



# 健康促進與 衛生教育學報

## Journal of Health Promotion and Health Education

### 專 題

評估醫學中心冠心病患者衛生教育需求之研究

黃妙珍、夏華、郭鐘隆、張菽琴

臺北市小型養護機構高齡住民自主性與生活品質及其相關因素研究

馬芝霽、陳政友

「同理反應情境式量表」之編製與信效度檢驗

程景琳、廖小雯

某科技大學學生成癮藥物網路資訊接觸經驗與危險知覺及使用意向研究

林琦凱、張鳳琴、李建明、李景美



第40期

2013年12月



# 健康促進與衛生教育學報

(原衛生教育學報)

第四十期

2013年12月出刊

出版機關：國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系

發行人：張國恩

總編輯：劉潔心

主編：李思賢

副主編：張鳳琴

編輯委員 (以姓氏筆畫排序)：

何英奇 (中國文化大學心理輔導學系)

季力康 (國立臺灣師範大學體育學系)

季麟揚 (國立陽明大學牙醫學系)

胡益進 (國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系)

劉影梅 (國立陽明大學護理學系)

陳政友 (國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系)

陳怡樺 (臺北醫學大學公共衛生學系)

蘇宏仁 (國立新竹教育大學應用科學系)

編輯小組 (以姓氏筆畫排序)：林昱宏、陳依煜

---

出版者：國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系

地址：臺北市和平東路一段162號

電話：(02)77341721

E-mail：hphe@deps.ntnu.edu.tw

傳真：(02)23630326

網址：http://www.he.ntnu.edu.tw

經銷編印：高等教育出版公司

地址：臺北市館前路12號10樓

電話：(02)23885899

傳真：(02)23880877

劃撥帳號：18814763

戶名：高等教育文化事業有限公司

定價：單冊新臺幣300元

一年兩期 個人：新臺幣600元；機構：新臺幣1200元 (均含郵資)

中華郵政臺北字第116號執照登記為雜誌交寄

---

版權所有，轉載刊登本刊文章需先獲得本刊同意，翻印必究



# 目 錄

## 研究論文

評估醫學中心冠心病患者衛生教育需求之研究 ／黃妙珍、夏華、郭鐘隆、張菽琴 .....	1
臺北市小型養護機構高齡住民自主性與生活品質及其相關因素研究 ／馬芝霽、陳政友 .....	35
「同理反應情境式量表」之編製與信效度檢驗 ／程景琳、廖小雯 .....	69
某科技大學學生成癮藥物網路資訊接觸經驗與危險知覺及使用意向研究 ／林琦凱、張鳳琴、李建明、李景美 .....	97

## 本刊訊息

《健康促進與衛生教育學報》稿約 .....	121
《健康促進與衛生教育學報》撰寫體例 .....	125
《健康促進與衛生教育學報》投稿同意書 .....	131

# Contents

## Research Articles

Assessing the Needs for Health Education of Coronary Heart Disease Patients and Their Caregivers / <i>Miao-Jeng Huang, Hua Shia, Jong-Long Guo, Chiu-Ching Changu</i> ...	1
Study on the Correlation and Influencing Factor between Autonomy and Quality of Life Aged Residents of Small-scale Seniors' Home in Taipei City / <i>Chih-Chi Ma, Cheng-Yu Chen</i> .....	35
The Development of the Situational Scale of Empathetic Responses / <i>Ching-Ling Cheng, Hsiao-Wen Liao</i> .....	69
The Relationship among Online Drug Information Exposure, Drug Risk Perceptions and Intention to Use Drugs among College Students / <i>Chi-Kai Lin, Fong-Ching Chang, Jane-Miage Lee, Ching-Mei Lee</i> .....	97

# 評估醫學中心冠心病患者衛生教育 需求之研究

黃妙珍\* 夏華\*\* 郭鐘隆\*\*\* 張萩琴\*\*\*\*

## 摘要

本研究目的旨在評估醫學中心冠心病患者及其家屬之衛生教育需求，以期作為冠心病自我照護手冊之指引。採質性研究方法，收樣地點在北部某醫學中心門診或病房，以冠心病患者及家屬為研究對象，共計病患12位、家屬五位接受訪談，採用半結構訪談指引作為研究工具來蒐集資料，以現場錄音方式記錄其訪談內容，並以敘述分析法進行資料分析。結果呈現冠心病患者之衛生教育需求包含「冠心病相關知識的需求」、「冠心病之適應及處理需求」、「處理冠心病所帶來的心理與情緒調適之需求」，以及「冠心病資訊取得及自我照護手冊之需求」。本研究以冠心病患者及其家屬之衛生教育需求的研究結果，提供醫護人員未來冠心病門診衛生教育之參考。

**關鍵詞：**門診、冠狀動脈心臟疾病、衛生教育需求

---

\* 國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系研究生

\*\* 天主教輔仁大學醫學院公共衛生學系畢業生

\*\*\* 國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系教授

\*\*\*\* 國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系博士生（通訊作者），E-mail: all-student@umail.hinet.net

通訊地址：臺北郵政36之22信箱，聯絡電話：02-23519641\*145

投稿日期：102年3月29日；修改日期：102年5月26日；接受日期：102年6月21日

DOI: 10.3966/207010632013120040001

## 壹、前言

隨著醫療以及公共衛生的進步，在先進國家，慢性病已經成為人類健康的最大威脅。根據世界衛生組織的統計，高收入國家的主要死因，冠狀動脈心臟血管疾病（簡稱冠心病）即為第一位（World Health Organization [WHO], 2008）。在美國，心臟病長年位居死亡率第一位，在2007年即有606,067人死於心臟病，占全部死亡人數的四分之一（Heron, 2011），其中更有406,351人死於冠心病，是最普遍的一種心臟病。雖然在美國，心臟病的死亡率已經逐年下降，但冠心病的患者於2007年估計仍有1,630萬人（Roger, Go, Lloyd-Jones, Adams, & Berry, 2011），其影響不容輕忽。

而在臺灣，隨著社會經濟發展以及人口老化，心臟病在十大死因的排名已經從1970年代的第四位躍居到目前的第二位。行政院衛生署統計，在2010年有15,675人死於心臟病，即平均每33分鐘32秒就有一人死於心臟病（行政院衛生署，2010），且心臟病患者中又以冠狀動脈心臟血管疾病患者占大多數。根據一份針對臺灣過去30年的死亡統計分析研究，冠心病的年齡標準化死亡率從1992年後開始下降，到了1991至2004年間，則與其他已開發國家一樣呈現逐年減少的趨勢。在醫療使用情況方面，研究發現，冠心病患者的住院率從1996至2001年間為持續上升，反映冠心病患者的人數不斷地增加，相關的醫療需求也因應而生。研究顯示，在第一次發病後，因有較長的存活時間而導致較高的復發率（Cheng et al., 2005）。此外，亦有研究顯示冠心病患者接受心導管檢查與血管修復術治療的比例逐年增加，五年間住院醫療費用每年增加7%（洪世育，2008）。由此可見，冠心病所造成的不僅是生命的損失，患者的醫療照護與支出都對家庭、社會與國家造成重大的影響與負擔。

冠心病的發生率會隨著年齡的增加而上升，主要集中在中、老年人（李以文、徐亞瑛、曾春典、藍忠孚，2003；洪世育，2008）。主要形成的原因是當供給血液和養分的冠狀動脈發生動脈粥狀硬化、血小板凝集、血管痙攣、血栓形成，造成狹窄或阻塞，導致心肌缺氧，就會引發冠狀動脈心

臟病，常見的病症有心絞痛與心肌梗塞。引發冠狀動脈心臟病的危險因子包括高血壓、高血脂、糖尿病、抽菸、家族有心臟病病史、45歲以上男性、55歲以上女性，或停經後補充動情激素的女性（阮盈萍，2011；Patricia, 2003）。隨著生活水準提升，飲食型態改變，人們從飲食中攝取到高熱量、高脂肪、高膽固醇的比例增加，加上工作時數增長，身體活動減少，導致罹患冠心病危險因子者增多。具有的危險因子愈多，罹患冠心病的風險就愈高，也會造成冠心病提早發生。

從以上的統計與資料來看，冠狀動脈心臟血管疾病對國人造成的衝擊逐漸提高，使得醫療成本的增加也成為重大的醫藥衛生議題。因此，對於中、老年人冠心病的相關照護與衛生教育需求評估更顯得重要。本研究的主要目的是對罹患冠心病的中、老年人進行深度訪談（部分病患因表達能力有限，無法精確回答，由家屬代為回答），以了解罹患冠心病的中、老年人的衛生教育需求評估。因此，透過手冊加強罹患冠心病中、老年人對疾病相關知識的學習機會，使病患能夠正向地面對疾病，主動地參與治療，提升自我照顧的能力及生活品質，進而減少醫療資源支出與社會成本負擔。

## 貳、文獻查證

### 一、冠狀動脈心臟血管疾病

世界衛生組織 (WHO, 2008) 統計資料顯示，冠狀動脈心臟病高居全球十大死因第一位 (12.8%)；而臺灣地區人口主要死亡原因中，心血管疾病更是從2006年的第三位躍升至2009年的第二位（行政院衛生署，2010）。在心血管疾病中，最具致命性的突發性疾病為心肌梗塞，基此，病患及家屬會經常感受到疾病的不確定感及擔憂，會在事件發生後經常感到焦慮及憂鬱的情況，是可以預期的 (Trotter, Gallagher, & Donoghue, 2010)。美國心臟協會早已主張，早期且連續地提供心肌梗塞病患及家屬護理指導及衛生教育的認知，是相當重要的 (American Heart Association [AHA], 2004)。心肌梗塞是一

個突然發作且有致命性風險的疾病，研究發現，於巨大的疾病壓力源席捲而來時，病患於心導管手術後易產生高度焦慮與不確定感，此二者具有顯著的相關性，且易增加心臟負荷及提高病患36%的死亡風險（李以文等，2003；Roset, Martens, Denollet, & de Jonge, 2010）。Page、Jackman與Snowden (2008)指出，以質性研究探討11位心肌梗塞病患於心導管術後的不確定感時發現，雖然病人在醫院中已接受相關的檢查與治療，且暴露在訊息來源之中，卻無人得知造成病況的原因，甚至到病人出院後，對於疾病的發生與狀況仍不清楚。因為缺乏資訊來源，造成病患的不安，無人可以給予病人所期待的答案（蔡曉婷、周汎濤，2012）。

Jensen與Pettersson (2003) 發現，在第一次心導管術後心肌梗塞病患的疾病經驗中，最為重要的需求問題是「預防冠狀動脈疾病的再發生」、「尋求治療行為」、「生存的威脅」、「資訊需求和支持」。而Thompson等人 (2003) 的研究指出，規律運動可降低冠心病的危險因子、增進心臟病患的運動耐力，以改善因活動所導致的不適症狀，例如：疲倦及胸悶等，同時亦能減輕病患憂鬱及焦慮，促進心理健康及提升生活品質。

## 二、衛生教育需求評估

衛生教育是一種連續的學習過程，是透過個人或團體的方式，激勵患者在知識、態度或行為上的改變。同時，也藉助有系統的資料，指導相關疾病知識與病患和家屬共同討論、設計，以改變患者之行為，使其認知對自我健康的責任，主動參與治療，以期達到預期的成效（林燕如、孫嘉玲、謝湘俐，2007；楊麗玉，2001）。

「需求」(need) 一辭，目前最廣為接受的定義是：（一）目前觀察到或知覺到的事物狀態，與期許的或被接納事物狀態內所存在的差距 (discrepancy)；（二）是一種慾望 (want) 或偏好 (preference)；（三）是一種不足 (deficit)。Scissions (1982) 則認為，需求應包含三個基本要素：能力、動機和適切。亦即，個體意識到本身缺乏某項知能，且了解它對自己的重要性而產生學習的意願者，此種概念對衛生教育需求的定義具有明確的啟示作

用。Gay更具體指出，需求可分為三大部分：（一）重要性：包括所受之困難、重要順位或程度；（二）可行性 (feasible)：即資源的需求，如時間；（三）欲求性 (desirable)：即研究對象所關心之問題（張彩秀、吳美雯、古慧仙，2006）。

「需求評估」是進行衛生教育最重要的第一步驟，其意義是了解學習者在知識與技能的需求多寡，進而了解與實際狀況之間差異的過程。由於學習者的特質極具多樣性，其能力、興趣、經驗、風格及文化等均有所不同，因此，所呈現的學習需求亦有差異（李怡真、高毓秀，2012）。儘管「教育需求」會引發學習動機，是實施教育活動的主要依據，但仍須經過評估才能具體可行。衛生教育需求之內容常因病患之年齡、社經地位而有所不同，年齡較輕及社經地位高者其學習能力較好，對衛生教育需求較高；而病患未能完成衛生教育課程的主要原因，通常則是因為其對衛生教育的需求低（何延鑫、黃久美、郭鐘隆，2005）。另外，周歆凱、林怡君、蔡明足、翁林仲與楊佩璇（2010）之研究發現，民眾年齡及教育程度顯著影響其衛生教育需求，普遍對於數位學習機制感到滿意、有效且會繼續使用。何延鑫等人（2005）針對糖尿病患者衛生教育需求之研究指出，衛生教育人員認為，病患的衛生教育需求可分為心理社會需求、知識技巧需求及自我照護需求等三大類，其中，自我照護範圍包括飲食控制、規律運動、藥物治療、自我監測血糖及尿糖、低血糖症狀與處置、足部檢查及照顧、行為改變及社會資源之運用等，藉由衛生教育的推廣，將可改變個人不利健康之行為與生活方式。

衛生教育已被廣泛運用在臨床上，是提升醫療照護品質所不可或缺的，其最終目的是滿足病患需求及提供相關知識，以改善病患之自我照顧的能力（林燕如等，2007）。衛生教育的功能本身除可提供患者疾病相關訊息外，更涉及疾病的三級預防，包括促進初級預防、維持健康，以及有效減少「旋轉門症候群」——減少再住院率、並縮短住院時間。提供病人及家屬適合的衛生教育，亦可視為是協助其尋求安適狀態 (well-being) 過程中重要的橋樑（許敏桃、曾英芬，1998），也是預防疾病復發及治療成功的重要因素（周歆凱等，2010），並促使病患及家屬能夠得到更適切的協助及照護（陳

美碧、尹祚芊、蔡欣玲，1999）。然而，多數臨床醫護專業人員單憑個人的專業知識及評估能力，提供給患者及家屬大量的與疾病及治療相關的知識與訊息，卻忽略了患者與家屬真正的衛生教育需求。因此，如果在施行衛生教育前，能先評估病人的衛生教育需求，將可使衛生教育產生加乘的效果。Redman指出，當衛生教育內容符合學習者之需求時，可增強學習者之學習活動，而學習需求則是根據學習者過去的生活經驗及學前知識技能而設定的（黃靜儀、沈德昌、鄭惠美，1998）。根據老年人的生理、心理特質與學習需求，進行一對一的個別衛生教育，並在衛生教育過程中不斷地給予正面回饋，增強老年人的自信心，方有利於達到衛生教育之成效（李以文等，2003）。

綜合上述文獻，衛生教育需求之研究，大部分都是針對社區精神病患者、糖尿病患者、門診候診患者，只有少部分是針對血液透析患者及冠心病患者，而各研究之衛生教育需求的內容，包括心理社會需求、健康照護需求（包括訊息、生理照護及心理社會等需求）、疾病相關知識需求、對疾病之適應處置的需求、處理因疾病所帶來心理與情緒調適的需求、自我照護需求（包括飲食控制、規律運動、藥物治療）、衛生教育在時間及實施方式之需求、數位學習之認知需求、衛生教育認知、經驗及需求等，針對冠狀動脈心臟血管疾病之病患的衛生教育需求之評估研究更付之闕如，因此，本研究有其必要性。

## 參、材料與方法

### 一、研究對象及場所

本研究的研究對象，以主訴胸痛、胸悶，且於門診或入院時經心臟科專科醫師確立診斷為冠狀動脈心臟血管疾病之病患。本研究採立意取樣，於北部某兩所教學醫院為研究取樣進行場所，以書面及口頭徵得病患及其家屬同意參與研究。本研究於接受研究收案的醫院之門診或病房，依照門診時間前

後次序，抽取所有符合樣本條件的個案為研究樣本。共選出12位病患及五位病人家屬，部分樣本選擇家屬受訪的原因為病人本身表達能力有限，故由家屬代為回答。

## 二、研究工具

本研究採質性研究，以「半結構式訪談指引」為研究工具，訪談指引乃根據研究目的與相關的文獻擬訂而成，訪談內容經預試研究修正與專家審查（專家顧問團包括衛生教育與傳播媒體領域、衛生單位及公部門醫療單位等三個領域）後，始成為正式訪談指引。主要問句，例如：（一）如果您身體出現一些不舒服的症狀，想找一些冠心病資訊，您會由何種途徑去找？這些途徑方便或容易找嗎？能充分提供您想要知道的資訊嗎？（二）如果現在要做一本自我照護手冊，你會希望裡面有哪些資訊？（三）對於冠心病而有的症狀、服用哪些藥物、用藥的注意事項、何時應回診、平時的保健之道、冠心病發作處理等，您希望家人知道哪些內容？等，總共有13個問句。

## 三、資料蒐集及分析

正式訪談前，以前述研究對象取樣條件，針對北部一所教學醫院門診及住院病患，以相同之研究設計情境訪談三位經心臟科醫師診斷為冠心病之病患先進行訪談預試，以作為修正訪談題綱的來源，期使正式訪談過程能夠流暢進行。正式訪談由研究助理與研究生各一位擔任訪員，在正式訪談前，收案期間為2004年4月到2004年5月（在《人體試驗管理辦法》公布之前），在獲得病人（或家屬）同意後，由訪員到醫院與病患及家屬進行訪談。訪談前，研究者先向受訪者說明研究目的，並確保患者及家屬隱私，於徵得其同意後全程錄音記錄，每位受訪者進行約一個小時的深度訪談，事後由助理謄寫受訪者錄音逐字稿。

資料分析方法採敘述分析法 (narrative analysis)，主要目的是呈現受訪者表達其生活之事物和活動之經驗，以及他們對這些經驗的了解及說明 (Riessman, 1993)。分析之步驟包括：

(一) 將受訪者之訪談內容轉成逐字稿，並忠實描述受訪者之主觀生活經驗。

(二) 研究者詳細反覆地研讀訪談內容，以了解內容整體之意義，並就研究主題範圍之內容客觀地描述出來。

(三) 將有關研究主題範圍之描述內容加以編碼，以歸納方式發展出分析的架構。

(四) 將所有描述內容依分析架構組合 (Riessman, 1993)。

質性研究之嚴謹度，則參照Guba與Lincoln (1985) 的四個建議：

(一) 確實性 (credibility)：安排和受訪者於安靜的會談室訪談，接觸之始，先說明研究流程，並告知對於談話隱私絕對保密，事先與受訪者建立信任關係，使其可暢所欲言表達對話，並邀請取樣醫院病房從事多年冠心病經驗之兩位護理師，檢視資料蒐集過程及分析步驟。

(二) 確認性 (confirmability)：研究者對於受訪者之主觀敘述，客觀且忠實地按照受訪者的觀點進行分析。

(三) 可靠性 (dependability)：將主要訪談資料予以一致性的呈現與敘述，並將逐字稿及錄音內容多次核對，確認無誤。

(四) 推廣性 (transferability)：透過立意取樣選定明確的收案標準，以及呈現個案豐富的描述，以利未來其他類似對象、場域之推廣。

資料處理過程，依照逐字稿內容編碼，逐步萃取主題；不同受訪者間，以英文字母A至L表示，家屬代答者輔以不同英文字母的結合，以呈現原始資料中的表達對象，例如：AS表示受訪者A本人親自發言；GW表示受訪者太太代答，詳見表1。

#### 四、研究倫理考量

由於本研究主題涉及個人隱私，且考量研究倫理之隱私性、保密性及自主性，於訪談時，研究者和受訪者（及家屬陪伴者）安排安靜之訪談室。訪談前，研究者先向受訪者說明研究主題、目的及將於訪談過程錄音，受訪者有中斷訪談或退出參與本研究之權利。在受訪者表示清楚研究主題、目的及

表1  
受訪者代碼參考

編碼	第一碼	第二碼
符號意義	受訪者之代碼	身分碼
符號內容	A-L	S：受訪者自己
H：受訪者先生		
W：受訪者太太		
C：受訪者子女		

權利之後，始簽署訪談同意書，方可正式訪談。研究過程中所有蒐集之資料及錄音內容均保密及妥善保存，分析完畢即予銷毀。

## 肆、結果

本研究受訪病患共12位，其中男性有九位，女性有三位。受訪家屬共五位，其中男性有一位，女性有四位。受訪病患年齡介於48至93歲，教育程度從小學至大學，以國中、小學學歷占多數。病患接受過的檢查與治療，包括心導管（10位）、心電圖（四位）、運動心電圖（四位）、X光檢查（三位）、核醫檢查（兩位）。曾動過的手術，則包括做過支架者有三位、裝過心臟節律器者有一位。

除了呈現受訪者之基本屬性（如上）外，本研究並將蒐集之資料按訪談內容言辭敘述進行歸納、整理及分析，產出四個主題（許敏桃、曾英芬，1998），包括：一、冠心病相關知識的需求；二、冠心病之適應及處理需求；三、處理冠心病所帶來之心理、情緒調適之需求；四、冠心病資訊取得及自我照護手冊之需求。資料分析之目的乃在於建構未來冠心病患者及家屬衛生教育需求內容之參考依據。

## 一、冠心病相關知識的需求

### (一) 病患缺乏對冠心病的症狀認知

病患因缺乏對冠心病症狀的認知，經常是在出現不舒服症狀時才求醫看診，也不了解冠心病危險因子（如抽菸），較少做定期健康檢查，因而難以早期發現，早期治療。由此顯見，加強病患衛生教育及預防保健觀念的重要性。例如：

當初是因為爬山時呼吸會喘、爬不上去，且休息後會緩解，才到慈濟大林醫院做運動心電圖、超音波與心導管檢查發現缺氣的。我原本每天抽1~2包菸，但曾經有一次上飛機前因為怕飛機上禁菸，而一次抽三根菸，才會病發胸痛、呼吸困難，結果我趕快請空姐給我吸氧氣後稍微好一點，從此以後就戒菸了。現在心血管有兩條半塞住、剩30%的功能，持續以連續處方簽在吃藥，但是症狀並未好轉。（病患GS）

心肌梗塞是於93年3月發作的，開始是因為冒流淡水汗及刺刺胸悶，且走路變得遲緩。（病患IS）

我的心臟病是於93年5月10日左右因為每日抽三包菸造成人不舒服、心臟障礙、咳嗽會痛而發現的。我原本每天抽三包菸，病發胸痛、呼吸困難後已經改成每日只抽10根，且不敢抽完，現在每根只抽一半就熄了；從此以後該戒菸了。（病患LS）

我之前就是因為工作忙，沒有注意到這些。（病患AS）

### (二) 缺乏其他慢性疾病對冠心病影響之認知

病患只知道自己有高血脂與糖尿病，但不知道這些疾病對於冠心病的影響，而疏於照顧，一直要等到已出現嚴重的症狀，才到醫院檢查。例如：

我有高血脂與糖尿病的家族遺傳，我的心肌梗塞是於93年3月26日開始發現的，11月才做檢查。（病患GS）

### （三）缺乏對心導管檢查、手術、藥物治療的認知

心導管是診斷心臟病的一種方法，目的是找出心瓣、心房及主要血管（如主動脈）是否不正常或冠狀動脈是否狹窄閉塞？經心臟專科醫師的會診及檢查看病患血管阻塞的情況，有無需接受任何手術或藥物治療；藥物的功能是減少心臟耗氧量，讓心跳減慢，降低血壓或擴張冠狀動脈，使狹窄血管擴張。不過，沒有一種藥物可以使已狹窄的血管完全回復正常狀態，受訪者對這些檢查與處置不夠理解。例如：

我是心律不整，從鄉下診所發現後轉到這裡來（臺大醫院），當時是在年底的時候發現的，現在要檢查看需不需要做心導管，他檢查出來是心臟缺氧。之後就去找診所，照心電圖，一位女醫師幫我做心電圖，她說我心律不整，要找一家大醫院看，之前都常來臺大醫院；之後隔兩個多禮拜又發作兩次，做過心電圖，現在在吃藥，還有檢查要不要做心導管，之前也做過核磁共振攝影，沒有手術經驗。（病患KS）

### （四）病患依賴藥物治療和醫師指示，較少主動配合

冠心病患者之治療除了藥物治療或手術之外，應鼓勵病人之居家自我照顧，例如：適當的運動、飲食控制、戒菸、戒酒、維持心情愉快（不要有過度壓力）及控制高血壓、高血脂、糖尿病等。目前12位病患皆接受藥物治療，只有病患A被要求動手術。例如：

我救心已經吃了4~5瓶了，每次我都一次吃兩顆（一顆太慢），就較舒服了。（病患IS）

我現在有做藥物治療，固定每天吃，因為本身有高血壓，但是血壓方面，我都控制得非常好，偶爾會下降、上升，但是很少。（病患JS）

現在吃心臟疼痛及降血糖的藥物。（病患LS）

曾做過超音波、運動心電圖、核磁共振檢查（做了兩遍），檢驗結果缺氧、心導管；心導管做了一次還是會堵塞，所以又再通一次，兩個月內就通了兩次，但是現在還是通不過，所以外科醫師跟我說要動手術，他說危險性可能20%，我覺得有些冒險，後來我女兒說張醫師有幫他做過心導管，所以想來讓他通通看，但是張醫師也說通不過。（病患AS）

有些病患懂得保健之道，例如：

現在有做外丹功，有做頭、手、腳，現在多多少少做一些上面的部分。知道如何保健，但無法戒口、不再動。以前會去爬山，自己吃得比較節制，不吃油炸及甜食、一天一碗飯一顆饅頭，現在沒有在運動，只有走路。（病患AZ）

少部分病患除了使用西醫的治療方法之外，同時也嘗試使用中醫的治療方法，例如：

一個香港的偏方，如以白木耳二兩、豬肉二兩、紅棗五顆、生薑兩片煮至兩碗水，連續吃25天可以降血脂。（病患GS）

太太有給我喝青草茶（表情羞愧），有燒香有保佑。（病患LS）

都吃自己種的菜，還有吃木耳，電視上的廣告商品不會去買。（病患HS）

## （五）對藥物作用及副作用的認知訊息主要來自醫護人員

病患使用的藥物經由醫生及護士告知，並施行衛生教育，教導何時吃藥、有何副作用及後遺症，以及在何種情況下要服用舌下含片。

吃藥是能力範圍內的事，可以自己來，醫生和護士會告訴我藥物的作用和後遺症。（病患KS）

家人不知道我用藥的種類，須由醫師衛教才知道何時回診、藥物、運動，其他則仍不知。（病患LS）

醫生會有跟我說那罐藥要怎麼吃，要含第一顆，五分鐘後如果不行再含第二顆，如果第三顆還是不行就要送醫院，我自己會吃就好，沒教家裡的人。（病患AS）

## 二、冠心病之適應及處理需求

### （一）病患缺乏家人給予生理、心理之照護及支持

疾病除了會帶給病患本身在身體及心理的痛苦、焦慮不安外，手術後還會帶來生活上的不便，有時甚至會連累家人。例如：

東西都是我自己在弄，孩子他們也不關心，連他們自己生病了也不去看醫生，像我（病人）吃藥的事情也都是自己解決，有問題的時候就看醫生。血管不通時，覺得整個人昏昏沉沉的，連話也沒辦法說，就只能躺著，之前曾經暈倒，在加護病房住了33天，但是其他都沒任何症狀，只是情緒上會不好控制，影響病情。（病患CS）

患因孩子要上班，有時怕緊急突發事件發生，所以只好麻煩鄰居幫忙。例如：

我現在住在山上，孩子們常常出門就把車子開出去，一台不剩，我現在就自己去買一台新車，這樣到時候發病的時候我可以請鄰居朋友載我去醫院，有時候會叫人家陪著一起去，如果發生事情就會用電話聯絡。（病患AS）

## （二）病患對疾病延誤治療可能帶來的嚴重後果缺乏認知

老年人常患的毛病，就是明知有病而不願意接受檢查或治療。他們誤認為檢查之前本來沒病，檢查之後變成要住院開刀，心裡害怕，或常因個人諱疾忌醫，而延誤了治療時間。例如：

常常起床時會頭暈、手腳不方便動，之前曾因為心血管堵塞會暈倒，但沒去看病掛急診。（病患BS）

我父親都說知道如何處理，但因固執不願就醫，無可奈何；之前因掉到床下起不來，無法進食，一直嘔吐，卻整整一天不願就醫，於是便中風。（家屬BC）

## （三）生活調適及因應能力因人而異，調適差者需他人協助

病患在面對疾病時，容易產生飲食、活動方面的調適問題，甚至也會影響夫妻之間的生活情趣，例如：吳燕惠與許淑蓮（2002）指出，冠心病患者對於性生活的調適不是那樣的迫切需要，此與何延鑫等人（2005）研究發現的糖尿病病患對於性生活的調適有所差異，亦即，不同疾病所帶來的調適及因應上可能有所不同。例如：

發作時一定要人陪，我先生若外出頂多一小時就回來；隔壁的鄰居有一位是調查局的人員，可以幫忙；學習不要激動，性生活則看個人而定。（病患IS）

我的右前旋枝血管鈣化，一定要人陪、叫人鈴不需要；性行為要自己克制，每天要繼續運動一小時。（病患GS）

生活方式要增加運動、增加睡眠休息與戒菸；性行為平時即較少，心臟病仍應該可以繼續運動。（病患LS）

當時因手腳不能動，醫生說病情不樂觀，鼓勵加裝叫人鈴、搖控床。（病患BS）

#### （四）病患缺乏治療藥物及檢查之認知，需要處理資訊

病患對於治療藥物作用缺乏認知，但對於病情簡介及緊急處理流程圖的需求高。例如：

現在有在吃藥，可是不知道是什麼藥，醫生給就吃……我兒子不知道我吃什麼藥，有吃藥就不會喘，吃了藥會有胃出血的情況。（病患FS）

我全然不知道我父親該吃哪些藥，且有些症狀我父親不說，我也不知道。（病患家屬BC）

家人不知我用藥的種類，須由醫師衛教才知道何時回診、藥物及運動，其他則仍不知；我們皆由醫師與護士安排並按時回診。（病患LS）

而家屬通常也因為搞不清楚狀況而覺得不知如何是好。例如：

父親偷偷把一種藥藏起來，我們都不知道；我不知道父親做過哪些檢查。（病患家屬CC）

### （五）不同病人間向醫護人員說明自己的病情的能力有落差

一般病患會向醫生或護士說明自己的病況、做哪些檢查及治療，但也有些病患是醫護人員問什麼答什麼。例如：

會先告知醫生我有心臟病、糖尿病、膽固醇過高，我怕他們亂給我開藥。（病患AS）

能清楚表達，且已由張醫師看診多年，了解病人情況。（病患BS）

可以跟醫生說明我的情況，醫生說的話會聽。（病患CS）

向醫護人員說明我在慈濟大林醫院的就醫史，如做運動心電圖、超音波與心導管檢查CD片，吃過硝化甘油。（病患GS）

他問什麼我就說，不會自己跟他說。（病患HS）

會向醫護人員說明我胸悶、刺刺的、喘氣不同，如難過時才吃藥，目前吃藥後就可以改善喘氣的現象。（病患IS）

我沒有問他們，就是他們問我就回答。（病患KS）

照實跟醫生說明我在中興醫院的就醫史，如心臟搏出障礙、咳嗽會痛而送至中興醫院急診作驗血、X光、運動心電圖、超音波檢查，於便秘灌腸排出後便返家休息，目前心臟仍有走路會喘的現象。（病患LS）

### 三、處理冠心病所帶來之心理、情緒調適之需求

罹患冠心病的患者，經常不知如何調適手術前的焦慮，也常無法及時獲取正確相關知識的管道。心導管檢查對於冠心病患者而言，僅有0.5%到0.01%的機率會對生命產生威脅，不過在臨床上，老年冠心病患者常因面對接受侵襲性心導管檢查而經驗極大壓力。由於缺乏相關知識或正確醫護知識的管道等，而對檢查產生誤會、矛盾與壓力等感受；或擔心檢查結果得了嚴重的疾病等壓力源的影響，常會誘發不安、焦慮等情緒，導致病患對檢查產生不耐煩，影響檢查過程的安全性(Peterson, 1991)，需要心情調適。例如：

我覺得血通不過也是應該動手術，總得冒一次險；之前第一次知道自己的病情時，也會覺得煩惱，但是也覺得應該要通。會煩惱，多多少少會有一點怕，像之前問醫生要開刀的危險性是多少。(病患AS)

診斷後的感覺：心情難過，但覺得自己老了，康復的機會不大，已經看開了，希望照著自己的方式生活。(病患BS)

心肌梗塞，得病十多年，當初是因為心律不整，有時候是因為心情不好，或走路累了才會這樣。(病患CS)

知道這個病情後心情覺得難過，不樂觀，現在裝了支架後還是很煩惱，人老了就是這樣。(病患FS)

在沒有辦法的情況下，自己造成的，一直到病治好為止，我雖然工作有賺一些錢，但是得這一種病很麻煩。(病患GS)

我的個性比較容易緊張，可是我來醫院看了之後，吃了藥就覺得還好，不怎麼緊張了。(病患KS)

## 四、冠心病資訊取得及自我照護手冊之需求

### (一) 資訊使用情形不佳

部分病患對於資訊的取得較為被動，例如：「沒特別看什麼資料，就聽醫生怎麼說」、「我都沒有去看資料，我覺得不要緊」、「都只看電視或聽別人說，也會聽收音機，但是聽到的機率不高」；且部分病患對於相關資訊尚須由他人解說，例如：「以醫護人員說明最好」、「看不懂護士會說」、「孫女在三總當主任，由她協助我們」等。

曾經由醫生告知、取醫院小手冊、看報紙、購買中文藥草治療書籍。(病患AS)

不會想找資訊，看了也不會用，覺得大陸的醫院比較好，比較能解決我的病。(病患CS)

沒特別看什麼資料，有時候會拿醫院的手冊來看，聽醫生怎麼說；不會特別去看什麼資訊。(病患DS)

以醫護人員說明最好、書報雜誌排第二、友人或病友互相告知排第三。(病患GS)

看電視或聽別人講可以知道，我先生可以聽收音機了解，但是聽到的機率不高。(病患IS)

不會特別去找，會從報紙上看到一些資料，會看診所的資料。(病患KS)

有一位孫女於三總當主任，可以協助我們做所有的安排，所以目前我對冠心病資訊並未注意，以後才會去找。(病患LS)

## (二) 對於自我照護行為被動，不知如何進行

病患對於自我照護行為被動，不知如何進行，例如：「我不愛運動，覺得動一動就會流汗很辛苦」、「沒有做健康紀錄，只有來醫院的時候才會量血壓；且病患病發時通常不知如何是好，例如：「病發第一時間就是送醫，看醫生怎麼說」、「由於不曉得如何處理都會直接送醫」、「病發的時候我也不會處理，就只是看醫生」等。

## (三) 病患缺乏自我照護之認知，需要自我照護手冊

因病患缺乏自我照護之認知，沒有按照醫生的指示吃藥，定時地量血壓、心跳及養成習慣注意身體狀況，因此，需要提供自我照護手冊。例如：

我之前就是因為工作忙，沒有注意到這些，如果可以及早發現及早治療就不會有這些問題。以前沒中風過，所以不知道情況，自己不喜歡就停掉吃藥。(病患BS)

我會想了解病人一天裡面什麼時段要量血壓，一天幾次在什麼程度的時候如何處理，是要吃藥還是就醫。

不太清楚具體應該做哪些事情。

只要醫生說的他都會去配合，並且準時吃藥。因為他抽菸比較嚴重，現在檢查出來後，他知道嚴重性就會主動去戒菸，我覺得這個很重要。(病患家屬BC)

## (四) 病患對於自我照護衛生教育內容的需求：用藥時間及副作用／症狀的察覺／自我照顧／病情簡介及緊急處理流程圖

心臟病要怎麼治療，要怎麼運動比較好，飲食要怎麼吃。(病患AS)

希望夠能提供一些參考，所有心肌梗塞的病歷有哪些。(病患CS)

看這種病有可能發生什麼併發症。(病患DS)

心臟病的書要多看，但是「現在會不會太晚，為什麼不早知道?」。(病患GS)

想要知道這個是什麼病，會發生什麼情況?(病患HS)

希望知道吃什麼食物、藥物、運動，如吃橄欖油、菜籽油較好、勿太鹹。(病患IS)

希望知道比較細節的東西，如運動、游泳之類，可以改善症狀的方式；或像量血壓的技術、讓家人知道看病時家人可以觀察訊息。(病患JS)

病情簡介、緊急處理流程圖表。(病患LS)

## (五) 對於自我照護手冊內容設計之需求

我看資料可戴眼鏡，12~14號字可，內容需看得懂，可做分類。(病患AS)

顏色多一點不錯，可以加標籤。(病患IS)

須以「時間區別」何時吃什麼東西、何時做什麼檢查、須注意哪些常識。(病患JS)

手冊可能至少只要一、二十頁，分門別類，字體要大，因為有老花眼。(病患KS)

## 伍、討論

本研究發現，冠心病患者主要為中、老年人（年齡：男性在48歲以上，女性在56歲以上），此研究結果與李以文等人（2003）、洪世育（2008）、阮盈萍（2011）與Patricia (2003) 之研究結果相近。病患之教育程度以國小及國中居多，因部分病患不識字及本身表達能力有限，故看診時，必須由家屬陪同。然而，因病患子女大多要上班，所以，主要照顧者多以病患的配偶為主。

### 一、就冠心病相關知識的需求方面

根據病患訪談內容分析結果發現，病患缺乏對冠心病症狀的認知，常因出現不舒服，才求醫看診，因為不了解冠心病危險因子（如抽菸），較少做定期健康檢查，也缺乏其他慢性疾病對冠心病影響之認知。由此可見，及早將相關的衛生教育（如飲食的控制、適度的運動、定期量血壓等）對還未發病的社區民眾做相關的介入與宣導，有其必要。而已在醫療院所中接受治療的冠心病患者，也應接受更進一步的保養與復健的衛生教育訊息，以降低高血壓、高血脂及糖尿病的發生率，減少疾病的惡化。依據Patricia (2003) 與阮盈萍（2011）的研究指出，造成冠心病的危險因子有高血壓、高血脂、糖尿病、抽菸、家族有心臟病病史者。因此，病患到門診看診期間，醫護人員對於冠心病患者的衛生教育更顯重要。

Trotter等人 (2010) 研究發現，心血管疾病中最具致命性的突發性疾病為心肌梗塞，而李以文等人 (2003) 和Roset等人 (2010) 的研究也指出，心肌梗塞易增加心臟負荷及提高病患36%的死亡風險；藉由心導管檢查，可以診斷出心臟病的嚴重性。然而，本研究發現，病患缺乏對心導管檢查、手術或藥物治療的認知，往往是在遇到因冠心病造成突發性的心肌梗塞時，才到醫院診治。如果病患對於心導管檢查能有所認知，將可減少嚴重心肌梗塞的發生。因此，美國心臟協會 (AHA, 2004) 主張，早期及持續性地提供心肌梗塞病患及家屬護理指導及衛生教育的認知是相當重要的。此時，家屬面對冠心

病的緊急處置更加迫切，必須加強家屬處理病人緊急發作的能力。

本研究發現，病患較依賴藥物治療和醫師指示，較少主動的配合，尤其年長者因行動不便，必須依賴家人的協助才能做適當的運動，有時對飲食的控制較不忌口。Walsh等人(2002)的研究指出，鼓勵冠心病患者做適度的運動、服用降血脂及Aspirin藥物治療等，可幫助冠心病患者的總膽固醇維持在正常範圍內。Thompson等人(2003)的研究則指出，規律運動可降低冠心病的危險因子，同時可減輕病患憂鬱及焦慮，促進心理健康及提升生活品質。因此，醫護人員施行衛生教育時，鼓勵門診或住院病患做適度的規律運動是非常重要的。

另外，本研究也發現，病患對藥物作用及副作用的認知訊息來自於醫護人員。病患對於「藥物治療的目的、副作用及注意事項」之所以不夠了解，有可能是研究對象年紀較大或不識字所造成的，因為研究對象的年齡大於65歲者占了58%，不識字者也占了50%，對於複雜之藥物作用及副作用可能缺乏能力去了解及分辨，所以就將一切都交給醫護人員處理。因此，醫護人員應特別注意病患之個別差異及需求，提供個人化的衛生教育訊息，尤其應清楚易懂，以利病情的癒後。此研究結果和吳燕惠與許淑蓮(2002)及張彩秀等人(2006)之研究一致。

## 二、冠心病之適應及處理需求方面

本研究結果發現，因病患對於冠心病之發生原因症狀仍不清楚，因為缺乏資訊來源，常會造成病患的不安，因此，病患需要衛生教育獲得自我照顧之訊息。此研究結果和蔡曉婷與周汎濤(2012)的研究一致。另一方面，因病患缺乏家人給予生理、心理之照護及支持，連帶地也影響到病患因疾病帶來本身身體及心理的痛苦、焦慮不安，以及手術後所帶來的生活不便。若是病患子女都在上班，疏於照顧，當遇到緊急狀況時，可能就需要鄰居的幫忙。因此，病患最重要的需求是「得到家人的關心及照顧」、「家人功能支持能增進患者之情緒調適」。此研究結果和許敏桃與曾英芬(1998)以及何延鑫等人(2005)之研究相近。

家屬常抱怨老年人常患的毛病，就是明知有病而不願意接受檢查或治療。然而，病患對疾病延誤治療可能帶來的嚴重後果缺乏認知，主要的原因可能是他們害怕檢查結果是不好的，或必須接受開刀而感到焦慮不安，或因個人諱疾忌醫，而延誤了治療時間。因此，依據周歆凱等人（2010）、許敏桃與曾英芬（1998）之研究指出，提供病人及家屬適合的衛生教育亦可視為協助其尋求安適狀態過程中重要的橋樑。陳美碧等人（1999）的研究指出，適合的衛生教育促使病患及家屬能夠得到更適切的協助及照護。

另外，研究發現，病患的生活調適及因應能力因人而異，調適差者需他人協助。因疾病帶來生活方式或環境的改變，在面對疾病時，容易產生飲食、活動方面上的調適問題，甚至影響夫妻之間的生活情趣，輕忽性生活的調適，此結果與吳燕惠與許淑蓮（2002）之研究結果相近。病患表示，「年紀大了，這個不是很重要」、「性行為平時即較少」、「現在最重要的是趕緊把病調養好，等身體好了再說」，顯然病患在疾病期間對於性生活的調適不是那樣的迫切需要，此與糖尿病患者對於性生活的調適研究有所差異（何延鑫等，2005）。

至於病患對治療藥物及檢查之認知方面，則因缺乏「了解各項治療藥物及檢查之功能」及「檢查的流程」，所以需要處理資訊的來源。家屬希望醫護人員能提供詳盡的訊息，且能透過醫療小組之溝通協調提供一致性的照顧，例如：臨床路徑內容包括檢查、會診、治療、藥物治療、飲食、自我照護問題等，以減少病患不必要的時間浪費，且讓醫護人員了解他們的職責所在。再者，不同病人間向醫護人員說明自己的病情的能力通常會有落差，一般病患會向醫生或護士說明自己的病況、做哪些檢查及治療，部分病患則因年齡較大，不知道如何表達或說明自己的病況，而須由陪伴家屬代為說明。因此，對於無法清楚表達自己病情的病患，可藉由家屬加強溝通，以便後續之治療及檢查。

### 三、在處理冠心病所帶來之心理、情緒調適之需求方面

本研究結果發現，冠心病患者當遇到心臟血管嚴重阻塞，必須做心導管

術或開刀時，常會因為不知如何調適手術前的焦慮或因未能及時獲取正確相關知識的管道，而產生憂慮、不安，進而影響檢查的安全性。因此，醫護人員在病患手術前協助做心理及情緒的調適，是必要的。本研究病患集中在50歲以上之中、老年人，因對於冠心病的相關知識缺乏，常會誘發不安、焦慮等情緒，因此，醫護人員在給予病患衛生教育時，須先了解病患對自身疾病的想法及感受為何，針對其所擔心及害怕的問題，加以澄清及解釋。李以文等人（2003）的研究指出，根據老年人的生理、心理特質與學習需求，進行一對一的個別衛生教育，並在衛生教育過程中不斷給予正面回饋，增強老年人的自信心，才有利於達到衛生教育的成效。

#### 四、在冠心病資訊取得及自我照護手冊之需求方面

研究發現，病患對於資訊使用情形不佳，也較為被動，且對於疾病資訊取得的需求較低，故須依賴醫護人員之解說。此可能是由於老年人神經系統及知覺器官老化，導致接受訊息、認知能力受到影響，而容易排斥接收訊息。

此外，病患對於自我照護行為較為被動，不知如何做，例如：「我不愛運動，覺得動一動就會流汗很辛苦」，這可能因年長者行動較不方便，體力較差，較依賴家人的協助所致，因此，應該要增加病人充能。此外，醫院所提供的照護手冊內容必須符合病患之需求，且手冊內容應以簡單易懂為原則，且頁數不宜太少。

## 陸、結論與建議

### 一、結論

綜合上述討論之結果，病患對於冠心病之衛生教育需求包括四個主題及17個次主題，分述如下：

### (一) 冠心病相關知識的需求

1. 病患缺乏對冠心病的症狀認知。
2. 缺乏其他慢性疾病對冠心病影響之認知。
3. 缺乏對心導管檢查、手術、藥物治療的認知。
4. 病患依賴藥物治療和醫師指示，較少主動配合。
5. 對藥物作用及副作用的認知訊息主要來自醫護人員。

### (二) 冠心病之適應及處理需求

1. 病患缺乏家人給予生理、心理之照護及支持。
2. 病患對疾病延誤治療可能帶來的嚴重後果缺乏認知。
3. 病患生活調適及因應能力因人而異，調適差者需他人協助。
4. 病患缺乏治療藥物及檢查之認知需要處理資訊。
5. 不同病人間向醫護人員說明自己的病情的能力有落差。

### (三) 處理冠心病所帶來之心理、情緒調適之需求

1. 不知如何調適手術前的焦慮及因未能及時獲取正確相關知識的管道。

### (四) 冠心病資訊取得及自我照護手冊之需求

1. 資訊使用情形不佳。
2. 對於自我照護行為被動，不知如何進行。
3. 病患缺乏自我照護之認知，需要自我照護手冊。
4. 病患對於自我照護衛教內容的需求：用藥時間及副作用／症狀的察覺  
／自我照顧／病情簡介及緊急處理流程圖。
5. 對於自我照護手冊內容設計之需求。

## 二、建議

### (一) 冠心病相關知識的需求方面

1. 病患因缺乏對冠心病症狀的認知，往往因出現不舒服，才求醫看診，不了解冠心病危險因子（如抽菸），較少做定期健康檢查，難以早期發現，早期治療。因此，病患要加強衛生教育及預防保健的觀念。

2. 冠心病患者本身對於慢性疾病或冠心病之影響缺乏認知，因此，護理人員應提供相關疾病的衛生教育（如臨床人員的照護要加強病患之飲食的控制、適度的運動、定期量血壓等），宣導時宜加強讓民眾了解常見的症狀；讓病人知道糖尿病、高血壓也是危險因子，公衛策略上，從媒體、一般社區的健康中心也應多宣傳關於慢性病所帶來各樣併發症的影響，以及提高民眾對冠心病症狀的產生的基本認識，以降低高血壓、高血脂及糖尿病的發生率，減少疾病的惡化。

3. 臨床醫護人員提供病患有關心導管手術之相關知識，將可減少患者之焦慮與不安，並降低嚴重心肌梗塞的發生。

4. 護理人員必須加強宣導家屬處理冠心病病患緊急發作時的處理能力，從入院治療開始，直到出院復健的期間，都是重建病患有正確的技能學習的好時機。

5. 病患依賴藥物治療和醫師指示，較少主動配合，因此，醫護人員在施行衛生教育時，應適時鼓勵病患（或家屬協助年長者）做規律的運動，減少依賴藥物使用。

### (二) 冠心病之適應及處理需求方面

1. 病患因疾病需面對隨之而來的本身身體及心理的痛苦、焦慮不安，以及手術後帶來的生活不便，因此，臨床醫護人員在施行衛生教育時，應適時地提示家屬給予病人的關心及照顧，並提供「家人功能支持以增進患者之情緒調適」及自我照顧之訊息。

2. 病患對疾病延誤治療可能帶來的嚴重後果缺乏認知，護理指導宜加強

讓民眾了解其嚴重性，避免病患諱疾忌醫，而延誤了治療時間。

3. 病患生活調適及因應能力因人而異，調適差者需他人協助，因此，施行衛生教育時，應注意病患的個別差異性及需求，提供個人化的衛生教育訊息，尤其應清楚易懂，以利病情的癒後。

4. 病患缺乏治療藥物及檢查之認知，因此，護理人員應提供病患及家屬詳細之治療藥物及檢查資訊，以減少不必要的時間浪費。

5. 不同病人向醫護人員說明自己病情的能力有落差，對於無法清楚表達自己病情的病患，可藉由家屬加強溝通，以利後續之治療及檢查。

### （三）處理冠心病所帶來之心理、情緒調適之需求方面

1. 醫護人員在給予手術前病患之衛生教育時，須先了解病患對自身疾病的想法及感受為何，針對其所擔心及害怕的問題，加以澄清及解釋，並協助做心理及情緒的調適。

2. 本研究病患集中在50歲以上之中、老年人，因缺乏冠心病的相關知識，常會誘發不安、焦慮等情緒。因此，了解老年人的生理、心理特質及學習需求，進行一對一的個別衛生教育，並在衛生教育過程中不斷地給予正面回饋，增強老年人的自信心，才有利於達到衛生教育的成效。

3. 對於患者之衛生教育應採用增強、回饋及個別化的機制，並符合病患及其家屬真正之需求，以促進中、老年人之健康行為。

### （四）冠心病資訊取得及自我照護手冊之需求

1. 由於老年人的神經系統及知覺器官老化，導致接受訊息、認知的能力受到影響，而容易排斥接收訊息。因此，醫院所提供之冠心病資訊和照護手冊之內容必須符合病患之需求，且手冊內容應以簡單易懂為原則。

2. 因年長者行動較不方便，體力較差，較依賴家人的協助，所以，要增加病人充能。

3. 有系統、有計畫且持續地實施衛生教育，才能讓病患及家屬分享衛生教育知識，進而使病患更積極地參與健康照護，獲得更有品質的治療及生活

品質。

4. 衛生教育單位及醫院應注重高年齡層、低社經地位患者之學習障礙及了解他們的衛生教育需求。

5. 在冠心病衛生教育需求的評估中，較少聽到病患對於相同病友的支持和經驗分享之需求。研究者認為，醫護人員如果能夠適時的安排病患與相同疾病之病友的經驗分享，將能提升衛教的效能。

### 誌謝

感謝協助本研究的醫學中心、護理師與病患及家屬，更感激所有參與本研究的研究團隊，使本研究得以順利地完成。

## 參考文獻

### 一、中文部分

- 行政院衛生署（2010）。民國99年死因統計完整統計表（新制行政區）。取自 <http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DisplayStatisticFile.aspx?d=81298&s=1>
- 李以文、徐亞瑛、曾春典、藍忠孚（2003）。心導管檢查之冠心病患者衛生教育的成效。《臺灣醫學》，7（2），185-193。
- 李怡真、高毓秀（2012）。護理臨床教師教育訓練需求評估。《護理暨健康照護研究》，8（2），106-115。
- 何延鑫、黃久美、郭鐘隆（2005）。糖尿病患者心理社會調適、因應方式與衛教需求之關係。《實證護理》，1（3），165-175。
- 阮盈萍（2011）。冠狀動脈疾病面面觀。《中國醫訊》，98，23-25。
- 林燕如、孫嘉玲、謝湘俐（2007）。血液透析病患需求之衛生教育。《臺灣護腎臟護理學會雜誌》，6（1），38-46。
- 周歆凱、林怡君、蔡明足、翁林仲、楊佩璇（2010）。探討區域醫院候診病人對數位學習之認知及衛生教育需求。《澄清醫護管理雜誌》，6（1），12-20。
- 吳燕惠、許淑蓮（2002）。冠狀動脈繞道手術住院病人之健康照護需求。《臺灣醫學會》，6（3），288-304。
- 洪世育（2008）。臺灣地區2000-2004年冠心病疾病率分析（未出版之碩士論文）。慈濟大學，花蓮縣。
- 陳美碧、尹祚芊、蔡欣玲（1999）。臺北市北區慢性精神病患心理衛生需求未滿足相關因素之探討。《護理研究》，7（1），77-89。
- 許敏桃、曾英芬（1998）。社區精神病患主要照顧者心理衛生教育之需求。《護理研究》，6（4），290-303。
- 黃靜儀、沈德昌、鄭惠美（1998）。門診糖尿病患對糖尿病知識、態度、行為與糖尿病衛教需求之研究。《健康促進暨衛生教育雜誌》，18，25-35。

- 楊麗玉 (2001)。促進血液透析患者自我照顧行為之衛生教育。《高雄護理雜誌》，18(1)，5-10。
- 張彩秀、吳美雯、古慧仙 (2006)。醫學中心門診病患之衛生教育需求探討。《澄清醫護管理雜誌》，2(2)，31-39。
- 蔡曉婷、周汎濤 (2012)。多媒體護理指導緩解冠狀動脈成形術後心肌梗塞病患焦慮及疾病不確定感之成效。《護理雜誌》，59(4)，43-52。

## 二、英文部分

- American Heart Association. (2004). *Heart disease and stroke statistics: 2004 update*. Dallas, TX: Author.
- Cheng, Y., Chen, K.-J., Wang, C.-J., Chan, S.-H., Chang, W.-C., & Chen, J.-H. (2005). Secular trends in coronary heart disease mortality, hospitalization rates, and major cardiovascular risk factors in Taiwan, 1971-2001. *International Journal of Cardiology*, 100(1), 47-52.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hill, CA: Sage.
- Heron, M. (2011). Deaths: Leading causes for 2007. *National Vital Statistics Reports*, 59(8). Retrieved from [http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr59/nvsr59\\_08.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr59/nvsr59_08.pdf)
- Jensen, B. O., & Petersson, K. (2003). The illness experiences of patient after a first time myocardial infarction. *Patient Education Counseling*, 5(2), 123-131.
- Page, M., Jackman, K., & Snowden, P. (2008). The experience of patients undergoing percutaneous transluminal coronary angioplasty: An exploratory study. *The Journal of the World Federation of Critical Care Nurses*, 6, 79-87.
- Patricia, C. B. (2003). Identifying women at risk for coronary artery disease. *AAOHN Journal*, 51(1), 15-22.
- Peterson, M. (1991). Patient anxiety before cardiac catheterization: An intervention study. *Heart Lung*, 20(6), 643-647.
- Riessman, C. K. (1993). *Narrative analysis* (Qualitative Research Methods v.30). Newbury Park, CA: Sage.

- Roger, V. L., Go, A. S., Lloyd-Jones, D. M., Adams, R. J., & Berry, J. D. (2011). Heart disease and stroke statistics-2011 update: A report from the American Heart Association. *Circulation, 123*, e18-e209.
- Roset, A. M., Martens, E. J., Denollet, J., & de Jonge, P. (2010). Prognostic association of anxiety post myocardial infarction with mortality and new cardiac events: A meta-analysis. *Journal of Biobehavioral Medicine, 72*(6), 563-569.
- Scissions, E. H. (1982). A typology of needs assessment definitions in adult education. *Adult Education, 33*(1), 20-28.
- Thompson, P. D., Buchner, D., Pina, I. L., Balady, G. J., Williams, M. A., & Marcus, B. H. (2003). Exercise and physical activity in the prevention and treatment of atherosclerotic cardiology disease. *Circulation, 107*, 3109-3116.
- Trotter, R., Gallagher, R., & Donoghue, J. (2010). Anxiety in patient undergoing percutaneous coronary interventions (Electronic version). *The Journal of Acute and Critical Care, 40*(3), 185-192.
- Walsh, M. N., Simpson, R. J. Jr., Wan, G. J., Weiss, T. W., Alexander, C. M., Markson, L. E., Berger, M. L., & Pearson, T. A. (2002). Do disease management programs for patients with coronary heart disease make a difference? Experiences of nine practices. *American Journal of Managed Care, 8*(11), 937-946.
- World Health Organization. (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva, Switzerland: Author.

# Assessing the Needs for Health Education of Coronary Heart Disease Patients and Their Caregivers

Miao-Jeng Huang\* Hua Shia\*\* Jong-Long Guo\*\*\* Chiu-Ching Chang\*\*\*\*

## Abstract

This study intended to assess the needs for health education of patients with coronary heart disease (CHD) and of primary caregivers in the patients' families. The purpose of this study is to suggest guidelines for the design of a CHD self-care manual. The research was done in a medical center in northern Taiwan, and the data were collected in this center's outpatient department. The research methodology is qualitative. Data were collected through interviews with twelve individual patients and members of five families of patients. The interviews were structured so as to optimize data collection; questions and answers were taped; and the data were identified and screened by means of narrative analysis. The study points to the presence of concrete needs for health education of patients and their family caregivers. Specifically, there are needs for

- CHD-related knowledge

---

\* Graduate Student, Department of Health Promotion and Health Education, National Taiwan Normal University.

\*\* Graduate, Department of Public health, Fu-jen Catholic University.

\*\*\* Professor, Department of Health Promotion and Health Education, National Taiwan Normal University.

\*\*\*\* PhD Student, Department of Health Promotion and Health Education, National Taiwan Normal University (Corresponding author), E-mail: all-student@umail.hinet.net

- adaptation to the treatment of CHD
- psychological and emotional adjustment to the results of CHD treatment
- information acquisition and access to a self-care manual of CHD

In sum, the study is about the health education needs among patients with CHD and their family caregivers, and its results, it is hoped, can assist medical professionals with clinical health education in the future.

**Key words:** Outpatients, Coronary heart disease, Health education needs



# 臺北市小型養護機構高齡住民自主性 與生活品質及其相關因素研究

馬芝霽\* 陳政友\*\*

## 摘要

目的：了解臺北市小型養護機構高齡住民自主性與生活品質之預測因子。方法：以機構為單位，採「集束採樣」方式，問卷以背景變項、巴氏量表、簡短老人憂鬱量表、自覺健康狀況量表、老人自覺自主性量表及生活品質量表等結構式問卷蒐集資料，採面對面訪問的調查方式進行，共取得臺北市38家小型養護機構內意識清楚、無失智（SPMSQ $\geq$ 6分）、年齡 $\geq$ 65歲，可溝通之351人（100%）有效樣本。結果：研究對象整體「自主性」屬中等程度，其中以「入住決策者」、「日常生活功能」、「憂鬱程度」及「自覺健康狀況」為自主性主要的預測變項。「生活品質」中以「社會關係範疇」與「環境範疇」屬中上程度，而「心理範疇」與「生理範疇」屬中等程度，其中以「性別」、「年齡」、「機構居住時間」、「居住費用支付者」、「日常生活功能」、「憂鬱程度」、「自覺健康狀況」及「自主性」為生活

---

\* 國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系研究生

\*\* 國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系教授（通訊作者），E-mail: t09004@ntnu.edu.tw

通訊地址：臺北市和平東路一段162號，聯絡電話：02-77341709

投稿日期：102年7月30日；修改日期：102年10月9日；接受日期：102年11月22日

DOI: 10.3966/207010632013120040002

品質主要的預測變項。結論：研究對象之背景變項及健康狀況可有效預測自主性，而背景變項、健康況及自主性亦可有效地區別預測生活品質四個範疇面，其中又以「自主性」對生活品質四個範疇面皆有預測力且影響力為最大。建議：重視高齡住民之異質性，提供不同程度之照顧措施，強化自主性照護，避免「廢用症候群」發生，使其保有自尊、自主及獨立性或享有生活品質為機構式照護之最終目的。

**關鍵詞：**小型養護機構高齡住民、生活品質、自主性

## 壹、前言

隨著全球人口的老化，長期照護機構在社會需求下快速發展，然而，機構式照護模式多少會被標籤化為集體式的安置照護型態，如何改善老年人居住長期照護機構的生活品質，乃逐漸成為各國關注的問題。1993年9月底，臺灣人口結構跨越聯合國世界衛生組織 (World Health Organization, WHO) 所定義之高齡化社會 (ageing-society) 的門檻，亦即65歲以上人口大於7%。後因戰後嬰兒潮的效應及出生率的持續下降，截至2012年9月底，臺灣老年人口的比率更趨向高齡社會 (aged-society)，已占總人口的11.05% (行政院經濟建設委員會，2012)。

伴隨高齡化社會而來的是健康問題慢性化、孱弱化、多樣化及長期化等問題。內政部統計處資料顯示，截至2012年止，我國65歲以上之255萬名老年人口中，失能人數即達42萬人，加上家庭結構、型態與功能的蛻變，以及非典型的婚姻、生育模式和女性勞動參與率提高，老人在缺乏照顧之下，機構的照護方式提供生活自理能力缺損的老人另一種居住方式的選擇。隨著老人福利機構傾向「在地老化、小型化、社區化」的發展，根據內政部2012年9月的統計資料，屬於社政單位的老人福利長期照護及安養機構 (不含榮民之家及護理之家) 計有1,057所，以長期照顧養護型機構最多，共計947所 (占90.65%)；長期照顧照護型機構次之，共計53所；安養機構居第三，共計34所；若是依公、私立別來分，又以屬於私人的小型老人機構最多，共計897所 (占85.84%) (內政部統計處，2013)。由以上資料得知，小型機構於臺灣人口轉型之際，扮演著滿足失能老人照護需求之重要角色。一般而言，機構的照護品質攸關住民的生活品質，但目前市場上，機構式照護在求管理效率及醫療化之延伸影響下，仍呈現「機構化」之照護型態。依2007年臺北市老人安養護暨長期照護機構評鑑成果報告，私立小型機構評監測量指標完全符合者僅占28.31% (社團法人臺灣長期照護專業協會，2007)，又因為與老人相關的醫學科學 (如復健、營養、護理等) 不受醫學界重視，進而產生專業

人員不足（蕭淑貞、李世代，1999），以致機構式照護傾向提供過多的生理照顧，缺乏心理及社會支持，以及必須接受整組式 (batch treatment) 的照顧等現象 (Chantal, Kerstrs, Ribbe, Campen, & Ooms, 2000; Clark & Bowling, 1990)。住民在此種去個人化的環境下，個人的完整感逐漸被剝削，導致個人的獨特性也漸次喪失，並形成依賴機構工作人員指示的生活，在缺乏多重刺激環境下，老人身心功能加速衰退 (McFarland & McFarland, 2002)。雖然政府為了提升照護品質及住民的生活品質，不斷地推陳出新照護政策與方案，例如：行政院衛生署（2009）及內政部（2010）陸續規定將長期照護六項品質指標納入評鑑。但現今老人福利機構評鑑對大部分小型養護構在社區化與在地老化的目標層次，以及評鑑機制運作的手段層次，兩者間似乎有種矛盾（蔡翔傑，1997）。更有甚者，以機構住民為主的生活品質及倫理議題，卻一直未受廣泛重視（李孟芬，2009）。

影響長期照護的品質包含多面向的因素，諸如員工訓練不足、個案評估不正確或無效、錯誤的照護技術及鬆散的法規等，都可能影響整體的照護品質，但這些都牽涉到照護基本的倫理議題與行善原則，而自主性即是其中一項基本的倫理原則，因此在照護病患達到健康時，需尊重病患的自我決策和自主性 (Beauchamp & Childres, 1983)。有關老人生活品質的文獻顯示，老人們認為提升獨立、自主，對於促進生活品質有正面影響，而且也是最重要的 (Birder, Slimmer, & Lesage, 1994)。另據1997年修正的《老人福利法》規定，養護型機構主要是照顧生活自理能力缺損且無技術性護理服務需求之老人（內政部社會司，2012），其介於所謂的獨立生活與照顧的分界，而獨立生活並不是指老年人必須具有不仰賴他人協助而從事某些日常活動的能力，而是指老年人得以自主決定如何過生活的權利，擁有獨立生活意指擁有權利而非肢體能力的問題 (Smith, 2005)。

國外針對機構老人自主性之相關人權議題較有概念，其中又以日本及英國最為先驅及健全，相關研究也最多 (Davies, Laker, & Ellis, 2002; Geraldine, 2008; Hertz & Anschutz, 2002)。至於國內機構老人研究趨勢，近十年以老人社會福利、老人醫學為重點主題，而自主性相關之研究有莊雅婷（2006）、

吳奇璋（2009）分別以質性及量化分析來探討養護機構老人自主性之影響因素，又有朱婉霞（2011）以大型長期照護機構為研究場域來探討自主性對生活品質的影響，而本研究主要由高齡住民背景變項及健康狀況差異性所產生之個人對於生活的感受，以及受到文化、價值觀及生活情境影響之內在動力，作為研究對象之自主性及生活品質的預測變項，並選擇自主性偏低且發展數量最多的小型養護型機構為研究場域，用以了解機構高齡住民個人背景變項、健康狀況、自主性及生活品質的狀況，進而探討自主性及生活品質二者間之關係和影響因素，期藉此研究喚起機構對老人自主性的意識，推動住民自主性及促進社區型小型養護型機構照護的最大功能，進而提升生活品質。

## 貳、材料與方法

### 一、研究設計

本研究採橫斷式 (cross-sectional) 面對面訪視調查法，由研究者運用事先設計好的結構式問卷，以標準化訪問 (standardized interview) 蒐集問卷資料。

### 二、研究限制

（一）因考量研究對象認知功能與溝通的問題，相對無法針對認知功能屬於中度至高度障礙之高齡住民進行評估。

（二）因高齡住民的異質性高，參與研究的態度不同，個性開朗的研究對象接受訪談的可能性較高；反之，個性較封閉的研究對象訪談率較低。而在此現況下，可能喪失部分符合條件之高齡住民之資料。因此，本研究結果在做推論時，需謹慎其推論範圍。

### 三、研究對象

（一）母群體：截至2011年底，臺北市依《老人福利機構設置標準》立案之長期照顧養護型機構，核定收容人數為 $\leq 49$ ，共計119所小型機構為研究場域，提供收容人數為3,505人。

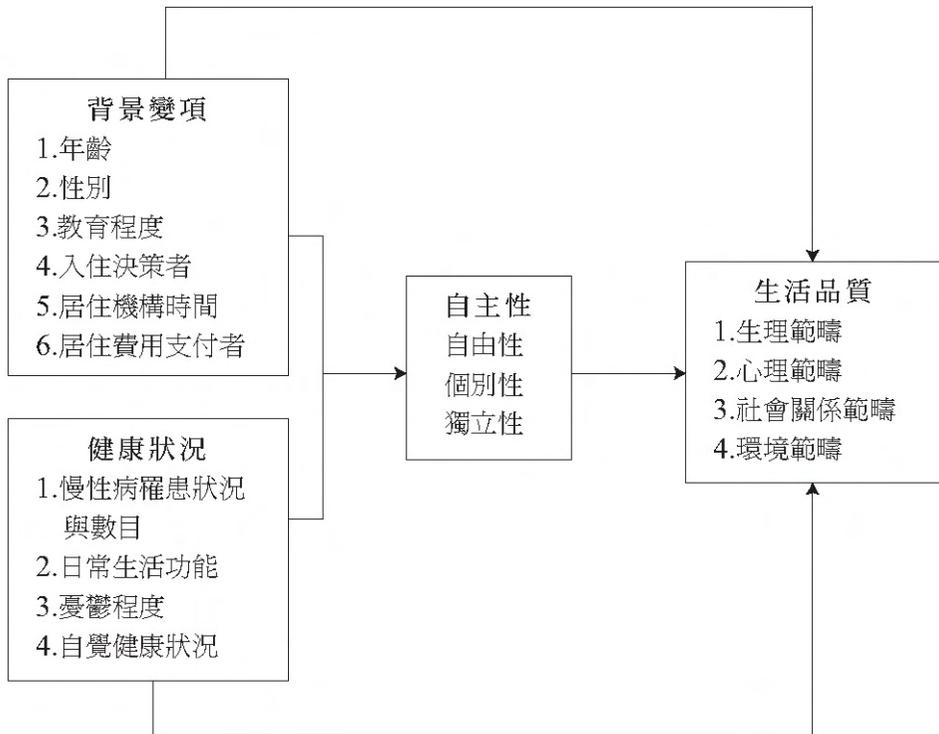


圖1 研究架構

(二) 樣本群體：為確保研究結果之代表性與效度，依據Krejcie與Morgan (1970) 的抽樣曲線標準，母群體人數為3,503人，樣本數最少取樣數為346人。

(三) 選樣標準：年齡 $\geq 65$ 歲；SPMSQ $\geq 6$ 分；能以國、臺語溝通；無急性期之疾病；經醫生診斷非精神疾病、憂鬱症、器官性心理異常；自願接受訪談者。

(四) 採樣步驟：因考量到研究對象認知及意識上之限制，且長期照護機構之住民多數為嚴重失能或嚴重聽覺障礙的老年人（平均每個機構中嚴重失能及或聽障的比率為82.6%），故本研究採以機構為單位之「集束抽樣法」(cluster sampling)，以臺北市119所小型養護機構為母體，隨機抽取60

所，結果經38所機構同意，收得符合收案條件之351人，共取得有效問卷351份，為母群體的10%。

## 四、研究工具

使用結構性問卷及多種量表，包括：「簡易心智狀況表」(Short Portable Mental Statu Questionnaire, SPMSQ)；「背景變項問卷」；健康狀況包括「慢性病罹患狀況與數目問卷」、「日常生活功能量表」(Barthel Index)、「簡短老人憂鬱量表」(Scale-Short Form Geriatric Depression, SF-GDS)、「自覺健康狀況量表」等；自主性及生活品質之測量工具則分別使用「自覺自主性量表」(Scale-Short Form Geriatric Depression, PEAS)及「世界衛生組織生活品質問卷臺灣簡明版」(WHO Quality of Life, Briefedition, Taiwan Version, WHOQL-BREF)。各量表說明如下：

### (一) 簡易心智狀況量表

本研究使用此量表作為研究對象篩選之依據，量表是由Pfeiffer (1975) 所發展，主要為評估個案認知功能，內容包括測試定向力、注意力、思考、計算力、一般知識及不同層面之記憶功能，共10題，答對一題得一分，總分10分。

### (二) 背景變項問卷

研究者自擬問卷，包括老年人的年齡、性別、婚姻、教育程度、入住前居所、入住決策者、機構居住時間、居住費用支付者等八項。

### (三) 健康狀況

此部分分別使用慢性病罹患狀況與數目問卷、日常生活功能量表、簡短老人憂鬱量表及自覺健康狀況量表，分別敘述如下：

1. 慢性病罹患狀況及數目：以罹患慢性病數目來計算，採複選方式，由受訪者勾選。

2. 日常生活功能量表：本研究採用國內學者戴玉慈、楊清姿、王祖琪與鄭雅心（1995）所翻譯的中文巴氏量表作為個案日常生活功能評估，了解個案實際從事日常生活活動的能力。此量表包括自我照顧能力（如進食、盥洗、修飾、如廁、穿衣、大小便的處理），以及行動能力（如移位、活動、上下樓梯），共10項。總分由0至100，0至20分為完全依賴，21至60分為嚴重依賴，61至90分為中度依賴，91至100分為完全獨立。

3. 簡短老人憂鬱量表 (Short-Form Geriatric Depression Scale, SF-GDP)：本研究採用Sheikh與Yesavage (1986) 所發展原始之30題簡化為15題的簡短老人憂鬱量表，此為目前廣泛運用於評估老人憂鬱狀態的評估工具之一。李春香（2007）應用簡短老人憂鬱量表進行社區老人日常生活功能、自覺健康狀況、憂鬱狀況與自殺意念之相關性研究，其內在一致性信度Cronbach's  $\alpha$ 值為.76。此表採簡單易答的二分法（是／否）作答，15題題項中包括正向題五題、負向題10題，分數愈高，憂鬱程度愈嚴重。

4. 自覺健康狀況量表：本研究採用黃璉華（1993）所發展之自覺健康狀況量表，共三題，趙安娜（2002）以自覺健康量表針對臺南縣將軍鄉社區老年人所測試的內在一致性 Cronbach's  $\alpha$ 值為 .80。此表採Likert五分量表加以計分，每題評定分數為1至5分，總分為3分至15分，分數愈高，表示自覺健康狀況愈佳。

#### （四）老人自覺自主性量表 (Perceived Enactment of Autonomy Scale, PEA)

本研究採用黃慧莉與林惠賢（2002）依據Hertz針對自覺自主性所發展之量表，經翻譯後並依實證資料修訂為共有八個因素、31個題項，且適合臺灣老人作答，又不失原量表之信效度的問卷。後經黃慧莉將初步中文版量表刪除和總分相關不顯著 ( $p > .05$ ) 的題項，最後剩三個因素（自由性、獨立性、個別性），共20個題項，全量表20題之Cronbach's  $\alpha$ 係數為.87。採Likert四分量表加以計分，每題評定分數為一至四分，總分數愈高，表示自主性感受程度愈高。

## （五）生活品質量表

本研究採用「世界衛生組織生活品質問卷臺灣簡明版」(WHOQL-BREF) 量表，此量表內容是由世界衛生組織生活品質問卷簡明版 (WHOQL-BREF) 英文版之26個題目，再加上兩項本土性題目所發展而成，涵蓋生理健康、心理、社會關係及環境等四個範疇，共計28個題項，其中包括兩題測驗綜合生活品質 (G1) 與一般健康狀況 (G4)，問卷取樣以最近兩星期作為時間參考 (time reference)。生活品質量表曾被使用於臺灣北、中、南與東部進行調查，受試者共計1,017人，整體問卷的內部一致性Cronbach's  $\alpha$ 係數為.91，四個範疇（生理健康、心理、社會關係、環境）分別為0.97、0.70、0.72、0.77。此表採Likert五分量法加以記分，每題評定分數為一至五分，其中第3、4、26題項為反向陳述，需要反向轉換計分，最後將同範疇的層面題分數相加平均後乘以4，即成為範疇分數 (domain score)，得分範圍為4至20分，分數愈高，生活品質愈佳（姚開屏，2005）。

## 五、本研究量表信效度

本研究所採用的各量表，國內外都有應用於機構老人之研究中，並已具有良好信效度的檢定結果，因此本研究未進行專家信效度之檢測，僅於正式實施前進行30位研究對象的問卷預試，以及正式施測所得之351份有效問卷，以Cronbach's  $\alpha$ 係數檢定內在一致性信度。結果發現，簡短老人憂鬱量表、自覺健康狀況量表、老人自覺自主性量表及生活品質量表的信度皆在8.0以上，表示有非常良好的內部一致性。

## 六、資料處理與分析

將回收之有效問卷加以編號、譯碼、輸入電腦，再以SPSS for Windows 18.0版統計軟體處理資料。

本研究所採用的統計方法包括：

### (一) 描述性統計

使用次數分配、百分率、範圍、平均數及標準差來描述各變項之分布狀況。

### (二) 推論性統計

1. 使用皮爾森積差相關分析 (Pearson product-moment correlation coefficient) 來探討自主性與生活品質之相關性。

2. 使用線性複迴歸分析 (multiple linear regression) 來探討研究對象之背景變項與健康狀況對其自主性的預測力。

3. 使用線性複迴歸分析來探討研究對象背景變項、健康狀況及自主性對生活品質的預測力。

## 參、結果

### 一、研究對象背景變項與健康狀況的分布

結果顯示，研究對象中，女性有184人、男性有167人；平均年齡為81.13歲，婚姻以喪偶居多，多為不識字者，住進機構前多與家人同住，以子女決定入住養護機構者最多，而費用支付者也以家人居多，平均入住養護機構時間為3.88年。在健康狀況方面，研究對象平均罹患3.15個慢性病，依序為高血壓、神經性疾病及糖尿病；有三分之二以上的人日常生活功能屬嚴重依賴至完全依賴型及輕度至中重度憂鬱情緒，而自覺健康狀況多屬「不好」的水準。

### 二、研究對象自主性與生活品質現況

結果顯示，研究對象自主性總體分數，最低為21分，最高為71分，平均值為 $48.76 \pm 8.13$ 分，三個層面依序為：在「個別性」方面，平均值為 $24.61 \pm 3.74$ 分；在「自由性」方面，平均值為 $17.14 \pm 3.87$ 分；在「獨立性」

方面，平均值 $7.01 \pm 1.89$ 分。在生活品質方面，研究對象生活品質中，以「社會關係範疇」與「環境範疇」屬中上程度，其平均值別為 $12.56 \pm 3.05$ 分及 $12.54 \pm 2.57$ 分；而「心理範疇」與「生理範疇」屬中等程度，其平均值分別為 $9.70 \pm 2.596$ 分及 $10.27 \pm 2.67$ 分。在兩題綜合評估的部分則較差，皆低於3分。最後一題綜合自我評估的狀況平均分數為 $55.78 \pm 17.32$ 分，屬中等程度。

### 三、研究對象背景變項、健康狀況對自主性之預測

由表1可知，研究對象的背景變項及健康狀況可有效預測「自主性」( $R^2 = .592$ ,  $F_{(22, 328)} = 21.66$ ,  $p < .001$ )，並可解釋自主性的總變異量達59.2%。其中，「入住決策者」( $\beta = .17$ ,  $t = 3.34$ ,  $p < .001$ )、「日常生活功能」( $\beta = .36$ ,  $t = 8.22$ ,  $p < .001$ )、「憂鬱程度」( $\beta = -.27$ ,  $t = -6.18$ ,  $p < .001$ )、「自覺健康狀況」( $\beta = .29$ ,  $t = 5.97$ ,  $p < .001$ )為主要的預測變項，顯示自己決策入住者相對於子女決策入住者，其自主性較高，日常生活功能愈好者及自覺健康狀況愈好者，其自主性越高，而憂鬱程度愈嚴重者，則自主性愈低。

表1

研究對象背景變項、健康狀況對自主性之線性複迴歸分析

預測變項	B	$\beta$	t	$R^2$	F
截距項	43.38		9.60***	.592	21.66***
性別 (女性為參照組)	0.36	.02	0.49		
年齡	0.01	.01	0.25		
婚姻狀況 (未婚為參照組)					
已婚	-0.78	-.04	-0.58		
喪偶	-0.28	-.02	-0.23		
離婚或分居	-1.44	-.07	-1.44		
教育程度 (不識字為參照組)					
國小	-0.004	-.001	-0.01		
國中	-1.15	-.05	-1.24		
高中職以上	0.27	.01	0.27		

表1 (續)

預測變項	<i>B</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>
入住前居所(獨居為參照組)					
與家人同住	-0.73	-.04	-0.79		
醫院或其他長期照護機構等	-0.08	-.003	-0.08		
入住決策者(子女為參照組)					
配偶	0.89	.03	0.74		
自己	4.00	.17	3.34***		
三等親以外	2.12	.07	1.41		
社政單位	1.39	.06	0.99		
機構居住時間	.001	.001	0.01		
居住費用支付者(家人為參照組)					
自付	-0.23	-.01	-0.27		
社會單位	-1.39	-.08	-1.22		
自付+社會單位	1.14	.05	1.10		
慢性病罹患數目	-0.10	-.01	-0.30		
日常生活功能	0.14	.36	8.22***		
憂鬱程度	-0.82	-.27	-6.18***		
自覺健康狀況	1.07	.29	5.97***		

註：*B* = 未標準化迴歸係數； $\beta$  = 標準化迴歸係數。

\*\*\**p* < .001.

#### 四、研究對象背景變項、健康狀況及自主性對生活品質之預測

##### (一) 研究對象自主性對生理範疇生活品質之預測

由表2可知，研究對象的背景變項、健康狀況及自主性可有效預測生理範疇生活品質，並可解釋生理範疇生活品質的總變異量達64.5% ( $R^2 = .645$ ， $F_{(23, 327)} = 25.88$ ， $p < .001$ )，其中，「性別」( $\beta = .12$ ， $t = 2.78$ ， $p < .01$ )、「年齡」( $\beta = .11$ ， $t = 2.09$ ， $p < .05$ )、「機構居住時間」( $\beta = -.12$ ， $t = -3.14$ ，

$p < .01$ )、「日常生活功能」( $\beta = .20, t = 4.46, p < .001$ )、「憂鬱程度」( $\beta = -.09, t = -2.11, p < .001$ )、「自覺健康狀況」( $\beta = .16, t = 3.22, p < .001$ )及「自主性」( $\beta = .40, t = 7.68, p < .001$ )為主要的預測變項，又以「自主性」對生理範疇生活品質影響最大，「日常生活功能」次之。研究結果顯示，研究對象為女性者、年齡愈小者、教育程度為國中者、機構居住時間愈久、日常生活功能愈差、憂鬱程度愈嚴重、自覺健康狀況及自主性愈差者，其生理範疇生活品質愈差。

表2

研究對象背景變項、健康狀況及自主性對生理範疇生活品質之線性複迴歸分析

自變數	<i>B</i>	$\beta$	<i>t</i>	$R^2$	<i>F</i>
截距項	0.41		0.27	.645	25.88***
性別（女性為參照組）	0.61	.12	2.78**		
年齡	0.03	.11	2.09*		
婚姻狀況（未婚為參照組）					
已婚	-0.35	-.05	-0.87		
喪偶	-0.48	-.09	-1.34		
離婚或分居	-0.24	-.04	-0.81		
教育程度（不識字為參照組）					
國小	0.07	.01	0.29		
國中	-0.45	-.07	-1.65		
高中職以上	0.08	.01	0.26		
入住前居所（獨居為參照組）					
與家人同住	-0.05	-.01	-0.17		
醫院或長期照護機構等	-0.48	-.07	-1.66		
入住決策者（子女為參照組）					
配偶	0.20	.02	0.57		
自己	-0.44	-.06	-1.20		
三等親以外	-0.48	-.05	-1.58		
社政單位	0.24	.03	0.58		

表2 (續)

自變數	B	$\beta$	t	R <sup>2</sup>	F
機構居住時間	-0.14	-.12	-3.14**		
居住費用支付者(家人為參照組)					
自付	0.49	.08	1.95		
社會單位	-0.55	-.10	-1.64		
自付+社會單位	-0.44	-.06	-1.44		
慢性病罹患數	0.09	.03	0.88		
日常生活功能	0.02	.20	4.46***		
憂鬱程度	-0.09	-.09	-2.11*		
自覺健康狀況	0.18	.16	3.22**		
自主性	0.13	.40	7.68***		

註：B = 未標準化迴歸係數； $\beta$  = 標準化迴歸係數。

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

## (二) 研究對象背景變項、健康狀況及自主性對心理範疇生活品質之預測

由表3可知，研究對象的背景變項、健康狀況及自主性可有效預測心理範疇生活品質，並可解釋心理範疇生活品質的總變異量達61.1% ( $R^2 = .611$ ,  $F_{(23, 327)} = 22.30$ ,  $p < .001$ )，其中，以「機構居住時間」( $\beta = -.10$ ,  $t = -2.48$ ,  $p < .05$ )、「居住費用支付者」為自付及社政單位共同支付者 ( $\beta = -.09$ ,  $t = -2.21$ ,  $p < .05$ )、「慢性病罹患數」( $\beta = .10$ ,  $t = 2.54$ ,  $p < .05$ )、「日常生活功能」( $\beta = .14$ ,  $t = 2.98$ ,  $p < .01$ )、「憂鬱程度」( $\beta = -.26$ ,  $t = -5.56$ ,  $p < .001$ )、「自覺健康狀況」( $\beta = .39$ ,  $t = 7.67$ ,  $p < .001$ )及「自主性」( $\beta = .37$ ,  $t = 6.78$ ,  $p < .001$ )為主要的預測變項，又以「自主性」對心理範疇生活品質影響最大，「自覺健康狀況」次之。研究結果顯示，研究對象為機構居住時間愈久者、慢性病罹患數愈多者、日常生活功能愈差、憂鬱程度愈嚴重、自覺健康狀況及自主性愈差者，其心理範疇生活品質愈差。

表3

研究對象背景變項、健康狀況及自主性對心理範疇生活品質之線性複迴歸分析

自變數	<i>B</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>
截距項	1.50		0.92	.611	22.30***
性別（女性為參照組）	0.10	.02	0.42		
年齡	0.03	.09	1.66		
婚姻狀況（未婚為參照組）					
已婚	0.11	.02	0.26		
喪偶	-0.18	-.03	-0.47		
離婚或分居	-0.27	-.04	-0.83		
教育程度（不識字為參照組）					
國小	0.11	.02	0.45		
國中	-0.26	-.04	-0.87		
高中職以上	0.14	.02	0.43		
入住前居所（獨居為參照組）					
與家人同住	-0.30	-.06	-1.01		
醫院或長期照護機構等	-0.25	-.03	-0.79		
入住決策者（子女為參照組）					
配偶	-0.15	-.02	-0.37		
自己	0.04	.00	0.09		
三等親以外	-0.36	-.04	-0.75		
社政單位	-0.22	-.03	-0.49		
機構居住時間	-0.12	-.10	-2.48*		
居住費用支付者（家人為參照組）					
自付	0.28	.04	1.02		
社會單位	-0.53	-.09	-1.44		
自付+社會單位	-0.74	-.09	-2.21*		
慢性病罹患數	0.27	.10	2.54*		
日常生活功能	0.001	.004	0.09		
憂鬱程度	-0.15	-.16	-3.42***		
自覺健康狀況	0.34	.29	5.65***		
自主性	0.12	.37	6.78***		

註：*B* = 未標準化迴歸係數； $\beta$  = 標準化迴歸係數。\**p* < .05. \*\**p* < .01. \*\*\**p* < .001.

### (三) 研究對象背景變項、健康狀況及自主性對社會關係範疇生活品質之預測

由表4可知，研究對象的背景變項、健康狀況及自主性可有效預測社會關係生活品質，並可解釋整體社會關係範疇生活品質的總變異量達52.9% ( $R^2 = .529$ ,  $F_{(23, 327)} = 15.97$ ,  $p < .001$ )，其中，以「年齡」( $\beta = .12$ ,  $t = .98$ ,  $p < .01$ )、「居住費用支付者」為「社會單位」( $\beta = -.14$ ,  $t = -2.01$ ,  $p < .05$ )或為自己及社政單位共同支付者( $\beta = -.12$ ,  $t = -2.63$ ,  $p < .01$ )、「憂鬱程度」( $\beta = -.15$ ,  $t = -2.99$ ,  $p < .01$ )及「自主性」( $\beta = .53$ ,  $t = 8.89$ ,  $p < .001$ )為主要的預測變項，又以「自主性」對社會關係範疇生活品質影響最大，「憂鬱程度」次之。研究結果顯示，研究對象為年齡愈小者、居住費用支付者為「社政單位」或「自己及社政單位」共同支付者、憂鬱程度愈嚴重者及自主性愈差者，其社會關係範疇生活品質愈差。

表4

研究對象背景變項、健康狀況及自主性對社會關係範生活品質之線性複迴歸分析

自變數	B	$\beta$	t	$R^2$	F
截距項	1.47		0.71	.529	15.97***
性別(女性為參照組)	0.18	.03	0.62		
年齡	0.04	.12	1.98*		
婚姻狀況(未婚為參照組)					
已婚	0.18	.02	0.33		
喪偶	-0.46	-.08	-0.94		
離婚或分居	-0.33	-.04	-0.81		
教育程度(不識字為參照組)					
國小	-0.26	-.04	-0.82		
國中	-0.66	-.08	-1.76		
高中職以上	-0.52	-.06	-1.28		
入住前居所(獨居為參照組)					
與家人同住	0.43	.07	1.15		

表4 (續)

自變數	<i>B</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>
醫院或長期照護機構等 入住決策者(子女為參照組)	0.11	.01	0.28		
配偶	-0.24	-.02	-0.50		
自己	0.75	.08	1.52		
三等親以外	-0.14	-.01	-0.24		
社政單位	0.17	.02	0.30		
機構居住時間	0.01	.004	0.09		
居住費用支付者(家人為參照組)					
自付	0.09	.01	0.07		
社會單位	-0.92	-.14	-2.01*		
自付+社會單位	-1.10	-.12	-2.63**		
慢性病罹患數	-0.11	-.03	-0.82		
日常生活功能	-0.01	-.06	-1.13		
憂鬱程度	-0.17	-.15	-2.99**		
自覺健康狀況	0.12	.09	1.59		
自主性	0.20	.53	8.89***		

註：*B* = 未標準化迴歸係數； $\beta$  = 標準化迴歸係數。

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

#### (四) 研究對象健康狀況、背景變項及自主性對環境範疇生活品質之預測

由表5可知，研究對象的背景變項、健康狀況及自主性可有效預測環境範疇生活品質，並可解釋環境範疇生活品質的總變異量達59.2% ( $R^2 = .592$ ,  $F_{(23, 327)} = 20.63$ ,  $p < .001$ )，其中，「年齡」( $\beta = .21$ ,  $t = 3.90$ ,  $p < .001$ )、「機構居住時間」( $\beta = -.08$ ,  $t = -2.13$ ,  $p < .05$ )、「憂鬱程度」( $\beta = -1.6$ ,  $t = -3.51$ ,  $p < .001$ )、「自覺健康狀況」( $\beta = .12$ ,  $t = 2.38$ ,  $p < .05$ )及「自主性」( $\beta = .50$ ,  $t = 9.03$ ,  $p < .001$ )為主要的預測變項，又以「自主性」對環境

範疇生活品質影響最大，「年齡」次之。研究結果顯示，研究對象為年齡愈小者、機構居住時間愈久者、憂鬱程度愈嚴重者、自覺健康狀況及自主性愈差者，其環境範疇生活品質愈差。

表5

研究對象背景變項、健康狀況及自主性對環境範疇生活品質之線性複迴歸分析

自變數	B	$\beta$	t	$R^2$	F
截距項	0.86		0.53	.592	20.63***
性別（女性為參照組）	0.32	.06	1.37		
年齡	0.06	.21	3.90***		
婚姻狀況（未婚為參照組）					
已婚	-0.33	-.05	-0.78		
喪偶	-0.61	-.12	-1.57		
離婚或分居	-0.47	-.07	-1.48		
教育程度（不識字為參照組）					
國小	-0.09	-.02	-0.37		
國中	-0.43	-.06	-1.46		
高中職以上	-0.32	-.04	-1.00		
入住前居所（獨居為參照組）					
與家人同住	0.13	.02	0.45		
醫院或長期照護機構等	0.25	.03	0.80		
入住決策者（子女為參照組）					
配偶	0.08	.01	0.22		
自己	-0.03	-.004	-0.07		
三等親以外	-0.06	-.01	-0.12		
社政單位	0.33	.04	0.73		
機構居住時間	-0.10	-.08	-2.13*		
居住費用支付者（家人為參照組）					
自付	-0.07	-.01	-0.26		
社會單位	-0.45	-.08	-1.26		
自付+社會單位	-0.32	-.04	-0.37		

表5 (續)

自變數	<i>B</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>
慢性病罹患數	0.09	.03	0.87		
日常生活功能	0.00	.01	0.13		
憂鬱程度	-0.16	-.16	-3.51***		
自覺健康狀況	0.14	.12	2.38*		
自主性	0.16	.50	9.03***		

註：*B* = 未標準化迴歸係數； $\beta$  = 標準化迴歸係數。

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

## 肆、討論

### 一、研究對象背景變項及健康狀況之分布

本研究收案來源為臺北市小型養護機構，其背景變項與健康狀況分述如下：以351位病患為樣本數來分析，在性別比例上差別不大，女性略多於男性，符合內政部統計處（2013）的資料，臺灣老年人口女性比例略高於男性，且女性平均餘命比男性餘命長；年齡方面介於65至98歲之間，平均年齡為81.13歲，和邱美汝、陳玉敏與李月萍（2007）調查長期照護機構老年人，發現年齡多介於65至98歲之間，平均年齡為77至80歲，在年齡分布曲線相似；婚姻狀態以喪偶者居多，教育程度以不識字者居多，與內政部統計處（2006）調查臺閩地區老人狀況報告相符，顯示臺灣老年人口多為已婚族群，有偶率在65歲老年人口中可達七成，至80歲以上老年人口有偶率降至五成以下；教育程度為國小及以下者占73.85%，推測此批老人因年輕時歷經戰亂失學，所以普遍未接受良好之教育；另，本國受傳統孝道及家庭倫理文化之影響，照顧父母為子女之責，故在入住機構之前的居住所以與家人同住者最多，根據曾思瑜（2005）及邱美汝等人（2007）研究所發現老人住機構前與「家人同住」者超過五成，亦與本研究分布相同；而入住機構決策者以子女最多之結果和蔡淑鳳、吳清華與葉淑娟（2009）的研究相符；在機構的居

住時間介於0.08至11.58年之間，平均居住為3.88年，與柯麗薇（2004）針對養護機構老人生活品質之探討，顯示其居住時間平均三至四年的結果相近；此外，在居住費用支付者方面則以家人居多，根據內政部統計處（2006）指出，一半以上之老人經濟來源主要是仰賴子女提供，僅三分之一能依靠政府救助或津貼補助，但值得一提的是，本研究顯示社政單位全額補助及部分補助有明顯提高之趨勢，顯見政府於長期照護制度之規劃日趨完善。

在健康狀況方面，受訪高齡者幾乎都患有一種或一種以上的疾病，其中以罹患三種慢性病者居多，平均為3.15種，依序為高血壓、神經性疾病及糖尿病。根據行政院衛生署國民健康局（2007）針對「臺灣中老年人身心社會生活狀況長期追蹤調查」結果顯示，老人患一種或一種以上慢性病者占七成以上，且不論男性或女性，皆以高血壓居第一名，合計占46.67%。至於入住養護機構的原因，則多因身體功能自退化或因慢性病提升所致。因此，對於不同依賴程度的高齡住民需提供不同的健康促進方案，以預防慢性病合併症之發生及延緩衰弱老化。

在日常生活功能方面，因養護機構主要照顧以生活自理能力缺損需他人照顧之老人或需鼻胃管、導尿管護理服務需求，故比例上以嚴重依賴居多，完全依賴次之。在憂鬱程度方面，本結果發現三分之二以上研究對象有輕度至中重度憂鬱，根據李春香（2007）之研究亦發現機構老人有輕度以上之憂鬱情形達六成以上，而王鈺淵（2006）針對男性老人憂鬱症與身體疾病之關係調查，發現身心疾病與憂鬱症成正比，故可推估因養護機構老人皆為身體功能衰退或罹病者，故極易因共病症的情形，進而造成憂鬱情緒。在自覺健康狀況的三個子項目結果呈現皆未達3分，而且比較接近2分，平均得分分別為1.95、2.38及2.16分，表示研究對象的自覺健康屬於「不好」的狀況。根據國民健康局於2006年針對臺灣地區50歲以上中、老年人所進行的調查亦發現，自認目前健康狀況不好的達四分之一（26.4%），且屬於「不太好」或「很不好」的比例均隨著年齡層的提高而增加（行政院衛生署國民健康局，2007）。

## 二、研究對象自主性及生活品質之現況

研究對象之自主性屬中等程度，以整體自主性來看，得分平均48.76分 ( $SD = 8.13$ )，此結果低於黃慧莉與林惠賢（2002）針對居家、社區及機構老人之自主性得分 ( $M = 54.72$ )，探究原因可能是本研究對象全為機構老人，而黃慧莉與林惠賢的研究對象只有49.1%來自於機構老人，其機構老人之生理、心理之反應感受及資源皆有別於居家或社區照顧的老人。在自主性之三個構面中以個別性最高，其次分別是自由性及獨立性，此和吳奇璋、黃惠滿、高家常與高碧凰（2010）之研究結果，即以個別性得分最高相同，由此可見，機構老人認為在自主性方面以個別性最為重要，亦即能夠為自己而活，在了解自己及自己做決定方面具有較強的知覺，但自由性（有選擇性、自由行動及能控制處理自身事情）及獨立性（不依賴、不麻煩別人）是較弱的，顯示老人自覺到自己是個別的個體，能自己做決定及了解自己，但因身體功能衰退及機構式照護的嵌制，以致失去自由性及獨立性，與長期照護之目標——「依失能者或失智者，配合其功能或自我照顧能力，所提供之不同程度之照顧措施，使其保有自尊、自主及獨立性或享有品質」之生活的照護機構式服務背道而馳。

在生活品質方面，研究對象自評的生活品質與健康都比較差一些，而最後一題綜合自我評估的狀況平均分數為55.78分 ( $SD = 17.3$ )，仍屬中下程度；在生活品質各範疇分布情形接近常態分布，以社會範疇得分最高，次之為環境範疇，再次之為心理範疇，最低的為生理範疇，其中，「社會關係範疇」與「環境範疇」屬中上程度；而「心理範疇」與「生理範疇」較差，屬中等程度。以上皆低於張曉婷（2009）針對榮家住民之生活品質及朱婉霞（2011）探討長期照護機構老人自主性對生活品質之調查結果，此結果可推論以上兩個研究場域皆為安養機構，在生理功能收案的條件較本研究之養護機構佳，本研究對象生理功能方面屬完全獨立及輕度依賴比例居多，其介於獨立與非獨立間，相對所需之心理照護較具複雜性。而在四個範疇之排序上，與藺寶珍（2010）對居家及機構老人生活品質調查結果社會關係範疇之

生活品質得分最高 (12.84)，心理範疇生活品質得分最低 (9.99) 相同，但和顧艷秋與劉文健 (2005) 安養機構老人生活品質及其影響因素探討之結果，以環境範疇生活品質得分最高 (13.87)，社會範疇生活品質 (11.63) 最低不同，此結果可推論係因顧艷秋與劉文健之研究對象多為孤苦無依無家人者所致。雖然老人因社會型態改變，入住養護機構的比例提升，但小型養護機構在可近性的優勢條件下，增加家人或親朋好友探訪頻率及提升社會支持系統，故在社會關係範疇生活品質方面較大型養護機構優。綜合以上研究可看出，不同研究對象之生活品質範疇的滿意度亦不同，在環境方面以大型養護機構較滿意，而生理範疇依機構型態及收案對象而有所不同，最需改進的則為社會關係及心理兩範疇。由此可知，養護機構在政府法規監督下，硬體的設施較易提升，但對於住民在心理及社會支持網仍顯不足。

### 三、研究對象背景變項及健康狀況對自主性之預測

本研究發現背景變項、健康狀況能有效地預測自主性，並可解釋自主性的總變異量達59.2%，在各預測變項互相控制後，在背景變項方面，研究結果顯示自己決策入住者相較於子女決策入住者，其自主性較高。根據相關研究顯示，安養機構屬於一種社會支持，因而如何選擇安養護機構，並讓住民參與決策過程，是增加住民士氣的重要因素之一，而士氣 (morale) 反映機構老人的調適能力及生活品質 (蔡淑鳳等，2009)，且自覺選擇權 (perceived choice) 也是影響機構生活適應的一項重要因素 (Armer, 1993, 1996)，故可推論本研究入住決策者是自己者其自主性較高。在健康方面，研究結果顯示日常生活功能愈好者及自覺健康狀況愈好者，其自主性愈高；而憂鬱程度愈嚴重者，則自主性愈低。此結果和黃慧莉與林惠賢 (2003) 針對居家、社區及機構老人之研究發現，高齡者因生理功能衰退，因需他人協助之依賴性增加，其自主性愈低相同。而黃筱君 (2008) 與Dwyer、Nordenfelt與Terstedt (2008) 研究結果亦發現，日常生活功能愈好者、自覺健康狀況愈好者，因對生命意義感受愈正向，故其自主性愈好。另根據相關文獻指出，機構住民因必須配合養護機構之生活規定模式，以致往往喪失對生活的宰制權力，進而

產生無力感，若再加上照顧者的過度干預，甚而憤怒，或因更感失能而使得憂鬱劇增 (McWilliam, Belle-Brown, Carmichael, & Lehman, 1994)。根據上述，無力感可藉由增加住民的自主性而減少，故可推論憂鬱程度為自主性的預測因子之一。

#### 四、研究對象背景變項、健康狀況及自主性對生活品質之預測

歸納以上結果而知，本研究對象背景變項、健康狀況及自主性能有效的預測生活品質四個範疇面，其總變異量分別達64.1%、61.1%、52.9%、59.2%，在背景變項方面，研究發現性別為女性者，其生理範疇生活品質較差，此結果與藺寶珍 (2010) 針對機構失能老人生活品質之調查顯示，女性在生理範疇生活品質低於男性相同。年齡愈小者，其生理、社會關係及環境等三方面的生活品質四個範疇得分皆愈差，和林富琴與邱啟潤 (2004) 及 Zhan (1992) 的研究顯示，年齡愈小者，其生活品質愈差相同，推論因年長者認為對生、老、病、死過程是無法避免的，會以豁然態度接受。另，養護機構居住時間愈久者，其生理、心理及環境等三方面的生活品質範疇較差。根據侯清雲 (2005) 針對長期照護機構中活動治療的功能研究發現，目前中、小型養護機構辦理活動的比例並不高，住民在缺乏完整性活動及社交安排下，加速住民身體功能的退化及出現心理的「共病」特徵。而本研究對象平均養護機構居住時間不短為3.88年，因此可推論「機構居住時間」越久者，其生理、心理及環境等三方面的生活品質範疇愈差。而居住費用，無論是社政單位全額或部分補助者，其心理及環境兩方面的生活品質範疇較差；根據相關研究指出，老人會因為財務的匱乏而造成心理失落、憂鬱或不安等負面情緒 (Krause, 1991)，相對地，健康方面也因為得不到好的照護，以及負面情緒等，而影響到人際關係及與被他人尊重等。因此，可推論本研究經濟能力較差而由「社政單位」全額或部分補助居住費用支付費用者，其心理、環境兩方面的生活品質範疇較差。

在健康狀況方面，研究發現慢性病罹患數目愈多，其心理範疇生活品質較差，日常生活功能愈差者，其生理範疇生活品質較差，自覺健康狀況愈差

者及憂鬱程度愈嚴重者，其生理、社會關係及環境三方面的生活品質範疇皆較差，而自主性愈差者，其生活品質四個範疇皆較差。此結果與林富琴與邱啟潤（2004）及 Tu、Wang與Yeh（2006）研究顯示，老人罹患疾病數目與生活品質成負相關，顯示罹患疾病數目愈多，生活滿意度愈差，且會影響生活品質是相同的。許多研究亦顯示，日常生理活動能力是影響生活品質的重要因子（李春香，2007；Tu et al., 2007）。另諸多學者及研究肯定認為主觀的自覺健康狀況在預測生活品質是最為重要的（黃惠滿、蘇貞瑛，2000；Paskulin & Molzahn, 2007）。由以上結果證實，無論客觀、主觀，心理健康皆是影響生活品質的重要預測因子。

另外，研究發現自主性為生活品質之重要影響因素，其可同時有效預測生活品質四個範疇面。黃慧莉（2003）之研究亦支持自主性對於機構老人之生活品質是一種重要指標，同時，也是測量是否能夠成功老化之重要變項。且增加住民的自主性，使住民感受可以自我控制，並訓練減少對他人的依賴度，反而可以提升住民的生活滿意度（Nolan, Grant, & Nolan, 1995）。

由以上可知，機構高齡住民背景變項、健康狀況是影響自主性的主要因素，而背景變項、健康狀況及自主性是可預測生活品質的，其中又以自主性對生活品質的影響力為最大。老人想法多與過去經驗及目前生活處境息息相關，情緒發生頻率和特質差異性大，同時，也受根深柢固的文化色彩所影響。根據相關研究證實，老年期的情緒發展更能整合認知和情緒的經驗，但自主性情緒反應確會隨著年齡的增加而有減少的現象（謝佳蓉、蕭仔伶、劉淑娟，2007）。加上健康不佳而限制生活自理能力，在無客觀評估、缺乏個別性、以工作效率為本位的「機構化」的照護下，進而失去自主性。因此，機構除注意硬體環境設施外，更應依個別差異性以提供個別需求照護，健全住民自主性健康促進。

## 伍、結論與建議

### 一、結論

依據本研究結果，歸納出下列重要結論：

(一) 研究女性有184人，男性有167人；平均年齡為81.13歲，以喪偶居多，多為不識字者，入住前多於家人同住，以子女決定入住養護機構者最多，而費用支付者以家人居多，平均入住養護機構時間為3.88年。研究對象平均罹患3.1個慢性病，依序為高血壓、神經性疾病及糖尿病；有三分之二以上的人日常生活功能屬嚴重依賴至完全依賴型及中重度憂鬱情緒，自覺健康狀況多屬「不好」的狀況。

(二) 研究對象的自主性屬中等程度，其中以「個別性」較佳，屬中上程度；「自由性」、「獨立性」則屬中等程度。研究對象的「生活品質」中以「社會關係範疇」與「環境範疇」屬中上程度；而「心理範疇」與「生理範疇」只屬中等程度。

(三) 研對象背景變項、健康狀況能有效地預測自主性，其總變異達59.2%，其中以自己決策入住者相較於子女決策入住者其自主性較高，日常生活功能及自覺健康狀況愈好者，其自主性愈高，而憂鬱程度愈嚴重者，其自主性則愈低。

研究對象背景變項、健康狀況及自主性能有效的預測生活品質四個範疇，其總變異量分別為64.1%、61.1%、52.9%、59.2%。其中背景變項以「性別」為生理範疇生活品質的主要預測變項；「機構居住時間」為生理、環境範疇生活品質的主要預測變項；「居住費用支付者」為心理、社會關係範疇生活品質的主要預測變項；在健康狀況中以「慢性病罹患數」為心理範疇生活品質的主要預測變項；「日常生活功能」及為生理及心理範疇生活品質的主要預測變項；「憂鬱程度」及「自覺健康狀況」同時為生理、心理及環境範疇生活品質的主要預測變項；而「自主性」為生活品質四個範疇的主要預

測變項，同時，也是影響力最大的。

## 二、建議

根據結論，分別提出下列建議：

### （一）實務工作方面

重視機構高齡住民的異質性，提高個別性照護，加強高齡住民自主性健康促進，維持高齡住民剩餘之功能，遵守照護倫理，減少約束狀況，善用輔具資源，強化自理照顧功能，避免「廢用症候群」的發生。

### （二）政策制度面

依「活躍老化」之政策架構，以延長生活品質與健康平均餘命為最終目的及次要概念，擺脫團體式、效率型的照護方式，發展符合本土文化、個人化、人性化之共同生活家庭式照顧為主（人本照護）的小單位（unit care）多機能機構生活型態以促自主性照護之提升。

### （三）教育方面

在專業人員教育培訓中，加強有關維持機構高齡住民自主性之相關課程及核心能力之考核，提升病人對自己健康決定的能力，藉以強化住民的控制進而提升自主性及生活品質。

## 參考文獻

### 一、中文部分

- 內政部（2010）。老人福利機構評鑑。取自<http://sowf.moi.gov.tw/04/10.htm>
- 內政部社會司（2012）。老人福利法。取自[http://sowf.moi.gov.tw/04/02/02\\_1.htm](http://sowf.moi.gov.tw/04/02/02_1.htm)
- 內政部統計處（2006）。老人狀況調查報告。臺北市：作者。
- 內政部統計處（2013）。2013年3月底我國老人長期照顧及安養機構概況。取自<http://sowf.moi.gov.tw/stat/week/list.htm>
- 方富民（2004）。頭頸癌病患之健康生活品質研究（未出版之博士論文）。高雄醫學大學，高雄市。
- 王鈺淵（2006）。老男性憂鬱症與身體疾病之關係：某安養機構之調查（未出版之碩士論文）。國立成功大學，臺南市。
- 朱婉霞（2011）。探討長期照護機構老人自主性對生活品質之影響（未出版之碩士論文）。國立陽明大學，臺北市。
- 行政院經濟建設委員會（2012）。中華民國臺灣50年至149年人口推計。取自<http://www.cepd.gov.tw/m1.aspx?sNo=0000455&ex>
- 行政院衛生署（2009）。九十八年度一般護理之家評鑑作業程序。取自[http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2\\_p01.aspx?class\\_no=211&now\\_fod\\_list\\_no=10622&level\\_no=1&doc\\_no=71479](http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_p01.aspx?class_no=211&now_fod_list_no=10622&level_no=1&doc_no=71479)
- 行政院衛生署國民健康局（2007）。臺灣中老年人身心社會生活狀況長期追蹤調查。取自<http://www.bhp.doh.gov.tw>
- 吳奇璋（2009）。養護機構內老年人自主性及其影響因素之探討（未出版之碩士論文）。美和技術學院，屏東縣。
- 吳奇璋、黃惠滿、高家常、高碧凰（2010）。養護機構內老年人自主性及其相關因素之探討。*長期照護*，14（1），27-42。
- 李孟芬（2009）。審視現階段長期照護機構身體約束倫理議題。*長期照護雜誌*，13（2），143-155。

- 李春香 (2007)。社區老人日常生活功能、自覺健康狀態、憂鬱狀態與自殺意念之相關性探討 (未出版之碩士論文)。輔英科技大學, 高雄市。
- 林富琴、邱啟潤 (2004)。接受居家服務老人生活品質及相關因素探討。《長期照護雜誌》, 8 (1), 56-78。
- 社團法人臺灣長期照護專業協會 (2007)。九十六年度臺北市政府委託辦理臺北市安養護暨長期照護機構評鑑成果報告。臺北市: 作者。
- 邱美汝、陳玉敏、李月萍 (2007)。長期照護機構老人的生活適應及影響因素。《實證護理》, 3 (2), 119-128。
- 侯清雲 (2005)。活動治療在長期機構中的功能。《臺灣老人保健雜誌》, 1 (2), 43-51。
- 姚開屏 (2005)。臺灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷之發展及使用手冊 (第二版)。臺北市: 臺灣簡明版世界衛生組織生活品質發展小組。
- 柯麗薇 (2004)。養護機構住民生活品質及其相關因素探討 (未出版之碩士論文)。國立臺灣大學, 臺北市。
- 張曉婷 (2009)。長期照護機構高齡住民生活品質調查及其影響因子探討 (未出版之碩士論文)。國立成功大學, 臺南市。
- 莊雅婷 (2006)。養護機構老人自主性之探討 (未出版之碩士論文)。東吳大學, 臺北市。
- 曾思瑜 (2005)。自費安養機構中高齡住民休閒行為活動領域之研究: 以臺南地區三家安養中心為例。《設計學報》, 10 (3), 39-55。
- 黃惠滿、蘇貞瑛 (2000)。屏東縣麟洛鄉老人自覺健康狀況、社會活動與精神狀況之初探。《大仁學報》, 18 (3), 253-265。
- 黃筱君 (2008)。老人自主性、代間關係與生活滿意度之研究 (未出版之碩士論文)。輔仁大學, 新北市。
- 黃慧莉 (2003)。自主性的概念分析。《醫護科技學刊》, 5 (2), 130-141。
- 黃慧莉、林惠賢 (2002)。老人知覺自主性量表: 中文修訂版的信效度評估。《中國測驗學測驗年刊》, 49 (2), 183-197。
- 黃慧莉、林惠賢 (2003)。老人知覺自主性及其相關因素之探討。《護理研究》, 11

- (4) , 277-286。
- 黃璉華 (1993) 。鄉村社區老人健康自評、與信念與行為。 *公共衛生* , 20 , 221-232。
- 趙安娜 (2002) 。 *鄉村社區老年人生命意義、健康狀況與生活品質及其相關因素之探討* (未出版之碩士論文) 。國立臺北護理學院, 臺北市。
- 蔡淑鳳、吳清華、葉淑娟 (2009) 。機構品質可以影響住民士氣嗎? 以高雄市安養護機構為例。 *中山管理評論* , 17 (1) , 251-276。
- 蔡翔傑 (1997) 。背道而馳? 老人福利機構評鑑機制實行之初探性研究。 *社區發展季刊* , 119 , 347-370。
- 蕭淑貞、李世代 (1999) 。 *長期照護* 。臺北市: 藝軒圖書。
- 戴玉慈、楊清姿、王祖琪、鄭雅心 (1995) 。 *長期照護服務對象功能分類系統之探討* (行政院衛生署委託研究計畫編號: DOH84-HP-5E06) 。臺北市: 行政院衛生署。
- 謝佳蓉、蕭仔伶、劉淑娟 (2007) 。老年住民在長期照護機構中的心理健康促進與情緒調適。 *長期照護雜誌* , 11 (2) , 132-140。
- 蘭寶珍 (2010) 。 *失能老人的生活品質及其相關影響因素: 以居家及機構老人為例* (未出版之碩士論文) 。高雄醫學院, 高雄市。
- 顧艷秋、劉文健 (2005) 。安養機構老人生活品質及其影響因素。 *榮總護理* , 22 (4) , 389-398。

## 二、英文部分

- Armer, J. M. (1993). Elderly relocation to a congregate setting: Factors influencing adjustment. *Issues in Mental Health Nursing*, 14(2), 157-172.
- Armer, J. M. (1996). An exploration of factors influencing adjustment among relocation rural elders. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 28(1), 35-39.
- Beauchamp, T. L., & Childres, J. F. (1983). *Principles of biomedical ethics* (2nd ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Birder, L., Slimmer, L., & Lesage, J. (1994). Deperssion and issues of control among

- elderly people in health care setting. *Journal of Advanced Nursing*, 20(4), 597-604.
- Chantal, C. M., Kerstrs, A., Ribbe, M. W., Campen, C. V., & Ooms, M. E. (2000). The relation between quality of co-ordination of nursing care and quality of life in Dutch nursing home. *Journal of Advanced Nursing*, 32(6), 1364-1373.
- Clark, P., & Bowling, A. (1990). Quality of everything life in long stay institutions for the elderly: An observational study of long stay hospital and nursing home care. *Social Science and Medicine*, 30(11), 1201-1210.
- Davies, S., Laker, S., & Ellis, L. (2002). Promoting autonomy and independence for older people within nursing practice: An observational study. *Journal of Clinical Nurse*, 9, 127-136.
- Dwyer, L. L., Nordenfelt, L., & Ternestedt, B. M. (2008). Three nursing home residents speak about meaning at end of life. *Nursing Ethice*, 15(1), 97-109.
- Geraldine, B. (2008). Autonomy in long-term care: A need, a right or a luxury. *Disability & Society*, 23(4), 299-310.
- Hertz, J. E., & Anschutz, C. (2002). Relationships among perceived enactment of autonomy, self-case and holistic health in community-dwelling older adults. *Journal of Holistic Nursing*, 20(2), 166-185.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size, for activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Krause, N. (1991). Stress and isolation from close ties in later life. *Journal of Gerontology*, 46(4), 5183-5194.
- McWilliam, C., Belle-Brown, J., Carmichael, J., & Lehman, J. (1994). A new perspective on threatened autonomy in elderly persons: The disempowering process. *Social Science and Medicine*, 38(2), 327-338.
- McFarland, G. K., & McFarland, E. A. (2002). *新臨床護理診斷* (周幸生、歐嘉美、蔡素華、康百淑、葉明珍、張秉宜、白司麥、程仁慧，合譯)。臺北市：華杏。(原著出版於1997)
- Nolan, M., Grant, G., & Nolan, J. (1995). Busy doing nothing: Activity and interaction

- levels amongst differing populations of elderly patients. *Journal of Advanced Nursing*, 22(30), 528-538.
- Paskulin, L. M. G., & Molzahn, A. (2007). Quality of life of older adults in Canada and Brazil. *Western Journal of Nursing Research*, 29, 10-26.
- Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of American Geriatrics Society*, 23(10), 433-441.
- Sheikh, J. A., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric depression scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. In T. L. Brink (Ed.), *Clinical gerontology: A guide to assessment and intervention* (pp. 165-173). New York, NY: The Haworth Press.
- Smith, K. V. (2005). Ethical issues related related to health care: The older adult's perspective. *Journal of Gerontological Nursing*, February, 32-39.
- Tu, Y.-C., Wang, R.-H., & Yeh, S.-H. (2006). Relationship between perceived empowerment care and quality life among elderly residents nursing homes in Taiwan: A questionnaire survey. *Journal of Nursing Student*, 436(6), 673-680.
- Zhan, I. (1992). Quality of life: Conceptual and measurement issues. *Journal of Advanced Nursing*, 17(4), 795-800.

# Study on the Correlation and Influencing Factor between Autonomy and Quality of Life Aged Residents of Small-scale Seniors' Home in Taipei City

Chih-Chi Ma\* Cheng-Yu Chen\*\*

## Abstract

**Objective:** This research paper aims to find the influencing factors between autonomy and quality of life of aged residents in small-scale seniors' home in Taipei. **Method:** This research paper adopts "cluster sampling" methodology basing organization as a unit. The way to collect data is through face-to-face interviews with using structured questionnaires, including the background variables questionnaire, Barthel Index, geriatric depression scale, perceived health status scale, perceived enactment of autonomy scale and WHOQL-BREF. **Results** achieved total 38 small-scale Seniors' home in Taipei City, no dementia (SPMSQ  $\geq 6$  points), age  $\geq 65$  years aged or older who can communicate of 351 (100%) effective sample. **Results:** The autonomy of the research subjects is moderate. "decision makers for living in small-scale seniors' home", "activity of daily living", "depression degree" and "perceived health status" have been found to be major factors in accurate predictions. The "social relations category" and the "environment category" in "quality of life" of the research

---

\* Graduate Student, Department of Health Promotion and Health Education, National Taiwan Normal University

\*\* Assistant Professor, Department of Health Promotion and Health Education, National Taiwan Normal University (Corresponding author), E-mail: t09004@ntnu.edu.tw

subjects are above average, while their “mental category” and “physical category” are only at the moderate level. “gender”, “age”, “educational status”, “living time in care facilities”, “payers of living expenses”, “activity of daily living”, “depression degree”, “perceived health status” and “autonomy” are major predictoy. Suggestion: The ultimate goal of “deinstiutionalization” care is to keep the self-Implement, independence and individualism in the elders by valuing their diversities, providing levels of health caring systems and strengthening individualized caring policies to prevent them from “disuse syndrome”.

**Key words:** Aged residents of small-scale seniors’ home, Quality of life, Autonomy



# 「同理反應情境式量表」之 編製與信效度檢驗

程景琳\* 廖小雯\*\*

## 摘要

同理心是指個體對於他人的不幸，在設想對方遭遇後，對其產生同理相關之情感及行為的反應歷程。本研究之目的在發展以人際脈絡為判斷依據之同理心量表，藉以測量青少年在互動情境中，反映於情感與行為反應向度的同理傾向。本研究先以155位國中生進行預試量表的施測，根據項目分析的結果，界定出包含兩個故事情境、共24題的正式量表內容。再以三組國中生樣本，進行「同理反應情境式量表」之信度與效度檢驗。其中，信度分析結果顯示，本量表具有良好的內部一致性及再測信度；由因素分析結果可知，「情感反應」向度符合兩預期因素——同情感受與個人憂惱，「行為反應」向度亦符合兩預期因素——幫助受害者反應與攻擊加害者反應，分析結果也顯示，「同理反應情境式量表」具有區辨效度與效標關聯效度。另外，本研究初步發現，同理心可視為由同理情感反應而致同理行為反應之過程；迴歸

---

\* 國立臺灣師範大學教育心理與輔導學系副教授（通訊作者），E-mail: clcheng@ntnu.edu.tw

通訊地址：臺北市和平東路一段162號，聯絡電話：02-77343790

\*\* 美國佛羅里達大學心理學系博士生

投稿日期：102年7月14日；修改日期：102年11月27日；接受日期：102年12月4日

DOI: 10.3966/207010632013120040003

分析結果顯示，個人憂惱可能藉由同情感受而影響幫助反應，而個人憂惱與同情感受之交互作用，對於攻擊加害者反應有正向預測力。最後，並提供未來研究及量表應用之建議。

**關鍵詞：**同理心、行為反應向度、情感反應向度、情境式量表

## 壹、緒論

同理心一向被視為是影響人際互動行為之重要能力，可反映個體能夠理解與感受別人的情緒，而這些情緒或感受亦成為後續行為反應的主要動機。過去研究發現，同理心有助於個體的正向社會行為表現，而同理心的缺乏則與負向社會行為有關。根據多向度同理心歷程的理論主張，同理心的內涵包含認知、情感與行為面向的影響過程；然而，多數同理心的研究僅針對認知及情感面向，亦即評估個體若能理解與感受對方的情緒狀態，在情感層面上顯現出同情、憐憫、難過、不安等狀態，則表示其有同理心。目前仍少見有研究著墨於因同理感受所引發之同理行為反應，為深入探討同理心的反應歷程，本研究乃根據多向度同理心歷程的理論主張，發展包含情感與行為反應向度之同理心量表，並初探同理心之情感反應與行為反應間之影響關聯。另，不同於一般同理心量表大多評估特質性的同理心，本研究以情境式量表的設計，評估受試者考量情境脈絡之同理反應。

### 一、同理心的定義內涵

同理心是一個複雜的構念，不同的研究者對於同理心的內涵有不同的看法。Mead (1934) 首先認為，同理心是指了解他人心理與情緒狀態的認知能力，亦即，「個體有能力採納自己以外的其他觀點的能力」，因此後來有研究者即以觀點取替 (perspective-taking) 來代表同理心 (Eisenberg, 2000)。Mehrabian與Epstein (1972)、Strayer與Roberts (2004) 則重視同理心的情感面向，前者將同理心定義為「對他人的情緒經驗能有同感的情緒反應」，後者則更強調個體對他人情緒感受的相似或一致程度，即同理心是指能正確理解他人的情緒感受。

Hoffman (2000) 亦重視同理心的情感層面，但他認為同理心並非是個人感受與對方感受相配 (match) 的結果 (outcome)，而是在於二人感受有所關聯的過程 (process)。同理反應 (empathic response) 的必要條件是個體的「心理過

程使其所產生的情緒感受與對方情境適合 (congruent) 的程度，更勝於自己的情境」(Hoffman, 2000, p. 30)，因此，根據Hoffman的看法，同理激發的過程是指觀察者在了解受害者的內在狀態之後，產生同理苦惱 (empathetic distress) 的情感反應，但此感受未必是與受害者完全相同的情緒，而是能對受害者所處境遇表現出相稱的情感反應。例如：個體看到受害者的不幸遭遇後，有可能會因為同理而出現生氣、憤慨的情緒，即使受害者實際上所感受到的情緒是難過（而非生氣）。是以，Hoffman將觀點取替視為個體經驗到情感同理的前提，亦即，當個體因他人的遭遇而表現出某些情感反應時，表示其認知歷程已經在進行當中。此外，Hoffman也將情感同理的定義從與受害者有相同的情緒反應，進一步拓展為對受害者遭遇有相稱的情緒反應。

除了將同理心區分為認知與情感兩個面向之外，也有學者以更多向度的內涵來說明同理心這個構念。例如：Feshbach (1975) 認為，同理心包含了辨識情緒線索、觀點取替及情感反應能力等三個部分。Davis (1983) 則認為，同理心包含了觀點取替、幻想 (fantasy)、同理關懷 (empathetic concern) 及個人苦惱 (personal distress) 等四個向度，其中，觀點取替是指個體能自發性地以他人的觀點來看待事情；幻想是指個體能將自己置身於戲劇、電影或故事情節中，去想像主角的感受或行為反應；同理關懷是指對他人產生的同情與關懷；個人苦惱則是指個體在該情境時自身的不安、焦慮等不舒服的情緒。

除了以多向度來說明同理心的內涵，Marshall、Hudson、Jones與Fernandez (1995) 又進一步主張，同理心具有多向度的「歷程」，並在認知與情感之外，同時納入了行為反應。Marshall等人認為，同理心的產生過程依序應包含個體的情緒辨識、觀點取替、情緒複製及反應決定，亦即，同理心的展現首先要能正確地辨識他人的情緒狀態，而在認知上理解他人想法後，個體才有能力去經驗或同感他人的情緒狀態，再決定自己要對他人做出何種行為反應，且此行為反應會與特定的情境有所關聯。此多向度歷程的同理心取向，不僅包含了不同面向的同理心成分，也推論各成分之間的前後關聯，亦即，假設了情緒辨識→認知理解→情感同理→行為傾向的同理產生過程，同時，亦納入對情境特性之考量。研究者認為，這樣的主張大大擴展了一般

僅以認知同理及情感同理成分來說明同理心內涵的看法，且歷程取向同時涵蓋同理心的認知、情緒、行為及情境特性之考量，提供了對同理心發展機制及脈絡進行檢視之參考架構。

因此，本研究根據Hoffman (2000)、Davis (1983)、Marshall等人 (1995) 之理論主張，視同理心為多向度之構念，而將同理心定義為個體對他人不幸處境所產生之認知理解、情緒感受與反應傾向的歷程，亦即，在認知設想對方的遭遇後，產生與其處境相稱之情緒，並引發對相關人事物之行為反應。

## 二、同理心的測量

在同理心的研究中，以量表進行自我報告或他人報告之同理心測量，可說是最常見的方式，而這些量表所評估的大多屬於特質性的同理心，即在測量上將同理心視為具有跨情境與跨時間的穩定特質 (Marshall et al., 1995)。而個體所展現的同理心能力則常以同理性特質傾向 (empathetic disposition)、人際定向 (interpersonal orientation)、特質傾向性同理心 (dispositional empathy) 等詞彙來描述 (Duan & Hill, 1996)。在填答自陳式同理量表時，受試者主要針對題目內容的敘述與自己平時實際表現的符合程度回答，研究上常使用的量表，例如：Bryant (1982) 的同理心指標 (Bryant's Index)、Davis (1983) 的人際反應量表 (Interpersonal Reactivity Index, IRI)、Mehrabian與Epstein (1972) 的情緒同理心問卷 (Questionnaire Measure of Emotional Empathy, QMEE) 等，皆屬於評估個體一般性的同理特質。

另外一種測量方式則是將同理心視為特定情境下所產生的認知與情緒反應，故通常會以「情境」作為刺激材料，以測量個體對情境主角之遭遇所引發的同理回應。這也表示，隨著情境的變化，個體可能會有不同的同理表現 (Duan & Hill, 1996)。納入情境特性於同理心評量的作法之一為實驗情境的操弄，例如：Klein與Hodges (2001) 以一般情境、知覺被評量情境與酬賞情境的設計，探討同理心的個別差異。另一種作法則是，在受試者觀看情境影片後，以訪談來了解個體的情感反應與故事主角的一致程度，並以受訪者所提供的理由來判定其同理心表現，例如：Strayer與其同事的多項研究（如

Cohen & Strayer, 1996; Roberts & Strayer, 1996; Robinson, Roberts, Strayer, & Koopman, 2007; Strayer, 1993; Strayer & Roberts, 2004)，皆以影片來呈現同理情境刺激，再進行個別訪談，以評量其同理心表現。然而，目前仍極少見將情境刺激納入同理心的自陳式量表，國內僅可見以成人為受測對象之「觀點取替故事同理心量表」（趙梅如、鍾思嘉，2004）。

考量同理心之多向度歷程的看法，亦即Marshall等人（1995）主張同理之行為反應與情境特性之關聯，本研究認為，以情境式測驗的模式，將實際的生活情境融入自陳量表中，應為了解個體在特定情境下之同理心表現的可行方式。情境式測驗是指「將應試者置於一個近似或模擬『真實生活』情境中」的測驗（Anastasi & Urbina, 1997），其測驗題項是從所欲預測的效標行為發展或取樣而來，而所呈現的實務脈絡化問題（practical contextualized problems），具有模擬兩可（ambiguity）、有多種可能解決方式的特性（Schmitt & Chan, 2006）。又，情境式測驗通常是以人際互動情境為基礎（Weekley, Ployhart, & Holtz, 2006），提供了擬真性（fidelity）的脈絡，故藉由提供受試者模擬實境去處理真實任務，有助於評估受試者對該領域的實際理解。

因此，本研究參考上述Strayer等人使用於影片中之人際互動情境，編擬適合國內青少年的同理反應情境式量表之題幹，並基於同理心的情感一行為歷程，在量表題項中納入同理心的情感反應及行為反應。

### 三、同理心的情感與行為反應向度

在Davis（1983）所主張的四向度同理心中，將同情他人的「同理關懷」與關注自身情緒的「個人苦惱」加以區隔。Batson、Fultz與Schoenrade（1987）也認為，研究上有必要釐清「同情」及「個人苦惱」視為兩個有關聯、但不相同的概念，因為兩者所引發的後續結果並不盡相同，前者會引發利他導向的目標，亦即希望能幫助他人減輕痛苦，但後者所引發的則是利己目標，也就是會設法減輕自己的不舒服感受。Hoffman（2000）也以「同理心的過度激發」（empathetic overarousal）來說明類似個人苦惱的概念，並指出此種個人情緒反應實異於同情或關懷（乃以他人為導向），但儘管它們在內涵上有所差

異，卻都是與情境相稱的情感反應。因此，本研究所編製的「同理反應情境式量表」在情感反應的部分，也區分出個人導向的「個人憂惱」及他人導向的「同情感受」。

另外，同理行為反應並未被包含在傳統的同理心量表（如IRI、QMEE）中，故基於過去同理心的相關研究發現，例如：高度的同理心有助於青少年的利社會（prosocial）行為表現，而同理心的缺乏則與青少年的攻擊行為（aggression）有關（Eisenberg, 2000; Hoffman, 2000; Lovett & Sheffield, 2007; Miller & Eisenberg, 1988），本研究認為由同理心所引發之行為反應，亦可從正向（如利社會）及負向社會行為（如攻擊）的角度來進行探討。又，根據同理情感引發同理行為反應的主張（Marshall et al., 1995），本研究預期同理的情感反應與行為反應會存在某些關聯性。

根據與同情感受相關的回顧性文獻可知，過去大多數研究結果都支持同情有助於個體的利社會行為，而情感性同理心則與外顯攻擊呈現中度的負相關（Eisenberg & Morris, 2001; Hoffman, 2000）。所以，本研究預期個體的同情感受程度愈高，其利社會行為反應愈多、攻擊行為反應愈少。而在個人憂惱方面，過去研究針對此情緒面向之探討較少，對於其可能造成的行為反應較無明確的結論。Carlo、Allen與Buhman (1999) 曾發現，若個人憂惱程度愈低（且觀點取替程度愈高）時，個體會表現出愈多的利社會行為。而個人憂惱程度愈高時，個體所表現的利社會行為則愈少（Eisenberg & Morris, 2001），則可能是因為個體必須花費更多的力氣去處理自己受激發的不安情緒，而讓他們無法將焦點放在關心受害者的需求上去幫助他們，反而只想要設法減輕自己不舒服的感受（Batson et al., 1987; Cohen & Strayer, 1996）。至於會使用什麼樣的行為反應方式來紓解自己的不安，則可能與個體本身的情緒調節策略有關，也可能與所引發的不安情緒種類（難過、害怕、生氣等）有關。例如：若傾向以逃避的方式來處理負向情緒，則個體可能會自己馬上離開現場，而不會對受害者表現出同理的行為反應；又，若被激發的不安情緒是生氣的話，則可能引發其後續的行為反應是以攻擊來發洩情緒（Rudolph, Roesch, Greitemeyer, & Weiner, 2004）。

因此，本研究推測，個體在面對受害者不幸遭遇而引發高度的個人憂惱時，可能會因逃避情緒困擾來源而缺乏利社會行為反應，亦有可能將焦點轉向加害者，藉由對其宣洩情緒來減緩自身的不安。基於此，本研究在同理心量表中的行為反應題項中，除了編入可能因同情所引發的幫助受害者的反應之外，亦編入可能針對加害者的攻擊反應，並推測受試者在看到情境故事主角的遭遇後，可能會引發其為受害者感到難過的情緒，而想要去幫助受害者的反應傾向，或者也可能引發其對加害者不滿的情緒，而想要去攻擊加害者的反應傾向。

#### 四、同理心的性別差異

過去研究發現，在同理心的不同向度上，可能有性別差異的表現；在情感同理的評量上，女性的表現明顯高於男性 (Cohen & Strayer, 1996; Eisenberg & Morris, 2001; Hoffman, 1977; Malti, Gummerum, Keller, & Buchmann, 2009)，但在辨識他人情緒、認知觀點取替的表現上，男、女性的表現並沒有顯著的不同 (Eisenberg & Morris, 2001; Hoffman, 1977)。基於過去研究結果，研究者預期在同理反應情境式量表中，女性在同理心之情感反應向度的表現，會有高於男性的傾向。

過去研究亦普遍發現，男性之肢體攻擊傾向明顯高於女性 (Craig, 1998; Veenstra et al., 2005)，而女性通常比男性更易表現利社會行為 (Caputi, Lecce, Pagnin, & Banerjee, 2012; Eisenberg & Lennon, 1983)。故研究者預期在同理反應情境式量表之行為反應向度上，女性會比男性有較多幫助受害者行為的表現，而男性則比女性有較多攻擊加害者行為的傾向。

#### 五、本研究目的

本研究以同理心多向度歷程取向為編製量表基礎，在題項內容中反映出同理心之認知—情感—行為成分，並使用情境式量表的設計，藉由呈現擬真情境、由填答者對題項進行主觀評斷，以期減低選答社會期許 (socially desirable) 答案之傾向。本研究將個體對情境主角遭遇的了解，視為觀點取替

的涉入，並以之作為個體針對情境主角表現出情感與行為反應的基礎；「情感反應」包含個人憂惱與同情感受兩個面向，「行為反應」則包含對受害者的幫助傾向及對加害者的攻擊傾向。本研究旨在編製量表內容後，進行信度及效度考驗，並初步探討同理心之情感反應向度與行為反應向度間之關聯。

## 貳、研究方法

### 一、預試量表之編擬

#### (一) 同理反應情境式量表之題幹

本研究參考過去同理心研究中，以影片測量同理心所使用的情境內容(Cohen & Strayer, 1996; Robinson et al., 2007)，並參酌適合本地青少年學生之生活經驗，編擬了四個短文故事：情境A——午餐插曲；情境B——課堂報告；情境C——新腳踏車；情境D——下課聊天。故事內容主要是具體描述出主角所經驗的不幸遭遇，而此不幸事件發生的脈絡包含公開、多人在場的情況（如上課中發生的事），以及少數人私下互動的情況（如跟朋友的互動）。在每個故事中都會安排兩個同性別之特定角色，分別為遭遇不幸事件的人（即受害者）與造成此不幸事件的人（即加害者）。

#### (二) 同理反應情境式量表之題項

本量表在題項內容中包含了同理心的情感反應與行為反應。每一個情境故事之後，接續為此二向度之12道題項，故預試版本之量表共有48題。

同理的情感反應有兩個面向，即個人憂惱及同情感受，題項敘述主要參考Valiente等人(2004)與Batson等人(1987)的研究進行編擬。個人憂惱是指因故事情境引發作答者之煩悶、苦惱、緊張不安情緒的情況，量表題目如：「看到這個狀況會讓你感到煩悶嗎？」。同情感受則指作答者對事件主角的關心、感到難過與同情的程度，量表題目如：「你會關心凱傑（故事主角）嗎？」。

同理的行為反應則包含對受害者的幫助行為及對加害者的攻擊行為兩個面向，題項敘述參考自Caravita、Blasio與C. R. I. d. e. e. (2009)的「維護受害者量表」(Defender of the Victim Scale)，以及Marsee等人(2011)之「同儕衝突量表」(Peer Conflict Scale)。其中，幫助受害者行為反應的題目包括阻止加害行為(如阻止大家嘲笑受害者)、直接幫助(如幫助受害者清理髒東西)、邀請其他同學幫忙受害者(如請大家一起幫忙清理)；攻擊加害者行為反應的題目則包含對加害者施以口語(如罵他)、肢體(如揍他)、或關係攻擊(如故意不理他)等舉動。

完成情境故事之編擬後，由數位國中教師閱讀故事內容，確定情境內容在國中階段生活經驗之適用性，也請十位不同程度之男、女國中生進行量表之試答，以檢視其對題意之理解，並據以調整敘述不清之處。

## 二、量表之預試

### (一) 預試對象

本研究之預試對象為來自臺北市之155位七年級學生，包含75位男生、80位女生，平均年齡為12.66歲( $SD = .34$ )。

### (二) 項目分析

本研究以決斷值大於3、刪題後能提升分量表內部一致性係數、共同性大於.30及題目與分量表總分的相關達統計顯著水準等四個指標進行項目分析。

1. 決斷值部分：取四個分量表總分之前27%與後27%的樣本進行差異檢定，除了情境A之第1、10、11題( $t_s = 1.99, 1.57, .75$ )與情境C之第5題( $t = 3.00$ )的決斷值未大於3以外，其餘各題項的 $t$ 值介於4.06~14.38之間，皆達.01的統計顯著水準。

2. 刪題後之內部一致性係數：發現若刪去情境A之第1、5、10、11題，能提升分量表之內部一致性。

3. 共同性檢驗：顯示情境A之第1、12題之共同性低於.30。

4. 題目與分量表總分的相關：所有題項均達.05的統計顯著水準。

綜合上述分析結果，研究者決定刪除情境A。雖然情境C僅第五題之決斷值未通過標準，但慮及量表總題數不宜過多，且在平衡情境類型之題項數目的考量下，本研究在正式量表中只納入情境B與情境D，即「課堂報告」及「下課聊天」兩個情節故事（見附錄）。

### 三、正式施測

#### （一）研究參與者

為能充分並反覆檢視正式量表之信度及效度品質，同時考量填答者之答題量負荷、受測學校之時間安排，以及能包含不同年級之受試學生，在本量表發展過程中，共使用了三個樣本。三個樣本皆為來自臺北市及新北市國中，於2009學年度以便利抽樣所得之受測對象。樣本一為326位國中七年級學生，包含男生152位、女生160位（另14位未填答性別），平均年齡為12.65歲（ $SD = .31$ ）。樣本二是105位九年級學生，其中51位男生、54位女生，此樣本主要用於評估本量表與利社會行為指標之關聯。樣本三則為62位八年級國中生，用以檢視本量表之再測信度。

#### （二）正式量表內容

「同理反應情境式量表」之主要目的在測量個體面對特定情境時所產生的同理反應，量表中包含了兩個情境：「課堂報告」及「下課聊天」，前者的情境特性是故事主角受到班上同學當面嘲弄，引起全班哄堂大笑，而有公開受挫的遭遇；後者的情況則是故事主角想要加入社交互動，卻未能得到回應，以致有人際需求受阻的結果。本量表題項涵蓋兩種同理反應向度，即「情感反應」及「行為反應」，其中，情感反應向度包含「個人憂惱」及「同情感受」兩個分量表：「個人憂惱」是指個體針對情境主角之不幸遭遇，所產生的個人煩悶、難過、緊張情緒之反應程度；「同情感受」則指個體對情境主角所產生之關懷與同情程度。行為反應向度包含「幫助受害者反

應」及「攻擊加害者反應」兩個分量表：「幫助受害者反應」指個體針對情境故事中之受害者，施予協助行為的傾向；「攻擊加害者反應」則指個體會對情境故事中之加害者，表現出攻擊行為的傾向。

「同理反應情境式量表」共有24題，四個分量表各有六題。作答方式為Likert四點量表，填答者在閱讀完情境故事之後，針對題目敘述選出最符合自己感受的答案。「個人憂惱」的題目乃詢問填答者面臨該情境之情緒感受，作答選項為「一點也不」、「有些煩悶」、「煩悶」、「非常煩悶」，分別計為1~4分；「同情感受」的題目是詢問填答者對故事主角關心及同情的程度，作答選項為「一點也不」、「有點關心」、「關心」、「非常關心」，分別計為1~4分；「幫助受害者」反應之題項是詢問填答者會去幫助情境受害者的可能程度，作答選項為「絕對不會」、「30%會」、「70%會」、「絕對會」，分別計為1~4分；「攻擊加害者」反應的題項則詢問填答者若自己是情境主角，會對加害者採取攻擊回應的可能程度，作答選項為「絕對不會」、「30%會」、「70%會」、「絕對會」，分別計為1~4分。

### （三）其他評量工具

#### 1. 同理心量表

同理心量表為林苡彤與程景琳（2010）依據Davis (1983)的「人際反應量表」翻譯修訂而成，主要在測量青少年間感受他人的情緒反應與經驗，包含同理關懷與觀點取替兩個分量表；全量表共有12題，每個分量表各六題。作答方式為Likert五點量表，受試者依照題目敘述與自己實際情況的符合程度，由「從不如此」、「很少如此」、「有時如此」、「經常如此」、「總是如此」五個選項中作答，計分依序為1~5分，總分愈高表示整體同理心愈佳，「同理關懷」分量表得分愈高，表示受試者愈能在情感上關懷遭遇不幸的人，「觀點取替」分量表得分愈高，表示受試者愈能在認知上設身處地、理解他人的心理觀點。全量表、同理關懷分量表、觀點取替分量表的內部一致性係數分別是.89、.85及.91。以主成分因素分析法進行直接斜交轉軸，得到符合預期的因素結構，其中，「同理關懷」的因素負荷量介於.65~.81

之間，「觀點取替」的因素負荷量介於.63～.79之間，整體解釋變異量為55.57%。

## 2. 社交行為之同儕提名問卷

本研究使用Grottpeter與Crick (1996) 所發展之「兒童社交行為量表：同儕版」(Children's Social Behavior Scale: Peer Report)，評估受試者之正、負向社交行為。此量表以同儕提名的方式進行填答，共包含三個分量表：五題關於外顯攻擊行為、五題關於關係攻擊行為、四題關於利社會行為，受試者針對各題敘述分別提名班上三位同學的座號。計分方式則是先分別累計每位學生在每一題中被提名的次數，各分量表分別計算其總分，再將提名次數轉化為標準化分數，即代表該名學生在該向度社交行為之得分。本研究在樣本一施測「外顯攻擊行為」分量表，另外在樣本二施測「利社會行為」分量表。

# 參、研究結果

## 一、同理反應情境式量表之信度檢驗

從表1可知，全量表之「個人憂惱」、「同情感受」、「幫助受害者」及「攻擊加害者」等四個分量表的Cronbach's  $\alpha$ 介在.69～.87之間，分別以兩個情境故事之內部一致性係數來看，情境一（課堂報告）分量表之Cronbach's  $\alpha$ 介在.70～.83之間，情境二（下課聊天）分量表的Cronbach's  $\alpha$ 介在.73～.89之間，顯示本量表具有良好的內部一致性。

再以樣本三之62位國中學生，間隔兩週進行同理反應情境式量表之重測，所得之分量表再測信度為：個人憂惱 (.74,  $p < .001$ )、同情感受 (.82,  $p < .001$ )，幫助受害者 (.70,  $p < .001$ )、攻擊加害者 (.64,  $p < .001$ )；顯示本量表具有可接受的再測信度。

表1

同理反應情境式量表之內部一致性係數 ( $N = 105$ )

	全量表	情境故事一	情境故事二
個人憂惱	.83	.78	.83
同情感受	.87	.83	.89
幫助受害者	.83	.70	.85
攻擊加害者	.69	.73	.73

## 二、同理反應情境式量表之效度檢驗

### (一) 因素效度

首先將「情感反應」向度共12題題項，以主成分因素分析之最大變異法萃取因素，得到符合預期的兩個因素，按照題意依序命名為「同情感受」與「個人憂惱」，各題項之因素負荷量介於.60~.84之間。再將「行為反應」向度共12題題項，以主成分分析之最大變異法萃取因素，亦得到兩個因素，按照題意分別命名為「攻擊加害者」與「幫助受害者」，各項題之因素負荷量介於.40~.84之間。

表2

各分量表之因素負荷量

向度		因素負荷量	解釋變異量 (%)
情感反應	個人憂惱	.60~.80	29.63
	同情感受	.70~.84	35.20
行為反應	幫助受害者	.40~.84	26.51
	攻擊加害者	.70~.81	30.15

## (二) 區辨效度

### 1. 性別差異分析

以多變量變異數分析考驗男生與女生在同理反應情境式量表的得分是否有性別差異，結果發現，Wilk's  $\lambda$  為 .87 ( $\eta^2 = .14, p < .001$ )，因此，進一步以單因子變異數分析進行性別差異比較。結果發現，女生在個人憂惱、同情感受、幫助受害者分量表的得分上，顯著高於男生 ( $F_s = 14.83, 26.65, 19.46, p < .001$ )，而男生的攻擊加害者得分則顯著高於女生 ( $F_s = 22.12, p < .001$ )；可見，女生對於同理心情境事件會有較多的情緒反應及幫助行為，而男生相對則會表現出較多的攻擊行為反應。此性別差異的結果符合預期，顯示本量表具有適當的區辨效度。

表3

男、女生之同理反應的平均數、標準差與差異比較結果 ( $N = 305$ )

分量表	男		女		<i>F</i>	事後比較
情感向度						
個人憂惱	11.01	(4.42)	12.85	(3.94)	14.83***	女>男
同情感受	13.79	(4.73)	16.36	(3.95)	26.65***	女>男
行為向度						
幫助受害者	14.47	(4.47)	16.67	(4.24)	19.46***	女>男
攻擊加害者	11.89	(5.18)	9.57	(3.29)	22.12***	男>女

\*\*\* $p < .001$ .

### 2. 分量表間的相關分析

從表4的積差相關結果可知，個人憂惱與同情感受的相關為.67、與幫助受害者反應的相關為.47，同情感受與幫助受害者反應的相關為.74，皆達統計顯著；而同情感受與攻擊加害者反應具有低度負相關(-.17)。由此可知，因情境所引發之同理心的情感反應與行為反應二向度之間，具有顯著的關聯，情感反應與對受害者的幫助行為具有正相關，而情感反應（特別是同情感

受)亦與對加害者的攻擊行為有負相關。個人憂惱與同情感受呈現中度的正相關,即個人的情緒憂惱程度愈高,則對情境主角的同情程度也愈高;幫助受害者反應與攻擊加害者反應呈現低度負相關,表示個體對受害主角的幫助反應愈多,則對加害主角的攻擊反應愈低。上述結果顯示,同理反應情境式量表的情感與行為向度之間,具有符合預期方向性之關聯。

表4

同理反應情境式量表之內部相關 ( $N = 326$ )

分量表	個人憂惱	同情感受	幫助受害者
同情感受	.67***		
幫助受害者	.47***	.74***	
攻擊加害者	.04	-.17**	-.18**

\*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

另外,從表4中可見個人憂惱與攻擊加害者反應之間並沒有顯著的關聯( $r = .04, p > .05$ )。但是,根據前述的文獻探討顯示,個人憂惱與攻擊加害者間的關聯,可能會與同情感受相互干擾,因此,研究者在控制「同情感受」的影響下,得到「個人憂惱」與「攻擊加害者」間之淨相關為.17 ( $p < .05$ ),表示個人憂惱與攻擊加害者反應之間具有獨特的正向關聯,符合研究預期。所以,此淨相關的分析結果一方面顯示同情感受與個人憂惱之可區辨性,也意味著個人憂惱與同情感受間的相互關係,可能會影響個體的同理行為反應。

### (三) 效標關聯效度

從表5可知,「同理反應情境式量表」中的情感向度(個人憂惱及同情感受)與「同理心量表」中的觀點取替、同理關懷及同理心總分,呈現低度至中度的正相關( $r = .13 \sim .43$ ),而且此情感向度與「同理關懷」(即情感面向)之相關值皆高於與「觀點取替」(即認知面向)之相關值。而「同理反應情境式量表」中的行為向度(幫助受害者及攻擊加害者反應)與「同理心

量表」中的觀點取替、同理關懷及同理心總分，亦呈現低度至中度的相關 ( $r = -.22 \sim .42$ )，且幫助受害者反應與同理心量表之得分為正相關，攻擊加害者反應與同理心量表之得分為負相關。另外，「同理反應情境式量表」的行為向度與「外顯攻擊行為」有顯著關聯，但情感向度則與「外顯攻擊行為」沒有關聯；且幫助受害者反應與「外顯攻擊行為」是負相關 ( $r = -.18$ )，攻擊加害者與「外顯攻擊行為」為正相關 ( $r = .46$ )。

表5

同理反應情境式量表與同理心量表、外顯攻擊行為的相關 ( $N = 326$ )

分量表	同理心量表			外顯攻擊行為
	觀點取替	同理關懷	總分	
情感向度				
個人憂惱	.13*	.28***	.22***	-.00
同情感受	.22***	.43***	.36***	-.11
行為向度				
幫助受害者	.28***	.42***	.38***	-.18**
攻擊加害者	-.22***	-.15**	-.18**	.46***

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

又，另以樣本二檢視與利社會行為之關聯，結果發現，「同理反應情境式量表」的個人憂惱、同情感受、幫助受害者反應與「利社會行為」呈現達統計顯著之正相關 ( $r = .29, .45, .50$ )，攻擊加害者反應則與「利社會行為」有負相關傾向 ( $r = -.10, p > .05$ )。

整體而言，本量表之個人憂惱、同情感受、幫助受害者反應及攻擊加害者反應與同理心量表、外顯攻擊行為、利社會行為所呈現之關聯傾向，皆符合研究預期，反映出「同理反應情境式量表」具有不錯的同時效度。

#### (四) 量表應用

本研究所編製「同理反應情境式量表」的特性之一，即是將同理心視為「情感—行為」之反應歷程。又，從前述之分量表間相關分析結果可知，個人憂惱與同情感受兩者間可能具有相互影響的作用。因此，研究者以階層迴歸分析分別進行調節效果與中介效果之檢視，以探討同理心情感反應（個人憂惱及同情感受）對於行為反應（幫助受害者及攻擊加害者）之預測情形。為了避免共線性的問題，本研究將控制變項「外顯攻擊」與「利社會行為」，以及預測變項「個人憂惱」與「同情感受」分別減去其各自的平均數，以中心化的 (centering) 變項投入迴歸方程式中。

從表6的模式一可知，在控制性別與利社會行為之後，同情感受對幫助受害者反應有正向預測力 ( $\beta = .38, p < .01$ )，而模式二的中介效果迴歸分析則發現，個人憂惱原先對幫助受害者反應的正向預測 ( $\beta = .42, p < .01$ )，在加入同情感受後顯著性消失 ( $\beta = .19, p = .08$ )，顯示此三變項之間可能具有「個人憂惱→同情感受→幫助受害者反應」之順序。

表6

同理反應情境式量表之情感向度對幫助受害者反應之預測 ( $N = 99$ )

模式一	依變項：幫助受害者				模式二	依變項：幫助受害者			
	B (SE)	$\beta$	t值	$\Delta R^2$		B (SE)	$\beta$	t值	$\Delta R^2$
Step 1				.25	Step 1				.25
性別	-.31 (.76)	-.04	-.41		性別	-.31 (.76)	-.04	-.41	
利社會行為	.36 (.07)	.51	5.42***		利社會行為	.36 (.07)	.51	5.42***	
Step 2				.23	Step 2				.16
個人憂惱	.18 (.10)	.19	1.48		個人憂惱	.30 (.06)	.42	4.90***	
同情感受	.38 (.11)	.38	3.54**		Step 3				.07
					(個人憂惱)	.18 (.10)	.19	1.78	
					同情感受	.38 (.11)	.38	3.54**	
Total $R^2$	.38				Total $R^2$	.48			

\*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

另從表7的模式一可見，在控制了性別與外顯攻擊後，個人憂惱與同情感受對於攻擊加害者反應皆無統計顯著的預測力；但從模式二可發現，個人憂惱與同情感受的交互作用項，對於攻擊加害者反應產生顯著的正向預測力 ( $\beta = .16, p < .01$ )。

整體而言，上述迴歸分析結果顯示，「同理反應情境式量表」之「情感向度」與「行為向度」的分量表，能夠反映出同理心之情感與行為反應歷程之結構，並具有實徵研究上的意義。

## 肆、結論與建議

### 一、研究結論

本研究之主要目的在編製包含兩種同理反應向度（情感與行為）之情境式量表，經由項目分析、內部一致性、因素分析、差異分析與同時效度考驗後可知，此量表具有不錯的信度與效度。另外，因素分析結果顯示，跨情境

表7

同理反應情境式量表之情感向度對攻擊加害者反應之預測 ( $N = 303$ )

依變項：攻擊加害者					依變項：攻擊加害者				
模式一	$B (SE)$	$\beta$	$t$ 值	$\Delta R^2$	模式二	$B (SE)$	$\beta$	$t$ 值	$\Delta R^2$
Step 1				.23	Step 1				.23
性別	-2.36 (.50)	-.27	-4.75***		性別	-2.36 (.50)	-.27	-4.75***	
外顯攻擊	.51 (.06)	.41	7.96***		外顯攻擊	.51 (.06)	.41	7.96***	
Step 2				.02	Step 2				.02
個人憂惱	.19 (.07)	.18	2.70		個人憂惱	.19 (.07)	.18	2.70	
同情感受	-.18 (.07)	-.19	-2.69		同情感受	-.18 (.07)	-.19	-2.69	
					Step 3				.02
					個人憂惱×同情感受	.03 (.01)	.16	2.94**	
Total $R^2$	.25				Total $R^2$	.27			

\*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

之題目在四個分量表上的因素負荷量皆符合預期之外，迴歸分析結果亦初步支持同理心反應歷程的構念，亦即，個體在同理心情境下所引發的同理情感反應會影響其後續的同理行為反應。因此，在評估同理心歷程時，宜同時將個體的幫助受害者傾向及攻擊加害者傾向也納入考量。

本研究發現，女生在個人憂惱、同情感受與幫助受害者反應等三個向度的得分，均顯著高於男生，表示女生在面對同理心情境時，會產生較多的不舒服情緒感受，其同情受害者及想要幫助受害者的傾向也高於男生。而在攻擊加害者反應得分上，男生的得分顯著高於女生，這顯示男生相對而言，更可能透過攻擊加害者來降低由情境所引發的個人不安感。

從本研究的同時效度分析結果初步發現，本量表所測得之同理心情感反應與利社會行為指標具正相關，且與外顯攻擊指標有負相關，顯示青少年在本情境量表中的同理情感反應傾向愈高，愈傾向表現出利社會行為，也愈少出現外顯攻擊的行為表現，此發現與過去研究結果相符。另外，情境量表中的幫助受害者反應與利社會行為指標具正相關、與外顯攻擊指標有負相關，而情境量表中的攻擊加害者反應與利社會行為指標具負相關、與外顯攻擊指標有正相關，此結果顯示個體本身的利社會傾向與攻擊傾向，與情境量表所測得之行為反應具有一致性的關連。整體而言，「同理反應情境式量表」為適切的測量工具。

## 二、後續研究的建議

本研究將同理心界定為個體在特定情境下進行觀點取替後之情感一行為反應歷程，並在同理心量表中納入擬真的情境為題幹脈絡。雖然將個體的觀點取替能力視為同理之情感與行為反應的基礎，但本研究僅假設當個體在回答「如果你是……，你會……」題項時，即涉入了觀點取替之認知歷程，並未實際評估個體之觀點取替能力。未來研究可再將觀點取替納入同理心反應歷程之測量中，藉以確立同理心之認知—情感—行為反應歷程間的關聯。同時，建議後續研究再進一步擴充同理心情境，並釐清不同的情境特性（如情境故事主題、受害遭遇之責任歸屬、受害主角對情境之掌控度等）對同理之

情感及行為反應的可能影響，以期更能充分了解青少年在面對真實生活情境的同理反應。

同理心的多向度歷程架構，除了強調同理心包含不同成分（如認知、情感、行為）之外，亦主張這些同理心成分之間有某種關聯過程存在。本研究結果初步證實，同理的情感反應可能會影響後續的同理行為反應。另外，根據目前的迴歸分析結果看來，「個人憂惱」與「同情感受」對於個體的同理行為反應（幫助受害者或攻擊加害者行為），可能有相互影響的交互作用，也可能有先後順序之中介路徑，這些可能性仍需未來研究繼續予以確認。若能澄清同理情感反應的獨特角色，將有助我們更了解同理心的影響過程，例如：不同的同理情緒如何影響不同的同理行為反應。

而在提供同理心的介入課程時，多向度同理心歷程之考量，也有助於針對特定族群在某個成分上的特性，提供更具體的實務建議。例如：本研究初步發現，青少年男性可能因為同理引發的個人憂惱，而傾向表現出攻擊加害者的同理行為反應，是以，如何協助其處理個人的情緒不安，亦應為同理訓練的重點之一。

本研究雖在受測樣本中分別納入不同年級之國中生，但參與對象皆為臺北市及新北市之學生，樣本之代表性有所不足，使得研究結果之可推論性及此量表之普遍適用度，在目前有所侷限，建議在未來研究中再以全國性抽樣樣本，持續驗證同理反應情境式量表之效度。

## 參考文獻

### 一、中文部分

- 林苡彤、程景琳（2010）。國中生關係攻擊加害者與受害者之規範信念、同理心與因應策略。《臺東大學教育學報》，21（2），1-28。
- 趙梅如、鍾思嘉（2004）。觀點取替故事同理心量表的發展。《中華輔導學報》，15，39-60。

### 二、英文部分

- Anastasi, A., & Urbina, S. (1997). *Psychology testing* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Batson, C. D., Fultz, J., & Schoenrade, P. A. (1987). Distress and empathy: Two qualitatively distinct vicarious emotions with different motivational consequences. *Journal of Personality*, 55, 19-39.
- Bryant, B. K. (1982). An index of empathy for children and adolescents. *Child Development*, 53, 413-425.
- Caputi, M., Lecce, S., Pagnin, A., & Banerjee, R. (2012). Longitudinal effects of theory of mind on later peer relations: The role of prosocial behavior. *Developmental Psychology*, 48, 257-270.
- Caravita, S. C. S., Blasio, P. D., & C. R. I. d. e. e. (2009). Unique and interactive effects of empathy and social status on involvement in bullying. *Social Development*, 18, 140-163.
- Carlo, G., Allen, J. B., & Buhman, D. C. (1999). Facilitating and disinhibiting prosocial behaviors: The nonlinear interaction of trait perspective taking and trait personal distress on volunteering. *Basic and Applied Social Psychology*, 21, 189-197.
- Cohen, D., & Strayer, J. (1996). Empathy and conduct-disordered and comparison youth. *Developmental Psychology*, 32, 988-998.

- Craig, W. M. (1998). The relationship among bullying, victimization, depression, anxiety, and aggression in elementary school children. *Personality and Individual Differences, 24*, 123-130.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 44*, 113-126.
- Duan, C., & Hill, C. E. (1996). The current state of empathy research. *Journal of Counseling Psychology, 43*, 261-274.
- Eisenberg, N. (2000). Empathy and sympathy. In M. Lewis & J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 677-691). New York, NY: Guilford Press.
- Eisenberg, N., & Lennon, R. (1983). Sex differences in empathy and related capacities. *Psychological Bulletin, 94*, 100-131.
- Eisenberg, N., & Morris, A. S. (2001). The origins and social significance of empathy-related responding. A review of empathy and moral development: Implications for caring and justice by M. L. Hoffman. *Social Justice Research, 14*, 95-120.
- Feshbach, N. D. (1975). Empathy in children: Some theoretical and empirical considerations. *The Counseling Psychologist, 5*, 25-30.
- Grotzinger, J. K., & Crick, N. R. (1996). Relational aggression, overt aggression, and friendship. *Child Development, 67*, 2328-2338.
- Hoffman, M. L. (1977). Sex differences in empathy and related behaviors. *Psychological Bulletin, 84*, 712-722.
- Hoffman, M. L. (2000). *Empathy and moral development: Implications for caring and justice*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Klein, K. J. K., & Hodges, S. D. (2001). Gender differences, motivation, and empathic accuracy: When it pays to understand. *Personality and Social Psychology Bulletin, 27*, 720-730.
- Lovett, B. J., & Sheffield, R. A. (2007). Affective empathy deficits in aggressive children and adolescents: A critical review. *Clinical Psychology Review, 27*, 1-13.

- Malti, T., Gummerum, M., Keller, M., & Buchmann, M. (2009). Children's moral motivation, sympathy, and prosocial behavior. *Child Development, 80*, 442-460.
- Marsee, M. A., Barry, C. T., Childs, K. K., Frick, P. J., Kimonis, E. R., Muñoz, L. C., & Aucoin, K. J. (2011). Assessing the forms and functions of aggression using self-report: Factor structure and invariance of the peer conflict scale in youths. *Psychological Assessment, 23*, 792-804.
- Marshall, W. L., Hudson, S. M., Jones, R., & Fernandez, Y. M. (1995). Empathy in sex offenders. *Clinical Psychology Review, 15*, 99-113.
- Mead, G. H. (1934). *Mind, self and society*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Mehrabian, A., & Epstein, N. (1972). A measure of emotional empathy. *Journal of Personality, 40*, 525-543.
- Miller, P. A., & Eisenberg, N. (1988). The relation of empathy to aggressive and externalizing/antisocial behavior. *Psychological Bulletin, 103*, 324-344.
- Robinson, R., Roberts, W. L., Strayer, J., & Koopman, R. (2007). Empathy and emotional responsiveness in delinquent and non-delinquent adolescents. *Social Development, 16*, 555-579.
- Roberts, W., & Strayer, J. (1996). Empathy, emotional expressiveness, and prosocial behavior. *Child Development, 67*, 449-470.
- Rudolph, U., Roesch, S. C., Greitemeyer, T., & Weiner, B. (2004). A meta-analytic review of help giving and aggression from an attributional perspective: Contributions to a general theory of motivation. *Cognition and Emotion, 18*, 815-848.
- Schmitt, N., & Chan, D. (2006). Situational judgment tests: Method or construct. In J. A. Weekley & R. E. Ployhart (Eds.), *Situational judgment tests: Theory, measurement and application* (pp. 135-155). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Strayer, J. (1993). Children's concordant emotions and cognitions in response to observed emotions. *Child Development, 64*, 188-201.
- Strayer, J., & Roberts, W. (2004). Empathy and observed anger and aggression in five-

- year-olds. *Social Development*, 13, 1-13.
- Valiente, C., Eisenberg, N., Fabes, R. A., Shepard, S. A., Cumberland, A., & Losoya, S. H. (2004). Prediction of children's empathy-related responding from their effortful control and parents' expressivity. *Developmental Psychology*, 40, 911-926.
- Veenstra, R., Lindenberg, S., Oldehinkel, A. J., De Winter, A. F., Verhulst, F. C., & Ormel, J. (2005). Bullying and victimization in elementary schools: A comparison of bullies, victims, bully/victims, and uninvolved preadolescents. *Developmental Psychology*, 41, 672-682.
- Weekley, J. A., Ployhart, R. E., & Holtz, B. C. (2006). On the development of situational judgment tests: Issues in item development, scaling, and scoring. In J. A. Weekley & R. E. Ployhart (Eds.), *Situational judgment tests: Theory, measurement and application* (pp. 157-182). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

## 附錄

### 情境一：「課堂報告」

凱傑要在全班面前做口頭報告，當他正站起來準備要報告的時候，同學小奇嘲笑他的制服背後粘著一團很髒的東西，全班大笑，最後，凱傑默默地回到自己的位子上。

### 情境二：「下課聊天」

潔馨看到朋友小芳和一群班上同學很高興的聚在一起聊天，她也想加入大家，可是當她走近他們之後，正在聊天的同學們並沒有特別注意到潔馨，朋友小芳也沒有向她打招呼或邀請她一起加入的意思，潔馨一點也插不上話，只好自己安靜地離開。

# The Development of the Situational Scale of Empathetic Responses

Ching-Ling Cheng\* Hsiao-Wen Liao\*\*

## Abstract

Empathy refers to the responsiveness of one individual to another's emotional states. The purpose of this study was to develop a situation-based scale of empathy consisted of affective and behavioral responses. The pilot sample was 155 junior-high-school students. Based on the results of item analysis, the final version of Situational Scale of Empathetic Response (SSER), with 2 scenarios and 24 items, was decided. Three groups of participants were used for examining the psychometric quality of SSER. The internal consistency and test-retest reliability of SSER were satisfactory. The results of factor analysis demonstrated that expected factors could be retrieved from the subscales of affective responses and behavioral responses, respectively. In addition, the findings suggest that empathy is presented in a process of affective-behavioral responses. The results of regression analyses indicated that personal distress might influence helping responses through empathetic concern, and the interaction of personal distress and empathetic concern might positively predict aggressive responses. Overall, psychometric evaluation demonstrated that SSER is statistically reliable and valid. Suggestions for future research and application implication were provided.

**Key words:** Empathy, Behavioral responses, Affective responses, Situational scale

---

\* Associate Professor, Department of Educational Psychology & Counseling, National Taiwan Normal University (Corresponding author), E-mail: clcheng@ntnu.edu.tw

\*\* Doctoral Student, Department of Psychology, University of Florida, USA



# 某科技大學學生成癮藥物網路資訊接觸經驗與危險知覺及使用意向研究

林琦凱\* 張鳳琴\*\* 李建明\*\*\* 李景美\*\*\*\*

## 摘要

本研究旨在探討大學生的成癮藥物網路資訊接觸經驗，並檢視其社會人口學變項、成癮藥物網路資訊接觸經驗、成癮藥物使用危險知覺、成癮藥物使用預防態度與成癮藥物使用意向間的關係。研究對象為一百學年度第二學期就讀臺北市某私立科技大學的學生，本研究採取立意取樣七個班級，以結構式問卷調查，有效樣本數為337位學生。

研究結果發現，在大學生的成癮藥物網路資訊接觸經驗中，六成四的大學生有接觸過反對使用成癮藥物網路資訊的經驗，近五成的大學生有接觸過製造買賣成癮藥物網路資訊的經驗，四成二的大學生有接觸過傾向使用成癮藥物網路資訊的經驗。複邏輯斯迴歸分析結果顯示，有接觸過製造買賣成癮

---

\* 國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系研究生

\*\* 國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系副教授（通訊作者），E-mail: fongchingchang@ntnu.edu.tw

通訊地址：臺北市和平東路一段162號國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育系，聯絡電話：02-77341711

\*\*\* 中華科技大學通識教育中心副教授

\*\*\*\* 國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系兼任教授

投稿日期：102年8月22日；修改日期：102年12月16日；接受日期：102年12月23日

DOI: 10.3966/207010632013120040004

藥物網路資訊 (OR = 4.55, 95% C.I. = 1.18-17.46)、成癮藥物使用危險知覺低 (OR = 0.07, 95% C.I. = 0.02-0.23)、成癮藥物使用預防態度差 (OR = 0.28, 95% C.I. = 0.10-0.75)的受測大學生，較易有成癮藥物使用意向。

本研究建議相關單位加強查緝成癮藥物網路買賣活動、刪除散播不實藥物資訊的網站等，並積極利用網路建置更多成癮藥物的正確資訊，以提升民眾獲得正確藥物資訊的便利性及普遍性。

**關鍵詞：**大學生、危險知覺、成癮藥物、使用意向、網路資訊

## 壹、前言

聯合國2012年的《世界毒品報告》(World Drug Report)指出，全球在2010年約有23,000萬人（占世界成年人口的5%）至少使用過一次成癮藥物，成癮者人數約達2,700萬人（占世界成年人口的0.6%）。在一些發展中國家，成癮藥物的使用人數仍持續增加中。藥物成癮者除了會造成國家經濟損害與阻礙社會發展外，亦容易產生犯罪行為和傳播愛滋病。例如：海洛因(Heroin)、古柯鹼(Cocaine)及其他成癮藥物的使用，每年約造成20萬人死亡與家庭破碎。在全球每百位成人死亡者即有一位是因為使用成癮藥物所造成的(United Nations Office on Drugs and Crime, 2012)。

依據《2009年國民健康訪問暨藥物濫用調查統計》結果推估，我國12歲以上至64歲藥物濫用人口約有25萬人（占1.4%）。最常被使用的成癮藥物依序為：安非他命(0.6%)、K他命(0.5%)與搖頭丸(0.4%)（財團法人國家衛生研究院、行政院衛生署國民健康局、行政院衛生署管制藥品管理局，2009）。而國內2009年全國性藥物濫用調查結果顯示，18至64歲成癮藥物使用者平均初次使用成癮藥物的年齡為21.6歲（教育部、行政院衛生署、法務部、外交部，2012）。此外，教育部統計學生使用成癮藥物的通報件數也呈逐年增加的情形，自2006年的231件，至2011年增為1,810件，其中以第二級及第三級毒品施用人數的成長最為顯著（教育部等，2012）。另有研究顯示，青少年隨著年齡增長，成癮物質使用的危險因子會逐漸增加，保護因子漸減，開始使用成癮物質的情形可能大幅增加（李景美等，2008）。

現今是媒體與資訊科技傳播無遠弗屆的時代，隨著世界各國電子科技等技術不斷精進，智慧型手機、平板電腦等商品的推陳出新，人們上網的情況已愈來愈普遍。根據財團法人臺灣網路資訊中心（2012）所公布的《臺灣寬頻網路使用調查報告》，全國地區（從臺灣地區擴及至金門、馬祖地區）上網人口約有1,753萬人，上網率達75.4%，較2011年成長3.4個百分點，全國地區12歲以上曾經上網人口達1,594萬人，上網率達77.2%，由此可見，國人網

路使用率高。

美國藥物濫用防制研究院 (National Institute on Drug Abuse, NIDA) 指出，隨著網路的發達，許多青少年透過與網友聊天獲得許多不正確的藥物訊息，新興藥物的錯誤訊息（如俱樂部藥丸 (Club Drug)、不會使人成癮、沒有傷害等）快速地在青少年的次文化中蔓延與流行，使得俱樂部等新興成癮藥物使用人口急速增加 (Johnston, O'Malley, Bachman, & Schulenberg, 2012)。而在臺灣，從早期網路聊天室、奇摩家族中出現邀約成員使用成癮藥物，以及透過奇摩知識家搜尋容易找到如何使用成癮藥物的相關資訊的情形，現今甚至出現在無名小站公開自己吸毒的照片、新聞報導警方破獲有學生利用時下最熱門的臉書發起毒趴活動的邀約、透過網路遊戲中進行毒品買賣等。

美國研究發現，青少年看過傾向使用成癮藥物網站者，對成癮藥物有較低的危險知覺 (Belenko et al., 2009)。相對地，高中生有接觸過反對成癮藥物資訊者的成癮藥物危險知覺高於沒有接觸者 (Terry-McElrath, Emery, Szczypka, & Johnston, 2011)。另外，研究也發現看過傾向使用成癮藥物網站者與其未來一年內使用成癮藥物意向有顯著相關 (Belenko et al., 2009)。網路上的成癮藥物網路資訊暴露會影響接觸者對成癮藥物使用之預防態度及使用意向 (Boyer, Shannon, & Hibberd, 2005)。上述發現皆支持社會認知理論的觀點，社會認知理論強調「個人因素」及「環境影響」影響個人行為，而個人從網路上所獲得的訊息是環境影響的重要元素之一，該理論指出媒體透過告知 (informing) 與使能 (enabling) 來增進個人的動機及行為改變 (Bandura, 2001)。

綜上所述，隨著網路的普遍使用，社會大眾受網路成癮藥物訊息影響的威脅也日益增加，然國內卻很少針對網路中成癮藥物資訊進行相關研究。故本研究探討大學生成癮藥物網路資訊接觸經驗，並檢視成癮藥物網路資訊接觸經驗、成癮藥物使用危險知覺、成癮藥物使用預防態度與成癮藥物使用意向之間的關係，以提供未來政策建議之參考依據。本研究假設為：學生成癮藥物網路資訊接觸經驗、成癮藥物使用危險知覺、成癮藥物使用預防態度會影響其成癮藥物使用意向。

## 貳、材料與方法

### 一、研究架構

本研究之自變項為受測大學生的社會人口學變項、成癮藥物網路資訊接觸經驗（包含製造買賣成癮藥物網路資訊、傾向使用成癮藥物網路資訊、反對使用成癮藥物網路資訊）、成癮藥物使用危險知覺、成癮藥物使用預防態度；依變項為成癮藥物使用意向（如圖1）。

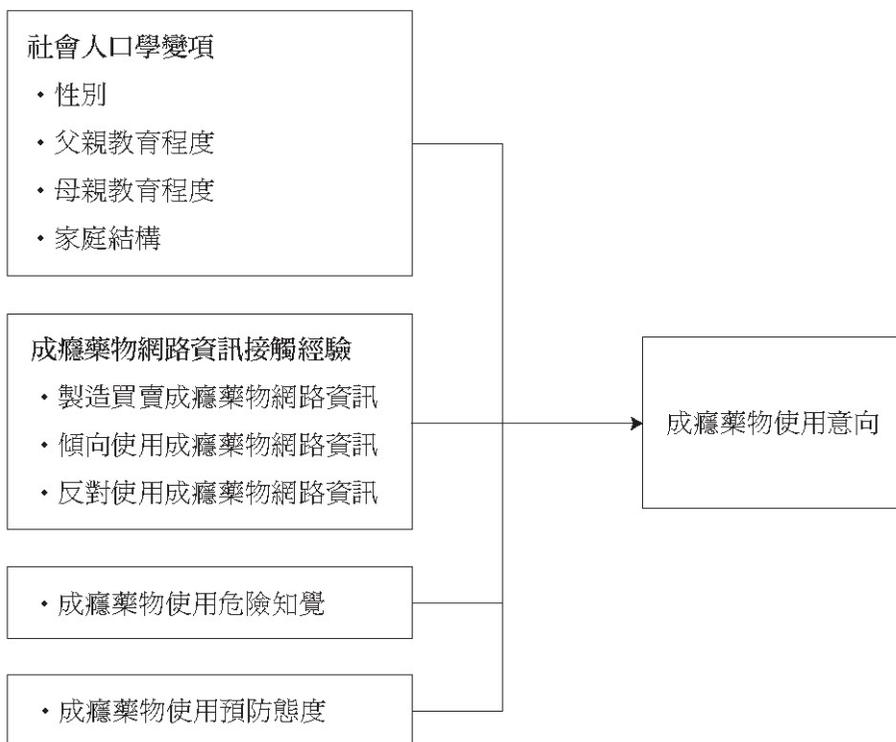


圖1 研究架構圖

## 二、研究對象

本研究以一百學年度第二學期就讀臺北市某科技大學的學生為研究母群體。本研究採立意取樣，選定一所調查學校，共計七個班級，進行347位學生自填式問卷調查。

## 三、研究工具

本研究採用結構式問卷進行調查研究。參考國內外相關文獻，自編擬定結構式問卷初稿，進行七位專家學者之間卷效度審查，再透過質性訪談與預試後，訂定正式問卷。正式問卷如下：

### （一）社會人口學變項：

社會人口學變項包括性別、父親教育程度、母親教育程度、父母婚姻狀況、家庭經濟狀況，茲分述如下：

1. 性別：分為男性與女性。
2. 父親教育程度：指受測大學生之父親最高畢業學歷。進行邏輯斯迴歸分析時，將父親教育程度分成兩類進行分析，國中以下為一類、高中職以上為一類。
3. 母親教育程度：指受測大學生之母親最高畢業學歷。進行邏輯斯迴歸分析時，將母親教育程度分成兩類進行分析，國中以下為一類、高中職以上為一類。
4. 家庭結構：指受測大學生填答父母親婚姻狀況。進行邏輯斯迴歸分析時，將家庭結構分成兩類進行分析，父母共同生活歸類為完整家庭，其他情況如分居、離婚、過世歸類為不完整家庭。
5. 家庭社經狀況：受測大學生填答自覺家庭社經狀況分為低收入、中低收入、小康、富裕。進行邏輯斯迴歸分析時，將家庭社經狀況分成兩類進行分析，低收入／中低收入為一類、小康／富裕為一類。

## （二）成癮藥物網路資訊接觸經驗

成癮藥物網路資訊接觸經驗由「製造買賣成癮藥物網路資訊」（六題）、「傾向使用成癮藥物網路資訊」（五題）、「反對使用成癮藥物網路資訊」（五題）等三個向度，共16題所構成。將成癮藥物網路資訊接觸經驗歸類為有接觸的經驗與無接觸的經驗兩類進行分析。

## （三）成癮藥物使用危險知覺

成癮藥物使用危險知覺係指受測大學生填答認為使用成癮藥物對其身體健康、生命安全、工作穩定、金錢花費、朋友關係、家人關係、社會治安等危害程度，共13題所構成。每題得分範圍為1~7分，分數愈高代表其感受到使用成癮藥物危險程度愈高。進行邏輯斯迴歸分析時，將成癮藥物使用危險知覺歸類為「成癮藥物使用危險知覺低」（總平均分低於5分）及「成癮藥物使用危險知覺高」（總平均分高於5分）兩類進行分析。

## （四）成癮藥物使用預防態度

成癮藥物使用預防態度共八題所構成。成癮藥物使用預防態度計分方式為：1=非常不同意，2=不同意，3=同意，4=非常同意，每題得分範圍為1~4分，部分題目採反向計分，愈高分代表成癮藥物使用預防態度愈佳。進行邏輯斯迴歸分析時，將成癮藥物使用預防態度歸類為「成癮藥物使用預防態度差」（總平均分低於2.5分）及「成癮藥物使用預防態度佳」（總平均分高於2.5分）兩類進行分析。

## （五）成癮藥物使用意向

成癮藥物使用意向係指由受測大學生填答未來一年內使用成癮藥物的可能性。成癮藥物使用意向係採Likert五分量表，計分方式為：1=非常不可能(0%)，2=有點可能(25%)，3=有一半可能(50%)，4=很有可能(75%)，5=非常有可能(100%)。得分範圍為1~5分，分數愈高代表其未來對成癮藥物使

用可能性愈高。進行邏輯斯迴歸分析時，將成癮藥物使用意向歸類為「無成癮藥物使用意向」（1分）及「有成癮藥物使用意向」（2~5分）兩類進行分析。

#### 四、資料分析

本研究中，受測大學生問卷回收347份，回收率為100%；將問卷回收後，進行剔除亂填或漏答太多的廢卷後，最後統計有效問卷為337份，有效問卷率為97.1%，共計337位學生納入本次研究。利用SAS 9.2版統計套裝軟體進行分析。描述性統計以次數分配、百分率描述各變項分布狀況。推論性統計以邏輯斯迴歸 (Logistic Regression) 分別去分析受測大學生的社會人口學變項、成癮藥物網路資訊接觸經驗、危險知覺、預防態度與使用意向的關係。將變項中有顯著差異的變項再進行複邏輯斯迴歸。統計結果以 $p < .05$ ，為達統計上顯著差異。

## 參、結果

### 一、基本資料

表1顯示，在337位受測大學生中，男大學生有207人 (61.4%)，女大學生有130人 (38.6%)。結果為：受測大學生父親教育程度高中或高職畢業者較多 (41.2%)；受測大學生母親教育程度以高中或高職畢業者較多 (45.0%)；受測大學生完整家庭結構較多 (80.3%)；受測大學生自覺家庭社經狀況以小康／富裕較多 (54.0%)。

### 二、大學生成癮藥物網路資訊接觸經驗

#### (一) 反對使用成癮藥物網路資訊

表2顯示，受測大學生在接觸反對使用成癮藥物網路資訊的情況，以接觸「在網路上看過成癮藥物戒治相關資源管道」(54.0%) 最多，其次依序為「在

表1  
受測大學生基本資料描述

變項名稱	人數	百分率
性別		
女	130	38.4
男	207	61.6
父親教育程度		
國中、國小以下	85	29.3
高中職以上	206	70.7
母親教育程度		
國中、國小以下	88	30.4
高中職以上	201	69.6
家庭結構		
完整家庭	235	80.3
不完整家庭	60	19.7
家庭社經狀況		
低收入／中低收入	141	45.0
小康／富裕	172	55.0

註：1. 總人數為337人。2. 本表不含遺漏值。

網路上看過使用成癮藥物相關法律規範」(53.1%)、「在網路上看過使用成癮藥物會傷害家庭與家人的資訊」(52.7%)、「在網路上看過使用成癮藥物會危害個人身心健康的資訊」(51.3%)、「在網路上看過使用成癮藥物會讓人用盡各種手段來得到成癮藥物而危害社會安全的資訊」(49.0%)最少。六成四的受測大學生有接觸過一項以上反對使用成癮藥物網路資訊的經驗。

## (二) 製造買賣成癮藥物網路資訊

表2顯示，受測大學生在接觸製造買賣成癮藥物網路資訊的經驗上，以接觸「在網路上看過網友分享使用成癮藥物的資訊」(35.6%)最多，其次依序為「在網路上看過如何使用成癮藥物的資訊」(27.0%)、「在網路上看過如何引

誘他人使用成癮藥物資訊」(26.5%)、「在網路上看過如何購買成癮藥物的資訊」(19.6%)、「在網路上看過販售成癮藥物的資訊」(19.1%)、「在網路上看過如何製造成癮藥物的資訊」(16.7%)最少。近五成的受測大學生有接觸過一項以上製造買賣成癮藥物網路資訊的經驗。

### (三) 傾向使用成癮藥物網路資訊

表2顯示，受測大學生在接觸傾向使用成癮藥物網路資訊的經驗上，以接觸「在網路上看過使用成癮藥物可以讓人精神亢奮的資訊」(36.9%)最多，其次依序為「在網路上看過使用成癮藥物可以讓人放鬆的資訊」(32.9%)、「在網路上看過派對上使用K他命等派對藥物可以更盡興的資訊」(29.3%)、「在網路上看過使用K他命等成癮藥物不會讓人成癮的資訊」(15.7%)、「在網路上看過使用K他命等成癮藥物不會傷害健康的資訊」(14.5%)最少。四成二的受測大學生有接觸過一項以上傾向使用成癮藥物網路資訊的經驗。

表2  
受測大學生成癮藥物網路資訊接觸經驗

變項名稱	有接觸		無接觸	
	人數	百分率	人數	百分率
<b>反對使用成癮藥物網路資訊</b>				
1. 看過使用成癮藥物會危害個人身心健康的資訊	173	51.3	164	48.7
2. 看過使用成癮藥物會傷害家庭與家人的資訊	177	52.7	159	47.3
3. 看過使用成癮藥物會讓人用盡各種手段來得到成癮藥物而危害社會安全的資訊	165	49.0	172	51.0
4. 看過成癮藥物使用相關法律規範	179	53.1	158	46.9
5. 看過成癮藥物戒除與治療資源管道	182	54.0	155	46.0
<b>製造買賣成癮藥物網路資訊</b>				
1. 看過網友分享使用成癮藥物的資訊	120	35.6	217	64.4

表2 (續)

變項名稱	有接觸		無接觸	
	人數	百分率	人數	百分率
2. 看過販售成癮藥物的資訊	64	19.1	272	80.9
3. 看過如何使用成癮藥物的資訊	91	27.0	246	73.0
4. 看過如何製造成癮藥物的資訊	56	16.7	279	83.3
5. 看過如何購買成癮藥物的資訊	66	19.6	271	80.4
6. 看過勸誘他人使用成癮藥物的資訊	89	26.5	247	73.5
傾向使用成癮藥物網路資訊				
1. 看過使用成癮藥物可以讓人放鬆的資訊	109	32.3	228	67.7
2. 看過使用成癮藥物可以讓人精神亢奮的資訊	124	36.9	212	63.1
3. 看過使用K他命等藥物可以讓人在派對更盡興的資訊	98	29.3	237	70.7
4. 看過使用K他命等成癮藥物不會傷害健康的資訊	49	14.5	288	85.5
5. 看過使用K他命等成癮藥物不會讓人成癮的資訊	53	15.7	284	84.3

註：1. 總人數為337人。2. 本表不含遺漏值。

### 三、大學生成癮藥物使用危險知覺、預防態度、意向分布

#### (一) 大學生成癮藥物使用危險知覺

表3顯示，成癮藥物使用危險知覺高的大學生有315人(93.4%)，成癮藥物使用危險知覺低的大學生有22人(6.6%)，結果發現大多數受測大學生感受到使用成癮藥物的危險程度高。

表3  
受測大學生成癮藥物使用危險知覺分布

	成癮藥物使用危險知覺 低 (1~4分)		成癮藥物使用危險知覺 高 (5~7分)	
	人數	百分率	人數	百分率
1. K他命對身體健康危害	32	9.6	305	90.4
2. K他命對生命安全危害	32	9.6	305	90.4
3. K他命對工作穩定危害	31	9.2	306	90.8
4. K他命對金錢花費危害	23	6.7	314	93.3
5. K他命對朋友關係危害	25	7.5	312	92.5
6. K他命對家人關係危害	27	8.0	310	92.0
7. K他命對社會治安危害	27	8.0	310	92.0
8. 海洛因對身體健康危害	24	7.1	313	92.9
9. 海洛因對生命安全危害	23	6.7	314	93.3
10. 海洛因對工作穩定危害	23	6.7	314	93.3
11. 海洛因對金錢花費危害	23	6.7	314	93.3
12. 海洛因對朋友關係危害	24	7.1	313	92.9
13. 海洛因對社會治安危害	22	6.6	315	93.4
成癮藥物使用危險知覺總平均分	22	6.6	315	93.4

註：1. 總人數為337人。2. 成癮藥物使用危險知覺總平均以5分為基準分為兩類，得分低於5分歸類為成癮藥物使用危險知覺低，得分5分以上歸類為成癮藥物使用危險知覺高。

## (二) 大學生成癮藥物使用預防態度分布

表4顯示，成癮藥物使用預防態度佳的大學生有283人(84.0%)，成癮藥物使用預防態度差的大學生約有54人(16.0%)，結果發現大多數受測大學生成癮藥物使用預防態度佳，傾向不認同使用成癮藥物。

表4

受測大學生成癮藥物使用預防態度分布

	成癮藥物使用預防 態度差		成癮藥物使用預防 態度佳	
	人數	百分率	人數	百分率
1. 認為只試用一次成癮藥物沒關係#	19	5.7	318	94.3
2. 認為在派對中使用K他命等藥物很酷#	11	3.3	326	96.7
3. 認為使用成癮藥物是放鬆的好方法#	14	3.9	323	96.1
4. 認為使用成癮藥物的心理依賴容易戒除#	28	8.3	309	91.7
5. 認為使用成癮藥物會毀了人的一生	87	25.8	250	74.2
6. 認為使用成癮藥物是危害健康的行為	62	18.4	275	81.6
7. 認為使用成癮藥物會無法正常工作	63	18.7	274	81.3
8. 認為使用成癮藥物會讓社會治安變差	65	19.3	272	80.7
成癮藥物使用預防態度總平均分	54	16.0	283	84.0

註：1. 總人數為337人。2. 成癮藥物使用預防態度總平均以中間分數2.5為基準分為兩類，得分2.5以下歸類為成癮藥物使用預防態度差，得分超過2.5分歸類為成癮藥物使用預防態度佳。3. 題目標示#為反向題。

### （三）大學生成癮藥物使用意向分布

大學生回答在未來一年中無成癮藥物使用意向的有307人(91.0%)，有成癮藥物使用意向的有30人(9.0%)，顯示大多數受測大學生未來一年內使用成癮藥物的可能性低。

## 四、大學生社會人口學、成癮藥物網路資訊接觸經驗、危險知覺、預防態度與成癮藥物使用意向單變項邏輯斯迴歸分析

表5、表6將受測大學生之社會人口學、成癮藥物網路資訊接觸經驗、成癮藥物使用危險知覺、成癮藥物使用預防態度，分別與成癮藥物使用意向進行單變項邏輯斯迴歸分析，結果發現有接觸製造買賣成癮藥物網路資訊的大

學生比無接觸者有顯著較高的成癮藥物使用意向 (OR = 5.42, 95% C.I. = 2.01-14.63)；有接觸傾向使用成癮藥物網路資訊的大學生比無接觸者有顯著較高的成癮藥物使用意向 (OR = 4.23, 95% C.I. = 1.82-9.83)。大學生成癮藥物使用危險知覺高者比成癮藥物使用危險知覺低者有顯著較低的成癮藥物使用意向 (OR = 0.06, 95% C.I. = 0.02-0.14)。成癮藥物使用預防態度佳的大學生比成癮藥物使用預防態度差的大學生有顯著較低的成癮藥物使用意向 (OR = 0.21, 95% C.I. = 0.01-0.49)。

表5

受測大學生社會人口學與成癮藥物使用意向單變項邏輯斯迴歸分析

變項名稱	無成癮藥物 使用意向		有成癮藥物 使用意向		OR	95% C.I.	p值
	人數	%	人數	%			
性別							
女生	122	94.6	7	5.4	1		
男生	184	88.9	23	11.1	2.18	0.91-5.23	0.82
父親教育程度							
國中以下	77	90.6	8	9.4	1		
高中職以上	188	91.3	18	8.7	0.92	0.39-2.21	0.85
母親教育程度							
國中以下	82	93.2	6	6.8	1		
高中職以上	181	90.0	20	10.0	1.51	0.59-3.90	0.39
家庭結構							
完整	58	93.6	4	6.4	1		
不完整	231	91.3	22	8.7	1.38	0.45-4.16	0.57
家庭社經狀況							
低、中低收入	130	92.2	11	7.8	1		
小康、富裕	158	91.9	14	8.1	1.05	0.46-2.39	0.91

註：OR = Odds Ratio；95% C.I. = 95% confidence interval。

表6

受測大學生成癮藥物網路資訊接觸經驗、成癮藥物使用危險知覺、成癮藥物使用預防態度與成癮藥物使用意向單變項邏輯斯迴歸分析

變項名稱	無成癮藥物 使用意向		有成癮藥物 使用意向		OR	95% C.I.	p值
	人數	%	人數	%			
<b>成癮藥物網路資訊接觸經驗</b>							
<b>製造買賣成癮藥物網路資訊</b>							
無接觸	165	97.1	5	2.9	1		
有接觸	140	85.9	23	14.1	5.42	2.01-14.63	< 0.001
<b>傾向使用成癮藥物網路資訊</b>							
無接觸	185	95.9	8	4.2	1		
有接觸	120	84.5	22	15.5	4.23	1.82-9.83	< 0.001
<b>反對使用成癮藥物網路資訊</b>							
無接觸	116	94.3	7	5.7	1		
有接觸	190	89.2	23	10.8	2.01	0.84-4.82	0.120
<b>成癮藥物使用危險知覺</b>							
低	11	47.8	12	52.7	1		
高	295	94.3	18	5.7	0.06	0.02-0.14	< 0.001
<b>成癮藥物使用預防態度</b>							
差	42	77.8	12	22.2	1		
佳	261	94.2	16	5.8	0.22	0.01-0.49	< 0.001

註：OR = Odds Ratio；95% C.I. = 95% confidence interval。

## 五、大學生社會人口學、成癮藥物網路資訊接觸經驗、危險知覺、預防態度與使用意向的關係

表7將在單變項邏輯斯迴歸分析，達統計上顯著差異的四個變項，即製造買賣成癮藥物網路資訊和傾向使用成癮藥物網路資訊、成癮藥物使用危險知覺、成癮藥物使用預防態度與成癮藥物使用意向，進行複邏輯斯迴歸分析，結果以接觸製造買賣成癮藥物網路資訊 (OR = 4.55, 95% C.I. = 1.18-17.46)、

成癮藥物使用危險知覺 (OR = 0.07, 95% C.I. = 0.02-0.23)、成癮藥物使用預防態度 (OR = 0.28, 95% C.I. = 0.10-0.75) 呈顯著差異。顯示有接觸製造買賣成癮藥物網路資訊、成癮藥物危險知覺低、成癮藥物使用預防態度差的受測大學生，較易有成癮藥物使用意向。

表7

受測大學生製造買賣成癮藥物網路資訊、成癮藥物使用危險知覺、成癮藥物使用預防態度與成癮藥物使用意向複邏輯斯迴歸分析

變項名稱	OR	95% C.I.	p值
製造買賣成癮藥物網路資訊			
無接觸	1		
有接觸	4.54	1.18-17.46	0.03
傾向使用成癮藥物網路資訊			
無接觸	1		
有接觸	1.84	0.58-5.83	0.30
成癮藥物使用危險知覺			
低	1		
高	0.07	0.02-0.23	< 0.001
成癮藥物使用預防態度			
差	1		
佳	0.28	0.10-0.75	0.01
整體模式適配度檢定	$\chi^2 = 55.28, p < 0.001$ , Hosmer-Lemeshow檢定 = 1.68, $p = 0.795$		
關聯強	Nagelkerke $R^2 = 0.354$ , Cox & Snell $R^2 = 0.159$		

## 肆、討論

### 一、受測大學生成癮藥物網路資訊接觸經驗

本研究結果發現約六成四受測大學生接觸到反對使用成癮藥物網路資訊的經驗、近五成受測大學生有接觸過製造買賣成癮藥物相關網路資訊，以

及四成二受測大學生有接觸過傾向使用成癮藥物網路資訊的經驗，此與國外部分研究 (Falck, Carlson, Wang, & Siegal, 2004; Murguia, Tackett-Gibson, & Lessem, 2007) 結果發現網路成為取得成癮藥物資訊的管道一致。

而在受測大學生接觸到反對使用成癮藥物網路資訊的經驗中，以接觸到政府部門、相關民間團體的戒治資源管道相關資訊最多。但政府相關單位應更注意的部分是，受測大學生在網路中接觸到製造、買賣成癮藥物資訊和傾向使用成癮藥物資訊的情形及其所帶來的影響。研究結果顯示，受測大學生在網路中接觸過教人如何製造、買賣成癮藥物的資訊，以及接觸過使用其他命等成癮藥物不會讓人成癮、可以讓使用者更盡興的資訊等。根據一些國外學者 (Forman, Woody, McLellan, & Lynch, 2006; Halpern & Pope, 2001; Pich et al., 2007) 的研究指出，網路中可以輕易搜尋到製造、買賣、傾向使用成癮藥物的資訊結果相近。

## 二、受測大學生各變項和成癮藥物使用意向的關係

在單變項邏輯斯迴歸分析中，有接觸製造買賣成癮藥物網路資訊的受測大學生，比無接觸製造買賣成癮藥物網路資訊的受測大學生較易有成癮藥物使用意向，且達統計上顯著差異。有接觸傾向使用成癮藥物網路資訊的大學生，比無接觸傾向使用成癮藥物網路資訊的大學生較易有成癮藥物使用意向，且達統計上顯著差異。此研究結果和Belenko等人 (2009) 研究指出看過製造、買賣與傾向使用成癮藥物資訊網站者較易有成癮藥物使用意向結果相似。

成癮藥物使用危險知覺高的大學生，比成癮藥物使用危險知覺低的大學生較不易有成癮藥物使用意向，且達統計上顯著差異。此結果和張素菁 (2009) 研究結果顯示學生認為成癮藥物對自身危險性愈大，則學生愈不會去使用成癮藥物相似。

成癮藥物使用預防態度佳的大學生，比成癮藥物使用預防態度差的大學生較不易有成癮藥物使用意向，且達統計上顯著差異。此研究結果與李蘭、洪百薰、楊雪華、童淑琴與晏涵文 (1997) 及李景美等人 (2008) 研究指出

對使用成癮藥物抱持贊同態度者，較易有成癮藥物使用意向結果一致。

## 伍、結論與建議

### 一、結論

在受測大學生的成癮藥物網路資訊接觸經驗中，六成四的大學生有接觸反對使用成癮藥物網路資訊經驗，近五成的大學生有接觸製造買賣成癮藥物網路資訊的經驗，四成二的大學生有接觸傾向使用成癮藥物網路資訊的經驗。複邏輯迴歸分析結果顯示，有接觸製造買賣成癮藥物網路資訊經驗、成癮藥物危險知覺低、成癮藥物使用預防態度差的受測大學生較易有成癮藥物使用意向。

### 二、建議

#### （一）對政府教育及相關單位的建議

根據本研究結果顯示，大學生接觸成癮藥物資訊接觸經驗雖然以接觸反對使用成癮藥物資訊經驗最多，但大學生接觸製造買賣成癮藥物資訊經驗及傾向成癮藥物資訊經驗有增加成癮藥物使用意向的可能，不容小覷。建議相關單位加強查緝成癮藥物網路買賣活動，及移除網路散播不實藥物資訊的網站等，並積極利用網路建置更多成癮藥物的正確資訊，以提升民眾獲得正確藥物資訊的便利性及普遍性。同時也建議學校對學生加強宣導政府網站所提供的藥物資訊較有研究根據的，且不應隨便相信網路上來路不明的藥物資訊，而日後針對校園中藥物教育的部分，也應將網路中藥物資訊的內容也列入教材當中。

#### （二）對未來研究的建議

本研究在蒐集國內外相關文獻後，發現關於成癮藥物網路資訊接觸經驗深入探討的研究並不多，大多數相關研究都還屬於較探索性的研究。可能

的原因為網路中接觸成癮藥物資訊的來源（如政府單位資訊、網友提供資訊等），以及資訊的種類（如傾向資訊、反對資訊等）非常多且繁瑣，要將網路中接觸到的成癮藥物資訊做出精確的分類較不容易，未來研究方向可朝發展出完整量表進行評價。此外，本研究為橫斷性調查，無法了解變項間的因果關係，未來可考量進行縱貫性研究來檢視網路成癮藥物訊息暴露對成癮藥物使用行為的影響。另也可考量進行全國性成癮網路資訊接觸調查與監視，並建構成癮藥物的網路防治模式，對於國內藥物濫用防制工作會有進一步的幫助。

### 誌謝

本研究成果由行政院衛生署食品藥物管理局所委託計畫經費補助(DOH101-FDA-61201)。

## 參考文獻

### 一、中文部分

- 李景美、張鳳琴、賴香如、江振東、李碧霞、陳雯昭、張瑜真（2008）。臺北縣市高職學生成癮物質濫用之危險與保護因子追蹤研究。《臺灣衛誌》，27（5），399-410。
- 李蘭、洪百薰、楊雪華、童淑琴、晏涵文（1997）。高職學生成癮藥物之使用行為。《醫學教育》，1（1），69-80。
- 財團法人國家衛生研究院、行政院衛生署國民健康局、行政院衛生署管制藥品管理局（2009）。2009年國民健康訪問暨藥物濫用調查結果報告。苗栗縣：財團法人國家衛生研究院。
- 財團法人臺灣網路資訊中心（2012）。臺灣寬頻網路使用調查報告。取自<http://www.twNIC.net.tw/download/200307/200307index.shtml>
- 教育部、衛生署、法務部、外交部（2012）。101年反毒報告書。臺北市：作者。
- 張素菁（2009）。臺北市國中學生成癮物質使用行為與社會影響因素、風險知覺之關係研究（未出版之碩士論文）。國立臺灣師範大學，臺北市。

### 二、英文部分

- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory of mass communication. *Media Psychology*, 3(3), 265-299.
- Belenko, S., Dugosh, K. L., Lynch, K., Mericle, A. A., Pich, M., & Forman, R. F. (2009). Online illegal drug use information: An exploratory analysis of drug-related website viewing by adolescents. *Journal of Health Communication: International Perspectives*, 14(7), 612-630.
- Boyer, E. W., Shannon, M., & Hibberd, P. L. (2005). The internet and psychoactive substance use among innovative drug users. *Pediatrics*, 115(2), 302-305.

- Falek, R. S., Carlson, R. G., Wang, J., & Siegal, H. A. (2004). Sources of information about MDMA (3,4-methylenedioxymethamphetamine): Perceived accuracy, importance, and implications for prevention among young adult users. *Drug & Alcohol Dependence, 74*(1), 45.
- Forman, R., Woody, G. E., McLellan, A. T., & Lynch, K. G. (2006). The availability of web sites offering to sell opioid medications without prescriptions. *American Journal of Psychiatry, 163*(7), 1233-1238.
- Halpern, J. H., & Pope, H. J. (2001). Hallucinogens on the internet: A vast new source of underground drug information. *American Journal of Psychiatry, 158*, 481-483.
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., & Schulenberg, J. E. (2012). *Monitoring the future national results on adolescent drug use: Overview of key findings, 2011*. Retrieved from <http://www.monitoringthefuture.org/pubs/monographs/mtf-overview2011.pdf>
- Murguia, E., Tackett-Gibson, M., & Lessem, A. (2007). *Real drugs in a virtual world: Drug discourse and community online*. New York, NY: Lexington Books.
- Pich, M. L., McDonald, C. L., James, E. C., Patapis, N. S., Festinger, D. S., & Marlowe, D. B. (2007, June). *Frequency of illicit drug promotion through the internet*. College on Problems of Drug Dependence Annual Scientific Meeting, Quebec City, Quebec.
- Terry-McElrath, Y. M., Emery, S., Szczypka, G., & Johnston, L. D. (2011). Potential exposure to anti-drug advertising and drug-related attitudes, beliefs, and behaviors among United States youth, 1995-2006. *Addiction Behaviors, 36*(1-2), 116-124.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2012). *World drug report 2012*. Retrieved from [http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR\\_2012\\_web\\_small.pdf](http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_web_small.pdf)

# The Relationship among Online Drug Information Exposure, Drug Risk Perceptions and Intention to Use Drugs among College Students

Chi-Kai Lin\* Fong-Ching Chang\*\* Jane-Miage Lee\*\*\* Ching-Mei Lee\*\*\*\*

## Abstract

This study explored college students' experiences with online exposure to illicit drugs. The relationships between students' background characteristics, online information exposure, drug risk perceptions, preventive attitudes, and intentions to use drugs were examined. Seven classes were selected from a private college in Taipei. A total of 337 college students completed the questionnaire survey.

The results showed that sixty-four percent of the participant students had been exposed to anti-drug information online. About half of the students had been exposed to illicit drug producing/selling online information. Forty-two percent of the participating students had been exposed to pro-drug online information. Multiple logistic regression analysis results showed that students who had ever been exposed to illicit drug producing/selling online information (OR = 4.55, 95%

---

\* Student, Department of Health Promotion and Health Education, National Taiwan Normal University.

\*\* Associate Professor, Department of Health Promotion and Health Education, National Taiwan Normal University (Corresponding Author), E-mail: fongchingchang@ntnu.edu.tw

\*\*\* Associate Professor, Center of General Education, China University of Science and Technology.

\*\*\*\* Adjunct Professor, Department of Health Promotion and Health Education, National Taiwan Normal University.

CI = 1.18-17.46), who had a low risk perception of using illicit drugs (OR = 0.07, 95% CI = 0.02-0.23), and a poor preventive attitude (OR = 0.28, 95% CI = 0.10-0.75) were more likely to use illicit drugs.

It is suggested that governments should monitor and block illicit drug information online. More anti-drug information should be displayed online to provide accurate illicit drug information.

**Key words:** College students, Risk perception, Addictive drugs, Use intention, Online informationaddictive drugs



## 《健康促進與衛生教育學報》稿約

101年12月修訂

- 一、本學報旨在提升健康促進與衛生教育領域之研究，促使學術間交流。採每半年出版一期，於六月、十二月出刊。凡和健康促進與衛生教育相關之學術論文，且未曾投稿於其他雜誌者，均歡迎投稿，惟凡翻譯、一般文獻評述、實務報導等，恕不接受。本學報不接受紙本與電子郵件（e-mail）投稿，請利用線上投稿系統：<http://jrs.edubook.com.tw/JHPHE/index.zul>。
- 二、投遞本學報之論文經編審委員會送請專家學者審查通過後予以刊登，文責由作者自負，來稿以未經任何刊物發表者為限。凡經本刊編輯委員會審查通過予以刊登之著作，其著作財產權即讓與本刊，但作者仍保有著作人格權，並保有本著作未來自行集結出版、教學等個人非營利使用之權利，版權屬於本刊，除商得本刊編輯委員會同意外，不得轉載。
- 三、來稿以中英文撰寫均可，每篇含中英文摘要、圖表與參考文獻，中文稿件全文請以不超過一萬五千字為原則；英文以不超過八千字為原則。
- 四、來稿格式請依以下格式書寫
  - （一）格式請依據APA第六版，以利審查。
  - （二）標題頁：須包括：
    1. 論文題目。
    2. 作者姓名：作者姓名中英並列，作者為一名以上時，請在作者姓名處前加註(1)(2)(3)等符號，以便識別。
    3. 中英文之任職機構、單位及職稱：請分就每位作者寫明所屬系所或單位及職稱之正式名稱。
    4. 通訊作者：請註明通訊作者，並附上其聯絡地址、電話、傳真號碼及E-mail。

5.中文短題 (running head)：以不超過十五個字為原則。

(三) 摘要：

包括題目、中英文摘要及關鍵詞，論文中文摘要五百字為限、英文摘要三百字以內，並列明至多五個關鍵詞 (key words)，中文依筆劃順序排列、英文依字母順序排列。

(四) 內文：

按前言、材料與方法、結果、討論（結論與建議）之次序撰寫，文獻引用請參閱本學報撰寫體例與APA第六版。

(五) 致謝：

力求簡潔，針對給予支援之單位及人員致謝外，若有經費資助者，請註明機關名稱及計畫編號。

## 五、稿件交寄

(一) 本學報於2013年1月起採線上投稿，請登錄「<http://jrs.edubook.com.tw/JHPHE/index.zul/>」線上投稿暨審稿系統，註冊新帳號並填妥基本資料。新增並依頁面填妥投稿所需相關資料，上傳稿件檔案。若為與他人合撰之論文，需指定資深作者或是指導教授一人為通訊作者 (corresponding author)。

(二) 投稿過程如有任何疑問，本刊物編輯委員會聯絡方式：

電話: (02)7734-1703、7734-1719

電子信箱：journalofhphe@gmail.com

郵件地址：10610台北市和平東路一段162號

收件人：國立台灣師範大學健康促進與衛生教育系  
健康促進與衛生教育學報編輯委員會

## 六、審稿、校對與稿酬：

(一) 稿件由同儕匿名審委審查通過後，由主編決議是否予以刊載。英文摘要如經編審委員建議請專家修改時，則由本刊推薦數家英文摘要編修廠商，請作者自行接洽廠商修改，編修費用作者自行支付，並將編修前後的文稿電子檔及廠商開立收據影本寄回本學報

編輯委員會。

- (二) 論文編輯排版後，請作者負責校正。若有誤，請在校稿上改正，於領稿後48小時內與原稿一併寄回，校正不得更改原文。
- (三) 來稿如經刊登不支稿酬。接受刊登之稿件，由本學報贈送作者當期期刊2本。



## 《健康促進與衛生教育學報》撰寫體例

### 注意要點

\*請參考APA第六版

\*中文皆為全形，英文皆為半形

\*請注意引用英文參考文獻時的寫法，其逗點及點號的順序勿弄錯

\*關鍵字的英文為key words

### 壹、內文引註格式

APA採用姓名—年代的内文引註格式，而不使用文獻編號的書寫方式。

#### 一、1位作者

中文：劉潔心（2012）的研究發現……

……（劉潔心，2012）

英文：Lee (2011) 的研究發現……

…… (Lee, 2011)

#### 二、2位作者

中文：陳政友與胡益進（2012）的研究指出……

（陳政友、胡益進，2012）

英文：Globetti與Brown (2011) 的研究指出……

……(Globetti & Brown, 2011)

#### 三、作者為3至5人

初次引用與再次引用不同

初次引用

中文：何延鑫、黃久美與郭鐘隆（2005）提出……

(何延鑫、黃久美、郭鐘隆, 2005)

英文: Marshall、Hudson、Jones與Fernandez (1995) 提出……

(Marshall, Hudson, Jones, & Fernandez, 1995)

再次引用

中文: 何延鑫等人 (2005) 提出……

(何延鑫等, 2005)

英文: Marshall等人 (1995) 提出……

(Marshall et al., 1995)

#### 四、6位作者 (含) 以上

初次引用與再次引用相同

中文: 黃淑貞等人 (2009) 提出……

…… (黃淑貞等, 2009)

英文: Lee等人 (2011) 提出……

……(Lee et al., 2011)

#### 五、作者為機構，第一次出現呈現全名，再備註簡稱，第二次之後即可使用簡稱

中文: …… (行政院國家科學委員會〔國科會〕, 2008) (第一次引用)

…… (國科會, 2008) (第二次引用)

英文: ……(National Institute of Mental Health [NIMH], 2011) (第一次引用)

……(NIMH, 2011) (第二次引用)

#### 六、引用須標出頁數時

中文: …… (黃松元, 2011, 頁37)

英文: ……(Cattan & Tilford, 2006, p.101)

**七、同時引用若干位作者時，中文作者按姓氏筆劃排序，英文作者則依姓名字母排序。同時引用中文與英文作者時，中文作者在前，英文作者在後。**

國內一些學者（呂昌明，2006；葉國樑等，2005；黃松元，2011）的研究……

一些研究（Hale & Trumbetta, 2008; McDermott, 2009; Schwartz, 2008）主張……

**八、同位作者相同年代有多筆文獻，應以a、b、c……標示，引用時並依此排序**

中文：葉國樑（2006a，2006b，2006c）

英文：Jackson與Taylor (2012a, 2012b, 2013)

**九、寫於圖或表，不用資料來源改以註表示，且需完整寫出資料引用來源**

中文：藥物濫用、毒品與防治（頁475），楊士隆、李思賢，2012。臺北市：五南。

英文：*The nature of adolescence* (pp. 21-23), by J. C. Coleman, 2011. New York, NY: Routledge.

## 貳、文末引用文獻格式

文末引用文獻 (References) 的書寫，中文部分以作者之姓氏筆劃（由少至多）編排，英文部分以作者姓氏字母（由A到Z）依序排列。同一文獻的文字行間不空行，但文獻與文獻之間必須空一行。在此列出的文獻必須都是在內文中引用到的，內文中沒有引用過的文獻不得在此列出。

### 一、1位作者

中文：王國川（2003）。探討警告標誌、救生站、水域救生與溺水結果之關係。《衛生教育學報》，20，111-130。

英文：Lee, T. S. H. (2012). Penile bead implantation in relation to HIV infection in male heroin users in Taiwan. *Journal of AIDS and Clinical Research*, S1, 018. doi:10.4172/2155-6113.S1-018

## 二、2至7位作者（須列出全數作者姓名）

中文：董貞吟、陳美嫻、丁淑萍（2010）。不同職業類別公教人員對過勞死的認知與相關因素之比較研究。《勞工安全衛生研究季刊》，18（4），404-429。

英文：Huang, C. M., Guo, J. L., Wu, H. L., & Chien, L. Y. (2011). Stage of adoption for preventive behavior against passive smoking among pregnant women and women with young children in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 3331-3338.

## 三、8位作者與8位以上（列出前6位與最後1位，中間用省略符號）

中文：胡益進、紀依盡、殷蘊雯、洪進嘉、花中慧、薛雯冰…李明憲（2008）。東南亞籍配偶在臺灣生育保健相關行為之研究。《健康促進與衛生教育學報》，30，73-105。

英文：Lee, T. S. H., Shen, H. C., Wu, W. H., Huang, C. W., Yen, M. Y. Wang, B. E., ... Liu, Y. L. (2011). Clinical characteristics and risk behavior as a function of HIV status among heroin users enrolled in methadone treatment in northern Taiwan. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 6(1), 6.

## 四、團體機構作者（須列出機構全名）

中文：行政院衛生署（2006）。《健康達人125》。臺北市：作者。

英文：American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association (6th ed.)*. Washington, DC: Author.

## 五、編輯的書籍

中文：姜逸群、黃雅文（主編）（1992）。*衛生教育與健康促進*。臺北市：文景。

英文：Shonkoff, J. P., & Meisels, S. J. (Eds.). (2000). *Handbook of early childhood intervention (2nd ed.)*. Cambridge: Cambridge University Press.

## 六、收錄於書中一章

中文：李思賢、林春秀（2012）。藥物濫用常見的盛行率估計法。載於楊士隆、李思賢（主編），*藥物濫用、毒品與防治*（頁87-100）。臺北市：五南。

英文：Butter, M. (2000). Resilience reconsidered: Conceptual considerations, empirical findings and policy implications. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention (2nd ed., pp. 651-682)*. New York, NY: Cambridge University Press.

## 七、翻譯類書籍

### 1. 以翻譯後的語文當參考文獻

Hooyman, N. R., & Kiyak, H. A. (1998)。*社會老人學*（郭鐘隆、歐貴英，合譯）。臺北市：五南。

### 2. 以原語文當參考文獻（翻譯後的書名置於方括弧內）

Danielson, C., & McGreal, T. L. (2000). *Teacher evaluation to enhance professional practice* [教師專業評鑑]。Princeton, NJ: Educational Testing Service.

## 八、參文或研究報告

### 1. 未出版之碩、博士學位參文

中文：張淑雯（2010）。*他們與酒的故事：蘭嶼達悟族飲酒脈絡與健康意涵之研究*（未出版之博士論文）。國立臺灣師範大學，臺北

市。

英文：Healey, D. (2005). *Attention deficit/hyperactivity disorder and creativity: An investigation into their relationship* (Unpublished doctoral dissertation). University of Canterbury, Christchurch, New Zealand.

## 2. 會議／專題研討會中發表的論文

中文：邱智強（2012，12月）。銀髮族心理健康促進。中華民國學校衛生學會、臺灣健康促進暨衛生教育學會聯合年會：2012年健康促進國際學術研討會，臺北市。

英文：Lee, T. S. H. (2011, June). *Evaluating the impacts of methadone maintenance treatment on heroin abusers in Taiwan: An 18-month follow-up study*. Paper presented at 2011 NIDA International Forum and the 73rd Annual CPDD meeting. Hollywood, Florida USA.

## 3. 委託／補助研究報告

李思賢（2010）。健走運動與社會心理介入對退休中老年人心理幸福感與生命統整性之影響與性別差異（行政院國家科學委員會專案研究計畫成果報告編號：NSC99-2410-H-003-127-MY2）。臺北市：國立臺灣師範大學。

## 九、網路資料

中文：李思賢（2012）。健康促進與衛生教育學報稿約。取自 <http://www.he.ntnu.edu.tw/download.php?fcId=2>

英文：Taiwan Department of Health. (2011). *Cause of death statistics*. Retrieved from [http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2\\_p01.aspxclass\\_no=25&level\\_no=1&doc\\_no=80728](http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_p01.aspxclass_no=25&level_no=1&doc_no=80728).

## 《健康促進與衛生教育學報》申請投稿同意書

題目：\_\_\_\_\_

---

本篇內容過去未曾發表於任何刊物，本人（等）同意在貴刊物接受審查期間及接受刊登後，不會投刊於其他刊物，同時遵守貴刊投稿之稿約規定。

本篇列名之作者皆為實際參與研究及撰述，並均能擔負修改、校對及答覆審查者之意見，本文內容皆經作者仔細過目並同意投稿於貴刊。

本著作有列名作者皆同意在投稿文章被刊登於「健康促進與衛生教育學報」後，其著作財產權即讓與國立臺灣師範大學，但作者能保有著作人格權，並保有本著作未來自行集結出版、教育等個人非營利使用之權利。

**第一作者簽名：**

第一作者姓名：\_\_\_\_\_ 簽名\_\_\_\_\_ 年\_\_月\_\_日

**通訊作者之姓名、通訊地址與聯絡電話：**

通訊作者姓名：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_

通訊地址：\_\_\_\_\_

# Journal of Health Promotion and Health Education

(Semi-annually)

No. 40, December 30, 2013

---

**Publisher:** Department of Health Promotion and Health Education, National Taiwan Normal University, Taiwan

**Chairman**

Liu, Chieh-Hsing (National Taiwan Normal University, Taiwan)

**Editor in Chief**

Lee, Tony Szu-Hsien (National Taiwan Normal University, Taiwan)

**Deputy Editor**

Chang, Fong-Ching (National Taiwan Normal University, Taiwan)

**Board of Editors**

Chen, Cheng-Yu (National Taiwan Normal University, Taiwan)

Chen, Yi-Hua (Taipei Medical University, Taiwan)

Chi, Li-Kang (National Taiwan Normal University, Taiwan)

Chi, Lin-Yang (National Yang-Ming University, Taiwan)

Ho, Yin-Chi (Chinese Culture University, Taiwan)

Hu, Yi-Jin (National Taiwan Normal University, Taiwan)

Liou, Yiing-Mei (National Yang-Ming University, Taiwan)

Su, Hung-Jen (National Hsinchu University of Education, Taiwan)

**Editorial Assistants:** Lin, Yu-Hung & Chen, Yi-Yu

**Distributor**

Higher Education Publishing

10F, No. 12, Goan-Chian Rd., Taipei, Taiwan, R.O.C.

TEL: +886-2-23885899 FAX: +886-2-23880877

**Price per Year**

Individuals: NTD \$600, Institutions: NTD \$1200

(postage included)

Copyright ©2013

Department of Health Promotion and Health Education, National Taiwan Normal University

Written permission must be obtained from the Publisher for reprints.



# Journal of Health Promotion and Health Education

## CONTENTS

Assessing the Needs for Health Education of Coronary Heart Disease Patients and Their Caregivers

Miao-Jeng Huang, Hua Shia, Jong-Long Guo, and Chiu-Ching Chang

Study on the Correlation and Influencing Factor between Autonomy and Quality of Life Aged Residents of Small-scale Seniors' Home in Taipei City

Chih-Chi Ma, Cheng-Yu Chen

The Development of the Situational Scale of Empathetic Responses

Ching-Ling Cheng, Hsiao-Wen Liao

The Relationship among Online Drug Information Exposure, Drug Risk Perceptions and Intention to Use Drugs among College Students

Chi-Kai Lin, Fong-Ching Chang, Jane-Miage Lee, and Ching-Mei Lee



Vol. **40**

December 2013

GPN : 2009700106



National Taiwan Normal University



Department of Health Promotion and Health Education