

探討醫生對於長期臥床老人執行 氣管切開術態度之研究

The attitude of doctor for the tracheostomy on the long-time bed rest elder

高淑芳*

國立聯合大學 護理教師兼衛生保健組 組長
國立中正大學 成人及繼續教育研究所 博士資格候選

摘要

隨著人口的老化，許多呼吸治療中心如雨後春筍般的成立，被執行氣切需仰賴呼吸機之病患也大量竄升，雖然延長病人的生命，但是生活品質卻是苦不堪言，面對之家屬更造成長期的身心負荷，對於政府日益沉重之健保又是一大負擔。本研究預探索對於長期臥床老人執行氣管切開術的適宜性，運用對醫生的深度訪談法為主軸，本研究採用滾雪球抽樣法取樣，由某一級教學醫學中心之腫瘤科、腦神經內科、腦神經外科、胸腔內科、胸腔外科之主治醫生及主任為對象；採用「分析者的三角檢證」以增加本研究之效度，並運用質性研究的確實性、可轉換性、可靠性此三個指標，提出本研究所進行的嚴謹度控制。探討醫生對於長期臥床病患執行氣管切開術態度的結果資料概念化得到：一、以維持生命為宗旨的醫療導向。二、以旁觀者為建議的醫療服務。三、以明哲保身為依據的醫療認知。四、以生活品質為區隔的醫療措施。五、以人已殊異的醫療判斷。澄清「生命的延續」不等於「生活品質的確保」之觀念，提供家屬或醫療專業人員在醫療措施的抉擇上，應站在老人的角色切身的思考。

關鍵詞：長期臥床老人、氣管切開術、醫生的態度

* 通訊地址：苗栗市恭敬里聯大一號位衛保組 TEL：037-381147 Email：sfg@nuu.edu.tw.

壹、研究背景與動機

行政院主計處統計(2006)指出，國人約有十分之一的人生臥病失能，西元 2003 年男性新生兒一生生病的時間估計是 5.7 年，女性是 7.2 年；如果以健康時間占生命時間的比重來衡量生命的「質」，男性生命中健康的時間占百分之九十二，女性還不到百分之九十一。換句話說國人一生平均臥病失能 6、7 年，而且台灣 65 歲以上老人已有近四成沒有與子女同住，超過百分之七的老人住在安療養機構。自西元 2002 年 7 月起，政府輔導呼吸治療業務的醫院加入 IDS(Integration delivery system)系統，接受照護整合的管理；然而，許多私立呼吸治療中心如雨後春筍般的成立，其醫療品質卻令人憂心(黃惠珠，2003)。慢性呼吸照護中心亦如雨後春筍般到處林立，由衛生署(2005a)公告西元 2004 護理之家共 252 所，較 1999 年的 135 所，成長了 115.4%的數據可見；被執行氣切需仰賴呼吸機之病患也大量竄升，雖然延長病人的生命但是生活品質確是苦不堪言，面對之家屬更造成長期的身心負荷，對於政府日益沉重之健保又是一大負擔。

而且病人一進入醫療院所，病人就變得渺小，面對醫生的威權，對於參與醫療的自主權也變得模糊，特別是末期病患對於中止或放棄治療之後，又該何去何從？雖然國內外相關文獻研究長期臥床老人的照顧者負荷多所探討，但對於長期臥床老人執行氣管切開術的適宜性，甚至是否有醫療措施濫用的研究則付之闕如，研究者於醫院臨床實務觀察到許多罹患慢性疾病之老人家屬，在面臨接受氣管切開術的兩難抉擇，渴望醫療從業人員給予更詳細解說的需求性；所以研究者欲探討年齡大於(含等於)六十五歲之老人，因老化、疾病導致日常生活功能喪失而長期臥床，臨床處置需執行氣管切開術以助維持呼吸道通暢時，醫生對於長期臥床老人執行氣管切開術的相關議題包括：

- 一、醫生對於長期臥床老人執行氣管切開術的目的為何？
- 二、醫生對於長期臥床老人執行氣管切開術後的生活品質看法如何？
- 三、醫生建議長期臥床老人不要執行氣管切開術的原因又為何？
- 四、若是醫生本身或自己家屬面臨其為長期臥床老人，是否執行氣管切開術？
- 五、為縮短第四年齡頻死病症之痛苦，能否減少不必要的氣管切開術的醫療措施？

本研究目的希望深入探索醫生對於長期臥床老人執行氣管切開術態度，有助於縮短老人第四年齡頻死病症之痛苦，減少不必要的氣管切開術的醫療措施，提供病患及其家屬客觀的建議與福祉的確保，提昇老人最後人生階段的自尊與幸福感。

貳、文獻查證

衛生署公佈民國九十六年老年人死因主要原因分別為「惡性腫瘤」、「腦血管疾病」、「心臟性疾病」、「糖尿病」、「肺炎」、「腎炎腎徵候群及腎性病變」、「事故傷害」、「慢性肝病及肝硬化」、「高血壓性疾病」及「敗血症」等(衛生署, 2008), 可見除了「事故傷害」外, 其餘皆為慢性疾病或所伴隨之併發症, 可預見其漫長的醫療介入與瀕死期; 末期病人除了疼痛的症狀之外, 部分醫療的措施對病人可能造成更多的痛苦與負擔, 為了解決這個問題, 一些醫療的措施是否有必要就值得考量。如果病人在瀕死的情況下, 醫療人員執行插管、電擊、洗腎及強心劑藥物等醫療措施, 在這情形下, 為了免除病患更多的痛苦, 似乎可以得到合理的說明。但是, 在某些情形中, 放棄治療似乎成爲爭議的焦點, 例如: 為了免除病人更多的痛苦, 而拒絕執行氣管切開術、停止病患呼吸器的使用, 卻也可能造成病人的死亡, 允許病人放棄醫療的措施, 有時也考驗著病人、家屬及醫護人員的智慧, 因爲病人與家屬可能會面臨道德上難以抉擇的情形。如果選擇結束病患的生命, 則我們又怎麼忍心這麼做; 若是不結束他的生命則我們也不忍見他如此的痛苦, 醫療人員與病人家屬也同樣面臨道德上難以抉擇之情形(李惠玲、湯梅芬、黃香香, 1994)。

生物的生長的發展持續在人生命的前 30 年前, 之後即開始老化, 也就是在所謂的第一年齡段(指幼、少年期)與第二年齡段(指青、壯年時期); 第三年齡係指從 65 歲至 85 歲之間的年齡段, 約從退休開始, 到個體進入衰老期; 第四年齡階段, 屬於人生失能的階段, 從 5、60 歲到 110 歲, 或幸運的話, 保健工作做得好, 則可能永遠不會來; 不幸者, 可能會花數十年, 疾病、脆弱、依賴、接近死亡, 是生命脆弱衰退的階段; 所以生理的老化通常指的是第三年齡和第四年齡所發生的生理改變(Schaie & Willis, 2002); 藉由本文希望促進第四年齡老化的安適與福祉, 並縮短第四年齡頻死病症之痛苦, 探討不必要的氣管切開術醫療措施。雖然目前台灣各大醫院准許讓病人或其家屬簽署「拒急救同意書」, 意指可以主張不接受侵入性的治療, 如插管、電擊等可能增加病人痛苦的治療措施。但是死亡的過程絕大部分不像電視上所演的頻死前還能交代遺言, 再斷氣身亡; 臨床上所見可能是中風、腎衰竭、肺癌等老化疾病起始, 再引發其他週邊器官之併發症, 陷入昏迷、多重器官衰竭然後過世, 重點在於引發之合併症就可能讓每位病患拖上幾月至幾十年不等的頻死期, 其中讓老人受盡醫療的折磨以及家屬內心的煎熬可想而知。所以爲了避免頻死病症之痛苦拖延, 而安樂死的立法未定之前, 提供家屬或醫療專業人員在醫療措施的抉擇上, 應站在老人的角色切身的思考。

呂佩佩(2000)研究探索在醫療體系中, 當病患與家屬在面對急救議題時所產生的困境, 個案取自某醫學中心的腫瘤科病房, 以現象學方法解釋分析, 結果發現病患及家屬的急救知識常由大眾媒體及其它病友身上得知, 從醫護人員身上獲得的資訊卻不多; 而且病患與家屬最不能接受的急救措施是氣管內插管, 最能被接受的急救措施則是注射急救藥物。可見醫療

人員在提供病患及其家屬的預警相關急救資訊仍有待加強，而且臨床實務中氣管內插管不能置入超過一個月，唯恐導致氣管的長期壓迫、沾粘、糜管的形成，若病患無法成功戒除呼吸機的依賴，隨即而來的就是氣管切開術的介入，伴隨著每日的抽痰與呼吸機幫浦，再次地延長病患的餘命。而洪栩隆(2001)研究探討醫師對死亡態度、接受度、病患死亡的因應，以台北市立綜合醫院各科臨床醫師 351 人為研究對象，結果發現醫師對照護臨終病患方式的看法較同意採行：「視病患特別需要予以特殊照護」和「在安寧院(HOSPICE) 中照護」的方案。

而根據美國聯合醫院評鑑協會(JACH)訂立之呼吸治療品質的包括如下(李金川,1998)：1.呼吸器的使用率。2.使用呼吸器的平均日數。3.呼吸器合併症的產生率。4.非計畫性拔管的拔管率。5.計畫性拔管的重插率。6.計畫性脫離呼吸器的重接率。7.呼吸器患者的肺炎感染率。8.呼吸器的故障率。卻不見對於病患或其家屬滿意度的指標。Sinick 就指出高齡者的諮商輔導應著重於生涯規劃、退休、面對死亡與垂死的家人等，關於面對死亡與垂死的議題諮商，對於家中有長期臥床高齡者的家屬是特別重要(Lumsden, 1985)。

參、研究設計

一、研究方法

本研究採用質性研究法，依據文獻查證設計半結構式的訪談大綱，作為引導訪談過程的參考。運用對個案的深度訪談法為主軸，深度訪談乃指訪談者透過半結構式問題以詢問受訪者，傾聽並記錄他們的回答，並且就所回答的內容繼續追問其他相關的問題，以探索受訪者深層的內心世界，故深度訪談可謂是有目的之會談。

二、研究對象

本研究採用滾雪球抽樣法(snowball sampling)取樣，由某一級教學醫學中心之腫瘤科、腦神經內科、腦神經外科、胸腔內科、胸腔外科之主治醫生及主任為對象，先從研究者熟識之此專科醫生作為研究個案訪視，再由他們介紹其他符合本研究抽樣的專科醫生，當不同個案深度訪談之粹取概念飽合且重複出現時，即視取樣之研究目的已經達成而結束訪談。

茲將本研究於 2005 年 2 月至 9 月訪談個案基本資料一覽表如下：

| | 科別 | 職稱 | 年齡 | 性別 | 臨床年資 | 執行氣管切開術 實務年資 |
|------|-------|------|----|----|------|-----------------|
| 個案 A | 腫瘤科 | 主任 | 52 | 男 | 30 | 0 |
| 個案 B | 腦神經內科 | 主任 | 50 | 男 | 28 | 0 |
| 個案 C | 腦神經外科 | 主任 | 49 | 男 | 27 | 0 |
| 個案 D | 胸腔內科 | 主治醫生 | 35 | 男 | 13 | 0 |
| 個案 E | 胸腔外科 | 主任 | 48 | 男 | 26 | 20 |

| | | | | | | |
|------|-------|------|----|---|----|----|
| 個案 E | 胸腔外科 | 主治醫生 | 37 | 男 | 15 | 13 |
| 個案 F | 腦神經內科 | 主治醫生 | 40 | 男 | 18 | 0 |
| 個案 G | 腫瘤科 | 主治醫生 | 42 | 男 | 20 | 0 |
| 個案 H | 胸腔外科 | 主治醫生 | 30 | 男 | 8 | 6 |

簡春安、鄒平儀(1998)指出滾雪球抽樣法屬非隨機取樣法，運用在對某一特殊人口中，只熟知某一少部分人時，從已知的人數中去蒐集資料，並請他們介紹其周遭朋友或其他可能適合接受訪問的案主。因此，樣本是從少數中累積循環，一直到受試者全部調查完畢，或樣本數已達到研究的要求為止。雖然本研究方法所得到的結果不具完全的推論性，不能充分代表全部相關專科醫生的母群體特性，但依據研究結果所得到的資料，是深入研究瞭解醫生對於長期臥床病患執行氣管切開術態度。此研究對象之所以選擇上術五科科別，主因腫瘤科、腦神經內科、腦神經外科、胸腔內科中的癌症、腦中風、慢性肺阻塞性疾病等都是長期臥床老人的主要診斷，而胸腔外科就是執行氣管切開術的專科。

三、研究流程

在進行深度訪談前，研究者先向受訪者說明研究目的及研究進行的方式，由受訪者簽寫同意書，約定時間後運用半結構式的訪談大綱進行訪談；訪談過程中使用錄音機將訪談過程錄下來，再以「逐字稿謄寫」的方式，將訪談內容作完整紀錄，逐字稿謄寫的過程中一邊進行編碼的動作，這樣的方式進行，有助於研究者訪談下一次或下一位研究者時，可針對資料尚未飽和處再深入訪談與瞭解。

四、研究信度與效度

Patton(1990)認為三角檢證有四種模式：一、方法（method）的三角檢證，指採用不同資料蒐集的方法來檢證研究發現的一致性；二、資料來源（resource）的三角檢證，指使用不同的資料來源來檢驗研究發現的一致性；三、分析者（analyst）的三角檢證，指採用多位分析者來審查研究發現；四、理論（theory-perspective）的三角檢證，使用多種觀點來詮釋資料。本研究採用「分析者的三角檢證」，在進行逐字稿的分析編碼之後，邀請一位具有生死教育研究所學歷與質性研究經驗之協同研究者再次檢視分析編碼的內容，若有異議之處則進行討論取得編碼分析之一致性。

胡幼慧(1996)提出質性研究的信度與效度，即確實性(credibility)、可轉換性(transferability)、可靠性(dependability)，研究者運用此三個指標提出本研究所進行的嚴謹度控制加以說明：

(一)確實性：

即內在效度，指質性研究資料真實的程度，即研究者真正觀察到希望觀察的。本研究主的半結構式訪談大綱是經由文獻查證與二位具有成人教育研究所學歷之協同研究者共同討論與修正完成；研究者在訪談過程中全程使用錄音機及筆記輔助，以記錄完整的訪談情境與對話，因此資料分析所使用的都是第一手資料；在編碼過程中盡可能詳實完整地保留受訪者原本的語言作為引用與(包含台語、客家語)；研究者在訪談後將謄寫之逐字稿交與受訪者核對，以修正研究者資料整理的錯誤；再加上所有的資料蒐集、謄錄、訪談主要是由研究者本身擔任，以避免不同受訪者所產生的誤差。

(二)可轉換性

即外在效度，指經由受訪者所轉述的感受與經驗，能有效的作資料性的描述與轉換成文字陳述，增加資料可轉換性的技巧；研究者將受訪者第一手原始資料描述的觀點與經驗，謹慎地使用編碼將資料的意義、脈絡轉換成文字資料，進行歸屬、性質及面向的描述與歸納，即使未來對此議題有興趣的研究者，也可以從研究者所歸納整理的資料中瞭解高齡者學習動機的相關資訊。

(三)可靠性

指內在信度，乃指個人經驗的重要性與唯一性，因此，如何取得可靠性的資料，乃研究過程中運用資料收集策略的重點，研究者必須將整個研究過程與決策加以說明，以供判斷資料的可靠性。

肆、結果分析

在文獻探討中可瞭解社會大眾由於壽命的延長，對於縮短第四年齡頻死病症痛苦的期待、渴望善終的處置、以及家屬面臨照顧長期臥床老人的身心負荷與煎熬；研究者探討醫生對於長期臥床病患執行氣管切開術態度的結果資料的概念化，著重於對於現有的概念再精練，以及從訪談者的資料中在創造出新的概念，分別整理如下：

一、以維持生命為宗旨的醫療導向

醫生的職務自許救人救命為其宗旨，但是維生醫療帶給病患延長的痛苦，以及惡劣的生活品質，其中牽連到醫療倫理、法律人權等層面；可見受訪者所陳述：

「有時候只要在緊急的時候作一氣切就能挽救病人的生命。」(個案 H)

「當然囉! 作了氣切是可以挽回病人的生命，但也可能之後會是長期臥床的生活型態!」
(個案 G)

「雖然作了氣切病人生活品質會變得不好，但是病人的其他器官又沒有敗壞，所以又不能不作，而且作了以後他還能活一大段時間。」(個案 B)

所幸立法院於 2000 年三讀通過「安寧緩和醫療條例」，即允許在不可治愈的末期病人或其家屬的同意下，病人可以選擇不再接受延長頻死期的醫療處置，目的在使末期病人能保有生命的尊嚴，同時健保局也將「安寧病房療護」納入健保給付，藉著國家立法保障與健保給付，使得「安寧病房」與「緩和醫療」的設置合法化，「臨終關懷」的議題能被大眾所重視。但是如果頻死期遙遙無期，或者並不是可預見地短期內到來，病人及其家屬又必須面臨種種後續的醫療建議與處置，此時醫生的職務若仍自許救人救命就有值得商榷的餘地。以目前各醫院的安寧病房病患主要以癌症末期為主，但事實上只要經過診斷為不可治愈的疾病患者，均將面臨頻死過程，所以還包括愛滋病患、運動神經病患者、慢性阻塞性肺病等慢性末期患者(Farrell,1989; McWhan,1991)。

二、以旁觀者為建議的醫療服務

在分科日益精細的醫療趨勢下，醫生往往就其本科的醫療處置思維邏輯推演，欠缺與其他專科的溝通與瞭解，在病患本身的慢性疾病的情況下，作了氣切雖然解決了病患呼吸道痰液堵塞、無法有效排除等問題，避免病患因呼吸道阻塞導致的呼吸衰竭而死亡，但是被執行抽痰的痛苦卻成為延長病患生命的桎梏；而且由手術術前衛教單的瞭解，以及執行氣切的外科醫生往往在醫療措施的併發症解釋上，只侷限手術本身的出血、粘黏、瘻管等手術合併症，訪談中可見以下陳述：

「就醫生的立場，我們只能把該作的步驟(指作氣切)告訴家屬，要不要作就在家屬的決定。」(個案 F)

「在醫院裡醫生只負責依照病人症狀把病人應作的醫療處置給作到，有時候也不會考慮那麼多。」(個案 D)

「是否作氣切這有時很難講，醫生也沒辦法預測病人什麼時候死亡。」(個案 D)

目前醫療體制下醫生在術前並未讓家屬瞭解氣切手術之後，在末期頻死的過程中，可能還需要胃部造瘻以解決鼻胃管的問題、膀胱造瘻以解決尿路感染的問題以及插胸管引流以治療胸腔感染等，所有上述侵入性的醫療措施只為維持病患的生命，但卻讓病患於漫長的頻死末期受盡了折磨，家屬面臨了心理煎熬、經濟負擔，甚至由日益虧損的健保體系可見整體醫療體制也為資源的浪費付出代價。

三、以明哲保身為依據的醫療認知

隨著健保制度的推行，醫生的收入不再向過往時代可以日進斗金；再加以民眾知識水準的提升，權益意識高漲，醫療官司動輒理賠數百數千萬下，甚至緊急醫療法第四十三條即明定：「醫院診所遇有危急病人，應急救其設備予以救治或採取一切必要措施，不得無故延誤。」

但在世風日下人心不古的世態炎涼趨勢，醫生對於醫療糾紛更是避之為恐不及，訪談中可見以下陳述：

「如果不照流程跟家屬說要作氣切，怕家屬會告你(指醫生自己)。」(個案 C)

「現代社會的民眾權益意識高漲，說太多或想太多有時會讓病患家屬抓到毛病，最簡單的就是照表超課，該作氣切就作氣切，不作就出院，不能一直佔著床位。」(個案 E)

醫生只站在保護自我的立場給予病患及其家屬治療訊息，未站在病患及家屬立場考慮到醫療措施之後，對於病患執行氣切手術後其身體、心理以及經濟負擔上的漫漫長路，醫生卻沒有預先及明確地告知家屬，甚至醫生無法感受與體會家屬照顧長期臥床老人的負擔與艱辛，無形中建構了龐大醫療體系的冷漠與無奈。Dickinson 和 Mermann(1996)即指出醫療人員常在工作環境中接觸到死亡，而照護末期疾病病人的方式是一種藝術，醫療人員應盡量協助這樣病人及其家屬，在病人生命末期去應付圍繞著他們的複雜醫療環境。

四、以生活品質為區隔的醫療措施

高齡社會裡「老病纏身」的確是一種既痛苦又無奈的個人經驗，醫療專業人員面對此情此景，該當作何處置，這正是醫護倫理學必須首先解決的問題。西方醫事倫理原本只討論醫師道德，為醫療上提供行為準繩；後來社會發展走向消費者主義，醫事倫理才開始關心臨床情境。消費者主義看重消費者權益，病人有權知道一切有關自己的醫療決策；如果病人對此不進入狀況，醫事人員甚至有義務從事病人教育，為病人爭取權益，正視社會福利理念的延伸，高齡社會中的老人裡當有人站在他們的立場為其設想。在訪談中可見受訪者：

「如果 conscious 是清楚的，當然要救(指要作氣切)；如果是意識不清楚的，我就覺得沒有作的必要。」(個案 F)

「我覺得像 Demansia(老年痴呆症)就沒有作氣切的必要。」(個案 B)

雖然目前台灣各大醫院准許讓病人或其家屬簽署「拒急救同意書」，意指可以主張不接受侵入性的治療，如插管、電擊等可能增加病人痛苦的治療措施。但是死亡的過程絕大部分不像電視上所演的頻死前還能交代遺言，再斷氣身亡；臨床上所見可能是中風、腎衰竭、肺癌等老化疾病起始，再引發其他週邊器官之併發症，陷入昏迷、多重器官衰竭然後過世，重點在於引發之合併症就可能讓每位病患拖上幾月至幾十年不等的頻死期，其中讓老人受盡醫療的折磨以及家屬內心的煎熬可想而知。

五、以人已殊異的醫療判斷

醫護倫理就「關心」與「照顧」的組合，分辨出四種可能狀況：照顧並關心病人、照顧但不關心病人、關心但不照顧病人、既不照顧也不關心病人；一眼望去，這四種情況當然以第一種情況最為理想，第四種則表示完全不敬業；而通常醫護相關研究人員屬於第三種，至於醫護專業人員在繁忙的工作中也難免表現出第二種態度。若以慢性疾病、長期臥床老人福

祉為考量，醫護人員能以照顧並關心病人的態度面對病人及其家屬已誠屬難得，因為慢性疾病大都屬於不可逆且逐漸衰敗的疾病，而且伴隨之複雜繁瑣之併發症，更增加醫護人員、照顧者的負荷與老人的折磨，但以照顧但不關心病人的醫療處置，沒有站在老人家屬的立場著想，將使第四年齡頻死病症之痛苦期無限地延伸；所以當受訪者被問及如果長期臥床老人是您的家屬，甚至是您本人，資料分析中可見受訪者的敘述：

「如果是自己或自己的家人，就可能考慮又不同。」(個案 A)

「如果是自己的話，最好不要遭遇這種情況(指終老為長期臥床的氣切患者)。」(個案 G)

「如果是我自己，我也不想做氣切。」(個案 B)

洪翎隆(2001) 研究實驗角色扮演的教育介入方式對醫學院學生個人死亡建構的影響，發現新投入的教育介入變項「面對臨終病人之角色扮演練習」的課程，使得實驗組的個人死亡建構向度數與總數平均數，在後測時比前測時有明顯的增加，而且顯著地高於對照組。研究可見生命教育可透過角色扮演產生介入之影響，但在本研究身為醫生在情境兩難的醫療處境，給病患及其家屬的建議或處置可能不同於對自己或重要他人。

伍、結論與建議

經由本研究結果分析可看出醫生對於長期臥床病患執行氣管切開術態度的複雜與多變性，為了避免頻死病症之痛苦拖延，而在安樂死的立法未定之前，可以提供的參考建議如下：

就個人家庭面臨長期臥床老人照護的經驗而言，提供預接受氣切病患家屬在醫療決策之參考，預警重視病患末期生活品質之安全舒適，喚起減輕長期臥床老人病患家屬負荷的重要性。

就醫療專業人員教育而言：調整氣切之醫療措施對病患之態度，臨床醫護人員在接觸疾病末期之老人或家屬時，應發揮同理心，才能體會老人或家屬的期待，進而滿足其需求；澄清「生命的延續」不等於「生活品質的確保」之觀念，提供家屬或醫療專業人員在醫療措施的抉擇上，應站在老人的角色切身的思考。

最終，對於就政府醫療健保政策而言，以期降低過度氣切執行率的健保資源浪費，並重視氣切之長期臥床病患劇增之現象，以確保安養或呼吸照護中心的照護品質。

參考文獻

1. 王雲鳳(2002)。護生面對瀕死病患態度因應歷程探討—以南部某護理職業學校學生為例。南華大學生死學研究所碩士論文。
2. 甘麗華(2002)。依賴呼吸器老年病患家屬照護之心理歷程---臨終關懷之省思。南華大學生死學研究所碩士論文。
3. 行政院主計處統計(2006)。健康平均餘命統計專題分析預告，2006年7月11日，取自 <http://www.dgbas.gov.tw/ct.asp?xItem=13213&CtNode=3504>。
4. 洪栩隆(2001)。面對臨終病人之角色扮演練習對醫學院學生個人死亡建構與情意之影響。台北醫學院醫學研究所碩士論文。
5. 李金川(1998)。呼吸治療品質改善：高雄榮總呼吸治療科之品管經驗，呼吸照護簡訊，9(1)：25-38。
6. 李惠玲、湯梅芬、黃香香(1994)。癌症病人家屬在照顧病人住院期間的壓力與因應行為。國防醫學，19(5)，487-489。
7. 呂佩佩 (2000)。站在生死線上□癌症病患與家屬面對急救的困境。長庚大學護理學研究所碩士論文。
8. 胡幼慧 (1996)。質性研究：理論、方法及本土女性研究實例。台北：巨流。
9. 簡春安、鄒平儀 (1998)。社會工作研究法。台北：巨流。
10. 衛生署(2005a)。93年衛生統計動向：醫療設施、醫療人事現況與醫療服務。2005年7月9日，<http://www.doh.gov.tw/statistic/data/衛生動向/93/參.pdf>。
11. 衛生署(2008)。臺灣地區老年人口死亡主要原因。2008年9月21日，取自 http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=9598&class_no=440&level_no=4
12. 黃富順 (2004)。高齡學習。台北：五南。
13. 黃琪璘(2000)。台北市立綜合醫院醫師對死亡及瀕死態度之研究。國立臺灣師範大學衛生教育研究所碩士論文。
14. 黃惠珠(2003)。呼吸治療專業品質之探討—臨床相關因素對呼吸器脫離的影響。國立中山大學人力資源管理研究所碩士論文。
15. 謝文祥(2000)。由安寧照顧、安樂死與自然死探討臨終病人的醫療困境。國立中央大學哲學研究所碩士論文。
16. 顧艷秋(2000)。護理人員照護瀕死病患行為及其相關因素之研究。國立臺灣師範大學衛生教育研究所碩士論文。
17. Dickinson, G. E.& Mermann, A. C.(1996).Death education in U.S.medical schools. Academic Medicine, 71(12), 1348-1349.
18. Farrell,M.(1989). Dying and berevement-the role of the critical care nurse. Intensive Care Nursing, 5,39-45.
19. Lumsden, D. B.(Ed.)(1985). The Older Adult as Learner. New York : Hemisphere Publishing Corporation.
20. McWhan, K.(1991). Caring for dying patients in acute hospital ward. Nursing Practice, 5(1), 25-28.
21. Patton, M. Q.(1990). Qualitative evaluation and research methods. CA:Sage.
22. Schaie, K. W. & Willis, S. L. (2002). Adult development and aging. Englewood, NJ : Prentice Hall.

The attitude of doctor for the tracheostomy on the long-time bed rest elder

Kao Shu Fang

Nursing teacher of National United University

Abstract

With elder population increasing and average life prolonging, make respiratory therapeutic center mushroom like bamboo shoots after rain. At the same time the patient by tracheostomy that must depend on respiratory machine to survive. It is suffering for patient and their families to accept tracheostomy procedures like suction. At the same time it result in the burden of health insurance. The purpose of this study is to explore the attitude of doctor to execute tracheostomy in the long-time bed rest elder. The sampling method is snowball drawn from the doctor in charge and director of the oncological , neuro-medicine, neuro-surgery , chest medicine department in medical center. The data were collected from in-depth interviews, memo, and from observations in which the participants exposed their feelings and emotions. Instruments used for data collection include semi-construction questionnaire. The validity of qualitative research are assured by the analyst of the triangulation method. The exactitude are assured by credibility. transferability and dependability. The concept of outcome include:1. The medical direction for the purpose of maintaining the life. 2.The regard onlooker as the medical care proposed. 3. The medical recognition would like to reduce the responsibility of the doctor as possible as he could.4. The regard quality of the life as the medical measure that the district separates. 5.The difference medical decision between self and others. Clarify the idea not meaning of ' the continuity of the life ' that ' the quality of the life is really protected ', offer to relatives or the medical professional personnel it on the choice of the medical measure, should stand in the elder role's personal thinking .

key word : The long-time bed rest elder, Tracheostomy, The attitude of doctor

