

國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系
碩士論文

指導教授：葉國樑博士、曾治乾博士

臺北市某車行員工心肺復甦術行為意圖及
其相關因素探討

**A study of Behavioral Intention of CPR-AED Learning Program and Its
Influential Factors for a Car Dealership in Taipei.**

研究生：龔美文 撰

中華民國一百年六月

致謝

首先誠摯的感謝指導教授葉國樑博士及曾治乾博士，兩位教授悉心的指導，不時的討論及指點我正確的方向並不厭其煩的指導、協助及解惑，使我在求學過程及論文寫作時獲益匪淺。另感謝胡益進、王國川、黃禎貞、陳明耀等教授及專家們於論文及問卷編製上之指導及提供寶貴經驗及建言，使得本論文能够更完整而嚴謹。

本論文的完成另外亦得感謝觀世音菩薩、媽祖及王公祖的支持，因為有你們默默保佑，使得我可以安心於工作及課業上全力以赴。另也感謝臺北市衛生局長官們及靜勻、麗如、章章、春松、宜姿、卉均、昭容等同窗好友，有您們在困境中不斷的鼓勵及陪伴，更豐富了我研究所多彩多姿的生活。

在求學這段時間，也同時經歷了父親過世、工作及家庭之變遷，感恩體貼的老公、懂事的女兒、兒子及協助照顧家庭生活的三姐、大姐等，因為有老公的體諒，姐妹、姐夫的包容及於背後的默默支持更是我前進的動力，讓我能順利完成研究的學業。

最後，謹以此文獻給我最親愛且常以我為榮的明義爸爸及黃春媽媽，若沒有您們當初含辛如苦的栽培，就沒有今天燦爛的我喔！

美文謹誌 101 年 6 月

摘要

本研究目的主要探討臺北市某車行職場員工，對於學習心肺復甦術之知識、態度、自我效能及行為意圖的關係。以臺北市某車行職場員工為研究對象進行問卷調查，共計 250 位，有效問卷共 228 份，有效回收率 91.2%。其研究結果重點歸納如下：

- 一、研究對象在學習心肺復甦術(Cardiopulmonary Resuscitation, CPR)及自動體外心臟電擊去顫器(automated external defibrillator, AED)，以沒學過(六成、九成)占最高，而運用CPR救過民眾經驗僅佔少數，而沒有人有運用AED救過民眾經驗。
- 二、研究對象對於學習CPR及AED的課程需要偏高，覺得有助於學習CPR及AED之方法中最佳方式主要為：模型的操作和播放錄影帶；提高方便學習方式主要為：播放錄影帶和教師示範；而提高主動學習方式主要為：教師示範和模型的操作。
- 三、研究對象心肺復甦術知識屬於中下程度，態度部分屬於中上程度、自我效能部分屬於中等程度、CPR及AED的行為意圖部分屬於中上程度。
- 四、人口學變項與心肺復甦術知識、態度、自我效能及行為意圖方面有顯著性差異項目分別為：昏倒經驗方面、學過CPR及AED、運送過傷患、產婦或心臟病發作的民眾經驗等呈現有顯著性差異。另知識、態

度與年齡呈現負相關，而於學習課程需求、工作時數、載客人數等部分呈現正相關。

五、心肺復甦術知識、態度、自我效能及行為意圖間均呈現正相關。

六、研究對象的心肺復甦術態度及自我效能有效預測CPR行為意圖，其預測解釋力為23.7%，而知識及態度能有效預測執行AED行為意圖，其預測解釋力為16.6%。

關鍵字：臺北市車行員工、自動體外心臟電擊去顫器、心肺復甦術行為意圖、心肺復甦術自我效能

Abstract

The objective of this study is to explore the correlation among the knowledge, attitude, self-efficacy and behavioral intention of the staff of a car dealership in Taipei City. Questionnaires were conducted with the staff of the Taipei City car dealership as the subject. There are a total of 250 participants. 228 questionnaires are valid with an effective return rate of 91.2%. The key points of the study are summarized as follows:

(1).As to whether the study subjects have learned Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) and automated external defibrillator (AED), those who never learned CPR and AED rank the highest at 65.4% and 91.7% respectively. 2.2% of the study subjects actually saved others by applying CPR and none has applied AED in saving others.

(2).The study subjects have higher needs in learning CPR and AED. The methods that they feel are most helpful are actual practice with models and video learning. The methods with greater convenience are video learning and instructor's demonstrations. Methods that promote active learning are instructor's demonstration and actual practice with models.

(3).The study subjects' level of knowledge toward CPR ranks at low to medium level; attitude at medium to high; self-efficacy at medium; CPR and AED behavioral intention at medium to high.

(4).The demographic variables that are significantly different from the knowledge, attitude, self-efficacy and behavioral intention of CPR are the experience of fainting; whether one has learned CPR and AED; whether one has delivered the injured, pregnant women or patients with heart attacks. In

terms of age, there is a negative correlation with knowledge and attitude, while required course learning, work hours and number of passengers carried have a positive correlation.

(5).There is a positive correlation among the knowledge, attitude, self-efficacy and behavioral intention of CPR.

(6).The study subjects' attitude and self-efficacy on CPR effectively predict the CPR behavioral intention with 23.7% predictive explanatory power, while the knowledge and attitude can effectively predict AED behavioral intention with 16.6% predictive explanatory power.

Key words: Taipei City car dealership , automated external defibrillator (AED), Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) behavioral intention, Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) self-efficacy

目次

致謝	i
中文摘要	ii
英文摘要	iv
目次	vi
表目次	ix
圖目次	xi
第一章 緒論	1
第一節 研究動機與重要性	1
第二節 研究目的	5
第三節 研究問題	5
第四節 研究假設	6
第五節 名詞界定	7
第六節 研究限制	8
第二章 文獻探討	9
第一節 國外與臺灣推動心肺復甦術現況	9
第二節 個人背景因素與心肺復甦術的知識、態度、自我效能及行為 意圖因素之關係探討	13
第三節 心肺復甦術的知識、態度、自我效能及行為意圖因素之探 討	16

第三章 研究方法.....	23
第一節 研究架構.....	23
第二節 研究對象.....	24
第三節 研究工具.....	24
第四節 研究步驟.....	30
第五節 資料處理與分析.....	31
第四章 研究結果與討論.....	33
第一節 研究對象之社會人口學與心肺復甦術知識、態度、自我效能、 行為意圖的分布情形.....	33
第二節 研究對象之社會人口學與心肺復甦術知識、態度、自我效能、 行為意圖的關係情形.....	55
第三節 研究對象之心肺復甦術知識、態度、自我效能及行為意圖彼此 之間關係.....	67
第四節 研究對象之心肺復甦術知識、態度及自我效能對採取行為意圖 的預測情形.....	68
第五章 結論與建議.....	72
第一節 結論.....	72
第二節 建議.....	75
參考文獻.....	79

附錄

附錄一、IRB.....	85
附錄二、專家效度名單.....	86
附錄三、預試問卷.....	87
附錄四、正式問卷.....	94

表目次

表 2-2-1 心肺復甦術的知識、態度、行為意圖、自我效能及個人背景因素 關係研究文獻·····	21
表 3-3-1 研究問卷調查探討架構概念圖·····	25
表 3-3-2 研究問卷各變項量表計分方式及分析含義·····	28
表 3-3-3 研究問卷信度分析結果·····	30
表 3-5-1 本研究統計方法一覽表·····	32
表 4-1-1 社會人口學變項分布情形·····	38
表 4-1-2 學習課程需求變項分布情形·····	39
表 4-1-3 學習方式分布情形·····	39
表 4-1-4 知識、態度、自我效能、行為意圖得分情形·····	42
表 4-1-5 知識變項分布情形·····	43
表 4-1-6 知識變項排序分布情形·····	45
表 4-1-7 態度變項分布情形·····	47
表 4-1-8 自我效能變項分布情形·····	49
表 4-1-9 心肺復甦術的行為意圖變項分布情形·····	51
表 4-1-10 自動體外心臟電擊去顫器的行為意圖變項分布情形··	53
表 4-2-1a 社會人口學與心肺復甦術知識的相關性分析表·····	62
表 4-2-1b 社會人口學與心肺復甦術知識的相關性分析表·····	62

表 4-2-2a 社會人口學與心肺復甦術的態度相關性分析表·····	63
表 4-2-2b 社會人口學與心肺復甦術的態度相關性分析表·····	63
表 4-2-3a 社會人口學與心肺復甦術的自我效能相關性分析表·····	64
表 4-2-3b 社會人口學與心肺復甦術的自我效能相關性分析表·····	64
表 4-2-4a 社會人口學與心肺復甦術之行為意圖相關性分析表·····	65
表 4-2-4b 社會人口學與心肺復甦術之行為意圖相關性分析表·····	65
表 4-2-5a 社會人口學與心肺復甦術之 AED 行為意圖相關性分析表·····	66
表 4-2-5b 社會人口學與心肺復甦術之 AED 行為意圖相關性分析表··	66
表 4-3-1 心肺復甦術知識、態度、自我效能、行為意圖相關性分析表··	67
表 4-4-1 心肺復甦術知識、態度、自我效能共線性診斷分析表·····	68
表 4-4-2 知識、態度及自我效能對心肺復甦術行為意圖之預測分析表··	69
表 4-4-3 知識、態度及自我效能對執行自動體外心臟電擊去顫器行為意圖 之預測分析表·····	70
表 5-1-1 研究對象各變項間研究分析顯著性結果分布情形表··	75

圖目次

圖 3-1-1 研究架構.....	23
-------------------	----

第一章 緒論

本研究目的是探討臺北市某車行計程車司機個人背景因素，對於學習心肺復甦術的知識、態度、自我效能與行為意圖之關係探討。本章共分為六節，包括研究動機與重要性、研究目的、研究問題、研究假設、名詞界定和研究限制。

第一節 研究動機與重要性

根據民國 100 年行政院衛生署統計資料顯示，罹患惡性腫瘤是影響國人平均餘命長短的最大關鍵，而「事故傷害」也位居 100 年十大主要死因之第 6 位，由於國人生活型態的改變，造成的慢性疾病之心臟疾病（10.9%）及腦血管疾病（7.1%）也分別位居第 2 及 3 位(行政院衛生署，2012)。99 年準內政部長在入閣前夕因爬山造成身體不適無人協助急救，送至醫院急救時因心臟停止過久，而導致心肺衰竭宣告急救無效，98 年 19 歲北醫學生在校園運動時，因心律不整導致昏厥，經由一旁學長在第一時間為他施行心肺復甦術而救回生命，另 101 年男護理師於路上為急性心肌梗塞患者於 6 分鐘的黃金時間內施行急救也救回生命，但 101 年台南市麻豆鎮警察於盤問查案時，民眾突然昏倒失去呼吸、心跳，而在場警察竟不會心肺復甦術，導至錯失救人黃金時機等新聞，讓我們思

考事故現場，第一時間可以幫忙的人並非是醫護人員而是目擊者，而目擊者所需具備的條件並非只有勇氣，仍須有正確的知識及技能是很重要的。

到醫院前的緊急救護是非常重要的，患者心跳停止後，四分鐘內若旁人施予心肺復甦術，八分鐘內給予高級救命術，到醫院急救成功率提高達 30%-40%，而台灣目前尚停留在成功率僅 1%-7%，原因在於緊急救護現場施行整個「生命之鏈」的成效不彰（陳文鐘，2000）。有鑑於民眾之知識及技能來自於衛生安全教育，因此，安全教育也被稱為是傷害預防的第一道防線，而急救訓練則是安全教育的延伸（黃松元、劉淑媛、賴香如、劉貴雲，1998），由於急救是事故傷害最後一道補救措施，因此當下急救是否能順利達成或達到效果，有賴於平日急救教育訓練之培訓與規劃，除了建立個人足夠的知識及態度外，還須提升足夠行動力的勇氣及把握度，以達即時搶救生命降低傷害之效益。

臺灣近年來國人生活習慣轉變，以至疾病型態已轉變以慢性病為主，且年齡層也有下降趨勢，而其中高血壓、心臟血管疾病、肥胖等相關健康問題，同時也是中風及心肌梗塞之高危險因子，然而多數人每日有近三分之一時間花費在工作場所中，在工作環境工作時間過長且面臨產業

快速變遷，社會競爭力遽增，帶來人們無限壓力與心理煎熬，因此過勞死之事件也漸漸引人重視。

計程車是都會市區重要的公共運輸工具之一，根據 100 年 7 月臺北市政府主計處公布臺北市計程車登記數量 99 年底計 3 萬 890 輛，居臺灣地區之冠。另依據交通部 98 年「民眾日常使用運具狀況調查」結果顯示，週一至週五臺灣地區民眾外出時，0.7% 旅次使用運具為計程車，其中臺北市高居 2.2%，為各縣市之冠，由此可知臺北市民在日常生活對計程車需求比其他縣市為高。另臺北市為鼓勵老人走出戶外及提供身心障礙者多元選擇的交通服務，於 98 年 8 月 6 日成立敬老愛心示範車隊，累計至 100 年 2 月已有 11 家車隊、2,849 輛計程車安裝完成，凡持有臺北市政府核發「敬老一」或「愛心一」悠遊卡之老人或身心障礙者，均可於現有補貼額度內搭乘公車，因此，除了運送健康老人或身心障礙者外，也有協助老人就醫服務。由以上資料顯示出計程車司機除了運送民眾外出，也同時提供運送就醫之角色，更是城市健康及安全不可缺少一環。

100 年 7 月臺北市政府主計處公布「計程車營運狀況調查」中得知，臺北市計程車司機每月休息 3.5 天，營業 26.5 天，約九成的計程車採巡迴攬客的營業方式，通常每天營業時數平均為 9.7 小時，未加入無線電或衛星派遣車隊者佔約七成，而加入者每天營業時間 11 小時較無加入者多

2 小時，每天載客趟次 15 趟較無加入者多 2.5 趟，由此可知計程車司機每天工作高達 9 至 11 小時，且每月載客高達 450 人次，而受訪司機有考慮停開計程車原因中以「工作時間太長或不定」37.6%，「工作危險性較高」12.6%，「身體欠佳」12.3%等因素(臺北市政府主計處，2011)。此外也有相關文獻指出計程車司機因長期久坐而罹患心臟血管動脈硬化程度會比一般人嚴重，因而導致心臟血管疾病死亡率也會增加。

由於計程車司機在生活中是載運民眾主要交通工具，同時也處於工作時間太長的工作場所，因此，當面臨事故傷害發生，若能及時協助急救或自救，將有助於傷害降至最低，因此如何督促車行職場推動及培訓員工及早警覺且有能力自救、救人，實為推動車行職場之重要及必要之課題。

回顧國內研究文獻多以學校為對象：如以國、高中及大專生（周承瑤，1988；陳淑齡，1992；陳學凌，2003；馬玲玲、曾月霞，2003；孫嘉玲、洪麗嬌、陳瑜君、方玫灝、蘇映雅、陳麗惠、范美娟、蔡愷英，2004；胡小萍，2006；郭雪玉，2006；許菁芬，2007）、醫療及幼保人員等對象為主（林頂，1985；林秀碧、賴怜蜜、林佳蓉、高慧娟，2000；林宜蓁，2005），尚未對職場或計程車司機有相關研究，因此本研究將進一步探討職場計程車司機在心肺復甦術的知識、態度及其相關因素之現況及關係，以提供未來推廣心肺復甦術介入策略或政策上之參考依據。

第二節 研究目的

本研究旨在探討臺北市某車行職場員工對於學習心肺復甦術，其社會人口學變項、知識、態度、自我效能及行為意圖的相關因素。歸納研究目的如下：

- 一、探討研究對象在社會人口學變項與心肺復甦術之知識、態度、自我效能及行為意圖的現況。
- 二、探討研究對象在社會人口學變項與心肺復甦術之知識、態度、自我效能及行為意圖彼此之間的相互關係。
- 三、探討研究對象之心肺復甦術知識、態度及自我效能，對於採取心肺復甦術行為意圖之預測情形。
- 四、本研究結果作為未來提供推廣車行或職場心肺復甦術介入策略或政策上之參考依據。

第三節 研究問題

根據研究目的本研究提出之研究問題如下：

- 一、研究對象在社會人口學變項與心肺復甦術之知識、態度、自我效能及行為意圖的現況情形為何？
- 二、研究對象在社會人口學變項與心肺復甦術之知識、態度、自我效能

及行為意圖間的關係為何？

三、研究對象之心肺復甦術知識、態度、自我效能及行為意圖彼此之間

是否有關係？

四、探討研究對象之心肺復甦術知識、態度及自我效能，對於採取心肺

復甦術行為意圖之預測力為何？

第四節 研究假設

本研究根據研究目的及問題將驗證之研究假設如下：

一、研究對象的不同人口學變項與心肺復甦術之知識、態度、自我效能

及行為意圖有顯著的差異。

二、研究對象的不同人口學變項與心肺復甦術之知識、態度、自我效能

及行為意圖之間有顯著相關。

三、研究對象心肺復甦術之知識、態度、自我效能及行為意圖彼此之間

有顯著關係。

四、研究對象之心肺復甦術知識、態度及自我效能，能預測採取心肺復

甦術行為意圖。

第五節 名詞界定

本研究之重要變項及名詞的定義說如下：

- 一、心肺復甦術知識：根據 Hazinski et al., Brown 與 Lightfoot (2006) 文獻中說明，心肺復甦術指引步驟及原理的瞭解程度。計分方式以自編之心肺復甦術之知識量表所測得分的分數代表之，分數越高代表認知度越好。
- 二、心肺復甦術態度：根據許菁芬(2007)文獻說明心肺復甦術態度為一種主觀評價，內容包括：研究對象之一般性價值判斷、參與相關教育活動意願及責任意識。計分方式以參考國內外文獻資料自編之心肺復甦術之態度量表所測得分的分數代表之，分數越高代表態度越正向。
- 三、自我效能：根據 Bandura 將自我效能界定為「個人對於自己能夠組織並執行一連串行動以產生某種成果的信念」，此種信念是個人對於自己從事某項任務或行為所具備的能力，以及對於工作或行為可達到某種程度的主觀評價，內容包括：施行心肺復甦術的時的難易程度、類化性及強度，計分方式以參考國內外文獻資料自編之自我效能評估量表所測得分的分數代表之，分數越高代表自我效能越高。

四、心肺復甦術行為意圖：根據許菁芬(2007)文獻說明心肺復甦術行為意圖是在特殊情境下，執行心肺復甦術可能性，內容包括：對親疏不同之對象施行心肺復甦術的行為意圖及執行時障礙。計分方式以參考國內外文獻資料自編之心肺復甦術之行為意圖量表所測得分的分數代表之，分數越高代表意願越高。

第六節 研究限制

本研究基於人力、物力因素之考量，有以下研究限制：

研究對象僅限某車行職場，因此研究結果可提供未來推動之參考，無法推論至其他縣市車行職場。

第二章 文獻探討

本章研究探討國外與臺灣推動心肺復甦術現況、學習心肺復甦術的知識、態度、自我效能、行為意圖及個人背景因素關係，共分三節加以論述。

第一節 國外與臺灣推動心肺復甦術現況

Willian Kouwenhoven(1960)發表以心臟按摩、口對口人工呼吸及體外電擊等三大主軸來挽救已經心臟停止的病患時，同時也開啟了現代心肺復甦術（Cardiopulmonary Resuscitation，簡稱 CPR）技術之發展。CPR 是急救訓練重要的課程之一，根據醫學專家指出，通常在呼吸和心跳停止超過四至六分鐘後，腦細胞就會因缺少氧氣而受到傷害，若能在未發生不可逆的變化前給予適當急救，使腦部會因重新獲得氧氣之供應而不致於壞死，其存活機率也較高（Herlitz, Svensson, Holmberg, Angquist, & Young, 2005），然而發生於醫院外心跳停止(cardiac arrest)約佔 60%至 70%，而其中經心肺復甦術急救後，能恢復自發性血液循環（return of spontaneous circulation）者約為 8%至 31%，能存活出院者約為 1.2%至 20%，平均 5%（陳文鍾，2000）。2008 年醫學界指出，在醫院外心臟病發而獲救並出院的機會只有 1 至 3%。而於美國西雅圖的經驗，

在全民都有急救意識及使用自動體外心臟電擊去顫器（automated external defibrillator，簡稱 AED）的「救心傻瓜機」情形下，獲救並出院的機會大幅上升到 16 至 25%，。此外在日本於公共場所廣設 AED 的設置後，經總務省消防廳調查 2005 年至 2007 年全國因急救被搬送到醫院的心肺機能停止的傷病患者中，證實在日本增加 AED 的設置數量並藉由一般市民執行 AED，是可以提升心肺機能停止傷病患者的存活率，此研究也首度證實了因國家整體增加 AED 設置數量而提高了傷病患者存活率。在國內外不斷研究探討下，美國心臟學會（American Heart Association，簡稱 AHA）自 1966 年開始也持續舉辦國際性心肺復甦術相關會議，依相關研究結果修正技術及實施標準（周守民，1993）。AHA 也於 1973 年建議應將心肺復甦術普及一般民眾，以減少傷殘程度及死亡。在 2010 年更公布心肺復甦術和心血管緊急照護指引，其內容最大幅度更動為二，一是將原本「確認呼吸道暢通、吹氣、胸部按壓」的步驟調整為「胸部按壓、確認呼吸道暢通、吹氣」；二是建議未經專業醫療訓練的民眾只須施行胸部按壓的心肺復甦術。

臺灣從民國55年至86年，事故傷害及其不良影響根據衛生署統計一直佔居十大死因之一，且連續26年。而根據吳子聰(2001)針對學校學生猝死調查發現26案例中，9例於運動時發生，50%的學生死因與心臟病有關。

然而於職場中也常有工作或值勤中突然猝死新聞，因此臺灣積極推動急救訓練單位，除了中華民國紅十字會臺灣省分會外，還有消防局、緊急救護員及醫療院所等單位，每年也會辦理培訓指導員或教練，此外也透過醫院、衛生所或健康服務中心推廣心肺復甦術至一般民眾，而 International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR)的國際聯絡委員會，也建議工作場所也應該實施心肺復甦術(CPR)的相關訓練(Sim, Jo, & Song, 2009)。

1992 年第五屆心肺復甦術會議提出「早期通知有關單位」、「早期心肺復甦術」、「早期電擊」環環相扣的生命之鏈概念，任何一個環節沒做好，病人救活率就無法提高。在 2000 年心肺復甦術會議中也討論急救教學準則，建議以技術為基礎，錄影帶為輔，不作冗長的上課，課程以著重親手教導技術為主，配合錄影帶教學讓學員練習(張進富、蔡天賜、阮祺文、周志中，2001)。2005 年 12 月 AHA 公開修正心肺復甦術指引，原為心外按壓與人工呼吸比例 15：2，現今已改為 30：2，且兒童和成人比例一樣，其中新方法是強調心臟按壓，而不強調口對口人工呼吸(Hazinski et al., 2006；Brown & Lightfoot, 2006)。心肺復甦術在以往舊版步驟是 A-B-C「確認呼吸道暢通、呼吸、胸部按壓」，但是 AHA 於 2010 年已公布的新版心肺復甦術步驟調整為 C-A-B-D「胸部按壓、確認呼吸道暢通、呼吸、早期電擊」，由於最新的心肺復甦術操作方式並非馬上施行

口對口人工呼吸給氧氣，而是對傷患只進行胸外按壓，對於不願意、害怕及不能夠等因素的民眾來說，可以只進行胸外按壓的心肺復甦術，應可提高民眾對執行心肺復甦術之意願，這個理論基礎是假設當心臟停止跳動時，身體中的血液仍保有充足的含氧血，胸外按壓可以提供身體重要器官血液的流動情況下(Hallstrom, Cobb, Johson, & Copass, 2000)，但是AHA 仍然建議，口對口人工呼吸及胸外按壓等步驟的傳統心肺復甦術訓練，仍然應該在相關訓練課程中教導。國內目前心肺復甦術訓練課程為4小時，且每年訓練1次，AHA 在2010年新版心肺復甦術建議：心肺復甦術訓練技巧效能應於2年的有效期間內加以重新評估，並配合於需要時提供加強訓練。施救者教育的品質以及重新訓練的頻率，是改善復甦效果的重要因素。在理想狀況下，再訓練不應限制每2年進行。若致力於與許多醫務資格、審查組織相關的資格人員者，更需要頻繁的加強技巧，而順利完成課程只是達成與維持專業能力的第一步。

歸納上述文獻發現，有鑑於猝死及意外事故發生都是處於緊急情況時，此時旁人若能夠及時給予正確之急救處理，運用正確的急救開啟呼吸道、吹氣維持呼吸、按壓胸維持循環及早期電擊，就可維持傷患之生命，即有起死回生的機會，亦可避免造成二次傷害；有鑑於心律不整及心臟停止搶救時機，臺灣目前已開始於民眾出入最多公共場所地點設置AED，以期未來能提高民眾之存活率。然而職場是每日活動時間最久之

地點，且工作時間過長、壓力大，若有突發狀況，是很需要旁人能及時協助的，因此推動職場之心肺復甦術訓練是不容忽視的計畫。

第二節 個人背景因素與心肺復甦術的知識、態度、自我效能 及行為意圖因素之關係探討

一、性別探討

性別在於心肺復甦術的知識、態度及行為意圖相關的研究探討如下：

性別在於心肺復甦術的知識方面：有關一般民眾調查方面：蔡佩芬(2004)發現男性心肺復甦術知識得分較女性為高；Celenza et al.(2002) 調查 803 位澳洲社區民眾發現男女在急救知識得分上無顯著性差異。在學校調查方面：Donnelly, Leaster, 與 Weston (1996)針對 11-12 歲 106 位學生對心肺復甦術知識的調查顯示，85%女生達及格分數，較男生 57%及格率為高，顯示性別在知識上具有顯著性差異。高中職以上學生的研究調查發現，女生的急救相關知識分數較男生高(周承瑤，1988；馬玲玲、曾月霞，2003)，陳學凌(2003)針對高中學生的研究，卻發現性別與心肺復甦術知識沒有顯著相關；另一項針對醫專學生的研究亦發現性別不同者在急救知識的得分上並沒有顯著性差異(蘭寶珍、王瑞霞、許貂琳，2002)。

在性別與態度方面：針對一般民眾的研究中發現男性民眾對心肺復甦術態度較女性正向(蔡佩芬，2004)。學校調查方面：胡小萍(2006)的研

究發現，國小高年級女生急救態度得分優於男生。李怡青(2005)針對南部大學生的研究發現，性別在心肺復甦術相關態度並無顯著性差異。蘭寶珍等(2002)研究醫專學生發現，預防事故傷害態度女生平均分數高於男生。

在性別與行為意圖方面：在其他相關研究亦顯示，男性較有意願去執行、採用心肺復甦術可能性較高(Johnston, Clark, Dingle, & FitzGerald, 2003；楊銘欽、范靜媛、黃久美，1998；陳燕嘉等，2004；蔡佩芬，2004)。在對民眾研究方面，陳燕嘉等(2004)針對 222 位訓練學員結果顯示，69% 男性民眾願意在別人需要時予以施救，較女生 48.9% 高。陳學凌(2003)在高中學生心肺復甦術調查中發現，性別與施救意圖上並無顯著性差異。

二、年齡探討

年齡在於心肺復甦術的知識、態度及行為意圖相關的研究探討如下：

年齡在於心肺復甦術的知識、態度方面：一般民眾的研究調查中發現，小於 40 歲的民眾在心肺復甦術知識成績高於超過 40 歲之民眾，且學習意願愈趨正向(陳燕嘉等，2004)。於學校中調查胡小萍(2006)發現國小「六年級」學生急救態度(願意幫助需要急救的人、願意學習急救)分數優於「五年級」學生。孫嘉玲等(2004)也發現，較高年級之中學生有較好的急救態度及認知。

在年齡與行為意圖方面：在民眾方面的調查中，年齡與行為意圖是有顯著關係，楊銘欽等(1998)研究發現 45 歲以下學員願意為陌生人施救的比率較高。陳燕嘉等(2004)研究卻顯示北部地區一般民眾 40 歲以上，施救意願高於 40 歲以下；蔡佩芬(2004)研究亦發現民眾的年齡與施救障礙呈現負相關，年齡愈大施救障礙愈小。在學生的相關研究中，顯示年齡與行為意圖並無顯著關係(胡小萍，2006；馬玲玲、曾月霞，2003；蔡佩芬，2004)。張國頌、周志忠（1997）對於急救教材教具建議須隨著年齡、發生事故不同給予不同教學課程，著重其實用性，而非只是觀念性的宣導。

三、過去學習及處理急救訓練經驗探討

國內研究調查顯示民眾的急救訓練之知識來源包括：學校健康教育教學、大眾傳播媒體、自己閱讀書籍或參加急救訓練所獲得（朱文正，2002；周承瑤，1988）。部份研究對象中認為對學習者最有幫助依序為：自我練習（97.4%），其次為安妮模型（94.9%）、錄影帶教學（92.3%）、教師操作示範（87.2%）、同學討論（35.9%），最不喜歡為口頭及書面報告（林秀碧等，2000；賴怜蜜等，2001）。Brennan（1991）研究發現課前提供書面資料或採用影片教學等將會影響學員之學習興趣。

研究也發現領有急救合格證書、學習經驗、本身是否為醫護人員、曾接受急救訓練者，其知識高於未參加者（周承瑤，1988；鄭珠里，1997；賴伶蜜等，2001）。但於 Conard 與 Beattie（1996）調查 175 位民眾有關兒童急救知識的認知程度結果顯示，有無參加急救訓練之民眾其知識部分並無顯著性差異。蘭寶珍等（2002）研究中發現醫專學生急救態度平均得分顯著高於位處理過的學生，周承瑤(1988)研究顯示有處理事故傷害經驗之學生與沒經驗的學生在知識上並無顯著性相關。

綜合以上文獻研究結果顯示心肺復甦術之知識、態度、行為意圖與社會人口學（如表 2-2-1）仍受到其他因素影響，而有不同研究結果，而在自我效能方面之探討資料仍缺乏的，因此研究者欲進一步瞭解探討，以作為日後介入推動參酌。

第三節 心肺復甦術的知識、態度、自我效能及行為意圖

因素之探討

一、心肺復甦術的知識探討

Connolly, Toner, 與 McCluskey(2007)在執行急救訓練計畫前，對北愛爾蘭 79 位 10-12 歲學生作心肺復甦術知識測驗，結果無人達滿分，答對率平均為 46.7~51%，顯示心肺復甦術知識不足；然在經過心肺復甦術

教育訓練後，則有 84.8% 學生答對率超過 70%，顯示心肺復甦術教育訓練，有助於提升學生心肺復甦術知識。Madden(2006)針對 18 位大學護理系學生施行心肺復甦術知識的研究，結果顯示平均分數為 15.2 分(滿分 21 分)，且僅一位學生通過測試標準(18 分)，顯示心肺復甦術知識仍需加強。Donohoe, Haefeli, 與 Moore(2006)針對 1,011 位 16 歲以上倫敦民眾，調查心肺復甦術的認知結果發現，僅 54% 民眾能明確說出心肺復甦術的定義(即口對口人工呼吸及胸外按摩)仍有 18% 民眾不清楚。國內許多學者調查學校教官、國中小教師、教保人員在急救知識測驗題目平均答對率 66.8%~78.2%，尤以心肺復甦術知識答對率最低(楊銘欽等，1998；林秀碧等，2000；羅元宏、廖運正、林玉華，2000)。近年來，行政院衛生署積極推動全民心肺復甦術運動，但民眾對心肺復甦術知識似乎仍需加強。

二、心肺復甦術的態度探討

Compton, Swor, Dunne, Welch, 與 Zalenski (2003)調查美國公立學校老師對心肺復甦術的態度，結果有 92.6% 受訪者同意心肺復甦術在心臟停止時是有幫助的。針對國內外研究國小、國中及高中職以上學生對心肺復甦術結果顯示，持偏正向的態度，且認為有實用性 (Lester, Donnelly, Weston, & Morgan, 1996；Mior et al., 2006；周承瑤，1988；林貴滿、廖芬玲、李佳玲、張彩秀，2005；胡小萍，2006；黃秀媚，2004)。針對具有健康照顧者角色之教保人員、學校教職員、學生母親一般民眾的調查

結果顯示，超過 90%的研究對象肯定急救課程的價值的急救訓練，可以增加自身對事故傷害處理的能力及自信，呈現較正向的態度(朱文正，2002；鄭珠里，1997;鄭惠美，1999 ;賴怜蜜等，2001；蘭寶珍等，2002)。

三、自我效能探討

自我效能(self-efficacy)是源自於 Bandura 社會學習理論(social learning theory)的重要觀念之一。Bandura 將自我效能界定為「個人對於自己能夠組織並執行一連串行動以產生某種成果的信念」，此種信念是個人對於自己從事某項任務或行為所具備的能力，以及對於工作或行為可達到某種程度的主觀評價，因此，Bandura 的自我效能包括兩部份:其一為個人能否成功地執行某種結果之行為能力判斷，稱之為「效能預期」(efficacy expectations)，其二為特定行為導致某種結果的估計，稱之為「結果預期」(outcome expectations)兩者是有區別的，因為個人可能相信某種行為會導致某種結果，但如果他們質疑自己執行此種行為的能力，則他們的行為將不受到結果預期的影響。Bandura(1982)指出效能判斷應根據三個特質：事情的難易程度、類化性及強度，其內容說明如下：(一)事情的難易程度：當個人面對同類問題時，自我效能的預期會受到難度的影響。(二)類化性：個人對某一特定情境或經驗的自我效能是否能推廣到其他情境。(三)強度：對執行某特定事物的把握程度。

近年來有許多研究也顯示出自我效能是行為改變與維持的重要變

項(Dijkstra, Kuhlman, & Vries, 1988)。Bandura 也認為在擁有同樣技能的情形下，自我效能是行為表現的重要因子，會決定人們的行為，更會影響思考模式及情緒反應。Wakui et al.(2002)學者針對日本青少年自我效能與均衡飲食的研究，發現自我效能越高時其飲食行為越健康。而李坤霖(2004)也對國小高年級學童的含糖飲料飲用行為研究發現自我效能越高者，越不常飲用含糖飲料。國內尚未有關職場心肺復甦術自我效能之研究，但有些研究調查中顯示一般急救訓練課程需求中，以心肺復甦術的需求達92%為最高項目（林秀碧等，2000）。胡小萍（2006）調查國小高年級學生最想學習的急救教育課程中，仍以心肺復甦術的需求 39%為最高。周承瑤（1988）調查高中生有 94.49%同意急救知識課程列入必修項目。郭雪玉（2006）調查彰化師大新生也有 51.22%學生認為急救課程需求，以心肺復甦術課程最為迫切。

四、心肺復甦術的行為意圖探討

陳燕嘉等(2004)研究一般民眾在遇到有人需要救助時之執行意願的調查，結果顯示有 56.8% 表示願意予以施救。Johnston et al. (2003)調查昆士蘭 4,480 位居民，結果顯示 54.7%居民在遇急救狀況時，絕對可能會執行心肺復甦術，但也有 5.9%居民表示絕對不可能。國內外研究發現，大部分的民眾在執行心肺復甦術時，心理是有相當多的顧慮(Axellson,

Thoren, Holmberg, & Herlitz, 2000；李怡青，2005；楊銘欽等，1998；饒瑞玉、袁素娟、葉必明、陳永福，2004)。Locke et al. (1995)對 4,000 位民眾調查，顯示僅有 15%的民眾必要時願施行包含口對口人工呼吸，有 68%的民眾僅願意施行胸外按摩。進一步探討學生和民眾不願意執行心肺復甦術的主要原因在於擔心技術不熟、怕做錯、擔心法律問題、害怕傳染病及缺乏自信(Shibata, Taniguchi, Yoshiad, & Yamamoto, 2000；Axellson et al., 2000；胡勝川，1999；馬玲玲、曾月霞，2003；蔡佩芬，2004)。

綜合以上文獻研究結果顯示急救知識仍普遍不足的現象，對於執行心肺復甦術皆呈現較正向的態度，並肯定心肺復甦術之實用性。多數的學生及民眾執行心肺復甦術的行為意圖不高，而且會因為被救者與施救者的親疏關係而有不同。由於大部分研究調查之對象，多以學校或相關醫療人員為主，但國內研究並沒有針對職場及自我效能部份做探討，故研究者欲進一步瞭解，以作為日後介入推動及制定政策之參酌。(如表 2-2-1)

表2-2-1.心肺復甦術的知識、態度、行為意圖、自我效能及個人背景因素關係研究文獻

年度	作者	探討對象	結果
2007	許菁芬	國小高年級學生	1. 知識方面:有差異 2. 態度方面:正向態度「六年級」優於「五年級」 3. 行為意圖方面:學生行為意圖高尤其家人 4. 性別方面:性別不同知識無不同 5. 年齡方面:「六年級」優於「五年級」 6. 知識與教育需求呈正相關, 與行為意圖無差異 7. 態度、教育需求及行為意圖呈正相關 8. 態度、急救處理經驗為行為意圖重要預測變項
2007	Connolly, M., et al	10-12歲學生	知識方面:有差異
2006	Madden, C.	大學護理系學生	知識方面:有差異
2006	Donohoe, R. T., et al	16歲以上	知識方面:有差異
2006	胡小萍	國小	1. 知識方面:有差異 2. 態度方面:正向態度 3. 行為意圖方面:無顯著相關 4. 性別方面:女生正向態度優於男生 5. 年齡方面:「六年級」優於「五年級」
2005	李怡青	大學生	性別方面:態度與知識沒差異
2005	林貴滿等	高中職以上學生	1. 知識方面:有差異 2. 態度方面:正向態度
2004	蔡佩芬	民眾	1. 行為意圖方面:年齡與施救障礙呈現負相關, 年齡愈大施救障礙愈小 2. 性別方面:有差異:男生知識優於女生, 男生正向態度優於女生
2004	黃秀媚	國中	1. 知識方面:有差異 2. 態度方面:正向態度
2004	陳燕嘉等	一般民眾	1. 行為意圖方面:有相關56.8% (有意願)民眾40歲以上, 施救意願高於40歲以下 2. 年齡方面:小於40歲知識成績高於超過40歲之民眾, 且學習意願愈趨正向
2004	李坤霖	國小高年級學童	自我效能越高者, 越不常飲用含糖飲料
2003	Compton, S., et al	美國公立學校老師	態度方面:正向態度
2003	Johnston, T. C., et al	昆士蘭居民	行為意圖方面:有相關54.7%(有意願)

表2-2-1.心肺復甦術的知識、態度、行為意圖、自我效能及個人背景因素關係研究文獻(續)

年度	作者	探討對象	結果
2003	陳學凌	高職學生	性別方面:性別與知識沒差異
2003	蘭寶珍等	醫專學生	性別方面:性別與知識沒差異， 女生態度優於男生
2002	Celenza, T., et al	澳洲民眾	性別方面:性別與知識沒差異
2002	Wakui, S., et al	日本青少年	自我效能越高時其飲食行為越健康
2002	朱文正	學校教官	態度方面:正向態度
2002	蘭寶珍等	大專	態度方面:正向態度
2000	林秀碧，賴怜蜜，林佳蓉，高慧娟	教保人員	1.知識方面:有差異 2.態度方面:正向態度
2000	羅元宏，廖運正，林玉華，	國中小教師	知識方面:有差異
1999	鄭惠美	母親	態度方面:正向態度
1998	楊銘欽、范靜媛、黃久美	一般民眾	知識方面:有差異
1997	鄭珠里	幼保人員	態度方面:正向態度
1996	Lester, C.,et al	國小、國中及高中 職以上學生	態度方面:正向態度
1996	Donnelly, P., et al	11-12歲學生	性別方面:有差異女生知識優於男生
1995	Locke, C.J., et al	民眾	行為意圖方面:15%(口對口人工呼吸) 68% (胸外按摩)
1988	周承瑤	高中職學生	1. 態度方面:正向態度 2. 性別方面:女生知識優於男生
1988	楊銘欽等	訓練班學員	行為意圖方面:45歲以下學員意圖較高

第三章 研究方法

根據本研究目的與問題，透過國內外文獻資料統整、分析後，針對研究內容進行規劃研究方法。本章主要說明本研究之研究架構、研究對象、研究工具、研究步驟及資料處理與分析等，共分五節加以論述。

第一節 研究架構

本研究參考文獻探討資料及研究目的，發展本研究架構如圖3-1-1所示，主要探討研究對象人口學變項與心肺復甦術知識、態度、自我效能及行為意圖之相關性。

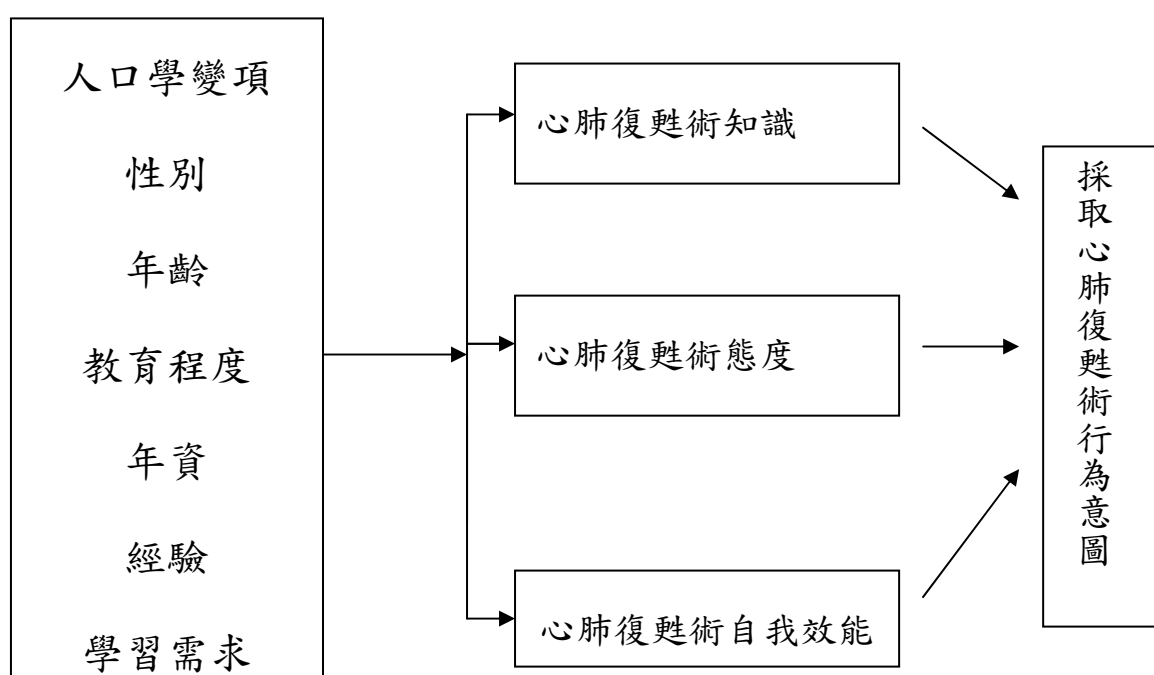


圖 3-1-1. 研究架構

第二節 研究對象

一、研究母群體

本研究以臺北市某車行職場之員工，共250人為母群體。

二、研究樣本

（一）抽樣單位

基於研究之時間及人力考量，本研究以該車行的全體員工為調查樣本。

（二）抽樣方法

依據 Krejcie 與 Morgan(1970)抽樣曲線標準研究母群體 250 人時，約需樣本數 190 人即可，但因本研究考慮問卷回收及無效問卷問題，因此，本研究以該車行的全體員工 250 人為調查樣本。

第三節 研究工具

本研究之研究工具根據研究目的及參考國內外相關研究文獻，而研擬編製本研究心肺復甦術知識、態度、行為意圖、自我效能及學習需求等量表問卷初稿，經過專家效度、信度分析及鑑別度分析後，修正問卷內容並進行預試，進而完成正式問卷。問卷初稿共分為七部份，其探討架構概念圖如表3-3-1所示，另其過程分述如下：

表 3-3-1. 研究問卷調查探討架構概念圖

探討面向	相關因素指標	探討部份/題號
經驗	個人經驗	第一部份/1.2.3.4.5.6.7.8.9.10.11.12 題
知識	心肺復甦術及自動體 外心臟電擊去顫器認知	第二部份/1.2.3.4.5.6.7.8.9.10.11.12 題
態度	心肺復甦術及自動體 外心臟電擊去顫器態度	第三部份/1.2.3.4.5.6.7.8 題
自我效能	心肺復甦術及自動體 外心臟電擊去顫器自我效能	第四部份/1.2.3.4.5.6.7.8.9.10.11 題
行為意圖	心肺復甦術行為意圖 自動體外心臟電擊去顫器 行為意圖	第五部份/1.2.3.4.5.6.7.8 題 第六部份/1.2.3.4.5.6.7.8 題
學習需求	學習方式及授課需求	第七部份/1.2.3.4.5.6.7.8.9.10 題

一、擬定問卷初稿

本研究之問卷擬定探討項目包括：心肺復甦術知識、態度、自我效能、行為意圖及課程需求共七部分，分別描述如下(如表3-3-2)：

(一)第一部分為個人背景，共分12題，主要為人口學變項。

(二)第二部分為心肺復甦術及自動體外心臟電擊去顫器知識，共分12題，主要為了解其心肺復甦術及自動體外心臟電擊去顫器知識、操作及原理部分。參考國內外相關研究文獻並針對本研究目的而擬定之知識量表編製而成，每題共有三個選項，分別為：「對」、「錯」、「不知道」，其計分方式為回答正確者給1分，答錯或不知道者為0分，得分範圍0-12分，其中第2、5、6、8、9、10題為反向題，採反向計分，得分越高代表知識越佳。

(三)第三部分為心肺復甦術及自動體外心臟電擊去顫器態度，共分8題，

主要為了解其心肺復甦術及自動體外心臟電擊去顫器之價值判斷及責任態度部分。參考國內外相關研究文獻並針對本研究目的而擬定之態度量表編製而成，採用Likert五分量表，每題共有五個選項，其計分方式分別為：「非常同意」(5分)、「同意」(4分)「沒意見」(3分)、「不同意」(2分)、「非常不同意」(1分)，其中第2、3題為反向題，採反向計分。得分範圍8-40分，得分越高代表態度越佳。

(四)第四部分為心肺復甦術及自動體外去纖顫器自我效能，共分11題，

主要為了解其心肺復甦術及自動體外去纖顫器執行時自我效能部分。參考Stephanine, Ounpuu, Donna, 與 Susan (2003)之自我效能量表及國內外相關研究文獻並針對本研究目的而擬定編製而成，採用Likert五分量表，每題共有五個選項，其計分方式分別為：「絕對有把握」(5分)、「八成有把握」(4分)「五成有把握」(3分)、「二成把握」(2分)、「完全沒把握」(1分)，得分範圍11-55分，得分越高代表自我效能越佳。

(五)第五部分由於目前推動急救訓練並未包含自動體外電擊去顫器，為了

更加瞭解大家對於自動體外電擊去顫器之行為意圖現況，而將此部分分為心肺復甦術與自動體外電擊去顫器兩項來探討。首先探討心肺復甦術行為意圖，共分8題，主要為了解其心肺復甦術執行時障礙及意

圖部分。參考國內外相關研究文獻並針對本研究目的而擬定之行為意圖量表編製而成，採用Likert五分量表，每題共有五個選項，其計分方式分別為：「非常可能」(5分)、「可能」(4分)「沒意見」(3分)、「不可能」(2分)、「非常不可能」(1分)，其中第4、5、6題為反向題，採反向計分。得分範圍8-40分，得分越高代表心肺復甦術行為意圖越佳。

(六)第六部分為自動體外電擊去顫器行為意圖，共分8題，主要為了解自動體外電擊去顫器執行時障礙及意圖部分。參考國內外相關研究文獻並針對本研究目的而擬定之行為意圖量表編製而成，採用Likert五分量表，每題共有五個選項，其計分方式分別為：「非常可能」(5分)、「可能」(4分)「沒意見」(3分)、「不可能」(2分)、「非常不可能」(1分)，其中第4、5、6、7、8題為反向題，採反向計分。得分範圍8-40分，得分越高代表自動體外電擊去顫器行為意圖越佳。

(七)第七部分為心肺復甦術及自動體外電擊去顫器學習課程需求度，共分8題，主要為了解其心肺復甦術及自動體外電擊去顫器課程需求部分。參考國內外相關研究文獻並針對本研究目的而擬定之課程需求量表編製而成，採用Likert五分量表，每題共有五個選項，其計分方式分別為：「非常需要」(5分)、「需要」(4分)「普通」(3分)、「不需要」(2分)、「非常不需要」(1分)。得分範圍8-40分，得分越高代表其課程教育需求度越高。另第9、10題運用填答方式以瞭解最佳之學習方式。

表3-3-2. 研究問卷各變項量表計分方式及分析含義

探討變項名稱	計分方式	分數代表含義
心肺復甦術及自動體外心臟電擊去顫器知識量表	答案正確者得1分 答錯或不知道得0分	研究對象的知識得分情形，其中第2、5、6、8、9、10題為反向題，採反向計分。得分範圍0-12分，得分越高代表知識越佳。
心肺復甦術及自動體外心臟電擊去顫器態度量表	5分=非常同意 4分=同意 3分=沒意見 2分=不同意 1分=非常不同意	研究對象的態度得分情形，其中第2、3題為反向題，採反向計分。得分範圍8-40分，得分越高代表態度越佳。
心肺復甦術及自動體外心臟電擊去顫器自我效能量表	5分=絕對有把握 4分=八成把握 3分=五成把握 2分=二成把握 1分=完全沒把握	研究對象的自我效能得分情形，得分範圍11-55分，得分越高代表自我效能越佳。
心肺復甦術行為意圖量表	5分=非常可能 4分=可能 3分=沒意見 2分=不可能 1分=非常不可能	研究對象的心肺復甦術行為意圖得分情形，其中第4、5、6題為反向題，採反向計分。得分範圍8-40分，得分越高代表心肺復甦術行為意圖越佳。
自動體外電擊去顫器行為意圖量表	5分=非常可能 4分=可能 3分=沒意見 2分=不可能 1分=非常不可能	研究對象的自動體外電擊去顫器行為意圖得分情形，其中第4、5、6、7、8題為反向題，採反向計分。得分範圍8-40分，得分越高代表自動體外電擊去顫器行為意圖越佳。
心肺復甦術及自動體外心臟電擊去顫器學習課程需求量表	5分=非常需求 4分=需求 3分=普通 2分=不需求 1分=非常不需求	研究對象的心肺復甦術及自動體外心臟電擊去顫器課程需求得分情形，得分範圍8-40分，得分越高代表其課程教育需求度越高。另第9、10題運用填答方式以瞭解最佳之學習方式。

二、問卷內容效度檢定

本研究工具內容效度採用專家效度檢定法(content validity index，簡稱CVI)，邀請國內衛生教育及健康促進專家、實務教導急救教育訓練教練及相關領域學者等共6人，進行問卷逐題內容效度評分及建議，以確定問卷內容及用詞的涵蓋性、適用性、需求性及正確性，依據專家學者們之意見及建議修正問卷內容，其結果每題之專家效度介於3~2.1之間，並依據專家建議修訂編製完成預試問卷並送人體試驗暨研究倫理委員會審核通過。

三、預試及問卷信度檢定

為了瞭解初稿施測問卷之適用性及實際施測時，可能產生之困難及信度問題，因此，以立意取樣方式，選取臺北市某車行職場員工共35人，進行施測問卷預試，以作為修訂施測問卷內容之依據，以利擬定正式施測問卷。施測問卷預試結果：在心肺復甦術知識方面採用難易度檢定其試題介於15%~71.5%、鑑別度分析試題介於0.2~0.69之間，因考量題目之重要性故經專家建議納入正式施測。在心肺復甦術態度、自我效能及行為意圖方面之信度檢定，以cronbach's α 值檢測施測問卷的內在一致性，其結果顯示在態度、自我效能與行為意圖方面的內在一致性cronbach's α 值介於0.732~0.944之間，顯示內部一致性頗高(如表3-3-3)。

表 3-3-3. 研究問卷信度分析結果

項目	信度指標	預試(n=35)	正式施測(n=228)
知識量表	庫李-20	0.712	0.701
態度量表	Cronbach's α	0.732	0.798
自我效能量表	Cronbach's α	0.858	0.925
心肺復甦術行為意圖量表	Cronbach's α	0.786	0.725
自動體外電擊去顫器行為意圖量表	Cronbach's α	0.863	0.746
學習課程需求量表	Cronbach's α	0.944	0.966

註：Cronbach' s α 值標準範圍大於 0.7

第四節 研究步驟

一、行政聯繫

本研究正式施測時採自填式問卷進行調查，為提高問卷的回收率，研究者與受試單位職場取得連繫，說明研究目的並徵得同意，依休息時間進行問卷正式施測的等連絡事宜，並決定施測時間與日期。

二、正式施測

問卷正式施測時間為101年3月下旬至4月底之間進行，為了提高問卷回收率，提供研究對象於填寫問卷繳交後，可以領取一份小禮物。

三、問卷資料回收與整理

實際施測問卷回收後，先進行資料校訂，再逐一檢查回收的問卷，本研究共發出250份問卷，回收250份，扣除問卷明顯填答不確實或漏填嚴重者共22份，有效問卷共228份，有效回收率91.2%。

第五節 資料處理與分析

將有效施測問卷先進行編碼工作完成後，將問卷資料輸入電腦建檔後，以SPSS for Window 17.0版電腦套裝統計軟體分別進行統計及分析，依研究目的與所探討問題，採用下列統計方法(如表3-5-4所示)：1.描述性統計：本研究以次數分布、百分率、平均數及標準差進行描述各變項分布。2.推論性統計：以獨立樣本t檢定(Independent sample T test)、單因子變異數分析(One-way ANOVA)、皮爾森積差(Pearson's product-moment correlation)及複迴歸(Multiple Regression)來分析各變項彼此間關係。

表3-5-1. 本研究統計方法一覽表

研究目的	研究問題	統計方法
探討研究對象在社會人口學變項與心肺復甦術知識、態度、自我效能及行為意圖的現況。	研究對象在社會人口學變項與心肺復甦術之知識、態度、自我效能及行為意圖的現況情形為何？	次數分配表、百分比 標準差、平均值 最小值、最大值
探討研究對象在社會人口學變項與心肺復甦術之知識、態度、自我效能及行為意圖彼此之間的相互關係。	研究對象在社會人口學變項與心肺復甦術之知識、態度、自我效能及行為意圖間的關係為何？	獨立樣本t檢定 皮爾森積差相關 單因子變異性分析 事後比較
探討研究對象之心肺復甦術知識、態度、自我效能及行為意圖彼此之間的相互關係。	研究對象之心肺復甦術知識、態度、自我效能及行為意圖彼此之間是否有關係？	皮爾森積差相關
探討研究對象之心肺復甦術知識、態度及自我效能，對於採取心肺復甦術行為意圖之預測情形。	探討研究對象之心肺復甦術知識、態度及自我效能，對於採取心肺復甦術行為意圖之預測力為何？	複迴歸

第四章 研究結果與討論

本章為探討臺北市某車行職場員工對於學習心肺復甦術，其社會人口學變項、知識、態度、自我效能及行為意圖的相關因素。依據研究目的及研究架構，分別進行描述性統計及推論性統計分析與討論。將所分析資料結果依序分節描述如下：(一)研究對象之社會人口學與心肺復甦術知識、態度、自我效能及行為意圖的分布情形。(二)研究對象之社會人口學與心肺復甦術知識、態度、自我效能及行為意圖的關係情形。(三)研究對象之心肺復甦術知識、態度、自我效能及行為意圖彼此之間關係。(四)研究對象之心肺復甦術知識、態度及自我效能對採取行為意圖的預測情形。

第一節 研究對象之社會人口學與心肺復甦術知識、態度、自我效能及行為意圖的分布情形

根據研究目的本節旨在探討研究對象之社會人口學與心肺復甦術知識、態度、自我效能及行為意圖的分布情形，依序說明如下：

一、社會人口學因素分布情形

研究對象之個人背景因素包括：性別、年齡、教育程度、工作年資、

載客人數、工作時數、昏倒經驗、本身是否罹患慢性病、學習、運用及學習課程需求等情形，其分布如表4-1-1所示。

（一）性別及年齡

研究對象性別分布，男生217人(95.2%)多於女生11人(4.8%)，由此可知計程車司機職業以男性居多。在年齡分布介於29歲至70歲之間，平均年齡50歲，年齡層分為6類：以51歲至60歲88人(38.6%)占最高，其次41歲至50歲76人(33.3%)。也顯示出擔任計程車司機大部分以中年人居多。

（二）教育程度

研究對象教育程度分布介於高中(職)至專科之間，共分為5類：以高中(職)111人(48.7%)占最高，其次專科47人(20.6%)。

（三）工作年資

研究對象工作年資分布共分為5類：以5-10年67人(29.4%)占最高，其次11-15年42人(18.4%)。

（四）載客人數

研究對象每天載客人數分布介於7至50人之間，平均載客人數18.21人，共分為5類：以11至19人占97人(42.5%)最高，其次20至29人占86人(37.7%)。

(五) 工作時數

研究對象每天工作時數分布介於3至18小時之間，平均工作時數10.57小時，共分為3類：以10小時以下130人(57%)占最高，其次11-15小時96人(42.1%)。由此可知計程車司機工作時數偏高。

(六) 昏倒經驗

研究對象昏倒經驗分布共分為2類：以無經驗194人(85.1%)占最高，有經驗34人(14.9%)。而在昏倒後研究對象自己醒來22人(9.6%)、旁人協助醒來10人(4.4%)及送醫後醒來4人(1.8%)。由此可知民眾急需要緊急救護知識訓練之重要性。

(七) 本身是否罹患慢性病

研究對象本身是否罹患慢性病分布共分為2類：以無罹患慢性病182人(79.8%)占最高，有罹患慢性病46人(20.2%)。

(八) 是否有運送傷患經驗

研究對象本身是否有運送傷患經驗分布共分為2類：以沒有運送傷患經驗158人(69.3%)占最高，但有運送傷患經驗也占70人(30.7%)，由此可知計程車可擔任運送傷患角色仍有三成多之重要性。

(九)學習及運用情形

研究對象在學習心肺復甦術分布共分為3類：以沒學過149人(65.4%)占最高，其次學過但不熟練71人(31.1%)，另學過且很熟練僅8人(3.5%)，而其中運用CPR救過民眾經驗僅5人(2.2%)。而在學習自動體外心臟電擊去顫器分布共分為3類：以沒學過209人(91.7%)占最高，其次學過但不熟練18人(7.9%)，另學過且很熟練僅1人(4%)，而沒有人有運用AED救過民眾經驗。

(十)學習課程需要

在學習課程需求部分由表4-1-2顯示，本研究之學習課程需要問卷量表採Likert五分量表尺度衡量，量表共8題，得分範圍8-40分，得分越高代表學習課程需求度越高。研究對象之得分情形由表4-1-2顯示，其得分最高為40分；最低8分；平均得分32.37標準差為5.51。顯示其心肺復甦術及自動體外心臟電擊去顫器的學習課程需要部分其需求程度較高，各題填答分析需求度最高的心肺復甦術及自動體外心臟電擊去顫器的學習課程需要層面為：心臟及肺臟的構造及功能(4.13分)。其次為心肺復甦術及自動體外心臟電擊去顫器操作原理(4.07分)。需求度最低的心肺復甦術及自動體外心臟電擊去顫器的學習課程需

要層面為：心肺復甦術及自動體外心臟電擊去顫器實際案例分享(3.97分)，其次心肺復甦術及自動體外心臟電擊去顫器實際操作練習(4.02分)其排序如表4-1-2所示。依其分析結果顯示，車行職場員工對於學習心肺復甦術之心肺復甦術及自動體外心臟電擊去顫器的課程需要度偏高，尤其在器官構造及功能、心肺復甦術及自動體外心臟電擊去顫器操作原理需求是偏高的，但在於案例分享及操作練習之需求度是偏低的。另於研究對象覺得有助於學習心肺復甦術及自動體外心臟電擊去顫器之方法中最佳方式為：模型的操作(78%)，其次播放錄影帶(76%)；提高方便學習方式為：播放錄影帶(46.9%)，其次教師示範(24.1%)；而提高主動學習方式為：教師示範(34.6%)，其次模型的操作(28.9%)，如表4-1-3所示。

表4-1-1. 研究對象的社會人口學變項分布情形 (n=228)

變項名稱	類別	人數	百分比 (%)
性別	男	217	95.20
	女	11	4.80
年齡	20-30歲	1	4.00
	31-40歲	31	13.60
	41-50歲	76	33.30
	51-60歲	88	38.60
	61-65歲	26	11.40
	65歲以上	6	2.60
教育程度	小學	19	8.30
	國(初)中	38	16.70
	高中(職)	111	48.70
	專科	47	20.60
	大學	13	5.70
工作年資	5年以下	38	16.70
	5-10年	67	29.40
	11-15年	42	18.40
	16-20年	41	18.00
	21年以上	40	17.50
載客人數	10人以下	25	11.00
	11-19人	97	42.50
	20-29人	86	37.70
	30-39人	15	6.60
	41人以上	5	2.20
工作時數	10小時以下	130	57.00
	11-15小時	96	42.10
	16小時以上	2	0.90
本身是否罹患慢性病	是	46	20.20
	否	182	79.80
昏倒經驗	是	34	14.90
	自己醒來	22	9.60
	旁人協助醒來	10	4.40
	送醫後醒來	4	1.80
	否	194	85.10
學過CPR	沒學過	149	65.40
	學過但不熟練	71	31.10
	學過且很熟練	8	3.50
運用CPR救過民眾經驗	是	5	2.20
	否	223	97.80
學過AED	沒學過	209	91.70
	學過但不熟練	18	7.90
	學過且很熟練	1	4.00
運用AED救過民眾經驗	否	228	100.00
運送過傷患民眾經驗	是	70	30.70
	否	158	69.30

表4-1-2. 研究對象學習課程需求變項分布情形 (n=228)

題目內容	非常 需要 人數	百分比 (%)	需要 人數	百分比 (%)	普通 人數	百分比 (%)	不需要 人數	百分比 (%)	非常 不需要 人數	百分比 (%)	最小值	最大值	平均數	標準差	排序
心臟及肺臟的構造及功能。	69	30.26	122	53.51	36	15.79	0	0	1	0.44	1	5	4.13	0.70	1
CPR及AED操作原理。	71	31.14	105	46.05	48	21.05	4	1.75	0	0	2	5	4.07	0.77	2
CPR及AED適用情況。	65	28.51	107	46.93	54	23.68	2	0.88	0	0	2	5	4.03	0.75	6
CPR及AED注意事項。	69	30.26	106	46.49	50	21.93	3	1.32	0	0	2	5	4.06	0.76	3
CPR及AED操作步驟。	67	29.39	109	47.81	47	20.61	5	2.19	0	0	2	5	4.04	0.77	5
CPR及AED操作方法。	69	30.26	111	48.68	41	17.98	7	3.07	0	0	2	5	4.06	0.78	4
CPR及AED實際案例分享。	62	27.19	100	43.86	64	28.07	1	0.44	1	0.44	1	5	3.97	0.78	8
CPR及AED實際操作練習。	69	30.26	104	45.61	48	21.05	4	1.75	3	1.32	1	5	4.02	0.84	7
學習課程需求總分											18	40	32.37	5.51	

表4-1-3. 研究對象的學習方式分布情形 (n=228)

題目內容	模型的操作 (%)	播放錄影帶 (%)	教師示範 (%)	小組討論 (%)	講座課程 (%)	短片網路 教學(%)
會提高我方便學習	17.98	46.93	24.12	0.00	2.63	8.33
會提高我主動去學習	28.95	18.86	34.65	0.88	5.70	10.96

歸納上述資料發現，研究對象性別分布，男生多於女生，在年齡分布介於29歲至70歲之間，平均年齡50歲。也顯示出擔任計程車司機大部份以中年人居多。教育程度分布介於高中(職)至專科之間，工作年資以5-10年(29.4%)占最高，載客人數分布介於7至50人之間，平均載客人數18.21人，工作時數分布介於3至18小時之間，平均工作時數10.57小時，其結果與交通部98年「民眾日常使用運具狀況調查」結果顯示計程車司機每天工作高達9至11小時略同。罹患慢性病占20.2%，有運送傷患經驗佔30.7%，另有昏倒經驗佔14.9%，而在昏倒後，仍有4.4%須旁人協助下才能醒來，另1.8%須協助送醫後才能醒來，由此可知計程車目前仍有三成多是擔任運送傷患角色，也顯示出民眾需要接受急救訓練之重要性。

研究對象在學習心肺復甦術分布以沒學過(65.4%)占最高，另學過且很熟練(3.5%)偏低，而其中運用CPR救過民眾經驗(2.2%)也偏低。在學習自動體外心臟電擊去顫器分布以沒學過(91.7%)占最高，另學過且很熟練偏低(4%)，而沒有人有運用AED救過民眾經驗。此部分有鑑於自動體外心臟電擊去顫器教學於100年後才開始逐漸廣泛推廣教導民眾學習，因此民眾學習及運用顯偏低，但仍有六成五研究對象尚未學習過心肺復甦術。

在學習課程需求度上，以心肺復甦術及自動體外心臟電擊去顫器之構造及功能與操作原理需求度高，但實際案例分享及實際操作練習則需求度低，但在可提高主動學習方式部分卻以模型的操作、播放錄影帶、教

師示範等需求度是偏高，由此可知由於計程車司機工作關係，無法長時間接受訓練，惟訓練時間包括講座及實際操作等時間太長，容易導致實際操作及分享意願偏低，形成計程車司機選擇簡易可學習但又希望不要太冗長之方式自動學習，其結果與林秀碧等(2000)及賴怜蜜等(2001)研究調查結果略同。

二、心肺復甦術知識、態度、自我效能、行為意圖分布情形

研究對象之心肺復甦術的將分為知識、態度、自我效能、行為意圖等其得分分布情形如表 4-1-4，另分別加以探討如下：

(一)研究對象之心肺復甦術的知識分布情形

心肺復甦術的知識量表共 12 題，得分範圍為 0-12 分，分數越高表示知識越佳。研究對象之得分情形由表 4-1-4 顯示，其得分最高為 11 分；最低 0 分；平均得分為 4.9 分；標準差為 2.65。結果顯示其知識部分屬於中下程度，各題填答分析如表 4-1-5。答對率最高的知識層面為：當一個人呼吸及心跳突然停止，腦部缺氧 4-6 分鐘後，腦細胞就會開始死亡(76.8%)。答錯率最高的知識層面為：在進行心肺復甦術(CPR)過程中，如果傷患發生嘔吐，施救者應立即拍打傷患的背部，以使嘔吐物流出(53.1%)。答不知道最高的知識層面為：執行自動體外心臟電擊去顫器(AED)時，須將電擊貼片貼於傷患身上且插入機器導線後不要碰觸傷患身體，機器才能進行分析心律(57%)，如表 4-1-6。

分析結果顯示，車行職場員工對於學習心肺復甦術知識正確認知度偏低，而在已學過心肺復甦術(CPR)的員工，其正確認知度也僅達 35%，已學過自動體外心臟電擊去顫器(AED)的員工，其正確認知度也僅達 8%。另有關自動體外心臟電擊去顫器知識部分民眾均處於「不知道」狀態，由此可知未來推廣仍須加強灌輸正確認知度。

表 4-1-4. 研究對象的知識、態度、自我效能、行為意圖得分變項分布情形 (n=228)

變項名稱	最小值	最大值	平均數	標準差
知識得分	0	11	4.98	2.65
態度得分	14	40	30.69	4.24
自我效能得分	11	55	24.69	9.25
CPR 行為意圖得分	17	40	29.25	4.06
AED 行為意圖得分	15	40	26.78	4.55

註:反向題部份採反向計分，分數已轉換。

表4-1-5 研究對象的知識變項分布情形 (n=228)

題號	題目內容	答對人數	百分比 (%)	答錯人數	百分比 (%)	不知道人數	百分比 (%)	平均數	標準差
1	當一個人呼吸及心跳突然停止，腦部缺氧4-6分鐘後，腦細胞就會開始死亡。	175	76.80	14	6.10	39	17.10	7.67	0.42
2	心肺復甦術的「叫叫CAB」口訣，第一個「叫」字是指叫救護車。	58	25.40	110	48.20	60	26.30	2.54	0.43
3	操作心肺復甦術時，胸外按壓及口對口人工呼吸正確的次數比例是30:2為一個循環。	107	46.90	23	10.10	98	43.00	4.69	0.50
4	自動體外心臟電擊去顫器(AED)是隨時可自動偵測傷患心跳，看是否需要進行電擊，以回復心跳及血液循環，使腦細胞有氧氣持續供應。	110	48.20	16	7.00	102	44.70	4.82	0.50
5	在進行心肺復甦術(CPR)過程中，如果傷患發生嘔吐，施救者應立即拍打傷患的背部，以使嘔吐物流出。	39	17.10	121	53.10	68	29.80	1.71	0.37
6	進行心肺復甦術(CPR)時，施救者透過「看、聽、感覺」來觀察傷患的心跳情形。	49	21.50	114	50.00	65	28.50	2.14	0.41

表4-1-5 研究對象的知識變項分布情形 (n=228) (續)

題 號	題目內容	答對 人數	百分比 (%)	答錯 人數	百分比 (%)	不知道 人數	百分比 (%)	平均數	標準差
<u>7</u>	做胸外按壓時，施救者應用「掌根」按壓傷患胸部。	164	71.90	16	7.00	48	21.10	7.19	0.45
8	做胸外按壓時，施救者應將手放在傷患「左胸上」做按壓。	57	25.00	115	50.40	56	24.60	2.5	0.43
9	進行自動體外心臟電擊去顫器(AED)做電擊時，可以直接電擊，不須暫時離開碰觸傷患身體。	82	36.00	31	13.60	115	50.40	3.59	0.48
10	進行自動體外心臟電擊去顫器(AED)做電擊後，不用評估也不須持續做胸外按壓。	97	42.50	17	7.50	114	50.00	4.25	0.49
<u>11</u>	執行自動體外心臟電擊去顫器(AED)時，須將電擊貼片貼於傷患身上且插入機器導線後不要碰觸傷患身體，機器才能進行分析心律。	85	37.30	13	5.70	130	57.00	3.72	0.48
<u>12</u>	執行自動體外心臟電擊去顫器(AED)時，須依機器指示，如需電擊，須等機器充電後才能按下電擊鈕。	114	50.00	9	3.90	105	46.10	5.00	0.50

註:題號加底線之題目，其正確答案為「對」，其餘第2、5、6、8、9、10題為反向題正確答案為「錯」採反向計分，分數已轉換。

表4-1-6研究對象的知識變項答題排序分布情形 (n=228)

題號	題目內容	答對人數	百分比 (%)	平均數	標準差	排序
1	當一個人呼吸及心跳突然停止，腦部缺氧4-6分鐘後，腦細胞就會開始死亡。	175	76.8	7.67	0.42	1
7	做胸外按壓時，施救者應用「掌根」按壓傷患胸部。	164	71.9	7.19	0.45	2
12	執行自動體外心臟電擊去顫器(AED)時，須依機器指示，如需電擊，須等機器充電後才能按下電擊鈕。	114	50	5	0.5	3
	題目內容	答錯人數	百分比 (%)	平均數	標準差	排序
5	在進行心肺復甦術(CPR)過程中，如果傷患發生嘔吐，施救者應立即拍打傷患的背部，以使嘔吐物流出。	121	53.1	1.71	0.37	1
8	做胸外按壓時，施救者應將手放在傷患「左胸上」做按壓。	115	50.4	2.5	0.43	2
6	進行心肺復甦術(CPR)時，施救者透過「看、聽、感覺」來觀察傷患的心跳情形。	114	50	2.14	0.41	3
	題目內容	不知道人數	百分比 (%)	平均數	標準差	排序
11	執行自動體外心臟電擊去顫器(AED)時，須將電擊貼片貼於傷患身上且插入機器導線後不要碰觸傷患身體，機器才能進行分析心律。	130	57	3.72	0.48	1
9	進行自動體外心臟電擊去顫器(AED)做電擊時，可以直接電擊，不須暫時離開碰觸傷患身體。	115	50.4	3.59	0.48	2
10	進行自動體外心臟電擊去顫器(AED)做電擊後，不用評估也不須持續做胸外按壓。	114	50	4.25	0.49	3

(二)研究對象之心肺復甦術的態度部分

由表 4-1-7 顯示，本研究之心肺復甦術的態度問卷量表採 Likert 五分量表尺度衡量，量表共 8 題，得分範圍 8-40 分，得分越高代表態度越佳。研究對象之得分情形由表 4-1-4 顯示，其得分最高為 40 分最低 14 分；平均得分為 30.69 分；標準差為 4.24。依表 4-1-7 顯示其態度部分屬於中上程度。各題填答分析表現最佳的態度層面為：我覺得心肺復甦術及自動體外心臟電擊去顫器(AED)對心臟停止時的傷患是有幫助的(4.18 分)，其次為我覺得接受心肺復甦術(CPR)及自動體外心臟電擊去顫器(AED)訓練對自己及別人是有幫助的(4.11 分)。最差的態度層面為：我覺得看到事故受傷的傷患，直接送醫就好(2.92 分)，其次為我覺得幫別人執行心肺復甦術(CPR)及自動體外心臟電擊去顫器(AED)是自找麻煩(3.49 分)，其排序如表 4-1-7。分析結果顯示，車行職場員工對於學習心肺復甦術態度偏正向，但是在第一時間是否能主動協助態度仍屬保留狀態。另約有八成車行職場員工對於訓練是否可以提高信心處理未來可能遇到事故傷害的議題是屬同意態度。約有七成車行職場員工對於覺得每年應該接受訓練的議題是屬同意態度。

表4-1-7. 研究對象的態度變項分布情形 (n=228)

題 號	題目內容	非常 同意 人數	百分比 (%)	同意 人數	百分比 (%)	沒意見 人數	百分比 (%)	不同意 人數	百分比 (%)	非常 不同意 人數	百分比 (%)	平均數	標準差	最小值	最大值	排序
1	我覺得CPR及AED對心臟停止時的傷患是有幫助的。	78	34.2	121	53.1	25	11.0	1	0.4	3	1.3	4.18	0.75	1	5	1
2	我覺得幫別人執行CPR及AED是自我麻煩。	8	3.5	40	17.5	45	19.7	101	44.3	34	14.9	3.50	1.06	1	5	7
3	我覺得看到事故受傷的傷患，直接送醫就好。	7	3.1	99	43.4	38	16.7	72	31.6	12	5.3	2.93	1.04	1	5	8
4	我覺得在遇到事故傷害時，每個人都有責任去幫助需要急救的人。	62	27.2	128	56.1	31	13.6	4	1.8	3	1.3	4.06	0.77	1	5	3
5	我覺得學習CPR及AED可以讓我更有信心來處理未來可能遇到的事故傷害。	67	29.4	114	50.0	41	18.0	5	2.2	1	0.4	4.06	0.77	1	5	5
6	我覺得接受CPR及AED訓練對自己及別人是有帮助的。	66	28.9	124	54.4	35	15.4	2	0.9	1	0.4	4.11	0.71	1	5	2
7	我覺得民眾應該每年接受CPR及AED的訓練。	33	14.5	130	57.0	61	26.8	4	1.8	0	0.0	3.84	0.68	2	5	6
8	我覺得培訓民眾執行CPR及AED有提高傷患存活率及生命品質的價值。	56	24.6	127	55.7	40	17.5	4	1.8	1	0.4	4.02	0.73	1	5	4

註:題號加底線之題目為反向題採反向計分，分數已轉換。

(三)研究對象之心肺復甦術的自我效能部分由表 4-1-8 顯示，本研究之心肺復甦術的自我效能問卷量表採 Likert 五分量表尺度衡量，量表共 11 題，得分範圍 11-55 分，得分越高代表自我效能越佳。研究對象之得分情形由表 4-1-4 顯示，其得分最高為 55 分；最低 11 分；平均得分為 24.69 分；標準差為 9.25。顯示其自我效能部分屬於中等程度。各題填答分析表現最佳的自我效能層面為：當我已有參加訓練的經驗後，我能夠去執行心肺復甦術(CPR)的把握程度(2.86 分)。其次為當我已有參加訓練的經驗後，我能夠執行自動體外心臟電擊去顫器(AED)的把握程度(2.58 分)。最差的自我效能層面為：當事故現場只有我一個人時，我仍然能夠使用自動體外心臟電擊去顫器(AED)的把握程度(1.54 分)，其次為當事故現場只有我一個人時，我仍然能夠單獨執行心肺復甦術(CPR)的把握程度(1.88 分)，其排序如表 4-1-8。分析結果顯示車行職場員工對於學習心肺復甦術之自我效能偏正向，且對於在第一時間個人是否能執行救護行為把握度偏低，而若有參加訓練經驗後，有四至五成車行職場員工，有五成以上把握程度能夠去執行 CPR 或 AED。另有五至六成車行職場員工會因為害怕執行口對口人工呼吸、胸外按壓壓錯位子、法律問題及得傳染病等因素，只有二成以下把握程度能夠去執行，由此可知加強訓練、提升知識及去除恐懼可提高執行救護行為把握度。

表4-1-8 研究對象的把握程度行為變項分布情形 (n=228)

題號	題目內容	絕對 有把握 人數	百分比 (%)	八成 把握 人數	百分比 (%)	五成 把握 人數	百分比 (%)	二成 把握 人數	百分比 (%)	完全 沒把握 人數	百分比 (%)	平均數	標準差	最小值	最大值	排序
1	當事故現場只有我一個人時，我仍然能夠單獨執行心肺復甦術(CPR)的把握程度。	9	3.95	20	8.77	41	17.98	22	9.65	136	59.65	1.88	1.21	1	5	10
2	當事故現場只有我一個人時，我仍然能夠使用自動體外心臟電擊去顫器(AED)的把握程度。	7	3.07	6	2.63	27	11.84	23	10.09	165	72.37	1.54	1.01	1	5	11
3	當事故現場有別人能幫忙時，我仍然能夠執行心肺復甦術(CPR)的把握程度。	13	5.70	33	14.47	41	17.98	58	25.44	83	36.4	2.28	1.25	1	5	6
4	當事故現場有別人能幫忙時，我仍然能夠使用自動體外心臟電擊去顫器(AED)的把握程度。	9	3.90	22	9.65	26	11.4	65	28.51	106	46.49	1.96	1.15	1	5	9
5	當我已有參加訓練的經驗後，我能夠去執行心肺復甦術(CPR)的把握程度。	20	8.87	44	19.3	69	30.26	74	32.46	21	9.21	2.86	1.11	1	5	1
6	當我已有參加訓練的經驗後，我能夠執行自動體外心臟電擊去顫器(AED)的把握程度。	16	7.02	34	14.91	60	26.32	74	32.46	44	19.3	2.58	1.16	1	5	2
7	當我對傷患執行口對口人工呼吸時，我怕沒有做好，但我還是會救他的把握程度。	7	3.07	30	13.16	63	27.63	80	35.09	48	21.05	2.42	1.06	1	5	4
8	當我對傷患執行胸外按壓時，我怕壓錯位子，但我還是會救他的把握程度。	7	3.07	32	14.04	58	25.44	87	38.16	44	19.3	2.43	1.05	1	5	3
9	當我對傷患執行心肺復甦術(CPR)時，我怕會有法律上問題，但我還是會救他的把握程度。	12	5.26	20	8.77	58	25.44	85	37.28	53	23.25	2.36	1.09	1	5	5
10	當我對傷患執行心肺復甦術(CPR)時，我怕會得傳染病，但我還是會救他的把握程度。	12	5.26	17	7.46	46	20.18	96	42.11	57	25	2.26	1.08	1	5	7
11	當我對傷患執行自動體外心臟電擊去顫器(AED)時，我怕做錯，但我還是會救他的把握程度。	7	3.07	15	6.58	50	21.93	85	37.28	71	31.14	2.13	1.03	1	5	8

(四)研究對象之心肺復甦術的行為意圖部分由表 4-1-9 顯示，本研究之心肺復甦術的行為意圖問卷量表採 Likert 五分量表尺度衡量，量表共 8 題，得分範圍 8-40 分，得分越高代表行為意圖越佳。研究對象之得分情形由表 4-1-4 顯示，其得分最高為 40 分；最低 17 分；平均得分為 29.25 分；標準差為 4.06。顯示其心肺復甦術的行為意圖部分屬於中上等程度。各題填答分析表現最佳的心肺復甦術的行為意圖層面為：我的家人突然呼吸、心跳停止，我會願意幫他們執行心肺復甦術(4.40 分)。其次為我認識的人突然呼吸、心跳停止，我會願意幫他們執行心肺復甦術(4.31 分)。最差的心肺復甦術的行為意圖層面為：我沒有勇氣幫別人執行心肺復甦術(2.94 分)，其次我會因為擔心自己做不到，所以不敢幫別人執行心肺復甦術(2.98 分)，其排序如表 4-1-9。分析結果顯示車行職場員工對於學習心肺復甦術之心肺復甦術的行為意圖偏正向，且對於救護對象是家人或認識的人時，執行救護行為意圖是偏高的(八成)，但於救護時仍會因沒有勇氣及擔心自己做不到因素，而造成執行心肺復甦術行為意圖意願是偏低的。另車行職場員工有七成會因為看到事故傷害新聞報導，而提高想參加心肺復甦術(CPR)相關訓練的意願。有七成會因為最新心肺復甦術(CPR)操作步驟修正為「先對傷患進行胸外按壓」，而提高為傷患執行心肺復甦術(CPR)的意願。

表4-1-9研究對象的CPR行為意圖變項分布情形 (n=228)

題 號	題目內容	非常								非常		最小值	最大值	平均數	標準差	排 序
		可能 人數	百分比 (%)	可能 人數	百分比 (%)	沒意見 人數	百分比 (%)	不可能 人數	百分比 (%)	不可能 人數	百分比 (%)					
1	我的家人突然呼吸、心跳停止，我會願意幫他們執行心肺復甦術。	126	55.26	78	34.21	13	5.70	11	4.82	0	0.00	2	5	4.40	0.80	1
2	我認識的人突然呼吸、心跳停止，我會願意幫他們執行心肺復甦術。	113	49.56	83	36.40	22	9.65	9	3.95	1	0.44	1	5	4.31	0.84	2
3	我不認識的人突然呼吸、心跳停止，我會願意幫他們執行心肺復甦術。	55	24.12	99	43.42	46	20.18	19	8.33	9	3.95	1	5	3.75	1.04	5
4	不管什麼人突然呼吸、心跳停止，我都不願意幫他們執行心肺復甦術。	14	6.14	41	17.98	85	37.28	77	33.77	11	4.82	1.00	5.00	3.13	0.97	6
5	我沒有勇氣幫別人執行心肺復甦術。	15	6.58	64	28.07	74	32.46	68	29.82	7	3.07	1.00	5.00	2.95	0.98	8
6	我會因為擔心自己做不好，所以不敢幫別人執行心肺復甦術。	10	4.39	76	33.33	57	25.00	77	33.77	8	3.51	1.00	5.00	2.99	1.00	7
7	我會因為看到事故傷害新聞報導，而提高想參加心肺復甦術相關訓練的意願。	46	20.18	133	58.33	42	18.42	5	2.19	2	0.88	1	5	3.00	1.02	3
8	我會因為最新心肺復甦術操作步驟修正為「先對傷患進行胸外按壓」，而不是先做口對口人工呼吸方式，會提高我為傷患執行心肺復甦術的意願。	42	18.42	120	52.63	47	20.61	11	4.82	8	3.51	1	5	2.98	1.03	4

註：題號加底線之題目為反向題採反向計分，分數已轉換。

(五)研究對象之自動體外心臟電擊去顫器的行為意圖部分由表 4-1-10 顯

示，本研究之自動體外心臟電擊去顫器的行為意圖問卷量表採 Likert 五分量表尺度衡量，量表共 8 題，得分範圍 8-40 分，得分越高代表行為意圖越佳。研究對象之得分情形由表 4-1-4 顯示，其得分最高為 40 分；最低 15 分；平均得分為 26.78 分；標準差為 4.55。顯示其自動體外心臟電擊去顫器的行為意圖部分屬於中上等程度。各題填答分析表現最佳的自動體外心臟電擊去顫器的行為意圖層面為：我的家人突然呼吸、心跳停止，我會願意幫他們執行自動體外心臟電擊去顫器(4.22 分)。其次為我認識的人突然呼吸、心跳停止，我會願意幫他們執行自動體外心臟電擊去顫器(4.11 分)。最差的自動體外心臟電擊去顫器的行為意圖層面為：我會因為擔心自己做不好，所以不敢幫別人執行自動體外心臟電擊去顫器(2.89 分)，其次我沒有勇氣幫別人執行自動體外心臟電擊去顫器(2.94 分)，排序如表 4-1-10。分析結果顯示車行職場員工對於學習心肺復甦術之自動體外心臟電擊去顫器的行為意圖偏正向，且對於救護對象是家人或認識的人時，執行救護行為意圖是偏高的，但於救護時仍會因擔心自己做不好及沒有勇氣，而造成執行自動體外心臟電擊去顫器行為意圖意願是偏低的。

表4-1-10研究對象的AED行為意圖變項分布情形 (n=228)

題 號	題目內容	非常 可能 人數	百分比 (%)	可能 人數	百分比 (%)	沒意見 人數	百分比 (%)	不可能 人數	百分比 (%)	非常 不可能 人數	百分比 (%)	最小值	最大值	平均數	標準差	排 序
1	我的家人突然呼吸、心跳停止，我會願意幫他們執行自動體外心臟電擊去顫器。	96	42.11	98	42.98	22	9.65	0	0.00	0	0.00	2	5	4.40	0.80	1
2	我認識的人突然呼吸、心跳停止，我會願意幫他們執行自動體外心臟電擊去顫器。	83	36.40	102	44.74	28	12.28	0	0.00	1	0.44	1	5	4.31	0.84	2
3	我不認識的人突然呼吸、心跳停止，我會願意幫他們執行自動體外心臟電擊去顫器。	46	20.18	91	39.91	66	28.95	7	3.07	9	3.95	1	5	3.75	1.04	3
4	不管什麼人突然呼吸、心跳停止，我都不願意幫他們執行自動體外心臟電擊去顫器。	15	6.58	63	27.63	82	35.96	12	5.26	11	4.82	1.00	5.00	3.13	0.97	6
5	我沒有勇氣幫別人執行自動體外心臟電擊去顫器。	8	3.51	69	30.26	87	38.16	8	3.51	7	3.07	1.00	5.00	2.95	0.98	7
6	我會因為擔心自己做不好，所以不敢幫別人執行自動體外心臟電擊去顫器。	10	4.39	78	34.21	73	32.02	7	3.07	8	3.51	1.00	5.00	2.99	1.00	8
7	我會因為擔心執行電擊，所以不敢幫別人執行自動體外心臟電擊去顫器。	13	5.70	66	28.95	69	30.26	12	5.26	2	0.88	1	5	3.00	1.02	5
8	我會因為害怕被電到而不敢執行自動體外心臟電擊去顫器。	12	5.26	70	30.70	60	26.32	12	5.26	8	3.51	1	5	2.98	1.03	4

註：題號加底線之題目為反向題採反向計分，分數已轉換。

歸納上述資料發現，在心肺復甦術知識、態度、自我效能及行為意圖分析顯示，其知識部分屬於中下程度，態度部分屬於中上程度、自我效能部分屬於中等程度、心肺復甦術的行為意圖部分屬於中上等程度、自動體外心臟電擊去顫器的行為意圖部分屬於中上等程度等，由此可知除了認知度仍偏低外，其於變項皆於中等至中上等程度。此結果與國內許多學者調查學校教官、國中小教師、教保人員在心肺復甦術知識答對率最低(林秀碧等，2000；楊銘欽等，1998；羅元宏等，2000)相同。態度部份持偏正向的態度(Lester et al.,1996；周承瑤，1988；林貴滿等，2005；胡小萍，2006；黃秀媚，2004)。而對於心肺復甦術課程需求最為迫切(林秀碧等，2000；胡小萍，2006；周承瑤，1988；郭雪玉，2006)，多數的研究對象對執行心肺復甦術的行為意圖不高等研究結果相同。(Shibata et al., 2000；Axellson et al., 2000；馬玲玲、曾月霞，2003；蔡佩芬，2004；)。

由於目前臺灣已經於公共場所開始設置 AED，但有關自動體外心臟電擊去顫器知識部分民眾均處於「不知道」狀態；另約有八成車行職場員工對於訓練是否可以提高信心處理未來可能遇到事故傷害的議題是屬同意態度；約有七成車行職場員工對於覺得每年應該接受訓練的議題是屬同意態度；若有參加訓練經驗後，有四至五成車行職場員工，有五成以上把握程度能夠去執行 CPR 或 AED，因此，未來推廣仍須加強灌輸正確認知度，將有助於態度、自我效能及行為意圖方面提升。

第二節 研究對象之社會人口學與心肺復甦術知識、態度、

自我效能、行為意圖的關係情形

本節將探討研究對象之社會人口學與心肺復甦術知識、態度、自我效能、行為意圖的相關性分析，以瞭解不同的性別、年齡、教育程度、工作年資、載客人數、工作時數、昏倒經驗、本身是否罹患慢性病、學習、運用及學習課程需求情形等其知識、態度、自我效能、行為意圖是否有所不同。

一、研究對象之社會人口學與心肺復甦術知識的關係分析

研究對象之社會人口學與心肺復甦術知識的關係情形分析結果如表4-2-1a及表4-2-1b所示，詳述如下：

分析知識與人口學資料是否有所不同資料中，其中性別、工作年資、載客人數、工作時數、本身是否罹患慢性病及運用(送)經驗等部份呈現無顯著差異。另於獨立樣本t檢定分析中有顯著性差異項目分別為：昏倒經驗方面經Levene的變異數同質檢定並有顯著($\text{Levene}=9.751, p<0.05$)表示樣本變異數為不同質，檢測分析結果有顯著性差異($t(39)=2.88, p<0.05$)表示昏倒經驗與知識有顯著性差異。學過心肺復甦術方面經Levene的變異數同質檢定並有顯著($\text{Levene}=8.921, p<0.05$)表示樣本變異數為不同質，檢測分析結果有顯著性差異($t(129)=-4.71, p<0.05$)表示學過心肺復甦

術經驗與知識有顯著性差異。學過自動體外心臟電擊去顫器方面經Levene的變異數同質檢定並無顯著($\text{Levene}=1.351, p>0.05$)表示樣本變異數為同質，檢測分析結果有顯著性差異($t(226)=-6.73, p<0.05$)表示學過自動體外心臟電擊去顫器經驗與知識有顯著性差異。

單因子變異數分析中有顯著性差異項目分別為：教育程度方面經Levene的變異數同質檢定並無顯著($\text{Levene}=1.252, p>0.05$)表示樣本變異數為同質，檢測分析結果有顯著性差異($F(4,223)=3.55, p<0.05$)，經事後比較scheffe's檢驗發現有顯著性差異為大學優於國(初)中，其統計檢定解釋力達0.864。

Pearson's積差相關分析中有顯著性差異項目分別為：知識與年齡呈現負相關，表示年齡越低其知識越佳，而於學習課程需求部份呈現正相關，表示學習需求越高其知識越佳。

二、社會人口學與心肺復甦術態度的關係分析

研究對象之社會人口學與心肺復甦術的態度關係情形分析結果如表4-2-2 a及表4-2-2b所示，詳述如下：

分析態度與人口學資料是否有所不同資料中，其中性別、教育程度、工作年資、載客人數、工作時數、本身是否罹患慢性病及運用自動體外心臟電擊去顫器、心肺復甦術經驗等部份呈現無顯著差異。

獨立樣本t檢定分析中有顯著性差異項目分別為：昏倒經驗方面經Levene的變異數同質檢定並無顯著($\text{Levene}=1.847, p>0.05$)表示樣本變異數為同質，檢測分析結果有顯著性差異($t(226)=3.42, p<0.05$)表示昏倒經驗與態度有顯著性差異。學過心肺復甦術方面經Levene的變異數同質檢定並無顯著($\text{Levene}=11.871, p<0.05$)表示樣本變異數為不同質，檢測分析結果有顯著性差異($t(130)=-2.22, p<0.05$)表示學過心肺復甦術經驗與態度有顯著性差異。學過自動體外心臟電擊去顫器方面經Levene的變異數同質檢定並無顯著($\text{Levene}=.958, p>0.05$)表示樣本變異數為同質，檢測分析結果有顯著性差異($t(226)=-2.67, p<0.05$)表示學過自動體外心臟電擊去顫器經驗與態度有顯著性差異。在運送傷患經驗部份經Levene的變異數同質檢定並無顯著($\text{Levene}=0.714, p>0.05$)表示樣本變異數為同質，檢測分析結果有顯著性差異($t(226)=2.72, p<0.05$)表示運送傷患經驗與態度有顯著性差異。

Pearson's積差相關分析中有顯著性差異項目分別為：態度與年齡呈現負相關，表示年齡越低其態度越佳。而於學習課程需求部份呈現正相關，表示學習需求越高其態度越佳。

三、社會人口學與心肺復甦術自我效能的關係分析

研究對象之社會人口學與心肺復甦術的自我效能關係情形分析結果如表4-2-3 a及表4-2-3b所示，詳述如下：

分析自我效能與人口學資料是否有所不同資料中，其中性別、年齡、教育程度、工作年資、載客人數、本身是否罹患慢性病、昏倒經驗、學習及運用自動體外心臟電擊去顫器、心肺復甦術學習等經驗部份呈現無顯著差異。

獨立樣本t檢定分析中有顯著性差異項目為運送傷患經驗部份經Levene的變異數同質檢定並有顯著($\text{Levene}=17.36, p<0.05$)表示樣本變異數為不同質，檢測分析結果有顯著性差異($t(97)=2.96, p<0.05$)表示運送傷患經驗與自我效能有顯著性差異。

Pearson's積差相關分析中有顯著性差異項目分別為：自我效能與工作時數呈現正相關，表示工作時數越多其自我效能越佳。而於學習課程需求部份呈現正相關，表示學習需求越高其自我效能越佳。

四、社會人口學與心肺復甦術行為意圖的關係分析

研究對象之社會人口學與心肺復甦術的行為意圖關係情形分析結果如表4-2-4a及表4-2-4b所示，詳述如下：

分析心肺復甦術的行為意圖與人口學資料是否有所不同資料中，其中性別、年齡、教育程度、工作時數、本身是否罹患慢性病、學習及運用自動體外心臟電擊去顫器、心肺復甦術等經驗部份呈現無顯著差異。

獨立樣本t檢定分析中有顯著性差異項目分別為：昏倒經驗方面經Levene的變異數同質檢定並無顯著($\text{Levene}=1.064, p>0.05$)表示樣本變異

數為同質，檢測分析結果有顯著性差異($t(226)=2.28$ ， $p<0.05$)表示昏倒經驗與心肺復甦術的行為意圖有顯著性差異。運送傷患經驗部份經Levene的變異數同質檢定並有顯著($Levene=4.97$ ， $p<0.05$)表示樣本變異數為不同質，檢測分析結果有顯著性差異($t(226)=4.19$ ， $p<0.05$)表示運送傷患經驗與心肺復甦術的行為意圖有顯著性差異。

單因子變異數分析中有顯著性差異項目：工作年資呈現有顯著性差異($F(4,223)=5.32$ ， $p<0.05$)，經事後比較scheffe's檢驗平均數發現11-15年優於5年以下優於5-10年，其統計檢定解釋力達0.97。

Pearson's 積差相關分析中有顯著性差異項目分別為：心肺復甦術行為意圖與載客人數及學習課程需求等部份呈現正相關，表示載客人數越多及學習課程需求度高的人，其心肺復甦術行為意圖越佳。

五、社會人口學與自動體外心臟電擊去顫器行為意圖的關係分析

研究對象之社會人口學與的行為意圖關係情形分析結果如表4-2-5a及表4-2-5b所示，詳述如下：

分析自動體外心臟電擊去顫器的行為意圖與人口學資料是否有所不同資料中，其中性別、年齡、工作年資、昏倒經驗、本身是否罹患慢性病、運用心肺復甦術及運送傷患等經驗部份呈現無顯著差異。學過心肺復甦術方面經Levene的變異數同質檢定並有顯著($Levene=13.281$ ， $p<0.05$)表示樣本變異數為不同質，檢測分析結果有顯著性差異($t(130)=-3.43$ ，

$p < 0.05$)表示學過心肺復甦術經驗與自動體外心臟電擊去顫器行為意圖有顯著性差異。學過自動體外心臟電擊去顫器方面經Levene的變異數同質檢定並無顯著($\text{Levene}=1.940$ ， $p > 0.05$)表示樣本變異數為同質，檢測分析結果有顯著性差異($t(226)=-4.07$ ， $p < 0.05$)表示學過自動體外心臟電擊去顫器經驗與自動體外心臟電擊去顫器行為意圖有顯著性差異。

單因子變異數分析中有顯著性差異項目分別為：教育程度方面經Levene的變異數同質檢定並無顯著($\text{Levene}=3.826$ ， $p=0.05$)表示樣本變異數為同質，檢測分析結果有顯著性差異($F(4,223)=4.73$ ， $p < 0.05$)，經事後比較scheffe's檢驗發現於專科優於高中職優於國(初)中，其統計檢定解釋力達0.95。

Pearson's 積差相關分析中有顯著性差異項目分別為：自動體外心臟電擊去顫器行為意圖與載客人數、工作時數及學習課程需求等部份呈現正相關，表示載客人數越多、工作時數越多及學習課程需求度高的人，其心肺復甦術行為意圖越佳。

歸納上述資料發現人口學變項與知識、態度、自我效能及行為意圖彼此之間的相互關係分別描述如下：

知識、態度間有顯著性差異項目分別為：昏倒、學過心肺復甦術及自動體外心臟電擊去顫器、運送過傷患、產婦或心臟病發作的民眾等經驗呈現有顯著性差異。教育程度方面經事後檢定，知識與教育程度發現

大學優於國(初)中；知識、態度與年齡呈現負相關，表示年齡越低其知識、態度越佳，而於學習課程需求部份呈現正相關，表示學習需求越高其知識、態度越佳。

而於自我效能部分有顯著性差異項目分別為：運送過傷患、產婦或心臟病發作的民眾經驗方面呈現有顯著性差異，另工作時數與學習課程需求部份呈現正相關，表示工作時數、學習需求度越高其自我效能越佳。

行為意圖部分有顯著性差異項目分別為：昏倒經驗、學過心肺復甦術及自動體外心臟電擊去顫器、運送過傷患、產婦或心臟病發作的民眾等經驗方面呈現有顯著性差異，另CPR行為意圖與工作年資經事後檢定發現11-15年優於5年以下優於5-10年；AED行為意圖與教育程度經事後檢定發現專科優於高職優於國(初)中；載客人數、工作時數越多及學習課程需求度高的人，其行為意圖越佳。

其研究結果與陳燕嘉等(2004)學者探討，小於40歲的民眾在心肺復甦術知識成績高於超過40歲之民眾結果相同，而也顯示經驗與知識、態度、行為意圖於不同人口學而均有不同方面之顯著性相關。

表 4-2-1a 研究對象的社會人口學與心肺復甦術知識的相關性分析(n=228)

變項	組別	人數	平均數	標準差	F/t 值	p 值	scheffe's
性別	男	217	4.95	2.66	0.59	0.44	N.S.
	女	11	5.73	2.45			
教育程度	小學	19	4.79	2.25	3.55**	0.01	大學>國(初)中
	國(初)中	38	4.08	2.64			
	高中(職)	111	4.93	2.55			
	專科	47	5.36	2.84			
	大學	13	7.08	2.33			
工作年資	5 年以下	38	5.37	2.66	1.98	0.10	N.S.
	5-10 年	67	5.42	2.99			
	11-15 年	42	4.19	2.25			
	16-20 年	41	5.20	2.33			
	21 年以上	40	4.53	2.63			
本身是否罹患慢性病	是	46	5.15	2.47	1.12	0.29	N.S.
	否	182	4.95	2.70			
昏倒經驗	是	34	6.44	3.30	2.88***	0.00	
	否	194	4.73	2.45			
學過 CPR	沒學過	149	4.37	2.28	-4.71***	0.00	
	學過	79	6.15	2.92			
運用 CPR 救過民眾經驗	是	5	5.00	1.22	0.23	0.98	N.S.
	否	223	4.99	2.68			
學過 AED	沒學過	209	4.66	2.45	-6.73***	0.00	
	學過	19	8.57	2.09			
運送過傷患民眾經驗	是	70	4.96	2.37	-0.11	0.91	N.S.
	否	158	5.00	2.78			

註:*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001 N.S.=No Significant

表 4-2-1b 研究對象的社會人口學與心肺復甦術知識的相關性分析(n=228)

變項	Pearson's	p 值
年齡	-0.17**	0.01
載客人數	-0.12	0.06 N.S.
工作時數	-0.05	0.37 N.S.
課程需求	0.20**	0.00

註:*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001 N.S.=No Significant

表 4-2-2a 研究對象的社會人口學與心肺復甦術態度的相關性分析(n=228)

變項	組別	人數	平均數	標準差	F/t 值	p 值	scheffe's
性別	男	217	30.58	4.22	0.79	0.38	N.S.
	女	11	33.00	4.40			
教育程度	小學	19	4.79	2.25	2.59	0.37	N.S.
	國(初)中	38	4.08	2.64			
	高中(職)	111	4.93	2.55			
	專科	47	5.36	2.84			
	大學	13	7.08	2.33			
工作年資	5 年以下	38	30.84	3.87	1.32	0.26	N.S.
	5-10 年	67	31.09	4.53			
	11-15 年	42	29.55	4.39			
	16-20 年	41	30.34	4.55			
	21 年以上	40	31.45	3.49			
本身是否罹患慢性病	是	46	31.09	4.39	0.70	0.48	N.S.
	否	182	30.59	4.22			
昏倒經驗	是	34	32.94	4.51	3.42***	0.00	
	否	194	30.30	4.09			
學過 CPR	沒學過	149	30.21	3.82	-2.22*	0.02	
	學過	79	31.61	4.84			
運用 CPR 救過民眾經驗	是	5	33.00	6.04	1.23	0.22	N.S.
	否	223	30.64	4.20			
學過 AED	沒學過	209	30.46	4.17	-2.67**	0.00	
	學過	18	33.16	4.38			
運送過傷患民眾經驗	是	70	31.83	4.25	2.72*	0.01	
	否	158	30.19	4.16			

註:*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001 N.S.=No Significant

表 4-2-2b 研究對象的社會人口學與心肺復甦術態度的相關性分析(n=228)

變項	Pearson's	p 值
年齡	-0.13*	0.04
載客人數	0.03	0.62 N.S.
工作時數	0.07	0.25 N.S.
課程需求	0.55**	0.00

註:*p<0.05 **p<0.01 N.S.=No Significant

表 4-2-3a 研究對象的社會人口學與心肺復甦術自我效能的相關性分析(n=228)

變項	組別	人數	平均數	標準差	F/t 值	p 值	scheffe's
性別	男	217	24.73	9.28	0.09	0.92	N.S.
	女	11	24.00	9.07			
教育程度	小學	19	4.79	2.25	0.92	0.45	N.S.
	國(初)中	38	4.08	2.64			
	高中(職)	111	4.93	2.55			
	專科	47	5.36	2.84			
	大學	13	7.08	2.33			
工作年資	5 年以下	38	25.05	9.11	0.69	0.60	N.S.
	5-10 年	67	23.81	9.22			
	11-15 年	42	23.81	9.59			
	16-20 年	41	24.85	10.15			
	21 年以上	40	26.60	8.19			
本身是否罹患慢性病	是	46	24.85	10.96	0.12	0.89	N.S.
	否	182	24.65	8.80			
昏倒經驗	是	34	24.97	9.92	0.18	0.85	N.S.
	否	194	24.64	9.16			
學過 CPR	沒學過	149	24.29	9.55	-0.91	0.36	N.S.
	學過	79	25.45	8.66			
運用 CPR 救過民眾經驗	是	5	30.80	13.20	1.49	0.13	N.S.
	否	223	24.56	9.14			
學過 AED	沒學過	209	24.83	9.39	0.75	0.45	N.S.
	學過	18	23.15	7.56			
運送過傷患民眾經驗	是	70	27.79	11.48	2.96**	0.00	
	否	158	23.32	7.72			

註:*p<0.05 **p<0.01 N.S.=No Significant

表 4-2-3b 研究對象的社會人口學與心肺復甦術自我效能的相關性分析(n=228)

變項	Pearson's	p 值
年齡	0.02	0.81 N.S.
載客人數	0.07	0.27 N.S.
工作時數	0.19**	0.01
課程需求	0.46**	0.00

註:*p<0.05 **p<0.01 N.S.=No Significant

表 4-2-4a 研究對象的社會人口學與心肺復甦術行為意圖的相關性分析(n=228)

變項	組別	人數	平均數	標準差	F/t 值	p 值	scheffe's
性別	男	217	29.29	3.98	1.93	0.17	N.S.
	女	11	28.55	5.59			
教育程度	小學	19	4.79	2.25	2.47	0.45	N.S.
	國(初)中	38	4.08	2.64			
	高中(職)	111	4.93	2.55			
	專科	47	5.36	2.84			
	大學	13	7.08	2.33			
工作年資	5 年以下	38	28.53	3.53	5.32***	0.00	11-15 年
	5-10 年	67	28.91	4.27			>5 年以下
	11-15 年	42	28.02	4.07			>5-10 年
	16-20 年	41	29.37	3.49			
	21 年以上	40	31.68	3.88			
本身是否罹患慢性病	是	46	29.28	3.54	0.61	0.95	N.S.
	否	182	29.24	4.19			
昏倒經驗	是	34	30.71	4.48	2.28*	0.02	
	否	194	28.99	3.94			
學過 CPR	沒學過	149	28.93	3.92	-1.62	0.10	N.S.
	學過	79	29.84	4.27			
運用 CPR 救過民眾經驗	是	5	31.00	5.39	0.97	0.33	N.S.
	否	223	29.21	4.04			
學過 AED	沒學過	209	29.12	4.05	-1.49	0.13	N.S.
	學過	19	30.57	4.01			
運送過傷患民眾經驗	是	70	30.89	4.58	4.19***	0.00	
	否	158	28.53	3.60			

註:*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001 N.S.=No Significant

表 4-2-4b 研究對象的社會人口學與心肺復甦術行為意圖的相關性分析(n=228)

變項	Pearson's	p 值
年齡	0.09	0.18 N.S.
載客人數	0.24**	0.00
工作時數	0.10	0.12 N.S.
課程需求	0.49 **	0.00

註:*p<0.05 **p<0.01 N.S.=No Significant

表 4-2-5a 研究對象的社會人口學與 AED 行為意圖的相關性分析(n=228)

變項	組別	人數	平均數	標準差	F/t 值	p 值	scheffe's
性別	男	217	26.85	4.48	1.49	0.22	N.S.
	女	11	25.55	5.99			
教育程度	小學	19	4.79	2.25	4.73***	0.00	專科>.高職 >國(初)中
	國(初)中	38	4.08	2.64			
	高中(職)	111	4.93	2.55			
	專科	47	5.36	2.84			
	大學	13	7.08	2.33			
	5 年以下	38	26.05	4.13	2.28	0.06	N.S.
工作年資	5-10 年	67	27.25	4.87			
	11-15 年	42	25.57	3.60			
	16-20 年	41	26.54	4.67			
	21 年以上	40	28.25	4.88			
本身是否罹患 慢性病	是	46	26.30	3.97	-.808	0.42	N.S.
	否	182	26.91	4.70			
昏倒經驗	是	34	28.91	5.96	0.34	0.24	N.S.
	否	194	26.42	4.17			
學過 CPR	沒學過	149	26.00	4.03	-3.43**	0.00	
	學過	79	28.27	5.11			
運用 CPR 救過 民眾經驗	是	5	30.80	3.27	2.00	0.46	N.S.
	否	223	26.70	4.55			
學過 AED	沒學過	209	26.43	4.37	-4.07***	0.00	
	學過	19	30.73	4.75			
運送過傷患民 眾經驗	是	70	27.90	4.89	2.47	0.14	N.S.
	否	158	26.30	4.33			

註:*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001 N.S.=No Significant

表 4-2-5b 研究對象的社會人口學與 AED 行為意圖的相關性分析(n=228)

變項	Pearson's	p 值
年齡	-0.03	0.62
載客人數	0.21**	0.00
工作時數	0.15*	0.02
課程需求	0.22**	0.00

註:*p<0.05 **p<0.01 N.S.=No Significant

第三節 研究對象之心肺復甦術知識、態度、自我效能

及行為意圖彼此之間關係

本節將探討研究對象之心肺復甦術知識、態度、自我效能及行為意圖彼此之間相關性分析結果如表4-3-1所示，以皮爾森積差相關(Pearson's product-moment correlation)進行知識、態度、自我效能及行為意圖等連續變項之相關檢定，結果顯示知識、態度、自我效能及行為意圖間均呈現正相關，表示知識越高者、態度越好、自我效能越好及行為意圖越高。此結果與國內許菁芬(2007)學者調查國小高年級學生其知識與教育需求呈正相關，態度、教育需求及行為意圖呈正相關相同。

表 4-3-1. 研究對象的心肺復甦術的知識、態度、自我效能及行為意圖的相關性分析表(n=228)

變項	知識	態度	自我效能	CPR 行為意圖	AED 行為意圖
知識	1.00				
態度	0.39**	1.00			
自我效能	0.15*	0.35**	1.00		
CPR 行為意圖	0.27**	0.44**	0.36**	1.00	
AED 行為意圖	0.30**	0.37**	0.24**	0.66**	1.00

註:*p<0.05 **p<0.01

第四節 研究對象之心肺復甦術知識、態度、自我效能

對採取行為意圖的預測情形。

為瞭解各相關因素對採取心肺復甦術行為意圖之解釋力，本節將探討本研究以複迴歸統計模式加以分析心肺復甦術知識、態度、自我效能對採取行為意圖的預測因素。

進行複迴歸分析前，先檢查變項間是否有多元共線性問題，以減少複迴歸係數上偏差，經檢定後發現知識、態度、自我效能其容忍度(tolerance)介於0.759~0.875間，變異數膨脹係數(variance inflation factor,VIF)介於1.143~1.317之間，並未發現有共線情形（如表4-4-1），因此將各變項進行複迴歸分析其預測力。

表 4-4-1. 研究對象的心肺復甦術的知識、態度、自我效能共線性診斷分析表

變項	Tolerance	VIF
知識	0.847	1.180
態度	0.759	1.317
自我效能	0.875	1.143

註:共線性現象:Tolerance<0.1；VIF>10

一、心肺復甦術之行為意圖分析

為瞭解研究對象的心肺復甦術知識、態度及自我效能對心肺復甦術行為意圖之預測，以複迴歸方式分析；結果顯示（如表4-4-2）其Pearson's相關係數及R值與標準化係數(Beta)之係數檢定值均達顯著水準， R^2 則提供迴歸變異量，顯示以心肺復甦術知識、態度及自我效能對心肺復甦術行為意圖之預測解釋力為23.7%，顯示該解釋力具有統計意義 $F(3,224)=24.510, p=0.000$ ，標準化係數(Beta)估計結果指出，心肺復甦術態度及自我效能，能有效預測心肺復甦術行為意圖，且其中預測排序為心肺復甦術態度(0.35)>自我效能(0.23)。

表 4-4-2. 知識、態度、自我效能對心肺復甦術行為意圖之預測分析表

變項	未標準化係數	標準化係數	t	R^2	F
態度	0.30	0.35	4.65***	0.237	24.510***
自我效能	0.10	0.23	3.72***		

註:* $p<0.05$ ** $p<0.01$ *** $p<0.001$

二、執行自動體外心臟電擊去顫器之行為意圖分析

為瞭解研究對象的心肺復甦術知識、態度及自我效能對執行自動體外心臟電擊去顫器行為意圖之預測，以複迴歸方式分析；結果顯示（如表 4-4-3）其Pearson相關係數及R值與標準化係數(Beta)之係數檢定值均達顯著水準， R^2 則提供迴歸變異量，顯示以心肺復甦術知識、態度及自我效能對執行自動體外心臟電擊去顫器行為意圖之預測解釋力為16.6%，顯示該解釋力具有統計意義 $F(3,224)=16.044, p=0.000$ ，標準化係數(Beta)估計結果指出，心肺復甦術知識及態度能有效預測執行自動體外心臟電擊去顫器行為意圖，且其中預測排序為心肺復甦術態度(0.30)>知識(0.18)。

表 4-4-3 知識、態度、自我效能對執行自動體外心臟電擊去顫器行為意圖之預測分析表

變項	未標準化係數	標準化係數	t	R^2	F
知識	0.30	0.18	2.663***	0.166	16.044***
態度	0.28	0.30	3.721***		

註:* $p<0.05$ ** $p<0.01$ *** $p<0.001$

綜合以上結果顯示研究對象的心肺復甦術知識、態度及自我效能之變項中，態度及自我效能有效預測心肺復甦術行為意圖，而知識、態度能有效預測執行自動體外心臟電擊去顫器行為意圖，其結果與與國內許菁芬(2007)學者調查國小高年級學生其態度為行為意圖重要預測變項略同，由此可知提升態度及自我效能可有效提升心肺復甦術行為意圖，而加強之知識及態度是提升執行自動體外心臟電擊去顫器行為意圖，因此在未來推廣之實務經驗上，除了加強知識及態度之充能外，也希望未來可將自我效能技巧融入，以提升訓練效果並提高民眾主動參與學習之意願。

第五章 結論與建議

本章依研究架構、目的及問卷分析結果，歸納為結論及建議兩節，論述如以下：

第一節 結論

根據問卷資料分析與研究結果，歸納如下結論：

- 一、 在社會人口學資料可見，計程車司機從業人員大部分為男性，工作年資約5-10年，且工作時間很長，也顯示目前臺灣計程車司機於職場中工作時數是冗長，但由於運送傷患經驗佔三成，有昏倒經驗佔近二成，而在昏倒後，仍有少數須旁人協助下及須協助送醫後才能醒來，由此可知計程車目前仍有三成多是擔任運送傷患重要角色，另顯示出民眾需要接受急救訓練之重要性。
- 二、 在學習CPR方面以沒學過佔六成五最高，另學過且很熟練僅佔少數，其中有運用CPR救過民眾經驗佔更少。另學習AED方面以沒學過九成一佔最高，另學過且很熟練僅佔少數，而沒有人有運用AED救過民眾經驗。另在態度部分對於訓練是否可以提高信心處理未來可能遇到事故傷害議題同意者佔近八成；覺得每年應該接受訓練議題同意者佔七成；若有參加訓練經驗後，有四至五成車行職場員工，有五成以上把握程度能夠去執行CPR或AED，由分析資料可知心肺復甦術救護知識、態度及相關技能仍須加強推廣。

- 三、 在心肺復甦術知識、態度、自我效能及行為意圖之間分析顯示，其知識部分屬於中下程度，態度部分屬於中上程度、自我效能部分屬於中等程度、CPR及AED的行為意圖部分屬於中上等程度，由此可知除了認知度偏低外，其於態度、自我效能及行為意圖變項皆於中等至中上等程度。
- 四、 知識與態度方面有顯著性差異項目分別為：昏倒經驗方面、運送過傷患、產婦或心臟病發作的民眾經驗、學過心肺復甦術及自動體外心臟電擊去顫器經驗等呈現有顯著性差異；而知識在教育程度方面呈現大學優於國(初)中。知識及態度與年齡呈現負相關，表示年齡越低其知識、態度越佳。而於學習課程需求部份呈現正相關，表示學習需求越高其知識、態度越佳(如表5-1-1)。
- 五、 自我效能部分有顯著性差異項目分別為：運送過傷患、產婦或心臟病發作的民眾經驗呈現有顯著性差異；與工作時數及學習課程需求呈現正相關，表示工作時數及學習課程需求越高的人其自我效能越佳。
- 六、 CPR行為意圖部分有顯著性差異項目分別為：昏倒經驗方面、運送過傷患、產婦或心臟病發作的民眾經驗等呈現有顯著性差異；而於工作年資方面呈現11-15年優於5年以下優於5-10年；載客人數及學習課程需求呈現正相關，表示載客人數越多及學習課程需求度高的

人，其CPR行為意圖越佳。

七、 AED行為意圖部分有顯著性差異項目分別為：學過心肺復甦術及自動體外心臟電擊去顫器等呈現有顯著性差異；而於教育程度方面呈現專科優於高職優於國(初)中；載客人數、工作時數及學習課程需求呈現正相關，表示載客人數越多、工作時數越高及學習課程需求度越高的人，其AED行為意圖越佳。

八、 心肺復甦術知識、態度、自我效能及行為意圖彼此之間相關性分析，結果顯示知識、態度、自我效能及行為意圖間均呈現正相關，表示知識越高者、態度越好、自我效能越好及行為意圖越高。

九、 心肺復甦術知識、態度及自我效能對CPR行為意圖之預測，結果顯示心肺復甦術之態度及自我效能，能有效預測CPR行為意圖，且其中預測力以心肺復甦術態度優於自我效能，其解釋力為23.7%。

十、 心肺復甦術知識、態度及自我效能對AED行為意圖之預測，結果顯示心肺復甦術之知識及態度，能有效預測CPR行為意圖，且其中預測力以心肺復甦術態度優於知識，其解釋力為16.6%。

表5-1-1.研究對象各變項間研究分析顯著性結果分布情形 (n=228)

研究變項	推論性統計分析結果 獨立樣本t檢定 (Independent sample T test)	單因子變異數分析 (One-way ANOVA)	皮爾森積差 (Pearson's product-moment correlation)	複迴歸 (Multiple Regression)
知識變項	1.昏倒經驗*** 2.學過CPR經驗*** 3.學過AED經驗***	教育程度**：大學 優於國(初中)	1.年齡**(負相關) 2.課程需求**(正相關)	
態度變項	1.昏倒經驗*** 2.學過CPR經驗* 3.學過AED經驗** 4.運送過傷患、產婦或心臟病發作的民眾經驗*	N.S.	1.年齡*(負相關) 2.課程需求**(正相關)	
自我效能行為變項	運送過傷患、產婦或心臟病發作的民眾經驗**	N.S.	1.工作時數**(正相關) 2.課程需求**(正相關)	1.CPR行為意圖： 態度(0.35)>自我效能(0.23) 2.AED行為意圖： 態度(0.30)>知識(0.18)
CPR行為意圖變項	1.昏倒經驗* 2.運送過傷患、產婦或心臟病發作的民眾經驗***	工作年資***：11-15年 優於5年以下 優於5-10年	1.載客人數**(正相關) 2.課程需求**(正相關)	
AED行為意圖變項	1.學過CPR經驗** 2.學過AED經驗***	教育程度***：專科優於 高職優於 國(初中)	1.載客人數**(正相關) 2.工作時數*(正相關) 3.課程需求**(正相關)	

註：*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001 N.S.=No Significant

第二節 建議

根據研究結果，建議於教育及研究層面歸納如下：

一、教育上建議

(一)加強職場救護訓練課程或訂定車行必須教育訓練課程考核項

目：本研究結果職場心肺復甦術知識偏低，但態度、自我效能及行為意圖仍呈現中等程度。但若有參加訓練經驗後，有四至五成車行職場員工，有五成以上把握程度能夠去執行CPR 或 AED。另有五至六成車行職場員工會因為害怕執行口

對口人工呼吸、胸外按壓壓錯位子、法律問題及得傳染病等因素，只有二成以下的把握程度能夠去執行 CPR 或 AED，由此可知加強訓練提升認知及去除恐懼可提高執行救護行為把握度。雖沒學過 CPR、AED(六成、九成)占最高，運用經驗低，但課程需求度偏高，另其運送民眾就醫經驗也占三成之多。由結果顯示車行職場員工目前之現況工作時間長、救護經驗低、民眾需求度高外，於運送民眾就醫角色雖不能取代救護車之地位，但也處於民眾生活中不可缺少工具，因此積極培訓救護知識、態度及相關技能，以利於事故現場協助救護是有需要性的。

(二)研發多元化訓練學習方式：本研究於調查有助於學習心肺復甦術及自動體外心臟電擊去顫器之方法中最佳方式為：模型的操作佔七成八，其次播放錄影帶佔七成六；提高方便學習方式為：播放錄影帶佔四成六，其次教師示範佔二成四；而提高主動學習方式為：教師示範佔三成四，其次模型的操作佔二成八等，因鑑於教育介入之有效性，來自民眾自動願意學習度，因此建議研發規劃多元訓練學習方式取代傳統教學方式，以提供民眾所需學習方式以達強化效果，提高民眾學習動機、興趣及參與度。

(三)培訓職場教學種子人員：由於本研究調查發現員工學習心肺復甦術及自動體外心臟電擊去顫器之方法多元化，且能參與學習時間受限，因此建議可以運用培訓種子方式分批受訓，而完成培訓之職場種子人員可不受時間限制並依多元化方式隨時教導、傳授訓練，以減少員工因時間限制而無法參與學習。

(四)研發設置 AED 處提供短片教學：有鑑於臺灣目前已開始於民眾出入最多公共場所地點設置 AED，另本研究於調查中「播放錄影帶」之學習方式，是有助於學習心肺復甦術及自動體外心臟電擊去顫器之方法中的最佳方式及提高方便學習方式之一，因此在目前民眾對於 AED 尚不清楚之情形下，若能於設置 AED 處也同時設置自動重複播放短片教學或操作使用步驟衛教說明卡，將有助於提升民眾認知度及培養積極正向態度，以減少對救護知識不足而感到恐懼進而影響執行之意圖。

(五)研發自我效能技巧課程融入：在心肺復甦術知識、態度及自我效能之變項中，態度及自我效能為重要有效預測心肺復甦術行為意圖，而知識、態度能有效預測執行自動體外心臟電擊去顫器行為意圖，由此可知提升態度及自我效能可有效提升心肺復甦術行為意圖，而加強之知識及態度是提升執行自

動體外心臟電擊去顫器行為意圖，因此在未來推廣之實務經驗上，除了加強知識及態度之充能外，也希望未來可將自我效能技巧融入，以提升訓練效果並提高民眾主動參與學習之意願。

二、研究上建議

(一)本研究只限於初步調查了解現況，建議日後研究能以介入性研究方式或擴大調查範圍，已達更符合實情及需求。

(二)由於目前尚未有救護相關之自我效能研究，經本研究結果顯示自我效能是行為意圖之重要預測變項，因此，建議未來能加強自我效能研究，以提供實務上更具代表性之建議。

參考文獻

一、中文部分

- 行政院衛生署（2012）。焦點新聞。100年國人主要死因統計(以ICD-10編碼)。101年05月25日，取自：http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_p01.aspx?class_no=25&now_fod_list_no=12267&level_no=2&doc_no=84788
- 朱文正(2002)。學校教官對急救訓練課程之知識、態度與課程需求之研究。*精鍾學報*，5，225-264。
- 李怡青(2005)。不同心肺復甦術介入方案對大學生心肺復甦術知識與態度影響之成效——以南部某大學為例。高雄醫學大學健康科學院公共衛生學研究所碩士論文，未出版，高雄市。
- 李坤霖(2004)。臺中市國小高年級學童的含糖飲料飲用及其影響因素之研究。國立臺中師範學院環境教育研究所碩士論文，未出版，臺中市。
- 吳子聰(2001)。台灣地區學生猝死率調查。*中華民國兒童保健雜誌*，26(7)，68-69。
- 周守民(1993)。急救新知。*護理雜誌*，40(4)，73-76。
- 周承瑤（1988）。金門地區高中職二年級學生對急救知識、態度和需要調查研究。*國防醫學*，7(1)，75-83。
- 林頂（1985）。台北縣衛生所護理助產人員急救知識態度暨需要調查研究。國立台灣師範大學衛生教育研究所碩士論文，未出版，台北市。
- 林宜蓁（2005）。教保人員對處理幼兒疾病與事故傷害之專業知能調查研究。國立嘉義大學幼兒教育學系研究所碩士論文，未出版，嘉義市。
- 林秀碧、賴怜蜜、林佳蓉、高慧娟（2000）。台灣南部地區托兒中心教保人員對學齡前兒童事故傷害之急救知識、態度與課程需求分析研究。*學校衛生*，36，1-23。
- 林貴滿、廖芬玲、李佳玲、張彩秀(2005)。心肺復甦術教育課程介入後對學生之急救知識、態度及技能之影響。*弘光學報*，47，13-24。

- 黃松元、劉淑媛、賴香如、劉貴雲(1998)。安全與急救。台北：國立空中大學。
- 黃秀媚(2004)。心肺復甦術教育對國中生相關急救行為意圖之影響—以北縣某國中為例。學校衛生護理，15，18-53。
- 胡小萍(2006)。國小學童「自我導向學習急救教育策略」效果之實研究。國立台灣師範大學衛生教育研究所碩士論文，未出版，台北市。
- 胡勝川(1999)。急救訓練課程之我見。台灣醫界，42(6)，47-50。
- 馬玲玲、曾月霞(2003)。高中職學生接受心肺復甦術課程之學習成效。學校衛生，43，42-55。
- 郭雪玉(2006)。國立彰化師範大學新生對事故傷害處理能力與急救知識需求調查研究。學校衛生，49，1-11。
- 張進富、蔡天賜、阮祺文、周志中(2001)。2000國際ECC & 心肺復甦術急救準則重大改變。台灣醫界，44(6)，31-32。
- 張國頌、周志中(1997)。國內急救教材之比較與檢討。中華民國急救加護醫學會雜誌，8(2)，41-62。
- 楊銘欽、范靜媛、黃久美(1998)。台北市衛生局急救與心肺復甦術訓練班學員成果評估。中華衛誌，17(1)，59-69。
- 鄭惠美(1999)。台灣地區學生母親急救知能學習行為研究。衛生教育學報，12，75-94。
- 鄭珠里(1997)。家扶中心受訓保姆對嬰幼兒急救之知識、態度與課程需求研究。國立台灣師範大學衛生教育學系碩士論文，未出版，台北市。
- 賴怜蜜、林秀碧、林佳蓉、高慧娟(2001)。教保人員對幼兒創傷出血的急救知識、態度與施救行為研究。衛生教育學報，15，133-153。
- 蔡佩芬(2004)。全民心肺復甦術學習成效及相關因素。中國醫藥大學護理研究所碩士論文，未出版，台中市。
- 孫嘉玲、洪麗嬌、陳瑜君、方玫灝、蘇映雅、陳麗惠、范美娟、蔡幗英(2004)。

心肺復甦術對中學學生之成效評價。《健康管理學刊》，2(2)，217-228。

陳學凌(2003)。心肺復甦術教學及複習課程對高中生知識、技術及行為意向的影響。

《健康促進暨衛生教育雜誌》，23，115-128。

陳文鐘(2000)。心肺復甦術。《台灣醫學》，4(2)，138-142。

陳淑齡(1992)。中部醫專學生對意外事件急救認知之研究。《弘光醫專學報》，20，72-96。

陳燕嘉、陳民輝、范渚鑫、董恕平、楊忠謀、蕭志界、王立敏(2004)。評估民眾對心肺復甦術教學之成效。《台灣急診醫學會醫誌》，6(2)，332-330。

許菁芬(2007)。台北市國小高年級學生心肺復甦術知識、態度、行為意圖與教育需求研究。國立台灣師範大學衛生教育研究所碩士論文，未出版，台北市。

蘭寶珍、王瑞霞、許貂琳(2002)。某醫專學生對事故傷害急救的知識與態度及其相關因素。《醫護科技學刊》，4(2)，146-159。

羅元宏、廖運正、林玉華(2000)。新竹縣推展國中小教師心肺復甦術教學成效報告。《學校衛生》，36，85-96。

饒瑞玉、袁素娟、葉必明、陳永福(2004)。民眾接受心肺復甦術訓練前後知識、態度及其相關因素之探討。《中山醫學雜誌》，15(2)，165-179。

臺灣 AED World(2011)。日本消防廳公佈 AED 使用研究報告。民國 100 年 7 月 5 日，取自 <http://www.aedworld.com.tw/article.aspx?sn=157&type=4>。

臺北市政府主計處(2011)。統計專題分析報告。臺北市計程車營運概況。101 年 05 月 28 日，取自：<http://www.dbas.taipei.gov.tw/np.asp?ctNode=6151&mp=>

120001

二、外文文獻

- Axellson, A., Thoren, A., Holmberg, S., & Herlitz, J.(2000). Attitude of trained Swedish lay rescuers toward CPR performance in an emergency. *Resuscitation*, 44, 27-36.
- Albert Bandura.(1993) Perceived Self-Efficacy in Cognitive Development and Functioning. *Educational Psychologist*,28(2),117-148.
- Brown, K., & Lightfoot, C. (2006). The 2005 Guidelines for CPR and ECC: Implication for Emergency Medical Service for Children. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*, 7, 105-113.
- Brennan, R. T. (1991). Student instructor and course factors predicting achievement in CPR training classes.*The American Journal of Emergency Medicine*, 9(3), 220-224.
- Connolly, M., Toner, P., Connolly, D., & McCluskey, D.R.(2007). The ABC for life programme-Teaching basic life support in school.*Resuscitation*, 72, 270-279.
- Celenza, T., Genlat, H.C., Brien, D., Jacobs, I.J., Lynch, D.M., & Jelinek, G. A. (2002). Community competence in cardiopulmonary resuscitation. *Resuscitation*, 55, 157-165.
- Clark, J. (1986). Community education and the concept of need. *International Journal of lifelong Education*, 5 (3), 187-205.
- Compton, S., Swor, R. A., Dunne, R., Welch, R. D., & Zalenski, R. J. (2003). Urban public school teachers attitudes and perceptions of effectiveness of cardiopulmonary resuscitation and automated external defibrillators. *American Journal of Health Education*, 34(4), 186-192.
- Conard, R. P., & Beattie, T. F. (1996). Knowledge of pediatric first aid in the general population. *Accident and Emergency Nursing*, 4, 68-72.
- Donohoe, R. T., Haefeli, K., & Moore, F. (2006). Public perceptions and experiences of myocardial infarction cardiac arrest and CPR in London. *Resuscitation*, 71, 70-79.
- Donnelly, P., Lester, C., & Weston, C. (1996). Life support training in the first year of

- secondary school. *Resuscitation*, 31(3), 22-24.
- Dijkstra, M., Kuhlman, P., & Vries, H. D., (1988) Self-efficacy: the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. *Health Education Research*, 3(3), 273-282.
- Herlitz, J., Svensson, L., Holmberg, S., Angquist, K. A., & Young, M. (2005). Efficacy of bystander CPR: Intervention by lay people and by health care professionals. *Resuscitation*, 66, 291-295.
- Hallstrom, A., Cobb, L., Johson, E., & Copass, M. (2000). Cardiopulmonary resuscitation by chest compression alone or with mouth-to-mouth ventilation. *The New England Journal of Medicine*, 342, 1546-1553.
- Hazinski, M. F., Nadkarni, V. M., Hickey, R. W., Connor R., Becker, L. B., & Zaritsky, A. (2006). Major Changes in the 2005 AHA Guidelines for CPR and ECC: Reaching the Tipping Point for Change. *Circulation*, 112, 206-211.
- Wakui, S., Shimomitsu, T., Odagiri, Y., Inoue, S., Takamiya, T., & Ohya, Y. (2002) . Relation of the stages of change for exercise behaviors, self-efficacy, decisional-balance, and diet-related psycho-behavioral factors in young Japanese women. *The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 42 (2) , 224-232.
- Johnston, T. C., Clark, M. J., Dingle, G. A., & Fitzgerald, G. (2003). Factors influencing Queenslanders' willingness to perform bystander cardiopulmonary resuscitation. *Resuscitation*, 56, 67-75.
- Lester, C., Donnelly, P., Weston, C., & Morgan, M. (1996). Teaching school children cardiopulmonary resuscitation. *Resuscitation*, 31, 33-38.
- Locke, C.J., Berg, R. A., Sanders, A. B., Davis, M. F., Milander, M. M., Kern, K. B., & Ewy, G. A. (1995). Bystander cardiopulmonary resuscitation: Concerns about mouth-to-mouth contact. *Arch Intern Med*, 155(9), 938-943.

- Madden, C. (2006). Undergraduate nursing students acquisition and retention of CPR knowledge and skills. *Nurse Education Today*, 26(3), 218-221.
- Miro, O., Fabrega, X. J. Espigol, G., Cu11a, A., Ro1g, X. E., Diaz, N., Salvador, J., Abad, J., & Sanchez, M. (2006). Teaching basic life support to 12-16 year olds in Barcelona schools: Views of head teachers. *Resuscitation*, 70, 107-116.
- Mancini, M.E., Cazzell, M., Kardong-Edgren, S., & Cason, C.L. (2009) . Improving workplace safety training using a self-directed CPR-AED learning program. *Association of Occupational Health Nurses Journal*, 57(4), 159-167.
- Stephanine, Ounpuu., Donna, M. W., & Susan, R. R. (2003). Self-efficacy as an intermediate outcome variable in the transtheoretical model : Validation of a measurement model for application to dietary fat reduction. *Journal of Nutrition education*, 31 (1) , 16-22.
- Sim, M. S., Jo, I. J., & Song, H. G. (2009). Basic cardiac life support education for non-medical hospital employees .*Emergency Medicine Journal*, 26(5), 327-330.
- Shibata, K., Tanigiguchi, T., Yoshiad, M., & Yamamoto, K. (2000). Obstacles to by stander cardiopulmonary resuscitation in Japan. *Resuscitation*, 44, 187-193.
- Science heroes .com.(2012). Utility Linemen Electrocution Study Led to CPR! 101年05月25日 , 取自 : http://scienceheroes.com/index.php?option=com_content&view=article&id=339&Itemid=283



國立臺灣師範大學

National Taiwan Normal University

106 台北市大安區和平東路一段 162 號

No.162, Sec. 1, Heping E. Rd., Daan

Dist., Taipei City 106, Taiwan (R.O.C.)

Tel : 02-7734-1324

國立臺灣師範大學人體試驗暨研究倫理同意證明書

案 號：101015

計畫名稱：臺北市某車行員工心肺復甦術行為意圖及其相關因素探討

主 持 人：國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系曾治乾助理教授

核定期限：2012.3-2013.2

本計畫經人體試驗暨倫理委員會審核通過，特此證明。

人體試驗暨倫理委員會主任委員

蔡虔祿主任委員

中華民國一〇一年三月十九日

Certificate of IRB Approval, National Taiwan Normal University

Approval number: 101015

Title of project: A Study of Behavioral Intention of CPR-AED Learning Program
and Its Influential Factors for a Car Dealership in Taipei

Investigator: Assistant Professor Tseng, Chie-Chien, Department of Health
Promotion and Health Education, National Taiwan Normal University

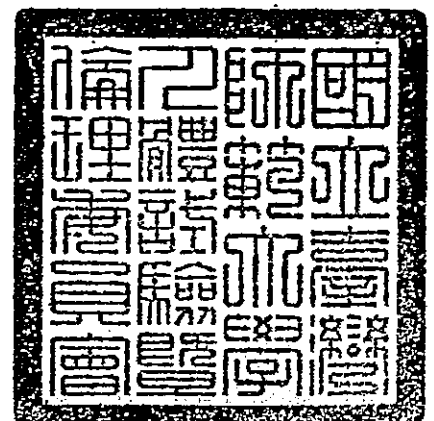
Approval period: 2012.3-2013.2

This project has been approved by the Institutional Review Board of National Taiwan Normal University

Chien-Lu Tsai, PhD

Chairman of IRB, NTNU

March 19, 2012



【附錄二】

專家效度名單

問卷內容效度檢定採用專家效度檢定法(content validity index, CVI)，邀請國內衛生教育及健康促進專家、實務教導急救教育訓練教練及相關領域學者等共 6 人(依姓名筆劃順序)

專家姓名	所屬單位名稱
王國川	國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系教授
胡益進	國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系教授
黃禎貞	吳鳳科技大學助理教授
陳明耀	臺北市紅十字會急救教練團團長及講師
曾治乾	國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系教授
葉國樑	國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系教授

臺北市某車行員工心肺復甦術行為意圖及其相關因素探討研究問卷(預試)

親愛的女士、先生您好！

這是一份有關車行員工心肺復甦術行為及相關因素探討的研究問卷，請您撥空填寫這份問卷。問卷上不需填寫您的姓名，您的回答並不會對您個人或別人有任何影響，且您所填的資料僅做學術分析之用也絕對會保密，請依自己實際的感受和想法作答，這份問卷共有七部分，每一部分都有填答說明，請先看清楚填答說明再填答，並確認每一題都有確實作答。由衷謝謝您的協助，祝您有愉快的一天！

國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系

教授 葉國樑、曾治乾

研究生 龔美文

中華民國 100 年 12 月

【第一部份】

※說明:有關您個人資料，請選出一個您認為合適答案，並於對應的☐內打✓或於空格中填入正確的資料。

1. 您的性別是：☐男 ☐女

2. 您的出生年月是民國____年____月

3. 您的教育程度是：

☐自修識字☐小學（肄業____年）☐國（初）中（肄業____年）☐高中（職）（肄業____年）

☐專科（肄業____年）☐大學（肄業____年）☐碩士（肄業____年）☐博士（肄業____年）

4. 您駕駛工作的工作年資是：

☐5 年以下☐5-10 年☐11-15 年☐16-20 年☐21 年以上

5. 您平均每天載客人數大約：____人；工作時數大約：____小時。

6. 您是否有昏倒經驗☐是（昏倒之後是☐自己醒來 ☐旁人協助醒來☐送醫後醒來）

☐否

7. 您是否有學過 CPR(心肺復甦術)？☐我沒學過☐我學過但不熟練☐我學過且很熟練

8. 您是否有運用 CPR(心肺復甦術)救過民眾經驗？☐是 ☐否

9. 您是否有學過 AED(自動體外心臟電擊去顫器)？☐我沒學過☐我學過但不熟練☐我學過且很熟練

10. 您是否有運用 AED(自動體外心臟電擊去顫器)救過民眾經驗？☐是 ☐否

11. 您是否有運送過傷患、產婦或心臟病發作的民眾經驗？☐是 ☐否

12. 您是否患有慢性病，如：心臟病、高血壓、心肌梗塞、糖尿病等？☐是 ☐否

【第二部份】

※說明：下列題目是想瞭解您對心肺復甦術(CPR)及自動體外心臟電擊去顫器(AED)的認知情形，請選出一個您認為合適答案，並於對應的☐內打✓。如果您不知道，請選不知道，不需要猜答案。

題目	對	錯	不知道
1. 當一個人呼吸及心跳突然停止，腦部缺氧 4-6 分鐘後，腦細胞就會開始死亡。			
2. 心肺復甦術的「叫叫 CAB」口訣，第一個「叫」字是指叫救護車。			
3. 操作心肺復甦術時，胸外按壓及口對口人工呼吸正確的次數比例是 30:2 為一個循環。			
4. 自動體外心臟電擊去顫器(AED)是隨時可自動偵測傷患心跳，看是否需要進行電擊，以回復心跳及血液循環，使腦細胞有氧氣持續供應。			
5. 在進行心肺復甦術(CPR)過程中，如果傷患發生嘔吐，施救者應立即拍打傷患的背部，以使嘔吐物流出。			
6. 進行心肺復甦術(CPR)時，施救者透過「看、聽、感覺」來觀察傷患的心跳情形。			
7. 做胸外按壓時，施救者應用「掌根」按壓傷患胸部。			
8. 做胸外按壓時，施救者應將手放在傷患「左胸上」做按壓。			
9. 進行自動體外心臟電擊去顫器(AED)做 <u>電擊時</u> ，可以直接電擊，不須暫時離開碰觸傷患身體。			
10. 進行自動體外心臟電擊去顫器(AED)做 <u>電擊後</u> ，不用評估也不須持續做胸外按壓。			
11. 執行自動體外心臟電擊去顫器(AED)時，須將電擊貼片貼於傷患身上且插入機器導線後不要碰觸傷患身體，機器才能進行分析心律。			
12. 執行自動體外心臟電擊去顫器(AED)時，須依機器指示，如需電擊，須等機器充電後才能按下電擊鈕。			

【第三部份】

※說明：下列題目是想瞭解您對心肺復甦術(CPR)及自動體外心臟電擊去顫器(AED)的態度情形，請根據題目的陳述選出一個符合您的態度之選項，並於對應的□內打✓。

題目	非常 同意	同意	沒意 見	不同 意	非常 不同意
1. 我覺得心肺復甦術及自動體外心臟電擊去顫器(AED)對心臟停止時的傷患是有幫助的。					
2. 我覺得幫別人執行心肺復甦術(CPR)及自動體外心臟電擊去顫器(AED)是自找麻煩。					
3. 我覺得看到事故受傷的傷患，直接送醫就好。					
4. 我覺得在遇到事故傷害時，每個人都有責任去幫助需要急救的人。					
5. 我覺得學習心肺復甦術(CPR)及自動體外心臟電擊去顫器(AED)可以讓我更有信心來處理未來可能遇到的事故傷害。					
6. 我覺得接受心肺復甦術(CPR)及自動體外心臟電擊去顫器(AED)訓練對自己及別人是有幫助的。					
7. 我覺得民眾應該每年接受心肺復甦術(CPR)及自動體外心臟電擊去顫器(AED)的訓練。					
8. 我覺得培訓民眾執行心肺復甦術(CPR)及自動體外心臟電擊去顫器(AED)有提高傷患存活率及生命品質的價值。					

【第四部分】

※說明：下列題目是想瞭解您在特殊情況下能持續執行心肺復甦術(CPR)及自動體外心臟電擊去顫器(AED)的把握程度情形，請根據題目的陳述選出一個符合您執行心肺復甦術及自動體外心臟電擊去顫器的把握程度之選項，並於對應的□內打✓。

題目	絕對 有把握	八成 把握	五成 把握	二成 把握	完全 沒把握
1. 當事故現場只有我一個人時，我仍然能夠單獨執行心肺復甦術(CPR)的把握程度。					
2. 當事故現場只有我一個人時，我仍然能夠使用自動體外心臟電擊去顫器(AED)的把握程度。					
3. 當事故現場有別人能幫忙時，我仍然能夠執行心肺復甦術(CPR)的把握程度。					
4. 當事故現場有別人能幫忙時，我仍然能夠使用自動體外心臟電擊去顫器(AED)的把握程度。					
5. 當我已有參加訓練的經驗後，我能夠去執行心肺復甦術(CPR)的把握程度。					
6. 當我已有參加訓練的經驗後，我能夠執行自動體外心臟電擊去顫器(AED)的把握程度。					
7. 當我對傷患執行口對口人工呼吸時，我怕沒有做好，但我還是會救他的把握程度。					
8. 當我對傷患執行胸外按壓時，我怕壓錯位子，但我還是會救他的把握程度。					
9. 當我對傷患執行心肺復甦術時，我怕會有法律上問題，但我還是會救他的把握程度。					
10. 當我對傷患執行心肺復甦術(CPR)時，我怕會得傳染病，但我還是會救他的把握程度。					
11. 當我對傷患執行自動體外心臟電擊去顫器(AED)時，我怕做錯，但我還是會救他的把握程度。					

【第五部份】

※說明：下列題目是想瞭解您對心肺復甦術(CPR)的行為想法，請根據題目的陳述選出一個符合您的行為想法之選項，並於對應的□內打✓。

題目	非常 可能	可能	沒意 見	不可 能	非常 不可能
1. 我的家人突然呼吸、心跳停止，我會願意幫他們執行心肺復甦術。					
2. 我認識的人突然呼吸、心跳停止，我會願意幫他們執行心肺復甦術。					
3. 我不認識的人突然呼吸、心跳停止，我會願意幫他們執行心肺復甦術。					
4. 不管什麼人突然呼吸、心跳停止，我都不願意幫他們執行心肺復甦術。					
5. 我沒有勇氣幫別人執行心肺復甦術。					
6. 我會因為擔心自己做不好，所以不敢幫別人執行心肺復甦術。					
7. 我會因為看到事故傷害新聞報導，而提高想參加心肺復甦術相關訓練的意願。					
8. 我會因為最新心肺復甦術操作步驟修正為「胸部按壓、確認呼吸道暢通、口對口人工呼吸給氧」的步驟，是先對傷患進行胸外按壓方式步驟，會提高我為傷患執行心肺復甦術的意願。					

【第六部份】

※說明：下列題目是想瞭解您對自動體外心臟電擊去顫器(AED)的行為想法，請根據題目的陳述選出一個符合您的行為想法之選項，並於對應的□內打✓。

題目	非常 可能	可能	沒意 見	不可 能	非常 不可能
1. 我的家人突然呼吸、心跳停止，我會願意幫他們執行自動體外心臟電擊去顫器。					
2. 我認識的人突然呼吸、心跳停止，我會願意幫他們執行自動體外心臟電擊去顫器。					
3. 我不認識的人突然呼吸、心跳停止，我會願意幫他們執行自動體外心臟電擊去顫器。					
4. 不管什麼人突然呼吸、心跳停止，我都不願意幫他們執行自動體外心臟電擊去顫器。					
5. 我沒有勇氣幫別人執行自動體外心臟電擊去顫器。					
6. 我會因為擔心自己做不好，所以不敢幫別人執行自動體外心臟電擊去顫器。					
7. 我不敢執行自動體外心臟電擊去顫器是因為我不敢做電擊。					
8. 我會因為害怕被電到而不敢執行自動體外心臟電擊去顫器。					

【第七部分】

※ 說明：下列題目是想瞭解您對心肺復甦術(CPR)及自動體外心臟電擊去顫器(AED)的課程需求情形，請選出一個您認為合適的答案，並於對應的□內打✓。

※ 第1題至第8題都是單選，惟第9題是複選及填充。

題目	非常 需要	需要	普通	不需 要	非常 不需要
1. 心臟及肺臟的構造及功能。					
2. 心肺復甦術及自動體外心臟電擊去顫器操作原理。					
3. 心肺復甦術及自動體外心臟電擊去顫器適用情況。					
4. 心肺復甦術及自動體外心臟電擊去顫器注意事項。					
5. 心肺復甦術及自動體外心臟電擊去顫器操作步驟。					
6. 心肺復甦術及自動體外心臟電擊去顫器操作方法。					
7. 心肺復甦術及自動體外心臟電擊去顫器實際案例分享。					
8. 心肺復甦術及自動體外心臟電擊去顫器實際操作練習。					

9. 我覺得有助於我學習心肺復甦術及自動體外心臟電擊去顫器之方法是(可以複選):

- ☐1. 模型的操作
 ☐2. 播放錄影帶
 ☐3. 教師示範
 ☐4. 小組討論
 ☐5. 講座課程
☐6. 短片網路教學

謝謝您的填答，請再檢查一遍，不要遺漏!謝謝您合作!

臺北市某車行員工心肺復甦術行為意圖及其相關因素探討研究問卷(施測)

親愛的女士、先生您好！

這是一份有關車行員工心肺復甦術行為及相關因素探討的研究問卷，請您撥空填寫這份問卷。由於近年來多起司機猝死事件，不僅家屬悲傷，也造成乘客人心惶惶。為了瞭解目前司機對於學習心肺復甦術的知識、態度及行為意圖與自我效能之關係，以提供未來推廣心肺復甦術及使用自動體外去纖顫器之重要參考依據。您的回答並不會對您個人或別人有任何影響，且您所填的資料將以一個研究的號碼取代您的姓名來收集資料，僅做學術分析之用也絕對會保密，請依自己實際的感受和想法作答，這份問卷共有七部分，每一部分都有填答說明，請先看清楚填答說明再填答，並確認每一題都有確實作答。由衷謝謝您的協助，祝您有愉快的一天！

國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系 教授 葉國樑、曾治乾

研究生 龔美文 中華民國 101 年 3 月

【第一部份】

※說明：有關您個人資料，請選出一個您認為合適答案，並於對應的□內打✓或於空格中填入正確的資料。

1. 您的性別是：☐男 ☐女

2. 您的出生年月是民國____年____月

3. 您的教育程度是：

☐自修識字☐小學（肄業____年）☐國（初）中（肄業____年）☐高中（職）（肄業____年）

☐專科（肄業____年）☐大學（肄業____年）☐碩士（肄業____年）☐博士（肄業____年）

4. 您駕駛工作的工作年資是：☐5 年以下 ☐5-10 年 ☐11-15 年 ☐16-20 年 ☐21 年以上

5. 您平均每天載客人數大約：____人；工作時數大約：____小時。

6. 您是否有昏倒經驗 ☐是（昏倒之後是 ☐自己醒來 ☐旁人協助醒來 ☐送醫後醒來）

☐否

7. 您是否有學過 CPR(心肺復甦術)？

☐我沒學過 ☐我學過但不熟練 ☐我學過且很熟練

8. 您是否有運用 CPR(心肺復甦術)救過民眾經驗？ ☐是 ☐否

9. 您是否有學過 AED(自動體外心臟電擊去顫器)？

☐我沒學過 ☐我學過但不熟練 ☐我學過且很熟練

10. 您是否有運用 AED(自動體外心臟電擊去顫器)救過民眾經驗？ ☐是 ☐否

11. 您是否有運送過傷患、產婦或心臟病發作的民眾經驗？ ☐是 ☐否

12. 您是否患有慢性病，如：心臟病、高血壓、心肌梗塞、糖尿病等？ ☐是 ☐否

【第二部份】

※說明：下列題目是想瞭解您對心肺復甦術(CPR)及自動體外心臟電擊去顫器(AED)的認知情形，請選出一個您認為合適答案，並於對應的☐內打✓。如果您不知道，請選不知道，不需要猜答案。

題目	對	錯	不知道
1. 當一個人呼吸及心跳突然停止，腦部缺氧 4-6 分鐘後，腦細胞就會開始死亡。			
2. 心肺復甦術的「叫叫 CAB」口訣，第一個「叫」字是指叫救護車。			
3. 操作心肺復甦術時，胸外按壓及口對口人工呼吸正確的次數比例是 30:2 為一個循環。			
4. 自動體外心臟電擊去顫器(AED)是隨時可自動偵測傷患心跳，看是否需要進行電擊，以回復心跳及血液循環，使腦細胞有氧氣持續供應。			
5. 在進行心肺復甦術(CPR)過程中，如果傷患發生嘔吐，施救者應立即拍打傷患的背部，以使嘔吐物流出。			
6. 進行心肺復甦術(CPR)時，施救者透過「看、聽、感覺」來觀察傷患的心跳情形。			
7. 做胸外按壓時，施救者應用「掌根」按壓傷患胸部。			
8. 做胸外按壓時，施救者應將手放在傷患「左胸上」做按壓。			
9. 進行自動體外心臟電擊去顫器(AED)做 <u>電擊時</u> ，可以直接電擊， <u>不須暫時離開碰觸傷患身體</u> 。			
10. 進行自動體外心臟電擊去顫器(AED)做 <u>電擊後</u> ， <u>不用評估也不須持續做胸外按壓</u> 。			
11. 執行自動體外心臟電擊去顫器(AED)時，須將電擊貼片貼於傷患身上且 <u>插入機器導線後不要碰觸傷患身體</u> ，機器才能進行分析心律。			
12. 執行自動體外心臟電擊去顫器(AED)時， <u>須依機器指示</u> ，如需電擊，須等機器充電後才能按下電擊鈕。			

【第三部份】

※說明：下列題目是想瞭解您對心肺復甦術(CPR)及自動體外心臟電擊去顫器(AED)的態度情形，請根據題目的陳述選出一個符合您的態度之選項，並於對應的□內打✓。

題目	非常 同意	同 意	沒意 見	不同 意	非常 不同意
1. 我覺得心肺復甦術及自動體外心臟電擊去顫器(AED)對心臟停止時的傷患是有幫助的。					
2. 我覺得幫別人執行心肺復甦術(CPR)及自動體外心臟電擊去顫器(AED)是自找麻煩。					
3. 我覺得看到事故受傷的傷患，直接送醫就好。					
4. 我覺得在遇到事故傷害時，每個人都有責任去幫助需要急救的人。					
5. 我覺得學習心肺復甦術(CPR)及自動體外心臟電擊去顫器(AED)可以讓我更有信心來處理未來可能遇到的事故傷害。					
6. 我覺得接受心肺復甦術(CPR)及自動體外心臟電擊去顫器(AED)訓練對自己及別人是有幫助的。					
7. 我覺得民眾應該每年接受心肺復甦術(CPR)及自動體外心臟電擊去顫器(AED)的訓練。					
8. 我覺得培訓民眾執行心肺復甦術(CPR)及自動體外心臟電擊去顫器(AED)有提高傷患存活率及生命品質的價值。					

【第四部分】

※說明：下列題目是想瞭解您在特殊情況下能持續執行心肺復甦術(CPR)及自動體外心臟電擊去顫器(AED)的把握程度情形，請根據題目的陳述選出一個符合您執行心肺復甦術及自動體外心臟電擊去顫器的把握程度之選項，並於對應的☐內打✓。

題目	絕對 有把握	八成 把握	五成 把握	二成 把握	完全 沒把握
1. 當事故現場只有我一個人時，我仍然能夠單獨執行心肺復甦術(CPR)的把握程度。					
2. 當事故現場只有我一個人時，我仍然能夠使用自動體外心臟電擊去顫器(AED)的把握程度。					
3. 當事故現場有別人能幫忙時，我仍然能夠執行心肺復甦術(CPR)的把握程度。					
4. 當事故現場有別人能幫忙時，我仍然能夠使用自動體外心臟電擊去顫器(AED)的把握程度。					
5. 當我已有參加訓練的經驗後，我能夠去執行心肺復甦術(CPR)的把握程度。					
6. 當我已有參加訓練的經驗後，我能夠執行自動體外心臟電擊去顫器(AED)的把握程度。					
7. 當我對傷患執行口對口人工呼吸時，我怕沒有做好，但我還是會救他的把握程度。					
8. 當我對傷患執行胸外按壓時，我怕壓錯位子，但我還是會救他的把握程度。					
9. 當我對傷患執行心肺復甦術(CPR)時，我怕會有法律上問題，但我還是會救他的把握程度。					
10. 當我對傷患執行心肺復甦術(CPR)時，我怕會得傳染病，但我還是會救他的把握程度。					
11. 當我對傷患執行自動體外心臟電擊去顫器(AED)時，我怕做錯，但我還是會救他的把握程度。					

【第五部份】

※說明：下列題目是想瞭解您對心肺復甦術(CPR)的行為想法，請根據題目的陳述選出一個符合您的行為想法之選項，並於對應的☐內打✓。

題目	非常 可能	可能	沒意 見	不可 能	非常 不可能
1. 我的家人突然呼吸、心跳停止，我會願意幫他們執行心肺復甦術(CPR)。					
2. 我認識的人突然呼吸、心跳停止，我會願意幫他們執行心肺復甦術(CPR)。					
3. 我不認識的人突然呼吸、心跳停止，我會願意幫他們執行心肺復甦術(CPR)。					
4. 不管什麼人突然呼吸、心跳停止，我都不願意幫他們執行心肺復甦術(CPR)。					
5. 我沒有勇氣幫別人執行心肺復甦術(CPR)。					
6. 我會因為擔心自己做不好，所以不敢幫別人執行心肺復甦術(CPR)。					
7. 我會因為看到事故傷害新聞報導，而提高想參加心肺復甦術(CPR)相關訓練的意願。					
8. 我會因為最新心肺復甦術(CPR)操作步驟修正為「先對傷患進行胸外按壓」，而不是先做口對口人工呼吸方式，會提高我為傷患執行心肺復甦術(CPR)的意願。					

【第六部份】

※說明：下列題目是想瞭解您對自動體外心臟電擊去顫器(AED)的行為想法，請根據題目的陳述選出一個符合您的行為想法之選項，並於對應的☐內打✓。

題目	非常 可能	可能	沒意 見	不可 能	非常 不可能
1. 我的家人突然呼吸、心跳停止，我會願意幫他們執行自動體外心臟電擊去顫器(AED)。					
2. 我認識的人突然呼吸、心跳停止，我會願意幫他們執行自動體外心臟電擊去顫器(AED)。					
3. 我不認識的人突然呼吸、心跳停止，我會願意幫他們執行自動體外心臟電擊去顫器(AED)。					
4. 不管什麼人突然呼吸、心跳停止，我都不願意幫他們執行自動體外心臟電擊去顫器(AED)。					
5. 我沒有勇氣幫別人執行自動體外心臟電擊去顫器(AED)。					
6. 我會因為擔心自己做不好，所以不敢幫別人執行自動體外心臟電擊去顫器(AED)。					
7. 我會因為我擔心做電擊，所以我不敢幫別人執行自動體外心臟電擊去顫器(AED)。					
8. 我會因為害怕被電到而不敢執行自動體外心臟電擊去顫器(AED)。					

【第七部分】

※ 說明：下列題目是想瞭解您對心肺復甦術(CPR)及自動體外心臟電擊去顫器(AED)的課程需求情形，請選出一個您認為合適的答案，並於對應的 ☐ 內打✓。

※ 第1題至第8題都是單選，惟第9題是複選及填充。

題目	非常需要	需要	普通	不需要	非常不需要
1. 心臟及肺臟的構造及功能。					
2. 心肺復甦術及自動體外心臟電擊去顫器操作原理。					
3. 心肺復甦術及自動體外心臟電擊去顫器適用情況。					
4. 心肺復甦術及自動體外心臟電擊去顫器注意事項。					
5. 心肺復甦術及自動體外心臟電擊去顫器操作步驟。					
6. 心肺復甦術及自動體外心臟電擊去顫器操作方法。					
7. 心肺復甦術及自動體外心臟電擊去顫器實際案例分享。					
8. 心肺復甦術及自動體外心臟電擊去顫器實際操作練習。					

9. 我覺得有助於我學習心肺復甦術及自動體外心臟電擊去顫器之方法是(可以複選)：

- ☐1. 模型的操作 ☐2. 播放錄影帶 ☐3. 教師示範 ☐4. 小組討論 ☐5. 講座課程
☐6. 短片網路教學 ☐其他：(請說明) _____

10. 我覺得第9題的方法中，會提高我方便學習的是那一項方法：_____；

，而會提高我主動去學習是那一項方法：_____。

謝謝您的填答，請再檢查一遍是否有遺漏作答的題目。謝謝您的合作！記得領小禮物唷！！