

行政院國家科學委員會專題研究計畫 成果報告

系統性護理介入措施對頭部外傷患者主要照顧者心理困擾 及健康狀況之成效 研究成果報告(精簡版)

計畫類別：個別型
計畫編號：NSC 95-2314-B-002-241-
執行期間：95年08月01日至96年07月31日
執行單位：國立臺灣大學醫學院護理學系暨研究所

計畫主持人：羅美芳
共同主持人：黃勝堅
計畫參與人員：學士級-專任助理：張雅萍

報告附件：出席國際會議研究心得報告及發表論文

處理方式：本計畫可公開查詢

中華民國 96 年 12 月 05 日

前言及重要性

頭部外傷在國內有高的發生率及死亡率，根據衛生署國人十大死亡之原因統計顯示，事故傷害佔 92 年度全國十大死因之第五位（衛生署, 2003），機車意外是頭部損傷之最大致因，其他致因則為受到攻擊、摔傷及意外(廖, 2000)，治療包括內科及外科治療(廖, 2000)。而頭部外傷患者在治療後會留下輕重不等之殘障，及合併有不同程度之身體功能、心智功能及情緒、行為之改變，進而影響患者自我照顧能力，需要特別照顧與長期復健。頭部外傷患者不論在急性期或恢復期均需特別照顧，照顧者的負擔不言自明，尤其頭部外傷病人，大多正值生產階段，對社會、家庭所造成之影響甚鉅，家庭照顧者除了要處理患者之問題，還要處理自己的無力及負荷，照顧者負荷的產生，主要有三方面：(1) 隨著病情變化所產生的不確定感，出現害怕面對病患死亡或殘障的憂鬱、焦慮與無助的負面情緒。(2) 需改變原有的角色、生活型態及需求。(3) 當本身需求與疾病需求不一致時，照顧者之需求往往被忽略，最後造成照顧者之崩潰(Browning & Schwirian, 1994)。長期下來整個家庭之健康都將受到影響。家庭照顧者主要之壓力來自患者之身體依賴程度、心智功能缺失及成員對個案失能之反應(Askenasy, & Rahmani, 1987; Baker, 1990; Flanagan, 1998; Lezak, 1988)，其他照顧者負荷的預測因子尚有行為問題、社交隔離、心智功能及社會支持(Nabors Seacat, Rosenthal, 2002)，其中心智功能缺失是造成照護者負荷最大因素(Browning & Schwirian, 1994)，Serio 等(1995)之調查研究發現，部外傷患者主要照顧者其需求(包括醫療資訊及情緒支持)有 19% 未被滿足，需求未滿足情形在 Connolly & O'Dowd (2001)之調查研究也有同樣的發現，唐(1991)曾針對 101 位頭部外傷患者家屬進行壓力評估，結果顯示家屬的壓力源有 6 大項，依次為：(1) 照護者的知識不足，(2) 病患之身體症狀，(3) 家庭功能之衝擊，(4) 病患之認知功能，(5) 照護者之心理負擔，(6) 家庭活動之改變。朱及鄭(1999)收集 20 位頭部外傷患者及其家屬於患者出院前後，家庭照顧者壓力源及因應方式，結果顯示，家庭照顧者於病患住院時，主要之壓力源為病患之認知功能、照顧者的心理負擔及照顧者的知識能力，出院後一個月後，這些壓力均有下降趨勢，最能預測出院後照顧者採用因應項目多寡的因素為來自照顧病患知識和能力的壓力，Kreutzer 等(1994)利用訪談的方式了解頭部外傷病患主要照顧者之需求，主要歸類為三大需求(1) 需要有關頭部外傷治療及預後之訊息。(2) 需要專業團隊誠實、清楚的溝通。(3) 需要心理支持(Kreutzer, Serio, & Bergquist, 1994)，Foster & Young (1996)以焦點團體探討頭部受傷患者之主要照顧者之訊息需求及建議，結果主要照顧者建議需提供更多支持、訊息及諮詢之需求，這些和 Morris (2001)所提出照顧者需要完整之訊息來協助他們做未來生活的改變是一致的。因此若護理人員能依家屬在出院前之不同需求，給予適時的指導，將能維護照顧者的身心健康，文獻指出家屬於出院前最大的需求為醫療訊息，最不重要的為社交需求(Nabors, 2002)，很多研究均顯示頭部外傷病患主要照顧者有較差之心理健康，且會持續多年，其主要原因和缺乏訊息、知識不足及沒有整合的社區服務(Forster

& Young, 1996) 有關，若能針對這些設計改善措施，應該可以促進其心理健康。

頭部外傷患者主要照顧者之介入措施

頭部外傷患者及主要照顧者之需求如何被滿足，實有必要進一步建立照顧模式，文獻中提出個案管理，提供照顧者適時之衛教並整合服務以滿足照顧者之需求(Elliott & Smith, 1985; King, Crawford, Wenden, Moss, & Wade, 1997)，經由教育(education)、諮商(counseling)、及情緒支持(support)來緩解照顧者之壓力(Askenasy & Rahmani, 1987; Baker, 1990; Flanagan, 1998; Lezak, 1988; Tyerman & Booth, 2001)，提供照顧者有關病人行為處理之訊息，能減低照顧者之心理壓力或困擾(Levels of distress)(Morris, 2001)，或是經由認知訓練來促進恢復並減低患者之行為問題(Askenasy & Rahmani, 1987; 陳, 1998)，均是有效之護理介入措施。

訊息需求是主要照顧者重要的需求之一，Morris (2001) 之研究，發現提供書面資料能有效降低照顧者之焦慮程度，同時照顧者也提出若這些訊息能於出院時即獲得應該會更有幫助，可見訊息的提供必須整合於出院準備的一部份。

Hauber 及 Jones (2002) 利用 videophone 追蹤 5 位頭部外傷個案 4-8 星期，並於出院 6-9 個月以電話追蹤，並和類似團體但未使用 videophone 者比較，結果發現家屬之需求被滿足程度較高，病患仍被留在家中照顧且持續接受復健的比例高，因此利用電話之諮詢 (videophone conference)，可以協助照顧者更能夠在家照顧病患，且其需求被滿足程度也較高。Bowen 等(2001)探討不同照護模式對頭部外傷患者主要照顧者之情緒困擾(emotional distress)及訊息提供滿意度之成效，結果發現接受介入措施者，能降低主要照顧者之情緒困擾，且對訊息提供滿意度也較高(Bowen, Tennant, Neumann, & Chamberlain, 2001)。

照顧者的相關知識、技能不足是造成照顧者的壓力及因應主要原因，若沒有適當的訊息提供、技能訓練、及專業支持，照顧者會產生身、心層面之問題，如社交隔離、角色改變、憂鬱、焦慮、及出現身體不適症狀(somatic complains)(Kolakowsky-Hayner, Miner, & Kreutzer, 2001)。綜合上面文獻，不論輕、重度頭部外傷均會造成病患及家屬之重大改變，病患出現之身、心、社會、情緒問題，長期會改變主要照顧者之角色關係、生活型態及生活品質。病患的行為問題為主要照顧者心理壓力或困擾之主要預測因子，設計適當之護理介入措施，給予最好的支持 (best support) 及正確訊息 (right information)，是目前對頭部外傷患者及家庭照護之重點，應列入整體之護理計劃中 (Bowen, et al., 2001)。

研究者針對 65 位已出院頭部外傷患者及其主要照顧者採結構性問卷所得資料分析，病患最嚴重的三項行為問題為：(1)記憶短缺，事情很快就忘記，(2)極容易感疲勞、暈倦，(3)抱怨身體不適或一些身體症狀(如頭痛、暈眩)。主要照顧者擔任照顧工作之後的健康狀況大多為普通或非常差，感受之生活品質大多為普通或非常差。照顧者對於病患出現行為之困擾程度排名最前的三項行為問題為：(1)抱怨身體不適或一些身體症狀(如頭痛、暈眩)，(2)注意力不集中/ 警覺性降低，(3)焦慮不安。這些問題包括身體、心理、及情緒各層面，且發現照顧者感受之社會支持和病患之受傷時間有顯著負相關，病患受傷時間越長，照顧者感受

到之社會支持越低。若能針對重要問題，提供適當訊息，應能促進照顧者之知識及技能，相對能降低照顧者之心理負擔。

研究設計

本研究採類實驗之研究設計，利用觀察、問卷及病歷查閱等方式收集資料，病患除接受一般病房護理之後，另由專科護理師提供照顧者整體之照護訊息並於出院後每二星期一次以電話追蹤，提供問題解決、諮詢直至出院後三個月為止。

研究目的

本研究計劃為連續計畫之第二年介入期之研究，採類實驗之研究設計，第一年已先收集控制組資料，依初步研究結果設計適當的介入計畫，第二年計畫之目的在探討護理介入措施對頭部外傷患者主要照顧者心理困擾及健康狀況之成效，研究目的如下：(1)比較有無接受系統性護理介入措施對頭部外傷患者主要照顧者心理困擾程度之差異。(2)比較有無接受系統性護理介入措施對頭部外傷患者主要照顧者健康狀況、社會支持、生活品質之差異。(3)比較頭部外傷患者主要照顧者，對不同護理訊息提供模式之滿意程度。

研究場所

本研究計劃於北部某醫學中心神經外科病房進行。

收案對象

本研究所稱之頭部外傷是指患者有明顯的腦受傷或顱骨骨折的現象，經接受住院觀察或手術，臨床上出現意識喪失、外傷後之健忘症、神經肌肉障礙症狀者，入院時之昏迷指數 3-14 分，但不包括先前有頭部外傷之病患。家庭照顧者指的是頭部外傷患者住院期間及出院後，主要負擔照顧患者責任之家庭成員，年滿 18 歲，能以國、台語溝通之家屬。收案對象以北部某醫學中心神經外科病房之頭部外傷病患，不論接受手術與否皆為潛在對象，若家人採輪流照顧，則以照顧時間最多或預定出院後主要負擔照護責任之家庭成員為對象。

研究工具

下列之工具將用來收集本研究資料，主要照顧者之基本資料如年齡、教育程度、工作經歷及頭部外傷患者之基本資料，會在收案過程中一併收集。研究工具包括：(1)以巴氏量表、及神經行為評核表(Neurobehavioral Rating Scale, NRS)來評估頭部外傷患者失能之嚴重度(severity of disability)，(2)以頭部外傷病患家屬需求量表探討主要照顧者之需求，(3)以中國人健康量表(Chinese Health Questionnaire, CHQ-12)，評估主要照顧者之困擾程度，(4)以單題詢問主要照顧者整體生活品質、健康狀況、社會支持當作成效指標，(5)以訊息滿意度單題評估主要照顧者對照護訊息提供之滿意程度。

收集資料過程

在資料收集之前，研究者將先申請通過該機構之研究倫理委員會審查，取得同意之後再開始資料之收集，由研究者或助理以評估個案及照顧者自行填寫問卷方式完成資料之收集，於病患住(轉)入神經外科病房即先收集基本資料、病患

之身體功能表 (BI)、心智功能、神經行為評核表 (NRS)，收案方式以病歷查閱、直接詢問、及身體評估達成。在病房期間由一位專科護理師者給予主要照顧者完整的訊息，當獲知患者已有確切之出院日期，則於出院前由研究助理再度收集患者之身體功能、心智功能、神經行為評核、中國人健康量表及詢問主要照顧者對所提供照護訊息之滿意程度，於病患出院後三個月，研究助理再以同樣之工具收集出院後三個月之患者及主要照顧者資料。介入措施之執行，由一位專科護理師提供整體之頭部外傷患者照護之訊息並於出院後每二星期一次以電話追蹤、提供問題解決、諮詢直至出院後三個月為止，三個月至少有 6 次電訪，照顧者提出的問題種類，將會紀錄電訪時間及問題分類及提供之建議，供日後追蹤及分析之用。

資料分析

所得之資料將在編碼後輸入電腦系統並以 SPSS 12.0 統計軟體加以分析，以描述性統計及圖形呈現頭部外傷個案之基本資料、身體功能、心智功能、行為問題及照顧者的困擾程度、健康狀況及其變化等結果，並利用獨立 t 檢定、配對 t 檢定分析及比較兩組患者及主要照顧者各項測量、與基本屬性之差異。

研究結果

個案基本資料

本研究共收案 26 位頭部外傷個案及其主要照顧者之資料，其中一位個案於住院中死亡，二位於出院三個月內死亡。個案部分以女性居多(69.20%)，大多數為已婚(65.40)，平均年齡為 54 歲，平均 1.3 個有慢性疾病，其中最多為高血壓(9 位)，次為心臟病(5 位)，平均住神經外科天數為 16 天(表 1)，有 24 位個案出院後回家與家人同住，1 位回學校宿舍，出院三個月時之居住情形差不多。

個案之身體功能及認知功能之變化

出院時之昏迷指數平均為 13.81 分，出院三個月時之昏迷指數平均為 14.65 分，個案之身體功能巴氏量表總分由入院時平均 46 分，至出院時平均 65 分，至出院三個月為 91 分，其進步分數有統計上之顯著差異。個案之認知功能，於入院時有 13 位為異常或無法評估，出院時有 13 人為異常或無法評估，主要問題為記憶力障礙或計算力障礙。出院三個月時已有 10 位回復工作，有 12 位無法工作或就學，出院後三個月內有 6 位曾再入院，5 位為預期性再入院，1 為因發燒、尿路感染而再入院 (表 2)。

出院時及出院三個月時之個案問題

出院時護理人員認為個案需追蹤的主要問題為傷口(6 位)、行走(6 位)。出院三個月後，主要照顧者所列之個案問題主要為行為、情緒問題(3 位)。以神經行為評核表個案之身心、行為問題，出院時每位個案平均有 4.5 項行為問題，最常見的問題為「極容易感到疲勞、暈倦」(15 位)(表 3)，出院三個月時每位個案平均有 4.9 項行為問題，最常見的問題為「常抱怨身體不適或一些身體症狀」(12 位)(表 4)。

主要照顧者基本屬性及其健康適應情形

主要照顧者主要以女性為主（19 位），平均年齡為 53 歲，和個案關係主要為配偶或父母，大多數照顧者（25 位）沒有因擔任照顧者工作而改變職業。大多數之照顧者和個案同住，除了照顧者外尚有其他家人輪流照顧個案(表 5)。

主要照顧者之困擾情形

以中國人健康量表探討主要照顧者之困擾情形，出院時平均為 10.42 分（表 6），出院三個月時平均為 6.70 分（表 7），二者之間有顯著差異（paired $t = 2.82$, $p < 0.05$ ）（表 10），出院三個月時狀況已顯著變好（得分越低，困擾越低）。

主要照顧者之需求項目

以頭部外傷病患家屬需求量表探討主要照顧者之需求，於 27 項需求項目，住院期間覺得有需求人數最多的項目為「我需要醫療成員在執行醫療處置、衛教或復健時能顧及病人的需求和希望」（26 位）、「我需要被告知有關病情發展的變化」（26 位）、「我需要醫療成員能用我所瞭解的字句來解釋問題」（25 位），但於出院時需求未被滿足人數最多的項目為「我需要獲得足夠的休息或睡眠」（9 位）、「我需要從這些問題和責任中獲得休息」（9 位）、「我需要得到幫助來決定可以讓病人自己做多少事情」（8 位）（表 8）。出院三個月時，需求未被滿足人數最多的項目主要為「我需要從這些問題和責任中獲得休息」（3 位）（表 9）。

主要照顧者之健康情況、社會支持、及生活品質

主要照顧者之健康情況，在擔任照顧者後，得分介於很好與普通之間，平均 1.31 分，至個案出院三個月時，所得分數已顯著上升為 1.70 分（paired $t = -2.47$, $p = 0.02$ ），主要照顧者感受到家人及親友之支持或整體生活品質於擔任照顧者後至個案出院三個月時，均有提升（paired $t = -1.82$, -2.81 , $p = 0.08$, $p = 0.01$ ）（表 10，表 11）。

對護理提供訊息之滿意程度

以滿分 5 分來看，主要照顧者對住院期間護理人員提供訊息之滿意程度平均為 4.92 分，介於滿意及非常滿意之間(表 10)。

介入措施之成效

表 12 比較介入組及對照組在主要照顧者之健康狀況、社會支持、生活品質、及對訊息提供的滿意度，結果發現二組在生活品質及訊息滿意度有顯著差異，介入措施能顯著提升主要照顧者之生活品質，介入組對訊息提供的滿意度顯著升高。

討論

本研究共收集 26 位頭部外傷個案資料，因為大多數個案接受手術治療，和對照組的結果一樣，個案之傷口追蹤為護理人員認為出院後首要的問題，因為頭部外傷造成神經肌肉控制的影響，行走為個案第二重要的問題，但在疼痛、呼吸、及行為情緒部分，護理人員完全未列入，但出院三個月時之追蹤，只有三位主要照顧者提出個案之情緒行為問題仍為需要處理的問題，其他的問題皆未造成主要照顧者的問題，並可預期個案之問題，儘早提供照顧者相關訊息可以增加照顧者的能力，這些和 Foster & Young (1996)及 Morris(2001)所題的研究結果或建議是

一致的。

本研究共收集 26 位頭部外傷病患主要照顧者接受介入措施，主要照顧者和病患關係主要為配偶，其次為父母，女性居多，此和過去研究結果顯示家庭照顧者以女性為主一致，而頭部外傷病患多屬年輕族群意外事故為主，所以照顧者為病患父母者也很常見。個案是由自己獨自照顧或家人輪流照顧佔一半以上，大多數之主要照顧者未因擔任照顧者而有工作變化，擔任照顧者之後的健康狀況、感受之社會支持、生活品質於出院三個月時均有提升，和對照組結果類似，有可能是因身體功能於出院三個月時已有顯著進步，且個案返家後，有一半以上個案由家屬輪流照顧，分擔了照顧的責任，這可能是讓主要照顧者之健康狀況及生活品質提高的因素之一。

主要照顧者的需求項目及需求未被滿足項目並不一致，住院期間所提出之需求項目，頻率最高的項目均和醫療訊息相關，但在出院前這些項目均已獲滿足，需求未滿足的項目頻率最高的和主要照顧者無法獲得足夠的休息有關，出院三個月之需求未滿足項目，主要也是主要照顧者無法獲得足夠的休息有關，雖然提出的人數只有三位，這是未來需要追蹤的議題，因為若造成主要照顧者潰決(burn out)，則病患被送至機構安置的可能性會增加，而其他的需求項目主要照顧者均表示已獲的滿足，可見由病房的常規護理加上本研究額外的訊息提供，可以滿足主要照顧者的大部分照顧訊息需求。

提供訊息及支持是護理的角色功能之一，主要照顧者對訊息提供的滿意度達 4.92 分，已接近滿分 5 分，且與對照組分數有顯著提升($t = -2.60, p = 0.001$)，與對照組比較，介入組的生活品質也顯著提升($t = -2.47, p = 0.02$) (表 11)，可見本研究確實能提供主要照顧者之訊息需求，促進照顧者之知識及技能，相對能降低照顧者之心理負擔，顯著提升主要照顧者之生活品質。對照組及介入組個案之出院三個月問題行為項數沒有差異，主要照顧者對個案出現的一些情緒、行為問題仍感到困擾(結果未呈現)，可見單獨提供訊息，未能完全解決問題行為的處理，尤其問題行為大多出現在出院後，住院期間雖有討論到，但實際如何處理，可能和預期不符，所以出院三個月時，主要照顧者提出的問題仍以病患之情緒、行為問題為主，將來可能需要針對此議題進一步設計介入措施，以適當協助主要照顧者。

本研究於收案期間，因醫師的調派，導致個案數減少，因而降低研究結果的外推力，將來可以持續收案以增加個案數，並進一步瞭解頭部外傷病患及其主要照顧者長期的變化。

參考文獻

- 朱秀珠、鄭綺·(1999)·頭部外傷病患出院前後家屬照顧者壓力源及因應方式之探討·新臺北護理期刊, 1(1), 39-48。
- 郭家英、邱文達、林慧雯、楊時豪、施養性、洪慶章·(1995)·台灣地區頭部外傷與機車事故之研究·北醫學報, 24(2), 36-43。
- 衛生署·(2003)·衛生署統計資訊網 <http://www.doh.gov.tw/statistic/index.htm>
- Bowen, A., Tennant, A., Meumann, V., & Chamberlain, M.A. (2001). Neuropsychological rehabilitation for traumatic brain injury: Do carers benefit? *Brain Injury*, 15(1), 29-38.
- Connolly, D., & O'Dowd, T. (2001). The impact of the different disability arising from head injury on the primary care giver. *British Journal of Occupational Therapy*, 64, 41-45.
- Haboubi, N.H., Long, J., Koshy, M., & Ward, A.B. (2001). Short-term sequel of minor head injury: 6 years experience of minor head injury clinic. *Disability and Rehabilitation*, 23(14), 635-638.
- Hauber, R.P., & Jones, M.L. (2002). Telerehabilitation support for families at home caring for individuals in prolonged states of reduced consciousness. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 17(6), 535-541.
- Hawranik, P.G., & Strain, L.A. (2001). Cognitive impairment, disruptive behaviors, and home care utilization. *Western Journal of Nursing Research*, 23(2), 148-162.
- Kleppel, J.B., Lincoln, A.E., & Winston, F.K. (2002). Assessing head-injury survivors of motor vehicle crashes at discharge from trauma care. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81(2), 114-122.
- Kneafsey, R., & Gawthorpe, D. (2004). Head injury: Long term consequences for patients and families and implications for nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 601-608.
- Kolakowsky-Hayner, S.A., Minerm K.D., & Kreutzer, J.S. (2001). Long-term life quality and family needs after traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 16(4), 374-385.
- Kreutzer, J.S., Kolakowsky-Hayner, S.A., Demm, S.R., & Meade, M.A. (2002). A structured approach to family intervention after brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 17(4), 349-367.
- Morris, K.C. (2001). Psychological distress in carers of head injured individuals: The provision of written information. *Brain Injury*, 15(3), 239-254.
- Nabors, N., Seacat, J., & Rosenthal, M. (2002). Predictors of caregiver burden following traumatic brain injury. *Brain Injury*, 16(12), 1039-1050.
- Novack, T.A., Bergquist, T.F., Bennett, G., & Gouvier, W.D. (1991). Primary caregivers distress following severe head injury. *Journal of Head Trauma*

- Rehabilitation, 6(4), 69-77.
- Roy, C.W., Thornhill, S., & Teasdale, G.M. (2002). Identification of rehabilitation problems after head injury. *Brain Injury*, 16(12), 1057-1063.
- Satz, P., Zaucha, K., & Forney, D.L. (1998). Neuropsychological, psychosocial, and vocational correlates of the Glasgow Outcome Scale at 6 months post injury: A study of moderate to severe traumatic brain injury patients. *Brain Injury*, 12, 555-567.
- Serio, C., Kreutzer, J., & Gervasio, A. (1995). Predicting family needs after brain injury: Implications for intervention. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 10, 32-45.
- Sinnakaruppan, I., Downey, B., & Morrison, S. (2005). Head injury and family carers: A pilot study to investigate an innovative community-based educational program for family carers and patients. *Brain Injury*, 19(4), 283-308.
- Tate, R.L., Lulham, J.M., Broe, G.A., Strettles, B., & Pfaff, A. (1989). Psychosocial outcome for the survivors of severe blunt head injury: The results from a consecutive series of 100 patients. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 52(10), 1128-1134.
- Tyerman, A., & Booth, J. (2001). Family interventions after traumatic brain injury: A service example. *Neuro-Rehabilitation*, 16, 59-66.
- Watanabe, Y., & Taki, K. (2000). An evaluation of neuro-behavioral problems as perceived by family members and levels of family stress 1-3 year following traumatic brain injury in Japan. *Clinical Rehabilitation*, 14, 172-177.

表 1. 個案基本資料(N=26)

屬性	類別	人數	百分比%	Mean \pm SD (Range)
性別	男	8	30.80	
	女	18	69.20	
年齡 (歲)				53.85 \pm 21.86 (20 - 98)
教育程度(年)	不識字	1	3.80	
	識字	25	96.20	10.73 \pm 3.79 (0 - 16)
慢性病				1.31 \pm 1.23 (0 - 4)
婚姻狀況	未婚	9	34.60	
	已婚	17	65.40	
住院天數(天)				16.08 \pm 19.12 (5 - 100)
出院後居住情形	與家人同住	24	92.30	
	住校	1	3.80	
	病患死亡	1	3.80	
三個月居住情形	與家人同住	20	76.90	
	本院復健病房	1	3.80	
	住校	1	3.80	
	大陸工作	1	3.80	
	病患死亡	3	11.50	

表 2. 個案之身體功能及心智功能(N=26)

屬性	類別	人數	百分比%	Mean ± SD (Range)
入院 GCS 總分				12.69 ± 3.17 (4-15)
出院 GCS 總分				13.81 ± 2.65 (3-15)
三個月 GCS 總分				14.65 ± 1.07 (10-15)
巴氏量表總分 (入院時)				46.73 ± 33.56 (0-100)
巴氏量表總分 (出院時)				65.15 ± 30.99 (0-100)
巴氏量表總分 (三個月)				91.30 ± 13.07 (55-100)
認知功能(入院時)	正常	13	50.00	
	異常	7	26.90	
	人物障礙	2	7.70	
	時間障礙	2	7.70	
	地點障礙	2	7.70	
	記憶力障礙	4	15.40	
	計算力障礙	3	11.50	
	無法評估	6	23.10	
認知功能(出院時)	正常	13	50.00	
	異常	9	34.60	
	人物障礙	1	3.80	
	時間障礙	2	7.70	
	地點障礙	2	7.70	
	記憶力障礙	8	30.80	
	計算力障礙	7	26.90	
	無法評估	4	15.40	
	病患死亡	1	3.80	
是否再入院(兩星期至 三個月)				

否	21	80.80
是	2	7.70
預期	2	7.70
非預期	0	0
病患死亡	3	11.50

表 3. 個案出院時出現各項身心、行為問題之頻率 (N=25)

原題號	Item	出現 人數	%	Rank
17	極容易感到疲勞、睏倦	15	57.70	1
2	常抱怨身體不適或一些身體症狀（如頭痛、眩暈）	13	50.00	2
10	記憶短缺，事情很快就忘記	13	50.00	3
1	注意力降低/警覺度降低，不能維持注意力，容易分心	9	34.60	4
19	動作或說話遲緩	8	30.80	5
平均項數		0-12	4.52 ± 3.22	

*一位病患死亡，故個案數為 25

表 4. 個案出院三個月出現各項身心、行為問題之頻率 (N=23)

原題號	Item	出現 人數	%	Rank
2	常抱怨身體不適或一些身體症狀（如頭痛、眩暈）	12	52.20	1
10	記憶短缺，事情很快就忘記	12	52.20	2
17	極容易感到疲勞、睏倦	12	52.20	3
5	語言表達能力不足、語無倫次	7	30.40	4
1	注意力降低/警覺度降低，不能維持注意力，容易分心	6	26.10	5
3	無定向感，對人、時、地混淆	6	26.10	5
平均項數		0-12	4.91 ± 3.52	

表 5. 主要照顧者基本資料(N=26)

屬性	類別	人數	百分比%	Mean±SD (Range)
性別	男	7	26.90	
	女	19	73.10	
年齡 (歲)				52.92 ± 12.38 (28 - 78)
教育程度 (年)				10.88 ± 4.79 (0 - 18)
職業	不識字	2	7.70	
	識字	24	92.30	
	無	17	65.40	
	有	9	34.60	
是否改變職業	否	25	96.20	
	是	1	3.80	
婚姻狀況	未婚	4	15.40	
	已婚且關係持續中	22	84.60	
與病人關係	配偶	9	34.60	
	女兒	4	15.40	
	兒子	2	7.70	
	兄弟姊妹	3	11.50	
	父母	6	23.10	
	弟媳	1	3.80	
	姑婆	1	3.80	
	其他	0	0.00	
病人出院後之照顧	只有本人照顧	4	15.40	
	只有外傭或看護	1	3.80	
	家人輪流照顧	16	61.50	
	家人或自己合併聘請外傭或看護	4	15.40	
	病患死亡	1	3.80	
病人出院後之照顧 (三個月後)	只有本人照顧	7	26.90	
	只有外傭或看護	1	3.80	
	家人輪流照顧	11	42.30	
	家人或自己合併聘請外傭或看護	4	13.40	
	病患死亡	3	11.50	

表 6. 住院時主要照顧者之困擾情形 (N = 26)

原題號	Item	Sample Range	Mean±SD	Rank
9	覺得家人或親友會令您擔憂？	0-3	1.88 ± 0.91	1
5	覺得睡眠不好？	0-3	1.62 ± 1.10	2
6	覺得許多事情對您是個負擔？	0-3	1.27 ± 0.87	3
8	覺得緊張兮兮，緊張不安？	0-3	1.23 ± 1.14	4
12	感到未來充滿希望	0-3	1.15 ± 0.61	5
	總分	2-21	10.42 ± 5.58	

表 7. 出院三個月主要照顧者之困擾情形 (N = 23)

原題號	Item	Sample Range	Mean±SD	Rank
9	覺得家人或親友會令您擔憂？	0-3	1.35 ± 1.07	1
5	覺得睡眠不好？	0-2	0.96 ± 0.77	2
6	覺得許多事情對您是個負擔？	0-2	0.91 ± 0.85	3
12	感到未來充滿希望	0-1	0.91 ± 0.29	4
8	覺得緊張兮兮，緊張不安？	0-2	0.83 ± 0.94	5
	總分	1-14	6.70 ± 4.18	

表 8. 出院時家屬需求量表，各項需求人數(N=26)

原 題 號	Item	有需 求人 數	百分比 %	需求 未滿 足人 數	百分比 %
22	我需要獲得足夠的休息或睡眠	21	56.80	9	34.60
23	我需要從這些問題和責任中獲得休息	20	54.10	9	34.60
17	我需要得到幫助來決定可以讓病人自己 做多少事情	21	56.80	8	30.80
31	我需要能夠與其他有相同照顧經驗的 人討論我在照顧病人的感受	10	27.00	7	26.90
19	我需要得到有關照顧者本身和家屬方 面充足的資源（例如：經濟或法律上 的計畫、喘息照顧和計畫、護理或日 間照顧）	13	35.10	6	23.10
34	我需要獲得幫助來克服對未來的不確 定感和恐懼	8	21.60	6	23.10

表 9. 三個月後家屬需求量表，各項需求人數(N=23)

原 題 號	Item	有需 求人 數	百分比 %	需求 未滿 足人 數	百分比 %
23	我需要從這些問題和責任中獲得休息	17	73.90	3	13.00
1	我需要醫療成員在執行醫療處置、衛 教或復健時能顧及病人的需求和希望	21	91.30	1	4.40
2	我需要被告知每天應該和病人做些什 麼，或為他做些什麼	18	78.30	1	4.40
5	我需要被保證病人得到最好的醫療照 顧	21	91.30	1	4.40
6	我需要醫療成員能用我所瞭解的字句 來解釋問題	21	91.30	1	4.40

*3 位病患死亡，故個案數為 23 位

表 10. 主要照顧者之健康狀況、社會支持、生活品質、及訊息滿意度(N=26)

屬性	類別	人數	百分比%	Mean±SD (Range)
擔任照顧者之後自認健康狀況 (住院期間)				1.31 ± 0.55 (0-2)
	非常差	1	3.80	
	普通	16	61.50	
	很好	9	34.60	
	非常好	0	0	
擔任照顧者之後自認健康狀況 (三個月)				1.70 ± 0.76 (0-3)
	非常差	1	3.80	
	普通	8	30.80	
	很好	11	42.30	
	非常好	3	11.50	
	病患死亡	3	11.50	
支持系統 (住院期間)				1.92 ± 0.74 (0-3)
	非常差	1	3.80	
	普通	5	19.20	
	很好	15	57.70	
	非常好	5	19.20	
支持系統 (三個月後)				2.35 ± 0.65 (1-3)
	非常差	0	0	
	普通	2	7.70	
	很好	11	42.30	
	非常好	10	38.50	
	病患死亡	3	11.50	
生活品質 (住院期間)				1.00 ± 0.69 (0-2)
	非常差	6	23.10	
	普通	14	53.80	
	很好	6	23.10	
	非常好	0	0	

生活品質 (三個月後)				1.65 ± 0.88 (0-3)
	非常差	2		7.70
	普通	8		30.80
	很好	9		34.60
	非常好	4		15.40
	病患死亡	3		11.50
護理人員提供訊息滿意 度				4.92 ± 0.28 (4-5)

表 11. 主要照顧者之適應於出院時與出院三個月之比較 (n = 23)

項目		Mean ± SD	Paired t	p
病患問題行為總 數	出院時	4.13 ± 2.91	-0.88	0.39
	三個月時	4.91 ± 2.52		
自評健康狀況	出院時	1.31 ± 0.55	-2.47	*0.02
	三個月時	1.70 ± 0.76		
自評社會支持	出院時	1.92 ± 0.74	-1.82	0.08
	三個月時	2.35 ± 0.65		
自評生活品質	出院時	1.00 ± 0.69	-2.81	*0.01
	三個月時	1.65 ± 0.88		
家屬需求未被滿 足總數	出院時	5.52 ± 6.40	1.71	0.10
	三個月	2.52 ± 6.29		
中國人健康量表 總分 (困擾情形)	出院時	10.39 ± 5.85	2.82	0.01
	三個月	6.70 ± 4.18		

表 12. 介入組及對照組之成效指標出院時與出院三個月時分數差異之比較

項目	對照組		介入組	統計值 t	p 值
	出院時與三個月差值				
	Mean ± SD	Mean ± SD			
自評健康狀況	0.35±0.54	0.43±0.84	-0.48	p=0.64	
自評社會支持	0.21±0.52	0.39±1.03	-0.79	p=0.44	
自評生活品質	0.23±0.46	0.65±1.11	-2.47	*p=0.02	
訊息提供滿意 度	4.70±0.50	4.92±0.28	-2.60	*p=0.001	

參加國際榮譽護理學會第十八屆研究年會心得報告

臺大醫學院護理學系羅美芳

071807

本年度國際榮譽護理學會第十八屆研究年會(18th Sigma Theta Tau International Research Congress Focusing on Evidence Based Practice)於7/11-7/14, 2007 在奧地利維也納(Vienna, Austria)舉行，主題為 Collaboration: A Transdisciplinary Roadmap to Discovery，7/9-7/10 二日為會前之實證護理研習會(evidence based practice workshops)。會議地點在維也納市中心之 Austria Center Vienna 舉行，所有的活動，包括報到、開幕、閉幕、專題演講(Plenary session)、專題討論(Symposium)、分組報告(Concurrent session)、壁報展示(Poster)、及展示攤位，皆在該中心之一樓或地下一樓舉行，對與會者非常方便。

本人這次壁報報告的題目為：Supportive-educative needs among caregivers of traumatic brain injury patients (摘要及海報如附件一)，為國科會補助計畫(NSC 94 - 2314 - B - 002 - 230支持性護理指導對降低頭部外傷患者主要照顧者心理困擾之成效)之研究成果，展示時間排定於會議開幕當天(7/11)，參觀者踴躍，與國外學者分享結果時，一般認為頭部外傷家屬所面臨的病患問題和國外研究結果類似，但臺灣之家屬參與病患照顧的程度及特有的看護或外傭現象，和國外非常不一樣。本次報告讓本人能認識不同國家但研究興趣相同的學者，並

有機會進一步交流，經驗非常難得。

本次會議不論是口頭論文報告或壁報論文展示，主題涵蓋護理的各領域，因此，除了自己的論文展示外，還有很多機會聆聽相關主題的報告及欣賞不同主題的壁報展示成果及設計。專題演講(Plenary session)主要以跨領域研究合作為主題，此次開幕邀請來自英國 Wales University，同時也為榮譽國際護理學會之主編 Dr. Joanne Rycroft-Malone 主講 Moving evidence-based practice into the 21st century: A game of chess? 她特別強調，實證護理雖是重點，但實證護理不是靜態的(static)，要沿用別人之研究結果時，一定要特別注意環境脈絡(context)，如文化(culture)、系統問題(systems and processes)、及領導(leadership)等議題，一個成功的護理應用為實證結果、脈絡、及輔助力之總和($SI = f(E, C, F)$, SI= successful implication, E=evidence, C=context, F=facilitation)。閉幕時請香港理工大學 Professor Thomas Kwok Wong 主講，他舉出未來護理的挑戰，包括老年人口的增加(aging)、科技的進步(advances in medicine and technology)、傳染疾病增加(communicable disease)、非傳染疾病如癌症、慢性病的增加(non-communicable diseases)、災難(disaster)、照護體系的重整(health care reform)、及知識經濟的重要(knowledge based economy)，因此提出 integrated digital health 並展示最近的研究成果，包括電腦給藥監視

系統(e-med administrator)、睡眠呼吸暫停終止器(sleep apnea stopper)、體外血糖偵測儀(non-invasive blood glucose meter)、穴位指壓針(acu-pen)、腳底按摩板(foot massage patterns)、無線聽診器(wireless stethoscope)、東方人 N-95 口罩密合測試結果(facial configuration of Orientals),最後並示範護理機器人(Robo-nurse)之研發成果。他也特別強調專業間不但要跨領域合作(interdisciplinary collaboration or multi-disciplinary focused),更要跨領域學習(trans-disciplinary learning),才能促進知識的流動,而這也是護理研究的未來趨勢,唯有跨領域多專業間的合作及學習,才能深入探討健康問題並提出經濟又有效的介入措施,以促進不同族群對象之健康。另外,本人覺得專題演講非常精彩,又是香港理工大學的學者,有地利及語言之便,將建請臺灣分會邀請來台,以讓更多的會員有機會聆聽這些成果。

本次會議共有來自 39 個國家約 1200 名不同領域之護理人員參加,這次的研究年會,本人是參與國際榮譽護理學會臺灣分會所規劃組團,由永信旅行社負責機票、住宿之安排,共五十多人一起前往參加大會,大會期間陸續遇到臺灣不同的機構、學校組團前往,所以此次臺灣共有 113 名護理人員註冊參加並發表論文,為美國以外最多會員參與的分會,在四天的會議及報告中,大家互相打氣、支持,會員

的積極參與，放大了台灣在大會論文發表的能見度，在大會期間，也遇見以前認識之泰國、美國學者及老師，讓本次研究年會也成為一次很好的交流及分享的機會。

本次大會很貼心的提供每位與會者一張悠遊卡(public transportation pass)，可在大會期間免費搭乘任何大眾運輸工具，維也納正值夏令時間，晚上到 9:30 才天黑，因此除大會外，尚有時間可以欣賞維也納市內美麗的建築，包括教堂、博物館等及優美的音樂，奧地利主要以德語為主，但一般人也多能以英文溝通，大眾運輸方便，因此大會期間並未感到不便，在此行中，感受到不同文化、語言所融合出的文化成果。非常感謝國科會的補助，讓此次得以成行，除了發表自己的研究成果外，也讓個人在知識、文化、及國際觀等拓展視野，綜合來說，是一個很好的學習經驗。

附件一

報告摘要及海報

Supportive-educative needs among caregivers of traumatic brain injury patients

The occurrence of disabilities after brain injury is common, and resulting burdens on family caregivers. This is a 3-year study that is aimed at improving the psychological outcome for caregivers of traumatic brain injured patients. In this paper, the information for first year control group was presented. The goals were: (1) to understand the physical-psychological-behavioral-emotional problems of brain injured patients during hospital stay and 3 months after discharge, (2) to understand the health status of caregivers during hospital stay and 3 months after discharge, and (3) to understand the supportive-educative needs among caregivers. The following instruments were used for data collection: (1) Demographic characteristics, (2) Barthel Index and MMSE, and (3) Subjective caregiver distress, general health, social support, and quality of life. Data were collected in neuro-surgical units of a medical center on northern Taiwan. Interview and self-report questionnaire were used for data collection. All the measurements were assessed before hospital discharge and 3 months after discharge. Seventy-two brain injured patients and their primary caregivers were recruited to the control group. Wound condition and ambulation were the leading two patients' problems before discharge. However, 3 months after discharge, the leading problems were emotional- behavioral, ambulation, nutrition, range of motion and pain. Among the 72 caregivers, the relationships with patients were spouse, daughter-in-law, sons, and parents. The caregivers' health status decreased significantly from admission to discharge, and increased significantly from discharge to 3-month post-discharge ($F = 30.24, p = 0.000$). Caregivers' perceived social support and general quality of life increased significantly from discharge to 3-month post-discharge (paired $t = 3.20, 3.88, p = 0.002, p = 0.000$, respectively). The results of the findings suggest intervention strategies for caregivers, such as nutritional assessment, pain assessment, behavioral modification, communication skill, stress management and support etc, to increase caregivers' psychological outcome.