

法鼓文理學院生命教育
碩士學位學程碩士論文

中風後復健動機與家庭關係相關性之行動研究

An Action Research for the Correlation between
Motivation for Post-Stroke Rehabilitation and
Family Relationship

指導老師：楊蓓 博士

研究生：林峰正 撰

中華民國 113 年 3 月 31 日



法鼓文理學院

Dharma Drum Institute of Liberal Art

法鼓文理學院碩博士論文授權書

中華民國 110 年 10 月 13 日 110 學年度第 2 次教研會議修正通過

中華民國 112 年 05 月 03 日 111 學年度第 6 次教研會議修正通過

- 立書人(即論文作者): 林峰正 (下稱本人) 學號: M108221
- 授權標的: 本人於法鼓文理學院(下稱學校) 112 學年度第 2 學期

生命教育 (學系、碩士學位學程)取得 碩士 之 學位論文
 博士 專業實務報告

論文題目: 中風後復健動機與家庭關係相關性之行動研究

指導教授: 楊蓓 博士

(下稱本著作, 本著作並包含論文全部、摘要、目錄、圖檔、影音以及相關書面報告、技術報告或專業實務報告等, 以下同)

緣依據學位授予法等相關法令, 對於本著作及其電子檔, 學校圖書館得依法進行保存等利用, 而國家圖書館則得依法進行保存、以紙本或讀取設備於館內提供公眾閱覽等利用。此外, 為促進學術研究及傳播, 本人在此並進一步同意授權學校、國家圖書館、資料庫廠商等對本著作進行以下各點所定之利用:

一、對於學校之授權部分:

本人 同意 不同意(請勾選其一)授權學校, 無償、不限期間與次數重製本著作並得為教育、科學及研究等非營利用途之利用, 其包括得將本著作之電子檔收錄於數位資料庫, 並透過自有或委託代管之伺服器、網路系統或網際網路向 學校校園內 校外位於全球使用之使用者(請勾選, 可複選)公開傳輸, 以供該使用者為非營利目的之檢索、閱覽、下載及/或列印。

二、對於國家圖書館之授權部分:

本人 同意 不同意(請勾選其一) 授權國家圖書館, 無償、不限期間與次數重製本著作並得為教育、科學及研究等非營利用途之利用, 其包括得將本著作之電子檔收錄於數位資料庫, 並透過自有或委託代管之伺服器、網路系統或網際網路向館內及館外位於全球之使用者公開傳輸, 以供使用者為非營利目的之檢索、閱覽、下載及/或列印。

三、對於資料庫廠商之授權部分:

本人 同意 不同意(請勾選其一) 由學校將本著作有(無)償授權資料庫廠商(下稱該資料庫廠商或該廠商)進行以下範圍之利用:

(一)該資料庫廠商得將本著作重製收錄於其所建置營運之特定數位資料庫(下稱該資料庫), 並透過網際網路向全球訂購該資料庫之使用者公開傳輸, 以供該使用者為非營利目的之

法鼓文理學院生命教育碩士學位學程
研究生學位論文口試委員會審定書

112 學年度第 2 學期

研究生：林峰正

題 目：(中文) 中風後復健動機與家庭關係相關性之行動研究

(英文) An Action Research for the Correlation between
Motivation for Post-Stroke Rehabilitation and Family
Relationship

業經本委員會審議通過

學位論文口試委員會委員 ✓ 丁崇祥

✓ 李瑞娟

✓ 楊蕊

指導教授 楊蕊

學程主任 楊蕊

中華民國 113 年 3 月 31 日



法鼓文理學院

Dharma Drum Institute of Liberal Art

中風後復健動機與家庭關係相關性之行動研究

摘 要

本研究的目的旨在探討家庭關係與中風病人復健動機間的相關性以及家庭關係的改變是否能影響病人的復健動機。

本研究是以行動研究方式，並由研究者本人進行的個案研究。研究參與者是病房中復健動機弱的病人及其家屬。收案條件包括於 111-08-01 至 112-07-31 期間入住研究者工作的病房，接受復健治療之中風患者，經復健團隊認定復健配合度及積極度不足的患者。排除條件包括：失智症患者、中風後認知功能受損患者以及失語症患者。

本研究假設中風後復健動機低的患者，其自我分化低，因為自決性較低，常需依賴重要的家人來決定其動機，決定其行為。依此，若能找出患者依附的重要關鍵家人，就能藉由這位家人來影響患者的復健動機。

本個案研究的結果呈現如下的現象：

1. 個案 A 的復健動機會隨夫妻間關係的改變而改變。個案 A 的關鍵家人是他的太太，兩人之間的關係是緊密且互相依附的動態關係，夫妻間會有一強一弱的腳色轉換。
2. 在行動策略多次的循環介入之後，A 的復健成效指標，包括巴氏量表、伯格氏平衡量表、行走速度、動作活動日誌量表，都呈現正向的進步。
3. A 的復健動機也從驅動力低的外在動機進步到驅動力較高的內化的外在動機或甚至是達到內心滿足感的內在動機。

根據本個案研究的結果，家庭關係與中風病人的復健動機間存在相關性。家庭關係的改變確實能影響病人的復健動機。



法鼓文理學院
Dharma Drum Institute of Liberal Arts

關鍵詞: 內在動機、外在動機、家庭系統理論、自我分化、家系圖、關鍵家人

An Action Research for the Correlation between Motivation for Post-Stroke Rehabilitation and Family Relationship

ABSTRACT

The purpose of this study was to explore the correlation between family relationships and stroke patients' motivation for rehabilitation and whether changes in family relationships can affect patients' motivation for rehabilitation.

This study is a case study conducted in an action research manner and by the researcher himself. The study participants were patients in the ward with low motivation for rehabilitation and their families. The admission conditions include stroke patients who were admitted to the ward where the researcher worked from 111-08-01 to 112-07-31, received rehabilitation treatment, and were determined by the rehabilitation team to be insufficiently cooperative and active in rehabilitation. Exclusions included: patients with dementia, patients with post-stroke cognitive impairment, and patients with aphasia.

This study hypothesizes that patients with low motivation for rehabilitation after stroke will have low self-differentiation because they have low self-determination and often need to rely on important family members to determine their motivation and behavior. Based on this, if we can find out the important key family members that the patient is attached to, we can use this family member to influence the patient's motivation for rehabilitation.

The results of this case study show the following phenomena:

1. Case A' s motivation for rehabilitation will change as the relationship between husband and wife changes. The key family member of Case A is his wife. The relationship between the two is a close and interdependent dynamic relationship. There will be a strong and a weak role change between the husband and wife.

2. After multiple cycles of intervention with action strategies, A' s rehabilitation effectiveness indicators, including the Barthel Index, Berg Balance Test, Gait speed, and Motor Activity Log, all showed positive progress.

3. A' s motivation for rehabilitation has also progressed from extrinsic motivation with low driving force to internalized extrinsic motivation with higher driving force or even intrinsic motivation to achieve inner satisfaction.

According to the results of this case study, there is a correlation between family relationships and motivation for rehabilitation in stroke patients. Changes in family relationships can indeed affect patients' motivation for rehabilitation.

Keywords: intrinsic motivation, extrinsic motivation, family systems theory, self-differentiation, family diagram, key family members

目錄

第一章：研究動機.....	1
第二章：文獻探討.....	5
第一節：復健動機.....	5
第二節：內在動機與外在動機.....	8
第三節：家庭系統理論與自我分化.....	11
第四節：研究假設.....	13
第三章：研究方法.....	17
第一節：研究設計.....	17
第二節：研究工具.....	19
第三節：研究方法及步驟.....	20
第四節：資料收集與分析.....	20
第五節：研究效度與倫理.....	22
第四章：研究參與者的復健故事及行動介入.....	25
第一節：家庭背景.....	25
第二節：復健故事.....	26
第三節：行動介入.....	29
第五章：研究結果與分析.....	35
第一節：A 的圖像.....	35
第二節：繪製家系圖與尋找關鍵家人.....	44
第三節：主要關鍵家人的圖像.....	47
第四節：A 與太太的動力關係.....	51
第五節：復健動機弱的表現模式.....	77

第六節：復健動機變強的表現模式	79
第七節：行動介入前後的復健成效指標	81
第八節：出院前的回饋	83
第六章：討論與建議	94
第七章：參考文獻	102
附錄一	106
附錄二	112

圖目錄

圖 1：引用自 RYAN & DECI, 2000	10
圖 2：A 的家系圖	25
圖 3：行動介入的螺旋圖	29
圖 4：A 的家庭關係示意圖	44

表目錄

表 1：A 的基本資料	35
表 2：A 與太太的依附模式	72
表 3：復健動機弱的表現模式	78
表 4：復健動機變強的表現模式	79

表 5：巴氏量表	81
表 6：伯格氏平衡量表	82
表 7：行走速度	82
表 8：動作活動日誌量表	83

附錄

附錄一：中文計畫書摘要表	101
附錄二：研究計畫受試者同意書	112



法鼓文理學院
Dharma Drum Institute of Liberal Art



法鼓文理學院

Dharma Drum Institute of Liberal Art

第一章：研究動機

根據衛生福利部 109 年十大死因統計，腦血管疾病佔第四，每年約有一萬多人死於腦中風（衛生福利部，2021，2022）。存活下來的人裡面失能的比例也很高，台灣中風登錄資料庫資料顯示：初次中風病人在中風一個月後的失能比例是 61.2%、三個月是 55.58%、半年是 51.72%（邱弘毅，2015）。腦中風的處置，除了疾病的預防及治療以外，失能程度的降低是另一重要工作，健保署自民國 103 年起規劃腦中風急性後期之醫療整合照護模式（Post-acute Care）（衛生福利部，2020），希望透過高密度，甚至是高強度的復健訓練，讓腦中風病人在中風後三個月內的黃金恢復期，能達到最大的進步，減少失能比例，復健扮演了關鍵性的角色。

復健的成效取決於復健團隊的品質及病人的積極配合。我工作的場域就是以腦中風復健為主的病房，復健團隊會定期召開會議，討論腦中風病患的復健成效及調整訓練計畫，這些復健計畫若有病人的主動參與及積極配合，效果自然是事半功倍。惟復健病人中並非每一個人的配合度都很高，病房中總有幾個提不起勁、配合度低的中風患者，動機薄弱，以致影響整個復建計畫的進行。復健團隊面對復健動機低的病人，常是束手無策的。為了解決這個問題，我會以旁觀者的角色觀察這些病人的復健過程，有個病人讓我印象深刻，他的復健動機常會有戲劇性的改變，也就是今天和明天的狀況可能就不一樣，這狀況的產生又跟某一個特定家人的出現有絕對的關係。只要是這個特定家人出現在醫院的那一天，病人就會不舒服，還會有頭暈、嘔吐的症狀，以致無法復健，但若隔天這家人沒到醫院時，他就不會不舒服，也能完全配合復健。這病人與該特定家人的情緒糾葛甚是強烈，這現象與家庭系統理論（family systems theory）的創始者 Murry Bowen 行醫早期

的觀察有點類似。Murry Bowen 是位精神科醫師，他觀察住院的知覺失調（schizophrenia）病人，發現當病人與家人，尤其是母親，會面時，相互間會有明顯的情緒衝擊，兩者間的情緒連結和互相影響要比一般人強烈而持久，即使病人已經成人，他稱這種現象為共生性的依附（symbiotic attachment）。這種共生性的關係若越緊密，則兩個個體的行為表現就越會受到關係中情感因素的控制（Kerr, & Bowen, 1988）。所以看一個病人的臨床表現除了看病人本身外，還得看看他的家人。

腦中風對一個人的身體是一個很大的衝擊，對心理來說也是一個很大的壓力，因為未來的自己可能半身癱瘓，可能無法再工作，以致終生得由他人照料。人在面對壓力時，會有情緒，有人會因此沉浸在負面感受的世界裡，無法自拔，這些人的情緒如洪水般來，很容易就壓過理智的判斷。Murry Bowen 在家庭系統理論中曾提出「自我分化（differentiation of self）」的概念來解釋人的情緒處理能力，一個人的自我分化越低，他對壓力的調適能力就越差（Kerr & Bowen, 1988）。人在成長的過程中，生理與心理會逐漸成熟，可慢慢脫離家庭、父母，尤其是母親。一個人在生理上容易是一個獨立的個體，但心理（情感）上脫離家庭的狀況就有程度上的差別，這情感脫離家人或家庭的過程就叫「自我分化」。一個人若生理上是一個獨立的個體，但心理上卻無法完全脫離家庭，與家中特定的家人或家人們有一種如前述的共生性的依附存在，以致心理的成熟過程受阻，那麼這個人的自我分化的情形是不好的，面對問題時的反應是由情緒主導，理智的控制則很薄弱。自我分化低的人處理情緒的能力差，心理發展較不成熟，會與家庭的成員間有情感上的依附，所以自我分化的能力與家庭成長環境有絕對的關係。中風後情緒低落的病患其壓力處理的能力較差，若以自我分化的程度來看，會分布在

較低的階程，家庭關係的改變能不能因而改變病人的動機？復健動機與家庭關係之間的互相影響又是如何？這議題值得進一步探討。



法鼓文理學院

Dharma Drum Institute of Liberal Art



法鼓文理學院

Dharma Drum Institute of Liberal Art

第二章：文獻探討

第一節：復健動機

所謂「動機」指的是去做某件事的動力。一個人若感受不到做事的動力或鼓舞，可被描述為沒有動機；但若一個人被激勵或激活，能往目標前進，就會被認為具有動機（Ryan & Deci, 2000）。

從事復健的專業人員相信病人的復健動機可決定中風的預後（Maclean et al., 2002），但復健動機的本質和決定因素在醫學上並未達成共識（Maclean & Pound, 2000）。在一個對復健的專業人員以半結構化深度訪談進行的質性研究中發現他們對病人復健動機的描述大都以病人的態度和對復健的配合度兩種特性為中心，而動機的決定因素部分取決於人格特質，同時也與社會因素有關（Maclean et al., 2000）。觀察我工作的復建病房中，動機強的人通常較有自信，較理智，雖然面臨自己可能失能的衝擊，但他們知道復建是讓自己重新掌握癱瘓肢體的重要方法，也會很努力的配合復健。一位中風的母親，是家中的主要決策者，為了不讓中學的兒子擔心，她復健的動機超強。另外有一位退休的大學教授，他告訴我，他一定要讓自己能恢復走路的能力，因為他還常跟自己的學生見面，請我們要幫他。這兩位病患在面對壓力時，會自然產生正面迎戰的動機，不服輸應該是他們的特質，解決問題的方法由理智主導。能再次恢復與家人或朋友相處的模式是他們很清楚想達成的目標，同時特定目標的存在也助長了病患的動機。

早期未經實證分析的臨床文獻大都提出病人的動機純粹來自於他的個人人格特質（Maclean et al., 2000）。近年社會及環境因素的影響也開始被關注，並形成另一主流，這可分為三個方面：1) 強制性的文化規範，這規範若內化到自己的

行為，對復健的參與會較為積極；2) 復健場域、團隊的品質，會直接影響到病人的信心；3) 社會支持網絡的狀況，如朋友和家人的影響 (Maclean & Pound, 2000)。我有一個住院的婆婆，他在復健的課程中，常會心不在焉，有時又顯得懶懶的，沒什麼動力，經與婆婆多次的聊天，建立一些互信後，她才告訴我，他很擔心她先生的身體，自己住院沒法照顧她先生，所以內心一直沒法安定，沒法專注於復健。她說她知道復健對自己很重要，但她先生的病更重要。住院當中她先生的病情好轉，她得知後，信心大增，希望能早點回家，復健動機也跟著提升起來，情緒也逐漸穩定，她說要讓自己能照顧自己，不要造成她先生的負擔，出院時，她是拿單拐走路出院的。這位關鍵家人的狀況明顯地影響到病人復健的動機。這是 Bowen 共生性依附理論的一個正向的例子，患者復健動機的產出明顯地受控於其丈夫的身體狀況。丈夫的身體狀況不穩定時，她提不起勁復健；只要丈夫的身體好轉，她的情緒也會跟著穩定，也能配合復健了。患者的狀況，以 Bowen 的自我分化的理論來看，其心理是不成熟的，雖然她已經是個獨立的個體，她的情緒會隨著丈夫的狀況而起伏，而且情緒主導著住院要好好復健的自主的行為。這情緒主導的心理屬於自我分化較低的狀態。Bowen 認為人是主觀感覺和客觀理智判斷的混和體 (Human is a mixture of feelings and objectivity)，自我分化好的人可以分辨兩者的不同，優勢是這樣的人能以理智的自我觀察自己情緒自發的過程；自我分化差的人則無法分辨兩者的差別 (Kerr & Bowen, 1988)，情感會凌駕理智之上，這類人的行為就會被自己和重要家人間情感的關係所掌控，而影響個體身心良好的功能

復健動機強的人有較高的自我驅動力，會密切與復健團隊配合，達成目標，而且了解復健的重要性，同時會渴望盡早離開醫院，又若復健團隊給患者的訊息有正確的傳達，且傳達的訊息具一致性時可提高病人復健動機，另外與其他患者

間的互相鼓勵也有正向助力 (Maclean et al., 2000)。余慧芬等 (1993) 的研究還指出配偶的鼓勵也是一種助力。確實如此，我的臨床經驗中，這樣的正向鼓勵大多來自病患的太太，尤其若是太太也能陪同復健，與病人一起學習，病人對復健的配合也會變得較主動。一位太太，年紀七十幾歲了，他丈夫住院期間，幾乎每天在病房出現，身形嬌小，帶著棒球帽，陪丈夫一起復健，病人的動機也變得很強。另一個例子是在新冠病毒疫情期間住院的個案，病患的太太在病人入院後，每天與病人視訊，我查房時，常會聽到她鼓勵、關心病人的話語，病人雖然說不出話，但看他面對手機，很是愉快的模樣，入院不到一周就能發出「YY」的聲音，想要與他太太講話的動機是很明顯的。配偶常是影響病人復健動機的關鍵家人。

復健動機弱的人有較低的自我驅動力，他們對復健的配合是被動的，對病情及復健的重要性並不了解，他們的心情是不好的，他們也渴望離開醫院，但原因卻是不喜歡被關在醫院裡面，而且也不想做復健 (Maclean et al., 2000；余慧芬等，1993)。有些因素會更減低病人的復健動機，如復健的訊息缺乏，或指令不一以及與其他患者的不當比較，還有就是家人與護理人員的過度保護 (Maclean et al., 2000)，家人不能配合及缺乏家人的鼓勵也會減弱病人的復健動機 (余慧芬等，1993)。我的經驗中家人的過度保護是值得注意的。住院復健病患的照顧者若是配偶或子女時，常會因自己對協助課後復健的不熟悉或捨不得病人受苦，而讓病人的活動動機被壓抑或甚至削減。一位伯伯對她太太非常好，太太中風後，更是隨侍在側，照顧的無微不至，但也因為怕太太跌倒，捨不得太太累，很多的復健動作都不敢帶她做，以至病人的復健成效遠低於團隊預設的目標。還好經勸說後，伯伯願意請專業看護照顧。在專業看護的積極帶領下，病人對復健的配合度逐漸變高，沒有伯伯的顧慮，她的主動性也變得明顯，所以不到兩個禮拜，病人就能

在輕度的扶持下走路，也因此縮短了住院的時間。配偶中的任一方對另一方的過度保護，意味著要與另一方維持緊密的情感連結，生活的重心都放在對方，生活的能量都花在這關係的經營上。這種過度保護的家人關係，其實就是 Bowen「自我分化」理論中低度自我分化的人格特質，這類人幾乎沒有自我，需要與配偶或子嗣，甚至重要他人間有強烈的情感依附，才会有安全感。生命的能量都用在「愛」或尋求「愛」上面，以致幾乎沒有多餘的能量可以用在自我的追求上（Bowen, 1978），他們對於情感上的不和諧很敏感，對別人的意見也很在意（Kerr & Bowen, 1988），工作上的成功多取決於上級或依附關係上的認可，而不是工作本身的價值（Kerr & Bowen, 1988）。生活就是為了維持與重要家人的緊密關係，才會覺得安全，就如同嬰兒出生後，與照顧者-通常是母親間的一種原始的共生一般。與依附對象情感上的和諧，會讓這類人的心理覺得比較完整，比較踏實，所以若依附對象的意見比較強勢時，如過度保護，另一方的他們就會退縮一些，以維持關係間情感的和諧，動機因而就被削減；若依附對象的強勢是鼓勵復健時，如照顧者更換為看護時，他們的復健動機就會隨之增強。從這些復健動機弱的病人的臨床觀察中可以發現，這些人的動機的有時會由弱變強，而且好像都與外來因素的出現有關，對於動機變動的本質需要進一步釐清。

第二節：內在動機與外在動機

關於動機的研究多數都把動機當作一個單一的概念，那就如上段所提到的僅以強弱來做區分，但是除了強弱以外，動機還包括不同的本質，也就是動機取向，這代表產生一個行動的內在態度和目標（Ryan & Deci, 2000）。有時我們做一件事是因為興趣，喜歡做，享受做的過程；有時我們做一件事是因為某種理由，如獲得獎賞、稱讚，或避免受罰等。上述兩種狀況的動機本質明顯不同，也就是說

我們做一件事會出於各種不同的理由，Ryan & Deci（2000）兩位學者將之概分為內在動機（Intrinsic motivation）和外在動機（Extrinsic motivation）。內在動機的產生是為了滿足自己的心理的需求，常和天生的興趣有關，或就是為了自己，不是因為外在的誘因；外在動機的產生常是為了能達到一個外在目標，如用功念書是為了父母和老師的稱讚，是為了取得好的考試成績（Ryan & Deci, 2000）。所以內在動機的驅動力來自於自己，是一種自主性的驅動，而外在動機的驅動力常來自外在的因素的影響。

復健動機弱的人自我驅動力低，代表內在動機弱，而內在動機的提升需靠勝任感和自主感的體驗來誘發（Ryan & Deci, 2000），也就是說要讓病人覺得復健的訓練是他可勝任的，而且是他主動想做的，要讓他自己覺得復健是幫自己重建功能的重要學習，而且體認自己在復健成效中能發揮積極的作用，這樣勝任感和自主感才能產生。以學習為例，提供學生自主、支持的老師及家長較能誘發小孩的內在學習動機（Ryan & Grolnick, 1986），依此，若透過復健團隊及家人的支持應能提高患者的自我驅動力，面對復健的挑戰。

外在動機能扮演甚麼角色來提升復健動機呢？大部分的人，從學生時代到進社會，所做的事多數來自外在動機的驅動，以求能達到一個希望的目標，例如為了升學，為了賺錢等，然而在這普世的目標底下，不同的人會表現出不同的自主性或自決力，也就是接受一個目標的內化程度不一，所以表現出來的外在動機也會不同。比如說有些人覺得這目標是重要，是有價值的，達成後，也能滿足自己部份程度的心理需求，所以會積極地去認同這目標，外在目標就會內化到自己的內心，變成是為了自己，產生主動想達到目標的動機，這動機在某種程度上類似前段所謂的內在動機，驅動力是強的；有些人只是為了達到目標，被動的配合，這樣的外在動機常無法持久，而且過程也不愉快。內化程度強一點的人表現出來

的就是積極參與的狀態，因這裡面需要有個人的認可和一點個人的選擇感（Ryan & Deci, 2000），當一個人認同這個目標時，表示完成這目標可滿足自己的心理需求，是為了自己，這種狀態的外在動機是比較接近內在動機的，這就是外在動機的內化（圖 1），過程是不會那麼痛苦的。

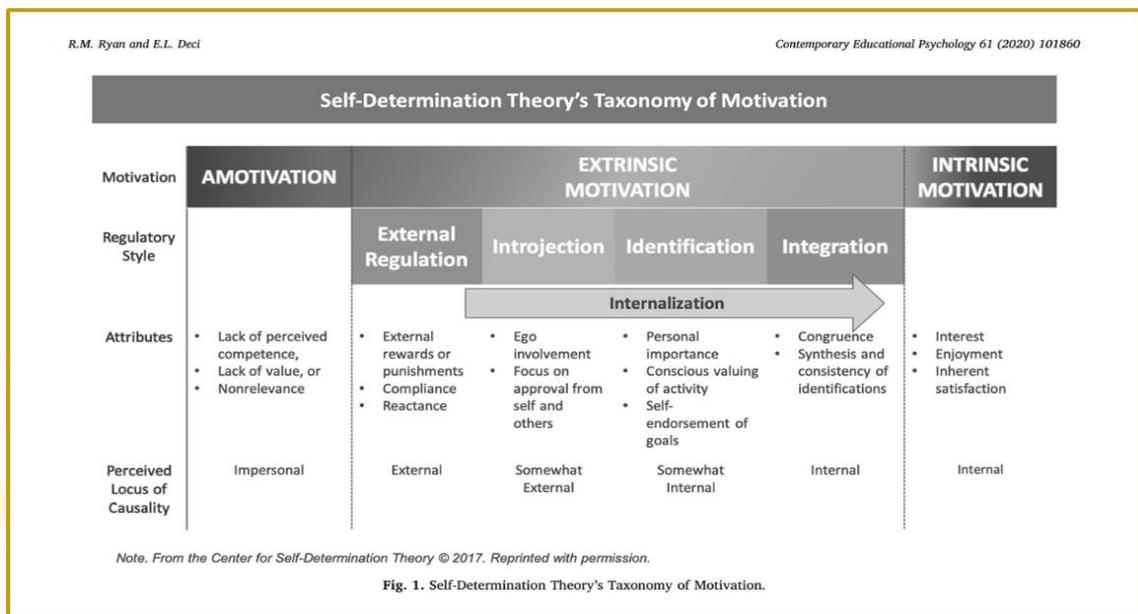


圖 1 引用自 Ryan & Deci, 2000

外在動機若沒有較多的內化，也就是個人對這目標的認同度不高，覺得做事沒甚麼價值，對自己也沒甚麼好處，那自主性就低，表現出來的就是被動配合，過程是不愉快的，是無法持久的。無動機的人通常會覺得自己無法勝任這件事，覺得做這件事是沒有價值的，甚至不相信做這件事會達到目標（Ryan & Deci, 2000），也就是自主性和自決力相對的低，這些狀況會出現在復健動機弱，甚至不想復健的患者身上。上段例子中提到的那位擔心丈夫病情的婆婆，她的自決力完全取決於她丈夫病情能否好轉，假若她丈夫的病情沒有好轉，她的動機必然持

續低落，她會覺得自己的復健是沒有價值的。她丈夫的病情好轉這件事才能讓她覺得自己的復健成效也很重要，而因此燃起了希望，提升了復健的動機。

在照顧中風病人的臨床經驗中，有些病人的動機或者情緒會隨著自己在意的家人的狀況而隨之變動，他們對自己動機的自主性和自決力很明顯地受到家人的影響。這些人遇到重大壓力時展現的特質在 Bowen 家庭系統理論中所提出的「自我分化」的概念裡面，有很好的詮釋。

第三節：家庭系統理論(Family System Theory)與自我分化(differentiation of self)

Bowen 是家庭系統理論 (Family System Theory) 的創始者，這理論假定人類存在一種本能的生命力，稱之為個別性 (differentiation or individuality)，這生命力可驅使一個孩子長成一個情感獨立的人，他具有自己思考，感受和行動的能力。這理論同時也假定人類存在另一種本能的生命力，稱之為集體性 (togetherness)，這使一個孩子與他的家人能保有情感上的連結及互動，他們的思考、感受和行動會具一致性 (Kerr & Bowen, 1988)。這兩股力量同時存在，且互相抗衡。相抗衡的結果就是其實沒有一個個體能與家人之間有徹底的情感、情緒上的分離，所以早期的依附 (early attachment) 是永遠不會完全被解決的 (Kerr & Bowen, 1988)。

這集體性的力量使得一個家庭呈現為一個情感的單位，而非以家庭內的個體為單位 (江文賢等譯，2010/2013)。所有家庭都處於以情緒「融合」和「分化」為兩個極端的連續線上 (劉瓊瑛譯，2010/2011)。一個成長中的小孩與家人間情感分離的程度決定這小孩從家庭中自我分化的能力 (Kerr & Bowen, 1988)，分化是一個過程，指的是在人際關係上，一個人拿捏個別性和集體性兩種力量的過程，

分化的層次較高代表個別性這股力量發展的較好（Kerr & Bowen, 1988），人的自主性和自決力就會較強。也就是說分化的層次較高的人較不會與家人或重要他人之間有情感上的糾葛，也較不容易因情感上的糾葛，而做出受情緒所主導的行為。人的自我分化程度與其成長的家庭和環境有決定性的關係。一個人的自我分化越低，行為越會受情緒影響，他對壓力的調適能力就越差（Kerr & Bowen, 1988），他會沉浸在感受的世界裡，無法自拔，甚至生活的運作完全由情緒掌控（Kerr & Bowen, 1988；王鑾襄、賈紅鶯，2013）。

一個人的生命能量投入在與他人關係中的比例，或者講束縛在關係中的比例是有個體間的差異的，這差異可以用自我分化的概念來描述（Kerr & Bowen, 1988）。一個人的分化的程度越低，代表他被關係所產生的情感所束縛、所消耗的能量百分比就會越大；個人的自我分化的程度越高，代表他用於個體發展的能量百分比越大（Kerr & Bowen, 1988）。

隨著分化程度的降低，個別性的發展會變差，集體性的需求會增加，這些人幾乎沒有完整的心理發展，讓他成為一個獨立的人。他們沒有自我決定的能力，他們終其一生都渴求被愛、被接受，他們很容易會有情緒化的反應，而且會很強烈，也會持續很久，情緒支配著這些人的行為（Kerr & Bowen, 1988）。這樣的影響若過度的掌控個人行為時，社會適應的拿捏就會趨於病態。

隨著分化程度的提升，個別性的發展會好一點，集體性的需求就不那麼強烈，情緒化的反應會有比較好的調節，自我決定的能力也會好一點。所以自我分化程度較好的人，其個別化的完整主要取決於全面心理發展的完整，他們對集體化力量的感覺不再是一個強烈的渴望和需要，而只是一個較為薄弱的吸引或興趣。自我分化的程度越高，自我決定的能力也會隨之提升，關係的影響力會變弱，這樣

的人能有效地管理自己的生活，而且能保有一種情緒健康的感覺（Kerr & Bowen, 1988）。

中風患者在承受中風導致失能的重大壓力下，是不是有些人因無法調適這壓力，導致負面情緒化的反應太強，造成深陷在情緒中，提不起勁，生活的能量幾乎都消耗在負面的情緒裡，沒有多餘的能量鼓勵自己配合復健，讓自己重新站起來。這些人的表現就像 Bowen 所形容的自我分化低的人，在面臨壓力時，情感的影響超越理智。家庭關係又扮演甚麼樣的角色，Bowen（1978）指出家庭就像是一個未分化的情感自我團塊，但當父母婚姻關係改善，可使失功能子女症狀好轉。也有研究指出當有女兒在旁陪伴時，個案復健的積極度較高（楊濤綺、葉淑惠，2012）。家人，在臨床經驗中觀察，尤其是重要的家人好像會影響病人的復健動機，故本研究的目的就是想探討病人的復健動機與病人的家庭關係的相關，以驗證臨床上的觀察，研究者在自己的臨床實務中，發現復健動機不足是導致復建成效不好的一個重要因素，然而這卻是我們臨床團隊最使不上力的部分，根據研究者自己的臨床經驗，有些病人復建動機的強弱是會變動的，哪些因素能導致這種變動，能讓一個動機弱的病患，動機變強。本研究的問題焦點經文獻探討後可設定為如何將病人的復健動機從自主性弱的被動配合的動機，經內化提升到自主性強的認同及整合的動機，本研究想以家庭系統理論中的自我分化的面向來探究，看看家庭關係在這當中的角色是如何，是否是影響動機的因素之一？這影響又是如何產生的？

第四節：研究假設

Ryan & Deci（2020）兩位學者將人類的動機概分為內在及外在動機。內在動機的產生較單純，通常是基於興趣和享受，人們做出這些行為是因為他們發現

這些行為具有吸引力甚至有趣，較不會受外在因素的影響。外在動機則都會有個目標，受來自外在因素的影響，具多樣性，人們的行為的產生可能是為了獎賞或害怕受罰；可能是因為覺得這些活動是有價值的，是值得的，也就是會對目標有部分的認同而內化，知道達成這目標是為了自己好，即使做的時候並不愉快，後者 Ryan & Deci 將之分類為認同和整合的外在動機，這類動機自主性較強，是自主的外在動機，較接近內在動機。自主的外在動機與內在動機都具有高度意志的特質 (Ryan & Deci, 2020)，依據 Ryan & Deci 對動機的分類，復健動機的產生源自於內在動機的可能性極低，多數應來自外在動機，但若只是被動配合的外在動機是不夠的，應將外在動機的層次提升至具有認同和整合的外在動機，也就是要讓復健病人認同復健是有意義的、有價值的，進而能整合到自己的核心價值，覺得做復健是為了自己好，內化的價值感就會帶動動機的出現，所以兩者都是有高度自主性的外在動機，這其實是接近內在動機的，自主性強的人其復健動機會比較強，自主性低的人其復健動機就會比較弱。根據 Bowen 的家庭系統理論，自我分化低的人，自主性很弱，需要依附一種關係，尤其是與家人的關係，生活的重心都放在維持這關係，經營這關係，因為自決性較低，常需依賴重要的家人來決定其動機，決定其行為。本研究假設中風後復健動機低的患者，其自我分化低。依此，若能找出患者依附的重要關鍵家人，藉由這位家人來影響患者，患者知道維持與重要家人關係的重要性，這是他傾注生命力的核心價值，所以自然會順從這重要家人的建議，盡力將關係維持在良好的狀態，這樣自己的情感才能持續有個依附，有安全感，對自己是好的。推論這重要家人能將病患的復健動機從原本不配合或被動配合的自主性弱的外在動機，提升至自我驅動較強的層次。應用自我分化的理論基礎，找出病患依附的關鍵家人，經關鍵家人的影響，讓病人對復健的價值觀產生認同及整合的內化過程，將復健病人原本自主性低的外在動機，

提升至自主性較高的外在動機，甚至接近自主性最強的內在動機，是本研究的理論假設。



法鼓文理學院

Dharma Drum Institute of Liberal Art



法鼓文理學院

Dharma Drum Institute of Liberal Art

第三章：研究方法

第一節：研究設計

本研究以質性的行動研究來進行，場域就在醫院的復健科病房，針對團隊認定復健動機弱的個案，以藥物以外的行動介入，希望能提高其復健動機。行動研究在國內護理界的研究中使用較多（楊瑞珍等，2001），醫界則很少有行動研究的文獻產出。護理師和病人之間的每一次臨床接觸都是獨一無二的（Golfe, 1996），而要探索這些臨床接觸，並進而產生知識和理論的唯一方法就是護理師和病人自己就是研究過程的焦點，並且由護理師本人進行的以實踐者為基礎（practitioner-based research）的個案研究（Golfe, 1996）。行動研究是一種研究方式，而不是一種特定的方法（Meyer et al., 1999），它是社會參與者進行的一種自我反省的探究，目的是為提升他們實踐的合理性和公正性，增加對這些實踐的理解以及實踐情況的改善（Meyer et al., 1999）。行動研究也是實務工作者研究的一種型態，可以用來幫助改善在各種不同專業場所的專業實務，「行動」（做一些事）為研究過程的重要部分，而這行動會受研究者專業價值觀所主導（吳美枝、何禮恩譯，1996/2002）。

本研究的主要研究者是由計畫主持人本人進行的以實踐者為基礎的個案研究，研究參與者是病房中復健動機弱的病人及其家屬，行動就是在病房例行的家庭會議中加入家系圖的繪製及家庭關係的初步了解，找出關鍵家人。本院復健醫療團隊（醫師、專科護理師、主責護理師或出院準備管理師）會在病人住院後的三天內邀家屬一起召開第一次的家庭會議，主要的目的是病情的解釋、復健目標的設定及出院準備的安排。在家庭會議中加入家系圖的繪製及家庭關係的初步了解。家系圖是 Murray Bowen 的諸多貢獻中，最持續被使用的（Butler, 2008）。範疇已

從 1950 年代後期的理論研究，擴展到家庭治療（Kerr & Bowen, 1988）。家系圖能被持續使用是因為可取代難以閱讀且冗長的書寫記錄（Bowen, 1978）。在家庭圖中只要加上簡易的線條或箭號就能清楚指出家人之間的關係，此圖繪製之時會披露一些家庭關係，希望能找出與病患情緒依附最深的家人，希望這個關鍵家人會因家庭會議中家庭關係的陳述，鬆動原有的關係認知，而願意改變自己與病患的關係，進而促進病患的復健動機。在行動研究中，理論或假設不是被獨立驗證後，才拿來用於實踐的，理論或假設得透過實踐，才能得到驗證（Elliot, 1991）。這是本研究採用行動研究取向的主要原因，醫學領域的臨床治療理論假設其實也都是透過一個或多個「介入」性的行動後，才能被證實，Tomal（2010）也主張行動研究的歷程與醫生治療病人的過程非常相似，醫生會先根據病人主訴的症狀做出初步的問題陳述，然後進行一系列理學及醫學儀器的檢查（資料收集），之後與患者討論這些檢查的結果（分析和回饋），下一步醫生會做出診斷，決定治療策略並治療患者（計劃和採取行動），然後會追蹤患者的情況（評估行動結果）。本研究的研究設計就是經過這樣的歷程，這是行動研究的一種模式，茲述如下：

一、**初步的問題陳述**：腦中風病人復健的成效不好。

二、**資料收集、分析和回饋**：就是釐清情境，澄清問題。此階段包括找出支持問題的證據及找出可能造成問題的因素兩個階段（林素卿，2003）。首先找出支持問題的證據，如患者會找原因延遲進治療室（如說自己沒睡好）、甚至拒絕進治療室、在復健中漫不經心、下課後多數時間躺在床上等，也就是說這些患者復健動機不高。可能造成問題的因素包括患者中風後一直深陷負面情緒、患者個性原本就懶散、患者對自己的復原沒有信心、或者對團隊沒有信心等，這些因素多數跟患者的個性及情緒有關。

三、**計劃和採取行動**：要先確定研究問題，然後發展行動策略並付諸實踐（林素卿，2003）。本行動研究的問題可確定為將病人的復健動機從自主性弱的被動配合的動機，經內化提升到自主性強的認同及整合的動機，經廣泛的文獻閱讀及與指導教授討論後，上述復健動機低的病人可能心理成熟度不佳，無法承受自己中風的重大壓力，根據研究者自己當醫生的臨床觀察，他們可能是屬於 Bowen 的家庭系統理論中所描述的自我分化低的人，這樣的人通常會與家人有強烈的情感上或情緒上的依附。行動的策略就是找出病患依附的「關鍵家人」，希望關鍵家人能影響病患，提升病患的復健動機，進而增強復健的成效。

四、**評估行動結果**：實施、觀察、反省、修正行動研究的循環（林素卿，2003）。

第二節：研究工具

本研究所採用的工具就是研究者本人。研究者本人是一位神經內科及復健科專科醫師，主持一個收治健保署急性後期照護計畫相關疾病的病房，從事醫療工作已超過 20 年，專長是腦中風的復健。研究者的個人特質是除了疾病的治療之外，還會特別觀察病人可能因疾病衍生的心理狀態，然後適時予以安慰和鼓勵；也會藉家庭會議或下班時間和病患的家人互動，請他（她）們一起來幫助病患。也因為這些經驗讓研究者發現病患的復健動機與其家庭關係之間好像是有關聯的，所以才想設計此研究，做進一步的記錄。研究者曾在金山法鼓文理學院修過家庭關係與心靈環保、行動研究、研究方法及質性研究等課程，在研究的假設定及研究設計上有一定的基礎。

第三節：研究方法及步驟

此研究的收案條件包括於 111-08-01 至 112-07-31 期間入住研究者工作的病房，接受復健治療之中風患者，經復健團隊認定復健配合度及積極度不足的患者。此研究的排除條件包括：失智症患者、中風後認知功能受損患者以及失語症患者。研究方法及步驟如下。第一步為在家庭會議中加入家系圖繪製，畫家系圖的過程就是讓家人重新思考家庭結構及關係的過程。記錄核心家庭成員的年紀、工作、居住地、婚姻關係、健康狀況，記錄病人婚姻關係及與子女關係；第二步為重複召開家庭會議，再次了解家庭結構及家人之間的關係，找出關鍵家人。每次的家庭會議都會一再提醒此結構關係及理論，尤其針對關鍵家人（Kerr & Bowen, 1988）；第三步為評估狀況，隨時修正行動，家庭中只要有一部分改變，其他部分會跟著改變，改變的啟動也許只是起於一個簡單的溝通（Bowen, 1978）；第四步為充分授權，避免給建議或甚至直接告訴家人該怎麼做（Bowen, 1978），研究者不要介入個案的家庭關係；第五步為觀察記錄病人的變化及團隊的反應，然後評估行動成果及反思。第三步以後的步驟要反覆進行，隨時評估狀況，修正行動，一直到達成復健的目標。

第四節：資料收集與分析

本研究的資料收集是多方面的，包括：

- 一、**研究者手札**：研究者每日記錄收案個案的復健狀況，撰寫內容來自自己的觀察以及護理師、治療師的口述；記錄發生的事，情境描述及分析；找出關鍵家人進度與遭遇的阻礙、解決的策略；研究者的反思。

二、**家庭會議**：第一次家庭會議在病患入院後三天內召開，除病況解說及復健目標的設定外，會有居家狀況的了解及家庭圖的繪製。第二次以後的家庭會議則在病況有變化，須告知家屬或病患復健動機不高，須請家屬幫忙時召開。

三、**病例討論會**：由研究者主導，召集收案個案的治療團隊，不定期舉行。成員有復健治療師、護理師、營養師、社工，成員準備資料以文字稿及錄製的影像，報告自己的觀察，然後互相討論碰到的問題，討論解決的方法。

四、**訪談**：主要對象為病患和病患的家人，尤其是關鍵家人。與病人的訪談會以非正式的訪談方式隨機進行；與關鍵家人的訪談採半結構的訪談方式，先列出綱要，主要在釐清關鍵家人與患者的關係，並讓關鍵家人了解此關係。訪談時不會有固定的提問順序，會以受訪者當下的狀況及整體的情境，隨機調整，以能確認關鍵家人的角色為目的，收案病患參與訪談與否需視行動方案的策略而定。

初步的資料處理須將資料轉換為可分析的形式，方便於組織和儲存。將原始資料抄錄謄寫，然後簡單編碼及標記日期（林素卿，2012）。完成後重新檢視資料，資料的分析涉及分辨情況發展的趨勢以及發生的事例，藉以描述一個深思熟慮的行動（McNiff & Whitehead, 2010）。本研究資料分析的重點在展現病患對復健的主動積極度和被動配合度的狀況，還有就是與這些狀況相關的事例。資料分析後需賦予意義的詮釋，作為行動持續進行或修正的參考。

本研究個案的資料收集包括住院期間的電子病歷及紙本病歷，編碼為 AD。還有訪談的紀錄，針對訪談的對象分別編碼，病人訪談兩次，編碼為 AP1 及 AP2；關鍵家人訪談一次，編碼為 AK；次要關鍵家人訪談一次，編碼為 A2K；還有全

家出院前的回饋訪談，編碼為 AF。還有研究者日誌，編碼為 AO。這樣的編碼方便資料的保存，也方便引用時的註記。

第五節：研究效度與倫理

三角檢證的過程可幫忙查對分析後的研究資料是否可當作你的價值觀實現的佐證 (McNiff & Whitehead, 2010)。三角檢證指的是一個從多個角度看待數據的過程，通常至少三個，如使用至少三種不同方法收集資料，或資料來源來自至少三個不同的人 (McNiff & Whitehead, 2010)，也就是資料來源的三角檢證及方法論的三角檢證 (林素卿，2012)。本研究希望以資料來源及方法論的三角檢證來呈現本研究的研究效度。

資料來源的三角檢證：本研究的資料來源包括病患、病患家人以及治療團隊，可呈現來源的多元性。

方法論的三角檢證：本研究的資料收集方法包括研究者手札、家庭會議、病例討論會、及訪談記錄，可交叉比對資料的一致性。

本研究是一個醫療實務工作者希望藉行動研究提高病患的復健動機的個案研究，目的是希望增加中風病人的復健成效。本研究在擬定研究計畫書後，於 2022 年 09 月 01 經工作場域所屬醫院的人體試驗委員會 (IRB) 審核通過，於 2023 年月日申請展延一年，於 2023 年月日通過展延一年。行動策略介入的過程中，研究者與研究參與者的地位是相當的，所以對研究參與者的尊重，讓他們充分了解這個研究的目的以及研究進行中所需的訪談、研究資料的使用，然後同意參加研究是很重要的，同時讓他們知道他們有隨時退出研究的權利，研究者也需承諾研究參與者的退出，完全不會影響到病患該有的醫療照護。避免研究參與者受到傷害以及所有資料的保密更是研究者在行動介入時的首要注意事項了。

病人及所屬核心家庭的成員皆須簽署知情同意書。同意書說明重點除上述研究倫理的注意事項外，還要讓研究參與者了解復健動機的強弱直接影響病人的復健成效，而家庭支持又是牽動病人復健動機一項很重要的情緒因素以及本研究希望了解病人復健動機與家庭支持型態之間的相關。



法鼓文理學院

Dharma Drum Institute of Liberal Art



法鼓文理學院

Dharma Drum Institute of Liberal Art

第四章：研究參與者的復健故事及行動介入

第一節：家庭背景

A 是男性，75 歲，農專畢業後，22 歲當老師，任教五專，25 歲結婚，興趣是旅遊、種菜。

A 太太是女性，73 歲，高中畢業，18 歲外出工作，在衛生所、環保局任公職，23 歲結婚，興趣是旅遊、做菜。

女兒排行老大，50 歲，18 歲上大學時離家，博士畢業，在學校任教職。

兩個兒子排行老二及老三，兩人也是 18 歲上大學時離家，兩個兒子都是碩士畢業。老二，48 歲，工程師。老三，45 歲，技師。

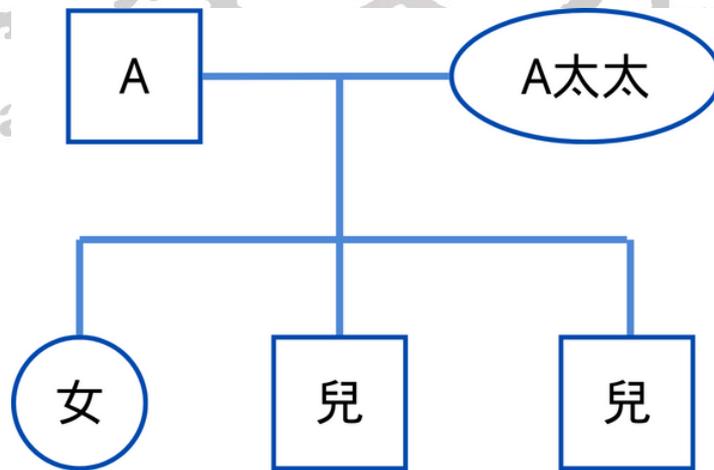


圖 2 A 的家系圖

第二節：復健故事

A 是一個腦中風¹的病人，中風的原因是因為腦血管的阻塞²，血管阻塞的部位是在腦幹³。A 因腦中風造成的臨床症狀主要是右側上肢及下肢的肌力受損，還有平衡的功能受損，由於肢體的肌力受損影響到 A 的慣用手，所以他的日常生活需要他人的協助。下肢肌力及平衡功能的受損則會造成 A 無法獨自完成移位的動作，也無法獨立行走。A 因這次中風造成的失能，除了藥物的治療外，復健是 A 需要接受的另一個醫療介入，這些失能的復健 A 先在他院治療，但因仍有復健的需求，所以轉至本院復健病房。

住院當天 A 是由救護車的推床推進病房的，太太陪伴在身邊。我到病房時，A 躺在床上，太太站在床邊，病史詢問及評估 A 的中風狀況的過程中，A 的話不多，太太會主動回答我們詢問的問題，A 躺在床上，表情不多，太太在旁邊，臉上一直掛著笑臉，兩個人給人的感覺是一對很有禮貌的夫妻。入院的家庭會議中，太太說她身體還不錯，病房的陪病床還可以，她可以全天留在醫院照顧 A，不用另外請看護了。A 的家境還不錯，請看護的額外花費應不是問題。

住院期間太太照顧的很周到，醫師查房時，常會看到太太幫 A 刷牙，餵 A 吃飯。我們會提醒太太少做一點，讓 A 自己來，雖然病人自己沒辦法做的很好，但這練習的過程就是復健的一部分，少了這練習的過程，復健的成效會打很大的折

¹ 腦中風(Stroke)這名詞指的是因腦血管的疾病所引起的一種突發性的、局部性的神經系統的症候群。(Ropper & Samuels, 2009)

² 腦血管的疾病指的是因腦部血管的病理性變化導致的腦的異常，這血管病理性變化大概可分為血管的阻塞及血管的破裂。因血管的阻塞造成的腦部的異常通常稱為缺血性腦中風；因血管的破裂造成的腦部的異常稱為出血性腦中風。(Ropper & Samuels, 2009)

³ 腦部的結構大致可分為大腦、小腦及腦幹。大腦及小腦的動作訊息皆須經過腦幹才能下傳到肢體或軀幹。(Ropper & Samuels, 2009)

扣。之後每日的觀察，太太的改變不多。太太每天照顧 A，但周六、周日太太休息，改由兒子來照顧，我查房時看到了不一樣的畫面，兒子會一大早就帶 A 到病房走道旁的扶手處練站，A 的主動性好像強了一點，因此我曾私底下詢問 A，若經濟狀況還可以，要不要請一個專業的看護來照顧，幫忙復健，讓自己能進步的快一點，但 A 告訴我還是希望能讓太太照顧。A 在太太照顧時，復健的主動動機很低，治療師們在病例討論會時，也有一樣的陳述，他們認為 A 的合作度及家庭支持度是良好的，但是動機不太足夠，而且他們也發現太太較保護，較少給個案練習日常生活活動的機會。

病人 A 的狀況符合本研究的收案條件，所以跟病人及太太提到這個研究，邀請全家參加，太太當下就答應，A 也同意。在取得病人 A、太太及三個小孩的同意書後，隨即進行行動的介入，藉著訪談跟家系圖的繪製，尋找關鍵家人。經過與 A 的訪談，關鍵家人最有可能就是太太，其次是女兒。女兒在 A 住院的期間，身體也出狀況，而且女兒需要上班，無法常到醫院，但下班時會盡量到醫院看 A。訪談的發現，跟我平常的觀察是一致的，觀察太太的照顧模式，就是幫忙一切事，幫忙準備餐，餵病人吃飯，扶病人起床，病人顯的很被動，話很少，都是太太先發言。A 對太太的依賴最強。

既然已確認影響 A 最多的關鍵家人是 A 太太，行動介入的下一步就是再次告知 A 太太，過度的照顧會影響 A 的復建進度，一有機會就重述此論點，希望 A 太太能改變。A 太太有點堅持，所以效果不彰。根據研究者自己的臨床觀察，這種狀況若能改由專業看護來照顧 A，對 A 復健動機的提升最有幫助。行動的下一步修正為問病人要不要請看護，但病人希望太太照顧，希望有親人在身邊，太太也說她自己身體很好，她要自己照顧老公。行動再次修正為勸太太減少幫忙的程度，但雖然告知太太要給病人練習自己吃飯，太太還是會親自給病人餵食，太

太太說病人會吃得到處掉渣。不過有一個觀察到的改變就是 A 跟太太出來練走的頻率比往常的日子要多了。

有天下班後，我從院外回醫院，看到 A 由女婿協助推著輪椅，在護理站外的走道練走路，A 的大女兒也在旁邊。女兒告訴我，爸爸得要請看護了，因為媽媽今天下午腰痛的厲害，可能無法再照顧爸了，女兒詢問是否可協助請一個認真的看護，之前在他家醫院的經驗不是很好。我觀察 A，他的表情沒特別緊張或憂慮，也沒有要向我請求幫忙的言語，逕自做他的復健。

隔天來了一個看護，太太回宜蘭休養了。從 A 的表情看不出有甚麼情緒，太太不在，我跟 A 談話時，他的話較多了。當時談話後的心得，我的觀察日誌是這樣紀錄的：阿公心中仍有想達到的目標，他希望自己能快點恢復，再回到自由行走的狀態，太太在時，不常主動要求練習是因為心裡對太太的虧欠，怕太太累，太太主動要幫他的事，他卻也不會勸阻，一個完全順從的態度。兩天後又換了一個看護，雖然如此，A 的主動性逐漸冒出頭了，

A 依然會請看護帶他到走道練站，推輪椅練走，頻率及練習時間似乎比太太在的時候多了一點。

我們熟悉且信任的看護終於在舊曆年假約一個多禮拜前來了，大概兩天後，A 明顯進步了，可以在看護的扶持下短距離的走路，看護很盡責，看護告訴我，A 很配合她的要求，下課後的練習增加很多，我問 A 累嗎？A 說不會。只是還是擔心太太的腰痛，好像吃藥改善不多。訪談中 A 也說：這看護的要求很高，我會配合，但沒看到太太心裏難過。

為了讓 A 能在最後幾天的住院能更進步，行動方案再修正。既然太太腰痛未見緩解，且已影響步行，故安排太太住院與 A 同在一個護理站，一方面檢查及治

療;一方面讓 A 看到太太，能放心，更提升他的動機。果然 A 更進步了，僅需輕微扶持，就能行走，有時甚至可獨力走幾步。出院前，我訪談了太太，這位關鍵家人，她說，早知道這看護這麼好，她就不會自己照顧了。

出院當天的家庭會議上，女兒、大兒子也都來了，很高興看到父親的進步。太太抱著 A，A 哭了，我請 A 說說他現在心情，他說他讓家四分五裂。他說以前太太照顧，我會要求她幫我做事，即使復健沒進步也沒關係，因為太太在，比較安心。現在我心裏想要復健，知道復健對自己有幫助。出院後，這個看護會跟著回去，繼續幫 A 做復健。

第三節：行動介入

研究者發現 A 的復健成效不好，根據多方資料收集的結果，復健成效不彰應該歸咎於 A 的復健動機不高，為了提升其復健動機，研究者依循行動研究的策略及循環步驟（如圖示），逐步影響病人及關鍵家人，最終藉著復健動機的提升，達到復健的成效。

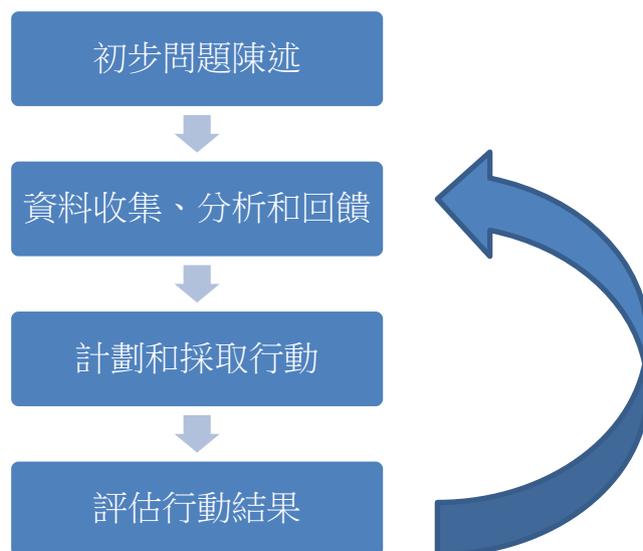


圖 3 行動介入的螺旋圖

初步的問題陳述：病人 A 復健的成效不好。入院已三周，未見明顯進步。

資料收集、分析和回饋：就是釐清情境，澄清問題。支持問題的證據如下，團隊觀察到「個案認知正常，合作度及家庭支持度是良好，但是動機不太足夠。」

(AD-PT)；研究者觀察到「太太在時，A 不常主動要求練習，但太太主動要幫他做的事，他卻不會勸阻，一個完全順從的態度。」(A0-1、A0-2)；訪談資料中 A 自述：「她要餵我吃飯，其實我可以自己吃，但是她餵我，她願意。我自己吃的話，吃得很快，很大口，她餵我吃的時候比較慢。」(AP1-7)；A 又說：「我只要她能夠照顧我到什麼程度的話，就做到什麼程度就好了，不要過度，讓自己受到傷害。」(AP1-17)；A 甚至說：「這不是說要好就好。這有一段過程，我能不能好？我也不清楚。」(AP1-21) 也就是說 A 的復健動機不高。可能造成問題的因素包括「A 心裡對太太的虧欠，怕太太累」(A0-1)；太太怕失去 A，對 A 過度照顧；中風對 A 的打擊很大，加上上一個醫院看護的負面經驗，致使 A 對自己的恢復沒有信心。

計劃和採取行動：本行動研究的問題可確定為 A 的復健動機不高可能來自於 A 對太太的依賴，所以不敢拒絕太太的照顧，還有太太對 A 的依賴，所以凡事都幫 A 做得好好的。太太應該就是 A 的「關鍵家人」。初步的行動計畫是希望關鍵家人能影響病患，提升病患的復健動機，也就是請太太少幫 A 一點，改為多鼓勵 A 自己來。

評估行動結果：「雖然告知太太要給病人練習自己吃飯，但太太還是親自給病人餵食，只得再度提醒，太太卻說，病人會吃得到處掉渣。」(A0-1) 第一次的行動介入失敗。太太照顧是完全付出，加上 A 對太太的照顧是完全順從，所以太太照顧的時間，A 幾乎沒有自己練習的機會。

第一次修改計劃和採取行動：「今天是小兒子照顧，太太回家休息。我比較能看到 A 出來練站。」(A0-1) 根據我的觀察，「A 在太太不在時，好像變的比較積極。」(A0-1) 計畫需要修改，第二次行動介入是請太太回家，改由看護照顧。

評估的二次行動結果：「詢問病人要不要請看護，以免太太累壞了，但病人希望太太照顧。太太也說她自己身體很好，她要自己照顧老公。」(A0-1) A 與太太真的是互相依賴，所以換個說法，再說服看看，「告訴太太看護比較具備有復健專業，由看護照顧會進步比較快。太太說在上一家醫院，看護把她先生綁在床上，很少帶他下來活動。因為有這不好的經驗，所以她執意要自己照顧。」

(A0-1) 第二次的行動介入仍然是失敗的，不過有一點點的效應產生，「太太帶 A 推輪椅練走的頻率比平常日要高。」(A0-1) 「A 太太：不過他會主動說，他要去，去走路，那我就(用輪椅)推他去。問：好好。A 太太：他會主動喔，真的。」(AK-1)

再次修改計劃和採取行動：太太因為害怕失去 A，所以對 A 的照顧無微不至，很多該 A 自己做的事或該 A 自己練習的復健動作，太太都幫忙完成了，A 因此而缺乏練習；A 對太太有愧疚，所以太太的照顧、付出是完全的順從。A 自己想復健，但阻止太太過度照顧自己，A 是說不出口的。這是夫妻兩人情緒互相依附的樣態，太太在幾次的溝通及行動介入之後，她的照顧模式也有一些改變，她不再極盡的呵護，開始會跟 A 一起做復健，太太還是主要的關鍵，只要太太改變，就能誘發 A 的動機，所以再修正的計畫是重回第一次的行動介入，再度試圖改變 A 太太。

評估第三次行動結果：「早上查房時，太太告訴我她腰痛，我藉此機會，再勸太太，盡量讓 A 自己來，即使要多花點時間，這樣 A 才能進步，進而鼓勵 A，告訴 A 妳腰受傷了，希望激起 A 的鬥志。」(A0-1) 這是一個重要的契機，希望行動介入能產生更大的效果。不料當天下班前有了新的狀況，「下班前，看到病人由女婿協助推著輪椅，在護理站外的走道練走路，病人女兒也在旁邊，女兒告訴我，爸爸得要請看護了，因為媽媽腰痛，可能無法照顧爸了。」(A0-2) A 太太因腰痛即將離開，回家休息，第三次的行動只得終止，計畫需再修正。

再次修改計劃和採取行動：「病人 A 表情沒特別緊張或憂慮，也沒有要向我請求幫忙的言語，逕自做他的復健。」(A0-2) 「今天來了一個看護，太太回宜蘭休養了。從阿公的表情看不出有甚麼情緒，太太不在，是個好機會做阿公的訪談。下午訪談時，阿公話較多了。大致的心得是阿公心中仍有想達到的目標，他希望能快點恢復，再回到自由行走的狀態。太太在時，不常主動要求練習是因為心裡對太太的虧欠，怕太太累。」(A0-2) 「今天換了一個看護，但病人依然會到走道練站，頻率及練站時間似乎比太太在的時候多了一點。當班的看護其實也是懶懶的，三天內換了兩個。」(A0-2) 「問：所以現在她在家裡休息對不對？好好，你覺得現在你會不會有動機要讓自己比太太不在的時候你要更好？ A 答： 有有。問：這個時候會不會你覺得反而是比較稍微自由一點，你可以比較積極的做復健？A 答：我有時間我就找看護陪我走一走。」(A1-13、14) 從這些收集的資料中，發現 A 雖然覺得有親人照顧比較有安全感，但此時太太的離開，並沒有讓 A 灰心喪志，反而自主的動機變強，比較會開口要求復健。此時看護的認真與否，就很重要了。行動再次修正，邀請我認可的看護，來帶 A 復健。

評估第四次行動結果：「我熟悉的看護今天來接班了。」(A0-2)「阿公明顯進步了，可以在輕度扶持下走路，不需推輪椅了。看護很盡責，看護告訴我，阿公很配合她的要求，下課後的練習增加很多，我問阿公累嗎？阿公說不會。只是還是擔心太太的腰痛，好像吃藥改善不多。我應該來安排太太住院檢查及治療，同時也可讓阿公放心。」(A0-2)行動的介入至今終於看到成效，有一個認真的看護，A也很配合，動機增強，他說復健不會累。只是太太的腰痛進步不多，A還是會擔心，而且A在醫院沒有手機，沒有辦法隨時與太太講話，不安的心是存在的。

再次修改計劃和採取行動：為了讓A能安心的做復健，同時也幫A太太處理腰痛，第五次的行動計劃是安排太太住院檢查及復健。

評估第五次行動結果：「太太來住院了，她看到阿公的進步，很高興。阿公看到太太，臉上也出現難得的微笑。」(A0-3)「今天可以在監督下，短距離走路了，看護要阿公表演給我看，看護很驕傲，不過我想這是太太住院後的效應。」(A0-3)在行動介入的兩個星期中的進步遠超過行動介入前的一個月，出院當天，A在監督下，可獨立行走。



法鼓文理學院

Dharma Drum Institute of Liberal Art

第五章：研究結果與分析

行動介入前及行動介入後，A 的復健動機有了變化。行動介入前，A 的復健動機是低的，覺得即使復健沒進步也沒關係，只要太太在就好；行動介入後，他的復健動機產生自發性的提升，他心裏想要復健，知道復健對自己有幫助。

第一節：A 的圖像

表 1

A 的基本資料

基本資料	A
年紀／出生地	75
排行	老大（兩個弟弟兩個妹妹）
工作	老師（AP1-2）
學歷	農專（AP1-2）
離家	一直跟父母住，祖父也在 （我有責任，要照顧父母）（AP1-3）
個性	*責任感很強（AP1-12） *我不願意做的事情，我都還不會勉強我做（AP1-12） *人有的時候是為別人活著，不是為自己。做事情不能只顧自己要顧到大家，大眾的利益，我不是個很自私的人，但是這個事情（對父母不大方）還是有點自私（AP2-3）
家的認知	*家不是講道理的地方，家是講愛的（AP1-5） *一個家庭就是以愛為中心，不是誰有道理，理直氣壯，就贏了。（AP1-24） *家裡要講愛，只要有愛存在的話，你就會容忍對方，對方的缺點你不會看的那麼重（AP1-24）
中風的部位	腦幹
中風後的反應	*一個很大的挫折，就是他發現他這個也不行，那個也不行（A2K-5）。他都跟我說，其實他沒辦法做到（A2K-6） *看護把他手腳都綁起來，所以那時候對他其實是蠻殘忍的（A2K-6）
關鍵家人	主要：太太（AP1-16） 其次：女兒（AP1-18）；大學離開家（AP1-19）

A 給人的印象是話很少，看到醫師查房時只是點點頭，幾乎不會主動詢問自己的身體狀況及復健進度，醫師問一句，A 答一句，有時甚至就只是點頭、搖頭。

我有責任，要照顧父母

A 在家中排行老大，有兩個弟弟及兩個妹妹。工作是學校老師，也擔任行政主管職。與 A 的訪談中，發現 A 一直是與父母同住的，A 陳述他的弟妹在成家後就搬離老家，只有 A 成家後仍留在家裡。

「問：為什麼你那個時候沒搬出去？」

A 答：因為我有責任，要照顧父母，那時我祖父還在。

問：這樣子，好。祖父也都住一起。

A 答：叫我要一起照顧。」(AP1-4)

照顧父母常是老大被賦予，而且被視為理所當然的責任，A 的父母加在 A 身上的責任更多，祖父也要一起照顧，老人家身體常有狀況，同時與三個老人同住，白天還得上班，照顧的壓力是很大的。A 結婚後，沒搬出去，那太太勢必也要一起負擔這責任，但 A 說父母在的時候，他是不敢帶太太出去玩的。

「A 說：年輕的時候我比較不敢帶她，因為家裡有父母在。不好意思自己帶她，不帶父母。」

問：所以你自己也有自己的，這個應該是責任了？」

A 答：是。」(AP1-12)

A 對父母應該非常孝順，父母對他是最重要的，A 將照顧父母的責任全攬在自己身上。

「問：你父母在的時候，你覺得，你也不好意思對太太太好？」

A 答：對，家庭的事情本來就很忙了，不能只為了她，把父母拋棄在一邊，所以不能帶她出去，沒帶父母出去。只帶她出去，這樣對不起父母」（AP2-2）。

「問：所以家務事給太太，然後你是種菜，做農事？」

A 答：農事就夠我忙了。我連禮拜六禮拜天都不敢帶她去玩。到我父母過世以後，我退休以後我才出去。

問：父母過世以後才比較能去玩，是因為父母在你不好意思？」

A 答：不好意思。

問：這表現你責任心很重了，所以說太太都可以諒解？」

A 答：對，退休以後我就每年要出國。

問：出國都是以你們兩個去玩為主嗎？」

A 答：對。

問：所以看起來你也很也很愛你太太？」

A 答：沒辦法，她很辛苦。」（AP1-6、7）

A 自己給自己套上一個漫長的責任枷鎖。小時候家裡作主的是阿公，阿公過世後，父親做主，母親是童養媳，在家是沒地位的，但要做一切家事，照顧小孩，所以 A 跟母親比較親近(AO-3)。A 的父親在 A 四十幾歲時過世，母親則在 A 七十幾歲時過世(AO-3)，為了照顧父母，他好像得壓抑自我，不好有自己的休閒旅遊，而且把太太也拉了進來。

A 與太太撐起整個原生家庭

除了日常照顧，夫妻倆還得支持整個原生家庭的支出，包括 A 的父母、祖父、及兩個弟弟。

「問：你結婚以後也是都住家裡就對了，你覺得那個時候太太跟跟你爸爸媽媽的相處還好嗎？」

A 答：還好。個性還不錯，

問：是比較圓滑嗎？

A 答：容忍度蠻高的。

問：為什麼講容忍度蠻高的？

A 答：因為我兩個弟弟，還有雙親的費用，都是我們自己出的。

問：家裡的經濟都是太太在掌管嗎？

A 答：沒有，我在掌管，但是我說她可以容忍了

問：容忍什麼？

A：容忍金錢不計較。

問：你說這是給弟弟他們用的，那錢是你賺的嗎？

A 答：錢是我賺的，我太太也有。

問：這樣子的話爸爸媽媽那邊沒有剩什麼錢嗎？

A 答：他們剩的錢不多。」（AP1-4、5）

A 父母務農，家境不富裕(AO-4)。A 的原生家庭的經濟狀況不好，A 能當老師有正常的收入，這是 A 原生家庭很重要的經濟來源。

人有的時候是為別人活著，不是為自己

「問：伯伯你像這樣子都為別人在着想，你會不會覺得，對自己也很愧疚？

A 答：會

問：你自己會不會有什麼想做的事情是沒有做到的？

A 答：我對我的父母親的孝道不夠，還不夠，

問：還不夠喔！

A 答：我賺的錢呢大部分存起來，應該是那時候要大方的給我的父母親，支付給我的父母親用，才對。不應該只為了儲蓄，就刻苦耐勞，太節約，太節約目的只為了存錢，結果對父母，對祖父這個不夠大方。

問：但他們有怨言嗎？

A 答：他們沒有怨言

問：他們應該都也是很節儉吧

A 答：他們也很節儉，可是我有愧疚之心

問：嗯嗯，你覺得應該要更大方？

A 答：對對，我應該，更應該去幫忙，

問：可是我看你都在替別人想，你有沒有有時候替自己想？

A 答：不是。這個人己，有的時候是為別人活著，不是為自己。做事情不能只顧自己要顧到大家，大眾的利益，我不是個很自私的人，但是這個事情還是有點自私。

問： 嗯

A： 自私丕害到自己。

Q： 你有自私嗎？

A： 有一句話叫做，樹欲住，而風不停；

Q： 子欲養

A： 子欲養，而親不待。這個是到現在我深刻的體驗。

Q： 所以你覺得你的孝順還不夠。」(AP2-3、4)

A 與原生家庭間有明顯情緒與經濟上的牽絆，A 與他父母的情緒糾葛最深，覺得照顧父母是他的責任，會聽父母的話，同時照顧祖父及弟弟，會為父母壓抑自己，不敢自己或帶太太出去玩，他好像沒了自我，其他弟妹與父母間的情緒的抽離顯然要好很多，他們在結婚後都一一的搬離開了。A 覺得有的時候是為別人活著，不是為自己，他話中的別人，應該就是他的原生家庭，尤其是父母，即使如此，他仍覺得自己不夠孝順。

我很聽話，但是我生氣的時候，也會很大聲

A 與父母的情緒糾葛，從下面這段訪談可得另一個到印證。

「問：你對父母他們應該很好吧？

A 答：我對他們…我很聽話，但是有時候我講話也會很大聲，我生氣的時候也會很大聲。

問：你對父母會大聲，但是對太太不會？

A 答：不會

問：為什麼？

A 答：我不知道。

問：這個有點奇怪，你對父母也是非常的尊重

A 答：對

問：對他們會大聲。父母對你會很依賴嗎？

A 答：會，他們很需要我。

問：很需要你，你覺得他們很需要你？

A 答：對

問：所以才要你留下跟他們一起住，對不對？

A 答：對

問：你會不會覺得，也是因為這樣子，所以壓力有點大？

A 答：有

問：有點大，所以有時候大聲講話應該就是有點，是不是有點壓力太大了以後……？

A 答：對。

問：壓力太大了以後才会有這種反應？

A 答：對。

問：所以伯伯，父母在的時候其實你會壓抑自己的，對不對？

A 答：會

問：會壓抑自己，你只是覺得錢沒有給他們多花，但是你其實很多事都應該都是順着他們？

A 答：嗯嗯（聲音低沉）

問：好，既然是順從，為什麼又會要大聲講話？

A 答：因為他們知道我太順從，什麼事情都要叫我做

問：什麼事都要叫你做！

A 答：別人可以做，他們也不叫別人，就是一定要叫我做

問：喔，嗯嗯。

A 答：我認為這樣做有點不公平

問：嗯嗯

A 答：心理上有點不平衡

問：雖然知道孝順，可是有點不平衡就對了，那時候就會生氣，就會大聲講話

A 答：嗯（聲音低沉）。」（AP2-4、5、6）

從以上的對話，可知 A 情緒的波動受父母的影響很大，A 的父母非常依賴 A，大小事都叫 A 做，A 雖然很順從，但心裡是覺得不公平的，這心理的不平衡逐漸累積，累積到極限時，情緒就會爆發，以至於會對父母生氣，會對父母大聲講話。A 得承受來自父母的情緒壓力，勉強自己做他內心覺得不公平的事，壓抑自己，壓抑不下時，情緒爆發。這形成他與原生家庭的一個相處模式。

我不願意做的事情，我不會勉強我做

A 在原生家庭中形成的相處模式，在 A 與太太的相處上有不同的呈現。

「問：你會覺得說你要在家裡面會想要有什麼控制權嗎？比如說家裡應該都是由我做主？」

A 答：沒有沒有。

問：就是兩個人可以一起，一起解決事情？

A 答：（A 主動接話）但是我不願意做的事情，我都還不會勉強我做

問：好好，有沒有例子，有沒有什麼樣的例子？

A 答：舉個例子，她要買房地產，我怕錢不夠，所以就不敢買。不敢買，馬上機會就失去了。」（AP1-12）

他不願意做的事情，他不會勉強自己做，這跟處理父母的事情時是不一樣的，以前順從父母的要求，他會勉強自己做，與太太相處，A 不會勉強自己順從。

家裡不是講道理，家裡要講愛

A 對家的認知也有他獨特的見地，他說家不是講道理的地方，家是講愛的地方。A 這個愛的理念用在他的原生家庭，也用在他自己建立的核心家庭。

「問：其實跟太太相處，有時候人家說，想講的話就要講，因為這樣她會知道，會更知道你在想什麼，但是有時候怕講出了會傷人

A 答：對。所以我才說家裡不是講道理，一個家庭就是以愛為中心，不是誰有道理，理直氣壯，就贏了，這不對的，這是我想不應該。」（AP1-24）

所以 A 的個性應該是不喜歡跟家人辯，不太會跟別人吵架。

「家裡要講愛，只要有愛存在的話，你就會容忍對方，對方的缺點你不會看的那麼重。」（AP1-24）

A 在原生家庭中要照顧父母及祖父，要順從，要容忍，但他說只要有愛存在的話，就會容忍對方，只是以前要壓抑；A 在他的核心家庭中，也用同樣的方法，用愛容忍對方，淡化對方的缺點，但少了壓抑。

「問：那這個容忍有時候會不會到一個程度，你就覺得好像有點快爆發？

A 答：不能夠讓它，不能夠讓它存在這種現象。在爆發之前要溝通，要先解決，不能夠容忍到極限，這個極限非常危險！

問： 喔，你自己有切身的經驗嗎？

A 答：對。」（AP1-24）

A 是一個責任感很重的人，他說人有時候是為別人活的，不是為自己，A 聽話，順從父母，A 也認為家是講愛的，不是講道理的，所以即使他對父母甚麼事都叫他做的這件事，心理覺得不合理，但他還是會聽話的做了，只是壓抑累積，致使他有時會生氣，對父母會大聲講話。A 在結婚後，與太太的相處是不會勉強自己做他不願意的事，但愛的理念不變，A 不會跟太太吵架。

第二節：繪製家系圖與尋找關鍵家人

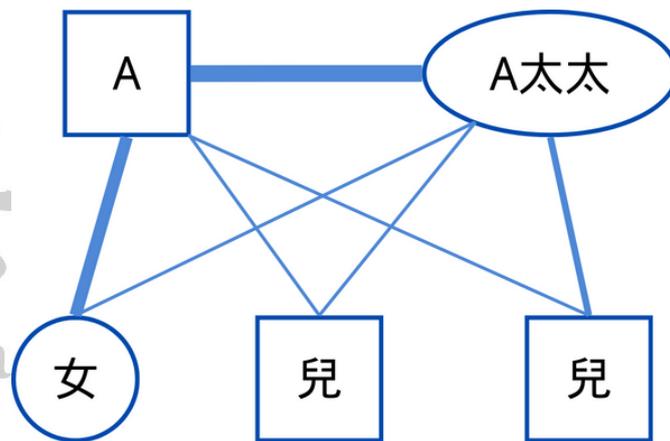


圖 4 A 的家庭關係示意圖

上圖是繪製完成的家系圖，該圖要呈現的是家庭關係緊密程度的示意圖。家人之間以直線連接，代表家人之間沒有明顯的衝突。兩者之間的連接線越粗，代表兩者的關係越緊密。

A 與女兒有較緊密的關係

A 與太太婚後，生了三個小孩，老大是女兒，老二、老三都是兒子。三個小孩中，只有大女兒的學業是 A 親自教的。

「太太：我們三個小孩子小時候，我老公對我大女兒都親自教她；

問：喔，大女兒是妳們的第一個小孩子？

太太答：對對。

問：第一個小孩！

太太答：都親自在旁邊教她，所以我女兒在小學、國中、高中都很優秀。」

(AK-3、4)

「問：大兒子，你先生就沒有親自教他了？

太太答：大兒子那時候，先生就當那個什麼總務主任什麼的；

問：比較忙是不是？

太太答：很忙啊，大女兒有教她，大兒子沒教他，大兒子都是自己要念就念，要不念就沒念。」(AK-5)

「太太：女兒大學聯考考得不好，她爸爸就說妳要不要重考，她就說不要，我們都很尊重小孩子，結果她就沒有重考。」(AK-2)

兩個兒子的功課，A 就沒有親自教了，然而 A 對女兒的課業的關照是持續的。A 對兒子的功課則沒有像對女兒那樣的關心。A 對兩個兒子的教育採的是開放而相對友善的態度。

夫妻倆跟三個小孩之間，沒有明顯的情緒糾纏

「太太：大兒子小學成績小學初中成績也都很爛，都是滿江紅，我先生他也不會責備。那時候我就很擔心，我就說怎麼辦？你看我們小孩子讀書這麼差，他說妳放心啦，如果他不念書，我們將來我們旁邊土地蓋一蓋，給他做生意。」

(AK-4)

「問：你們也不會想問他為什麼功課沒有變好，妳會問嗎？

太太：問，問他什麼就是三個字，不知道。

問：妳老公不會緊張，但是妳會緊張嗎？

太太：當然，我心裡這樣想，小孩子生出來也都是胖胖的，發育也都很好，啊怎麼？懷孕的時候我懷三個小孩子，我都沒有吃過藥。」（AK-5）

「問：在那個過程裡面，你看你先生不這麼緊張，那你自己後來還會緊張嗎？

太太答：也不會啦，後來就想一想說，我們說實在三個小孩子讀好讀壞，從來都不會去念他，他們要補習都給錢，是這樣。

問：所以你們夫妻兩個都會互相，就會看對方的做法，然後就一起，不會說好像為小孩子教育會吵架？

太太答：從來沒有。考 13 分，印章也照給，弄給他。所以小孩子對爸爸向心力非常高。」（AK-6）

「大兒子高一他也很爛，他們一班 48 個，他 45 名，都滿江紅的，回來也都不會責備，我老公跟我，我們從來沒有打過小孩子。到高二的時候從 45 名，跳到 20 名，然後跳到第三名。」（AK-4、5）

太太雖然心裡擔心兒子的功課，但表現在外的態度其實是樂觀的，而且與 A 是一致的，夫妻倆面對小孩的教育，不會因態度上的不同而吵架，對小孩，沒有肢體上的責罰，也沒有情緒上的不當宣洩。

太太形容女兒及兩個兒子的個性，大女兒讀書認真，會決定自己要念甚麼，會拿獎學金；大兒子安靜，有主見；小兒子功課普通，但比較活潑。

「太太：我大女兒她讀書都很棒，都前一二名，我們從來沒有去參加她的什麼懇親會。」（AK-8）

「她去大學很認真喔，後來考研究所，考博士班都是她自己選擇。」（AK-4）

「太太：大兒子是比較安靜，大兒子什麼事情他都不大會說，他都自己很有主見。」（AK-7）

「太太：小兒子念書是沒有像他哥哥姐姐那樣，他比較，小兒子是比較活潑。」

問：普通，就成績普通這樣嗎？

太太答：沒有很好啦，反正我三個小孩子，就是大女兒很突出。」（AK-8）

三個小孩都是在上大學的時候離開家。三個小孩也都成家，沒有人跟父母同住。A 與太太兩人，跟三個小孩之間，似乎沒有明顯的情緒糾纏。

太太應該是主要關鍵家人

在教育小孩的方面，太太雖有諸多的擔心，但作法上是完全順著 A 的主張。根據研究者的病房觀察，A 生病後的家庭焦慮主要圍繞在夫妻間，因 A 跟太太生活的改變最大，兩人的互動也最多，三個小孩受影響不多，三個小孩中，小兒子最常在假日來照顧 A，讓媽媽休息，其他時間仍正常工作。影響 A 的主要關鍵家人應該是太太。三個小孩的成長過程中，只有女兒的學習是受 A 的關注的，A 會親自教女兒功課，研究者也觀察到下班後，最常出現在病房的是女兒，所以女兒應該是 A 的次要關鍵家人。

第三節：主要關鍵家人的圖像

A 太太是一個很健談的人，個性很開朗，跟她講話，常能聽到她的笑聲。A 太太的個性也很樂觀，從她對小孩的教育就可看的出來，大兒子的成績不好，

「連老師都還打電話到我們家，說你兒子成績最差，我就跟他說，沒辦法，我兒子智商就這麼低。」（AK-6）

阿伯，你女兒讀國立高中

A 太太鄉下長大，家中排行最小，上面還有兩個哥哥、兩個姐姐。哥哥與姐姐都在小學畢業就沒念了，只有 A 太太繼續升學。

「問：為什麼只有你念？」

A 太太：所以我就說，我媽媽對我很愛護，因為她 44 歲才生我。

問：只有你念到高中？

A 太太：對，只有我，那時候我們左鄰右舍的同年齡的人都是小學畢業的。

問：對，在那個時代應該就是這樣子。

A 太太：我媽媽跟我爸爸都還給我補習。」（AK-12、13）

「問：因為你功課最好嗎？」

A 太太：我成績都還不錯。

問：那他們也就是因為這樣，會讓你再念書？」

A 太太：我爸爸因為是鄉下人，人家都會說，阿伯，你女兒讀國立的，他就很高興了，就有榮譽感。」（AK-13）

「問：他們都是做農的嗎？」

A 太太：對，都是。

問：媽媽有念書嗎？」

A 太太：沒有念書，兩個都沒有念書。」（AK-14）

A 太太的父母小時候都沒念過書，A 太太的哥哥、姐姐也都只有小學畢業。

A 太太是原生家庭中的老么，備受寵愛，但 A 太太沒有恃寵而嬌，念書認真，學校功課還不錯，父母也願意在她身上投資。能在國立高中念書，也許是父母小時候一個遙不可及的願望，而他們的小女兒幫他們實現了。

我出生到現在，我從來不缺錢

「問：妳媽媽這樣子讓妳念書，那其他的姐姐哥哥他們都不會有意見？」

A 太太：都不會怎樣，因為我太小了。

問：哦，妳是最小的！

A 太太：他們都非常，像我哥哥勳，我們家都種很多菜，他都去賣菜，他都會買零食回來給我吃。

問：大家都很疼妳？

A 太太：對，我從小真的，我覺得我很幸福，我媽媽在我念書的時候，她每個禮拜都給我 50 塊的零用錢。

問：喔，那很多喔！

A 太太：那時候我同學有的都會跟我借錢，真的，我是覺得說我出生到現在，我從來不缺錢的。」（AK-16）

A 太太從小就功課好，也因受媽媽寵愛，所以能繼續升學，哥哥姐姐們也因為她小，不僅不會覺得不公平，還很疼她。A 太太覺得自己是幸福的，是不缺錢的，這也造就其樂觀的個性及金錢使用上的大方。

崇拜母親

「我媽媽說實在，我媽媽很偉大。」（AK-11）

「我媽媽雖然是鄉下的婦女，可是她很有智慧，她會讓女兒念書。」（AK-12）

「問：所以你很感謝媽媽？」

A 太太：對，…什麼事情都是我媽媽做主的。

問：真的？

A 太太：我媽媽很強勢，我爸爸人脾氣很好，但沒有什麼主見。」（AK-13、14）

家裡的事都是媽媽做主，媽媽很強勢，但 A 太太感謝母親讓她念書，A 太太對母親尤其崇拜。

個性順從，以受媽媽教養為榮

「問：好。所以妳看媽媽這樣子，妳結婚以後，不會想要像媽媽一樣嗎？」

A 太太：不會。我很順從，我很順從。

問：為什麼會很順從，是因為媽媽的關係嗎？」

A 太太：我堂嫂曾經說，我媽媽教育的小孩子都非常好，像我哥哥我姐姐，我哥哥他們都是安分守己，都在做農，都很認真喔。」（AK-14）

「問：媽媽比較強勢，以前在家裡面都聽媽媽的話？」

A 太太：不是，我跟你講不是，不是聽媽媽的話，媽媽很兇，我跟你講，不聽話的人就會被打。

問：所以只好聽話？」

A 太太：大家都很乖！以前小時候我們家都有種什麼芭樂、蓮霧，好多喔，我們都等到我媽媽說可以去拔的時候，我們才敢去拔。」（AK-16）。

也許因為媽媽的關係，A 太太及其兄姐看起來都很順從，小孩個性順從的原因部分來自於媽媽的強勢，來自於媽媽很兇；部分也許來自於對媽媽教養的認同。

「問：妳跟媽媽會很親嗎？」

A 太太：會很親，所以我到現在，像我爸爸死了，我們三個女孩子，都不會跟哥哥他們要分財產，我們都自動放棄，我們都很尊重倫理道德。

問：那這是媽媽的意思嗎？

A 太太：不是，就是媽媽教養出來的。」（AK-15）

「我們都不會去做壞事，我哥哥也是，都不會什麼去賭博啦，還是懶惰啦，都很勤勞的在做事。」（AK-15）

家庭的教育方式成就了小孩子們性格，A 太太會遵守媽媽教導的紀律，聽話、順從。家庭經濟不錯，從小就有零用錢，對錢的使用是大方的。

第四節：A 與太太的動力關係

一、 A 與太太住院中的互動-太太做主，A 順從

夫妻倆從住院第一天，就有很鮮明的對比，太太精力充沛，A 活動不多，很少講話，一開始我們也不覺有異，畢竟 A 是病人，需要別人的照顧。太太說她身體好，可以留在醫院照顧 A，她確實照顧得很好，會幫 A 刷牙，餵 A 吃飯，沒有抱怨，A 也很配合，但是這照顧模式在接下來的住院日子裡一直都存在，也就是說研究者看不到 A 自己吃飯，自己刷牙，看不到 A 的進步。A 的右手功能還好，應該要能自己吃飯的。

她的責任感很重，她願意為我犧牲

「問：我看太太在住院當中她都還要餵你吃飯，你自己覺得你覺得這樣子好嗎？

A 答：他要餵我吃飯，其實我可以自己吃，但是她餵我，她願意。」（AP1-7）

復健的核心價值就是希望患者透過反覆的練習來減少失能，何況 A 知道可以自己吃的，但卻甘於讓別人餵，放棄自己就食的練習，理由是太太願意餵他，原因可能是太太願意餵他吃飯這件事，比自己練習吃飯要來的重要，或者 A 本身就是懶得自己吃，又或者是如接下來的訪談對話，除了太太的自願以外的其他理由，「問：所以你為什麼不覺得說你應該自己吃，然後要讓她餵？A 答：我認為我自己吃的話，吃得很快，很大口。她餵我吃的時候比較慢。我吃東西的時候會咳嗽。所以當吃的慢的話，咳嗽的次數比較少一點。」(AP1-7) 這是第三個理由，A 要在太太餵他吃的時候，才能慢慢吃，才比較不會噎到，這理由不太合邏輯，顯示 A 的自我練習動機薄弱，也就是 A 可能懶得自己吃。下一段的訪談對話是另一個重點。

「問：你自己吃就會吃的比較快就對了，可是你會覺得她餵你吃你會覺得不好拒絕嗎？」

A 答：對，不好拒絕。

問：為什麼有這樣的想法？

A 答：她的責任感很重，她願意為我犧牲。

問：所以你覺得你不給她餵，她會傷心？

A 答：對。

問：好，所以你很多事情也是在替她想。

A 答：對。」(AP1-7)

A 說太太責任感重，若不給她餵，她會傷心，所以 A 不好拒絕，這意味著當太太責任感變強時，如 A 強調的太太願意為她犧牲時，A 會變得順從，但這順從會影響到自己的復健練習，難道這順從的心理是 A 懶得復健的另一個表現。

「問：但是你會不會覺得這樣子你的復健的進步就會變慢。

A 答：對，會。

問：你也覺得沒關係嗎？

A 答：我希望早一點復健」(AP1-8)。

A 心裡希望早一點復健，A 不是懶得練習的，A 雖然這樣想，但表現出來的行為卻不是這樣，太太依然為他做很多事。

太太會過度照顧，像母親呵護小孩

「問：可是太太在的時候她都會幫你做很多事，那時候怎麼辦？

A 答：有些東西非她幫忙不可。(AP1-8)

問：對，這個我知道，但是她幫的忙很多。

A 答：對。

問：而且我們都還勸她要少幫你一點。但是你會跟她這樣說嗎？

A 答：(病人搖頭)。(AP1-8)

問：你不會，為什麼？因為你覺得她只要願意做，你就會讓他做。

A 答：她願意付出的話，我就會讓她做，就對了。

問：即使你復健的進度慢一點，因為我看你都沒有怨言，你也都沒有關係，是不是？

A 答：沒有關係。」(AP1-8)

太太在旁邊時，A 自己提出要復健的動機很薄弱，A 雖然想復健，但這念頭也只是放在心裡。只要太太主動的介入照顧，A 都不會拒絕，他們的關係很像母親在呵護年幼的小孩一樣，是上對下的關係。

太太不在時，我自己可以做，就盡量自己做

我的觀察發現，當週六、週日太太休息，改由兒子照顧時，情況就不同。

「問：我發現假日太太不在的時候，常常都是你兒子來照顧，那個時候我就覺得你變得很積極，會不會這樣子？」

A 答：會。

問：那時候你就會覺得反正她不在了，你就會自己要多做一點？」

A 答：對。」（AP1-9）

太太不在時，A 就變的比較積極，所以 A 應該不懶惰，不是懶得復健。

「問：你會自己想要去做？」

A 答：是，我會自己做，我自己可以做，就盡量自己做。」（AP1-9）

就如他自己說的，他希望早一點復健，他自己可以做，就盡量自己做。這跟前一段 A 的說法，有很大的差別，太太在時，A 就變了一個樣，像個完全接受呵護的、無法反抗的小幼兒。

「問：但是太太在的時候為什麼就不一樣？」

A 答：太太會幫我。

問：所以就讓太太做了就對了，即使你會做，你也覺得沒關係。因為我看你也都很少跟她說你不要幫我了，我自己來，你也不會跟他講這個話？」

A 答：對，是這樣。」（AP1-9）

太太不在時，A 自發性的動機會出現；太太在時，A 自發性的動機就會不見。「問：這是你們的相處模式嗎？A 答：對；問：以前是這樣子？A 答：以前就這樣。」（AP1-10）此時觀察到的，他們的相處模式是 A 中風，太太責任感

重，她願意照顧 A，為 A 犧牲，A 完全配合；太太假日休息，不在病房時，A 自己可以做的，就盡量自己做。

二、 A 中風前與太太的日常互動-A 做主，太太配合

A 跟太太兩個人都要上班，一個是老師，一個在公家機關。A 是主任級主管，太太是一般員工。

父母在時，夫妻倆忙，連假日都不敢出去玩

「問：煮飯也是她煮是不是？」

A 答：對；問：下班回去要煮，她也在上班，回去要煮飯。我知道你教書時還要寫教科書，你回家會幫忙做家事嗎？

A 答：我沒有辦法做，都她在做，我有農事要做。

問：你會種菜對不對？

A 答：種點菜。

問：所以家務事給太太，然後你是做農事就對了。

A 答：農事就夠我忙了。我連禮拜六禮拜天都不敢帶她去玩。到我父母過世以後，我退休以後我才出去。」（AP1-6）

回到家後，A 忙農事，太太負擔其他家事。家裡的事情由誰來作主呢？也就是當兩人意見不同時，兩個人怎麼溝通？

夫妻倆從不吵架，意見不合時，A 就不講話

「問：那你跟太太相處。那天聽太太說，你們從來都沒有吵過架。這個很不容易，那假如意見不一樣的時候，你都怎麼處理？」

A 答：我就不講了。

問：不講話。但是你會生氣嗎？

A 答：我會生氣，我就悶不吭聲。

問：這個很不容易，但是問題還是要解決，所以你就順從太太的意思嗎？

A 答：不一定順從她的意思，但是家不是講道理的地方。

問：這句話很重要，家不是講道理的地方。

A 答：家是講愛的。

問：所以假如意見不合的話，你又說你不講話，那這樣怎麼溝通？

A 答：她就知道我在生氣。

問：所以她也會再告訴問你的意見？

A 答：她也會不再反對。

問：所以太太最後還是會順你的意就對了。好，所以你覺得她的容忍度高是這樣子的？

A 答：有些人會跟你吵架，可是她不會。

問：所以假如你有生氣的時候，太太通常就會會順着你。

A 答：對，她知道我不講話了。我在生氣了。」（AP1-5、6）

夫妻間當意見不同時，通常需經過溝通，達到共識，這過程難免有爭吵的語句，但 A 夫妻從不吵架，意見不同時，A 若生氣，就是悶不吭聲，太太只能順從，這是生病前，夫妻兩的相處模式。

老公決定這樣就這樣，你老婆沒有權利說什麼-太太的順從與容忍

兩人的溝通方式，從太太這邊得到一樣的印證，以下是訪談的對話：

「問：伯伯說他假如覺得跟妳的意見不合，他就會不講話

太太答：對

問：你怎麼會發現說..

太太答：他不講話，我就知道，說實在我自己跟他媽媽相處 50 年了，我從來沒有跟她反嘴，因為說實在我的觀念，我是覺得他媽媽是鄉下的婦人，他們知識比較低，所以他講什麼話我都無所謂，就認為說知識低就會講那種話。

問： 喔，喔

太太答：我的觀念是這樣子

問： 這樣子真的是很好……

太太答：真的，所以你看看，她有三個兒子，有三個媳婦，她都是跟我們。

問：妳不會覺得說是不公平？什麼事都是妳們在做！

太太答：我跟你講我老公，所以說他決定這樣就這樣，你老婆沒有權利說什麼，所以我也很認清這樣的事實，我也不會跟他吵，我心裡想說，反正呢我老公也是她生的她生得說實在我們是……

問：妳這麼棒，你都不會吵，也都不會說有私底下講說怎麼可以這樣子？

太太答： 不會。那時候說是說我可能是我在鄉下長大的，那時候我老公認識我這之前，他們學校有其他，也有其他兩個老師介紹，……，我是另外一個介紹的，可是他三個裡面他會挑我，那兩個都比我還高又漂亮，可是他沒有去挑那兩個。

問：你有私底下問過，為什麼不挑她們，為什麼挑妳？

太太說：他說我個性好，所以我們結婚 50 年了，我不會跟他吵架，反正什麼都是他主見，他認為什麼，反正他也不會跟你講，他就做決定了。」（AK-10、11）。

兩人的關係好像不是平行的，一個在上，一個在下。在上的 A 像一個任性的小男生，在下的太太為維持關係，就是順從，就是容忍了，太太的個性跟她的成長背景有絕對的關係，太太的母親強勢，太太從小就順從。

「問：結婚以後會不會因為這樣，就很尊重先生那邊？」

A 太太：對。我覺得說這個是小時候的教育這樣子。小孩子出去以後會尊重父母，尊重先生，不會說自己，像跟現在的女孩子完全不一樣。」（AK-17）

這樣的情形也同樣反映在對孩子的教育上。

「問：所以你們夫妻兩個都會互相，就會看對方的做法，然後就一起，不會說好像為小孩子教育會吵架？」

A 太太：從來沒有。考 13 分，印章也照給，弄給他。所以小孩子對爸爸向心力非常高。」（AK-6）

家裡金錢的處理也是一樣的模式。

「問：你結婚以後也是都住家裡就對了，你覺得那個時候太太跟你爸爸媽媽的相處還好嗎？」

A 答：還好，個性還不錯。

問：是比較圓滑嗎？」

A 答：容忍度蠻高的。

問：為什麼講容忍度蠻高的？」

A 答：因為我兩個弟弟還有雙親的費用，都是我們自己出的。

問：家裡的經濟都是太太在在掌管嗎？」

A 答：沒有，我在掌管，但是我說她可以容忍了。

問：容忍什麼？」

A 答：容忍金錢不計較。」（AP1-4）

A 說太太的容忍度很高，能容忍金錢不計較，兩人的薪水其實是差不多的，太太了解 A 的原生家庭狀況，能完全配合，太太自己說過自己出生到現在，從不缺錢，小學就有零用錢，還會借給同學，對錢應該也比較大方。

「問：那在家裡面買菜都是妳在處理？」

A 太太：對。我說實在，我嫁給我老公，我跟他結婚以後的 14 年他的薪水一毛錢都沒有給我，是我的薪水養他們全家。

問：哦，那他的薪水呢？

A 太太：他的薪水就是給他弟弟念書，我們三個小孩子念書，還有繳稅等開支。

問：所以他都是對外？

A 太太：對。

問：妳也知道這些事情？

A 太太：我知道啊！他很節儉啦，反正你想想看他兩個弟弟兩個妹妹，還有公公婆婆，還有一個祖父。

問：那時候都住一起？

A 太太：都住一起，他們都沒賺錢，只有靠我老公跟我。

問：嗯，所以妳也妳也都很體諒？

A 太太：對。所以我也不會吵，我也不會，我從來，說實在我從來不會跟他，人家有的沒錢都會吵架。」（AK-9）

「問：那妳們兩個假如意見不合的時候怎麼辦呢？」

A 太太：不會啦，我都很尊重他。

問：那他會講他的意見給妳聽嗎？

A 太太：他也不大會，反正都是他做主啦。不管他要怎麼出錢，還是他們家裡也好，分財產我從來不參與，都是他自己做主。」（AK-9）

A 太太能自己賺錢，但對於錢的處理，卻完全由 A 做主，因為 A 是不會跟太太討論的大男人，認清這樣的事實，她說做老婆的沒有權利說甚麼，如此才能維持家的和諧。

太太說自己是完全的付出

「A 太太：說實在他以前不是對我非常體貼的先生，可是我也不會跟他吵架，我是我是完全付出。」（AK-17）

「A 太太：所以你說他現在倒下去，會覺得好像很，很，好像對我很愧疚這樣，我也有問他說以前你有沒有很體貼我？他說沒有，哈哈……真的喔，我問他。他還跟我說他以前假日從來沒有帶我出去玩。」（AK-11）

A 也知道太太的容忍及付出，父母過世後，A 每年都帶太太出國玩，但 A 現在中風了，不能帶太太出國玩了，所以對太太心生愧疚。

三、 夫妻間緊密，但不平行的動力關係

中風前，A 很有自主性；中風後，A 的自主性變弱

中風前，日常的家中事務好像都是 A 在做主，太太被動順從，甚至是容忍，所以維持了一個家能處在平靜而協和的狀態。

中風後，A 的自主性好像變弱了，希望太太在身邊照顧，不要請看護。

「問：我那個時候有問過，問過伯伯，他說還是希望妳在身邊。

太太答：那當然。

問：所以他對妳是比較依賴嗎？

太太答：對，我覺得他還沒有倒下去之前，他自己很有自主性。可是他倒下去以後他都覺得說，我非常重要的。」（AK-2、3）

中風對 A 是一個很大的挫折

女兒提到中風對父親的打擊很大，上一家醫院的看護幾乎把 A 綁在床上，對 A 的傷害更大。以下是與女兒的訪談內容：

「問：聽起來家裡面的做主主要還是爸爸了，假如有事情需要問最後的決定的時候？

女兒答：如果要問最後的決定，大部分是爸爸，這樣子。

問：那我就有點好奇，為什麼他生病以後就好像突然間，他說他太太非常重要？

女兒：對，因為他生病，他沒有辦法自己去做。應該是說我覺得生病對他來說是一個很大的挫折，就是他發現他這個也不行，那個也不行。我覺得他好像自己意識到這一點，譬如說他也沒辦法獨自一個人走到廁所去上廁所」（A2K-5）。

「女兒：他都沒預料到自己是連點動都不大能動，那我不知道是不是因為在上一家醫院一開始給他的印象是很，就是那個照顧，因為那時候我們請到的看護是把他手腳都綁起來，所以那時候對他其實是蠻殘忍的。然後再加上他自己沒有力氣，所以他都跟我說，其實他沒辦法做到。」（A2K-6）

他有生之年我一定要好好對他，我很害怕失去他-太太的過度照顧

上一家醫院的經驗，太太看在眼裡。

「太太：去上一家醫院的時候，因為都是看護照顧，我只是白天來看他而已，下午他都催我趕快回去，這樣，所以看護有沒有跟他做復健，我們都不大清楚。我覺得我們在上一家醫院的看護不好。」（AK-2）

所以到研究者工作的病房後，太太不再請看護，堅持要自己親自來照顧，太太的責任感因此變得更強了。

「問：我會發現媽媽幫的太多，所以媽媽的個性也是？什麼事都就很骨力（台語），是嗎？」

女兒答：那時候就是說爸爸完全不能動，是把我們全部人都嚇一跳，所以才會說等於是我們要下來幫忙，或是幫他做事。

問：因為那時候我們就覺得媽媽幫的太多？

女兒答：對（哈哈）。」（A2K-7）

太太因為害怕失去A，所以對A照顧的無微不至。

「問：自從先生生病以後，妳來照顧的時候，妳覺得說妳覺得妳照顧的想法是？像我們都覺得說妳照顧得太多，是不？」

太太答：不是，我是覺得說，他有生之年我一定要好好對他，我很害怕失去他。」（AK-17）

「問：但是會不會因為這樣太照顧，所以讓他復健的進度變慢？」

太太答：以你們的角度會這樣認為，可是我老公也很需要我在他旁邊，說實在我在他旁邊，他本來他中風以後他還跟我女兒說，要叫我女兒說不要救了，就送安寧病房，你知道嗎？」

問：他自己這樣說？」

太太答：對，我聽我女兒跟我講，那可是我跟他我跟他相處的時候，我都盡量鼓勵他，我都跟他說，你想想看，你一定要加油，這樣我才有伴，所以他求生

慾望比較高，真的，不是說齣，雖然我跟他復健有減分，可是我讓他有求生的力量。」（AK-17）

太太很自傲自己讓 A 有活下來的動機，這樣她就不會失去 A，對她來說這是最重要的，所以她的照顧會讓 A 復健減分這件事，就沒那麼重要了。

A 因愧疚而變得順從

太太為了照顧 A，她是完全的付出，以至於自己太累，傷到她自己的腰。

「問：你不會覺得她這樣會太累嗎？」

A 答：太累了，她的身體不舒服就是因為這樣子。

問：但是你也不會叫她說妳要少做，妳要少做讓我來？」

A 答：我叫她多休息。

問：可是她會聽你的話嗎？」

A 答：不會。

問：像這個你就不會生氣，對不對？」

A 答：這個不會生氣。」（AP1-9、10）

「問：這個跟你有時候你說像以前意見不同，你會生氣，這兩個有什麼不一樣？」

A 答：這個因為我身體不行，造成我太太疲憊，我有愧疚。

問：你自己就有點愧疚了，所以你覺得這個時候更要順她的意？」

A 答：對。

問：你覺得是順她的意比較重要，還是說你自己做復健比較重要？」

A 答：我認為自己做復健比較重要。

問：但是你太太在的時候你又不好說？」

A 答：對。不好說。

問：所以你就會稍微忍一下，是不是？然後太太不在的時候你就會就會自己多練一點？

A 答：對。」（AP1-10）

此時 A 與太太雖然意見不合，A 卻不會生氣。A 說自己身體不行，造成太太疲憊，他心裡有愧疚。A 因自己的中風以及請看護的不好的經驗，自主性變弱了，然而太太卻因 A 的中風以及請看護的不好的經驗，她的責任感變強了，A 也因愧疚而變得順從，所以即使太太不聽勸，他也不會生氣。

流動的動力關係，夫妻間一強一弱的角色轉換

夫妻倆之間的相對關係是一個流動的動力關係。生病前，A 做主，太太順從；生病後，太太做主，A 順從，他們沒有爭吵，這上下的不平行關係就這樣很自然地產生了平靜的轉換，夫妻間有一強一弱的角色轉換，產生的很自然，顯示出一個緊密，而且互相依存的關係。

「問：在住院當中，我有觀察到太太她很主動。我的觀察你看你覺得對不對？因為我覺得太太都很主動，要幫你做什麼，所以你好像就會變得比較被動？」

A 答：對。

問：你自己也知道這個事？

A 答：知道這個事。

問：你要想去改變嗎？

A 答：不想。

問：不想去改變，這是因為對太太的愧疚嗎？

A 答：對。

問：所以你覺得順她的意、讓她高興是比較重要的？

A 答：對。

問：你會覺得她會不理你嗎？會不會害怕她不理你？

A 答：不會。

問：為什麼你有這麼有信心？

A 答：因為我們兩個人的感情還算不錯」（AP1-13）。

兩人的感情應該真的不錯，因為太太也這樣說：「我都跟他說，我說我非常愛你，即使你都不會動，我也是很愛你，我都是這樣鼓勵他，我說你要加油，這樣我們才有伴。」（AK-3）

四、 夫妻兩人緊密，且互相依附的關係

A 對太太的依附程度有強弱的變化

兩人之間的關係是如此的緊密，這相互關係的平靜的流動，其動力應該主要是來自於 A 對太太依附程度的強弱的變化。

「問：你有時候會覺得說，太太你乾脆就先回去好了，先回去，一方面妳可以休息，我自己做復健也可以做得好一點……？」

A 答（A 插話）：不過有自己親人在身邊，心理上比較比較安慰一點。

問：比較有安全感？

A 答：比較有安全感。」（AP1-11）

A 有太太在身邊，會比較有安全感，生病的時候有這需求，而且是強烈的，生病前的日常好像也是這樣，只是比較弱。

「問：所以你跟太太常常也都是會在一起，你會一個人說要去哪裡，做什麼事情嗎？」

A 答：很少，我都會帶我太太去。

問：這個也是一種，你覺得這是一種依賴嗎？

A 答：不是依賴，這是這是人到晚年要有一個伴，有個伴一起做事，大家都辛苦過來了，要一起享受，不能夠一個人享受。

問：好。可是年輕的時候你也都會帶太太，不是嗎？

A 答：年輕的時候我比較不敢帶她，因為家裡有父母在，不好意思自己帶她，不帶父母。

問：所以你自己也有自己的，這個應該是責任了？

A 答：是。

問：你們兩個責任感都很強，所以你也都會為她着想？

A 答：對。」（AP1-11、12）

A 在生病以前，出外的活動也都會帶著太太，他說這不是依賴，是需要一個伴，而且要跟老伴一起享受。中風後，A 更需要太太在旁邊，下面這一段訪談中，他承認自己對太太的依賴心是重的。

「問：那像有時候我們會交代太太說，不要餵你，像早上去（查房），我們都會說叫你太太不要餵你，但太太都還是一直在餵你。你會跟她講說你不要餵我，我自己吃嗎？

A 答：我也不會。

問：反正只要她要做什麼你都會……？

A 答：我都會尊重她。

問：會尊重她，好，你覺得這是一種愧疚，還是說這個是一種應該也不能講是依賴？

A 答：有一點算是依賴。

問：你覺得她幫你做，你會覺得……？

A 答：我那個依賴心很重。

問：這樣子喔。所以你以前會嗎？

A 答：以前身體好的時候不會。」（AP1-15、16）

A 心理上是依附太太的，中風後，這依附變的更為明顯。

「太太：這一次我回去啊，就是腰痛回去休息，回來的時候，他第一句話就是說我很想妳，都要哭出來了。」（AK-3）

有太太在才有安全感，但太太照顧太多，A 處在矛盾之中

A 依附太太，有太太在身邊才有安全感，但太太照顧太多，妨礙到自己的復健進度。A 希望太太在身邊，A 也希望自己能復健，讓自己變好，但太太在身邊，A 不敢阻止太太對他的照顧，請太太讓他自己來，更是說不出口，復健動機因此一直出不來，A 處在一個矛盾之中。

「問：你現在生病以後就覺得好像很需要……

A 答：很需要她的幫助。

問：所以你會不敢讓她，不敢對她大聲講話？

A 答：不敢。

問：你是不是覺得反正一切都要順她的意就對了？

A 答：對。

問：好，這也是一種依賴了，愧疚也有吧？

A 答：對。

問：可是依賴她，又怕她太累，這個怎麼去……？

A 答：這是矛盾的地方。

問：對，你怎麼去處理呢？

A 答：我只要她能夠照顧我到什麼程度的話，就做到什麼程度就好了，不要過度，讓自己受到傷害。」（AP1-16、17）

太太腰受傷後，就獨自回家休息了，A 的照顧改由看護負責。太太照顧時，他自己想復建，想自己吃飯的念頭都只放在心裡，說不出口；覺得太太太累，但卻不會阻止她的照顧。

太太腰受傷後，A 的自主性又出來了

太太腰受傷的這個事件，在訪談時，A 有了自己的反思。

「問：你現在在這次太太受傷以後，你會不會就想跟她講說，你以後就不要那麼累，你看，累到自己都受傷了？」

A 答：我以前很多話不敢講，現在想起來不應當，應當要直接對她講。

問：嗯嗯，因為你以前說，你怎麼樣，你就不講話的嘛！

A 答：對。

問：不講話有一部分是……？

A 答：不講話的話，這就是比較不會吵架，我不喜歡吵架。

問：但是你覺得是不是也是因為這樣，所以有很多的話沒有跟她講？

A 答：對。

問：所以你現在會想要…？

A 答：想要主動，要跟她講。」（AP1-23）

太太腰受傷後，A 有很大的覺悟，以前凡事就是悶著，現在覺得想對太太說的話，就要說出來。

「問：什麼時候開始有這個想法？」

A 答：現在來醫院以後，會有這種想法。

問：是太太受傷以後嗎？

A 答：對。

問：她受傷以後，你開始覺得應該要跟她講說，你早就應該要休息了，是不是？

A 答：（病人點頭）。

問：好好，很好啊。」（AP1-23）

太太對 A 有很強的依附-我很怕失去他

「太太：我就問他說你一生最得意的是什麼？他怎麼說？他說我娶到好老婆。

問：哇……

太太答：你知道嗎？像有時候他會一直看着我，我說你一直看我，是在想什麼？我看妳很漂亮的，啊哈哈……

問：哦！真的齁，這是最近講的事情是不是？

太太答：對。」（AK-17）

A 從以前對太太不體貼，但太太腰受傷後，現在已能對太太說愛的語言。然而從訪談中，也能滿滿感受到太太陳述這段話時的欣喜，顯示太太對 A 的反應以及 A 的意見的重視。太太對 A 其實也是有依賴心的。

「問：妳會不會有時候，因為現在好像都是，其實都是在付出嘛！

太太答：對。

問：付出嘛，有時候靜下來的時候，會不會覺得自己到底是什麼樣的人，妳會不會有點，因為都是為了別人在過日子，會不會覺得自己有點空虛啊？

太太答：還好，我就跟你說，我很獨立，說實在的，我一個人就在我們家，我也過得很快樂。但我會惦念他，我很怕失去他，這個是真的，我是內心，我很怕失去他。我認識他以後，我也很愛他。」（AK-18）

太太嘴巴雖然說自己很獨立，但其實很怕失去 A，所以 A 生病前，對 A 是順從、容忍；A 生病後，對 A 是過分的照顧。

互相依附的夫妻倆

「問：所以我感覺上你們兩位其實就是都會以對方為主，都以對方為主，像你現在在住院當中，太太要幫你做什麼，你都就都會願意。」（AP1-21）

「可是當太太要幫你的時候你又沒辦法拒絕，那這樣會不會覺得有點，心裡面就有點，哎呀！怎麼會這樣子？

A 答：會。

問：會有這種感覺？

A 答：我想跟她講說，你不用餵我，讓我自己吃，但是開不了口。

問：就是因為對她有依賴的關係？

A 答：對。

問：反正我講白一點，你怕這樣講她會傷心？

A 答：對。

問：會不會？

A 答：會。」（AP1-22）

兩個人其實是互相依賴的。兩個人會選對方當伴侶的理由都不是看對方長的漂亮或長的英俊，而都是覺得對方個性好。

「太太：我以前還沒認識他的時候我有男朋友的，可是我不喜歡我那個男朋友，我喜歡他。我男朋友的學歷都比他還高。

問：所以妳看到他（註：病人A）也是，就是第一個印象就很好，就對了。

太太答：對，他長得也不漂亮。

問：不英俊！哈哈。

太太答：真的啊！他以前是黑黑的，又矮矮瘦瘦的。

問：那妳覺得為什麼會想要選他？

太太答：因為我覺得他個性好。

問：所以妳們互相覺得個性很好。」（AK-18）

A 與太太在個別的訪談中，他們形容對方時，都很一致的說對方長的不怎麼樣，但都說對方個性好。

「問：你跟你跟你老婆怎麼認識的？

A 答：朋友介紹的。

問：她是你的第一個女朋友？

A 答：第二個。

問：你看她以後一開始就覺得還不錯嗎？

A：她比較節省。

問：所以你覺得你後來會跟他結婚的原因？

A：我養得起她。」（AP1-1）

「問：你結婚以後也是都住家裡就對了，你覺得那個時候太太跟跟你爸爸媽媽的相處還好嗎？

A：還好，個性還不錯。」（AP1-4）

兩人互相依附的樣態是造成兩人動力關係流動的關鍵，整理資料後，列表如下，可供臨床之參考。

表 2

A 與太太的依附模式

樣態	描述
A 依附太太	<p>*太太較保護，較少給個案練習日常生活活動的機會（AD-OT）</p> <p>*觀察太太的照顧模式，就是幫忙一切事，幫忙準備餐，餵病人吃飯，扶病人起床，病人顯的很被動（AO-1）</p> <p>*問：太太都很主動，要幫你做什麼，所以你就會變得比較被動？ A：對。問：你要想去改變嗎？A：不想。問：不想去改變，這是因為對太太的愧疚嗎？A：對。（AP1-13）</p> <p>*太太在時，不常主動要求練習是因為心裡對太太的虧欠，怕太太累，但太太主動要幫他的事，他卻不會勸阻，一個完全順從的態度（AO-1、AO-2）</p> <p>*她餵你吃你會覺得不好拒絕嗎？A：對。不好拒絕，她的責任感很重，她願意為我犧牲。她願意付出的話，我就會讓她做就對了。（AP1-8）。即使你復健的進度慢一點，你也都沒有關係？A：沒有關係（AP1-8）</p> <p>*你覺得你不給她餵，她會傷心？A：對（AP1-8）</p> <p>*我想跟她講說，你不用餵我，讓我自己吃，但是開不了口。（AP1-22）</p> <p>*你覺得她幫你做，你會覺得？A說：我那個依賴心很重，尤其是生病後（AP1-16）</p> <p>*有自己親人在身邊，心理上比較比較安慰一點（AP1-11）</p> <p>*沒看到太太心裏難過（AO-2）</p> <p>*太太在的時候，太太會幫我。（AP1-9）</p> <p>*太太不在時，我會自己做，我自己可以做，就盡量自己做（AP1-9）</p> <p>*你會一個人說要去哪裡，做什麼事情嗎？A說：很少，我都會帶我太太去（AP1-11）</p>

樣態	描述
太太依附 A	*他有生之年，我一定要好好對他，我很害怕失去他（AK-17）
互相依附	*病人希望太太照顧。太太也說她自己身體很好，她要自己照顧老公。（AO-1） *雖然我跟他復健有減分，可是我讓他有求生的力量，所以他看到我，他現在你說他會有點對我愧疚，他就是有這種心理。因為說實在他以前不是對我非常體貼的先生，可是我也不會跟他吵架，我是完全付出（AK-17） *她願意付出的話，我就會讓她做（AP1-8）
互相依附	*雖然告知太太要給病人練習自己吃飯，但太太還是親自給病人餵食，太太說，病人會吃得到處掉渣。（AO-1） 我自己吃的話，吃得很快，很大口。她餵我吃的時候比較慢。我吃東西的時候會咳嗽。所以當吃的慢的話，咳嗽的次數比較少一點。（AP1-7）
互相依附	*叫太太休息，太太不聽，A 不生氣，但像以前意見不同，你會生氣，這兩個有什麼不一樣？A：我身體不行，造成我太太疲憊，我有愧疚（AP1-10） *依賴她又怕她太累，這個怎麼辦？A：這是矛盾的地方。我只要她能夠照顧我到什麼程度的話，就做到什麼程度就好了，不要過度，讓自己受到傷害。（AP1-17） *我們兩個人的感情還算不錯（AP1-13）

五、 A 的反思及復健的進步

前段有提到一點 A 在太太腰受傷後的反思，那就是想要對太太講的話要主動跟她講。再者，A 也反省以前當老師的時候，反省以前與太太之間的關係。

最糟糕的大男人主義，自認以為是，會害了自己

「問：你應該是一個很好的老師！」

A 答：沒有。我認為我不夠資格，我不是一個好老師，還沒有達到好老師的條件。如果我再重新讓我當老師，我就能當成一個好老師。

問：你是說你之前講的，你要觀察學生？

A 答：對。

問：那你跟太太的兩個人的關係，假如重新來過的話，你覺得有什麼地方，你會就像你講的，就跟用當老師的心態，你會覺得你想要怎麼樣會變得更好的？

A：我會跟老婆協商，協商以後，把自己的意見再折衷一下，不要自己自認以為是，最糟糕的大男人主義，自認以為是，會害了自己。」（AP2-1）

A 說自己是大男人主義者，對太太，對學生都是，自以為是，不在乎別人。與太太的相處，意見不一樣的時候就是不講話，別人得要屈就，現在能從心裡說出會跟太太協商，然後折衷自己的意見。

「問：所以你以前雖然說是不講話，但事實上就是在堅持的意思，都在堅持，只是說你不想吵架？」

A 答：是無言的抗議。

問：好，但是生病以後好像就比較不會，不會有這個想法，你反而覺得太太很重要？

A 答：對她很愧疚。」（AP2-2）

A 對自己與太太的關係，除了知道夫妻間主動溝通的重要性外，還有一個重要的反省，A 覺得對太太很愧疚。

「問：為什麼你生病，會覺得對她愧疚？」

A 答：因為我以前沒有好好的照顧她。雖然出國，我每次都會帶她一起去，我出國不會自己去，我都帶她一起去出國，我們玩了很多國家，到了很多地方，

大部分都有她來陪我，這一點，只有這一點是我感到最欣慰，其他的並不是很好。」（AP2-2）

A 說以前沒有好好的照顧太太，現在自己中風了，若沒能好起來，不僅不能照顧太太，反而還需要太太照顧，所以心裡很愧疚，A 的自主性出來了，復健動機也跟著提升。

我希望能夠恢復以前的那個活潑的狀態，我以前每天走八公里

「問：你應該，你覺得你會有，怎麼講，那個動機，你想要自己做什麼？

A 答：我希望能夠恢復以前的那個活潑的狀態，我以前每天走八公里。」

（AP1-21）

A 跟太太的動力關係，在住院收案的過程中，呈現一種流動的狀態，這流動是兩人相互的，不是任意的竄流，比較像是在一個兩個人的緊密空間中的流動，當一方變弱時，另一方就會變強。不同的是，當 A 變弱時，A 會緊抓著變強的太太且完全順從；當太太也變弱時，太太選擇先離開，因 A 也是處在弱的狀態，然而也因為太太的受傷及離開，才讓 A 又變強。

對太太的依附造成的矛盾，讓 A 的動機一直起不來，想讓自己變好的動機只放在心裡。

「A：沒有生病之前，我每天走八公里。我希望恢復能夠走五公里，每天跟朋友一起早上走五公里，最少的、最起碼的願望。

問：有這個願望，好，你會跟太太講嗎？講這個願望？

A 答：我沒有講了，在我心裡。

問：心裡面有這麼想就對了

A 答：對。」（AP1-22）

A 到我病房一個月，進步不多，A 應該是能自己走路的，這與我的評估有明顯的落差。太太離開後，隨著 A 的自主性的提升，A 的復健動機也跟著提升，接下來取代太太照顧的看護很認真地帶著 A 做復健，A 很配合，幾天後就有明顯的進步。「阿公明顯進步了，看護很盡責，看護告訴我，阿公很配合她的要求，下課後的練習增加很多，我問阿公累嗎？阿公說不會，只是還是擔心太太的腰痛，好像吃藥改善不多。」(A0-2)

太太後來也住到同一病房，看到 A 的進步很高興，「A 太太：我覺得來你們這裡的看護，就是這一次這個看護，確實我們會我們覺得說，我們太晚請她了。問：喔，A 太太：真的我們是這麼覺得，因為如果我是知道這樣的話，我不會當他（指的是 A）的看護，我會說我會請個看護。」(AK-2) A 看到太太，不安的心穩了，更能專心做復健，進步很快，不到一周，出院前一天，「今天可以在扶持下走路了，不需推輪椅了，這是太太住院後的效應。」(A0-2)



第五節：復健動機弱的表現模式

患者的復健動機弱是阻礙復健進步的一個很重要的因素，因為只要這現象存在，對患者加諸再多的復健訓練，給予再長的復健時間，可能都會石沉大海，激不起一點漣漪。復健團隊若能關注患者的動機狀態，便較能掌控患者的復健成效。本研究收集到的 A 的復健動機弱的表現模式，來自三個層面，包括團隊的觀察、研究者的觀察以及 A 在訪談中透露的訊息。這些動機弱的表現方式整理如下。

團隊觀察的報告來自物理治療師，治療師觀察到 A 沒有主動的參與行為，也沒有跟治療師間有雙向的回饋，所以認定 A 的動機不太足夠。

研究者觀察的內容來自研究者每日對 A 的觀察，A 不至於拒絕復健，但對復健的練習持消極的態度，如不常主動要求練習；幾乎不會主動詢問自己的身體及復健狀況；不要請看護，因為太太會幫忙一切事，不會阻止太太對自己的照顧，一個完全順從的樣子。

關鍵家人訪談的內容中，女兒有提到一個重要的點，那就是中風對 A 的打擊很大，讓他產生很大的挫折，因為他發現他這個也不行，那個也不行，A 的信心受損是導致他的復健動機弱的一個重要原因。

A 自述指的是 A 在訪談中的陳述，這是最直接的證據，臨床上雖然不可能對病人做如本研究的訪談，但醫護團隊若能花一點時間與病患交談，應該也可以得到病患對復健的直接的想法。從 A 的陳述中發現，A 覺得復健是一件痛苦的事情，而且對復健的效果沒有信心，A 說他能不能好，他也不清楚。A 對太太是依賴的，太太對他的主動照顧，他不會拒絕，即使影響到復健的進度，A 也覺得沒關係。整理如下表，可供臨床參考。

表 3

復健動機弱的表現模式

來源	動機弱的描述
團隊觀察	個案認知正常，合作度及家庭支持度是良好，但是動機不太足夠。(AD-PT)
研究者觀察	觀察太太的照顧模式，就是幫忙一切事，病人顯的很被動，話很少，看到醫師查房時只是點點頭，幾乎不會主動詢問自己的身體及復健狀況(AO-1)
研究者觀察	詢問病人要不要請看護，以免太太累壞了，但病人說他希望太太照顧(AO-1)
研究者觀察	太太在時，不常主動要求練習是因為心裡對太太的虧欠，怕太太累，但太太主動要幫他的事，他卻不會勸阻，一個完全順從的樣子(AO-1、AO-2)
女兒訪談	生病對他來說應該是一個很大的挫折，就是他發現他這個也不行，那個也不行(A2K-5)
A 自述	太太在的時候，我比較要求太太做(AF-1)
A 自述	我不會主動要求復健，因為這是很痛苦的事情(AF-3)
A 自述	他要餵我吃飯，其實我可以自己吃，但是她餵我，她願意。我自己吃的話，吃得很快，很大口，她餵我吃的時候比較慢(AP1-7)
A 自述	我只要她能夠照顧我到什麼程度的話，就做到什麼程度就好了，不要過度，讓自己受到傷害。(AP1-17)
A 自述	不是說要好就好。這有一段過程，我能不能好？我也不清楚。(AP1-21)

第六節：復健動機變強的表現模式

經行動介入後，研究者觀察並記錄 A 的動機的改變。資料的收集來自於觀察者的觀察及多次的訪談紀錄，整理如下表。

表 4

復健動機變強的表現模式

時程	動機變強的描述	動機屬性
太太照顧時	*太太說他會主動說，他要去走路，那我就（用輪椅）推他去（AK-1）	外在動機
太太腰痛離開	*你覺得是順她的意（太太幫很多）比較重要，還是說你自己做復健比較重要？ A：我認為自己做復健比較重要（AP1-10）	內化的 外在動機
太太腰痛離開	*阿公說他心中仍有想達到的目標，他希望能快點恢復，再回到自由行走的狀態（AO-1） *我希望能夠恢復以前的那個活潑的狀態，我以前就每天走八公里，我希望恢復能夠走五公里，每天跟朋友一起早上走五公里，最少的、最起碼的願望。（AP1-21）	內化的 外在動機
太太腰痛離開	*我以前很多話不敢講，現在（太太腰痛後）想起來不應當，應當要直接對她講（AP1-23、24） *我會跟老婆協商，協商以後，把自己的意見再折衷一下，不要自己自認以為是，最糟糕的大男人主義，自認以為是，會害了自己。（AP2-1）	內化的 外在動機

盡責看護照顧	看護說阿公雖沒有主動說要復健，但很配合她的要求（AO-2）	外在
盡責看護照顧	*心裏想要復健，知道復健對自己有幫助，這看護的要求也很高，我會配合（AF-3、4）	內化的 外在動機
出院前	我讓這個家四分五裂，沒有一個完整的家，我希望讓這個家完整，我想要堅強，更堅強一點（AF-5、6）	內在動機 （內在滿足感）

這可分幾個時程，最初期太太照顧時，A 覺得做復健是件痛苦的事，不會主動要求做復健，而且太太會幫忙做一切事，A 即使偶而想自己做，卻說不出口，此時復健動機極弱。

大概在第二次行動介入後，太太比較會推 A 出病房，A 也開始會主動告訴太太，他要走路。微弱的復健動機在太太的改變下，逐漸萌芽，也就是說這動機的出現，是因太太的改變而產生，所以這動機屬於外在動機，驅動力不強。

A 的最大的改變應該是在太太腰痛而且得離開時，他開始覺得自己做復健比較重要，因為他希望能夠恢復走五公里的能力，每天跟朋友一起早上走五公里，他說這是最少的、最起碼的願望。A 的動機隨著自己最在意的家人，也就是 A 太太的狀況而有明顯的變動，A 開始認同復健的重要，心中有一個想達成的目標，這是他自己想要的，此時的動機雖然仍屬外在動機，但因有自主的認同，是內化的外在動機，驅動力較強，復健不會那麼痛苦了。此時 A 的動機的驅動，再加上一個認真盡責的看護，A 的進步就明顯可見了。

真正內在動機的出現是在 A 太太回來住院時，A 發自內心自己要能走路的動力更強了，A 覺得自己的中風讓這個家四分五裂，唯有他自己恢復走路的能力，才能讓這個家恢復以前的樣態，這個來自內心的滿足的動力應該屬於內在動機了。

不管是內化的外在動機或達到內心滿足感的內在動機，兩者有別於一般復健加諸於 A 的外在驅動，它們是真正能讓 A 進步的內在驅動力，這也是多次的行動介入希望達到的目標，將 A 原本自主性低的外在動機，提升至自主性較高的外在動機，甚至接近自主性最強的內在動機。

第七節：行動介入前後的復健成效指標

呈現 A 復健成效的指標有四種，包括巴氏量表、伯格氏平衡量表（Berg Balance Test）、行走速度（Gait speed）、動作活動日誌（Motor Activity Log）量表。這些量表在行動介入前（第一次評估）及行動介入後（第二次以後評估）的改變如下。

巴氏量表（Barthel Index）：評估病患的自我照顧、移位及行走能力。分數越高代表自我照顧及行走的功能越好。A 在行動介入後，除洗澡、爬樓梯外，其餘各項分數都有進步，包括自我照顧如自己進食、刷牙、洗臉可自己完成、穿脫衣服在協助下，可完成一半得動作；移位如上廁所、上下床或椅子僅需稍微的協助；行走則進步到在稍微的扶持下，可走 50 公尺。

表 5

巴氏量表

日期	巴氏量表總分
行動介入前 2022/11/22	20/100
行動介入後 2023/01/20	55/100

伯格氏平衡量表（Berg Balance Test）：評估病患的平衡功能，此關係到人的姿勢維持，姿勢轉換，以及行走時的重心移動。評估項目約略分為靜態平衡及動態平衡。靜態平衡如不扶東西下，可站立的時間，動態平衡則如由站姿撿起地上

的東西等，分數越高代表平衡功能越好。A 在行動介入後，分數的增加主要在動態平衡的項目，如坐到站、站到坐、轉位以及由站姿撿起地上的東西。

表 6
伯格氏平衡量表

日期	伯格氏量表總分
行動介入前 2022/12/19	19/56
行動介入後 2023/02/13	26/56

行走速度 (Gait speed)：行走測試距離為 5 公尺。行走時受測者可使用適當行走輔具，如：單拐、四腳拐、助行器；但如果行走時旁人肢體協助是必需的，即視為無法完成測試。A 在行動介入前，測試時需拿助行器，在行動介入後，雖然測試的行走速度變慢，但卻是在無輔具協助的狀態下完成的，代表 A 已具備獨立行走的能力。

表 7
行走速度

	平常行走速度		行走輔具
	秒	公尺/秒	
行動介入前 2022/12/19	15.3	0.327	輪式助行器
行動介入後 2023/02/13	55.3	0.09	無

動作活動日誌量表 (Motor Activity Log)：這是一個訪談的量表，評估中風病患在完成 30 個日常生活的動作時，偏癱肢體的使用狀況，主要評估的是上肢的使用量及使用時的動作品質，分數的增加代表患側上肢的使用頻率增加以及動作的品質變好。A 使用患肢的頻率不多，動作的品質也不好，但在行動介入後，使用量及動作品質的分數都有逐步的增加。

表 8

動作活動日誌量表

	使用量		使用品質	
	總分	平均	總分	平均
行動介入前 2022/12/20	11	0.37	5	0.17
行動介入中 2023/01/11	15	0.5	12	0.4
行動介入後 2023/02/13	19	0.63	14	0.47

這四個量表以量化的數字，呈現 A 在日常生活的食、衣、行、坐等基本需求操作上的表現。在行動介入後，這些量表的量化的數字，除行走速度外，都有正向的分數增加。行走速度量表在行動介入後雖然記錄的速度較低，但個案 A 是在無輔具的狀態下完成測試，加上其他量表數字的正向增加，代表的就是個案 A 失能程度的減少，也就是復健的效果出來了。

第八節：出院前的回饋

出院當天，女兒、兒子們都來了，我請他們一起到會議室，想聽 A 說說出院前的感想。

一、 A 的回饋

哽咽地說，我希望出來復健

以下是訪談的對話：

「問：這禮拜換看護以後，你覺得自己的心情有沒有什麼不一樣，順便也講給太太聽聽看。」

A 答：太太在的時候，我比較……（A 開始哽咽），要求太太做。

問：你說比較……

A 答：要求

問：要求？

A 答：要她做

問：就是要求她照顧你的意思嗎？

A 答：對對

問：喔……（我對太太說）是妳在的時候，他比較會要求妳要幫他做什麼，是這個意思嗎？

A 太太答：是

問：好。那現在呢？現在太太？

A 答：太太不在。

問：不在，那你自己哪？

A 答：就比較客氣一點，我就比較不敢，非不得已，是不要求別人的

問：我看你最近一直都出來（到走道）做復健，這個是看護要求你的嗎？

A：沒有，我希望我出來復健。」(AF-2)

「問：喔..你希望你出來復健，所以你一講，看護就帶你出來了？

A 答：沒有，時間到的話，她就會主動帶我出來。

問：就是你有主動跟她講說你希望……？

A 答：我沒有主動。

問：喔喔？

A 答：我是心裡希望她帶我出來做。

問：你有這樣的期望，你有讓她知道嗎？

A 答：沒有。

問：但是反正她已經很認真的帶你出來？

A 答：對對。

問：所以就符合你的想法？

A 答：對對。」 (AF-3)

太太離開後，A 有一些反省，他說太太在的時候，會要求太太幫忙做，現在太太不在，日常生活自主完成的情形比較多了，他說非不得已，是不要求別人的。復健動機也出來了，他說他希望出來復健，只是 A 雖有動機，但這動機剛萌芽，是放在心裡的，只是期待著，這期待需要照顧者的誘導。幫 A 安排一個認真的看護的行動策略是對的，而且是個關鍵。

復健對我有幫助，看護要我配合她，雖然很痛，我盡量配合

「問：我看現在這個看護在照顧你的時候，你都很認真在做。

A 答：對，她要求我，盡量要配合她。

問：齣齣，但是..。

A 答：盡量要配合她，雖然很痛，但是我盡量配合。

問：你得盡量配合的動機的來源是因為？

A 答：因為那個復健對我有幫助」 (AF-4)。

「問：以前你知道復健對你有幫助嗎？

A 答：以前復健有幫助，但幫助的效果太慢了。

問：太慢了，喔，太慢了。是不是因為自己人照顧，所以變得不好意思要求？

A 答：對。」 (AF-4)

行動介入前 A 對自己的復健沒信心，在行動介入後，他自己會說復健對他是有幫助的，這是一個動機上的進步，這動機具有自主性，顯示他認同復健的重要。

我讓這個家四分五裂，我希望讓這個家完整，我要更堅強一點

「問：（我發現 A 快哭了）伯伯剛剛怎麼很感動的樣子，是為什麼？

A 答：我不是……（哽咽無法說話）。

A 太太：不要哭了。

問：你說不知道，但就覺得很感動是不是？

A 答：我對不起我的……（哽咽無法說話）。

問：你覺得對不起太太？

A：點頭（哽咽無法說話）。

問：那邊有擦手紙。

A 太太：不要哭，不要哭。

問：沒關係，你有話剛好趁這個時間，你就藉著要跟林醫師講話，你把想要跟太太講的話……

A 答：（很快接答）我讓這個家四分五裂，沒有一個完整的家（仍一直哽咽）。Dharma Drum Institute of Liberal Art

問：你是說大家都沒辦法住在一起？

A 答：對。

問好，你有要再跟太太，要謝謝她……

A 答：（很快接答）她是家裡的中流砥柱。

問：喔，中流砥柱，是……。

A 答：因她在家，才會比較好一點。

問：伯伯你自己有沒有更強的動機，要讓自己再更好一點？

A 答：我希望讓這個家完整。

問：嗯，好好，我也會幫你，我會幫你，但是你現在可以告訴自己說我的動機要更強一點嗎？

A 答：我想要堅強，更堅強一點。」（AF-5、6）

A 在這回饋中，數度哽咽，A 希望自己更好，更堅強，不要處處都需家人照顧。讓這個家完整，意思是兒子女兒都能安於工作，不須為了他，兩地奔波，不須為了繼續復健在台北租房子，他跟太太能回到老家。這個對家的承擔而產生的動機，完全是發自內心的。

二、太太的回饋

我不會當我先生的看護，我會說我會請個看護

以下是訪談的紀錄：

「問：太太覺得咧？好像伯伯這禮拜進步很多。

A 太太答：我覺得說這個看護能夠跟我們盡量能夠做幾天就幾天。

問：好好。

A 太太答：所以才會要求說過完年她回來，我們就要求她，我們就跟她講說，妳回去你們彰化回來，看能夠盡量，能夠來幫忙我們，就來幫忙我們。」

（AF-4、5）

「A 太太：我覺得我們去上一家醫院的看護不好，去另一家醫院的看護也不好。我覺得來你們這裡的看護，就是這一次這個看護，確實我們會我們覺得說，我們太晚請她了。

問：喔..

A 太太答：真的我們是這麼覺得，因為如果我是知道這樣的話，我不會當他的看護，我會說我會請個看護。」（AK-2）

安排 A 太太回來住院的行動策略是對的，而且是另一個關鍵，因為 A 太太以前遇到的看護都不好，這次見證到一個好的看護，也見證到好的看護對 A 的重要。

我就問他說你這一生最得意的事情嘛，他就說我娶到好太太

「問：好像以前對太太依賴也蠻強的？

A 答：對。

問：可是嘴巴又講不出來，是嗎？

A 太太答：有啦，這幾天都全部講出來了。

問：真的！他有講，講什麼噁心的話嗎？可以讓我聽聽看？

A 太太：他就說，（太太笑容滿面）我就問他說你這一生最得意的事情嘛，他就說我娶到好太太。

問：真的喔！

A 太太：有時候他看到我的時候，一直看着我，我就說你看我什麼，我看你很漂亮啊，哈哈！

問：這都是最近幾天講的，是嗎？

A 太太答：對。」（AF-6、7）

A 太太也感受到 A 的改變，A 太太曾說，A 不是一個很體貼的先生，沒想到她因腰痛的短暫離開，竟對 A 產生這麼大的改變，這也顯現這對夫妻互相依附且流動的動力關係。

三、 全家一起回饋

以下是訪談的紀錄：

A 說，這看護比較殘忍，但她讓我能走路

「問：（我對大家說）爸爸這個禮拜進步神速。

女兒答：有啊，都是謝謝醫生。

太太答：對。

問：所以伯伯你覺得你，就現在換個看護以後，當然你今天先想一想，你能夠回答就先回答我，真的不行的話，下次我們見面的時候你再告訴我都可以。你覺得換個看護你覺得對你的最大的幫助是？

A 答：她讓我能夠走路。

問：嗯嗯，她的照顧方式跟太太不一樣的點在哪裡？

A 答：她比較比較殘忍啦！（太太在旁，聽著笑了）她不管如何，她讓你疼痛。要是太太的話，她就不敢，不會讓我那麼疼痛。

問：喔，好好。

A 答：但是我發覺那個疼痛的效果比較好。

問：可是在這個看護沒有來之前，你覺得太太的照顧，應該也是很好？

A 答：很好，比較方便。

問：比較方便，但對你復健的進度比較慢。你那個時候會害怕嗎？會害怕不會進步嗎？

A 答：不會害怕

問：不會害怕，反正覺得太太在旁邊就好了，是不是？心比較安是嗎？

A 答：對。」（AF-7、8）

A 說，太太不在，我會一直想她，但我知道復健還是要做

「問：那太太不在的這個禮拜，你心會比較不安嗎？

A 答：我會一直想她。

問：喔..，會一直想她

女兒答：每天都問，媽媽人呢，媽媽人呢？（太太在旁，聽著又笑了。）

問：這樣子餵，那假如說太太有兩三個禮拜都不能來看你的話，你覺得你還可以嗎？

A 答：我很難過。

問：但是你復健還是知道要做嗎？還是想說乾脆不要做了？

A 答：要做。

問：還是知道要做！

A 答： 要做！

問：會不會想說乾脆我不要做了，我回去找太太？

A 答：不會

問：還沒有這樣子啦餵？

A 答：還是想要做。」（AF-8）

女兒說，醫生幫我們找到一個最好的點

「問：喔，好。所以這幾天看到太太這樣子，腰痛減輕了，你能隨時看到，

然後照顧的又是看護，會不會覺得這樣子是最……

A 答：很好，挺好（太太在旁，聽著又笑了）。

女兒答：醫生幫我們找到一個最好的點，真的。我們真的很難得遇到這麼好的醫生。

太太答： 才做七天而已，你看他進步那麼多

問：是啊！是啊！

太太：所以我才想說，盡量餵，我也跟她說你從彰化回來就來。」（AF-9）

兒子說，以前復健的效果有限，進步性太少了

「問：我們有看到爸爸現在已經在走路了，當然還是不太穩。

大兒子答：是啊！（女兒附和）這就是本來說要搬去飯店住就好，因為這是之前反正就進步效果有限，還是要搬出來，給媽媽顧，我就覺得效果，復健的效果進步性太太少了，所以才會想說不行了，這樣過年還是搬出來住，那時候想說過年後還繼續住飯店，後來看到這看護好，還是應該要住在醫院繼續復健，效果才會好。

問：其實大部分的復健的科的看護都是這樣子的一個狀態。

太太：我覺得她真的很不錯

女兒：醫生推薦的，真的。」（AF-9）

女兒及兒子也都對行動介入後的成果，表示感謝，尤其是女兒說醫生幫我們找到一個最好的點，這就是行動介入在 A 身上產生的價值，這一點在出院後對女兒的訪談中，她也有提到。

女兒說，經歷了仁愛之後才讓他有信心，原來他有機會可以自己靠自己

「女兒：像現在回到家，其實他都自己吃，媽媽跟我們現在也是有找一個看護，可是只是放在他面前，他自己可以把它吃完，所以等於是應該說經歷了仁愛之後才讓他有信心，原來他可以有機會去讓他自己變得可以靠自己。」（A2K-6）

「女兒：所以我們就真的很感謝主任，就覺得說好在有遇到您，他才能大幅的進步。

問：應該他自己的信心也有回來一點吧？

女兒：有，所以我們就跟他說，我回去，我還可以帶他去外面吃飯。

問：這樣感覺就差很多了！

女兒：對啊，我就說你可以想像我們有一年沒有去餐廳，我上禮拜回去，我就帶他去餐廳用餐哪，我就說你看你一年沒有來這家餐廳了！我們那時候都不能想像說還有機會可以再走出去。」（A2K-15、16）

「女兒：如果我們一開始就能夠遇到像主任跟看護這樣的話，我們可能就不會有前面那一段那麼辛苦。」（A2K-6）

因為行動的介入及策略調整讓家人看到 A 的改變，也因為 A 的進步，讓全家的生活比較能回歸往常的自由。



法鼓文理學院

Dharma Drum Institute of Liberal Arts



法鼓文理學院

Dharma Drum Institute of Liberal Art

第六章：討論與建議

兩個自我分化程度接近的個體

個案 A 的家庭關係的主軸就是夫妻兩人，兩人在住院當中你來我往的動力關係可當 Bowen 家庭系統理論的一個臨床實例。夫妻兩人的成長背景不同，排行不同，但卻造就了兩個自我分化程度接近的個體。

A 太太是家中老么，成長環境優沃，家人都對她好，在家人的呵護中長大。因功課好，母親一路栽培，成長的過程都是母親作主，母親是 A 太太崇拜的對象，一切聽母親的，她也很順從，很得意母親對她的教育。結婚後，延續順從的性格，與婆婆相處沒有口角，家裡的事都是先生做主。

A 是家中老大，父母務農，家境不富裕，小時候家裡作主的是阿公，阿公過世後，父親做主，母親是童養媳，在家是沒地位的，但要做一切家事，照顧小孩，所以 A 跟母親比較親近，即使到結婚後，依然得聽命照顧全家。父母大小事都叫他做，他也很聽話。

兩人雖然成長背景很不同，但都很聽話，自主性都不高，兩人是透過朋友介紹而認識的，會選擇對方都是出於同一個理由，個性好。A 與 A 太太兩人的個性都屬溫順，自我分化的程度相當但都不高，根據 Bowen 的家庭系統理論，這也是兩人會跟對方結婚的原因之一。

自我分化低的人的共生性依附

自我分化不高的人，情緒的反應會有很大的部分受到親近關係中的重要他人的影響，家庭中的夫妻關係更是如此，甚至還會依賴此關係，A 太太怕失去 A，與 A 的相處是自己的完全付出。以前對 A 是順從、容忍，A 中風後，對 A 是過

分照顧；A 在生病前，出門參加活動都會帶著 A 太太，生病後，要有太太在身邊才有安全感。兩人對家庭系統理論所提的集體性（togetherness）的需求是比較高的。

A 中風後，兩人在關係中互相依賴的情形更為明顯，一個過度照顧，一個完全順從，兩人也都覺得維持該依賴的狀態是好的，是心安的，因為兩人在互相依附的狀態下，都得到自己的利益，A 太太以過度照顧來確保她不會失 A；A 以完全的順從來填補自己對太太愧疚的心，這共生性依附的關係相當緊密，以至於行為調整的靈活度就顯得不好，比如 A 太太的過度照顧雖經醫療團隊告知會阻礙 A 的復健的進步，她的行為的調整不多，而且她有充分的理由來維持她的照顧方式，她說她雖然讓 A 的復健減分，但她讓 A 恢復生命力。A 對太太這樣的照顧竟然是完全順從，他說他不想改變，因為他要尊重太太，即使妨礙自己復健的進度也沒關係。A 住院的目的是希望透過復健減少失能，但兩人在住院初期都因為太在乎對方而表現出情緒蓋過理智的行為，兩人都覺得復健沒進步，沒有關係。這是一個共生性依附相當鮮明的例子。

一對表面上看起來非常恩愛的夫妻，可能是自我分化低的表現

本研究的夫妻兩人覺得他們的關係是好的，外人看起來這夫妻關係是沒有爭執的，是穩定的，但這關係的穩定並不是維持在一個固定的模式之下，而其實是一個動態的關係。A 與 A 太太都因在乎對方，所以兩人的行為會隨著情境的改變而調整，時而退縮，時而強勢，但都不會陷入情緒的低點到不可自拔，或情緒失控的情形，住院期間，兩人的關係因此維持在一個穩定的平衡狀態，一個動態性的穩定。外人看起來，他們就像是一對恩愛的夫妻。

他們兩個在他們自己的原生家庭裡面，他們的自我分化就是比較低的，以至於他們在進入婚姻以後，他們兩個就互相共生，互相依附，所以形成了一個表面上看起來是一個非常恩愛的夫妻關係，可是當他們面臨到一個人生的重大衝擊，如 A 的中風以及需要做中風後的復健的時候，就會出現影響，他們的關係雖然是維持在一個穩定的狀態，但若持續下去，A 就會一直滯留在失能狀態。

在一個共生性、依附性強的這樣的夫妻關係裡頭，一個表面恩愛的夫妻對於個體的成長來講不是一個絕對好的現象，因兩人互相牽制，這恩愛本身它裡面沒有帶着自我分化的功效，反而讓兩個個體的情緒界線模糊，形成一個情緒的團塊，一個如 Bowen 形容的未分化的情感自我團塊，導致兩人持續陷在低度自我分化的狀態中。

從這個個案的夫妻關係中可得到一個提醒，一般都認為家人關係要黏黏密密的才好，但事實上那個常常可能是一個自我分化低的結果。

本個案的行動介入驗證了研究假設，行動的介入也提供 A 持續轉變的條件

夫妻關係在 A 中風前，由 A 主導，不合意時，就不說話，太太只能配合。A 中風後，因中風對他是一個很大的打擊，他變的情緒低落，對復健沒信心，太太因怕失去 A，所以變得過度照顧，A 則變的很順從，這夫妻間的動力關係似乎是在情緒起伏的變化中流動，這就是家庭系統理論的基礎，面對壓力時，兩人的行為建構在一個由情緒主導的關係上，情緒變化都受到對方的影響，互相牽制，互相依賴。本研究假設要提升這類病人的復健動機，得在他的家庭關係上著力，找出病人依賴的家人，也就是關鍵家人，影響關鍵家人，就能改變病人的復健動機。本個案的行動介入驗證了研究假設。

行動的介入改變了夫妻倆共生性依附的狀態，經兩次的行動介入後，太太的照顧不再那麼過度，會帶 A 做點復健，A 也因太太的改變而有點動機上的提升，偶而會開口說要復健。在第三次行動介入時，因 A 太太腰痛需回家休息，所以行動須重新修正。但太太的腰痛離開這件事，卻讓 A 在訪談中，反思，他說我以前很多話不敢講，現在想起來不應當，應當要直接對她講，他也說我希望能夠恢復以前的那個活潑的狀態，顯示 A 開始意識到復健的重要性，他的行為不再完全受到太太的支配，A 的自主性在太太離開後，才真的出來，復健動機也隨之逐步增強，這是 A 最大的轉變。轉變起於一個行動介入過程中的偶發事件，太太腰痛。A 的自主性的出現後，幫忙找到認真看護的行動介入，讓 A 持續他自主性，能持續認可復健的重要，持續其復健動機。A 的自主性的出現不全然來自行動的介入，但行動的介入讓 A 有改變的可能，不至於停滯在失能的狀態，行動的介入也提供 A 持續轉變的條件。

Bowen 的家庭系統理論(Family System Theory)及自我分化(differentiation of self) 的概念在 A 身上的鮮明呈現

本研究的行動介入依據的是 Bowen 的家庭系統理論(Family System Theory)當中的自我分化(differentiation of self) 的概念。這一對共生性依附的夫妻，因一個突發的腰痛事件，導致太太得離開時，A 並沒有因此變的焦慮，太太的離開反而讓 A 看到自己，所以他會去反思。這是個有趣的現象，代表 A 還是有自主性的，在住院的初期我們看不到，可能是因為被中風可能導致失能的重大壓力及太太的過度呵護給蓋掉了，給擠壓到心理的底層了。難怪 A 會說: 我想跟她講說，你不用餵我，讓我自己吃，但是開不了口。Bowen 的家庭系統理論假定人具備有兩種互相作用的生命力，分別是個別性(differentiation or individuality) 和集體性(togetherness)。一個人的分化的程度越低，代表他被關係所產生的情感所束縛、

所消耗的能量百分比就會越大，他用於個體發展的能量百分比就會越低。A 雖然有自主性，但那股力是弱的，弱的原因，就如 Bowen 假設的，A 的成長環境讓 A 的個別性的發展不好。訪談中的一段話可充分顯現此現象，A 在訪談中談到父母，A 說：我對他們…我很聽話，但是有時候我講話也會很大聲，我生氣的時候也會很大聲。A 從小在一個華人的傳統家庭中長大，重視集體的價值，所以 A 說他很聽話，但他也說他生氣時，講話就會很大聲。這顯示 A 在原生家庭中，他的自主性並非沒有，只是受到壓抑。

A 的成長環境重視的是集體性的展發，這是傳統華人家庭的特色。A 的個別性的發展較弱，部分原因可能來自他的成長環境，A 在長大的過程中，沒有能自己作主的機會，即使到 A 已開始工作謀生，他仍被要求要同時照顧原生家庭中的其他成員，A 聽話，訪談中 A 說父母「叫」他要一起照顧，他也覺得這是他的責任，所以 A 說：人有的時候是為別人活著，不是為自己，做事情不能只顧自己，要顧到大家，大眾的利益，我不是個很自私的人。A 雖然聽話，但訪談中卻透露他心中的不平，A 說：因為他們知道我太順從，什麼事情都要叫我做，別人可以做，他們也不叫別人，就是一定要叫我做，我認為這樣有點不公平。A 與父母的情感糾葛就像 Bowen 的家庭系統理論的論述，家是一個情感的單位，而且是一個情感的團塊，沒有一個個體能與家人之間有徹底的情感、情緒上的分離，這就是 Bowen 的自我分化的概念，A 的情感從家庭情感團塊中「分化」出來的情況不是太好，得要到情緒糾葛比較嚴重時，A 的自主性才會冒出頭來，外在的表現就是 A 會生氣，生氣時講話就會很大聲。

因為個別性的發展不好，所以結婚後，與太太的相處，雖然凡事都由 A 做主，他自主能力的表現也是不好的，他說他從不跟太太吵架，意見不合時，他就不說話，太太就知道他生氣了，就只好配合 A。

A 在面臨中風可能導致失能的重大壓力時，他的自主性很快就被情緒化的反應壓抑而隱藏不見，A 接下來的行為就是對集體性的強烈渴求，而表現的完全順從，太太也因此過度呵護，如此形成一個惡性循環。

自我分化(differentiation of self) 的概念和動機理論的契合

Bowen 的自我分化的概念和 Ryan & Deci 的動機理論都強調自主性的重要。自我分化的概念是希望一個人在成長的過程中能成為一個情感獨立的個體，一個能維持自己情感和理智的平衡的個體。以人際關係的角度來說，自我分化好的人維持自己情感和理智平衡的能力強，能與他人，尤其是家人，保持非常親密的關係，且又能保有自己的自主性，不會陷入一個情緒糾葛的困境而失去自我，這就是一個健康的人際關係。以自我發展的角度來說，自我分化好的人會根據自己的價值觀和信念做出決定，而不會過度受到他人的影響。這一點與動機理論的論述是吻合的，動機是做一件事情的動力，若動力來源是為了迎合他人，也就是動機理論的外在動機，自己對這件事的內在態度若大部分是受他人的影響時，驅動力因不是來自自己，所以是弱的，只是被動的配合，這過程是痛苦的，而且無法持續太久，所以做一件事的驅動力是不是來自自己的自主性就顯得很重要了。驅動力來自自己的比例有程度上的差異，這就是 Ryan & Deci 提出的外在動機的內化(internalization)，內化程度越高，代表自己的價值觀和信念認同這外在目標程度越多，甚至與自己的價值觀和信念一致，動機的驅動力是強的，因為要做這件事是我自己認同，而且與我的價值觀吻合的，Ryan & Deci 將之定義為認同和整合的外在動機，其驅動力來自自己的自主性的程度已接近內在動機。

外在動機的內化過程其實就是自己的自主性的呈現。A 就是在他的自主性出現之後，復健的驅動力才變強的，他會反省，他說: 我讓這個家四分五裂，我希望讓這個家完整，我要更堅強一點。A 的價值觀認同家的集體價值，家的完整對

A 來說是何等的重要。A 太太的腰痛以至於要回家休息這件事，讓 A 覺得家已到四分五裂的地步，這是完全抵觸他的價值觀的，他覺醒了，他的自主性的出現，帶出他的內在動機，在研究者行動介入的引導下，A 進步神速。

個案研究提供一個可供參考的研究設計模式

本研究因只是一個個案報告，僅能呈現家庭關係中夫妻關係小部分的樣態，這是一個研究的限制，但本研究建立了一個可供參考的研究設計模式，以一個個案報告，透過行動研究的歷程，驗證一個研究的研究假設。本研究也可當一個前導型的研究，依此，若能收集更多的個案，當能呈現更多元的夫妻關係以及家庭關係，希望能在偏重生理照護的醫療實務中，加上一些心理及社會的醫療思維，讓醫療照護的介入能更完整，醫者的角色能更全面，為全人醫療的推動，略盡綿薄之力。





法鼓文理學院

Dharma Drum Institute of Liberal Art

第七章：參考文獻

期刊

王鑾襄、賈紅鶯（2013）。Bowen 自我分化理論與研究。輔導季刊，49（4），27-39。

余慧芬、郭乃文、陳信穎、梁秋萍（1993）。影響中風病患復健動機相關因素之探討。高雄醫學科學雜誌，9（5），305-316。http：
[//dx.doi.org/10.6452%2fKJMS.199305.0305](http://dx.doi.org/10.6452%2fKJMS.199305.0305)

邱弘毅（2015）。亞急性暨長期照護之現況與未來～以中風為例～。腦中風會訊，22（3），4-7。http：[//dx.doi.org/10.6318%2fSTROKE2015.22.3.2](http://dx.doi.org/10.6318%2fSTROKE2015.22.3.2)

林素卿（2003）。協同行動研究—以班級經營之常規改善為例。師大學報：教育類，48（1），91-112

楊寧綺、葉淑惠（2012）。運用靈性照護模式於一位初次腦中風病人的經驗。護理雜誌，59（3），113-118。http：[//dx.doi.org/10.6224%2fJN.59.3.113](http://dx.doi.org/10.6224%2fJN.59.3.113)

楊瑞珍、陳美燕、黃璉華（2001）。行動研究法的概念及其在護理的應用。醫護科技學刊，3（3），244-254。http：

[//dx.doi.org/10.6563%2fTJHS.2001.3（3）.3](http://dx.doi.org/10.6563%2fTJHS.2001.3（3）.3)

書籍

Gilbert, R.（2013）。Bowen 家庭系統理論之八大概念：一種思考個人與團體的新方式（江文賢等譯）。威秀資訊科技。（原著出版年：2010）

Lomax, P., McNiff, J. & Whitehead, J.（2002）。行動研究：生活實踐家的研究錦囊（吳美枝、何禮恩譯）。濤石文化。（原著出版年：1996）

林素卿（2012）。教師行動研究導論（二版）。麗文文化。

Nicholes, M. P.（2011）。家族治療（劉瓊瑛譯）。洪葉。（原著出版年：2010）

Bowen, M.（1978）。*Family therapy in clinical practice*. Jason Aronson.

Elliot, J.（1991）。Action research for educational change. McGraw-Hill Education.

Kerr, M. E., & Bowen, M.（1988）。*Family evaluation*. W.W. Norton.

McNiff, J., & Whitehead, J.（2010）。*You and your action research project*.
Routledge.

Ropper, A. H., & Samuels, M. A.（2009）。Adam and Victor's principles of
neurology 9th Edition. McGraw Hill Professional.

Tomal, D. R.（2010）。*Action research for educators*. Rowman & Littlefield
Publishers.

官方網站

衛生福利部（2020，4月10日）。急性後期整合照護計畫。衛生福利部中央健
康保險署。[https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?
n=5A0BB383D955741C&topn=5FE8C9FEAE863B46](https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=5A0BB383D955741C&topn=5FE8C9FEAE863B46)

衛生福利部（2021，8月16日）。109年死因統計結果分析。衛生福利部統計
處。<https://dep.mohw.gov.tw/dos/lp-5069-113-xCat-y109.html>

衛生福利部（2022，3月21日）。腦血管疾病。衛生福利部國民健康署。
<https://www.hpa.gov.tw/Pages/List.aspx?nodeid=213>

英文文獻

Butler, J. F. (2008). The Family Diagram and Genogram : Comparisons and Contrasts. *The American Journal of Family Therapy*, 36 (3) ,169–180.
<https://doi.org/10.1080/01926180701291055>

Golfe, G. (1996). The theory-practice gap in nursing : From research based practice to practitioner based research. *Journal of Advanced Nursing*, 28 (3) , 672–679. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00806.x>

Maclean, N., & Pound, P. (2000). A critical review of the concept of patient motivation in the literature on physical rehabilitation. *Soc Sci Med*, 50 (4) , 495–506. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(99\)00334-2](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(99)00334-2)

Maclean, N., Pound, P., Wolfe, C., & Rudd, A. (2000). Qualitative analysis of stroke patients' motivation for rehabilitation. *BMJ*, 321 (7268) , 1051–1054.
<https://doi.org/10.1136/bmj.321.7268.1051>

Maclean, N., Pound, P., Wolfe, C., & Rudd, A. (2002). The concept of patient motivation : a qualitative analysis of stroke professionals' attitudes. *Stroke*, 33 (2) , 444–448. <https://doi.org/10.1161/hs0202.102367>

Meyer, J., Spilsbury, K., & Prieto, J. (1999). Comparison of findings from a single case in relation to those from a systematic review of action research. *Nurse Researcher*, 7 (2) , 37–59. <http://autorpa.tpech.gov.tw/login?url=https://www.proquest.com/scholarly-journals/comparison-findings-single-case-relation-those/docview/200832878/se-2?accountid=32708>

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Intrinsic and extrinsic motivations : Classic definitions and new directions. *Contemporary educational psychology*, 25 (1) , 54–67. <https://doi.org/10.1006/ceps.1999.1020>

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2020). Intrinsic and extrinsic motivation from a self-determination theory perspective : Definitions, theory, practices, and future directions. *Contemporary Educational Psychology, 61*, 101860. [https : //doi.org/10.1016/j.cedpsych.2020.101860](https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2020.101860)

Ryan, R. M., & Grolnick, W. S. (1986). Origins and pawns in the classroom : Self-report and projective assessments of individual differences in children's perceptions. *Journal of Personality and Social Psychology, 50* (3) , 550–558. [https : //doi.org/10.1037/0022-3514.50.3.550](https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.3.550)



法鼓文理學院
Dharma Drum Institute of Liberal Art

附錄一

臺北市立聯合醫院人體研究倫理審查委員會 中文計畫書摘要表

一、中文計畫名稱	中風後復健動機與家庭關係相關性之行動研究
二、研究機構及進行地點	院區/機構：仁愛院區/台北市立聯合醫院 進行地點：病房
三、研究計畫經費	經費需求 <u>零</u> 元 經費來源： <u>無</u>
四、試驗主持人及其研究團隊與研究中職務	主持人：林峰正醫師/台北市立聯合醫院/仁愛院區復健科
五、研究背景	根據衛生福利部 109 年十大死因統計，腦血管疾病佔第四（衛生福利部，2021，2022）。存活下來的人裡面失能的比例也很高。腦中風的處置中，失能程度的降低是一項重要工作，復健扮演了關鍵性的角色。復健扮演了關鍵性的角色。病房中總有幾個提不起勁、配合度低的中風患者，動機薄弱，以致影響整個復建計畫的進行。這些患者是復健團隊最使不上力的。臨床觀察中，有些病人的復健動機會受家人的影響。
六、研究目的	本研究的目的就是想探討病人的復健動機與病人的家庭關係的相關，以驗證臨床上的觀察，研究者在自己的臨床實務中，發現復健動機不足是導致復建成效不好的一個重要因素，然而這卻是我們臨床團隊最使不上力的部分，根據研究者自己的臨床經驗，有些病人復建動機的強弱是會變動的，哪些因素能導致這種變動，能讓一個動機弱的病患，動機變強。本研究的問題焦點經文獻探討後可設定為如何將病人的復健動機從自主性弱的被動配合的動機，經內化提升到自主性強的認同及整合的動機，本研究想以家庭系統理論中的自我分化的面向來探究，看看家庭關係在這當中的角色是如何，是否是影響動機的因素之一？這影響又是如何產生的？
七、研究設計	一、進行方式（若有平行、交叉或其它等研究設計，請說明）： 本研究以質性的行動研究來進行，場域就在醫院的復健科病房，針對團隊認定復健動機弱的個案，以藥物以外的行動介入，希望能提高其

	<p>復健動機。行動就是在病房例行的家庭會議中加入家系圖的繪製及關鍵家人的訪談。</p> <p>二、 是否有對照組： 無</p> <p>三、 盲化方式（若非盲、有評估者盲性、單盲、雙盲等，請說明）： 無。收案條件為團隊認定復健動機弱的病人及其家屬。</p> <p>四、 隨機分派（若有隨機分派名稱及進行過程請說明）： 無。收案條件為團隊認定復健動機弱的病人及其家屬。</p> <p>五、 計畫執行場所類別：本國單一中心（本院單一院區收案）</p>
<p>八、 受試者納入及排除條件</p>	<p>一、 納入條件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 於 111-09-01 至 113-08-31 期間入住研究者工作的病房，接受復健治療之中風患者 2. 經復健團隊認定復健動機弱的病人，也就是復健配合度及積極度不足的患者。 <p>二、 排除條件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 病人特性：無法聽、說國語者。 2. 疾病特性：失智症患者、中風後認知功能受損患者、接受型失語症患者，以及經精神科診斷為憂鬱症者。 3. 環境特性：篩選後主持人認定不適合者、或不簽署受試者同意書者。
<p>九、 受試者數目 (註：此指取得同意書人數或資料庫釋出人數)</p>	<p>預計收案數為 5 位病人及病人的核心家庭成員 20 位，共計收案 25 位</p>
<p>十、受試者招募流程</p>	<p>在主持人工作的病房，對符合納入條件的患者，也就是經復健團隊認定復健配合度及積極度不足的患者。由主持人邀請其與其核心家庭成員參與研究，經主持人在病房會議室，向其與其核心家庭成員解釋說明計畫內容後，並確認其充分了解研究計畫，經簽署同意書後，納入為計畫之參與者。</p>

<p>十一、受試者同意的 方式</p>	<p>申請免 受試者 同意書</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>不適用，有受試者同意書 <input type="checkbox"/>申請免受試者同意書，但有知情同意說明或程序（請附相關文件） <input type="checkbox"/>申請免受試者同意書（完全免知情同意）</p>
	<p>有受試 者同意 書</p>	<p><input type="checkbox"/>不適用，已申請免受試者同意書。 <input checked="" type="checkbox"/>有受試者同意書，請填下列資料（若為不同研究對象或階段之同意程序，請分 不同收案對象或收案階段填寫）： 1. 受試者同意書取得方式：經主持人向病患與病患核心家庭成員解釋 說明計畫內容，並確認其充分了解研究計畫後，簽署同意書。 2. 解釋計畫內容地點與每位所需時間：在病房會議室，每位約 30 分 鐘左右。 3. 除了簽署受試者同意書以外，如何確保受試者或法定代理人對計畫 內容了解？ <input type="checkbox"/>主持人手冊<input checked="" type="checkbox"/>與受試者及其家人共同討論 <input checked="" type="checkbox"/>另安排時間作追蹤<input type="checkbox"/>與受試者及協助說明者共同討論 <input type="checkbox"/>其他（請說明）：</p>
<p>十二、研究材料 的保存期限、運 用規劃及處理方 法 <small>（若研究收案地點非主持人 所屬機構請檢附證明）</small></p>		<p>1. 收集資料地點：主持人在病房會議室，與病患核心家庭成員一起完成家系圖 的繪製以及另外安排的關鍵家人的訪談 2. 研究資料的保存與使用； (1) 在研究期間，依據研究與收案病患和病患核心家庭成員所授權的 內容，我們將蒐集與收案病患有關的病歷資料、醫療記錄、量 表、訪談以及病患關鍵家人的訪談等資料與資訊，並各以一個試 驗編號來代替收案病患和病患關鍵家人的名字及相關個人資料。 上述研究資料只有計畫主持人林峰正醫師接觸使用。 (2) 紙本之所有研究資料與資訊，將會與本同意書分開存放在聯合醫 院仁愛院區之復健科辦公室的上鎖櫃中，由林峰正醫師管理保 存。 (3) 電子方式儲存或建檔所有研究資料與資訊，以供分析之用，將會 存放於設有密碼與適當防毒軟體之專屬電腦內。 (4) 研究結束後：資料保存於上鎖之聯合醫院仁愛院區之復健科辦公 室由林峰正醫師負保管責任，保存期限至研究結束後 2 年內，銷 毀資料。</p>
<p>十三、</p>	<p>1. 研究 程序</p>	<p>本研究以質性的行動研究來進行，場域就在醫院的復健科病房，針對團隊認定 復健動機弱的個案，以藥物以外的行動介入，希望能提高其復健動機。行動就 是在病房例行的家庭會議中加入家系圖的繪製及關鍵家人的訪談。</p>

研究 方法	2. 試驗 期間的 併用療 法	無
	3. 試驗 所要做 之臨床 觀察	觀察記錄病人的變化及團隊的反應
	4. 相關 設備需 求	錄音設備，在家系圖的繪製及訪談時使用。
	5. 追蹤 時間表	計畫執行期間內。
	6. 主要 療效或 評估指 標	團隊認定收案病人的復健配合度及積極度變好以及病人自己的陳述資料內容，再加上1. 巴氏量表 (Barthel Index) / 2. 伯格氏平衡量表 (Berg Balance Test) / 3. 行走速度 (Gait speed) / 4. 動作活動日誌 (Motor Activity Log) 量表分數的增加。
	十四、 副作用 處理	1. 副作 用標準 及發生 率
2. 回報 方式		<p>1. 繪製家系圖或訪談的過程中，計畫主持人的即時觀察。</p> <p>2. 撥打計畫主持人的24小時電話 (0979306384)</p>
3. 處理 方式		<p>生理方面—會立即中斷繪製家系圖或訪談，由計畫主持人診視，作必要之處理，直到症狀解除。之後由研究參與者決定是否終止繪製家系圖或訪談。</p> <p>心理方面—研究參與者可要求中斷或終止繪製家系圖或訪談。</p> <p>社會方面—避免給建議或甚至直接告訴家人該怎麼做。</p>
十五、 受試 者權益	1. 安全 維護及 保險事 宜	<p>繪製家系圖或訪談的過程中，研究參與者能自主決定提供資訊，計畫主持人得完全配合，以免研究參與者有情緒或生理的變化。</p> <p>無相關保險事宜</p>

	2. 特殊事項與其他	無
十六、統計分析	1. 描述統計	不適用
	2. 推論統計	不適用
	3. 期間分析	不適用
十七、預期成果及主要效益	<p>1. 在家庭會議中加入家系圖的繪製，過程中多加上一些家人關係的探索，讓家人重新思考家庭結構及關係。希望因家庭關係的披露而使家庭成員間產生新的、正向的互動，進而提升病人的復健動機。</p> <p>2. 針對團隊認定復健動機弱的個案，以藥物以外的行動介入，行動的策略就是透過家系圖的繪製找出病患依附的「關鍵家人」，希望關鍵家人能影響病患，提升病患的復健動機，進而增強復健的成效。希望能提高其復健動機。</p>	
十八、研究成果之歸屬及運用	<p>1. 本研究預期不會衍生專利權或其他商業利益。</p> <p>2. 本研究成果如獲得學術文獻發表、智慧財產及實質效益時，研究參與者同意無償贈與臺北市立聯合醫院作為從事疾病治療成效等醫學研究用途。</p>	
十九、研究人員利益衝突事項之揭露	<p><input checked="" type="checkbox"/> 研究團隊人員無任何需揭露之顯著財務利益/非財務關係。</p> <p>1. 計畫主持人（申請人）或其關係人與計畫委託廠商或其負責人間近三年不曾有僱傭、委任或代理關係。</p> <p>2. 計畫主持人（申請人）或其關係人與計畫委託廠商或其負責人間近三年不曾有價格、利率等不符市場正常合理交易之資金借貸、投資、背書、保證等財務往來。</p> <p>3. 計畫主持人（申請人）與計畫委託廠商負責人非為配偶或三親等以內之血親或姻親。</p> <p>4. 計畫主持人（申請人）或其關係人非計畫委託廠商之董事、監察人或經理人。但以官股代表身分擔任董事或監察人者，不在此限。前項所稱之關係人，包含計畫主持人（申請人）之配偶、共同生活之家屬、二親等以內親屬及計畫主持人（申請人）或其配偶信託財產之受託人。</p> <p><input type="checkbox"/> 研究團隊人員有顯著財務利益/非財務關係需揭露，姓名：_____，</p> <p>說明：</p>	

二十、計畫預定進度

以 Gantt Chart 表示 第 111/112 年度之執行進度。

月次 工作項目	第 1 月	第 3 月	第 5 月	第 7 月	第 9 月	第 12 月	第 14 月	第 16 月	第 18 月	第 20 月	第 22 月	第 24 月	備註
收案													
在家庭會議中加入家 系圖的繪製													
關鍵家人的訪談													
觀察記錄病人的變化 及團隊的反應													
評估行動成果及調整 行動策略													
計畫進度	1		2		3		4		5				

二十一、附錄：無



法鼓文理學院

Dharma Drum Institute of Liberal Art

附錄二

臺北市立聯合醫院
研究計畫受試者同意書

【檢體採集 有 無；基因研究 有 無】 個案編號：

計畫編號：

計畫名稱：中風後復健動機與家庭關係相關性之行動研究

研究機構名稱： 台北市立聯合醫院仁愛院區 執行單位：復健科

研究經費來源：無

計畫主持人：林峰正醫師 職稱：台北市立聯合醫院仁愛院區復健科主任

計畫主持人電話：0979306384

研究計畫聯絡人：林峰正醫師 二十四小時聯絡電話：0979306384

計畫執行期間（預計開始至繳交結案報告期間）：

2022 年 09 月 01 日起至 2024 年 08 月 31 日止

受試者姓名： 性別： 年齡：

病歷號碼：

聯絡電話：

通訊地址：

緊急聯絡人： 電話：

通訊住址：

一、試驗目的

復健動機的強弱直接影響病人的復健成效，而家庭支持又是牽動病人復健動機一項很重要的情緒因素，本研究希望了解病人復健動機與家庭支持型態之間的相關

二、此計畫試驗方法及相關檢驗與參加本計畫您所需配合的步驟

1. 本研究是一個醫療實務工作者希望藉行動研究提高病患的復健動機，增加中風病人的復健成效；所使用的研究方法是以質性的行動研究來進行，場域就在醫院的復健科病房，針對團隊認定復健動機弱的個案，以藥物以外的行動介入，行動就是在病房例行的家庭會議中加入家系圖的繪製及家庭關係的初步了解，此圖繪製之時會披露一些家庭關係，所以病人及所屬核心家庭的成員皆須簽署知情同意書。若您決定加入本研究且簽署這份同意書後，我們將會記錄病患核心家庭成員的年紀、工作、居住地、婚姻關係、健康狀況，記錄病人婚姻關係及與子女或父母關係。
2. 行動的介入除家系圖繪製外，還有訪談，主要對象為病患及病患的家人。訪談有訪談大綱，在繪製家系圖時進行，另外會安排個別訪談。

三、計畫試驗納入、排除條件及受試者人數

臺北市立聯合醫院執行本研究計畫的醫師將會與您討論有關參加本研究的必要條件。若有不符合參加本研究的情況，將不能參加本研究計畫。

1. 本研究收案之住院病患預計最多為5人，還會邀請病患的核心家庭成員一起參加，預計收案的核心家庭成員 20 位，共計收案 25 位。
2. 參加本研究計畫的條件：接受復健治療之中風患者，經復健團隊認定復健配合度及積極度不足的患者
3. 病患若有下列任一情況，則無法參加本研究計畫：
 - 無法聽、說國語者
 - 失智症患者
 - 中風後認知功能受損患者
 - 接受型失語症患者

- 經精神科醫師診斷為憂鬱症者

四、研究材料的保存期限及運用規劃

1. 在研究期間，依據研究與收案病患和您所授權的內容，我們將蒐集與收案病患有關的病歷資料、醫療記錄、量表以及病患家人的訪談等資料與資訊，並各以一個試驗編號來代替收案病患和家人的名字及相關個人資料。
2. 所有紙本的研究資料與資訊，將會與本同意書分開存放在聯合醫院仁愛院區之復健科辦公室的上鎖櫃中，由林峰正醫師管理保存。
3. 電子方式儲存或建檔所有研究資料與資訊，將會存放於設有密碼與適當防毒軟體之復健科辦公室的專屬電腦內。

上述研究資料只供計畫主持人林峰正醫師接觸使用，並將儘力確保您的個人資料獲得妥善保護，所有資料與資訊將於研究結束後兩年內銷毀。

五、誰可以使用您的研究材料

計畫主持人林峰正醫師

六、研究結束後研究資料處理方法

研究資料於研究結束後，研究資料保存兩年，之後銷毀

七、可能產生之風險、副作用、危險、處理方法

生理方面—研究參與者在參與繪製家系圖或訪談的過程中，可能會因家庭關係的披露而有情緒的波動，進而造成短暫的心跳加快、血壓上升、頭昏等症狀，也可能因感動、感傷而落淚。若有這些症狀產生時，會立即中斷繪製家系圖或訪談，由計畫主持人診視，作必要之處理，直到症狀解除。之後由研究參與者決定是否終止繪製家系圖或訪談。

心理方面—研究參與者在參與繪製家系圖或訪談的過程中，可能會因家庭關係的披露而有情緒的波動，可能造成感動、感傷、甚至氣憤等心理衝擊。若有這些現象產生時，研究參與者可要求中斷或終止繪製家系圖或訪談。

社會方面—研究參與者在參與繪製家系圖或訪談的過程中，可能會因家庭關係的披露而對自己的家庭關係有不一樣的認識，家庭成員間也會因此產生不一樣的互動。計畫主持人不會給任何建議。

八、緊急狀況之處理

研究參與者在參與繪製家系圖或訪談的過程中，可能會因家庭關係的披露而有情緒的波動，進而造成短暫的心跳加快、血壓上升、頭昏等症狀，也可能因感動、感傷而落淚。若有這些症狀產生時，會立即中斷繪製家系圖或訪談，由計畫主持人診視，作必要之處理，直到症狀解除。

九、試驗進行之禁忌或限制活動

無

十、其他可能之治療方式及說明

無

十一、試驗預期效果

本研究在繪製家系圖或訪談的過程中，因家庭關係的披露而使家庭成員間產生新的、正向的互動，並進而提升病人的復健動機。

十二、參加這個研究對您有什麼幫助，您可以獲得何種資訊

研究參與者在參與繪製家系圖或訪談的過程中，可能會因家庭關係的披露而對自己的家庭關係有新的認識，與家庭成員間也希望會因此產生新的、正向的互動。若研究參與者有需要時，計畫主持人可以提供您接受訪談的文字稿。

十三、研究可能衍生的學術或商業利益及其應用之約定：

1. 本研究預期不會衍生專利權或其他商業利益。
2. 本研究成果如獲得學術文獻發表、智慧財產及實質效益時，您同意無償贈與臺北市立聯合醫院作為從事疾病治療成效等醫學研究用途。

十四、 個人資料保護機制

1. 將會有一個研究代碼代表您的身分，此代碼不會顯示您的姓名、身分證字號、住址等可識別資料。
2. 對於您的訪談的資料，計畫主持人將持保密的態度，小心維護您的隱私。如果發表研究結果，您的身分仍將保密。
3. 請您亦瞭解若簽署同意書即同意您的訪查紀錄可直接受監測者、稽核者、研究倫理委員會及主管機關檢閱，以確保本研究過程與數據符合相關法律及法規要求。上述人員並承諾絕不違反您的身分之機密性。

十五、 如果您中途退出研究，其研究材料處理方法

您可自由決定是否參加本研究；研究過程中也可隨時撤銷或中止同意，退出，不需任何理由，且不會引起任何不愉快或影響日後醫師對您及病患的醫療照顧。當您退出本研究或主持人判斷您不適合繼續參與本研究時，在退出前已得到的資料將被保留，不會移除。在退出後您可選擇如何處理您先前提提供的資料，與決定是否同意主持人繼續收集您的資料。

您中途退出研究，其研究材料處理方法：

研究資料（擇一勾選）：

- 所收集的資料銷毀
- 所收集的資料願意繼續提供臺北市立聯合醫院完成此計畫分析

十六、 補償（造成損害時的救濟措施）

若發生由計畫執行所引起之傷害時，臺北市立聯合醫院依法承擔補償責任。

十七、 研究對象的權利及權益

1. 受試者有權在無任何理由情況下，拒絕參與或隨時要求終止參與研究。
2. 參加本研究皆不需繳交額外費用。

3. 如果您在研究過程中對研究內容或權利產生疑問，或確信因參與研究而受害時，請您不必客氣可與計畫主持人林峰正醫師聯絡，其二十四小時聯絡電話為 0979306384 。
4. 醫師已完整向您說明本研究之性質與目的。計畫主持人林峰正醫師已回答您有關本研究的問題，並已解釋您有權拒絕參與或隨時退出研究工作，且不會引起任何不愉快或影響其日後對您的醫療照顧。
5. 如您對參與研究的相關權益有疑問，您可以和臺北市立聯合醫院人體研究倫理審查委員會聯絡（聯絡電話：（02）27093600 分機 3802、3846）。

十八、簽名

- 我已詳細瞭解上述研究方法及其所可能產生的危險與利益，有關本試驗計畫的疑問，業經研究人員詳細予以解釋。
- 本人同意成為此計畫的自願參與者。

受試者簽名：_____ 日期：____年____月____日

法定代理人簽名：_____ 日期：____年____月____日

與受試者之關係：_____

- 口頭同意之見證（受試者無法閱讀上述說明，經由口述說明，需有另一見證人在場）：茲證明計畫主持人已完整地向受試者解釋本研究的內容。

見證人簽名：_____ 日期：____年____月____日

身分證字號：_____ 聯絡電話：_____

通訊地址：

茲證明本人已完全了解前述所有要點，且已口頭同意參與本研究，同意書副本已收妥無誤。

- 取得同意過程中，其他參與解說及討論之計畫「研究團隊」中人員（名單請參閱基本資料表，請於取得同意書向受試者說明時簽署）

簽名：_____日期：____年____月

日

- 院內計畫主持人/共同主持人簽名：_____日期：____年____月

日

（*1. 若為代審案則請計畫主持人簽署。2. 請於確認受試者簽署同意參與研究後再簽署。）

※註一：請以上簽署人員務必自行填寫日期欄位

※註二：符合人體試驗管理辦法之人體試驗案，未滿廿歲之受試者或法律宣告禁治產權者，需由法定代理人簽名始生效。試驗者為限制行為能力或無行為能力之法定代理人（關係人）之簽署同意書順序：1. 配偶 2. 父母 3. 同居之成年子女 4. 與受試者同居之祖父母 5. 與受試者同居之兄弟姊妹 6. 最近一年有同居事實之其他親屬。

※註三：符合人體研究法之研究案第十二條規定，限制行為能力人或受輔助宣告之人時，應得其本人及法定代理人或輔助人之同意；為無行為能力人或受監護宣告之人時，應得其法定代理人或監護人之同意；為第一項但書之成年人時，應依下列順序取得其關係人之同意 1. 配偶 2. 成年子女 3. 父母 4. 兄弟姊妹 5. 祖父母。

※註四：根據 GCP 第二章第二十一條：受試者、法定代理人、同意權人皆無法閱讀時。需見證人在場參與所有有關受試者同意書之討論。