

護理研究 Nursing Research

收稿日期：2021-01-25

接受日期：2021-03-16

doi：10.6729/MJN.202108_20(1).007

「安寧療護態度量表」之修訂及信效度檢驗謝淑玲¹ 譚瑰賢¹ 朱明霞¹ 梁淑敏^{1*}

【摘要】目的：修訂「安寧療護態度量表」，並進行信效度檢驗。方法：以華人為對象的晚期照護態度調查問卷內容為基礎，再根據相關文獻調整後形成量表初稿，經專家審議及預調查後進行量表修訂；以 635 名澳門民眾為對象進行量表施測。結果：在進行項目分析及探索性因素分析後，「安寧療護態度量表」提取出「心理層面」、「生理層面」、「社會層面」三個構面，共計 11 題，累計解釋變異量為 58.94%，總體量表之 Cronbach's α 係數為 0.79，各分量表之 Cronbach's α 係數為 0.40 至 0.78；總量表之重測信度（組內相關係數）為 0.94，各分量表為 0.74 至 0.96。結論：此量表具良好信效度，適用於評估華人地區一般民眾對安寧療護態度或晚期照護的看法。

【關鍵詞】 安寧療護 晚期照護 態度量表 信度 效度

Revision and validation of the Hospice Care Attitude ScaleSok Leng Che¹ Kuai In Tam¹ Mingxia Zhu¹ Sok Man Leong^{1*}

[Abstract] Objective: To revise the Hospice Care Attitude Scale and examine its reliability and validity. Method: Referencing literatures based specifically upon the Chinese population, a draft questionnaire measuring the attitude towards hospice care was revised. Having evaluated by an expert panel, a pilot study was conducted to revise the draft questionnaire. A sample of 635 Macao residents completed the Hospice Care Attitude Scale. Result: Item analysis and exploratory factor analysis were conducted, the scale extracted three dimensions, including psychological, biological and social, contains 11 items. The cumulative variance contribution rate was 58.94%, Cronbach's alpha coefficients of the total scale was 0.79, and of the psychological, biological and social subscales were 0.40 to 0.78. The test-retest reliability (intraclass correlation coefficient) of the total scale was 0.94, and of the reliabilities of the three subscales were 0.74 to 0.96. Conclusion: The Hospice Care Attitude Scale has good reliability and validity, it can therefore be used to measure the attitude towards hospice care perceived by the general population in Chinese regions.

[Key Words] hospice care end-of-life care attitude scale reliability validity

* 通訊作者 Corresponding author: lsm@kwnc.edu.mo

¹ 澳門鏡湖護理學院 Kiang Wu Nursing College of Macau

1 前言

澳門人口老化程度不斷加劇，慢性病患率亦隨之上升，循環系統疾病、腫瘤、呼吸系統疾病是三大致死原因（澳門特別行政區統計暨普查局，2020）。儘管醫療科技的進步，死亡仍然是人生必經的階段。雖然死亡無可避免，但死亡伴隨的痛苦卻可利用安寧療護的方式得到緩解，包括病患及其家屬在死亡過程中所承受的痛苦。現代安寧療護的概念發展源於英國，由 Dame Cicely Saunders 於倫敦創立 St Christopher's Hospice 開始。安寧療護的全人照護概念建基於 Saunders 提出的「整體痛」（Carter, 2003）理論之上。

在 Saunders 提出「整體痛」理論之前，末期患者痛苦的概念都只是集中在肉體上的疼痛，往往未能關顧到身體以外各方面的其它需要。Saunders 的「整體痛」理論將精神及心理層面也納入在痛苦的考量當中（Clark, 1999）。Saunders 的理論特點在於承認人會在多個層面中經歷痛苦，包括精神、心理和社會層面。在不同層面所承受到的痛苦亦有可能轉化為身體上的疼痛，並會同時導致精神困擾、心理困擾和社會困擾。若未能理解及關顧每個層面都會導致肉體上的痛苦，醫療團隊就不能為病患及其家屬提供適切的照護，從而直接影響病患及家屬的生活品質（Goebel et al., 2009）。Saunders 指出：「心靈上的痛苦或許是人生中最難解決的痛苦」（Saunders, 1963）。所以，「整體痛」理論就是在療護的過程中不僅考慮身體上的疼痛及其它症狀（Goebel et al., 2009），還考慮到病患的精神、社會關係，以及靈性的需求，為病患及其家屬提供身、心、社、靈照護（Kelley & Morrison, 2015; Xiang & Ning, 2018）。安寧療護是舒緩治療的延續，集中為預後（prognosis）少於六個月的病患提供以舒適為主的護理（Beasley, Bakitas, Ivankova, & Shirey, 2019），能提升晚期患者的生活品質。

回顧國內外有關安寧療護態度的文獻，調查對象大多為醫療專業人員、醫護學生等（段紅英、金曉燕、沈麗瓊、侯羅姪，2019；蘇玲華等，2008；Anderson, Williams, Bost, & Barnard, 2008; Billings, Curtis, & Engelberg, 2009; Billings, Engelberg, Curtis, Block, & Sullivan, 2010; Henoch et al., 2017; Hui, Cerana,

Park, Hess, & Bruera, 2016），量表題項內容以病患照護為主，如認為照顧末期病患是否令人沮喪、能否自在地與病患討論病情、處理家屬情緒等。而針對非專業人士的調查多以癌症病患及長者為對象，如 Zafar 等人（2016）曾以癌症病患為對象，利用參考文獻修訂而成的自設問卷，調查癌症病患對於知悉預後的偏好及生命末期照護優先事項。以一般民眾為調查對象的量化研究中，大部分為研究者根據安寧療護相關文獻自設的問卷調查表（Benini et al., 2011; Cagle, LaMantia, Williams, Pek, & Edwards, 2016; Gomes et al., 2012; Heyland et al., 2006; Kang et al., 2017），沒有進行信度及效度檢驗，部分則以質性訪談方式瞭解受訪者對安寧療護的態度（Hanson, Brabrand, Lassen, Ryg, & Nielsen, 2019）。

在鄰近地區在香港，儘管已在 80 年代末建立安寧療護相關的服務，Chung 等人 2017 年的研究是香港第一個針對一般民眾對安寧療護態度和偏好作出的調查，然而，該研究未有對問卷內容進行信度及效度檢驗。綜述文獻發現，目前仍未有適合瞭解一般民眾對安寧療護看法的相關量表，故本研究之目的是在現有的問卷基礎上，修訂以一般民眾為研究對象的「安寧療護態度量表」，並對量表進行信、效度檢驗。期望量表可作為日後瞭解一般民眾對安寧療護服務看法的相關研究測量工具，將有助未來推動相關照護服務的發展。

2 研究方法

2.1 研究對象及樣本量

研究對象之納入條件為：（一）年滿 18 歲或以上的澳門居民；（二）能理解中文書面問卷內容並給予知情同意；排除條件為：（一）因視力或聽力嚴重缺損等無法溝通者；（二）對議題感到不安以致無法給予知情同意者。本研究採方便取樣，樣本量根據涂金堂（2012）建議進行探索性因素分析之樣本量與量表題項比為 10 比 1 且不少於 300。

2.2 研究工具

2.2.1 一般資料調查表

包含性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、子女數、宗教信仰、職業、收入。

2.2.2 「安寧療護態度量表」初稿

本研究以 Saunders 提出的「整體痛」理論為框架，查找文獻中以 Chung 等人 (2017) 調查香港一般民眾對晚期照護態度的問卷內容較符合此理念，且該研究是在與澳門華人文化相近的香港進行，故本研究使用 Chung 等人 (2017) 的調查問卷中，有關市民對晚期照護態度內容為基礎，原始題項為 10 題，包括 (1)「家人或朋友陪伴」、(2)「在舒適的環境中接受治療」、(3)「沒有痛楚及不適／症狀受到控制」、(4)「有私隱和尊嚴」、(5)「有人聆聽並尊重我的願望」、(6)「有受過訓練的照護人員在旁協助您和您的家人」、(7)「滿足宗教、心靈、文化需求」、(8)「隨時待命的專業醫療協助」、(9)「不成為其他人的負累」、(10)「可以與醫護人員談論一些自己關心的話題／事宜」，內容經原作者授權本研究使用；研究團隊將題項 3 修改為「痛楚的處理」、題項 5 修改為「有人聆聽並尊重我的想法和遺願」、題項 6 和 8 合併為「隨時有醫療及護理照顧援助」，目前尚未有原量表的信度及效度檢驗。除上述 9 題外，考慮到家人生活品質對病患的重要性，加上在安寧療護當中，身、心、社、靈各領域的重要性 (Goebel et al., 2009)，本研究分別參考 Straw & Cummins (2003) 及 Hsu 等人 (2012) 的研究，在量表中增加「家人得到關顧」題項。另外，相關研究結果指出民眾對安寧療護的態度與對維持生命措施的态度相關 (Ni et al., 2014; Wilson, 2000; Westerlund et al., 2018)，故本研究在量表中增加「接受緊急生命維持 (包括心肺復甦、插喉)」題項，成為 11 題量表初稿。

量表主要是測量研究參與者於生命末期時對安寧療護的態度。量表選項採用 Likert 5 級評分法，均有「非常重要」、「重要」、「一般」、「不重要」、「非常不重要」5 個答案選項，分別計 5、4、3、2、1 分，總分由 11 至 55 分，題目分數越高表示研究參與者認為該題項內容越重要，而總分越高即表示參與者在生命末期時會偏向選擇安寧療護。

效度方面，以專家內容效度及探索性因素分析進行量表之建構效度檢驗。三位專家為初始量表各題項與量表目的之相關程度進行評分，及後由研究者彙整並計分。評分以四分法計算，1 分為「完全不相關」、2 分為「不相關」、3 分為「相關」、4 分為「非常相關」，並對各題項內容及整體量表給予修改建議，專家給予的分數及後由研究者將題項

的 1 及 2 分轉換為 0 分，3 及 4 分轉換為 1 分。以內容效度指標 (content validity index, CVI) 作為題項修改或刪除標準，並計算專家一致性 (S-CVI/UA) 和平均數 (S-CVI/Ave)，低於 0.8 者需考慮修改或刪除該題項 (史靜瑀、莫顯昆、孫振球, 2012; Polit & Beck, 2006; Zamanzadeh et al., 2015)。

2.2.3 量表的修訂過程

量表修訂過程包括專家審議及預調查兩步驟。本研究邀請 3 位從事舒緩／安寧療護服務多年的專家 (包括本澳及香港專科護士、北京專科醫生各一名) 對量表初稿進行內容效度檢驗。專家對題項內容評分並給予修改意見，修改意見包括：在「痛楚的處理」題項中增加「其它不適症狀處理」的內容；「隨時有醫療及護理照顧援助」改為「在需要時可得到醫療及護理照顧協助」；「有人聆聽並尊重我的想法和遺願」中「遺願」改為「意願」；「接受緊急生命維持 (包括心肺復甦、插喉)」中「緊急生命維持」改為「生命維持措施」、「插喉」改為「氣管插管並上呼吸機」，修改後版本維持 11 題。

量表根據專家意見修改後，於 2019 年 12 月期間，在目標人群中以方便取樣方式邀請 55 名參與者進行量表預調查和訪談，以檢視參與者對各題項用詞表達的準確性及大眾理解程度，平均填答時間為 3 分鐘。為檢視量表內容的穩定度，預調查完成兩週後邀請同一批參與者再次填寫量表內容，共 19 位參與者填答。研究者在預調查後按參與者的意見再次對量表題項進行修訂，包括：「痛楚和其它不適症狀的處理」分拆為兩題；「滿足宗教、心靈、文化的需求」修改為「滿足宗教或心靈的需求」；「可以與醫務人員談論一些自己關心的話題／事宜」中醫務人員改為「重要的人」；參與者意見回饋表示「有人聆聽我的想法和意願」中「想法」和「意願」為不同層面的內容，故將其分拆為「有人聆聽我的想法」，而參與者普遍認為「意願」與照護有關，並與「獲得被尊重的照顧」是相若的內容，故合併為「參與治療決策」。另外，由於「接受生命維持的措施」為反向題，為使所有題項描述方向一致，故將其改為「不接受搶救措施 (包括心肺復甦、氣管插管並上呼吸機)」。在進行相關度分析後，由於「家人得到關顧」與多個題項相關度高，故將其刪除。修改後版本共 11 題。

2.3 統計分析

正式調查時間為 2020 年 7 月至 2020 年 9 月，以便利取樣及滾雪球方式，利用社交平臺及社會服務團體招募參與者，以線上自填匿名問卷方式進行資料收集，完成有效問卷 635 份。所收集的資料使用 Microsoft Excel 2013 進行建檔，使用 SPSS 22.0 統計套裝軟體進行資料分析。進行探索性因素分析前進行項目分析，以判斷納入分析的題項。項目分析以題項遺漏值百分比、題項平均數、變異數、偏態係數、高低分組獨立樣本 t 檢驗、修正後題項與總分之相關係數、刪除該題後的 α 係數七項作為量表項目分析的評估指標，其中高低分組獨立樣本 t 檢驗是用量表總分之第 27 及 73 百分位為標準，高於第 27 百分位者為高分組，低於第 73 百分位者為低分組。本研究參考學者建議，當題項有 5 項或以上指標被評為不良時，該題項被視為不良題目，不納入探索性因素分析（涂金堂，2012）。

信度方面以 Cronbach's α 係數檢驗量表內在一致性信度，以組內相關係數（Intraclass correlation coefficient, ICC）檢驗量表之重測信度，ICC 值低於 0.50 顯示信度為不良，0.50 至 0.75 為中等，0.76 至 0.90 為良好，高於 0.90 為優良（Koo & Li, 2016）。

2.4 倫理考量

本研究通過澳門鏡湖護理學院科研管理暨發展部之審批。由於是次為線上自填問卷調查，電子問卷首頁明確說明研究目的及自願參與原則，參與者勾選「同意」才進入正式問卷調查的內容。在填寫問卷過程中若參與者因情感或私隱因素不便回答的問題，可選擇「不作答」，並為緩解因調查內容引起參與者之情緒困擾，於調查開始前及結束後均提供研究團隊及有關部門之情緒輔導熱線。

3 結果

3.1 一般資料

研究參與者以女性（62.7%）為主，18 至 39 歲者較多（48.8%），最高教育程度以大專或本科為主（52.6%），已婚／同居者佔大部分（69.4%），大多無宗教信仰（61.4%），大部分研究參與者為在職人士（85.4%），其中以專業人員為主（32.8%），過去一年每月平均收入為 20,000 至 29,999 者佔大多數（27.4%）（表 1）。

3.2 專家內容效度

本研究進行之專家內容效度檢驗採四分法計算，所有題項之 I-CVI 皆為 1.0，S-CVI/UA 及 S-CVI/Ave 均為 1.0，顯示本量表具有良好的內容效度，研究團隊依據每位專家對各題項內容及用詞的建議修改題項內容。

3.3 項目分析

量表各題項均沒有遺漏值，除題項 5「家人或朋友陪伴」外，其它題項之平均值均未低於 1.5 或高於 4.5；大部份題項之變異數均低於 1 且為負偏態，

表 1 研究參與者人口學變項分佈 (n=635)

變項	n	%
性別		
女性	398	62.7
男性	237	37.3
年齡		
18-39 歲	310	48.8
40-64 歲	305	48.0
≥ 65 歲	20	3.1
教育程度		
小學或以下	7	1.1
初中	51	8.0
高中	152	23.9
大專或本科	334	52.6
研究生或以上	85	13.4
其它	6	0.9
婚姻狀況		
已婚／同居	441	69.4
未婚	153	24.1
分居／離婚	32	5.0
喪偶	9	1.4
宗教信仰		
沒有	390	61.4
佛教	83	13.1
基督教	73	11.5
民間信仰	50	7.9
天主教	39	6.1
就業狀態		
在職／自僱	542	85.4
退休／家庭主婦（夫）	61	9.6
全職學生	14	2.2
無業／待業	18	2.8
職業 (n=542)		
專業人員 *	178	32.8
技術員	107	19.7
博彩服務員	82	15.1
服務工作者	48	8.9
醫療助理專業人員	47	8.7
醫療專業人員	39	7.2
紀律部隊	20	3.7
其它	21	3.9
過去一年每月平均收入		
<9,999	56	8.8
10,000~19,999	138	21.7
20,000~29,999	174	27.4
30,000~39,999	92	14.5
≥ 40,000	130	20.5
不作答	45	7.1

* 包括企業高層主管、處長級或以上公務員、律師、會計師、工程師等。

顯示研究參與者大多偏向選擇「重要」及「非常重要」；高低分組獨立樣本 *t* 檢驗結果顯示各題項在高分組及低分組有顯著差異，表示各題項具有較好的鑑別度。只有題項 11「不接受搶救措施（包括心肺復甦、氣管插管並上呼吸機）」與總分之相關係數為 0.24，且刪除題項後 α 係數提高，但各題項之不良指標數為 0 至 3 項（表 2），未達 5 項不良指標之標準，因此所有題項均被納入探索性因素分析。

3.4 結構效度檢驗

通過探索性因素分析檢驗量表之建構效度，首先以 Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) 檢驗量表 11 題項的取樣適切性係數，結果顯示 KMO 值為 0.84，即題項間具共同因素；Bartlett 球形檢定之近似卡方值為

1948.63 (df=55, $p<0.001$)，顯示量表適合進行因素分析 (Bartlett, 1950; Kaiser, 1974)。

採用主成份分析法提取共同因素，並使用正交轉軸之最大變異法進行分析。依據特徵值大於 1 並結合陡坡圖判斷及因素負荷量不低於 0.40 為條件 (Howard, 2016)，共提取三個特徵值大於 1.0 的因素，累計解釋變異量為 58.94%。根據各因素的題項內容將三個因素命名，因素 1 為「心理層面」，包括題項 5、7、8、9、10，因素負荷量為 0.64 至 0.77；因素 2 為「生理層面」，包括題項 1、2、3、4，因素負荷量為 0.60 至 0.83；因素 3 為「社會層面」，包括題項 6、11，因素負荷量分別為 0.68 及 0.83（表 3）。

表 2 正式施測量表各題項之項目分析 (n=635)

題項內容	遺漏值 (%)	平均數	標準差	偏態	高低分組 <i>t</i> 檢驗	修正後題項與總分相關	刪除該題後 α 係數	評判結果
1. 痛楚的處理	0	4.5	0.70	-1.56	-15.35***	0.43	0.78	保留
2. 其它不適症狀 (如噁心、嘔吐、頭暈、氣促等) 的處理	0	4.4	0.68	-0.88	-17.32***	0.48	0.78	保留
3. 在需要時可得到醫療及護理照顧協助	0	4.5	0.63	-1.13	-17.73***	0.56	0.77	保留
4. 在舒適的治療環境中接受照顧	0	4.5	0.66	-1.32	-19.56***	0.59	0.77	保留
5. 家人或朋友陪伴	0	4.6	0.63	-1.62	-13.57***	0.46	0.78	保留
6. 不要成為家人的負累	0	4.5	0.78	-1.70	-12.64***	0.28	0.79	保留
7. 有人聆聽我的想法	0	4.4	0.75	-1.00	-20.90***	0.58	0.76	保留
8. 可以與重要的人談論一些自己關心的話題/ 事宜 (如死後安排或遺產等)	0	4.5	0.69	-1.25	-20.30***	0.58	0.76	保留
9. 滿足宗教 (如有一位牧師和您談話或有人和您一同誦經) 或心靈 (尋找生命的價值和意義) 的需求	0	3.7	1.06	-0.38	-18.65***	0.48	0.78	保留
10. 參與治療決策	0	4.3	0.82	-1.12	-17.74***	0.47	0.78	保留
11. 不接受搶救措施 (包括心肺復甦、氣管插管並上呼吸機)	0	3.8	1.00	-0.60	-11.26***	0.24	0.81	保留

*** $p<0.001$

表 3 正式施測量表探索性因素分析之因素負荷量矩陣及信度分析

題項內容	因素 1 心理層面	因素 2 生理層面	因素 3 社會層面	共同性
7. 有人聆聽我的想法	0.77			0.63
8. 可以與重要的人談論一些自己關心的話題/ 事宜 (如死後安排或遺產等)	0.74			0.59
5. 家人或朋友陪伴	0.67			0.47
10. 參與治療決策	0.67			0.48
9. 滿足宗教 (如有一位牧師和您談話或有人和您一同誦經) 或心靈 (尋找生命的價值和意義) 的需求	0.64			0.45
2. 其它不適症狀 (如噁心、嘔吐、頭暈、氣促等) 的處理		0.83		0.72
1. 痛楚的處理		0.82		0.71
3. 在需要時可得到醫療及護理照顧協助		0.63		0.65
4. 在舒適的治療環境中接受照顧		0.60		0.58
11. 不接受搶救措施 (包括心肺復甦、氣管插管並上呼吸機)			0.83	0.71
6. 不要成為家人的負累			0.68	0.50
特徵值	2.96	2.23	1.29	
解釋變異量 (%)	26.86	20.31	11.76	
累積解釋變異量 (%)	26.86	47.17	58.94	
Cronbach's α 係數	0.76	0.78	0.40	0.79*
ICC	0.96	0.74	0.89	0.94*

* 總體量表之 Cronbach's α 係數及組內相關係數

3.5 信度檢驗

採用內在一致性信度及重測信度檢驗量表之信度。總體量表之 Cronbach's α 為 0.79，三個分量表之係數分別為 0.76（心理層面）、0.78（生理層面）、0.40（社會層面）；總體量表之 ICC 值為 0.94；三個分量表之 ICC 值分別為 0.96（心理層面）、0.74（生理層面）、0.89（社會層面）（表 3）。

4 討論

4.1 量表具有良好的信度和效度

「安寧療護態度量表」各題項之 I-CVI、總體量表之 S-CVI/UA 及 S-CVI/Ave 均為 1.00，顯示量表有良好的內容效度（史靜瑋等，2012；Polit & Beck, 2006; Zamanzadeh et al., 2015）；根據專家意見及預試時參與者反饋意見修改題項內容後形成修訂版量表。正式調查時，參與者表示修訂版量表題意清晰、內容易於理解且簡便。從項目分析總體結果顯示所有題項均適合納入探索性因素分析，KMO 值亦顯示量表題項適合進行因素分析。結構效度方面採用探索性因素分析，根據朱敏芳等（2019）建議，每題項在其所屬因素的負荷量均需大於 0.40，且需高於在其它因素的負荷量。本研究共提取三個因素，即「心理層面」、「生理層面」及「社會層面」，累計解釋變異量為 58.94%，各題項之因素負荷量均在 0.60 或以上，顯示量表的結構效度良好。量表提取的三個因素亦符合安寧療護中關顧病患及家屬的生理、心理、社會層面的核心內容，然而沒有單獨的靈性層面，考慮到安寧療護範疇中的靈性需求在華人文化中仍是一較少提及的概念（董鳳齊，2015；Mok, Wong, & Wong, 2010），在日後考慮增加相關題項時，可更深入探索華人文化在靈性需求及照護方面的內容。

總量表、「心理層面」和「生理層面」分量表之內在一致性係數均高於 0.70，表示量表具有較好的信度（Taber, 2018）。然而，「社會層面」分量表之 Cronbach's α 係數為 0.40，係數較低的可能原因為該因素只有兩個題項，未能完全反映該因素之構念（Tavakol & Dennick, 2011），未來使用本量表的研究應考慮增加社會層面相關內容的題項，以更準確測量該構念。韓國一個關於照顧壓力與選擇

安寧療護關係的研究發現，病人自覺成為家人照顧負擔越大，選擇安寧療護的機率越高，但在財務負擔層面則沒有顯著相關（Lee et al., 2015）。因此，量表中「社會層面」信度較低的另一個可能原因是當部份參與者認為「不要成為家人的負擔」是重要時，同時又擔心自己死後家人失去經濟支柱而無法明確選擇拒絕搶救，以致兩者的一致性較低。另外，量表重測得分之 ICC 值為 0.94，分量表之 ICC 為 0.74 至 0.96，重測信度良好，表示量表的穩定性佳（Koo & Li, 2016）。

4.2 量表的適用性較高

面對人口老化加劇，晚期照護質量是社會關心的議題，而瞭解一般民眾對安寧療護的態度，對服務的發展有重要的參考價值。過去針對民眾對安寧療護需求的研究多以質性探討，如 Hanson 等人（2019）訪談 31 位丹麥長者發現，在生命末期時能夠參與治療決策、滿足宗教及文化需求、不需依賴他人照護尤其重要。其它調查研究使用的工具均未進行信度及效度檢驗（Benini et al., 2011; Chung et al., 2017; Heyland et al., 2006），如 Heyland 等人（2006）於加拿大進行的研究，利用面對面訪談問卷，調查老年末期患者認為影響安寧療護品質的重要因素，該研究建構了 28 項照護內容，共有 5 個構面，包括醫療及護理照護、溝通及決策、社會關係與支持、有意義的存在、預前照顧計畫，雖有透過焦點團體對題項內容之可讀性及清晰度進行測試，但未有信度及效度報告。Benini 等人（2011）以單一封閉式問題調查 18 至 74 歲義大利民眾認為的臨終病人需求，選項包括緩解生理不適、專科醫療照護、在家接受醫療照護、給予家人的支持、心理醫生的支持、靈性支持，約六成研究參與者認為首要需求為生理不適的緩解。Chung 等人（2017）調查 30 歲及以上香港華人的安寧療護態度及偏好，問卷中關於安寧療護態度的部分是參考文獻匯整而成，雖在正式施測前曾進行預調查及修改，但未有報告信度及效度。

由於目前尚未有經過信度及效度檢驗之一般民眾對安寧療護態度的測量工具，本研究基於文化近似性，在 Chung 等人（2017）研究中民眾對晚期照護態度的內容的基礎上，透過專家審議、參與者反饋、項目分析、信度及結構效度檢驗，修訂出「安寧療

護態度量表」。雖然「社會層面」分量表之內在一致性偏低，但量表整體之信度及效度良好；而且量表內容易於理解、填答簡易，故此量表適用作為澳門及華人地區民眾對安寧療護態度或晚期照護看法相關研究的測量工具。

4.3 研究限制

本研究採用 Chung 等人 (2017) 於香港進行的調查內容為量表的初始題項，但由於該研究未進行信、效度檢驗，且修訂版量表內容亦經修改，因此本研究結果無法與其它研究比較。另外，「社會層面」分量表之內在一致性偏低，建議往後研究增加適當題項，以更準確地測量該構念。由於是次收集資料均為線上自填問卷，受研究參與者之年齡、教育程度、收入、網絡可及性等因素影響 (McDonald & Adam, 2003; Szolnoki & Hoffmann, 2013)，本研究之參與者教育程度偏高、專業人員比例較高；建議未來研究可使用不同方式接觸更多職業種類及教育程度人士，使量表於不同人群的適用性得到進一步的驗證。

5 結論

總體而言，「安寧療護態度量表」由生理、心理及社會三個層面構成，具有良好的信、效度，可用作評估華人地區一般民眾對晚期照護的看法，能補充目前相關測量工具之不足，並為日後相關研究奠下基礎。

致謝

本研究獲澳門特別行政區高等教育基金資助經費 (編號：HSS-KWNC-2020-01)，並感謝寧曉紅教授、廖進芳專科護士、黃小玲專科護士對問卷內容給予專業意見；對澳門工會聯合總會及澳門街坊會聯合總會協助發放網上問卷，及所有研究參與者的支持致以衷心謝意。

參考文獻

- 史靜瑋、莫顯昆、孫振球 (2012)。量表編制中內容效度指數的應用。《中南大學學報 (醫學版)》，37 (2)，152-155。
- 朱敏芳、周宏珍、鄧瑛瑛、王曉、楊蕾、李牧玲、白雪潔 (2019)。腦卒中患者病恥感量表的編制及信效度檢驗。《護理學雜誌》，34 (1)，70-73。
- 段紅英、金曉燕、沈麗瓊、侯羅姪 (2019)。中西醫結合醫院護士臨終照護態度及影響因素的調查分析。《中西醫結合護理雜誌》，5 (1)，27-31。
- 涂金堂 (2012)。《量表編製與 SPSS》。台北：五南。
- 董鳳齊 (2015)。靈性照護在終末期癌症患者中的研究進展。《護士進修雜誌》，20，1853-1856。doi: 10.16821/j.cnki.hsxx.2015.20.009
- 澳門特別行政區統計暨普查局 (2020)。《統計年鑑 2019》。澳門：作者。
- 蘇玲華、黃美玲、林亞陵、吳春桂、林芳如、林宏茂、黃勝堅 (2008)。護理人員對生命末期照護知識與態度—以中部某區域教學醫院為例。《安寧療護雜誌》，13 (4)，431-446。doi: 10.6537/TJHPC.2008.13(4).4
- Anderson, W. G., Williams, J. E., Bost, J. E., & Barnard, D. (2008). Exposure to death is associated with positive attitudes and higher knowledge about end-of-life care in graduating medical students. *Journal of Palliative Medicine*, 11(9), 1227-1233. doi: 10.1089/jpm.2008.0058
- Bartlett, M. S. (1950). Tests of significance in factor analysis. *British Journal of statistical psychology*, 3(2), 77-85. doi: 10.1111/j.2044-8317.1950.tb00285.x
- Beasley, A. M., Bakitas, M. A., Ivankova, N., & Shirey, M. R. (2019). Evolution and conceptual foundations of nonhospice palliative care. *Western Journal of Nursing Research*, 41(10), 1347-1369. doi: 10.1177/0193945919853162
- Benini, F., Fabris, M., Pace, D. S., Vernò, V., Negro, V., De Conno, F., & Orzalesi, M. M. (2011). Awareness, understanding and attitudes of Italians regarding palliative care. *Ann Ist Super Sanità*, 43(3), 253-259.
- Billings, M. E., Curtis, J. R., & Engelberg, R. A. (2009). Medicine residents' self-perceived competence in end-of-life care. *Academic Medicine*, 84(11), 1533-1539. doi: 10.1097/ACM.0b013e3181bbb490
- Billings, M. E., Engelberg, R., Curtis, J. R., Block, S., & Sullivan, A. M. (2010). Determinants of medical students' perceived preparation to perform end-of-life care, quality of end-of-life care education, and attitudes toward end-of-life care. *Journal of Palliative Medicine*, 13(3), 319-326. doi: 10.1089/jpm.2009.0293
- Cagle, J. G., LaMantia, M. A., Williams, S. W., Pek, J., & Edwards, L. J. (2016). Predictors of preference for hospice care among diverse older adults. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 33(6), 574-584. doi: 10.1177/1049909115593936
- Carter, R. (2003). Cicely Saunders-Founder of the hospice movement: Selected letters 1959-1999. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96(3), 149-151.
- Chung, R. Y. N., Wong, E. L. Y., Kiang, N., Chau, P. Y. K., Lau, J. Y., Wong, S. Y. S., ... & Woo, J. W. (2017). Knowledge, attitudes,

- and preferences of advance decisions, end-of-life care, and place of care and death in Hong Kong. A population-based telephone survey of 1067 adults. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(4), 367.e19-367.e27. doi: 10.1016/j.jamda.2016.12.066
- Clark D. (1999). "Total pain", disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958-1967. *Social Science & Medicine*, 49(6), 727-736.
- Goebel, J. R., Doering, L. V., Lorenz, K. A., Maliski, S. L., Nyamathi, A. M., & Evangelista, L. S. (2009). Caring for special populations: Total pain theory in advanced heart failure: Applications to research and practice. *Nursing Forum*, 44(3), 175-185. doi: 10.1111/j.1744-6198.2009.00140.x
- Gomes, B., Higginson, I. J., Calanzani, N., Cohen, J., Deliens, L., Daveson, B. A., ... & Menaca, A. (2012). Preferences for place of death if faced with advanced cancer: A population survey in England, Flanders, Germany, Italy, the Netherlands, Portugal and Spain. *Annals of oncology*, 23(8), 2006-2015. doi: 10.1093/annonc/mdr602
- Hanson, S., Brabrand, M., Lassen, A. T., Ryg, J., & Nielsen, D. S. (2019). What matters at the end of life: A qualitative study of older peoples perspectives in Southern Denmark. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 5, 1-11. doi: 10.1177/2333721419830198
- Henoch, I., Melin-Johansson, C., Bergh, I., Strang, S., Ek, K., Hammarlund, K., ... & Browall, M. (2017). Undergraduate nursing students' attitudes and preparedness toward caring for dying persons—A longitudinal study. *Nurse Education in Practice*, 26, 12-20. doi: 10.1016/j.nepr.2017.06.007
- Heyland, D. K., Dodek, P., Rocker, G., Groll, D., Gafni, A., Pichora, D., ... & Lam, M. (2006). What matters most in end-of-life care: Perceptions of seriously ill patients and their family members. *Canadian Medical Association Journal*, 174(5), 627-633. doi: 10.1503/cmaj.050626
- Howard, M. C. (2016). A review of exploratory factor analysis decisions and overview of current practices: What we are doing and how can we improve?. *International Journal of Human-Computer Interaction*, 32(1), 51-62. doi: 10.1080/10447318.2015.1087664
- Hsu, C. P., Chen, H. W., Lee, S. Y., & Tsou, M. T. (2012). Knowledge and attitude toward hospice palliative care among community-dwelling aged Taiwanese—Analysis of related factors. *International Journal of Gerontology*, 6(2), 105-111. doi: 10.1016/j.ijge.2012.01.022
- Hui, D., Cerana, M. A., Park, M., Hess, K., & Bruera, E. (2016). Impact of oncologists' attitudes toward end-of-life care on patients' access to palliative care. *The Oncologist*, 21(9), 1149-1155. doi: 10.1634/theoncologist.2016-0090
- Kaiser, H. F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39(1), 31-36. doi: 10.1007/BF02291575
- Kang, L., Liu, X. H., Zhang, J., Shan, P. Y., Wang, J. P., Zhong, P., ... & Lou, H. L. (2017). Attitudes toward advance directives among patients and their family members in China. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(9), 808-e7. doi: 10.1016/j.jamda.2017.05.014
- Kelley, A. S., & Morrison, R. S. (2015). Palliative care for the seriously ill. *New England Journal of Medicine*, 373(8), 747-755. doi: 10.1056/NEJMra1404684
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15(2), 155-163. doi: 10.1016/j.jcm.2016.02.012
- Lee, J. E., Shin, D. W., Cho, J., Yang, H. K., Kim, S. Y., Yoo, H. S., ... & Park, J. H. (2015). Caregiver burden, patients' self perceived burden, and preference for palliative care among cancer patients and caregivers. *Psycho Oncology*, 24(11), 1545-1551. doi:10.1002/pon.3827
- McDonald, H., & Adam, S. (2003). A comparison of online and postal data collection methods in marketing research. *Marketing Intelligence & Planning*, 21(2), 85-95. doi: 10.1108/02634500310465399
- Mok, E., Wong, F., & Wong, D. (2010). The meaning of spirituality and spiritual care among the Hong Kong Chinese terminally ill. *Journal of advanced nursing*, 66(2), 360-370. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05193.x
- Ni, P., Zhou, J., Wang, Z. X., Nie, R., Phillips, J., & Mao, J. (2014). Advance directive and end-of-life care preferences among nursing home residents in Wuhan, China: A cross-sectional study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(10), 751-756.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in nursing & health*, 29(5), 489-497. doi: 10.1002/nur.20147
- Saunders C. (1963). Care of the dying. *Current Medical Abstracts for Practitioners*, 3(2), 77-82.
- Straw, G., & Cummins, M. A. R. (2003). *AARP North Carolina end of life care survey*. Washington, DC: Carolinas Center for Hospice and End of Life Care and American Association of Retired Persons.
- Szolnoki, G., & Hoffmann, D. (2013). Online, face-to-face and telephone surveys—Comparing different sampling methods in wine consumer research. *Wine Economics and Policy*, 2(2), 57-66. doi: 10.1016/j.wep.2013.10.001
- Taber, K. S. (2018). The use of Cronbach's alpha when developing and reporting research instruments in science education. *Research in Science Education*, 48(6), 1273-1296. doi: 10.1007/s11165-016-9602-2
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53-55. doi: 10.5116/ijme.4dfb.8dfd
- Westerlund, C., Tishelman, C., Benkel, I., Fürst, C. J., Molander, U., Rasmussen, B. H., ... & Lindqvist, O. (2018). Public awareness of palliative care in Sweden. *Scandinavian journal of public health*, 46(4), 478-487. doi: 10.1177/1403494817751329
- Wilson, D. M. (2000). End of life care preferences of Canadian senior citizens with caregiving experience. *Journal of Advanced Nursing*, 31(6), 1416-1421.
- Xiang, Y., & Ning, X. (2018). Recognition of Palliative Care in Chinese

- Clinicians: How They Feel and What They Know. *Chinese Medical Sciences Journal*, 33(4), 221-227. doi: 10.24920/003509
- Zafar, W., Hafeez, H., Jamshed, A., Shah, M. A., Quader, A., & Yusuf, M. A. (2016). Preferences regarding disclosure of prognosis and end-of-life care: A survey of cancer patients with advanced disease in a lower-middle-income country. *Palliative medicine*, 30(7), 661-673. doi: 10.1177/0269216315625810
- Zamanzadeh, V., Ghahramanian, A., Rassouli, M., Abbaszadeh, A., Alavi-Majd, H., & Nikanfar, A. R. (2015). Design and implementation content validity study: development of an instrument for measuring patient-centered communication. *Journal of caring sciences*, 4(2), 165-178. doi: 10.15171/jcs.2015.017