

國立臺灣大學醫學院護理學系研究所



碩士論文

School of Nursing

College of Medicine

National Taiwan University

Master Thesis

急重症單位護理人員頭痛之生活經驗與影響

Lived Experience and Impact of Headache

Among Nurses Working in Critical Care Units

陳思柔

Shih-Jou Chen

指導教授：張皓媛 博士

Advisor: Hao-Yuan Chang, Ph.D.

中華民國 106 年 7 月

July, 2017

國立臺灣大學碩士學位論文
口試委員會審定書

急重症單位護理人員頭痛之生活經驗與影響

Lived Experience and Impact of Headache
Among Nurses Working in Critical Care Units

本論文係陳思柔君 (R04426012) 在國立臺灣大學護理學所專科護理師組完成之碩士學位論文，於民國 106 年 07 月 04 日承下列考試委員審查通過及口試及格，特此證明

口試委員：

張皓媛 助理教授
(指導教授)

張皓媛 (簽名)

賴裕和 教授

賴裕和 (簽名)

楊智超 助理教授

楊智超 (簽名)

誌謝



回想碩班這兩年，實在是過得非常開心充實，而且非常值得。一開始某些親友對於我要重新當全職學生這件事感到不解，但我不得不說，從第一次踏進護理系館的那刻起，我從來沒有後悔過。當全職學生是一件很幸福的事，這不是浮誇，而是你可以在你人生最精華的時期，專心做一件你很想要做的事，並且做好做滿，享受做研究的過程，實在很幸福。

而我一路以來都很強運，遇到對我很好的師長、同學、朋友。能夠完成這本論文最感謝的是皓媛老師，常在百忙之中抽空費心修改文章，也不時給予心理支持和正能量，能當老師的學生是一件超幸運、超幸福的事。感謝口試委員賴主任和楊醫師的建議，讓這研究設計及內容可以更完美，也感謝賴主任不時的關心與鼓勵，實在很暖心。感謝協助收案的白衣天使們：婉菱、君蔚、珍瑋、湘蕙、俐奴、怡瑛、暄予、佳琪、珈甯、怡琇、昭延、佳靖；感謝二話不說願意填寫問卷參與訪談的護理師們及各單位護理長的協助與配合；感謝婉君讓專業的 David Doern 賞臉潤稿及 Perter Burkimsher 專業諮詢；感謝好友、臉友們的鼓勵，特別感謝感謝最重要的支持系統許天豪兒，沒有你一開始的鼓勵，我現在應該還在巨塔當貓頭鷹。

沒有這些貴人相助，絕對無法完成這本論文。


這是一個沒有您們就完成不了的研究。

陳思柔 謹致于


臺灣大學護理學系研究所

2017/7/31

摘要

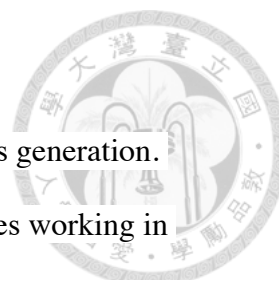


背景：頭痛是現代文明病之一，現今有許多身處高壓工作環境的臨床護理人員深受頭痛所擾，而原發性頭痛之中，其偏頭痛又好發於女性，由於偏頭痛發作時可能會持續4-72小時，不僅會影響工作效率，同時也影響其生活品質。回顧文獻，現階段國內外患有頭痛護理人員各單位發生率相關文獻略顯不足，亦未有針對急重症單位患有頭痛的護理人員現況調查，現階段也無針其頭痛造成工作及生活中的妨礙與影響做訪談。有鑒於此，本研究調查台灣某一所醫學中心急重症單位護理人員頭痛之現況。**目的：**（1）調查台灣北部一所醫學中心護理人員偏頭痛的盛行率，並比較有無頭痛的護理人員其生活品質之差異；（2）有頭痛的護理人員中，偏頭痛與其他頭痛族群的失能程度和生活品質之差異；（3）了解患有偏頭痛的護理人員其偏頭痛造成工作及生活中的妨礙與影響。**方法：**本研究在第一階段採橫斷式研究設計（cross-sectional study），以普查方式邀請台灣北部一所醫學中心所有急重症單位的護理人員參與此研究調查，邀請16個急重症單位護理人員填寫問卷（ $N = 405$ ），若有頭痛者填寫自擬問卷基本資料表及頭痛相關資料、偏頭痛失能性評估表（MIDAS）、偏頭痛特定族群生活品質問卷量表（MSQ v2.1）、SF-12健康生活品質量表，無頭痛者則只需填寫基本資料及SF-12健康生活品質量表。研究第二階段則依照失能程度（MIDAS）及疼痛程度（NRS）分為九區塊，利用半結構式訪談大綱，篩選具有頭痛的護理人員並符合收案條件者做訪談。研究資料以百分比、平均值、標準差、獨立樣本 t 檢定（independent sample t -test）、卡方檢定、ANOVA、Colaizzi質性資料分析法作分析。**結果：**急重症單位護理人員頭痛盛行率43%，偏頭痛的盛行率25%，除了有頭痛者與無頭痛者比，SF-12生活品質量表在生理層面的分數較低之外，在有頭痛者族群中有偏頭痛者在SF-12、MSQ



v2.1的分數表現又比其他頭痛者更低。依訪談結果歸納，控制不確定性為最主要的現象，其三大範疇為：與不確定性共存、徘徊不去的干擾及視情況處理疼痛。除了情緒、日常生活及工作受干擾，因頭痛發生時機不明確，而對該疾病產生不確定感。**結論：**不確定性可以說是頭痛發生時的主要特性。急重症單位護理人員頭痛盛行率高，頭痛對生活造成的影響甚多，建議臨床的護理人員能主動就醫確診，醫療院所設置相關課程之外，也給予同仁在頭痛發作時能夠有彈性休息時間，希望能夠藉由本文令人理解護理人員頭痛的問題，讓頭痛不再是個被忽略的疾病。

關鍵詞：頭痛、偏頭痛、護理人員、急重症單位、盛行率、生活品質。



Abstract

Background: Headaches are one of the lifestyle diseases of this generation. Headaches not only affect work efficiency but also life quality. Nurses working in critical care units are more likely suffering from headache because of the high pressure. Literature on the incidence of migraine amongst nurses is inadequate, and there have not been any surveys on the experience and impact of headaches which focus on critical care units. This study aims to investigate the status of headaches at a medical center in northern Taiwan. **Purpose:** (1) To investigate the prevalence of migraine headaches in the critical care units at one of the medical center hospitals in Taiwan. (2) Knowing the experiences of headache among nurses could guide future research and policy to improve nurses' well-being, care quality, and patient safety. The study aims to explore the life experiences and impacts of headaches among nurses working in critical care units. **Methods:** The first stage is a cross-sectional study from 16 critical care units at a medical center in northern Taiwan. Four kinds of questionnaires to headaches: personal information and migraine-related information, migraine disability assessment (MIDAS), migraine specific quality of life questionnaire version 2.1 (MSQ v2.1) and 12-Item Short Form Health Survey (SF-12). Two kinds for do not suffer headaches: personal information and 12-Item Short Form Health Survey (SF-12). The second stage is qualitative study, In-depth interviews were conducted with a purposive sample of 30 female nurses with headaches by the different condition of pain intensity and disability status to maximize the information richness. Participants were screened from 16 critical care units at a medical center in Taiwan between January and July, 2017. The quantitative data were analyzed by percentage, mean value, standard deviation, independent sample *t*-test, chi-square tests, ANOVA and qualitative data were analyzed by the Colaizzi phenomenological approach. **Result:** The headache

prevalence rate of nurses is high in critical care units and, compared with the control group of nurses who do not suffer headaches, the SF-12 quality of life scales in the physical component summary are low and reveal a decline in quality of life.

“*Controlling the uncertainty*” was revealed an essential phenomenon with three categories emerged: “*Living with the uncertainty*,” “*Staying with the lingering interference*,” and “*Managing the pain depending on the situation*.” Headaches negatively impact the lives of sufferers in areas such as working efficiency, interfering with the concentration, and impairing the memory, Headache also affects the emotions and interaction with people. The disturbance of headache may decrease the quality of nursing care and even damage the patient safety. When headache attack intensively, nurses usually manage their pain actively by taking over-the-counter medicine to minimize the impacts on work and patient safety. which are also disturbed by the uncertainty of when the malady will strike. **Conclusion:** Uncertainty could be an essential characteristic of headache attack. Nurses with headaches are recommended to seek medical advice; medical institutions can set up courses on headaches, and also give nursing staff flexible break times when headaches attack. The current study discovered the impact of headaches upon nurses working in critical care units and hopes to help make headaches a no longer neglected disease.

Keywords: headache, migraine, nurse, critical care units, prevalence, life quality.

目錄



口試委員審定書.....	i
誌謝.....	ii
中文摘要.....	iii
英文摘要.....	v
第一章 緒論.....	1
第一節 研究背景與動機.....	1
第二節 研究問題.....	3
第三節 研究目的.....	4
第四節 名詞定義.....	4
第二章 文獻回顧.....	5
第一節 頭痛的定義性特徵.....	5
第二節 偏頭痛的定義性特徵.....	6
第三節 偏頭痛病生理機轉.....	7
第四節 頭痛流行病學.....	9
第五節 頭痛對生活品質影響.....	10
第六節 生活品質.....	12
第七節 頭痛的質性研究.....	12
第三章 研究方法.....	14
第一節 研究設計.....	14
第二節 研究對象與場所.....	15
第三節 研究工具.....	17



第四節 資料收集過程與分析方法.....	21
第五節 質性研究的信效度.....	24
第四章 研究結果.....	26
第一節 第一階段量性調查.....	26
第二節 第二階段質性訪談.....	36
一、與不確定性共存.....	40
二、徘徊不去的干擾.....	56
三、視情況處理疼痛.....	83
四、質性訪談研究結果總結.....	113
第五章 討論.....	116
第一節 護理人員的頭痛盛行率.....	116
第二節 頭痛對護理人員的影響.....	117
第三節 不確定感（uncertainty illness）與頭痛的處置選擇.....	124
第六章 結論與建議.....	132
第一節 結論.....	132
第二節 建議與應用.....	132
第三節 研究限制.....	134
參考文獻.....	135

附錄

附錄一 基本資料表.....	141
附錄二 偏頭痛相關資料表.....	142
附錄三 偏頭痛失能評估 (MIDAS)	143
附錄四 偏頭痛特定族群生活品質問卷 (MSQ v2.1)	144
附錄五 SF-12生活品質量表.....	146



表目錄



表一：第二階段研究依照頭痛嚴重程度分成9個區塊 (cell) 進行立意取樣.....	16
表二：有無頭痛的護理人員基本資料屬性分佈 (N = 405)	29
表三：偏頭痛、其他頭痛與無頭痛者基本資料屬性分佈 (N = 405)	31
表四：頭痛者基本資料與疼痛相關資料 (n = 176)	33
表五：各單位問卷回應率與頭痛發生率.....	35
表六：第二階段質性訪談依頭痛嚴重程度分成9個區塊 (cell) 進行立意取樣.....	36
表七：急重症單位護理人員頭痛發生時機、影響及處置一覽表.....	37
表八：MSQ v2.1分數比較.....	122

第一章 緒論

第一節 研究背景與動機




偏頭痛是最常見的神經系統疾病，影響全世界人口12%，為全世界失能性（cause of disability）疾病排名第七名（Kuo et al., 2015）。美國約有4百萬的男性以及1900萬的女性曾有偏頭痛發作（O'Sullivan & McCabe, 2006）。偏頭痛好發年齡為25-55歲，以女性居多（O'Sullivan & McCabe, 2006），而在30-40歲左右達到高峰。西方研究顯示，約10%的人有偏頭痛，偏頭痛的比例男性是6%，女性是16%（王，2012）。原發性頭痛方面，中國大陸研究顯示中國北陸一年內發生原發性頭痛的比例為45.3%，台灣為49.6%，日本則佔40.9%（Wang, 2015），可見台灣原發性頭痛比例相當高，其中護理人員在醫事人員這個群體裡，是罹患偏頭痛的風險居冠，台灣約29%護理師患有偏頭痛，而中國大陸護理師則佔15%，Odds ratio與非護理人員相比為1.62（Kuo et al., 2015），另一大陸研究（ $n = 152$ ）也指出在內科單位工作的護理師偏頭痛的盛行率為21%，外科單位為23.3%，其它單位為18.8%（Wang, 2015）。由此可見多數護理人員深受偏頭痛所擾，是我們不可忽視的問題。

護理人員為罹患偏頭痛高危險群，但很多護理人員面臨頭痛時無就醫習慣，也無法確診自己是否真正屬於偏頭痛，故選擇護理人員做研究對象，並利用國際偏頭痛學會所制定的診斷標準來篩選。日本於2015年發表The Japan Nurses' Health Study（JNHS）世代研究（cohort study），調查西元2001-2007年49,927位女性護理人員的過去病史與後續產生共病的風險，發現在停經前（約45歲前）患有偏頭痛的女性護理人員，日後患有子宮內膜異位（OR 1.96; 95%CI 1.77 to 2.17）、貧血（OR: 2.13; 95%CI 2.01 to 2.27）、子宮肌瘤（OR 1.30; 95%CI 1.20 to 1.42）等，這些疾病



的機率有顯著相關，且日後與暫時性腦缺血（transient ischemic attack, OR 3.06; 95%CI 2.29 to 4.09）、骨質疏鬆症（osteoporosis, OR 2.11; 95%CI 1.71 to 2.62）、腦梗塞（cerebral infarction, OR 2.04; 95%CI 1.26 to 3.30）、心絞痛（angina pectoris, OR 2.00; 95%CI 1.49 to 2.67, Nagai et al., 2015）。對於偏頭痛與腦血管疾病的相關性，美國於2016年4月發表西元1989-2011年的世代研究（ $N = 115,541$ ），被診斷患有偏頭痛的人佔17,531（15.2%），這群人追蹤20年後，1,329人患有腦血管疾病，其中有223人死亡，此外，與未患有偏頭痛的女性相比，患有心血管疾病（cardiovascular disease, hazard ratio 1.50, 95% CI 1.33 to 1.69）、心肌梗塞（myocardial infarction, 1.39, 1.18 to 1.64）、中風（stroke, 1.62, 1.37 to 1.92）及心絞痛或接受冠狀動脈成形術（angina/coronary revascularization procedures, OR1.73, 1.29 to 2.32）的風險較高（Kurth et al., 2016）。偏頭痛盛行率不低，無論是一般發作型的偏頭痛（episodic migraine, EM）或是慢性偏頭痛（chronic migraine, CM），皆會影響工作成效，分別各佔18.2%（EM）及58.1%（CM），甚至會影響角色功能與情緒管理（EM:67.2%, CM:48.3%, Moriarty et al., 2016）。如此可見，罹患偏頭痛的護理人員，除了因偏頭痛失能造成工作上的影響，也會影響其生活品質。

目前國內外針對急重症單位護理人員頭痛現況調查與生活經驗之影響的相關研究仍顯不足，現階段Kao等（2007）與Kuo等（2015）已探討護理人員的壓力來源與偏頭痛發生的相關性，目前區分內科、外科系，把其他單位皆歸到同一個類別來調查。然而目前除了尚未針對或把急重症單位納入特定科別調查盛行率，其生活經驗及健康相關生活品質（health-related quality of life, HRQoL）也尚未被深入探討。急重症單位護理人員是所有醫療單位的最前線，比其他單位面對更多生死攸關，工作壓力勢必首當其衝，長期處於充滿壓力的環境，罹患頭痛的機率相



當高 (Moriarty et al., 2016) , 而護理人員罹患原發性頭痛的機率, 已被證實和工作壓力有關 (Kao et al., 2007) 。其輪班、值夜班、工時不彈性、非預期加班等, 都是導致護理人員職業壓力的原因 (WHO, 2008) 。偏頭痛會有不同的嚴重程度, 根據發作的頻率及失能等級, 偏頭痛發作可能影響健康狀況及行為 (Lipton et al., 2003) 。在加拿大針對偏頭痛的族群研究, 發現偏頭痛的患者有一半會在偏頭痛發作的時候中斷日常活動, 並有三分之一的患者需要臥床休息, 在這調查中有70% 人際關係受到影響 (Lipton et al., 2003) 。偏頭痛造成的負擔除了導致功能及情緒狀態的影響, 也顯著影響社會及經濟, 也證實偏頭痛患者的健康相關生活品質低於其他慢性疾病 (Meletiche et al., 2001) 。目前的研究也尚未針對護理人員這族群探討其失能評估及生活品質。藉此本研究調查台灣北部某一所醫學中心急重症單位護理人員頭痛現況以及頭痛對生活的影響, 以提供未來發展護理人員因應頭痛相關措施研究及教育課程, 除了減少工作效能降低的可能性, 亦減少護理人員後續在生命週期中發生慢性病的風險, 以提供更優質的病人照護。

第二節 研究問題

- 一、與無頭痛的護理人員相比, 其SF-12生活品質是否較差?
- 二、患有頭痛的護理人員, 其頭痛造成工作及生活中的妨礙與影響為何?
- 三、自述有偏頭痛者其真正符合偏頭痛的診斷標準比例有多少?



第三節 研究目的

- 一、調查台灣北部一所醫學中心護理人員偏頭痛的盛行率，並比較有無頭痛的護理人員其生活品質之差異。
- 二、有頭痛的護理人員中，偏頭痛與其他頭痛族群的失能程度和生活品質之差異。
- 三、了解患有偏頭痛的護理人員其偏頭痛造成工作及生活中的妨礙與影響。

第四節 名詞定義

一、護理人員：

本研究對象的護理人員指領有護理師或護士執照，並於欲收案醫院工作之急重症單位護理人員，包括急診護理師、急診專科護理師、加護病房護理師、加護病房專科護理師。

二、偏頭痛：

以國際偏頭痛學會制定的國際頭痛分類第三版（international classification of headache disorders, ICHD-III），原發性偏頭痛（migraine）的種類可被細分為29種，本研究收案以無預兆偏頭痛（migraine without aura）為主，診斷基準將於文獻回顧：「偏頭痛的定義性特徵」一節予以詳細說明。

三、其他頭痛：

本研究的「其他頭痛」族群，意指受試者自述有頭痛，並非完全符合上述無預兆偏頭痛（migraine without aura）診斷標準者，以「其他頭痛」泛稱。

第二章 文獻回顧

第一節 頭痛的定義性特徵



原發性頭痛包括偏頭痛、緊縮型頭痛、三叉自律神經頭痛以及其他原發性頭痛疾病。目前最常使用的頭痛分類，是採用國際偏頭痛協會制定的國際頭痛分類第三版（international classification of headache disorders, ICHD-III）頒定的分類診斷標準，台灣頭痛學會也於2014年10月份完成新版翻譯，可於台灣頭痛學會官方網站取得翻譯本（<http://www.taiwanheadache.com.tw>）。本研究主要納入的頭痛族群（非偏頭痛者，在本文稱為其他頭痛之族群）以國際頭痛學會分類ICHD-III診斷碼2.2定義經常陣發性緊縮型頭痛（frequent episodic tension-type headache）典型症狀為雙側，壓迫或緊縮性頭痛，每次持續數分鐘至數天，程度清到中度，且日常生活不會加劇頭痛。無噁心之現象，但可以有畏光或怕吵。診斷基準如下：

- A. 至少有 10 次頭痛發作能符合基準 B-D，平均每個月 1-14 天，且 >3 個月。
（每年 ≥ 12 天且 <180 天）。
- B. 頭痛發作持續 30 分鐘至七天
- C. 至少具下列 4 項特徵其中 2 項：
 - I. 雙側
 - II. 壓迫或緊縮性（非搏動性）
 - III. 疼痛程度輕或中度
 - IV. 不因日常活動如走路或爬樓梯而加劇
- D. 符合下列 2 項：
 - I. 無噁心或嘔吐



II. 畏光或怕吵最多只有其中 1 項

E. 沒有其他更適合的 ICHD-3 診斷

第二節 偏頭痛的定義性特徵

偏頭痛屬於原發性頭痛的其中一類，本研究主要納入的偏頭痛種類為國際偏頭痛協會制定的國際頭痛分類 ICHD-III 頒定的診斷碼 1.1 原發性偏頭痛分類的無預兆偏頭痛(migraine without aura)，該診斷舊稱為尋常偏頭痛(common migraine)，此種偏頭痛為反覆發生的頭痛，每次持續 4-72 小時。典型頭痛特徵為單側、搏動性，疼痛程度中或重度，日常活動加劇頭痛，常伴隨噁心及畏光或怕吵（台灣頭痛學會，2014）。國際頭痛學會定義之偏頭痛診斷基準如下：

A. 頭痛發作型態持續 4-72 小時（未治療或治療無效）

B. 至少有以下兩個表徵：

I. 單側（unilateral location）

II. 搏動性（pulsating quality）

III. 中度至重度

IV. 會因為一般身體活動（如走路或爬樓梯）而惡化，或盡量避免

做這些動作


C. 頭痛期間至少發生過一次下列情形

I. 噁心或嘔吐

II. 畏光且怕吵

D. 至少發生過五次 A-C 的情況

E. 沒有其他疾病表徵



國際偏頭痛學會定義之診斷標準是與學會內多方專家共同制定，廣為臨床醫師及研究者使用（Wang et al., 2015; Zebenigus et al., 2016; Eslami et al., 2013）。王（2008）提出 ICHD-II 與醫師診斷差異的研究（ $N = 755$ ），指出被 ICHD-II 診斷為偏頭痛（有預兆與無預兆）363 位個案裡，也同時被醫師診斷為偏頭痛的個案有 323 位（89%）。王（2008）檢視其診斷標準細項，無論是醫師或以 ICHD-II 量表檢測偏頭痛者，以「搏動性」來判定偏頭痛佔最高比例，分別佔 76.1%（醫師）及 73.8%（ICHD-II），而量表中的「噁心/嘔吐」OR:12.96，「中至重度疼痛」OR:13.54，又以「噁心/嘔吐」的特異性（specificity）最高（0.86），具有足夠的敏感性與特異性。

本研究邀請急重症單位所有的護理人員，無論有無頭痛皆可加入，符合上述偏頭痛診斷者，即列為患有偏頭痛族群，若受試者有頭痛，不符合偏頭痛診斷，卻符合經常陣發性緊縮型頭痛，即為其他頭痛族群，若這兩組族群受試者有意願參與，即邀請參加第二階段的訪談，詳細內容會在第三章：「研究設計」描述。

第三節 偏頭痛病生理機轉

一、三叉神經血管理論（trigeminovascular system）


單側搏動性頭痛是偏頭痛的一個主要症狀，雖然顱外血管可能受波及，但是痛的來源主要是顱內血管週邊神經纖維所傳導（王，2012），主要來自無髓鞘C纖維，經過三叉神經之（middle fossa）傳遞訊號至橋腦，再行經三叉神經尾核（trigeminal nucleus caudalis, TNC）。這些疼痛訊號不僅從硬腦膜和腦膜血管（meningeal vessels），也包含從上頸叢（upper cervical root; C1, C2 cervical spinal cord）、脊髓背角（dorsal horn），此神經支配（innervate）了顱部循環，TNC將



疼痛訊號在中心連接到連接腦幹基底核 (brainstem nuclei) 和下視丘及視丘，同時也連接上涎核 (superior salivatory nucleus) 到鼻竇及眼睛。TNC經由多方連結傳遞疼痛訊號，使偏頭痛發生時會有轉移痛 (refer pain)，例如偏頭痛發作期間會有鼻塞和頸部疼痛的情形 (Stephen & Allen, 2015)。三叉神經支配 (innervate) 了顱部循環，這些三叉神經元含有很多有效的血管舒張神經肽 (vasodilator neuropeptides)，包含了 calcitonin gene-related peptide (CGRP)、substance P、neurokinin A，動物實驗證實，腦血管周圍的神經炎症反應可由刺激感覺神經纖維 (三叉神經) 釋放這些物質，使血管擴張和血漿外滲 (plasma extravasation)，進而引起無菌性神經炎症反應 (sterile neurogenic inflammation, 王, 2012)。而三叉神經元被活化 (peripheral sensitization) 後，隨著訊號的傳遞，患者會感到疼痛，而疼痛的訊號持續傳遞則會活化二級、三級神經元 (central sensitization)，而中央致敏化 (central sensitization) 症狀表現為皮膚異常性疼痛 (cutaneous allodynia)，或非疼痛刺激而有感到疼痛的經驗，也有頭皮壓痛 (scalp tenderness) 甚至肢體疼痛 (Stephen & Allen, 2015)。

二、皮質傳播抑制理論 (cortical spreading depression, CSD)


皮質傳播抑制理論 (cortical spreading depression, CSD) 發生時的整個大腦灰質去極化移動波引起的一氧化氮 (nitric oxide)、花生四烯酸 (arachidonic acid)、質子 (protons) 和細胞外鉀離子的釋放 (potassium extracellular, Stephen & Allen, 2015)。此波動為每分鐘2-6mm去極化 (depolarization) 抑制性電波，是由枕葉開始往前傳導 (Bruno & Roberto, 2014)。而CSD可發生在有前兆的偏頭痛 (migraine with aura)，目前無前兆的偏頭痛 (migraine without aura) 目前機轉不太清楚。



偏頭痛發作期間會減少疼痛閾值的熱刺激 (thermal stimulation, 刺激三叉神經節除了會造成局部腦部血流量的改變, 對於人類, 則會造成臉部潮紅, 因為臉部的溫度增加), 易受外界、生理時鐘或情緒的影響, 刺激衝動傳導到與serotonin分泌有關的腦幹組織來調節, 包括中腦導水管周圍灰質 (periaqueductal gray)、腦幹的神經核(dorsal raphe nucleus)、藍斑核(locus ceruleus, Stephen & Allen, 2015) 或性賀爾蒙調節, 最後再投射到S1&S2大腦體感區 (primary and secondary somatosensory areas); 前額葉與前扣帶皮質(prefrontal and anterior cingulate cortex) 和邊緣皮質 (limbic cortex, Bruno & Roberto, 2014), 造成血管收縮、缺血及可能因皮質傳播抑制, 造成神經學症狀, 這些症狀可以混淆偏頭痛的診斷, 導致患者和醫師形容頭痛是緊張型頭痛 (Stephen & Allen, 2015)。

第四節 頭痛流行病學

中國大陸研究顯示中國北陸一年內發生原發性頭痛的比例為 45.3%, 台灣為 49.6%, 日本則佔 40.9% (Wang, 2015)。偏頭痛是最常見的神經系統疾病, 影響全世界人口 12%, 為全世界失能性 (cause of disability) 疾病排名第七名 (Kuo et al., 2015)。西方研究顯示, 約 10% 的人有偏頭痛, 偏頭痛的比例男性是 6%, 女性是 16% (王, 2012)。美國約有 4 百萬的男性以及 1900 萬的女性曾有偏頭痛發作 (O'Sullivan & McCabe, 2006), 在美國, 偏頭痛之盛行已超過 20 年, 目前盛行率約 11.7-13.2%, 其中慢性偏頭痛患者佔 7.7% (Moriarty et al., 2016)。偏頭痛好發年齡為 25-55 歲, 以女性居多 (O'Sullivan & McCabe, 2006), 日本研究顯示, 女性偏頭痛有 32% 平均好發高峰年齡 (age at incidence peak) 為 44.8 歲 (Nagai et al., 2015)。台灣青少年 (小於 15 歲) 偏頭痛盛行率為 6.8%, 大於 15 歲罹患偏頭



痛的比例為 9.1% (Kao et al., 2007)。研究顯示加拿大醫療專業人員的近 45% 每天工作皆處於高壓環境，尤其是醫師與護理人員工作壓力最大，台灣約 29% 護理師患有偏頭痛，中國大陸護理師則佔 15% (Kuo et al., 2015)。由此可見護理人員罹患原發性頭痛的機率比一般人高，已被證實和工作壓力有關，不僅影響工作效率，也影響自身情緒與家庭運作及人際間的相處 (Moriarty et al., 2016)。

第五節 頭痛對生活品質的影響

義大利針對原發性頭痛中的陣發性頭痛 (episodic headache)，觀察到在頭痛發作期間，在生理狀況失能程度高。在慢性頭痛的患者，在情緒干擾方面發生率又比陣發性頭痛更高 ($p < 0.05$)，調查結果也證實患者處於頭痛時，對生活品質產生負面影響 (Cavallini et al, 1995)。且在比加拿大針對偏頭痛族群的研究，發現偏頭痛的患者會影響家人與人際關係，大約 35% 受訪者表示頭痛會影響社交計畫，40% 的受訪者表示會擔心未來可能會在重要場合發生偏頭痛，45% 受訪者擔心駕駛時發生頭痛，50% 受訪者表示他們頭痛的發生對家人也會有影響 (Edmeada, 1993)。該篇研究也指出，在受試者頭痛日誌的記載，有 17% 受試者因偏頭痛而取消社交活動和家庭活動，另外有 11% 的受試者因偏頭痛而暫時離開工作崗位，整體而言有 78% 受試者日常生活受到妨礙與影響 (Edmeada, 1993)。偏頭痛造成功能及情緒狀態的影響，除了顯著影響社會及經濟，研究也證實偏頭痛患者的健康相關生活品質低於其他慢性疾病 (Meletiche et al., 2001)。

此外，美國針對偏頭痛的族群研究，發現偏頭痛會降低生產力 (productivity)，其中又以女性居多。而 4.5% 男性及 10.6% 的女性，在四週內發生偏頭痛時會無法上班上課，甚至是數天，Green (1977) 等人則發現因偏頭痛而缺勤的患者比例約佔



三分之二，有56%患者一個月約缺勤2.2天。Markush等人指出，有52.2%的偏頭痛患者表示偏頭痛會嚴重影響他們的日常生活，其中15.5%為年輕女性（Stang & Osterhaus, 1992）。

義大利於2004年調查214名慢性偏頭痛的患者的MIDAS失能程度，其中有197名女性和67名男性，平均年齡37.6歲，MIDAS平均總分為23.4分，其中一個月內因偏頭痛導致做家事的效率降低、無法做家事或從事休閒社交活動者的天數平均總和達14.5天，而因偏頭痛導致無法上班上課或是生產力（productivity）嚴重降低者平均總和達8.8天（Bussone et al., 2004）。

護理人員現階段面臨人力短缺的問題，根據護理人員的角色及工作職責，壓力的增長與照護病患有關，未來除了提升病人的護理品質，護理人員的健康也是現階段需迫切關注的問題，護理人員受到當前壓力及倦怠導致壓力潰堤(burnout)，會導致無數健康相關的問題（如：失眠、頭痛、焦慮等），不僅護理人員生活品質下降，降低工作生產力（productivity），也影響護理人員的招募及留任，和整個單位的運作，間接影響到病人照護品質（Tammi et al., 2007）。

頭痛會讓患者生活和工作上有極大影響，頭痛盛行率不低，護理人員又是所有醫療人員患有頭痛之高危險群，頭痛帶來的症狀包括生活及工作上的衝擊，需探究其頭痛造成生活品質的影響，以利未來發展減緩頭痛之相關措施或課程，如此一來能減少頭痛造成工作及生活的影響之外，也能維護病人照護品質，發展更優質的護理環境。


第六節 生活品質



McKeon 於 1947 年提到生活品質的概念可追溯於古老的西方哲學家亞里斯多德，他形容「幸福」(happiness)是一個人靈魂的要件，也是上帝的恩賜 (Zhanl, 1992)。在早期 1947 年時，世界衛生組織 (World Health Organization, WHO) 把健康定義為不僅是減少病痛，也是身心靈和社會整體的幸福感 (Zhanl, 1992)。健康相關生活品質有五大概念，包括生命週期 (death and duration of life)、損傷 (impairment)、功能狀態 (functional status)、健康認知 (health perceptions) 及健康能力 (opportunity, Patrick & Bergner, 1990)。在學界主要定義健康生活品質為受到疾病、損傷、治療或健康政策的影響。健康狀況也與社會、家庭和行為因素等影響過程加以區分，與一般生活品質的定義最大不同為重視疾病、治療後所導致個人身體功能改變，進而影響個人的生理、心理及社會層面，造成生活品質的改變 (Patrick & Bergner, 1990)。健康生活品質的量測也包含頭痛帶來的影響。目前最常見用來評估健康相關生活品質的量表有 SF-12、SF-36 等，在頭痛的患者上進行了許多相關評估 (Lipton et al., 2003)。

第七節 頭痛的質性研究

目前的質性研究有多方針對頭痛的發生時機、症狀的影響及發掘頭痛患者與共存的原因與意義為主。Rutberg (2012) 在訪談後發現患有偏頭痛的女性可能會被無所不在的偏頭痛所擊垮，要忍受著不可預測被偏頭痛伴隨所影響的日子，平時處於備戰狀態，常感到被偏頭痛圍攻的感覺，同時也會暫時喪失能力，會不自覺地與生活隔絕，除了擔心使用藥物後帶來的影響之外，也會擔心因偏頭痛造成



其他人對自己有負向的觀點，如無法履行義務、無法維持工作上的最佳狀態等，因此會自己去努力避免遭到質疑或被歸類為體弱多病的一群。Ramsey (2012) 也提出頭痛的患者會擔心因頭痛造成工作上的疏漏，會遭到其他人的評論，他們會設法去預防下一次頭痛的來臨，但頭痛往往無法預測，也是造成壓力的來源之一。使用藥物可以減輕對生活感到不確定的狀態，但也引起患者對服用長期藥物帶來後果的隱憂，有患者認為，除了服用藥物之外，他們實際上沒有其他的選擇，但頭痛發生的時機不明確，當它們需要能夠發揮作用減緩頭痛的情況下，還是將藥物作為首選 (Moloney et al., 2006)。頭痛常發生在日常生活，發生頭痛時不僅僅是頭痛，也意味著一個人被暫時的痛苦或其他伴隨症狀包圍著，使得患者無法按自己的步調運行，因此患者會努力讓自己履行義務，而不是在頭痛發生時取消任何事，除了避免被質疑，也不讓頭痛成為一個逃避責任的藉口 (Moloney et al., 2006)。頭痛使患者深陷不確定及焦慮和恐懼的狀態，除了需探索頭痛與患者共存的意義，現階段文獻較少針對頭痛患者生活、工作及情緒影響的細部探討，因此本研究針對這部分加以著墨。

第三章 研究方法

第一節 研究設計



本研究在第一階段採橫斷式研究設計 (cross-sectional study)，以普查方式邀請台灣北部一所醫學中心所有急重症單位的護理人員參與此研究調查，包含ED, 1A1, 3A2, 3C1/3C2, 4A1/4A2, 4B1, 4B2, 4C1,4C2, 4D1,4F1, 5CVI/5CVIA, 06PE, 08PE, OPII/OPIIM, OPNI，共16個單位。參與本研究的研究人員共兩名，在說明其研究目的及內容後，同意參與本研究的受試者若自述有頭痛或偏頭痛，便填寫頭痛相關問卷：含基本資料表、頭痛相關資料表、偏頭痛失能評估表 (migraine disability assessment, MIDAS)、偏頭痛特定族群生活品質問卷量表 (MSQ v2.1)、SF-12生活品質量表。自述有頭痛者，分析資料時再依據ICHD-III的診斷定義分類為「偏頭痛」與「其他頭痛」。若受試者無頭痛，則填寫基本資料表、SF-12生活品質量表。

本研究第二階段採現象學研究法 (phenomenology)，探討個人生活經驗的本質意義或基本結構，協助發覺其經驗之獨特性、揭示觀點及需要 (黃，2006)。在訪談的過程中，研究者試著了解受試者過去頭痛的經驗，讓記憶回溯近期發生頭痛時當時身處的場景，並在這些經驗分享的過程，研究者會嘗試協助受試者回想當時的情境所帶來的感受，找到當時受試者未注意到的現象，或找出和生活中的關聯性。如此研究者在歸納資料後，可以找到受試者在這些生活經驗中含藏的意義加以分析，以獲得新的現象。

第二節 研究對象及場所



本研究在第一階段邀請台灣北部一所醫學中心所有的急重症單位護理人員參與此研究，依據頭痛相關資料填寫平均一週頭痛的天數及最近一週頭痛發生時平均強度，與偏頭痛失能性評估表中，過去三個月裡的頭痛天數及平均頭痛強度相比，若兩者天數及強度邏輯不符（如：受試者填寫平均一週頭痛的天數為1-2天，最近一週頭痛發生時平均強度3分，但MIDAS量表中過去三個月的頭痛天數及平均頭痛強度皆為零。）即判定為無效問卷。

第一階段收案條件：

- 一、領有護理師、護士、專科護理師執照，且現於收案醫院執業從事護理工作，任職於急診、加護病房急重症單位，年齡、性別、職級不拘。
- 二、經說明後願意填寫同意書參與本研究調查者。

第一階段排除條件：無。

第二階段收案條件：

- 一、平均一週疼痛強度（NRS）不拘，分為mild（1-3分）；moderate（4-6分）；severe（7-10分）三層次。
- 二、MIDAS失能程度達到輕度失能（mild）6分以上，分為mild（6-10分）；moderate（11-20分）；Severe（21-270分）三層次。
- 三、有參與第一階段研究之受試者並同意參與本階段研究。
- 四、符合第二章第一節之偏頭痛診斷者。




表一：第二階段研究依照頭痛嚴重程度分成9個區塊（cell）進行立意取樣

		平均一週頭痛發作時的強度（NRS）		
		Mild	Moderate	Severe
		（1-3分）	（4-6分）	（7-10分）
MIDAS	Mild （6-10分）	A	B	C
失能程度	Moderate （11-20分）	D	E	F
	Severe （21-27分）	G	H	I

第二階段排除條件：

- 一、未參加第一階段研究者。
- 二、未符合上述收案條件者。
- 三、沒有意願參與或拒絕訪談。
- 四、受試者沒有充裕的時間接受訪談，可預期訪談過程很匆忙，容易受外在環境干擾而影響訪談結果者。

研究者於上述16個單位採立意取樣，參與本研究的研究人員共兩名，在說明其研究目的及內容後，邀請有參與第一階段研究且自述有頭痛、偏頭痛（符合上述偏頭痛診斷），且依據：（1）平均一週頭痛發作時的強度（NRS）分為mild（1-3分）；moderate（4-6分）；severe（7-10分）三層次；（2）MIDAS失能程度分為mild（6-10分）；moderate（11-20分）；severe（21-270分）三層次。共分為A;B;C;D;E;F;G;H;I等9個區塊（cell，詳見表一），再從每一個區塊採立意取樣（purposive sampling）至少各選取3位最有可能提供豐富經驗與訊息者，進行訪談。



談地點於醫院各單位會議室、護理長辦公室或台大護理系館三樓討論室，除了架設錄音筆外，並於訪談進行前設計半結構式訪談大綱。在正式訪談之前，研究者會再次與受試者解釋研究目的與進行方式和流程，並強調資料與錄音內容僅供研究使用，不會作為學術研究以外的用途，使其願意暢所欲言，當收集到的資料飽和後即停止訪談。訪談後研究者會把錄音筆錄製之訪談內容打成逐字稿，以進行後續資料分析。

本研究第二階段邀請有參與第一階段研究並有頭痛的護理人員，且願意參與訪談者，收案人數以資料分析的飽和度（saturation）來決定。所謂資料的飽和，是指在運用反省、摘記、討論等方式分析每次所收集的資料後，再繼續訪談新個案，直到新資料之概念類組，不再出現新的主題、概念或特質，亦即參與者大都呈現出相同的現象為止（曾，2008）。

第三節 研究工具

本研究第一階段工具擬定問卷內容如下：


一、基本資料

含出生年月日、性別、是否停經、婚姻狀況、教育程度、單位屬性、工作年資、職級等，共八題。

二、頭痛相關資料

共十二題，其中八題為：含一週頭痛頻率、疼痛強度（NRS）、平時頭痛有無使用藥物、有無飲用咖啡習慣、若有針對頭痛措施研究是否願意參與、今日是否有頭痛、若今日有頭痛，疼痛強度是幾分、忙碌程度等。

為確認其頭痛發作型態是否有符合國際偏頭痛學會定義之診斷碼1.1原發性偏



頭痛分類的無預兆偏頭痛 (migraine without aura) 的護理人員。ICHD 診斷標準與臨床醫師診斷的結果具有足夠的敏感性與特異性，因此本研究把這些項目設計於問卷中，來篩選個案是否患有偏頭痛 (詳見第二章文獻查證 第二節：偏頭痛的定義性特徵)。該項問卷內容共四題，包括：(1) 偏頭痛是否至少發生過五次；(2) 頭痛發作型態是否持續4-72小時(未治療或治療無效)；(3) 是否有單側(unilateral location)、搏動性(pulsating quality)、中度至重度疼痛、會因為一般身體活動(如走路或爬樓梯)而惡化或盡量避免做這些動作；(4) 過去頭痛期間是否有發生過噁心或嘔吐、畏光且怕吵。

疼痛數字等級量表 (numerical rating scale, NRS) 為各界最常用的疼痛評估量表，以0-10分數字量尺測量個案疼痛程度，分成0-10等份的數字，0分表示完全不痛，10分表示嚴重疼痛，數字越大表示疼痛越劇烈、疼痛程度越高，依照受試者主觀說出分數，以評估疼痛強度。

三、偏頭痛失能性評估表 (migraine disability assessment, MIDAS)

1999年，Stewart 及 Lipton 提出了偏頭痛失能評估量表。此量表主要有五題，請患者本身回憶過去三個月期間，因偏頭痛造成課業或工作方面，家事方面，及家庭、社交或休閒活動方面的影響。此問卷因簡便易行，且獲得良好信效度及客觀度評估，在日本、上土耳其、及義大利等國亦紛紛使用。台灣再測信效度為 0.67，內部一致性 (Cronbach's $\alpha = 0.79$, 呂, 2011)。頭痛日誌中篩選與 MIDAS 對應的項目及分數，兩者無顯著差異，呈中度相關 ($r = 0.63$, Stewart et al., 2000)。根據 MIDAS 問卷得分可將失能程度分為四級：0-5 分為 1 級，失能程度輕微；6-10 分為 2 級，失能程度輕度；11-20 分為 3 級，失能程度中度；大於 21 分為 4 級，失能程度為重度 (Bagley et al., 2011)。

四、偏頭痛特定族群生活品質問卷量表 (migraine specific quality of life questionnaire version 2.1, MSQ v2.1)



偏頭痛特定族群生活品質問卷量表繼承 MSQ 1.0 及 2.0 的版本經過發展、檢驗、修訂而成，修訂後的 MSQ v2.1 分為三方面：(1) 角色受限 (role restrictive, RR)，七題，用來測偏頭痛導致的正常功能受限程度；(2) 角色功能妨礙 (role preventive, RP)，四題，用於測量偏頭痛干擾正常活動的程度；(3) 情緒功能 (emotional function, EF)，三題，用以評測偏頭痛對情緒的影響。本問卷共十四題自評量表，有良好的信效度，信度 Cronbach's $\alpha = 0.79-0.85$ ，再測信度 Cronbach's $\alpha = 0.87-0.96$ ，效度使用 HIT-6 (headache impact test)，MIDAS 與 PHQ-4 (patient health questionnaire) 等三個對照組，依照：(1) 急性與慢性偏頭痛的患者；(2) HIT-6 評量偏頭痛的嚴重性；(3) MIDAS 評量偏頭痛的嚴重性；(4) 較高風險罹患憂鬱或焦慮的患者。其分析相關係數，MSQ scales 與 HIT-6 ($r = -0.60$ to -0.71)、MIDAS ($r = -0.38$ to -0.57) 呈中高度負相關 ($p < 0.01$)，以及 MSQ 情緒功能 (emotional function, EF) 與 PHQ-4，在急慢性偏頭痛的患者 ($r = -0.42$)，而在角色功能限制 (role function-restrictive, RR)；($r = -0.32$) 及妨礙 (role function-preventive, RP, $r = -0.31$)，相關度較低，也反應了區別效度 (discriminant validity)。用對照組比較以 ANOVA 分析，並依照上述四種準則，用 MSQ 去比較慢性及急性偏頭痛的患者，其分別慢性：急性平均值 (+/-標準差) 為：RR = 44.4 (+/-22.1) : 56.5 (+/-24.1) ; RP = 61.4 (+/-26.1) : 71.7 (+/-24.1) ; EF = 48.3 (+/-28.1) : 67.2 (+/-26.6)，由此可見該量表應於慢性偏頭痛的患者效度更佳 ($p < 0.001$, Bagley et al., 2011)。除此之外，MSQ scales 與 SF-36 的心理層面和生理層面皆有低度至中度相關 ($r = -0.20-0.37$)，且 MSQ scales 與偏頭痛相關症



狀有顯著低度至中度的負相關 ($r = -0.10-0.57$)。

五、SF-12健康生活品質量表 (12-Item Short Form Health Survey, SF-12)

SF-12量表乃將SF-36精簡為十二題，8個面向可歸類為生理 (physical component summary, PCS) 及心理 (mental component summary, MCS) 兩大層面。八面向主要包括身體功能 (physical functioning)、健康角色 (role-physical)、身體疼痛 (bodily pain) 整體健康狀態 (general health)、活力 (vitality) 社會功能 (social functioning) 角色情感 (role-emotional) 及心理健康 (mental health)。在信效度方面，Ware等人 (1996) 針對2,474位美國個案的資料顯示，SF-12可解釋原SF-36量表91.1% (生理) 及91.8% (心理) 之變異量，兩週後再測信度則分別為0.89 (生理) 及0.86 (心理，李，2014)，此份量表也多次被許多研究採用，並廣泛運用於偏頭痛生活品質相關研究(張等, 2009; Vickers et al., 2004; Wang et al., 2011)。

本研究第二階段研究工具半結構式訪談大綱如下：

- 一、您通常在怎樣的情況下，容易發生頭痛？（無論是作息、飲食或感官刺激等任何情況）
- 二、頭痛發生時對您的生活或工作的影響有哪些？
- 三、您通常用什麼方法解決您的頭痛？（若受試者有使用藥物來減緩頭痛，詢問其藥物來源為何？如果受試者有看門診，詢問是看哪一科的醫師？是否為專科醫師？）
- 四、經過這些解決方法後您覺得疼痛程度有多少改善？您覺得這些處置的改善時間大概能夠持續多久？

第四節 資料收集過程與分析方法



一、資料收集與倫理考量

(一) 第一階段

本研究經醫院人體倫理試驗委員會審查核可(倫委會編號: 201607067RINA)，向護理長解釋研究的目的及重要性，取得同意張貼招募受試者文宣至各單位公佈欄後開始收案。除了以公開的方式張貼招募受試者文宣，公告無論有無頭痛皆可參與本研究，請受試者自由參與外，本研究也由研究者親自於各單位病房會議時間接觸受試者，並解釋研究目的、進行方式、問卷填答方法，說明受試者參與研究與否並不會影響考績或工作績效評核，並給予同意書讓參加本研究護理人員填寫後，開始填答問卷，所得問卷皆以匿名方式並編碼處理，未進行任何的介入措施，保證研究結果僅供學術使用，絕不會對外公開。

(二) 第二階段

本研究依上述篩選條件，篩選出有參與第一階段研究且有頭痛的護理人員，並主動聯繫詢問其參與第二階段研究訪談意願，訪談時間約20-30分鐘。護理人員在自由意志下同意參與本研究，且填妥同意書後，研究者即與其約定訪談時間及地點，地點由受試者決定。訪談前，研究者先解釋研究目的及訪談進行方式，說明受試者參與研究與否並不會影響考績或工作績效評核，並告知訪談過程中會錄音，訪談內容以逐字稿呈現，皆匿名，也不會顯示受試者單位背景或容易辨識出身份的情境，以避免受試者身份曝光，其錄音檔及逐字稿僅供學術使用。

與參與者第一次會面時，研究者即自我介紹，訪談前會再次說明研究目的，及告知訪談時會全程錄音，並架設錄音筆，所使用的語言則以參與者所熟悉及自



然為主。在訪談過程中研究者會讓個案充分表達頭痛對於臨床工作及生活的影響，避免臆測或表達研究者自己的觀點，資料收集完畢後即結束訪談。

二、資料分析

本研究第一階段問卷資料收集後，使用SPSS 20.0版統計軟體進行分析，包含描述性與敘述性統計。而第二階段的半結構式訪談由Colaizzi資料分析法進行分析。

(一) 描述性統計：

1. 頭痛/偏頭痛盛行率：

用次數分配表、百分比進行分析。

2. 基本資料：

含年齡、性別、女性是否停經、婚姻狀況、教育程度、工作年資、職級、單位屬性等類別變項，以次數分配表、百分比、平均值、標準差排序進行分析。

3. 頭痛相關資料

藥物使用之名稱劑量與頻率、有無喝咖啡習慣、發生頻率、疼痛強度、偏頭痛發生時其他症狀與頭痛型態等類別變項，以百分比、平均值、標準差排序進行分析。

4. 偏頭痛失能性評估量表 (MIDAS)：

以次數分配表、百分比、平均值、標準差排序進行分析。

5. 偏頭痛特定族群生活品質量表 (MSQ v2.1)：

次數分配表、百分比、平均值、標準差排序進行分析。

6. SF-12健康生活品質量表：

次數分配表、百分比、平均值、標準差排序進行分析。



(二) 推論性統計：

1. 基本資料比較

年齡、教育程度、工作年資以獨立樣本 t 檢定 (independent sample t -test) 進行分析，性別、女性是否停經、婚姻狀況、職級、單位屬性等類別變項，以卡方檢定進行分析，比較真正患有偏頭痛與其他頭痛的護理人員兩組基本資料的差異。

2. 頭痛相關資料

比較偏頭痛與其他頭痛的護理人員，兩組MIDAS失能程度、影響天數及偏頭痛相關症狀以卡方檢定分析。每週平均頭痛發作次數、頭痛發作時平均疼痛強度 (NRS) 以 t 檢定 (independent sample t -test) 進行分析。

3. 生活品質差異

有偏頭痛、其他頭痛與無頭痛的護理人員，三組SF-12生活品質量表分數之差異，以ANOVA進行分析。而有偏頭痛、其他頭痛的護理人員，兩組MSQ v.2.1分數之差異，以獨立樣本 t 檢定 (independent sample t -test) 進行分析。

(三) Colaizzi質性資料分析：

本研究依Colaizzi的資料分析法來分析半結構式訪談內容，萃取初期文字內所透露的意義。分析步驟引用Beck (1994) 的方法：包括：(1) 仔細反覆地閱讀訪談內容並從閱讀中獲得研究對象的生活經驗及其想法；(2) 由原始資料中萃取出與現象有關的內容形成有意義的句子；(3) 由有意義的句子萃取出意義；(4) 保持描述性的態度，把所形成的意義中所存在的共同特性組成主題；(5) 調查此一現象所得的結果做一整合並做一完整的整體性描述；(6) 經由整體性描述形成現象的基本架構；(7) 所得的結論請研究對象檢視以比較分析結果是否反應出個案的經驗 (劉，2010)。

第五節 質性研究的信效度



本質性研究之信效度的測定包括確實性(credibility)、轉換性(transferability)、可靠性(dependability)、確認性(conformability)，以提升正確性及嚴謹度(Sandelowski, 1986)。藉以下四點詳細說明：

一、確實性(credibility)：

研究者在學期間有修習質性研究課程，了解資料收集方法及分析，也曾任研究助理協助分析書寫過程紀錄，因此有一定能力可以呈現資料的真實程度。

二、可轉換性(transferability)：

研究者將所有訪談資料打成逐字稿，並詳實地記錄會談情境(如個案的表情、語調)，使研究結果達到推廣性。研究者會先與個案自我介紹，並解釋研究目的及進行過程，與個案建立關係後，再進行資料收集，讓過程中保有放鬆的情境，得以在自然情境脈絡中進行訪談。

三、可靠性(dependability)：

在執行半結構式訪談的過程中，全程使用錄音筆錄音，並記錄其非語言動作，保留完整原始資料，而資料收集與分析皆為同一研究者，避免不同研究者訪談而造成差異。

四、確認性(conformability)：

研究者本身具有臨床護理師實務經驗，能了解其護理人員的工作環境及工作內容，由於和受試者有相同的背景，易建立彼此關係及信任感，也能把訪談內容真實表達受試者的想法，在訪談結束後，會與受試者進行內容確認，確保受訪者表達的意思沒有偏誤，並請受試者留下E-mail或方便受試者聯絡的方式，日後分析

結果會寄給受試者檢視，以確認研究結果能反應出受試者的經驗。收集資料後於24小時內完成摘記與逐字稿，降低資料缺漏的可能。除了隨時查閱文獻支持作證外，研究者會與指導教授討論分析與歸納，反覆驗證已確認內容之正確度。

訪談中所有紀錄、錄音檔及歸納分析過程及思考路徑，會完全保留原始並資料鍵入電腦，以供日後研究結果確認及參考。



第四章 研究結果

第一節 第一階段量性調查

研究對象為急重症單位護理人員，本研究第一階段量性調查收案人數為 412 人，若過去三個月裡的頭痛天數及平均頭痛強度相比，兩者天數及強度邏輯不符，即判定為無效問卷，扣除 7 份無效問卷，實際研究對象 405 位，問卷回應率 69%。

頭痛盛行率方面，405 位實際研究對象中，有 176 人自我報告有頭痛，頭痛盛行率為 43.2% (= 176/405)。沒有填問卷的護理人員但願意簡單回答有無頭痛者共 200 名（整體頭痛回應率 93%），605 位護理人員頭痛發生率為 43.4%（詳見表五），與本研究的頭痛盛行率為 43.2% 相近。

偏頭痛盛行率方面，在 405 名個案中，有 176 人自我報告有頭痛，但依據國際頭痛學會所制定的 ICHD-III 診斷標準篩選，可歸類為偏頭痛者佔 101 人，因此本研究偏頭痛盛行率為 25% ($N = 405$)。

有頭痛的護理人員 ($n = 176$) 和無頭痛 ($n = 229$) 的護理人員，在工作年資上有顯著差異 ($p = 0.02$)，顯示有頭痛的護理人員工作年資較深，以 5-10 年居多 (38%)，其次為 11-15 年 (14%)，兩者在 SF-12 生活品質分數生理層面 (physical component summary, PCS) 呈顯著差異 ($p < 0.01$)，顯示有頭痛的護理人員在生理層面的生活品質分數較低 (48.40 ± 6.27)，而心理層面 (mental component summary, MCS) 無顯著差異 (詳見表二)。

有頭痛的護理人員 ($n = 176$) 平均一週頭痛發作頻率為 1-2 次 (68%)，平均疼痛指數介於 1-2 分 (68%)，頭痛相關症狀以噁心 (36%) 最大宗，頭痛發作時服用藥物者 57%，以 acetaminophen (45%) 最多。在 MIDAS 統計結果上班影響天數為 (1.71 ± 2.81) 天，家事影響天數 (3.28 ± 5.63) 天，社交影響天數為 (1.04 ± 1.76)

天。失能程度部分以 Minimal or none (0-5 分) 最多，佔 60%。MSQ v2.1 呈現在角色受限 (Role Restrictive) 得分為 71.90 ± 16.53 最低，角色功能妨礙 (Role Preventive) 得分為 84.74 ± 15.58 最高，情緒功能 (Emotional Functional) 得分為 83.83 ± 16.31 (詳見表四)。

比較有偏頭痛 ($n = 101$)、其他頭痛 ($n = 75$) 與無頭痛 ($n = 229$) 三組的護理人員，基本資料變項 (詳見表三)，工作年資呈顯著差異 ($p = 0.02$)，顯示年資五年以上者頭痛發發生率較高，其它變項皆無顯著差異 ($p > 0.05$)。而偏頭痛、其他頭痛與無頭痛者 SF-12 分數，在生理層面 (physical component summary, PCS) 具有顯著差異 ($p < 0.01$)，其中偏頭痛者比無頭痛者平均低 3.09 分，偏頭痛者比其他頭痛者平均低 2.28 分。

比較有偏頭痛 ($n = 101$) 與其他頭痛 ($n = 75$) 的兩組護理人員，在頭痛者基本資料與疼痛相關資料 (詳見表四)，急重症單位患有偏頭痛的護理人員頭痛發作時有 57% 服用藥物，而有偏頭痛者服用藥物比率比其他頭痛者高，在服用藥物種類，偏頭痛者服用 acetaminophen (56%) 比其他頭痛者多 ($p < 0.01$)，偏頭痛者比其他頭痛者，用藥時機必要時服用 (40%)，一痛就服用 (19%)，顯示服藥時機比其他頭痛者多 ($p < 0.01$)，在疼痛強度方面，偏頭痛者 NRS 7-10 分達 32% ($p = 0.002$) 比其他頭痛者 (14%) 要來得多。而兩者在偏頭痛相關症狀的表現，以噁心 ($p < 0.01$)、嘔吐 ($p < 0.01$) 有顯著差異，顯示有偏頭痛者有噁心者 (47%) 嘔吐 (25%) 症狀者多。MSQ v2.1 生活品質分數，偏頭痛者角色受限 (Role Restrictive) 分數為 68.32 ± 17.72 ($p < 0.01$)、角色妨礙 (Role Preventive) 分數 81.53 ± 17.11 ($p < 0.01$)、情緒功能 (Emotional Functional) 81.06 ± 17.33 ($p < 0.01$) 皆有顯著差異，在 SF-12 量表生活品質分數 (physical component summary, PCS)

具有顯著差異 ($p < 0.01$)，顯示有偏頭痛者比其他頭痛者生活品質差 (偏頭痛者 MSQ v2.1 和 SF-12 生活品質分數皆比其他頭痛者低)。



表二：有無頭痛的護理人員個人基本資料屬性分佈 (N = 405)

	Total (N = 405)	有頭痛 (n = 176)	無頭痛 (n = 229)	χ^2/t	P value
	M±SD/ n (%)	M±SD/ n (%)	M±SD/ n (%)		
年齡	31.58±6.96	32.08±6.83	31.20±7.05	t = 1.24	0.21
22-25	76 (19%)				
26-30	128 (33%)				
31-35	68 (17%)				
36-40	76 (19%)				
41-45	27 (7%)				
46-50	15 (4%)				
51-55	0 (0%)				
56-57	2 (<1%)				
性別				$\chi^2 = 0.65$	0.60
男	15 (4%)	5 (3%)	10 (4%)		
女	390 (96%)	171 (97%)	219 (96%)		
停經				$\chi^2 = 0.56$	0.66
是	5 (1%)	3 (2%)	2 (<1%)		
否	379 (94%)	166 (94%)	213 (93%)		
婚姻狀態				$\chi^2 = 2.59$	0.27
未婚	286 (71%)	119 (68%)	167 (73%)		
已婚	115 (29%)	55 (31%)	60 (26%)		
離婚	1 (<1%)	1 (<1%)	0 (0%)		
教育程度				$\chi^2 = 2.65$	0.62
三專	1 (<1%)	0 (0%)	1 (<1%)		
五專	1 (<1%)	1 (<1%)	0 (0%)		
二技	104 (26%)	47 (27%)	57 (25%)		
大學/四技	277 (68%)	120 (68%)	157 (69%)		
研究所以上	22 (5%)	8 (5%)	14 (6%)		
工作年資				χ^2	0.02*
0-2 年	87 (22%)	31 (18%)	56 (24%)	= 13.14	
3-4 年	53 (13%)	17 (10%)	36 (16%)		

	Total (N = 405) M±SD/ n (%)	有頭痛 (n=176) M±SD/ n (%)	無頭痛 (n=229) M±SD/ n (%)	χ^2/t	P value
5-10 年	128 (32%)	66 (38%)	62 (27%)		
11-15 年	68 (17%)	31 (18%)	37 (16%)		
16-20 年	44 (11%)	24 (14%)	20 (9%)		
21 年以上	25 (6%)	7 (4%)	18 (8%)		
工作職級				$\chi^2=5.32$	0.38
N0	74 (18%)	24 (14%)	50 (22%)		
N1	53 (13%)	26 (15%)	27 (12%)		
N2	160 (40%)	72 (40%)	88 (39%)		
N3	99 (24%)	45 (26%)	54 (23%)		
N4	11 (3%)	6 (3%)	5 (2%)		
NP	8 (2%)	3 (2%)	5 (2%)		
單位屬性				$\chi^2=2.55$	0.13
急診	64 (16%)	22/64 (34%)	42/64 (66%)		
ICU	341 (84%)	154/341 (45%)	187/341 (55%)		
SF-12 生活品質					
生理層面 PCS	49.60±6.17	48.40±6.27	50.52±5.94	t=-3.45	<0.01*
心理層面 MCS	41.85±8.45	41.32±8.94	42.32±8.04	t=-1.27	0.21

註：* $p < 0.05$

表三：偏頭痛、其他頭痛與無頭痛者基本資料屬性分佈 (N = 405)

	有頭痛 (n = 176)		無頭痛 (n = 229)	$\chi^2/t/F$	P value
	$M \pm SD/n$ (%)		$M \pm SD/n$ (%)		
	偏頭痛 (n = 101)	其他頭痛 (n = 75)			
	$M \pm SD/n$ (%)	$M \pm SD/n$ (%)			
年齡	33.18±6.57	30.66±6.95	31.20±7.05	F = 3.53	0.03
	(Scheffe's Post Hoc 檢定均不顯著)				
性別				$\chi^2 = 2.93$	0.23
男	1 (1%)	4 (1%)	10 (4%)		
女	100 (99%)	71 (96%)	219 (96%)		
停經				$\chi^2 = 1.56$	0.46
是	1 (1%)	2 (3%)	2 (<1%)		
否	97 (99%)	69 (97%)	213 (99%)		
婚姻狀態				$\chi^2 = 4.93$	0.30
未婚	66 (65%)	53 (72%)	167 (74%)		
已婚	34 (34%)	21 (28%)	60 (26%)		
離婚	1 (1%)	0 (0%)	0 (0%)		
教育程度				$\chi^2 = 7.64$	0.47
三專	0 (0%)	0 (0%)	1 (<1%)		
五專	1 (1%)	0 (0%)	0 (0%)		
二技	24 (24%)	23 (31%)	57 (25%)		
大學/四技	69 (68%)	51 (68%)	157 (69%)		
研究所以上	7 (7%)	1 (1.3%)	14 (6%)		
工作年資				$\chi^2 = 25.78$	< 0.05*
0-2 年	12 (12%)	19 (25%)	56 (25%)		
3-4 年	11 (11%)	6 (8%)	36 (16%)		
5-10 年	38 (38%)	28 (37%)	62 (27%)		
11-15 年	16 (16%)	15 (20%)	37 (16%)		
16-20 年	20 (20%)	4 (5%)	20 (9%)		

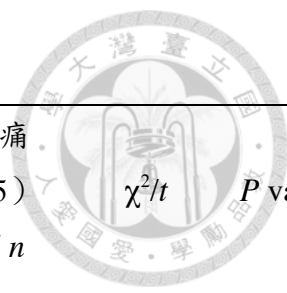




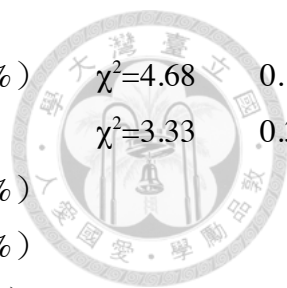
	有頭痛 (n = 176)		無頭痛 (n = 229)	$\chi^2/t/F$	P value
	<i>M</i> ± <i>SD</i> / <i>n</i> (%)		<i>M</i> ± <i>SD</i> / <i>n</i> (%)		
	偏頭痛 (n=101)	其他頭痛 (n = 75)			
	<i>M</i> ± <i>SD</i> / <i>n</i> (%)	<i>M</i> ± <i>SD</i> / <i>n</i> (%)			
21 年以上	4 (4%)	3 (4%)	18 (8%)		
工作職級				$\chi^2=14.60$	0.15
N0	10 (10%)	14 (19%)	50 (22%)		
N1	13 (13%)	13 (17%)	27 (12%)		
N2	43 (43%)	29 (39%)	88 (38%)		
N3	28 (28%)	17 (23%)	54 (24%)		
N4	6 (6%)	0 (0%)	5 (2%)		
NP	1 (1%)	2 (3%)	1 (1%)		
單位屬性				$\chi^2=2.88$	0.24
急診	14/22 (22%)	8/22 (13%)	42/64 (66%)		
ICU	87/154 (26%)	67/154 (20%)	187/341(55%)		
SF-12 生活品質					
生理層面 (PCS)	47.43 (6.78)	49.71 (5.27)	50.52 (5.94)	$F=9.17$	< 0.05*
	Scheffe's Post Hoc: 偏頭痛者比無頭痛者: -3.09 分				<0.05*
	偏頭痛者比其他頭痛: -2.28 分				< 0.05*
心理層面(MCS)	40.93 (9.07)	41.68 (8.80)	42.32 (8.05)	$F=0.98$	0.38

註：* $p < 0.05$

表四：頭痛者基本資料與疼痛相關資料 (n = 176)



	有頭痛 (n=176) M±SD/ n (%)	偏頭痛 (n = 101) M±SD/ n (%)	其他頭痛 (n = 75) M±SD/ n (%)	χ^2/t	P value
頭痛發作時服用藥物					< 0.05*
是	100 (57%)				
否	70 (40%)				
服用藥物種類					
Acetaminophen	79 (45%)	57 (56%)	22 (29%)	$\chi^2=13.73$	< 0.05*
NSAID	24 (14%)	16 (16%)	9 (12%)	$\chi^2=0.59$	0.52
其它	4 (2%)	3 (3%)	0 (0%)	$\chi^2=2.31$	0.26
用藥時機				$\chi^2=14.92$	< 0.05*
一痛就服用	24 (14%)	19 (19%)	5 (7%)		
無法忍受或影響太大時服用	7 (4%)	5 (5%)	2 (3%)		
必要時服用	62 (35%)	40 (40%)	22 (29%)		
喝咖啡習慣				$\chi^2=0.10$	0.76
有	98 (56%)	58 (57%)	40 (53%)		
無	74 (42%)	42 (42%)	32 (43%)		
平均一週頭痛發作次數				$\chi^2=4.67$	0.46
1-2	120 (68%)	71 (70%)	49 (65%)		
3-4	19 (11%)	10 (10%)	9 (14%)		
5-6	1 (<1%)	0 (0%)	1 (1%)		
每天	2 (1%)	2 (2%)	0 (0%)		
頭痛發作時疼痛強度				$\chi^2=15.05$	< 0.05*
1-3 分	31 (17%)	11 (11%)	19 (25%)		
4-6 分	83 (48%)	47 (47%)	37 (49%)		
7-10 分	38 (22%)	32 (32%)	7 (14%)		
頭痛相關症狀					
噁心	63 (36%)	47 (47%)	16 (21%)	$\chi^2=7.70$	< 0.05*
嘔吐	31 (17%)	25 (25%)	6 (8%)	$\chi^2=6.07$	< 0.05*
怕吵	21 (12%)	16 (16%)	5 (7%)	$\chi^2=2.27$	0.16



怕光	92 (53%)	64 (63%)	30 (40%)	$\chi^2=4.68$	0.10
MIDAS 失能程度				$\chi^2=3.33$	0.34
Minimal or none (0-5 分)	105 (60%)	58 (58%)	47 (63%)		
Mild (6-10 分)	31 (18%)	16 (6%)	15 (20%)		
Moderate (11-20 分)	29 (17%)	21 (21%)	8 (11%)		
Severe (21-270 分)	10 (6%)	6 (6%)	4 (5%)		
MIDAS 統計結果					
上班影響天數	1.71±2.81	1.87±2.84	1.50±2.77	$t=-0.77$	0.68
社交影響天數	1.04±1.76	1.13±1.67	0.91±1.89	$t=-0.79$	0.89
家事影響天數	3.28±5.63	3.91±5.94	2.37±5.02	$t=-1.70$	0.14
MSQv2.1					
角色受限 (RR)	71.84±16.52	68.32±17.72	76.64±13.39	$t=3.54$	<0.05*
角色功能妨礙 (RP)	84.83±15.58	81.83±17.11	88.92±12.17	$t=3.20$	<0.05*
情緒功能 (EF)	83.77±16.29	81.06±17.33	87.48±14.04	$t=2.71$	<0.05*
SF-12					
生理層面 (PCS)	48.40±6.27	47.43±6.78	49.71±5.27	$t=2.51$	<0.05*
心理層面 (MCS)	41.3±8.80	40.92±9.07	41.68±8.80	$t=0.55$	0.58

註：* $p < 0.05$



表五：各單位問卷回應率與頭痛發生率

單位名稱	單位人數	問卷回覆	頭痛人數	回應人數	簡答頭痛人數	無法接觸到的人數	問卷回應率	發生率 回應率	頭痛 發生率
ED	142	60	21	82	18	0	42%	100%	27%
1A1	20	18	6	2	5	0	90%	100%	55%
3A2	43	14	3	29	8	0	33%	100%	26%
3B1/2	40	26	13	14	0	0	65%	100%	33%
4A1	25	25	15	0	0	0	100%	100%	60%
4B1	22	20	11	2	0	0	91%	100%	50%
4B2	21	20	9	1	9	0	95%	100%	86%
4C1	28	21	8	7	0	0	75%	100%	29%
4C2	30	13	6	17	8	0	43%	100%	47%
4D1	25	23	12	2	0	0	92%	100%	48%
4F1	25	20	11	5	0	0	80%	100%	44%
6PE	54	37	21	17	6	0	69%	100%	50%
8PE	38	27	14	7	2	4	71%	89%	47%
0PII	40	25	7	15	5	0	63%	100%	30%
0PNI/IM	50	25	9	0	0	25	50%	50%	36%
5CVI/A	75	37	10	0	0	38	49%	49%	27%
小計	678	411	176	200	61	67	69%	93%	43%

註：¹回應人數：未填問卷但可簡單回應是否有頭痛的人數

²頭痛簡答人數：簡單回答中的頭痛人數



第二節 第二階段質性訪談

研究者藉由 Colaizzi 的資料分析法，與急重症單位個案進行會談，了解其頭痛對生活經驗的影響，以及面臨各情境的處理方式，整合了 30 位受訪者的會談資料，把錄音檔轉成逐字稿後，反覆閱讀文字，再把訪談者陳述的主觀經驗予以概念分析，依相同屬性的概念歸納統整，形成次主題後再歸納為各大主題。本研究控制不確定性為最主要的現象，另包含與不確定性共存、徘徊不去的干擾及視情況處理疼痛等範疇分別論述。

表六：第二階段質性訪談依頭痛嚴重程度分成 9 個區塊 (cell) 進行立意取樣

		平均一週頭痛發作時的強度 (NRS)		
		Mild (1-3分)	Moderate (4-6分)	Severe (7-10分)
MIDAS 失能 程度	Mild (6-10分)	A 【1-3】【30】【28】	B 【4-6】【24】	C 【7】【8】【9】
	Moderate (11-20分)	D 【10-11】【25】	E 【12-14】【23】 【26】【29】	F 【15-20】【27】
	Severe (21-27分)	G 【N/A】	H 【21】	I 【22】

註：【 】內數字為訪談個案編號



表七：急重症單位護理人員頭痛發生時機、影響及處置一覽表

現象：控制不確定性 “Controlling with uncertainty”

範疇	主題	次主題
	生活中的 不定時炸彈 (7人)	
與不確定性共存 嘗試抓到會發生的時間，然後...也沒辦法	試著去捕捉 卻不是百發百中	A. 作息改變 夜班帶來頭痛的後座力 (4人) 每月換班別的頭幾天總是特別難受 (10人) 睡不飽容易頭痛 (12人)
		B. 壓力 上班日是頭痛的開始 (5人) 忙碌、壓力大，疼痛也排山倒海而來 (12人) 連續上班天數長，疼痛也日月累積 (3人)
		C. 頭痛的發生與所處環境有關 晚上較容易發生頭痛 (3人) 上班會被分散注意力，忘記頭痛存在， 下班之後才發現有頭痛 (8人) 其他外在因素：氣溫變化 (3人)
		D. 月經週期 每個月都要再苦一次 (12人)
徘徊不去的干擾 <i>Struggling</i> ：內化情緒或 尋求處置，盡所能不讓 頭痛造成影響。	自身情緒表現	A. 外顯情緒 說話口氣會很差！ (2人) 比較容易生氣... (13人) 就是覺得很煩！會比較沒有耐心... (18人) 我知道你們懂我，所以... 對親近的人比較沒有耐心 (12人) 我知道這樣不好，但我就是無法控制 (3人)
		B. 內隱情緒

	惜字如金，就是不想講話 (15人)
	覺得負能量爆發! (7人)
	讓我上班時無法專注 (13人)
	像被錄影機慢速格放的步調 (8人)
	步調會亂! (5人)
對工作的影響力	頭痛讓我思考中斷，導致記性變差... (6人)
	工作多年已熟練，所以影響不大 (3人)
	以不影響上班為原則 (4人)
	懶懶的...什麼都不想做 (12人)
工作以外的時間	痛到睡不著 (7人)
	頭痛伴隨症狀已干擾到我的生活 (5人)
	無論如何都不想出門 (5人)
社交生活的影響	我會忍著，還是會出門 (6人)
	除非是重要的事我才出門 (10人)
	依我個人的喜好來決定是否出門 (3人)
一痛就吃藥	隨身會帶一包藥，一痛就吃 (9人)
盡量忍耐到無法	能不吃藥就不吃藥，能忍就忍 (16人)
忍受才吃藥	我還可忍受，所以就不吃藥了! (5人)
	不上班就不會吃止痛藥 (4人)
	先以熱咖啡處理，沒效才吃藥 (5人)
	中醫效果慢，要長期吃，不想嘗試 (4人)
	都覺得它，不是一個應該看門診的病 (7人)
視情況處理疼痛	我看我家人也有偏頭痛，
不看門診的理由	所以我想我應該也是吧! (2人)
	不常發生/不嚴重，所以不主動就醫 (16人)
	我沒有吃西藥的習慣 (2人)
	自己去藥局買 (18人)
西藥的來源	之前去看門診有開藥時留下來的 (4人)
	拿醫院多的退藥 (1人)
	門診開的藥 (2人)

	請朋友/代購買的藥 (2人)
西藥處置的效果	吃了立刻見效，完全不痛了 (16人)
	吃了之後會減緩，剩下隱隱作痛 (7人)
	有時候有效，有時候沒效 (1人)
	吃了之後只會減緩一點點，效果不大 (2人)
中藥的效果	頭痛的頻率或強度有減少 (2人)
	中藥沒有效果 (1人)
針灸的效果	針灸可減緩頭痛 (1人)
按摩的效果	按完會減緩一陣子 (3人)
	當下會減緩或很舒服， 但是一沒有按就又開始痛了 (2人)
	完全沒有效果或更不舒服 (4人)
	喝咖啡已成習慣，不喝就會痛 (3人)
熱咖啡的功效	喝咖啡配止痛藥，效果更好 (2人)
	手邊沒止痛藥時的替代品 (1人)
睡覺的效果	睡醒就不痛了 (14人)
	睡醒還是一樣痛 (3人)
尋求其他讓自己 放鬆及轉換心情 的方法 (分散注意力)	用「吃」來轉移疼痛 (3人)
	嘗試做瑜珈減緩 (1人)
	使用精油來放鬆 (2人)
	藉由洗澡來放鬆身心 (6人)
	用聽音樂轉移疼痛 (1人)
	看小說、看電視來轉移疼痛 (1人)
	遠離上班環境 (2人)



一、與不確定性共存

嘗試抓到會發生的時間，但是...也沒辦法...

一、生活中的不定時炸彈

有個案表示頭痛發生的時機是自己無法預期的，無論上班或休假都會發生，沒有特定的時刻，也不知道什麼時候比較會發生。如：

編號	訪談內容
個案 6	「沒有特定的時間，但是我覺得都是可能晚上的時間居多，或者是下午的時候，不分平假日都會痛。」
個案 8	「都不一定耶，也沒有特定是哪個班別，上班放假都會耶！」
個案 19	「我覺得我的頭痛很突然耶！就是你不一定是上班的時候痛。」

與壓力也沒有絕對關係，如：

編號	訪談內容
個案 4	「最近那一天好像也沒有特別什麼壓力，而且是放假的時候。」
個案 7	「不預期的...甚至我覺得我沒有壓力，就只是要睡覺，但也知道為什麼有時候會..」
個案 22	「就是突然間痛起來，統整不出一個規則性的原因，有沒有上班都沒在管的，在家也一樣會。也不一定放假閒著沒事比較不會痛，有時候就是放假也沒有什麼壓力就痛起來了！」
個案 18	以為自己的頭痛是跟上班日睡不好有關，但放假仍會發生：「因為我有時候放假，照道理說我前一天就會睡得很好，心情也還 OK，可是那個頭痛就不一定，有時候醒來後還是一樣，就覺得不舒服。」



有些頭痛的護理人員其發生時機無論上班會休假都有發生的可能，並不會因為休假而發生頻率較低，也不會因為上班日發生的頻率較高。個案 23 形容頭痛是「時不時跳出來的一個干擾」，個案 26 則形容：「像有個小惡魔，不時在你的頭上一直敲…」，詮釋了頭痛無法捕捉時機的干擾所帶來的感受，而產生不確定性，久而久之，頭痛的存在逐漸也成了一種習慣，變成與頭痛共存的現象。如：

編號	訪談內容
個案 1	「我已經習慣頭痛的存在了...我會盡量轉移我的注意力，感覺會稍微好一點...」
個案 3	「如果是小痛或隱隱作痛，我已經習慣它的存在了！因為會讓我無法思考...我會受不了！能靠藥物解決就會靠藥物解決...」
個案 14	「好像從小痛慣了，如果今天該做什麼事情還是會去做。我除非痛到無法做事才會吃止痛藥，大部分都不會特別理會...」
個案 16	「雖然已經痛很久了，還是不喜歡頭痛，但是頭痛要來我也沒辦法，所以也算習慣了，要趕快找止痛藥來吃....有種脫離不了頭痛的感覺。」
個案 17	「其實算習慣了，只是很痛的時候還是會覺得討厭，不過可以靠按摩、睡覺和休息來緩解，所以也習慣這樣痛了...但就是沒辦法！」
個案 19	「還是很討厭頭痛不舒服的感覺，但知道無法改變，只能試著去習慣，發現頭痛時按摩兩邊太陽穴和多休息能獲得改善。」
個案 22	「情緒方面的影響倒是還好，因為其實有點習慣了... 就是：『喔～又來了又來了！』這樣子。其實也痛滿多年，其實也已經習慣，也



懶得解釋（略）」

個案 23 「（頭痛）就是---時不時就出來的一個干擾！（笑）就完全無法預測，時不時就會跳出來，就是在你思考的時候就會覺得頭很痛這樣子，或是你今天有很重要的事也會這樣子，就會覺得是你生活上的干擾，我覺得我生活上最干擾的就是這件事，沒有別的！（笑）」

個案 25 「他（神經內科醫生）就是很直接跟我說你這就是跟賀爾蒙有關係，然後他就開了一些 NSAID, Dopamine 給我，然後就說我有痛的前兆就吃這樣，那我就看過那一次，那我的經驗也差不多是月經前後會痛啊，所以我也覺得說那還好，不用特地去做檢查這樣子，稍微比較放心，不過他跟我說我更年期才會好，我覺得還滿難過的！（笑）還很久... 」

個案 26 「其實以前上課時就會了，所以也已經習慣了。」

個案 30 「我從學生時期開始就會像現在這樣頭痛，久而久之也習慣了，雖然痛起來真的很不舒服，但是我想說我只要睡覺或吃吃止痛藥就可以緩解，也就覺得還好。」「頭痛就是一種常被蚊子叮的感覺吧！雖然蚊子叮是癢，就是你可以忽略它，但很難，然後它又會帶給你一些負面的影響，覺得不舒適，雖然是癢跟痛的差別...但是就是無法被忽略的感覺，可處理也可不處理，然後可能再過一陣子就消了！（略）。」

二、試著去捕捉，卻不是百發百中

受訪者表示頭痛像是時不時跳出來的一個干擾，訪談過程中我們歸納出以下情境受訪者發生頭痛的機率較高，但這些時機，除了月經週期之外，並不是每



次 100%都會發生。

A. 作息改變


1. 夜班帶來頭痛的後座力

雖然頭痛的發生沒有特定時間，但有些個案仍然會因為輪值夜班而發生頭痛的頻率較多。如：

編號	訪談內容
個案 01	則提出了另一個看法，是因為上夜班睡眠比較差，相對痛的頻率較多：「如果沒睡飽或是上夜班時就會，就是一直都在，但都是一點點痛還可以忍耐，但那天就會覺得不太舒服。尤其大夜比較會，因為小夜其實可以睡到飽。」
個案 6	「但我之前很多大夜，就滿有感的，就覺得有比較多。」
個案 12	「大小夜班的時候頻率會特別多耶，也都是上班上到尾巴時機率特別多，一個禮拜可能會到 1-2 次，那白班的話就是比較少，幾乎就是沒有，一個月就是 1-2 次。」
個案 14	「然後...可是我覺得有時候白天也會有這樣的狀況，可是...頭痛就不一定明顯，夜班的時候特別明顯。」
個案 22	「我是覺得晚上比較常發生，白天好像還好，白班...我幾乎沒有在上班期間痛過，可是夜班的時候就比較會痛。」

2. 每月換班別的頭幾天總是特別難受

雖然有些個案不會因為輪值夜班或輪班而影響頭痛發生的頻率，但是仍有個案在每次班別轉換的那幾天，特別容易發生頭痛。如：



編號	訪談內容
個案 1	表示轉換班別的剛開始那幾天特別不舒服:「是大夜轉白班的時候，就是『N Off A』，那個 A，就是前面有幾天醒來頭超痛，大概有到五分鐘。」
個案 3	「剛開始輪班的時候，就是要換班的時候，因為每個月換一次嘛，剛換的時候，那前幾天就會比較不舒服。」
個案 7	表示不知道是不是換班別造成的壓力導致:「我不知道是剛換班有壓力嗎..因為我三月是小夜四月是大夜，就是剛好換班的月，可是我不知道我有沒有以前每個月換班都會痛，但我覺得這一次超明顯，非～常～痛！」
個案 9	認為是因為時差的關係:「換的前幾天還沒有調完（時差）的時候可能會偏頭痛。」
個案 11	「是換不同班別，剛開始的時候容易偏頭痛，比如說白班換大夜的剛開始那幾天，其他是還好..」
個案 14	「對我上個月是白班，然後好像在換作息的時候，偏頭痛會特別明顯，就是白轉夜的時候，記得應該是月初的時候，通常都是月初換班別。」
個案 21	「就是要換班，交接的那一兩天，特別會痛。」
個案 20	因為時差的緣故影響到睡眠，而讓頭痛容易發作:「我覺得睡不好就會有機會發作，那其實因為你在輪班，在轉換作息的時候，一定會影響，因為我其實睡眠品質本來就沒有很好，所以在轉換班別的時候



候，比如說大夜換成白班，我可能睡不好，睡的時間沒有這麼夠，我就會那段時間可能會比較容易發作。」

個案 24 「轉換班別和調時差也是會比較容易頭痛。」

個案 30 「那一次應該是跟睡眠比較有關係，因為是大夜班，兩三個禮拜前，大概是剛好轉換班別的時候，從小夜轉大夜，然後那個時候剛好睡眠品質又沒有這麼好。」

3. 睡不飽容易頭痛

護理人員的睡眠不足比輪班對頭痛的發生更有相關性，睡眠不足不僅限於上班日，平日的睡眠不足也有可能會影響到頭痛發生的頻率。如：

編號	訪談內容
個案 1	「如果沒睡飽或是上夜班時就會，尤其是沒睡飽的時候會比較明顯，就是一直都在，但都是一點點痛還可以忍耐，但那天就會覺得不太舒服。」
個案 2	「有時候來的（偏頭痛）時間不一定，痛的時候就真的很不舒服。可是真的要說確切的時間點的話，有時候是真的沒有睡飽，或是真的有時候可能是太焦慮還是什麼就多少會影響心境，就會莫名其妙出現偏頭痛的情形。」
個案 3	「有時候壓力比較大，就是睡眠比較少的時候，那時候比較容易頭痛，睡眠不足也會發生比較頻繁，因為我知道說如果睡眠不足，我就會頭痛很厲害。」
個案 6	「就是有點作息顛倒的時候，睡眠不足可能會有點影響。」



個案 8 「就是可能睡不太好吧！早上起來的時候，來上班的時候比較會偏頭痛。」

個案 11 「睡不飽的時候容易偏頭痛，如果假日有充足的休息與睡眠，就不太會偏頭痛。」

個案 14 表示跟睡不好比較有關：「輪大夜班比白班比較容易 onset，跟睡眠不足比較有關係，就是會比較睡不好。」

個案 20 提到自己除了經期外，睡眠不足和壓力也是導致頭痛容易發生的因素：「除了經期，痛是沒有規則性的，我可能就是睡眠不足時比較容易發生，壓力大的時候比較容易發生。」

個案 23 則提到上班時間會干擾平時的作息，而導致睡眠中斷及睡眠不足：「我覺得和睡眠被中斷有關係，因為我覺得上班前就是你的作息會被打斷，就算你沒睡飽你還是得要起來...」

個案 24 「比較累的時候就會，或睡不飽的時候...我覺得主要是睡眠的關係」

個案 27 「就是輪班有時候會睡不好，會睡睡醒醒，兩個小時就醒來一次，然後那天上班的話就是會沒精神，然後頭又開始痛了這樣」

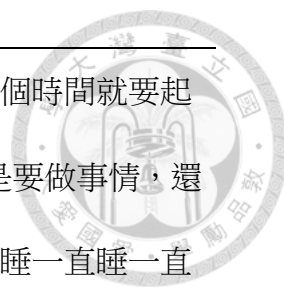
個案 30 「我覺得是因為有一點睡眠不足，身體狀態稍微差一點點。」

B. 壓力

1. 上班日是頭痛的開始

有些個案整體而言上班日那天發生的可能性較高，也有可能是上班帶來的勞累或壓力。如：

編號	訪談內容
----	------



個案 3: 「上班的時候發生的頻率比較多，因為上班你就是那個時間就要起來，然後就要開始做事情了，有在頭痛的時候你還是要做事情，還是要起床，然後放假的時候，不會頭痛我是因為一直睡一直睡一直睡..所以你醒來的時候，就睡飽吃，然後東摸西摸好像那的頭痛的感覺就沒有了！」

個案 5 表示上班日除了太累，也和睡眠有關:「就上班啊！就是太累吧～然後又沒睡好的時候吧！要不然原則上我很少會頭痛。」「我真的還好耶～我真的比較常頭痛是上班的時候，放假如果頭痛的話就會休息啊～所以都覺得還好耶！基本上放假或下班後，也比較少會頭痛，我只要不上班我都覺得很好！」

個案 21 則提到上班會讓他比較焦慮而有頭痛的情形發生:「我覺得很常就是要上班之前，可能是因為一些焦慮的狀況吧!」

個案 23 「上班前很明顯，應該是說我睡起來的時候就覺得頭痛了，然後因為我要上班，所以就會覺得特別會注意到這件事情這樣子。」

個案 30 「相較之下工作日時我沒睡飽比較會，比較常出現在工作時，但也不知道是因為沒睡好還是跟上班有關係。」

2. 忙碌、壓力大，疼痛也排山倒海而來

除了有些護理人員容易在上班日發生之外，我們也發現絕大多數的護理人員跟忙碌程度、工作負荷，以及隨著職級身負責任變重等壓力有關，而發生頭痛的機率，也比自己經驗資淺時還要來得多。如：

編號	訪談內容
----	------



個案 28 「我覺得以前其實頭痛還沒這麼頻繁，可能跟身體狀況、年紀、跟工作累積之後，會比較多，可能責任也變得比較多，像是帶學生，當 leader，交學期成績報告或是什麼的...。」

個案 15 「像白班當 leader 時你必須要 control 很多事情，比如說要安排誰做檢查，每一床轉床的速度，或比如說今天入床人員調動什麼的，那你除了照顧你那兩床的病人以外，你等於是說你所的事情你都要處理。那個痛..會比較頻繁一點...強度也會比較強一點。」

個案 16 「當 NP 後，頻率可能變更多，責任變大了。」

可見年資較深且臨床經驗豐富的個案，需負擔額外的工作量，且職責較重，不僅是護理人員的壓力源，也是導致頭痛的因素之一。其它個案則表示：

編號	訪談內容
----	------

個案 2	「可能真的那天比較累或者是不舒服，也可能是那天真的比較累，還是一天出現好幾次，不一定每天都會發生...」
------	--

個案 3	「有時候壓力比較大，就是睡眠比較少的時候，那時候比較容易頭痛。」、「剛好當天那個班比較忙碌的話，會比較容易隱隱作痛。」
------	---

個案 9	「以前壓力超大，就很常會有頭痛的情形。」而工作的忙碌與壓力和病人疾病的嚴重度也有關聯：「會有時候上班太累的時候，就可能那一天上班那一段比較忙或是照顧的病人 loading 比較大的時候」 「我覺得可能跟病人嚴重程度比較有關係，比較 trouble 時就比較容易發生，也會覺得很煩，很多事情要做，就很容易頭痛。」
------	--

個案 14	「那一天特別忙的時候，就病人狀況不好的時候容易偏頭痛。我覺
-------	-------------------------------



得忙就有壓力！因為你同時會想到說你有小朋友要洗澡，然後你又要接 new patient, 然後剛好另一床也不穩的話，你事情就會很多，然後壓力源就會來...」發現除了忙碌之外，越到快下班的時候頭痛越明顯：「是上班開始，越到後面到了早上越明顯，就是一整天忙忙忙到後面頭痛就會開始比較明顯。」

個案 15 「我覺得上班...嗯...上哪個班別對我來說沒有太大的差別。應該是講說不管上哪個班，其實如果是常規的事情，對我來說就只是常規而已，那只是說上班的那個當下，比如說病人有緊急狀況這樣子，或者需要人員的調度，可能需要有一些應變的時候...」頭痛程度會比平時更嚴重：「如果一天像工作很忙碌，剛好那一天很忙病人要 CPR 幹嘛的，有累到的話，可能也會吃到兩顆（普拿疼）也不一定。」

個案 16 有深刻的經驗：「如果我有管床，床位都是問我，每天都被床位追著跑的時候，那大概就是每天都痛。就壓力，但有時候壓力大也是跟忙碌有關係啦，忙碌就壓力大，小夜班我覺得這個月也 ok，上個月剛好我也是沒有管床。」

個案 18 或者是遇到病人需要急救的突發事件：「忙碌和壓力我覺得會，因為就是在急重症單位呀，就是一個突然的狀況（病人急救）這樣..」

個案 20 「除了工作，有時候工作真的到壓力很大的時間外，比較常。」
「除了經期，痛是沒有規則性的，我可能就是睡眠不足時比較容易發生，壓力大的時候比較容易發生」

個案 21 「我的偏頭痛來源，可能跟我們的工作比較有相當的關係，因為我



如果放假，就是在我放鬆的狀態底下，就比較不會有這個問題，或是有時候我壓力大的時候，像我前陣子有可能是要做些報告，單位要進行的一些專案，而且都要早起，因為我的作息是，我都是上夜班，都是小夜跟大夜，那陣子就是常常要早起，那陣子我就會覺得起床的時候特別會有偏頭痛。」

「如果你還在可能 3/5 或 4/5，然後還要當 leader. 我覺得我最痛苦的應該是 3/5 跟 4/5，然後要當 leader 那個時候，責任比較大的時候，特別會不舒服。」

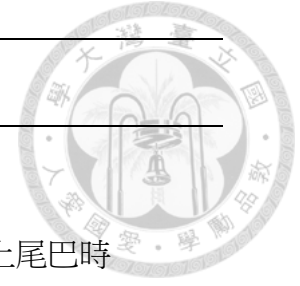
個案 26 「就忙到沒有吃飯，事情很多...多到快做不完，就會頭痛。就一些...快下班的壓力，事情又做不完，不想要就是留給下一班，其他就跟工作上的進階，然後睡不飽又要改作業，然後又是可能要查一些資料，有關今天的 case,再來就是單位會要求我們查今天病人的症狀，看症狀是不是典型的，就是會去做一些功課，應該這個部分也會造成頭痛。」

個案 28 「一陣子壓力比較大的時候，無論是單位的事情還是私人的事情，比較重的時候，大概就會發生，因為會睡不好，就比較會偏頭痛。」

個案 29 「上班忙起來的時候和壓力有時候比較會，不過上班其實每天都很忙...所以也不知道有沒有關聯」

3. 連續上班天數長，疼痛也日月累積

有個案表示，頭痛的發生率和上班天數長短有關，若上班天數長，發生的頭痛的機率也高。如：



編號	訪談內容
個案 9	「覺得有可能 course 太長就可能會。」
個案 12	也有相同的體會:「偏頭痛的話比如就是像上班就是上尾巴時 (course), 我上四天時就第三天或第四天時容易偏頭痛。」
個案 21	除了有相同的經驗之外,也更進一步提出了會讓他發生頭痛的相關因素:「如果你還在可能 3/5 或 4/5, 然後還要當 leader. 我覺得我最痛苦的應該是 3/5 跟 4/5, 然後要當 leader 那個時候,責任比較大的時候,特別會不舒服。」

這些護理人員除了和上班天數有關以外,由此可見有其他潛在的原因(如壓力),本章節也會在後面陸續呈現。

C. 頭痛的發生與所處環境有關

1. 晚上較容易發生頭痛

對有些個案來說,頭痛是不定時發生,亦不分上班日或假日,但是晚上時發生次數較多。如:

編號	訪談內容
個案 6	有類似的經歷:「偏頭痛的發生沒有特定的時間,但是我覺得都是可能晚上的時間居多,或者是下午的時候。」 「有時候又會覺得好像又是晚上才會發生,就是上班之前,傍晚睡醒時,就開始覺得喔~天啊!然後就悶悶痛起來了。」
個案 16	「我大概平均都是傍晚的時候開始頭痛。」
個案 22	「我是覺得晚上比較常發生,白天好像還好,白班...我幾乎沒有在上



班期間痛過，可是夜班的時候就比較會痛。我覺得夜間比較會，太陽下山的時候，統計起來夜間發生的頻率比較高。因為我在猜是不是燈光，因為白天都是自然光，比較柔和，因為燈光真的滿刺激的，我覺得我痛起來看到燈光真的還滿不舒服的。」

2. 上班會被分散注意力，忘記頭痛存在

不少個案表示，上班會分散注意力，因為會工作忙碌，會被很多外在的事物干擾，若疼痛程度沒有到非常強烈，就會很容易被忽略。如：

編號	訪談內容
個案 3	「上班也可能被分散注意力。」
個案 6	有同樣經驗：「上完班然後回到家，就開始覺得頭有一點痛。然後平常的時候都沒事，但是可能就是下班開始坐捷運，人就是有點放空，然後就：嗯～頭有點小痛。平常上班其實不太會痛，幾乎目前是沒有，我不知道是因為是太忙了，就是注意力一直被分散，然後就因為忙碌忘記這件事的發生。全身放鬆的時候，就會第一個感覺就是喔～好累喔今天，第二個感覺就是：嗯～頭怎麼有點痛這樣子。我覺得應該是跟忙碌也有一點關係，就是白天處在一個很緊繃的狀態，然後可能沒有什麼太多的時間去思考我是感受自己身體的事，但是下班之後就是一天的忙碌緊張就是鬆懈之後就是..隱隱作痛！」
個案 9	而上班因分散注意力，所以不會感到頭痛，下班後一放鬆後，就發覺到頭痛的存在了。「有時候反而是下完班之後，會覺得痛得更厲害，就是壓力…怎麼說，就是下班的時候反而會頭痛。」



個案 10 「一醒來就會覺得不舒服，就上班可能有時候忙一忙還是什麼的，比較會忘記自己的頭痛，就不會特別去注意。有時候剛好你上班其實注意力會被轉移，所以上班一陣子後其實就不會特別去注意啦！」

個案 16 「其實我想了一下我覺得其實我在很忙的時候反而不會覺得頭痛，反而是下班的時候，我大概平均都是傍晚的時候開始頭痛，可能分心了，就不會太去想這件事。」

個案 17 「我覺得可能是忙，可能一上班的時候還有，可是忙起來的時候就會...頭痛就會被忽略掉了！因為病人的是自己都忙不完，所以就會忽略掉頭痛這件事情。還是平常就是一般步調的時候，頭痛會比較明顯。」

個案 21 「其實工作壓力就已經可以轉移疼痛的問題，如果安靜下來的時候，才會有這樣的問題出來。」

個案 30 「因為頭痛程度也沒這麼高，下班才意識到好累喔～啊～頭又痛了！」

3. 其他外在因素：氣溫變化

上述提到除了一些特定時機較容易發生頭痛外，有部分護理人員也會受到氣溫變化的外在因素，影響到頭痛的發生。如：

編號	訪談內容
----	------

個案 10	提到天氣變化時:「或者是天氣在變化的時候，像天氣比較冷一點或者是季節交換的時候，就感覺會比較明顯。」
-------	--

個案 14	有相同的看法:「可能也是加上最近天氣也比較冷吧！天氣冷好像我
-------	--------------------------------



覺得我自己也會。」

- 個案 13 「不過大多對冷空氣或冷氣孔，其實還蠻容易吹個十幾分鐘就頭痛了，也不是壓力或習慣的關係，我覺得是外在的關係比較多（比如說天氣或變冷等）。」

D. 月經週期：每個月都要再苦一次

有部分個案頭痛的發生與月經週期有關，如：

編號	訪談內容
個案 2	「然後有時候像是月經前後，可能也多少會。」
個案 9	表示生理期前特別明顯「上禮拜就是月經來之前，會感到特別累，然後也會頭痛這樣子。」
個案 10	表示月經來潮期間較明顯：「有時候會跟身體狀況有關係，像有時候是生理期時，就感覺會比較明顯。」
個案 11	表示經期前和月經剛來潮時較明顯：「經期前，差不多來的兩天前吧，或是經期剛開始的時候，就那個時候比較容易偏頭痛。」
個案 19	「我偏頭痛的時候主要都是那個來的時候會最痛，然後剛好我上禮拜是那個來，所以每次那個來我的偏頭痛都很明顯。」
個案 20	表示月經週期會讓他有固定頭痛：「regular 的時間就是經期快來的前一個禮拜，就是有機會就是發作，那一陣子就會特別明顯，比如說那一個禮拜工作到一半的時候可能突然就會痛起來了這樣子。」
個案 21	有相同經驗：「經期前，就是其實我是那種就是要來的時候，就是會有感覺的那種，就是那一兩天的話，就會明顯感覺。」



-
- 個案 22 提出月經週期前中後都有固定的時候會發生：「我就是前中後都會痛一次，他就是月經前一天，痛了我就知道大概 2-3 天就會來，然後月經中又會有一次，可是我不知道如果我沒吃藥會不會其實就是一個 term，因為我一痛我一點點痛我就知道快要痛所以我就會想要吃藥，所以吃了藥之後就再也不會痛了，就是...下一次可能就是月經後的那一次，不一定每個月都會痛，可是如果月經比較有 delay，月經來的前一次他可能就會加碼痛，痛完一次沒來他可能又會再痛第二次之類的，就滿規則是這三個時間。其實日常...說什麼壓力大的痛，那還好，偶爾比較累小痛一點點，可是那種比較嚴重到會嘔吐的那一種，都是月經前中後就是。」
- 個案 25 「都是月經前後比較容易發生，其他時候除非可能是口味太重，或味精很重的成分就是會隱隱作痛，但不會到想吐，通常到想吐，通常都是月經前後。」
- 個案 27 「只要是 MC 快來的前一個禮拜，人就會開始偏頭痛更嚴重。其實本來就已經有偏頭痛，但是只要是經期前一週就會更痛，症狀會更明顯，而且更頻繁。」
- 個案 28 「有時可能在生理期之前可能有，發生的機率大概都有六七成，不是說每次都一定會，大概十次會有六七次。」
- 個案 29 「大部分都是生理期的前中後，都有可能發生。前沒有就是中，中沒有就是後，但不會說各來一次就是了...」
-



小結

我們請個案們回憶發生頭痛時的情境，歸納出以上幾點。有些個案會經由訪談、藉由訪談問題回想時才發現這些時機特別會出現頭痛，有的則已知道哪些時間會發生。然而，我們發現除了在月經週期間發生頭痛的個案發生時機較規律，其他因素如作息改變（工作上必須要輪夜班、轉換班別，因此睡眠受到影響者）及工作壓力大時發生頭痛者，但是個案們對於這些發生時機，是無法自行避免的，也因此對頭痛的發生產生不確定性。因工作性質不可能不輪夜班、在急重症單位常面臨病況較差的病人也一定會有壓力，或是年資較深的個案一定會當到責任壓力較大的 leader，因此這些個案雖然可以抓到會發生時機的時刻，但是呈現出來的感受是：**也沒辦法，它要來就是會來**。研究者發現即便受訪者訴說著頭痛造成生活上的多少困擾或干擾，通常還是會一笑置之，習慣了與頭痛共存的生活。

二、徘徊不去的干擾

***Struggling*：內化情緒或尋求處置，盡所能不讓頭痛造成影響。**

（會有影響，但會去做一些努力，盡可能不影響上班或他人）

一、自身情緒表現

A.外顯情緒

1. 說話口氣會很差！

少部分個案對任何人說話口氣都會很差，如：

編號	訪談內容
個案 3	而除了說話口氣差外，會自己控制脾氣，不會更多的情緒到職場上： 「不會到無法控制，但是就是可能口氣會很差。像是和醫生有點溝通不良的話，可能就會比較生氣，但是我不會暴怒，就只是口氣比



較差，不會跟醫生吵啦，因為我覺得跟醫生吵的話，也沒辦法解決，因為我是會把我的情緒跟我的專注力放在我的工作上面，我會討論說怎樣會比較好，但是就是口氣不好。」

個案 6 「口氣會很差！」

2. 比較容易生氣..

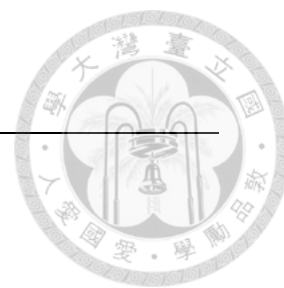
大多的護理人員在頭痛發生時容易被激怒，如：

編號	訪談內容
個案 2	「情緒方面...嗯...頭痛就會變得比較易怒阿，就是真的會沒耐心。」
個案 3	「可能會比較容易生氣，就是那種情緒點（閾值）會比較低一點，就容易被激怒。」
個案 3	「會在被激怒時選擇避開，請醫師協助與家屬溝通，避免因情緒而影響護病關係:「跟家屬方面的話，如果要激怒我的時候，我會先避開，因為我就不想再節外生枝，所以我頂多會叫醫生去跟家屬講。」
個案 4	「就會比較焦躁，比較容易生氣，可能人家跟我聊天我可能也會心神不寧這樣子，就會在想我到底是怎麼了。」甚至會直接對病人及家屬易怒，如:「嗯...可能對病人，或者是家屬什麼的，本來還好，但是可能一句話就會讓我覺得說為什麼要這樣、為什麼要這樣...就是很容易被激起來。」個案 9 也有類似經驗:「如果很不舒服就會不想理病人，但如果很機車的病人就比較會被激起來！」
個案 5	「脾氣比較暴躁，心情比較會影響，其他我覺得還好耶！就是只有易怒，易怒比較明顯。」



-
- 個案 6 「就是會變得很不耐煩，很容易生氣。」
- 個案 7 則把情緒發洩在家人身上：「然後如果就是（老公）有一點瑕疵或犯錯，如果真的很痛的時候就是不會去跟他計較，可是如果要痛不痛的時候，你反而就會變得很...敏感，就會覺得你怎麼又做錯了這樣，我不是跟你講過了嗎這樣。」個案 10 比較會對小孩有情緒表現：「那如果說他們太吵（小孩）..或者是有做錯一些事情，就會感覺情緒比較容易被激怒。」
- 個案 11 「比較容易生氣。」
- 個案 13 「就是不舒服的時候，就比較容易被病人或家屬一些話激怒。」
- 個案 17 「情緒上面會比較容易不悅，可能當病人問一些問題或是問一些比較不是很重要的問題的時候，情緒會比較容易上來。可是倒不至於會發脾氣啦！就是不舒服的關係，所以可能控制的不是很好（情緒）但倒也不至於對病人發脾氣。」
- 個案 20 則分享自己雖然會易怒，但是上班時不會表現出來，反而下班時情緒比較明顯：「會比較不好 control,不過也不會發洩出來，壓力過去就是過去了，不會特地說因為我頭痛而怎樣，可是當我下班之後，如果頭痛還是存在我會非常不耐煩，你跟我講什麼事情我會很不耐煩，而且會很容易生氣，雖然我覺得這樣不太好。」
- 個案 21 「我會不爽啊，當然脾氣會不好，會沒有耐性。」
- 個案 27 「那可能就會發脾氣，就真的會不耐煩，可能問一些小事，然後你就會覺得你明明知道這些小事可以自己處理，那為什麼還要問我找
-

我，然後就會發脾氣」



3. 就是覺得很煩！會比較沒有耐心...

多數的護理人員在頭痛時較沒有耐心，容易不耐煩。如：

編號	訪談內容
個案 2	「情緒方面...嗯...頭痛就會變得比較易怒阿，就是真的會沒耐心。」
個案 3	「讓我會看不順眼的事情不耐煩啦。」
個案 11	「對病人，對所有的事情都會覺得很煩，應該是說沒有辦法專心吧！就對所有的事情都會覺得很煩...沒有心情聽下去的感覺。」
個案 12	「對很多事就 比較沒有耐心。」
個案 15	「比較沒有耐心...呃...會比較急一點，因為本身個性就很急，如果當下頭痛的話，可能脾氣和口氣就會比較急一點。可是會自己提醒自己啦...就盡量不要影響到工作這樣子。」
個案 16	「一定會覺得比較煩啦，就會覺得事情很煩，變得比較沒有耐心。」
個案 18	同樣的也會影響到與病人及家屬的互動: 「病人..我覺得會比較沒有耐心耶！尤其是當你遇到很躁動病人的時候，像最近病人的狀況都不是很好，我們就會覺得怎麼會..或許是他們帶給我們的感覺也會讓我們的身體受到影響，會有點感染到那氣場，會比較不耐煩。」
個案 20	「情緒影響比較大，因為就是頭很痛，所以就是會變得比較不耐煩。」、「會比較不好 control,不過也不會發洩出來，壓力過去就是過去了，不會特地說因為我頭痛而怎樣，可是當我下班之後，如果頭痛還是存在我會非常不耐煩，你跟我講什麼事情我會很不耐煩，



而且會很容易生氣，雖然我覺得這樣不太好。」

個案 21 「我會不爽啊，當然脾氣會不好，會沒有耐性」

個案 27 「然後可能對很多事情都會不耐煩，可能就是醫師下一些 order, 你
可能就覺得這個 order 你可能就會覺得：『為什麼要做這種 order 啊！
很難耶！』然後脾氣就會上來..就會變得不耐煩」

也會減少護理人員與病人的接觸，如：

編號	訪談內容
----	------

個案 2 「我自己已經很不舒服了，如果他還在那邊亂，我就是會很不想跟他
他有太多的接觸，會變得比就沒有耐心。」

個案 7 「可能會比較沒耐心吧，就是...因為就已經很痛了，然後就很想趕
快把病人事情做完，就是先趕快離開房間，也不想在那裡多待啊...
談心或者是其他的。就只想把該做的都做完，然後就趕快離開那房
間。」

在交接班的時候也會比較不想知道自己照顧的病人額外的資訊，會只想聽重
點，或是只想知道當班要做什麼，該注意什麼事。

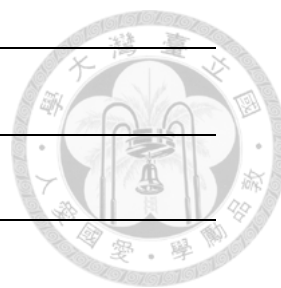
編號	訪談內容
----	------

個案 7 「交班時就是會不想聽那些廢話，或病人的一些 murmur。」

有小孩的護理人員也會對小孩較沒耐心，如：

編號	訪談內容
----	------

個案 10 「情緒方面的話其實是在家裡才比較會影響，在上班我覺得都還
好，因為如果在家裡說頭痛很不舒服什麼的，感覺就是會對小孩比



較沒有耐心。」

有些個案頭痛發生時心情會比較煩躁，如：

編號	訪談內容
----	------

個案 4	「可能會更焦躁，就是想說... 嗯可能頭痛吧！就會覺得有點煩，可能處理事情上會比較焦躁一點。」
------	---

個案 11	「就是覺得很煩！」
-------	-----------

個案 15	「我覺得如果當下痛的話，其實會比較煩，應該是比較煩躁這樣子。」
-------	---------------------------------

個案 18	「身體會覺得很不舒服，然後會覺得很煩躁。」
-------	-----------------------

4. 我知道他們懂我，所以...對親近的人比較沒有耐心

大多個案的情緒反應對於工作上的同事、病人或家屬，都會盡可能忍耐，或是如前面提及的選擇自我隔離或是減少說話和互動的機會，避免讓自己的情緒表現更明顯，但在下班後或是休假時，對比較親近的人就會明顯表達自己的情緒。如個案 2 會表現出沒有耐心，並直接表達出不希望被打擾的想法：「對家人就會更沒耐心，就會叫他們不要來吵我！」，但個案皆表示對方皆可理解他們的感受，不至於會到破壞關係的程度。如：

編號	訪談內容
----	------

個案 3	會暴怒及吵架：「會暴怒，真的是暴怒，會吵架，會溝通不良這樣，真的會吵架！」
------	---------------------------------------

個案 4	「就對比較親近的人比較容易生氣啦！其他就都會稍微ㄍㄧㄥ一下這樣子」
------	-----------------------------------

個案 6	「我會說，現在不要理我，現在不要跟我說話，我現在頭很痛！然
------	-------------------------------



後我爸就會說，你要不要去看醫生啊？我就說沒關係我休息一下就好了！然後人就變得很冷淡，就不想理他們，就會說：好好好現在不要講這些啦！我現在頭很痛不要吵我！雖然態度很差，但他們也不會怎樣，因為我常常這樣不舒服，他們也知道。」

個案 7 會對把事情都丟給先生做，容忍度也會比較低：「如果真的很痛的話，可能就會說：欸我不想煮飯，今天就是不想煮，就是你煮，不然就是你去外面買，然後吃完我也不想洗碗，就什麼都給他用這樣。在家裡就是...你可以耍無賴，面對越熟悉的人會比較不想做這個不想用那個，然後一點點錯誤你就會很想唸他，我先生也知道我會這樣，所以都會順著我。」

個案 15 會生氣得直接對小孩表達自己的不適：「其實對比較親近的人，你的情緒就會越容易發洩在對方身上。那小孩子也會呀，比如說我頭很痛的時候，可能就會跟他們說：喔！（生氣貌）你們可以自己在旁邊玩嗎？不要吵媽媽之類的...他們就會乖乖的去旁邊玩了！」

也會對比較熟的同事發脾氣：「尤其是比較熟的同事。其實我覺得因為你可能相對比較熟悉，所以比較會把那情緒發現在比較熟的人身上。反而新人和學妹（不熟的）會忍住。對比較親近的人反而是會容易發脾氣的。那新人和學妹你反而怕他們會受傷，反而自己會知道要忍一下。」

個案 16 「對比較親近的人會，不熟的還是會 hold 住這樣，尤其是對家屬呀還是病人，你不可能因為頭痛就對他們很不耐煩，對家人比較會。」



-
- 個案 20 「不管是家人、朋友都會（易怒），我會覺得那種頭快炸掉的感覺很難過。」
- 個案 21 「我會對.....因為我跟我媽比較熟，所以對我媽講話比較沒大沒小這樣子，我媽就覺得我是大小姐啊...也不會怎麼樣。」
- 個案 22 會對家人較容易發脾氣:「就是會壓抑自己的感覺，反而不太會表露出來，反而...反而對家人會比較易怒，但是他們也習慣了！」
- 個案 27 「對親近的人可能就會發脾氣，就真的會不耐煩，可能問一些小事，然後你就會覺得你明明知道這些小事可以自己處理，那為什麼還要問我找我，然後就會發脾氣。我之前有一次頭痛得很厲害，然後又剛好跟我男朋友出去玩，那出去玩的時候應該是要開開心心，我們出去玩事前計畫的非常開心，計畫的就行程都很滿意這樣，然後等到出去的那一天因為頭痛的關係，那天一早起床就發現頭好痛，然後就不太愛講話，然後我男朋友就會覺得說怎麼心情怪怪的，然後他那一天又特愛講話，然後我整個就發脾氣，然後就直接在火車站那邊就兇他，然後他就嚇到了...事後我有跟他解釋，他才知道是因為頭痛的關係，導致就是不太想講話，情緒就比較不好這樣子。」
- 個案 30 「上班的時候不太會，畢竟上班時是比較沒這麼熟的人，可是在家裡會，就是對家人，我覺得多少會有一點，就會比較易怒，就比如說我頭痛在家休息，你也知道大夜班就是生理時鐘不正常，媽媽就會問你要不要吃午餐之類的，然後你就會暴怒！就是一種我好不容易睡著，你可不可以不要吵我，多多少少會啦...但家人也都可以理
-

解，我會解釋說我不舒服這樣...但我上班就不會，我這個人還是分得清，上班就是上班，不會對病人家屬怎麼樣...就是還好。」

5. 我知道這樣不好，但我就是無法控制...

也有少部分的個案，無論對方親近與否，都會將情緒直接表達出來，如：

編號	訪談內容
----	------

個案 12	會直接對任何同事較情緒化:「然後照顧病人上，跟同事之間相處情緒容易起伏(情緒化)，就是知道其實還滿不好的，對很多事就比較沒有耐心。」
-------	--

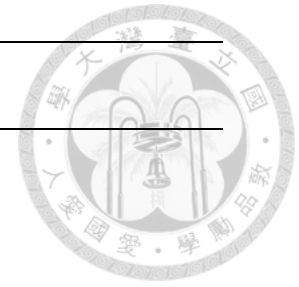
個案 15	面臨身體不舒服時，若對長官指派的工作，會表現出不耐煩:「如果是身體不舒服的時候相對會啦，比如說這時候長官要你教什麼報告的時候就會覺得...口氣就會比較不耐煩一點。就比如說要用什麼報表這禮拜要交這樣子，就會很不耐煩，就會說喔~(翻白眼)，雖然我知道這樣很不好...但痛起來真的很不舒服我也無法控制。」
-------	---

個案 21	也會直接對同事發脾氣，而影響到和同事之間的相處:「會表現出不耐煩讓人家知道. 我也不怕人家知道，就是會明顯的讓人家聽到你的口氣，例如就是會跟病人會很生氣的說:你不要爬起來! 這樣。有一次就是也是不小心對我同事發脾氣，他們就是講一些.....反正就是會講不好聽的話。...我知道後當然會很難過啊! 但是下一次發生(偏頭痛)時又無法控制自己的情緒...」
-------	---

B. 內隱情緒

1. 惜字如金，就是不想講話

多數護理人員因疼痛而比較不想和週遭的人說話，如：



編號	訪談內容
個案 1	「不會想要多講什麼話。」 「情緒上是不太會對別人，往人家身上倒。」
個案 3	「如果同事的話，其實大部分是不太會講話，會有點自我隔離，因為我不想去影響到別人。」選擇讓自己少發言來預防不當情緒表現的發生。
個案 4	「就都回答得比較簡潔啊，就是他可能聊的很開心啊～我可能就會說喔～好、好這樣子，就是沒有很熱情地交談這樣子，但是也不會比較淡漠。」
個案 8	「就不想講話，就不會想多講任何事。」
個案 9	「會不想講話，比較淡漠吧！」
個案 10	「畢竟這是個人因素，不太會讓自己影響到上班情緒。」或減少人際間的互動：「就會比較不想講話，事情做完就不太會有什麼其他的...比如說跟同事聊天什麼的。」
個案 14	「就會比較冷淡一點，話比較少，因為可能回去後室友會很想跟你講話這樣，但是我就是只想在電腦面前放空，然後我室友就說我講話你有沒有在聽啊，但同事的話我多少會回他一下。然後如果是剛好朋友打電話來，我也會跟他說我在休息。」 不會把情緒帶到病人身上：「不會把情緒轉移到同事或是照顧的小朋友。」
個案 15	「如果頭痛基本上就是不會想要跟人家講話，然後不想要外出這樣



子...」

個案 18 「情緒方面我個人是覺得還好啦！但可能多少會有一點點情緒，但我盡量忍不要影響到他們！」

個案 22 「情緒倒還好，頂多就是不想講話，不會到遷怒或是...或是怎樣的。」

個案 26 「會不想跟人家說話.. 所以也不會把情緒表現出來，會很容易句點人家（笑），就之前可能會很熱絡，頭痛時像是會客的時候，會變比較冷淡，會句點人家。」

個案 29 「就不想講話啊～皺眉頭這樣子」

個案 30 「比較沒這麼喜歡找人家聊天，會一直想要一個人坐在那裡，人家來找你講話時你就不會這麼熱絡這麼開心。」

同時也會影響和病人或家屬的互動，如：

編號	訪談內容
----	------

個案 2 「就是會不想跟病人說話。」

個案 3 「跟家屬方面的話，可能就是自己要先深呼吸，或者是家屬在談的時候，我會先避開。」

個案 18 「因為本身也很累，就是不太想說話，就會變得比較沒有耐心（病人或家屬），爆點很容易就被激發。」

個案 20 「覺得頭痛的時候判斷力會受到影響，只是說當下有沒有做錯事情而已，不過目前沒有因為頭痛而做錯事情過，但是我覺得多多少少會影響到，而且護理滿常需要跟家屬或是病人溝通，覺得頭痛起來要強迫自己去溝通，我覺得是滿困難的一件事情。」



個案 27 「可能對於同事或家屬之間的對話，我會變成可能不想去理睬他們，就會變成說就不想要理他們這樣子，就可能平時我會跟同事交班聊天都還好，可是就是變成說你現在頭痛的話他們就是會不想講話。」

我們發現護理人員在面臨頭痛的影響時，會內化情緒，盡所能不讓頭痛造成影響。除了較寡言，也會選擇自我隔離，減少與同事間互動，也是不讓頭痛影響到他人的一種方式。如：

編號	訪談內容
----	------

個案 3 「如果同事的話，其實大部分是不太會講話，會有點自我隔離，因為我不想去影響到別人。」

「頭痛不舒服的話，我就是會默默躲到角落之類的，就是把自己隱藏起來，因為我就是沒有辦法還有心情去再跟人家說笑。」

2. 覺得負能量爆發！

部分個案則會有負向情緒，如：

編號	訪談內容
----	------

個案 3 會有情緒低落的情形:「頭痛的時候你會有一個點痛那那邊，然後你有時候會怎樣都無法轉移那個感覺，然後沒辦法轉移那個感覺的時候，整個心情會比較低落。」

個案 4 對身體有更多的擔心，也會影響到情緒，心情也比較緊張:「會...會想說..嗯，怎麼又頭痛了，因為..嗯我最近 AP，我想說是不是血壓太高啊之類的，應該是說如果頭痛，會讓我更緊張，會想說是不是這



時候血壓很高啊，或是想說是不是有什麼問題呀這樣的。」

個案 6 想法會比較負面：「就是會影響到心情，然後就會覺得喔！天啊！是不是得了絕症，就會想些有的沒的..負能量爆發！」

個案 14 「沒有到 depression，就是心情會比較差，尤其是想到下一次要上班的時候，心情又會更差，因為會想到上一次不舒服在上班的時候，所以就比較不喜歡夜班（夜班較容易發生）。」

會讓自身情緒變得更緊張，怕自己做不好：「就會比較緊張，因為我本身比較容易緊張，就不舒服的時候會更緊張，就怕做不完啊！或是沒有做好」

個案 19 表示心情也會比較差：「上班的時候如果突然頭很痛，心情會比較差，但我不是那一種會把情緒發洩到其他身上的人。所以..我覺得還好，可是我自己的情緒會很差，然後會覺得工作特別不順。」

個案 25 「痛的當下，做事會比較無力，然後會很怕說會不會又要吐了，會擔心，其實也會擔心說是不是腦子有什麼問題，這麼會容易頭痛這樣，會害怕，但也沒有那個動力去做檢查這樣子哈哈」

個案 30 「情緒，就一整個就鬱卒就對了！」

二、對工作的影響力

1. 讓我上班時無法專注

頭痛發作時，會透過影響專注力、記憶力、步調變慢等，而造成工作上諸多不便。頭痛發生時大多的個案表示會影響到上班時的專注力，比較容易分心，如：

編號	訪談內容
----	------



-
- 個案 1 「那一天就是覺得頭很痛，就是上班都會覺得沒辦法專注。」 個案 3: 「或很嚴重的頭痛. 然後會影響到我上班的專注力。」
- 個案 4 「可能會稍微心不在焉吧！但是會更小心，因為自己不舒服，也怕自己恍神，但是也會分心一下下啦！」
- 個案 18 「沒有辦法專心做一件事情。」
- 個案 19 「上班的時候如果突然頭很痛，心情會比較差，然後注意力會比較... 可能會不會像沒有偏頭痛時這麼好。」
- 個案 24 「我剛剛講的一年前那時候，痛到上班時我會跟我同事說我頭很痛，注意力會有點不集中，但是工作上的事該完成都還是會完成，沒受到影響，只是會比較容易分心，交班時就有點想恍神，人快飄走，就會說：「等一下！（笑）其他都還好。」
- 個案 30 「我覺得注意力多少會被分散，因為就是當身體有不舒服感覺的時候，真的還滿大心思會放在自己身上，就有點難避免...然後會覺得需要努力讓自己專心這件事情，平常不太需要，做什麼事就做什麼事，但頭痛時就是要再花多點心思讓自己專心。」

在工作上也會影響到交班，如：

-
- | 編號 | 訪談內容 |
|------|--|
| 個案 2 | 「因為你當下 focus 在自己的症狀裡面，就很多交班或是有很多東西的話可能沒有辦法集中放在心裏，所以多少都會影響到工作上交接班這樣子，可能要請學姊多講一遍。」 |
| 個案 4 | 「嗯對..就是沒有很認真這樣...就是有點不舒服，所以就是讓自己很 |
-



放空，嗯..所以就是沒有很認真這樣子，都是附和這樣。」

個案 7 「還有就我覺得專注力也會有點差，就是可能人家跟你交什麼你會就是...好好好，但是你就是很痛，所以沒有全聽，但是只要沒有危及病人生命我覺得都還好。可能那些廢話我就是不想聽，就是會自動省略。只要不是太嚴重的，就是重點有聽到就好了。」

有個案會因為分心會影響工作，去尋求解決的方式，如：

編號	訪談內容
----	------

個案 11	「注意力會沒辦法集中，這時候就會去吃止痛藥。」盡量不要影響到工作。
-------	-----------------------------------

個案 25	「上班的話如果是 attack, 頭痛的程度的確是比較高的，我可能吃完藥但是我的疼痛分數可能只能從 8-9 分降到 5-6 分，降的程度不會很多，但是就是盡量不要影響到我的工作狀況。」
-------	--

頭痛讓我注意力不集中，擔心因此犯錯，如：

編號	訪談內容
----	------

個案 12	「我覺得偏頭痛我會讓我就是注意力會不集中的樣子，然後有時候也是會發生給錯藥的情況。」
-------	--

個案 16	「喔！開車的時候偏頭痛很麻煩，自己注意力會不集中，就會比較擔心（車禍）。不過開車的時候頭痛，你就會更專注，因為平常開車我可能會聽音樂呀，然後有時候會跟後座的人聊天，可是我在偏頭痛時會更專注在開車這樣子，不過會受影響，覺得開車時頭痛真的很麻煩。」
-------	--



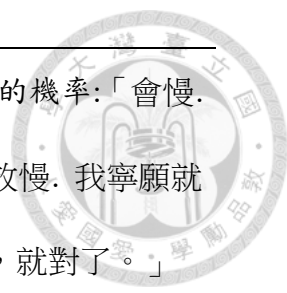
2. 像被錄影機慢速格放的步調

大多數的個案表示，頭痛發生時會在班內做事的速度或動作較慢，如：

編號	訪談內容
個案 9	「就覺得比較...累，然後做事情會比較慢一點，也會懶得去處理事情，動作會比較慢。」
個案 13	「可能會慢一點點，但不會慢到非常多。」
個案 22	「手上會很多病人的事，但你根本就無法好好思考，其實我坦白說你會很想趕快下班，可是其實做事效率是會變慢，就不可能可以趕快下班...對我覺得是這樣，效率會變差。」
個案 25	「動作會變很慢...」
個案 26	「就可能會影響到我對病人的處置，還有 vital signs 的變化該怎麼做，頭痛的時候就是沒辦法去想，會影響到我的判斷力，沒有辦法和之前一樣可以快速做處理，判斷力和速度都會變慢。」
個案 28	「我覺得效率會變差，你思考的事情，就是...想東西會變得比較鈍。」
個案 29	「動作會比較慢啊~效率會變差，會比平常減少一半的效率」
個案 30	「會很容易累，因為人不舒服，不管是頭痛還是經期來，就是會想要下班躺在床上，就真的比較容易累，效率也會比較差，動作比較慢，你沒有辦法這麼專心的時候，手腳就會比較慢，也會一直很想要下班，可是又無法...會覺得自己很可憐很委屈！」

因為頭痛時會讓個案分心，減少專注力，而影響做事效率。如：

編號	訪談內容
----	------



個案 3 會把步調放慢，減少因頭痛身體不適而導致錯誤發生的機率：「會慢。因為我覺得已經沒有辦法思考的時候，我就會把步調放慢。我寧願就是慢，但是我也要做，就對了，就是錯誤不要發生，就對了。」

個案 11 「沒辦法專心的話，做一件事情就會做很久。」

個案 14 分享自己做事會比較沒有效率之外，也提到了因為已經與疾病共存，所以雖然動作變慢，但該做的事還是會去執行：「有時候痛起來會整天都在...就是做什麼事都會很沒有效率，就是不太能做事這樣子，但是好像從小痛慣了，如果今天該做什麼事情還是會去做。」

個案 19 「因為就不太能集中注意力，所以動作會比較慢。」

此外，因加護病房的工作性質強調團隊合作，如合力翻身、洗澡、接病人下刀等，且護病比約1:2-1:2.5，有時候會和另一個同事共同照顧一個病人，做事速度放慢後較無充裕的時間去幫忙其他需要協助的同事，如個案1：「自己動作就比較慢，就會把自己的tempo放比較慢，然後可能自己時間會比較緊，就可能沒辦法去幫別人這樣子。」

3. 步調會亂！

有些個案表示上班時頭痛的發生，會影響到做事的流程，如：

編號	訪談內容
----	------

個案 1	「做事情會變成比較沒有順序邏輯，就可能做完走出 bedside 後就想到：喔！那件事情沒做，又跑回去做」
------	--

個案 3	「步調會亂！」
------	---------

個案 14	表示做事會比較不流暢：「你想好你了流程該怎麼做，但是做起來又
-------	--------------------------------



會卡卡的，可是又不舒服又無法好好坐下來休息，就會有一點變本加厲。」

個案 21 「就是我會亂，會亂了我的步調和程序。」

個案 22 「你不能好好的去處理一件事情，你就會覺得很浮躁或是..做事起來感覺會比較不順，步調會亂，可是到還沒有到會犯錯這樣子。」

4. 頭痛會讓我中斷思考，導致記性變差...

頭痛會導致記憶力變差，有些個案主要影響在個案交班的時候，如：

編號	訪談內容
----	------

個案 2 「因為你當下 focus 在自己的症狀裡面，就很多交班或是有很多東西的話可能沒有辦法集中放在心裏，所以多少都會影響到工作上交接班這樣子，可能要請學姊多講一遍。」

個案 15 「記憶力的部分的話，就是比較容易被打斷。比如說等一下交班要交這件事情，可能因為頭痛的很厲害，那你明明知道這是要列入交班的東西，那可能就會突然恍神，那個地方就忘記了。那可能已經交到最後，或是到下班之前才想到說：啊～我剛剛沒講到那個地方要怎麼弄這樣，會比較沒那麼容易記住這樣子。」

或者記不住病人的事情，如：

編號	訪談內容
----	------

個案 12 「對病人的狀況容易 miss 掉或忘記這樣子。」

也有個案提到做治療時比較會忘了拿用物，如：

編號	訪談內容
----	------



個案 3 「可能要拿什麼藥，然後轉個身就忘記了我要拿什麼東西。我會有記憶力喪失那種感覺。痛到那樣子，記憶力喪失，覺得我到底在幹嘛。」

個案 14 「可能一到庫房，你只想到一件事情，然後回 bedside 後才想到什麼東西忘了沒有拿，然後就是一直走來走去，就是上班很沒效率。」

個案 11 「就是會沒辦法專注做一些事情，所以就比較會忘東忘西。」

5. 工作多年已熟練，所以影響不大

本研究的急重症單位護理人員，工作年資五年以上者佔 74%，發現護理年資較深的個案，在頭痛發生時，因為隨著工作經驗的累積，接觸及處理過各式各樣的狀況，因此較不會受影響。如：

編號	訪談內容
----	------

個案 3 「經驗我覺得有差，如果說妳是說新人，或是說比較資淺的話，可能這樣子會影響到他的判斷力。」

個案 15 工作常規已非常熟悉：「我覺得上班...嗯...上哪個班別對我來說沒有太大的差別。應該是講說不管上哪個班，其實如果是常規的事情，對我來說就只是常規而已。」

個案 22 對工作已經熟練，判斷上也比較不會影響：「嗯...我覺得還好，可能我工作上還算熟練，我已經在這單位今年第五年了，所以其實我今天頭不舒服啊，我還是可以以腦幹反射知道要做什麼，以前新人的時候就會覺得好煩喔！可能會因此動作變慢或出了點小差錯或是被罵，就覺得：『喔！怎麼這麼難！』可是現在幾乎不太...反而工作表



現經痛比較影響，偏頭痛的影響其實...已經漸漸地隨著我對工作上的熟練，已經漸漸的比較不會影響到，除了比較不舒服，工作判斷上比較不會影響。」

6. 以不影響上班為原則

即使頭痛會帶來影響，但會去做一些努力，盡可能不影響工作。

編號	訪談內容
個案 4	「我覺得我可以忍受，但，工作的話我就想要吃個藥讓它舒服一點。」
個案 11	「如果發生偏頭痛的話會直接去吃止痛藥，比較不會因為頭痛而影響工作。」會尋求藥物處置，預防頭痛帶來的影響。
個案 19	「如果我真的覺得我不行了，我就會請同事幫我顧，就我盡我所能不要讓我影響到臨床表現，就是如果我真的覺得不行了，我就去趴著，然後我就會請同事幫我，我目前是沒有發生過因此產生的異常事件。」則會尋求同事協助，減少因頭痛而影響到工作表現。
個案 25	以不影響到工作狀況為主「上班的話如果是 attack, 頭痛的程度的確是比較高的，我可能吃完藥但是我的疼痛分數可能只能從 8-9 分降到 5-6 分，降的程度不會很多，但是就是盡量不要影響到我的工作狀況。」

三、工作以外的時間

1. 懶懶的...什麼都不想做

如果頭痛發生在個案下班後或是休假日，大多會比較懶散，不想做任何事，如果事情不急，則能拖就拖。如：



編號	訪談內容
個案 1	「因為我就會想要睡覺，可能衣服原本一個禮拜洗一次，就變成兩個禮拜洗一次。就會堆多一點，垃圾也是滿一點再倒，桌上比較亂就不會整理。」
個案 2	「就會變得很懶啊（笑），就會不想做事啊，自己身體都不舒服了，如果還要做其他事情就會很阿雜。」
個案 3	「我頭痛的時候完全不想動。」
個案 4	「如果比如說本來計畫要去運動，那就先不要運動，或是做一些打報告什麼的，就放著不要打。就變得比較懶散，讓自己放空。」
個案 6	「看它痛的程度，就會很懶，呈現一個蛋黃哥的狀態。」
個案 7	選擇讓自己休息，如會做一些讓自己比較放鬆的事情：「就是會想個辦法讓自己舒服或者是放空看電視滑手機。」
個案 10	選擇休息：「就感覺比較不想做事情，然後就...就也覺得好像比較累，只想要躺著休息這樣子。」
個案 13	「會不想做事，什麼事都一樣。」
個案 14	會比較懶惰，但該做或重要的事還是會去做：「痛的那一天的話會比較懶惰，但如果今天有遇到該做的事情，還是會去做。」
個案 16	「嗯會變比較懶惰啦，就不想做事，不過也還好，暫時不做家事也會怎樣。」
個案 17	「就是整個人覺得不舒服，會比較不想動，比較懶。」
個案 18	「就比較不想做事吧！能拖就拖。」



個案 22 那時會比較想睡覺：「你就會覺得我現在不是體力不好想睡覺還是什麼的，可是就是一個頭痛在那裡你就會覺得什麼事情都無法做，對，無法思考啊！」

個案 26 「會一直想要去睡覺，變得很懶...什麼事都不想做，可能就賴在沙發上看電視。」

個案 27 「在家裡可能上廁所都覺得困難，只想躺在床上不想動」

個案 29 「其實是還好，就盡量就不要動啊...如果在家的話就是躺著，就盡量不要要我動，不要叫我做事情，要不然我就會...就會很不舒服，因為有時候痛起來，你一動就會痛啊～」

個案 30 「會很容易累，因為人不舒服，不管是頭痛還是經期來，就是會想要下班躺在床上，會比較懶，懶懶的，上班時會一直想要躺在床上，就算沒有睡著你躺在床上也會比較舒服，不然有時候起來或是一動你就會開始頭痛」。

2. 痛到睡不著

有些個案會因為頭痛而痛到無法入睡，如：

編號	訪談內容
----	------

個案 3	「有時候會痛到睡不好，會睡不下去..」
------	---------------------

個案 16	「基本上入睡，然後起來之後，會比較好。有時候只是躺著也會痛到沒辦法睡。」
-------	--------------------------------------

因此有個案會因無法入睡而尋求藥物處置，如：

個案 6	「頭痛不舒服的感覺就會有點睡不著覺這樣子，也有到睡不著要吃
------	-------------------------------



到止痛藥的經驗。」

個案 7 「我會睡不著到我爬起來要吃一顆止痛藥。」

個案 20 覺得偏頭痛對睡眠的影響甚鉅:「覺得最主要的還是睡眠，對因為我會痛到睡不著，而且有時候痛起來很難過的時候其實會很暈很想吐，然後整個眼窩就是很痛，很想把自己的頭砍掉！」

個案 22 「我如果睡前開始痛我沒有吃藥的話，我就會整個夜就算眼睛閉起來，我還是會覺得單邊眼睛還是很痛，就是眼壓很高，就會睡到生氣就會起來吃藥，沒辦法睡！」

個案 24 「痛的時候如果可以睡，其實可以一覺到天亮，可是痛著睡的話，也會有可能被痛醒，還是有可能睡不好，但是還是要睡....」

3. 頭痛伴隨著嘔吐，已干擾到我的生活

有少數個案會因為頭痛時的伴隨症狀而受到影響，如：

編號	訪談內容
個案 9	提到和同事吃飯時聞到食物的氣味而引發嘔吐:「好像有一次就是下班跟同事一起去樓下吃東西的時候，然後因為她們下班所以肚子很餓，然後就說旁邊的東西聞起來好香喔！我就覺得好噁心，好想吐！然後他們就說我的臉色很 pale..後來我就去吐了!」此外食慾也會受到影響:「會不想吃東西，但如果有時候吐完的話好一點會胃口大開。」
個案 21	也有相同經驗:「會吃不下，因為會想吐。」
個案 22	頭痛發作時受畏光症狀干擾很嚴重:「只要我那天痛了而我又沒帶藥，我就會開始覺得單位怎麼這麼亮，又必要這麼亮嗎?! (笑)」



就會開始畏光，然後手機電腦螢幕都會對我來說覺得太亮，然後看到會...好比說有人手機突然間亮起來，他那亮起來的那一霎那我會突然間更痛，對就是...畏光的滿明顯的。」也提到曾經因為頭痛而影響到重要的事：「之前我有一次實習就痛起來，然後我就回家了，因為沒辦法實習，然後後來覺得一直這樣被影響，好像也...因為回到家就覺得我體力明明就沒有很累，我現在可以做很多事情，我一點都不想睡覺，我就靠在家裡..我往後就一直這樣耽誤我的人生，這樣子就很不好啊..」

個案 25 「那天超忙的，就是可能情緒也有一點受影響，然後我當天回去就有點隱隱作痛，隔天下午整個右半邊開始抽痛、脹痛，過程中還有想吐的狀況，然後持續了大概 2-3 個小時，然後那時候我心情很不好就去弄頭髮的過程之中，然後就痛到快受不了了，然後回家的路上我就很想吐，一回家我就開始狂吐，然後吐完之後也是睡了一整天，到隔天我才好，所以就是印象超深刻！」

個案 29 之前還曾經痛到吐啊，會影響食慾，那時自己在上班的時候，因為那時候是先頭痛，是有人給我吃藥，吃 celebrex, 吃沒多久我就吐出來了...只好撐到下班，還是可以上班，但就是忍著...

四、社交生活的影響

1. 無論如何都不想出門

有些個案在頭痛發作時無論如何就是不會出門，如：

編號	訪談內容
----	------



-
- 個案 2 會取消當天所有的安排：「當下可能原本想要出去玩或是要做什麼事情的話，就會取消，就是...可能沒有辦法做自己想要做的事這樣子。」
- 個案 12 有類似的經驗，完全不想交際應酬，只想在家休息：「下班的話我就是完全就是不想跟任何人交際應酬的狀況，就是直接回家，然後洗澡在家好好休息。」
- 個案 16 表示會拒絕出門：「基本上如果那天我很不舒服而且想睡覺的話，我通常就是會拒絕出門。」
- 個案 19 表示自己不會出門，只想在家休息：「如果我那天頭痛，我就完全不會出門了，因為我覺得頭痛是件很不舒服的事，就只想回家休息，只要頭痛就是不會去任何地方。」
- 個案 22 因為受畏光症狀影響，在藥效發揮前也會選擇待在家：「在止痛藥吃了還沒有奏效之前都會不想出門，因為就覺得在家裡我隨時都可以躺下來啊，可是如果出門就是...那個光這麼強，就會覺得那光很強。」

2. 我會忍著，還是會出門

- | 編號 | 訪談內容 |
|-------|--|
| 個案 4 | 無論如何都還是會出門或赴約，如頭痛的程度還可以忍受，仍會赴約：「我還是會出去，因為都是我還可以忍受的，如果不吃藥我還是可以從事一些活動，那如果沒事當然是待在家裡這樣。」 |
| 個案 20 | 則是會試著讓自己轉移注意力，還是會赴約：「如果有人約我的話我還是會去，我可能不太講話，可能就是聽，專心在吃飯這件事情上，就是想辦法轉移我的注意力，還是會硬撐。」 |
-



個案 22 「因為我們放假很少，可是你今天好不容易要出去玩，我也希望我
不要有頭痛的情形，所以我就會覺得如果我出去玩，我也會吃，那
如果我今天是在宿舍裡我可能就不見得會吃，就會覺得還好可以放
空這樣子。」

個案 24 「如果痛的時候，我還是會照玩耶！已經要出去玩了也會照玩呀！
因為沒有到說痛到完全沒有辦法完全忍受」

個案 25 「我還是會出門，會先吃藥，然後再看看狀況，然後如果真的很累
的話，那我就會說，那我們今天就先這樣子好了，下次再約。」

個案 28 「我還是會出門，不會因為頭痛就不出門，影響程度沒這麼大」

3. 除非是重要的事我才會出門

個案若遇到很重要或無法推託的邀約才會出門，如：

編號	訪談內容
----	------

個案 2 會選擇先吃藥再出席：「就先吃顆止痛藥再去吧！像是這些重要的場
合都還是會去。」

個案 6 表示除非是很重要的事，否則會拒絕「如果有的話我應該會講我想
休息，除非是很重要的事情，如果只是吃個飯，我應該會拒絕，會
跟他說我有事情去不了。」

個案 11 有相同的處理方式：「我會拒絕出去，我只要頭痛我就會不出門了，
除非是很重要的事。」

個案 16 「通常會直接不去比較多，如果頭痛的話就是想休息這樣。不過如
果很重要的事情還是要去啦！比如跟爸媽約好了這種，那頭痛還是



會去。」

個案 18 「如果我身體不舒服我就是待在家，完全不會想出門，如果很重要還是會去。」

個案 25 「會有一點不想講話，真的會有一點影響，我會表現說我不舒服，但是不會去影響到別人這樣子」

個案 26 「就會說我不舒服耶...看他是什麼事，很急嗎？如果不是很急，或是不重要的事就不會去。」

個案 27 「重要的事就是已經事先訂好的事，我還是會出去，那如果沒有很重要的事我可能就會取消。」

個案 29 「如果有重要的事我還是會去耶！」

個案 30 「就是當我真的累的沒睡飽又頭痛，我真的不太舒服的話，很熟的朋友我就會取消或延期，當然如果很重要的事還是會去，一般來說至少我朋友都可以體諒。」

4. 依我個人的喜好來決定是否出門

編號	訪談內容
----	------

個案 1 「會比較懶得出門，但如果是自己想去的聚餐，我還是會硬著頭皮去。」

個案 3 會看自己對此邀約有沒有興趣，如果有興趣才會出席：「我會看事情，看有沒有是我興趣的事，上課和運動我就不會去，娛樂的我就會去。」

個案 9 「看熟不熟，熟的話幾乎都會去，痛的時候都會吃個藥再去。」



小結

頭痛不僅無法讓護理人員在休假或休息時得到良好的生活品質，在上班時也會影響護理人員的思考，使判斷能力降低，在處置或治療時效率也較差，可能會造成跡近錯誤（near miss）與病人安全的風險，也會減少與家屬及同事之間的互動影響到工作氣氛及護病關係，因此頭痛對護理人員而言無論是工作或生活皆會受到干擾。

三、視情況處理疼痛

一、一痛就吃藥

1. 隨身會帶一包藥，一痛就吃

有些個案會隨身攜帶藥物，只要頭痛一發作就吃，避免因為頭痛的發生而影響到上班或日常生活。如：

編號	訪談內容
個案 2	「生活上如果那天真的就是剛好出去玩，然後又偏頭痛的情形發生的話，因為你就已經在外面了，不會像之前可以睡覺來緩解的話，就是會立馬..就是隨身就是會帶那個普拿疼，就會先直接吃。」
個案 4	「懷孕前馬上就會吃，會盡快讓頭痛壓下來，讓自己可以專心工作。」
個案 7	「因為就算痛，就是你已經知道了也已經吃藥了才出門，那出門才開始痛了那就喝咖啡，那如果沒有緩解，就是見面之前身上會帶著止痛藥，就是咖啡跟止痛藥一起。」
個案 8	「現在幾乎都會帶止痛藥在身上。」
個案 11	「如果發生偏頭痛的話會直接去吃止痛藥，比較不會因為頭痛而影



響工作。」

個案 15 也表示會馬上吃，不然會越來越嚴重：「我身邊都會有藥，痛的時候就會去吃了耶，因為我的經驗是，如果他痛起來你沒有馬上去吃藥或是喝咖啡的話，它其實就會一直痛下去，它是沒有辦法去止住的。」

個案 22 分享之前被症狀影響到日常生活的經驗，之後不希望因為症狀干擾的情形重複發生，所以身上一定會攜帶藥物：「之前會痛到嘔吐之類的，然後開始吃藥後就沒有讓自己這麼誇張了，一點痛就知道就會吃藥，後面那嘔吐就不會發生。最嚴重一次是我真的一直想吐，然後腦壓太高，所以我就回家了（笑），我就...出去到一半我就回家了，頭痛到實在受不了了！因為我現在就是不容許自己再這樣被影響，所以我就都會把藥帶在身上，吃掉一包，回家就補一包到包包裡面。」

個案 21 表示他的觀點：「我都會帶藥在身上，因為我的心態就是，我痛，為什麼我不吃止痛藥？我為什麼要等痛起來再吃？」

個案 23 「因為痛的時候你會受到干擾，痛的時候你只要想東西時你就會覺得頭很痛，但是吃完就覺得不會痛，所以後來只要我頭痛我就會吃。如果一痛起來，就是我在做事情的時候，我可能無法去吃，那這個疼痛就會一直加劇一直加劇，那我就會找空擋趕快去吃，又會覺得又還好這樣，所以止痛藥對我來說滿重要的，我包包裡面一定會有。」

個案 25 「我一痛就會吃，因為我有經驗，所以我知道我一定要吃我後續才會比較舒服，就不會忍這樣，除非是因為我人在外面，我沒有辦法。」



二、盡量忍耐，忍耐到不行才吃藥

1. 能不吃藥就不吃藥，能忍就忍

大多數的個案遇到頭痛發生的時候，都會選擇先忍耐，或是先尋求其他處置，

如果真的到無法忍受的程度或是處置沒有效果的時候，才會選擇吃藥。如：

編號	訪談內容
個案 2	會先選擇去睡覺，受不了再吃止痛藥，在第一階段研究調查顯示，有在吃藥控制頭痛的護理人員佔 56.9%，仍有逾 40%的護理人員不會以吃藥來控制頭痛：「有時候就是回去就會睡覺，然後如果睡完覺如果真的沒有比較好，就會吃個止痛藥之類的，我會先不要以吃藥為主，如果真的受不了的話就會吃藥。如過在外面玩的話就是會直接服藥。然後如果就是平常沒有出去玩再家裏，如果有偏頭痛的情形話，就是睡覺。」
個案 3	對藥物非常排斥，也是先以睡覺為首要，或是做其他的事來轉移疼痛：「我不太喜歡吃藥，我很排斥吃藥、西藥，雖然自己是醫護人員，但是就很討厭吃。除非真的是大痛的時候，或是痛到已經會受不了的時候、痛到無法睡，我才會吃普拿疼。通常我就會自己去我房間，會去睡覺，或是去做一些事情讓我的頭痛比較好，頂多真的是不行，我就真的會吃止痛藥，所以我不會讓自己痛到一個...那種最高境界就對了。如果說像這樣不怎麼痛...不怎麼痛的話，其實我可以做其他事情，可以轉移疼痛。」
個案 4	就是等到受不了再吃藥：「有時候是真的痛到受不了才會考慮吃藥，



要不然我比較少在吃藥，痛到沒有辦法忍受我才會吃，不然原則上我就是讓他痛呀！」個案 14 也表示：「除非是痛到受不了，我小時候就有吃藥，可是不是 regular 在吃，就是痛到受不了的時候，媽媽就會拿止痛藥給我吃。」

個案 6 則是其他的個案則是單純以忍耐為主，不會尋求其他處置，無法忍受再吃藥，如：會先忍一個小時「說如果沒有時間很長我就盡量以不要吃藥為主。在家如果即便超過一個小時我就會想說好喔～是不是要來吃一下？然後要評估手邊到底有沒有藥可以給我吃，但我基本上我還是會盡量忍耐。」

個案 7 表示除非是到無法入睡時：「除非痛到我無法睡覺的話，我有時候會吃止痛藥。」

個案 9 也會先忍耐 1-2 小時：「會其實會先忍...可能 1-2 小時吧～先看看！如果還是會痛的話就會吃藥。」

個案 10 會先看有沒有可以解決的方法，或是排除可能的原因：「因為有時候也不是痛到這麼不能接受，還可以忍...而且有時候大概知道說是天氣關係，就覺得是天氣的問題，如果說像是可以戴個帽子就會好一點，可以改善的話就不會特地去吃藥，或是我除非好像說痛好幾天了，我才會想要吃藥，可能痛了兩三天我真的覺得受不了，或者是如果剛好有生病的話我比較會吃藥，如果單純只是冷空氣這樣子吹，我就不太會想要吃藥。」

個案 13 看疾病進展程度決定：「如果說我感覺他好像有在進展的時候，我就



會先吃藥，因為沒有吃藥一直痛到最後會吐，所以我不會到那時候才吃藥。」

個案 16 則是也會先躺一下，看休息可否緩解：「躺半個小時如果沒有效就會直接吃藥。」

個案 17 先以睡覺為主：「如果當下是可以睡覺的話，我會選擇睡覺，若不行睡覺，我會選擇吃藥。就像上班一樣，不能睡那我就只能吃藥，不吃藥就不吃藥。」

個案 19 會先多喝溫熱開水或休息，再決定要不要吃藥：「我如果真的很痛的話我會吃止痛藥，可是頻率很小啦！因為我通常還是不太習慣靠藥物，所以我會可能多喝溫熱的開水或休息睡覺，除非真的很痛很痛痛到受不了了我才會吃止痛藥。」

個案 20 表示看症狀干擾程度：「我就是要痛到我整個就是暈，痛到很暈然後痛到很想吐，我才會去吃藥，或是我今天要睡覺了，這個痛干擾我痛，干擾睡覺，我才會去吃藥，不然其實我從小到現在都是痛到受不了我才會吃。」

個案 27 「其實我會看痛的程度，如果只是痛到影響到我思考能力的時候，我可能就會去吃止痛藥，或除非是痛到很暈，暈到想吐，我可能才會繼續吃藥這樣子」

個案 28 「因為我覺得我頭痛的時候我的脖子都會特別緊，所以我大概都不會先吃藥，我都會先擦酸痛膏，如果我覺得沒有比較舒服，我就會吃藥，能不吃就不要吃！」



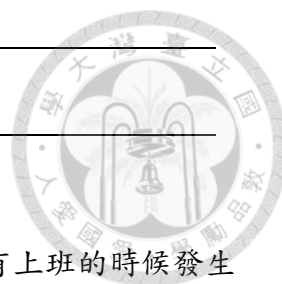
個案 29 「我都會撐到不行再吃耶...雖然有人跟我說這樣效果就沒這麼好，可是我還是會盡量想說不要吃，就跟他搏搏看啊！能不吃藥就不吃藥。如果一直 progress 的話，我還是會吃藥，因為這樣一直痛下去的話，什麼事都不用做了！尤其是在上班的時候，我還是會屬於先忍耐到不行，我才會吃。」

個案 30 「我會忍耶...除非我真的影響到工作的時候，然後持續太久，可能過了兩三個小時都持續 progress，或是那天比較忙，我需要高度專注力，那時候我就會吃，但印象中很少，大多都是我可以忍受的範圍。」

2. 我還可以忍受，所以就不吃藥了！

少數案因認為頭痛的程度對自身影響不大，還可以到忍受的程度，所以不會選擇吃藥。如：

編號	訪談內容
個案 10	「因為有時候也不是痛到這麼不能接受，還可以忍...」
個案 12	「過其實我對痛的耐受度也滿強的，我是沒有特別的服用藥物或是民俗療法。」
個案 16	「很少吞止痛藥，平時有 4-5 分吧！這我都還可以忍，可是真的痛到不行大概可能是 7-8 分了，我就會吞顆止痛藥。」
個案 24	「四分吧！要吃藥不吃藥都可以！但我還可以忍受，所以就不吃藥了！」
個案 30	「但我的頭痛程度比較低吧！可能稍微搏動性一點點脹痛，因為他痛的程度沒有很高，所以你會突然意識到可能有一會兒了，也沒有



到很痛。」

3. 不上班就不會吃止痛藥

少數個案因為不希望上班時因為頭痛而影響到工作，所以只有上班的時候發生頭痛才會選擇吃止痛藥，若是在休假日發生頭痛時就會不吃止痛藥。如：

編號	訪談內容
個案 4	「因為我不是上班的話，我是不會特別吃止痛藥，就放著讓他頭痛。」
個案 6	表示有相同想法：「可能就是覺得..頭痛就是..因為是發生的時間吧！因為如果是在白天我可能就會覺得喔不行不行，我還要上班，所以就特別去處理它，但是如果是下班或是夜間晚上休息的時候就會想說阿～算了！」
個案 11	「只有特別在上班的時候或持續超過兩個小時以上才會吃止痛藥。」
個案 27	「其實上班才會吃，如果平時，或是休假沒幹嘛，我就是會靠休息的方式讓頭痛緩解」

4. 先以熱咖啡處理，沒效才吃藥

有些個案覺得喝熱咖啡可以減緩頭痛，本研究第一階段調查顯示，有頭痛的護理人員，平時有喝咖啡習慣者佔 57%，會先以喝熱咖啡為主要處置，之後再吃藥。如：

編號	訪談內容
個案 3	若頭痛影響到上班注意力時會先喝黑咖啡：「有時候如果說我睡眠不足的時候會頭暈，或很嚴重的頭痛，然後會影響到我上班的專注力，所以我會先黑咖啡加重，兩杯到三杯，然後有時候會喝茶，就是會



提升自己的精神，專注力之類的這樣子，然後這樣子的話，感覺可能頭痛會比較好一點，我發現喝咖啡，我頭痛就會好一點，就不見得會吃藥。」

個案 13 若是中午前也會買黑咖啡試看看有沒有效果，若有改善就不會吃藥：

「方便的話我會買黑咖啡喝喝看，但因為我下午喝咖啡會睡不著，如果中午以前的話我會喝喝看，如果改善的話就不會吃藥。那如果喝十次的話，應該至少有一半以上的次數我覺得有效。」

個案 16 「有時候如果是比較輕微的（痛），然後喝喝咖啡會好。」

個案 20 則是分享會先泡很稀很稀的咖啡來喝，喝完沒效果後再吃止痛藥：「我之前有試過就是喝咖啡，因為我本來是不喝咖啡的，因為我喝咖啡會很不舒服，那在偏頭痛找不到止痛藥的情況下，如果我泡很稀很稀的咖啡，可能是即溶或是其他咖啡，只要有一點點的粉泡很大杯的水，就是只有顏色而已，甚至連香味都沒有，喝下去也許是心理作用吧！就是會覺得腦血管擴張了，就舒服了，但是不一定是真的，沒有辦法像止痛藥這麼快緩解啦！我就是聽有人說會減輕，但我又不太能喝，然後我就是泡很稀很稀的方式，有時候有效，有時候沒有有效，有時候喝了之後還是必須吃止痛藥。」

個案 27 「我覺得有差，像有時候下午痛的時候，我就會先喝濃的咖啡，喝完好像就好了！我其實一開始喝咖啡就是偏頭痛，好像喝完就覺得不會很痛了！之後我就開始愛上咖啡，就天天喝咖啡。」



三、不看門診的理由

1. 中醫效果慢，要長期吃，不想嘗試

少數個案認為中藥必須要長期服用才會有效果，需要很好的服藥遵從性：

編號	訪談內容
個案 9	「我媽有帶我去看中醫，可是後來，可是中醫也只是吃一吃而已啊，他每次都開這麼多藥，也不見得會全部吃完，所以覺得可只是調養而已吧！就只是吃中藥而已，因為他要吃很久，而且我服藥遵從性藥沒有很高。」
個案 22	則是覺得效果慢:「我覺得中醫的效果太慢了，我現在就是要嘔吐了還給我這樣調中藥，我要現在就立刻讓我可以好的。如果我每天都在調身體那如果我一不吃一停藥是不是就沒用了?!所以我沒試過，不像一吃(西)藥就很有效。」
個案 24	「啊~中醫有，一年前吧！有一次很痛，痛到覺得很誇張，那時候有去看中醫，吃了好一陣子的藥，是感覺有好一點，沒這麼頻繁，後來就沒在吃了，因為中醫這東西就是...一天要吃三次很累！」
個案 29	「因為吃中藥很麻煩，主要是要長期吃，吃中藥也很多東西不能吃，也不能吃冰的，我又很喜歡吃冰的...天氣熱還是會吃」

2. 「都覺得它，不是一個應該看門診的病..」

部分個案認為頭痛還沒有到非常嚴重，還可以靠藥物或其他方式緩解。如：

標號	訪談內容
個案 2	認為自己只是睡眠不足影響:「因為就覺得只是因為太累影響的，所



以沒有特別去看，就單純覺得自己應該是睡眠不足。」

個案 3 則是覺得吃普拿疼就可以減緩了：「因為自己覺得啦，因為可能自己這邊看太多了，所以，我覺得就這樣子啊，就是吃普拿疼就可以了（有效），就沒有必要到看門診的程度」

個案 6 也認為頭痛就像是感冒一樣的症狀，不需就醫：「我覺得就很像就是偶爾腸胃炎拉肚子的這種症狀，就自己治療一下、自我診斷一下就..好，沒事！~OK!」

個案 13 則是先前已排除器質性方面的疾病，所以就放心吃藥，認為不是很大的影響：「但有關頭痛的原因，因為我之前有做過內分泌的檢查，應該是說月經失調的關係有做過內分泌的檢查，除了抽血之外有做過核磁共振，也算是有排除一些器質上的問題，所以就沒有很擔心，才會很放心的只有吃藥。」

個案 16 「都覺得它，不是一個應該看門診的病..」

個案 19 因為有抓到自己頭痛發生的時機，可以自己做處置：「還沒有很嚴重，而且都是月經來前和頭兩天，或是睡不好的時候頭痛，就自己吃個藥好了」

個案 22 「因為我覺得吃藥了就會好！呵呵呵 完全沒有看過醫生！而且我個人覺得是睡眠的關係，我就覺得看了也沒意思啊！就去了也是給我 Paramol, 但是我覺得我頭痛到 Paramol 沒緩解我才會去看，因為我也接觸過一些 neuro 的病人，只要 Paramol 沒有緩解那個都一定有問題！」



3. 我看我家人也有偏頭痛，所以我想我應該也是吧！

少數個案也有偏頭痛的家族史，因症狀相似，所以認為自己應該就是偏頭痛，就沒有特別去就醫。如：

編號	訪談內容
個案 20	「因為我沒有正式經過醫師診斷為偏頭痛，但是就是因為我有家族史，就是我爸爸和我兩個叔叔都有，所以你也知道偏頭痛這種東西就是有家族史的話就會變得比較有機會得到，所以我就很自然而然認為我這樣的一個疼痛..又加上之前大學的時候，其實讀了很多 paper，其實大概知道說那些症狀跟我的症狀是 match 的，那我應該就是，所以我就沒有經過醫師診斷說喔我就是偏頭痛我需要吃藥或是需要幹嘛幹嘛這樣子。
個案 22	「我媽就是也有這個症狀，然後他也很會痛，他也是...嗯大學..就是漸漸成年才開始痛，他是一發現就是經前中後，然後他有去照過核磁共振，因為怕裡面有問題存在，然後照完核磁共振之後，醫生是說完全是正常的，然後說可能是內分泌，突然間衝來衝去的關係，然後後來我就看我媽照完核磁共振後，我也開始是經期前中後，已經不是亂痛的 pattern,所以我就想說我應該也是一樣吧，我就沒有去照了，也沒做過相關的檢查。」

4. 不常發生/不嚴重，所以不會主動就醫

部分個案則是認為沒有嚴重到需要就醫的程度，如：

編號	訪談內容
----	------



-
- 個案 1 表示：「我都比較輕度...而且我睡覺就可以緩解」
- 個案 2 則表示發作時機很不一定：「說真的就真的很不一定，有時候很常，有時候又會一陣子都沒有痛，所以也不知道到底要怎麼跟中醫或西醫醫師說這個情形」
- 個案 4 表示不會造成很大的困擾：「因為我覺得這好像不是很大的問題，不會造成很大的困擾，因為沒有很常發生。」
- 個案 5 也說：「影響沒有到非常大，沒有到很痛，痛的話就吃藥就好！」
- 個案 6 也有相同的情況：「發作頻率不是很高，就是沒事的時候就很沒事。」
- 個案 7 「因為他沒有到非常非常頻繁，沒有痛到那種...不會像有些人每天都在痛，痛到去看疼痛科還是神內，但是因為我沒有這麼頻繁，但偶爾痛起來就真的很痛。」
- 個案 8 「因為發作時間不一定耶，有時候一陣子很多一陣子很少，沒有到每天啦，就是可能一個禮拜會有一兩次吧，不會到每天，最近就比較少，而且吃藥和睡覺就很有效了。」
- 個案 9 「覺得現在沒有以前五專的時候這麼嚴重了..」
- 個案 10 「還沒有很嚴重」
- 個案 11 「因為沒有到很常，所以我覺得還好..」
- 個案 17 「沒有到這麼嚴重耶...而且也沒有真的到常常發作」
- 個案 26 「沒有痛到很嚴重，我可以藉由吃東西或休息減緩，所以就不會去看醫生。」
- 個案 27 「因為我覺得這是小病，不是大事，發生的頻率也沒有到看醫生的
-



程度，因為之前主要是月經來的前幾天才會痛，痛過就好了」

個案 28 「因為我覺得還沒有到需要看門診的程度，發生頻率也沒有到很高」

個案 29 「因為就是覺得生理期造成的，好像也沒有嚴重到需要去看醫生

耶！」

個案 30 「因為沒有到很嚴重，我之前經期不規律有看過中醫，但是頭痛的程度也沒有讓我想起來順便跟醫生講一下，就不太會...就你好的時候就會忽略這件事情！」

5. 我沒有吃西藥的習慣

少數個案可以靠其他方式來減緩，就不會考慮服用西藥。如：

編號	訪談內容
----	------

個案 12 「不考慮吃藥耶...沒吃藥習慣，我比較會去給人家按摩，按一按就會好一點。」

個案 18 則表示自己的觀點：「我就是沒有吃藥的習慣耶，也沒有習慣吃普拿疼，很少吃，超級少吃！就不會想要去吃耶！我也不知道為什麼耶！我比較常去中醫給他按壓拔罐，或做一些處理這樣，也會去針灸。」

四、西藥的來源

1. 自己去藥局買

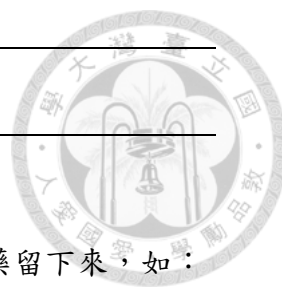
大多數的個案其止痛藥來源都是自行去藥局購買，如：

編號	訪談內容
----	------

個案 2 「嗯對是自己去藥局買的，就吃普拿疼而已。」



-
- 個案 3 「那如果是痛到已經會受不了的時候，我會去藥局買普拿疼吃。」
- 個案 4 「自己去藥局買的，就普拿疼。」
- 個案 5 「是自己去藥局買的。」
- 個案 6 「去藥局買的，有時候痛的時候也會請家人幫我買。」
- 個案 7 「我會自己準備止痛藥，都是去藥局買的。」
- 個案 8 「去日本的時候買他們的 EVE。」
- 個案 10 「是自己去藥局買的。」
- 個案 11 都是 Paramol，自己去藥局買的。」
- 個案 13 「普拿疼而已，自己去藥局買的。」
- 個案 15 「當下有點痛，就直接去吃普拿疼，嗯是自己去藥局買的。」
- 個案 17 「藥局買的，一般的普拿疼。」
- 個案 20 也認為普拿疼在藥局很好取得：「我小時候大多是吃 Scanal 比較多，因為是最好取得的藥，然後 Paramol 是來這邊之後我才開始吃，其實是成分一樣啦只是商品名不一樣，現在都是去藥局買的。」
- 個案 21 則是因為去藥局買很方便：「我家隔壁就是藥局，所以我就去那邊買。」
- 個案 23 「普拿疼是去藥局買的，這藥物很容易取得，很好買。」
- 個案 25 我是去藥局買的，之前吃 buprofen 才有效，後來我想說容易傷胃，然後我就吃 Paramol，然後我就是吃即效性的那一種，但是要吃到第二、第三個 dose 才比較覺得不會影響到我做事情，所以我可能我當天就會吃到四個 dose，如果 release 的話就這樣子過了這樣。
- 個案 27 「我都是去藥局買的。」
-



個案 29 「我四月份我去日本，我有去買 EVE。」

2. 之前去看門診有開藥時留下來的

少數個個案會把自己先前去看診所時，把醫師所開的止痛藥留下來，如：

編號	訪談內容
----	------

個案 7 「嗯，感冒的時候，診所不是都會開很多退燒止痛，有時候也沒這麼痛就沒有吃啊，就留著（笑），因為那有時候跟吃經痛的藥就是一樣的啊。」

個案 19 有類似經驗：「之前感冒去看門診的時候，不是會開一些止痛藥嗎？都是普拿疼或是 Naposin 之類的，然後我沒吃完就會留著，然後真的很痛的時候就會吃，我不太會自己去藥局買藥耶，我都是以前看門診，有剩下的我就留起來。」

個案 20 「看醫生的時候，醫生會開些額外的止痛藥，我就會把他留下來，這樣我痛的時候就可以吃這樣，不過這是不好的示範。」

個案 28 「家裡的人有去診所，有剩的普拿疼，他們就會把藥交給我保管，因為他們可能會覺得說應該吃不到，因為我們家有常備藥盒，其實都是我在用，大概就是一些腸胃藥、止痛藥什麼的」

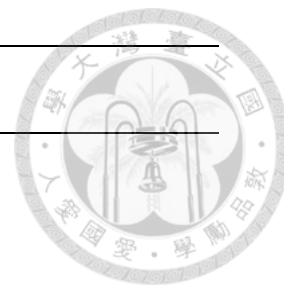
3. 拿醫院多的退藥

有個案則是會把在醫院工作時，手上若有已拆封無法退還給藥局的止痛藥，看有什麼止痛藥就吃什麼，如：

編號	訪談內容
----	------

個案 9 「就看到自己手邊有什麼不能退的有多的藥就吃什麼，通常都是吃

Paramol, Ultracet, 因為也比較好拿。」



4. 門診開的藥

真正因為偏頭痛的問題而去看門診的個案為少數，如：

編號	訪談內容
----	------

個案 14 「爸爸本身是在診所工作的，所以有管道可以拿，所以就是回家拿藥這樣子。是 NSAID 的藥，因為我沒有仔細看那藥名，所以不曉得叫什麼。」

個案 22 分享自身經驗:「我是去路邊的家醫科診所，主要藥物就是降眼壓，然後好像也有止痛，然後他好像說他有加一點神經痛的藥在，其實都是一點點一點點然後 combine 在一起，是還滿有效的。那不是一般的止痛藥，甚至曾經我被加到肌肉鬆弛劑過。」

5. 請朋友/代購買的藥

編號	訪談內容
----	------

個案 16 則會請朋友購買日本的止痛藥:「我都是吃普拿疼加強錠，可是後來最近都吃耶！（普拿疼、EVE 與百保能）像是請我朋友去日本買止痛藥 EVE，我同事上次送我一個很有效耶！叫百保能（綜合感冒藥）吧，止痛藥，很快，真的很快，速效，我們兩個（妹妹）都覺得很有效。」

個案 30 「如果有吃的話我就會吃日本的那種...EVE，吃的話都會有用，吃了就不會痛了那是學姊去日本幫我買的」



五、西藥處置的效果

1.吃了立刻見效，完全不痛了

部分個案吃西藥的成效佳，以單吃止痛藥居多，在第一階段研究調查有偏頭

痛者服用普拿疼佔最多數（56%），如：

編號	訪談內容
個案 3	選擇吃 NSAID 藥物來止痛:「有口服的 Voren，那個就吃一顆就真的 很有效！」
個案 4	過了半小時就有效果:「通常吃一次（普拿疼）就會有效了，就大概 過半小時，我其實還滿有用的。」
個案 6	覺得過了 10 幾分鐘後就有效果:「吃一次（普拿疼）大概過十幾分鐘 就會立刻覺得：嗯！不痛了！有效！」
個案 7	「一個多小時之後...會沒感覺！但是就是要等藥效發揮，是真的就 會吃了止痛藥（普拿疼）就不痛，你會感覺的剛剛的收縮感不會變 得這麼強烈，會變得比較輕微，然後一個多小時後就會沒有痛了。」
個案 8	是吃含 NSAID 成分的成藥 EVE:「只要吃一次(EVE)，通常會有用， 幾乎不會痛了」
個案 10	「都是去藥局買藥吃（普拿疼），吃完藥後就會沒有什麼感覺了...」 分享吃了一種綜合感冒藥後，疼痛症狀可快速減緩:「我同事上次送 我一個很有效耶！叫百保能（綜合感冒藥）吧，止痛藥，很快，真 的很快，速效，我們兩個（妹妹）都覺得很有效。大概不到半個小 時症狀就沒了，很舒服。」



-
- 個案 11 表示止痛藥吃完了一個小時後就不會感到頭痛：「止痛藥（普拿疼）效果比較快，差不多一小時就會不痛了，吃完止痛藥後都會直接緩解。」
- 個案 13 「大多的時候就是吃一次（普拿疼）就會好。」
- 個案 14 「就拿藥而已，就是固定吃 NSAID，吃一顆就會有效。」
- 個案 16 「吃習慣的是那個普拿疼加強錠，這真的有效，只要吃就會有效。」
- 個案 17 「我吃一顆（普拿疼）就夠了，就不太痛了，還滿有用的，所以比較不會要吃到第二顆。」個
- 個案 21 「吃 Ibuprofen: 「Ibuprofen 我覺得對我來講有用! 為什麼我會買這個藥? 是因為我家隔壁隔壁就是藥局，然後我都會先吃一顆，他是給我 600 毫克的，如果一個小時後沒有緩解的話，我會再吃一顆，頂多兩顆就不會痛了，但幾乎吃一次就會有用。」
- 個案 22 「有一次我忘了帶藥，然後住院醫師身上有 Ibuprofen, 吃了也是跟我的藥就是幾乎可以一樣，吃了過一下就完全不會痛了，我是吃 400mg 的，250mg 就會沒有效。」此外個案 22 也進一步分享自己平時去看診拿的西藥，是好幾類不同的藥一同服用: 「主要藥物就是降眼壓，然後好像也有止痛，然後他好像說他有加一點神經痛的藥在，其實都是一點點一點點然後 combine 在一起，是還滿有效的。那不是一般的止痛藥，甚至曾經我被加到肌肉鬆弛劑過，我一直都有去拿藥，一旦覺得痛就會馬上吃，不然就會 progress 得很快，如果一天之內有痛起來，通常吃一包一天內就不會再 recurrence 就不會再痛
-



了。」

個案23 「會吃 Paramol 耶！因為我們本身是醫療人員，所以就是因為頭痛你會沒辦法做事情，而且我們單位就是比較忙一點這樣子，所以如果果不吃的話那個頭痛會加重，我只要吃 Paramol 30 分鐘內就會緩解，所以我一定會吃，吃了之後就完全不會痛」

個案28 「我大概就吃普拿疼就 ok 了，就不需要吃更強的止痛藥。」

個案29 「EVE 感覺比較有效，就真的有用，我每次吃兩顆而已就真的不會痛了。」

個案30 「如果有吃的話我就會吃日本的那種...EVE，吃的話都會有用，吃了就不會痛了」

2. 吃了之後會減緩，剩下隱隱作痛

有些個案吃了止痛藥後，疼痛的程度並不會完全減緩，還是會感到疼痛，但沒有到這麼劇烈或無法忍受的程度，如：

編號	訪談內容
----	------

個案 2	則會減到剩下 1-2 分痛：「當下的話會痛到 7-8 分，因為它血管真的很脹很脹，常常就是非常不舒服，那吃完普拿疼之後大概再休息一下，就會減到 1-2 分，就真的緩解滿多的。」
------	--

個案 3	分享如果吃完普拿疼沒有減緩到很多，則會換成另一種止痛藥：「普拿疼要吃到兩次才會覺得有好一點，要不然就是我普拿疼不會吃，我就是把那個止痛藥的 level 往上調，就是吃比較強烈的，鎮痛的藥。」
------	---

個案 5	「吃了普拿疼也不到完全沒感覺耶！但是就是比較舒服這樣子，可
------	-------------------------------



能就一分痛吧！」

個案 9 「藥的話我覺得都差不多，吃藥（吃普拿疼居多）可能好個 5-6 分，還是會有一點點痛。大概過半小時就會減緩，幾乎都吃一次就好了。」

個案 19 「吃普拿疼基本上就會降到 2-3 分左右而已了，其實還蠻有效的，而且吃一次就有效，只是我不想靠藥物而已！」

個案 27 「NSAID 吃完好像還是會有點痛，現在吃到 napoxen 已經算滿強的了，所以好像覺得自己不應該再吃止痛藥。」

個案 25 「上班的話如果是 attack，頭痛的程度的確是比較高的，我可能吃完藥但是我的疼痛分數可能只能從 8-9 分降到 5-6 分，降的程度不會很多，但是就是盡量不要影響到我的工作狀況。我吃 buprofen 才有效，後來我想說容易傷胃，然後我就吃 Paramol，然後我就是吃即效性的那一種，但是要吃到第二、第三個 dose 才比較覺得不會影響到我做事情，所以我可能我當天就會吃到四個 dose，如果 release 的話就這樣子過了這樣。」

3. 有時候有效，有時候沒效

編號	訪談內容
----	------

個案 9	則分享 EVE 成效不一：「EVE 我是吃藍色盒子的，要吃兩顆，不過我覺得吃起來滿輕的，不過這些有時候我吃沒有什麼效還是一樣。」
------	--

4. 吃了之後只會減緩一點點，效果不大

編號	訪談內容
----	------

個案 15	也表示吃普拿疼後還是會痛，會試著換其他 NSAID 藥物：「通常如
-------	-----------------------------------



果一天吃一顆普拿疼沒有用還是會痛，那可能下一次就要吃到 Naposin。但如果一天像工作很忙碌，剛好那一天很忙病人要 CPR 幹嘛的，有累到的話，可能也會吃到兩顆（普拿疼）也不一定。

個案 20 表示吃普拿疼沒有什麼效果：「吃 Papamol 其實我不會馬上有效，如果還是會持續活動的話其實大概頂多六分，還是滿痛的。」

六、中藥的效果

1. 頭痛的頻率或強度有減少

編號	訪談內容
----	------

個案 15 則認為可以減少偏頭痛的強度：「頻率我覺得有，但其實每天就是差不多固定在那個時候發作，應該是說強度我覺得有稍微改善啦！大概從 5-6 分減到 3-4 分。」

個案 17 覺得吃中藥可以讓頭痛頻率減少：「吃中藥...可能之前很乖吃中藥有一些些微改善，頻率感覺有比較少，比如說一個禮拜 3-4，現在變 1-2 次這樣，然後就自己懶得吃藥。」

2. 中藥沒有效果

編號	訪談內容
----	------

個案 18 認為吃中藥對於減緩頭痛的頻率及強度都沒有效果：「老實說吃中藥應該沒有效，我覺得沒差。」

個案 24 「啊～中醫有，一年前吧！有一次很痛，痛到覺得很誇張，那時候有去看中醫，吃了好一陣子的藥，是感覺有好一點，沒這麼頻繁，後來就沒在吃了，因為中醫這東西就是...一天要吃三次很累！」



個案 27 「中醫我倒是有看過，但是我覺得沒有什麼效，而且中醫要長期服用，那中藥味很重，我真的沒辦法接受。」

四、針灸後可以減緩頭痛

使用針灸的個案較少，30 位訪談的個案中只有一位，但該個案表示針灸後可以減緩頭痛。如：

編號	訪談內容
----	------

個案 18	表示針灸後可以減緩頭痛:「如果我去看中醫的話，我會請他幫我針灸，他其實是從腳開始耶，從兩隻小腿那邊就有幾個穴位，然後到頭部頭頂這邊，我覺得有好一點耶！大概減 2-3 分」
-------	---

七、按摩的效果

1. 按完會減緩一陣子

選擇按摩來處置頭痛的個案佔少數，因為專業背景的因素，部分個案認為在工作經驗中遇過一些病人，因為按摩頭頸部而導致血管上的栓子剝落而栓塞導致中風，因此不敢嘗試按摩作為頭痛的處置。而嘗試過按摩來減緩頭痛的個案，表示按摩後有減緩頭痛的強度，可維持一陣子，如：

編號	訪談內容
----	------

個案 3	「我會去按摩，因為我覺得我很需要，就是給人家按全身，也會按頭，還有按肩頸，按完會緩解到一半以上，但是可能隔一天又開始不舒服。」
------	---

個案 11	有類似經驗:「跟止痛藥效果差不多！可能覺得比較放鬆，頭比較沒這麼痛，但是止痛藥效果比較快，差不多一小時就會不痛了。」
-------	--



個案 18 「嗯按完會減緩一陣子，也是減個 2-3 分。但是按摩師跟我說我還是要去運動，然後調整自己的姿勢，我是不知道他有沒有執照，但是他那按壓，會讓我比較舒服。」

2. 當下會減緩或很舒服，但是一沒有按就又開始痛了，如：

編號	訪談內容
----	------

個案 17 「我很喜歡按摩，我今天晚上就要去按摩，可是有時候我會特別請他幫我加強一下頭，如果當下去按是頭痛不舒服的，我會請他幫我加強頭部按摩，不過大概減個兩分痛而已，就是在自己可以忍受，但是沒什麼特別感覺的範圍內，我覺得是剛按完的那個舒暢感，所以就是並沒有完全消失，可能就還有痛。」

個案 22 「就同事幫我按摩都不順啊，按脖子（後頸）這邊一直推我頭，當下他正在按的之前 maybe 我可能正在痛，腦壓很高，他正在按的時候有比較沒這麼痛，他一不按又痛回來。」

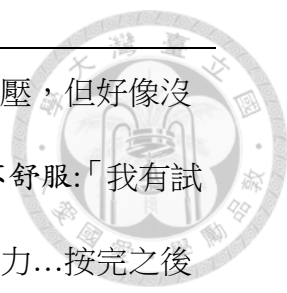
4. 完全沒有效果或更不舒服，如：

編號	訪談內容
----	------

個案 2 曾經嘗試自行簡易的穴位按摩，但沒有成效：「自己按太陽穴，可是按太陽穴我覺得...就是沒有什麼效果。」

個案 7 「按摩的當下及按摩後覺得更不舒服：「我有試過全身按摩，但是按完全身都很痛，那小姐按得很大力...按完之後身體更不舒服。」

個案 15 「只有當下很舒服而已，而且隔天我覺得很酸痛，會有兩天，那兩天很像被大象輾過的感覺。其實我覺得反而是不舒服。」



個案 19 也是嘗試自行簡易穴位按摩「如果我很痛我自己會亂壓，但好像沒有什麼用..」個案 7 則是按摩的當下及按摩後覺得更不舒服:「我有試過全身按摩，但是按完全身都很痛，那小姐按得很大力...按完之後身體更不舒服。」

八、熱咖啡的功效

1. 喝咖啡已成習慣，不喝就會痛，如：

編號	訪談內容
----	------

個案 3 平常我喝咖啡習慣了，然後，所以那種痛就，可能有痛兩三分，但是我就壓下來了。我的飲料幾乎都是咖啡，或是拿鐵類之類的，所以我覺得可能因為這樣子就讓我平常那小小的頭痛被抑制掉了」

個案 15 自己喝咖啡已經喝習慣了，一沒有喝就會頭痛:「一般上班的話，如果沒有特別喝咖啡，通常就是一早就是痛痛痛...痛到中午前真的忍不住，可能就要去吃個普拿疼這樣子，或者就是去喝咖啡了。因為我的經驗是，如果他痛起來你沒有馬上去吃藥或是喝咖啡的話，它其實就會一直痛下去，它是沒有辦法去止...」

「我覺得...我已經喝得很習慣了，我沒有喝一定都會痛」

個案 29 「咖啡痛起來的時候，我就會覺得可能是沒有喝咖啡，我每天幾乎都會喝，如果我沒喝就痛起來的時候，我就會先 try 咖啡，但我覺得咖啡只是心理治療而已，如果真的痛起來，不是喝咖啡可以解決的，但還是會想說是不是沒喝咖啡。」

2. 喝咖啡配止痛藥，效果更好

前面提及某個單位的個案先前上過院內頭痛相關課程，表示有位老師表示吃



藥可以配咖啡，增強止痛藥的效果。如：

編號	訪談內容
個案 4	「我會吃藥配咖啡，好像有加強作用！可能就藥效也發揮了吧！所以也不知道是藥效還是咖啡有用，就一起配這樣子。」
個案 22	則是之前有聽說過咖啡可以加速藥物作用時間：「咖啡喔...要配合藥物，可以加速效果，比較快 onset」

3. 手邊沒止痛藥時的替代品

編號	訪談內容
個案 2	「有一次我們開車出去玩，剛好頭又開始痛，像前面說的也沒有辦法先睡覺來緩解啊！如果手上也沒有藥的話，我會請我老公幫我買咖啡，我再去找藥吃。」

九、睡覺的效果

1. 睡醒就不痛了

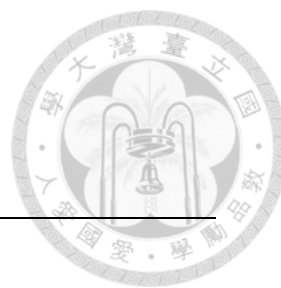
有些個案在初步的頭痛處置會選擇睡覺，若沒有減緩才會選擇其它處置方式（如藥物）。部分個案可以靠睡覺來減緩，或以睡覺為主要處置，如：

編號	訪談內容
個案 1	「我睡覺就可以緩解，所以不會特別去吃藥。」
個案 6	「只要我可以睡得著的話，醒來就是：好！沒有這件事發生了！」
個案 8	吞完止痛藥後立刻睡覺，同步進行：「吞完止痛藥就去睡一下，起來就好了。」
個案 9	「睡覺喔...應該可以減滿多的大部份，可以減到 8-9 分痛，隔天醒起



來就可以好很多。」

- 個案 10 「我覺得加減會有哇~就是如果可以真的可以好好的休息好好的睡一下，會覺得比較舒服。」
- 個案 14 「就是睡覺睡醒後就比較好，如果沒休息就會一直痛。」
- 個案 15 「睡覺我覺得沒有，我覺得有時候會越睡越痛，睡太多我覺得會頭痛。」
- 個案 17 「床是最好的...就讓我趕快休息，基本上入睡，然後起來之後，會比較好，如果當下是可以睡覺的話，我會選擇睡覺，若不行睡覺，我會選擇吃藥。」
- 個案 19 表示睡醒後會好很多，甚至醒來後就不痛了：「就是睡覺最有效，醒來就不會痛了！」
- 個案 22 「主要是藥物，不然就是去睡覺，睡覺有用，睡覺如果覺得不舒服就去睡，我是一個睡眠不足的人，就很容易睡著，只要睡醒就會好了。」
- 個案 24 「我覺得有睡覺有差！就是如果你睡不著，你也就是要躺，休息比較舒服。」
- 個案 25 就是在家吃 1-2 顆後去睡覺，就會好了！因為我有一次經驗就是，我故意不做處理，然後就睡覺，結果我隔天我還是又在發作了一次，後來我就發現說其實前一天先處理完的話比較不會影響到隔天。
- 個案 26 「如果可以馬上去睡覺，睡醒來就好了」
- 個案 27 「我覺得有用，多喝開水，睡一覺起來就會好了」
-



2. 睡醒還是一樣痛

有些個案認為睡覺並不會減緩，是沒有效果的方式。如：

編號	訪談內容
個案 18	「其實沒有什麼用耶！我就想說算了，我來休息一下好了，結果睡起來就覺得好像還是一樣，沒有什麼太大的效果。」
個案 20	則是曾有痛到睡不著後吃藥，醒來後還是在痛的經驗：「睡著是感覺不到痛啦！然後醒來通常前一天晚上睡覺我是痛到睡不著，然後就再吃藥，通常我隔天起來還是會痛，大概還是會有 4-5 分。」
個案 22	「我試過睡覺也沒效啊..」

十、尋求其他讓自己放鬆及轉換心情的方法（分散注意力）

1. 用「吃」來轉移疼痛

編號	訪談內容
個案 14	「吃一點東西好像會有幫助吧！嗯～就是小東西，像有時學姊會塞餅乾給我，或是一些小點心，吃完就會好一點。」
個案 22	有相同經驗：「有時候吃一點東西會好一點，為我還滿常忘記吃東西的...我很容易不小心空腹很常一段時間，有時候吃點東西會覺得好一點，心情也會比較好。」
個案 26	「身上就是會帶一些小糖果，如果沒時間吃飯就會吃的小糖果，至少有一些熱量，這樣應該就是有甜甜的，滿足一些...讓心情會比較好一點點吧！頭痛也會感覺比較好..可以減個 1-2 分吧！」



2. 嘗試做瑜珈減緩

編號	訪談內容
----	------

個案 22 會每週固定去上瑜珈課，頭痛曾有被減緩的經驗：「我是連空中瑜珈都有上，我曾經有一次在教室裡了，突然間有一種隱隱作痛，我想說...別鬧了，可是好像拉一拉有好耶，就是上課老師會要我們做一些拉扯的動作，然後那堂課上完就不痛了。因為那些隱隱作痛一開始也沒有到很痛，所以我猜應該是它還沒有往上衝的時候，可能就先被那些動作緩解了。」

3. 使用精油來放鬆

編號	訪談內容
----	------

個案 22 習慣會把精油加在水氧機裡，或者使用擴香儀薰香，達到放鬆的效果：「我最近有去買放鬆的那種..點香的，有擴香的，也有買水氧機，我喜歡點薰衣草的，我覺得放鬆就有用（減緩）。」

個案 25 「我是會去買精油滾珠棒，就是如果真的很痛到不舒服，我就會聞那精油的味道，我會覺得有一點幫助，大概可減 2-3 分，但主要還是靠止痛藥」

4. 藉由洗澡來放鬆身心

洗澡也是滿多個案會嘗試的方法，如：

編號	訪談內容
----	------

個案 2 覺得只是放鬆，但痛的感覺仍然存在：「洗澡是有，可是我覺得效果不大，雖然我覺得可以放鬆，會覺得洗完早覺得很舒服，但是頭還



是痛。」

個案 3 則表示洗澡會讓他更不舒服：「那泡澡的話我也不太敢泡，因為泡澡的話，有時候可能會讓我更不舒服。」

個案 11 認為洗完澡後整個人有放鬆的感覺，頭痛也可以減緩：「熱水澡喔...如果在宿舍的話會！洗完再去睡，應該也是放鬆吧！可是洗完睡一下起來就真的會比較好。」

個案 14 「洗澡也是可以緩解的方法，就是沖熱水，沖一沖就會比較好，會只剩到 0-1 分。」

個案 15 除了洗澡以外也會去泡溫泉，讓自己放鬆：「然後我自己偶爾會在家泡泡澡，如果再奢侈一點就是跟朋友去洗個溫泉這樣子，我覺得至少就是那個當下你是放鬆的，感覺頭也會比較舒服。」

個案 18 也提到：「我覺得沖熱水澡就是會比較舒服，放鬆的感覺吧，那回家就是發呆一下，就是要放空！」

5. 用聽音樂轉移疼痛

編號	訪談內容
----	------

個案 21 則會藉由音樂來轉移注意力：「聽我喜歡的歌或許有用，可以轉移注意力，而且我發現到像上次痛的時候，後來我就有去找抒情音樂歌，真的是只有抒情音樂的，放鬆的，如果痛起來有八分的話，我覺得大概會緩解到三分。」

6. 看小說、看電視來轉移疼痛

編號	訪談內容
----	------



個案 20 則是藉由小說和電視來轉移注意力：「我有試過轉移注意力，就是看小說或是電視，看我自己喜歡的，因為我很喜歡看書，我喜歡看小說，如果真的痛到很暈的時候，還是沒有辦法集中注意力去看，還是會被干擾。」

7. 遠離上班環境

少數個案在訪談時表示，跳脫現階段的環境，也是一種轉移注意力的方式。

如：

編號	訪談內容
----	------

個案 14 「偏頭痛的話就是會去配膳室喝水或是做其他事，就是會想要遠離工作環境，下班以後就會好一點。」

個案 18 分享了自己的經驗：「我覺得...離開這裡，然後好好放鬆一下，對我而言就是最有效的了！我有時候是覺得整個..跳脫這環境，週邊人壓力也有，然後同事之間也會，因為有些同事可能會脾氣不是很好啊..每個人來自不一樣的地方，那他就是他那個...你又不可能去糾正他說欸！你可不可以不要這麼兇，或是你不要對我這樣子，我覺得那壓力或 VS 之間，都有！我就覺得下班走人，滿好的！但是有時候回到家裡你還是會有一點點緊繃的感覺啦，可能就是要洗個澡或是轉移其他注意力就會比較好了。」

小結

護理人員在上班時頭痛處置以西藥為主，因為西藥是目前而言最有效減輕頭痛的方法，他們會觀察頭痛影響的程度，以不影響工作為原則，再決定是否忍耐



或服藥，但是在休假或下班後發生頭痛，若手邊沒有需即刻處理的事，會以休息或睡覺為主要處置，或著試著放鬆身心改變心境，以減少吃西藥的頻率。

四、質性訪談研究結果總結

控制不確定性

整體而言，這群具有頭痛的護理師，因為患有頭痛多年，長期下來已經與頭痛共存，對於頭痛的發生仍存於不確定性，卻也習慣成自然，並且發展出自己處置頭痛的原則，以控制頭痛不確定性的本質。

無法預測何時發生

本階段共訪談 30 名護理人員。患有頭痛的個案，並沒有特定的發生時機，但請這些個案回顧相較之下容易發生頭痛的時機包括：上夜班、夜間、月經週期、上班時、比較忙碌及壓力大時、每月換班別頭幾天、上班天數長短、睡不飽以及其他外在因素如天氣變化或冷空氣有關。

頭痛帶來多方影響

頭痛帶來的影響，可影響自身情緒，如：不想講話/簡答、說話口氣很差、易怒、煩躁/不耐煩/沒有耐心、或是心情不好/自身心情受影響。而這些情緒反應，對親近的人情緒表達較明顯，對非親近的人情緒表達也很明顯的人較少，多數都會選擇忍耐在心中，不會對病患或家屬表達自己的情緒。而頭痛對於工作的影響，如：注意力差、做事速度慢、步調被打亂、記憶力差等，皆會影響到個案工作上的效能，我們也發現資深的個案，因隨著工作經驗的累積，有一定的熟練度，頭痛發生時工作上較不會被影響。若是在工作以外的時間發生頭痛的影響可分為：「懶懶的...什麼事都不想做」、及「痛到睡不著」兩個族群，也有少數因頭痛的伴



隨症狀（如嘔吐）而影響到日常生活。此外，大多數的個案會盡量內化自己的情緒，或尋求其它處置，盡所能不讓頭痛影響上班或他人。在社交生活方面的影響以「重要的事才出門」者居多。

決定處置的大原則：不影響工作及生活為主

在藥物處置部分，西藥方面的成效，以「吃了立即見效」，「完全不痛者」及「吃了之後會減緩，剩下隱隱作痛者」居多，而吃了藥還會隱隱作痛者，以吃普拿疼者居多。西藥的來源大多數的個案都是自行去藥局購買，或是自行把之前看其他門診時開的止痛藥留下來。多數的個案（ $n=13$ ）表示「能不吃藥就不吃藥，能忍則忍」，真的受不了才會選擇吃止痛藥，或是認為自己頭痛的程度還可以忍受，所以選擇不吃藥，也有個案會看當時需不需要上班來決定是否要服藥，少數長期頭痛的個案則已和頭痛共存，而不會特別去處理，我們發現與不確定感（uncertainty illness）有關。如果真的被頭痛影響工作或日常生活較多者，會隨身攜帶藥物，一痛就會吃，少數者甚至會配咖啡服用，以加強止痛藥的效果。同時我們也發現分到 D、E、F 中度干擾組別的個案（詳見表六），大多可以藉由吃藥來減緩頭痛至 Mild（1-3 分）的程度，甚至只要吃一次就可以達到無痛的效果，但還是會先選擇忍耐，若疼痛仍沒有減緩或影響到工作或日常生活到無法忍受時才會考慮服藥。而 G、I 組別的個案，則因深受症狀所擾，所以一痛就會吃藥，也會隨身攜帶藥物，不會選擇先忍耐，藥物減緩疼痛的效果極佳，對生活和工作上就不會有很大的影響。

而有嘗試中藥的個案較少，本研究僅 3 位，其中兩位表示可以減緩頻率或強度，但另一位表示沒有效果，而其中一位也有嘗試過針灸，表示也可減緩頭痛。有些個案表示中醫效果慢，且要長期吃，比較不想嘗試，也是原因之一。用按摩



減緩頭痛的個案佔少數，因部分個案除了表示按摩的當下因放鬆的原因可減緩，但一沒有按就開始痛了，或是當下覺得很舒服，但痛的感覺還是存在，效果不如預期之外，也表示因為在臨床上遇過一些因按摩頸部而中風的案例，故不會嘗試此方法。用睡覺來減緩頭痛的個案居多，可分為睡醒就不痛了及睡醒還是一樣痛兩者，若會影響到睡眠的個案，幾乎都會去吃西藥來減緩頭痛，讓自己可以一夜好眠。其他處置如吃東西、做瑜珈、精油、洗熱水澡等方法，依照不同情境，會有不同的處置，個案也會設法讓自己放鬆及轉換心情，或是分散注意力，雖然部分個案表示上班時注意力會被分散，所以會忘記頭痛的存在，反而下班後會感到頭痛，但還是會去嘗試其他的處置，如：聽音樂、看小說、看電視，想辦法忘記自己頭痛的感受。

不視頭痛為一種疾病

本研究在這九組個案中，只有一位有針對頭痛的問題去看門診，該位個案分組為I區，其他個案則沒有針對頭痛這問題去看門診，原因是認為自己這症狀沒有到需要看門診的程度，沒有到很常發生，或是頭痛的程度沒有到非常嚴重，也有個案認為這不是個該看門診的病，或是因家族有人也有和自己相同的頭痛症狀，自行以家族史來自我診斷，因此不會主動就醫，不看門診的個案會藉由藥物或其它上述提及的方式來減緩頭痛，但減緩的程度因人而異。而長期發生的頭痛，我們發現個案已與頭痛共存，各人皆有一套應對方式，儘管每次發生時仍會造成影響，但可以藉由一些處置來減緩影響的程度，然而頭痛無法預測發生時機，亦無法治癒，長久以來個案似乎已習慣頭痛帶來的影響。

第五章 討論



本研究發現急重症護理人員頭痛盛行率高，生活品質分數也有差異，儘管會影響到工作、情緒與社交生活，但個案會依照當時情境做不同的處置，設法減少其影響程度，與頭痛共存的個案，也與不確定感（uncertainty illness）有關。

第一節 護理人員的頭痛盛行率

本研究調查發現急重症護理人員頭痛盛行率為 43.2% ($N = 405$)，若加上沒有填問卷的護理人員 ($n = 200$)，頭痛發生率為 43.4%。而這些有頭痛的護理人員，有偏頭痛的人為 25% ($n = 405$)。回顧文獻，Kuo (2015) 一項針對台灣某南部醫學中心的研究，其中有 29% 護理師患有偏頭痛 ($n = 779$)。回顧文獻，現階段雖尚未針對或把急重症單位納入特定科別調查盛行率，但大陸一研究指出 ($n = 152$) 在內科單位工作的護理師偏頭痛的盛行率為 21%，外科單位為 23.3%，其它單位為 18.8%，整體偏頭痛盛行率為 21.3%，而一般女性偏頭痛盛行率為 14.8% (Wang, 2015)，Zebenigus (2016) 指出一般大眾一年內原發性偏頭痛盛行率為 19%。本研究與 Kuo et al., 2015) 所調查的一般病房護理人員族群相比，急重症單位護理人員的偏頭痛盛行率高於其它單位，推測因急重症單位病患病情變化大，突發狀況多，因此頭痛盛行率較其它單位高，而護理人員的偏頭痛盛行率也高於一般族群。Molony (2006) 也提到壓力被認為是觸發或加重因素，能引發偏頭痛的壓力包括工作量大到無法預期等。護理人員的偏頭痛問題亟需受到重視，也需要適合的介入性措施研究協助護理同仁改善的偏頭痛。而本研究在第一階段另外調查 200 名護理人員 ($N = 605$) 位頭痛發生率為 43.4% (詳見表五)，與本研究問卷調



查 ($N = 405$) 的頭痛盛行率為 43.2% 相近，顯示本研究有良好的內在效度。

第二節 頭痛對護理人員的影響

以下就頭痛造成的失能天數與患者生活品質進行討論。

與一般族群相比，護理人員因頭痛而失能的天數較低

本研究在第一階段量性調查 MIDAS 結果顯示偏頭痛的族群平均 MIDAS 失能程度以 Minimal or none 最多 (58%)，上班影響天數或無法上班者，三個月內的影響日數約為一天 (整體天數 1.87 ± 2.84 天，社交影響天數 1.13 ± 1.67 ，家事影響天數 3.91 ± 5.94 天)，而其他頭痛的族群平均 MIDAS 失能程度也以 Minimal or none 最多 (63%)，上班影響天數或無法上班者，三個月內的影響日數約為一天 (整體天數 1.50 ± 2.77 天，社交影響天數 0.91 ± 1.89 ，家事影響天數 2.37 ± 5.02 天)

影響情況看似不大。然而，與一般社會大眾相比，本文發現具有偏頭痛急重症護理人員有更高的比例會自行尋求處置，以減緩偏頭痛影響的程度。Green (1977) 等人發現因偏頭痛而缺勤的患者 (非護理人員) 比例約佔三分之二，有 56% 患者一個月約缺勤 2.2 天。Edmeada (1993) 在受試者頭痛日誌的記載，17% 受試者因偏頭痛而取消社交活動和家庭活動，另外有 11% 的受試者因偏頭痛而暫時離開工作崗位。Moriarty (2016) 針對 507 位患者調查，其急性偏頭痛患者平均 MIDAS 失能程度以中度最多，影響工作天數 (包含無法上班上課、降低工作生產力) 為 22.4 天，影響天數與本研究相差甚遠。

護理人員工作時發生頭痛，仍須執勤的無奈

因為本研究族群的特性，除了工作性質不易請病假之外，會擔心因為自己頭痛身體不適，造成別人的困擾，因此自己會設法尋求處置，減緩頭痛影響的程度。



而本研究針對頭痛族群的質性訪談結果顯示，MIDAS 評為中度的個案，先以忍耐為主，不做任何處置，直接上班，除非到無法忍受，才會考慮吃藥；而本文 MIDAS 評為重度的個案，會主動到門診求治，且在頭痛發生時會立即服藥，以盡量減少頭痛對於工作與生活的影響，推測可能因此 MIDAS 的失能天數得分顯著較一般頭痛族群較低。

過去的質性研究發現，一般頭痛的患者會感覺不自覺地與生命隔絕，發生偏頭痛意味著無法充分參與生活，有時需要在床上度過幾個小時，他們的感覺就像他們的生活靜止不動，這引起了焦慮，痛苦和憤怒。即使頭痛發生時並不會每次都臥床休息，但在頭痛發生期間，必須集中精力在周圍環境中的事物和人群上 (Rutberg et al., 2012)。與本文相比，台灣護理師的工作環境其實無法讓人停下來休息，而帶著頭痛工作，其感受是較為焦躁、不耐煩與易怒，這與 Rutberg et al. (2012) 所提出的頭痛患者感受是一致的，此外，急重症單位的護理師在頭痛發生時，必須更集中精力在工作上，這也與 Rutberg et al. (2012) 提出的「必須集中精力在周圍環境中的事物和人群上」有相同的情境。

國外的文獻指出，一名輪夜班的護理人員描述了自己頭痛的過程，從輕微的可能只是「鼻竇」的疼痛，再到嚴重的頭痛，幾乎不可能讓她工作，但是她不得不繼續工作，因為沒有人可以代替她工作，於是她服用 Tylenol 和加了糖的茶，有時會睡 30 分鐘，並告訴同事在那段時間裡需要她的時候來找她。她也提到「只要想到在這裡(工作)，有那些明亮的燈光和封閉的環境，我擔心我工作上會犯錯，我只好一再檢查確認...」(Moloney, 2006)，本研究與過去的文獻一致，都呈現了護理人員工作時發生頭痛仍須執勤的無奈。



頭痛對生活品質的影響

在第一階段量性研究，偏頭痛與其他頭痛的護理人員在 MSQ v2.1 生活品質分數有顯著差異 ($p < 0.01$)，偏頭痛族群角色功能受限 (Role Restrictive) 面向得分為 68.32 ± 17.72 (/100)，角色功能妨礙 (Role Preventive) 為 81.83 ± 17.11 (/100)，情緒功能 (Emotional Functional) 得分為 81.06 ± 17.33 (/100)。其他頭痛族群角色功能受限 (Role Restrictive) 面向得分為 76.64 ± 13.39 (/100)，角色功能妨礙 (Role Preventive) 為 88.92 ± 12.17 (/100)，情緒功能 (Emotional Functional) 得分為 87.06 ± 14.04 (/100)，此三面向生活品質分數比偏頭痛族群高 ($p < 0.01$)。

偏頭痛者在角色受限我們在訪談頭痛者的過程中，發現訪談結果與 MSQ v2.1 生活品質量表三面向相呼應，顯示頭痛對護理人員生活品質的影響，因此生活品質分數比其他頭痛更低。以下依照三面向歸納訪談結果：

1. 角色功能受限 (Role Restrictive)：指日常活動中因頭痛而受限的程度。

本研究質性訪談結果顯示護理人員頭痛時，受限的程度在日常生活或非上班日方面較多，最明顯即是放假在家時的活動能力，會希望一整天都不要出門，或是不想做任何事，只想躺在床上休息。在社交生活方面也會因為頭痛而影響到跟家人朋友的聚會，可能會取消活動，以待在家休息為主要因應方式。

2. 角色功能妨礙 (Role Preventive)：指日常活動中因頭痛而干擾的程度。

本研究質性訪談結果顯示護理人員在頭痛發生時，在工作時無法發揮自己最佳能力，會因頭痛帶來的不適感而干擾工作時的思考過程、效率差、記憶力差，或是因為症狀干擾導致容易分心，無法專注在一件事情上。

3. 情緒功能 (Emotional Functional)：指頭痛所帶來的情緒反應。

本研究質性訪談結果顯示在頭痛時不少護理人員表示情緒反應的影響最明顯，



如沒耐心、易怒等，或是態度較平時冷漠，不想與人說話互動，但是大多護理人員比較少會把情緒表現出來，認為自己頭痛不可以波及情緒給其他人，或是使用不好的字眼，因此會忍耐。

量性結果顯示以角色功能受限 (Role Restrictive) 分數最低，在質性訪談中，有個案提到頭痛會影響生活作息，也包含睡眠品質會受到影響，不但睡不好也伴隨著頭痛，在這疲憊不適的狀態下，又不能隨意請假，必須想辦法爬起來準備上班，不得不強迫自己起床，或是起床後先吃止痛藥，避免影響到上班表現。前面也提及過在 D、E、F 三組疼痛中度干擾的護理人員，在上班日發生頭痛時會自行做處置，減少頭痛帶來的影響，避免影響到工作角色功能，但是在放假或下班後，只要沒有重要的事情，這三組的護理人員會主要以休息或忍耐為主，不見得會靠藥物。而 A、B、C 三組低干擾的護理人員，基本上無論上班或休假，皆以忍耐為主。因此不少個案表示，下班或休假頭痛時會只想躺在床上不想動，什麼事都不想做，家事就請家人代勞，或是放著不做，如果不急的事，則能拖就拖。

對護理工作而言，團隊合作也是重要的一環，頭痛會影響其原本在團隊中扮演的支持者的角色功能，有個案表示會因為頭痛使做事效率降低，在時間分配上就會比較緊迫，也不會有餘的心力去幫助同事；或是因為身體不適，無法去幫忙其他人，為了病人安全會刻意放慢步調，慢慢做好自己的事。而在上班的過程中，除了交班時不想聽「多餘」的內容（可能是病人本身疾病以外的事，如心理、家庭等），只想聽班內應該要做什麼治療，或需注意哪些事項，護理人員傾聽者的角色也會被妨礙。有個案表示：「我覺得沒有危及到病人生命我都覺得還好，那些「廢話」我就是不想聽，會自動省略，只要不要太嚴重的，有聽到重點就好。」在做治療的時候也不想和病人有其他的互動，如：「只想趕快離開房間（病室），



不想多待啊…不想（和病人）談心或其他的。」、「我已經很不舒服了，如果他還在那邊亂，我就是不想跟他有太多的接觸。」推測因此角色功能受限得分較低，也是在日常生活中最大的影響。

而量性資料在角色功能障礙（Role Preventive）與情緒功能（Emotional Functional）分數較佳。研究者觀察到護理人員會努力不去讓自己的頭痛影響上班，所以在上班日，會努力不讓自己有角色功能受限的可能，護理人員的工作性質請假不易，也擔心會造成同事的負擔，可能會因此護理長請當天放假的同仁代班，有個案發生過類似的情形，表示「那天早上我在排藥時頭痛到想吐，護理長就讓我回家，把另一個放假的學姐叫出來卡我上的那段，我覺得很對不起那位學姐，很過意不去。」，因此護理人員會強迫自己活動，有「不得不這麼做」、「不得已」的意味。只要是在上班日，護理人員都會先自行處理疼痛，因為他們知道如果上班時頭痛若持續發生，對護理工作是一個很大的干擾，若以事先做處置，相對在角色功能障礙的部分影響較少，而在非上班日時，若沒有重要的事情，多數護理人員也都是盡可能休息，也減少頭痛干擾其他事物的機率。在情緒功能的表現，有可能上班的壓力與忙碌，也會把頭痛不適的感受放大，但是在上班日時因為會事先做處置，也會克制自己的情緒表現，也有護理人員表示「只要離開工作的地方，我就覺得好很多了！」、「我覺得只要不上班都很好！」或是試著換個環境，轉換心情，也證實了休假時社交活動對他們的重要性，除了紓壓，更可以轉換心情。在下班或放假後，他們深知家人朋友都了解頭痛的不適，以至於情緒表達明顯，但都可以包容，因此在情緒功能的生活品質方面影響不大，因此本文質性與量性結果相呼應。

而與 Moriarty (2016) 相比，本文急重症護理人員的 MSQ 偏頭痛特定族群生



活品質得分較高，在偏頭痛生活品質量表（MSQ v2.1）的三個面向得分均較一般急性偏頭痛族群高（見表八）。

表八：MSQ v2.1 分數比較

	RR	RP	EF
本文	68.32±17.72	81.83±17.11	81.06±17.33
Moriarty et al. (2016)	71.7	56.5	67.2

註：¹RR: Role Restrictive

²RP: Role Preventive

³EF: Emotional Function

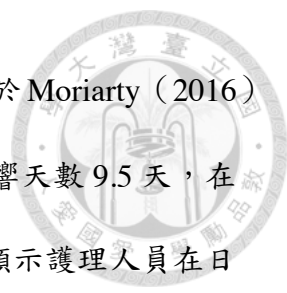
⁴Moriarty et al. (2016) 此篇文獻未提供標準差

推測本文的護理人員會主動尋求處置，因應疼痛處理能力佳，因此有較良好的生活品質，另一方面 Moloney (2006) 也指出一般偏頭痛婦女因為對偏頭痛病生理及症狀了解不足而延誤病情，對藥物使用方式也擔心自己過早用藥，通常都會等到頭痛到非常嚴重時才會服藥。推測因上述因應方式，讓急重症護理人員生活品質量表（MSQv2.1）分數比 Moriarty (2016) 文中一般急性偏頭痛者較高。

偏頭痛及無頭痛的護理人員，兩組在 SF-12 生活品質分數，相較於美國一般民眾常模 SF-12 平均得分為 50 分，我們發現在生理層面，有偏頭痛的護理人員分數低於常模，然而，兩組在心理層面分數皆低於常模，顯示急重症單位護理人員在心理層面的部分，頭痛不僅是單一影響因素，應有其它的原因影響心理健康，如工作壓力造成情緒上的影響，不受限於是否有頭痛，皆會影響到心理層面，因此護影響護理人員的心理健康相關因素，也是未來研究值得去探討的議題。

頭痛對於日常生活與社交生活的影響

MIDAS 社交影響天數為 1.87±2.84 天，家事影響天數為 3.91±5.94 天，在 MSQ




v2.1 中的情緒功能(emotional function)分數為 81.06 ± 17.33 ;相較於 Moriarty (2016) 所提到一般急性頭痛患者，家事影響天數 24.3 天，家庭活動影響天數 9.5 天，在 MSQ v2.1 中的情緒功能 (emotional function) 分數為 67.2 分，顯示護理人員在日常生活影響天數極低，在生活品質分數的情緒功能分數較高，生活品質佳。以下就日常與社交生活的影響進行討論：

不讓情緒影響工作為準則

在第二階段質性訪談 ($N = 30$)，我們發現多數護理人員 ($n = 15$) 會內化、壓抑自己因頭痛造成的不適所產生的情緒，盡量在上班時不把情緒帶給同事、病人及家屬，避免影響同事之間和護病關係，會選擇寡言、回答簡短、減少與同事和病人的互動，但會對親近或較熟識的人表達或發洩自己的情緒 ($n = 12$)，除了會試著尋求其它處置來減緩頭痛的強度，除了控制情緒外，盡所能不讓頭痛的症狀影響上班，個案會自行評估現在的疼痛程度，依照頭痛的程度的影響多寡，來決定處置方法。Meletiche (2001) 提出頭痛造成的負擔除了導致功能及情緒狀態的影響，Ramsey (2012) 提到有受訪者表示頭痛會影響和家人、孩子、朋友、同事或其他重要人士的關係。本文中情緒的表達 (如易怒、不耐煩等) 確實會影響到同事、家人及朋友的關係，因此上述論點與本文相符。如本文有位個案表示：「我在工作時發生偏頭痛會沒有耐性，脾氣會不好，我會嘆氣，碎念你一句讓你聽到這樣...會表現出不耐煩，有一次不小心對同事發脾氣，他們就在背後講一些不好聽的話，聽了會難過，但是下次發生偏頭痛時我還是無法控制...。」

不讓頭痛耽誤人生中任何重要的時刻

在社交生活方面，本研究完全不會出門會取消任何活動的個案不多 ($n = 5$)，大多表示如果是重要的事(如重要邀約、家族聚會或不出席會損失自己權益的事)



還是會赴約，選擇忍耐 ($n=6$)，不會因為頭痛而取消，或依照自己對邀約的興趣或喜好來決定 ($n=3$)，也會事先自行做一些處置來減緩頭痛的程度，讓頭痛不會影響到社交生活。如：「一直這樣被影響，好像也...因為回到家就覺得我體力明明就沒有很累，我現在可以做很多事情，我一點都不想睡覺，我就靠在家裡..我往後就一直這樣耽誤我的人生，這樣子就很不好啊..而且如果我在哪個重要的 conference 上我就必須要回家，如果痛到要回家那不是很瞎嗎?!」回顧文獻，Edmeada (1993) 有 17% 受試者因偏頭痛而取消社交活動和家庭活動，在加拿大針對偏頭痛的族群研究，發現偏頭痛的患者有一半會在偏頭痛發作的時候中斷日常活動，並有三分之一的患者需要臥床休息，有 70% 人際關係受到影響 (Lipton et al., 2003)。推測應是研究族群的特性，導致部分結果相異。推測因護理人員因職業的特性，無法任意請假，加上放假天數不多，因此希望可以把握休假時光，再加上一般大眾與護理人員最大的差異，即護理人員除了本身有醫療背景，比較有資源可以獲得藥物，或是知道可以吃哪些止痛藥，以及可事先做一些處置，設法降低頭痛的程度，減少頭痛帶來的影響力有關。

第三節 不確定感 (uncertainty illness) 與頭痛的處置選擇

漫長戰役：生活中看不見的疾病

因無法預測頭痛的時機，患者會隨時處於備戰狀態，在第二階段質性訪談中，我們發現頭痛沒有特定的發生時機，可以歸納頭痛的發生具有不確定感

(uncertainty illness) 的特質，嘗試歸納出最常發生的時機，除了經期帶來的頭痛稍加規律之外，其它時機發生頭痛的機率並不是 100%。有兩名個案因為患有頭痛多年而長期下來個案已經與頭痛共存，產生疾病的適應，則對頭痛有忽略和接




受的反應。

在頭痛的不確定感方面，Moloney（2006）表示不斷變化的頭痛模式，患者對頭痛的原因會產生不確定性。患者知道頭痛無法治癒，因此他們對治療的期望降低，且感到焦慮，因為他們不確定如何減輕痛苦的頻率和強度（Del Monaco, 2013）。Mishel（1981）所提出的不確定感，來自對疾病的不瞭解或無法預測疾病的後續發展，影響不確定感的因素包含疾病具體症狀及個別性感受，當個體的應對反應無法解決問題時，負向的心理情緒反應往往是造成不確定感的主因，甚至產生壓力。Mishel（1988）表示，個體在經歷壓力事件後，會經歷前因、評價、因應及適應的四個過程，而產生不確定感，此四個過程中，前因內包含刺激架構（疾病）、個人認知能力及結構提供者（支持系統），藉此三項找出造成不確定感導因，個體會將罹病過程做一評價，而決定個案將發生事件視為危機或機會的想法，若有正向的想法，即可成為機會，反之則為危機。個體經過評價後，自然產生相關因應方式，包含逃避、忽略、接受及面對等反應。本文個案無法預測頭痛何時發生，做了任何處置頭痛仍如影隨形，因此產生了不確定感（uncertainty illness）。

本文質性訪談的結果支持 Mishel 所發展的不確定感理論應可應用於頭痛族群，以下依照前因、評價、因應及適應來分述：

一、前因

個案無法預測自己的頭痛什麼時候會發生，無法預測自己的症狀，有時候即便以為是非上班日，可以在家好好休息，卻莫名發生頭痛，當個案對症狀型態無法預測或和預期不一致時，便會產生不確定感。如：「不預期的...甚至我覺得我沒有壓力，就只是要睡覺，但也知道為什麼有時候會..」、「就是突然間痛起來，



統整不出一個規則性的原因，有沒有上班都沒在管的，在家也一樣會。也不一定放假閒著沒事比較不會痛，有時候就是放假也沒有什麼壓力就痛起來了！」或是明明已經做了些努力，但成效不如預期時：「你有時候會怎樣都無法轉移那個感覺，然後沒辦法轉移那個感覺的時候，整個心情會比較低落。」而在認知的部分，我們也發現到大多護理人員對頭痛的型態容易混淆，或是因為工作關係，常接觸不同疾病的病患，認為頭痛只是像感冒一樣的小事，也不會特別積極去了解。由於職業背景因素，因此有一定的醫學基礎，在訪談過程中詳解頭痛的成因或機轉，也能易於理解。在結構提供者的部分，除了有護理背景之外，可接觸到的院內資源也較豐富，若個案本身想知道頭痛相關資訊，不僅有醫師同仁可以詢問，偶爾也有院內相關課程提供資訊。如：「之前上課老師有說，喝咖啡配止痛藥，偏頭痛治療可以這樣子，所以我就照做。聽到老師也說藥物不會有什麼副作用，所以就放心吃藥，而且會配咖啡吃。」

二、評價

個案對於頭痛有初步的認識，但不是到非常了解的程度，因為自身職業背景及資源的關係，會依照過去臨床經驗或是自身過去頭痛的經驗去評估、推斷自己的症狀，主動尋求處置，而這些處置的效果，也是對於不確定感的一種評價，尤其是在頭痛發生的時機不確定的情況下，在刺激架構（stimulate frame）不明時，個人的處置是不確定感之中評價過程的關鍵，可以評價頭痛這個刺激是機會（opportunity）還是危險（danger）。但多數的個案頭痛的處置是有效減緩的，評價這個頭痛是一個機會，少數因為對於服用西藥有些疑慮，又沒有去就診、釐清原因，或是因為當時情境無法做其他處置來減緩者，則評價頭痛是一個危機。例如：「會想說..嗯，怎麼又頭痛了，因為..嗯我最近 AP（懷孕），我想說是不是血



壓太高啊之類的，應該是說如果頭痛，會讓我更緊張，會想說是不是這時候血壓很高啊，或是想說是不是有什麼問題呀這樣的。」

三、因應

當採取的措施有效果，就可以降低或維持不確定感，當不確定感被評為機會時，下次再發生一樣的情況，個案會予以相同的處置，也會去嘗試其他可以減緩偏頭痛的方式，依照不同的情境予以不同的處置，以問題為導向，找出符合自己處理頭痛的一套方法。如：「每次頭痛時我只要吃一次（EVE），通常會有用，幾乎不會痛了。」當不確定感評為危險時，則會採取情緒為導向的因應策略。如：「會影響到心情，然後就會覺得喔！天啊！是不是得了絕症，就會想些有的沒的.. 負能量爆發！」

四、適應

如果處置是有效果的，每次頭痛發生時皆如法炮製，有效的應對會達到適應的程度，針對不確定感事件的調適結果，有效的應對能達到身、心、社會適應的狀態，如：「情緒方面的影響倒是還好，因為其實有點習慣了... 就是：『喔～又來了又來了！』這樣子。其實也痛滿多年，其實也已經習慣，也懶得解釋，只是還滿想知道原因的。」反之若無法採取有效應對策略時，個體即進入適應不良階段。

本文有些個案可以達到適應的狀態，與頭痛共存，比較沒有到適應不良程度的個案，雖然有些個案會把頭痛評價成危險（danger），但不是每次處置都沒有效果，有時只是當時的情境，無法適用自己慣用獲優先的處置，例如：「我就是沒有吃藥的習慣耶，也沒有習慣吃普拿疼，很少吃，超級少吃！就不會想要去吃耶！我也不知道為什麼...我有時候會想我應該要去看醫生檢查一下排除一些疾病，



但因為很忙，家裡又有小孩要顧，也沒有什麼時間，也擔心去看了之後會不會有什麼病，我覺得最有效的方法就是...離開這裡，然後好好放鬆一下，對我而言就是最有效的了！」

因此本文急重症護理人員的頭痛所表現出來的適應型態，適用 Mishel 不確定感理論，導因為對於頭痛無法預期，以及處置成效與預期不同。個案會主動尋求處置，找到可以減緩頭痛的一個方式，依照處置成效做評價為機會後，而產生適應頭痛的過程，然而這仍然是一場無止盡的戰鬥。

見機行事，對深受頭痛干擾的患者而言，西藥是重要時刻的首選

本文研究族群的背景本身為護理人員，對疾病有初步認知，會透過自行查找文獻或是院內課程，以了解頭痛，也會自行尋求減緩疼痛的方法，因此有個案表示「可以很放心的吃藥。」，知道什麼藥物可以讓自己的疼痛緩解，此外也有個案主動去做相關檢查，已排除其他器質上疾病的可能，也會依照自己的症狀或家族史來自我診斷。我們發現本文頭痛較嚴重、MIDAS 評為重度的個案，不會去逃避自身頭痛的問題，會設法去減緩，並以服用西藥為主要處置，避免帶來更多的影響。而頭痛 MIDAS 中度的個案，了解藥物帶來的效果，但又會擔心長期服用藥物帶來的副作用，因此西藥的處置並非首選，此時會先以忍耐為主，若疼痛程度可忍受，則不做任何處置，若疼痛程度到無法忍受的時候，或擔心這症狀沒有減緩會影響工作時才會考慮吃藥：「畢竟我們的工作是不容許犯錯的。」，倘若這類個案在休假時或當天沒有重要的事情需處理，個案服用西藥的機率則更低，主要會以休息或放任作為主要處置。而在訪談過程中有護理人員也表示頭痛「都覺得它，不是一個應該看門診的病」，有的也表示不是每天都會發生，自認為沒有到很嚴重，或是以臨床經驗自我診斷、可以靠藥物或其他處置緩解，以至於造成護理



人員鮮少因頭痛而就醫的現象。Del Monaco 等人指出，有神經科醫師提到如果像是手指變黑一到三天，或是胸痛，民眾就會馬上來看醫生，但是我們看到有人每天頭痛持續了十年，卻只說我已經習慣與它共存了，或是也不去做處理並不「尊重」這類型的疼痛；在這研究中也有個案表示，他去嘗試過了多種療法，但對這些療效失望透頂，不得已才來就醫，也因為擔心藥物的副作用會造成體重變化。也有個案表示「頭痛為什麼要看醫生？不是很普遍嗎？」及「應該有比頭痛去看醫生更重要的事情吧！」。瑞典大學醫院調查女工有 43.78% 的受訪者在過去 3 個月內感到頭痛，其中 90% 從未訪問過醫生，而 Kao (2007) 該研究結果顯示護理人員頭痛時絕非必要時也鮮少求診，顯示一般民眾和護理人員頭痛就醫意願低。

然而，這類個案若服西藥或是做其它處置，MIDAS 有機會減輕到輕度。

MIDAS 輕度的個案，幾乎不考慮服藥，只靠忍耐。護理人員的工作環境很多時候當下的情況不適合使用對自己有效或非藥物的處置，因此在上班這情境，個案發生頭痛時無法做任何的處理。


Rutberg (2012) 提到個案會擔心使用長期藥物之後的作用，但仍然以藥物做有效處置的首選，避免因症狀干擾到日常及工作：「偏頭痛會影響我整顆頭，會影響到我的記憶力。如果我跟客戶說話時發生偏頭痛，我會記不這他們說什麼，我無法接受這樣的自己...」因此頭痛患者受到症狀一定干擾程度，即使對藥物副作用有疑慮，還是會選擇吃藥，以免在工作上出錯，或是無法展現最好的自己，此論點與本文相符。Ramsey (2012) 提到頭痛患者會被一些同事在工作上認為是頭痛是假裝的，以逃避工作。此現象在本研究受訪者中較少發現，可能是因為在職場上因皆有醫療相關背景，對頭痛有一定了解，也可能是因為文化上的差異，有待未來研究探討。



頭痛對臨床工作與病人安全的影響

在第二階段訪談中，我們發現頭痛在護理人員工作時發生，會比較想快把事情做完離開病室坐在一旁休息，或是減少探視病人的頻率，除此之外，上班造成注意力無法集中，使工作時容易恍神，如交班時常記不住病人的狀況，容易忘記或遺漏掉，交班的內容無法完全放在心裡，而影響到工作交接，交完班後手上會有很多病人的事，但因為頭痛的關係，整個人做事效率變差，很多事情也無法好好思考，有個案表示：「頭痛會影響到我對病人的處置，如 Vital signs 變化要怎麼做，頭痛時就是沒辦法去想，會影響到我的判斷力，沒辦法快速做處理」、「你思考的事情（病人的事）會變很鈍」雖然訪談中護理人員皆表示未曾因為頭痛的症狀而犯錯，但減少病人探視以及對事情處理的反應變差、思考能力降低，可能對病人疾病的變化無法立即察覺，為病安埋下隱憂的種子。目前國內外現階段的研究，尚未針對護理人員的頭痛與病安的相關性，建議未來可以針對這方面的研究去探討。而一項針對重工業調查頭痛對工作效能的影響，顯示有頭痛者佔 5.7%，其中有 45% 的工人因頭痛而降低工作效率，與本研究護理人員因頭痛而工作效率降低結果一致。

台灣的護理人員人力短缺，根據 Kuo (2007) 調查南台灣一所醫學中心護理人員的工作壓力源，在健康狀態 ($p < 0.001$)，這一項呈顯著差異，未來除了提升病人的護理品質，護理人員的健康也是現階段需迫切關注的問題，護理人員受到當前壓力及倦怠導致壓力潰堤 (burnout)，會導致無數健康相關的問題（如：失眠、頭痛、焦慮等），不僅護理人員生活品質下降，降低工作生產力 (productivity)，也影響護理人員的招募及留任，和整個單位的運作，間接影響到病人照護品質 (Tammi et al., 2007)。Kuo (2007) 也提及有頭痛者與無頭痛者工作滿意度無顯



著差異，但是有頭痛比無頭痛者，考慮在幾個月內換新工作這方面呈顯著差異 ($p < 0.01$)，顯示頭痛可能成為護理人員想離職的動機之一，有豐富經驗的護理人才養成不易，在第一階段量性研究也顯示頭痛者以 5-10 年的年資最多 (27%) 3-4 年及 11-15 年則並列第二 (16%)，隨著工作年資增加，所肩負的責任及壓力也日益增重，因此若能試著在工作場所設法減緩護理人員的頭痛，或許也能減少護理人員的流動率。



第六章 結論與建議

第一節 結論

本研究發現，急重症單位有偏頭痛的護理人員盛行率高，有頭痛與無頭痛的護理人員相比，其 SF-12 生活品質量表在生理層面的生活品質分數較低。而有頭痛之中有偏頭痛的族群，生活品質分數在 SF-12 及 MSQv2.1 皆比其他頭痛族群低。其頭痛造成急重症護理人員在工作及生活中的妨礙與影響，包括偏頭痛的發生如影隨形，卻也無可奈何。疼痛及伴隨症狀容易影響自身情緒，若對非親近的人會忍隱內化，反之亦然。個案會試著做一些處置減少工作上的表現遭干擾，依照不同的嚴重程度，每位個案的處置不盡相同，貫徹以不影響工作及重要的事為原則，在深受其擾的情境下，西藥仍是首選。有頭痛的護理人員處於一個對疾病不確性的現象，而不確定性可以說是頭痛的主要元素，必須和頭痛無止境的抗爭，因職業特性有些自行觀察到的好發因素及時機也無法避免，甚至無法因偏頭痛而請假休息，再加上龐大的工作壓力，長期容易產生職業倦怠。頭痛是一個容易被忽略、不被重視的疾病，希望能夠藉由本文讓社會大眾更重視護理人員頭痛的問題，期望未來能發展更多介入性措施，讓護理同仁有更好的生活品質。

第二節 建議與應用

一、主動就醫，確診偏頭痛


不少護理人員有頭痛的問題，不確定自己是不是屬於「偏頭痛」者也不在少數。對護理人員來說，頭痛是容易被忽略的疾病，跟自覺嚴重程度，或是自我診斷有關。儘管沈（2008）提及偏頭痛有強烈的遺傳傾向，以女性居多，從1.5到5比1都



曾有學者報告，也有學者研究是與女性荷爾蒙有很大的關係，因此臨床上偏頭痛的發作常與月經周期息息相關。但因偏頭痛初期的臨床表徵和梅尼爾氏症、眩暈非常相似，Battista（2004）曾拿偏頭痛的病人與梅尼爾氏症的病人互作比較，最少追蹤3年。儘管初期兩者臨床表徵雷同，但偏頭痛的病人聽力不會漸進地變差。在臨床上有難以判定的眩暈時，會先投予抗偏頭痛的藥物，之後再觀察病人的反應，可作為鑑別診斷（沈，2008），及早確診，及早治療，確認頭痛的導因，給予合適的治療，也可以減少偏頭痛護理人員的不確定感。

二、設置頭痛相關課程：

建議可設置頭痛相關實體課程，讓護理人員了解的對頭痛的成因與用藥，尤其是在用藥方面，以偏頭痛的族群為例，很多護理人員在偏頭痛發生的時候並不會馬上服藥，而是先選擇忍耐，忍到受不了的時候才會服藥。事實上，王（2012）提及在適當的時機使用急性止痛藥物，可以達到最佳療效。由於腦膜血管開始活化後 40 分鐘，疼痛訊號就會傳入腦幹，進而活化中樞神經，如第二章偏頭痛生理機轉所描述，稱為中樞敏感化（central sensitization），使頭痛就不易治療，因此在開始疼痛的一小時服用藥物，可讓藥效發會到最佳效果，因此也建議患有偏頭痛的護理人員，儘早服用藥物，減少因偏頭痛的症狀帶來工作、生活或情緒上的影響。而在訪談過程中，有護理人員擔心長期服用藥物會有影響，事實上偏頭痛的藥物使用必須拿捏恰當，若劑量不足會無法有效控制疼痛，劑量太多則會產生耐受性，會是戒斷症狀的發生而導致頭痛。王（2012）建議止痛藥的使用維持每週在兩天以下，每個月服用少於八次。但偏頭痛的藥物治療不是只有解熱鎮痛劑或是非類固醇消炎藥（NSAID）藥物，還是有很多藥物如 β -阻斷劑、鈣離子阻斷



劑、抗憂鬱劑與抗癲癇藥物等，都是可以治療偏頭痛的藥物。王（2012）建議（1）每個星期發作大於一次（2）發作時間長，超過 48 小時（3）頭痛的程度非常嚴重（4）急性的處理無法完全減輕疼痛（5）頭痛前之預兆時間太長等，是可以投予預防藥物，以減少皮質傳播抑制波（cortical spreading depression），繼而減少頭痛發作，一般來說，患者使用預防藥物約二到四週頭痛就會改善，若使用超過 4-6 個月後發作情形控制得宜，則可以開始減藥或停藥（王，2012）。因此建議正確的用藥觀念，也是有效減緩偏頭痛造成影響的關鍵。

三、頭痛發作時給予彈性休息時間：

單位主管在同仁面臨頭痛時，建議在人力許可的範圍下可以給予半小時的休息時間，讓同仁可以暫時離開這個環境，並能夠自行及時做處置，以減緩頭痛的程度，避免因疼痛或其他不適，休息過後，可提高工作效率，並降低病安隱憂。

第三節 研究限制

本研究僅鎖定單一醫學中心之急重症護理人員，可能導致結果推論受限，建議未來可於各地區不同等級醫療院所進行多中心研究，或是增加其它調查單位，如內外科病房、手術室、麻醉科、產兒科病房、檢查室、洗腎室等醫療單位，除了提高外在效度，亦可比較其護理人員頭痛盛行率與其他所屬單位的相關性

參考文獻



王署君 (2012)·偏頭痛最新診斷與治療·中華民國內膜異位症婦女協會會刊, 19 (5&6), 14-19。

台灣頭痛學會 (2014)·最新國際頭痛分類第三 beta 版中文翻譯全文版。取自

http://www.taiwanheadache.com.tw/doc/ICHD-3beta_tc_full.pdf

李月萍、黃惠予 (2014)·老年生活品質測量與應用·臺灣老年醫學暨老年學雜誌, 9 (3), 57-67。

呂華燕、周冀英 (2011)·關於偏頭痛對患者影響的評價工具·國際神經病學神經外科雜誌, 43 (6), 91-94。

沈炳宏、賴仁淙 (2008)·患有偏頭痛年輕女性護理人員的前庭症狀·台灣耳鼻喉頭頸外科雜誌, 38 (1), 160-164。

黃玉萍 (2006)·剖析現象學論點與其在護理研究中之應用·護理雜誌, 53 (2), 49-57。

曾雅玲、陳靜如 (2008)·男護士臨床護理工作之工作經驗·實證護理, 4 (1), 49-57。

張琰、張路、李彬 (2009)·針灸預防性治療對無先兆偏頭痛患者生活品質的影響·中國針灸, 29 (6), 431-435。

劉文琪 (2010)·護理主管對護理臨床指導教師角色期待之初探性研究·志為護理, 9 (3), 82-91。



Beck, C. T. (1994). Phenomenology: Its use in nursing research. *International Journal of Nursing Studies*, 31(6), 499-510.

Bagley, C. L., Maglente, G. A., Yang, M., Varon, S. F., Lee, J., Kosinski, M. (2012). Validating migraine-specific quality of life questionnaire v2.1 in episodic and chronic migraine. *Headache*, 52, 409-421.

Bruno, C., & Roberto, T. (2014). *Vestibular migraine and related syndrome*. [Adobe Digital Editions version]. doi:10.1007/978-3-319-07022-3.

Bussone, G., Usai, S., Grazi, L., Rigamonti, A., Solari, A., D'Amico, D. (2004). Disability and quality of life in different primary headaches: Results from Italian studies. *Neurol Science*, 25, 105-107.

Cavallini, A., Micieli, G., Bussone, G., Rossi, F. (1995). Headache and quality of life. *Headache*, 35(1), 29-35.

Colaizzi, P. (1978). Psychological research as the phenomenologist views it. *Existential Phenomenological Alternative for Psychology (Valle, R. and King, M., Eds)*, 48-71. Oxford University Press, New York.

Del Monaco, R. (2013). [Self-care, adherence and uncertainty: biomedical treatments and patients' experiences regarding chronic migraine pain]. *Salud Colect*, 9(1), 65-78. doi:10.1590/S1851-82652013000100006.

Edmeada, J., Findlay, H., Tugwell, P., Pryse-Phillips, W., Nelson, R. F., Murray, T. J. (1993). Impact of migraine and tension-type headache on life-style, consulting behavior, and medication use: A Canadian population survey. *The Canadian Journal of Neurological Sciences*, 20, 131-137.

Eslami, V., Rouhani-Esfahani, S., Hafezi-Nejad, N., Refaeian, F., Abdi, S., Togha, M. (2013). A computerized expert system for diagnosing primary headache based on international classification of headache disorder (ICHD-II). *SpringerPlus*, 2(199), 1-4.

Green, J.E. (1997) A survey of migraine in England 1975-1976. *Headache*, 17(2), 67-68.

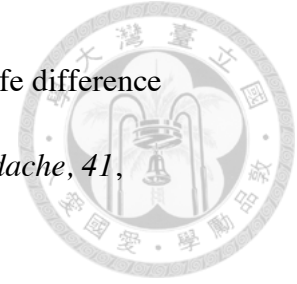
Kao, C. L., Huang, C. C., Wu, C.C. (2007). Association between stressed work and Primary Headache Among Nursing Staff in Taiwan. *Headache*, 47, 576-584.

Kuo, W. Y., Huang, C. C., Weng, S. F., Lin, H. J., Su, S. B., Wang, J. J., ... Hsu, C C. (2015). Higher migraine risk in healthcare professionals than in general population: A nationwide population-based cohort study in Taiwan. *Journal Headache Pain*, 16, 102. doi:10.1186/s10194-015-0585-6.

Kurth, T., Winter, A. C., Eliassen, H., Dushkes, R., Mukamal, K. J., Rimm, E. B., Willet, W. C.,...Rexrode, K. M. (2016). Migraine and risk of cardiovascular disease in women: Prospective cohort study. *BMJ Open*, 353, 1-6.

Lipton, R. B., Liberman, J. N., Kolodner, K. B., Bigal, M. E., Dowson, A., Stewart, W. F. (2003). Migraine headache disability and health-related quality-of-life a population-based case-control study from England. *Cephalagia*, 23, 441-450.

Martin, B. C., Pathak, D. S., Sharfman, M. I., Adelman, J. U., Taylor, F., Kwong, W. J., & Jhingran, P. (2000). Validity and reliability of the migraine-specific quality of life questionnaire (MSQ Version 2.1). *Headache*, 40(3), 204-215.



- Meletiche, D. M., Lofland, J. H., Young, W. B. (2001). Quality-of life difference between patients with episodic and transformed migraine. *Headache*, 41, 573-578.
- Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in illness. *State of the science*, 20(4), 225-231
- Moloney, M. F., Strickland, O. L., DeRossett, S. E., Melby, M. K., & Dietrich, A. S. (2006). The experiences of midlife women with migraines. *Journal Nursing Scholarship*, 38(3), 278-285.
- Moriarty, M., & Mallick-Searle, T. (2016). Diagnosis and treatment for chronic migraine. *The Nurse Practitioner*, 41(6), 18-32.
- Nagai, K., Hayashi, K., Yasui, T., Katanoda, K., Iso, H., Kiyohara, Y., Wakatsuki, A., Kubota, T.,... Mizunuma, H. (2015). Disease history and risk of comorbidity in women's life course: A comprehensive analysis of the Japan Nurses' Health Study baseline survey. *BMJ Open*, 5, 1-8.
- O'Sullivan, J., & McCabe, J. (2006). Update for nurse anesthetists: Migraine development, treatments, research advances, and anesthesia implications. *AANA Journal*, 74(1), 61-69.
- Patrick, D. L., & Bergner, M. (1990). Measurement of health status in the 1990s. *Annual Review of Public Health*, 11, 165-183.
- Ramsey, A. R. (2012). Living with migraine headache: a phenomenological study of women's experiences. *Holist Nursing Practice*, 26(6), 297-307.
- doi:10.1097/HNP.0b013e31826f5029



- Robnett, R. H., & Gliner, J. A. (1995). Qual-OT: A quality of life assessment tool. *The Occupational Therapy Journal of Research, 15*(3), 198-213.
- Rutberg, S., & Ohrling, K. (2012). Migraine--more than a headache: Women's experiences of living with migraine. *Disability Rehabilitation, 34*(4), 329-336. doi:10.3109/09638288.2011.607211
- Sandelowski, M. (1986). The problem of rigor in qualitative research. *Advances in Nursing Science, 8*(3), 27-31.
- Stang, P. E., & Osterhaus, J. T. (1993). Impact of migraine in the united states: Data from the national health interview survey, *Headache, 33*, 29-35.
- Stephen, W., & Allen, R. (2015). *Vestibular migraine*. [Adobe Digital Editions version]. doi:10.1036/00713 93722
- Stewart, W. F., Lipton, R. B., Kolodner, K. B., Sawyer, J., Lee, C., & Liberman, J. N. (2000). Validity of the Migraine Disability Assessment (MIDAS) score in comparison to a diary-based measure in a population sample of migraine sufferers. *Pain, 88*(1), 41-52.
- Tammi, F. M., Paul, T. C., Harry, J. T. (2007). Management on nurse productivity and retention. *Nursing Economic, 25*(4), 203-210.
- Vickers, A. J., Rees, R. W., Zoolman, C. E., McCarney, R., Smith, C. M., Ellis, N., Fisher, P., ... Grieve, R. (2004). Acupuncture of chronic headache disorders in primary care: Randomized controlled trial and economic analysis. *Health Technology Assessment, 8*(48), 1-35.

Wang, L. P., Zhang, X. Z., Guo, J., Liu, H. L., Zhang, Y., Liu, C. Z., Yi, J. H., ... Li, S. S. (2011). Efficacy of acupuncture for migraine prophylaxis: A single-blinded, double-dummy, randomized controlled trial. *Pain*, 152(8). 1864-1871.

Wang, Y., Xie, J., Yang, F., Wu, S., Wang, H., Zhang, X., Liu, H., ... Yu, S. (2015). The prevalence of primary headache disorders and their associated factors among nursing staff in North China. *The Journal of Headache and Pain*, 16(4), 1-7.

Zhan, L. (1992). Quality of life: Conceptual and measurement issues. *Journal of Advanced Nursing*, 17(7), 795-800.

Zebenigus, M., Tekle-Haimanot, R., Worku, D. K., Thomas, H., Steiner, T. J. (2016). The prevalence of primary headache disorders in Ethiopia. *The Journal of Headache and Pain*, 17(110), 1-9.

附錄一、基本資料

親愛的護理同仁：

感謝您在百忙之中參與本研究，本研究目的主要調查急重症護理人員偏頭痛發生率，請您就目前的狀況實際作答，懇請逐題作答，不要漏答任何一題。您的寶貴意見將使本研究更完整。本研究問卷的結果僅供學術研究，資料絕對保密不外洩，敬請放心填答。由於您的熱心協助，將對本研究有莫大助益，使得本研究結果更具參考價值，在此致上最誠摯的謝意。

敬祝

身體健康 事事順心

國立臺灣大學護理系研究所

指導教授：張皓媛 博士

研究生：陳思柔敬上

1. 您的出生年月日：民國_____年_____月_____日
2. 您的性別：1 男 2 女；
3. 您是否已停經？ 1 是 2 否
4. 婚姻狀況：1 未婚 2 已婚 3 離婚 4 分居 5 喪偶
5. 教育程度：1 五專 2 二技 3 大學/四技 4 研究所以上
5 其它：_____
6. 您的工作年資：
1 0-2 年 2 3-4 年 3 5-10 年 4 11-15 年 5 16-20 年 6 21 年以上
7. 您的工作職級：
1 N0 2 N1 3 N2 4 N3 5 N4 6 專科護理師
8. 您的單位屬性：
1 急診 2 加護病房 3 其他_____
9. 請問您是否有偏頭痛？
1 有 2 無（若您無偏頭痛，請跳至第 6 頁「SF-12 生活品質量表」繼續填寫。



附錄二、偏頭痛相關資料

1. 平時偏頭痛時有無使用止痛或治療偏頭痛藥物？

₀ 沒有

₁ 有：

藥物名稱	劑量	使用頻率或時機

2. 平時有無喝咖啡習慣？

₀ 沒有 ₁ 有

3. 您平均一週偏頭痛的發生頻率有幾次？

₁ 0 次 ₂ 1-2 次 ₃ 3-4 次 ₄ 5-6 次 ₅ 每天都有

4. 您最近一週偏頭痛的發生時，平均每次發作時疼痛強度是幾分？

0 分=沒有疼痛，10 分=劇烈疼痛，分數越高表示疼痛程度越高：



沒有疼痛

劇烈疼痛

5. 若有針對偏頭痛護理人員精油介入措施的研究，目的為檢測該精油介入措施是否能減輕偏頭痛的頻率及疼痛強度，您是否願意參與？

₁ 是

₂ 否

6. 請問您的偏頭痛這輩子至今是否至少發生過五次？₁ 是 ₀ 否

7. 請問您偏頭痛發作時是否曾持續 4-72 小時？₁ 是 ₀ 否

8. 請問您過去偏頭痛期間，是否曾發生過下列症狀：₁ 噁心 ₂ 嘔吐 ₃ 畏光
₄ 怕吵

9. 請問您偏頭痛發作時，是否曾有發生下列頭痛型態：

₁ 單側 ₂ 搏動性 ₃ 中度至重度疼痛

₄ 會因身體活動(如走路或爬樓梯)而惡化，或盡量避免做這些動作。



附錄三、偏頭痛失能評估 (MIDAS)

填寫須知：請回答以下有關您過去三個月內所有頭痛的相關問題。

將答案填寫於每個問題旁的空格內。

假如您過去三個月沒有從事剛項活動，請填『0』。

1. 過去三個月中，您有多少天因為頭痛而無法上班或上課？.....□□天

2. 過去三個月中，您有多少天因為頭痛而造成工作或課業上的成效減少一半或一半以上（請不要將第1題無法上班或上課的日數算在內）？.....□□天

3. 過去三個月中，您有多少天因為頭痛而無法做家事？.....□□天

4. 過去三個月中，您有多少天因為頭痛而做家事的成效減少一半或一半以上（請不要將第3題無法做家事的日數算在內）？.....□□天

5. 過去三個月中，您有多少天因為頭痛而沒有辦法參加家庭、社交或休閒活動？.....□□天

A. 過去三個月中，您有多少天曾經有過任何的頭痛（如果頭痛超過一天，則每日都要計算）？.....□□天

B. 以0至10表示頭痛的程度（0=完全不痛，10=痛得最厲害），平均而言，這些頭痛程度是？.....□□分

請翻頁繼續填答



附錄四、偏頭痛特定族群生活品質問卷

受試者填答指示：請填寫此份問卷，這份問卷將協助我們了解偏頭痛對於您日常活動的影響。這份問卷經過設計以使您可快速簡易完成，每題請指勾選一個答案，每題均需作答。感謝您投入的時間。

回答下列問題時，請想一想過去四週內您所有曾發作過的偏頭痛：

	從未發生	少數時候	有些時候	滿多時候	大多數時間	一直都是
1. 在過去四週，偏頭痛有多常 <u>妨礙</u> 您與家人、朋友或其他與您親密友人的相處？（請只勾選 <u>一項</u> 答案）	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
2. 在過去四週，偏頭痛有多常 <u>妨礙</u> 您休閒時間的活動，如閱讀或運動？（請只勾選 <u>一項</u> 答案）	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
3. 在過去四週，您多常因為偏頭痛症狀而 <u>有困難於</u> 執行工作或日常活動？（請只勾選 <u>一項</u> 答案）	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
4. 在過去四週，偏頭痛有多常讓你 <u>無法達到</u> 平常預定的工作或家務進度？（請只勾選 <u>一項</u> 答案）	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
5. 在過去四週，偏頭痛有多常 <u>限制</u> 您專心於工作或日常活動的能力？（請只勾選 <u>一項</u> 答案）	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
6. 在過去四週，偏頭痛有多常使您 <u>過於疲憊</u> ，以至於無法工作或日常活動？（請只勾選 <u>一項</u> 答案）	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
7. 在過去四週，偏頭痛有多常 <u>限制</u> 您感覺精力充沛的天數？（請只勾選 <u>一項</u> 答案）	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
8. 在過去四週，您多常因為偏頭痛而必須 <u>取消</u> 工作或日常活動？（請只勾選 <u>一項</u> 答案）	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
9. 在過去四週，當您有偏頭痛，您有多常 <u>需要幫忙</u> 以完成例行性任務，如每日家務、必要業務、購物，或照顧別人？（請只勾選 <u>一項</u> 答案）	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

	從 未 發 生	少 數 時 候	有 些 時 候	滿 多 時 候	大 多 數 時 間	一 直 都 是
10. 在過去四週，您有多常必須 <u>停止</u> 工作或日常活動以處理偏頭痛的症狀？（請只勾選 <u>一項</u> 答案）	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
11. 在過去四週，您有多常因為偏頭痛而 <u>無法參加</u> 社交活動、聚會、和朋友吃飯？（請只勾選 <u>一項</u> 答案）	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
12. 在過去四週，您有多常因為您的偏頭痛而 <u>覺得</u> 難以忍受或挫折？（請只勾選 <u>一項</u> 答案）	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
13. 在過去四週，您有多常因為您的偏頭痛而 <u>感到</u> 您是別人的負擔？（請只勾選 <u>一項</u> 答案）	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
14. 在過去四週，您有多常 <u>害怕</u> 因為您的偏頭痛而讓他人失望？（請只勾選 <u>一項</u> 答案）	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

請翻頁繼續填答



您的身心健康狀況

本調查目的在探討您對自己健康的看法。這些資訊將能有助於記錄您的感受，以及您在執行日常生活的能力。謝謝您回答這份問卷!

敬請回答下列各問題並在適當的答案畫一個(☒)。

1. 一般來說，您認為您目前的健康狀況是

極好的	很好	好	普通	不好
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. 下面是一些您日常可能從事的活動，請問您目前健康狀況會不會限制您從事這些活動？如果會，到底限制有多少？

會,受到 很 多限制	會,受到 一 些限制	不會,完 全不 受限制
------------------	------------------	-------------------

a. 中等程度活動，例如搬桌子、拖地板、

打保齡球、或打太極拳..... 1 2

b. 爬數層樓樓梯.....

1 2

SF-12v2® Health Survey © 1995, 2005, 2012 Medical Outcomes Trust and QualityMetric Incorporated. All rights reserved.

SF-12® is a registered trademark of Medical Outcomes Trust.

(SF-12v2® Health Survey Standard, Taiwan (Traditional Chinese))



1. 在過去四個星期內，您有多少時候因為身體健康問題，而在工作上或其他在工作上或其他日常活動方面有下列的問題？

一直都是	大部分	有時	很少	從不
時間				

- a 完成的工作量比您想要
完成的較少 1 2 3 4 5
- b 做工作或其他活動時，
沒有平常來得小心 1 2 3 4 5

2. 在過去四個星期內，您有多少時候因為情緒問題(例如，感覺沮喪或焦慮)，而在工作上或其他日常活動方面有下列的問題？

一直都是	大部分	有時	很少	從不
時間				

- a 完成的工作量比您想要
完成的較少 1 2 3 4 5
- b 做工作或其他活動時，
沒有平常來得小心 1 2 3 4 5

3. 在過去四個星期內，身體疼痛對您的日常工作(包括上班及家務)妨礙程度如何？

完全沒有	有一點妨礙	中度妨礙	相當多妨礙	妨礙到極點
妨礙				
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SF-12v2® Health Survey © 1995, 2005, 2012 Medical Outcomes Trust and QualityMetric Incorporated. All rights reserved.

SF-12® is a registered trademark of Medical Outcomes Trust.

(SF-12v2® Health Survey Standard, Taiwan (Traditional Chinese))



4. 下列各項問題是關於過去四個星期內您的感覺及您對周遭生活的感受，請針對每一問題選一最接近您感覺的答案。在過去四個星期中有多少時候...

一直都是 大部分時間 有時 很少 從不

- a 您覺得心情平靜？ 1 2 3 4 5
- b 您精力充沛？ 1 2 3 4 5
- c 您覺得悶悶不樂和憂鬱？ 1 2 3 4 5

5. 在過去四個星期內，您的身體健康或情緒問題有多少時候會妨礙您的社交活動（如拜訪親友等）？

一直都會 大部分時間會 有時候會 很少會 從不會

1 2 3 4 5

問卷到此結束，感謝您的填答！