

南 華 大 學

生死學系碩士論文

大學生對安寧療護的知識與態度研究

The Study of College Students' Knowledge and

Attitudes toward Hospice palliative Care.



研 究 生：李佩倩 撰

指導教授：蔡明昌 博士

中華民國 九十八 年 六 月

南 華 大 學

生死學系

碩 士 學 位 論 文

大學生對安寧療護的知識與態度研究

The Study of College Students' Knowledge and Attitudes toward

Hospice Palliative Care

研究生：李佩倩

經考試合格特此證明

口試委員：林蓮森

魏書娥

蔡明品

指導教授：蔡明品

系主任(所長)：蔡明品

口試日期：中華民國 98 年 6 月 17 日

誌謝

本論文能完成，首先最感謝的是指導教授小蔡老師的鼓勵，讓我在作論文的過程中能耐得起箇中的艱熬與壓力，每每在與小蔡老師 meeting 之後，總是有被鼓勵肯定的感覺，壓力當下紓解不少。感謝口考委員魏老師與林老師的細心指導，讓論文內容更嚴謹、更有品質，從中我也學到正確的研究方法與作學問的態度。此外，本論文能夠完成有賴許多善心人士的熱心幫忙，讓我能順利完成全國性的調查研究。在此更要特別感謝林生傳老師當年在我就讀高師教研所時的諄諄教誨，讓我在第二次就讀碩士時終於能夠完成自己的第一本論文，對我而言寫完這本論文代表了一個未竟事物的完成，也是一個階段的結束。

在南華生死所學習的二年，師長們的教導讓我獲益良多。從開師父生死學基本討論與英文課程，讓我知道如何讀書讀出味道來。從燕蕙老師的敘事治療、敘事研究、與夢工作專訓課程，我開始喜歡碩士生活，課堂上總是充滿溫暖的氛圍。從大蔡老師的超個人意識與臨終關懷課程，啟發我許多日常生活的思考材料，讓我重新認識自己，亦發現了自己哲學家的一面。從魏老師的死亡與醫療化課程，讓我學到了個人與社會的關係，並能以更鉅觀的方式觀察社會現象。從何老師的諮商與輔導、以及藝術治療與悲傷輔導課程，讓我漸漸習慣適度地開放自己，更學到了如何嚴謹的作學術研究。在此特別表達對南華生死所師長們的感謝之意。

最後，感謝我的父母在我就讀碩士期間給我的包容，讓我能無後顧之憂地二度就讀碩士、完成論文，替自己的未竟事物畫下句點。

佩倩 謹誌
民國九十八年六月

摘要

本論文的研究目的在了解目前大學生對安寧療護的認知程度，以及對安寧療護的態度現況，並進而了解安寧療護的知識與安寧療護的態度的關係。

本研究以 96 學年度就讀於全國 164 所大專院校的日間部的學生為研究對象，不包括夜間部、暑期班及專科班的大學生，母群人數共 942852 人，並透過比例機率抽樣(pps)抽取 12 所大學，共 1200 人為研究樣本，有效樣本數為 922 人，有效回收率為 76%。為探討大學生對安寧療護的知識與態度現況，並反應研究者關注的焦點，本研究使用自編「大學生對安寧療護的知識量表」與「大學生對安寧療護的態度量表」來進行研究。最後，透過描述統計、獨立樣本 t 考驗、單因子變異數分析、典型相關等統計方法對資料進行分析。

本研究重要的結論與發現包括：

- 一、 大學生曾聽過安寧資訊的人數未超過半數，大約四成聽過安寧資訊。
- 二、 大學生對安寧療護的認知程度在中等水準以上。
- 三、 大學生對安寧療護的態度偏正向。
- 四、 性別、生死教育、安寧教育、安寧資訊、年級、母親職業、居住地區、與社經地位等背景變項在大學生的安寧療護「知識」上有顯著差異。
- 五、 性別、宗教信仰、親友經驗、生死教育、安寧資訊、年齡、父親教育、母親教育、與母親職業等背景變項在大學生的安寧療護「態度」上有顯著差異。
- 六、 大學生的安寧療護知識對安寧療護的態度有正向影響，但影響效果不大。
- 七、 大學生對安寧療護的「大眾迷思」知識認知程度不佳。
- 八、 大學生對擔任「醫療委任代理人」的態度不高且沒那麼自在。
- 九、 病情告知的「知識」對病情告知的「態度」有正向影響。
- 十、 「大眾迷思」知識愈正確，對「預立指示」與「安寧認同」態度愈正向。
- 十一、「聽過安寧資訊」對安寧療護的知識與態度皆有重要的影響力。
- 十二、父母親教育程度較低的大學生，病情告知的態度愈高。

根據本研究的結論與發現，提出幾項建議：

- 一、 宣導管道方面：普及安寧資訊管道，以利安寧療護的推廣。
- 二、 宣導內容方面：安寧宣導內容應加強大眾迷思、急救處置的正確認知。

- 三、 學校教育方面：推廣生死教育，以彌補非醫護相關科系學生未能修習安寧課程的缺憾。
- 四、 病情告知方面：增加病情告知的正確知識，以提昇病情告知的意願。
- 五、 預立指示方面：鼓勵預立指示與病情溝通，以落實生死兩相安。
- 六、 未來研究方面：
 - 1.研究工具：安寧療護相關的態度較複雜並具有敏感性，因此研究工具的編製應更細膩。
 - 2.研究方法：圈外人進行研究時宜先進入醫療現場作觀察；且抽樣方法宜兼採分層抽樣與比例機率抽樣方式進行
 - 3.研究變項；未來研究變項可以加入父母親教育程度、父母親職業、居住地區、與社經地位等背景變項來進行研究。

關鍵字：安寧療護、知識、態度、急救、預立指示、病情告知

Abstract

The purpose of this study is to understand the hospice palliative care knowledge and attitudes of undergraduates, and furthermore, to find the correlations between knowledge and attitudes.

The population in this study included the undergraduates of 164 universities in Taiwan. Probability proportional sampling was used. The respondents of 1,200 produced a total of 922 valid questionnaires resulting in a response rate of 76%. The returned surveys were statistically compiled and analyzed by the methods such as Independent- Samples T-Test, One-Way ANOVA, and canonical correlation.

The followings are the significant results and findings from the study:

1. Less than half of the undergraduates had heard of the information of hospice palliative care, only about 40% of them had heard of the information.
2. The undergraduates' knowledge level of hospice palliative care was above medium level.
3. The undergraduates' attitude toward hospice palliative care was positive.
4. The backgrounds, including gender, life and death education, hospice palliative care education, the information of hospice palliative care, grade, the career of the mother, districts, and the social and economical status showed significant variations, regarding their knowledge of hospice palliative care.
5. The backgrounds, including gender, religion, the experience of relatives and friends, life and death education, the information of hospice palliative care, age, the educational degree of parents, and the career of the mother, showed significant variations, regarding their attitude toward hospice palliative care.
6. The undergraduates' attitude toward hospice palliative care was effected by the knowledge of hospice palliative care, however, the effect was not great.
7. The undergraduates' knowledge of "public misunderstanding of the hospice palliative care" was not good.
8. The undergraduates' attitude toward "being the attorney for health care" was negative.
9. The attitude toward truth telling showed positive correlations regarding their knowledge of truth telling.
10. While the knowledge of "public misunderstanding of the hospice palliative care" was more correct, the attitude toward "the approval of hospice palliative

care” was more positive.

11. Hospice palliative care knowledge and attitude were significantly effected by “ Having heard of the information of hospice”.
12. The students whose parents have lower educational degree were with higher willingness of telling the truth.

The following suggestions were proposed in accordance with the study results:

1. The promotional channels of hospice palliative care:
To benefit the promotion of hospice palliative care, the channels of getting the information of hospice palliative care should be available to all.
2. The promotional content of hospice palliative care:
The content of the promotion should focus correct understanding of hospice palliative care and the knowledge of cardiopulmonary resuscitation.
3. The school education:
The life and death education should be available to all the undergraduates of non-medical departments.
4. The truth telling:
To promote the willingness of truth telling, people should have much more correct knowledge of truth telling.
5. The advance medical directives:
To do good to both the dead and the bereaved family, the signing of the advance medical directives should be encouraged.
6. The future studies:
The study tool should be designed more delicate. Those doing research should go into the medical field and learn from the experiences of those working in it. Both the stratified sampling and probability proportional sampling should be used. The future studies should involve backgrounds, including the educational degree of parents, the career of parents, the districts and the social and economical status.

Key words: Hospice palliative care
Knowledge
Attitude
Cardiopulmonary resuscitation
Advance directives
Truth telling

目次

	頁次
第一章 緒論.....	1
第一節 研究動機.....	1
第二節 研究目的.....	4
第三節 待答問題.....	4
第四節 名詞界定.....	4
第二章 文獻探討.....	9
第一節 安寧療護的意義與發展.....	9
第二節 安寧療護的醫療理念.....	15
第三節 安寧療護的迷思.....	23
第四節 安寧緩和醫療條例的立法過程與條文內涵.....	29
第五節 安寧療護的重要抉擇.....	33
第六節 安寧療護的相關研究.....	40
第三章 研究方法.....	53
第一節 研究架構.....	53
第二節 研究假設.....	54
第三節 研究對象.....	54
第四節 研究工具.....	61
第五節 研究步驟.....	70
第六節 資料處理.....	71
第四章 研究結果與討論.....	73
第一節 大學生的安寧療護的知識與態度之描述統計.....	73
第二節 不同背景變項的大學生在安寧療護知識上之差異分析.....	85

第三節	不同背景變項的大學生在安寧療護態度上之差異分析.....	104
第四節	大學生安寧療護的知識與其安寧療護的態度之典型相關.....	122
第五章	結論與建議.....	127
第一節	結論.....	127
第二節	重要發現.....	131
第三節	建議.....	133
參考文獻	137
附錄一	164 所大專院校代碼與學生數.....	145
附錄二	本研究比例機率抽樣母群名冊.....	147
附錄三	專家效度.....	152
附錄四	預試問卷.....	167
附錄五	正式問卷.....	171

表次

	頁次
表 1-4-1 社經地位指數表.....	7
表 2-1-1 國內安寧療護的發展過程.....	13
表 2-1-2 全國各區提供安寧療護的簽約機構數目與服務類別.....	14
表 2-3-1 安寧療護與安樂死的區別.....	25
表 2-4-1 安寧緩和醫療條例的實施與修訂過程.....	29
表 2-4-2 安寧緩和醫療條例之條文內涵整理.....	31
表 2-5-1 癌症中心病患的急救成效.....	34
表 2-5-2 預立指示的優點.....	38
表 3-3-1 正式問卷各校抽取樣本數與實際回收有效問卷數.....	54
表 3-3-2 本研究背景變項之次數分配表.....	59
表 3-3-3 本研究大學生獲取安寧資訊管道分配表.....	60
表 3-4-1 預試問卷各校抽取樣本數與實際回收有效問卷數.....	62
表 3-4-2 大學生對安寧療護的知識量表之項目分析.....	63
表 3-4-3 大學生對安寧療護的知識量表各分層面摘要表.....	65
表 3-4-4 大學生對安寧療護的態度量表之項目分析.....	67
表 3-4-5 大學生對安寧療護的態度量表因素分析摘要表.....	68
表 3-4-6 大學生對安寧療護的態度量表信度分析摘要表.....	69
表 4-1-1 大學生安寧療護的知識整體得分分析表.....	74
表 4-1-2 大學生安寧療護的知識各分層面得分分析表.....	75
表 4-1-3 大學生安寧療護的知識單題答對比率.....	76
表 4-1-4 大學生安寧療護的態度整體得分分析表.....	77
表 4-1-5 大學生安寧療護的態度各分層面的得分分析表.....	78
表 4-1-6 大學生安寧療護的態度單題作答情形.....	79

表 4-2-1	不同背景變項的大學生安寧療護的知識 t 考驗結果.....	87
表 4-2-2	不同年級的大學生在安寧療護知識上的差異情形.....	89
表 4-2-3	不同年齡的大學生在安寧療護知識上的差異情形.....	90
表 4-2-4	不同父親教育程度的大學生在安寧療護知識上的差異情形.....	91
表 4-2-5	不同母親教育程度的大學生在安寧療護知識上的差異情形.....	92
表 4-2-6	不同父親職業的大學生在安寧療護知識上的差異情形.....	93
表 4-2-7	不同母親職業的大學生在安寧療護知識上的差異情形.....	94
表 4-2-8	不同居住地區的大學生在安寧療護知識上的差異情形.....	95
表 4-2-9	不同社經地位的大學生在安寧療護知識上的差異分析.....	96
表 4-2-10	不同背景變項在安寧療護知識上的差異情形整理總表.....	97
表 4-3-1	不同背景變項的大學生安寧療護的態度 t 考驗結果.....	106
表 4-3-2	不同年級的大學生在安寧療護態度上的差異情形.....	108
表 4-3-3	不同年齡的大學生在安寧療護態度上的差異情形.....	109
表 4-3-4	不同父親教育程度的大學生在安寧療護態度上的差異情形.....	110
表 4-3-5	不同母親教育程度的大學生在安寧療護態度上的差異情形.....	111
表 4-3-6	不同父親職業的大學生在安寧療護態度上的差異情形.....	112
表 4-3-7	不同母親職業的大學生在安寧療護態度上的差異情形.....	113
表 4-3-8	不同居住地區的大學生在安寧療護態度上的差異情形.....	114
表 4-3-9	不同社經地位的大學生在安寧療護態度上的差異分析.....	115
表 4-3-10	不同背景變項在安寧療護態度上的差異情形整理總表.....	116
表 4-4-1	大學生安寧療護的知識與態度之典型相關係數顯著性考驗.....	122
表 4-4-2	大學生安寧療護的知識與態度之典型相關分析摘要表.....	123

圖次

	頁次
圖 2-1-1 安寧療護的時機.....	11
圖 2-2-1 全人痛苦示意圖.....	15
圖 2-5-1 預立指示決策模式.....	38
圖 3-1-1 研究架構.....	53

第一章 緒論

本論文的題目為「大學生對安寧療護的知識與態度研究」，主要是探討大學生對安寧療護相關知識的理解，包含：醫療理念、大眾迷思、病情告知、預立指示、急救處置、與法令規定等的知識；同時，亦去了解目前的大學生對與安寧療護有關議題的態度，包括：對安寧療護的認同、醫療選擇、病情告知、預立指示、以及善終等的態度。以下各節分別說明本研究的研究動機、研究目的、待答問題、名詞界定。

第一節 研究動機

研究者選擇以安寧療護的議題來當作研究題目的動機，主要是回應生活中恰好聽到兩位女性都談到她們的親人至愛在面臨生命危急時刻，由於病危的家人已經無法作決定，因此由她們代替家人來決定是否接受心肺復甦術（Cardiopulmonary resuscitation, CPR）或拒絕心肺復甦術（Do Not Resuscitation, DNR），其中一位替家人選擇 CPR 急救到底，後來家人變成植物人，目前已躺在病床上二十餘年；另外一位則怕家人在最後階段還要經歷急救的痛苦，於是選擇 DNR，她的親人沒拖延多久就過世了。雖然這兩位女性替家人選擇截然不同的醫療方式，但她們同樣地在事隔多年以後，仍然活在當初替家人作決定的陰影之中，當初的決定帶給她們一輩子的疑問與壓力。她們一直有的疑問是：當初她們為臨終家人所作的醫療決定是對的嗎？她們的親人至愛有受到最好的醫療照顧嗎？她們替家人所作的醫療選擇有符合臨終家人的期待嗎？她們的疑問與壓力並非特例，類似的悲劇同樣地亦發生在很多臨終病人的親屬身上（楊克平，2001；顧乃平、李從業，2002。）

若要預防類似的悲劇發生，研究者認為每個人都有必要在健康時就對臨終醫療有所認識，包括：何時選擇急救、何時選擇 DNR、何時選擇一般醫療、何時選擇安寧緩和醫療；同時應推廣預立指示，讓病人在還有能力時交待是否「不施行心肺復甦術」，或預立「醫療委任代理人」。若人人皆能事先預立指示（趙可式，1996a；顧乃平，李從業，2002；邱泰源，2005a），交待接受 CPR 或 DNR，不僅可以替自己預約善終，亦可以避免家屬面臨「救或不救」的壓力與掙扎（楊克平，2001；顧乃平、李從業，2002）。畢竟誠如海德格所言：人是向死的存在，既然死亡是隨時隨地存在著，若要讓「生死兩相安」（許禮安，2002），就要事先認識臨終醫療，而不要在生命危急時刻才慌忙地替自己或家人作決定，徒增更多的悲劇。此外，研究者認為推廣預立指示就必須先落實病情告

知，當病人了解自己的病情時，才能預立指示替自己選擇臨終醫療，然而病情告知一直是醫護人員與家屬倍感困擾的問題（楊克平，2001），「死亡」長久以來被認為是禁忌話題，所以醫護人員與家屬亦不知道如何突破那層禁忌去和臨終者談論病情（王志傑，2003；Morita et al., 2006）。因此，本研究關注的焦點包括：何時選擇 CPR 或 DNR、預立指示、病情告知，這些議題皆與安寧療護的重要抉擇有關。

安寧療護始於桑德絲（Cicely Saunders）於 1967 年在聖克里斯多福照顧機構（St. Christopher Hospice）推廣一種照顧癌症末期病人的特殊方式（黃天中，1998；柏木哲夫，2000；許禮安，2002）。之後，安寧療護在全世界普及化，是因為對急救的濫用與對生命有限性的反思（趙可式，1996a；安寧照顧基金會，2009）。早期醫學掛帥的年代，在臨終時刻不管病人是否有治癒的可能性，總是要被進行英雄式地急救到底，對無治癒可能的臨終病人而言，急救不僅換不回生命，反而徒增痛苦、耽誤善終，而安寧療護的普及化即是對醫學極限性的反思，畢竟醫學再進步，還是無法阻隔死亡、改變人終將一死的命運。安寧療護提供臨終病人一種有別於急救到底的醫療選擇，認同死亡是一種自然過程，讓死亡自然發生，不加速亦不拖延死亡，並提供病人與家屬身、心、靈的全方面照護，重視病人的生活品質（安寧照顧基金會，2009）。

在台灣，有賴趙可式、賴允亮等多人的努力，安寧療護理念才漸漸推廣開來，並且在 2000 年經過立法院三讀通過「安寧緩和醫療條例」，取得法源的保障。然而，立法通過是否就代表安寧療護的理念已在台灣深耕？一般民眾是否對安寧療護的知識與理念皆有一定程度的理解？許多研究的結果皆發現癌末病人、家屬、臨終病人等，有可能因為對安寧療護有錯誤的認知，影響到選擇安寧療護的意願（許惠珍，1998；邱淑如，1999；Mello & Jenkinson, 1998；周希誠、李選、羅旭宜、周裕銓、張梅芳，2006），且醫護人員在與病人或家屬說明安寧療護或者是否接受 DNR 時，亦常遇到溝通困難的情形。更有研究指出，甚至於醫護人員本身對於安寧療護或者簽署 DNR 亦有誤解存在（趙可式，2008），因為長期以來在醫學訓練中就要求醫生應盡力救治每位病人，因此醫護人員本身亦誤解選擇安寧療護或者簽署 DNR 視同放棄病人。對安寧療護的誤解與錯誤認知阻礙了民眾選擇安寧療護的意願，包括：誤以為選擇安寧療護等於放棄治療、選擇安寧療護等於安樂死、使用止痛藥物會上癮並縮短生命、安寧療護耗費較多醫療資源與費用等（柏木哲夫，2000；邱麗芬、羅素如，2006；Morita et al., 2006）。因此，對安寧療護的誤解與錯誤認知亦是本研究關注的主題。

目前在台灣安寧療護的推廣尚未達理想，直至 2004 年癌末病患選擇安寧療護的比率不到二成（許煌汶、張俊朗，2004；魏書娥、許煌汶、林姿妙，2004）；直至 2007

年 11 月止全國民眾 IC 健保卡註記預立選擇安寧緩和醫療意願者僅有七千多人（楊嘉玲、陳慶餘、胡文郁，2008）。因此，學者專家們一致的共識是：要落實安寧療護的理念要從教育著手（黃天中，1988；姚建安、邱泰源、陳慶餘、胡文郁，2004；黃惠美、郭碧照、胡中傑、謝玉玲、黃曉峰，2005；張美幸、王佳雯、陳玟伶、黃惠美、黃德豐，2007），而且安寧教育不應該僅限於醫護人員的訓練，每個人應該都要受過安寧療護教育課程，對於安寧療護皆要有一定的認知，如此才不會因知識不足，而妄送自己生命的自主權。研究者非常認同專家們的建議，確實應推廣安寧教育，且應落實於學校教育中，讓安寧療護的知識成爲每個學生皆應必備的常識。畢竟今日的學生是未來可能的醫療決策者，有一天他們必須替生病的家屬或替自己作出醫療選擇，因此研究者認爲若能了解大學生對安寧療護的知識與態度，將有助於預先作教育上的加強，當安寧療護教育能確實紮根，才可能讓每個人需要作醫療決策時皆已有足夠的知識，而不致於在危急時刻下錯醫療決定，才能確保「生死兩相安」。

國內安寧療護的相關研究很多，但研究對象主要爲三類：（一）家屬或照護者（張淑真、机吟惠、黃靜宜，1997；許惠珍，1998；鍾佳真，1998；邱淑如，1999）、（二）醫護人員（蔡麗雲等人，2003；許煌汶、張俊朗，2004；許煌汶、張俊朗、林姿妙、沈雪娥，2004；周希誠等人，2006；趙可式，2008）、與（三）病人（楊美玲 1999；趙可式，2000）。近年來，以一般大眾爲研究對象的研究亦愈來愈多（黃惠美，2005；蔣蕙芬，2005；劉樹泉、沈莉真、江維鏞，2006），亦有研究開始探討醫護相關科系的大學生對安寧療護的知識與態度的現況（蔡詩力等人，2004；張美幸等人，2007）。由國內的研究可以發現，目前安寧療護的相關研究仍缺少以一般大學生爲對象的研究，因此，本研究以一般大學生爲研究對象，期能夠補足目前安寧療護相關研究缺少以一般大學生爲研究對象的缺憾；同時，本研究以全國 164 所大專院校的學生爲母群，透過審慎的取樣方式來進行研究，期能增加研究結果的代表性，以提供未來推廣安寧療護的參考。

第二節 研究目的

根據研究動機，本研究有下列五項研究目的：

- 壹、探討大學生對安寧療護的知識概況。
- 貳、探討大學生對安寧療護的態度概況。
- 參、探討不同背景變項的大學生在安寧療護知識上的差異情形。
- 肆、探討不同背景變項的大學生在安寧療護態度上的差異情形。
- 伍、探討大學生的安寧療護知識與安寧療護態度的關係。

第三節 待答問題

根據研究目的，本研究所欲探討的問題如下：

- 壹、大學生對安寧療護的知識概況為何？
- 貳、大學生對安寧療護的態度概況為何？
- 參、大學生對安寧療護的知識是否因個人背景變項不同而有顯著差異？
- 肆、大學生對安寧療護的態度是否因個人背景變項不同而有顯著差異？
- 伍、大學生對安寧療護的態度是否與其對安寧療護知識的理解程度有顯著相關？

第四節 名詞界定

茲將本研究有關的重要名詞，界定如下：

壹、大學生

指依據教育部各級學校統計資料，於 96 學年度就讀於全國 164 所大專院校的大學生，由於目前大學開設的班別眾多，所以本研究所指的大學生是指就讀於大專院校的日間部學生，不包括夜間部、暑期班及專科班的大學學生，本研究的研究母群人數共 942852 人。學校代碼請參考附錄一。

貳、安寧療護

「安寧療護 (hospice care)」一詞常與「緩和療護 (palliative care)」交互使用 (楊克平, 2001; 張瑄瑄, 2007)。安寧療護始於 1976 年桑德絲推廣一種照顧癌症末期病人的特殊方式 (黃天中, 1998; 柏木哲夫, 2000; 許禮安, 2002)，當時桑德絲即是使用

「安寧療護 (hospice care)」一詞；然而，根據世界衛生組織 (WHO) 於 1990 年時的定義則是使用「緩和療護 (palliative care)」一詞，且已明確指出照護對象不限癌症病患，還包括其他末期性的疾病患者 (Joishy, 2003)。直至 1993 年澳大利亞國際安寧緩和醫學組織 (Australian National Association of Hospice and Palliative care) 才將兩個詞彙合併使用 (張瑄瑄, 2007)。目前查詢世界衛生組織網站的定義，仍使用「緩和療護 (palliative care)」一詞 (世界衛生組織, 2009)。

文獻上對安寧療護的定義頗多，但多有相似指涉，因此本研究歸納世界衛生組織 (WHO)、美國安寧協會、澳洲安寧緩和醫療學會、以及台灣安寧照顧基金會等機構對「安寧療護」的定義 (柏木哲夫, 2000; Maddocks, 2003; 安寧照顧基金會, 2009, 世界衛生組織, 2009)，歸結如下：

對治療性治療已無反應的臨終病患以及其家屬，由各領域專家專所組成的隊伍提供他們在身、心、靈方面的照護，使病患達到最佳的生活品質，讓死亡自然發生，不加速亦不拖延死亡，並輔導家屬渡過哀慟時期。

參、安寧療護的知識

本研究指的安寧療護的知識，包括安寧療護的醫療理念、大眾迷思、病情告知、急救處置、預立指示，以及法令規定等知識，其中法令規定包括：衛生署 2000 年所公布的「安寧緩和醫療條例」內容的理解，與目前國內健保給付的安寧病房對象。

在操作性定義上，本研究指的安寧療護的知識是在研究者自編「大學生對安寧療護的知識量表」上所得的分數。若得分愈高，則表示對安寧療護的相關知識愈好，若得分愈低，則表示對安寧療護的相關知識愈差。

肆、安寧療護的態度

本研究指的安寧療護態度，包括與安寧療護有關的醫療選擇、安寧認同、預立指示、病情告知、善終期待等方面的意願與認同度。

在操作性定義上，本研究指的安寧療護的態度是在研究者自編「大學生對安寧療護的態度量表」上所得的分數。得分愈高，則表示對安寧療護愈認同度、接受度較高，若得分愈低，則表示對安寧療護的認同度、接受度較低。

伍、預立指示

根據國內文獻的回顧，「生前預囑 (living will)」、「預立指示 (advance directives)」、「預立醫療指示」、「預立醫囑」、「醫療預立指示」等名詞皆被學者使用過，名詞未統一。依學者們的定義，「預立指示」、「預立醫療指示」、「預立醫囑」、「醫療預立指示」有相似的指涉，皆包含「生前預囑」與「預立醫療委任代理人」兩部分，而「生前預囑」則範圍較小，未包括「預立醫療委任代理人」的部分。以下說明這些名詞的定義：

「生前預囑 (living will)」根據姜安波 (1993)、趙可式 (1996a) 的定義是指：有決定能力的成人，在未喪失其決定能力前，事先對其醫療作出指示的書面文件，此文件經見證人簽署後，拷貝備份，置於病患的病歷中，有立法保障的效力。

「預立指示 (advance directives)」根據趙可式 (1996a)、顧乃平，李從業 (2002)、與邱泰源 (2005a) 的定義，「預立指示」是指除「生前預囑」(living will) 之外，還包含「預立醫療委任代理人」，即在行為能力喪失前，預先指定某人代為行使醫療決定權。

部分學者使用「預立醫囑 (advance directives)」(方慧芬、張慧玉、林佳靜，2009)、「預立醫療指示」(楊克平，2001)，亦是和「預立指示」有相同的意義，都是包含「生前預囑」與「預立醫療委任代理人」兩部分。

楊嘉玲、陳慶餘、胡文郁 (2008) 使用「醫療預立指示」亦是有相似的指涉，指一個較廣泛的統稱，包含有生前預囑、健康相關代理權及各式的醫式指示，主要包含二種形式：(1) **instructive directives**：指有行為能力的人，對其未來在疾病末期、無法恢復的昏迷狀態或持續的植物人狀態等健康情況下，所期望或不期望接受的醫療處置之書面陳述，包括生前預囑、不接受急救或單指某種醫療處置，例如不使用人工呼吸等。(2) **健康照護代理指示 (health care proxy directive)**：減少因為 **instructive directives** 簽署時，簽署者對無法預測所有複雜醫療狀況的擔心，其可有行為能力時，預先指定某位可信者，賦予其法律權利，讓其在簽署者失去決定能力時，代為行使醫療決策權，例如：預立永久醫療代理人 (durable power of attorney for health care, DPAHC)。

本研究採用趙可式 (1996a)、顧乃平，李從業 (2002)、邱泰源 (2005a) 的名詞與定義，使用「預立指示」來指有決定能力的成人，在未喪失其決定能力前，事先對其醫療作出選擇，或者預立醫療委任代理人。而目前根據安寧緩和醫療條例的規定，共有六種相關文件，包括：選擇安寧緩和醫療意願書、預立選擇安寧緩和醫療意願書、不施行心肺復甦術意願書、預立不施行心肺復甦術意願書、不施行心肺復甦術同意書、預立醫療委任代理人委任書等，而民眾可預立的指示文件則有：預立選擇安寧緩和醫療意願書、預立不施行心肺復甦術意願書、預立醫療委任代理人委任書等三種。

陸、大眾迷思

從國內外相關實證研究（許惠珍，1998；邱淑如，1999；Mello & Jenkinson, 1998；周希誠等人，2006；趙可式，2008）與文獻（柏木哲夫，2000；邱麗芬、羅素如，2006；Morita et al., 2006；陳冠廷，2009），可發現民眾對安寧療護的誤解與錯誤認知會影響其選擇安寧療護的意願。

本研究所指的大眾迷思泛指民眾、家屬、醫護人員、病人對安寧療護的誤解與錯誤認知。研究者歸納相關實證研究結果與文獻，將這些民眾、家屬、醫護人員、病人對安寧療護普遍的誤解與錯誤認知，編製為本研究的研究工具「大學生對安寧療護的知識量表」中的「大眾迷思」層面的知識。研究者歸納文獻所得的安寧療護的迷思包括四方面：選擇安寧療護等於放棄治療、選擇安寧療護等於安樂死、使用止痛藥物會上癮並縮短生命、以及安寧療護耗費較多醫療資源與費用。在本研究第二章第三節的文獻探討中有針對安寧療護的迷思作詳盡的討論。

柒、社經地位

本研究背景變項中的社經地位是採用林生傳（2000）參照我國社會實況，修訂 Hollingshead 曾設計的「兩因素的社會地位指數」（Two Factor Index of Social Position）的方法來計算社經地位指數。此兩因素分別為職業與教育，且各分為五級。

依據林生傳社經地位的計算方式，是以父母二人中教育程度或職業等級較高者為代表，將職業等級和教育程度加權計算，即職業等級乘以七，教育程度指數乘以四，最後得到的總分即為社經指數，分數愈高則表示受試者的家庭社經地位愈高，社經地位共可分為五級，如表 1-4-1。本研究又參考其他研究的作法（黃淑敏，1999），將社經地位等級第一、第二等級者區分為高社經地位，在第三等級者中社經地位，第四、五等級者則為低社經地位。

表 1-4-1 社經地位指數表

職業等級	職業等級指數	教育程度	教育程度指數	職業等級指數 x7+教育程度指數 x4	社經地位	社經地位等級
I	5	I	5	55	52-55	第一等級
II	4	II	4	44	41-51	第二等級
III	3	III	3	33	30-40	第三等級
IV	2	IV	2	22	19-29	第四等級
V	1	V	1	11	11-18	第五等級

第二章 文獻探討

在第二章文獻探討的部分，主要分為六節，各節分別為：第一節說明安寧療護的意義與發展；第二節說明安寧療護的醫療理念；第三節說明安寧療護的迷思；第四節說明安寧緩和醫療條例的立法過程與條文內涵、第五節說明安寧療護的重要抉擇；第六節說明安寧療護的相關研究。

第一節 安寧療護的意義與發展

壹、安寧療護的意義

一、安寧療護的字義

從安寧療護 (Hospice care) 的字義進行分析，可發現其本源與宗教有密切關係。Hospice 的拉丁文為 Hospitium，乃是源自於拉丁字根 Hospes，可稱為 Host (主人)，含有 Hospitality (好客、款待) 與 Welcome (歡迎) 的意思 (楊克平, 1999)。Hospice 這個字源於中世紀時代，當時是用來作朝聖者休息之處或是接待收容旅人、重新補充體力之驛站，後來引申其義，在醫療場域中指為照顧癌症末期病人的地方 (黃天中, 1988)。

文獻上 Palliative care 常與 hospice care 交互使用 (楊克平, 2001; 張瑄瑄, 2007)。Palliative 這個字是源自於 pallium，拉丁文為「覆蓋」(cloak) 疾病與「遮掩」(mask) 其症狀之意，亦有當作教堂神父穿的外衣，這個外衣可以作為一種庇護，涵意中有種保護病人免受不治之症複雜症狀的痛苦 (楊克平, 2001; Joishy, 2003)。

二、安寧療護的定義

安寧療護的定義很多，但大都如出一轍，有相近的定義。以下說明世界衛生組織、美國安寧協會、澳洲安寧緩和醫療學會、台灣安寧照顧基金會等機構對安寧療護的定義。

(一) 世界衛生組織

世界衛生組織定義安寧緩和療護時，是使用 Palliative care 一詞，強調的是症狀控制、減緩痛苦，並全面性在病人有限的生命時間裡提昇他們生活品質的尊嚴。根據其定義安寧緩和療護 (世界衛生組織, 2009)：

安寧緩和療護 ((Palliative care) 是增進面臨威脅生命疾病的病人與家屬的生活品

質，透過早期診斷與整體性的評量和治療來預防和減緩痛苦，並加上身體、心理、靈性等全方面的照顧。

此外，世界衛生組織對安寧療護作了九項補充：(1) 安寧療護提供減緩痛苦以及其他痛苦的症狀；(2) 肯認生命，同時亦承認死亡為自然過程；(3) 既不加速死亦不拖延死亡；(4) 整理心理與靈性層面的病人照顧；(5) 提供支持系統給病人讓他盡可能積極地活著直到死亡；(6) 提供支持系統來幫助病人的家屬處理事情，並處理哀慟；(7) 採用團體方式來處理病人與家屬的需求，包含悲傷輔導；(8) 增進生活品質，亦可以正向地影響病程；(9) 在疾病早期即可獲得，亦與其他延長生命的治療，例如化學治療與放射治療有關，且包括對疾病併發症的檢查。

(二) 美國安寧協會

安寧療護，主要是有計畫的讓末期病人及其家屬，在醫院或在家接受持續性的醫療及照護。由各領域專家組成的團隊負責安寧療護工作，包括減輕病人或家屬因疾病引發的身體上、精神上、社會性、宗教性、經濟上的痛苦，並給予支持援助。(柏木哲夫，2000)。

(三) 澳洲安寧緩和醫療學會

安寧緩和醫療照顧是照顧瀕死病患的醫療專科，其目標為增進病患生活品質及在病患生前、瀕死期及往生後對家屬及照顧者的協助 (Maddocks, 2003)。

(四) 台灣安寧照顧基金會

安寧療護是由一組醫療專業人員，用完整的症狀緩解醫療以及愛心陪伴癌症末期病人走完 人生最後一程，提供身、心、靈的全人照顧，並且協助病人及家屬面對死亡各種調適，以讓生死兩無憾 (安寧照顧基金會，2009)。

綜言之，安寧療護的定義是指：對治癒性治療已無反應的臨終病患以及其家屬，由各領域專家專所組成的隊伍提供他們在身、心、靈方面的照護，使病患達到最佳的生活品質，讓死亡自然發生，不加速亦不拖延死亡，並輔導家屬渡過哀慟時期。用下圖 2-1-1 表達安寧療護的觀點可更加清楚 (Twycross, 1997；引自趙可式，2001)。

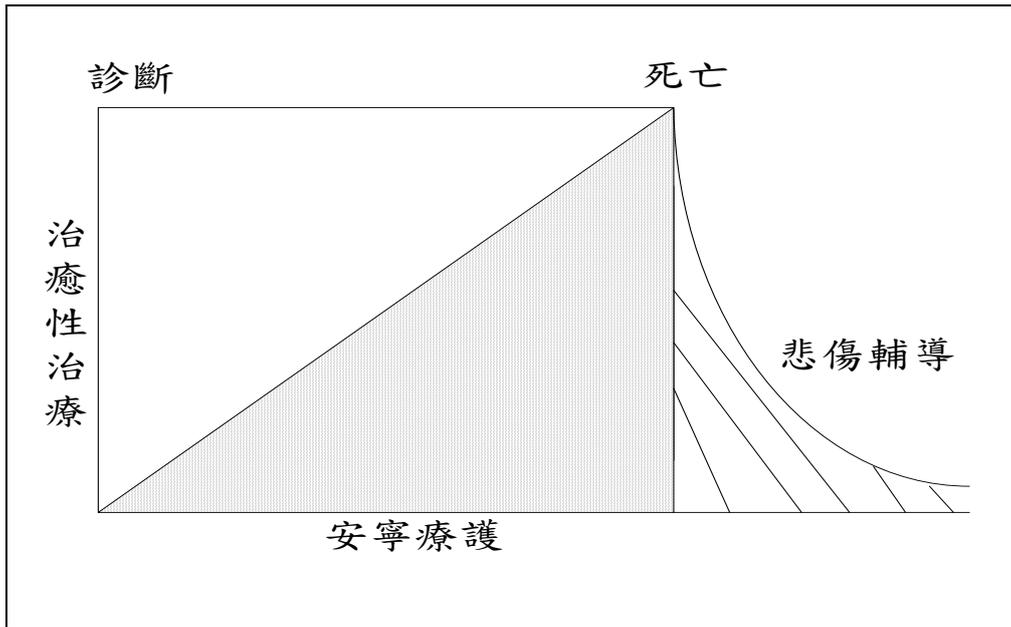


圖 2-1-1 安寧療護的時機 (Twycross, 1997；引自趙可式，2001)

貳、安寧療護的發展

一、安寧療護的由來

安寧療護最早源於四世紀的拜占庭帝國，是基督徒為旅客與朝聖者所設的招待機構，使他們獲得休息再踏上旅途。大約到了中世紀，安寧院不僅招待旅行者，同時亦為貧者、病者及瀕死患者提供照顧的服務（謝文祥，2000）。

到了現代，比較健全的安寧療護組織，是由英國倫敦開始，由桑德絲（Cicely Saunders）所提倡。桑德絲 1918 年生於英國。1940 年接受護士訓練成為護士，後因患背痛而無法再任護士之職，但她熱愛照顧病人，便轉修社工學分，於 1947 年成為社工人員，繼續在醫院中服務病人。1947 年她照顧一位年輕的癌症病人大衛·塔斯馬（David Tasma），兩人建立起深厚的友誼。由於當時醫生對癌症病人的疼痛束手無策，桑德絲突發奇想：「不知能否為癌症病人的疼痛作點什麼？能否給他們更好的照顧？」於是桑德絲決定為癌症病人建立一個像家而較不像醫院的地方。1948 年大衛去世，並將他的遺產五百英磅都留給桑德絲，從此桑德絲便特別關心癌症病人（安寧照顧基金會，2009）。

研究者在閱讀文獻時，除了感佩桑德絲對癌末病人的貢獻，更感佩大衛·塔斯馬無私的精神，在他要臨終之際無視自己的病痛，鼓勵桑德絲繼續為癌末病人服務，大衛說了兩句影響桑德絲很深遠的話「在妳心靈之中的，就是我想要的」（I want what is in your

mind and heart) 及「在你的家，我將會是扇窗」(I will be a window in your home)。前面那句話促使安寧療護為提供個人的關懷而持續地致力於發展技巧、認知及研究，亦促使二十世紀末的醫療執行重點，逐漸由疾病的診斷轉為以病人為中心的關懷。而後面那句話則被桑德絲等詮釋為：「家，是一個人們擁有他的空間及開放的場所；窗，是應該開放給世界，給所有的病人、家屬，以及想要學習的人」，並將其濃縮成安寧療護的三項核心價值：(1) 開放 (openness) (2) 心靈合一 (mind together with heart)，以及 (3) 善終關懷 (deep concern for the freedom of each individual to make his or her own journey toward their goals) (Saunders, 2000; 魏書娥等人, 2004)。

受到了大衛·塔斯馬的鼓勵之後，桑德絲 33 歲時進入醫學院就讀，40 歲以前終於成為正式醫師。1958 年到 1965 年間，她與幾位醫師同事研究出許多能減輕癌症病人痛苦的新藥。1963 年她開始建築醫院，1967 年醫院落成，取名為「聖克里斯多福安寧照顧機構」(St. Christopher Hospice)。桑德絲開創了全世界第一家有特殊服務方案的醫院，以醫療團隊合作方式照顧癌症末期病人，陪他們走完生命全程，並輔導家屬度過哀慟時期 (安寧照顧基金會, 2009)。聖克里斯多福安寧照顧機構在當時是世界上第一家安寧照顧機構，它摒持著中道 (middle) 的照護哲學，不作過多的醫療處置，亦不少作 (Clark, 2007)。從英國開始成立第一家安寧療護機構 (hospice) 以來，安寧運動 (Hospice movement) 亦開始在全世界漫延開來 (Clark, 2007)，目前不僅安寧療護 (hospice palliative care) 的理念廣受世界各國接受，照護對象從當初的癌末病人，擴及其他病症的臨終病人亦能在生命最後一刻接受安寧療護，這皆要歸功於桑德絲在當初的努力。

二、國內安寧療護的發展

在國內談到安寧療護，不能略過的人首推趙可式。趙可式在青年時期，因親眼目睹母親在臨終最後一刻被冷淡地、機械化地蓋上白布送到太平間，當時她就對醫護人員的冷血留下疑問。大學時就讀護理系，之後出國進修拿到安寧療護的博士學位，回國後開始不遺餘力地推動安寧療護，一種人性化、讓臨終病患保有生命尊嚴、不以治癒為目標改以舒緩疼痛為目標、提高生活品質的照顧方式 (趙可式, 2007)。國內的安寧療護運動歸功於趙可式等人的大力宣導鼓吹，終於在 1990 年淡水馬偕醫院成立了全台第一家安寧病房，台灣成為全世界第十八個設立安寧療護機構的國家 (謝文祥, 2000; 蔣蕙芬, 2005)，台灣第一家安寧病房終於在英國聖克里斯多福醫院建立後 23 年成立，追溯台灣安寧療護的發展史，如下表 2-1-1 (謝文祥, 2000; 賴允亮, 2000; 陳正克, 2001; 胡文郁, 2005; 趙可式, 2009; 財團法人天主教康泰醫療教育基金會, 2009)。

表 2-1-1 國內安寧療護的發展過程

年代	發展過程
1981 年	台北榮總醫院癌症治療中心陳光耀主任，在其主辦的癌症發展史中就提出「Hospice care」一詞，當時翻譯成「安終照顧」。
1983 年	1. 「財團法人天主教康泰醫療教育基金會」暨「康泰診所」正式成立。 2. 趙可式離開台北榮總副護理長之職務，到「天主教康泰醫療教育基金會」，推展「末期癌症病人居家療護」方案，隨傳隨叫地到病人家中服務。首創安寧居家療護(Hospice home care)。
1985 年	耕莘醫院院長陸幼琴修女甫自美返台，提出乳癌防治工作的重要性，「天主教康泰醫療教育基金會」相當認同陸修女的構想，並有感於當時國人對於乳癌問題的漠視，所以「乳癌防治服務組」因應而生。
1987 年	基督教馬偕醫院成立安寧療護小組，並且舉辦了一系列「臨終關懷」的演講。
1990 年 2 月	馬偕醫院淡水院區開辦了全國第一家安寧病房，台灣成為世界上第十八個設立安寧療護機構的國家。
1990 年 12 月	馬偕醫院成立「財團法人中華民國安寧照顧基金會」，全面推展安寧療護運動。
1994 年	1. 趙可式女士赴美攻讀安寧療護歸國後，在陸幼琴修女院長的鼎力推動下，於新店「天主教耕莘醫院」成立國內第二家安寧病房，並隨即展開居家照顧服務。 2. 天主教康泰醫療教育基金會在董事趙可式建議下，「癌症末期照顧組」成立，這也是國內首位臨終關懷專家所引進，目的在協助各醫院訓練安寧療護專業人員及義工，協助減輕癌症末期病人身、心、靈的痛苦，同時也教導病人與家屬正確的照顧方法，作好離世的準備，以感恩的心與摯愛者告別，並透過演講教育民眾，重視癌症威脅，加強保健觀念及對死亡的正確認識。 3. 江綺雯國大代表聆聽了趙可式女士的演講後，於同年年底在國大代表修憲會議中的「國是建言」，即以「安寧療護」為主題，向總統建言，引起了當時行政院徐立德副院長的重視，指示衛生署全力推動安寧療護的發展，並成立「安寧療護推動小組」，撥款設立「安寧療護研修中心」設計各種教育課程、進行相關研究、撥款補助鼓勵各醫院開辦住院及安寧居家療護實驗計畫，研擬各種政策，例如：設置規範、評鑑制度、健保給付等。
1995 年	台大醫院以「國立教學醫院及醫學中心」的角色設立了緩和醫療病房（或稱「安寧緩和醫療病房」）；爾後，國內各公私立醫院開辦安寧病房與安寧居家療護。
1996 年	衛生署已先後訂有「安寧病房設置參考規範」、「安寧居家療護設置規範」、及「安寧居家療護納入全民健康保險試辦計畫作業準則」，作為準備作業。
1999 年止	1. 受衛生署補助已有二十一家安寧病房及二十五個居家安寧療護單位。 2. 參與「全民健康保險安寧療護整合性照顧系統」試辦計畫而通過給付者有十七家安寧療護試辦單位。
1999 年 5 月	「台灣安寧緩和醫學學會」成立。鑑於安寧療護的機構，有以「安寧」為名者；亦有以「緩和」為名者，名稱上有混淆的現象，該醫學會遂取名為「台灣安寧緩和醫學學會」。用意將此領域統合其名稱為「安寧緩和」一詞。
2000 年	5 月 23 日，立法院三讀通過「安寧緩和醫療條例」並於 6 月 7 日由總統正式公布施行。7 月 1 日，安寧療護整合性照顧納入全民健康保險給付試辦計畫。

由表 2-1-1 國內安寧療護發展過程中，從 1981 年開始發展，至 2000 年正式取得法律上的合法地位，並且亦獲得健保給付項目，我國的安寧療護的環境可說已算健全。有如此良好的立法與健保環境，然而國內安寧療護服務的推廣離理想還有一段落差。至 2004 年，癌症死亡個案接受安寧療護的比率不到二成（許滄汶，張俊郎，2004；魏書娥、許滄汶、林姿妙，2004），根據劉嘉年、楊銘欽對 2001-2004 年全民健康保險資料庫所得資料，癌症死亡患者選擇安寧療護服務者僅有 14.0%-17.7%，國內安寧療護的利用比率較國外低且集中於醫學中心（劉嘉年、楊銘欽，2007），因此當時國民健康局副局長王英偉到安寧緩和醫學學會演說，提到國家未來五年癌症防治計畫，期望能將癌症接受安寧療護比率由近二成提高到五成。（許滄汶，張俊郎，2004；魏書娥、許滄汶、林姿妙，2004）。

目前全國可提供安寧療護的機構已很普及，提供的服務包括：安寧病房、安寧共同照護、以及居家安寧療護服務等。至 98 年 5 月止，全國與安寧照顧基金會簽訂合約的機構共六十二家，包括北部二十五家、中部十一家、南部十八家與東部八家。同時，全國可以提供安寧病房的醫院共有三十九家，可以提供安寧共同照護的醫院共有四十家，可以提供居家安寧療護的醫院共有四十九家，見下表 2-1-2（安寧照顧基金會，2009）。

表 2-1-2 全國各區提供安寧療護的簽約機構數目與服務類別（安寧照顧基金會，2009）

	簽約機構數目	安寧病房	安寧共同照護	居家安寧療護
北部	25	15	19	18
中部	11	4	7	7
南部	18	15	12	17
東部	8	5	2	7
全國合計	62	39	40	49

由表 2-1-2，安寧療護機構在全國各地已很普及，但這不代表民眾使用安寧療護的狀況就好，從兩方面來分析就可看出目前台灣安寧療護的推廣尚未達理想目標：(1) 根據台灣照顧協會統計顯示，截至 2007 年 11 月止全國民眾 IC 健保卡註記預立選擇安寧緩和意願者僅七千多位（楊嘉玲等人，2008）；(2) 以安寧病床的使用率進行分析，直到 2007 年，安寧療護病床的總數已由 2000 年的 180 床增至 2007 年的 448 床，但與 2007 年所有病床總數 150628 床相比，安寧病床數算是頗稀少。安寧病床稀少，但佔床率卻依然不高（從 2000 年的 45.9%到 2007 年的 55.66%），顯示民眾於癌末時會選擇住安寧病房的現況不理想（行政院衛生署，2008）。國內安寧療護的推廣尚有長遠的路要走。

第二節 安寧療護的醫療理念

安寧療護於其說是一種醫療「處置」，不如說它是一種「理念」。安寧療護的醫療理念，表達了對人生命的尊重，亦是對醫學至上、「見病不見人」的一種反省。研究者閱讀相關文獻，歸納安寧療護的七項重要醫療理念有：壹、減輕疼痛，增進舒適；貳、自然死：不延長生命亦不縮短生命；參、以「照護」為醫療目標；肆、尊重臨終病人的自主權與生命尊嚴；伍、提昇病人的生活品質；陸、提供五全的整體性照顧；柒、幫助臨終病人安詳善終。逐一說明這七項理念：

壹、減輕疼痛，增進舒適

癌末病人到最後會有許多身體上的症狀，包括疼痛、噁心、痛苦、食欲不振、全身疲倦感、腸閉塞、便秘、腹脹、下痢、吞嚥困難、咳嗽、血尿、排尿障礙、褥瘡等。安寧療護首先注意到癌末病人的疼痛問題，以減低病人痛苦為首要，促進其舒適，而非治癒疾病為首要（Maddocks, 2003；釋見蔚，2007）。末期病人有 80% 的比例會有疼痛的症狀（趙可式，2000），癌末病人計有 85% 有疼痛現象（邱泰源，2000），國外的研究亦有類似的結果，如此高的比例，可見得疼痛控制在臨終照護上的重要性。

除了身體上的疼痛，癌末病人常會出現「整體性的疼痛」(total pain)。桑德絲於 1964 年發表《對無可治癒的癌症之症狀處置》(The symptomatic treatment of incurable cancer) 已注意到癌末病人的「疼痛」不僅單單來自於身體，它更是與心理、社會與靈性等層面的問題有關(魏書娥等人，2004)。詳見下圖 2-2-1 全人痛苦示意圖(引自蔣蕙芬，2005)。

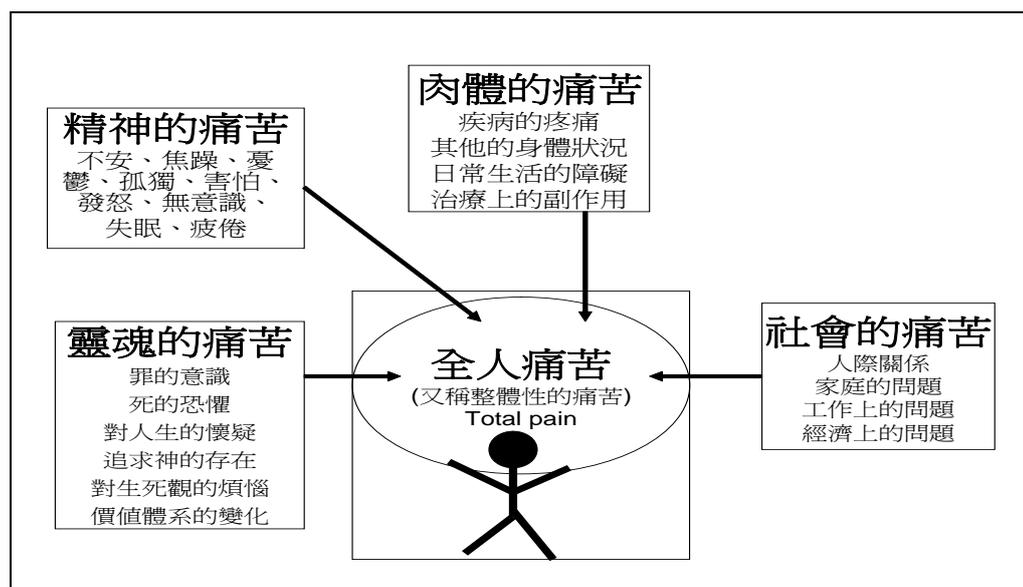


圖 2-2-1：全人痛苦示意圖（資料來源：蔣蕙芬，2005）

安寧療護對治疼痛的醫療理念，與一般傳統在臨床上有很大的不同。傳統上，對治疼痛是用止痛藥來處理身體上的疼痛，然而癌末病人的「整體性疼痛」並非單純身體因素，往往涉及心理、靈性與社會層面。源自生理上的疼痛是最好處置的，源自於心理、靈性、社會上的疼痛比任何身體的疼痛更難療癒。

安寧療護爲了照護癌末病人「整體性疼痛」問題，依靠的是整體醫療團隊在其各各專業領域中的多元功能，來回應病人的身、心、靈、社會的需求，最終達到全人止痛的效果（葉忍莉，陸重隆，2002）。除了依靠各專業領域的醫療團隊外，「傾聽」並「同理病人生病世界」對於舒緩癌末病人的整體性疼痛有重要的貢獻（張玉仕，2004；蔣蕙芬，2005）。桑德絲（Cicely Saunders）就是透過傾聽，才發現原來癌末病人的痛苦是全面性的疼痛（total pain），她曾經請病人描述他的痛苦，結果病人毫不猶豫地回答：「剛開始是在我的背部，但現在我全身都不對勁了，沒有人知道我的感受，好像全世界都跟我作對一樣」（Saunders, 2000；魏書娥等人，2004）。研究者認爲雖然醫護人員無法完全承擔「減輕病患精神上的痛苦」的責任，但是可以盡力「傾聽」，因爲「傾聽」才能確定並回應病患真正的需求。

貳、自然死：不延長生命亦不縮短生命

1960年代心肺復甦術（CPR）發明以前，人們在家死亡，周圍有家人陪伴、安詳地臨終是一種常態。CPR發明以後，CPR被當作了萬靈丹，大部分送到醫院的病人，無論是意外、器官老化或癌末等皆要被急救、插管、電擊等等，因此臨終者要身體「完整地」自然死去幾乎是不可能（安寧照顧基金會，2009）。

安寧療護將死亡當作是生命的自然而然的一部分（Zylicz & Janssens, 1998），其理念是肯認「自然死」，從世界衛生組織所界定的緩和醫療原則，就可見此理念。世界衛生組織所界定的緩和醫療原則包含：（1）提供減緩痛苦以及其他痛苦的症狀；（2）肯認生命，同時亦承認死亡爲自然過程；（3）既不加速死亦不拖延死亡；（4）整理心理與靈性層面的病人照顧；（5）提供支持系統給病人讓他盡可能積極地活著直到死亡；（6）提供支持系統來幫助病人的家屬處理事情，並處理哀慟；（7）採用團體方式來處理病人與家屬的需求，包含悲傷輔導；（8）增進生活品質，亦可以正向地影響病程（9）在疾病早期即可獲得，亦與其他延長生命的治療，例如化學治療與放射治療有關，且包括對疾病併發症的檢查（世界衛生組織，2009）。其中第二、三項，承認死亡爲自然過程，既不加速亦不拖延死亡，即是「自然死」的理念。

在此必須特別說明的是，安寧療護讓癌末病人「自然死」，只是不多作英雄式的「延

命治療」，並非「消極」地完全不作為，放任病人死亡。舉例說明，上述世界衛生組織所界定的緩和醫療原則第五項「提供支持系統給病人讓他盡可能積極地活著直到死亡」，說明了安寧療護在照護病人上「積極」的一面，而非「消極」放任癌末病人死亡。此外，對於病患疼痛的處置方面，安寧療護更是積極地去「預防」疼痛，而非等疼痛發生時才去控制疼痛，例如：「聖克里斯多福」醫院對病人病痛的處理原則是在疼痛發生之前，就主動的防止，而不是被動的壓抑或控制（黃天中，1988）。由此可見，安寧療護並不是「消極」地，完全無作為地放任病人死亡。

總而言之，安寧療護的「自然死」醫療理念是針對急救已無效的癌末病人，不作侵入性的醫療急救，但還是「積極」地照護關懷病人，讓死亡自然發生。

參、以「照護」為醫療目標

傳統的醫療目的是以「治癒」（cure）疾病為主，就連醫生的養成教育裡亦要求醫生要拯救病人到最後一刻，在臨床及研究上治癒率（curative rate）是醫療成就的指標之一（賴允亮、何景良、劉士華、林育靖，2007），「死亡」被視為醫療上的「失敗」。隨著醫學的突飛猛進，在某種程度上醫學確實可以「拖延死亡」，但卻還是無法「隔絕死亡」。「死亡」與「衰老」是生命中的自然過程，無論醫學如何進步，醫學還是無法「治癒」死亡與衰老，因此長久以來以「治癒」為主的醫療目的就受到了質疑。醫學再進步，亦有它的極限，畢竟醫學還是不能改變「人終將一死」的事實，然而醫學在照護臨終病人，改善疼痛、增加生活品質上，還有許多可作的事情，因此病人的死亡不應視為醫學的失敗。邱泰源、陳榮基（2007）就提出了一種不同於以往的說法，他們認為所謂醫療的失敗並不是病人的死亡，反之，未能協助病人安詳往生，才是醫療的失敗。

安寧療護以「照護」（care）為醫療目標，而有別於傳統上醫學的「治療」（cure）目標，且安寧療護所強調的照護，是一種「人性化」的照護。以癌末病人為例，癌症末期病人是無法被治癒的，此時醫療目標若還是設定為「治療」，那麼醫學就什麼都不能作，但若醫療目標是「照護」，那麼醫學還能作的就還很多，只要能讓癌末病人的最後一程能走得舒適，皆是安寧療護醫療團隊努力的目標。鐘昌宏（2002）就曾說：「安寧療護是沒有終點的關懷」，且安寧療護的提倡者桑德絲（Cicely Saunders）本人亦強調照護或療護（care）的觀點，她曾說：「在安寧療護裡，一個人死時雖然身體的病痛並未被治癒（cured），但痛苦已被療癒（healed），安寧療護是提供療癒（healing）場所。」（引自林惠貞，2004）

總而言之，安寧療護的醫療理念是以「照護」（care）為目標，而非一味追求「治

癒」(cure)，而且它強調的是一種「人性化」的照護，只要能提供癌末病人或末期病人最後一程時走得安詳，皆是安寧療護會努力去作的；此外，安寧療護的關懷與照護是無止盡的、沒有終點。Editorial 認為癌末病人最後雖終將一死，而安寧療護最大的成就，莫過於提供醫療界照護末期病患的理想方法（轉引自賴允亮，2000）。

肆、尊重臨終病人的自主權與生命尊嚴

在心肺復甦術發明後，臨終病人在病床上最後一刻幾乎是沒有選擇餘地被進行英雄式的急救，病患自身鮮少有機會或有權利自己決定醫療方式，醫療決定權多交由家屬與醫生決定，此外，在急救時常常衣不遮體、身體殘破，遑論有任何生命尊嚴可言。

安寧療護提供給臨終病人在最後一刻，除了英雄式的急救到底之外，另一種醫療選擇，即身體完整，疼痛受到控制，舒服安詳地死亡。這樣的醫療選擇權顯示了安寧療護對病人「醫療自決權」與「生命尊嚴」的重視（蔣蕙芬，2005；胡文郁、楊嘉玲，2009；方慧芬、張慧玉、林佳靜，2009）。

安寧療護重視預立指示，即透過生前預囑或「預立醫療委任代理人」的方式，病人可以自己決定臨終醫療方式，或者將醫療決定權委託給某位家屬，如此，病人可充分享有「醫療自決權」。許禮安（2002）認為在醫療決定的角色方面，病人才是主角，家屬是配角，醫療團隊人員是跑龍套的。跑龍套的要協助配角共同去完成主角人生的最後一場戲。

此外特別說明的是，早期病人的「醫療自決權」被犧牲了，主要來自兩方面的主因：（1）家屬要求隱瞞病情（2）醫生的醫療包袱（陳榮基，2000；林惠貞，2004；李開敏，2004）。家屬為何會對病人隱瞞病情？家屬往往因為擔心宣布不好的病情，會影響病人生存的意志，導致病人不安，而善意地對病人隱瞞病情，同時家屬還會要求醫護人員配合噤聲，這正是庫布勒羅斯（Kubler Ross）所說的“沈默的陰謀”（silent conspiracy）（轉引自李開敏，2004），而病人就是在這樣沈默的陰謀下，對於自己的病情不了解，而失去了替自己選擇醫療方式的權利。同時，醫生的醫療包袱亦阻礙了病人的醫療自決權。醫生除了在醫學教育訓練裡被要求將「治癒」作為醫療目標外，同時在法令規定上亦要求醫生盡力地救活病人，例如：我國醫師法（1943年公布）第21條規定：「醫師對於危急之病人，應即依其專業能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延。」；此外，醫療法（1986年公布）第60條規定：「醫院、診所遇有危急病人，應先予適當之急救，並即依其人員及設備能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延。」（法源法律網，2009）。因此，每天在醫院病床上，皆可看到明知是不可救治的末期病

人，在臨終時仍要接受英雄式的急救到底（陳榮基，2000）。在醫生養成教育與法令規定的雙重包袱下，病人的醫療自決權被忽視了。

從安寧療護被提倡以來，病人的「醫療自決權」問題再度被看見，且亦漸漸地受到法令上的保障；例如：1976年美國加州通過「自然死法案」(Natural Death Act)，認同病人擁有決定維生醫療的權利，1991年美國聯邦政府制定「病人自決法案」(Patient Self-Determination Act)，明定成人病患具有其醫療自決的法定權益，包括拒絕或接受特定治療的權利，其法案確認了臨終病人對醫療決定的權利（方慧芬等人，2009）。至於我國方面，亦在2000年通過「安寧緩和醫療條例」，讓病人可以在意識清楚時，事先預立指示，來選擇醫療方式或預立醫療委任代理人。

總而言之，安寧療護重視病人的自主權，並透過預立指示讓病人表達充分享有「醫療自決權」。要預立指示的前提是必須讓病人知道自己的病情，但醫生、家屬對於病情告知一直存有疑慮。本章文獻探討第五節會對這些重要抉擇作更詳盡的討論。

伍、提昇病人的生活品質

末期病患雖然已無治癒的希望，但他們卻有權利保有對生活品質的期待。世界衛生組織對安寧療護的定義，就提到：協助病患及家屬獲得最佳的生活品質是安寧療護的目標。由此可知，提昇提昇末期病人的生活品質是安寧療護的重要醫療理念。

生活品質的良窳會直接影響到末期病患生存下去的欲望，會要求安樂死的病患往往是因為承受了無可忍受的身體上的疼痛，且失去了打理日常生活點滴的自主權（李慧菁、趙可式，2003）。因此，安寧療護若要提昇病人的生活品質，首先必須能夠有效減輕癌末病患的疼痛問題，並能回應病人在生活中的需求，例如：給予訪客時間、用餐、打針時間等的彈性，安寧療護讓病人保有對日常生活的自主權（Zylicz & Janssens, 1998）。

柏木哲夫（2000）認為維持末期病人生活品質的必備條件有五：（1）疼痛及其他不舒服症狀的控制；（2）身體可以活動；（3）精神上的充實感；（4）社交生活的充實感；（5）心靈上的滿足。由柏木哲夫的觀點，進一步地可以了解到對於末期病人的所作的醫療措施，不應該只是延長「生命的長度」而已，更重要的是要照護到「生活品質」。在心肺復甦術發明後，醫學界對末期病人的醫療，只看重「量」(quality)，即所謂的「延命治療」，安寧療護推廣以後，讓我們重新省思到末期病人最後階段活著的「質」(quality)的問題。

生活品質含蓋的概念很廣泛，除了客觀概念所指涉的「健康狀態」、「功能狀態」，

即末期病人常使用的「活動能力分級」(ECOG)外，生活品質其實經常指的是一種主觀概念，即「幸福感」(胡文郁，2005)。這種主觀的幸福感受，離不開身、心、靈、社會等層面的需求被滿足，而這亦是安寧療護所重視的全人照顧概念。

以安寧病房為例，爲了提供臨終者好的生活品質，安寧療護強調的病房是一種「像家的病房」。爲了讓臨終癌末病人得到最好的照顧，安寧病房備有許多的措施，例如休閒區、餐廳、廚房、客廳、交誼廳、空中花園、家屬休息室、志工室、沐浴室、洗澡機、往生室、會談室、禱告室、佛堂等(許禮安，2002)，諸多的措施追求的目標即是提供臨終者最好的生活品質，這亦是安寧療護所重視的理念。

總而言之，末期病患仍有要求生活品質的權利。對於末期病患的醫療，不應該只是延長生命而已，末期病患生活品質的良窳會影響其生存的意念，因此安寧療護的醫療理念，重視對末期病患的疼痛控制以及讓病患保有生活的自主權，力求從身、心、靈、社會等層面回應末期病患的需求，以提昇其生活品質。

陸、提供五全的整體性照顧

安寧療護的照護服務，強調以「病患」爲中心，提供積極整體性照顧(total active care)，並對癌末病人與其家屬提供五全(全人、全家、全程、全隊、全社區)的照顧。以下就五全的照顧概念說明如下(賴允亮，2000；王志傑，2003；林惠貞，2004；鍾昌宏，2006；趙可式，2008)：

一、全人照顧：即身、心、靈三方面的整體照顧。在一般病房，著重的是病人身體的療癒，而安寧療護對癌末病人的照護，除了必須要減輕病患身體上的疼痛，還要關心病患的心理、靈性與家庭等，所以是全人的照顧。

二、全家照顧：死亡影響的不只是病患一個人，其家屬在體力與情緒上的負荷亦很大，因此安寧緩和療護不僅要照顧病患，亦要照顧家屬，解決其體力、心理、悲傷等問題。

三、全程照顧：安寧療護並不是在病患死亡後就結束照護，而是從病患接受安寧療護開始，一直到病患死亡，以及事後的家屬悲傷輔導等等，皆包括在其中。

四、全隊照顧：安寧醫療團隊由不同的專家組成，期能提供臨終病患與其家屬最好的照護，其專業人員包括醫師、護理師、社工師、義工、營養師、藥師、物理治療師、宗教

或神職人員所組成的多科技團隊。藉由各類專業人員的協助合作，才能讓病人，包含其家屬獲得最好的照顧。

五、全社區照顧：癌末的病人希望能提供其居家照顧，因家裡才是病人最感覺到舒服與自在的地方，於是家庭所在的社區能夠接納並給予適當協助，這便是全社區照顧。

研究者認為安寧療護五全照顧的理念，恰好回應了傳統醫療「不能再做什麼」(There is no more we can do) (Dunn, 2001) 的困境與需求。傳統醫療把醫療目標放在治癒 (cure)，所以在面對臨終病人時常有種不能多做什麼的感嘆；反觀，安寧療護的照護理念，包含了生病過程與臨終後的善後，並將臨終病人的親人、小孩皆納入照顧範圍，以病人為中心，透過全人、全家、全程、全隊、全社區的照顧，回應病人整體性的需求。對安寧療護而言，能為病人做的永遠都不夠多，安寧療護是沒有終點的照顧。

柒、幫助臨終病人安詳善終

安寧療護的最核心的價值之一就是善終 (Saunders, 2000)，讓臨終者能獲得身心靈平安 (趙可式, 1997)。邱泰源、陳榮基 (2007) 認為：「活著，是最好的禮物；善終，是最美的祝福」。

為了要幫助病人安詳善終，許多專家學者皆作了善終指標的研究。不同國家、文化會有不同的善終觀念，賴和賢等人 (2005) 認為善終觀念並非一種恆久不變的真理，而是隨著當下的文化背景而會有所差異。以國內的研究而言，對台灣安寧療護的推動占有重要地位的趙可式，在 1997 年就以詮釋研究法，收集 20 位癌末病患對「善終」意義的體認，以深入的會談及長期的參與性觀察收集資料，結果發現善終包含了三個類目及十二主題：(1) 身體平安：包括身體的痛苦減輕至最低、臨終的過程不要太長、身體完整及清潔整齊、能活動。(2) 心理平安：包括認、放下、不孤獨、心願已了無牽掛、在喜歡的環境中享受大自然。(3) 思想平安：包括一天過一天不去想太多、有意義的一生、人生苦海即將上岸。趙可式對善終的研究，可說是具有開創性的價值，至今，後繼的許多學者所發展出來的善終概念與模式仍以她的研究為參考。例如：陳錫琦、陳淑香於 2006 年曾探討大學生的善終概念，包含了四個層面，即身體善終、心理善終、社會善終、靈性善終 (陳錫琦、陳淑香, 2007)。

以國外的研究而言，在 2000 年的英國醫學期刊 (British Medical Journal) 的一系列關於善終的文章中，揭示了一系列如何在照顧上幫助病人達到善終的境地的方法，包

含：(1) 要能協助病人及家人了解死亡何時將會到來且能了解什麼是適切的期望、(2) 協助病人掌握將發生的事情、(3) 提供病人尊嚴和隱私、(4) 協助病人對於疼痛及其他身體症狀達到緩解及控制、(5) 使病人對於自己往生的地點具有選擇的權力、(6) 協助病人及家屬尋求相關的資訊及專家協助、(7) 當病人和家屬提出要求時協助其尋求靈性及心理層面的協助及支持、(8) 協助病患及家屬不論在何時皆能得到安寧緩和療護的照顧而不只侷限於醫院內、(9) 讓病人擁有選擇和誰一起分享最後一刻的決定權、(10) 確保病人能簽訂預立指示且確保病人的希望皆能獲得尊重、(11) 讓病人能有時間及機會道別且讓病人擁有另一層面的時間控制權、(12) 讓病人在其該離世的時機往生不要無意義的延長病人的生命等（引自賴和賢等人，2005）。

研究者認為國外對善終的研究事實上與趙可式對善終的研究有共同的結論。透過讓病人知道死亡何時會來、協助病人掌握將發生的事情、提供病人尊嚴和隱私、協助病人對於疼痛及其他身體症狀達到緩解及控制．．．等方法達到善終，其實就是趙可式指的「身體平安」、「心理平安」、「思想平安」。

總言之，安寧療護的重要理念是幫助病人達到善終，且國內外的研究皆指出了善終的指標與方式。然而，研究者認為善終雖然有指標可循，但每個人對善終的期待還是有差別的，所以為了回應每個臨終病人的真實需求，幫助他們安詳善終，就必須落實病人自主權（autonomy），惟有確實落實病患自主權以及選擇權（choice），以病人為中心的照護模式，如此才能真正地幫助每位病人達到善終（McNamara, 2004）。

第三節 安寧療護的迷思

從 1990 年台灣成立第一家安寧療護機構始，到 2000 年安寧緩和醫療條例頒行，安寧療護在台灣已行之多年，且亦有很好的立法保障。照理說，台灣在安寧療護的醫療體系與法律上皆已算完整，大部分民眾早該普遍接受安寧療護為臨終的醫療選擇之一，然而目前癌末病人接受安寧療護的比率尚有待加強（許煌汶，張俊朗，2004），導致安寧療護的使用比率未如預期上好，除了在於教育上的宣傳不彰（許煌汶，張俊朗，2004；賴維淑、楊婉萍、趙可式，2009）外，研究者認為與大眾對安寧療護的錯誤迷思有關。

特別說明的是，本節所討論的安寧療護迷思泛指民眾對安寧療護的誤解與錯誤認知，從國內外相關實證研究（許惠珍，1998；邱淑如，1999；Mello & Jenkinson, 1998；周希誠等人，2006；趙可式，2008）與文獻（柏木哲夫，2000；邱麗芬、羅素如，2006；Morita et al., 2006；陳冠廷，2009），可發現民眾對安寧療護的誤解與錯誤認知會影響其選擇安寧療護的意願。茲就研究者閱讀文獻所整理的安寧療護迷思，分析討論如下：

壹、選擇安寧療護等於放棄治療

一般民眾，甚至包括醫護人員本身對於安寧療護的共同迷思是：選擇安寧療護就等於放棄治療。一般人對安寧病房的刻板印象是「等死的人才去的地方」（賴允亮，2000）；對安寧病房有錯誤認知的病人本身亦會認為：「把我送到那裡表示醫生和護士都放棄我了」；家屬亦認為：「讓家人住在那裡，表示我不想救他、不愛他，希望他早點死，別人會認為我不孝」（邱麗芬、羅素如，2006）。上述這些來自一般民眾、醫護人員、病人與家屬對安寧療護的錯誤迷思，顯示了他們對醫學的期望是「治癒」（cure），因此他們認為安寧療護的「照護」（care）是一種放棄治療。

研究者認為治癒（cure）與照護（care）兩者皆應視為醫學的重要目標。面對可治癒的病人，醫護人員應以治癒病人，幫助其重返健康為目標；面對不可治癒病人，醫護人員應以照護病人，提高其生活品質為目標。若只是一昧的強調治癒（cure）疾病，那麼醫學只能幫助一般的病人而已，對於臨終或末期病人則無計可施，因為醫學再發達亦是有極限的，治癒臨終病人或末期病人是不可能的。

安寧療護被視為醫療失敗或放棄性治療，甚至是在治療第一線失敗以後的替代療法（alternative treatment），這些對安寧療護的污名反映出大眾，甚至是醫護人員對安寧療護的誤解。安寧療護雖不是闖勁（aggressive）的治療，但它是一種積極（active）的態度（賴允亮等人，2007）。事實上，安寧療護雖不像傳統醫學強調「治癒」，但它的「照

護」卻是無止盡的，只要對病人有益處，安寧療護的照護並不會比一般病房少，且比一般病房更強調病患的尊嚴、自主及舒適（賴允亮，2000）。對安寧療護的錯誤迷思，大多是在尚未接觸安寧療護之前，在接觸過安寧療護後，不管是病人與家屬本身對安寧療護的滿意程度皆很高（趙可式，2001）。

總而言之，安寧療護對不可治癒病人所提供的照護（care）醫療，並不是放棄治療，相反地，安寧療護以全人的方式幫助病人追求較佳的生活品質，不僅人性化，更顯示出積極的一面。

貳、選擇安寧療護等於安樂死

安寧療護的迷思之一是安寧療護等同於安樂死，以為安寧療護是執行安樂死的地方（柏木哲夫，2000）。以台灣而言，在「安寧緩和醫療條例」的過程中，就曾發生過將安寧療護等同於安樂死的爭議（謝文祥，2000；佛教蓮花關懷基金會，2000），我國的「安寧緩和醫療條例」中僅有明訂病人有選擇「安寧緩和醫療」的醫療自決權，並沒有說病人有選擇「安樂死」的權利，目前世界上僅有荷蘭立法通過遵循特定的指導綱領，醫師協助自殺及直接為病人注射致命藥物是無罪的，不過還是常引起爭議（林昌誠、孫揚忠、張一寧、黃松元，2006）。其實，就安寧療護與安樂死的定義來看，安寧療護的內涵是「自然死」與「尊嚴死」，跟安樂死是有很大的差別的。安寧緩和醫療的定義是：「對於不可治癒之末期病人，允許醫療人員在尊重其意義等前提條件下，不作積極性治療或急救而提供緩和醫療，包括減輕或免除其痛苦、不適症狀之緩解性、支持性安寧醫療照護措施或免心肺復甦術，使病人有尊嚴的渡過其生命末期」；而安樂死的定義是：「係基於免除病人之痛苦，而以人為加工方式提早其死亡，本質上屬縮短他人生命之行為」。從定義上看，安寧療護既不延長亦不縮短病人生命，然而安樂死基於免除病人痛苦，而縮短病人生命，可見兩者的差別（佛教蓮花關懷基金會，2000）。

安寧療護與安樂死長期以來被混淆當作同義詞，然而兩者除了「目的」同樣是為了解除病人痛苦外，它們在「作為」上有很大的差別。安樂死是以致命藥物致人於死，來解除病人的痛苦；安寧療護則是使用各種醫療止痛措施來緩解病人各方面的痛苦（謝文祥，2000）。安樂死的執行必須審慎考量，柏木哲夫（2000）認為執行安樂死的最基本條件有四項：（1）肉體受到嚴重痛苦折磨；（2）無法治癒且死亡迫在眉睫；（3）用盡所有可解除痛苦的方法皆無效；（4）為病人本身的意願且明白表達出來。依據柏木哲夫的說明，安樂死是對不可治病人，當其痛苦無法解除且任何治癒方法皆無效時，根據病人的同意，而使用藥物縮短其生命，使其安樂「死」。

以末期病患要求安樂死的原因來看，主因有：(1) 身體上有無法控制的疼痛及其他辛苦的症狀；(2) 憂鬱、無望感、焦慮；(3) 譫妄；(4) 失去控制和尊嚴；(5) 枯竭、疲潰；(6) 缺乏社會支持系統、害怕成爲別人的負擔；(7) 失去生活的目標與意義（李慧菁，趙可式，2003），國外的研究亦有類似的結論，要求安樂死的病人常是害怕承受痛苦，且伴隨有沮喪的情緒（Zylicz & Jassens, 1998）；此外亦有專家呼籲：若病人要求安樂死，應該將這樣的聲音視爲「哭喊幫助」（cry for help）（Shneidman & Farberow, 1957；引自 Zylicz & Janssens, 1998）。由此可見，當病人要求安樂死，應謹慎看待，末期病患常常是在身體疼痛無法獲得解除，並在心理、家庭、社會各層面遭遇到困頓，才會斷然地要求安樂死。

以安寧療護而言，目前對不可治癒病人的疼痛控制已經可以作得很好，且非常重視病人的心理上的負面情緒，期望透過全人照顧（身、心、靈、社會）提昇病人的生活品質，因此接受安寧療護的病人幾乎皆不會向醫生要求安樂死，反而可以安樂「活」下去，珍惜活著的每分每秒。例如：柏木哲夫（2000）亦指出英國自一九六七年創辦安寧療護醫院以來，再也沒有一位接受安寧療護的病人要求安樂死；此外，根據 van den Maas, van der Wal, & Haverkate 於 1996 年在荷蘭最早建立的安寧機構之一的 Hospice Rozenheuvel 調查接受安寧照護的病人，發現與其他醫療機構比較，在 Hospice Rozenheuvel 接受安寧療護的病人幾乎很少要求安樂死的（引自 Zylicz & Janssens, 1998），甚至亦有學者指出：安寧療護的進步事實上是爲了預防安樂死（Meier, Morrion, & Cassel, 1997；引自 Peretti-Watel, Bendiane, & Moatti, 2005），由此可見安寧療護與安樂死的不同之處。以下進一步比較安寧療護與安樂死的差別，詳見表 2-3-1（謝文祥，2000）。

表 2-3-1 安寧療護與安樂死的區別（謝文祥，2000）

安寧療護	安樂死
1.強調要活得尊嚴	1.強調要死得尊嚴
2.強調生命質與量	2.希望停止病患生命
3.強調家屬與病患的親情與照顧	3.只強調家屬與病患的個別感受
4.注重團隊照顧，對病患及家屬提供全人服務，團隊人員經過特別訓練	4.不注重醫療團隊照顧
5.強調「安樂活」，因爲絕症仍然預測存活期，只強調控制疼痛，及解除不適症，及心靈支持	5.強調「生命的停止」、「一了百了」，認爲生命的延長唯有痛苦

總而言之，安寧療護與安樂死在精神理念上的差別頗大，且在醫療現場中可發現一個有趣的現象：受到安寧療護後，病人因生活品質改善而更加珍惜活著的每一天，「安樂的活著」。安寧療護是好的照護（good care），但安樂死永遠不會是好的照護（Zylicz & Janssens, 1998），畢竟安樂死是以結束病人生命來結束痛苦，它並沒有照護到病人。

參、使用止痛藥物會上癮並縮短生命

末期病人會有嚴重的疼痛問題。末期病人的疼痛種類繁多，尖銳或煩悶、慢性或急性、持續或間斷、隱約或劇烈、像刀插、抽痛，還有淺痛或深痛（Kessler, 2000）。許多人不害怕死亡，但是卻害怕死亡的痛苦過程，例如李慧菁、趙可式（2003）指出末期病患向醫師要求安樂死的主要因素之一是身體上有無法控制的疼痛或其他辛苦的症狀，可見得疼痛控制在末期病人臨終照護上的重要性。

使用止痛劑來作疼痛控制在末期病人的臨終照護上是很普遍的。世界衛生組織（WHO）對癌症疼痛控制是根據不同的疼痛程度，共分三階梯用藥：（1）第一階段是指病患產生輕度至中度的疼痛，可給予非類固醇抗炎藥（Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs, NSAIDs）；（2）第二階段是指病患產生中度至重度的疼痛，或用 NSAIDs 無效，可給予弱鴉片製劑或合併 NSAIDs；（3）第三階段是重度疼痛或以上第二線藥物無法緩解的疼痛，則給予強鴉片製劑再加 NSAIDs（余幸澄，2001）。一般小量的嗎啡（morphine）就是弱鴉片類（林佳靜等人，2000），在第二階段開始就可使用小量嗎啡作疼痛控制，在第三階段像嗎啡類的藥物則是治療癌痛的主流（余幸澄，2001）。

在接近疾病末期與疼痛愈加據時，嗎啡是目前最好用亦最好的藥（柏木哲夫，2000），然而大眾對使用嗎啡卻有恐懼，認為嗎啡是「毒品」會讓病人上癮，甚至會縮短生命。李英芬等人（2003）的研究中顯示有兩成以上的嗎啡給藥問題，部分病人仍不肯使用嗎啡，而承受不必要的疼痛。Morita et al（2006）對日本民眾的調查研究發現，有 27-38% 的日本民眾相信鴉片劑止痛藥（opioids）會縮短生命，24-33% 的日本民眾相信會造成上癮；其實，不僅民眾，連醫生亦將使用高劑量嗎啡視為安樂死（Peretti-Watel et al., 2005）。事實上，有關於使用嗎啡會上癮是種認知上的混淆，使用嗎啡類的止痛藥物有可能會產生藥物耐受性（drug tolerance）及生理依賴性（physical dependence），但真正成癮（addiction）的機會卻微乎其微。進一步說明，藥物耐受性的定義為「藥物在使用一段時間之後，需增加劑量，才能維持藥物止痛的效果」；生理依賴的定義為「突然停藥或使用拮抗劑（antagonist）時發生戒斷症候群（withdrawal syndrome），例如打哈欠、流眼淚、鼻涕、激動、類躁不安、顫抖、失眠、發燒、心跳加速、以及其他交感神經興奮」；成癮的定義為「強迫性地持續性或週期性使用某一藥物，以為了精神上的

作用 (psychic effect)，其主要意義為精神上或心理上有強迫性地使用此藥物之需求，是一種心理上的依賴。」末期病患使用嗎啡作疼痛控制，是來減輕身體的疼痛問題，是一種「生理上的」需求，而非「心理上的」成癮（林佳靜等人，2000；余幸澄，2001）。

研究者認為面對一位生命已到盡頭的末期病人，此時應該優位化的是使病人舒適，而非成癮問題，如此才符合人道關懷的醫療，且專家學者亦皆持同樣的看法（Kessler, 2000；柏木哲夫，2000），柏木哲夫認為減緩痛苦並不一定就會縮短生命，若能夠減緩末期病人的疼痛問題，反而對延長其生命有幫助，因為當病人疼痛受到良好的控制，自然地胃口就會好，胃口好就會獲得好的營養，增加體力來抵抗病魔，如此生命相對地會延長。

簡言之，對使用嗎啡來作疼痛控制，普遍的疑慮是成癮問題與縮短病人生命，這對末期病人而言是少見的；同時，面對一位末期病人，應努力的是減緩痛苦，而非擔心成癮問題。

肆、安寧療護耗費較多醫療資源與費用

一般人認為安寧療護提供比一般病房更人性化的服務設備，費用相對地一定比較昂貴，對於費用方面的迷思普遍存在。事實上，對個人與家庭而言選擇安寧療護並不一定要花費更多醫療費用，因為從 2000 年 7 月 1 日時，安寧療護整合性照顧已納入全民健康保險給付試辦計劃，安寧病房的照護對象亦從早期僅限於癌症末期，經 2003 年修訂安寧緩和醫療條例後，將運動神經元疾病患者（漸凍人）亦納入健保給付範圍（王緯書，2009）。根據安寧照顧基金會網站上的資料，安寧病房的給付標準均按全民健保的標準，住三人房不必付費，住二人房一天約付 1,000 多元，住一人房則約 2,000 多元之病房補助差額，視各開辦病房醫院收費標準而定。醫藥費部份，若是健保局尚未核准給付的藥品或治療才需付費（安寧照顧基金會，2009）。此外特別說的是，事實上，在台灣健保除了給付除住院型式的安寧病房外，還給付安寧居家服務，讓病患可在最習慣的家中，每周兩次由居家護理師、醫師提供專業到府的服務（陳冠廷，2009）。選擇安寧療護是不必多花錢的，醫療費用與一般醫療差不多。

選擇安寧療護除了對個人與家庭有好處之外，對政府而言更可以節省鉅額的醫療預算。以往，幾乎每個臨終病人在最後階段總免不了被地急救到底，接上一大堆的醫療儀器，進行一連串的搶救處置，例如：施予氣管內插管，體外心臟按壓，急救藥物注射，心臟電擊，心臟人工調頻，人工呼吸或其他救治行為。這些急救處置反而耗費了大量的醫療資源與費用，不僅花錢，更擔誤臨終病人善終時刻。

從學者專家們的研究，可知推廣安寧療護對政府而言是能節省龐大的醫療費用的。根據羅紀瓊（1998）的研究，安寧療護費用住院每日可節省全民健康保險支付金額約 2400 元/天/人，居家照顧則可省約 6000 元/天/人，且病人及家屬對安寧療護的滿意度遠高於傳統醫療，因此，發展安寧療護可節省全民健康保險支出，又使病人與家屬滿意（引自賴允亮，2000）。此外，羅健銘、陳素秋、賴允亮、林家瑾、陳建仁等人（2007）分析 2000 年 7 月到 2001 年 12 月癌症病患資料，其中安寧病房 946 人，非安寧病房 3,308 人，發現安寧與非安寧病房的住院天數分別為 15.23 天與 23.77 天，且安寧療護估計可降低住院醫療費用四萬至二十二萬。由此可見，推廣安寧療護對政府而言亦是項利多的政策。

當然亦有學者對費用的爭議，提出較不同的意見。Emanuel（1996）以病患的生命期進行分析，相較於傳統醫療，緩和醫療大致上對生命期小於或等於一個月的病人能節省支出達 25-40%，生命期 6 個月以內的病人達 10-17%，但若病人生命期尚有一年則跟傳統醫療無太大相異（引自賴允亮等人，2007）。研究者認為就算從生命期來進行分析，安寧療護起碼不會耗費較多的費用，且大眾普遍地認為安寧療護提供周全的服務，費用一定較昂貴，這純屬錯誤的認知。

總而言之，選擇安寧療護作為臨終階段的醫療處置，不僅可以為國家健保省下可觀的醫療支出，亦可以讓家庭在人性化的服務空間陪伴家人最後一程，讓病人安詳地善終，對國家、家庭與病人而言，皆是利多的選擇。

第四節 安寧緩和醫療條例的立法過程與條文內涵

國內安寧療護是從居家療護開始，最早可追溯到 1983 年趙可式離開台北榮總副護理長之職務，到「天主教康泰醫療教育基金會」，推展「末期癌症病人居家療護」方案，隨傳隨叫地到病人家中服務（胡文郁，2005；趙可式，2009）。之後於 1990 年 2 月馬偕醫院淡水院區開辦了全國第一家安寧病房，台灣成爲全世界第十八個設立安寧緩和醫療照顧機構的國家（謝文祥，2000；蔣蕙芬，2005）。雖然安寧療護在國內起步很早推廣已多年，但立法上卻延宕許久。以下說明國內安寧緩和醫療條例的立法過程，並說明其條文內涵：

壹、立法過程

台灣雖然在 1990 年就已成立第一家安寧病房，成爲第十八個設立安寧緩和醫療照顧機構的國家，但因無法律依據，致使推動安寧療護的工作倍加艱辛。因此，在 1997 年 8 月，在衛生署與安寧相關團體的努力之下，首度草擬法案，暫定爲「自然死條例」或是「緩和醫療條例」，之後，衛生署報請行政院核定，而法案的內容又數度修正，直到 1999 年 12 月間排入立法院議程（謝文祥，2000；法源法律網，2009）。下表 2-4-1 說明安寧緩和醫療條例條例的實施與修訂過程：

表 2-4-1 安寧緩和醫療條例的實施與修訂過程

時間	立法與修訂過程
1997 年 8 月	衛生署與安寧照顧的相關團體的努力之下，首度草擬法案，暫定爲「自然死條例」或是「緩和醫療條例」。
1999 年 12 月	緩和醫療條例排入立法院議程
2000 年 5 月 23 日	立法院三讀通過衛生署擬定「安寧緩和醫療條例」。
2000 年 6 月 7 日	由總統公布施行「安寧緩和醫療條例」，內文共 15 條。
2001 年 4 月 25 日	公布「安寧緩和醫療條例」施行細則，共 8 條。
2002 年 12 月 11 日	再作適度修正。此次的修正是回應各界對於「不施行，以及終止或撤除心肺復甦術」的爭議，再度作更明確的法令說明。

台灣「安寧緩和醫療條例」終於在 2000 年 6 月 7 日由總統正式公布實施，這對提昇末期病患的醫療品質象徵著重要的里程碑。在該條例公布以前，末期病患就算明知已無治癒希望，總免不了受到急救之苦，因爲醫護人員長期以來受制於「醫師法」第 21

條（條文內容：醫師對於危急之病人，應即依其專業能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延。）、醫療法第 60 條（條文內容：醫院、診所遇有危急病人，應先予適當之急救，並即依其人員及設備能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延。）、以及護理人員法第 26 條（條文內容：護理人員執行業務時，遇有病人危急，應立即聯絡醫師。但必要時，得先行給予緊急救護處理。）等條文的規定（法源法律網，2009），傾向於依法行事，不論救得活、救不活，總是要對病人進行英雄式的急救，在沒有安寧緩和醫療的立法保障下，國內心肺復甦術遭到嚴重的濫用，這種情形漸漸受到醫療人權團體、病人、家屬、醫師等的注意，適逢緩和醫療自國外引進，因此在趙可式等眾專家、以及台灣安寧協會等基金會的努力下，終於產出安寧緩和醫療條例。

研究者認為回溯台灣安寧療護的立法過程，可以發現「安寧緩和醫療條例」的訂定得來不易，是許多人與許多團體努力奔波之下才讓安寧療護取得合法保障，然而有立法保障，並不代表一般大眾普遍就知道安寧療護的理念、認同安寧療護為臨終的醫療選擇之一，而這亦是本研究的研究目的，本研究的目的是了解大學生對安寧療護的知識與態度，並從研究結果提供未來推廣安寧療護一些建議。

參、 條文內涵

安寧緩和醫療條例共 15 條，於 2000 年 6 月 7 日依總統（89）華總一義字第 8900135080 號令制定公布施行；之後最近異動的部分是在 2002 年 12 月 11 日依總統華總一義字第 09100239020 號令修正公布第 3、7 條條文（法源法律網，2009）。條例中除了說明適用時機、確保病人的權利、明訂醫師的權利與責任，亦說明了一些重要名詞的定義，歸納整理如下（詳見表 2-4-2）：

（一）說明適用時機：在「安寧緩和醫療條例」第四條第三項與第七條中對相關名詞與適用時機有明確的規定。在第四條第三項進一步說明意願書的簽署需要有二個證人在場，且醫護人員不得為證人；在第七條說明了不施行心肺復甦之要件。

（二）確保病人的權利：以往末期病人往往在「不知道病情」或「臨危」無法作決定下，無法保有自己的醫療自決權。在「安寧緩和醫療條例」中的第四、第五、第六條，保障了病人有選擇安寧緩和醫療與預立指示的權利，且隨時都可以撤回意願；此外，第八條亦明確保障病人想知道自己病情的權利。

(三) 明訂醫生的權責：在「安寧緩和醫療條例」公布以前，醫師往往迫於醫師法第 21 條規定、醫療法第 60 條，以及家屬的要求，而對明明已知無治癒希望的病患給予英雄式的急救到底，不僅打擾臨終者的安詳，亦讓醫生在道德良心上倍感折磨。「安寧緩和醫療條例」的公布，保障了醫生不施行急救的合法性，但亦同時明訂了醫師違反相關條例的具體罰則。其中第八條提到醫師有病情告知之義務，提供了醫師面臨告知病情，但家屬卻反對的法令參考。不過在此要特別說明的是，雖然病情告知在法令上已有明確的規定，但病情告知卻非只是法令上白紙黑字就可清清楚楚決定的，病情告知在實際操作上有其倫理的兩難（邱泰源，2005b），研究者在本章第五節會作進一步的探討。

(四) 界定相關名詞：「安寧緩和醫療條例」的立法目的是為尊重不可治末期病人之醫療意願及保障其權益，因此本條例在第三條中界定了安寧療護的相關名詞，包含安寧緩和醫療」、「末期病人」、「心肺復甦術」、「意願人」等。

(五) 其他：本條例中除了說明病人權利、醫師權責、界定相關名詞與不施行心肺復甦術使用時機外，在第一條、第二條、第十二條、第十三條、第十四條、第十五條分別說明本條例的立法目的、主管機關、處罰機關、強制執行、施行細則與施行日。

表 2-4-2 安寧緩和醫療條例之條文內涵整理

內涵	條文內容
適用時機	<p>第四條（意願人之簽署及事項）</p> <p>立意願書之日期。意願書之簽署，應有具完全行為能力者二人以上在場見證。但實施安寧緩和醫療之醫療機構所屬人員不得為見證人。</p> <p>第七條（不實行心肺復甦術之要件）</p> <p>不施行心肺復甦術，應符合下列規定：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 應由二位醫師診斷確為末期病人。 2. 應有意願人簽署之意願書。但未成年人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。前項第一款所定醫師，其中一位醫師應具相關專科醫師資格。末期病人意識昏迷或無法清楚表達意願時，第一項第二款之意願書，由其最近親屬出具同意書代替之。但不得與末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願時明示之意思表示相反前項最近親屬之範圍如下：(1) 配偶 (2) 直系血親卑親屬 (3) 父母 (4) 兄弟姐妹 (5) 祖父母 (6) 曾祖父母或三親等旁系血親 (7) 一親等直系姻親。 <p>第三項最近親屬出具同意書，得以一人行之；其最近親屬意思表示不一致時，依前項各款先後定其順序。後順序者已出具同意書時，先順序者如有不同之意思表示，應於不施行心肺復甦術前以書面為之。</p> <p>末期病人符合第一項、第二項規定不施行心肺復甦術之情形時，原施予之心肺復甦術，得予終止或撤除。</p>

表 2-4-2 安寧緩和醫療條例之條文內涵整理

病人權利	第四條（意願人之簽署及事項）	末期病人得立意願書選擇安寧緩和醫療。
	第五條（意願書之要件）	二十歲以上具完全行為能力之人，得預立意願書。前項意願書，意願人得「預立醫療委任代理人」，並以書面載明委任旨，於其無法表達意願時，由代理人代為簽署。
	第六條（書面撤回意願）	意願人得隨時自行或由其代理人以書面撤回其意願之意思表示。
	第八條（醫師告知之義務）	醫師為末期病人實施安寧緩和醫療時，應將治療方針告知病人或其家屬。但病人有明確意思表示欲知病情時，應予告知。
	醫師權責	第八條（醫師告知之義務）
醫師權責	第九條（病歷記載及保存）	醫師對末期病人實施安寧緩和醫療，應將第四條至第八條規定之事項，詳細記載於病歷；意願書或同意書並應連同病歷保存。
	第十條（違反不實行心肺復甦術之處罰）	醫師違反第七條規定者，處新臺幣六萬元以上三十萬元以下罰鍰，並得處一個月以上一年以下停業處分或廢止其執業執照。
	第十一條（違反病歷記載及保存之處罰）	醫師違反第九條規定者，處新臺幣三萬元以上十五萬元以下罰鍰。
	名詞界定	第三條（名詞定義）
其他	第一條（立法目的）	為尊重不可治末期病人之醫療意願及保障及權益，特制定本條例；本條例未規定者，適用其他有關法律之規定。
	第二條（主管機關）	本條例所稱主管機關：在中央為行政院衛生署；在直轄市為直轄市政府；在縣（市）為縣（市）政府。
	第十二條（處罰機關）	本條例所定之罰鍰、停業及廢止執業執照，由直轄市、縣（市）主管機關處罰之。
	第十三條（強制執行）	依本條例所處之罰鍰，經限期繳納，屆期未繳納者，移送法院強制執行。
	第十四條（施行細則）	本條例施行細則，由中央主管機關定之。
	第十五條（施行日）	本條例自公布日施行。

第五節 安寧療護的重要抉擇

在閱讀安寧療護相關文獻時，研究者發現安寧療護爲了幫助病人詳和地善終，常涉及三項重要抉擇，亦是本研究關注焦點：壹、CPR 或 DNR；貳、病情告知；參、預立指示。這些抉擇帶出了一連串的相關疑問，例如：如何決定接受心肺復甦術（CPR）與拒絕心肺復甦術（DNR）？該不該告知末期病人病情？又如何告知？預立指示的相關爭議爲何？以及該不該請病人預立指示？茲就這些重要的抉擇，分析討論如下：

壹、CPR 與 DNR

急救是痛苦的，然而多數的家屬下定決心幫親人選擇 CPR 卻沒有這樣的先見之明，因爲他們以爲急救是萬靈丹。急救措施有哪些？爲了幫助病人呼吸，會在氣管中插入一條很粗的管子來接呼吸器，若是心跳停止了，就給予電擊或是心臟按摩（賴允亮，2000）。在醫院常可見這樣的畫面：一位癌症末期的病患心跳停止，醫護人員推來急救車，把家屬請到外面，然後一陣手忙腳亂，醫師宣佈死亡時間，護士則將剛剛好不容易插進去的氣管內插管拔出來，病人流眼淚、流血，張著嘴巴，手被綁起來（以免因疼痛而抵抗醫護人員的工作或自拔管子），甚至肋骨被壓斷數根，肝臟被壓碎，支離破碎地結束了人生（趙可式，1996a）。這樣血淋淋的急救場面，目睹自己的親人遭受急救的痛苦絕非家屬當初預料得到的。

無論如何一定要急救到底反映了醫師、病人與家屬的錯誤認知。醫師不願意接受治療失敗的結果，加上病人與家屬的認知偏差，誤以爲 CPR 應施行於所有的瀕死患者（Carmel, 1999；楊克平，2001）。事實上，CPR 絕非萬靈丹，它並不能治癒臨終或末期病人。CPR 是針對溺水、電擊、心臟傳導受阻、急性心肌梗塞或手術中的猝死等所採取的急救措施，不應用於絕症或末期病患，且早在 1974 年就已有這樣的論點。美國國家 CPR 標準暨心臟緊急療護研討會（National Conference on Standards for CPR and Emergency Cardiac Care）於 1974 年舉行的會議明確指出 CPR 的目的防止非預期的突發性死亡，而對末期且無法恢復的疾患並不適用，並建議在末期疾患的病歷中應詳載不予急救的原因（引自姜安波，1993）。

台灣在 2000 年立法通過「安寧緩和醫療條例」，保障了不可治癒末期病人選擇安寧緩和醫療的權利。在「安寧緩和醫療條例」施行以前，即使是明知不可治癒的末期病人，醫院還是會進行一連串的搶救，因爲限於台灣的法律規定，包括：醫師法第 21 條、醫療法第 60 條、以及護理人員法第 26 條（法源法律網，2009），這些法律的立法精

神甚佳，爲了保障病人的生命及權益，但因爲太籠統，使得每個病人皆必須接受 CPR，唯一能幸免的就是辦理「自動出院」(Against Advice Discharge, AAD)(趙可式, 1996a)。在「安寧緩和醫療條例」施行以後，病人終於有機會爲自己選擇安寧緩和醫療，免於 CPR 的折磨，但在實際的醫療現場，病人的權利常被家屬的意見犧牲了，家屬對於何時施行心肺復甦術 (CPR) 與拒絕心肺復甦術 (DNR)，還是傾向於 CPR 急救到底，若醫護人員不「做」些什麼，家屬就認爲醫院有醫療疏忽的責任，因此醫護人員爲了免於官司纏身，還是會配合家屬的要求進行英雄式地急救到底 (王志傑, 2003; 林惠貞, 2004)。

急救長期被誤認爲是萬靈丹，然而事實上急救的成效很差，研究顯示急救的失敗率介於 80-90% (Mello & Jenkinson, 1998)，且急救後能存活至出院的癌患比例介於 0%-10.5% (呂佩佩、陳美伶、鍾昌宏、唐婉如, 2004)，可見對於無治癒可能的癌末病人進行急救的效果是不好的，徒增痛苦；而不同專家在醫療中心所作的急救成效研究亦皆有同樣的結論，請見表 2-5-1。

表 2-5-1 癌症中心病患的急救成效 (資料來源：引自呂佩佩等人, 2004)

	台灣腫瘤科病房	德州癌症中心	德州癌症中心	比利時首都癌症中心	紐約癌症中心
研究者	陳仁熙、宋基幹、高振益、劉梅英 (2002)	Ewer et al. (2001)	Wallace et al. (2002)	Sculier & Markiewicz (1993)	Vitelli et al. (1991)
選案標準	曾經歷心跳、呼吸停止並接受急救的癌患	心律不整，合併血流動力學不穩定並接受急救的癌患	加護病房中曾經歷因脈搏、呼吸消失而心跳停止並接受急救的癌患	內科加護病房中曾接受急救的癌患	曾經歷心跳、呼吸停止並接受急救的癌患
樣本數	41 人	244 人	406 人	49 人	114 人
急救後初期的成功率	24.4%	34.8%	37%	38.7%	65.7%
初期急救成功的正向因子	---	1.突發的心跳停止 2.實質 (solid) 腫瘤 3.發生地點在一般病房	---	1.實質腫瘤 2.血液和生化檢驗 白血球>1 千 cells/mm ³ 血小板>5 萬 cells/mm ³ 血鈣濃度>8mg/dl	1.女性 2.KPS>50
出院時的存活率	0%	6.6%	2%	10.2%	10.5%

研究者認為，若能對何時施行 CPR 與採行 DNR 有正確的認知，將可避免掉諸多無效的急救到底的悲劇。在臨床上，如何決定拒絕 CPR 或採行 DNR 是有原則可依循的。適用 DNR 的情況包括：(1) 癌症末期病患；(2) 多發性器官系統衰竭；(3) 末期之器官衰竭，如心臟衰竭、呼吸衰竭、肝衰竭或腎功能衰竭；(4) 愛滋病之呼吸衰竭（楊克平，2001）。同時，不執行 CPR 的原因有：(1) 治療無效與無望時；(2) 生命品質太差時；(3) 有決定能力的病患拒絕 CPR 時；或 (4) 治療過於耗費有限的醫療資源時（姜安波，1993）。此外值得注意的是，雖然在醫學上對於施行 CPR 或者 DNR 已有原則（norms）可依循，但病人的需求（needs）卻大不相同（Carmel, 1999），例如：有些癌末病人明知 CPR 不僅痛苦而且只能延長死亡過程，但因為尚未與家人道別，所以還是要求接受 CPR。因此，研究者認為根本解決之道應該落實病情溝通，醫生與家屬應該多與病人溝通病情，確保病人了解自己的狀況，以及目前有哪些醫療措施可供選擇，讓病人能在意識清楚之時，根據自己的需求選擇施行 CPR 或者 DNR。

總而言之，決定何時施行心肺復甦術（CPR）與拒絕心肺復甦術（DNR）一直以來困擾了病人、家屬與醫護人員，但其實有些原則可以幫助我們判斷何時拒絕 CPR 或採行 DNR，千萬別把急救當作萬靈丹，急救主要的目的是防止非預期的突發性死亡，對末期且無法恢復的疾患並不適用，而且徒增病人的痛苦。最後，建議醫生與家屬應該事先與病人溝通病情，了解病人選擇 CPR 或 DNR 的意願。

貳、病情告知

安寧療護為了讓末期病人達到善終，非常重視病情告知，且許多研究亦皆指出了解死之將近，並且有時間準備後事，是達到善終的重要一環（趙可式，1997；周希誠，2003；黃惠美等人，2005）。為了回應人類善終的期待，「病情告知」受到安寧療護的重視。以台灣的安寧緩和醫療條例來說，條文中的第八條提到，醫生有義務告知病人或家屬有關緩和醫療的訊息，並同時強調病人有知道病情的權利，以尊重病人知的權利。

以醫病關係而言，基於誠信原則，醫病之間彼此應該誠信以待（楊克平，2001）。醫護人員應該對病患告知病情的真相，然而在醫療現場中，「病情告知」一直是醫護人員倍感困擾的問題，尤其是告知「壞病情」時該告知些「什麼」？以及「如何」告知？此外，常讓醫護人員感受到病情告知的壓力，主要來自兩方面：(1) 病人方面：擔心病人知道真相後無法接受，想不開；(2) 家屬方面：家屬要求對病人隱瞞病情，但病人卻明確表示想知道病情。

病情告知一直以來是醫生與家屬感到困擾的問題，原因主要是「死亡」長久以來被

認為是禁忌話題，所以連醫生與家屬亦不知道如何突破那層禁忌去和臨終者談論病情。此外，不願去談的原因還包含怕傷害到病人的心，例如 Fallowfield 研究指出，大多數的醫師在告知癌末病人病情時，顯得較沒有自信，因為擔心家屬或臨終病患受到傷害而不願告知病情（引自王志傑，2003）；而民眾對於醫師告知病情亦不滿意，認為醫師在告知病情時，尤其是壞消息，是覺得不自在的（Morita et al., 2006）。

楊克平（2001）認為病情告知的關鍵問題並非「該或不該」，應強調的是「如何」告知？或以何種態度與方式告知。畢竟，在民主社會中，「知」的權利愈來愈被民眾重視（柏木哲夫，2000；蔣蕙芬，2005）；例如，蔣蕙芬（2005）針對 230 位日本民眾與 650 位台灣民眾進行調查，詢問他們：「假設您得到癌症，希望醫師告知您本人嗎？」，分別有 87%與 95.2%的日本與台灣民眾表示希望被告知病情。由此可見，希望自己能被告知病情符合大多數人的期待，病情告知應該被強調的是「如何」告知病情，而非「該或不該」告知病情。

至於「如何」告知病情，是有原則可依循的。趙可式（1996b）提出對臨終病患病情告知，應遵守六項原則：（1）病患以暗示或明確地表達想知道病情時，方可考慮告知；（2）先了解病患的背景，刻意找出能支持他活下去的力量時再告知；（3）告知者須與病患有良好的信任關係，在醫學倫理與法律上，告知病情雖為主治醫師的責任，但在臨床上亦可授權某人掌握適當時機告之；（4）以委婉的方式告知；（5）選擇適當的時機告知；（6）注意告知後病患的情緒反應。

病情告知涉及到醫護人員與家屬、病患的之間的溝通，可說是一門溝通的藝術。胡文郁、蔡甫昌、鄭文理（2007）認為末期病情告知是一個「人性化溝通」的動態過程，並提出四項病情告知原則（ACTs），包含：（1）告知前的評估與準備（Assessment and preparation）；（2）與家屬進行溝通（Communication with family）；（3）告知過程的方式與內容（Truth-telling process）；（4）告知後的支持與追縱（Support and follow up）。從以上四項病情告知原則（ACTs），可以進一步地看出病情告知並不只是一個「點」，而是告知過程前、中、後的「線」所串連，醫護人員必須有事先的評估，並與家屬溝通後，決定告知的方式與內容，並作到事後的追縱。

總而言之，病情告知必須衡量病患的特質，事先與家屬作好溝通，最後決定最佳的告知方式才為之。安寧療護雖強調「病情告知」，但卻不是唐突地對臨終者「宣判死刑」，且是必須依照病人個性，看病人的反應，「觀機逗教」地分段告知（許禮安，2002）。

參、預立指示

預立指示 (advance directives) 是有決定能力的成人，在未喪失其決定能力前，事先作出生前預囑 (living will) 交待醫療選擇，或者「預立醫療委任代人」(趙可式，1996a；顧乃平、李從業，2002；邱泰源，2005a)。生前預囑 (living will) 於 1969 年最早由 Dr. Louis Kutner 提出 (姜安波，1993；顧乃平、李從業，2002；楊嘉玲等人，2008；方慧芬等人，2009)，旨在描述有決定能力的成年人，在尚未喪失其決定能力前，事先對其醫療措施作出指示的文件 (姜安波，1993)。直至 1976 年，美國加州率先通過「自然死法案」(Natural Death Act, NDA)，促使接受「生前預囑」的定義，主為拒絕接受心肺復甦術用以拖延不可治癒末期瀕死病人的生命，並以書面表示對醫療處置之抉擇。至 1991 年，美國聯邦政府制定病人自決法案 (Natural Death Act)，強調病人有醫療自決的權利 (楊克平，2001；顧乃平、李從業，2002)。

在我國忌諱談論死亡的傳統國情下，預立指示是不普及的，認為在病人活著時就討論臨終階段的急救等議題，是觸霉頭、不吉利 (方慧芬等人，2009)。由於預立指示不普遍，到了病人臨終意識昏迷階段時，家屬往往必須肩負醫療選擇的責任，在為家人選擇是否急救到底時，面臨了許多內心的掙扎，亦爆發了許多家庭內的衝突 (王志傑，2003)。家屬常有的矛盾心態如是：擔心施心肺復甦術的急救動作，救不了病人，反而增加病人的痛苦，但又覺得不讓醫生作最後努力就讓家人走了，自己是不是「不愛」或「不孝」，或親友會責怪自己「不愛」或「不孝」(邱泰源，陳榮基，2007)。未事先與病人討論臨終階段的醫療處置問題，不僅阻礙了病人安詳往生，亦讓家屬倍感壓力，最後落得生死兩方皆不安。

預立指示有許多好處，但因為涉及許多倫理的兩難，故應審慎評估為之。顧乃平、李從業 (2002) 認為預立指示的好處，主要有五點：(1) 可確信能執行病人的願望；(2) 可避免家人負荷；(3) 可避免家人衝突；(4) 可避免過度治療；(5) 確信持續醫療照護；(6) 讓病人沒有遺憾、安詳及尊嚴的死亡。預立指示的優點，包含對簽署個人、家屬、醫療人員及醫療環境等皆有許多正面的意義，請見表 2-5-2 (楊嘉玲等人，2008)。

預立指示好處很多，但請病人或家屬預立指示時應作好事先的評估，包含個人信念與價值觀、疾病的評估、預立指示的瞭解，以及建立生命的優先順序，作完事前評作以後才付諸行動 (顧乃平、李從業，2002)，可參酌圖 2-5-1 的模式進行。

表 2-5-2 預立指示的優點（資料來源：楊嘉玲等人，2008）

對象	簽署個人	家屬	醫療人員及醫療環境
優點	1.內心的和平 2.提升患者的醫療決策權 3.促進尊重及自主權 4.自我期望、價值及信念的陳述 5.促進生命的價值與品質 6.避免受到不必要的醫療 7.失能時仍能維持控制權 8.增進與家人、醫護人員間溝通	1.降低在醫療決策時的負荷 2.降低道德上的譴責 3.維護生活及其品質 4.減少相關花費	1.降低醫療決策時的衝突與倫理困境 2.降低可能的法律問題 3.降低醫療資源的支出 4.有限資源有效應用與分配

我國於 2000 年「安寧緩和醫療條例」中，保障了病人的醫療自決權，讓每個人可以「預立不施行心肺復甦術意願書」或「不施行心肺復甦術」的權力，確保自己的安詳往生（邱泰源，2005b）。目前根據安寧緩和醫療條例的規定，共有六種相關文件，包括：選擇安寧緩和醫療意願書、預立選擇安寧緩和醫療意願書、不施行心肺復甦術意願書、預立不施行心肺復甦術意願書、不施行心肺復甦術同意書、預立醫療委任代理人委任書等，而民眾可預立的指示文件則有：預立選擇安寧緩和醫療意願書、預立不施行心肺復甦術意願書、預立醫療委任代理人委任書等三種。然而，請病人或家人預立指示，並不能倉促為之，必須先溝通確保對預立指示的了解，若病人在不了解的情況下自主地選擇，其決策則被扭曲，並不能表達病人的真正意願（胡文郁、楊嘉玲，2009）。

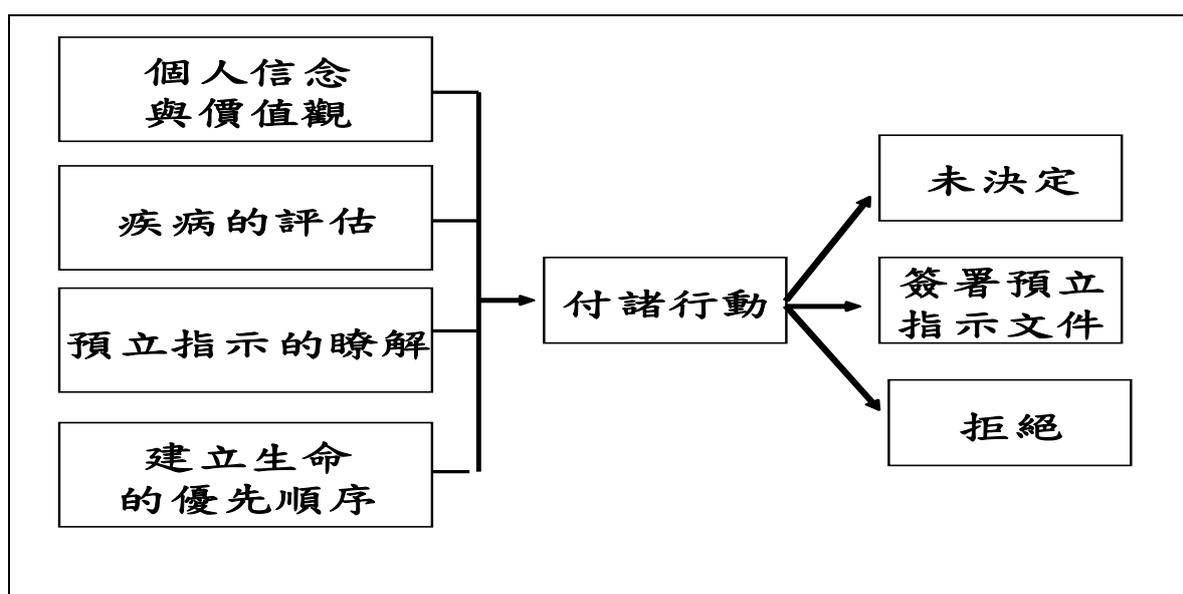


圖 2-5-1：預立指示決策模式（資料來源：顧乃平、李從業，2002）

研究者認為「預立指示」能讓生死兩相安，所以有推廣的必要性。無奈國情忌諱生前談論死亡，加上民眾的誤解，以為簽署預立指示就等於不治療，或者以為預立指示是老人與生病的人的權利（邱泰源，2005b），所以許多家庭並未事先請病人預立指示，造成死亡瀕臨階段家屬必須承擔為家人決定臨終醫療方式的壓力，更有甚者，讓家屬一輩子都蒙受是否有下錯決定的陰影。因此，建立民眾在健康之際就預立指示的觀念相當重要，亦是本研究關注的焦點之一。

第六節 安寧療護的相關研究

在本節分為二部分，首先就相關研究依年代順序作回顧，之後再進行相關研究分析，包含研究對象、研究議題、抽樣方法、背景變項、與研究工具的分析。最後根據分析結果，作為本研究第三章研究方法與第四章研究結果與討論之參考。

壹、相關研究回顧

茲就研究者所收集國內外有關安寧療護相關議題的研究，依年代回顧如下：

一、國內

張淑真、机吟惠、黃靜宜收集 1997 年 6 月至 1998 年 3 月接受彰化基督教醫院安寧居家療護且已死亡之病人的主要照顧者 111 人，有效樣本 54 人，並以自編問卷詢問其對安寧居家療護需求之看法與滿意度。其研究結果顯示照顧者的主要需求最高的有症狀控制（90.6%）、家屬心理支持（79.6%）與死亡診斷書的索求（77.8%）；在滿意度方面，約 75%對各項服務表示滿意或非常滿意，且最滿意的項目是護理人員的服務態度，最不滿意的是協助病患情緒反應的處理（張淑真等人，2002）。

許惠珍（1998）以高雄市十個行政區的癌症死亡家屬為研究對象，在 188 份有效問卷中，聽過安寧療護的有 109 位，知道安寧療護的有 56 位，且知道安寧療護的家屬在安寧療護的一般態度上的得分高於聽過安寧療護的家屬，可見對安寧療護的認知愈清楚者，對安寧療護的態度愈正向。在 188 份受訪家屬中，僅有 7 位選擇接受安寧療護，安寧療護的接受度頗低。此外，在生病期間僅有 66%的病人被告知病情，且家屬在醫療決策時傾向不讓病人參與最多。

鍾佳真（1998）探討安寧療護病患主要照顧者居家照顧需要狀況，以台北某教學醫院之安寧療護與緩和醫療門診之主要照顧者為研究對象，共 64 位受訪者，詢問他們在居家照護上的需求為何？其中以資訊的需要為最高分。居家照顧的主要照顧者在照護的過程中，希望得到更多有關於照護病人、服務來源的資訊。

邱淑如（1999）探討 1-20 歲罹癌病孩的主要照顧者對安寧療護的認識與接受意願，共計 31 位主要照顧者為研究對象。主要照顧者對安寧療護的認識為：「是以緩解患孩因疾病引起的身體疼痛或其他不適症狀，達到舒適為目標」與「是提供給任何身份的癌症患孩及家屬所需的生理、心理、社會及靈性等方面的協助」平均得分最高；而以「不祇照護患孩及家屬至患孩臨終，也執行傷慟輔導以協助家屬度過喪親後的憂傷期」和「提

供住院患孩症狀處理後，患孩情況若有改善，即可出院或轉換其他醫療照護方式」平均得分最低。再者，主要照顧者對安寧療護的意願，選擇會接受的原因主要是「不希望患孩再受身體痛苦症狀的折磨」(72%)與「希望患孩活得有尊嚴、有品質」(45.5%)；而選擇不接受安寧療護的主因是「還希望患孩接受持續積極性的治療」(33.3%)。在背景變項中主要照顧者的年齡、性別、教育程度、是否聽過安寧療護訊息、訊息來源種類、接觸大傳播媒體情形、參與社會活動情形皆影響到對安寧療護的認識。再者，主要照顧者對安寧療護的認識分數影響到其接受安寧療護的意願。

楊美玲(1999)以北區某家具有安寧療護服務醫院的癌末病人為研究對象，探討是否接受安寧療護與病患的社會支持與生活品質的關係。在85位受訪者中，接受安寧療護者有42人，未接受安寧療護者有43人。研究結果顯示：(1)接受安寧療護組病患的平均年齡、獨身比例均較未接受組高。(2)接受安寧療護組的收入以子女給予最多，未接受組以自己／配偶的薪資較多。(3)接受安寧療護病患的社會支持功能分數高於未接受組。(4)接受安寧療護病患的生活品質較未接受組高。(5)病患接受安寧療護後其社會支持功能和社會支持網絡較接受前提昇。(6)病患接受安寧療護後的生活品質較接受前改善。此外，社會的支持、生活品質的改善、病患自我照顧能力和自主權對癌末病人而言是最重要的。

趙可式(2000)受中央健康保險局委託進行研究，參考美國安寧療護研究(National Hospice Study, 1982)的問卷，調查所有提供安寧療護服務的醫院共20家，詢問住在安寧病房及一般病房癌症末期病患對安寧療護的的認知與態度，共回收問卷為安寧病房516份，一般病房為576份。研究結果顯示：一般病房的病患聽過安寧療護的有47.8%，居住安寧病房的病患有聽過安寧療護者有54.64%，值得注意的是居住在安寧療護病房的病患竟有45.4%不曾聽過安寧療護，這樣的結果可能有二個原因：(1)台灣地區各醫院提供的安寧病房有不同名稱，「安寧療護」或許不易令病患將其聯想在一起；此外，家屬及醫護人員可能對病患隱瞞其病情。對於病情的了解方面，居住安寧病房與一般病房的病人知道所罹癌症者分別有78.5%與86.2%，且對自己的癌症病情有正確理解者分別有45.4%與68.8%，這個現象顯示家人有刻意隱瞞病人病情的現象。在背景變項部分，選擇安寧病房與一般病房，其在年齡、居住地區、教育程度等的差異具顯著性，一般而言選擇安寧病房者年齡較大、教育程度較低、居住在北部地區的可能性較高。此外，就病患照護者進行分析，選擇安寧病房與一般病房的照護者在婚姻狀況、性別、省籍、宗教信仰及其重要性等沒有區別。

蔡詩力等人於 2002-2003 年，針對台大醫學系五年級 110 位選修「家庭社會與醫療」的學生，在課程中安排四個小時的緩和醫療課程，以自編問卷調查其在課程前對緩和醫療的認知程度，以及課程後學生認知狀程度的改變狀況。研究結果發現：學生在課程前後對緩和醫療的理念與基本處置的知識，以及常見倫理困境之決策認同度有明顯的顯著差異，換言之，教育訓練可以增進安寧療護認知與態度的正確性；但亦發現課程後倫理困境決策的態度與緩和醫療理念及處置知識相關性不高，換言之，知識與態度之間沒有明顯的關係存在，原因是安寧療護的倫理抉擇具有敏感性，在作抉擇時除了知識之外，還有其他複雜的影響因素（蔡詩力等人，2004）。

蔣蕙芬於 2003 年同時針對日、台兩地進行研究，除透過深度訪談訪問醫護人員外，並輔以書面及網際網路進行民眾的問卷調查，共計 230 位日本受訪者與 650 台灣受訪者，詢問其對病患權利、拒絕延命治療與安寧療護的認知與態度。日本民眾方面，在 230 位受訪者中，民眾普遍知道醫生有告知病情的義務（87.4%）；假若得到癌症時，希望醫師告知自己病情者有 87%，不希望者有 10.9%；知道安寧療護的民眾有 62.2%，不知道安寧療護者 28.3%，初次聽說有 7.4%；在生命末期會接受安寧緩和醫療者有 71.7%，不會接受者有 23.0%。在台灣民眾方面，知道醫生有告知病情的義務者有 81.2%；假若得到癌症時，希望醫師告知自己病情者有 95.2%，不希望者有 3.1%；知道安寧療護者有 48.2%，不知道安寧療護者有 37.5%，初次聽說有 11.8%；在生命末期時會接受安寧緩和醫療者有 74.4%，不會接受者有 20.3%（蔣蕙芬，2005）。

蔡麗雲等人（2003）探討護理人員對安寧緩和醫療條例知識程度，以及受過教育訓練後對安寧緩和醫療條例知識程度之差異。共發出 135 份問卷，回收 105 份，回收率為 85.7%。經過六小時的教育訓練後，發現安寧緩和醫療條例知識之平均總得分由 12.9 分增至 17.04 分（總分 18 分），提昇了 4.08 分，達到統計上的顯著差異。

黃惠美等人於 2004 年以自擬結構性問卷，針對台中某社區 20 歲以上民眾，簡單隨機抽樣，共發出 896 份問卷，其中 310 人同意參加，回收率 34.6%，詢問其安寧療護知識的認知狀況與影響因素。結果：對安寧療護之知識正確率約為 50%；問卷內容答錯比率最高者依序為嗎啡使用知識、健保規定可以住進安寧病房的對象、安寧療護如何幫助病人及疼痛控制，問卷內容答對比率最高者為病情告知。其中影響安寧療護知識得分較高的因素為女性、年齡較輕者、教育程度專科以上、職業為醫療人員、聽過安寧病房者及參加安寧講座者。該研究結果顯示社區民眾對安寧療護的認知有待加強，特別是年紀大的民眾，並且有需要澄清嗎啡的使用目的及方法，澄清國人對嗎啡的誤解（黃惠美等人，2005）。

許煌汶、張俊朗、林姿妙、沈雪娥（2004）以雲林縣基層醫療院所之開業西醫師 337 人為研究對象，發出 337 份問卷，有效問卷 175 份，探討這群基層醫師對安寧療護的觀點。結果顯示高達 174 人（99.4%）的基層醫師皆認同安寧緩和療護的理念，僅有 1 位年長的醫師誤解安寧療護就是安樂死，不認同安寧療護；71.4%的醫師有意願參加安寧緩和療護教育課程，以及 58.3%的醫師願意參與安寧療護的服務。

許煌汶、張俊朗（2004）對參與安寧療護宣導活動的學員所作的研究，調查學員對宣導活動的滿意度，以及對安寧療護理念的認知與態度。有效問卷 734 份當中，以醫事人員 292 位（39.32%）最多，其次護理人員（32.7%），而學生亦有 264 位（35.53%），但以護校學生最多。研究結果發現：高達 99.3%的學員認為安寧療護理念與正確態度的建立有幫助；再者，學員對安寧療護的整體認知的答對率高達 86.9%，同時，對安寧療護的認同態度有 80%以上。背景變項方面，不同性別、宗教信仰、學歷在「您認同未病人於心跳或呼吸停止時作心肺復甦急救嗎」的態度上達到顯著差異。

劉樹泉等人於 2005 年針對耕莘醫院在各種社區活動中，以問卷方式調查自願回應民眾的意見，有效問卷 57 份，並分析其接受安寧療護的動機、態度及期待。研究結果顯示接受安寧療護的動機以認為有需要（65%）、與爲了下一代（44%）爲最高。在背景變項方面，年齡較輕的較會因爲親友的介紹而了解安寧及接受安寧療護（ $p < .001$ ），教育程度較高的民眾有較高的意願計劃預立遺囑、安寧療護及長期照護（ $p < .05$ ）。其以邏輯迴歸分析結果顯示僅有教育程度跟預立遺囑有統計上的差異（劉樹泉等人，2006）。

周希誠等人（2006）以自編問卷，調查台中某教學醫院護理人員對安寧療護的知識與態度，及從事安寧療護工作的意願。在有效問卷 494 份當中，研究結果顯示：（1）護理人員安寧療護的知識頗佳（平均 6.5 分，滿分爲 8 分），態度偏正向，但僅有不到一半的人願意從事安寧療護工作（42.9%）；（2）有接受倫理課程者與安寧療護的知識有關；（3）宗教信仰與對安寧療護的態度有正向影響；（4）宗教信仰、志工經驗、倫理課程等因素對參與安寧療護工作意願呈顯著相關。

張美幸等人（2007）採用黃惠美等人（2005）所編製的安寧知識問卷，以某科技大學之護理系與醫務管理系日間部學生，共計 431 位爲研究對象，調查其對安寧緩和醫療知識之差異。其中對健保規定住進安寧病房的對象、疼痛控制及嗎啡的使用等三題平均得分偏低，全對比率均不到 20%。而影響安寧療護的知識的因素有：性別、學制、系別、醫院實習，在統計上皆呈現出顯出差異。其研究結果顯示大學生對安寧療護的概念多能接受，但還不甚瞭解，再者，其建議未來的研究方向可擴大抽樣樣本至全國大專院校，以增加其推廣性。

趙可式（2008）對慈濟醫院的護理人員進行調查，其中包含非安寧護理人員 1308 人與安寧護理人員 45 人，詢問他們對從事安寧護理的意願。在非安寧護理人員中，30.1% 有意願轉調到安寧病房，且主因是「希望給病人比較好的照護品質」（41%），其次是「提昇自我的護理能力」（15.2%）、「尋找生命意義與價值」（14.4%），顯見護理人員還是以病患為中心，亦樂於提升專業照護能力，並從中找出自我生命的價值。其中近七成的護理人員在學期間皆曾修過安寧療護相關課程；值得注意的是，極少數的護理人員轉調安寧病房的原因是對安寧療護尚不理解，認為安寧病房「治療較少」（3.6%）、「壓力較小」（0.8%）、「不要太多學理」（0.6%）、「只要跟病人聊聊天即可」（0.3%）而想轉調安寧病房。

二、國外

Mello & Jenkinson 於 1994 年調查了 34 位英國與美國教學醫院的醫護人員，詢問他們對急救與病人自主的看法，結果發現英國與美國的醫護人員雖同樣地在 DNR 上根據醫院所訂的原則來處理，但英國的醫護人員在當病人決定 CPR 時，還是會根據治癒的可能性來建議病人，如此可避免許多無效的急救與醫療的浪費，但卻犧牲了病人的自主權，而美國的醫護人員則讓病人自主，尊重病人的 CPR 決定，但缺點是病人可能因為不了解急救的極限而白白受苦。此外，資深的醫師與年輕的醫師對急救有不同的作為，年輕醫師在知道急救無效時，依然覺得有義務替病人急救，而資深醫師則否（Mello & Jenkinson, 1998）。

Klaren 和 Zylicz（1996）在荷蘭最早創立的安寧機構之一所作的研究顯示，450 位剛被轉介到此安寧機構的病人，在第一次與醫師會談時有 125 人（28%）明顯表示想要安樂死，可見當時在荷蘭要求安樂死是多麼的普遍，而之後其中 2 位堅持安樂死的病人被轉介回家或其至他醫療機構。之後發現在此機構接受安寧療護後，與其他醫療機構相比，幾乎沒有病人再要求安樂死了（引自 Zylicz & Janssens, 1998）。

Carmel 於 1997 年調查 339 位以色列醫生與 987 位年齡大於 70 歲的老人，比較醫生與年長病人他們對於人工維生系統（life-sustaining treatments, LST）以及心肺復甦術（CPR）的態度。研究結果發現：醫生比病人更願意使用人工維生系統（LST），而病人則更願意使用心肺復甦術（CPR）。這樣的結果顯示了醫生與病人對臨終醫療方式選擇的差異，以及病人缺乏心肺復甦術有效性的知識，因此建議醫生的教育訓練裡應加強醫病溝通的技巧（Carmel, 1999）。

Laakkonen, Pitkala, Strandberg, Berglind, & Tilv 於 1999-2000 年間，調查芬蘭赫爾辛基 (Helsinki, Finland) 年齡介於 75-95 歲的動脈疾病病人，詢問他們是否有預立指示，以及對 DNR 的意願。結果顯示：僅有 12% 的人有預立指示，且女性或寡婦者較會預立指示；而 39% 的人選擇放棄 CPR，且有預立指示與沒有預立指示的病人對 CPR 的態度一致 (Laakkonen et al., 2004)。

Peretti-Watel, Bendiane, & Moatti 於 2002 年用電話訪問的方式，調查 833 位法國醫生，包含一般的科別、腫瘤科別、神經科別等，詢問他們認為哪些醫療措施是安樂死，以及對安寧緩和醫療的態度。研究結果發現有 15% 的醫師認為對臨終末期病人使用高劑量的嗎啡等同安樂死，28% 認為對臨終病人施行安寧療護等同安樂死；36% 認為撤除維生系統等同安樂死；45% 同意安樂死應該被合法化。對安寧療護的態度為：除了末期病人外，安寧療護應該擴展到非末期的病人，且安寧療護應被視為專科。在背景變項方面，醫生的年齡、性別、與工作科別、參於宗教組織皆達到顯著差異 (Peretti-Watel, Bendiane, & Moatti, 2005)。

Baker (2000) 以郵寄問卷方式，調查 324 位在不同醫療機構的社工對於預立指示的看法，有效樣本 211 人 (65%)。其中，44% 的社工在護理之家或安寧機構工作、45% 照護老人的工作經驗超過五年。研究結果發現：在護理之家或安寧機構工作的社工比在其他醫療機構的社工對預立指示的態度較正向，照護老人的經驗愈久的社工對預立指示的知識較好。

Morita et al. 於 2004 年，以日本民眾 5000 人，以及 866 位死於癌症者之家屬為研究對象，以問卷調查他們有關臨終的醫療選擇、對疼痛的相關信念、與醫師溝通病情的信念以及與臨終療護有關的經驗，最後共得有效樣本 2548 人。研究結果顯示有 32-45% 的人認為撤除醫療處置 (treatment withdrawal) 是合法的；34-44% 的人認為癌症引起的疼痛沒有有效減輕；24-34% 的人相信鴉片劑 (opioids) 會縮短生命，且會造成上癮；31-40% 的人對於醫病溝通臨終病情感到不滿意，認為醫生不擅長告知病情，尤其是壞消息；而 14-25% 認為醫生對於病情告知是不自在的。然而，背景變項部分，有死於安寧療護機構的病人之家屬，因為經歷過安寧療護的過程，相信癌痛有效減輕，不認為鴉片劑會縮短生命或造成上癮，且較滿意醫師溝通病情。由結果顯示，醫療相關的經驗會影響到之後對醫療的決策與信念 (Morita et al., 2006)。

加拿大 Ipsos-Reid 民意調查 (Ipsos-Reid poll)，於 2004 年的調查，詢問一般民眾對於預立 DNR 的態度與相關議題。結果顯示：83% 的加拿大民眾認為與家人討論臨終醫療處置很重要，但僅有 44% 的人有如此作，而僅有 9% 的人與主治醫師討論過臨終的醫

療處置（引自 Brink, Smith, & Kitson, 2008）。

Brink, Smith, & Kitson 於 2004 到 2006 年之間，調查加拿大安大略（Ontario）地區接受安寧居家療護的病人共 470 人，詢問他們是否有預立指示簽署 DNR 的情況。結果顯示：43% 的病人有預立指示簽署 DNR，且病情愈嚴重將近死亡、年齡愈長、身體自主性愈差、偏好在家臨終的病人較會預立指示簽署 DNR，除此之外，愈能接受自己病情的病人亦愈會預立指示交待 DNR（Brink, Smith, & Kitson, 2008）。

貳、相關研究分析

茲就本研究所收集的與安寧療護相關的調查研究進行分析，最後根據分析結果，說明本研究的研究對象、研究議題、抽樣方法、背景變項與研究工具。

一、研究對象

從上述研究當中可發現國內的安寧療護相關研究，其研究對象主要為三類：（一）家屬或照護者（張淑真等人，1997；許惠珍，1998；鍾佳真，1998；邱淑如 1999）、（二）醫護人員（蔡麗雲等人，2003；許煌汶、張俊朗，2004；許煌汶等人，2004；周希誠等人，2006；趙可式，2008）、與（三）病人（楊美玲 1999、趙可式，2000）。

近年來，對一般民眾的研究亦愈來愈受重視，相關研究包括：蔣蕙芬（2005）以台灣與日本民眾為研究對象、以及黃惠美等人（2005）與劉樹泉等人（2006）皆以社區民眾為研究對象。然而對學生所進行的安寧療護相關研究，皆以醫護相關科系的學生為主（蔡詩力等人，2004；張美幸等人，2007）。在這些研究中，缺少以一般大學生為研究對象的研究，因此本研究的研究對象以一般大學生為主，不限醫護相關科系，期望使國內安寧療護的研究對象能更完整。

二、研究議題

在研究議題方面，大部分安寧療護的相關研究皆與「知識」與「態度」有關。研究議題涉及安寧療護的相關「知識」的研究包括：許惠珍（1998）、邱淑如（1999）、趙可式（2000）、蔡麗雲等人（2003）、許煌汶、張俊朗（2004）、黃惠美等人（2005）、蔡詩力等人（2004）、許煌汶等人（2004）、蔣蕙芬（2005）、周希誠等人（2006）、張美幸等人（2007）等。而研究議題與安寧療護的「態度」有關的研究包括：許惠珍（1998）、邱淑如（1999）、趙可式（2000）、許煌汶、張俊朗（2004）、蔡詩力等人（2004）、許煌汶等人（2004）、劉樹泉等人（2006）、蔣蕙芬（2005）、Peretti-Watel et al.（2005）、周

希誠等人（2006）等。

進一步細分，這些研究議題的焦點眾多，包含：病患權利（Mello & Jenkinson, 1998；蔣蕙芬，2005）、病情告知（趙可式，2000；蔣蕙芬，2005；周希誠等人，2006；Morita et al., 2006）、對安寧療護的需求（鍾佳真，1998；張淑真等人，2002）、對安寧療護的滿意度（張淑真等人，2002）、生活品質（楊美玲，1999）、嗎啡的使用（黃惠美等人，2005；蔡詩力等人，2004；Morita et al., 2006；周希誠等人，2006）、拒絕心肺復甦術（Mello & Jenkinson, 1998；Carmel, 1999；Maja-Lisa, 2004；許煌汶、張俊朗，2004；蔣蕙芬，2005；Morita et al., 2006；Brink et al., 2008）、法令規定（蔡麗雲等人，2003；黃惠美等人，2005；張美幸，2007）、預立醫囑（Maja-Lisa, 2004；Brink et al., 2008）。

綜合來說，在這些研究議題當中，或多或少皆與安寧療護相關的知識與態度有關，只是這些研究涉及的知識與態度的內容還是因研究者的關注焦點有所不同，然而學者們普遍的共識是安寧療護的知識對安寧療護的態度有正面影響，錯誤的認知會影響到醫療方式的選擇（許惠珍，1998；Carmel, 1999；邱淑如，1999；周希誠等人，2006）。

本研究的研究議題參考文獻探討的結果，焦點亦放在安寧療護的知識與態度作研究。研究者在本章 2-5 節，對安寧療護的醫療理念、大眾迷思、安寧療護的重要抉擇（CPR 與 DNR，病情告知，預立醫囑）、安寧緩和醫療條例的規定的文獻探討，皆作為本研究自編研究工具的參考。

三、抽樣方法

國內、外的研究，皆考慮到研究對象有些無法作大規模的隨機抽樣，以及人力、財力的限制，所以大部分的研究皆是非隨機取樣，且範圍鎖定在某社區、某縣市、某醫學中心，研究結果具有一定的參考價值，可惜樣本代表性不足，推論上有困難。

本研究採取學者專家研究的建議（張美幸等人，2007），將母群範圍擴大，以全國大學生為母群，並以比例機率抽樣（probability proportional sampling or probability proportional to size，簡稱 pps）來進行抽樣，期能儘量作到隨機取樣，讓研究結果能更具代表性。

四、背景變項

歸納本研究收集到的相關研究，影響安寧療護的背景變項且達到統計上的顯著差異的有：性別（邱淑如，1999；Laakkonen et al., 2004；許煌汶、張俊朗，2004；Peretti-Watel et al., 2005；黃惠美等人，2005；張美幸等人，2007）、年齡（Mello & Jenkinson, 1998；

邱淑如，1999；楊美玲，1999；趙可式，2000；黃惠美等人，2005；劉樹泉等人，2006；Peretti-Watel et al., 2005；Brink et al., 2008）、教育程度（邱淑如，1999；趙可式，2000；許滄汶、張俊朗，2004；黃惠美等人，2005；劉樹泉等人，2006）、居住區域（趙可式，2000）、職業（黃惠美等人，2005）、教育訓練（蔡麗雲等人，2003；許滄汶、張俊朗，2004；蔡詩力等人，2004；黃惠美等人，2005；周希誠，2006；張美幸等人，2007）、宗教信仰（許滄汶、張俊朗，2004；Peretti-Watel et al., 2005；周希誠，2006）、醫療相關經驗（劉樹泉等人，2006；Morita et al., 2006）、是否聽過安寧資訊（邱淑如，1999；黃惠美等人，2005）。逐一說明與安寧療護相關知識與態度有關的背景變項如下：

（一）性別

許多與安寧療護相關的研究，常以性別為背景變項，來探討性別與安寧療護相關知識與態度的關係。學者專家們的研究結果發現，性別對安寧療護的知識或態度上有顯著差異（邱淑如，1999；Laakkonen et al., 2004；許滄汶、張俊朗，2004；Peretti-Watel et al., 2005；黃惠美等人，2005；張美幸等人，2007），其中許多研究的共識是女性對安寧療護的知識或態度明顯優於男性（Laakkonen et al., 2004；黃惠美等人，2005；張美幸等人，2007）。

（二）年齡

許多安寧療護相關研究皆有共同發現，年齡對安寧療護的知識與態度有重要的影響力（Mello & Jenkinson, 1998；邱淑如，1999；楊美玲，1999；趙可式，2000；黃惠美等人，2005；劉樹泉等人，2006；Peretti-Watel et al., 2005；Brink et al., 2008）。例如：Mello & Jenkinson 的研究發現年輕醫師較資深醫師在知道急救無效時，仍自覺有義務要急救；楊美玲與趙可式的研究結果都發現，年齡較高的病人較會選擇安寧療護；黃惠美等人的研究發現年齡較輕的社區民眾對安寧療護的認知程度較佳；劉樹泉等人的研究發現年齡較輕的社區民眾較會因親友的介紹而了解或接受安寧療護；Brink et al. 的研究發現年齡較長的病人較會預立指示簽署 DNR。由此可見，不同年齡在安寧療護的知識與態度上有不同的表現。

在此特別說明的是，大部分的研究皆發現年齡對安寧療護的知識與態度有重要的影響，然而本研究因為研究對象是大學生，所以背景變項除了年齡之外，又加入年級為背景變項，嘗試性的去探討不同年級的大學生在安寧療護的知識與態度是否有差異存在。

（三）教育程度

許多安寧療護的相關研究皆發現，不同教育程度對安寧療護的知識與態度有顯著差異（邱淑如，1999；趙可式，2000；許滄汶、張俊朗，2004；黃惠美等人，2005；劉樹泉等人，2006）。其中，黃惠美等人的研究發現，教育程度為專科以上的民眾對安寧療護的知識較清楚；劉樹泉等人的研究發現，教育程度愈高的民眾愈有意願預立指示，由此可見教育程度對安寧療護的知識與態度的正面影響。

但值得注意的是，並不一定教育程度愈高，對安寧療護的態度就高。例如：趙可式的研究發現接受安寧療護的病人的教育程度較低。

（四）居住區域

探討居住區域與安寧療護之間關係的研究鮮少，僅趙可式（2000）的研究結果發現選擇安寧療護的病人以居住北部地區較多。

研究者在本研究採用居住地區為背景變項，主要是因為大部分的研究皆尚未注意到居住地區對安寧療護知識與態度的影響。再者，蔣蕙芬（2005）曾對 650 位台灣民眾進行調查，結果高達 487 人（76.5%）認為城鄉之間，病患人權有差異。基於以上因素，本研究嘗試性的去探討居住地區與安寧療護知識與態度的關係。

（五）職業

許多研究皆曾探討職業與安寧療護知識與態度的關係（趙可式，2000；蔣蕙芬，2005；黃惠美等人，2005）。僅黃惠美等人發現職業為醫護人員的民眾對安寧療護的知識較正確。

（六）教育訓練

許多安寧療護相關研究皆有共同發現，教育訓練對安寧療護的知識與態度有重要的影響力（蔡麗雲等人，2003；許滄汶、張俊朗，2004；蔡詩力等人，2004；黃惠美等人，2005；周希誠，2006；張美幸等人，2007）。其中，蔡麗雲等人、蔡詩力等人與張美幸等人的研究結果皆顯示有修習過醫療相關課程者對寧療護的知識與態度有正面影響。黃惠美等人，與許滄汶、張俊朗的研究皆發現聽過安寧演講或宣導者對安寧療護的知識與態度較佳。以上的研究結果可見，教育訓練對安寧療護的知識與態度的影響力。

（七）宗教信仰

宗教信仰對安寧療護的態度有重要影響（許滄汶、張俊朗，2004；Peretti-Watel et al.,

2005；周希誠，2006)。其中，許滄汶、張俊朗的研究發現宗教信仰對急救的態度有顯著差異；Peretti-Watel et al.的研究發現醫生是否有參加宗教組織對安樂死的認知與安寧緩和醫療的態度有影響；周希誠的研究發現有宗教信仰的護理人員對安寧療護的態度較正向。

特別注意的是，學者專家的研究結果發現，宗教信仰對安寧療護的「態度」有重要的影響，但並未有研究發現宗教信仰對安寧療護的「知識」有明顯的影響力。

(八) 是否聽過安寧資訊

是否聽過寧資訊對安寧療護的知識與態度有影響力（邱淑如，1999；黃惠美等人，2005)。其中，邱如對罹癌病孩的照顧者所作的調查，結果發現是否聽過安寧資訊影響到其對安寧療護的認識；黃惠美等人對台中某社區民眾進行的調查，發現聽過安寧病房的民眾對安寧療護的知識較佳。

(九) 醫療相關經驗

醫療相關經驗會影響對安寧療護的態度（劉樹泉等人，2006；Morita et al., 2006)。其中，劉樹泉等人的研究發現年齡較輕的民眾會因親友介紹而影響到對安寧療護的認知與接受度；Morita et al.的研究發現，曾接受過安寧療護的癌症家屬，相對於其他醫療方式的癌症家屬，對疼痛控制、醫病溝通有不同的信念，對醫療的選擇亦不同。

特別注意的是，學者專家的研究結果發現，醫療相關經驗對安寧療護的「態度」有重要的影響，但並未有研究發現醫療相關經驗對安寧療護的「知識」有明顯的影響力。

綜合上述背景變項的分析，本研究採用的背景變項包含：性別、年齡、年級、居住區域、宗教信仰、曾聽過安寧療護相關資訊、教育訓練（包含：曾修過生死教育課程、曾修過安寧療護課程或聽過安寧講座）、醫療相關經驗（包含：重病經驗、親友經驗）、父母親教育程度、父母親職業等。在此特別說明的是，相關研究皆指出「教育程度」與「職業別」在安寧療護相關議題上有影響力（黃惠美等人，2005；劉樹泉等人，2006)，但本研究的研究對象是大學生，他們的教育程度與職業並無不同，故調查大學生的教育程度與職業不具有意義，所以研究者將其延伸為調查大學生的父母親教育程度與父母親職業對其安寧療護知識與態度的影響。

除此之外，研究者還加入社經地位作為本研究的背景變項，考量的原因有二：(1) 因本研究是屬於全國性的調查研究，所以研究者加入了社經地位作為背景變項，社經地

位在全國性的調查研究當中是常見的背景變項之一；(2) 根據專家的意見，社會文化與生活經驗會影響到醫療的態度 (Mello & Jenkinson, 1998)，且社經地位可或多或少反應出社會文化與生活經驗的差異，此外劉樹泉等人 (2006) 的研究結果發現，選擇安寧療護的民眾的經濟地位較佳，基於這些考量，研究者採用社經地位作為本研究的背景變項。

五、研究工具

國內外的研究工具以自編量表為多數，問題的內容針對研究者所關注的焦點來編製；而國內的研究亦有類似的狀況，大部分的研究者所使用的研究工具亦皆是參考文獻而自編的問卷，僅張美幸等人在 2007 年使用黃惠美等人 (2005) 自編的問卷。

本研究所使用的研究工具，跟其他國內學者專家的研究一樣，亦是採用自編問卷(張淑真等人，1997；鍾佳真，1998；楊美玲，2000；趙可式，2000；蔣蕙芬，2005；蔡詩力等人，2004；許煌汶等人，2004；黃惠美等人，2005；劉樹泉等人，2006；周希誠等人，2006；趙可式，2008)。研究者認為自編問卷的好處有二：(1) 題目的深淺度可以配合研究對象來編製，蔡詩力等人 (2004) 即建議未來的研究者可以針對研究對象設計適合的題目，例如：針對醫護人員與醫護科系學生所設計的題目內容明顯過於專業，對一般大學生而言實在太難去回答，此時自編問卷為宜；(2) 題目可以回應研究者所關注的焦點。本研究關注的焦點有：安寧療護醫療理念、大眾迷思、重要抉擇 (CPR 與 DNR，病情告知，預立醫囑)、安寧緩和醫療條例的規定，這些已經在本章 2-5 節的文獻探討中作了充分的討論。本研究自編問卷除了根據本章文獻探討外，還參考了學者趙可式 (2000)、黃惠美等人 (2005)、周希誠等人 (2006) 所編的安寧療護量表，這三位學者所編問卷的研究對象為一般民眾，所以題目的深淺度相較於給醫護人員所作的問卷題目較適合大學生來作答。除了參酌三位學者的問卷外，研究者自編問卷根據 Devellis (1999) 提出的量表發展原則來編製，最後經過專家效度與預試的檢驗，來確立本研究量表的信度與效度。

綜言之，本節所作的相關研究之回顧分析，皆作為本研究的研究參考。從研究對象來看，目前國內安寧療護的相關研究尚缺少對非醫護科系大學生的研究，且抽樣方法較少隨機取樣，因此根據專家們的建議可用隨機取樣並擴充到全國以增加研究結果的推論性。本研究從前人的研究結果與建議出發，期能對未來安寧療護的推廣提供一些建議。

第三章 研究方法

本研究旨在探討目前大學生對安寧療護的知識與態度的現況，採用問卷調查的研究方法。以下六節說明本研究的研究方法，分別為：第一節研究架構、第二節研究假設、第三節研究對象、第四節研究工具、第五節研究步驟，與第六節資料處理。

第一節 研究架構

為探討大學生對安寧療護的知識與態度現況並回答本研究的待答問題，本研究根據文獻探討所得的結果，提出下列研究架構：

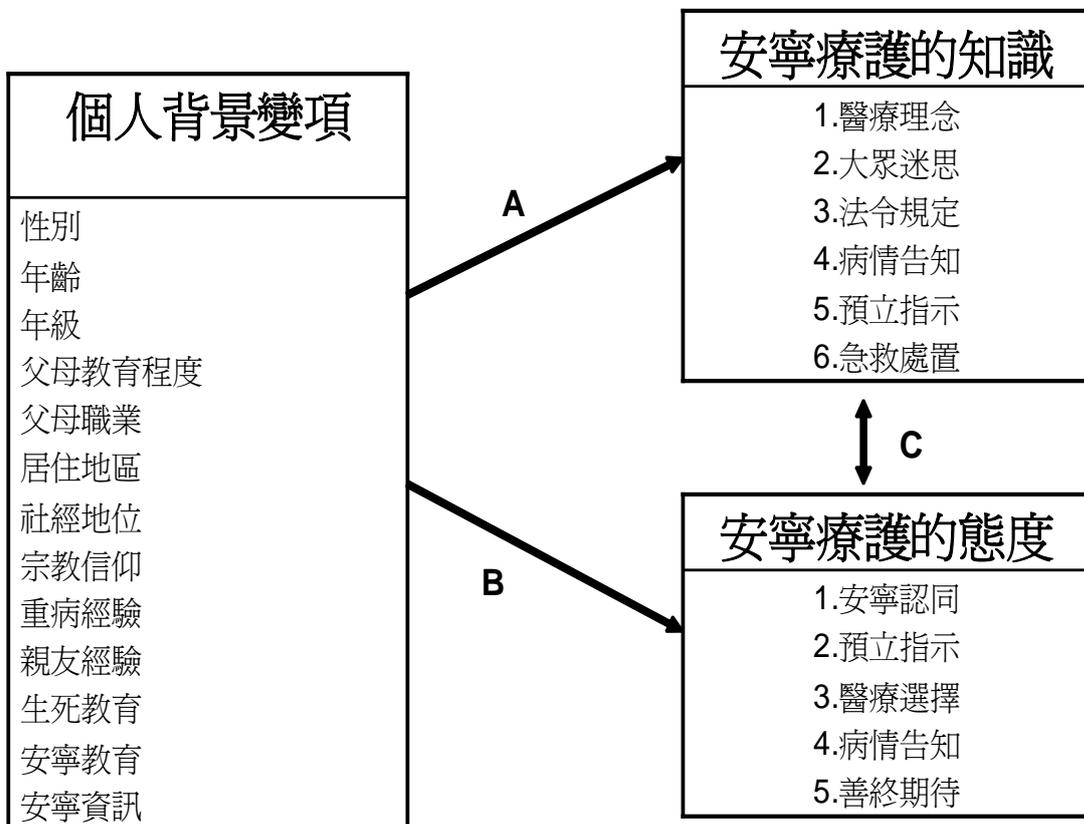


圖3-1-1 研究架構

A：探討不同個人背景變項的大學生在安寧療護知識上的差異，使用 t test 與 One-Way ANOVA 進行分析。

B：探討不同個人背景變項的大學生在安寧療護態度上的差異，使用 t test 與 One-Way ANOVA 進行分析。

C：探討大學生的安寧療護的知識與其安寧療護的態度的關係，使用典型相關進行分析。

第二節 研究假設

根據待答問題參、肆、伍，本研究提出下列假設：

- 壹、大學生對安寧療護的知識會因個人背景變項不同而有顯著差異。
- 貳、大學生對安寧療護的態度會因個人背景變項不同而有顯著差異。
- 參、大學生對安寧療護的知識與其對安寧療護的態度有顯著相關。

第三節 研究對象

以下說明本研究的研究對象的母群、抽樣方式以及樣本數的決定。

壹、母群對象:

本研究的研究母群依據教育部統計資料所列 96 學年度就讀於 164 所大專院校日間部的學生為主，不包括夜間部、暑期班及專科班的大學學生，本研究的研究母群人數共 942852 人。學校代碼請參考附錄一。

貳、抽樣方式

本研究考慮到研究母群人數眾多（942852 人），爲了讓抽樣樣本更具有代表性，更能反應母群，且目前全國性的調查研究使用比例機率抽樣的頗多，因此本研究的抽樣方式爲比例機率抽樣（probability proportional sampling or probability proportional to size，簡稱 pps）。儲全滋（1994）提到比例機率抽樣與均等機率抽樣不同之處，在於比例機率抽樣能反應出各集體所含的個體數比例，每一集體的抽出機率爲其所含基本單位數與其群體總單位數成比例。換言之，若集體內的個體數較多，則被抽取到的機率相對地高；若集體內的個體數較少，則被抽取到的機率相對地低。

參、樣本的決定

本研究依據專家建議以及過去研究的經驗，決定本研究之樣本數爲 1200 位大專院校學生。預計抽取 12 所大專院校。其 95%信心水準的誤差範圍約在正負 2.83。

本研究抽樣學校的決定是由比例機率抽樣的原則進行。首先列出研究母群體 164 間大專院校的學生人數，之後依照各大專院校學生人數由多而少遞減排序，並以此爲本研究的抽樣母群名冊（見附錄二）。在抽樣母群名冊中的大專院校學生的總人數爲

942852 人，依比例機率抽樣的原則先以 942852 除以 12 得 78571 為抽樣間距 (sampling interval)。之後隨意從亂數表取得一處五位數字 89488，此數超出 78571，故放棄此數，依序選其下五個數字 32952。因此，數目 32952 就是本研究大學院校抽樣的隨機起始點 (random start point)，再以此數 32952 為基準，抽樣母群名冊中編號 32952 所在的大專院校為本研究的第一個樣本學校。接著依名冊順序向下選取第 111523 號(32952+78571)所在的大專院校。依此類推完成抽樣學校的挑選。最後，本研究按照比例機率抽樣原則，所抽取的學校為中國文化大學、成功大學、中興大學、台灣師範大學、中正大學、中華大學、元智大學、聯合大學、聖約翰科技大學、大同大學、台北市立教育大學、大漢技術學院等共 12 所大學。進一步分析，本研究所抽取的學校性質以綜合型大學為主、而科技類型與教育類型大學院校分別各有二所，此外僅有一所成功大學設有醫學院。在此特別說明，本研究雖採用全國性調查研究最常使用的比例機率方法來進行抽樣，所抽取的樣本已具備一定的代表性，但依據本研究所抽取的學校類型來探討，發現抽樣學校集中在綜合性大學，因此對研究結果會有解釋上的限制。

決定抽樣的 12 所學校後，研究者再與抽樣學校的通識中心連絡，請其抽取班級數約 100 人的班級填寫問卷。為了提高有效問卷的回收率，研究者在與通識中心的行政人員接洽時，會先了解他們幫忙施測的意願，對於意願較低的行政人員，研究者會主動詢問他們所遇到的麻煩與困難並盡可能提供方法來解決，以提高他們幫忙施測的意願，最後歷時三個月，終於完成 12 所大學的正式抽樣。

研究者以通識課程的學生為施測對象，用意是考量到通識課程的學生不僅含蓋各年級，且亦含蓋各學院、各科系，如此可以讓抽樣對象更具代表性。共發出 1200 份正式問卷，剔除明顯未確實填答者，得有效問卷數為 922 份，正式問卷有效率為 76%。表 3-3-1 說明各校抽取之樣本數與實際回收的有效問卷數。

表 3-3-1 正式問卷各校抽取樣本數與實際回收有效問卷數

學校	發出問卷數	有效問卷數	有效百分比
中國文化大學	100	60	6.5%
成功大學	100	87	9.4%
中興大學	100	63	6.8%
台灣師範大學	100	62	6.7%
中正大學	100	91	9.8%
中華大學	100	72	7.8%
元智大學	100	91	9.8%
聯合大學	100	83	9.0%
聖約翰科技大學	100	76	8.2%
大同大學	100	74	8.0%
台北市立教育大學	100	80	8.8%
大漢技術大學	100	83	9.0%
總計	1200	922	100%

本研究的背景變項包含：年級、性別、年齡、父母親教育程度、父母親職業、安寧資訊、生死教育、安寧教育、宗教信仰、重病經驗、親友經驗、居住地區、社經地位等。大學生的個人背景變項之次數分配如表 3-3-2 所示：

- 一、 年級：年級分爲一年級、二年級、三年級、四年級、五年級，共五類。在有效問卷 922 份中，在年級方面以一、二年級爲最多，各有 291 人（31.8%）與 286 人（31.2%），三年級與四年級次之，各有 181 人（19.8%）與 152 人（16.6%），5 年級最少，僅有 6 人（0.7%）。
- 二、 性別：性別變項包括男生與女生兩類。本研究男生略多於女生，男生有 518 人（56.2%），女生有 404 人（43.8%）。
- 三、 年齡：年齡分爲 19 歲以下、20-24 歲、25-29 歲、30 歲以上，共四類。本研究大學生 19 歲以下有 330 人（35.8%），20-24 歲人數最多，有 536 人（58.2%），25-29 歲僅有 31 人（3.4%），30 歲以下有 24 人（2.6%）。

- 四、 父親教育程度：父親教育程度分爲小學(含畢業及肄業)、國中(含畢業及肄業)、高中職(含畢業及肄業)、大學專科(含畢業及肄業)、研究所以上(包含碩士及博士畢業及肄業)，共五類。本研究大學生的父親教育程度以高中職與大學、專科居多，各有 339 人(36.9%)與 324 人(35.3%)，國中則有 125 人(13.6%)，小學與研究所以上者較少，分別僅有 73 人(8.0%)與 57 (6.2%) 人。
- 五、 母親教育程度：母親教育程度分爲小學(含畢業及肄業)、國中(含畢業及肄業)、高中職(含畢業及肄業)、大學專科(含畢業及肄業)、研究所以上(包含碩士及博士畢業及肄業)，共五類。本研究大學生的母親教育程度以高中職最多，有 418 人(45.4%)，大學、專科次之，有 229 人(24.9%)，國中有 145 人(15.8%)，小學有 103 人(11.2%)，研究所最少，僅有 25 人(2.7%)。
- 六、 父親的職業：父親職業分爲無技術性工人、技術性工人、半專業人員、專業人員、高級專業人員，共五類。本研究大學生的父親職業以半專業人員最多，有 284 人(31.8%)，技術性工人次之，有 213 人(23.8%)，而無技術工人有 194 人(21.7%)，專員人員有 136 人(15.2%)，高級專業人員最少，僅有 67 人(7.5%)。
- 七、 母親的職業：母親職業分爲無技術性工人、技術性工人、半專業人員、專業人員、高級專業人員，共五類。本研究大學生的母親職業以無技術工人最多，有 454 人(49.9%)，半專員人員次之，有 176 人(19.4%)，專業人員有 137 人(15.1%)，技術性工人有 130 人(14.3%)，高級專業人員最少，僅有 12 人(1.3%)。
- 八、 安寧資訊：分爲有聽過安寧資訊與未聽過安寧資訊。本研究大學生超過半數未聽過安寧資訊。未聽過安寧資訊者比聽過安寧資訊者多，分別有 527 人(57.2%)與 395 人(42.8%)。
- 九、 生死教育：分爲有修過生死教育課程、無修過生死教育課程。本研究的大學生曾修過生死教育者比未曾修過生死教育者少很多，分別有 177 人(19.2%)與 744 人(80.8%)。
- 十、 安寧教育：分爲有受過安寧教育、無受過安寧教育，本研究的安寧教育包含修習安寧課程或聽過安寧講座。本研究大學生未曾受過安寧教育者比受過安寧教育者多很多，分別有 827 人(89.7%)與 95 (10.3%) 人。

- 十一、宗教信仰：分爲有宗教信仰、無宗教信仰。本研究大學生無宗教信仰者比有宗教信仰者多，分別爲 612 人（66.4%）與 310（33.6%）人。
- 十二、重病經驗：分爲有重病經驗、無重病經驗。本研究大學生多爲沒有重病經驗，佔 826 人（89.7%），有重病經驗的人僅佔少數，僅佔 95 人（10.3%）。
- 十三、親友經驗：分爲親友有居住安寧病房經驗、親友無居住安寧病房經驗。本研究大學生的親友無居住安寧病房經驗者比有經驗者多，分別爲 690 人（75.1%）與 229 人（24.9%）。
- 十四、居住地區：居住地區分爲直轄市、省轄市、縣轄市、鄉鎮地區，共四類。本研究的大學生居住地區以縣轄市最多，有 294 人（32.1%），直轄市次之，有 244（26.%），鄉鎮地區者有 202 人（22.1%），省轄市最少，有 176 人（19.2%）。
- 十五、社經地位：社經地位分爲高社經、中社經、低社經，共三類。本研究大學生的社經地位以低社經最多有 346 人（38.02%），其次爲中社經 324 人（35.6%），而高社經 240 人（26.4%）最少。

表 3-3-2 本研究背景變項之次數分配表

背景變項	人數	有效百分比	背景變項	人數	有效百分比
年級			性別		
(1) 一年級	291	31.8%	(1) 男	518	56.2%
(2) 二年級	286	31.2%	(2) 女	404	43.8%
(3) 三年級	181	19.8%			
(4) 四年級	152	16.6%			
(5) 五年級	6	0.7%			
修過生死教育			聽過安寧資訊		
(1) 有	177	19.2%	(1) 有	395	42.8%
(2) 無	744	80.8%	(2) 無	527	57.2%
年齡			父親職業		
(1) 19 歲以下	330	35.8%	(1) 無技術性工人	194	21.7%
(2) 20-24 歲	536	58.2%	(2) 技術性工人	213	23.8%
(3) 25-29 歲	31	3.4%	(3) 半專業人員	284	31.8%
(4) 30 歲以上	24	2.6%	(4) 專業人員	136	15.2%
			(5) 高級專業人員	67	7.5%
父親教育			母親職業		
(1) 小學	73	8.0%	(1) 無技術性工人	454	49.9%
(2) 國中	125	13.6%	(2) 技術性工人	130	14.3%
(3) 高中職	339	36.9%	(3) 半專業人員	176	19.4%
(4) 大學專科	324	35.3%	(4) 專業人員	137	15.1%
(5) 研究所以上	57	6.2%	(5) 高級專業人員	12	1.3%
母親教育			宗教信仰		
(1) 小學	103	11.2%	(1) 有	310	33.6%
(2) 國中	145	15.8%	(2) 無	612	66.4%
(3) 高中職	418	45.4%			
(4) 大學專科	229	24.9%			
(5) 研究所以上	25	2.7%			
親友經驗			有重病經驗		
(1) 有	229	24.9%	(1) 有	95	10.3%
(2) 無	690	75.1%	(2) 無	826	89.7%
社經地位			居住地區		
(1) 高社經	240	26.4%	(1) 直轄市	244	26.6%
(2) 中社經	324	35.6%	(2) 省轄市	176	19.2%
(3) 低社經	346	38.02%	(3) 縣轄市	294	32.1%
			(4) 鄉鎮地區	202	22.1%
受過安寧教育					
(1) 有	95	10.3%			
(2) 無	827	89.7%			

由表3-3-2來看，整體而言，在922份有效回收問卷中，填答者多數為一年級到四年級，各年級的人數分布平均，惟五年級數偏少；性別方面，男生略多於女生；年齡方面以19歲以下與20-24歲居多；父親教育程度以高中職與大學、專科居多；母親教育程度：以高中職最多；父親的職業：以半專業人員最多；母親的職業以無技術工人最多。此外，填答者居住最久的地區分佈算平均，縣轄市、直轄市、鄉鎮地區、省轄市都有；大多數的填答者未有親友安寧經驗；在教育方面，多數填答者並未曾修安寧課程或生命教育課程；此外，填答者多數沒有重病經驗，多數填答者未聽過安寧資訊，填答者的多屬低社經與中社經地位。此外，本研究曾聽過安寧資訊的大學生，其獲取安寧資訊管道主要來自電視最多，次其次分別是：學校、醫院、親人、網路、報章雜誌……等，見下表3-3-3。

表 3-3-3 本研究大學生獲取安寧資訊管道分配表

管道	親人	朋友	醫院	社工 人員	電視	廣播	網路	學校	海報 宣傳 單	報章 雜誌	安寧照 顧相關 基金會	其 他
人數	132	67	145	45	172	19	96	152	36	92	48	25
百分比%	14.3	7.3	15.7	4.9	18.7	2.1	10.4	16.5	3.9%	10.0	5.2	2.7

第四節 研究工具

在第二章文獻探討的部分，研究者曾對安寧療護相關研究的研究工具作分析，結果發現國內的學者專家皆是根據自己關注的研究焦點自編問卷（張淑真等人，1997；鍾佳真，1998；楊美玲，2000；趙可式，2000；蔣蕙芬，2005；蔡詩力等人，2004；許煌汶等人，2004；黃惠美等人，2005；劉樹泉等人，2006；周希誠等人，2006；趙可式，2008）。

為了解大學生對安寧療護的知識與態度，本研究所使用的研究工具亦是自編問卷。學者專家們建議（蔡詩力等人，2004）安寧療護的相關問卷，可以根據研究對象來設計題目的深淺，大多數的研究工具皆是給醫護人員、病人、家屬來填答，較不適合大學生。此外，研究者本身對安寧療護的關注焦點在安寧療護的醫療理念、法令規定、預立醫囑、病情告知、急救處置、大眾對安寧療護的迷思等，尚無單一研究工具包含研究者所關心的所有議題。基於以上原因，研究者自編量表來作為本研究的工具。

本研究的研究工具主要由兩個途徑而來，包含：（1）第二章的文獻探討；（2）參酌多位專家學者所編的相關安寧療護評量工具，包括趙可式（2000）受中央健保局委托「安寧療護住院服務試辦論日計酬之監控與評估計畫」中安寧療護的認知與態度問卷、黃惠美等人（2005）所編「社區民眾對安寧療護的知識問卷」、周希誠等人（2006）所編「安寧療護知識與態度量表」。除了透過文獻探討所得的內涵，並參酌眾多學者的評量工具，本研究還根據 Devellis（1999）提出的量表發展原則來自編「大學生對安寧療護的知識量表」以及「大學生對安寧療護的態度量表」。以下說明本研究所使用的兩項工具：

壹、大學生對安寧療護的知識量表

一、編製過程

本量表的內涵建構由二項途徑發展而成：1.參酌學者專家的研發工具；2.文獻探討。本量表參酌學者專家研發的工具並經過文獻探討的整理，原始題目有 45 題，之後經過八位專家（含四位學者與四位安寧實務工作者，專家名單請參考附錄三）進行內容效度審核。根據專家們的意見修訂部分語辭與刪除不適題項後（專家效度請參考附錄三），剩下 40 題進行預試（預試問卷請參考附錄四）。對預試測驗結果進行項目分析，最後刪除鑑別度不適宜的題項，得正式量表題項共 37 題（正式問卷請參考附錄五）。本量表由文獻探討而來的層面分別為：醫療理念、大眾迷思、法令規定、病情告知、預立指示、急救處置等六大層面。

二、填答與計分方式

本量表為了解大學生對安寧療護相關知識的認知狀況，採用是、非題的作答方式。答對 1 題得 1 分，答錯則不計分，在 37 題的正式問卷中，全答對者最高可得 37 分。得分愈高者，表示對安寧療護相關知識的認知狀況愈好，得分愈低者，表示對安寧療護相關知識的認知狀況愈差。

再者，本量表分為六個層面，各層面可分別計算得分，分別是：醫療理念 9 分、大眾迷思 7 分、法令規定 10 分、病情告知 5 分、預立指示 3 分、急救處置 3 分。分別計算得分，可幫助了解填答者對安寧療護各層面知識的理解程度。

三、預試

研究者以方便抽樣，抽取研究者所在鄰近地區的嘉義大學與吳鳳大學進行施測。預試問卷共發放 320 份，實際回收有效問卷為 238 份，有效問卷回收率為 74%。見表 3-4-1。

3-4-1 預試問卷各校抽取樣本數與實際回收有效問卷數

學校	發出問卷數	有效問卷數	有效百分比
嘉義大學	219	166	70%
吳鳳大學	101	72	30%
總計	320	238	100%

四、項目分析

項目分析方面，研究者對本量表預試測驗結果進行項目分析，用 t-test 考驗高分組（前 27%）與低分組（後 27%）在題項上之差異。選取決斷值大於 3，且顯著性小於 .05 的題項，最後刪除第 2、第 34、第 40 題後，保留 37 題（請見表 3-4-2）。

表 3-4-2 大學生對安寧療護的知識量表之項目分析

原題號	決斷值	顯著性	取捨	新題號
1	4.142	.000***		1
2	2.771	.006**	刪除	
3	4.627	.000***		2
4	10.615	.000***		3
5	14.231	.000***		4
6	11.583	.000***		5
7	5.967	.000***		6
8	4.510	.000***		7
9	4.505	.000***		8
10	4.571	.000***		9
11	8.720	.000***		10
12	11.738	.000***		11
13	9.248	.000***		12
14	6.030	.000***		13
15	11.188	.000***		14
16	9.089	.000***		15
17	6.771	.000***		16
18	6.853	.000***		17
19	3.266	.001**		18
20	13.022	.000***		19
21	5.271	.000***		20
22	10.025	.000***		21
23	4.557	.000***		22
24	5.367	.000***		23
25	3.419	.001**		24
26	5.335	.000***		25
27	6.587	.000***		26
28	11.650	.000***		27
29	14.427	.000***		28
30	5.855	.000***		29
31	6.832	.000***		30
32	14.796	.000***		31
33	11.051	.000***		32
34	2.716	.007**	刪除	
35	12.070	.000***		33
36	7.339	.000***		34
37	5.942	.000***		35
38	12.301	.000***		36
39	3.926	.000***		37
40	1.802	.072	刪除	

註：***表 $p < .001$ ；**表 $p < .01$ ；*表 $p < .05$

五、因素分析

研究者將項目分析刪題後所得 37 題進行因素分析，結果不甚理想。然而，經與指導教授討論，認為本量表各題項內容彼此相互獨立，就性質上並不適合進行因素分析。

本量表編製過程以文獻探討作為基礎，並有專家對內容效度作把關（見附錄三專家效度），因此本量表應根據文獻探討的編製過程中的層面來作區分為宜。本量表根據文獻探討而建構的層面分別為：醫療理念 9 題、大眾迷思 7 題、法令規定 10 題、病情告知 5 題、預立指示 3 題、急救處置 3 題，詳見表 3-4-3。

六、信度分析

研究者將項目分析後刪題後的 37 題，進行信度考驗。因為本問卷題目屬於二分問項的填答方式，故宜採取庫李信度（the Kuder-Richardson formula 20）來考驗內部一致性（Devellis, 1999）。正式量表經庫李信度加以考驗後，所得的 r_{20} 為.713，顯示本量表具有很好的信度。

表3-4-3 大學生對安寧療護的知識量表各分層面摘要表

層面	題目	正確答案
醫療理念	1 · 安寧療護是減輕末期病人之痛苦，使其達到舒適。	是
	2 · 安寧療護是對不可治癒末期病人提供積極整體性的照顧。	是
	3 · 安寧療護的照護工作，不包括為家屬進行悲傷輔導。	否
	4 · 安寧療護以「治癒」末期病人為醫療目標。	否
	5 · 安寧療護用人工維生方式延長死亡時間。	否
	6 · 安寧療護重視末期病人的自主權，讓人有尊嚴地面對死亡。	是
	7 · 安寧療護讓末期病人在最後一程時，有醫護人員、社工、家人等的陪伴。	是
	8 · 安寧療護重視末期病人的生活品質。	是
	9 · 安寧療護提供人性化的居家照護空間。	是
大眾迷思	1 0 · 選擇安寧療護等於放棄治療。	否
	1 1 · 選擇安寧療護等於安樂死。	否
	1 2 · 安寧療護使用嗎啡來做疼痛控制，容易上癮。	否
	1 3 · 居住安寧病房比普通病房昂貴。	否
	1 4 · 居住安寧病房比普通病房耗費更多的醫療資源。	否
	1 5 · 安寧療護不會縮短病患的生命。	是
法令規定	1 6 · 安寧療護不放棄照護病人。	是
	1 7 · 目前在台灣，所有的末期病人都能申請住安寧病房。	否
	1 8 · 肝硬化末期病人符合我國目前健保規定安寧病房的照護對象。	否
	1 9 · 意識清楚的末期病人，沒有權利簽署「不施行心肺復甦術」意願書。	否
	2 0 · 家屬有權利為昏迷的末期病人簽署「不施行心肺復甦術」同意書。	是
	2 1 · 醫師應選擇安寧療護末期病人要求，撤除維生系統，是協助自殺行為。	否
	2 2 · 「不施行心肺復甦術」的要件，需要有二位醫師診斷確為末期病人。	是
	2 3 · 未成年人簽署「不施行心肺復甦術意願書」，應得法定代理人同意。	是
	2 4 · 健康時，簽署「預立不施行心肺復甦術意願書」是合法有效的。	是
2 5 · 簽署「不施行心肺復甦術意願書」時，要有二位見證人在場。	是	
2 6 · 健康時，簽署「預立醫療委任代理人委任書」是合法有效的。	是	
病情告知	2 7 · 為了讓接受安寧療護的末期病人善終，家屬要盡力對他隱瞞病情。	否
	2 8 · 為了讓接受安寧療護的末期病人善終，家屬要阻止醫護人員告知病情。	否
	2 9 · 醫生有義務對接受安寧療護的病人或其家屬告知病情。	是
	3 0 · 讓接受安寧療護的末期病人知道病情，可以讓他有充足時間安排後事。	是
	3 1 · 接受安寧療護的病人明確表示欲知病情，家屬不願意，醫生應順從家屬。	否
預立指示	3 2 · 健康的人不需要預立醫療遺囑，只有老年人與生病的人才需要。	否
	3 3 · 請家裡的老年人預立醫療遺囑是違法的。	否
	3 4 · 年滿二十歲以上具完全行為能力的人，可以預立醫療遺囑。	是
急救處置	3 5 · 急救措施包含氣管內插管、體外心臟按壓、電擊等。	是
	3 6 · 對末期病人施行心肺復甦術，可以達到治癒效果。	否
	3 7 · 對無生命徵象的臨終末期病人進行急救，會增加其痛苦。	是

貳、大學生對安寧療護的態度量表

一、編製過程

本量表的內涵建構由二項途徑發展而成：1.參酌學者專家的研發工具；2.文獻探討。本量表參酌學者專家研發的工具並經過文獻探討的整理，原始題目有 22 題，之後經過八位專家（含四位學者與四位安寧實務工作者，專家名單詳見附錄三）進行內容效度審核。根據專家意見修訂部分語辭後（專家效度請參考附錄三），進行預試（預試問卷請參考附錄四）。預試後，對測驗結果進行項目分析與因素分析，預試 22 題項皆達顯著，最後得正式量表題目共有 22 題（正式問卷請參考附錄五）。

二、填答與計分方式

本量表為了解大學生對安寧療護的態度的真實現況，採用李克斯特（Likert）五點量表，將每個題項分成五種程度。請填答者就自己對安寧療護相關態度的符合程度來作答，五個選項與計分為：「完全符合」（5 分）、「大部分符合」（4 分）、「部分符合」（3 分）、「大部分不符合」（2 分）、「完全不符合」（1 分）。得分愈高者，表示對安寧療護的相關態度愈好，得分愈低者，表示對安寧療護的態度愈差。

再者，本量表分為五個層面，各層面可分別計算得分，分別是安寧認同 3 分、預立指示 5 分、醫療選擇 4 分、病情告知 5 分、善終期待 5 分。分別計算各層面得分，可幫助了解填答者對安寧療護各層面態度的實際狀況。

三、預試

研究者以方便抽樣，抽取研究者所在鄰近地區的嘉義大學與吳鳳大學進行施測。預試問卷共發放 320 份，實際回收有效問卷為 238 份，有效問卷回收率為 74%。詳見表 3-4-1。

四、項目分析

研究者對本量表預試測驗結果進行項目分析，用 t-test 考驗高分組（前 27%）與低分組（後 27%）在題項上之差異。選取決斷值大於 3，且顯著性小於 .05 的題項，最後本量表 22 題項皆達顯著，表示本量表各題項皆有很好的鑑別度（請見表 3-4-4）。

表 3-4-4 大學生對安寧療護的態度量表之項目分析

原題號	決斷值	顯著性
1	15.727	.000***
2	16.948	.000***
3	17.726	.000***
4	11.134	.000***
5	14.723	.000***
6	22.635	.000***
7	19.107	.000***
8	16.283	.000***
9	19.517	.000***
10	18.132	.000***
11	12.335	.000***
12	21.864	.000***
13	19.336	.000***
14	15.265	.000***
15	19.604	.000***
16	16.282	.000***
17	10.816	.000***
18	18.709	.000***
19	19.456	.000***
20	20.336	.000***
21	21.141	.000***
22	13.721	.000***

註：***表 $p < .001$

五、因素分析

研究者依據項目分析結果，進行因素分析以求本量表的建構效度。本研究是以主成份因素分析法，配合最大變異法行正交轉軸後，保留特徵值大於 1，並選取因素負荷量大於 .4。共取得五個因素，累積解釋變異量為 60.611%。五個因素的命名分別為「善終期待」、「預立指示」、「病情告知」、「安寧認同」、「醫療選擇」，與本量表建立因素構面相符。請見表 3-4-5。

表 3-4-5 大學生對安寧療護的態度量表因素分析摘要表

因 素 名 稱	題 目	因素 負荷 量	特 徵 值	累 積 變 異 量 %
善 終 期 待	19 我期待臨終時，能心願已了，沒有牽掛。	.842	6.477	16.825
	21 我期待在自己選擇的臨終地點善終。	.818		
	20 我期待臨終那一刻，能夠有所領略，沒有恐懼。	.798		
	18 我期待臨終時，能身體完整，沒有痛苦。	.796		
	22 當選擇醫院或者家中為臨終地點時，我期待在家中善終。	.696		
預 立 醫 囑	10 事先預立醫療遺囑，並不會讓我覺得不自在。	.726	2.475	29.106
	9 我願意在健康時，就預立遺囑交代醫療方式。	.709		
	7 當家人簽署「預立醫療委任代理人」時，我願意擔任委任代理人。	.691		
	8 擔任家人的「預立醫療委任代理人」時，並不會讓我覺得不自在。	.691		
	6 我贊成家人在意識清楚時，預立遺囑交代醫療方式。	.584		
病 情 告 知	16 若我的家人罹患不治重症，我會選擇告知他們病情。	.824	1.773	41.335
	13 我贊成讓末期病人知道病情。	.728		
	14 我認為末期病人的家屬，不可阻止醫護人員告知病人病情。	.722		
	17 若我的家人罹患不治重症，告知他們病情並不會讓我覺得不自在。	.610		
	15 若我罹患不治重症，我希望家人和醫師能確實告知我病情。	.587		
安 寧 認 同	4 我願意擔任安寧療護的志工服務。	.801	1.388	51.380
	3 我願意多瞭解安寧療護的相關資訊。	.697		
	5 我認為安寧療護課程應該編入通識教育。	.696		
醫 療 選 擇	2 我會在癌末時選擇安寧療護。	.740	1.220	60.611
	1 我會為家中末期病人選擇安寧療護。	.686		
	11 我贊成用嗎啡來舒緩癌末病人的疼痛。	.545		
	12 若急救無效，我贊成放棄「治癒」，改以「舒緩痛苦」為醫療目標。	.540		

六、信度分析

在信度方面，採「Cronbach α 」係數進行內部一致性考驗。由表 3-4-6 可知五個層面的 α 係數分別為 .873、.795、.782、.727、.676；而總量表的 α 係數為 .878，顯示本量表有很好的信度。

表 3-4-6 大學生對安寧療護的態度量表信度分析摘要表

因素	因素名稱	α 係數
因素一	善終期待	.873
因素二	預立指示	.795
因素三	病情告知	.782
因素四	安寧認同	.727
因素五	醫療選擇	.676

第五節 研究步驟

茲說明本研究的研究步驟：

壹、準備階段

本研究自 97 年 7 月確定研究主題後，透過網路查詢系統，並收集國內外有關安寧療護的知識與態度的相關期刊、專書、論文等文獻，經過關讀、整理、分析相關文獻後，獲得本研究的基本概念與初步研究架構。之後，於 97 年 10 月撰寫並完成研究計畫定稿。

貳、編製研究工具階段

本研究自編研究工具，經過文獻探討的整理、分析後，於 97 年 11 月完成問卷初稿。完成問卷初稿後，邀請有實務工作經驗的醫護人員與學術專長的學者對問卷初稿進行專家效度審核，並根據專家意見修訂問卷初稿後，完成預試問卷，並於 97 年 12 月初進行預試。預試問卷回收以後，研究者進行預試結果的項目分析、因素分析、與信度分析，之後刪除修訂不適宜的題項後，終於在 97 年 12 月中旬完成本研究的正式問卷。

參、問卷施測階段

本研究以大學生為研究對象，為讓抽樣更具代表性，採用比例機率方法來抽樣。研究者以郵寄方式委託施測問卷，自 97 年 12 月初就先與抽樣學校的通識中心連絡施測事宜，並於 12 月 20 日前寄發正式問卷，二週後再與幫忙施測的行政人員連絡問卷的施測進度，並為了提高正式問卷回收率，主動詢問施測時所遇到的困難並提供可能解決的方法，最後於 98 年 1 月 20 日前陸續回收正式問卷。惟其中一所成功大學，因礙於期末考試進度無法排出時間施測問卷，故研究者於 98 年 2 月中旬新學期開學後又再度與其連絡，終於在 3 月份中旬完成所有正式問卷的回收。

肆、分析資料階段

正式問卷回收後，研究者隨即進行資料分析，過濾剔除無效問卷後獲得 922 份正式有效問卷。之後，使用「spss 13.0 for windows」電腦套裝軟體進行資料統計分析。

伍、論文總結階段

完成統計分析之後，研究者於四月初開始撰寫論文初稿，並於五月底完稿。

第六節 資料處理

本研究使用「spss 13.0 for windows」電腦套裝軟體進行資料統計分析，資料處理方法，包含描述性統計與推論性統計。

壹、描述統計（人數、百分比、平均數、標準差）：探討大學生的背景變項、大學生安寧療護的知識、大學生安寧療護的態度的現況。

貳、推論性統計

一、差異性考驗：使用 t 考驗與 One-Way ANOVA 來進行分析，以個人背景變項（性別、年級、年齡、親友經驗、父母教育程度、父母職業、居住區域、宗教信仰、重病經驗、安寧資訊、生死教育、安寧教育、社經地位）為自變項，安寧療護的知識與態度為依變項，進行考驗。以了解自變項與依變項之間是否具有顯著差異。

二、典型相關：分析大學生安寧療護之知識與安寧療護之態度的關係。

第四章 研究結果與討論

本章共分四節進行探討。第一節為大學生的安寧療護的知識與態度之描述統計；第二節為不同背景變項的大學生在安寧療護知識上之差異分析，以針對研究假設壹進行驗證；第三節為不同背景變項的大學生在安寧療護態度上之差異分析，以針對研究假設貳進行驗證；第四節為大學生安寧療護的知識與其安寧療護的態度之典型相關，以針對研究假設參進行驗證。因本章資料表格繁複，故研究者於每節最後加入簡要的綜合討論。

第一節 大學生的安寧療護的知識與態度之描述統計

在本節將分析目前大學生對安寧療護的知識與態度之現況。以下分別以描述統計說明大學生的安寧療護的知識現況分析，以及安寧療護的態度現況分析，最後再就本節的研究結果進行綜合討論。

壹、大學生的安寧療護的知識現況分析

為了解大學生的安寧療護的知識現況，研究者將從三方面來進行探討，首先就大學生在安寧療護的知識量表上的整題得分進行分析；之後對大學生在安寧療護的知識量上的各分層面進行分析比較；最後再就單題進行分析比較。

一、整體分析

本量表採用是、非題的作答方式。答對1題得1分，答錯則不計分，在37題的正式問卷中，全答對者最高可得37分。

由表4-1-1，整體量表最低分為14，最高分為37，平均得分為28.9870，標準差為4.11505，單題得分平均為28.9870除以37題=0.7834。大學生在知識量表上的整體表現頗佳，大學生對安寧療護的知識之認知狀況在中等以上。

二、分層分析

由表4-1-2大學生安寧療護的知識各分層面的得分分析表來看，整體量表單題平均得分為0.7834，而各分層量表單題平均得分，由高至低順序分別為「預立指示」(0.894)、「醫療理念」(0.8684)、「病情告知」(0.83232)、「急救處置」(0.79356)、「法

令規定」(0.75271)、「大眾迷思」(0.6405)。

由結果顯示，大學生在安寧療護的知識量表上的各分層面的得分表現頗佳，若進一步來看，單題平均得分達0.8以上的有三個層面：分別是「預立指示」層面表現最好(0.894)，其次是「醫療理念」(0.8684)、「病情告知」(0.83232)。然而，大學生在「大眾迷思」層面的得分表現頗差(.6405)。

表4-1-1 大學生安寧療護的知識整體得分分析表

層面	題號	人數	最小值	最大值	平均數	標準差
醫療理念	1	922	0	1	.92	.270
	2	922	0	1	.82	.387
	3	922	0	1	.84	.371
	4	922	0	1	.78	.416
	5	922	0	1	.64	.479
	6	922	0	1	.96	.199
	7	922	0	1	.97	.166
	8	922	0	1	.96	.201
	9	922	0	1	.93	.249
大眾迷思	10	922	0	1	.68	.467
	11	922	0	1	.77	.424
	12	922	0	1	.57	.496
	13	922	0	1	.25	.434
	14	922	0	1	.53	.500
	15	922	0	1	.79	.411
	16	922	0	1	.91	.289
法令規定	17	922	0	1	.62	.486
	18	922	0	1	.30	.457
	19	922	0	1	.76	.430
	20	922	0	1	.84	.366
	21	922	0	1	.75	.435
	22	922	0	1	.90	.304
	23	922	0	1	.92	.265
	24	922	0	1	.68	.466
	25	922	0	1	.90	.295
	26	922	0	1	.86	.344
病情告知	27	922	0	1	.89	.317
	28	922	0	1	.83	.374
	29	922	0	1	.96	.194
	30	922	0	1	.92	.277
	31	922	0	1	.57	.496
預立指示	32	922	0	1	.89	.317
	33	922	0	1	.81	.391
	34	922	0	1	.92	.272
急救處置	35	922	0	1	.94	.231
	36	922	0	1	.78	.417
	37	922	0	1	.66	.473
整體量表		922	14	37	28.9870	4.11505

表4-1-2大學生安寧療護的知識各分層面得分分析表

層面	人數	最小值	最大值	平均數	標準差	題數	單題 平均
醫療理念	922	2	9	7.8156	1.26708	9	0.8684
大眾迷思	922	0	7	4.4837	1.48692	7	0.6405
法令規定	922	1	10	7.5271	1.4369	10	0.75271
病情告知	922	0	5	4.1616	1.06617	5	0.83232
預立指示	922	0	3	2.6182	.70189	3	0.894
急救處置	922	0	3	2.3807	.72894	3	0.79356
整體量表	922	14	37	28.9870	4.11505	37	0.7834

三、單題分析

由表4-1-3，答對率明顯較高的題目有四題，分別為題7、題6、題8、題29等四題，答對率皆高於95%，其題目內容為：「安寧療護讓末期病人在最後一程時，有醫護人員、社工、家人等的陪伴」(題7)、「安寧療護重視末期病人的自主權，讓人有尊嚴地面對死亡」(題6)、「安寧療護重視末期病人的生活品質」(題8)、「醫生有義務對接受安寧療護的病人或其家屬告知病情」(題29)；由此可知，大學生對這四題安寧療護的知識理解程度較佳。再進一步來看，在這四題當中，題6、題7、題8皆屬於「醫療理念」層面；題29是屬於「病情告知」層面。

由表4-1-3，答對率明顯較低的有五題，分別為題13、題18、題14、題12、題31，答對率皆低於60%，其題目內容為：「居住安寧病房比普通病房昂貴」(題13)、「肝硬化末期病人符合我國目前健保規定安寧病房的照護對象」(題18)、「居住安寧病房比普通病房耗費更多的醫療資源」(題14)、「安寧療護使用嗎啡來作疼痛控制，容易上癮」(題12)、「讓接受安寧療護的末期病人知道病情，可以讓他有充足時間安排後事」(題31)；由此可知，大學生對這五題安寧療護的知識理解程度較差。再進一步來看，在這五題當中，題12、題13、題14是屬於「大眾迷思」的層面，其中2題(題13、題14)與安寧病房的費用有關，表示大學生對安寧病房所需的費用理解程度是較差的；而題18是屬於「法令規定」層面，是有關目前台灣健保規定安寧病房的照護對象，表示大學生對目前健保規定安寧病房的照護對象的理解是較差的；題31是屬於「病情告知」層面，表示大學生對於告知癌末病人病情的目的較不清楚。

表4-1-3 大學生安寧療護的知識單題答對比率

題目	正確 答案	答對 比率
1. 安寧療護是減輕末期病人之痛苦，使其達到舒適。	是	92.1%
2. 安寧療護是對不可治癒末期病人提供積極整體性的照顧。	是	81.7%
3. 安寧療護的照護工作，不包括為家屬進行悲傷輔導。	否	83.5%
4. 安寧療護以「治癒」末期病人為醫療目標。	否	77.8%
5. 安寧療護用人工維生方式延長死亡時間。	否	64.3%
6. 安寧療護重視末期病人的自主權，讓人有尊嚴地面對死亡。	是	95.9%
7. 安寧療護讓末期病人在最後一程時，有醫護人員、社工、家人等的陪伴。	是	97.2%
8. 安寧療護重視末期病人的生活品質。	是	95.8%
9. 安寧療護提供人性化的居家照護空間。	是	93.4%
10. 選擇安寧療護等於放棄治療。	否	68.0%
11. 選擇安寧療護等於安樂死。	否	76.5%
12. 安寧療護使用嗎啡來做疼痛控制，容易上癮。	否	56.8%
13. 居住安寧病房比普通病房昂貴。	否	25.2%
14. 居住安寧病房比普通病房耗費更多的醫療資源。	否	52.6%
15. 安寧療護不會縮短病患的生命。	是	78.5%
16. 安寧療護不放棄照護病人。	是	90.8%
17. 目前在台灣，所有的末期病人都能申請住安寧病房。	否	61.8%
18. 肝硬化末期病人符合我國目前健保規定安寧病房的照護對象。	否	29.6%
19. 意識清楚的末期病人，沒有權利簽署「不施行心肺復甦術」意願書。	否	75.5%
20. 家屬有權利為昏迷的末期病人簽署「不施行心肺復甦術」同意書。	是	84.1%
21. 醫師應選擇安寧療護末期病人要求，撤除維生系統，是協助自殺行為。	否	74.7%
22. 「不施行心肺復甦術」的要件，需要有二位醫師診斷確為末期病人。	是	89.7%
23. 未成年人簽署「不施行心肺復甦術意願書」，應得法定代理人同意。	是	92.4%
24. 健康時，簽署「預立不施行心肺復甦術意願書」是合法有效的。	是	68.2%
25. 簽署「不施行心肺復甦術意願書」時，要有二位見證人在場。	是	90.3%
26. 健康時，簽署「預立醫療委任代理人委任書」是合法有效的。	是	86.3%
27. 為了讓接受安寧療護的末期病人善終，家屬要盡力對他隱瞞病情。	否	88.7%
28. 為了讓接受安寧療護的末期病人善終，家屬要阻止醫護人員告知病情。	否	83.2%
29. 醫生有義務對接受安寧療護的病人或其家屬告知病情。	是	96.1%
30. 讓接受安寧療護的末期病人知道病情，可以讓他有充足時間安排後事。	是	91.6%
31. 接受安寧療護的病人明確表示欲知病情，家屬不願意，醫生應順從家屬。	否	56.5%
32. 健康的人不需要預立醫療遺囑，只有老年人與生病的人才需要。	否	88.7%
33. 請家裡的老年人預立醫療遺囑是違法的。	否	81.1%
34. 年滿二十歲以上具完全行為能力的人，可以預立醫療遺囑。	是	92.0%
35. 急救措施包含氣管內插管、體外心臟按壓、電擊等。	是	94.4%
36. 對末期病人施行心肺復甦術，可以達到治癒效果。	否	77.5%
37. 對無生命徵象的臨終末期病人進行急救，會增加其痛苦。	是	66.2%
	合計	78.34%

貳、大學生的安寧療護的態度現況分析

爲了解大學生的安寧療護的態度現況，研究者將從三方面來進行探討，首先就大學生在安寧療護的態度量表上的整題得分進行分析；之後對大學生在安寧療護的態度量表上的各分層面進行分析比較；最後再就單題得分進行分析比較。

一、整體分析

本量表採用李克斯特（Likert）五點量表，將每個題項分成五種程度。請填答者就自己對安寧療護相關態度的符合程度來作答，五個選項與計分爲：「完全符合」（5分）、「大部分符合」（4分）、「部分符合」（3分）、「大部分不符合」（2分）、「完全不符合」（1分）。

由表4-1-4可知，整體量表最低分爲40，最高分爲110，平均得分爲83.0651，標準差爲11.31170，每題得分平均83.0651爲除以22題=3.77568。研究結果顯示，大學生在安寧療護的態度量表上的得分頗佳，態度介於「部分符合」到「大部分符合」，可見大學生對安寧療護的態度偏正向。

表4-1-4大學生安寧療護的態度整體得分分析表

層面	題號	人數	最小值	最大值	平均數	標準差
醫療選擇	1	922	0	5	3.52	.973
	2	922	1	5	3.61	1.065
	11	922	0	5	3.52	1.046
	12	922	0	5	3.93	.949
安寧認同	3	922	0	5	3.74	.948
	4	922	1	5	2.98	.992
	5	922	0	5	3.41	.997
預立指示	6	922	0	5	3.89	.902
	7	922	0	5	3.47	.996
	8	922	0	5	3.34	1.061
	9	922	0	5	3.68	.996
	10	922	0	5	3.57	1.095
病情告知	13	922	0	5	3.97	.938
	14	922	0	5	3.76	.994
	15	922	0	5	4.22	.880
	16	922	0	5	3.72	.967
	17	922	1	5	3.21	1.123
善終期待	18	922	1	5	4.30	.876
	19	922	1	5	4.41	.803
	20	922	0	5	4.35	.854
	21	922	1	5	4.33	.835
	22	922	0	5	4.12	.991
整體量表		922	40	110	83.0651	11.31170

二、分層分析

表4-1-5大學生安寧療護的態度各分層面的得分分析表來看，整體量表單題平均得分為3.77568，而各分層量表單題平均得分，由高至低順序分別為「善終期待」(4.30304)、「病情告知」(3.77852)、「醫療選擇」(3.6437)、「預立指示」(3.59068)、「安寧認同」(3.3763)。其中，表現最佳的為「善終期待」，態度介於「大部分同意」到「完全同意」之間，表示大學生對善終的態度非常高。表現最差的為「安寧認同」，態度較偏向「部分同意」，表示大學生對安寧認同的態度偏向中立。

表4-1-5大學生安寧療護的態度各分層面的得分分析表

層面	人數	最小值	最大值	平均數	標準差	題數	單題 平均
醫療選擇	922	4	20	14.5748	2.87626	4	3.6437
安寧認同	922	2	15	10.1291	2.36139	3	3.3763
預立指示	922	5	25	17.9534	3.75194	5	3.59068
病情告知	922	5	25	18.8926	3.59671	5	3.77852
善終期待	922	5	25	21.5152	3.55846	5	4.30304
整體量表	922	40	110	83.0651	11.31170	22	3.77568

三、單題分析

由表4-1-4，大學生對安寧療護的態度明顯較好的題項為：題19(4.41)、題20(4.35)、題21(4.33)，共三題；而大學生對安寧療護的態度明顯較差的題項為：題4(2.98)、題17(3.21)、題8(3.34)、題5(3.41)、題7(3.47)，共五題，單題作答情形與題目請見表4-1-6。

表4-1-6 大學生安寧療護的態度單題作答情形

因素	題目	意見	人數	百分率
醫療選擇	1. 我會為家中末期病人選擇安寧療護。	5 完全符合	151	16.4%
		4 大部分符合	312	33.8%
		3 部分符合	364	39.5%
		2 大部分不符合	59	6.4%
		1 完全不符合	35	3.8%
	2. 我會在癌末時選擇安寧療護。	5 完全符合	206	22.3%
		4 大部分符合	307	33.3%
		3 部分符合	299	32.4%
		2 大部分不符合	62	6.7%
		1 完全不符合	48	5.2%
	11.我贊成用嗎啡來舒緩癌末病人的疼痛。	5 完全符合	187	20.3%
		4 大部分符合	269	29.2%
3 部分符合		334	36.2%	
2 大部分不符合		97	10.5%	
1 完全不符合		35	3.8%	
12. 若急救無效，我贊成放棄「治癒」，改以「舒緩痛苦」為醫療目標。	5 完全符合	290	31.5%	
	4 大部分符合	347	37.6%	
	3 部分符合	234	25.4%	
	2 大部分不符合	31	3.4%	
	1 完全不符合	19	2.1%	
安寧認同	3. 我願意多瞭解安寧療護的相關資訊。	5 完全符合	218	23.6%
		4 大部分符合	330	35.8%
		3 部分符合	311	33.7%
		2 大部分不符合	44	4.8%
		1 完全不符合	17	1.8%
	4. 我願意擔任安寧療護的志工服務。	5 完全符合	67	7.3%
		4 大部分符合	179	19.4%
		3 部分符合	409	44.4%
		2 大部分不符合	203	22.0%
		1 完全不符合	64	6.9%
5. 我認為安寧療護課程應該編入通識教育。	5 完全符合	135	14.6%	
	4 大部分符合	273	29.6%	
	3 部分符合	387	42.0%	
	2 大部分不符合	94	10.2%	
	1 完全不符合	27	2.9%	
預立醫囑	6. 我贊成家人在意識清楚時，預立遺囑交代醫療方式。	5 完全符合	256	27.8%
		4 大部分符合	364	39.5%
		3 部分符合	255	27.7%
		2 大部分不符合	36	3.9%
		1 完全不符合	10	1.1%
	7. 當家人簽署「預立醫療委任代理人」時，我願意擔任委任代理人。	5 完全符合	154	16.7%
		4 大部分符合	285	30.9%
		3 部分符合	358	38.8%
		2 大部分不符合	95	10.3%
		1 完全不符合	29	3.1%
8. 擔任家人的「預立醫療委任代理人」時，並不會讓我覺得不自在。	5 完全符合	143	15.5%	
	4 大部分符合	249	27.0%	
	3 部分符合	357	38.7%	
	2 大部分不符合	125	13.6%	
	1 完全不符合	47	5.1%	
9. 我願意在健康時，就預立遺囑交代醫療方式。	5 完全符合	200	21.7%	
	4 大部分符合	350	38.0%	
	3 部分符合	287	31.1%	
	2 大部分不符合	55	6.0%	
	1 完全不符合	26	2.8%	
10. 事先預立醫療遺囑，並不會讓我覺得不自在。	5 完全符合	208	22.6%	
	4 大部分符合	296	32.1%	
	3 部分符合	273	29.6%	
	2 大部分不符合	105	11.4%	
	1 完全不符合	38	4.1%	

表 4-1-6 大學生安寧療護的態度單題作答情形

因素	題目	意見	人數	百分率
病情告知	13. 我贊成讓末期病人知道病情。	5 完全符合	305	33.1%
		4 大部分符合	352	38.2%
		3 部分符合	215	23.3%
		2 大部分不符合	33	3.6%
		1 完全不符合	16	1.7%
	14. 我認為末期病人的家屬，不可阻止醫護人員告知病人病情。	5 完全符合	245	26.6%
		4 大部分符合	313	33.9%
		3 部分符合	293	31.8%
		2 大部分不符合	46	5.0%
		1 完全不符合	23	2.5%
	15. 若我罹患不治重症，我希望家人和醫師能確實告知我病情。	5 完全符合	433	47%
		4 大部分符合	297	32.2%
		3 部分符合	167	18.1%
		2 大部分不符合	16	1.7%
		1 完全不符合	7	0.8%
16. 若我的家人罹患不治重症，我會選擇告知他們病情。	5 完全符合	224	24.3%	
	4 大部分符合	312	33.8%	
	3 部分符合	309	33.5%	
	2 大部分不符合	60	6.5%	
	1 完全不符合	16	1.7%	
17. 若我的家人罹患不治重症，告知他們病情並不會讓我覺得不自在。	5 完全符合	135	14.6%	
	4 大部分符合	225	24.4%	
	3 部分符合	336	36.4%	
	2 大部分不符合	155	16.8%	
	1 完全不符合	71	7.7%	
善終期待	18. 我期待臨終時，能身體完整，沒有痛苦。	5 完全符合	485	52.6%
		4 大部分符合	265	28.7%
		3 部分符合	143	15.5%
		2 大部分不符合	20	2.2%
		1 完全不符合	9	1.0%
	19. 我期待臨終時，能心願已了，沒有牽掛。	5 完全符合	536	58.1%
		4 大部分符合	251	27.2%
		3 部分符合	119	12.9%
		2 大部分不符合	10	1.1%
		1 完全不符合	6	0.7%
	20. 我期待臨終那一刻，能夠有所領略，沒有恐懼。	5 完全符合	511	55.4%
		4 大部分符合	258	28.0%
		3 部分符合	127	13.8%
		2 大部分不符合	20	2.2%
		1 完全不符合	4	0.4%
21. 我期待在自己選擇的臨終地點善終	5 完全符合	495	53.7%	
	4 大部分符合	262	28.4%	
	3 部分符合	147	15.9%	
	2 大部分不符合	12	1.3%	
	1 完全不符合	6	0.7%	
22. 當選擇醫院或者家中為臨終地點時，我期待在家中善終。	5 完全符合	425	46.1%	
	4 大部分符合	251	27.2%	
	3 部分符合	204	22.1%	
	2 大部分不符合	19	2.1%	
	1 完全不符合	22	2.4%	

參、本節綜合分析討論

一、大學生對安寧療護的知識現況

(一) 整體討論

本論文研究結果發現，大學生在安寧療護的知識量表上的整體得分表現頗佳，單題平均得分為0.7834（答對率78%以上），表示大學生對安寧療護的認知狀況在中等水準以上。

若將本研究的結果與許滄汶、張俊郎（2004）、周希誠等人（2006）與黃惠美等人（2005）的研究結果進行比較，可以更清楚地了解目前大學生對安寧療護的知識頗佳。張滄汶、張俊郎（2004）調查參與安寧宣導活動的社區民眾，詢問安寧療護的認知狀況，整體認知的答對率為86.9%；周希誠等人（2006）詢問護理人員的安寧療護知識，答對率為81.2%。黃惠美等人（2005）對台中某社區民眾進行「安寧療護知識」的調查研究，發現知識的正確性僅有50%。

本研究的結果較接近許滄汶、張俊郎（2004）與周希誠等人（2006）的研究，然而值得注意的是，他們的研究對象分別是聽過安寧講習的民眾以及護理人員，對於安寧療護的知識相對地已經比一般民眾好，所以答對率皆高於八成，然而本研究的研究對象雖然是一般大學生，但答對率亦達七成八，與黃惠美等人（2005）調查社區民眾時只剩五成的答對率相比，可見本研究的大學生對安寧療護的認知狀況頗佳。

(二) 分層討論

本論文的研究結果發現，大學生在「預立指示」層面表現最好（0.894），其次是「醫療理念」（0.8684）、「病情告知」（0.83232）、「急救處置」（0.79356）、「法令規定」（0.75271）、最差的是「大眾迷思」（0.6405）。進一步分析，答對率高於八成的有「預立指示」、「醫療理念」、「病情告知」等層面，這與學者專家們的部分研究結果類似。蔡詩力等人（2004）的研究發現醫學生對安寧緩和醫療的「理念」知識比「處置」知識佳，黃惠美等人（2005）與張美幸等人（2007）的研究結果皆指出答對率大於80%的題目多為一般性普遍性的整體概念，即有關安寧療護理念的部分，本研究的大學生同樣地亦對安寧療護的理念較清楚。

然而值得注意的是，本論文的研究結果發現大學生對預立指示與病情告知的

知識答對率亦皆很高，尤其是預立指示的答對率高達八成九，但並沒有研究有類似的結論，值得未來進一步研究來探討。研究者認為大學生對預立指示與病情告知雖然皆有很好的認知，但不代表他們對預立指示與病情告知的意願與態度就比較正向，尤其是牽涉到倫理上兩難的抉擇議題，蔡詩力等人（2004）的研究亦有類似的發現，其研究結果顯示倫理困境決策的態度與知識的相關性不高。

根據本論文的研究結果發現，大學生在「大眾迷思」層面的知識表現最差，平均答對率僅有六成四，本研究的大學生對安寧療護費用、嗎啡上癮問題、安寧療護是否縮短生命等概念較不清楚，這與許滄汶、張俊朗（2004），黃惠美等人（2005），周希誠等人（2006），與張美幸等人（2007）的研究結果一致，他們的研究結果亦皆指出類似的安寧大眾迷思。

（三）單題討論

大學生認知最好的四題，答對率皆達95%以上，其題項內容為：「安寧療護讓末期病人在最後一程時，有醫護人員、社工、家人等的陪伴」（題7）、「安寧療護重視末期病人的自主權，讓人有尊嚴地面對死亡」（題6）、「安寧療護重視末期病人的生活品質」（題8）、「醫生有義務對接受安寧療護的病人或其家屬告知病情」（題29）。進一步分析，答對率最高的這四題的內容分別屬於「醫療理念」層面（題7，題6，題8）與「病情告知」層面（題29）。其中三題皆是安寧療護的醫療理念，可見大學生對安寧療護的理念認知頗佳，這與蔡詩力等人（2004）、黃惠美等人（2005）、張美幸等人（2007）的研究結果類似，他們的研究結果皆發現安寧療護的一般理念是答對率最高的部分。

大學生認知最不理想的有五題，答對率皆低於60%，其題項內容為：「居住安寧病房比普通病房昂貴」（題13）、「肝硬化末期病人符合我國目前健保規定安寧病房的照護對象」（題18）、「居住安寧病房比普通病房耗費更多的醫療資源」（題14）、「安寧療護使用嗎啡來做疼痛控制，容易上癮」（題12）、「讓接受安寧療護的末期病人知道病情，可以讓他有充足時間安排後事」（題31）。進一步分析，答對率低於六成的五題分別屬於「大眾迷思」（題12，題13，題14）、「法令規定」層面（題18）與「病情告知」層面（題31）。本論文的研究結果與許滄汶、張俊朗（2004），黃惠美等人（2005）、周希誠等人（2006）的研究結果類似。許滄汶、張俊朗（2004）詢問「病人接受安寧療護，家屬需要負擔比一般病房還高的醫療費用？」答對率僅有67.7%；黃惠美等人（2005）所作的研究，答對率最

低的依序為嗎啡使用知識、健保規定可以住進安寧病房的對象、安寧療護如何幫助病人及疼痛控制；周希誠等人(2006)的研究結果亦與本研究類似，其詢問「安寧療護的治療是否不加速亦不延遲死亡」、「在安寧療護的治療過程中，使用止痛藥物極容易引起上癮」這二題的答對率不及七成。由此可見，本研究的大學生對安寧療護的錯誤迷思與一般大眾是一致的，大眾的迷思包含安寧療護等於放棄治療，等於安樂死、安寧療護使用嗎啡做疼痛控制會造成上癮、安寧病房較一般病房昂貴等，未來的安寧宣導教育應該針對這些迷思來進行澄清。

二、大學生對安寧療護的態度現況

(一) 整體討論：

本論文研究結果發現，大學生在安寧療護的態度量表上的整體得分表現頗佳（滿分5分，平均得分3.78），態度介於「部分符合」（3分）到「大部分符合」（4分）之間，表示大學生對安寧療護的態度偏正向。

本研究結果與許煌汶、張俊朗(2004)的研究結果類似，其調查參與安寧宣導活動的社區民眾，詢問其對安寧療護的態度，整體得分3.92（滿分5分），態度介於「普通」（3分）到「同意」（4分）之間，可見在安寧宣導活動後社區民眾對安寧療護的認同度頗佳。研究者認為本研究的大學生雖然僅有95人（10.3%）受過安寧教育，177人（19.2%）受過生死教育，395人（42.8%）聽過安寧資訊，但他們對安寧療護的態度與參與安寧宣導活動的社區民眾一致，可見目前大學生對安寧療護的認同度頗佳，對安寧療護的態度偏正向。

(二) 分層討論：

以大學生對安寧療護各分層的態度進行分析，其中，表現最佳的為「善終期待」（滿分5分，平均得分4.30304），態度介於「大部分符合」（4分）到「完全符合」（5分）之間，表示大學生對善終的態度非常高。表現最差的為「安寧認同」（滿分5分，平均得分3.3763），態度偏向「部分同意」，表示大學生對安寧認同的態度偏向中立。

研究者認為大學生對善終有很高的期待，那麼更需要讓他們對善終有正確的認知，善終必須配合病情告知與預立指示，根據程劭儀、邱泰源、王文郁、郭斐然、王浴、周玲玲於1996年的研究，善終指標評估包括：瞭解死之將至、心平氣

和接受、後事交代安排、時間恰當性（轉引自陳錫琦、陳淑香，2007），其中瞭解死之將近，就是必須讓病人知道病情，可見病情告知是善終的重要一環，但本研究的大學生在「病情告知」的態度層面得分（滿分5分，平均得分3.78分）卻不像「善終期待」得分（滿分5分，平均得分4.3034）那麼高，中間有落差存在。再者，根據顧乃平、李從業（2002）預立指示的好處之一就是讓病人沒有遺憾、安詳及尊嚴的死亡，可見安詳善終與預立指示之間的密切關係。同樣地，本研究的大學生對「預立指示」的態度得分（滿分5分，平均得分3.59068）不像「善終期待」的態度得分（滿分5分，平均得分4.30304）那麼高，因此研究者認為未來的宣傳教育必須建立大學生對「病情告知」與「預立指示」的正確認知與正向態度，以實現其對善終的期待。

（三）單題討論：

大學生對安寧療護的態度認同度最高的三題，其題項內容為：「我期待臨終時，能心願已了，沒有牽掛」（題19，平均得分4.41）、「我期待臨終那一刻，能夠有所領略，沒有恐懼」（題20，平均得分4.35）、「我期待在自己選擇的臨終地點善終」（題21，平均得分4.33）。由此可知，大學生對這三題安寧療護的態度較佳；再進一步來看，在這三題皆屬於「善終期待」層面，表示大學生對善終的意願很高。

大學生對安寧療護的態度認同度最低的題目有五題，得分皆低於3.5分，其題項內容分別為：「我願意擔任安寧療護的志工服務」（題4，平均得分2.98）、「若我的家人罹患不治重症，告知他們病情並不會讓我覺得不自在」（題17，平均得分，3.21）、「擔任家人的預立醫療委任代理人時，並不會讓我覺得不自在」（題8，平均得分，3.34）、「我認為安寧療護課程應該編入通識教育」（題5，平均得分3.41）、「當家人簽署預立醫療委任代理人時，我願意擔任委任代理人」（題7，平均得分3.47）。進一步分析，這五題分別屬於「安寧認同」（題4、題5）、「預立指示」（題7、題8）與「病情告知」層面（題17）。其中題4「我願意擔任安寧療護的志工服務」的認同度最差，這樣的研究結果與周希誠等人（2006）、趙可式（2008）的研究結果類似，其中，周希誠等人詢問醫護人員擔任安寧療護工作的態度，僅42.9%有意願，然而趙可式詢問慈濟醫院的護理人員到安寧病房工作的意願，僅30.1%有意願。

第二節 不同背景變項的大學生在安寧療護知識上之差異分析

在本節探討不同背景變項的大學生在安寧療護的知識上的差異情形，研究者分別以獨立樣本t考驗與One-Way ANOVA進行分析，來考驗本研究的研究假設壹。最後，針對研究結果進行綜合討論與分析。

壹、大學生個人背景變項對安寧療護的知識之t考驗

以性別、宗教信仰、重病經驗、親友安寧經驗、生死教育、安寧教育、安寧資訊為自變項，以大學生安寧療護的知識各層面為依變項，進行t考驗得以下結果，詳見表4-2-1。

一、不同性別之大學生在安寧療護知識上的差異分析

由表4-2-1，不同性別的大學生在安寧療護的知識量表上的得分表現顯示，在整體層面 ($t=-4.479, p<.001$) 與「醫療理念」 ($t=-2.263, p<.05$)、「法令規定」 ($t=-2.211, p<.05$)、「病情告知」 ($t=-5.210, p<.001$)、「預立指示」 ($t=-3.603, p<.001$)、「急救處置」 ($t=-2.116, p<.05$) 等層面的知識有顯著差異；惟獨在「大眾迷思」 ($t=-1.384, p>.05$) 層面的知識則未達顯著。

大學女生在安寧療護的知識量表上整體層面、「醫療理念」、「法令規定」、「病情告知」、「預立指示」、「急救處置」等層面知識的平均得分表現顯著優於大學男生。

二、有無宗教信仰之大學生在安寧療護知識上的差異分析

由表4-2-1，有無宗教信仰的大學生在安寧療護的知識量表上的得分表現顯示，在整體層面 ($t=-.573, p>.05$) 與各分層面，包含「醫療理念」 ($t=-.871, p>.05$)、「大眾迷思」 ($t=-.279, p>.05$)、「法令規定」 ($t=.999, p>.05$)、「病情告知」 ($t=-1.905, p>.05$)、「預立指示」 ($t=-1.130, p>.05$)、「急救處置」 ($t=-.097, p>.05$) 皆未達顯著。

三、有無重病經驗之大學生在安寧療護知識上的差異分析

由表4-2-1，有無重病經驗的大學生在安寧療護的知識量表上的得分表現顯

示，在整體層面($t=-.014, p>.05$)與各分層面，包含「醫療理念」($t=-.287, p>.05$)、「大眾迷思」($t=1.530, p>.05$)、「法令規定」($t=-3.15, p>.05$)、「病情告知」($t=-.379, p>.05$)、「預立指示」($t=-1.187, p>.05$)、「急救處置」($t=-1.055, p>.05$)皆未達顯著。

四、有無親友安寧經驗之大學生在安寧療護知識上的差異分析

由表4-2-1，親友有無居住安寧病房經驗的大學生在安寧療護的知識量表上的得分表現顯示，在整體層面($t=-.420, p>.05$)與各分層面，包含「醫療理念」($t=-.594, p>.05$)、「大眾迷思」($t=1.134, p>.05$)、「法令規定」($t=.883, p>.05$)、「病情告知」($t=-1.925, p>.05$)、「預立指示」($t=.511, p>.05$)、「急救處置」($t=.631, p>.05$)皆未達顯著。

五、有無修習生死教育之大學生在安寧療護知識上的差異分析

由表4-2-1，有無修習過生死教育課程的大學生在安寧療護的知識量表上的得分表現顯示，在整體層面($t=3.455, p<.01$)與「醫療理念」($t=4.512, p<.001$)、「病情告知」($t=2.071, p<.05$)、「預立指示」($t=2.213, p<.05$)等層面的知識有顯著差異；而在「大眾迷思」($t=1.121, p>.05$)、「法令規定」($t=1.513, p>.05$)、「急救處置」($t=1.456, p>.05$)等層面的知識則未達顯著。

有修習過生死教育課程的大學生，在安寧療護的知識量表上的整體層面、「醫療理念」、「病情告知」、「預立指示」等層面知識的平均得分表現顯著優於無修習過生死教育課程的大學生。

六、有無受過安寧教育之大學生在安寧療護知識上的差異分析

由表4-2-1，有無受過安寧教育的大學生在安寧療護的知識量表上的得分表現顯示，在整體層面($t=3.723, p<.001$)與「醫療理念」($t=3.052, p<.01$)、「法令規定」($t=2.192, p<.05$)、「病情告知」($t=2.102, p<.05$)等層面的知識有顯著差異；而在「大眾迷思」($t=1.315, p>.05$)、「預立指示」($t=1.941, p>.05$)、「急救處置」($t=1.910, p>.05$)等層面的知識則未達顯著。

有受過安寧教育的大學生，在安寧療護的知識量表上的整體層面、「醫療理念」、「法令規定」、「病情告知」等層面知識的平均得分表現顯著優於無受過安寧教育的大學生。

七、有無聽過安寧資訊之大學生在安寧療護知識上的差異分析

由表4-2-1，有無聽過安寧資訊的大學生在安寧療護的知識量表上的得分表現顯示，在整體層面 ($t=5.228, p<.001$) 與「醫療理念」 ($t=4.836, p<.001$)、「法令規定」 ($t=3.328, p<.01$)、「病情告知」 ($t=3.264, p<.01$)、「預立指示」 ($t=2.389, p<.05$)、「急救處置」 ($t=3.706, p<.001$) 等層面的知識有顯著差異；僅有在「大眾迷思」 ($t=1.817, p>.05$) 層面的知識未達顯著。

有聽過安寧資訊的大學生，在安寧療護的知識量表上的整體層面、「醫療理念」、「法令規定」、「病情告知」、「預立指示」、「急救處置」等層面知識的平均得分表現顯著優於無聽過安寧資訊的大學生。

表4-2-1 不同背景變項的大學生安寧療護的知識t考驗結果

自變項	依變項	組別	人數	平均數	標準差	標準誤	T值
性別	醫療理念	1	518	7.7336	1.32615	.05827	-2.263*
		2	404	7.9208	1.18034	.05872	
	大眾迷思	1	518	4.4247	1.55528	.06833	-1.384
		2	404	4.5594	1.39262	.06929	
	法令規定	1	518	7.4363	1.50909	.06631	-2.211*
		2	404	7.6436	1.33168	.06625	
	病情告知	1	518	4.0077	1.17351	.05156	-5.210***
		2	404	4.3589	.87274	.04342	
	預立指示	1	518	2.5463	.73644	.03236	-3.603***
		2	404	2.7104	.64396	.03204	
	急救處置	1	518	2.3359	.75352	.03311	-2.116*
		2	404	2.4381	.69284	.03447	
	整體層面	1	518	30.3591	4.48449	.19704	-4.479***
		2	404	31.5594	3.65021	.18160	
宗教信仰	醫療理念	1	310	7.7645	1.33148	.07562	-.871
		2	612	7.8415	1.23348	.04986	
	大眾迷思	1	310	4.4645	1.55494	.08831	-.279
		2	612	4.4935	1.45245	.05871	
	法令規定	1	310	7.5935	1.46897	.08343	.999
		2	612	7.4935	1.42055	.05742	
	病情告知	1	310	4.0677	1.10541	.06278	-1.905
		2	612	4.2092	1.04343	.04218	
	預立指示	1	310	2.5806	.73622	.04181	-1.130
		2	612	2.6373	.68353	.02763	
	急救處置	1	310	2.3774	.71697	.04072	-.097
		2	612	2.3824	.73550	.02973	
	整體層面	1	310	30.7742	4.35042	.24709	-.573
		2	612	30.9412	4.09380	.16548	
重病經驗	醫療理念	1	95	7.7789	1.18662	.12174	-.287
		2	826	7.8184	1.27672	.04442	
	大眾迷思	1	95	4.7053	1.59035	.16317	1.530
		2	826	4.4588	1.47426	.05130	
	法令規定	1	95	7.4737	1.68751	.17314	-.315
		2	826	7.5303	1.40464	.04887	
	病情告知	1	95	4.2000	.98499	.10106	.379
		2	826	4.1562	1.07582	.03743	
	預立指示	1	95	2.5368	.69666	.07148	-1.187
		2	826	2.6271	.70251	.02444	
	急救處置	1	95	2.3053	.70066	.07189	-1.055
		2	826	2.3886	.73216	.02548	
	整體層面	1	95	30.8737	4.64996	.47708	-.014
		2	826	30.8801	4.12460	.14351	

表4-2-1 不同背景變項的大學生安寧療護的知識t考驗結果

自變項	依變項	組別	人數	平均數	標準差	標準誤	T值
親友經驗	醫療理念	1	229	7.7729	1.33475	.08820	-.594
		2	690	7.8304	1.24686	.04747	
	大眾迷思	1	229	4.3886	1.43027	.09451	-1.134
		2	690	4.5174	1.50678	.05736	
	法令規定	1	229	7.6026	1.47023	.09716	.883
		2	690	7.5058	1.42774	.05435	
	病情告知	1	229	4.0437	1.11127	.07343	-1.925
		2	690	4.2000	1.04915	.03994	
	預立指示	1	229	2.6376	.65867	.04353	.511
		2	690	2.6101	.71692	.02729	
急救處置	1	229	2.4061	.72315	.04779	.631	
	2	690	2.3710	.73184	.02786		
整體層面	1	229	30.7860	4.04499	.26730	-.420	
	2	690	30.9203	4.23453	.16121		
生死教育	醫療理念	1	177	8.1469	1.02852	.07731	4.512***
		2	744	7.7366	1.30656	.04790	
	大眾迷思	1	177	4.5989	1.57126	.11810	1.121
		2	744	4.4597	1.46415	.05368	
	法令規定	1	177	7.6723	1.36306	.10245	1.513
		2	744	7.4906	1.45268	.05326	
	病情告知	1	177	4.3107	.96504	.07254	2.071*
		2	744	4.1263	1.08713	.03986	
	預立指示	1	177	2.7119	.59498	.04472	2.213*
		2	744	2.5968	.72360	.02653	
急救處置	1	177	2.4463	.65600	.04931	1.456	
	2	744	2.3642	.74491	.02731		
整體層面	1	177	31.7627	3.61973	.27208	3.455**	
	2	744	30.6774	4.28126	.15696		
安寧教育	醫療理念	1	95	8.1895	1.05482	.10822	3.050**
		2	827	7.7727	1.28281	.04461	
	大眾迷思	1	95	4.6737	1.53292	.15727	1.315
		2	827	4.4619	1.48093	.05150	
	法令規定	1	95	7.8000	1.25985	.12926	2.192*
		2	827	7.4958	1.48093	.05054	
	病情告知	1	95	4.3789	.91301	.09367	2.102*
		2	827	4.1366	1.08006	.03756	
	預立指示	1	95	2.7263	.55433	.05687	1.941
		2	827	2.6058	.71603	.02490	
急救處置	1	95	2.5158	.69746	.07156	1.910	
	2	827	2.3652	.73128	.02543		
整體層面	1	95	32.1789	3.49461	.35854	3.723***	
	2	827	30.7364	4.22843	.14704		
安寧資訊	醫療理念	1	361	8.0776	1.11034	.05844	4.836***
		2	527	7.6793	1.33169	.05801	
	大眾迷思	1	361	4.6122	1.50343	.07913	1.817
		2	527	4.4288	1.45861	.06354	
	法令規定	1	361	7.7479	1.44343	.07597	3.328**
		2	527	7.4250	1.40395	.06116	
	病情告知	1	361	4.3269	.98521	.05185	3.264**
		2	527	4.0949	1.07623	.04688	
	預立指示	1	361	2.6870	.63164	.03324	2.389*
		2	527	2.5769	.73303	.03193	
急救處置	1	361	2.4903	.70359	.03703	3.706***	
	2	527	2.3074	.73506	.03202		
整體層面	1	361	31.8615	3.94373	.20756	5.228***	
	2	527	30.4004	4.18864	.18246		

*p<.05 **P<.01 ***<.001

貳、大學生個人背景變項對安寧療護的知識之One-Way ANOVA考驗

研究者分別以年級、年齡、父親教育程度、母親教育程度、父親職業、母親職業、居住地區、社經地位為自變項，安寧療護知識為依變項，進行單因子變異數分析（One-Way ANOVA）檢定，若達顯著差異則再以Sheffe法進行事後比較。

一、不同年級的大學生在安寧療護知識上的差異分析

表4-2-2 不同年級的大學生在安寧療護知識上的差異情形

安寧療護知識	背景變項年級	人數	平均數	標準差	變異來源	離均差平方和	自由度	均方	F值	事後比較
醫療理念	1.一年級	291	7.7113	1.34132	組間	7.634	3	2.545	1.586	
	2.二年級	286	7.8531	1.22235	組內	1462.920	912	1.604		
	3.三年級	181	7.7956	1.31114						
	4.四年級以上	158	7.9747	1.14519						
大眾迷思	1.一年級	291	4.4639	1.45788	組間	6.175	3	2.058	.931	
	2.二年級	286	4.3951	1.49661	組內	2016.693	912	2.211		
	3.三年級	181	4.5635	1.51753						
	4.四年級以上	158	4.6139	1.48763						
法令規定	1.一年級	291	7.4742	1.61305	組間	13.851	3	4.617	2.266	
	2.二年級	286	7.5699	1.35349	組內	1858.230	912	2.038		
	3.三年級	181	7.3702	1.32539						
	4.四年級以上	158	7.7532	1.3001						
病情告知	1.一年級	291	4.0447	1.18674	組間	7.991	3	2.664	2.340	
	2.二年級	286	4.1643	1.03496	組內	1038.096	912	1.138		
	3.三年級	181	4.2155	.96205						
	4.四年級以上	158	1.3101	1.00256						
預立指示	1.一年級	291	2.5326	.75302	組間	6.565	3	2.188	4.477**	3>1
	2.二年級	286	2.5769	.72501	組內	445.702	912	.489		
	3.三年級	181	2.7348	.62924						
	4.四年級以上	158	2.7152	.61914						
急救處置	1.一年級	291	2.3058	.77411	組間	3.273	3	1.091	2.054	
	2.二年級	286	2.4231	.70040	組內	484.517	912	.531		
	3.三年級	181	2.3591	.69784						
	4.四年級以上	158	2.4620	.72828						
整體層面	1.一年級	291	28.5326	4.63363	組間	172.522	3	57.507	3.345*	4>1
	2.二年級	286	28.9825	3.83653	組內	15268.468	912	16.742		
	3.三年級	181	29.0387	3.70490						
	4.四年級以上	158	29.8291	3.89053						

*p<.05 **P<.01 ***<.001

本研究的年級分為一年級、二年級、三年級、四年級、五年級，其中五年級的人數僅有 6 人（0.7%），所以研究者將其與四年級合併計算歸為一類，因此在背景變項年級的分類共分：一年級、二年級、三年級、四年級以上，共四類。

由表 4-2-2 可知，不同年級之大學生在安寧療護知識在整體層面（ $F=3.345$, $p<.05$ ）、與「預立指示」層面（ $F=4.477$, $p<.01$ ）達顯著差異，進一步作 Sheffe 法事後比較，發現在整體層面中，四年級大學生的知識顯著高於一年級大學生；在「預立指示」層面中，三年級大學生的知識顯著高於一年級大學生。其他層面，諸如「醫療理念」、「大眾迷思」、「法令規定」、「病情告知」與「急救處置」等皆未達顯著。

二、不同年齡的大學生在安寧療護知識上的差異分析

本研究年齡分為19歲以下、20-24歲、25-29歲、30歲以上，其中30歲以上的人數僅有24人（2.6%），所以研究者將其與25-29歲合併計算歸為一類，因此在背景變項年齡的分類共分：19歲以下、20-24歲、25歲以上，共三類。

由表4-2-3可知，不同年齡之大學生在安寧療護知識的各層面的差異情形均未達顯著。

表4-2-3 不同年齡的大學生在安寧療護知識上的差異情形

安寧療護知識	背景變項年齡	人數	平均數	標準差	變異來源	離均差平方和	自由度	均方	F值	事後比較
醫療理念	1.19歲以下	330	7.7879	1.25375	組間	8.975	2	4.487	2.803	
	2.20-24歲	536	7.8694	1.24919	組內	1469.646	918	1.601		
	3.25歲以上	55	7.4545	1.47596						
大眾迷思	1.19歲以下	330	4.4152	1.41864	組間	6.560	2	3.280	1.485	
	2.20-24歲	536	4.5466	1.52047	組內	2027.395	918	2.208		
	3.25歲以上	55	4.2545	1.54222						
法令規定	1.19歲以下	330	7.5303	1.52207	組間	.034	2	.017	.008	
	2.20-24歲	536	7.5224	1.34215	組內	1901.565	918	2.071		
	3.25歲以上	55	7.5455	1.80348						
病情告知	1.19歲以下	330	4.1455	1.07898	組間	4.366	2	2.183	1.925	
	2.20-24歲	536	4.1996	1.04447	組內	1041.204	918	1.134		
	3.25歲以上	55	3.9091	1.17493						
預立指示	1.19歲以下	330	2.5515	.74300	組間	2.978	2	1.489	3.034*	-
	2.20-24歲	536	2.6437	.69030	組內	450.490	918	.491		
	3.25歲以上	55	2.7636	.50785						
急救處置	1.19歲以下	330	2.3273	.77313	組間	2.033	2	1.016	1.916	
	2.20-24歲	536	2.3993	.70851	組內	486.960	918	.530		
	3.25歲以上	55	2.5091	.63458						
整體層面	1.19歲以下	330	28.7576	4.36225	組間	54.208	2	27.104	1.601	
	2.20-24歲	536	29.1810	3.85374	組內	15537.579	918	16.925		
	3.25歲以上	55	28.4364	4.96567						

* $p<.05$ ** $P<.01$ *** $<.001$

三、不同父親教育程度的大學生在安寧療護知識上的差異分析

父親教育程度分爲小學、國中、高中職、大學專科、研究所以上，其中研究所以上僅有57人（6.2%），所以研究者將其與大學專科合併計算歸爲一類，因此在背景變項父親教育程度的分類爲：小學、國中、高中職、大學專科以上，共四類。

由表4-2-4可知，不同父親教育程度之大學生在安寧療護知識的各層面的差異情形均未達顯著。

表4-2-4 不同父親教育程度的大學生在安寧療護知識上的差異情形

安寧療護知識	背景變項 父親教育	人數	平均數	標準差	變異 來源	離均差 平方和	自由 度	均方	F值	事後 比較
醫療理念	1.小學	73	7.6301	1.40936	組間	7.701	3	2.567	1.598	
	2.國中	125	7.7440	1.33745	組內	1468.187	914	1.606		
	3.高中職	339	7.7699	1.25464						
	4.大學專科以上	381	7.9160	1.22615						
大眾迷思	1.小學	73	4.6849	1.25694	組間	14.452	3	4.817	2.185	
	2.國中	125	4.5680	1.38736	組內	2014.769	914	2.204		
	3.高中職	339	4.3245	1.58236						
	4.大學專科以上	381	4.5564	1.46542						
法令規定	1.小學	73	7.5479	1.75627	組間	15.324	3	5.108	2.487	
	2.國中	125	7.2880	1.36083	組內	1877.195	914	2.054		
	3.高中職	339	7.4720	1.45594						
	4.大學專科以上	381	7.6640	1.36594						
病情告知	1.小學	73	4.2466	1.06433	組間	1.302	3	.434	.380	
	2.國中	125	4.2000	.96720	組內	1043.514	914	1.142		
	3.高中職	339	4.1209	1.10143						
	4.大學專科以上	381	4.1706	1.07104						
預立指示	1.小學	73	2.6301	.69735	組間	.593	3	.198	.404	
	2.國中	125	2.6080	.68269	組內	447.485	914	.490		
	3.高中職	339	2.6519	.69428						
	4.大學專科以上	381	2.5958	.71036						
急救處置	1.小學	73	2.3425	.78562	組間	.423	3	.141	.264	
	2.國中	125	2.3360	.80266	組內	487.656	914	.534		
	3.高中職	339	2.3923	.72736						
	4.大學專科以上	381	2.3885	.69681						
整體層面	1.小學	73	29.0822	5.00290	組間	65.412	3	21.804	1.286	
	2.國中	125	28.7440	4.02994	組內	15500.549	914	16.959		
	3.高中職	339	28.7316	3.99429						
	4.大學專科以上	381	29.2913	4.06935						

*p<.05 **P<.01 ***<.001

四、不同母親教育程度的大學生在安寧療護知識上的差異分析

母親教育程度分爲小學、國中、高中職、大學專科、研究所以上，其中研究所以上僅有25人（2.7%），所以研究者將其與大學專科合併計算歸爲一類，因此在背景變項母親教育程度的分類爲：小學、國中、高中職、大學專科以上，共四類。

由表4-2-5可知，不同母親教育程度之大學生在安寧療護知識的各層面的差異情形，除了「醫療理念」有達到顯著，其他層面則未達到顯著。進一步對「醫療理念」的差異情形作Sheffe法事後比較，並沒有發現各組平均數達顯著差異。

表4-2-5 不同母親教育程度的大學生在安寧療護知識上的差異情形

安寧療護知識	背景變項 母親教育	人數	平均數	標準差	變異 來源	離均差 平方和	自由 度	均方	F值	事後 比較
醫療理念	1.小學	103	7.5728	1.24933	組間	14.153	3	4.718	2.952*	-
	2.國中	145	7.7034	1.40002	組內	1463.802	916	1.598		
	3.高中職	418	7.8206	1.25954						
	4.大學專科以上	254	7.9724	1.19420						
大眾迷思	1.小學	103	4.3883	1.44326	組間	1.412	3	.471	.212	
	2.國中	145	4.4483	1.48572	組內	2032.310	916	2.219		
	3.高中職	418	4.5024	1.52556						
	4.大學專科以上	254	4.5079	1.44939						
法令規定	1.小學	103	7.3495	1.43287	組間	10.109	3	3.370	1.634	
	2.國中	145	7.6207	1.34407	組內	1889.098	916	2.062		
	3.高中職	418	7.4665	1.45107						
	4.大學專科以上	254	7.6535	1.46300						
病情告知	1.小學	103	4.0777	1.16054	組間	1.806	3	.602	.528	
	2.國中	145	4.2414	.98795	組內	1044.385	916	1.140		
	3.高中職	418	4.1675	1.03451						
	4.大學專科以上	254	4.1378	1.12495						
預立指示	1.小學	103	2.5631	.74977	組間	.790	3	.263	.536	
	2.國中	145	2.6552	.67061	組內	450.058	916	.491		
	3.高中職	418	2.6364	.69034						
	4.大學專科以上	254	2.5945	.71470						
急救處置	1.小學	103	2.3592	.77781	組間	.339	3	.113	.212	
	2.國中	145	2.4138	.74149	組內	488.509	916	.533		
	3.高中職	418	2.3660	.73781						
	4.大學專科以上	254	2.3937	.69051						
整體層面	1.小學	103	28.3107	4.39480	組間	67.667	3	22.556	1.331	
	2.國中	145	29.0828	3.95022	組內	15524.224	916	16.948		
	3.高中職	418	28.9593	4.04599						
	4.大學專科以上	254	29.2598	4.20843						

*p<.05 **P<.01 ***<.001

五、不同父親職業的大學生在安寧療護知識上的差異分析

本研究父親職業分為無技術性工人、技術性工人、半專業人員、專業人員、高級專業人員，共五類。其中父親職業為高級專業人員僅有67人（7.5%），故研究者將其與專業人員合併計算，因此在背景變項父親職業的分類共分：無技術性工人、技術性工人、半專業人員、專業人員以上，共四類。

由表4-2-6可知，不同父親職業之大學生在安寧療護知識的各層面的差異情形均未達顯著。

表4-2-6 不同父親職業的大學生在安寧療護知識上的差異情形

安寧療護知識	背景變項父親職業	人數	平均數	標準差	變異來源	離均差平方和	自由度	均方	F值	事後比較
醫療理念	1.無技術工人	194	7.7216	1.41964	組間	3.296	3	1.099	.687	
	2.技術性工人	213	7.8545	1.19055	組內	1422.831	890	1.599		
	3.半專業人員	284	7.8275	1.19856						
	4.專業人員以上	203	7.8966	1.27199						
大眾迷思	1.無技術工人	194	4.4948	1.51417	組間	.436	3	.145	.065	
	2.技術性工人	213	4.4601	1.55847	組內	2000.929	890	2.248		
	3.半專業人員	284	4.4789	1.45227						
	4.專業人員以上	203	4.5222	1.48699						
法令規定	無技術工人	194	7.4381	1.43920	組間	4.447	3	1.482	.713	
	2.技術性工人	213	7.4554	1.49342	組內	1850.560	890	2.079		
	3.半專業人員	284	7.5775	1.37789						
	4.專業人員以上	203	7.6010	1.47702						
病情告知	1.無技術工人	194	4.1804	1.06447	組間	4.319	3	1.440	1.269	
	2.技術性工人	213	4.2441	1.02171	組內	1009.838	890	1.135		
	3.半專業人員	284	4.0669	1.12116						
	4.專業人員以上	203	4.1970	1.02956						
預立指示	1.無技術工人	194	2.6237	.71087	組間	.232	3	.077	.155	
	2.技術性工人	213	2.6291	.69939	組內	443.401	890	.498		
	3.半專業人員	284	2.6197	.70065						
	4.專業人員以上	203	2.5862	.7149						
急救處置	1.無技術工人	194	2.3660	.76523	組間	2.411	3	.804	1.523	
	2.技術性工人	213	2.4695	.70394	組內	469.799	890	.528		
	3.半專業人員	284	2.3415	.73256						
	4.專業人員以上	203	2.3448	.70311						
整體層面	1.無技術工人	194	28.8247	4.32611	組間	15.269	3	5.090	.298	
	2.技術性工人	213	29.1127	4.07321	組內	15223.703	890	17.105		
	3.半專業人員	284	28.9120	4.01094						
	4.專業人員以上	203	29.1478	4.18718						

*p<.05 **P<.01 ***<.001

六、不同母親職業的大學生在安寧療護知識上的差異分析

本研究母親職業分為無技術性工人、技術性工人、半專業人員、專業人員、高級專業人員，共五類。其中母親職業為高級專業人員僅有12人（1.3%），故研究者將其與專業人員合併計算，因此在背景變項母親職業的分類共分：無技術性工人、技術性工人、半專業人員、專業人員以上，共四類。

由表4-2-7可知，不同母親職業之大學生在安寧療護知識的整體層面（ $F=5.503$, $p<.01$ ）、「醫療理念」層面（ $F=4.773$, $p<.01$ ）、「法令規定」（ $F=2.726$, $p<.05$ ）達顯著差異。進一步作Sheffe法事後比較，發現在整體層面與「醫療理念」層面中，母親職業為專業與高級專業人員的大學生，其知識顯著高於母親職業為無技術工人、半專業人員、技術性工人；而在「法令規定」層面經事後比較，並未發現各組有差異性存在。其他層面，諸如「大眾迷思」、「病情告知」、「預立指示」、「急救處置」等皆未達顯著差異。

表4-2-7 不同母親職業的大學生在安寧療護知識上的差異情形

安寧療護知識	背景變項母親職業	人數	平均數	標準差	變異來源	離均差平方和	自由度	均方	F值	事後比較
醫療理念	1.無技術工人	454	7.8040	1.27945	組間	22.269	3	7.423	4.773**	4>1
	2.技術性工人	130	7.6154	1.22876	組內	1407.568	905	1.555		4>2
	3.半專業人員	176	7.7557	1.28395						4>3
	4.專業人員以上	149	8.1477	1.11122						
大眾迷思	1.無技術工人	454	4.5308	1.52178	組間	15.207	3	5.069	2.287	
	2.技術性工人	130	4.2846	1.44262	組內	2005.871	905	2.216		
	3.半專業人員	176	4.3523	1.48547						
	4.專業人員以上	149	4.6846	1.42889						
法令規定	1.無技術工人	454	7.4648	1.41338	組間	16.895	3	5.632	2.726*	--
	2.技術性工人	130	7.3385	1.53286	組內	1869.893	905	2.066		
	3.半專業人員	176	7.5852	1.40351						
	4.專業人員以上	149	7.7852	1.46381						
病情告知	1.無技術工人	454	4.1806	1.02635	組間	8.270	3	2.757	2.417	
	2.技術性工人	130	4.0923	1.19719	組內	1032.234	905	1.141		
	3.半專業人員	176	4.0114	1.12117						
	4.專業人員以上	149	4.3154	1.00732						
預立指示	1.無技術工人	454	2.6189	.71112	組間	.735	3	.245	.492	
	2.技術性工人	130	2.5923	.70101	組內	450.731	905	.498		
	3.半專業人員	176	2.5739	.72915						
	4.專業人員以上	149	2.6644	.66384						
急救處置	1.無技術工人	454	2.3678	.73927	組間	2.870	3	.957	1.800	
	2.技術性工人	130	2.2923	.74132	組內	480.948	905	.531		
	3.半專業人員	176	2.3750	.74546						
	4.專業人員以上	149	2.4899	.66391						
整體層面	1.無技術工人	454	28.9670	4.02051	組間	277.521	3	92.507	5.503**	4>1
	2.技術性工人	130	28.2154	4.25174	組內	15212.197	905	16.809		4>2
	3.半專業人員	176	28.6534	4.27876						4>3
	4.專業人員以上	149	30.0872	3.98804						

* $p<.05$ ** $P<.01$ *** $<.001$

七、不同居住地區的大學生在安寧療護知識上的差異分析

由表4-2-8可知，不同居住地區之大學生在安寧療護知識的「醫療理念」層面($F=2.661, p<.05$)、「預立指示」層面($F=2.867, p<.05$)、「急救處置」($F=4.086, p<.01$)層面達顯著差異。進一步作Sheffe法事後比較，發現在「醫療理念」層面與「預立指示」層面中，各組差異均未達顯著，唯有在「急救處置」層面中的知識得分，居住在「省轄市」或「鄉鎮地區」的大學生顯著高於居住在「直轄市」的大學生。其他層面，諸如整體層面、「大眾迷思」、「法令規定」、「病情告知」等亦皆未達顯著差異。

表4-2-8 不同居住地區的大學生在安寧療護知識上的差異情形

安寧療護知識	背景變項 居住地區	人數	平均數	標準差	變異 來源	離均差 平方和	自由 度	均方	F值	事後 比較
醫療理念	1.直轄市	244	7.6311	1.33765	組間	12.747	3	4.249	2.661*	--
	2.省轄市	176	7.9489	1.08638	組內	1456.531	912	1.597		
	3.縣轄市	294	7.8605	1.28430						
	4.鄉鎮地區	202	7.8762	1.28502						
大眾迷思	1.直轄市	244	4.5943	1.46120	組間	8.524	3	2.841	1.285	
	2.省轄市	176	4.5341	1.39344	組內	2016.319	912	2.211		
	3.縣轄市	294	4.3537	1.55799						
	4.鄉鎮地區	202	4.5099	1.49040						
法令規定	1.直轄市	244	7.4631	1.46379	組間	2.866	3	.955	.462	
	2.省轄市	176	7.5341	1.29128	組內	1885.152	912	2.067		
	3.縣轄市	294	7.5272	1.47248						
	4.鄉鎮地區	202	7.6238	1.47518						
病情告知	1.直轄市	244	4.0697	1.14722	組間	3.610	3	1.203	1.070	
	2.省轄市	176	4.2330	1.02942	組內	1025.822	912	1.125		
	3.縣轄市	294	4.1871	1.05272						
	4.鄉鎮地區	202	4.2129	.98713						
預立指示	1.直轄市	244	2.5779	.70132	組間	4.163	3	1.388	2.867*	--
	2.省轄市	176	2.5852	.73571	組內	441.386	912	.484		
	3.縣轄市	294	2.5918	.72267						
	4.鄉鎮地區	202	2.7475	.60727						
急救處置	1.直轄市	244	2.2459	.76240	組間	6.396	3	2.132	4.086**	2>1
	2.省轄市	176	2.4545	.66606	組內	475.870	912	.522		
	3.縣轄市	294	2.4116	.73712						
	4.鄉鎮地區	202	2.4406	.69750						
整體層面	1.直轄市	244	28.5820	4.27230	組間	92.725	3	30.908	1.835	
	2.省轄市	176	29.2898	3.79189	組內	15363.118	912	16.846		
	3.縣轄市	294	28.9320	4.24531						
	4.鄉鎮地區	202	29.4109	3.94672						

* $p<.05$ ** $P<.01$ *** $<.001$

八、不同社經地位的大學生在安寧療護知識上的差異分析

由表4-2-9可知，不同社經地位之大學生在安寧療護知識的整體層面($F=3.057$, $p<.05$)與「醫療理念」層面($F=5.095$, $p<.01$)達顯著差異。進一步作Sheffe法事後比較，發現在「整體」層面各組差異並未達顯著，而在「醫療理念」層面則有顯著差異。「高社經」地位之大學生其在安寧療護知識「醫療理念」層面的平均得分，顯著高於「中社經」與「低社經」的大學生。其他層面，諸如「大眾迷思」、「法令規定」、「病情告知」、「預立指示」、「急救處置」等皆未達顯著差異。

表4-2-9 不同社經地位之大學生在安寧療護知識上的差異情形

安寧療護知識	背景變項社經地位	人數	平均數	標準差	變異來源	離均差平方和	自由度	均方	F值	事後比較
醫療理念	1.高社經	240	8.0375	1.19389	組間	16.292	2	8.146	5.095**	1>2
	2.中社經	324	7.7253	1.24735	組內	1449.322	907	1.598		1>3
	3.低社經	346	7.7428	1.32546						
大眾迷思	1.高社經	240	4.6083	1.44521	組間	5.851	2	2.926	1.318	
	2.中社經	324	4.4043	1.49305	組內	2013.368	907	2.220		
	3.低社經	346	4.4682	1.51720						
法令規定	1.高社經	240	7.7167	1.45322	組間	12.091	2	6.046	2.925	
	2.中社經	324	7.4506	1.39682	組內	1874.877	907	2.067		
	3.低社經	346	7.4595	1.46449						
病情告知	1.高社經	240	4.1917	1.04137	組間	1.601	2	.801	.698	
	2.中社經	324	4.0988	1.10842	組內	1039.552	907	1.146		
	3.低社經	346	4.1821	1.05436						
預立指示	1.高社經	240	2.5875	.71494	組間	.859	2	.430	.869	
	2.中社經	324	2.6574	.65120	組內	448.294	907	.494		
	3.低社經	346	2.5983	.74046						
急救處置	1.高社經	240	2.3875	.69956	組間	.030	2	.015	.028	
	2.中社經	324	2.3735	.72079	組內	485.930	907	.536		
	3.低社經	346	2.3757	.76358						
整體層面	1.高社經	240	29.5292	4.08579	組間	104.079	2	52.040	3.057*	--
	2.中社經	324	28.7099	4.02728	組內	15438.120	907	17.021		
	3.低社經	346	28.8266	4.24250						

* $p<.05$ ** $P<.01$ *** $<.001$

參、本節綜合討論

表4-2-10 不同背景變項在安寧療護知識上的差異情形整理總表

背景變項	組別	安寧療護知識						
		整體 層面	醫療 理念	大眾 迷思	法令 規定	病情 告知	預立 醫囑	急救 處置
性別	1.男 2.女	2>1	2>1	-	2>1	2>1	2>1	2>1
宗教信仰	1.有 2.無							
重病經驗	1.有 2.無							
親友經驗	1.有 2.無							
生死教育	1.有 2.無	1>2	1>2			1>2		
安寧教育	1.有 2.無	1>2	1>2		1>2	1>2		
安寧資訊	1.有 2.無	1>2	1>2		1>2	1>2	1>2	1>2
年級	1.一年級 2.二年級 3.三年級 4.四年級以上	4>1					3>1	
年齡	1.19以下 2.20-24 3.25以上							
父親教育	1.小學 2.國中 3.高中職 4.大學專科以上							
母親教育	1.小學 2.國中 3.高中職 4.大學專科以上							
父親職業	1.無技術工人 2.技術性工人 3.半專業人員 4.專業人員以上							
母親職業	1.無技術工人 2.技術性工人 3.半專業人員 4.專業人員以上	4>1,2,3	4>1,2,3					
居住地區	1.直轄市 2.省轄市 3.縣轄市 4.鄉鎮地區							2,4>1
社經地位	1.高社經 2.中社經 3.低社經		1>2,3					

由表4-2-10可見，本研究在安寧療護知識上達顯著差異的背景變項有：性別、生死教育、安寧教育、安寧資訊、年級、母親職業、居住地區、社經地位；而未達顯著差異的背景變項有：宗教信仰、重病經驗、親友經驗、年齡、父親職業、母親職業、居住地區。研究者就本論文的研究結果，整合過去相關文獻討論如下：

一、性別與安寧療護知識

本論文研究結果發現，大學生在安寧療護的知識表現，僅有在「大眾迷思」上性別因素是沒有顯著差異的，其他層面的安寧療護知識則是女大學生明顯比男大學生有較好的認知。這樣的研究結果與邱淑如（1999）、黃惠美等人（2005）與張美幸等人（2007）的研究結果一致，女性對安寧療護的知識明顯優於男性。

值得特別討論的是，不同性別的大學生在「大眾迷思」上的知識並沒有顯著差異，尤其是在「安寧療護使用嗎啡來做疼痛控制，容易上癮」、「居住安寧病房比普通病房昂貴」、「居住安寧病房比普通病房耗費更多的醫療資源」等三題的得分偏低。這樣的研究結果亦符合了目前台灣，甚至是外國民眾對安寧療護的錯誤迷思的狀況（柏木哲夫，2000；謝文祥，2000）。民眾誤以為安寧療護使用嗎啡做疼痛控制容易上癮，且以為安寧療護比一般的療護花費更多費用，這些錯誤的認知一直沒有被澄清。研究者認為大眾迷思一直是阻礙安寧療護得以普及化的主因，因此加強大眾對安寧療護的正確認知，以破除迷思，將是未來推動安寧療護最重要的一環。

二、宗教信仰與安寧療護知識

本論文研究結果發現，有無宗教信仰的大學生在安寧療護的知識表現上並沒有顯著差異。這與黃惠美等人（2005）、周希誠等人（2006）以及張美幸等人（2007）的研究結果一致，有無宗教信仰對知識的影響不大。

研究者認為這樣的結果有可能是因為宗教信仰比較會影響個人對安寧療護的「態度」，學者專家們的研究結果亦有類似的結論（Peretti-Watel et al., 2005；周希誠等人，2006），而有無宗教信仰對安寧療護的「知識」是較沒有影響的。

三、重病經驗與安寧療護知識

本論文研究結果發現，有無重病經驗的大學生在安寧療護的知識表現上並沒

有顯著差異。同樣，研究者認為這樣的研究結果，是因為「重病經驗」較會影響安寧療護的「態度」，例如：根據Brink et al. (2008)的研究結果，病情愈嚴重身體自主性愈差的人，愈會預立指示，交待DNR選擇安寧療護為臨終醫療方式。

重病經驗較不影響安寧療的「知識」。換言之，經驗對態度較有影響，而對知識較沒有影響，學者專家們的研究亦有類似的結論（周希誠等人，2006）。

四、親友經驗與安寧療護知識

本論文研究結果發現，有無親友經驗對大學生安寧療護的知識表現並沒有顯著差異，與黃惠美等人(2005)、周希誠等人(2006)、以及張美幸等人(2007)的研究結果類似。同樣地，研究者認為這樣的研究結果，是因為「親友經驗」較會影響到對安寧療護的「態度」，對安寧療護的「知識」影響不大。

五、生死教育與安寧療護知識

本論文研究結果發現，有無生死教育的大學生在安寧療護知識的大部分層面皆有顯著差異。生死教育對整體層面、「醫療理念」、「病情告知」、「預立指示」等安寧療護的知識有正面的影響，對「大眾迷思」、「法令規定」、「急救處置」則沒有明顯的影響。學者專家們的研究皆肯定教育訓練對提昇大眾安寧療護知識的功能（蔡詩力等人，2004；黃惠美等人，2005；周希誠等人，2006；張美幸等人，2007），並呼籲教育當局應當重視推廣生死教育，讓大眾能對臨終醫療有進一步的認識（黃天中，1998）。

研究者認為，生死教育恰好可以彌補安寧教育的不足。目前大學教育裡，安寧教育課程皆是給醫護相關科系的學生選修，一般的大學生沒有機會選修安寧教育課程。生死教育可以增進大學生對生死議題的重視，並從中獲得與臨終醫療相關的知識。不過，從本論文的研究結果發現，在有效樣本922人當中修習過生死教育的大學生人數僅有177人（19.2%），所以目前生死教育的推廣尚不普及，此外修習過生死教育課程的學生對「大眾迷思」、「法令規定」、「急救處置」的安寧療護知識並沒有顯著改變，所以研究認為生死教育應加強有關安寧療護大眾迷思、法令規定、急救處置的課程內容。

六、安寧教育與安寧療護知識

本論文研究結果發現，有無安寧教育的大學生在安寧療護的知識上有顯著差

異。本研究的安寧教育包含修過安寧課程或聽過安寧講座，在有效樣本922人當中，有95人（10.3%）有受過安寧教育，而他們在「整體層面」、「醫療理念」、「法令規定」、「病情告知」等層面的安寧知識明顯優於未受過安寧教育者。這樣的結果，與蔡詩力等人（2004）、黃美惠等人（2005）、周希誠等人（2006）、張美幸等人（2007）的研究結果類似。

值得注意的是，有無安寧教育對「大眾迷思」、「預立指示」、「急救處置」的安寧知識的差異不大。以「預立指示」的知識而言，不論是否有受過安寧教育，整體大學生的平均單題得分已很高（滿分1分，平均0.894分），表示大學生對預立指示的知識已有很好的認識，不需特別再作加強教育。然而，「大眾迷思」（滿分1分，平均0.6405分）、「急救處置」（滿分1分，平均0.79356分）平均單題得分並不高，表示大學生不論有沒有受過安寧教育，他們對急救處置與大眾迷思的認知狀況不佳，故研究者認為安寧教育的推廣（包含安寧課程與安寧講座）應加強有關急救處置的知識與大眾迷思的知識。

七、安寧資訊與安寧療護知識

本論文研究結果發現，有無聽過安寧資訊的大學生在安寧療護的知識上有顯著差異。在有效樣本中，有聽過安寧資訊的學生有395人（42.8%），他們在安寧療護知識的大部分層面皆明顯優於未聽過安寧資訊者，這樣的結果與黃美惠等人（2005）的研究結果類似。

值得注意的是，有無聽過安寧資訊的大學生，惟獨在「大眾迷思」的安寧知識上沒有顯著差異，整體大學生在大眾迷思的單題得分不佳（滿分1分，平均得分0.6405）。因此，研究者認為在安寧資訊的流通管道（網路、報章雜誌、電視媒體、學校、演講等）上應加強大眾對安寧療護迷思的宣導。

八、年級與安寧療護知識

本論文研究結果發現，不同年級的大學生在安寧療護知識上有顯著差異的部分，僅在「整體層面」與「預立指示」，其他層面則皆沒有顯著差異。在整體層面，四年級以上的大學生明顯優於一年級學生；在「預立指示」上，三年級學生明顯優於一年級學生。

研究者認為：為何會有這樣的差異存在？有可能是與教育訓練有關。高年級生比低年級生選修的課程更多，因此較有機會受過生死教育、安寧教育，或聽

過安寧資訊。年級是否會對安寧療護知識有很大的影響，研究者本身是持保留的態度，尚待進一步的研究來作澄清。

九、年齡與安寧療護知識

本論文研究結果發現，不同年齡的大學生在安寧療護的知識上沒有顯著差異，與黃惠美等人（2005）與周希誠等人（2006）的研究結果類似。然而，與邱淑如（1999）的研究結果不一致。

研究者認為這樣的研究結果有可能與大學生的年齡層分佈集中有關。本研究有效樣本922人當中分為四組，19歲以下有330人（35.8%），20-24歲人數最多，有536人（58.2%），這兩組已佔有效樣本數的94%，大學生的年齡層皆很接近，所以很難看出年齡在安寧療護知識上的影響。年齡對安寧療護知識的影響狀況，尚待進一步的研究。

十、父親教育與安寧療護知識

本論文研究結果發現，不同父親教育程度的大學生在安寧療護的知識上沒有顯著差異。

在此研究者要特別說明的是，根據專家學者的研究結果，教育程度會影響對安寧療護的認知（邱淑如，1999；黃惠美等人，2005）。然而，本研究的研究對象是大學生，他們的教育程度沒有分別，所以研究者將其延伸運用為父親教育程度，嘗試去發現父親教育程度與大學生的安寧療護知識的關係。本論文的研究結果發現，父親教育程度對大學生安寧療護知識的影響不明顯。

十一、母親教育與安寧療護知識

本論文研究結果發現，不同母親教育程度的大學生在安寧療護的知識上沒有顯著差異。如同父親教育程度一樣，研究者探討母親教育程度與大學生的安寧療護知識的關係，是一種新的嘗試。本論文的研究結果發現，母親教育程度對大學生安寧療護知識的影響不明顯。

十二、父親職業與安寧療護知識

本論文研究結果發現，不同父親職業的大學生在安寧療護的知識上沒有顯著差異。

在此研究者要特別說明的是，根據專家學者的研究結果，職業會影響對安寧療護的認知（黃惠美等人，2005）。然而，本研究的研究對象是大學生，他們的職業沒有分別，所以研究者將其延伸運用為父親職業，嘗試去發現父親職業與大學生的安寧療護知識的關係。本論文的研究結果發現，父親職業對大學生安寧療護知識的影響不明顯。

十三、母親職業與安寧療護知識

本論文研究結果發現，不同母親職業的大學生在安寧療護的知識上有顯著差異，但只限在「整體層面」與「醫療理念」的安寧知識上有顯著差異。母親職業為「專業人員以上」的大學生，在「整體層面」與「醫療理念」的知識顯著優於母親職業為「無技術工人」、「技術性工人」或「半專業人員」。同樣地，沒有其他研究曾經探討過母親職業與安寧療護的認知的關係，這是研究者新的嘗試，前人的研究皆是探討職業與安寧療護知識的關係（黃惠美等人，2005）。

研究者認為父親職業對大學生安寧療護的知識沒有明顯差異，但母親職業對大學生安寧療護知識有顯著差異，為何會有這樣的差異存在？這樣有趣的研究結果，並無相關文獻來作支持，值得再作進一步的研究來探討。

十四、居住地區與安寧療護知識

本論文研究結果發現，不同居住地區的大學生在安寧療護的知識上大部分皆沒有顯著差異，僅有在「急救處置」上有顯著差異存在。居住在省轄市或鄉鎮地區的大學生的「急救處置」知識明顯優於居住在直轄市的大學生。

值得討論的是，為何居住在省轄市或鄉鎮地區的大學生的「急救處置」知識會比居住在直轄市的大學生還理想？趙可式（2000）的研究結果發現，選擇安寧病房的病人以居住在北部地區的可能性較高，但趙可式的研究結果並沒有特別說明城鄉差異對安寧療護知識的影響。本研究結果發現居住地區對安寧療護的知識大部分是沒有顯著差異的，但在「急救處置」上，居住在省轄市或鄉鎮地區的大學生明顯優於居住在直轄市的大學生，研究者對這樣的研究結果持保留態度，並無相關文獻來支持，需要進一步的研究來探討。

十五、社經地位與安寧療護態度

本論文研究結果發現，不同社經地位的大學生在安寧療護的知識上大部分皆

沒有顯著差異，僅有在「醫療理念」上有顯著差異存在。高社經地位的大學生在「醫療理念」的安寧知識顯著優於中社經地位或低社經地位的大學生。

研究者選擇社經地位來作探討是一種新的嘗試，專家學者們在探討影響安寧療護的知識與態度的研究時並未考量過社經地位的影響，僅有劉樹泉等人(2006)的研究結果發現經濟地位較佳的民眾較會預立遺囑。研究者選擇社經地位作為背景變項是考量全國性的調查研究，常常把社經地位列入考量，本研究是屬於全國性的調查研究，故將社經地位列入。本研究的研究結果雖發現不同社經地位的大學生在「醫療理念」的安寧知識上有顯著差異，但仍尚待進一步的研究來支持。

第三節 不同背景變項的大學生在安寧療護態度上之差異分析

在本節探討不同背景變項的大學生在安寧療護的態度上的差異情形，研究者分別以獨立樣本t考驗與One-Way ANOVA進行分析，來考驗本研究的研究假設貳。最後，針對研究結果進行綜合討論與分析。

壹、大學生個人背景變項對安寧療護的態度之t考驗

以性別、宗教信仰、重病經驗、親友安寧經驗、生死教育、安寧教育、安寧資訊為自變項，以大學生安寧療護的態度各層面為依變項，進行t考驗得以下結果，詳見表4-3-1：

一、不同性別之大學生在安寧療護態度上的差異分析

由表4-3-1，不同性別的大學生在安寧療護的態度量表上的得分表現顯示，僅有在「安寧認同」($t=2.960, p<.01$)層面的態度有顯著差異，而在整體層面($t=-.542, p<.05$)及「醫療選擇」($t=.698, p>.05$)、「預立指示」($t=-.050, p>.05$)、「病情告知」($t=.990, p>.05$)、「善終期待」($t=-1.304$)等層面的態度皆未達顯著。大學女生在「安寧認同」層面的態度平均得分顯著優於大學男生。

二、有無宗教信仰之大學生在安寧療護態度上的差異分析

由表4-3-1，有無宗教信仰的大學生在安寧療護的態度量表上的得分表現顯示，僅有在「安寧認同」($t=2.636, p<.01$)層面的態度有顯著差異，且在整體層面($t=.735, p>.05$)及「醫療選擇」($t=.068, p>.05$)、「預立指示」($t=.919, p>.05$)、「病情告知」($t=-.556, p>.05$)、「善終期待」($t=.143$)等層面的態度皆未達顯著。有宗教信仰的大學生在「安寧認同」層面的態度平均得分顯著優於無宗教信仰的大學生。

三、有無重病經驗之大學生在安寧療護態度上的差異分析

由表4-3-1，有無重病經驗的大學生在安寧療護的態度量表上的得分表現，在整體層面($t=-.041, p>.05$)與各分層面，包含「醫療選擇」($t=-.071, p>.05$)、「安寧認同」($t=1.751, p>.05$)、「預立指示」($t=.070, p>.05$)、「病情告知」

($t=.025, p>.05$)、「善終期待」($t=1.327, p>.05$)等皆未達顯著。

四、有無親友安寧經驗之大學生在安寧療護態度上的差異分析

由表4-3-1，親友有無居住安寧病房經驗的大學生在安寧療護的態度量表上的得分表現顯示，在「醫療選擇」($t=2.288, p<.05$)與「安寧認同」($t=2.356, p<.05$)等層面有顯著差異，且在整體層面($t=1.638, p>.05$)與「預立指示」($t=1.530, p>.05$)、「病情告知」($t=.486, p>.05$)、「善終期待」($t=-.307, p>.05$)等層面的態度無顯著差異。

親友有居住安寧病房經驗的大學生在「醫療選擇」與「安寧認同」層面的態度的平均得分顯著優於親友無安寧病房經驗的大學生。

五、有無修習生死教育之大學生在安寧療護態度上的差異分析

由表4-3-1，有無修習過生死教育課程的大學生在安寧療護的態度量表上的得分表現顯示，在整體層面($t=2.856, p<.01$)與「安寧認同」($t=4.081, p<.001$)、「預立指示」($t=2.778, p<.01$)、「善終期待」($t=2.057, p<.05$)等層面的態度有顯著差異；而在「醫療選擇」($t=.585, p>.05$)、「病情告知」($t=1.070, p>.05$)等層面的態度則未達顯著。

有修習過生死教育課程的大學生，在安寧療護的態度量表上的整體層面、「安寧認同」、「預立指示」、「善終期待」等層面的態度的平均得分表現顯著優於無修習過生死教育課程的大學生。

六、有無受過安寧教育之大學生在安寧療護態度上的差異分析

由表4-3-1，有無受過安寧教育的大學生在安寧療護的態度量表上的得分表現顯示，在整體層面($t=3.642, p<.001$)與「安寧認同」($t=5.198, p<.001$)、「預立指示」($t=3.204, p<.01$)等層面的態度有顯著差異；而在「醫療選擇」($t=1.749, p>.05$)、「病情告知」($t=1.604, p>.05$)、「善終期待」($t=1.916, p>.05$)等層面的態度則未達顯著。

有受過安寧教育的大學生，在安寧療護態度量表上的整體層面、「安寧認同」、「預立指示」等層面的平均得分表現顯著優於無受過安寧教育的大學生。

七、有無聽過安寧資訊之大學生在安寧療護態度上的差異分析

由表4-3-1，有無聽過安寧資訊的大學生在安寧療護的態度量表上的得分表現顯示，在整體層面 ($t=6.109, p<.01$) 與「醫療選擇」 ($t=4.949, p<.01$)、「安寧認同」 ($t=6.247, p<.01$)、「預立指示」 ($t=4.979, p<.01$)、「病情告知」 ($t=2.382, p<.05$)、「善終期待」 ($t=3.666, p<.01$) 等層面的態度有顯著差異。

有聽過安寧資訊的大學生，對安寧療護全部層面的態度皆優於沒有聽過安寧資訊的大學生。

表4-3-1 不同背景變項的大學生安寧療護的態度t考驗結果

自變項	依變項	組別	人數	平均數	標準差	標準誤	T值
性別	醫療選擇	1	518	14.6332	2.87398	.12628	.698
		2	404	14.5000	2.88102	.14334	
	安寧認同	1	518	9.9266	2.40052	.10547	-2.960**
		2	404	10.3886	2.28708	.11379	
	預立指示	1	518	17.9479	3.72964	.16387	-.050
		2	404	17.9604	3.78497	.18831	
	病情告知	1	518	18.9961	3.72040	.16347	.990
		2	404	18.7599	3.43161	.17073	
	善終期待	1	518	21.3803	3.52117	.15471	-1.304
		2	404	21.6881	3.60270	.17924	
	整體層面	1	518	82.8842	10.74201	.47198	-.542
		2	404	83.2970	12.01223	.59763	
宗教信仰	醫療選擇	1	310	14.5839	2.85197	.16198	.068
		2	612	14.5703	2.89081	.11685	
	安寧認同	1	310	10.4161	2.39019	.13575	2.636**
		2	612	9.9837	2.33518	.09439	
	預立指示	1	310	18.1129	3.79364	.21546	.919
		2	612	17.8725	3.73116	.15082	
	病情告知	1	310	18.8000	3.67075	.20848	-.556
		2	612	18.9395	3.56073	.14393	
	善終期待	1	310	21.5387	3.49990	.19878	.143
		2	612	21.5033	3.59054	.14514	
	整體層面	1	310	83.4516	11.00703	.62516	.738
		2	612	82.8693	11.46685	.46352	
重病經驗	醫療選擇	1	95	14.5579	2.86845	.29430	-.071
		2	826	14.5799	2.87923	.10018	
	安寧認同	1	95	10.5368	2.37366	.24353	1.751
		2	826	10.0920	2.34146	.08147	
	預立指示	1	95	17.9789	3.90030	.40016	.070
		2	826	17.9504	3.73922	.13010	
	病情告知	1	95	18.8947	3.71734	.38139	.025
		2	826	18.8850	3.58077	.12459	
	善終期待	1	95	21.0526	3.24650	.33308	-1.327
		2	826	21.5642	3.59075	.12494	
	整體層面	1	95	83.0211	11.52978	1.18293	-.041
		2	826	83.0714	11.30024	.39319	

表 4-3-1 大學生安寧療護的態度 t 考驗結果

自變項	依變項	組別	人數	平均數	標準差	標準誤	T值
親友經驗	醫療選擇	1	229	14.9476	2.98635	.19734	2.288*
		2	690	14.4478	2.82294	.10747	
	安寧認同	1	229	10.4498	2.22296	.14690	2.356*
		2	690	10.0261	2.40087	.09140	
	預立指示	1	229	18.2795	3.63590	.24027	1.530
		2	690	17.8420	3.78519	.14410	
	病情告知	1	229	18.9956	3.67602	.24292	.486
		2	690	18.8623	3.57095	.13594	
	善終期待	1	229	21.4498	3.48724	.23044	-.307
		2	690	21.5333	3.58754	.13658	
	整體層面	1	229	84.1223	11.32390	.74830	1.638
		2	690	82.7116	11.28440	.42959	
生死教育	醫療選擇	1	177	14.6893	2.81222	.21138	.585
		2	744	14.5484	2.89434	.10611	
	安寧認同	1	177	10.7740	2.26756	.17044	4.081***
		2	744	9.9745	2.36009	.08652	
	預立指示	1	177	18.6554	3.66338	.27536	2.778**
		2	744	17.7863	3.75835	.13779	
	病情告知	1	177	19.1525	3.93908	.29608	1.070
		2	744	18.8306	3.51284	.12879	
	善終期待	1	177	21.9661	3.16748	.23808	2.057*
		2	744	21.4046	3.64014	.13345	
	整體層面	1	177	85.2373	11.01962	.82829	2.856**
		2	744	82.5444	11.33300	.41549	
安寧教育	醫療選擇	1	95	15.0632	2.85765	.29319	1.749
		2	827	14.5187	2.87480	.09997	
	安寧認同	1	95	11.3053	2.11918	.21742	5.198***
		2	827	9.9940	2.35139	.08177	
	預立指示	1	95	19.1158	3.97563	.40789	3.204**
		2	827	17.8198	3.70461	.12882	
	病情告知	1	95	19.4526	3.61077	.37046	1.604
		2	827	18.8283	3.59169	.12490	
	善終期待	1	95	22.1053	3.11644	.31974	1.916
		2	827	21.4474	3.60126	.12523	
	整體層面	1	95	87.0421	10.70585	1.09840	3.642***
		2	827	82.6082	11.29599	.39280	
安寧資訊	醫療選擇	1	361	15.1717	2.93227	.15433	4.949***
		2	527	14.2220	2.72121	.11854	
	安寧認同	1	361	10.7230	2.34657	.12350	6.247***
		2	527	9.7306	2.31093	.10064	
	預立指示	1	361	18.7285	3.83311	.20174	4.979***
		2	527	17.4763	3.57363	.15567	
	病情告知	1	361	19.2576	3.55397	.18705	2.382*
		2	527	18.6717	3.63083	.15816	
	善終期待	1	361	22.0249	3.18799	.16779	3.666***
		2	527	21.1651	3.76209	.16388	
	整體層面	1	361	85.9058	11.35327	.59754	6.109***
		2	527	81.2657	10.95504	.47721	

*p<.05 **P<.01 ***<.001

貳、大學生個人背景變項對安寧療護的態度之One-Way ANOVA考驗

研究者分別以年級、年齡、父親教育程度、母親教育程度、父親職業、母親職業、居住地區、社經地位為自變項，安寧療護的態度各層面為依變項，進行One-Way ANOVA檢定，其結果如下：

一、不同年級的大學生在安寧療護態度上的差異分析

與前面不同年級在安寧療護知識上的差異分析一樣，五年級人數過少，故合併為四年級以上。

由表4-3-2可知，不同年級之大學生僅在安寧療護態度的「預立指示」層面（ $F=3.057, p<.05$ ）達顯著差異；進一步作Sheffe法事後比較，發現在「預立指示」層面各組差異並未達顯著。其他層面，包含整體層面、「醫療選擇」層面、「安寧認同」層面、「病情告知」層面、「善終期待」層面亦皆未達顯著差異。

表4-3-2 不同年級的大學生在安寧療護態度上的差異情形

安寧療護態度	背景變項年級	人數	平均數	標準差	變異來源	離均差平方和	自由度	均方	F值	事後比較
醫療選擇	1.一年級	291	14.5739	3.08118	組間 組內	49.645 7479.159	3 912	16.548 8.201	2.018	
	2.二年級	286	14.4895	2.65533						
	3.三年級	181	14.2818	2.95393						
	4.四年級以上	158	15.0253	2.70161						
安寧認同	1.一年級	291	10.0584	2.41690	組間 組內	5.920 5099.629	3 912	1.973 5.592	.353	
	2.二年級	286	10.0944	2.40792						
	3.三年級	181	10.1160	2.31008						
	4.四年級以上	158	10.2911	2.24688						
預立指示	1.一年級	291	17.6942	3.88178	組間 組內	118.851 12696.314	3 912	39.617 13.921	2.846*	--
	2.二年級	286	17.9755	3.79234						
	3.三年級	181	17.6961	3.55144						
	4.四年級以上	158	18.6962	3.53095						
病情告知	1.一年級	291	18.5601	3.55726	組間 組內	61.262 11628.677	3 912	20.421 12.751	1.602	
	2.二年級	286	19.0105	3.57916						
	3.三年級	181	18.9061	3.58965						
	4.四年級以上	158	19.2911	3.55897						
善終期待	1.一年級	291	21.2268	3.79520	組間 組內	38.789 11568.054	3 912	12.930 12.684	1.019	
	2.二年級	286	21.6713	3.40026						
	3.三年級	181	21.5304	3.40676						
	4.四年級以上	158	21.7342	3.57525						
整體層面	1.一年級	291	82.1134	11.56470	組間 組內	939.019 115376.466	3 912	313.006 126.509	2.474	
	2.二年級	286	83.2413	10.99447						
	3.三年級	181	82.5304	11.41273						
	4.四年級以上	158	85.0380	10.91244						

* $p<.05$ ** $P<.01$ *** $<.001$

二、不同年齡的大學生在安寧療護態度上的差異分析

與前面不同年齡在安寧療護知識上的差異分析一樣，30歲以上人數過少，故合併為25歲以上。

由表4-3-3可知，不同年齡之大學生在安寧療護態度的整體層面（ $F=15.454$, $p<.001$ ）與其他各分層面，包含「醫療選擇」（ $F=9.639$, $p<.001$ ）、「安寧認同」（ $F=6.848$, $p<.01$ ）、「預立指示」（ $F=14.493$, $p<.001$ ）、「病情告知」（ $F=6.541$, $p<.01$ ）、「善終期待」（ $F=6.65$, $p<.01$ ）皆達到顯著。進一步作Sheffe法事後比較，發現在整體層面、「預立指示」層面、「病情告知」層面中，25歲以上的平均得分顯著優於20-24歲或19歲以下，20-24歲的平均得分又顯著優於19歲以下；在「醫療選擇」層面與「安寧認同」層面中，25歲以上的平均得分顯著優於20-24歲或19歲以下；在「善終期待」層面，20-24歲顯著優於19歲以下。由此可見，大學生的年齡因素對其安寧療護態度的影響的重要性。

表4-3-3 不同年齡的大學生在安寧療護態度上的差異情形

安寧療護態度	背景變項 年齡	人數	平均數	標準差	變異 來源	離均差 平方和	自由 度	均方	F值	事後 比較
醫療選擇	1.19歲以下	330	14.3697	2.87791	組間 組內	156.451 7450.092	2 918	78.226 8.116	9.639***	3>1 3>2
	2.20-24歲	536	14.5429	2.77943						
	3.25歲以上	55	16.1818	3.31154						
安寧認同	1.19歲以下	330	9.9212	2.39170	組間 組內	75.472 5058.893	2 918	37.736 5.511	6.848**	3>1 3>2
	2.20-24歲	536	10.1511	2.28721						
	3.25歲以上	55	11.1818	2.64639						
預立指示	1.19歲以下	330	17.3515	3.63921	組間 組內	396.349 12552.999	2 918	198.175 13.674	14.493***	2>1 3>1 3>2
	2.20-24歲	536	18.1063	3.67129						
	3.25歲以上	55	20.1455	4.27056						
病情告知	1.19歲以下	330	18.3727	3.52893	組間 組內	167.373 11745.769	2 918	83.687 12.795	6.541**	2>1 3>1 3>2
	2.20-24歲	536	19.1101	3.56685						
	3.25歲以上	55	19.8727	3.94900						
善終期待	1.19歲以下	330	20.945	3.83830	組間 組內	171.229 11448.565	2 918	85.614 12.471	6.865**	2>1
	2.20-24歲	536	21.8396	3.26012						
	3.25歲以上	55	21.8909	4.11714						
整體層面	1.19歲以下	330	80.9606	11.25235	組間 組內	3832.157 113815.897	2 918	1916.079 123.982	15.454***	2>1 3>1 3>2
	2.20-24歲	536	83.7500	10.80589						
	3.25歲以上	55	89.2727	13.39493						

* $p<.05$ ** $P<.01$ *** $<.001$

三、不同父親教育程度的大學生在安寧療護態度上的差異分析

與前面不同父親教育程度在安寧療護知識上的差異分析一樣，父親教育程度為研究所以上的大學生人數較少，故合併為大學專科以上。

由表4-3-4可知，不同父親教育程度之大學生在安寧療護態度上，僅有在「病情告知」層面（ $F=6.118, p<.001$ ）達到顯著差異，其他層面皆未達顯著差異。進一步作Sheffe法事後比較，發現在「病情告知」層面中，父親教育程度為「小學」的大學生的平均得分顯著優於父親教育程度為「高中職」、「國中」或「大學專科以上」。

表4-3-4 不同父親教育程度的大學生在安寧療護態度上的差異情形

安寧療護態度	背景變項 父親教育	人數	平均數	標準差	變異 來源	離均差 平方和	自由 度	均方	F值	事後 比較
醫療選擇	1.小學	73	15.0685	2.88833	組間 組內	33.473 7541.425	3 914	11.158 8.251	1.352	
	2.國中	125	14.7760	2.77624						
	3.高中職	339	14.3982	3.04077						
	4.大學專科以上	381	14.5617	2.74332						
安寧認同	1.小學	73	10.1370	2.44560	組間 組內	24.447 5053.706	3 914	8.149 5.529	1.474	
	2.國中	125	10.5200	2.44158						
	3.高中職	339	10.1445	2.29349						
	4.大學專科以上	381	10.0105	2.35414						
預立指示	1.小學	73	18.5342	4.06230	組間 組內	38.957 12836.062	3 914	12.986 14.044	.925	
	2.國中	125	17.6440	3.70906						
	3.高中職	339	18.0413	3.79560						
	4.大學專科以上	381	17.8924	3.65362						
病情告知	1.小學	73	20.4521	3.57087	組間 組內	233.997 11653.180	3 914	77.999 12.750	6.118***	1>2
	2.國中	125	18.5440	3.52526						1>3
	3.高中職	339	19.0442	3.67638						1>4
	4.大學專科以上	381	18.5958	3.48899						
善終期待	1.小學	73	21.9452	3.01796	組間 組內	49.010 11513.809	3 914	16.337 12.597	1.297	
	2.國中	125	21.8640	3.54998						
	3.高中職	339	21.5782	3.72608						
	4.大學專科以上	381	21.2913	3.48027						
整體層面	1.小學	73	86.1370	10.93328	組間 組內	899.419 116370.119	3 914	299.806 127.320	2.355	
	2.國中	125	83.3680	11.45154						
	3.高中職	339	83.2065	11.49370						
	4.大學專科以上	381	82.3517	11.10368						

* $p<.05$ ** $P<.01$ *** $<.001$

四、不同母親教育程度的大學生在安寧療護態度上的差異分析

與前面不同母親教育程度在安寧療護知識上的差異分析一樣，母親教育程度為研究所以上的大學生人數較少，故合併為大學專科以上。

由表4-3-5可知，不同母親教育程度之大學生在安寧療護態度上，僅有在「病情告知」層面（ $F=3.810, p<.05$ ）達到顯著差異，其他層面皆未達顯著差異。進一步作Sheffe法事後比較，發現在「病情告知」層面中，母親教育程度為「小學」的大學生的平均得分顯著優於母親教育程度為「大學專科以上」者。

表4-3-5 不同母親教育程度的大學生在安寧療護態度上的差異情形

安寧療護態度	背景變項 母親教育	人數	平均數	標準差	變異 來源	離均差 平方和	自由 度	均方	F值	事後 比較		
醫療選擇	1.小學	103	14.8447	2.92306								
	2.國中	145	14.6276	2.96260	組間	21.493	3	7.164	.865			
	3.高中職	418	14.4234	2.87387	組內	7588.714	916	8.285				
	4.大學專科以上	254	14.7008	2.81811								
1.小學	103	10.3398	2.69187									
安寧認同	2.國中	145	10.3172	2.35615	組間	14.749	3	4.916	.880			
	3.高中職	418	10.0191	2.26423	組內	5115.073	916	5.584				
	4.大學專科以上	254	10.1299	2.38466								
	1.小學	103	18.4660	4.01423								
預立指示	2.國中	145	17.7103	3.63417	組間	35.995	3	11.998	.851			
	3.高中職	418	17.9426	3.77440	組內	12919.351	916	14.104				
	4.大學專科以上	254	17.9173	3.68378								
	1.小學	103	19.8738	3.89489								
病情告知	2.國中	145	19.0552	3.82749	組間	146.528	3	48.843	3.810*	1>4		
	3.高中職	418	18.8612	3.46754	組內	11744.272	916	12.821				
	4.大學專科以上	254	18.4803	3.48537								
	1.小學	103	22.0971	3.46556								
善終期待	2.國中	145	21.8483	3.69747	組間	91.732	3	30.577	2.439			
	3.高中職	418	21.5311	3.47174	組內	11485.476	916	12.539				
	4.大學專科以上	254	21.1142									
	1.小學	103	85.6214	11.31034								
整體層面	2.國中	145	83.5586	11.68681	組間	874.505	3	291.502	2.292			
	3.高中職	418	82.7775	11.13513	組內	1168481.494	916	127.163				
	4.大學專科以上	254	82.3425	11.25718								

* $p<.05$ ** $P<.01$ *** $<.001$

五、不同父親職業之大學生在安寧療護態度上的差異分析

與前面不同父親職業在安寧療護知識上的差異分析一樣，父親職業為高級專業人員的大學生人數較少，故合併為專業人員以上。

由表4-3-6可知，不同父親職業之大學生在安寧療護態度上，整體層面與其他各分層面的平均得分皆未達顯著差異。

表4-3-6 不同父親職業的大學生在安寧療護態度上的差異情形

安寧療護態度	背景變項 父親職業	人數	平均數	標準差	變異 來源	離均差 平方和	自由 度	均方	F值	事後 比較
醫療選擇	1.無技術工人	194	14.4639	3.22896	組間	9.563	3	3.188	.388	
	2.技術性工人	213	14.7606	2.72721						
	3.半專業人員	284	14.5599	2.77545	組內	7307.275	890	8.210		
	4.專業人員以上	203	14.6108	2.75955						
安寧認同	1.無技術工人	194	10.0979	2.56030	組間	36.375	3	12.125	2.200	
	2.技術性工人	213	10.4695	2.34425						
	3.半專業人員	284	9.9648	2.26484	組內	4905.819	890	5.512		
	4.專業人員以上	203	9.9901	2.25149						
預立指示	1.無技術工人	194	17.9536	3.91925	組間	28.708	3	9.569	.681	
	2.技術性工人	213	18.0469	3.60394						
	3.半專業人員	284	17.7077	3.82882	組內	12501.821	890	14.047		
	4.專業人員以上	203	18.1724	3.61170						
病情告知	1.無技術工人	194	19.3144	3.66599	組間	91.444	3	30.481	2.379	
	2.技術性工人	213	19.1455	3.83903						
	3.半專業人員	284	18.5599	3.58244	組內	11402.458	890	12.812		
	4.專業人員以上	203	18.6502	3.18736						
善終期待	1.無技術工人	194	21.7423	3.46344	組間	84.230	3	28.077	2.223	
	2.技術性工人	213	21.6948	3.65955						
	3.半專業人員	284	21.6127	3.4970	組內	11241.179	890	12.631		
	4.專業人員以上	203	20.9507	3.79650						
整體層面	1.無技術工人	194	83.5722	11.96660	組間	506.323	3	168.774	1.339	
	2.技術性工人	213	84.1174	11.06116						
	3.半專業人員	284	82.4049	10.70491	組內	112213.535	890	126.083		
	4.專業人員以上	203	82.3744	11.39036						

* $p < .05$ ** $P < .01$ *** $< .001$

六、不同母親職業的大學生在安寧療護態度上的差異分析

與前面不同母親職業在安寧療護知識上的差異分析一樣，母親職業為高級專業人員的大學生人數較少，故合併為專業人員以上。

由表4-3-7可知，不同母親職業之大學生在安寧療護態度上，在整體層面（ $F=3.338, p<.05$ ）、「醫療選擇」層面（ $F=3.172, p<.05$ ）、「預立指示」層面（ $F=5.778, p<.01$ ）達到顯著差異，其他層面則未達顯著差異。進一步作Sheffe法事後比較，發現在整體層面中，各組平均得分沒有顯著差異；在「醫療選擇」層面中，母親職業為「專業與高級專業人員」的大學生的平均得分顯著優於母親職業為「無技術工人」者；在「預立指示」層面，母親職業為「專業與高級專業人員」的大學生的平均得分顯著優於母親職業為「半專業人員」與「無技術工人」。

表4-3-7 不同母親職業的大學生在安寧療護態度上的差異情形

安寧療護態度	背景變項 母親職業	人數	平均數	標準差	變異來源	離均差平方和	自由度	均方	F值	事後比較
醫療選擇	1.無技術工人	454	14.4273	2.97491	組間 組內	78.007 7417.619	3 905	26.002 8.196	3.172*	4>1
	2.技術性工人	130	14.5385	2.62709						
	3.半專業人員	176	14.4432	2.75622						
	4.專業人員以上	149	15.2349	2.83413						
安寧認同	1.無技術工人	454	10.0881	2.39041	組間 組內	42.937 5015.003	3 905	14.312 5.541	2.583	
	2.技術性工人	130	10.3308	2.27009						
	3.半專業人員	176	9.7955	2.31595						
	4.專業人員以上	149	10.4698	2.35830						
預立指示	1.無技術工人	454	17.6101	3.80484	組間 組內	239.756 12517.738	3 905	79.919 13.832	5.778**	4>1 4>3
	2.技術性工人	130	18.3923	3.68634						
	3.半專業人員	176	17.5795	3.54150						
	4.專業人員以上	149	18.9128	3.68696						
病情告知	1.無技術工人	454	18.9251	3.54145	組間 組內	55.831 11755.337	3 905	18.610 12.989	1.433	
	2.技術性工人	130	19.1000	3.89364						
	3.半專業人員	176	18.4034	3.55557						
	4.專業人員以上	149	19.1208	3.58848						
善終期待	1.無技術工人	454	21.4604	3.60058	組間 組內	9.037 11568.200	3 905	3.012 12.783	.236	
	2.技術性工人	130	21.7385	3.38156						
	3.半專業人員	176	21.4659	3.48531						
	4.專業人員以上	149	21.4295	3.76193						
整體層面	1.無技術工人	454	82.5110	11.47446	組間 組內	1269.051 114687.763	3 905	423.017 126.727	3.338*	--
	2.技術性工人	130	84.1000	11.02418						
	3.半專業人員	176	81.6875	10.02620						
	4.專業人員以上	149	85.1678	12.12959						

* $p<.05$ ** $P<.01$ *** $<.001$

七、不同居住地區的大學生在安寧療護態度上的差異分析

由表4-3-8可知，不同居住地區之大學生的安寧療護態度，在整體層面與其他各分層面皆未達顯著差異。

表4-3-8 不同居住地區的大學生在安寧療護態度上的差異

安寧療護態度	背景變項 居住地區	人數	平均數	標準差	變異 來源	離均差 平方和	自由 度	均方	F值	事後 比較
醫療選擇	1.直轄市	244	14.5287	2.61587	組間 組內	16.776 7542.721	3 912	5.592 8.271	.676	
	2.省轄市	176	14.8011	2.84860						
	3.縣轄市	294	14.4320	2.94786						
	4.鄉鎮地區	202	14.6535	3.08563						
安寧認同	1.直轄市	244	9.9631	2.49499	組間 組內	12.933 5069.857	3 912	4.311 5.559	.776	
	2.省轄市	176	10.0398	2.14705						
	3.縣轄市	294	10.2075	2.44694						
	4.鄉鎮地區	202	10.2525	2.22617						
預立指示	1.直轄市	244	17.9221	3.45430	組間 組內	14.541 12809.270	3 912	4.847 14.045	.345	
	2.省轄市	176	17.7784	3.70818						
	3.縣轄市	294	17.9728	3.99478						
	4.鄉鎮地區	202	18.1634	3.75069						
病情告知	1.直轄市	244	18.7623	3.48082	組間 組內	42.500 11732.159	3 912	14.167 12.864	1.101	
	2.省轄市	176	19.0909	3.35393						
	3.縣轄市	294	18.7109	3.52583						
	4.鄉鎮地區	202	19.2228	3.97566						
善終期待	1.直轄市	244	21.2172	3.63198	組間 組內	89.376 11400.941	3 912	29.792 12.501	2.383	
	2.省轄市	176	21.3068	3.48009						
	3.縣轄市	294	21.5510	3.70625						
	4.鄉鎮地區	202	22.0594	3.19459						
整體層面	1.直轄市	244	82.3934	11.02863	組間 組內	454.393 116369.566	3 912	151.464 127.598	1.187	
	2.省轄市	176	83.0170	10.79602						
	3.縣轄市	294	82.8741	11.73547						
	4.鄉鎮地區	202	84.3515	11.38736						

* $p < .05$ ** $P < .01$ *** $< .001$

八、不同社經地位的大學生在安寧療護態度上的差異分析

由表4-3-9可知，不同居住地區之大學生的安寧療護態度，在整體層面與其他各分層面皆未達顯著差異。

表4-3-9 不同社經地位的大學生在安寧療護態度上的差異情形⁵⁵

安寧療護態度	背景變項社經地位	人數	平均數	標準差	變異來源	離均差平方和	自由度	均方	F值	事後比較
醫療選擇	1.高社經	240	14.8667	2.66052	組間	26.946	2	13.473	1.634	
	2.中社經	324	14.4537	2.92967						
	3.低社經	346	14.5029	2.95596	組內	7478.536	907	8.245		
安寧認同	1.高社經	240	10.1167	2.31127	組間	6.568	2	3.284	.589	
	2.中社經	324	10.0278	2.29331						
	3.低社經	346	10.2254	2.45564	組內	5055.900	907	5.574		
預立指示	1.高社經	240	18.3792	3.57379	組間	71.056	2	35.528	2.532	
	2.中社經	324	17.6636	3.85750						
	3.低社經	346	17.9220	3.75669	組內	12727.719	907	14.033		
病情告知	1.高社經	240	18.7542	3.27441	組間	70.185	2	35.092	2.716	
	2.中社經	324	18.6173	3.67172						
	3.低社經	346	19.2370	3.73024	組內	11717.606	907	12.919		
善終期待	1.高社經	240	21.2167	3.62161	組間	40.190	2	20.095	1.591	
	2.中社經	324	21.4784	3.57790						
	3.低社經	346	21.7457	3.48397	組內	11457.201	907	12.632		
整體層面	1.高社經	240	83.3333	11.06000	組間	348.973	2	174.487	1.374	
	2.中社經	324	82.2407	11.37419						
	3.低社經	346	83.6329	11.31760	組內	115212.940	907	127.026		

*p<.05 **P<.01 ***<.001

參、本節綜合討論

表4-3-10 不同背景變項在安寧療護態度上的差異情形整理總表

背景變項	組別	安寧療護態度					
		整體 層面	醫療 選擇	安寧 認同	預立 醫囑	病情 告知	善終 期待
性別	1.男						
	2.女			2>1			
宗教信仰	1.有						
	2.無			1>2			
重病經驗	1.有						
	2.無						
親友經驗	1.有						
	2.無		1>2	1>2			
生死教育	1.有						
	2.無	1>2		1>2	1>2		1>2
安寧教育	1.有						
	2.無	1>2		1>2	1>2		
安寧資訊	1.有						
	2.無	1>2	1>2	1>2	1>2	1>2	1>2
年級	1.一年級						
	2.二年級						
	3.三年級						
	4.四年級以上						
年齡	1.19以下	2>1			2>1	2>1	
	2.20-24	3>1,2	3>1,2	3>1,2	3>1,2	3>1,2	2>1
	3.25以上						
父親教育	1.小學						
	2.國中					1>2,3,4	
	3.高中職						
	4.大學專科以上						
母親教育	1.小學						
	2.國中						
	3.高中職					1>4	
	4.大學專科以上						
父親職業	1.無技術工人						
	2.技術性工人						
	3.半專業人員						
	4.專業人員以上						
母親職業	1.無技術工人						
	2.技術性工人				4>1		
	3.半專業人員				4>3		
	4.專業人員以上		4>1				
居住地區	1.直轄市						
	2.省轄市						
	3.縣轄市						
	4.鄉鎮地區						
社經地位	1.高社經						
	2.中社經						
	3.低社經						

由表4-3-10可見，本研究在安寧療護態度上達顯著差異的背景變項有：性別、宗教信仰、親友經驗、生死教育、安寧教育、安寧資訊、年齡、父親教育、母親教育、母親職業；而未達顯著差異的背景變項有：重病經驗、年級、父親職業、居住地區、社經地位。研究者整合過去相關文獻結果討論如下：

一、性別與安寧療護態度

本論文研究結果發現，大學生在安寧療護的態度表現，在「安寧認同」上性別因素是有顯著差異的，女大學生對安寧療護的認同度高於男大學生，然而在多數態度層面上，男大學生與女大學生皆沒有顯著差異。

除了「安寧認同」上性別因素是有顯著差異之外，其層面皆未發現顯著差異。趙可式（2000）的研究結果亦發現性別對安寧療護的態度影響不顯著。研究者認為可能原因是「醫療選擇」、「預立指示」、「病情告知」等議題是比較敏感的，男大學生與女大學生同樣地在決定臨終醫療方式、預立指示、病情告知時要考量的因素很多，並不會因為性別不同而有明顯差異，未來可作進一步研究來探討。

二、宗教信仰與安寧療護態度

本論文研究結果發現，有無宗教信仰的大學生在安寧療護的態度，僅有在「安寧認同」上是有顯著差異的。有宗教信仰的大學生對安寧療護的態度比無宗教信仰的大學生愈認同，這與Peretti-Watel et al.（2005）與周希誠等人（2006）的研究結果類似。根據Peretti-Watel et al.研究，參與宗教組織的醫生對安寧療護的態度與未參與宗教組織的醫生有差異，周希誠等人對護理人員的研究結果發現護理人員的宗教信仰與對安寧療護的正向態度呈顯著差異。由此可見，宗教信仰對安寧療護態度的影響。

同樣地，除了「安寧認同」上宗教信仰因素是有顯著差異之外，其他大部分的層面皆未發現顯著差異。有無宗教信仰在整體層面、「醫療選擇」、「預立指示」、「病情告知」、「善終期待」等態度並沒有差異。研究者認為可能原因還是「醫療選擇」、「預立指示」、「病情告知」等議題是比較敏感的，因此有無宗教信仰對這些敏感議題的影響力不大，未來可作進一步研究來探討。

三、重病經驗與安寧療護態度

本論文研究結果發現，有無重病經驗的大學生在安寧療護的態度表現上並沒有顯著差異。這與Brink et al.（2008）的研究結果不一致，Brink et al.的研究結果發現病情愈嚴

重、身體自主性愈差的病人愈會預立指示交待DNR，但本研究922位有效樣本中，有重病經驗的大學生為95人，他們並沒有在預立指示上或選擇DNR的態度上與無重病經驗的大學生有顯著差異。

研究者認為這樣的研究結果，有可能是本研究對象是大學生，他們的年齡層還算年輕，就算有重病經驗復原力還是比老年人好，所以他們尚未想過死亡臨近的一天，因此對安寧療護的態度仍與大部分未有重病經驗的大學生一樣。

四、親友經驗與安寧療護態度

本論文研究結果發現，有無親友經驗的大學生對安寧療護的態度，在「醫療選擇」與「安寧認同」上有顯著差異。若親友有安寧病房之經驗的大學生，比較會選擇安寧療護作為臨終時的醫療方式，且他們對安寧療護持正向的認同態度。此與劉樹泉等人（2005）與Morita et al.（2006）的研究結果一致。根據劉樹泉等人（2005）的研究結果，親友的經驗會影響到民眾選擇安寧療護的意願；Morita et al.（2006）的研究結果發現，醫療相關經驗會影響到醫療的決策與信念，好的醫療經驗會影響有正面影響，壞的經驗則會產生負面的影響。

需特別注意的是，不論親友是否有安寧病房的經驗，他們對整體層面、「預立指示」、「病情告知」、「善終期待」等態度並沒有差異。研究者認為可能原因是「預立指示」、「病情告知」等議題是比較敏感的，要考量的因素很多，並不會單單因為親友有無安寧病房經驗就決定「預立指示」、「病情告知」的態度，未來可作進一步研究來探討。

五、生死教育與安寧療護態度

本論文研究結果發現，有無受過生死教育的大學生在安寧療護的態度的大部分層面皆有顯著差異。生死教育對整體層面、「安寧認同」、「預立指示」、「善終期待」等態度有正面的影響，此研究結果與周希誠等人（2006）的研究結果部分類似。周希誠等人的研究結果有受過倫理課程的護理人員較願意擔任安寧療護工作，對安寧療護的態度較正向（周希誠等人，2006），可見教育對安寧療護態度有正面的影響，本研究的研究結果亦發現有效樣本922人當中，修習過生死教育的大學生人數177人（19.2%），他們對安寧療護的態度較正面。

然而值得注意的是，有無受過生死教育的大學生對「醫療選擇」、「病情告知」的態度並沒有顯著差異，研究者認為可能原因是「醫療選擇」、「病情告知」是敏感議題，考量的倫理因素眾多，所以生死教育對「醫療選擇」、「病情告知」並沒有顯著的影響。

力，蔡詩力等人（2004）的研究亦有一致的結論。蔡詩力等人的研究結果發現，教育訓練可以增進大學生的安寧療護認知與態度的正確性；但亦發現課程後倫理困境決策的態度沒有顯著改變。由此可見，生死教育並非對所有安寧相關態度有顯著影響，尤其是牽涉到倫理議題的態度上較不具影響力。

六、安寧教育與安寧療護態度

本論文研究結果發現，有無安寧教育的大學生在安寧療護的部分層面有顯著差異。本研究的安寧教育包含修過安寧課程或聽過安寧講座，在有效樣本922人當中，有95人（10.3%）有受過安寧教育，且他們在「整體層面」、「安寧認同」、「預立指示」等層面態度顯著優於未受過安寧教育者。有受過安寧教育的大學生他們對安寧療護較認同，且較願意預立指示。這與周希誠等人（2006）的部分研究結果一致，根據周希誠等人的研究結果，受過倫理課程的護理人員對安寧療護的態度有正面影響。

然而，有無受過安寧教育的大學生在「醫療選擇」、「病情告知」、「善終期待」的態度上並沒有顯著差異。研究者認為原因在於這些議題較敏感，因此安寧教育沒有顯著的影響力，此與蔡詩力等人（2004）的研究結果類似，蔡詩力等人的研究發現受過醫療相關課程的醫護學生在安寧緩和醫療的知識上有明顯異，但對倫理抉擇的態度則無顯著差異。。

七、安寧資訊與安寧療護態度

本論文研究結果發現，有無聽過安寧資訊的大學生，在安寧療護的態度上有顯著差異。在有效樣本中，有聽過安寧資訊的學生有395人（42.8%），他們對安寧療護各層面的態度皆明顯優於未聽過安寧資訊者。

進一步分析，安寧資訊對所有安寧療護的態度皆有正向影響，包括像「醫療選擇」、「預立指示」、「病情告知」等敏感議題，由此可見，安寧資訊對安寧療護態度的重大影響。本研究結果與許湟汶、張俊朗（2004）的研究結果一致，安寧療護的認知對正確態度有幫助。根據本論文的研究結果，在有效樣本922人當中未聽過安寧資訊的人數超過一半，共527人（57.2%），表示安寧資訊的流通管道尚不夠周延，應加強民眾獲取安寧資訊的管道。

八、年級與安寧療護態度

本論文研究結果發現，不同年級的大學生在安寧療護態度上沒有顯著差異。進一步

分析，研究者認為這樣的結果可能是年級對「知識」的影響較大，高年級比低年級修過的課程還多，因此高年級生對安寧療護的認知比低年級生還好；但年級對「態度」的影響較不明顯，尤其是安寧療護的態度常涉及到倫理上的兩難，因此年級對安寧療護的態度沒有顯著影響。年級對安寧療護的態度的影響並沒有相關文獻作佐證，尚待未來進一步研究來探討。

九、年齡與安寧療護態度

本論文研究結果發現，不同年齡的大學生在安寧療護的態度上有顯著差異。年齡愈大對安寧療護的態度愈正面，與邱淑如（1999）、楊美玲（1999）、趙可式（2000）的研究結果類似。邱淑如（1999）的研究結果發現年齡與接受安寧療護的意願有顯著差異；楊美玲（1999）接受安寧療護的病患年齡較大；趙可式（2000）選擇安寧病房的病人年齡較大。由此可見，年齡對安寧療護的態度有很大的影響。

十、父親教育與安寧療護態度

本論文研究結果發現，不同父親教育程度的大學生僅在「病情告知」的態度上有顯著差異，而在安寧療護態度的大部分層面則沒有顯著差異。父親教育程度為「小學」者比父親教育程度為「國中」、「高中職」或「大學專科以上」者，較願意告知病人真實病情。

研究者認為這樣的研究結果並不代表父親教育程度愈高對病情告知會有負面影響。研究者認為這樣的研究結果反而說明了病情告知是很困擾的抉擇，且學者專家亦皆曾提出病情告知確實是家屬與醫護人員覺得困擾的議題（楊克平，2001；許禮安，2002；王志傑，2003），有可能是父親教育程度愈高的大學生對病情告知的考慮愈多，所以對病情告知的態度持保留態度，但未有文獻來支持，尚待未來進一步的研究來探討。

十一、母親教育與安寧療護態度

本論文研究結果發現，不同母親教育程度的大學生僅在「病情告知」的態度上有顯著差異，而在安寧療護態度的大部分層面則沒有顯著差異。母親教育程度為「小學」者比母親教育程度為「大學專科以上」者，較願意告知病人真實病情。

同樣地，研究者認為這樣的研究結果並不代表母親教育程度愈高對病情告知會有負面影響，只能說病情告知是個兩難的倫理抉擇，母親教育程度愈高的大學生對病情告知的態度愈保守但尚待未來進一步的研究來探討。

十二、父親職業與安寧療護態度

本論文研究結果發現，不同父親職業的大學生在安寧療護的態度上沒有顯著差異。在此特別說明的是，本研究的研究對象是大學生，職業沒有分別，所以研究者將其延伸運用為父親職業，嘗試去發現父親職業與大學生的安寧療護態度的關係。本論文的研究結果發現，父親職業對大學生安寧療護態度的影響不明顯，但尚待未來進一步研究來支持。

十三、母親職業與安寧療護態度

本論文研究結果發現，不同母親職業的大學生在安寧療護的態度上有顯著差異，但只在「醫療選擇」與「預立指示」的安寧態度上有顯著差異。母親職業為「專業人員以上」的大學生比母親職業為「無技術工人」的大學生更願意選擇安寧療護為臨終醫療方式，且比母親職業為「無技術工人」或「半專業工人」的大學生更願意預立指示。

研究者認為父親職業對大學生安寧療護的態度沒有明顯差異，但母親職業對大學生安寧療護態度有顯著差異，為何會有這樣的差異存在？未有文獻來支持這樣有趣的研究結果，值得未來進一步的研究來探討。

十四、居住地區與安寧療護態度

本論文研究結果發現，不同居住地區的大學生在安寧療護的態度上沒有顯著差異，此與趙可式（2000）的研究結果不一致，根據趙可式（2000）的研究結果發現，選擇在安寧病房的病人居住在北部地區的可能性較高。研究者將居住地區分為直轄市、省轄市、縣轄市、鄉鎮地區，並嘗試探討居住地區與安寧療護態度的關係，結果發現居住地區對安寧療護的態度沒有顯著影響，並沒有研究曾探討過居住地區與安寧療護的態度的關係，因此尚待未來進一步的研究。

十五、社經地位與安寧療護態度

本論文研究結果發現，不同社經地位的大學生在安寧療護的態度上沒有顯著差異。研究者選擇社經地位來作探討是一種新的嘗試，未有相關文獻來支持，尚待未來進一步的研究來探討。

第四節 大學生安寧療護的知識與其安寧療護的態度之典型相關

本節探討大學生安寧療護的知識透過何種方式影響其安寧療護的態度，研究者以典型相關進行分析，來考驗本研究的研究假設參。

壹、 結果分析

表4-4-1 大學生安寧療護的知識與態度之典型相關係數顯著性考驗

典型因素	特徵值	典型相關 (ρ)	Wilk's λ 值	F值
1	.154	.365	.789	7.41731***
2	.071	.257	.911	4.33116***
3	.013	.114	.975	1.92333*
4	.009	.096	.988	1.83640
5	.003	.052	.997	1.22553

由表4-4-1大學生安寧療護的知識與態度之典型相關係數顯著性考驗得知，第一個典型相關係數 ρ 值為.365（Wilk's λ 值=.789，F值=7.41731），第二個典型相關係數 ρ 值為.257（Wilk's λ 值=.911，F值=4.33116），第三個典型相關係數 ρ 值為.114（Wilk's λ 值=.975，F值=1.92333），均達顯著水準。顯示此三個典型因素是有意義的，表示大學生在安寧療護的知識的六個層面，透過三個典型因素可以解釋與其安寧療護的態度的五個層面。

再者，由表4-4-2大學生安寧療護的知識與態度之典型相關分析摘要表，就第一個典型變項間的共變量（ $\rho^2=.134$ ）而言，x組變項的第一個典型因素（ χ_1 ），可有效解釋Y組第一個典型因素（ η_1 ）總變異量的13.4%，且Y組第一個典型因素（ η_1 ）可解釋Y組變項41.2%，x組變項與Y組變項在第一個典型重疊之部份為5.5%，即x組變項透過典型因素 χ_1 與 η_1 可解釋Y組變異量的5.5%。

就第二個典型變項間的共變量（ $\rho^2=.066$ ）而言，x組變項的第二個典型因素（ χ_2 ），可有效解釋Y組第二個典型因素（ η_2 ）總變異量的6.6%，且Y組第二個典型因素（ η_2 ）可解釋Y組變項16.2%，x組變項與Y組變項在第二個典型重疊之部份為1.1%，即x組變項透過典型因素 χ_2 與 η_2 可解釋Y組變異量的1.1%。

就第三個典型變項間的共變量（ $\rho^2=.013$ ）而言，x組變項的第三個典型因素（ χ_3 ），可有效解釋Y組第三個典型因素（ η_3 ）總變異量的1.3%，且Y組第三個典型因素（ η_3 ）可解釋Y組變項19.8%，x組變項與Y組變項在第三個典型重疊之部份為0.3%，即x組

變項透過典型因素 χ^3 與 η^3 可解釋Y組變異量的0.3%。

整體而言，x組變項與Y組變項在第一、二、三個典型因素的重疊部分合計約為6.9%，顯示x組變項透過三個典型因素可有效解釋Y組變項總變異量的6.9%。

表4-4-2 大學生安寧療護的知識與態度之典型相關分析摘要表

X變項	典型變項			Y變項	典型變項		
	χ^1	χ^2	χ^3		η^1	η^2	η^3
醫療理念	-.768	-.189	.262	醫療選擇	-.768	-.278	.114
大眾迷思	-.300	.078	.828	安寧認同	-.414	-.276	.570
法令規定	-.459	-.163	.326	預立指示	-.646	-.094	.619
病情告知	-.498	.822	.149	病情告知	-.425	.729	.425
預立指示	-.581	.084	-.073	善終期待	-.837	.339	-.293
急救處置	-.653	.096	-.340				
抽出變異量				抽出變異量			
百分比	.317	.127	.167	百分比	.412	.162	.198
重疊	.042	.008	.002	重疊百分比	.055	.011	.003
ρ^2	.134	.066	.013				
p	.365	.257	.114				
	P<.001	P<.001	P<.05				

進一步詳細分析，就第一個典型相關而言，在 χ^1 因素負荷量大於.50以上的變項依序為：「醫療理念」、「急救處置」、「預立指示」等三個變項，且在 η^1 因素負荷量大於.50以上的變項依序為：「善終期待」、「醫療選擇」、「預立指示」。顯示透過第一個典型因素，自變項中的「醫療理念」、「急救處置」、「預立指示」等變項影響依變項中的「善終期待」、「醫療選擇」、「預立指示」，且自變項對各依變項的影響皆為正向。

就第二個典型相關而言，在 χ^2 因素負荷量大於.50以上的變項僅有「病情告知」，且在 η^2 因素負荷量大於.50以上的變項亦為「病情告知」。具體言之，透過第二個典型因素，自變項中的「病情告知」影響依變項中的「病情告知」，且自變項對各依變項的影響為正向影響。

就第三個典型相關而言，在 χ^3 因素負荷量大於.50以上的變項僅有「大眾迷思」，且在 η^3 因素負荷量大於.50以上的變項依序為：「預立指示」與「安寧認同」。顯示透過第三個典型因素，自變項中的「大眾迷思」影響依變項中的「預立指示」與「安寧認同」，且自變項對各依變項的影響為正向。

貳、 本節綜合討論

茲就本節之典型相關的分析結果，並整合相關文獻進行討論如下：

一、本論文研究結果顯示，大學生安寧療護的知識與態度之間的關係，有三個典型因素是有意義的。透過三個典型因素可有效解釋Y組變項總變異量6.9%，雖然解釋量不高，但還是可以發現大學生安寧療護的知識與態度之間的關係。

研究者認為對安寧療護有較好的認知，對安寧療護的態度會比較正向。根據許湟汶、張俊郎（2004）對參與安寧宣導活動的民眾進行問卷調查，結果有高達99.3%的學員認為宣導活動對建立安寧療護的理念的認知與正確態度是有幫助的，可見安寧療護的認知與態度之間的關係，本研究結果亦有類似的發現。

不過值得注意的是，根據本論文研究結果，雖然大學生安寧療護的知識與態度之間的關係，有三個典型因素是有意義的，但解釋量不高。研究者認為這跟安寧療護的態度涉及到敏感的抉擇有關，本研究在第二章第五節說明安寧療護的重要抉擇有：CPR和DNR、病情告知、預立指示，這些敏感的抉擇並不是單單有正確的認知，就會有較好的態度或意願來作醫療選擇、決定是否病情告知或預立指示，蔡詩力等人（2004）亦有類似的研究發現，其研究結果發現緩和醫療的「理念知識」與「處置知識」和倫理困境決策的態度相關性不高，由此可見，安寧療護的態度具有敏感性，會在作抉擇時產生倫理上的困境。

二、透過第一個典型因素，自變項中的「醫療理念」、「急救處置」、「預立指示」等變項影響依變項中的「善終期待」、「醫療選擇」、「預立指示」，且自變項對依變項的影響為正向。由此可知，本研究的大學生對安寧療護的醫療理念、急救處置、預立指示的認知愈好，就愈認同安寧療護的善終期待、醫療選擇、預立指示。

三、透過第二個典型因素，自變項中的「病情告知」影響依變項中的「病情告知」，且自變項對依變項的影響為正向。由此可知，愈知道病情告知相關資訊，的大學生，愈贊同病情告知並在病情告知時感覺自在。

研究者認為根據本研究的研究發現，要解決醫生或家屬在告知病人或家人病情時常面臨的掙扎，應該先建立醫生或家屬本身對病情告知的正確認知，病情告知雖有可能會傷害到病人的心情，但卻能幫助病人達到善終，專家學者亦皆有類似的看法，認為了解死之將近，並且有時間準備後事，是達到善終的重要一環（趙可式，1997；周

希誠，2003；黃惠美等人，2005），由此可見，病情告知雖然對醫生與家屬而言是很棘手的過程，但對病人而言，若能知道病情將可以幫助他們提早作準備，交待後事，進而達到善終。

四、自變項中的「大眾迷思」影響依變項中的「預立指示」、與「安寧認同」且自變項對各依變項的影響為正向。由此可知，大學生對「大眾迷思」的認知愈正確，他們對「預立指示」與「安寧認同」的意願與態度愈正向。

根據本研究在第二章第三節安寧療護的大眾迷思之文獻探討，目前癌末病人接受安寧療護的比率尚有待加強（許煌汶，張俊朗，2004），其中主因是安寧療護的教育宣傳不彰（許煌汶，張俊朗，2004；賴維淑等人，2009），再加上民眾對安寧療護存有錯誤迷思，以為安寧療護等於放棄治療、等於安樂死、嗎啡藥物會導致上癮、安寧病房費用昂貴（賴允亮，2000；柏木哲夫，2000；謝文祥，2000；佛教蓮花關懷基金會，2000；Morita et al., 2006）等，這些錯誤的迷思皆阻礙了民眾選擇安寧療護的意願，從本研究的研究結果亦有類似的結論，「大眾迷思」會影響到「預立指示」與「安寧認同」，由此可見未來若要提昇安寧療護的使用比率，必須建立民眾對安寧療護的正確認知，以破除迷思。

五、概括而言，自變項中的「醫療理念」、「急救處置」、「預立指示」、「病情告知」、「大眾迷思」等對依變的影響較為重要，且「法令規定」對依變項的影響不大。由此可知，大學生對安寧緩和醫療條例與健保安寧病房照護對象等的「法令規定」的認知狀況對其安寧療護的態度影響不大。

第五章 結論與建議

本研究旨在探討大學生對安寧療護的知識與態度的現況、以及安寧療護的知識與態度之間的關係。研究者於本章首先根據研究結果提出數項結論來回應研究目的與待答問題；其次，特別指出研究者在分析第四章時所得重要發現；最後，根據結論與重要發現提出數項建議：

第一節 結論

研究者根據研究目的與待答問題進行研究，最後所得結論有：

壹、大學生曾聽過安寧資訊的人未超過半數，大約四成聽過安寧資訊

本研究有效樣本 922 人當中，曾聽過安寧資訊的大學生共 395 人 (42.8%)，超過半數的人未曾聽過安寧資訊。

貳、大學生對安寧療護的認知程度在中等水準以上

本研究的大學生對安寧療護的認知狀況頗佳，單題平均答對率在七成八以上，尤其是「預立指示」、「醫療理念」的知識層面，但對「大眾迷思」的知識層面較不清楚。

在大學生對安寧療護的知識量表上，大學生認知最好的四題，答對率在九成五以上的題目分別為：一、安寧療護讓末期病人在最後一程時，有醫護人員、社工、家人等的陪伴；二、安寧療護重視末期病人的自主權，讓人有尊嚴地面對死亡；三、安寧療護重視末期病人的生活品質；四、醫生有義務對接受安寧療護的病人或其家屬告知病情。

認知最差的五題，答對率低於六成的題目分別為：一、居住安寧病房比普通病房昂貴；二、肝硬化末期病人符合我國目前健保規定安寧病房的照護對象；三、居住安寧病房比普通病房耗費更多的醫療資源；四、安寧療護使用嗎啡來作疼痛控制，容易上癮；五、讓接受安寧療護的末期病人知道病情，可以讓他有充足時間安排後事。

參、大學生對安寧療護的態度偏正向

本研究的大學生對安寧療護的態度偏正向，介於「部分同意」到「大部分同意」之間，尤其是在「善終期待」的態度最佳，最差的是在「安寧認同」的態度。

在大學生對安寧療護的態度量表上，大學生認同度最高的三題，題目分別為：一、

我期待臨終時，能心願已了，沒有牽掛；二、我期待臨終那一刻，能夠有所領略，沒有恐懼；三、我期待在自己選擇的臨終地點善終。

認同度最低的五題，題目內容為：一、我願意擔任安寧療護的志工服務；二、若我的家人罹患不治重症，告知他們病情並不會讓我覺得不自在；三、擔任家人的預立醫療委任代理人時，並不會讓我覺得不自在；四、我認為安寧療護課程應該編入通識教育；五、當家人簽署預立醫療委任代理人時，我願意擔任委任代理人。

肆、性別、生死教育、安寧教育、安寧資訊、年級、母親職業、居住地區、與社經地位等背景變項在大學生的安寧療護「知識」上有顯著差異。

在整體知識量表方面，性別、生死教育、安寧資訊、年級、母親職業等背景變項在安寧療護的知識之整體層面有顯著差異。進一步說明，女性、曾修過生死教育、曾聽過安寧資訊的大學生對安寧療護之整體知識皆優於男性、未曾修過生死教育、未曾聽過安寧資訊的大學生。同時，四年級的大學生對安寧療護之整體知識優於一年級的大學生。再者，母親職業為「專業人員以上」的大學生對安寧療護之整體知識優於母親職業為「無技術工人」、「技術性工人」或「半專業人員」的大學生。

在「醫療理念」知識方面，生死教育、安寧教育、安寧資訊、母親職業、社經地位在安寧療護的知識之「醫療理念」層面上有顯著差異。進一步說明，曾修過生死教育、曾受過安寧教育、曾聽過安寧資訊對安寧療護之「醫療理念」知識皆優於未曾修生死教育、未曾受過安寧教育、未曾聽過安寧資訊的大學生。同時，母親職業為「專業人員以上」的大學生對安寧療護之「醫療理念」知識優於母親職業為「無技術工人」、「技術性工人」或「半專業人員」的大學生。再者，社經地位為「高社經」的大學生對安寧療護之「醫療理念」知識優於社經地位為「中社經」或「低社經」的大學生。

在「法令規定」知識方面，性別、安寧教育、安寧資訊在安寧療護的知識之「法令規定」層面上有顯著差異。女性、曾受過安寧教育、曾聽過安寧資訊的大學生對安寧療護之「法令規定」知識皆優於男性、未曾受過安寧教育、未曾聽過安寧資訊的大學生。

在「病情告知」知識方面，性別、生死教育、安寧教育、安寧資訊在安寧療護的知識之「病情告知」層面上有顯著差異。女性、曾修過生死教育、曾受過安寧教育、曾聽過安寧資訊的大學生對安寧療護之「病情告知」知識皆優於男性、未曾修過生死教育、未曾受過安寧教育、未曾聽過安寧資訊的大學生。

在「預立指示」知識方面，性別、生死教育、安寧資訊、年級在安寧療護的知識之「預立指示」層面上有顯著差異。女性、曾修過生死教育、曾聽過安寧資訊的大學生對

安寧療護之「預立指示」知識皆優於男性、未曾修過生死教育、未曾聽過安寧資訊的大學生。同時，三年級大學生對安寧療護之「預立指示」知識優於一年級大學生。

在「急救處置」知識方面，性別、安寧資訊、居住地區在安寧療護的知識之「急救處置」層面上有顯著差異。女性、曾聽過安寧資訊的大學生對安寧療護之「急救處置」知識皆優於男性、未曾聽過安寧資訊的大學生。再者，居住於「省轄市」或「鄉鎮地區」的大學生對安寧療護之「急救處置」知識優於居住於「直轄市」的大學生。

在「大眾迷思」知識方面，未有背景變項在安寧療護的知識之「大眾迷思」層面上有顯著差異，且大眾迷思層面的平均答對率僅有 64%，由此可知民眾對安寧療護存有普遍的錯誤認知。

伍、性別、宗教信仰、親友經驗、生死教育、安寧資訊、年齡、父親教育、母親教育、與母親職業等背景變項在大學生的安寧療護「態度」上有顯著差異。

在整體態度量表方面，生死教育、安寧教育、安寧資訊、年齡等背景變項在安寧療護的態度之整體層面有顯著差異。進一步說明，曾修過生死教育、曾受過安寧教育、曾聽過安寧資訊的大學生對安寧療護之整體態度皆優於未曾修過生死教育、未曾受過安寧教育、未曾聽過安寧資訊的大學生。同時，25 歲以上或 20-24 歲的大學生對安寧療護之整體態度優於 19 歲以下的大學生。25 歲以上的大學生對安寧療護之整體態度優於 20-24 歲的大學生。

在「醫療選擇」態度方面，親友經驗、安寧資訊、年齡、母親職業在安寧療護的態度之「醫療選擇」層面上有顯著差異。進一步說明，曾有親友安寧病房經驗、曾聽過安寧資訊的大學生對安寧療護之「醫療選擇」態度皆優於未曾有親友安寧病房經驗、未曾聽過安寧資訊的大學生。同時，25 歲以上的大學生對安寧療護之「醫療選擇」態度皆優於 19 歲以下或 20-24 歲的大學生。再者，母親職業為「專業人員以上」的大學生對安寧療護之「醫療選擇」態度優於母親職業為「無技術工人」的大學生。

在「安寧認同」態度方面，性別、宗教信仰、親友經驗、生死教育、安寧教育、安寧資訊、年齡在安寧療護的態度之「安寧認同」層面上有顯著差異。進一步說明，女性、有宗教信仰、曾有親友安寧病房經驗、曾修過生死教育、曾受過安寧教育、曾聽過安寧資訊的大學生對安寧療護之「安寧認同」態度皆優於男性、無宗教信仰、未曾有親友安寧病房經驗、未曾修過生死教育、未曾受過安寧教育、未曾聽過安寧資訊的大學生。同時，25 歲以上的大學生對安寧療護之「安寧認同」態度皆優於 19 歲以下或 20-24

歲的大學生。

在「預立指示」態度方面，生死教育、安寧教育、安寧資訊、年齡在安寧療護的態度之「預立指示」層面上有顯著差異。進一步說明，曾修過生死教育、曾受過安寧教育、曾聽過安寧資訊的大學生對安寧療護之「預立指示」態度皆優於未曾修過生死教育、未曾受過安寧教育、未曾聽過安寧資訊的大學生。20-24 歲或 25 歲以上的大學生對安寧療護之「預立指示」態度皆優於 19 歲以下的大學生。又 25 歲以上的大學生對安寧療護之「預立指示」態度優於 20-24 歲的大學生。

在「病情告知」態度方面，安寧資訊、年齡、父親教育、母親教育在安寧療護的態度之「病情告知」層面上有顯著差異。進一步說明，曾聽過安寧資訊的大學生對安寧療護之「病情告知」態度優於未曾聽過安寧資訊的大學生。20-24 歲或 25 歲以上的大學生對安寧療護之「病情告知」態度皆優於 19 歲以下的大學生。又 25 歲以上的大學生對安寧療護之「病情告知」態度優於 20-24 歲的大學生。同時，父親教育程度為「小學」的大學生對安寧療護之「病情告知」態度優於父親教育程度為「國中」、「高中職」或「大學專科以上」大學生。母親教育程度為「小學」的大學生對安寧療護之「病情告知」態度優於母親教育程度為「大學專科以上」大學生。

在「善終期待」態度方面，生死教育、安寧資訊、年齡在安寧療護的態度之「善終期待」層面上有顯著差異。進一步說明，曾修過生死教育、曾聽過安寧資訊的大學生對安寧療護之「善終期待」態度優於未曾修過生死教育、未曾聽過安寧資訊的大學生。同時，20-24 歲的大學生對安寧療護之「善終期待」態度優於 19 歲以下的大學生。

陸、大學生的安寧療護知識對安寧療護的態度有正向影響，然而影響效果不大

大學生的安寧療護知識與安寧療護的態度之間的關係，有三個典型因素是有意義的。詳細說明，大學生的「醫療理念」、「急救處置」、「預立指示」的安寧知識愈好，他們對「善終期待」、「醫療選擇」、「預立指示」的認同態度愈高。大學生的「病情告知」的安寧知識愈好，他們對「病情告知」的認同態度愈高。大學生的「大眾迷思」的安寧知識愈好，他們對「預立指示」與「安寧認同」的認同態度愈高。

第二節 重要發現

在本節研究者提出本論文的研究結論之外的重要發現，雖然這些發現未直接與本論文的研究目的與待答問題有相關，但研究者認為這些發現對於未來宣導安寧療護教育或對進一步的研究有一定的重要性，故特別提出來說明：

壹、大學生對安寧療護的「大眾迷思」知識認知程度不佳

大學生對安寧療護的大眾迷思知識不佳，單題平均答對率不到 65%，尤其是對安寧療護的費用最不清楚，「居住安寧病房比普通病房昂貴」答對率僅有 25.2%，「居住安寧病房比普通病房耗費更多的醫療資源」答對率亦僅有 52.6%。同時，大學生對嗎啡亦有不正確的知識，以為嗎啡有上癮的疑慮，在「安寧療護使用嗎啡來作疼痛控制，容易上癮」這題答對率僅有 56.8%。大學生對安寧療護的大眾迷思知識認知程度不佳。

貳、大學生對擔任「醫療委任代理人」的態度不高且沒那麼自在

在安寧療護的態度量表中，「當家人簽署預立醫療委任代理人時，我願意擔任委任代理人」以及「擔人家人的預立醫療委任代理人，並不會讓我覺得不自在」這二題的得分分別為 3.47 與 3.34（滿分 5 分），偏向於「部分符合」的態度。由此可知，大學生對擔任家人的「醫療委任代理人」的態度偏中立，且沒那麼自在。

參、病情告知的「知識」對病情告知的「態度」有正向影響

大學生對病情告知的認知程度愈佳，則愈贊同末期病人有知道病情的權利；就算是自己罹患不治重症，亦希望家人與醫師能確實告知其病情；同時，當家人罹患不治重症，亦愈傾向選擇告知家人病情。病情告知的「知識」對病情告知的「態度」有正向影響

肆、「大眾迷思」知識愈正確，對「預立指示」與「安寧認同」態度愈正向

大學生的大眾迷思知識愈好，對「預立指示」的認同度就愈高，包括：願意在健康時預立指示交代醫療方式、願意擔任家人的醫療委任代理人、對擔任家人的醫療委任代理人感覺自在。同時，大學生的大眾迷思知識愈好，對「安寧認同」的態度愈正向，包括願意擔任安寧義工、想了解更多安寧資訊等。

伍、「聽過安寧資訊」對安寧療護的知識與態度皆有重要的影響力

聽過安寧資訊的大學生對安寧療護的認知程度較佳，包含：安寧療護的醫療理念、法令規定、預立指示、病情告知、急救處置等知識。

同時，聽過安寧資訊的大學生對安寧療護的態度愈正向，包含：在醫療選擇上較願意選擇安寧療護、愈認同安寧療護、較贊成預立指示、愈願意告知病情、愈期待善終等。

陸、父母親教育程度較低的大學生，病情告知的態度愈高

父親教育程度為「小學」的大學生比父親教育程度為「國中」、「高中職」或「大學專科以上」的大學生，愈認同病情告知。同時，母親教育程度為「小學」的大學生比母親教育程度為「大學專科以上」的大學生，愈願意告知病情。簡言之，父母親教育程度較低的大學生，病情告知的態度愈高。

第三節 建議

根據研究結果與發現，研究者提出數項建議如下：

壹、宣導管道方面：普及安寧資訊管道，以利安寧療護的推廣

本研究發現，聽過安寧資訊的大學生對安寧療護的知識與態度較佳，然而本研究的大學生有超過半數未曾聽過安寧資訊，且他們獲取安寧資訊的管道主要以電視、學校、醫院、親人等最多，因此研究者建議若要提昇安寧療護的利用率，首先應該普及民眾能夠獲取安寧資訊的管道，以利安寧療護的推廣。

貳、宣導內容方面：安寧宣導內容應加強對大眾迷思的澄清與急救處置的正確認知

本研究發現，大學生對安寧療護的知識雖然在中等水準以上，但對大眾迷思的正確知識卻不理想。大學生對安寧療護存有的迷思包含：安寧療護等於放棄治療，等於安樂死、安寧療護的費用昂貴、使用嗎啡止痛會上癮等，此外多數的大學生對於急救的知識不足，誤以為急救對任何病人皆有治癒效果，且不明白急救過程所造成的痛苦。因此，建議安寧宣導教育的內容應加強大眾迷思與急救處置的知識。

參、學校教育方面：推廣生死教育，以彌補非醫護相關科系大學生未能修習安寧課程的缺憾

本研究結果發現，受過安寧教育或聽過安寧講座的人僅有 95 人（10.3%），且目前學校教育中僅有醫護、生死、社會工作等相關科系才能選修安寧課程，因此一般大學生無法修習安寧課程，只能依賴修習與安寧療護相關的課程來增進安寧知識。然而，安寧療護的知識對每個人而言皆是不可或缺的知識，每個人皆可能需要面臨為自己或為家人選擇臨終醫療的時候，因此研究者認為一般科系的大學生若無法修習安寧課程，那麼應推廣生死教育來彌補安寧教育的匱乏。

肆、病情告知方面：增加病情告知的正確知識，以提昇病情告知的意願

病情告知一直以來困擾著醫護人員與家屬，普遍的疑慮是當病人知道壞病情時心情會大受打擊，病情有可能會一落千丈。然而，病情告知卻很重要，當病人被告知病情，了解自己時日不多，才較有可能交待後事，完成心願。因此，病情告知應該謹慎評估而為之。

本研究結果發現病情告知的「知識」對病情告知的「態度」有正面的影響，因此若要解決醫生或家屬在決定是否告知病情時的掙扎，建議應加強他們對病情告知的正確認知，並且知道如何病情告知的技巧，那麼就可以提昇他們對病情告知的意願，進而幫助病人安詳善終。

伍、預立指示方面：鼓勵預立指示與病情溝通，以落實生死兩相安

本研究結果發現，大學生對於擔任家人的「醫療委任代理人」的意願不高且感覺不自在。然而，目前在台灣預立指示並不普遍，所以在醫療現場常可見到的場景是，當病人未預立指示交代明確的臨終醫療方式，家屬要被迫肩負下決定的壓力。若替家人決定醫療方式是多數人皆想避免的，那麼研究者認為應鼓勵預立指示與病情溝通，透過預立指示交代明確的醫療方式，或者平日多與病人溝通了解病人對醫療的需求，如此才有可能減輕替家人決定臨終醫療的壓力，讓死者善終，生者無憾。

陸、未來研究方面：

一、研究工具：安寧療護相關的態度較複雜並具有敏感性，因此研究工具的編製應更細膩

本研究使用的工具包括自編安寧療護的知識量表與安寧療護的態度量表，皆透過文獻探討、專家效度與預試來發展。研究者當初在編製時並未發現安寧療護的態度涉及到複雜的倫理抉擇，例如病情告知還可以再細分為一般態度、對重要他人病情告知的態度、自己生病希望被告知病情的態度；預立指示亦可以再細分為對預立指示的一般態度、自己預立指示的態度、請家人預立指示的態度、以及擔任醫療委任人的態度等，因此建議可以發展更細膩的安寧療護態度量表，以問出填答者真實的態度。

二、研究方法：圈外人進行研究時宜先進入醫療現場作觀察；且抽樣方法宜兼採分層抽樣與比例機率抽樣方式進行

研究者在作本研究的過程中，主要的研究限制在於缺乏實證護理的經驗，是以一個圈外人來進行研究，在編製問卷時缺乏對重要問題的敏感度，以致於花了大量的時間、物力後，仍感到研究結果缺乏深度，未能反映出真實、複雜的醫療現況，這是研究者深感遺憾之處。因此，研究者認為進行安寧療護相關議題的研究，應該兼顧理論與實務，故建議未來的研究者可以實際走入醫療現場，聽聽醫護人員、病人、家屬的心聲，並結合醫護人員等圈內人的實證護理經驗，相信會有更不一樣的發現。

此外，本研究雖採用全國性調查研究最常使用的比例機率方法來進行抽樣，所抽取的樣本已具備一定的代表性，但依據本研究所抽取的學校類型來探討，發現抽樣學校集中在綜合性大學，這對研究結果會有解釋上的限制，因此建議未來的研究，可採取分層抽樣與比例機率抽樣合併進行的方式。

三、研究變項：父母親教育程度、父母親職業、居住地區、與社經地位等背景變項在安寧療護的知識與態度上的差異需再作進一步研究來支持

研究者嘗試性的探討父母親教育程度、父母親職業、居住地區、社經地位等背景變項在安寧療護的知識與態度上的差異，結果確實有不同以往的發現，例如：本研究結果發現，大學生的居住地區在其急救處置的知識有差異，同時，高社經地位的大學生對安寧療護的醫療理念與中社經或低社經地位的大學生有顯著差異。尤其值得注意的是，本研究大學生的父母親教育程度愈低，反而他們對病情告知的態度愈高；此外，為何本研究母親職業在大學生安寧療護的知識與態度有顯著的，然而父親職業卻沒有？這些有趣的研究結果尚無直接相關的文獻作支持，建議未來安寧療護的相關研究可以用這些背景變項來作進一步的探討。

參考文獻

一、中文

- 方慧芬、張慧玉、林佳靜（2009）。末期病人面臨預立醫囑、生前預囑之現況及與生命自決之倫理議題。**護理雜誌**，**56**（1），17-22。
- 王志傑（2003）。病患自主權理論基礎之研究-兼論病患自主權對我國安寧緩和醫療條例之啓示。國防管理學院法律研究碩士論文，未出版。
- 行政院衛生署（2008）。**醫療機構現況及醫院醫療服務量統計年報**。台北市：行政院衛生署發行。
- 佛教蓮花臨終關懷基金會（2000）。**安寧緩和醫療關懷手冊**。
- 余幸澄（2001）。癌症疼痛控制：藥物性處置。載於**安寧與緩和療護學**，第13章，201-230。台北：偉華。
- 呂佩佩、陳美伶、鍾昌宏、唐婉如（2004）。癌症病患及家屬對不予急救的認知與態度。**腫瘤護理雜誌**，**4**（1），15-22。
- 李英芬、劉景萍、蔡麗雲、賴允亮、張澤芸、杜金錠（2003）。實施安寧病房深度參訪成效之初探。**安寧療護雜誌**，**8**（4），381-92。
- 李開敏（2004）。和其他人溝通。載於**安寧療護溝通手冊**，25-30。台北市：財團法人中華民國安寧照顧基金會。
- 李慧菁、趙可式（2003）。末期病患向醫師要求安樂死的原因。**安寧療護雜誌**，**8**（4），393-401。
- 周希誠（2003）。**當生命走到盡頭**。台中市：晨星。
- 周希誠、李選、羅旭宜、周裕銓、張梅芳（2006）。某教學醫院護理人員對安寧療護知識、態度及參與工作意願之探討。**中山醫學期刊**，**17**，023-032。
- 林生傳（2000）。**教育社會學**。台北市：巨流。
- 林佳靜、黃耀祖、吳彬源、王英偉、邱泰源、楊友華、趙可式、黃安年、賴允亮（2000）。**安寧療護疼痛處置參考指引**。台北市：行政院衛生署。

- 林昌誠、孫揚忠、張一寧、黃松元 (2006)。淺談安樂死。北市醫學雜誌，4 (2)，28-34。
- 林惠貞 (2004)。安寧緩和醫療條例實施後臨床困境初探。醫師角度。南華大學生死系研究碩士論文，未出版。
- 邱泰源 (2005a)。安寧緩和醫療條例實施之現況與困境。載於臨終關懷與實務：理論與實務，第 15 章，453-470。台北：空大。
- 邱泰源 (2005b)。末期照顧之相關倫理議題。載於臨終關懷與實務：理論與實務，第 12 章，359-388。台北：空大。
- 邱泰源、陳榮基 (2007)。安寧緩和醫療的倫理困境。載於安寧緩和醫療：理論與實務，第 3 章，61-84。台北：新北京開發。
- 邱淑如 (1999)。癌症患者主要照顧者對安寧療護認識與接受意願之探討。國防醫學院護理研究所碩士論文，未出版。
- 邱麗芬、羅素如 (2006)。安寧緩和療護。載於實用生死學，第 8 章。台中：華格那。
- 姜安波 (1993)。重症醫療倫理綜論。內科學誌，4，263-278。
- 姚建安、邱泰源、陳慶餘、胡文郁 (2004)。安寧緩和醫療知識態度臨床技能問卷調查文獻分析。安寧療護雜誌，9 (2)，113-123。
- 胡文郁 (2005)。臨終關懷的理念發展與目標。載於臨終關懷與實務：理論與實務，第 2 章，34-57。台北：空大。
- 胡文郁、邱泰源、呂碧鴻、陳慶餘、謝長堯、陳月枝 (2001)。醫護人員對「安寧緩和醫療條例」之教育需求。醫學教育，5 (1)，21-32。
- 胡文郁、楊嘉玲 (2009)。生命末期之病情告知與預立照護計畫。護理雜誌，56 (1)，23-28。
- 胡文郁、蔡甫昌、鄭文理 (2007)。癌末病情告知指引。台北：行政院衛生署國民健康局。

- 張玉仕（2004）。溝通基本態度。載於**安寧療護溝通手冊**，18-20。台北市：財團法人中華民國安寧照顧基金會。
- 張美幸、王佳雯、陳玟伶、黃惠美、黃德豐（2007）。大學生對安寧療護知識之探討：以某科技大學之護理系與醫管系學生為例。**醫護科技學刊**，**9**（2），103-113。
- 張淑真、机吟惠、黃靜宜（2002）。主要照顧者對安寧居家療護照護需求之看法及其滿意度。**彰化醫學**，**7**，160-167。
- 張瑄瑄（2007）。**台灣職能治療師對安寧療護的知識、態度與參與意願**。中山醫學大學醫學研究所碩士論文，未出版。
- 許惠珍（1998）。**癌症死亡家屬對現行癌末醫療需求及其安寧療護之認知與態度的探討**。高雄醫學院公共衛生研究所碩士論文，未出版。
- 許煌汶、張俊朗（2004）。雲林地區安寧療護宣導初步評估。**安寧療護雜誌**，**9**（4），383-392。
- 許煌汶、張俊朗、林姿妙、沈雪娥（2004）。雲林地區基層醫師的安寧緩和療護觀點。**生死學研究**，**4**，85-116。
- 許禮安（2002）。**心蓮心語-安寧療護與生死學**。慈濟文化志業中心發行。
- 陳正克（2001）。探索台灣的安寧緩和。**社區發展季刊**，**96**，149-159。
- 陳榮基（2000）。「安寧緩和醫療條例」立法-台灣回歸人性醫療的契機。載於**安寧緩和醫療關懷手冊**，3-7。財團法人佛教蓮花關懷基金會發行。
- 陳慶餘（2007）。緣起。載於**安寧緩和醫療：理論與實務**，第1章，1-8。台中：新北京。
- 陳錫琦、陳淑香（2007）。生命教育課程建構-以善終為取向。**醫療科技學刊**，**9**（2），154-168。
- 黃天中（1988）。**臨終關懷**。台北市：業強。
- 黃淑敏（1999）。**師院生生涯自我效能、生涯動機、生涯成熟相關因素之研究**。國立台南師範學院國民教育研究所碩士論文，未出版。

- 黃惠美、郭碧照、胡中傑、謝玉玲、黃曉峰（2005）。台中某社區民眾之安寧療護知識及其影響因素。**安寧療護雜誌**，**10**（4），371-383。
- 楊克平（1999）。**安寧與緩和療護學**。台北：偉華書局。
- 楊克平（2001）。安寧與緩和療護相關之倫理議題。載於**安寧與緩和療護學**，501-512。台北：偉華。
- 楊美玲（1999）。居家安寧療護家屬主要照顧者照顧經驗及需要之探討。台北醫學院護理研究所碩士論文，未出版。
- 楊嘉玲、陳慶餘、胡文郁（2008）。醫療預立指示。**安寧療護雜誌**，**13**（1），30-41。
- 葉忍莉、陸重隆（2002）。安寧療護止痛藥的探討。**安寧療護雜誌**，**7**（1），57-61。
- 趙可式（1996a）。臨終病人照護的倫理與法律問題。**護理雜誌**，**43**（1），24-28。
- 趙可式（1996b）。臨終病人的病情告知。**安寧療護**，創刊號，20-24。
- 趙可式（1997）。台灣癌症末期病患對善終意義的體認。**護理雜誌**，**44**（1），48-55。
- 趙可式（2000a）。安寧療護住院服務試辦論日計酬之監控與評估計畫。行政院衛生署委託研究計畫（計畫編號：DOH89-NH-030），未出版。
- 趙可式（2000b）。認識安寧緩和醫療篇。載於**安寧緩和醫療關懷手冊**，10-26。財團法人佛教蓮花關懷基金會發行。
- 趙可式（2007）。**醫師與生死**。台北市：寶瓶文化。
- 趙可式（2008）。志為護理。**慈濟護理雜誌**，**7**（6），18-31。
- 趙可式（2009）。台灣安寧療護的發展與前瞻。**護理雜誌**，**56**（1），5-10。
- 劉嘉年、楊銘欽（2007）。台灣癌症病患的健保安寧療護利用情形與費用分析。**台灣衛誌**，**26**（2），118-127。
- 劉樹泉、沈莉真、江維鏞、王志嘉（2006）。民眾對安寧護態度調查初探。**安寧療護雜誌**，**11**（3），242-251。
- 蔣蕙芬（2005）。**拒絕延命治療與安寧療護之探討**。台北市：秀威資訊科技。
- 蔡詩力、胡文郁、邱泰源、姚建安、呂碧鴻、陳慶餘（2004）。修習「家庭、社會與醫療」醫學生課程後對緩和醫療之認知。**台灣醫學**，**8**（3），313-322。

- 蔡麗雲、李英芬、劉景萍、賴允亮、張澤芸、杜金錠（2003）。實施「安寧緩和醫療條例教育訓練方案」成效之初探。**安寧療護雜誌**，**8**（4），364-380。
- 賴允亮（2000）。安寧療護整合性照護試辦計畫—個案管理資料系統建立暨病患與家屬照護手冊訂定。行政院衛生署委託研究計畫（計畫編號：DOH89-NH-050），未出版。
- 賴允亮、何景良、劉士華、林育靖（2007）。安寧緩和醫療的挑戰。載於**安寧緩和醫療-理論與實務**，第2章，9-37。台北：新北京開發。
- 賴和賢、邱泰源、胡文郁、張皓翔、姚建安、陳慶餘（2005）。善終服務之文獻複查。**安寧療護雜誌**，**10**（2），174-185。
- 賴維淑、楊婉萍、趙可式（2009）。安寧療護的教育—護生、一般護理人員及專科護理師。**護理雜誌**，**56**（1），11-16。
- 儲全滋（1992）。**抽樣方法**。台北市：三民書局。
- 謝文祥（2000）。由安寧照顧、安樂死與自然死探討臨終病人的醫療困境。中央大學哲學研究所碩士論文，未出版。
- 鍾佳真（1998）。安寧療護病患主要照顧者的居家照顧需要及其相關因素之探討。國立陽明大學社區護理研究所碩士論文，未出版。
- 鍾昌宏（1997）。**癌病末期安寧照顧-簡要理論與實踐**。財團法人中華民國安寧照顧基金會發行。
- 鍾昌宏（2002）。「**癌病末期**」安寧照顧---簡要理論與實踐。台北市：中華民國安寧照顧基金會。
- 鍾昌宏（2006）。**安寧療護暨緩和醫學—簡要理論與實踐**。安寧照顧基金會。
- 魏書娥、許滄汶、林姿妙（2004）。安寧緩和療護理念與醫學根源。**安寧療護雜誌**，**9**（4），40-416。
- 羅健銘、陳素秋、賴允亮、林家瑾、陳建仁（2007）。住院癌末病患照護型態對住院醫療費用與住院天數之影響。**台灣衛誌**，**26**（4），270-282。

釋見蔚 (2007)。安寧病房癌末病患與佛教臨床宗教師的交談經驗研究。南華大學生死系研究碩士論文，未出版。

顧乃平、李從業 (2002)。預立指示及倫理考量。《護理雜誌》，49 (6)，18-25。

二、譯著

柏木哲夫 (2000)。用最好的方式向生命揮別 (曹玉人譯)。台北市：方智。

Devellis, R. F. (1999)。量表的發展：理論與應用 (吳齊殷譯)。台北市：弘智文化。

Joishy, S. K. (2003)。緩和醫療秘笈 (林慧文編譯)。台北市：合記。

Kessler, D. (2000)。臨終關懷 (陳貞吟譯)。台北市：商流文化。

Maddocks, I. (2003)。緩和醫療照顧手冊 (蘇富雄、張宏哲編譯)。台北市：五南。

三、網站

王緯書 (2009.6.28)。於「非安寧病房」實施安寧療護可行嗎？Retrieved June 28, 2009, from <http://www.tmn.idv.tw/tcfund/magazine/maz33/m9.htm>。

世界衛生組織 (2009.6.28)。WHO definition of palliative care. Retrieved June 28, 2009, from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>。

安寧照顧基金會 (2009.5.30)。Retrieved May, 30, 2009, from <http://www.hospice.org.tw/chinese/about.php>。

法源法律網 (2009.7.11)。法規查詢。Retrieved July 11, 2009, from <http://db.lawbank.com.tw/FLAW/FLAWQRY01.asp>。

財團法人天主教康泰醫療教育基金會 (2009.6.28)。大事紀。Retrieved June 28, 2009, from <http://www.kungtai.org.tw/>。

教育部資訊網 (2008.8.10)。各級學校及統計。Retrieved August, 10, 2008, from <http://www.moe.gov.tw>。

陳冠廷 (2009.5.30)。十個關於安寧療護的迷失。Retrieved May, 30, 2009, from http://www.chimei.org.tw/top/top02/medical/med_ps/10751.htm。

四、西文

Baker, M. E. (2000). Knowledge and attitudes of health care social workers regarding advance directives. *Social work in health care*, 32(2), 61-74.

Brink, P., Smith, T. F., & Kitson, M. (2008). Determinants of Do-Not-Resuscitate orders in palliative home care. *Journal of palliative medicine*, 11(2), 226-232.

Carmel, S. (1999). Life-sustaining treatments: what doctors do, what they want for themselves and what elderly persons want. *Social Science & Medicine*, 49, 1401-1408.

Clark, D. (2007). From margins to centre: a review of the history of palliative care in cancer. *Lancet Oncol*, 8, 420-438.

Dunn, G. P. (2001). Patient assessment in palliative care: How to see the “Big Picture” and what to do when “There is not more we can do”. *Patient assessment in Palliative care*, 193(5), 565-573.

Laakkonen, M., Pitkala, K. H., Strandberg, T. E., Berglind, S., & Tilv, R. S. (2004). Living will, resuscitation preferences, and attitudes towards life in an aged population. *Gerontology*, 50, 247-254.

McNamara, B. (2004). Good enough death: autonomy and choice in Australian palliative care. *Social science & medicine*, 58, 929-938.

- Mello, M. & Jenkinson, C. (1998). Comparison of Medical and nursing attitudes to resuscitation and patient autonomy between a British and American teaching hospital. *Social Science Medicine*, 46(3), 415-424.
- Morita, T. , Miyashita, M. , Shibagaki, M. , Hirai, K. , Ashiya, T. , Ishihara, T. , Matsubara, T. , Miyoshi, I. , Nakaho, T. , Nakashima, N. , Onish, H. , Ozawa, T. , Suenaga, K. , Tajima, T. , Akechi, T. , & Uchitomi, Y. (2006). Knowledge and Beliefs about end-of-life care and the effects of specialized palliative care: a population-based survey in Japan. *Journal of pain and symptom management*, 31(4), 306-316.
- Peretti-Watel, P. , Bendiane, M. K. & Moatti J. P. (2005). Attitudes toward palliative care, conceptions of euthanasia and opinions about its legalization among French physicians. *Social Science & Medicine*, 60, 1781-1793.
- Saunders, C. (2000). The evolution of palliative care. *Patient education and counseling*, 41, 7-13.
- Zylicz, Z. & Janssens, M. J. P. A. (1998). Options in palliative care: dealing with those who want to die. *Bailliere's Clinical Anaesthesiology*, 12 (1), 121-131.

附錄一：164 所大專院校代碼與學生數

學校代碼	學校名稱	學生數	學校代碼	學校名稱	學生數
1	政治大學	13,376	42	國立體育學院	1,855
2	清華大學	11,079	43	國立台灣體育學院	2,491
3	台灣大學	30,859	44	台北護理學院	2,700
4	台灣師範大學	12,071	45	屏東商業技術學院	2,649
5	成功大學	19,716	46	台中技術學院	5,140
6	中興大學	13,431	47	高雄餐旅學院	2,640
7	交通大學	12,097	48	台北商業技術學院	1,402
8	中央大學	10,292	49	金門技術學院	1,410
9	中山大學	8,177	50	臺灣戲曲學院	181
10	台灣海洋大學	6,842	51	台北市立教育大學	3,495
11	中正大學	10,242	52	台北市立體育學院	2,113
12	高雄師範大學	4,996	53	東海大學	15,176
13	彰化師範大學	6,287	54	輔仁大學	20,495
14	陽明大學	3,982	55	東吳大學	12,855
15	台北大學	6,800	56	中原大學	14,524
16	嘉義大學	8,790	57	淡江大學	23,312
17	高雄大學	4,632	58	中國文化大學	23,516
18	東華大學	5,975	59	逢甲大學	18,247
19	暨南國際大學	4,682	60	靜宜大學	11,583
20	台灣科技大學	8,102	61	長庚大學	6,542
21	雲林科技大學	8,055	62	元智大學	7,632
22	屏東科技大學	8,212	63	中華大學	8,662
23	台北科技大學	7,947	64	大葉大學	9,236
24	高雄第一科技大學	5,951	65	華梵大學	3,605
25	高雄應用科技大學	8,061	66	義守大學	11,782
26	台北藝術大學	1,870	67	世新大學	9,623
27	台灣藝術大學	2,830	68	銘傳大學	16,645
28	台東大學	3,183	69	實踐大學	12,151
29	宜蘭大學	4,136	70	朝陽科技大學	10,279
30	聯合大學	5,987	71	高雄醫學大學	6,765
31	虎尾科技大學	8,389	72	南華大學	5,338
32	高雄海洋科技大學	4,646	73	真理大學	10,031
33	台南藝術大學	1,220	74	大同大學	4,221
34	台南大學	4,551	75	南台科技大學	12,384
35	台北教育大學	4,175	76	崑山科技大學	8,508
36	新竹教育大學	2,929	77	嘉南藥理科技大學	11,911
37	台中教育大學	3,699	78	樹德科技大學	7,844
38	屏東教育大學	3,609	79	慈濟大學	3,017
39	花蓮教育大學	3,109	80	台北醫學大學	5,079
40	澎湖科技大學	2,567	81	中山醫學大學	7,254
41	勤益科技大學	5,729	82	龍華科技大學	5,656

學校代碼	學校名稱	學生數	學校代碼	學校名稱	學生數
83	輔英科技大學	4,074	128	中州技術學院	2,869
84	明新科技大學	9,092	129	環球技術學院	3,712
85	長榮大學	9,182	130	吳鳳技術學院	3,579
86	弘光科技大學	5,864	131	美和技術學院	3,196
87	中國醫藥大學	7,558	132	修平技術學院	3,718
88	清雲科技大學	7,979	133	稻江科技暨管理學院	3,392
89	正修科技大學	6,096	134	德霖技術學院	2,575
90	萬能科技大學	5,302	135	南開技術學院	3,397
91	玄奘大學	5,272	136	南榮技術學院	2,678
92	建國科技大學	4,833	137	蘭陽技術學院	2,567
93	明志科技大學	2,252	138	黎明技術學院	2,302
94	高苑科技大學	5,103	139	東方技術學院	1,654
95	大仁科技大學	4,723	140	經國管理暨健康學院	1,805
96	聖約翰科技大學	5,219	141	長庚技術學院	2,142
97	嶺東科技大學	4,811	142	崇右技術學院	1,217
98	中國科技大學	6,165	143	大同技術學院	1,496
99	中臺科技大學	5,647	144	親民技術學院	1,339
100	亞洲大學	9,271	145	高鳳技術學院	1,893
101	開南大學	6,910	146	華夏技術學院	1,350
102	佛光大學	2,046	147	臺灣觀光學院	993
103	台南科技大學	5,821	148	法鼓佛教研修學院	15
104	遠東科技大學	3,950	149	台北海洋技術學院	724
105	元培科技大學	4,464	150	台中護理專科學校	1,221
106	景文科技大學	5,648	151	台南護理專科學校	1,208
107	中華醫事科技大學	4,782	152	臺東專科學校	211
108	東南科技大學	4,055	153	康寧醫護暨管理專校	1,997
109	德明財經科技大學	3,681	154	馬偕醫護管理專科學校	1,870
110	明道大學	4,390	155	仁德醫護管理專校	5,715
111	致遠管理學院	4,123	156	樹人醫護管理專校	4,038
112	立德管理學院	4,286	157	慈惠醫護管理專校	3,684
113	興國管理學院	3,273	158	耕莘健康管理專科學校	2,001
114	大華技術學院	2,239	159	敏惠醫護管理專校	1,894
115	中華技術學院	4,120	160	高美醫護管理專校	359
116	文藻外語學院	3,432	161	育英醫護管理專校	1,263
117	大漢技術學院	2,224	162	崇仁醫護管理專科學校	1,144
118	慈濟技術學院	1,109	163	聖母醫護管理專科學校	1,141
119	永達技術學院	1,989	164	新生醫護管理專科學校	2,193
120	和春技術學院	3,549		合計總人數	942,852
121	育達商業技術學院	5,697			
122	北台灣科學技術學院	3,224			
123	致理技術學院	3,200			
124	醒吾技術學院	2,958			
125	亞東技術學院	3,300			
126	南亞技術學院	4,414			
127	僑光技術學院	3,741			

附錄二：本研究比例機率（pps）抽樣母群名冊

說明：

1. 依照各大專院校學生人數由多而少遞減排序，以此為本研究的抽樣母群名冊
2. 亂數起點為 32952
3. 預估抽 12 間大學,間距是總人數 942852 除以 12=78571
pps 抽取號碼分別為 32952

$$32952+78571=111523;$$

$$111523+78571=190094;.....$$

以此類推又抽出 268665;347236;425807;504378;582949;661520;

740091;818662;897233 共 12 個號碼

學校代碼	學校名稱	學生數	累進人數	pps 抽樣號碼
3	台灣大學	30,859	30859	
58	中國文化大學	23,516	54,375	#32952 亂數起點
57	淡江大學	23,312	77,687	
54	輔仁大學	20,495	98,182	
5	成功大學	19,716	117,898	#111523
59	逢甲大學	18,247	136,145	
68	銘傳大學	16,645	152,790	
53	東海大學	15,176	167,966	
56	中原大學	14,524	182,490	
6	中興大學	13,431	195,921	#190094
1	政治大學	13,376	209,297	
55	東吳大學	12,855	222,152	
75	南台科技大學	12,384	234,536	
69	實踐大學	12,151	246,687	
7	交通大學	12,097	258,784	
4	台灣師範大學	12,071	270,855	#268665
77	嘉南藥理科技大學	11,911	282,766	
66	義守大學	11,782	294,548	
60	靜宜大學	11,583	306,131	
2	清華大學	11,079	317,210	
8	中央大學	10,292	327,502	
70	朝陽科技大學	10,279	337,781	
11	中正大學	10,242	348,023	#347236
73	真理大學	10,031	358,054	
67	世新大學	9,623	367,677	

100	亞洲大學	9,271	376,948	
64	大葉大學	9,236	386,184	
85	長榮大學	9,182	395,366	
84	明新科技大學	9,092	404,458	
16	嘉義大學	8,790	413,248	
63	中華大學	8,662	421,910	#425807
76	崑山科技大學	8,508	430,418	
31	虎尾科技大學	8,389	438,807	
22	屏東科技大學	8,212	447,019	
9	中山大學	8,177	455,196	
20	台灣科技大學	8,102	463,298	
25	高雄應用科技大學	8,061	471,359	
21	雲林科技大學	8,055	479,414	
88	清雲科技大學	7,979	487,393	
23	台北科技大學	7,947	495,340	
78	樹德科技大學	7,844	503,184	
62	元智大學	7,632	510,816	#504378
87	中國醫藥大學	7,558	518,374	
81	中山醫學大學	7,254	525,628	
101	開南大學	6,910	532,538	
10	台灣海洋大學	6,842	539,380	
15	台北大學	6,800	546,180	
71	高雄醫學大學	6,765	552,945	
61	長庚大學	6,542	559,487	
13	彰化師範大學	6,287	565,774	
98	中國科技大學	6,165	571,939	
89	正修科技大學	6,096	578,035	
30	聯合大學	5,987	584,022	#582949
18	東華大學	5,975	589,997	
24	高雄第一科技大學	5,951	595,948	
86	弘光科技大學	5,864	601,812	
103	台南科技大學	5,821	607,633	
41	勤益科技大學	5,729	613,362	
155	仁德醫護管理專校	5,715	619,077	
121	育達商業技術學院	5,697	624,774	
82	龍華科技大學	5,656	630,430	
106	景文科技大學	5,648	636,078	

99	中臺科技大學	5,647	641,725	
72	南華大學	5,338	647,063	
90	萬能科技大學	5,302	652,365	
91	玄奘大學	5,272	657,637	
96	聖約翰科技大學	5,219	662,856	#661520
46	台中技術學院	5,140	667,996	
94	高苑科技大學	5,103	673,099	
80	台北醫學大學	5,079	678,178	
12	高雄師範大學	4,996	683,174	
92	建國科技大學	4,833	688,007	
97	嶺東科技大學	4,811	692,818	
107	中華醫事科技大學	4,782	697,600	
95	大仁科技大學	4,723	702,323	
19	暨南國際大學	4,682	707,005	
32	高雄海洋科技大學	4,646	711,651	
17	高雄大學	4,632	716,283	
34	台南大學	4,551	720,834	
105	元培科技大學	4,464	725,298	
126	南亞技術學院	4,414	729,712	
110	明道大學	4,390	734,102	
112	立德管理學院	4,286	738,388	
74	大同大學	4,221	742,609	#740091
35	台北教育大學	4,175	746,784	
29	宜蘭大學	4,136	750,920	
111	致遠管理學院	4,123	755,043	
115	中華技術學院	4,120	759,163	
83	輔英科技大學	4,074	763,237	
108	東南科技大學	4,055	767,292	
156	樹人醫護管理專校	4,038	771,330	
14	陽明大學	3,982	775,312	
104	遠東科技大學	3,950	779,262	
127	僑光技術學院	3,741	783,003	
132	修平技術學院	3,718	786,721	
129	環球技術學院	3,712	790,433	
37	台中教育大學	3,699	794,132	
157	慈惠醫護管理專校	3,684	797,816	
109	德明財經科技大學	3,681	801,497	

38	屏東教育大學	3,609	805,106	
65	華梵大學	3,605	808,711	
130	吳鳳技術學院	3,579	812,290	
120	和春技術學院	3,549	815,839	
51	台北市立教育大學	3,495	819,334	#818662
116	文藻外語學院	3,432	822,766	
135	南開技術學院	3,397	826,163	
133	稻江科技暨管理學院	3,392	829,555	
125	亞東技術學院	3,300	832,855	
113	興國管理學院	3,273	836,128	
122	北台灣科學技術學院	3,224	839,352	
123	致理技術學院	3,200	842,552	
131	美和技術學院	3,196	845,748	
28	台東大學	3,183	848,931	
39	花蓮教育大學	3,109	852,040	
79	慈濟大學	3,017	855,057	
124	醒吾技術學院	2,958	858,015	
36	新竹教育大學	2,929	860,944	
128	中州技術學院	2,869	863,813	
27	台灣藝術大學	2,830	866,643	
44	台北護理學院	2,700	869,343	
136	南榮技術學院	2,678	872,021	
45	屏東商業技術學院	2,649	874,670	
47	高雄餐旅學院	2,640	877,310	
134	德霖技術學院	2,575	879,885	
40	澎湖科技大學	2,567	882,452	
137	蘭陽技術學院	2,567	885,019	
43	國立台灣體育學院	2,491	887,510	
138	黎明技術學院	2,302	889,812	
93	明志科技大學	2,252	892,064	
114	大華技術學院	2,239	894,303	
117	大漢技術學院	2,224	896,527	#897233
164	新生醫護管理專科學校	2,193	898,720	
141	長庚技術學院	2,142	900,862	
52	台北市立體育學院	2,113	902,975	
102	佛光大學	2,046	905,021	
158	耕莘健康管理專科學校	2,001	907,022	

153	康寧醫護暨管理專校	1,997	909,019	
119	永達技術學院	1,989	911,008	
159	敏惠醫護管理專校	1,894	912,902	
145	高鳳技術學院	1,893	914,795	
26	台北藝術大學	1,870	916,665	
154	馬偕醫護管理專科學校	1,870	918,535	
42	國立體育學院	1,855	920,390	
140	經國管理暨健康學院	1,805	922,195	
139	東方技術學院	1,654	923,849	
143	大同技術學院	1,496	925,345	
49	金門技術學院	1,410	926,755	
48	台北商業技術學院	1,402	928,157	
146	華夏技術學院	1,350	929,507	
144	親民技術學院	1,339	930,846	
161	育英醫護管理專校	1,263	932,109	
150	台中護理專科學校	1,221	933,330	
33	台南藝術大學	1,220	934,550	
142	崇右技術學院	1,217	935,767	
151	台南護理專科學校	1,208	936,975	
162	崇仁醫護管理專科學校	1,144	938,119	
163	聖母醫護管理專科學校	1,141	939,260	
118	慈濟技術學院	1,109	940,369	
147	臺灣觀光學院	993	941,362	
149	台北海洋技術學院	724	942,086	
160	高美醫護管理專校	359	942,445	
152	臺東專科學校	211	942,656	
50	臺灣戲曲學院	181	942,837	
148	法鼓佛教研修學院	15	942,852	

附錄三：專家效度

本研究專家效度名單如下：

學術背景

1. 蔡昌雄(南華大學生死所助理教授)
2. 魏書娥(南華大學生死所助理教授)
3. 楊淑晴(中山大學教育研究所)
4. 周希誠(中山醫學大學護理學院教授兼院長)

實務工作背景

5. 蔡玉芳 (奇美醫院安寧護理人員)
6. 陳雅琪 (奇美醫院安寧護理人員)
7. 洪麗琴(台中榮總副護理長)
8. 蔡美德(台北長庚安寧病房志工)

第一部分:基本資料

初稿題目	專家意見	研究者回應
1. 目前就讀年級__。		
2. 性別：(1男(2)女。		
3. 父親教育程度: (1)無 (2)小學 (3)國 (初中) (4)高中(職) (5) 專科(6)大學 (7)碩士 (8)博士(9)其他 _____。	1.增加選項， <u>國小以下</u> 2.建議修正選項的內容為： (1) 小學（包含畢業及肄業） (2) 國中（包含畢業及肄業） (3) 高中職（包含畢業及肄業） (4) 大學專科（包含畢業及肄業） (5) 研究所以上（包含碩士及博士畢業及肄業） 3. 從何觀點要問此資料?	1.此題依專家意見作修正。 2. 邱淑如（1999）、趙可式（2000）、黃惠美等人（2005）、劉樹泉、沈莉真、江維鏞(2005)等人的研究皆指出教育程度與安寧療護的知識與態度有關，研究者延伸運用為父母親教育程度。
4. 母親教育程度: (1)無 (2)小學 (3)國 (初中) (4)高中(職) (5) 專科(6)大學 (7)碩士 (8)博士(9)其他 _____。	1.增加選項， <u>國小以下</u> 2.建議修正選項的內容為： (1) 小學（包含畢業及肄業） (2) 國中（包含畢業及肄業） (3) 高中職（包含畢業及肄業） (4) 大學專科（包含畢業及肄業） (5) 研究所以上（包含碩士及博士畢業及肄業） 3. 從何觀點要問此資料?	1.此題依專家意見作修正。 2.同第三題，根據文獻探討而來。

<p>5. 進大學前在哪裡住的最久?_____。</p>	<p>1.可採大略分區方式,如北中南東部。 2. 從何觀點要問此資料? 3.此題有文獻查證的支持嗎?或有區域性的影響嗎?</p>	<p>1.依專家意見採分區方式,但分為:直轄市、省轄市、縣轄市、鄉鎮地區。 2.趙可式(2000)研究發現選擇安寧療護的病人以北部地區機會較大。</p>
<p>6. 您的宗教信仰: (1)佛教 (2)基督教 (3)道教 (4)一貫道 (5)民間信仰 (6)無 (7)天主教 (8)其他,請說明_____。</p>	<p>1.請注意區隔佛教與民間信仰的認同混淆,作出適當區隔。 2.部分選項內容應修正,如下:(5)民間信仰(佛、道混合)(6)無宗教信仰。 3. 道教與一貫道容易混淆,通常一貫道常被稱為道教,道教又與一般民間信仰搞混,建議道教刪除。 4. 此題,有文獻支持嗎?</p>	<p>1.與指導教授討論本題後,基於台灣地區民間信仰類別不易區辨,故改採為有、無宗教信仰。 2. P.Peretti et al. (2005) 與周希誠等人 (2006) 皆指出有無宗教信仰對安寧療護的態度有顯著差異。</p>
<p>7.您曾有罹患重病的經驗:(1)是 (2)否。</p>		
<p>8. 您曾修過生死教育相關課程:(1)是(2)否。</p>	<p>1.加上或講習(演講)。 2. 措辭修訂為:您<u>是否</u>曾經。</p>	<p>1.此題強調學校教育裡面的生死課程,故不加入講習(演講)。 2.增加<u>是否</u>兩字修辭。</p>
<p>9.您曾修過安寧教育相關課程:(1)是(2)否。</p>	<p>1.加上或講習(演講)。 2.措辭修訂為:您<u>是否</u>曾經 3.增加時數的選項</p>	<p>1.基於一般大學生較少機會修習安寧教育課程,故增加演講。 2. 增加<u>是否</u>兩字修辭。 3.應以多少小時為區分,未有相關的文獻作參考;此外本研究的關注焦點並不在於研究時數與安寧療護的知識與態度的關係,因此不作修正。</p>
<p>10. 您認識的長輩或親朋好友曾經住過安寧病房:(1)是 (2)否。</p>	<p>1.措辭修訂為:<u>是否</u>曾經。</p>	<p>1.增加<u>是否</u>兩字修辭。</p>
<p>11. 您聽過「安寧療護」或相關資訊:(1)是 (2)否。</p>		<p>專家未作建議,但為了與第11題一致,增加<u>是否</u>兩字修辭。</p>

<p>12. 您從哪些管道知道有關安寧療護的資訊:(1)親人 (2)朋友 (3)醫院 (4)社工人員 (5)電視 (6)廣播 (7) 網路 (8)學校 (9) 海報、宣傳單 (10) 報章雜誌(11)安寧照顧相關基金會(12)其他。</p>	<p>1.安寧照顧相關基金會，修正為：安寧照顧相關基金會或組織。此外照顧兩字，再確認。</p>	<p>照顧兩字已確認無誤，故不修正。</p>
<p>13.: 父母的職業: (請參考職業欄表，找出與您父母相近的職業，填入英文代號。)</p>	<p>1. 周:A 至 E 職業類別分類依據?</p>	<p>1.依據林生傳(2000)社經地位的計算方法，職業類別區分為五類。</p>
	<p>綜合意見: 1.增加年齡的問題 2.你的背景資料都是 Normal data，能跑的統計較低階，建議相關課程，可試著詢問上課時數，若為 interval data，能跑的統計方法較高階一點。</p>	<p>1.依專家意見，增加年齡的題目。 2.如第十題的回應，時數非研究者關注的焦點，故不作修正。</p>

第二部分:大學生安寧療護知識量表

題目	專家意見	研究者回應
<p>1. 安寧療護是減輕末期病人之痛苦，使其達到舒適。</p>	<p>1.此題與第七題內容相似，請統整。</p>	<p>1.本題強調的是安寧療護「舒緩痛苦」的理念，並未與第七題內容重疊。</p>
<p>2. 安寧療護讓不可治末期病人自然死亡。</p>	<p>1.不可治修正為無法治癒的 2.不可治修正為不可治癒之。 3.不可治修正為不可治癒;此外,自然死亡不明確。 4.不可治修正為不可治癒或無法治癒。 5.不可治修正為無法進行積極治療或無法治癒。</p>	<p>1.不可治病人是根據安寧緩和醫療條例中的專有名詞而來，但專家學者們的意見皆覺得不夠清楚，故修訂為不可治癒病人。</p>

	6.不可治末期病人語義不明確。	
3.安寧療護是對不可治末期病人提供積極整體性的照顧。	1.不可治修正為無法治癒的。 2.不可治修正不可治癒之。 3.不可治末期病人語義不明確。	2.同第 2 題意見,修訂為不可治癒病人。
4. 安寧療護的照護工作, 不包括替家屬作悲傷輔導。	1.措辭修正為不包括為家屬進行悲傷輔導。	3.依專家意見, 修訂措辭為: 替家屬進行悲傷輔導。
5. 安寧療護以「治癒」末期病人為醫療目標。		
6. 安寧療護用人工維生方式延長死亡時間。		
7. 安寧療護重視末期病人的自主權, 讓人有尊嚴地面對死亡	1.此題與第一題內容相似, 請統整。	1.本題強調的是安寧療護「重視病人自主權」的理念, 內容並未與第一題重複。
8. 安寧療護讓末期病人在最後一程時, 有醫護人員、社工的陪伴。	1.加入靈性關懷相關人員...等。 2.醫護人員、社工修正為醫療團隊。 3.措辭增訂為: 有醫護人員、社工的醫療團隊陪伴。	2.醫療團隊太籠統, 故還是保留具體的相關人員, 並加入修辭為有醫護人員、社工、家人等的陪伴。
9. 安寧療護可使末期病人, 有足夠的時間交代後事。		1.根據專家對本量表的綜合意見, 認為題目太多, 且本題與第 36 題類似, 故研究者最後刪除此題。
10. 安寧療護不只照顧病人, 還顧及家屬的身心需要。	1.措辭修正為: 安寧療護不僅照顧病人, 亦顧及家屬的身心需要。 2.身心需要修正為身心靈需要。	1.根據專家對本量表的綜合意見, 認為題目太多, 故研究者最後刪除此題。
11. 安寧療護重視末期病人的生活品質。		
12. 安寧療護不可以在家中進行。		1.雖然學者專家未對本題提出意見, 但根據專家對本量表的綜合意見, 認為題目太多, 故研究者最後刪除此題。

13. 安寧療護提供人性化的居家照護空間。	1.居家是指住院照護或居家服務?	1.本題強調的是像家一樣的照護空間。
14. 選擇安寧療護等於放棄治療。	1.此題與第 21 題內容相似，請合併。	1.大眾對安寧療護的誤解是放棄治療，研究者認為本題雖然與 21 題內容重複，但本題是反向題，故保留。 2.根據 Devellis(1999)的量表發展原則，同一概念可有不同修辭的問法，可增加內在的一致性 (internally consistent)，故不合併。
15. 選擇安寧療護等於安樂死。		
16. 安寧療護使用嗎啡來做疼痛控制，容易上癮。	1.此題分成兩題為宜：(1)安寧療護使用嗎啡來作疼痛控制。(2)安寧療護使用嗎啡藥物，容易上癮。 2.美德：吃的嗎啡不會上癮，貼的嗎啡有可能會上癮，請查證。	1.本題並非在問「安寧療護是否使用嗎啡做疼痛控制」，而是針對「嗎啡是否導致上癮」，故還是不分成兩題。 2.本題是針對大眾迷思認為「嗎啡導致上癮」的疑慮詢問，並不區分嗎啡使用的方式，故不作修正。
17. 居住安寧病房比普通病房較昂貴。	1.居住安寧病房比普通病房 <u>昂貴</u> 。 2.除健保房免費外，應查證醫院。	1.根據專家意見，將修辭較 <u>昂貴</u> 修訂為 <u>昂貴</u> 。 2.本題詢問的是安寧病房與普通病房的費用比較，故不修訂。
18. 居住安寧病房比普通病房耗費較多的醫療資源。	1.居住安寧病房比普通病房 <u>耗費更多</u> 醫療資源。	1.根據專家意見，將修辭 <u>耗費較多</u> 修訂為 <u>耗費更多</u> 。
19. 安寧療護不會縮短病患的生命。		

20. 安寧療護重視病情告知。		1.雖然專家未對本題提出意見，但根據專家對本量表的綜合意見，認為題目太多，且本題與 33-37 題的焦點是一樣的，故研究者最後刪除此題。
21. 安寧療護不放棄照護病人。	1.此題與第 14 題內容相似，請合併。	1.同第 14 題意見，不合併。
22. 不僅癌末病人，所有的末期病人都能申請住安寧病房。	1.加入在 <u>台灣</u> ，．．．。此題再查證，因目前已擬定可開放漸凍人與愛滋病末期入住。	1.根據專家意見，加入 <u>目前在台灣</u> ，．．．。 2.目前符合健保給付安寧病房的對象有癌末與漸凍人，僅有部分提供安寧病房的醫院開放愛滋病末期入住。
23. 肝硬化末期病人也是我國健保規定安寧病房的照護對象。	1.加入部分修辭如下：肝硬化末期病人也是符合是我國健保規定的安寧病房的照護對象。 2.加入部分修辭：是我國目前．．．（因為未來可能納入）。	1.根據專家意見，本題修訂為：「肝硬化末期病人符合我國目前健保規定安寧病房的照護對象」。
24. 意識清楚的末期病人，沒有權力簽署「不施行心肺復甦術」意願書。	1. <u>權力</u> 修正為 <u>權利</u> 。	1.根據專家意見，將 <u>權力</u> 修正為 <u>權利</u> 。
25. 家屬有權力為昏迷的末期病人簽署「不施行心肺復甦術」同意書。	1. <u>權力</u> 修正為 <u>權利</u> 。	1.根據專家意見，將 <u>權力</u> 修正為 <u>權利</u> 。
26. 醫師應末期病人要求，撤除維生系統，是協助自殺行為，觸犯法令。	1.再修正。當病人意識清楚時已簽署 DNR，昏迷後被進 CPR，才可撤除。	1.根據專家意見，修訂為醫師應選擇安寧療護末期病人要求…
27. 「不施行心肺復甦術」的要件，需要有一位醫師診斷確為末期病人。	1.題意不詳。請分清楚 DNR 或 Palliative。 2.需要二位 <u>主治</u> 醫師．．．。	本題根據「安寧緩和醫療修例」中的法條規定命題，故不作修正。

28. 未成年人簽署「不施行心肺復甦術意願書」，應得法定代理人同意。		
29. 健康時，簽署「預立不施行心肺復甦術意願書」是合法有效的。	1.健康時？請再斟酌用詞。	1.僅有一位專家對健康時的措辭表示不適當，其他七位並沒有意見，且研究者亦覺得用辭沒問題，故不作修正。
30. 簽署「不施行心肺復甦術意願書」時，要有二位見證人在場。		
31. 簽署「不施行心肺復甦術意願書」時，需要醫護人員當證人。	1.當證人修正為在旁作證。	根據專家對本量表的綜合意見，認為題目太多，且本題與第 39 題內容類似，故研究者最後刪除此題。
32. 健康時，簽署「預立醫療委任代理人委任書」是合法有效的。	1.健康時？請再斟酌用詞。	同第 29 題意見，不作修正。
33. 爲了讓接受安寧療護的末期病人善終，家屬要盡力對他隱瞞病情。	1.此題是認知或態度？ 2.與 34 題內容相似。	1.此題有特別說明是「接受安寧療護的病人」，且根據安寧緩和醫療條例法的規定，醫生有義務告知病情，故本題屬於「認知」題。 2. 根據 Devellis(1999)的量表發展原則，同一概念可有不同修辭的問法，可增加內在的一致性，故保留不合併。
34. 爲了讓接受安寧療護的末期病人善終，家屬要阻止醫護人員告知病情。	1.此題是認知或態度？ 2.與 33 題內容相似。	1.同第 33 題意見，不作合併。

<p>35. 醫生有義務告知接受安寧療護的病人或其家屬病情。</p>	<p>1.修辭改為，醫生有義務對接受安寧療護的病人或其家屬告知病情。</p> <p>2.本題與 37 題內容相似，題目過多，建議合併。</p> <p>3.主要病情告知的困難是在於病人，且不管是否接受 Hospice，都在告知病情，在於如何告知及何時告知。</p>	<p>1.根據專家意見，將本題修訂為「醫生有義務對接受安寧療護的病人或其家屬告知病情」。</p> <p>2. 根據 Devellis(1999)的量表發展原則，同一概念可有不同修辭的問法，可增加內在的一致性，故保留不合併。</p> <p>3.不論是否接受安寧療護，病情告知皆是很重要的問題。而本研究是有關安寧療護的相關研究，故強調的是對「接受安寧療護」的病人。</p>
<p>36. 讓接受安寧療護的末期病人知道病情，可以讓他有充足時間交代後事。</p>	<p>1.建議修訂措辭，否則答題人會有不同想法，而勾錯的選項。不止交代後事，還包括整理自己，面對死亡等。</p> <p>2.接受安寧療護的末期病人修正為<u>癌症（疾病）的末期病人</u>。</p>	<p>1.僅有一位專家對本題表示不適當，其他七位專家並沒有意見，且研究者亦覺得本題內容沒問題，故不作修正。</p> <p>2.本研究是有關安寧療護的相關研究，故強調的是對「接受安寧療護」的末期病人，故不作修正。</p>
<p>37. 接受安寧療護的病人明確表示欲知病情，家屬不願意，醫生應順從家屬。</p>	<p>1.通常在臨床上接受安寧療護的病人是已經知道病情了。此題是認知嗎？亦或是態度。</p> <p>2.本題與 37 題內容相似，題目過多，建議合併。</p>	<p>1. 此題有特別說明是「接受安寧療護的病人」，且根據安寧緩和醫療條例法的規定，醫生有義務告知病情，故本題屬於「認知」題。</p> <p>2. 根據 Devellis(1999)的量表發展原則，同一概念可有不同修辭的問法，可增加內在的一致性，故保留不合併。</p>

38. 健康的人不需要預立醫療遺囑，只有老年人與生病的人才需要。	1. <u>預立醫療遺囑</u> ，建議寫完整的文件名稱，具體說明為「預立醫療委任代理人委任書」。	1.在量表 24 題、25 題、27 題、28 題、29 題、30 題、31、32 題已具體說明完整的文件名稱，在本題並不特定指那份文件，而是詢問預立醫囑的一般概念，強調的是「健康時是否可以預立醫囑」的認知，故不作修正。
39. 預立醫療遺囑需要醫護人員當證人。	1. <u>預立醫療遺囑</u> ，建議寫完整的文件名稱，具體說明為「預立醫療委任代理人委任書」。 2. <u>當證人</u> 修正為 <u>在旁作證</u> 。	1.同第 38 意見，不作修正。 2. 僅有一位專家對本題修辭表示不適當，其他七位專家並沒有意見，且研究者亦覺得本題修辭沒問題，故不作修正。
40. 請家裡的老年人預立醫療遺囑是違法的。	1. <u>預立醫療遺囑</u> ，建議寫完整的文件名稱，具體說明為「預立醫療委任代理人委任書」。	1.同第 38 意見，不作修正。
41. 滿二十歲以上具完全行為能力的人，可以預立醫療遺囑。	1. <u>預立醫療遺囑</u> ，建議寫完整的文件名稱，具體說明為「預立醫療委任代理人委任書」。 2.加入 <u>年滿</u> ．．．。	1.同第 38 意見，不作修正。 2.根據專家意見，修訂為 <u>年滿</u> ．．．。
42. 急救措施包含氣管內插管、體外心臟按壓、電擊等。	1.增加標點符號， <u>等</u> ．．．。 2.增加修辭： <u>電擊及急救藥物</u> 等。	1.僅有一位專家對標點符號表示意見，其他專家沒有意見，研究者亦認為有無標點符號不影響題意，故不作修正。 2.本題強調「醫療措施」，沒有強調「藥物」，故不作修正。
43. 對末期病人施行心肺復甦術，可以達到治癒效果。		
44. 對無生命徵象的臨終末期病人進行急救，會增加其痛苦。		

<p>45. 急救是對於發生意外的人進行的救治行為。</p>	<p>1.修訂修辭為：<u>突然</u>發生意外的人。</p>	<p>1.根據專家意見，修訂為<u>突然</u>發生意外的人。</p>
	<p>綜合意見:</p> <p>1.安寧療護重點並不只在有時間交代後事。</p> <p>2.題數太多，會不會造成大學生亂填情況？</p> <p>3.末期病人定義要明確。</p> <p>4.對於有治療性之疾病，仍需施予急救，並非只是單一篇文章中的意思，在作多篇文章之閱讀後，再統整及出題。</p> <p>5.請參閱 Dr. Ross 及胡文郁有關 Hospice 之認知、態度問卷後再來自擬問卷。</p> <p>5.多題題目的意思是相似的，應再統整。</p> <p>6.出題時，仍需要有實證護理的支持。</p> <p>7.有時認知與態度是一體兩面的，應先釐清楚，出題才會漂亮，不易讓受試者弄混淆了。</p>	<p>1.本知識量表包含了安寧療護的醫療理念、大眾迷思、法令規定、病情告知、預立醫囑、急救處置等知識，已兼顧了許多的重點，且僅有 2 題（第 9 題，第 36 題）講到交待後事，為了讓量表更精簡，故刪除第 9 題。</p> <p>2.「末期病人」在許多文獻皆使用這個專有名詞。</p> <p>3.有治療性的疾病仍需急救，但民眾對急救的認知不清，以為急救對「不可治癒」病人仍有治癒效果，所以研究者在自編問卷時，想了解大學生是否亦有同樣的誤解，因此根據安寧緩和醫療條例中的專有名詞，使用「不可治」病人。</p> <p>4.在論文中的文獻探討與研究工具的部分，已交待本編量表的發展途徑。</p> <p>5. 根據 Devellis(1999)的量表發展原則，同一概念可有不同修辭的問法，可增加內在的一致性，故意思相似的題目仍保留，不合併。</p> <p>6.研究者是教育背景，沒有實證護理背景是研究過程中最大的限制，目前只能多作文獻探討，並從護理背景的專家所提供的意見作為本量表修正的方</p>

		向。 7.本量表在命題過程中，已留意到「認知」與「態度」容易混淆的問題，故在用字時已刻意作了區別。此外，每一題皆與指導老師作過充分的討論，且有嚴格的專家對內容效度進行把關，盡量將「認知」與「態度」作最清楚的區分。
--	--	---

第三部分:大學生安寧療護態度量表

題目	專家意見	研究者回應
1. 我會為家中末期病人選擇安寧療護。		
2. 我會在臨終時選擇安寧療護。	1.問法不當，可能要加上但書，表示若臨終前為末期病人。 2.是指自己或家人？	1.參酌專家意見，題目修訂為：我會在臨末時。表示是不可治、且處於疾病末期的狀態。 2.題目已標明為「我」會……，就是指「自己」。
3. 我願意多瞭解安寧療護的相關資訊。		
4. 我願意擔任安寧療護的志工服務。		
5. 我建議安寧療護的知識應該編入通識教育的課程內涵。	1.指 Hospice 的態度或建議？	1.參酌專家意見，修訂為「我認為安寧療護教育…」，以表達填答者的「態度」。
6. 我贊成家人在意識清楚時，預立遺囑交代醫療方式。	1.措辭修正為：我贊成家人在意識清楚時， <u>以預立遺囑方式</u> 交代醫療方式。	僅有一位專家認為本題修辭不妥，其他專家沒有意見，研究者亦認為本題修辭沒問題，故不作修正。
7. 當家人簽署「預立醫療委任代理人」時，我願意擔任醫療委任代理人。	1.與第八題題意相似，請合併。	1.根據 Devellis(1999)的量表發展原則，同一概念可有不同修辭的問法，可增加內在的一致性，故意思相似的題目仍保

		留，不合併。
8. 擔任家人的「預立醫療委任代理人」時，我覺得很自在。	1.很自在？請具體說明。 2.與第七題題意相似，請合併。	1.本題強調的是替家人作醫療決定的感受面，「很自在」相對於「不自在」。 2.同第 7 題意見，故不合併。
9. 我願意在健康時，就預立遺囑交代醫療方式。	1.醫療方式是指交代後事？ 2.與第十題題意相似，請合併。 3.只交代醫療方式，其餘不用嗎？	1.本題並不是指一般的交待後事，本題是指「預立醫囑」,包含交代是否要接受 DNR，或預立醫療委任代理人。 2.僅有一位專家對本題提出諸多疑問，其他專家對本題沒有意見，研究者亦認為本題沒有問題，故不作修正。
10. 事先預立醫療遺囑，我覺得很自在。	1.預立醫療遺囑，建議寫完整的文件名稱，具體說明為「預立醫療委任代理人委任書」。 2.改為「並不會讓我覺得不自在」或許較佳 3.很自在？請具體說明。 4.與第九題題意相似，請合併。 5.與前面認知部份重覆。	1.在本量表第 7 題、8 題已具體說明完整的文件名稱，在本題並不特定指那份文件，而是詢問預立醫囑的一般概念，故不作修正。 2.根據專家意見，修正為「並不會讓我覺得不自在」。 3.同第 8 題意見。 4.根據 Devellis(1999)的量表發展原則，同一概念可有不同修辭的問法，可增加內在的一致性，故意思相似的題目仍保留，不合併。 5.本題強調預立醫囑的感受面，且使用「我覺得自在…」，故本題是屬於「態度」。
11. 我贊成用嗎啡來舒緩癌末病人的疼痛。	1.贊成？有程度之區別，才需在選項作 5 分法之區分。	1. 贊成有程度之分，本量表使用 5 點量表，依符合的程度可分為「完全贊成」、「大部分贊成」、「部分贊成」、「大部分不贊成」與「完全不贊成」。

<p>12. 當急救無效，我贊成放棄「治癒」改以「舒緩痛苦」為醫療目標。</p>	<p>蔡：加入逗號，如下：我贊成放棄「治癒」，改以「舒緩痛苦」· · · ·。</p> <p>魏：措辭宜修正。<u>豈</u>急救無效，修正為<u>若</u>急救無效。</p> <p>楊：加入逗號，如下：我贊成放棄「治癒」，改以「舒緩痛苦」· · · ·。</p> <p>美德：<u>舒緩痛苦</u>修正為<u>舒緩疼痛或疼痛控制</u>。</p> <p>麗琴：贊成？有程度之區別，才需在選項作5分法之區分。</p>	<p>1.參酌專家意見，本題修訂為：<u>若急救無效</u>，我贊成放棄「治癒」，改以「舒緩痛苦」為醫療目標。</p> <p>2.同第 11 題意見。</p>
<p>13. 我贊成讓末期病人知道病情。</p>	<p>1.加入<u>重症</u>末期病人。</p> <p>2.與認知部份重覆。</p>	<p>1.本題並不強調對象為「重症病人」,而是對「病人」病情告知的態度。</p> <p>2.«我贊成…»是一種「態度」,與知識量表上的認知不同。</p>
<p>14. 我贊成末期病人的家屬，可阻止醫護人員告知病情。</p>	<p>1.加入修辭：<u>重症</u>末期病人· · · 告知其病情。</p> <p>2.有程度之區別，才需在選項作5分法之區分。</p>	<p>1.本題並不強調對象為「重症病人」,而是對「病人」病情告知的態度。</p> <p>2.參酌專家意見，將「告知病情」,修訂為「告知病人病情」。</p> <p>3.同第 11 題意見。</p>
<p>15. 假如我得了不可治重症，我期望家人和醫師告知我病情。</p>	<p>1.措辭修正為：假如我<u>罹患不治重症</u>，我希望家人和醫師能<u>確實</u>告知我病情。·</p> <p>2.<u>不可治重症</u>？請具體一些。</p>	<p>1.根據專家意見，將本題修正為「若我罹患不治重症，我希望家人和醫師能確實告知我病情」。</p> <p>2.«不可治重症」並不強調某種具體疾病，而是強調「不可治癒」的狀態，故不作修正。</p>
<p>16. 我會選擇對不可治末期家人告知病情。</p>	<p>1.不可治修正為<u>無法治癒的</u>。</p> <p>2.不可治末期家人修正為<u>不可治癒末期病患的家人</u>。</p> <p>3.我會選擇對<u>罹患重症末期病患的家屬</u>隱瞞病情。</p> <p>4.增加措辭：<u>不可治末期病人的家人</u></p>	<p>1.參酌專家意見，本題修正為「若我的家人罹患不治重症，我會選擇告知他們病情」。</p>

	<p>隱瞞病情。</p> <p>5.不可治末期家人？具體一些，不可治癒之疾病……</p>	
17. 我對於告知不可治末期家人病情，並不會讓我覺得不自在。	<p>蔡：<u>不可治</u>修正為<u>無法治癒的</u></p> <p>楊：題目修正為：我可以自在地告知罹患重症末期患者之家屬病情內容。</p> <p>周：意指“病情告知者”的角色嗎？</p> <p>麗琴：<u>不可治末期家人</u>？具體一些，不可治癒之疾病……。</p>	1.參酌專家意見，本題修正為「若我的家人罹患不治重症，告知他們病情並不會讓我覺得不自在」。
18. 我期待臨終時，能身體完整，沒有痛苦。	<p>1.<u>完整</u>的意思不明確。</p> <p>2.<u>能身體完整</u>，與 DNR 何關？</p> <p>3.指期待自己或家人、親屬？</p>	<p>1.急救的醫療措施常會導致身體肢離破碎，而 DNR 則是選擇不急救，故較有可能在臨終時身體完整。</p> <p>2.「我」就是「自己」。</p>
19. 我期待臨終時，能心願已了，沒有牽掛。	1.指期待自己或家人、親屬？	1.「我」就是「自己」。
20. 我期待臨終那一刻，能夠有所領略，沒有恐懼。	<p>1. 這是兩個陳述，一為{能對人生意義有所領略}，一為{沒有恐懼}，要分成兩題。有所領略較為抽象，可具體陳述。</p> <p>2. <u>能夠有所領略</u>，是指對生命或？請再具體一點。</p> <p>3. 指期待自己或家人、親屬？</p>	<p>1.專家學者們對「有所領略」表示語意太模糊，不可具體。但研究者與指導教授討論後認為「有所領略」更能表示對生命的了悟，故不作修正。</p> <p>2. 我」就是「自己」。</p>
21. 我期待在自己選擇的臨終地點善終。	1.指期待自己或家人、親屬？	1.「我」就是「自己」。
22. 當選擇醫院或者家中為臨終地點時，我期待在家中善終。	1.指期待自己或家人、親屬？	1.「我」就是「自己」。
	<p>綜合意見：</p> <p>1.不可治修正為不可治癒。</p> <p>2.此研究對安寧緩和推廣教育上和學術上非常有貢獻，是很有意思之研究，請加油。</p>	1. <u>不可治</u> 病人是根據安寧緩和醫療條例中的專有名詞而來，但專家學者們的意見皆覺得不夠清楚，故修訂為 <u>不可治癒</u> 病人。

	<p>3.認知與態度應釐清。Hospice 認知、Hospice 態度、病情告知都是很大的 topic。</p> <p>4.在就文獻中相關的認知內容及態度內容熟讀了解，再看自己要調查及研究的內容是什麼。許多的題目好像是安寧療護的簡章中的內容，沒有真正 Hospice 的認知、態度的內容，其包含的層面？如果只是要了解簡章及條例的內容作探討的話，建議問卷的內容就不要分爲「認知」與「態度」而合併爲「認知與態度」。</p> <p>5.請參考黃惠美等人對民眾 Hospice 認知調查的問卷。</p>	<p>2.本研究的研究動機與初發心是回應日常生活中友人面臨替家人決定是否 CPR 或 DNR 的兩難抉擇時，所承受的壓力與痛苦。若能對安寧教育和學術上有些微的貢獻，將是額外最大的收穫。</p> <p>3.本研究的主要限制在於研究者缺乏實證護理的經驗，只能就研究者閱讀相關文獻，以及所關懷的焦點自編問卷，也許對安寧療護的重要認知與態度缺少了護理人員的敏感度，不過研究者已盡量利用文獻探討與專家內容效度來彌補這方面的不足。</p> <p>4.安寧療護的知識量表包含的層面有：醫療理念、大眾迷思、法令規定、病情告知、預立醫囑、急救處置；安寧療護的態度量表包含的層面有：安寧認同、醫療選擇、病情告知、預立醫囑、善終期待。</p> <p>5.量表發展過程中，每一題皆經與指導教授充分討論，且有嚴格的專家效度作把關，故在「知識」與「態度」上已作好清楚的區分。</p> <p>6.本量表發展之初，已參酌趙可式(2000)、黃惠美等人(2005)、周希誠等人(2006)的研究工具，並根據文獻探討與 Devellis(1999)提出的量表發展原則來自編工具。</p>
--	---	---

附錄四：大學生對安寧療護的知識與態度調查問卷（預試問卷）

親愛的同學：

您好，首先感謝您抽空填答這份問卷。這是一份關心安寧療護現況的研究，本問卷以全國大學生為調查對象，探討目前大學生對安寧療護知識的理解以及對安寧療護態度的看法。您所填的答案愈真實，愈能讓本研究獲得真實的結果。本研究的內容僅供學術之用，請放心作答。謝謝您的支持與協助！

※請注意：本問卷包括，基本資料、安寧療護的知識、安寧療護的態度三部分，請不要遺漏任何問題，否則無法處理，甚為可惜！再度感謝您的協助！

南華大學生死學系研究所

指導教授：蔡明昌 博士

研究生：李佩倩

民國九十七年 十二月 敬上

第一部分：基本資料（根據下列各題的內容，填入答案）

- 1．目前就讀：_____年級
- () 2．性別：(1) 男 (2) 女
- () 3．年齡：(1) 19 歲以下 (2) 20-24 歲 (3) 25-29 歲 (4) 30 歲以上
- () 4．父親教育程度：
 - (1) 小學（含畢業及肄業）
 - (2) 國中（含畢業及肄業）
 - (3) 高中職（含畢業及肄業）
 - (4) 大學專科（含畢業及肄業）
 - (5) 研究所以上（包含碩士及博士畢業及肄業）
- () 5．母親教育程度：
 - (1) 小學（含畢業及肄業）
 - (2) 國中（含畢業及肄業）
 - (3) 高中職（含畢業及肄業）
 - (4) 大學專科（含畢業及肄業）
 - (5) 研究所以上（包含碩士及博士畢業及肄業）
- () 6．您居住最久的地方是：
 - (1) 直轄市（台北市、高雄市）
 - (2) 省轄市（基隆市、新竹市、台中市、嘉義市、台南市）
 - (3) 縣轄市（例如：板橋市、桃園市、苗栗市、新營市…等）
 - (4) 鄉鎮地區（例如：岡山鎮、埔里鎮、民雄鄉、汐止鎮…等）
- () 7．您是否有宗教信仰：(1) 是 (2) 否
- () 8．您是否曾有罹患重病的經驗：(1)是 (2)否
- () 9．您是否曾修過生死教育相關課程：(1)是 (2)否
- () 10．您是否曾修過安寧教育相關課程或演講：(1)是 (2)否

- () 1 1 · 您認識的長輩或親朋好友是否曾經住過安寧病房：(1)是 (2)否
- () 1 2 · 您是否聽過安寧療護相關資訊：
- (1) 是 (請續答)
- (2) 否 (請跳至 1 5 題)
- () 1 3 · 您從哪些管道知道有關安寧療護的資訊：(可複選)
- (1) 親人 (2) 朋友 (3) 醫院 (4) 社工人員 (5) 電視 (6) 廣播
- (7) 網路 (8) 學校 (9) 海報、宣傳單 (10) 報章雜誌
- (11) 安寧照顧相關基金會 (12) 其他

1 4 · 父母的職業：(請參考職業欄表，找出與您父母相近的職業，填入英文代號。)

父 () 若無法判定，父親的職業為_____。

母 () 若無法判定，母親的職業為_____。

分類	A	B	C	D	E
列舉	工廠工人 學徒 小販 佃農 漁夫 清潔工 雜工 臨時工 工友 建築物管理員 門房 傭工 女傭 舞(酒)女 侍應生 家庭主婦 無業	技工 水電匠 店員 士(官)兵 小店主 零售員 推銷員 打字員 自耕農 司機 裁縫 廚師 領班 美容師 理髮師 郵差 監工	技術員 技佐 公務員 科員 行員 出納員 服裝設計師 縣市議員 鄉鎮民代表 批發商 代理商 演員 室內設計師 包商 尉級軍官 警察 女警隊員 消防隊員 小型企業負責人 秘書/代書 船員	中小學校長 中小學教師 幼稚園教師 會計師 法官 推事 律師 警官 工程師 建築師 畫家/作家 新聞電視記者 薦任級公務員 中型企業負責人 公司行號科長 院轄市議員 省議員 船長 經理/襄理 音樂家 校級軍官 協理/副理 護士	大專校長 大專教師 醫師 大法官 特任級公務員 簡任級工務員 立法委員 監察委員 考試委員 國大代表 董事長 總經理 將級軍官 科學家

第二部分 安寧療護的知識

【作答說明】：請仔細閱讀下列各題的敘述後，如果您覺得該題的內容是對的，請勾選是；反之，如果您覺得該題的內容是錯的，請勾選否。

	是	否
1. 安寧療護是減輕末期病人之痛苦，使其達到舒適。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 安寧療護讓不可治癒末期病人自然死亡。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 安寧療護是對不可治癒末期病人提供積極整體性的照顧。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 安寧療護的照護工作，不包括為家屬進行悲傷輔導。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 安寧療護以「治癒」末期病人為醫療目標。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 安寧療護用人工維生方式延長死亡時間。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 安寧療護重視末期病人的自主權，讓人有尊嚴地面對死亡。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 安寧療護讓末期病人在最後一程時，有醫護人員、社工、家人等的陪伴。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 安寧療護重視末期病人的生活品質。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 安寧療護提供人性化的居家照護空間。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 選擇安寧療護等於放棄治療。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 選擇安寧療護等於安樂死。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 安寧療護使用嗎啡來做疼痛控制，容易上癮。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 居住安寧病房比普通病房昂貴。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 居住安寧病房比普通病房耗費更多的醫療資源。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 安寧療護不會縮短病患的生命。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 安寧療護不放棄照護病人。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 目前在台灣，所有的末期病人都能申請住安寧病房。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. 肝硬化末期病人符合我國目前健保規定安寧病房的照護對象。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 意識清楚的末期病人，沒有權利簽署「不施行心肺復甦術」意願書。…	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. 家屬有權利為昏迷的末期病人簽署「不施行心肺復甦術」同意書。……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. 醫師應選擇安寧療護末期病人要求，撤除維生系統，是協助自殺行為。…	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. 「不施行心肺復甦術」的要件，需要有二位醫師診斷確為末期病人。…	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. 未成年人簽署「不施行心肺復甦術意願書」，應得法定代理人同意。……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. 健康時，簽署「預立不施行心肺復甦術意願書」是合法有效的。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. 簽署「不施行心肺復甦術意願書」時，要有二位見證人在場。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. 健康時，簽署「預立醫療委任代理人委任書」是合法有效的。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. 為了讓接受安寧療護的末期病人善終，家屬要盡力對他隱瞞病情。……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. 為了讓接受安寧療護的末期病人善終，家屬要阻止醫護人員告知病情。…	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. 醫生有義務對接受安寧療護的病人或其家屬告知病情。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. 讓接受安寧療護的末期病人知道病情，可以讓他有充足時間安排後事。…	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. 接受安寧療護的病人明確表示欲知病情，家屬不願意，醫生應順從家屬。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. 健康的人不需要預立醫療遺囑，只有老年人與生病的人才需要。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. 預立醫療遺囑需要醫護人員當見證人。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. 請家裡的老年人預立醫療遺囑是違法的。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. 年滿二十歲以上具完全行為能力的人，可以預立醫療遺囑。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. 急救措施包含氣管內插管、體外心臟按壓、電擊等。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. 對末期病人施行心肺復甦術，可以達到治癒效果。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. 對無生命徵象的臨終末期病人進行急救，會增加其痛苦。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. 急救是對於突然發生意外的人進行的救治行為。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第三部分 安寧療護的態度

【作答說明】閱讀下列各題的敘述後，請根據下面各題目符合您的想法與態度的程度，圈選符合的數字，圈選5，表示該題目完全符合您的態度，以此類推。

	完 全 符 合	大 部 分 符 合	大 部 分 符 合	大 部 分 不 符 合	完 全 不 符 合
1.我會為家中末期病人選擇安寧療護。.....	5	4	3	2	1
2.我會在癌末時選擇安寧療護。.....	5	4	3	2	1
3.我願意多瞭解安寧療護的相關資訊。.....	5	4	3	2	1
4.我願意擔任安寧療護的志工服務。.....	5	4	3	2	1
5.我認為安寧療護課程應該編入通識教育。.....	5	4	3	2	1
6.我贊成家人在意識清楚時，預立遺囑交代醫療方式。.....	5	4	3	2	1
7.當家人簽署「預立醫療委任代理人」時，我願意擔任委任代理人。	5	4	3	2	1
8.擔任家人的「預立醫療委任代理人」時，並不會讓我覺得不自在。	5	4	3	2	1
9.我願意在健康時，就預立遺囑交代醫療方式。.....	5	4	3	2	1
10.事先預立醫療遺囑，並不會讓我覺得不自在。.....	5	4	3	2	1
11.我贊成用嗎啡來舒緩癌末病人的疼痛。.....	5	4	3	2	1
12.若急救無效，我贊成放棄「治癒」，改以「舒緩痛苦」為醫療目標。	5	4	3	2	1
13.我贊成讓末期病人知道病情。.....	5	4	3	2	1
14.我認為末期病人的家屬，不可阻止醫護人員告知病人病情。.....	5	4	3	2	1
15.若我罹患不治重症，我希望家人和醫師能確實告知我病情。.....	5	4	3	2	1
16.若我的家人罹患不治重症，我會選擇告知他們病情。.....	5	4	3	2	1
17.若我的家人罹患不治重症，告知他們病情並不會讓我覺得不自在。	5	4	3	2	1
18.我期待臨終時，能身體完整，沒有痛苦。.....	5	4	3	2	1
19.我期待臨終時，能心願已了，沒有牽掛。.....	5	4	3	2	1
20.我期待臨終那一刻，能夠有所領略，沒有恐懼。.....	5	4	3	2	1
21.我期待在自己選擇的臨終地點善終。.....	5	4	3	2	1
22.當選擇醫院或者家中為臨終地點時，我期待在家中善終。.....	5	4	3	2	1

附錄五：大學生對安寧療護的知識與態度調查問卷（正式問卷）

親愛的同學：

您好，首先感謝您抽空填答這份問卷。這是一份關心安寧療護現況的研究，本問卷以全國大學生為調查對象，探討目前大學生對安寧療護知識的理解以及對安寧療護態度的看法。您所填的答案愈真實，愈能讓本研究獲得真實的結果。本研究的內容僅供學術之用，請放心作答。謝謝您的支持與協助！

※請注意：本問卷包括，基本資料、安寧療護的知識、安寧療護的態度三部分，請不要遺漏任何問題，否則無法處理，甚為可惜！再度感謝您的協助！

南華大學生死學系研究所

指導教授：蔡明昌 博士

研究生：李佩倩

民國九十七年 十二月 敬上

第一部分：基本資料（根據下列各題的內容，填入答案）

1. 目前就讀：_____年級
- () 2. 性別：(1) 男 (2) 女
- () 3. 年齡：(1) 19 歲以下 (2) 20-24 歲 (3) 25-29 歲 (4) 30 歲以上
- () 4. 父親教育程度：
 - (1) 小學（含畢業及肄業）
 - (2) 國中（含畢業及肄業）
 - (3) 高中職（含畢業及肄業）
 - (4) 大學專科（含畢業及肄業）
 - (5) 研究所以上（包含碩士及博士畢業及肄業）
- () 5. 母親教育程度：
 - (1) 小學（含畢業及肄業）
 - (2) 國中（含畢業及肄業）
 - (3) 高中職（含畢業及肄業）
 - (4) 大學專科（含畢業及肄業）
 - (5) 研究所以上（包含碩士及博士畢業及肄業）
- () 6. 您居住最久的地方是：
 - (1) 直轄市（台北市、高雄市）
 - (2) 省轄市（基隆市、新竹市、台中市、嘉義市、台南市）
 - (3) 縣轄市（例如：板橋市、桃園市、苗栗市、新營市…等）
 - (4) 鄉鎮地區（例如：岡山鎮、埔里鎮、民雄鄉、汐止鎮…等）
- () 7. 您是否有宗教信仰：(1) 是 (2) 否
- () 8. 您是否曾有罹患重病的經驗：(1)是 (2)否
- () 9. 您是否曾修過生死教育相關課程：(1)是 (2)否
- () 10. 您是否曾修過安寧教育相關課程或演講：(1)是 (2)否

- () 1 1 · 您認識的長輩或親朋好友是否曾經住過安寧病房：(1)是 (2)否
- () 1 2 · 您是否聽過安寧療護相關資訊：
- (1) 是 (請續答)
- (2) 否 (請跳至 1 5 題)
- () 1 3 · 您從哪些管道知道有關安寧療護的資訊：(可複選)
- (1) 親人 (2) 朋友 (3) 醫院 (4) 社工人員 (5) 電視 (6) 廣播
- (7) 網路 (8) 學校 (9) 海報、宣傳單 (10) 報章雜誌
- (11) 安寧照顧相關基金會 (12) 其他

1 4 · 父母的職業：(請參考職業欄表，找出與您父母相近的職業，填入英文代號。)

父 () 若無法判定，父親的職業為_____。

母 () 若無法判定，母親的職業為_____。

分類	A	B	C	D	E
列舉	工廠工人 學徒 小販 佃農 漁夫 清潔工 雜工 臨時工 工友 建築物管理員 門房 傭工 女傭 舞(酒)女 侍應生 家庭主婦 無業	技工 水電匠 店員 士(官)兵 小店主 零售員 推銷員 打字員 自耕農 司機 裁縫 廚師 領班 美容師 理髮師 郵差 監工	技術員 技佐 公務員 科員 行員 出納員 服裝設計師 縣市議員 鄉鎮民代表 批發商 代理商 演員 室內設計師 包商 尉級軍官 警察 女警隊員 消防隊員 小型企業負責人 秘書/代書 船員	中小學校長 中小學教師 幼稚園教師 會計師 法官 推事 律師 警官 工程師 建築師 畫家/作家 新聞電視記者 薦任級公務員 中型企業負責人 公司行號科長 院轄市議員 省議員 船長 經理/襄理 音樂家 校級軍官 協理/副理 護士	大專校長 大專教師 醫師 大法官 特任級公務員 簡任級工務員 立法委員 監察委員 考試委員 國大代表 董事長 總經理 將級軍官 科學家

第二部分 安寧療護的知識

【作答說明】：請仔細閱讀下列各題的敘述後，如果您覺得該題的內容是對的，請勾選是；反之，如果您覺得該題的內容是錯的，請勾選否。

	是	否
1. 安寧療護是減輕末期病人之痛苦，使其達到舒適。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 安寧療護是對不可治癒末期病人提供積極整體性的照顧。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 安寧療護的照護工作，不包括為家屬進行悲傷輔導。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 安寧療護以「治癒」末期病人為醫療目標。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 安寧療護用人工維生方式延長死亡時間。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 安寧療護重視末期病人的自主權，讓人有尊嚴地面對死亡。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 安寧療護讓末期病人在最後一程時，有醫護人員、社工、家人等的陪伴。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 安寧療護重視末期病人的生活品質。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 安寧療護提供人性化的居家照護空間。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 選擇安寧療護等於放棄治療。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 選擇安寧療護等於安樂死。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 安寧療護使用嗎啡來做疼痛控制，容易上癮。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 居住安寧病房比普通病房昂貴。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 居住安寧病房比普通病房耗費更多的醫療資源。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 安寧療護不會縮短病患的生命。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 安寧療護不放棄照護病人。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 目前在台灣，所有的末期病人都能申請住安寧病房。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 肝硬化末期病人符合我國目前健保規定安寧病房的照護對象。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. 意識清楚的末期病人，沒有權利簽署「不施行心肺復甦術」意願書。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 家屬有權利為昏迷的末期病人簽署「不施行心肺復甦術」同意書。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. 醫師應選擇安寧療護末期病人要求，撤除維生系統，是協助自殺行為。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. 「不施行心肺復甦術」的要件，需要有二位醫師診斷確為末期病人。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. 未成年人簽署「不施行心肺復甦術意願書」，應得法定代理人同意。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. 健康時，簽署「預立不施行心肺復甦術意願書」是合法有效的。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. 簽署「不施行心肺復甦術意願書」時，要有二位見證人在場。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. 健康時，簽署「預立醫療委任代理人委任書」是合法有效的。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. 為了讓接受安寧療護的末期病人善終，家屬要盡力對他隱瞞病情。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. 為了讓接受安寧療護的末期病人善終，家屬要阻止醫護人員告知病情。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. 醫生有義務對接受安寧療護的病人或其家屬告知病情。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. 讓接受安寧療護的末期病人知道病情，可以讓他有充足時間安排後事。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. 接受安寧療護的病人明確表示欲知病情，家屬不願意，醫生應順從家屬。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. 健康的人不需要預立醫療遺囑，只有老年人與生病的人才需要。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. 請家裡的老年人預立醫療遺囑是違法的。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. 年滿二十歲以上具完全行為能力的人，可以預立醫療遺囑。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. 急救措施包含氣管內插管、體外心臟按壓、電擊等。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. 對末期病人施行心肺復甦術，可以達到治癒效果。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. 對無生命徵象的臨終末期病人進行急救，會增加其痛苦。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第三部分 安寧療護的態度

【作答說明】閱讀下列各題的敘述後，請根據下面各題目符合您的想法與態度的程度，圈選符合的數字，圈選5，表示該題目完全符合您的態度，以此類推。

	完 全 符 合	大 部 分 符 合	大 部 分 符 合	大 部 分 不 符 合	完 全 不 符 合
1.我會為家中末期病人選擇安寧療護。.....	5	4	3	2	1
2.我會在癌末時選擇安寧療護。.....	5	4	3	2	1
3.我願意多瞭解安寧療護的相關資訊。.....	5	4	3	2	1
4.我願意擔任安寧療護的志工服務。.....	5	4	3	2	1
5.我認為安寧療護課程應該編入通識教育。.....	5	4	3	2	1
6.我贊成家人在意識清楚時，預立遺囑交代醫療方式。.....	5	4	3	2	1
7.當家人簽署「預立醫療委任代理人」時，我願意擔任委任代理人。.....	5	4	3	2	1
8.擔任家人的「預立醫療委任代理人」時，並不會讓我覺得不自在。.....	5	4	3	2	1
9.我願意在健康時，就預立遺囑交代醫療方式。.....	5	4	3	2	1
10.事先預立醫療遺囑，並不會讓我覺得不自在。.....	5	4	3	2	1
11.我贊成用嗎啡來舒緩癌末病人的疼痛。.....	5	4	3	2	1
12.若急救無效，我贊成放棄「治癒」，改以「舒緩痛苦」為醫療目標。.....	5	4	3	2	1
13.我贊成讓末期病人知道病情。.....	5	4	3	2	1
14.我認為末期病人的家屬，不可阻止醫護人員告知病人病情。.....	5	4	3	2	1
15.若我罹患不治重症，我希望家人和醫師能確實告知我病情。.....	5	4	3	2	1
16.若我的家人罹患不治重症，我會選擇告知他們病情。.....	5	4	3	2	1
17.若我的家人罹患不治重症，告知他們病情並不會讓我覺得不自在。.....	5	4	3	2	1
18.我期待臨終時，能身體完整，沒有痛苦。.....	5	4	3	2	1
19.我期待臨終時，能心願已了，沒有牽掛。.....	5	4	3	2	1
20.我期待臨終那一刻，能夠有所領略，沒有恐懼。.....	5	4	3	2	1
21.我期待在自己選擇的臨終地點善終。.....	5	4	3	2	1
22.當選擇醫院或者家中為臨終地點時，我期待在家中善終。.....	5	4	3	2	1