

燒燙傷患者整合復健之歷程與介入策略

The Comprehensive Burn Rehabilitation Process and Intervention

修慧蘭¹、董采真²、陳柏誠³、王家瑋⁴

Hui-Lan Hsiu¹, Tsai-Chen Tung², Po-Cheng-Chen³, Jia-Wei Wang⁴

摘要

八仙樂園塵暴造成499位傷者送醫的重大事件，全國各界無不關心與重視，心理專業助人者也陸續展開協助傷者後續的心理復健工作。目前醫療界均認同燒燙傷患者，尤其是較嚴重的燒燙傷是一需要長時間的復健歷程，初期首重生命維持及接續的身體復健，但在身體復健過程中，亦會面對眾多挑戰，例如傷者須忍受疼痛、生活自理能力降低、與照顧者的相處與衝突、面對自己身體外貌的改變、外人的眼光、人際、工作或學習的困難等，因此，心理及社會的復健亦須同時展開。由於身體復健與心理社會復健歷程息息相關，本文藉由文獻整理方式，一一說明身體復健歷程及心理社會復健歷程，並介紹各階段的介入策略，期許能對諮商心理實務人員在提供燒燙傷者心理協助時有一參考架構。

關鍵詞：燒燙傷、心理社會復健

壹、前言

新北市八仙樂園於104年6月27日晚間發生粉塵閃燃事件，據衛生福利部（2015）9月3日發布新聞稿，此事件當時傷患數為499人，截至9月3日10時止，計有12人死亡，184人繼續留院治療，其中55人在加護病房，31人病危。在此事件發生後，全國各醫事人員均傾全力救助傷

者，醫療社工亦在傷者住院期間提供病患及家屬關懷服務。目前國內外有關燒燙傷病人之研究均認同燒燙傷復健牽涉的議題不只是個人生理醫療層面問題，還包括個人心理、生活、社會功能、家庭關係、工作職業及存在意義等（張麗珍，2010）。

根據Johns Hopkins University 附設醫院（2010）說法，燒燙傷患者從急性期關鍵處置階段開始，其復健歷程視燒燙傷深度與範圍會持續數年，且需要結合跨領域

¹東吳大學心理系副教授

²東吳大學心理系碩士生

³東吳大學心理系碩士生

⁴東吳大學心理系碩士生

通訊作者：修慧蘭，（116）台北市文山區興隆路4段29巷4弄5號6樓，E-mail：hlshiou@gmail.com

的努力。一個全面而充份的復健歷程能減少患者創傷後的影響、提升自理能力，同時提升包含生理、心理、社交方面的整體生活品質。因此鼓勵患者接受及全心投入復健，始能改變他們的長期生活品質。其認為復健內容包含以下8大範圍：

- (1) 複雜患部照護。
- (2) 痛苦管理。
- (3) 包含擺位／副木固定／運動的身體治療。
- (4) 日常生活活動協助的職能治療。
- (5) 外貌重建、植皮。
- (6) 針對漸癒期的情緒反應（例：憂鬱、悲傷、焦慮、罪惡感、失眠）的諮商。
- (7) 患者及家屬的教育與諮商。
- (8) 營養諮商。

余文君（2014）調查於陽光社會福利基金會接受復健與照顧之32位燒燙傷病人的生活品質，發現燒燙傷病人的整體生活品質平均得分低於一般民眾及其他慢性病人，由此更凸顯出提供燒燙傷病人整合性的復健是重要的。以本次八仙塵暴事件而言，台北市及新北市衛生局、教育部亦提供患者及家屬心理關懷或安心服務的資源。由於多數心理師甚少有協助燒燙傷當事人經驗，因此心理師在開展對他們的服務時，需要瞭解燒燙傷疾病的各種知識。為讓更多心理師瞭解如何提供其心理復健，本文即收集整理相關燒燙傷復健的文獻，先說明燒燙傷患者在身體與心理的復原歷程狀況，然後說明心理、社會復健時的介入策略與建議。

貳、燒燙傷患者的生理治療及復健歷程

從文獻中可發現不同作者對燒燙傷患者身體的治療、復原歷程有不同的分法，有人分成早期、後期（Procter,

2010），也有人分成急性期、適應期，及復健期3期（吳佳儀、李明濱、吳其忻，2015），但較多文獻是分成4期。本文主要是依據4期的分法，說明患者在各期主要的生理治療或復健內涵。

一、生理治療、復健階段與介入

Sheridan與Meier（2014）認為燒燙傷的治療目標和策略會依據患者的傷勢、治療階段、年齡、共病而定。目標從將重病患者失去關節活動的情況降至最低，到幫助病情好轉的患者建立工作強化計畫；且其認為現代的燒燙傷照護階段時間，會根據患者個人狀況而不同或有重疊。Sheridan與Meier（2014）與泛科學知識網（2015年7月27日）在「命救回來了，那生活呢？——燒燙傷復健」一文中，說明燒燙傷病人的復原過程類似，將治療與復原歷程分為以下四期：

（一）急性照顧期

當發生燒燙傷送至加護病房時開始，經緊急處置、體液復甦，度過燒燙傷休克危險期，至生命徵象穩定可以脫離加護照護之時期。此時需要徹底評估其他傷勢和共病的狀況。

（二）外科處置及術後期

病患移至非加護設施之病房，此階段仍需要持續清創或植皮手術，而傷口也開始逐漸癒合。

（三）復健期

住院病人完成外科處置，傷口持續癒合至痊癒出院期間。此階段是最後的傷口閉合，必須用決定性的防護取代暫時性的，也有高複雜性的小型表面區塊一像是臉部和雙手的閉合和急性區塊重建。此階段會面臨疤痕增生攣縮的現象，因此仍需持續的復健治療。

（四）重建期

已出院的燒燙傷病人，會經歷疤痕增生階段，面臨疤痕攣縮、變形及功能受限之困擾，可透過門診定期復健、尋求陽光基金會之協助或至診所、醫院尋求整形重建手術。本階段目標是能夠重回生活、重回社會。

當病患出院後即進入門診照護階段。當患者能出院時，家人及當事人心中一定帶著歡喜想迎接或期待回到原有生活，但對大部分燒燙傷患者而言，出院的最初18個月比急性期更難熬，這段時間的首要復健目標包括下列：

- （1）漸進性關節活動和強化。
- （2）變化中的問題區域評估。
- （3）重建手術後特定的術後治療。
- （4）疤痕管理。

理想上，患者在急性住院期的治療師與出院後是同一位最佳，這樣不只增進患者的經驗，也幫助治療師監控燒燙傷康復。就算不是同一位，每次到燒燙傷中心回診的定期聯繫，也能間接達到此目標。假如患者因為治療不足而流失實質的關節活動和力量，再入院做聚焦的復健會是合適的做法。

二、身體復健歷程中的心理挑戰

從前述生理的治療歷程可以理解，除去急性關鍵期主要在維持生命外，身體／肢體的復健已開始。Procter（2010）認為在復健的早期，重病患者的目標是限制關節活動流失、減少水腫，並藉由擺位和副木固定來避免可預期的攣縮。在出院之前，患者適當的身體功能目標應包括站立、移動、進食、如廁的能力。

在做敷料更換、運動等所有介入前，必須先做規律的疼痛緩解，而使用

止痛藥是幫助患者建立痛苦控制的標準，使患者一天中能做各種運動和活動。Procter（2010）認為多數患者會在自己覺得好一些時才願意進行肢體的復健工作，但該文作者認為只要錯過了時機，就會讓復健過程更加困難痛苦，且成果可能不理想，因此在文章中提出「切記！明天會太晚」的標題，並提醒專業人員需要與患者及家屬建立長期關係以確保治療目標的配合度，並給予支持與鼓勵，增加患者康復的士氣。

張瑞昆（2015年6月30日）亦提醒，由於燒燙傷傷口疼痛難忍，傷患常將肢體捲縮在屈曲、內收姿勢，以求得稍舒緩疼痛的姿勢，但要切記「最舒服的姿勢，就是將來攣縮的姿勢。」職能治療師除了協助患者擺位外，會鼓勵傷患做主動的關節運動、早期下床行走、以及獨立完成日常生活活動，如此不僅可達到真正的肌肉收縮，避免攣縮，更可建立病人對治療的信心。家屬支持患者持續運動及儘早鼓勵患者自主運動，可慢慢建立起患者的自信和對運動的耐受度，且患者執行日常生活活動的能力越好，就越能提升自尊、自我價值感與獨立感，也提升了改善的動機和欲望。

張瑞昆（2015）提醒當深度燒燙傷口痊癒後，此時必須面對疤痕的增生。這些增生現象約持續一年，甚至更久的時間，此時職能治療師就會教導傷友開始做疤痕按摩及借助目前認為最安全及最有效的「壓力治療」法。壓力治療係指利用各種可提供壓力的材料（如彈性壓力衣、束套、矽膠墊、塑膠面具等），加壓於痊癒的傷口處以抑制肥大疤痕的增生。一般而言，燒燙傷傷口痊癒後，應立即穿戴彈性衣等壓力治療物品，並持續一年以上，直到疤痕失去紅色外觀，變得柔軟及平整，確定疤痕成熟不再增生為止。Procter（2010）亦提到

嚴重瘙癢會典型地在傷口痊癒後沒多久出現，強度的高峰是受傷後4至6個月，然後會逐漸地消退。通常夜晚在疤痕處做充分的按摩、滋潤和口服抗組織胺處理可以減緩此現象。張瑞昆（2015）提醒傷口痊癒出院後，面臨肥大疤痕增生、外表容貌的毀損以及關節的攣縮與變形等，常導致傷者生活及功能的障礙。此外，心理受創的陰影常揮之不去，加上一般大眾不全然能適時地引導或接受他們回歸正常的生活，因而導致了不少傷者有社會生活的退縮現象。

Procter（2010）亦認為在此階段應鼓勵患者儘快回歸他們平常的生活規律與活動，並盡量重建他們在燒燙傷發生前的生命角色，如儘快重新投入社交和職業生活，也要鼓勵他們的家屬促進此行為。有時家人會變得對患者過度保護，他們雖然想照顧和保護患者、維持其安全，但有時卻會妨礙患者重新整合的過程。

在前述復健過程中，Procter（2010）認為持續的教育非常重要，此教育的目的是要確保傷者完全了解自己需要做什麼及這麼做的理由，以幫助患者為自己的復健負責，並進而提高配合度。過程中燒燙傷患者的創傷後壓力症候群很常見，因此須對此症狀有所警戒，且燒燙傷患者家屬背負的壓力很沉重，因此家族治療和支持服務也很重要，任何提供給這些家庭的幫助，均能間接協助患者。以下即說明在燒燙傷復原歷程中的心理社會復健歷程與內涵。

參、燒燙傷患者的心理社會復健歷程與介入

從前述身體復健歷程中已可發現身體的傷痛會對心理產生影響，而心理的強度亦會影響身體復原的歷程。

Procter（2010）認為在復原早期，每位患者的個人經驗會影響他們的心理健康及未來接受治療的準備度，因此須安撫每位患者並給予再保證，使他們感到安全。傾聽患者的顧慮、示範真誠的同理心與憐憫、提供適當的資訊並回答他們的問題，能減輕恐懼，也能讓患者與專業人員都能在治療過程中放鬆。有些患者在他們出院後，才開始深刻感受到燒燙傷對他們的影響，也因此深受困擾，例如開始經歷如憂鬱、憤怒和焦慮等形式的心理困擾，也可能經歷失落感。若是兒童患者，其可能出現發展退步徵兆，也可能暫時比燒燙傷發生前更依賴父母。

一、心理社會復健歷程

依據Johns Hopkins University附設醫院（2010）及吳佳儀、李明濱、吳其炘（2015）等均提出燒燙傷病人的心理狀態可分成三個時期，各其名稱雖稍有差異，但內涵頗相似，本文綜合相關文獻整理各期的精神與心理反應如下：

（一）急性期

吳佳儀等人（2015）指出，從燒燙傷開始的前幾天，病人生命狀況不穩定，譫妄在此期相當常見，常以意識狀態改變、注意力缺損、認知功能障礙、或幻覺經驗呈現。國外的研究指出約有19%~57%的燒燙傷病人會出現譫妄現象。譫妄的出現與否，與較大的燒燙傷整體表面積、傷口感染、缺氧性腦病變、電解質失調有關；也與病人的年齡、酒精濫用或藥癮病史相關。而加護病房的環境，如感覺過度刺激、感覺剝奪、睡眠剝奪、以及麻醉藥或止痛劑的使用，都是導致譫妄的因素。

陽光基金會重建中心心理師李逸明

(2015)及Johns Hopkins University附設醫院(2010)均認為這時可請加護病房醫生或精神科醫師協助，通常這些無意識的反應只是過渡期。除此之外，急性壓力反應也是此期常見的反應。李逸明(2015)依據實務經驗指出，當傷友醒來的第一個感覺是：「我怎麼會在這裡？我怎麼了？」然後才漸漸回憶起受傷的片段，且面對無法動彈的身體，身不由己的感覺讓傷友產生無力感。傷勢嚴重者可能就寧可放棄自己，求死的意念勝過求生的勇氣，進而不願配合醫療。因此此時期也會有否認、悲傷、生氣等心理反應。

Blakeney、Rosenberg與Rosenberg(2015)在部落格發表的文章中建議此時期的心理介入策略包含：抗焦慮藥物、鎮痛藥物、給予心理支持，例如再保證、正常化、放鬆練習等。

(二) 適應期或急性康復期

此時期常指住入一般病房至出院為止，只有較少及較小型的手術程序，以及密集的物理和職能治療，此時傷口癒合、疼痛控制、容貌毀損等，是要面對的重要問題。此時因患者對於燒燙傷長期影響的意識日益增加，常會變得更憂鬱，且高達30%的患者有創傷後壓力症候群的現象，集中的藥物治療和個別諮商對患者會有幫助。對很多病人而言，從看到鏡子的那一刻起，真正的哀傷(grief)反應才開始。如果沒有適當處理哀傷反應，隨之而來的是憂鬱。甚至有些病人可能拒絕配合治療或復健(身心障礙者服務資訊網，2015)。Fauerbach、McKibben與Bienvenu等人(2007)針對嚴重燒燙傷病人的研究，發現1232名住院病人中高達34%的病人有明顯的精神症狀，在出院後兩年維持同一比率。總之，住院期常見的情緒反應

如沮喪、退化、失眠、孤獨、焦慮等，仍會延續至出院後，而回歸社區後則會增加另一波的心理情緒反應。

Blakeney、Rosenberg與Rosenberg(2015)建議此時期的心理介入策略包含：特定的止痛藥物、針對焦慮或憂鬱的藥物，此時如認知行為治療、家庭治療等的介入非常重要，讓當事人可體驗到可自我控制及有成功經驗，且讓當事人理解無法控制也是一正常現象。雖然皮膚不可能回復到原來的狀態，但隨著時間，人們對皮膚樣子的知覺卻會改變；讓病人及家屬保有期待與希望，以有勇氣持續身體的復健，能理解忍受此時的痛是為了未來的成果。此時引入曾走過燒燙傷復健歷程的過來人，對病人的心理復健很有效能。

(三) 復健期或心理康復期

從出院後將持續數年的復原歷程中，傷者將面對身體的復健、回歸社區、重新面對家人朋友、以及職業問題等。這段時間在情緒上通常很困難，對許多傷友來說，參與同伴支持團體會有幫助。

吳佳儀等人(2015)指出，對燒燙傷病人言，醫院是溫暖而接納的環境，燒燙傷病人在出院後，與家人的互動增加，但與家人之外的人的互動則常會減少許多。這樣的現象特別容易出現在男性、疤痕十分明顯、容貌毀損嚴重的病人。而關節活動是否受限也影響了燒燙傷病人能否回到工作崗位以及恢復其社會功能。張紀萍、蔡云芳、陳月枝(2001)發現出院燒燙傷病人有13%患有輕度憂鬱、13%中度憂鬱、以及24%重度憂鬱症狀。憂鬱症狀的出現與燒燙傷整體總面積、可見疤痕等因素有關，但有些病人雖然僅有小面積的燒燙傷，卻有嚴重的憂鬱情緒。因此有些學者認為心

理因素比燒燙傷本身的相關因素，更能預測燒傷病人的精神症狀，譬如過去精神病史、因應策略等。此外，社會支持、工作狀況、以及經濟困難也與憂鬱症狀相關。除了憂鬱之外，燒燙傷也會惡化病人原本的性格特質，而表現出其他的情緒反應，如焦慮、憤怒、退化行為或是無理的要求等。

創傷後壓力症候群是此時期的傷友常見的症狀，McKibben、Bresnick 與 Askay 等人（2008）針對住院燒燙傷病人的研究，發現約30%的病人符合創傷後壓力症的診斷，而在一年後的追蹤，仍有29%的病人存有創傷後壓力症的症狀。王紹穎（2007）調查燒燙傷中心33名輕中重度單純燒燙傷病患，結果發現，燒燙傷嚴重等級與創傷後症狀並無存在顯著相關；而燒燙傷前後的自我感變動呈顯著差異，並與創傷後症狀存在正相關，且能顯著預測創傷後症狀。另外燒燙傷後復原力與創傷後心理症狀存在正相關，且能顯著預測創傷後心理症狀。即病人的心理創傷程度可能與燒燙傷面積沒有絕對的關係，因此對於不同程度燒燙傷病人均須注意其心理創傷反應，早期提供有效的疼痛控制、注意傷者的自我感低落程度等可能可以避免壓力症候群的發展或惡化。

另外，由於顏面燒燙傷病人的損傷是身體部位能見度最高和難以遮掩的臉部，和其他障礙類別相較，更容易經歷污名經驗，在復健過程中的心理創傷程度相較於其他燒燙傷類型來說是較大的，也需特別注意。張麗珍（2010）對12位顏面燒燙傷者進行質性訪談，發現大多數受訪者都會遭遇身體被社會污名的經驗，以及直接受到社會審美價值觀的審視，對受訪者個人其他特質和能力作出錯誤的解釋和評價；試圖修補自己外表的期望是跨越性別的經驗，無論男

女在遭遇自己容貌改變後，都會發展出處理與調整的機制。該研究發現受訪者重塑具有障礙成份之新的自我認同時，內心轉折發展歷程為：（1）面對自我形象損毀的衝擊；（2）為受傷事件尋求合理化的解釋；（3）獲得重塑自我認同改變動力。受訪者一致認為，現在和受傷前最大的差異是臉部特徵的改變，而且這個差異特徵不必然造成其他身心理功能不正常的結果；正常和不正常應是心態問題，而不是功能的問題。林瑞嬌（2013）以深度訪談探討燒燙傷自殺企圖者的內在深層感受及生命經驗，該研究亦發現研究參與者的社會參與經驗，受到自殺污名化、人際互動、社會適應與工作平權等面向的影響。

Blakeney、Rosenberg與 Rosenberg（2015）建議此時期的心理介入策略包含：針對PTSD的藥物、或抗焦慮／憂鬱的藥物，心理治療，如認知行為治療、家庭治療、社交技巧訓練等。

總之，無論是心理或非心理專業人員，在面對病人住院期間及出院後的持續照護中，應具備足夠的敏感度且使用合適的溝通技巧，以引導家屬及病人在復健過程中得到最佳品質的心理照護，進而提供兼具身心靈的全人照護模式，以促進復原並提昇生活品質。

二、心理社會復健的具體介入策略——專業助人者

吳佳儀等人（2015）認為為協助病人走出創傷後症候群及後續的挑戰，可藉由一系列以認知行為治療（cognitive behavioral therapy, CBT）為基礎所設計的介入措施，以達到減少其憂鬱症狀並提高病人的社區再融入（community reintegration）能力等目的，該文說明Cukor、Wyka與Leahy等人（2015）針對

燒燙傷病患的心理介入措施，如表1。

上述各心理介入策略可視患者需要採用個別化或團體介入方式，例如張雪吟（2003）曾對出院燒燙傷病患32人，探討團體調適技能訓練對燒燙傷患者的身體心像、情緒和生活品質之成效的研究，該團體為期八週，每週兩小時，一組6至8人；內容包括「團體成立及個案相關情緒分享」、「自我概念及自我肯定」、「壓力管理與放鬆訓練」、「情緒管理（EQ）」、「人際溝通技巧」及「個人目標設定及生涯規劃」等。結果發現團體調適技能訓練對實驗組身體心像、情緒焦慮及生活品質有顯著改善的成效。

不論是採用哪種心理介入策略，Blakeney等人（2015）在文中特別提出心理介入的幾個指導原則：

（1）雖然康復的歷程常需要2年或更長

時間，且過程是困難的，但仍須將病人視為「正常人」，期待他會康復。

- （2）復健歷程中遭遇各種要重新面對自己的困難是一正常的經驗。
- （3）要將家人納入心理復健計畫中，家人才能如當事人的治療師般協助他，也可因此增加彼此的凝聚力與自主性，使每個成員都能感到被他人重視和支持。
- （4）許多練習與介入是要增加當事人的自我效能感，不論是社交技巧訓練或身體復健的各種訓練都是如此，可協助當事人面對他人異樣的反應情境。
- （5）心理專業人員協助當事人建立新的自我意向（self-image），使他們從受害者角色走向災害的倖存者。

表1
燒燙傷病人精神心理社會問題之處置措施

介入技巧	處置問題
針對心理症狀及後續挑戰之心理衛生教育	創傷症候群、憂鬱、燒傷
放鬆與呼吸	創傷症候群（對焦慮過度警覺）
提升行為活力（behavioral activation）	憂鬱、社區再融入
睡眠衛生教育（sleep hygiene）	睡眠困難、創傷症候群
焦慮情境的漸進式暴露（graded exposure to anxiety-provoking situations）	創傷症候群、憂鬱、疤痕反應、社區再融入
想像式暴露（imaginal exposure）	創傷症候群
疼痛管理	疼痛、憂鬱
對自我（能力與外觀）、他人與外界適應不良想法之認知重建（cognitive restructuring）	創傷症候群、憂鬱、疤痕反應
預期性社交互動之示範練習（modeling to practice anticipated social interactions）	疤痕反應、社區再融入
進階式社區再融入之促進計劃（development of hierarchies to facilitate reintegration）	社區再融入

原始資料來源："The treatment of post traumatic stress disorder and related psychosocial consequences of burn injury: a pilot study" by Cukor et al., 2015, J Burn Care Res, 36, 184-192.

- (6) 當當事人的適應漸穩定後，心理專業者要協助當事人抵抗對「倖存者」身份感到滿足的誘惑。此角色會讓當事人努力去達到不合現實的期待、去否認所面對的痛苦、不快樂或憤怒等。
- (7) 最後，專業心理人員的任務是讓預期清楚且明確，希望每一位生存者都是一個活生生的人，可以能幹、樂觀、自主，但也會難過、絕望、生氣等。他曾經是遭遇災難的生存者，但現在是一位曾走過嚴重災難的一個能幹、讓人感到有趣的人。

三、心理社會復健的介入策略——傷者及家人

身心障礙者服務資訊網（2015）內提及燒燙傷患者在復健歷程中會面臨的心理社會問題包括：個人層面問題，如精神及情緒、自我概念低落問題等；家庭層面問題，如由於家人多半沒有照顧燒燙傷病人的經驗，且面對和以前不一樣的患者，可能彼此都還停留震驚之中，或患者因需要仰賴家人而引發的個人愧疚等情緒，在自處和相處的調適上，多少會顯得有些生疏和小翼翼；社會層面問題，如人際退縮、工作問題等。若以傷者要面對的個人問題、家庭及社會問題等，傷者及家人可採行的心理復健策略為：

（一）面對現實，自我接納，努力向前

不幸的事既已發生，一味的怨天尤人或懊悔自責都於事無補。首要是與生理復健為友，只有把握復健黃金期才能為將來奠定良好的基礎。再進步的整形手術，也可能無法完全回復到原有的容貌和形體，無法杜絕人們的好奇眼光，

最重要的是肯定自己還擁有潛力，把握機會加以發揮，要不斷地自我鼓勵，為將來規畫。彈性調整原來的期待，把握眼前工作的機會，以實際的工作表現，更可以獲得別人的肯定和尊重，才能化解外在容貌造成的人際隔閡和疑慮，同時儘快恢復舊有的人際關係。

（二）突破現實，自我實現

在行有餘力時，將個人的經歷與其他傷友分享，或參與社教宣導等，都是極有意義的工作，用親身的經歷告訴別人：「我雖不漂亮，但我活得漂亮！」對個人的成就感和價值感都是更高層次的提昇。

（三）家人、社會的支持與鼓勵自主性

家人的支持與協助是身心重建的重要助力，但切忌流於過度保護，以免造成過多的依賴，延緩復原的時間。

林瑞嬌（2013）以深度訪談探討燒燙傷自殺企圖者的內在深層感受及生命經驗，該研究發現參與者受到身心嚴重創傷，父母無怨無悔在醫院的照顧與陪伴，修補了參與者孤單的生命，讓父子情感交流，曾經是壓力及帶來傷痛的家庭，成為研究參與者復原過程中最重要的堡壘及後盾。李逸明（2015）特別提出除去家人親友外，支持系統還包括：學校、同事、所屬公司及參與相關社會團體……等等也都可讓傷者獲得他人的肯定與鼓勵，其從實務經驗中發現，許多適應良好的傷友，其背後都有一股正向支持力量在陪伴他。

張麗珍（2010）發現若讓顏面燒燙傷者獨自進行自我認知調適，容易將生活中出現的問題與自己的受傷與限制做連結，讓傷友出現鑽牛角尖現象，導致出現自我傷害行為，因此其建議需要與其他傷友建立連結關係，彼此分享和支持生活重建過程中的經驗。林瑞嬌

(2013)亦發現社福團體的協助及資源提供，讓研究參與者更能面對燒燙傷重建的需求及壓力，重新開展的生命、拓展生活領域。

以此次八仙塵暴事件為例，因許多受傷者是大專校院學生，教育部及時召集相關單位討論學生出院後可能面臨的各種學習與生活問題，建議各校以彈性方式讓學生可以不須休學，以每周較少的時數繼續修課，或考慮採用視訊教學、或多元的評量方式進行，這些措施均是一種社會支持的方式，讓傷者在復健歷程中不只是感受到大家的支持，也可因此回歸社會／學校，朝向重新整合、自我實現的方向前進。綜合言之，家庭、學校、傷友同儕、社福團體、宗教團體等，這些社會支持的力量讓燒燙傷者更有勇氣面對生活的挑戰。

肆、結語

至撰寫本文時，八仙塵暴多數傷者已出院，進入所謂復健與整合階段。在此階段，傷友可能會面對前述提及的各種心理社會壓力；而原先由醫院的醫療社工提供的個案管理或關懷等協助工作，在政府承諾「一人一案」的照護措施下，將由各縣市政府社工接手出院後的整體照護管理工作。此時在社區或學校服務的諮商心理師們可能會有較多的機會接觸到社工或其他單位轉介來的傷友。在實務上，諮商心理師除去了解前述在此階段的心理社會復健歷程與介入策略外，也需能敏覺於社會文化及自己的價值觀對於傷友的影響，例如專業心理人員如何與傷者建立起連繫或關係是一重要因素，如何讓傷友或家屬願意尋求心理上的協助，恐是在我們的社會文化中需要更加注意的議題，即助人者要敏覺於傷者的社會文化因素，包含家

庭、社區及社會文化對尋求心理協助、對傷殘、及對不同性別的看法等對傷友的影響性。例如晏安平(2010)透過兩位男性嚴重燒燙傷男性的婚姻敘事分析，發現受訪在面臨嚴重燒燙傷事件後，傳統男性性別角色受到衝擊，形成其低自我評價的來源，對太太的照顧需求、情感需求提高，而當太太不能滿足他們的需求、支持他們的決定時，則會感到挫折、失落，以及不被尊重。專業助人者可以承認他們不熟悉某文化，但可詢問患者／家屬是否有任何醫療團隊能夠做的事，以符合其文化，精神和宗教需求。這樣的探問在文化適應過程中即傳達了對文化差異的尊重以及助人的渴望。另外，專業助人者亦須敏覺自身對傷者的態度，例如視傷者為需依賴他人的「身心障礙者」？或是否只依靠專業知識來評估傷者的需求，而忽略了傷者的主體性？期待專業者在工作時具有上述多元文化敏感度，更能提供符合燒燙傷傷友需要的心理社會協助。

參考文獻

- 王紹穎(2007)。**自我感、復原力與創傷後症狀之關聯性研究：以燒燙傷病人為例**(未出版之碩士論文)。國立臺灣大學，臺北。
- 余文君(2014)。**出院燒燙傷病人生活品質及其相關因素之探討——以某復健機構服務之病人為例**(未出版之碩士論文)。國立臺灣大學，臺北。
- 身心障礙者服務資訊網(2015)。**燒燙傷者之心理重建**。取自：<http://disable.yam.org.tw/life/457>
- 吳佳儀、李明濱、吳其炘(2015)。**燒燙傷之身心問題與全人照護**。*台灣醫界*，58(8)，9-14。取自：<http://>

- www.tma.tw/ltk/104580802.pdf
泛科學知識網 (2015年7月27日)。命救回來了，那生活呢？——燒燙傷復健。取自：<http://pansci.asia/archives/82114>
- 李逸明 (2015)。燒燙傷成年患者的心理問題及調適之道。身心障礙者服務資訊網。取自：<http://disable.yam.org.tw/life/328>
- 林瑞嬌 (2013)。燒燙傷自殺企圖者之復原經驗。輔仁大學碩士論文。
- 張紀萍、蔡云芳、陳月枝 (2001)。燒燙傷病人憂鬱及其相關因素之探討。護理雜誌，48，37-47。
- 張雪吟 (2003)。團體調適技能訓練對燒燙傷患者身體心像、情緒和生活品質之成效探討 (未出版之碩士論文)。國立台北護理學院，台北。
- 張瑞昆 (2015年6月30日)。職能治療賦予燒燙傷患者新希望。取自：<http://www.fingermedia.tw/?p=287423>
- 張麗珍 (2010)。顏面燒燙傷者自我認同的轉變歷程 (未出版之碩士論文)。東海大學，台中。
- 晏安平 (2010)。嚴重燒燙傷男性的婚姻經驗 (未出版之碩士論文)。慈濟大學，花蓮。
- 衛生福利部 (2015，9月3日)。http://www.mohw.gov.tw/CHT/Ministry/DM2_P.aspx?f_list_no=7&fod_list_no=5316&doc_no=51497
- Blakeney, P.E., Rosenberg, L., & Rosenberg, M. (2015, August 19). Psychosocial Care of Persons with Burn Injuries. 取自：<http://www.worldburn.org/documents/PsychosocialCare.pdf>
- Cukor, J., Wyka, K., Leahy, N. et al. (2015). The treatment of post traumatic stress disorder and related psychosocial consequences of burn injury: a pilot study. *J Burn Care Res*, 36, 184-192.
- Fauerbach, J.A., McKibben, J., Bienvenu, O.J. et al. (2007). Psychological distress after major burn injury. *Psychosom Med*, 69, 473-482.
- Johns Hopkins University (2010)。取自http://www.hopkinsmedicine.org/healthlibrary/conditions/dermatology/burns_85,P01146/.
- McKibben, J., Bresnick, M.G., Askay, S.A.W. et al. (2008). Acute stress disorder and post-traumatic stress disorder: a prospective study of prevalence, course, and predictors in a sample with major burn injuries. *J Burn Care Res*, 29, 22-35.
- Procter, F. (2010). Rehabilitation of the burn patient. *Indian J Plast Surg*. 43(3), 101-113. The Johns Hopkins University, *The Johns Hopkins Hospital, and Johns Hopkins Health System*. 取自：http://www.hopkinsmedicine.org/healthlibrary/conditions/dermatology/burns_85,P01146/.
- Sheridan, R.L.; Meier, R.H. (2014, May 14). Burn Rehabilitation: Overview, Treatment Goals and Planning, Acute Rehabilitation. Medscape. 取自：<http://emedicine.medscape.com/article/318436-overview#showall>.