

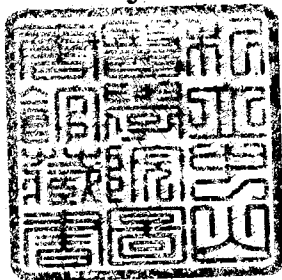
R
008.8
7524

中山醫學院醫學研究所碩士論文
Master Thesis, Institute of Medicine,
Chung Shan Medical and Dental College

指導教授：王慶福副教授 郭碧照副教授

精神科護理人員壓力感受、因應行為
與職業倦怠之相關研究

A Study on the Relationship Among
Stress Perceptions, Coping Behaviors and
Burnout of Psychiatric Nurses



研究生：陳佳英(Jia-Ing Chen) 撰

中華民國八十六年六月

參考書恕不外借

中山醫學院圖書館



C046084

授權書

(博碩士論文)

本授權書所授權之論文為本人在 中山醫學院 醫學研究所
Z 組 85 學年度第 2 學期所撰 碩士 學位論文。

論文名稱：精神科護理人員壓力感受，因應行為與職業倦怠之相關研究。

同意 不同意

本人具有著作財產權之論文提要，授予國家圖書館、本人畢業學校及行政院國家科學委員會科學技術資料中心，得重製成電子資料檔後收錄於該單位之網路，並與台灣學術網路及科技網路連線，得不限地域時間與次數，以光碟或紙本重製發行。

同意 不同意

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，得不限地域時間與次數以微縮、光碟重製後發行，並得享該中心微縮小組製作之研究報告、獎勵代表作、博碩士論文三檔資料等值新台幣伍佰元之服務。本論文因涉及專利等智慧財產權之申請，請將本論文全文延後至民國 86 年 8 月後再公開。

同意 不同意

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，不限時間與地域，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。

指導教授姓名：王慶福、郭碧照

研究生簽名：陳佳美 學號：R84125
(親筆正楷)

日期：民國 86 年 7 月 19 日

- 備註：
1. 上述同意與不同意之欄位若未勾選，本人同意視同授權。
 2. 授權第二項者，請再交論文一本予承辦人員。
 3. 本授權書已於民國85年4月10日送請著委會修正定稿。

誌謝

懷著一顆感恩的心感謝眾多幫助過我的一切人、事、物，在許多因緣的結合下，論文終告完成，感謝兩年來陪我走過的師長、朋友及家人，由於您們的指導、支持與鼓勵才能使我在學習過程中逐漸成長與茁壯。

論文完成之際，心中充滿無限的感激。感謝指導教授王慶福老師兩年來在學習過程中細心的指導以及當我遇上困難時，不斷鼓勵我，以包容的心引導我解決困難，其教學態度是我學習的模範。感謝指導教授郭碧照老師，在繁忙行政事務之餘，不但細心的指正論文的缺失，在學習的過程中，更不時提供我寶貴的意見。感謝口試委員台中榮總精神科闕清模主任，在口試時提供寶貴的經驗與意見，更開啟我未來研究的方向。而資料統計分析的過程中特別要感謝指導教授王慶福老師及王郁茗老師細心與耐心的指導，在兩位老師的協助下使繁雜的統計過程能順利完成。

在收案過程中，特別要感謝參與本研究的八所醫院護理部主任協助資料收集；感謝台中榮總陳督美督導提供許多研究的寶貴意見；感謝草屯療養院陳甘味主任、張梨菊護理長、鄭錦珠護理長等多位愛護我的長輩以及月華師母在問卷收集的協助與支持，使研究能順利進行；更感謝參與本研究174位辛苦的臨床精神科護理人員，提供自己寶貴的經驗，您們在工作上辛苦的奉獻深得大家所尊敬。

在學期間，感謝廖克剛老師、石芬芬老師提供寶貴資料及精神支持，以及許多關愛我的朋友尤其是淑華以及姿滢學姐、櫻枝學姐、美霞老師、梅芳、佩芬、韻如、美伶、雅慧、巧惠等以及多位草屯療養院3-1病房的朋友，由於您們的支持，使我在學習的路上不感寂寞。

感謝辛勞的父母親，讓我無後顧之憂地完成求學過程，尤其兩年研究所期間更是予以全力的支持與鼓勵，使我能順利完成學業，在學期間大妹幸君、弟一志不辭辛勞的協助尋找論文文獻與精神鼓勵，小妹青慧不分日夜的電腦打字以及志龍的鼓勵與關懷，使我在兩年的學習過程如此平順，這一切的收穫與成長，願與我最親愛的家人、師長及朋友分享。

陳佳英謹誌

中華民國八十六年六月

論文摘要

本研究探討精神科護理人員壓力感受、因應行為與職業倦怠之關係。選取中部地區八所公私立精神醫療單位的174位精神科護理人員為研究對象，進行問卷調查。研究的主要發現如下：

1. 精神科護理人員最常感受到之壓力源為『資源缺乏』，其次為『排班事宜』、『行政與組織系統』及『病人負向特性』。而壓力感受程度最高的前五項依序為『缺乏足夠的夜間安全措施』、『工作單位缺乏人力』、『缺乏男性工作人員』、『在一個月內需上各種類別的班』、『負責太多各式各樣的非護理工作』。

2. 精神科護理人員較常使用問題取向之因應行為，而較少使用情緒取向之因應行為。因應行為最高之前五項依序為『接受事實』、『希望事情會逐漸好轉』、『和面臨同樣情況的人交換意見』、『由家人或朋友那兒，尋求安慰與支持』、『考慮以其他方法，來處理眼前的壓力』、『用過去的經驗來解決問題』。

3. 整體而言，約半數精神科護理人員有重度情緒耗竭，1/3以上精神科護理人員有重度之非人性化感受以及近1/3的精神科護理人員重度缺乏個人成就感。急性群病房比慢性群病房精神科護理人員有較高的非人性化感受。

4. 『情緒耗竭』與壓力感受四個向度均呈正相關。『非人性化』則與病人負向特性呈低度正相關。而『個人成就感』與資源缺乏及排班事宜之壓力感受，呈低度負相

關。

情緒取向之因應與職業倦怠各向度之間的相關均達統計意義。問題取向之因應與職業倦怠各向度之間，僅與個人成就感達低度正相關。

5. 由典型相關分析來看，資源缺乏、行政與組織系統、病人負向特性及排班事宜等壓力感受越小，採取問題取向因應而較不採取情緒取向因應者，其職業倦怠較小。

根據以上結果，本研究提出護理上的應用及未來研究的建議。

關鍵字：精神科護理人員、壓力感受、因應行為
職業倦怠

Abstract

The purpose of this research was to investigate the relationships among stress perceptions, coping behaviors and burnout of psychiatric nurses. There were 174 psychiatric nurses taking part in the study through questionnaires. They were working in private or public psychiatric units in the central area of Taiwan. The following was the results of this study.

1. The main stressors that the nurses encountered most often was in the decreasing order as A)lack of resources B)duty schedule C)policy and organization D)the negative characteristics of patients. However, the 5 most common causes of stress perceptions were accordingly in the decreasing order as (1) lack of nocturnal security (2) lack of labor forces (3) lack of male assistants (4) rotary work-time within a month (5) too much non-nursing work.

2.The psychiatric nurses usually reacted in problem-oriented coping behaviors, and rarely in emotion-oriented coping behaviors. The 5 most common coping behaviors in the decreasing order were as follow (1) accepting the fact (2) expecting conditions would get better (3) exchanging the experience with those who facing the similar condition (4) asking for consolation and support from friends or families (5) using other means to resolve pressure-causing problems (6) solving problems with past experiences.

3.In the general, about 1/2 psychiatric nurses had severe level of emotional exhaustion. Moreover, there were over 1/3 nurses had severe level of feeling of depersonalization and 1/3 lacked of personal accomplishment.

4.The emotional exhaustion was related to the 4 aspects of stress perceptions, however, depersonalization was only in low positive relationship with the negative characteristics of patients. Furthermore, the personal accomplishment was also in low negative relationship with the lack of resource and duty schedule.

The emotion-oriented coping behaviors and three dimensions of burnout were related significantly to each other. However, between the problem-oriented coping behaviors and burnout, only low positive relationship with the personal accomplishment was found.

5.The result of the canonical correlation analysis showed that the less stress perceptions from the lack of resource , policy and organization , negative characteristics of patients and duty schedule and those reacting with problem-oriented coping behavior rather than with emotion-oriented coping behavior , the less occurrence of burnout .

In conclusion , this study offers practical applications in nursing and suggestions for further studies .

Key words: psychiatric nurse, stress perception, coping behavior, burnout

目 錄

	頁數
論文摘要-----	I
目 錄-----	V
圖表目錄-----	VII
第一章 緒論	
第一節 前言-----	1
第二節 文獻探討-----	5
第三節 研究架構-----	20
第四節 研究問題與假設-----	21
第五節 名詞界定-----	22
第二章 材料與方法	
第一節 研究樣本-----	23
第二節 實施步驟-----	23
第三節 研究工具-----	23
第四節 資料分析-----	27
第三章 研究結果與討論	
第一節 研究樣本精神科護理人員基本 資料描述-----	28
第二節 精神科護理人員壓力感受、因 應行為與職業倦怠之描述-----	30
第三節 精神科護理人員壓力感受、因 應行為與職業倦怠之相關情形-----	35
第四節 精神科護理人員壓力感受、因 應行為與職業倦怠之關係-----	39
第四章 結論與建議	
第一節 結論-----	42
第二節 護理上應用及建議-----	46
第三節 研究限制與未來研究之建議-----	48

參考文獻

一、中文部份-----50

二、英文部份-----50

附錄

附錄一、研究工具-----77

附錄二、量表去函徵求原作者同意-----82

圖表目錄

	頁數
圖 1-1 精神科護理人員壓力感受、因應行為與職業倦怠之研究架構-----	20
表 3-1 精神科護理人員個人基本資料表-----	63
表 3-2 精神科護理人員壓力感受統計值之描述-----	65
表 3-3 精神科護理人員各項工作壓力之平均數、標準差及等第表-----	66
表 3-4 精神科護理人員因應行為統計值之描述-----	68
表 3-5 精神科護理人員因應行為之平均數、標準差及等第表-----	69
表 3-6 精神科護理人員職業倦怠統計值之描述-----	71
表 3-7 精神科護理人員職業倦怠之平均數、標準差-----	72
表 3-8 精神科護理人員職業倦怠之分佈-----	74
表 3-9 精神科急性群病房護理人員職業倦怠之分佈-----	74
表 3-10 精神科慢性群病房護理人員職業倦怠之分佈-----	74
表 3-11 精神科護理人員壓力感受、因應行為與職業倦怠之相關矩陣-----	75
表 3-12 典型相關 分析摘要表-----	76

第一章 緒論

第一節 前言

一· 研究動機

隨著時代的快速變遷，以助人為專業者因工作壓力而產生職業倦怠情形日益增加，引起各種助人專業領域的注意。Henderson (1964)稱護理本身是一充滿壓力的專業工作，因護理人員需面對人的生老病死，更需秉持愛心，耐心與體諒的精神，發揮理智的判斷與情感上的付出才能勝任。Patrick(1979)指出健康照顧行業，面臨持續之工作壓力，是形成職業倦怠之高危險群。沈重與重覆性的壓力若缺乏適當方式紓解，日後將導致職業倦怠，不僅削弱個體之自尊與自信，影響創造性發展，並將減低組織間之向心力，阻礙專業發展及進步(Bush, 1979)。Calhoun (1980)指出醫院固有組織之特性，具多層職權及專業化，且工作環環相扣故屬高壓力之行業，特別以護理人員為然。Calhoun及Calhoun(1983)亦指出護理工作是醫療體系中具高度壓力的工作。許多學者已研究出工作壓力及因壓力產生之職業倦怠已顯著造成工作人員自身、其人際間及組織專業之負面影響。對護理人員而言，可能產生身心症狀、工作不滿、藥物及酒精濫用等問題(Bradley & Cox, 1978 ; Cherniss, 1980a ; Davis, 1974 ; Lavandero, 1981a ; Maslach, 1978 ; Maslach & Jackson, 1986)。對組織機構而言，它可能與工作士氣低落、遲到、曠班、流動率等負向特性有關(Behling & Kosmo, 1971 ; Bradley & Cox, 1978 ; Friel & Tehan, 1980 ; Maslach & Jackson, 1986 ; Pines, Aronson & Kafry, 1981)。對護理專業而言，影響並降低照顧病人品質(Maslach & Jackson, 1986 ; Meyer & Mendelson,

1961)。而對人際問題而言，更將產生婚姻衝突、工作人員之間衝突等問題(Cherniss，1980；Maslach，1982；Maslach & Jackson，1986；Pines et al., 1981)。因此在護理人員流動率增加，職業倦怠日益嚴重之環境背景下，護理人員之壓力感受及因應行為需加以重視(Copp，1988)。

Sullivan(1993)指出，精神科護理為一特殊化之專業，因必須照料心理苦惱及承受心理障礙之病人，精神科護理人員密集與困擾不安之病人產生交互作用，在護理專業中是一深具挑戰性之職業。Cronin-Stubbs及Brophy(1985)發現精神科護理人員較其它護理人員承受更多來自病人、家屬、醫師及同事方面之人際衝突，且這些情境與職業倦怠呈正相關。Cronin-Stubbs及Brophy指出，精神科護理人員比其它護理人員較少得到肯定及回饋。Cronin-Stubbs及Brophy認為精神科護理人員對病人之照顧著眼點在人際互動，因此其護理措施比其他護理人員不易觀察且不具體，以及精神科護理功能的發揮不像其它科別仰仗同事間的相互依賴，相較之下，精神科護理人員對壓力的調適及可能產生的適應問題值得深入探討。

國內對精神科護理人員之壓力感受、因應行為與職業倦怠之研究，近年來有逐漸增加的趨勢，毛氏與李氏(民81)採用典型相關研究結果顯示，精神科護理人員面臨各類別壓力情境時多採取情緒取向之因應行為，換言之，護理人員面臨工作壓力時較少使用問題解決過程去解決問題。這種現象對護理專業的發展或許其負面意義要大過正面意義。而國外研究指出，護理人員較常使用情緒取向因應者，產生職業倦怠較高(Ceslowitz，1989；Duquette，1995；Sullivan，1993；Teague，1992)。是否如此，

值得深入探討。

本研究興趣即在探討與分析精神科護理人員壓力感受、因應行為與職業倦怠之關係。研究結果可提供精神科護理行政、教學及臨床工作人員參考並協助護理人員了解自己的壓力感受，以擬定必要政策及因應方式預防職業倦怠之發生，藉以提升護理專業之品質。

二· 研究目的

本研究之研究目的如下：

- 1· 描述精神科護理人員之各種壓力感受
- 2· 描述精神科護理人員因應行為之型態
- 3· 描述精神科護理人員職業倦怠之狀況
- 4· 了解精神科護理人員壓力感受，因應行為與職業倦怠三者之關係

第二節 文獻探討

本研究根據研究主題及目的進行文獻探討，依序為壓力感受概念及研究、因應行為概念及研究、職業倦怠概念及研究。

一、壓力感受概念及研究

(一) 壓力感受的概念及理論

壓力源於物理學，為外力作用於物體上使其扭曲變形之意。而 Selye (1956) 首先把壓力此名詞帶入心理學境界，稱壓力為身體對外界刺激所產生之非特定性反應，其以一般適應症候群來說明，包含三階段(1)警告期(2)抵抗期(3)衰竭期。即不管刺激為何，身體必會再適應，若長期無法適當的調適，將發生衰竭現象甚至死亡。Holmes & Rahe (1967)，認為個人生活中的任何改變都可能形成壓力，他們編製『社會再適應量表』以便探測個人之壓力感受程度的方式測定其壓力大小。而 Lazarus 與 Folkman (1984) 認為壓力不僅是一種刺激，也是一種反應，若視壓力為一外在的刺激事件，則屬環境因素；若視壓力為個人反應的結果，屬個人因素，二者說法都失之偏頗，故認為壓力為個人和環境交互作用的結果，而由個人對環境認知而產生壓力感受。壓力為個人知覺到自己的資源無法滿足外在環境或環境不能滿足個人內在需求，因而產生不平衡的感受 (Hobfoll, 1989)。綜上所述，有關壓力的研究大致可分為三種模式：(1)反應型模式—認為壓力是個體對刺激的反應，而壓力為依變項。(2)刺激型模式—認為壓力是環境中之刺激特性，而壓力為自變項。(3)互動型模式—認為壓力為個人與環境互動後所形成不平衡結

果。而目前有關壓力之研究大多著重在互動型模式 (Perlberg, 1985)，原因在於它統合了壓力之反應型模式及刺激型模式，並強調個人知覺，即使外在環境之需求不多，個體亦有可能感受到壓力 (Hobfoll, 1989)。

Beehr 及 Newman (1978)認為工作壓力是工作因素與工作者產生交互作用結果，改變工作者生理心理的正常狀態。林氏(民 79)認為工作壓力為工作者與工作事件、情境無法配合，致工作者情緒、身體及行為失去恆定狀態。

(二) 護理人員壓力感受的相關研究

一些護理學者指出，護理是一個充滿壓力之專業 (Chiriboga, Jenkins, & Bailey, 1983; Constable & Russell, 1986; Henderson, 1964; McCloskey, 1974; Tyler & Cushway, 1992)。Henderson (1964) 稱護理本身是一個充滿壓力之專業工作，因此份工作須面臨人生老病死之過程，更須秉持愛心、耐心與體諒之精神。七〇年代起已有許多學者研究護理人員之壓力源 (Hay & Oken, 1972; May, 1972; Turner, King, & Craddock, 1975)。Gray-Toft 及 Anderson (1981) 研究指出護士有 7 種壓力源(1)照顧死亡及垂死病人(2)與醫師之間之衝突(3)無法滿足病人及家屬情緒之需求(4)缺乏同事之支持(5)與同事及上司之衝突(6)工作負荷過重(7)關於治療之不確定性。Numerof 及 Abrams (1984) 研究指出護理人員之典型壓力為(1)照顧垂死及死亡之病人(2)病人及家屬情感之需求(3)工作負荷過重(4)與行政人員衝突(5)與醫師及護理人員衝突。Dewe (1988) 針對 2500 位不同單位之註冊護士進行調查，結果其壓力為(1)工作

量過高(2)與同事相處困難(3)照顧危急病人(4)過度關注病人(5)護理有困難或無助之病人。Bailey 等人研究 1800 位加護病房之護理人員，顯示其主要壓力為(1)與其他健康照顧者人員之衝突(2)不適當護理人員數分配(3)照顧垂死病患而缺乏他人支持(4)工作環境設備不足，空間不夠(5)缺乏具反應性之領導者 (Bailey, Steffen, & Grout, 1980)。而人際關係是加護病房護士最大之壓力源(Bailey, Walker, & Madsen, 1980)。

有關特別針對精神科護理人員壓力感受之調查也漸受到普遍重視。Hargreaves 及 Runyon(1969) 也指出護理各科別之專業角色不同，精神科護理人員之專業角色，主要在於人際互動之過程，而較少著重於病人生理及用藥治療上。Cornin-Stubbs 及 Brophy (1985) 研究結果顯示精神科護理人員較其他護理人員經歷較多來自病人、家屬、及同事之間之人際衝突，並且在工作或工作之外比其他科護理人員較少獲得他人之肯定及回饋，而 Cronin-Stubbs 及 Brophy 認為由於精神科護理人員對病人之照顧著重於人際間之互動，以致於護理措施比其他護理人員不具體且不易觀察，其外在情緒及其他方面之支持系統是相當低的。

Dawkins, Deep 及 Selzer (1985)隨機邀請 100 位精神科護理人員寫下其專業領域之壓力事件，在 200 題壓力事件中，經刪除語意含糊及較罕見者，編製成 78 題之問卷，並進一步把 78 題歸類成六大壓力源(1)行政與組織系統(2)病人負向特性(3)工作人員表現(4)資源缺乏(5)排班事宜(6)同事間衝突。Trygstad(1986)研究 22 位精神科護理人員，其壓力源有七(1)單位人員之間(2)護理長及督導的態度(3)醫師(4)資源缺乏(5)病人(6)自我(7)行政

措施等。Jones, Janman, Payne 及 Rick (1987) 指出精神科護理人員之兩大壓力源為“照顧病患”“行政及組織問題”。Shankaraiah 及 Lalitha (1990) 也指出一般精神科護理人員之六種壓力源(1)行政及組織問題(2)資源缺乏(3)同事間衝突(4)排班問題(5)病人負向特性(6)工作人員之表現。而 Sullivan (1993) 以五類壓力源(1)病人照顧(2)工作環境(3)人際關係(4)支持系統(5)組織問題，調查精神科護理人員之壓力感受。綜合以上學者之看法，精神科護理人員壓力源應大致包含兩大類別(1)行政與組織問題(2)病人照顧方面。而多位學者也研究顯示，精神科護理人員經常感受到行政與組織系統方面之壓力感受(Dawkins et al., 1985 ; Jones et al., 1987 ; Sullivan, 1993)，而精神科病人之照顧方面，也是精神科護理工作中較特殊也常出現的壓力事件(Dawkins et al., 1985 ; Jones et al., 1987 ; Sullivan, 1993)。

國內毛氏與李氏(民 81)以台灣地區北、中、南部八所公私立精神科治療單位之 353 位護理人員為調查對象，研究精神科護理人員壓力感受情形顯示，高壓力層次的壓力項目集中於資源缺乏、病人負向特性、行政組織系統及排班事宜等方面，而依壓力強度項目排列，前幾項依次為薪水太少，工作單位缺乏人力、缺乏足夠的夜間安全措施、缺乏男性工作人員、缺乏行政系統方面之支持等。

根據上述之文獻探討，本研究採毛氏與李氏(民 81)研究結果之高壓力感受項目 27 題為施測題目，包含四個向度，資源缺乏、排班事宜、行政與組織系統及病人負向特性，已涵蓋行政與組織問題、病人照顧方面兩大類，以瞭解精神科治療單位護理人員之壓力感受情形。

二· 因應概念及研究

(一) 因應的概念及理論

Lazarus (1966)稱因應行為為個人處理壓力之策略；即個人用以改變他與環境互動所形成的壓力，或控制他對情境的情緒反應之方法與過程。Folkman 與 Lazarus (1980) 稱因應為個人的認知及行為努力處理個人與環境間之內外在需求，而此需求為超過個人能力資源所能負荷的。由於工作壓力，個人知覺到環境與個人的平衡受到破壞，此時個人會努力維持平衡狀態，採取之行為即謂因應行為 (Osipow & Spokane, 1987)。即是當個人感受到壓力時，即會採取因應行為 (Matheny & Curlette, 1986)。而 Lazarus 及 Folkman (1984) 之壓力認知理論中，即稱壓力與因應方式均為認知評估之過程，此過程有三階段(1)初級評估：即個人評估壓力情境對個人之威脅程度(2)次級評估：經由初級評估，個人知覺壓力程度後，即會評估及選擇適當因應方式。(3)再評估：當考慮採行之因應方式後，再將壓力情境與個人的意義作評價，此時將有可能修正次級評估所採行之因應方式。通常所採行之因應方式為適當的，將使個人趨於成長及幸福狀態；反之，如使用不適當之因應方式，則將增加個人之壓力感受 (Agte, 1984)，或產生職業倦怠症狀 (Sue, 1986)。

而多數學者將因應方式分為二種(1)問題取向之因應—為由自己行為改變或設法降低壓力源。(2)情緒取向之因應—為調節因壓力而困擾之情緒，以保持情緒平穩 (Jalowiec, Murphy, & Powers, 1984)。通常當人處於高壓力情境，人們多會同時採兩種因應方式；對於可改變之情境，大多採用問題取向之因應；對於無法改變之情境，處於無助、無望感之境地，通常所採用的為情緒取向

之因應方式 (Compas, Malcarne, & Fondacaro, 1988; Folkman & Lazarus, 1988; Forsythe & Compas, 1987; Pines & Aronson, 1988)。然而以情緒為取向之因應為一短期有效因應壓力情境之方法。因情緒為取向之因應多為負向行為如，抽煙、咀咒、退縮，無法長時間有效調節壓力情境 (Lazarus & Folkman, 1984)。通常若能適當調適情緒，則解決問題之成果將較好，因為高張情緒將干擾到解決問題之認知活動 (Easterbrook, 1959; Folkman, 1984; Kahneman, 1973; Klinger, 1975; Korchin, 1964; Lazarus, 1966; Sarason, 1972; Vroom, 1964)。Cohen 及 Lazarus (1979) 稱因應之任務為能得到控制理想之結果，包含(1)降低傷害性之環境，增加恢復之期望(2)忍耐或適應負向之事件或事實(3)維持正向之自我心像(4)維持情緒之平衡(5)持續與他人保持滿意性之關係。因此，因應之功能在於調整情緒上之苦惱及解決問題 (Folkman & Lazarus, 1980; Kahn, Wolfe, Quinn, & Snoek, 1964; Lazarus & Folkman, 1984; Mechanic, 1962)。

(二) 護理人員因應的相關研究

有些學者也針對護理人員作因應行為之調查。Kimmel (1981) 研究 135 位護理人員，結果發現兩種因應型態與職業倦怠相關，自責之因應與職業倦怠呈正相關，成長之因應與職業倦怠呈負相關。Ceslowitz (1989) 研究 150 位護士指出，護理人員處於低職業倦怠時，使用之因應策略為(1)有計劃的問題解決(2)正向的重新評估(3)尋找社會支持(4)自我控制。而護理人員處於高職業倦怠時，使用之因應策略為(1)逃避(2)自我控制(3)抵抗、面對。Lauzon (1991) 調查 173 位急診室護理人員，結果發

現逃避及對抗之因應可預測職業倦怠，有計劃的問題解決及正向的重新評估與職業倦怠呈負相關。Teague (1992) 調查 163 位護理人員，結果顯示出，護理人員較常使用情緒取向之因應者，產生職業倦怠較高。

Oskins (1979) 調查加護病房護士之壓力與因應行為，顯示最常用之因應為“向別人傾訴”“依所了解採取行動”“回想過去的經驗”等。Scully (1980) 也指出護理人員因應壓力之方法(1)放鬆運動(2)不按固定程序工作(3)暫時停工、泡溫水浴、聽音樂(4)尋找動態之活動(5)自我肯定技巧的訓練。許多學者提出一些因應方法可減輕加護病房護理人員之壓力，其為(1)群體支持系統(2)輔導諮商(3)鬆弛技巧訓練(4)壓力處置教育(5)加護病房高危險群之護理人員調至其它單位 (Oskins, 1979; Sheehan, Donnell, Fitzgerald, Hervig, & Ward, 1981; Weiner & Caldwell, 1981)。

有關特別針對精神科護理人員因應行為之研究調查不多，而 Sullivan (1993) 研究 78 位精神科護理人員因應與職業倦怠之關係顯示，以問題取向之因應與個人成就感呈正相關，而與壓力呈負相關，然而以情緒取向之因應與情緒耗竭呈正相關，而此結果與 Ceslowitz (1989) 之研究相似。毛氏與李氏 (民 81) 研究 353 位精神科護理人員之壓力感受與因應行為，結果顯示，精神科護理人員較常用之因應方法是“從壓力事件中領悟一些道理”“客觀地分析問題”“接受事實”“和面臨同樣情況的人交換意見”“希望事情會逐漸好轉”，而“喝酒”及“服用鎮靜劑”是較少使用的因應方法，典型相關統計結果顯示，精神科護理人員面對來自各類別之壓力時，其因應策略以調整情緒為主，較少使用問題解決過程去因應所面臨之壓

力。而 Teague(1992)之研究顯示，護理人員較常使用情緒取向因應者，產生職業倦怠較高。故本研究擬採用情緒及問題取向因應行為為因應行為的兩個向度，以探討因應行為和職業倦怠的關係。

有關一般護理人員因應行為的調查較為普遍，而不論國內外針對精神科護理人員因應行為的研究仍較少，故本研究之興趣在於探討精神科護理人員因應行為與職業倦怠之現況，以便深一層瞭解精神科護理人員的因應行為及其與職業倦怠之關係。

三. 職業倦怠概念及研究

職業倦怠 (burn-out) 在一般字典之定義為『失敗、精疲力竭，或過度索求精力、資源而變得耗竭』。Freudenberger 於 1974 年首次提出職業倦怠來描述人類的耗竭現象後，有關研究相繼出現。許多學者研究職業倦怠各有不一的觀點，各學者之觀點如下：

- A. Freudenberger (1974) 稱職業倦怠為工作情境對個人能力、資源之過度需求，致使工作者能量耗盡，造成情緒耗竭之現象。
- B. Maslach (1977) 稱職業倦怠為工作上慢性持續性壓力所產生之心理及身體之耗竭。
- C. Pine 及 Maslach (1978) 認為職業倦怠是身體及情緒衰竭現象，包含負向的自我概念，消極的工作態度及喪失對病人之關心。
- D. Cherniss (1980b) 稱職業倦怠為當個人承擔過重的負荷或遭過度的閒置，所產生之生理、情緒及行為之衰竭過程。
- E. Edelwich (1980) 稱職業倦怠為工作情境所導致個人之理想、能量、資源逐漸喪失之過程。
- F. Pines 及 Aronson (1981) 稱職業倦怠為助人職業者長期的情緒投注所產生之生理、情緒及心理耗竭之狀態。
- G. Maslach (1982) 稱職業倦怠為情緒耗竭、非人性化及降低個人成就感之症候群，通常易發生於從事以人為服務對象之工作者身上。

由以上學者對職業倦怠之論點，可知職業倦怠並非偶發的，它的形成是漸進的，且通常會伴隨症狀出現。

(一) 職業倦怠之症狀

各學者對職業倦怠症狀之描述，或多或少有些相似但仍有些許差異，他們對職業倦怠症狀之分類仍不盡相同，如 Patrick (1979) 則將職業倦怠之症狀區分為生理、認知、情緒、行為等症狀，Cherniss (1980a) 歸納出生理、情緒及行為三大類，Pine 及 Aronson (1981) 歸納出生理、情緒、心智耗竭三個組成因素，研究者以 Patrick (1979) 分類架構綜合 Pine 及 Aronson (1981)、Cherniss (1980a)、Freudenberger (1974)、Maslach (1977, 1978) 等及其他學者之研究，歸納出職業倦怠之症狀如下：

1. 生理症狀：為生理耗竭狀態，主要症狀如 (1) 慢性疲倦、乏體力、虛弱。(2) 心身症如頭痛、偏頭痛、胃腸障礙、無法入眠等。(3) 飲食習慣改變，體重改變。(4) 易患感冒，對疾病抵抗力欠佳。
2. 認知症狀：為心智耗竭之狀態，主要症狀如 (1) 自我態度方面：低自尊、負向的自我概念、自責、自貶、退縮。(2) 他人態度方面：對病人採取非人性化態度、與同事不易共處、對同事則持多疑、妄想之態度。(3) 工作態度方面：對工作心存不滿、遲到早退、曠班、低工作士氣、失去工作動機及熱忱、對專業失去信心。(4) 生活態度方面：悲觀，憤世嫉俗之態度。
3. 情緒症狀：為情緒耗竭狀態，主要症狀如冷漠悲觀、無望感、憂鬱、對挫折容忍度低、易怒、無法控制自己的情緒、悶悶不樂、心存罪惡感、低自尊、覺得自己處理事情的能力減低、無法面對改變、思想停滯、健忘。
4. 行為症狀：在工作上常易出差錯、機械化工作、常藉抽煙、喝酒等尋求刺激以得到情緒之發洩，在人際關係上

與同事不易相處，變得疏離、摩擦多。

(二) 職業倦怠之發展歷程

職業倦怠它的發展是有階段性的 (Daley, 1979)，因為它進行很慢，以致護理人員會忽視，甚至否認這問題 (Freudenberger, 1977)，以下列舉一些學者之論點如下：

Edelwich (1980) 則將職業倦怠分為五個階段，統稱之為理想逐漸幻滅的階段：

第一階段：熱忱 (enthusiasm)

工作者剛開始從事一項新工作或職位時，常抱持滿懷不切實際的希望，他們興緻勃勃、衝勁十足，認為工作可以滿足一切，而過度使用精力。

第二階段：停滯 (stagnation)

停滯之產生由於工作者發現個人努力的結果很難評估及證實，而面臨持續挫敗，因而，工作者不再將工作視為生活之全部，雖然仍同樣在工作，卻不再期望工作能滿足個人需求。

第三階段：挫折 (frustration)

此階段為職業倦怠之核心部份，工作者開始懷疑、詢問自己從事這份工作之成效及工作本身之價值何在，因而可能採取三種反應

1. 因工作時間過長，或因工作情境對個人能力、資源之過度需求或因個人對工作產生無力感，而導致全然的職業倦怠。
2. 將挫折感作為脫離職業倦怠之跳板，面對問題並採取改變行動。

3. 退縮，與他人保持距離。

第四階段：冷漠 (apathy)

此為抵抗挫折之防衛機轉，為避免表現挫折感，而以冷漠態度顯現，工作者面臨挫折時，不再生氣或表現出挫折，並盡可能減少投入工作上之時間，失去挑戰性，已放棄努力，只求保全其職位。

第五階段：介入、措施 (intervention)

個人可能採用任何建設性或非建設性之措施介入於前面任一階段，以打破理想幻滅的循環，中斷職業倦怠之過程。

Maslach (1982) 則將職業倦怠分為三階段：

第一階段：情緒耗竭 (emotional exhaustion)：

工作者充滿理想與抱負踏入助人專業行列中，當其面臨太多情緒負荷時而產生情緒耗竭，覺得自己已無法再付出太多的心力於工作上。

第二階段：非人性化 (depersonalization)：

當工作者情緒耗竭使之感到無力付出，為避免過度與人接觸，此人會以批評、嘲諷的態度與人相處，甚至漠視服務對象之一切需要、權利與問題。

第三階段：自我成就感低落 (reduced personal accomplishment)

由於非人性化使得工作者罪疚、自貶、形成負向自我態度，會以消極的態度評量自己之工作表現，而造成自我成就感低落。

以上學者對職業倦怠發展歷程之觀點都一致反映出『理想—>挫折—>倦怠』之歷程，即工作者都曾一度燃燒著熱情，理想，因挫折轉而出現職業倦怠。

(三) 護理人員職業倦怠的相關研究

有關職業倦怠之研究，大多著眼於以助人為主之服務部門，如社工人員、護理人員、教師、律師等 (Maslach, 1982; Perlman & Hartman; 1982)。多位學者認為職業倦怠是以人為服務對象之專業中極常見的一種症候群 (Kilpatrick, 1989; Pine & Aronson, 1981; Pine & Kanner, 1982)。一些學者並指出護理人員是職業倦怠之高危險群 (Edelwich, 1980; Genry, Foster, & Froehling, 1972; Hay & Oken, 1972; Maslach, 1982; McConnell, 1982; Perlman & Hartman, 1982; Welch, Medeiros, & Tate, 1982)。而造成助人為專業職業倦怠之因素有以下原因 (Macinick & Macinick, 1990)：

1. 非現實之期待。
2. 對於一事情之完成、成功，缺乏定義及測量標準。
3. 薪水比其他行業低。
4. 缺乏社區支持及支持系統。
5. 在照顧病人方面，特定之病人受到照顧，而有些病人受到忽視，易感職業倦怠。
6. 對階級化之官銜升遷有性別歧視。
7. 此行業直接接觸大眾，又容易受大眾誤解。
8. 護理人員離職原因大多與行政工作複雜有關，而少與照顧病人方面有關。

而一些學者認為造成職業倦怠之因素可分為個人因素及環境因素兩大類：

A. 個人因素：非現實期待、低自尊、過度奉獻、自我苛

求、缺乏支持系統及權威主義者易職業倦怠 (Lavandero, 1981b; Maslach, 1982)。

- B. 環境因素：包括工作負荷過重、護理病危之病人、缺乏職權執行任務、角色衝突、缺乏護理長之支持、不適當薪水及對工作情境無法控制等易產生職業倦怠 (Jackson, 1984; Lavandero, 1981b)。

有些學者也針對護理人員作職業倦怠之研究。Constable 及 Russell(1986)研究內科護理人員其工作壓力與職業倦怠之情形顯示，工作壓力與職業倦怠呈正相關，而 Cronin-Stubb 及 Brophy(1985)、Sullivan(1993)以及許氏(民 85)調查精神科護理人員也顯示同樣結果。McCarthy (1985)調查 31 位精神科護理人員職業倦怠情形顯示，當照顧急性困擾之精神科病人及值夜班時，其職業倦怠較高。當處於壓力情境時，所採取因應行為適當，將使個人趨於成長及幸福狀態，如果不適當使用因應行為，其個人的壓力感受也相對提高 (Agte, 1984)，甚至產生職業倦怠症狀 (Sue, 1986)。Lazarus 及 Folkman (1984)更指出，情緒取向因應為短期因應壓力情境之策略，長時間不能有效調節壓力，事實上以此為因應將造成高職業倦怠。而 Teague (1992)在調查 163 位護理人員中結果顯示，護理人員較常使用情緒取向之因應者，其職業倦怠較高。Sullivan (1993)研究 78 位精神科護理人員結果指出，護理人員採取問題取向之因應與個人成就感呈正相關，而與壓力呈負相關，然而採取情緒取向之因應與情緒耗竭呈正相關，而此結果與 Ceslowitz (1989)，及 Duquette (1995)之結果類似。

由以上陳述可知，護理人員在努力與矛盾不平衡之狀況下造成挫折感，且置身於持續不斷之負向工作情境，如

這些壓力無法適當紓解與反應，最後將造成職業倦怠。故本研究之興趣在於瞭解精神科護理人員職業倦怠之情形並探討其壓力感受、因應行為與職業倦怠之關係，以協助護理人員瞭解自己的壓力感受，以擬定適當之因應方式預防職業倦怠之發生，並提升護理專業品質。

第三節 研究架構

根據研究目的及文獻探討的結果，擬定出本研究架構如下

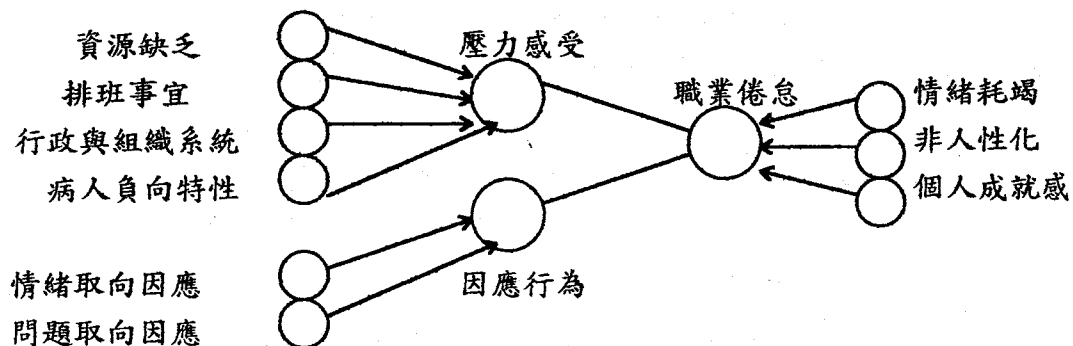


圖 1-1：精神科護理人員壓力感受，因應行為與職業倦怠之研究架構。

- 說明：1. 壓力感受包含資源缺乏、排班事宜、行政與組織系統及病人負向特性四個向度。因應行為包含情緒取向及問題取向因應兩個向度。而職業倦怠包含情緒耗竭、非人性化及個人成就感三個向度。
2. 職業倦怠的高低與壓力感受大小和採取的因應行為有關聯。

第四節 研究問題與假設

本研究之研究問題如下

問題一.精神科護理人員壓力感受之描述

問題二.精神科護理人員因應行為之描述

問題三.精神科護理人員職業倦怠之描述

(本研究問題一~三只做描述性探討而不做假設考驗)

問題四.精神科護理人員壓力感受、因應行為與職業倦怠之關係

依上述研究問題四，本研究之假設如下

假設一.精神科護理人員之職業倦怠與壓力感受有相關。

假設二.精神科護理人員之職業倦怠與因應行為有相關。

假設三.精神科護理人員之職業倦怠與其壓力感受和因應行為有相關。

第五節 名詞界定

本研究之重要名詞定義如下：

1. 精神科護理人員

指受過正式護理教育且持有護理專業證書者，本研究指服務於精神科治療單位之精神科基層護理專業人員。不包括主任、督導、護理長、護佐、書記、護生等。

2. 壓力感受

指個體對不同壓力源感受到的不同程度。其操作性定義，本研究採毛氏與李氏(民 81)修訂之壓力感受量表得分表示之。包含資源缺乏、排班事宜、行政與組織系統及病人負向特性等四個向度。

3. 因應行為

即個人處理壓力之策略；個人用以改變他與環境互動間所形成的壓力，或控制他對情境的情緒反應之方法與過程。操作性定義，本研究採毛氏與李氏(民 81)研究之 Jalowiec's coping scale 得分表示之。包含情緒及問題取向因應行為兩向度。

4. 職業倦怠

指個人因長期工作壓力無法有效因應所逐漸產生之情緒耗竭、非人性化及低成就感等負向症狀。操作性定義，本研究採許氏(民 85)修訂之馬氏職業倦怠量表得分表示之。

第二章 材料與方法

第一節 研究樣本

本研究採立意取樣，以中部地區公立 3 所共 107 人、私立 5 所共 67 人之精神科醫療單位的精神科護理人員為研究樣本，樣本人數共計 174 人。

第二節 實施步驟

經選定中部地區八所公私立精神科醫療單位之精神科護理人員為研究樣本後，向研究樣本之單位主管解釋研究目的及實施程序，取得同意後，前往發放問卷。於民國 85 年 8 月 21 日至 85 年 10 月 7 日間共發出問卷 195 份，回收有效問卷 174 份，回收率達 89%。

第三節 研究工具

本研究以結構式問卷為收集資料之工具。問卷內容除了說明研究目的、邀請研究對象協助填寫問卷外，包括精神科護理人員之基本資料、壓力感受量表、因應量表 (Jalowiec's coping scale)、工作感受量表 (馬氏職業倦怠量表) 四部份。本研究工具說明如下：

一．基本資料：

包括研究對象之性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、護理工作總年資、精神科工作年資、目前服務精神科單位。

二．壓力感受量表：

係毛氏與李氏(民 81)根據文獻查證、參考精神科臨床護士經驗及修飾 Dawkins 等人(1985) 所擬定之精神科護士職業壓力量表製成，內容涵括六個類別：行政與組織系統，24 題；病人之負向特性，15 題；工作人員表現，6 題；資源缺乏，15 題；排班事宜，7 題；和同事間衝突，14 題等合計 81 題，為以五分李氏量表，評量研究對象對每一題反應之程度，分數越高表示研究對象之壓力感受程度越高，依次由『從未感受到』(1 分)、『很少感受到』(2 分)、『有時感受到』(3 分)、『經常感受到』(4 分)、『總是感受到』(5 分)。於毛氏與李氏(民 81) 量表之 Cronbach α 係數為 0.96。本研究採毛氏與李氏(民 81) 之研究結果高壓力感受項目為施測題目，此高壓力感受 27 題中內容涵括 4 個類別：資源缺乏，9 題；行政與組織系統，8 題；病人之負向特性，8 題；排班事宜，2 題等合計 27 題。應用於本研究總量表與資源缺乏、行政與組織系統、病人負向特色、排班事宜四個分量表的內部一致性檢定 Chronbach α 係數分別為 0.90、0.78、0.84、0.82 及 0.57。而排班事宜因題數少(2 題)，其 Chronbach α 係數為 0.57 外，其餘的內部一致性信度都在標準以上。

三．因應量表：

採毛氏與李氏(民 81)使用 Jalowiec's coping scale，內容涵括二個向度：以問題解決為取向的 15 題；以情緒調整取向的 25 題；合計 40 題，為五分量表評量研究對象對每一題因應行為，分數越高表示研究對象此因應行為之程度越高，依次由『從未如此』(1 分)、『很少如此』(2 分)、『有時如此』(3 分)、『經常如此』(4 分)、『總是如此』(5 分)。原始量表之內部一致性檢定 Chronbach

α 係數為 0.86 (Jalowiec et al., 1984)。於毛氏與李氏 (民 81) 量表之 Cronbach α 係數為 0.81，應用於本研究總量表與問題解決取向、情緒調整取向兩個分量表的內部一致性檢定 Cronbach α 係數為 0.85、0.83 及 0.84。內部一致性良好。

四. 馬氏職業倦怠量表(Maslach Burnout Inventory; MBI)

此量表為 Maslach 及 Jackson (1986) 所發展，其使用對象相當廣，施測對象以助人專業工作者為主，因考慮護理人員作答時之防衛心理，故將修訂後之量表定為“工作感受量表”。本研究採許氏 (民 85) 修訂後之量表，共計 22 題，包括三向度，情緒耗竭、非人性化及個人成就感。而馬氏職業倦怠量表 1981 年原設計填答方式為『感受發生次數』，『感受強烈程度』兩層面，因研究發現兩層面呈高度相關，故 Maslach 與 Jackson 1986 年修訂量表，摒除『感受強烈程度』，而僅用『感受發生次數』。

MBI 之『感受發生次數』，採七點計分法，評量研究對象之工作感受情形，依次由『從來沒有』(0 分)、『每年二、三次』(1 分)、『每月一次』(2 分)、『每月二、三次』(3 分)、『每週一次』(4 分)、『每週二、三次』(5 分)、『每天都有』(6 分)。具高職業倦怠者於情緒耗竭及非人性化兩分量表的分數較高，而個人成就感的得分較低；而低職業倦怠者情緒耗竭及非人性化兩分量表分數較低，而個人成就感之得分較高。

原 MBI 量表具有良好的內部一致性信度、穩定度 (許氏，民 85) 及效度 (Maslach & Jackson, 1986)。於許氏 (民 85) 經翻譯後之 MBI 其情緒耗竭、非人性化及個人

成就感三分量表之內部一致性檢定 Cronbach α 係數分別為 0.88、0.78 及 0.76，其內部一致性信度、內容效度及建構效度良好。應用於本研究總量表與情緒耗竭、非人性化、個人成就感三個分量表的內部一致性檢定 Chronbach α 係數分別為 0.78、0.83、0.72 及 0.79，大致與許氏(民 85)的結果相近，內部一致性信度尚稱良好。此量表受到許多研究支持，並建立心理衛生專業工作者疲潰度常模如下見表：

MBI 專業疲潰度常模(資料取自許氏，民 85)

心理衛生專業工作者(n=730)			
職業疲潰的範圍			
MBI 分量表	低度	中度	重度
情緒耗竭	≤ 13	14-20	≥ 21
非人性化	≤ 4	5-7	≥ 8
缺乏個人成就感	≥ 34	33-29	≤ 28

第四節 資料分析

本研究收集所得 174 份問卷原始資料，經編碼整理後輸入電腦，以 spss/pc+6.0 統計套裝軟體進行資料分析。採用之統計分析方法說明如下

一. 分別求出研究對象各類資料，包含精神科護理人員之基本資料；壓力感受量表之平均值、標準差，比較平均值，求其等第；因應量表之平均值、標準差，比較平均值，求其等第；工作感受量表(職業倦怠量表)之平均值、標準差。

二. 針對工作感受量表(職業倦怠量表)得分，依常模統計精神科護理人員職業倦怠低、中及重三程度之人數與百分比，並以卡方檢定比較急性群及慢性群病房精神科護理人員職業倦怠程度。

三. 針對壓力感受量表、因應量表、工作感受量表與其各分量表進行內部一致性檢定(Chronbach α 係數)，以評估量表的信度。

四. 以 Pearson 積差相關進行分析精神科護理人員壓力感受、因應行為與職業倦怠之相關矩陣。

五. 以多變項典型相關分析，就壓力感受及因應行為等變項與職業倦怠間之關係進行分析。

六. 本研究各項假設考驗以.05 為顯著水準。

第三章 研究結果與討論

本研究旨在探討精神科護理人員之壓力感受、因應行為與職業倦怠之關係，望藉此研究增進對護理人員壓力感受、因應行為與職業倦怠整體性的瞭解，以提供精神科護理人員及護理行政人員參考，本章依研究目的將研究結果與討論依以下各節分別說明：

- 一. 研究樣本精神科護理人員基本資料描述
- 二. 精神科護理人員壓力感受、因應行為與職業倦怠之描述
- 三. 精神科護理人員壓力感受、因應行為與職業倦怠之相關情形
- 四. 精神科護理人員壓力感受及因應行為與職業倦怠之關係

第一節 研究樣本精神科護理人員基本資料描述

174 位精神科護理人員基本資料(見表 3-1)

1. 性別：研究對象女性護理人員佔 168 名(96.6%)，男性 4 名(2.3%)，缺失值 2 名(1.1%)。
2. 年齡：研究對象之年齡分佈由 19-48 歲，平均為 29.02 歲，以 25 歲最多，中位數為 28 歲。缺失值 6 名(3.4%)。年齡分佈在 30 歲以下者佔六成以上。
3. 婚姻狀況：研究對象多數未婚 85 名(48.9%)，已婚無子女 15 名(8.6%)，已婚有子女 68 名(39.1%)，缺失值 6 名(3.4%)。
4. 教育程度：研究對象中，以五專畢業者最多 74 名(42.5%)，其次為二專畢業者 35 名(20.1%)，職校畢業者 29 名(16.7%)，大學以上畢業者 22 名

(12.7%)，三專畢業者 8 名(4.6%)，而專科畢業共佔 67.2%。顯示目前臨床精神科護理人員的主力軍是專科畢業者，此與毛氏與李氏(民 81)之研究結果類似。而本研究與毛氏與李氏(民 81)的研究結果相較下，顯示臨床精神科職校畢業生的比例降低，大學以上的比例增多，可能與目前全面提升護理教育有關，如普設護專及大學護理系在職進修班等。

5. 護理工作總年資：研究對象之護理工作總年資分佈由 1 至 277 月(23.1 年)，平均為 87.9 個月(7.1 年)，以 36 個月(3 年)最多，中位數為 72 個月(5.9 年)。缺失值 5 名(2.9%)。
6. 精神科工作年資：最長達 240 個月(20 年)，最短為 1 個月，平均為 54.2 個月(4.5 年)，以 12 個月(1 年)最多，中位數為 36 個月(3 年)，缺失值 5 名(2.9%)。精神科工作年資在五年以上者佔三成以上，而毛氏與李氏(民 81)之研究則顯示佔四成以上，兩者尚稱接近。
7. 目前服務精神科單位：急診病房 31 名(17.8%)，急性病房 61 名(35.1%)，亞急性病房 12 名(6.9%)，慢性病房 55 名(31.6%)，其他單位 7 名(4.0%)，缺失值 8 名(4.6%)。

第二節 精神科護理人員壓力感受、因應行為與職業倦怠之描述

一. 精神科護理人員壓力感受之描述

由表 3-2 結果顯示精神科護理人員壓力感受程度總平均數為 3.29，此數值按計分介於『有時感受到』與『經常感受到』之間，而偏於『有時感受到』。

在本研究所評量的四種壓力源之中，精神科護理人員最常感受到之壓力源為『資源缺乏』，其次依序為『排班事宜』、『行政與組織系統』及『病人負向特性』。

而由表 3-3 精神科護理人員在單一壓力感受項目之平均值、標準差及其等第，顯示在 27 個項目，各題平均數均在 2.0 以上。最高平均數為 3.81，項目為『缺乏足夠的夜間安全措施』；最低平均數為 2.82，項目為『向上級單位提出建議，但沒有接到任何反應』。而壓力感受程度最高的前五項依序為『缺乏足夠的夜間安全措施』、『工作單位缺乏人力』、『缺乏男性工作人員』、『在一個月內需上各種類別的班』、『負責太多各式各樣的非護理工作』，且此五項之壓力感受有三項屬於『資源缺乏』向度。而最不常感受到的五項依序為『向上級單位提出建議，但沒有接到任何反應』、『在具有潛在危險性的情況中，缺乏足夠的應付能力』、『缺乏直屬上司的支持』、『受到病人身體的攻擊』、『沒有機會選擇上班的類別』。

本研究前五項壓力感受排名與毛氏與李氏(民 81)之精神科護理人員高壓力感受項目的結果有許多雷同之處。然而毛氏與李氏(民 81)之第一高壓力為薪水太少，在

本研究則居第 15 位，而造成精神科護理人員薪資壓力感受降低的原因，可能是決策單位調整薪資，加上夜班費之津貼，就護理人員之學、經歷與工作時數而言，在本研究中護理人員對薪資不滿意的情形有下降的趨勢。

然而，本研究結果之首項壓力感受為『缺乏足夠的夜間安全措施』，而毛氏與李氏(民 81)則居第三，兩者極為相近，由於夜班上班人員比白班少，安全顧慮較多，故夜間安全措施值得相關單位重視，並加以改善。

『工作單位缺乏人力』之壓力感受在本研究及毛氏與李氏(民 81)均居第二，而『缺乏男性工作人員』之壓力感受在本研究居第三，而毛氏與李氏(民 81)則居第四，兩者尚稱接近，可能因為精神科護理為特殊單位，加上病人疾病而產生之特殊症狀如攻擊、暴力、自殺等行為，極須男性護理同仁及其他工作人員參與及協助。『在一個月內需上各種類別的班』本研究居第三，而毛氏與李氏(民 81)則居為十一，兩者有些出入。從實務經驗來看，『在一個月內需上各種類別的班』可能與『工作單位缺乏人力』有著極密切關係，而另外可能原因為排班的考量問題，故有關單位如能適時補充人力，考量排班適宜，應可使精神科護理人員，這方面的壓力感受得到適度的緩解。

『負責太多各式各樣的非護理工作』之壓力感受本研究居第五，而毛氏與李氏(民 81)則居第六，兩者也極為相似，負責太多非護理工作會造成額外的負擔與壓力，而影響專業工作。然而本研究問卷所稱非護理工作並無清楚界定其範圍，有些間接性護理是否有可能被認為非護理工作範圍，值得未來進一步的探討。

至於『病人負向特性』在本研究的四個向度中，並非特別嚴重之壓力源，與一般人對精神科病人的負面印象可能有出入，事實上，精神科護理為極特殊單位，從事精神科護理之職前訓練及在職訓練課程，可能扮演極重要角色，良好的訓練可增進對病人各種徵兆特性與照顧方法的瞭解，使護理人員在照顧病人時能發揮所學，勝任工作，因而對『病人負向特性』的壓力感受，就不致於太大了。

二. 精神科護理人員因應行為之描述

由表 3-4 結果顯示精神科護理人員因應行為總平均數為 2.90，此數值按計分介於『很少如此』與『有時如此』之間，而偏於『有時如此』，即整體而言精神科護理人員每項因應行為大致傾向於在『有時如此』使用之程度。

而由表 3-5 精神科護理人員在單一因應行為項目之平均值、標準差及其等第，顯示在 40 個題目，最高平均數為 3.97，項目為『接受事實』；最低平均數為 1.17，項目為『喝酒，好讓自己暫時忘記煩惱』。而因應行為最高之前五項依序為『接受事實』、『希望事情會逐漸好轉』、『和面臨同樣情況的人交換意見』、『由家人或朋友那兒，尋求安慰與支持』、『考慮以其他方法，來處理眼前的壓力』、『用過去的經驗來解決問題』，此六項中有四項屬於問題取向之因應，且整體而言前二十名也以問題取向居多，即以改變自己去適應壓力。如，交換意見、依過去經驗、分析問題、尋求資源等，也顯示出多數精神科護理人員是以正向的態度面對他們所承受的壓力感受。

而本研究最不常使用因應行為五項依序為『喝酒，好讓自己暫時忘記煩惱』、『服用鎮靜劑，或安眠劑等藥物』、

『不停的吃東西，抽煙，嚼口香糖』、『不自覺地會開始幻想，或做白日夢』、『將自己的問題，歸咎於他人』，均為以情緒為取向之因應，意即精神科護理人員較少採用以情緒為取向之因應方式，其原因可能在於此種方式，除了短暫的情緒發洩外，並無實質的助益，此研究結果和毛氏與李氏(民 81)類似。

三. 精神科護理人員職業倦怠之描述

表 3-6 精神科護理人員之職業倦怠各向度分數顯示，精神科護理人員『情緒耗竭』程度的平均數為 2.38，此一數值按計分標準較偏於『每月有一次』；表示精神科護理人員在從事護理工作時大致上傾向於『每月有一次』情緒耗竭的感受。至於『非人性化』之平均數為 1.37，表示精神科護理人員『每年有二、三次』對其病人會有非人性化之反應。而『個人成就感』之平均數為 4.03，表示精神科護理人員在從事護理工作時大致上傾向於『每週一次』感到成就感。關於精神科護理人員職業倦怠三分量表單一題項的平均值、標準差見表 3-7。

依據 MBI 心理衛生工作者常模得本研究對象精神科護理人員職業倦怠低、中、重度人數比例結果(見表 3-8)，並將急診病房、急性病房及亞急性病房歸為急性病房群，慢性病房及其他歸為慢性病房群，並依據 MBI 常模分別得急性病房群及慢性病房群精神科護理人員之職業倦怠低、中及重度人數比例結果(見表 3-9, 3-10)。

由表 3-8 結果顯示，49.7%的精神科護理人員有重度情緒耗竭，37.0%的精神科護理人員有重度的非人性化感

受以及 28.3%的精神科護理人員重度缺乏個人成就感，故整體而言，有相當比例的精神科護理人員有職業倦怠現象。

由表 3-9 急性群病房精神科護理人員職業倦怠之分佈中顯示，54.8%的人員有重度情緒耗竭，41.3%的人員產生重度非人性化之感受，以及 26.0%的人員重度缺乏個人成就感，而此結果與許氏(民 85)相當接近，然而在比例上，本研究職業倦怠程度比許氏研究結果較不嚴重。

表 3-10 慢性群病房精神科護理人員職業倦怠之分佈中顯示，42.6%的人員有重度情緒耗竭，31.1%的人員有重度非人性化感受，以及 36.1%的人員重度缺乏個人成就感。

而急性群與慢性群病房精神科護理人員職業倦怠分佈中顯示，急性群與慢性群病房精神科護理人員其非人性化之感受達顯著差異 ($\chi^2=9.5$ ， $P<0.05$)，顯示急性群比慢性群病房精神科護理人員有較高的非人性化感受，可能因急性病人常常會出現暴力、攻擊、自傷及自殺之行為，工作人員除密切觀察監視病人外，為保護病人自身及病房設施，常會實施約束病人、穿約束衣及關入保護室等較非人性化之措施，因而急性群病房精神科護理人員非人性化感受較高。至於情緒耗竭($\chi^2=4.91$ ， $P=0.08$)及個人成就感($\chi^2=1.91$ ， $P=0.38$)方面，急性群與慢性群病房精神科護理人員均未達顯著差異。

第三節 精神科護理人員壓力感受、因應行為與職業倦怠之相關情形

本節旨在探討精神科護理人員壓力感受、因應行為與職業倦怠之相關情形。分別就壓力感受各向度之間、因應行為各向度之間、職業倦怠各向度之間、壓力感受與因應行為各向度之間、壓力感受與職業倦怠各向度之間及因應行為與職業倦怠各向度之間的相關加以分析。

一. 壓力感受各向度之間的相關

有關精神科護理人員壓力感受各向度之間的相關情形顯示(見表 3-11)，各向度之間均有統計上顯著相關，且成正相關。各向度之間的相關係數介於 0.3127 至 0.6134 之間，大致有低到中度的相關，即精神科護理人員較常感受到某一向度壓力時，對其他向度的壓力感受也較高，此與許氏(民 85)的研究結果類似。

二. 因應行為各向度之間的相關

有關精神科護理人員因應行為各向度之間的相關情形顯示(見表 3-11)，情緒取向之因應與問題取向之因應達統計意義，其相關係數為 0.2008，呈低度的相關，兩者應是有關聯但並不相同的因應方式。

三. 職業倦怠各向度之間的相關

有關精神科護理人員職業倦怠各向度之間的相關情形顯示(見表 3-11)，除『情緒耗竭』與『個人成就感』相關未達顯著水準外，其餘均有顯著相關存在。『情緒耗竭』

與『非人性化』的相關係數為 0.6470，呈中度相關，『非人性化』與『個人成就感』的相關係數為-0.1774，呈低度負相關。表示精神科護理人員『情緒耗竭』感受愈高，其『非人性化』的感受也愈高，而精神科護理人員『非人性化』的感受越高，其『個人成就感』有較低的傾向。

四. 壓力感受與因應行為各向度之間的相關

有關精神科護理人員壓力感受與因應行為各向度之間的相關情形顯示(見表 3-11)，壓力感受各向度與情緒取向因應行為之間，除『排班事宜』未達顯示水準外，其餘均有顯著的相關存在。而壓力感受各向度與問題取向因應行為之間，則除了與『行政與組織系統』之間的相關達統計意義外，其餘均無顯著相關存在。

『資源缺乏』及『病人負向特性』之壓力感受與情緒取向之因應呈顯著相關，而未與問題取向之因應達顯著，可能因為此兩向度之壓力感受採取問題取向因應，並無法因此而改變所處情境，因而轉而以情緒之抒發為主。而『行政與組織系統』之壓力感受與情緒及問題取向之因應行為之間的相關均達顯著，可能因為精神科護理人員當遭遇『行政與組織系統』之壓力感受時，除了採取問題取向之因應也須採取情緒取向之因應。至於『排班事宜』之壓力感受，因題數少，內部一致性不高，相關也未見顯著，其關係也暫不討論。

五. 壓力感受與職業倦怠各向度之間的相關

有關精神科護理人員壓力感受與職業倦怠各向度之間的相關情形顯示(見表 3-11)，『情緒耗竭』與壓力感受

四個向度均呈正相關，以『行政與組織系統』最高($r=0.2873$)，『排班事宜』最低($r=0.1862$)，但均達顯著相關($p<0.05$)，即精神科護理人員壓力感受愈高，情緒耗竭的感受愈高。

『非人性化』與壓力感受各向度之間，除病人負向特性達統計意義外，其餘均無顯著相關存在，而非人性化與病人負向特性相關係數為 0.1713 ，呈低度相關，表示精神科護理人員『非人性化』的感受與其對『病人負向特性』的壓力感受較有關係。

於『個人成就感』方面與壓力感受各向度均呈負相關，其中資源缺乏及排班事宜達統計意義，而個人成就感與資源缺乏及排班事宜之相關係數分別為 -0.1800 及 -0.1542 ，表示精神科護理人員『資源缺乏』及『排班事宜』之壓力感受愈高，其『個人成就感』有較低的傾向。

綜上所述，假設一得到部份支持。

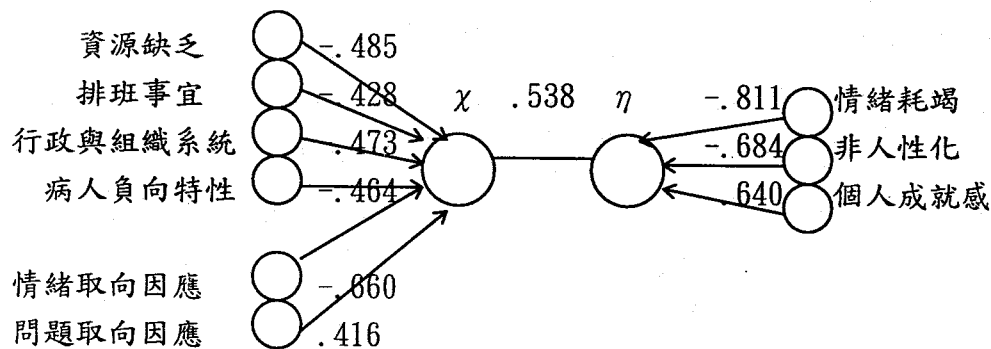
六. 因應行為與職業倦怠各向度之間的相關

有關精神科護理人員因應行為與職業倦怠各向度之間的相關情形顯示(見表 3-11)，以情緒取向之因應與職業倦怠各向度之間的相關均達統計意義。而以問題取向之因應與職業倦怠各向度之間，個人成就感達顯著水準，即以問題取向之因應與個人成就感之間呈低度相關。假設二亦得到部份支持。表示精神科護理人員以情緒取向之因應其情緒耗竭感受愈高，非人性化之感受也愈高，而個人成就感愈低。而採問題取向之因應，其個人成就感愈高，而較與職業倦怠沒有相關。可能因情緒取向之因應為短期有效

因應壓力情境之方法，且此因應多為負向行為如抽煙、喝酒、咀咒、退縮，無法長時間有效調節壓力情境，其職業倦怠也隨之增高，而問題取向之因應為經由自己行為改變或設法降低壓力源，因此其個人成就感較高，而較無職業倦怠的現象。

第四節 精神科護理人員壓力感受、因應行為與職業倦怠之關係

為了明瞭壓力感受、因應行為與職業倦怠之間較整體性的關係，本研究將壓力感受之四個類別及因應行為之兩個類別，共六類別視為 X 變項，職業倦怠三個類別，視為 Y 變項，針對其得分進行典型相關分析如表 3-12，其典型相關圖如下：



1. X 變項與 Y 變項有一典型係數達顯著，典型相關係數 (ρ) 為 .538。 ρ^2 為 .289，表示 X 變項的典型變項 (χ)，可以說明 Y 變項的典型變相 (η) 總變異量的 28.9%。而 Y 變項的典型項 (η)，可以解釋 Y 變項總變異量的 51.2%。但 X 變項與 Y 變項的重疊部份為 14.81%，因此，X 變項可以透過典型變項 (χ 與 η) 解釋 Y 變項總變異量的 14.81%。
2. 從相關係數來看，X 變項的典型變項 (χ) 與資源、行政、病人、排班等壓力感受及情緒、問題取向因應等變項的相關係數都高於 .4 以上，而 Y 變項的典型變項 (η)

與情緒耗竭、非人性化及個人成就感等變項的相關係數也高於.4 以上，根據此結果可說明 X 變項的壓力感受及因應行為與 Y 變項之職業倦怠有關。

3. 從相關係數正負符號來看，資源、行政、病人、排班等壓力感受越小，採取問題取向因應而較不採取情緒取向因應者，其職業倦怠較小。

綜上所述，假設三得到支持，亦即職業倦怠與壓力感受及因應行為之間有密切相關。

從標準化相關係數來看，如欲以 X 變項預測職業倦怠，因應行為的預測力較高（情緒及問題取向因應行為之標準化相關係數分別為-.667 及.618）。而相對於因應行為來看，資源、行政、病人及排班等壓力感受的標準化相關係數較低（介於-.12 至-.21 之間），其與職業倦怠之間的預測關係就顯得較不密切了。

一般對護理人員壓力調適的研究大多探討壓力類別與因應類別或壓力類別與職業倦怠類別兩類變項之間的關係（林氏，民 79；許氏，民 85），而本研究特色同時探討壓力感受、因應行為與職業倦怠三者之間的關係。在本研究中，從相關係數來看，當資源、行政、病人及排班等壓力感受越小，採取問題取向因應而較不採取情緒取向因應者其職業倦怠較小。從標準化相關係數來看，相對於因應行為來看，壓力感受之標準化相關係數較低，與職業倦怠之間的預測關係即顯得較不密切，且顯示，採取問題取向而不採取情緒取向之因應者，其個人成就感愈高，而情緒耗竭愈低，換言之，採取情緒取向不採取問題取向之因應者，其職業倦怠較高。而此結果與 Ceslowitz（1989），Sullivan（1993），Duquette（1995）

之研究類似。而 Lazarus 及 Folkman (1984) 更明確指出，情緒取向因應為短期因應壓力情境之策略，長時間不能有效調節壓力，事實上僅以此為因應將造成高職業倦怠。本研究發現採情緒取向因應行為和高職業倦怠有密切關係，但尚無法肯定何者為因何者為果，若欲探討兩者之因果關係，須以更嚴謹之實驗設計及統計分析方能為之。

第四章 結論與建議

本研究旨在探討精神科護理人員壓力感受、因應行為與職業倦怠之關係，以中部地區 174 位精神科護理人員為研究對象，進行問卷調查，根據研究結果作成結論如下：

第一節 結論

一. 研究樣本精神科護理人員基本資料描述

精神科護理人員以 30 歲以下，未婚及服務急性病房之專科畢業女性為多數。

二. 精神科護理人員壓力感受、因應行為與職業倦怠之描述

(一) 精神科護理人員壓力感受之描述

精神科護理人員其整體的壓力感受屬於中等程度，最常感受到之壓力源為『資源缺乏』，其次依序為『排班事宜』、『行政與組織系統』，及『病人負向特性』。而壓力感受程度最高的前五項依序為『缺乏足夠的夜間安全措施』、『工作單位缺乏人力』、『缺乏男性工作人員』、『在一個月內需上各種類別的班』、『負責太多各式各樣的非護理工作』，且此五項之壓力感受有三項屬於『資源缺乏』向度。

(二)精神科護理人員因應行為之描述

整體而言精神科護理人員每項因應行為大致傾向於在『有時如此』使用之程度。而因應行為最高之前五項依序為『接受事實』、『希望事情會逐漸好轉』、『和面臨同樣情況的人交換意見』、『由家人或朋友那兒，尋求安慰與支持』、『考慮以其他方法，來處理眼前的壓力』、『用過去的經驗來解決問題』，此六項中有四項屬於問題取向之因應，且整體而言前二十名也以問題取向居多。研究結果顯示，精神科護理人員當遇上壓力情境時，較常使用以問題取向之因應行為，而較少使用以情緒取向之因應行為。

(三)精神科護理人員職業倦怠之描述

整體而言，約半數精神科護理人員有重度情緒耗竭，1/3 以上精神科護理人員有重度之非人性化感受以及近1/3 的精神科護理人員重度缺乏個人成就感。大體上有相當比例的精神科護理人員有職業倦怠現象。

在急性群病房精神科護理人員職業倦怠之分佈中顯示，半數以上的人員有重度情緒耗竭、四成以上之人員產生重度非人性化之感受，以及約1/4 以上之人員重度缺乏個人成就感。

慢性群病房精神科護理人員職業倦怠之分佈中則顯示，四成以上之人員有重度情緒耗竭，約三成之人員有重度之非人性化感受，以及1/3 以上之人員重度的缺乏個人成就感。

本研究結果顯示，急性群病房比慢性群病房精神科護理人員有較高的非人性化感受。

三 精神科護理人員壓力感受、因應行為與職業倦怠之相關情形

有關精神科護理人員壓力感受各向度與因應行為各向度之間的相關情形顯示，壓力感受各向度與情緒取向因應行為之間，除『排班事宜』未達顯著水準外，其餘均有顯著的差異存在。而壓力感受各向度與問題取向因應行為之間，則除了與『行政與組織系統』之間的相關達統計意義外，其餘均無顯著差異存在。

有關精神科護理人員壓力感受與職業倦怠各向度之間的相關情形顯示，『情緒耗竭』與壓力感受四個向度均呈正相關。『非人性化』與壓力感受各向度之間，除與病人負向特性達統計意義外，其餘均無顯著相關存在。而『個人成就感』與壓力感受各向度之間只有資源缺乏及排班事宜達統計意義，呈低度負相關。假設一得到部份支持。

精神科護理人員因應行為與職業倦怠各向度之間的相關情形顯示，以情緒取向之因應與職業倦怠各向度之間的相關均達統計意義，與情緒耗竭、非人性化呈正相關，而與個人成就感呈負相關。以問題取向之因應與職業倦怠各向度之間，除與個人成就感達低度正相關外，其餘均無顯著差異存在。假設二得到部份支持。

四. 精神科護理人員壓力感受、因應行為與職業倦怠之關係

由典型相關分析之相關係數來看，資源、行政、病人、排班等壓力感受越小，採取問題取向因應而較不採取情緒取向因應者，其職業倦怠較小，假設三得到支持。

從標準化相關係數來看，如欲以 X 變項預測職業倦怠，因應行為的預測力較高，而相對於因應行為來看，資源、行政、病人及排班等壓力感受的標準化相關係數較低，其與職業倦怠之間的預測關係就顯得較不密切，且顯示，採取問題取向而不採取情緒取向之因應者，其個人成就感愈高，而情緒耗竭愈低，換言之，採取情緒取向不採取問題取向之因應者，其職業倦怠較高。

第二節 護理上應用及建議

一. 臨床護理實務與教育方面

由研究結果顯示，精神科護理人員其整體的壓力感受屬於中等程度，且整體而言，約半數精神科護理人員有重度情緒耗竭，1/3以上人員有重度的非人性化感受以及近1/3的人員重度缺乏個人成就感，大體上有相當比例的精神科護理人員有職業倦怠現象。因此在護理教育上，護理學校之教育課程宜提供壓力處置及調適技巧之相關知識並加入危機處置之相關訓練課程，以協助護生日後從事臨床工作時，能有最大的潛能負荷職務及因應壓力。至於臨床實務上，病房對新進護理人員及在職人員宜加強職前訓練及在職教育，持續提供專業的精神科護理訓練，強化護理人員對病人照顧之能力，以預防職業倦怠之發生。

二. 行政管理方面

(一) 本研究結果顯示急性群病房比慢性群病房精神科護理人員有較高的非人性化感受。故有關人員在病房人員輪調上，對於長期留置急性病房之精神科護理人員，仍須加以考量適時輪調，以避免因長期留置原單位而更易導致職業倦怠。

(二) 『缺乏足夠的夜間安全措施』為本研究結果排行第一的壓力感受，由於夜班上班人員比白班少，故夜間安全措施值得相關單位重視及改善，如可增加工作人員巡房次數，能預先評估病人的情況，對潛在危險性的病人能適時約束或隔離，利用監視器輔助觀察病人動態，以及平日病房設備之妥善維修及補充等。

『工作單位缺乏人力』及『缺乏男性工作人員』之壓力感受也值得相關單位了解，由於精神科護理為特殊單位，病人常因疾病而產生攻擊、暴力及自殺等行為問題，極須男性護理同仁及其他工作人員參與及協助，故有關單位除依單位適時補充人力外，在甄選護理人員時，仍須考量男性工作人員或保安人員之參與。

『在一個月內需上各種類別的班』的壓力感受可能與『工作單位缺乏人力』有關，而另外可能原因為排班的考量問題。為了兼顧經濟效益的原則及護理人員的要求，有關單位須依情況適時補充人力，而排班事宜的考量也須注意，如可盡量配合護理人員的需要或依個別的需要彈性調整班別，如此應可使這方面的壓力感受得到適度的緩解。

而『負責太多各式各樣的非護理工作』之壓力感受，仍須相關單位了解及確定護理人員非護理工作範圍，有些間接性護理是否有可能被認為非護理工作範圍，如何釐清護理工作的範圍，對於行政管理應有所助益。

(三)由典型相關之相關係數及標準化相關係數研究結果都顯示，採取情緒取向因應行為者，產生職業倦怠較高，而採取問題取向因應行為者，較不易產生職業倦怠，為了減少精神科護理人員採取情緒取向因應行為，有關單位可考慮設立支持性團體，藉病房會議、個案討論及讀書會彼此討論分享經驗並達致情緒抒發的效果，因而可減少護理人員採取情緒取向因應行為的需要，並且能學習到較正向的問題取向因應行為來解決問題，對於減低職業倦怠應有很大的幫助。

第三節 研究限制與未來研究之建議

一. 研究工具方面

(一) 壓力感受量表：

在缺乏標準化研究工具下，此量表乃研究者參考相關文獻，採用毛氏與李氏(民 81)研究結果之高壓力感受項目為施測題目，此高壓力感受 27 題中，內容涵括 4 個類別，而『排班事宜』類別題數少(2 題) Chronbach α 係數較低，為 0.57。建議未來使用本量表仍以全部題項為研究工具之考量，以對護理人員之壓力感受作更周詳之探討。

(二) 馬氏職業倦怠量表

此量表受到許多研究支持，更已建立良好心理衛生專業工作者常模，但鑑於中美兩國國風不盡相同，其量表是否反映我國護理人員職業倦怠程度，仍需加以考量，及不斷修訂，使更具本土化。

二. 研究樣本方面

(一) 本研究為限中部地區八所公私立精神科醫療單位之精神科護理人員為研究樣本，研究結果僅代表中部地區的精神科護理人員，對全國精神科護理人員之推論性自有其限制，故建議將來的相關研究可以擴大研究樣本，以增加研究結果之推論性。

(二) 本研究樣本不包含護理行政人員如主任、督導、護理長及護佐、書記等，因其職責與基層護理人員不同，故非為本研究範圍。

三. 資料收集方面

本研究限於人力及時間，僅就精神科護理人員認知上的經驗感受進行結構式問卷資料收集，未來如能進行半結構式、縱貫性、訪談法等研究，對精神科護理人員之壓力感受，因應行為及職業倦怠方能有更深入的全盤性了解。

參考文獻

一. 中文部份

毛家舫、李引玉(民 81)·精神科護士的壓力感受與因應行為·護理雜誌，39(1)，107-117。

林素如(民 79)·癌症病房護士工作壓力與因應方式之探討·國立台灣大學護理學研究所碩士論文。

許曉玲(民 85)·精神科急性病房護理人員個人特徵、工作壓力及其與職業疲潰關係之探討·國立台灣大學護理學研究所碩士論文。

二. 英文部份

Agte, L. (1984). The burnout community college humanities instructor: Cause and cures. (ERIC Document Reproduction Service NO. ED258 642).

Bailey, J. T., Steffen, S. M., & Grout, J. W. (1980). The stress audit: Identifying the stressors of ICU nursing. Journal of Nursing Education, 19(6), 15-25.

Bailey, J. T., Walker, D., & Madsen, N. (1980). The design of stress management program for stanford

intensive care nurses. Journal of Nursing Education, 19(6), 26-29.

Beehr, T. A., & Newman, J. E. (1978). Job stress employee health, and organization effectiveness. Personnel Psychology, 31, 665-699.

Behling, O. C., & Kosmo, R. (1971). Reducing nursing turnover. Journal of the American Health Association, 45, 124-126.

Bradley, C., Cox, T. (1978). Stress in health. in T. Cox (Ed.), Stress(pp. 91-111). Baltimore: University Park Press.

Bush, M. A., & Kjervik, D. K. (1979). The nurses' self-image. In Kjervik & Martinson(Eds.), Women in stress: A nursing perspective. New York:Appleton-Century Crofts.

Calhoun, G.L. (1980). Hospitals are high-stress employers. Hospitals, 54, 171-176.

Calhoun, G. L., & Calhoun, J. G. (1983). Occupational stress implications for hospitals. New York:Van Nostrand Reinhold Company.

Ceslowitz, S. B. (1989). Burnout and coping strategies among hospital staff nurses. Journal of Advanced Nursing, 14, 553-558.

Cherniss, C. (1980a). Professional burnout in human service organizations. New York: Praeger.

Cherniss, C. (1980b). Staff burnout: Job stress in the human sciences. Beverly Hills: C. A.

Chiriboga, D. A., Jenkins, G., & Bailey, J. (1983). Stress and coping among hospice nurse: Test of an analytic model. Nursing Research, 32(5), 294-299.

Cohen, F., & Lazarus, R. S. (1979). Coping with the stresses of illness. In G. C. Stone, F. Cohen, & N. E. Adler(Eds.), Health psychology : A handbook (pp. 217-254) . San Francisco: Jossey-Bass.

Compas, B. E., Malcarne, V. L., & Fondacaro, K. M. (1988). Coping with stressful events in older children and young adolescents. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56(3), 405-411.

Constable, C. J., & Russell, D. W. (1986). The effect of social support and the work environment upon burnout among nurses. Journal of Human Stress, Spring, 20-26.

Copp, G. (1988). The reality behind stress. Nursing Times, 84(45), 50-53.

Cronin-Stubbs, D. & Brophy, E. B. (1985).

Burnout: Can social support save the psychiatric nurse? Journal of Psychosocial Nursing, 23(7), 8-13.

Daley, M. (1979). Burnout: Smoldering problem in protective services. Social Work, 24(5), 375-379.

Davis, M. K. (1974). Intrarole conflict and job satisfaction on psychiatric unit. Nursing Research, 23, 482-488.

Dawkins, J. E., Deep, F. C., & Selzer, N. E. (1985). Stress and the psychiatric nurse. Journal of Psychosocial Nursing, 23(11), 9-15.

Dewe, P. J. (1988). Investigating the frequency of nursing stressor: A comparison across wards. Social Science & Medicine, 26(3), 357-380.

Duquette, A., Kerouac, S., Sandhu, B., Ducharme, F., & Saulnier, P. (1995). Psychosocial determinants of burnout in geriatric nursing. International Journal of Nursing Study, 32(5), 443-456.

Easterbrook, J. A. (1959). The effect of emotion on cue utilization and the organization of behavior. Psychological Review, 66, 183-201.

Edelwich, J. M. S. W., & Brodsky, A. (1980).

Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions. New York: Human Sciences.

Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping process: A theoretical analysis. Journal of Personality and Social Psychology, 46(4), 839-852.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. Journal of Health and Social Behavior, 21, 219-239.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). The relationship between coping and emotion: Implications for theory and research. Social Science & Medicine, 26(3), 309-317.

Forsythe, C. J., & Compas, B. E. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. Psychology Bulletin, 101(3), 393-403.

Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. Journal of Social Issues, 30(1), 159-165.

Freudenberger, H. J. (1977). Burnout: The organizational menace. Training and Development Journal, 31, 26-27.

Friel, M., & Tehan, C. B. (1980). Counteracting burn-out for the hospice caregiver. Cancer Nursing,

August, 285-293.

Genry, W. D., Foster, S. B., & Froehling, B. (1972). Psychologic responses to situational stress in intensive and nonintensive nursing. Heart Lung, 1, 793-796.

Gray-Toft, P., & Anderson, T. G. (1981). The nursing stress scale: Development of an instrument. Journal of Behavioural Assessment, 3, 11-23.

Hargreaves, W., & Runyon, N. (1969). Patterns of psychiatric nursing: Role difference in nurse-patient interaction. Nursing Research, 18(4), 300-307.

Hay, D., & Oken, D. (1972). The psychological stresses of intensive care unit nursing. Psychosomatic Medicine, 34(2), 109-118.

Henderson, V. (1964). The nature of nursing. In M. Meyers (Eds.), Nursing fundamentals. Iowa: W. C. Brown.

Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. American Psychologist, 44(3), 513-524.

Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. Journal of Psychosomatic

Research, 11, 213-218.

Jackson, S. E. (1984). Organizational practices for preventing burnout. In A. Sethi & R. S. Scheller (Eds.), Handbook of organizational stress and coping strategies (pp. 89-111). Ballinger: Cambridge.

Jalowiec, A., Murphy, S. P., & Powers, M. J. (1984). Psychometric assessment of the Jalowiec coping scale. Nursing Research, 33(3), 157-161.

Jones, J. G., Janman, K., Payne, R. L., & Rick, J. T. (1987). Some determinants of stress in psychiatric nurses. International Journal of Nursing Studies, 24(2), 129-144.

Kahn, R., Wolfe, d. M., Quinn, R. P., & Snoek, J. D. (1964). Organizational stress: Studies in role conflict and ambiguity. New York: Wiley.

Kahneman, D. (1973). Attention and effort. Englewood Cliffs, New York: Prentice-Hall.

Kilpatrick, A. O. (1989). Burnout correlates and validity of research designs in a large panel of studies. Journal of Health and Human Resources Administration, 11, 25-45.

Kimmel, M. R. (1981). Coping strategies, social support, and role related problems as predictors of

burnout in nurses. Doctoral dissertation, California School of Professional Psychology, Berkeley, U. S. A.

Klinger, E. (1975). Consequences of commitment to and disengagement from incentives. Psychological Review, 82(1), 1-25.

Korchin, S. J. (1964). Anxiety and cognition. In C. Scheere (Ed.), Cognition: Theory, research, promise (pp.58-78). New York: Harper & Row.

Lauzon, L. (1991). Coping strategies, burnout, and intent to leave among critical care nurses. Master's thesis. Dalhousie University, Canada.

Lavandero, R. (1981a). Burnout phenomenon: A descriptive study among nurses. American Journal of Nursing, 11(11-12), 17-23.

Lavandero, R. (1981b). Nurse burnout and some reasons why. Nursing Outlook, 7, 424-425.

Lazarus, R. S. (1966). Psychological stress and the coping process. New York: McGraw-Hill.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer Publishing Company.

Macinick, C. G., & Macinick, J. W. (1990). Strategies for burnout prevention in the mental health setting. International Nursing Review, 37(2), 247-249.

Maslach, C. (1977). Burnout. Human Behavior, 5, 16-22.

Maslach, C. (1978). The client role in staff burn-out. Journal of Social Issues, 34(4), 111-124.

Maslach, C. (1982). Burnout: The cost of caring. New York: Prentic-Hall.

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). The Maslach burnout inventory manual (2nd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Matheny, K. B., & Curlette, W. L. (1986). Stress coping: A qualitative and quantitative synthesis with implications for treatment. The Counseling Psychologist, 14(4), 449-550.

May, J. G. (1972). A psychiatric study of a pediatric intensive therapy unit. Clinical Pediatrics, 11, 76-82.

McCarthy, P. (1985). Burnout in psychiatric nursing. Journal of Advanced Nursing, 10, 305-310.

McCloskey, J. (1974). Influence of rewards and incentives on staff nurse turnover rate. Nursing Research, 23(3), 239-247.

McConnell, E. A. (1982). Burnout in the nursing profession: Coping strategies, causes, and cost. Toronto: C. V. Mosby.

Mechanic, D. (1962). Students under stress. New York: Free Press.

Meyer, E., & Mendelson, M. (1961). Psychiatric consultation with patients on a medical and surgical ward: Patterns and processes. Psychiatry, 24, 197-220.

Numerof, R. E., & Abrams, M. N. (1984). Sources of stress among nurses: An empirical investigation. Journal of Human Stress, 10(2), 88-100.

Osipow, S. H. & Spokane, A. R. (1987). A manual for the occupational stress inventory (Research Version). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Oskins, S. L. (1979). Identification of situational stressors and coping methods by intensive care nurses. Heart Lung, 8(5), 953-960.

Partick, K. S. (1979). Burnout: Job hazard for

health worker. Hospitals, 16, 87-90.

Perlberg, A. (1985). Academic stress: Research findings on coping. (ERIC Document Reproduction Service NO, ED278 307.)

Perlman, B., & Hartman, E. A. (1982). Burnout: Summary and future research. Human Relation, 35, 283-305.

Pines, A., & Aronson, E. (1988). Career burnout: Causes and cures. New York: The Free Press.

Pines, A., Aronson, E., & Kafry, D. (1981). Burnout. New York: The Free Press.

Pines, A., & Kanner, A. D. (1982). Nurses' burnout: Lack of positive conditions and presence of negative conditions as two independent sources of stress. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 17(2), 43-49.

Pine, A., & Maslach, C. (1978). Characteristics of staff burnout in mental health settings. Hospital and Community Psychiatry, 29(4), 233-237.

Sarason, I. G. (1972). Experimental approaches to test anxiety: Attention and the uses of information. In C. D. Spielberger (Ed.), Anxiety: Current trends in theory and research (vol. 2,

pp. 383-403). New York: Academic Press.

Scully, R. (1980). Stress in the nurse. American Journal of nursing, 80, 912-915.

Selye, H. (1956). The stress of life. New York: McGraw-Hill.

Shankaraiah, S., & Lalitha, M. K. (1990). Stress and coping among psychiatric nurses. The Nursing Journal of India, 81(2), 64-65, 70.

Sheehan, D. V., O' Donnell, J., Fitzgerald, A., Hervig, L., & Ward, H. (1981). Psychosocial predictors of accident/error rates in nursing students: A prospective study. International Journal of Psychiatry in Medicine, 11, 125-132.

Sue, D. W. (1986). Stress coping: When to use one over the other. The Counseling Psychologist, 14(4), 553-556.

Sullivan, P. J. (1993). Occupational stress in psychiatric nursing. Journal of Advanced Nursing, 18, 591-601.

Teague, J. B. (1992). The relationship between various coping styles and burnout among nurses. Doctoral dissertation, Ball State University.

Trygstad, L. N. (1986). Stress and coping in psychiatric nursing. Journal of Psychosocial Nursing, 24(10), 23-27.

Turner, A. G., King, C. H., & Craddock, J. G. (1975). Measuring and reducing noise. Hospitals, 49, 85-90.

Tyler, P. A., & Cushway, D. (1992). Stress, coping and mental well-being in hospital nurses. Stress Medicine, 8, 91-98.

Vroom, V. H. (1964). Work and motivation. New York: Wiley.

Weiner, M. F., & Caldwell, T. (1981). Stresses and coping in ICU nursing: 2. Nurse support groups on intensive care units. General Hospital Psychiatry, 3(2), 129-134.

Welch, D., Medeiros, D., & Tate, G. (1982). Beyond burnout. Englewood Cliffs, New York: Prentice-Hall.

3-1 精神科護理人員個人基本資料表(N=174)

變項名稱	類別	人數	百分比	備註
性別	男	4	2.3	
	女	168	96.6	
	Missing	2	1.1	
年齡	25歲以下	59	33.9	極小值:19(歲)
	26-30歲	53	30.5	極大值:48(歲)
	31歲以上	56	32.2	平均值:29.024(歲)
	Missing	6	3.4	標準差:5.975 眾數:25(歲) 中位數:28(歲)
婚姻狀況	未婚	85	48.9	
	已婚無子女	15	8.6	
	已婚有子女	68	39.1	
	Missing	6	3.4	
教育程度	職校	29	16.7	
	二專	35	20.1	專科共佔 67.2%
	三專	8	4.6	
	五專	74	42.5	
	大學	21	12.1	
	研究所	1	0.6	
	Missing	6	3.4	
護理工作 總年資	11個月以下	7	4	極小值:1(月)
	12個月-35個月	30	17.2	極大值:277(月)
	36個月-59個月	27	15.5	平均值:87.935(月)
	60個月以上	105	60.3	標準差:64.826
	Missing	5	2.9	眾數:36(月) 中位數:72(月)

表 3-1 精神科護理人員個人基本資料表(續)

變項名稱	類別	人數	百分比	備註
精神科工作年資	11 個月以下	27	15.5	極小值:1(月)
	12 個月-35 個月	53	30.5	極大值:240(月)
	36 個月-59 個月	30	17.2	平均值:54.24(月)
	60 個月以上	59	33.9	標準差:49.584
	Missing	5	2.9	眾數:12(月) 中位數:36(月)
目前服務精神科單位	急診病房	31	17.8	
	急性病房	61	35.1	
	亞急性病房	12	6.9	
	慢性病房	55	31.6	
	其他	7	4.0	
	Missing	8	4.6	

表 3-2 精神科護理人員壓力感受統計值之描述

壓力類別	題數	平均數 a	平均數 b	a 之標準差
資源缺乏	9	30.80	3.42	5.03
行政與組織系	8	25.70	3.21	5.23
病人負向特性	8	25.62	3.20	4.56
排班事宜	2	6.64	3.32	1.86
總量表	27	88.76	3.29	

註：平均數 a 為分量表總分之平均數

平均數 b 為分量表內每一題之平均數

表 3-3 精神科護理人員各項工作壓力之平均數、標準差及等第

題號與題目	平均數	標準差	等第
資源			
3. 缺乏足夠的夜間安全措施	3.81	0.95	1
2. 工作單位缺乏人力	3.76	0.88	2
4. 缺乏男性工作人員	3.63	1.06	3.5
15. 病房設備無法獲得適時的修護	3.56	0.89	7
17. 在嘈雜的環境中工作	3.51	0.92	10
12. 在安全設備不良的環境中工作	3.42	0.94	12
7. 在需要隔離病人時，沒有男性工作人員參與	3.14	0.98	15.25
1. 薪水太少	3.14	0.99	15.25
24. 在具有潛在危險性的情況中，缺乏足夠的應付能力	2.89	0.68	26
行政			
6. 負責太多各式各樣的非護理工作	3.59	0.91	5
19. 有過多的文書工作	3.57	0.97	6
5. 缺乏行政系統及行政人員方面的支持	3.54	0.96	8.5
26. 沒有機會向行政人員提出建議或參與決策	3.14	0.99	15.25
22. 由於工作負擔繁重而不能充實工作上需要的知識	3.09	0.88	19.5
25. 醫療團隊各類工作人員之間缺乏溝通	3.05	0.87	21
23. 缺乏直屬上的支持	2.94	1.07	24.5
21. 向上級單位提出建議，但沒有接到任何反應	2.82	0.91	27

表 3-3 精神科護理人員各項工作壓力之平均數、標準差及等第表(續)

題號與題目	平均數	標準差	等第
病人			
16. 照顧病情一直未改善的病人	3.54	0.75	8.5
14. 護理具有敵意之病人	3.43	0.76	11
8. 給掙扎，亂踢的病人注射	3.23	0.87	13.5
18. 受到病人口頭上的傷害	3.23	0.90	13.5
27. 護理懷疑心很重的病人	3.14	0.82	15.25
9. 照顧具有持續性自殺行為的病人	3.09	0.94	19.5
13. 值班時病人發生意外事件	3.03	0.89	22
10. 受到病人身體的攻擊	2.94	0.89	24.5
排班			
11. 在一個月內需上各種類別的班	3.63	1.14	3.5
20. 沒有機會選擇上班的類別	3.01	1.09	23

表 3-4 精神科護理人員因應行為統計值之描述

因應類別	題數	平均數 a	平均數 b	a 之標準差
情緒取向	25	63.10	2.52	9.47
問題取向	15	52.89	3.53	6.05
總量表	40	115.98	2.90	

註：平均數 a 為分量表總分之平均數
 平均數 b 為分量表內每一題之平均數

表 3-5 精神科護理人員因應行為之平均數、標準差及等第表

題號與題目	平均數	標準差	等第
情緒取向			
5. 希望事情會逐漸好轉	3.94	0.81	2
8. 由家人或朋友那兒，尋求安慰與支持	3.77	0.82	4
15. 在心理做應付最壞情況的打算	3.56	0.86	11.5
17. 告訴自己“不用擔心，任何事情都會圓滿解決的”	3.31	0.91	18
20. 照常生活，希望問題會自行解決	3.22	0.89	19
23. 試著不去想它，或是想些別的事	3.09	0.80	20
22. 睡一覺，再醒來時就會覺得好些	3.02	0.90	21
19. 獨處，不希望別人打擾	3.01	0.89	22
24. 做些身體活動(或運動)來消除緊張	2.96	0.94	23
21. 會很擔心，並且焦慮不安	2.78	0.85	24
25. 一笑置之，因為預料還有更糟的情況	2.66	0.86	25
28. 由於情緒的不穩，而遷怒他人或他物	2.47	0.79	26
26. 變得神經緊張	2.43	0.88	27
27. 禱告，求神保佑	2.38	1.08	28
29. 自認情況無法改善，因而不必再作其他打算	2.30	0.81	29
31. 利用肌肉鬆弛法(如瑜珈，打坐，或打太極拳)平靜自己的心情	2.26	0.98	30
30. 發脾氣，罵人	2.16	0.75	31.5
33. 哭泣	2.11	1.00	33
35. 逃避現實	2.02	0.82	34
34. 相信這是命運的安排，所以不必再作其他打算	2.01	0.77	35
36. 將自己的問題，歸咎於他人	1.94	0.67	36
37. 不自覺地會開始幻想，或做白日夢	1.79	0.86	37
38. 不停的吃東西，抽煙，嚼口香糖	1.57	0.88	38
39. 服用鎮靜劑，或安眠劑等藥物	1.18	0.47	39
40. 喝酒，好讓自己暫時忘記煩惱	1.17	0.47	40

表 3-5 精神科護理人員因應行為之平均數、標準差及等第表 (續)

題號與題目	平均數	標準差	等第
問題取向			
3. 接受事實	3.97	0.64	1
4. 和面臨同樣情況的人交換意見	3.86	0.73	3
6. 考慮以其他方法，來處理眼前的壓力	3.76	0.67	5.5
11. 用過去的經驗來解決問題	3.76	0.66	5.5
14. 為下一件最想做的事情做準備	3.69	0.71	7
10. 嘗試以不同的方法去解決問題	3.68	0.70	8
2. 客觀地分析問題	3.62	0.66	9
13. 設立一目標，然後針對目標去解決問題	3.59	0.78	10
7. 盡力使自己還能掌握一些情況，不願都由他人作主	3.56	0.76	11.5
1. 從壓力事件中領悟一些道理	3.55	0.62	13
12. 把問題分成好幾個步驟，再逐步加以處理	3.49	0.75	14
9. 主動地設法改變現況	3.48	0.73	15
16. 找點事情做做，以打發時間	3.40	0.88	16
18. 盡力尋找和調適壓力相關的資料	3.33	0.96	17
32. 把問題讓別人去幫您解決	2.16	0.73	31.5

表 3-6 精神科護理人員職業倦怠統計值之描述

	題數	平均數 a	平均數 b	a 之標準差
情緒耗竭	9	21.45	2.38	9.34
非人性化	5	6.84	1.37	5.44
個人成就感	8	32.25	4.03	7.72

註：平均數 a 為分量表總分之平均數

平均數 b 為分量表內每一題之平均數

表 3-7 精神科護理人員職業倦怠之平均數、標準差

題號與題目	平均數	標準差
情緒耗竭		
2. 工作一整天後，我感到精疲力盡	3.48	1.60
14. 我覺得我太努力工作	3.22	1.74
3. 晨起，想到又要面對一天的工作， 我覺得疲累	2.95	1.69
13. 我對護理工作有挫折感	2.61	1.45
8. 我對護理工作感到心力交瘁	2.15	1.61
20. 我對護理工作感到無能為力	2.00	1.44
16. 與人互動的工作帶給我很大的壓力	1.72	1.56
6. 對我而言，整天和人一起工作是相 當緊張的	1.70	1.74
7. 我覺得護理工作讓我情感枯竭	1.69	1.42
非人性化		
11. 我擔心護理工作會使我的情感漸漸 地冷淡下來	1.54	1.69
10. 自從我從事護理工作以後，我對待 病人的心腸愈來愈硬	1.51	1.55
22. 我覺得病人會將他們所遭遇到的一 些問題怪罪於我	1.48	1.50
5. 我覺得我對待某些病人像是一般的 東西	1.20	1.59
15. 我不在乎某些病人發生了什麼事情	1.16	1.55
個人成就感		
7. 我可以很有效地處理我的病人的問題	4.53	1.21
4. 我能很容易地了解病人對事物的感受	4.44	1.36
18. 每當我照顧完病人之後，我感到舒 暢快活	4.32	1.50
21. 在護理工作中，我能冷靜地處理情 緒上的問題	4.10	1.41

表 3-7 精神科護理人員職業倦怠之平均數、標準差 (續)

題號與題目	平均數	標準差
個人成就感		
17. 我能很容易地和病人共同營造一個自在的氣氛	4.07	1.43
19. 從護理工作中，我完成了許多有價值的事情	3.99	1.47
12. 我覺得精力充沛	3.57	1.67
9. 我覺得經由護理工作，我能正面地影響他人的生活	3.39	1.70

表 3-8 精神科護理人員職業倦怠之分佈(N=173)

	低	中	重
情緒耗竭	36(20.8%)	51(29.5%)	86(49.7%)
非人性化	66(38.2%)	43(24.9%)	64(37.0%)
缺乏個人成就感	81(46.8%)	43(24.9%)	49(28.3%)

表 3-9 精神科急性群病房護理人員職業倦怠之分佈
(N=104)

	低	中	重
情緒耗竭	16(15.4%)	31(29.8%)	57(54.8%)
非人性化	30(28.8%)	31(29.8%)	43(41.3%)
缺乏個人成就感	50(48.1%)	27(26.0%)	27(26.0%)

表 3-10 精神科慢性群病房護理人員職業倦怠之分佈
(N=61)

	低	中	重
情緒耗竭	18(29.5%)	17(27.9%)	26(42.6%)
非人性化	32(52.5%)	10(16.4%)	19(31.1%)
缺乏個人成就感	26(42.6%)	13(21.3%)	22(36.1%)

表 3-11 精神科護理人員壓力感受、因應行為與職業倦怠之相關矩陣

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
壓力感受	1. 資源缺乏	1							
	2. 行政與組織系統	0.6134* p=.000	1						
	3. 病人的負向特性	0.4783* p=.000	0.4386* p=.000	1					
	4. 排班事宜	0.4798* p=.000	0.5512* p=.000	0.3127* p=.000	1				
因應行為	5. 情緒取向	0.1829* p=.016	0.1990* p=.008	0.2362* p=.002	0.1032 p=.175	1			
	6. 問題取向	0.0942 p=.216	0.1770* p=.019	0.0594 p=.436	0.0528 p=.489	0.2008* p=.008	1		
職業倦怠	7. 情緒耗竭	0.2096* p=.006	0.2873* p=.000	0.2309* p=.002	0.1862* p=.014	0.3251* p=.000	-0.1089 p=.152	1	
	8. 非人性化	0.1426 p=.061	0.1140 p=.134	0.1713* p=.024	0.1350 p=.076	0.3160* p=.000	-0.1096 p=.150	0.6470* p=.000	1
	9. 個人成就感	-0.1800* p=.017	-0.0835 p=.273	-0.1255 p=.099	-0.1542* p=.042	-0.1622* p=.032	0.2423* p=.001	-0.0858 p=.260	-0.1774* p=.019

*p<0.05

表 3-12 典型相關分析摘要表

X 變項	典型變項 (χ)		Y 變項	典型變項 (η)	
	相關係數	標準化相關係數		相關係數	標準化相關係數
資源	-.485	-.155	情緒耗竭	-.811	-.661
行政	-.473	-.210	非人性化	-.684	-.158
病人	-.464	-.126	個人成就感	.640	.555
排班	-.428	-.162	抽出變異數		
			百分比		51.199
情緒	-.660	-.667	重疊(%)		14.813
問題	.416	.618			
抽出變異數百	7.070		ρ^2		.289
分比					
重疊(%)	24.435		典型相關(ρ)		.538*

*p<0.05

研究工具

親愛的精神科護理同仁：您好

首先，我要對您在精神科護理工作所付出的辛勞，表示無限敬意。

精神科護理工作為具挑戰性之專業，因必須面臨病人病痛，更須秉持愛心、耐心、理性的判斷及情感之付出，由於客觀環境及護理品質之需求，更增加護理工作之壓力。因此，期待藉由此問卷以了解您的壓力感受及因應行為，以提供協助之參考，預防職業倦怠之發生。

本問卷調查純供學術研究之用，所得資料僅作研究分析，不作個別意見之探討，採不計名方式，資料絕對保密，請放心填答。

謝謝您對本研究之協助！

中山醫學院醫學研究所

指導教授：王慶福
郭碧照

研究生：陳佳英敬上

第一部份：（基本資料）

說明：請您填答下述基本資料，但無須填寫姓名，此資料僅作學術研究，絕對保密，請安心填答。

1. 性別： 1. 男 2. 女
2. 年齡：_____ 歲（足歲）
3. 婚姻狀況： 1. 未婚 2. 已婚無子女 3. 已婚有子女 4. 其他 _____
4. 教育程度： 1. 職校 2. 二專 3. 三專 4. 五專 5. 大學
 6. 研究所 7. 其他 _____
5. 護理工作總年資：共 _____ 年 _____ 月
6. 精神科工作年資：共 _____ 年 _____ 月
7. 目前服務精神科： 1. 急診病房 2. 急性病房 3. 亞急性病房
 4. 慢性病房 5. 其他 _____

第二部份：（壓力感受）

說明：此部份主要的目的為了解您實際壓力感受之情形，以下陳述內容有可能是您所遭遇之情境，請依您親身經歷，在適當欄位圈選出您所經歷之壓力感受程度。

	從很有經總 未少時常是 感感感感感 受受受受受 到到到到到
範例：護理具有敵意的病人.....	1 2 3 ④ 5

表示：您經常感受到護理具有敵意病人之壓力感受。

	從很有經總 未少時常是 感感感感感 受受受受受 到到到到到
1. 薪水太少.....	1 2 3 4 5
2. 工作單位缺乏人力.....	1 2 3 4 5
3. 缺乏足夠的夜間安全措施.....	1 2 3 4 5
4. 缺乏男性工作人員.....	1 2 3 4 5
5. 缺乏行政系統及行政人員方面的支持.....	1 2 3 4 5
6. 負責太多各式各樣的非護理工作.....	1 2 3 4 5
7. 在需要隔離病人時，沒有男性工作人員參與.....	1 2 3 4 5
8. 給掙扎，亂踢的病人注射.....	1 2 3 4 5
9. 照顧具有持續性自殺行為的病人.....	1 2 3 4 5
10. 受到病人身體的攻擊.....	1 2 3 4 5
11. 在一個月內需上各種類別的班.....	1 2 3 4 5

	從 未 感 受 到	很 少 感 受 到	有 時 感 受 到	經 常 感 受 到	總 是 感 受 到
12. 在安全設備不良的環境中工作.....	1	2	3	4	5
13. 值班時病人發生意外事件.....	1	2	3	4	5
14. 護理具有敵意的病人.....	1	2	3	4	5
15. 病房設備無法獲得適時的修護.....	1	2	3	4	5
16. 照顧病情一直未改善的病人.....	1	2	3	4	5
17. 在嘈雜的環境中工作.....	1	2	3	4	5
18. 受到病人口頭上的傷害.....	1	2	3	4	5
19. 有過多的文書工作.....	1	2	3	4	5
20. 沒有機會選擇上班的類別.....	1	2	3	4	5
21. 向上級單位提出建議，但沒有接到任何反應.....	1	2	3	4	5
22. 由於工作負擔繁重而不能充實工作上需要的知識.....	1	2	3	4	5
23. 缺乏直屬上司的支持.....	1	2	3	4	5
24. 在具有潛在危險性的情況中，缺乏足夠的應付能力.....	1	2	3	4	5
25. 醫療團隊各類工作人員之間缺乏溝通.....	1	2	3	4	5
26. 沒有機會向行政人員提出建議或參與決策.....	1	2	3	4	5
27. 護理懷疑心很重的病人.....	1	2	3	4	5

第三部份：（因應行為）

說明：此部份主要目的為了解您對壓力感受之因應行為，以下陳述內容，有可能是您所採取之因應方式，請依您親身經歷，在適當欄位圈選出適當答案

	從 未 如 此	很 少 如 此	有 時 如 此	經 常 如 此	總 是 如 此
1. 從壓力事件中領悟一些道理.....	1	2	3	4	5
2. 客觀地分析問題.....	1	2	3	4	5
3. 接受事實.....	1	2	3	4	5
4. 和面臨同樣情況的人交換意見.....	1	2	3	4	5
5. 希望事情會逐漸好轉.....	1	2	3	4	5
6. 考慮以其他方法，來處理眼前的壓力.....	1	2	3	4	5
7. 盡力使自己還能掌握一些情況，不願都由他人作主.....	1	2	3	4	5
8. 由家人或朋友那兒，尋求安慰與支持.....	1	2	3	4	5

	從 未 如 此	很 少 如 此	有 時 如 此	經 常 如 此	總 是 如 此
9. 主動地設法改變現況.....	1	2	3	4	5
10. 嘗試以不同的方法去解決問題.....	1	2	3	4	5
11. 用過去的經驗來解決的問題.....	1	2	3	4	5
12. 把問題分成好幾個步驟，再逐步加以處理.....	1	2	3	4	5
13. 設立一目標，然後針對目標去解決問題.....	1	2	3	4	5
14. 為下一件最想做的事情做準備.....	1	2	3	4	5
15. 在心理做應付最壞情況的打算.....	1	2	3	4	5
16. 找點事情做做，以打發時間.....	1	2	3	4	5
17. 告訴自己“不用擔心，任何事情都會圓滿解決的” ...	1	2	3	4	5
18. 盡力尋找和調適壓力相關的資料.....	1	2	3	4	5
19. 獨處，不希望別人打擾.....	1	2	3	4	5
20. 照常生活，希望問題會自行解決.....	1	2	3	4	5
21. 會很擔心，並且焦慮不安.....	1	2	3	4	5
22. 睡一覺，再醒來時就會覺得好些.....	1	2	3	4	5
23. 試著不去想它，或是想些別的事.....	1	2	3	4	5
24. 做些身體活動（或運動）來消除緊張.....	1	2	3	4	5
25. 一笑置之，因為預料還有更糟的情況.....	1	2	3	4	5
26. 變得神經緊張.....	1	2	3	4	5
27. 禱告，求神保佑.....	1	2	3	4	5
28. 由於情緒的不穩，而遷怒他人或他物.....	1	2	3	4	5
29. 自認情況無法改善，因而不必再作其他打算.....	1	2	3	4	5
30. 發脾氣，罵人.....	1	2	3	4	5
31. 利用肌肉鬆弛法（如瑜珈，打坐，或打太極拳） 平靜自己的心情.....	1	2	3	4	5
32. 把問題讓別人去幫您解決.....	1	2	3	4	5
33. 哭泣.....	1	2	3	4	5
34. 相信這是命運的安排，所以不必再作其他打算.....	1	2	3	4	5
35. 逃避現實.....	1	2	3	4	5
36. 將自己的問題，歸咎於他人.....	1	2	3	4	5
37. 不自覺地會開始幻想，或做白日夢.....	1	2	3	4	5
38. 不停的吃東西，抽煙，嚼口香糖.....	1	2	3	4	5
39. 服用鎮靜劑，或安眠劑等藥物.....	1	2	3	4	5
40. 喝酒，好讓自己暫時忘記煩惱.....	1	2	3	4	5

第四部份：（工作感受）

說明：此部份主要目的為了解您從事繁重的護理工作以來，所產生之工作感受情形，請依您親身經歷在適當欄位圈選出適當答案

	感受發生的次數					
	從 來	每 年 二 次	每 月 二 次	每 週 二 次	每 週 三 次	每 天 都 有
1.我覺得護理工作讓我情感枯竭.....	0	1	2	3	4	5 6
2.工作一整天後，我感到精疲力盡.....	0	1	2	3	4	5 6
3.晨起，想到又要面對一天的工作，我覺得疲累.....	0	1	2	3	4	5 6
4.我能很容易地了解病人對事物的感受.....	0	1	2	3	4	5 6
5.我覺得我對待某些病人像是一般的東西.....	0	1	2	3	4	5 6
6.對我而言，整天和人一起工作是相當緊張的.....	0	1	2	3	4	5 6
7.我可以很有效地處理我的病人的問題.....	0	1	2	3	4	5 6
8.我對護理工作感到心力交瘁.....	0	1	2	3	4	5 6
9.我覺得經由護理工作，我能正面地影響他人的生活.....	0	1	2	3	4	5 6
10.自從我從事護理工作以後，我對待病人的心腸愈來愈硬.....	0	1	2	3	4	5 6
11.我擔心護理工作會使我的情感漸漸地冷淡下來.....	0	1	2	3	4	5 6
12.我覺得精力充沛.....	0	1	2	3	4	5 6
13.我對護理工作有挫折感.....	0	1	2	3	4	5 6
14.我覺得我太努力工作.....	0	1	2	3	4	5 6
15.我不在乎某些病人發生了什麼事情.....	0	1	2	3	4	5 6
16.與人互動的工作帶給我很大的壓力.....	0	1	2	3	4	5 6
17.我能很容易地和病人共同營造一個自在的氣氛.....	0	1	2	3	4	5 6
18.每當我照顧完病人之後，我感到舒暢快活.....	0	1	2	3	4	5 6
19.從護理工作中，我完成了許多有價值的事情.....	0	1	2	3	4	5 6
20.我對護理工作感到無能為力.....	0	1	2	3	4	5 6
21.在護理工作中，我能冷靜地處理情緒上的問題.....	0	1	2	3	4	5 6
22.我覺得病人會將他們所遭遇到的一些問題怪罪於我.....	0	1	2	3	4	5 6

本問卷到此填答完畢，由衷地謝謝您的支持
麻煩請再檢視一遍，是否有遺漏未填之處。

感 謝 您！

敬 祝 健 康 快 樂！

Jia-Ing Chen
Institute of Medicine,
Chung Shan Medical and Dental College
113, Section 2, Ta-Chien ST, Taichung ,
Taiwan 40203 Republic of China.

Christina Maslach. Susan E.Jackson
Consulting Psychologists Press, Inc.
3803 E. Bayshore Road.
Palo Alto, CA 94303 U.S.A.

Dear sirs:

It's my honor to write this letter and introduce myself to you. I am a graduate student for degree of master in Chung Shan Medical and Dental College in Taiwan, Republic of China.

I am now working on my thesis about stress and burnout of psychiatric nurses. After reading your articles, I know that you have developed a scale (Maslach Burnout Inventory) that can measure three domains of burnout.

I would like to use your scale as one of the instruments in my thesis, and hope to have your permission for using it. I will use the edition of Sheau-Ling Sheu who translated your MBI into Chinese and had been permitted by you in 1995. I have gotten her permission and promise not to publish the items in any other purpose except my thesis.

I will be very appreciated for your permission. A total of 174 psychiatric staffs will participate in this questionnaire for my thesis. If I need to pay the charge or if there are any problems or special considerations, please let me know. I am looking forward to your reply.

Sincerely Yours.

Institute of Medicine,
Chung Shan Medical and Dental College
Supervisor: Ching-Fu Wang
Bih-Jaw Kuo
Graduate student: Jia-Ing Chen
Nov./ 7 / 1996

Jia-Ing Chen
Institute of Medicine,
Chung Shan Medical and Dental College
113, Section 2, Ta-Chien ST, Taichung ,
Taiwan 40203 Republic of China.

Anne Jalowiec
The University of Illinois,
Chicago.

Dear sirs:

It's my honor to write this letter and introduce myself to you. I am a graduate student for degree of master in Chung Shan Medical and Dental College in Taiwan, Republic of China.

I am now working on my thesis about stress and burnout of psychiatric nurses. After reading your articles, I know that you have developed a scale (Jalowiec's coping scale) that can measure two dimensions of coping.

I would like to use your scale as one of the instruments in my thesis, and hope to have your permission for using it.

I will be very appreciated for your permission. A total of 174 psychiatric staffs will participate in this questionnaire for my thesis. If I need to pay the charge or if there are any problems or special considerations, please let me know. I am looking forward to your reply.

Sincerely Yours.

Institute of Medicine,
Chung Shan Medical and Dental College
Supervisor: Ching-Fu Wang
Bih-Jaw Kuo
Graduate student: Jia-Ing Chen
Mar./ 1/ 1997