

護理研究 Nursing Research

收稿日期：2022-02-21

接受日期：2022-05-18

doi：10.6729/MJN.202210_21(1).002

護理人員對譫妄病人的照護知識與行為處置之
相關因素研究王娜涓¹ 陳淑銘^{2*} 顧雅利² 陳映儒³

【摘要】目的：探討護理人員照護譫妄病人的知識及行為處置之相關因素。方法：採用橫斷面相關性研究，以方便取樣選取高雄某區域醫院共 145 位註冊護理人員進行問卷調查，內容包括：基本屬性、譫妄知識、譫妄行為處置。結果：護理人員在譫妄危險因子知識（ 12.78 ± 2.80 ）及譫妄評估行為（ 19.09 ± 3.29 ）得分最低；譫妄知識越好，譫妄行為處置得分越高，達顯著正相關；其中譫妄危險因子知識及年資 2-5 年、年資 6-10 年為譫妄行為處置之重要相關因子。結論：譫妄危險因子知識與年資是護理人員譫妄行為處置之重要相關因子，而年資為臨床資歷的累積，故建議將譫妄危險因子知識納入未來學校教育學生或臨床人員訓練的課程規劃參考依據，藉此增進護理人員譫妄行為處置能力進而提升照護品質。

【關鍵詞】 譫妄病人 譫妄知識 譫妄行為處置

Factors related to nurses' knowledge and behavioral management in
care of delirium patientsNa-Chuan Wang¹ Shu-Ming Chen^{2*} Ya-Lie Ku² Ying-Ju Chen³

[Abstract] Purpose: This study was to explore the related factors of nurses' knowledge and behavioral management in care of delirium patients. Method: The cross-sectional descriptive correlational study was used, 145 registered nurses were recruited from a regional hospital in Kaohsiung city. The questionnaire of personal information, delirium knowledge and delirium behavioral management was used to collect data. Results: The scores of delirium risk factors and assessment behavior were the lowest. There was a significant positive correlation between knowledge and behavioral management for delirium. The delirium risk factors of knowledge and year of working experience were the most important correlation factors of delirium behavioral management. Conclusion: The knowledge of risk factors and working experience were the most important factors in delirium behavioral management of nursing staff. The two factors should be included in school training or on-the-job training.

[Key Words] delirium patient delirium knowledge delirium behavioral management

* 通訊作者 Corresponding author：ft036@fy.edu.tw

¹ 國軍高雄總醫院護理部 Department of Nursing, Kaohsiung Armed Forces General Hospital, Taiwan

² 輔英科技大學護理系 Department of Nursing, Fooyin University, Taiwan

³ 輔英科技大學護理系學生 Nursing Student, Department of Nursing, Fooyin University, Taiwan

1 前言

譫妄 (Delirium) 又稱為急性混亂 (Acute confusion)，具有複雜的神經精神症狀，特徵包含急性和波動性發作、注意力不集中、意識狀態改變、思維紊亂且無組織、認知障礙、無定向感、幻覺或妄想、不尋常的行為及睡眠-覺醒週期紊亂等 (王智瑩、陳人豪, 2017; 張慧文、胡芳文、岳芳如、張瑩如, 2019)。

住院病人譫妄發生率為 6%~56%，可發生於任何年齡層，常見於 65 歲以上群體。隨著族群與住院單位屬性不同，發生率可高達 85%，且在兒童、術後甚至安寧病房的病人都有譫妄發生的記載 (Bettencourt & Mullen, 2017; Von Rueden, 2017)。伴隨不同程度的精神活動障礙，譫妄可分為三種類型：一、高活動性譫妄 (hyperactive delirium)：行為呈現有拉扯身上管路，不配合照護；二、低活動性譫妄 (hypoactive delirium)：行為呈現有安靜、注意力不集中、身體活動減少；三、混合性譫妄 (mixed delirium)：為最常見，其行為呈現有交替表現煩躁不安、注意力不集中等 (楊星瑜, 2020; Marcantonio, 2017)。譫妄發生常見的風險因素有年齡 \geq 65 歲、有合併症、認知障礙、視覺或聽覺障礙、身體活動功能障礙、抑鬱症、酒精濫用與譫妄史、短暫性腦缺血發作史或高血壓等；促發因子有代謝性酸中毒、電解質異常、缺氧、藥物 (如 Benzodiazepine 類鎮靜劑)、疼痛未被控制、感染、多重器官衰竭或外傷、近期手術或全身麻醉、髖骨骨折術後 (陳怡蓉、陳怡燐、陳琬儒、林永昌、簡淑慧, 2021)、環境改變、睡眠剝奪 (Grimm, 2020)、長期約束與活動受限等 (楊星瑜, 2020; Chen & Ku, 2017)。

若醫護人員未察覺病人發生譫妄且症狀未適當處置，將可能導致病人跌倒、傷害自己或他人、脫水、營養不良、過度鎮靜、皮膚壓力性損傷、住院時間延長、身體功能下降、機械通氣時間延長、非計劃拔管後再插管、疾病惡化、甚至死亡。不僅加重病人的疾病嚴重度、延長照護需求、增加醫療費用及死亡率，也會增加醫護人員工作負荷 (劉怡妙、張凱琳、黃惠美、蔡寶純、陳雅惠, 2020; Von Rueden, 2017)。

病人的譫妄是可以預防、控制及治療，但臨床上有 66~84% 的病人出現譫妄症狀卻未被醫護人員發現，這可能與譫妄特性及醫護人員對譫妄認知不足有關 (呂新穎、黃馨卉、張瑀玲, 2019; 張慧文等,

2019; 劉怡妙等, 2020)。身為第一線的護理人員如何進行譫妄的評估、相關處置及臨床照護，對譫妄病人的健康恢復是重要的影響因素。

目前，有關譫妄的研究大都來自重症單位，研究結果顯示影響護理人員譫妄照護知識的因素有性別、年齡、年資、學歷、專業能力進階層級、專業領域、工作單位屬性、評估工具及譫妄評估與措施的訓練與否等 (許菁蘭, 2011; 蔡佩君, 2012; Rowley-Conwy, 2017; Sampaio & Sequeira, 2015)。針對重症單位護理人員譫妄知識的研究結果顯示，重症單位 85% 護理人員曾有照顧譫妄病人的經驗，但 39%~70% 從未接受過譫妄教育，83%~88% 對譫妄相關教育感到興趣，但僅有 16%~26% 透過個人研究和閱讀、藉由非正式床邊教學及參加有關該主題的講座或研討會獲得相關知識 (Baker, Taggart, Nivens, & Tillman, 2015; Rowley-Conwy, 2017; Xing, Sun, Jie, Yuan, & Liu, 2017)。雖然 56%~84% 護理人員知道需常規篩檢譫妄，卻僅 2%~26% 做到常規篩查譫妄 (Christensen, 2014; Norman & Taha, 2019; Xing et al., 2017); 37%~39% 使用加護病房混亂評估表 (Confusion Assessment Method for the ICU, CAM-ICU)、30% 使用非結構化方式進行評估有無譫妄，39%~46% 以原有的臨床經驗、臨床觀察來識別譫妄病人的症狀 (Christensen, 2014; Elliott, 2014; Rowley-Conwy, 2017)。

綜觀上述之相關研究，病人發生譫妄比率偏高，且來自不同單位，多數護理人員曾有照顧譫妄病人的經驗，但鮮少受過譫妄教育。再者，目前護理人員譫妄知識與行為處置間之相關研究多以重症領域為主，鮮少對整體臨床護理人員進行探討，其影響因素仍為之闕如。因此，本研究旨在探討護理人員照護譫妄病人的知識及行為處置之相關現況並分析其相關因素，以提升護理人員預防譫妄及早期評估的能力，進而為譫妄病人提供良好的照護品質，也提供護理人員進行譫妄臨床教育訓練設計的依據。

2 方法

2.1 研究設計與研究對象

採用橫斷面相關性研究設計，收案時間為 2019 年 4 月 1 日到 5 月 31 日，採用方便取樣以高雄某區域醫院加護病房 (包含內科加護病房、外科加護病

房、亞急性加護病房)、急性病房(包含外科病房、內科病房、綜合科病房)與精神科病房臨床工作滿六個月以上護理人員為收案對象,排除急診、門診、手術室及透析室等非全日照護病人之護理人員。在問卷發放前,研究者先與各病房單位主管聯繫問卷發放、填寫及回收事宜,並請單位主管協助提供一年內曾照護過經醫師診斷為譫妄病人之護理人員名單,再由研究者選擇適當的時間到病房單位向護理人員進行說明,取得同意後得到臨床工作滿六個月以上且一年內曾照護經醫師診斷為譫妄病人之護理人員為研究參與者。以 G-power 3.1.9.2 版本估計樣本數,採用多元線性迴歸分析(Multiple linear regression)進行樣本數推算, $\alpha = 0.05$ 、F (Medium level of effect size) = 0.15, power = 0.80 (Cohen, 1988), 考慮 12 個預測變項、問卷無效率及回收率,增加樣本數 5% 最少目標收樣為 138 位。本研究共收樣本為 145 位,約佔收案場所臨床護理人員的 28%。

2.2 研究工具

2.2.1 護理人員基本屬性問卷

採用自填問卷方式收集護理人員基本資料,內容包括:性別、年齡、婚姻狀況、宗教信仰、專業能力進階、年資、工作單位、曾否參加譫妄相關課程、一年內照護譫妄病人次數、曾使用譫妄的評估工具等。

2.2.2 譫妄知識問卷

譫妄知識問卷主要參考蔡佩君(2012)所發展的「譫妄評估認知量表」,選取適用本研究之題項共 6 題,接續於國內外文獻選取 27 題,初稿擬定為 33 題單選題,包含譫妄臨床症狀及危險因子兩個構面(王娜涓,2019),先由一位專家進行第一次問卷修正,修正後的問卷共 30 題,分為譫妄臨床症狀 13 題與危險因子 17 題,全部為單選題;再由重症加護單位護理長、精神科護理長、精神科醫師、臨床護理師、護理臨床講師等五位專家,針對每一題問卷內容以「內容適切性」逐題檢閱及修訂,進行第二次專家內容效度檢測,計算各題專家題項內容效度指標(Item-level Content Validity Index, I-CVI),再將所有 I-CVI 值予以平均得到整體平均內容效度指標(Average of Scale-Level Content Validity Index, S-CVI/AVE);每題答對得 1 分,答錯及不知道以 0

分計算,分數介於 0 至 30 分;得分越高表示研究對象對譫妄知識越正確。內容效度 S-CVI/AVE 為 0.94,其折半信度為 0.75、KR-20 係數為 0.75,顯示有良好的內在一致性(王娜涓,2019)。

2.2.3 譫妄行為處置問卷

譫妄行為處置參考蔡佩君(2012)的「譫妄處置量表」第一部分譫妄的護理處置量表 10 題及國內外文獻自擬譫妄行為處置量表,共 20 題,由一位專家進行第一次評定,修正語意不清進行內容措辭修改。修正後的量表,進行第二次專家內容效度檢測,以「內容適切性」逐題檢閱;問卷內容包含譫妄預防行為 10 題、譫妄評估行為 5 題與譫妄護理措施行為 5 題,共 20 題,以 Likert 五級分計分法:「從不」1 分、「很少」2 分、「有時」3 分、「經常」4 分、「總是」5 分,護理人員依照譫妄病人之臨床實務進行填寫,得分介於 20 至 100 分,得分越高表示研究對象實際執行越正確合宜。內容效度 S-CVI/AVE 為 0.99,其折半信度為 0.89、Cronbach's α 為 0.93,顯示良好的內在一致性(王娜涓,2019)。

2.3 研究倫理

本研究通過收案醫院人體試驗委員會審查(文號:KAFGHIRB 107-039),並取得醫院主管同意後進行收案。研究者篩選符合收案之護理人員詳細說明研究動機與內容,取得同意後進行問卷調查,研究參與者有權利在中途拒絕填答或退出研究,每份問卷填寫時間約 10 至 15 分鐘,問卷完成後,放入密封信封袋,處理問卷資料皆以不記名方式編碼,所有資料遵守保密原則。

2.4 資料分析

以 SPSS 23.0 套裝軟體進行資料分析。採用描述性統計以頻率、百分比、平均值、標準差分析護理人員基本屬性了解其分布與特性,並以平均值、標準差分析了解護理人員的譫妄知識及譫妄行為處置分布情形;並以獨立樣本 t 檢定(independent sample t-test)及單因子變異數分析(one-way ANOVA)檢定護理人員基本屬性之類別變項與譫妄知識與譫妄行為處置的相關性,以皮爾森積差相關(Pearson's Correlation)係數檢定護理人員基本屬性之連續變項與譫妄知識與譫妄行為處置的相關性,以多元線性迴歸分析護理人員譫妄知識和譫妄處置相關因子及可

預測因子，並以 $p < 0.05$ 為達統計顯著性。

3 研究結果

3.1 護理人員之基本屬性

符合本研究收案對象標準之參與者共 145 位，女性 138 人 (95.2%) 為多；年齡層以 26~35 歲為多，共 60 人 (41.4%)，其次為 36~45 歲，共 37 人 (25.5%)；婚姻狀況以無偶為多，共 79 人 (54.5%)，其次為有偶 66 人 (45.5%)；有宗教信仰者共 117 人 (80.7%) 為多；專業能力進階以 N (未進行基層護理人員臨床專業能力進階) 為多，共 54 人 (37.2%)，其次為 N1 佔 48 人 (33.1%)；年資 10 年以上為多，共 56 人 (38.6%)，其次為年資未滿 2 年 30 人 (20.7%) 及年資 2-5 年 31 人 (21.4%)；工作單位以急性病房為多，共 90 人 (62.1%)；未曾參與譫妄相關課程為多，共 107 人 (73.8%)；在譫妄照護概況，一年內照護譫妄病人次數 1~4 次為多，共 53 人 (36.6%)，其次為 5~10 次 47 人 (32.4%)；不曾使用譫妄的評估

表 1 護理人員之譫妄知識及譫妄行為處置得分 (n=145)

| 項目名稱 | 評分範圍 | 平均值 | 標準差 | 得分範圍 | 標準化得分 |
|--------|--------|-------|-------|--------|-------|
| 譫妄知識 | 0-30 | 24.52 | 3.72 | 11-30 | 81.73 |
| 危險因子 | 0-17 | 12.78 | 2.80 | 6-17 | 75.17 |
| 臨床症狀 | 0-13 | 11.74 | 1.34 | 5-13 | 90.30 |
| 譫妄行為處置 | 20-100 | 80.79 | 10.97 | 51-100 | 80.79 |
| 預防 | 10-50 | 40.44 | 5.73 | 25-50 | 80.89 |
| 評估 | 5-25 | 19.09 | 3.29 | 11-25 | 76.36 |
| 護理措施 | 5-25 | 21.25 | 2.72 | 14-25 | 85.00 |

註：標準化得分 = 平均值 / 總分 $\times 100\%$

工具為多，共 129 人 (89.0%) (表 2)。

3.2 護理人員譫妄知識及譫妄行為處置的現況

護理人員譫妄知識平均值 24.52 ± 3.72 分，總分 0 分到 30 分，換算標準化得分為 81.73 分 (標準化分數 = 平均值 / 總分 $\times 100\%$)，位於標準化得分中高程度，其中譫妄危險因子知識平均值 12.78 ± 2.80 換算標準化得分 (75.17) 低於整體譫妄知識標準化得分 (81.73)，由此顯示，護理人員在譫妄危險因子知識較缺乏。整體譫妄行為處置平均值 80.79 ± 10.97 分，換算標準化得分為 80.79 分，位於標準化分數中高程度，其中譫妄評估行為之標準化得分為 76.36，低於整體譫妄行為處置標準化得分，由此顯示，護理人員在譫妄評估行為較缺乏 (表 1)。

3.3 護理人員基本屬性與譫妄知識、譫妄行為處置之差異

研究發現不同年齡組在譫妄知識上差異存在統計學意義 ($F=3.01, p=0.03$)，且進行 Scheffee 事

後比較發現 26-35 歲顯著高於 46 歲以上；不同年資組在譫妄知識上差異存在統計學意義 ($F=3.45, p=0.01$)，且進行 Scheffee 事後比較發現年資 2-5 年及年資 6-9 年顯著高於年資未滿 2 年者；不同工作單位組在譫妄知識上差異存在統計學意義 ($F=4.31, p=0.01$)，進行 Scheffee 事後比較發現精神科病房的護理人員譫妄知識顯著高於一般病房的護理人員；參與譫妄相關課程與否在譫妄知識上差異存在統計學意義 ($t= -4.82, p<0.01$)，未參加者低於曾參加者；使用譫妄評估工具與否在譫妄知識上差異存在統計學意義 ($t= -3.13, p<0.01$)，不曾使用者低於曾使用者。

而不同年資組在譫妄行為處置上差異存在統計學意義 ($F=5.78, p<0.01$)，進行 Scheffee 事後比較發現年資 2-5 年及年資 6-9 年顯著高於年資未滿 2 年者；參與譫妄相關課程與否在譫妄行為處置上差異存在統計學意義 ($t= -3.44, p<0.01$)，未參加者低於曾參加者 (表 2)。

3.4 譫妄知識與譫妄行為處置之相關

數據顯示「譫妄知識」與「譫妄行為處置」呈現中等程度正相關 ($r= 0.48, p<0.01$)，達統計學顯著意義，表示譫妄知識程度越正確，其譫妄行為處置就會越合宜。其譫妄危險因子知識與譫妄行為處置總分及三個部分 (預防、評估、護理措施) 呈中等程度正相關 ($p<0.01$)。譫妄臨床症狀知識與譫妄行為處置總分及預防、評估呈中等程度正相關 ($p<0.01$)，而與護理措施呈低等程度正相關 ($p<0.01$) (表 3)。

3.5 護理人員譫妄行為處置的預測因子

以多元線性迴歸分析探討護理人員的譫妄行為處置的相關變項，包括譫妄知識 (危險因子及臨床症狀) 與基本屬性 (如：性別、年齡、婚姻狀況、工作年資、工作單位、專業能力進階層級、宗教信仰、曾參與譫妄相關課程、一年內曾照護過譫妄病人次數、曾使用過譫妄的評估工具等)。分析發現，變異數膨脹因素 (variance inflation facton, VIF) 值介在 1.08-9.02，顯示迴歸係數可以適切反應變項的預測力且自變項符合標準沒有共線性問題，此迴歸能解釋護理人員整體譫妄行為處置的 14.1% 變異量。結果顯示，譫妄危險因子知識每高 1 分，護理人員整體譫妄行為處置會提高 1.08 分 ($\beta= 1.08, p=0.01$)；相較於年資未滿 2 年者，年資 2-5 年者之整體譫妄行為處置會高 7.06 分 ($\beta=7.06, p=0.01$)，年資 6-9 年者之整體譫妄行為處置會高 7.57 分 ($\beta=7.57, p=0.03$) (表 4)。

表 2 基本屬性與譫妄知識得分、譫妄行為處置得分之相關性分析 (n=145)

| 變項 | 人數 (%) | 譫妄知識 | | | 譫妄行為處置 | | |
|-------------|------------|------------|-------|-------|-------------|-------|-------|
| | | M±SD | t/F | p 值 | M±SD | t/F | p 值 |
| 性別 | | | 0.98 | 0.33 | | 1.00 | 0.31 |
| 男性 | 7 (4.8) | 25.86±4.06 | | | 84.86±10.30 | | |
| 女性 | 138 (95.2) | 24.45±3.71 | | | 80.58±11.00 | | |
| 年齡 | | | 3.01 | 0.03 | | 0.96 | 0.41 |
| ①25 歲以下 | 35 (24.1) | 24.06±2.60 | | | 78.29±11.46 | | |
| ②26~35 歲 | 60 (41.4) | 25.33±3.57 | | | 81.48±10.40 | | |
| ③36~45 歲 | 37 (25.5) | 24.46±3.94 | | | 81.05±11.89 | | |
| ④46 歲以上 | 13 (9.0) | 22.15±5.25 | | | 83.5±9.33 | | |
| Scheffe | | | ②>④ | | | | |
| 婚姻狀況 | | | 1.03 | 0.30 | | 0.76 | 0.93 |
| 無偶 | 79 (54.5) | 24.81±3.22 | | | 80.93±10.17 | | |
| 有偶 | 66 (45.5) | 24.17±4.24 | | | 80.75±11.19 | | |
| 宗教信仰 | | | -0.42 | 0.67 | | 0.76 | 0.93 |
| 無 | 28 (19.3) | 24.25±3.65 | | | 80.93±10.17 | | |
| 有 | 117 (80.7) | 24.58±3.75 | | | 80.75±11.19 | | |
| 專業能力進階 | | | 2.44 | 0.60 | | 0.86 | 0.46 |
| N | 54 (37.3) | 24.30±3.27 | | | 79.63±10.89 | | |
| N1 | 48 (33.1) | 24.60±4.05 | | | 81.58±11.93 | | |
| N2 | 26 (17.9) | 23.50±4.06 | | | 79.62±10.47 | | |
| N3、N4 | 17 (11.7) | 26.53±3.00 | | | 84.00±9.02 | | |
| 年資 | | | 3.45 | 0.01 | | 5.78 | <0.01 |
| ①未滿 2 年 | 30 (20.7) | 23.10±2.91 | | | 74.27±9.24 | | |
| ②2~5 年 | 31 (21.4) | 25.52±3.07 | | | 84.35±10.37 | | |
| ③6~9 年 | 28 (19.3) | 25.68±3.18 | | | 83.64±10.13 | | |
| ④10 年以上 | 56 (38.6) | 24.14±4.37 | | | 80.88±11.24 | | |
| Scheffe | | | ②>① | | | ②>① | |
| Scheffe | | | ③>① | | | ③>① | |
| 工作單位 | | | 4.31 | 0.01 | | 2.49 | 0.08 |
| ①急性病房 | 90 (62.1) | 23.98±3.50 | | | 80.13±10.57 | | |
| ②精神科病房 | 16 (11.0) | 26.81±2.94 | | | 86.50±9.57 | | |
| ③加護病房 | 39 (26.9) | 24.82±4.17 | | | 79.95±11.94 | | |
| Scheffe | | | ②>① | | | | |
| 曾參與譫妄相關課程 | | | -4.82 | <0.01 | | -3.44 | <0.01 |
| 無 | 107 (73.8) | 23.69±3.53 | | | 78.98±10.93 | | |
| 有 | 38 (26.2) | 26.84±3.26 | | | 85.87±9.49 | | |
| 一年內照護譫妄病人次數 | | | 1.19 | 0.31 | | 1.65 | 0.17 |
| 1~4 次 | 53 (36.6) | 24.34±4.02 | | | 79.89±11.03 | | |
| 5~10 次 | 47 (32.4) | 24.00±3.76 | | | 78.98±10.62 | | |
| 11~14 次 | 13 (9.0) | 26.00±3.95 | | | 83.31±12.91 | | |
| 15 次以上 | 32 (22.1) | 24.97±2.92 | | | 83.91±10.18 | | |
| 曾使用譫妄的評估工具 | | | -3.13 | <0.01 | | -1.83 | 0.06 |
| 無 | 129 (89.0) | 24.19±3.64 | | | 80.20±10.99 | | |
| 有 | 16 (11.0) | 27.19±3.39 | | | 85.50±9.87 | | |

表 3 譫妄知識與譫妄行為處置之相關分析 (n=145)

| 變項 | 譫妄知識 | p 值 | 危險因子 | p 值 | 臨床症狀 | p 值 |
|--------|------|-------|------|-------|------|-------|
| 譫妄行為處置 | 0.48 | <0.01 | 0.48 | <0.01 | 0.34 | <0.01 |
| 預防 | 0.47 | <0.01 | 0.47 | <0.01 | 0.34 | <0.01 |
| 評估 | 0.43 | <0.01 | 0.43 | <0.01 | 0.30 | <0.01 |
| 護理措施 | 0.41 | <0.01 | 0.41 | <0.01 | 0.28 | 0.01 |

4 討論與結論

4.1 護理人員譫妄知識與譫妄行為處置現況

本研究收案醫院曾照護過譫妄病人的護理人員譫妄知識屬於中高程度，與許菁蘭 (2011) 及 Elliott (2014) 研究結果中知識分數相仿，其中譫妄危險因子知識得分較低，與 Baker 等人 (2015) 研究相符，

護理人員在譫妄危險因子知識較欠缺。而護理人員的譫妄行為處置屬於中高程度，但其中以譫妄評估行為得分最低，與國內外對加護病房護理人員調查的結果相似，顯示護理人員對病人的譫妄評估行為處置方面顯不足 (鍾幸枝、陳柑伴, 2021; 蕭偉伶、詹靜媛, 2021; Rowley-Conwy, 2017)。本研究參與者中使用評估譫妄工具的人數不多，10 人 (6.9%) 使用 CAM-

ICU、2 人 (1.4%) 使用 Richmond 躁動 - 鎮靜評估表、3 人 (2.1%) 使用格拉斯哥昏迷量表及 1 人 (0.1%) 使用簡短式智能評估進行譫妄評估，進一步分析其評估工具的使用與個人臨床背景有關，除 CAM-ICU 外，其他量表設計用途並不是用來評估譫妄 (Blevins, 2018; Sampaio & Sequeira, 2015)，未來研究有待釐清不同的譫妄評估工具使用對一般科室譫妄病人之臨床效益。

在譫妄知識方面，其年齡層介於 26~35 歲者較 46 歲以上者在譫妄知識得分較高並有顯著差異，可能與 Sampaio & Sequeira (2015) 提到 249 位護理人員中有 79.5% 受過評估訓練且較年輕護理人員藉由訓練意識到評估工具、譫妄知識的重要及帶來的利益有關，也可能與近年來學校教育開始重視譫妄病人的課程有關 (Sampaio & Sequeira, 2015)。譫妄行為處置方面，年資與譫妄行為處置有顯著差異，且年資 2~5 年及 6~9 年其譫妄行為處置較年資未滿 2 年者為

佳，與 Rowley-Conwy (2017) 研究顯示年資在 6-10 年是顯著相關的結果相似。

曾參與譫妄相關課程者與譫妄知識及譫妄行為處置上皆有顯著差異，在蔡佩君 (2012) 與 Ewens 等人 (2021) 的研究發現譫妄評估認知與譫妄處置、譫妄教育訓練需求有顯著相關；因此，護理人員對預防譫妄及處置譫妄有一定的認知程度，並盡早找到可預測譫妄發生的危險因子及進行譫妄篩檢性評估，將有助於發現病人的譫妄症狀以適時介入或提供相關護理措施 (楊星瑜, 2020; Van de Steeg, 2015)，藉由床邊教學 (Elliott, 2014)、在職教育 (呂新穎等, 2019; 劉怡妙等, 2020; 鍾幸枝、陳柑伴, 2021; 蕭偉伶、詹靜媛, 2021)、課室教學結合標準病人進行譫妄評估 (Kim & Kim, 2021)、跨專業教育 (Interprofessional education, IPE) (Ewens et al., 2021) 等不同教育方式改善護理人員在譫妄危險因子知識，進而提升譫妄行為處置。

表 4 影響譫妄行為處置相關因子的線性迴歸分析表 (n=145)

| 變項 | B | 標準化 β 係數 | t | p 值 | 95% 信賴區間 | |
|------------------------|-------|----------------|-------|-------|----------|-------|
| | | | | | 下界 | 上界 |
| 常數 | 59.45 | | 4.98 | <0.01 | 35.81 | 83.08 |
| 性別 (參考組: 女性) | | | | | | |
| 男性 | -1.18 | -0.03 | -0.31 | 0.76 | -8.82 | 6.45 |
| 年齡 (參考組: 25 歲以下) | | | | | | |
| 26-35 歲 | 3.19 | 0.15 | 1.10 | 0.27 | -2.54 | 8.91 |
| 36-45 歲 | 6.25 | 0.24 | 1.53 | 0.13 | -1.86 | 14.35 |
| 46 歲以上 | 8.79 | 0.15 | 1.36 | 0.18 | -4.02 | 21.61 |
| 婚姻狀況 (參考組: 有偶) | | | | | | |
| 無偶 | -2.77 | -0.14 | -1.28 | 0.20 | -7.06 | 1.52 |
| 宗教信仰 (參考組: 有) | | | | | | |
| 無 | -1.24 | -0.05 | -0.62 | 0.54 | -5.24 | 2.75 |
| 能力進階 (參考組: N) | | | | | | |
| N1 | -3.13 | -0.15 | -1.30 | 0.20 | -7.90 | 1.64 |
| N2 | -2.57 | -0.10 | -0.82 | 0.42 | -8.80 | 3.65 |
| N3、N4 | -1.13 | -0.04 | -0.32 | 0.75 | -8.20 | 5.93 |
| 年資 (參考組: 未滿 2 年) | | | | | | |
| 2-5 年 | 7.60 | 0.31 | 2.70 | 0.01 | 2.03 | 13.16 |
| 6-9 年 | 7.57 | 0.30 | 2.18 | 0.03 | 0.69 | 14.44 |
| 10 年以上 | 4.05 | 0.20 | 0.86 | 0.39 | -5.30 | 13.41 |
| 工作單位 (參考組: 急性病房) | | | | | | |
| 精神科 | 1.77 | 0.06 | 0.65 | 0.52 | -3.63 | 7.16 |
| 重症病房 | -1.55 | -0.07 | -0.72 | 0.48 | -5.83 | 2.73 |
| 曾參與譫妄相關課程 (參考組: 無) | | | | | | |
| 有 | 1.42 | 0.06 | 0.73 | 0.47 | -2.44 | 5.28 |
| 一年內照護譫妄病人 (參考組: 1-4 次) | | | | | | |
| 5-10 次 | -1.13 | -0.05 | -0.55 | 0.58 | -5.18 | 2.92 |
| 11-14 次 | -0.99 | -0.03 | -0.33 | 0.74 | -6.96 | 4.97 |
| 15 次以上 | 3.18 | 0.13 | 1.40 | 0.17 | -1.33 | 7.69 |
| 曾使用譫妄的評估工具 (參考組: 是) | | | | | | |
| 否 | -0.05 | -0.00 | -0.01 | 0.99 | -7.09 | 6.99 |
| 譫妄臨床症狀 | 0.49 | 0.07 | 0.67 | 0.50 | -0.95 | 1.94 |
| 譫妄危險因子 | 1.08 | 0.26 | 2.49 | 0.01 | 0.220 | 1.94 |
| R^2 | | | | 0.27 | | |
| Adjusted R^2 | | | | 0.14 | | |

然而，本研究中有 74% 的護理人員未曾參與譫妄相關課程，高於國外 39%~70% 未受過譫妄課程訓練 (Baker et al., 2015 ; Christensen, 2014 ; Rowley-Conwy, 2017) ，上述文獻的研究對象皆為重症單位護理人員，針對急性病房的護理人員之相關研究結果有限，無法進行更深入的探討。

4.2 影響護理人員譫妄行為處置之因素及有關因子

本研究發現譫妄知識與譫妄行為處置有顯著相關性，譫妄知識越正確，其譫妄行為處置就會越合宜，與國內外學者研究結果一致 (許菁蘭, 2011 ; 蔡佩君, 2012 ; Ewens et al., 2021) 。且譫妄危險因子知識及年資 2~5 年、年資 6~10 年與譫妄行為處置相關，可解釋譫妄行為處置總變異量的 14.1%，與國內外研究結果一致 (許菁蘭, 2011 ; Ewens et al., 2021) 。雖然，年資是臨床資歷的累積，無法藉由外在而改變，但在未來研究在設計干預性措施時，必須考量年資可能為重要的干擾因子。因此，若能加強臨床護理人員譫妄知識相關教育，尤其是危險因子，並透過床邊教學、案例討論、實地操作評估工具等，以使譫妄知識與評估有效結合理論運用，將有助於提高譫妄行為處置能力之正確性。

5 結論與限制

曾照護譫妄病人的護理人員中，其譫妄知識越高則其譫妄行為處置能力越好，且譫妄危險因子的知識與譫妄行為處置有顯著相關。故建議，在護理臨床實務方面，將課程安排結合實務操作，以加深課程內容的印象與運用，並發展臨床照護指引，透過床邊教學和回覆示教方式提升護理人員對譫妄行為處置的技巧。在護理研究方面，未來研究者可以本研究為基礎，針對照護譫妄病人的護理人員設計相關危險因子認知的干預性措施，了解譫妄行為處置的正確性及譫妄發生率，以提升照護品質。本研究使用結構式問卷蒐集資料，題目項次有限，難以涵著所有相關因素，且採取方便取樣方式收案，樣本只選取一家醫院進行研究，其研究結果推論範圍有限，建議未來可以推展到其他單位之樣本；後續研究者可同時使用深度訪談並用質性研究法對護理人員執行譫妄行為處置、護理人員在執行譫妄行為處置的困難及需求，更深入了解。

參考文獻

- 王娜涓 (2019) 。護理人員於譫妄知識與譫妄處置之相關因素探討 (未發表之碩士論文，輔英科技大學)。
- 王智瑩、陳人豪 (2017) 。長期體系內譫妄症與急性問題行為之評估與處置。《長期照護雜誌》，21 (2) ，93-104。doi: 10.6317/ltc.21.93
- 呂新穎、黃馨卉、張瑀玲 (2019) 。提升心臟外科加護病房護理人員譫妄評估執行率。《長庚護理》，30 (4) ，474-484。doi: 10.6386/CGN.201912_30(4).0005
- 許菁蘭 (2011) 。加護病房護理人員譫妄知識及護理處置之影響因素探討 (未發表之碩士論文，長庚大學)。
- 陳怡蓉、陳怡燐、陳琬儒、林永昌、簡淑慧 (2021) 。以實證觀點探討老年髖骨骨折術後譫妄之照護。《護理雜誌》，68 (1) ，90-96。doi: 10.6224/JN.202102_68(1).12
- 張慧文、胡芳文、岳芳如、張瑩如 (2019) 。建置住院高齡病人譫妄實證照護指引。《護理雜誌》，66 (3) ，72-82。doi: 10.6224/JN.201906_66(3).09
- 楊星瑜 (2020) 。加護單位重症患者譫妄的生理病理機轉與評估。《護理雜誌》，67 (3) ，14-22。doi: 10.6224/JN.202006_67(3).03
- 蔡佩君 (2012) 。加護病房護理人員在譫妄的評估認知、譫妄處置與教育訓練需求之探討 (未發表之碩士論文，高雄醫學大學)。
- 劉怡妙、張凱琳、黃惠美、蔡寶純、陳雅惠 (2020) 。提升加護病房護理人員預防病人譫妄之照護執行率。《榮總護理》，37 (3) ，244-251。doi: 10.6142/VGHN.202009_37(3).0003
- 鍾幸枝、陳相伴 (2021) 。降低成人加護病房病人譫妄之發生率。《榮總護理》，38 (1) ，54-62。doi: 10.6142/VGHN.202103_38(1).0006
- 蕭偉伶、詹靜媛 (2021) 。提升加護病房護理師譫妄認知與評估。《台灣醫學》，25 (3) ，341-348。doi: 10.6320/FJM.202105_25(3).0004
- Baker, N. D., Taggart, H. M., Nivens, A., & Tillman, P. (2015). Delirium: Why are nurses confused? *MEDSURG Nursing*, 24(1), 15-22.
- Bettencourt, A., & Mullen, J. E. (2017). Delirium in children: Identification, prevention, and management. *Critical Care Nurse*, 37(3), 9-18. doi: 10.4037/ccn2017692
- Blevins, C. S., & DeGennaro, R. (2018). Educational intervention to improve delirium recognition by nurses. *American Journal of Critical Care*, 27(4), 270-278. doi: 10.4037/ajcc2018851
- Chen, S. M., & Ku, Y. L. (2017). Integrate literature review of delirium on the elders. *Journal of Gerontology & Geriatric Research*, 6(4), 1-3.
- Christensen, M. (2014). An exploratory study of staff nurses' knowledge of delirium in the medical ICU: An Asian perspective. *Intensive and Critical Care Nursing*, 30(1), 54-60. doi: 10.1016/j.iccn.2013.08.004
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). New Jersey: Hillsdale.
- Elliott, S. R. (2014). ICU delirium: A survey into nursing and medical staff knowledge of current practices and perceived barriers towards ICU delirium in the intensive care unit. *Intensive*

- and Critical Care Nursing*, 30(6), 333-338. doi: 10.1016/j.iccn.2014.06.004
- Ewens, B., Seaman, K., Whitehead, L., Towell-Barnard, A., & Young, M. (2021). A delirium prevalence audit and a pre and post evaluation of an interprofessional education intervention to increase staff knowledge about delirium in older adults. *BMC nursing*, 20(1), 202. doi: 10.1186/s12912-021-00692-2
- Grimm, J. (2020). Sleep deprivation in the intensive care patient. *Critical Care Nurse*, 40(2), 16-24. doi: 10.4037/ccn2020939
- Kim, Y. N., & Kim, D. H. (2021). Effects of case-based confusion assessment methods for intensive care unit training on delirium knowledge and delirium assessment accuracy of intensive care units: A quasi-experimental study. *Nurse Education Today*, 103, 104954. doi: 10.1016/j.nedt.2021.104954
- Marcantonio, E. R. (2017). Delirium in hospitalized older adults. *The New England journal of medicine*, 377(15), 1456-1466. doi: 10.1056/NEJMcpl605501
- Norman, S. L., & Taha, A. A. (2019). Delirium Knowledge, Self-Confidence, and Attitude in Pediatric Intensive Care Nurses. *Journal of Pediatric Nursing*, 46, 6-11. doi: 10.1016/j.pedn.2019.01.013
- Rowley-Conwy, G. (2017). Critical care nurses' knowledge and practice of delirium assessment. *British Journal of Nursing*, 26(7), 412-417. doi: 10.12968/bjon.2017.26.7.412
- Sampaio, F. M., & Sequeira, C. (2015). Nurses' knowledge and practices in cases of acute and chronic confusion: a questionnaire survey. *Perspectives in Psychiatric Care*, 51(2), 98-105. doi: 10.1111/ppc.12069
- Van de Steeg, L., Ijkema, R., Wagner, C., & Langelaan, M. (2015). The effect of an e-learning course on nursing staff's knowledge of delirium: A before-and-after study. *BMC Medical Education*, 15(1), 12. doi: 10.1186/s12909-015-0289-2
- Von Rueden, K. T. (2017). Delirium in trauma patients: Prevalence and predictors. *Critical Care Nurse*, 37(1), 40-48. doi: 10.4037/ccn2017373
- Xing, J., Sun, Y., Jie, Y., Yuan, Z., & Liu, W. (2017). Perceptions, attitudes, and current practices regards delirium in China: A survey of 917 critical care nurses and physicians in China. *Medicine*, 96(39), 1-5. doi: 10.1097/MD.00000000000008028