

中山醫學大學醫學研究所碩士論文
Master Thesis, Institute of Medicine,
Chung Shan Medical University

中風失能患者自我概念、社會支持
與憂鬱相關因素之探討

Self concept, social supports and depression related
factors in disabled patients with stroke

指導教授：李 選 教授 Sheuan Lee, RN, Ph.D.

研究生：楊美倫 Mei-Lun Yang

中華民國九十二年六月

June, 2003

本論文為中山醫學大學授予學位之必備條件之一，經中山醫學大學醫學院醫學研究所碩士論文考試委員會審查合格及口試通過。

口試委員

中山醫學大學護理學系助理教授

曾月霞



國立台中護專副教授

吳麗芬



中山醫學大學護理學系教授
(論文指導教授)

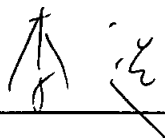
李選



中華民國九十二年六月

學生楊美倫論文題目為「中風失能患者自我概念、社會支持和憂鬱相關因素之探討」，其論文已經中山醫學大學醫學院醫學研究所碩士論文考試委員會審查合格及口試通過，並由其指導教授核閱後無誤。

指導教授： 李選

簽名：  _____

中華民國九十二年六月

誌 謝

在職進修時光，奔波於學校與臨床工作，認真、努力與時間賽跑，生活步調相當緊湊，此論文收案與撰寫過程經歷許多困難，又逢 SARS 疫情來勢洶洶衝擊台灣，更是撼動臨床護理工作的我，如今能如期完成，都得感謝一路陪我走來的良師益友。

研究過程影響我最深的是我敬愛的恩師(師父)李選教授，引導我思考邏輯，帶領我進入研究之門，並且利用休息時間對我的論文字字閱讀、專業的修改；平日亦師亦友的互動中，隨時給予行政、教學上的機會教育，除了協助我完成碩士論文，給予我的金玉良言、進退應對之教導，讓我受用無窮。撰寫論文期間感謝研究所同學香菊、淑慧、秀萍、靜頤、岱樺、豫亭、淑俐、玲娟、松原、國榮，無私的提供許多寶貴資料與意見，伴我學習成長，使研究所求學生涯，更加深刻、精采。對於在職進修者而言，最顧慮的即是工作排班的配合，此最感謝我臨床良師台中榮總王曼蒂護理長、陳慈桑副護理長及 SARS 前之 102 病房所有同仁，於我進修期間全力的配合與鼓舞，我才得以順利完成學業。

由衷感謝王曼溪督導長、吳麗芬副教授、柯慧貞所長、黃蒂社工師、張鳴宏主任的專家內容效度審查；及參與研究的病患與家屬，提供研究資料；感謝高考同期受訓學員許宏仁幫忙快遞文獻，減少我館際合作的等待。感謝我親愛的家人與偉勛，在我求學與研究過程，總是給我最大的支持與呵護，讓我順利完成學業。

僅以此文獻給我親愛的師長、同學、家人及朋友，感謝您們。

中文摘要

腦中風在台灣地區自 1963 年至 1981 年為我國十大死因首位，自 1982 年至今，腦中風仍高居為國人十大死亡原因第二位，每年奪走萬餘人寶貴生命，並成為台灣中老年人肢體殘障失能的主因。

中風後病患常伴隨程度不一的憂鬱現象，進而增加失能、認知功能損傷及自殺率、死亡率。本研究目的在探討中風失能患者自我概念、社會支持與憂鬱間之相關性。研究採立意取樣於中部三所醫學中心，因腦中風(出血或缺血)住院二週病患，以人口學特性(基本屬性、疾病特性)、肢體殘障自我概念量表、社會支持量表、貝克憂鬱量表彙整之結構式問卷為研究工具，訪談 72 位樣本，結果發現：樣本平均年齡 68.56 歲，憂鬱發生率為 56.9%，其中輕度 11%，中度 22.2%，重度 23.6%；樣本的失能程度越嚴重者，所呈現憂鬱程度越高；自我概念與憂鬱間呈顯著相關，若樣本對自我的描述、自我概念較負向者憂鬱程度較高，以上研究顯示自我概念為中風後憂鬱的最佳預測因子；在社會支持與憂鬱間之關係，結果呈現負相關，即樣本所感受到外界環境在情感性、價值性、訊息性，實質性的支持越滿意，所呈現憂鬱程度越低，研究發現樣本社會支持來源以家人為主，感受到的以實質性支持最多，價值性支持最少。

中風後病患需經歷漫長的復健過程，而中風後伴隨的憂鬱現象是中風病患復健意願與恢復成效的障礙，本研究結果對建立臨床護理執業標準，在職教育之內容策劃均有效益，並助於增加中風病患身心安適及生活品質。

關鍵字：中風後憂鬱 失能 自我概念 社會支持

Abstract

Stroke or cerebrovascular accident (CVA) has been the second leading cause of death for all ages in Taiwan since 1983. Depression is a common occurrence after stroke. Post-Stroke Depression is associated with increased disability, cognitive impairment and increased suicidality and mortality. The purpose of this study was to explore self-concept, social support and depression related factors in disabled patients with stroke.

Purposive sampling was used to recruit seventy-two subjects (average age 68.56) select from stroke (hemorrhage or ischemic) inpatients who have stayed in the three medical centers in central part of Taiwan for two weeks. The research method were interviewed with a structural questionnaire including demographic data, Barthel index, self-concept, social support and Beck depression inventory scale. The major findings of this study were: (1) Depressions prevalence 56.9% of the subjects, among which 11% are mild depression, 22.2% are moderate and 23.6% are severe depression. (2) Physical function was related to depression. The higher the severity of disability, the more severe the depression will be. (3) self-concept and depression were significantly negative correlated. Subjects who have negative self-description and self-concept suffer higher degrees of depressions. The result above shows self-concept is the major factor for predicting post-stroke depression. (4) Social support and depression were negatively correlated.

Stroke patients have to go through a lengthy process of rehabilitation. But, post-stroke depressions often retarded their willingness to accept therapies and hinder their progress in rehabilitation. Outcomes of this study will help establish clinical nursing standard for post-stroke depressions, contribute to the contents of on-job training and thereby enhance stroke patients' holistic care and quality of life.

Keyword: post-stroke depression, disability, self-concept, social support

目錄

	頁數
授權書-----	I . II
口試委員審定書-----	III
指導教授審查書-----	IV
誌謝-----	V
中文摘要-----	VI
英文摘要-----	VII
第一章 緒論-----	1
第一節 研究動機及研究重要性-----	2
第二節 研究目的-----	3
第三節 名詞定義-----	4
第二章 文獻查證-----	6
第一節 腦中風的疾病特性與概況-----	6
第二節 中風後患者的憂鬱概況-----	7
第三節 自我概念的意涵及相關研究-----	11
第四節 社會支持的意涵及相關研究-----	14
第五節 中風患者的憂鬱與失能程度、自我概念、社會支持間 之關係-----	16

第三章 方法學	20
第一節 研究架構	20
第二節 研究問題	21
第三節 研究設計與對象	21
第四節 研究工具	22
第五節 研究工具信效度	24
第六節 研究對象權益維護	26
第七節 研究步驟	26
第八節 資料處理與統計分析方法	29
第四章 研究結果	30
第一節 中風患者人口學特性(基本屬性、疾病特性)	30
第二節 中風患者之失能程度、自我概念、社會支持與憂鬱 之現況	36
第三節 中風患者人口學特性與失能程度、自我概念、社會 支持及憂鬱之相關分析	45
第四節 中風患者失能程度、自我概念、社會支持與憂鬱之 相關性	56
第五節 中風患者失能程度、自我概念、社會支持對憂鬱之 預測	60

第五章 討論	61
第一節 中風失能患者人口學特性(基本屬性與疾性)	61
第二節 中風失能患者之失能程度、自我概念、社會支持與憂鬱之現況	63
第三節 中風失能患者人口學特性與失能程度、自我概念、社會支持與憂鬱關係	65
第四節 中風失能患者之失能程度、自我概念、社會支持與憂鬱相關性及預測	68
第六章 結論與建議	70
第一節 結論	70
第二節 建議	71
第三節 限制	78
參考資料	79
附錄	90
附件	95

圖表目錄

圖 3-1	研究架構.....	20
表 3-1	各量表專家內容效度評定之平均得分.....	24
表 3-2	研究量表於其他樣本之信度 Crobach's α 一覽表.....	25
表 3-3	研究量表信度 Cronbach's α	26
表 3-4	預測研究收案情形.....	27
表 3-5	正式研究收案情形.....	28
表 3-6	資料分析說明表.....	29
表 4-1	研究樣本之基本資料一覽表.....	33
表 4-2	研究樣本失能程度(日常生活功能情形).....	36
表 4-3	研究樣本自我概念情形.....	37
表 4-4	研究樣本之自我概念一覽表.....	38
表 4-5	研究樣本自我概念評量分項排序前五項.....	39
表 4-6	研究樣本自我概念評量分項排序後五項.....	39
表 4-7	研究樣本之社會支持一覽表.....	41
表 4-8	研究樣本社會支持主要來.....	42
表 4-9	研究樣本憂鬱程度.....	43
表 4-10	中風失能患者憂鬱評量細項排序.....	44
表 4-11	研究樣本人口學特性與日常生活功能之變異數分析.....	48

表 4-12	研究樣本人口學特性與自我概念之變異數分析.....	50
表 4-13	研究樣本人口學特性與社會支持之變異數分析.....	52
表 4-14	研究對象之人口學特性與憂鬱變異數分析.....	54
表 4-15	研究樣本失能程度與憂鬱程度人數分佈.....	58
表 4-16	研究樣本自我概念與憂鬱程度人數分佈.....	58
表 4-17	研究樣本自我概念與失能程度人數分佈.....	58
表 4-18	研究樣本社會支持與憂鬱相關分析.....	59
表 4-19	研究樣本日常生活功能、自我概念、社會支持與憂鬱相關分析...	59
表 4-20	簡單線性迴歸分析：中風患者失能程度、自我概念社會支持對 憂鬱的預測.....	60

第一章 緒論

第一節 研究動機及研究重要性

腦血管意外(Cerebrovascular accident, CVA)俗稱中風(Stroke)，在台灣地區自1963年至1981年為我國十大之死因之首，當惡性腫瘤居首位後，於1982年至今腦中風仍高居為十大死亡原因第二位(行政院衛生署，2003)，台灣地區腦中風的年發生率約為每千人口中5.95人，以此數字推估腦中風每年奪走約萬餘人寶貴生命，因腦中風造成殘障者更是死亡人數的倍數(Huang, Chiang, & Lee, 1997)，成為中老年人殘障的主因，中風後的患者遭受到健康、日常生活功能，職業、社會角色喪失或改變，對於醫療、家庭、社會經濟等層面均產生極大的影響。研究文獻顯示中風後患者常伴隨程度不一的憂鬱現象(張、陳、梁，1992；Whyte & Mulsant, 2002)，而呈現自我封閉、社交隔離、退縮、哭泣、拒絕接受復健治療(蘇、楊，1991)、有自殺意圖與計劃(Kishi, Kosier, & Robinson, 1996)，增加失能程度、認知功能與語言障礙，增加疾病罹病率、死亡率(Beverly, 1999; Ramasubbu & Pattn, 2003)、延長住院天數，此攸關中風患者生活品質及增加社會與醫療成本的耗損，此議題值得深入探討。

過去國內外針對中風後憂鬱(Poststroke depression)的相關性研究顯示，中風患者的憂鬱程度與中風病患的日常生活活動功能障礙程度(如：穿衣、如廁、進食等)(Fuh, Liu, Wang, Liu, & Wang, 1997)、腦的受損部位(左、右腦半球)(Shimoda & Robison, 1999)、中風時間長短、社會支持(Wyller, Holmen, Laake, & Laake, 1998)、主要照顧

者等變項均有顯著相關；而文獻中較少出現中風後憂鬱程度是否與自我概念(self concept)相關。國內學者郭為藩(1979)認為健全的自我概念是身心健康的必要條件。自我概念是預測個體行為及成就的重要指標，不健全的自我概念常成為適應困難的主因(趙，2001)。研究者於臨床工作經驗，發現中風患者自我價值感、自我認同、自我滿意較高，及支持系統較緊密者，對於中風後參與學習自我照顧及接受復健治療的意願較高，反之，自覺因腦中風而變得無價值、自我滿意度低者常會出現哭泣、拒絕復健治療、退化性行為等，因此研究者欲藉由本研究探討中風失能患者，自我概念及社會支持(包括情緒性、價值觀、訊息性、實質性四層面)與憂鬱情緒的相關性。若能瞭解中風病患憂鬱情緒的導因，在中風病患入院時即掌握黃金時期，及早介入有效的護理措施，了解其自我概念及建立正向的自我概念與社會支持系統，將可預防憂鬱情緒的產生，協助中風病患儘早達到身體、心理、靈性與社會等層面的適應，化失能為發揮自己最大潛能。研究結果亦可作為臨床工作中訂定中風病患臨床護理計劃標準及作為出院準備服務計劃之依據，及早提供有效的護理措施，預防中風失能患者的憂鬱程度，降低其自殺或自傷率，促進復健治療意願，盡速適應中風後生活，提昇生活品質。

第二節 研究目的

本研究主要目的是探討中風患者自我概念、社會支持與憂鬱之相關性，分述於下：

一、瞭解中風患者失能程度、自我概念、社會支持與憂鬱之狀況。

二、探討中風患者人口學特性(基本屬性、疾病特性)與憂鬱之關係。

三、探討中風患者失能程度(日常生活功能情形)與憂鬱之相關性。

四、探討中風患者自我概念與憂鬱之相關性。

五、探討中風患者社會支持與憂鬱之相關性。

六、探討中風患者人口學特性(基本屬性、疾病特性)、失能程度、自我概念、社會

支持和憂鬱各變項間的相關性。

七、探討影響中風後憂鬱的相關因素。

第三節 名詞定義

一、腦血管意外或中風(cerebrovascular accident or stroke)：腦部組織因腦血管出血、血栓、栓塞造成灌流不足導致缺血、缺氧之損傷與腦功能障礙，且瞬間發生臨床症狀，此症狀需持續 24 小時以上，並分為缺血性與出血性腦中風兩大類(Hickey, 1997)。本研究中係指中部地區(台中市與彰化市)三所醫學中心之神經內科專科醫師診斷為腦中風(缺血或出血)之患者。

二、失能(Disability)：世界衛生組織(World Health Organization, WHO)定義為：任何因為身體、心理精神或解剖上結構功能限制或缺乏的情形，使個體沒有能力完成日常生活相關活動者稱之，這些活動包括：移動身體的能力、自我照顧行為能力，如進食、沐浴、如廁等(WHO, 1993)；本研究意指以巴氏日常生活功能量表包括：進食、沐浴、如廁、更衣等十項評量，其中有一項需完全依賴他人完成之中風病患；僅指身體上失能，無心理精神或失智者。

三、自我概念(self concept)：自我概念(self concept)係指個人對自己多方面知覺的總和，其中包括個人對自己的性格、能力與興趣的了解，個人與他人和環境的關係，個人對處理事物的經驗及對生活目標的認識與評價(張，1992)。本研究指中風失能患者對於自己所持的一種主觀態度、情感與看法。本研究以肢體殘障者自我概念量表進行評量，內容包括：自我的信任感、責任感、孤獨感、自卑感、價值觀、滿意程度、安全感、焦慮等。

四、社會支持(social support)：社會支持功能是透過支持網路所發揮的功能，包括情

緒支持、訊息支持、實質支持、自尊性或評價性支持等四種功能(House & Kahn, 1985)。本研究指中風失能患者感受到周圍他人如：配偶、子女、親戚、朋友、鄰居、僱傭、醫護人員等，在情緒性、價值觀、訊息性、實質性四層面提供幫助與支持，及其滿意程度。本研究以張紀萍等(2000)發展之社會支持量表進行評量。

五、中風後憂鬱(Post stroke depression)：根據精神疾患診斷與統計手冊(第四版)(Diagnostic and statistical manual of mental disorder IV, 簡稱 DSM IV)，對於臨床疾病後的憂鬱現象定義為「伴隨憂鬱情緒的調適障礙」(Adjustment disorder with depression mood)；本研究意指中風的病患常伴隨憂鬱現象，個體對真實或感受到的壓力所產生的情緒反應，以貝克憂鬱量表進行評量包括：悲觀、罪惡感、哭泣、睡眠障礙、食慾不佳等。

第二章 文獻查證

本章依研究目的將文獻查證分為五部分，做為研究依據。分別為：腦中風的疾病特性與概況；中風後患者的憂鬱概況；自我概念的意涵與相關研究；社會支持的意涵與相關研究；及中風患者的憂鬱與失能程度、自我概念、社會支持間之關係。

第一節 腦中風的疾病特性與概況

腦血管意外(cerebrovascular accident)俗稱中風(Stroke)，是因為腦功能障礙而瞬間發生的臨床症狀，此症狀需持續 24 小時以上。中風會造成身體單側麻痺(即半身不遂或偏癱 Hemiplegia)，或身體兩側麻痺，而腦中風之損害特性是因出血、血栓、栓塞造成腦部組織灌流而缺血、缺氧。通常單側大腦半球內之損害會造成對側肢體或臉部偏癱。中風是國內外常見的臨床疾病，在美國地區每年約有六十七萬位中風新病例，估計現今中風後存活者約 4.5 百萬人(American Heart Association, 2002)。腦中風在台灣地區自 1963 年至 1981 年為我國十大死因之首，自 1982 年至今腦中風仍高居為十大死亡原因第二位(行政院衛生署，2003)，台灣腦中風的年發生率約為每千人口中 5.95 人，其中一半以上為缺血性腦中風，罹患腦中風的病患常伴有高血壓、心臟血管疾病，糖尿病慢性病史(Huang, Chiang, & Lee, 1997)，目前高血壓等慢性疾病的防治及血栓溶解劑治療日益進步，腦中風每年仍奪走萬餘人寶貴的生命，因腦中風造成殘障者更是死亡人數的倍數，加上歷年累計腦中風倖存者的人數非常可觀。中風存活者因為腦部損傷的部位、範圍、嚴重度不同，

所殘留的殘障程度不同；病患經急性期治療後，往往仍存有運動神經功能障礙導致活動困難，無法完成日常生活功能(如沐浴、進食、行走)與自我照顧行為，及認知、語言障礙，情緒異常現象(Burvil et al., 1997)，傷殘比率也隨著年齡增長而增加，急性中風治療者後百分之十之患者可以返回正常工作崗位，其餘皆有不同程度的肢體殘障、身體殘障、無能和其他併發症，會帶來個體的威脅和生活危機，因其會中斷個體之家庭生活和未來計劃，因身體心像的改變，角色轉換，減少自尊、安全感、獨立性。中風患者在個人的健康上、職業、社會角色、獨立性遭受重大衝擊(Whyte & Mulsant, 2002)，且成為台閩地區中老年人殘障主因。

第二節 中風後患者的憂鬱概況

憂鬱(depression)一詞常被廣用，它可能是一個徵象(sign)、症狀(symptom)、症候群(syndrome)、情緒狀態(Emotional stat)、反應(reaction)、疾病(disease)或臨床存在的現象(clinical entity)；根據精神疾患診斷與統計手冊(第四版)(Diagnostic and statistical manual of mental disorder IV, 簡稱 DSM IV)，對於臨床疾病後的憂鬱現象定義為「伴隨憂鬱情緒的調適障礙」(Adjustment disorder with depression mood)；而中風的病患常伴隨憂鬱現象被稱為中風後憂鬱(Post stroke depression)，特徵包括：無望感、悲觀、缺乏動機、哭泣等；Robison 1983 年即針對中風住院病患進行中風後憂鬱(Post stroke depression)的長期研究，發現中風後病患伴隨憂鬱現象(Buvill et al., 1995)，且隨著時間而延續，出

現率與憂鬱程度逐漸增加(Astrom, Adolfsson, & Asplund, 1993)；而此種憂鬱情緒嚴重影響中風後病患的復健意願與成效，促使中風病患在認知功能損傷、身體失能程度增加、而且增加疾病罹病率、自殺率與死亡率(Beverly, 1999 ; Ramasubbu & Pattn, 2003)，延長住院時間，減少社會活動，生活品質降低，最終將無法重返工作與社會。

中風後的憂鬱情緒對於病患與家庭成員影響甚鉅，因此近年來對於中風後憂鬱現象廣被注意，對於中風後病患出現憂鬱現象的時間與發生率國內外相關研究甚多，但研究結果不一，以致未能在適當時間點提供預防或治療措施。根據長期研究報告顯示，在中風的急性期(中風後二週內)，發現具憂鬱現象的病患佔 25%(Astrom, Adolfsson, & Asplund, 1993)，而在復健階段(中風後一至二個月)有 37%(Gonzales-Torreallas, Mendlewicz, & Lobo, 1995)；在中風晚期(中風六個月)有 34%(Robinson, Bolduce, & Price 1987)，直到中風後二年的研究亦有 19-21%(Astrom, Adolfsson, & Asplund, 1993; Robinson, Bolduce, & Price, 1987)的病患仍伴隨憂鬱現象；國內蘇玉麟等(1991)針對初次中風病患於中風後二週進行憂鬱程度的施測，研究報告顯示國人腦中風後憂鬱症罹患率約為 37.7%，其中屬較重度者佔 13.1% ；于、高(1992)針對住院期間病患身心反應的研究結果發現：中風病患於住院期間有明顯的憂鬱現象。綜合上述國內外的研究得知，中風病患的憂鬱現象在中風二週內即發生，而中風後六個月被稱為憂鬱症發生的高峰期，一直到中風後一至三年均有相當高的發生率。

如今導致中風後憂鬱情緒的相關因素仍被爭議與研究，經歸納與統整，近年來與中風後憂鬱相關因素的研究，可分為生物層面、身體功能層面、社會心理層面，以下分別以此三層面加以說明其所涵蓋的中風後憂鬱相關危險因子的研究。

(一)在生物學層面：導致中風後憂鬱是由於生物學機制促使腦內缺血，直接影響腦神經迴路，擾亂情緒的調節(Beblo, Wallesch, & Herrmann, 1999; Starkstein et al., 1991)；與此相關的危險因子為(1)腦中風受損的部位：Robinson and Colleagues 指出腦內特異性缺血，其損傷部位與憂鬱情緒有顯著相關；Robinson(1983)研究發現中風後的憂鬱程度依左、右腦半球部位受損而有不同，左腦半球受損憂鬱常發生於中風三到六個月，右腦半球部位受損發生在中風後一到兩年(Shimoda & Robinson, 1999)，Berg et al.(2001)研究顯示左大腦半球、或腦幹中風病患者有較嚴重的憂鬱現象；此外，額葉缺血損傷與中風後憂鬱嚴重度亦有顯著相關，(Singh et al., 2000)，基底核的缺血損傷亦被論述與中風後憂鬱相關，但影響程度較額葉小(Steffens, Helms, Krishna, & Burke, 1999)。(2)中風期間長短：即罹患腦中風時間越長，憂鬱情緒越明顯。(3)基因易感性：具有憂鬱症病史或家族史的病患，都具有較高的中風後憂鬱的發生率(Singh et al., 2000, Gonzalez-Torrecillas, Mendlewicz, & Lobo, 1995)。

(二)身體活動功能層面：在此層面具最多實證與中風後憂鬱高相關的研究為(1)身體失能：中風造成病患肢體殘障活動困難、其失能程度常被認為造成中風後憂鬱的主要因子(Bruce, 2002)，即所謂功能性憂鬱(Astrom, Adolfsson, & Asplund, 1993;

Burvil, Johnson, Jomrozik, & Anderson, 1997)；同時當身體的失能和功能衰退也呈現出中風病患在生理、心理與認知上的損傷(Bruce, 2001)。國內研究也顯示：日常生活功能的依賴程度與情緒表現有顯著相關(張瑞昆、陳正岳、梁秋萍, 1992)，即當中風病患完成日常生活的能力如沐浴、進食、更衣等越佳時，憂鬱程度越低(Fuh, Liu, wang, Lin, & Wang, 1997)。(2)認知或語言功能損傷：Burvil 等(1999)提出中風病患具有認知或語言功能受損(失語症)的中風病患呈現有較高的憂鬱程度。

(三)社會心理學層面：研究顯示社會和心理壓力亦是造成中風後憂鬱主因之一(Gainotti, Azzoni, & Mona, 1999)。相關危險因子有(1)社會活動減少：中風病患因失能和功能性減退及缺乏社交活動與接觸(Canavan, Anthony, & Hilary, 1995)，而增加憂鬱的產生。(2)因應(coping)技巧較缺乏者易產生中風後憂鬱，例如：中風患者本身有憂鬱病史或人格特質屬於較神經質類型者較容易產生中風後憂鬱現象(Astrom, Adolfsson, & Asplund, 1993; Morris & Robinson, 1995)。(3)生活事件發生(Andersen, Vestergaard, & Ingemann-Nielsen, 1995; Bush, 1999)及社會支持較低者中風後的憂鬱程度較嚴重；社會心理學層面在中風晚期所發生的憂鬱症狀之影響力是逐漸增加，尤其社交隔離是中風一年後一個重要的危險因子(Herrmann & Wallesch, 1993)。綜合上述研究結果得知：造成中風後憂鬱的因素涵蓋生理、心理、社會層面，非單一因素所造成；而且也符合 Lui 及 Macknize(1999)以質性研究方式與中風病患進行深入訪談，探討中風病患復健過程的需求，中風病患表示在中風的急性期、復健期，返家後的生活，他們有訊息性、身體、心理、社

會及靈性需求五大層面的需求，並認為滿足病患需求將使其有正面的情緒，能減少中風後憂鬱，使自我照顧行為增加，強化自我效能提高生活品質(Robinson, Johnston, & Allen, 2000)。

第三節 自我概念的意涵與相關研究

自我概念的研究發展脈絡，被譽為最有系統的實徵研究最早是美國心理學之父 James(1980)提出「自我覺察」(The consciousness of self)的觀念，James 對「自我」的定義是：「自我是個人的知覺、感受與思考，並加以區分為主體我(I)與客體我(Me)兩部分，而客體我之下又依次可分為精神我、社會我、身體我」(侯，1998)，Roy 與 Andrew(1999)提出自我概念是由身體的自我(Physical self)和個人的自我(Personal self)所組成，身體的自我包括：身體的感覺和身體的心像；個人的自我包括自我的一致性、自我理想及道德、倫理、靈性的自我，同時將自我概念涵蓋在羅氏適應模式(Roy's adaptation model)，因其認為自我概念是某特定時間由個人的信念或感覺所構成，它是人的行為中心，當人面臨壓力情境時自我概念的探究有助於提昇適應能力。

國內學者提出許多對自我概念的定義，張春興(1992)在「張氏心理學辭典」中提出，自我概念(self concept)是個人對自己多方面知覺的總和，其中包括個人對自己的性格、能力與興趣的了解，個人與他人和環境的關係，個人對處理事物的經驗及對生活目標的認識與評價。自我概念(self concept)亦稱自我觀念，它是個人

對於自己的態度、情感或想法是個體在一特定時間裡，對自己所持一種主觀的看法、體驗、評價及態度，包括自信心、滿意程度等心理自我，這些信念與感受，是由個體內在的知覺，加上知覺到別人對他的反應而成，同時這些可引導個體行為(黃，1993)。而且自我概念是動態的，具主動性及可以加以修正的，它將與自我相關的行為與經驗加以整合與解釋再納入新的自我概念中(侯，1998)。

中風對於病患健康喪失、身體失能、職業與社會角色改變顛覆了生活秩序，社會學家提出當人們罹患慢性疾病時，某些生活中的故事被中斷無法連續，未來也變得不確定及不可預測，此稱為傳記的瓦解(Biographical Disruption)，但研究也發現中風病患所呈現出的因應行為與感受反應不一(Pound, Gompertz, & Ebrahim, 1998)，有許多病患因中風身體失能，外觀與活動功能改變，自我概念隨之趨於負向，根據Ellis-Hill與Horn(2000)針對中風病患自我概念的研究報告，中風病患在自我描述時會用較負面的措詞，並表示自己中風後興趣、各方面能力、獨立性降低，以及控制感、活動滿意度減少，而有些病患仍保有正向自我概念，表示他們是友善、冷靜、關懷及有希望和愛說話的，雖然反應不一，但統計顯示中風病患自我概念仍比無中風者自我概念較低，而且自我概念較低者對於自己的失能較無法接受(Moore, 1998)，在整體的社會調適、學習失能後生活較緩慢或不良(Lewandowski & Arcangelo, 1994)。國內臨床上對自我概念的研究與測量，在人口學屬性方面研究發現：退休老人或無收入、居住在機構中者其自我概念較低，因為他們覺得住在機構中(如退休中心、安養中心)失去做父母的感覺，未被尊敬的問候，所呈現自我概念較低(Lee,

1997)；性別方面則以女性自我概念較高，尤其在家庭自我、社會自我、自我認同及自我滿意度較男性來的正向(Shu, Huang, & Chen, 2003)，同時教育程度較高者，自我概念趨於正向(林，1999)；黃等(1993)以田納西自我概念量表對於中風患者自我概念施測結果顯示，發現中風患者在生理自我、心理自我、自我滿意度、自我行為方面得分較低，此表示病人對於身體健康狀況、身體外觀、功能與性方面的感覺，對個人的價值和能力的評價，對現況的滿意度及接納程度較正常人差。

張紀萍等(2001)使用黃金島(1988)設計之肢體殘障自我概念量表，測量燒傷患者自我概念與憂鬱情緒，發現自我概念對憂鬱情緒具良好的預測力，自我概念較正向者其憂鬱程度較低，郭為藩(1979)也認為健全的自我概念是心理健康的必要條件。Shavelson, Huber 及 Stanton 相信自我概念不但能夠解釋以及預測人類行為，正面的自我概念更是達成許多期待行為與表現的重要結果與方法(劉、許，2001)。中風病患往往需要經過漫長的復健過程，自我概念為個體行為的核心，中風病患自我概念的探究也提供行為、動機，行動計劃及生活腳本，並使個體在面對環境中之刺激時，能做出適當的反應與調適，自我概念不僅反應目前的行為，它更在調整行為上擔任重要的角色(楊、1994)。

第四節 社會支持的意涵及相關研究

社會支持相關研究為數眾多，對於社會支持的概念定義，從研究者對社會支持的建構定義與測量工具，社會支持定義可分為「社會處境」(Social embeddedness)、「知覺的社會支持」(Perceived social support)、「行動化支持」(Enacted support)三大類。在「社會處境」方面，社會支持的概念意指個人與其社會環境中重要他人的連結，這種社會連結是個體心理群體感(Psychological sense of community)的成分，缺乏社會連結會造成個體疏離感與孤獨感，進而引發心理異常，而採用這種取向來測量社會處境的連結程度例如：社會連結(Social ties)、社會網路(Social network)。在「知覺的社會支持」是目前最被普遍使用的社會支持概念，這種觀點認為社會支持必須由個體主觀認知評估來認定，大部分測量知覺到的社會支持可獲得性、適當性，及對社會支持滿意度；「行動化支持」著重在支持提供者給予個案哪些具體的行動，用可觀察到的行為為客觀指標，確認個案實際接受到的社會支持為何(邱、2000)。然而研究也顯示愈多元化及完整的社會支持有助於個案因應壓力，Granger(1982)指出社會支持是個體在達成社會化的過程，透過溝通互動管道，與外界保持互動、聯繫、藉由家人、親戚、朋友等重要他人或社會公私立機關團體等正式或非正式的資源，獲得適合的實質性物質支持、情緒支持、資訊指導、享有工作權、可免於經濟負擔、能得到他人的肯定，並擁有適合居住之生活環境，將這些資源應用於患者的照顧，使患者能在社會中達成適應和維持生命(林等，1999)。所以社會支持是一個因應(Coping)的資源，當個案尋求社會支持系統時有如得到因應

(coping)的策略，因應行為依賴社會支持而產生(Schreurs & de Ridder, 1997)，它提供一個緩衝效果，緩和壓力對內分泌及病理學的反應及免疫系統負面影響；良好的社會支持關係對於慢性疾病，如心臟血管疾病、癌症、心理疾患的健康狀況有正向的影響，因此社會支持被認為是身心健康的最佳成果指標(McCulloch, 1995)。

House 及 Kahn(1985)提出社會支持涵蓋情緒支持、訊息支持、實質支持、自尊支持等四種功能型式，而國內對於社會之支持研究面亦以此四層面的測量為多；情感性支持即親友或是有意義的他人提供的關心、信任、歸屬感與關愛，訊息性支持為親友或是有意義的他人，提供的知識資訊及幫助了解所處的環境。實質性支持為親友或是有意義的他人，提供的實質物品服務或照顧，評價性支持是親友或有意義的他人提供的個人回饋與建議。

臨床上社會支持與病患預防疾病、促進恢復健康、限制殘障及死亡有很多的實證依據，Tennant(1999)在冠狀心臟疾病研究顯示：生活事件壓力與缺乏社會支持會增加冠狀心臟病包括急性心肌梗塞、心律不整之死亡率的重要預測指標，在面臨生活壓力時，有充分的社會支持，冠狀心臟病患者死亡率會降低。對於慢性病患者而言接受到社會支持程度越高，其所表現的情緒越正向，生活品質較佳(林，1997)。

社會支持與中風患者相關的研究方面，中風患者在中風急性期若未能得到完善的社會支持較易有自殺想法及自殺計劃產生(Kishi & Robinson, 1996)，研究也顯示，中風病患在住院期間和出院後得到的情感性、訊息性、實質性、價值性的社會支持來源以子女、配偶為主，親友佔第三位，醫療人員居末，而在支持層面以身體照護、

經濟支援即實質上的支持最多，在情緒上的支持從住院到出院前逐漸減少(于、高，1992)；然而針對居家中風患者給予社會支持介入措施，其結果顯示具良好的社會支持之中風患者，生理健康情形較好，其中以日常生活功能活動能力進步最顯著，並且能促使個案改善睡眠干擾(張、李，2000)。研究報告也呈現當中風病患自覺身心較安適，可以發現他們皆具有安定堅固的社會網路支持系統，而且大致上以女性患者對於自己的社會網路支持系統較滿意(Wyller, Holmen, Lakke, & Lakke, 1998)。而家庭支持明顯可以改善中風患者的照護品質(Mant, Carter, Wade, & Winner, 2000)尤其支持的提供者如主要照顧者和中風病患關係良好者，其家庭照顧品質較佳(林、邱 1995)；社會支持是個人有需要時，能有人提供知識訊息實際的幫助，藉由情緒支持，當有事時家人能提供情緒的關懷，注意或提醒有關病患良好自我照顧行為，當病患有需要時能提供實際幫助；社會支持與個人情緒及健康行為息息相關，支持越高，生活發生負向事件時沮喪感較低(陳，1998)，所以社會支持是一個因應策略與資源，是一個多功能的緩衝劑，協助個人面對壓力衝擊能化危機為轉機。

第五節 中風患者失能程度、自我概念、社會支持與憂鬱間之關係

中風病患半數以上存有程度不同的情緒困擾，即所謂情緒失禁(Emotional incontinence)的現象(Kim, 2002)，包括：容易生氣、孤獨感、焦慮不安、憂鬱、無望感等(張等，1992)；其中憂鬱情緒增加病患失能的程度(Lenze et al., 2001)、認知障礙及自殺率(Austin, Mitchell, & Goodwin, 2001; Butters, Rogers, Martire, &

Mulsant, 2000)、死亡率(Schulze et al., 2000)，所以中風後憂鬱情緒的辨識與治療極為重要。

中風死亡率因為血栓治療日益進步，雖然中風後存活者逐漸增加，但仍會造成患者呈現身體不同程度之殘障，中風後身體的失能程度對於病患而言是不利的條件(Rochette, Desroiers, & Noreau, 2001)；中風病患的憂鬱現象與身體失能程度之關係的研究佐證，中風病患身體執行日常生活功能(Activities of daily living, ADL)的依賴程度越高者(如：沐浴、穿衣、上下樓梯等)，會出現較嚴重的憂鬱現象(Fuh et. al., 1997)。早期 Robinson (1983)研究表示中風後的憂鬱程度依左、右腦半球部位受損而有不同，左腦半球的損傷者有較嚴重的憂鬱，Berg 等(2001)針對中風患者在中風急性期以貝克憂鬱量表(Beck Depression Inventory)進行憂鬱施測，左大腦及腦幹損傷者有較嚴重的憂鬱現象。對於此論述也提到可能因為左腦半球的損傷造成對側右邊肢體的殘障，而一般人較慣用右手，此時對於執行日常生活功能較困難，而腦幹為生命中樞，因此，腦幹中風對身體損傷程度也較嚴重，失能程度較顯著，而產生較嚴重的沮喪與憂鬱情緒。

自我概念是個體行為的中心，面臨壓力時為一個促進適應的要素(Roy & Andrew, 1999)，Tarlow 和 Haaga (1996)指出自我概念與情緒間有密切關係，自我概念低者其情緒表現較負向，尤其在憂鬱情緒上最為顯著。

國內臨床上對於中風病患自我概念與憂鬱的相關研究數量較少，在自我概念與憂鬱情緒的研究方面，黃等(1993)以田納西自我概念量表對於中風患者自我概念施

測結果顯示，發現中風患者在生理自我、心理自我、自我滿意度、自我行為方面得分較低，自我概念整體總得分較非中風者低，在壓力感受也較強；張紀萍等(2001)針對燒傷病患探討其憂鬱相關因素，以黃金島(1987)所發展的肢體殘障自我概念量表施測，結果發現燒傷病患自我概念愈正向者，其憂鬱程度愈低，反之自我概念較負向者，則有較高的憂鬱現象，並認為自我概念為憂鬱的重要預測變項。

社會支持是現今被公認為身心健康的決定因素(Badoux, 2000)，在中風後對於病患社會心理的調適提供了緩衝的效果(Friedland & Macoll, 1987)，亦是心理健康有意義的成果指標(McCulloch, 1995)，中風患者社會支持與憂鬱的研究顯示，中風病患在遭受中風後需經歷一段漫長的復健過程，此時有足夠的社會支持者其心理健康的問題較少(Hirofumi, et. al., 1999)，當病患有良好的社會支持時，其憂鬱程度較低，也發現在情感性、訊息性、價值性，實質性四層面的社會支持中，中風病患以得到訊息性的支持較滿意，主要提供者為家庭成員，其次是朋友(Li, Wang, & Lin, 2003)，社會支持是失能者調適的重要元素，家庭、朋友的情緒性支持，能促進其自我接納(Moore, 1998)，研究顯示：當病患對於所感受的情緒性的社會支持滿意時，憂鬱程度較低，生活品質的評量得分較高(Jaracz & Kozubski, 2003)，所以社會支持對於中風病患憂鬱情緒與生活品質皆有正向影響。

此外，在身體失能程度、自我概念、社會支持之關係檢測，根據研究文獻顯示，中風病患失能程度越嚴重，日常生活功能依賴程度越多，而無法執行自我照顧行為，此時病患對於自我的描述較負向，自我概念呈現較低，(Ellis-Hill & Horn, 2000)；

社會支持的滿意度與自尊成正相關，中風病患對於所到的社會支持滿意度越高，內在自尊越高(Chang, Mackenzie, Yip, & Dhillon, 1999)，憂鬱越低(Jaracz & Kozubski, 2003)。社會支持狀況越好者，自我概念越趨於正向。尤其在自信心、滿足感、安全感等方面的自我概念愈趨於正面反應(林等，1999；張，2001)。

腦中風後的憂鬱現象，深切影響中風病患復健意願與成效，基於以上實證研究，中風後伴隨的憂鬱現象與身體的失能程度有密切關係，而自我概念為個體行為之核心，社會支持是幫助個體身心因應壓力的策略與資源，故中風後的憂鬱與失能程度、自我概念，社會支持間之相關性值得且須深入探究。

第三章 方法學

第一節 研究架構

本研究之概念架構(如圖 3-1)：中風疾病隨著年齡的增加有較高的罹患率，所造成身體傷殘程度也隨之增加，病患中風後健康喪失，面臨身體的失能、職業、社會角色改變或喪失，所以其自我概念因此受影響，且影響情緒反應；此時社會支持包括情感性、價值觀、訊息性、實質性支持滿意度，亦會影響情緒反應。另一方面，中風病患的自我概念與社會支持之間易會互相影響。

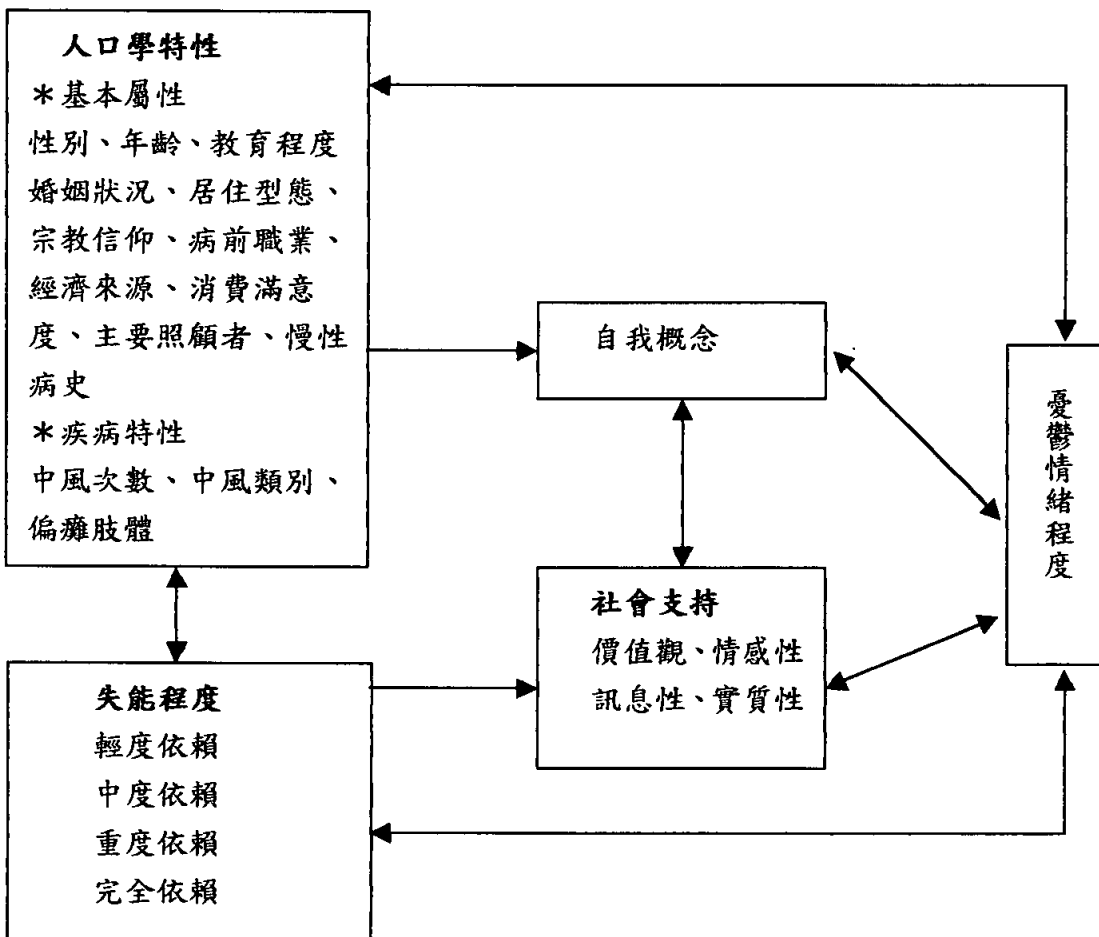


圖 3-1. 研究架構

第二節 研究問題

根據研究目的文獻查證及研究架構，本研究探討下列問題：

1. 中風患者人口學特性(基本屬性、疾病特性)、失能程度與憂鬱情緒間之關係為何？
2. 中風失能患者自我概念與憂鬱情緒間之關係為何？
3. 中風失能老患者的社會支持與憂鬱情緒間之關係為何？
4. 自我概念與社會支持之間的相關性為何？

第三節 研究設計與對象

1. 本研究為相關性研究設計，採立意取樣，選取符合以下條件的研究樣本，取樣地點為中部地區台中市與彰化市內三所醫學中心之神經內科與復健科病房。於 92 年 2 月進行預測，收案 10 人；正式收案期間為 92 年 3 月至 4 月進行收案 62 人，於研究對象中風二週時，以結構式問卷進行訪談，由研究者協助填寫評量表；因樣本特性相似，故將兩者樣本 72 位合計進行統計分析。

2. 凡符合下列條件均被考慮為研究對象：

(1) 神經內科專科醫師診斷為腦血管意外(出血、血栓、栓塞)，研究者查閱病歷再度確定無誤者。

(2)中風住院前無其他因素造成的身體殘障或失能者。

(3)巴氏量表日常生活功能為輕度依賴至完全依賴，意識清楚，無認知、語言表達功能障礙者。

(3)病患與家屬均同意接受訪談及參與此項研究者。

第四節 研究工具

本研究使用之工具為結構式問卷，問卷內容即人口學特性、巴氏日常生活功能量表、社會支持量表、肢體殘障自我概念量表、憂鬱量表等五類量表彙整而成。

1.人口學特性：由研究者自擬，包括基本屬性及疾病特性。基本屬性包括：性別、年齡、教育程度、宗教信仰、經濟來源、消費滿意度、居住型態、病前職業、婚姻狀況、主要照顧者、慢性疾病史；疾病特性包括：中風日期、診斷類別、偏癱肢體。

2.巴氏日常生活功能量表(Barthel Index)：本研究採用戴玉慈(1994)所譯之巴氏功能評估索引；評量患者自我照顧及活動能力，包括：進食、輪椅與床之間移位、個人衛生/修飾、如廁、沐浴、平地上行走、上下樓梯、穿脫衣服、大便控制、小便控制等 10 項，總分 0-100 分，分數越高表示生活功能越佳，0-20 分為完全依賴，21-60 分為重度依賴，61-90 分為中度依賴，91-99 分為輕度依賴，100 分為完全獨立。

3.肢體殘障者自我概念量表：本研究係引用黃金島(1988)所發展的「肢體殘障自我概念量表」，測量中風失能患者的自我概念，題目內容包含信任感、責任感、孤獨感、

自卑感、價值觀、滿意程度、安全感、焦慮等。每題語意以負向呈現的看法共計 29 題，每題以 1-5 分(1 分表正向，5 分為負向)來呈現各題同意程度，總分 29-145 分，得分愈高表示自我概念愈趨負向。

4. 社會支持量表：本研究參考張記萍等(2000)發展的「社會支持量表」，此量表用於燒傷病患社會支持的評估，研究者針對中風患者做部份文字修改，主要評量病患中風後所得到的社會支持狀況，分別為情感性、價值觀、訊息性、實質性，請病患依照自己中風後所感受到的情形回答。共 19 題，每一題回答時，先回答頻率部分，再明確依代號填入主要提供者。每一項分數由 1-4 分，沒有(0 分)、偶而(2 分)、經常(3 分)、總是(4)，總分 19-76 分，分數越高表示社會支持越好。

5. 憂鬱量表：原量表為 Beck 及 Steer(1997)所發展，陳怡如(1997)翻譯成中文版，本研究量表購自中國行為科學社。貝氏憂鬱量表第二版(Beck Depression Inventory-Second Edition,簡寫為 BDI-II)共 21 題，每題有 4 選項，分別為 0-3 分，代表沒有症狀(0 分)、輕微(1 分)、中度(2 分)、以及嚴重度(3 分)，受試者從中選一項最符合自己最近一週內情況敘述。總分在 0-63 分之間。評量結果 0-13 分為正常(normal)，14-19 分則為輕度(mild)憂鬱，20-28 分為中度(moderate)憂鬱，29-63 分屬於重度(severe)憂鬱。

第五節 研究工具之信、效度

一、效度檢定

本研究所使用的研究工具包括人口學特性(基本資料、疾病特性)、日常生活功能量表、肢體殘障者自我概念量表、社會支持量表、憂鬱量表彙整之問卷初稿，邀請與研究主題相關的學術界(護理副教授)、臨床界(護理督導長)、醫療界(神經內科主任)、社會科學界(行為醫學研究所之所長、社會工作師)等五位專家(附錄)，依題目的相關性、文詞合宜性、評分的適切性進行專家內容效度審查，並給予建議性題目或修改意見，評分標準採五點評分法，來評定該題是否列入，計分方式如下：

1分：「非常不適用」，表示該題無意義，不需列入

2分：「不適當」，表示該題非必要，不適合列入

3分：「尚可」，表示該題是重要的，但需修改

4分：「適當」，表示該題重要且適用

5分：「非常適當」，表示該題非常重要，必需列入

專家內容效度評定之平均得分如表(3-1)，根據專家建議做部分問卷題目刪除與修改後，研究工具完成定稿，進而進行信度檢測。

表 3-1 各量表專家內容效度評定之平均得分

項 目	相關性	文詞合宜性	評分適切性	平均得分
人口學特性量表	4.27	4.15		4.21
肢體殘障者自我概念量表	4.44	4.35	4.26	4.35
社會支持量表	4.78	4.39	4.38	4.51
憂鬱量表	4.71	4.53	4.47	4.57

二、信度檢定

本研究依各量表的內在一致性進行信度檢定，首先於台中市某醫學中心神經內科病房轉介之腦中風病患，意識清楚、語言功能障礙，巴氏量表評分為輕度依賴到完全依賴之病患，共計 10 位進行預測。

以上述 10 位中風失能患者進行預測，以人口學特性(基本資料、疾病特性)、日常生活功能量表、肢體殘障者自我概念量表、社會支持量表、憂鬱量表彙整而成問卷進行資料收集，所使用問卷之研究量表在其他研究樣本之信度如表(3-2)；預測所得各量表內在一致性係數 Cronbach's α 值為：日常生活功能量表.92、肢體殘障者自我概念量表.92、社會支持量表.94、憂鬱量表.87；在正式研究測試 72 位患者，所得各量表信度 Cronbach's α 值為：日常生活功能量表.90、肢體殘障者自我概念量表.91、社會支持量表.87、憂鬱量表.92，故正式問卷 Cronbach's α 值皆達 0.87 以上表(3-3)，以上數值顯示以上研究工具之穩定性佳。

表 3-2 研究量表於其他樣本之信度 Cronbach's α 一覽表

變項	研究樣本	樣本數(N)	α 值
日常生活功能量表	脊髓損傷患者	150	.94
肢體殘障自我概念量表	肢體殘障者	45	.90
社會支持量表	燒傷患者	96	.96
憂鬱量表	精神疾患	140	.91

表 3-3 研究量表信度 Cronbach's α

變 項	題 數	預測 α 值 α 值(N=10)	正式研究 α 值(N=72)
日常生活功能量表	10	0.92	0.90
肢體殘障自我概念量	29	0.92	0.91
社會支持量表	19	0.94	0.87
憂鬱量表	21	0.87	0.92

第六節 研究對象權益維護

本案分別提報收案場所「醫學倫理暨人體試驗委員會」與行政核可後進行相關研究資料收集，訪談前研究者明確介紹自己身分，說明研究目的，徵詢病患與家屬的同意，並以書面呈現；病患可選擇自覺方便與舒適的時間、環境，訪談中避免被他人干擾，病患有權利於訪談過程中拒絕回答任何問題，或退出參與研究，所得資料內容，以數字代碼來表示均無姓名呈現，上述資料除研究者及指導教授外他人不得查閱，且僅作學術用途，不做任何他用，無論參予與否均不會影響病患住院期間及出院後的任何醫療權益，研究成果若病患提出要求得知，研究者予以提供。

第七節 研究步驟

本研究資料收集分為預測研究及正式研究兩階段進行：

一、預測研究

此階段研究目的在修改問卷、檢定研究工具效度，預估訪談所需時間及可能面

臨到的問題。在通過研究單位審核同意後前往收案，研究者自民國 92 年 2 月於台中市某醫學中心神經內科病房，對於符合採樣條件的個案進行訪談，共計 10 名(表 3-4)。在預測研究訪談過程後，在進行部分題目之措詞修改，而成為正式問卷。

表 3-4 預測研究收案情形

收案場所	中風人數	符合條件者	同意參與者	中途拒絕者	有效問卷
台中市 I	31 人	13	11	1	10

二、檢力分析(Power)

本研究樣本數之決定，參考張等(2001)自我概念與憂鬱程度之皮爾森基差相關係數(Pearson's r)為.762，社會支持與憂鬱為.49；以 SPSS Power 1.0 軟體估計樣本數，訂立檢力(Power)為 93%，以.49 為基準， α 設.05，估算樣本數為 40 人。

三、正式研究

正式研究資料收集期間為民國 92 年 3 月至 4 月間，通過研究單位審核同意後，於台中市某二所醫學中心與彰化市某醫學中心之神經內科、復健科病房進行相關研究，研究期間研究者每週三、六至研究單位查詢中風住院患者動態，針對診斷為腦中風患者之病歷查閱，進而探訪符合研究條件之病患，經由說明原由取得病患與家屬的同意後，以一對一、面對面，以問卷進行訪談，問卷內容依序為：人口學性量

表(基本屬性、疾病特性)、巴氏量表、肢體殘障自我概念量表、社會支持量表、貝氏憂鬱量表；每位研究對象訪談所需時間 30-40 分鐘；完成訪談研究樣本計 62 位表(3-5)，因預測研究 10 位研究對象與正式研究對象性質相似，故併入統計分析計 72 位個案。

表 3-5 正式研究收案情形

收案場所與中風人數	符合條件者	同意參與者	中途拒絕者	有效問卷
台中市 I 78 人	40	40	2	38
台中市 II 96 人	18	15	2	13
彰化市 III 40 人	14	14	3	11
總計 214 人	72	69	7	62

第八節 資料處理與統計分析方法

將所收集之各項研究資料，經譯碼後採用 SPSS 10.0 for windows 95 套裝軟體進

行建檔與分析，所使用統計方法如下(表 3-6)：

表 3-6 資料分析說明表

研究目的	統計方法
1. 日常生活功能量表、肢體殘障者自我概念量表 社會支持量表、貝氏憂鬱量表信度 人口學特性(基本資料、疾病特性)、中風患者之 失能程度、自我概念、憂鬱狀況	Cronbach' Alpha 檢定 描述性統計之次數分配、 平均值、標準差、最大值、 最小值、百分比
2. 人口學特性(基本資料、疾病特性)與憂鬱關係	t-test、one way ANOVA、 Kruskal-Wallis one way ANOVA
3. 中風患者失能程度與憂鬱之關係 中風患者自我概念與憂鬱之關係	Pearson's r 積差相關
4. 中風患者社會支持與憂鬱之關係	
5. 人口學特性、失能程度、自我概念、社會支持對憂 鬱之預測	簡單線性迴歸 逐步回歸
6. 人口學特性、失能程度、自我概念、社會支持對自 我概念之預測	

第四章 研究結果

本研究自 92 年 2 月至 4 月共收集 72 位中風病患，用自陳式問卷進行訪談問卷，內容包括：人口學特性，肢體殘障者自我概念量表、社會支持量表、日常生活功能量表、貝克憂鬱量表，本章依據得分情形進行研究結果分析，以下列五部份說明。

1. 中風患者人口學特性(基本屬性、疾病特性)。
2. 中風患者之失能程度、自我概念、社會支持與憂鬱之現況。
3. 中風患者人口學特性與失能程度、自我概念、社會支持及憂鬱之相關性。
4. 中風患者失能程度、自我概念、社會支持與憂鬱之相關性。
5. 中風患者失能程度、自我概念、社會支持對憂鬱之預測。

第一節 中風患者人口學特性

本研究共收集 72 位中風患者，人口學特性(基本屬性、疾病特性)資料顯示病患年齡介於 45-84 歲間，平均年齡 68.56 歲 (SD=10.88)，64 歲以下者 20 人(27.8%)，65 歲以上者居多計 52 人(72.2%)；以男性為最多，計 50 人(69.4%)，女性 22 人(30.6%)；而教育程度方面以小學畢業程度居多，計 25 人(34.7%)，不識字 16 人(22.2%)，初中 8 人(11.1%)，高中 14 人(19.4%)，專科 6 人(8.3%)，大學及以上者計 3 人(4.2%)。多數患者已婚，計 56 人(77.8%)，未婚 3 人(4.2%)，分居 5 人(6.9%)，離婚 2 人(2.8%)，喪偶 6 人(8.3%)。多數患者與配偶及固定子女同住計 40 人(55.6%)，其次是僅與配偶同住 21 人(29.2%)，獨居者計 6 人(8.3%)，而輪流與子女同住及住安

養中心者各計 1 人(1%)，其他居住型態者計 3 人(4.2%)。宗教信仰方面大部份以民間信仰為主計 36 人(50%)，其次是信仰佛教者計 16 人(22.2%)，無宗教信仰者計 11 人(15.3%)，道教 4 人(5.6%)，基督教 4 人(4%)，天主教 1 人(1.4%)。

所有中風病患在病前以無業者居多計 42 人(58.3%)，其次是從商者 11 人(15.3%)，家管 4 人(4.6%)，軍警 2 人(2.8%)，農 5 人(6.9%)，工 8 人(11.1%)。在經濟方面其經濟來源由自己(儲蓄、收入、退休金)支付者計 52 人(72.2%)佔最多，其次是子女提供共 16 人(22.2%)，由配偶提供者計 3 人(4.2%)，親友提供者 1 人(1.4%)；而所有受訪病患有 68 人(94.4%)認為大致上生活基本消費足夠，另外有 4 人(5.6%)表示其日常生活費用不足或很勉強。在主要照顧者方面以配偶為主佔 33 人(45.8%)，其次是由子女照顧有 25 人(34.7%)，另外由親友照顧有 2 人(2.8%)，本地看護 6 人(8.3%)，外籍看護 5 人(6.9%)，其他 1 人(1.4%)。

在慢性病史方面，中風患者具有慢性病史者有較高之比例，計 66 人(91.7%)，僅 6 人(8.3%)表示中風前無慢性病史；慢性病史中以高血壓居多有 58 人(80.6%)，其次為心臟血管疾病 21 人(29.2%)，糖尿病、痛風皆位居第三位，各有 15 人(20.8%)，巴金森氏症 4 人(5.6%)，消化系統疾病 2 人(2.8%)，其他 11 人(15.3%)，而所有研究對象皆無精神方面疾病史。

在疾病特性方面，多數病患中風次數以初次中風居多，共計 52 人(72.2%)，第二次中風有 13 人(18.1%)、第三次中風有 5 人(6.9%)，第四次中風有 2 人(2.8%)。而所罹患中風的類別以缺血性(腦梗塞或栓塞)腦中風為最多計 65 人(90.3%)，出血性腦

中風有 7 人(9.7%)；中風後造成肢體偏癱以左側為最多，計 40 人(55.6%)，右側偏癱有 26 人(36.1%)，其他肢體障礙者有 6 人(8.3%)如表(4-1)。

表 4-1 研究樣本之基本資料一覽表(N=72)

變項名稱	類別	人數	百分率%
性別	男	50	69.4%
	女	22	30.6%
年齡	64 歲以下	20	27.8%
	65 歲以上	52	72.2%
教育程度	不識字	16	22.2%
	小學	25	34.7%
	初中	8	11.1%
	高中	14	19.4%
	專科	6	8.3%
	大學及以上	3	4.2%
婚姻狀況	已婚	56	77.8%
	分居	5	6.9%
	未婚	3	4.2%
	喪偶	6	8.3%
	離婚	2	2.8%
居住型態	與配偶及固定 子女同住	40	55.6%
	僅與配偶同住	21	29.3%
	獨居	6	8.3%
	其他	3	4.2%
	輪流與子女同住	1	1.4%
	安養中心	1	1.4%
	宗教信仰	民間信仰	36
基督教	16	22.2%	
無	11	15.3%	
道教	4	5.6%	
天主教	4	5.6%	

表 4-1. 研究樣本之基本資料一覽表(N=72)

變項名稱	類別	人數	百分率%
病前職業	無	41	58.3%
	商	11	15.3%
	工	8	11.1%
	農	5	6.9%
	家管	4	5.6%
	軍警	2	2.8%
經濟來源	自己	52	72.2%
	子女提供	16	22.2%
	配偶提供	3	4.2%
	親友提供	1	1.4%
生活基本消費	足夠	68	94.4%
	不足	4	5.6%
主要照護者	配偶	33	45.8%
	子女	25	43.0%
	本地看護	6	8.3%
	外籍看護	5	6.9%
	親友	2	2.8%
	其他	1	1.4%
	慢性病史 (複選)	無	6
	有	66	91.7%
	高血壓	58	80.6%
	心臟心血管疾病	21	29.2%
	糖尿病	15	20.8%
	痛風	15	20.8%
	其他	11	15.3%
	巴金森氏症	4	5.6%
	消化系統疾病	2	2.8%
	甲狀腺疾病	1	1.4%

表 4-1. 風失能患者基本資料(N=72)

變項名稱	類別	人數	百分率%
疾病特性			
中風次數	第一次	52	72.2%
	第二次	13	18.1%
	第三次	5	6.9%
	第四次	2	2.8%
中風類別	缺血性	65	90.3%
	出血性	7	9.7%
偏癱肢體	左側偏癱	40	55.6%
	右側偏癱	26	36.1%
	其他	6	8.3%

註：年齡範圍 45-84 歲，平均 68.56 歲，中位數 71.5 歲，標準差 10.88。

第二節 中風患者失能程度、自我概念、社會支持

與憂鬱之現況

本節分別就中風患者失能程度、自我概念、社會支持與憂鬱情緒測量後資料的描述分析，並由平均數、標準差及排序來加以說明：

一、研究樣本失能程度：

研究樣本失能程度以巴氏日常生活功能量表區分其依賴程度，量表共十題總分為 100 分，分數越高表示日常生活功能越獨立；於 72 位樣本測量進食、個人衛生、移位、穿脫衣物、如廁、洗澡、平地行走、上下樓梯、大小便控制等十個項目，總分最低 0 分，最高 95 分，平均分數為 41.66 分(SD=27.98, range=0-95 分)；日常生活功能依賴程度屬於完全依賴(0-20 分)者有 22 人(30.6%)，重度依賴(21-60 分)者有 33 人(45.8%)，中度依賴(61-90 分)者有 14 人(19.4%)，輕度依賴(91-99 分)者有 3 人(4.2%)如表(4-2)。因本研究樣本以重度依賴者居多，而在十項日常功能中，中風患者執行較困難的項目以「進食」為首，其次是「小便控制」、「上下樓梯」居第三位。

表 4-2.研究樣本失能程度(日常生活功能情形)(N=72)

變項名稱	類別	人數	百分率%
日常生活功能	完全依賴 (0-20)	22	30.6%
	重度依賴 (21-60)	33	45.8%
	中度依賴 (61-90)	14	19.4%
	輕度依賴 (91-99)	3	4.2%

註：總分範圍 0-100 分，100 為完全獨立；平均 41.66 分，標準差 27.98

二、研究樣本自我概念

研究樣本自我概念以肢體殘障者自我概念量進行評量，每題語意以負向呈現自己的看法共計 29 題，依照同意程度區分每題最低 1 分，最高 5 分，總分 29-145 分，得分愈高表示自我的信任感、責任感、孤獨感、自卑感、價值觀、滿意程度、安全感、焦慮等自我概念愈趨負向。結果顯示本研究樣本在自我概念測量，總分最低 34 分，最高 115 分，平均 74.79 分，標準差 18.39。而自我概念趨於正向(29-58 分)者計 14 人(19.4%)，為中等(59-72 分)者計 21 人(29.1%)，趨於負向(73-145 分)者計 37 人(51.4%)表(4-3)，因此，研究樣本自我概念趨於負向者佔多數。而在自我概念量表分項中，研究樣本同意程度最高的前三項分別是：「我會幻想一切美好的事物」、「日常生活中我覺得沒有安全感」、「我覺得自己是別人的負擔」；而較不同意的分項是：「我有強烈的罪惡感」、「我覺得大多數的人想支配我」、「我覺得大多數人並不喜歡和我做朋友」此為得分最低的三項，如表(4-4) (4-5) (4-6)。

表 4-3 研究樣本自我概念情形(N=72)

變項名稱	類別	人數	百分比
自我概念	正向(29-58)	14	19.4%
	中等(59-72)	21	29.2%
	負向(73-145)	37	51.4%

表 4-4 研究樣本之自我概念一覽表(N=72)

變項名稱	平均值	標準差
我覺得自己是別人的負擔	3.3889	1.2397
我是個沒有出息的人	2.3750	1.1560
別人看不起我	2.1111	1.0949
我對自己並不是感到滿意的	3.0417	1.2269
我是個內心孤獨的人	2.4861	1.2781
我覺得事事無法稱心如意	2.8333	1.1868
我很難相信別人的話	2.4861	1.1258
我的自信心不夠	2.7083	1.2609
遇到困難或挫折時我會容易就 放棄努力	2.4306	1.1728
我覺得別人會冷落我	2.2222	1.2129
我的自卑感很重	2.4167	1.2754
我覺得自己各方面都不如別人	2.3056	1.1705
我覺得大多數的人想支配我	1.9028	0.9952
我無法堅持自己的原則	2.1667	1.0070
我會莫名其妙地感到沮喪	2.9167	1.3916
我覺得大多數人並不喜歡和我 做朋友	1.8472	0.8666
我是個沒有主見的人	1.9722	0.9925
我會意氣用事	2.6667	1.3001
這個世界對我是不公平的	2.8472	1.4502
我認為自己是為著別人而活的	2.0278	1.0743
我覺得自己一點價值感都沒有	2.6250	1.2383
我有強烈的罪惡感	1.9306	0.8933
我的想法或行為會受到別人的 影響改變	2.3611	1.0388
日常生活中我覺得沒有安全感	3.4861	1.3737
我擔心自己無法成功	3.152	1.3600
我覺得別人會取笑我	2.0417	0.9705
在公共場合時我會覺得不自在	2.8333	1.2219
我會幻想一切美好的事物	3.8333	1.1868
我覺得自己的生活似乎和外界 有所隔絕	3.3750	1.3262

註：總分範圍 29-145 分，平均 73.79 分，標準差 18.39

表 4-5 研究樣本自我概念評量分項排序前五項(N=72)

變項名稱	平均值	標準差	排序
我會幻想一切美好的事物	3.8333	1.1868	1
日常生活中我覺得沒有安全感	3.4861	1.3737	2
我覺得自己是別人的負擔	3.3889	1.2397	3
我覺得自己的生活似乎和外界有所隔絕	3.3750	1.3262	4
我擔心自己無法成功	3.152	1.3600	5

表 4-6 研究樣本自我概念評量分項排序後五項(N=72)

變項名稱	平均值	標準差	排序
我覺得大多數人並不喜歡和我做朋友	1.8472	0.8666	29
我覺得大多數的人想支配我	1.9028	0.9952	28
我有強烈的罪惡感	1.9306	0.8933	27
我是個沒有主見的人	1.9722	0.9925	26
我認為自己是為著別人而活的	2.0278	1.0743	25

註：總分範圍 29-145 分，平均 73.79 分，標準差 18.39

三、研究樣本社會支持

研究樣本社會支持包括在情感性、價值觀、訊息性、實質性等四層面支持頻率與主要提供者之評量，共 19 題，每一項分數由 1-4 分，總分 19-76 分，分數越高表示社會支持越好。從 72 位樣本呈現結果顯示：中風患者住院期間感受到的社會支持平均數為 59.7 分，最低分為 28 分，最高 76 分，標準差 10.17；在情感性支持方面，大多數患者得分較高的是「有人會來定期探視您」，而得分最低的是「有人可以傾聽我訴說心事」；其次在價值觀支持方面得分最高為「有人會重視或尊重我的身分地位」，最低為「有人會支持我所做的決定」；在訊息性支持方面，得分最高的是「有人會提醒我要按時服藥，定期到醫院檢查或復健」，最低分數為「關於中風得疾病治療有人會提供我意見或勸告」；在實質方面的支持顯示最高得分為「有人可以協助我居家生活照顧(飲食、沐浴、儀容、清潔、家管)」，而呈現最低分數的項目為「有人可以陪我從事喜歡的活動」表(4-7)。

綜合上述在情感性、價值性、訊息性、實質性的四層面的比較，評量結果顯示，中風患者感受到社會支持面的以實質性層面的支持為最多平均 21.01 分(SD=3.30)；情感性支持次之平均 14.86(SD=3.86)，以價值性支持最貧乏平均 9.27 分(SD=2.46)。然而在中風失能患者社會支持主要提供者方面以子女佔最多，其次是配偶；在情感性支持方面病患感受到是來自配偶為多，在價值觀、訊息、實質性支持則認為來自子女為最多如表(4-8)。

表 4-7 研究樣本之社會支持一覽表(N=72)

變 項	平均值	標準差	排序
情感性支持			
有人可以傾聽您訴說心事	3.4028	0.9444	2
發脾氣時有人可以體諒、包容、不計較	2.5694	1.0458	
心情不好時有人可以給您安慰	2.6944	1.1087	3
有人關心您的身體健康狀況	2.5694	1.0458	
有人會來定期探視您	3.6528	0.7152	1
價值觀支持			
有人能重視您或尊重您身分、地位	3.2361	0.9713	1
有人會支持您所做的決定	2.9722	1.0205	3
當您身體狀況有進步有人會給您稱讚、鼓勵	3.0694	1.0116	2
訊息性支持			
關於中風的疾病、治療，有人會提供您意見或勸告	2.4722	1.0743	
關於中風後日常生活方面的問題，有人會提供您意見或勸告	2.5278	1.0478	
有人會提醒您要按時服藥，定期到醫院檢查或復健	3.8472	0.4939	1
遇到問題時，有人可以提供解決問題的方法	3.1528	1.1090	2
有人會提供週遭發生的事件訊息與說明	2.5833	1.1227	3
實質性支持			
有人可以協助您做復健運動	3.7639	0.7218	3
有人可以針對您身體狀況，日常生活中所使用的用物做某些調整使您方便使用	3.7917	0.6037	2
有人協助您居家生活照顧(飲食、沐浴、儀容、清潔、家管)	3.8194	0.4843	1
有人可以陪你從事喜歡的活動	2.6111	1.0556	
有人可以提供您交通的協助	3.5972	0.9444	
需要經濟協助時，有人可以提供您或借貸金錢	3.4306	1.1111	

表 4-8 研究樣本社會支持主要來源(N=72)

項 目	主要供者	百分比
情感性支持		
有人可以傾聽您訴說心事	配偶	47.2%
發脾氣時有人可以體諒、包容、不計較	配偶	37.5%
心情不好時有人可以給您安慰	子女	40.3%
有人關心您的身體健康狀況	配偶	43.1%
有人會來定期探視您	配偶、子女	45.8%
價值觀支持		
有人能重視您或尊重您身分、地位	子女	45.8%
有人會支持您所做的決定	子女	45.8%
當您身體狀況有進步有人會給您稱讚、鼓勵	子女	47.2%
訊息性支持		
關於中風的疾病、治療，有人會提供您意見或勸告	子女、朋友、醫護	23.6%
關於中風後日常生活方面的問題，有人會提供您意見或勸告	子女	26.4%
有人會提醒您要按時服藥，定期到醫院檢查或復健	子女	37.5%
遇到問題時，有人可以提供解決問題的方法	子女	38.9%
有人會提供週遭發生的事件訊息與說明	子女	36.1%
實質性支持		
有人可以協助您做復健運動	復健師	58.3%
有人可以針對您身體狀況，日常生活中所使用的用物做某些調整使您方便使用	子女	44.4%
有人協助您居家生活照顧(飲食、沐浴、儀容、清潔、家管)	子女	43.1%
有人可以陪你從事喜歡的活動	子女	34.7%
有人可以提供您交通的協助	子女	55.6%
需要經濟協助時，有人可以提供您或借貸金錢	子女	47.2%

四、研究樣本之憂鬱程度

本研究以貝克憂鬱量表第二版(BDI-II)共 21 組題目，測試研究樣本憂鬱程度，每題以 0-3 分表示沒有症狀至有嚴重症狀，結果顯示有 31 人(43.1%)未有憂鬱現象；而有 41 人(56.9%)出現程度不一的憂鬱現象，為輕度憂鬱(mild) (14-19 分)有 8 人(11.1%)，中度憂鬱(moderate)(20-28 分)有 16 人(22.2%)，重度憂鬱(severe)(29-63 分)有 17 人(23.6%)(表)；而在題目中得分最高的是「失去對性方面的興趣」有 53 人(73.6%)有此感受、而「失去精力」次之、「睡眠習慣的改變」為第三位表(4-9)(4-10)。

表 4-9 研究樣本憂鬱程度(N=72)

變項名稱	類別	人數	百分率%
憂鬱程度	正常(0-13)	31	43.1%
	輕度(14-19)	8	11.1%
	中度(20-28)	16	22.2%
	重度(29-63)	17	23.6%

註：總分範圍 0-63 分，平均 18.86 分，標準差 12.14

表 4-10 中風失能患者憂鬱評量細項排序(N=7)

變項名稱	平均值	標準差	排序
悲傷	0.9167	0.9154	
悲觀	1.1528	1.0300	4
失敗經驗	0.7639	0.9115	
失去樂趣	1.0278	0.9034	
罪惡感/內疚	0.4861	0.7871	
受懲罰感	0.7083	1.1681	
討厭自己	0.9028	0.8906	
自我批評/自責	0.9583	1.0269	
自殺念頭	0.2778	0.5366	
哭泣	0.9583	0.7950	
心煩意亂	0.8750	0.8038	
失去興趣	1.0694	0.9689	5
優柔寡斷/猶豫不決	0.7778	0.9227	
無價值感	0.9167	1.0175	
失去精力	1.1944	1.0020	2
睡眠習慣的改變	1.1806	0.9833	3
煩躁易怒	0.7083	0.7207	
食慾改變	0.8333	0.7316	
難以專注	0.8889	0.7971	
疲倦或疲累	1.0556	0.9021	
失去對性的興趣	1.2083	0.9777	1

第三節 中風患者人口學特性與失能程度、自我概念

社會支持及憂鬱之相關分析

本節針對中風患者人口學特性(基本屬性、疾病特性)其生理上的失能程度、自我概念、社會支持、及憂鬱等變項進行分析，以人口學特性為自變項，失能程度、自我概念、社會支持、憂鬱為依變項，其中兩類別變項以 t 檢定(t-test)分析，三組或三組以上類別變項與連續變項，以單因子變異數分析(One way ANOVA)，因為部分資料不符合單因子變異數之基本假設如：居住情形、宗教信仰、經濟來源、主要照顧者方面，以克-瓦二氏單因子等級變異數分析(Kruskal-Wallis test)，結果分別敘述之：

一、人口學特性與失能程度(日常生活功能)之關係

研究樣本人口學特性(基本屬性、疾病特性)在失能程度之差異，研究結果顯示：研究樣本性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、居住型態、宗教信仰、病前職業、經濟來源、生活基本費用是否足夠、主要照顧者、慢性病史、中風次數等在失能程度(日常生活功能)上均未達統計上顯著水準($p > .05$)，即無顯著差異；以中風類別(出血或缺血性腦中風) ($t = -2.86, P < .05$)、偏癱肢體($F = 3.38, P < .05$)與之有顯著差異；在中風類別方面，以出血性腦中風之日常生活功能較缺血性腦中風差，即其失能程度較重；偏癱肢體方面，以單因子變異數分析(One way ANOVA)具顯著差異，再以薛費氏(Scheffer's)事後檢定，結果顯示：以右側肢體偏癱者日常生活功能較差，左側次之，屬其他類別者較好表 4-11)。

二、人口學特性與自我概念之關係

研究樣本人口學特性與自我概念之差異，其中以性別($t = -2.07, P < .05$)、偏癱肢體($F = 3.15, P < .05$)在自我概念方面呈現顯著差異；性別方面，女性較男性自我概念得分平均值高，由於該項反向計分，所以男性自我概念較女性正向，女性自我概念較負向；在偏癱肢體方面，以單因子變異數分析(One way ANOVA)，具顯著差異($F = 3.15, P < .05$)，再以薛費氏(Scheffer's)事後檢定，結果顯示：以右側肢體偏癱者自我概念較負向，左側次之，屬其他類別者較正向。此外，其他人口學特性變項與自我概念間無顯著差異表(4-12)。

三、人口學特性與社會支持之關係

研究樣本人口學特性在社會支持之差異，研究結果顯示：研究樣本人口學特性在社會支持方面，僅以生活基本費用之滿意程度呈顯著差異($t = 2.75, P < .05$)，研究樣本在生活基本費用方面，表示足夠者較不足者社會支持較佳，即表示生活費用不足者，所感受到的社會支持較差；其他人口學特性變項在社會支持上未達統計上顯著差異($p > .05$) 表(4-13)。

四、人口學特性與憂鬱之關係

研究樣本人口學特性(基本屬性、疾病特性)在憂鬱之差異；研究結果顯示研究樣本基本資料，即性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、居住型態、宗教信仰、病前

職業、經濟來源、生活基本費用是否足夠、主要照顧者、慢性病史等，以及疾病特性方面，包括：中風次數、中風類別(出血或缺血性)、偏癱肢體等所呈現的資料皆未出現統計上顯著水準($p > .05$)，所以研究樣本人口學特性(基本屬性、疾病特性)與憂鬱間無顯著差異(表 4-14)。

表 4-11 研究樣本人口學特性與日常生活功能之變異數分析(N=72)

變項	組別	個案數	平均值	標準差	F/t 值	P 值
性別	男	50	40.90	27.29	-0.35	.729
	女	22	43.40	30.09		
年齡	64 歲以下	20	37.75	32.75	-1.70	.094
	65 歲以上	5	17.35	11.45		
教育程度	不識字	16	50.00	3.017	0.97	.442
	小學	25	44.40	27.81		
	初中	8	32.50	27.38		
	高中	14	40.71	24.16		
	專科	6	33.33	33.71		
	大學及以上	3	20.00	22.91		
婚姻狀況	未婚	3	31.67	35.37	0.83	.513
	已婚	56	42.95	27.72		
	分居	5	52.00	32.90		
	離婚	2	31.00	21.21		
	喪偶	6	19.00	23.66		
☆ 居住情形	獨居	6	50.00	24.29	7.81	.099
僅以配偶同住 與配偶及固定 子女同住	21	50.95	25.67			
輪流與子女同住	40	35.25	28.55			
安養中心	1	40.00	00.00			
其他	1	90.00	00.00			
	3	30.00	22.91			
☆ 宗教信仰	無	11	62.27	28.40		
道教	4	35.50	39.48			
佛教	16	34.06	26.84			
基督教	4	62.50	26.61			
天主教	1	00.00	00.00			
民間信仰	36	38.61	24.01			

註：*P<.05；二變項以獨立樣本 t-test，二項以上變項以單因子變異分析 one way ANOVA，☆以克-瓦二氏單因子變異分析 Kruskal-Wallis one way ANOVA 進行分析。

表 4-11. 研究樣本人口學特性與日常生活功能之變異數分析(N-72)

變項	組別	個案數	平均值	標準差	F/t 值	P 值
病前職業	無	42	47.02	30.40	1.87	.111
	家管	4	47.50	22.17		
	軍警	2	20.00	28.28		
	農	5	54.00	19.49		
	工	8	30.63	24.70		
	商	11	25.45	16.50		
☆ 經濟來源	自己	52	43.17	29.67	2.33	.507
	配偶提供	3	33.33	23.09		
	子女供給	16	40.63	23.01		
	親友供給	1	5.00	00.00		
生活基本 費用	足夠	68	42.05	28.17	0.49	.627
	不足夠	4	35.00	27.39		
☆ 主要照顧者	配偶	33	43.33	23.90	4.99	.418
	子女	25	46.60	32.81		
	親友	2	20.00	21.21		
	本地看護	6	25.83	29.05		
	外籍看護	5	38.00	27.97		
	其他	1	20.00	00.00		
慢性病史	無	6	41.66	26.35	0.00	1.00
	有	66	41.66	28.32		
中風次數	第一次	52	44.52	28.34	2.65	.056
	第二次	13	37.69	25.05		
	第三次	5	13.00	10.95		
	第四次	2	65.00	28.28		
中風類別	出血性	7	14.29	12.30	-2.86	.006*
	缺血性	65	44.62	27.63		
偏癱肢體	左側	40	39.38	25.65	3.38	.040*
	右側	26	38.85	27.90		
	其他	6	69.17	33.23		

表 4-12 研究樣本人口學特性與自我概念之變異數分析(N=72)

變項	組別	個案數	平均值	標準差	F/t 值	P 值
性別	男	50	71.88	16.41	-2.07	.042*
	女	22	81.41	21.18		
年齡	64 歲以下	20	80.45	18.95	1.64	.106
	65 歲以上	52	72.61	17.88		
教育程度	不識字	16	84.75	17.66	1.67	.156
	小學	25	73.28	19.57		
	初中	8	77.50	21.12		
	高中	14	70.07	15.00		
	專科	6	65.50	15.54		
	大學及以上	3	67.67	10.02		
婚姻狀況	未婚	3	74.00	13.86	0.56	.994
	已婚	56	75.14	19.17		
	分居	5	75.40	16.86		
	離婚	2	69.50	3.54		
	喪偶	6	73.17	20.95		
☆ 居住情形	獨居	6	84.00	17.26	4.57	.334
僅以配偶同住	21	76.14	16.15			
與配偶及固定						
子女同住	40	73.93	20.09			
輪流與子女同住	1	49.00	00.00			
安養中心	1	64.00	00.00			
其他	3	70.00	8.74			
☆ 宗教信仰	無	11	72.81	18.53	2.96	.706
道教	4	72.25	27.18			
佛教	16	71.56	13.30			
基督教	4	66.50	14.97			
天主教	1	79.00	00.00			
民間信仰	36	77.91	20.11			

註：*P<.05；二變項以獨立樣本 t-test，二項以上變項以單因子變異分析 one way ANOVA，☆以克-瓦二氏單因子變異分析 Kruskal-Wallis one way ANOVA 進行分析。

表 4-12 研究樣本人口學特性與自我概念之變異數分析(N=72)

變項	組別	個案數	平均值	標準差	F/t 值	P 值
病前職業	無	42	72.64	18.79	0.41	.839
	家管	4	73.75	14.82		
	軍警	2	71.00	26.87		
	農	5	75.80	19.22		
	工	8	79.87	20.41		
	商	11	79.90	17.44		
☆ 經濟來源	自己	52	73.33	17.56	2.53	.470
	配偶提供	3	90.66	22.60		
	子女供給	16	76.38	20.57		
	親友供給	1	78.00	00.00		
生活基本 費用	足夠	68	74.15	18.59	-1.23	.223
	不足夠	4	25.25	5.90		
☆ 主要照顧者	配偶	33	77.39	16.94	7.31	.120
	子女	25	70.00	19.23		
	親友	2	75.50	3.53		
	本地看護	6	88.50	12.34		
	外籍看護	5	66.40	26.65		
	其他	1	67.00	00.00		
慢性病史	無	6	73.50	9.54	-0.18	.859
	有	66	74.90	19.03		
中風次數	第一次	52	74.13	18.17	1.12	.348
	第二次	13	78.23	20.19		
	第三次	5	80.60	15.73		
	第四次	2	55.00	12.72		
中風類別	出血性	7	86.00	13.76	1.72	.090
	缺血性	65	73.58	18.50		
偏癱肢體	左側	40	74.30	16.92	3.15	.049*
	右側	26	79.19	20.38		
	其他	6	59.00	9.61		

表 4-13 研究樣本人口學特性與社會支持之變異數分析(N=72)

變項	組別	個案數	平均值	標準差	F/t 值	P 值
性別	男	50	60.06	0.57	0.41	.687
	女	22	59.00	11.62		
年齡	64 歲以下	20	61.55	8.49	0.94	.352
	65 歲以上	52	59.04	11.45		
教育程度	不識字	16	58.19	11.50	1.08	.378
	小學	25	61.40	7.63		
	初中	8	58.75	9.71		
	高中	14	56.42	13.88		
	專科	6	61.17	6.49		
	大學及以上	3	69.33	4.04		
婚姻狀況	未婚	3	63.66	6.11	0.42	.791
	已婚	56	60.05	9.81		
	分居	5	59.00	17.73		
	離婚	2	60.50	12.02		
	喪偶	6	55.16	8.90		
☆ 居住情形	獨居	6	58.50	17.17	0.66	.956
僅以配偶同住 與配偶及固定 子女同住	21	58.95	10.34			
輪流與子女同住	40	60.30	9.61			
安養中心	1	66.00	0.00			
其他	1	63.00	0.00			
	3	57.00	20.30			
☆ 宗教信仰	無	11	57.00	15.18		
道教	4	66.50	4.04			
佛教	16	57.81	10.94			
基督教	4	67.25	4.19			
天主教	1	70.00	0.00			
民間信仰	36	59.74	8.42			

註：*P<.05；二變項以獨立樣本 t-test，二項以上變項以單因子變異分析 one way ANOVA，☆以克-瓦二氏單因子變異分析 Kruskal-Wallis one way ANOVA 進行分析。

表 4-13 研究樣本人口學特性與社會支持之鬱變異數分析(N=72)

變項	組別	個案數	平均值	標準差	F/t 值	P 值
病前職業	無	42	59.52	10.88	0.42	.791
	家管	4	65.75	8.46		
	軍警	2	64.00	9.90		
	農	5	55.20	12.60		
	工	8	57.37	9.32		
	商	11	61.36	7.54		
☆ 經濟來源	自己	52	58.58	10.57	2.97	.396
	配偶提供	3	61.00	12.12		
	子女供給	16	63.50	8.30		
	親友供給	1	56.00	0.00		
生活基本 費用	足夠	68	60.50	9.49	2.75	.008*
	不足夠	4	46.75	14.08		
☆ 主要照顧者	配偶	33	60.33	9.22	3.02	.930
	子女	25	59.76	11.08		
	親友	2	58.50	3.53		
	本地看護	6	55.16	15.28		
	外籍看護	5	59.20	7.19		
	其他	1	72.00	0.00		
慢性病史	無	6	64.50	7.40	1.20	.233
	有	66	59.30	10.32		
中風次數	第一次	52	60.77	8.40	1.20	.316
	第二次	13	55.62	13.46		
	第三次	5	57.40	16.52		
	第四次	2	65.50	10.61		
中風類別	出血性	7	63.71	8.14	1.09	.279
	缺血性	65	59.30	10.33		
偏癱肢體	左側	40	59.48	9.24	0.30	.743
	右側	26	59.42	11.46		
	其他	6	62.83	11.58		

表 4-14 研究對象之人口學特性與憂鬱變異數分析(N=72)

變項	組別	個案數	平均值	標準差	F/t 值	P 值
性別	男	50	17.98	12.06	-0.93	.357
	女	22	20.86	12.39		
年齡	64 歲以下	20	22.80	13.31	1.73	.088
	65 歲以上	52	17.35	11.45		
教育程度	不識字	16	22.38	13.05	1.84	.117
	小學	25	14.04	11.18		
	初中	8	24.88	12.93		
	高中	14	17.21	11.37		
	專科	6	22.67	12.23		
	大學及以上	3	24.33	4.93		
婚姻狀況	未婚	3	14.33	15.95	.694	.599
	已婚	56	18.96	11.87		
	分居	5	15.40	13.13		
	離婚	2	31.00	12.72		
	喪偶	6	19.00	13.86		
☆ 居住情形	獨居	6	23.50	9.69	4.35	.360
僅以配偶同住	21	17.90	13.22			
與配偶及固定						
子女同住	40	19.47	11.49			
輪流與子女同住	1	0.00	0.00			
安養中心	1	0.00	0.00			
其他	3	16.67	20.30			
☆ 宗教信仰	無	11	19.90	11.54	3.24	.663
道教	4	16.75	12.60			
佛教	16	20.50	12.33			
基督教	4	9.75	13.81			
天主教	1	21.00	0.00			
民間信仰	36	19.00	12.42			

註：*P<.05；二變項以獨立樣本 t-test，二項以上變項以單因子變異分析 one way ANOVA，☆以克-瓦二氏單因子變異分析 Kruskal-Wallis one way ANOVA 進行分析。

表 4-14 研究樣本人口學特性與憂鬱之變異數分析(N=72)

變項	組別	個案數	平均值	標準差	F/t 值	P 值
病前職業	無	42	18.00	11.93	.844	.523
	家管	4	13.25	8.99		
	軍警	2	28.00	5.66		
	農	5	20.60	14.06		
	工	8	16.38	13.90		
	商	11	23.55	12.61		
☆						
經濟來源	自己	52	17.17	11.94	6.40	.094
	配偶提供	3	28.67	4.62		
	子女供給	16	21.19	12.08		
	親友供給	1	40.00	0.00		
生活基本費用	足夠	68	18.49	12.22	-1.08	.282
	不足夠	4	25.25	10.18		
☆						
主要照顧者	配偶	33	17.60	12.01	5.90	.315
	子女	25	17.76	11.45		
	親友	2	21.50	26.16		
	本地看護	6	30.33	10.11		
	外籍看護	5	16.40	10.78		
	其他	1	26.00	0.00		
慢性病史	無	6	13.50	9.05	-1.13	.262
	有	66	19.35	12.33		
中風次數	第一次	52	18.06	11.64	1.53	.214
	第二次	13	17.54	14.18		
	第三次	5	29.80	9.03		
	第四次	2	21.00	12.72		
中風類別	出血性	7	24.00	11.86	1.18	.242
	缺血性	65	18.31	12.14		
偏癱肢體	左側	40	19.05	11.61	.396	.675
	右側	26	19.53	13.58		
	其他	6	14.67	9.99		

第四節 中風患者失能程度、自我概念、社會支持

與憂鬱之相關性

失能程度與憂鬱之相關性方面，研究樣本失能程度以巴氏量表施測其日常生活功能總分評量，日常生活功能與憂鬱情緒之相關性，總分以皮爾森積差相關(Pearson's correlation)進行統計分析，結果顯示：研究樣本日常生活功能與憂鬱情緒呈負相關($r=-.318, p < .01$)，而失能程度與憂鬱程度間以 Spearman 等級相關檢定，亦呈現負相關($r=-.386, p < .01$)，研此結果表示研究樣本日常生活功能需要依賴他人的程度越高，其憂鬱情緒隨之增加。

自我概念與憂鬱之相關性方面，研究樣本自我概念，以肢體殘障自我概念量表測得，量表以反向計分方式，分數由好到差遞增(1-5)，得分越高表示自我概念越負向；自我概念與憂鬱之間的相關性，以皮爾森積差相關(Pearson's correlation)進行統計分析，結果呈現相關性($r= .627, p < .05$)，自我概念分級與憂鬱程度之相關性以 Spearman 等級相關檢定，呈現負相關($r=-.493, p < .01$)，即研究樣本自我概念越趨於負向者，越易產生憂鬱現象；反之，自我概念趨於正向者，其憂鬱程度越低。自我概念與憂鬱程度情形如表(4-19)。

社會支持與憂鬱之相關性方面，研究樣本之社會支持與憂鬱之間相關性，以皮爾森積差相關(Pearson's correlation)進行分析，結果呈現負相關($r= -.272, p < .05$)，此結果表示：研究樣本所感受到的社會支持包括：情感性、價值觀、訊息性、實質性四層面滿意度越高時，呈現憂鬱情形越低。進一步以情感性、價值觀、訊息性、實質性四層面社會支持與憂鬱情緒，以皮爾森積差相關(Pearson's

correlation)進行分析，結果發現研究樣本在情感性及價值觀支持與憂鬱情緒之相關最為緊密皆呈現負相關，情感性($r=-.366, p < .01$)、價值性($r=-.316, p < .01$)，此表示當研究樣本感受到社會支持中情感性、價值性二層面較滿意時，較不易產生憂鬱情緒，反之，當情感性、價值性二層面的支持較薄弱時，憂鬱情緒隨之增加表(4-18)。

研究樣本失能程度(日常生活功能)、自我概念、社會支持間之相關性方面，研究樣本日常生活功能與自我概念間，總分以皮爾森積差相關(Pearson's correlation)分析呈現負相關($r = -.260, p < .05$)，進而將日常生活功能分級成失能程度，與自我概念等級之相關性分析，以 Spearman 等級相關檢定，研究結果顯示二者呈現負相關($r=-.330, p < .01$)，此研究結果表示：研究樣本生理失能程度越嚴重，對自我概念越趨於負向；自我概念與社會支持二者之相關性，以皮爾森積差相關(Pearson's correlation)進行分析，結果呈現負相關($r = -.374, p < .01$)，此結果表示：研究樣本自我概念得分越高即趨於負向時，病患感受到的社會支持亦顯得較貧瘠；換言之，當對社會支持顯滿意者，其自我概念較趨於正向。而在日常生活功能與社會支持相關性方面並無顯著相關($r = -.109, p > .05$)表(4-19)。

表 4-15 研究樣本失能程度與憂鬱程度人數分佈(N=72)

		<u>憂鬱程度</u>			
		正常	輕度憂鬱	中度憂鬱	重度憂鬱
失能程度	完全依賴	1	4	8	9
	重度依賴	13	3	11	6
	中度依賴	5	4	3	2
	輕度依賴	2	1	0	0
	總計	21	12	22	17

表 4-16 研究樣本自我概念與憂鬱程度人數分佈(N=72)

		<u>憂鬱程度</u>			
		正常	輕度憂鬱	中度憂鬱	重度憂鬱
自我概念	正向	7	4	3	0
	中等	10	3	5	3
	負向	4	5	14	14
	總計	21	12	22	17

表 4-17 研究樣本自我概念與失能程度人數分佈(N=72)

		<u>失能程度</u>			
		完全依賴	重度依賴	中度依賴	輕度依賴
自我概念	正向	1	9	3	1
	中等	4	10	5	2
	負向	17	14	6	0
	總計	22	33	14	3

表 4-18 研究樣本社會支持與憂鬱相關分析(N=72)

變 項	憂鬱	自我概念
1.情感性支持	-.366**	-.410**
2.價值觀支持	-.316**	-.468**
3.訊息性支持	-.114	-.214
4.實質性支持	-.061	-.113

註：**p<.01

表 4-19 研究樣本日常生活功能、自我概念、社會支持與憂鬱相關分析(N=72)

變 項	1	2	3
1.日常生活功能			
2.自我概念	-.260*		
3.社會支持	-.109	-.374**	
4.憂鬱	-.318**	6.27**	-.272*

註. *p<.05； **p<.01； ；自我概念以反向計分

第五節 中風患者人口學特性失能程度、自我概念、

社會支持對憂鬱之預測

本節首先以簡單迴歸(Simple regression)方法，針對中風病患失能程度、自我概念、社會支持各自對憂鬱的預測模式。為控制人口學變項即基本數性與疾病特性對於研究對於研究變項的影響，先將人口學特性(基本屬性、疾病特性)、失能程度、自我概念和憂鬱等變項進行相關性分析，結果顯示人口學性(基本屬性、疾病特性)與憂鬱間並無顯著相關，故僅以具有統計學上顯著相關的失能程度、自我概念、社會支持三變項各別進行簡單迴歸分析。結果顯示失能程度($t=-2.80$ ； $p>.05$)未達預測之水準，以自我概念($t=.674$ ； $p<.001$)、社會支持($t=-.272$ ； $p<.05$)對於憂鬱的預測力達顯著意義；而後再將此二變項以逐步迴歸(stepwise regression)進行預測分析，預找出中風後憂鬱主要影響因子，結果顯示社會支持之預測力未達統計上顯著意義，被排除於模式後，僅自我概念達到預測力顯著意義($t=6.74$ ， $p<.0001$)，自我概念與憂鬱多元相關係數 $R=.627$ ，表示中風後病患的憂鬱與本身的自我概念相關達.627，而自我概念可以解釋中風後憂鬱之總變異的39.4%($R^2=.394$)，所以中風患者自我概念為中風後憂鬱的主要影響因素(表 4-20)。

表 4-20 簡單線性迴歸分析：中風患者失能程度、自我概念社會支持對憂鬱的預測

變項	B 值	Beta 值	R ²	Adj.R ²	t 值
失能程度	-.138	-.318	.101	.088	-2.80
自我概念	.414	.627	.394	.385	6.74**
社會支持	-.325	-.272	.074	.61	-2.36*

註：* $p<0.05$ ；*** $p<0.001$

第五章 討論

本章依照研究架構所得的結果與相關研究進行討論，內容分別由下列進行：

- 一、中風失能患者人口學特性(基本屬性與疾病特性)。
- 二、中風失能患者之失能程度、自我概念、社會支持與憂鬱之現況。
- 三、中風失能患者人口學特性與失能程度、自我概念、社會支持與憂鬱相關性。
- 四、中風失能患者之失能程度、自我概念、社會支持與憂鬱相關性與預測。

第一節 中風失能患者人口學特性(基本屬性與疾病特性)

本研究以 72 名中風患者為研究對象，以男性居多，年齡介於 45 歲至 84 歲之間平均 68.65 歲，以上數值顯示中老年仍是腦中風主要罹病族群，教育程度以小學程度以下居多，已婚佔多數，與相關文獻相符(黃、陳、蘇、蕭、阮，2001；Huang, Chiang, & Lee, 1994)，所以教育程度較低者，對於疾病預防與促進健康之認知及行為，需加強宣導及教育；在居住型態以與配偶及固定子女同住居多，宗教信仰以民間信仰為主，病前無業居多(張、李，2000)，經濟來源以自己儲蓄收入或退休金維持生活最多，此與張、李(2000)研究由于子女提供不同，可能因為研究對象多數為榮民，領有退休俸，且大致可自給自足，對於生活消費認為是足夠的。主要照顧者以配偶為主，其次是子女(林、邱 1995)，同時也發現外籍看護也成為部分病患的主要照顧者，訪談時病患家屬也提及準備提出申請外籍看護便於日後協助居家照料，只是多數外籍看護和病患間有語言上的溝通障礙，日常生活照顧過程發生許多溝通困難，當病患需求未被滿足時，更易產生負面情緒，是否會因此為中風病患埋下憂鬱的伏筆值得

探討。

研究對象具有慢性病史者為多數(黃等, 2001), 而表示沒有慢性病史的個案, 進一步了解澄清時發現其平日無特別注意是否有高血壓, 是中風入院時才發現自己有血壓; 慢性病史以高血壓為首(梁、呂、李、湯, 1998)、其次是心臟血管疾病、糖尿病與痛風並列第三位, 此與 Huang, Chiang, 與 Lee(1994)研究台灣地區腦中風病患高比例的具有高血壓、心臟血管疾病、糖尿病之慢性病史一致, 也顯現出中風之重要危險因子, 應加強防治措施, 此外, 本研究中痛風亦排名第三, 此與糖尿病同為代謝疾病, 也成為中風病患性重要病史之一, 成為致腦中風危險因子, 值得注意。

在中風類別方面以缺血性腦中風為佔多數(腦梗塞或栓塞), 此與國內相關研究結果相符(林、邱, 1995; 黃等, 2001; 張, 李 2000), 可能因為出血性腦中風病況較嚴重, 在二週內仍無足夠能力或意願接受問卷訪談, 也因此限制了對出血性腦中風族群的研究與探討。中風造成的肢體偏癱以左側偏癱者為多數, 也表示以右側大腦受損者為多, 此與文獻(蘇、楊, 1991)一致。

第二節 中風失能患者之失能程度、自我概念、社會支持

與憂鬱之現況

中風造成身體的失能，研究樣本在日常生活功能方面，以屬重度依賴至完全依賴者最多，在十項日常生活功能活動中，讓研究樣本感到執行最困難的項目為「進食」、「小便控制」、「上下樓梯」，與研究文獻結果(黃等，1995)中風病患感到最困難的項目為「沐浴」、「穿衣」、「上下樓梯」異同，可能因為文獻(黃等，1995)研究對象平均年齡 57.61 歲，較本研究樣本年輕，且所採研究樣本皆處於中風後復健期，與本研究於中風急性期不同，因此導致兩者在日常生活功能執行感困難的項目有差異。

中風病患的自我概念總平均分數為 74.79 分，較量表總平均應 87 分低(range 29-145)，此數值與脊髓損傷病患所測相似(林等，1998)；但本研究將自我概念得分區別為趨於正向、中等及負向三層次，研究顯示研究樣本自我概念以趨於負向為多數，此結果與文獻(Ellis-Hill & Horn, 2000)相似，中風後病患對於自己的描述與看法較為負面。在本研究自我概念量表分項中，病患得分最高的項目是「我會幻想一切美好的事物」與燒傷(張、蔡、陳、黃，2001)及脊髓損傷(林等，1998)病患相同；病患常會提到幻想一些美好事物會讓自己心情較好，也常幻想自己從睡覺醒來，一切都跟往常一樣手腳靈活隨心所欲，病患試著從自己的想像中尋找心的平衡點，此顯示「幻想一切美好的事物」為病患因應困境所採取之心靈策略。

此外，研究者在訪談過程中，尤其在自我概念量表部分，「我覺得自己是別人的

負擔時」、「日常生活中我覺得沒有安全感」時，許多病患會停頓下來眼眶泛紅，甚至哭泣說出中風期間之心酸與困境，由此也提醒臨床醫護人員在照顧中風病患時，應適時鼓勵病患將心中感受表達出來，讓其情緒得以宣洩，以及肯定其存在之意義與價值，協助其獲得基本之安全感，如此才有機會開始建造心靈的希望工程。

在社會支持方面，研究樣本的社會支持總平均分數為 59.7 分，較量表總平均分數為 47.6 分高，屬於中上的程度，此與文獻(張、蔡、陳、黃，2001)相似；在情感性、價值觀、訊息性、實質性支持四層面，本研究樣本感受到的以實質性支持最多，即指日常生活功能、經濟等方面的得到的協助，此與國內研究(張、李，2000)相同，而與 Norbeck, DeJoseph 及 Smith(1996)與張、蔡、陳、黃(2001)研究結果以情感性支持得分最高有所不同，可能因為文化特性差異及本研究樣本為中老年人，相較之下年齡層較高，以致研究結果有別；且在台灣傳統家庭的互動模式，對於彼此的關懷、愛、體諒等情感不善表達，家庭情感表達較保守，常以坐而言不如起而行教育子女，著重實際行為表現，所以在社會支持四層面以實質性支持得分最高，而忽略病患經歷中風的衝擊，身心潰堤之際，亦需要更多情感上的關懷與同理，價值上的認同與肯定，因此研究樣本顯現出對於情感性支持的感受較薄弱。

在社會支持提供者方面，研究結果呈現主要提供者以家人為主，此與多數研究文獻結果相同(Li, Wang, & Lin, 2003)；在實質性支持方面，主要提供者以子女為主；情感性支持由配偶提供為主，訊息性支持位居第三位而以子女、朋友、醫護人員提供訊息為主；而在價值觀支持方面呈現最薄弱，其主要提供者為子女；而由上述結

果得知，在病患住院接受診斷、檢查、治療、復健期間，雖然醫護人員與其接觸頻繁，但在社會支持四層面中所發揮的角色功能仍顯不足，與于、高(1992)研究中，醫護人員在社會支持供給居末相似；中風病患在住院的急性期有訊息性、身體、心理、社會與靈性需求(Lui & Mankenzie, 1999)，病患與家屬對於中風疾病病因、治療、復健、照護的認知不足，將造成更多的負向情緒反應，影響復健治療，延長住院時間，降低生活品質；因此醫護人員給予中風患者與家屬的相關衛生教育及身、心、靈的照護仍需努力。

在憂鬱方面，研究樣本有憂鬱現象者佔 56.9%，高於研究文獻(Astrom et al., 1993)；在國內研究文獻(蘇、楊,1991)報告，曾以鄭氏憂鬱量表評量腦中風住院病患之中風後憂鬱，結果顯示：罹患率 37.7%、重度憂鬱 13.1%；與本研究樣本罹患率 56.9%，重度憂鬱 23.6%亦相異，可能因為本研究以中風失能患者為主，且為中老年人，可能因為失能嚴重程度與憂鬱具密切相關性，且身體活動能力為老年人憂鬱的主要來源，因此施測結果呈現較高的憂鬱現象。

第三節 中風患者人口學特性與失能程度、自我概念

社會支持及憂鬱之關係。

人口學特性與失能人口學特性與失能程度(日常生活功能)間之關係，以中風類別、偏癱肢體具差異；中風類別以出血性腦中風的失能程度較嚴重，也因此許多出血性腦中風病患無法參予研究；偏癱肢體方面以右側偏癱者日常生活功能較差，

可能與之前所提出，與右手為慣用手有關。

人口學特性與自我概念間之關係，其中性別及偏癱肢體不同在自我概念上具差異性，研究樣本男性之自我概念較女性趨於正向，對於自我的描述、看法較正面，而女性所呈現的自我概念較負向；Shu, Huang, Chen (2003)研究顯示，大部分退休後女性其自我概念較男性正向，尤其在道德倫理、家庭自我、社會自我、自我認同、滿足自我方面，此與本研究結果相異，可能因為台灣傳統家庭以男主外、女主內為多，當女性身兼職業婦女，平日奔波家庭與工作，而在退休後回歸家庭，反而有較充裕時間從事家務，對家庭的貢獻仍非常重要；而男性退休後，卸下家中經濟支柱之重責，在家庭中參予家務較女性少，自覺重要性較女性低，故自我概念較女性負向。本研究樣本無業者為多，男性多數為榮民有終身俸，中風後對於家庭經濟提供能力影響較小；女性中風失能患者，無法如往常從事家務貢獻家庭，相對自我概念較負向。在偏癱肢體方面，以右側肢體偏癱者自我概念較負向，可能因為國人通常慣用右手，當慣用手癱瘓造成進食或取物不便，增加無用、沮喪感。

人口學特性與社會支持方面，僅以生活基本費用滿意度有差異性，對於生活基本費用表不足夠者，社會支持得分較低，此即反應社會支持中實質性支持面重要性。在其他變項方面，本研究結果與文獻(Wyller, Holmen, Lakke, & Lakke, 1998)呈現社會支持與性別有關相異，研究文獻顯示大致上中風的女性患者對於自己的社會網路支持系統較滿意，而本研究性別在社會支持並無顯著差異，可能是因為此文獻研究對象以社區的中風病患為主，而本研究以住院期間之中風病患為主，而呈現

不同結果。

本研究樣本人口學特性(基本屬性、疾病特性)與憂鬱間關係，研究結果顯示未達統計上顯著水準，所以無顯著差異。本研究同國內研究(張、陳、梁，1992；蘇、楊，1991)顯示中風後憂鬱與病患性別、年齡、教育程度，偏癱肢體(蘇、楊，1991)等無相關相同。而國外研究認為中風後憂鬱與性別相關，男性憂鬱症狀較明顯，女性病患較安適(Wyller, Holmen, Laake, & Lakke, 1998)，是否與男性個案原來自主性與獨立性高，且為家中主要經濟提供者，一但中風致使其上述功能降低，連帶降低自我概念，因而影響其憂鬱情緒的產生；年齡方面以老年人有較高的憂鬱現象(Astrom, Adolfsson, & Asplund, 1993；Anersen, Vestergaard, Ingemann-Niesen, & Lauritzen, 1995)，但在中風急性期以年輕病患的憂鬱程度較高(Robison et al., 1994)，居住型態以獨居者憂鬱程度較高(Canavan & Haeske-Dewick, 1995)，可能這些研究皆為長期研究，中風病患接受多次的測試與本研究在中風急性期且僅單次施測而結果不同。其他的人口學變項如婚姻狀況、居住型態、宗教信仰、病前職業、經濟來源、生活基本費用是否足夠、主要照顧者、慢性病史等，及疾病特性方面中風次數、中風類別(出血或缺血性)等、大致上樣本與中風後憂鬱並無顯著相關，此結果與文獻(Li, Wang, & Lin, 2003)相似。

第四節 中風患者之失能程度、自我概念、社會支持

與憂鬱相關性及預測

本研究結果中風患者失能程度、自我概念、社會支持與憂鬱之相關性。結果顯示中風患者身體失能程度越高，所呈現的憂鬱程度越嚴重，此結果與多數研究結果相似(張瑞昆、陳正岳、梁秋萍,1992; Bruce, 2002; Astrom, Adolfsson, Asplund, 1993; Burvil et al., 1997)，意即當中風病患完成日常生活的能力如沐浴、進食、更衣等越佳時，憂鬱程度越低(Fuh, Liu, wang, Lin, & Wang, 1997)。在中風病患自我概念與憂鬱程度方面，自我概念越高，其憂鬱程度越低，此與研究(黃等,1995; Ellis-Hill & Horn, 2000)相似，自我概念較正向者對於自我描述較正向，反之對於自我概念較負向者，對於自我描述較負向，同時也呈現憂鬱程度偏高的現象。社會支持與憂鬱症間有顯著相關，此與研究文獻相同結果，當中風病患對於情感性、價值性、訊息性、實質性支持滿意度越高，憂鬱程度越低，此與文獻(Li, Wang, & Lin, 2003)相似；而研究中中風樣本認為所接受到的支持以實質性最多，價值觀最少，支持提供者主要是家人為主，此與文獻(于、高,1992)相似，而與國外研究文獻中風患者以情緒支持最為滿意結果不同，可能因為台灣地區傳統文化因素，國人對於愛和關心的表現，皆以實質性的照顧來表現如協助日常生活照顧(如：沐浴、行走、更衣等)、經濟支援等，而較少以語言或非語言等其他方式表達對病患的關懷，此為未來國人於照顧中風病患時應強化之重點；其次國人觀念認為照顧病患時，以滿足生理需求為重點，常忘記要適時地尊重與賦權，讓病患自主與做決定的機會，使其有價值

感、被尊重感及生命的意義；所以國內外在社會支持的滿意層面有所差異。

中風病患失能程度、自我概念、社會支持三變項對於憂鬱地預測力之分析結果以自我概念最具解釋力及預測力，此結果與張(2001)針對燒傷失能地病患進行憂鬱相關因素探討，發現自我概念對於憂鬱程度有高的解釋力、預測力，所以憂鬱情緒的預防及處理，自我概念的探究是一重要的入門。

第六章 結論與建議

第一節 結論

台灣地區腦中風持續高居十大死因第二位，亦是造成中老年人失能的主要因素；而憂鬱情緒常伴隨於中風後，並且增加病患的失能、認知損傷、及增加自殺率與死亡率。根據本研究結果分析，中風住院病患出現憂鬱現象者有 56.9%，輕度憂鬱者 11%，中度憂鬱者 22.2%，重度憂鬱者 23.6%，並針對中風病患的失能程度、自我概念、社會支持與憂鬱間之關係加以探討，得到以下結論：

中風患者人口學特性(基本屬性、疾病特性)，包括性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、居住型態、宗教信仰、病前職業、經濟來源、生活基本費用是否足夠、主要照顧者、慢性病史等，以及疾病特性方面，包括：中風次數、中風類別(出血或缺血性)、偏癱肢體等與憂鬱並無顯著差異性。

中風患者生理上的失能程度、自我概念、社會支持與憂鬱呈現顯著相關；在失能程度與憂鬱方面，病患因中風造成身體上的失能，日常生活功能需要依賴他人的程度與其產生憂鬱現象與否，得分上呈現負相關，此表示中風病患日常生活功能如進食、如廁、洗澡等等行為，需要依賴他人來協助或代理的項目越多，產生憂鬱現象也隨之增加。在自我概念與憂鬱方面，當病患對自我的信任感、責任感、孤獨感、自卑感、價值觀、滿意程度、安全感等等的看法越負向，憂鬱現象顯得趨高，換言之，中風後憂鬱程度較低者，其自我概念趨正向。在社會支持與憂鬱方面，中風後病患在住院期間感受到情感性、價值觀、訊息性、實質性四方面的支持越緊密者，

出現憂鬱現象較低，反之，感覺得到的社會支持較薄弱者，產生憂鬱現象較高；而其中影響憂鬱情緒則以情感性及價值觀二層面最為明顯。雖然病患本身的失能程度、自我概念、社會支持與中風後憂鬱(Post-stroke depression)都有密切關係，但是以自我概念直接影響力最大，可用來預測中風後患者的憂鬱現象，預測力39.4%。

在自我概念方面，與之有顯著相關的變項為失能程度、社會支持及性別三項，即中風病患失能程度越嚴重者、社會支持較差者以及女性中風患者，其自我概念較皆趨於負向。

中風失能的程度、自我概念、社會支持與憂鬱間之關係密切，彼此互相影響；憂鬱為中風復健過程的最大障礙，因此日後對於中風病患的照護，除了身體功能的復健之外，有應給予心靈復健過程，唯有身心的安適，才能促進病患復健成效，恢復健康回歸社會。

第二節 建議

一、臨床護理實務方面

1. 加強腦中風危險因子的防治

本研究結果高血壓、心臟血管疾病、糖尿病與痛風仍為中風患者主要病史；文獻資料顯示，有高血壓病史者其中風機率是血壓正常者的六倍，缺血性心臟病使腦中風的危險機率增加五倍，同年齡層之男性有無糖尿病發生腦中風比例為 2.5：1，女性為 3.7：1(黃等，2001)，因此對於此慢性病的預防與控制實為當務之急，本研究痛風的慢性病史與糖尿病位居第三位，同為代謝性疾病也應加強防範，唯有減少中風的危險因子，才能降低腦中風的威脅。

2. 更新中風病患住院與居家之照護準則、規劃完善的衛生教育，使身心復健並重

腦中風存活者有四分之一機率存留肢體殘障，造成日常生活功能需依賴他人，帶給病患與家屬實際照顧及心理上的負擔；研究顯示醫護人員在訊息提供上仍顯不足，所以臨床護理實務者應於病患住院期間及早提供完善的衛生教育，可運用包裹式衛教，以正式衛教情境，與病患及家屬共同擬定身心重建計劃，使病患與家屬能熟悉日常照顧技巧，輔助工具的使用、復健計劃、提供相關社會資源等；中風患者需經歷漫長身心復健過程，長期照護中居家護理角色佔相當重要的地位，文獻顯示台灣地區居家護理服務項目最多前三項，分別為：「病人照護知識及技術指導」、「一般身體檢查評估」、「更換或拔除鼻胃管」，著重提供一般技術性護理，對於心理的

重建較少介入；研究顯示中風後憂鬱隨著時間而增加發生率，所以長期心理層面狀況的評估與追蹤相當重要，及早發現中風病患憂鬱或負向情緒，才能及早妥善處理。照護過程適時的賦權，鼓勵其情緒抒發，強化復健動機，肯定病患的努力與價值，協助病患能發揮潛能減少依賴程度，增進肢體功能的恢復與適應，進而提昇日常生活的能力，使自我概念趨於正向，減輕身心負擔。

3.運用諮商理論知識與技術，強化自我概念與處理中風病患憂鬱情緒

中風對於病患的身體健康、家庭運作、角色扮演、職業與社會互動造成極大衝擊，產生憂鬱情緒；護理人員為醫療團隊中與病患接觸最為密切者，所以護理人員若具備諮商知識與技術，如此中風病患憂鬱或其他負向情緒才得以妥善處理。本研究結果顯示：研究樣本自我概念較負向者，具顯著的憂鬱情緒，而對於此結果，研究者建議可應用諮商理論之「存在主義理論」，協助中風病患探究個人存在本質，掘出人生意義，激發自我肯定，追求其生存的意義，強化自我概念。在病患憂鬱情緒的處理方面，可應用「認知治療」作為介入措施，協助病患克服認知盲點、不正確的判斷，以及改變其認知中對現實的直接扭曲，或不合邏輯的思考方式，透過接納、溫暖、及同理的態度，逐步解決問題與憂鬱情緒。

4.將主要照顧者納入護理計劃

國內主要照顧者特性發現，家庭非正式照顧者以女性為多，且以病患配偶為主，

主要照顧者長期的照料殘疾病患生活起居，日常生活照護既繁瑣且費神，因而感受到不同程度的負荷壓力，導致疲倦感、睡眠受影響、社交活動減少、情緒負荷等(徐、張、楊、黃，1992)，所以臨床護理實務中，除了照護病患的身心健康外，應顧及主要照顧者的身心反應，提供相關社會資源如：互助團體、喘息服務等訊息的提供或轉介，以減輕主要照顧者情感、身體負擔，使其在照護中風患者時能維持有良好的身心狀況，提昇病患生活照護品質及互動關係，進而擁有較佳的情緒反應。

二、護理教育方面

1. 中風後憂鬱的認識與預防之教育

在學校課程內容及臨床護理人員繼續教育中，應增加對於中風病患憂鬱情緒的認識、預防與處理，使照護腦中風病患時，更能兼顧到病患之自我概念肯定其存在的意義與價值，多方面提供適應之資訊與策略，介紹自助團體與之相互支持，提供整體性護理，使其身、心、靈、社會達安適。

2. 為照顧者提供相關衛生教育課程

社會型態的變遷主要照顧者除了配偶與子女，在需要居家長期照護的病患，外籍看護為主要照顧者日趨普遍，許多外籍看護語言無法溝通，因國情不同照護觀念亦有差異，使中風患者較難適應，所以護理人員應為外籍看護舉辦相關衛生教育課程或製作多媒體衛教光碟，外語(菲律賓、印尼)之中風患者照護手冊，以提昇中風病患生活品質，盡速適應中風後生活。

此外針對病患配偶與子女，護理人員亦應給予更多的關切與教育；雖然家人一直陪伴病患，提供日常生活照護，但研究結果呈現中風病患感受到情感與價值性方面的支持仍顯不足，所以在照護中風病患時，除了教導病患家人如何予實質性協助，如：進食、沐浴等，亦應主動教導家人如何給予情感與價值性支持的方式，具體教導如何透過語言或非語言來傳達關懷與同感心，展現對於病患強力支持，而不僅是靜靜陪伴供給生理上需求照護而已；在日常生活事務仍應給予病患做決定的機會，適時肯定病患的價值，降低產生無望、無用或未被尊重的感覺，強化正向情緒，使社會支持之品質能與以提昇，功能能加大，如此方能改善其自我概念與降低其憂鬱感。

三、護理研究方面

1.運用實驗設計採用強化自我概念措施，來偵測對於預防中風後產生憂鬱情緒之成效。

研究結果顯示中風失能患者自我概念對於憂鬱具預測力，且自我概念趨於正向者，憂鬱程度較低；所以可採用實驗設計，以強化自我概念為介入措施，來偵測預防與改善中風後憂鬱之成效。

2.運用實驗設計提供社會支持或建立支持網路，來探究對於預防中風後產生憂鬱情緒之成效。

本研究結果顯示中風失能患者所感受到的社會支持越緊密者，憂鬱程度較低；

而其中情緒性支持、價值性支持與憂鬱關係最為密切。所以可採用實驗設計，提供中風病患與家屬社會支持或建立支持網路，來探究對於預防中風後憂鬱之成效。

3.針對主要照顧者特質與其和中風病患的互動關係來探討與中風病患負面情緒之相關性。

臨床中風病患主要照顧者以配偶、子女為主，予實質性支持最多如協助沐浴、進食、如廁或經濟等，在收集資料過程中發現主要照顧者與病患互動關係較差者，病患憂鬱得分越高；以及外籍看護日趨普遍，因語言不通，溝通得靠比手劃腳完成，除了協助日常生活功能，甚少交談，病患有顯得較沉默；所以主要照顧者對象、特質與其和中風病患的互動關係與憂鬱之相關性可進一步探討。

四、社會政策方面

1.促進復健醫療可及性：

現在的醫療體系與健康保險給付的限制，讓中風病患與家屬深感壓力，復健床位的增設，健康保險給付避免讓病患與家屬因為健保給付限制住院天數，在病患仍有繼續復健或醫療照護需求下，經歷轉院或至護理之家 14 天後再重新辦理住院，讓病患與家屬無法安心住院接受復健治療，一再尋找下一個醫療機構去處，身心俱疲；同時在一次次的轉院，入院過程對於人力、物力成本亦是一項耗損，病患因為環境的變化，減少安全感產生退化性行為，更有些病患因此而不再接受復健治療，自我

放棄，倘若社會福利政策能提供完善的醫療照護體系，及健全的健康保險給付制度，如此中風病患才能得到所需之照護與復健，才能發揮最大潛能達到三級預防限制殘障重返社會。

2. 設立居家復健師或居家護理師之到宅服務並納入健保給付

現今工商社會老化的人口結構，腦中風好發老年族群，且需經歷一段漫長的復健過程，研究顯示主要照顧者以配偶為主，故往返醫院復健治療，成為另一項壓力負荷；若此復健過程能在病患最熟悉的家中進行，居家復健師或居家護理師定期到宅協助與指導復健運動，且以上費用納入健保給付，提供患者適當的長期照護服務，減輕病患與家屬到院舟車往返之累，使其保有家庭完整性與功能，達「去機構化」效果；另一方面則藉此紓解慢性病患延遲出院的比例，使醫療體系運作更有效率。

第二節 限制

本研究採立意取樣，於醫學中心以結構式問卷進行訪談，研究過程發現有以下之限制：

一、研究取樣方面、

本研究限於時間、人力、經費之限制，無法採用隨機取樣的方式進行資料收集，故難以推論至台灣地區所有中風病患；所收集之研究樣本以缺血性腦中風佔多數，出血性腦中風僅有 7 位，所以研究結果對於出血性腦中風病患推論性受影響，僅對於缺血性腦中風具推論性。

腦中風除了造成肢體殘障，亦有許多病患語言功能受損，無法進行問卷訪談，故研究結果僅能對於語言功能正常者具推論性。此外，研究過程正值國內 SARS 肆虐，致使收案過程亦遭遇困難。

二、研究場所方面

與研究對象進行訪談時皆在病室中進行，過程中雖然安排安靜環境，但偶而仍會受到陪伴在旁的家屬或環境的干擾，使訪談中斷，訪談中干擾為本研究另一限制。

參考文獻

【中文部份】

于博芮、高紀惠(1992)·中風病人住院期間身心反應、社會支持及自我照顧能力改變的探討·護理雜誌，39(2)，67-78。

邱文彬(2001)·社會支持因應效果的回顧與展望·國家科學委員會研究彙刊：人文及社會科學，11(4)，311-330。

林美娜、邱起潤(1995)·居家中風老人之家庭照護品質·護理研究，3(2)，138-148。

林月春、李怡娟、許秀月、萬育維、郭英調、盧志輝(1999)·屏東地區居家脊髓損傷者的自我概念及其相關因素之探討·護理研究，7(1)，51-64。

林昭雄、黃茂雄、劉景寬、林永哲(2000)·影響腦中風患者復健治療住院天數長短的因素·物理治療，25(2)，64-74。

侯雅齡(1995)·自我概念理論新趨向：多向度階層化建構·輔導季刊，34(1)，11-23。

張紀萍、蔡芸芳、陳月枝、黃秀梨(2000)·燒傷病人憂鬱及其相關因素之探討·護理雜誌，48(2)，37-46。

張春興(1989)·張氏心理學辭典·台北：東華。

張瑞昆、陳正岳、梁秋萍(1992)·腦中風病人情緒障礙之探討·職能治療學會雜誌，81(10)，43-54。

張萃民、李怡娟(2000)·社會支持介入措施居家中風個案身心健康之影響-以宜蘭地區為例·護理研究，8(4)，423-434。

徐亞瑛、張媚、楊玉玫、黃久美(1992)·都市型與鄉村型社區中居家殘病老人照顧者之負荷及相關影響因素·護理雜誌 39(2)，99-106。

黃曼聰、黃小玲、薛漪平、徐志誠、吳錦喻、黃俐貞(1995)·探討中風患者之壓力感受與因應行為及自我照顧與自我概念相關性之探討·職能治療學會雜誌，13，35-51。

黃佩玲(1993)·自我概念改變的護理·於鍾信心等著，精神科護理學 (pp.125-147)·台北：華杏。

黃金島(1988)·肢體殘障者身體心像、自我概念、歸因組型與生活適應間的關係·未發表碩士論文·台北：國立政治大學。

黃惠滿、陳幼梅、蘇貞瑛、蕭美玉、阮慧沁(2001)·腦中風病患接受認知教育對身體、心理、社會狀態影響之探討·公共衛生，28(2)，161-175。

梁繼權、呂碧鴻、李明濱、湯麗玉(1998)·成年人慢性病壓力與憂鬱相關因素之探討·中華民國家庭醫學科雜誌，8(3)，124-133。

陳滋次、張媚、林艷君(1998)·自我效能、社會支持糖尿病病人居家自我照顧

行為相關之探討·護理研究，6(1)，31-43。

郭為藩(1979)·自我心理學·台南：開山。

楊文玫(1994)·認知模式的自我概念之探討·輔導季刊，30(1)，50-56。

趙曉美(2000)·自我概念多面結構之驗證暨增進自我概念課程之實驗效果·未發表博士論文·台北：國立台灣師範大學。

劉季彥、許吉越(2001)·影響人格與行為發展的決定性因素-自我概念·大專體育，30，90-96。

廖鳳池(1988)·認知治療理論評介·諮商與輔導，33，2-8。

蘇玉麟、楊百嘉(1991)·腦中風後憂鬱症之初步研究·復健醫學會雜誌，19，103-110。

【英文部份】

Andersen, G., Vestergaard, K., & Ingemann-Nielsen, M. (1995). Risk factors of post stroke depression. Acta Psychiatrica Scandinavica, 92, 193-198.

Astrom, M., Adolfsson, R., & Asplund, K. (1993). Major depression in stroke patients: A 3-year longitudinal study. Stroke, 24(7), 976-982.

Berg, A. L., Palomaki, H., Lehtihalmes, M. L. P., Lonnqvist, J., & Kaste, M. (2003). Poststroke depression: An 18-month follow-up. Stroke, 34(1), 138-143.

Berg, A. Palomaki, H., Lehtihalmes, M., Lonnqvist, J., & Kaste, M. (2001).

Poststroke depression in acute phase after stroke. Cerebrovascular disease, 12(1), 14-20.

Beblo, T., Wallesch, C. & Herrmann, M. (1999). The crucial role of frontostriatal circuits for depression disorders in the post acute stage after stroke. Neuropsychiatry Neuropsychology & Behavioral Neurology, 12(4), 236-246.

Beverly, A. B. (1999). Major life events as risk factors for post stroke depression. Brain Injury, 13(2), 131-137.

Badoux, A. (2000) Social support in healthy and psychologically distressed French population. Psychology, Health & Medicine, 5(2), 143-154.

Burvill, P., Johnson, G., Jamrozik, K., Anderson, C., & Stewart-Wynne, E. (1997). Risk factors for post stroke depression. International Journal of Geriatric Psychiatry, 12(2), 219-226.

Burvill, P., Johnson, G., Jamrozik, K., Anderson, C., Stewart-Wynne, E., & Chakera, T. (1995). Prevalence of depression after stroke: The perth community stroke study. British Journal of Psychiatry, 166(3), 320-327.

Buch, B. (1999). Major life events as risk factors for post stroke depression. Brain Injury, 23(2), 131-137.

Bruce, M. L. (2002). Psychosocial risk factor for depressive disorders in late life. Society of Biological Psychiatry, 52, 175-184.

Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. F. (1996). Comparison of Beck depression inventory-IA and- II in psychiatric outpatients. Journal of personality assessment, 67(3), 588-597.

Bruce, M. (2001). Depression and disability in late life: Directions for future research. American Journal of Geriatric Psychiatry, 9(2), 102-112.

Butters, M., Becker, J. Nebes, R., Zmuda, M., Mulsant, B., & Pollock, B. (2000). Change in cognitive functioning following treatment of late life depression. American Journal of Geriatric Psychiatry, 157(12), 1949-1954.

Canavan, A. G. M., & Haesk-Dewick, H. (1995). Depression and neurological disabilities. Current Opinion in Psychiatry, 8(6), 407-409.

Clarke, P. J., Black, S. E., Badley, E. M., Lawrence, J. M., & Williams, J. I. (1999). Handicap in stroke survivors. Disability and Rehabilitation, 21(3), 116-123.

Chang, A. E., Mackenzie, A. N., Yip, M. P., & Dhillon, R. (1999). The psychosocial impact of stroke. Journal of Clinical Nursing, 8, 477.

Ellis-Hill, C. S., & Horn, S. (2000). Change in identity and self-concept: A new theoretical approach to recovery following a stroke. Clinical Rehabilitation, 14, 279-287.

Fuh, T. L., Lin, H. C., Wang, S. J. Liu, C. Y. & Wang, P. N. (1997). Poststroke

depression among the Chinese elderly in a rural community. Stroke, 28(6), 1126-1129.

Friedland , J., & Macoll, M. (1987). Social support and psychosocial dysfunction after stroke: buffering effects in a community. Archives of Physical Medicine Rehabilitation, 68(8), 475-480.

Gonzales-Torrecialles, J., Mendlewicz, J., & Lobo, A. (1995): Effects of early treatment of poststroke depression on neuropsychological rehabilitation., International Psychogeriatric, 7, 547-560.

Gainotti, G., Azzoni, A., & Marra, C., (1999). Frequency, phenomenology and anatomica-clinical correlates of major post depression. British Journal of Psychiatry, 175, 163-167.

Herrmann, M., & Wallesh, C. (1993). Depression changes in stroke patients Disability and Rehabilitation, 15(2), 55-66.

Huang, Z. S., Chiang, T. L. & Lee, T. K. (1997). Stroke prevalence in Taiwan: finding from the 1994 national health interview survey. Stroke, 28(8), 1579-1584.

House, J. S., Kahn, R. L. (1985). Measures and concepts of social support In S. Cohen & S. L. Syme(Eds.), social support and Htalth (pp. 83-108). Orlando, FL: Academic.

Jaracz, K., & Kozubski, W. (2003). Quality of life in stroke patient. Acta Neurol Scand, 107, 324-329.

Kishi, Y., Kosier, J.T., & Robinson, R. G. (1996). Suicide plans in patients with acute Stroke. The Journal of Nervous and Mental Disease, 184(5), 274-280.

Kim, J. S. (2002) Post-stroke emotional incontinence after small lenticulocapsular stroke : correlation with lesion location. Journal Neurol, 249, 805-810.

Lee, D. T. F. (1997). Residential care placement: Perceptions among elderly Chinese people in Hong Kong. Journal of Advanced Nursing, 26, 602-607.

Lui, M. H. L., & Mackenzie, A. E. (1999). Chinese elderly patients' perceptions of their rehabilitation needs following a stroke. Journal of Advanced Nursing, 30(2), 392-400.

Lenze, E., Rogers, J., Martire, L., Mulsnt, B. (2001). The association of late life depression and anxiety with physical disability: A review of the literature and prospectus for future research. American Journal of Geriatric Psychiatry, 9(2), 113-135.

Lewandowski, L., & Arcangelo, K. (1994). The social adjustment and self concept of adults with learning disabilities. Journal of Learning Disabilitis, 27(9), 598-605.

Li, S. H., Wang, K. Y., & Li, J. C. (2003). Depression and related factors in elderly patients with occlusion stroke. Journal of Nursing Research, 11(1), 9-17.

Lau, A., & Mckenna, K. (2001). Conceptualizing quality of life for elderly people with stroke. Disability and Rehabilitation, 23(6), 227-238.

Moore, D. L. L. (1998). Acceptance of disability and its correlates. The Journal of Social Psychology, 138(1), 13-25.

Mant, J., Carter, J., Wade, D. T., & Winner, S. (2000). Family support for stroke: A randomized controlled trial. The Lancet, 356(9232), 808-813.

McCulloch, B. J. (1995) The relationship of family proximity and social support to the mental health of older rural adults: The Appalachian context. Journal of Aging Studies, 9(1), 65-81.

Morris, P., & Robison, R. (1995). Personality neuroticism and depression after stroke. International Journal of Psychiatry Medicine, 25(1), 93-102.

Pound, P., Gompertz, P., Ebrshim, S. (1998). Illness in the context of older age: the case of stroke. Sociology of Health & Illness, 20(4), 489-506.

Rochette, A., Desrosiers, J., & Noreau, L. (2001). Association between personal and environmental factors and the occurrence of handicap situation following a stroke. Disability and Rehabilitation, 23(13), 559-569.

Ramasubba, R., & Patten, S. B. (2003). Effect of depression on stroke morbidity and mortality. The Canadian journal of Psychiatry, 48(4), 250-257.

Roy, C., & Andrew, H. A. (1999). The Roy adaptation model: The Definitive statement. Nor Walk, CT: Appleton & Lange.

Robison, S. G., Johnston, M. V., & Allen, J. (2000). Self care self efficacy, quality of life, and depression after stroke. Archives of physical Medicine Rehabilitation, 81(4), 460-464.

Robison, R. G., Bolduc, P., Price, T. (1987). Two-year longitudinal study of poststroke mood disorder: diagnosis and outcome at one and two years. Stroke, 18(5), 837-843.

Shu, B. C., Huang, C., & Chen, B. C. (2003). Factor related to self concept of elderly residing in a retirement center. Journal of Nursing Research, 11(1), 1-8.

Shimoda, K., & Robinson, R. G. (1999). The relationship between poststroke depression lesion location in long-term follow-up. Society of Biological Psychiatry, 45, 187-192.

Starkstein, S., Beyer, J., Berthier M, Cohen, B. Price T, & Robinson, R.(1991). Depression of after stroke: The importance of cerebral hemispere asymmetries. Journal of Neuropsychiatry, 3(3), 276-285.

Schulze, R. Beach, S Ives, D. Matire, L. Ariyo, A., & Kop, W. (2000). Associatio

between depression and mortality in older adults: The cardiovascular health study. Arch International Medicine, 160, 1761-1768.

Schreurs, K. M. G., & de Ridder, D. T. D. (1997). Integration of coping and social support perspectives: implications for the study of adaptation to chronic disease. Clinical Psychology Review, 17(1), 89-112.

Singh, A., Black, S., Herrmann, N., Leibovitch, F., Ebert, B., & Lawrence, J. (2000). Functional and neuroanatomic correlations in poststroke depression: The sunnybrook stroke study. Stroke, 31(3), 637-644.

Steffens, D., Helms, M., Krishnan, K. R., & Burke G. (1999). Cerebrovascular health study. Stroke, 30, 2159-2166.

Tam, S. T. (1998). Comparing the self-concept of persons with and without physical disabilities. The Journal of Psychology, 132(1), 78-86.

Tarlow, E. M., & Haaga, D. A. F. (1996). Negative self concept: specificity to depression symptom and relation to positive and negative affectivity. Journal of research in personality, 30, 120-127.

Tennant, C. (1999). Life stress, social support and coronary heart disease. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 33, 636-641.

Ueki, H., Washino, K., Fukao, T., Inoue, M., Ogawa, N. & Takai, A. (1999). Mental health problems after stroke. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 53, 621-627.

World Health Organization. (1993). International Classification of Impairment, Disabilities, Handicaps: A Manual of Classification Relating to Consequence of Disease. Geneva, Switzerland.

Wyller, T. B., Holmen, J., Laake, P., & Laake, K. (1998). Correlates of Subjective well-being in stroke patients. Stroke, 29 (2), 363-367.

Whyte, E. M., & Mulsant, B. H. (2002). Post stroke depression: epidemiology, pathophysiology, and biological treatment. Society of Biological Psychiatry, 52, 253-264.

【附錄】

一、專家效度名單

【依筆劃順序排列】

姓名	服務機關與職稱
王曼溪	台中榮民總醫院護理督導長
吳麗芬	國立台中護理專科學校副教授
柯慧貞	國立成功大學行為醫學研究所所長
黃 蒂	台中榮民總醫院社會工作師
張鳴宏	台中榮民總醫院神經內科主任

【附件】

一、 研究量表同意書
研究量表使用同意書

茲 同意 中山醫學大學醫學研究所 研究生楊美倫，參考與使用本人所發展之「肢體殘障者自我概念量表」，於其論文題目【中風失能老人自我概念、社會支持與憂鬱情緒之探討】，特此證明。

黃金島

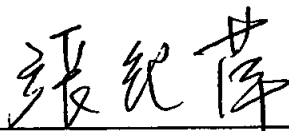
黃金島 先生

中華民國 九十一年 十一月 日

研究量表使用同意書

茲 同意 中山醫學大學醫學研究所 研究生楊美倫，參考與使用本人所擬定之「社會支持量表」，於其論文題目【中風失能老人自我概念、社會支持與憂鬱情緒之探討】，特此證明。

私立慈濟技術學院護理系



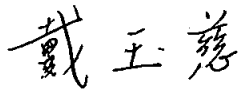
張紀萍 老師

中華民國 九十一年 十一月 日

研究量表使用同意書

茲 同意 中山醫學大學醫學研究所 研究生楊美倫，使用本人所翻譯之中文版巴氏量表(Barthel Index)，於其論文題目【中風失能老人自我概念、社會支持與憂鬱情緒之探討】，特此證明。

國立台灣大學護理學系(所)主任



戴玉慈 副教授

中華民國 九十一年 十一月 日

(二)【人口學特性】

【基本屬性】

- (1)性別：1 男 2 女
- (2)年齡：_____實歲（出生於民國_____年）
- (3)教育程度：1 不識字 2 小學 3 初中 4 高中 5 專科
6 大學及以上
- (4)婚姻狀況：1 未婚 2 已婚 3 分居 4 離婚 5 喪偶 其他_____
- (5)居住型態：1 獨居 2 僅與配偶同住 3 與配偶及固定子女同住 4 輪流與子女同住 5 安養中心 6 榮民之家 7 其他
- (6)宗教信仰：1 無 2 道教 3 佛教 4 基督教 5 天主教 6 民間信仰 7 其他_____
- (7)病前職業：1 無 2 家管 3 軍警 4 公教 5 醫藥 6 農 7 工 8 商
9 服務業 10 自由業
- (8)經濟來源(可複選)：1 自己(儲蓄、退休金、收入) 2 配偶提供 3 子女供給
4 親友供給 5 國民老人年金 6 救助金 7 其他_____
- (9)生活消費滿意度：1.足夠 2.不足夠
- (10)主要照顧者：1 配偶 2 子女 3 親友 4 本地看護 5 外籍看護
6 其他_____
- (11)慢性病史：1 無
2 有 a 高血壓_____年 b 糖尿病_____年 c 心律不整_____年
d 巴金森氏症_____年 e 消化性疾病_____年 f 甲狀腺疾病_____年
g 痛風_____年 h 精神疾病_____年 i 其他_____

【疾病特性】

- (12)此次中風次數：第_____次
- (13)中風類別：1 出血性 2 缺血性(栓塞/梗塞)
- (14)腦傷方位：1 左側 2 右側 3. 其他

(三)【巴氏量表 Barthel Index】

10 項日常生活功能評估總分 100 分，分數越高表示生活功能越好，0-20 分為完全依賴，21-60 分為重度依賴，61-90 分為中度依賴，91-99 分為輕度依賴，100 分為完全獨立

項目/計分	不能自己做	需要協助	獨立	得分
一、進食	0	5	10	_____
二、輪椅與床之間移位 (包括床上坐起)	0	5-10	15	_____
三、個人衛生/修飾	0	0	5	_____
四、如廁	0	5	10	_____
五、洗澡	0	0	5	_____
六、平地上行走 (用輪椅者)	0	10 0	15 5	_____
七、上下樓梯	0	5	10	_____
八、穿脫衣服	0	5	10	_____
九、大便控制	0	5	10	_____
十、小便控制	0	5	10	_____

總分 _____

(四)【肢體殘障者自我概念量表】

共計 29 題，每題以 1-5 分來呈現各題同意程度，請就您的感覺勾選在適當的
空格。

	非常 不同意	不同 意	稍微 同意	同意	非常 同意
	1	2	3	4	5
1. 我覺得自己是別人的負擔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 我是個沒有出息的人	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 別人看不起我	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 我對自己並不滿意	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 我是個內心孤獨的人	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 我覺得事事無法稱心如意	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 我很難相信別人的話	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 我的自信心不夠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 遇到困難或挫折時我會容易就放棄努力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 我覺得別人會冷落我	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 我的自卑感很重	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 我覺得自己各方面都不如人	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 我覺得大多數的人想支配我	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 我無法堅持自己的原則	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	非常 不同意	不 同意	稍 微 同 意	同 意	非常 同 意
	1	2	3	4	5
15.我會莫名其妙地感到沮喪	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.我覺得大多數人並不喜歡和我做朋友	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.我是個沒有主見的人	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.我會意氣用事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.這個世界對我不公平的	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.我認為自己是為著別人而活的	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.我覺得自己一點價值感都沒有	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.我有強烈的罪惡感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.我的想法或行為會受到別人的影響改變	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.日常生活中我覺得沒有安全感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.我擔心自己無法成功	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.我覺得別人會取笑我	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.在公共場合時我會覺得不自在	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.我會幻想一切美好的事物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.我覺得自己的生活似乎和外界有所隔絕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(四)社會支持量表

此部份是測量您中風後分別在情感性、價值觀、訊息性、實質性上所感受到的支持頻率及來源，共 19 題，每一題回答時，先回答頻率的部分，再明確依代號填入主要提供者。頻率：沒有=每週 0 次 偶而=每週 1-2 次 經常=每週 3-4 次 總是=每週 5-7 次。

* 主要提供者：0=無 1=配偶 2=子女 3=親戚 4=朋友 5=鄰居 6=僱庸
7=醫護人員 8=復健師

	沒有	偶而	經常	總是	主要提供者
	1	2	3	4	
1. 有人關心我的身體健康狀況.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 有人可以傾聽我訴說心事.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 發脾氣時有人可以體諒、包容、不計較....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 心情不好時有人可以給我安慰.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 有人會定期來探視我.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 有人會重視或尊重我的身分、地位.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 有人會支持我所做的決定.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 當我身體狀況有進步時，有人會給我稱讚 與鼓勵.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	沒 有	偶 而	經 常	總 是	
	1	2	3	4	
9.關於中風的疾病、治療，有人會提供我 意見或勸告.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.關於中風後日常生活方面的問題，有人 會提供我意見或勸告.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.有人會提醒我要按時服藥，定期到醫院 檢查或復健.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.遇到問題時，有人可以提供我解決問題 的方法.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.有人會告訴我週遭發生的事件.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.有人可以協助我做復健運動.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.有人可以針對我身體狀況，將日常生活 中需使用的用物做某些調整使我方便使用..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.有人協助我居家生活照顧(飲食、沐浴、 儀容、清潔、家管).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.有人可以陪我從事喜歡的活動.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.有人可以提供我交通的協助.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.經濟需要協助時，有人可以提供或借貸 給我金錢.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(五)貝氏憂鬱量表因出版公司規定不得予公開或複印。

博碩士論文授權書

(國科會科學技術資料中心版本：92.6.17)

本授權書所授權之論文為本人在 中山醫學 大學(學院) 醫學研究 系所
護理 組 91 學年度第 2 學期取得 碩 士學位之論文。
論文名稱：中國失能患者自我概念、社會支持與憂鬱相關因素之探討

同意 不同意 (政府機關重製上網)

本人具有著作財產權之論文全文資料，授予行政院國家科學委員會科學技術資料中心、國家圖書館及本人畢業學校圖書館，得不限地域、時間與次數以微縮、光碟或數位化等各種方式重製後散布發行或上載網路。本論文為本人向經濟部智慧財產局申請專利（未申請者本條款請不予理會）的附件之一，申請文號為：_____，註明文號者請將全文資料延後半年後再公開。

同意 不同意 (圖書館影印)

本人具有著作財產權之論文全文資料，授予教育部指定送繳之圖書館及本人畢業學校圖書館，為學術研究之目的以各種方法重製，或為上述目的再授權他人以各種方法重製，不限地域與時間，惟每人以一份為限。

上述授權內容均無須訂立讓與及授權契約書。依本授權之發行權為非專屬性發行權利。依本授權所為之收錄、重製、發行及學術研發利用均為無償。上述同意與不同意之欄位若未夠選，本人同意視同授權。

指導教授姓名：

研究生簽名：
(親筆正楷)

楊美倫

學號：9002014
(務必填寫)

日期：民國 92 年 8 月 29 日

1. 本授權書(得自<http://sticnet.stic.gov.tw/sticweb/html/theses/authorize.html> 下載或至<http://www.stic.gov.tw/> 首頁右下方下載)請以黑筆撰寫並影印裝訂於書名頁之次頁。
2. 授權第一項者，請確認學校是否代收，若無者，請個別再寄論文一本至台北市(106-36)和平東路二段106號1702室 國科會科學技術資料中心 黃善平小姐。(電話:02-27377606 傳真:02-27377689)
3. 本授權書已民國85年4月10日送請內政部著作權委員會(現為經濟部智慧財產局)修正定稿，89.11.21部份修正。
4. 本案依據教育部國家圖書館85.4.19台(85)圖編字第712號函辦理。