

## 失落的反應——一位脊髓損傷患者的 哀傷過程

許瑛真

本研究目的是探討一位因職業傷害導致第十二胸椎骨折而造成下肢功能、大小便功能和性功能損傷患者的哀傷過程；並討論影響其哀傷過程的因素及幫助此患者哀傷過程順利進展的主要協助者為誰。研究方法係採用觀察者即參與者的田野研究法。在護理個案期間，利用觀察及會談技巧寫成十二篇行為過程記錄，再根據資料內容加以分析、歸類、整理而成。

研究結果發現其所表現的哀傷行為可分為一迴避行為：1.被動。2.隔絕失落的事實。3.退縮。二趨向行為：1.背面攻擊。2.重新認識新的身體功能。3.擔心身體功能進一步受傷害。4.合作。5.主動尋求問題解決的方法。6.為身體功能的進展設定目標並計劃出院。7.社會行為增加。8.為意外尋求合理的解釋。且隨著時間的演進迴避行為減少，取而代之的是趨向行為。此外，本研究發現影響其哀傷過程進展的主要因素有四：一失落是突發且完全出乎意料的。二失落所引起的實際改變量及其意義和價值，對個案而言僅次於生命。三個人的人格特質及因應能力。四病程的進展。於筆者開始護理個案之初，此個案正處於覺察失落（Developing awareness）的階段。在護理人員的引導、案妻及家人的支持及個案本身的努力下，順利的進入回復期（Restitution）。

### 壹、前言

根據行政院衛生署民國七十八年公佈的國人十大死因，意外傷害仍高居第三位。臨床上因職業傷害或車禍受傷住院的更屢見不鮮，其中脊髓損傷常會導致暫時性或永久性

的神經損傷，因而產生肢體麻痺或癱瘓。當遭受這種遽變，病人通常會因為失去身體功能和生活型態被迫改變而有哀傷反應（grief reaction）。而協助病人渡過哀傷過程是護理人員常面臨的挑戰。

## 貳、文獻查證

### 一、失落與哀傷的定義

#### (一) 失落 (Loss)

當一個人與重要的人、物、目標、事件分離時，就是經歷了失落。Randon House (1971) 認為失落是一種被剝奪或一種虛空 (Being without) 的狀態。失落可以是突發的或漸漸產生的，可以預期的或不能預期的、有傷害性或無傷害性，如意外傷害，是一種突發的，未能預期且有傷害性的失落。而因癌症導致死亡則是一種逐漸發展，可預期也具傷害性的失落。另外，像掉乳牙則是一種成長過程自然的失落，是可預期的，也較不具傷害性。

在人生的過程中，人們常經歷的失落，有以下四種：

1. 失去身體心像或自我的某些部份和功能。
2. 失去重要的人。
3. 失去外在的事物。
4. 成熟 (發展) 過程經歷的失落。由此可見失落可以說是完整的人生經驗的一部份。

#### (二) 哀傷 (Grief)

哀傷 (grief) 是為解決失落所帶來的痛苦，而發展出來的一個正常的適應過程。So lmit & Stark (1963) 說哀傷是對失去有價值的事物 (如所愛的人、工作、地位、想法、身體的某一部份) 的反應，這種反應通常是一種強烈的情緒和身體上的感受，包括悲傷、寂寞、害怕、罪惡、無助、無力及生氣的感受。

Freud 說明哀傷是一種相當深層度的沮喪。哀傷者會出現頹喪、壓抑，對外界缺乏興趣，也失去愛的能力。這是一種自我 (ego) 限制的表现。他把成人的哀傷反應視為「對失落的現實想加以瞭解的一種努力」，當面對現實時，哀傷者會發現所愛的對象確已不存在，則會將其精神力量 (Libido) 從所失落的對象收回 (withdraw)，使自我再回復自由，不受限制。

### 二、哀傷的理論

#### (一) 林德曼 (Lindemann)

林德曼研究101位大火生還者的反應，而發展出「驟然哀傷」(acute grief)的概念，他指出常見的哀傷症狀和反應包括：

1. 身體的不適：如嘆息、軟弱、疲累及胃腸症狀。
2. 為已逝者的影像所佔據，導致感覺改變（如與逝者談話）和遠離別人之感。
3. 罪惡感。
4. 敵意的反應。
5. 失去原有的行為模式：如社會關係的改變，話多、不安，活動過度等。

林德曼把哀傷視為中止社會互動的一種正常反應。哀傷活動可解說與逝者的情緒牽絆，重新適應沒有逝者存在的生活，形成新的關係。要完成哀傷活動必須要面對痛苦的情緒，並允許它表露出來。

#### （二）安格爾（Engel）

根據安格爾的說法，哀傷的過程包括四個階段：

##### 1. 震驚及不相信（Shock and Disbelief）

哀傷的過程最先且立即的反應是震驚及不相信，並伴隨麻痺和木然的感覺。此時，最顯著的反應就是藉著防禦機轉阻絕本身的認知以及持續而來的痛苦侵入，來保衛自己，拒絕此事。此階段常見的行為反應有驚愕、否認，他們會說：「哦！不可能的」；「哦！這不是真的」，或動也不動的坐著；有些人則表現的相當理性化，他們會說或會做一些事，好像能接受失落的事實。

##### 2. 覺察失落（Developing Awareness）

當失落的意義滲入意識時，哀傷者會感到急遽的痛苦（Feldman, 1972），覺察失落的時間可能是失落產生後的幾分鐘到幾小時，甚至幾天，此時的行為表現常見的有哭泣、痛苦，覺得空虛、失敗或罪惡，對其他人表示生氣，難以做決定、飲泣，強忍眼淚等。哭泣是此時期的特徵，安格爾認為哭泣有協助哀傷者承認失落，暫時的依賴或表示需要別人協助的功能，若無法哭泣會阻礙正常的哀傷過程。

##### 3. 回復（Restitution）

回復是哀傷的第三個階段，通常是失落發生後的幾天到幾個月，此時文化的儀式，與家人親友共渡時光，會澄清「失落」的事實並提供舒適和支持，通常此階段的哀傷者少有攻擊行為，可能會退化到早期行為模式。



4. 解決或復原 (Resolution)

隨著時光流逝，失落的事實被接受，漸漸的哀傷者也就能釋懷了，此階段常見的行爲有認同或談論回憶失去的人或事物；把失去的人或物理想化，經過一陣子的麻木無知覺後，逐漸恢復身體知覺，並與他人建立新的依賴關係，當哀傷者恢復對生活以及新關係的興趣時，哀傷過程也就結束了，通常需要的時間是幾天至一年。

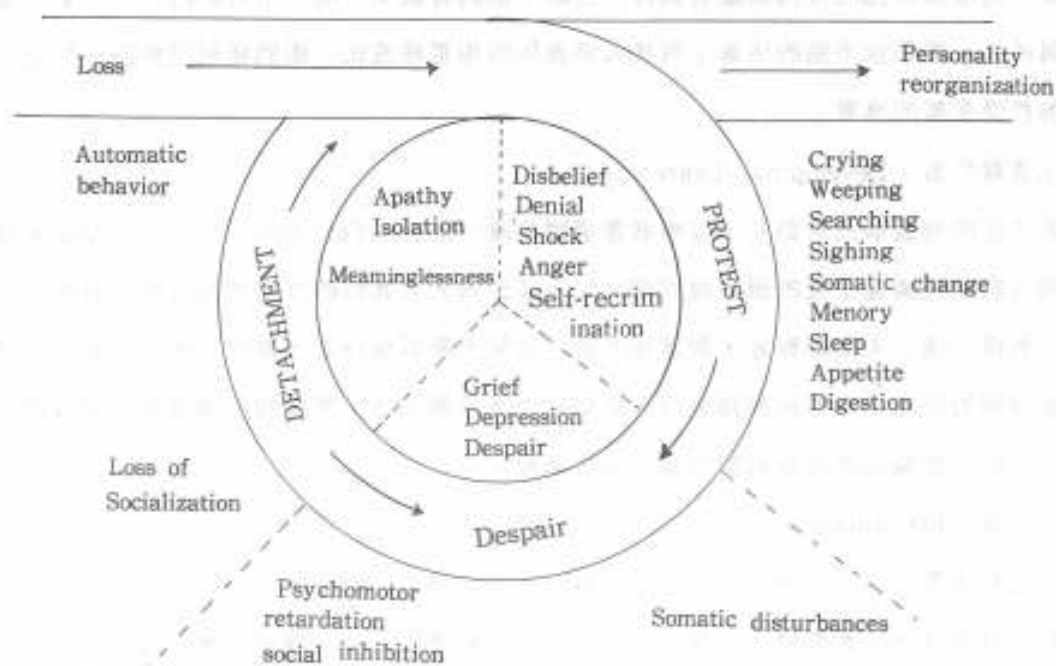
三 庫伯樂-羅絲 (Kubler-Ross)

對人而言最終最大的失落是死亡，羅絲描述面臨死亡的心理反應是否認、憤怒、磋商、憂鬱，接受五個階段，這些階段會互相重疊彼此並沒有絕對的時間劃分，由表(一)我們也可以發現面對生命最後危機的哀傷過程，與其他失落時哀傷過程的感受相類似。

四 鮑爾博 (Bowlby)

鮑爾博 (1961) 指出當一個人失去重要的人、事物或自己的某些部份後，其哀傷反應有四階段，即反抗 (Protest)、絕望 (Despair)、情感分離 (Detachment) 和人格的再重整 (Personality reorganization)，如圖(一)所示，內圈是表示哀傷者內心的感受，外圈表示的是哀傷者外顯可被觀察的行爲。

圖(一)：哀傷的過程 (Bowlby)



表(一)：哀傷理論各階段的比較

林 德 曼 (Lindemann)	安 格 爾 (Engel)	庫伯樂－羅斯 (Kubler-Ross)	鮑爾博 (Bowlby)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 身體的不適</li> <li>• 為已逝者的影像所佔據</li> <li>• 罪惡感</li> <li>• 敵意</li> <li>• 失去原有的行為模式</li> </ul>	震驚/不相信 (Shock/Disbelief)	否認 憤怒	反抗 (protest)
	覺察失落 (Developing awareness)	憤 怒 碰 商 憂 鬱	絕 望 (Despair)
	回 復 (Restitution)		情感分離 (Detachment)
	解決或復原 (Resolution)	接 受	人格重整 (Personality Reorganization)

----- 表示筆者認為

### 三、哀傷過程的影響因素

每個人都有其面對失落的獨特反應方式，也有許多因素會影響個人對失落及哀傷過程的反應，如失落是否是被預期的，過去對失落的經驗，失去的人或事物對哀傷者的意義，失落所引起的實際改變量，以及哀傷者的人格特質、因應能力和可利用的資源；其他如種族文化背景、年齡、性別等也會影響一個人對失落的反應。

## 參、研究方法

### 一、資料收集

本個案報告是應用田野研究法 (Field Method) 進行，由作者在某教學醫院復健病房採觀察者的參與 (observer as participant) 的方式，在護理個案的期間 (自 79.7.30 至 79.8.17.)，利用觀察及會談的技巧寫成十二篇行為過程記錄 (Process Recording)，再根據資料內容加以分析，歸類整理而成。

## 二 研究對象

個案黃先生，三十二歲，已婚，育有一子三歲，雲林人。國小畢業後即至台北工作，以裁縫為業。婚後為求工作時間固定及提高薪資所得，轉業為焊接工。案妻，三十二歲，國小畢，在紡織廠工作，與案二人均有勞保，月入共三萬伍仟至四萬元，家境小康，目前賃屋居住，為小家庭。案妻表示個案身體不錯，除偶爾會有胃痛 (peptic ulcer for 10+ years) 外，無重大疾病，亦無不良嗜好，做事認真負責，也很顧家，個性較悲觀，個案為家中的主要決策者。

79-6-18 個案在工廠焊接攪拌機 (攪拌製香原料) 的鐵蓋，因不慎將燒紅的鐵屑掉入攪拌機內原料上，個案因擔心鐵屑會引發原料著火，故入攪拌機內想將鐵屑取出，正巧工人啟動攪拌機，個案連人帶原料被攪拌機攪拌，導致 T12 Compression fracture 及 Lt radial shaft fracture c distal radio-ulnar dislocation，另頭皮有一頂骨至枕骨約 20 公分的撕裂傷，右前臂、左大腿及右小腿均有多處撕裂傷。

個案住院後主要照顧者是案妻，因長期請假，工作已被辭退，除 79-7-10 案妻返娘家接受人工流產，拿掉受孕月餘的第二胎時，請護佐照顧十天外，個案住院期間均由案妻親自照顧。此外，幾乎每天均有家人至醫院探望個案。

## 病 況 發 展 過 程

日期	6. 18.	6. 25.	6. 26.	6. 27.	6. 29.	7. 2.	7. 4.	7. 10.	7. 30.	8. 3.	8. 8.	8. 9.	8. 17.
事件	意外傷	左手再行緊急開刀	轉入復健O.R.I.F.	轉入復健O.R.I.F.	轉入復健O.R.I.F.	轉入復健O.R.I.F.	轉入復健O.R.I.F.	轉入復健O.R.I.F.	轉入復健O.R.I.F.	轉入復健O.R.I.F.	轉入復健O.R.I.F.	轉入復健O.R.I.F.	轉入復健O.R.I.F.
事件	傷再行緊急開刀	左手再行緊急開刀	左手再行緊急開刀	左手再行緊急開刀	左手再行緊急開刀	左手再行緊急開刀	左手再行緊急開刀	左手再行緊急開刀	左手再行緊急開刀	左手再行緊急開刀	左手再行緊急開刀	左手再行緊急開刀	左手再行緊急開刀
事件	傷再行緊急開刀	左手再行緊急開刀	左手再行緊急開刀	左手再行緊急開刀	左手再行緊急開刀	左手再行緊急開刀	左手再行緊急開刀	左手再行緊急開刀	左手再行緊急開刀	左手再行緊急開刀	左手再行緊急開刀	左手再行緊急開刀	左手再行緊急開刀

## 肆、結果

將收集的資料加以分析，僅從黃先生所表現的哀傷行為歸類為迴避行為及趨向行為，分別說明如下：

## 一、迴避行為 (Avoidance Behavior)

迴避行為指身體上逃避威脅或認知上的曲解。包括被動，隔絕失落的事實和退縮三項。

## (一) 被動

由於覺察失落，黃先生的精力都集中在自我 (ego)，對外界失去了興趣，行動變的緩慢，對醫療活動也不參與，顯得較為被動、依賴。每次做復健治療時，他總是等候治療師的指示做運動，有時治療師遲到，他都是坐在輪椅上默默等候，未嘗試去找治療師，也不會主動做熟悉的復健運動。由於黃先生接受日常生活訓練 (ADL training)，已能自己穿、脫鐵鞋，也能自己由床 (輪椅) 移動到輪椅 (床)，但他仍依賴黃太太代勞，但若醫



療人員或黃太太要求黃先生自己做，他也會被動的執行。

#### ㊦ 隔絕失落的事實

隔絕失落的事實，可由黃先生嗜睡的行為表現出，有時距復健治療的時間僅15分鐘，他也會要求睡5分鐘，自己則表示「一睡解千愁」，又說：「最好睡著了，就不要再醒來」。有一次在膀胱訓練時，黃先生說：「每天醒來就是為了大小便的問題煩惱，活著真沒意思，不如死了算了」。

護理黃先生之初，筆者曾嚐試與黃先生討論對自己身體功能的看法，他以被單蓋住頭說：「不要說了，越說越難過」，又說：「當時讓我死掉就好了」。此外，黃先生也常自言自語的說：「不要想，不要想就好了」。黃先生以睡眠、死亡及拒絕討論和拒絕思考來逃避及隔絕失落的事實。

#### ㊦ 退縮

在護理個案的前半段時間，除了案妻及醫護人員外，筆者未見黃先生與其他病人或家屬交談，甚至有一次阿嫂要拖地，能下床的病人都在走廊上聊天，黃先生則自己推著輪椅往人少的角落，獨自發呆。有一次筆者建議至花園散步，黃先生表示：「他們都好好的走來走去，我這個樣子……我不要去」，除了復健治療外，黃先生大多留在單位，拉下布簾，顯得相當退縮。他把自我封閉，不與外界溝通。

### 二趨向行爲 ( Approach Behavior )

趨向行爲是指面對現實，與尚存的身體功能建立新關係，並積極認識、發展尚存功能及計劃未來的適應行爲，包括背面攻擊、重新認識新的身體功能、擔心身體功能進一步受傷害、合作、主動尋求問題解決的方法、為身體功能的進展設定目標並計劃出院、社會化行爲增加，及為意外尋求合理的解釋。

#### (一) 背面攻擊

在筆者護理個案的前半段期間，黃先生顯得相當順從與逆來順受，直到治療性人際關係建立，筆者成為個案信任而可以宣洩情緒的對象後，黃先生出現了很多背面攻擊的行爲，有一次在實習醫師為其導尿之後，黃先生非常生氣的說：「他們學了六、七年，連導尿都不會，那有人這樣壓的，不死都會給他們搞死」。他又激動的說：「他們是醫師，很偉大，我是患者又能怎樣，但是醫師也要有醫德啊！」。黃先生又抱怨很多過去對醫療的不滿，他說：「他們醫師常常都找不到，我脹尿脹得冒冷汗，他們還不來，那次導尿才導了15



0CC，護士說我尿管是騙人的」，黃先生不斷向筆者指責醫護人員的不是。另外，有一次鄰床家屬在午睡時間大聲說話，使他無法入睡，黃先生見到筆者，又訴說此事，並低聲罵：「又不是在演講，那麼愛說話」。此種背面攻擊的方式是黃先生用以宣洩內在不滿情緒的方式，也代表他對外界的刺激有較多的反應了。

#### □重新認識新的身體功能

黃先生第一次以拐杖學習四點式步行時，因左腳無力無法前移，他臉紅脖子粗的使盡全身力量仍無法移動。回病房後他馬上要求脫掉鐵鞋，並看看自己能不能站立，他以此來試驗下肢的功能。待學會四點式步行後因左腿有外展情形，他看了看說：「這一隻腳會外八字」。當治療師告訴黃先生走路時重心不穩，偏向右邊時，他很合理的解釋：「右腿比較有力，右手也是好的，當然偏右邊，等左腳比較有力了，重心才會穩」。而在左手石膏拿掉後，他馬上轉了轉手臂並與右手比較說：「這手比較瘦」，又以沙袋練臂力，然後又看了看左手說：「裡面怪怪的，力量還是有差」。物理治療時，有一治療項目是讓黃先生上半身平躺，雙腿下垂，然後用力抬起並伸直下肢以訓練下肢力量，他費力的輪流抬高下肢，然後說：「我右腳比較有力，我看得見腳尖」，他以下肢能抬起的高度了解下肢的力量。

#### □擔心身體功能進一步受傷害

黃先生曾因超過六個小時未導尿而導致Bladder over-distention，為避免再發生同樣情況，他在膀胱訓練前半個小時即自解小便，以便有充分的時間請醫師來導尿。有一次實習醫師祇為黃先生導出100CC，他覺得沒有導乾淨，膀胱仍脹，於是以拒絕喝水來避免膀胱功能再度受傷害，此外，他並一再尋問會不會膀胱發炎，他擔心因實習醫師導尿技術不熟練，會引起感染的問題。

黃先生右腿有一縫過六針的撕裂傷，已癒合但他仍要求筆者給予消毒和紗布覆蓋，他說：「這個傷口以前裂開過，可能裡面的肉還沒長好」，他擔心穿著鐵鞋做復健時會再撞到傷口，故要求以紗布包紮。

#### □合作

由於不瞭解膀胱訓練的原理與方法，黃先生的飲水量時多時少（100-500CC/4小時）。在筆者重新給予衛教，並強調定時飲水的重要性後，他都能配合每小時喝100CC的水。黃先生信仰佛教，但他並不十分相信改運，他說去問神的十個有九個是有問題的，當然要

運。但對於家人幫他問神、改運，要他帶符仔、喝符水，他都順從的接受。而筆者在衛教了臂力對其重要性後，要求黃先生每天至少練上臂肌力二次，他也都能配合，常常黃太太拿砂袋給他，他就順從的接手開始練，也不抱怨。黃先生對筆者安排的復健活動完全的配合，也接受所有給予之照顧，顯出一種被動式的合作。

#### (五)主動尋求問題解決的方法

有一回實習醫師為黃先生導完尿後，告訴他膀胱訓練已經快二個月，若沒有進步則考慮開刀。隔天黃先生見到筆者馬上問：「有沒有什麼辦法可以讓我自己小便」，他更進一步的尋求資源說：「你幫我聯絡王醫師，他說過要幫我想辦法的」，黃先生希望能得到肯定，具體且身體功能會改善的保證。有一次他告訴筆者說：「昨天尿管（Foler）不通，我自己壓一壓膀胱，尿才流下來」，這顯出他自己有解決問題（problem solving）的能力。黃先生夜裡常常睡不好，有一天他告訴筆者說：「我昨天叫我太太試著把棉被墊在床舖上，看會不會睡得比較好，結果真的比較好睡，你看看你們的床墊太硬了」，於是在筆者建議之下，黃先生與太太商量後，決定請家人買一床涼被，以便讓他能睡得更好。由於接受手術且黃先生較偏好吃蔬菜，不喜歡吃魚肉，再加上食慾差，黃先生血清蛋白質及白蛋白均較正常值低（Total protein：55g/dl；albumin，31g/dl），在筆者說明了蛋白質對其身體的重要性後，黃先生常會主動要求案妻幫他買便當，有一回筆者聽見他對黃太太說：「你去買便當給我吃，要排骨的，還要一碗湯」。對於家人帶來的魚湯、肉湯，黃先生也儘量吃完。黃先生已不再將注意力集中在自己失落的部份，而逐漸能主動的增進身體結構與功能的復原，他甚至主動要求復健治療師幫他買啞鈴以練臂力。於筆者護理個案期間，黃先生也出現了想尋求更好的醫療照顧的行為，在一次抱怨實習醫師導尿技術不佳後，他說：「我們有一個鄰居也是脊髓受傷，住長庚很快就出院」，他說如果再得不到好的醫療服務就想轉院。

#### (六)為身體功能的進展設定目標並計劃出院

在筆者護理黃先生的後半段時間，他出現相當多設定復健目標及計劃未來的行為，有一回，黃先生說：「看你回去之前（79-8-17），我能不能出院」。由於左手石膏未拆，黃先生一直無法順利練走，他又說：「現在開始用拐杖，下週拆石膏，再過二個禮拜就不用穿這件（指Boston Jacket），噫！我有信心八月底出院」。在拆完石膏後黃先生說：「這週一定要學會走」，而在隔天治療師教會他四點式步行後，他滿頭大汗，卻很興奮的說

：「你看，你看，沒有讓你失望，我說這禮拜要學會走，就學會了」，那一次，他用了30分鐘，走了約20公尺。又隔一天，他用10分鐘走了約15公尺，他很高興的說：「我昨天就在新禧今天能踏出成功的第一步，再練幾次就會越走越輕鬆了」。對於步行，他不斷的為自己訂定新的目標，也為達目標而努力，他改變了原來睡到八點的住院後睡眠習慣，每天七點即起床練走，沒有間斷過。

黃先生一直不滿意膀胱功能進步情形，有一回他自解30CC，他很難過的說：「我看要自己解三、四百CC 是不太可能的，不曉得九月初能不能回去」，由於遇到挫折，他又將出院的目標改為九月初，並採取質疑的態度，但他一直努力的接受膀胱訓練，直至有一次自解了225CC 後又恢復信心，他說：「尿這樣才差不多，應該可以出院了」。就這樣隨著身體功能的再獲得（regain），他不斷的設定復健及出院目標，且隨著病情的進展不斷的修正目標。

#### 出社會化行為增加

在護理黃先生的最後一週，他出現了比較多的社會行為，他開始主動的與治療師打招呼，並與大四的實習治療師談當兵的趣事，也和筆者閒聊居家生活的點滴，且較常微笑，鄰床CVA 的病人要出院，他主動的告訴家屬說：「你們買一個輪椅給他，他那麼老了。再跌倒不好」。另一次在物理治療室，他告訴一位截肢後以義肢練走的老人家說：「你要好好練習，才能快點回家」。此外，黃先生在走廊練走時，也會主動的和過往的病友、家屬打招呼。

#### (八)為意外尋求合理的解釋

剛接觸個案時，黃先生處於憂鬱的情緒狀態，與他談論受傷的情形時，他一直不願談，祇說：「運氣壞，我不想說」；「剛開始還常常想到，太恐怖了」，他還心有餘悸的說：「太恐怖了，太恐怖了，就差那一、二秒鐘」。與受傷相關的事情，如受傷當天的狀況，對受傷後身體功能的看法，他都不願談論。直到護理個案的最後一週，他才提到這次的意外是註定的，他回想在發生事情的前幾天即有預兆，也有很多機會讓他“拖過”受傷的時辰，他說他“脫”不過命運，可以說是命中缺貴人，所以他就認命了。由此可見黃先生在進展其grieving work，他努力的回想發生意外的前因後果，探討何以會發生意外。至於受傷的經過，在筆者護理個案的最後一天，黃先生仍不願談及，他說：「等我出院再告訴你，現在講還是很恐怖」。此意外事件對黃先生的驚嚇太大了，至今尚不能忍受回想當



時情景的衝擊，但黃先生已較筆者開始護理他將能接受受傷的情況，他未再馬上逃避、拒絕談論。

## 伍、討 論

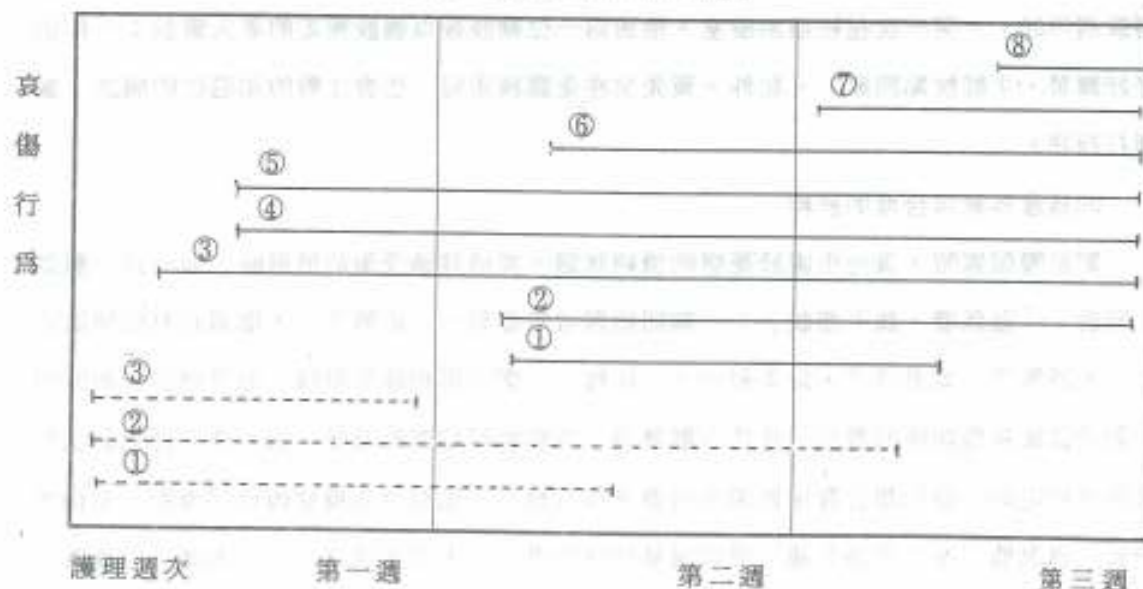
根據本研究之結果，僅由以下三點加以討論，第一：個案目前所處的哀傷階段為何？第二：影響個案哀傷過程進展的因素為何？第三：誰能幫助哀傷過程順利的進展。

一、個案目前所處的哀傷階段為何？

當一個人感受到壓力與威脅時，會採取因應（Cope）行動，以減少因失落而引起的傷害。Lowenberg（1970）將因應行為分為兩大類，一為趨向行為（approach behavior），指面對現實的適應行為；另一類為迴避行為（avoidance behavior），指辯護、否認、防禦性再評估等行為。隨著哀傷過程的進展，若迴避行為漸漸減少，而趨向行為能增加，通常會是較令人滿意的過程。

由結果分析，將筆者護理期間，以“週”為單位劃分，並將黃先生哀傷行為出現之時期劃線表示，如圖1：

圖1：哀傷行為出現之時期



一、迴避行為（以虛線代表） 二、趨向行為（以實線代表）

1. 被動

1. 背面攻擊

2. 隔絕失落的事實

2. 重新認識新的身體功能



3. 退縮
3. 擔心身體功能進一步受傷害
4. 合作
5. 主動尋求問題解決的方法
6. 為身體功能的進展設定目標，並計劃出院
7. 社會化的行為增加
8. 為意外尋求合理的解釋

※本圖僅以該項哀傷行為之有無發生為起訖點，並不能表示哀傷行為的程度，也無法表示該項哀傷行為是否繼續發生。

由圖(口)可見在筆者護理黃先生的第一週，所有迴避行為均出現。在趨向行為方面，出現了「擔心身體功能進一步受傷害」、「合作」、「主動尋求問題解決的方法」。在第二週，除了「退縮」行為未再發生外，所有的迴避行為均出現，且出現了「重新認識新的身體功能」及「為身體功能的進展設定目標並計劃出院」的趨向行為。在第三週，迴避行為方面尚有「隔絕失落的事實」，而趨向行為均出現了。

在護理個案之初，感覺上黃先生仍處於憂鬱、退縮、拒絕思考的狀態，對外界刺激較無反應，也比較被動。直至與筆者治療性人際關係建立後，在一次導尿過程不順利後，他開始訴說對實習醫師的不滿，也將過去治療的種種不滿一一說出，他不滿的情緒好像是對治療過程，又好像對自己生氣。而在宣洩了情緒之後，他開始重新認識新的身體功能，並為身體功能的進展設定目標並計劃出院。此外，黃先生社會化的行為增加了，隨著病情的進展，他也開始主動尋求問題的解決，擔心身體功能進一步受傷害，他是再也輸不起其他的身體功能，而對護理措施他都非常合作。在筆者結束護理黃先生時，他仍無法面對受傷當時的情境。Engel 指出「成功的痊癒，最明顯的證據是能夠舒坦且實際的回憶所失去的關係，包括令人愉快的和令人失望的」，故筆者認為黃先生尚未真正接受其失落。

根據Engal 的說法，當一個人覺察失落時，常見的行為有哭泣、罪惡感、覺得空虛，對其他人表示生氣、被動和難以做決定等。而進入回復期時，則會設法澄清失落的事實，並面對事實使用正向的適應方式。由上述說明可見黃先生在筆者護理期間的哀傷行為多處於覺察失落與回復期的行為，且隨著時間的演進，迴避行為減少取而代之的是趨向行為，

可見黃先生目前應是處於覺察失落後，進入回復期（Restitution）的哀傷階段。

## 二、影響個案哀傷過程進展的因素為何？

由文獻可知，在哀傷過程中，哀傷者會經歷不同的哀傷階段及有不同的哀傷行為，但這些階段會互相重疊，彼此沒有絕對劃分，表現的哀傷行為也會因人而異。而且這些行為在整個哀傷過程中，不是順著一定的形式進行，它們常常隨著哀傷者內在、外在的因素而反復出現。由本研究結果，可看出黃先生的哀傷過程已進入回復期（Restitution），但是否能很快，很順利的進入復原期（Resolution），能完全的接受失落並建立新的生活方式，其過程間的變數如何，是本研究結果無法預期的。

在護理黃先生的期間，發現影響其哀傷過程的主要因素有四，分述如下：

### （一）失落是突發且完全出乎意料的。

黃先生是在工作當中受到意外傷害，他完全沒有想到會有意外發生，此意外傷害對他的衝擊（Impact）很大。

### （二）失去的身體功能，其意義和價值對黃先生來說是僅次於生命的。

每一件失落事件的背後，均有很多附帶的損失，文獻指出男人若失去與工作和賺錢角色有關的身體部份時，反應通常較強。脊髓的損傷對黃先生而言，不僅是失去下肢功能、膀胱功能及排便功能，同時他也失去了性功能及才懷胎一個多月的第二個孩子。此外，他也失去了工作、金錢，甚至可能失去朋友、地位等。這對一個僅三十二歲，生命力最旺盛，需要承擔家計及妻、子幸福的人而言，的確是難以接受的事實。

### （三）個人的人格特質及因應能力

黃先生是屬較內向、壓抑的人格特質，他自認生性悲觀，有一點事就會一直放在心上，直到解決為止。黃太太認為黃先生是認真、負責任的人，也無不良嗜好。黃先生認為自己未曾遭到重大挫折，當心情不好時，大多一個人靜一靜，讓時間解決一切，由此可見黃先生的因應能力與此意外事件的衝擊差距太大，也影響其哀傷過程的進展。

### （四）病程的進展

雖然身體功能的喪失令黃先生痛不欲生，但隨著病程的進展，他也慢慢的發現某些身體功能逐漸的恢復，雖說無法回到原來的狀況，但身體功能的再獲得（regain），也是促使黃先生趨向行為增加的重要因素。隨著能以拐杖行走和小便自解量的增加，黃先生不斷的訂定復健目標，也不斷的與自己身體功能建立新的關係，哀傷過程也逐漸進展到回復期

### 三誰能幫助哀傷過程順利的進展？

#### (一)家人尤其是案妻

環境的支持對處於壓力中的人是十分重要的，因為人是屬於社會的。而環境中互相依賴的關係更可使個人建立評估對抗不安全的感受且加強個人的完整性。黃先生最主要的支持者是黃太太，除了返娘家接受人工流產的十天外，黃太太幾乎是寸步不離的守著個案。什麼時間該大小便訓練，什麼時間接受復健治療，都是由黃太太來掌握，除了復健治療的配合外，黃太太也是黃先生最主要的心理支持者，當黃先生處於被動、退縮的狀況時，她默默的陪伴黃先生，盡量維持黃先生的身體清潔和舒適外，也應用相當多觸摸（touch）技巧。當黃先生開始為身體功能的進展設定目標及計劃出院時，黃太太也適時的提供資源和客觀的建議，她不但能將進步的情形，反映給黃先生，也能考慮出院後自己先去工作以維持家計，並準備黃先生出院後先借住娘家一樓，以免黃先生爬樓梯之苦。其實在黃先生住院的過程中，她是參與最多也最能客觀接受黃先生病況進展的人。除黃太太外，雙方家人幾乎每天有人來探望，也是很重要的支持。

#### (二)護理人員的協助

筆者剛接觸黃先生時，他的情緒相當沮喪，迴避行為也相當多。於是筆者在建立良好的人際關係後，先將觀察到黃先生情緒沮喪的行為反映給他，並試著與他重新再面對受傷的情境及失落的身體功能，以引導黃先生重新覺察失落及澄清和界定失落的部份。Freud 指出當面對失落的現實時，哀傷者會將其精神力量（Libido）從失落的對象收回，這種收回的工作相當痛苦且是一點一點的在進行。在這個過程中護理人員盡可能的同感個案，接受他的不幸遭遇。在引發黃先生對膀胱訓練的動機與注意力之後，主動的提供相關資源。當黃先生以拐杖練走，開始能為身體功能的進展訂定目標時，護理人員不斷的稱讚、鼓勵其對復健治療的配合。除了澄清黃先生對復健治療的期望，協助訂定符合現實的復健目標外，還與個案討論復健治療小組成員的功能，使其體會自己才是復健治療過程中最重要的人，以協助其定位自己。在整個護理過程中，護士與個案是一種互補的關係，護士由主動滿足病人需要，逐漸的隨著病情的進展，將決策權交還給個案。

#### (三)個案自己

由黃先生對醫療的抱怨中，可看出黃先生對醫師的期望，他認為在治療與復健的過程中，醫師佔有決定性的角色，而忽略了自我的重要性。在家人的支持及醫護人員的協助下



，黃先生不斷的省思及自我澄清。他開始有合作的行為，並走出自己，主動的尋求問題的解決。他與自己的身體功能建立新關係，而使自己成為復健治療中的主角。

## 陸、結論與感想

本個案研究是探討一位因職業傷害導致第十二胸椎骨折，而造成下肢功能，大小便功能和性功能損傷患者的哀傷過程，並討論影響其哀傷過程的因素及幫助此患者哀傷過程順利發展的主要協助者。在護理個案期間，筆者完全的參與和投入醫療和復健活動，也陪伴個案進展其哀傷過程。此護理過程中，筆者除了學習將哀傷理論更靈活的運用外，也更加肯定護理獨特性功能（Independent function）的價值。此外，個案在遭此遽變後，仍能勇敢的面對受傷的事實，發揮潛能及無比的毅力，重新開始新的生活，也令筆者十分佩服。

由於護理個案的時間有限，無法看到完整的哀傷過程，也由於個案處於覺察失落及進入回復期的階段，關注的焦點在下肢及大小便功能，對於失去性功能及黃太太接受人工流產的問題，均未能深入探討，此為本個案研究的限制。

## 柒、誌謝

本個案研究報告是筆者參加「七十八學年度大專院校護理教師暑假在職進修研討會」時所完成的。感謝台大醫院戴玉慈督導在百忙之中撥冗指導，她務實與親切的態度令人印象深刻，謹此致最深摯的謝忱。

### [參考資料]

- 1.于博丙等譯（民國77）適應護理（第四版）台北：文軒。PP.：358～370。
- 2.王 璋等譯（民國77）人類發展學（第二版）台北：華杏。PP.：584～602。
- 3.陳姿瑤譯（民國73）人類行為概念與護理（第二版）台北：合記。PP.：121～141。
- 4.黃和美（民國74）癌症末期病人對死亡心理反應之探討、護理雜誌，32(4)，PP57～69。
- 5.游素碧（民國74）面對「癌症與死亡」—護理一位腦瘤病人的經驗，護理雜誌，32(4)，



P.P41 ~46。

6. 蔡紋蒼 (民國78) 一位四肢癱瘓病人的壓力源與因應行為的探討, 護理雜誌, 36(2), P. P.75 ~84。
7. 駱麗華 (民國70) 悲逝—痛失愛子父母的哀傷過程, 國立台灣大學醫學院護理學系成立二十五週年專刊, P.P.71 ~78。
8. 戴玉慈 (民國70) 衝擊與克服—一位巨腸症少女住院期間的護理經驗, 國立台灣大學醫學院護理學系成立二十五週年專刊, P.P.10 ~16。
9. Kathleen Lewis, R.N.BSN (1983) Grief in Chronic Illness and Disability Journal of rehabilitation P.P 8 ~11。