



12-1-1984

整體復健研討與追蹤對腦傷病患之功效

道昌 徐

作仁 劉

淑芬 黃

秀紅 顏

玉珍 陳

See next page for additional authors

Follow this and additional works at: <https://rps.researchcommons.org/journal>



Part of the [Rehabilitation and Therapy Commons](#)

Recommended Citation

徐, 道昌; 劉, 作仁; 黃, 淑芬; 顏, 秀紅; 陳, 玉珍; and 璉, 蘇琇 (1984) "整體復健研討與追蹤對腦傷病患之功效," *Rehabilitation Practice and Science*: Vol. 12: Iss. 1, Article 4.

DOI: <https://doi.org/10.6315/3005-3846.1653>

Available at: <https://rps.researchcommons.org/journal/vol12/iss1/4>

This Thesis is brought to you for free and open access by Rehabilitation Practice and Science. It has been accepted for inclusion in Rehabilitation Practice and Science by an authorized editor of Rehabilitation Practice and Science. For more information, please contact twpmrscore@gmail.com.

整體復健研討與追蹤對腦傷病患之功效

Authors

道昌 徐, 作仁 劉, 淑芬 黃, 秀紅 顏, 玉珍 陳, and 蘇琇 璉

整體復健研討與追蹤 對腦傷病患之功效

榮民總醫院復健醫學部

徐道昌 劉作仁 黃淑芬 顏秀紅 陳玉珍 蘇琇璵

一、前言

復健的目的並不只是恢復病患的生理功能而已，而是應該針對他們的需要，給予適當的治療、輔導、訓練及就業的幫助；藉復健團隊專業人員參與一系列之服務，協助其重拾舊技巧、學習新（補償）技巧；修正、設計目標，以再獲成果；同時增進其及家庭之適應，重回社會再過有意義、有尊嚴、獨立自主的生活。國際勞工局（1973）亦將復健的定義擴大為「使殘障者在生理上、心智上、社會、職業及經濟方面均能恢復至其最大的能力」，足見整體復健應包括生理、心理、社會及職業復健。

腦傷的成因很多，無論其原因為腦血管病變或意外傷害均會造成患者在認知能力及行為功能上或多或少缺失的現象。例如：生理功能減退、智能表現變差、社會功能、情緒控制能力減退或上述四種情形之組合現象。（Fowler, R. S. 1981）因此腦傷病患必需努力去適應因病痛或生理、心理功能限制所造成之種種不便，忍受著生理的痛苦、心理的折磨，而環境中的種種障礙、限制也會令其喪失往日經濟、行動、思想…等各方面均可獨立自主的生活。其家屬也會因為同情所愛的親人必須倍受身心煎熬，而覺難過、鎮日惶恐，且憂慮未來；他們不但如風箏斷線般地頓失情感上的憑依，失去往日時間、精力與自由上的獨立支配力，而且尚須分擔患者的責任，負起額外的擔子，並努力學習新的行為以適應新的角色。因此腦傷對患者與家庭所造成的影響甚鉅。

過去由於意外傷殘事件後之高死亡率，使得醫療人員或社會在治療身體傷殘患者時，很少考慮將家屬納入治療中之重要成員。但是現

復原率），產生了一個實際的需要，即在病人住進復健中心的同時，醫療人員就要馬上和病患及其家屬緊密地工作在一起，並且為傷殘患者有目的地計劃未來，將其由治療機構轉至另一環境，過正常的生活，然而大多數患者所回之處亦是他的家因此更顯示家庭的重要性。有鑒於此及整體復健之重要性，榮民總醫院復健醫學部乃於民國71年4月至72年6月間為腦傷病患及其家屬舉辦三期整體復健研討，並於73年10月以電話個別追蹤及11月以整體追蹤方式，進一步瞭解病患別後的狀況。

本研究係由本部專業人員所組成之團隊，提供一系列專題討論的機會，內容包括腦傷之成因、症狀、處理及預防方法介紹、復健治療方針及家庭自療法簡介、日常生活的自我照顧與家庭環境安全措施之考慮、患者及家屬之心路歷程及各項適應等問題。

其目的是（一）、希望藉這些專題討論的機會，使患者及家屬瞭解患者本身之疾病、可能造成之傷殘及各種影響，從而給予心理支持，協助患者心理適應，並鼓勵其重回社會。

（二）為患者及家屬提供一個自由討論任何他們所面臨、所關心或擔心之問題及感受的機會。同時藉著患者之間的討論，經驗分享，互相支持，增進患者對疾病或傷殘的適應，同時增進其家庭、心理社會方面之適應力。而家屬亦可藉團體討論機會、舒解情緒、彼此支持，增進對傷殘之適應力及心理健康。

（三）進一步瞭解腦傷患者在體能、心理、社會、職業、家庭及經濟上所普遍遭遇之困難、問題，提供復健醫療上早期之預防與處理。

由於生理復健對患者功效方面的研究已相

題加以研究，並分享工作之經驗，提供初步之研究方法與評估效果。

二、相關文獻探討

有關腦傷，尤其是中風對患者心理社會功能方面之影響的研究相當多。(Bardach, J. L. 1973; Evans, R.L. 1983; Feibel, J.H. 1982; Fowler, R.S. 1981; Hyman, M.D. 1972; Labi, M.L. 1980; Lawrence, L. 1979; etc.) 社會及心理因素被廣泛認為重要，係因它們形成了患者之動機，影響其復健之過程與結果甚鉅之故。

Labi, M.L. (1980) 便發現在其樣本中之中風存活者，即使其生理已達到完全恢復之程度，卻仍然存在著有與社會孤立的情形，他還發現患者對心理及社會復健方面有持續不斷的需要，因此非常強調社會心理變項對患者之影響比以前我們所瞭解的還要更持久。所以認為復健計劃必須幫助患者及其家屬預想 (anticipate) 及因應 (coping) 因中風所產生之心理社會問題，以減少發生社會孤立現象之可能性。Feibel, J. H. (1982) 亦發現在其 91 個中風病人中，中風後 6 個月仍有 26 % 的患者出現沮喪的情形。而此沮喪情形係與患者無法恢復病前社交活動有顯著之相關情形。Lawrence, L. (1979) 則在其對中風患者生活品質之三年追蹤的研究中發現，中風確實大大地破壞了很多人的生活，有的人提前停止工作，有的人際關係變得很糟糕，且超過 70 % 的患者視其未來很是灰暗。作者還發現談到適應，則患者對傷殘情形之反應遠比傷殘本身的情形來得重要，因為超過半數之患者有不適當之行為反應；40 % 的患者雖有充分的醫療，但亦曾有過被社會工作員鑑定、輔導及指導至適當之社區資源的經驗。Romano, M. D. (1976) 則發現社交技巧復健對出院後之患者有很好的影響，使其能再度統合入社會。而採用的方式就是以團體的方式進行的。Pendarvis, J. F. (1980) 則發現在住院期間經過復健團隊 (team) 治療過的病患，出院後 3 個月在問卷上所自我評估之身體功能的分數，在統計上顯著地高於控制組的病患。因此發現復健若採用團隊工作方式則將最有助

於患者身體功能之最大恢復。

文獻報告中，以中風病患為主要對象，舉行團體討論方式者有 (Heller, V. 1970; Ordei, D. M. 1974; Pendarvis, J. F. 1980; Piskor, B. K. 1968; Romano, M. D. 1976) 其目的均是讓患者有機會表達其對中風之感受、態度與顧慮。使同病相憐之患者們有分享共同問題，及害怕、焦慮及擔心之機會，以減輕其焦慮程度，藉彼此之互相瞭解、情緒支持，產生歸屬感，增進適應力或社交技巧。

另外，以中風患者之家屬為主要對象，舉行團體討論方式者有 (Bardach, J. L. 1969; Dzau, R. E. 1978; Field, D. 1983; Wells, R. 1974) 皆是利用家屬再教育之團體討論方式，瞭解個別家屬與病患之間的問題或教導其照顧患者之技巧。結果顯示團體討論確能減少一些對中風所產生之焦慮，增進與醫療人員之溝通，且在患者治療中能表現更多支持性之角色，增進對團隊工作人員不同角色之認識。(Wells, R. 1974; Dzau, R. E. 1978)。但是有些家屬則認為團體討論方式雖能幫助其因應照顧病患所產生之實際問題，但是所有家屬均報導其在照顧中風患者情緒方面上仍有很多問題與困難。在 Kinsella, G. J. (1980) 之研究中發現中風患者之配偶對患者持過份保護及不切實際的態度多於持拒絕及報應式 (retributive) 罪惡感之態度。且這四種態度與患者是否有失語症並無顯著相關性。Goodell, G. E. (1975) 提到家庭成員參與患者之治療計劃，能大大地幫助自己與患者本身，使患者得到更有人性及生活意義之照顧方式。由此可見家屬的參與與再教育對患者的復健是很重要的。

在眾多文獻中同時時考慮到中風患者及家屬共同需要之團體討論方式則較少。目前國內可查到之文獻，僅有 D'Afflitti, J. G. 等人在 1974 年所做「藉患者一家屬團體以復健中風病患」之經驗報告最翔實。其文中 Robertsson 及 Suinn (1968) 述及中風患者恢復之進步速率與患者及其家人之間具同理心 (Empathy) 之程度有相關情形。他們特別指出，

2 感受溝通問卷，係黃淑芬依據良好溝通之原則所設計的。

四、問卷結果分析

(一)基氏人格測驗結果分析

三期研討中，第一、二期均有 60 %，第三期 62 % 的患者在基氏人格測驗中顯示出或多或少程度情緒不穩與第一期 30 %，第二期 60 %，第三期 50 % 社會適應失調的情形。其他的患者則情緒頗穩定、較客觀、較協調與善於社交。團體中成員的個性均不大相同。由於所得的資料是患者病發後數月的情形，因此有的個性可能和以前一樣，有的則可能受到腦傷的結果所影響。所以必須再參考患者與家屬在「句子完成問卷」中之回答，方能更加瞭解患者的個性。

(二)句子完成問卷重要內容分析

由於此項測驗是利用不完整的句子，誘導受試者的反應，以便投射得到患者與家屬現在的真實感受與想法，因此每一受試者，反應並不一致。同一題目，可能有數種回答。由於樣本不大（僅 23 人）因此無法用統計分析法。然因其在臨床及初步研究上可能有其實際的用途與價值，因此特將此問卷中患者與家屬的回答選擇較重要，共同且值得討論的部份，整理歸納於下：

患者之回答	家屬之回答
1 健康方面	
多數患者(1)均覺得現在身體除了患側仍不能動得很靈活外，其它都還好。(2)均覺得復健有幫助，只是進步沒有以前快或太慢。(3)希望能恢復到和正常人一樣，有的人則持「盡人事，聽天命」的想法。(4)最難做的是上廁所、洗澡、洗頭、扣衣服等，	多數家屬(1)覺得患者逐漸恢復正常，但體力不夠，易生病或個性改變。(2)覺得復健對患者有幫助。(3)希望患者能恢復至自我照顧，過獨立生活，或和原來一樣。(4)覺得需兩手操作的事，患者較難做。有的則認為是患者獨立

當中風患者體察到有一個可預期的同理心存在時，會進步得更快。例如：患者及家屬預見對方態度之能力即是。因此患者與家屬之彼此瞭解與良好溝通是很重要的。也因此本部為顧及腦傷患者整體復健之效果，特邀其家屬一起參加研討，同時亦對患者與家屬之間的溝通、瞭解做了很多嘗試與努力。希望多注重患者之心理社會需要，而增進其出院後各方面之適應。

三、方 法

(一)研究對象

由劉大夫在門診腦傷病患中選擇具有如下條件者參加：

- 1 有家屬願意陪同前來參加者（家屬包括配偶、兄弟姊妹或親戚朋友）。
- 2 無語言障礙、明顯智能障礙者。
- 3 非臥床者。

本部於 71 年 4 月至 72 年 6 月間共舉辦三期整體復健研討會，每期六～八週，每週研討一次（2 小時）。每期 5～10 名患者不等。前後包括中風患者 16 人，動靜脈畸形 2 人，腦瘤 1 人，風濕性心臟病引起者 2 人，外傷 1 人，及不明原因者 1 人，共計有腦傷病患 23 人參加。其中男性 16 人，女性 7 人，年齡由 20 歲至 74 歲不等，平均年齡 50.96 歲，平均發病至研討時間 13.0 個月。大專教育程度或以上者 13 人，高中程度 8 人，國中、國小程度 2 人。

(二)研究方式

主要是利用問卷、研討及追蹤調查三種方式進行研究。在專題討論之前先給予患者基氏人格測驗、句子完成測驗，家屬則僅需填句子完成測驗。在研討中（僅第三期）給予患者及家屬感受溝通問卷。

(三)研究工具

1 句子完成測驗，係黃淑芬依據語文投射技術，參考雜感填句測驗，自行設計而成。目的係欲藉此初步瞭解患者及家屬在當時對患者(1)健康方面，(2)家庭及環境方面，(3)心理社會方面及(4)工作與未來期望方面之看法與感受。

一則因抬手費力，一則怕滑倒或暈倒在浴室。

(5)生病後覺得悲觀、沮喪的患者不少，但有不少人則覺得對人生之領悟，更進一境。

性不夠，因此其實應該可以自己做而不能

。(5)患者生病後，家屬覺得家庭生活整個改變，沒有時間做自己的事，精神壓力大，較勞累且擔心未來。

2 家庭與環境方面

大部份患者均認為自己的婚姻尚可；家人對待他們不錯或很好；和其它家庭比較則覺比不上不足，比下有餘；經濟情形大致無憂；家庭設備大致無問題，有的則認為家中復健設備不夠或樓梯缺少扶手、地板太滑。

大部份之家屬認為自己的婚姻不錯；有的則認為患者對其過份依賴，覺得經濟情形尚過得去；家中設備應稱允當，有的則擔心家中地板太滑，或家中復健設備不夠。

3 心理及社會方面

多數患者(1)最煩惱自己的病還沒好；(2)若在社交場合出現有的則覺彘扭，不自在；覺得東倒西歪，不好意思或行動不便，徒增別人麻煩。有的人則覺一樣，其中有的人是想通了，有的人則覺得病可能會好不用煩惱，有的人則是因以前常被別人看（女性患者，頗清秀）所以習慣了被看。(3)最沮喪的時候莫過於生病後無法再做以前輕易做到的事。(4)覺得身體健康、樂天知命、知足的人最幸福。(5)覺得自己的

多數家屬(1)最煩惱患者是否可恢復正常；(2)在社交場合出現均覺和以前一樣，只是要注意其安全而已。家屬的理由有：因為需承認事實，這是沒辦法的事，朋友都瞭解等。(3)有的家屬認為沒有比看到患者醒過來，有希望，能自己照顧自己，復健有進步更快樂的事了。(4)覺得身體健康，想得開，心理健康的人才是幸福的人。

社交活動減少許多甚至都沒有了。

4 工作及未來方面

大多數年紀大的患者認為沒有什麼前途可談，年紀大了，求平安就好，而年紀較輕之患者則有些不同的理想。

對於未來工作，年紀大的患者則不敢太去想它，認為廠方給什麼工作就做什麼，有的則希望多做教會工作。

大多數的家屬（老伴）則追求平淡、自立的生活。多希望患者繼續回去工作。

(二)感受溝通問卷分析

在第三期研討過程中，本部發給患者及其家屬各一份感受溝通問卷，請他們就目前的情形，委婉地向對方道出心中之感受與期盼，最後再將之當作“心之橋”，彼此交換看。其中8位患者與其家屬之心聲如下：

7位患者均認為當自己生病期間，消極、失意、灰心或情緒失去平衡時，家屬若能婉言相勸、忍耐其壞脾氣、給予安慰、幫助、鼓勵，而不要責備、諷刺或和別人比較，則他們會更感激家屬的，另1位患者則希望其母親當她走路時，不要大呼小叫。而4位家屬則認為當患者做復健，若能更專心用功些，或對人生再充滿希望，眉開眼笑時，則他們會更高興(另4位)。一位家屬則希望能和先生再談到“性”的問題，一位則希望患者心情不好時，能夠說出來。

五、研討結果分析

每一期的整體復健研討本部均提供有關醫療、心理、社會及職業等方面一系列專題討論的機會。茲將(一)病患所提出之問題及(二)心理、社會適應研討患者與家屬之心聲。(三)研討後患者與家屬之感想與建議介紹於下。

(一)患者所提之問題分析

1 醫學方面之問題最多：例如：「腦癱癱

如何形成？如何治療？」，「血壓低會不會引起中風？」，「患側痛，失眠怎麼辦？」「臉部半邊肌肉萎縮是何原因？」「針灸有沒有用？」「藥要不要一直吃下去？」「半夜抽筋，怎麼辦？」「便秘怎麼辦？」「可否吹冷氣？」「每天散步 1 小時，會不會有影響？」

2 復健治療方面的問題如下：「走路愈快愈好，或愈慢愈好？」「走路碰到熟人，覺得緊張，該如何走？」「情緒是否會影響腳力？」「走路不方便，仍覺僵硬，可否恢復？」等。

3 心理復健方面之問題如下：「如何對待病人，尤其是長期病人，因為其行動不方便，因此常喜怒無常。對自己、對朋友均易生氣，加上長期行動不自由，做事不如意，對任何事均感覺不滿，無信心，該怎麼辦？」

(二) 心理、社會適應研討患者與家屬之心聲

本部在進行此部份研討時，曾用講課、角色扮演、討論、及溝通習題等方式，讓患者及家屬瞭解適應傷殘的心理歷程，影響家庭適應及患者適應的因素，如何培養健全情緒的方法等，並讓他們有機會分組討論有關病後角色改變、角色期望差異、最苦惱的事、由此病所得及所失之事並說出對患者或家屬態度上之期望。分組討論後再將兩組之看法及結論說出，不但因此增進了患者間、家屬間之感情，且更增進了患者與家屬之間的瞭解。每個人（包括醫療人員均覺獲益良多。

在處理自己的情緒方面，患者當中有的生氣時是用建設性的發洩方式，如：刷鍋子、剪樹、禱告，有的則用破壞性之發洩方式，如：大聲對罵、打人、出走等。家屬們則發現因應之道因人而異，因為有的患者生氣時越理他則越氣，有的則不理他最好。

茲將兩組討論心得分述於下：

患者心聲	家屬心聲
1 病前病後角色有何改變？	
大多數（男性）患者認為有很大的不一樣	大多數女性家屬則認為自己心情壓抑

，一切都要靠太太，給家人增加許多麻煩，覺得很歉疚。男性患者則覺事業受到很大打擊，脾氣不好，只能向太太發洩。生病後，很多計劃皆需擺下。有的則覺得病前很忙，病後較閒。

，平常喜愛的活動均要犧牲，失去依靠、事情較多、要學做先生以前做的事，因為要對外，所以會緊張，怕再有問題或出事。且覺對患者心理摸不清楚。患者不放心一人行，所以凡事要太太陪。男性家屬則覺要學習做家事內外兼顧很苦。

2 最苦惱的事

有的患者認為家屬站在好人立場，不為患者著想，未慮此病實在不會瞭解此病之痛苦。有的患者則苦惱走在路上，別人用異樣眼光看他。

家屬普遍覺得精神負擔很重，擔心患者第二次中風，擔心患者對自己沒有信心。同時家屬亦有家屬苦痛又有誰瞭解這些的辛酸心聲。

家屬認為患者克服心理障礙比生理障礙來得更重要。且謂陪伴患者來做治療，家屬會較放心。因為已習慣了，所以不覺得是額外的負擔。

3 生病後失去了些什麼？

患者認為病後失去了健康、功能，有的人認為失去了所偏愛的活動及人，有的則覺得失去了自動自發的能力。

家屬有的認為因為不放心另一半一人在家，所以喜愛的活動終止。若問其是否覺得有負擔，則大多數家屬均不認為是負擔，而認為是一種責任。對失去之活動，不覺遺憾，因為夫妻係一體。

4. 生病後得到了些什麼？

有的患者覺得生病後更覺老伴可愛，有的則覺想法較深入，體驗了人生，更瞭解生命之意義。有的人則認為只得到病痛，失去功能而已。	有的家屬認為塞翁失馬，焉知非福，因為患者從此戒掉許多壞習慣。如：抽煙、喝酒、打牌。有的則覺得先生以前太忙，現在天天在家是意外之得。
--	---

5. 對患者或家屬之希望

多數患者均認為家人不照顧不行，但希望家屬態度要和氣一點，勿對其大呼小叫，催他或將他跟別人比。因為每個病人都希望自己能更好，所以期望家屬(1)鼓勵應多於責備，(2)要求勿過高，(3)倘做不好，也要鼓勵。	多數家屬則認為病後患者變得愛發脾氣，喜歡別人捧他、不能講他，且發現患者很矛盾，有時會藉口是病人，要家人多關心他，多為他做些事；但有時又生氣家人將其看為病人。而家屬又因怕患者生氣、血壓高，因此不敢發怒，自覺像木頭人一樣。因此皆希望患者能夠聽話一些。
--	---

我們發現若家屬能依患者自己的速度，有耐性地鼓勵他進步，不要跟別人比，則患者將不致於有如此大之壓力。

(一) 患者與家屬之感想與建議

幾乎每個患者與家屬在連續六～八次的整體復健研討之後，均再三感謝本部之服務。並覺得經由此難得的機會，他們才有機會看看別人，看看自己，有所比較，較易看開。同時也由幾次的專題討論中讓其多增加許多醫療及心理衛生的常識，學會養生之道，並知道自己的缺點，增進溝通。家屬也覺得較能體諒患者的心情，知道該如何對待患者。

同時更提供許多他們寶貴的意見：

1. 希望上課的內容，能夠印成小冊，提供同病相憐的親友參考，使腦中風患者均具有復健常識及懂得預防方法。

2. 希望本部多舉辦類似的病患及家屬團體復健研討，增加患者對腦傷、腦中風等的認識。

3. 希望醫療人員能主動定期電話訪問參加過之病人，對患者不僅是方便，心理上獲益更大，因為他們不敢自動打擾忙碌的老師（工作人員）。

4. 建議舉辦患者間之團體旅遊，鼓勵患者多做戶外活動。

六、電話追蹤結果分析

為進一步瞭解患者別後一至二年的近況，遂用電話追蹤方式聯絡患者及其家屬，詢問其最近的生活適應情形及日常生活起居等事項。其結果如下：(一)除1人過世，1人失去聯絡外，其它21位患者自己認為或家屬認為患者情緒變得更好者有10人，覺得和以前同樣好的有6人，覺得和以前同樣不穩者有4人，而覺得變壞者有1人（此係一年輕女患者，主要是未能有社會接觸之故）。(二)其中40歲以下之7位患者（2男5女，在研討期間前後均曾接受過職能鑑定或職業輔導），除1男性1女性患者未能找到工作外，其餘均在工作、上學或當家庭主婦。而14位40歲以上之患者（12男2女）中因中風而退休者有7人，另5位則仍在上班，2名則為家庭主婦。(三)這21位聯絡上之病患中9人除了指出洗澡或洗頭，4人拿碗或筷子仍有困難外，幾乎每個患者之日常生活能力均比在研討期中進步很多。(四)在追蹤中每位患者及家屬均仍相當感激本部此項整體復健之服務，咸認為經由此項研討增加了患者之社會接觸（上學、上班或上教堂等活動），並對傷殘之適應與接受（有5位特別強調此因素）、宗教信仰、生活之安排及家人之支持、鼓勵等方面頗有好的影響。且希望日後最好再能繼續舉辦此類研討，以嘉惠更多之患者，同時亦希望我們繼續與其保持聯絡。

七、整體追綜結果分析

73 年 11 月 17 日本部再次舉辦一次整體追綜研討會，請第一、二、三期之患者及其家屬前來參加，結果共出席 17 位患者，另 2 位患者因故未能出席而由家屬代表參加，此外尚有 13 位家屬陪同參加。患者腦傷多年後重要之感言如下：

1. 心理平衡最重要。
2. 身體健康亦很重要，否則復健效果不彰。
3. 飲食要有節制，生活起居要正常。要有良好睡眠及適度之運動。
4. 做復健一定要有耐心、恒心與決心。
5. 勿太懷念過去，而要面對現實，接受事實，且對未來仍要有適度的希望。

八、討論與建議

本研究在當初的構想僅是實驗性質，服務的成分大於研究的目的，因此每期整體復健研討均在實踐中學習，學習中再不斷檢討與改進。每期皆是先經由初步問卷調查，以便瞭解患者與家屬共同之困難與問題後，再經由六至八次的專題討論、交換經驗、心得，並練習感受表達與溝通。研討結束後患者與家屬均自述對其生活適應的幫助相當大。尤其是一至二年後的追綜調查更顯示無論是年輕或年老的患者在情緒上、日常生活自我照顧上、工作或休閒生活上均有很大的進步。他們認為經由研討，患者或因宗教信仰、社會接觸、自己想開（面對現實，接受傷殘事實並去適應之意）或其它因素，而使心情變好，過正常之生活。

綜合以上之結果分析，可得下列心得：

(一)五位認為是想通了，因而心中無壓力後，身體反而更進步的患者距發病日期為一年半至三年半不等。可見每位患者心理上適應傷殘的速度均不一，有人需要較長的時間，有的人則僅需較短的時間即可適應。然而患者適應的快慢不可否認地又與其(1)生病前的個性、生活型態。(2)病前對傷殘所持的態度。(3)在疾病或意外發生時與導致傷殘期間個人所表達害怕的

強弱程度及所經歷的情緒起伏變化量，(4)個人對“身體之目的”所持的觀點，其與傷殘型態和程度上的關係，等四個個人因素具有相當大的關係（Cull, J. G., 1973）；此外社會的價值觀、常模、態度與家人、專業人員的態度均亦對患者心理適應之過程，有甚大之影響。然而我們所得到最重要的結論是：不要太逼（push）患者，應該給他時間去難過他所失去的功能；在一段適應的時間，從旁配合他自己進步的速度，鼓勵他；而不要常將之與別人比，造成對患者太大之壓力。因為患者皆希望自己更好，因此慢慢地他就會發現懊惱、沮喪無濟於事，而應該更珍惜其所剩餘的功能，才能過更好、更正常的生活。

(二)國外多位學者（詳見文獻探討部份）在其報告中均發現中風影響患者之生活品質甚鉅（Lawrence, 1979）。患者即使生理完全復健成功，但心理、社會復健方面的需要仍很殷切（Labi, 1980）。患者中風後六個月無法恢復病前的社交活動是造成其沮喪的主因（Feibel, 1982）。因此社交技巧復健尤其可幫助出院之患者統合入社會（Romano, 1976）。在復健中家屬的參與患者之治療計劃能大大地幫助自己與患者本身。（Goodell, 1975）。

鑑於國內尚無專為腦傷病患做整體復健之服務，本部乃實驗式地為患者及家屬舉辦整體復健研討。其方法上可繼續採行的是：(1)閉鎖式結構（Closed structure）可使每期患者固定，較易產生歸屬感。且成員覺得舒適、隱密後，方能開放自己，將真實的感受、想法分享他人。(2)研討地點在治療室舉行比在會議室更好，因為治療室是患者所熟悉的環境，較有親切感。(1)與(2)項 D'AffLitti（1974）亦持相同看法。(3)成員背景每期中最好安排有 2 位是相同的背景。如：相近年齡、相同病因、相同患側、相同性別及相近之教育程度等。

需進一步改進及研究的地方：(1)在研討前後最好再各加上一相同之人格測驗（以比較研討對患者情緒等各方面之影響究有多大），及

28 Journal of Rehabilitation Medicine
常識測驗（以正確瞭解成員對研討所提供之知識，認識得有多深），(2)研討時間要配合家屬情況妥予安排。若家屬未上班，則下午較適宜；若家屬需要上班，則傍晚舉行較適宜。

(三)經由主觀之感受與客觀之觀察之後，發現所舉辦之整體復健研討對患者間、家屬間亦形成很好之同儕團體（Pear Group），彼此鼓勵、支持、互相交換心得，並獲情緒舒解；患者與家屬之間亦增進許多對中風之瞭解與其影響之認識。同時更可促進本團隊醫療工作人員對中風病患及其家屬反應之更加瞭解與敏感。

(四)工作或其它社會接觸的機會對患者之心理適應不可否認地有很大的影響。由本部之追蹤調查便可發現 40 歲以下 7 名患者中，除 1 名男性患者回到公家機關復職，2 名女性患者在其父兄所經營的花店看花或印刷廠打雜，1 名女性患者回去念大學，1 名回去當家庭主婦外，其餘 1 名男性及 1 名女性患者都因缺少資源、機會及勇氣，在良好的身體狀況下仍很難尋得合宜的職業。

至於 14 位 40 歲以上之患者，除 2 名回去當家庭主婦（先生仍需幫忙做家事及帶孫子）外，另外 12 位男性患者，因中風而提前退休者有 7 位；而 5 位仍繼續上班者中，有 2 位分別仍在外交部、立法院上班，1 位則回去公家機關復職，1 位則回去私人公司上班，而另 1 位則原本經營雜貨店，現改賣報紙為生。由上可見腦傷對年輕患者抑或年老患者職業生活的影響皆相當大，國外其他文獻（Fowler, 1981; U.S. Dept of HEW, 1966）亦曾報告半身不遂患者之就業情況與展望不甚樂觀，國內情況可能更甚。因此，國內實應多籌設過境式庇護工廠，或提供半身不遂患者良好之創業環境以便能使其發揮剩餘的能力，繼續貢獻社會，不致成為家庭與社會之負擔，而使生理、心理及社會復健之成效發揮極至。

（本研究能順利完成，特別要感謝劉建仁顧問及張瑛、成戎珠、吳麗秋及后祥雯等同仁之大力協助，謹於此深表衷心謝意）

參考書目

- 1 王天興 婚姻中的心橋—談夫婦溝通 見張春興編著「感情·婚姻·家庭」 桂冠心理叢書之⑤ 民國七十年。
- 2 葉重新著「心理測驗」 大洋出版社 民國六十九年。
- 3 黃淑芬著「殘障者的職業復健」 台北市政府社會局印 台北市社會福利工作叢書之八十五。
- 4 Anderson, T. P. Stroke and Cerebral Trauma: Medical Aspects
- 5 Athelstan, G. T. Psychosocial Adjustment To Chronic Disease and Disability.
- 6 Fowler, R. S. Stroke and Cerebral Trauma: Psychosocial and Vocational Aspects from Stolow, W. C. & Clowers, M. R. (Ed.) Handbook of Severe Disability U. S. Dep. of Education, Rehabilitation Service Administration. 1981.
- 7 Bardach, J. L. Psychological Considerations in Hemiplegia.
- 8 Overs, R. P. & Healy, J. R. Stroke Patients: Their Spouses, Families and the Community from Cobb A. B. Medical & Psychological Aspects of Disability ILL: Springfield, Charles C. Thomas Publisher, 1973.
- 9 Bardach, J. L. Group Sessions with Wives of Aphasic Patients Int. J. Group Psychotherapy, 19:361-365, 1969.
- 10 Cull, J. G. et al. Understanding Disability for Social and Rehabilitation Services Chapter 6 Charles C Thomas. Publisher 1973.
- 11 DeAfflitti, J. G.; Weitz, G. W. Rehabilitating the Stroke Patient Through Patient-Family Group Int. J Group Psychotherapy, 24(3):323-32, Jul. 1974.

12. Dzau, R. E. et al. Stroke Rehabilitation: A Family-Team Education Program Arch Phys. Med Rehabil 59: 236-239, May 1978.
13. Editorial: Stroke and the Family Br. Med J. 4(5937):122, 19 Oct 1974.
14. Evans, R. L. Social Supports Needs at Home Int. Rehabil Med 5(2):96-100, March 1983.
15. Goodell G. E. Rehabilitation: Family Involved in Patient's Care Hospitals, 49(6):96-8, 16 Mar, 1975.
16. Grief, E. et al. Behavioral Approaches to Rehabilitation: Coping With Change N. Y.: Springer Publishing Company, 1982.
17. Heller, V. Handicapped Patients Talk Together Amer. J. Nursing, 70:332-335, 1970.
18. Hyman, M. D. Social Psychological Determinants of Patients' Performance in Stroke Rehab. Arch Phys Med Rehab 53:217-26, May 1972.
19. Kinsella, G. J. et al. Attitudes Towards Disability Expressed By Spouses of Stroke Patients Scan. J. Rehab Med. 12(2):73-6, 1980.
20. Labi M. L. et al. Psychosocial Disability in Physically Restored Long-Term Stroke Survivors Arch Phys Med Rehab 61(12):561-5, Dec. 1980.
21. Lawrence, L. & Christle D. Quality of Life After Stroke: A 3-Year Follow-up Age and Aging, 8(3):167-172, Aug 1979.
22. Mulhall, D. J. Stroke: A Problem for Patient and Family Physiotherapy 67(7):195-7, Jul. 1981.
23. Oradei, D. M. & Waite, N. S. Group Psychotherapy With Stroke Patients During the Immediate Recovery Phase Amer. J. Orthopsychiat. 44(3):386-395, April 1974.
24. Pendarvis, J. F. et al. The Use of A Rehabilitation Team for Stroke Patients Soc. Work Health Care, 6(2):77-85, Winter 1980.
25. Piskor, B. K., and Paleos, S. The Group Way to Banish After-Stroke Blues Amer. J. Nursing, 68:1500-1503, 1968.
26. Power, P. W. & Dell Orto, A. E. (Edited) Role of the Family in the Rehabilitation of the Physically Disabled Baltimore: University Park Press, 1980.
27. Richardson, K. R't Brain-Left Brain: the Nurse Consultant and Behavior Change Following Stroke J. Psychosoc. Nurs. Ment. Health Serv. 20(5):37-9, May, 1982.
28. Roessler, R. T. Factors Affecting Client Achievement of Rehabilitation Goals J. of Applied Rehab. Counseling 11(4):169-172; Winter, 1980.
29. Romano, M. D. Social Skills Training With the Newly Handicapped Arch Phys Med Rehab. 57(6):302-3, Jun 1976.
30. Wells, R. Family Stroke Education Stroke, 5: 393-396, May-June 1974.
31. U.S. Dept. of HEW, VR Administration A Survey of Medicine & Medical Practice for the Rehabilitation Counselor 1966.
32. Wright, G. N. Total Rehabilitation Boston: Little, Brown and Company, 1980.
33. in Adjustment to Stroke Arch Phys Med Rehabilitation, 64(2):61-4, Feb 1983.
34. Feibel, J. H. et al. Depression and Failure to Resume Social Activities After Stroke Arch Phys Med Rehab 63:276-278 Jun, 1982.
35. Field D. et al. Coping With Stroke