

癌末病人對安寧照護屬性偏好之研究

陳月千*

黃太和**

李柏英***

摘 要

為確定安寧照護符合病人之需求，本研究應用行銷學中「產品三層次」的架構，調查癌末病人對症狀緩解以外的「安寧照護」屬性與方案之偏好。本研究先分析與整理安寧照護之屬性與方案內容，再加上偏好量尺，發展成結構式問卷，並有效訪問 94 位癌末病人。研究結果發現：（1）產品利益方面：病人很重視「身心輕鬆舒適」、「感到放心，無牽掛」、「情感支持」、「感到良心自在」和「感到生命有意義」，普通重視「坦然面對死亡」、「獲取安寧知識與技能」和「有為生命續航作準備」。（2）載體產品方面：病人很需要「家屬陪伴」，普通需要「醫護人員陪伴」、「病情告知」、「洗澡」、「手足護理」、「像在家的環境」、「家庭慶祝活動」、「接觸大自然」、「交代後事」、「與親友溝通病情」、「家庭會議」、「拜拜、禱告或禮拜」與「安寧案例分享」。（3）附加產品方面：病人很重視「醫護人員專業形象」，普通重視「機構形象」、「相關需求轉介服務」、「社工服務品質形象」與「志工服務品質形象」。本研究也分析偏好因人而異的情形。基於發現，本研究建議：參考調查結果，調整安寧照護的內容、作法與研究。

關鍵詞：安寧照護、消費者偏好、產品三層次

*行政院衛生署豐原醫院 護理科護理長

**朝陽科技大學 企業管理系助理教授

***朝陽科技大學 財務金融系助理教授（通訊作者）

電子郵件：pylee@mail.cyut.edu.tw

收稿日期：2011.10.20

修改日期：2012.04.23

接受日期：2012.06.20

A Study on Terminal Cancer Patients' Preference for the Attributes of Hospice Care

Yueh-Chien Chen*

Terry-Taihor Huang**

Po-Ying Lee***

Abstract

To make sure that the hospice care is what the patients need, the study uses 'direct-scaled measurement' to investigate the preference for the attributes of hospice care (except palliative medication and care) among terminal cancer patients. Firstly, the framework of 'three-levels of product' was used to analyze and classify the attributes and feasible alternatives of 'the product benefits', 'the carrier product' and 'the augmented product' of hospice care. Scales were then added to those attributes and alternatives to form the questionnaire. 94 subjects agreed to answer questions. 94 effective questionnaires were collected. Data were analyzed with the SPSS 10.0 software. On average, 'relaxation and comfort of body and mind' is found as the most important product benefit. All product benefits are rated as important. The most needed carrier products are found to be 'the companion of the family member', 'making of will', 'review of own life', 'worship or prayer', 'buddha-chanting' and 'case study'. The most important augmented product is found to be 'the professional image of medical and nursing personnel', and then in sequence 'the image of medical institution' and 'referral services'. The relationship between the characteristics of patients and their preference were also analyzed. The results have implications for innovation and research.

Key words: consumers' preference, hospice care, three-levels of product

* RN, Head Nurse, Department of Nursing, Fong-Yuan Hospital

** Assistant Professor, Institute of Business Administration, Chaoyang University of Technology

*** Assistant Professor, Department of Finance, Chaoyang University of Technology (correspondence author)

壹、緒論

一、緣起

癌症久居國人十大死因之首，安寧療護也逐漸被接受，台灣已有 20 家以上的醫院，提供多達 30 種的安寧照護服務。但是癌末病人的申請照會，82%是爲了控制身體的症狀（黃建勳等，2005），相較之下，身體症狀緩解以外的「安寧照護」就顯得似乎不受重視。然而癌末病人漸漸處於臨終狀態，可能有震驚、憤怒、憂鬱等情緒問題(Kubler-Ross, 1969)，預防或解決這些問題，病人與照顧者才能獲得安寧。美國的研究發現：外在的心理支持有助於提高癌末病人的生活品質，其中宗教界的支持有助於提高病人接受手術治療的意願(Balboni, *et al.*, 2007)。

二、研究動機

國內一項癌末病人生活品質的研究指出：心靈困擾的問題最大（胡文郁，2004）。相對於病人的困擾，九成護理人員認爲癌末病人的心靈需求最重要，卻不知如何服務（胡文郁等，1999）。美國的癌末病人也還有 72 %缺乏醫護人員的心理支持，47%缺乏宗教界的支持，40%同時缺乏這兩種支持(Balboni, *et al.*, 2007)。顯然安寧照護仍有進步的空間。

然而推動安寧照護的進步，應該先確定「安寧照護的內容符合病人需要」，否則貿然實施訓練或績效考核，而不先確定「做對的事」，結果可能只是徒增困擾。上述多達 30 種的安寧照護方案中，哪些是真的符合病人的需求，而有助於他們呢？學界與業界尚未回答此問題，因此本研究對此加以探討。

三、研究目的

爲了要回答什麼是對的安寧照護內容，本研究之目的如下：

(一) 探討與整理安寧照護之屬性與方案內容（既有的和可行的）。

(二) 調查與分析癌末病人對安寧照護屬性與方案之偏好（重視或需要程度）。

(三) 討論上述偏好在安寧照護的創新涵義。

貳、文獻探討

一、安寧照護的內容

學界與實務界紛紛提出各種安寧照護方案來幫助癌末病人。本研究從文獻、相關網站及實務訪談，整理出現有的安寧照護方案，可分五類：

(一) 有關身心安頓的安寧照護方案

在醫師處方之外，音樂治療(Hilliard, 2005)與芳香療法（卓芷聿，2006）也被用來改善疼痛、疲勞及焦慮等症狀。在場陪伴、傾聽、同理心、慈悲、尊重、給予希望、愛及撫摸等被認爲可以滿足心靈需求（邱秀渝等，1995）。其中，在場陪伴被認爲能積極進行交流與理解（石世明、邱宗怡，2006），而有利於下述第 2 類的人際關係處理。而愛被認爲可以支持病人追尋下述第 3 類的生命意義（賴明亮，2002）。實務上還有環境治療（日光浴、綠道、種花、種菜）、病房聯誼、生日餐會、節慶活動、悲傷輔導、家庭問題輔導、遺族關懷、經濟補助與臨終喪葬諮詢等身心安頓方案。

(二) 有關人際關係處理的安寧照護方案

人際關係處理著重理解、報恩、寬恕放下，使人放心、無牽掛、自在。賴明亮（2002）指出藝術療法鼓勵病人，在體力許可下，從事創作，製作有意義之物送給親友，一方面協助病人發現自我的創造價值，另一方面有助於爾後家屬的哀傷輔導。陳健文等（2003）指出家庭會議可用來解說病情、討論照顧計畫、整合家屬意見、以及討論出院計畫等，可令全家或照顧團隊因良好溝通而各蒙其利，對提升照護品質有很大的助益。實務上有製作個人傳、藝術療法、病房展覽、影片欣賞、微笑治療、擁抱治療、親吻治療、激

怒療法等方案。

(三)有關生命意義及自我肯定的安寧照護方案

癌末病人仍希望自己每天可以入睡、醒來、吃得下及排得出來(許禮安, 2002), 因此「意義治療」給活著受苦賦予生命意義(賴明亮, 2002; 沈毅, 2001; 釋慧哲等, 2005; 釋宗惇等, 2007)。「花蓮慈濟心蓮模式」強調告知生命的轉換就像毛毛蟲變蝴蝶, 並非結束, 以引導病人為生命續航作準備(石世明、邱宗怡, 2006)。實務上還有生命回顧、病房展覽、完成心願、捐贈大體、影片欣賞等方案。

(四)有關宗教活動的安寧照護方案

有些人藉由宗教理解生命現象, 也隨順宗教的教誡來提升生命境界, 尤其是在生命的尾端。Roberts, *et al.* (1997) 發現 49%婦科癌症病人在確診之後變得比較虔誠, 而且無人因而比較不信教。Corey(1997)認為: 在肯定生命的前提下, 有計畫的讓病人活在當下, 就不會為生命終結所困。活在當下是佛教「四念處」禪修時「正念、正知」的通俗說法。實務上有入教儀式、靈性關懷與輔導、禱告、唱詩歌、團契聚會、感恩禮拜、彌撒、念佛等方案。

(五)有關安寧知識與技能傳授的安寧照護方案

有研究建議教材應配合病人特質, 以影音教材結合個別衛教及討論, 以提高效果(洪敏芳, 2005)。也有研究發現宗教師的「觀機逗教、感應道交」能給予病人適切的啟發(何婉喬, 2004)。實務上還有病房聯誼與影片欣賞等方案。

二、安寧照護的產品屬性架構

行銷學者 Kotler (1980)將產品分為三層次: 核心產品、有形產品與附加產品, 其觀念有助於從「全產品」出發, 從事全面性的行銷策略規劃, 包括產品設計, 但其用詞容易造成誤解, 以為另外還有「非核心產品」,

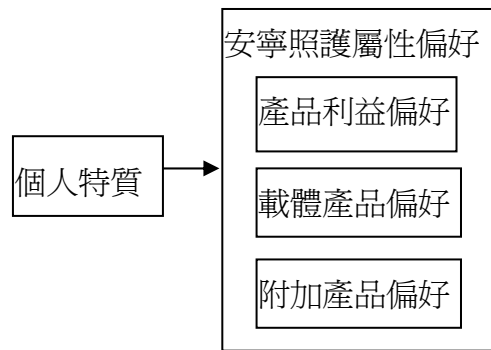
也不適用於服務類產品, 因為「非有形」的活動部分反而才是重點。國內學者依照原意修正用詞為產品利益、載體產品與附加產品(黃太和、拾已寰、劉佳南, 2001)。利用此架構, 則安寧照護之產品三層次為: 1.產品利益: 安寧照護提供的利益, 包括前述的身心安頓、情感支持、賦予生命意義與希望、和安寧知識與技能傳授等, 是反應安寧需要的產品部分。2.載體產品: 安寧照護的活動與設備, 包括前述的安寧照護方案, 是承載安寧利益給癌末病人的載體, 也是一般人熟悉的「產品」。3.附加產品: 安寧照護的品質與方便性, 包括機構形象、服務人員形象、及相關服務轉介等, 會影響病人對安寧照護的接受程度。

三、消費者偏好之調查法

從行銷的角度, 癌末病人對安寧照護之偏好, 屬於消費者對產品之偏好。調查消費者偏好的方法有兩種: 聯合分析法與直接量表化衡量法。兩種方法所得結果不分軒輊(陳旺聖, 2001)。聯合分析法先蒐集受試者對一些代表性「產品觀念」(產品屬性組合)的偏好排序, 再依排序值分析各屬性(含價格)的偏好值, 因此所得偏好值可能受價格影響, 而價格會因為創新、規模、競爭等等因素而走低。直接量表化衡量法直接請消費者衡量對每一項屬性與方案(不含價格)的重視程度、需要程度或喜愛程度等, 屬於單純的偏好, 程序上較為簡單方便, 因此本研究採用此法。

四、研究架構

綜合上述討論, 本研究的觀念架構如圖一所示。



圖一 本研究觀念架構

參、研究方法

一、安寧照護屬性的整理與質性分析法

本研究以產品三層次為架構，重新整理文獻探討中所述的安寧照護方案，再利用Osborne(1963)的創意產生法，從質疑各屬性及其用途、演化、替換、擴大、縮小、重排、掉轉、合併等的「屬性操作」下手，修改原有的安寧照護方案，或產生新的可行方案，最後整理出安寧照護屬性潛在內容，如圖二所示。

過程約歷時兩個月，研究者先分析比對各方案之類別與層次，再探索新的方案，然後開會討論，直到取得共識為止。例如邱秀渝等(1995)的「在場陪伴、傾聽、同理心、慈悲、尊重、給予希望、愛及撫摸」，研究者認為應該可以在場陪伴概括表示，再考量陪伴者的「替換」，擴大為家屬陪伴、醫護人員陪伴、病友陪伴等三方案。又，悲傷輔導、家庭問題輔導、遺族關懷、經濟補助與臨終喪葬諮詢等方案，應該可以合併，再重排為社工協助與志工協助。意義治療和靈性關懷與輔導等兩方案，也應該可以合併，再重排為與宗教師討論生命意義和與先進病友討論生命意義等。微笑治療、擁抱治療、親吻治療、激怒療法等方案，基於國情，也似乎可以合併為恩怨關係處理。

此外，文獻探討中沒有提到的布施與放生，為台灣本土的宗教活動，屬於載體產品，與禱告、禮拜同類別，能產生「感到放心，

無牽掛」與「感到良心自在」的產品利益，因此研究者認為可列為可行方案。

至於影片欣賞，係依媒體取名，不宜當作獨立方案，應該視為其他方案的次方案。芳香療法屬高價的個人化消費，應該不必納入調查。

二、偏好調查與分析法

(一) 問卷設計

問卷之設計，依據圖二所列的內容，將可行方案一一條列並附加偏好量尺於後，亦即將圖二的方案「直接量表化」。在問卷的一般說明中，指明本問卷的訪談對象為接受安寧療護的癌末病人。問卷設計時，若發現受訪者可能不熟悉的方案，則以括弧文字加以說明。偏好的衡量，採用五點等距量尺：產品利益偏好及附加產品偏好以0、1、2、3、4分別代表不重要、有點重要、普通重要、很重要、非常重要；載體產品偏好以0、1、2、3、4分別代表不需要、有點需要、普通需要、很需要、非常需要。本研究偏好量表之內在信度(Cronbach α)為0.83。

為了分析偏好是否因個人特質而異，問卷也蒐集癌末病人的個人特質變數，包括性別、年齡、學歷、婚姻、職業、入院意願、經濟狀況、病情、活動力、主要照顧者、宗教信仰程度、宗教、安寧照護需要程度、及是否住在安寧病房等。

本研究屬於探索性研究，問卷所調查的每一項目，都是以單一問題訪問，以取得病人的偏好程度。問卷的表面效度與信度，乃是藉由具有安寧專業證照的實務界人士參與問卷設計，以及親自訪問病人以蒐集資料的過程所建立。

(二) 資料蒐集與樣本描述

在2006年8月至11月，以立意取樣法，在醫院的書面核可下，選取中、北部接受安

產品利益

●身心輕鬆舒適●感到放心，無牽掛●感到良心自在●感到生命有意義●坦然面對死亡●有為生命續航作準備●獲取安寧知識與技能●情感支持

載體產品

- 一、身心安頓：●洗澡●手足護理●音樂治療●接觸大自然●家庭慶祝活動●家屬陪伴●醫護人員陪伴●病友陪伴●志工協助●社工協助●像家的環境●病情告知
- 二、人際關係處理：●製作個人傳●藝術療法●與親友溝通病情●交代後事●家庭會議●恩怨關係處理●身前告別會
- 三、生命意義及自我肯定：●生命回顧●展現個人專長●與宗教師討論生命意義●與先進病友討論生命意義
- 四、一般宗教活動：●拜拜、禱告或禮拜●布施●放生●讀頌經文或唱詩歌●入教儀式
- 五、進階宗教活動：●禪修●念佛●彌撒●抄經文●修道院修行
- 六、安寧知識與技能傳授：●書本●安寧案例分享●安寧小卡●漫畫●寓言故事

附加產品

●機構形象●醫護人員專業形象●社工服務品質形象●志工服務品質形象
●相關需求轉介服務

●表示各屬性之可行方案

圖二 安寧照護之潛在產品三層次

寧療護的癌末病人，病人同意後簽署研究參與同意書，由研究者以問卷進行訪談。若病人體力許可，請其自行填寫問卷。否則以口語訪談，由研究者填寫問卷，有時因病人體力而分次完成。共成功訪談 94 位病人，得有效訪談問卷 94 份（中部 44 份，北部 50 份）。

如表一所示，整體有效樣本 94 人，其中主要為男性佔 55.3%；年齡 40-60 歲佔 53.2%；學歷國中以下(含)佔 45.7%；已婚佔 75.5%；職業其他佔 41.5%；病人自願入院佔 41.4%；經濟收支平衡佔 55.3%；癌細胞轉移至多重

器官佔 38.3%；活動力完全臥床佔 38.3%；由配偶照顧佔 37.2%；民間宗教信仰佔 43.6%；粗信宗教佔 37.2%；非常需要安寧照護佔 34%；住普通病房佔 58.5%。

(三) 統計資料分析法

以 SPSS 統計套裝軟體 10.0 版進行資料分析：以描述性統計分析樣本的次數分配、以及癌末病人對安寧照護屬性偏好的平均數與標準差。以獨立樣本 t 檢定，或單因子變異數分析法 (ANOVA) 與雪費檢定 (Scheffe-test)，分析偏好是否因個人特質而異。

表 1 癌末病人個人特質之分佈 ($n = 94$)

特質	<i>n</i>	%	特質	<i>n</i>	%	特質	<i>n</i>	%
性別			入院意願			宗教信仰程度		
男	52	55.3	病人自願	39	41.5	無	31	33.0
女	42	44.7	家屬意願	30	31.9	有・粗信	35	37.2
年齡			醫護人員決定	25	26.6	有・虔信	18	19.2
						有・奉行	10	10.6
30-40	14	14.9	經濟			宗教		
40-50	25	26.6	尚有存餘	26	27.7	民間信仰	41	43.6
50-60	25	26.6	收支平衡	52	55.3	道教(含一貫道)	15	16.0
60-70	12	12.6	入不敷出	16	17.0	基督教/天主教	5	5.3
>70 歲	18	19.1	病情			佛教	24	25.5
學歷			癌症初期	8	8.5	其他(含無)	9	9.6
國中以下	43	45.7	癌轉一個器官	28	29.8	安寧照護需要		
高中職畢	29	30.9	癌轉多個器官	36	38.3	有點需要	9	9.6
大專	22	23.4	癌轉免疫系統	32	23.4	普通需要	24	25.5
婚姻			活動力			很需要	29	30.9
已婚	71	75.5	完全臥床	36	38.3	非常需要	32	34.0
未婚	11	11.7	多於半天臥床	29	30.9	主要照顧者		
其他	12	12.8	少於半天臥床	8	8.5	配偶	35	37.2
職業			受輕微限制	8	8.5	兒女	30	31.9
軍公教	8	8.5	活動自如	13	13.8	看護	15	16.0
工	20	21.3	是否住安寧			其他	12	14.9
農	6	6.4	病房					
商	21	22.3	是	39	41.5			
其它	39	41.5	否	55	58.5			

肆、結果與討論

本研究分析 94 位癌末病人對安寧照護屬性與方案的偏好，結果如下：

一、產品利益平均偏好

如表二所示，調查發現：受訪者平均很重視「身心輕鬆舒適」、「感到放心，無牽掛」、「情感支持」、「感到良心自在」和「感到生命有意義」（平均值(M)> 3：很重要），而且看法比較一致（標準差(SD)較小）；普通重視「坦然面對死亡」、「獲取安寧知識與技能」和「有為生命續航作準備」（ M > 2：普通重要），看法也比較分歧（ SD 較大）。

二、產品利益偏好差異

表三的資料顯示：癌末病人的經濟狀況

與對「身心輕鬆舒適」重視程度存在顯著關聯，亦即「尚有餘存」者比「入不敷出」者更重視身心輕鬆舒適。是否住安寧病房與「坦然面對死亡」也存在顯著關聯。住安寧病房者比住其他病房者更重視坦然面對死亡。

表 2 癌末病人對安寧照護產品利益之平均重視程度 ($n = 94$)

變項	<i>M</i>	<i>SD</i>
身心輕鬆舒適	3.46	0.68
感到放心，無牽掛	3.33	0.68
情感支持	3.31	0.75
感到良心自在	3.12	0.79
感到生命有意義	3.07	0.85
坦然面對死亡	2.98	1.05
獲取安寧知識與技能	2.97	0.93
有為生命續航作準備	2.79	1.06

表 3 癌末病人對安寧照護產品利益重視程度
差異分析 ($n = 94$)

變項	身心輕鬆舒適		
個人特質	<i>M</i>	<i>F</i>	Sheffe 事後比較
經濟			
① 尚有餘存	3.65		
② 收支平衡	3.46		
③ 入不敷出	3.13	3.11*	①>③

* $p < .05$

表 3 (續)

變項	坦然面對死亡	
個人特質	<i>M</i>	<i>t</i>
是否住安寧病房		2.81**
是	3.31	
否	2.78	

** $p < .01$

三、載體產品平均偏好

如表四所示，調查發現：受訪者平均很需要「家屬陪伴」($M > 3$ ：很需要)，普通需要「醫護人員陪伴」、「病情告知」、「洗澡」、「手足護理」、「像在家的環境」、「家庭慶祝活動」、「接觸大自然」、「交代後事」、「與親友溝通病情」、「家庭會議」、「拜拜、禱告或禮拜」與「安寧案例分享」($M > 2$ ：普通需要)。

受訪者對其他許多方案的平均需要程度不高，例如音樂治療($M < 2$)與藝術療法($M < 1$ ：有點需要)，表示多數受訪者不需要或有點需要，但是仍有少數受訪者普通需要、很需要或非常需要這些方案。其中，標準差愈大表示需要程度差異愈大。至於平均需要

表 4 癌末病人對安寧照護載體產品之平均需要程度 ($n = 94$)

變項	<i>M</i>	<i>SD</i>	變項	<i>M</i>	<i>SD</i>
身心安頓			生命意義及自我肯定		
家屬陪伴	3.38	0.61	生命回顧	1.91	1.3
醫護人員陪伴	2.93	0.69	與宗教師討論	1.63	1.31
病情告知	2.93	0.81	與先進病友討論	1.45	1.33
洗澡	2.89	0.81	展現個人專長	1.27	1.18
手足護理	2.57	0.98	一般宗教活動		
像在家的環境	2.32	1.1	拜拜、禱告或禮拜	2.38	1.25
家庭慶祝活動	2.27	1.0	布施	1.34	1.25
接觸大自然	2.13	1.13	讀頌經文或唱詩歌	1.23	1.33
社工協助	1.85	1.28	放生	1.08	1.15
音樂治療	1.73	1.11	入教儀式	0.99	1.26
志工協助	1.73	1.29	進階宗教活動		
病友陪伴	1.70	1.22	念佛	1.6	1.45
人際關係處理			禪修	0.95	1.23
交代後事	2.61	1.14	彌撒	0.64	1.13
與親友溝通病情	2.23	1.25	抄經文	0.55	0.99
家庭會議	2.07	1.31	修道院修行	0.36	0.8
恩怨關係處理	1.83	1.37	安寧知識與技能傳授		
身前告別會	1.32	1.21	安寧案例分享	2.61	0.68
製作個人傳	1.01	1.2	書本	1.35	1.28
藝術療法	0.94	1.08	安寧小卡	1.18	1.14
			寓言故事	0.93	1.11
			漫畫	0.82	1.02

表 5 癌末病人對安寧照護載體產品需要程度差異分析 ($n = 94$)

變項	家庭會議	病情告知	交代後事	病友討論
個人特質	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>
年齡				
① 30-40 足歲	3.29	3.43	3.43	2.29
② 40-50 足歲	1.96	2.84	2.44	1.56
③ 50-60 足歲	1.76	2.96	2.60	1.44
④ 60-70 足歲	2.00	2.42	2.75	1.42
⑤ 70 歲以上	1.78	2.94	2.11	0.67
	$F=4.17^{**}$	$F=2.85^*$	$F=3.12^*$	$F=3.26^*$
Sheffe 事後比較	①>②, ①>③ ①>⑤	①>④	①>⑤	①>⑤
性別				
①男	2.38		2.88	1.73
②女	1.69		2.26	1.10
	$t=2.57^{**}$		$t=2.62^*$	$t=2.35^*$

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

表 5 (續 1)

變項	家屬陪伴
個人特質	<i>M</i> <i>F</i> Sheffe 事後比較
入院意願	4.87** ①>②
①醫護人員決定	3.68 ①>③
②家屬意願	3.20
③病人自願	3.33

** $p < .01$

表 5 (續 2)

變項	入教儀式	拜拜、禱告	念佛
個人特質	<i>M</i> <i>F</i> Sheffe 事後比較	<i>M</i> <i>F</i> Sheffe 事後比較	<i>M</i> <i>F</i> Sheffe 事後比較
宗教	7.02***	3.77**	5.40**
①民間信仰	0.60 ③>①	1.98 ④>①	1.18 ④>①
②道教	0.87 ③>②	2.20	1.93
③基督教	2.60 ④>①	2.44	0.80
④佛教	1.54	3.00	2.42
信仰程度	16.57***	5.37**	4.8**
①無	0.63 ④>①	1.80 ④>①	0.93 ④>①
①有，粗信	0.66 ④>②	2.60	1.74
③有，虔信	1.05 ④>③	2.37	1.79
④有，奉行	3.10	3.40	2.70

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

程度和標準差都低的方案，例如：「抄經文」和「修道院修行」，就只有很少的受訪者很需要它們了！

四、載體產品偏好差異

表五的資料顯示：癌末病人的入院意願與對「家屬陪伴」的需要程度存在顯著關聯；年齡與對「家庭會議」、「病情告知」、「交代後事」及「與先進病友討論生命意義」等的需要程度存在顯著關聯。性別與「家庭會議」、「交代後事」及「與先進病友討論生命意義」；宗教和宗教信仰程度分別與「入教儀式」、「拜拜、禱告」及「念佛」等也存在顯著關聯。

換句話說，由醫護人員決定入院的病人更需要家屬陪伴。30-40 足歲的病人更需要「家庭會議」、「病情告知」、「交代後事」及「與先進病友討論生命意義」。男性病人更需要「家庭會議」、「交代後事」及「與先進病友討論生命意義」。奉行佛教者更需要「拜拜、禱告」及「念佛」。奉行基督教或佛教者更需要「入教儀式」。

五、附加產品平均偏好

如表六所示，調查發現：受訪者平均很重視「醫護人員專業形象」($M > 3$ ：很重要)，普通重視「機構形象」、「相關需求轉

介服務」、「社工服務品質形象」與「志工服務品質形象」($M > 2$ ：普通重要)。受訪者對後三者的看法的差異程度較大(SD 較大)。

表 6 癌末病人對安寧照護附加產品之平均重視程度 ($n = 94$)

變項	<i>M</i>	<i>SD</i>
醫護人員專業形象	3.06	0.9
機構形象	2.87	0.96
相關需求轉介服務	2.62	1.12
社工服務品質形象	2.31	1.07
志工服務品質形象	2.3	1.05

六、附加產品偏好差異

表七的資料顯示：癌末病人的安寧照護需要程度與對「醫護人員專業形象」、「社工服務品質形象」及「志工服務品質形象」等的重視程度存在顯著關聯，亦即非常需要安寧照護的病人更重視「醫護人員專業形象」、「社工服務品質形象」及「志工服務品質形象」。

七、討論

本研究綜合上述發現，討論如下：

(一) 在產品利益屬性中，調查發現癌末病人平均最重視「身心輕鬆舒適」的安寧利益(表二)，此調查結果支持安寧療護的原始理念。尤其是經濟上尚有餘存的病人，比入不敷出

表 7 癌末病人對安寧照護附加產品重視程度差異之分析 ($n = 94$)

變項	醫護人員專業形象			社工服務品質形象			志工服務品質形象		
個人特質	<i>M</i>	<i>F</i>	Sheffe 事後比較	<i>M</i>	<i>F</i>	Sheffe 事後比較	<i>M</i>	<i>F</i>	Sheffe 事後比較
安寧需要		9.85***			9.47***			8.67***	
①非常需要	3.66		①>②	3.03		①>②	2.94		①>②
②很需要	2.93		①>③	2.24		①>③	2.17		①>③
③普通需要	2.63		①>④	1.92		①>④	1.88		①>④
④有點需要	2.56			1.56			1.56		

*** $p < .001$

的病人，更重視「身心輕鬆舒適」（表三）。
 (二) 病人平均很重視的安寧利益，從「身心輕鬆舒適」、「感到放心，無牽掛」、「情感支持」、「感到良心自在」到「感到生命有意義」（表二），基本上是著眼於此世的。宗教性質較高的「坦然面對死亡」和「有為生命續航作準備」，雖然也受到普通重視，但是畢竟排在最後。可能是因為病人並不期待從醫護人員獲得此項利益，也可能是因為還沒有想到那麼多。這點從住安寧病房者，比住其他病房者，更重視「坦然面對死亡」可知。

(三) 由上述分析，本研究提出兩個命題以供後續研究檢驗：1 癌末病人的心靈需求包含安頓此世情感與良心的心靈需求和宗教性的安頓生命的靈性需求。2 安寧照護包含醫護人員的安寧照護和其他人員（宗教師、社工、志工、其他專家）的安寧照護。

(四) 在載體產品屬性中，「家屬陪伴」是癌末病人唯一平均很需要的方案（表四），尤其是由醫護人員決定入院者更是需要（表五）。安寧照護的規劃、實施、後續研究等，若能順著這項發現走，應該可以獲得事半功倍的效果，尤其是在重視孝道的儒家文化中。張美惠(譯)(2011)以病友身份陪伴病人的經驗與心得，值得參考。

(五) 平均需要程度較高的「身心安頓」和「人際關係處理」方案，包括「家屬陪伴」、「醫護人員陪伴」、「病情告知」、「洗澡」、「手足護理」、「像在家的環境」、「家庭慶祝活動」、「接觸大自然」、「交代後事」、「與親友溝通病情」、「家庭會議」等，與平均重視程度較高的安寧利益，具有良好的呼應關係，符合常識判斷。

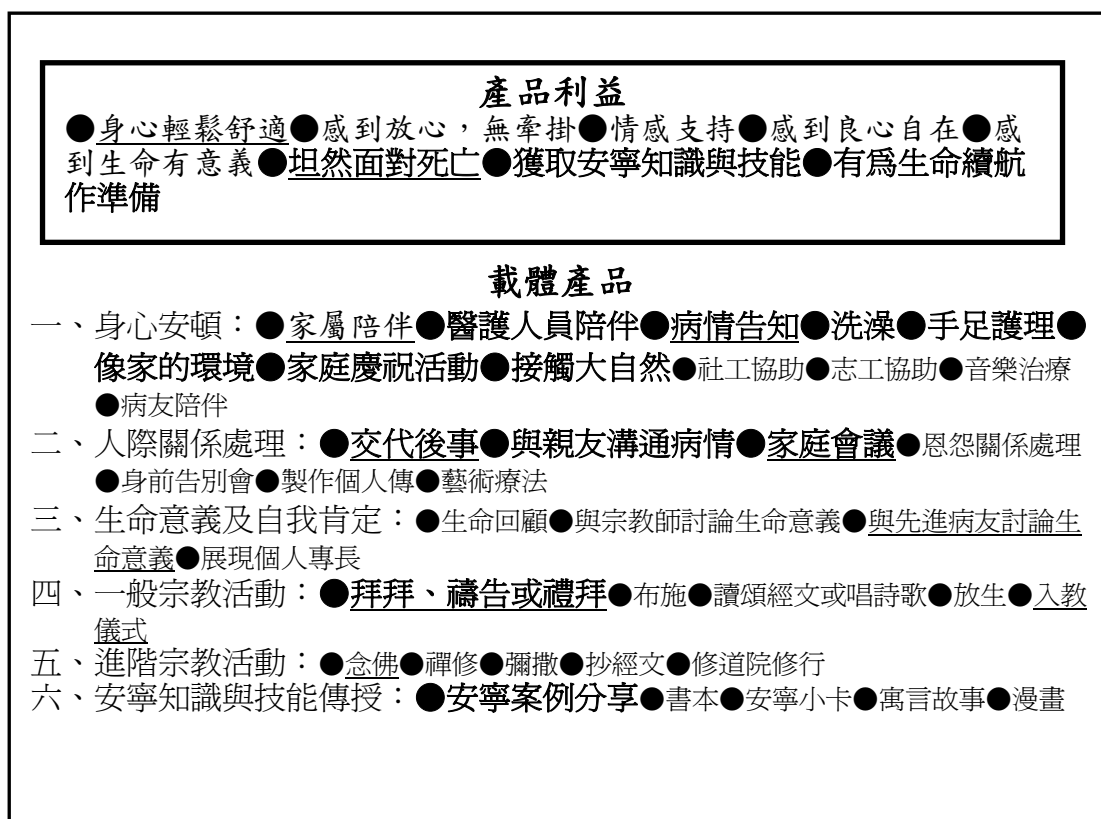
(六) 年齡在 30-40 足歲的病人，比其他病人，更需要「家庭會議」、「病情告知」、「交代後事」及「與先進病友討論生命意義」等方案。男性病人更需要「家庭會議」、「交代後事」

及「與先進病友討論生命意義」。奉行佛教者更需要「拜拜、禱告」及「念佛」。奉行基督教或佛教者更需要「入教儀式」。這些偏好差異都符合常識，值得從事客製化安寧照護時作參考。

(七) 癌末病人平均並不很需要「生命意義與自我肯定」和「宗教活動」的載體方案（除了「拜拜、禱告與禮拜」之外，平均值都小於 2），其原因可能為 1 一般人在疾病逼迫時，通常選擇先面對疾病，而暫時忽略其他。2 宗教之間存在教理爭議，令人很難擇一而信而行，因而多數病人選擇「拜拜、禱告與禮拜」，以低度參與，隨順風俗，讓心靈有所寄託。

(八) 然而如表五或上述第 6 點討論所示，仍有部分病人特別需要某些載體方案。例如「展現個人專長」，平均需要程度只到 1.27（稍微大於有點需要），實務上卻可見癌末病人，在展現個人廚藝之後，面露滿足感的場景。此外安寧照護的多數載體方案可輕易創新，幾乎有如餐館的食譜。因此在實務上應該盡量保留各種可行的載體方案，給病人選擇，由護理師、宗教師、社工、志工等等人士分別執行。

(九) 在附加產品屬性中，癌末病人平均很重視「醫護人員專業形象」（表六），尤其是非常需要安寧照護的病人更加重視之（表七）。實務界應該特別加以重視。癌末病人也平均普通重視其他的附加產品屬性（「機構形象」、「相關需求轉介服務」、「社工服務品質形象」與「志工服務品質形象」）（表六），尤其是非常需要安寧照護的病人更加重視社工與志工的服務品質形象（表七）。所有這些附加產品都是在兼顧品質與便利性時不可或缺的，實務上都應該加以重視，也要加強對非常需要安寧照護的病病人的溝通。



註：1.圖中標楷體字型：表示該屬性或方案之偏好平均值大於 3
 2.粗體新細明體字型：該屬性或方案之偏好平均值大於 2 但小於 3
 3.其他（小字新細明體）：偏好平均值小於 2
 4.加底線：該屬性存在偏好差異

圖三 受癌末病人偏好的安寧照護屬性或方案（依偏好平均值由大到小排列）

伍、結論與建議

一、結論

回首研究之初，我們從文獻知道安寧照護仍有進步的空間，從行銷管理的學理知道：改進的第一步應該是釐清什麼是病人需要的安寧照護內容。現在有了調查結果之後，我們驚訝的發現：「家屬陪伴」、「醫護人員陪伴」和「病情告知」的平均需要程度竟然大於「洗澡」的需要，更遠遠大於對

「社工協助」和宗教性的方案等的需要。過去也許誤以為臨終病人很需要社工和宗教人士的協助，現在我們知道癌末病人不一定臨終，病人也不見得以為自己臨終，甚至不知道自己是否臨終，因此應該放下以社工和宗教師為主的安寧照護路線，將家庭與醫療立為安寧照護的新主軸。

「家屬陪伴」等方案是本研究利用 Osborne(1963) 的創意產生法產生的新方

案，雖然邱秀渝等(1995)已從護理實務指出陪伴的重要，意外的是：病人最需要「家屬陪伴」。雖然既有的安寧照護方案裡，每一項都可能有「陪伴」的成分在內，但是從調查結果來看，將「家屬陪伴」與「醫護人員陪伴」獨立出來是值得的。

本研究屬於探索性研究，樣本也略嫌小，因此不宜過度將發現強調為結論。本研究確實有很多有用的發現，研究者以圖三歸納這些發現，方便記憶與利用。這些發現大致上回答了什麼是符合癌末病人需要的，或「對的」，安寧照護內容。

這些發現指出未來研究資源可以投注的重點與方向。這些發現也提供安寧照護規劃者創新時的參考。未來的安寧照護研究與實務創新都應該兼顧產品三層次，尤其是重視產品利益的核心地位。學界與實務界可以朝向病人偏好的安寧利益，改良或開發安寧照護的載體產品與附加產品。

二、對後續研究的建議

後續研究可以在不同的地區、時間重複本研究；可以重擬安寧照護產品三層次，另起一個探索性研究；可以深入探索一項載體方案或附加產品屬性。例如「癌末病人對家屬陪伴屬性偏好之研究」，可分析與整理家屬陪伴之產品三層次、調查偏好、討論其應用及後續研究涵義。又如「癌末病人形成醫護人員專業形象關鍵因素之研究」，可以重大事件技術法(Critical incidents technique)或其他方法探索之。在探索性研究之後，可以進行更嚴謹的研究，以檢驗或說明所發現的相關理論命題。研究資源應該先投注在病人比較偏好的屬性或方案上，以產生較大的影響。

三、對安寧照護創新的建議

建議安寧照護的規劃者，參考本研究結果，調整安寧照護的內容與作法，以提供符

合病人需要的安寧照護服務。例如癌末病人平均很需要「家屬陪伴」，但是家屬也有難處，Hinds(1985)發現家屬照顧病人時，會擔心自己的症狀照護與情緒支持能力，自己也有較廣的心理與社會需求。因此，引用安寧利益的偏好發現，應該有助於家屬瞭解陪伴的目的，而自行發展陪伴所需的能力。進一步，若能整合社工、志工、宗教師、病友、看護、另類療法專家等等資源，提供家屬參考、採用，應該有助於家屬發揮陪伴的效果，以及滿足家屬的心理與社會需求。連帶的，其他載體方案也比較能順利進行。

四、研究限制

研究者判斷本研究的發現具有良好的內在連貫性(coherence)，基本上是可信的。為求客觀，在討論或利用本研究的發現時，仍然應該謹記本研究可能有地區、時間、樣本代表性、衡量方法等限制。後續研究才能釐清這些限制。

參考文獻

中文部分

- 石世明、邱宗怡(2006)。臨終心理照顧—花蓮慈濟心蓮模式。*慈濟醫學*，18(4)，71-78。
- 何婉喬(2004)。宗教師在安寧療護中的專業化角色初探—以佛教法師為例。南華大學生死學研究所碩士論文，嘉義市。
- 沈毅(2001)。生命的動力意義-論死亡恐懼—人最重要的是活著。杭州市：杭州出版社。
- 卓芷聿(2006)。芳香療法的應用—聞香紓緩身心壓力。*安寧療護雜誌*，11(3)，312-324。
- 邱秀渝、董芳苑、楊麗齡、唐秀治(1995)。臨終護理。臺北市：匯華。

- 洪敏芳 (2005)。多媒體衛教方案於安寧病房癌症疼痛病患成效之探討 (碩士論文)。國防醫學院：臺北市。
- 胡文郁 (2004)。台灣文化脈絡下癌末患者之生活品質。**臺灣醫學**，8 (5)，688-699。
- 胡文郁、邱泰源、釋慧敏、陳慶餘、陳月枝 (1999)。從護理人員角度探討癌末病人之靈性需求。**台灣醫學**，1，8-19。
- 許禮安 (2002)。建構而成的病情世界。**安寧療護雜誌**，7 (4)，342-354。
- 陳旺聖 (2001)。聯合分析法與直接量表化衡量法之比較研究：以消費者對 PDA 產品屬性偏好為例 (碩士論文)。國立臺灣科技大學：臺北市。
- 陳健文、蕭學誠、林明慧、吳彬源、陳振文等 (2003)。家庭會議在安寧病房。**台灣家庭醫學雜誌**，13 (1)，31-39。
- 黃太和、拾己寰、劉佳南 (2001)。學生對學生輔導中心產品屬性偏好之研究。**第二屆管理學域學術研討會論文集**，臺中市朝陽科技大學。
- 黃建勳、姚建安、邱泰源、王浴、陳慶餘等 (2005)。安寧病房入住需求與資源分配研究。**安寧療護雜誌**，10 (1)，1-12。
- 張美惠 (譯) (2011)。我願意陪伴你：點亮生命的九堂課。臺北市：張老師。
- 賴明亮 (2002)。意義治療法簡介。**安寧療護雜誌**，7 (2)，153-163。
- 釋宗惇、釋慧岳、陳慶餘、釋德嘉、釋惠敏 (2007)。癌末病人受苦的意義與靈性照顧。**安寧療護雜誌**，12 (1)，13-29。
- 釋慧哲、釋宗惇、陳慶餘、釋法成、釋滿祥、周淑美、…釋惠敏 (2005)。生命回顧之臨床說法。**安寧療護雜誌**，10 (4)，345-357。

英文部分

- Balboni, T. A., Vanderwerker, L. C., Block, S. D., Paulk, M. E., Lathan, C. S., Peteet, J. R., & Prigerson, H. G. (2007). Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life, *Journal of Clinical Oncology*, 25(5), 555-560
- Corey, G. F. (1997). *Theory and practice of conseling and psychotherapy*. California : Wadsworth.
- Hilliard, R. E. (2005). Music therapy in hospital and palliative care: A review of the empirical data. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2, 173-178.
- Hinds, C. (1985). The needs of families who care for patients at home: Are we meeting them? *Journal of Advanced Nursing*, 10, 575-81.
- Kolter, P. (1980). *Principles of marketing*. NJ: Prentice Hall.
- Kubler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. NY: MacMillan.
- Osborne, A.F. (1963). *Applied Imagination*, 3rd ed., New York: Charles Scibner's Sons.
- Roberts, J. A., Brown, D., & Elkins, T., et al (1997). Factors influencing views of patients with gynecologic cancer about end-of-life decisions. *American Journal of Obstetric Gynecology*, 176, 166-172.

誌謝

感謝姚健安先生與何婉喬女士審閱問卷。
感謝 94 位癌末病人接受問卷訪問。
感謝研究過程中幫助我們的同事與親友。