

輔仁大學 107 年度高教深耕計畫

自主學習課程計畫

成果報告書

106 學年度第二學期

(文獻評析)

授課教師：闕可欣、陳金彌

系所單位：護理學系

中華民國 107 年 7 月

目錄

課程指導成果說明	2
課程實際規劃與說明	2
具體教學成果與評估	2
課程遇到問題與困難	2
省思與未來的展望	2
優秀自主學習團隊推薦	4
課程及自主學習作品照片	5
107 年高教深耕計畫「自主學習課程」學習問卷	7
課程指導紀錄表	9
學生自主學習計畫書(第一組)	10
學生自主學習日誌(第一組)	12
學生自主學習成果報告(第一組)	13
學生自主學習計畫書(第二組)	19
學生自主學習日誌(第二組)	21
學生自主學習成果報告(第二組)	22
學生自主學習計畫書(第三組)	34
學生自主學習日誌(第三組)	36
學生自主學習成果報告(第三組)	37
學生自主學習計畫書(第四組)	42
學生自主學習日誌(第四組)	44
學生自主學習成果報告(第四組)	45

輔仁大學 107 年高教深耕計畫【自主學習課程補助計畫】 課程指導成果說明

一、課程名稱：文獻評析

二、開課期間：民國 107 年 02 月 26 日至民國 107 年 06 月 26 日

三、授課教師：關可欣、陳金彌

四、系所單位：護理系

五、課程實際規劃與說明

於課前請同學們先閱讀老師所提供之英文文章並試著按照老師給的指引完成初步文獻批判，並且另外蒐集同學們感興趣之護理研究文章，以利增進課堂討論時的豐富性。於第三週至第六週，老師於課堂上介紹研究文章的結構，以及使用範例文章示範文獻評讀，並隨機給予。

六、具體教學成果與評估

文獻評析的自主學習可以使學生知道搜尋文獻的方法，運用資料庫，搜尋到所需之關鍵重要文獻。接著學習如何找出文章的重點，培養學生閱讀相關領域的關鍵重要文獻，並對其內文的邏輯性進行批判：從題目看出其重要概念、文章中的假設是否有依據文獻、統計有無回答問題等。學生從實做中學習綜合分析文獻資料以找出預設問題的答案。最後學生練習將欲研究主題之相關文獻進行再精緻化，將課程以及自主學習的部分融會貫通。

透過課程中教學：

1. 學生能夠知道搜尋文獻資料的方法。
2. 學生能夠評析文獻資料。
3. 學生能夠綜合分析文獻資料。
4. 學生能夠撰寫精緻綜合分析。

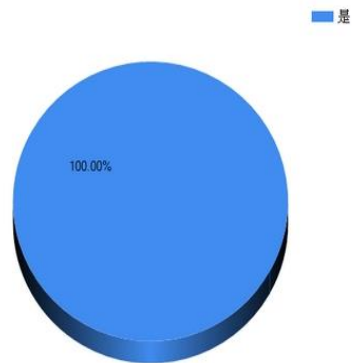
七、課程遇到問題與困難

1. 課程設計為一學分，但是學生希望能更將課程增加至兩學分，希望能夠讓文章批判、文章整理、精緻文獻等技巧更加純熟。
2. 學生上課可能會跟不上老師的節奏，自我練習時間與個人資質有關。
3. 每位學生的英文程度以及 IT 能力程度不同，老師教學上會有些困難。

八、省思與未來的展望

透過觀察學生表現和回應及事後與有關老師的檢討過程中，有以下的體驗：

1. 學生能夠從文章中摘錄自己所需要的內容。
2. 經過老師的指導，學生能將已有的觀念與新接收到的知識結合，文獻蒐集的能力更上層樓。
3. 透過課前文獻統整練習，有助於提升個人的批判思考能力。
4. 鑽研此靠課程後，學生發現自己在文獻蒐集以及文章閱讀發現比以往進步許多。
5. 學生對老師的教學建議：
由老師帶領學生文獻方面閱讀及重點討論，對於未來撰寫報告以及文獻搜尋方有有很大的幫助。
6. 今年文獻評析收到的教學評值，得到 75%同學(修課人數 4 人，有效問卷 3 份)給予 5 分的評價。並且建議其他同學選修。

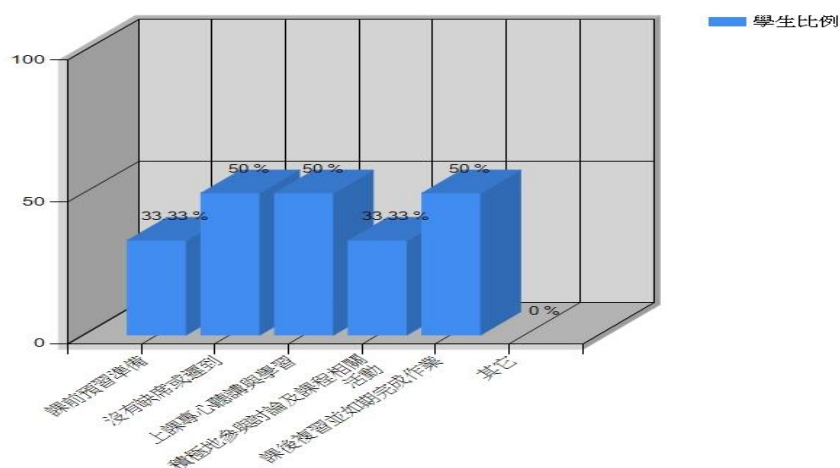


修完本課程後，願意將本門課推薦給其他學生的比例。

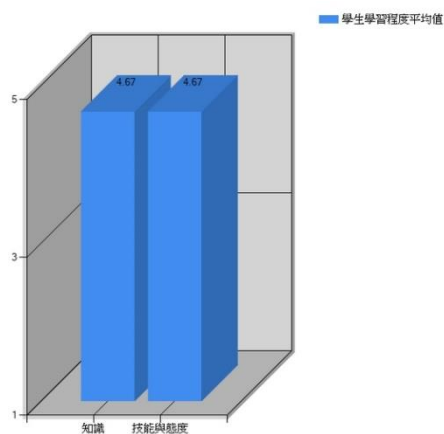
7. 學生反思

A. 出席率達 100%

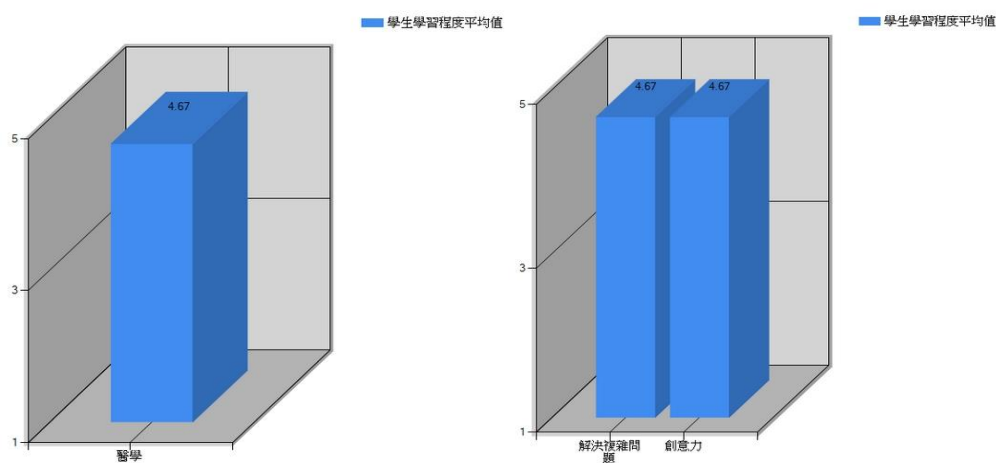
B. 有 33%的同學做好課前預習準備；50%的同學上課認真聽講；33%的同學積極地參與討論和課堂相關活動；50%的同學有課後複習並且如期完成作業。



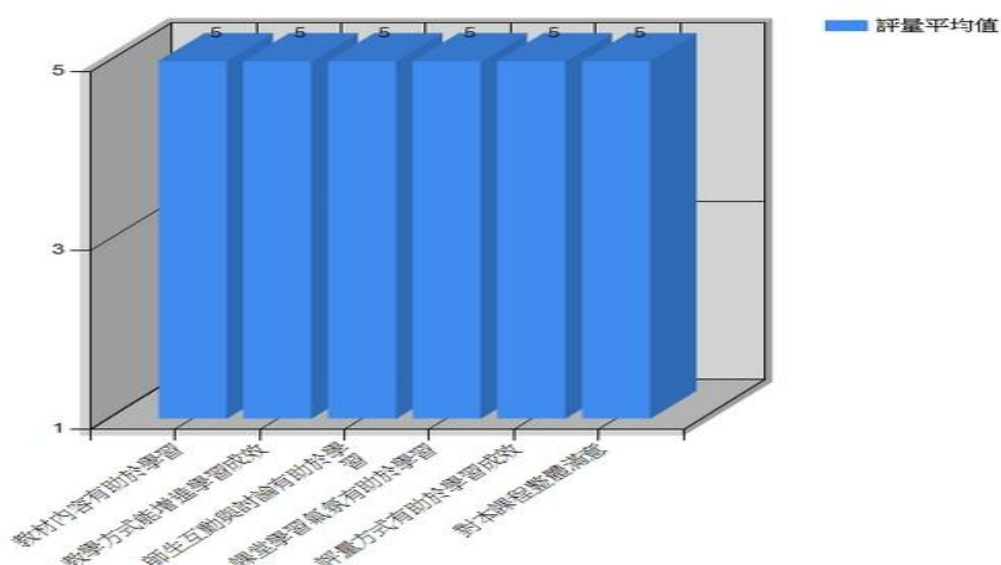
C. 修課學生在知識、技能與態度兩大方面的學習程度平均值(數字由 1~5，數字越大表示學習程度越高)均為 4.67。



- D. 修個學生在知識層面上，醫學指標學習程度平均值為 4.67；在技能與態度層面上，解決複雜問題與創意力指標學習程度平均值均為 4.67。



- E. 學生對於本課程各項教學評量（教材內容有助於學習、教學方式能增進學習成效、師生互動與討論有助於學習、評量方式有助於學習成效、對本課程整體滿意度）均為 5。



九、優秀自主學習團隊推薦

- (一) 第四組主題：口服輪狀病毒疫苗於預防接種之止痛成效

成員：陳香徽

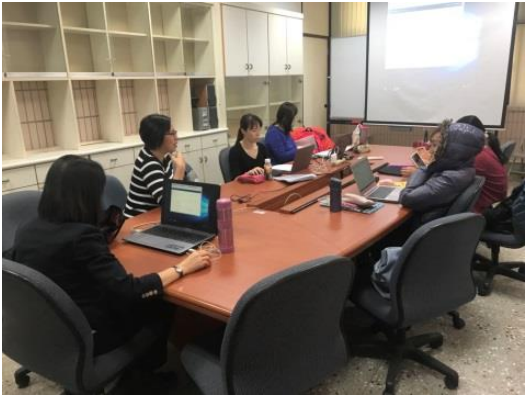
原因：計畫成果完整度高，語意通暢。

- (二) 第一組主題：肺癌化學治療接受步行運動對疲憊、睡眠品質之探討

成員：陳之頤

原因：計畫成果完整度高。

課程及自主學習作品照片

	
關可欣老師教導學生精緻文獻的技巧。陳金彌老師介紹研究文章的結構，以及使用範例文章示範文獻評讀的方法。	關可欣老師以及陳金彌老師向學生說明自主學習的相關內容，如何和文獻評析課程結合。
	
碩士班的學生認真聽講，並且使用電腦即時操作，加深印象。	陳金彌老師與碩士班同學討論課前作業的內容，以及給予同學們回饋。
	
碩士班同學相約至圖書館搜尋自主學習計畫所需要使用的文獻資料。	同學至圖書館學習如何使用 EndNote。

	
同學在圖書館實際操作使用 EndNote，遇到問題時請教圖書館員。	同學向圖書館員請教使用 EndNote 時所遇到的問題。

107 年高教深耕計畫「自主學習課程」學習問卷

各位同學好，你們目前修的課程是本校推廣的「自主學習」課程，該課程主要特色是老師減少講課時間，取而代之的是同學規劃自學的主題，再由老師和助教進行指導，最後進行成果發表。透過這份問卷，我們想要了解，相較於在輔大曾修讀過的其他課程，您對自主學習課程的想法，以便我們後續的教學創新發展，謝謝。					
課程名稱	文獻評析	科系	護理系		
學號	406436025 、 406436130 、 407436072、407436084	年級別	碩士班一年級		
題目		非常同意	同意	沒意見	不同意 非常不同意
一、相較於在輔大曾修讀過的其他課程，您對本課程的想法：					
1.本課程能讓我更深入地學習到專業知識。	2	2	0	0	0
2.本課程有助於提升自我的學習規劃能力。	2	2	0	0	0
3.本課程更能讓我從中獲得問題解決經驗與能力。	2	2	0	0	0
4.本課程更能讓我將所學知識應用於實際場合。	1	3	0	0	0
5.本課程更能讓我學到如何從不同的角度和層面看事物。	3	1	0	0	0
6.本課程更能激發多元想法與視角。	3	1	0	0	0
7.本課程讓我願意投入更多時間在學習上。	2	2	0	0	0
8.本課程能讓我在團體中以協調、溝通與合作的方法來達成目標。	1	2	1	0	0
9.授課老師或助教的指導有助解決我學習上遇到問題與困難。	2	2	0	0	0
10.本課程有助於我養成主動學習的習慣。	2	2	0	0	0
二、整體而言，我的想法是...					
1.我喜歡這樣的教學方式，我會推薦別的同 學來修讀這門課。	1	3	0	0	0
2.我期待未來能有機會再修讀自主學習的 課程。	1	3	0	0	0

其他意見(請簡述即可，您認為本課程最棒的地方，或值得改善的地方。)

1. 自主學習的過程可以激發思考能力。
2. 2學分比較適當。
3. 授課老師給予大家很多思考跟自學空間，上課以重點式帶領著大家了解每堂課老師想要大家理解的課程重點所在。

輔仁大學 107 年高教深耕計畫【自主學習課程補助計畫】
課程指導紀錄表

學習助教：林靜瑄

聯絡方式：fjudg1311@gmail.com

時間	2018.04.07	15:00~15:40		
地點	DG129	受指導次數	第 <u>1</u> 次	
受指導對象	陳之頤、張妘竹、韓依玢、陳香徽			
指導老師	闕可欣、陳金彌			
指導內容摘要				
主要問題	1. 評析文獻資料有被作者(文章)牽著走的感覺，看不懂統計表的內容，無法判斷對錯，可能與對專業的熟悉度有關。 2. 資料收集沒有問題，但再精緻化需要較長的時間。 3. 蒐集文獻時，因為英文程度不太好，所以不太會去使用英文的資料。			
具體建議與解決方案	1. 文章中的統計方法以及統計表需要有統計學的知識，同學若沒有修過統計學，可以先閱讀過即可，依照文章中其他的內容亦可以了解文章的重點以及判斷其文章內容是否符合邏輯。 2. 精緻化文章是需要經過不斷練習的，同學可以先拿簡單的文章做練習，或是對於文章不熟悉之處可以先和老師或同學一起討論，聽聽看不同的意見，彼此交流想法。 3. 平時可以利用英語自學網站加強個人英語能力，老師在課堂中教導同學不同於以往的觀念以及搜尋文獻的工具，學生們可以與自己原有的觀念知識作結合，更能找出自己需要的資料，會有不同的收穫。			
後續追蹤	老師將於同學的課後作業練習給予回饋			
備註				

指導老師： 闕可欣 陳金彌

輔仁大學 107 年高教深耕計畫【自主學習課程補助計畫】

學生自主學習計畫書

- 一、自主學習計畫主題：肺癌化學治療接受步行運動對疲憊、睡眠品質之探討
- 二、組別：第一組
- 三、課程名稱：文獻評析
- 四、指導老師：闕可欣、陳金彌
- 五、學生姓名與工作分配：

姓名(個人)	工作內容	聯絡方式
陳之頤	1. 搜尋所需之關鍵重要文獻 2. 閱讀並評析文獻 3. 精緻文獻 4. 發表	406436025@mail.fju.edu.tw

六、計畫之動機與目的：

根據衛生福利部統計 105 年台灣十大死因仍是惡性腫瘤位居榜首，惡性腫瘤中又因肺癌死亡的人數最多。癌症的治療方式以化學治療、標靶治療以及放射線治療為主，而化學治療常常讓病患感到不適，尤其容易感到疲憊。而根據美國運動醫學會 2009 年(American College of Sports Medicine, ACSM)運動指引建議，接受中等強度的運動訓練在癌症期間可以改善病患的疲憊感以及他們的生活品質。因此，如何藉由步行運動改善病患的疲憊和睡眠品質(Schmitz et al., 2010)是主要探討的課題，希望藉由在整理相關重要文獻的過程時，能夠在研究結果中找到方法改善病患的問題，提升病患生活品質照護的滿意度。

七、計畫內容與行動方案：

1. 查詢與肺癌化學治療、步行運動、疲憊以及睡眠品質之相關文獻。
2. 對文獻進行批判：於課堂中和老師討論文章內容以及個人對於文章內容的想法。
3. 統整五篇文章：藉由陳金彌老師的課前作業中，練習與熟悉文獻整理的技巧。
4. 將文章精緻化：利用課程中老師教導的文獻批判技巧、如何統整文獻、以及文章精緻化的技巧，完成一篇文獻評析文章。

八、進度規劃

- 3/12 學習使用圖書館查詢系統
- 3/26 學習如何進行文章批判
- 4/9 學習如何進行文章統合
- 4/23 學習如何達成文章精緻
- 4/24~6/3 完成 5 篇文獻的精緻
- 6/4 進行口頭報告

九、預期效益及具體檢核方式：

(一) 預期效益：

1. 能夠對肺癌化學治療接受步行運動對疲憊、睡眠品質有更進一步的認識。
2. 搜尋文獻能夠更有方向。
3. 文章批判能力提升。
4. 了解重點擷取的技巧並且能力能夠有所提升。

5. 熟悉文章統合技巧。
6. 熟悉文章精緻化的技巧。
- (二) 具體檢核方式：課堂表現、口頭報告。

十、其他附件

- (一) 自行增加凸顯方案內容之資訊
- (二) 相關附件

1. Lee, Y. H., Tsai, Y. F., Lai, Y. H., & Tsai, C. M. (2008). Fatigue experience and coping strategies in Taiwanese lung cancer patients receiving chemotherapy. *Journal of clinical Nursing*, 17(7), 876-883.
2. Henke, C., Cabri, J., Fricke, L., Pankow, W., Kandilakis, G., Feyer, P., & de Wit, M. (2014). Strength and endurance training in the treatment of lung cancer patients in stages IIIA/IIIB/IV. *Supportive care in cancer*, 22(1), 95-101.
3. Eickmeyer, S. M., Gamble, G. L., Shahpar, S., & Do, K. D. (2012). The role and efficacy of exercise in persons with cancer. *PM&R*, 4(11), 874-881.
4. 黃鈺萍, 廖維華, 錢桂玉, & 陳建銘. (2016). 系統性回顧：高強度間歇訓練對於癌症患者之效益探討. [The Efficacy of High Intensity Interval Training on Cancer Survivors: A Systematic Review]. *台灣復健醫學雜誌*, 44(2), 55-69. doi:10.6315/2016.44(2)01
5. 邱惠英, 林佑樺, 王金洲, 陳婉宜, 張晃智, & 林孟志. (2016). 肺癌化學治療後病人照護需求與相關因素之探討. [Exploration of the Care Needs of Post-Chemotherapy Lung Cancer Patients and Related Factors]. *護理雜誌*, 63(3), 62-72. doi:10.6224/jn.63.3.62
6. 周繡玲, 姚鍾太, 楊立華, 朱基銘, & 趙婉青. (2010). 肺癌病人化療期間疲憊、睡眠障礙及情緒困擾之探討. [Fatigue, Sleep Disturbances, and Mood Distress in Patients with Lung Cancer during Chemotherapy]. *腫瘤護理雜誌*, 10(2), 23-38.

輔仁大學 107 年高教深耕計畫【自主學習課程補助計畫】
學生自主學習日誌

填寫日期：107 年 03 月 12 日(一) 20:00~22:00

紀錄人：陳之頤

序號	工作事項	註記(心得/成果/問題 等)
1	3/12 查詢所需之文獻	需多熟悉圖書館查詢系統
2	3/19 批判文章	批判文章的技巧不足
3	4/9 統整 5 篇文章	統整文章的技巧不足
4	4/23 精緻文章至發表的格式	精緻文章至發表格式技巧不足
待辦事項/待解決問題/筆記欄 在 4/9 前完成文章批判。 在 4/23 前精緻文章至發表的格式。		

輔仁大學 107 年高教深耕計畫【自主學習課程補助計畫】

學生自主學習成果報告

撰寫日期：107 年 06 月 20 日

一、課程基本資料

- (一)自主學習計畫主題：肺癌化學治療接受步行運動對疲憊、睡眠品質之探討
- (二)組別：1
- (三)學生姓名：陳之頤
- (四)課程名稱：文獻評析
- (五)指導老師：關可欣、陳金彌

二、計畫成果

(一)整體計畫執行狀況描述：

整體計畫之各步驟進度皆於當初預期規劃的日期內順利完成，但是因為很多技巧缺發練習，所以在執行計畫的過程中必須要花比較多的心力以及專注度。

(二)成效說明與實際產出：

文獻蒐集整理、進行文獻批判以及文章精緻化後，可以大致歸納出重點：

1. 運動訓練的介入可以改善病人進行化療時所產生的疲憊感(Schmitz et al., 2010; Sloan et al., 2016)。
2. 運動訓練可以提高病人的肌肉力量、心肺功能，以及生活品質等。
3. 肺癌病人化學治療期間接受步行運動可以改善病人生活品質，接受中等強度運動病人在呼吸困難症狀上能得到改善(Henke et al., 2014; Schmitz et al., 2010)。
4. 步行運動介入對於接受化學治療肺癌病人運動耐力是具有顯著成效，並且能改善病人呼吸困難，增加病人生活品質(Henke et al., 2014)。

(三)自主學習歷程：

一開始要查詢需要用到的文獻資料時，不熟悉圖書館館藏查詢功能，所以花比較多的時間摸索。再來，進入到閱讀問張並且要對文章內容進行批判的時候，參考老師的課堂講義以及練習題，才慢慢上手，批判文章的技巧還需要多多練習。接著進行文章整理時，發現自己對於文章重點的掌握度還不是很熟悉，花了很多時間重複閱讀，統整文章的技巧還需要多加強。最後要精緻文章並且填寫在發表的格式上，也發現自己文章精緻化還需要多著墨，需要再多花時間與心力。

三、學習心得

其實自主學習是要學生自動自發、自覺並且行動，在這次文獻評析上課過程中，雖然藉由老師上課教導知識，但返家後仍需要安排學習準備的時間，首先尋找關於與自己的研究報告內相關文獻，在文獻收集過程中發現自己對於文章批判能力不足，總是覺得每一份文章都很棒，所以才被刊登，但是與老師上課後討論發現原來自己的認定是錯誤的，也因為自己事前的學習準備，才能夠在課堂中提出並作討論，從中了解對於文章批判的重要，藉由課前的準備發現自己對於自己的研究盲點，才能與老師進行討論，我想這樣老師才能夠提供相關性的協助，並藉由老師的教學指導修正自己的方向，這樣的學習才能得到快樂，而且我們與同學也會在下課之餘進行討論並且提供建議，我想我們的學習方式已經和以前不同了，藉由自主學習方案可以讓我的學習更佳有效率，這樣的方式確實很好。

四、結論與具體建議

護理實務方面研究建議病人在化學介入開始前就應該鼓勵病人運動，且中度間歇性運動有助於降低病人疲憊感，提高生活品質(Faul et al., 2011; Henke et al., 2014)，因為步

行訓練是多數運動中最容易被接受和達成，且經濟效益高學習簡單，臨床上因科別屬性關係，研究者時常接觸肺癌接受化學治療之病人，在收集文獻資料中，發現肺癌病人接受化學治療後時常出現疲憊感受，且往往造成病人情緒低落，但臨床上發現病人接受不同化學治療藥物，不見得會有出現疲憊感或睡眠品質受到影響，加上單位環境寬敞，研究者發現病人都會在病房走路進行運動，但訪談多位多次入住接受化學治療的肺癌病人發現，病人對於自己的步行知道是有益處的運動，但不清楚運動需搭配每週至少 2-3 次每次約 30 分鐘且有頻率和強度限制，故本研究以步行訓練介入對肺癌接受化學治療病人疲憊、睡眠品質進行探討，期望團隊合作模式，將來設計良好步行訓練計畫，推廣步行運動，提供肺癌病人簡單又經濟的運動模式。

五、其它附件

附件一：文獻統整練習與老師回饋-SICU 呼吸器肺炎預防

<u>Description of practice area (patient population, nature of care, etc.).</u>	註解 [u1] 建議列出比例最高的前兩科別之百分比！如果能提供上述兩科病人的適當天數，則更加！。
1. 描述此專案所收集的個案屬性，例如科別、病房屬性、疾病別等	註解 [u2] 這是指：「資料收集者」或是「資料提供者」？
答： 此專案收集外科加護病房護理人員對於 VAP 組合性照護之正確執行率性及降低感染率。病房疾病分類包含單位總床數 14 床，2012 年入住總人數 741 人，以神外 32.6%/242 人(最多)、其次腸胃外科 22.4%/170 人、胸腔外科 13.2%/98 人、骨科 8.0%/59 人。病房護理人員業務以臨床照護為主，藉由直接觀察法實際執行查核表內容了解執行過程內容有無正確，收集人員包含醫師、護理師、呼吸治療師等。	註解 [u3] 正確率？
一、醫師含專科護理師共 4 位評估，針對評估結果如下：1. 每日拔管評估 2. 每日鎮靜藥物中止(除為病人有禁忌)正確率都為 100%，平均正確率為 48.3%。	註解 [u4] 寫法正確嗎？
二、護理人員共 20 位評估，評估結果如下：1. 每日使用 0.12%CHX 漱口水執行口腔抗菌照護(20/12 人)，正確率佔 60% 2. 床頭抬高 30-45 度(20/11 人)，正確率佔 55%，手部衛生：抽痰前後(20/6 人)正確佔 30%，正確率為 48.3%，平均正確率 54.4%。	註解 [u5] 寫法正確嗎？
三、呼吸治療師共 7 位，評估結果如下：針對 1. 排空呼吸氣管路積水(7/7 人，正確率佔 100%) 2. 呼吸器面板消毒(7/7 人，正確率佔 100%)，平均正確率 100%。執行後護理師 1. 每日使用 0.12%CHX 漱口水執行口腔抗菌照護，(20/20 人，正確佔 100%) 2. 床頭抬高 30-45 度(20/18 人，正確佔 90%)，手部衛生：抽痰前後(20/18 人，正確佔 90%)，平均正確率為 93.3%。	註解 [u6] 寫法正確嗎？
	註解 [u7] 寫法正確嗎？
2. 描述此專案所解決的個案問題	註解 [u8] 寫法正確嗎？
答： 專案利用現況分析先收集相關資料，了解問題真因，並透過文獻查證訂定措施，之後進行結果評估，專案執行主要為提高單位 VAP 組合性照護正確性，降低感染率。	註解 [u9] 建議改為：本專案執行目的為使護理師執行 VAP 組合式照護之正確率可提升至 90%，VAP 發生率由 3% 降為 1%。

Describe a case or project that is exemplary of CNS practice in the specialty⁴⁾ 3. 描述專案執行的動機⁴⁾ 答: 感染會造成病人住院時間延長, 有可能會導致住院費用增加, 嚴重會造成死亡, 於文章中第 48 頁提到美國地區推動組合式感染控制降低醫療照護感染率成效良好, 而衛生福利部於醫療品質計畫中也提到主要為降低感染率, 為組合性照護的重要。但此單位卻因為施行後反而造成病人感染率 2013 年一月 2.6%, 上升為二月感染率 9.7%, 主要為組合式照護提出後並無降低 VAP 感染率反而增加為主要動機。⁴⁾ 4. 描述專案執行的方法與過程 (p. 49、p. 50、p. 52-55) ⁴⁾ 答: 專案執行由醫師、護理師及呼吸治療師團隊共同組成, 先進行三個職類針對 VAP 評核項目進行查核, 查核開始時間為 2013 年 1 月 1 日, 後由專案小組依照醫院感染管中心制定「呼吸器相關性肺炎組合性照護查核表」制定查核表, 並進行調查了解實際達成人數。針對護理師未能達成部分進行半結構訪問卷分析, 確立問題, 依據現況分析結果, 了解護理師 VAP 正確率偏低原因為: 一、設備不便利造成不易執行的相關措施; 二、護理師因為觀念不對或習慣未改且無人稽核, 導致未能正確執行; 三、缺乏相關照護教育訓練。藉由文獻收集確認組合性照護正確率的重要性及現況分析, 擬定進行對策擬定, 由專案成員進行票選依照可行性、成本、效益性等項目, 以 5 分評分法, 進行方案選定。執行過程為 2013 年 4 月 5 日-2013 年 12 月 31 日, 制定工作計劃表, 過程包含計畫期、執行期、評值期。⁴⁾ Describe practice competencies used in the specialty practice⁴⁾ 5. 你認為作者要完成此專案, 必須具備哪些專業能力?⁴⁾ 答: 作者本身除了具備 VAP 組合性照護專業知識外, 還須具備統計分析基本概念, 標準差算法, 且要有文獻搜尋及批判文章能力, 需閱讀國內外相關文獻, 所以英文程度要有一定程度。⁴⁾ Identify typical outcomes of CNS practice in the specialty⁴⁾	註解 [u10]: 寫出數據。 註解 [u11]: 寫出數據。 註解 [u12]: 單位寫錯! 不該文章的摘要與內文不一致。 註解 [u13]: 單位寫錯! 不該文章的摘要與內文不一致。 註解 [u14]: 缺乏流暢度, 應改為:。 註解 [u15]: 缺乏流暢度, 應改為:。 註解 [u16]: 邀請醫師、護理師及呼吸治療師參與, 故需要溝通能力、教學能力、領導能力。
6. 描述專案執行後的成果, 例如專案執行前後有哪些改變⁴⁾ 答: 專案執行前分為三個部分, 一、護理人員認為院內使用 ZMCX 泡製方式麻煩, 所以執行率低, 且專業知識具備不足, 因此認為成分不重要, 且無人員查核或依照自己的習慣, 因此造成正確率偏低。二、床頭抬高未能達 30-45 度, 因為病床牆牌不同, 所以未注意到病床角度問題。三、手部衛生執行率偏低, 未能在抽痰前進行洗手。⁴⁾ 專案後則針對護理人員先進行「口腔照護準則」教育訓練說明, 並進行示範教學, 指導如何進行口腔照護清潔標準, 規劃口腔照護準備區, 統一由專人進行泡製, 並製作海報進行告示, 安排固定查核員進行稽核, 增加並病室內洗手提醒標示, 請求工務科進行製作病床角度標示, 透過改善方式介入確實降低感染率。⁴⁾ 陳金彌 □□□□□□.....□□107.4.7□□⁴⁾	註解 [u17]: 寫出數據。 註解 [u18]: 寫出數據。 註解 [u19]: 寫出數據, 從 7% 降為 7%。

附件二：關可欣老師作業三指導與成果

肺癌化學治療病人接受步行運動對疲憊、睡眠品質之成效

前言

根據行政院衛生福利部 105 年國人十大死因統計仍以恶性肿瘤(癌症)為首,癌症死亡人數為 4 萬 7,760 人,占所有死亡人數 27.7%,其中肺癌死亡率為每十萬人口 39.9 人,高居恶性肿瘤死亡榜首(行政院衛生福利部國民健康署,2017)。因此延長生命為首要治療目標,肺癌早期症狀通常不明顯,多數病人就醫都已發現疾病進展到末期階段,如果能早期發現藉由手術切除肺部腫瘤,為肺癌的根治性治療,也是首要的治療方式,根據文獻資料顯示肺癌手術治療多在 I 期、II 期,且只有一個肺葉有原發腫瘤以及未有縱膈腔淋巴結侵犯的病人,肺癌早期接受治療亦可以提高病人存活率(陳、洪、陳,2010;曾、陳、陳,2010)。

台灣癌症登記小組 2015 年資料顯示無法手術 III、IV 期非小細胞癌佔 83%,治療方式以化學治療、標靶治療、放射線治療為主(戴、陳、楊、陳、江、唐,2015;邱、林、王、陳、張、林,2016)。而化學治療常常造成病人身心、靈的不適,研究資料顯示化學治療期間病人最常出現的生理需求包含呼吸困難、睡眠障礙、疼痛、疲憊、食慾不振等症狀(邱等,2016;周、朱、唐,2008)。疲憊是病人接受化學治療後會經歷最高的症狀,研究指出臨床病人有睡眠困難、疲憊,因而接受治療只佔 14%,學者研究也證實藉由運動、睡眠、休息可以有效提高睡眠品質,減輕疲憊感(周、朱、唐,2008;Lee, Tsai, Lai, & Tsai, 2008)。而根據筆者所知,肺癌化學治療後的疲憊、睡眠困難問題會影響病人活動的意願,因此常造成病人的運動耐受性不足,根據美國運動醫學會 2009 年(American College of Sports Medicine, ACSM)運動指引建議,接受中等強度運動訓練在癌症治療期間可以改善病人

1

而出現波動,疲憊現象會從第一次化療逐漸上升,至下次化療治療前逐漸下降,原因來自於化療藥物使用鉑金屬類藥物 Cisplatin、Carboplatin 為第一線用藥(周等,2008)。

疲憊造成病人生理、心理與日常活動的困擾,會影響病人持續進行化療的意願,進而造成預後受到影響(邱等,2016),而改善疲憊的策略最有效的方式為運動、睡眠充足、多休息或提高病人血紅素改善病人貧血的問題(Lee et al., 2008; Patrick et al., 2003)。

二、疲憊、睡眠障礙在肺癌化學治療的關係

Cheng 與 Yeung(2013)研究結果顯示接受癌症化學治療有 40-58% 病人,最常出現疲憊、睡眠障礙、情緒困擾等症狀(邱惠英 et al., 2016; Cheng & Yeung, 2013),國內學者研究顯示疲憊、睡眠障礙、憂鬱、焦慮都具有相互關係,而性別差異也在睡眠困擾的統計上具有顯著差異(周等,2010),但在疲憊的顯著上卻未達顯著意義(周等,2010; Siefert, 2010)。針對肺癌病人化學治療期間研究探討對疲憊、睡眠障礙困擾發現,病人在接受化學治療第一天、治療後一週和第二次治療前,統計上都具有顯著意義(周等,2008;黃、唐、史、余,2005; Siefert, 2010),周(2008)研究 62 位肺癌病人接受化學治療期間疲憊軌跡之縱貫性探討,發現疲憊與睡眠障礙具有高度相關,Howell 等人(2014)研究顯示接受肺癌化學治療病人,有 62.9%都具有睡眠障礙的困擾症狀(Howell et al., 2013),嚴重睡眠障礙會影響病人的獨立自主功能,也會造成生活品質功能降低(高、宋、黃、張、張,2013; Lin, Chen, Yang, & Zhou, 2013)。

三、步行對肺癌化學治療的成效

運動訓練被廣泛運用在乳癌、消化道器官癌症,運動介入可以改善病人化學治療所產生疲憊(Schmitz et al., 2010; Sloan et al., 2016),癌

疲憊感,增加病人的生活品質(Schmitz et al., 2010),而如何藉由步行運動改善病人的疲憊和睡眠品質,是本文主要探討的主要課題,本研究目的在於(一)瞭解肺癌化學治療後病人疲憊及睡眠品質之相關性,(二)探討步行介入對肺癌化學治療後病人疲憊之成效,(三)、探討步行運動介入對肺癌化學治療病人睡眠障礙改善之成效,期望藉由研究結果,可以提供未來醫療團隊照護之參考,進而改善病人問題,提升病人生活品質照護滿意度。

文獻查證

一、疲憊對肺癌病人影響

肺癌是全球癌症死亡之冠(Torre et al., 2015),根據行政院衛生福利部 105 年國人十大死因統計其中肺癌死亡率為每十萬人口 39.9 人,高居恶性肿瘤死亡榜首(行政院衛生福利部國民健康署,2017)。癌症化療疲憊是一種主觀感覺,自己認為自己虛弱的症狀,是一種多層面的動態現象,疲憊症狀會因此干擾病人日常的生活習慣(張、李、李、王,2017; 陳、何,2012; Lee et al., 2008)。化學治療是肺癌病人常見治療方式之一,但往往因為治療的副作用如疲憊、掉髮、口乾、睡眠困擾、食慾不振容易造成病人身體負擔(周等,2008; Thiagarajan et al., 2016)。而疲憊在化學治療期間有 70-96% 的盛行率,另一份研究資料顯示只有 52% 病人具有疲憊問題,但不曾與醫師反應,14% 的病人會接受疲憊治療,有 33% 的病人疲憊管理不佳(周等,2008; 周、姚、楊、朱、趙,2010; Stone et al., 2000)。而造成病人疲憊的原因分為身理、心理二種因素,身理因素包含貧血、睡眠不足、疼痛、惡病質、發燒、身體活動功能降低,心理因素包含焦慮、憂鬱和害怕(周、王、姚,2010; 陳、何,2012; Lee et al., 2008)。化療期間疲憊是一種長期動態變化,依據學者研究得知化學治療的疲憊會因為治療的進行

2

症病人每週進行中等強度運動,如固定式自行車、有氧步行、氣功、游泳、漸進式阻力訓練,需注意各種訓練的頻率、強度和持續時間(陳、何,2012; Chen, Tsai, Wu, Lin, & Lin, 2015)。運動訓練可以提高病人肌肉力量,並影響病人心肺功能,增加生活品質,根據學者研究肺癌病人化學治療期間接受步行運動可以改善病人生活品質,接受中等強度運動病人在呼吸困難症狀上能得到改善(Henke et al., 2014; Schmitz et al., 2010)。相關性文獻顯示癌症病人在接受運動訓練之前,建議先由專業人員進行運動訓練專業安全評估,同時監測運動時心率變化,將可安全進行間歇性運動訓練,有效增強病人心肺功能,提高運動耐力(黃、廖、錢、陳,2016)。美國運動醫學會(American College of Sports Medicine, ACSM)在 2010 年運動指引建議,每週進行 150 分鐘中等強度或每週進行 75 分鐘高強度運動,主要可使肌肉力量增加,提高病人生活品質,降低癌症病人疲憊感(周等,2010; Eickmeyer, Gamble, Shahpar, & Do, 2012; Stene et al., 2013),亦可以促進身體調控機制,減緩癌症細胞的生長,降低病人憂鬱情緒,提高生活品質(Desnoyers, Riesco, Fülöp, & Pavic, 2016)。步行運動介入對於接受化學治療肺癌病人運動耐力是具有顯著成效,並且能改善病人呼吸困難,增加病人生活品質(Henke et al., 2014),因為步行訓練是多數運動中最容易被接受和達成,且經濟效益高學習簡單,故本研究以步行訓練介入對肺癌接受化學治療病人疲憊、睡眠品質進行探討。

結論

護理實務方面研究建議病人在化學介入開始前就應該鼓勵病人運動,且中度間歇性運動有助於降低病人疲憊感,提高生活品質(Faul et al., 2011; Henke et al., 2014),因為步行訓練是多數運動中最容易被接受和達成,且經濟效益高學習簡單,臨床上的因科別屬性關係,研究

3

4

者時常接觸肺癌接受化學治療之病人，在收集文獻資料中，發現肺癌病人接受化學治療後常出現疲憊感受，且往往造成病人情緒低落，但臨床上發現病人接受不同化學治療藥物，不見得會有出現疲憊或睡眠品質受到影響，加上單位環境寬敞，研究者發現病人都會在病房走路進行運動，但訪談多位多次入住接受化學治療的肺癌病人發現，病人對於自己的步行知道是有益處的運動，但不清楚運動需搭配每週至少 2-3 次每次約 30 分鐘且有頻率及強度限制，故本研究以步行訓練介入對肺癌接受化學治療病人疲憊、睡眠品質進行探討，期望團隊合作模式，將來設計良好步行訓練計畫，推廣步行運動，提供肺癌病人簡單又經濟的運動模式。

參考文獻

- 臺灣癌症登記小組：中華民國 104 年台灣癌症登記資料庫 Taiwan Cancer Registry Database-長表申報 16 種癌症統計分析。2018 年 4 月 21 日取自 <http://tcr.cph.ntu.edu.tw/main.php?Page=A5#t02>
- 行政院衛生福利部國民健康署(2017)。105 年國人十大死因統計結果。取自 <https://www.mohw.gov.tw/cp-16-33598-1.html>, 23(2), 196-204.
- 李佳瑜、葉莉莉、陳炯鑫、李佩宜、薛尊仁(2008)。慢性阻塞性肺部疾病患者自我管理行為之探討。護理雜誌, 55(5), 45-55。doi:10.6224/JN.55.5.45
- 何瓊芳, & 馬素華(2016)。六分鐘行走測試與折返行走測試於 COPD 個案運動能力測試的應用。護理雜誌, 63(4), 107-115。doi:10.6224/jn.63.4.107
- 周繡玲、王冠今、姚鍾太(2010)。癌症相關疲憊與發炎前細胞激素之關係。腫瘤護理雜誌, 10(1), 25-37。
- 周繡玲、朱基銘、唐婉如(2008)。肺癌病人化學治療期間疲憊型態—縱貫性研究。腫瘤護理雜誌, 8(2), 33-43。
- 周繡玲、姚鍾太、楊立華、朱基銘、趙婉青(2010)。肺癌病人化療期間疲憊、睡眠障礙及情緒困擾之探討。腫瘤護理雜誌, 10(2), 23-38。
- 邱惠英、林佑祥、王金洲、陳婉宜、張晃智、林孟志(2016)。肺癌化學治療後病人照護需求與相關因素之探討。護理雜誌, 63(3), 62-72。doi:10.6224/jn.63.3.62
- 胡曉芳、李采嫻、劉良智、吳建廷、王雅容、(2013)。探討走路方案於乳癌術後疲憊及運動耐力之成效。護理雜誌, 60(5), 53-63。doi:10.6224/jn.60.5.53
- 高淑寧、宋易珍、黃子芳、張芳瑜、張月嫻(2013)。肺癌病人照護需求及其相關因素之探討。癌總護理, 30(4), 329-339。
- 張乃文、李采嫻、李雅欣、王桂芸(2017)。接受切除性肺部手術後肺癌病人疲憊之影響及其臨床處置。長庚護理, 28(1), 25-33。doi:10.3966/102673012017032801003
- 陳麗妃、何淑嫻(2012)。肺癌病人癌因性疲憊之運動訓練。新臺北護理期刊, 14(2), 33-40。doi:10.6540/ntjn.2012.2.004
- 黃怡菁、唐婉如、史麗珠、余志騰(2005)。肺癌病患化療期間之疲憊軌跡。腫瘤護理雜誌, 5(2), 15-27。
- 黃鈺萍、廖維華、錢桂玉、陳建銘(2016)。系統性回顧：高強度間歇訓練對於癌症患者之效益探討。台灣復健醫學雜誌, 44(2), 55-69。doi:10.6315/2016.44(2)01
- 戴鈺煙、陳貞秀、楊政達、陳綱華、江明珠、唐秀治(2015)。統合分析晚期非小細胞肺癌病人化學治療期間生活品質變化及其影響因素。台灣癌症醫學雜誌, 2(3), 224-233。doi:10.6323/jcrp.2015.2.3.05
- Chen, H., Tsai, C., Wu, Y., Lin, K., & Lin, C. (2015). Randomised controlled trial on the effectiveness of home-based walking exercise on anxiety, depression and cancer-related symptoms in patients with lung cancer. *British journal of cancer*, 112(3), 438.
- Cheng, K. K., & Yeung, R. (2013). Symptom distress in older adults during cancer therapy: impact on performance status and quality of life. *Journal of geriatric oncology*, 4(1), 71-77.
- Desnoyers, A., Riesco, E., Fülöp, T., & Pavić, M. (2016). Physical activity and cancer: Update and literature review. *La Revue de médecine interne*, 37(6), 399-405.
- Eickmeyer, S. M., Gamble, G. L., Shahpar, S., & Do, K. D. (2012). The role and efficacy of exercise in persons with cancer. *PM&R*, 4(11), 874-881.
- Henke, C., Cabri, J., Fricke, L., Pankow, W., Kandilakis, G., Feyrer, P., & de Wit, M. (2014). Strength and endurance training in the treatment of lung cancer patients in stages IIIA/IIIB/IV. *Supportive care in cancer*, 22(1), 95-101.
- Howell, D., Oliver, T., Keller-Olaman, S., Davidson, J., Garland, S.,

- Samuels, C., ... Olson, K. (2013). Sleep disturbance in adults with cancer: a systematic review of evidence for best practices in assessment and management for clinical practice. *Annals of Oncology*, 25(4), 791-800.
- Lee, Y. H., Tsai, Y. F., Lai, Y. H., & Tsai, C. M. (2008). Fatigue experience and coping strategies in Taiwanese lung cancer patients receiving chemotherapy. *Journal of clinical nursing*, 17(7), 876-883.
- Lin, S., Chen, Y., Yang, L., & Zhou, J. (2013). Pain, fatigue, disturbed sleep and distress comprised a symptom cluster that related to quality of life and functional status of lung cancer surgery patients. *Journal of clinical nursing*, 22(9-10), 1281-1290.
- Paramanandam, V., & Dunn, V. (2015). Exercise for the management of cancer-related fatigue in lung cancer: a systematic review. *European journal of cancer care*, 24(1), 4-14.
- Patrick, D., Ferketich, S., Frame, P., Harris, J., Hendricks, C., Levin, B., ... Ried, L. (2003). National Institutes of Health State-of-the-Science Conference Statement: symptom management in cancer: pain, depression, and fatigue, July 15-17, 2002. *Journal of the National Cancer Institute*, 95(15), 1110-1117.
- Schmitz, K. H., Courneya, K. S., Matthews, C., Demark-Wahnefried, W., Galvão, D. A., Pinto, B. M., ... Lucia, A. (2010). American College of Sports Medicine roundtable on exercise guidelines for

cancer survivors. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 42(7), 1409-1426.

Siefert, M. L. (2010). *Fatigue, pain, and functional status during outpatient chemotherapy*. Paper presented at the Oncology Nursing Forum.

Sloan, J. A., Cheville, A. L., Liu, H., Novotny, P. J., Wampfler, J. A., Garces, Y. I., . . . Yang, P. (2016). Impact of self-reported physical activity and health promotion behaviors on lung cancer survivorship. *Health and quality of life outcomes*, 14(1), 66.

statement, A. (2002). ATS committee on proficiency standards for clinical pulmonary function laboratories. *Am J Respir Crit Care Med*, 166, 111-117.

Stene, G. B., Helbostad, J., Balstad, T. R., Riphagen, I. I., Kaasa, S., & Oldervoll, L. M. (2013). Effect of physical exercise on muscle mass and strength in cancer patients during treatment—a systematic review. *Critical reviews in oncology/nematology*, 88(3), 573-593.

Stone, P., Richardson, A., Ream, E., Smith, A., Kerr, D., Kearney, N., & Forum, C. F. (2000). Cancer-related fatigue: inevitable, unimportant and untreatable? Results of a multi-centre patient survey. *Annals of Oncology*, 11(8), 971-975.

Thiagarajan, M., Chan, C., Fuang, H. G., Beng, T. S., Atiliyana, M., & Yahaya, N. (2016). Symptom prevalence and related distress in

cancer patients undergoing chemotherapy. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 17(1), 171-176.

Torre, L. A., Bray, F., Siegel, R. L., Ferlay, J., Lortet-Tieulent, J., & Jemal, A. (2015). Global cancer statistics, 2012. *CA: a cancer journal for clinicians*, 65(2), 87-108.

Visovsky, C., & Dvorak, C. (2005). Exercise and cancer recovery. *Online Journal Issues Nursing*, 10(2), 7.

18

輔仁大學 107 年高教深耕計畫【自主學習課程補助計畫】 學生自主學習計畫書

- 一、自主學習計畫主題：探討躁症患者睡眠品質與暴力行為之相關性
- 二、組別：第二組
- 三、課程名稱：文獻評析
- 四、指導老師：闕可欣、陳金彌
- 五、學生姓名與工作分配：

姓名(個人)	工作內容	聯絡方式
張妘竹	1. 搜尋所需之關鍵重要文獻 2. 閱讀並評析文獻 3. 精緻文獻 4. 發表	jolin1019222514@gmail.com

六、計畫之動機與目的：

睡眠障礙是身心科患者最常見困擾之一，睡眠時間長短是健康狀況及死亡的預測因子，尤其當躁症患者在躁期發作時常常伴隨著難以控制的高昂情緒、睡眠時數減少、品質差，導致暴力危機攀升。

希望透過文獻蒐集以及精緻化後，探討躁症患者的睡眠品質與暴力之間相關性。

七、計畫內容與行動方案：

1. 查詢與躁症、睡眠品質以及暴力行為之相關文獻。
2. 對文獻進行批判：在閱讀文章後提出自己對於文章內容的看法並和老師討論。
3. 統整五篇文章：藉由陳金彌老師的課前作業中，練習文獻整理的技巧。
4. 將文章精緻化：將統整過後的五篇文章，利用課堂上所學的技巧，完成一篇文獻評析文章。

八、進度規劃

- 3/12 學習使用圖書館查詢系統
- 3/26 學習如何進行文章批判
- 4/9 學習如何進行文章統合
- 4/23 學習如何達成文章精緻
- 4/24~6/3 完成 5 篇文獻的精緻
- 6/4 進行口頭報告

九、預期效益及具體檢核方式：

(一) 預期效益：

1. 能夠對躁症患者睡眠品質與暴力行為有更進一步的認識。
2. 了解搜尋文獻的技巧以及可以運用的資源。
3. 提升個人批判思考能力。
4. 能夠更快地掌握文章內容。
5. 熟悉文章統合技巧。
6. 熟悉文章精緻化的技巧。

(二) 具體檢核方式：課堂表現、口頭報告。

十、其他附件

- (一) 自行增加凸顯方案內容之資訊

(二) 相關附件

1. 劉樹斐 (民 90)。自尊的多面向對大學生憂鬱與攻擊行為的影響。國立政治大學心理學系碩士論文，未出版，臺北市。
2. 藍湘勻、李雅玲(2016)。癌症兒童治療期間睡眠品質及影響因素。源遠護理，10(2)，5-11。
3. 鄭茵綺、黃金洲、陳瑋昇、黃德豐、孫秀卿、蔡劭瑜(2018)。全身性紅斑性狼瘡女性睡眠與晝夜血壓相關性及預測因子之初探。護理雜誌，65(2)，43-53。
4. 趙栩綺、蔡欣玲(2018)。一位躁鬱症個案躁期發作反覆住院之護理經驗。榮護理，35(1)，96-103。

輔仁大學 107 年高教深耕計畫【自主學習課程補助計畫】
學生自主學習日誌

填寫日期：107 年 03 月 12 日(一) 18:30~20:00

紀錄人：張妘竹

序號	工作事項	註記(心得/成果/問題 等)
1	3/12 利用老師提供的自學英文網站進行學習	英文基本能力還需要多加強
2	3/15 查詢所需要的文獻	還需要多熟悉資料查詢系統以及正確搜尋到資料的方式
3	3/19 學習如何批判他人文章	批判文章的技巧以及重點掌握不到
4	4/09 至圖書館詢問 EndNote 不足處	EndNote 操作仍顯生疏，必需多加練習
待辦事項/待解決問題/筆記欄 在 4/9 前完成文章批判		

輔仁大學 107 年高教深耕計畫【自主學習課程補助計畫】

學生自主學習成果報告

撰寫日期：107 年 06 月 21 日

一、課程基本資料

- (一)自主學習計畫主題：探討躁症患者睡眠品質與暴力行為之相關性
- (二)組別：2
- (三)學生姓名：張妘竹
- (四)課程名稱：文獻評析
- (五)指導老師：闕可欣、陳金彌

二、計畫成果

(一)整體計畫執行狀況描述：

這次的計畫都有按照進度完成，但是英文能力比其他人差一些，所以額外花了很多時間增進自己的語言能力。文獻評析的技巧都是第一次接觸，需要反覆的練習並且遇到問題請教老師。

(二)成效說明與實際產出：

以蒐集相關文件後，設計出研究假設以及研究進行方法。

1. 利用個人屬性基本問卷、匹茲堡睡眠品質量表 (Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI) 以及波氏攻擊量表 (The Aggression Questionnaire, 1992) 作為研究工具。
2. 本研究採取橫斷面研究設計，採立意取樣 (purposive sampling)，以結構式問卷進行資料收集。
3. 使用統計軟體 SPSS 17.0 for window 統計套裝軟體進行資料統計分析與建檔分析，量表的內在一致性信度以 Cronbach' s α 值測量。

(三)自主學習歷程：

上課之前有先拿老師提供的英文學習網站自學英文，提升自己的英語能力，過程中發現自己的英語能力還需要多加強，才不會往後在看英文文獻的時候很吃力，於是有空時，我都會上英文自學網站學習，補強自己不足的地方。在查詢需要使用到的文獻資料時，還需要多熟悉資料查詢系統以及正確搜尋到資料的方式。在學習如何批判文章時，因為第一次接觸，無法很快地掌握到訣竅。在執行計畫時，EndNote 使用上出現的問題也浮現，發現自己對此軟體的熟悉度還不夠，需要多加練習應用。

三、學習心得

這學期選修了「文獻評析」課程，老師在第一堂上課就告訴大家許多可以自主學習的網站以及相關資源（包含校內、校外），以及 EndNote 使用方法，讓大家在課堂學習後，立即做練習並繳交相關作業，老師也可以立即在旁給予指導以及糾正錯誤想法，這對我來說，跟以往的上課經驗很不一樣，當下似乎可以吸收到更多新知以及導正自己的錯誤觀念。

「批判性思考」是一直在努力學習的地方，上課先經由老師精闢的講解以及帶領，慢慢可以掌握到一些研讀文獻的重點所在，課後，老師給大家去搜尋自己喜歡有興趣的文獻，進行批判性思考，事後帶領大家一起討論，更可以加深印象，並發現自己問題所在。

擺脫以往填鴨式教育，授課老師給予大家很多思考跟自學空間，上課以重點式帶領著大家了解每堂課老師想要大家理解的課程重點所在，課後給大家時間跟資源自我學習，自己發現問題，更能深刻體驗。

四、結論與具體建議

本研究採取立意取樣，樣本來自於新北市某區域醫院急性精神科病房，研究發現可能因為侷限調查範圍，所以無法了解其他精神科單位躁症病人睡眠狀況與暴力之間相關性，故在研究的推論以及解釋上，只針對本研究選定族群作探討，無法推論至所有躁症患者，另外本研究的結果在推論時必須要考量到樣本的代表性。本研究也為橫斷面研究，僅可以測量到研究者所設定的時間範圍內資料，而無法進行長期資料追蹤及調查，往後研究者若有興趣，在人力及時間充足下，可以朝向長期性，以縱貫性研究著手。

五、其它附件

附件一：文獻統整練習與老師回饋-疼痛評估正確率

Description of practice area (patient population, nature of care, etc.).^u 1.→描述此專案所收集的個案屬性，例如科別、病房屬性、疾病別等^u ➢→ 全院 24 個一般病房的護理人員。^u ➢→ 選定得分最低 A、B 二個病房作為專案改善單位。^u ➢→ 主要收治疾病以罹患腰椎滑脫居多(36%)、其次原發性肝惡性腫瘤(20%)、腦良性腫瘤(14%)；因應單位疾病屬性，護理人員每日執行病人疼痛評估比率為 86.6%。^u ^u 2.描述此專案所解決的個案問題^u ➢→ 提升護理人員執行疼痛評估正確率由 57.6%提升至 90%。^u ➢→ 解決方案：一、建置疼痛評估照護指引。二、舉辦疼痛評估教育訓練。三、發展疼痛評估 mini-CEX 評量表。四、設計疼痛評估教學輔助工具。^u ^u Describe a case or project that is exemplary of CNS practice in the specialty^u 3.描述專案執行的動機^u ➢→ 護理人員疼痛評估內容不完整、工具使用錯誤、缺乏實作教學及評估指引、執行疼痛評估認知不足。^u ➢→ 發現臨床護理人員常因疼痛評估知識不足、少與病人討論疼痛問題，且部分人員不知疼痛評估意義，及護理措施對緩解疼痛的效果，僅在病人疼痛時給予處置，而未深入進行評估與護理，使病人反覆抱怨，甚至不適感增加，因此護理人員未落實執行疼痛評估認知不足，無法適當處理病人疼痛問題。^u ^u 4.描述專案執行的方法與過程^u ➢→ 方法：多元策略。^u ➢→ 運用本院護理記錄審查表中的疼痛評估項目進行調查，採叢式抽樣(cluster sampling) 選定得分最低 A、B 二個病房作為專案改善單位。^u ➢→ 擬訂「護理人員執行疼痛評估查核表」(表三)，執行正確給 1 分，不正確 0 分，並邀請專科醫師、專科護理師、學校講師及 2 位護理長共五位專家，針對內容相關性、適用性及文字清晰度進行效度審查，內容效度指標(CVI) 達	註解 [u1]:與第 50 頁"問題確立"完全相同，應改寫! 建議：護理人員缺乏疼痛知識與評估指引，且使用不當的評估工具，因此無法完整評估病人的疼痛問題。^u 註解 [u2]:與第 47-48 頁"前言"的末段完全相同，應改寫!^u 註解 [u3]:摘述那些多元策略^u
---	--

0.85；再選定 2 本電子病歷，由 4 位組員依「護理人員執行疼痛評估查核表」進行查閱，查核一致性達 97.8%。 ➤ → P5 有執行過程。 Describe practice competencies used in the specialty practice 6.你認為作者要完成此專案，必須具備哪些專業能力？ ➤ → 本文護理人員執行疼痛評估正確率僅 57.6%，導因為：1.評估內容不完整。2.評估工具使用正確率低。3.缺乏實作教學及評估指引。4.執行疼痛評估認知不足。故我認為該文作者至少必須具備以上<u>四種基本能力</u>。 Identify typical outcomes of CNS practice in the specialty 5.描述專案執行後的成果，例如專案執行前後有哪些改變？ ➤ → 臨床發現護理人員疼痛評估內容不完整、工具使用錯誤、缺乏實作教學及評估指引、執行疼痛評估認知不足等，影響護理人員執行疼痛評估正確率僅 57.6%，經專案措施介入：1. 建置疼痛評估照護指引。2. 舉辦疼痛評估教育訓練。3. 發展疼痛評估 mini-CEX 評量表。4. 設計疼痛評估輔助工具。專案實施後，護理人員疼痛評估認知率提升 31.7%、執行疼痛評估正確率由改善前 <u>57.1%</u> 提升至 <u>91.3%</u>，病人滿意得分也由 3.5 分提升至 4.2 分(5 分法) 達專案目的。 ➤ → P8 有結果評值。 陳金彌 □□□□□□□□107.4.7□	註解 [u4]:哪四種?建議: 疼痛評估, 觀察, 創意, 教學, 溝通協調, 美學, 量表製作 註解 [u5]:摘要與內文的表格及說明, 數值不符! 應該是 57.6%提升至 91.3%
---	--

附件二：闕可欣老師作業三指導與成果
(一) 未移除參數

探討躁症患者睡眠品質與暴力行為之相關性

摘要

背景：睡眠障礙是身心科患者最常見困擾之一，睡眠時間長短是健康狀況及死亡的預測因子，尤其當躁症患者在躁期發作時常常伴隨著難以控制的高昂情緒、睡眠時數減少、品質差，導致暴力危機攀升。

目的：探討躁症患者的睡眠品質與暴力之間相關性。

方法：於2019年5月到2019年11月採立意取樣(purposive sampling)，橫斷面研究設計，於新北市某區域醫院急性精神科病房，以結構式問卷進行資料收集，收集共____位，研究者請符合條件者進行問卷填寫、回收、統整。研究工具為匹茲堡睡眠品質量表、個人基本屬性問卷、波氏攻擊量表，統計方式使用統計軟體SPSS 17.0進行資料分析。

第一章、前言

第一節、研究動機及重要性

台灣以健保資料庫分析診斷為雙極性疾患之盛行率，由1996年之0.06%增加至2003年之0.45%，應仍有許多潛在個案未接受治療(Bih et al., 2008; Chien, Chou, Lin, Bih, & Chou, 2004; Huang, Su, Chen, Chou, & Bai, 2009)。躁症患者在急性症狀明顯時，常有

根據此疾病的兩項情緒特性，依照精神疾病診斷準則第四版(DSM-IV)，雙極性疾患可分為四類，包含第一型雙極性疾患(bipolar I disorder)、第二型雙極性疾患(bipolar II disorder)、循環性疾患(cyclothymic disorder)及其他未註明的雙極型疾患(bipolar disorder not otherwise specified)(孔繁鐘，民86)。

二、雙極性情感疾病-躁症症狀

「雙極性情感疾病」，泛指病人出現躁期以及鬱期兩者交替或是混合發作，也就是說出現兩種極端情緒反應，一個為躁狂，一個為憂鬱。當病人處於躁狂階段時，出現的行為特徵為：情緒高昂、異常興奮、自我膨脹、活動量增大、睡眠需求量減少、話量多且易怒、注意力分散、意念飛躍、盲目的亂採購或者是投資等等。如果幾乎每天都有大半天時間情緒都處於過度興奮，並外加三種或者是更多種躁症症狀，並且持續一週或者是更長的時間，則可診斷為躁症發作。(趙翹綺 & 蔡欣玲，2018)。

三、雙極性情感疾病流行病學

雙極性情感患者罹病通常發生在青少年晚期或是成年早期，在台灣盛行率約為千分之三到五左右，該疾病通常是由多種原因所造成，不單單只是基因遺傳因素，其中還包含了個人成長背景與生活經歷，甚至與腦內化學物質如正腎上腺素及血清素的異常也有關，最後與生

活力高昂，自我衝動控制力差，進而發生暴力行為，造成家庭以及他人困擾及壓力(藍湘勻 & 李雅玲，2016)。

急性躁症患者於症狀發作時常伴隨不安全感及症狀干擾，或是因夜間情緒亢奮而導致難以入睡，睡眠需求降低(李宇宙，2000)。情緒自控力差，後果可能導致人際關係破裂，工作或學習狀態不佳，嚴重甚至導致暴力以及自殺行為發生，後果非常嚴重，故本研究將透過了解躁症患者的睡眠品質進而探討與暴力行為發生之相關性。

第二節、研究目的

1. 探討躁症患者睡眠品質狀況。
2. 探討影響躁症患者睡眠品質。
3. 探討躁症患者暴力行為
4. 探討躁症患者睡眠品質與暴力行為之相關性。

第二章、文獻查證

第一節、簡介雙極性情感疾病-躁症

一、雙極性情感疾病-躁症的定義

雙極性情感疾病又稱為躁鬱症(bipolar disorder、bipolar effective disorder)。臨床疾病過程中，情緒呈現兩個極端的變化，患者會出現循環週期性躁期(情緒過度高昂)和鬱期的表現，但有些患者終其一生只出現躁期，沒有出現鬱期，亦歸類在雙極性情感疾病中。

活中突發重大事件或是慢性壓力也有關。該疾病跟許多慢性疾病一樣，是一種長期慢性疾病，但是如果提早發現診斷治療，是有機會回復健康生活；反之，若未提早接受治療，病程趨於惡化，復發頻率頻繁且症狀一次比一次嚴重，相對的症狀緩解時間也就相對減少(孔繁鐘，民86)。

四、雙極性情感疾病治療方法與護理

依照美國精神科醫學會(American Psychiatric Association, APA)藥物治療指引，藥物選擇上必須依照疾病診斷以及病程變化為其依據，但多以情緒穩定劑合併非典型抗精神病藥物為主，治療過程中必須考量用藥安全、病人服藥遵從性以及病識感，重點以能維持正常生活功能為目標。在雙極性情感疾病治療藥物中，包括情緒穩定劑(如：Lithium, Depakine, Tegretol等)、非典型抗精神病藥物、抗憂鬱藥物等，在藥物選擇上主治醫師會根據治療指引、病人臨床症狀而給予。而在維持期之預防性治療以Lithium或Depakine合併非典型抗精神病藥物為第一線治療，或視情況再加上苯二氮平(benzodiazepine, BZD)短期症狀控制。倘若第一線情緒穩定劑無療效時，可考慮Tegretol，但此藥具有肝臟酶素誘導，會與潛在藥物進行交互作用，反而會加快另一藥Seroquel的代謝，降低約30%的血中濃度，故需增加服藥頻率及增加劑量才能達到預期效果，

所以臨床上建議兩者藥物應避免合併使用(蔡欣記 & 李浩銘, 2005)。

第二節、躁症患者的睡眠品質

一、睡眠品質定義

美國睡眠醫學學會(American Academy of Sleep Medicine, 2010)指出「良好的睡眠」是指成人應在15分鐘內入睡,在床上入睡時間至少佔90%,並且總睡眠時間應不少於7小時。另外有學者指出良好的睡眠指標應包含睡眠潛伏期短、夜裡醒來的次數少、總睡眠時數長、睡眠時身體動作少且醒來後感覺到充分的休息感(Hinds et al., 2007)。

二、睡眠品質相關量表

1. 李氏睡眠評估量表(Leeds Sleep Evaluation

Questionnaire, LSEQ)

原量表由Parrott & Hindmarch, 1980所發展, LSEQ信度和結構效度在396名年齡在55歲以上的法國失眠患者中進行評估, 接受安慰劑治療(2週)和褪黑素治療(3週)。結果支持LSEQ內部一致性、可靠性。內部一致性在法國和以色列的257名失眠患者(年齡20-80歲)中對LSEQ進行了評估, 他們在1周使用安慰劑治療, 隨機接受安慰劑或褪黑素治療3週。Cronbach's α and Pearson'

移動總量、總睡眠時間、睡眠深度、入睡潛伏期、自覺睡眠滿意度、清醒感受與白天嗜睡狀況。分數愈高代表睡眠品質愈差。簡單易用。可評量住院個案與健康者自覺睡眠品質。目前具有中文版量表可供使用(邱曉彥 & 邱艷芬, 2010)。

3. 匹茲伯格睡眠品質量表(Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI)

此量表為睡眠品質評量標準最常被使用的自我報告問卷, 由Buysse等(1989)發展出測量過去1個月的睡眠品質及量, 問卷內容共9題, 根據問卷項目內容採7項指數計分: 主觀睡眠品質、睡眠潛伏期、睡眠時數、睡眠效率、睡眠干擾、安眠藥之使用、日間功能失調; 每項指標得分0-3分, 總分範圍介於0-21分, 當七項總分 ≥ 5 分則判定為睡眠品質不良, ≤ 5 分表示睡眠品質良好, 即分數越高, 睡眠品質越差。信效度檢驗顯示量表有良好的內部一致性Cronbach's $\alpha = .83$ 及再測信度($r = .85$)(鄭茵綺等, 2018)。

本量表包含七個面向: 主觀睡眠品質(1題)、入睡潛伏時間(2題)、總睡眠時間(1題)、睡眠效率(3題)、睡眠障礙(9題)、促進睡眠藥物之使用(1題)與白天功能缺失(2題)。每個面向得分為0-3分, 故總分為21分。分數越高, 代表睡眠品質愈差, 平均分數5分作為睡眠品質之優劣分界點。目前在研究中最常見之量表, 亦為

s的r相關係數在安慰劑和藥物治療條件下(所有人均 $p < 0.001$)支持LSEQ內部具有一致性(Tarrasch et al., 2003)。

本量表是利用10公分視覺等級量表評估四個層面問題: 入睡容易度、自覺睡眠品質、起床後的清醒程度與白天行為能力。分數愈高代表睡眠品質愈差。簡單易用。多用於評量治療睡眠障礙或藥物成效之比較的臨床情境(邱曉彥 & 邱艷芬, 2010)。

2. 維辛氏睡眠量表(Verran and Snyder-Halpern Sleep Scale)

原量表為Snyder-Halpern及Verran(1987)所發展, 量表型態使用10公分水平線的視覺類比測量法, 共有15項, 每項敘述測量病人自評的昨夜睡眠感受, 以評估病人睡眠型態, 其特徵包括睡眠分段情形、睡眠受擾情形、睡眠是否有效、及是否可得補償睡眠等四大類。每題最低為0分, 最高為100分。在Snyder-Halpern及Verran(1987)的研究中, 量表信度為.82, 引用因素分析作建構效度。此量表曾由Lin(1992)翻譯成中文版, 其研究中, 並由一位精通中文之美籍友人將其中文版再譯回英文, 再與其美籍教授作語言信效度檢定; 另量表內在一致性 α 為.81, 顯示此為一效度良好可信賴的工具(林小玲 & 蔡欣玲, 2003)。

利用10公分視覺等級量表評估八個面向: 夜間清醒次數、睡眠

國內具有中文版的睡眠品質測量量表之一。多使用在評量住院個案與一般民眾之睡眠品質(邱曉彥 & 邱艷芬, 2010)。

4. 醫療結果調查睡眠問卷(Medical Outcomes Study sleep questionnaire, MOS-sleep)

原量表由Anita, Stewart, & Ware, 1992發表, 對於睡眠問題指數, Cronbach's α 的範圍從0.71到0.81。採取單獨、德語、波蘭語和英語版本皆具有良好的內部一致性, 且效度得到支持, 睡眠充足則評分較低, 睡眠問題指數評分較高, 與睡眠干擾和疼痛評分相關。此外, SF-36評分與MOS-Sleep評分之間的相關性從低到中, 範圍從-0.28到-0.53。醫療結果調查量表(Medical Outcomes Study), 為健康狀態測量的次量表。包含六個面向: 睡眠障礙(4題)、嗜睡程度(2題)、自覺睡眠適當性(2題)、打鼾(1題)、睡眠量: 每晚睡眠時間(1題)、因呼吸問題或頭痛而覺醒(1題)。每面向計分0-100分, 分數愈高, 代表該面向特性愈顯著(如: 嚴重睡眠障礙、睡眠量足夠)。為測量慢性疾病產生睡眠問題所發展而來, 目前多使用於測量慢性疾病個案之睡眠品質(邱曉彥 & 邱艷芬, 2010)。

5. 睡眠日誌(Karolinska Sleep Diary)

包含七個項目: 入睡潛伏期(<30分鐘為正常)、中間醒來全部

次數、總睡眠時間、睡眠效能(>85%為正常)、睡眠品質：對昨晚睡眠評價(1-非常差,5-非常好)、睡眠品質指引(睡眠品質、睡眠平靜、容易入睡等)。可評量住院個案與健康者自覺睡眠品質。亦常見自擬式睡眠日誌(邱曉彥 & 邱艷芬, 2010)。

三、躁症患者睡眠品質之相關研究

第三節、暴力的定義與相關研究

一、暴力的定義

世界衛生組織(WHO)定義為：故意使用身體的力量或強權，威脅或實際上，對抗自己本身、他人、團體或社群，而導致或可能造成受傷、死亡、心理上的傷害、發育不良或權利被剝奪。總言之，泛指對他人或物品的傷害或毀損。暴力行為依嚴重程度又可分為語言攻擊、物體攻擊及身體攻擊三種方式。

二、暴力相關量表-波氏攻擊量表(The Aggression Questionnaire, 1992)

本量表是由 Buss & Perry(1992)制定，修訂於 Buss & Durkee (1957) 的敵意量表(The Hostility Inventory)，其受歡迎的主要原因是將量表分為七個等級：攻擊、間接攻擊、不安定、負向、怨恨、懷疑和言語侵略。中文版量表由學者劉樹斐(2000)經過翻譯、檢視內容等步驟發展，共 29 題，量表隔 9 週後再測信度分別為身體攻擊：.80；

皆受到影響(Mai & Buysse, 2008)。

概念性定義：失眠症狀指即使在環境合適且有機會睡覺情況下，仍出現入睡困難、時常醒來無法持續睡一整晚、比預定起床時間提早醒來且無法再睡，或者即使沒有上述三項情形但一覺醒來時仍感覺沒有睡飽(nonrestorative sleep)。同時失眠會伴隨隔天疲倦、沒體力或昏昏欲睡，以及認知或情緒受影響，乃至人際社交、工作、學業等能力受損。如果一星期內上述狀況出現三天以上，就符合失眠的診斷準則。失眠在四週內仍算是急性失眠，超過四週就算是慢性失眠(王恩南, 2014)。

操作型定義：此量表為睡眠品質評量標準最常被使用的自我報告問卷，由 Buysse 等 (1989) 發展出測量過去 1 個月的睡眠品質及量，問卷內容共 9 題，根據問卷項目內容採 7 項指數計分：主觀睡眠品質、睡眠潛伏期、睡眠時數、睡眠效率、睡眠干擾、安眠藥之使用、日間功能失調；每項指標得分 0-3 分，總分範圍介於 0-21 分，當七項總分>5 分則判定為睡眠品質不良，≤5 分表示睡眠品質良好，即分數越高，睡眠品質越差。信效度檢驗顯示量表有良好的內部一致性 Cronbach's

α = .83 及再測信度 (r = .85) (鄭茵綺 et al., 2018)。中文版量表由 Tsai, Wang, Wang, Su, Yang, Huang, & Fang, (2005) 取得原作者同意後翻譯為中文版，總得分愈高表示睡眠品質愈差，七項總分若高於 5 分即被判定為有睡眠障礙，≤ 5 分代表睡眠品質良好 (Backhaus, Junghanns, Brooks, Riemann, & Hohagen, 2002)。

第三章、名詞定義

第一節、躁症患者

雙極性情感疾病又稱為躁鬱症(bipolar disorder、bipolar effective disorder)。臨床疾病過程中，情緒呈現兩個極端的變化，患者會出現循環週期性躁期(情緒過度高昂)和鬱期的表現，但有些患者終其一生只出現躁期，沒有出現鬱期，亦歸類在雙極性情感疾病中。根據此疾病的兩項情緒特性，依照精神疾病診斷準則第四版(DSM-IV)，雙極性疾患可分為四類，包含第一型雙極性疾患(bipolar I disorder)、第二型雙極性疾患(bipolar II disorder)、循環性疾患(cyclothymic disorder)及其他未註明型的雙極性疾患(bipolar disorder not otherwise specified)(孔繁鐘，民 86)。

第三節、失眠

適用在護理領域的「失眠」定義性特徵如下：(1) 為病人的一種主觀感覺；(2) 病人在夜晚常有難以入睡或無法維持良好睡眠狀態之情形；(3) 結果會導致病人在社交、工作及其他重要日常生活功能

α = .83 及再測信度 (r = .85)

(鄭茵綺 et al., 2018)。中文版量表由 Tsai, Wang, Wang, Su, Yang, Huang, & Fang, (2005) 取得原作者同意後翻譯為中文版，總得分愈高表示睡眠品質愈差，七項總分若高於 5 分即被判定為有睡眠障礙，≤ 5 分代表睡眠品質良好 (Backhaus, Junghanns, Brooks, Riemann, & Hohagen, 2002)。

第四節、暴力行為

在暴力和攻擊性 (violent and aggressive) 相關文獻中，不同理論都試圖從社會心理學為出發點作探討，探討社會認知 (social cognition) 的相關概念，並且如何連結社會環境因素與個人暴力與攻擊性行為之間的關聯(陳易甫, 2017)。

第四章、研究假設

1. 睡眠品質好壞與發生暴力危機是否有相關聯？

第五章、研究方法

第一節、研究設計

本研究採相關性研究設計。

第二節、研究對象

1. 經精神科專科醫師診斷符合 DSM-IV 之躁症患者。
2. 年齡介於 18-65 歲男性。
3. 同意參與本研究及填寫研究同意書者。
4. 意識清楚且能以國、台語溝通，正確回答人、時、地。
5. 識字且能以文字溝通者。

第三節、排除條件

1. 躁期症狀干擾嚴重無法配合者。
2. 經說明後家屬不同意者。
3. 目前有需要治療嚴重內外科問題者。

第四節、研究工具

1. 個人基本屬性問卷

內容包括年齡、身高、體重、教育程度、婚姻狀況、工作狀況、運動習慣、抽菸史、慢性病史；疾病特性資料收集如：罹病年限、診斷年齡、目前接受用藥。

2. 匹茲堡睡眠品質量表 (Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI)

問卷內容包括個人自評睡眠品質、睡眠潛伏期、睡眠時數、睡眠困擾、睡眠不足感及安眠藥之使用，共七大項指標，計分方式：每項指標介於 0-3 分，以 Likert 四分法計算，總得分範圍介於

本研究採取橫斷面研究設計，採立意取樣(purposive sampling)，以結構式問卷進行資料收集，於新北市某區域醫院急性精神科病房進行取樣，於 2019 年 5 月到 2019 年 11 月進行研究資料收集，研究者請符合條件者進行問卷填寫，再問卷進行回收、統整。

第六節、資料收集過程

本研究通過人體試驗委員會審查(編號_____號)，再著手進行收案。採取立意取樣方式，初篩名單在 2019 年 5 月到 2019 年 11 月由收案單位醫護人員進行轉介提供名單，符合研究收案條件者，由研究者邀請進行本研究，予說明研究目的、徵得病患及家屬同意後，填寫同意書後進行資料收集。匹茲堡睡眠品質量表、個人基本屬性問卷、波氏攻擊量表由研究對象自行填寫，地點安排在病房內會客室，問卷約 30 分鐘左右可完成。

第七節、統計方法

使用統計軟體 SPSS 17.0 for window 統計套裝軟體進行資料統計分析與建構分析，量表的內在一致性信度以 Cronbach' s α 值測量。

第六章、研究限制與應用

本研究採取立意取樣，樣本來自於新北市某區域醫院急性精神科

0-21 分，總得分愈高表示睡眠品質愈差，七項總分若高於 5 分即被判定為有睡眠障礙， ≤ 5 分代表睡眠品質良好(黃慧雯，柯秀錦，江琳瑩，陳美娟，& 白玉珠，2017)。量表進行專家內容效度測試，共邀請三位專家，包含博士學歷護理教授、精神科專科醫師、臨床精神科資深護理師，CVI (content validity index) 值為.??，顯示本量表具有良好的內容效度。信度檢驗顯示量表有良好的內部一致 Cronbach' s α = .____及再測信度 (r = .____)；顯示本量表具有良好信度。

3. 波氏攻擊量表(The Aggression Questionnaire, 1992)

本量表是由 Buss & Perry(1992)制定，修訂於 Buss & Durkee (1957) 的敵意量表(The Hostility Inventory)，其受歡迎的主要原因是將量表分為七個等級：攻擊、間接攻擊、不安定、負向、怨恨、懷疑和言語侵略。中文版量表由學者劉樹斐(2000)經過翻譯、檢視內容等步驟發展，共 29 題，量表隔 9 週後再測信度分別為身體攻擊：.80；口頭攻擊：.76；憤怒：.72 和敵意：.72。內部一致性 Cronbach' s α = .80，分身體攻擊.85、言語攻擊.72、憤怒.83、敵意.77，整份測驗為.89，可見量表有很好的內在一致性(劉樹斐，2000)。

第五節、抽樣方法

病房，研究發現可能因為侷限調查範圍，所以無法了解其他精神科單位躁症病人睡眠狀況與暴力之間相關性，故在研究的推論以及解釋上，只針對本研究選定族群作探討，無法推論至所有躁症患者，另外本研究的結果在推論時必須要考量到樣本的代表性。本研究也為橫斷面研究，僅可以測量到研究者所設定的時間範圍內資料，而無法進行長期資料追蹤及調查，往後研究者若有興趣，在人力及時間充足下，可以朝向長期性，以縱貫性研究著手。

參考資料

- Bih, S.-H., Chien, I.-C., Chou, Y.-J., Lin, C.-H., Lee, C.-H., & Chou, P. (2008). The treated prevalence and incidence of bipolar disorder among national health insurance enrollees in Taiwan, 1996-2003. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43(11), 860-865.
- Chien, I.-C., Chou, Y.-J., Lin, C.-H., Bih, S.-H., & Chou, P. (2004). Prevalence of psychiatric disorders among National Health Insurance enrollees in Taiwan. *Psychiatric Services*, 55(6), 691-697.
- Hinds, P. S., Hockenberry, M., Rai, S. N., Zhang, L., Razzouk, B. I., McCarthy, K., ... Rodriguez-Galindo, C. (2007). *Nocturnal awakenings, sleep environment interruptions, and fatigue in hospitalized children with cancer*. Paper presented at the Oncology nursing forum.
- Huang, K. L., Su, T. P., Chen, T. J., Chou, Y. H., & Bai, Y. M. (2009). Comorbidity of cardiovascular diseases with mood and anxiety disorder: a population based 4-year study. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 63(3), 401-409.
- Mai, E., & Buysse, D. J. (2008). Insomnia: prevalence, impact, pathogenesis, differential diagnosis, and evaluation. *Sleep medicine clinics*, 3(2), 167-174.
- 王恩南. (2014). 失眠. *台灣醫藥*, 18(2), 221-225.
- 李宇宙. (2000). 身心疾病之睡眠障礙. *台灣醫藥*, 4(6), 673-680.
- 林小玲, & 蔡欣玲. (2003). 維多式睡眠量表中文版之信效度. *藥理護理*, 20 (1), 105-106: 連結.
- 邱曉蓀, & 邱曉芬. (2010). 睡眠品質之概念分析. *護理雜誌*, 57(4), 106-111.
- 陳易甫. (2017). 暴力知識結構與青少年暴力行為：一個社會認知理論的觀點. 人

- 文及社會科學叢刊, 29(3), 343-379.
- 黃慧雯, 柯秀錦, 江琳瑩, 陳美娟, & 白玉珠. (2017). 耳穴按壓對睡眠障礙護理人員之成效研究. *健康與建築雜誌*, 4(2), 95-103.
- 趙翎綺, & 蔡欣玲. (2018). 一位躁鬱症個案躁期發作反覆住院之護理經驗. *榮德護理*, 35(1), 96-103.
- 蔡欣記, & 李浩銘. (2005). 躁症發作時非典型抗精神病藥物治療效果之探討. *慈濟醫學雜誌*, 17(2_5), 13-21.
- 鄭茵綺, 黃金洲, 陳瑋昇, 黃德豐, 孫秀卿, & 蔡勁瑜. (2018). 全身性紅斑性狼瘡女性睡眠與晝夜血壓相關性及預測因子之初探. *護理雜誌*, 65(2), 43-53.
- 藍湘勻, & 李雅玲. (2016). 癌症兒童治療期間睡眠品質及影響因素. *源遠護理*, 10(2), 5-11.

翻印

(二) 已移除參數

探討躁症患者睡眠品質與暴力行為之相關性

摘要

背景：睡眠障礙是身心科患者常見困擾之一，睡眠時間長短是健康狀況及死亡的預測因子，尤其當躁症患者在躁期發作時常常伴隨著難以控制的高昂情緒、睡眠時數減少、品質差，導致暴力危機攀升。

目的：探討躁症患者的睡眠品質與暴力之間相關性。

方法：於2019年5月到2019年11月採立意取樣 (purposive sampling)，橫斷面研究設計，於新北市某區域醫院急性精神科病房，以結構式問卷進行資料收集，收集共____位，研究者請符合條件者進行問卷填寫、回收、統整。研究工具為匹茲堡睡眠品質量表、個人基本屬性問卷、波氏攻擊量表，統計方式使用統計軟體 SPSS 17.0 進行資料分析。

第一章、前言

第一節、研究動機及重要性

台灣以健保資料庫分析診斷為雙極性疾患之盛行率，由1996年之0.06%增加至2003年之0.45%，應仍有許多潛在個案未接受治療 (Bih et al., 2008; Chien, Chou, Lin, Bih, & Chou, 2004; Huang, Su, Chen, Chou, & Bai, 2009)。躁症患者在急性症狀明顯時，常有

活力高昂，自我衝動控制力差，進而發生暴力行為，造成家庭以及他人困擾及壓力 (藍湘勻、李雅玲，2016)。

急性躁症患者於症狀發作時常伴隨不安全感或症狀干擾，或是因夜間情緒亢奮而導致難以入睡，睡眠需求降低。在臨床上皆稱為李見 (李宇宙，2000)。該疾病患病人口比例高，患者處於躁期時病識感差，睡眠時數減少，情緒自控力差，後果可能導致人際關係破裂，工作或學習狀態不佳，嚴重甚至導致暴力以及自殺行為發生，後果非常嚴重，故本研究將透過了解躁症患者的睡眠品質進而探討與暴力行為發生之相關性。

第二節、研究目的

1. 探討了解躁症患者睡眠品質狀況。
2. 探討了解影響躁症患者睡眠品質之相關因素。
3. 探討躁症患者暴力行為
- 2- 探討躁症患者睡眠品質與暴力行為之相關性
- 3-4. 有良好睡眠品質的躁症患者發生暴力危機是否較低。

第二章、文獻查證

第一節、簡介雙極性情感疾病-躁症

一、雙極性情感疾病-躁症的定義

雙極性情感疾病又稱為躁鬱症 (bipolar disorder、bipolar

effective disorder)。臨床疾病過程中，情緒呈現兩個極端的變化，患者會出現循環週期性躁期(情緒過度高昂)和鬱期的表現，但有些患者終其一生只出現躁期，沒有出現鬱期，亦歸類在雙極性情感疾病中。根據此疾病的兩項情緒特性，依照精神疾病診斷準則第四版(DSM-IV)，雙極性疾患可分為四類，包含第一型雙極性疾患(bipolar I disorder)、第二型雙極性疾患(bipolar II disorder)、循環性疾患(cyclothymic disorder)及其他未註明型的雙極型疾患(bipolar disorder not otherwise specified)(孔繁鐘，民86)。

二、 雙極性情感疾病-躁症症狀

「雙極性情感疾病」，泛指病人出現躁期以及鬱期兩者交替或是混合發作，也就是說出現兩種極端情緒反應，一個為躁狂，一個為憂鬱。當病人處於躁狂階段時，出現的行為特徵為：情緒高昂、異常興奮、自我膨脹、活動量增大、睡眠需求量減少、話量多且易怒、注意力分散、意念飛躍、盲目的亂採購或者是投資等等。如果幾乎每天都有大半天時間情緒都處於過度興奮，並外加三種或者是更多種躁症症狀，並且持續一週或者是更長的時間，則可診斷為躁症發作。(趙翹綺、蔡欣玲，2018)。

三、 雙極性情感疾病流行病學

雙極性情感患者罹病通常發生在青少年晚期或是成年早期，在

定劑無療效時，可考慮 Tegretol，但此藥具有肝臟酵素誘導，會與潛在藥物進行交互作用，反而會增快另一藥 Seroquel 的代謝，降低約 30% 的血中濃度，故需增加服藥頻率及增加劑量才能達到預期效果，所以臨床上建議兩者藥物應避免合併使用(蔡欣記、李浩銘，2005)。

第二節、躁症患者的睡眠品質

一、睡眠品質定義

美國睡眠醫學學會(American Academy of Sleep Medicine, 2010)指出「良好的睡眠」是指成人應在 15 分鐘內入睡，在床上入睡時間至少佔 90%，並且總睡眠時間應不少於 7 小時。另外有學者指出良好的睡眠指標應包含睡眠潛伏期短、夜裡醒來的次數少、總睡眠時數長、睡眠時身體動作少且醒來後感覺到充分的休息感(Hinds et al., 2007)。

二、睡眠品質相關量表

1. 李氏睡眠評價量表(Leeds Sleep Evaluation Questionnaire, LSEQ)

原量表由 Parrott & Hindmarch, 1980 所發展，LSEQ 信度和結構效度在 396 名年齡在 55 歲以上的法國失眠患者中進行評估，接受安慰劑治療(2 週)和褪黑激素治療(3 週)。結果支持 LSEQ 內部一致性、可靠性。內部一致性在法國和以色列的 257 名失眠患者(年齡

台灣盛行率約為千分之三到五左右，該疾病通常是由多種原因所造成，不單單只是基因遺傳因素，其中還包含了個人成長背景與生活經歷，甚至與腦內化學物質如正腎上腺素及血清素的異常也有關，最後與生活中突發重大事件或是慢性壓力也有關。該疾病跟許多慢性疾病一樣，是一種長期慢性疾病，但是如果提早發現診斷治療，是有機會回復健康生活；反之，若未提早接受治療，病程越趨於惡化，復發頻率頻繁且症狀一次比一次嚴重，相對的症狀緩解時間也就相對減少(孔繁鐘，民86)。

四、 雙極性情感疾病治療方法與護理成效

依照美國精神科醫學會(American Psychiatric Association, APA)藥物治療指引，藥物選擇上必須依照疾病診斷以及病程變化為其依據，但多以情緒穩定劑合併非典型抗精神病藥物為主，治療過程中必須考量用藥安全、病人服藥遵從性以及病識感，重點以能維持正常生活功能為目標。在雙極性情感疾病治療藥物中，包括情緒穩定劑(如：Lithium, Depakine, Tegretol 等)、非典型抗精神病藥物、抗憂鬱藥物等，在藥物選擇上主治醫師會根據治療指引、病人臨床症狀而給予。而在維持期之預防性治療以 Lithium 或 Depakine 合併非典型抗精神病藥物為第一線治療，或視情況再加上苯二氮平(benzodiazepine, BZD)短期症狀控制。倘若第一線情緒穩

20-80 歲)中對 LSEQ 進行了評估，他們在 1 周使用安慰劑治療，隨機接受安慰劑或褪黑激素治療 3 週。Cronbach's α and Pearson's r 相關係數在安慰劑和藥物治療條件下(所有人均 $p < 0.001$)支持 LSEQ 內部具有一致性(Tarrasch et al., 2003)。

本量表是利用 10 公分視覺等級量表評估四個層面問題：入睡容易度、自覺睡眠品質、起床後的清醒程度與白天行為能力。分數愈高代表睡眠品質愈差，簡單易用。多用於評量治療睡眠障礙或藥物成效之比較的臨床情境(邱曉彥、邱艷芬，2010)。

2. 維辛氏睡眠量表(Verran and Snyder-Halpern Sleep Scale)

原量表為 Snyder-Halpern 及 Verran(1987)所發展，量表型態使用 10 公分水平線的視覺類比測量法，共有 15 項，每項敘述測量病人自評的昨夜睡眠感受，以評估病人睡眠型態，其特徵包括睡眠分段情形、睡眠受擾情形、睡眠是否有效、及是否可得補償睡眠等四大類。每題最低為 0 分，最高為 100 分。在 Snyder-Halpern 及 Verran (1987)的研究中，量表信度為 .82，引用因素分析作建構效度。此量表曾由 Lin (1992)翻譯成中文版，其研究中，並由一位精通中文之美籍友人將其中文版再譯回英文，再與其美籍教授作語言信效度檢定；另量表內在一致性 α 為 .81，顯示此為一效度良好可信賴的工具(林小玲、蔡

欣欣，2003)。

利用 10 公分視覺等級量表評估八大面向：夜間清醒次數、睡眠移動總量、總睡眠時間、睡眠深度、入睡潛伏期、自覺睡眠滿意度、清醒感受與白天嗜睡狀況。分數愈高代表睡眠品質愈差。簡單易用。可評量住院個案與健康者自覺睡眠品質，目前具有中文版量表可供使用(邱曉彥、邱艷芬，2010)。

3. 匹茲堡睡眠品質量表 (Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI)

此量表為睡眠品質評量標準最常被使用的自我報告問卷，由 Buysse 等 (1989) 發展出測量過去 1 個月的睡眠品質及量，問卷內容共 9 題，根據問卷項目內容採 7 項指數計分：主觀睡眠品質、睡眠潛伏期、睡眠時數、睡眠效率、睡眠干擾、安眠藥之使用、日間功能失調；每項指標得分 0-3 分，總分範圍介於 0-21 分，當七項總分 > 5 分則判定為睡眠品質不良，≤ 5 分表示睡眠品質良好，即分數越高，睡眠品質越差。信效度檢驗顯示量表有良好的內部一致性 Cronbach's $\alpha = .83$ 及再測信度 ($r = .85$) (鄭茵綺等，2018)。

本量表包含七個面向：主觀睡眠品質 (1 題)、入睡潛伏時間 (2 題)、總睡眠時間 (1 題)、睡眠效率 (3 題)、睡眠障礙 (9 題)、促進睡眠藥物之使用 (1 題) 與白天功能缺失 (2 題)。每個面向得分為

5. 睡眠日誌 (Karolinska Sleep Diary)

——包含七個項目：入睡潛伏期 (< 30 分鐘為正常)、中間醒來

全部次數、總睡眠時間、睡眠效能 (> 85% 為正常)、睡眠品質：對昨晚睡眠評價 (1-非常差，5-非常好)、睡眠品質指引 (睡眠品質、睡眠平靜、容易入睡等)。可評量住院個案與健康者自覺睡眠品質。亦常見自擬式睡眠日誌(邱曉彥、邱艷芬，2010)。

三、躁症患者睡眠品質之相關研究

第三節、暴力的定義與相關研究

一、暴力的定義

世界衛生組織 (WHO) 定義為：故意使用身體的力量或強權，威脅或實際上，對抗自己本身、他人、團體或社群，而導致或可能造成受傷、死亡、心理上的傷害、發育不良或權利被剝奪。總言之，泛指對他人或物品的傷害或毀損。暴力行為依嚴重程度又可分為語言攻擊、物體攻擊及身體攻擊三種方式。

第四節 二、暴力相關量表-波氏攻擊量表(The Aggression Questionnaire, 1992)

本量表是由 Buss & Perry(1992)制定，修訂於 Buss & Durkee

格式化字型 (英文標楷體, 中文標楷體, 14 點)
格式化字型 (英文標楷體, 中文標楷體, 14 點)
格式化清單結構
格式化字型 (英文標楷體, 中文標楷體, 14 點)
格式化字型 (英文標楷體, 中文標楷體, 14 點)
格式化字型 (英文標楷體, 中文標楷體, 14 點)
格式化字型 (英文標楷體, 中文標楷體, 14 點)
格式化字型 (英文標楷體, 中文標楷體, 14 點)
格式化字型 (英文標楷體, 中文標楷體, 14 點)
格式化字型 (英文標楷體, 中文標楷體, 14 點)
格式化字型 (英文標楷體, 中文標楷體, 14 點)

0-3 分，故總分為 21 分。分數越高，代表睡眠品質愈差，平均分數 5 分作為睡眠品質之優劣分界點。目前在研究中最常見之量表，亦為國內具有中文版的睡眠品質測量量表之一。多使用在評量住院個案與一般民眾之睡眠品質(邱曉彥、邱艷芬，2010)。

4. 醫療結果調查睡眠問卷 (Medical Outcomes Study sleep questionnaire, MOS-sleep)

原量表由 Anita, Stewart, & Ware, 1992 發表，對於睡眠問題指數，Cronbach's α 的範圍從 0.71 到 0.81。採取單獨、德語、波蘭語和英語版本皆具有良好的內部一致性，且效度得到支持，睡眠充足則評分較低，睡眠問題指數評分較高，與睡眠干擾和疼痛評分相關。此外，SF-36 評分與 MOS-Sleep 評分之間的相關性從低到中，範圍從 -0.28 到 -0.53。醫療結果調查量表 (Medical Outcomes Study)，為健康狀態測量的次量表。包含六個面向：睡眠障礙 (4 題)、嗜睡程度 (2 題)、自覺睡眠適當性 (2 題)、打鼾 (1 題)、睡眠量：每晚睡眠時間 (1 題)、因呼吸問題或頭痛而覺醒 (1 題)。每面向計分 0-100 分，分數愈高，代表該面向特性愈顯著 (如：嚴重睡眠障礙、睡眠量足夠)。為測量慢性疾病產生睡眠問題所發展而來，目前多使用於測量慢性疾病個案之睡眠品質(邱曉彥、邱艷芬，2010)。

(1957) 的敵意量表 (The Hostility Inventory)，其受歡迎的主要原因是將量表分為七個等級：攻擊、間接攻擊、不安定、負向、怨恨、懷疑和言語侵略。中文版量表由學者劉樹斐(2000)經過翻譯、檢視內容等步驟發展，共 29 題，量表隔 9 週後再測信度分別為身體攻擊：.80；口頭攻擊：.76；憤怒：.72 和敵意：.72。內部一致性 Cronbach's $\alpha = .80$ ，分身體攻擊 .85、言語攻擊 .72、憤怒 .83、敵意 .77，重測信度為 .89，可見量表有很好的內在一致性(劉樹斐，2000)。

二、躁症患者暴力行為之相關研究

第四節 躁症患者睡眠品質與暴力行為之相關研究

第三章、名詞定義

第一節、躁症患者

雙極性情感疾病又稱為躁鬱症(bipolar disorder、bipolar effective disorder)。臨床疾病過程中，情緒呈現兩個極端的變化，患者會出現循環週期性躁期(情緒過度高昂)和鬱期的表現，但有些患者終其一生只出現躁期，沒有出現鬱期，亦歸類在雙極性情感疾病中。根據此疾病的兩項情緒特性，依照精神疾病診斷準則第四版(DSM-IV)，雙極性疾患可分為四類，包含第一型雙極性疾患(bipolar I disorder)、第二型雙極性疾患(bipolar II disorder)、循環性疾患(cyclothymic disorder)及其他未註明型的雙極性疾患(bipolar

disorder not otherwise specified)(孔繁鐘，民86)。

第二節、睡眠品質

——美國睡眠醫學學會(American Academy of Sleep Medicine, 2010)指出「良好的睡眠」是指成人應在15分鐘內入睡、在床上入睡時間至少佔90%、並且總睡眠時間應不少於7小時。另外有學者指出良好的睡眠指標應包含睡眠潛伏期短、夜裡醒來的次數少、總睡眠時數長、睡眠時身體動作少且醒來後感覺到充分的休息感(Hinds et al., 2007)。

第三節、失眠

適用在護理領域的「失眠」定義性特徵如下：(1) 為病人的一種主觀感覺；(2) 病人在夜間常有難以入睡或無法維持良好睡眠狀態之情形；(3) 結果會導致病人在社交、工作及其他重要日常生活功能皆受到影響(Mai & Buysse, 2008)。

概念性定義：失眠症狀指即使在環境合適且有機會睡覺情況下，仍出現入睡困難、時常醒來無法持續睡一整晚、比預定起床時間提早醒來且無法再睡，或者即使沒有上述三項情形但一覺醒來時仍感覺沒有睡飽(nonrestorative sleep)。同時失眠會伴隨隔天疲倦、沒體力或昏昏欲睡，以及認知或情緒受影響，乃至人際社交、工作、

學業等能力受損。如果一星期內上述狀況出現三天以上，就符合失眠的診斷準則。失眠在四週內仍算是急性失眠，超過四週就算是慢性失眠(王思南，2014)。

操作型定義：此量表為睡眠品質評量標準最常被使用的自我報告問卷，由Buysse等(1989)發展出測量過去1個月的睡眠品質及量，問卷內容共9題，根據問卷項目內容採7項指數計分：主觀睡眠品質、睡眠潛伏期、睡眠時數、睡眠效率、睡眠干擾、安眠藥之使用、日間功能失調；每項指標得分0-3分，總分範圍介於0-21分，當七項總分>5分則判定為睡眠品質不良，≤5分表示睡眠品質良好，即分數越高，睡眠品質越差。信效度檢驗顯示量表有良好的內部一致性Cronbach's $\alpha = .83$ 及再測信度($r=.85$) (鄭苗綺等，2018)。中文版量表由Tsai, Wang, Wang, Su, Yang, Huang, & Fang, (2005)取得原作者同意後翻譯為中文版，總得分愈高表示睡眠品質愈差，七項總分若高於5分即被判定為有睡眠障礙，≤5分代表睡眠品質良好(Backhaus, Junghanns, Brooks, Riemann, & Hohagen, 2002)。

第四節、暴力行為

在暴力和攻擊性(violent and aggressive)相關文獻中，不同理論都試圖從社會心理學為出發點作探討，探討社會認知(social cognition)的相關概念，並且如何連結社會環境因素與個人暴力與攻擊性行為之間的關係(陳易甫，2017)。

第四章、研究假設

1. 睡眠品質好壞與發生暴力危機是否有相關聯？

第五章、研究方法

第一節、研究設計

本研究採相關性研究設計。

第二節、研究對象

1. 經精神科專科醫師診斷符合DSM-IV之躁症患者。
2. 年齡介於18-65歲男性。
3. 同意參與本研究及填寫研究同意書者。
4. 意識清楚且能以國、台語溝通，正確回答人、時、地。
5. 識字且能以文字溝通者。

第三節、排除條件

1. 躁期症狀干擾嚴重無法配合者。
2. 經說明後家屬不同意者。

3. 目前有需要治療嚴重內外科問題者。

第四節、研究工具

1. 個人基本屬性問卷

內容包括年齡、身高、體重、教育程度、婚姻狀況、工作狀況、運動習慣、抽菸史、慢性病史；疾病特性資料收集如：罹病年限、診斷年齡、目前接受用藥。

2. 匹茲堡睡眠品質量表(Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI)

問卷內容包括個人自評睡眠品質、睡眠潛伏期、睡眠時數、睡眠困擾、睡眠不足感及安眠藥之使用，共七大項指標，計分方式：每項指標介於0-3分，以Likert四分法計算，總得分範圍介於0-21分，總得分愈高表示睡眠品質愈差，七項總分若高於5分即被判定為有睡眠障礙，≤5分代表睡眠品質良好(黃慈雯、柯秀錦、江琳瑩、陳美嫻、白玉珠，2017)。量表進行專家內容效度測試，共邀請三位專家，包含博士學歷護理教授、精神科專科醫師、臨床精神科資深護理師，CVI(content validity index)值為.??，顯示本量表具有良好的內容效度。信度檢驗顯示量表有良好的內部一致Cronbach's $\alpha = .$ 及再測信度($r=. .$)；顯示本量表具有良好信度。

3. 波氏攻擊量表(The Aggression Questionnaire,1992)

本量表是由 Buss & Perry(1992)制定，修訂於 Buss & Durkee (1957) 的敵意量表 (The Hostility Inventory)，其受歡迎的主要原因將量表分為七個等級：攻擊、間接攻擊、不安定、負向、怨恨、懷疑和言語侵略。中文版量表由學者劉樹燮(2000)經過翻譯、檢視內容等步驟發展，共 29 題，量表隔 9 週後再測信度分別為身體攻擊：.80；口頭攻擊：.76；憤怒：.72 和敵意：.72。內部一致性 Cronbach' s α = .80，分身體攻擊.85、言語攻擊.72、憤怒.83、敵意.77，整份測驗為.89，可見量表有很好的內在一致性(劉樹燮，2000)。

第五節、抽樣方法

本研究採取橫斷面研究設計，採立意取樣(purposive sampling)，以結構式問卷進行資料收集，於新北市某區域醫院急性精神科病房進行取樣，於 2019 年 5 月到 2019 年 11 月進行研究資料收集，研究者請符合條件者進行問卷填寫，再問卷進行回收、統整。

第六節、資料收集過程

本研究通過人體試驗委員會審查(編號_____號)，再著手進行收案。採取立意取樣方式，初篩名單在 2019 年 5 月到 2019 年 11 月由收案單位醫護人員進行轉介提供名單，符合研究收案條件者，由研

究者邀請進行本研究，予說明研究目的、徵得病患及家屬同意後，填寫同意書後進行資料收集。匹茲堡睡眠品質量表、個人基本屬性問卷、波氏攻擊量表由研究對象自行填寫，地點安排在病房內會客室，問卷約 30 分鐘左右可完成。

第七節、統計方法

使用統計軟體 SPSS 17.0 for window 統計套裝軟體進行資料統計分析與建檔分析，量表的內在一致性信度以 Cronbach' s α 值測量。

第六章、研究限制與應用

本研究採取立意取樣，樣本來自於新北市某區域醫院急性精神科病房，研究發現可能因為侷限調查範圍，所以無法了解其他精神科單位躁症病人睡眠狀況與暴力之間相關性，故在研究的推論以及解釋上，只針對本研究選定族群作探討，無法推論至所有躁症患者，另外本研究的結果在推論時必須要考量到樣本的代表性。本研究也為橫斷面研究，僅可以測量到研究者所設定的時間範圍內資料，而無法進行長期資料追蹤及調查，往後研究者若有興趣，在人力及時間充足下，可以朝向長期性，以縱貫性研究著手。

參考資料

- Backhaus, J., Junghanns, K., Broocks, A., Riemann, D., & Hohagen, F. (2002). Test retest reliability and validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index in primary insomnia.[Validation Studies]. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(3), 737-740.
- Bih, S.-H., Chien, I.-C., Chou, Y.-J., Lin, C.-H., Lee, C.-H., & Chou, R. (2008). The treated prevalence and incidence of bipolar disorder among national health insurance enrollees in Taiwan, 1996-2003. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43(11), 860-865.
- Chien, I.-C., Chou, Y.-J., Lin, C.-H., Bih, S.-H., & Chou, R. (2004). Prevalence of psychiatric disorders among National Health Insurance enrollees in Taiwan. *Psychiatric Services*, 55(6), 691-697.
- Huang, K. L., Su, T. P., Chen, T. J., Chou, Y. H., & Bai, Y. M. (2009). Comorbidity of cardiovascular diseases with mood and anxiety disorder: a population based 4-year study. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 63(3), 401-409.
- Hinds, P. S., Hockenberry, M., Rai, S. N., Zhang, L., Razzouk, B. I., McCarthy, K., Rodriguez-Galindo, C. (2007). *Nocturnal awakenings, sleep environment interruptions, and fatigue in hospitalized children with cancer*. Paper presented at the Oncology nursing forum.
- Mai, E., & Buysse, D. J. (2008). Insomnia: prevalence, impact, pathogenesis, differential diagnosis, and evaluation. *Sleep medicine clinics*, 3(2), 167-174.
- Tarrasch, R., Laudon, M., & Zisapel, N. (2003). Cross-cultural validation of the Leeds sleep evaluation questionnaire (LSEQ) in insomnia patients. *Human Psychopharmacology*, 18(8), 603-610.
- 趙相坤、蔡欣玲(2018)。一位躁鬱症個案躁期發作反覆住院之護理經驗。《護理學雜誌》，35(1)，96-103。
- 蔡欣玲、李海銘(2005)。躁症發作時非典型抗精神病藥物治療效果之探討。《護理學雜誌》，17(2)，13-21。
- 藍湘勻、李雅玲(2016)。躁症兒童治療期間睡眠品質及影響因素。《護理學雜誌》，10(2)，5-11。
- 王恩南(2014)失眠。《台灣醫學》，18(2)，221-225。
- 李宇宙(2000)。身心疾病之睡眠障礙。《台灣醫學》，4(6)，673-680。
- 邱曉亭、邱麗芬(2010)。睡眠品質之概念分析。《護理雜誌》，57(4)，106-111。
- 黃楚雲、柯秀絲、江琳潔、陳美娟、白玉珠(2017)。耳穴按摩對睡眠障礙護理人員之成效研究。《健康與建康雜誌》，4(2)，95-103。
- 林小玲、蔡欣玲(2003)。維也納式睡眠量表中文版之信效度。《護理學雜誌》，20(1)，105-106。
- 鄭國坤、黃金洲、陳瑞昇、黃德望、孫秀卿、蔡劭瑜(2018)。全身性紅斑性狼瘡女性睡眠與晝夜血壓相關性及預測因子之初探。《護理雜誌》，65(2)，43-

53。

- 陳烏甫(2017)。暴力知識結構與青少年暴力行為：一個社會認知理論的觀點。《人文及社會科學學刊》，29(3)，343-379。
- 劉樹燮(民90)。《自尊的多面向對大學生憂鬱與攻擊行為的影響》。國立政治大學心理學系碩士論文，未出版，臺北市。
- 孔繁雄編譯(民86)。《DSM-IV 精神疾病的診斷與統計》。台北市：合記圖書出版社。

輔仁大學 107 年高教深耕計畫【自主學習課程補助計畫】

學生自主學習計畫書

一、自主學習計畫主題：音樂介入對改善產婦睡眠品質之成效

二、組別：第三組

三、課程名稱：文獻評析

四、指導老師：闕可欣、陳金彌

五、學生姓名與工作分配：

姓名(個人)	工作內容	聯絡方式
韓依矜	1. 搜尋所需之關鍵重要文獻 2. 閱讀並評析文獻 3. 精緻文獻 4. 發表	nurse463claire@gmail.com

六、計畫之動機與目的：

台灣婦女在坐月子期間有 86%的產婦普遍睡眠品質不佳，接近九成的產婦覺得睡眠受到干擾與影響。睡不好即精神不濟以及專注力下降，產婦若是沒有好的精神以及專注力，在照顧嬰兒時容易疲憊及產生負面情緒，甚至恍神影響到母職角色。產後的負面情緒影響容易導致生活品質下降，對生產的負面經驗甚或是產後憂鬱症的引發。生產對婦女而言，不只是一種角色的轉變，從懷孕到新生兒出生，身心皆經歷很大的衝擊和影響，因此對整個家庭也是一項重大的改變，故常容易出現適應不良的現象，因此近年來關注產後婦女的心理及需求，已成為照護的重點。

過去有研究文獻提到音樂介入廣泛的用於失智、精神疾病、癌症、手術前、後，孕期及待產產婦的資料，但較少有文獻研究以音樂介入於失眠產婦之成效之相關研究，希望能夠透過整理國內外的文獻資料，認識以音樂改善失眠產婦的成效，有機會的話能夠應用在護理職場。

七、計畫內容與行動方案：

1. 查詢與音樂介入以及產婦睡眠品質之相關文獻。
2. 對文獻進行批判：閱讀文獻資料後思考文獻內容並且提出個人看法。
3. 統整五篇文章：藉由陳金彌老師的課前作業中，練習文獻整理的技巧。
4. 將文章精緻化：將統整過後的五篇文章，利用課堂上所學的技巧，完成一篇文獻評析文章。

八、進度規劃

- 3/12 學習使用圖書館查詢系統
- 3/26 學習如何進行文章批判
- 4/9 學習如何進行文章統合
- 4/23 學習如何達成文章精緻
- 4/24~6/3 完成 5 篇文獻的精緻
- 6/4 進行口頭報告

九、預期效益及具體檢核方式：

(一) 預期效益：

1. 能夠對音樂介入對改善產婦睡眠品質之成效有更進一步的認識。

2. 了解音樂界入在臨床上的應用。
3. 提升個人批判思考能力。
4. 能夠快速抓到文章重點。
5. 熟悉文章統合技巧。
6. 熟悉文章精緻化的技巧。

(二) 具體檢核方式：課堂表現、口頭報告。

十、其他附件

(一) 自行增加凸顯方案內容之資訊

(二) 相關附件

1. Liu, C. T., Lai, J. N., & Ko, Y. L. (2016). [Effects of Auricular Acupressure on Improving the Sleep Quality of Puerperae]. *Hu Li Za Zhi*, 63(2), 39-48. doi:10.6224/JN.63.2.39
2. Shobeiri, F., Khaledi, S., Masoumi, S. Z., & Roshanaei, G. (2016). The effect of music therapy counseling on sleep quality in pregnant women. *Int J Med Res Health Sci*, 5, 408-416.
3. Liu, Y. H., Lee, C. S., Yu, C. H., & Chen, C. H. (2016). Effects of music listening on stress, anxiety, and sleep quality for sleep-disturbed pregnant women. *Women Health*, 56(3), 296-311. doi:10.1080/03630242.2015.1088116
4. Johnson, J. E. (2003). The use of music to promote sleep in older women. *Journal of Community Health Nursing*, 20(1), 27-35.
5. 洪瑄曼, & 江曉菁. (2017). 孕期相關睡眠障礙的非藥物處置. *護理雜誌*, 64(1), 112-119.
6. 陳珏如, 郭淑瑜, 李建南, 鄧森文, & 李碧霞. (2017). 產後護理機構婦女產後憂鬱與睡眠品質之相關研究. *新臺北護理期刊*, 19(2), 33-45.

輔仁大學 107 年高教深耕計畫【自主學習課程補助計畫】
學生自主學習日誌

填寫日期：107 年 03 月 12 日(一) 18:00~19:00

107 年 04 月 13 日(五) 12:00~13:00

107 年 04 月 23 日(一) 21:00~22:00

紀錄人：韓依婷

序號	工作事項	註記(心得/成果/問題 等)
1	3/12 查詢所需之文獻	第一次到圖書館認識 EndNote。
2	3/19 批判文章	老師給予大家一篇英文文獻(共同)希望大家回家可以詳讀後課堂上討論並批判，並希望自己找一篇跟自己研究主題相關的文章可以在課堂上大家一起學習。
3	4/9 前完成金彌老師文獻的批判	陳老師給我們每人各一份文獻，希望我們能做出批判式思考及寫出看完文獻的心得，很謝謝老師在我們回覆作業上詳細地跟我說缺失在哪裡。有找到 5 篇中文加英文文獻，也有稍微順過一下文獻內容。
4	4/12 統整 5 篇文章	有找到中文兩篇及英文 3 篇共 5 篇文獻
5	4/13 重新尋找文獻	因 4/12 與老師討論後老師覺得我的研究主題不是那麼適合，恐將對未來臨床工作沒有幫助，故從新思考主題方向，重新尋找文獻。
6	4/30 統整 5 篇文章	目前已找好更改過後研究主題的相關文獻 5 篇，預定 4 月底前統整 5 篇文章。
7	5/28 精緻文章至發表的格式	訂定目標於 5 月繳交作業前完成。
待辦事項/待解決問題/筆記欄 3/12 1. 4/9 前完成文章批判。 4/13 1. 訂定新的研究主題、重新尋找相關文獻。 4/23 1. 4/30 前統整文章。 2. 訂定於五月繳交作業完成研究主題文獻精緻化。		

輔仁大學 107 年高教深耕計畫【自主學習課程補助計畫】

學生自主學習成果報告

撰寫日期：107 年 06 月 18 日

一、課程基本資料

- (一)自主學習計畫主題：音樂介入對改善產婦睡眠品質之成效
- (二)組別：3
- (三)學生姓名：韓依鈺
- (四)課程名稱：文獻評析
- (五)指導老師：闕可欣、陳金彌

二、計畫成果

(一)整體計畫執行狀況描述：

原本訂定四月十二日要完成五篇文獻的統整，但是和陳金彌老師討論過後，發現原本訂定的研究主題不太適合，於是換了一個題目，重新找五篇和主題相關的文獻資料，延到四月三十日完成五篇文獻的統整。

雖然前面的進度有延遲，但還是有在期限內完成這份計劃。

(二)成效說明與實際產出：

1. 研究者的文獻說到女性從成年至中年期的睡眠，在孕期和產後期間其睡眠品質為最差的階段，常見有睡眠中斷干擾的問題。
2. 許多文獻都提到音樂治療對於失智患者、精神疾病患者、癌症患者、手術患者、懷孕期間或待產階段、甚至於已有文獻提到應用非藥物方式(含音樂治療)用於延長壽命已經是可以相信的治療方式。
3. 有學者在孕產期中針對匹茲堡睡眠質量指數評分大於5分以上的台灣孕婦進行研究。給予2週的音樂治療後發現顯著降低了壓力和焦慮的程度並改善睡眠品質，而研究也顯示孕婦對音樂的偏好為聽搖籃曲，其次是古典音樂，水晶音樂，大自然的聲音。
4. Liu、Lee、Yu 與 Chen (2016) 的研究中指出音樂療法能顯著降低有睡眠障礙及懷孕婦女的焦慮、壓力和改善睡眠品質成效，同時指出「搖籃曲」是懷孕婦女睡前聆聽音樂曲目的首選。

(三)自主學習歷程：

在查詢到需要的文獻資料之後，老師帶我們到圖書館學習 EndNote 的使用，以及安排時段，讓我們能夠在使用 EndNote 上遇到困難的時候可以有專業老師協助解決。

批判文章的練習，老師給予大家一篇英文文獻希望大家回家可以詳讀後課堂上討論以及進行批判，並希望自己找一篇跟自己研究主題相關的文章可以在課堂上大家一起學習。老師也在給我們一人一篇文章，希望我們能有批判式思考及寫出看完文獻的心得，老師在我們回覆作業上詳細地說明缺失。

後來計畫執行到一半發現困難，和老師討論，發現找的文章對於未來臨床上的應用沒有太大關聯，於是經過老師的建議，重新找五篇文章並且進行批判和統整，最後精緻文章。

三、學習心得

距離當學生已經 20 年前了，以前我們要找資料只能到學校圖書館或是央圖找，長途跋涉到央圖還不見得找的到；開始上班後，除了進階需要寫案例報告、個案報告以外，其他時間似乎就是日復一日的上班、下班，醫院圖書館也只是用來借影片還有醫院政策

規定一個病房每個月須借多少書，而被硬性規定輪流至圖書館借書，轉眼間 APA 也已經到了第 6 版了，想到自己當初在寫個案進階 N3 時光 APA 就被搞到快要崩潰。

這次上課後老師教了我們一個新的輔助工具: EndNote, 天啊~~這個真的是我們要準備寫作業及論文的天大的救星，不但在閱讀文章尋找文章及整理資料上有很大的幫助，最重要的是 EndNote 可以非常快速又正確的幫助我們組織文獻及正確的使用 APA 6，真的是一個非常實用的工具。

因為與老師討論後有更改研究主題，等於文獻是全部重新開始尋找及統整，不過非常謝謝老師給我們很大的幫助，在上課期間總是會利用課堂上了解我們目前進行到哪個階段，遇到什麼樣的問題，然後指引重點方向給我們繼續往下，這個對我真的很重要，因為卡關時聽到老師的指點後就有恍然大悟的感受，原來我接下來的方向是往這方向邁進。

很快的，今天已經是上最後一堂課了，今天老師希望的是我們能夠盡量精緻再精緻，把我們要做研究精緻化，這個是要訓練我們能將文章能除去一些不需要的句子，留下一目了然又能將研究精隨顯現出來，這是我現在需要更努力學習的地方。

四、結論與具體建議

對於我們長期從事醫療工作的人，往往會在精密的儀器及數據中迷失治療方向，其實我們治療的對象是人而不是病，說得更明確的為失眠也許只是一個症狀，不能說是一個疾病，而在這樣的症狀或疾病當中，什麼才是病人最想馬上得到的？那就是即刻緩解他的痛苦，能給他最大的安慰，而用最簡單、容易取得的工具、最直接而又溫馨的非語言溝通—相信音樂會是最好的選擇。

台灣婦女坐月子期間有 86% 的產婦普遍睡眠品質不佳，研究者的研究若是音樂治療可達到改善產後婦女睡眠品質，減少產婦產後疲憊進而影響母職角色，更可以改善對懷孕生產的負面經驗，之後希望能更進一步推廣到臨床使用於門診期間孕婦睡眠問題之改善，以期得到最大的效益。

五、其它附件

附件一：文獻統整練習與老師回饋-運用仿居家概念提升早產兒出院前準備之成效

1. 描述此專案所收集的個案屬性，例如科別、病房屬性、疾病別等。 文中未明確指出此專案收集標準(例:母親胎次、教育程度、有無類似經驗、早產兒目前前無已知的合併症、準備出院的體重、參與次數.....)，從文中得知為病房屬性為小兒科單位內的新生兒中重症病房，收治早產兒(1800 公克以上)、新生兒、四個月以下嬰兒，另外會接收由 NICU 轉出之已滿 1800 公克之低週數或低體重之早產兒，平均每月入院 35 人，出院 28 人，平均住院天數 12.7 天； 護理師編制共 45 人，N4:4 人(8.8%)，N3:5 位(11.1%)，N2:23 人(52.1%)，N1:3 人(6.6%)，N:10 人(22.2%)。早產兒照護專科年資平均 6.2 年，上班人力配置每班 10 人，每人每班照顧病人數 4-5 人。 2. 描述此專案所解決的個案問題。 此專案為運用仿居家概念，來提升早產兒出院前準備之成效。衛教對象為早產兒之父母親，或主要照顧者。1.使護理人員執行出院準備衛教的完整性達 91%，藉由完整衛教讓父母返家後於照顧早產兒上能更得心應手。2.讓早產兒家屬對出院準備滿意度達 85%。 3. 描述專案執行的動機。 該單位的早產兒出院前準備完成率低(70%)滿意度也低(80.1%)，分析原因為： 護理人員方面： (1)臨床工作忙碌，遺漏衛教。 (2)不了解之前已經衛教到什麼程度(交班不確實)。 家屬方面： (1)照顧者工作忙碌，無法配合衛教時間。 (2)家屬主訴因本身有經驗或家中有人協助。 (3)衛教對象非主要照顧者。 軟、硬體方面或政策原因： (1)衛教學習時間短，實際操作次數少故學習成效不佳。 (2)衛教本專業術語太多，文字多，字型小。 (3)病室缺乏獨立空間提供仿居家出院前準備。 4. 描述專案執行的方法與過程。 方法： 一、與主要照顧者依「出院學習計畫照顧時間表」共同擬定學習進度；而此階段參與成員為專案成員、專科醫師、及早產兒家庭成員針對出院前學習項目共	格式化:縮排:第一行: 2 字元 註解 [n1]:應為描述式,而非條列式。 註解 [n2]:注意“格式”。 格式化:縮排:左: 0 公分, 凸出: 1.77 字元, 第一行: -1.77 字元
--	--

同擬定「出院學習計畫照顧時間表」，學習項目共 12 項，如母乳哺餵、新生兒沐浴、體溫異常的處理、膚色觀察(黃疸、發紺)、嘔奶、吐奶及溢奶處理、餵食、臍帶護理、腹瀉腹脹、預防注射、紅臀.....等，內容並依早產兒個別需求增減。當早產兒由 NICU 轉入時，護理人員即向家屬說明出院照顧計畫目的並予約定討論時間，由護理師、主治醫師、及家庭成員共同依出院照顧學習計畫擬定學習進度。 二、「出院指導衛教本」增加照片及圖片說明:為增加出院指導衛教本內容豐富度並讓學習者可以快速了解，單位組員以模具娃娃模擬和實際情境等方式收集照片或圖片，將照片圖片增加於「出院指導衛教本」內，依照「出院照顧計畫表」內衛教學習項目修訂完成「出院指導衛教圖冊」。 三、設計「畢業證書」作為出院指導交班工具:依照「出院照顧學習計畫表」學習項目 12 項，加上回診時間提醒、新生兒篩檢結果與貼心小叮嚀等，設計「新生兒病房畢業證書」。正面登錄早產兒出院日期及體重並蓋上早產兒腳印已讓家屬留作紀念，而在 12 項學習項目部分在照顧者確定完成學習並能執行時，於該項打勾，用以落實交班。 四、重新設置病室硬體及軟體環境以達仿居家出院前準備之環境:依據病室管理原則、參閱文獻及與家屬共同討論後，擬定「早產兒出院前病床居家環境準備」，規劃每一早產兒床邊物品擺放、制定執行辦法及海報簡介。 1.請家屬攜帶家中已準備之物品擺放於早產兒病床(沐浴用品、換洗衣物、音樂鈴、玩具或玩偶皆可)。 2.規劃早產兒病床旁加裝圍簾以提供隱私維護，日光燈加裝柔和燈具，播放輕音樂。 3.增設家屬個人收納櫃讓照顧者置放私人物品病裝訂留言板提供家屬間交流。 4.母親前來親衛及袋鼠護理時，提供舒適哺乳椅和哺乳枕。 5.規劃沐浴澡盆空間，使父母能模擬家中環境，增加沐浴過程中親子互動關係。 6.海報展示說明早產兒床邊模擬居家物品擺設，提供家屬參閱。 五、修訂陪嬰制度:依據病室管理原則、早產兒照顧需求及與家屬共同討論後，修訂陪嬰作業方法。 1.陪嬰行為不限次數與時間。 2.製作陪嬰海報並張貼，以利人員遵循。 過程: 一、→兩星期的宣導:三班交接班宣導專案改善目的、重要性，並予單位同仁說明:「出院指導衛教圖冊」、「出院照顧學習計畫表」、「彈性陪嬰作業方式、畢業證書制定目的與使用方式」。 二、→三個半月的執行與監控。 三、→二個半月的評值。	格式化:縮排:凸出: 1.18 字元, 左 1.77 字元, 第一行: -1.18 字元 格式化:縮排:左 1.77 字元 格式化:縮排:凸出: 1.18 字元, 左 1.77 字元, 第一行: -1.18 字元 格式化:縮排:左 1.77 字元 格式化:縮排:凸出: 2.36 字元, 左 0.59 字元, 第一行: -2.36 字元 格式化:縮排:左 1.77 字元 註解 [B]:應為描述式, 而非條列式。
6.描述專案執行後的成果，例如專案執行前後有哪些改變 透過「護理人員執行早產兒出院準備服務作業完整性」之查檢表作為早產兒出院衛教完整率之前後比較，完整率由 70% 提升至 95%，其中差異較大。1.為腹瀉及便秘之處理 35.5%(60.0%→95.5%); 2.新生兒篩檢及腹脹處理 34.4%(60.0%→94.4%)。 早產兒家屬對出院準備服務滿意度由 80.1% 提升至 89.2%，其中提升最多之前三項為 1.出院前準備環境提升 16.7%(73.3%→90.0%); 2.衛教本的衛教內容提升 15.5%(71.1%→86.6%); 3.每次 30 分鐘彈性陪嬰提升 14.4%(73.3%→87.7%)。 5.你認為作者要完成此專案，必須具備哪些專業能力? 豐富基礎理論，能多方面閱讀國內外相關文獻，並能從文獻中看到自己單位的需求。能主動關懷人，發現問題，並能尊重人的個別性，有積極耐心的溝通，並能多方面協調，不墨守成規有多方面改革創新(如:設計衛教圖冊與畢業證書)的心態。 陳金彌 □□□□□□□□107.4.7□□	註解 [A]:很好!

附件二：關可欣老師作業三指導與成果

Title:音樂介入對改善產婦睡眠品質之成效
Introduction:

台灣婦女坐月子期間有 88%的產婦普遍睡眠品質不佳，也有學者研究結果顯示收案 327 位台灣產後婦女中也有 87.5%的人睡眠品質不好(Y.-L. Ko & Lee, 2014; Ko, Chen, Wang, & Su, 2014)，除了因為需要頻繁的餵奶撫奶外，還必須照顧新生兒，所以夜間睡眠容易被打斷，幾乎沒有可以好好休息睡眠的時間(陳廷如，郭淑瑜，李達南，郭森文，& 李碧霞，2017)；產後是女性在人生過程中的一個重要的角色轉變階段，產後睡眠品質則是產後婦女身心狀況恢復的重要指標，也是婦女健康的重要議題之一，但在台灣都鮮少被探討(鄧鳳琴，2006)。種體文獻都顯示歷年來台灣產後婦女普遍都有睡眠問題的情形，但是相對的在對於幫助產婦失眠的相關文獻及研究卻不多，產婦失眠會影響精神、情緒及照顧小孩的專注力(Dorheim, Bondevik, Eberhard-Gran, & Bjorvatn, 2009)，而產婦若是沒有好的精神及專注力，不但在照顧寶寶上會深感疲憊，甚至會因失神而影響母親角色，嚴重者甚至可能導致產後憂鬱症，電視上相關的報導也時有所聞。

目前台灣有許多應用於睡眠的非藥物性改善方法，如運動、認知行為治療、複方策略、音樂療法及穴位按摩，或是針對各孕產婦睡眠障礙所提出相關非藥物的輔助睡眠法，例：音樂治療、有氧運動、按摩、漸進式放鬆、複合方法、托壓帶使用(洪瑾曼 & 陳影惠，2011;洪瑾曼 & 江曉菁，2017)；更有其他例如精油按摩，芳香療法、冥想等等，研究者選擇音樂治療之原因為音樂不具侵入性，隨時可使用，方便取得，不需醫藥，符合台灣傳統認為坐月子期間盡量要多休息的習俗，且在許多文獻中皆可看到音樂應用效果十分顯著如：失智、精神疾病、癌症、手術前、後、孕產及待產、重症病人等，故研究者希望以藉由音樂介入是否能輔助改善產婦之睡眠，期望研究結果能提供產後健康照護措施的參考。

Body1:

(一)音樂治療：

音樂治療起源於二次世界大戰之後為了撫平士兵的心靈傷痛，美國開始由精神科用音樂為歸國的戰士醫治精神異常現象，這是美國音樂療法的由來，一直到

1950年在大學才有專業學位的出現，為了音樂治療的統整，於是美國音樂治療協會(The National Association for Music Therapy, NMT)的產生，統一了「音樂治療」(music therapy)的名詞，並且有了專業音樂治療師(Registered Music Therapist, RMT)的誕生(孫瑞陽，2012)。美國音樂治療協會(NAMT)於 1977 年針對音樂治療所下的定義為：「音樂治療是把音樂的成就當成治療的目標；令音樂達到恢復(restoration)、保持(maintenance)以及改進(improvement)個體心理和生理健康的作用，以使個體行為上帶來良好的(desirable)改變，這種改變使個體能夠在進行治療後，對他(她)自己以及其所生存的環境，會有較大的了解進而達到適當的社會適應」於1997再次將音樂治療定義為音樂治療目的，包括重建和加強身體和心理健康。基於心理理論，放鬆和平靜的音樂會誘導放鬆反應，從而減少神經內分泌和交感神經系統的活動，從而減輕壓力、焦慮和改善睡眠質量(Shobeiri, Khaledi, Masoumi, & Roshanaei, 2016)。

有學者的研究以有失眠問題的老年婦女為對象，以床邊睡眠音樂為介入措施，各收集使用音樂介入前和後的連續10個晚上的睡眠日誌和史丹佛睡眠量表(Stanford SleepinessScale)，前後測資料比較後發現，連續使用10天床邊音樂能顯著增加睡眠時數($p < .01$)、減少睡眠的潛伏期($p < .01$)及每晚醒來的次數($p < .05$) (Johnson, 2003)。Lai&Good (2006)更進一步採取同樣方式的介入措施於社區老年人，隨機分配實驗組接受連續三週的睡前床邊音樂療法，另一控制組則無接受介入措施，經匹茲堡睡眠品質量表(Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI)測量結果，實驗組的平均總分有顯著下降($p < .001$)，表示睡眠品質有改善，控制組則無此明顯變化(Lai & Good, 2006)。

另也有台灣研究者選取符合條件之安養機構老人，再以區域隨機分派(block randomization)的方式，將研究對象分配到實驗組或控制組各 30 人，接受前測後，當天晚上睡前即開始聆聽個案自選音樂30分鐘，共2週的音樂治療結束後隔天即接受後測，二週後實施後測結果發現實驗組老人除了因素六：使用安眠藥物的前、後測得分未達統計上顯著差異外，其它在因素一：主觀睡眠品質、因素二：

(3) 睡眠效率 (sleep efficiency) 產婦每晚真正入睡的時間除以上床睡覺時間的數字。

(4) 夜間醒來的次數(sleep of arousals)產婦於夜間入睡後中間醒來的次數。

Conclusion(假設)：

本研究發現，實行睡前一小時音樂介入二週，能有效改善產婦失眠的問題，期望研究結果能提供產後健康照護措施的參考。

Reference:

- Buyse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*, 28(2), 193-213.
- Dorheim, S. K., Bondevik, G. T., Eberhard-Gran, M., & Bjorvatn, B. (2009). Sleep and depression in postpartum women: a population-based study. *Sleep*, 32(7), 847-855.
- Johnson, J. E. (2003). The use of music to promote sleep in older women. *Journal of Community Health Nursing*, 20(1), 27-35.
- Ko, S. H., Chen, C. H., Wang, H. H., & Su, Y. t. (2014). Postpartum women's sleep quality and its predictors in Taiwan. *Journal of Nursing Scholarship*, 46(2), 74-81.
- Ko, Y.-L., & Lee, H.-J. (2014). Randomised controlled trial of the effectiveness of using back massage to improve sleep quality among Taiwanese insomnia postpartum women. *Midwifery*, 30(1), 60-64.
- Lai, H. L., & Good, M. (2006). Music improves sleep quality in older adults. *Journal of advanced nursing*, 53(1), 134-144.
- Shobeiri, F., Khaledi, S., Masoumi, S. Z., & Roshanaei, G. (2016). The effect of music therapy counseling on sleep quality in pregnant women. *Int J Med Res Health Sci*, 5, 408-416.
- 李玉如. (2001). 音樂治療對安養機構老人睡眠品質與情緒狀態之探討。
- 洪瑾曼, & 江曉菁. (2017). 孕產婦睡眠障礙的非藥物處置. *護理雜誌*, 64(1), 112-119.
- 洪瑾曼, & 陳影惠. (2011). 運用輔助療法於睡眠障礙. *護理雜誌*, 58(1), 73-78.
- 孫瑞陽. (2012). 音樂療法分析探討. *美容整形外科學*, 9(3), 73-85.
- 陳廷如, 郭淑瑜, 李達南, 郭森文, & 李碧霞. (2017). 產後護理機構婦女產後憂鬱與睡眠品質之相關研究. *新臺北護理學刊*, 19(2), 33-45.
- 曾秋燕. (2011). 音樂治療於改善安養機構老人長期失眠之成效之研究. *臺東大學進修部休閒事業管理組碩 (夜間) 學位論文*, 1-102.

鄧鳳苓. (2006). 產後婦女睡眠品質及相關因素之探討. 未發表的碩士論文. 台北: 長庚大學護理研究所. 連結.

Appendix:

前測	音樂介入	後測
實驗組 01	X	02
控制組 03		04

鄧鳳苓

輔仁大學 107 年高教深耕計畫【自主學習課程補助計畫】

學生自主學習計畫書

- 一、自主學習計畫主題：口服輪狀病毒疫苗於預防接種之止痛成效
- 二、組別：第四組
- 三、課程名稱：文獻評析
- 四、指導老師：闕可欣、陳金彌
- 五、學生姓名與工作分配：

姓名(個人)	工作內容	聯絡方式
陳香徽	1. 搜尋所需之關鍵重要文獻 2. 閱讀並評析文獻 3. 精緻文獻 4. 發表	407436072@mail.fju.edu.tw

六、計畫之動機與目的：

嬰兒無法以語言表達疼痛不適，常使醫護人員忽視其疼痛問題，未即時處理疼痛除了造成不適之外，亦有可能對日後行為、認知的發展造成影響 (Hatfield, 2014; Valeri, Holsti, & Linhares, 2015; 夏冬晴, 陳夢瑩, & 李曉南, 2016)。所有病人包含嬰兒的疼痛問題，是必需被評估及管理的(Phillips, 2000)，美國兒科醫學會在新生兒疼痛指南中，提供了嬰兒疼痛的處理準則，包含了口服糖水或母乳、袋鼠式護理、感官滿足（聽音樂等）、擰握、襁褓等(AAP, 2016)。

口服蔗糖水已有不少研究指出對足跟採血、靜脈穿刺等有止痛效果(Harrison, Beggs, & Stevens, 2012; Lago et al., 2017)。輪狀病毒疫苗通常在嬰兒 2、4、6 個月時口服，臨床上常趁注射後嬰兒張口哭泣時，再予口服輪狀病毒疫苗，未能充分利用其含有蔗糖的特性，故本文即在探討先服輪狀病毒疫苗，再施打注射型預防針，是否可以降低針劑型疫苗所帶來的疼痛，本文所得結果，可供臨床護理人員安排預防針次序之參考。

希望能夠透過自主學習，搜尋可能會需要使用到的相關文獻，並且整理重點的能力能有所提升。對於嬰兒健康有興趣，因此選擇此題目。

七、計畫內容與行動方案：

1. 查詢與口服疫苗、輪狀病毒疫苗、預防接種以及嬰兒疼痛之相關文獻。
2. 對文獻進行批判：根據文章內容提出個人看法。
3. 統整五篇文章：藉由陳金彌老師的課前作業中，練習文獻整理的技巧。
4. 將文章精緻化：將統整過後的五篇文章，利用課堂上所學的技巧，完成一篇文獻評析文章。

八、進度規劃

- 3/12 學習使用圖書館查詢系統
- 3/26 學習如何進行文章批判
- 4/9 學習如何進行文章統合
- 4/23 學習如何達成文章精緻
- 4/24~6/3 完成 5 篇文獻的精緻
- 6/4 進行口頭報告

九、預期效益及具體檢核方式：

預期效益：

1. 能夠對口服輪狀病毒疫苗於預防接種之止痛成效有更進一步的認識。
2. 提升個人批判思考能力。
3. 熟悉抓文章重點技巧。
4. 熟悉文章統合技巧。
5. 熟悉文章精緻化的技巧。

具體檢核方式：課堂表現、口頭報告。

十、其他附件

(一) 自行增加凸顯方案內容之資訊

(二) 相關附件

1. Suhrabi, Z., Taghinejad, H., Valian, K., Sayehmiri, K., & Taheri, S. (2014). A Comparative Study on the Efficacy of Glucose and Sucrose on the Vaccination Pain: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 8(10), PC01-PC03. doi:10.7860/JCDR/2014/10057.5053
2. Taddio, A., Flanders, D., Weinberg, E., Lamba, S., Vyas, C., Ilersich, A. F., . . . McNair, C. (2015). A randomized trial of rotavirus vaccine versus sucrose solution for vaccine injection pain. *Vaccine*, 33(25), 2939-2943. doi:10.1016/j.vaccine.2015.04.057
3. Lee, S. J., Ralston, H. J., Drey, E. A., Partridge, J. C., & Rosen, M. A. (2005). Fetal pain: a systematic multidisciplinary review of the evidence. *Journal of the American Medical Association*, 294(8), 947-954. doi:10.1001/jama.294.8.947
4. American Academy of Pediatrics. (2016). Prevention and management of pain in the neonate: an update. *Pediatrics*, 137(2), 1-13.
5. Yin, H. C., Shih, W. M., Lee, H. L., Yang, H. J., Chen, Y. L., Cheng, S. W., . . . Weng, Y. H. (2017). Comparison of iatrogenic pain between rotavirus vaccination before and after vaccine injection in 2-month-old infants. *Human vaccines & immunotherapeutics*, 13(5), 1136-1140. doi:10.1080/21645515.2016.1267082
6. Hatfield, L. A. (2008). Sucrose decreases infant biobehavioral pain response to immunizations: a randomized controlled trial. *Journal of nursing scholarship*, 40(3), 219-225. doi:10.1111/j.1547-5069.2008.00229.x

輔仁大學 107 年高教深耕計畫【自主學習課程補助計畫】
學生自主學習日誌

填寫日期：107 年 03 月 08 日(四) 19:00~20:00

107 年 03 月 09 日(五) 18:00~18:30

107 年 04 月 08 日(日) 09:00~09:30

107 年 04 月 09 日(四) 19:00~20:00

紀錄人：陳香微

序號	工作事項	註記(心得/成果/問題 等)
1	3/8 學習 endnote	發現還需搭配 word 使用，預計 3/9 下載 word 3/9 下載 word 後發無法安裝 endnote 增益集，google 發現可能是因 windows 是盜版的，windows 無法更新，故只能安裝 endonote 17 版，改安裝 17 版後，就可執行。
2	4/1 收集文獻	4/8 看英文的速度慢，很多天才能看一篇，看完了又不知如何應用。 4/9 查不到糖水的止痛機轉，感覺很挫折
3	4/10 統整 5 篇文獻	4/9 老師提醒統整文獻是前後呼應、環環相扣
4	4/23 精緻文章至發表的格式	精緻文章至發表格式技巧不足
待辦事項/待解決問題/筆記欄 3/9 電腦安裝 Word 3/9 下載 word 無法安裝的問題		

輔仁大學 107 年高教深耕計畫【自主學習課程補助計畫】 學生自主學習成果報告

撰寫日期：107 年 06 月 19 日

一、課程基本資料

- (一)自主學習計畫主題：口服輪狀病毒疫苗於預防接種之止痛成效
- (二)組別：4
- (三)學生姓名：陳香徽
- (四)課程名稱：文獻評析
- (五)指導老師：闕可欣、陳金彌

二、計畫成果

(一)整體計畫執行狀況描述：

這次的計畫如自主學習計畫書中的進度規劃，按時完成每個進度。也在整個計畫過程中與老師進行多次討論，也向同學請教如何解決 EndNote 使用上遇到的問題。

(二)成效說明與實際產出：

1. 當有疼痛刺激時，嬰兒體內兒茶酚胺、生長激素、升糖素、皮質醇上升、胰島素分泌減少，從嬰兒外表可觀察到手掌出汗、心跳變快、血氧濃度改變(Krishnan, 2013)。
2. 每個年齡層對疼痛的反應稍有不同，0-6 個月嬰兒對疼痛反應的時間較 7-12 個月嬰兒久，0-3 個嬰兒面臨疼痛時，面部的表情變化較年長嬰兒大(Fuller & Conner, 1995)。
3. 嬰兒雖然不會言語，仍可藉由觀察嬰兒的行為，如上下肢活動、哭泣情形、臉部表情等，得知嬰兒的疼痛情形。
4. 蔗糖水的止痛機轉，目前尚未完全清楚，可能與 β -內啡肽(β -endophine)、BDNF(brain-derived neurotrophic factor)的釋放，從而減少疼痛感覺有關(Nuseir et al., 2017)。
5. Taddio 等及 Yin 等收集服用第一劑輪狀病毒疫苗的個案，發現疫苗內的蔗糖成份，也同樣具有止痛效果，因此建議可以先施予口服輪狀病毒疫苗再給予針劑型疫苗(Taddio et al., 2015; Yin et al., 2017)。

(三)自主學習歷程：

在進行文獻評析的時候會需要使用到 EndNote，但是遇到一些狀況，過程並不是很順利，還好最後有解決問題，才能繼續執行計畫。在收集文獻資料時，因為英文程度不佳，所以很難快速瀏覽文章內容並且做出選擇。統整文章時，有記得老師的提點，文章內容必須環環相扣。最後將精緻化後的文章填寫到發表格式，完成了這次的計畫。

三、學習心得

10 年前上大學時，老師要求自主學習，學成之後必需上台報告，有的採角色扮演，有的規規矩矩，採用講述法，報告方式五花八門，說穿了就是學生幫學生上課。

相隔 10 年再來求學，自次老師安排自主學習，不再局限課室內成果報告，而是介紹了讓我們諮詢的資源、自主學習的方法。我們先在家預習，有不懂的，課堂上提出，使上課能有更充份的時間，深入討論不會的內容；老師分享她學習英文的經驗，善用零碎的時間，手機 APP 就可以學英文；上網註冊磨課師課程，學習不受時空限制，這樣的方式，讓我不再只能自學一些與我原本能力相近的科目，甚至可以學習超越我的能力、跨領域的事情，學習變得很自由，依照自己的興趣，隨時隨地都可以充實自己。這次自

主學習的課程，在老師帶領下由淺入深，不僅學習更有效率，收穫也更多，自主學習的方法態度，更使往後受益不盡，非常高興能參與這次的計劃。

四、結論與具體建議

Taddio 等及 Yin 等建議先服口服輪狀病毒疫苗，再施打針劑型預防針，以利用疫苗內的蔗糖成份，達到止痛的效果。然而，蔗糖止痛最有效的年齡在 16 週內，輪達停口服輪狀病毒疫苗，最遲需在 32 週前服用，Taddio 等及 Yin 等的研究，只收案口服輪狀病毒疫苗第一劑的嬰兒，後續劑次是否仍具有同樣的止痛效果，仍有待進一步研究。

五、其它附件

附件一：文獻統整練習與老師回饋-提升學齡前呼吸道感染兒童噴霧治療之認知和技能

Description of practice area (patient population, nature of care, etc.).⁴ 1.描述此專案所收集的個案屬性，例如科別、病房屬性、疾病別等⁴ 區域教學醫院兒科病房，病人多為 URI、AGE，滿床 49 床，佔床率 89.7%，2011 年 7 月到 2012 年 6 月呼吸道感染 1134 人，其中學齡前期接受噴霧治療者 902 人（79.5%），平均 3.6 歲，住院三到五天。⁴ 護理人員共 16 人，以專科、N2 居多。⁴ 4 2.描述此專案所解決的個案問題⁴ 學齡前期呼吸道感染兒童噴霧治療之認知和技能⁴ 護理人員噴霧治療衛教完整率⁴ 4 Describe a case or project that is exemplary of CNS practice in the specialty⁴ 3.描述專案執行的動機⁴ 台灣兒童呼吸道感染罹病率及致死率逐年上升，一到四歲兒童因呼吸道感染併發肺炎死亡率高居第四位，學齡前期兒童住院原因第一名：呼吸道感染，以本院兒科呼吸道感染者 [1192] 人，79.5%有作過噴霧治療，調查本院其中 40 位學齡前期兒童對噴霧治療認知技能正確率僅 36.7%，主因為病室處於陌生環境，缺乏自主性及安全感，常以哭鬧表達不滿情緒，導致吸藥成效不佳，故成立專案小組以增進護病關係，強化孩童對疾病醫療處置之適應，進而提高對噴霧治療意願與成效。⁴ 4 4.描述專案執行的方法與過程⁴ 現況分析-單位特性、護理人員特性⁴ (實地調查衛教完整率)⁴ (問卷調查噴霧治療認知技能)⁴ 問題確立-以特性要因圖分析（人、工具、政策）⁴	註解 [u1]:描述式，非列點式！建議改為：專案目標為使護理師執行噴霧治療衛教完整率提升至 95%，學齡前兒童噴霧治療認知技能達 85%。 註解 [u2]:要改寫文獻的內容，不是照抄！建議改成：呼吸道感染併發肺炎是台灣一至四歲兒童的第四位死因，也是學前期兒童住院原因的第一名(行政院衛生署，2012年)。 註解 [u3]:此數據摘自文獻何處？ 註解 [u4]:要改寫文獻的內容，不是照抄！建議改為：主要因為護病溝通不良、病室缺乏自主性與安全感，進而無法配合完成噴霧治療。 註解 [u5]:用什麼方式調查？ 註解 [u6]:用什麼問卷？
---	---

目標設定-小組討論↵

文獻查證-學齡前期發展特色、住院行為↵

.....-噴霧治療功效↵

.....-提升學齡前期兒童噴霧治療認知技能策略↵

結法辦法-以現況、文獻依可行性、重要性等選定對策↵

擬定計畫-制定 SOP 及稽核制度↵

.....-規劃教育課程↵

.....-製作噴霧治療衛教工具↵

執行-宣導↵

.....-舉辦教育課程↵

.....-稽核護理師及病室↵

評估-資料彙整、檢討↵

註解 [u7]:描述式, 非列點式

↵

Describe practice competencies used in the specialty practice↵

6.你認為作者要完成此專案，必須具備哪些專業能力？↵

實證護理、兒童溝通技巧、跨團隊合作、領導管理、教學、創新、資訊、專案管理、諮詢。↵

↵

Identify typical outcomes of CNS practice in the specialty↵

5.描述專案執行後的成果，例如專案執行前後有哪些改變↵

執行衛教完整率 55.3%→97.3%↵

不擅長使用治療性遊戲衛教，僅口頭講解→9 成護理師認為教育課程可以增進溝通技巧、觀察兒童行為反應，有衛教輔具（遊戲球、衛教圖卡）↵

學齡前病室噴霧治療認知技能正確率 36.7 %→90.5%↵

衛教內容經驗傳授→訂定標準衛教流程↵

無觀察治療成效器具→有遊戲球可觀察↵

註解 [u8]:請用描述式的寫法

↵
↵
↵
↵
↵

陳金彌

□□□□□□□□107.4.7□↵

附件二：關可欣老師作業三指導與成果

口服輪狀病毒疫苗於預防接種之止痛成效

前言

嬰兒無法以語言表達疼痛不適，常使醫護人員忽視其疼痛問題，未即時處理疼痛除了造成不適之外，亦有可能對日後行為、認知的發展造成影響(夏、陳、李，2016; Hatfield, 2014; Valeri, Holsti, & Linhares, 2015)。所有病人包含嬰兒的疼痛問題，是必需被評估及管理的(Phillips, 2000)，美國兒科醫學會在新生兒疼痛指南中，提供了嬰兒疼痛的處理準則，包含了口服糖水或母乳、袋鼠式護理、感官滿足(聽音樂等)、擁抱、擁抱等(American Academy of Pediatrics, 2016)。口服糖水已有不少研究指出對足跟採血、靜脈穿刺等有止痛效果(Harrison, Beggs, & Stevens, 2012; Lago et al., 2017)。輪狀病毒疫苗通常在嬰兒2、4、6個月時口服，臨床上前趨注射後嬰兒張口哭泣時，再予口服輪狀病毒疫苗，未能充分利用其含有蔗糖的特性，故本文即在探討先服輪狀病毒疫苗，再施打注射型預防針，是否可以降低針劑型疫苗所帶來的疼痛，本文所得結果，可供臨床護理人員安排預防針次序之參考。

文獻查證

一、嬰兒對疼痛的反應

疼痛是現存或潛在的組織受傷，造成感覺或情感上不愉快的經驗，或是一種傷害(International Association for the Study of Pain, 2017)。丘腦皮層神經纖維在妊娠23至30週之間出現(Lee, Ralston, Drey, Partridge, & Rosen, 2005)，這意味著有關痛覺傳導路徑、與疼痛知覺相關的大腦皮質，在懷孕末期已發育完成，因此嬰兒出生後對疼痛即有感覺。當有疼痛刺激時，嬰兒體內兒茶酚胺、生長激素、升糖素、皮質醇上升，胰島素分泌減少，從嬰兒外表可觀察到手掌出汗、心跳變快、血氧濃度改變(Krishnan, 2013)，目前已發展多個嬰兒疼痛量表，如新生兒面部編碼系統(NFCS)、新生兒嬰兒疼痛量表(Neonatal Infant Pain Scale; NIPS)、早產兒嬰兒疼痛量表(Premature Infant Pain Profile; PIPP)(夏等，2016)。每個年齡層對疼痛的反應稍有不同，0-6個月嬰兒對疼痛反應的時間較7-12個月嬰兒久，0-3個月嬰兒面臨疼痛時，面部的表情變化較年長嬰兒大(Fuller & Conner, 1995)。嬰兒雖然不會言語，仍可藉由觀察嬰兒的行為，如上下肢活動、哭泣情形、臉部表情等，得知嬰兒的疼痛情形。

二、口服蔗糖水於預防接種的止痛成效

蔗糖水的止痛機制，目前尚未完全清楚，可能與 β -內啡肽(β -endorphine)、BDNF(brain-derived neurotrophic factor)的釋放，從而減少疼痛感覺有關(Nuseir et al., 2017)。口服蔗糖水的作用起始於10秒，高峰在2分鐘時發生，效果持續約5至10分鐘(Blass & Shah, 1995)，止痛作用於16週內的嬰兒較明顯(Pasek & Huber, 2012)。台灣地區6個月內嬰兒常規預防接種疫苗為白喉破傷風非細胞性百日咳、b型嗜血桿菌及不活化小兒麻痺五合一疫苗(DTaP-Hib-IPV)、13價肺炎鏈球菌疫苗、卡介苗、B型肝炎疫苗，部份研究指出預防注射前口服蔗糖水可降低疼痛(Barr et al., 1995; Chattopadhyay, Kundu, Gunri, & Bisoi, 2011; Curry, Brown, & Wrona, 2012; Liaw et al., 2011; Suhrabi, Taghinejad, Valian, Sayehmiri, & Taheri, 2014)。詳如表一，綜合以上文獻，蔗糖水的止痛效果仍需進一步確認。

表一

口服蔗糖水於預防接種止痛成效之相關文獻

第一作者	年代	疫苗種類	蔗糖濃度	總量	評估量表	止痛成效
Barr	2002	DTP (白喉、破傷風、百日咳三合一疫苗)	50%	0.75ml	crying time	有
Chattopadhyay	2011	DPT	飽和	2ml	NIPS	有
Curry	2012	2-6個月疫苗(未詳述)	50/75%	2ml	FLACC	無
Liaw	2011	B型肝炎	20%	2ml	NFCS	有
Suhrabi	2014	B型肝炎	25%	2ml	NIPS	有

三、口服輪狀病毒疫苗於預防接種的止痛成效

輪狀病毒疫苗為一種口服疫苗，預防輪狀病毒所引起的腸胃炎，台灣市場有二種品牌，分別為羅特律(rotarix)與輪達停(rotateq)，最早可於出生6週後服用，每劑間隔至少四週，羅特律需於出生後24週內分二次服藥，輪達停需於出生後32週內分三次服藥。二款輪狀病毒疫苗內皆含蔗糖，羅特律蔗糖濃度為71.5%(總量為1.5ml)，輪達停蔗糖濃度為50%(總量為2.16ml)(葛蘭素史克藥廠，無日期; MERCK, 2018; Taddio et al., 2015)。Taddio等及Yin等收集服用第一劑輪狀病毒疫苗的個案，發現疫苗內的蔗糖成份，也同樣具有止痛效果，因此建議可以先施予口服輪狀病毒疫苗再給予針劑型疫苗(Taddio et al., 2015; Yin et al., 2017)。

結論

Taddio等及Yin等建議先服口服輪狀病毒疫苗，再施打針劑型預防針，以利用疫苗內的蔗糖成份，達到止痛的效果。然而，蔗糖止痛最有效的年齡在16週內，輪達停口服輪狀病毒疫苗，最遲需在32週前服用，Taddio等及Yin等的研究，只收集口服輪狀病毒疫苗第一劑的嬰兒，後續劑次是否仍具有同樣的止痛效果，仍有待進一步研究。

參考資料

- 夏冬梅、陳夢瑩、李曉南(2016)。新生兒疼痛對兒童行為發育的影響和機制研究進展。《中國兒童保健雜誌》，24(2)，149-152。
- 葛蘭素史克藥廠(無日期)。羅特律輪狀病毒疫苗口服懸液劑。Retrieved from <http://tw.gsk.com/media/716666/rotarix-pi.pdf>
- American Academy of Pediatrics (2016). Prevention and management of pain in the neonate: an update. *Pediatrics*, 137(2), 1-13.
- Barr, R. G., Young, S. N., Wright, J. H., Cassidy, K. L., Hendricks, L., Bedard, Y., . . . Treherne, S. (1995). "Sucrose analgesia" and diphtheria-tetanus-pertussis immunizations at 2 and 4 months. *Journal of developmental and behavioral pediatrics*, 16(4), 220-225.
- Blass, E. M., & Shah, A. (1995). Pain-reducing properties of sucrose in human newborns. *Chemical Senses*, 20(1), 29-35.
- Chattopadhyay, D., Kundu, P., Gunri, S., & Bisoi, S. (2011). Effect of oral sucrose on pain during DPT immunization in older infants. *Indian journal of public health*, 55(2), 136.

- Curry, D. M., Brown, C., & Wrona, S. (2012). Effectiveness of Oral Sucrose for Pain Management in Infants During Immunizations. *Pain Management Nursing*, 13(3), 139-149. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2010.07.008>
- Fuller, B. F., & Conner, D. A. (1995). The effect of pain on infant behaviors. *Clinical nursing research*, 4(3), 253-273. doi:10.1177/105477389500400304
- Harrison, D., Beggs, S., & Stevens, B. (2012). Sucrose for procedural pain management in infants. *Pediatrics*, 130(5), 918-925. doi:10.1542/peds.2011-3848
- Hatfield, L. A. (2014). Neonatal pain: What's age got to do with it? *Surgical neurology International*, 5(Suppl 13), S479-489. doi:10.4103/2152-7806.144630
- International Association for the Study of Pain (2017). *IASP Terminology*. Retrieved from <https://www.iasp-pain.org/terminology/navItemNumber=576#Pain>
- Krishnan, L. (2013). Pain Relief in Neonates. *Journal of Neonatal Surgery*, 2(2), 19.
- Lago, P., Garetti, E., Bellieni, C. V., Merazzi, D., Savant Levet, P., Ancora, G., & Pirelli, A. (2017). Systematic review of non-pharmacological analgesic interventions for common needle-related procedure in newborn infants and development of evidence-based clinical guidelines. *Acta paediatrica*, 106(6), 864-870.
- Lee, S. J., Ralston, H. J., Drey, E. A., Partridge, J. C., & Rosen, M. A. (2005). Fetal pain: a systematic multidisciplinary review of the evidence. *American Medical Association*, 294(8), 947-954. doi:10.1001/jama.294.8.947
- Liaw, J. J., Zeng, W. P., Yang, L., Yuh, Y. S., Yin, T., & Yang, M. H. (2011). Nonnutritive sucking and oral sucrose relieve neonatal pain during intramuscular injection of hepatitis vaccine. *Journal of pain and symptom management*, 42(6), 918-930. doi:10.1016/j.jpainsymman.2011.02.016
- MERCK. (2018). Product Monograph. Retrieved from http://www.merck.ca/static/pdf/ROTATEQ-PM_E.pdf
- Nuseir, K. Q., Alzoubi, K. H., Alhusban, A., Bawaane, A., Al-Azzani, M., & Khabour, O. F. (2017). Sucrose and naltrexone prevent increased pain sensitivity and impaired long-term memory induced by repetitive neonatal noxious stimulation: Role of BDNF and beta-endorphin. *Physiology & behavior*, 179, 213-219. doi:10.1016/j.physbeh.2017.06.015
- Pasek, T. A., & Huber, J. M. (2012). Hospitalized infants who hurt: a sweet solution with oral sucrose. *Critical care nurse*, 32(1), 61-69.
- Phillips, D. M. (2000). JCAHO pain management standards are unveiled. *American Medical Association*, 284(4), 428-429.
- Suhrabi, Z., Taghinejad, H., Valian, K., Sayehmiri, K., & Taheri, S. (2014). A Comparative Study on the Efficacy of Glucose and Sucrose on the Vaccination Pain: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Journal of Clinical and Diagnostic Research : JCDR*, 8(10), PC01-PC03. doi:10.7860/JCDR.2014.10057.5053

- Taddio, A., Flanders, D., Weinberg, E., Lamba, S., Vyas, C., Ilersich, A. F., . . . McNair, C. (2015). A randomized trial of rotavirus vaccine versus sucrose solution for vaccine injection pain. *Vaccine*, 33(25), 2939-2943. doi:10.1016/j.vaccine.2015.04.057
- Valeri, B. O., Holsti, L., & Linhares, M. B. (2015). Neonatal pain and developmental outcomes in children born preterm: a systematic review. *The Clinical journal of pain*, 31(4), 355-362.
- Yin, H. C., Shih, W. M., Lee, H. L., Yang, H. J., Chen, Y. L., Cheng, S. W., . . . Weng, Y. H. (2017). Comparison of iatrogenic pain between rotavirus vaccination before and after vaccine injection in 2-month-old infants. *Human vaccines & immunotherapeutics*, 13(5), 1136-1140. doi:10.1080/21645515.2016.1267082

關可欣