

護理系學生接受安寧緩和醫療 臨床實習教育介入之成效

胡文郁 曾建寧 王 浴¹ 翁瑞萱¹

摘 要

本研究旨在探討醫學院護生對安寧緩和醫療的認知、態度以及末期照顧倫理情境認同度，以及護生經過安寧緩和醫療臨床實習教育介入的成效。本研究對象為民國九十一學年度護理學系「內外科護理學實習」必修課程中37位大三學生，採雙組前後測準實驗設計，其中19位被安排至安寧緩和醫療病房為期四至五週的臨床實習為實驗組，餘18位則在一般內外科病房實習為對照組。以Wilcoxon Signed Ranks test進行前後測總平均等級之差異檢定，重要結果為護生在透過實際參與照顧末期病人的安寧緩和醫療臨床實習，確實可以1)提高護生對於安寧緩和醫療的認知($Z=-3.527, P<.001$)；2)改變其對安寧緩和醫療趨於正向的態度($Z=-1.675, P<0.05$)，即降低護生對癌末病人帶來的威脅性感受，以及護生對提供安寧緩和醫療好處的感受提高並對壞處的感受降低；3)提高護生對末期病人「不宜使用人工營養及水分的倫理」認同度最低($Z=-2.736, P<0.01$)；4)護生對「與癌末病人溝通的技巧」、「身體不適症狀處理」以及「心理情緒支持的方法」有較高的末期教育需求5)護生對安寧緩和醫療的態度分別與倫理情境認同度和教育需求間呈正相關($r=0.63, p<0.01$ ； $r=0.53, p<0.05$)。建議未來應舉辦末期照顧之種子教師師資培訓，本研究結果可供未來在推展醫學院校大學部安寧緩和醫療護理教育課程之參考。

(安寧療護 2004；9；1：1-20)

Key words: hospice palliative care nursing student knowledge attitude educational needs

國立台灣大學醫學院護理學系、所 ¹台大醫院緩和醫療病房

通訊作者：胡文郁 臺北市仁愛路一段一號 護理學館

電話：(02) 23123456 ext 8428 E-mail：weyuhu@ha.mc.ntu.edu.tw

前言

護理是以關懷照顧(caring)為導向的專業，許多護理學者專家指出護理目標旨在提供富人性化的關懷照顧，以協助受照顧者促進健康、恢復健康與緩解痛苦，因此，「人性化關懷與照顧」成為護理界的共識與核心主張，也是護理知識發展、護理實務要求以及護理教育內涵的導向^[1-3]。本研究十幾年來於腫瘤病房指導學生臨床實習的經驗，發現護生在臨床實習過程，難免會照顧到末期病人，在協助末期病人面對死亡時，會因對死亡產生恐懼與負向的態度，護生感到焦慮與害怕，甚至出現減少與病人接觸的時間或避免和病人談論病情等逃避行為，進而影響其對瀕死病人的照顧^[4]。但就現存絕大多數的醫療環境，是否能讓護生親身體會與學習到末期照顧相關的知識、態度與技能，讓末期病人於生命臨終的痛苦能減到最低，而安詳、尊嚴且有品質的活出末期生命的意義與達到善終呢？倘若護生在實習階段，沒有正確的安寧緩和醫療照護理念與認知，以及缺乏瀕死病人的照顧經驗，便無法面對死亡課題深入地學習，其個人對死亡的恐懼與迷思是很難改變的，若早期沒有這方面的體驗與正確的認知，將來護生進入職場工作時，對死亡的看法與態度就更難改變了。護理是一門實務的科學，護理實務對於護生知識、態

度、情意以及技能的養成教育過程，甚至在護生進入職場的社會化過程中扮演著重要的一環^[5]；故在強調以臨床實習經驗為導向的護理實務，教育護生實際參與安寧緩和醫療照護之經驗，以及面對死亡的課題，更凸顯其必要性與重要性。

各先進國家都已經認定末期照護的知識、態度與技能，是二十一世紀每位醫護人員所必備的專業涵養^[6]。而安寧緩和醫療是一種以人性化關懷照顧為導向的末期醫療照顧模式，其理念與內涵乃期望能藉由照護者對「生活價值」、「生命」與「死亡」的正確認知與正向態度，來協助末期患者在生命末期階段能得到關懷與支持。世界衛生組織給予緩和醫療的定義是：「對一位用當今科技已無法治癒的末期病患及其家屬，提供整體性的照顧，藉著解除疼痛及其他不適之症狀，並統合心理、社會、靈性之照顧，來提升病人及家屬的生活品質」。Elise(1986)研究指出在學校接受過安寧緩和護理教育課程的護理系學生或畢業生，其在面對死亡或瀕死患者時，在態度上很少有害怕的趨避行為表現，且有63%的護生選擇了癌症護理工作。趙可式博士也曾提及：「死亡教育越早開始越好，越可以坦然接受它；如果有了系統的死亡教育，就知道死亡是自然現象，而不是意外狀況」^[7]。

因此，末期照顧教育的內涵應包括：死亡及瀕死學，安寧療護，疼痛及各種症狀控制，哀傷輔導及支持溝通和持續性照顧等領域。護理教育也應該回應世界潮流，配合社會變遷，採用人性化的教育模式，使學習者能獲得末期照顧之專業知識，應積極將其列入醫學院的正式教育和醫護人員的繼續教育課程¹⁶⁻⁹¹。就國外而言，與安寧緩和醫療內容相關的教學大多分散在精神科、行為科學、倫理學或人類學等課程中，且多數為選修課程，鮮少與相關課程或臨床經驗相結合；教學內容集中於知識方面，態度和技能方面則比較缺乏；教學方式主要採取演講方式，較不重視角色模式(role model)與臨床實習的重要性，因而學生與病人接觸機會較少或甚至沒有，導致學生缺乏個人反思(personal reflection)的機會；許多文獻記載，教育訓練可以改變人的某些觀念態度¹⁰⁰。反觀國內，雖然安寧緩和醫療照護逐漸受到肯定，但在各醫學院校大多數仍歸屬於其他課程的一小部分，鮮少獨立開課，即使獨立開課，大多數也為選修，更遑論學生至臨床實習¹⁰¹。

國內目前探討有關護理教育的研究大多著重於課室教學，探討臨床教學策略於培養護生末期照顧能力與態度之研究仍付之闕如¹⁰²，此乃從事護理教育工作者應深思且重視的課題，無論醫院或學校都應加強瀕死病人

的護理教育課程，以免護理人員需要在臨床照顧經驗中，自行摸索體會瀕死病患的照顧。故本研究目的乃在探討護生於安寧緩和醫療病房實習之教育介入，對護生在知識、態度與倫理情境等養成教育之成效與末期照顧的護理教育需求，期望透過臨床實習課程的教育介入，涵養護生轉化其對末期病人之主動積極照顧理念，由「治癒疾病與延長生命」轉化為「生活品質提升與追求善終」，進而開展護生的潛能，讓末期病人在離世前的最後一段日子能「活得更多」，護生自己也因而擁有豐富的成就感及滿足感且不畏懼照顧末期病患為首要目標，並做為未來護理專業課程內容設計的參考。

研究對象與方法

研究對象

本研究對象為某醫學院護理學系大三學生（民國九十一學年度），於內外科護理學實習必修課程，共二梯次，每梯次為期約五週（共80小時），每梯次每組學生約八至九人，護生被隨機安排至附設醫院緩和醫療病房實習者為實驗組（19人），被安排至一般內外科病房實習者為對照組（18人），共有37位護生。

教育介入

護理學系大學部內外科護理學實習課程之學科目標為學生能認知有關成人護理在生

理、病理、心理、靈性及社會方面的概念、運用護理過程及相關概念照顧成人病患及其家庭、演練護理技術並增進其熟練度、辨認個案情況之輕重緩急及護理活動之優先次序、增進溝通技能及增進對護理專業之了解及欣賞，以提供整體性之護理。故本研究之「教育介入」係指專為被安排至緩和醫療病房實習的護生，基於前述內外科護理學實習課程之學科目的，針對癌末病人照顧而分別針對知識、態度與技能方面，進行實習目標、內容與教學方法的課程設計。

1.緩和醫療病房實習目標

在「知識」方面，期望護生能瞭解安寧緩和醫療的定義、服務對象及理念，瞭解癌末病人較常出現不適症狀之照護原則與溝通、同理心及哀憫輔導的基本理論與技巧，認知癌末患者與家屬的心理、靈性與社會照顧需求，並進一步認識安寧緩和醫療照護所面臨的倫理原則與困境，以及本土文化中各宗教之生死觀及喪葬習俗。在「態度」方面，期望護生能體會與病人及家屬建立良善信任關係(Rapport relationship)的重要性，願意盡力學習末期病人護理之知識與技能，且於臨床實習透露出努力不懈的態度，能持續地處理病人的症狀，但也能接受症狀控制有其極限，能自我察覺並反省自己對病人及家屬，是否持有個別性的關懷與尊重其宗教或

靈性照顧的需求，進而欣賞安寧緩和醫療之專業，進而產生興趣。在「技能」方面，則藉由實際參與病人及家屬照護的過程，能執行正確且詳實的疼痛及家庭評估，提供病人適切且個別性與舒適性的症狀緩解護理措施，並運用同理心和生命回顧的技術與病人及家屬溝通，護生也能實際參與緩和醫療團隊會議與運作，以親身體會醫療團隊中各成員的角色並予以尊重或適時轉介。

2.實習內容與方法

針對上述安寧緩和護理學之臨床實習目標，臨床指導教師設計系列學習活動，期望透過護生實際參與醫療團隊照顧癌末病人，對安寧緩和醫療有更深入地認識與瞭解。內容包括實習前護生自我覺察與減敏感活動、安排病房各醫療專業團隊人員予護生授課、每週參與醫療團隊會議、每天均有一小時的護生臨床實習討論會或讀書報告，針對特殊議題進行角色扮演與價值澄清活動，每週撰寫個案照顧之行爲過程記錄或照護計畫，以及實習即將結束前，針對整個實習期間，自己經驗到深刻的個案做口頭個案摘要報告。

研究工具

本研究係採雙組前後測準實驗設計，研究工具包括：護生基本資料、安寧緩和照顧知識量表、末期照顧倫理情境以及末期護理教育需求四部份。「安寧緩和照顧知識量表」

乃徵得原作者Dr. Ross的同意後，將緩和護理人員知識量表「PCQN (Palliative Care Quiz Nursing, 簡稱PCQN)」翻譯成中文，再參考本土緩和醫療常見的照護問題，參閱其他相關文獻^[13,14]，而設計出適合護生程度填答之題目，增添於原量表20題之後，共32題，題目答案採正確得1分，錯誤或不清楚均以0分計算，分數愈高表示認知愈好。「癌末照顧倫理情境」，共四題，分別是有關末期病情告知、出院安排、人工水分營養及鎮靜治療措施的認同程度，採Likert五點計分，從很不認同（1分）至代表非常認同（5分），分數愈高表示倫理認同度愈好。「對安寧緩和醫療之態度」則分為對癌末病人病情惡化造成威脅與嚴重性的感受、對提供安寧緩和醫療好處的感受、對提供安寧緩和醫療壞處的感受等三個次量表，計分方式也採Likert五點計分，由非常不同意(1分)到非常同意(5分)，其中嚴重性與障礙性則採反向計分，分數愈高表示對安寧緩和醫療的態度愈正向。「對安寧緩和醫療之教育需求」，共八題，分別為安寧緩和醫療之理念與原則、身體不適症狀之處理、心理情緒支持的方法、靈性照顧、與癌末病人溝通的技巧、家屬的哀傷輔導、社區資源的運用、倫理及法律的議題，需要程度則以完全不需要(1分)至非常需要(5分)，分數愈高表示教育需求的程度愈高。。

本研究工具採專家鑑定法，經具實務工作之資深醫師與護理師，針對量表內容之適用性，逐題判斷，結果顯示題目均適用，僅五題做文字上的修正，具專家內容效度。安寧緩和醫療照顧知識量表之題目，再經鑑別度分析，刪除鑑別力較低的9題（鑑別度指數<20%），最後共留下23題，庫里信度係數值為0.70，表示題目間的內容一致性可接受。

資料收集過程

資料收集過程乃於護生臨床實習開始介入前及實習結束後，分別予以實驗組和對照組進行施測，以評值護生在臨床實習前、後，在對安寧緩和醫療之知識、態度以及倫理情境認同度的差異，進而探討其末期護理的教育需求。

統計分析

本研究使用SPSS 11.0統計套裝軟體進行資料建檔與統計分析，由於研究個案數不多，本研究採魏氏符號等級考驗（Wilcoxon Signed Ranks test；簡稱W-S檢定）的無母數統計分析法，來檢定護生對安寧緩和醫療照顧知識、態度與倫理情境認同度，於臨床實習前、後測平均等級間之差異；以曼惠特尼考驗（Mann-Whitney test；簡稱M-W檢定）來檢定實驗組與對照組平均等級間之差異；以Spearman 等級相關分析，探討護生對安寧緩和醫療照顧的認知與倫理情境間的相關性。

研究結果

基本資料

本研究對象共37名護生，資料回收率100%，其中實驗組19名，對照組18名，皆為女性，平均年齡為 21.0 ± 1.3 歲。近六成(57.9%)無宗教信仰，有宗教信仰者以民間信仰、道教、佛教佔多數(31.7%)；絕大多數(89.5%)護生無照顧過癌末病人的經驗，但曾經照顧過罹患癌症親友者佔42.2%，其中二成會受影響，佔所有護生皆表示親友皆不曾接受過安寧緩和醫療之照顧，所有護生皆接觸過與安寧療護相關訊息，主要訊息來源依序為學校課程(100%)、醫院在職教育(100%)、報章雜誌(42.1%)、傳播媒體(42.1%)，但絕大多數(89.4%)表示對安寧療護只是稍微瞭解或僅聽過但不了解(Table 1)。由於研究對象均為大三同班同學，實驗與組對照組之上述基本資料，在描述性之百分比分析比較結果顯示高同質性。

對安寧緩和醫療之認知

護生對安寧緩和醫療照顧知識的得分越高，表示對安寧緩和醫療的認知越高。整體而言，二組護生於實習前，對安寧緩和醫療照顧知識的總平均答對率為67.4%。其中答對率皆大於九成的題目共五題，由高至低依序為「當病人去世後，家屬的哀傷輔導也是

安寧緩和醫療的服務範圍(94.6%)」、「在處理疼痛上，輔助治療是很重要的(91.9%)」、「痛苦(suffering)與身體疼痛(physical pain)是同義字(91.9%)」、「關心照顧末期病人家庭及家人的需要，不是安寧緩和醫療的服務內容(91.9%)」、「安寧緩和醫療是對治癒性治療不再有反應之末期病人的另一種醫療方式(91.9%)」。相對而言，答對率低於五成的題目，有高至低依序為「噁心嘔吐為腸胃阻塞常見的症狀，類固醇及腸蠕動劑常為第一線治療藥物(48.6%)」、「在生命中的最後幾天中，伴隨著電解質不平衡的嗜睡可降低對鎮靜劑的需要(45.9%)」、「疼痛治療的方法乃依疾病的程度來決定(43.2%)」、「提供安寧緩和醫療必須要屏除個人的情緒(43.2%)」、「疾病末期時，使用可能引起呼吸抑制的藥物治療嚴重的呼吸困難是適當的(40.5%)」(Table 2)。護生實習結束後的平均總答對率為79.6%。

對安寧緩和醫療之態度

護生對安寧緩和醫療之態度得分愈高，表示對安寧緩和醫療之態度愈趨於正向，及感受到癌末病人病情惡化所造成的威脅性愈低，對提供安寧緩和醫療照顧好處的感受性高，對提供安寧緩和醫療照顧壞處的感受性低。結果發現護生對於癌末病人病情惡化造成「威脅與嚴重性」的感受，總平均得分為

Table 1 Characteristics of the respondents

Variable	Experiment group (n=19) N (%)	Control group (n=18) N (%)
Gender		
Male	0	0
Female	19(100.0)	18(100.0)
Age		
20 y	8(42.1)	5(27.8)
21 y	8(42.1)	6(33.3)
22~25 y	3(15.9)	7(38.9)
Religions		
No	11(57.9)	12(66.7)
Folk religion or Buddhist or Taoist	6(31.7)	4(22.2)
Christian or Catholic	2(10.6)	2(11.1)
Experience of terminal care		
No	17(89.5)	16(88.9)
Yes	2(10.6)	2(11.1)
Family or fiends had ever cancer		
No	8(42.1)	6(33.3)
Yes	11(57.9)	12(66.7)
Death due to cancer		
No	11(57.9)	9(50.0)
Yes	8(42.2)	9(50.0)
Family or friends have ever received palliative care		
No	19(100.0)	17(94.4)
Yes	0	1(5.6)
The level of understanding toward palliative care		
Very much	2(10.5)	2(11.1)
A little	14(73.7)	16(88.9)
Non-understanding	3(15.8)	0
The knowledge of palliative care		
No	0	1(5.6)
Yes	19(100.0)	17(94.4)

Table2 The Knowledge of palliative care before training (n=37)

Item	N	(%)	Rank
01. Palliative care is appropriate only in situations where there is evidence of a downhill trajectory or deterioration.	22	59.5	13
02. Morphine is the standard used to compare the analgesic effect of other opioids.	27	73.0	11
03. The extent of the disease determines the method of pain treatment.	16	43.2	20
04. Adjuvant therapies are important in managing pain.	34	91.9	2
05. It is crucial for family members to remain at the bedside until death occurs.	10	27.0	23
06. During the last days of life, the drowsiness associated with electrolyte imbalance may decrease the need of sedation.	17	45.9	19
07. Drug addiction is a major problem when morphine is used on a long-term basis for the management of pain.	21	56.8	14
08. Individuals who are taking morphine should also follow a bowel regimen.	33	89.2	6
09. The provision of palliative care requires emotional detachment.	16	43.2	20
10. During the terminal stages of an illness, drugs that can cause respiratory depression are appropriate for the treatment of severe dyspnea.	15	40.5	22
11. Men generally reconcile their grief more quickly than women.	20	54.1	15
12. In high dose, codeine causes more nausea and vomiting than morphine.	19	51.4	16
13. Suffering and physical pain are synonymous.	34	91.9	2
14. Demerol is not an effective analgesic for the control of chronic pain.	26	70.3	12
15. Manifestations of chronic pain are different from those of acute pain.	33	89.2	6
16. The loss of a distant or contentious relationship is easier to resolve than the loss of one that is close or intimate.	19	51.4	16
17. Pain threshold is lowered by fatigue or anxiety.	31	83.8	8
18. It's not the content of palliative care, to provide the family care for terminal patients.	34	91.9	2
19. The palliative care team provide bereavement support for the family after the patient's death.	35	94.6	1
20. Palliative care is an alternative for terminally ill patients.	34	91.9	2
21. Morphine is commonly used in cancer pain and should follow the rules of by mouth, by the o'clock and by ladder.	28	75.7	10
22. Nausea and vomiting are common symptoms of bowel obstruction, steroid is the first choice medication to relieve the symptom.	18	48.6	18
23. Support is one of important treatments for dyspnea of terminal patients.	31	83.8	8
Total		67.4%	

2.56±0.43分，表示護生於實習前會感受到癌末病人病情惡化所造成的威脅性，得分最低及感受到威脅性較高的前三項目分別為「癌末病人讓我自己也要面對死亡的問題（1.84±0.50分）」、「癌末病人已無治癒的希望（2.59±0.86分）」及「癌末病人使我產生無力感（2.60±0.95分）」。實驗組後測的總平均得分為2.95±0.49分，表示護生透過實習實際參與照顧，對癌末病人病情惡化的嚴重及威脅的感受降低。

護生對「提供安寧緩和醫療好處的感受」方面，總平均得分為4.14(S.D.=0.43)，表示護生對提供安寧緩和醫療照顧好處的感受性高，且趨向正向，其中護生對提供安寧緩和醫療「能讓病人提升生活品質並擁有生命的尊嚴」的感受得分最高。實驗組後測總平均得分為4.34分(S.D.=0.41)，表示護生透過實習實際參與照顧，提高其對提供安寧緩和醫療好處的感受。

護生在對「提供安寧緩和醫療壞處的感受」方面，總平均得分為3.66分(S.D.=0.46)，表示護生對提供安寧緩和醫療照顧壞處的感受性較低，其中得分最低的項目為「提供安寧緩和醫療好像提供安樂死一樣，會提早結束病人的生命」，表示護生不會有此負向的感受。實驗組後測總平均得分為3.86分(S.D.=0.74)，表示護生透過實習實際參與照顧，減少其對提供

安寧緩和醫療壞處的感受。

對癌末照顧倫理情境的認同度

護生對於癌末照顧倫理情境的認同程度，得分愈高表示認同度愈高，結果發現護生對「病人症狀控制穩定後，安排出院接受居家療護是符合倫理原則的」的總平均得分為4.27±0.51分，表示護生對此倫理情境的認同度高。對「人工營養及水分對末期病人大多都是沒有益處，反而有壞處」的總平均得分為2.57±1.00分，表示護生對此倫理情境的認同度最低甚至不認同（Table 3）。

對安寧緩和醫療的教育需求

護生對安寧緩和醫療的教育需求總平均得分為4.35±0.40分，除「倫理及法律的議題」平均得分為3.95±0.8分外，餘每題平均值均大於4分以上(Table 4)，表示護生對末期病人照顧之教育需求高，尤其對於「身體不適症狀處理」及「心理情緒支持的方法」的教育需求較高，「與癌末病人溝通的技巧」和「家屬的哀傷輔導」次之，護生自覺在身體不適症狀處理的需要程度排序較高之前三位，分別為疼痛(84.2%)、呼吸困難(83.2%)及食慾不振(32.1%)(Table 5)。

教育介入之成效

Table3 The differences of the attitude of palliative care and agreement to palliative ethical issues (n=37)

Item	Mean	($\pm$ S.D.)
The attitude of palliative care		
1.The threat of terminal patients	2.56	± 0.43
2.The benefits of provide palliative care	4.34	± 0.41
3.The barriers of provide palliative care	3.66	± 0.46
The agreement to palliative ethical issues		
1.Truth telling helps the process of dying.	4.00	± 0.77
2.Discharge planning and home care is ethical for terminal patients.	4.27	± 0.51
3.Artificial hydration and nutrition does not benefit terminal patients.	2.57	± 0.99
4.It is ethical to give terminal patients sedation for refractory symptoms.	3.71	± 0.63

Table4 The needs of nursing education toward palliative care (n=37)

	Mean	($\pm$ S.D.)	Rank
1.The philosophy and principle of palliative care	4.35	± 0.54	5
2.Symptoms management.	4.54	± 0.51	1
3.Emotional support.	4.54	± 0.51	1
4.Spiritual care.	4.27	± 0.69	6
5.The skill of communication for terminal patients.	4.46	± 0.61	3
6.Bereavement care for family.	4.46	± 0.56	3
7.The utility of community resources.	4.08	± 0.68	7
8.The issues of ethics and lows.	3.97	± 0.80	8
Total	4.33	± 0.38	

Table5 The needs of nursing education toward physical symptoms management (N=37)

Physical symptom	N(%)	Rank
Pain	32(86.5)	1
Dyspnea	29(78.4)	2
Edema	11(39.7)	3
Fatigue	4(10.8)	6
Anorexia	9(24.3)	4
Constipation	6(16.2)	5
Nausea	4(10.8)	6
Abdominal distension	5(13.5)	8
Unconscious	3(8.1)	9
Pressure sore or ulcer wound	2(5.4)	10

知識方面

護生對安寧緩和醫療的認知，以魏氏符號等級考驗（Wilcoxon Signed Ranks test；簡稱W-S檢定）實驗組學生於臨床實習前後測總平均等級之差異，達統計上顯著差異水準（ $Z=-3.53$, $P<.05$ ），其中有6題經W-S檢定，達統計上顯著差異水準（Table 6），其中包含，「安寧緩和醫療只適用於明顯病情走下坡或有惡化跡象的情況（ $Z=-2.45$, $P<0.01$ ）」；「在生命的最後幾天中，伴隨著電解質不平衡的嗜睡可降低對鎮靜劑的需要（ $Z=-2.45$, $P<0.01$ ）」；「高劑量的可待因（codeine）比嗎啡更能引起噁心與嘔吐（ $Z=-1.89$, $P<0.05$ ）」；「對於控制慢性疼痛，台美落（demerol）並不是有效的止痛劑（ $Z=-1.89$, $P<0.05$ ）」；「處理一種冷淡或恩怨性關係的失落比起處理那種緊密或親密性關係的失落是比較容易（ $Z=-2.33$, $P<0.01$ ）」；「噁心嘔吐為腸胃阻塞常見的症狀，類固醇及腸蠕動劑常為第一線治療藥物（ $Z=-2.11$, $P<0.05$ ）」，顯示護生在這幾題的知識得分有顯著地提升。

再以曼惠特尼考驗（Mann-Whitney test；簡稱M-W檢定）實驗組與對照組護生對安寧緩和醫療照顧的認知，結果顯示實驗組後測與對照組之平均等級差，達統計上顯著差異水準（ $Z=-2.00$, $P<.05$ ）（Table 6），

其中有3題經M-W檢定，達統計上顯著差異水準，分別為「疾病末期時，使用可能引起呼吸抑制的藥物治療嚴重的呼吸困難是適當的（ $Z=-2.59$, $P<0.05$ ）」；「處理一種冷淡或恩怨性關係的失落比起處理那種緊密或親密性關係的失落是比較容易（ $Z=-2.59$, $P<0.05$ ）」；「噁心嘔吐為腸胃阻塞常見的症狀，類固醇及腸蠕動劑常為第一線治療藥物（ $Z=-2.20$, $P<0.05$ ）」（Table 6），顯示護生在這3題的知識得分有顯著地提升。總而言之，護生至安寧緩和醫療病房接受臨床實習之教育性介入措施，確實能提升其對安寧緩和醫療的認知，尤其是對「處理一種冷淡或恩怨性關係的失落比起處理那種緊密或親密性關係的失落是比較容易」以及「噁心嘔吐為腸胃阻塞常見的症狀，類固醇及腸蠕動劑常為第一線治療藥物」的認知答對率有顯著影響。

態度方面

學生臨床實習前後的總平均得分，分別為 3.55 ± 0.32 分和 3.72 ± 4.43 分（Table 3），以W-S檢定達統計上顯著差異水準（ $Z=-1.75$, $P<0.05$ ）。顯示護生透過實習實際參與照顧，對於照顧癌末病人其病情持續惡化，對其造成的威脅性與嚴重性的感受會降低、對提供安寧緩和醫療的好處感受性提高，對壞處的感受性降低。

Table6 The differences in the knowledge of palliative care before and after the training course.

Items		EG: pre-post test (n=19)		EG(n=19)-CG (n=18)	
		Mean Rank	Z	Mean Rank	Z
01.Palliative care is appropriate only in situations where there is evidence of a downhill trajectory or deterioration.	Negative Ranks	0.00	-2.449**	EG 16.76	-0.470
	Positive Ranks	3.50		CG 21.36	
02.Morphine is the standard used to compare the analgesic effect of other opioids.	Negative Ranks	3.50	-0.816	EG 18.16	-0.085
	Positive Ranks	3.50		CG 19.89	
03. The extent of the disease determines the method of pain treatment.	Negative Ranks	3.00	-1.342	EG 16.84	-0.491
	Positive Ranks	3.00		CG 21.28	
04.Adjuvant therapies are important in managing pain.	Negative Ranks	0.00	-1.414	EG 18.55	-1.027
	Positive Ranks	1.50		CG 19.47	
05. It is crucial for family members to remain at the bedside until death occurs.	Negative Ranks	5.00	-1.000	EG 20.82	-0.336
	Positive Ranks	5.00		CG 17.08	
06.During the last days of life, the drowsiness associated with electrolyte imbalance may decrease the need of sedation.	Negative Ranks	0.00	-2.449**	EG 18.29	-1.465
	Positive Ranks	3.50		CG 19.75	
07.Drug addiction is a major problem when morphine is used on a long-term basis for the management of pain.	Negative Ranks	5.50	-0.632	EG 17.26	-0.542
	Positive Ranks	5.50		CG 20.83	
08. Individuals who are taking morphine should also follow a bowel regimen.	Negative Ranks	0.00	-1.000	EG 20.03	-1.831
	Positive Ranks	1.00		CG 17.92	
09. The provision of palliative care requires emotional detachment.	Negative Ranks	2.00	-0.577	EG 18.79	-0.464
	Positive Ranks	2.00		CG 19.22	
10.During the terminal stages of an illness, drugs that can cause respiratory depression are appropriate for the treatment of severe dyspnea.	Negative Ranks	3.50	-0.816	EG 20.47	-1.996*
	Positive Ranks	3.50		CG 16.29	
11. Men generally reconcile their grief more quickly than women.	Negative Ranks	6.00	-0.905	EG 17.76	-0.127
	Positive Ranks	6.00		CG 20.31	
12. In high dose, codeine causes more nausea and vomiting than morphine.	Negative Ranks	4.00	-1.890	EG 17.29	-0.459
	Positive Ranks	4.00		CG 20.81	
13.Suffering and physical pain are synonymous.	Negative Ranks	0.00	-1.000	EG 19.53	-1.474
	Positive Ranks	1.00		CG 18.44	
14 Demerol is not an effective analgesic for the control of chronic pain.	Negative Ranks	4.00	-1.890*	EG 18.66	-1.832
	Positive Ranks	4.00		CG 19.36	
15. Manifestations of chronic pain are different from those of acute pain.	Negative Ranks	2.50	0.000	EG 19.05	-0.056
	Positive Ranks	2.50		CG 18.94	

Table6 The differences in the knowledge of palliative care before and after the training course.

Items	EG: pre-post test (n=19)		EG(n=19)-CG (n=18)	
	Mean Rank	Z	Mean Rank	Z
16.The loss of a distant or contentious relationship is easier to resolve than the loss of one that is close or intimate.	Negative Ranks	5.00	EG 19.24	-2.590*
	Positive Ranks	5.00	CG 18.75	
17. Pain threshold is lowered by fatigue or anxiety.	Negative Ranks	0.00	EG 19.08	-1.101
	Positive Ranks	1.50	CG 18.92	
18. It's not the content of palliative care, to provide the family care for terminal patients.	Negative Ranks	0.00	EG 18.55	-0.039
	Positive Ranks	1.00	CG 19.47	
19.The palliative care team provide bereavement support for the family after the patient's death.	Negative Ranks	0.00	EG 20.00	-1.474
	Positive Ranks	0.00	CG 17.94	
20.Palliative care is an alternative for terminally ill patients.	Negative Ranks	0.00	EG 18.55	-1.027
	Positive Ranks	1.50	CG 19.47	
21.Morphine is commonly used in cancer pain and should follow the rules of by mouth, by the o'clock and by ladder.	Negative Ranks	3.00	EG 19.61	-1.832
	Positive Ranks	3.00	CG 18.36	
22.Nausea and vomiting are common symptoms of bowel obstruction, steroid is the first choice medication to relieve the symptom.	Negative Ranks	6.00	EG 18.76	-2.192*
	Positive Ranks	6.00	CG 19.25	
23.Support is one of important treatments for dyspnea of terminal patients.	Negative Ranks	0.00	EG 20.05	-2.146
	Positive Ranks	1.50	CG 17.89	
Total	Negative Ranks	4.00	EG 23.11	-2.524***
	Positive Ranks	10.71	CG 14.67	

*P<0.05 ** P<0.01

Negative Ranks: post-test < pre-test Positive Ranks: pre-test > post-test

EG: Experiment group CG: Control group

安寧緩和醫療認知、態度、倫理情境認同度與教育需求之相關性

以斯皮爾曼等級相關檢定 (Spearman's test) 實驗組學生於實習後「對安寧緩和醫療照顧認知、態度、倫理情境認同度與教育需求」間的相關性(Table 7)，結果顯示對安寧緩和醫療照顧認知與對安寧緩和醫療的態

度、末期照顧倫理情境認同度以及教育需求，均無顯著相關($r=0.20$, $P>0.05$; $r=0.07$, $P>0.05$; $r=-0.07$, $P>0.05$)。對安寧緩和醫療的態度與末期照顧倫理情境認同度以及教育需求均呈正相關 ($r=0.63$, $P<0.01$; $r=0.53$, $P<0.05$)，即護生對安寧緩和醫療的態度愈趨正向，對末期照顧的倫理情境認同度愈高，相對地對末期照顧的教育需求也愈高。

Table 7. Correlation between palliative care knowledge, attitudes and education need toward ethical issues (n=19)

	Knowledge	Ethical issues	Attitudes	Educational needs
Knowledge	1			
Ethical issues	0.197	1		
Attitudes	0.073	0.633**	1	
Educational needs	-0.071	0.323	0.534*	1

*P<0.05 **P<0.01

討 論

對安寧緩和醫療之認知

我們發現護生在前測「對安寧緩和醫療之認知」，從答對率高達90%以上項目可知，實習前護生即具備不錯的安寧緩和醫療的理念，尤其是瞭解「家人」為末期醫療照顧所應慮及的重要對象；從答對率低於50%的項目，可知護生對末期不適症狀的臨床實務處理知識較差，如：噁心、嘔吐、嗜睡、疼痛及呼吸困難等，以及對家屬哀傷輔導的實務工作經驗不多，以致知識較薄弱，此結果與胡氏（2003）及張氏（2003）對社區護理人員的研究結果類似，即護生具有安寧緩和醫療的理念，但欠缺臨床實務處置知識^[11、15]。護生經過緩和醫療病房臨床實習之後，答題的正確率以及後測得分均顯著高於前測，顯見緩和醫療的臨床實習經驗可提升護生對臨床處置相關知識與經驗的不足。但也有些題目即使在實習結束後，仍有低於50%的答對

率，如：「家屬留在病床旁直到病人去世是必要的」及「提供安寧緩和醫療必須摒棄個人情緒」，在西方文化原作者認為臨終病人的家屬因各種因素導致若實在無法陪伴在病人身旁直到病人斷氣過世，醫療團隊若有強烈的理念認為家屬必須留在病床旁直到病人過世是必要的，有時無形中會帶給遺族沈重的負擔與道德壓力，但就東方文化而言，會認為這是天經地義自然的家庭倫理規範，因此在答案上的圈選可能就會有東西文化上的差異而致認知上有落差，致護生答對率較低。此外，同理心(empathy)與同情心(sympathy)的區辨不清，護理人員在其專業的養成教育中，常會被教導要以「同理心」來照顧病患，但護生在初入臨床與病人建立專業性的護病關係在技巧尚未純熟穩定時，護生會深怕過於投入而引起自身情感沈重的負荷，而會認為應摒棄個人的情緒，因此，實習指導教師在實習課程的安排與設計上，需注意加強此類觀念^[4]。

對安寧緩和醫療之態度

護生於實習前即已感受到「癌末病人病情惡化會帶來威脅與嚴重性的負向感受」，但經過緩和醫療實習後，護生的負向感受有降低，且經過緩和醫療實習後的護生更能感受到接受緩和醫療的好處，並減少對安寧緩和醫療照顧壞處的感受，此結果和過去研究文獻所提及的結果相呼應，曾經照顧瀕死病患之護生，在處理末期病人相關問題時態度會較趨於正向且焦慮較少^[16-20]，表示當護生面對病人死亡時，會出現挫折並產生個人或專業壓力，但如正式護理人員般也會慢慢承受較高的焦慮，其中最明顯的轉變是護生在面對「病人無治癒希望」，以及無法藉由醫療免除病患死亡時，所產生對醫療的「無力感」的威脅性降低，而且能更勇敢去探視或照顧癌末病人，故教育者應重視護生面對死亡之態度或情緒反應，協助其知覺自我的情緒反應，以減少負向行為的出現^[21-23]。護生感受到癌末病人接受安寧緩和醫療最大的好處為「能讓病人提升生活品質並擁有生命的尊嚴」，這顯示目前國內安寧緩和醫療在臨床實務上提升末期患者的生活品質的提升具有不錯的成效。此外，經過緩和醫療臨床實習的親身體驗後，護生較不會有如一般民眾對安寧緩和醫療的錯誤認知與感受，認為癌末病

人接受安寧緩和醫療等於好像提供安樂死一樣，會提早結束病人的生命。

對癌末照顧的倫理情境認同度

護生在癌末照顧倫理情境的認同方面，顯示實習前護生對人工水分及營養使用之議題的認同度最低，甚至負向，表示實習前護生會認為人工營養及水分對末期病患大多無益處，此一發現與張氏等對醫學生的調查結果一致^[11]，也與目前臨床照顧醫護人員遭遇到家屬的實際困境相符；但經緩和醫療病房實習後，護生的認同度即顯著高於實習前且呈現較正向的認同，因此，證實緩和醫療的臨床照護經驗確實能多提供此方面的訊息，如讀書報告及個案討論，確實能增進護生對癌末照顧倫理困境的認識與認同緩和醫療的相關處置。但護生對於安寧緩和醫療的認知與末期照顧的倫理情境認同度無有意義之相關，可見未來末期醫療倫理教育的議題，應多採用以個案為主的臨床討論學習來教導護生，才會有較好的學習成效。

對末期照顧之護理教育需求

護生對末期照顧之護理教育需求得分均大於4分，這反映醫療社會的變遷，有較多病人死亡場所發生在醫療機構內，因此護生在實習過程中，會遭遇到瀕死病患與照顧末期

病患的機會也隨著提高，加上現今社會小家庭居多，以及死亡的禁忌，護生缺乏面對他人死亡或親臨喪禮的經驗，因而在緩和醫療病房實習時，易感受到末期照顧的重要性。其中護生以「與癌末病人溝通的技巧」、「身體不適症狀之處理」與「心理情緒支持的方法」的需求程度最高，並反應出目前護理教育中較缺乏此類相關課程。那如何讓護生在其專業護理養成教育過程中，早期學習到「與瀕死病患互動」是一項重要的課題，故建議護理課程中加強末期照顧以及「與末期病人的溝通技巧」等相關課程以滿足護生所需。本研究表5所陳列出來護生對身體不適症狀處理之護理教育需求的排序，應可作為學校在安排末期護理或緩和醫療教育課程的主要參考資料。

從一個初學者（生手）培養成為一個安寧緩和醫療或末期照顧專家（熟手），每個人都有其不同的轉捩點(turning point)，面對初學者，臨床指導教師要做好「照顧經驗」的傳授，且將護生心中的「害怕、衝突及擔心」說出來，與大家分享是需要的。護生於臨床實習階段開始學習如何照顧瀕死病人時，常需正視自己對死亡及瀕死的態度，這會影響其未來成為正式護士照顧瀕死病人的行為，如果護生實習時照顧末期病人對死亡的恐懼、態度與需求能被瞭解，指導教師可以

協助護生自我覺察，從護理瀕死病人的經驗中成長，並培養面對死亡的正向態度。有的護生對於自己照顧的病患過世，會情緒與生活適應深受影響，導致極度恐慌、害怕、焦慮而採趨避模式的因應行為，甚至出現哭泣，不能接受，會有一段時間夜裡難眠，甚至做惡夢，有研究報告指出，這些問題對於初次面對瀕死病人的學生而言，這是一個正向的衝擊，也有研究指出此時護生最大的支持來源為「主護護士與指導教師」^[24-25]，此時臨床指導教師適時地協助學生，將有助於護生將來提供病人較佳的臨終照顧。Quint（1966）指出80%以上護士無法面對「死亡」，並與臨終患者坦承溝通，此乃護理教育未能提供護生良好的環境，協助助學生發展此方面的因應能力^[23]，也有高達80%的護生表示過去專業課程中缺乏對臨終病人心理支持與溝通技巧方面的教育，因而對所獲得的幫助感到不滿意，此研究結果與國內研究護生對專業教育在面對死亡相關課程的滿意度調查，護生對所獲得幫助的滿意度也只有15.4%，顯示在護理專業教育中實有加強臨終死亡教育的必要性^[4, 17]。

安寧緩和醫療照顧認知、臨床實務的知識與技能，需持續且有系統的推展，本研究為80小時的臨床實習課程，並採多元化的學習方式，從多篇國內外有關死亡教育實施之

研究得知，教學時間來比較成效，發現課程時數在5小時以下，效果不佳，有學者認為至少要9小時以上授課時數才能促使顯著的改變，可見成效會受教學時間長短的影響。護理人員真正的學習是那些能留下深刻印象的學習，是那些能令人感動且啟發人格成長的生活體驗^[21,22]，安寧緩和醫療的照顧模式只是提醒我們重拾「人性化」護理的精神，Golub和Reznikoff（1971）曾提及護理人員對瀕死病人態度之形成，乃源自於護理生涯的早期，特別是學生時期^[9]，以「體驗」為主的教學方式比以「認知」為主的教學方式成效顯著且持久，透過角色扮演、小組討論與分享和價值澄清活動是體驗組較認知組成效顯著的主要因素^[19,20]。

由護生實習後，其對安寧緩和醫療的態度愈趨正向，則對末期照顧的倫理情境的認同度愈高，以及末期照顧教育需求也愈高，結果顯示護生臨床實習的教育介入，以及採用上述多元化的教學方式，對提升照顧癌末病人的專業、態度與倫理涵養是必要而不可或缺的，尤其是態度的改變更為具體，如真相告知與同理心的溝通技巧均適合角色扮演的教學方式。教師應依照學生實際實習的情況設計課程，引起學生的學習興趣而讓他們深入的體會^[23]。透過個人對死亡態度與價值觀的審視，增進護生對臨終關懷的體驗，讓

護生在臨床實習時不再逃避末期病人的照顧，增加與癌末病人的互動次數，當病人過世之後，較能了解自己在情緒與感情上的無力感、無助感、罪惡感，並以較坦然的態度來面對，進而深思自己人生的意義。

結論與建議

總之，護生經過四到五週的安寧緩和醫療之臨床實習後，對安寧緩和醫療的與認知及態度皆有進步，顯示有系統性的臨床實習課程安排，讓護生對末期照顧及安寧緩和醫療有更深刻的體會與了解，大學課程之末期護理教育目標首應注重「涵養護生具備安寧緩和醫療的理念」、「減低護生對死亡的恐懼，以培養護生照顧末期病人的意願」、「增加護生與瀕死病人及家屬互動溝通的能力」以及「學會處理末期病人常見不適症狀的護理技能」，因此，在正式的護理教育課程，實應加強臨終照顧、護理倫理與靈性護理等相關課程，並舉辦種子教師之師資培訓，以增加臨床指導教師具備帶領護生面對死亡或瀕死病人的處理與教學能力。本研究限於樣本數，結果的外在推論有限，期可擴大樣本至全國大專院校，以增加其推論性，期結果能提供台灣發展安寧緩和醫療或末期照顧護理叫與課程的參考，並朝向本土化的發展而努力。

誌謝

感謝協助本研究臨床實習活動參與護生教學的邱泰源醫師、姚建安醫師、吳治勳心理師、宗惇法師、滿祥法師，以及所有醫療團隊人員與志工伙伴們，讓護生於安寧緩和醫療病房優良的學習環境中成長。

參考文獻

1. Coyle N : Introduction to palliative nursing .In Ferrell RB and Coyle N : Textbook of Palliative Nursing 2001 : 3-6.
2. 馬鳳歧、湯玉英、鄭琳：人性化護理教育。護理雜誌 1994：41：27-31。
3. 趙可式：從人性化護理理論看當代臨床護理。護理雜誌 1994：41：21-3。
4. 杜異珍：某大學學生對死亡瀕死態度之研究。台灣師範大學衛生教育研究所碩士論文 1997。
5. 許淑蓮：護生對護理瀕死病人的態度與行為調查。護理雜誌 1977：24：74-89。
6. 陳慶餘、戴玉慈：引言。安寧緩和醫療之醫學教育專家暨學者會議。台北：台大醫學院，2004：2-3。
7. Elise LL : Teaching human care for dying patients. Nursing Outlook 1986：34：241-3.
8. Gates MF.Kaul M.Speece MW.et al : The attitude of beginning nursing students and medical students toward care of dying patients : a preliminary study. Hospice Journal 1992：8：17-32.
9. Golub S.Reznikoff M : Attitudes toward death : A comparison of nursing students and graduated nurses. Nursing Research 1971：20：503-8.
10. Green JS.Shew RJ.Pulsipher VL : Understanding the problems of death and dying : A health professionals survey. Journal of Allied Health 1978：7：294-301.
11. 張皓翔、胡文郁、邱泰源、姚建安、呂碧鴻、陳慶餘：「人與醫學」課程醫學生緩和醫療認知之介入性研究。醫學教育 2003：7：150-60。
12. 邱泰源：安寧緩和醫療末期照護在醫學教育推展之研究。國科會成果報告：2003。
13. Margaret M.Ross RN : The palliative care quiz for nursing (PCQN) : the development of an instrument to measure nurses' knowledge of palliative care. J Adv Nursing 1996：23：126-37.
14. Meekin SA, Klein JE, Fleischman AR, et al : Development of a palliative education assessment tool for medical student education. Acad Med 2000：75：986-92.
15. Hu WY. Chiu TY. Dai YZ.et al : Nurses'

- willingness and the predictors of willingness to provide palliative care in rural communities of Taiwan. *J Pain Symptom Manage* 2003 ; 26 : 760-8.
16. 鐘春櫻：死亡教育對護校學生死亡態度之影響。國立學研究所碩士論文 1992。
17. 藍育慧、李選：死亡教育對改善護專學生死亡恐懼成效之探討。長庚護理 1995 : 2 : 227-38。
18. Charlton R.Ford E : Education needs in palliative care. *J Fam Pract* 1995 : 12 : 70-4.
19. Denger L.F.Gow VB : Preparing nurse for care of the dying. *Cancer Nursing* 1988 : 11 : 160-9.
20. Durlak JA : Comparison between experimental and didactic methods of death education. *Omega* 1978-79 : 9 : 57-66.
21. Kao S.F.Lusk B : Attitudes of Asian and American graduate nursing students toward death and dying. *International Journal of Nursing Studies* 1997 : 34 : 438-43.
22. Kataoka-Yahiro M, Saylor C : A critical thinking model for nursing judgment. *J Nurs Educ* 1994 ; 33 : 351-6.
23. Quint JC : Obstacles to helping the dying. *American Journal of Nursing* 1966 : 66 : 1568-71.
24. Lester D.Getty C.Kneisl CR : Attitudes of nursing students and faculty toward death. *Nursing Research* 1974 : 23 : 50-3.
25. Joseph JF Bethany JG Alan C Philip L Cathleen AA Richard P Carol SJ : Reflective practice palliative care education : A clerkship responds to the informal and hidden curricula. *Academic Medicine* : 2003 : 78 : 307-11.

The Effects of Clinical Practice Program Toward Palliative Care for Nursing Students' Education in School of Nursing

Wen-Yu Hu Chien-Ning Tseng Yu Wang¹ Ruey-Shiuan Ueng¹

Abstract

The objectives of this study were to evaluate the effects in knowledge, attitudes, and ethical issues of student nurses. From 2002 to 2003, thirty-seven student nurses was enrolled in a four or five weeks course of clinical practice for "Medical-Surgical Nursing" in the hospice palliative care unit of the National Taiwan University Hospital. The questionnaire, assessing student nurses' knowledge and attitudes towards ethical dilemmas, was used to assess philosophy and clinical management, and attitudes regarding common ethical issues before and after the educational intervening program. The Wilcoxon Signed Ranks test was used to examine pre- and post-training composite score.

The findings showed that the clinical practice heighten the knowledge and attitudes for palliative care in student nurses ($Z=-3.527$, $P<.001$; $Z=-1.750$, $P<0.05$). Regarding attitudes for the student nurses towards the ethical dilemmas of artificial hydration and nutrition, in which was not of benefit in terminal patients, had increased in student nurses after clinical practice program. The three leading educational needs were communicative skills, management of physical discomfort and methods of emotional support. The attitudes of palliative care positively correlated with the agreement of ethical issues and educational needs ($r=0.63$, $p<0.01$; $r=0.53$, $p<0.05$).

It was suggested to hold a seminar toward the end-of-life care for clinical tutors. The results of this study should encourage those providing or planning in training opportunities for student nurses in the area of end-of-life.

(*Taiwan J Hosp Palliat Care* 2004 ; 9 ; 1 : 1-20)

關鍵詞：安寧緩和醫療、護生、知識、態度、教育需求

Nursing Department College of Medicine National Taiwan University

¹ Palliative care unit, Department of nursing, National Taiwan University Hospital