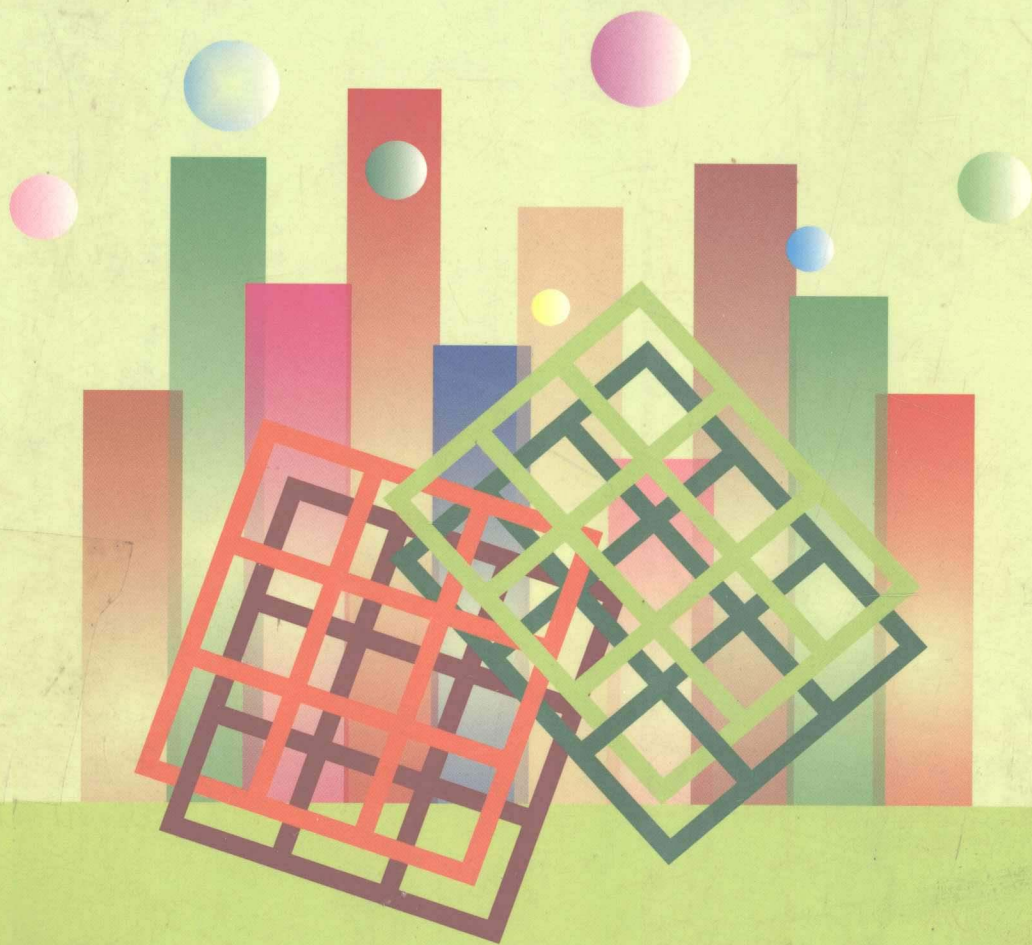


華杏機構叢書

護理理論與應用

北醫大護理學院教授暨院長 盧美秀
北醫大護研所副教授暨護理系系主任 鄭 綺 合著
北醫大護研所教授暨所長 林佳靜



偉華書局有限公司



護理理論與應用

華杏出版機構 華杏·匯華·偉華·華成

護理·醫管·營養·基礎學科·基礎醫學·家庭醫學·幼保·妝管·餐旅·辭典·考試叢書



護理理論與應用 = Nursing theory and application / 盧美秀, 鄭綺, 林佳靜合著. -- 初版. -- 臺北市: 偉華, 1998 [民 87]
面: 公分
ISBN 957-98541-8-1 (平裝)

1. 護理

419.7

87008286

護理理論與應用 Nursing Theory and Application

作者: 盧美秀 (Lu, Meei-Shiou) · 鄭 綺 · 林佳靜

發行所: 偉華書局有限公司 Wey Far Books Co., Ltd.

華杏機構創辦人: 蕭豐富

發行人兼董事長: 郭麗群

營業部經理: 柯信毅

總經理: 熊 芸

財務部經理: 蔡麗萍

總編輯: 周慧珊

企劃編輯: 陳源昌 · 董淑貞 · 蕭聿雯

文字編輯: 陳筱珩 · 吳瑞容 品管主編 · 邱明仙 文字主編

美術編輯: 莊昭純 BK · 李美樺 主編

電腦排版: 陳芊爵 · 林靜宜 主編

封面設計: 陳貞儒

印 務: 李佳玲 · 何榮旺 主任

總管理處: 台北市 100 新生南路一段 50-2 號七樓

ADDRESS: 7F., 50-2, Sec.1, Hsin-Sheng S. Rd., Taipei 100, Taiwan

電 郵 E-mail: fars@ms6.hinet.net

華杏網頁 URL: www.farseeing.com.tw

電話總機 TEL: (02)2392 1167 (訂購 722 申訴 781 推廣 775)

電 傳 FAX: 2322 5455

郵 政 劃 撥: 戶名: 偉華書局有限公司

帳號: 1210 3793 號

出版印刷: 2003 年 11 月一版二刷

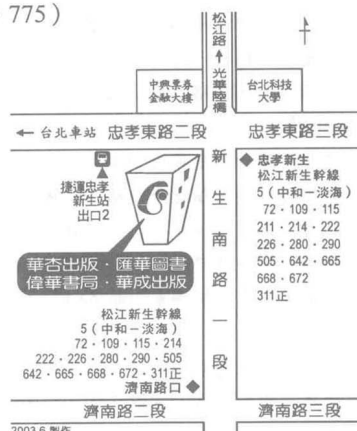
紙張製版印刷裝訂: 華紙米道林、新立、東縉、王漢

著作財產權人: 偉華書局有限公司

法律顧問: 蕭雄淋律師、陳淑貞律師

台幣定價: 300 元

港幣定價: 120 元



序



「護理理論與應用」在歐美各國早被護理界所重視，為分享國外護理學家的創見，本校由護理學研究所所長鄭綺博士發起，特彙整教師和研究生的學習心得，以專書出版，一方面與護理界朋友共享整理成果，另方面也希望藉此激發大家對護理理論的重視，進而發展符合本土化適用於本國的護理理論。

本書特將十個比較成熟，已被驗證的護理模式為主題，每一主題均包含下列內容：

(一)理論家與理論發展的背景

(二)理論介紹：

1. 根源

2. 基本概念

3. 主要假設

4. 理論架構

5. 護理相關的主要概念：包括人、健康、環境、護理

(三)理論評價：

1. 理論分析

2. 理論於護理之運用情形

本書除了忠於原創作者的創作精神外，亦將在國內之臨床應用情形列舉實例，不僅可帶領讀者閱讀、思考，甚至還可產生不同的創作意念，希望本書的出版能帶動國內護理界對建立護理專業知識體系的重視。

華杏出版機構創辦人蕭豐富先生曾提出「舒適」理念，鼓吹護理人員朝向「舒適專家」努力邁進，這確實是一極具創意的想法，也許國內護理界同仁，也可以比照國外護理專家發展護理模式或理論的做法，以此理念或其他護理理念為基礎，建構成一具深度和廣度的護理模式。

本書係集本校護理學研究所師生之力編著而成，因屬初次嘗試，所以內容疏漏之處在所難免，懇請 護理界先進多多指正。

盧美秀 謹識

作者簡介



- 盧美秀 • 美國杜貝克大學護理行政碩士
• 現任台北醫學大學護理學院教授暨院長
- 鄭 綺 • 美國羅斯大學護理博士
• 現任台北醫學大學護理研究所副教授暨
護理系系主任
- 林佳靜 • 美國麥迪遜威斯康辛大學護理博士
• 現任台北醫學大學護理研究所教授暨所長
- 黃芬蘭 • 台北醫學大學護理學研究所碩士
• 現任台北馬偕醫院護理師
- 孫秀卿 • 台北醫學大學護理學研究所碩士
• 現任台北榮民總醫院護理師
- 陳淑如 • 台北醫學大學護理學研究所碩士
• 現任台北醫學大學護理系講師
- 廖美南 • 台北醫學大學護理學研究所碩士
• 現任林口長庚醫院護理部主任

陳小蓮 • 台北醫學大學護理學研究所碩士
• 現任台北國泰醫院護理部副主任

王憲華 • 台北醫學大學護理學研究所碩士
• 現任台北國泰醫院護理部主任

林月桂 • 台北醫學大學護理學研究所碩士
• 現任台北仁愛醫院護理部主任

楊小娟 • 台北醫學大學護理學研究所碩士
• 現任中央健康保險局科員

謝麗鳳 • 台北醫學大學護理學研究所碩士
• 現任台北榮民總醫院護理師

莊嬌榮 • 台北醫學大學護理學研究所碩士
• 現任崇佑技術學院老師

許寶鶯 • 台北醫學大學護理學研究所碩士
• 現任台北市立療養院護理長

孫嘉玲 • 台北醫學大學護理學研究所碩士
• 現任台大醫院護理師

王秀珍 • 台北醫學大學護理學研究所碩士
• 現任台北馬偕醫院護理長

蔡淑妙 · 台北醫學大學護理學研究所碩士
· 現任台北馬偕醫院護理長

曾櫻枝 · 台北醫學大學護理學研究所碩士
· 現任台北醫學大學護理系講師

陳美蘭 · 台北醫學大學護理學研究所碩士
· 現任台南新樓醫院護理部督導

黃湘萍 · 台北醫學大學護理學研究所碩士
· 現任台北醫學大學附設醫院護理長

瞿馥苓 · 台北醫學大學護理學研究所碩士
· 現任台北護理學院附設醫院護理師

陳麗娟 · 台北醫學大學護理學研究所碩士
· 現任林口長庚醫院護理部督導

周碧琴 · 台北醫學大學護理學研究所碩士
· 現任基隆長庚醫院護理部副主任

徐美玲 · 台北醫學大學醫研所護理行政組碩士
· 現任台北醫學大學護理系講師

袁旅芳 · 台北醫學大學醫研所護理行政組碩士
· 現任台北和平醫院護理師

目 錄



第 1 章	不確定感理論(Merle H. Mishel: Uncertainty)	1
	 林佳靜、黃芬蘭、孫秀卿...	
第 2 章	目標達成理論(Imogene King: Theory of Goal Attainment)	
	 鄭 綺、陳淑如、廖美南...	35
第 3 章	整體人類一理論及應用(Martha E. Rogers: Unitary	
	Human Being)	69
	 林佳靜、王憲華、林月桂、陳小蓮...	
第 4 章	歐氏自我照顧缺失理論(Orem's Self-Care Deficit Theory)	
	 盧美秀、謝麗鳳、莊嬌榮、楊小娟...	103
第 5 章	華森的人類科學與人類照護理論(Jean Watson's Human	
	Science and Human Care)	141
	 林佳靜、許寶鶯、孫嘉玲...	
第 6 章	精神動力護理：人際關係理論(Hildegard E. Peplau:	
	Psychodynamic Nursing)	177
	 鄭 綺、王秀珍、蔡淑妙...	
第 7 章	羅氏適應模式理論(Roy's Adaptation Model)	
	 盧美秀、陳美蘭、曾櫻枝...	229
第 8 章	人類適轉理論(Rosemarie Rizzo Parse: Human Becoming	
	Theory)	265
	 鄭 綺、黃湘萍、瞿馥苓...	
第 9 章	紐曼系統模式(Betty M. Neuman: The Neuman System Model)	
	 鄭 綺、周碧琴、陳麗娟...	291
第10章	行為系統理論(Dorothy E. Johnson: Behavioral System Model)	
	 林佳靜、徐美玲、袁旅芳...	319

1

不確定感理論

Uncertainty Theory

指導老師：林佳靜

作者：黃芬蘭

孫秀卿

理論家背景



不確定感理論(uncertainty theory)是由摩爾海蓮米雪兒(Merle Helaine Mishel)所發展之理論。Mishel 出生於 1939 年 11 月 11 日，其求學經歷於 1961 年畢業於波士頓大學之後，在波士頓心理健康中心(mental health center)擔任護理長二年；轉而攻讀精神科碩士學位，1965 年於加利福尼亞大學的心理醫療中心作研究助理，並在 1966 年獲得精神科護理之碩士學位。1966~1976 年十年的時間，服務於加利福尼亞州立大學護理學系，擔任講師及副教授且於此時間中（1976 年）完成心理學碩士；並於 1980 年獲得博士學位（主修社會心理學）。自 1993 年起至現在仍在北卡羅來納州大學(University of North Carolina)擔任教授。

Mishel 之臨床經驗方面，1961~1963 年在波士頓的麻薩諸塞州(Massachusetts)心理健康中心擔任護理長之職，後來於 1963 年轉任精神科中心，並於 1973 年學習行為治療；1975~1977 年在洛杉磯(Los Angeles)自殺防治中心從事個人及家族治療，1983 年起在亞利桑納州大學(University of Arizona)從事心臟移植病患諮商團體的護理治療員。Mishel 在其碩、博士求學過程及工作經驗奠定了發展此不確定感理論之基礎。

理論之介紹



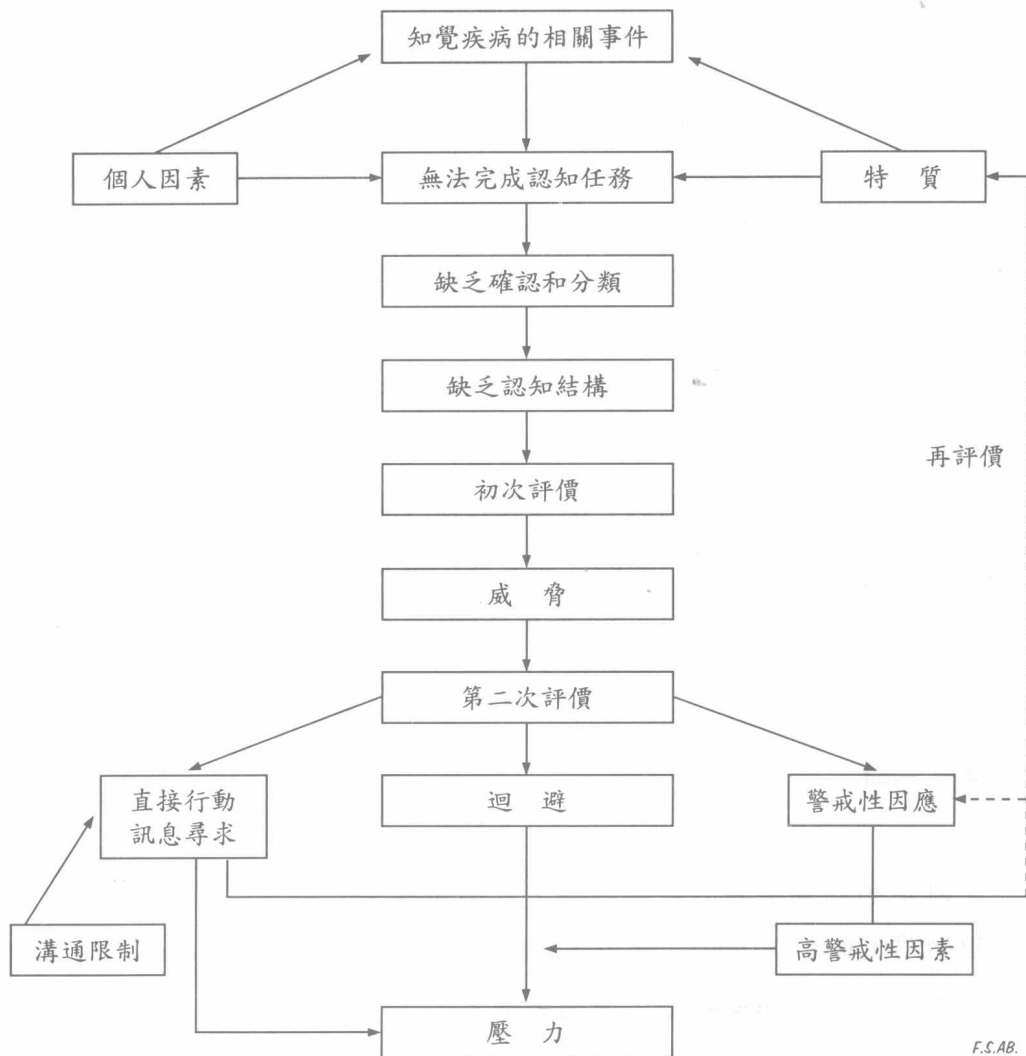
Mishel 於 1981 年發表「疾病不確定感的測量」(The measurement of uncertainty in illness)，本文提到 Mishel 疾病不確定感量表(Mishel uncertainty in illness scale; MUIS)主要是依據「疾病不確定感知覺模式」(model of perceived

uncertainty in illness) (見圖 1-1)，而其發展主要是由 45 位住院病患經由非正式會談，探討與他們有關的生病住院的經驗而來的，會談內容著重於 Moss (1977) 所提之疾病有關的四件事情，將之記錄整理成 62 項反應不確定感的敘述，綜合整理成 54 項，將此 54 項轉述成五分計法的問卷，發給 259 位住院病患；經因素分析後呈現二個因素，即不明確性及不可預測性，題目由 54 題減少成 30 題。此資料經 1983 年再次因素分析，呈現四個因素分別為不明確性、複雜性、缺乏資訊及不可預測性，但在 1986 年從 616 位病人再作因素分析，發現缺乏資訊及不可預測性不穩定，故予去除，因此包括 28 項含二個因素（不明確性、複雜性）的疾病不確定感量表最穩定；其量表主要是探討病患在疾病、治療和住院中針對症狀、診斷和照顧者之間的關係及未來的計畫等方面的不確定感的評估工具；依此發展才漸漸形成不確定感理論；Mishel 於 1988 年正式提出「疾病不確定感」(uncertainty in illness) 並闡述其理論之詳盡內容。

◎ 根源

不確定感理論根源於多個理論，其中包括：

- 一、拉撒路(Lazarus)(1960)：認知評價模式(cognitive appraisal model)影響不確定感理論的認知及評價之理論架構。
- 二、拉撒路(Lazarus)、伯霖(Berlyne)(1960)、思吉浦(Skipper)(1965)、大衛(Davis)(1960)、肯特(Quint)(1967)：壓力及調適理論(stress and coping theory)主要影響其概念架構。
- 三、摩斯(Moos)(1977)：摩斯所提疾病治療情境(illness-treatment situation)，與疾病本身帶來的不適無力感及其他症狀、因疾病所需特別治療的療程和其所造成的副作用及不熟悉的常規、特殊治療的環境等四種事件有關。根據這些概念為基礎，Mishel 針對所會談的資料將其分析整理



摘自 Mishel (1981). The measurement of uncertainty in illness. *Nursing Research*, 30(5), 258-263.

圖 1-1 疾病不確定感知覺模式

，以逐漸建立其概念架構。

四、紐頓(Norton)(1975)：紐頓(Norton)最早於1975年提出不確定感(uncertainty)的概念為：含糊的、缺乏清晰性、不明確的、無法預測的、不一致的、可能的、多重意義、缺乏資訊等概念。這些影響Mishel對不確定感的認知及之後因素分析時的分類以建構其概念架構。

五、魏勒(Wyler)(1974)：魏勒(Wyler)提出的認知模式(pattern recognition)，影響Mishel對認知的看法。

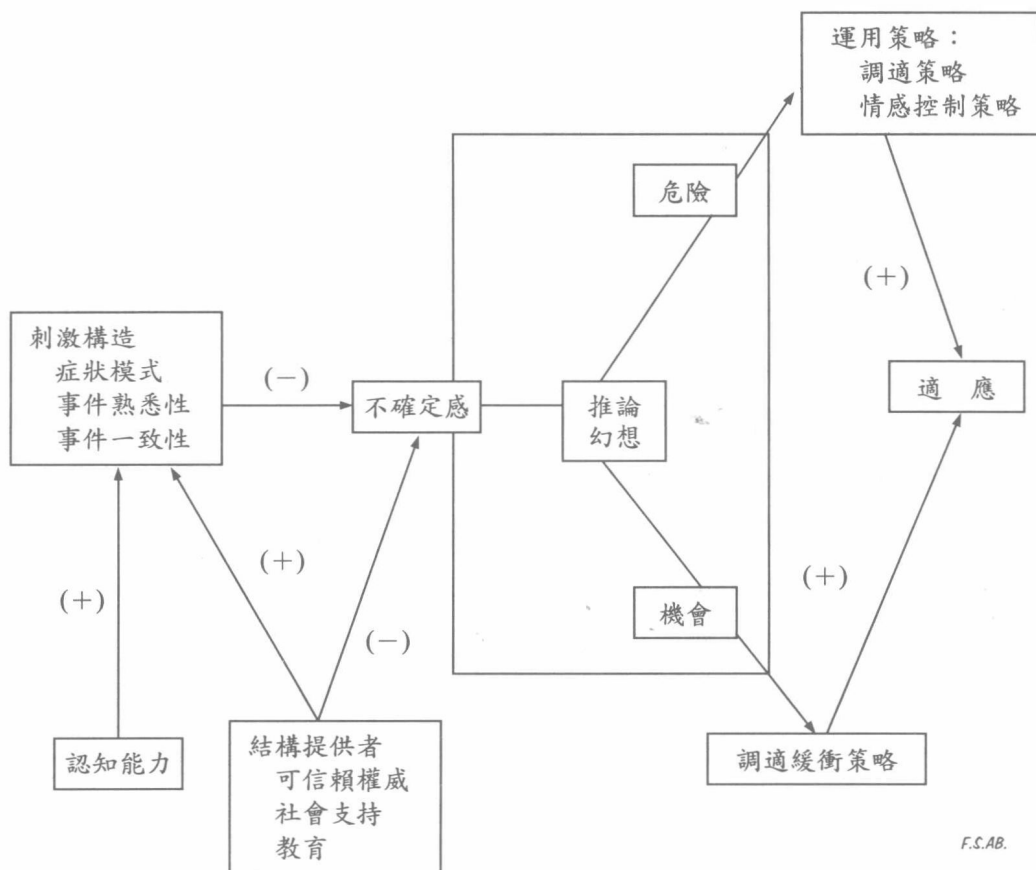
六、瓦克(Walker)，亞洛特(Aront)(1989)：二位學者所提之「理論起源的過程」(the process of theory derivation)，影響Mishel再省思其理論形成之過程，使其不確定感理論於1990年再重新修訂。

七、山姆森(Sampson)(1985~1988)：影響Mishel從社會心理學來看人為什麼一直在尋找穩定平衡與控制及可預測性。

八、波爾(Pool)(1989)：混亂理論(chaos theory)；波爾(Pool)所提之混亂理論(chaos theory)，影響Mishel將不確定感視為一種變動(fluctuation)並藉由變動的過程，因自我成長催化(auto-catalytic processes)達到重新的平衡而達適應。

◎ 基本概念

不確定感理論的結構是環繞著三個主題：不確定感的前因(the antecedents of uncertainty)、不確定感的評價過程(the process of uncertainty appraisal)、及不確定感的調適策略(coping with uncertainty)，請參見圖1-2。以下就針對此三個主題說明。



F.S.AB.

摘自 Mishel (1988). Uncertainty in illness. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 20(4), 225-232.

圖 1-2 疾病不確定感之 1988 年修正版

不確定感的前因

不確定感的前因包括刺激構造(stimuli frame)、認知能力(cognitive capacities)及結構提供者(structure providers)。

不確定感的第一前因：刺激構造

由症狀模式(symptom pattern)、事件的熟悉性(event familiarity)、及事件的一致性(event congruency)組成，經由病人將其建構成一個認知基模。

一、症狀模式(symptom pattern)：

是指症狀出現的程度有充分的一致性、可預測、顯著及可辨別時，如同有一個模式或形狀，症狀的意義才能被決定，不確定感的發生率會降低。症狀的評值包括疾病出現的數量、強度、頻率、間期和部位。這些感覺訊息的產生源自患者的疾病經驗、文化、社會網及健康照顧者。除此，評值過程會受許多因素影響，如刺激的特性、正確的評價及病患的情緒或注意力等影響，當這些症狀的認知不一致時，不確定感即產生；也就是說當病患對發生的症狀，產生一個症狀模式時，不確定感的發生就會減少。

二、刺激構造的第二個組成因子是事件熟悉性(event familiarity)：

是指患者對健康照顧環境內之情境、結構、和發生事件的熟悉程度。症狀模式和事件熟悉性不同的是，前者指的是身體對知覺結構的一致性，而後者指的則是針對健康照顧環境的一致性。然而，事件熟悉性是需要靠時間及在一個單位的經驗累積，藉由認知地圖(cognitive map)，建築在經驗上而形成熟悉性。在健康照顧環境中，新奇和複雜的事物會阻礙事件的熟悉性，並導致不確定感的產生，亦即對事件的熟悉性可預防不確定感的產生。

三、刺激構造的第三個組成因子是事件的一致性(event congruency)：

是指患者對疾病相關事件的期待和疾病經驗間的一致性，當治療的效果與預期的未符合時，會產生不確定感。亦即當患者的期待和所經歷的實際經驗不一致時，會對疾病相關事件的預測性和穩定性產生質疑，而導致不確定感的產生。例如有研究指出有冠狀動脈疾病的病

患當他們遇到心肌梗塞時的不確定感較第一次發現冠狀疾病的不確定感更增加。

不確定感的第二前因：認知能力(cognitive capacities)

是指個人處理訊息的能力，任何身體功能不良，皆會影響這些能力，並使認知功能受損。處理訊息的能力最易受瓦解的是注意力的來源，注意力被分散，使認知能力受損；而注意力通常會受疼痛、藥物等影響。當病患知覺到健康的相關環境是一個危險的情境時，認知的效率就會減少。而認知能力的增加可促使刺激結構之產生，以間接減少不確定感之產生。

不確定感的第三前因：結構提供者(structure provider)

包括患者的教育程度、社會支持，和可信賴的權威人士，這些可協助個人解釋訊息的來源。教育程度可增加病患對相關事件的基礎；教育程度低的，會感覺相關治療性的複雜性高，難以理解照顧的系統，且需較多時間解釋事件的意義，其所經歷不確定感的時間及程度高於教育程度高者。其次，在社會支持方面，可經由和他人支持性的互動和討論，使個人瞭解其處境，並幫助其形成認知基模，提供穩定的環境，可預防多種生活危機所致的不確定感。因此，社會支持可減少對疾病狀態的不明確，對治療複雜的感受，及無法預測未來所造成的不確定感，是故缺乏社會支持者會有較高的不確定感。而可信賴的權威由健康照顧提供者所組成。藉著提供病人症狀的導因及結果等訊息，而加強患者的刺激結構。另外，提供和解釋疾病相關訊息，促進疾病相關事件的一致性及熟悉性，且當病人高度信賴健康照顧權威時，其不確定感將會減輕；亦即病人對健康照顧者有信心時，其疾病狀況的不明確感較少且亦較少知覺到治療的複雜性。