

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

朱秀珠¹／鄭 綺²

1.學歷：長庚大學護理研究所碩士 服務機關：羅東博愛醫院 職稱：護理部主任
2.學歷：美國羅斯大學博士 服務機關：台北醫學院護研所 職稱：副教授

摘 要

本研究為一相關性、描述性研究。目的在探討頭部外傷患者住院時及出院後一個月，家屬照顧者之壓力源及因應方式。研究以立意取樣法選取 20 位頭部外傷病患及其家屬，以參閱病歷、觀察、會談、及自設的「家屬壓力量表」及「因應量表」，分別於病患出院前及出院後一個月對家屬照顧者進行訪談。結果顯示家屬照顧者於病患出院一個月後來自病患身體症狀、認知功能損傷及照顧的知識能力三項壓力源顯著下降。家屬照顧者採用的因應項目數和頻率，並未因病患出院後壓力降低而有明顯改變。病患住院時來自家庭功能衝擊的壓力，是家屬照顧者採用因應項目數和頻率的最佳預測變項。而來自照顧病患知識和能力的壓力，是病患出院後最能預測家屬照顧者採用因應項目數的最佳預測變項。

關鍵詞：頭部外傷，家屬照顧者，壓力源，因應

前 言

由於頭部外傷對病患的傷害經常是多面性，且復原時間可能延續十年以上甚至終其一生，在"不確定"情境下，家屬照顧者若不能適當的處理壓力，則不僅病患的照顧及復健將失去依恃、錯失訓練時機，家屬的情緒、健康亦會受威脅，甚至導致家庭功能崩潰，造成社會問題。頭部外傷事件對家庭的傷害包括三個階段，分別為接到噩耗時、病患脫離危險期時、和病患出院回家時。由於頭部外傷患者在治療後會留下輕重不等的殘障(disability)，因此對家庭造成極大的負擔，特別在病患出院後，由於所有的照顧工作都集中在家屬照顧者的身上，不但要面臨照顧病患醫療上的問題，同時還要處理自己和病患身心的問題，長期下來，當無法負荷及處理壓力情境時，病患、家屬及家庭

的健康都將受到影響。

國內有關頭部外傷病患家屬照顧者的研究，僅唐秀蘭(民80)曾探討頭部外傷患者住院時，家屬照顧者的壓力和因應，有關病患出院後之相關研究至今厥如。此外，根據中華民國神經醫學會頭部外傷研究小組的統計結果顯示，頭部外傷發生率在台北每十萬人口為177人，在花蓮為329人(中華民國神經學學會頭部外傷研究小組,民79)，可見頭部外傷的發生率及造成的傷害，在花蓮遠高於其它城市。因此，本研究以花蓮頭部外傷患者及其家屬為主要收案對象，比較病患住院時和出院後，家屬照顧者壓力源和採用因應項目和頻率的差異，以作為在不同照護情境下，護理人員提供家屬照顧者個別化及連續性協助之依據。本研究目的為：

通訊作者：鄭 綺

職稱：副教授

服務機關：台北醫學院護研所

地址：台北市吳興街250號

電話：(02)23777438

- 一、比較頭部外傷病患住院時及出院後一個月，家屬照顧者壓力源的變化。
- 二、比較頭部外傷病患住院時及出院後一個月，家屬照顧者採用因應項目和頻率的變化。
- 三、探討頭部外傷病患家屬照顧者，壓力源與採用因應項目和頻率間之相關。

文獻探討

一、壓力源

任何刺激，不論它是來自體內或體外，只要會引發壓力情境，干擾恆定現象，即可稱為是一種“壓力源”。Lazarus 和 Cohen(1977)將壓力源分為三種：(一)激變的事件，影響許多人的；(二)重大的改變，影響一個或少數的人；(三)日常困擾(daily hassles)。壓力源的本質可能是身體的、社會的、心理的、認知的或生理的(胡月娟，民78)。

一般而言，頭部外傷有一可預期的恢復過程：喪失意識、記憶，迅速恢復及平穩狀態，但常因發生情況、病程及預後的不同，對病患個人及家庭成員造成不同程度及多層面的影響。Hall 等人(1994)追蹤頭部外傷復健的病人長達兩年，發現在病患受傷兩年後，家屬的壓力雖降低，但其壓力事件卻增加；病患受傷當時家屬的主要壓力源為：家人的健康改變、經濟狀況改變及睡眠習慣改變，兩年後家屬的壓力源則為經濟情況改變、飲食習慣改變及家人相聚習慣改變。許多的研究亦發現病患的情緒問題，於事故後會持續增加至半年，再呈穩定狀態，並持續至二年或以上，而成為家屬主要的壓力源(Gleckman & Brill, 1995; Hall et al., 1994; Kreutzer, Marwitz, & KePler, 1992; Sbordone, Liter, & Pettler-Jennings, 1995; Willer, 1991)。

在國內方面，有關頭部外傷家屬照顧者壓力的研究十分有限。唐秀蘭(民80)曾針對101位頭部外傷住院病患家屬進行壓力的評估，其研究結果顯示，頭部外傷家屬照顧者的壓力源有六大項，依“壓力感受程度”依序為：(一)照顧者的知識能力不足；(二)病患所呈現的身體症狀；(三)家庭功能所面臨的衝擊；(四)病患所呈現的認知功能；(五)照顧者所感受到的心理負擔；(六)社交活動的改變。邱啓潤(民77)探討居家中風病人主要照顧者的負荷為：身體功能負荷、心理功能負荷、社會功能

負荷。黃碧苑(民81)發現中風患者居家照顧的主要負荷包括：日常生活困擾、人際互動困擾、休閒健康負荷、經濟負荷。歐美(1993)探討居家中風病患女性配偶的壓力，依序為：夫妻關係、本人身體健康、病患病情症狀、預後及照顧知識、經濟、醫療照護支持體系、與他人關係。由上可知，家屬的壓力源主要來自三方面：(一)與病患有關的身體、認知、行為改變，疾病過程，照顧的知識能力；(二)與照顧者個人感受的負荷；(三)與家庭有關的衝擊。

二、因應

因應或稱應對、克服，指個體為克服壓力情境所作的努力。有時我們會將因應、調適與適應混用。一般而言，調適(adaptation)較偏向生物學，指有機體與環境的融合過程；適應(adjustment)則偏向心理學，指個體與社會環境呈融洽或健康關係的過程，為個體與其內在自我(思想、情感與行為)和外環境間的協調狀態(Watson & Tharp, 1989)；而因應(coping)則是較準確的，指的是一種認知型態(cognitive mode)的調整，是有計劃、深思熟慮的調適，故較偏向心理社會的性質(胡月娟，民78)。Lazarus 和 Folkman(1984)指“因應”是個體持續性地努力改變認知及行為，以處理經個體評價超過個體能負荷或資源的內在或外在需求。因應的過程是一動態的過程，非單一的活動，乃依評估、執行、再評估、再執行等步驟不斷修正(Lazarus, 1991; Lazarus & Folkman, 1984; Miller, 1992)。

Lazarus 和 Folkman(1984)提出因應有兩個模式，(一)問題導向的因應：為直接行為，用以改變實際的關係。(二)情緒導向的因應：指個體的思考及行為僅在減輕情緒及生理上壓力的衝擊，並未真正的改變壓力情境；並且僅改變其意義及處理情緒，以取代實際改變人與環境關係的行動。Folkman 及 Lazarus於1988再提出八類因應策略：抗爭、計劃性解決問題、疏離、逃避、自我控制、尋求社會支持、接受責任、正向再評估。Burckhardt(1987)將個體主要的因應模式分為五種：尋求訊息、直接行動、重新評估壓力源、運用心理內在過程(逃避、合理化、否認等方式)、尋求外在資源。

國內有關病患家屬因應的研究很多，沈志仁(民78)指出精神病患者家屬應對策略包括：積極的面對現實解決問題、聽其自然、情緒化的面對問題三類。歐美(民82)提出居家中風病患女性配偶的八個因應策略依序為：認命忍

耐、靠自己苦幹實幹、疏離、暫不煩惱聽從他人意見處理、保持鎮靜思考解決方法、發洩情緒(情緒性面對問題)、求助宗教或超自然力量、補充睡眠。蘇雅玲(民81)調查門診非胰島素依賴型糖尿病患者之六類因應型態包括:疏離、針對問題解決、尋求社會支持、情緒化的反應、否認或逃避、聽其自然。胡月娟(民83)調查慢性病患者的因應行為有:情緒上的調整與尋求支柱、面對慢性病採取積極的行動、面對慢性病採取消極的行動三大類。

三、壓力與因應之相關性

Lazarus 和 Folkman(1984)指出,隨著壓力源的不同,因應方式亦會改變,以滿足新的需求。在有關初次發病精神病患照顧者之研究結果顯示,當來自病患症狀行為、社會價值觀與期許、和病患接受醫療的壓力程度越大時,越會使用積極面對現實以解決問題、聽其自然與情緒化等因應方式來面對問題。當家屬感受到來自社會價值觀與期許的壓力感越小,來自病患接受醫療時所引發的壓力感越大,則常會使用情緒化來面對問題(沈志仁,民78)。蘇雅玲(民81)研究糖尿病患者壓力與因應方式之關聯時發現,當感到不確定感及生理壓力二方面的壓力越高時,糖尿病患者越常使用否認或逃避的因應方式。胡月娟(民83)發現慢性病患者所承受的各層面衝擊皆會引起情緒調整的因應行為,而心理層面的衝擊則與積極行動有關。但歐美(民82)的研究則顯示壓力與因應方式間無顯著相關。因此本研究擬探討家屬照顧者的壓力源與因應行為間的關係,以提供臨床照顧頭部外傷病患及家屬之參考。

方法

一、研究對象

本研究為描述性相關性研究,以立意取樣法選取東部某二所區域教學醫院頭部外傷病患及其家屬為對象。頭部外傷病患,指病患的腦組織受到外力傷害,經專科醫師初次診斷為頭部外傷,且排除藥物或酒精影響後,病患入院24小時內至少有一次昏迷指數(Glasgow Coma Scale, GCS)小於12分,而出院時日常活動的執行仍需部份或完全依賴者。家屬照顧者,指在頭部外傷病患住院期間及出院後,主要負擔照顧病患責任的家庭成員,包括父母、配偶、子女(含媳婦)、或兄弟姊妹等,年滿18歲、能

溝通的病患家屬。

二、研究工具

本研究工具包括「家屬及病患個人的資料表」,頭部外傷病患家屬「壓力量表」和「因應量表」,此外為了解病患自我照顧能力的變化,採用「日常生活自我照顧量表」來評估病患的照顧能力。

「家屬個人背景資料表」包括家屬的年齡、性別、婚姻狀況、教育程度、與病人關係、原來的職業、工作改變情形、宗教等。「病患個人背景資料表」包括年齡、性別、婚姻狀況、醫療保險狀況、教育程度、病患經濟角色、及病人入院時之昏迷指數、收案時之認知等級及癒後等級(Glasgow Outcome Scale, GOS),以分析家屬及病患個人資料在病患住院時和出院後一個月的變化。

「頭部外傷病患家屬壓力量表」,本量表係根據國內唐氏(民80)製定的頭部外傷病患家屬照顧者壓力源量表修改而成,共53題。包括五項壓力源(一)病患呈現的身體症狀,(二)病患呈現的認知功能損傷,(三)照顧者的知識能力,(四)照顧者的心理、社會負擔,(五)家庭功能所面臨的衝擊。每題以0-3計分,分數愈高表示壓力程度愈高。本研究以40位住院病患家屬測得之五項壓力源內在一致信度 Cronbach's alpha 值介於0.643和0.788之間。效度除採用專家效度(一致性百分比為86.3%)外,並以抽樣適當性測量(measure of sample adequacy, MSA)比較五項壓力源中各子題相關係數與淨相關係數的大小,結果五項壓力源的MSA值介於0.557和0.731之間,皆在合適(大於0.5)的範圍內,顯示本量表具有不錯的效度。

「因應量表」乃參考Folkman 等人(1988)發表的八類因應方式,以及歐美(民82)和黃珮玲(民80)提出有關認命、訴諸宗教等因應方式修定而成,共48題,經專家內容效度檢定後修改為40題。每題以0-2計分,總分介於0-80分之間,分數愈高表示因應方式使用的頻率愈高。量表之Cronbach's alpha 值不高,僅達0.56,在考量每一項目皆有其保留的價值,因此保留原量表,未進一步修改。

「日常生活自我照顧量表」是根據病患實際情境及Barthel Index (Granger, Dewis, Peters, Sherwood, & Barrett, 1979)修改而成,共12題。測試個案在可能使用輔助器的情況下,自行執行日常活動的程度,以評估患者自我照顧的能力。每題以0-2計分,分數愈高表示獨立自我照

顧程度愈高。量表的Cronbach's alpha值為0.9652；以原量表測試本研究量表之效標效度，其相關係數 r 值為0.9761 ($p < 0.0001$)，顯示本量表具有不錯的信、效度。

三、資料收集過程

研究者事先與相關病房聯絡，每週至病房收案二至三次。訪視時先至病房查閱病歷及相關資料，再向病人家屬自我介紹。經確認符合收案條件後開始定期探視病患，並觀察病患的疾病過程、自我照顧能力、家屬的適應情形及收集病患與家屬的基本資料。研究者預估病患將出院時（出院前一週內），即向家屬說明訪談的目的，並徵得家屬同意後進行訪談。先請家屬就「家屬壓力量表」及「因應量表」之內容回答，並參考家屬的意見完成病患日常生活自我照顧評估及病患、家屬的相關資料，並約定病患返家後一個月進行第二次的訪談。第二次訪談前先以電話確認個案是否仍符合收案條件，並約定家屬方便的時間至病患家中訪視。訪談時請家屬就同樣內容之量表作答，並再度評估病患當時自我照顧的能力。會談中若病患有問題時，則協助處理後再行訪談。

四、資料分析

所得資料主要以 SAS/PC 軟體建檔，資料分析以paired t 檢定病患家屬照顧者及病患，在出院前後基本變項、家屬壓力源及採用的因應項目及頻率是否有顯著差異。基本變項中的類別變項則以 BMDP 的 McNemar 檢定。最後以 Pearson correlation 分析各壓力源與因應項目及頻率之相關性，並以逐步迴歸探討最能解釋病患出院前後家屬照顧者採用因應項目及頻率之壓力源。

結果

一、病患基本屬性及其家屬及出院時和出院後一個月病況變項的改變：

本研究共收集20位病患及其家屬，並完成返家後的第二次訪談。頭部外傷病患中以男性居多，18人佔90%。年齡介於15至88歲，平均38.6歲。本省人最多為12人(60%)，原住民5人(25%)次之。教育年數介於0至15年，平均7年；有50%個案之教育程度僅止於小學或未接受教育。病人已婚者10人(50%)，未婚7人(35%)；有固定時間工作者居多有13人(65%)。20位病人中有

9位(45%)為家中的主要經濟負擔者。20位病患中因車禍造成頭部外傷者最多，有17人(85%)；有6位(30%)於事故發生時有喝酒。平均住院日數為36.35日；住院時昏迷指數(GCS)為嚴重損傷者(小於9分)居多，有14人(70%)，中度損傷者(9分至12分)6人(30%)。大部份病人(70%)於住院時接受開腦手術治療。

病患住院時與出院後一個月之病況改變如表一所示，以McNemar卡方檢定顯示，病患出院後一個月之癒後情形($\chi^2=7.0$, $p=0.008$)和認知程度($\chi^2=7.0$, $p=0.008$)均較住院時改善。病患出院前自我照顧能力平均為9.9分(±6.512)，出院後一個月平均為16.65分(±7.264)，經paired t 檢定顯示，病患出院後自我照顧能力亦較住院時有顯著的改善($t=7.313$, $p=0.0001$)。

表一：病患病況相關變項的改變

項 目	出院前	出院後一個月	McNemar 或 t 檢定	P
	人數(百分比) 平均值(±標準差)	人數(百分比) 平均值(±標準差)		
(N=20)				
病患癒後(GOS)等級				
完全恢復		1 (5.0)		
中度損傷	4 (20.0)	10 (50.0)		
重度損傷	16 (80.0)	9 (45.0)	$\chi^2=7.000$	0.008*
患認知程度				
中度損傷(IV-VI)	10 (50.0)	3 (15.0)		
輕度損傷(VII-VIII)	10 (50.0)	17 (85.0)	$\chi^2=7.000$	0.008*
病患日常生活自我照顧能力(可能得分範圍 0-24分)				
	9.90(± 6.51)	16.65(± 7.26)	$t=7.313$	0.0001*

* $P < 0.05$

表二：家屬照顧變項的改變

項 目	出院前	出院後一個月	McNemar 卡方檢定	P
	人數(百分比)	人數(百分比)		
(N=20)				
照顧病患後工作改變情形				
無改變	9 (45.0)	15 (75.0)		
請假	11 (55.0)	5 (25.0)	$\chi^2=6.000$	0.014*
自覺健康狀況改變				
變好或差不多	12 (60.0)	15 (75.0)		
變壞	8 (40.0)	5 (25.0)	$\chi^2=1.800$	0.180
病患受傷前與家屬的情感關係				
很好	11 (55.0)	7 (35.0)		
還可以	7 (35.0)	10 (50.0)		
不太好	2 (10.0)	3 (15.0)	$\chi^2=2.800$	0.424
照顧病患花費的時間				
每週>80小時	18 (90.0)	10 (50.0)		
每週 80-40時	2 (10.0)	10 (50.0)	$\chi^2=8.000$	0.005*
是否有次要照顧者				
不需要	2 (10.0)	2 (10.0)		
無	1 (5.0)	2 (10.0)		
偶有	12 (60.0)	8 (40.0)		
常有	7 (35.0)	8 (40.0)	$\chi^2=1.333$	0.513

* $P < 0.05$

二、家屬照顧者基本屬性及其病患住院時和出院後一個月相關變項的改變：

病患的主要家屬照顧者中，配偶、父母各佔35%；女性居多(95%)。所有20位照顧者皆與病患同住。以本省人11人最多，原住民6人(30%)次之。家屬的年齡介於23至70歲，平均年齡43.3歲。教育年數為0至14年，平均6.3年。已婚者16人(80%)，其中有7人之長子女尚未成年。大多數(80%)有宗教信仰。家庭主婦和有固定工作者各佔40%。

以McNemar檢定顯示，病患住院時和出院後一個月，家屬照顧者在工作狀態的改變($\chi^2=6.0, p=0.014$)和照顧病患所需的時間上($\chi^2=8.0, p=0.005$)有顯著變化，但家屬自覺健康狀況、與病患的情感關係、及是否有次要照顧者三項，則無統計上之顯著差異(詳見表二)。

三、病患住院時和出院後，家屬照顧者壓力源與採用因應型態的變化

病患住院時，家屬照顧者之壓力源依序為「病患的認知功能損傷」、「照顧者的心理社會負擔」、「照顧者的知識能力」、「病患呈現的身體症狀」、「家庭所面臨的衝擊」，壓力得分百分

比介於50.0%和37.9%之間(表三)，顯示壓力程度介於中度和中下程度之間。病患出院一個月後家屬照顧者之壓力源依序為「家屬照顧者的心理社會負擔」、「照顧者的知識能力」、「病患的認知功能損傷」、「家庭所面臨的衝擊」、「病患呈現的身體症狀」，壓力得分百分比介於40.7%和20.9%之間，壓力程度均在中下程度，顯示家屬感受的壓力於病患出院後皆下降，其中又以「病患呈現的身體症狀」($t=-6.09, p<0.0001$)、「病患的認知功能損傷」($t=-3.50, p=0.002$)、「照顧者的知識能力」($t=-2.67, p=0.015$)三項壓力源下降達顯著程度。

病患住院時家屬使用的因應項目數平均為26項，出院後為26.65項，並無明顯之差異。病患住院時家屬照顧者使用的因應頻率得分為37.75分，出院後則為37.15分，前後亦無明顯差異(表四)。被採用的因應項目中，家屬照顧者最多人採用的前三項為：告訴自己要靠自己、要忍耐相信情況會好轉、有經驗的人或專家怎麼說我就怎麼做。病患出院後則為：告訴自己要靠自己、盡量嘗試控制情況、從過去的經驗中想辦法解決。

表三：病患出院前、後家屬照顧者壓力源之比較

家屬壓力量表次概念	題數	出院前		出院後		t	P
		平均值(±標準差)	得百分分之比	平均值(±標準差)	得百分分之比		
病患所呈現的身體症狀	9	12.50 (± 4.35)	46.3	5.65 (± 3.39)	20.9	-6.091	0.0001*
病患所呈現的認知功能損傷	7	10.50 (± 3.07)	50.0	7.10 (± 4.13)	33.8	-3.499	0.002 *
照顧的知識能力	9	12.90 (± 4.20)	47.8	9.40 (± 4.39)	34.8	-2.666	0.015 *
照顧者的心理、社會負擔	15	21.65 (± 5.62)	48.1	18.30 (± 7.26)	40.7	-2.011	0.059
家庭功能所面臨的衝擊	12	13.65 (± 4.83)	37.9	11.95 (± 5.94)	33.2	-1.344	0.195
總計	52	71.20 (± 13.41)		52.40 (± 21.29)		-4.236	0.0004*

* $P<0.05$

表四：病患出院前、後家屬照顧者因應項目、頻率之比較

	出院前		出院後		t	P
	平均值(±標準差)	平均值(±標準差)	平均值(±標準差)	平均值(±標準差)		
項目數	26.000 (± 3.880)	26.650 (± 3.990)	-0.717	0.482		
頻率	37.750 (± 5.129)	37.150 (± 5.869)	-0.485	0.633		

在因應項目使用的頻率方面，家屬照顧者最常使用的前三項在病患出院前、後均相同，分別為：看開一點，盡量往好的方面去想、盡量嘗試控制情況、告訴自己要靠自己。病患出

院後，「不想討論病人的狀況」($t=2.35, p=0.03$)、「做一些輕鬆的事來使自己放鬆一下」($t=2.60, p=0.017$)兩項因應方式的使用頻率明顯增加；而「不相信病人會這麼嚴重」($t=-2.65, p=0.016$)、「去問神明求籤卜卦算命看風水」($t=-2.37, p=0.028$)兩項因應方式的使用頻率則明顯降低(表五)。

四、壓力源與採用因應項目、頻率間之相關

表六為病患住院時和出院後，家屬照顧者壓力源與採用因應項目和頻率之相關矩陣圖，顯示病患出院前來自家庭功能面臨的衝擊，分

別與出院前因應項目數($r=0.461, p=0.041$)、頻率($r=0.585, p=0.007$)呈正相關；來自病患認知功能損傷的壓力與出院後因應項目數($r=0.471, p=0.036$)相關。出院前總壓力得分與出院後因應項目數($r=0.534, p=0.015$)、頻率($r=0.511, p=0.021$)呈正相關。而出院後一個月，僅照顧者知識能力的壓力，與出院後因應項目數($r=0.492, p=0.028$)呈正相關。

表五：病患出院前後家屬照顧者採用因應頻率有明顯差異之項目

因應項目	平均(±標準差)		t	P
	出院前	出院後		
不相信病人會這麼嚴重	1.150 (± 0.813)	0.700 (± 0.657)	-2.651	0.016*
去問神明、求籤卜卦、算命、看風水	0.750 (± 0.716)	0.350 (± 0.587)	-2.373	0.028*
不想討論病人的狀況	0.400 (± 0.502)	0.700 (± 0.733)	2.349	0.030*
做一些輕鬆的事，來使自己放鬆一下	0.700 (± 0.733)	1.250 (± 0.550)	2.604	0.017*

* P<0.05

表六：病患出院前、後家屬壓力源、因應項目數及頻率之相關矩陣

因應方式 相關係數 壓力源	前測						後測					
	病患的壓力概念	病患的身體症狀	照顧的知識能力	照顧的心理負擔	家庭功能的衝擊	整體的壓力	病患的壓力概念	病患的身體症狀	照顧的知識能力	照顧的心理負擔	家庭功能的衝擊	整體的壓力
出院前因應項目	0.087	0.159	-0.181	-0.075	0.461*	0.143	0.180	0.158	0.145	0.200	0.290	0.238
出院前因應頻率	0.025	0.289	-0.255	0.148	0.585*	0.267	0.312	0.282	0.133	0.129	0.250	0.246
出院後因應項目	0.332	0.471*	0.173	0.266	0.422	0.534*	0.014	0.303	0.492*	0.365	0.337	0.381
出院後因應頻率	0.193	0.410	0.316	0.372	0.275	0.511*	0.040	0.191	0.196	0.149	0.165	0.168

* P<0.05

表七：影響病患家屬壓力感受與因應的逐步迴歸分析

Y變項	X變項順序	迴歸係數	r ² 解釋量	r ² 累積量	F	P
出院前家屬的因應項目					4.86	0.040
出院前家屬的因應頻率					9.38	0.007
出院後家屬的因應項目					5.74	0.028
出院前家屬的因應項目	出院前家庭功能所面臨的衝擊	0.371	0.212	0.212		
出院前家屬的因應頻率	院前家庭功能所面臨的衝擊	0.622	0.343	0.343		
出院後家屬的因應項目	出院後家屬照顧者的知識能力壓力	0.477	0.242	0.242		

為探討各項壓力源是否能預期採用的因應項目數和頻率，以五項壓力源得分為自變項，分別以因應之項目數和頻率為依變項，以逐步迴歸分析，結果顯示(表七)家庭功能所受衝擊的壓力，最可預測病患住院時家屬採用的因應項目數，其解釋變異量為21.2%。同樣的，家庭功能所受衝擊的壓力，也是最能預測家屬採用的因應頻率，其解釋變異量為34.3%。即，當家庭功能所受衝擊的壓力愈大，則採用的因應項目數和頻率愈大。而出院後家屬來自照顧者的知識能力壓力，可預測家屬採用的因應項目數，

其解釋變異量達24.2%，但無任一壓力分項可解釋家屬使用因應項目的頻率。

討論

一、研究對象特性

本研究之研究對象皆為住在東部地區或因故至東部地區而發生頭部外傷的病患及其家屬照顧者，各20人。病患於發生事故時昏迷指數(GCS)小於或等於12分，為中至重度損傷者。多數病患為男性(90%)、年輕(平均年齡38.6歲)、低教育程度者(平均教育年數7年)，75%有職業者，45%為家庭主要經濟負擔者。與唐氏(民80)的研究結果，頭部外傷病患大多為男性(82.2%)，平均46.5歲、平均教育年數8.6年，有職業者68.3%比較，本研究病患較年輕，且接受的教育年數也較少，可能是因本研究收案以花蓮地區為主，因此有所差異。

本研究20位家屬照顧者中19人為女性，與其他學者研究指出大部份的家庭照顧者為女性(楊佩琪，民79；劉雪娥，民81；歐美，民82)一致。家屬平均年齡43.3歲、教育年數6.3年、60%有職業，為病患之配偶及父母者各35%，而唐氏(民80)的研究結果女性家屬佔64.4%，家屬的平均年齡為42.9歲、教育年數9.0年，有職業

者45.5%，且36.6%為病患的配偶，20.8%為病患的父母，顯見本研究的家屬照顧者教育年數較低，父母的比例較高。

二、家屬照顧者壓力源的變化

病患住院時家屬照顧者的最高壓力來自病患的認知功能損傷，照顧者的心理社會負擔次之，照顧的知識能力居三，病患呈現的身體症狀居四，家庭所面臨的衝擊墊後，與唐氏之研究結果，家屬照顧者的主要壓力是照顧者的知識不足有所不同。可能因唐氏的研究中病患疾病嚴重度，輕度者58.4%、中度者40.6%、重度者佔1%，與本研究中病患中度損傷者佔30%、重度損傷者佔70%(皆曾經歷意識狀況明顯改變)而有所不同，可見本研究個案較唐氏研究中之個案來得嚴重。

病患的認知程度、預後情況及日常生活自我照顧能力三項疾病相關變項於病患出院一個月後皆明顯改善，而照顧者來自病患身體症狀、認知功能損傷及照顧的知識能力之三項壓力源都於病患出院後明顯降低。三項壓力源中除了「病患的情緒不穩定」壓力題得分增加外，其餘各子題(24題)壓力得分皆較住院時降低。病患出院前及出院後家屬心理社會負擔及家庭所面臨的衝擊壓力雖有下降的趨勢但未達統計上明顯的差異，可見隨著病患病況的穩定及照顧需求的降低，並不能有效降低心理社會負擔及家庭所面臨的衝擊帶來之壓力。

病患出院一個月，家屬來自病患身體症狀的壓力自第四位降至最後第五位，來自病患的認知功能損傷自第一位降至第三位。病患出院後，家屬源自於病患的身體症狀、認知損傷壓力排名下降之原因，除病患病況改善外，熟悉照顧方式及技術也可能為減少壓力之原因。病患出院後，家屬照顧者的心理、社會負擔自第二升至第一位，照顧者的知識壓力自第三位升至第二位，來自家庭的衝擊自第五位上升至第四位，可能因病患病況漸趨穩定及慢性化，因而突顯家屬照顧者自身需求增加，因而有了以上的改變。綜合以上結果支持學者之說法，即家屬照顧者之壓力受多因素所影響，為一動態過程，隨著不同階段時間而有所不同(周照芳、熊秉荃，民81；Hall, Karzmark, Stevens, Englander, O'Hare, Wright, 1994; Kreutzer, Marwitz, KePler, 1992)。

三、家屬照顧者的因應方式

本研究目的(二)在探討頭部外傷病患住院時及出院後一個月家屬照顧者之因應方式，

研究結果顯示，家屬最常使用的因應項目、及使用頻率最高的項目，在病患出院前、後皆大致相同。家屬最常使用的因應方式為：告訴自己要靠自己、盡量嘗試控制情況、從過去的經驗中去想辦法解決、要忍耐相信情況會好轉、把自己的感覺或煩惱的事情說出來、有經驗的人或專家怎們說我就怎們做等。

住院時最常被使用的因應項目中有二項(嘗試各種不同的方法來處理問題、嘗試將問題化整為零一部份一部份的便於處理)於出院後落至十名以外。另，這是命要認命、做一些輕鬆的事來使自己放鬆一下、求助其他家人或朋友以得到安慰或幫忙等三項，則於病患出院一個月後進入常用的十項因應方式中，前後排名相差至少七名。可見當家屬面臨病患住院多方的壓力來源時，需做許多的調整與改變以照顧病患，此時家屬所關注的以病患的需求為主，較少關注個人的需求，家屬在病患住院時沒有時間也不方便做輕鬆的事。

因應方式之使用頻率在住院前後排名中並無太大改變，但以「不想討論病人的狀況」、「做一些輕鬆的事來使自己輕鬆一下」，二項於出院後被使用之頻率明顯上升。可能因返家後面對較多好奇的詢問，或因心理社會負擔大，擔心其他人排斥病患而不願多談；另返家後因環境較熟悉，因而較方便做一些輕鬆的事。相反的有二項因應方式之使用頻率則較住院時明顯降低，分別為「不相信病人會這麼嚴重」、「去問神明求籤卜卦算命看風水」，可能因住院時有的家屬無所適從，因而求助於算命或乩童，如有家屬表示「那時候每天哭不知道怎麼辦好，別人說那裡靈就跑去那裡問。」出院後經過一段時間家屬較能接受病患的病況，且病患的情況改善亦降低家屬求神問卜的行為。

將家屬最常使用的因應項目與使用頻率最多的項目加以比較發現，「嘗試各種不同的方法來處理問題」、「做一些輕鬆的事來使自己放鬆一下」、「求助其他家人或朋友以得到安慰或幫忙」，三項雖為常用的因應項目，但使用頻率皆未進入前十名。可能因家屬平均教育程度較低、一般生活背景較單純故雖嘗試各種不同的方法處理問題，但能運用的處理方式仍有限，又家屬受限於病患病情、醫院情境及其他的角色責任等，即使輕鬆一下亦有所限制，而因顧及自尊即便求助他人或朋友時亦有所顧忌或選擇，如有家屬表示「別人能幫的有限，每個人都有自己的事要忙，也不能什麼事都請別人幫忙。」「有些事也不方便和別人說，只有我太太知

道」。此外「祈禱或念經拜佛」因應方式在病患住院時、出院後使用頻率皆為第十排名，在使用項目皆為第十二名（各十七人使用）為較一致的項目，但型式則可能改變，如部份家屬表示，照顧病患後無法再如往常固定去廟裡（或教堂），心情不好時就自己祈禱或念佛。

四、家屬的壓力源與因應項目、頻率之相關性

本研究目的（三）為探討頭部外傷病患家屬照顧者的壓力感受與因應方式之間的關係。以家屬的因應型態為依變項，各壓力源為自變項之迴歸模式顯示，住院時家屬於家庭面臨衝擊之壓力越大者，家屬傾向使用較多的因應項目及因應頻率。可能的原因為當病患住院時家屬的關注點皆以病患為主，但若同時對家庭造成極大的衝擊時（不論是經濟壓力、家中其他成員的照顧等），家屬便需採取更多因應方式以降低來自家庭衝擊的壓力。出院後家屬照顧者來自於照顧知識能力的壓力越大者，所採用的因應項目數也越多，可能因病患出院後已漸進入復健狀態，由於病患需求的改變，容易造成家屬照顧者知識能力的不足，且不像在住院時較易取得訊息或指導，故顯現採用較多的因應方式。

本研究中家屬照顧者的三項壓力源及總壓力於病患出院後一個月皆呈現明顯下降，但使用的因應項目數及因應頻率卻未呈現此種趨勢，可能的原因有二：（一）壓力下降的程度並未達到家屬可減少因應的程度，（二）改變的是因應項目類別而非因應的項目數或頻率。Lazarus & Folkman(1984)認為隨著壓力源的不同，因應方式亦會改變以滿足新的需求。Hall(1994)追蹤51位頭部受傷病患家屬照顧者的壓力感受，發現病患初次住院復健時、出院後六個月、出院後一年及出院後二年的壓力感受雖明顯的降低，但卻發現其心理社會功能降低，且有較多依賴酒精及接受心理諮商的情形。本研究壓力降低而因應情形未降低的情形亦可能為家屬採用不同因應行為的結果。

此外，本研究結果顯示，住院時或出院後家屬的總壓力大小與因應採用之項目數及頻率均無相關，與歐美（民82）的研究顯示壓力評估與因應方式間並無顯著相關，有相同之處。Lazarus & Folkman(1984)強調因應為一過程，會因特殊壓力而持續較長的期間，且在不同階段會因為連串的評價與再評價，而呈現不同的因應與情緒。本研究發現家屬照顧者於病患住院時之壓力，與其在病患出院後一個月採用之

因應方式有關，因此護理人員應能在病患出院時即給予家屬照顧者適度的因應指導，或壓力減除，以提高病患出院後之照護品質。

結論與建議

本研究目的在探討頭部外傷患者住院時及出院一個月，家屬照顧者之壓力源及因應方式。結果顯示家屬照顧者於病患出院一個月後，來自病患身體症狀、認知功能損身及照顧的知識能力三項壓力源顯著下降。家屬照顧者採用的因應項目數和頻率，並未因病患出院後壓力降低而有明顯改變。病患住院時來自家庭功能衝擊的壓力是家屬照顧者採用因應項目數和頻率的最好預測變項。病患出院後一個月，來自照顧病患知識和能力的壓力，是最能預測家屬照顧者採用因應項目數的最好預測變項。因此護理人員應能根據家屬照顧者在病患出院前後，依其所面臨壓力源的不同而提供不同的護理措施，特別是壓力程度的減除和因應策略的指導，以維護家屬照顧者身心的健康。例如病患住院時家屬照顧者最大的壓力源為「病患的認知功能損傷」，護理人員可教導照顧者有關疾病引發患者認知功能損傷的機轉和可能的後果，並提供如何照護的相關技巧與方法，以減輕其壓力；而病患出院後家屬照顧者最大的壓力源為「家屬照顧者的心理社會負擔」，此時的護理措施應著重在照顧者的心理調適和社會角色功能的重建。因此，專家的諮商和參與社會相關支持團體，都有助於其壓力的減除。

本研究由於個案數不多，且研究對象限於住院於東部某二所教學醫院，頭部中、重度損傷之患者，家屬照顧者又僅限於與病患同住，且能持續照顧病患者，故研究結果無法推論至其它對象與情境。對未來相關研究，建議可探討聘用護佐照顧病患之家屬壓力和因應方式，並進一步分析因應策略之成效。

誌謝

本研究承國防張宗尹及台大黃秀梨二位老師的資料提供及鼓勵，長庚盧成皆及史麗珠二位老師在統計分析上的大力協助方得以完成。更要感謝所有參與研究的病患及其家屬，使我們能得知並思索如何提供更適切的持續照顧，在此一併致謝。

參考文獻

中華民國神經學學會頭部外傷研究小組(民79)·臺灣地區頭部外傷流行病學的研究報告·北醫學報,19, 107-111。

周照芳、熊秉荃(民81)·居家護理對精神分裂患者家屬壓力知覺之影響·護理雜誌,39(1), 55-64。

沈志仁(民78)·精神病患者家屬壓力源、應對策略與健康狀況的探討·國立台灣大學護理學研究所碩士論文。

胡月娟(民83)·慢性病患者所承受的衝擊與因應行為·護理研究,2(2), 140-151。

黃碧苑(民81)·居家中風患者家庭功能、照顧負荷及其相關因素之探討·國立台灣大學醫學院護理研究所碩士論文。

黃珮玲(民80)·探討出院精神分裂病患者家屬在居家照顧期間之負荷經驗及其影響因素·護理雜誌,38(4), 77-87。

唐秀蘭(民80)·頭部外傷住院病患家屬照顧者的壓力感受、社會支持、與健康狀況間關係之探討·國防醫學院護理學研究所碩士論文。

楊佩琪(民79)·老年癡呆症病患家屬之壓力與需求探索·東海大學社會工作研究所碩士論文。

蘇雅玲(民81)·某醫學中心門診非胰島素依賴型糖尿病患者壓力感受與因應方式之探討·國立台灣大學護理學研究所碩士論文。

歐美(民82)·居家中風病患女性配偶的壓力評估、因應方式與心理健康間相關性及影響因素的探討·國防醫學院護理學研究所碩士論文。

劉雪娥(民81)·影響照顧親人評價之因素探討·護理雜誌,39(4),65-75。

Burckhardt, C.S. (1987). Coping strategies of the chronically ill. Nursing Clinics of North America, 22(3), 543- 50.

Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1988). Coping as a mediator of emotion. Journal of Personality & Social Psychology, 54(3), 466-75.

Granger, C.V., Dewis, L.S., Peters, N.C., Sherwood, C.C., & Barrett, J.E. (1979). Stroke rehabilitation: analysis of repeated Barthel index measures. Archives of Physical Medicine Rehabilitation, 60 (1), 14-7.

Gleckman, A.D., & Brill, S. (1995). The impact of brain injury on family function: Implications for subacute rehabilitation programmes. Brain Injury, 9 (4), 385-393。

Hall, K.M., Karzmark, P., Stevens, M., Englander, J., O'Hare, P., & Wright, J. (1994). Family stressors in traumatic brain injury: A two-year follow up. Archives of Physical Medicine Rehabilitation, 75, 876-884。

Kreutzer, J.S., Marwitz, J.H., & KePler, K. (1991). Traumatic brain injury: Family response and outcome. Archives of Physical Medicine & Rehabilitation, 73, 771-778。

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal, and Coping. New York. Springer Publishing Company。

Lazarus, R. S. (1991). Emotion & Adaptation. New York: Oxford。

Miller, J. F. (1992) Coping with Chronic Illness Overcoming Powerlessness. U. S. A. F. A. Davis Company。

Sbordone, R.J., Liter, J.C., & Pettler-Jennings, P. (1995). Recovery of function following severe traumatic brain injury: A retrospective 10-year follow-up. Brain Injury, 9(3), 285-299。

Watson, D.L., & Tharp, R.G. (1989). Self Directed Behavior Self Modification for Personal Adjustment. California: Brooks/Cole Publishing Company。

Willer, B.S., Allen, K.M., Liss, M., & Zicht, E. M. S. (1991). Problems and coping strategies of individuals with traumatic brain injury and their spouses. Archives of Physical Medicine & Rehabilitation, 72(7), 460-463。

Stressors and Coping of Family Caregivers before and after the Head Injury Patient's Discharge

Hsiu-Chu Chu¹ / Chii Jeng²

1. MSN, RN, Director of Nursing Department Pohai Hospital

2. DNSc. RN, Associate Professor Graduate Institute of Nursing, Taipei Medical College

Abstract

The purpose of this study was to examine the stressors and coping of family caregivers before and after the discharge of head injury patients. This is a correlational and descriptive study. Twenty head injury patients and their family caregivers were selected by purposive sampling. The data were collected by means of chart review, observation, and interview. Two instruments, the Caregiver Stressor Survey and the Caregiver Coping Inventory, developed by the investigator, were used to measure caregivers' stressors and coping strategies before and one month after patients' discharge. The results demonstrated that three stressors, which resulted from the patient's physical symptoms, the impairment of patients' cognitive function, and knowledge deficit related to patient care, decreased significantly one month after patients' discharge. However, neither the number or frequency of coping strategies used by caregivers changed significantly after patients' discharge. The stressor related to impact of family function was a significant predictor of both the number and frequency of coping strategies used by family caregivers before patients' discharge. The other stressor, related to knowledge and skills of patient care, was a significant predictor in the number of coping strategies used by family caregivers after patients' discharge.

Key Words: Head Injury, Family Caregiver, Stressor, Coping