

南 華 大 學

生死學系

碩士學位論文

拒絕心肺復甦術之末期病人臨終時使用

急救藥物之探討

A study in the utilization of emergency

medicine in pre-dying patients with

Do-Not-Resuscitation

研 究 生：王淑如

指 導 教 授：王枝燦 教授

中 華 民 國 一 〇 四 年 一 月

南 華 大 學

生 死 學 系

碩 士 學 位 論 文

研 究 生： 王 淑 如

經 考 試 合 格 特 此 證 明

口 試 委 員： 周 宗 誠

賴 雅 淑

王 枝 燦

指 導 教 授： 王 枝 燦

系 主 任 (所 長)： 蔡 品 冠

口 試 日 期： 中 華 民 國 103 年 12 月 23 日

謝誌

研究所的生活總算告一段落了。考上研究是個意外也是老天爺的眷顧。那年發生了很多事，因為身體健康的問題有了職務的異動，經歷了感情的挫折，所以當時長官要資深人員去考研究所時，只是抱著去考個經驗的想法。而在南華生死系這三年多，感謝所有系上老師們的指導，開啟了我對生死領域不同的視野，也讓自己重新認識了自己。

這一路走來要感謝的人太多了。感謝鼓勵我考南華生死所的大正老師。感謝常榮大哥、啟雲大哥、揚媛姊、蕙珠、婉臻還有所有研究所的同學們，謝謝你們的陪伴與照顧。感謝國任醫師的協助，讓我順利取得院內研究計畫，使研究有經費執行。感謝銘雄、靜芳、芸瑄對於研究的建議與指導。感謝芊廷、妍樺還有單位同事的幫忙與協助。感謝滿姐、周大哥、海慧師父及單位的志工大哥大姐們的關心與照顧。感謝醫院同事的協助，讓問卷調查可以順利完成，還要感謝所有的病人及家屬，願意讓我們分享他們的生命故事。

而論文能夠順利完成，真的要非常感謝賴維淑老師跟周希誠主任的包容，與用心地指導及鼓勵。而指導教授王枝燦老師，甚至還多次到台中來指導論文的進行，若沒有教授的鼓勵與支持，這篇論文是不可能順利完成的，真的是非常的感恩大家。

最後要感謝總是在背後默默支持我的家人，有你們真好。

附註：本研究之經費來源為中山醫學大學附設醫院 102 年度院內研究計畫，編號 CSH2013-A-028。

王淑如 合十

2015/01/16

拒絕心肺復甦術之末期病人臨終使用急救藥物之探討

摘要

拒絕心肺復甦術(Do-Not-Resuscitation, DNR)，是希望末期病人在心肺停止時，不用無效醫療來延長瀕死期。但臨床上常遇到病人的 DNR 上會附註「使用急救藥物」，故本研究欲探討簽署 DNR 之末期病人死亡或臨終出院時，仍使用急救藥物之現況。本研究藉由回溯 2011 年台灣中部某醫學中心的死亡病歷，並針對該醫院之醫護人員進行問卷調查。將資料以 SPSS18.0 軟體進行統計分析。結果發現在病歷回溯中，安寧病房、一般病房及加護病房，急救藥物使用呈顯著差異($p < .000$)，安寧病房幾乎不使用，一般病房使用比率為 35%，加護病房為 75%。進一步分析發現，住院病人臨終使用急救藥物，與診斷($p < .05$)、所屬科別($p < .001$)、是否附註使用急救藥物($p < .001$)、最後 24 小時內使用急救藥物的劑量($p < .001$)及出院狀態($p < .05$)呈顯著差異。而問卷採 Likert-type 量表計分法，得分越高者，越傾向認為末期病人臨終不使用急救藥物。問卷調查發現，安寧病房成員態度得分最高，其次是一般病房，最低則是加護病房；曾上過 DNR 相關課程者態度得分較沒上過者高；認為病人在簽署 DNR 時，應該保留急救藥物使用，及醫療團隊建議臨終返家時使用升壓劑者，態度的得分較低；醫師的認態度得分是高於護理師的。而本研究無法呈現使用急救藥物，是否與不同病房屬性的制度文化，或病人及家屬決策過程有關，這些都有待更進一步研究。並於結論中，藉由本研究之發現，提供從事末期照護者一些建議，並利未來在政策推動之參考。

關鍵字：末期病人、臨終、拒絕心肺復甦術、急救藥物、無效醫療

A study in the utilization of emergency medicine in pre-dying patients with Do-Not-Resuscitation

Abstract

The definition of Do-Not-Resuscitate (DNR) is to refuse to use emergency medication to prolong patients' near death experiences. In clinics, often patients would put a notice of using emergency medication under DNR, the study aimed to explore what extent the emergency medication is used for those terminated patients signed DNR in Taiwan. Retrospective study design was used in this study to review medical charts of died patients give Cognition and Attitude Scale in Emergency medication use for Terminated Patients (CASETTP) to medical personnel in a medical center of Middle Taiwan in 2011. The higher score the participants gave, the lower tendency they would use emergency medication. The SPSS 18.0 statistical software was used for analyses. We found a significant difference of emergency medication use among Hospice ward, general wards and Intensive Care Unit (ICU) ($p < .00005$); the percentage of using emergency medication was shown as follows: none in Hospice ward, 35% in general wards and 75% in ICU. Further analysis showed significant correlation between emergency medication use and diagnosis ($p < .05$), department ($p < .001$), using notice for emergency medication use ($p < .001$), dosage of emergency medication at the last 24 hours ($p < .001$) and discharge situation ($p < .05$). The results showed that medical personnel who work in the hospice care ward had the highest scores, and those work in the general wards had the second highest scores and those work in the ICU had the lowest scores. In addition, the medical personnel who have attended DNR related courses had higher scores than those who haven't. The medical personnel who suggested to keeping emergency medication use under signing DNR, and the medical teams who suggest to using vasopressors had lower scores, doctors gave higher scores than did nurses. The relationships between

emergency medication use and department and decision making from patients or relatives were not found to be significant and need further investigation. The findings in this study would provide some suggestions for those who involved in hospice care and policy makers.

Keywords: terminated patients, hospice, Do-Not-Resuscitate (DNR), emergency medication, futility



目次

第一章 緒論	1
第一節 研究動機與背景	2
第二節 研究目的與問題	5
第三節 重要名詞界定與解釋.....	6
第四節 研究範圍與限制	7
第二章 文獻探討	8
第一節 心肺復甦術相關研究.....	8
第二節 醫護人員的認知與態度及病歷回溯.....	11
第三章 研究設計與實施	14
第一節 研究架構.....	14
第二節 研究假設.....	16
第三節 研究對象.....	18
第四節 研究工具.....	19
第五節 實施程序.....	22
第六節 資料處理與分析	24
第四章 研究結果分析	27
第一節 基本資料與現況之敘述性統計	27
第二節 病房屬性臨終使用急救藥物之狀況分析.....	42
第三節 不同背景變項醫護人員認知與態度之關聯分析	59
第四節 回溯病歷資料與問卷資料之關聯分析討論	73
第五章 討論	79
第一節 病歷資料之發現與統整歸納	79
第二節 醫護人員之發現與統整歸納.....	81
第三節 留一口氣返家的迷思.....	83
第四節 研究者的臨床經驗	84

第六章 結論與建議	86
第一節 研究結論.....	86
第二節 研究貢獻、建議與限制.....	87
第三節 結語.....	88
文獻	89
附 錄	93
附件一、專家審查表.....	93
附件二、專家意見回覆整理表.....	103
附件三、問卷預試整理	112
附件四、修訂後之簽署 DNR 之末期病人臨終時使用急救藥物現況調查表	113
附件五、臨床研究受訪者問卷說明及同意書.....	114
附件六、修訂後醫護人員對簽署 DNR 之末期病人臨終時使用急救藥物之認知與態度 調查表	118

表目錄

表 三-1 問卷審閱專家之學經歷	21
表 四-1 病人基本資料之次數分配表(n=658)	29
表 四-2 住院時的醫療狀況及出院狀態之統計分析(次數分配)表(n=658)	31
表 四-3 家屬照顧狀況與 DNR 簽署者及為生醫療使用狀況次數分配表(n=658)	33
表 四-4 醫療團隊屬性及其末期照護計畫之次數分配表(N=658)	35
表 四-5 問卷發放及回收統計	36
表 四-6 醫護人員基本資料之次數分配表(n=659)	38
表 四-7 醫護人員對末期病人使用急救藥物之認知與態度分析摘要表	41
表 四-8 病房屬性與急救藥物使用之相關分析	42
表 四-9 不同病房屬性之病人基本資料與臨終使用急救藥物之相關分析	44
表 四-10 臨終使用急救藥物之獨立樣本 T 檢定	45
表 四-11 不同病房屬性之病人住院時的醫療狀況及出院狀態與臨終使用急救藥物之相關分析	47
表 四-12 不同病房屬性之病人家屬照顧狀況與 DNR 簽署者及為生醫療使用狀況與臨終使用急救藥物之相關分析	50
表 四-13 簽署 DNR 前後維生醫療介入項目與臨終使用急救藥物之無母數檢定	51
表 四-14 不同病房屬性之病人末期照護計畫與臨終使用急救藥物之關係	54
表 四-15 不同病房屬性之病人末期照護計畫與臨終使用急救藥物之無母數獨立性檢定	55
表 四-16 不同病房屬性相關變項與臨終是否使用急救藥物之邏輯斯迴歸分析	58
表 四-17 不同變項與認知之獨立樣本 t 檢定	61
表 四-18 不同變項與態度之獨立樣本 t 檢定	62
表 四-19 不同背景變項認知之單因子變異數分析	65
表 四-20 不同背景變項態度之單因子變異數分析	66
表 四-21 醫護人員背景變項及認知與態度交互關係數矩陣分析表	67
表 四-22 醫護人員背景變項對認知之迴歸分析摘要表	71
表 四-23 醫護人員背景變項對態度之迴歸分析摘要表	72
表 四-24 研究假設摘要分析表	74

表 四-25 病歷統計資料統整.....	76
表 四-26 問卷統計資料統整.....	77



圖目次

圖 3-1 研究架構	15
圖 3-2 甘梯圖	23



第一章 緒論

某日下午正準備要下班時，突然接到了肝膽腸胃科值班醫師的緊急電話。一位 50 多歲肝癌末期的病人，不久前先生才因肝癌過世，經歷過先生痛苦的疾病歷程，病人老早就交代好兒女，不要急救要讓她好走。三個子女雖然知道要尊重媽媽的決定「讓她好走」，但除了不插管急救，他們不知道還能做什麼。隨著病況變化病人開始意識不清，肚子也因為腹水增加變得越來越大。由於病人心願想留一口氣回去，故三個子女輪流守在旁邊，等醫師指示何時可以回家了。這天病人的生命徵象不穩定，醫生一早就上了升壓劑，傍晚病人的哥哥來看她，見她腹水嚴重四肢水腫，家人非常不捨，要求值班醫師幫病人放腹水，值班醫師解釋病人血壓低，這麼做會有生命危險，但家屬仍堅持要放水……。

隨著科技的進步，急重症加護技術的發展，越來越多高科技的維生醫療，使得重症病患的生命得以延長，愈來愈多的重症病人可，能在加護病房進入生命末期階，重症加護單位是成了病人最常死亡的地方(馬瑞菊，2013，林芳如，2010)，而研究也顯示，在美國重症病人接受緩和醫療的比率雖然增加，但病人死前一個月住進加護病房的比率也增加(Teno et al., 2013)。自然死在醫療機構中，似乎變得不太可能，因為醫療有太多可以做的，像是使用呼吸器、洗腎機、洗肝機、葉克膜還有各種強心劑、升壓劑等等。即使病人簽署了拒絕心肺復甦術(Do-Not-Resuscitation,DNR)，在加護病房仍有 73.08%的病人臨終使用升壓劑(黃錦鳳，2007)，也有研究指出 70.25%的病人或家屬，在簽署 DNR 時會保留急救藥物的使用，明顯高於插管(38.00%)、心臟按摩(3.25%)及人工呼吸(3.25%)(林亞陵，2009)。臨終病人使用急救藥物，常常只是延長瀕死期，但臨床上簽署 DNR 的末期病人，保留急救藥物使用是常見的。故本研究探討簽署 DNR 之末期病人臨終使用藥物的臨床現況，藉以引發對末期病人臨終使用急救藥物之相關議題的討論，以提供從事臨終照護者在臨床照護，或政策推動之參考。

第一節 研究動機與背景

壹、學術方面

因為對於末期病人照護困境的反思，1993 年趙可式博士把在英國的安寧療護醫院取得最高品質照顧的實務經驗帶回台灣，並規劃台灣安寧療護的推展(趙可式，2009)，加上政府教育機關於 1997 年底開始推動生命教育，將生死關懷納入生命教育中(陳立言，2004)，生命末期的照護漸受重視。國人從對於談論死亡避之唯恐不及的態度，到現在開始推廣的預立醫療自主計畫，如何善終成了熱門話題，最近新聞媒體及報章雜誌也較常出現對無效醫療的討論，聯合知識庫 2004/12/27 至 2014/12/15 期間，探討無效醫療的新聞共有 113 條，其中 2012 年至今就有 75 條，占了將近 7 成。雖然大部分末期病人及家屬，已能對心肺復甦術(CPR)只是造成末期病人臨終過程受苦的無效醫療有所認知，對簽署拒絕心肺復甦術(DNR)意願書或同意書¹，也較能了解與接受。但臨床上病人或家屬所簽署的 DNR 文件，往往被註記要保留急救藥物的使用。研究者統計照顧過的安寧共照病人，100 年 1-6 月 23 位死亡病人，有 12 位 DNR 同意書簽署時保留急救藥物使用，佔了 50%以上。也有文獻指出簽署 DNR 同意書，以選擇部分內容簽署最多，佔 79.04%，而其中 70.25%的病人或家屬會保留急救藥物的使用，主要因素與國人認為必須留一口氣回家，家屬通常認為持續急救藥物注射可幫助病人「留一口氣回家」(林亞陵，2009)，不過這似乎跟研究者的經驗不同，因為不少病人簽署 DNR 前已經使用了升壓劑，而不少選擇在醫院往生者臨終時也有使用急救藥物，此外也有部分病人或家屬以為急救藥物

¹ 「意願書」與「同意書」的差別為，意願書是由病人本人或醫療委任代理人簽署，而同意書則是當病人無法表達意願時，由家屬依照病人的意願簽署。由於收案期間為民國 100 年，故依當時行政院衛生署公告為『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』、『預立選醫療委任代理人委託書』、『不施行心肺復甦術同意書』六種表單。因應中華民國 102 年 1 月 9 日安寧緩和醫療條例之修訂，行政院衛生署於 102 年 5 月 15 日修正公告，『預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書』、『不施行心肺復甦術同意書』、『不施行維生醫療同意書』、『醫療委任代理人委任書』、『撤回預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願聲明書』五種表單。

為症狀控制藥物，而從文獻查證發現，有很多關於無效醫療的探討，或是 DNR 簽署議題的討論，但幾乎沒有特別針對臨終使用急救藥物的論述，故此議題是值得去探討。

貳、個人方面

一、個人背景

研究者在安寧療護領域服務至今邁入第十三年。在安寧病房擔任護理師 6 年，並在 2006 年至 2009 年間曾擔任安寧病房副護理長，後因生涯規劃目前為安寧共同照護護理師，服務的病人主要為在非安寧病房住院的末期病人。除了臨床照護外，並需負責單位教學與研究之責任。

二、個人動機

在十年前病人或家屬聽到安寧病房，都會很忌諱覺得沒希望，除非醫療團隊建議，否則末期病人或家屬根本不會想到：讓病人住安寧病房，而這幾年研究者反倒常遇到病人或家屬主動詢問安寧病房資訊，甚至主動要求住安寧病房，可見社會大眾也漸漸能接受安寧療護的照顧理念。越來越多人討論如何讓末期病人能善終，而無效醫療的倫理議題也漸受重視。臨床上，當家屬表示希望病人留一口氣回家時，往往是醫療團隊成員會建議臨終時讓病人使用升壓劑撐回家，或醫護人員覺得家屬會捨不得，故未與家屬討論而自行保留急救藥物。此外，還有家屬誤以為急救藥物就是止痛、止喘等症狀處理的藥物。研究者在與家屬討論的經驗裡，會簽署 DNR 文件往往是因為病人及家屬都不願病人臨終時再受苦，希望病人能善終。家屬以為留一口氣回家就是要用急救藥物，通常是因為醫療團隊建議，或是未與家屬討論使用急救藥物的利弊，甚至家屬誤以為簽署 DNR 同意書沒有保留急救藥物，就是連藥物治療都不給。

如果醫療團隊人員能事先了解，病人及家屬留一口氣回家的認知與期待，詳細與病人及家屬討論臨終使用急救藥物的利弊，並討論如何達到留一口氣返家的心願，並及早做好臨終準備，絕大多數的病人及家屬會認為，不需要在臨終時使用急救藥物。雖然研究者的經驗如此，但也可能是因為願意接受安寧照護的病人及家屬，普遍對於不延長病

人瀕死期是有共識的，所以病房屬性，住院天數，及癌症或非癌症之病人等等不同背景的病人，影響臨終使用急救藥物的狀況，引發了研究者的好奇。

參、社會方面

臨終關懷是生命教育非常重要的課題，如何善終不只是簽了 DNR 就好，對於臨終過程的準備也是很重要的，所以目前醫界及政府機構開始推行預立醫囑，就是要讓我們先去思考臨終時，自己想要接受的醫療照護，並為善終做準備。臨終病人接受插管、呼吸器、電擊等醫療措施，對家屬而言是直接看到親人受苦，所以較容易拒絕使用，但一般人很少會思考急救藥物可能造成的影響。臨終時使用升壓劑及強心劑等急救藥物會造成四輪的狀況：病人一臨終過程還要承受藥物延長瀕死期，及可能帶來的不適副作用，如胸悶、胸痛、末梢缺血性壞死、水腫等；家屬一經歷看著病人瀕死的延長，承受藥物副作用之不適的煎熬；醫療人員一違反醫學倫理之不傷害原則及公平正義原則；全民一造成醫療資源過度浪費。本研究探討拒絕心肺復甦術之末期病人臨終使用急救藥物之相關因子，希望引起醫界、學術界及社會大眾，對臨終病人使用急救藥物延長瀕死期議題的重視。

第二節 研究目的與問題

壹、研究目的

DNR 簽署對於末期病人照護是重要的議題，雖然已普遍的被醫療人員及社會大眾所了解及接受，但往往簽署 DNR 文件是因為病人生命已到盡頭，所以 DNR 的玄外之音是放棄、無意義、沒救了(吳春桂等人，2009; 陳昭好，2010)。對很多人而言，理智上知道 DNR 是為避免病人臨終受苦，但情感上還是會覺得被迫放棄醫療，所以雖然不插管、不電擊、不壓胸；但是急救藥物似乎看起來沒有對病人造成直接傷害，覺得總不能什麼都不做，眼睜睜的看病人離開吧？所以急救藥物還是要使用。於是重點轉移到，當病人心跳停止前，我們還有哪些藥物可以用？因此病人就在輸血、營養針、點滴、抗生素及急救藥物的陪伴下，走完最後一段路。生命末期照護，除了 DNR 簽署外，如何避免過多的無效醫療更是值得我們關注。

因此研究目的如下：

- 一、 希望了解末期病人臨終使用急救藥物的現況。
- 二、 希望了解醫護人員對於末期病人臨終使用急救藥物的認知、態度之現況。

貳、研究問題

根據研究目的，本研究欲釐清的問題如下：

- 問題一、末期病人基本特性與臨終時使用急救藥物之相關性為何？
- 問題二、住院時的醫療狀況及出院狀態與臨終時使用急救藥物之相關性為何？
- 問題三、家屬照顧、DNR 簽署及維生醫療使用與臨終時使用急救藥物之相關性為何？
- 問題四、醫療團隊屬性、末期照顧計畫內容與臨終時使用急救藥物之相關性為何？
- 問題五、醫護人員的基本特性跟認知與態度是否具有差異？
- 問題六、醫護人員的認知與態度跟接受末期照護相關教育之相關性為何？
- 問題七、醫護人員的認知與態度跟末期病人照護相關醫療決策經驗之相關性為何？

問題八、醫護人員的認知與態度跟末期病人相關照顧經驗之相關性為何？

問題九、醫護人員的認知與態度與臨終時使用急救用藥之相關性為何？

第三節 重要名詞界定與解釋

為利於研究之進行，此節將就本研究所使用的重要名詞予以闡述說明與界定，包括「拒絕心肺復甦術」、「末期病人」、「急救藥物」、「臨終使用急救藥物」、「認知與態度」。

壹、 拒絕心肺復甦術(Do-Not-Resuscitation；DNR)

心肺復甦術是指對於瀕死或無生命跡象的病人，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。本研究指的拒絕心肺復甦術是，末期病人臨終、瀕死或無生命徵象時，拒絕施予心肺復甦術並有病人簽署之『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』或『預立不施行心肺復甦術意願書』，若無病人簽署之意願書，則需有家屬簽署之『不施行心肺復甦術同意書』。

貳、 末期病人

本研究指的末期病人是依，中華民國八十九年五月二十三日制定的安寧緩和醫療條例，第三條第二項規定之，罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已不可避免者。

參、 急救藥物

急救藥物指的是，強心劑及升壓劑等用來維持生命徵象的藥物(林少琳, 2009)，本研究的急救藥物包括 Atropine、Dopamine 及 Levophed。

肆、臨終使用急救藥物

臨終是一個過程，本研究所謂的臨終使用急救藥物，指的是探討病人在院死亡或辦理臨終出院前，最後一次使用急救藥物的狀況，而臨終是否使用急救藥物，則是依據病歷上記載死亡或是臨終出院時，是否仍使用急救藥物做判定。

伍、附註使用急救藥物

此處指的是病人的 DNR 意願書或同意書上，有特別附註使用急救藥物者。

陸、認知與態度

認知指的是個人對事物之瞭解情形、知識程度及的看法。而態度是個人的心路歷程，它決定個人在社會中實際與潛在的反應。(楊國樞、文崇一、吳聰賢、李亦園，1989) 此處的認知與態度是指由「醫護人員對簽署不施行心肺復甦術之末期病人臨終時使用急救藥物之認知與態度調查表」收集之資料，認知部分共 10 題，每題為 0-2 分，總分最高 20 分最低 0 分，得分越高對末期病人臨終使用急救藥物的認知越正向，即越不認為臨終需要使用急救藥物；而態度部分則有 13 題，每題為 1-4 分，總分最高 48 分最低 13 分，得分越高對末期病人臨終使用急救藥物的態度越正向，即越不認為臨終需要使用急救藥物。

第四節 研究範圍與限制

- 壹、因針對病歷探究，僅能就紀錄所呈現資料進行分析，受限於病歷紀錄的內容，無法就病人的偏好、病人及家屬對生命末期照護的認知與態度、醫病關係、醫療決策過程、社會心理支持等因素進行分析。
- 貳、各科別醫護的成員異動，其認知與態度有回溯的偏誤，故設定異動前後有一致的結果。
- 參、研究對象只為 2011 年中部某醫學中心，住院期間死亡或瀕死出院之病人，及該院的醫護人員，故結果外推性會有限制。

第二章 文獻探討

心肺復甦術(Cardiac-Pulmonary Resuscitation; CPR)是一個術語，指用於病人發生心跳中止時，藉由一系列的介入措施，以恢復心跳與呼吸，是挽救生命有效的緊急治療(Berlinger, Jennings, & Wolf, 2013)。雖然 CPR 是挽救生命有效的緊急措施，對於疾病末期病人而言，卻是一項痛苦的無效醫療。有研究指出 ICU 病人經歷過 CPR 成功比率 25.5%，但最終僅有 6.5%存活出院(楊興易等人，2001)。而早在 1974 年，美國的 National Conference On Standards For CPR and Emergency Cardiac Care 會議就做出了「CPR 的目的在防止非預期的突發死亡，在末期而無法恢復的病人並不適用」的結論。而在國內早期在醫院死亡的病人，CPR 是必要的醫療措施，由於生命教育及安寧療護的推動，末期病人自然死的權利受到了重視，終於 2000 年立法通過的安寧緩和醫療條例(民 89 年 5 月 23 日)，使病人自然死的權利受到保障。雖然如此，但在面對末期病人要不要施行心肺復甦術，實務運作上還是有很多需議題須討論，所以有很多與心肺復甦術相關的研究探討。就相關文獻探討議題整理如下：

第一節 心肺復甦術相關研究

壹、 就倫理法律層面探討

我國在 2000 年立法通過的安寧緩和醫療條例(民 89 年 5 月 23 日)，立法精神為保障末期病人自然死的權利，故條文第一條開宗明義的說明「為尊重不可治癒末期病人之醫療意願及保障其權益，特制定本條例」，而此條例第七條即明定了末期病人有選擇拒絕心肺復甦術的權利。但第三條第三項，心肺復甦術：指對臨終或無生命徵象之病人，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。造成社會大眾及醫護人員的誤解為 DNR 是可選擇部分。但 DNR 這一套救命的技術，包括插管、電擊、給急救藥物等措施。「部分措施」或「化學措施」是一種將急救的不同醫療介入分開來使用的做法，如要心臟按摩、強心劑，但不電不插管，這樣的做法不是心肺復甦術的本意(辛幸珍、許正園、陳汝吟、陳彥元、蔡篤堅，2011)。

雖然國外也有學者提出不同的想法，認為當病人預期 CPR 無效，而家屬又不能接受 DNR 時，假裝急救(Slow Codes)措施是適當的(Lantos & Meadow, 2011)。但這是一種掩飾且不符合倫理的(辛幸珍等人，2011)。DNR 雖然會延長末期病人的瀕死期，造成病人的不適及醫療資源的浪費，但由於社會文化及宗教信仰的不同，重症病人簽署 DNR 仍有一些關鍵的倫理法律問題待解決(Santonocito, Ristagno, Gullo, & Weil, 2013)。對於 DNR 的簽署者的合法性，終止與撤除心肺復甦術的適法性等部分條文內容，仍受法學界、醫學界及社會大眾之爭議與討論。就倫理及法律面向，此條例還是有很多值得批判及檢討的地方，雖然如此對於末期病人來說，此法律確實是讓末期病人的權利受到重視及保護，所以末期病人之 DNR 簽署是受到倫理法律的認可(王志嘉、楊奕華、邱泰源、羅慶徽、陳聲平，2003；吳俊穎、賴惠蓁、陳榮基，2010)。

為了避免將簽署 DNR 就等同放棄所有維生醫療，或是將 CPR 技術的執行做部分選擇，2014 年 1 月 9 日，安寧緩和醫療條例已將心肺復甦術定義修改為：指對臨終、瀕死或無生命徵象之病人，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、人工呼吸等標準急救程序或其他緊急救治行為。並新增了，維生醫療：指用以維持末期病人生命徵象，但無治癒效果，而只能延長其瀕死過程的醫療措施。

貳、醫護人員的困境

在探究護理人員面對不施予心肺復甦術所遭遇的困境研究指出，家屬對不施予心肺復甦術意義的誤解、救與不救間的矛盾；醫護人員自身預設的立場、告知責任的歸屬、告知內容的可理解性、告知的時機；照顧臨終病人面臨不施予心肺復甦術時由誰告知、告知什麼、何時告知、如何告知等專業態度都是臨床上實際的倫理困境(蔣欣欣、彭美慈、余玉眉、蘇逸玲，2006)。而透過「預立醫囑 (advance directives)」的簽署可以讓個人在意識清醒、有行為能力時，為自己未來所希望獲得的醫療處置作一個預先的指示或說明的文件，減少家屬在病人臨終時做決定的壓力。但在預立醫囑的討論與書面文件的簽署，卻經常是在病人病情嚴重、接近臨終時，而且多數經由家屬代理同意，此外，病情告知的困境、不予與撤除的掙扎、認知與執行上不一致等，皆使得醫護人員在與病

人和家屬討論預立醫囑時更顯得困難，無法充分尊重病人之生命自決權(方慧芬、張慧玉、林佳靜，2009)。雖然如此然，而國外對晚期癌症患者的生命末期決策的介入措施(包括信息的小冊子和討論)研究顯示，介入措施不會導致焦慮或憂鬱，照顧者較少負擔，介入措施與提早安排死亡相關的 DNR 醫囑有關且，病人較少在醫院死亡(Stein et al., 2013)。

參、無效醫療

除了倫理法律層面，關於末期病人簽署 DNR，文獻討論多指向無效醫療及善終概念。醫療的進步確實讓人類的壽命延長，但是在延長生命的同時，也讓人開始反思，人是否在生命最後都必須依靠機器活著，死亡總要經過各種醫療儀器設備的洗禮？由於葉克膜的發明，讓無效醫療及善終的議題讓人更加關注。但法律規定重症病人必於提供急救措施，病人簽署了 DNR 似乎與法律相衝突，而要思辨是否有衝突，可由以下五個方面：(一)急救的意義、(二)急救與 DNR 醫囑的關係、(三)無效醫療的意義、(四)安樂死與 DNR 醫囑的關係、(五)DNR 醫囑何時可合法使用(McQuoid-Mason, 2013)。而我國的傳統文化是重視善終及尊嚴的走完生命歷程，所以當醫療已至極限，治癒已經不可能，陷於現代高科技之叢林之迷失，如何開創更人性化與生活品質照護之精緻化，讓病人免於痛苦及無謂的死亡過程延長，家屬免於煎熬，生死二相安，實為醫學應反省的課題。對於慢性之「末期病人」，如癌症末期、心、肺、肝、腎或腦功能嚴重器官衰竭的病人、愛滋病或運動神經元萎縮末期的病人，縱使能用 CPR 救回心臟暫時的跳動，只有受盡 CPR 折磨延長死亡過程。而文獻也都同意，末期病人臨終時經歷 CPR 是無意義且痛苦的治療，要讓病人善終，DNR 討論是照顧計畫很重要的一部分，而且應該提前討論末期照護方針。(吳春桂等人，2009；李英芬、方俊凱、莊榮彬、陳榮基，2010)，在加護病房會出現無效醫療的情況跟下列原因有關，包括醫護人員擔心有醫療糾紛、醫護人員本身的價值信念、醫療的不確定性、家屬與風俗文化、醫病之間缺乏時效性。(林芳如等人，2010)。

肆、關於 DNR 的決策

影響病人參與醫療決策的因素很多，包括在醫病關係中，醫療知識的不對等、醫師解釋病情的內容與態度，及醫病間的信任關係，此外家屬對醫療決策的參與，及病人的特質，也是重要因素(林美伶、葉莉莉、陳清惠，2009)。而在探討病人及家屬認知及決策的心路歷程的文獻也指出，80%之 DNR 是由家屬簽署的，而病人及家屬之前的醫療經驗，病人是否之前表達過 DNR 的意願，病人的病程進展，及醫護人員在過程中的說明與解釋時，都會影響病人及家屬的決策 (曲懺敏，2011；周燕玉，2006；蔡淑華，2010)。家屬在面臨 DNR 的決策時，必須面對家庭因素，即因此醫護人員是否適時的提出 DNR 的照護計畫，以及醫護人員在與病人及家屬討論 DNR 時，說明的方式及態度，往往是造成病人及家屬在做 DNR 的醫療決策時，很重要的影響因素。

第二節 醫護人員的認知與態度及病歷回溯

壹、 醫護人員的認知與態度

DNR 簽署涉及病情告知與知情同意，我國醫療法規定病人有知情同意的權利，但如何知情同意呢？國內有針對護理人員的個人特質對知情同意的認知是否會產生不同的影響作研究，結果顯示：工作科別、院內倫理課程、年齡、及本身有簽署醫療處置說明書的經驗，對醫療處置說明書的認知有顯著相關；性別、年齡、宗教、目前機構年資、總年資、工作科別、進階職級及本身有簽署知情同意書的經驗，對自費同意書的認知有顯著相關；性別、年齡、宗教、現職工作科別對不施予急救同意書的認知有顯著相關(呂維倫，2010)。在影響醫師對病患簽署 DNR 認知程度與態度之研究顯示，醫師中 81.6 % 表示醫院有推行 DNR 觀念，但只有 54 % 醫師曾接受相關教育課程，且僅七成醫師對 DNR 具正確認知。醫師對 DNR 之認同普遍呈現正面態度，但簽署 DNR 後執行之態度普遍呈現中立態度，顯示醫師雖然普遍認同 DNR 觀念但在臨床執行上卻仍持保留態度。影響醫師認知程度之前三大因素為「是否曾參加 DNR 相關訓練課程」、「目前之能力是否適任 DNR 之說明」及「醫院層級」等。影響醫師認同態度最大因素為「能力適任 DNR 說

明」，其次為「有同儕團體分享經驗」。整體而言，醫院層級、醫師接受 DNR 教育課程等因素，會直接影響醫師對 DNR 認知程度，所以應加強這方面的宣導。當醫師認知程度愈高愈能持認同態度面對病患簽署 DNR 之過程 (彭文珍，2008)。一個針對波多黎各地區醫師做的研究顯示，對於培訓醫師 DNR 的知識和實施技能有地區性的差異，也影響民眾接受 DNR 的比率(Ramirez-Rivera, Canova-Diaz, & Hunter-Mellado, 2010)。有研究指出加護病房科別屬性及護理人員年資會影響其對 DNR 與對照顧 DNR 病人之態度；級階越低及年齡越輕者在對 DNR 之態度方面反而越好；年齡越輕者其痛苦程度與發生倫理困境的頻率越高 (莊紫雲、楊易宏、熊道芬、謝佑珊，2011)。在醫護人員對於 DNR 及安寧緩和條例的態度調查中顯示，95.7%受訪的醫護人員曾有 DNR 經驗，53.0%在執行 DNR 時，僅得到家屬的同意，31.8%受訪者疑過去執行 DNR 的合法性。約有八成(79.7%)受訪者支持本緩和醫療條例，但只有 17.4%醫護人員認為已完全了解條例內容，不過有 97.1%受訪者有意願更進一步瞭解條例之內容。研究結果也發現，緩和醫療工作人員對條例制定的支持程度，及按條例執行 DNR 的程度均較非緩和醫療病房工作人員為高，且研究對象對條例內容的了解程度與該條例的執行程度呈正相關。(胡文郁等人，2001)在醫護人員對於末期照護及 DNR 的知識與態度，國內相關研究也指出，醫護人員對於安寧緩和醫療的態度為正向，但知識部分則較不足(周希誠、李選、羅旭宜、周裕銓、張梅芳，2006)，再針對急診醫護人員的問卷調查中，醫師的知識態度均高於護理人員。而護理人員的對於安寧療護及 DNR 的知識和態度，會受對於相關教育的影響，及醫院等級；而醫師態度只受醫院等級的影響。(鄭夙芬、劉雪娥、方震中、萬國華，2010)

貳、病歷回溯

在病歷回溯的文獻中，針對癌症死亡病患不施行心肺復甦術文件簽署情形及是否簽署之相關因素分析結果為：有簽署不施行心肺復甦術相關文件 96.9% (316 位)、簽署文件為正式版的佔 59.2% (187 位)、簽署者為家屬 97.8% (307 位)、簽署者與病人關係為子女 65.5% (204 位)、解釋者為醫師 44.4% (138 位)、簽署距死亡時間 0.03 年 (11 天)、影響簽署的主要因子為科別(吳讚美等人，2009)。而在對生命末期住院病人簽

署不施行心肺復甦術同意書內容之現況，及分析簽署當時病人醫療狀態與簽署不施行心肺復甦術同意書內容之相關性的研究結果顯示，簽署不施行心肺復甦術 65 歲以上佔 53.32%。簽署當時病人之意識狀態平均 GCS 為 6.61 分；簽署當時與死亡間隔天數平均為 7.75 天。簽署不施行心肺復甦術病人當時病人之意識狀態、年齡與簽署不施行心肺復甦術內容達統計上顯著意義。簽署當時病人是否放置氣管內管、是否已執行人工呼吸、是否使用強心劑，及住院病房特性(一般病房與加護病房)對簽署不施行心肺復甦術病人內容亦有顯著差異。以羅吉斯迴歸統計，在控制相關變項下，簽署不施行心肺復甦術病人當時病人是否使用強心劑對簽署不施行心肺復甦術病人內容有顯著影響。排除已使用任一項維生系統（氣管內插管、急救藥物注射、人工呼吸）病人後，結果顯示簽署者與病人的關係、簽署時與死亡間隔時間關係達統計上顯著意義。控制相關變項，羅吉斯迴歸分析結果，簽署者與病人關係有顯著之影響。研究結論簽署不施行心肺復甦術內容在生命末期照護，具有影響病人生命末期的生活品質與生命尊嚴顯著相關性(林亞陵，2009)。而針對 7-8 成的病人或家屬在簽署 DNR 文件時保留急救藥物使用，在收集文獻中並未發現有針對簽署 DNR 卻保留急救藥物的因素作分析與探討，故研究者希望針對此議題做進一步的研究及探討。

第三章 研究設計與實施

醫療紀錄回溯(medical record review; MRR)或病歷回顧(chart review) 本質上是屬於回溯性研究的一種，通常是使用現有資料進行分析，因為資料來源為醫療病歷，故在健康相關研究上通常稱為“chart review”。而進行回溯性研究最大優點在於能夠聚焦研究問題、澄清研究假設、確立合適的樣本大小、確認前瞻性議題之可行性(呂淑華、戴玉慈，2010)。而問卷調查則是研究者用來收集資料的一種技術，也可以說是對個人行為和態度的一種測量技術(楊國樞等人，1989)

本研究為回溯性及探索性研究，採用病歷回溯法，以收集樣本醫學中心在 2011 年間，住院死亡及瀕死出院之死亡病人的病歷資料，並使用問卷調查，了解樣本醫院醫護人員對末期病人臨終時使用急救藥物之認知及態度，以試圖探索末期病人臨終使用急救藥物，與醫護人員對末期病人臨終時使用急救藥物之認知及態，兩者之間的關係。

第一節 研究架構

本研究所採取之分析架構，是將病歷回溯及問卷調查分別進行分析，回答本研究不同部分之提問。

首先，本研究將使用某教學醫院 2011 年死亡及瀕死出院之死亡病歷，在病歷資料分析上，本研究著重於前述文獻之整理，提出自變項：1.病人基本資料：性別、年齡、教育程度、婚姻、職業、宗教信仰、子女數；2.住院時的醫療狀況：診斷、住院時間長短、急救藥物使用情形(在 DNR 簽署前或簽署後使用、使用的時間長短、死亡前是否已撤除)；3.出院狀態：死亡、臨終出院、其他；4.家屬照顧狀況：同住者，照顧者；5.DNR 簽署者；6.是否有其他維生醫療；7. 醫療團隊屬性及其末期照顧計畫：安寧團隊介入、末期照護方針之紀錄的影響下，影響依變項：末期病人使用急救藥物情況：是否使用急救藥物？

第二部分所使用與進行處理的資料為醫護人員之自填式問卷調查，內容包括 1.個人相關基本資料(相關背景變項)：性別、年齡、婚姻、教育程度、宗教信仰、職稱、工作年資、所屬科別；2.參加相關教育經驗：是否上過如何討論及說明 DNR 相關課程、

是否上過末期病人照顧相關課程、是否上過安寧緩和醫療相關課程；3.相關醫療決策經驗：是否有幫親友簽署過 DNR、是否已簽署預立選擇安寧緩和醫療意願書；4.相關照顧經驗：是否有跟病人或家屬說明或討論過 DNR、是否曾與末期病人或其家屬討論臨終急救藥物之使用、是否曾給予末期病人臨終時使用急救藥物，將影響醫護人員對末期照顧的認知、態度，而其認知、態度也相互影響。

經由上述兩份資料的連結，故本研究的研究架構圖如下：



圖三- 1 研究架構

第二節 研究假設

依據相關研究文獻查證結果與分析，及本研究目的與關心議題，本研究待回答之研究假設如下：

假設 1. 末期病人基本資料與臨終時使用急救藥物之相關性

- 假設 1-1 不同性別之末期病人臨終時是否使用急救藥物呈顯著差異
- 假設 1-2 不同年齡之末期病人臨終時是否使用急救藥物呈顯著差異
- 假設 1-3 不同婚姻狀況之末期病人臨終時是否使用急救藥物呈顯著差異
- 假設 1-4 不同職業之末期病人臨終時是否使用急救藥物呈顯著差異
- 假設 1-5 不同教育程度之末期病人臨終時是否使用急救藥物呈顯著差異
- 假設 1-6 不同宗教信仰之末期病人臨終時是否使用急救藥物呈顯著差異
- 假設 1-7 不同子女數之末期病人臨終時是否使用急救藥物有顯著差異

假設 2. 住院時的醫療狀況及出院狀態與臨終時使用急救藥物之相關性

- 假設 2-1 癌症與非癌症之末期病人臨終時是否使用急救藥物呈顯著差異
- 假設 2-2 住院天數長短與末期病人臨終時是否使用急救藥物呈顯著差異
- 假設 2-3 是否附註使用急救藥物與末期病人臨終時是否使用急救藥物呈顯著差異
- 假設 2-4 急救藥物使用天數與末期病人臨終時是否使用急救藥物呈顯著差異
- 假設 2-5 急救藥物使用劑量增減與末期病人臨終時是否使用急救藥物呈顯著差異
- 假設 2-6 出院狀況與末期病人臨終時是否使用急救藥物呈顯著差異

假設 3. 家屬照顧、DNR 簽署及維生醫療使用與臨終時使用急救藥物之相關性

- 假設 3-1 同住者與末期病人臨終時是否使用急救藥物呈顯著差異
- 假設 3-2 主要照顧者與末期病人臨終時是否使用急救藥物呈顯著差異
- 假設 3-3 DNR 簽署者與末期病人臨終時是否使用急救藥物呈顯著差異
- 假設 3-4 DNR 簽署前有使用維生醫療與臨終時是否使用急救藥物呈顯著差異
- 假設 3-5 DNR 簽署後有使用維生醫療與臨終時是否使用急救藥物呈顯著差異

假設 4. 醫療團隊屬性末期照顧計畫與臨終時使用急救藥物之相關性

- 假設 4-1 醫療團隊屬性與末期病人臨終時是否使用急救藥物呈顯著差異
- 假設 4-2 安寧療護介入與末期病人臨終時是否使用急救藥物呈顯著差異
- 假設 4-3 紀錄方式完整性與末期病人臨終時是否使用急救藥物呈顯著差異
- 假設 4-4 DNR 討論提出者與末期病人臨終時是否使用急救藥物呈顯著差異
- 假設 4-5 討論是否使用維生醫療與末期病人臨終時是否使用急救藥物呈顯著差異
- 假設 4-6 預計臨終地點與末期病人臨終時是否使用急救藥物呈顯著差異
- 假設 4-7 死亡時是否有家屬陪伴與末期病人臨終時是否使用急救藥物呈顯著差異
- 假設 4-8 是否有道別與末期病人臨終時是否使用急救藥物呈顯著差異

假設 5. 醫護人員的基本資料跟認知與態度之相關性

- 假設 5-1 醫護人員的性別跟認知與態度呈顯著差異
- 假設 5-2 醫護人員的年齡跟認知與態度呈顯著差異
- 假設 5-3 醫護人員的婚姻狀況跟認知與態度呈顯著差異
- 假設 5-4 醫護人員的教育程度跟認知與態度呈顯著差異
- 假設 5-5 醫護人員的宗教信仰跟態度呈顯著差異
- 假設 5-6 醫護人員的職稱分類跟認知與態度呈顯著差異
- 假設 5-7 醫護人員的所屬單位屬性跟認知與態度呈顯著差異
- 假設 5-8 醫護人員的單位工作年資跟認知與態度呈顯著差異
- 假設 5-9 醫護人員的全部工作年資跟認知與態度呈顯著差異

假設 6. 醫護人員的認知與態度跟接受末期照護相關教育之相關性

- 假設 6-1 曾上過 DNR 相關課程跟認知與態度呈正相關
- 假設 6-2 曾上過末期病人照顧相關課程跟認知與態度呈正相關

假設 7. 醫護人員的認知與態度跟末期病人照護相關醫療決策經驗之相關性

- 假設 7-1 曾以最近親屬身份幫家人簽署過 DNR 跟認知與態度呈正相關
- 假設 7-2 已簽署預立選擇安寧緩和醫療意願書跟認知與態度呈正相關
- 假設 7-3 曾跟病人或家屬說明過 DNR 跟認知與態度呈顯著差異
- 假設 7-4 認為病人在簽署 DNR 時，應該保留急救藥物使用跟認知與態度呈負相關

假設 8.醫護人員的認知與態度是否跟末期病人相關照顧經驗之相關性

假設 8-1 曾給予末期病人臨終時使用急救藥物跟認知與態度呈顯著差異

假設 8-2 曾與末期病人或其家屬討論臨終急救藥物使用之利弊跟認知與態度呈顯著差異

假設 8-3 病留一口氣返家醫療團隊是會建議臨終返家時使用升壓劑跟認知與態度呈負相關

假設 8-4 留一口氣返家常遇家屬「主動要求」使用升壓劑跟認知與態度呈負相關

假設 9.醫護人員的認知與態度與臨終時使用急救用藥之相關性

第三節 研究對象

本研究的資料來源分為兩部分，分別為病歷回溯資料及問卷調查資料，收案機構是中部某教醫學中心，對象是該醫院之 2011 年，簽署 DNR 之臨終出院或死亡的病人，及該醫院之醫護人員。

壹、病歷回溯

對象是某教學醫院 2011 年 1 月至 2011 年 12 月，所有住院期間，簽署 DNR 之死亡或臨終出院的病人。先透過病歷室，取得 2011 年 1 月至 2011 年 12 月，住院醫囑系統顯示出院狀態為死亡、瀕死出院、自動出院之病人病歷號，並與由安寧病房個案管理系統，取得之 2011 年死亡病人資料，比對後共有 1,218 筆病歷資料，排除小兒科及精神科病人後共剩餘 1,098 筆資料，再經由住院醫囑系統逐筆查詢紀錄，剔除車禍及自殺等意外病歷，篩選出可能有簽署 DNR 之病歷 744 筆，而後向病歷室借閱病歷逐筆核對，確認符合收案分析之病歷共 658 筆，就此 658 筆病歷調查資料進行病歷回溯，調查簽署 DNR 之末期病人臨終時使用急救藥物之現況。

病人隱私保護：本研究回溯已死亡病人之病歷紀錄，故免除「受試者同意書」。為確保資料之保密性，依據衛生福利部「研究用人體檢體採集與使用注意事項」第二點第六款「去連結」之規定，問卷一律以編碼識別，去辨識化以確保所有資料之隱私。並依樣本醫院病歷借閱規定調閱病歷，並謹遵守研究倫理準則。

貳、問卷調查:

針對樣本醫院各病房之醫護人員進行問卷調查。受試者可自行決定是否參與本研究，簽署受試同意書後進行問卷填寫。共發出 818 份問卷，其中醫師部分發了 258 份，護理人員部份發了 560 份。回收問卷 672 份，醫師部分回收 125 份，護理人員部分回收 547 份。無效問卷 13 份，醫師部份 4 份，護理人員部份 9 份。扣除無效問卷之有效樣本共 659 份，醫師部份 121 份，護理人員部份 538 份。

個人隱私保護:本研究問卷調查，受試者姓名以一個研究號碼取代，研究所得資料和紀錄視為機密處理，僅供學術研究用，個別內容不對外公開。研究結果可能發表於學術性雜誌期刊，文章發表時以整筆資料呈現，受試者身分仍將受到保密。

第四節 研究工具

本研究採量化問卷方式進行資料收集，依據文獻資料、研究者個人與研究團隊實際臨床工作及研究經驗，加上專家學者等資料與意見，製作了「簽署 DNR 之末期病人臨終時使用急救藥物現況調查表」及「醫護人員對簽署 DNR 之末期病人臨終時使用急救藥物之認知與態度調查表」，做為研究資料收集使用。

壹、研究者本身

研究者本身在安寧照護領域有 13 年的經驗，對於本研究議題有高度的興趣，於研究者本身是臨床實務工作者，對於研究主題的掌握也較容易貼近臨床實際狀況。此外研究者是單位負責教學研究的角色，受過人體試驗相關之研究訓練課程。

貳、調查表及問卷

一、「簽署 DNR 之末期病人臨終時使用急救藥物現況調查表」

內容包括：病人基本特性(含性別、年齡、婚姻狀況、職業、教育程度、宗教信仰、子女數)、住院時的醫療狀況(含診斷、所屬科別，住院天數、是否附註使用急救用藥、出院或死亡時是否仍在使用急救用藥急、急救藥物使用天數、

簽署 DNR 日到出院日天數、死亡或出院前 24 小時內急救藥物使用的劑量)、出院狀態、屬照顧狀況(合同住者、主要照顧者)、DNR 簽署者、維生醫療使用情況(含簽署前其他維生醫療介入情況、簽署後其他維生醫療介入情況)及末期照顧計畫(含安寧團隊醫療介入情況、末期照護方針之紀錄情況)。研究者依病歷上的資料逐項勾選。

二、「醫護人員對簽署 DNR 之末期病人臨終時使用急救藥物之認知與態度調查表」

內容包括：醫護人員基本特性（性別、年齡、婚姻、教育程度、宗教信仰、職稱、所屬單位特性、單位工作年資、全部工作年資、參加相關教育經驗、相關醫療決策經驗、相關照顧經驗）、醫護人員對末期病人照顧的認知，及醫護人員對末期病人照顧的態度。「認知調查表」採 Likert 三點量表，共計 10 題，問題選項有對、錯及不確定，依答題正確與否給分，回答正確的得 2 分，回答不確定給 1 分，回答錯誤的給 0 分，分數越高者，對與末期照護理念及末期病人臨終使用不使用急救藥物的認知越正向，雖然問卷上共 11 題，但由於其中第三題的爭議較大，經由跟專家討論後不列入計算。而「態度調查表」則採 Likert 四點量表，共計 13 題，問題選項從「非常不同意」到「非常同意」，分別予以 1 至 4 分，以每題平均數反映醫護人員對末期病人接受緩和醫療及對末期病人臨終時不用急救藥物的態度現況，得分越高者態度越正向。

三、研究工具的信度、效度檢定

(一)、專家效度檢定

前述所編製之「簽署 DNR 之末期病人臨終時使用急救藥物現況調查表」及「醫護人員對簽署 DNR 之末期病人臨終時使用急救藥物之認知與態度調查表」，轉送專

家進行專家效度審查。並於審查之後採專家建議修訂前述兩項工具。審閱專家之背景簡介如下：

表 三-1 問卷審閱專家之學經歷

編號	姓名/職稱	學歷	專長
A	黃偉修醫師	國防醫學院醫學系畢業	血液腫瘤 癌末安寧療護
B	黃曉峰醫師	臺北醫學院醫學系畢 英國倫敦大學緩和療護碩士	一般婦科 婦科腫瘤 癌末安寧療護 安寧緩和醫療
C	胡文郁教授	臺灣大學護理學研究所 博士	腫瘤護理 安寧緩和醫療護理 慢性病護理及健康行為研究
D	楊婉萍助理教授	國立成功大學健康照護所博士	腫瘤護理 安寧緩和醫療護理 靈性 舒適護理 倫理 溝通與同理心
E	王素鴻護理長	中山醫學大學醫學研究所碩士	腫瘤護理 安寧緩和醫療護理

(二)、量表信度分析

「簽署 DNR 之末期病人臨終時使用急救藥物現況調查表」，資料收集只有研究者本身，故資料評量間一致性高。而「醫護人員對簽署 DNR 之末期病人臨終時使用急救藥物之認知與態度調查表」，則採用 Cronbach's α 係數進行信度考驗，求其內部一致係數，以檢定「態度量表」之穩定性，預試問卷 10 份，經信度考驗，Cronbach's α 係數.65，在可接受範圍內。

專家審查部分是請每位專家分別就「簽署 DNR 之末期病人臨終時使用急救藥物現況調查表」及「醫護人員對簽署 DNR 之末期病人臨終時使用急救藥物之認知與態度調查表」，依據其每題的重要性及適用性做勾選(見附件一)，問卷部分認知與態度各有 15 題，經專家修訂，預試意見整理(見附件三)後，保留認知 11 題，態度 13 題。病歷資料收集部分則依據專家建議做增減，專家審查建議整理(見附件二)。

第五節 實施程序

根據研究設計所規畫之研究步驟條列如下：

1. 搜集並閱讀文獻資料：節錄整理與本研究相關之文獻。
2. IRB 送審。
3. 擬定病歷收集資料內容。
4. 病歷資料收集及統計分析。
5. 擬定醫護人員問卷。
6. 醫護人員問卷發放，回收及統計分析。
7. 病歷分析資料與問卷資料分析與討論。
8. 研究論文之撰寫與報告。

據上述研究步驟，此研究之研究甘梯圖（Gantt Chart）如下



月次 工作項目	102. 07	102. 08	102. 09	102. 10	102. 11	102. 12	103. 03	103. 04	103 05	103 08/ 09	103 10/ 11	103 12
搜集並閱讀文獻資料	—————											
文獻閱讀與整理	—————											
IRB 送審	—————											
病歷資料收集內容及 醫護問卷編制	—————											
專家效度審核			—————									
死亡病歷資料收集				—————								
預試及預試分析				—————								
完成正式問卷					—————							
正式施測						—————						
資料分析、整理				—————								
撰寫研究論文									—————			
完成正式論文與報告												—————
預定進度(%)	8	15	23	34	47	52	61	68	78	82	91	100

圖三- 2 甘梯圖

第六節 資料處理與分析

本研究採問卷調查法收集資料，將已收集之資料編制譯碼簿，再依譯碼簿進行編碼和輸入電腦，以電腦套裝軟體 SPSS18.0 統計分析軟體進行資料的統計分析。配合研究問題及研究假設，病歷回溯中簽署 DNR 保留急救藥物的相關資料，以及描述醫護人員對 DNR 保留急救藥物之知識與態度等相關資料，將以描述性統計、獨立樣本 t 檢定(t-test) 以及卡方檢定簽署 DNR 保留急救藥物與基本屬性之關係，並利用單因子變異數分析、皮爾森積差相關、t-test、多元迴歸與邏輯斯迴歸分析，描述與推論醫護人員對 DNR 保留急救藥物之知識態度與基本屬性之關連，統計方法說明如下：

壹、 病歷回溯

一、描述性統計

以百分比、平均值與標準差等描述病人基本屬性，包括病人基本特性(含性別、年齡、婚姻狀況、職業、教育程度、宗教信仰、子女數)、住院時的醫療狀況(含診斷、所屬科別，住院天數、是否附註使用急救用藥、出院或死亡時是否仍在使用急救用藥、急救藥物使用天數、簽署 DNR 日到出院日天數、死亡或出院前 24 小時內急救藥物使用的劑量)、出院狀態、家屬照顧狀況(含同住者、主要照顧者)、DNR 簽署者、維生醫療使用情況(含簽署前其他維生醫療介入情況、簽署後其他維生醫療介入情況)及末期照顧計畫(含安寧團隊醫療介入情況、末期照護方針之紀錄情況)。

二、獨立樣本 t 檢定

分析病人年齡、住院天數、急救藥物使用天數、簽署 DNR 日到出院日天數，與臨終是否使用急救藥物之差異。

三、卡方檢定

分析病人基本特性(含性別、年齡、婚姻狀況、職業、教育程度、宗教信仰、子女數)、住院時的醫療狀況(含診斷、所屬科別、住院天數、是否附註使用急救用藥、死亡或出院前 24 小時內急救藥物使用的劑量)、出院狀態、家屬照顧狀況(含同住者、主要照顧者)、DNR 簽署者、維生醫療使用情況(含簽署前其他維生醫療介入情況、簽署後其他維生醫療介入情況)及末期照顧計畫(含安寧團隊醫療介入情況、末期照護方針之紀錄情況)，與臨終是否使用急救藥物之差異。

四、無母數檢定

分析簽署 DNR 前、後維生醫療介入項目加總，及末期照計畫之病歷紀錄方式加總，與臨終是否使用急救藥物之差異。

五、邏輯斯迴歸分析

分析相關變項與臨終是否使用急救藥物關聯性，以推論臨終使用急救藥物之預測因子。

貳、醫護人員問卷

一、描述性統計

以百分比、平均值與標準差等，描述醫護人員基本特性包括性別、年齡、婚姻、教育程度、宗教信仰、職稱、所屬單位特性、單位工作年資、全部工作年資、參加相關教育經驗、相關醫療決策經驗、相關照顧經驗、醫護人員對末期病人照顧的認知分數，及醫護人員對末期病人照顧的態度分數。

二、獨立樣本 t 檢定

分析性別、婚姻、參加相關教育經驗、相關醫療決策經驗、相關照顧經驗在醫護人員對末期病人照顧的認知及態度得分的差異。

三、單因子變異數分析(one-way ANOVA, independent samples)

分析教育程度、宗教信仰、職稱、所屬單位特性、單位工作年資分組、全部工作年資分組及年齡分組，在醫護人員對末期病人照顧的認知及態度得分的差異。

四、皮爾森積差相關(product-moment correlation)

分析年齡及全部年資，與醫護人員對末期病人照顧的認知及態度得分的交互關係。

五、多元迴歸

分析相關變項，與醫護人員對末期病人照顧認知及態度得分的關聯性，以推論醫護人員對末期病人照顧認知及態度得分之預測因子。



第四章 研究結果分析

本章旨在進行拒絕心肺復甦術之末期病人臨終使用急救藥物之探討，分別就所收集之病歷資料，以及醫護人員對末期病人使用急救藥物認知及態度問卷，兩方面的資料進行分析，並探討其之間的關係是否符合本研究之理論概念，驗證各項假設之成立，探討研究結果。本章共計分為四節進行說明，第一節基本資料與現況之敘述性統計；第二節病歷資料中病房屬性，其各變項臨終使用急救藥物之狀況分析；第三節醫護人員認知與態度之關連分析，及第四節病歷資料與問卷資料之關連分析討論。

第一節 基本資料與現況之敘述性統計

由於本研究所使用之資料共有兩部分，故此節將就「病歷調查資料」及「醫護人員認知與態度問卷」之基本資料與填答資料，進行敘述性統計說明。病歷回溯資料包括病人基本特性(含性別、年齡、婚姻狀況、職業、教育程度、宗教信仰、子女數)、住院時的醫療狀況(含診斷、所屬科別，住院天數、是否附註使用急救用藥、出院或死亡時是否仍在使用急救用藥、急救藥物使用天數、簽署 DNR 日到出院日天數、死亡或出院前 24 小時內急救藥物使用的劑量)、出院狀態、家屬照顧狀況(合同住者、主要照顧者)、DNR 簽署者、維生醫療使用情況(含簽署前其他維生醫療介入情況、簽署後其他維生醫療介入情況)及末期照顧計畫(含安寧團隊醫療介入情況、末期照護方針之紀錄情況)。

醫護人員對末期照護之認知與態度問卷調查則包括，醫護人員基本資料(性別、年齡、婚姻、教育程度、宗教信仰、職稱、所屬單位特性、單位工作年資、全部工作年資)、相關教育經驗(曾上過 DNR 相關課程、曾上過末期病人照顧相關課程)、相關醫療決策經驗(曾以最近親屬身份簽署過 DNR、簽署預立選擇安寧緩和醫療意願書、曾跟病人或家屬說明過 DNR、認為簽署 DNR 時，應該保留急救藥物使用)、相關照顧經驗(曾給予末期病人臨終時使用急救藥物、曾討論臨終急救藥物使用利弊、若病人要留一口氣返家醫療團隊是否會建議臨終返家時使用升壓劑、若病人要留一口氣返家常遇家屬「主動要求」使用升壓劑)、對末期病人照顧的認知，及對末期病人照護的態度。

壹、病歷回溯資料之分析

病歷回溯資料為 2011 年 1 月 1 日至 2011 年 12 月 31 日，出院狀態為死亡、瀕死出院、自動出院之病人病歷，排除小兒科與精神科病人、車禍及自殺等個案，篩選出有簽署 DNR 之病歷並調閱病歷，符合分析條件之病歷資料共 658 筆。病歷回溯資料進行分析性統計分析如下：

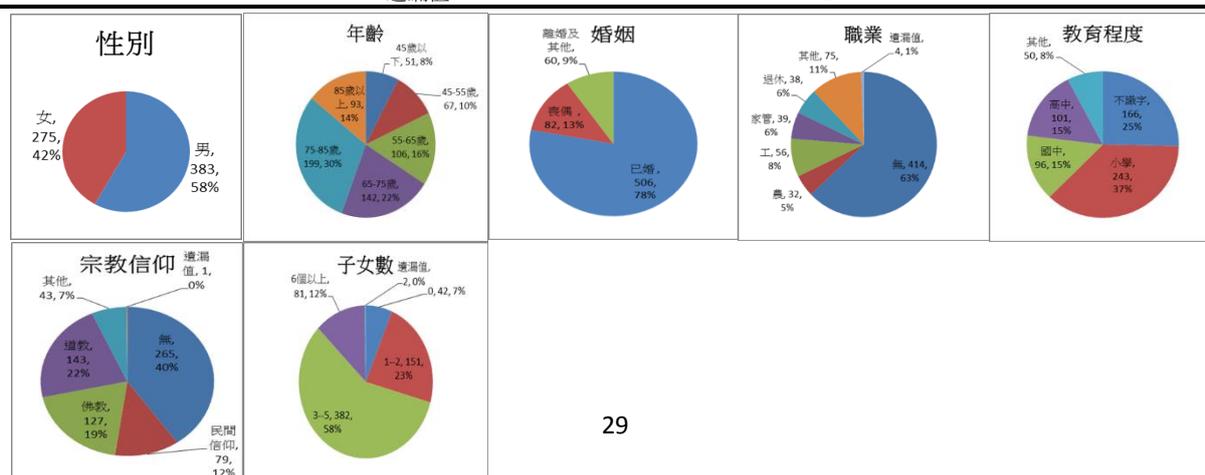
一、病人基本資料

病歷回溯之病人基本資料，依其人口學特性研究顯示 (n=658, 整理於表四-1)：男性較多佔 58.2%，女性佔 41.8%；平均年齡 69.2 歲(SD=15.20)；75-85 歲最多，佔 30.2%，其次是 65-75 歲，佔 21.6%。婚姻狀況已婚者，佔 76.9%，其次是喪偶，佔 12.5%。職業以「無」最多，佔 63.3%，其次是「工」，佔 8.6%。教育程度以小學最多，佔 37.0%，其次是不識字，佔 23.3%。宗教信仰已「無信仰」居多，佔 40.3%，其次是道教，佔 21.8%。子女數部分兒子以 2 個最多佔 34.9%，女兒以 1 個最多佔 31.3%，但女兒 2 個以上的佔 25.8%，兒子有 2 個以上的則佔 22.56%，總子女數以 3-5 個較多佔 85.2%。

由上述基本資料統計得知，簽署 DNR 之末期病人以男性較多，平均年齡約 70 歲，75 歲以上佔了 30%以上，大多已婚、無職業(由病歷發現除安寧病房病歷有評估生病前的工作外，其他單位病歷職業評估為當時病人是否能有工作，故以無職業者居多)、教育程度為小學、無宗教信仰、有 3-5 個子女者占 85%以上。

表 四-1 病人基本資料之次數分配表(n=658)

項目	組別	次數	有效百分比(%)
1.病人基本資料			
1-1 性別	男	383	58.20
	女	275	41.79
1-2 年齡(平均年齡為 69.82 歲；SD=15.20)	45 歲以下	51	7.75
	45-55 歲	67	10.18
	55-65 歲	106	16.11
	65-75 歲	142	21.58
	75-85 歲	199	30.24
	85 歲以上	93	14.13
1-3 婚姻狀況	已婚	506	76.9
	喪偶	82	12.46
	未婚其他	60	10.64
1-4 職業	無	414	63.3
	農	32	4.89
	工	56	8.56
	家管	39	5.96
	退休	38	5.81
	其他	75	11.47
	遺漏值	4	
1-5 教育程度	不識字	166	25.3
	小學	243	37.04
	國中	96	14.63
	高中	101	15.4
	其他	50	7.62
	遺漏值	2	
1-6 宗教信仰	無	265	40.33
	民間信仰	79	12.02
	佛教	127	19.33
	道教	143	21.77
	其他	43	6.54
1-7 子女數	遺漏值	1	
	子		
	0	89	13.57
	1	190	28.96
	2	229	34.91
	3	104	15.85
	4 以上女(含 4 個)	44	6.71
	女		
	0	127	19.36
	1	205	31.25
	2	155	23.63
	3	101	15.4
	4 個以上(含 4 個)	68	10.37
	子女總數		
	0	42	6.4
1-2	151	23.02	
3-5	382	58.23	
6 個以上	81	12.35	
遺漏值	2		



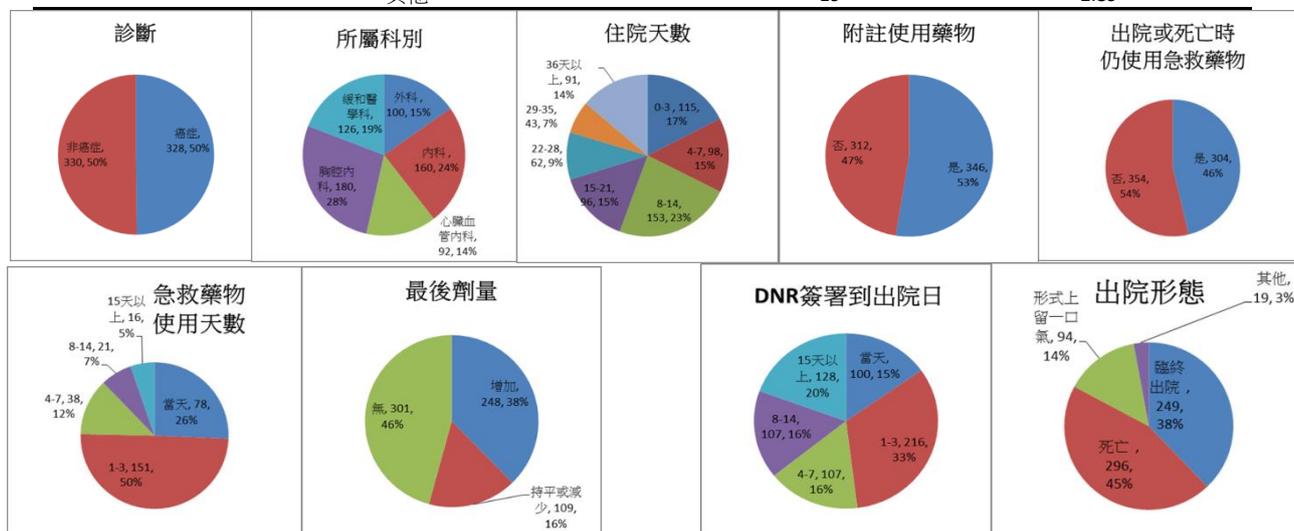
二、住院時的醫療狀況及出院狀態(見表 4 四-2)

收案之末期病人住院時的醫療狀況及出院狀態現況分析顯示(n=658，表 4-1-1-2)，住院診斷人數為非癌佔 50.2%，癌症佔 49.9%。病人住院科別以內科為主佔 38.3%，其次是胸腔內科佔 27.4%，緩和醫學科則佔 19.2%。住院天數以 1-2 週較多，佔 23.3%，平均住院天數 18.74 天(SD=20.96)。簽署 DNR 時有附註使用急救藥物者為 346 人，但實際有使用急救藥物的病人 379 人，其中死亡或出院前 1-3 天開始使用急救藥物比率較高佔 47.5%，其次是死亡或出院當天 27.2%，平均為 3.51 天(SD=6.72)，而在死亡或出院時仍在使用的急救藥物者共 304 人，因為其中 75 位死亡或出院前已停止急救藥物使用。在 304 人中其死亡或出院前 1-3 天開始使用急救藥物比率也較高佔 49.7%，其次是死亡或出院當天 25.7%，平均使用 3.55 天(SD=7.09)。整體而言，死亡或出院前 24 小時急救藥物使用劑量以「無」最多佔 45.7%，其次是增加者佔 37.7%。而在本研究中較高比率的病人是在死亡或出院前 1-3 天簽署 DNR，佔 32.8%，其次是簽署前 4-7 天或 8-14 天，佔 16.3%，平均為 12.10 天(SD=39.80)，出院型態則已死亡較多佔 45.0%，其次是臨終出院佔 37.8%。

由上述資料得知，簽署 DNR 的末期病人診斷別癌症或非癌症比約 1:1。病人住院的科別以內科為主，而緩和醫學科則不到 20%。住院天數以 1-2 週最多。死亡或出院前三天開始使用急救藥物者占了將近 50%，而死亡或出院當天使用急救藥物者則超過 25%，平均使用 3.55 天。超過 30%的病人死亡或出院前 1-3 天才簽署 DNR，平均是死亡或出院前 1-2 週簽署 DNR。而將近 45%的病人出院狀態是死亡。

表 四-2 住院時的醫療狀況及出院狀態之統計分析(次數分配)表(n=658)

項目	組別	次數	有效百分比(%)
診斷	癌症	328	49.85
	非癌症	330	50.15
所屬科別	外科	100	15.2
	內科	252	38.3
	胸腔內科	180	27.36
	安寧緩和醫學科	123	19.15
住院天數(天) (平均住院天數 18.74 天; SD=20.96)	0-3	115	17.48
	4-7	98	14.89
	8-14	153	23.25
	15-21	96	14.59
	22-28	62	9.42
	29-35	43	6.53
	36 天以上	91	13.83
是否附註使用急救藥物	是	346	52.58
	否	312	47.42
出院或死亡時是否仍在使用急救用藥	是	304	46.2
	否	354	53.8
急救藥物使用天數(天) (死亡或出院前，最後一次使用急救藥物的天數)			
1. 含死亡或出院前已停用藥物者 (平均天數為 3.51 天; SD=6.72)	當天	103	27.18
	1-3	180	47.49
	4-7	48	12.66
	8-14	28	7.39
	15 天以上	20	5.28
	註:此項目 N=379		
2. 未含出院前已停用藥物者(平均是 3.55 天; SD=7.09)	當天	78	25.66
	1-3	151	49.67
	4-7	38	12.5
	8-14	21	6.91
	15 天以上	16	5.26
註:此項目 N=304			
死亡或出院前 24 小時內急救藥物使用的劑量	增加	248	37.69
	持平或減少	109	16.56
	無	301	45.74
簽署 DNR 日到出院日天數(天) (平均為 12.10 天; SD=39.80)	當天	100	15.2
	1-3	216	32.83
	4-7	107	16.26
	8-14	107	16.26
	15 天以上	128	19.45
出院形態	臨終出院	249	37.84
	死亡	296	44.98
	形式上留一口氣	94	14.29
	其他	19	2.89



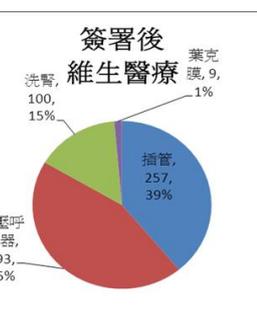
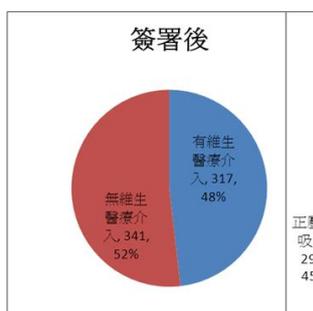
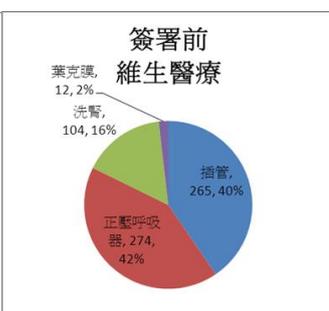
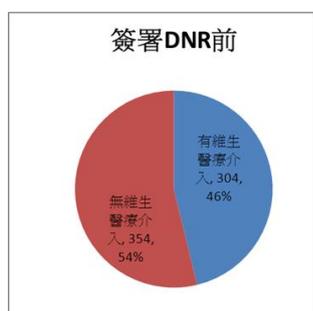
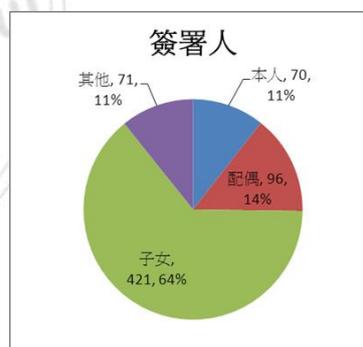
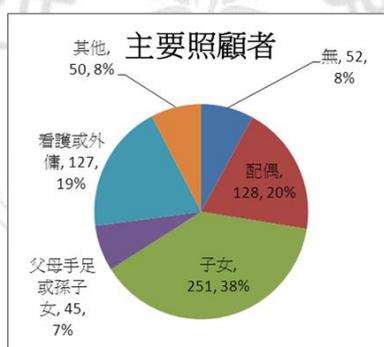
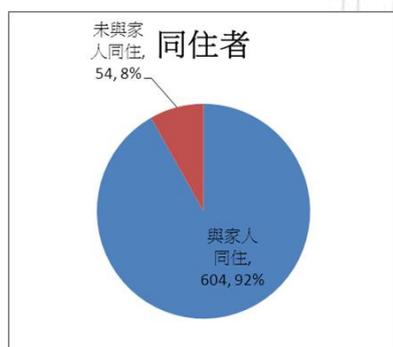
三、家屬照顧狀況與 DNR 簽署者及維生醫療使用狀況(見表四-3)

在家庭照護狀況上，主要跟家人同住者佔了 91.8%。而主要照顧者是以子女最多佔 38.4%，其次是配偶 19.6%，看護及外傭照護比例也達 19.5%。在 DNR 簽署者部分已子女最多佔 64.0%，其次是配偶 14.6%，而本人簽署者僅 10.5%。在簽署 DNR 之前已有插管、使用正壓呼吸器、洗腎或葉克膜之維生醫療至少 1 項者的比率有 46.2%，而其中以正壓呼吸器使用最多，佔 41.6%。其次是插管 40.3%，而在簽署 DNR 後仍有上述維生醫療介入的比率為 48.2%，其中仍以正壓呼吸器的比率最高佔 44.5%。

由上述資料得知，簽署 DNR 之末期病人主要都跟家人同住，子女是主要照顧者，DNR 簽署也以子女為主。而在 DNR 簽署前有將近 47% 的病人已使用一種以上的維生醫療(指插管、正壓呼吸器、洗腎或葉克膜)，而 DNR 簽署後有上述維生醫療介入者比率有 50%。

表 四-3 家屬照顧狀況與 DNR 簽署者及為生醫療使用狀況次數分配表(n=658)

項目	組別	次數	有效百分比(%)	
同住者	與家人同住	604	91.79	
	未與家人同住	54	8.21	
主要照顧者	無	52	7.96	
	配偶	128	19.6	
	子女	251	38.44	
	父母手足或孫子女	45	6.89	
	看護或外傭	127	19.45	
	其他	50	7.66	
簽署者	本人	70	10.64	
	配偶	96	14.59	
	子女	421	63.98	
	其他	71	10.79	
維生醫療使用情況	有維生醫療介入	304	46.2	
	無維生醫療介入	354	53.8	
	1. 簽署前其他維生醫療介入情	介入項目-		
		插管	265	40.27
		正壓呼吸器	274	41.64
		洗腎	104	15.81
		葉克膜	12	1.82
	2. 簽署後其他維生醫療介入情況	有維生醫療介入	317	48.18
		無維生醫療介入	341	51.82
		介入項目-		
		插管	257	39.06
		正壓呼吸器	293	44.53
		洗腎	100	15.2
		葉克膜	9	1.37



四、醫療團隊屬性及末期照護計畫(見表四-4)

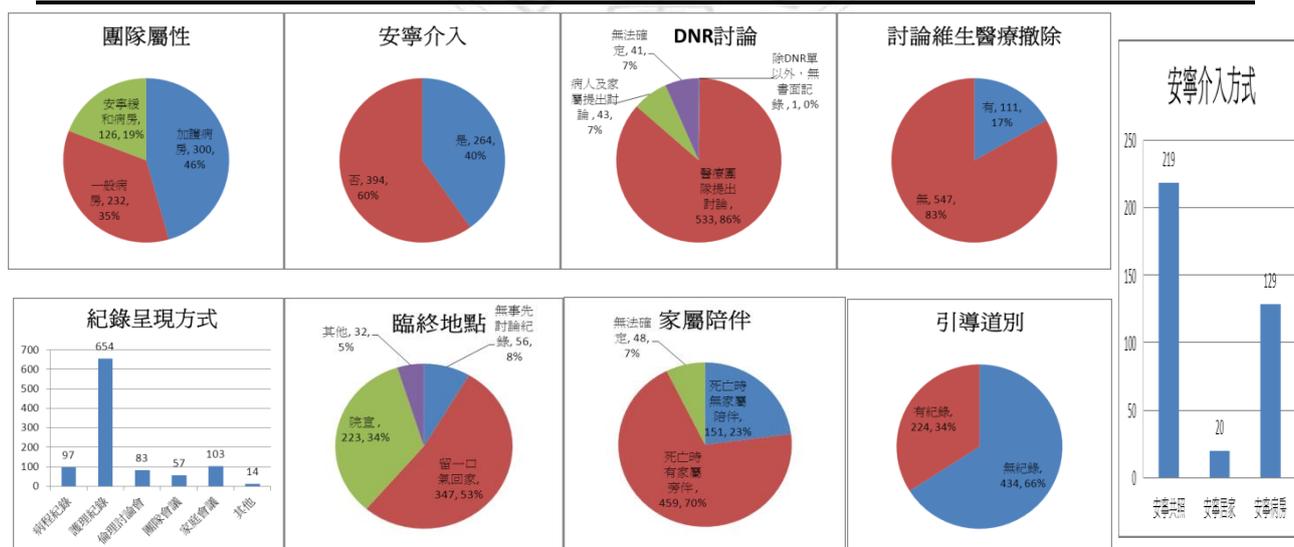
照顧病人的醫療團隊屬性方面，以加護病房較多，佔 45.6%，其次是一般病房佔 35.3%，安寧緩和醫療病房的照護則為 19.2%。而在末期照護計畫方面，收案的病人有安寧療護介入的比率為 40.1%，其中以安寧共照的方式最多佔 38.3%。其次是安寧病房佔 19.6%。

而在末期照護計畫部分，評估的紀錄資料為是否有關於 DNR 的討論紀錄，是否有評估討論撤除維生醫療紀錄，以及是否有善終準備紀錄(包含有無事先討論臨終地點，病人死亡時有無家屬陪伴及有引導病人與家屬道別紀錄)，經統計 99.5% 的病歷至少有一項上述的紀錄內容，其中以護理紀錄 99.4% 為最多，其次是家庭會議紀錄 15.4%，而醫師的病程紀錄在末期照護計畫的內容呈現只有 14.9%，且多是出院當天簡單敘述。DNR 簽署討論，由醫療團隊提出，佔 81.0%，其次是由病人或家屬主動提出佔 6.5%。在關於末期病人臨終時撤除維生醫療討論部分，有被提出討論佔 16.9%。而關於善終準備記錄呈現部分，有無事先討論臨終地點、病人死亡時有無家屬陪伴、及有無引導病人與家屬道別紀錄至少呈現一項者有 95.7%，其中關於臨終地點的選擇以留一口氣回家最多，佔 52.7%，其次是在醫院宣布死亡 33.9%。有 69.8% 的病人死亡時有家屬在旁陪伴，而在引導家屬跟病人道別部分，有 66.0% 在病歷紀錄上並沒有呈現。

由上述之資料可知，簽署 DNR 之末期病人約 40% 有接受安寧療護服務，以安寧共照方式為主。病歷上有末期照護紀錄呈現的方式主要為護理紀錄，而 DNR 議題的討論是以醫療團隊提出為主。約有 17% 的末期病人有臨終時撤除維生醫療討論，而關於臨終地點的選擇以留一口氣回家最多，這跟實際出院狀態並不同。約 70% 病人死亡時有家屬在旁陪伴，但無引導家屬跟病人道別的紀錄超過 65%。

表 四-4 醫療團隊屬性及其末期照護計畫之次數分配表(N=658)

項目	組別	次數	有效百分比(%)
醫療團隊屬性	加護病房	300	45.59
	一般病房	232	35.26
	安寧緩和病房	126	19.15
末期照顧計畫			
1.安寧團隊醫療介入情況			
1-1 是否有安寧介入—	是	264	40.12
	否	394	59.88
1-2 介入方式--	安寧共照	219	33.28
	安寧居家	20	3.04
	安寧病房	129	19.60
末期照顧計畫			
2.末期照護方針之紀錄情況			
2-1 是否有紀錄—	是	655	99.54
	否	3	0.46
2-2 有呈現之照護紀錄方式	病程紀錄	97	14.89
	護理紀錄	654	99.37
	倫理討論會	83	12.60
	團隊會議	57	8.66
	家庭會議	103	15.65
2-3 紀錄內容—	其他	14	0.15
	除 DNR 單以外，無書面紀錄	41	6.23
2-3-1 DNR 簽署討論	醫療團隊提出討論	533	81.00
	病人及家屬提出討論	43	6.53
	無法確定	41	6.23
	除 DNR 單以外，無書面紀錄	1.0%	
2-3-2 撤除維生醫療討論	有	111	16.87
	無	547	83.13
2-3-3 善終紀錄	有	630	95.74
	無	28	4.26
2-3-3-1 臨終地點	無事先討論紀錄	56	8.51
	留一口氣回家	347	52.74
	院宣	223	33.89
	其他	32	4.86
2-3-3-2 死亡時家屬陪伴	死亡時無家屬陪伴	151	22.95
	死亡時有家屬陪伴	459	69.76
	無法確定	48	7.29
2-3-3-3 引導道別	無紀錄	434	65.96
	有紀錄	224	34.04



貳、醫護人員認知與態度調查表之基本資料分析

醫護人員對於末期病人使用急救藥物之認知與態度調查表，其中醫師部分發了 258 份，護理人員部份發了 560 份，共發出 818 份問卷。回收問卷 672 份，醫師部分回收 125 份，護理人員部分回收 547 份。無效問卷 13 份，醫師部份 4 份，護理人員部份 9 份。扣除無效問卷之有效樣本共 659 份，醫師部份 121 份，護理人員部份 538 份。有效樣本回收率中，醫師部份為 48.5%，護理人員部份為 97.7%，問卷總回收率為 82.2%(見表四-5)。

表 四-5 問卷發放及回收統計

對象	發放份數(份)	回收份數(份)	無效問卷(份)	有效樣本回收率(%)
醫師	258	125	4	48.5(121/258)
護理師	560	547	9	97.7(538/560)
總計	818	672	13	80.2(659/818)

以下就醫護人員認知與態度基本資料之次數分配，及描述性統計分析如下：

一、醫護人員基本資料

依回收之 659 份醫護人員認知與態度之有效問卷進行分析(見表四-6)，在性別方面以女性居多，佔 82.6%。在年齡部分則以 25 歲以下較多佔 27.7%，其次是 26-30 歲為 34.9%，平均為 31.70 歲(SD=8.64)。婚姻狀況以未婚較多佔 62.8%，其次是已婚 36.4%，程度以大學為最多佔 78.8%，其次是碩士 8.4%。宗教信仰以無信仰者最多，佔 45.5%，其次是民間信仰 17.8%。職稱部分以護理師(N)最多佔 24.6%，其次是護理師(N2)佔 20.3%。人員所屬單位以一般病房最多佔 59.3%，其次是加護單位 20.6%，符合該收案醫院之人員現況。單位工作年資以 1-5 年較多佔 36.2% 其次是 5-10 年佔 22.3%，1 年以下則佔 19.2%，工作 10 年以上佔 22.3%，平均工作年資為 6.39 年(SD=6.79)。而人員的全部工作年資以 1-5 年為多佔 30.6%，其次是 10-15 年佔 21.6%，平均全部的工作年資為 8.43 年(SD=7.90)。由上述資料可知，受

試者以女性居多主要為護理人員，年齡 30 歲以下者佔一半以上，超過 60% 未婚，學歷以大學居多將近 80%。有將近一半者無宗教信仰，有將近 60% 所屬單位為一般病房，工作年資平均是 6-8 年。

相關教育訓練方面，醫護人員曾上過 DNR 相關課程的比率為 83.1%。曾上過末期病人照護相關課程者佔 81.0%。

相關醫療決策經驗方面曾以最親親屬身份簽署過 DNR 者佔 14.6%。在醫護人員自身簽署預立選擇安寧緩和醫療意願書的比率部分佔 7.0%。而醫護人員曾與病人或家屬說明過 DNR 的比率佔 64.2%。最後醫護人員認為簽署 DNR 時應該保留急救藥物使用的比率佔 49.5%，不認為應該保留急救藥物使用者佔 50.5%。由上述資料可知，在相關醫療決策經驗方面不到 15% 的醫護人員曾以最近親屬簽署過 DNR，而簽署安寧緩和醫療意願書的比率則不到 10%。而在與病人或家屬說明 DNR 部分約佔 65%，醫護人員認為簽署 DNR 應保留急救藥物的約佔 50%。

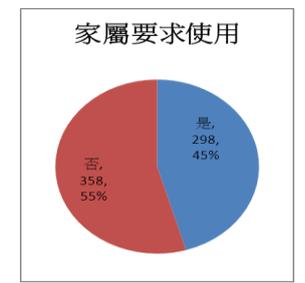
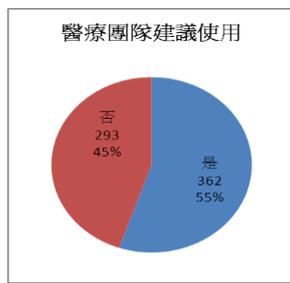
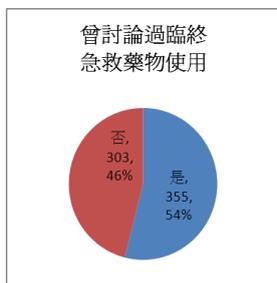
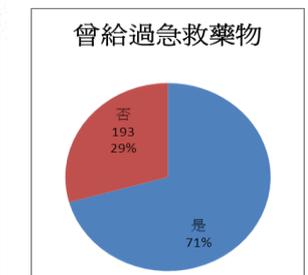
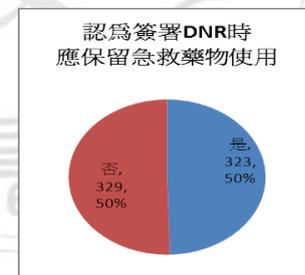
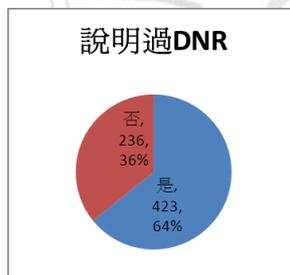
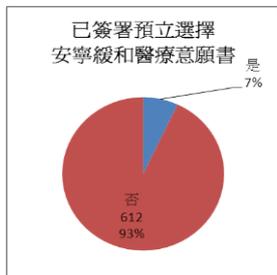
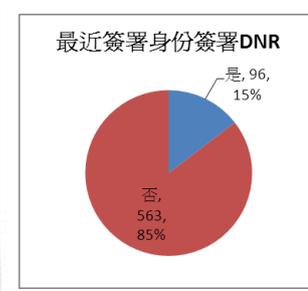
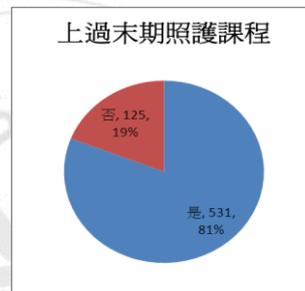
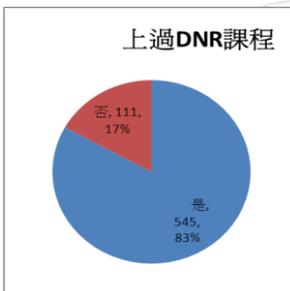
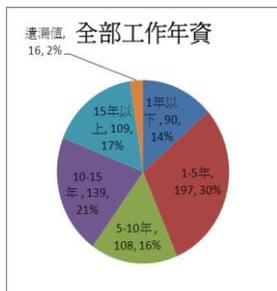
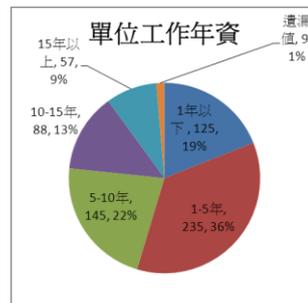
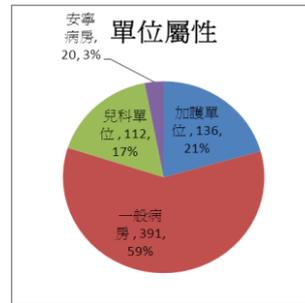
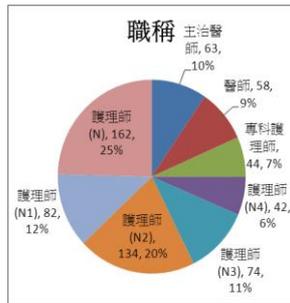
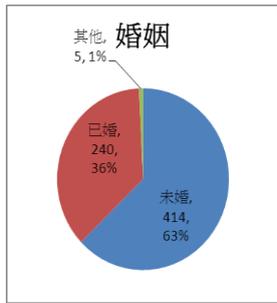
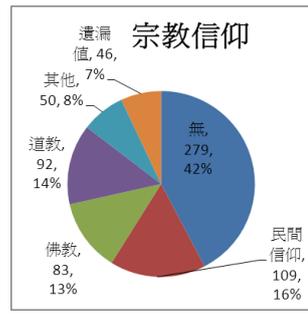
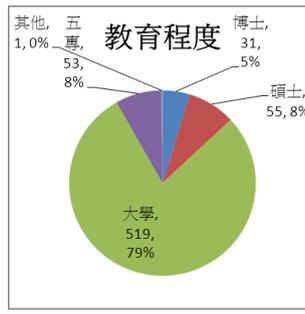
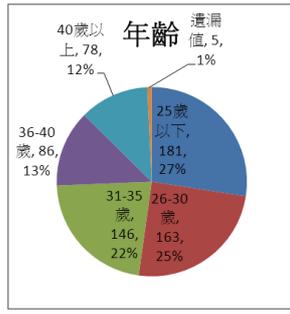
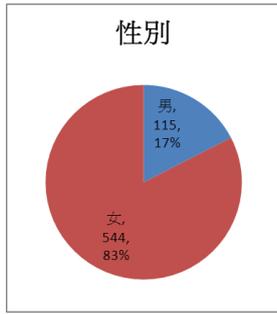
相關照護經驗部分，曾經給予末期病人臨終使用急救藥的比率佔 70.7%。曾經跟病人或家屬討論過急救藥物使用利弊的比率則佔 54.0%。醫護人員的經驗若病人留一口氣返家，醫療團隊會建議使用升壓劑的比率為 55.3% 人。最後若病人要留一口氣返家時常遇到家屬「主動要求」使用升壓劑的比率為 45.4%。由上述統計分析可知，在醫護人員相關照顧經驗上，70% 以上的醫護人員曾在病人臨終時給予急救藥物，55% 的醫療團隊會主動建議留一口氣回家的病人，臨終時使用急救藥物，而約 45% 的家屬會「主動要求」使用升壓劑。

表 四-6 醫護人員基本資料之次數分配表(n=659)

項目	組別	次數	有效百分比(%)
性別	男	115	17.5
	女	544	82.5
年齡分組 平均 31.70 歲 (SD=8.64)	25 歲以下	181	27.7
	25-30 歲	163	24.9
	30-35 歲	146	22.3
	35-40 歲	86	13.1
	40 歲以上	78	11.9
	遺漏值	5	
婚姻狀況	未婚	414	62.8
	已婚及其他	245	37.2
教育程度	碩博士	86	13.1
	大學	517	78.5
	專科及其他	56	8.5
	無	279	45.5
宗教信仰	民間信仰	109	17.8
	佛教	83	13.5
	道教	92	15.0
	其他	50	8.2
	遺漏值	46	
職稱分類	主治醫師	63	9.6
	住院醫師	58	8.8
	專科護理師	44	6.7
	護理師 N4	42	6.4
	護理師 N3	74	11.2
	護理師 N2	134	20.3
	護理師 N1	82	12.4
	護理師 N	162	24.6
所屬單位屬性	加護單位	136	20.6
	一般病房	391	59.3
	兒科單位	112	17.0
	安寧病房	20	3.0
單位工作年資 平均 6.39 年 (SD=6.79)	1 年以下	125	19.2
	1-5 年	235	36.2
	5-10 年	145	22.3
	10-15 年	88	13.5
	15 年以上	57	8.8
	遺漏值	9	
全部工作年資 平均 8.43 年 (SD=7.90)	1 年以下	90	14.0
	1-5 年	197	30.6
	5-10 年	108	16.8
	10-15 年	139	21.6
	15 年以上	109	17.0

(續)

項目	組別	次數	有效百分比(%)
參加相關教育經驗	是	545	83.08
	否	111	16.92
	遺漏值	3	
12.曾上過末期病人照顧相關課程	是	531	80.95
	否	125	19.05
	遺漏值	3	
13.曾以最近親屬身份簽署過 DNR	是	96	14.57
	否	563	85.43
	遺漏值		
14.簽署預立選擇安寧緩和醫療意願書	是	46	6.99
	否	612	93.01
	遺漏值	1	
15.曾跟病人或家屬說明過 DNR	是	423	64.19
	否	236	35.81
	遺漏值		
16.認為簽署 DNR 時，應該保留急救藥物使用	是	323	49.54
	否	329	50.46
	遺漏值	7	
17.曾給予末期病人臨終時使用急救藥物	是	465	70.67
	否	193	29.33
	遺漏值	1	
18.曾討論臨終急救藥物使用利弊	是	355	53.95
	否	303	46.05
	遺漏值	1	
19.若病人要留一口氣返家醫療團隊是否會建議臨終返家時使用升壓劑	是	362	55.27
	否	293	44.73
	遺漏值	4	
20.若病人要留一口氣返家常遇家屬「主動要求」使用升壓劑	是	298	45.43
	否	358	54.57
	遺漏值	3	



二、醫護人員對末期病人使用急救藥物的認知與態度(見表四-7)

本研究之「認知調查表」採 Likert 三點量表，共計 10 題，問題選項有對、錯及不確定，依答題正確與否給分，回答正確的得 2 分，回答不確定給 1 分，回答錯誤的給 0 分，分數越高者，對與末期照護理念及末期病人臨終使用不使用急救藥物的認知越正向，雖然問卷上共 11 題，但由於其中第三題的爭議較大，經由跟專家討論後不列入計算。而「態度調查表」則採 Likert 四點量表，共計 13 題，問題選項從「非常不同意」到「非常同意」，分別予以 1 至 4 分，以每題平均數反映醫護人員對末期病人接受緩和醫療及對末期病人臨終時不用急救藥物的態度現況，得分越高者態度越正向。

為了統計上的需求，刪除認知及態度量表有回答不完整的問卷後，問卷共 624 份。在醫護人員對於末期病人臨終使用急救藥物認知的部份，平均分數為 14.7 分，每題平均得分 1.5 分，而在態度量表部份平均分數為 38.5 分，每題平均得分為 3.0 分。顯示醫護人員對於末期病人臨終使用急救藥物認知與態度趨於正向的。

表 四-7 醫護人員對末期病人使用急救藥物之認知與態度分析摘要表

項目	平均數	標準差	題數	每題平均得分
認知量表(n=624)	14.71	2.92	10	1.47
態度量表(n=624)	38.48	3.78	13	2.96

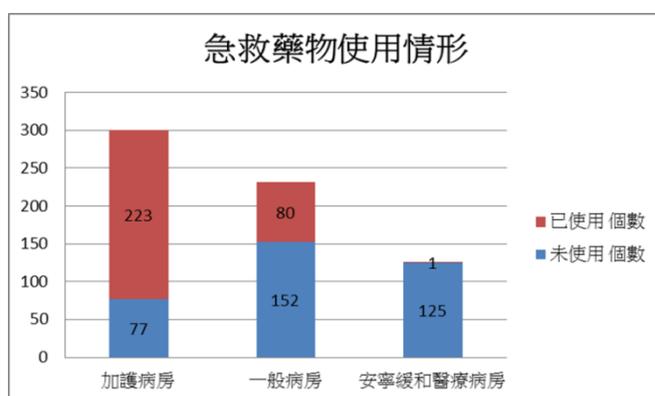
第二節 病房屬性臨終使用急救藥物之狀況分析

由於病人所住病房屬性(加護病房、一般病房及安寧緩和醫療病房)不同，病人接受的照護模式也不同，病人及家屬在接受死亡及準備死亡的態度也不同，且經由統計分析(表四-8)結果顯示安寧緩和醫療病房病人，有 99.2%在臨終時不使用急救藥物，一般病房則為 65.5%，而加護病房則只有 25.7%的病人，經卡方獨立性檢定結果(如表 4-2)臨終時不使用急救藥物，病房屬性對於末期病人臨終時使用急救藥物與否，達顯著差異($p<.001$)，兩者存在非獨立關聯。由於安寧緩和醫療病房病人只有 1 人使用急救藥物，故後續分析只就加護病房及一般病房此兩種不同病房屬性的病人，針對以下各變項使用急救藥物之情況作統計分析。

表 四-8 病房屬性與急救藥物使用之相關分析

臨終使用急救藥物之情況		病房特性			總和
		加護病房	一般病房	安寧緩和醫療病房	
未使用	個數	77	152	125	354
	病房特性內的 %	25.7%	65.5%	99.2%	53.8%
已使用	個數	223	80	1	304
	病房特性內的 %	74.3%	34.5%	.8%	46.2%
總和	個數	300	232	126	658
	病房特性內的 %	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

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



壹、不同屬性的病人基本資料與臨終使用急救藥物之現況

不同病房屬性之病人與臨終是否使用急救藥物之分析(見表四-9 及四-10)，在加護病房方面，男性有使用急救藥物者的比率為 73.3%，女性為 75.8%；婚姻狀況：已婚有使用急救藥物者的比率為 72.9%，其次是其他者為 78.6%；職業「無」有使用急救藥物者的比率為 75.0%，其次是其他為 72.9%；教育程度：不識字有使用急救藥物者的比率為 84.5%，國中與其他為 76.0%，高中為 72.9%；宗教信仰「無」有使用急救藥物者的比率為 75.6%，道教為 74.2%，佛教及其他為 72.5%；子女數：子 2 人有使用急救藥物者的比率為 78.0%，子 1 人為 77.0%；子女數：女 3 人以上(含 3 個)者的比率為 84.2%，女 1 人為 74.5%；子女總數 4 人以上(含 4 人)有使用急救藥物者比率為 79.4%，0-1 人為 70.7%。在一般病房方面，男性有使用急救藥物者的比率為 35.3%，女性為 33.3%；婚姻狀況：已婚有使用急救藥物者的比率為 33.3%，其他有使用者為 41.2%；職業「無」有使用急救藥物者的比率為 34.0%，其他有使用者為 37.9%；教育程度：國中與其他有使用急救藥物者的比率為 40.5%，小學為 36.2%，不識字為 34.3%；宗教信仰：道教有使用急救藥物者的比率 40.0%，佛教及其他為 33.3%；子女數：子 3 人以上(含 3 個)有使用急救藥物者的比率為 35.3%，子 2 人為 35.1%；子女數-女 0 人有使用急救藥物者的比率為 44.7%，女 3 人以上(含 3 個)為 32.1%；子女總數 2-3 人有使用急救藥物者的比率為 38.6%，0-1 人為 34.6%。經卡方獨立性檢定結果顯示，皆未達統計顯著差異。

而加護病房臨終使用急救藥物者，平均年齡為 70.4 歲，住院天數 17.5 天，簽署 DNR 日到出院日天數 4.2 天，使用急救藥物的天數 3.7 天。一般病房臨終使用急救藥物者，平均年齡為 71.2 歲，住院天數 20.4 天，簽署 DNR 日到出院日天數 12.8 天，使用急救藥物的天數 3.1 天，經獨立樣本 T 檢定(見表 4-2-1-2)顯示，加護病房的病人臨終時是否使用急救藥物，與住院天數($P < .05$)及簽署 DNR 日到出院日天數($p < .01$)呈顯著差異 (見表 4-2-1-2)，顯示加護病房臨終使用急救藥物之病人，在住院天數與簽署 DNR 日到出院日天數，較未使用急救藥物者為短的趨勢。而一般病房則皆未達顯著差異。

表 四-9 不同病房屬性之病人基本資料與臨終使用急救藥物之相關分析

項目	加護病房(n=300)				X ² 值/ p 值	一般病房(n=232)				X ² 值/ p 值
	臨終使用急救藥物之情況					臨終使用急救藥物之情況				
	未用(n=77)		使用(n=223)			未用(n=152)		使用(n=80)		
個數	%	個數	%	個數	%	個數	%			
性別										
男	48	26.7	132	73.3	.627	86	64.7	47	35.3	.751
女	29	24.2	91	75.8		66	66.7	33	33.3	
婚姻狀況					1.005/					.790/
已婚	62	27.1	167	72.9	.316	132	66.7	66	33.3	.374
單身及其他	15	21.1	56	78.9		20	58.8	14	41.2	
職業					.149/					.174/
無	51	25.0	153	75.0	.700	131	66.0	69	34.0	.676
其他	26	27.1	70	72.9		18	62.1	11	37.9	
遺漏值	2		1			1				
教育程度					7.015/					2.664/
不識字	11	15.5	60	84.5	.071	46	65.7	24	34.3	.446
小學	35	33.0	71	67.0		60	63.8	34	36.2	
國中及其他	18	24.0	57	76.0		22	59.5	15	40.5	
高中	13	27.1	35	72.9		24	77.4	7	22.6	
宗教信仰					.260/					.753/
無	29	24.4	90	75.6	.878	95	66.9	47	33.1	.686
道教	23	25.8	66	74.2		27	60.0	18	40.0	
佛教及其他	25	27.5	66	72.5		30	66.7	15	33.3	
遺漏值			1							
子女數					2.481/					.86/
子					.479					.993
0	14	31.1	31	68.9		16	66.7	8	33.3	
1	20	23.0	67	77.0		44	66.7	22	33.3	
2	22	22.0	78	78.0		48	64.9	26	35.1	
3 以上(含三個)	20	30.3	46	69.7		44	64.7	24	35.3	
遺漏值	1		1							
女					6.438/					2.716/
0	20	33.9	39	66.1	.09	26	55.3	21	44.7	.437
1	25	25.5	73	74.5		41	68.3	19	31.7	
2	19	29.2	46	70.8		47	68.1	22	31.9	
3 以上(含三個)	12	15.8	64	84.2		38	67.9	18	32.1	
遺漏值	1		1							
子女總數					3.445/					10183/
0-1	12	29.3	29	70.7	.179	17	65.4	9	34.6	.554
2-3	35	30.2	81	69.8		54	61.4	34	38.6	
4 以上(含四個)	29	20.6	112	79.4		81	68.6	37	31.4	
遺漏值	1		1							

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

表 四-10 臨終使用急救藥物之獨立樣本 T 檢定

項目	臨終使用急救藥物之情況						T-test	
	未使用			使用			t 值	p 值
	N	平均值	標準差	N	平均值	標準差		
加護病房(n=300)								
病人年齡	77	68.77	15.795	233	70.35	15.646	-.769	.443
住院天數	77	22.94	20.321	233	17.47	18.339	2.191	.029*
簽署 DNR 日到出院日天數	77	7.79	9.925	233	4.20	6.466	2.965	.004**
使用急救藥物的天數	40	4.6	6.046	223	3.73	5.343	.933	.352
一般病房(n=232)								
病人年齡	152	72.28	14.159	80	71.24	15.080	.523	.609
住院天數	152	18.24	25.435	80	20.44	22.660	-.648	.518
簽署 DNR 日到出院日天數	152	9.40	13.251	80	12.78	35.146	-.828	.410
使用急救藥物的天數	31	1.77	3.030	80	3.10	10.581	-.685	.495

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

貳、不同病房屬性之住院時的醫療狀況及出院狀態與臨終使用急救藥物之關係

加護病房及一般病房的住院時醫療狀況，及出院狀態與臨終是否使用急救藥物之關係見表四-11。加護病房在診斷為癌症之使用急救藥物者比率佔 69.0%，非癌症使用者佔 76.0%；所屬科別為內科之使用急救藥物者佔 84.8%，其次是外科 72.0%，胸腔內科之使用急救藥物者則佔 72.0%；附註使用藥物部分「是」之使用急救藥物者佔 89.3%，「否」使用者佔 46.1%；最後 24 小時內的劑量增加之使用急救藥物者佔 94.8%，持平或減少者佔 67.2%；出院狀態為臨終出院之使用急救藥物者佔 81.6%，形式上留一口氣及其他佔 80.0%。而經卡方獨立性檢定結果顯示，加護病房之住院病人臨終使用急救藥物，與所屬科別($p<.01$)、是否附註使用急救藥物、($p<.001$)、最後 24 小時內的劑量($p<.001$) 及出院狀態($p<.01$)呈顯著差異。顯示內科、附註使用急救藥物、最後 24 小時內的劑量增加，及出院狀態為留一口氣回家者，有較高比率會使用急救藥物的情形。

一般病房臨終使用急救藥物與否的比率，在診斷方面癌症之使用急救藥物者佔 28.9%，非癌症佔 43.3%；所屬科別為外科之使用急救藥物者最高佔 56.0%，其次是內科 32.3%，胸腔內科，佔 31.3%；附註使用藥物部分為「是」之使用急救藥物者佔 47.9%，「否」佔 20.9%；最後 24 小時內的劑量增加之使用急救藥物者佔 92.5%，持平或減少佔 61.2%；出院狀態為臨終出院之使用急救藥物者佔 40.9%，形式上留一口氣及其他佔 36.8%。而經卡方獨立性檢定結果顯示，一般病房之住院病人臨終使用急救藥物與是否與診斷為癌症或非癌($p<.05$)有顯著差異，此外附註使用急救藥物與否($p<.001$)及最後 24 小時內的劑量($p<.001$)之結果，也與是否使用急救藥物有顯著差異，表示一般病房之住院病人診斷為非癌及最後 24 小時內的劑量增加者，呈現較高比率臨終時會使用急救藥物的趨勢，但出院狀態則未與是否使用急救藥物有差異。

表 四-11 不同病房屬性之病人住院時的醫療狀況及出院狀態與臨終使用急救藥物之相關分析

項目	加護病房(n=300)				X ² 值/ p 值	一般病房(n=232)				X ² 值/ p 值 ²	
	臨終使用急救藥物情況					臨終使用急救藥物情況					
	未使用(n=77)		使用(n=223)			未使用(n=152)		使用(n=80)			
	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%			
診斷					1.379/					5.098	
	癌症	22	31.0	49	69.0	.240	101	71.1	41	28.9	.024*
	非癌症	55	24.0	174	76.0		51	56.7	39	43.3	
所屬科別					14.124/					5.765/	
	內科	19	15.2	106	84.8	.001***	86	67.7	41	32.3	.056
	外科	21	28.0	54	72.0		11	44.0	14	56.0	
	胸腔內科	37	37.0	63	63.0		55	68.8	25	31.3	
附註使用急救藥物					42.669/					18.705/	
	是	36	16.1	188	83.9	.000***	61	52.1	56	47.9	.000***
	否	41	53.9	35	46.1		91	79.1	24	20.9	
最後 24 小時內的劑量					188.674/					173.715/	
	增加	10	5.2	184	94.8	.000***	4	7.5	49	92.5	.000***
	持平或減少	19	32.8	39	67.2		19	38.8	30	61.2	
	無	48	100.0	0	0		129	99.2	1	.8	
出院形態					7.851/					4.886/	
	臨終出院	19	18.4	84	81.6	.020*	68	59.1	47	40.9	.088
	死亡	47	33.1	95	66.9		72	73.5	26	26.5	
形式上留一口氣及其他							12	63.2	7	36.8	

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

參、不同病房屬性之病人其家屬照顧狀況、DNR 簽署者、維生醫療使用狀況與臨終使用急救藥物之關係

不同病房屬性之病人，其家屬照顧狀況、DNR 簽署者、醫療使用狀況與臨終使用急救藥物之關係分析見表四-12。加護病房在同住者部分-與家人同住者，其臨終是否使用急救藥物的比率，佔 74.1%；未與家人同住者，使用比率佔 76.9%；病人臨終是否用急救藥物。在主要照顧者以「無」使用最高，佔 86.4%，其次是父母手足或其他佔 79.5%，子女則是佔 74.3%；病人臨終是否用急救藥物在 DNR 簽署者，以子女有使用者比率最高佔 76.9%，其次其他佔 73.8%，本人及配偶則佔 64.9%；病人臨終是否用急救藥物，在簽署 DNR 前維生醫療使用為「有」者佔 75.4%，「無」佔 67.5%，介入項目為插管「有」佔 75.7%，「無」佔 67.9%。介入項目為正壓呼吸器「有」佔 75.4%，「無」佔 68.8%。介入項目為洗腎「有」佔 83.9%，「無」佔 70.4%。介入項目為葉克膜「有」佔 83.3%，「無」佔 74.0%；病人臨終是否使用急救藥物，在簽署 DNR 後維生醫療使用者為「有」佔 76.1%，「無」佔 57.1%，介入項目為插管「有」佔 77.1%，「無」佔 60.8%。介入/項目為正壓呼吸器「有」佔 76.6%，「無」佔 57.1%。介入項目為洗腎「有」佔 87.2%，「無」佔 69.2%。經卡方獨立性檢定顯示，加護病房之病人其家屬照顧狀況與 DNR 簽署者及維生醫療使用狀況及臨終使用急救藥物，與簽署 DNR 後維生醫療使用呈顯著差異($p < .05$)。表示簽署 DNR 後有維生醫療使用者，有較高比率會使用升壓劑的情形。

一般病房在同住者部分使用急救藥物者的比率，與家人同住佔 34.0%，未與家人同住佔 41.2%；主要照顧者已「無」最高佔 44.0%，看護或外傭佔 40.4%，配偶則佔 32.6%；DNR 簽署在臨終使用急救藥物者的比率以其他最高佔 43.5%，其次為本人與配偶佔 39.1%，子女則佔 31.9%；病人臨終是否使用急救藥物，在簽署前維生醫療使用者為「有」佔 41.5%，「無」佔 33.0%。介入項目為插管「有」佔 18.8%，「無」佔 35.6%。介入項目為正壓呼吸器「有」佔 25.0%，「無」佔 35.4%。介入項目為洗腎「有」佔 58.8%，「無」佔 32.6%；病人臨終是否使用急救藥物，在簽署後維生醫療使用者為「有」佔 46.5%，「無」佔 31.7%，介入項目為插管「有」佔 33.3%，「無」佔 34.5%。入/項目為正壓呼吸器「有」

佔 25.9%，「無」佔 35.6%。入項目為洗腎「有」佔 78.6%，「無」佔 31.7%。經卡方獨立性檢定顯示，一般病房之病人其家屬照顧狀況、DNR 簽署者、維生醫療使用狀況與使用急救藥物均未有顯著差異。

而簽署 DNR 前後維生醫療介入項目與臨終使用急救藥物，經由無母數 Mann-Whitney U 檢定(見表四-13)顯示，在加護病房病人簽署 DNR 前有維生醫療介入項目總合($p < .05$)，簽署 DNR 後才介入項目總合($p < .001$)均呈顯著差異。表示在加護病房，簽署 DNR 前後有維生醫療介入項目越多者，有較高比率使用急救藥物的情形，而在一般病房病人則均未有顯著差異。



表 四-12 不同病房屬性之病人家屬照顧狀況與 DNR 簽署者及為生醫療使用狀況與臨終使用急救藥物之相關分析

項目	加護病房(n=300)					一般病房(n=232)				
	臨終使用急救藥物之情況				X ² 值/ p 值	臨終使用急救藥物之情況				X ² 值/ p 值
	未使用(n=77)		使用(n=223)			未使用(n=152)		使用(n=80)		
	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%		
同住者					.100/ .752					.364/ .546
與家人同住	71	25.9	203	74.1		142	66.0	73	34.0	
未與家人同住	6	23.1	20	76.9		10	58.8	7	41.2	
主要照顧者					4.922/ .295					2.973/ .562
無	3	13.6	19	86.4		14	56.0	11	44.0	
配偶	20	35.1	37	64.9		29	67.4	14	32.6	
子女	38	25.7	110	74.3		53	69.7	23	30.3	
父母手足或其他	9	20.5	35	79.5		20	71.4	8	28.6	
看護或外傭	7	25.9	20	74.1		34	59.6	23	40.4	
DNR 簽署者					3.536/ .171					1.744/ .418
本人或配偶	18	36.0	32	64.9		28	60.9	18	39.1	
子女	48	23.1	160	76.9		111	68.1	52	31.9	
其他	11	26.2	31	73.8		13	56.5	10	43.5	
簽署前維生醫療使用					1.130/ .288					1.074/ .300
有	64	24.6	196	75.4		24	58.5	17	41.5	
無	13	32.5	27	67.5	128	67.0	63	33.0		
介入項目 插管										
有	60	24.3	187	75.7		13	81.3	3	18.8	
無	17	32.1	36	67.9	139	64.4	77	35.6		
正壓呼吸器										
有	62	24.6	190	75.4		15	75.0	5	25.0	
無	15	31.3	33	68.8	137	64.6	75	35.4		
洗腎										
有	14	16.1	73	83.9		7	41.2	10	58.8	
無	63	29.6	150	70.4	145	67.4	70	32.6		
葉克膜										
有	2	16.7	10	83.3		-	-	-	-	
無	75	26.0	213	74.0						
簽署後維生醫療使用					4.783/ .029*					3.381/ .066
有	65	23.9	207	76.1		23	53.5	20	46.5	
無	12	42.9	16	57.1	129	68.3	60	31.7		
介入項目 插管										
有	57	22.9	192	77.1		4	66.7	2	33.3	
無	20	39.2	31	60.8	148	65.5	78	34.5		
正壓呼吸器										
有	62	23.4	203	76.6		20	74.1	7	25.9	
無	15	42.9	20	57.1	132	64.4	73	35.6		
洗腎										
有	11	12.8	75	87.2		3	21.4	11	78.6	
無	66	30.8	148	69.2	149	68.3	69	31.7		
葉克膜										
有	0	0	9	100.0		-	-	-	-	
無	77	26.5	214	73.5						

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

表 四-13 簽署 DNR 前後維生醫療介入項目與臨終使用急救藥物之無母數檢定

介入項目	分組變數：死亡或出院當時是否仍使用急救藥物					
	簽署 DNR 前			簽署 DNR 後		
	Mann-Whitney U 統 計量	Z 檢定	漸近顯著 性 (雙尾)	Mann-Whitney U 統 計量	Z 檢定	漸近顯著性 (雙尾)
加護病房(n=300)						
介入項目總合	7,203.500	-2.316	.021*	6,131.500	-4.200	.000***
一般病房(n=232)						
介入項目總合	5,829.500	-.777	.437	5,520.000	-1.709	.087

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



肆、末期照護計畫與臨終使用急救藥物之關係

不同病房屬性之病人，末期照護計畫與臨終使用急救藥物之關係分析見表四-14。在加護病房，末期照護計畫中，在安寧共照介入「是」者，使用急救藥物的比率佔 40.0%，「否」者使用急救藥物的比率佔 77.5%；末期照護計畫，病歷紀錄「是」者，使用急救藥物的比率佔 74.0%。而不同紀錄呈現方式，在急救藥物使用的比率為-病程紀錄「是」，使用急救藥物比率為 70.0%，病程紀錄「否」，使用急救藥物比率為 88.6%、護理紀錄「是」使用急救藥物比率為 74.2%，「否」為 100.0%、倫理討論會紀錄「是」，使用急救藥物比率為 66.7%，「否」為 74.4%；紀錄內容方面，在 DNR 簽署討論項目中醫療團隊提出討論者，使用急救藥物比率為 76.7%，非醫療團隊提出則為 60.5%、撤除維生醫療討論「有」，使用急救藥物比率為 37.1%，「無」為 84.0%、善終紀錄「有」，使用急救藥物比率為 73.1%，「無」為 94.1%，臨終地點為留一口氣回家，使用急救藥物比率為 81.9%，在醫院死亡為 62.0%、死亡時有家屬陪伴「無及其他」，使用急救藥物比率為 74.8%，「有」為 73.8%；引導道別無紀錄，使用急救藥物比率為 75.5%，有紀錄為 50.0%。經由卡方獨立性檢定，加護病房的病人在末期照護計畫與臨終使用急救藥物呈顯著差異者有，安寧共照介入與否($p<.000$)、DNR 討論($p<.01$)、撤除維生系統討論與否($p<.000$)、臨終地點討論($p<.01$) 及死亡時有無家屬陪伴($p<.05$)。表示在加護病房的病人，未有安寧共照介入者、DNR 討論由醫療團隊提出者、無討論撤除維生系統者、留一口氣回家及死時無家屬陪伴者，臨終時使用急救藥物的比率有較偏高的情形。

一般病房末期照護計畫中，在安寧共照介入「是」者，使用急救藥物的比率佔 31.3%，「否」者使用急救藥物的比率佔 37.5%；末期照護計畫，病歷紀錄「是」者，使用急救藥物的比率為 34.3%，「否」為 50%。而不同紀錄呈現方式，在急救藥物使用的比率為-病程紀錄「是」，使用急救藥物比率為 33.7%，病程紀錄「否」，使用急救藥物比率為 40.7%、護理紀錄「是」使用急救藥物比率為 34.1%，「否」為 66.7%、倫理討論會紀錄「是」，使用急救藥物比率為 28.2%，「否」為 35.8%；紀錄內容方面，在 DNR 簽署討論項目中醫療團隊提出討論者，使用急救藥物比率為 36.0%，非醫療團隊提出則為 29.8%、撤除

維生醫療討論「有」，使用急救藥物比率為 25.0%，「無」為 36.0%、善終紀錄「有」，使用急救藥物比率為 33.9%，「無」為 45.5%，臨終地點為留一口氣回家，使用急救藥物比率為 42.1%，在醫院死亡為 20.9%、死亡時有家屬陪伴「無及其他」，使用急救藥物比率為 35.5%，「有」為 34.3%；引導道別無紀錄，使用急救藥物比率為 37.4%，有紀錄為 29.4%。經由卡方獨立性檢定，其中與一般病房的病人末期照護計畫與臨終使用急救藥物呈顯著差異為，臨終地點討論($p<.05$)與死亡時是否有家屬陪伴，表示一般病房病人，預留一口氣回家及死亡時無家屬陪伴者，臨終時使用急救藥物的比率有較偏高的情形。

而在病歷紀錄方式之各項目(含病程紀錄、護理紀錄、倫理討論會紀錄、團隊會議紀錄、家庭會議紀錄、其他)加總，與臨終使用急救藥物之關係，經由無母數 Mann-Whitney U 檢定(見表四-15 表)顯示，在加護病房病歷紀錄方式加總與臨終使用急救藥物之關係($p<.001$) 有顯著差異。表示在加護病房紀錄方式越完整，使用急救藥物的機率越低，病歷紀錄方式而在一般病房病則未有顯著差異。

表 四-14 不同病房屬性之病人末期照護計畫與臨終使用急救藥物之關係

項目	加護病房					X ² 值/ p 值	一般病房					X ² 值/ p 值
	臨終使用急救藥物之情況				X ² 值/ p 值		臨終使用急救藥物之情況				X ² 值/ p 值	
	未使用(n=77)		使用(n=223)				未使用(n=152)		使用(n=80)			
	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%	個數	%		
安寧療護介入	是	15	60.0	10	40.0	16.850/ .000***	79	69.3	35	30.7	1.418/ .234	
	否	62	22.5	213	77.5		73	61.9	45	38.1		
介入方式-												
安寧病房	是	-	-	-	-		4	100.0	0	0		
	否	77	25.7	223	74.3		148	64.9	80	35.1		
安寧居家	是	-	-	-	-		5	100.0	0	0		
	否	77	25.7	223	74.3		147	64.8	80	35.2		
安寧共照	是	15	60.0	10	40.0		77	68.8	35	31.3		
	否	62	22.5	213	77.5		75	62.5	45	37.5		
末期照顧計畫												
是否有病歷紀錄	是	77	25.8	222	74.2		151	65.7	79	34.3		
	否	0	0	1	100.0		1	50.0	1	50.0		
病程紀錄	是	69	30.0	161	70.0		136	66.3	69	33.7		
	否	8	11.4	62	88.6		16	59.3	11	40.7		
護理紀錄	是	77	25.8	222	74.2		151	65.9	78	34.1		
	否	0	0	1	100.0		1	33.3	2	66.7		
倫理討論會紀錄	是	1	33.3	2	66.7		28	71.8	11	28.2		
	否	76	25.6	221	74.4		124	64.2	69	35.8		
團隊會議紀錄	是	-	-	-	-		2	100.0	0	0		
	否	77	25.7	223	74.3		150	65.2	80	34.8		
家庭會議紀錄	是	1	100.0	0	0		9	75.0	3	25.0		
	否	76	25.4	223	74.6		143	65.0	77	35.0		
其他	是	0	0	1	100.0		-	-	-	-		
	否	77	25.8	222	74.2		152	65.5	80	34.5		
紀錄內容												
DNR 簽署討論						5.060/ .024*					.726/ .394	
醫療團隊提出討論		60	23.3	197	76.7		112	64.0	63	36.0		
非醫療團隊提出討論		17	39.5	26	60.5		40	70.2	17	29.8		
撤除維生醫療討論	有	39	62.9	23	37.1	56.797/ .000***	24	75.0	8	25.0	1.477/ .224	
	無	38	16.0	200	84.0		128	64.0	72	36.0		
善終紀錄	有	76	26.9	207	73.1		146	66.1	75	33.9		
	無	1	5.9	16	94.1		6	54.5	5	45.5		
臨終地點	留一口氣回家	28	18.1	127	81.9	12.703/ .002**	77	57.9	56	42.1	9.043/ .011*	
	在醫院死亡	38	38.0	62	62.0		53	79.1	14	20.9		
	其他	11	24.4	34	75.6		22	68.8	10	31.3		
死亡時家屬陪伴	有	39	26.2	110	73.8	.040*/ .841	132	65.7	69	34.3	.016*/ .900	
	無及其他	38	35.2	113	74.8		20	64.5	11	35.5		
引導道別	無紀錄	70	24.5	216	75.5		92	62.6	55	37.4		
	有紀錄	7	50.0	7	50.0		60	70.6	25	29.4		

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

表 四-15 不同病房屬性之病人末期照護計畫與臨終使用急救藥物之無母數獨立性檢定

分組變數：死亡或出院當時是否仍使用急救藥物						
介入項目-	加護病房(n=300)			一般病房(n=232)		
	Mann-Whitney U	漸近顯著性		Mann-Whitney U	漸近顯著性	
	統計量	Z 檢定	(雙尾)	統計量	Z 檢定	(雙尾)
病歷紀錄方式加總	6,998.500	-3.232	.001***	5,410.000	-1.707	.088

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



伍、各相關變項與臨終是否使用急救藥物之邏輯斯迴歸分析

分別就加護病房、一般病房與加護病房加上一般病房的樣本資料，做相關變項與臨終是否使用急救藥物之邏輯斯迴歸分析結果如表四-16。由病歷資料分析得知，在加護病房部分，與末期病人臨終是否使用急救藥物在科別、住院天數、簽署 DNR 是否註明使用急救藥物、簽署 DNR 到出院的天數、出院形態、最後 24 小時急救藥物使用狀況、簽署 DNR 後有維生醫療介入、醫療團隊屬性、安寧團隊介入、DNR 討論、撤除維生醫療、臨終地點及死亡時有無親屬陪伴等項目有顯著差異。一般病房則在診斷、DNR 討論、撤除維生醫療、臨終地點及死亡時有無親屬陪伴有顯著差異，

由表 4-2-5 可知，對加護病房及一般病房而言，以胸腔內科為參照組，內科末期病人臨終使用急救藥物，為胸腔內科的 1.983 倍，故內科末期病人使用急救藥物的機率大於胸腔內科；簽署 DNR 註記使用急救藥物：「無」當參照組，「有」註記使用急救藥物者，末期病人臨終使用急救藥物為「無」的 4.016 倍；簽署 DNR 後維生醫療介入之末期病人臨終使用急救藥以「是」為(參照組)，「否」為「是」的.473 倍；「無」撤除維生醫療紀錄是「有」(參照組)的 5.533 倍；以一般病房當參照組，加護病房末期病人臨終使用急救藥為一般病房的 2.776 倍。

就加護病房分析以胸腔內科為參照組，內科末期病人臨終使用急救藥物為胸腔內科的 3.211 倍；簽署 DNR 註記使用急救藥物：「無」當參照組，「有」註記使用者末期病人臨終使用急救藥物為「無」的 6.4786 倍；簽署 DNR 後維生醫療介入之末期病人臨終使用急救藥以「是」為(參照組)，「否」為「是」的 0.252 倍；「無」撤除維生醫療紀錄是「有」(參照組)的 9.483 倍；以死亡時有家屬陪伴當參照組，「無」家屬陪伴末期病人臨終使用急救為一般病房的 4.662 倍。而一般病房以非癌當參照組，癌症末期病人臨終使用急救藥物為非癌的 0.529 倍。

由上述可知在加護病房內科末期病人、簽署 DNR 有註記使用急救藥物、簽署 DNR 後維生醫療介入、無撤除維生醫療紀錄、死亡時無家屬陪伴之末期病人及住加護病房

之病人，臨終使用急救藥的機率較高。而一般病房以非癌當參照組，癌症末期病人臨終使用急救藥為非癌的 0.529 倍，可見在一般病房非癌使用急救藥物的機率較高。



表 四-16 不同病房屬性相關變項與臨終是否使用急救藥物之邏輯斯迴歸分析

	加護病房及一般病房			加護病房			一般病房		
	急救藥物	使用=303/不使用=229	Odds Ratio	使用=223/不使用=77	Odds Ratio	使用=80 不使用=152	Odds Ratio		
	B	P-value		B	P-value		B	P-value	Odds Ratio
診斷別-非癌症(參照組)									
癌症	-.431	.089	.650				-.638	.033	.529*
科別-胸腔內科(參照組)									
內科	.684	.007	1.983**	1.167	.007	3.211**			
外科	.527	.105	1.693	-.061	.887	.940			
住院天數	-.001	.805	.999	.001	.887	1.001			
簽署 DNR 註記使用急救藥物-否(參照組)									
是	1.390	.000	4.016***	1.868	.000	6.478***			
簽署 DNR 到出院天數	-.001	.888	.999	-.045	.058	.956			
出院狀態--其他(參照組)									
臨終出院	.132	.722	1.142	.444	.437	1.558			
死亡	.087	.844	1.091	-.096	.878	.908			
簽署 DNR 後維生醫療介入-是(參照組)									
否	-.749	.019	.473*	-1.377	.013	.252*			
安寧介入- 是(參照組)									
否	.270	.357	1.310	1.088	.062	2.970			
DNR 討論-家屬提出(參照組)									
醫療團隊提出	.407	.141	1.502	.458	.307	1.580			
撤除維生醫療紀錄-有(參照組)									
無	1.711	.000	5.533***	2.249	.000	9.483***			
善終地點-其他(參照組)									
留一口氣	.420	.287	1.522	.399	.481	1.490	.634	.158	1.886
醫院	-.500	.181	.607	-.658	.234	.518	-.382	.444	.682
死亡時家屬陪伴有(參照組)									
無	.437	.153	1.548	1.539	.032	4.662*	.103	.819	1.108
團隊特性									
一般病房(參照組)									
加護病房	1.021	.004	2.776**						

*p<.05 **p<.01 ***p<.001 註：回歸模式依變項分為使用急救藥物及為使用急救藥物兩組。

第三節 不同背景變項醫護人員認知與態度之關聯分析

本節將探討不同背景變項，醫護人員對病人臨終使用急救藥物之認知與態度的差異，以獨立樣本 t 檢定、單因子變異數分析進行統計資料處理，再以 Scheffe 法對單因子變異數分析結果呈顯著水準者進行事後各組距比較，檢驗第二章第二節研究假設之假設三至六，醫護人員對於末期病人使用急救藥物的認知與態度，隨個人不同背景變項而具有顯著差異是否成立。

壹、 不同背景變項認知與態度獨立樣本 t 檢定分析

以下分別就性別、婚姻、相關教育經驗、相關決策經驗及相關照護經驗，對認知與態度進行獨立樣本 t 檢定分析，分析結果如下：

一、不同背景變項與認知之獨立樣本 t 檢定(見表四-17)

在認知方面，經由獨立樣本 t 檢定分析顯示，性別在認知上有顯著差異，有無上過 DNR 或末期照護課程者，在認知上也有顯著差異($p < .001$)。在相關決策經驗部分，是否曾以最近親屬身份幫家人簽署過 DNR、曾跟病人或家屬說明過 DNR，及認為病人在簽署 DNR 時，應該保留急救藥物使用，在認知上有顯著差異。在相關照護經驗部分，是否曾給予末期病人臨終時使用急救藥物、曾與末期病人或其家屬討論臨終急救藥物使用之利弊，及醫療團隊是否會建議臨終返家時使用升壓劑，在認知上有顯著差異。

二、不同背景變項與態度獨立樣本 t 檢定(見表四-18)

在態度方面，經由獨立樣本 t 檢定分析顯示，性別及婚姻在態度得分上有顯著差異，有無上過 DNR 或末期照護課程者在態度得分上也有顯著差異。相關決策經驗部分，是否已簽署預立選擇安寧緩和醫療意願書、曾跟病人或家屬說明過，及認為病人在簽署 DNR 時，應該保留急救藥物使用，在態度得分上有顯著差異。相關照護經驗部分，是否曾給予末期病人臨終時使用急救藥物，及曾與末期病人或其家屬討論臨終急救藥物使用之利弊，態度得分上有顯著差異。

由上述資料顯示，在認知方面，曾以最近親屬身份幫家人簽署過 DNR，或醫療團隊不會建議臨終返家時使用升壓劑的得分較高。在態度方面，已婚及其他，或已簽署預立選擇安寧緩和醫療意願書的得分較高。此外，男性、有上過相關教育課程、曾跟病人或家屬說明過 DNR、不認為病人在簽署 DNR 時應該保留藥物、曾給予末期病人臨終使用急救藥物，或曾與末期病人或其家屬討論臨終急救藥物使用之利弊，在認知與態度的得分均較高。



表 四-17 不同變項與認知之獨立樣本 t 檢定

變項	個數	平均數	標準差	t 值	p
性別	男	111	16.00	5.679	.000
	女	513	14.44		
婚姻	未婚	392	14.54	-1.909	.057
	已婚及其他	232	15.00		
11.是否曾上過 DNR 相關課程	是	516	14.97	4.900	.000
	否	107	13.48		
12.是否曾上過末期病人照顧相關課程	是	506	14.93	3.323	.001
	否	115	13.80		
13.是否曾以最近親屬身份幫家人簽署過 DNR	是	94	15.32	2.183	.029
	否	530	14.61		
14.您是否已簽署預立選擇安寧緩和醫療意願書	是	44	15.00	.537	.594
	否	579	14.69		
15.您是否曾跟病人或家屬說明過	是	402	15.29	6.874	.000
	否	222	13.67		
16.您是否認為病人在簽署 DNR 時，應該保留急救藥物使用	是	306	14.30	-3.477	.001
	否	312	15.11		
17.您是否曾給予末期病人臨終時使用急救藥物	是	442	15.01	3.989	.000
	否	181	13.99		
18.您是否曾與末期病人或其家屬討論臨終急救藥物使用之利弊	是	337	15.32	5.702	.000
	否	286	14.01		
19.病人要留一口氣返家，醫療團隊是否會建議臨終返家時使用升壓劑	是	341	14.50	-2.015	.044
	否	281	14.97		
20.病人要留一口氣返家，是否常遇家屬「主動要求」使用升壓劑	是	284	14.92	1.66	.097
	否	338	14.53		

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

表 四-18 不同變項與態度之獨立樣本 t 檢定

變項	個數	平均數	標準差	t 值	p	
性別	男	111	40.16	4.222	4.655	.000
	女	513	38.16	3.593		
婚姻	未婚	392	38.18	3.619	-2.787	.006
	已婚及其他	232	39.07	4.003		
11.是否曾上過 DNR 相關課程	是	516	38.82	3.836	4.944	.000
	否	107	37.07	3.197		
12.是否曾上過末期病人照顧相關課程	是	506	38.74	3.818	2.992	.003
	否	115	37.57	3.547		
13.是否曾以最近親屬身份幫家人簽署過 DNR	是	94	38.79	3.877	.762	.446
	否	530	38.46	3.773		
14.您是否已簽署預立選擇安寧緩和醫療意願書	是	44	40.09	4.749	2.311	.025
	否	579	38.40	3.683		
15.您是否曾跟病人或家屬說明過	是	402	39.28	3.922	7.552	.000
	否	222	37.13	3.089		
16.您是否認為病人在簽署 DNR 時，應該保留急救藥物使用	是	306	37.69	3.527	-5.537	.000
	否	312	39.34	3.877		
17.您是否曾給予末期病人臨終時使用急救藥物	是	442	38.83	3.916	3.522	.000
	否	181	37.73	3.351		
18.您是否曾與末期病人或其家屬討論臨終急救藥物使用之利弊	是	337	39.42	4.082	6.803	.000
	否	286	37.45	3.101		
19.病人要留一口氣返家，醫療團隊是否會建議臨終返家時使用升壓劑	是	341	38.29	3.561	-1.627	.104
	否	281	38.79	4.046		
20.病人要留一口氣返家，是否常遇家屬「主動要求」使用升壓劑	是	284	38.73	3.800	1.295	.196
	否	338	38.34	3.780		

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

貳、不同背景變項認知與態度之單因子變異數分析

以下分別就認知與態度跟不同背景變項進行單因子變異分析，結果如下：

一、不同背景與認知差異分析

不同背景變項認知差異，分別以單因子變異數進行分析探討(見表四-19)，結果如下：

- (一)、 教育程度在末期病人照護上具顯著差異($p<.05$)，進一步進 Scheffe法進行事後檢驗得知，碩博士對於末期照護認知得分明顯高於大學。
- (二)、 職稱別在末期病人照護認知上具顯著差異($p<.001$)，進一步以 Scheffe法進行事後檢驗得知，主治醫師對於末期照護認知得分明顯高於護理師N及N2；住院醫師對於末期照護認知得分明顯高於護理師N到N3。
- (三)、 全部年資分組在末期病人照護認知上具顯著差異($p<.01$)，進一步以Scheffe法進行事後檢驗得知，1-5年於末期照護認知得分明顯高於1年以下。
- (四)、 年齡分組在末期病人照護認知上具顯著差異($p<.01$)，進一步以Scheffe法進行事後檢驗得知，30-35歲於末期照護認知得分明顯高於護25歲以下。
- (五)、 病房屬性在末期病人照護認知上具顯著差異($p<.001$)，進一步以Scheffe法進行事後檢驗得知，加護單位及一般病房末期照護認知得分明顯高於兒科單位；安寧病房認知得分則明顯最高。

二、不同背景在態度差異的分析

不同背景變項態度差異，分別以單因子變異數進行分析探討(見表四-20)，結果如下：

- (一)、 教育程度在末期病人照護上具顯著差異($p<.001$)，進一步進以Scheffe法進行事後檢驗得知，碩博士對於末期照護態度

得分明顯高於大學與專科及其他。

- (二)、 信仰在末期病人照護上具顯著差異($p<.001$)，進一步進以Scheffe法進行事後檢驗得知，民間信仰對於末期照護態度得分明顯高於無信仰者。
- (三)、 職稱別在末期病人照護態度上有顯著差異($p<.001$)，進一步以Scheffe法進行事後檢驗得知，主治醫師對於末期照護態度得分明顯高於護理師N到N3；住院醫師對於末期照護態度得分明顯高於護理師N到N2。
- (四)、 全部年資分組在末期病人照護態度上具有顯著差異($p<.05$)，更進一步以Scheffe法進行事後檢驗得知，15年以上於末期照護態度得分明顯高於1年以下。
- (五)、 年齡分組在末期病人照護態度上具有顯著差異($p<.05$)，更進一步以Scheffe法進行事後檢驗得知，30-35歲於末期照護態度得分明顯高於護25歲以下。
- (六)、 病房屬性在末期病人照護態度上具有顯著差異($p<.000$)，更進一步以Scheffe法進行事後檢驗得知，一般病房末期照護態度得分明顯高於兒科單位；安寧病房態度得分則明顯最高。

綜合上述得知，醫護人員在教育程度、職稱別、全部年資、年齡跟病房屬性，在認知與態度上均呈顯著差異，而信仰只在態度上有差異，單位年資則在認知與態度上均無差異。

表 四-19 不同背景變項認知之單因子變異數分析

	背景變項	個數	平均數	標準差	F 值	Post Hoc
教育程度 (n=624)	1.碩博士	82	15.4756	2.50050	3.324*	1>2
	2.大學	487	14.5811	2.96847		
	3.專科及其他	55	14.7636	2.94998		
信仰 (n=583)	1.無	264	14.6174	2.97541	1.857	n.s
	2.民間信仰	105	15.2476	2.78658		
	3.佛教	78	15.3205	3.29302		
	4.道教	87	14.4828	2.45358		
	5.其他	49	14.5306	3.00764		
職稱別 (n=624)	1.主治醫師	60	15.9500	2.58040	7.826***	1>6
	2.住院醫師	57	16.5965	2.29798		1>8
	3.專科護理師	41	15.0732	2.41237		2>5
	4.護理師(N4)	40	15.2500	2.93301		2>6
	5.護理師(N3)	68	14.5000	2.93969		2>7
	6.護理師(N2)	128	14.2344	3.01305		2>8
	7.護理師(N1)	79	14.2911	3.16289		
	8.護理師(N)	151	14.0000	2.72274		
單位年資分組 (n=616)	1.1 年以下	118	14.3305	3.32063	1.920	n.s
	2.1-5 年	222	15.0991	2.70898		
	3.5-10 年	138	14.6087	2.81662		
	4.10-15 年	85	14.3176	3.04025		
	5.15 年以上	53	14.7925	2.8847		
全部年資分組 (n=609)	1.1 年以下	85	13.8	3.33024	3.566**	1<2
	2.1-5 年	187	14.984	2.68904		
	3.5-10 年	102	15.0882	3.09616		
	4.10-15 年	132	14.4394	2.86398		
	5.15 年以上	103	15.0485	2.75246		
年齡分組 (n=620)	1.25 歲以下	170	13.9941	2.78945	3.753**	1<3
	2.25-30 歲	157	14.9618	3.09856		
	3.30-35 歲	138	15.1232	2.91097		
	4.35-40 歲	81	14.7284	2.78842		
	5.40 歲以上	74	14.9865	2.81626		
病房屬性 (n=620)	1.加護單位	127	15.1181	2.86083	17.159***	1>3
	2.一般病房	368	14.7473	2.79036		2>3
	3.兒科單位	109	13.5138	2.99263		4>1
	4.安寧病房	20	18.1000	1.65116		4>2 4>3

註*p<.05 **p<.01 ***p<.001 n.s 無顯著差異

表 四-20 不同背景變項態度之單因子變異數分析

	背景變項	個數	平均數	標準差	F 值	Post Hoc
教育程度 (n=624)	1.碩博士	82	40.0488	4.24236	8.244***	1>2
	2.大學	487	38.3224	3.60509		1>3
	3.專科及其他	55	37.9091	4.15564		
信仰 (n=583)	1.無	264	38.1856	3.6822	4.574***	2>1
	2.民間信仰	105	39.6381	3.72136		
	3.佛教	78	39.5256	3.95994		
	4.道教	87	38.0575	3.88305		
	5.其他	49	38.1429	3.92641		
職稱別 (n=624)	1.主治醫師	60	41.1167	4.29067	8.922***	1>5
	2.住院醫師	57	40.3684	3.89428		1>6
	3.專科護理師	41	39.1220	3.65510		1>7
	4.護理師(N4)	40	38.5750	3.86893		1>8
	5.護理師(N3)	68	37.9265	3.48265		2>6
	6.護理師(N2)	128	37.9063	3.68747		2>7
	7.護理師(N1)	79	37.9747	3.87290		2>8
	8.護理師(N)	151	37.6556	3.00232		
單位年資分組 (n=616)	1.1 年以下	118	38.4661	4.21167	1.893	n.s
	2.1-5 年	222	38.6216	3.65616		
	3.5-10 年	138	38.5725	3.83013		
	4.10-15 年	85	37.6471	3.29757		
	5.15 年以上	53	39.3962	3.91908		
全部年資分組 (n=609)	1.1 年以下	85	37.3412	3.31861	2.904*	1<5
	2.1-5 年	187	38.6043	3.61056		
	3.5-10 年	102	38.6275	3.68546		
	4.10-15 年	132	38.5455	4.1999		
	5.15 年以上	103	39.1748	3.8867		
年齡分組 (n=620)	1.25 歲以下	170	37.5588	3.12455	5.866*	1<5
	2.25-30 歲	157	38.7389	3.81654		
	3.30-35 歲	138	38.6232	3.86865		
	4.35-40 歲	81	38.4568	4.3533		
	5.40 歲以上	74	39.9865	3.76899		
病房屬性 (n=620)	1.加護單位	127	38.2441	3.41267	17.128***	2>3
	2.一般病房	368	38.6739	3.77243		4>1
	3.兒科單位	109	37.3486	3.22713		4>2
	4.安寧病房	20	43.6000	4.80570		4>3

*p<.05 **p<.01 ***p<.001 n.s 無顯著差異

參、醫護人員背景變項對認知與態度之相關分析

表四-21 為年齡及全部工作年資與，對末期照護的認知及態度之交互關係數矩陣分析。兩個變項間的相關程度，當變數與變數之間相關性越高，其 Pearson 相關係數越高，若相關係數為 0，則表示變數與變數之間無關係，通常依其相關係數絕對值的高低分成五種不同相關程度，相關係數絕對值在.10 以下為「極低度相關」，.10~.39「低度相關」，.40~.69 以下者為「中度相關」，.07~.99 為「高度相關」，相關係數絕對值 1 為「完全相關」

年齡對全部工作年資、認知與態度之相關分別為.941、.09、.187 表示年紀越大，全部工作年資越高，在認知與態度之得分越高達顯著水準。而年齡與全部工作年資呈現「高度相關」。年齡與全部工作年資與認知呈現「極低度相關」，與態度呈現「低度相關」。認知與態度呈現「低度相關」。

表 四-21 醫護人員背景變項及認知與態度交互關係數矩陣分析表

		年齡	全部工作年資	認知	態度
年齡	Pearson 相關	1			
	個數	620			
全部工作年資	Pearson 相關	.941***	1		
	個數	605	609		
認知	Pearson 相關	.09*	.059	1	
	個數	620	609	624	
態度	Pearson 相關	.187***	.121**	.371***	1
	個數	620	609	624	624

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

肆、醫護人員背景變項對認知與態度之迴歸分析

在進行以下迴歸分析之前，已在前段先進行各變項彼此之間之相關分析，見表四-21，顯示年齡與全部工作年資成高度相關，有共線問題，而年齡與認知及態度都呈顯著差異，而全部工作年資只與態度呈顯著差異，故以下分析只納入年齡變項。

本節探討醫護背景變項對認知與態度之迴歸分析，以「性別」、「年齡」、「教育程度」、「職稱別」、「所屬單位特性」、「相關教育經驗 11 及 12」、「相關決策經驗 13、15 及 16」、「相關照護經驗 17、18 及 19」為自變項，認知為依變項及以「性別」、「年齡」、「婚姻」、「教育程度」、「宗教信仰」、「職稱別」、「所屬單位特性」、「相關教育經驗 11 及 12」、「相關決策經驗 14、15 及 16」、「相關照護經驗 17 及 19」為自變項，態度為依變項，分別進行迴歸分析。在進行多元迴歸分析之前，將「性別」、「婚姻」、「教育程度」、「宗教信仰」、「職稱別」、「所屬單位特性」、「相關教育經驗 11、12」、「相關決策經驗 13、14、15 及 16」、「相關照護經驗 17、18 及 19」，類別變項轉換為虛擬變項，而「年齡」則以原始分數進行統計分析。此外，由於臨床情境中，醫師與護理師的角色不同，護理師的人數也遠大於醫師，故也分別就醫師及護理師的不同背景變項對認知與態度進行迴歸分析。

一、不同背景變項對認知之迴歸分析

由表四-22 得知，背景變項迴歸模型一達顯著($p < .001$)解釋認知依變項之總變異量為 22.5%，其中「職稱別」、「所屬單位特性」、「相關教育經驗 11」、「相關決策經驗 16」及「相關照護經驗 19」達顯著性差異。背景變項迴歸模型三達顯著($p < .001$)解釋認知依變項之總變異量為 18.7%，其中、「所屬單位特性」、「相關教育經驗 11」、「相關決策經驗 16」達顯著性差異。背景變項迴歸模型二則未達顯著。

由標準化迴歸係數 β 判讀結果得知，模型一中「職稱別」以護理師 N 為參照組，得知主治醫師(.149)及住院醫師(.208)呈現結果為正值、表示護理師 N 在認知的得分上低於主治醫師及住院醫師。「所屬單位特性」以一般病房為參照組，加護單位及安寧病房呈現正值(.91、.181)，兒科單位呈現負值(-.97)，表示一般病房在認知

得分上低於加護單位及安寧病房，但高於兒科單位。相關教育經驗部分曾上過 DNR 相關課程者為參照組，沒上過課程者 β 為負值(-.120)，表示曾上過 DNR 相關課程者認知得分較高。相關決策經驗部分認為病人在簽署 DNR 時，應該保留急救藥物使用為參照組，認為不應該使用者 β 為正值(.101)，表示認為病人在簽署 DNR 時，應該保留急救藥物使用者，認知得分較低。相關照護經驗部分醫療團隊建議臨終返家時使用升壓劑參照組，不建議者 β 為正值(.097)，表示醫療團隊會建議臨終返家時使用升壓劑者，認知得分較低。

由標準化迴歸係數 β 判讀結果得知，模型三中「所屬單位特性」以一般病房為參照組，安寧病房呈現正值(.198)，兒科單位呈現負值(-.122)，表示一般病房在認知得分上低於安寧病房，高於兒科單位。相關教育經驗部分曾上過 DNR 相關課程者為參照組，沒上過課程者 β 為負值(-.129)，表示曾上過 DNR 相關課程者認知得分較高。相關決策經驗部分認為病人在簽署 DNR 時，應該保留急救藥物使用為參照組，認為不應該使用者 β 為正值(.117)，表示認為病人在簽署 DNR 時，應該保留急救藥物使用者，認知得分較低。相關照護經驗部分醫療團隊建議臨終返家時使用升壓劑參照組，不建議者 β 為正值(.096)，表示醫療團隊會建議臨終返家時使用升壓劑者，認知得分較低。

綜合以上結果，安寧病房成員認知得分最高，兒科單位則是最低，有上過 DNR 相關課程者認知得分較沒上過者高，認為病人在簽署 DNR 時，應該保留急救藥物使用，及醫療團隊建議臨終返家時使用升壓劑者，認知的得分較低。而雖然模型二，醫師的背景變項與認知無顯著差異，但由模型一得知，醫師的認知得分是高於護理師的。

二、不同背景變項對態度之迴歸分析

由表四-23 得知，背景變項迴歸模型一達顯著($p < .001$)解釋態度依變項之總變異量為 26.2%，其中「宗教信仰」、「職稱別」、「所屬單位特性」、「相關決策經驗 15 及 16」達顯著性差異。背景變項迴歸模型三達顯著($p < .001$)解釋態度依變項之總變

異量為 23.5%，其中、「所屬單位特性」、「相關教育經驗 11」、「相關決策經驗 16」達顯著性差異。背景變項迴歸模型二則未達顯著差異。

由標準化迴歸係數 β 判讀結果得知，模型一中「宗教信仰」已無當參照組，民間信仰及佛教為正值(.089/.086)，顯示民間信仰及佛教在態度得分上高於無宗教信仰者。「職稱別」以護理師 N 為參照組，得知主治醫師(.163)及住院醫師(.142)呈現結果為正值、表示護理師 N 在態度的得分上低於主治醫師及住院醫師。「所屬單位特性」以一般病房為參照組，安寧病房呈現正值(.186)，表示一般病房在態度得分上低於安寧病房。相關決策經驗部分，曾跟病人或家屬說明過 DNR 為參照組，不曾說明者呈負值(-.109)，表示曾跟病人或家屬說明過 DNR 者態度得分較高。而為病人在簽署 DNR 時，應該保留急救藥物使用為參照組，認為不應該使用者 β 為正值(.182)，表示認為病人在簽署 DNR 時，應該保留急救藥物使用者，態度得分較低。

由標準化迴歸係數 β 判讀結果得知，模型三中「宗教信仰」已無當參照組，佛教為正值(1.040)，顯示佛教在態度得分上高於無宗教信仰者。「所屬單位特性」以一般病房為參照組，安寧病房呈現正值(4.174)，表示一般病房在態度得分上明顯低於安寧病房。相關教育經驗部分曾上過 DNR 相關課程者為參照組，沒上過課程者 β 為負值(-1.266)，表示曾上過 DNR 相關課程者認知得分較高。相關決策經驗部分認為病人在簽署 DNR 時，應該保留急救藥物使用為參照組，認為不應該使用者 β 為正值(1.444)，表示認為病人在簽署 DNR 時，應該保留急救藥物使用者，態度得分較低。

綜合以上結果，信仰為一般民間信仰及佛教在態度得分是較高的。病房屬性為安寧病房態度得分最高。有上過 DNR 相關課程者態度得分較沒上過者高，認為病人在簽署 DNR 時，應該保留急救藥物使用，及醫療團隊建議臨終返家時使用升壓劑者，態度的得分較低。而雖然模型二，醫師的背景變項與認知無顯著差異，但由模型一得知，醫師的認態度得分是高於護理師的。此外，認為病人在簽署 DNR 時，應該保留急救藥物使用的醫師，態度的得分反而是較高的。

表 四-22 醫護人員背景變項對認知之迴歸分析摘要表

變項		模型一(n=607)		模型二(n=113)		模型三(n=490)	
項目	組別	β	t	β	t	β	t
性別	男	.067	1.213	.035	.337	.043	1.000
	女(參照組)						
年齡		-.046	-.763	-.056	-.372	-.014	-.226
	1.碩博士	.009	.178	-.239	-1.626	.065	1.351
	2.大學(參照組)						
學歷	3.專科及其他	.075	1.949	.129	1.170	.082	1.868
	1.主治醫師	.149	2.079*	(參照組)			
	2.住院醫師	.208	3.983***	-.027	-.161		
職稱別	3.專科護理師	.041	.861			.019	.330
	4.護理師(N4)	.086	1.811			.060	1.017
	5.護理師(N3)	.019	.383			.006	.102
	6.護理師(N2)	-.003	-.053			-.013	-.213
	7.護理師(N1)	-.033	-.739			-.041	-.807
	8.護理師(N)(參照組)					(參照組)	
	1.加護單位	.091	2.146*	.165	1.677	.090	1.868
	2.一般病房(參照組)						
病房屬性	3.兒科單位	-.097	-2.383*	-.037	-.358	-.122	-2.569*
	4.安寧病房	.181	4.584***	.132	1.338	.198	4.368***
	是(參照組)						
	否	-.120	-2.657**	-.095	-.720	-.129	-2.539*
11.是否曾上過 DNR 相關課程	是(參照組)						
	否	-.063	-1.422	-.050	-.401	-.075	-1.494
12.是否曾上過末期病人照顧相關課程	是(參照組)						
	否	.005	.134	-.017	-.167	.020	.463
13.是否曾以最近親屬身份幫家人簽署過 DNR	是(參照組)						
	否	-.072	-1.503	-.165	-1.533	-.054	-1.004
15.您是否曾跟病人或家屬說明過	是(參照組)						
	否	.101	2.621**	.029	.271	.117	2.691**
16.您是否認為病人在簽署 DNR 時，應該保留急救藥物使用	是(參照組)						
	否	-.050	-1.206	.027	.255	-.057	-1.201
17.您是否曾給予末期病人臨終時使用急救藥物	是(參照組)						
	否	.004	.092	-.107	-.961	.015	.286
18.您是否曾與末期病人或其家屬討論臨終急救藥物使用之利弊	是(參照組)						
	否	.079	2.013*	.051	.482	.076	1.714
19.病人要留一口氣返家，醫療團隊是否會建議臨終返家時使用升壓劑	是(參照組)						
	否						
F 值		7.690***		1.433		5.457***	
R ²		.225		.193		.187	

*p<.05 **p<.01 ***p<.001 模型一：n=全部醫護人員，模型二：n=醫師，模型三：n=護理人員

表 四-23 醫護人員背景變項對態度之迴歸分析摘要表

變項		模型一(n=568)		模型二(n=112)		模型三(n=456)	
項目	組別	β	t	β	t	β	t
性別	男	.067	1.213	.058	.537	-1.419	-1.857
	女(參照組)						
年齡		-.038	-.680	.010	.061	.062	1.692
婚姻	未婚						
	已婚及其他	-.034	-.731	-.064	-.485	-.349	-.896
教育程度	1.碩博士	.013	.260	.005	.036	.187	.284
	2.大學(參照組)						
	3.專科及其他	-.007	-.182	.017	.142	-.054	-.102
宗教信仰	1.無(參照組)						
	2.民間信仰	.089	2.151*	.068	.629	.853	1.961
	3.佛教	.086	2.106*	.042	.368	1.040	1.983*
	4.道教	.024	.581	-.108	-.946	.581	1.305
	5.其他	-.047	-1.196	-.058	-.545	-.729	-1.199
職稱別	1.主治醫師	.163	2.177*	參照組			
	2.住院醫師	.142	2.670**	-.130	-.729		
	3.專科護理師	-.002	-.042			-.279	-.358
	4.護理師(N4)	-.009	-.188			-.520	-.671
	5.護理師(N3)	-.059	-1.176			-1.012	-1.597
	6.護理師(N2)	-.055	-1.018			-.746	-1.381
	7.護理師(N1)	-.056	-1.250			-.792	-1.552
	8.護理師(N)(參照組)						
病房屬性	1.加護單位	-.011	-.253	.121	1.139	-.191	-.469
	2.一般病房(參照組)						
	3.兒科單位	-.048	-1.146	-.074	-.701	-.658	-1.463
	4.安寧病房	.186	4.656***	.072	.689	4.174	4.925***
11.是否曾上過 DNR 相關課程	是(參照組)						
	否	-.089	-1.949	.145	1.127	-1.266	-2.596**
12.是否曾上過末期病人照顧相關課程	是(參照組)						
	否	-.014	-.322	-.189	-1.529	.078	.167
14.您是否已簽署預立選擇安寧緩和醫療意願書	是(參照組)						
	否	-.038	-.991	-.067	-.634	-.792	-1.203
15.您是否曾跟病人或家屬說明過 DNR	是(參照組)						
	否	-.109	-2.187*	-.249	-2.263*	-.592	-1.453
16.您是否認為病人在簽署 DNR 時，應該保留急救藥物使用	是(參照組)						
	否	.182	4.710***	-.088	-.822	1.444	4.599***
17.您是否曾給予末期病人臨終時使用急救藥物	是(參照組)						
	否	.002	.056	-.058	-.525	.157	.414
18.您是否曾與末期病人或其家屬討論臨終急救藥物使用之利弊	是(參照組)						
	否	-.070	-1.454	-.130	-.729	-.524	-1.377
F 值		7.393**		1.237		5.515***	
R ²		.262		.214		.235	

*p<.05 **p<.01 ***p<.001 模型一：n=全部醫護人員，模型二：n=醫師，模型三：n=護理人員

第四節 回溯病歷資料與問卷資料之關聯分析討論

經由前三節別針對病歷，及醫護人員的認知與態度分析結果，分析檢定研究假設的一至八項(見附件四-24)。假設九，醫護人員的認知與態度與臨終時使用急救用藥之相關性，假設在醫護團隊之特性維持一定，不因人員異動而有差異下，透過病歷資料(見表四-25)和問卷資料(表四-26)的相關統計分析發現，醫療團隊屬性不同，病人臨終使用急救藥物與否的情況也不同，安寧病房幾乎是不使用的，其次是一般病房，而加護病房臨終使用急救藥物的比例最高。而進一步發現，住院時的醫療狀況及出院狀態，加護病房臨終使用急救藥物之病人，在住院天數與簽署 DNR 日到出院日天數，較未使用急救藥物者為短的趨勢，顯示加護病房病人病程進展得較快，而在維生醫療使用上，加護病房面對更多的挑戰，故可知，團隊特性(安寧、加護單位及一般病房)明顯跟病人臨終使用急救藥物與否有很大的關係。

表四-26 對於臨終照護的認知與態度，是否認為臨終需使用急救藥物呈顯著相關，由迴歸分析發現認為病人應該在簽署 DNR 時保留急救藥物者，在認知與態度的得分是較低的。而在團隊特性上，在末期照護的認知安寧病房得分是較高的，其次是加護病房。而在態度得分上，最高是安寧病房，其次則是一般，得分最低則是加護病房。

由此可看出安寧團隊在末期照護的認知與態度得分是較高的，而其所照顧的末期病人臨終使用急救藥物的比率是最低的，而相反的加護單位在在末期照護的認知與態度得分是較低的，其所照顧的末期病人使用急救藥物的比率是較高的，故假設九、醫護人員的認知與態度與臨終時使用急救藥物呈負相關性可成立。

表 四-24 研究假設摘要分析表

假設	加護病房		一般病房	
	成立	未成立	成立	未成立
假設 1.末期病人基本資料與臨終時使用急救藥物之相關性		v		v
假設 1-1 不同性別之末期病人臨終時是否使用急救藥物呈顯著差異		v		v
假設 1-2 不同年齡之末期病人臨終時是否使用急救藥物呈顯著差異		v		v
假設 1-3 不同婚姻狀況之末期病人臨終時是否使用急救藥物呈顯著差異		v		v
假設 1-4 不同職業之末期病人臨終時是否使用急救藥物呈顯著差異		v		v
假設 1-5 不同教育程度之末期病人臨終時是否使用急救藥物呈顯著差異		v		v
假設 1-6 不同宗教信仰之末期病人臨終時是否使用急救藥物呈顯著差異		v		v
假設 1-7 不同子女數之末期病人臨終時是否使用急救藥物有顯著差異		v		v
假設 2.住院時的醫療狀況及出院狀態與臨終時使用急救藥物之相關性				
假設 2-1 癌症與非癌症之末期病人臨終時是否使用急救藥物呈顯著差異		v	v	
假設 2-2 住院天數長短與末期病人臨終時是否使用急救藥物呈顯著差異	v			v
假設 2-3 是否附註使用急救藥物與末期病人臨終時是否使用急救藥物呈顯著差異	v		v	
假設 2-4 急救藥物使用天數與末期病人臨終時是否使用急救藥物呈顯著差異		v		v
假設 2-5 急救藥物使用劑量增減與末期病人臨終時是否使用急救藥物呈顯著差異	v	v	v	
假設 2-6 出院狀況與末期病人臨終時是否使用急救藥物呈顯著差異	v			v
假設 3.家屬照顧、DNR 簽署及維生醫療使用與臨終時使用急救藥物之相關性				
假設 3-1 同住者與末期病人臨終時是否使用急救藥物呈顯著差異		v		v
假設 3-2 住要照顧者與末期病人臨終時是否使用急救藥物呈顯著差異		v		v
假設 3-3 DNR 簽署者與末期病人臨終時是否使用急救藥物呈顯著差異		v		v
假設 3-4 DNR 簽署前有使用維生醫療與臨終時是否使用急救藥物呈顯著差異		v		v
假設 3-5 DNR 簽署後有使用維生醫療與臨終時是否使用急救藥物呈顯著差異	v			v
假設 4.醫療團隊屬性末期照顧計畫與臨終時使用急救藥物之相關性				
假設 4-1 醫療團隊屬性 與末期病人臨終時是否使用急救藥物呈顯著差異	v		v	
假設 4-2 安寧療護介入與末期病人臨終時是否使用急救藥物呈顯著差異	v			v
假設 4-3 紀錄方式完整性與末期病人臨終時是否使用急救藥物呈顯著差異	v			v
假設 4-4 DNR 討論提出者與末期病人臨終時是否使用急救藥物呈顯著差異	v			v
假設 4-5 是否討論維生醫療使用與末期病人臨終時是否使用急救藥物呈顯著差異	v			v

假設	加護病房		一般病房	
	成立	未成立	成立	未成立
假設 4-6 預計臨終地點與末期病人臨終時是否使用急救藥物呈顯著差異	v		v	
假設 4-7 死亡時是否有家屬陪伴與末期病人臨終時是否使用急救藥物呈顯著差異	v		v	
假設 4-8 是否有道別與末期病人臨終時是否使用急救藥物呈顯著差異		v		v
假設	認知		態度	
	成立	未成立	成立	未成立
假設 5. 醫護人員的基本資料跟認知與態度之相關性				
假設 5-1 醫護人員的性別跟認知與態度呈顯著差異	v		v	
假設 5-2 醫護人員的年齡跟認知與態度呈顯著差異	v		v	
假設 5-3 醫護人員的婚姻狀況跟認知與態度呈顯著差異		v	v	
假設 5-4 醫護人員的教育程度跟認知與態度呈顯著差異	v		v	
假設 5-5 醫護人員的宗教信仰跟態度呈顯著差異	v		v	
假設 5-6 醫護人員的職稱分類跟認知與態度呈顯著差異	v		v	
假設 5-7 醫護人員的所屬單位屬性跟認知與態度呈顯著差異	v		v	
假設 5-8 醫護人員的單位工作年資跟認知與態度呈顯著差異		v		v
假設 5-9 醫護人員的全部工作年資跟認知與態度呈顯著差異	v		v	
假設 6. 醫護人員的認知與態度跟接受末期照護相關教育之相關性				
假設 6-1 曾上過 DNR 相關課程跟認知與態度呈正相關	v		v	
假設 6-2 曾上過末期病人照顧相關課程跟認知與態度呈正相關	v		v	
假設 7. 醫護人員的認知與態度跟末期病人照顧相關醫療決策經驗之相關性				
假設 7-1 曾以最近親屬身份幫家人簽署過 DNR 跟認知與態度呈正相關	v			v
假設 7-2 已簽署預立選擇安寧緩和醫療意願書跟認知與態度呈正相關		v	v	
假設 7-3 曾跟病人或家屬說明過 DNR 跟認知與態度呈無相關		v	v	
假設 7-4 認為病人在簽署 DNR 時，應該保留急救藥物使用跟認知與態度呈負相關	v		v	
假設 8. 醫護人員的認知與態度是否跟末期病人相關照顧經驗之相關性				
假設 8-1 曾給予末期病人臨終時使用急救藥物跟認知與態度呈無相關		v		v
假設 8-2 曾與末期病人或其家屬討論臨終急救藥物使用之利弊跟認知與態度呈無相關		v		v
假設 8-3 病留一口氣返家醫療團隊是會建議臨終返家時使用升壓劑跟認知與態度呈負相關	v			v
假設 8-4 留一口氣返家常遇家屬「主動要求」使用升壓劑時使用升壓劑跟認知與態度呈負相關		v		v
假設 9. 醫護人員的認知與態度與臨終時使用急救用藥呈負相關性	v		v	

表 四-25 病歷統計資料統整

基本資料簡介-描述性統計	項目	組別	卡方		t檢定		Mann-Whitney U		邏輯斯迴歸(勝算比)							
			加護病房	一般病房	加護病房	一般病房	加護病房	一般病房	加護病房	一般病房	加護及一般病房					
簽署DNR之末期病人以男性較多，平均年齡約70歲，75歲以上佔了3成多，大多已婚、無職業、教育程度為小學、無宗教信仰、有3-5個子女者占8成5以上。	1.病人基本資料		ns	ns	ns	ns										
簽署DNR的末期病人診斷別癌症或非癌症比約1:1。病人住院的科別以內科為主，而緩和醫學科則不到2成。住院天數以1-2週最多，平均不到3週。死亡或出院前三天開始使用急救藥物者占了將近5成，而死亡或出院當天使用急救藥物者則超過2成5，平均使用3.55天。超過3成的病人死亡或出院前1-3天才簽署DNR，平均是死亡或出院前1-2週簽署DNR。而將近成5的病人出院狀態是死亡。	2.住院時的醫療狀況及出院狀態	診斷	癌症	顯示內科、附註使用急救藥物、最後24小時內的劑量增加，及出院狀態為留一口氣回家者，有較高比率會使用急救藥物的趨勢。	病人診斷為非癌及最後24小時內的劑量增加者，呈現較高比率臨終時會使用急救藥物的趨勢。	加護病房臨終使用急救藥物之病人，在住院天數與簽署DNR日到出院日天數，較未使用急救藥物者為短的趨勢			非癌高於癌症							
		所屬科別	外科										內科 胸腔內科(參照組)	內科高於胸腔內科		
		住院天數(天)	(平均住院天數18.74天；SD=20.96)												ns	ns
		是否附註使用急救藥物	是												是高於否	是高於否
		出院或死亡時是否仍在用急救用藥	是												ns	ns
		死亡或出院前24小時內急救藥物使用的劑量	增加												ns	ns
		DNR簽署日與出院日之差距(天)	(平均為12.10天；SD=39.80)												ns	ns
		出院形態	臨終出院												ns	ns
			死亡													
			形式上留一口氣及其他													
簽署DNR之末期病人主要都跟家人同住，子女是主要照顧者，DNR簽署也以子女為主。而在DNR簽署前有將近4成7的病人已使用一種以上的維生醫療(插管、正壓呼吸器、洗腎或葉克膜)，而DNR簽署後有上述維生醫療介入者比率更高約有5成。	3.家屬照顧狀況與DNR簽署者及為生醫療使用	維生醫療使用情況		簽署DNR後有維生醫療使用者，有較高比率使用升壓劑的趨勢。	ns			簽署DNR前後有維生醫療介入項目越多者，有較高比率使用急救藥物的趨勢	ns							
		1.簽署前其他維生醫療介入情況	介入項目總合										有高於無	有高於無		
		2.簽署後其他維生醫療介入情況	有維生醫療介入													
簽署DNR之末期病人約4成有接受安寧療護服務，以安寧共照方式為主。病歷上有末期照顧紀錄呈現的方式主要維護護理紀錄，而DNR議題的討論是以醫療團隊提出為主。約有1成7的末期病人有臨終時撤除維生醫療討論，而關於臨終地點的選擇以留一口氣回家最多，這跟實際出院狀態並不同。約7成病人死亡時有家屬在旁陪伴，但無引導家屬跟病人道別的紀錄超過6成5。	4.醫療團隊屬性及其末期照顧計畫	醫療團隊屬性	加護病房	表示在加護病房的病人，未有安寧共照介入者、DNR討論由醫療團隊提出者、無討論撤除維生系統者、留一口氣回家及死亡時無家屬陪伴者，臨終時使用急救藥物的比率有較偏高的趨勢。	一般病房病人，預留一口氣回家及死亡時無家屬陪伴者，臨終時使用急救藥物的比率有較偏高的趨勢。			加護病房紀錄方式越多，使用急救藥物的機率越低	ns							
		末期照顧計畫	一般病房(參照組)										ns	ns		
		1-1是否有安寧介入	安寧緩和病房										是	ns	ns	
		2-1是否有安寧介入	是										ns	ns		
		2-2有呈現之紀錄情況	否										ns	ns		
		2-3紀錄內容	病歷紀錄方式加總										ns	ns		
		2-3-1 DNR簽署討論	除DNR單以外，無書面記錄										ns	ns		
		2-3-2撤除維生醫療討論	醫療團隊提出討論										ns	ns		
		2-3-3-1臨終地點	病人及家屬提出討論										ns	ns		
			無法確定										ns	ns		
			有										無高於有	ns		
			無										ns	ns		
	留一口氣回家	ns	ns													
	院宣	ns	ns													
	其他	ns	ns													
	死亡時有家屬陪伴	ns	ns													
	其他	ns	ns													

註：ns=無顯著差異

表 四-26 問卷統計資料統整

描述性統計	變項		t 檢定		單因子變異數		相關		迴歸		
	項目	組別	認知	態度	認知	態度	認知	態度	模型一	模型二	模型一
受試者以女性居多主要為護理人員，年齡 30 歲以下者佔一半以上，超過 6 成未婚，學歷以大學居多將近 8 成。有將近一半者無宗教信仰，有將近 6 成所屬單位為一般病房，工作年資平均是 6-8 年。	性別	男	***	***							
		女									
	年齡分組	25 歲以下		**	*	*	***				
		25-30 歲									
		30-35 歲									
		35-40 歲									
		40 歲以上									
		遺漏值									
	婚姻狀況	未婚			**						
		已婚及其他									
	教育程度	碩博士		*	***						
		大學									
		專科及其他									
	宗教信仰	無					***				
		民間信仰									
		佛教									
		道教									
		其他									
	職稱分類	遺漏值									
		主治醫師				***	***			*	
住院醫師									***		
專科護理師											
護理師 N4											
護理師 N3											
	護理師 N2										

描述性統計	變項		t 檢定		單因子變異數		相關		迴歸			
	項目	組別	認知	態度	認知	態度	認知	態度	模型一	模型二	模型一	
		護理師 N1										
		護理師 N										
	所屬單位屬性	加護單位			***	***			*			
		一般病房										
		兒科單位							*		*	
		安寧病房							***		***	
	全部工作年資	1 年以下			**	*		**				
		1-5 年										
		5-10 年										
		10-15 年										
		15 年以上										
醫護人員曾上過 DNR 相關課程的比率為 83.08%。曾上過末期病人照顧相關課程者佔 80.95%。由上述資料可知，在相關教育訓練部分，有 80% 以上的人員受過 DNR 相關課程及末期照顧相關課程，而上過 DNR 相關課程的比率大於末期照顧相關課程的比率，是值得探討的	參加相關教育經驗	11. 曾上過 DNR 相關課程	***	***					**		*	
		12. 曾上過末期病人照顧相關課程	**	**								
不到 1 成 5 的醫護人員曾以最近親屬簽署過 DNR，而簽署安寧緩和醫療意願書的比率則不到 1 成，可見預立醫療指示的推動還有很大的空間。而在與病人或家屬說明 DNR 部分約佔 6 成 5，醫護人員認為簽署 DNR 應保留急救藥物的約佔 5 成。	相關醫療決策經驗	13. 曾以最近親屬身份簽署過 DNR	*									
		14. 簽署預立選擇安寧緩和醫療意願書		*								
		15. 曾跟病人或家屬說明過 DNR	***	***								
在醫護人員相關照顧經驗上，7 成左右的醫護人員曾在病人臨終時給予急救藥物，但曾與病人或家屬討論急救藥利弊的比率則為 5 成，較實際給予藥物的比率為低。在醫護人員的經驗中，有 5 成 5 左右的醫療團隊會主動建議留一口氣回家的病人，臨終時使用急救藥物，而約 4 成 5 的家屬會「主動要求」使用升壓劑。顯示末期病人使用升壓劑與否，由醫護人員主動提出建議的還是佔較高的影響比率。	相關醫療照護經驗	16. 認為簽署 DNR 時，應該保留急救藥物使用	**	***					**		**	
		17. 曾給予末期病人臨終時使用急救藥物	***	***								
		18. 曾討論臨終急救藥物使用利弊	***	***								
		19. 若病人要留一口氣返家醫療團隊是否會建議臨終返家時使用升壓劑		*					*			

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

第五章 討論

根據病歷資料及醫護人員的問卷調查，本章將就研究發現做出歸納與討論，第一節為病歷資料之發現與統整歸納；第二節為醫護人員之發現與統整歸納；第三節為留一口氣返家的迷思；第四節研究者的臨床經驗。

第一節 病歷資料之發現與統整歸納

由病歷的基本資料可得知，簽署 DNR 之末期病人以男性中老年為多，大多已婚有 3-5 個子女者、無職業、教育程度為小學、無宗教信仰。而 DNR 簽署多以子女或配偶為主是符合現況的，本人簽署者雖僅 10.46%(70 人)，但比例已較林亞陵民國 98 年的研究增加，可見推動臨終關懷及安寧照護宣導的成效。可能因國內推動安寧療護對象以癌症病人為主，民國 98 年 9 月 1 號起才將八大非癌納入健保給付，所以跟據衛生福利部公告之民國 100 年死因年報數據，扣除車禍及自殺等意外事故，每十萬人口非癌死亡數為 75,339，癌症死亡數為 42,559，故非癌及癌症比約 2:1，本研究所分析之病歷資料，非癌與癌症人數相當，可見非癌的安寧療護需要更多的投入與推廣。

曾住安寧病房病人 129 人，較安寧緩和病房照護的 126 人數多 3 位，是因其中 2 位為之前已接受過安寧緩和病房照護，但此次住院因安寧緩和病房沒有床位，而至一般病房照護，剩下的 1 位非癌病人則是因為轉安寧緩和病房準備撤管，但由於病人病況趨於穩定，加上案妻對病人生病的愧疚感，經醫療團隊與家屬多次溝通後，轉至一般病房接受進一步侵入性治療。

在 DNR 同意書或意願書上，附註使用藥物部分「是」之使用急救藥物者佔 89.3%，「否」之使用者佔 46.1%。顯示在 DNR 單註明使用急救藥物者，有 10%實際上是未使用，而沒再 DNR 單註明使用急救藥物者，則有將近 50%的病人臨終時會使用急救藥物。可見雖然 DNR 單上註明使用急救藥物與否，跟實際是否使用仍有出入，可能的原因是，臨床情境不同，加上醫師對於當下病況的評估，與治療信念的差異所造成。

病歷回溯研究也得知，一般病房病人平均年齡最大，住院天數高於安寧病房病人的平均，而低於加護病房。一般病房的病人，DNR 簽署日到出院日天數平均高於加護病房，低於安寧病房。加護病房病人的平均年齡，介在安寧及一般病房之間，其住院天數最長，簽署 DNR 日到出院日天數最短。雖然，緩和醫療病房住院天數最短，但簽署 DNR 日到出院日天數卻明顯高於一般病房及加護病房，是否與安寧病房的病人多是由一般病房，及加護病房轉來有關。並且病人自己簽署 DNR 的比率較高，這顯示提早討論 DNR 議題，而非等到病人意識不清時才由別人做決定，對於臨終照護方式之選擇是有影響的，所以預立醫療指示對於末期照護是非常重要的。而在維生醫療部分，簽署 DNR 前有將近 50% 的病人有使用插管、呼吸器、洗腎甚至葉克膜，但簽署後仍有上述維生醫療介入的比率並未下降，其中正壓呼吸器的比率甚至比簽署前更高，可能跟多數呼吸衰竭的病人，雖不選擇插管或撤管，但仍使用正壓呼吸器。

加護單位內科及心血管內科病人使用急救藥物的比例較高，而且最後 24 小時的劑量是增加的，可能是因為就單純心臟病的病人，急救藥物對於心臟衰竭是有療效的，包括 CPR。故對心血管內科病人，不使用急救藥物甚至 DNR，都是困難的議題。最後 24 小時的急救藥物劑量是增加，可以推測是因為加護病房當可以用的儀器都上了以後，醫護人員手邊最後的武器就是急救藥物，所以只好將劑量一直往上加。一般病房則以非癌症及外科使用急救藥物之比例較高，而 24 小時內劑量減少或持平部分者較高。這樣的差異或許是因為家屬簽了 DNR，而願意在一般病房照護，陪伴末期病人者，對病人死亡將至的事實較能接受，也能接受不使用急救藥物來延長病人瀕死期。而在病歷上附註使用急救藥物，及出院狀態為臨終出院，加護病房及一般病房相同，不過加護病房的病人往往在簽署 DNR 前已經使用升壓劑，而一般病房則不一定，加上一般病房 24 小時劑量減少或持平部分者較高，可推論一般病房使用升壓劑是讓病人留一口氣回家。而加護病房面對的推測是和臨終無效醫療使用的困境有關。

第二節 醫護人員之發現與統整歸納

問卷調查受訪者以女性居多，主要為護理人員，年齡 30 歲以下者佔一半以上，超過 60% 未婚，學歷以大學者居多將近 8 成。約有 5 成的受訪者無宗教信仰，將近 6 成的受訪者所屬單位為一般病房，工作年資平均是 6-8 年。醫護人員八成以上受過末期或 DNR 相關的訓練課程，顯示臨床上對於末期照護是有推廣的。只有 1 成 5 的醫護人員曾以最近親屬身分簽署過 DNR，可能因為醫護人員 35 歲以下佔了 7 成 5，而簽署安寧緩和醫療意願書的比率則不到 1 成，是值得討論的。醫護人員認為簽署 DNR 應保留急救藥物的約佔 5 成，而曾與病人或家屬討論急救藥利弊的比率則為 5 成，可是卻有 7 成左右的醫護人員曾在病人臨終時給予急救藥物，顯示會注意急救藥物使用議題者只佔了 5 成左右，而有將近 3 成的醫護人員，給予臨終病人使用急救藥物未與病人或家屬討論。在醫護人員的經驗中，有 5 成 5 左右的醫療團隊會主動建議想留一口氣回家的病人，臨終時使用急救藥物，而約 4 成 5 的家屬會「主動要求」使用升壓劑，末期病人使用升壓劑與否，由醫護人員主動提出建議佔較高的比率。

問卷調查中，認知與態度以男性、上過 DNR 或末期照護相關教育課程、曾跟病人或家屬說明過 DNR、不認為病人在簽署 DNR 時應該保留藥物、曾給予末期病人在臨終時使用急救藥物，或曾與末期病人或家屬討論，臨終時急救藥物使用之利弊，在認知與態度的得分均較高。可知，對不認為病人簽署 DNR 應該保留藥物，及曾與末期病人或家屬討論臨終急救藥物使用之利弊，對於末期照護有較正向的認知與態度，而關於性別一般而言在醫療場域醫師以男性為主，在一般的觀念裡，醫師對於安寧療護的推廣比護理人員來的困難，但此問卷卻顯示男性的認知與態度是比女性正向，這跟文獻顯相似，醫師對於 DNR 的對於安寧療護的認知與態度無關(鄭夙芬 et al., 2010)。在認知方面，曾以最近親屬身份幫家人簽署過 DNR，或醫療團隊不會建議，病人臨終返家時使用升壓劑的得分較高，推論醫護人員末期照護的教育，對於醫護人員提供的病人末期醫療決策建議是有影響的，間接影響病人臨終是否使用急救藥物。在態度方面，已婚及其他，或已簽署預立選擇安寧緩和醫療意願書的得分較高，推論是對於末期照護的態度越正向，

認同度越高則越願意簽署簽署預立選擇安寧緩和醫療意願書，已婚會大於未婚或許因為已婚者年紀較大，較有機會面臨到死亡的議題，故對善終有較正向的態度。

迴歸分析顯示安寧病房成員認知得分最高，兒科單位則是最低。有上過 DNR 課程者在認知得分較沒上過者高。認為病人在簽署 DNR 時，應該保留急救藥物使用，及醫療團隊建議臨終返家時使用升壓劑者，在認知的面向得分較低，而醫師的認知得分是高於護理師的，但醫師的背景變項與認知卻呈現無顯著差異。

在態度方面，信仰為一般民間信仰及佛教在態度得分較高。病房屬性為安寧病房者，態度得分最高。上過 DNR 相關課程者態度得分，較沒上過者高，認為病人在簽署 DNR 時，應該保留急救藥物使用，及醫療團隊建議臨終返家時使用升壓劑者，態度的得分較低。雖然醫師的背景變項與也態度無顯著差異，醫師的態度得分是也高於護理師的。此外值得注意的是認為病人在簽署 DNR 時，應該保留急救藥物使用的醫師，態度的得分反而是較高的。可見醫師臨床處置與決策，似乎不只有受到對於末期照護的認知與態度影響，值得近一步討論。而有文獻指出加護病房的醫護人員，因其專業及社會文化方面考量的認知差異，的確會影響到簽署 DNR 的過程，並顯示出醫護人員的醫療決策並非總是有共識，不會彼此貢獻資訊(黃麗續、魏書娥，2013)。

第三節 留一口氣返家的迷思

加護病房病人之出院出院狀態中，留一口氣返家與臨終使用急救藥物與否，成顯著相關，但一般病房並不相關，或許臨終出院(留一口氣回家)影響病人臨終使用急救藥物，而多數末期病人最後的生命都是在加護病房渡過，且往往簽署 DNR 時，已有一種以上的維生醫療使用，包括升壓劑。想在家裡善終的病人，留一口氣返家的時機，是需要事先好好討論的。從病歷資料統計得知病人，或家屬臨終地點的選擇留一口氣回家超過 5 成，但實際上真的是臨終出院者占不到 4 成。對於留一口氣返家，是台灣傳統的習俗，但對於末期病人臨終返家後的醫療資源的提供不足，所以臨床上往往等到病人已經生命徵象微弱，甚至使用急救藥物讓病人撐回家，而病人回家後會面對的狀況為何？如果沒有馬上走怎麼辦？所以會遇到臨終出院後又返回醫院的狀況，建議推廣居家安寧，研究者自己的奶奶就是因為有安寧居家的介入，讓家人敢讓奶奶提早返回她住了一輩子的地方，雖然奶奶因為腦傷已經沒有反應，但家人卻可以明顯的感受到，回到家後奶奶整個呼吸都變平順了，而左鄰右舍親朋好友的探視，與家人一起談論奶奶的生命故事，對家人而言是多麼珍貴的回憶，比起真的等到病人隨時會往生才匆匆忙忙的回家。思考怎麼樣「留一口氣回家」的方式，是需要被重視的。

第四節 研究者的臨床經驗

某天正忙著處理加護病房病人的照會事宜時，接到了腫瘤科醫師的電話，表示有一位 50 多歲乳癌的病人，狀況很不好目前升壓劑使用，家屬已經簽署了 DNR，都有心理準備，病人預計在醫院往生，希望共照師有空時能去關心一下，但接著醫師又補充了一句，因為家屬很哀傷所以，所以要共照師先不要去談是否繼續使用升壓劑使用。由於接二連三的狀況要處理，所以隔天一早才有時間去看那位乳癌的病人。到單位詢問病人狀況，照顧的護理師表示：「病人清晨開始出現張口呼吸，四肢也開始冰冷且出現了紫斑，家屬一直在旁陪伴，也都有跟病人道別了，不過病人的狀況似乎維持住，看著病人一個晚上呼吸都那麼費力，真是辛苦，不知道是不是有麼什麼心願未了？」

到了病房，只見 10 多位家人站在病人床周圍，全盯著生理監視器看，病人則是已經完全無反應，只剩下費力地呼吸，整個病房氣氛似乎都凝結了。簡短的自我介紹後，評估了病人狀況，的確已經進入瀕死期，而家屬也都已經來看過病人跟病人道別，確認家屬已經準備好讓病人離開，於是提醒家屬討論是否要繼續使用升壓劑延長瀕死期，家屬討論後決定停止升壓劑使用，病人也在升壓劑停止不到 30 分鐘內，平靜地離開……

研究者的臨床經驗中，在與簽署 DNR 的病人家屬討論，為何在末期病人的 DNR 病歷上註記使用急救藥物原因，可歸納出以下幾種情況：

一、 病人或家屬對於急救藥物的認知與醫護人員有落差

病人或家屬會認為，急救藥物就是處理緊急狀況的藥，如病人疼痛或呼吸喘的治療藥物。或是認為急救藥物並不會造成病人的不適。

二、 家屬希望留一口氣返家

臨床上常見家屬表示要留一口氣回家時，醫護人員會直接建議，等情況不好時，吊著有升壓劑的點滴回去再撤掉。

三、 未討論急救藥物使用與否

有部分的家屬會表示並不清楚為何要註記使用升壓劑。

四、 病人或家屬對於病況變化無預期與準備

有時候病況變化太快，或是為了讓見親人見病人最後一面，也可能使用升壓劑。

但上述種種情況，經過溝通與說明，家屬大多會選擇，不要使用升壓劑去延長瀕死期。因為絕大多數會決定簽署 DNR，往往是因為病人及家屬覺很受苦，希望在最後病人能好走。所以在末期病人照護計畫中，及早討論 DNR 及維生醫療抉擇。讓病人及家屬有時間思考當死亡來臨時，希望受到怎麼樣的照護，及如何好好跟親愛的人道別，避免家屬因為不捨，而讓病人承受延長瀕死期的無效醫療所折磨。



第六章 結論與建議

本章共分為三節，第一節為研究結論、第二章為研究貢獻、建議與限制、第三節為結語。

第一節 研究結論

- 一、住院病人臨終使用急救藥物，與診斷($p<.05$)、所屬科別($p<.001$)、是否附註使用急救藥物($p<.001$)、最後 24 小時內使用急救藥物的劑量($p<.001$)及出院狀態($p<.05$)呈顯著差異。
- 二、安寧病房成員態度得分最高，其次是一般病房，最低則是加護病房；曾上過 DNR 相關課程者態度得分較沒上過者高；認為病人在簽署 DNR 時，應該保留急救藥物使用，及醫療團隊建議臨終返家時使用升壓劑者，態度的得分較低；醫師的認態度得分是高於護理師。
- 三、末不同屬性的病房單位，期病人臨終使用急救藥物的比率是差異的。加護病房使用比率最高，其次是一般病房，安寧病房則是最低。
- 四、不同屬性的病房單位，面對末期病人臨終使用急救藥物的主要議題是不同的。加護病房的病人簽署 DNR 前常常已經接受過急救措施，使用上了升壓劑，所以面對的是無效醫療撤除的議題。一般病房主要面臨到的是不予的議題，而安寧病房則是倫理兩難的議題。
- 五、病人臨終使用急救藥物的主因並非留一口氣回家，而是醫護人員對於臨終使用急救藥物的認知與態度，對於病人的相關醫療決策影響較大。
- 六、醫療是有極限的，如何避免無效醫療，預立醫療指示的推廣是重要的。

第二節 研究貢獻、建議與限制

壹、研究貢獻

希望透過本研究來了解 DNR 簽署保留急救藥物之臨床現況，引發臨床上、學術上、社會大眾及政府，對臨終病人使用急救藥物會病人延長瀕死期議題的重視。讓病人在臨終過程能避免承受痛苦的無效醫療；讓家屬及早準備道別，避免遺憾；讓醫療人員能不違反醫學倫理不傷害及公平正義原則；讓全民可避免醫療資源的浪費。並希望做為推動末期照護相關機構之參考，提升末期瀕死病人的照護品質。

貳、研究建議

本節就研究發現的相關議題提出以下建議：

- 一、病歷回溯發現，一般病房出院狀態跟臨終是否使用急救藥物無顯著差異，而一般病房及加護病房，死亡時無家屬陪伴者，使用急救藥物的比率有較高的情形，此是否反應了醫護人員對於末期病人無效醫療的認知與態度不足，或對於病人末期照護計畫及死亡準備未重視，都有待未來進一步的研究。
- 二、問卷調查發現，上過 DNR 相關課程者的比例高於末期照護課程，是否意味著 DNR 課程未將末期照護概念納入討論 DNR 的醫療計畫中?而 DNR 簽署在醫療實際情境中，完整急救技術（心肺復甦術）被採取部分施行為普遍現象。對於末期臨終病人的善終狀況有所影響。未來在相關 DNR 簽署與推廣教育應該與末期照護做結合，並在認知概念上有待向國人與醫療人員價值澄清。
- 三、病房屬性在臨終病人是否使用急救藥物呈現有所差異，是否與不同病房屬性的制度文化有關連，或不同病房醫療人員在急救藥物使用觀點看法有所差異，或者與醫師對於末期照護的理念與態度有關，都有待更進一步研究。
- 四、當生命走到盡頭，是否還是要藉由急救藥物延續瀕死階段，相關生命教育與議題討論，是無法在病歷資料中顯現。但相關議題的重視卻是有生命倫理上重要價值，未來可在此議題更深入分析與探究。
- 五、當病人或家屬簽署 DNR 時，在病歷上註記使用急救藥物，其決策過程如何，有待進一步的探討

參、研究限制

本研究針對病歷回溯，僅能就記錄所呈現資料進行分析，受限於病歷紀錄的內容、無法就病人的偏好、家屬及病患對生命末期照顧的認知與態度、醫病關係、醫療決策過程、社會心理支持等因素進行分析。而各科別醫護人員的組成有所更動，其認知與態度可能會有統計上的差異。本研究的對象是只限 2011 年中部某醫學中心醫院，住院期間死亡或瀕死出院之病人，以及各科的醫護人員，研究結果外推性會有限制。

第三節 結語

臨床情境是很複雜的，很多時候面對的不只是疾病治療的效果，還牽涉到是否符合病人自主與最大利益、家屬跟病人對於現況的想法及配合治療的意願、醫護人員的認知與信念，及社會資源使用是否公平公正的問題等，尤其是在面臨生死之際，處置不在只是看治療是否能維持生命徵象，而是應該思考治療是否符合病人最大的利益，所以才會有無效醫療的討論。然而在末期照護的情境中，無效醫療是否執行，不再只是考慮到醫學問題，還有病人及家屬的價值觀跟面對死亡的態度，往往也會影響到醫療決策，當然如果病人及家屬對於面對末期情境不知所措時，醫護人員的認知與態度，反而會成為家屬下醫療決策的重要依據。

末期病人臨終是否使用急救藥物，基本上站在自然死亡的思考上，急救藥物跟插管電擊等醫療行為，都只是延長病人的瀕死期，若病人及家屬對於死亡能及早做準備，大部分的病人在臨終過程，是可以避免接受藥物延長瀕死期的痛苦，但臨床情境卻很難只站在一個角度思考，因為每個病人情況都是獨特的，所以重要的應該是必須思考，我們讓末期瀕死的病人接受延命措施是為什麼？為誰而戰？為何而戰？當死亡已不可避免時，為什麼還要使用急救藥物延長瀕死期，是須被質疑與討論的。末期病人臨終時會遇到急救藥物是否使用的議題是不同的，若能事先評估及了解病人與家屬的需要，做好善終準備，臨終使用急救藥物延長病人瀕死期的狀況是可以避免的。

文獻

中文部份

全國法規資料庫(2014)。全國法規資料庫。線上檢所日期：2013年10月15日。網址：

<http://law.moj.gov.tw/>

聯合知識庫(2014)。聯合知識庫。線上檢所日期：2013年10月15日。網址：

<http://udndata.com/>

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。

王志嘉、楊奕華、邱泰源、羅慶徽、陳聲平(2003)。安寧緩和醫療條例有關「不施行，以及終止或撤除心肺復甦術」之法律觀點。**臺灣家庭醫學雜誌**，13(3)，101-108。

曲幗敏 (2011)。**簽署不予施行心肺復甦術癌症病人照顧者家屬的感受與其相關因素之探討**(碩士論文)。台北醫學大學護理系：台北市。

辛幸珍、許正園、陳汝吟、陳彥元、蔡篤堅(譯)(民 100)。**臨床倫理學**(37-38 頁)。(原作者:Albert R. Jonsen, Mark Siegler, William J. Winslade)。臺北市：合記。

吳宜芳 (2005)。**探討加護病房家屬對疾病末期病人醫療決策行為意向及其影響因素**(碩士論文)。台灣大學護理系：台北市。

吳俊穎、賴惠蓁、陳榮基 (2010)。不施行心肺復甦術之相關法律議題。**臺灣醫學**，14(3)，318-323。

吳春桂、蘇玲華、黃勝堅、林芳如、黃美玲、林亞陵, ... 林宏茂. (2009)。“DNR”知情告知與決策對於重症生命末期照護之重要性。**安寧療護雜誌**，14(2)，172-185。

吳讚美、薛爾榮、鍾春櫻、劉慧玲、溫怡然、鐘裕燕(2009)。癌症死亡病患不施行心肺復甦術簽署情形與是否簽署之相關因素分析。**安寧療護雜誌**，14(3)，243-253。

呂淑華、戴玉慈(2010)。病歷回顧研究之方法學。**台灣醫學**，14(5)，583-587。

呂維倫 (2010)。**護理人員特質對知情同意書認知之影響**(碩士論文)。中國醫藥

- 大學醫務管理學系：台中市。
- 李英芬、方俊凱、莊榮彬、陳榮基 (2010)。保障病人尊嚴，拒絕無效醫療 -談安寧緩和醫療條例宣導暨意願註記健保 IC 卡的執行。 **醫療品質雜誌**，4(5)，17-21。
- 周燕玉 (2006)。**簽署不施行心肺復甦術同意書病患家屬對加護病房照護與醫療決策過程滿意度之初探**(碩士論文)。台灣大學護理系：台北市。
- 林少琳 (2009)。**血行力學之支持治療－輸液治療、升壓劑及強心劑**。**重症醫學雜誌**，10(1)，21-26。
- 林亞陵 (2009)。**影響生命末期住院病人簽署“不施行心肺復甦術”內容之相關因素探討**(碩士論文)。中國醫藥大學醫務管理學系：台中市。
- 林芳如、黃勝堅、吳春桂、黃美玲、林亞陵、蘇玲華, ... 林宏茂(2010)。重症生命末期無效醫療之探討。 **中華民國急救加護醫學會雜誌**，21(S)，1-8。
- 林美伶、葉莉莉、陳清惠 (2009)。**影響病人參與醫療決策之論述**。**護理雜誌**，56(3)，83-87。
- 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。
- 莊紫雲、楊易宏、熊道芬、謝佑珊(2011)。**探討加護護理人員照護「不予心肺甦醒術」病人之態度及倫理困境**。**榮總護理**，28(4)，378-386。
- 陳立言 (2004)。**生命教育在台灣之發展概況**。**哲學與文化**，民 93(31)，21-46。
- 陳昭好 (2010)。**子女代理簽署父母不予急救同意書之心路歷程**。中國醫藥大學，台中市。
- 彭文珍 (2008)。**醫師對病患簽署 DNR 之認知與態度**(碩士論文)。中國醫藥大學醫務管理學系：台中市。
- 黃錦鳳 (2007)。**加護病房重症病人簽署 不予急救同意書對醫療處置之影響**(碩士論文)。臺北醫學大學：台北市。
- 黃麗續、魏書娥 (2013)。**加護病房裡生命末期的醫療決策：以簽署不施行心肺復甦術意願（同意）書的決策分析為例**。**生命教育研究**，5(1)，25-56。

- 楊國樞、文崇一、吳聰賢、李亦園 (1989)。社會及行為科學研究法，P67-86、 P228-258、 P463-491、P518-522。台北：東華書局。
- 楊興易、林兆奮、單紅衛、趙良、陳德昌、嚴鳴, ... 景炳文 (2001)。ICU 中心肺復甦結果的五年回顧。中華急診醫學雜誌，10(6)，373-375。
- 趙可 (2009)。台灣安寧療護的發展與前瞻。護理雜誌，56(1)，5-10。
- 蔡淑華 (2010)。重症末期病患家屬簽署 DNR 心路歷程之敘事分析(碩士論文)。中國醫藥大學護理學系：台中市。
- 蔣欣欣、彭美慈、余玉眉、蘇逸玲(2006)。探討不施予心肺復甦術的倫理議題。榮總護理，23(1)，87-96。
- 鄭夙芬、劉雪娥、方震中、萬國華(2010)。影響急診醫護人員對安寧緩和醫療條例認知及不施行心肺復甦術態度之因素。臺灣醫學，14(2)，124-132。
- 謝伶瑜、林淑英、江姿瑢(2010)。護理人員推行預立醫囑之知識、態度、經驗與自信。護理暨健康照護研究，6(4)，280-288。

英文部份

Berlinger, N., Jennings, B., & Wolf, S. M. (2013). *The Hastings Center Guidelines for*

Decisions on Life-Sustaining Treatment and Care Near the End of Life: Revised and Expanded Second Edition: Oxford University Press.

McQuoid-Mason, D. J. (2013). Emergency medical treatment and 'do not resuscitate' orders:

when can they be used? *S Afr Med J*, *103*(4), 223-225. doi: 10.7196/samj.6672

Ramirez-Rivera, J., Canova-Diaz, C., & Hunter-Mellado, R. (2010). Knowledge and

implementation of the DNR in internal medicine teaching programs. *P R Health Sci J*, *29*(2), 96-101.

Santonocito, C., Ristagno, G., Gullo, A., & Weil, M. H. (2013). Do-not-resuscitate order: a

view throughout the world. *J Crit Care*, *28*(1), 14-21. doi: 10.1016/j.jcrc.2012.07.005

Stein, R. A., Sharpe, L., Bell, M. L., Boyle, F. M., Dunn, S. M., & Clarke, S. J. (2013).

Randomized Controlled Trial of a Structured Intervention to Facilitate End-of-Life

Decision Making in Patients With Advanced Cancer. *J Clin Oncol*, *31*(27), 3403-3410.

doi: 10.1200/jco.2011.40.8872

Teno, J. M., Gozalo, P. L., Bynum, J. P., Leland, N. E., Miller, S. C., Morden, N. E., . . . Mor,

V. (2013). Change in end-of-life care for Medicare beneficiaries: site of death, place

of care, and health care transitions in 2000, 2005, and 2009. *Jama*, *309*(5), 470-477.

doi: 10.1001/jama.2012.207624

附 錄

附件一、 專家審查表

敬愛的專家_____您好

為了試圖瞭解簽署「不施行心肺復甦術」文件時，仍保留急救藥物使用之臨床現況，喚起醫界、學術界及社會大眾，對臨終病人使用急救藥物延長瀕死期的議題重視。讓病人在臨終過程能避免承受痛苦的無效醫療；讓家屬及早準備道別，避免遺憾；讓醫療人員一不違反醫學倫理不傷害及公平正義原則；讓全民避免醫療資源的浪費，並能希望做為推動末期照護相關機構之參考，以提升末期瀕死病人的照護品質，我們將進行拒絕心肺復甦術之末期病人臨終時使用急救藥物之相關因子探討的研究計畫，本研究中的兩份資料收集工具--「醫護人員對簽署不施行心肺復甦術之末期病人臨終時用急救藥物之認知與態度調查表」及「簽署不施行心肺復甦術之末期病人臨終時使用急救藥物現況調查表」。懇請您提供專業的意見，感恩您的鼎力支持與協助。

敬祝

平 安

指導教授:王枝燦 南華生死研究所助理教授

共同主持人:周希誠 中山緩和病房主任

計畫主持人/研究生:王淑如 安寧共照師 敬上

中華民國一百零二年九月

醫護人員對簽署不施行心肺復甦術之末期病人臨終時用急救藥物之認知與態度調查表

(建立專家效度)

本問卷內容主要包含四大部分，第一部分為基本資料、第二部分為對簽署不施行心肺復甦術之末期病人臨終時急救藥物使用之認知(15 題)、第三部分為對簽署不施行心肺復甦術之末期病人臨終時急救藥物使用之態度(15 題)共 30 題，第四部份為開放式問題。

填答說明

1. 本問卷共 49 題。請依照您對每一小題的重要性及適用性在空格內「√」
2. 若問卷中有語意不清、文句不通順、分類不合適或任何修改卓見，均懇請您不吝指教，使問卷更完整。感恩您。

(一)基本資料

重要性			內容	適用性		
重 要	普 通	不 重 要		合 適	修 改 後 合 適	不 合 適
			1. 性別: 1. <input type="checkbox"/> 男 2. <input type="checkbox"/> 女 修正:			
			2. 年齡: _____ 歲 修正:			
			3. 婚姻: 1. <input type="checkbox"/> 未婚 2. <input type="checkbox"/> 已婚 3. <input type="checkbox"/> 離婚 4. <input type="checkbox"/> 喪偶 5. <input type="checkbox"/> 其他 修正:			
			4. 教育程度: <input type="checkbox"/> 1. 博士 <input type="checkbox"/> 2. 碩士 <input type="checkbox"/> 3. 大學 <input type="checkbox"/> 4. 高中(職) <input type="checkbox"/> 5. 其他 修正:			
			5. 宗教信仰: <input type="checkbox"/> 1. 無 <input type="checkbox"/> 2. 民間信仰 <input type="checkbox"/> 3. 佛教 <input type="checkbox"/> 4. 道教 <input type="checkbox"/> 5. 基督教 修正:			
			6. 職稱: 1. <input type="checkbox"/> 主治醫師 2. <input type="checkbox"/> 總醫師 3. <input type="checkbox"/> 住院醫師 4. <input type="checkbox"/> PGY 5. <input type="checkbox"/> 實習醫師 6. <input type="checkbox"/> 專科護理師 7. <input type="checkbox"/> 護理師(N4) 8. <input type="checkbox"/> 護理師(N3) 9. <input type="checkbox"/> 護理師(N2) 10. <input type="checkbox"/> 護理師(N1) 11. <input type="checkbox"/> 護理師(N) 12. <input type="checkbox"/> 其他 _____ 修正:			
			7. 目前單位工作年資: _____ 年 _____ 月 修正:			
			8. 目前單位工作科別: 1. <input type="checkbox"/> 一般內科 2. <input type="checkbox"/> 胸腔內科 3. <input type="checkbox"/> 心臟內科 4. <input type="checkbox"/> 內分泌科 4. <input type="checkbox"/> 肝膽腸胃內科 5. <input type="checkbox"/> 腎臟內科 6. <input type="checkbox"/> 泌尿科 7. <input type="checkbox"/> 婦產科 8. <input type="checkbox"/> 腫瘤科 9. <input type="checkbox"/> 一般外科 10. <input type="checkbox"/> 胸腔外科 11. <input type="checkbox"/> 消化外科 12. <input type="checkbox"/> 骨科 13. <input type="checkbox"/> 心臟外科 14. <input type="checkbox"/> 小兒科 15. <input type="checkbox"/> 內科加護病房 16. <input type="checkbox"/> 外			

			科加護病房 17. <input type="checkbox"/> 小兒加護病房 18 <input type="checkbox"/> 新生兒加護病房 19. <input type="checkbox"/> 安寧緩和醫療 20. <input type="checkbox"/> 其他_____			
			修正:			
重要性			內容	適用性		
重 要	普 通	不 重 要		合 適	修 改 後 合 適	不 合 適
			9. 全部工作年資: _____年_____月			
			修正:			
			10. 曾經工作科別: 1. <input type="checkbox"/> 一般內科 2. <input type="checkbox"/> 胸腔內科 3. <input type="checkbox"/> 心臟內科 4. <input type="checkbox"/> 內分泌科 4. <input type="checkbox"/> 肝膽腸胃內科 5. <input type="checkbox"/> 腎臟內科 6. <input type="checkbox"/> 泌尿科 7. <input type="checkbox"/> 婦產科 8. <input type="checkbox"/> 腫瘤科 9. <input type="checkbox"/> 一般外科 10. <input type="checkbox"/> 胸腔外科 11. <input type="checkbox"/> 消化外科 12. <input type="checkbox"/> 骨科 13. <input type="checkbox"/> 心臟外科 14. <input type="checkbox"/> 小兒科 15. <input type="checkbox"/> 內科加護病房 16. <input type="checkbox"/> 外科加護病房 17. <input type="checkbox"/> 小兒加護病房 18 <input type="checkbox"/> 新生兒加護病房 19. <input type="checkbox"/> 安寧緩和醫療 20. <input type="checkbox"/> 其他_____			
			修正:			
			11. 是否上過如何討論及說明 <u>不施行心肺復甦術</u> 相關課程: 1. <input type="checkbox"/> 是 2 <input type="checkbox"/> 否			
			修正:			
			12. 是否有幫親友簽署過 <u>不施行心肺復甦術</u> 同意書 : 1. <input type="checkbox"/> 是 2. <input type="checkbox"/> 否			
			修正:			
			13. 是否有跟病人或家屬說明或討論過 <u>不施行心肺復甦術</u> : 1. <input type="checkbox"/> 是 2. <input type="checkbox"/> 否			
			修正:			
			14. 是否上過末期病人照顧相關課程: 1. <input type="checkbox"/> 是 2. <input type="checkbox"/> 否			
			修正:			
			15. 是否上過安寧緩和醫療相關課程: 1. <input type="checkbox"/> 是 2 <input type="checkbox"/> 否			
			修正:			
			16. 是否已簽署預立選擇安寧緩和醫療意願書: 1. <input type="checkbox"/> 是 2. <input type="checkbox"/> 否			
			修正:			
			17. 是否曾與末期病人或其家屬討論臨終急救用藥之使用 1. <input type="checkbox"/> 是 2. <input type="checkbox"/> 否			
			修正:			
			18. 是否曾給予末期病人臨終時使用急救用藥 1. <input type="checkbox"/> 是 2. <input type="checkbox"/> 否			
			修正:			

本部分若有其他建議，請書寫於下方框格中

--

(二)對簽署不施行心肺復甦術之末期病人臨終時使用急救藥物之認知

重要性			內容	適用性		
重 要	普 通	不 重 要		合 適	修 改 後 合 適	不 合 適
			簽署不施行心肺復甦術同意書的病人表示拒絕所有的維生醫療 修正:			
			不施行心肺復甦術同意書上的所謂的急救藥物包含止痛藥物及抗生素 修正:			
			不施行心肺復甦術同意書上的急救措施選擇性的給予是合乎倫理的 修正:			
			簽署不施行心肺復甦術的病人臨終時使用急救用藥並不會造成病人的不適。 修正:			
			簽署不施行心肺復甦術同意書的病人就表示願意接受安寧緩和醫療。 修正:			
			預留一口氣返家的病人，臨終時使用強心劑與升壓劑就能協助達成病人返家往生的心願。 修正:			
			心肺復甦術是一套技術有標準流程，不應該選擇性的執行(如:要壓胸但不電擊)。 修正:			
			簽署不施行心肺復甦術同意書的病人即使是因敗血症造成的低血壓性休克也不應該使用升壓劑 修正:			
			預留一口氣返家的病人，家屬常會 <u>主動要求</u> 要使用急救用藥。 修正:			

			預留一口氣返家的病人，家屬常會 <u>因醫療團隊說明</u> 決定臨終時是否使用急救用藥。 修正：			
			簽署預立選擇緩和醫療意願書的病人，臨終時家屬仍要另外簽署不施行心肺復甦術同意書。 修正：			
			不施行心肺復甦術同意書的簽署，對於病人及家屬都是沉重的決定 修正：			
重要性				適用性		
重 要	普 通	不 重 要	內容	合 適	修 改 後 合 適	不 合 適
			醫護人員的說明會影響病人及家屬對不施行心肺復甦術的決策 修正：			
			簽署預立選擇緩和醫療意願書的病人，臨終時醫療代理人可以違背病人意願，要求醫師予以心肺復甦術。 修正：			
			醫護人員應該主動與末期病人及其家屬討論安寧緩和醫療的介入時機。 修正：			

本部分若有其他建議，請書寫於下方框格中

(三)對簽署不施行心肺復甦術之末期病人臨終時使用急救藥物之態度

重要性			內容	適用性		
重 要	普 通	不 重 要		合 適	修 改 後 合 適	不 合 適
			預留一口氣回家的病人我會建議使用急救用藥 修正:			
			我覺得就算簽署不施行心肺復甦術臨終時還是應該使用升壓劑跟強心劑 修正:			
			我認為簽署不施行心肺復甦術同意書的病人就表示拒絕任何急救措施 修正:			
重要性			內容	適用性		
重 要	普 通	不 重 要		合 適	修 改 後 合 適	不 合 適
			我認為臨終病人應該接受安寧緩和醫療 修正:			
			我會主動與末期病人討論緩和醫療照護並在病歷(護理)紀錄呈現討論結果 修正:			
			我認為經由適當的溝通及說明，可避免病人接受無效醫療。 修正:			
			我認為只要末期病人及家屬要求，不管是否為無效醫療，都應該試一試。 修正:			
			我會主動跟末期病人及家屬提及安寧療護。 修正:			
			照護末期病人時，我會主動會診安寧療護團隊。 修正:			
			我認為預留一口氣返家的病人，既使用急救用藥，也不能保證能			

		達成其返家心願。 修正:			
		我認為照顧末期病人及家屬時，安寧療護團隊的介入，能提供病人及家屬更完整的身心靈照顧。 修正:			
		我認為在照顧末期病人時，醫療團隊的建議與說明，會影響對病人及家屬的決策。 修正:			
		面對末期病人及家屬，我常會覺得無能為力。 修正:			
		我覺得醫療方向的決策是病人及家屬的責任，醫療團隊只需提供醫療方向。 修正:			
		我認為只要好好溝通，家屬並非一定要讓臨終病人使用急救用藥來延長瀕死期。 修正:			

本部分若有其他建議，請書寫於下方框格中

--

(四)開放性問題

重要性			內容	適用性		
重 要	普 通	不 重 要		合 適	修 改 後 合 適	不 合 適
			對於”簽署不施行心肺復甦術之末期病人臨終時急救藥物使用”有任何想法或建議:_____			
			修正:			

· 本部分若有其他建議，請書寫於下方框格中

--

關與醫護人員對於末期病人臨終使用急救用藥的認知及態度，
若有其他建議，請書寫於下方框格中

--

簽署不施行心肺復甦術之末期病人臨終時使用急救藥物現況調查表
(建立專家效度)

填答說明

4. 本調查表共 23 題。請依照您對每一小題的重要性及適用性在空格內「√」
5. 若問卷中有語意不清、文句不通順、分類不合適或任何修改卓見，均懇請您不吝指教，使問卷更完整。感恩您。

重要性			內容	適用性		
重 要	普 通	不 重 要		合 適	修 改 後 合 適	不 合 適
			病歷號 修正：			

		診斷: 1. <input type="checkbox"/> 癌症_____ 2. <input type="checkbox"/> 非癌症_____ 修正:			
		科別 修正:			
		入院日期 修正:			
		出院日期 修正:			
		出院狀態 修正:			
		性別: 1. <input type="checkbox"/> 男 2. <input type="checkbox"/> 女 修正:			
		出生年月: _____年____月 修正:			
		婚姻: 1. <input type="checkbox"/> 未婚 2. <input type="checkbox"/> 已婚 3. <input type="checkbox"/> 喪偶 4. <input type="checkbox"/> 離婚 5. <input type="checkbox"/> 其他 修正:			
		職業: 1. <input type="checkbox"/> 無 2. <input type="checkbox"/> 學生 3. <input type="checkbox"/> 公務員 4. <input type="checkbox"/> 農 5. <input type="checkbox"/> 公 6. <input type="checkbox"/> 商 7. <input type="checkbox"/> 軍人 8. <input type="checkbox"/> 服務業 9. <input type="checkbox"/> 教職 10. <input type="checkbox"/> 家管 11. <input type="checkbox"/> 退休 12. <input type="checkbox"/> 自由業 13. <input type="checkbox"/> 其他 修正:			
		教育程度: 1. <input type="checkbox"/> 不識字 2. <input type="checkbox"/> 小學 3. <input type="checkbox"/> 國中 4. <input type="checkbox"/> 高中 5. <input type="checkbox"/> 專科 6. <input type="checkbox"/> 大學 7. <input type="checkbox"/> 碩士 8. <input type="checkbox"/> 博士 9. <input type="checkbox"/> 無法評估 修正:			

重要性			內容	適用性		
重 要	普 通	不 重 要		合 適	修 改 後 合 適	不 合 適
			宗教信仰: 1. <input type="checkbox"/> 佛教 2. <input type="checkbox"/> 道教 3. <input type="checkbox"/> 天主教 4. <input type="checkbox"/> 基督教 5. <input type="checkbox"/> 一貫道 6. <input type="checkbox"/> 一般民間信仰 7. <input type="checkbox"/> 其他_____ 修正:			
			子女數: 男生____位 女生____位 修正:			
			同住者(複選): 1. <input type="checkbox"/> 獨居 2. <input type="checkbox"/> 配偶 3. <input type="checkbox"/> 子女 4. <input type="checkbox"/> 父母 5. <input type="checkbox"/> 兄弟 6. <input type="checkbox"/> 姐妹 7. <input type="checkbox"/> 孫子 8. <input type="checkbox"/> 其他			

		修正:			
		主要照顧者: 1. <input type="checkbox"/> 無 2. <input type="checkbox"/> 配偶 3. <input type="checkbox"/> 子女 4. <input type="checkbox"/> 父母 5. <input type="checkbox"/> 兄弟 6. <input type="checkbox"/> 姐妹 7. <input type="checkbox"/> 孫子 8. <input type="checkbox"/> 看護 9. <input type="checkbox"/> 外傭 10. <input type="checkbox"/> 其他 修正:			
		不施行心肺復甦術簽署日期: 修正:			
		不施行心肺復甦術簽署人: 1. <input type="checkbox"/> 本人 2. <input type="checkbox"/> 配偶 3. <input type="checkbox"/> 子女 4. <input type="checkbox"/> 父母 5. <input type="checkbox"/> 手足 6. <input type="checkbox"/> 孫子 7. <input type="checkbox"/> 遠親 8. <input type="checkbox"/> 醫療委託代理人 9. <input type="checkbox"/> 其他 修正:			
		不施行心肺復甦術同意書是否附註使用急救用藥 1. <input type="checkbox"/> 是 2. <input type="checkbox"/> 否 修正:			
		使用急救用藥日期: 修正:			
		停用急救用藥日期: 修正:			
		是否有其他維生醫療: 1. <input type="checkbox"/> 否 2. <input type="checkbox"/> 是 _____ 修正:			
		是否有安寧團隊醫療介入: 1. <input type="checkbox"/> 是 2. <input type="checkbox"/> 否 修正:			
		是否有討論末期照護方針之紀錄: 1. <input type="checkbox"/> 否 2. <input type="checkbox"/> 是 - <input type="checkbox"/> 病程紀錄 <input type="checkbox"/> 護理紀錄 <input type="checkbox"/> 醫倫討論單 <input type="checkbox"/> 團隊會議 <input type="checkbox"/> 家庭會議 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 修正:			

關與病例資料回溯內容，若有其他建議，請書寫於下方框格中

本問卷到此結束! 由衷地感謝您的支持與協助，感恩!

附件二、 專家意見回覆整理表

問卷專家效度審核意見內容

(一) 醫護人員對簽署不施行心肺復甦術之末期病人臨終時用急救藥物之認知與態度調查表
 下表分別統計 5 位專家對於以下題目之重要性與適用性做統計，數字部分表示該題專家選擇的人數，如第一題性別，重要性部分有 3 位專家覺得重要，1 位普通，1 位未填答；適用性 4 位覺得適用，1 位建議修改，以下類推。

第一部分(題項)	專家意見	重要性	適用性	備註
1. 性別: 1. <input type="checkbox"/> 男 2. <input type="checkbox"/> 女		重要 3 普通 1 未填 1	適用 4 修改 1	
2. 年齡: _____ 歲	C: 年齡: ____ 年 ____ 月。 D: 建議直接 ask 研究再行轉換。 A: <input type="checkbox"/> 20-40 歲 <input type="checkbox"/> 41-60 歲 <input type="checkbox"/> 60 歲以上	重要 3 普通 1 未填 1	適用 2 修改 3	
6. 婚姻: 1. <input type="checkbox"/> 未婚 2. <input type="checkbox"/> 已婚 3. <input type="checkbox"/> 離婚 4. <input type="checkbox"/> 喪偶 5. <input type="checkbox"/> 其他	D: 其他 _____。	重要 3 不重要 1 未填 1	適用 5	
4. 教育程度: <input type="checkbox"/> 1. 博士 <input type="checkbox"/> 2. 碩士 <input type="checkbox"/> 3. 大學 <input type="checkbox"/> 4. 高中(職) <input type="checkbox"/> 5. 其他	C: 二專，三專，國中(小)，及不識字建議列入選項。 D: <input type="checkbox"/> 4. 改五專，因收案對象是「醫護人員」，所以不會有高中(職)的對象。 E: 多一格五專	重要 4 未填 1	適用 2 修改 3	
5. 宗教信仰: <input type="checkbox"/> 1. 無 <input type="checkbox"/> 2. 民間信仰 <input type="checkbox"/> 3. 佛教 <input type="checkbox"/> 4. 道教 <input type="checkbox"/> 5. 基督教	C: <input type="checkbox"/> 其他 _____。 D: 增加 <input type="checkbox"/> 6. 天主教 <input type="checkbox"/> 7. 其他_。 黃曉峰: 加「天主教」、「其他」 E: 多一格其他	重要 3 普通 1 未填 1	適用 1 修改 4	
6. 職稱: 1. <input type="checkbox"/> 主治醫師 2. <input type="checkbox"/> 總醫師 3. <input type="checkbox"/> 住院醫師 4. <input type="checkbox"/> PGY 5. <input type="checkbox"/> 實習醫師 6. <input type="checkbox"/> 專科護理師 7. <input type="checkbox"/> 護理師(N4) 8. <input type="checkbox"/> 護理師(N3) 9.		重要 4 未填 1	適用 4 修改 1	

<input type="checkbox"/> 護理師(N2)10. <input type="checkbox"/> 護理師(N1) 11. <input type="checkbox"/> 護理師(N) 12. <input type="checkbox"/> 其他_____				
7. 目前單位工作年資: _____年____月		重要 4 未填 1	適用 4 未填 1	
8. 目前單位工作科別: 1. <input type="checkbox"/> 一般內科 2. <input type="checkbox"/> 胸腔內科 3. <input type="checkbox"/> 心臟內科 4. <input type="checkbox"/> 內分泌科 4. <input type="checkbox"/> 肝膽腸胃內科 5. <input type="checkbox"/> 腎臟內科 6. <input type="checkbox"/> 泌尿科 7. <input type="checkbox"/> 婦產科 8. <input type="checkbox"/> 腫瘤科 9. <input type="checkbox"/> 一般外科 10. <input type="checkbox"/> 胸腔外科 11. <input type="checkbox"/> 消化外科 12. <input type="checkbox"/> 骨科 13. <input type="checkbox"/> 心臟外科 14. <input type="checkbox"/> 小兒科 15. <input type="checkbox"/> 內科加護病房 16. <input type="checkbox"/> 外科加護病房 17. <input type="checkbox"/> 小兒加護病房 18. <input type="checkbox"/> 新生兒加護病房 19. <input type="checkbox"/> 安寧緩和醫療 20. <input type="checkbox"/> 其他_____	C: 加入 <input type="checkbox"/> PGYN D: 每一家的單位名稱恐不一樣。 B: 「腫瘤科」改為「血液腫瘤科」、「放射腫瘤科」 E: 多三格復健科、RCC、RCW	重要 4 未填 1	適用 2 修改 3	
9. 全部工作年資: _____年____月	C: 所有臨床?	重要 4 未填 1	適用 4 修改 1	
10. 曾經工作科別: 1. <input type="checkbox"/> 一般內科 2. <input type="checkbox"/> 胸腔內科 3. <input type="checkbox"/> 心臟內科 4. <input type="checkbox"/> 內分泌科 4. <input type="checkbox"/> 肝膽腸胃內科 5. <input type="checkbox"/> 腎臟內科 6. <input type="checkbox"/> 泌尿科 7. <input type="checkbox"/> 婦產科 8. <input type="checkbox"/> 腫瘤科 9. <input type="checkbox"/> 一般外科 10. <input type="checkbox"/> 胸腔外科 11. <input type="checkbox"/> 消化外科 12. <input type="checkbox"/> 骨科 13. <input type="checkbox"/> 心臟外科 14. <input type="checkbox"/> 小兒科 15. <input type="checkbox"/> 內科加護病房 16. <input type="checkbox"/> 外科加護病房 17. <input type="checkbox"/> 小兒加護病房 18. <input type="checkbox"/> 新生兒加護病房 19. <input type="checkbox"/> 安寧緩和醫療 20. <input type="checkbox"/> 其他_____	C: 包括第 8 題的單位? 請敘明 D: 如上 B: 「腫瘤科」改為「血液腫瘤科」、「放射腫瘤科」 E: 多三格復健科、RCC、RCW	重要 4 未填 1	適用 2 修改 3	
11. 是否上過 <u>如何討論及說明不施行心肺復甦術</u> 相關課程: 1. <input type="checkbox"/> 是 2. <input type="checkbox"/> 否	D: 是否上過 <u>不施行心肺復甦術(DNR)</u> 相關課程。 E: 「如何討論及說明」刪除。	重要 4 未填 1	適用 3 修改 2	
12. 是否有幫親友簽署 <u>不施行心肺復甦術</u> 同意書: 1. <input type="checkbox"/> 是 2. <input type="checkbox"/> 否	D: 是否曾為了讓親友善終簽署 <u>不施行心肺復甦術</u> 同意書。 (註: 自己簽, 幫親友捍衛善	重要 4 未填 1	適用 3 修改 2	

	終權，但不是「幫」別人簽) B:「親友」不適合改「以最近親屬身分幫家人簽署…」			
13. 是否有跟病人或家屬說明或討論過不施行心肺復甦術: 1. <input type="checkbox"/> 是 2. <input type="checkbox"/> 否	D: 是否曾跟病人或家屬說明或討論過不施行心肺復甦術(DNR)(含意願書與同意書) E: 「或討論」刪除	重要 4 未填 1	適用 3 修改 2	
14. 是否上過末期病人照顧相關課程: 1. <input type="checkbox"/> 是 2. <input type="checkbox"/> 否	D: 14, 15 題差別在哪? 受試者是否能區分或請他們寫出名稱 B: 11, 14, 15 放在相鄰位置	重要 4 未填 1	適用 4 修改 1	
15. 是否上過安寧緩和醫療相關課程: 1. <input type="checkbox"/> 是 2. <input type="checkbox"/> 否	D: 同上 B: 同上	重要 4 未填 1	適用 4 修改 1	
16. 是否已簽署預立選擇安寧緩和醫療意願書: 1. <input type="checkbox"/> 是 2. <input type="checkbox"/> 否	D: 自身是否已簽署預立選擇安寧緩和醫療意願書(DNR) B: 加上「自己」	重要 4 未填 1	適用 3 修改 2	
17. 是否曾與末期病人或其家屬討論臨終急救用藥之使用 1. <input type="checkbox"/> 是 2. <input type="checkbox"/> 否	D: 是討論要不要用急救用藥或如何用哪些藥，不太通! E: ”用藥” 改藥物	重要 4 未填 1	適用 3 修改 2	
18. 是否曾給予末期病人臨終時使用急救用藥 1. <input type="checkbox"/> 是 2. <input type="checkbox"/> 否	D: 增加(例如….) E: 是否曾經給予末期病人臨終階段使用急救藥物>	重要 3 普通 1 未填 1	適用 3 修改 1 未填 1	
其他建議	E: 17, 18 題建議挪至 13 題後面。			
第二部分(題項)	專家意見	重要性	適用性	備註
簽署不施行心肺復甦術同意書的病人表示拒絕所有的維生醫療	C: 病人已簽署不施行心肺復甦術同意書, 即表示其拒絕所有的維生醫療。 D: 意願書? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不確定 下面都沒有「勾選」或填「o/x」? B: 這種只指「同意書」嗎?	重要 4 未填 1	適用 2 修改 3	

不施行心肺復甦術同意書上的所謂的急救藥物包含止痛藥物及抗生素	C:不施行心肺復甦術同意書所謂的急救藥物,包含止痛藥及抗生素。 D:刪除「所謂的」。	重要 3 普通 1 未填 1	適用 3 修改 2	
不施行心肺復甦術同意書上的急救措施選擇性的給予是合乎倫理的	C:不施行心肺復甦術同意書提及「急救措施選擇性的給予」是合乎倫理的。 D:文詞不通 B:太拗口寫白話一點	重要 3 普通 1 未填 1	適用 2 修改 3	
簽署不施行心肺復甦術的病人臨終時使用急救用藥並不會造成病人的不適。	C:非認知,不適用 D:增加「意願書」? E:「用藥」改「藥物」	重要 3 不重要 1 未填 1	適用 2 修改 2 不適用 1	
簽署不施行心肺復甦術同意書的病人就表示願意接受安寧緩和醫療。	C:病人已簽署不施行心肺復甦術同意書,即表示其願意接受安寧緩和醫療 D:意願書 B: 只指「同意書」?要不要加「意願書」	重要 4 未填 1	適用 3 修改 2	
預留一口氣返家的病人,臨終時使用強心劑與升壓劑就能協助達成病人返家往生的心願。	C: 預留一口氣返家的病人,臨終時使用強心劑與升壓劑才能協助達成病人返家往生的心願。 此題是否是對或錯?	重要 2 普通 2	適用 3 修改 1 未填 1	
心肺復甦術是一套技術有標準流程,不應該選擇性的執行(如:要壓胸但不電擊)。	C:心肺復甦術是一套有標準流程的技術,不應該選擇性的執行(如:要壓胸但不電擊)。 D: 心肺復甦術是一套具標準流程的技術,不應該選擇性的執行(如:要壓胸但不電擊)。	重要 4 未填 1	適用 3 修改 2	
簽署不施行心肺復甦術同意書的病人即使是因敗血症造成的低血壓性休克也不應該使用升壓劑。	C: 病人已簽署不施行心肺復甦術同意書若其因敗血症造成的低血壓性休克也	重要 2 普通 2 未填 1	適用 2 修改 2 不適用 1	

	不應該使用升壓劑。 D: 意願書? E: 臨終病人常因敗血症導致器官衰竭, 易混淆。			
預留一口氣返家的病人, 家屬常會 <u>主動要求</u> 要使用急救用藥。	C: 非認知, 不適用 D: 試問受測者的經驗? 不太懂 E: 「用」改「藥物」	重要 2 不重要 2 未填 1	適用 2 修改 1 不適用 2	
預留一口氣返家的病人, 家屬常會 <u>因醫療團隊說明</u> 決定臨終時是否使用急救用藥。	C: 非認知, 不適用 D: 看不懂? E: 「用藥」改「藥物」	重要 2 普通 1 不重要 1 未填 1	適用 2 修改 1 不適用 2	
簽署預立選擇緩和醫療意願書的病人, 臨終時家屬仍要另外簽署不施行心肺復甦術同意書。		重要 4 未填 1	適用 5	
不施行心肺復甦術同意書的簽署, 對於病人及家屬都是沉重的決定	C: 非認知, 不適用 D: 意願書	重要 2 普通 1 不重要 1 未填 1	適用 3 修改 1 不適用 1	
醫護人員的說明會影響病人及家屬對不施行心肺復甦術的決策	C: 說明什麼? 非認知, 不適用	重要 3 不重要 1 未填 1	適用 4 不適用 1	
簽署預立選擇緩和醫療意願書的病人, 臨終時醫療代理人可以違背病人意願, 要求醫師予以心肺復甦術。	C: 簽署預立選擇緩和醫療意願書的病人, 臨終時預立醫療代理人可以違背病人意願, 要求醫師予以心肺復甦術。	重要 4 未填 1	適用 4 修改 1	
醫護人員應該主動與末期病人及其家屬討論安寧緩和醫療的介入時機。		重要 3 普通 1 未填 1	適用 5	
其他建議	C: 1. 認知一定是對或錯, 沒有模糊空間, 請依此原則檢視題目。2. 應註明是依第幾次的修法或在前述說明時提及。3. 未告知此部分的 Scaling 是”對”或”			

	錯”？ D:標題號 E:可增加-醫護人員應該主動與末期病人及其家屬討論不施行心肺復甦術之決策。			
第三部分(題項)	專家意見	重要性	適用性	備註
預留一口氣回家的病人我會建議使用急救用藥。	C:這像行為不像態度 D:(如:…),與(二)9重複? E:加(,)	重要 2 普通 1 不重要 1 未填 1	適用 4 修改 1	
我覺得就算簽署不施行心肺復甦術臨終時還是應該使用升壓劑跟強心劑。	C:加(,) D:與(二)9重複? E:加”病人”及(,)	重要 3 普通 1 未填 1	適用 2 修改 3	
我認為簽署不施行心肺復甦術同意書的病人就表示拒絕任何急救措施。	C:加(,) D:意願書?,與(二)1重複?	重要 3 普通 1 未填 1	適用 2 修改 3	
我認為臨終病人應該接受安寧緩和醫療。	C:安寧緩和醫療與安寧療護名詞	重要 3 普通 1 未填 1	適用 5	
我會主動與末期病人討論緩和醫療照護並在病歷(護理)紀錄呈現討論結果。	D:刪除「呈現」	重要 4 未填 1	適用 4 修改 1	
我認為經由適當的溝通及說明,可避免病人接受無效醫療。		重要 4 未填 1	適用 5	
我認為只要末期病人及家屬要求,不管是否為無效醫療,都應該試一試。	E:刪掉作後個(,)	重要 4 未填 1	適用 5	
我會主動跟末期病人及家屬提及安寧療護。	C:安寧緩和醫療與安寧療護名詞	重要 3 普通 1 未填 1	適用 4 修改 1	
照護末期病人時,我會主動會診安寧療護團隊。		重要 2 普通 2 未填 1	適用 5	
我認為預留一口氣返家的病人,既使使用急救用藥,也不能保證	E:「用藥」改「藥物」	重要 3 普通 1	適用 4 修改 1	

能達成其返家心願。		未填 1		
我認為照顧末期病人及家屬時，安寧療護團隊的介入，能提供病人及家屬更完整的身心靈照顧。	C:不重要不適合 D婉萍:身心社靈 E:「有」安寧團隊的介入	重要 3 不重要 1 未填 1	適用 2 修改 2 不適用 1	
我認為在照顧末期病人時，醫療團隊的建議與說明，會影響對病人及家屬的決策。	D:與(二)13 重複	重要 3 普通 1 未填 1	適用 5	
面對末期病人及家屬，我常會覺得無能為力。	D:面對末期病人及家屬的??溝通?照顧或...?	重要 4 未填 1	適用 4 修改 1	
我覺得醫療方向的決策是病人及家屬的責任，醫療團隊只需提供醫療方向。	B:「方向」或「選項」?	重要 3 普通 1 未填 1	適用 4 修改 1	
我認為只要好好溝通，家屬並非一定要讓臨終病人使用急救用藥來延長瀕死期。	E:「用藥」改「藥物」	重要 4 未填 1	適用 4 修改 1	
專家建議	C:未說明如何 Scaling D: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不確定			
第四部分(題項)	專家意見	重要性	適用性	備註
對於”簽署不施行心肺復甦術之末期病人臨終時急救藥物使用”有任何想法或建議:_____	D:簽署同意書?意願書? E:「急救藥物使用」改成「使用急救藥物」	重要 3 未填 2	適用 3 修改 1 未填 1	
<p>專家綜合建議</p> <p>C:認知與態度的敘述及 Scaling 要分清楚，方能真正測出該變項。</p> <p>D:三大項中未清楚分隔，有重複</p>				

(二)簽署不施行心肺復甦術之末期病人臨終時使用急救藥物現況調查表

第一部分(題項)	專家意見	重要性	適用性	備註
病歷號		重要 2 普通 1 不重要 1 未填 1	適用 4 未填 1	
診斷: 1. <input type="checkbox"/> 癌症_____ 2. <input type="checkbox"/> 非癌症_____	E:若想分析八大非癌的現況可做分類。	重要 4 未填 1	適用 4 未填 1	
科別		重要 4 未填 1	適用 4 未填 1	

入院日期	D:最後一次?	重要2 普通2 未填1	適用4 未填 1	
出院日期	D:最後一次?	重要2 普通2 未填1	適用4 未填 1	
出院狀態	D: <input type="checkbox"/> 留一口氣 <input type="checkbox"/> 轉安寧居 <input type="checkbox"/> 其他_____	重要4 未填1	適用2 修改 3	
B:設定該選項已備勾選 E: <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 瀕死出院				
性別:1. <input type="checkbox"/> 男 2. <input type="checkbox"/> 女		重要4 未填1	適用5	
出生年月: ___年___月		重要4 未填1	適用4 未填 1	
婚姻: 1. <input type="checkbox"/> 未婚 2. <input type="checkbox"/> 已婚 3. <input type="checkbox"/> 喪偶 4. <input type="checkbox"/> 離婚 5. <input type="checkbox"/> 其他		重要4 未填1	適用5	
職業:1. <input type="checkbox"/> 無 2. <input type="checkbox"/> 學生 3. <input type="checkbox"/> 公務 員 4. <input type="checkbox"/> 農 5. <input type="checkbox"/> 公 6. <input type="checkbox"/> 商 7. <input type="checkbox"/> 軍 人 8. <input type="checkbox"/> 服務業 9. <input type="checkbox"/> 教職 10. <input type="checkbox"/> 家 管 11. <input type="checkbox"/> 退休 12. <input type="checkbox"/> 自由業 13. <input type="checkbox"/> 其他	B:病人本身職業藥物與使 用藥物的關係不易釐清 E:自由業很難定義	重要3 普通1 未填1	適用3 修改 1 不適用1	
教育程度:1. <input type="checkbox"/> 不識字 2. <input type="checkbox"/> 小學 3. <input type="checkbox"/> 國中 4. <input type="checkbox"/> 高中 5. <input type="checkbox"/> 專科 6. <input type="checkbox"/> 大學 7. <input type="checkbox"/> 碩士 8. <input type="checkbox"/> 博士 9. <input type="checkbox"/> 無法評估		重要3 普通1 未填1	適用5	
宗教信仰:1. <input type="checkbox"/> 佛教 2. <input type="checkbox"/> 道教 3. <input type="checkbox"/> 天主教 4. <input type="checkbox"/> 基督教 5. <input type="checkbox"/> 一貫道 6. <input type="checkbox"/> 一般民間信仰 7. <input type="checkbox"/> 其他_____		重要4 未填1	適用5	
子女數:男生___位 女生___ 位	D:成年 B:加上「未顯示」	重要4 未填1	適用3 修改 2	
同住者(複選): 1. <input type="checkbox"/> 獨居 2. <input type="checkbox"/> 配偶 3. <input type="checkbox"/> 子女 4. <input type="checkbox"/> 父母 5. <input type="checkbox"/> 兄弟 6. <input type="checkbox"/> 姐妹 7. <input type="checkbox"/> 孫子 8. <input type="checkbox"/> 其他	D:增加朋友 E:7. 改為「孫子女」	重要4 未填1	適用3 修改 2	
主要照顧者: 1. <input type="checkbox"/> 無 2. <input type="checkbox"/> 配偶 3. <input type="checkbox"/> 子女 4. <input type="checkbox"/> 父母 5. <input type="checkbox"/> 兄弟 6. <input type="checkbox"/> 姐妹 7. <input type="checkbox"/> 孫子 8. <input type="checkbox"/> 看護 9. <input type="checkbox"/> 外傭 10. <input type="checkbox"/> 其他	E: 7. 改為「孫子女」	重要4 未填1	適用4 修改 1	
不施行心肺復甦術簽署日期:	D:___年___月___日	重要4 未填1	適用4 修改	

	<input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 意願書		1	
不施行心肺復甦術簽署人:1. <input type="checkbox"/> 本人 2. <input type="checkbox"/> 配偶 3. <input type="checkbox"/> 子女 4. <input type="checkbox"/> 父母 5. <input type="checkbox"/> 手足 6. <input type="checkbox"/> 孫子 7. <input type="checkbox"/> 遠親 8. <input type="checkbox"/> 醫療委託代理人 9. <input type="checkbox"/> 其他	D: 意願書/同意書 E: 5. 改為「兄弟姊妹」, 6. 改為「孫子女」	重要 4 未填 1	適用 3 修改 2	
不施行心肺復甦術同意書是否附註使用急救用藥 1. <input type="checkbox"/> 是 2. <input type="checkbox"/> 否	D: 意願書	重要 4 未填 1	適用 4 修改 1	
使用急救用藥日期:	D: ____年____月____日	重要 4 未填 1	適用 4 修改 1	
停用急救用藥日期:	D: ____年____月____日 時間 建議改死亡日期與時間(可以知道是否用到最後一刻)	重要 4 未填 1	適用 4 修改 1	
是否有其他維生醫療: 1. <input type="checkbox"/> 否 2. <input type="checkbox"/> 是_____	E: 可先思慮欲了解那些, 如 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 洗腎 <input type="checkbox"/> 抗生素... 等等	重要 4 未填 1	適用 4 修改 1	
是否有安寧團隊醫療介入: 1. <input type="checkbox"/> 是 2. <input type="checkbox"/> 否	D: 1. <input type="checkbox"/> 是 - <input type="checkbox"/> 共照 <input type="checkbox"/> 居家 <input type="checkbox"/> 病房	重要 4 未填 1	適用 5	
是否有討論末期照護方針之紀錄: 1. <input type="checkbox"/> 否 2. <input type="checkbox"/> 是 - <input type="checkbox"/> 病程紀錄 <input type="checkbox"/> 護理紀錄 <input type="checkbox"/> 醫倫討論單 <input type="checkbox"/> 團隊會議 <input type="checkbox"/> 家庭會議 <input type="checkbox"/> 其他_____		重要 4 未填 1	適用 5	
<p>專家綜合意見</p> <p>C: 由於未附說明研究目的與架構, 及問卷及變項說明, 致在判斷內容會受限。因涉及各變相間的因果關係, 最後病歷資料回溯內容, 不宜做為依變項, 而是自變項, 會因填答的時序不同而致因果關係推論會有所誤差。</p>				

附件三、問卷預試整理

編號	內容	附註
1	15-18 題是否加上"自身"亦或者"安寧團隊"or"原診療團隊"等字眼，題目及answe 會更明確，因答案會不同。	安寧共照師
2	預留一口氣的定義，因現行與家屬溝通以 Ambu 按壓"形式上留一口氣"家屬均能接受，少有家屬要求病人可以呼吸狀態下回家。	內科加護病房 護理師
3	第 16 及 19 題不一定，要看家屬反應及病人期待 1-4 不一定 1-9 理論上是"錯"，實際上是"對" 2-7 看 V.S 提出 2-8 看 V.S 提出 覺得問卷問很多有關 DNR 的問題，似乎跟急救藥物關聯性不強 建議題目分成 DNR 及急救藥物兩部分	安寧護理師
4	是第 1 部分第九題搞不清楚是要問法律上，或是倫理上。 1-7 有爭議，病人臨終時也可能敗血症，此時就不應該用。 2-2 急救措施是指什麼？	家醫科醫師
5	2-6 及 2-12 題覺得"題意不清" 目前並未專屬哪個病房，所以科別部分填寫有困難	PGY
6	基本資料 18 的選項都是「是」	專科護理師(內 科 骨科)
7	現有「不施行心肺復甦術同意書」及「放棄維生系統」兩種 3-9 預留一口氣回家都是讓病患回到家後才拔除氣管內管，和急救藥物較不相關	外科加護病房
8	無	心臟外科專科 護理師
9	無	心臟外科專科 護理師
10	無	胸腔內科 內科加護病房 主治醫師

附件四、修訂後之簽署 DNR 之末期病人臨終時使用急救藥物現況調查表

調查表版本:2.0 編號:

病歷號:

診斷: 1. 癌症 _____ 2. 非癌症 _____

科別:

入院日期: 年 月 日

出院日期: 年 月 日

出院狀態: 1. 臨終出院(留一口氣回去) 2. 死亡 3. 轉安寧居家 4. 其他 _____

性別: 1. 男 2. 女

出生年月: 年 月

婚姻: 1. 未婚 2. 已婚 3. 喪偶 4. 離婚 5. 其他

職業: 1. 無 2. 學生 3. 公務員 4. 農 5. 公 6. 商 7. 軍人 8. 服務業 9. 教職
10. 家管 11. 退休 12. 自由業 13. 其他

教育程度: 1. 不識字 2. 小學 3. 國中 4. 高中職 5. 專科 6. 大學 7. 碩士
8. 博士 9. 無法評估

宗教信仰: 1. 無 2. 民間信仰 3. 佛教 4. 道教 5. 基督教 6. 天主教
 7. 其他

子女數: 男生 _____ 位 女生 _____ 位

同住者(複選): 1. 獨居 2. 配偶 3. 子女 4. 父母 5. 兄弟 6. 姐妹
7. 孫子女 8. 其他

主要照顧者: 1. 無 2. 配偶 3. 子女 4. 父母 5. 兄弟 6. 姐妹
7. 孫子女 8. 看護 9. 外傭 10. 其他 _____

DNR 簽署日期: 年 月 日

DNR 簽署人: 1. 本人 2. 配偶 3. 子女 4. 父母 5. 手足 6. 孫子 7. 遠親
8. 醫療委託代理人 9. 其他 _____

是否附註使用急救用藥 1. 是 2. 否

使用急救用藥日期: 年 月 日

停用急救用藥日期: 年 月 日

出院或死亡時是否仍在使用急救用藥: 1. 否 2. 是

是否有其他維生醫療: 1. 否 2. 是- 插管 正壓呼吸器 洗腎 其他 _____

是否有安寧團隊醫療介入: 1. 否 2. 是- 共照 居家 病房

是否有末期照護方針之紀錄: 1. 否

2. 是- 病程紀錄 護理紀錄 醫倫討論單
 團隊會議 家庭會議 其他 _____

紀錄內容: 討論 DNR 簽署 撤除維生醫療 瀕死衛教-善終準備 其他 _____

附件五、 臨床研究受訪者問卷說明及同意書

研究對象同意書版本:1.0

生效日期:102.10.10

<input checked="" type="checkbox"/> 本自願書由研究對象本人簽署	<input type="checkbox"/> 本自願書由法定代理人簽署
計畫名稱：拒絕心肺復甦術之末期病人臨終時急救藥物之相關因子探討	
研究機構名稱：XXXXXXXX 醫院 委託合作單位/廠商：無	
計畫主持人：王淑如 職稱：共照護理師 電話： 職責：執行計畫與知情同意程序	
共同主持人：周希誠 職稱：主治醫師	
研究人員：黃瑜萍 職稱：護理師	
研究人員：劉燕玲 職稱：護理師	
研究人員：王枝燦 職稱：助理教授	
二十四小時緊急聯絡人：王淑如	
研究對象姓名：	
性別：	出生日期：
身分證字號：	
通訊地址：	
聯絡電話：	
法定代理人/有同意權人姓名：	
與研究對象關係：	
性別：	出生日期：
通訊地址：	
聯絡電話：	
敬啟者： 為增進醫學新知及提高醫療照護技術，進而服務社會人群，（主持人） <u>王淑如</u> 正在針對和您得到相同疾病或遇到相同問題的人展開一項研究。所以我們邀請您同意接受（或法定代理人同意）為本研究計畫之主要研究對象，這是一項經由問卷訪問調查研究，只有同意參加者才需要接受問卷調查，請您花一點時間看完下列說明再決定是否參加。 若您詳讀本研究的目的及進行方法與步驟及權益後，在填答問卷時仍有任何問題，我們願意提供進一步解釋，以期您能充分瞭解。若您填答問卷時有任何一項題目讓您感到不舒服，您可以選擇拒絕回答。	
本自願書以下列方式敘述本研究相關資料： <input type="checkbox"/> 口述 <input checked="" type="checkbox"/> 筆述	
研究計畫問卷名稱：醫護人員對簽署 DNR 之末期病人臨終時使用急救藥物之認知與態度調查表	

1. 研究對象之主要納入與排除條件：

負責本研究的主持人或研究人員會幫您先做評估，並與您討論參加本研究所必需的條件。若您符合本研究納入條件並願意參加，您必須在進入研究前簽署本同意書。

納入條件(您必須符合的條件)：

- (1) 年滿 20 歲以上
- (2) 全院各病房之醫護人員

排除條件(若有下列任何情況者，不能參加本研究)：

- (1) 留職停薪之病房醫護人員
- (2) 無意願參與研究之病房醫護人員

2. 研究計畫目的

臨床上家屬所簽署的不施行心肺復甦術同意書(DNR)，往往被註記要保留急救物使用，筆者統計手邊安寧共照病人，100 年 1-6 月 23 位死亡病人，有 12 位 DNR 簽署時，保留急救藥物使用，佔了 50%以上。也有文獻指出簽署 DNR 以選擇部分內容簽署最多，佔 79.04%，而其中 70.25%的病人或家屬會保留急救藥物的使用，主要因素與國人認為必須留一口氣回家，家屬通常認為持續急救藥物注射可幫助病人「留一口氣回家」(林亞陵, 2009)。但筆者臨床的經驗發現家屬希望留一口氣回家，會保留急救藥物使用以外，醫護人員覺得家屬會捨不得，故未與家屬討論而自行保留急救藥物，此外還有家屬會以為急救藥物就是症狀處理的藥物。故本研究想試圖了解 DNR 簽署保留急救藥物之臨床現況，並藉由問卷調查瞭解醫護人員對於簽署 DNR 保留急救藥物的知識及態度，希望做為推動末期照護相關機構之參考，以提升末期瀕死病人的照護品質。

4. 問卷內容與相關研究材料之保存期限、運用規劃與其它需徵求研究對象同意的項目說明：

本問卷內容主要包含四大部分，第一部分為基本資料、第二部分為對簽署 DNR 之末期病人臨終時急救藥物使用之認知(15 題)、第三部分為對簽署 DNR 之末期病人臨終時急救藥物使用之態度(15 題)共 30 題，第四部份為開放式問題(問卷詳細內容如附件)，填答時間大約會花費您 15-20 分(時)。本問卷調查我們特別想了解您提供的資訊，答案沒有對或錯，請勾選最適合您的答案。最後請您檢查是否每一題都已經作答，以讓本研究能更完整的進行分析與整理。

問卷調查如涉及需要為被調查者保密的內容，決不對外提供等，以消除被調查者的顧慮。

問卷型研究調查所蒐集的研究材料與資訊，保存期限三年以利運用規劃。

5. 可能產生之風險、副作用、發生率及處理方法：

本研究僅為問卷調查，沒有任何侵入性措施，填答期間應該不會引發您的不適或任何副作用，但在填答問卷或因會談或詢問時間冗長，讓您身心感到不適，請隨時與主持人或研究人員聯絡、尋求說明或協助。您也可自由決定退出，我們將會尊重您的意願。敏感性議題之具名問答，研究資料取得後將以不透明信封保管無外洩之風險。

6. 調查進行中接受研究調查者之禁忌、限制與應配合之事項：

請您依照主持人或研究人員的說明進行回答或填寫，您的回答不會對您的權益產生任何影響也不需要特別準備或配合任何其他事項，所以填答過程中請您盡量放輕鬆，不要有任何壓力。

7. 研究經費來源、試驗預期效益及研究可能衍生之商業利益與其應用之約定：

藉由這個研究試圖了解 DNR 簽署保留急救藥物之臨床現況，並藉由問卷調查瞭解醫護人員對於簽署 DNR 保留急救藥物的知識及態度，希望做為推動末期照護相關機構之參考，以提升末期瀕

死病人的照護品質。此研究成果無直接或間接衍生出具商業價值之商業利益。

8. 機密性與受訪者個人資料保護機制

- (1) 研究所獲得資料之使用或發表，將對研究對象之隱私（例如：姓名、得以辨識研究對象身分之照片等資料）絕對保密。
- (2) 您提供的原始資料，僅限在 王淑如計畫主持人 資料庫中保管使用，不會連結到其他單位。如果別的單位或與社會大眾福祉有關的其它研究計畫需要使用您的資料，我們會再次徵詢您的同意，否則我們絕不會提供給他們。您的個人資料及隱私，會依我國相關法令獲得保障。

9. 造成損害時之救濟措施或損害補償(賠償)與保險：

- A. 依本研究所訂計畫，因而發生身體、心理傷害，您仍受法律保障，計畫主持人依法負責，並提供本試驗相關訊息暨諮詢。
- B. 可歸責於醫院之重大事由而發生不良反應或損害，本院願意提供合理專業醫療照顧及諮詢。**本研究對象同意書上所記載之可預期不良反應，原則上不予補償。**
- C. 除法定賠償及醫療照顧外，本研究不提供其他形式之賠償或補償。**若您不願意接受這樣的風險，您有權選擇不參與這項研究。**

10. 研究對象權利：

- (1) 參與研究期間您不需額外負擔任何費用。
- (2) 為感謝您參與本研究問卷調查，填答後我們將贈送您一份小禮物，以表達感謝。
- (3) 研究過程中，與你(妳)的健康或是疾病有關，可能影響你(妳)繼續接受研究計畫的任何重大發現，都將即時提供給你(妳)或你(妳)的法定代理人。
- (4) 如果你(妳)在研究過程中對研究計畫產生疑問，或對身為研究對象之權利有意見或懷疑因參與研究而受害時，可與本院之人體試驗委員會 秘書處聯絡請求諮詢，其電話號碼為：
傳真號碼為：；e-mail：_____
- (5) 本同意書研究者已完整說明本研究之性質與目的。王淑如計畫主持人已回答您有關與研究相關的問題。

11. 研究之退出與中止：

您參加這項研究完全是出自願，您有充裕的時間來決定是否願意參加。任何時候只要您不想繼續參加，都可自由決定退出，不必提供理由。退出本研究，不影響醫護關係或任何醫療上的正當權益，計畫主持人 王淑如 在研究過程願意提供適當與必要之協助。

13. 執行紀錄：

請不要著急，花一些時間考慮上述資訊，如有任何地方不清楚，請不要猶豫進一步詢問 王淑如 (計畫主持人)。

- (1) 計畫主持人、協同主持人或代理主持人已詳細解釋有關本研究計畫中上述研究方法的性質與目的，及可能產生的危險與利益。

計畫主持人/協同主持人/代理主持人簽章：

日期：西元 年 月 日

- (2) 研究對象已詳細瞭解上述研究方法及其所可能產生的危險與利益，有關本研究計畫的疑問，

業經計畫主持人詳細與以解釋。本人同意接受為臨床研究計畫的自願研究對象。

研究對象簽章：

日期：西元 年 月 日



附件六、 修訂後醫護人員對簽署 DNR 之末期病人臨終時使用急救藥物之認知與態度調查表

問卷版本:1.0

生效日期:102.03.11

前言

很多末期病人家屬在簽署不施行心肺復甦術同意書(DNR)時，常有保留急救藥物使用的狀況，而急救藥物的使用常造成病人臨終過程的不適，及家屬在面臨何時返家的為難。希望透過這個問卷調查，麻煩您 15-20 分鐘的時間填寫問卷，讓我們對於末期病人臨終使用急救用藥的狀況，能有更多的了解。您可以選擇拒絕參與此研究，或在過程中隨時退出。您所提供的資料並以匿名的方式呈現在碩士論文中，或發表在其他相關刊物上，但內容上保證所有資料都匿名，並與其他人的資料相彙集整理。感恩您願意提供寶貴經驗，參與此研究計劃，期能喚起醫界、學術界及社會大眾，對臨終病人使用急救藥物延長瀕死期的議題重視，讓末期病人及其家屬，可以獲得更合適的醫療照護。感謝您。

中山附醫緩和醫療病房共照護理師

南華大學生死研究所研究生 王淑如

中山附醫緩和醫療病房主任 周希誠醫師

南華大學生死研究所教授 王枝燦老師

基本資料(請勾選)

1. 性別: 1. 男 2. 女
2. 出生年次: 民國_____年
3. 婚姻: 1. 未婚 2. 已婚 3. 離婚 4. 喪偶 5. 其他
4. 教育程度: 1. 博士 2. 碩士 3. 大學 4. 高中(職) 5. 其他
5. 宗教信仰: 1. 無 2. 民間信仰 3. 佛教 4. 道教 5. 基督教
6. 天主教 7. 其他
6. 職稱: 1. 主治醫師 2. 總醫師 3. 住院醫師 4. PGY 5. 實習醫師
6. 專科護理師 7. 護理師(N4) 8. 護理師(N3) 9. 護理師(N2)
10. 護理師(N1) 11. 護理師(N) 12. 其他_____
7. 目前單位工作年資: _____年_____月
8. 目前單位工作科別: 1. 一般內科 2. 胸腔內科 3. 心臟內科 4. 內分泌科
4. 肝膽腸胃內科 5. 腎臟內科 6. 泌尿科 7. 婦產科
8. 腫瘤科(含血液腫瘤、放射腫瘤) 9. 一般外科
10. 胸腔外科 11. 消化外科 12. 骨科 13. 心臟外科
14. 小兒科 15. 內科加護病房 16. 外科加護病房
17. 小兒加護病房 18. 新生兒加護病房 19. 安寧緩和醫療
20. 其他_____
9. 全部工作年資: _____年_____月
10. 曾經工作科別: 1. 一般內科 2. 胸腔內科 3. 心臟內科 4. 內分泌科
4. 肝膽腸胃內科 5. 腎臟內科 6. 泌尿科 7. 婦產科
8. 腫瘤科(含血液腫瘤、放射腫瘤) 9. 一般外科
10. 胸腔外科 11. 消化外科 12. 骨科 13. 心臟外科
14. 小兒科 15. 內科加護病房 16. 外科加護病房
17. 小兒加護病房 18. 新生兒加護病房 19. 安寧緩和醫療
20. 其他_____
11. 是否上過如何說明 DNR 相關課程: 1. 是 2. 否
12. 是否上過末期病人照顧相關課程: 1. 是 2. 否
13. 是否上過安寧緩和醫療相關課程: 1. 是 2. 否
14. 是否有幫近親簽署過 DNR : 1. 是 2. 否
15. 是否有跟病人或家屬說明或討論過 DNR : 1. 是 2. 否
16. 是否曾與末期病人或其家屬討論臨終急救用藥之使用 1. 是 2. 否
17. 是否曾給予末期病臨終時使用急救用藥 1. 是 2. 否
18. 是否已簽署預立選擇安寧緩和醫療意願書: 1. 是 2. 否

作答說明

本表查表共分為三部份，第 1 有 12 題及第 2 部份有 15 題，每題各有四個選項，分別為非常同意、同意、不同意、非常不同意，本問卷調查我們特別想了解您提供的資訊，答案沒有對或錯，請勾選最適合您的答案。第 3 部分則是對於「簽署 DNR 之末期病人臨終時急救藥物使用」有任何想法或想分享的建議，自由書寫。

1. 對簽署 DNR 之末期病人臨終時急救藥物之認知

題號	題目	是	否
1	簽署 DNR 的病人表示拒絕所有的維生醫療		
2	DNR 同意書上的所謂的急救藥物包含止痛藥物及抗生素		
3	DNR 同意書上的急救措施選擇性的給予是合乎倫理的		
4	簽署 DNR 的病人臨終時使用急救用藥並不會造成病人的不適。		
5	簽署 DNR 同意書的病人就表示願意接受安寧緩和醫療。		
6	預留一口氣返家的病人，臨終時使用強心劑與升壓劑就能協助達成病人返家往生的心願。		
7	CPR 是一套技術有標準流程，不應該選擇性的執行(如要壓胸但不電擊)。		
8	簽署預立選擇緩和醫療意願書的病人，臨終時家屬仍要另外簽署 DNR 同意書。		
9	DNR 同意書的簽署，對於病人及家屬都是沉重的決定		
10	醫護人員的說明會影響病人及家屬對 DNR 的決策		
11	簽署預立選擇緩和醫療意願書的病人，臨終時醫療代理人可以違背病人意願，要求醫師於以 CPR。		
12	醫護人員應該主動與末期病人及其家屬討論，安寧緩和醫療的介入時機。		

請檢查是否每一題都已經作答，以利進行分析與整理，感恩您。

2.對「個人」對簽署 DNR 之末期病人臨終時急救藥物使用之態度

題號	題目	非常同意	同意	不同意	非常不同意
1	預留一口氣回家的病人我會建議使用急救用藥				
2	我覺得就算簽署 DNR 臨終時還是應該使用升壓劑跟強心劑				
3	我認為簽署 DNR 同意書的病人就表示拒絕任何急救措施				
4	我認為臨終病人應該接受安寧緩和醫療				
5	我會主動與末期病人討論緩和醫療照護並在病歷(護理)紀錄呈現討論結果				
6	我認為經由適當的溝通及說明,可避免病人接受無效醫療。				
7	我認為只要末期病人及家屬要求,不管是否為無效醫療,都應該試一試。				
8	我會主動跟末期病人及家屬提及安寧療護				
9	照護末期病人時,我會主動會診安寧療護團隊。				
10	我認為預留一口氣返家的病人,既使使用急救用藥,也不能保證能達成其返家心願。				
11	我認為照顧末期病人及家屬時,安寧療護團隊的介入,能提供病人及家屬更完整的身心靈照顧。				
12	我認為在照顧末期病人時,醫療團隊的建議與說明,會影響對病人及家屬的決策。				
13	面對末期病人及家屬,我常會覺得無能為力。				
14	我覺得醫療方向的決策是病人及家屬的責任,醫療團隊只需提供醫療方向(選項)。				
15	我認為只要好好溝通,家屬並非一定要讓臨終病人使用急救用藥來延長瀕死期。				

請檢查是否每一題都已經作答,以利進行分析與整理,感恩您。

3.對於”簽署 DNR 之末期病人臨終時急救藥物使用”有任何想法或建議:_____
