

多媒體影音光碟衛教介入對婦女行子宮切除手術 醫療決策之成效

Multimedia Videodisc Health Teaching to Increase the Medical Decision in Hysterectomy Woman

羅惠敏 徐南麗 * 李麗蘭 ** 林哲先 ***

中文摘要

本研究目的在了解多媒體影音光碟介入對婦女行子宮切除手術醫療決策之成效，採橫斷式研究方法，立意取樣以東部某兩家醫院與東北部某醫院病患為樣本，共收有效問卷100份，利用結構式問卷及深入訪談進行研究。資料處理以SPSS 10.0軟體，採用描述性與推論性統計分析。研究結果顯示：多媒體影音光碟介入前後研究對象醫療決策比較，實驗組前測對後測呈顯著差異($t=2.30, p=.00$)，對照組前測對後測未呈顯著差異($t=1.32, p=.53$)。研究對象的教育程度、婚姻狀況、是否為更年期、疾病診斷、生產次數為醫療決策的重要預測因子，共可解釋總變異量達56.2%，研究結果可進一步提供婦女相關自我保健知識及其醫療自主權，協助婦女自我照顧，促進其生活品質。(慈濟護理雜誌, 2005; 4:3, 64-73.)

關鍵語：多媒體影音光碟、子宮切除、醫療決策。

前 言

根據衛生署健保局統計，台灣婦女子宮切除率每年有增加趨勢，2001年切除率為每萬人中有30人，總人數達23萬多人，年齡分佈45歲到49歲最多，其次40歲到44歲。近來流行病學的研究，發現國內的子宮切除率有逐年增長的趨勢，子宮切除將是繼高剖腹產率後，另一婦女健康的大危機。在國際一片訴求婦女健康的聲浪中，子宮切除是其中一項重要的議題，它是除了剖腹產外女性最常發生的手術，由於它是一項高度隨意自由裁決的處置，

爭議性也較大。本研究期盼藉由影音互動式光碟介入，婦女於面臨子宮切除醫療手術決定時，醫師能提供更確切的疾病診斷、手術範圍、術後合併症及心理調適等相關認知，以增加婦女求醫時自主權，降低子宮切除率，增進婦女身體自主及保健。

研究目的

- 一、探討實驗組與控制組個案基本屬性分布情形。
- 二、探討實驗組與控制組個案疾病特性分布情形。
- 三、探討實驗組與控制組個案影音光碟介入前(後)

聖母護專講師 慈濟大學護理學系教授(主任)，兼慈濟醫學中心顧問* 慈濟大學護理系講師 ** 英國西英格蘭大學數位媒體碩士 ***

受文日期：94年6月23日 修改日期：94年7月10日 接受刊載：94年7月29日

通訊作者地址：徐南麗 970花蓮市中央路三段701號 慈濟大學護理學系

電話：(03)8565301 轉7034

手術醫療決策的情形。
四、探討影響病患行子宮切除手術醫療決策之重要預測因子。

名詞界定

- 一、子宮切除：本研究指子宮部份或完全切除。
- 二、醫療決策：影響個案行子宮切除手術之決定因素。
- 三、影音光碟：指研究者以文獻查證及配合臨床經驗，藉由電腦輔助教材軟體自製「簡介子宮切除」光碟片，光碟片以圖片、穿插動畫影帶、國語字幕配合閩南語或國語方式播出。內容包括子宮切除手術之「疾病診斷」、「手術範圍」、「術後合併症」、「心理調適」及「醫生、病友訪談」。

文獻探討

衛生教育

衛生教育乃指「將一般的衛生資訊藉教育的方式及力量，使其轉變為一個人的生活型態(Health Life Style)」(晏，1994)。欲達有效的衛生教育，可依美國公共衛生協會所建議的四項原則做指引：有效性(effectiveness)、效率性(efficiency)、足夠性(adequacy)及適當性(appropriateness)(左于，1989)。

許多研究指出，給予病患正確的衛教指導，其對疾病的認知與知識會提高，且執行自我照顧較未受衛教前改善許多(Dumas, 1992; Payne, 1995; Zimmerman, Brown, & Bowman, 1996)。影響健康問題的知識與自我照顧行為在許多罹患慢性病者身上真正相關(Zimmerman, Brown, & Bowman)。

子宮切除

Rubin(1984)認為女性的價值系統中，子宮能孕育胎兒，給予造就感是很重要的，但事實子宮對女人的性別徵象比生殖功能更重要，間接對於子宮

切除也有不同意義。Cohen, Hollingsworth 及 Rubin(1989)認為子宮切除會合併出現心理及生理症狀，子宮切除由生理關鍵如月經應停止，到心理關鍵如身體心像的改變。Griffith-Kenney(1986)研究指出子宮切除會失去女性特質及降低性慾。子宮切除術是婦產科最常見的手術之一，是開發中和已開發國家僅次於剖腹產之頻率最高的婦產科手術(Dharmalingam, Poo1, & Dickson, 2000; Lowe11 & Kassler, 2000; Luoto, Keskimaki, & Reunane, 1997)。多項研究及文獻中發現子宮切除術之併發症為：手術中和手術後感染、出血和輸血、鄰近之器官傷害、血栓栓塞脫垂、腹部疼痛、沾粘、骨盆膿瘍、交媾困難、急性心肌梗塞、非計畫性主要手術等(Harris, 1995; Yeh, 2000)。

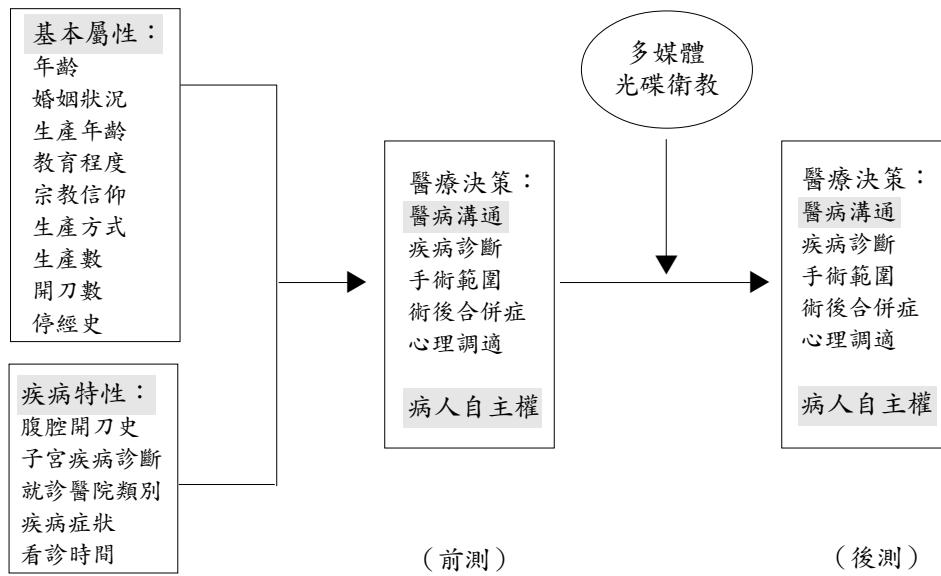
醫療決策

醫病關係是人類基本的關係模式之一，因而亦隨著傳統社會到現代科技社會的發展而轉變(鄭，1990)。醫病關係被視為一種不平等的關係(陳，2001)。鐘(1988)研究指出醫病兩造在資訊交換上不足和貧乏。在醫療決定過程中，醫師是否充份告知手術之壞處與其他可行之處置，亦是影響婦女決定手術與否的關鍵。所謂醫療處置的「適當性(appropriateness)」是基於醫療處置的效益大於風險(張，1998)，國內外的研究，多已呈現婦女在經歷子宮切除手術時，欠缺資訊或他類治療考量，醫師在診斷與治療決定過程有誤差。

陳(1986)的研究指出20%的個案認為手術後較沒有吸引力及將邁入更年期。Romny等人(1981)的研究指出當生殖器開刀會影響及威脅其地位，李及王(2000)的研究指出個案於子宮切除時認為會危及在婆婆心中的地位，認為自己即將邁入更年期。Webb及Wilson-Barbett(1983)則表示子宮切除個案的自我概念會受其周遭與環境的影響，尤其是來自先生、親友。

多媒體影音光碟系統

指以專業為主的電腦輔助教學教材，自製的衛生教育光碟，以影音來達成教學目標，多媒體的製



圖一、多媒體影音光碟介入對婦女行子宮切除手術醫療決策成效之架構

作過程中，運用多媒體軟體(Multimedia software)的程式來完成(何、羅，2002)。有些學者指出使用錄影帶配合衛教手冊比單獨使用衛教手冊的護理指導，在疾病認知上更勝一籌(張、張，1998)。有文獻指出運用多媒體影音系統在衛教上，可節省時間的花費，並提供學習者更富彈性的學習環境(何、羅，2002)，且能提升學習效果(朱，1999)。術前衛生教育對術後心理適應及性生活適應有顯著的效果(陳，1986)。

研究方法

研究對象

本研究以東部及東北部某三家醫院為母群體，過去三個月內曾有過子宮疾病且預開刀者為研究對象，使用結構式問卷及深入訪談取得資料。

研究對象選取：1.預行子宮切除的婦女。2.年齡18歲以上。3.意識清楚並能以國、台語溝通者。4.未有視覺障礙者。5.願意參加本研究者。

研究設計

資料收集於婦科門診進行，選取合乎選樣條件者前測112位，後測為100位，由研究者協助填寫

問卷，問卷包括：基本屬性資料、疾病特性、醫療決策等三部份。於前測之前，將病人基本資料做同質性分析，確認病患基本資料為同質，後依隨機分派實驗組及對照組各50名；前測後，實驗組給予光碟衛教介入，對照組未給予觀看光碟衛教內容，只提供一般的衛教指導，於門診預施行子宮切除患者術前給予前測，觀看光碟後立即及後隔一週給予後測，結束時皆贈送光碟片及小禮物一份。

研究工具

本研究所採取的問卷為：基本屬性資料、疾病特性及醫療決策等三部份。內容分別敘述如下：

- 一、基本屬性資料：包括年齡、婚姻狀況、教育程度、宗教信仰、生產方式、生產數、開刀數、是否為更年期。
- 二、疾病特性表：包括腹腔開刀史、子宮疾病診斷、範圍、就診醫院、看診時間、生產數、生產方式。
- 三、醫療決策：為配合本研究目的，採自擬性問卷。醫療決策包括：醫病溝通及病人自主權兩個向度。

工具信效度

醫療決策題目共17題，包含兩個向度，分別為醫病溝通，計10題，因素負荷量為35.24，病人自主權，計7題，因素負荷量為25.34。採Likert's scale五分量尺計分。第6、7題為反向計分，分數越高表示醫療決策過程愈好。

本研究依Burns和Grove(1993)書中所提建構量表之步驟。進行量表之發展與測試。量表信度檢定，由表可見兩總量表及其次量表之內在一致性，各量表皆在可接受範圍(Cronbach's α : 0.73~0.77)。首先利用項目分析(item analyses)來檢驗每題之鑑別力。以校正後項目與總分之相關值(corrected item-total correlation)為判斷依據(Burns & Grove, 1993)，刪除相關值在0.3以下的題目，結果2份量表各項目的相關值皆為0.32~0.75之間($p=0.00$)，因此全部予以保留，項目分析結果(詳見表一)。將樣本資料進行因素分析，以瞭解量表之建構效度KMO值及Bartlett之球形檢定；醫療決策之KMO值為0.716，Bartlett球形檢定之P值為.00，接著以主成分分析，KMO值大於1選取因素個數，經最大變異轉軸，以因素負荷大於0.4作為選項條件(Burns & Grove, 1993)，結果兩份量表所有因素的因素負荷量皆增大於0.4，故予保留。醫療決策量表萃取兩個因素，第一因素含10

題，第二因素含七題，依其內容分別命名為“醫病溝通”與“病人自主權”，共可解釋總變量54.2%。

資料的統計與分析

本研究使用SPSS for Windows 10.0 統計套裝軟體做資料建檔，進行描述性與推論性統計分析，問卷經原始資料編碼後，依固定格式將資料輸入電腦，簡單頻率分析及重覆核對之方式淨化資料，依研究目的及架構、假設，採用描述性統計分析與推論性統計。

研究結果與討論

研究對象基本資料

本研究對象年齡分佈以38~47歲佔最多，小學畢業佔最多，共有23人(23%)；家管為最多，共有54人(54%)；非為更年期佔最多，共有59人(59%)；閩南人最多，共有67人(67%)；已婚佔最多，共有67人(67%)；生產方式以自然生產佔最多共有55位(55%)；生產數以生1~2胎佔最多，共43位(43%)；診查會談時間以1~5分最多，共有45位(45%)；疾病診斷以子宮腺肌瘤佔最多，共有53位(53%)；以全子宮切除術佔最多，共有62位(62%)(詳見表

表一
“醫療決策”量表初步項目分析結果 ($N = 100$)

量表	題號	項目內容	整體之相關	刪除此題後整份量表之 alpha 值
醫病溝通				
	1.	醫師會向我說明手術的好處	0.45	0.92
	2.	醫師會向我說明手術的壞處	0.52	0.88
	3.	醫師會向我說明手術的範圍	0.61	0.91
	4.	醫師會向我說明手術切除部位	0.77	0.89
	5.	醫師會向我說明手術對生理的影響	0.32	0.85
	6.	醫師會向我說明手術對心理的影響	0.47	0.82
	7.	醫師會向我說明手術對性生活的影響	0.58	0.93
	8.	醫師會向我說明手術合併症	0.72	0.92
	9.	醫師會向我詢問對手術的看法	0.81	0.81
	10.	醫師會主動向我說明手術相關訊息	0.64	0.67
病人自主權				
	1.	我有權利知道疾病診斷	0.72	0.89
	2.	我有權利知道疾病治療	0.52	0.92
	3.	醫師應充分告訴我治療的意義	0.62	0.97
	4.	醫師應充分告訴我治療的好處	0.50	0.66
	5.	醫師應充分告訴我治療的合併症	0.54	0.77
	6.	對於醫師的解釋我沒個人意見	0.79	0.81
	7.	醫師說的一定是对的，我不應該懷疑	0.55	0.64

二)。

研究對象影音光碟介入前後醫療決策情形

一、實驗組

醫病溝通方面，依各題的得分高低排序，前測前3名為(1)醫師會向我說明手術的好處(4.52 ± 0.44 分)；(2)醫師會向我說明手術切除部位(3.53 ± 0.42 分)；(3)醫師會向我說明手術的範圍(3.51 ± 0.33 分)。後測依各題的得分高低排序，前3名為(1)我會要求醫師會向我說明手術的壞處(4.32 ± 0.38 分)；(2)我會要求醫師會向我說明手術切除部位(4.21 ± 0.29 分)；(3)我會要求醫師會向我說明手術的好處(3.87 ± 0.32 分)。(詳見表三)

病人自主權方面，實驗組依各題的得分高低排序，前測前3名為(1)對於醫師的解釋我沒個人意見(4.68 ± 0.39 分)；(2)醫師應充分告訴我治療的意義(4.41 ± 0.47 分)；(3)醫師說的一定是對的，我不應該懷疑(3.93 ± 0.55 分)。後測依各題的得分高低排序，前3名為(1)我有權利知道疾病治療(4.54 ± 0.58 分)；(2)我有權利知道疾病診斷($M=4.43 \pm 0.33$ 分)；(3)醫師應充分告訴我治療的好處(4.42 ± 0.48 分)。(詳見表五)

二、對照組

醫病溝通方面依各題的得分高低排序，前測前3名為(1)醫師會向我說明手術的好處(4.48 ± 0.44 分)；(2)醫師會向我說明手術對生理的影響(4.01 ± 0.45 分)；(3)醫師會向我說明手術的範圍(3.89 ± 0.39 分)。後測依各題的得分高低排序，前3名為(1)我會要求醫師會向我說明手術的好處(4.82 ± 0.33 分)；(2)我會要求醫師會向我說明手術切除部位(4.31 ± 0.67 分)；(3)我會要求醫師會向我說明手術的壞處(2.37 ± 0.25 分)。(詳見表四)

病人自主權方面對照組依各題的得分高低排序，前測前3名為(1)對於醫師的解釋我沒個人意見(4.55 ± 2.32 分)；(2)醫師應充分告訴我治療的意義(4.38 ± 2.33 分)；(3)醫師說的一定是對的，我不應該懷疑(4.11 ± 2.45 分)。後測依各題的得分高低排序，前3名為(1)醫師說的一定是對的，我不應該懷疑(4.54 ± 1.02 分)；(2)醫師應充分告訴我治

表二
研究對象基本資料分佈情形及同質性比較 ($N=100$)

變項	n	%	χ^2
年齡			
28-37 歲	21	21%	0.72
38-47 歲	36	36%	
48-57 歲	29	29%	
58 歲以上	14	14%	
生產方式			
自然生產	55	55%	0.00
剖腹生產	23	23%	
兩者	22	22%	
生產數			
1-2 次	43	43%	0.00
3-4 次	41	41%	
5 次以上	16	16%	
教育程度			
不識字	18	18%	0.90
小學	23	23%	
國中	14	14%	
高中	21	21%	
專科(大學)	22	22%	
研究所(以上)	2	2%	
職業			
士	22	22%	0.02*
工	12	12%	
商	12	12%	
家管	54	54%	
婚姻狀況			
未婚	4	4%	0.63
已婚	67	67%	
離婚	18	18%	
再婚	1	1%	
喪偶	10	10%	
更年期			
否	59	59%	0.07
是	41	41%	
籍貫			
閩南人	57	57%	0.00
客家人	7	7%	
外省人	8	8%	
原住民	28	28%	
診查會談			
1-5 分	45	45%	0.06
6-10 分	25	25%	
11-15 分	16	16%	
16-20 分	12	12%	
20 分以上	2	2%	
疾病診斷			
子宮腺肌瘤	53	53%	0.00
子宮內膜異位	27	27%	
子宮或陰道脫垂	5	5%	
子宮外孕	1	1%	
子宮內膜增生	10	10%	
其他	4	4%	
手術方式			
全部切除	62	62%	0.05
部分子宮切除	17	17%	
單側卵巢切除	1	1%	
全子宮切除加雙側卵巢切除	17	17%	
全子宮切除加單側卵巢切除	3	3%	

療的好處(4.42 ± 1.12 分)；(3)對於醫師的解釋我沒個人意見(4.35 ± 1.11 分)(詳見表六)。

多媒體影音光碟介入前後研究對象醫療決策比較

研究結果顯示實驗組於醫療決策的前測對後測呈顯著差異($t=2.30$, $p=.00$)，對照組前測對後測未

表三
實驗組醫病溝通前後測得分之比較($N = 100$)

題號	題 目	前測(n=50)			後測(n=50)			t 值	p 值
		得 分	標準 差	排 序	得 分	標準 差	排 序		
1 (我會要求)醫師會向我說明手術的好處	4.52	0.44	1	3.87	0.32	3	0.22	0.00*	
2 (我會要求)醫師會向我說明手術的壞處	3.07	0.32	8	4.32	0.38	1	0.68	0.07	
3 (我會要求)醫師會向我說明手術的範圍	3.51	0.33	3	3.29	0.30	4	2.13	0.00*	
4 (我會要求)醫師會向我說明手術切除部位	3.53	0.42	2	4.21	0.29	2	0.23	0.00*	
5 (我會要求)醫師會向我說明手術對生理的影響	3.31	0.55	5	3.07	0.33	6	0.98	0.03*	
6 (我會要求)醫師會向我說明手術對心理的影響	2.84	0.33	10	2.94	0.66	8	2.22	1.32	
7 (我會要求)醫師會向我說明手術對性生活	2.88	0.22	9	3.12	1.32	5	1.89	0.00*	
8 (我會要求)醫師會向我說明手術合併症	3.10	0.28	7	3.02	0.52	7	2.31	0.00*	
9 (我會要求)醫師會向我詢問對手術的看法	3.43	0.80	4	2.78	0.36	9	3.12	0.00*	
10 (我會要求)醫師會主動向我說明手術相關訊息	3.26	0.64	6	2.42	0.47	10	3.13	0.00*	

* $p < .05$

表四
對照組醫病溝通前後測得分之比較($N = 100$)

題號	題 目	前測(n=50)			後測(n=50)			t 值	p 值
		得 分	標準 差	排 序	得 分	標準 差	排 序		
1 (我會要求)醫師會向我說明手術的好處	4.48	0.44	1	4.82	0.33	1	0.98	0.13	
2 (我會要求)醫師會向我說明手術的壞處	2.17	0.36	8	2.37	0.25	3	1.00	0.28	
3 (我會要求)醫師會向我說明手術的範圍	3.89	0.39	3	4.29	0.44	4	0.77	0.33	
4 (我會要求)醫師會向我說明手術切除部位	3.02	0.22	4	4.31	0.67	2	2.13	0.07	
5 (我會要求)醫師會向我說明手術對生理的影響	4.01	0.45	2	2.22	0.54	6	1.21	0.45	
6 (我會要求)醫師會向我說明手術對心理的影響	2.24	0.23	10	2.74	0.33	8	3.12	0.00*	
7 (我會要求)醫師會向我說明手術對性生活的影響	1.88	0.32	9	1.98	1.33	5	2.44	0.44	
8 (我會要求)醫師會向我說明手術合併症	2.78	0.58	7	1.34	0.48	7	0.88	0.03*	
9 (我會要求)醫師會向我詢問對手術的看法	3.33	0.80	4	2.78	0.58	9	1.67	0.67	
10 (我會要求)醫師會主動向我說明手術相關訊息	3.46	0.64	6	2.42	0.67	10	2.34	0.42	

* $p < .05$

表五
實驗組病人自主權前後測得分情形($N = 100$)

題號	題 目	前測(n=50)			後測(n=50)			t 值	p 值
		得 分	標準 差	排 序	得 分	標準 差	排 序		
1 我有權利知道疾病診斷	3.48	0.24	4	4.43	0.33	2	1.32	.00**	
2 我有權利知道疾病治療	3.46	0.33	5	4.54	0.58	1	0.42	.00**	
3 醫師應充分告訴我治療的意義	4.41	0.47	2	3.78	0.47	5	1.01	.00**	
4 醫師應充分告訴我治療的好處	2.36	0.55	6	4.42	0.48	3	2.22	.00**	
5 醫師應充分告訴我治療的合併症	2.35	0.67	7	4.35	0.44	4	1.89	.00**	
6 對於醫師的解釋我沒個人意見	4.68	0.39	1	2.35	0.38	6	0.65	.00**	
7 醫師說的一定是對的，我不應該懷疑	3.93	0.55	3	1.37	0.43	7	2.88	.00**	

* $p < .05$

表六
對照組病人自主權前後測得分情形($N = 100$)

題號	題 目	前測 (n=50)			後測(n=50)			t 值	p 值
		得 分	標準 差	排 序	得 分	標準 差	排 序		
1 我有權利知道疾病診斷		3.44	0.89	4	2.22	0.38	6	0.82	0.33
2 我有權利知道疾病治療		3.42	1.36	5	1.98	1.33	7	0.99	0.54
3 醫師應充分告訴我治療的意義		4.38	2.33	2	3.78	0.77	5	0.33	0.07
4 醫師應充分告訴我治療的好處		2.22	1.44	6	4.42	1.12	2	1.69	0.09
5 醫師應充分告訴我治療的合併症		2.15	0.98	7	4.35	0.76	4	0.73	0.23
6 對於醫師的解釋我沒個人意見		4.55	2.32	1	4.35	1.11	3	1.11	0.32
7 醫師說的一定是對的，我不應該懷疑		4.11	2.45	3	4.54	1.02	1	0.87	0.17

* $p < .05$

呈顯著差異($t=1.32$, $p=.53$)(詳見表七)，此研究結果與張(1998)發現一般台灣地區醫病互動關係特色有「托附式的順從：隨著消費意識的提高，民衆對於醫療權利開始有所意識到付諸的行動中，但仍對專業知識有所陌生與敬畏。」，本研究結果亦顯示實驗組醫療決策中「病人自主權」於光碟介入後分數有明顯進步，前後呈顯著差異，表示衛教光碟對子宮切除病患醫療決策有影響力。多位學者認為「以病人為中心」就是把資訊傳給病人，讓病患親身

作決策(Lipkowitz, Quill, & Napoano, 1984)。Yeh (2000)醫療資訊對等是充份貼近病人的想法、需求並對其問題有所回應。

本研究結果顯示實驗組醫療決策中「病人自主權」於光碟介入後分數較對照組有明顯進步，前後呈顯著差異，表示衛教光碟對子宮切除病患醫療決策有影響力。此研究結果與1994年Beauchamp和Childress研究結果指出「病患可以在不受他人干擾及控制下，能夠自由且獨立的對自身處境做決定。」，在醫療過程中對於獲得資訊的權利、參與醫療決策的能力及選擇自己所要的治療方式，皆可經由教育的方式而改善(Payne, 1995)。給予病患正確的衛教指導，其對疾病的認知與知識會提高(Dumas, 1992; Payne, 1995)。國外研究多指出婦女在經歷子宮切除手術時，欠缺資訊或它類治療考量，醫師在診斷與治療決策權威的性格，常陷女性為不利，故需正向提高婦女對子宮切除手術認知。

表七
多媒體影音光碟介入前後研究對象醫療決策比較($N=100$)

項目	n	平均數	標準差	t 值	p 值
實驗組					
前測對後測	50	2.58	1.32	2.30	0.00*
對照組					
前測對後測	50	3.01	2.58	1.32	0.53

* $p < .05$

表八
影響醫療決策之線性複迴歸

依變項	置入複迴歸模式之順序	預測變項	Beta	R ²	△R ²	F	p
醫療決策							
1		教育程度	0.27	0.40	0.00	7.32	0.00*
2		婚姻狀態	0.21	0.41	0.01	5.64	0.54
3		生產次數	0.33	0.49	0.08	1.58	0.00*
4		疾病診斷	0.25	0.53	0.04	2.77	0.02*
5		是否更年期	0.43	0.56	0.03	1.02	0.00*

* $p < .05$

影響醫療決策之線性複迴歸

以與“醫療決策”之後測得分達顯著差異($p < .05$)，進行函數複回歸分析，結果發現只有教育程度、是否更年期、診查會談時間、疾病診斷、生產次數達顯著差異，將上述變項投入，共可解釋總變異量的 56.2% 變異量，其中以教育程度可解釋較高的變異量達 40%。疾病認知受教育程度影響很大(Zimmerman, Brown, & Brown, 1996)。國內許多研究亦指出，個案對疾病認知程度愈高，自我照顧行為愈佳(李、王 2000)。給予病患正確的衛教指導，其對疾病的認知與知識會提高，且執行自我照顧較未受衛教前改善許多(Dumas, 1992; Payne, 1995; Zimmerman, Brown, & Brown, 1996)。多數個案於深入訪談中表示「已是更年期，切不切子宮無所謂，因子宮沒用處」佔 44.5%，68%的研究個案更表示「無再生產的可能，子宮對自己的功用不大，切除子宮感覺不會太焦慮」。

結論

本研究目的在了解人口學特性、醫療決策的現況及相關性，以「子宮切除手術認知」多媒體影音光碟方案之研究成效，做出以下的結論：

- 研究對象年齡介於 38~47 歲之間，診查會談以 1~5 分最多，疾病診斷以子宮腺肌瘤佔最多，手術方式以全子宮切除術佔最多。
- 多媒體影音光碟介入前後，研究對象醫療決策比較，其研究結果顯示實驗組前測對後測呈顯著差異 ($t=2.30, p=.00$)，對照組前測對後測未呈顯著差異 ($t=1.32, p=.53$)。
- 研究對象的教育程度、婚姻狀況、是否為更年期、疾病診斷、生產次數為醫療決策的重要預測因子，共可解釋總變異量達 56.2%，其中以教育程度可解釋較高的變異量達 40%。

研究限制與建議

護理實務方面

經由研究結果顯示，本研究所設計之「多媒體

影音光碟」，經驗證，對將行子宮切除手術之病患具有相當大的成效，未來可做為醫院、社區護理人員衛教之參考，更可提供一般民眾宣導教育。本研究受限於經費使用，建議未來可增加經費，擴大收案對象，再次驗證此「多媒體影音光碟」之成效。

護理教學方面

「多媒體影音光碟」可提供學校教師於學校授課時做為教學之用，可使學生對「子宮切除手術」及女性自主權有更深入的認識。本研究受限於收案對象限制，未來可多方面製作「多媒體影音光碟」教材，以增加學生與病患學習之成效。

護理行政方面

研究結果顯示，婦女對行「子宮切除手術」的知識普遍不足，造成病患常處於被動階段而接受「子宮切除手術」，建議未來於相關醫療機構與護理行政部門，於社區或醫院組成訓練小組，培訓專門人員，以期對婦女提供相關自我保健知識及醫療自主，協助婦女自我照顧促進其生活品質。

誌謝

本研究承蒙慈濟大學(編號TCMRC92018)經費贊助，及東部與東北部三家醫院之行政單位與護理人員的參與及配合，才使本研究能圓滿完成。

參考資料

- 朱延平(1999)·多媒體在教育上的應用·資訊與教育雜誌，72，15~24。
- 李逸、王秀紅(2000)·中年婦女停經經驗與自我照顧行為·護理研究，8(1)，71~84。
- 何素梅、羅鳳嬌(2002)·多媒體病房簡介之專案計劃·榮總護理，19(2)，179~185。
- 晏涵文(1994)·健康教育健康教學與研究·台北：心理。
- 陳鳳櫻(1986)·子宮切除病人的性問題及其調適方法·護理雜誌，33(2)，83~86。
- 陳鳳櫻(1986)·探討婦女衛教計劃對減少子宮切除病

- 人身心反應·未發表碩士論文·台北:國立台灣大學護理學研究所。
- 張菊惠、張玆(1998)·婦女有知的權利嗎?子宮切除決定過程·婦女健康政策學術研討會實錄,37-61。
- 陳俊曉(2001)·探討醫院對論病例計酬不同給付的選擇—以子宮完全切除術為例·未發表碩士論文·台北:國立台北護理學院醫護管理研究所。
- 張笠雲(1998)·「逛醫生」的邏輯·求醫歷程的分析·台灣社會學刊,21,59-87。
- 鄭麗寶(1990)·醫療過程中人際互動的社會學分析·未發表碩士論文·台北:國立台灣大學社會學研究所。
- 鐘國彪(1988)·公保門診醫師與病人互動之研究·未發表碩士論文·台北:國立陽明醫學院公共衛生研究所。
- Beachump, T. L., & Childress, J. F.(1994). *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford university press, 165.
- Burns, N. & Grove, S. k. (1993). *The practice of nursing research-Conduct, critique & utilization*(2nd ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Cohen, S. M., Hollingsworth, A. O., & Rubin, M. (1989). Another look at psychologic complications of hysterectomy. *Journal of Nursing Scholarship*, 21(10), 51-53.
- Dharmalingam, A., Pool, I., & Dickson, J. (2000). Biosocial determinants of hysterectomy in New Zealand. *America Journal Public Health*, 90(9), 1455-1458。
- Dumas, L.(1992). The nursing process according to Orem very simple example explain how to follow this nursing process. *Canadian Nurse*, 88(6), 36-39.
- Griffith-Kenney, J. (1986). Hidden problems after a hysterectomy. *Nursing Times*, 82(23), 43-45.
- Harris, W. J. (1995). Early complications of abdominal and vaginal hysterectomy. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 50(11), 795-805.

- Kasrawi, R., Labib, N. & Hathout, H. (1984). The premath of hysterectomy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 3(3-4), 233-236.
- Lipkm, M., Quill, T., & Napoano, R., (1984). The Medical interview: A core curriculum for residencies internal medicine, *Annals of internal medicine*, 100, 277-284.
- Lowell, L., & Kessler, A. A. (2000). Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy: a suitable substitute for abdominal hysterectomy? *The Journal of Reproductive Medicine*, 45(9), 738-742.
- Luoto, R., Keskimaki, I., & Reunanen, A. (1997). Socioeconomic variations in Hysterectomy: evidence from a linkage study of the Finnish hospital discharge register and population census. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 51(1), 67-73.
- Mead, N., & Bower, P., (2000). Measuring patient-centredness: a comparison of three observation-based instrument. *Patient Education and Counseling*, 39, 71-80.
- Payne, J. A. (1995). Group learning for adults with disabilities or chronic disease. *Rehabilitation Nursing*, 20(5), 268-272.
- Romney, S., Mary, M., Little, A., Merrill, J., Quilligan, E. & Stander, R.(1981). *Obstetric and Gynecology*(2nd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Rubin, R. (1984). *Maternal identity and the maternal experience*. New York:Springer Publishing Company.
- Webb, C. & Wilson-Barbett, J.(1983). Hysterectomy: dispelling the myths -2. *Nursing Time*, 79(31), 44-46.
- Yeh, M. L. (2000). Critical thinking and computer Based Systems. *Journal of National Taipei nursing College*, 4(1), 15-26.
- Zimmerman, B. T., Brown, S. T. & Bowman, J. M. (1996). A self-management program for chronic obstructive pulmonary disease: relationship to dyspnea and self-efficacy. *Rehabilitation Nursing*, 21(5), 253-257.

Multimedia Videodisc Health Teaching to Increase the Medical Decision in Hysterectomy Woman

Hua-Min Lo • Nanly Hsu • Lay-Lan Lee • Jershian Lin

ABSTRACT

The purpose of this study was to understand the influence in women who were faced the medical decision of hysterectomy. This was a cross-sectional study. One hundred patients were selected purposively from three hospitals at eastern and north-eastern region of Taiwan. Data was obtained by in-depth interview and structured questionnaire, Statistic analysis by SPSS for Windows 10.0. The result showed the comparison of the effect of medical decision of hysterectomy pre and post Multimedia Videodisc Device was implemented, there were significant difference in experimental group ($t=2.30$, $p=.00$) and no significant difference($t=1.32$, $p=.53$) in control group. Education, Marital status, Menopause, Disease diagnosis, and Para times were proved important as predictive variables for medical decision, which could explain 56.2% of total variances. This study provided relative knowledge of self health and medical rights for women, assisting women in self care and promoting quality of life. (Tzu Chi Nursing Journal, 2005; 4:3, 64-73.)

Key words: Multimedia Videodisc Device , hysterectomy , medical decision

Received: June 23, 2005 Revised: July 10, 2005 Accepted: July 29, 2005

Address correspondence to: Nanly Hsu, Department of Nursing, Tzu Chi University, No. 701, Sec. 3, Chung-Yang Rd.,

Hualien 970, Taiwan (R.O.C.)

Tel: 886(3)8565301 ext. 7034