

科技部補助專題研究計畫成果報告 期末報告

以病人需求導向的護理指導輔助體外受精婦女知情同意過程之建構與成效(第2年)

計畫類別：個別型計畫
計畫編號：NSC 100-2410-H-040-004-MY2
執行期間：101年08月01日至103年01月31日
執行單位：中山醫學大學護理學系(所)

計畫主持人：郭碧照
共同主持人：李茂盛、李宗賢
計畫參與人員：此計畫無其他參與人員
此計畫無其他參與人員

處理方式：

1. 公開資訊：本計畫涉及專利或其他智慧財產權，2年後可公開查詢
2. 「本研究」是否已有嚴重損及公共利益之發現：否
3. 「本報告」是否建議提供政府單位施政參考：否

中華民國 103 年 04 月 30 日

中文摘要：背景與重要性：知情同意主要功能在於表現其對患者自我決定權的尊重，鼓勵患者更積極主動參與治療決定。健康知能概念為民眾具備了獲取、解釋與瞭解基本的健康資訊、服務與權利的理解力。體外授精(In-Vitro Fertilization; IVF)婦女對其治療過程的知情同意的了解，輔以健康知能概念的護理指導，可增進治療過程的理解，減少錯誤期待，提高治療的選擇與過程的配合，有助於發展好的醫病關係。

研究目的：本研究目的為：(1) 針對 IVF 治療婦女知情同意過程，建構以健康知能概念輔助的護理指導 (2) 評值此健康知能概念輔助的護理指導之成效。

研究方法：本研究設計分為兩部分：一為質性研究深入訪談法，訪談接受 IVF 治療婦女，了解她們需要的護理指導，訪談人數至內容飽和為止，經內容分析法所得到的結果做為建構此護理指導內容基礎；二為類實驗設計法，研究對象為 IVF 治療婦女，將參與者分成實驗組與對照組，兩組收案各為 30 人。研究工具為參與婦女的人口學資料、知情同意量表和就醫滿意度量表。實驗組資料收集依醫院常規，在醫師解釋後填寫 IVF 治療知情同意書後，填寫 IVF 知情同意量表，再由諮詢護理師提供以健康知能概念之護理指導光碟，並教導使用；治療第一週及第八週再次填寫 IVF 知情同意書量表，第八週給予填寫就醫滿意度。對照組收案過程與實驗組相同，依原醫院知情同意告知程序，沒有提供護理指導光碟。資料分析採用次數分佈、百分比、 χ^2 、t-test、一般線性模式重複測量之 One-Way ANOVA 等分析法。

研究結果：研究目的之一以質性研究經深入訪談法，得知趨向經驗的包括詳細分析治療失敗的原因、設有詳盡的諮詢機制、解釋內容口語化、明確強調病人須配合的內容、情緒的支持、實際示範；擬避經驗包括使用專業術語、側重醫學流程、缺乏諮詢機制及缺乏明確解釋。此結果做為護理指導光碟的建構基礎。研究目的二之類實驗研究法，實驗組在治療前、治療 1 週、治療 8 週之知情同意量表項目，總量表得分有顯著差異，且治療一週與治療八週均大於治療前得分 ($p < 0.05$)。對照組在治療前、治療 1 週、治療 8 週之知情同意量表，總量表沒有達顯著差異 ($p > 0.05$)。兩組在治療一週與治療前知情同意量表得分之差異比較，總量表得分有顯著差異 ($p < 0.05$)。兩組在治療八週與治療前知情同意量表項目得分之差異，總量表得分有顯著差異 ($p < 0.05$)。兩組在治療八週與治療一週時知情同意量表得分差異之比較，總量表未達統計顯著差異 ($p > 0.05$)。治療八週之就醫滿意度兩組沒有差異。

結論與實務應用：本研究結果建構 IVF 治療過程之健康知能

護理指導模式，且證實經過此護理指導介入，實驗組在知情同意的知識在治療第一週與第八週明顯高於治療前，而對照組則無改變。故此護理指導光碟可輔助 IVF 治療婦女知情同意不足資訊，促進治療過程的配合度，增加醫病正向關係。未來可提供此光碟於知情同意例行指導中。

中文關鍵詞： 體外授精，知情同意，健康知能，護理指導

英文摘要：

英文關鍵詞： in-vitro fertilization, informed consent, health literacy, nursing guidance

政院國家科學委員會補助專題研究計畫成果報告 (期末報告)

以病人需求導向的護理指導輔助體外受精婦女知情同意過程之建構與成效

計畫類別：個別型計畫 整合型計畫

計畫編號：NSC 100-2410-H-040 -004 -MY2

執行期間：100年8月1日至103年1月31日

執行機構及系所：中山醫學大學護理學系

計畫主持人：郭碧照

共同主持人：李茂盛、李宗賢

計畫參與人員：黃梨香

本計畫除繳交成果報告外，另含下列出國報告，共0份：

執行國際合作與移地研究心得報告

出席國際學術會議心得報告

期末報告處理方式：

1. 公開方式：

非列管計畫亦不具下列情形，立即公開查詢

涉及專利或其他智慧財產權，二年後可公開查詢

2. 「本研究」是否已有嚴重損及公共利益之發現：否

3. 「本報告」是否建議提供政府單位施政參考 否 是，_____（請列舉提供之單位；本會不經審議，依勾選逕予轉送）

中華民國 103 年 4 月 28 日

中文摘要

背景與重要性：知情同意主要功能在於表現其對患者自我決定權的尊重，鼓勵患者更積極主動參與治療決定。健康知能概念為民眾具備了獲取、解釋與瞭解基本的健康資訊、服務與權利的理解力。體外授精(In-Vitro Fertilization; IVF)婦女對其治療過程的知情同意的了解，輔以健康知能概念的護理指導，可增進治療過程的理解，減少錯誤期待，提高治療的選擇與過程的配合，有助於發展好的醫病關係。

研究目的：本研究目的為：(1) 針對 IVF 治療婦女知情同意過程，建構以健康知能概念輔助的護理指導 (2) 評值此健康知能概念輔助的護理指導之成效。

研究方法：本研究設計分為兩部分：一為質性研究深入訪談法，訪談接受IVF治療婦女，了解她們需要的護理指導，訪談人數至內容飽和為止，經內容分析法所得到的結果做為建構此護理指導內容基礎；二為類實驗設計法，研究對象為IVF治療婦女，將參與者分成實驗組與對照組，兩組收案各為30人。研究工具為參與婦女的人口學資料、知情同意量表和就醫滿意度量表。實驗組資料收集依醫院常規，在醫師解釋後填寫IVF治療知情同意書後，填寫IVF知情同意量表，再由諮詢護理師提供以健康知能概念之護理指導光碟，並教導使用；治療第一週及第八週再次填寫IVF知情同意書量表，第八週給予填寫就醫滿意度。對照組收案過程與實驗組相同，依原醫院知情同意告知程序，沒有提供護理指導光碟。資料分析採用次數分佈、百分比、 χ^2 、t-test、一般線性模式重複測量之One-Way ANOVA等分析法。

研究結果：研究目的一以質性研究經深入訪談法，得知趨向經驗的包括詳細分析治療失敗的原因、設有詳盡的諮詢機制、解釋內容口語化、明確強調病人須配合的內容、情緒的支持、實際示範；擬避經驗包括使用專業術語、側重醫學流程、缺乏諮詢機制及缺乏明確解釋。此結果做為護理指導光碟的建構基礎。研究目的二之類實驗研究法，實驗組在治療前、治療1週、治療8週之知情同意量表項目，總量表得分有顯著差異，且治療一週與治療八週均大於治療前得分($p < 0.05$)。對照組在治療前、治療1週、治療8週之知情同意量表，總量表沒有達顯著差異($p > 0.05$)。兩組在治療一週與治療前知情同意量表得分之差異比較，總量表得分有顯著差異($p < 0.05$)。兩組在治療八週與治療前知情同意量表項目得分之差異，總量表得分有顯著差異($p < 0.05$)。兩組在治療八週與治療一週時知情同意量表得分差異之比較，總量表未達統計顯著差異($p > 0.05$)。治療八週之就醫滿意度兩組沒有差異。

結論與實務應用：本研究結果建構 IVF 治療過程之健康知能護理指導模式，且證實經過此護理指導介入，實驗組在知情同意的知識在治療第一週與第八週明顯高於治療前，而對照組則無改變。故此護理指導光碟可輔助 IVF 治療婦女知情同意不足資訊，促進治療過程的配合度，增加醫病正向關係。未來可提供此光碟於知情同意例行指導中。

關鍵詞：體外授精，知情同意，健康知能，護理指導

Background and significant. Nursing guidance focusing on health literacy can enhance how women understand the informed consent process for in-vitro fertilization (IVF). This will reduce false expectations about their prognosis, improve rational decision-making about treatment, increase mutual cooperation during the treatment process and help to develop positive relationships between doctors and patients.

Objectives. The aims of the present study will be as follows: (1) To create nursing guidance focusing on health literacy in order to assist women with the informed consent process for IVF treatment; (2) To evaluate the effectiveness of said nursing guidance.

Research methods. The present study will be comprised of two parts: First, quality research design will consist of depth interviews with IVF women with a view to gaining an understanding of the nursing guidance they require. Participants will be interviewed until content saturation is achieved, and then results obtained by means of content analysis will be used as the foundation for creating nursing guidance materials. Second, a quasi-experimental design will be used to study IVF women divided into a test group and a control group, each consisting of 30 participants. Instruments will include demographic data for the female participants, a scale measuring their understanding of the informed consent form and a scale measuring their satisfaction with their medical treatment. Data collection for the test group will consist of filling in the hospital's standard IVF treatment informed consent form, after which participants will fill in the scale for understanding the IVF informed consent form. A nurse consultant will provide guidance in the form of a health literacy study model which include CDs for participants to read at home. Participants will fill in a scale measuring their understanding of IVF informed consent forms on the first and eighth week of treatment. They will also fill in a scale measuring their satisfaction with their medical treatment at the eighth week prior to undergoing their pregnancy test. Data collection for the control group will be the same as for the test group, though nursing guidance and materials will not be provided. Data analysis will consist of frequency distribution, percentages, chi-square testing, t-testing and One way Repeated Measures ANOVA.

Result. Qualitative research in-depth interviews context, the experience of trends include: a detailed analysis of the reasons for treatment failure, with a detailed consultation mechanism, explain the contents of colloquial, emotional support, and practical demonstrations. The experience of avoid include: the use of jargon, too emphasize on medical procedure, the lack of consultation mechanisms and the lack of clear explanation. This result is used as basis for the construction of nursing instruction CD. Quasi-experimental study, the experimental group before treatment, one week, and 8 weeks of Informed Consent Scale scores, there are significant differences in the total scale score, and the treatment a week for eight weeks with treatment scores were higher than before treatment ($p < 0.05$). The control group before treatment, one week, and 8 weeks of Informed Consent Scale total scores no significant differences ($p > 0.05$). In both groups the week before treatment and treatment of Informed Consent Scale score difference comparison, a significant difference ($p < 0.05$) total scale score. Two sets of eight weeks before treatment and treatment Informed Consent Scale score of difference, there is a significant difference ($p < 0.05$) of total scale score. In these two groups at treatment a week for eight weeks and informed consent comparative scale score differences, no statistically significant difference in the total scale ($p > 0.05$). No difference in satisfaction with these two groups at eight weeks.

Conclusions and Implications for Practice: The results of this study to construct the health literacy model of CDs intervention, confirmed after this study, the experimental group's knowledge of informed consent in the first week and eighth week of treatment was significantly higher than before treatment, and the control group did not change. Therefore this health literacy model of CDs intervention can assist IVF treatment of women get information about informed consent, promote and increase the positive doctor-patient relationship. Future of this disc intervention can on informed consent routine guidance.

Key words: in-vitro fertilization, informed consent, health literacy, nursing guidance

前言

具自主行為能力的病人，面臨醫療決策時，醫療專業人員需告知病人有關治療利弊，與不治療的可能後果，以及其他可選擇的治療方法等足夠訊息，以作為病人決定是否同意醫療處置的基礎，獲得病人同意後，才可對病患施行治療措施(Beauchamp & Childress, 2001)，此為倫理之知情同意原則。故就醫病互動決策模式而言，有學者建議「共享決策」(shared decision making)模式，才可落實尊重病人自主的理想(Charles, Gafni, & Whelan, 1999)。醫療法第 64 條明訂侵入性檢查或治療之簽具，及第 81 條醫療機構之告知義務，並設有第 107 條的罰則，故知情同意也有法律的約束與保障(醫療法，2007)。

根據 2006 年醫改會醫療糾紛個案主訴統計分析結果，醫療糾紛的原因以「對醫療行為期待之落差」佔第一位(64%)，最希望得到的服務是「醫療諮詢(39.4%)」，並表示醫療糾紛時患者第一反應認為「病情解釋不清」及「醫師未盡告知責任」(醫改會醫療糾紛個案主訴統計分析(95 年)，2007)。依據藥品試驗優良準則規定需有明確易懂的受試者同意書，以非專業術語表達，簡單直接方式敘述，閱讀程度不可高於國三的程度，來確保病人知情同意的權利。2000 年美國衛生福利部門對「健康知能」的詮釋為健康知能應是民眾具備了取得、解釋與瞭解基本的健康資訊、服務與權利的理解力，進而能使用這些資訊與服務以達到提高健康的目的 (US Department of Health and Human Services, 2000)。

台灣具生育意願的不孕夫婦為達到生兒育女的目標，不惜投注大量的時間、金錢與精力，求助生殖科技法(Su & Chen, 2001; Su, Teng, & Yang, 1994)。目前台灣以體外授精(In-Vitro Fertilization; IVF)治療佔 98.2% 為最多，但 IVF 治療可能輔以精蟲顯微注射施術及人工助孵施術，也可能涉及冷凍胚胎、精子、卵子、胚胎冰凍保存等等(Assisted reproductive technologies in Taiwan: 2011 outcome report, 2013)。然而台灣目前有關 IVF 知情同意書，多數醫療機構均以國健局建議的版本，其中僅大題的列出懷孕率、畸形比率、治療合併症、流產及子宮外孕率、治療副作用與併發症、隱私權、精液處理過程、同意麻醉處置及人工協助生殖手術程序等九項，對醫療人員所給予解說內容詳盡度，並無一定的規範。成(2002)指出許多台灣醫護人員和病人皆認為醫師的權威性是必要的，病人應該信任醫師，讓醫師做決定。當醫療權威高於病人權益時，病人可能不敢或不願意詢問醫療訊息，最後在不清楚的情況下，只得依循醫療人員的決策。也有學者研究發現，病人常處在不敢挑戰醫療專業權威的心理狀態，如看病最好少說話以免醫師不高興，甚至會覺得醫師很忙而不好意思發問(張、張、胡，1997)。而研究者在生殖科技中心發現，醫師著重診斷與治療，在忙碌的門診和病患溝通的時間很短促，且一般病患也覺得醫師很具權威，對所說醫學專有名詞很難懂，雖然心中有疑慮也不便多問。所以護理人員可作為之間之橋樑，特別關注接受 IVF 婦女對其治療過程的知情同意的了解，輔以健康知能概念的護理指導，可減少病人對於預後結果的錯誤期待，提高了治療的理性選擇與增加過程的配合，有助於發展好的醫病關係。

研究目的

本研究目的為：(1) 針對 IVF 治療婦女知情同意過程，建構以健康知能概念輔助的護理指導 (2) 評值此健康知能概念輔助的護理指導之成效。本研究應用「知情同意」與「健康知能」概念於體外授精婦女之治療過程，期望以體外授精婦女的角度，了解她們的需求，並提供她們能夠了解和接受的諮詢服務，以幫助這群婦女達成懷孕目標。

文獻探討

知情同意

知情同意 (informed consent) 為當代醫學倫理及生命倫理學的核心觀念與基本法則，在健康照護體系內是尊重患者之意見表達與告知實情後獲其診療建議之同意(蔡，2004)。知情同意的發生可能是勉強的、草率的或流於表面形式的各種不同狀況，表現的方式可以是默許、口頭明白表示或簽署文件等等。知情同意的要素包括下列三大面向：(1)先決條件 (preconditions)：是指患者「理解」與「做決定」之能力，和主動意願下所做的決定；(2)資訊 (information)：資訊的提供 (disclosure)、治療處置的建議 (recommendation)，以及對資訊的建議與瞭解 (understanding) (3)同意：包括選擇所偏好的決定及決定內容的授權 (authorization) (Beauchamp & Childress, 2001)。

English (1994) 確認知情同意有效過程步驟應包含：(1) 資訊的提供：醫事人員得提供足夠、適宜且可理解的資訊，各項檢查或治療之利弊得失、可替代之方案；(2) 病患的充分瞭解：醫事人員在提供資訊時的需具備專業素養、人文關懷、責任感及良好的溝通能力；一般需要時間等待患者或其相關親屬之討論消化，不可迫切要求病患在未提供討論情況下即予簽署同意書；(3) 尊重病患之主動意願：醫療者以關懷、中立且客觀的態度就專業領域提供合宜的不同建議與解說，由病患自由選擇，為簽署同意書的重要基礎，注意醫事人員的看法是否經由言語或非言語之表達方式，有意或無意地操縱患者的抉擇；(4) 患者主動同意簽署：醫事人員應真正教育患者而獲取患者之主動同意，而非僅將同意書當作醫療人員的護身符；(5) 醫療人員應具備溝通與支持的能力：從支持性的醫病互動關係中去瞭解病患的看法、需求與問題，並為其澄清及解答，進而達成合作的目標。因此同意書的最後簽署可以說是醫病兩造溝通協調的要件，而非靜態的書面文件。

所以根據以上步驟，「告知」主要精神在於提供患者開放性討論的機會，並向患者確保醫事人員的持續關懷與醫療照顧 (care) 的目標。「護理照護」 (nursing care) 專業，是在護理科學所發展出來一種人本主義 (humanism) 意涵的生命關懷活動 (紐，2004)。因此護理人員作為醫療行為之陪同者與活動者的前提下，認定病患是身、心、靈一體存在者，作為醫療與照護整合的關懷者。所以一般知情同意簽署是在醫師的解釋之下，為醫師的主要責任。但護理人員亦可增加此方面素養，以護理指導輔助臨床病人的需求。

健康知能(Health Literacy)

健康知能的定義

世界衛生組織認為健康知能是為了促進與維持好的健康，讓個別公民具備認知與社會工具的能力，進而得以近用、理解與使用資訊，以達到行動能力。世界衛生組織提出這樣的觀點之後，隨即增加健康知能仍應包含提高與改善個人與社區的健康，即以建立健康城市與社區為健康知能的終極目標（WHO, 1998）。

Nutbeam(2000)定義健康知能的意涵，包括：功能性健康素養為閱讀醫療文字，互動性素養屬於更高階之認知與社會技巧，使個人可以擷取並彙整意涵，批判性素養為改變情境中能夠運用新訊息，且批判分析，藉以獲得對環境之掌控。

健康知能的重要性

根據一些研究發現一個人的健康知能比其收入、就業狀況、教育程度及族群更能夠預測一個人的健康狀況（Williams, Baker, Parker, & Nurss, 1998; Lindau, Tomori, Lyons, Langseth, Bennett, & Garcia, 2002; Schillinger et al., 2002; Parker, Ratzen, & Lurie, 2003）。Bernhardt 與 Cameron（2003）亦發現：低健康知能者存在著缺乏知識者與知識豐富者之間的溝通問題，往往無法瞭解健康資訊提供者所指內容、自我健康管理不佳、對健康與醫藥無感知能力會有亂求醫的狀況、也會比較依賴醫療系統、個人的醫療花費高、未能充分利用健康關懷資源徒增醫療支出，造成該治療沒有妥善治療，不必治療卻造成浪費的情況。

健康知能(Health Literacy)的現況

現今國民教育程度已大幅提升，但並不代表健康知能也隨著提升。因此台灣民眾教育程度普遍提升之際，健康知能的提升仍需要持續的關注。且臺灣目前的醫療環境依然存在一定程度的「資訊不對等」，加上民眾可能健康知能不足的情況下，恐怕引起就醫行為上的延誤、誤導或健保資源的浪費（中央研究院，2009）；倘若病患為自費就醫，但其健康知能不足，常發生付出了大筆醫藥費用，但病患內心卻充滿焦慮、不安及不確定感，當然病患的就醫滿意度無法進一步提升。

傳統的健康知能提升主要透過衛生教育，主要關切培養個人自我照護能力的衛教策略，並且目前大多仍維持在「以指導者為中心」的模式，由醫護人員決定主題、以健康知識作為起點，期盼人們能夠知而後行。然而，這種方法僅止於單向的知識灌輸，鮮少展現具體成效，並且過度偏重功能性健康知能的面向，無法提供民眾回應當前多元健康知能的需求。近年隨著健康促進思潮的轉向，「以學習者為中心」的模式進入衛生教育的實踐中，但衛教人員多缺乏相關教育模式的訓練和經驗。

健康知能的提升需要從「指導者中心」的視野，轉為「以民眾—學習者為中心」的策略，透過民眾對於健康照護政策的資訊獲得、知情討論等決策參與過程，提升民眾更為多元面向的健康知能提升。所以此種概念應用於臨床護理指導，尤其是關係到生命倫理學核心觀念的

知情同意施行更顯重要。

體外授精治療與知情同意書

體外受精 (In Vitro Fertilization and Embryo Transfer 簡稱 IVF-ET)，即俗稱試管嬰兒。一般患者使用的療程為兩個月經週期時間，第一個週期為預備週期，目的是壓抑體內性腺荷爾蒙的分泌，從第月經週期第 21 天開始使用促性腺激素類似劑(如 GnRH-agonist，Lupron 或 Supremon 噴鼻劑)。第二個週期為排卵誘導週期，目的是藉由外來荷爾蒙刺激濾泡的生長，以得到質與量兼顧的卵子。其間須用藥誘導濾泡生長、評估濾泡刺激情形調整用藥，以陰道超音波觀察最大卵泡成長直徑大於或等於 17 毫米準備打 HCG 以便取卵。約在月經週期第 12 至 14 天，卵泡成熟後而尚未排卵前，經陰道超音波之指引下，將成熟之卵子取出。取得的卵子放置培養皿或試管中，加入經過處理的精子使其發生受精，即體外受精。胚胎之體外培養，是將受精後之卵子置於培養液中，使其分裂至八個細胞時期或囊胚期。一般是取卵後 3 至 5 天胚胎植入，將分裂中之胚胎以特殊的細管，由子宮頸植入子宮腔中，使其能繼續分裂著床。胚胎植入後 14 天，抽血和驗尿確認是否懷孕(The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine and the Practice Committee of the Society for Assisted Reproductive Technology, 2006a)。體外受精治療視病人情況可能需要輔以精蟲顯微注射施術或人工助孵施術，以提高受孕率及做風險的評估(The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine and the Practice Committee of the Society for Assisted Reproductive Technology, 2006b,c)。另外若是重複施行者，可以實施冷凍胚胎施術及精子、卵子、胚胎冰凍保存等，均需填寫同意書。故可見體外授精治療過程很繁複，也有許多專業的醫學名詞和治療程序，接受治療之婦女若要在短時間接受這些訊息，除了當場解說外，也應該有輔助教材，讓她們能回家後閱讀或以 DVD 輔以圖片說明，給予病患一些時間消化內容，並於事後提供討論。

過去有關知情同意書在臨床之實證研究很少，僅林惠嵐等 (2004) 研究從手術同意書的改版研析醫病關係的建立及病患自主權的維護，探討 93 年衛生署所啟用之新版手術同意書取代沿用 16 年的舊版同意書，探討醫病關係的重要性，及病患自主權的維護。張珏、張菊惠、胡幼慧 (1997) 有關子宮切除婦女自述醫病溝通探討、及張菊惠、胡幼慧、張珏 (1998) 有關子宮切除術醫師告知內容之研究。而體外授精胚胎植入知情同意的研究付之闕如。2009 年 10 月的世界生殖醫學會，美國首先提出建議新版的體外授精胚胎植入知情同意簽署書，對所有可能的治療過程，包括治療技術、接受治療婦女的危險因子、出生後代的危險因子、倫理問題、精神社會的危險因子、法律的考量與諮詢、體外授精的替代方案等等，共計 11 頁鉅細靡遺的說明。這樣詳實的說明，也把許多危險因子放大，是否會影響受術病人治療時心理的負向反應？所以研究者想要在我們的醫療環境中，針對 IVF 治療婦女知情同意過程，建構以健康知能概念輔助的護理指導，並加以評值此健康知能概念輔助的護理指導之成效，以輔

助 IVF 治療過程婦女知情同意不足之資訊，促進醫病關係與提升就醫滿意度。

研究方法

第一部分：針對研究目的一，針對 IVF 治療婦女知情同意過程，建構以健康知能概念輔助的護理指導。

1. 研究設計

本研究採用質性研究深入訪談法。以半結構式訪談大綱作深度訪談，經受訪者同意後將訪問過程錄音，並寫成敘事體逐字稿。經由訪談病患方式，了解病患希望知道的內容及其所遭受的困難。

2. 研究對象

採立意取樣(purposive sampling)，選取研究場所在台灣中部某不孕症研究中心，此中心經衛生署評鑑為合格之生殖科技醫療院所，每年實施生殖科技治療完成全程治療者約八百次週期，是台灣重要之生殖科技治療中心之一。以接受體外授精(In-Vitro Fertilization; IVF)治療婦女為研究對象，訪談人數共計 10 人。

IVF 婦女訂定之納入標準為：

- (1) 曾經或正要接受體外授精治療婦女
- (2) 能使用國台語溝通者

3. 研究倫理

- (1) 本研究計畫經中山醫學大學附設醫院倫理暨人體試驗委員會 (Institutional Review Board ; IRB) 的審查通過，案號為CS11107。
- (2) 初次接觸研究對象時即清楚明白的以其所能理解的方式解說研究目的、方法、過程、可能造成的問題及研究所帶來的助益，並告知其權益，在確定研究對象是在自由意願及知情同意下，並簽署同意書始進行資料之收集。
- (3) 保證研究對象的資料絕不洩露，所有受訪者皆以匿名方式或整體數據呈現處理，以確保研究對象之隱私。

4. 資料收集

研究者以護理師身分，當這些婦女開始接受門診檢查與治療時，便和她們建立治療性人際關係，提供就醫時必要的支持與協助。當她們接受醫師建議，決定接受 IVF 治療時，即說明研究目的，在訪談者方便時間下，邀請她們一對一的深度訪談，每次訪談約 60-90 分鐘，訪談次數直至訪談內容澄清為止。訪談接受 IVF 治療婦女，訪談大綱如附件一。訪談結束後訪談者立即寫成逐字稿。

5. 資料分析與收集之嚴謹度

本研究採 Lincoln and Guba (1985)之質性研究準則，過程中將以真實性(truth value)、適用性(fitingness)、檢核性(auditability)與可確認性(confirmability)為準則。如先建立治療性人際關

係、事後將逐字稿檢視所分類事情、反覆分析資料、與其他質性研究者各自分類檢視其一致性，並保存分析資料做為日後研究參考。

第二部份：針對研究目的二，評值此健康知能概念輔助的護理指導之成效。

1.研究設計

本研究基於倫理考量，顧及病患自主權，無法採用隨機分組，故採準實驗設計法 (quasi-experimental design)。研究設計如圖一：

圖一：利用護理指導輔助體外受精治療婦女知情同意過程之研究設計

	DV 填寫人工生殖知情同意書後→填寫「IVF 知情同意書之理解程度量表」	IV 填寫人工生殖知情同意書後	DV 治療第一週→填寫「IVF 知情同意書之理解程度量表」	DV 治療第八週→填寫「IVF 知情同意書之理解程度量表」 就醫滿意度量表
實驗組	O1	X	O2	O3
對照組	O1		O2	O3

DV=Dependent variable, IV= Independent variable.

X=介入健康知能之護理指導之光碟輔助教材

2.研究對象

採立意取樣(purposive sampling)，選取研究場所在台灣中部某不孕症研究中心，此中心經衛生署評鑑為合格之生殖科技醫療院所，每年實施生殖科技治療完成全程治療者約八百次週期，是台灣重要之生殖科技治療中心之一。根據 sample power 計算，effect size 估算為 0.667，控制 alpha=0.05、beta=0.2 下，兩組各自需至少有 29 個樣本。故本研究以生殖科技治療婦女為研究對象，收案人數實驗組與對照組各為 30 人。

接受生殖科技治療婦女訂定之納入標準為：

- (1)正要接受IVF治療婦女
- (2)認識中文字且能使用國台、語溝通者

受生殖科技治療婦女訂定之排除標準為：

接受 IVF 治療婦女，合併重大內科疾病者，如：糖尿病、心臟病等。

3.研究倫理

- (1) 本研究計畫經中山醫學大學附設醫院倫理暨人體試驗委員會 (Institutional Review Board ; IRB) 的審查通過，案號為CS11107。
- (2) 初次接觸研究對象時解說研究目的、方法、過程、可能造成的問題及研究所帶來的助益，並告知其權益，在確定研究對象是在自由意願及知情同意下，並簽署同意書始進行資料之收集。
- (3) 保證研究對象的資料絕不洩露，所有受訪者皆以匿名方式或整體數據呈現處理，以確保研究對象之隱私。

4.研究工具

(1)基本資料量表

本研究所收集的基本資料包括研究對象之年齡、教育程度、職業、家庭收入，配偶之年齡、教育程度與職業；產科史包括自然流產與人工流產次數；不孕史包括不孕時間及人工生殖治療次數。

(2) IVF 知情同意書之理解程度量表

由研究者根據國建局建議之「施行人工協助生殖技術施術同意書」之十項內容，包括懷孕率、畸形比率、刺激排卵藥物、流產及子宮外孕率、治療副作用與併發症、隱私權、精液處理過程、麻醉處置、人工協助生殖手術程序及其他等，發展出相關次量表之理解程度之評量，採十點 Likert 評分法，「1分」為非常不了解，「10分」為非常了解，共計十大項 44 題，得分範圍為 44 至 440 分，得分越高表示理解程度越高。本量表經由五位專家行使專家效度，CVI 值為 0.90；內部一致性效度 Conbach's α 0.97，次量表 Conbach's α 介於 0.75 至 0.95。顯示此量表具有良好的信效度。

(3)就醫滿意度量表

本研究採用由許怡欣(2006)所發展之婦產科就醫門診滿意度評量表，包括有形性、可靠性、反應性、保證性、同理心、方便性、時間性與價格屬性等面向及整體評價，共計27題，計分方式為非常不滿意(1分)至非常滿意(5分)，得分範圍為27至135分，得分越高滿意度越高。原量表採專家效度CVI值介於0.8至1.0之間；內部一致性信度Conbach's α 介於0.71至0.96之間；顯示此量表具有良好的信效度。用於本研究，內部一致性信度Conbach's α 為0.75。

4.介入措施

研究者將第一部分質性研究結果加以整理，制訂IVF知情同意護理指導內容，包括懷孕率、畸形比率、治療合併症、流產及子宮外孕率、治療副作用與併發症、隱私權、精液處理過程、同意麻醉處置及人工協助生殖手術程序等。應用健康知能概念，修正成人填寫知情同意書時無法真正閱讀及理解其中字義、版式編排不易看懂、字型太小及用太多無法理解的醫學名詞和法律名詞(Paasche-Orlow, 2005)；研究者將內容整理成易懂的表與圖的說明，所使用藥物拍照說明其作用及使用方法拍攝成影片，製成接受治療婦女們易懂的護理指導光碟，以作為現場教學

教材，及提供回家可依治療過程分段視訊教材。由諮詢護理師在第一次問卷填完之後，應用健康知能的概念向病患說明知情同意護理指導光碟的內容，達成病人確實接受適當資訊，並表現出真正了解的態度。

5. 資料收集

當這些婦女開始接受門診檢查與治療時，諮詢護理師和她們建立治療性人際關係，提供就醫時必要的支持與協助。當她們決定接受IVF治療時，即說明研究目的，經其同意邀請加入本研究。為避免介入措施之干擾，先收取對照組30人，完成後再收取實驗組30人。

對照組依原本醫院醫師給予知情同意告知後，由諮詢護理師依照原醫院程序告知治療過程，簽署知情同意書，填寫治療前IVF知情同意書之理解程度量表(第一次)，並於治療週期第一週(第二次)和第八週(第三次)填寫「IVF知情同意書之理解程度量表」，治療週期第八週亦填寫「就醫滿意度量表」。治療結束驗孕時研究者將其受孕與否填入資料。

實驗組依原本醫院醫師給予知情同意告知後，參與者簽署知情同意書後，填寫治療前IVF知情同意書之理解程度量表(第一次)；除原醫院程序告知治療過程外，另外給予本研究以健康知能概念所設計之知情同意光碟，並告知如何使用。再於治療週期第一週(第二次)和第八週(第三次)填寫「IVF知情同意書之理解程度量表」，治療週期第八週亦填寫「就醫滿意度量表」。治療結束驗孕時研究者將其受孕與否填入資料。

6. 統計分析

由問卷所得之量性資料，包括實驗組與對照組，將予以譯碼輸入電腦，以SPSS/PC(+) window 16.0進行分析，使用次數分佈、百分比、 χ^2 、t-test、One-Way ANOVA, repeated measurement 和複迴歸等分析法。

結果

第一部分-質性研究

依據深度訪談結果，本研究將病人經歷IVF治療的知情同意過程歸納為趨向及擬避二部份的經驗內容。趨向經驗意指患者在治療過程有關知情同意的正向經驗，這些經驗有利於病患對其治療的瞭解，並因而協助其順利的度過治療過程，無論其結果為成功或失敗。擬避經驗則是指患者在治療過程有關知情同意的負面經驗，這些經驗非但干擾其對治療的瞭解，亦使其治療過程充滿不確定及焦慮等負面情緒，無論治療結果為成功或失敗。趨向經驗的主要內容包括：詳細分析治療失敗的原因、設有詳盡的諮詢機制、解釋內容口語化、明確強調病人須配合的內容、情緒的支持、實際示範。擬避經驗包括：使用專業術語、側重醫學流程、缺乏諮詢機制及缺乏明確解釋。

第二部份-量性研究

(一) 研究樣本基本資料與難孕治療史

實驗組樣本年齡介於26至44歲，平均值35歲，配偶年齡介於28至48歲，平均值為

36.37 歲；對照組樣本年齡介於 22 至 44 歲，平均值 34 歲，配偶年齡介於 30 至 45 歲，平均值為 35.70 歲；實施試管嬰兒次數，實驗組樣本介於 1 至 4 次，平均值 1.37 次，對照組樣本介於 1 至 6 次，平均值 1.16 次。如表一，以上變項兩組均未達統計差異($p>0.05$)。

實驗組與對照組樣本之族群均以河洛人（分別為 80% 和 86.7%）、學歷為大學（分別為 60% 和 50%），職業婦女（分別為 76.7% 和 66.7%）、有宗教信仰（分別為 63.3% 和 80%）居多；配偶之族群均以河洛人（分別為 93.3% 和 90%）、有宗教信仰（分別為 63.3% 和 80%）居多，職業多為專業人員（分別為 40% 和 60%），學歷實驗組以大學居多（43.3%）、控制組以研究所以上（50%）居多。難孕的原因多為夫妻雙方（分別為 30% 和 26.7%），難孕治療時間實驗組以 2 年以下（80%）而對照組以 2 年以上（46.7%）居多。如表一，以上變項兩組均未達統計差異($p>0.05$)。

在研究樣本基本資料與難孕治療史之資料均不具差異性，故此兩組資料具有可比性。

（二）實驗組與對照組在治療前、治療 1 週、治療 8 週之知情同意量表項目得分之比較

實驗組在治療前、治療 1 週、治療 8 週之知情同意量表得分之比較如表二。總量表得分有顯著差異($p<0.05$)，且治療一週與治療八週均大於治療前；次量表包括懷孕率、畸形比率、刺激排卵藥物、流產及子宮外孕率、治療副作用與併發症人工協助生殖手術程序及其他，治療一週與治療八週均大於治療前($p<0.05$)。可見給予健康之能概念之知情同意護理指導光碟，使實驗組無論在治療一週或治療八週，得分都高於治療前。

對照組在治療前、治療 1 週、治療 8 週之知情同意量表得分之比較如表三。總量表及次量表得分，均無達顯著差異($p>0.05$)。可見對照組治療前、治療 1 週與治療 8 週之知情同意量表得分並無差異($p>0.05$)。

（三）兩組治療前與治療第八週知情同意量表項目得分之比較

兩組在治療前知情同意量表項目得分之比較，如表四所顯示。總量表得分並無差異($p>0.05$)，次量表包括懷孕率、流產及子宮外孕率、治療副作用與併發症、隱私權、精液處理過程、麻醉處置、人工協助生殖手術程序及其他等均未達統計差異($p>0.05$)；而其中兩項為畸形比率、刺激排卵藥物達統計顯著差異($p<0.05$)。因本研究設計不是隨機分組，十項次量表僅兩項第一次測量有差異，且皆為對照組高於實驗組，應不至影響其比較性。

兩組在治療八週知情同意量表項目得分之比較，如表五所顯示。總量表得分並無差異($p>0.05$)，次量表包括懷孕率、畸形比率、刺激排卵藥物流產及子宮外孕率、治療副作用與併發症、隱私權、精液處理過程和麻醉處置等均未達統計差異($p>0.05$)；而其中兩項人工協助生殖手術程序及其他達統計顯著差異($p<0.05$)，實驗組高於對照組。就診及就診整體醫療服務滿意度兩組亦無差異($p>0.05$)。

（四）兩組在治療不同時間的知情同意量表項目得分之差異比較

兩組在治療一週與治療前知情同意量表項目得分之差異比較，如表六所顯示，總量表得

分有顯著差異($p < 0.05$)，次量表包括畸形比率、刺激排卵藥物、流產及子宮外孕率、治療副作用與併發症等四項均達統計顯著差異($p < 0.05$)。其意義為實驗組在上述項目中知情同意治療前至治療一週得分改變是高於對照組的。

兩組在治療八週與治療一週時知情同意量表項目得分差異之比較，如表七所顯示，總量表與次量表得分均未達統計顯著差異($p > 0.05$)，其意義為實驗組與對照組在上述項目中知情同意治療八週與一週時得分改變是沒有差別的。

兩組在治療八週與治療前知情同意量表項目得分之差異比較，如表八所顯示，總量表得分有顯著差異($p < 0.05$)，次量表包括懷孕率、畸形比率、刺激排卵藥物、治療副作用與併發症等四項均達統計顯著差異($p < 0.05$)。其意義為實驗組在上述項目中知情同意治療前至治療八週得分改變是高於對照組的。

討論 (含結論與建議)

Beauchamp & Childress (2001)提出知情同意的要素，包括患者「理解」與「做決定」「主動意願」之能力，資訊的提供、治療的建議瞭解，同意所偏好及決定內容的授權。本研究質性深入訪談，得知參與者的趨向經驗的包括詳細分析治療失敗的原因、設有詳盡的諮詢機制、解釋內容口語化、明確強調病人須配合的內容、情緒的支持、實際示範；擬避經驗包括使用專業術語、側重醫學流程、缺乏諮詢機制及缺乏明確解釋，此結果做為護理指導光碟的建構基礎。這些需求與上述知情同意的要素不謀而合，尤其是針對生殖科技治療，包含許多艱澀的醫學名詞，及繁複的治療過程，更需配合健康知能概念，讓每個參與者具備認知的能力，進而得以近用、理解與使用資訊，以達到行動能力 (WHO, 1998)。也符合 Nutbeam(2000)定義健康知能的意涵，使個人能擷取並彙整情境中的新訊息，批判分析以獲得對環境之掌控。所以本研究的光碟介入設計十分符合知情同意與健康知能的概念應用。

本研究基於研究倫理，無法採用隨機分組，但在研究樣本基本資料與難孕治療史之資料均不具差異性，故此兩組資料具有可比性。研究結果實驗組在治療前、治療1週、治療8週之知情同意總量表與次量表懷孕率、畸形比率、刺激排卵藥物、流產及子宮外孕率、治療副作用與併發症、人工協助生殖手術程序及其他等項得分，在治療一週與治療八週均大於治療前，而對照組並無改變。兩組在治療不同時間的知情同意量表項目得分之差異比較，在治療一週與治療前總量表與次量表包括畸形比率、刺激排卵藥物、流產及子宮外孕率、治療副作用與併發症等四項有明顯差異；治療八週與治療前知情同意量表的總量表與次量表包括懷孕率、畸形比率、刺激排卵藥物、治療副作用與併發症等有明顯差異；以上都可以看出實驗組得分的差異的提升。可見給予健康知能概念之知情同意護理指導光碟，以淺顯易懂的內容，讓參與者能回家後參閱，且不明白處又可重複看，將藥物使用途徑以動態影片呈現，參與者如親臨衛教現場，對參與者在治療初期確實有幫助。

過去有關知情同意的研究，以癌症、愛滋病、外科手術、臨終、參與研究、倫理及孩童自

主性居多(李美秀、張鳳麟 和馬淑清，2006)。生殖醫學的知情同意多為探討捐精和捐卵者為多數(Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2009)。本研究輔以知情同意護理指導光碟過去無類似的研究，故無法比對討論。但本研究證實了此光碟增加參與者之懷孕率、畸形比率、刺激排卵藥物、流產及子宮外孕率、治療副作用與併發症人工協助生殖手術程序及其他相關的知識。

但實驗組與對照組知情同意量表在治療一週與八週時得分改變是沒有差別的，因本研究收案場所為不孕症治療中心，原本諮詢人員就提供很好的諮詢機制與諮詢內容。所以當進入療程的中末期，參與者已接受到完整的資訊與親身體會治療過程，可能此時的護理指導光碟就顯示不出其作用了。

故本研究結論為：依據深入訪談得知參與者對知情同意的趨向經驗的包括詳細分析治療失敗的原因、設有詳盡的諮詢機制、解釋內容口語化、明確強調病人須配合的內容、情緒的支持、實際示範；擬避經驗包括使用專業術語、側重醫學流程、缺乏諮詢機制及缺乏明確解釋。經過準實驗研究證實，以健康知能概念所形成護理指導光碟，可以促進參與者治療初期知情同意的知識。故建議此護理指導光碟可輔助 IVF 治療婦女知情同意不足資訊，促進治療過程的配合度，增加醫病正向關係。未來可提供此光碟放於知情同意例行指導中。

參考文獻

- 成令方 (2002) . 醫「用」關係的知識與權力 . *臺灣社會學*, 3, 11—70。
- 李美秀、張鳳麟、馬淑清 (2006) . 護理人員面對知情同意的倫理困境 . *長庚護理*, 17(1), 63-70.
- 林明濱(1997) . 病人自主與知情同意 . *醫學教育*, 1(4), 377-388。
- 林美伶、葉莉莉、陳清惠(2009) . 影響病人參與醫療決策之論述 . *護理雜誌*, 56(3), 83-87。
- 林惠嵐、曾玉喬、簡伶怡、呂孟真、陳孝範(2004) . 從手術同意書的改版研析醫病關係的建立及病患自主權的維護 . *國立台北護理學院護理系學刊*, 1(1), 41-44。
- 翁啟惠等(2009) . *醫療保健政策建議書* . 中央研究院報告 No. 003。
- 張珏、張菊惠、胡幼慧 (1997) . 某醫學中心子宮切除婦女自述醫病溝通探討 . *中華公共衛生雜誌*, 16 (1), 1-12。
- 張菊惠、胡幼慧、張珏 (1998) . 子宮切除術醫師告知內容之研究 . *婦女與兩性學刊* . 9, 115-144。
- 鈕則誠(2004) . *護理生命教育—關懷取向* . 台北：揚智文化。
- 蔡甫昌(2004) . 醫師，您獲得病患同意了嗎？—知情同意的倫理與實務 . *健康世界*, 222, 59-62。
- 蔡甫昌(2004) . *知情同意常見問答集*，國家衛生研究院論壇生命暨醫療倫理委員會出版。
- American Medical Association Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs. (1999) . Health literacy: report of the council on scientific affairs. *Journal of the American Medical Association* 281, 552-557.
- Assisted reproductive technologies in Taiwan: 2011 outcome report. (2013). Retrieved April 08, 2014, from <http://www.bhp.doh.gov.tw/BHP/do/www/themeParkDocRead?themeParkDocumentId%2448>

95&type¼ message&themeParkId¼ 416.

- Beauchamp, T., & Childress, J. (2001). *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press.
- Bernhardt, J., & Cameron, K.A. (2003). Accessing, understanding, and applying health communication messages: The challenge of health literacy. In T. Thompson, A. Dorsey, K. Miller, & R.L. Parrott (Eds.) *Handbook of health communication*. (pp. 583-605). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates .
- English, D.C.(1994) .Bioethics. New York: W. W. Norton Company, Inc., 19-42.
- Lindau S.T., Tomori C., Lyons T., Langseth L., Bennett C.L. & Garcia P. (2002). The association of health literacy with cervical cancer prevention knowledge and health behaviours in a multiethnic cohort of women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 186, 938-943.
- Nutbeam D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* 15, 259-267.
- Paasche-Orlow MK.(2005) .The challenges of informed consent for low-literate populations. *Understanding Health Literacy*.Chicago, IL: American Medical Association Press, 126.
- Parker R.M., Ratzen S.C. & Lurie N. (2003) .Health literacy: a policy challenge for advancing high quality health care. *Health Affairs*, 22(4), 147.
- Schillinger D., Grumbach K., Piette J., Wang F., Osmond D., Daher C., Palacios J., Sullivan G. & Bindman A. (2002) .Association of health literacy with diabetes outcomes. *Journal of the American Medical Association* 288, 475-482.
- Su, T.J., Teng, S.W., & Yang, Y.L. (1994). The maternal tasks of pregnant women who conceived under assisted reproduction treatment. *The Journal of Nursing*, 41, 62-71.
- Su, T.J., & Chen, Y.C. (2001). The meaning of “seeking conception” in infertile women’s life experience during in vitro fertility treatment. *Formosan Journal of Medicine*, 5, 10-18.
- The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine and the Practice Committee of the Society for Assisted Reproductive Technology (2006a). Guidelines on number of embryos transferred. *Fertil Steril*; 86 (suppl 4): S51-S52.
- The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine and the Practice Committee of the Society for Assisted Reproductive Technology. (2006b). Genetic considerations related to intracytoplasmic sperm injection (ICSI). *Fertil Steril*; 86 (suppl 4): S103-S105.
- The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine and the Practice Committee of the Society for Assisted Reproductive Technology. (2006c).The role of assisted hatching in vitro fertilization: a review of the literature.. *Fertil Steril*86 (suppl 4): S124-S126.
- US Department of Health and Human Services (2000). *Healthy People 2010, 2nd edn. With Understanding and Improving Health and Objectives for Improving Health, 2 vols.* US Government Printing Office, Washington, DC.

Williams M.V., Baker D.W., Parker R.M. & Nurss J.R. (1998) Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease. *Archives of Internal Medicine* 158, 166-172.

World Health Organization. (1998). *Division of Health Promotion, Education and Communications Health Education and Health Promotion Unit*. Health Promotion Glossary. World Health Organization, Geneva.

表 1 研究樣本基本資料及難孕治療史

變項	實驗組(n=30)		控制組(n=30)		t	p
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
樣本年齡 (歲)	35.00	3.57	34.00	4.48	.96	.34
配偶年齡 (歲)	36.37	4.59	35.70	3.83	.61	.54
接受試管嬰兒次數(次)	1.37	1.00	1.63	1.16	-.95	.34
	frequency	%	frequency	%	χ^2	p
樣本族群					.48	.49
河洛人	24	80	26	86.7		
非河洛人	6	20	4	13.3		
樣本學歷					1.36	.51
專科以下	6	20	10	33.3		
大學	18	60	15	50		
研究所以上	6	20	5	16.7		
樣本職業					.74	.39
家庭主婦	7	23.3	10	33.3		
職業婦女	23	76.7	20	66.7		
樣本宗教信仰					2.05	.15
有宗教信仰	19	63.3	24	80		
無宗教信仰	11	36.7	6	20		
配偶族群					.22	.64
河洛人	28	93.3	27	90		
非河洛人	2	6.7	3	10		
配偶學歷					2.70	.26
專科以下	8	26.7	11	36.7		
大學	13	43.3	7	23.3		
研究所以上	9	30	12	40		
配偶信仰					2.05	.15
有宗教信仰	19	63.3	24	80		

無宗教信仰	11	36.7	6	20		
配偶職業					3.18	.20
主管人員	9	30	4	13.3		
專業人員	12	40	18	60		
其他	9	30	8	26.7		
難孕原因					.41	.94
妻	7	23.3	7	23.3		
夫	6	20	8	26.7		
夫妻雙方	9	30	8	26.7		
不明原因	8	26.7	7	23.3		
難孕治療時間					5.38	.07
1 年以下	12	40	6	20		
1~2 年內	12	40	10	33.3		
2 年以上	6	20	14	46.7		

表 2 實驗組在治療前、治療 1 週、治療 8 週之知情同意量表項目得分之比較 (N=30)

項目	①治療前		②治療 1 週		③治療 8 週		F 值 [§]	p 值	Post Hoc
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD			
知情同意量表總分	263.57	72.03	331.80	76.09	326.40	63.94	12.55	<.01*	②>①:③>①
懷孕率	20.37	5.64	23.33	5.39	22.70	4.25	4.25	.02*	②>①:③>①
畸形率	35.90	16.99	56.03	16.43	53.67	14.38	15.76	<.01*	②>①:③>①
刺激排卵藥物	59.50	22.98	81.63	20.01	78.23	18.29	12.17	<.01*	②>①:③>①
流產及子宮外孕率	20.50	8.85	28.83	8.03	27.77	7.20	13.29	<.01*	②>①:③>①
治療副作用與併發症	12.93	4.34	15.93	3.48	16.30	3.30	9.47	<.01*	②>①:③>①
隱私權	8.83	1.84	8.63	1.81	8.63	1.63	.22	.80	
精液處理過程	8.67	2.14	8.73	1.68	8.77	1.70	.04	.97	
麻醉處置	33.70	7.52	32.50	7.56	32.67	7.05	.38	.69	
人工協助生殖技術之程序	57.70	20.89	68.60	17.21	69.93	13.35	7.18	<.01*	②>①:③>①
其他	5.47	3.08	7.57	2.22	7.73	1.87	8.46	<.01*	②>①:③>①

[§] One-Way ANOVA, repeated measurement.

表 3 對照組在治療前、治療 1 週、治療 8 週之知情同意量表項目得分之比較 (N=30)

項目	①治療前		②治療 1 週		③治療 8 週		F 值 [§]	p 值	Post Hoc
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD			
知情同意量表總分	294.83	72.83	309.63	96.27	306.53	62.31	.79	.46	
懷孕率	21.60	6.26	21.77	6.71	20.97	4.31	.31	.73	
畸形率	46.03	18.30	51.97	21.15	53.07	12.35	2.91	.06	
刺激排卵藥物	71.87	23.84	76.47	23.76	75.27	17.20	.78	.46	
流產及子宮外孕率	22.40	9.36	24.73	11.82	26.33	6.87	2.88	.06	
治療副作用與併發症	15.17	4.85	15.73	4.95	14.73	3.63	.80	.45	
隱私權	8.77	1.68	8.40	2.51	7.80	1.92	2.70	.08	
精液處理過程	9.00	1.29	8.30	2.63	7.97	1.99	2.79	.07	
麻醉處置	33.90	6.98	31.77	10.32	30.73	7.71	1.75	.18	
人工協助生殖技術之程序	60.10	18.68	64.00	21.35	62.83	13.41	.61	.55	
其他	6.00	2.52	6.50	3.07	6.83	1.56	1.23	.30	

[§] One-Way ANOVA, repeated measurement.

表 4 兩組治療前知情同意量表項目得分之比較

	實驗組(n=30)		對照組(n=30)		t	p
	Mean	SD	Mean	SD		
知情同意量表總分	263.57	72.03	294.83	72.83	-1.67	.10
懷孕率	20.37	5.64	21.60	6.26	-.80	.43
畸形率	35.90	16.99	46.03	18.30	-2.22	.03*
刺激排卵藥物	59.50	22.98	71.87	23.84	-2.05	.045*
流產及子宮外孕率	20.50	8.85	22.40	9.36	-.81	.42
治療副作用與併發症	12.93	4.34	15.17	4.85	-1.88	.07
隱私權	8.83	1.84	8.77	1.68	.15	.88
精液處理過程	8.67	2.14	9.00	1.29	-.73	.47
麻醉處置	33.70	7.52	33.90	6.98	-.11	.92
人工協助生殖技術之程序	57.70	20.89	60.10	18.68	-.47	.64
其他	5.47	3.08	6.00	2.52	-.73	.47

表 5 兩組治療 8 週時知情同意量表與就診滿意度項目得分之比較

	實驗組(n=30)		對照組(n=30)		t	p
	Mean	SD	Mean	SD		
知情同意量表總分	326.40	63.94	306.53	62.31	1.22	.23
懷孕率	22.70	4.25	20.97	4.31	1.57	.12
畸形率	53.67	14.38	53.07	12.35	.17	.86
刺激排卵藥物	78.23	18.29	75.27	17.20	.65	.52
流產及子宮外孕率	27.77	7.20	26.33	6.87	.79	.43
治療副作用與併發症	16.30	3.30	14.73	3.63	1.75	.09
隱私權	8.63	1.63	7.80	1.92	1.81	.08
精液處理過程	8.77	1.70	7.97	1.99	1.68	.10
麻醉處置	32.67	7.05	30.73	7.71	1.01	.32
人工協助生殖技術之程序	69.93	13.35	62.83	13.41	2.06	.044*
其他	7.73	1.87	6.83	1.56	2.02	.048*
就診滿意度	98.43	12.42	104.70	15.16	-1.75	.09
就診整體醫療服務滿意度	4.03	0.56	4.20	.61	-1.11	.27

表 6 兩組在治療 1 週與治療前知情同意量表項目得分之差異比較

	實驗組(n=30)		對照組(n=30)		t	P
	Mean	SD	Mean	SD		
知情同意量表總分	68.23	85.06	14.80	62.86	2.77	<.01*
懷孕率	2.97	6.18	.17	5.95	1.79	.08
畸形率	20.13	23.31	5.93	17.30	2.68	.01*
刺激排卵藥物	22.13	28.85	4.60	21.95	2.65	.01*
流產及子宮外孕率	8.33	10.18	2.33	8.93	2.43	.02*
治療副作用與併發症	3.00	4.76	.57	2.97	2.38	.02*
隱私權	-.20	1.16	-.37	2.25	.36	.72
精液處理過程	.07	1.57	-.70	2.52	1.41	.16
麻醉處置	-1.20	5.89	-2.13	9.00	.48	.64
人工協助生殖技術之程序	10.90	21.06	3.90	17.78	1.39	.17
其他	2.10	4.06	.50	2.93	1.75	.09

表 7 兩組在治療 8 週與 1 週之知情同意量表項目得分差異之比較

	實驗組(n=30)		對照組(n=30)		t	P
	Mean	SD	Mean	SD		
知情同意量表總分	-5.40	68.46	-3.10	80.80	-.12	.91
懷孕率	-.63	5.78	-.80	6.46	.11	.92
畸形率	-2.37	16.59	1.10	17.96	-.78	.44
刺激排卵藥物	-3.40	20.08	-1.20	20.62	-.42	.68
流產及子宮外孕率	-1.07	7.18	1.60	9.33	-1.24	.22
治療副作用與併發症	.37	3.37	-1.00	5.07	1.23	.22
隱私權	.00	1.89	-.60	2.49	1.05	.30
精液處理過程	.03	1.81	-.33	2.59	.64	.53
麻醉處置	.17	7.64	-1.03	10.13	.52	.61
人工協助生殖技術之程序	1.33	15.93	-1.17	21.61	.51	.61
其他	.17	2.20	.33	3.18	-.24	.81

表 8 兩組在治療 8 週與治療前之知情同意量表項目得分差異之比較

	實驗組(n=30)		對照組(n=30)		t	p
	Mean	SD	Mean	SD		
知情同意量表總分	62.83	93.34	11.70	58.25	2.55	.02*
懷孕率	2.33	5.65	-.63	5.10	2.14	.04*
畸形率	17.77	23.75	7.03	16.23	2.04	.046*
刺激排卵藥物	18.73	29.43	3.40	20.04	2.36	.02*
流產及子宮外孕率	7.27	11.11	3.93	8.80	1.29	.20
治療副作用與併發症	3.37	5.56	-.43	4.68	2.87	<.01*
隱私權	-.20	2.41	-.97	2.16	1.30	.20
精液處理過程	.10	2.73	-1.03	2.20	1.77	.08
麻醉處置	-1.03	10.49	-3.17	9.22	.84	.41
人工協助生殖技術之程序	12.23	20.78	2.73	20.21	1.80	.08
其他	2.27	3.55	.83	2.64	1.77	.08

內文附件一

訪談大綱：

1. 您做此治療最想知道的有哪些？(除知識外，問到病人深層的情緒，如因不了解會很痛苦、正向和負向的經驗)
2. 醫師和諮詢師的說明後，有哪些部分您仍然不了解？
3. 您不了解的部分如何解決？(如再問醫師或諮詢師、就不再問他們自己上網找資料、看書、問其他人(誰？如親友或正在治療的病友？))
4. 您對醫師和諮詢師的告知態度，感覺如何？您希望他們與您的溝通方式(如互動式或參與式的方式？)
5. 您覺得告知過程(知識與態度)有哪些很好？有哪些需要再加強？

國科會補助專題研究計畫成果報告自評表

請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況、研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性）、是否適合在學術期刊發表或申請專利、主要發現（簡要敘述成果是否有嚴重損及公共利益之發現）或其他有關價值等，作一綜合評估。

1. 請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況作一綜合評估

達成目標

未達成目標（請說明，以 100 字為限）

實驗失敗

因故實驗中斷

其他原因

說明：

2. 研究成果在學術期刊發表或申請專利等情形：

論文：已發表 未發表之文稿 撰寫中 無

專利：已獲得 申請中 無

技轉：已技轉 洽談中 無

其他：（以 100 字為限）

3. 請依學術成就、技術創新、社會影響等方面，評估研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性），如已有嚴重損及公共利益之發現，請簡述可能損及之相關程度（以 500 字為限）

本研究結果建構 IVF 治療過程之健康知能護理指導模式，且證實經過此護理指導介入，實驗組在知情同意的知識在治療第一週與第八週明顯高於治療前，而對照組則無改變。故此護理指導光碟可輔助 IVF 治療婦女知情同意不足資訊，促進治療過程的配合度，增加醫病正向關係。未來可提供此光碟於知情同意例行指導中。

科技部補助計畫衍生研發成果推廣資料表

日期:2014/04/30

科技部補助計畫	計畫名稱: 以病人需求導向的護理指導輔助體外受精婦女知情同意過程之建構與成效
	計畫主持人: 郭碧照
	計畫編號: 100-2410-H-040-004-MY2 學門領域: 臨床與諮商心理學
無研發成果推廣資料	

100 年度專題研究計畫研究成果彙整表

計畫主持人：郭碧照		計畫編號：100-2410-H-040-004-MY2				計畫名稱：以病人需求導向的護理指導輔助體外受精婦女知情同意過程之建構與成效	
成果項目		量化			單位	備註（質化說明：如數個計畫共同成果、成果列為該期刊之封面故事...等）	
		實際已達成數（被接受或已發表）	預期總達成數（含實際已達成數）	本計畫實際貢獻百分比			
國內	論文著作	期刊論文	0	0	100%	篇	
		研究報告/技術報告	0	0	100%		
		研討會論文	0	0	100%		
		專書	0	0	100%		
	專利	申請中件數	0	0	100%	件	
		已獲得件數	0	0	100%		
	技術移轉	件數	0	0	100%	件	
		權利金	0	0	100%	千元	
	參與計畫人力（本國籍）	碩士生	0	0	100%	人次	
		博士生	0	0	100%		
博士後研究員		0	0	100%			
專任助理		0	0	100%			
國外	論文著作	期刊論文	0	2	100%	篇	
		研究報告/技術報告	0	0	100%		
		研討會論文	1	0	100%		
		專書	0	0	100%	章/本	
	專利	申請中件數	0	0	100%	件	
		已獲得件數	0	0	100%		
	技術移轉	件數	0	0	100%	件	
		權利金	0	0	100%	千元	
	參與計畫人力（外國籍）	碩士生	0	0	100%	人次	
		博士生	0	0	100%		
博士後研究員		0	0	100%			
專任助理		0	0	100%			

<p style="text-align: center;">其他成果</p> <p>(無法以量化表達之成果如辦理學術活動、獲得獎項、重要國際合作、研究成果國際影響力及其他協助產業技術發展之具體效益事項等，請以文字敘述填列。)</p>	無
---	---

	成果項目	量化	名稱或內容性質簡述
科 教 處 計 畫 加 填 項 目	測驗工具(含質性與量性)	0	
	課程/模組	0	
	電腦及網路系統或工具	0	
	教材	0	
	舉辦之活動/競賽	0	
	研討會/工作坊	0	
	電子報、網站	0	
	計畫成果推廣之參與(閱聽)人數	0	

科技部補助專題研究計畫成果報告自評表

請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況、研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性）、是否適合在學術期刊發表或申請專利、主要發現或其他有關價值等，作一綜合評估。

1. 請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況作一綜合評估

達成目標

未達成目標（請說明，以 100 字為限）

實驗失敗

因故實驗中斷

其他原因

說明：

2. 研究成果在學術期刊發表或申請專利等情形：

論文： 已發表 未發表之文稿 撰寫中 無

專利： 已獲得 申請中 無

技轉： 已技轉 洽談中 無

其他：（以 100 字為限）

3. 請依學術成就、技術創新、社會影響等方面，評估研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性）（以 500 字為限）

本研究結果建構 IVF 治療過程之健康知能護理指導模式，且證實經過此護理指導介入，實驗組在知情同意的知識在治療第一週與第八週明顯高於治療前，而對照組則無改變。故此護理指導光碟可輔助 IVF 治療婦女知情同意不足資訊，促進治療過程的配合度，增加醫病正向關係。未來可提供此光碟於知情同意例行指導中。