幽默與健康狀況的相關性

本研究對象整體幽默、笑的傾向和幽默感與生活壓力具顯著負相關，顯示生活壓力越大，幽默的表現越差，且身心症狀數也與幽默態度相關，在本研究對象提出最多的身心症狀為頭痛、心情不好、頸酸背等，這些也正是護理人員對面對壓力時，最容易呈現的身心症狀，於Abel（1998）等研究指出幽默可緩衝壓力與焦慮，於本研究雖未直接測量護理人員的焦慮變化，但間接的健康結果亦反應出，具有幽默感的護理人員健康結果較佳，且擁有較高的睡眠品質，但有較少的身心症狀。Wanzer、Booth-Butterfield和Booth-Butterfield（2005）的研究結果亦指出幽默會影響個體的工作滿足感，具有提昇調適效能。Abel（1998）研究還指出幽默可促進人際關係，培養幽默感對護理人員特別重要，它可使護理人員較受歡迎；另有實證研究指出，當護理人員能以幽默感當成工作壓力情境時的因應策略時，能減少職業疲潰的產生（Talbot，1996），因此，透過本研究的結果，護理人員生活壓力與幽默所具有的負相關，應是護理工作領域者應發展的因應策略。

健康感受與幽默因應、笑的傾向具顯著相關，顯示覺得自己較健康的護理人員，幽默表現越好，幽默因應高的護理人員自覺健康較正向，因此，培養幽默能力是護理人員因應的一大助力，值得宣揚與推動。

護理專業強調整體性及個別性護理，幽默使人能得到快樂，幽默對護理人員及服務對象均有正面的健康效果（Ulloth，2003），因此面對壓力時，懂得以幽默調適，能使困難迎刃而解。護理人員平時面對病患生老病死的經驗，工作情境欠缺幽默刺激來源，更需營造幽默機會及環境，面對壓力與不愉快情境才能以幽默對之。

護理人員面對生活壓力的情境，其出現身心症狀的頻率頗高，是值得關切的健康問題，而幽默對於身心健康的轉化壓力，存在著密切關係（Mooney，2000），護理人員應培養此生活態度，若能將幽默應用於生活及工作中，將是很有意義的。

結 論

本研究針對230位護理人員，以結構問卷瞭解護理人員幽默與健康狀況之相關性。結果發現護理人員幽默得分由高至低依序為幽默態度、幽默感、幽默因應、笑的傾向、幽默創造。

護理人員的年齡顯著影響幽默因應和幽默創造的表現，教育程度為大學以上者幽默感較佳，宗教信仰和婚姻狀況對幽默無顯著的影響。年齡及婚姻對生活壓力、健康感受和身心症狀都顯著影響；已婚者生活壓力感受較未婚者高。

本研究顯示護理人員的生活壓力與整體幽默、笑的傾向及幽默感均具有統計顯著相關，且為負相關，護理人員生活壓力愈大，幽默表現會愈差；護理人員的工作環境原本就屬於高壓力情境，若能多注入幽默於生活當中，自然可緩和壓力，促進身心健康。

研究限制與建議

本研究為橫斷式研究，僅能對護理人員幽默現況作瞭解，而較無法得知護理人員長時間的態度感受，加上因是方便取樣且侷限北部三家醫院，所以結果對護理人員幽默的瞭解與推論有限，故建議未來可採縱貫性研究設計，並可增加介入性措施，以深入進行瞭解歷程變化關係。

因目前國內對幽默訓練及研究探討並不多，尤以護理的文獻更是匱乏（陳、鄭、卓，2001；謝，1995），透過科學與客觀實證研究，將可使幽默成為普及且相當有效的身心治療方式。本研究建議需重視培養護理人員之幽默感，以提昇護理人員的身心健康。

在護理教育方面，針對教育者在課堂內容安排，若運用幽默可協助吸引注意力、降低焦慮、建立對學生的支持和製造具學習樂趣的學習環境；臨床實務工作中，護理人員應凡事以正面及幽默心態對之，才能降低壓力，愉快勝任工作，進而帶給病患家屬及周遭人快樂的氣氛。

護理行政方面，可利用各種活動、物材或事務，透過個人或團體方式，使工作環境有幽默氣氛；可定期舉辦幽默培養及訓練相關課程，教導幽默調適壓力方式，以增進護理人員健康。另年齡不同對幽默的影響，值得配合護理人員工作經驗，發展各種在職教育策略，使能永續投入護理照護工作，達成勞資及照護對象三贏的局勢。

參考文獻

- 何茱如（1997）．國中生幽默感對於生活壓力、身心健康調節作用之研究．未發表的碩士論文，臺北：國立師範大學教育心理與輔導學系。
- 何茱如、林世華（2000）．國中生幽默感對於生活壓力、身心健康之調節作用．*教育心理報*，**32**（1），123-156。
- 李翎鈺（2000）．幽默大師林語堂的文藝理論——以「性靈」「閒適」「幽默」為討論重心．*嶺東學報*，**11**，215-227。
- 馬淑榮（1988）．都市社區居民社會角色與憂鬱及焦慮症狀之研究，未發表的碩士論文，臺北：國立陽明大學公共衛生研究所。
- 許峻豪（2002）．圖像式刺激與語文訊息的幽默理解歷程，未發表的碩士論文，桃園：中原大學心理學研究所。
- 陳美妃、王秀紅（1995）．老年婦女睡眠品質及其相關因素．*護理研究*，**3**（4），323-333。
- 陳漱渝（1995a）．「相得」與「疏離」林語堂與魯·漢學研究，**13**（1），290。
- 陳學志（1995b）．從聽笑話到鬧笑話——由幽默理解看幽默創造．*輔仁學誌文學院支部*，**24**，240-261。
- 陳學志、鄭昭明、卓淑玲（2001）．笑話中幽默因子的訊息整合歷程研究．*中華心理學刊*，**43**（2），137-153。
- 劉淑娟（1999）．中年婦女自我照護行為及其相關因素探討．*護理研究*，**7**（3），221-234。
- 劉淑娟（2000）．探討老年婦女健康之影響路徑．行政院國家科學委員會專題研究計劃成果報告。
- 劉淑娟（2004）．另類治療——幽默治療在長期照護之應用．*長期照護雜誌*，**8**（2），105-117。
- 謝慧珍（1995）．兒童幽默感、同儕聲望與行為能力關係之研究，未發表的碩士論文，臺北：國立政治大學教育研究所。
- 謝佳容、謝馨儀、陳碧霞、蕭仔伶、李選（2004）．精神科護理人員人格堅毅性、因應策略與職業疲潰相關性之探討．*護理雜誌*，**51**（3），24-33。
- Abel, M. H. (1998). Interaction of humor and gender in moderating relationships between stress and outcomes. *The Journal of Psychology*, **132**(3), 267-276.
- Astedt-Kurki, P. & Isola, A. (2001). Humour between nurse and patient, and among staff: Analysis of nurses' diaries. *Journal of Advanced Nursing*, **35**(3), 452-458.
- Beck, C. T. (1997). Humor in nursing practice : A phenomenological study. *International Journal of Nursing Studies*, **34**(5), 346-352.
- Bethea, L. S., Travis, S. S., & Pecchioni, L. (2000). Family caregivers' use of humor in conveying information about caring for dependent older adults. *Health Communication*, **12**(4), 361-376.
- Chueh, C. (1985). *Anticipatory examination stress on health of adolescents in Taiwan*. Unpublished doctoral dissertation, University of Johns Hopkins, Maryland.

- Fry, W. F. (1994). The biology of humor. *Humor: International Journal of Humor Research*, 7, 111-126.
- Gelkopf, M., & Sigal, M. (1995). It is not enough to have them laugh: Hostility, anger, and humor coping in schizophrenic patients. *Humor: International Journal of Humor Research*, 8(3), 285-298.
- Hampes, W. P. (2001). Relation between humor and empathic concern. *Psychological Reports*, 88, 241-244.
- Howe, N. E. (2002). The origin of humor. *Medical Hypotheses*, 59(3), 252-254.
- Hsu, H. C. (1997). *Relationships between quality of sleep and its related factor among immigrated elderly Chinese in Seattle area*. Unpublished thesis, University of Washington, U.S.A.
- Kelly, W. E. (2002a). Correlation of sense of humor and sleep disturbance ascribed to worry. *Psychological Reports*, 91, 1202-1204.
- Kelly, W. E. (2002b). An investigation of worry and sense of humor. *The Journal of Psychology*, 136(6), 657-666.
- Kuiper, N. A., McKenzine, S. D., & Belanger, K. A. (1995). Cognitive appraisals and individual differences in sense of humor : Motivational and affective implications. *Personality and Individual Differences*, 19, 359-372.
- Mooney, N. E. (2000). The therapeutic use of humor. *Orthopaedic Nursing*, 19(3), 88-92.
- Olsson, H., Backe, H. & Kock, M. (2002). The essence of humour and its effects and functions: A qualitative study. *Journal of Nursing Management*, 10, 21-26.
- Olsson, H., Koch, M., Backe, H., & Sorensen, S. (2000). Nursing and humour - an exploratory study in Sweden. *Nursing Science and Research in the Nordic Countries*, 20(1), 42-45.
- Serman, K. M. (1998). Healing with humor. *Seminars in Perioperative Nursing*, 7(2), 128-137.
- Svebak, S., Martin, R. A., & Holmen J. (2004). The prevalence of sense of humor in a large, unselected county population in Norway: relations with age, sex, and some health indicators. *Humor: International Journal of Humor Research*, 17(1), 121-134.
- Talbot, L. A. (1996). *The association between sense of humor, coping ability and burnout among nursing education faculty*. Unpublished doctoral dissertation, University of North Texas.
- Thorson, J. A., & Powell, F. C. (1993). Development and validation of a multidimensional sense of humor scale. *Journal of Clinical Psychology*, 49, 13-23.
- Ulloth, J. K. (2003). A qualitative view of humor in nursing classrooms. *Journal of Nursing Education*, 42(3), 125-135.
- Uren, J. (1998). The canary of health care. *Australian Nursing Journal*, 6(1), 1-3.
- Wanzer, M., Booth-Butterfield, M., & Booth-Butterfield, S. (2005). "If we didn't use humor, we'd cry": Humorous coping communication in health care settings. *Journal of Health Communication*, 10(2), 105-125.

A Study of Humor and Health for Nurses

Yu-Ling Hsiao¹/ Chia-Jung Hsieh²/ Shwu-Jiuan Liu³

1.RN, MSN. Lecturer, College of Nursing, Taipei Medical University & Doctoral Student, Institute of Nursing, Taipei Medical University.

2.RN, PhD. Lecturer, College of Nursing, Taipei Medical University

3.RN, PhD. Professor, College of Health Care, China Medical University

.....

Abstract

Humor can be good coping strategy in stressful situations, and can also improve a person's health. The purpose of this study was to understand humor and its relation to nurses' health. A Cross-sectional questionnaire survey was conducted to collect data from 230 nurses. Multidimensional Sense of Humor Scales (MDSHS) and Health-related Scales were used as research instruments. The MDSHS included five dimensions: coping with humor, attitude toward humor, humor production, tendency towards laughter, and feelings of humor. Health-related scales included Stress Perceptual Scale (SPS), Sleep Quality, Health Recognition (HR), and Self-Rating Health Status (SRHS). Data analyses were applied to descriptive and correlative statistics. All subjects were women. They ranged in age from 21 to 62 years, with a mean age of 30.77 ± 7.82 . The MDSHS mean was 2.83 ± 0.26 (total score 4). The factor "age" showed a significant relation with "coping with humor" and "humor production". Work was the highest stress factor in the SPS. SPS showed a significant negative correlation to MDSHS items, "Tendency towards laughter," and "Feelings of humor." Research suggests the creation of a humor competency for nurses. The results of this research can serve as a reference for nursing educators and administrators in planning the training programs and the application of clinical practice.

Keywords: Humor, Health, Nurse

Correspondence: Shwu-Jiuan Liu
RN, PhD. Professor, College of Health Care,
China Medical University
No.91, Xueshi Rd., North District,
Taichung, Taiwan, 404

Tel: 886-4-22053366 Ext. 7701
E-mail: chuan@tmu.edu.tw

Fax: 886-4-22051276

降低病患在暴力攻擊事件中員工受傷比率

張秋蓉¹/孫鳳卿²/林美淑³

- 1.輔英科技大學護理管理系學士 高雄市立凱旋醫院 護理師
2.高雄醫學大學醫學研究所碩士 高雄市立凱旋醫院 副主任
3.輔英科技大學護理系學士 高雄市立凱旋醫院 護理長

摘要

本專案旨在降低員工暴力事件中之受傷比率。由於精神科病房暴力事件頻傳，影響工作人員士氣，期望藉由本專案的執行能降低員工受傷比率及提昇暴力處理流程滿意度。經問卷調查發現同仁對暴力處理流程不滿意度達88%。現況分析後確認問題為 一、駐警人力不足 二、病患病情影響 三、處理暴力時態度不一致 四、工作人員訓練不足 五、負向經驗等因素造成。故設計暴力事件處理流程表，安排在職教育，定期舉辦病房暴力演練，增加駐警人力，單位護理長與醫師溝通病患用藥問題，結果顯示：員工暴力事件中之受傷比率由原來的33%降至14%，暴力處理流程其滿意度由12%提昇至66%，顯示專案的實施可增進護理人員處理暴力事件的能力，減少職業及身心傷害，增進工作滿意度，並建立明確的暴力處置方案，病患亦能獲得較高品質的處理及護理。

關鍵字：暴力、滿意度、護理

前言

暴力行為是精神科病房常見的護理問題，會威脅人們安全、健康和安寧，不但造成受害者身體及心理的傷害，更造成病房士氣低落，醫療照顧品質降低，護理人員的流動率及社會成本的增加。尤其精神科護理人員是照顧病患的第一線，病患因受症狀影響，被病患攻擊的危險性最高。本專案於南部某精神專科醫院進行第一線員工之訪查，曾有70.2%在工作中遭受暴力攻擊經驗。根據院內病人安全委員會異常事件報告2004年8-10月之統計，暴力事件佔所有意外事件之首位，計48件，而其中導致工作人員受傷有16件，佔33%。使得工作人員在心理上受到相當大的衝擊、害怕暴力再發生、工作滿意度降低。故如何增進工作人

員處理暴力事件的能力極為重要，因而促使筆者對本專案的探討，期能對工作人員在處理暴力事件時，減少身心傷害，提昇工作士氣及醫療品質，使暴力傷害降至最低。

現況分析

一、單位簡介：

本院目前為教育部評定合格之「精神科專科教學醫院」，現有病床數為780床；共6個急性病房，每個病房病人平均約46人。護理人員共10-11位/病房，新進人員佔全院28%。白班護理人力3-4人，小、大夜班

通訊作者：孫鳳卿

職稱：副主任

服務機關：高雄市立凱旋醫院

服務地址：高雄市苓雅區凱旋二路 130 號

電話：(07) 7513171 轉 2370

電子郵件：amyjoe@kcg.gov.tw

傳真：(07) 7163122

護理人力各2人，平日暴力處理除醫護人員外，大多仰賴駐警協助。駐警人力為12人，原白班、小夜各3人，大夜2人，分別駐守於急診加護病房、成癮防治科、青少年病房，為因應年休假之故，下半年三班只有2位值班若遇帶病患外醫，則只剩一位駐警駐守單位。工友共12位，皆為女性；技佐共8位，男性2位餘皆為女性。當暴力發生時，護理人員會以緊急鈴及使用無線對講機按「88」即可全院廣播尋求支援，至暴力現場支援的人員分別有駐警1-2位、護理人員2-3位、工友0-1人，若逢夜班支援人力僅達2-3人情況下，當暴力發生時，立即趕赴現場人力有限，無法立即遏止暴力行為發生。

暴力攻擊事件發生地點以病房活動室最常發生，班別於白班時段。據調查員工認為暴力事件中以處置時未說明最常見如：醫生調藥或打針時，工作人員未加以解釋致病患不滿，病患因病情影響次之，受病友操縱居三，故當上述情形發生時，常出現急躁不安，破壞攻擊行為，在此狀況下護士會連絡醫生前來病房協助穩定病患情緒予安撫會談，若病患仍無法自控，醫生評估下除開立針劑處置外，常需合併使用保護約束的處置以協助病人穩定情緒，並由醫生、護理人員向病患說明約束的理由、時間、部位。待病患情緒穩定再與其會談並教導正向行為。所以在每個急性病房皆設有一間保護室及約束室，提供病患單獨安全環境以緩解情緒。但約束室空間狹窄約一坪左右致在處理暴力時遇病患掙扎狀態中，處理態度不一致，又缺乏組長發號施令，以及在暴力處置當中缺乏防護設備狀況下，無自我防護的能力，在執行約束或隔離措施時，常遭遇的困難除人力支援不足外，男性工作人員缺乏亦是最大主因，常因上述問題而導致工作人員受傷。

急性病房工作人員當中經調查11位人員中佔了5-6位為新進人員。實際訪查6個急性病房，大多數同仁口頭表示院方防範暴力相關課程安排及訓練較少，約一年一次或不知有暴力防範課程，部份新進人員亦無看過暴力之處置，其處理暴力的資訊來源大多來自經驗所得或資深人員口頭傳承，以致面對暴力時，常不知如何處理，短時間反應不及而受傷害。

二、不良現象之分析：

根據病人安全委員會異常事件報告2004年8-10月之統計，暴力事件佔所有意外事件之首位，計48件，導致工作人員受傷有16件，佔33%。問卷中有70.2%員工曾遭受暴力攻擊，工作人員對暴力處理流程的滿意度只達12%。2004年8/9-8/13針對暴力頻繁的6個急性病房同仁共88位接受暴力處理流程滿意度調查。結果顯示有22位（25%）工作人員認為駐警人力不足；19位（22%）認為病患病情影響；16位（18%）認為工作人員處理暴力時態度不一致；15位（17%）認為訓練不足；9位（10%）認為負向經驗，是造成工作人員在暴力事件中受傷之主要原因。本小組於2004年8/3-8/7實際觀察發生暴力之病房其支援人數平均為3-4人，駐警1或2人其餘皆為女性工作人員。本小組人員經電話訪查同質性四家精神科醫院，針對“暴力”發生時其人力支援平均為4人以上且均為男性工作人員。根據病人安全委員會異常事件報告2004年8-10月之統計，導致工作人員受傷有16件，其中工作未滿一年之新進人員佔了11位，另外5位均為超過一年以上之人員，新進人員當中有5位未曾有處理暴力之經驗。由此調查顯示受攻擊者大部分為缺少精神科臨床工作之人員，面對暴力發生時對暴力相關知識及暴力處理流程不熟悉，導致新進人員被病患攻擊之件數比例高。

三、不良現象導致的負面影響：

因暴力事件致醫院、工作人員的安全受影響統計8-10月當中因暴力事件而受傷的人員，其中請公傷假人數為3人；耗損工時66天，領慰問金人數16人，也因此導致單位在組織及經濟上的重大負擔，受傷人員因請假之故致病房人力缺乏，間接也影響同仁休假的權利且工作負擔加重。

當駐警有人受傷，為因應排班，原白班、小夜各3人情況，而調成各2人。因此在駐警人力不足情況下，若各個病房同時出現暴力事件時不但疲於奔命且造成工作人員在等待駐警的同時，只能看著病患不斷叫囂怒罵卻顯無助、恐懼、焦慮、害怕間接影響到工作人員處理暴力之無力感及導致工作士氣低落，對院方滿

意度下降影響護理品質、護病雙方溝通及信任度。一方面駐警擔心再受暴力攻擊的陰影下，處理暴力的態度變的較消極。

(四)、導致不良現象的原因

(一). 駐警人力不足：

工作人員認為駐警人力不足是造成暴力事件中傷害件數增加之重要因素，問題分析結果乃因駐警受攻擊，請公傷假期間人力未補；年資深休假多，平均年齡48歲，平均休假日30天；年齡漸長，體力不勝負荷等因素造成。經電話訪查同質性醫療院所暴力發生時之人力配置，台北市立聯合醫院松德院區至少日夜5-6人，桃園療養院至少8人，相較之下本院駐警配備白班、小夜僅3人，大夜2人，人力較他院短缺。

(二). 病患病情影響：

因病患病情影響致工作人員遭受攻擊受傷，其原因分析為病患處於急性期、情緒高昂且焦慮不安、病情不穩定，對醫療處置接受度差，易對工作人員產生敵意；醫師個人用藥習慣不同，有些醫師用藥較保守，致部分病患病情未明顯改善。也因此造成工作人員值班時面對病情不穩定的病患也只能小心處理自我防範及觀察病患狀況，以防病患一時情緒失控而傷害他人，因此上班壓力倍增。

(三). 處理暴力時態度不一致：

暴力處置時，由於工作人員低估病患暴力程度，自行前往處理，未等支援人力前來；約束病人時未採一致性態度致病人掙扎時工作人員受到傷害；當病患出現暴力前兆時，醫師與工作人員認知不同，致處置介入時機不一致，造成受傷件數增加。

(四). 訓練不足：

工作人員認為訓練不足是引發暴力事件的原因之一，對於新進人員更是以口頭教導或自身經驗傳承。處理暴力事件缺乏完整之教育訓練，另一方面院方有關暴力研習會課程太少，新進人員流動率大，工作繁忙以致未參與暴力相關課程。

(五). 負向經驗：

多數被攻擊之人員有負向感受如：害怕、委屈、無助、自尊受損等情緒反應，但多數人認為來自院方的支持及安慰不足，曾被攻擊之工作人員，事後對暴力事件之處理方式較消極。

五、導致員工在暴力事件中受傷的原因

綜合上述原因分析，依工作人員、環境、政策、病患四個面向歸納出本專案特性要因圖如（圖一）。

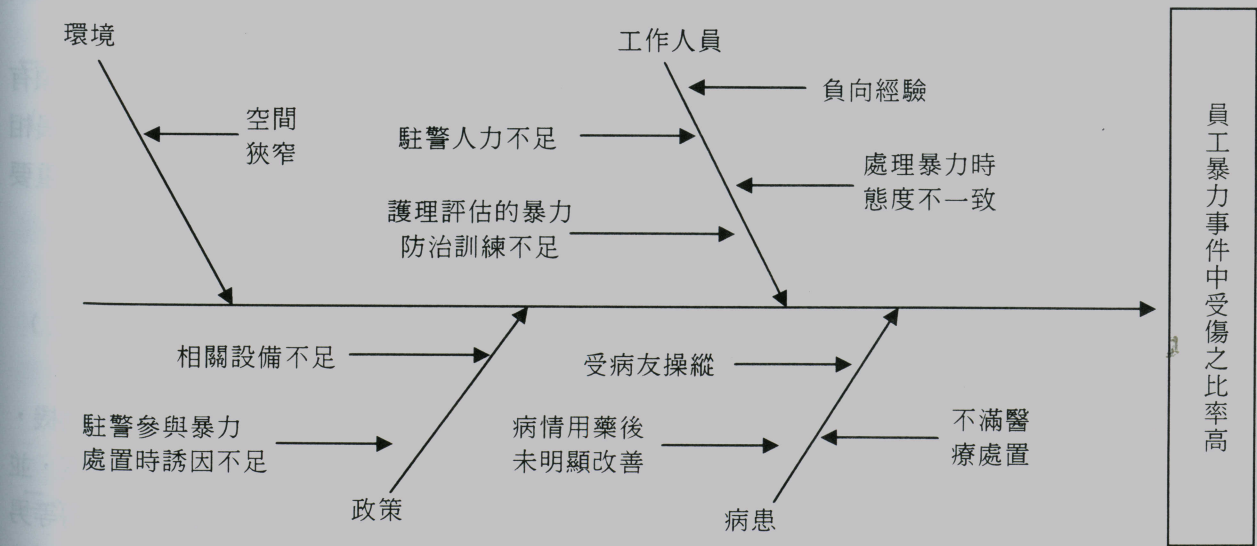


圖1 員工在暴力事件中受傷特性要因圖

問題確立

根據現況分析，歸納員工暴力事件中受傷的原因為：

- 一、駐警人力不足，參與暴力處置時誘因不足
- 二、病患病情影響
- 三、處理暴力時態度不一致
- 四、護理評估的暴力防治訓練不足
- 五、負向經驗

專案目的

- 一、降低員工在暴力事件中受傷比率由33%至16%，此乃根據台灣醫療品質指標計畫依每季報表資料，參考其他醫院數值及本院每季平均數值而訂之。
- 二、提昇工作人員對暴力處理流程的滿意度12%至50%，經專案小組組員評估討論後，認為仍有改善空間而訂定。

文獻查證

一、降低暴力發生之重要性及影響因素：

所謂暴力就是語言、非語言或身體接觸而威脅到自我、他人或物品的動作化行為（陳，1995）。Fein等提出暴露於暴力攻擊環境下的工作人員可能引起士氣低落、焦慮感增加、害怕引起法律糾紛及行政者責難等反應（Fein, Careri, & Hansen, 1981）。此外，暴力事件中的受傷事件，更可能導致單位在組織或經濟上的重大負擔。在處理過程中，應了解暴力行為發生的前兆，說話大聲、肌肉緊張、不安走動，暴力事件發生前多有外界刺激的存在與產生原因（陳，1997）。

楊（1993）指出有60.8%護理人員曾遭受病患口頭或身體攻擊而在執行約束或隔離措施時最常遭遇的困難是人力支援不足及擔心被報復。當病人出現破壞或傷害他人的攻擊行為時，情緒激躁不安、無法接受醫護必須性措施，經口頭安撫解釋、轉移注意力無效時，均可能依醫囑施予肢體約束。因此將護理處置過

程標準化，可節省時間、精力並使人員有一致性，也可確保病患獲得較完善的護理，以促進提昇病患照護品質（Harvey & Kitson, 1996）。

二、暴力事件之處理及相關訓練：

鍾等（2000）提到在急性精神症狀發作時（如顯著的激動不安、暴力、敵意等現象），為了快速而有效的控制患者的症狀，可以使用快速鎮靜療法。

暴力事件處理之訓練內容，包含：（一）法律觀、暴力理論及引發暴力行為原因等知識教導（二）控制及約束之使用（三）語言、非語言處理技巧及運用（四）降低暴力情緒技巧之情境演練等四項，而訓練結果顯示，大部分受訓者表示其處理技巧及信心增加，且感到有能力兼顧病患及本身安全（Turnbul, Aitken, Black, Patterson, 1990）。胡（2000）研究中提到護理人員參加壓力處理課程時數愈多時，其產生負向壓力愈少。李（2002）指出護理人員在經歷暴力行為後，單位同事或相關行政人員給予支持及肯定者，有助於護理人員暴力行為過程的調適；若暴力行為乃因疾病導致護理人員會用正向態度與病人互動；若是蓄意，或是無理取鬧時，則採用不理會，或處罰病人等負向的調適方式。

同時黃、陳、林、蕭（2000）於臺大醫院暴力事件處置護理標準評值表中提到當病患處於暴力期時，處理暴力事件其人力配置至少需五人。

綜合以上學說筆者認為處置病患暴力時，除須有充足的人力支援外，團隊的一致性、安排新進人員相關的暴力訓練課程以及護理處置標準化是相當重要的，才能降低處置過程中人員受到傷害。

解決方法

- 一、增加病房駐警人力並提昇駐警參與暴力的動機，同時設立績效獎金以激勵工作士氣及參與度，並分別於加護病房、成癮防治科、青少年病房等男性病房派駐警駐守，並將駐警轉任佐理員之人員均置放於急性病房協助暴力之執行。
- 二、針對病患用藥問題，由成人精神科主任宣導並聘

請專家演講，同時單位護理長加強與醫師溝通討論有暴力之虞個案其處置及用藥狀況達成醫護處置之一致性，並針對第一線照護的護理人員，於晨間護理時加強宣導並指導暴力處置流程以強化其暴力評估能力。

致性態度處理病患。

四、小組成員代表與在職教育組討論並分梯舉辦暴力相關研習課程。另由意外預防組定期舉辦病房暴力演練。

執行過程

三、修訂院內暴力事件處理流程，並由小組成員代表透過跨科室團隊會議與醫師進行溝通協調達成一

執行內容		時間	2004.08/18至9/01	09/02至09/16	09/17至10/01	10/02至10/16	10/17至10/31	11/01至11/15	11/16至11/30	12/01至12/15	12/16至12/31	2005.01/01至01/15	01/16至01/31
一、計劃期	1.確立改善目標												
	2.擬定改善方案												
二、執行期	1.宣導期												
	2.實施改善方案												
三、評值期	1.成效評值												
	2.資料整理												

本專案於民國2004年8月開始，依計劃、執行及評值四期進行，工作進度敘述如下：

位護理長於10/5～10/8利用晨會時間向同仁分梯說明，以了解同仁意見及改善方法可行性並取得共識。

一、計劃期（2004.08.18～2004.09.30）

（二）. 實施改善方案（2004.10.06～2004.12.31）

1. 針對駐警人力不足部分：

分別於加護病房、成癮防治科、青少年病房等暴力頻繁的男性病房派一位駐警駐守，並將駐警轉任佐理員之員工均安置於急性病房協助暴力之執行。

電話訪查同質性醫療院所其暴力發生時之人力配置
台北市立聯合醫院松德院區：防護組第一線為日夜3人、第二線：警衛2-3人。桃園療養院：第一線：病服員4人、第二線：警衛4人。將此資料提供院長評估參考，以瞭解目前駐警人力需求，經過小組的努力透過護理科向院方爭取駐警參與暴力處置時，可增加績效獎金，經績效委員會同意後研擬並製作駐警協助暴力處理績效登記表，以提昇駐警參與協助暴力處理的動機。

（一）. 確認改善目標：根據病人安全委員會異常事件報告2004年異常事件8-10月統計中暴力發生48件，導致工作人員受傷總計有16件，佔33%，經小組成員開會討論，取得共識後設立閾值。

（二）. 擬定改善方案：小組成員於每週一次的定期會議中進行現況分析、文獻查證之探討與收集相關資料，進而擬定具體改善方案。

二、執行期（2004.10.01～2004.12.31）

（一）. 宣導期（2004.10.1～2004.10.5）

利用護理長會議時由本小組成員代表向各單位護理長說明本專案主題、目的、現況與改善方法，由單

2. 針對病患病情影響部分：

因平日單位護理長最了解醫師的用藥原則，故必要時會針對病患病情與醫師溝通協調用藥情況。另外，定期於病房個案討論會中，團隊成員將有暴力之虞，病情不穩定病患，於會議中提出與醫師共同討論，以作為醫師調藥參考，並納入處置常規中。同時，由成人精神科專科醫師針對有病情變化暴力之虞的病患，製作病患快速鎮靜療法之準則；如1).當病患躁動不安或暴力時以會談之言語方式介入無效則予針劑處置 2).依其病情嚴重度視需要予注射連續3天 3).即使病人已約束或隔離視需要合併針劑使用以避免病人在約束或隔離過程中受到傷害，並由成人精神科主任做宣導，掛於各護理站以供新進醫師用藥參考。再者，個案一入院後，單位護理長加強同仁經由入院護理評估中，了解病患是否有暴力病史、目前問題，並於照顧病患一覽表中貼上紅色貼紙做明顯標示，以提醒工作人員接觸該病患時宜提高警覺並納入在職教育中宣導，並依照暴力演練審核單內容，單位護理長加強宣導同仁評估暴力前兆、暴力期、暴力後期處理，並定期評估，詳載於護理紀錄當中，必要時列護理問題處理之。

3. 針對工作人員處理暴力時態度不一致：

本小組人員共同參與技術暨記錄小組、意外組修訂暴力事件處理流程之討論。於2004年10月暴力演練審核單張設計完成，先予試行，修訂後，並作宣導；另外每個病房發行一份暴力演練審核單張，放置護理站固定位置，予明顯標示作為演練參考及列為暴力事件處理流程之依據並可自我查檢暴力處理過程是否有疏漏，以作為改善的指標。另自2004年11月份開始安排各病房定期做全院性暴力處置演練。小組人員並討論針對頭部易受傷部位，予增加防護設備由院方統一採購安全帽供駐警處理暴力時使用。

4. 針對工作人員訓練不足部分：

小組成員與護理科主管討論後編預算舉辦相關暴力研習，並列入新進人員的訓練課程。由意外組聘請高雄縣防身術協會之教練分別於2004年11/23、11/28分二梯次共148人次，針對全院員工做現場教學及分組演練。2004年11月10日聘請榮民總醫院身心科主任來

院針對全院所有員工教授針對暴力高危險群病患於暴力處置及藥物治療等相關課程。至於單位護理長則加強新進人員對暴力處理流程之訓練。同時將無線對講機尋求支援時有雜訊故予更換成無線電話按[88]呼叫，即可全院廣播。工作人員呼叫**病房777共2次為暴力代號，讓全院知道以增加支援人力。

5. 針對負向經驗部分：

對於有負向經驗之人員，則請單位主管與受攻擊之人員會談，以瞭解其內心感受與想法，並予以心理支持及個別輔導並致贈慰問卡，需要時轉介心理科等相關專業人員。另單位主管會與當事者討論處理暴力事件過程，以作為下一次處理暴力事件之參考。以上特製訂[人員諮商輔導]計劃，以加強受攻擊同仁心理創傷的輔導以減少無助感、害怕、焦慮感受，協助其自我情緒處理，走出暴力事件的陰影。再者，提報「醫院管理基金委員會」會議討論，針對第一線支援暴力之工作人員列入績效獎勵金加點。

三、評值期（2004.11.01~2005.1.31）

在計劃執行4個月後，由本小組人員根據病人安全委員會異常事件報告統計2004年11月至2005年1月工作人員的受傷件數進行查檢，以評值本專案執行之成效並以問卷方式了解工作人員對員工暴力事件中之受傷件數的滿意程度。

結果評值

一、降低員工在暴力事件中受傷比率之改善

經由改善方案的實施後，根據病人安全委員會異常事件報告統計2005年2-4月中工作人員受傷比率統計結果由原來的33%（16件）降為14%（7件），比未進行專案前受傷比率明顯降低，主因在於各項方案實施後同仁能熟悉暴力處置程序，降低傷害發生。

目標達成率為 $|33 - 14| \div |16 - 33| \times 100\% = 111\%$

進步率： $|33 - 14| \div 33 \times 100\% = 57\%$

PS：受傷比率計算公式為 $16 \div 48 \times 100\% = 33\%$

$7 \div 48 \times 100\% = 14\%$

二、工作人員對暴力處理流程滿意度之改善

在方案實施後調查88位工作同仁對暴力處理流程滿意度，未進行專案前滿意度為12%，專案實施後提昇至66%。

目標達成率為 $|12 - 66| \div |50 - 12| \times 100\% = 142\%$

進步率： $|12 - 66| \div 12 \times 100\% = 450\%$

三、駐警人力不足是導致暴力處置時容易受傷的主因

經將駐警轉任佐理員之男性員工安排於急性病房及增加駐警處理暴力之績效獎金後，54.5%員工對此處置感到滿意；病患病情影響由22%認為是暴力受傷主因，經單位護理長與醫師溝通協調病患用藥情況及在成人精神科主任宣導下製作快速鎮靜療法準則，掛各護理站供新進醫師用藥參考後，病患病情獲得一致性處理及控制，79.5%工作人員對此處置感滿意；處理暴力時態度不一致有18%認為是暴力受傷主因，經由修訂暴力演練審核單及定期作暴力處置演練後，滿意度提升至90.9%；工作人員訓練不足部分原有17%認為是暴力受傷主因，經舉辦相關暴力研習課程後滿意度提升至90.9%；負向經驗原有10%認為是暴力受傷主因，經科室主管針對受攻擊員工予諮商輔導之處置後82.9%員工對此感到滿意。工作人員在專案實施前及專案實施後滿意度有顯著提升；整體滿意度為82.7%，工作人員表示經由暴力課程訓練及實際參與病房暴力演練後，對日後處理暴力的自信心增加。

醫生自從製作快速鎮靜療法準則後，新進醫師可依準則執行，針對有暴力之虞的病患，在藥物及針劑注射之醫療處置上，用藥保守問題獲得改善，上班壓力減輕不少。同仁也表示經由觀察自從駐警協助暴力有處理績效點數之實質獎勵後，處理暴力的態度變的較積極。

結論與限制

本專案的主要目的在降低員工暴力事件中之受傷

比率及提昇工作人員對暴力處理流程的滿意度。經由本小組擬定合宜之解決策略，使得員工在暴力受傷比率由33%降為14%，工作人員對暴力處理流程滿意度比改善前12%提昇至66%，顯示本專案仍有成效及進步的空間，大部分的工作人員因本專案的實施，對暴力處理流程滿意度也因此提昇。

本專案最大的貢獻在於設計了暴力演練審核單及將暴力處理流程標準化，並配合小組人員定期做全院性暴力處置演練，達成暴力處置標準的一致性。建議未來能將暴力處置課程以教學錄影帶方式安排於在職教育中，每半年舉辦一次課程訓練，使得新進人員對暴力處置有正確知識及處理態度、資深人員得以反覆練習加深印象，降低暴力之發生與損傷。

駐警人力不足部分受限於醫院為政府機關，在整體成本預算考量下，有些政策無法立即改變以增加駐警人力，是本專案最大的阻力與限制。但在專案進行期間亦獲得院方對暴力處置之重視與配合，凡駐警參與暴力處置，則分別依協助程度不同於績效計點，使其能獲得實質的獎勵，提昇駐警參與協助暴力的動機，讓傷害降至最低。

在這次專案中，雖然短時間駐警人力無法改善，但也突顯出最基層員工的看法及心聲，讓院方能正視此問題的嚴重性。藉由此專案的進行而減少工作人員的傷害，亦增進其處理暴力事件能力。同時讓其了解目前之現況，並得到了大多數工作人員的諒解與對本小組致力於防範暴力的推動與努力給予肯定及支持，且經與醫師室多方溝通後，由醫療科主任聘請專業人員來院教授暴力處置及藥物治療相關課程，使得部份醫師因用藥保守問題獲得改善。逢員工遭受暴力時主管予探視及慰問並致贈慰問卡，同仁一致反應良好，均表示感到很溫馨，是本小組值得欣慰之處。

本小組已將相關醫療院所駐警人力配置之資料收集結果呈報院方，作為人力聘用的參考，並透過各項方案的實施與標準化的建立，使病患暴力攻擊的比率降至最低，讓全院工作人員有一個更安全、安心的工作環境。

致 謝

本專案之完成感謝專案執行過程中，小組組員之貢獻與協助使專案能順利完成。

參考文獻

- 李引玉 (2002)・精神科的治療及護理・於李引玉編，當代精神衛生護理 (500-506)・台北：偉華。
- 胡瑞桃 (2000)・護理人員對其工作壓力來源之反應及調適・長庚護理，11 (2)，20-30。
- 陳杏佳 (1995)・暴力行為的認知與展望・護理雜誌，42 (1)，47-52。
- 陳杏佳 (1997)・精神科急性病房的暴力行為研究・護理研究，5 (2)，195-205。
- 黃瑞媛、陳杏佳、林如玉、蕭淑貞 (2000)・精神科暴力處置護理標準之設立・護理雜誌，47 (5)，47-53。
- 楊美賞 (1993)・精神科住院病人與護理人員對約束及隔離之態度與感受之比較・護理研究，1 (3)，196-202。
- 鍾信心、周照芳、李引玉、毛家齡、蕭淑貞、蔡欣玲等 (2000)・精神科藥物及身體治療・於沈志仁編著，精神科護理學 (四版，291-298 頁)・台北：匯華。
- Fein, B. A., Careri, E., & Hansen, P. (1981). Teaching staff to cope with patient violence. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 12 (3), 7-11.
- Harvey, G., & Kitson, A. (1996). Achieving improvement through quality : An evaluation of key factors in the implementation process. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 185-195.
- Turnbull, J., Aitken, I., Black, L., & Patterson, B. (1990). Turn it around : Short-term management for aggression and anger. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 28(6), 7-13.

Reducing the Injury Rate to Staff Members from Violent Incidents

Chiou -Rong Chang¹/Feng-Ching Sun²/Mei-Shu lin³

1. Department of Nursing Management, Foo-Yin University

2. M.S., Institute of Medical, Kaohsiung medical University

3. Department of Nursing, Foo-Yin University

Abstract

This special project aims were to reduce the injury rate to staff members from incidents of violence. Because these incidents occurred frequently at psychiatric wards, these incidents influenced the morale of staff members. It is expected that this project can reduce the staff's injury rate and increase the satisfaction with the procedures to resolve violent incidents. Based on a survey, 88% of the staff was strongly dissatisfied with the procedures to solve the incidents of violence. After analyzing the recent incidents, the specific issues were identified as follows. First, the number of security guards was not sufficient. Secondly, patients' conditions had a great impact on these incidents. Thirdly, the attitudes of dealing with the violence were inconsistent. Fourthly, the staff did not have enough training in dealing with these incidents. Lastly, these incidents result in negative experiences. Therefore, the standard procedure of handling violent incidents was introduced, job training was arranged, regular ward violence drills were held, security manpower was increased, and the chief nurse of every unit communicated with doctors about patients' medicine dosage. As a result, the injury rate to staff from violent incidents dropped from 33% to 14%, and the satisfaction with solving incidents of violence jumped from 12% to 66%. The implementation of this special project was shown to promote the nursing staff's abilities to deal with incidents of violence and enable the patients to obtain better quality of nursing care as well.

Keywords:Violence, Satisfaction, Nursing

降低門診新進書記 人員離職率之改善專案

吳美玲¹/李維玲²/吳家麗³/顏秀美⁴/邢鴻君⁵

- | | | |
|---------------|------------|-----|
| 1.元培護理技術學院護理系 | 國泰綜合醫院新竹分院 | 護理長 |
| 2.臺北醫學大學護理系 | 國泰綜合醫院新竹分院 | 督導 |
| 3.臺灣大學護理學系 | 國泰綜合醫院 | 督導 |
| 4.輔英技術學院護理專科 | 國泰綜合醫院新竹分院 | 護理師 |
| 5.德育護專護理科 | 國泰綜合醫院新竹分院 | 主任 |

摘 要

新人教育訓練不但可使其提早適應環境與熟悉各項作業流程，且可提昇病患之照護品質，故希望藉此專案之進行，降低門診新進書記人員的離職率。

經現況分析，發現未滿三個月的新進書記人員離職率高達 54.5%、平均考核分數為 75 分及教育訓練的完成率僅 62%。其提早離職的原因包括對工作不熟悉、教育訓練內容不符工作所需，且因臨床指導者不固定，造成指導重複或內容不一致。經問題確立後，提出改善措施，如依門診書記之工作性質，重新規劃教育訓練計劃和查核表，同時製作各項工作手冊，包括：診斷中英文對照表、藥物代碼表、藥物作用手冊等，並輔以實施固定臨床指導員制度。結果 3 個月內的新進書記人員，離職率降為 8.5%，降幅約 46%，平均考核分數提昇至 89 分，提昇約 14 分，教育訓練的完成率提昇為 89%，提昇約 27%，達本專案目的。

本專案之實施除能降低新進書記人員之離職率外，更可作為未來各單位人員留任教育訓練之參考。

關鍵字：書記、門診、教育訓練

前 言

面對醫療環境的變遷與新人離職率的不斷提昇，教育訓練與職前訓練對新人是很重要的。因其除了可提升對工作單位之了解與認同感、工作之熟悉度外，並可縮短職前訓練時間與降低離職所耗費之教育訓練成本（何、羅，2002；黃，2004）。而國內有關新人之訓練時間一般以三個月為主，在此期間不但新人必須適應新的角色，且要適應新的工作及同事間的人際關

係，所以其適應的快慢、好壞，不但會影響其工作表現、留任意願，且會影響病患之照護品質（黃，2004）。

然自本院開幕以來，門診量日益增加，迫使在本考量下，醫院的政策就是採取晉用門診書記人員進行醫師跟診的策略，但因大多數人員屬非醫療人員，且又需面對陌生的門診業務及對自己的角色功能不清楚因而無能力勝任門診工作，如此導致到職後三個月

通訊作者：邢鴻君

職稱：主任

服務機關：國泰綜合醫院新竹分院護理部
地址：300 新竹市中華路二段 678 號

電話：（03）5278999 轉 7590
電子郵件：sherry52@cgh.org.tw

傳真：（03）5278999 轉 2860

內之離職率高達54.5%，深深影響門診業務的運作。

鑒於此問題的嚴重性，所以引發動機進行本專案之改善，希望藉提供完善的新進書記人員教育訓練，協助其在最短的時間內能熟悉門診業務與作業流程，進而提昇病患之服務品質。

現況分析

一、門診與人員介紹

本院門診共分八大科，包括內科門診（心臟內科、胸腔內科、腸胃內科、新陳代謝科、腦神經內科、過敏免疫風濕科、身心科）、外科門診（一般外科、直腸外科、腦神經外科、泌尿外科、骨科）、復健科、皮膚科、婦產科、兒科、耳鼻喉科、眼科門診等。然本院至2002年8月開幕以來，門診業務呈持續增加趨勢，以2003年為例，除5月與6月SARS期間人數有下降外（圖一），趨勢亦同，雖科別會有不同，每日門診就診人次約為1,000至1,400人。

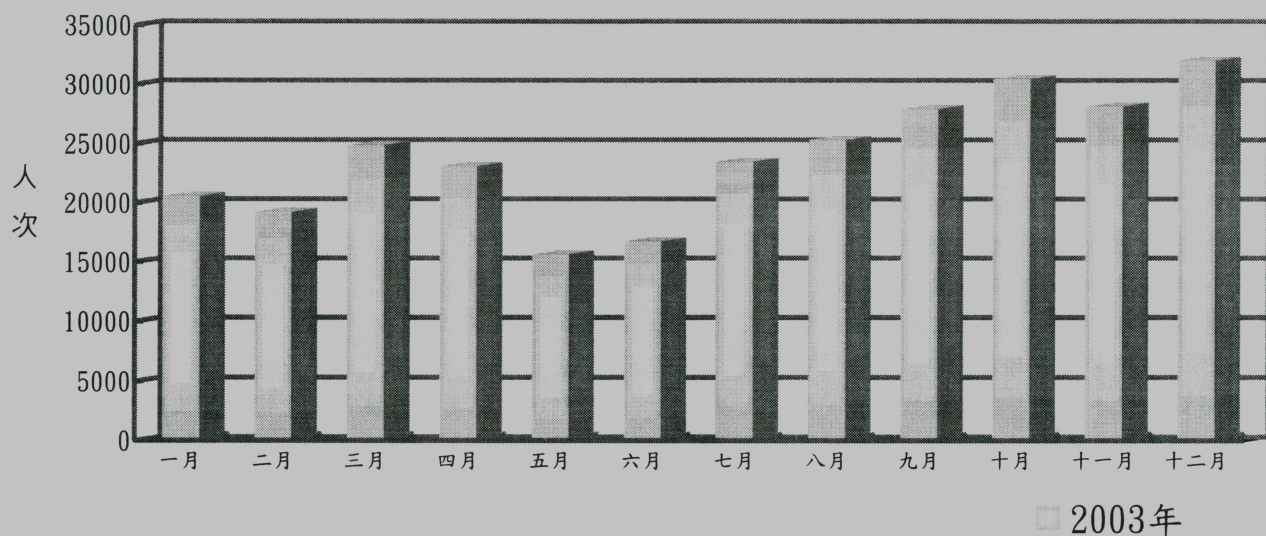


圖1 門診就診人次

在門診人員編制方面，單位含護理長共10位護理人員及17位書記人員。然由於本院門診量不斷快速成長，但在護理人員之編制上卻只做少許調整，且因考量成本，所以政策上只晉用書記人員，而因書記人員大多無任何醫療相關背景，所以在面對門診繁重的工作時，常無法適應，而萌生去意。在2004年1月至5月新人晉用資料中亦發現，新進書記11位，於3個月內離職者有6位，佔54.5%。再者，加上門診平均每個月有2至3位人員請產假，因此，除了護理長每月需協助跟診30至40診次外，人員每週亦平均須加班至少4小時，最多更高達10小時。如此，在人力吃緊的情況下，新進書記人員必須強迫在訓練15天時（即30診次），即必須看得懂醫師寫的病歷、熟記跟診科別之診斷、藥物代碼及各項檢驗代碼，並熟悉跟診流程。然在護理長

每月與新人會談時發現，於11位新人中，有6位書記（55%）回答看不懂醫師寫的病歷；有9位（82%）對於要背診斷代碼及藥物代碼感到很困擾；有7位（64%）覺得門診工作太複雜；有3位（27%）認為需上夜診無法兼顧家庭，另有7位（64%）認為要處理門診病患抱怨及糾紛，感覺壓力相當大。

二、新人教育訓練介紹

在新人職前訓練上，分為全院共通與門診課程兩部份。全院共通課程部份包括醫院人事規章、環境介紹、勞工安全、衛生法規、消防與逃生等，採團體教育訓練，共8小時。

而門診課程部份分跟診前、中、後三方面（表一），且由當日上班之人員擔任指導員，並採一對一教導方

式於診間進行。

然依據護理科原則，一個月只晉用一次新人，故在全院共通課程部份一個月只舉行一次，但因門診新進書記離職率高，為提前讓新人加入工作行列，常會省略第一天共通課程訓練部分，即直接要求其至單位向護理長報到，但有時因護理長也要跟診，而無法立即執行。

為了解目前資深人員在指導新人時之感受，特訪談年資一年以上之14位人員，結果71%（n=10）的人認為現行的新人教育訓練查核表（Orientation Checklist）內容不切時宜、不完整，建議包括：有86%（n=12）認為學習進度表的內容應增加依科別作不同的設計，較能符合不同科別之需求；有79%（n=11）認為門診常規、電腦操作等共通性的訓練應統一辦理，才能避免因不同人指導而有不一致的情形發生，且較能節省教導的時間。

另於2004年5月，利用人員考核時訪談剛通過試用

期之5位新人，詢問其有關職前訓練內容及各項流程之看法，結果一致認為學習15天（共30診次）後須獨立跟診，時間太短了，所以當碰到問題時再詢問有經驗之護理人員，除會耽誤病患看診時間外，亦會造成流程不順，有時每位護理人員之指導方式亦會不一樣，常會混淆，有時須等到進行稽核時，才知道自己錯了。

三、職前訓練之成效評值

門診之新進書記人員於適用期結束時需先通過評核，通過後才能算正式晉用，而評核方式包括：1.查核表（Orientation Checklist）之完成率，2.筆試，3.電腦操作能力檢定。

在查核表方面：自2004年1月至5月，5位新進書記人員中發現，在認識環境、門診常規、病歷單張三項之完成率較高，達75%以上，但在電腦認識僅達71%，感染管制僅47%，勞工安全完成率低，只有20%，平均完成率僅達62%（表二）。

表一
書記人員之工作職責

跟診前		跟診中	跟診後
1.補充各項診察所需之物品及單張。	1.視需要協助醫師。	整理工作環境。	
2.整理病歷。	2.注意病人的安全及隱私。		
3.跟催未送達之病歷。	3.協助醫師將手寫醫囑輸入電腦。		
	4.向病患解釋繳費地點及檢查注意事項。		
	5.依病患需要填寫診斷證明書。		

表二
門診新進書記人員教育訓練之完成率

查核項目	人員代號					完成率
	A	B	C	D	E	
環境認識（13 項）	10	11	11	10	9	78%
門診常規（15 項）	10	12	11	12	11	75%
病歷單張（6 項）	5	6	4	5	6	83%
電腦知識（11 項）	8	9	7	7	8	71%
感染管制（3 項）	2	2	1	1	1	47%
勞工安全（1 項）	0	1	0	0	0	20%
合計（49 項）	35	41	34	35	35	73.5%
完成率	71.4%	83.7%	69.4%	71.9%	71.4%	73.5%

在筆試方面：包含藥物作用、藥物代碼、常見診斷代碼、各科別注意事項及病房常規等項目，筆試之總分為100分，結果5位新進書記人員，其平均分數為75分，得分低之原因包括對藥物作用及診斷代碼不清楚、不熟悉所致。

另檢定其電腦操作能力，即將病歷內的門診醫囑輸入電腦，規定在10分鐘內須完成5本病歷，結果只有2位在時間內完成，通過率只有40%。

四、指導員介紹

新進書記人員在門診接受訓練期間，以一個科別為單位，為期15天，包含上下午共30診次。因門診並未實施固定指導員制度，所以同仁皆需要指導新人。由回溯2004年1月至4月派班表得知，新人有固定指導員者(即同一人者)，最高只有70%，最低則為17%(見表三)，平均只有47%。其中，指導者為書記人員者竟高達63%，而護理人員只佔37%(表四)。再者，在指導者的年資方面，有7%之人員仍在試用期間，顯示指

導者之經驗是不足的。

表三
門診指導員分派情形 (N=5)

項目	人員代號					總平均
	A	B	C	D	E	
同一人員指導	21次	19次	17次	5次	8次	
非同一人員指導	9次	11次	13次	25次	22次	
由同一人員指導比率	70%	63%	56%	17%	27%	47%

表四
指導員之基本資料 (N=27)

類別		人數	百分比
人員	書記	17	63%
	護理人員	10	37%
年資	<3個月	2	7%
	<1年	11	41%
	1-2年	14	52%

針對現況分析結果，導致新進書記人員離職率高之特性要因圖如下。

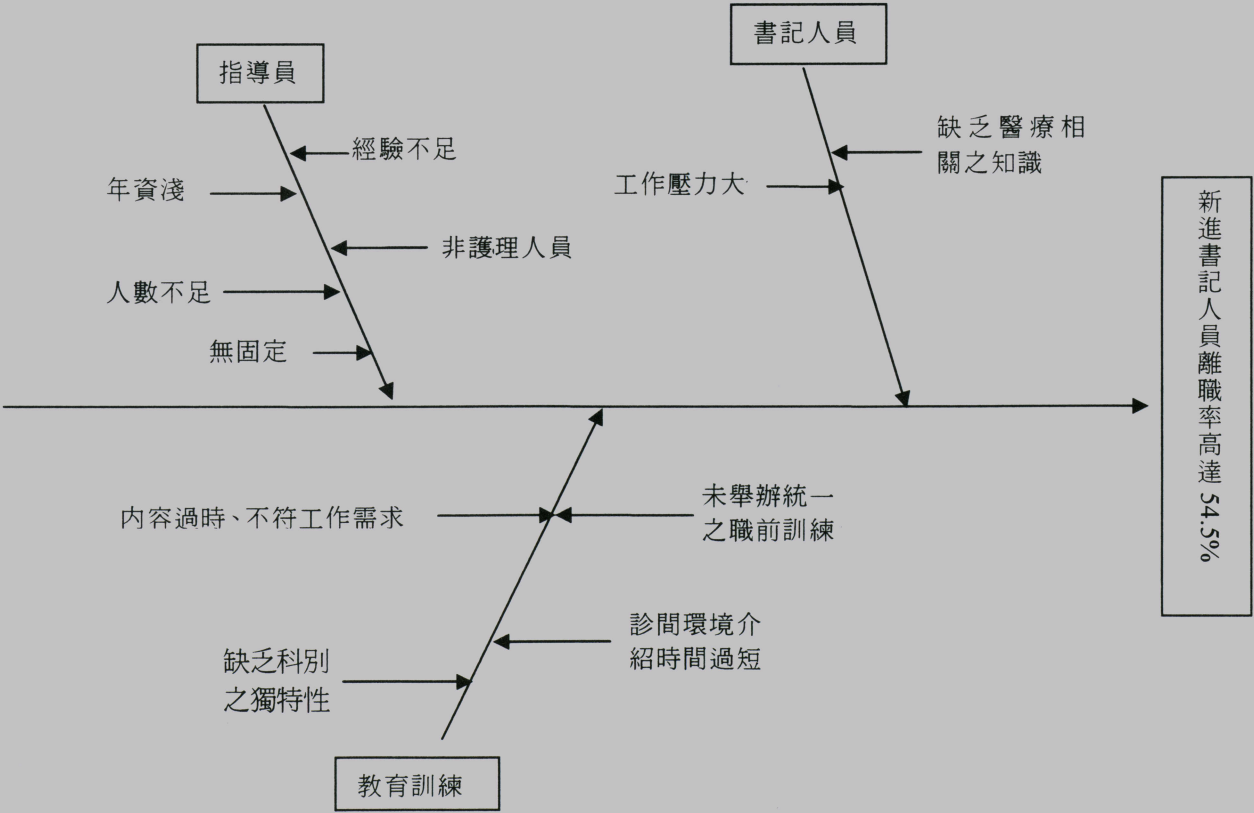


圖2 新進書記人員離職率高之特性要因圖

問題確立

- (1). 新進書記訓練 **Orientation Checklist** 不合時宜、不符工作所需，且缺乏科別之獨特性，導致新人之平均考核分數僅 75 分。
- (2). 未實施固定指導員制度，導致新人之職前教育訓練完成率低，平均僅 62%。
- (3). 未滿三個月之新進書記人員離職率高達 54.5 %。

專案目的

為考量本單位之現況與能力範圍，並參考范、黃及莊（2005）刊登在護理雜誌所設定之目標達成率50%為本專案之目標值，訂定以下目的：

- (1). 使新進書記人員之平均考核分數達 85 分以上。
- (2). 使新進書記人員職前教育訓練之完成率達 85% 以上。
- (3). 使三個月內之新進書記人員離職率降至 27% 以下。

文獻查證

一、職前教育訓練

職前訓練常用「環境介紹」一詞來解釋，有「認識方向及方位」的意思，也就是協助新人能認清自己所在的位置及方向（何、羅，2002；林、楊、杜，2002）。而新人環境介紹之目的主要在減少其對醫院工作產生之現實震撼與焦慮，且可提升其對工作單位之了解程度與及早適應單位，進而對單位產生認同（張、陳、郭，2004），及提高其留任意願（Castledine，2002）。

在醫院中，職前訓練內容常包含介紹組織的理念、政策、環境、考勤規章、福利、緊急急難作業及常用的技術規範等（黃，2004；吳、詹，2003）。而根

據林、陳及李（1998）對72位新人職前訓練的需求與成效的探討中指出，職前訓練課程應以工作性質、科別、及新人特質為規劃重點，才能提昇新人之學習效果。另外，新人訓練若因人力或時間不足而無法加以說明時，可利用書面資料來輔助（林，2003）。除此之外，醫院亦應該在職前訓練前先跟新人說明職前訓練的目標，使有所依循，以降低其焦慮感（林、陳、李，1998）。

在新人支持方面，根據王、林及李（1997）之調查臺北市某市立醫院護理人員離職原因中建議，成立新人輔導小組及定期舉辦在職教育訓練，可降低其挫折感與離職意願。而Lavoie-Tremblay等（2000）亦指出，成功的新人職前訓練的重要元素之一是提供一持續性的支持，且這支持必須越早提供成效越好。再者，Roche, Lamoureux 及Teehan（2004）的研究亦指出，除了輔導員、家人及朋友的支持外，同儕的支持也是不可少的。

然新人離職率高，對醫院來說，不但會增加許多教育訓練成本，且會浪費訓練時之人力、物力及指導員的時間；而對單位管理者而言，則會導致人力派班上的困難；對單位人員來說，新人在短時間內就離職，不但毫無成就可言，且會因人力不足，而影響工作效率與人員休假（邱、吳，2003）。所以，如何提供良好的職前教育訓練以提昇新人之適應力，對任何醫院而言都是很重要的。

二、指導員制度

護理指導員制度在1960年即在歐美推行，其目的在支持新人的角色適應，使其更易適應環境、新的單位，並適時提供回饋，以提昇其學習成效、滿意度及專業表現（Brasler，1993）。指導員是以一對一的方式協助、指引、教導及鼓勵新進護理人員（陳、盧、陳，2001），使其對環境之熟悉度提升，進而降低其流動率（黃，2004）。因此，陳、盧及陳（2001）建議，臨床應有指導員的介入，才能使新人學習達一致性及增加其安全感。但在實施此制度時，專家建議應盡量安排指導員與新人上相同的班別，且所有指導內容應有標準可循，並有同儕的支持性團體（陳、盧、陳，2001），

才能提升其成效。同時，在訓練過程中，指導員不管在正式或個別情況下皆應與新人有密切的互動，且能於碰到問題時即能迅速給予正確的教導，才能增進其獨立判斷之問題處理技巧（Stabb, Granneman, & Page-Reahr, 1996）。

表四
決策矩陣分析表

方案	可行性	人力	成效	總分	選定方案
1.定期舉辦新人座談會	1	0	2	3	
2.重新修正各科新人職前訓練查核表	2	0	2	4	✓
3.建立各科評核表	1	0	1	2	
4.定期舉辦新人教育訓練	2	1	2	5	✓
5.強制規定參加護理科新人之教育訓練	2	1	2	5	✓
6.建立固定指導員制度	2	0	2	4	✓
7.延長訓練期	1	0	2	3	
8.製作各科常用之診斷代碼、藥物作用手冊	2	0	2	4	✓

註.2 分表示高成效，最可行，人力需求最小；反之，0 分為低成效，最不可行，人力需求最高。

由以上矩陣圖分析後，本小組決定以2、4-6、8共五項為本專案之解決辦法。

二、執行過程

此專案自2004年6月1日始至12月31日止，共7個月，分三期進行，時間進度如下（表五）。

一.計劃期（2004 年 6 月 1 日至 8 月 31 日）

（一）.擬定新人職前教育訓練課程內容（2004 年 6 月 1 日至 6 月 30 日）：

表五
專案執行之進度表

項目		時間	2004							
			6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	
一、計劃期	1.擬定新人職前教育訓練課程內容		*							
	2.重新修正各科新人職前訓練查核表			*	*					
	3.建立固定指導員制度				*					
	4.擬定各科常用之診斷、藥物代碼、藥物作用手冊				*					
二、執行期	1.宣導					*				
	2.實施指導員訓練					*				
	3.實施解決辦法					*	*	*		
三、評值期	1.成效評值							*	*	
	2.撰寫結果							*	*	

解決方法及執行過程

一、解決辦法

為降低新進書記人員之離職率，小組決議採決策矩陣圖分析，以有效地找出本專案可行之解決辦法（表四）。

由護理長與小組成員共同討論後，並審視門診護理常規內容，重新整理新人職前教育訓練課程，包括認識門診各相關單位、排班方式及預班方法、工作職責、工作規範、意外事件呈報方式、醫療事務請領方式、垃圾分類概況、各組負責之組務概況等為主，輔以發給門診護理常規及各類書面資料，並利用人員到職後第二天進行單位內4小時的新人教育訓練。

(二). 重新修正各科新人職前訓練查核表 (2004 年 7 月 1 日至 8 月 31 日):

因目前所實施之查核表缺乏科別之獨特性，故於收集護理人員之意見後，將查核表重新修正，統一納入共通課程內。

另收集各科跟診之獨特項目，由小組成員統整項目內容，如增訂各科常見之診斷代碼、藥物代碼及藥物作用手冊，並以顏色區分其使用程度，紅色代表最常使用，藍色次之，以方便快速查詢。同時，增加各科特殊檢查的訓練項目。

(三). 建立固定指導員制度 (2004 年 8 月 1 日至 8 月 15 日):

為選擇優秀之指導員，除年資須超過一年以上外，並訪談11位新進書記人員，由新進人員推薦具指導員特質的人員擔任。最後，共甄選六大科別的門診指導員11位及儲備2位，共13位擔任本單位之固定門診指導員。

(四). 擬定各科常用之診斷、藥物代碼、藥物作用手冊 (2004 年 8 月 16 日至 8 月 31 日):

為使新進書記人員能快速知道診斷代碼、藥物作用，小組成員首先聚在一起整理門診常見之診斷代碼、藥物代碼及藥物作用等，收集後再將其濃縮為A4大小，並以顏色區分資料之使用程度（紅色代表最常見，藍色代表次之），以提昇新進書記人員在找尋資料的速度，並將各科資料統一置於電腦桌墊下，以利查詢。

二. 執行期 (2004 年 9 月 1 日至 11 月 30 日)

(一). 宣導 (2004 年 9 月 1 日至 9 月 10 日):

由護理長利用晨會及病房會議時間，宣導本專案進行之動機、目標、目前進度及須配合之事宜，使大家能了解未來新進人員之指導及訓練方式，以取得共識。

(二). 執行門診指導員訓練 (2004 年 9 月 1 日至 9 月 30 日):

本小組參考文獻及總院實施新人指導員訓練課程，擬定訓練內容，包含「指導員的介紹」、「指導員

之責任」、「指導員角色及功能」、「新人專業社會化及現實休克」、「教學原理與方法」、「成人學習及激勵原則」、「衝突處理」、「溝通技巧與運用」、「指導員的壓力調適」、「如何終止帶領關係」等。自2004年9月起，利用每週二中午休息之1個小時，針對13位指導員，實施指導員訓練，課程中並就理論與實務困難開放討論，以達成共識。

(三). 實施解決辦法 (2004 年 9 月 1 日至 11 月 30 日):

本單位自2004年9月起陸續進用5位新人，並執行解決辦法。另配合護理科舉辦之共通職前訓練課程，規定須於第一天完成。第二天則舉辦單位新人之職前教育訓練，時間4小時，內容以單位工作常規及職責為主，而在跟診的訓練，使用新制定之職前訓練表，使每個新人都會上職前訓練的共通課程及各科別之獨特項目，排班部分配合以該科別所屬之指導員教導執行並記錄各項學習的日期於表單中，次日即回覆示教，並且請指導員每週與護理長回報一次新人的學習進度。

三. 評值期 (2004 年 11 月 1 日至 12 月 31 日)

為進行新進人員於試用期的評核，故回收自2004年9月份到職至11月份仍在職的5位新進書記人員之Orientation Checklists，以查檢訓練之完整性；並進行新人筆試（包含門診常規、藥物作用）及電腦操作能力檢定。最後進行實施前後之分析比較。

結果評值

一、人力改善部分

在專案改善前，護理長常因人力不足，需要協助跟診，平均30-40診次/月，於專案改善後，平均3-4診次/月，如此更能致力於單位行政管理事務。而在內外科病患衛教處，也能安排固定的人於每日執行衛教指導，如此在病患的服務品質提昇上是有助益的。而人員在改善前平均每週需上一次12小時的班，在改善後也能恢復每日8小時的工作時數，所以在留任上幫助很大，改善前離職率為54.5%，改善後已降為8.5%，達

專案目標。

二、職前訓練課程完成率方面

經解決辦法實施後，回收新人的Orientation Checklist中，其內容之完成率已由改善前62%提昇至改善後89%；且在試用期之考核分數亦由改善前75分提昇至改善後89分。再者，在電腦操作部分，因全數通過而甚感欣慰。而每一位人員亦在通過試用期前安排參加護理科所舉辦之新人訓練，因此在勞工安全及感染管制課程的完整率也由改善前20%及46%，提昇至改善後100%。

三、實施固定指導員制度方面

新人於完成報到手續後，護理長就會指派固定之指導員輔導他們，且在班別上也做一些調整及異動，所以固定指導員的比率也由改善前44%提昇至改善後的79%。另外，以在到職滿三個月後進行人員考核面談，詢問新人之職前訓練心得，結果回應大多較為正向，如表示較能依學習進度表循序漸進，亦清楚地了解各科別要學習的內容及進度，同時又可避免遺漏。

結 論

本專案旨在降低新進書記人員之離職率，經實施解決辦法後除已達目的外，護理人員亦因協助書記人員專業成長，使整個單位的凝聚力更佳，但在專案執行過程中，因經常須與人員不斷的進行溝通才發現，因為本單位屬醫院的第一線單位，須直接面對病人或家屬，甚至有時須面對醫師的脾氣、態度，所以人員所須承受的壓力是相當大的，但因此專案除由護理長主導帶領推動外，更獲護理部主管的支持與鼓勵，使得在溝通上相當順利，因此在壓力的感受上較能忍受，亦無想像中之大。

然本專案在門診指導員的選擇與訓練部分，因符合資格的人太少，且醫院剛開没多久，故只能參考總院的課程內容作修改，並由門診護理長充當講師，所以在課程的訓練可能較不盡完善，實為本專案之限制，但因有總院護理部所有主管的支持與提供意見，

使本專案的訓練課程內容還算符合書記所需，因此能發揮效用，使書記在工作任務之達成率較高，且離職率已下降許多。

最後，因本專案的施行，確實得到實質的成效，但新人對醫令的輸入，仍有很大的恐懼及壓力，所以期望在不久的將來，本院的醫令能由醫師自己輸入，如此我們相信除效果會更佳外，在處方輸入之錯誤方面應能降至最低與減少書記人員之壓力，同時在維護病患安全上亦有所助益。

參考資料

- 王秀春、林月玲、李碧霞 (1997)・臺北市某市立醫院護理人員離職原因之探討・護理新象，7 (2)，658-672。
- 何素梅、羅鳳嬌 (2002)・多媒體病房簡介之專案計劃・榮總護理，19 (2)，179-184。
- 吳淑珍、詹秀妹 (2003)・新進護理人員實施督導座談會後適應程度之探討・慈濟護理雜誌，2 (2)，58-65。
- 林滿足、楊麗瑟、杜素慧 (2002)・內科門診診間助理職前訓練之改善方案・台大護理，1 (1)，14-22。
- 林艷君、陳月枝、李麗淑 (1998)・新進護理人員職前訓練的需求與成效之探討・護理新象，8 (2)，941-950。
- 林佑樺 (2003)・新進護理人員感受臨床工作挫折之探討・慈濟護理雜誌，2 (4)，83-93。
- 邱淑惠、吳重慶 (2003)・策略性管理：Kotter 模式應用於新進護理人員遴選條件評估之探討・秀傳醫學雜誌，4 (2)，101-106。
- 陳小蓮、盧美秀、陳品玲 (2001)・臨床護理輔導員制度對新進人員輔導成效之探討・新臺北護理期刊，3 (1)，35-44。
- 張惠甄、陳佩英、郭素青 (2004)・醫院設立分院時新進人員工作壓力源及其影響因素・健康管理學刊，2 (1)，37-50。
- 黃璉華 (2004)・從護生到護士—談新進護理人員的適應・護理雜誌，51 (4)，33-35。

A Project to Reduce the Turnover Rates for Newly Hired Clerks at the Outpatient Department

Mei-Ling Wu¹/ Wei-Ling Lei²/ Ka-Lai Wu³/ Hsiu-Mei Yen⁴/ Hung-Chung Hsing⁵

1.RN, BSN, Head Nurse, Cathay General Hospital, Hsinchu, Taiwan

2.RN, BSN, Nursing Supervisor, Cathay General Hospital, Hsinchu, Taiwan

3.RN, BSN, Nursing Supervisor, Cathay General Hospital, Taipei, Taiwan.

4.RN, Department of Nursing, Cathay General Hospital, Hsinchu, Taiwan

5.RN, Nursing Director, Cathay General Hospital, Hsinchu, Taiwan

Abstract

An education training program (ETP) cannot only assist new employees to adapt a new environment and to become familiar with operational tasks earlier, but also to improve the quality of patient services. The aim of this study was to reduce the turnover rates for newly hired clerks in an outpatient department (OPD).

After current data analysis, the turnover rate for three-month clerks was high, about 54.5%; the average evaluation score was 75 points, and the rate of completeness for ETP was 62%. Factors related to high turnover rates were: 1) clerks were not familiar with work tasks; 2) the ETP did not meet the needs of clerks; 3) the preceptors were not fixed so that the patient education was redundant; and 4) content was not consistent. After revising the training plan, orientation checklists, and producing several work manuals, including diagnosis in both Chinese and English, codes and mechanism of medication, and establishing a fixed preceptorship system, the turnover rate was reduced to 8.5%, the average evaluation scores were increased to 89 points, and the rate of completeness for ETP was increased to 89%.

The results not only reduced the turnover rate for newly hired clerks at the OPD, but also serve as reference for ETP and future personnel retention.

Keywords: Clerk, Outpatient department, Education training program

協助使用呼吸器之肺癌病患面對焦慮 -Watson's 關懷理論之運用

武香君¹ / 葉淑惠²

1.高雄醫學大學護理研究所碩士班研究生
2.美國猶他大學護理研究所博士

高雄醫學大學附設中和紀念醫院
長庚技術學院護理系兼高雄長庚醫院護理部

護理師
副教授及兼任督導

摘 要

肺癌是一種高致死率的疾病，對病患身、心、靈皆造成極大的打擊；而呼吸器之使用，更使病患因為侵入性的治療及疾病的威脅，產生生理與心理的壓力，病患在這些多重的身、心、靈之壓力下常會導致焦慮、害怕、焦躁的情緒反應。本文主要是探討一位呼吸器使用之肺癌末期病患於加護病房住院期間，面臨疾病與死亡威脅下所產生之焦慮反應。筆者藉由連續性的參與照顧，利用觀察個案語言及非語言的行為及與家屬溝通中，將個案的焦慮之導因進行分析、歸納及整理；並應用 Watson's 關懷照顧理論中的十項關懷照顧因素，在個案及家屬互信的基礎下，以促進個案生理的舒適、鼓勵情緒的表達、提供照護資訊等方式來緩解肺癌末期使用呼吸器個案之焦慮。

關鍵字：Watson's 關懷理論、焦慮、肺癌、呼吸器使用者

前 言

據民國92年之統計，台灣地區每十萬人口有30.63人死於肺癌，其死亡率占19.63%（行政院衛生署，2004）。肺癌病患在罹病過程中，必須承受身體不適及面對死亡之壓力（倪、于、黃，1997），當病患進入呼吸衰竭階段時，呼吸器便可能成為肺癌患者賴以維生的醫療儀器。呼吸器的使用造成病患喪失呼吸的自主權、自我隱私權、活動及溝通等能力，此類病患在面對無法掌控之病況及治療的多重威脅下，導致患者常出現嚴重的情緒困擾—「焦慮」（王，2004），而「焦慮」所伴隨的身心反應，對使用呼吸器的重症患者之

疾病預後，會造成極為負面之影響。

筆者因有感於加護病房的醫護人員對於重症病患的照顧常著重於生命徵象維持及疾病的控制，易忽略心理感受及需求的評估，常以藥物治療方式來緩解病患之焦慮反應；但往往當患者面對複雜的疾病壓力及焦慮時，除需要醫療處置外，更迫切地是需要醫護人員的關懷。Leininger女士曾說：「關懷即是護理、護理即是關懷」（齊，1988），所以筆者希望分享照顧一位使用呼吸器肺癌病患之護理經驗，使臨床醫護人員在照顧此類病患時，能藉由關懷過程中來培養相互

通訊作者：葉淑惠

職稱：副教授暨護理部兼任督導

服務機關：長庚技術學院，高雄長庚醫院 電話：（07）7317123 轉 8868 傳真：（07）7338456

地址：高雄縣鳥松鄉大埤路 123 號 兒童醫院 12 樓研究區 18 室

電子郵件：y470912adm.cgmh.org.tw

信賴之關係，並給予個別性的護理措施，使個案能夠面對焦慮及其導因、以達到更為安適之狀態。

文獻查證

一、肺癌病患之生理及心理威脅

肺癌是一種「沈默性疾病」，初期可能沒有任何症狀，但當症狀出現時，則將近有30%~40%的肺癌病患已有癌症轉移跡象，其五年之存活率只有5%~10% (Dest, 2000)。肺癌病患在面對疾病之衝擊下，可能出現的壓力源包括：身體疼痛、呼吸困難、身體功能減弱等生理層面之壓力，且癌症末期所伴隨之醫療、身體功能喪失及死亡，常會使病患覺得焦慮與害怕 (倪等, 1997)；其中又以死亡威脅為癌末病患常見的最大壓力源，患者會因死亡之壓力源，導致焦慮、恐懼、無望、及對自我價值感崩潰等反應 (杜, 1996)。

二、使用呼吸器病患之焦慮

「焦慮」的名詞解釋最早出自於心理學家佛洛伊德，其定義為「一種主觀不愉快的感覺，是個體對於外在或內在威脅自我所產生的心理反應」 (Freud, 1936)。北美護理診斷協會對焦慮的定義為「個體不確定或來源不清之主觀的憂鬱及壓力感」 (Carpenito, 1983)。林、許 (2002) 在本土焦慮感受的研究中曾指出，國人對焦慮之反應具有多重表達與呈現方式，包括害怕、憂鬱、生氣及羞恥等，且會伴隨多種不舒服及複雜之情緒。

加護病房中70%-80%病患焦慮的情形，特別是因呼吸功能衰竭導致必須依賴呼吸器之患者的焦慮情形較為嚴重 (Chlan, 2003)。加護病房病患的焦慮導因包括：身處陌生的醫療環境、接受侵入性的醫護措施、與親愛的家屬分離、面對疾病的不確定感等因素 (Biley, 1992)；焦慮會致使加護病房之重症病患產生睡眠紊亂、刺激自主神經之興奮、增加心肌氧氣消耗、動靜脈血管收縮，導致血壓、心跳及呼吸速率的上升，影響患者疾病復原及脫離呼吸器之過程 (Lindgren & Ames, 2005)，易使病患作出自行拔管的傷害性行為

(唐, 1999)。因此，緩解使用呼吸器病患的焦慮是不容忽視的護理重點。

三、焦慮病患的護理原則

Spear (1996) 指出護理人員在面對病患焦慮的照顧原則與步驟為：

(一). 觀察病患生理、心理、行為反應及評估焦慮程度。

焦慮所導致的反應，包括生理上出現心跳、呼吸加快、血壓上升等自主神經興奮之表現；在心理上可能會出現失落、神經質的個人感覺變化；在行為上，則會產生躁動、憤怒、哭泣之反應，且可能會有注意力無法集中、思考中斷之情形 (Carpenito, 1983)。焦慮程度之測量，常用的量表包括焦慮視覺類比量表及焦慮中文量表等。「焦慮視覺類比量表」是一種自我報告的主觀感受之測量工具，此量表為一個100公厘之直線指標，在直線最下端屬於完全沒有焦慮，最上端為極嚴重焦慮，可用來測量病人焦慮的主觀感 (Gift, 1989)。「焦慮中文量表」，由Derogatis等人於1976年所發展，中文版由葉英堃醫師翻譯，其量表內容共10題，以評量受測者一週內焦慮身心症狀的程度，由受測者自評之，以Likert Scale之四分法來計分，0分表示沒有焦慮，3分表示總是處於焦慮狀態，總分由0~30分，分數越高代表焦慮程度越高 (張、蔡、陳、黃, 2002)。

(二). 了解病患焦慮導因，並依據病患焦慮的程度及導因，執行個別性的護理措施。

焦慮患者之醫療處置，除了重度焦慮病患需給予抗焦慮藥物治療外，護理人員方面主要是針對輕、中度焦慮病患給予非藥物性的護理措施，包括：認知療法、行為治療、感官治療等。認知療法是藉由傾聽及溝通方式來幫助病患；行為治療則是指教導病患冥想、按摩等放鬆技巧以促進舒適；感官治療是指提供病患熟悉感官刺激 (Spear, 1996)。護理人員在非藥物的護理處置中，運用溝通、觸摸及人性化環境佈置等方式來提供關懷照顧，與病患及家屬建立良好護病關係，進而緩解病患焦慮不安之情緒。

四、Watson's 十項關懷照顧因素

關懷照顧為護理專業之核心，對於一個正在遭受疾病威脅之個案，關懷照顧為最重要的社會支持，經由護病的互動過程可以幫助個案獲得更高層次的身、心、靈之護理（杜，2003）。Watson's關懷護理主要是強調心理與靈性感受的「人性化照顧」，她認為每個被照顧之對象，都是具有獨特價值的個體，唯有用心體會，才能形成對個案最有意義之護理；其理論以十項關懷照顧因素為主軸，內容為：（一）. 形成人性化及利他的基本價值體系：整個關懷照顧的過程，應建立於人性化及利他性的基本價值體系，透過對他人施予、服務以及擴展對自我的認識，所產生的照顧行為。（二）. 實現並維持信心及希望：協助個案尋求健康照顧行為，並鼓勵及支持其信念，以促進健康、發揮最大的生命潛能。（三）. 培養對於自我及他人的敏銳度：透過自我的探索、感受與接納，引導自我實現，進而培養對其他人、事、物的敏銳度。（四）. 發展助人及信賴的關係：藉由助人關懷的特質、不具佔有性的溫情及有效的溝通、以建立信賴及幫助的關係。（五）. 促進正負感受的表達。（六）. 促進人際互動性的教與學：透過教學的技巧，提供個案足夠的訊息，使其自我成長。（七）. 運用系統性的問題解決法做決策：評估個案的知覺、感覺、關注、理解的能力，並強調共同的參與。（八）. 提供支持性、保護性或矯正性，並且涵蓋身、心、靈及社會文化各層面的環境。（九）. 協助滿足人性不同層次之需求，才進一步滿足高層次的需求。（十）. 允許來自於存有、現象與靈性的力量（Watson, 1988）。

個案簡介

一、基本資料

黃先生，70歲，信仰佛教，為退休的石棉工人，已婚，育有四子，么兒因工作地點而住屏東，其餘三子皆已成家，分住高雄。個案與妻同住，家中的經濟主要來源為微薄之退休金及兒子們的補貼。案妻及長子為主要照顧者，每日的探病時間會定期來探視個案。個案有高血壓之病史，平日以口服藥物控制，血

壓控制情形良好。50歲前有一天抽一包菸之習慣。飲酒方面，個案在一般社交場合，才会有小酌之情形。

二、就醫過程

個案於民國89年因呼吸喘、長期咳嗽到小診所就診，未見改善。到某醫學中心求診時，經電腦斷層及切片檢查，診斷為鱗狀上皮細胞癌，於同年行左下肺葉部分切除術。之後，陸續接受化療及放射線治療，其間日常生活尚可自理。此次住院主要原因為，個案於93年9月30日出現突發性呼吸喘及胸悶而入急診，經診斷為心肌梗塞，在行經皮穿腔冠狀動脈血管整形術時，出現呼吸衰竭、予插氣管內管並使用呼吸器，轉入心臟加護病房。心肌梗塞病情穩定後，個案因呼吸訓練過程不順利，於93年10月8日轉住呼吸治療中心，10月25日接受氣管造口手術。10月28日個案因肺水腫、呼吸衰竭加劇而轉入內科加護病房。

筆者護理個案的期間為民國93年10月28日至93年11月16日，為個案住內科加護病房之時期。於此期間，個案行支氣管鏡檢查，發現左側支氣管出現復發性肺腫瘤，造成左肺塌陷。個案於疾病的衝擊下，時常出現睡眠差、行為躁動，及焦慮之情緒表徵，經由運用Watson's關懷理論之照顧過程，個案焦慮漸獲得緩解，並於93年11月16日轉至他院之呼吸照顧病房。

護理評估

筆者於護理期間藉由身體評估、觀察、以紙筆會談之方式，針對個案的生理、心理、靈性的需求，進行歸納及分析，其結果如下。

一、生理層面

個案意識清醒，採氣管造口留置及使用呼吸器，使用之氧濃度為50%，呼吸音為輕微的濕囉音及哮鳴音，休息時呼吸平順。護理期間，個案常在護理人員為其抽痰前，多次以手勢及紙筆表達“我覺得吸不到空氣”，並以手腳之肢體動作來阻擾醫護人員的治療，且也因為情緒激動，而出現頻繁的呼吸器對抗及全身冒冷汗之情形。個案曾於11月3日接受肺動脈導管及支氣管鏡檢查前，出現嚴重哮鳴音，予以類固醇、

支氣管擴張劑噴霧治療才能緩解。

在11月6日肺動脈導管監測及抽血反應中顯示，心臟病情已趨於平穩，但個案在失眠、情緒激動不安時，會出現早發性心房收縮及主訴有心悸的情形，心跳次數會由基準值的80—90次/分增加至110—120次/分。於11月6日主訴「心臟好像在打翻似的難過」。營養方面，因消化情形較差，而採連續性幫浦之灌食方式，每日2300卡之限鹽、限水1800ml之配方牛奶灌食，但個案時常出現口渴之情形，於會客期間常要求喝果汁及飲料，導致水分給予控制差。活動及休息方面，個案於使用呼吸器初期，常出現有躁動不安及拔管的舉動，為預防個案自行拔管而給予個案保護性約束。於筆者此次的護理期間，個案已無自行拔管之舉動，但個案會出現扭動身體、坐立難安，經常出現神情驚慌及四肢發抖的情形等。睡眠型態上，個案每日夜間睡眠的時間約持續1—2小時、不易入睡，呈現間斷性睡眠及無故驚醒。

二、心理層面

據家屬表示個案剛罹患肺癌時，因無轉移之情形，於早期便接受開刀、化學及放射線治療，個案對於疾病處理態度一直表現堅強、積極、及賦予希望的一面。而於此次住院期間，個案情緒會隨著病情的變化、生理的威脅、及家屬對於疾病的反應等因素，而呈現動態的波動。筆者分析造成個案心理變化之導因，包括對於現存疾病威脅、角色關係失落，以及死亡之威脅三大因素，其分述如下：

(一). 對於現存疾病威脅之情緒反應

現存疾病導致的個案反應，包括：(1). 因氣切及呼吸器使用所產生的情緒表徵，於護理期間個案時常用手檢查呼吸器與氣切接頭之接合，在呼吸器接頭脫落時顯得十分緊張，當護理人員執行氣切護理或執行呼吸訓練時會特別警覺，十分注意醫護人員的舉動；個案曾以紙筆描訴：「我是不是一輩子都需使用呼吸器？呼吸器接頭掉了，你們會不會不知道？」、「雖然使用機器，仍會有很喘的情形？」(2). 胸悶不適所產生的情緒表徵：個案於10月28日出現胸悶，呼吸淺快，次數約為30—35次/分，行為顯得特別不安，出現雙手

敲擊床欄等行為。曾描述：「覺得心臟很辛苦、跳很快、昨天上半暝、下半暝時心臟像打翻般，很擔心、有股說不出來的感受」、「是不是心臟快要壞掉了？」(3). 面臨侵入性的治療時所產生的情緒反應：個案得知11月3日預執行侵入性檢查時出現緊張、皺眉。於檢查前反覆詢問及表示：「很怕！痛及不舒服時，您們會知道嘛？」、「會不會很久？很辛苦？」，檢查過程中曾出現四肢發抖，檢查後反覆詢問檢查之結果，且十分注意與關心醫師的病情解釋及家屬反應。(4). 睡眠不足所產生的情緒表徵：個案時常白天一臉倦容，於交談的過程中睡著。多次於護理人員進行翻身、抽痰之護理活動中清醒，出現皺眉、搖頭，甚至憤怒地拒絕醫護的照顧活動。曾主述：「很久沒有好好睡、我這樣下去身體會撐不下去。」

(二). 對於角色關係失落之情緒反應

個案曾以紙筆表示：「已經做阿公了，但無法陪孫子們玩了」、「我擔心太太日後的生活，現在所有的事情皆由她負擔、對不起她」、「我這樣躺著，會造成家人的負擔」。於會客時間，個案會出現緊握兒子的手與摟住案妻腰部之行為，會客後則不發言語、並常出現不自主之哭泣行為。

(三). 對於死亡威脅之情緒反應

個案曾於11月5日向護理人員及家屬表示：「我覺得好像已經『死一半』，我怕差一點見不到你們了」、「我之前做過日本兵、看人砍頭我都不怕、怎會怕死！我怕的是會不會很苦？」、「很想上西天、歸去，但我不知道可不可以？」而家屬對於個案的無望情緒及面臨死亡威脅之陳訴，則採刻意避開話題及阻止談論之態度，以迴避個案此類心理的感受。

三、靈性層面

個案於生病前無特殊的宗教信仰，然而在得知罹患癌症之後，時常至廟宇拜拜祈求身體平安。與家屬溝通中得知，個案於生病後曾表示自己會得癌症是前世的因，今世是要來還債才會受那麼多的罪。家屬表示，個案是生病後在面對疾病及生命的威脅下，才感受到宗教寄託的重要性，因此個案對於自己先前無虔誠的信仰宗教而感到後悔、懊惱與擔心。

焦慮問題的確立與分析

綜合以上生理、心理、靈性層面之評估，發現個案於客觀表徵，出現呼吸淺快、支氣管收縮、心跳加快、心律不整、頻渴等生理徵象，且行為上出現躁動、哭泣；認知上出現緊張度增加之情形。主觀表徵上，個案因疾病進展、及瞭解使用呼吸器對維持生命之必要，卻又同時擔心必須終身使用，而出現矛盾、無望、失落等感受。個案之問題表徵與北美護理診斷協會所定義焦慮之定義相符（高，2005），筆者進一步於10月28日以視覺類比量表測量其焦慮程度，其分數介於60mm。10月30日以焦慮中文量表測量，發現個案之焦慮分數為16分，確立個案有中等程度之焦慮。焦慮之相關因素，經評估資料發現個案的多源性焦慮，大致可歸類納為：呼吸器與氣切之使用、面對胸悶不適、接受侵入性治療、睡眠不足、面對角色失落，以及死亡威脅等六大焦慮源。

以 Watson's 理論為主軸的護理

筆者針對個案六大類焦慮源，運用Watson's關懷理論給予護理，設立短程護理目標為個案的焦慮感受程度減輕，例如：行為上之緊張度、失眠、雙手震顫等焦慮反應現象減輕及主觀焦慮量表分數下降。長程護理目標為：1.個案能釐清自己的焦慮感並參與照顧計畫；2.接受疾病過程中身體及角色功能的變化；3.面對危機時，能尋求支持系統的協助，並採取有效的放鬆及因應策略。其詳細護理活動如下：

一、針對呼吸器及氣切使用所產生的焦慮

【護理措施】(1). 運用發展助人及信賴關係因素：於執行呼吸器之相關護理時，向個案說明目的及可能之不適。於執行護理時動作輕柔，隨時觀察個案反應，並將其觀察到的反應與個案溝通。(2). 運用促進正負感受表達因素：鼓勵個案表達其感受或不適，以了解其情境並相信其主訴。(3). 運用提供支持性、保護性環境因素：給予個案叫人鈴、使用血氧濃度監測儀，向個案說明其生命徵象及血氧濃度皆持續監測

中。使用氣切固定帶及橡皮筋以輔助氣切造口與呼吸器之固定，並向病患說明當呼吸器鬆脫時，醫護人員會立即發現並給予處理，以使病患安心。於個案接受呼吸訓練時，給予家屬較彈性的會客時間，以利用家屬的支持及鼓勵的力量來促使個案的進步。

【評值】(1). 11月10日後病患少出現與呼吸器對抗之情形、呼吸速率約18—24次/分，無呼吸淺快的情形。(2). 11月12日個案自行評估痰量，告知護理人員何時需要抽痰的協助，且抽痰前會執行咳嗽的動作促進痰液排除。

二、胸悶不適所產生的焦慮

【護理措施】(1). 運用形成人性化及利他性的價值因素：個案出現胸悶情形時，給予適時的安撫，不以質疑及責備的態度，必要時與醫師討論給予使用止痛劑，增加舒適感。(2). 運用培養對於自我及他人的敏銳度因素：觀察個案的臉部表情及情緒反應，密切監測及紀錄心電圖的變化、心臟酵素及生命徵象。

(3). 運用促進正負感受表達因素：鼓勵個案觀察胸悶的性質及表達胸悶的感覺，並表達同理其感受。

(4). 運用促進人際互動性的教與學因素：主動告知個案並解釋目前病情，並衛教心肌梗塞之疼痛性質及疼痛的反射部位。(5). 運用提供支持性、保護性環境因素：給予持續性的心電圖監測，並利用聽音樂及佛經之方式，來分散個案對胸部不適感的注意力。

【評值】(1). 11月5日個案清楚表示：「心跳的情形好很多，且將擔心的事情說出來，比較不會那麼難過」。11月7日起心電圖出現心律不整及早發性收縮之頻率減少。(2). 10月30日個案表示：「聽佛經後，自己會較放鬆，胸部不適減輕」。

三、面對侵入性檢查所導致之焦慮

【護理措施】(1). 運用發展助人及信賴的人際關係因素：於執行檢查前，協同執行檢查的醫師，向個案自我介紹及說明檢查的流程，鼓勵提出任何相關疑問。(2). 運用培養對於自我及他人的敏銳度因素：於檢查前，敏銳觀察個案的語言及非語言訊息，於檢查過程中則隨時觀察個案是否出現不適的反應。(3).

運用形成人性化及利他性的價值因素：評估個案的焦慮程度，必要時與醫師討論於檢查中給予個案使用鎮靜劑及肌肉鬆弛劑。(4). 運用促進正負感受表達因素：於檢查過程中以同理心之態度，傾聽並接受個案所出現的不適感，並給予解釋及安慰。(5). 運用促進人際互動性的教與學因素：於接受檢查前，使用圖片來輔助說明檢查的過程，及說明檢查過程中可能會出現的不適感與相關醫護解決措施。

【評值】(1). 於檢查前給予個案適當保證及衛教後，個案仍有四肢發抖的情形，在徵得病患之同意下，於檢查過程中依醫囑予鎮靜劑使用，整個過程中個案意識清楚，無出現顫抖及反抗之行爲。(2). 11月6日主述：「做檢查很擔心、很不舒服，但爲了身體好，還是得做」。

四、睡眠不足所產生的焦慮

【護理措施】(1). 運用促進正負感受表達因素：與個案溝通，並鼓勵說個案出心中的感受及導致睡眠不足的原因。(2). 運用提供支持性、保護性環境因素：於夜間睡眠時間儘量提供安靜的環境，採集中護理，儘量減少個案睡眠期間的侵入性治療及翻身等護理活動，並與家屬及病人溝通，了解個案平時睡眠習慣，提供個別性的護理。(3). 運用系統性的問題解決法做決策及協助不同層次需求滿足因素：以疼痛的十分量表，評估個案是否有胸悶疼痛的情形。睡前給予個案溫水擦澡，使增加身體舒適感。教導個案於睡前可以聆聽音樂，並配合肌肉放鬆技巧，以促進入眠。於睡眠時協助使用耳塞，以減少機器噪音之干擾。在病情允許下，依醫囑給予安眠鎮靜藥物。

【評值】(1). 11月4日個案要求於睡前給予擦澡。11月5日個案睡前使用耳機自行控制廣播的撥放。(2). 11月10日起，個案睡眠情形可持續4小時，於中午會客後午睡約1-2小時外，其餘時間精神狀態佳。

五、角色關係的失落所產生的焦慮

【護理措施】(1). 運用促進正負感受的表達及發展助人及信賴關係因素：利用陪伴技巧，鼓勵及傾

聽個案對於自我價值及角色關係的失落之負向情緒。對於個案的情緒表達及感受，採取同理、不批評的態度。當個案提及哀傷層次，出現情緒宣洩時，給予個案輕撫、擁肩及陪伴。鼓勵個案將心中的感受及未完成的心願，以日記方式寫出，以提供其情緒發洩之管道。(2). 運用形成人性化及利他價值體系因素：將個案心中感受，適時轉達給家屬，促使個案及家屬之間之感情建立、連結及溝通。(3). 運用提供支持性、保護性環境因素，協助家屬於病床旁放置照片，以利用昔日家庭生活的回憶，來提升個案對於家庭中之自我價值感。

【評值】11月10日個案拿著孫子給的卡片給筆者看，上面寫著祝福平安、鼓勵、堅強等話語，手握孫子於天鳳宮祈求的平安符，露出微笑、滿足的表情，並表示：「事實上我已經很滿足，兒孫成群、子女生活又穩定，且太太要我安心養病，這些年間，她也已經學會照顧自己了」

六、死亡威脅所產生的焦慮

【護理措施】(1). 運用形成人性化及利他基本價值體系及促進正負感受表達因素：與個案討論自覺此疾病的預後及未來看法，並引用『天下無不散之筵席』，引導個案及家屬說出對於可能因疾病導致分離的感受。以開放性的態度，鼓勵個案表達心中對死亡的感覺，且婉轉的告知家屬，不要因爲害怕觸及死亡之議題而避開個案的表達。澄清個案對於癌症、死亡的認知，以降低個案對於癌症及死亡的恐懼。將個案對疾病的看法及生命的意義，轉達給家屬知道，讓家屬在面對個案病情變化時，作爲決定是否給予急救決策的參考。(2). 運用來自於存有、現象及靈性力量因素：利用宗教信仰的力量，來減輕個案對於死亡的恐懼，允許個案於病房內聽佛經、鼓勵家屬可請宗教人士，於病床邊幫個案做祈福、皈依之宗教儀式，以增強個案的靈性支持。

【評值】11月15日個案接受寺廟內和尚的祈福儀式後，表情較緩和，沒有出現焦躁的行爲舉動。

結論與討論

病患接受呼吸器治療之過程經驗是一種非人性化、非友善的情境，自插管使用呼吸器，痛苦、害怕、難過的感覺便開始存在 (Logan & Jenny, 1997)，而本文中個案除使用呼吸器外，尚合併肺癌疾病不確定感之雙重壓力，因而出現了生理上疾病威脅與想像中面對死亡之焦慮。筆者利用Watson的十項關懷照顧因素做為護理模式，鼓勵個案表達情緒以分析個案之多重性之焦慮源，並分別針對不同焦慮源給予個別性的護理。最終，個案於11月16日轉出內科加護病房時，筆者以量表測試其焦慮程度，視覺類比量表由住院時的60mm下降至20mm、中文焦慮量表則由16分下降至6分，顯示焦慮程度由中度焦慮降至低度焦慮，且個案於出院前曾以筆談論及寫日記的方式表達感恩醫護人員之照顧，並對於病情較穩定可以轉至一般呼吸照顧病房表示欣慰。經護理評值後，筆者確立此次護理過程達到了減輕個案焦慮程度之短期護理目標；除此之外，在藉由與個案溝通及衛教過程中，個案逐漸能接受疾病所導致的身體及角色功能的變化，嘗試運用支持系統及放鬆因應策略來緩解焦慮情緒，因而達到長期性之護理目標。

本文中最大的限制是個案為急性期重症個案，因住院期間及護理時間之限制，給予護理措施中多以處理生理之問題及主要的焦慮情緒為焦點，對於癌症本身對於個案及家屬之衝擊、心理的掙扎上無法作深入的了解，導致個案的整體性焦慮情緒雖然獲得改善，但其焦慮仍可能因未來疾病的進展、所承受之壓力，而產生動態性的變化。因此護理人員在照顧此類個案中除處理生理上的疾病問題外，更應該以關懷之護理來了解個體心理及靈性上的需要，且應著重於持續性及個別性的照顧，如此才能真正的陪伴此類個案達到真正的身心靈之完整護理。

臨床中護理人員對於Watson's關懷理論之實際運用上仍顯生疏，Watson's之關懷理論中所提及的十項關懷因素較抽象，其無清楚地說明護理人員與案主互動關係上，哪些是護理人員的責任，哪些是案主的責任，所以其理論的使用上較複雜及難以理解 (杜，

2003)，然而Watson's關懷理論中所提供的道德觀及哲學觀，可以提供忙碌於臨床工作的護理人員做一深刻的省思，例如：護理工作中面對時間的壓力及人力的短缺下，護理人員有否關懷到個案之個別性需求及心理、靈性的差異、是否真正的是以個案的角度及需求來給予患者所需之護理等，這些皆是臨床人員於執行護理照顧時應慎重考量之處。護理是人性科學，必須結合理論及實務透過科學及人文上的學習，才能真正執行專業性及個別性的護理活動。關懷理論中所主張的人性關懷，是現今臨床護理可以進步的空間，亦是發揮護理專業之獨立性功能之處。因此希望藉由本文中個案的護理經驗，提供臨床人員能對Watson's關懷理論做初步的認識，更希望臨床人員能將關懷護理之精神帶至臨床實務之工作中。

參考文獻

- 王鳳葉 (2004)·呼吸器脫離項目的評估與呼吸器脫離結果之相關因素的探討·未發表的碩士論文·臺北：臺北醫學大學醫學研究所。
- 行政院衛生署 (2004, 2月22日)·92年度台灣地區主要癌症死亡原因·2005年2月28日取自 <http://www.doh.gov.tw/statistic/data>
- 杜友蘭 (2003)·護理理論與實務運用·臺北：華杏。
- 杜異珍 (1996)·台灣中部地區護理人員對於照顧瀕死病患知識、態度及其影響因素之探討·榮總護理，14(1)，1-10。
- 林麗英、許敏桃 (2002)·由個案觀點看焦慮：一個本土護理學的田野研究·榮總護理，19(4)，379-386。
- 高紀惠 (2005)·NANDA 護理診斷手冊 2005~2006·臺北：華杏。
- 倪麗娟、于博芮、黃秀梨 (1997)·一位肺癌末期病患住院期間所面臨壓力源及因應策略·護理雜誌，44(5)，51-59。
- 唐高駿 (1999)·重症病患之止痛與鎮靜·臨床醫學，41(4)，248-255。
- 張紀萍、蔡芸芳、陳月枝、黃秀梨 (2002)·燒傷病人焦慮及其相關因素·台灣醫學，6(5)，661-670。

- 齊珍慈 (1988) 。關懷照顧的本質及應用・榮總護理，
15 (4)，396-402。
- Biley, F. (1992). Using music therapy in hospital setting.
Nursing Standard, 6(35), 37-39.
- Carpenito, L. J. (1983). *Nursing diagnosis: Application to clinical practice*. (5th ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Chlan, L. L. (2003). Description of anxiety level by individual differences and clinical factors in patients receiving mechanical ventilator support. *Heart & Lung: The Journal of Acute & Critical Care*, 32(4), 275-282.
- Dest, V. M. (2000). Lung cancer. *RN*, 63(5), 32-34.
- Freud, S. (1936). *The problem of anxiety*. New York: Norton.
- Gift, A. G. (1989). Visual Analogue Scale: Measurement of subjective phenomena. *Nursing Research*, 38, 286-288.
- Lindgren, V. A., & Ames, N. J. (2005). Caring for patients on mechanical ventilation: What research indicates is best practice. *American Journal of Nursing*, 105(5), 50-61.
- Logan, J., & Jenny, J. (1997). Qualitative analysis of patients' work during mechanical ventilation and weaning. *Heart & Lung: The Journal of Acute & Critical Care*, 26(2), 140-147.
- Spear, H. L. (1996). Anxiety: When to worry, what to do. *RN*, 59(7), 40-46.
- Watson, J. (1988). *Nursing: Human science and human care*. New York: National League for Nursing.

The Application of Watson's Caring Theory: Helping a Lung Cancer Patient to Face Anxiety on a Ventilator

Shiau-jiun Wu¹/ Shu-Hui Yeh²

- 1.BSN, RN, Graduate student, College of Nursing, Kaohsiung Medical University, Chuang-Ho Memorial Hospital.
2.RN, ANP, PhD, Associate Professor, Nursing Supervisor, Cheng Gung Institute of Technology; Cheng Gung Memorial Hospital in Kaohsiung.
-

Abstract

Lung cancer carries a high death rate and usually comes as tragic physical and emotional shock to the patient. Because of invasive treatments and threatening illness, patients experience increased physical and mental stress during the time that they are using the ventilator. Under such circumstances, lung cancer patients often feel very anxious. This paper explores the reflections on anxiety of an end-stage lung cancer patient on a ventilator during his stay in an intensive care unit as he faced increased illness and impending death. While caring for the patient, we collected and analyzed the sources of the patient's anxiety by observing his verbal and nonverbal behavior and observing his communication with his family. Using Watson's caring theory, we gained the trust of the patient and members of his family, reduced his physical pain, encouraged him to express his emotions, and offered the family information to reduce anxiety of the end stage of a lung cancer patient.

Keywords: Watson's caring theory, Anxiety, Lung cancer, Ventilator

Correspondence: Shu-Hui Yeh
Associate Professor, Nursing Supervisor
Cheng Gung Institute of Technology; Cheng
Gung Memorial Hospital in Kaohsiung
No.123, Daipei Rd., Niasong Township,
Kaohsiung County, Taiwan, 833

Tel: 886-7-7317123 Ext.8868
E-mail: y470912@adm.cgmh.org.tw

Fax: 886-7-7338456