應用問題導向學習於護理倫理教學之課程規劃與評量工具之發展

林秋芬[1]/楊哲銘[2]/鍾春枝[3]/盧美秀[4]

1.臺北醫學大學理學博士	臺北醫學大學護理學院	副教授
2.美國約翰霍普金斯大學醫務管理博士	臺北醫學大學醫務管理學系	副教授
3.臺北醫學大學醫務管理碩士	臺北醫學大學附設醫院	護理部副主任
4.美國杜標克大學護理行政碩士	臺北醫學大學護理學院	教授

摘　要

護理倫理是護理人員執業的行為準則，護理人員是否能展現合宜的執業行為，與護理倫理教育方式是否適當有關。因此本研究旨在配合問題導向學習，進行護理倫理課程規劃和評值工具設計。本研究分二階段進行，第一階段進行以問題為導向的護理倫理課程規劃，第二階段進行教學後學生學習成效的評量工具設計。護理倫理課程採專家效度檢定，內容包括：課程宗旨、學習目標、教學大綱、三套討論之教案、授課方式、學習評量等。護理倫理教學評量工具：一、醫學倫理辨識量表，採專家效度檢定，以重要性之 CVI 值大於.86 做為選定標準，其再測信度為.95，最後確定為 9 個情境 41 題。二、紙筆測驗：2 個情境考題由研究團隊討論修訂完成。本研究結果希望能提供各學校護理倫理教學之參考，使護理倫理教學更有效，未來的護理專業人員的行為，都能符合護理專業倫理的規範。

關鍵詞：問題導向學習、護理倫理教學、課程規劃、評量工具

前　言

教育部前部長曾志朗先生，曾在全國大學校長會議中提到，我們應「重建校園倫理」。要重建校園倫理，除了應加強一般倫理教育外，更應加強學生的專業倫理教育。任何一個文明國家，都很重視倫理道德教育，因爲道德教育水準低落會直接影響到社會的安定與生存。天下雜誌在2003年對成功企業的調查，提到未來的企業成功與否，完全建立在員工的倫理道德觀，因此選才要加以重視。從以上可知倫理道德教育和專業倫理教育的重要性。

醫學倫理是醫護人員執行醫療業務的道德規範與行爲指引（嚴，1996），它使醫學不但能醫治疾病，解除痛苦，也能維護病人的尊嚴。過去三十年間，醫學科技的快速成長，帶給人類諸多福祉，無數生命得以挽救延長。不僅給臨床醫療帶來嶄新的面貌，同時也帶來諸多新的倫理議題。如何讓醫療專業人員，在面對倫理爭論問題時，能正確的做選擇，端賴專業倫理教育的有效執行。尤其現階段的醫護人員，在道德推理和道德判斷的技能、對倫理議題的意識，以及利用

通訊作者：盧美秀
職稱：教授
服務機關：臺北醫學大學護理學院　電話：（02）27361661 轉 6300　傳眞：（02）23772842
地址：110 臺北市信義區吳興街 250 號　電子郵件：lindalu@tmu.edu.tw

倫理學對具有政策涵義的更廣泛問題進行反思的能力，仍有待加強，因此未來專業倫理學教學中，還有極大的發展空間（盧，2005）。

倫理判斷與辨識注重價值澄清、反思與邏輯思考，但一般大學的倫理學教育反而比其他課程的教學更墨守成規沒有創新，對學生缺乏誘發主動學習的刺激（戴，2006），因此如何設計一個好的護理倫理教學課程，以及一套合宜的護理倫理教學評量工具是非常重要的。本研究目的即在規劃護理倫理教學課程和設計教學評量工具，希望藉此研究能進一步對專業倫理的教學有更完善的規劃，同時能有更好的教學效果，使未來的護理專業人員的行為，都能符合護理專業倫理的規範。

文獻查證

醫學倫理是一門有關醫學人性的學問，它幫助醫學從事合乎眞、善、美的診療。眞就是心智，善就是靈性，美就是身體的健康，使醫學不僅能解除病痛，維護病人的尊嚴，也讓生命活的更眞實、更美好。醫學倫理不是一個靜態的字眼，隨著時代的推演，在不同的時空背景，醫學倫理的定義也有其特定的涵意。「臨床醫學倫理」即是一種道德思考、判斷和決策的過程；乃是將倫理理論、倫理原則實際運用到臨床病患身上，以幫助醫護人員於處理臨床醫療情境所發生的倫理問題時，能做出對病人最有利、最能符合道德倫理規範的醫療決策。

一、醫學倫理內涵

Beauchamp與Childress（1983）兩位學者提出四項基本的倫理原則，分別為行善原則、不傷害原則、自主原則、公平原則。自1960年代以來，醫學科技的進步與維生設備的相繼出現，使死亡的定義受到挑戰；生殖科技的發達使代理孕母或是複製人都成為可能的事實，也因此帶來器官移植、安樂死、墮胎、代理孕母、複製人、人體實驗等臨床醫學倫理爭議問題。國內過去對代理孕母、器官移植和人體實驗都有研究（盧、鍾、林、楊、陳，2003；盧、林、楊、鍾、陳，2002；鍾、盧、楊、林、陳，2002）。

在過去醫師以專業知識和技術為病人治療時，只要做到待人和藹、醫術能被病家信賴、收費合理，醫病雙方互相待之以禮，自然產生和諧的關係。現今，由於醫學科技的進步，民眾知識的提昇，人權普遍受到重視以及醫療資源分配的公平性等因素的影響，因而產生了很多的醫學倫理爭議問題，使得醫病關係變為複雜化。若將過去的醫學倫理的內涵與現在的醫學倫理相比較則發現，在醫學倫理判斷、倫理的思考模式、醫病關係和醫學倫理處理方式等四方面有顯著差異（盧，2005；嚴，1996；謝，1999）。

從專業倫理學角度而言，專業的個人和團體對於倫理道德立場和價值的決定，通常都不自覺的假定了某種倫理理論取向，「專業倫理教育」有必要對這些理論加以討論，以使專業人員更自覺地瞭解、實踐或改變其立場和價值觀。

二、護理倫理教學

倫理教育的目標在使學習者能於生活中實踐符合倫理的行為，而倫理教育的目標和倫理行為的產生與道德行為的產生不但息息相關，而更有異曲同工之處（沈，1996；辛、江、戴，2002；黃，2004；戴，2006）。據黃（2004）的調查顯示，台灣的大學校院開設的倫理課程可歸納為13類，分別為：生命倫理、企業倫理、環境倫理、醫學倫理、法律倫理、諮商倫理、新聞傳播倫理、警政倫理、專業倫理、性倫理、行政倫理、資訊倫理、應用倫理學等。

基本教學法包括：講述、會談、討論、示範、角色扮演、遊戲、價值教學、參觀等方法（孫、高，1996）。除以上也有學者採用品管圈推動學校專業倫理教學（王，2003）。徐（2004）採用老師講授、問題討論、野外參觀教學和多媒體教學等方法進行環境倫理教學。也有用合作學習（cooperative learning）的方式進行資訊倫理教學（陳、劉、柯，2004）。成大醫學系的倫理教學採用問題導向，由學生找出案例中之倫理問題，以及他們將要探討的主題，並由學生自己引導討論之進行（林，2004）。尹和康（2005）進行國小兒童網路倫理教學成效之研究，以類實驗研究法進行，以

單元主題相關的情境爲導引，老師再從倫理的角度以價值澄清的方式讓學生思考和分組討論，研究結果發現學生能夠確實反省網路倫理的行爲，並且對資訊倫理的主題有更深入的了解。

Diekelmann和Diekelmann （2000）探討護理和基因倫理學習，透過故事教學，並加強基礎價值，結果發現此爲一良好的倫理教學方法，其提供一種新的瞭解醫學倫理的方法。Edward和Preece （1999）以分享教學法進行健康照護倫理教學，採實驗性研究法，安排護理系和醫學系的學生一起上課和分享，研究結果顯示效果良好。Holland （1999）以個案討論方式進行護理倫理教學，過程中設定課程目的和限制道德理論，使討論的中心不會偏離，其擔心倫理過度被教育，建議應重視動機。

護理倫理的教學應將目標放在建構倫理理念和專業基礎，內容應含蓋：倫理理論、倫理原則及其應用；發展倫理決策、批判思考技巧；瞭解人的權利、義務與責任；接受專業倫理規範和對倫理議題具敏感度，且能協助對倫理議題提出解決之道（Ketefian, 1999）。倫理的教學應該連貫性的設計在所有課程中，時時加強倫理情境的判斷能力，並培養倫理道德涵養（林、郭，2004）。學生學習專業倫理課程後應該能夠（盧，2005）：1.對於專業領域曾經涉及的倫理議題有相當的認識。2.對於較常涉及的一般倫理原則有相當的認識。3.將一般倫理原則與倫理規則應用到專業領域涉及的倫理議題上。

倫理教學並不是一種黑白分明的抉擇，是複雜且多重的選擇；倫理教育並非要改變人們的宗教、信仰、習慣和價值觀，而是幫助人們下決定，因此倫理教學應達成之目標爲：1.發展學生倫理意識及對倫理的敏感度。2.認知情境中倫理兩難的事件。3.把倫理概念融入決策的歷程中。4.重視倫理概念，對倫理兩難事件做出正確的判斷和合理的決策。5.能重視倫理分析的技術，將兩難的推理技術，應用到眞實的情境。6.能闡明自己的道德抱負（黃，2004；盧，2005；戴，2006；Han ＆ Ahn, 2000; Ketefian, 1999）。

三、專業倫理教學相關研究

護理倫理教學的相關研究並不多，林和郭（2004）曾探討台灣地區護理學系應屆畢業生的護理倫理態度和對護理倫理教學的看法，依據研究對象對護理倫理教學的看法，建議未來需分層、分年級連貫性的進行專業倫理課程設計，同時每位護理學系的教師和臨床護理專家，都應該正式修習護理倫理的課程。辛、江及戴（2002）曾進行護理人員臨床工作中所面臨之倫理議題的探討，最後歸納出七項：難以維護病患的權益、行善助人受限、協助專業利益帶來衝突、礙難遵循公平原則、醫病關係存在著隔閡、人道立場不明，以及醫護認知不同。同時戴（2006）也提出呼籲，大家應該重視醫學倫理教育，且需有計劃的進行教學。

根據Zickmund（2004）運用一篇倫理困境的文章對醫療照護人員的倫理導向（care and justice）的研究調查，發現律師和護理人員的倫理思考有顯著的差異，二者相比較，律師的思考模式較傾向於關懷倫理，而護理人員在提供照護時，其思考模式則傾向於依據倫理原則義務論作判斷。Mathes（2004）認爲護理人員的倫理思考主要是受下列三個因素的影響：1.在過去的歷史中，護理人員一向很少有機會可以表現護理專業的自主性；2.在護理專業發展的過程中，護士的照護者角色地位比專家技術者角色不受重視；3.運用客觀的工具作判斷，可減輕道德壓力所帶來的痛苦。Han和Ahn（2000）進行護生參與倫理決策之分析與評價，以100位高年級的護生爲對象，結果發現：學生在做道德思考時最重視誠實和不傷害，主要關注在病人福祉。

根據以上，在現代社會虛無主義瀰漫和社會規範解構的情況下，推動專業倫理教育已刻不容緩，我們必須讓學生透過一般倫理教育和專業倫理教育學習並實踐成爲有倫理素養的人，而且也能在護理工作中，養成良好習慣與倫理判斷力，實踐護理專業理想，達到個人能力的卓越與良好關係的滿全。

研究方法

本研究分二階段進行，第一階段進行以問題爲導向的護理倫理課程規劃，第二階段進行教學後學生學習成效的評量工具設計。

第一階段：護理倫理課程教案初稿，乃參考國內外專業倫理教學意見，包括：倫理教學的理論基礎；專業倫理教學宗旨；專業倫理教學目標；護理倫理教學大綱及教案規劃；專業倫理教學方法（尹、康，2005；王，2003；王，1999；沈，1996；辛、江、戴，2002；林、郭，2004；孫、高，1996；徐，2004；黃，2004；盧，2005；戴，2006；Edward & Preece, 1999；Han & Ahn, 2000；Holland, 1999；Ketefian, 1999；Zichmund, 2004），並由研究團隊成員，共同集思廣義、腦力激盪設計而成，初稿完成後請7位醫學倫理專家，協助進行修訂後定稿。

第二階段：護理倫理教學評量工具初稿，乃參考國內相關倫理問卷量表（王，1999；陳，1993），經研究團隊設計而成醫學倫理辨識力量表，初稿完成後請7位醫學倫理專家，以4分評定法進行量表的內容重要性、內容適切性和文字清晰度等三部份評量，最後除了根據專家意見進行文字的修訂外，選擇重要性大於3分，CVI值大於.86的題目予以保留。醫學倫理辨識力量表從原來的14個情境，經專家意見修訂和合併後，最後保留9個情境。專家效度檢定完成後之問卷，請護理學系四年級95位學生進行預試。醫學倫理辨識力量表為同意度5分量表，同意度平均值爲3.45。經過2週後，再重複邀請30位學生進行測試，所得之再側信度爲.95，表示本量表的穩定性佳。另一教學成效評量工具爲：期末的紙筆考試題目，爲確保題目之保密性，選擇以研究團隊成員討論方式進行，最後選用2個臨床常見的護理倫理情境。

研究結果

本研究完成了護理倫理教學課程規劃，內容包括：課程宗旨、學習目標、教學大綱、教案設計、授課方式、學習評量等。

一、 課程宗旨：本課程旨在介紹護理倫理之基本原則與規則、護理人員和病人之權利與義務，強調醫護病合作關係，並進而討論、分析現存之倫理爭論問題。

二、學習目標：當學生完成本課程時，應能

1. 瞭解護理倫理的理論、基本原則與規則，並內化成爲個人特性。
2. 重視病人的權利和盡護理人員的義務，並實際表現於工作中。
3. 與醫療團隊和病人相處融洽。
4. 能分析和分享臨床倫理爭論問題，並建立自我立場的理論基礎。

三、教學大綱：進行教案討論，教案有三，經研究團隊討論修訂後完成。

四、教案內容：

教案一

李先生，六十四歲，閩南人。是醫院內科裡的常客，無人不知，無人不曉。因爲本身是Liver cirrhosis的個案，一年當中即會進進出出醫院好幾回。本身意識清楚。現在爲獨居單身，甚至可以說的上是〝遊民〞，年輕時因拋家棄子在外面遊蕩，導致於年老時妻兒不管他。

住院期間皆是自己照顧自己，生活自行打理，毫不靠任何人。有時會爲了他沒繳費用而要請社福幫忙時，他都一律拒絕，很有個性的認爲沒那必要，並且說自己會向朋友藉錢來償還住院的費用。雖然他拍胸脯保證會繳清醫藥費，但終究還是不了了之，同事們皆習以爲常了。由他出院時常常沒繳醫藥費，當中可看的出他那多有原則的個性。

因爲是解黑便進來的，想當然爾一定是要抽血來檢查血紅素。當時記得要爲他抽血時，他問我要測什麼？我說：「看你身體裡的血紅素夠不夠。」他回答：「假如不夠的話那怎麼辦？」我則說：「假如血中的血紅素不夠的話，醫師可能會給您輸血喔。」他生氣的回答：「我才不要輸血，反正我的身體自己會再長血出來。」並且拒絕我給他抽血。我好說歹說透過先前建立的信任感拜託他讓我抽血時，他才心不甘情不願的讓我抽到血。住院當中的第七、八天，忽然大量的解黑便，NSP予以測血紅素，竟掉到了9.8 mg/dl。白班小姐隨即打電話給家屬（因爲輸血要本人或家屬的同意並簽名）。但誰知電話那頭竟然回答：「李某某早就死了，請不要再打電話來。」隨後掛了電話，讓白班的同事錯愕了一會才回過神

來。這時只好轉移目標到個案的身上，但他仍是非常的不願意輸血。在其主治醫師半推半就的情況下蓋了手印而預備輸PRBC 2U。因爲輸血必須至少打22 號的Cath，但李先生血管太細了，大家都on不上，所以NSP在左鼠蹊部on上了CVP。因爲李先生有點抗拒，所以NSP囑予以四肢約束。

我心想有那麼嚴重嗎？有需要到達四肢約束的地步嗎？交完班之後隨即就往李先生的房間探望。李先生一看到我，第一句話就說：「蔡小姐，妳幫我放開好不好，我跟他們說假如針打不上的話就不要輸血了，誰知道醫師的助理那麼霸道，堅持要給我打大條的血管………..。」依稀也看到他的臉變得蒼白了，身體也顯得更虛弱，血壓掉與心跳快的情形下使我一個晚上都在監測他的生命徵象，並且也一連換了4～5次的尿布。快到了凌晨，血也輸完了，他懇求我說反正血已輸完了，用不著再綁我了吧！我想想他的生命徵象也算穩定，並且血已輸完的情況下，隨即鬆綁了在他身上的約束帶，以使他能活動活動筋骨。因爲當時也覺得這樣對他也太不人道了。

快到交班聽到隔壁床的病人跑來護理站說李先生自拔了點滴。我想這時不妙！隨即衝了過去，原來李先生把身上的CVP給拔掉了。我問他爲何要拔？他則說他也不知道。我生氣的斥責他：「給了你一點方便就那麼不合作，枉費我還幫你解開約束帶。」

早上交班時與NSP報告此事，她生氣的指責我爲何要給病人鬆綁以致病人自拔CVP呢？並說：「你知道他的CVP有多難on嗎？」我則没說話靜靜地站在那裡………

隔一天上班時，由同事告知李先生因血壓太低而轉到了加護病房了。再隔二天獲知他已往生的消息…………..

你認爲：

1. 這位護理人員做對了嗎？請說明理由。
2. 請選擇教案中的一個角色，並分析其行爲背後的意義。

教案二

葉先生，47歲，已婚，育有一子一女，因車禍嚴重受傷而住在加護病房。在車禍發生時，他目睹坐在前座的妻子當場死亡，坐在後座的兒女則只受到輕傷。他住在加護病房已有10星期之久，不但有多處骨折，左手背也被嚴重灼傷，左腿由於壓碎性損傷太嚴重，已施行膝上截肢，全身已有數個器官功能發生衰竭，目前正使用呼吸器及多項維生設備。他意識清楚，能以紙筆交談，主訴疼痛非常厲害，一再問醫護人員他是否會死？是不是已無好轉的希望？他認爲没有任何理由繼續與死神搏鬥，他想及早結束他的痛苦，他希望你幫他請求醫師以大量麻醉劑解脫他的痛苦，他也要求你關掉呼吸器的電源，他並說如果你願意，請你握住他的手，由他自行拔除氣切管，讓他及早脫離苦海，他一再強調他已没有活下去的價值，也不想再活下去。請問：

1. 您是她的主護護士，您會怎麼做？爲什麼？
2. 請應用倫理決策，說明您的決定。

教案三

新藥的人體臨床試驗，有其一定的世界標準程序。最近某醫院的臨床研究部門，發現一種可以延緩肺癌擴散的藥物，希望能進行病人的臨床實驗。該醫院的胸腔科醫師群都有參與這項研究，因此大家共同討論如何進行病人的人體實驗。爲了擔心新的發現會被別人竊取，因此秘密的在醫院中進行。醫師的作法是，對肺癌末期的病人，請專科助理告訴病人及家屬，病人的存活時間大約只有1個月，不過目前醫院有發現一種新藥，可能可以延緩癌細胞的擴散時間，甚至有可能治癒，因此建議病人應該可以嘗試新藥。後來共10多位病人接受了新藥的人體實驗。

因爲王護理師發現，醫師的行跡怪異，就問專科助理到底他們間有什麼秘密？同時王護理師也感覺到，爲何最近的肺癌病人都比預期的死亡時間提早？最後，專科助理才將胸腔科醫師群所做的研究，以及正在進行病人的人體實驗一事，告訴了這位王護理師。

您認爲：

1. 此時王護理師應該怎麼做才對？請說明。
2. 新藥的臨床實驗標準程序爲何？請說明。
3. 該醫院的胸腔科醫師群違反了哪些倫理和法律問題？根據什麼？

4. 對於新藥的人體實驗我們應該採取什麼態度才合宜？

五、授課方式：問題導向學習法。

六、學習評量：課程前後進行醫學倫理辨識力問卷調查，並於期末進行紙筆測驗。

本研究建構完成的護理倫理教學評量工具之內容：

一、醫學倫理辨識量表

情境一

陳志明今年36歲，已婚，育有一子一女（分別為12歲及10歲），他是一位因輸血而感染愛滋病的病患，有一天因急性胃出血而送到急診，內科醫師認為需施行緊急手術才能挽救其生命，但外科醫師不肯為病人施行手術，理由是即使以手術救活他，但他不一定能活多久，而且活著也是在痛苦中掙扎，因為愛滋病本來就是絕症，活不久。外科醫師認為他也有人權，他自己的生命也應該珍惜，他若為病人施行手術，被感染的可能性極大，可能會因此而喪命，他覺得他不值得冒險去做這項手術。

後來，病人因大出血休克而死亡，家屬一狀告到法院，家屬認為罹患愛滋病又不是病人的錯，不應被社會遺棄，不管病人能夠活多久，醫師都有義務為病人施行緊急手術，因醫師在其執業宣言中曾宣誓過：「不管任何狀況，都應盡力救治病人」，雖然病人也許只能活三個月，但三個月中的每一分、每一秒對病人及其家人來說都是非常珍貴的，他可以與妻子、子女相處，可以看子女的睡姿，可以享受天倫之樂。

題目	同意度					其他理由
	1	2	3	4	5	
1.無論陳先生罹患何種疾病，醫師都應有義務給予治療						
2.為治癒率低的陳先生投入太多醫療資源是不合理的						
3.醫師有其專業自主權，因此應該尊重外科醫師的決定						
4.每個病人都有公平享受醫療資源的權利，因此醫師應該給予救治						
5.救治病人是醫師的天職，所以醫師應該為陳先生手術，以挽救其生命						
6.醫療團隊成員建立良性溝通的管道，以做出正確的醫療決定						

情境二

林太太25歲，是一美國人，信耶和華教，因胃潰瘍合併大出血被丈夫送到醫院接受急診治療。他們有一個7月大的兒子，夫婦因宗教信仰的理由，堅持拒絕輸血，但院方見他情況危急，不輸血立即會有生命危險，而且，如果因大出血而去逝，她的兒子即無人照護。護理人員針對其「拒絕同意輸血」立即與其主治醫師以及其他主任醫師磋商，這些醫師也認為若不立即輸血，病人可能因失血致死。於是護理人員又來到病人床邊，此時病人外觀更蒼白，呼吸急促（一分鐘32次），脈搏快而微弱（一分鐘110次），血壓很低，舒張壓已聽不到，意識不是很清楚。護理人員再次試著與她溝通，再次勸她同意輸血之治療，但病人仍以非常微弱的聲音回答：「不要違背我的意願」，可是當時病人的心智狀態，很明顯地已不適合自己做決定。醫師在知會其丈夫後立即為她輸血，病人也因而得救。

題目	同意度					其他理由
	1	2	3	4	5	
1.身體、生命是病人自己的，所以不應違背林太太在意識清醒下所做之決定						
2.不給予輸血治療，若導致林太太死亡，應該遭受法律制裁						
3.林太太當時因為情況緊急，所以醫護人員給予輸血是對的，不能依林太太清醒時的決定						
4.林太太先前雖然已作出拒絕輸血的決定，但緊急情況在無醫療代理人情況下，其配偶具有第一優先決定權，所以採其配偶意見是對的						

情境三

小明今年10歲，患有急性淋巴性白血病，已經接受2個月的治療，但病情並沒有因此改善。醫師決定使用一種未上市的新藥，已取得小明父母的同意。不過小明的父母強調最好不要讓小明知道，以免增加他的焦慮與不安。

題目	同意度					其他理由
	1	2	3	4	5	
1.小明因未成年無自主能力，故其醫療事宜由其父母親代理						
2.小明已 10 歲，若評估說明病情後不會增加小明的焦慮與不安，應可向其說明並取得其口頭同意						
3.爲避免增加小明的焦慮與不安，可以不告訴小明此種治療是人體實驗						

情境四

1943年，在北非的美軍，有盤尼西林供應量不足的情形，那時有兩類士兵會因爲使用盤尼西林而獲益，一類是患有性病的士兵，另一類是因戰爭受傷而傷口感染的士兵。在決定如何分配時，醫官主張以「道義上」的理由，受傷的人應獲得優先治療，但是部隊的最高指揮官卻主張應該先治療那些有性病的士兵，理由是「他們能夠更快的恢復，而負起積極抗敵的任務」。

題目	同意度					其他理由
	1	2	3	4	5	
1.在道義上爲國作戰受傷的士兵，應先得到醫療照護						
2.爲了打戰，先治療有性病的士兵，當其病情恢復後，能肩負抗敵任務，應該是較佳的選擇						
3.每個人應該都有公平接受醫療資源的機會，所以應公平分配，直到用完爲止						

情境五

有三位嚴重的心臟衰竭病人正期待著心臟移植以挽救她們的性命。一位年齡17歲爲一高中學生，一位年齡49歲爲某部會首長，另一位年齡68歲前部會首長，已經退休，但過去對社會貢獻極大。某日有一車禍被判定爲腦幹死亡之病人家屬，願捐出這位受重傷者的所有可用的器官，在此種情況下，你認爲誰最應該獲得這顆捐贈的心臟？

題目	同意度					其他理由
	1	2	3	4	5	
1.三位病人其對社會貢獻度不相同，現階段部會首長最能爲更多人謀福利，所以應該給他						
2.17 歲的高中學生，年齡最輕，所以應優先獲得此顆心臟。						
3.68 歲已退休的前部會首長，因過去對社會貢獻極大，應優先獲得此顆心臟。						
4.爲求公平，三位病人應該擁有相同的機會接受心臟移植，因此採用抽籤方式最合理						
5.心臟器官來源極爲稀少，應分配給何人應該有一套公平、公開、公正的分配準則						
6.三位病人中，應以情況最危急、換心成功率最高者爲優先						

情境六

葉先生，47歲，已婚，育有一子一女，因車禍嚴重受傷而住在加護病房。在車禍發生時，他目睹坐在前座的妻子當場死亡，坐在後座的兒女則只受到輕傷。他住在加護病房已有10星期之久，不但有多處骨折，左手背也被嚴重灼傷，左腿由於壓碎性損傷太嚴

重，已施行膝上截肢，全身有數個器官功能已經發生衰竭，目前正使用呼吸器及多項維生設備。他意識清楚，能以紙筆交談，主訴疼痛非常厲害，一再問醫護人員他是否會死？是不是已無好轉的希望？他認爲沒有任何理由繼續與死神搏鬥，他想及早結束他的痛苦，他希望你幫他請求醫師以大量麻醉劑解脫他的痛苦，他也要求你關掉呼吸器的電源，他並說如果你願意，請你握住他的手，由他自行拔除氣切管，讓他及早脫離苦海，他一再強調他已沒有活下去的價值，也不想再活下去。

題目	同意度					其他理由
	1	2	3	4	5	
1.雖然葉先生活得很痛苦，但是醫療人員協助結束生命是不對的行爲						
2.讓葉先生活得那麼痛苦，又要浪費那麼多的醫療資源，未來也可能成爲社會的負擔，因此應該協助他結束生命						
3.葉先生雖意識清楚，可自己做決定，但其醫療決策會傷害到自己生命，因此不應接受葉先生自己所做的決定						
4.關掉呼吸器讓病人死亡，是協助病人自殺的行爲，需接受法律制裁						
5.病人很痛苦，有自殺念頭，應該照會精神科醫師協助治療病人的情緒問題						

情境七

李先生56歲，因意外事故，經119救護車送到醫院急診。醫師檢查李先生傷勢後發現病人有頭部外傷及內出血現象，意識混亂且躁動不安，認爲需要住院治療，經醫師向李先生解釋病情後，但病人堅持其沒有生病不要住院，而與病人發生爭論。

題目	同意度					其他理由
	1	2	3	4	5	
1.李先生意識混亂，已經無自主能力，醫師應該強迫李先生住院						
2.讓李先生填寫「自動離院書」後讓李先生離院						
3.設法聯絡李先生家屬前來護送病人離院						
4.設法聯絡家屬前來簽「住院治療同意書」						

情境八

高小妹是一位早產兒妊娠週數爲26週，體重750公克，Apgar Score於出生後一分鐘和五分鐘各爲二分，有嚴重的呼吸窘迫症侯群和顱內出血。在此情況下是要給予所有的侵入性救治或是放棄治療？父母有權做此決定嗎？

題目	同意度					其他理由
	1	2	3	4	5	
1.醫療人員有道義責任全力救治高小妹						
2.全力救治高小妹需投入大量人力與資源，若預後不佳，又可能成爲家庭、社會負擔，應該放棄治療						
3.高小妹無自主能力，其醫療決策由其父母來代理，故任何的醫療處置只要父母親的同意都可執行						
4.每個人的生命都有存在的價值，若放棄治療，就是一種不道德的行爲						

情境九

蔡太太70歲，罹患有氣喘、糖尿病、高血壓、腦中風及巴金森氏症等疾病，67歲時開始洗腎，幾乎所有的日常生活活動都依賴家人，每次洗腎時都要求3位家屬在旁陪伴。多年來家屬雖然毫無怨言，但她過的並不快樂，飲食有很多限制，也無法外出活動，常抱怨不如死掉算了。二星期前在進餐時，突然被食物嗆到，經送急診施救，病情仍不穩定，後來轉變成意識不清、血壓降低、心搏過速，曾經發生心搏暫停三次，在緊急CPR後，雖然恢復心跳，但必須使用Dopamine維持其血壓且全身已有明顯的出血傾向。每次在洗腎進行30分鐘，即量不到血壓，接著即停止心

跳，全身已因爲急救和各種醫療處理，出現許多青紫塊，由於不能洗腎，全身水腫厲害，蔡先生看她活得那麼痛苦，要求醫護人員，若蔡太太再發生心跳停止，不要施救，以免增加她不必要的痛苦，在救與不救之間，要如何決定？

題目	同意度					其他理由
	1	2	3	4	5	
1.醫療人員有道義責任全力搶救蔡太太生命						
2.即使積極治療，已無法挽回生命，應不要浪費醫療資源加以施救						
3.蔡太太雖抱怨不如死掉算了，但無法確認其眞的想死，所以應該進一步確認才能做決定						
4.當蔡太太已到末期，爲避免增加其不必要的痛苦，不再積極施救，是符合醫療善行						
5.當蔡太太已無表達能力時，其醫療決策可由其先生代理						
6.不救讓蔡太太自然死亡，應不會牽涉安樂死問題						

二、期末考紙筆測驗考題

第一題

一位丁姓男子，現年22歲，因車禍送進台北市某醫院急診室，入急診室時病人的意識仍然清醒，家屬於15分鐘後趕到醫院，醫師告知家屬無生命危險，請他們放心。護理人員也沒有理會家屬，一直在忙自己的事，過了大約1小時，病人做完檢查在等報告回來時，護理人員告知醫師，病人躁動不安，醫師並未親自再去看過病人，就決定給予施打鎮定劑。護理人員給予打完鎮定劑後，病人的血壓開始下降，臉色蒼白無力，因此給予緊急急救，但最後仍宣告不治。

家屬質疑醫院的治療過程有疏失，有打錯針的嫌疑，但院方認爲病人死因是車禍，醫院不願意和家屬多談，認爲家屬都說不通。醫師所開的死亡證明書上的診斷是寫：頭部撞傷，多處骨折和呼吸道受阻。事過3天，家屬仍然很不能理解，當時他趕到急診室照顧出車禍的兒子時，醫生說他的兒子沒有生命危險，但怎麼最後還是不治死亡。家屬懷疑，這是因爲醫院不當施打鎮定劑，讓死者反射動作遲緩，無法自行咳出喉嚨中的血塊而窒息死亡。家屬向醫院提出過失賠償，院方都不與理會。

您認爲

1.本案例中護理人員違反了哪些倫理原則、倫理規則？

2.病人和護理人員應擁有什麼權利和義務？

3.本案例中重要的關鍵醫學倫理問題爲何？

第二題

林太太25歲，因胃潰瘍合併大出血被丈夫送到醫院接受急診治療。他們有一個7月大的兒子，夫婦因宗教信仰的理由，堅持拒絕輸血，但院方見他情況危急，不輸血立即會有生命危險，而且，如果因大出血而去逝，她的兒子即無人照護。護理人員針對其「拒絕同意輸血」立即與其主治醫師以及其他主管級醫師磋商，這些醫師也認爲若不立即輸血，病人可能因失血致死。於是護理人員又來到病人床邊，此時病人外觀更蒼白，呼吸急促（一分鐘32次），脈搏快而微弱（一分鐘110次），血壓很低，舒張壓已聽不到，意識不是很清楚。護理人員再次試著與他溝通，再次勸她同意輸血之治療，但病人仍以非常微弱的聲音回答:「不要違背我的意願」，可是當時病人的心智狀態，很明顯地已不適合自己做決定。醫師在知會其丈夫後立即爲她輸血，病人也因而得救。

請應用倫理相關概念進行：

1.案例的問題分析。

2.個人對問題解決的意見。

討 論

本研究所研擬完成之護理倫理教學之課程宗旨和學習目標，能符合過去許多學者專家的建議（沈，1996；盧，2005；謝，1999；Ketefian, 1999），在教學大綱和授課方式上，也是過去許多學者透過研究，認

爲有效的專業倫理教學方法（尹、康，2005；林，2004；徐，2004；戴，2006；Edward & Preece, 1999；Han & Ahn, 2000；Holland, 1999；Ketefian, 1999；Zickmund, 2004）。

本研究所設計之護理倫理課程宗旨和學習目標的設定與Ketefian（1999）的建議很相近，即護理倫理教育內容應該涵蓋倫理理論、倫理原則及其應用，了解和重視人的權利、義務和責任，並對倫理議題具敏感度，能分析臨床倫理爭論問題。也能符合嚴（1996）的論點，即醫學倫理應該能作爲醫護人員執行醫療業務的道德規範和行爲指引。

本研究所設計之護理倫理教學，係採用案例討論的問題導向學習的法，此方法是一種能誘發學生主動學習（戴，2006）、能引導學生進行討論（林，2004；徐，2004）、能將倫理概念融入倫理決策的歷程中（黃，2004；盧，2005），是一種良好的倫理教學方法（Diekelman & Diekelman, 2000）。台灣的醫學倫理教育學者專家，都一致認爲以案例討論的方式，最能建立學生的倫理道德觀，同時最能協助學生有正確的倫理判斷和倫理決策。

由於臨床的實際案例情境很多變，因此在設計案例的過程中，很困難設計一個能涵蓋所有醫學倫理問題和內容的案例，因此最後保留3個案例。本案例情境未來仍可進行實驗性研究，以確定其對醫學倫理學習的有效性。

護理倫理教學評量工具方面，設計了9個情境案例的醫學倫理辨識量表，其重要性的CVI值爲.86，再測信度爲.95，其信效度良好，爲一份優良的工具。此在目前的醫學倫理教學評量的相關研究上都沒有人發表過，但在諮商倫理、企業倫理有博士論文發表（王，1999；陳，1993）。

結論與建議

本研究所設計完成之應用問題導向學習之護理倫理教學課程的宗旨爲：在介紹護理倫理之基本原則與規則、護理人員和病人之權利與義務，強調醫護病合作關係，並進而討論、分析現存之倫理爭論問題。學習目標有四項：1.瞭解護理倫理的基本原則與規則，並內化成爲個人特性；2.重視病人的權利和盡護理人員的義務，並實際表現於工作中；3.與醫療團隊和病人相處融洽；4.能分析和分享臨床倫理爭論問題，並建立自我立場的理論基礎。教學大綱採用3個情境教案，授課方式採用問題導向學習法，學習成效評量透過醫學倫理辨識力量表，包含9個情境，41個題目，同時每個情境的後面有數個問題，確定其同意程度，以及2個情境題型的考試，以了解學習的成效。

護理倫理課程目前已列入必修課程，但是甚少有人發表相關的教學設計、教學經驗，以及教學評量等文章。未來應該鼓勵護理倫理教師，多進行相關研究，使護理倫理教學成效更佳，臨床工作的護理人員執業行爲更能符合護理專業的倫理規範。

參考資料

尹玫君、康旭雅（2005）‧國小兒童網路倫理教學成效之研究‧*南大學報，39*（1），1-20。

王元仁（2003）‧以品管圈推動學校專業倫理教學‧*技術及職業教育，78*，47-49。

王智弘（1999）‧*諮商倫理量表編製、教學方案設計及教學效果之比較研究*‧國立彰化師範大學輔導學系博士論文。

沈清松（1996）‧倫理學理論與專業倫理教育‧*通識教育季刊，3*（2），1-17。

辛幸珍、江秀娟、戴正德（2002）‧護理人員臨床工作中所面臨之倫理議題‧*醫學教育，6*（3），56-64。

林秀娟（2004）‧成大醫學系倫理教學經驗分享‧*醫學人文通訊，2*，17-20。

林秋芬、郭淑芬（2004）‧台灣地區護理學系應屆畢業生對護理倫理教學的看法‧*新臺北護理期刊，6*（2），23-32。

孫肇玢、高毓秀（1996）‧*教學原理與方法—護理上之應用*‧台北：偉華。

徐佐銘（2004）‧環境倫理教學法‧*應用倫理研究通訊，29*，18-23。

黃柏翰（2004）‧應用倫理教學課程在台灣公私立大學

中的發展概況・*應用倫理研究通訊，29*，58-66。

陳協志、劉建人、柯菁菁（2004）・合作教學於資訊倫理教學之成效評估・*高院學報，10*，161-168。

陳聰文（1993）・*專科學校企業倫理教學之研究*・國立政治大學教育研究所博士論文。

盧美秀（2005）・*護理倫理學*・台北：五南。

盧美秀、鍾春枝、林秋芬、楊哲銘、陳俊賢（2003）・代理孕母合法化之探討・*新臺北護理期刊，5*（1），1-14。

盧美秀、林秋芬、楊哲銘、鍾春枝、陳俊賢（2002）・人體實驗倫理議題之探討—比較醫護人員、宗教界、法界人士之看法・*醫護科技學刊，4*（1），75-89。

戴正德（2006）・醫學倫理教學法的探討・*台灣醫學人文學刊，7*（1/2），133-157。

鍾春枝、盧美秀、楊哲銘、林秋芬、陳俊賢（2002）・器官移植倫理議題的探討─比較醫護人員、宗教界、法界人士之看法・*新臺北護理期刊，4*（2），61-72。

謝博生（1999）・*醫學人文教育*・國立台灣大學醫學院。

嚴久元（1996）・*當代醫學倫理學*・台北：橘井文化事業股份有限公司。

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (1983). *Principle of biomedical ethics*. N. Y.: Oxford University Press.

Diekelmann, N., & Diekelmann, J. (2000). Learning ethics in nursing and genetics: narrative pedagogy and the grounding of values. *Journal of Pediatric Nursing: Nursing Care of Children and Families. 15*(4), 226-31.

Edward, C., & Preece, P.E. (1999). Shared teaching in health care ethics: a report on the beginning of an idea. *Nursing Ethics, 6*(4), 299-307.

Han, S., & Ahn, S. (2000). An analysis and evaluation of student nurses' participation in ethical decision making. *Nursing Ethics, 7*(2), 113-123.

Holland, S. (1999). Teaching nursing ethics by cases: a personal perspective. *Nursing Ethics, 6*(5), 434-436.

Ketefian, S. (1999). Legal and ethical issues ethics content in nursing education. *Journal of Professional Nursing, 15*(3), 138.

Mathes, M. (2004). Decision Making and Nursing. *Medsurg Nursing, 13*(6), 429-431.

Zickmund, S. L. (2004). Care and Justice: The impact of gender ad profession on ethical decision making in the healthcare arena. *The Journal of Clinical Ethics, 15*(2), 176-187.

The Application of Problem-Based Learning in Curriculum Design and the Development of Performance Measurement Tools in Nursing Ethics Instruction

Chiou-Fen Lin[1]/ Che-Ming Yang[2]/ Chun-Chih Chung[3]/ Meei-Shiow Lu[4]

1.RN, MSN, PhD. Associate Professor, College of Nursing, Taipei Medical University.
2.MD, JD, PhD. Associate Professor, School of Health Care Administration in Taipei Medical University.
3.MHA, Deputy Director, Department of Nursing, Taipei Medical University Hospital
4.RN, MSN, Professor, College of Nursing in Taipei Medical University.

Abstract

Nursing ethics is the behavioral norm of nursing practices. Whether nurses can practice appropriately hinges upon whether the methods of nursing ethics education are appropriate. The aims of this study were the application of problem based learning in curriculum design and the development of performance measurement tools in nursing ethics instruction. The study included two stages. The first stage was the curriculum design for problem-based nursing ethics learning. The second stage was the design of tools for the measurement of students' performance. The nursing ethics curriculum validated by experts includes curriculum objectives, learning goals, instruction outlines, case of discussion, instruction methods and performance assessment, etc. The performance measurement tools were ascertained via expert validity and the inclusion criteria were set at a CVI larger than .86. In addition, the test and retest reliability of the biomedical ethical discrimination reached .95. The final content of the biomedical ethical discrimination scale included 9 situations, 41 items, and 2 situation examinations. It is hoped that the results can provide references for nursing ethics instruction in the schools and make this instruction more effective. And the conducts of future nurses will all comply with the norms of professional nursing ethics.

Keywords:Problem-based learning, Nursing ethics instruction, Curriculum design, Measurement tool

Correspondence：Meei-Shiow Lu
Dean, Professor, College of Nursing, Taipei Medical University Tel：886-2-27361661ext. 6300 Fax：886-2-23772842
No. 250 Wu Hsing St, Taipei, Taiwan, 110 E-mail: lindalu@tmu.edu.tw