

中山醫學大學護理學系碩士班論文

Master Thesis, Institute of Nursing

Chung Shan Medical University

成人加護病房家屬不確定感及需求
重要性之探討

The Study on Level of Uncertainty and Importance
of Needs for Family of Patients in ICU

指導教授：顏文娟 助理教授

Wen-Jiuan Yen, RN, Ph.D.

共同指導教授：李 選 教授

Sheuan Lee, RN, Ph.D.

研究生：莊 令 吏 Lin-Lih Chuang

中華民國九十五年七月

July, 2006

目 錄

致謝	
中文摘要	·VII
英文摘要	·IX
第一章 緒 論	
第一節 研究動機、重要性	·1
第二節 研究目的	·2
第三節 研究問題	·3
第四節 名詞解釋	·3
第二章 文獻查證	
第一節 急重症家屬之相關文獻	·5
第二節 不確定感理論	·7
第三節 不確定感之相關性研究及影響因子	·12
第四節 家屬需求重要性之相關性研究	·15
第五節 不確定感與家屬需求重要性之關係	·18
第六節 研究架構	·21
第三章 研究方法	
第一節 研究設計	·22
第二節 研究步驟	·22
第三節 研究對象	·24
第四節 研究對象權益與倫理考量	·25
第五節 研究工具	·25
第六節 資料處理與分析	·30
第四章 研究結果	

第一節	研究對象基本資料.....	32
第二節	成人加護病房病患及家屬人口學變項與家屬不確定感之 關係.....	35
第三節	成人加護病房家屬的不確定感受程度與其需求重要性 的相關性.....	42
第四節	不同科別之成人加護病房家屬需求重要性的差異.....	50
第五章 討 論		
第一節	人口學特性.....	53
第二節	成人加護病房家屬不確定感影響因素.....	53
第三節	成人加護病房家屬不確定感與需求重要性的相關性.....	58
第四節	不同科別成人加護病房家屬需求重要性與差異.....	59
第六章 結論與建議		
第一節	結論.....	60
第二節	應用與建議.....	62
第三節	研究限制.....	65
參考文獻		
中文文獻.....		67
英文文獻.....		71
附錄		
附錄一	人體試驗委員會通過同意函.....	75
附錄二	研究對象同意函.....	76
附錄三	研究問卷.....	77
附錄四	家屬不確定感量表.....	78
附錄五	重症家屬需求量表.....	80
附錄六	專家效度檢測表單.....	82
附錄七	原文問卷使用同意函.....	90

附錄八 專家效度名單.....92



圖 表 目 錄

表目錄

表 3-1 家屬不確定感量表及重症家屬需求重要性量表的信度檢測.....	30
表 3-2 研究問題與研究方法.....	31
表 4-1 成人加護病房病患基本資料.....	33
表 4-2 成人加護病房家屬基本資料.....	34
表 4-3 家屬不確定感四項分量表分數.....	35
表 4-4 家屬不確定感與病患人口學變項之相關性.....	36
表 4-5 病患人口學變項與病人不確定感之變異數分析及 t 檢定.....	37
表 4-6 家屬不確定感與人口學變項之相關性.....	38
表 4-7 病患人口學變項與家屬不確定感之變異數分析及 t 檢定.....	40
表 4-8 家屬需求重要性五項分量表分數.....	42
表 4-9 家屬需求重要性分數依家屬年齡層、性別等人口學變項之分佈情形....	43
表 4-10 家屬需求重要性與人口學變項之相關性.....	44
表 4-11 家屬人口學變項與家屬需求重要性之變異數分析及 t 檢定.....	45
表 4-12 家屬不確定感分數與各項需求變項之相關性.....	47
表 4-13 家屬需求總量表重要性之排列順序.....	48
表 4-14 需求分量表重要性之排列順序.....	49
表 4-15 家屬需求重要性與不同科別之差異性.....	51
表 4-16 內科家屬需求重要性之排列順序.....	51
表 4-17 外科家屬需求重要性之排列順序.....	52
表 6-1 家屬不確定感影響因子摘要表.....	61

圖目錄

圖一 不確定感理論架構.....	9
圖二 「成人內外科加護病房家屬不確定感及其需求重要性之探討」研究架構.....	21

圖三 「成人內外科加護病房家屬不確定感及其需求重要性之探討」研究結果…62



致 謝

連續坐在書桌前好幾天，一直沒有靈感執筆寫下致謝文稿，現在已是很深的夜了，這般靜謐的夜晚，我的心總是特別的沉，特別的靜，特別的，會感覺。

有句話是這麼說的：「不放棄，才能有感動」。回想起蘊含喜悅、挫折、艱辛與豐收的兩年研究所生活浩浩蕩蕩地過去了，雖然，兩年來學習閱讀、撰寫理性、客觀、嚴謹、量化的研究論文，但有些感性的話語在文章中表達似乎比較容易，比較真——感謝李選教授當初讓我有機會進入中山就讀，才使我今天得以完成學業；長久以來在各方面給我支持與協助的幼珍；於論文撰寫過程中給予指導、分享的摯友 Sharon；論文完搞前互相鼓勵扶持的惠美；心情低落鬱悶時帶我去新光三越抒發的佳盟姊；持續給予我溫暖與關懷和留給我一個安靜、獨立思考空間的室友淑惠與蕙鶯；不忘替我加油打氣及排班上全面配合的彰基急診加護病房工作夥伴們；總是讓我有許多感動與感謝的我的父母、哥哥們、嫂嫂，無論何時當我有需要時，你們總是會出現，謝謝你們讓我無後顧之憂地順利取得學位，因為有你們，我才有那麼多的力量。

再者，感謝賜與我最多的指導教授——顏文娟老師，在與您相處的過程中，從對事物邏輯的推理、分析，到感受老師的熱誠、承擔與責任感，這些有形甚或無形的學習元素，在在令我深切體會。最後，感謝自己能堅持到底，或許現階段學業的完成，只是個開始，未來將會面臨更多的挑戰，期許在調整自己的步調後，能面對「改變」，畢竟改變需要勇氣與智慧。

中文摘要

本研究目的為探討影響成人加護病房家屬不確定感的相關因子，以及瞭解不同科別的成人加護病房家屬不確定感程度與需求重要性之間的相關性。本研究以中部某醫學中心內、外科成人加護單位為研究地點，以立意方式取樣，研究對象需符合：(1)成人加護病房病患：住院天數以入院滿 24 小時(評估 APACHE II)至 15 天內之病人；(2)家屬：18 歲以上，能以國語或閩南語溝通且與病患同住一起的人。本研究採橫斷式相關性研究設計，使用 Mishel (1982) Parent Perception of Uncertainty Scale-Family Member (PPUS-FM)的家屬不確定感量表與 Leske (1991) Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI)的重症家屬需求量表，所測得 CVI 值為.90，Cronbach's α 分別為.91 及.96，由研究者一對一訪談成人內、外科成人加護單位共 140 位家屬。

研究結果發現 (1)成人加護病房家屬不確定感會受到家屬年齡、性別、教育程度與病人關係與病患疾病嚴重度的影響。(2)不同科別及住院天數之成人加護病房家屬與其不確定感無顯著差異，但住院天數一至三天及四至五天與住八天以上者的不確定感與不確定感分量表中的「不可預測性」有顯著的差異。(3)成人加護病房家屬的不確定感受程度與其需求重要性沒有顯著相關。(4)成人加護病房家屬在需求類別重要性中以保證需求排序第一，其次的順序排列分別為：獲知病人訊息、陪伴病人、支持及舒適需求。(5)不同科別之成人加護病房家屬需求間沒有顯著差異，但在需求重要性之排列上有所不同。

本研究的結果將可提供護理人員瞭解不同的成人加護單位家屬的不確定感與需求，使能早期評估每個家屬有其不同的個別需要差異，進而提供個別性的照護以協助家屬減少不確定感。

關鍵字：成人加護病房、家屬不確定感、家屬需求



Abstract

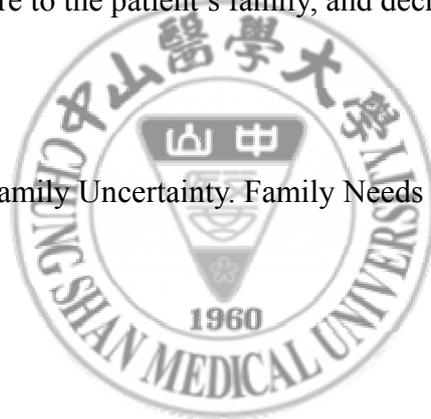
The purposes of this study are to examine the level of uncertainty and importance of needs for families of patients in ICU. This study was conducted in a medical center in Central Taiwan. The families of the patients in MICU and SICU were recruited in this study. Purposive sampling was conducted. The eligible including criteria were (1) The patient who is admitted in adult ICU at least 24 hours up to 15 days. (2) Family must be 18 or older, lives with this patient, and is able to speak Chinese or Taiwanese. A cross-sectional correlational research design was used. Two research instruments, Parent Perception of Uncertainty Scale-Family Member (PPUS-FM), Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI) were utilized. The Content validity index (CVI) of the two instruments was .90. Internal consistency reliability, Cronbach's α , were range from .91- .96. To ensure the collection of sufficient valid questionnaires, total 140 families of patients were recruited from MICU and SICU.

The findings of this study are (1) The level of uncertainty can be affected by the age of the family member, gender, education level and the severity of the patient's illness. (2) There is no significant variation between different ICU units and the days of hospitalization, but the "Unpredictability" on PPUS-FM presented a significant change on 1-3 days, 4 to 5 days, and above 8 days of the hospitalization. (3) There is no significant association between the level of uncertainty and the importance of

needs for the family. (4) The need category of assurance was ranked as the first priority, followed by receiving the patient's update information, accompanying the patient, support and comfort. (5) There is no difference alone with the family's needs in different ICU units, but the different order on ranking of the needs was found in MICU and SICU.

The result of this study can help the nurses realize the level of uncertainty, and family's needs in different ICU units. According to the understanding, the nurses can provide individualized care to the patient's family, and decrease their level of uncertainty effectively.

Key words: Adult ICU. Family Uncertainty. Family Needs



第一章 緒論

第一節 研究動機、重要性

二十一世紀的醫療觀照護以家庭為中心，服務對象不再僅止於病人，家屬已被納入護理照護計畫之中。個人是家庭的一部分，以家庭為中心的照護計畫，不但可以加強病人、家屬及醫療人員的溝通，更可進一步促進病人健康恢復。加護病房屬於隔離的環境，當病人因生理危機住進加護病房時，家屬也同時陷入心理危機(Patricia, 2001)。家屬的危機來源包括：害怕失去家人、對病情不確定感、不熟悉工作人員及儀器、陌生的環境、被隔離在病房外等(郭素娥，1998)。家屬在面對重症危急的住院病人時所產生的壓力與調適的過程中會有許多的需求，包括：認知、情感及社會等不同層面(王秀珍，1999；劉盈君、王桂芸、馬鳳歧，1999；Verhaeghe, Defloor, Zuuren, Duijnste, & Grypdonck, 2005)。若這些需求適時的被滿足，可以降低家屬的焦慮及不安的情緒，使其支持病人的力量增加(劉等，1999)。Chou、LaMontagne 及 Hepworth (1999)表示，雖然家屬於照護的過程中扮演著重要的角色，但護理人員在照護急重症病患的過程中，經常將照護重點放在病患身上，家屬的壓力往往被忽略。成人加護病房中病患多為急重症之個案，雖有醫護人員分擔，但當病患處於隔離環境中，其親屬無法預知現況及未來變化，常在缺乏確切資訊下出現不明確的感覺，學者認為這就是不確定感(許淑蓮、黃秀梨，1996)。家屬面臨這樣的不確定感，在心理上遭遇壓力，可能導致生理上的健康問題；甚或因需犧牲工作及支付龐大醫療費用使其造成經濟拮据，乃至

花費許多時間在照護病患上，減少了家屬的娛樂休閒與社交活動，這些影響可能持續數月甚至到病患出院返家後(Foster & Chaboyer , 2003; Hughes, Giobbie-Hurder, Weaver, Kubal, & Henderson, 1999)。

有鑑於此，本研究欲探討影響成人加護病房家屬不確定感程度及其相關因子與瞭解不同的成人加護病房家屬不確定感與其需求之相關性，以助臨床醫療工作人員在照護病患的同時，能警覺到家屬的心理、經濟及社會方面的衝突，其結果可提供醫療照護團隊參考，以設計出改善方案，滿足家屬的需求，協助家屬將不確定感由危機化為轉機，有效降低與緩解成人加護病房家屬的不確定感所帶來的影響。



第二節 研究目的

本研究目的主要是：

- 1.瞭解成人內、外加護病房家屬不確定感的情形。
- 2.探討影響成人內、外加護病房家屬不確定感的因子。
- 3.瞭解影響成人內、外加護病房家屬需求重要性的項目。
- 4.探討成人內、外加護病房家屬不確定感與需求重要性之相關性。
- 5.瞭解影響成人內、外加護病房家屬需求重要性的情形。

第三節 研究問題

依據研究目的，本研究的研究問題有：

- 一、成人加護病房家屬不確定感分佈情形如何？
- 二、成人加護病房家屬不確定感與病患、家屬的人口學變項之間的相關如何？
- 三、成人加護病房家屬的不確定感受程度與需求重要性的相關為何？
- 四、成人加護病房家屬需求重要性與家屬的人口學變項之間的相關如何？
- 五、成人加護病房家屬需求重要性類別順序排列情形為何？
- 六、不同科別之成人加護病房家屬需求重要性是否會有不同？



第四節 名詞解釋

一、不確定感：

不確定感指發生在事情具有下列一種或一種以上特徵的時候稱之，這些特徵包括缺乏資訊、模稜兩可、不明確、可能性、有多重意義、曖昧不明、無法預測、不熟悉及不一致(許淑蓮、黃秀梨，1996)。本研究採 Mishel (1982)所設計的 Parent Perception of Uncertainty Scale-Family Member (PPUS-FM)量表測量家屬不確定感，總分越高代表家屬自覺不確定感程度越高。

二、家屬：

家屬是指 18 歲以上，能以國語或閩南語溝通且與病患同住一起的人。

三、家屬需求重要性：

指個人的一種要求，這種要求若能滿足，可減緩或減少個人焦慮與煩惱，且能改善目前狀況的立即感覺，增加舒適與幸福感，繼而改進個人或達到健康狀態的個人需要(范君瑜，1996；陳淑銘、杜玉慧、吳榮州，2004)。本研究採用 Leske (1991)所設計修改 Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI)量表測量家屬需求，共分五個需求類別：支持、舒適、獲知病人訊息、陪伴病人、保證的需求，總分越高代表家屬對該項需求程度越高，該項需求越重要。

四、成人加護病房：

本研究所指成人加護病房係指病人18歲以上，入院24小時(評估 APACHE II, Acute physiological and chronic health evaluation system II)、住院天數為15天內之內、外科加護病房。

五、疾病嚴重度：

本研究所指疾病嚴重度是以病人入院後滿24小時所評估的 APACHE II 分數 (Acute physiological and chronic health evaluation system II score)來界定病人分類，共分輕度(<15分)、中度(15-24分)、重度(≥ 25 分)三種(邱艷芬，1995)。



第二章 文獻查證

護理人員照護病患時，多以個案為主要照護重點，家屬所面臨的不確定感衝擊往往被忽略，在國內文化背景，照顧者以家屬為主，家屬為病人主要的支持系統，在疾病照顧過程中，家屬面臨到經濟、社會、心理及生理層面的衝擊，產生的情緒感受及需求議題不容忽視。以下就急重症家屬之相關文獻、不確定感理論、不確定感之相關性研究及影響因子、家屬需求重要性之相關性研究、不確定感受與家屬需求重要性之關係分述如下：

第一節 急重症家屬之相關文獻

行政院衛生署統計處(2005)指出：台灣地區成人加護病房住院人數 2004 年約有 192,103 人，較上年增加 8.50%，這顯示重症病患有逐年增加的趨勢，值得我們重視。當病患因突發事件，被送到醫院作緊急治療時，對病患和家屬都是生命中最大的衝擊和災難，因為家屬來到一個陌生的環境，且面對失去親人生命的威脅，此種危急的狀況會造成家屬的紊亂、無助、害怕及焦慮(黃瑞美、錢端蘭，1997)。根據家庭系統理論，家庭是一個開放的系統，會受到內外環境的影響，當家庭成員生病後，這系統必遭受破壞而失去平衡，任何一個家庭成員的變化會影響到整個家庭(穆佩芬，1995)。家庭成員生病會使家屬產生焦慮，焦慮的來源包括成員疾病屬非預期發生的、在加護病房環境中之支持系統不足、害怕失去家人(陳等，2004)，而家庭對成員疾病的反應也將會影響病人疾病的恢復。

成人加護病房護理人員照護病患時，以病患為主要照護重點，家屬所面臨的壓力與情緒反應常被忽略(Jamerson, Scheibmeir, Bott, Crighton, Hinton, & Cobb, 1996)，依國內文化，照顧者以家屬為主，家屬為病人主要的支持系統。家屬是指每天提供病患日常活動照顧上需求及與病患同住一起的人(Bell, Araki, & Neumann, 2001 ; Chou et al., 1999; McGarry & Arthur, 2000)，當患者入加護病房，面對缺乏資訊、診斷不完全、對病情解釋不清、症狀的反覆及惡化，家屬會害怕失去病患或擔心病患死亡，這些壓力可能會對家屬的健康問題產生威脅，在生理方面有：睡眠不足、胃腸不適、體重改變、無法改善的頭疼、疲累；在心理方面則出現無助、鬱悶、緊張、過度要求、發脾氣的程度、心中有壓力、為未來擔心（徐亞瑛、張媚、楊玉玟、黃久美，1992；湯麗玉、毛家舫、周照芳、陳榮基、劉秀枝，1992；劉春年、李孟智、胡月娟，1998）及不確定感、焦慮、不安、害怕、無助等情緒反應與壓力(陳等，2004；許淑蓮，2001；梁淑媛、馬鳳歧，1999；葉玫伶、邱艷芬，1998；劉等，2004)。Jamerson 等(1996)表示家屬在面對陌生複雜的環境、檢查與治療，於死亡邊緣掙扎及不可知的未來情境壓力時，會引發一連串的情緒反應，其中又以“不確定感”最值得關注。

許淑蓮(2001)研究指出不確定感會造成焦慮，此兩者中間有顯著的相關，即不確定感程度愈高，焦慮的程度也愈高。然而國內關於急重症家屬的相關性研究大多以探討壓力源、負荷、焦慮程度為主，對象以失能老人、居家照護群體、精神病患之家屬為主(邱啟潤、許淑敏、吳瓊滿，2002；潘依林、田聖芳、張媚，

1998)，極少以成人加護病房家屬為研究對象並針對其不確定感進行相關性研究，因此，有系統的瞭解成人加護病房家屬之不確定感程度是照護上的重要課題。

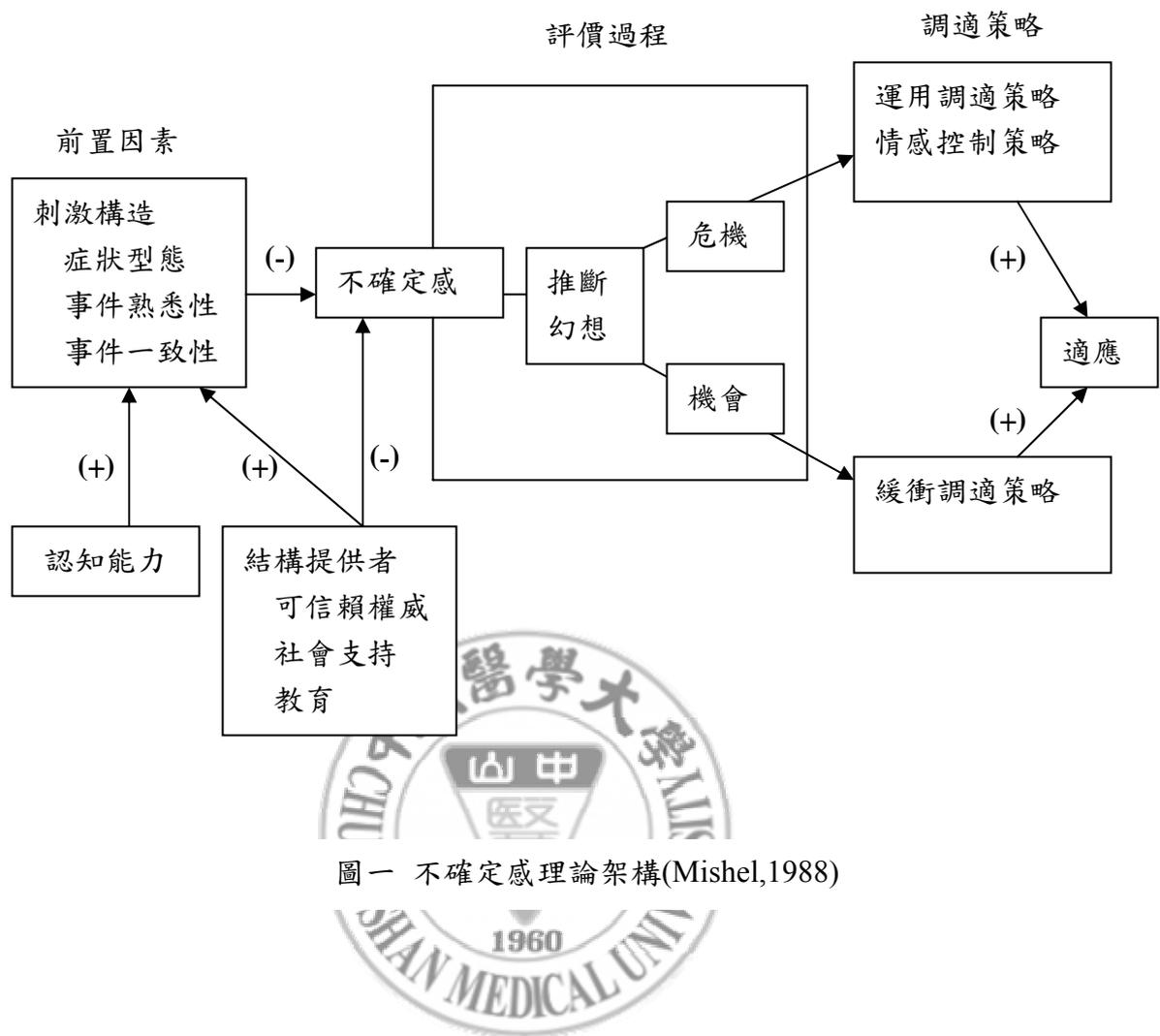
第二節 不確定感理論

不確定感首先在 1962 年被 Budner 提出，認為不確定感是當一個人對一件事物無法給予恰當的分類或組織時所產生的一種認知(引自許淑蓮、黃秀梨，1996)。Mishel 自 1981 年起，一系列探討病人在生病、治療及住院過程中之不確定感，1988 年發展不確定感理論(Uncertainty theory)，Mishel 將不確定感劃分成曖昧不明(ambiguity)、缺乏澄清(lack of clarity)、缺乏訊息(lack of information)、不可預測性(unpredictability)等四個構面。「曖昧不明」指缺乏對計畫及執行病人照顧的線索或含糊不清；「缺乏澄清」指對有關病人的治療及疾病定義的訊息不清楚；「缺乏訊息」指缺乏有關診斷及疾病嚴重度的訊息；「不可預測性」指沒有能力去決定每天及未來有關疾病與疾病症狀的結果(Mishel, 1988)。Mishel 及 Braden (1988)認為不確定感是指沒有能力決定與疾病相關事件的意義，是一種認知的狀態，當個人缺乏足夠線索來建構或是分類一個事件時，就會產生不確定感。學者亦指出此種認知狀態會隨時間而改變(Hilton, 1992)。不確定感也會發生在當一個決策者無法界定一個客觀的事實或事件的價值，或是無法正確的預測結果。不確定感通常發生在事情具有下列一種或一種以上的特徵，包括缺乏資訊、模稜兩可、不明確、可能性、有多重意義、曖昧不明、無法預測、不熟悉及不一

致(柯乃榮、蕭琪、許淑蓮，1997；許淑蓮、黃秀梨，1996)。因此，「不確定感」定義特徵與概念為：缺乏對某種情境事件的訊息，對其情境事件感到模稜兩可、曖昧不明，及無法預測其情境事件的後果。

Mishel 在其不確定感理論中提出前置因素會影響個人不確定感，評價過程和調適策略則會影響個人對不確定感之適應。前置因素包括刺激構造、認知能力、結構提供者三項組成，它會影響到個人是否產生不確定感與不確定感程度的高低，為最主要的影響因素。當個人產生不確定感時，會經由推斷或幻想的評價過程，將不確定感視為危機或機會，採取調適策略來因應，進而達到適應的狀態(圖一)。





圖一 不確定感理論架構(Mishel,1988)

根據圖一，以下就不確定感理論的前置因素、評價過程、調適策略作簡略說明：

一、不確定感的前置因素(Antecedents of Uncertainty)

不確定感的產生主要受前置因素所影響，前置因素包括：刺激構造(stimuli frame)、認知能力(cognitive capacities)、結構提供者(structure providers)。刺激構造指的是個人由症狀型態(symptom pattern)、事件的熟悉性(event familiarity)、事件的一致性(event congruency)而形成認知。所謂「症狀型態」指的是發生事件的數量、頻率、位置、持續的時間等特性，平時事件發生時都是可預測及分辨的，

然而，當疾病來臨時，一切是無法預測的，疾病的嚴重度會使個體對疾病感到模稜兩可、不明確、多重意義或曖昧不明(Mishel & Braden, 1988)。「事件的熟悉性」是指個人對情境的習慣和認知的熟悉性，當對事件認知熟悉後，事件可被記憶與決定意義，意即當個人初次患病，對其不熟悉和缺乏認知時，無法明確決定該做何反應，但如果個人對事件處理有經驗，再次遇到類似事件時，所產生的不確定感會較低。「事件的一致性」則是個人的預期和疾病實際經驗的一致性，若個人預期疾病的發展與實際狀況不符合時，會產生矛盾、無法預測事件的結果，因而產生不確定感。症狀型態、事件的熟悉性、事件的一致性，這三項因素是構成個人認知很重要的因素，資料線索越明確，個人認知越明確，反之，不確定感即產生，例如：初患心肌梗塞入院治療初期及診斷期的個案，常對疾病過程不熟悉，而產生不確定感(許淑蓮，2001)；心臟疾病常見的症狀除了有胸痛的情形，有可能也以呼吸喘的方式呈現，因症狀表現的不一致，易使病患產生較高的不確定感；氣喘、癲癇等易再復發的疾病其不確定感亦較高(Mu, 2005; Rydstrom, Dalheim-Englund, Segesten, & Rasmussen, 2004; Mishel, 1988)。

刺激構造受認知能力及結構提供者的影響，「認知能力」指個人處理訊息的能力，若認知能力被限制，將會造成個人對症狀型態、事件的熟悉性與事件的一致性之知覺能力降低。不確定感會妨礙認知結構的形成，限制個人適當評估情境的能力，當瞭解疾病的意義後，不確定感會降低(Mishel & Braden, 1988)。「結構提供者」是指幫助個人說明刺激結構的資源，結構提供者可直接或間接減輕不確

定感的程度。當結構提供者提供詳細的事件解釋，個案的的不確定感可以直接減輕；若結構提供者幫助個人決定症狀型態、事件的熟悉性及一致性時，不確定感將會間接的降低。結構提供者指的便是有受教育的人士、獲得社會支持的人士及可信賴的權威人士，如：醫師、護理人員及有意義的他人(Significant other)，協助個體解釋訊息(Mishel, 1990)。

因此，缺乏資料訊息的提供，會造成認知能力改變，對事件無法正確的作出決策，而產生不確定感。醫護人員為健康照護的提供者，藉由提供病人及家屬相關資料訊息解釋(Jamerson et al., 1996)，減少疾病治療的矛盾及模糊性，以增強家屬的確定感(Mishel, 1988)。

二、不確定感的評價過程(The Process of Uncertainty Appraisal)

不確定感產生後對人們所造成的影響依評價過程而決定，推斷(inference)及幻想(illusion)為不確定感評價過程的兩個主要過程。「推斷」是指個人評值解釋目前相關情境的不確定程度，此評值能力會受個人人格特質所影響，如：外控型人格特質的人，在缺乏可信賴的權威人士提供資訊時，會將不確定感評價為一種危機(danger)；而內控型人格特質的人，常將不確定感評價為自己可掌控的，並視為是一種機會(opportunity) (Mishel, 1990)，此評價過程會影響個人在面臨不確定感事件之適應狀況。「幻想」則指個人信念模式判斷，當情境事件確定時，幻想不會產生，幻想的形成可以加強支持個人信念達到其所希望的結果，使不確定感評價的新觀點由危機化為轉機(Mishel, 1988; Mishel, 1990)。

三、不確定感的調適策略(Coping with Uncertainty)

Mishel (1988)指出當個人將不確定感評價為機會(opportunity)，則會運用緩衝調適策略(buffering strategies): 包含迴避、選擇性忽略、重新安排優先順序等方式來解決問題；若個人將不確定感評價為危機(danger)，則會使用運用調適策略(mobilizing strategies)與情感控制調適策略(affect-control strategies): 包含直接行動、警戒性因應、尋求訊息等方式來促進個人達到適應的狀態，若訊息會導致負向的結果，個人可能會繼續處於不確定感的情境當中(Mishel, 1990)。

當家屬面臨病患住入加護病房後，病患的疾病嚴重度與當時的情境，缺乏足夠的訊息，皆有可能產生不確定感，所以若醫護人員能在病患住院時，瞭解造成家屬不確定感的前置因素有哪些，且能提供相關訊息和給予適當的措施，必能降低家屬的不確定感，進而採取合宜的調適策略，因此本研究將針對不確定感的前置因素作探討。

第三節 不確定感之相關性研究及影響因子

不確定感常存在於個人與環境的互動之中，是人類日常生活與生俱來的一種不可避免的經驗，許多研究不約而同指出，「不確定感」是住院病人及其家屬常有的經驗，如：急性心肌梗塞病人(許淑蓮，2001；許等，1998；葉玫伶、邱艷芬，1998)、週邊動脈阻塞疾病住院病患(梁淑媛、馬鳳歧，1998)、癌症病患(羅惠敏、徐南麗、邱慧洳、廖慧娥、劉欣怡，2004)、更年期婦女(白香菊、李選、

曾月霞, 2004)、癲癇病童父母(Mu, 2005)、氣喘病童父母(Rydstrom et al., 2004)、癌症病童父母(陳菽憶, 2002)等。面臨這樣的不確定感, 在心理上遭遇壓力產生焦慮、憂鬱(Deane, & Degner, 1998; Mu, 2005), 亦造成生理的健康問題受到影響, 包括營養攝取減少及睡眠障礙等(Lee & Lau, 2003; Mitchell, Courtney, & Coyer, 2003)。

不確定感的問題已漸漸受到的注意, 學者針對影響不確定感的人口學變項進行相關研究, 如: 葉玫伶、邱艷芬(1998)針對 30 位心肌梗塞病患在住院期間(加護病房、病房、出院前)進行探討性研究, 結果發現在不確定感經驗相關因素的特性中, 65 歲以下、女性、獨居、在職、有無健保、高中教育程度以下等病患分別於各階段有較高的不確定感得分。許淑蓮(2001)以 50 位初患心肌梗塞病人為研究對象, 研究則發現不確定感與病人的基本屬性包括教育程度、性別、社經地位、年齡等均無相關。此外, 有學者針對影響不確定感的相關因素進行探討, 如: Deane 與 Degner (1998)研究以 70 位有乳房良性囊腫的婦女為對象, 研究工具為 Mishel Uncertainty in Illness Scale-Community Form (MUIS-C Form; Mishel, 1990)與 Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory (STAI), 研究結果顯示婦女的不確定感與焦慮間成正相關性, 且婦女年齡為不確定感的影響因子。許淑蓮(2001)以中文版 Mishel 疾病不確定感量表與焦慮情境量表為測量工具, 50 位初患心肌梗塞病人為研究對象, 進行調查性研究發現不確定感與焦慮程度有顯著的正相關。Mu (2005)針對台灣癲癇病童父親 210 位為研究對象, 以 Parent Perception of

Uncertainty Scale (PPUS; Mishel, 1982)與 Beck Depression Inventory (BDI; Beck et al., 1997)為研究工具，結果顯示當癲癇病童父親的不確定感程度高，憂鬱的程度也越高，且會採取負向的因應行為。由此可知，不確定感是醫護人員要注意的問題，當病人及家屬有焦慮、憂鬱等情緒問題時，可從減輕不確定感著手，當不確定感的來源被及時評估、確認與處理，相對地，也能減輕焦慮、憂鬱的問題。

在質性的研究方面，Ploufield (1999)收集 12 位在腦神經科加護病房外等候家屬的經驗，運用田野觀察、深度訪談收集資料並作分析。在等候過程的經驗裡，“不確定感”及“尋求有意義的事”之調適方法為兩個主要的主題。加護病房外等候家屬擁有不確定感是因訪客時間的限制讓他們接觸病人的時間縮短，對情況失去了控制，且沒有能力影響疾病健康的結果；家屬會透過尋找有意義的事進行調適，其方法有：“重新適應環境”、透過醫護人員提供資訊“獲得控制感”、“擁有希望”等。其中“希望”的獲得以宗教信仰為主，當家屬擁有宗教上的信仰，可減少憂慮及獲得寄託。Rydstrom 等(2004)以 17 位患有氣喘病童母親為研究樣本進行深度訪談結果發現，面對氣喘的疾病發作，病童母親擔心沒有能力處理且無法預測疾病後果所造成的影響，失去控制能力進而產生不確定感。Theobald (1997)訪談 3 位心肌梗塞病患的配偶，以 Giorgi's 方法進行資料分析，結果發現其配偶有：不確定感、情緒混亂、支持的需求、缺乏資訊引起的焦慮和接受生活的改變等主題，醫護人員應能處理家屬的情緒混亂，適時的溝通及提供資訊來減輕不確定感。

綜合研究文獻，不確定感是一種主觀的感受經驗，它會受前置因素中的個人性別、年齡、教育程度、疾病嚴重度、時間的長短、個人對情境的經驗和對事件的熟悉程度、是否與先前所經歷的情境一致等的影響；同時，家屬的認知亦會受到結構提供者的影響，醫護人員即是身為此重要角色的人員之一。然而，醫護人員到底要提供什麼樣的照護服務才是家屬所需的需求呢？家屬處於不同時期照護過程所遭遇到的不確定感，會有不同的需求產生，如何在適當的時間提供適切的服務，以滿足家屬在各個時期的需求，實在有必要探討之。

第四節 家屬需求重要性之相關性研究

Gaw-Ens (1994)指出家屬的需求未被滿足，焦慮的情緒將會影響疾病的恢復，Verhaeghe 等(2005)指出加護病房家屬於病患急性期時經常不會意識到自己的需求為何，Mishel 的不確定感理論中指出結構提供者是影響個人不確定感的重要因素之一，而醫護人員若能提供服務滿足家屬需求，則可使家屬的不確定感下降，然而國內學者研究指出護理人員對家屬需要的感受與實際家屬真正需要有顯著差異，即家屬對需求的認知比護理人員高，顯示護理人員在評估家屬需要的能力尚待改進(黃瑞美、錢端蘭，1997；劉等，1999)。許多學者認為當家屬在面對重症危急的病人時所產生的壓力與調適的過程中家屬會有許多需求，包括：認知、情感及社會等不同層面(王秀珍，1999；劉等，1999；Verhaeghe et al., 2005)，認知需求指的是有關病人病情資訊的獲得；情感的需求指的是能給予家屬希望和

保證；社會需求則是能增加家屬陪伴病人時間，如：增加會客次數與延長探視時間(Verhaeghe et al., 2005)。家屬需求是指個人的一種要求，這種要求若能滿足，可減緩或減少個人焦慮與煩惱，且能改善目前狀況的立即感覺，增加舒適與幸福感，繼而改進個人或達到健康狀態的個人需要(范君瑜，1996；陳等，2004)。

Molter 是最早發展「重症家屬需求」問卷的學者，1986 年 Leske 沿用 Molter (1979)的問卷，且將它正式命名為「Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI)」，之後 Leske (1991)再將此問卷 45 題進行因素分析後，分為五個需求項目，分別是：支持(support)、舒適(comfort)、獲知病人訊息(information)、陪伴病人(proximity)、保證(assurance)等五大需求。支持需求：如情緒的抒發、家庭問題、心靈上的安慰等；舒適需求：有盥洗室、休息室、電話的設置及被工作人員接受與否、表達哀傷等；獲知病人訊息需求：重症病人病情告知的消息、病情進展、病人死亡的可能性等；陪伴病人需求：家屬探視病人時，對重症病人生、心理上的協助；保證需求：家屬對期待結果及增加對醫療照顧團隊信心的需求。

學者們曾對不同科別重症單位進行家屬需求的排序比較，發現不同科別的重症單位家屬需求類別不同，邱麗珠、郭碧照、林中生(2000)以 CCFNI 為測量工具針對 100 位內科重症病房家屬進行研究，家屬認定五大需求的重要順序為「訊息需求」、「保證需求」、「陪伴病人需求」、「舒適需求」、「支持需求」。劉等(1999)研究針對台灣心臟外科加護單位病人家屬 82 位，護理人員 119 位進行調查研究，結果顯示：家屬感受需求之重要程度為“希望知道病人未來病情的發展及可能的

結果”；護理人員對感受家屬需求重要程度為“當病人病情發生變化時，能很快接到通知”。此外，家屬與護理人員對五項需求感受重要程度之比較：其中「訊息獲知」及「陪伴病人」達顯著差異。在五項家屬需求的重要程度排序，家屬以「訊息獲知」為最重要的需求類別，而護理人員則認為「保證」的需求對病人家屬最重要。在需求是否獲得，剛好和重要程度的認知相反，家屬感受到需求獲得的平均得分低於護理人員，由此可看出護理人員高估了家屬對需求真正獲得的情形。范君瑜(1996)亦沿用 CCFNI 為測量工具，收集 70 位頭部外傷病人家屬進行研究，結果顯示重症頭部外傷病人家屬對五大需求的先後順序為「再保證需求」高於「陪伴病人需求」，「陪伴病人需求」高於「訊息需求」，「訊息需求」與「舒適需求」同等重要，「支持需求」居最後，研究中尚發現未曾照顧過重症病人經驗的家屬，比曾照顧過重症病人的家屬，需要更多有關「訊息需求」和「再保證需求」，以便家屬能作出更正確的決定。這表示家屬面臨危機時，常藉過去的經驗解決目前面臨的類似問題。

陳等(2004)研究結果表示：家屬認為最重要的心理需求為「當病人病情發生變化時，我能很快的接到醫院的通知」，而「減輕焦慮」則為需求類別中最需要被滿足的項目。劉等(2004)研究指出：加護病房家屬感受需求滿意度仍以獲得病人相關訊息之滿意度居首位，Lam 與 Beaulieu (2004)研究說明提供訊息為加護病房家屬經驗中最被強調的部分。Azoulay、Pochard 及 Chevre (2001)亦指出醫療人員主要的任務是提供重要清晰的資訊，而家屬需求的提升可以改善合作、滿意度

及作決定的空間。石燕菁、劉柏卿、張麗銀、吳杰亮、張瓊如、侯淑芬等(2005)提出加護病房家屬對治療計畫及病情說明滿意度的提升有助於減輕家屬焦慮與幫助家屬解決問題，使醫病關係朝正向發展。

綜合學者相關文獻結果提出滿足加護單位家屬的需求甚為重要，若這些需求適時的被滿足，可以降低家屬的不確定感及焦慮的情緒反應，使其支持病人的力量增加。因此，早期評估家屬需求並予以滿足，不僅有助於病人病情的進展，更可維持良好的家庭功能。

第五節 不確定感與家屬需求重要性之關係

Mitchell、Courtney 及 Coyer (2003)指出不同時期家屬面臨不確定感造成的衝擊時，會突顯出有不同的需求，醫護人員應有意識和瞭解加護單位家屬在病患住院期間各階段所出現的不同需求。Musa 與 Issa (2004)調查 158 位約旦重症單位病人家屬，收案時間為患者入院 18-72 小時內，以 Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI)為測量工具，研究結果顯示家屬感受保證、陪伴病人、獲知病人訊息等需求是重要的，其中又以獲知病人訊息最為重要，而舒適及支持的需求則是較不重要的，若獲知病人訊息需求經由醫護人員來提供，更能使家屬確定病患的疾病發展，減輕家屬的壓力與不確定感，進而提升醫療照護品質。另有學者同樣以 CCFNI 測量 40 位香港入院 2-3 天內成人加護單位家屬，研究顯示：家屬感受保證與獲知病人訊息的需求是最重要的(Lee & Lau, 2003)。尚有學者提出當

病人轉出加護病房時，家屬不確定感受程度會增加(Leith, 1999; Mitchell et al., 2003)。雖然家屬認為轉出加護病房是疾病恢復情形改善的表現，然而卻也同時感受到不確定感及焦慮，環境的改變與不同的健康照護團隊使得照顧者必須重新調適(Mitchell et al., 2003)。

不確定感會阻礙適當的因應行為，當人處在一個不確定的情境，對此情況無法獲得一個清楚的概念，不容易評估可利用的資源，以致個人認為此情境威脅性較高(許等，1998；陳菽憶，2002；羅等，2004)。不確定感的增加會引發急重症家屬的焦慮並阻礙尋求資訊的能力，Leith (1999)指出當病患轉出加護單位時家屬若無法做好調適則會出現失眠、生氣、恐懼等情形出現。所以，及早在轉出加護單位時給予急重症家屬正向的溝通與準備過程，可以有效的降低家屬的不確定感且滿足其需求。

適當的滿足家屬的需求是一種維持平衡的狀態，以因應面臨所遭遇的各種情境。Deane 與 Degner (1998)針對 70 位患有乳房良性囊腫的婦女進行調查性研究，以 Information Needs Questionnaire, Mishel Uncertainty in Illness Scale-Community Form (MUIS-C Form; Mishel, 1990)為研究工具，研究結果顯示瞭解婦女的資訊需求可降低不確定感的程度，其中資訊的需求又以關心疾病本身的診斷為主。Ko 與 Hsu (2005)以同樣的研究工具調查 81 位婦科住院病人，其研究結果亦相同。Galloway 及 Graydon (1996)研究亦指出有效的滿足資訊需求可降低不確定感的程度，以 40 位大腸癌病患術後返家 72 小時內的不確定感程度、病患學習需求進行

調查，採用 Mishel Uncertainty Illness Scale (MUIS; Mishel, 1981)及 Patient Learning Needs Scale (PLNS; Bubela, Galloway, McCay et al., 1990)為測量工具，結果顯示患者有中度的不確定感且資訊需求中，包括：瞭解治療過程、疾病所引發的合併症、適合的日常活動等為最重要的資訊需求。Lee 及 Lau (2003)指出以簡單的話語，誠實回應家屬、延長會客時間，或當家屬無法前來訪視病患時，能每天打電話告知家屬患者的病程進展等方式，可滿足家屬的需求。綜合以上文獻可知有效的面對面溝通，瞭解病患及家屬的需求，使其能有正向的因應，除能減緩壓力外，亦能降低不確定感的程度，達到良好的適應與提供病患情緒支持的能力。基於此，探討不確定感受及需求兩者間的關係，有系統的瞭解家屬的不確定感受、來源和需求是為醫護人員照護上的重要課題，然而之前的研究大多探討家屬對訊息獲知的需求，但其實成人病房家屬產生不確定感時，應不止包含訊息獲知的需求，尚有其他的需求，如：保證、陪伴、支持、舒適等需求是值得探討的。

回顧國內護理專業領域關於家屬之相關的文獻，極少以成人加護病房家屬為研究對象，且針對不同科別的成人加護病房家屬所產生的不確定感與需求進行研究討論，本研究希望對此群體加以探討，了解其所面臨不確定感的情形及需求，以應用於協助急重症病患家屬之照護。護理人員必須扮演重要領導者的角色去提供有效的運輸管道、服務系統及擴充社會支持脈絡網且評估每個家屬有其不同的個別需要差異，進而對協助產生不確定感者採取適切的因應策略。

第六節 研究架構

本研究依文獻查證整理出研究架構，研究架構如圖二所示。以病人及家屬基本人口學為影響成人內外科加護病房家屬不確定感的前置因素，且探討重症家屬需求的重要性與不確定感間之相關性。



圖二 「成人內外科加護病房家屬不確定感及其需求重要性之探討」研究架構

第三章 研究方法

本章旨在描述本研究所使用的方法及過程，共分六節說明，包括研究設計、研究步驟、研究對象、研究對象權益與倫理考量、研究工具及資料處理與分析步驟詳細說明。

第一節 研究設計

本研究設計採橫斷式描述相關性研究設計(cross-sectional correlational research design)探討影響成人加護病房家屬不確定感的相關因子，以及成人加護病房家屬不確定感與需求間的相關性。本研究採立意方式取樣，於民國九十五年四月二十四日至五月十日進行正式研究，樣本估算以 Cohen t-test 樣本推估， α 設.05，effect size 設.5，power 設.8，則每組需 64 位，為避免無效問卷，訪談內、外科加護病房家屬各 70 位，共 140 位家屬。本研究以 Multiple regression 進行事後檢定(Post Hoc power analysis)，樣本 140 人， α 設.01，effect size (r^2)為 1.27，檢力(power)達.93。

第二節 研究步驟

研究步驟分為預測及正式測試，第一階段為預測，目的在修訂問卷並瞭解研究工具及資料收集時的可能遭遇的問題，第二階段則正式測試進行研究收案。

一、前趨性研究(Pilot study)

為確認正式問卷之信效度及瞭解施測間可能發生的問題，故於正式施測前先進行前趨性研究。

(一)施測時間

於民國九十五年四月五日至四月十八日進行前趨性研究。

(二)施測過程及方式

以中部某醫學中心內、外科成人加護病房家屬為施測對象，研究者將研究計畫送至醫院人體試驗委員會，經通過取得臨床試驗同意書(證書編號為 CCH：060204，附錄一)後進行研究。研究者首先向家屬自我介紹並解釋說明研究目的，取得受測家屬同意，填寫同意書後(附錄二)開始進行施測，共取得 17 位內、外科成人加護病房家屬作為受訪樣本。經由前趨性研究，發現進行家屬不確定感量表施測時間約花費 13 分鐘，重症家屬需求量表施測約花費 8 分鐘，於重症家屬休息室訪談家屬時，家屬多以拒絕訪談回應，故研究者經由各科加護病房內會客時間訪談，加強事先解釋後，家屬接受度高且願意受訪。

二、正式收案

(一)收案時間

於民國九十五年四月二十四日至五月十日進行正式研究。

(二)收案過程及方式

研究者於進行正式研究前先向各科加護病房護理長與護理人員說明本研究

目的及收集資料過程之相關事宜，以取得同意及配合。為保護研究對象之權益與隱私，於各科加護病房會客時間，向家屬告知研究目的、施測方式及對樣本資料的保護，研究完成後資料的銷毀等，並說明所收集之資料僅供研究之用途，不會將資料對外公開，家屬可以自行決定是否接受問卷調查，且有終止參與研究的權利，在徵求家屬同意並填寫同意書後(附錄二)，才進行資料收集。

研究者將基本資料問卷(附錄三)、家屬不確定感量表(附錄四)、重症家屬需求量表(附錄五)之問卷，交給每位受測的加護病房的家屬，受測者採自填式作答。若遇家屬不識字，則由研究者說明問卷內容後再行填寫問卷，家屬不確定感量表施測時間平均 11 分鐘，重症家屬需求量表施測為 7-8 分鐘，所有評估量表由研究者親自發放問卷及回收，以求資料之完整與一致。



第三節 研究對象

本研究以中部某醫學中心內、外科成人加護單位家屬為研究樣本，研究對象須符合下列收案標準：(1)成人加護病房病患：住院天數以入院滿 24 小時(評估 APACHE II)至 15 天內之病人；(2)家屬：18 歲以上，能以國語或閩南語溝通且與病患同住一起的人。

第四節 研究對象權益與倫理考量

研究者將研究計畫送至醫院人體試驗委員會，經通過取得臨床試驗同意書(證書編號為 CCH:060204, 附錄一)後進行研究。為保護研究對象之權益與隱私，於各科加護病房會客時間，向家屬告知研究目的、施測方式及對樣本資料的保護，研究完成後資料的銷毀等，並說明所收集之資料僅供研究之用途，不會將資料對外公開，家屬可以自行決定是否接受問卷調查，且有終止參與研究的權利，在徵求家屬同意並填寫同意書後(附錄二)，才進行資料收集。

第五節 研究工具

本研究採結構式問卷收集資料，問卷設計為研究者參考國內外研究文獻並徵詢專家意見及臨床實際護理經驗，配合國情與研究架構之變項編纂而成，其中家屬不確定感量表及家屬需求量表之原始量表皆為英文，研究者將原始問卷翻譯成中文，請一位精通英文之護理專家，再比較原始版本及翻譯後之英文版文，並討論文化及語義之差異，問卷經翻譯後，請 5 位專家進行專家效度檢定(附錄六)，根據家屬不確定感、家屬需求概念進行適切性檢定，並計算 CVI 值以作為問卷修改依據，信度採內在一致性 Cronbach's α 檢定與進行預測(Pilot study)。

一、基本資料問卷：

由研究者自行設計之基本資料表(附錄三)來收集成人加護病房病患特性、家屬特性兩部分。病患特性基本資料包括：性別、年齡、教育程度、疾病科別、疾

病嚴重度(評估 APACHE II)、住加護病房天數、第幾次住進加護病房；家屬基本資料包括：性別、年齡、教育程度、婚姻狀態、與病人關係、是否有其他家屬曾住過加護病房的經驗。這些資料由研究者詢問成人加護病房家屬及病歷中收集之。

二、家屬不確定感量表：

此量表依據 Mishel (1982)所設計的 Parent Perception of Uncertainty Scale-Family Member (PPUS-FM)量表共 31 題，以 Likert 5 點計分法計分(1 分為非常不同意，2 分為不同意，3 分為未決定，4 分為同意，5 分為非常同意)，其中第 6、9、11、19、23、25、27、28、29、30 及 31 題為反向計分題(5 分為非常不同意，4 分為不同意，3 分為未決定，2 分為同意，1 分為非常同意)，Cronbach's α 之信度範圍為 .86-.93。經因素分析後，萃取出四個因子：(1)曖昧不明 (ambiguity)：指缺乏對計畫及執行病人照顧的線索或含糊不清，包含 13 題；(2)缺乏澄清(lack of clarity)：對有關病人的治療及疾病定義的訊息不清楚，包含 9 題；(3)缺乏訊息(lack of information)：缺乏有關診斷及疾病嚴重度的訊息，包含 5 題；(4)不可預測性(unpredictability)：指沒有能力去決定每天及未來有關疾病與疾病症狀的結果，包含 4 題 (Mishel, 1997)。

Mu (2005)曾以 PPUS(Mishel, 1982)測量台灣 210 位癲癇病童的父親的不確定感，以 Cronbach's α 進行信度評估，所得的值為 .91。

三、家屬需求重要性量表：

「重症家屬需求」問卷最早由 Molter 於 1979 年發展，1986 年 Leske 沿用 Molter 的問卷，且將它正式命名為「Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI)」，之後 Leske (1991)曾將此量表用於 677 為重症病患家屬，且將此問卷 45 題進行因素分析後，分為五個需求項目，分別是：支持(support)、舒適(comfort)、獲知病人訊息(information)、陪伴病人(proximity)、保證(assurance)等五大需求，所測得的 Cronbach's α 為.92。本研究依據 Leske (1991)所設計修改 CCFNI 量表共 45 題，以 Likert 4 點計分法計分(1 分為不重要，2 分為輕微重要，3 分為重要，4 分為非常重要)，Cronbach's α 值為.92，而經由因素分析後，萃取出五個需求分類：(1)支持需求(support)：如情緒的抒發、家庭問題、心靈上的安慰等，包含 15 題；(2)舒適需求(comfort)：有盥洗室、休息室、電話的設置及被工作人員接受與否、表達哀傷等，包含 6 題；(3)獲知病人訊息需求(information)：重症病人病情告知的消息、病情進展、病人死亡的可能性等，包含 8 題；(4)陪伴病人需求(proximity)：家屬探視病人時，對重症病人生、心理上的協助，包含 9 題；(5)保證需求(assurance)：家屬對期待結果及增加對醫療照顧團隊信心的需求，包含 7 題。內在一致性(Cronbach's α)分別為.71-.88，總分計算越高代表家屬對該項需求程度越高，覺得該項需求越重要。

Lee 及 Lau (2003)曾以 CCFNI (Leske, 1991)測量 40 位香港成人加護單位家屬，測量 Cronbach's α 值為.61-.88。Musa 與 Issa (2004)則同樣以 CCFNI (Leske,

1991)為測量工具，調查 158 位約旦重症單位病人家屬，其 Cronbach's α 值為.76，顯現此量表具有極高穩定性。

四、研究工具於本研究樣本之信效度檢測

(一)效度檢測：專家效度

研究者徵求原作者同意(附錄七)，研究工具採專家內容效度，共請五位專家包括急重症加護病房之主治醫師、關懷師及對不確定感與重症家屬需求相關領域的護理老師(附錄八)，針對量表內容之適用性，逐題進行評分並提供意見(附錄六)，採取之評分標準為：1=「不適用」：該題目與研究目的毫無相關連，不需列入；2=「尚可」：該題目與研究目的有關連，但須修正後列入，並請您針對需修正之內容繕寫於說明處；3=「適用」：該題目與研究目的有關連，需要列入；4=「非常適用」：該題目與研究目的非常有關連，絕對需要列入，以計算五位專家看法的一致性如下：(1)家屬不確定感量表(PPUS-FM)：.90，(2)重症家屬需求重要性量表(CCFNI)：.90。最後彙整每位專家意見，經與指導教授討論後進行問卷內容修正，使題意及內容能為受測者瞭解。在家屬不確定感量表(PPUS-FM)中，將第 11 題「我能預料病人的病程有多長」修改為「我大概知道病人生病的時間可能會持續多長」；第 22 題「很難確定還要多久，我才能應付自如的自己照顧病人」修改為「很難確定還要多久，我才能作好照顧病人的工作」；第 26 題「醫生尚未對病人做出明確的診斷」修改為「我不知道病人的情況，因為醫生尚未對病人做出明確的診斷」。而在重症家屬需求重要性量表(CCFNI)中，因病人並非

皆是第一次住進加護病房，故將第 2 題「當病人第一次進入加護病房時能由護理人員提供對環境的解釋及注意事項」修改為「當病人進入加護病房時能由護理人員提供對環境的解釋及注意事項」；為配合國情的宗教信仰，將第 24 題「能有牧師探訪病人」修改為「能有牧師或法師等宗教人士探訪病人」；最後，由於加護病房的探視規則即為可有 2 人同時進入，因此將第 26 題「當我進入加護病房時，能有另一人陪同我」修改為「當我進入加護病房探視病人時，能有人陪同我」。

(二)信度檢測：內在一致性

本研究於民國九十五年四月五日至四月十八日針對 17 位研究樣本進行前趨性研究(pilot study)，所測得的家屬不確定感量表(PPUS-FM)之內在一致性 Cronbach's α 值為.91，其中在曖昧不明(ambiguity)、缺乏澄清(lack of clarity)、缺乏訊息(lack of information)及不可預測性(unpredictability)各次量表間所測得 Cronbach's α 值分別為.60-.87，而重症家屬需求重要性量表(CCFNI)之內在一致性 Cronbach's α 值為.96，在支持(support)、舒適(comfort)、獲知病人訊息(information)、陪伴病人(proximity)及保證(assurance)等需求之次量表所測得 Cronbach's α 值分別為.79-.91(表 3-1)。

表 3-1 家屬不確定感量表(PPUS-FM)及重症家屬需求重要性量表(CCFNI)的信度
檢測

量表	Cronbach's α
PPUS-FM	.91
曖昧不明(ambiguity)	.87
缺乏澄清(lack of clarity)	.70
缺乏訊息(lack of information)	.60
不可預測性(unpredictability)	.70
CCFNI	.96
支持(support)	.91
舒適(comfort)	.79
獲知病人訊息(information)	.91
陪伴病人(proximity)	.85
保證(assurance)	.90

第六節 資料處理與分析

資料分析分為兩個部份:(1)描述性統計，包括:成人加護病房病患及其家屬人口學特性、成人加護病房家屬不確定感及需求分數的分佈情形；(2)推論性統計，包括影響成人加護病房家屬不確定感的因素、住院天數不同與不確定感的差異、不同科別成人加護病房家屬不確定感的差異及成人加護病房家屬不確定感與需求重要性之關係。

資料採用 SPSS/PC for Windows ®software package 10.0 版，資料分析摘要(表 3-2)。先以次數分配(frequency)檢查是否有輸入錯誤、遺漏資料，並檢驗個變項得分之偏態(skewness)及峰度(kurtosis)，以確認資料符合統計方法常態分佈的假說。描述性統計以次數分配、百分比、平均數、標準差呈現；推論性統計運用 t-test、Pearson Correlation、ANOVA 等方法以了解研究問題(表 3-2)。

表 3-2 研究問題與研究方法

研究問題	分析
1 成人加護病房家屬不確定感分佈情形如何？	次數分配、百分比、平均數、標準差
2 成人加護病房家屬不確定感與病患、家屬的人口學變項之間的相關如何？	t-test Pearson Correlation ANOVA
3 成人加護病房家屬的不確定感受程度與需求重要性間的相關為何？	Pearson Correlation
4 成人加護病房家屬需求重要性與家屬的人口學變項之間的相關如何？	t-test Pearson Correlation ANOVA
5 成人加護病房家屬需求重要性類別順序排列情形為何？	次數分配、平均數、排序
6 不同科別之成人加護病房家屬需求重要性是否會有不同？	t-test



第四章 研究結果

本章內容呈現資料統計分析後的結果，共分五節呈現，第一節為研究對象基本資料，第二節為成人加護病房病患及家屬人口學變項與家屬不確定感之關係，第三節為成人加護病房家屬的不確定感受程度與其需求重要性的相關性，第四節為不同科別之成人加護病房家屬需求重要性的差異。

第一節 研究對象基本資料

本研究共有 140 人參加，有效樣本為 140 人，病患年齡在 21-95 歲之間(表 4-1)，平均年齡 68.2 歲，其中以 65 歲以上最多(67.9%)，病患性別分佈各為男性 92 人(65.7%)，女性 48 人(34.3%)。教育程度為不識字居多(27.1%)，識字次之(24.3%)。病患疾病嚴重度分佈以中度(APACHE II 15-24 分)最多(50.7%)，重度(APACHE II 25 分以上)居次(32.9%)。有 82.9%病患是第一次住進加護病房，其次分別為第二次住進加護病房(13.6%)、四次以上住進加護病房(2.1%)及第三次住進加護病房(1.4%)。住加護病房天數一至三天佔 60%，四至五天佔 17.1%，六至七天佔 9.3%及八天以上佔 13.6%。

家屬年齡在 20-88 歲之間(表 4-2)，平均年齡 49.5 歲，其中以 41-64 歲最多(n=81,57.9%)，家屬性別分佈各為男性 73 人(52.1%)，女性 67 人(47.9%)。教育程度為高中居多(35%)，大學次之(25%)。婚姻狀態以已婚者最多(84.3%)。家屬中以病患子女最多(55%)，其次為配偶(29.3%)。有 59.3%的家屬曾有其他家屬住過

加護病房的經驗。

4-1 成人加護病房病患基本資料(N=140)

變項	人數(n)	百分比(%)
年齡		
20-40 歲	12	8.6
41-64 歲	33	23.6
65 歲以上	95	67.9
性別		
男	92	65.7
女	48	34.3
教育程度		
不識字	38	27.1
識字	34	24.3
國小	28	20.0
國中	17	12.1
高中	16	11.4
大專/大學以上	7	5.0
疾病嚴重度		
輕度(0-14 分)	23	16.4
中度(15-24 分)	71	50.7
重度(25 分以上)	46	32.9
住成人加護病房次數		
第一次	116	82.9
第二次	19	13.6
第三次	2	1.4
四次以上	3	2.1
住成人加護病房天數		
一至三天	84	60.0
四至五天	24	17.1
六至七天	13	9.3
八天以上	19	13.6

表 4-2 成人加護病房家屬基本資料(N=140)

變項	人數(n)	百分比(%)
年齡		
20-40 歲	39	27.9
41-64 歲	81	57.9
65 歲以上	20	14.3
性別		
男	73	52.1
女	67	47.9
教育程度		
不識字	8	5.7
識字	8	5.7
國小	13	9.3
國中	27	19.3
高中	49	35.0
大專/大學以上	35	25.0
婚姻狀態		
未婚	21	15.0
已婚	118	84.3
離婚	1	.7
與病人之關係		
配偶	41	29.0
子女	77	55.0
父母	9	6.4
其他	13	9.3
是否有家屬曾住過加護病房的經驗		
是	57	40.7
否	83	59.3

推論性統計(Inferential statistics)

資料進行常態分佈檢定，不確定感呈負偏態(Negative skew)，因此採用 Area transformation (Bland & Altman, 1996; Norris & Aroian, 2004)以使資料呈現常態分佈，符合母數分析(Parametric analysis)的統計假說。

第二節 成人加護病房病患及家屬人口學變項與家屬不確定感之關係

一、成人加護病房家屬不確定感分數之分佈

以 PPUS-FM 評估成人加護病房家屬的不確定感，分數介於 35-127 分，平均分數為 82.21 分(SD=16.10)。PPUS-FM 是由四項分量表組成，研究樣本的四項層面不確定感的評估(表 4-3)，「曖昧不明」平均分數 37.74 分，「缺乏澄清」平均分數 21.41 分，「缺乏資訊」平均分數 10.66 分，「不可預測性」平均分數 12.11 分。男性不確定感平均分數 79.96 分，女性平均分數 84.67 分。

表 4-3 家屬不確定感四項分量表分數(N=140)

變項	題數	問卷滿分	M	SD
PPUS-FM				
曖昧不明	13	65	37.74	8.90
缺乏澄清	9	45	21.41	3.72
缺乏訊息	5	25	10.66	2.52
不可預測性	4	20	12.11	2.94
PPUS-FM 總分	31	155	82.21	16.10

二、家屬不確定感(PPUS-FM)與病患人口學變項之關係

將成人加護病房家屬之不確定感與病患人口學變項之年齡、疾病嚴重度進行相關性檢定(Pearson correlation)，顯示成人加護病房病患年齡與家屬不確定感無相關性；但疾病嚴重度與家屬之不確定感總分呈現弱正相關($r=.229, p<.05$)(表 4-4)。

分別將成人加護病房家屬之不確定感分量表(曖昧不明、缺乏澄清、缺乏訊息、不可預測性等四項)與病患人口學變項之年齡、疾病嚴重度作相關性檢定

(Pearson correlation)，顯示成人加護病房家屬不確定感分量表中的「曖昧不明」(r=.256, p<.05)與病患疾病嚴重度有相關，其他分量表則無相關性(表 4-4)。

表 4-4 家屬不確定感與病患人口學變項之相關性(N=140)

人口學變項	病患年齡	病患疾病嚴重度
不確定感總分	-.061	.229*
PPUS-FM		
曖昧不明	-.113	.256*
缺乏澄清	.062	.091
缺乏訊息	.016	.108
不可預測性	-.136	.155

註 1：*significant at .05 level

註 2：不確定感總分變項經由資料轉換

將家屬不確定感(曖昧不明、缺乏澄清、缺乏訊息、不可預測性等四項)與病患性別、科別(內、外)進行獨立樣本 t 檢定，顯示病患性別與住院科別都與家屬不確定感無顯著差異(表 4-5)。

將病患教育程度、住加護病房天數、住加護病房次數與家屬不確定感進行單因子變異數分析(one-way ANOVA)，結果顯示病患教育程度、住加護病房天數、住加護病房次數皆未達顯著差異(表 4-5)；在不確定感分量表中的「不可預測性」與病患住加護病房天數有顯著的差異 $F(3,139)=5.078, p<.05$ ，經由 Scheffe 事後比較檢定(Post Hoc)，發現住加護病房一至三天及四至五天與住八天以上者有顯著差異，即住加護病房一至三天及四至五天比住八天以上者的不確定感「不可預測性」高(表 4-5)。

表 4-5 病患人口學變項與病人不確定之變異數分析及 t 檢定(N=140)

	n	不確定感總分			曖昧不明			缺乏澄清			缺乏訊息			不可預測性		
		Mean	SD	t/F	Mean	SD	t/F	Mean	SD	t/F	Mean	SD	t/F	Mean	SD	t/F
病患性別				.657			.612			.312			.816			-.394
男	92	71.66	42.08		38.08	8.65		21.48	4.00		10.78	2.60		12.04	2.68	
女	48	66.96	32.26		37.10	9.42		21.27	3.15		10.42	2.36		12.25	2.39	
科別				.170			.151			.068			-.335			-1.799
內科	70	70.63	43.13		37.86	10.51		21.43	3.92		10.59	3.00		11.67	3.24	
外科	70	69.47	37.15		37.63	7.01		21.39	3.51		10.73	1.93		12.56	2.54	
病患教育程度				.475			.270			1.651			.574			.727
①受國小教育以下	100	68.29	39.08		37.35	9.37		21.43	3.76		10.59	2.60		11.90	3.15	
②國中	17	76.97	40.33		39.29	7.81		21.71	3.12		11.24	2.33		12.35	2.64	
③高中	16	77.06	44.54		38.13	8.63		22.19	3.85		10.81	2.04		12.94	2.29	
④大專/大學以上	7	62.43	34.90		38.71	4.99		18.57	3.69		9.86	2.85		12.71	1.11	
住加護病房天數				.789			.995			1.406			2.151			5.078*
①一至三天	84	71.83	40.83		38.35	8.57		21.43	3.61		10.99	2.57		12.55	2.63	①, ②>④
②四至五天	24	75.65	33.08		38.79	7.11		22.04	2.58		10.79	1.72		12.58	2.96	
③六至七天	13	57.58	36.31		35.31	10.05		19.54	3.50		9.92	2.26		11.77	2.65	
④八天以上	19	63.63	49.68		35.42	11.32		21.79	3.17		9.74	3.02		9.84	3.48	
住加護病房次數				.243			.109			.265			.361			1.809
①第一次	116	70.91	41.33		37.68	8.57		21.40	3.81		10.74	2.51		12.24	2.93	
②第二次	19	68.55	32.89		38.16	7.11		21.74	3.36		10.26	2.75		12.11	2.85	
③第三次	2	60.25	69.65		35.00	10.05		21.50	3.54		11.00	1.41		8.50	2.12	
④四次以上	3	29.04	29.04		39.33	11.32		19.67	3.51		9.67	2.08		9.67	2.52	

註 1：獨立 t 檢定(t 值)/變異數分析(F 值) * <.05 **<.01

三、家屬不確定感(PPUS-FM)與家屬人口學變項之關係

將成人加護病房家屬之不確定感(曖昧不明、缺乏澄清、缺乏訊息、不可預測性等四項)與人口學變項之年齡作相關性檢定(Pearson correlation)，顯示成人加護病房家屬年齡與家屬不確定感無相關性(表 4-6)。

表 4-6 家屬不確定感與人口學變項之相關性(N=140)

人口學變項	家屬年齡
不確定感總分	.125
PPUS-FM	
曖昧不明	.120
缺乏澄清	.113
缺乏訊息	.073
不可預測性	.086

註 1：不確定感總分變項經由資料轉換

將家屬性別、婚姻狀態、是否有其他家屬曾住過加護病房的經驗與家屬不確定感分數進行獨立樣本 t 檢定，顯示性別($t=-2.102, p<.05$)與家屬不確定感有顯著差異，即女性不確定感高於男性，且性別($t=-2.030, p<.05$; $t=-2.060, p<.05$)與分量表中的「缺乏澄清」、「不可預測性」達顯著差異(表 4-7)。婚姻狀態、是否有其他家屬曾住過加護病房的經驗則無顯著差異(表 4-7)。

將家屬年齡群組、教育程度、與病人關係進行單因子變異數分析(one-way ANOVA)，在未違反同質性假說(Levene test $p=.125$)下，家屬年齡群與不確定感有顯著的差異 $F(2,139)=4.293, p<.05$ ，經由 Scheffe 事後比較檢定(Post Hoc)，發現 41-64 歲的年齡群組與 65 歲以上者有顯著差異，即 65 歲以上者的不確定感比 41-64 歲者的不確定感高，而家屬年齡群組又與分量表中的「曖昧不明」、「缺乏

澄清」達顯著差異(表 4-7)。

家屬教育程度與不確定感也呈現顯著的差異 $F(3,139)=7.801, p<.001$ ，經由 Scheffe 事後比較檢定(Post Hoc)，發現國小教育程度以下與大專/大學教育以上者有顯著差異，即國小教育程度以下的不確定感比大專/大學教育以上者的不確定感高(表 4-7)，且家屬教育程度與不確定感分量表的「曖昧不明」、「缺乏澄清」、「缺乏訊息」、「不可預測性」四項皆達顯著差異(表 4-7)。

病人關係與家屬不確定感顯現顯著差異 $F(3,139)=6.591, p<.001$ ，經 Scheffe 事後比較法(Post Hoc)，發現配偶的不確定感與子女的不確定感顯著為高，其他各組之間則無差異(表 4-7)，而病人關係與不確定感分量表的「曖昧不明」、「缺乏澄清」、「缺乏訊息」、「不可預測性」四項皆達顯著差異(表 4-7)。

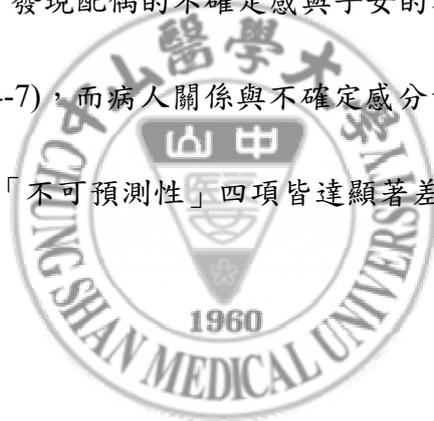


表 4-7 家屬人口學變項與家屬不確定之變異數分析及 t 檢定(N=140)

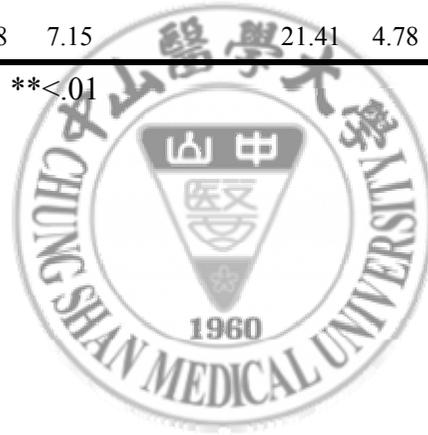
	n	不確定感總分			曖昧不明			缺乏澄清			缺乏訊息			不可預測性		
		Mean	SD	t/F	Mean	SD	t/F	Mean	SD	t/F	Mean	SD	t/F	Mean	SD	t/F
家屬性別				-2.102*			-1.494			-2.030*			-1.736			-2.060*
男	73	64.12	37.47		36.69	8.76		20.79	3.09		10.30	2.08		11.63	2.91	
女	67	77.45	42.84		38.91	8.47		22.07	4.23		11.04	2.88		12.64	2.89	
婚姻狀態				-3.82			-1.96			-4.89			-3.18			-8.97
無婚姻狀態	22	67.05	43.27		37.76	10.11		21.00	4.36		10.50	2.60		11.55	3.31	
有婚姻狀態	118	70.61	39.67		37.81	8.70		21.48	3.60		10.69	2.51		12.22	2.86	
加護病房的經驗				-7.83			-5.16			-1.02			-2.30			-1.204
是	57	66.84	39.63		37.28	8.48		21.37	3.74		10.60	2.70		11.75	3.04	
否	83	72.25	40.53		38.06	9.21		21.43	3.73		10.70	2.40		12.36	2.85	
家屬年齡				4.293*			3.875*			3.932*			1.687			1.397
①20-40 歲	39	71.08	40.20	②<③	37.74	9.30	②<③	21.62	3.93	②<③	10.72	2.68		12.21	3.09	
②41-64 歲	81	63.99	40.54		36.56	9.12		20.83	3.55		10.41	2.53		11.84	3.03	
③65 歲以上	20	92.60	30.40		42.55	5.08		23.35	3.45		11.55	1.96		13.05	2.01	
家屬教育程度				7.801**			7.748**			6.578**			6.028**			6.391**
①國小教育以下	29	93.07	32.96	①>③,④	42.38	6.09	①, ②, ③	23.03	3.35	①>④	11.21	2.11	①,③>④	13.14	2.25	①>④
②國中	47	68.41	37.66		38.78	7.18		21.04	2.97		10.26	2.35		12.26	2.28	
③高中	49	73.05	35.63		38.14	7.69		22.08	2.68		11.47	2.08		12.05	2.76	
④大專/大學以上	35	48.04	42.89		32.54	11.10		19.40	4.82		9.37	2.97		10.40	3.47	

表 4-7 家屬人口學變項與家屬不確定之變異數分析及 t 檢定(N=140)續

	n	不確定感總分			曖昧不明			缺乏澄清			缺乏訊息			不可預測性		
		Mean	SD	t/F	Mean	SD	t/F	Mean	SD	t/F	Mean	SD	t/F	Mean	SD	t/F
與病人之關係				6.591**			4.853*			5.562**			3.496**			5.234*
①配偶	41	90.55	35.87	①>②	41.66	6.36	①>②	22.85	3.07	①>②	11.51	2.00	①>②	13.34	2.00	①>②
②子女	77	58.57	38.23		35.48	9.72		20.48	3.43		10.06	2.26		11.29	3.12	
③父母	9	64.22	37.92		36.89	8.13		20.11	4.59		10.89	3.22		13.00	3.08	
④其他	13	77.42	42.02		39.38	7.15		21.41	4.78		11.31	3.95		12.54	2.90	

註 1：獨立 t 檢定(t 值)/變異數分析(F 值) * <.05 **<.01

註 2：不確定感總分變項經由資料轉換



第三節 成人加護病房家屬的不確定感受程度與其需求重要性的相關性

一、成人加護病房家屬需求分數之分佈

以 CCFNI 評估成人加護病房家屬的需求分數，分數介於 105-180 分，平均總分為 152.19 分(SD=18.15)。CCFNI 是由五項分量表組成，研究樣本的五項層面需求重要性的評估結果見表 4-8，「支持需求」平均 46.69 分(單題平均 3.11 分)；「舒適需求」平均 18.65 分(單題平均 3.10 分)；「獲知病人訊息需求」平均 28.74 分(單題平均 3.59 分)；「陪伴病人需求」平均 31.99 分(單題平均 3.55 分)；「保證需求」平均分數 26.12 分(單題平均 3.73 分)。男性需求平均總分 151.85 分，女性需求平均總分 152.55 分，其他依年齡層、教育程度等人口學變項區分之需求(表 4-9)，依據單題平均排序『保證需求』排列第一，後序為『獲知病人訊息』、『陪伴病人』、『支持需求』、『舒適需求』。

表 4-8 家屬需求重要性五項分量表分數(N=140)

變項	題數	實際得分範圍	平均分數	單題平均分數	排序
CCFNI					
支持	15	28-75	46.69	3.11	4
舒適	6	10-24	18.65	3.10	5
獲知病人訊息	8	21-32	28.74	3.59	2
陪伴病人	9	24-36	31.99	3.55	3
保證	7	18-28	26.12	3.73	1
CCFNI 總分	45	105-180			

表 4-9 家屬需求分數依家屬年齡層、性別等人口學變項之分佈情形(N=140)

變項	n(%)	M	SD
CCFNI 總分	45	152.19	18.15
年齡			
20-40 歲	39(27.9)	150.54	17.86
41-64 歲	81(57.9)	153.36	18.08
65 歲以上	20(14.3)	150.65	19.52
性別			
男	73(52.1)	151.85	17.24
女	67(47.9)	152.55	19.21
離婚	1 (.7)	130.00	.
教育程度			
受國小教育以下	29(20.7)	149.52	20.19
國中	27(19.3)	153.41	17.49
高中	49(35.0)	153.22	18.93
大專/大學以上	35(25.0)	152.00	16.19
婚姻狀態			
未婚	21(15.0)	153.57	20.05
已婚	118(84.3)	152.13	17.83
離婚	1 (.7)	130.00	.
與病人之關係			
配偶	41(29.3)	151.83	19.38
子女	77(55.0)	153.19	16.94
父母	9 (6.4)	148.78	21.77
其他	13 (9.3)	149.69	20.17
是否有家屬曾住過加護病房的經驗			
是	57(40.7)	151.33	18.32
否	83(59.3)	152.77	18.12

二、家屬需求(CCFNI)與家屬人口學變項之關係

將成人加護病房家屬需求(支持、舒適、獲知病人訊息、陪伴病人及保證等五項)與人口學變項之年齡作相關性檢定(Pearson correlation)，顯示成人加護病房家屬年齡與家屬需求重要性無相關性(表 4-10)。

表 4-10 家屬需求重要性與人口學變項之相關性(N=140)

人口學變項	家屬年齡
家屬需求總分	-.070
CCFNI	
支持	-.067
舒適	-.058
獲知病人訊息	-.083
陪伴病人	-.034
保證	-.003

註 1：需求總分變項經由資料轉換

將家屬性別、婚姻狀態、是否有其他家屬曾住過加護病房的經驗與家屬需求分數進行獨立樣本 t 檢定，顯示性別($t=-.339, p>.05$)與家屬需求重要性沒有顯著差異，且性別與分量表中的支持、舒適、獲知病人訊息、陪伴病人及保證需求無顯著差異(表 4-11)。婚姻狀態、是否有其他家屬曾住過加護病房的經驗亦無顯著差異(表 4-11)。

將家屬年齡群組、教育程度、與病人關係進行單因子變異數分析(one-way ANOVA)，在未違反同質性假說(Levene test $p=.125$)下，家屬年齡群與需求重要性沒有顯著的差異 $F(2,139)=.402, p>.05$ ，而家屬年齡群組與分量表需求類別未達顯著差異(表 4-11)。

表 4-11 家屬人口學變項與家屬需求重要性之變異數分析及 t 檢定(N=140)

	n	需求總分			支持			舒適			獲知病人訊息			陪伴病人			保證		
		Mean	SD	t/F	Mean	SD	t/F	Mean	SD	t/F	Mean	SD	t/F	Mean	SD	t/F	Mean	SD	t/F
家屬性別				-.339			-.023			-.350			-.816			-.572			.800
男	73	69.38	39.36		46.67	7.99		18.55	3.69		28.52	3.12		31.81	3.66		26.30	2.61	
女	67	71.72	42.06		46.70	7.62		18.76	3.52		28.99	3.57		32.18	3.99		25.93	2.92	
婚姻狀態				.291			.414			-.077			.184			.080			-.813
無婚姻狀態	22	72.82	43.45		47.36	8.49		18.59	3.98		28.86	3.52		32.05	3.97		25.64	3.11	
有婚姻狀態	118	70.67	40.16		46.56	7.69		18.66	3.54		28.72	3.22		31.97	3.80		26.61	2.69	
加護病房的經驗				-.393			-1.04			-4.84			.136			.127			-.191
是	57	68.87	40.09		45.86	7.57		18.47	3.50		28.79	3.36		32.04	3.74		26.18	2.90	
否	83	71.62	41.05		47.25	7.94		18.77	3.68		28.77	3.35		31.95	3.89		26.08	2.67	
家屬年齡				.402			.825			.301			.061			.092			.246
①20-40 歲	39	66.69	38.59		45.74	7.51		18.36	3.62		28.77	3.11		31.77	3.75		25.90	2.80	
②41-64 歲	81	73.13	41.33		47.71	8.02		18.85	3.65		28.79	3.32		32.05	3.77		26.26	2.70	
③65 歲以上	20	67.28	42.22		45.60	7.42		18.40	3.42		28.50	2.97		32.15	4.27		26.00	3.03	

註 1：獨立 t 檢定 (t 值) / 變異數分析 (F 值)

註 2：需求總分變項經由資料轉換

表 4-11 家屬人口學變項與家屬需求重要性之變異數分析及 t 檢定(N=140)續

	n	需求總分			支持			舒適			獲知病人訊息			陪伴病人			保證		
		Mean	SD	t/F	Mean	SD	t/F	Mean	SD	t/F	Mean	SD	t/F	Mean	SD	t/F	Mean	SD	t/F
家屬教育程度				.285			.437			.093			.509			.374			.403
①國小教育以下	29	65.07	44.95		45.21	7.97		18.76	3.72		28.17	3.92		31.66	4.11		25.72	3.13	
②國中	27	72.70	40.07		47.07	6.43		18.89	3.70		29.00	3.20		32.52	3.86		25.93	2.97	
③高中	49	73.34	41.72		47.14	8.94		18.61	3.64		29.06	3.32		32.14	3.90		26.27	2.75	
④大專/大學以上	35	69.33	36.44		46.97	7.00		18.43	3.48		28.57	3.01		31.63	3.49		26.40	2.32	
與病人之關係				.192			.268			.385			.279			.080			.852
①配偶	41	69.76	43.07		46.73	7.41		18.80	3.29		28.51	3.74		31.98	4.10		25.80	3.02	
②子女	77	72.40	39.08		47.04	7.98		18.66	3.75		28.97	3.04		32.08	3.62		26.44	2.47	
③父母	9	63.33	47.75		45.67	8.14		17.44	3.54		28.33	3.74		31.44	4.90		25.89	3.06	
④其他	13	66.56	39.08		45.15	8.26		18.92	3.88		28.38	3.73		31.85	3.65		25.38	3.36	

註 1：獨立 t 檢定 (t 值) / 變異數分析 (F 值)

註 2：需求總分變項經由資料轉換

三、成人加護病房家屬的不確定感受程度與其需求重要性的相關性

為瞭解成人加護病房家屬的不確定感受程度與其需求之關係，將家屬的不確定感受總分、不確定感分量表(曖昧不明、缺乏澄清、缺乏訊息、不可預測性等四項)與家屬的各項需求變項作相關性檢定(Pearson correlation)，顯示成人加護病房家屬不確定感與家屬的支持、舒適、獲知病人訊息、陪伴病人及保證需求皆無相關性(表 4-12)。

表 4-12 家屬不確定感分數與各項需求變項之相關性

變項	不確定感	曖昧不明	缺乏澄清	缺乏訊息	不可預測性
需求					
支持	-.034	-.067	-.012	.005	-.093
舒適	.048	.044	.086	.085	.023
獲知病人訊息	-.020	-.007	-.026	-.055	-.017
陪伴病人	-.007	.035	-.025	-.073	-.069
保證	-.043	-.012	-.057	-.123	-.059

註 1：不確定感及需求變項經由資料轉換

四、成人加護病房家屬需求重要性之排列

將成人加護病房家屬需求重要性採描述性統計，以平均數呈現需求重要性之排序，結果顯示成人加護病房家屬認為最重要的前十項需求分別為：「能保證病人得到最好的照顧」、「我能確實的知道病人已接受過哪些治療」、「我希望能每天與醫生討論病情，以了解病人的情況」、「我能知道病人治療的方向」、「當病人病情轉變時能迅速與我聯絡」、「病人的健康問題能夠被誠實告知」、「我希望知道病人治療的結果」、「我能感受到病人是有希望康復的」、「我能知道病人檢查的目的」、「我能感覺醫護人員關心病人」(表 4-13)。

表 4-13 家屬需求總量表重要性之排列順序

順序	原題號	需求	M	需求類別
1	17	能保證病人得到最好的照顧	3.82	保證
2	19	我能確實的知道病人已接受過哪些治療	3.78	獲知病人訊息
2	3	我希望能每天與醫生討論病情，以了解病人的情況	3.78	獲知病人訊息
4	16	我能知道病人治療的方向	3.77	獲知病人訊息
4	40	當病人病情轉變時能迅速與我聯絡	3.77	陪伴病人
4	5	病人的健康問題能夠被誠實告知	3.77	保證
7	1	我希望知道病人治療的結果	3.76	保證
8	14	我能感受到病人是有希望康復的	3.75	保證
9	13	我能知道病人檢查的目的	3.74	獲知病人訊息
10	42	我能感覺醫護人員關心病人	3.73	保證

採描述性統計，以平均數呈現成人加護病房家屬需求重要性各分量表(保證、獲知病人訊息、陪伴病人、支持及舒適需求)中之排序，結果顯示成人加護病房家屬各分量表中最重要的需求分別為：「能保證病人得到最好的照顧」、「我能確實的知道病人已接受過哪些治療」、「當病人病情轉變時能迅速與我聯絡」、「當在病床邊時能有醫護人員教導我做什麼」、「我能感覺自己被醫護人員接納」(表 4-14)。

表 4-14 需求分量表重要性之排列順序

需求類別	順序	原題號	需求	M
保證	1	17	能保證病人得到最好的照顧	3.82
	2	5	病人的健康問題能夠被誠實告知	3.77
	3	1	我希望知道病人治療的結果	3.76
	4	14	我能感受到病人是有希望康復的	3.75
	5	42	我能感覺醫護人員關心病人	3.73
	6	43	我能知道會影響到病人病況進展的特殊事項	3.66
	7	35	醫護人員能使用我了解的字句解釋病人的情況	3.63
獲知病人訊息	1	19	我能確實的知道病人已接受過哪些治療	3.78
	1	3	我希望能每天與醫生討論病情，以了解病人的情況	3.78
	3	16	我能知道病人治療的方向	3.77
	4	13	我能知道病人檢查的目的	3.74
	5	11	我能夠知道護士提供什麼訊息	3.68
	6	15	我能夠知道是由哪一位護士提供照顧	3.59
	7	4	當我不能來醫院探視病人時，能有固定的人員打電話告知病情	3.50
	8	38	我希望能參與病人的身體照顧，如：餵食、擦澡	2.91
陪伴病人	1	40	當病人病情轉變時能迅速與我聯絡	3.77
	2	41	至少一天內我有一次被告知病人病情進展的情況	3.73
	3	6	當病情變化時能夠彈性調整探訪時間	3.69
	4	36	我希望探訪時間能準時開放	3.66
	5	39	當病人將被轉出加護病房時能儘快被通知	3.63
	5	39	當病人將被轉出加護病房時能儘快被通知	3.63
	6	29	我希望每天能與固定的負責護士討論病情，以了解我病人的情況	3.62
	7	44	我能經常看到病人	3.55
	8	10	我在任何時間均能探視病人	3.21
支持	9	45	能有休息的地方是靠近病人的	3.12
	1	9	當在病床邊時能有醫護人員教導我做什麼	3.71
	2	2	當病人進入加護病房時能由護理人員提供對環境的解釋及注意事項	3.69
	3	7	我希望能與醫護人員談論病人健康問題的內心感受	3.64
	4	22	當有經濟問題時，能有人提供我協助	3.50

表 4-14 需求分量表重要性之排列順序(續)

需求類別	順序	原題號	需求	M	
支持	5	31	我能被告知可提供協助的人力資源有哪些	3.48	
	6	34	能被告知有人可以協助我處理家庭面臨的問題	3.34	
	7	12	能有朋友給予我支持	3.33	
	8	33	任何時候我都可以有獨處的機會	3.14	
	9	30	我能感受到哭泣是可以的	3.07	
	10	26	當我進入加護病房探視病人時，能有人陪同我	3.06	
	11	27	能有人關心我的健康問題	2.96	
	11	25	能有人與我討論死亡的話題	2.96	
	13	18	在醫院能有一個提供我休息的地方	2.95	
	14	24	能有牧師或法師等宗教人士探訪病人	1.93	
	15	37	我希望能夠知道醫院內有佛堂或教堂等設施	1.91	
	舒適	1	21	我能感覺自己被醫護人員接納	3.67
		2	28	能有人向我保證短暫離開醫院是可以的	3.31
		3	32	在休息區附近能有盥洗室	3.20
		4	20	在休息區內能提供給我舒適的座椅	3.10
5		23	在休息區附近能提供給我公共電話	2.69	
6		8	我在醫院中能解決用餐及飲水問題	2.67	

第四節 不同科別之成人加護病房家屬需求重要性的差異

一、不同科別之成人加護病房家屬需求重要性的差異

將資料進行常態分佈檢定，需求呈負偏態(Negative skew)，因此採用 Area transformation (Bland & Altman, 1996; Norris & Aroian, 2004)以使資料呈現常態分佈。以家屬需求分數與不同科別變項進行獨立樣本 t 檢定，顯示不同科別($t=-1.296$)與家屬需求重要性無顯著差異，見表 4-15。

表 4-15 家屬需求重要性與不同科別之差異性

變項	M(SD)	t
科別		-1.296
內科	66.07(43.70)	
外科	74.93(36.90)	

註 1：家屬需求變項經由資料轉換

二、不同科別之成人加護病房家屬需求重要性之排列

採描述性統計，以平均數呈現不同科別之成人加護病房家屬需求重要性之排序，結果顯示內、外科之成人加護病房家屬認為最重要的需求有所分別，內科家屬需求重要性之排列順序分別為：「能保證病人得到最好的照顧」、「當病人病情轉變時能迅速與我聯絡」、「我希望能每天與醫生討論病情，以了解病人的情況」等；外科家屬需求重要性之排列順序分別為：「能保證病人得到最好的照顧」、「我能感受到病人是有希望康復的」、「我能確實的知道病人已接受過哪些治療」等(表 4-16 及 4-17)。

表 4-16 內科家屬需求重要性之排列順序

順序	原題號	需求	M	需求類別
1	17	能保證病人得到最好的照顧	3.76	保證
2	40	當病人病情轉變時能迅速與我聯絡	3.71	陪伴病人
3	3	我希望能每天與醫生討論病情，以了解病人的情況	3.70	獲知病人訊息
4	19	我能確實的知道病人已接受過哪些治療	3.69	獲知病人訊息
4	5	病人的健康問題能夠被誠實告知	3.69	保證
6	16	我能知道病人治療的方向	3.67	獲知病人訊息
7	42	我能感覺醫護人員關心病人	3.66	保證
7	41	至少一天內我有一次被告知病人病情進展的情況	3.66	陪伴病人
7	1	我希望知道病人治療的結果	3.66	保證
10	29	我希望每天能與固定的負責護士討論病情，以了解我病人的情況	3.64	陪伴病人
10	39	當病人將被轉出加護病房時能儘快被通知	3.64	陪伴病人

表 4-17 外科家屬需求重要性之排列順序

順序	原題號	需求	M	需求類別
1	17	能保證病人得到最好的照顧	3.89	保證
1	14	我能感受到病人是有希望康復的	3.89	保證
3	19	我能確實的知道病人已接受過哪些治療	3.87	獲知病人訊息
3	16	我能知道病人治療的方向	3.87	獲知病人訊息
5	13	我能知道病人檢查的目的	3.86	獲知病人訊息
5	5	病人的健康問題能夠被誠實告知	3.86	保證
5	3	我希望能每天與醫生討論病情，以了解病人的情況	3.86	獲知病人訊息
5	1	我希望知道病人治療的結果	3.86	保證
9	40	當病人病情轉變時能迅速與我聯絡	3.83	陪伴病人
10	9	當在病床邊時能有醫護人員教導我做什麼	3.81	支持
10	7	我希望能與醫護人員談論病人健康問題的內心感受	3.81	支持



第五章 討論

本章呈現資料統計分析後的結果討論，共分五節呈現，第一節為人口學特性，第二節為成人加護病房家屬不確定感影響因素，第三節為成人加護病房家屬不確定感與需求重要性的相關性，第四節為不同科別成人加護病房家屬需求重要性與差異。

第一節 人口學特性

本研究成人加護病房家屬是以男性居多且多為子女，主要是研究樣本為立意取樣，研究訪談時女性家屬大多會請男性家屬填寫研究問卷，且本研究收案地點之醫學中心住加護病房的患者年齡層以 65 歲以上者佔大部分，故其家屬多為子女。從家屬不確定感分數來看，本研究平均分數是 82.21 分，且女性家屬高於男性，家屬年齡 65 歲以上者及受國小教育程度以下者所呈現的不確定感分數較高，與其他研究結果相似(許等，1998；葉玫伶、邱艷芬，1998)。當病患入院後，不僅病患本身會有不確定感，家屬面臨陌生、隔離及缺乏資訊的環境下，也會產生不確定感。醫護人員應於患者入院時，審慎評估家屬的人口學特性，及早針對易產生不確定感的家屬給予適切的護理照護計畫，以有效降低家屬不確定感。

第二節 成人加護病房家屬不確定感影響因素

分析人口學變項與成人加護病房家屬不確定感(曖昧不明、缺乏澄清、缺乏訊息、不可預測性等四項)之關係，結果顯示病人人口學變項與家屬不確定感總分部份並無顯著差

異，但住院天數與不確定感分量表中的「不可預測性」卻有顯著差異；家屬人口學變項與家屬不確定感中家屬年齡、家屬性別、家屬的教育程度、與病人關係、病患的疾病嚴重度具有顯著關係，以下研究者將針對這些變項進行討論。

住院天數不同

本研究結果中不同住院天數成人加護病房家屬與家屬不確定感受程度並無差異，但將不同住院天數與不確定感分量表中的「不可預測性」則有差異性，即住加護病房一至三天及四至五天比住八天以上者的不確定感高(表 4-5)。Mishel (1988)指出「不可預測性」是沒有能力去決定每天及和未來有關疾病與疾病症狀的結果，住院的每一個階段，對家屬來說都極具威脅性，充滿不確定感。研究提出住院天數不同會影響到家屬的不確定感(Leith, 1999; Mitchell et al., 2003)，家屬對環境與照護團隊不熟悉，會使其對疾病未來發展的「不可預測性」升高，隨著病患住院天數增加，病患的病情逐漸穩定，家屬不確定感逐漸降低。

家屬年齡

本研究使用 PPUS-FM 測量不確定感程度高低，成人加護病房家屬的不確定感與人口學資料中之家屬年齡在相關性檢驗中未有顯著性差異，即家屬不確定感並無隨著年齡的增加而升高。但將家屬年齡族群分三組進行組間差異分析，結果發現老年(65 歲以上者)的不確定感為三組中最高，但中年(41-64 歲)此族群卻是不確定感程度最低的。Erikson 心理發展理論提出中年角色發展任務為創造發展或停滯，中年期成人藉由過去的累積知識、經驗，能在各種情境中運用智慧，以圓融的處世態度，承擔處理家庭上、下兩代照

顧的責任(李選、盧瑛琪、顏文娟、林秀琴, 2004; 林梅香、徐秀琴, 2004; 林美蓉, 2001; 曹麗英、蘇美禎、安奇, 2004)。因此, 中年期成人個體發展成熟, 在面臨家人住院的重大生活事件時, 能有效處理及掌控事件發展, 其不確定感程度較低。而老年為生命的最後階段, 在經歷退休、身體機能的衰退、經濟能力改變及生離死別後, 讓老年人自覺失去能力與權威(陳玉敏、李月萍, 2004; 簡玉坤, 2004; 邱愛富, 2001), 對於事件無法掌控, 擔心失去家人而產生不確定感。

再者, 65 歲以上家屬對不確定感中的「曖昧不明」及「缺乏澄清」皆高於中年(41-64 歲), 缺乏澄清是指對有關病人的治療及疾病定義的訊息不清楚(Mishel, 1988), 加護病房因單位屬性有會客時間、人數的限制, 臨床工作醫護人員因國情背景在解釋病情上較趨保守且經常未向同一家屬解釋說明, 使得每位家屬所獲得的訊息不盡完善而產生不確定感, 這可能是引起家屬對有關病人治療及疾病訊息感到含糊不清的原因。

家屬性別

在性別部分, 女性家屬不確定感高於男性, 且女性家屬對「缺乏澄清」、「不可預測性」的部分皆高於男性。傳統文化觀念下家庭照顧者角色, 男性多為家庭成員的經濟來源及外界訊息提供者、重要決策者, 女性則是表現出以滿足家庭成員情感需求的工作, 醫護人員傾向向家庭的重要決策者解釋病情, 因此, 易忽略女性家屬的情緒問題。曾嫻瑾(2003)指出女性比男性較願意負擔起照顧者的角色, 且能感受與被照顧者間的親密情感與關聯性, 這無形中加諸的責任, 同時讓她們承擔照顧角色的生、心理負荷(黃俐婷, 2003), 造成壓力增加, 易採取以情緒為導向的解決方式(潘等, 1998), 不確定感程度亦

隨之增高。

家屬教育程度

本研究中不同教育程度的家屬，其不確定感是有差異的(表 4-7)。其中國小教育程度以下者與大專/大學教育程度以上者之間最有差異，教育程度低者的不確定感程度較高，這與白等(2004)針對更年期婦女、許等(1998)及葉玫伶與邱艷芬(1998)針對心肌梗塞患者研究結果相似。個案的教育程度可協助獲得及解釋訊息，增加瞭解，以掌握事件發展的不明確性，進而減低不確定感(Mishel, Padilla, Grant, & Sorenson, 1991)，不確定感會受教育程度的影響，主要在於對訊息的接收及理解能力。

家屬婚姻狀態

家屬有或無婚姻狀態與其不確定感皆無顯著差異，與葉玫伶、邱艷芬(1998)針對心肌梗塞病患本身研究結果不同。社會支持會直接或間接的影響不確定感(Mishel, 1988)。葉玫伶、邱艷芬(1998)研究指出未婚者不確定感較高，主要因病患在社會支持系統上較欠缺，推測可能是因研究樣本不同，且由於現今社會變化，教育程度普遍提高，未婚者有自己的主見想法，可尋求支持的管道與方式亦不再侷限，婚姻狀態是否能影響不確定感有待確認與討論。

與病人關係

將家屬不確定感分數與病人關係(配偶、子女、父母及其他)進行組間差異分析，發現配偶的不確定感分數與子女的不確定感分數顯著為高，其他各組之間則無差異。當病患因疾病入院時，配偶是家庭關係中與病患關係最親密的人(Theobald, 1997)。每天一同生

活、相互扶持的的伴侶，遭遇生命危急時，讓配偶更感對未來生活充滿不確定感。以往國人傳統觀念認為父母的照顧工作應落在子女身上，此為子女應盡責任義務。在社會觀念與結構逐漸改變的情形下，成年子女雖仍與父母同住一起，提供生活照顧，但已另組家庭，兩代間緊密的情感關係亦有所變化(黃何明雄、周厚萍，2003)。

疾病嚴重度

成人加護病房病人的疾病嚴重度與家屬之不確定感，尤其是曖昧不明呈正相關，意指疾病嚴重度愈高，家屬不確定感程度亦愈高。這印證 Mishel 及 Braden (1988)提出的疾病的嚴重度會使得個體對疾病發展感到不明確、有多重意義或曖昧不明，進而產生不確定感。「曖昧不明」指缺乏對計畫及執行病人照顧的線索或含糊不清(Mishel & Braden, 1988)，當病患疾病嚴重度愈高，家屬缺乏足夠線索來建構與分類此事件時，會影響到其認知狀態，進而產生較高的不確定感。

不同科別

本研究結果中內科及外科成人加護病房家屬與其不確定感受程度並無差異。雖然內科病人疾病特性多為慢性病程；外科病人疾病特性為緊急、突發且難以預防的，但本研究結果顯示成人加護病房家屬不確定感不因科別不同而有異。這表示面對失去親人危險的關鍵時刻，家屬的不確定感不會因疾病的科別而有所不同。

第三節 成人加護病房家屬不確定感與需求重要性的相關性

本研究結果成人加護病房家屬不確定感的高低與五大需求並無相關性。Deane 與 Degner (1998)及 Ko 與 Hsu (2005)研究以患有乳房良性囊腫的婦女為對象，測量不確定感與資訊需求兩者間之關係，結果指出滿足住院病人資訊需求可降低不確定感，Galloway 與 Graydon (1996)研究大腸癌病患術後返家三天內的不確定感程度亦指出有效的滿足資訊需求可降低不確定感的程度，特別是關於疾病本身的問題，如：瞭解治療過程、疾病所引發的合併症等。本研究結果則顯示成人加護病房家屬不確定感程度與支持、舒適、獲知病人訊息、陪伴病人、保證需求並無顯著相關，對家屬來說在需求的各個層面都是需被滿足的，是否只需提供有關病人訊息方面的需求就可有效降低家屬不確定感，仍有待商榷。

在本研究中依據家屬需求排序，『保證需求』排列第一，其次為『獲知病人訊息』、『陪伴病人』、『支持需求』、『舒適需求』，綜合國內外學者之研究結果顯示家屬認為需求應優先被滿足的項目有「希望知道病人未來病情的發展及可能結果」、「當病人病情發生變化時，能很快接到通知」、「能以易懂的名詞來解釋病情」等(陳等，2004；劉等，1999；Gaw-Ens,1994)，雖然與本研究在各分類別中需求項目的排序有些微不同，但在整體上，家屬需求重要性排序是以滿足『保證需求』排列第一，與 Lee 及 Lau(2003)研究結果相同，這顯示家屬對期待治療結果及對醫療團隊信心的需求是值得重視的。

第四節 不同科別成人加護病房家屬需求重要性與差異

本研究結果中內科及外科成人加護病房家屬與其需求雖無差異，然而在需求重要性的排序上有所不同。內科成人加護病房家屬需求重要性的排序前三項為「能保證病人得到最好的照顧」、「當病人病情轉變時能迅速與我聯絡」、「我希望能每天與醫生討論病情，以了解病人的情況」。對五項需求類別的重要性排序分別為「保證」、「陪伴病人」、「獲知病人訊息」需求(見表 4-16)，這與其他的研究結果相似(Lee & Lau, 2003; Musa & Issa, 2004)。

外科成人加護病房家屬需求重要性的排序前三項為「能保證病人得到最好的照顧」及「我能感受到病人是有希望康復的」、「我能確實的知道病人已接受過哪些治療」及「我能知道病人治療的方向」。對需求類別的重要性排序為「保證」，其次為「獲知病人訊息」需求(見表 4-17)，這與劉等(1999)針對心臟外科加護病房家屬及范君瑜(1996)針對腦神經外科加護病房家屬研究結果不盡相同。推測可能是因之前研究皆針對單一外科系進行研究，樣本收集的基本屬性不同所造成，本研究外科加護病房科別包括腦神經外科、一般外科、胸腔外科及心臟外科等科別。

總括來說，不論內科或外科加護病房家屬，對於需求的重要性排列順序大多集中在病人身上，家屬本身的支持與舒適需求，仍然排於之後的序位。這支持了 Verhaeghe 等(2005)提出的論點，加護病房家屬處於病患生命具威脅時，經常不會意識到及重視自己的需求。家屬認為重要的需求即醫護人員能給予保證病人得到最好的照顧及能獲知病人相關訊息。

第六章 結論與建議

本研究主要在探討影響成人加護病房家屬不確定感的相關因子，以及瞭解不同科別的成人加護病房家屬不確定感程度與需求重要性之間的相關性。本章摘要研究結果，並提出研究結果在護理實務、教育及行政上的應用及研究限制並對未來研究提出建議。

第一節 結論

本研究主要了解加護病房家屬不確定感及需求，樣本取自中部某醫學中心內、外加護病房各 70 位家屬，共收案 140 位，整體而言，家屬的不確定感平均分數為 82.21 分 (SD=16.10)，其他研究結果摘要(表 6-1)如下：

一、成人加護病房家屬不確定感會受到家屬年齡、性別、教育程度、與病人關係及病患疾病嚴重度的影響。而教育程度以國小教育以下者與受大專/大學教育程度以上者的不確定感差異最大。與病人關係則是配偶與子女間的不確定感差異最大。病患疾病嚴重度與不確定感呈正相關，即病患疾病嚴重度愈高，家屬不確定感愈高，其中疾病嚴重度又與不確定感中的「曖昧不明」有顯著相關。

二、成人加護病房家屬不確定感與不同科別及住院天數沒有顯著差異，但在住院天數方面與不確定感分量表中的「不可預測性」有顯著的差異，即住加護病房一至三天及四至五天比住八天以上者的不確定感「不可預測性」高。

三、成人加護病房家屬的不確定感受程度與其需求重要性沒有顯著相關。

四、成人加護病房家屬認為最重要的前十項需求項目分別為：「能保證病人得到最好

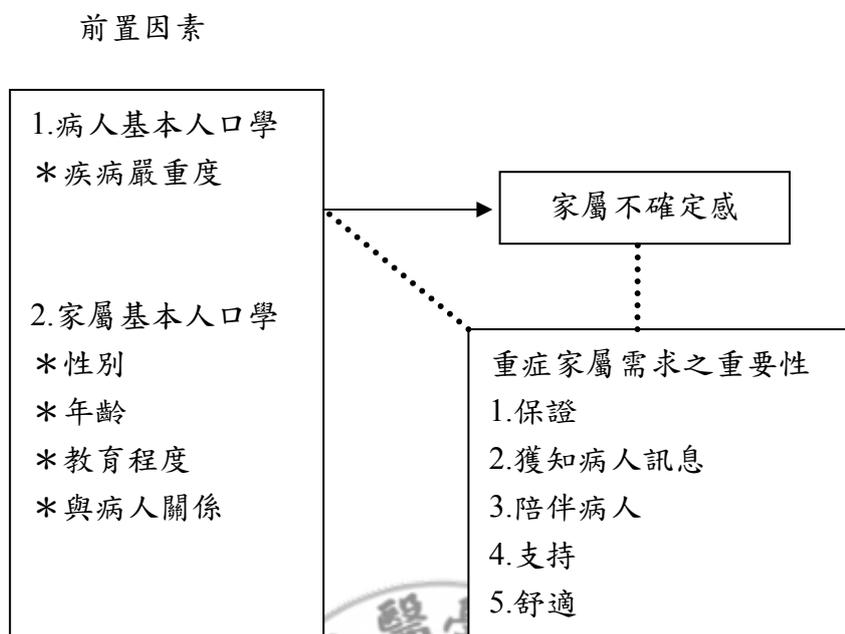
的照顧」、「我能確實的知道病人已接受過哪些治療」、「我希望能每天與醫生討論病情，以了解病人的情況」、「我能知道病人治療的方向」、「當病人病情轉變時能迅速與我聯絡」、「病人的健康問題能夠被誠實告知」、「我希望知道病人治療的結果」、「我能感受到病人是有希望康復的」、「我能知道病人檢查的目的」、「我能感覺醫護人員關心病人」。在需求類別重要性中以「保證」需求排序第一，其次的順序排列分別為：「獲知病人訊息」、「陪伴病人」、「支持」及「舒適」需求。

五、不同科別之成人加護病房家屬需求重要性間沒有顯著差異，但在需求重要性之排列上有所不同。

表 6-1 家屬不確定感影響因子摘要表

變項	不確定感	曖昧不明	缺乏澄清	缺乏訊息	不可預測性
病患疾病嚴重度	.229*	.256*			
病患住院天數					5.078*
①一至三天					①, ②>④
②四至五天					
③六至七天					
④八天以上					
家屬性別			-2.030*		-2.060*
			女>男		女>男
家屬年齡	4.293*	3.875*	3.932*		
①20-40 歲	②<③	②<③	②<③		
②41-64 歲					
③65 歲以上					
家屬教育程度	7.801**	7.748**	6.578**	6.028**	6.391**
①國小教育以下	①>③,④	①, ②, ③>	①>④	①,③>④	①>④
②國中		④			
③高中					
④大專/大學以上					
與病人關係	6.591*	4.853*	5.562**	3.496**	5.234*
①配偶	①>②	①>②	①>②	①>②	①>②
②子女					
③父母					
④其他					

本研究依研究架構整理出研究結果，研究結果如圖三所示。



圖三 「成人內外科加護病房家屬不確定感及其需求重要性之探討」研究

第二節 應用與建議

二十一世紀醫療照護觀是以家庭為中心，服務族群不僅限於病人，家屬已被納入護理照護計畫內，但在加護病房照護模式中，家屬一直被忽略，目前家屬議題已逐漸受到重視，研究者依據本研究結果針對臨床實務、教育及研究提出下列幾項建議，以供參考：

一、護理實務方面：

(一) 提供環境介紹

本研究結果顯示，病患疾病嚴重度愈高、女性家屬、65 歲以上、病患配偶及國小教育程度以下的家屬，其不確定感程度較高，重症護理人員應具有高度敏感性意識到此一族群的家屬需加強提供照護。加護病房給一般人的印象就是非常恐懼、隔離的印象，家屬在面臨不可預測的情境，不確定感便會產生，通常病人在一入院時，就因為加護病房的隔離限制而使家屬被隔離在外，只有會客時間才得以進入，再加上加護病房的精密設備更讓家屬感到莫名的壓力，研究者建議護理人員可在病床旁放置一本溝通實錄，紀錄當天醫師與家屬所討論的有關病情的進展變化，主動提供訊息，讓來探訪的家屬能清楚知道病人目前的情況及做過哪些檢查、治療等，以降低家屬的不確定感。此外，本研究結果顯示，家屬的需求以『能保證病人得到最好的照顧』為排序第一的需求，因此，研究者建議在病人入院時，允許主要照顧者隨同病患進入加護病房，由護理人員給予環境介紹，以緩解家屬之不可預測性，同時讓主要照顧者可以藉此確認病人可以在加護病房裡獲得良好照顧。

（二）增強臨床護理人員對家屬不確定感的認識

病人進入加護病房是讓人感到不確定感，在本研究中，家屬的不確定感總分並不會因為病人的住院天數不同而有差異，但卻發現家屬不確定感會依病人住院天數而改變，尤其以住院 1-5 天的階段家屬在『不可預測性』感受到不確定感，因此，在這一階段，家屬極需要護理人員提供支持以協助他們面對家人住院的壓力，但是護理人員常常因為工作忙碌而未與家屬進行溝通，在會客時護理人員常常讓家屬與病患獨處，然本研究中家屬在『支持需求』部份以『當在病床邊時能有醫護人員教導我做什麼』為排序第一，由

此可知，家屬與病患的獨處原是護理人員的體諒，但卻忽略了這樣的措施反而造成家屬的不確定感，因此，研究者建議，臨床人員必須對家屬不確定感議題進行了解，同時在會客期間陪伴家屬，除了觀察家屬與個案間的互動外，也能澄清家屬的疑問。

二、護理教育：

家庭系統的概念在家庭健康的發展上扮演重要的角色，以家庭為單位的護理觀點已擴展至各領域，護理教育中，多著重於個人的健康、疾病及健康行為上，重症護理人員除具備重症護理的知識外，應能評估整體家庭情形，因此，將家庭護理理論的相關概念落實於護理教育，是我們在護理教育中的重要課題。而在臨床工作時，護理人員可滿足家屬「希望護理人員指導我做什麼」的需求，提供相關衛教服務，如：家屬可協助照護病患的事項(餵食、清潔病人)，讓家屬有參與照顧及陪伴病人的感覺；詳細說明病患入加護病房後，會提供的服務及所得到的照顧，以減低家屬的不確定感和滿足家屬的需求。

三、護理行政：

目前的護理重視整體照護，不僅針對個案，家屬的照護也很重要，但是過去在計算護理人力及時數時，只計算護理技術所花費的時間，忽略了護理人員花費許多的時間在病人及家屬的溝通與衛教上，加護單位的繁重工作，使得護理人員無暇提供家屬關懷，家屬面對不可預測的環境，便產生不確定感，進而造成照護品質滿意度降低，因此，研究者建議，加護單位人力計算需要將家屬照護列入考慮，以提供足夠人力。

第三節 研究限制

本研究由於人力及時間上的考量，以致研究結果在推論上受到限制，以下就收案取樣、研究問卷角度提出本研究之限制以提供未來有興趣從事類似研究之學者參考。

一、收案取樣：

本研究只以中部某醫學中心之成人內、外科加護病房家屬為主，故在研究結果的解釋及推論上，只限於中部地區成人加護病房家屬，不能推論至全國的成人加護病房家屬。此外，本研究採立意方式取樣，收案過程中，若遇重症病患病情危急、疾病嚴重度高和病情不樂觀，因考量家屬感受，不予收案，但家屬於此階段可能有極的不確定感與需求，建議日後研究可採隨機抽樣，以減少取樣誤差的情形。另外收案地點在家屬等候室及會客時間，是否所收集到的個案為患者的主要照顧者，或許真正有不確定感的家屬未接受研究，乃為本研究的限制。

二、研究問卷角度：

本研究採用 Mishel (1982)所設計的 PPUS-FM 量表及 Leske (1991)所設計修改 CCFNI 量表分別來測量家屬不確定感與家屬需求，雖然兩種量表經由專家效度和信度檢測皆達高度穩定性，但由於醫院特性、國情與文化背景的不同，問卷本身的設計是否能有效測量家屬不確定感及符合國內重症家屬的需求，為本研究之限制，建議未來可以發展一系列符合國內文化背景的研究問卷。

三、未來研究建議：

(一)由於本研究採橫斷式相關性研究設計，無法追蹤家屬在重症病患轉出時的不確定

感程度過程變化與需求及其影響因素的變化，建議未來研究可採縱貫式研究設計，以測得家屬不確定感程度與需求重要性間之相關性。

(二)本研究對象為中部某醫學中心的成人內、外科加護病房家屬為主，無法推論至所有加護病房家屬，建議未來可以朝向台灣北、中、南部的成人加護病房家屬，增加樣本數及其代表性。

(三)本研究僅以探討前置因素中病患及家屬的人口學變項、家屬需求對家屬不確定感的影響，而仍有其他影響不確定感因素，如：家屬對醫護人員所提供相關資訊滿意度、社會支持及調適策略等，建議未來研究方向可針對這些變項進行研究探討。

(四)本研究已初步探討加護病房病患家屬需求，未來可以依據本研究結果設計加護病房病患及家屬照護之臨床路徑並檢測其成效。



參考文獻

中文文獻

- 王秀珍(1999)·加護病房病人家屬需求及其護理·*護理雜誌*，46(2)，67—71。
- 李 選、盧瑛琪、顏文娟、林淑琴(2004)·中年期於人生轉折過程所呈現之健康問題與因應·*護理雜誌*，51(1)，14—19。
- 石燕菁、劉柏卿、張麗銀、吳杰亮、張瓊如、侯淑芬、陳美婉(2005)·提高加護病房家屬對治療計畫及病情說明滿意度方案·*榮總護理*，22(2)，149-158。
- 白香菊、李 選、曾月霞(2004)·更年期婦女自覺不確定感相關因素之研究·*護理雜誌*，51(5)，45-52。
- 行政院衛生署統計處(2005)·九十三年台灣地區歷年醫院醫療服務量統計摘要·*行政院衛生署統計資訊服務網站*，2005年11月26日取自
<http://www.doh.gov.tw/statistic/data>
- 林梅香、徐秀琴(2004)·中年期之健康照護：健康教育之策略·*護理雜誌*，51(12)，25—29。
- 林美蓉(2001)·中年婦女的發展特質·*景文技術學院學報*，11(下)，55-61。
- 范君瑜(1996)·重症頭部外傷病人家屬之需求及其影響因素·*護理研究*，4(3)，273-283。
- 邱皓政(2005)·*量化研究與統計分析*(2版)·台北：五南。
- 邱啟潤、許淑敏、吳瓊滿(2002)·主要照顧者負荷、壓力與因應之國內文獻回顧·*醫護科技學刊*，4(4)，273-290。

- 邱愛富(2001)·老年人的心理變化·於吳麗芬等合著，*當代老年護理學*(pp. 95-129)·台北：華杏。
- 邱麗珠、郭碧照、林中生(2000)·內科重症病房病人家屬需求及其影響因素探討·*中山醫學雜誌*，11，7-18。
- 邱艷芬(1995)·應用 APACHE SCORE 於加護病房護理行政業務之探討·*慈濟醫學*，7(3)，187-193。
- 柯乃瑩、蕭琪、許淑蓮(1997)·不確定感之概念分析·*護理雜誌*，44(1)，92-97。
- 徐亞瑛、張媚、楊玉玟、黃久美(1992)·都市型及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(3)，99-106。
- 曹麗英、蘇美禎、安奇(2004)·中年期之健康照護：多重衝擊的人生過渡期·*護理雜誌*，51(1)，9-13。
- 陳玉敏、李月萍(2004)·老年人之整體性照護·*護理雜誌*，51(3)，7-10。
- 陳淑銘、杜玉慧、吳榮州(2004)·重症病人家屬心理需求及其影響因素·*高雄護理雜誌*，21(1)，1-16。
- 陳菽憶(2002)·癌症病童父母之壓力反應與調適過程·*安寧療護雜誌*，7(2)，139-146。
- 許淑蓮(2001)·初患心肌梗塞病人不確定感與焦慮反應—因應行為效應之探討·*護理研究*，9(2)，159-171。
- 許淑蓮、黃秀梨、林惠賢(1998)·急性心肌梗塞住院病人的不確定感與因應行為之探討·*臺灣醫學*，2(5)，498-508。

- 許淑蓮、黃秀梨(1996)·Mishel 疾病不確定感量表之中文版測試·*護理研究*,4(1),59-68。
- 郭素娥(1998)·重症護理·於劉雪娥編著, *成人內外科護理學上冊*(2nd ed. pp. 403-430),
台北:匯華。
- 梁淑媛、馬鳳歧(1998)·一位週邊阻塞疾病住院病患之不確定感經驗及其因應策略·*護理雜誌*,45(5),54-63。
- 黃俐婷(2003)·女性照顧者角色負荷及其資源運用探討·*社區發展季刊*,101,224-238。
- 黃何明雄、周厚萍(2003)·老年父母照顧者的孝親研究·*香港社會學學報*,4,115-134。
- 黃瑞美、錢端蘭(1997)·急救室病患家屬與護理人員對自覺需求認知之探討·*榮總護理*,
14(1),84-93。
- 曾嫻瑾(2003)·「愛」或「礙」的勞務—從照顧角色變遷思考女性照顧者需求·*社區發展季刊*,101,213-223。
- 葉玫伶、邱艷芬(1998)·心肌梗塞病患住院期間發生不確定感內容及其相關因素之探討·
護理研究,6(6),501-512。
- 湯麗玉、毛家舫、周照芳、陳榮基、劉秀枝(1992)·癡呆症老人照顧者的負荷及其相關
因素之探討·*護理雜誌*,39(3),89-98。
- 穆佩芬(1995)·家庭護理之理論及臨床應用·*榮總護理*,12(4),244-251。
- 潘依林、田聖芳、張媚(1998)·居家臥床病人其主要照顧者之壓力源、因應行為
與身心健康之探討·*公共衛生*,4(2),219-233。
- 劉慧玲、林雪娥、李蓉、高錦慧(2004)·家屬需求與護理人員對感受家屬需求及其滿意

度之調查研究：以某醫學中心心臟外科加護中心為例。榮總護理，21(1)，10-20。

劉盈君、王桂芸、馬鳳歧(1999)·加護病房病人家屬與護理人員對感受家屬需求差異之比較·公共衛生，26(1)，13—23。

劉春年、李孟智、胡月娟(1998)·住院中風老人主要照顧者負荷及其相關因素之探討·公共衛生，25(3)，197-209。

簡玉坤(2004)·老年人心理壓力及因應之道：生物—心理—社會整合模式·護理雜誌，51(3)，11-14。

羅惠敏、徐南麗、邱慧洳、廖惠娥、劉欣怡(1998)·癌症病患症狀困擾與不確定感關係之探討·慈濟護理雜誌，3(1)，72-80。



英文文獻

- Azoulay, E., Pochard, F., Chevret, S. (2001). Meeting the needs of intensive care unit patient families. *American Journal of Respiratory and Critical Care medicine*, 163, 135-139.
- Bell, C. M. , Araki, S. S. , & Neumann, P. J. (2001). The association between caregiver burden and caregiver health-related quality of life in Alzheimer disease. *Alzheimer Disease and Association Disorder*, 15(3), 129-136.
- Bland, J. M. , & Altman, D. G. (1996). Satatistics Notes: Transforming data. *BMJ*, 312, 770.
- Chou, K. R. , LaMontagne, L. L. , & Hepworth, J. T. (1999). Burden experienced by caregivers of relatives with dementia in Taiwan. *Nursing Research*, 48(4), 206-214.
- Deane, K. A. , & Degner, L. F. (1998). Information needs, uncertainty, and anxiety in women who had a breast biopsy with benign outcome. *Cancer Nursing*, 21(2), 117-126.
- Foster, M. , & Chaboyer, W. (2003). Family cares of ICU survivor: A survey of the burden they experience. *Scand Journal Caring Science*, 17, 205-214.
- Galloway, S.C. , & Graydon, J. E. (1996). Uncertainty, symptom distress, and information needs after surgery for cancer of the colon. *Cancer Nursing*, 19(2), 112-117.
- Gaw-Ens, B. (1994). Informational support for families immediately after CABG surgery. *Critical Care Nurse*, 14(1), 41-42.
- Hughes, S. L. , Giobbie-Hurder, A. , Weaver, F. M. , Kubal, J. D. , & Henderson, W. (1999). Relationship between caregiver burden and heath-related quality of life. *Gerontologist*,

39(5), 534-545.

Hilton, B. A. (1992). Perceptions of uncertainty: Its relevance to lifethreatening and chronic illness. *Critical Care Nurse*, 12(2), 70-73.

Jamerson, P. A. , Scheibmeir, M. , Bott, M. J. , Crighton, F. , Hinton, R. H. , & Cobb, A. K.

(1996). The experience of families with a relative in the intensive care unit. *The Journal of Acute and Critical Care*, 25(6), 467-474.

Ko, N. Y. , & Hsu, S. T. (2005). Information needs, health locus of control and uncertainty among women hospitalized with gynecological diseases. *Chang Gung Medical Journal*, 28(8), 559-566.

Lam, P. , & Beaulieu, M. (2004). Experiences of families in the neurological ICU: a bedside phenomenon, *Journal of Neuroscience Nursing*, 36(3), 142-155.

Lee, Y. K. , & Lau, Y. L. (2003). Immediate needs of adult family members of adult intensive care patients in Hong Kong. *Journal of Critical Nursing*, 12, 490-500.

Leith, B. A. (1999). Patients' and family members' perceptions of transfer from intensive care. *Heart and Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 28(3), 210-218.

Leske, J. S. (1991). Internal psychometric properties of the Critical Care Family Needs Inventory. *Heart and Lung*, 20(3), 233-244.

Mitchell, M. L. , Courtney, M. , & Coyer, F. (2003). Understanding uncertainty and minimizing families' anxiety at the time of transfer from intensive care. *Nursing and Health Sciences*,

5, 207-217.

McGarry, J. , & Arthur, A. (2001). Informal caring in late life:A qualitative study of the experiences of older carers. *Journal of Advanced Nursing*, 33(2), 182-189.

Mishel, M. H. (1984). Perceived uncertainty and stress in illness. *Research in Nursing and Health*, 7(3), 163-171.

Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in illness . *Journal of Nursing Scholarship*, 20(4), 225-232.

Mishel, M. H. , & Braden, C. J. (1988). Finding meaning: Antecedents of uncertainty in illness. *Nursing Research*, 37(2), 98-104.

Mishel, M. H. (1990). Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *Image*, 22(4), 256-262.

Mishel, M. H. , Padilla, G. , Grant, M. , & Sorenson, D. S. (1991). Uncertainty in illness theory: A replication of the mediating effects of mastery and coping. *Nursing Research*, 40(4), 236-240.

Mishel, M. H. (1997). *Uncertainty in illness scales manual*. Unpublished Manuscript.

Mu, P. F. (2005). Paternal reactions to a child with epilepsy: uncertainty, coping strategies, and depression. *Journal of Advanced Nursing*, 49(4), 367-376.

Musa, A. A-H. , & Issa, M. H. (2004). The perceived needs of Jordanian families of hospitalized, critically ill patients. *International Journal of Nursing Practice*, 10, 64-71.

Norris, A. E., & Aroian, K. J. (2004). To transform or not transform skewed data for

psychometric analysis. *Nursing Research*, 53(1), 67-71.

Patricia, L. M. (2001) Family stress in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 29(10), 2025-2056.

Plouffield, L. A. (1999). Living a nightmare: family experiences of waiting following neurological crisis. *Journal of Neuroscience Nursing*, 31(4), 231-238.

Redley, B. , & Beanland, C. (2004). Revising the critical care family needs inventory for emergency department. *Journal of Advanced Nursing*, 45(1), 95-104.

Rydstrom, I. , Dalheim-Englund, A. C. , Segesten, K. , & Rasmussen, B. H. (2004). Relations governed by uncertainty: part of life of families of a child with asthma. *Journal of Pediatric Nursing*, 19(2), 85-94.

Theobald, K. (1997). The experience of spouses whose partners have suffered a myocardial infarction: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 595-601.

Verhaeghe, S. , Defloor, T. , Zuuren, F. V. , Duijnste, M. , & Grypdonck, M. (2005). The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 501-509.

附錄一 人體試驗委員會通過同意函



135 Nan-Hsiao Street, Changhua 500, TAIWAN
Tel :886-4-723-8595 ext.1362
E-mail:d9065@cch.org.tw
財團法人彰化基督教醫院本會

500 彰化市南校街 135 號
電話：(04)723-8595 轉 1362
E-mail: d9065@cch.org.tw

同意臨床試驗證明書

查計畫主持人：莊令吏主持「成人內外科加護病房家屬不確定感及其需求之探討」新案（060204），經本會審查通過，特此證明。有效期限至西元 2007 年 02 月 27 日，且應接受本會之監督，同意臨床試驗證明書編號：CCH：060204

後續定期追蹤之程序及要求：

1. 期中報告：應於西元 2006 年 12 月 27 日前繳交期中報告。核准有效期限屆滿，若尚未通過期中報告追蹤審查，不得繼續試驗。
2. 結案報告：試驗完成後，應將執行情形及結果以書面報告本會核備。

人體試驗委員會
主任委員
郭守仁

西 元 2 0 0 6 年 0 2 月 2 7 日

Protocol Title : Level of Uncertainty, and Needs for family of patients in MICU and SICU

Protocol No : 060204

Protocol Version Date : 01.0 Feb 03,2006

Informed Consent Version Date : 01.1 Feb 21,2006

Principle Investigator(s) : Lin-Lih Chuang

CCH : 060204

The above study was approved by the Institutional Review Board of the Changhua Christian Hospital on Feb 27,2006 and valid till Feb 27,2007 and accepts the monitoring of IRB

IRB用印：

Sincerely Yours
Shou-Jen Kuo, M.D.
Chairman
Institutional Review Board,
Changhua Christian Hospital, Taiwan




Feb. 27, 2006
(signature, date)

本會組織與執行皆符合 ICH-GCP

The Institutional Review Board performs its functions according to written
Operating procedures and complies with GCP and with the applicable regulatory requirements

附錄二 研究對象同意函

成人加護病房家屬參與同意書

親愛的先生女士，您好：

我是中山醫學大學護理學研究所研究生莊令吏，目前欲進行成人加護病房家屬不確定感與家屬需求重要性的相關研究，研究目的為探討影響成人加護病房家屬不確定感的相關因子，以及瞭解不同科別的成人加護病房家屬不確定感程度與需求重要性之相關性。在研究過程中，需麻煩您填寫基本資料、家屬不確定感及重症家屬需求重要性量表等問卷。本研究之問卷與測試絕無對錯與好壞之分，受訪者所提供的資料僅供學術與臨床應用參考，絕不對外公開，亦不會影響醫護人員對病人的照顧與治療，請您安心填寫問卷。在填寫過程中，若有任何問題可隨時提出，本人將給予適當協助，非常感謝您的合作與幫忙。

若您同意參加本研究，請您予以下空白處簽名，非常感謝您撥冗參加。

敬祝 身體健康 萬事如意

中山醫學大學護理研究所碩士班

研究生 莊令吏敬上

茲同意接受中山醫學大學護理研究所碩士班研究生莊令吏之問卷訪談。

受訪者姓名：_____

中華民國 年 月 日

附錄三 研究問卷

編號：_____

疾病科別：_____

APACHE II：_____

日期： 年 月 日

一、病患基本資料

1.性別：1.男 2.女2.年齡： 年 月 日(歲)3.教育程度：1.不識字 2.識字 3.國小 4.國中 5.高中 6.大學以上4.第幾次住進加護病房：1.第一次 2.第二次 3.第三次 4.四次以上5.目前住加護病房天數：1.一到三天 2.四到五天 3.六到七天 4.八天以上

二、家屬基本資料

1.性別：1.男 2.女2.年齡： 年 月 日(歲)3.教育程度：1.不識字 2.識字 3.國小 4.國中 5.高中 6.大學以上4.婚姻狀態：1.未婚 2.已婚 3.喪偶 4.分居 5.離婚5.與病人關係：1.配偶 2.子女 3.父母 4.其他_____6.是否有其他家屬曾住過加護病房的經驗：1.是 2.否

附錄四

家屬不確定感量表

	非 常 不 同 意	不 同 意	未 決 定	同 意	非 常 同 意
1. 我不知道病人哪裡出了問題，因為沒有人跟我解釋..	<input type="checkbox"/>				
2. 我有許多問題，但沒有人跟我澄清.....	<input type="checkbox"/>				
3. 我不能確定病人的病情是變好或變壞.....	<input type="checkbox"/>				
4. 我不清楚病人的症狀會有多糟.....	<input type="checkbox"/>				
5. 醫護人員對病人病情所做的解釋很模糊.....	<input type="checkbox"/>				
6. 我很清楚每一項治療的目的.....	<input type="checkbox"/>				
7. 我不知道病人的治療還要多久.....	<input type="checkbox"/>				
8. 因為病人的症狀一直在變，所以我無法預測他的情況 會變怎樣.....	<input type="checkbox"/>				
9. 我了解醫護人員對我所有的解說.....	<input type="checkbox"/>				
10. 醫生對我說的話可能話中有話，含有許多其他的意 義.....	<input type="checkbox"/>				
11. 我大概知道病人生病的時間可能會持續多長.....	<input type="checkbox"/>				
12. 病人的治療太複雜讓我難以理解，因為沒有人跟我 解釋.....	<input type="checkbox"/>				
13. 我很難知道目前的治療或藥物是否對病人有幫助...	<input type="checkbox"/>				
14. 有這麼多不同的醫護人員，很難了解誰負責什麼...	<input type="checkbox"/>				
15. 因為我不能掌握病情，所以無法計劃自己未來.....	<input type="checkbox"/>				
16. 病人的病情時好時壞，一直在變，讓我不知怎麼照 顧.....	<input type="checkbox"/>				
17. 我不清楚在病人轉出加護病房後，應如何照顧他...	<input type="checkbox"/>				
18. 我不清楚病人下一步會發生怎樣的情況.....	<input type="checkbox"/>				
19. 我通常可以知道病人的情況是好是壞.....	<input type="checkbox"/>				
20. 病人檢查的結果不一致，讓我不知該如何是好.....	<input type="checkbox"/>				
21. 目前對病人治療的有效性尚未確定.....	<input type="checkbox"/>				
22. 很難確定還要多久，我才能作好照顧病人的工作...	<input type="checkbox"/>				
23. 我可以預估病人病情的進展狀況.....	<input type="checkbox"/>				
24. 因治療的關係，我不知道該讓病人做什麼或不該什 麼.....	<input type="checkbox"/>				

非常
不
未
同
非
常
不
同
決
定
意
同
意

25. 我可以確定病人只有目前這個健康問題，應該沒有其他問題了.....
26. 我不知道病人的情況，因為醫生尚未對病人做出明確的診斷.....
27. 我可以從病人身體的症狀了解他的病況是變好還是變壞.....
28. 醫生對病人的診斷清楚且明確.....
29. 在醫院，當我有問題或需要時，我可以依賴我身邊的醫護人員.....
30. 病人病情的嚴重程度已經很清楚.....
31. 我能瞭解醫護人員對我解釋時所用的措辭.....



附錄五

重症家屬需求重要性量表

	不 重 要	輕 微 重 要	重 要	非 常 重 要
1. 我希望知道病人治療的結果……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 當病人進入加護病房時能由護理人員提供對環境的解釋及注意事項……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 我希望能每天與醫生討論病情，以了解病人的情況……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 當我不能來醫院探視病人時，能有固定的人員打電話告知病情……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 病人的健康問題能夠被誠實告知……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 當病情變化時能夠彈性調整探訪時間……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 我希望能與醫護人員談論病人健康問題的內心感受……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 我在醫院中能解決用餐及飲水問題……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 當在病床邊時能有醫護人員教導我做什麼……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 我在任何時間均能探視病人……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 我能夠知道護士提供什麼訊息……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 能有朋友給予我支持……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 我能知道病人檢查的目的……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 我能感受到病人是有希望康復的……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 我能夠知道是由哪一位護士提供照顧……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 我能知道病人治療的方向……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 能保證病人得到最好的照顧……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 在醫院能有一個提供我休息的地方……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. 我能確實的知道病人已接受過哪些治療……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 在休息區內能提供給我舒適的座椅……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. 我能感覺自己被醫護人員接納……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. 當有經濟問題時，能有人提供我協助……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. 在休息區附近能提供給我公共電話……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. 能有牧師或法師等宗教人士探訪病人……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. 能有人與我討論死亡的話題……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. 當我進入加護病房探視病人時，能有人陪同我……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. 能有人關心我的健康問題……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. 能有人向我保證短暫離開醫院是可以的……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	不 重 要	輕 微 重 要	重 要	非 常 重 要
29. 我希望每天能與固定的負責護士討論病情，以了解我病人的情況.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. 我能感受到哭泣是可以的.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. 我能被告知可提供協助的人力資源有哪些.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. 在休息區附近能有盥洗室.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. 任何時候我都可以有獨處的機會.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. 能被告知有人可以協助我處理家庭面臨的問題.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. 醫護人員能使用我了解的字句解釋病人的情況.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. 我希望探訪時間能準時開放.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. 我希望能夠知道醫院內有佛堂或教堂等設施.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. 我希望能參與病人的身體照顧，如：餵食、擦澡.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. 當病人將被轉出加護病房時能儘快被通知.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. 當病人病情轉變時能迅速與我聯絡.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. 至少一天內我有一次被告知病人病情進展的情況.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. 我能感覺醫護人員關心病人.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. 我能知道會影響到病人病況進展的特殊事項.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. 我能經常看到病人.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. 能有休息的地方是靠近病人的.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

附錄六 專家效度檢測表單

親愛的專家，您好：

我是中山醫學大學護理研究所二年級的學生，目前正從事碩士論文“成人加護病房家屬不確定感及其需求重要性之探討”的研究。研究中將使用由 Mishel 於 1982 年所發表的 PPUS-FM (Parent Perception of Uncertainty Scale-Family Member)來測量家屬的不確定感程度與 Leske 於 1991 年所設計修改 CCFNI (Critical Care Family Needs Inventory)來測量重症家屬需求的重要性。為確保此問卷適用於本研究，因此請求您能協助本研究問卷內容效度的審核工作。內附本研究問卷及評審表，請您針對問卷內容之適用性，逐題評分以及提供意見，以作為問卷修改之依據。

非常感謝您的協助與對後學的支持！

敬祝 教安



中山醫學大學護研所

研究生：莊令吏

聯絡電話：0958-337370

E-mail：linlih_0423@yahoo.com.tw

指導教授：顏文娟老師

共同指導教授：李選老師

研究目的：

本研究目的主要在探討影響成人加護病房家屬不確定感的相關因子，以及瞭解不同科別的成人加護病房家屬不確定感程度與需求重要性之相關性。

名詞解釋：

1. 不確定感：

概念型定義：不確定感指發生在事情具有下列一種或一種以上特徵的時候，這些特徵包括缺乏資訊、模稜兩可、不明確、可能性、有多重意義、曖昧不明、無法預測、不熟悉及不一致(許、黃，1996)。

操作型定義：本研究採 Mishel(1982)所設計的 Parent Perception of Uncertainty Scale-Family Member (PPUS-FM)量表共 31 題，總分計算越高代表家屬自覺不確定感程度越高。

曖昧不明(ambiguity)：指缺乏對計畫及執行病人照顧的線索或含糊不清。

缺乏澄清(lack of clarity)：對有關病人的治療及疾病定義的訊息不清楚。

缺乏訊息(lack of information)：缺乏有關診斷及疾病嚴重度的訊息。

不可預測性(unpredictability)：指沒有能力去決定每天及未來有關疾病與疾病症狀的結果。

2. 家屬需求重要性：

概念型定義：指個人的一種要求，這種要求若能滿足，可減緩或減少個人焦慮與煩惱，且能改善目前狀況的立即感覺，增加舒適與幸福感，繼而改進個人或達到健康狀態的個人需要(范，1996；陳、杜、吳，2004)。

操作型定義：本研究採用 Leske(1991)所設計修改 Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI)量表共 45 題，分為五個需求分類，總分計算越高代表家屬對該項

需求程度越高，該項需求越重要。

支持需求(support)：如情緒的抒發、家庭問題、心靈上的安慰等。

舒適需求(comfort)：有盥洗室、休息室、電話的設置及被工作人員接受與否、
表達哀傷等。

獲知病人訊息需求(information)：重症病人病情告知的消息、病情進展、病人死亡的可能性等。

陪伴病人需求(proximity)：家屬探視病人時，對重症病人生、心理上的協助。

保證需求(assurance)：家屬對期待結果及增加對醫療照顧團隊信心的需求。

評分標準：

請針對問卷內容之重要性與適用性，逐題評分以及提供意見，採取之評分標準如下：

1=「不適用」：該題目與研究目的毫無相關連，不需列入。

2=「尚可」：該題目與研究目的有關連，但須修正後列入，並請您針對需修正之內容繕
寫於說明處。

3=「適用」：該題目與研究目的有關連，需要列入。

4=「非常適用」：該題目與研究目的非常有關連，絕對需要列入。

PPUS-FM 家屬不確定感量表

(Parent Perception of Uncertainty Scale-Family Member)

請於表格內以勾選方式「√」表示：

		題目	評分標準				說明
			不適用	尚可	適用	非常適用	
曖昧不明	3	我不能確定病人的病情是變好或變壞					
	4	我不清楚病人的症狀會有多糟					
	8	因為病人的症狀一直在變，所以我無法預測他的情況會變怎樣					
	13	我很難知道目前的治療或藥物是否對病人有幫助					
	15	因為我不能掌握病人的病情，所以無法計劃自己的未來					
	16	病人的病情時好時壞，一直在變，讓我不知怎麼照顧					
	17	我不清楚在病人轉出加護病房後，應該如何照顧他					
	18	我不清楚病人下一步會發生怎樣的情況					
	20	病人檢查的結果不一致，讓我不知該如何是好					
	21	目前對病人治療的有效性尚未確定					
	22	很難確定還要多久，我才能做好照顧病人的工作					
	24	因治療的關係，我不知道該讓病人做什麼或不該什麼					
	25	我可以確定病人只有目前這個健康問題，應該沒有其他問題了					
	2	我有許多問題，但沒有人跟我澄清					

	題目	評分標準				說明
		不適用	尚可	適用	非常適用	
缺乏澄清	5	醫護人員對病人病情所做的解釋很模糊				
	6	我很清楚每一項治療的目的				
	7	我不知道病人的治療還要多久				
	9	我了解醫護人員對我所有的解說				
	10	醫生對我說的話可能話中有話，含有許多其他的意義				
	14	有這麼多不同的醫護人員，很難了解誰負責照顧病人				
	29	在醫院，當我有問題或需要時，我可以依賴我身邊的醫護人員				
	31	我能瞭解醫護人員對我解釋時所用的措辭				
缺乏訊息	1	我不知道病人哪裡出了問題，因為沒有人跟我解釋				
	12	病人的治療太複雜讓我難以理解，因為沒有人跟我解釋				
	26	我不知道病人的情況，因為醫生尚未對病人做出明確的診斷				
	28	醫生對病人的診斷清楚且明確				
	30	病人病情的嚴重程度已經很清楚				
不可預測性	11	我大概知道病人生病的時間可能會持續多長				
	19	我通常可以知道病人的情況是好是壞				
	23	我可以預估病人病情的進展狀況				
	27	我可以從病人身體的症狀了解他的病況是變好還是變壞				

CCFNI 重症家屬需求重要性量表
(Critical Care Family Needs Inventory)

請於表格內以勾選方式「√」表示：

		題目	評分標準				說明
			不適用	尚可	適用	非常適用	
支持需求	2	當病人進入加護病房時 醫護人員能提供對環境 的解釋及注意事項					
	7	我希望能與醫護人員談 論病人健康問題的內心 感受					
	9	當在病床邊時能有醫護 人員教導我要做什麼					
	12	能有朋友給予我支持					
	18	在醫院能有一個提供我 休息的地方					
	22	當有經濟問題時，能有 人提供我協助					
	24	能有牧師或法師等宗教 人士探訪病人					
	25	能有人與我討論死亡的 話題					
	26	當我進入加護病房探視 病人時，能有人陪同我					
	27	能有人關心我的健康問 題					
	30	我能感受到哭泣是可以 的					
	31	我能被告知可提供協助 的人力資源有哪些					
	33	任何時候我都可以有獨 處的機會					
	34	能被告知有人可以協助 我處理家庭面臨的問題					
37	我希望能夠知道醫院內 有佛堂或教堂等設施						

		題目	評分標準				說明
			不適用	尚可	適用	非常適用	
舒適需求	8	我在醫院中能解決用餐及飲水的問題					
	20	在休息區內能提供給我舒適的座椅					
	21	我能感覺自己被醫護人員接納					
	23	在休息區附近能提供給我公共電話					
	28	能有人向我保證短暫離開醫院是可以的					
	32	在休息區附近能有盥洗室					
獲知病人訊息需求	3	我希望能每天與醫生討論病情，以了解病人的情況					
	4	當我不能來醫院探視病人時，能有固定的人員打電話告知病情					
	11	我能夠知道護士提供什麼訊息					
	13	我能知道病人檢查的目的					
	15	我能夠知道是由哪一位護士提供照顧					
	16	我能知道病人治療的方向					
	19	我能確實的知道病人已接受過哪些治療					
	38	我希望能參與病人的身體照顧，如：餵食、擦澡					
陪伴病人需求	6	當病人病情變化時能夠彈性調整探訪時間					
	10	我在任何時間均能探視病人					
	29	我希望能每天能與固定的負責護士討論病情，以了解我病人的情況					

	題目	評分標準				說明
		不適用	尚可	適用	非常適用	
陪伴病人需求	36	我希望探訪時間能準時開放				
	39	當病人將被轉出加護病房時能儘快被通知				
	40	當病人病情轉變時能迅速與我聯絡				
	41	至少一天內我有一次被告知病人病情進展的情況				
	44	我能經常看到病人				
	45	能有休息的地方是靠近病人的				
保證需求	1	我希望知道病人治療的結果				
	5	病人的健康問題能夠被誠實告知				
	14	我能感受到病人是有希望康復的				
	17	能保證病人得到最好的照顧				
	35	醫護人員能使用我了解的字句解釋病人的情況				
	42	我能感覺醫護人員關心病人				
	43	我能知道會影響到病人病情進展的特殊事項				

附錄七 原文問卷使用同意函(一)

Parent Perception of Uncertainty Scale-Family Member (PPUS-FM)

PPUS-FM Scale

MUIC

Managing Uncertainty In Cancer

Request Form for Parents' Perception of Uncertainty in Illness - Family Member Form

PPUS-FM

PPUS

MUIS-C

MUIS-A

Main Page

I request permission to copy the Parents' Perception of Uncertainty in Illness Scale Family Member Form for use in my research entitled:

Level of Uncertainty for Family of Patient
in ICU

In exchange for this permission, I agree to submit to Dr. Mishel, upon completion of the study, a printout of the uncertainty data on a 3.5-inch disk containing the data with the data dictionary. The data must contain information on each subject's response to each item on the *Uncertainty Scale*. This data will be used to establish a normative database for clinical populations. No other use will be made of the data submitted. Credit will be given to me in reports of normative statistics that make use of the data I submitted for pooled analysis. Credit will be given to me in any reports referring to my findings.

Lin Lih Huang
Signature

2006.2.27
Date

Positions and full address of Investigator

135 Nanshiao Street,
Changhua, 500 Taiwan

Permission is hereby granted to copy the PPUS-FM for use in the research described above.

Merle Mishel

Merle H. Mishel

3/8/04

原文問卷使用同意函(二)

Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI)

Dear Dr. Leske:

My name is Lin-lih Chuang. I am a master student of Nursing in Chung Shan Medical University, Taiwan. I am doing the thesis with the title of "Level of Uncertainty, and Needs for Family of Patients in ICU ." I review aplenty of articles found most of authors studying the topic of family's needs used the instrument of "Critical Care Family Needs Inventory," which was developed by you in 1991. I think this instrument will be useful for me to understand ICU family's needs in Taiwan. I wrote this mail to get your permission to use the scale. If you agree with me to use this instrument, I will send you a formal letter for your signature.

Best Regards,

Lin-lih Chuang 2006/2/23

linlih_0423@yahoo.com.tw

Institute of Nursing Chung Shan Medical University, Taichung, Taiwan.

Dear Researcher,

Please find enclosed a copy of the *Critical Care Family Needs Inventory*. You have my permission to use and/or translate the tool to meet your research needs as long as credit is referenced in your work. The psychometric properties of the instrument are published in Leske, J.S. (1991). Internal psychometric properties of the Critical Care Family Needs Inventory, Heart & Lung, 20, 236-244. Please do not hesitate to contact me if you have any questions. Best wishes for a successful research project.

Sincerely,

Jane S. Leske PhD, RN

附錄八 專家效度名單

專家效度名單(依姓氏筆劃順序)

- | | |
|----------|------------------|
| 白香菊 講師 | 敏惠醫護管理專科學校 |
| 李雅文 督導長 | 財團法人彰化基督教醫院護理部 |
| 吳麗芬 副教授 | 國立台中護專 |
| 黃璽文 主治醫師 | 財團法人彰化基督教醫院急診醫學部 |
| 翁春祝 關懷師 | 財團法人彰化基督教醫院院牧部 |

