

# 東海大學社會工作學系碩士論文

指導教授：高迪理 副教授

榮民之家老年榮民預立醫療指示簽署行為之調查研究

A study of advance directives completion  
of older residents in Veteran's Home

研究生：陳柔佳

中華民國一〇四年六月

# 東海大學社會工作學系碩士論文

指導教授：高迪理 副教授

榮民之家老年榮民預立醫療指示簽署行為之調查研究

A study of advance directives completion  
of older residents in Veteran's Home

研究生：陳柔佳

中華民國一〇四年六月

東海大學社會工作學系碩士班

研究生 陳柔佳 碩士學位論文

榮民之家老年榮民預立醫療指示簽署行為之調查研究

業經審查及口試合格

論文審查及口試委員

指導教授：高迪理 104年6月10日

審查教授：蔡佩真 104年05月08日

審查教授：吳孝熙 104年05月08日

系主任：劉珠利 104年6月17日

# 中文摘要

臺灣人口結構的高齡化趨勢促使生命末期醫療照護議題的重要性，榮民族群相較於全體國民，在高齡人口比例方面高出許多；老年榮民面臨著生命末期所帶來的挑戰，特別是選擇自身想要的醫療照護方式。機構就養榮民的高齡與單身無眷等特性，凸顯了預先思考生命末期醫療照護的重要性。預立醫療指示與生命末期醫療照護息息相關，本研究依據安寧緩和醫療條例訂定的「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」與「醫療委任代理人委任書」做為預立醫療指示之內涵，研究機構中就養老年榮民預立醫療指示簽署的行為及行為意圖，並以整合性行為模式為研究架構，探討簽署行為與行為意圖的相關因素。

本研究採調查研究方法，以結構式問卷為測量工具，並以口頭問答方式協助問卷填答，共計訪問了 150 位老年榮民，取得 141 份有效問卷。統計分析後發現老年榮民預立醫療指示的簽署比例為 18.4%，簽署行為的相關因素包括老年榮民入住榮家時間及日常生活功能、具備的知識、預立醫療指示的必要性、簽署時的環境限制、面對預立醫療指示的態度、知覺規範與個人動力、老年榮民疾病與死亡的文化價值觀，至於老年榮民面對生病及死亡的經驗則與簽署行為沒有關係。此外，本研究也發現老年榮民簽署意願書之意圖稍高於簽署委任書之意圖；絕大多數老年榮民希望臨終時不要被急救，但實際採取簽署行動者寡；背景因素會透過中介因素與簽署行為產生關係等結果。

根據本研究之結果提出下列建議：

- 1.實務面建議盡早對安養隊的老年榮民進行預立醫療指示的宣導工作，並針對安養隊與養護隊採取不同的宣導策略，由社工人員做為教育者、溝通者及支持者的角色，使用各種改變中介因素的作為。

- 2.機構面建議宣導工作宜配合適當時機引發思考，並融入榮家的照顧服務整合規劃、持續溝通；機構工作人員亦須接受教育訓練，充實自身的預立醫療指示知識。

- 3.未來研究建議納入機構工作人員及家屬的意見，另可根據本研所得之數據資料，延伸探討未簽署者的背景因素及中介因素。

# Abstract

The trend of demographic aging in Taiwan leads to the importance of end-of-life health care issues. The proportion of the elderly veterans is much higher than all population. Elderly veterans are facing challenge regarding to end-of-life care, in particular, to select the way of health care. Most of the elderly residents in Veterans Home are aging and single, therefore it stresses the importance of considering end-of-life care in advance. Advance directives and end-of-life health care are related to each other. According to Hospice Palliative Care Act, this study used a letter of "intent for the choice of hospice palliative care or life-sustaining treatment", and a letter of "intent for the choice of designating a medical surrogate agent in advance" to measure advance directives. Based on the "Integrated Behavioral Model", this study investigated relevant factors in behaviors and intentions of advance directives completion, and researched behaviors and intentions of advance directives completion of elderly residents in two Veterans Homes.

In this study, a survey research method with interview schedule was used to collect needed data. Overall, 150 veterans had been interviewed and obtained 141 valid questionnaires. Data analysis showed that the ratio of advance directives completion of elderly residents in two Veterans Homes was 18.4%. As to relevant factors in behaviors and intentions of advance directives completion, this study founded the period of elderly veterans reside at Veterans Home; activities of daily living functions of elderly veterans; knowledge and skills to complete advance directives; necessity and environmental constrains of advance directive completion; attitude, perceived norm and personal agency about advance directive completion, and cultural values of elderly veterans when they are facing with disease and death. However, the association between advance directive completion and elderly veterans experience of illness and death was not founded. Furthermore, results were intention for the choice of hospice palliative care or life-sustaining treatment was a little higher than of designating a medical surrogate agent in advance; the vast majority of veterans do not want to accept CPR when they are nearing their end, but so few

actually take action. Finally, background factors were connected with the advance directives completion through the function of intermediary factors.

Based on research results and findings, recommendations of this study are as follows :

In practice aspect, advocacy of advance directives to elderly veterans as early as possible is suggested, and it needs different strategies for nursing team and maintenance team. Social workers play the role of educator, communicator and supporters and they can take various actions to modify mediating factors.

In institutional aspect, to advocate in appropriate time can bring thinking in advance is recommended. The advocacy of advance directives should be integrated into the service programs and it needs constant communication in Veterans Home. Agency staff also should receive education and training, to enrich their knowledge of advance directives.

Future research is recommended into account the views of agency staff and veterans families. Additionally, based on the data obtained of this study, it can expand on background factors and mediating factors of advance directives incompleteness.

# 致謝

對我而言，"I open at the end--我在結束時開啟"，不只是哈利波特第七集裡金探子上充滿寓意的關鍵字句，當我寫完這本論文時，腦海中也浮現這字句。完成論文代表研究所的生涯結束，代表回到校園、坐在課堂裡沉浸學習的生活結束，一切好像完美結局在這本論文的完成。然而我卻沒有結束的感覺，反而覺得一種檢視生命的全新眼光、探索事物可能性的勇氣開關，以及面對未來艱鉅挑戰的堅定踏實，悄悄地被這段研究歷程開啟了！

由衷感謝許多人在這段歷程的陪伴、叮嚀、敦促。謝謝指導教授高迪理老師耐心等我天南地北、千迴百轉的遐想之後，引導我定下論文的方向，並細心指教每個章節學術性或表達陳述的不足；因著這些耐心細心，讓我在撰寫論文的過程中不感覺孤單；感謝老師體恤在職研究生有著必須兼顧學業與工作的時間限制，甚至幫我設想適合的時間場所面談，點點滴滴，銘感於心。謝謝口試委員吳秀照老師的費心點評，及時提醒我修正太理所當然的論點，讓我反省自身、不至流於偏頗。謝謝口試委員蔡佩真老師的用心評閱，既讓論文的不足處無所遁形，又能適時建議，讓論文更上層樓，這些教誨都讓我對完成後的論文更有自信。同時，也要感謝社工系上每一位老師、助教們，您們的認真、博學，在社工教育領域的辛勤耕耘，是東海社工系學生的最大福氣！

能夠完成論文，最要謝謝接受訪問的 150 位榮民伯伯，你們用自己的生命故事，成全了這本論文。感謝榮家主任同意我進入榮家研究，也特別感謝榮家的蔡淑玲社工師、陳倩洵社工師在行政協調與環境介紹上的協助。

三年來謝謝研究所同學們的相挺相伴：汕禎、怡慧、騰翔、思恬、雅音、雅玲、茹庭、文勸、思雅、欣諭、佩璇、旭稜、文玲、玉燕、先梅、麗麗，以及曾經一起修課的夥伴們，光是知道大家都在同一條路上奮鬥努力著，就有足夠的動力往終極目標邁進。謝謝汕禎的畢旅之約，讓我撐完最後一學期，我們都已經"袒裡相見"過了，一切盡在不言中；謝謝怡慧的砥礪切磋，總給我全新觀點，我們的緣分從入學前的說故事就開始了，直到各自的學位考試，未來還會一直延續吧！謝謝騰翔讓我參與、看見你因念研究所而成長蛻變的過程，彷彿我也看見從前自己的成長碰撞；謝謝思恬、雅玲在我"不良於行"的那學期，幫我解決民生問

題，給我最即時最實在的支援，妳們專注卻又不失幽默地耕耘著自己的學業與專業，都是我學習的榜樣。謝謝我的摯友雅鈴、敏芬，總是被我半強迫地傾倒研究所生涯的苦甜，在我所剩無幾的假日時光，邀我遍嘗美食、放慢腳步看看生命的美好。

謝謝我的同事們：寶愛姐、瓊芳、家綾、幸玲姐、游姐、黃姐、惠如姐、大哥、佳芸，忍受我入學後第一年的"形而上"論調，以及為了適應工作學業，神經緊繃的不時暴走；體諒我第二年的忙亂實習、鑽研文獻，無暇多關心同事；等待我完成第三年的學業及論文，全心投入一起奮戰。謝謝寶愛姐拔刀相助，信任我而擔任人體試驗計畫主持人，並不時關心我的進度，支持我的決定；謝謝幸玲姐提醒我指導教授的要求，並幫忙傳遞文件，讓我節省許多往返的工夫。

最重要的，要謝謝我的家人：謝謝我的媽媽施壽英女士，柴米油鹽的日常生活照顧，是最簡單又最困難的，儘管妳只知道我放假時就窩在書桌前拼命"寫作業"，直到學位考試後還問我，怎麼還是有寫不完的作業？不管是這三年的研究所生涯還是整個人生，妳的堅忍是我的重要後盾。謝謝我的爸爸陳朝宗先生，謝謝你讓我遺傳了天真、搞不清楚狀況卻又能笑看人生的態度，助我度過三年的"非人"生活。謝謝兩個姐姐佩湘、河濶，姐夫芳庭、世閔，堂妹宴蓉，還有你們可愛的孩子濰宸、洵涵、志誠、寶臻、楷叡，在這段日子裡，不管有心無心，你們都直接間接給予了我家人的溫暖支持。

在還沒動筆之前，光是腦海中構思醞釀致謝詞，我的內心就充滿了感謝，紙短情長，最後要來謝謝自己，發揮了"蠻牛"般的意志力，心甘情願又歡喜地實現了這個充滿挑戰的夢想，乘著完成這個夢想帶來的收穫與動力，我更有勇氣開啟人生另一扇視窗，繼續努力吧！

# 目錄

目錄	I
圖次	III
表次	IV
<b>第一章 緒論</b>	<b>1</b>
第一節 研究背景與重要性	1
第二節 研究動機與目的	4
第三節 名詞解釋	7
<b>第二章 文獻探討</b>	<b>11</b>
第一節 榮民就養安置與老年榮民概況	11
第二節 生命末期醫療決策	17
第三節 預立醫療指示的發展與意義	23
第四節 安寧療護意涵與臺灣的安寧緩和醫療條例	27
第五節 簽署預立醫療指示的相關研究整理	30
第六節 預立醫療指示簽署行為之理論架構-- 整合性行為模式	36
<b>第三章 研究方法</b>	<b>42</b>
第一節 研究之概念架構	42
第二節 主要之研究問題	43
第三節 研究對象及選樣方式	45
第四節 研究工具之設計	46
第五節 資料收集與分析方法	50
第六節 研究倫理考量	51

第四章 研究發現	<b>52</b>
第一節 老年榮民基本屬性與健康條件之描述	52
第二節 老年榮民預立醫療指示簽署行為中介因素之描述	59
第三節 老年榮民預立醫療指示簽署行為與行為意圖之現況	71
第四節 老年榮民背景因素與其預立醫療指示簽署行為 之關係	73
第五節 整合性行為模式下的因素與老年榮民預立醫療指示 簽署行為之關係	81
第六節 老年榮民的生病死亡經驗、文化價值觀與 預立醫療指示簽署行為之關係	101
第七節 老年榮民預立醫療指示簽署行為之相關因素	111
第五章 研究結論與建議	<b>126</b>
第一節 研究結論與討論	126
第二節 研究建議	139
第三節 研究過程經驗之反思與建議	145
第四節 研究限制	149
參考文獻	<b>150</b>
附錄一 預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書	161
附錄二 醫療委任代理人委任書	163
附錄三 安寧緩和醫療條例	164
附錄四 人體試驗研究計畫許可書	167
附錄五 問卷	168
附錄六 研究場所名單暨問卷內容效度之專家名單	175
附錄七 附表	176

## 圖次

圖一	生命末期醫療決策、安寧緩和醫療及預立醫療指示之關係 示意圖	30
圖二	整合性行為模式架構圖	40
圖三	研究概念架構圖	42
圖四	老年榮民預立醫療指示簽署行為之參考模式	137

## 表次

表 4-1-1	受訪者基本屬性之次數分配表	55
表 4-1-2	受訪者健康條件之次數分配表	57
表 4-1-3	受訪者健康條件-疾病種類與就醫頻率之統計表	58
表 4-2-1	老年榮民對預立醫療指示所擁有的知識之統計表	60
表 4-2-2	老年榮民自覺預立醫療指示的必要性之統計表	61
表 4-2-3	老年榮民自覺預立醫療指示的環境限制之統計表	61
表 4-2-4	老年榮民生病與面臨死亡之經驗統計表	62
表 4-2-5	老年榮民對於疾病與死亡之文化價值觀統計表	64
表 4-2-6	老年榮民對預立醫療指示的態度統計表	66
表 4-2-7	老年榮民對預立醫療指示的知覺規範統計表	68
表 4-2-8	老年榮民對預立醫療指示的個人動力統計表	69
表 4-3-1	老年榮民預立醫療指示行為之統計表	72
表 4-3-2	老年榮民預立醫療指示行為意圖之統計表	72
表 4-4-1-1	年齡、入住榮家時間與是否已簽署意願書、委任書之交叉表	74
表 4-4-5-1	退伍軍階、經濟滿意度與想不想簽署意願書之交叉表	76
表 4-4-6-1	有無子女、親戚、教育程度與想不想簽署醫療委任代理人委任書之交叉表	77
表 4-4-8-1	日常生活功能與是否已簽署預立醫療指示之交叉表	77
表 4-4-10-1	疾病種類數、住院天數與有無考慮過簽署意願書之交叉表	79
表 4-4-15	背景因素與預立醫療指示簽署行為之綜合分析表	79
表 4-5-1	知識與是否已簽署意願書之交叉表	83
表 4-5-2	必要性與是否已簽署意願書之交叉表	83
表 4-5-3	環境限制與是否已簽署意願書之交叉表	83

表 4-5-4	態度與是否已簽署意願書之交叉表	85
表 4-5-5-1	工具性態度與有無考慮過簽署意願書之交叉表	87
表 4-5-5-2	經驗性態度與有無考慮過簽署意願書之交叉表	87
表 4-5-6-1	工具性態度與有無考慮過簽署委任書之交叉表	87
表 4-5-6-2	經驗性態度與有無考慮過簽署委任書之交叉表	88
表 4-5-7-1	工具性態度與想不想簽署意願書之交叉表	89
表 4-5-8-1	工具性態度與想不想簽署委任書之交叉表	89
表 4-5-9-1	工具性態度與臨終時要不要被急救之交叉表	90
表 4-5-10	知覺規範與是否已簽署意願書之交叉表	91
表 4-5-11-1	命令性規範與有無考慮過簽署意願書之交叉表	93
表 4-5-13-1	命令性規範與想不想簽署意願書之交叉表	93
表 4-5-16	個人動力與是否已簽署意願書之交叉表	94
表 4-5-18-1	自我效能與有無考慮過簽署委任書之交叉表	96
表 4-5-19-1	自我效能與想不想簽署意願書之交叉表	96
表 4-5-21	個人動力與臨終時要不要被急救之交叉表	97
表 4-5-22	整合性行為模式下的因素與預立醫療指示簽署行為之綜合分析表	98
表 4-6-7-1	疾病與死亡文化價值觀與是否已簽署意願書之交叉表	102
表 4-6-8-1	疾病與死亡文化價值觀與有無考慮簽署意願書之交叉表	104
表 4-6-10-1	疾病與死亡文化價值觀與想不想簽署意願書之交叉表	104
表 4-6-19	疾病與死亡文化價值觀與預立醫療指示簽署行為之綜合分析表	104
表 4-6-13	談論生病死亡與工具性態度之交叉表	107
表 4-6-14	談論末期醫療選擇與工具性態度之交叉表	107
表 4-6-15	會不會避免思考死亡與工具性態度之交叉表	107
表 4-6-16	談論末期醫療選擇與描述性規範之交叉表	108
表 4-6-17	談論末期醫療選擇、談論末期醫療等於談論死亡、會不會避免思考死亡與自我效能之交叉表	109
表 4-6-18	到時候自然會有辦法與自我效能之交叉表	109
表 4-6-20	生病死亡經驗、疾病與死亡文化價值觀與態度、知覺規範、個人動力之綜合分析表	109

表 4-7-1	老年榮民入住榮家時間、日常生活功能與具備知識之交叉表	112
表 4-7-2	老年榮民入住榮家時間、日常生活功能與具備知識之交叉表	112
表 4-7-3	老年榮民的年齡、日常生活功能、自覺健康狀況與必要性之交叉表	113
表 4-7-4	老年榮民的日常生活功能與環境限制之交叉表	114
表 4-7-5	老年榮民的婚姻狀況、日常生活功能與環境限制之交叉表	114
表 4-7-6	老年榮民的教育程度、日常生活功能、比較健康狀況與態度之交叉表	115
表 4-7-7	老年榮民的經濟狀況與態度之交叉表	116
表 4-7-8	老年榮民的門診次數與態度之交叉表	116
表 4-7-9	老年榮民的疾病種類數、住院次數與態度之交叉表	116
表 4-7-10	老年榮民入住榮家時間與知覺規範之交叉表	117
表 4-7-11	老年榮民的婚姻狀況、有無子女與知覺規範之交叉表	117
表 4-7-12	老年榮民有無親戚、退伍軍階與個人動力之交叉表	118
表 4-7-13	老年榮民的疾病種類數、住院天數與疾病死亡文化觀之交叉表	120
表 4-7-14	老年榮民的教育程度、退伍軍階與疾病死亡文化觀之交叉表	120
表 4-7-15	老年榮民的經濟狀況與疾病死亡文化觀之交叉表	120
表 4-7-16	老年榮民的教育程度、宗教信仰、日常生活功能、自覺健康狀況與疾病死亡文化觀之交叉表	121
表 4-7-17	老年榮民基本屬性與中介因素之綜合分析表	123
表 4-7-18	老年榮民健康條件與中介因素之綜合分析表	124
表 4-7-19	老年榮民臨終時要不要被急救的行為意圖與簽署行為之交叉表	125

# 第一章 緒論

## 第一節 研究背景與重要性

臺灣老年人口數在民國 82 年占總人口數的比例，業已突破世界衛生組織（WHO）所訂定之 7% 的水準，正式進入高齡化社會；到了 103 年底，老年人口數已占總人口數的 12%，人口老化程度之老化指數為 85.7%，近 10 年間已增加 36.7 個百分點（內政部統計處，2015）。在這 20 年期間，臺灣的老年人口數持續成長中。此外，臺灣人的 0 歲平均餘命從民國 92 年的 77.35 歲攀升到 103 年的 80.02 歲（內政部統計處，2014），顯示逐年增加的不只是老年人口數，老年人口的年齡也在增加當中。

人口結構高齡化的趨勢使得生命末期的醫療照護議題顯得特別重要，因為醫療技術的發展進步，使以往無藥可醫或進展快速的致命疾病得以控制，尤其是心肺復甦術（CPR，cardiopulmonary resuscitation）的發明與廣泛使用，更大大減少了如溺水、電擊、藥物中毒、急性心肌梗塞等非預期性死亡的發生。只是，無論是醫院內或醫院外發生的心臟停止，經行心肺復甦術後能存活至出院的比率，隨著年齡的增加而下降（羅玉岱等，2008）。高齡人口疾病的慢性化與維生醫療的使用模糊了生與死的界線，讓進入末期臨終的人們，在面臨延續生命長度與維護生命品質之間，經常產生決策上的拉鋸。為了回應臺灣老年人口在人口比例與平均餘命方面的快速成長，如何讓老年人活得長也活得更好，勢必需要討論老年人生命末期醫療照顧方式的抉擇議題。

榮民的高齡人口比例相較於全國的高齡人口比例高出許多。根據國軍退除役官兵輔導委員會（以下簡稱退輔會）的統計，以民國 93 年來說，65 歲以上的榮民人口數占全體榮民總數的 63.2%，到了 102 年則降至 52.4%。十年期間，榮民總人口數從 52 萬 5,517 人，減少到 42 萬 7,924 人（退輔會，2014a），此外，民國 102 年期間於機構就養榮民的死亡人數，65 歲以上者佔 98.22%，平均死亡

年齡為 85.1 歲（退輔會，2014b）。此數據說明了就養中的老年榮民正在逐漸減少，他們正面臨著即將進入生命末期所帶來的挑戰，而這些挑戰包括了如何在此時期選擇自身想要的醫療照護方式。

此外，民國 102 年間亡故的榮民當中，單身無眷屬的榮民佔了 42.7%（退輔會，2014a），當這些單身榮民在面臨死亡以及生命末期時，並沒有法定親屬來代理決策，加上他們經常也沒有事先表達想要的醫療照顧方式，醫療人員將無從確定所提供臨終照護，是否符合本人需求和期望，甚至在臨終時是否施行心肺復甦術的決策上陷入倫理困境。榮民的年齡結構與人口特性，突顯了預先思考生命末期醫療照護的議題對於老年榮民的重要性。尤其是在榮民之家就養的榮民伯伯們，大部份符合高齡化、單身無眷屬等特質，因此研究焦點放在尋求這些老年榮民在預先思考生命末期醫療照護議題的想法上。

預先思考生命末期醫療照護的議題與預立醫療指示（Advance Directives）息息相關。預立醫療指示（ADs）是指一個有決定能力的成年人在未來可能喪失決定能力或無清楚意識之前，依照自己的期望與意願，表達對於醫療照護方式的同意與否，並對此預先完成的口頭或書面陳述（Brown，2003；楊嘉玲、陳慶餘、胡文郁，2008）。預立醫療指示的目的是要讓個人可以免於接受用來延長個人不想要且不理想生命狀態的醫療處置（Wilkinson, Wenger, & Shugarman, 2007），幫助個人在生命末期能夠依照自我決定，來維持尊嚴與自主（Kim, Lee, Cheon, Lee, Yeo, & Lee, 2011）。因此，預立醫療指示的發展，確保了病人生命末期的自主權（Brown，2003；Galambos，1998）。

臺灣在民國 89 年通過「安寧緩和醫療條例」，並在民國 91 年、100 年、102 年進行了三次的修法，賦予病人實踐生命末期自主權的法律基礎。102 年的第三次修法，更將預先選擇安寧緩和醫療、不施行心肺復甦術、不施行維生醫療等三項意願，一次納入「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」中，民眾可將此意願註記於健保 IC 卡，就醫時讓醫師主動得知關於個人意願的資訊。因此，「預

立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」是一份與生命末期（end-of-life）有關的預立醫療指示，年滿 20 歲的個人均可在生命階段的任何時刻預立意願書，然真正適用的時機，必須是安寧緩和醫療條例第三條第二項所定義之末期病人：「指罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已不可避免者。」此意願書的內涵有著預立、預先思考的特質，讓人們以及老年人有機會預先考慮當自己到了生命末期，或成為末期病人時，想要的醫療照顧方式。

為瞭解老年榮民會不會有簽署上述意願書的行為出現，即「預立醫療指示的簽署行為」，本研究採納人類行為理論之一的「整合性行為模式」作為研究架構。此模式針對人類為何會出現某種行為，探討行為及行為意圖等概念之間的關係，除了細緻地區分出行為意圖的構成要素外，也認為行為的出現，與其他因素有直接相關，如：環境限制、行為者所具備的知識等等。預立醫療指示的簽署行為，牽涉到的不只是行為與行為意圖之間的關聯，更會因為行為者本身具備的價值觀、所處的情境脈絡、文化背景，而出現不同的行為選擇。整合性行為模式融合了許多行為表現的相關因素，可在本研究討論老年榮民會不會出現「預立醫療指示簽署行為」，以及探究此簽署行為的相關因素時，做為一個適用的理論基礎。

簽不簽署預立醫療指示的問題會涉及到談論疾病與死亡，此類議題在東方社會原本就不普遍，甚至是避之惟恐不及的禁忌話題，惟預立醫療指示及安寧療護的理念價值—病人自決與自主、善終自然死的概念是從西方文化引進來的，因此每個生命末期照護決策的背後，都是一段充滿著倫理抉擇與文化價值的故事。是故，本研究進入榮民之家探訪老年榮民，以整合性行為模式作為理論架構，思考行為的各個相關因素來製作結構性的問卷作為研究工具，請教老年榮民的想法，期望能增加各相關領域專業人員在與老年榮民談論此類話題時的思考面向。

## 第二節 研究動機與目的

在研究者從事醫務社會工作的過程中，經常接觸到單身無眷的老年榮民，他們經常並未在個人健康及意識狀態良好、尚有自我決定能力的時期，及早思考、討論甚至決定是否接受安寧緩和醫療、不施行心肺復甦術、不施行維生醫療等照顧，直到進入醫療體系，面臨死亡已不可避免的生命末期，卻失去表達意願的機會與能力，而遭到無謂的急救以及延長臨終瀕死期的醫療介入。這對老年榮民的臨終生命品質造成危害，加諸在個人身上的，是不必要的痛苦與折磨，或是延續的功能障礙與失能依賴狀態；加重在整體社會上的，即是醫療成本的高漲與長期照顧資源的負荷。

本研究選擇了中部地區兩家榮民之家做為主要研究場所，分別是彰化榮譽國民之家及中彰榮譽國民之家。選擇此研究場所的動機及考量因素如下：研究者本身即是在榮民體系的醫療機構工作，這些榮民伯伯都是機構提供醫療照顧的主要對象；另外，向這兩家榮民之家榮民宣導簽署預立醫療指示，是研究者所在醫療機構的業務之一，因此本研究結果對於機構在向榮民進行宣導業務時，有其實用性的參考價值；雖然研究結果並無意推論至其他榮民之家，但亦可能在向其他榮民之家推展宣導業務時，發揮經驗性的參考作用。

惟簽署預立醫療指示是一個複雜的考慮過程，要著手推動預立醫療指示簽署的宣導之前，必須對於預立醫療指示，包括不施行心肺復甦術決策的文獻，做些瞭解，目前國內在此議題方面的研究資料，大多以住院病患（林慧美，2009）、加護病房病患（林芳如，2009；周燕玉，2005）、生命末期病患（林亞陵，2008）、癌症病患（鍾立民，2008；吳讚美等，2009）或醫護人員（彭文珍，2008；鄭夙芬，2008；謝伶瑜，2011）為對象；以安置機構住民為對象探討預立醫療指示的論文，則共有四篇量化研究（林秀英，2012；曾怡萍，2014；廖綠，2014；羅玉岱，2009），研究中分別探討了安置機構住民擁有預立醫療指示的比例，並針對

簽署者為老年人本人或由家屬代為決策、決策的相關因素、簽署行為與態度間的關係進行討論。另外兩篇論文則以質性研究方法(王芊蕙, 2011; 劉謁宜, 2009), 分別從安置機構住民本身及家屬代理的角度, 呈現不施行心肺復甦術決策的過程及經驗。

這些關注生命末期醫療照護決策及病患臨終生命品質的研究者, 多具備醫療專業或是護理專業背景, 研究成果直接對醫療體系、長期照顧體系的工作人員提供建言。然而在這兩個體系中, 也有許多社會工作專業人員, 正在為面臨生命末期照護議題的案主提供服務。本研究扮演的主要角色, 是從研究者身為一位醫務社會工作人員的視角出發, 以未受過醫學或護理的訓練背景, 純粹從人類行為與社會工作實務的角度, 與同樣身處於陌生醫療環境裡的老年榮民站在一起, 從他們面對生命最真實的心聲、最直接的想法中, 整理出協助其進行生命末期醫療決策的重要訊息, 最終目的是維護老年榮民的生命尊嚴與臨終生活品質。

以社會科學領域裡研究人類行為的理論, 來瞭解老年榮民預立醫療指示的簽署行為, 正可提供其他專業人員討論此議題時的不同角度。尤其是整合性行為模式對於行為與行為意圖之間關聯的架構, 適用以探討預立醫療指示簽署行為由那些條件促成? 老年榮民對於簽署預立醫療指示的行為意圖如何? 那些信念又導致了簽署的行為意圖? 此架構與研究者的研究動機與研究目的均相契合。

基於上述的問題陳述與研究動機, 本研究的目的如下:

- 一、藉由探究榮民之家中的老年榮民預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願及預立醫療委任代理人的簽署情形, 以瞭解目前榮家老年榮民簽署預立醫療指示的現況。
- 二、透過探討老年榮民簽署預立醫療指示的行為意圖, 及這些行為意圖背後所抱持的想法信念, 以瞭解老年榮民對於預立醫療指示的想法及看法。

- 三、瞭解老年榮民預立醫療指示簽署行為的其他相關因素，期發掘社會工作服務的切入點，以協助老年榮民預先思考自己的生命末期醫療決策。
- 四、藉由研究結果與討論建議，提出改變老年榮民預立醫療指示簽署行為的相關作為與策略，指引實務工作者掌握與老年榮民討論預立醫療指示時的要點。
- 五、對主管機關在榮民之家推行預立醫療指示之政策提出建議，促使預立醫療指示融入老年榮民整體照顧服務之一環。

基於以上的研究目的，本研究的核心問題如下：

- 一、榮家老年榮民簽署預立醫療指示（包括預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願及預立醫療委任代理人）的現況為何？
- 二、尚未簽署預立醫療指示的榮家老年榮民，其簽署的行為意圖如何？
- 三、榮家老年榮民預立醫療指示簽署行為及行為意圖的相關因素為何？

為探討研究的核心問題，本研究以結構性的問卷訪談為研究工具，在兩家榮民之家裡訪問 150 位榮民伯伯，並將蒐集到的資料以統計方法進行分析，是一量化的研究。研究結果並不以是否具代表性為主要焦點，而是觀察受訪者整體對問卷的回答趨勢及變項間關聯性的強弱做為探討重點，藉此達到研究目的。

### 第三節 名詞解釋

#### 一、榮民（Veteran）：

依據國軍退除役官兵輔導條例第二條指出，榮民係指：

- （一）志願服一定年限之現役軍官、士官、士兵，依法退伍除役者。
- （二）服軍官、士官、士兵役，因作戰或因公致病、傷或身心障礙，於退伍除役後，生計艱難需長期醫療或就養者。
- （三）服軍官、士官、士兵役，曾參加民國四十七年八二三臺海保衛戰役及其他經國防部核定之關係國家安全之重要戰役者。
- （四）金門馬祖民防自衛隊，曾參加民國四十七年八二三臺海保衛戰役者，自民國九十年元月一日起視同退除役官兵。

社會大眾普遍認知的榮民是指民國 38 年至 44 年期間，隨國民政府自大陸來台並符合上述條件者，當年人數約有 60 萬人。事實上榮民除了早期隨政府來台的退除役官兵以外，在臺入伍的榮民所佔比例也越來越高。

#### 二、榮民之家老年榮民（Elder Veteran）：

指實際居住於榮譽國民之家裡，年滿 65 歲以上的榮民。國軍退除役官兵輔導委員會於民國 102 年 11 月 1 日因應行政院組織改制，原本的 14 所榮譽國民之家，包括板橋、臺北、桃園、新竹、彰化、雲林、臺南、白河、佳里、岡山、屏東、花蓮、馬蘭、太平，以及 4 所榮譽國民自費安養中心，包括：八德、彰化、楠梓、花蓮等地。改制為現行的 16 所榮譽國民之家，包括：板橋、台北、桃園、新竹、彰化、雲林、台南、白河、佳里、岡山、屏東、花蓮、馬蘭、八德、中彰、高雄等（退輔會，2014）。

### 三、預立醫療指示 (ADs: Advance Directives)：

預立醫療指示是指一個有決定能力的成年人在未來可能喪失決定能力或無清楚意識之前，依照自己的期望與意願，表達對於醫療照護方式的同意與否，並預先完成的口頭或書面陳述 (Brown, 2003)。一般而言，預立醫療指示包括生前預囑 (a living will)、指定醫療代理人 (agent)、不施行心肺復甦術意願醫囑 (do-not-resuscitate order) 幾個部分。國內的預立醫療指示文件則是由行政院衛生署於民國 102 年 5 月 15 日衛署醫字第 1020206125 號所公告的五種表單，包括「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」、「不施行心肺復甦術同意書」、「不施行維生醫療同意書」、「醫療委任代理人委任書」、「撤回預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願聲明書」。本研究所討論之預立醫療指示乃由意願人本人簽署之「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」及「醫療委任代理人委任書」，且意願之認定依據是已簽署上述兩項書面文件者，不包含未以書面文件明示之口頭表達。

### 四、預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書：

民國 89 年立法通過的「安寧緩和醫療條例」，歷經三次修正，於 102 年 1 月 9 日修正公布最新修正條文。該法第四條規定末期病人得立意願書選擇安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇。意願書 (附錄一) 內容包括四個選項：1. 接受安寧緩和醫療、2. 接受不施行心肺復甦術、3. 接受不施行維生醫療、4. 同意將上述意願加註於本人之全民健保憑證 (健保 IC 卡) 內，立意願書人可以自由選擇接受或同意其中一個或數個選項。

## 五、醫療委任代理人：

當一個成年人已喪失決定能力或意識不清無法自我表達意願時，須依照不同狀況來確立醫療決策者。狀況一是無明確指定或缺乏指定狀態下的代理人，即，依安寧緩和醫療條例第 7 條第 3 項之規定，由其「最近親屬」來做成不施行心肺復甦術或不接受為生醫療的決定；狀況二是已經有明確指定代理人，即，依安寧緩和醫療條例第 5 條之規定，由意願人事先所指定之醫療委任代理人來簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」。如單身無眷者，並沒有最近親屬可代為決策，因此可事先簽署「醫療委任代理人委任書」(附錄二)，以書面方式指定醫療委任代理人，在病重無法自行表達意願的狀況發生時，即可由醫療委任代理人與醫療團隊根據當下的病情進行溝通，在充分瞭解醫療資訊後，代為決定是否選擇安寧緩和醫療以及維生醫療的抉擇，為病人的生命末期照護做出最佳決策。

## 六、不施行心肺復甦術 (DNR: Do not resuscitate)：

心肺復甦術 (CPR: Cardiopulmonary Resuscitation) 是一套急救技術，包括口對口人工呼吸、體外心臟按壓，在醫院中則會使用醫療儀器幫助患者恢復心肺功能，包括氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻等，心肺復甦術的適用對象為非預期性的死亡，如溺水、電擊、藥物中毒、心肌梗塞等原因所導致的心肺功能停止。不施行心肺復甦術指的是對罹患不可治癒疾病的末期臨終、瀕死或無生命徵象之病人，不實行上述的急救醫療處置，但並非放棄對病人的醫療照顧。

## 七、維生醫療 (LSMT: Life sustaining medical treatment) :

維生醫療是指用以維持病人生命徵象的醫療措施，如施行心肺復甦術、人工呼吸器、人工營養、流質灌食、血液透析及其他特定治療方式，其功能並不包括治癒疾病的效果。醫護人員最重要的是維護人們的生命，因此醫療技術不斷地突破進步，各種維生醫療技術能夠將病人的呼吸、心跳、營養吸收消化等生命徵象維持在一定的水準內，對於遭受疾病症襲擊的患者恢復身體自主功能前有所幫助。而對於罹患無法治癒疾病的末期病人，維生醫療技術並無法逆轉死亡的到來，只是靠著機器與藥物暫時讓病人的身體在這世上多停留些時間，有些時候這些時間對家屬與瀕死者有其意義，但是這樣維繫生命與形體存在的方式，也經常造成瀕死者的苦難，反而需要忍受更多無法尊嚴離開人世的折磨（蔣欣欣、彭美慈、余玉眉、蘇逸玲，2006）。

## 八、行為意圖 (Intention) :

本研究從三個面向操作化定義行為意圖：第一，在整合行為模式中，行為意圖乃行為的前導，主要由三個構面形成，包括態度 (attitude)、知覺規範 (perceived norm) 及個人動力 (personal agency) (Montaño & Kasprzyk, 2008)。第二，問卷設計以篩選題的方式，首先區分已簽署與未簽署兩組，詢問未簽署預立醫療指示的組別是否有考慮簽署預立醫療指示；再區分為有考慮與無考慮兩組，進一步詢問有考慮的組別是否想要簽署預立醫療指示，用「有無考慮」及「想不想」簽署預立醫療指示操作化行為意圖。最後，以詢問全體受訪者對於「臨終時想不想被急救」的意向，作為瞭解老年榮民行為意圖的第三個切入點。

## 第二章 文獻探討

### 第一節 榮民就養安置與老年榮民概況

#### 一、榮民就養安置發展與榮民之家概況

政府來台初期為了確保反攻大陸的基本國策，在民國 40 年頒布的「戡亂時期陸海空軍軍人婚姻條例」中明文規定軍人不得娶妻，等到這些軍人為國家奉獻一生，在臺退除役結束軍旅生活之後，便成了無妻無子、無家可歸的人，並且還要想辦法融入社會大眾的生活。威權時代的政府為了營造體恤國民，照顧為國犧牲的退伍軍人之形象，開始著手設置安頓無依榮民的處所。在那個老人福利尚在萌芽的時代，政府為安置首批在臺灣退除役的老弱傷殘、無親人照顧的官兵，自民國 42 年起，於新竹、台南、屏東、花蓮等地設立榮譽國民之家，做為榮民頤養天年的處所。發展至今，全臺已有 16 所榮譽國民之家（以下簡稱榮家）。數十年來，原本是政府慈善與恩給象徵的榮家，逐漸蛻變成老人福利機構的重要一環。這點可從民國 91 年起，當時的行政院國軍退除役官兵輔導委員會（以下簡稱退輔會）公開評鑑轄下榮家的作為中，看到政府展現與主流老人福利同步的決心（楊培珊、鄭讚源、黃松林，2009）。

根據退輔會出版之 102 年榮民輔導統計要覽（退輔會，2014a），102 年底全體榮民有 42 萬 7,924 人，其中 65 歲以上老年榮民計 22 萬 4,393 人，佔 52.4%，又佔全國老人的 8.3%。退輔會的就養政策，乃將榮民就養安置分為全部供給制（公費）及部分供給制（自費）兩種，公費就養榮民由退輔會發給就養給付，並得依意願進住榮家或自行在社區居住；自費就養榮民則自付服務費進住榮家。整體而言，102 年底就養榮民人數計 5 萬 7,461 人，其中公費就養有 5 萬 5,352 人，平均年齡 80.8 歲；自費安養有 2,109 人，平均年齡 85.7 歲（退輔會，2014a：68）。本研究的兩所榮民之家榮民

實際佔床數，在 102 年底分別為 463 人及 296 人，佔床率則分別為 85.6% 及 79.3%（退輔會，2014a：73）。

依「國軍退除役官兵就養安置辦法」之規定，榮民公費就養的條件為：服役期間因作戰或因公致身心障礙者；服役期間因作戰或因公致身心障礙，退除役後其身心障礙情形惡化者；年滿 61 歲者。而不符公費就養條件者，如無固定職業且因傷病或身心障礙或年滿 61 歲者，可申請自費就養。從上述規範的就養條件可看出，除了經濟條件外，榮民的健康、身心障礙狀況及年齡限制是主要的就養安置考量。換句話說，住在榮民之家的榮民，大多處於身心功能偏弱及年齡偏高的狀態。

一般榮家均具備安養與養護之功能，安養區主要照顧的是可自主行動的榮民；養護區則安置輕癱者、失禁、四肢或身體不適、體弱的老年榮民（林靖宜，2005）。榮家的組織設置，也依此功能分為安養隊及養護隊，安養隊、養護隊之下分別設置數個「堂」，分別由隊長、堂長、服務員來提供各堂隊裡的榮民生活及輔導等服務。另外針對榮民的保健需求，榮家中也有設置保健組，由常住或支援醫師、常住護理人員來負責榮民的一般疾病醫療保健工作，包括健保門診、協助榮民赴榮院就醫、養護病患收容鑑定、榮民傷殘義肢、義眼、義齒、老花眼鏡等傷殘用具申請及配用作業、年度流感疫苗接種、年度體檢、預防保健宣導教育及環境衛生規劃等（林靖宜，2005）。

## 二、老年榮民的身心特質

已有許多文獻討論了老化對於身心功能的影響，洪瑄曼等（2008）討論了老化對生理結構及功能的影響，指出心臟血管系統、呼吸系統、生殖泌尿道系統、內分泌系統、骨骼肌肉、皮膚感覺系統、神經系統等方面的老化狀態。老化對於心理層面的影響，則有心智及思想的改變、自我概念

和身體心像改變、角色人際關係改變、價值信念改變等方面。而接近死亡的事實也造成心理上的恐懼，以致意志消沉、憂鬱、緊張、沮喪、憤怒的人格會出現在老年人身上（吳謝芳，2005）。身體機能的退化造成日常生活的不便，影響著多數老年人的人格行為模式，進而形塑出老年人獨特的行為特徵。瞭解老年人的生理狀況，是瞭解老年人醫療決策行為的重要入口。

根據 2009 年內政部老人狀況調查摘要報告，65 歲以上老人患有慢性或重大疾病者占 75.92%（內政部統計處，2009）。而一份 2012 年臺灣成人自評健康狀況的調查中，僅有 57.3% 的老年人自評健康狀況為良好（行政院主計總處，2012）。到了 2013 年，中老年人在身心障礙人口中的比率為 37.54%（衛福部統計處，2013）。從上述種種的統計資料顯示，老年人口群的生理狀態確實存在著疾病與失能的風險。

通常老年人被定義為年齡在 65 歲以上者，其中又可分為 65-74 歲的年輕老人、75-84 歲中年老人及 85 歲以上的老老人（Mauk，2010）等三個族群。依照這三個族群來看老年榮民佔全體榮民的就醫情形，呈現出年輕老人佔 5.71%、中年老人佔 32.36%、老老人佔 51.16% 的分布（退輔會，2014c），總計 65 歲以上榮民的就醫人數就佔了全體榮民的 89.23%，顯示老年榮民的就醫機會較高，而且年齡越高，就醫的機會也越高。一份研究老年榮民與非榮民醫療服務利用之調查指出，老年榮民健康情形普遍較老年非榮民差，老年榮民罹患兩種以上疾病的比率高達 50.3%（趙國智、王天佑，2013）。研究結果均在提示著，老年榮民隨著年齡的增長，健康退化加劇而罹患多種慢性病，使得接觸醫療機構及必須做醫療決策的頻率越來越高，在此過程中，老年榮民不可避免地需要開始思考，自己的生命末期醫療照顧選擇。

### 三、榮民的醫療照顧服務現況

榮民服務的主管機關原為「行政院國軍退除役官兵輔導委員會」，因應政府組織改造，於民國 102 年 11 月 1 日更名為「國軍退除役官兵輔導委員會」（以下簡稱退輔會），持續推動榮民服務，並陸續將退輔會所屬的醫療機構，以北中南區等三區，組成「輔導會醫療體系醫療服務網」。網絡中的醫療體系有三個層級，分述如下（退輔會，2014d）：

#### （一）第一級：基層醫療

榮家「保健組」，負責各榮家住家榮民的一般保健，對於無法照顧之病患，則轉送至各地區榮民醫院治療。

#### （二）第二級：榮民總醫院分院

各地區「榮民總醫院分院」之區域醫療，負責支援鄰近榮家保健組之醫療作業；接受地區醫學中心輔導、轉診病患；必要時得將病患轉送至地區醫學中心治療。

#### （三）第三級：醫學中心醫療

屬於「地區醫學中心」的臺北、臺中、高雄榮民總醫院，負有醫療、教學與研究三大任務，並支援「地區榮民總醫院分院」醫療作業，依各該地區榮民總醫院分院之實際需要，實施醫師、護士及復健人員之相互支援；專業醫療技術輔導、進修教育；地區內床位之調節運用；接受榮民總醫院分院轉診之病患，並就地區內榮民醫療技術及政策性問題，適時反映輔導會研處。

由上可知，當一位榮民之家的老年榮民抵達榮民總醫院就醫時，先前可能已經歷過了第一級與第二級的醫療照護服務。無論榮民在哪一層級的醫療網絡中，皆必須進行醫療處置的抉擇。除了榮民本人以外，親屬是主

要的醫療決策者，但若是單身無親屬的榮民，則有行政院衛生署於民國 88 年對醫療法第 46 條第 1 項「關係人」的函釋（衛署醫字第 88068130 號），在單身榮民就醫時，榮民服務處或榮民之家的輔導員，得以「關係人」之身分，於單身榮民失去自行決定醫療處置的狀態下，代為簽署手術同意書及麻醉同意書等醫療文件，使其獲得應有的醫療照顧。而在安寧緩和醫療條例通過後，輔導員以「關係人」的身分可簽署醫療文件的範圍，則有衛生署於民國 97 年的函釋（衛署醫字第 0970090602 號），認為關係人非屬安寧緩和醫療條例第 7 條第 4 項所訂之最近親屬，不可代為簽署「不施行心肺復甦術同意書」，但得為在場見證人或受託成為醫療委任代理人，並建議退輔會向榮民宣導簽署「預立選擇安寧緩和意願書」及「預立醫療委任代理人委任書」。

另一方面，「善後服務」是退輔會對榮民提供的「照顧服務」之一，其項下可再細分為殯葬服務、喪葬補助、遺產管理及軍墓服務。依法由各地榮民服務處或榮譽國民之家，對單身榮民提供善後殯葬服務及負有遺產管理權責。然在台單身亡故榮民的大陸親屬遺產繼承權，涉及到兩岸人民關係的法律規定及我國民法規定的繼承人順位，繼承人的資格認定加上複雜的繼承程序，經常產生許多糾紛。根據「臺灣地區與大陸地區人民關係條例」，榮民去世後，遺產必須對大陸公告 3 年，如果沒有親屬繼承才能繳入國庫；而有心人士覬覦榮民的財產，在其晚年提供照顧與情感上的羈絆，在榮民身故後提出爭取遺產的訴訟等事件，也時有所聞。為避免糾紛與爭議，退輔會近幾年已經開始全面輔導榮民「預立遺囑」，以自書、代筆及公證等 3 種範例格式，讓榮民有機會立下遺囑，交代財產分配及身後事的處理意願，主任委員更在立委質詢下，要求會屬各機構在榮民集會或訪視時加強宣導（中央廣播電臺，2011）。

隨著社會變遷，單身榮民的醫療決策與亡故後的遺產管理問題逐漸增加，在退輔會各層級積極推動「預立遺囑」的風氣下，由醫療體系網絡來推動「預立醫囑」，也逐漸受到重視。根據研究者在兩間榮家中與榮民的接觸過程中，老年榮民們已普遍獲得「預立遺囑」的資訊，對於本研究的主題—「預立醫療指示」，發揮前提背景的幫助作用，因此研究者須在訪談過程，更注意釐清兩者的相異處，突顯預先思考生命末期醫療照顧選擇的重要性。

退輔會 103 年的重大施政工作之一是「醫療機構經營整合」，執行工作重點為「整合經營，優化醫療照護：各級榮院推動『榮民體系安寧緩和醫療全程照護網絡計畫』，推展安寧居家等服務，以提升照護品質。」（榮光雙周刊，2014）。「榮民體系安寧緩和醫療全程照護網絡計畫」以「輔導會醫療體系醫療服務網」為架構，於北中南三所榮民總醫院成立分區榮民安寧緩和資源中心，整合榮民總醫院，榮民分院、社區榮家及榮民服務處的力量，提供榮民安寧緩和資源轉介服務之外、亦藉由社區榮民醫院專業人員培訓、辦理宣導活動、輔導諮詢、辦理榮民醫院標竿學習等方式，結合所有有志於推動安寧緩和照護之團隊，提供全方位優質服務，提昇末期榮民享有高品質臨終照顧，致力達成生死兩相安，實現全人、全家、全程、全隊、全社區之五全照顧願景。計畫內容有三項，其中第三項為「推動榮民預立醫療照護計畫」，包括推動榮家無眷榮民預立醫療委任代理人制度及辦理社區榮民之家預立醫療照顧（臺北榮總家醫部，2014）。

因應此計畫的工作人員陸續就位，退輔會所屬醫療機構已於 103 年下半年著手進行重點工作的推動，目的是增加榮民預立醫囑的比例，確保榮民能獲得善終的臨終照顧。因此本研究所欲探討的主題，實際上與目前的政策有所結合，並且能夠為政策的宣導與推動提供前導性的建議。

## 第二節 生命末期醫療決策

### 一、生命末期醫療決策的類型與探討層面

根據一份納入 6 個歐洲國家的研究指出，減輕疼痛與症狀、不予或撤除維生醫療等 2 類的生命末期醫療決策為最典型的討論議題 (Van der Heide, Deliens, Faisst, Nilstun, Norup, Paci, van der Wal & van der Maas, 2003)。而較具爭議的是另一份來自荷蘭的文獻 (Raijmakers, 2013)，該文獻指出自 1990 年起，荷蘭對於生命末期醫療決策的研究類型大致分為安樂死 (euthanasia)、醫師協助自殺 (physician-assisted suicide)、在缺乏病人要求的狀況下結束病人生命 (ending of life without an explicit patient request)、減輕疼痛與症狀 (alleviation of pain and symptoms)、不予或撤除維生醫療 (withholding or withdrawing potentially life-prolonging treatment) 等 5 類。生命末期醫療決策的類型牽涉到人們在倫理、道德層面上的不同立場，以及東西方社會文化價值的不同。在臺灣，並沒有醫師協助自殺或在缺乏病人要求的狀況下結束病人生命的合法性，更沒有安樂死法律，即使在世界上大多數的國家中也如是。荷蘭討論生命末期醫療決策的類型多樣，畢竟還是屬於少數。

因此當我們在談論生命末期醫療決策時，主要是指談論有關醫療資訊的交換、治療計畫的選項、不予或撤除維生醫療等問題；也著重在討論如何滿足處在生命末期的人們的需要，包括：被告知他們自己的病情與診斷，控制疼痛及其他症狀，維持自主的感受，感受安全、一切在控制之中、和被照顧的感覺，能夠參與決策和準備死亡，維持關係，以及實現完整的感受等 (Schub & March, 2014)。

每個人終究會進入生命的末期，但並不是每個人都能意識到正在經歷生命的最後時光。可能有的人希望奮戰到最後一刻，不放棄任何一絲急救

求生的機會；或者有的人樂天知命，在瞭解足夠的醫療資訊之後，選擇臨終時刻不被維生醫療牽絆，走得瀟灑。

因此探討生命末期的醫療決策須從不同層面切入考量。從疾病的心理層面來看，病人可能無法接受疾病診斷，相信自己能夠存活下來（Carr，2012），因遲遲未認清醫療現實而無法做出醫療決策。抑鬱、焦慮、憤怒、無助、絕望、恐懼等情緒，及未解決的問題、未實現的夢想則影響著病人對生命末期的醫療照護偏好，也會干擾他們做決定的能力（Malespina，2007）。此外長時間的生理疼痛、持續惡化的生理功能、不被瞭解的心理、被急救的經驗，則會使病人做決策時變得困難（Malespina，2007）。

從文化的層面討論生命末期醫療決策時，必須對東西方社會文化的差異有所瞭解。Hsin（2006）比較臺灣與紐西蘭老人對末期醫療抉擇的觀點，指出臺灣老人雖然不期望臨終時有醫療介入，但這並未促使他們立下末期醫療預囑，而是寧願不去想它，或者為求家庭和諧，而將決策權全交給子孫。惟醫療科技的發達，與子女因為社會慣例及孝道的考量，要求一切延命醫療，違反了長者的初衷。Ko & Berkman（2012）對韓裔美國人的焦點團體研究也有類似發現，並提出孝道文化、集體決策以及談論生病與死亡的文化規範等面向，是東方社會的老人在思考生命末期醫療決策，以及是否完成預立醫療指示時會顧慮到的因素。

林美伶等（2009）回顧國外文獻指出，西方文化強調個人主義思維，尊重個人權利，東方社會文化則經常將個人權利置於群體權利之下考量，因此建議醫療人員進一步思考，涵蓋家庭的醫療決策是否真是病人意願，或是病人本身無法或不知如何擺脫文化束縛，探詢病人意願，瞭解病人對家屬介入醫療決策的期待是重要的。文獻回顧亦初步瞭解到性別、年齡、疾病嚴重度、人格特質均會影響病人參與決定的意願，須依照病人特性調整醫病互動溝通內容。

## 二、生命末期醫療決策與中國傳統的死亡及疾病價值觀

談論生命末期醫療決策，不能免於談論死亡與疾病的情境，而個人對於死亡與疾病的價值觀，鑲嵌於個人所處的社會文化背景中，因此生命末期醫療決策與個人所處的社會集體對於死亡與疾病的價值觀，息息相關。自古以來，儒家、道家、法家、墨家及佛家等五大思想流派對於死亡的思考方式，影響中國社會的死亡觀念甚深，其中又以儒家的死亡觀影響最為廣大。儒家推崇的死亡觀是「未知生，焉知死」、「殺身成仁」、「捨身取義」、「朝聞道、夕死可矣」。這些觀念的核心是人的道德生命重於生理生命，人們為光大、舒展自我的道德生命，為此應該付出生理生命，勇於去赴死（劉曉江，1993）。道家的死亡智慧與儒家大異，他們不從社會與倫理的角度揭示死亡的奧秘，而直接從自然無為之「道」的本體論來觀照死亡。因此「生死齊一」成為道家死亡智慧的核心，獲得「死而不亡」成為道者們追求的唯一價值目標（劉曉江，1993）。因此儒家的死亡觀是人世的、積極的，主張透過立功立德來超越死亡。道家的死亡觀則是出世的、飄逸的，它主張順應天理與自然之道，既不悅生也不惡死（劉衍永、周曉陽，2008）。相對來說，儒家的「喜生惡死」觀念是主流思想，而道家的生死觀則是對儒家思想的消解，因而豐富了中國傳統文化的死亡思想（崔準準、劉霞，2009）。

孔子在子路提問死亡的終極問題時，說出「未知生，焉知死」的名言，然而，許多中國人普遍持有的「未知生，焉知死」心態，卻不同於孔子擱置死亡的問題，要弟子們「由生觀死」的原意（劉衍永、周曉陽，2008），這種表面的認識，實際上大大削弱了個人自身對死亡的深刻體認，從而也降低了自我在死亡過程中及面對死亡時的心理調適能力（劉曉江，1993）。

對於死後世界的未知、死亡過程的恐懼，讓死亡罩上一層層的神秘面紗；而與死亡十分接近的疾病經驗，也受到文化價值觀的影響。中國社會是由整體和諧的角度來看待健康的，因此生病是人失去平衡的狀態，有

的人認為部分身體的疾病，就是整個身體、甚至是整個人的疾病（蔣欣欣、盧孳艷，1996）。而在臺灣，混合了儒道佛的信仰價值觀，則是民眾用來看待疾病與醫療結果，以及思考健康決策的依據（吳麗敏、金繼春，2007）。儒教重視祖先崇拜，道教提供陰界特色之功利主義（李亦園，1988），加上佛教教義中的因果輪迴、報應觀念，綜合起來成為人們對於疾病死亡的看法。宿命論或者「命由天定」的觀念也從這個混合著儒道佛的民間信仰中發展出來，禍福都是命中注定，訴諸於「天」做為最後決定權的信念，烙印在人們的思維與行為模式之中。若以西方的角度來看，這是一種外控的歸因方式（吳麗敏、金繼春，2007）。

綜合以上，生命末期醫療決策可從病患的心理、個人基本特質、文化背景等三個面向的因素來瞭解，其中文化背景的因素，包含了中國傳統文化中的死亡觀，以及民間信仰對疾病的理解與思考模式，是在瞭解臺灣民眾，包括老年榮民如何看待疾病與死亡議題時，不可忽視的主要因素。

### 三、生命末期的醫療決策者

國外文獻指出，當病人越主動參與醫療決策的討論，表達個人想法與意見時，越有助於減少決策衝突（Kremer, Ironson, Schneiderman & Hautzinger, 2007）。也有研究顯示，討論生命末期的議題，有助於提升病人對醫病溝通的滿意度（Walsh, Girgis, & Sanson-Fisher 1998; Song, 2004）。由此可知，個人主動參與自己的生命末期醫療決策，不僅促進醫病溝通，亦可減少末期決策困境的產生。

但是，有多少人實際上參與了自己的生命末期醫療決策？他們採取了什麼方式處理自己的生命末期醫療決策？

在林慧美等人（2011）的研究中，75%的住院病人表達希望有人與其討論預立醫療指示的問題，但 206 位受訪者中，真正有過與醫療人員討論

生命末期醫療決策經驗的只有 17 位。吳讚美等人（2009）研究癌症死亡病患簽署不施行心肺復甦術情形發現，文件的簽署者高達 97.8% 為家屬，簽署時間距離死亡時間平均為 11 天。鄒海月等人（1999）則指出癌症末期病人家屬認為不施行心肺復甦術應該在病人清醒時，由病人自行決定。文獻顯示大多數的病人及家屬，均有由病人本人參與生命末期醫療決策的意識。

另外，則有一些研究是從醫療自主切入，瞭解老人及病人參與醫療決策的意願。王詩盈（2010）針對老人參與醫療決策及尋求醫療資訊偏好的研究顯示，面對醫師時，老人傾向將決策權交給醫師或與醫師共同決定；至於面對家屬時，老人則傾向與家屬共同決定或由自己掌握決策權。伍碧琦等人（2011）的研究也有類似結果：當病人與家屬對於醫療選擇的意見不同時，病人傾向自己做決定，而當對象換成醫師時，則有半數以上的病人會同意由醫師做主。

若病人無決策之行為能力又無醫療委任代理人時、法律有明定能夠為病人做決定的親屬先後順位。安寧緩和醫療條例第七條第四項：「前項最近親屬之範圍如下：一、配偶。二、成年子女、孫子女。三、父母。四、兄弟姐妹。五、祖父母。六、曾祖父母、曾孫子女或三親等旁系血親。七、一親等直系姻親。」第六項則進一步明定：「其最近親屬意思表示不一致時，依第四項各款先後定其順序。」儘管法律畫出代理決策的最底線，但事實上，根據以家庭為中心的文化價值，順位在前的家屬，仍然須承擔決策過程協商與決策後果的壓力。

#### 四、小結

生命末期醫療決策充滿著個人選擇、自主自決的色彩，但在臺灣的文化背景之下，生命末期醫療決策不僅止於個人自決，也需要將個人本身、家屬及醫療人員三方面都納入考量。個人會依據討論對象的不同而有不同程度的決策參與，也展現不同程度自主意願；而當個人到了疾病末期無法自我決定時，家屬須跳出來為親愛的家人做醫療決策，此時家屬面臨著遵從病人意願與孝道文化、集體決策等價值之間的拉鋸；醫療人員則因為掌握醫療資訊，而擁有對個人及家屬醫療決策的影響力。三方面固然會因為各自的價值信念不同，而互相拉扯，但所有的努力與抉擇，都是為了要讓個人在生命末期時的需求與生命品質，能夠獲得滿足與提升。個人是否有勇氣、有意願檢視據以做出決策的信念，在成為病人之前或面臨疾病末期之前，為無可避免的生命末期預先思考、預做準備，密切影響著個人生命末期醫療決策的走向。老年榮民因為特殊的政治歷史原因，沒有在臺眷屬或單身者的比例較一般老人高，在進行生命末期醫療決策時，他們是否會受到較少的家庭因素影響，而能有較多的個人自主自決？或者受到東方社會對疾病與死亡的文化價值觀影響，而有不同的生命末期醫療決策選擇？

### 第三節 預立醫療指示的發展與意義

美國在 1991 年生效的「病人自決法」( Patient Self-Determination Act, PSDA ) 中，確保了病人的拒絕醫療權，也建立了預立醫療指示的法律地位，使病人的意願在其失去意識時仍得以貫徹，保障病人的醫療自主權 ( Douglas & Brown, 2002; 孫效智, 2012)。「病人自決法」是美國從聯邦政府的層級，重新辨識及貫徹美國各地方州政府自 1976 年以來的判例與法律中，牽涉到的病人醫療自主權議題，這些病人權利包括 ( Wilkinson, Wenger, & Shugarman, 2007) : 參與並指導他們自己的醫療照護決策權利、接受/拒絕醫療或手術的權利、準備一份預立醫療指示 ( Advance Directives ) 的權利、以及醫療照護提供者應告知病人將如何管理上述這些權利的機構政策。這裡所指的醫療照顧提供者為醫院、護理之家、安寧療護機構、居家照顧機構等，一律被要求應依照法律賦予的病人權利，提供相關的教育與宣導責任。

預立醫療指示是指一個有決定能力的成年人在未來可能喪失決定能力或無清楚意識之前，依照自己的期望與意願，表達對於醫療照護的同意與否，並預先完成的口頭或書面陳述 ( Brown, 2003; 楊嘉玲、陳慶餘、胡文郁, 2008) 。預立醫療指示大部分以三種形式呈現：「生前預囑」( living wills )、「預立醫療委任代理人」( durable power of attorney for health care; DPAHC ) 及「不施行心肺復甦術醫囑」( a do-not-resuscitate order, DNR )，這些文件使個人得以具體表達在生命末期時想要接受的醫療照顧意願 ( Barondess, 2005; 顧乃平、李從業, 2002) 。

生前預囑 ( living wills ) 是一份具有法律效力的文件，使個人在進入無法溝通表達的狀態下，仍然可以表達關於醫療照護的心願。預立醫療委任代理人 ( DPAHC ) 則是指個人有權利指定一位代理人，在其已無行為能力時，由這位代理人代為做出健康維護的決定，代理人的權利自個人被視為無行為能力時起生效。不施行心肺復甦術意願 ( DNR ) 則是使個人在瀕臨臨終的狀況下，可以發

揮限制醫療介入的權利 (Hinders, 2012)。值得一提的是，美國奧斯丁聖大衛醫療中心副營運長—Chuck Meyer 牧師首先提出以 AND 取代 DNR 的說法，他認為 AND (Allow natural death) —「允許自然死」一詞相較於 DNR 來得更和善且更貼近實際意義 (Meyer, 2015)。也有學者據此研究醫療人員比較使用 AND 與 DNR 的說詞來進行病情解釋時，病患與家屬的反應與接受度，結果顯示醫療人員傾向認為 AND 比 DNR 在醫療解釋上，更一語雙關、更以病患及家屬為中心 (Jones, Parker-Raley, Higgerson, Christie, Legett, & Greathouse, 2008)。由此看來，醫療人員使用更中立、更合乎病患為中心的醫療詞彙來解釋預立醫療指示中不施行心肺復甦術的含意，會是預立醫療指示未來的發展趨勢。惟臺灣目前主要使用 DNR 來指稱不施行心肺復甦術或撤除維生醫療的措施，因此本研究仍以 DNR 一詞進行研究問題之討論。

儘管病人預立的生前預囑或不施行心肺復甦術意願的書面文件，只能有限地指引未來治療的可能性，並不能靈活地根據複雜的醫療情境做出相應的決策 (Tonelli, 1996)，但是預立醫療指示被設計來幫助病人為自己的醫療照顧選擇發聲，尤其是當病人本人已經失去自我表達的能力時。藉由醫療照護提供者與病人討論預立醫療指示的內容與態度的過程，病人得以預先思考自己在生命末期時，希望或不希望得到的醫療照護方式。

另一個與預立醫療指示相近的概念是「預立醫療自主計畫」(Advance care planning, ACP)，ACP 是個人在有決定能力時，與家人或朋友及醫療人員討論末期照護方式，是持續溝通與討論的過程 (王淑貞、范聖育、章淑娟、張智容、王英偉, 2013)。基於上述定義，可知兩者的概念相近，經常互為使用。惟預立醫療自主計畫與預立醫療指示不同的是，它指的是一個討論、決定或者執行預立治療和委任代理人的過程，屬於執行方法面，可分為五個步驟 (李欣慈、陳慶餘、胡文郁, 2012)：1.由醫療人員說明主題及提出預立醫療照護計畫的相關概念與目的，並徵詢病人意願；2.以結構式訪談、會議、使用錄影帶、小冊子或預立醫

療指示文件等方式，讓病人及家屬了解相關資訊後，鼓勵提出疑問並澄清，以確保確實瞭解；3.完成書面文件的簽署，如預立醫療指示文件，並列入病歷紀錄中；4.再度檢視或更新預立醫療指示文件，並定期檢視以簽署之文件，依病人需求予以更新；5.根據所簽署的預立醫療指示內容，真正落實於臨床照護。經過上述五步驟的討論之後，具體簽署的文件，則是預立醫療指示所包含的生前預囑、不施行心肺復甦術之醫囑及醫療代理人等文件。因此，也可說 ACP 的範圍較 ADs 來得大，因為預立醫療自主計畫是一連串的對話，是一個重要的過程，去充權、使個人能夠去討論什麼是對他而言是重要的，以及個人對未來照護方式的希望與意願 (Storey & Sherwen, 2013)。預立醫療自主計畫不只針對治療方式進行討論，也與病人的心理、社會、靈性等議題息息相關 (Storey & Sherwen, 2013)。

本研究旨在討論預立醫療指示文件簽署行為，因此主要以預立醫療指示的概念為焦點，較少依據預立醫療自主計畫偏重的執行面向來進行討論。惟本研究對於簽署行為的研究結果仍可為執行面提供參考。

楊嘉玲等 (2008) 回顧國外文獻指出，預立醫療指示對病人、家屬、醫療人員及醫療環境而言，有許多正面意義。對個人而言，簽署預立醫療指示有下列優點：個人因為知道即便自己失去決定能力時，家人及醫療人員人能瞭解個人想要的醫療照顧而得到內心的平和；提升患者的醫療決策權；促進尊重及自主權；自我期望、價值及信念的陳述；促進生命的價值與品質；避免不必要的醫療；失能時仍能維持控制權；增進與家人、健康照護人員之間的溝通。

由上可知，預立醫療指示本身並不是目的，而是藉著照顧者提供足夠的醫療資訊，並與被照顧者討論預立醫療指示的過程，確認被照顧者自身對生命末期醫療照護的價值取向、治療偏好及醫療目標為何，指引照顧者採取適當的措施，實現被照顧者的心願並達到其最佳利益。雖然倫理抉擇困境不可能因為預立醫療指示的完成而全然避免，但當這個過程是被忽略或缺乏時，卻會使倫理抉擇困境發生的可能性大增。研究指出，病人及家屬都高估了急救或維生醫療的效益

(Frank, Heyland, Chen, Farquhar, Myers, & Iwasa, 2003; Gillick, 2009), 導致病人臨終時, 家屬經常會要求醫師用盡一切挽救生命的醫療措施, 甚至延長病人的瀕死期, 造成不必要的折磨與痛苦。假如事前醫師曾經告知病人及家屬關於急救能夠帶來的效益或限制, 以及當心肺功能停止時能夠採取的措施, 瞭解病人及家屬希望處置的方式, 應可增加病人善終的機會。因此提早討論、預先思考可更大地發揮預立醫療指示的優點, 也是幫助個人善終的一個契機。

#### 第四節 安寧療護意涵與臺灣的安寧緩和醫療條例

世界衛生組織（World Health Organization，2009）定義安寧療護（Palliative care）為：針對正面臨疾病威脅生命的病人及其家屬，以疼痛控制及其他症狀的緩解、從診斷到終末的心理靈性支持、悲傷輔導等方式，來提高生活品質。

同時 WHO 指出安寧療護的內涵為：（一）緩解疼痛及其他症狀；（二）重視生命並視死亡為一正常的過程；（三）既不加速也不延緩死亡；（四）整合病人照護的心理靈性層面；（五）為協助病人盡可能積極地活到終末，提供了一個支持系統；（六）為協助家屬在疾病期間處理他們的悲傷，提供了一個支持系統；（七）以團隊的方式處理病人及家屬的需求，包括悲傷輔導；（八）提升生活品質，並對疾病過程產生積極性的影響；（九）適用於疾病早期，與其他延長生命的治療方式合併，如化學治療或放射線治療，以及包含那些需進一步理解的研究與管理令人煩惱的臨床併發症（and includes those investigations needed to better understand and manage distressing clinical complications）。

世界安寧療護聯盟（Worldwide Palliative Care Alliance，2009）指出，安寧療護是以病人為焦點、家庭為中心的方法，著重個人的需要，以醫療、護理、輔導、志願服務人員的跨專業團隊合作方式進行，其內容要素包含生理、心理、社會、法律、靈性等層面，其中法律層面：「建立預立醫療指示及病人照護偏好的文件」，是眾多安寧療護要素中的一環。

臺灣的安寧緩和醫療條例於民國 89 年 6 月 7 日公布施行，全文共 15 條（附錄三），明定了立法目的、主管機關、專用名詞介定、適用對象、意願書簽署之內容、醫師義務與罰則等。安寧緩和醫療條例在民國 91 年、100 年、102 年先後經過三次修法。現行條文的第 4 條到第 7 條明定了意願書內容及簽署方式的相關規定，包括賦予末期病人得立意願書選擇安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇（第 4 條）；得指定醫療委任代理人，當其病重無法自行表達意願時，代為簽署意願書

(第 5 條)；立意願書人得隨時自行或由其代理人，以書面撤回其意願之意思表示(第 6 條)；立意願書人可將其意願註記於全民健康保險憑證中，註記的效力與正本相同(第 6-1 條)；未滿 20 歲之未成年人簽署不施行心肺復甦術或維生醫療意願時，應有法定代理人的同意(第 7 條)。

如果末期病人並沒有預先簽署相關的意願書，而是呈現意識昏迷或無法表達意願狀況下，可以由最近親屬出具「同意書」來代替，同樣可以使病人免於受到心肺復甦或維生醫療帶來的痛苦折磨(第 7 條)；如果末期病人沒有最近親屬，則應經過安寧緩和醫療的照會，考量病人最大利益之後，出具醫囑來代替意願書(第 7 條)；而第 7 條也進一步明定上述兩個狀況，包括親屬所出具之同意書或安寧緩和醫療出具之醫囑，均不可與病人先前的意思表示相反，確保他人代為決定的末期醫療照顧，不會違背病人的意願。

民國 100 年與 102 年第二、第三次修法的重點，在於修訂已經進行心肺復甦術及維生醫療的末期病人不能夠終止或撤除的規定，在此之前，已經施行維生醫療的末期病人，即使有親屬的同意書或者醫囑明知為無效醫療，仍然不可終止或撤除。修法之後，當施行心肺復甦術及維生醫療之後，才得知病人意願或親屬表達不願意接受維生醫療時，可以由最近親屬一人出具同意書來終止或撤除之。這項條文修正前後，也引發了許多關於撤除與終止的維生醫療的倫理法律討論(王志傑，2003；陳榮基,2008；孫效智，2012；黃馨葆、林晏群、邱泰源，2012；陳信如、盧映潔，2013；楊秀儀，2013)。

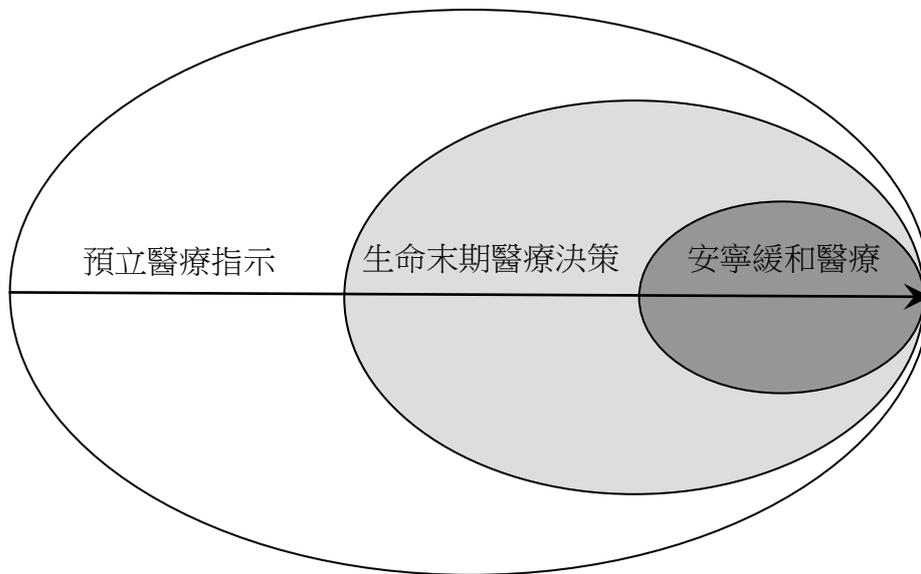
安寧緩和醫療條例所定之意願書，目的在提供意願人以書面方式選擇是否接受(一)安寧緩和醫療、(二)不施行心肺復甦術、(三)不施行維生醫療、及(四)指定醫療委任代理人。因此臺灣安寧照顧協會依據行政院衛生署於中華民國 102 年 05 月 15 日公告之參考範例，編印了「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」、「醫療委任代理人委任書」、「不施行心肺復甦術同意書」、「不施行維生醫療同意書」、「撤回預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願聲明書」等五種表

格範例，供意願人或家屬、代理人簽立。前兩項「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」及「醫療委任代理人委任書」所載之意願內容，與預立醫療指示之內涵：生前預囑、不施行心肺復甦術意願、醫療委任代理人等概念相符合。

安寧緩和醫療條例，正如同美國病人自決法一般賦予了病人醫療自主權，因此安寧緩和醫療條例是臺灣的病人自決法，也是一項確立人們有權利自然死的法律。安寧緩和醫療條例中規定的意願書，則給予病人以書面文件表達生命末期是否選擇安寧療護、不施行心肺復甦術、不接受維生醫療等意願的法律地位。本研究依據臺灣立法通過的預立醫療指示—「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」及「醫療委任代理人委任書」，瞭解老年榮民預先思考這些生命末期醫療照顧方式的情形。

## 第五節 簽署預立醫療指示的相關研究整理

整體而言，生命末期醫療決策、預立醫療指示與安寧緩和醫療三者，可以用時間軸的概念來呈現其間的關係（如圖一）。預立醫療指示可以在個人生命時間軸上的任何時刻進行預先思考；生命末期則是一段期間，個人需要針對在此期間裡發生的各種醫療需要進行選擇與決策；而安寧緩和醫療，則是個人在生命末期裡，眾多醫療決策的選項之一。因此，本節在探討國內外研究關於預立醫療指示的文獻中，除了預立醫療指示的簽署比率及簽署的相關因素外，也納入了生命末期醫療決策及安寧緩和醫療的相關因素等資料，藉此形成本研究的變項。



圖一 生命末期醫療決策、安寧緩和醫療及預立醫療指示之關係示意圖

### 一、簽署預立醫療指示的比率

美國的「病人自決法」(PSDA)將預立醫療指示法制化，但仍有研究指出美國人完成預立醫療指示的比率不到 30% (Wilkinson, Wenger, & Shugarman, 2007; Hinders, 2012)。當研究對象是門診患者時，立下書面預立醫療指示的比率，在 PSDA 通過前為 19.8%，PSDA 通過後為 25.5% (Emanuel, Weinberg, Gonin, Hummel, & Emanuel, 1993)，法律案的通過並沒有明顯地增加預立醫療指示的簽署率。一項在社區門診調查退伍軍人持

有生前預囑的研究則發現 (Sugarman, Weinberger, & Samsa, 1992), 只有 4% 的受訪者已有生前預囑, 33% 想要簽署但尚未簽署, 54% 無法決定是否要簽署, 9% 不想要有生前預囑, 此研究將結果歸因於受訪者並沒有關於生前預囑的相關知識與資訊來源, 無法進行知情同意。至於護理之家 DNR 普及率的相關研究結果則介於 11%~65% 之間 (Frank 等, 2003; Messenger-Rapport & Kamel, 2005; Dobalian, 2006; Jones, Moss, & Harris-Kojetin, 2011)

據衛生福利部統計, 2014 年 11 月止, 全臺僅有 24 萬 3 千多人簽署「預立安寧緩和醫療意願書」並註記於健保卡 (臺灣醒報, 2014)。高雄榮民總醫院院內非安寧緩和醫學科之癌症末期病人, 不施行心肺復甦術醫囑 (DNR) 的簽署率在 62.75% (鄭淑芬、丁肇慈、郭彩雲, 2013)。吳讚美等人 (2009) 分析癌症死亡病人簽署 DNR 正式文件的比率, 則有 59.2%。國內以護理之家老年住民為對象的研究, 簽署 DNR 的比率在 9%~25.9% 之間 (羅玉岱, 2010; 曾怡萍, 2010; 林秀英, 2012)。

從上述國內外文獻中, 可以發現簽署率差異頗大, 這正顯現出影響預立醫療指示簽署率相關因素, 是多重且複雜的。一般民眾簽署率的低落對比醫院內癌症末期簽署率的過半, 可以歸因於疾病健康及死亡時間的迫近等因素; 不同研究中的護理之家老年住民簽署率有明顯落差, 則在指引我們須從多重面向來探討原因。

## 二、簽署預立醫療指示的障礙

許多文獻從簽署預立醫療指示會遭遇到的阻礙, 討論預立醫療指示完成比率低落的原因 (Fagerlin & Schneider, 2003; Jezewski & Meeker, 2005; Wilkinson, Wenger, & Shugarman, 2007; Schickedanz, Schillinger, Landefeld, Knight, Williams & Sudore, 2009; Alano, Pekmezaris, Tai, Hussain, Jeune,

Louis, El-Kass, Ashraf, Reddy, Lesser & Wolf-Klein, 2010), 這些阻礙原因包括：(一) 完成一份預立醫療指示的知識與資訊不足；(二) 從來沒聽說過預立醫療指示；(三) 從來沒有人與病人談論過預立醫療指示；(四) 沒有人開啟「死亡與生命末期準備計畫」的話題；(五) 即使完成了一份預立醫療指示，醫師也不會遵循；(六) 病人難以預測自己未來的治療偏好；(七) 病人寧願照顧者為他們做決定；(八) 家人或朋友知道自己的願望，會為他們做最好的決定；(九) 病人認為自己還很健康；(十) 談論此類問題會讓人焦慮；(十一) 不想去思考死亡；(十二) 忙於工作與家庭生活；(十三) 預立醫療指示對別人很重要，對自己則不然；(十四) 沒想過這麼多。

國內的楊嘉玲、陳慶餘、胡文郁等人(2008)，則指出推行預立醫療指示的阻礙有：(一) 病人及健康照護提供者不願意談論有關生命末期照護相關議題；(二) 談論時產生情緒及心理衝擊與不適感；(三) 簽署者須對於維生處置或急救相關內容要能有所認識；(四) 以往過度強調急救成效而忽略其限制，對急救有存有不切實際的期望；(五) 維生治療及疾病末期與語意含糊，解釋上有所困難；(六) 文化和健康照護傳統多去鼓勵積極治療且忌諱談論死亡；(七) 拒絕和拖延，沒有準備好討論生命末期照護議題，常延遲至危急時才討論；(八) 簽署者決策能力的判斷；(九) 擔心遭到濫用或並未切實執行；(十) 醫療照護人員的知識、技巧及時間的限制；(十一) 推行時需要額外的人力和財務支出。

整理上述的阻礙原因，初步可區分為：相關的知識與資訊不足、環境中沒有人或沒有機會討論預立醫療指示的限制、認為預立醫療指示沒有必要、對預立醫療指示抱持的價值信念：宿命論、相信家人或朋友會做最好決定、不相信預立醫療指示會有正向結果、對預立醫療指示有不良感受、逃避死亡議題等。

### 三、簽署預立醫療指示的相關因素

國內外有許多文獻，從人口學變項以及個人基本特性探討簽署預立醫療指示的相關因素。

在年齡方面，White (2005)、Dobalian (2006)、Jones 等 (2011) 均提到年紀越長的護理之家住民，決定簽署預立醫療指示的比率越高。國內羅玉岱 (2009) 在護理之家住民簽署不施行心肺復甦術的研究中則指出，年齡對簽署比率的影響不大，但仍然呈現年齡越大、簽署率越高的趨勢。Douglas & Brown (2002) 在調查住院病人對預立醫療指示態度的研究中，發現年齡越長、女性、教育程度在高中以下者，有較高的簽署率。國內林慧美等人 (2011) 對住院病人簽署預立醫療指示意願的研究結果指出，年齡小於 65 歲的住院病人相較於年齡在 65 歲以上者，簽署預立醫療指示的意願比率高。然研究對象擴及到社區民眾時，則出現不同結果，謝至鏗等 (2013) 在花蓮地區的研究顯示，年紀越輕者及自覺身體狀況較他人好之民眾，願意簽署預立醫療指示的比例越高。本研究的對象為 65 歲以上老年榮民，因此將年齡列入變項，與上述文獻進行對話。

在教育程度方面，國內外研究均呈現不同結果。Kim 等 (2011) 在一項對韓國首爾民眾進行的預立醫療指示偏好調查中，發現教育程度越高者越能夠接受疼痛控制的處置，儘管這樣會使他們的壽命減少。Douglas & Brown (2002) 則發現高中學歷以下較高中學歷以上的受訪者，有更高的簽署率。國內的研究則出現教育程度越高者，簽署預立醫療指示的意願比率越高 (林慧美, 2009; 林慧美等, 2011)，以及教育程度對不施行心肺復甦術意願 (羅玉岱, 2009) 或維生醫療的偏好 (張淑真, 2008) 並沒有顯著影響，這兩種結果。

在婚姻狀況及有無子女方面，我們從 Moore & Sherman (1999) 一份對 58-78 歲社區老人的半結構式訪談可知，一位已經簽署預立醫療指示的喪偶者認為沒有人是其他人的負擔，因此她採取行動來避免一切延長她生命的人為手段，另一位從未結婚的受訪者則指定她唯一的家屬—嫂嫂做為醫療委任代理人。本研究中的榮民之家老年榮民，單身無眷屬的比例高於一般老人，因此納入婚姻狀況與有無子女的變項，以觀察此變項與簽署預立醫療指示的相關性。

在 Moore & Sherman (1999) 的這一份訪談中同樣也可看見，在生命末期醫療決策議題上，宗教信仰的力量對老年人發揮的影響力。研究中一位受訪者表示"當神已經準備就緒時，你就是得走了"；另一位受訪者表示"我不認為像植物一般地活著是神所希望的生存狀態"。多位受訪者對於維生醫療的負面評價，來自於與上帝旨意的聯結。這也反應在他們已經簽署預立醫療指示的實際行動上。雖然此文獻為國外訪談結果，但榮民之家的老年榮民是否會因為宗教信仰的類型、信仰的虔誠度，而對簽署預立醫療指示有不同的行為選擇，需要透過研究調查進一步瞭解。

在經濟狀況方面，經濟狀況較困難者，有較高比例選擇不施行心肺復甦術 (Borum, Lynn & Zhong, 2000)。劉雅文、莊秀美 (2006) 的研究發現也點出經濟能力對老年病人自主的影響。王芊蕙 (2011) 以護理之家非癌症個案為對象的論文中，描述了經濟層面對病人及家屬的影響："慢性病對家庭是很大的折磨跟考驗，那是拖磨 (台語)，不管是經濟上、精神上。一般家庭可能一個人撐撐到死。因為我們有補助，一般家庭可能沒辦法..."。榮民之家老年榮民的收入以政府發放的就養金為主要來源，但對於自身經濟狀況的滿意與否仍有其個別性，因此列入此變項，瞭解老年榮民的經濟狀況是否與簽署預立醫療指示會有相關。

在健康與疾病狀態方面，Douglas & Brown (2002) 發現有 86% 的住院受訪者自認為健康狀況不佳，因此他們同時已完成了預立醫療指示，該研究認為健康條件是是否完成預立醫療指示的重要因素。此與國內謝至鏗等人 (2013) 調查一般民眾的結果不同，研究結果指出自認為身體狀況較好的民眾，越願意簽署。當研究場域回歸到機構住民，張淑真 (2008) 的研究結果，則支持了身體狀況越不好的人，越不容易接受維生治療的論點。

另外有研究從疾病診斷數的角度切入，發現住民的疾病診斷超過三個以上，不施行心肺復甦術的決策比率較高 (Messinger-Rapport & Kamel, 2005)。

國外學者 Dobalian (2006) 的研究指出日常生活功能較差的機構住民，較容易有不施行心肺復甦術的決策，因此本研究以榮民安置在安養隊或養護隊，做為區分受訪者日常功能狀況的變項。

#### 四、小結

綜合上述的阻礙與相關因素，本研究從以下幾個面向來探討老年榮民預立醫療指示的簽署行為：(1) 知識資訊；(2) 環境限制；(3) 必要性；(4) 行為背後的價值信念：包括對預立醫療指示結果的評價、對死亡議題的感受、對未來的控制感、宿命論、個人與集體決策方式的不同；(5) 個人基本屬性：包括年齡、教育程度、婚姻狀況、宗教信仰、經濟狀況、健康與疾病狀態、日常生活功能等。

## 第六節 預立醫療指示簽署行為之理論架構--整合性行為模式

從前面的文獻探討可知，雖然預立醫療指示有許多優點，能為生命末期醫療帶來正面影響，此議題亦受到許多研究者及受訪者的熱烈討論，但為何無論在國內外，即使是立法之後，簽署預立醫療指示立的比率仍舊不高？本節以人類行為理論之一的整合性行為模式著手，來思考研究之概念架構。

### 一、整合性行為模式簡介

健康行為與健康教育：理論、研究與實務（*Health Behavior And Health Education: Theory, Research, and Practice*）一書中介紹了許多關於人類健康與醫療行為的理論，該書第四章介紹理性行為理論、計畫行為理論及整合性行為模式（*The theory of reasoned action, the theory of planned behavior, and the Integrated Behavioral Mode.*），並以吸菸者的戒菸行為為例，討論戒菸行為的相關因素。整合性行為模式（IBM）是本章兩位作者 Montañó & Kasprzyk（2008）以理性行為理論、計畫行為理論為主要架構，加入其他行為表現的相關因素，發展出來瞭解人類行為的一項理論。

理性行為理論（TRA）最主要的貢獻是提出行為意圖（Intention）是行為的重要前導因素，而行為意圖又受到態度（Attitude）、主觀規範信念（Subjective Norm）所影響（Fishbein & Ajzen，1975）。理性行為理論作者之一的 Ajzen，後來在 1985 年將知覺行為控制（Perceived Behavior Control）的概念加入行為意圖的前導因素，進而提出計畫行為理論（TPB）。

提出整合性行為模式的 Montañó & Kasprzyk（2008）認為，行為最重要的因素仍然是行為意圖，但即使有強烈的意圖，個人仍需要有知識技巧，且應該要在沒有環境限制或者環境限制很小的情況下，才能實現行為。此外，該行為表現對個人來說必須是顯著的（Salient），最後再加上個人經常表現此行為的經驗，使行為表現成為一種習慣。

因此，整合性行為模式認為要實踐一個行為的條件包括：(1) 要有強烈的行為意圖；(2) 足夠的知識技巧；(3) 沒有對行為表現不利的環境限制；(4) 該行為是顯著的；(5) 個人曾經有過此行為表現。而這些條件會互相作用，形成對行為表現的影響。

本研究將預立醫療指示簽署行為設定為欲探討的行為，因此「知識技巧因素」以老年榮民對預立醫療指示的內容清楚程度來呈現，「環境因素」則以老年榮民所在的機構宣導政策或接觸相關資訊的機會著手。

而本研究問題包含瞭解老年榮民對於簽署預立醫療指示必要性的認知，此問題與第(4)點：行為表現對個人來說是顯著的因素意義相同，因此以老年榮民對預立醫療指示必要性的回答情形，來瞭解其與行為表現的相關性。此外，因為預立醫療指示的簽署行為無法重複發生，所以本研究不會把(5)曾經有過行為表現這個因素納入討論。

至於預立醫療指示簽署行為的行為意圖，則以整合性行為模式中的行為意圖，由態度、知覺規範與個人動力來分析，以下先說明三個構面的內涵 (Montaño & Kasprzyk, 2008)：

#### (一) 態度：

態度指的是個人整體而言喜好或不喜好表現出某種行為，而許多態度理論認為態度是由情感與認知兩個維度所構成，因此可從經驗性態度與工具性態度兩方面來瞭解個人對於表現某行為的態度。

經驗性態度或行為感覺，是個人對行為表現的想法與情感反應，若一個人對行為有強烈的負面情緒，便不可能去表現該行為，反之亦然。工具性態度則是以認知為基礎，由個人對行為後果所抱持的信念決定。

## （二）知覺規範：

知覺規範反映出社會對個人表現或不表現某行為的壓力，**IBM** 認為命令性規範及描述性規範兩者結合才能完整說明知覺規範的內涵。

命令性規範指的是個人對於他人認為自己應該表現何種行為的認知，以及個人遵從這些他人想法的動機；即，個人認知到他人的想法與決定是否要遵從的綜合結果。描述性規範則是個人知覺到自己所在的社會關係網絡中的其他人正在做什麼事；即，個人認為周遭其他人的行為表現是什麼的知覺。

## （三）個人動力：

個人動力是由 **Bandura**（2006）所提出的，指的是個人自我功能以及對環境事件的承受力，兩者為個人所帶來的影響。

**IBM** 加入上述的概念，認為個人動力由知覺控制與自我效能兩者共同構成。

知覺控制是個人對於行為表現的控制能力，而此控制能力由個人知覺不同環境因素的難易程度所決定；即，在使行為變得容易或簡單的不同環境下，個人認為自己能夠掌控行為表現的程度。

自我效能是指個人在面對各種障礙或挑戰時，對於是否能夠表現某行為的自信心程度；即，個人對自己在不同狀況下仍能夠完成某行為的信心程度。

## （四）這三個構面背後都牽連著一個人對於行為所抱持的信念

也就是說，經驗性態度與工具性態度、命令性規範與描述性規範、知覺控制與自我效能，都有一套潛藏在背後的個人信念。

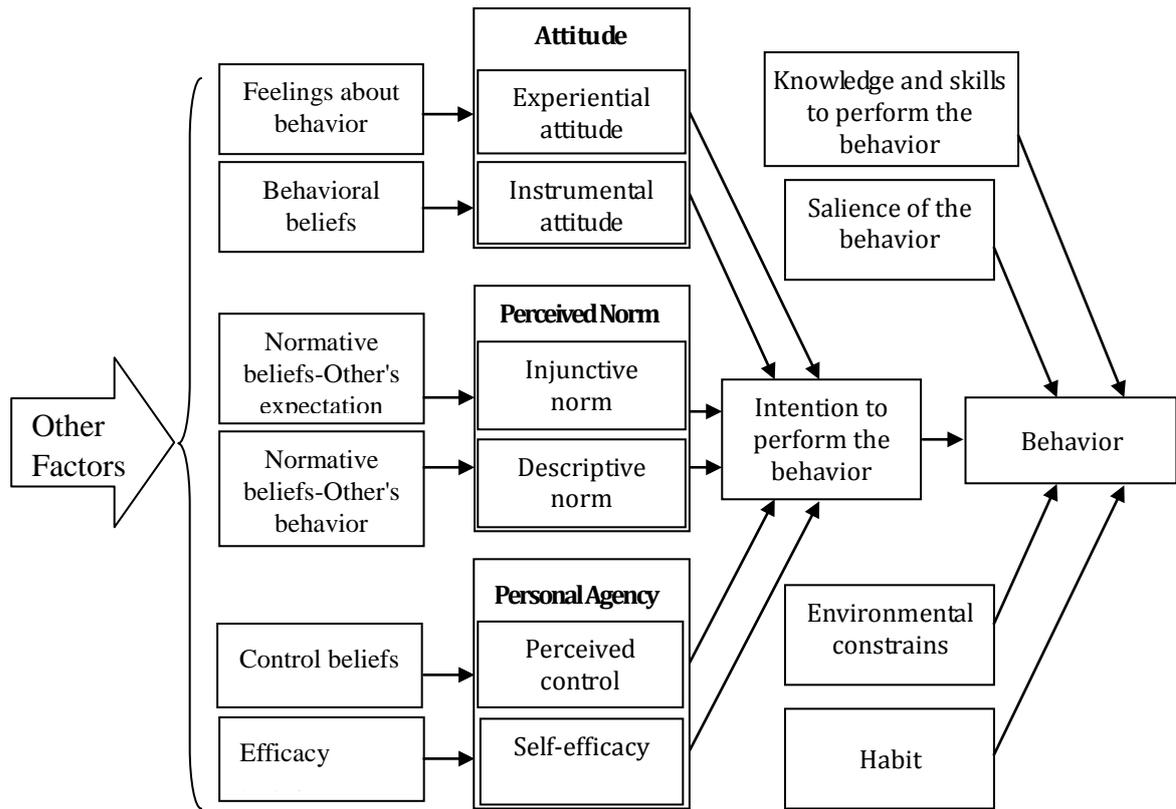
工具性態度是由個人對行為表現結果的一連串信念結合而成，當個人對行為表現的正向信念越強，則越容易帶來正向的結果。

知覺規範是由個人知覺到他人或特定團體認為個人應該如何表現行為，以及知覺到他人的行為表現如何的信念所組成。當個人知覺他人或特定團體認為個人應該如何表現行為的信念越強，或者，其他人都已經出現該行為表現，則個人越容易在社會壓力下表現出該行為。

知覺控制是一套控制信念，這套控制信念是由表現行為的各種促成或限制條件可不可能發生，以及個人自覺這些條件讓行為變得容易或困難的信念結合而成。當促成行為的條件存在，而且個人也覺知道行為變得容易，則個人越有可能表現該行為。

自我效能是人們相信不相信自己有能實踐行為的信念，越相信自己辦得到的人，儘管面對各種障礙，還是會有越強大的自我效能來表現該行為。

整合性行為模式的架構圖如下圖所示：



圖二 整合性行為模式架構圖：出自 Montañó, D. E., Kasprzyk, D. (2008). The theory of reasoned action, the theory of planned behavior, and the Integrated Behavioral Model, Health Behavior And Health Education: Theory, Research, and Practice. Karen Glanz, Barbara K. Rimer, and K. Viswanath., editors. 4th ed. San Francisco, CA: John Wiley & Sons. P70.

## 二、預立醫療指示簽署行為背後的信念考量

將理論模型對行為意圖的討論，應用到簽署預立醫療指示的行為意圖上，文獻中對簽署預立醫療指示抱持正向態度的理由包括：討論預立醫療指示有助於了解自己對生命末期醫療處置的偏好、想要盡可能地維持臨終時的尊嚴與平和 (Ko & Berkman, 2012)、能緩解生命末期時的折磨 (Alano 等, 2010)、能無遺憾安祥且有尊嚴地死亡、避免家人做痛苦的決定 (林慧美等, 2011)、不希望依賴機器以維持生命、不想活得像顆植物、上帝只會給我應得的，如果我已經活得足夠了，祂就會帶我走 (Moore & Sherman, 1999)。

至於抱持負向態度的理由則有：簽署預立醫療指示之後並不代表就可以避免不想要的治療（Moore & Sherman, 1999）、擔心得到較差的醫療、或者是被放棄、以為就不會被救治了（Alano 等, 2010；林慧美等, 2011）、怕預立醫療指示被濫用（Sahm, Will & Hommel, 2005）、生死是命運，超出人類的影響力、生命的長短是註定好的等等（Ko & Berkman, 2012）。

矛盾的是，對於命運及生命的價值觀，同時成為正向態度的理由與負向態度的理由。因此僅僅了解價值觀還不夠，還必須了解人們對於行為結果的評價，才能判斷出行為意圖。上述這些理由正反映出：正向態度來自於人們對於行為能帶來正向結果的信念，以及希望免於得到負向結果的心態；反之，負向態度來自於對行為將帶來負向結果的信念，以及抱持著不相信會有正向結果的信念。此與整合行為模式中的態度構面的概念相符。

整合性行為模式中的個人動力構面，則可以與 Douglas & Brown(2002) 的研究來呼應，兩人的研究結果發現，簽署預立醫療指示的前二項理由分別為：想要維持對治療決策的控制以及想要避免維生醫療系統的介入，這兩個理由皆與個人想維持、控制自身的醫療自主權息息相關，也正與個人動力中的知覺控制與自我效能之內涵相呼應。

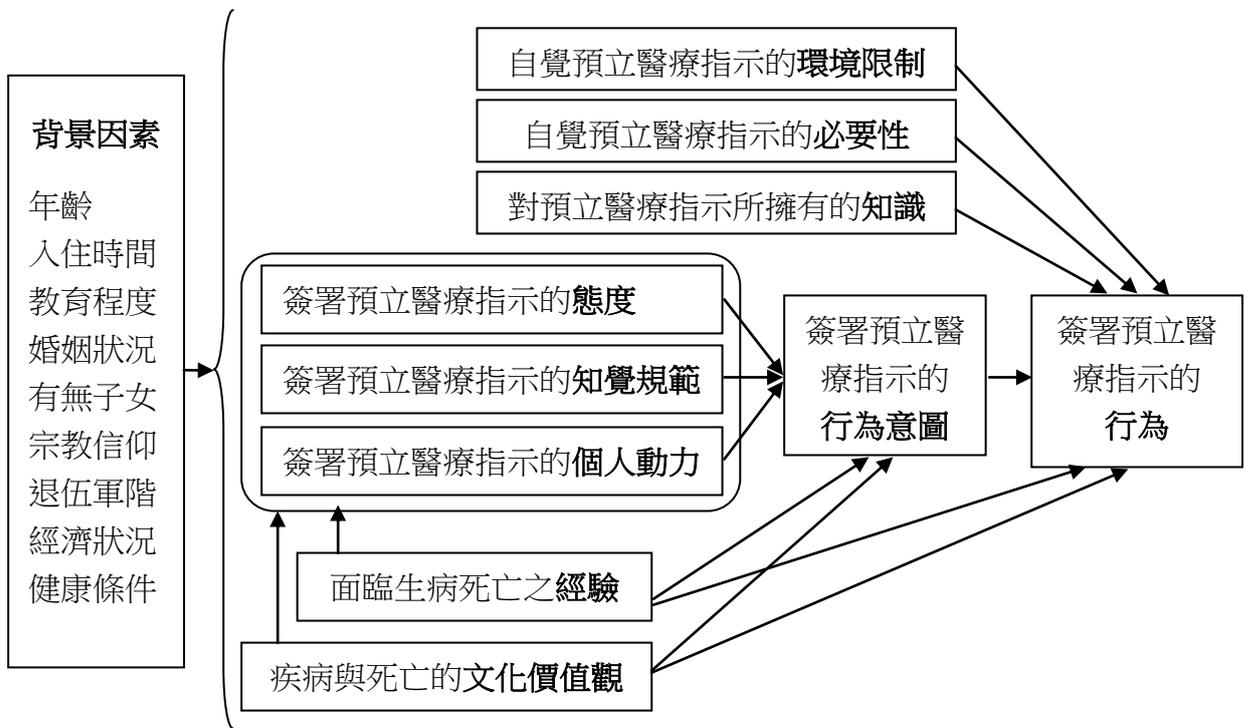
### 三、小結

本節簡介了整合性行為模式如何解釋人類表現某特定行為的架構；本研究要探討的「某特定行為」即是「預立醫療指示簽署行為」，以此架構討論哪些態度、知覺規範、個人動力的因素與簽署預立醫療指示的行為與行為意圖有關。並延續了第二節對生命末期醫療決策文化層面，以及第四節對預立醫療指示相關因素的討論，在行為意圖是行為的前導因素的架構外，加入生病與面臨死亡的經驗、對疾病與死亡的文化價值觀、知識資訊、必要性、環境限制等因素，形成本研究的概念架構。

# 第三章 研究方法

## 第一節 研究之概念架構

從過去的研究成果以及文獻探討所提之整合性行為模式中，可得知個人簽署預立醫療指示的行為與行為意圖，與個人的基本屬性(背景因素)、環境限制、對預立醫療指示的知識及必要性、態度、知覺規範、個人動力、生病與面對死亡的經驗，以及對疾病與死亡的文化價值觀有關，而這些因素彼此之間也有關係。據此，整理出本研究的概念架構如下：



圖三 研究概念架構圖

## 第二節 主要之研究問題

依據研究概念架構及文獻探討之結果，本研究主要探討的問題如下：

一、核心問題一：榮家老年榮民簽署預立醫療指示（包括預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願及預立醫療委任代理人）的現況為何？

（一）受訪之老年榮民是否已經簽署預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書？

（二）受訪之老年榮民是否已經簽署預立醫療委任代理人委任書？

二、核心問題二：尚未簽署預立醫療指示的榮家老年榮民，其簽署的行為意圖如何？

（一）受訪之老年榮民是否想要簽署預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書？

（二）受訪之老年榮民是否想要簽署預立醫療委任代理人委任書？

三、核心問題三：榮家老年榮民預立醫療指示簽署行為及行為意圖的相關因素為何？

（一）老年榮民簽署預立醫療指示「行為」、「行為意圖」與「背景因素」之間的關係。

（二）老年榮民簽署預立醫療指示「行為」、「行為意圖」與老年榮民「生病與面臨死亡的經驗」之間的關係。

（三）老年榮民簽署預立醫療指示「行為」、「行為意圖」與老年榮民「對疾病與死亡的文化價值觀」之間的關係。

（四）老年榮民簽署預立醫療指示「行為」與老年榮民的「預立醫療指示知識」之間的關係。

- (五) 老年榮民簽署預立醫療指示「行為」與老年榮民認為「預立醫療指示的必要性」之間的關係。
- (六) 老年榮民簽署預立醫療指示「行為」與「環境限制」間的關係。
- (七) 老年榮民簽署預立醫療指示「行為意圖」與老年榮民的「預立醫療指示態度」之間的關係。
- (八) 老年榮民簽署預立醫療指示「行為意圖」與老年榮民的「預立醫療指示知覺規範」之間的關係。
- (九) 老年榮民簽署預立醫療指示「行為意圖」與老年榮民的「預立醫療指示個人動力」之間的關係。

### 第三節 研究對象及選樣方式

#### 一、研究對象

本研究之母群體為居住在中部地區兩家榮譽國民之家的 65 歲以上老年榮民。納入研究的條件包括：年齡為 65 歲以上、意識清楚、無嚴重重聽、可以國台語溝通，並同意接受訪問者，排除條件為失智症患者。

#### 二、選樣方式

依據兩家榮民之家於 103 年 8 月份提供之非失智榮民實際佔床人數來看，彰化榮家及中彰榮家分別有 305 人及 242 人，總計 547 人；以兩家榮家榮民住在安養隊或養護隊來區分時，分別為 420 人與 127 人。當 95% 的信賴水準，抽樣誤差在正負 7.5% 以內時，計算預估樣本數為 130 人，考慮 10% 的無效問卷後，決定取 150 人做為樣本數。

最後，本研究以榮家所提供之住民名單為抽樣母群體，根據兩家榮家的實際佔床人數比率 1.4:1 為基準，以簡單隨機抽樣方式，於彰化榮家抽選出 88 人、中彰榮家抽選出 62 人做為研究樣本。

## 第四節 研究工具之設計

### 一、研究問卷之形成

本研究以結構式問卷做為研究工具，研究工具之形成分為三階段進行：第一階段於文獻探討之後列出結構性的訪談問卷題項；第二階段將此結構性問卷徵詢 4 位學者專家後，修改問卷題項；第三階段則是以此結構性問卷訪問 4 名符合研究對象條件的老年榮民，修訂其難懂之敘述語句及用詞。

### 二、研究變項之操作型定義

本研究之依變項為「老年榮民簽署預立醫療指示的行為」：透過詢問受訪者是否已簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」或者「醫療委任代理人委任書」來瞭解之，只要受訪者已簽署其中任何一種，則視為有簽署預立醫療指示之行為（第 27、29 題）。

本研究另一個依變項為「老年榮民簽署預立醫療指示的行為意圖」：透過詢問尚未簽署的受訪者是否"考慮過"以及"想不想"簽署上述任一種意願書，若是，則視為有簽署預立醫療指示之行為意圖（第 27-1、27-2、29-1、29-2 題）；另外，跳脫出簽署意願書的範疇，詢問受訪者於臨終時是否選擇急救的意向，來與真正的簽署行為做對照（第 25 題）。

本研究之中介變項分述如下：

- (一) 對預立醫療指示所擁有的「知識」：此部分是想瞭解老年榮民對預立醫療指示內涵的認識，包括詢問老年榮民是否知道有選擇不急救的權利（第 26 題）及資訊來源（第 26-1 題）；是否知道有權利指定醫療代理人（第 28 題）及資訊來源（第 28-1 題）；以及是否知道需要兩個見證人（第 31 題）；共計五題，採「知道、不知道」的二分法。

- (二) 自覺預立醫療指示的「必要性」：此部分是想瞭解老年榮民認為現階段就決定好生命末期醫療照顧選擇的合適性（第 19 題）；何時決定較合適（第 19-1 題）；以及簽署預立醫療指示是否為必須要做的一件事（第 39 題）；共計三題，採「同意、不同意、看情況」、「是、不是、還好」的三點計分法與開放性的回答。
- (三) 自覺簽署預立醫療指示的「環境限制」：此部分是想瞭解老年榮民如有簽署預立醫療指示的行為意圖時，其所處環境中取得表格的方便性以及協助人力如何，藉此得知環境限制與簽署行為的關係。共計三題（第 30、31-1、32 題），採「知道、不知道」、「容易、不容易」的二分法。
- (四) 「生病與面臨死亡的經驗」：此部分是想瞭解老年榮民本身及其周遭親友生病就醫經驗，以及是否曾經被急救過的經驗等。共計五題（第 10、11、11-1、12、12-1 題）。採「有、沒有」的二分法，以及「好、不好、無所謂好或不好」的三點計分法。
- (五) 「疾病與死亡的文化價值觀」：此部分是想從文化價值觀的面向瞭解老年榮民對於談論死亡議題的接受情形，以及面對死亡的態度。共八題（第 13、14、15、20、21、22、23、24 題），採「有、沒有」的二分法，以及「同意、不同意、看情況」的三點計分法。
- (六) 簽署預立醫療指示的「態度」：此部分是從老年榮民對「預先決定生命末期醫療照顧方式」的感覺及其結果的信念，來瞭解老年榮民簽署預立醫療指示的態度，藉此討論態度與簽署預立醫療指示行為意圖的關係。共六題（第 36、37、38、40、41、43 題），採「有幫助、沒有幫助、還好」、「同意、不同意、看情形」的三點計分法。
- (七) 簽署預立醫療指示的「知覺規範」：此部分是從老年榮民在簽署預立醫療指示這件事情上面，對他人期待的知覺以及周遭其他人的實際行為，來瞭解老年榮民簽署預立醫療指示的知覺規範，藉此討論知覺規

範與簽署預立醫療指示行為意圖的關係。共四題（第 33、33-1、34、35 題），採「有、沒有、不知道」、「有可能、不可能、普通」、「會、不會、不一定」，以及「支持、不支持、不一定」的三點計分法。

（八）簽署預立醫療指示的「個人動力」：此部分是從老年榮民自認為簽署預立醫療指示難易程度以及決定選擇生命末期醫療照顧方式的難易程度，來瞭解老年榮民簽署預立醫療指示的個人動力，藉此討論個人動力與簽署預立醫療指示行為意圖的關係。共四題（第 16、17、18、42 題），採「同意、不同意、看情況」、「有把握、沒有把握、還好」的三點計分法。

本研究將受訪者人口學基本屬性及其健康條件列為背景因素，人口學基本屬性依據老年榮民的人口特性，列入年齡、入住時間、教育程度、婚姻狀況、有無子女、有無子女以外的親人、宗教信仰、信仰虔誠度、退伍軍階、經濟狀況等。說明如下：

（一）年齡（第 1 題）：詢問受訪者出生年月後，依年輕老人、中年老人及老老人（Mauk, 2010）的年齡分組方式，將受訪者年齡區分為「65-74 歲、75-84 歲、85 歲以上」等三組。

（二）入住時間（第 2 題）：詢問受訪者在榮民之家生活的時間長度，分為「5 年以下、5-9 年、10-19 年、20-29 年、30 年以上」等五組。

（三）婚姻狀況（第 3 題）：詢問受訪者是否曾經結過婚，分為「從沒結過婚、已婚包括配偶在臺灣、配偶在大陸、離婚、喪偶」等五項。

（四）有無子女（第 4 題）：詢問受訪者是否生育子女。選項為「有、沒有」兩項，並區分子女在臺灣或在大陸。

（五）有無子女以外的親人（第 5 題）：詢問受訪者有無子女以外的親人，選項為「有、沒有」兩項，並區分親人在臺灣或在大陸。

- (六) 教育程度 (第 44 題): 詢問受訪者的學歷, 分為「不識字、未受過正式教育但識字、國小、國(初)中、高中(職)、大專以上」等六組。
- (七) 宗教信仰 (第 45 題): 詢問受訪者的宗教信仰類別, 選項為「有、無」兩項, 並提供七種宗教類別供選擇。
- (八) 信仰虔誠度 (第 46 題): 詢問受訪者的宗教信仰虔誠度, 選項為「強、弱、普通」三項。
- (九) 退伍軍階 (第 47 題): 詢問受訪者退伍時的軍階, 分為「士兵、士官、尉官、校官、將官」等五組。
- (十) 經濟狀況 (第 48 題): 詢問受訪者對自己的經濟現狀的滿意程度, 來瞭解受訪者的經濟狀況。採「滿意、不滿意、還好」的三點計分法。
- (十一) 健康條件: 從以下面向詢問受訪者, 對其健康條件進行瞭解。
1. 自覺的健康狀況 (第 6 題): 採「很好、還好、不太好、很差」的四點計分法。
  2. 與他人比較的健康狀況 (第 7 題): 採「比較好、差不多、比較差」的三點計分法。
  3. 疾病種類 (第 8 題): 請受訪者選出目前自己生病的部位或疾病診斷, 包括「癌症或惡性腫瘤、高血壓、心臟血管疾病、腦血管疾病 (如中風、動脈瘤)、肝臟疾病、腎臟及泌尿道疾病、肺部疾病、腸胃疾病、脊椎神經疾病、眼耳鼻喉科、糖尿病、關節炎、風濕疾病、身心疾病、其他」等十五類, 可複選, 依受訪者選擇種類數計算出疾病種類。
  4. 就醫頻率 (第 9-1、9-2、9-3 題): 詢問受訪者 6 個月內的門診、急診、住院之次數, 計算出就醫頻率。
  5. 日常生活功能: 進行問卷填答前, 先行確認受訪者就養安置在安養隊或養護隊, 做為區分受訪者日常功能狀況的變項。

## 第五節 資料收集與分析方法

### 一、資料收集

在兩家榮民之家中抽選出 150 位受訪者，並徵詢受訪者同意後，依據結構式問卷題目以面對面口頭問答方式協助受訪者完成問卷。

### 二、分析方法

(一) 為瞭解受訪者簽署預立醫療指示的行為與行為意圖，本研究以次數分配、百分比之統計程序進行分析。

(二) 為瞭解受訪者背景資料，以及在簽署預立醫療指示這件事情上遭遇的環境限制、必要性的認知、具備的知識、生病與面臨死亡相關經驗、文化價值觀、態度、知覺規範、個人動力等方面的回答情形，本研究以次數分配、百分比、平均值及標準差之統計程序進行分析。

(三) 兩個類別變項或等級變項的相關性以卡方檢定 ( $\chi^2$  test) 之統計程序分析，以瞭解變項之間的關係強弱，包括：

1. 背景因素中各個自變項，與簽署的行為及行為意圖的關係。
2. 老年榮民簽署預立醫療指示的態度、知覺規範、個人動力，與簽署的行為及行為意圖的關係。
3. 老年榮民的生病與面臨死亡的經驗、文化價值觀，與簽署的行為及行為意圖的關係。
4. 老年榮民的生病與面臨死亡的經驗、文化價值觀，與老年榮民簽署預立醫療指示的態度、知覺規範、個人動力的關係。
5. 背景因素與老年榮民簽署預立醫療指示的態度、知覺規範、個人動力、生病與面臨死亡的經驗、文化價值觀等中介因素的關係。

## 第六節 研究倫理考量

本研究於進入榮家進行訪問前，已將研究計畫送至台中榮民總醫院人體試驗委員會進行倫理審查，並在 103 年 8 月 18 日審查通過取得研究許可通知後(附錄四)，實地進入榮家進行訪問。

訪問開始前先向受試者說明研究主題、目的、進行方式，並告知受訪者其填答內容將會被保密，且填答過程中，受試者有權利隨時要求中止。

說明完畢並取得受試者口頭同意後，開始由研究生口頭逐題念出問卷題項，依據受試者回答填入問卷中。

問卷填答完畢後所得之資料以編號處理，並去除可辨識出個人資料的資訊。研究結果僅做為公開發表之學術論文之用，不做為其他用途。

## 第四章 研究發現

本研究於 2014 年 8 月底至 11 月底期間進行問卷訪談工作，在兩間榮民之家分別訪問了 88 位及 62 位，總計 150 位的老年榮民。其中減去無法完成作答及中途退出的受訪者以外，最後取得 141 份有效問卷，問卷有效率為 94%。

本章係根據問卷訪談所獲得的 141 份有效問卷，針對各類變項之統計結果進行呈現與分析，並分成七節來回應本研究的核心問題。前三節以描述性統計方法呈現，包括第一節呈現老年榮民的基本屬性與健康條件等背景因素；第二節呈現老年榮民簽署預立醫療指示的中介因素；第三節呈現老年榮民預立醫療指示簽署行為與行為意圖的現況；第四節到第七節以交叉表及卡方檢定的 *Cramer's V* 係數呈現老年榮民簽署預立醫療指示與相關因素之間的關係，包括第四節呈現老年榮民的背景因素與預立醫療指示簽署行為的關係；第五節呈現整合性行為模式下的因素，包括態度、知覺規範、個人動力等因素與預立醫療指示簽署行為的關係；第六節呈現老年榮民面對生病與死亡經驗、文化價值觀與預立醫療指示簽署行為的關係；第七節呈現老年榮民背景因素與中介因素的關係，綜整出老年榮民預立醫療指示簽署行為之相關因素。

### 第一節 老年榮民基本屬性與健康條件之描述

#### 一、老年榮民基本屬性之描述

本研究的受訪者為榮民之家裡的老年榮民，全為男性，因此並未列入性別變項；在 141 位受訪者中，85 歲以上的老老人組有 92 人（65.2%），其次為 75 至 84 歲的中老人組（24.1%）及 65 至 74 歲的年輕老人組（10.6%），平均年齡為 84.82 歲，顯示榮民之家裡的老年人有高齡的趨勢。

在訪問過程中，多數老年榮民表示原本並非住在榮家，會住進榮家是因為年紀漸長，逐漸感受到自理功能的退化，以及為了榮家提供餐食、照

顧服務員等生活機能的方便性，才決定住進榮家的，因此多數入住時間不長。這與問項中的榮民之家「入住時間」，以「5年以下」(44.7%)最多，「5-9年」(27%)次之的統計結果相符。

老年榮民的「教育程度」，以「未受過正式教育但識字」(23.4%)為大多數，但「國小」(22%)及「國(初)中」(21.3%)也僅僅些微落後，大部分來說，國初中以下的學歷佔了三分之二(66.7%)。

在「退伍軍階」的項目中，「士官」達到一半(50.4%)，其次是「尉官」達四分之一(25.5%)，至於「校官」與「士兵」則屬於少數(16.1%與8%)。兩間榮民之家因為收住的榮民有公費就養與自費就養的差別，自費就養的榮民之家中，研究對象並沒有「士兵」(0%)階級，惟兩間榮民之家的退伍軍階分布情形，與整體的分布相同，呈士官、尉官、校官的多寡順序。

老年榮民對於自己的「經濟狀況」表達滿意的佔較多數(49.6%)，覺得「還好」的佔34.8%，「不滿意」的佔15.6%，基本上老年榮民皆能夠感受到政府退輔制度對其經濟的保障，多以有多少有多少花多少的心態處之。

宗教信仰方面，約三分之二的老年榮民回答自己沒有特定的宗教信仰(67.4%)，而回答自己有宗教信仰的人當中，以信仰佛教為多(20.6%)，基督教與天主教總計不超過一成(8.5%)，道教與民間信仰則更少(3.5%)。進一步詢問這些有特定宗教信仰的受訪者其宗教虔誠程度時，獲得「普通」(45.7%)程度的虔誠度的結果，與「虔誠度強」(26.1%)、「虔誠度弱」(28.3%)兩者之加總相當。

老年榮民的「婚姻狀況」若以「已婚」與「未婚」來區分時，分別佔69.5%與30.5%，但若以目前有無配偶的狀態來區分時，「從未結婚」(30.5%)、「喪偶」(17.7%)、「離婚」(12.8%)，以及無臺灣戶籍的大陸配偶(6.4%)，總計佔了67.4%，顯示榮家中的單身榮民佔較多數。

除了婚姻狀況以無配偶狀態為多的趨勢以外，「有無子女」的變項原本呈現出「有子女」（50.4%）與「無子女」（49.6%）的分布，但扣除「子女在大陸」無臺灣戶籍者（5%）後，兩者則呈現「有子女」（45.5%）與「無子女」（49.6%）的狀態。榮民之家的單身榮民無配偶無子女的比例較高的狀態，更進一步被描繪。

「有無子女以外親人」的比例多寡依序為「有子女以外的親人，在大陸」（51.1%）、「無子女以外的親人」（32.6%）及「有子女以外的親人，在臺灣」（16.3%）。進一步區分親人在臺灣有無戶籍，重新計算之後，會呈現「有子女以外的親人，在大陸」加上「無子女以外的親人」佔 83.7%與「有子女以外的親人，在臺灣」佔 16.3%的差異，就此統計結果來看，榮民之家的老年榮民，無配偶、無子女、無其他親人的比例是比較高的。受訪之老年榮民的基本屬性次數分配情形，如表 4-1-1 所示。

整體而言，住在榮民之家裡的老年榮民年紀偏高齡；住入榮家的時間多在 5 年之內；教育程度在國初中以下；退伍軍階為士官兵者與尉官以上者約各佔一半；傾向滿意自己目前的經濟狀況；沒有特定的宗教信仰；婚姻狀況為無配偶者為多；無子女者稍高於有子女者；在台灣無其他親戚者佔大多數。

表 4-1-1 受訪者基本屬性之次數分配表(n=141)

變項	類別	次數(%)	變項	類別	次數(%)		
年齡	85 歲以上	92(65.2)	婚姻狀況	配偶在臺灣	46(32.6)		
	75-84 歲	34(24.1)		從未結婚	43(30.5)		
	65-74 歲	15(10.6)		喪偶	25(17.7)		
	最大值	65 歲		離婚	18(12.8)		
	最小值	96 歲		配偶在大陸	9( 6.4)		
	平均年齡	84.82 歲					
	標準差	6.52					
入住時間	5 年以下	63(44.7)	有無子女	無子女	70(49.6)		
	5-9 年	38(27.0)		親子女在臺灣	62(44.0)		
	10-19 年	22(15.6)		親子女在大陸	7( 5.0)		
	20-29 年	14( 9.9)		養子女在臺灣	2( 1.4)		
	30 年以上	4( 2.8)		養子女在大陸	0(0)		
教育程度	未受過正式教育但識字	33(23.4)	子女以外 親人	有，在大陸	72(51.1)		
	國小	31(22.0)		無子女以外親人	46(32.6)		
	國(初)中	30(21.3)		有，在臺灣	23(16.3)		
	大專以上	27(19.1)					
	高中(職) 不識字	17(12.1) 3( 2.1)					
退伍軍階	士官	69(50.4)	經濟狀況	滿意	70(49.6)		
	尉官	35(25.5)		還好	49(34.8)		
	校官	22(16.1)		不滿意	22(15.6)		
	士兵	11( 8.0)					
	缺漏值	4					
宗教信仰	無宗教信仰	95(67.4)	宗教信仰虔誠度(n=46)				
	佛教	29(20.6)					
	基督教	11( 7.8)				強	12(26.1)
	民間信仰	3( 2.1)				普通	21(45.7)
	道教	2( 1.4)				弱	13(28.3)
	天主教	1( 0.7)					

## 二、老年榮民健康條件之描述

### (一) 受訪者健康條件-自覺與比較的健康狀況

第三章研究設計曾提到，本研究係根據兩家榮民之家在 103 年 8 月份所提供之名冊作為抽樣母群體，以安養隊與養護隊區分抽樣母群體的分布時，住在安養隊的榮民有 420 人 (76.8%)，住在養護隊的榮民有 127 人 (23.2%)。而在本研究的 141 份有效問卷中，安養與養護的老年榮民分布為 80.1% 及 19.9%。進一步揭露訪談前徵詢受訪者同意時，養護隊的老年榮民因拒訪、體力不佳以及未能符合納入條件之情形者較多，廢卷率 (12.5%) 也較高，因此研究樣本在安養與養護的比例上，相較抽樣母群體的比例有些微差距。

多數的老年榮民「自覺的健康狀況」是「還好」(45.4%)，而 39% 的受訪者認為自己的健康狀況「不太好」甚至「很差」，只有 15.6% 的受訪者認為自己健康狀況「很好」。

老年榮民與他人比較健康的回答上，「差不多」比「比較好」多 7 個百分點，而僅有 11.3% 的老年榮民認為自己的健康狀況比別人差。在訪問過程中，當老年榮民被問到「跟其他榮民伯伯比起來覺得自己的健康狀況如何」時，大部分老年榮民的第一個反應是「怎麼比？很難比！」需要研究者進一步說明：「請與同樣是住在安養隊或同樣是住在養護隊的榮民伯伯相比來回答」，據此幫助老年榮民回答此問項。受訪之老年榮民的比較與自覺健康狀況，如表 4-1-2 所示。

表 4-1-2 受訪者健康條件之次數分配表(n=141)

變項	類別	次數(%)	變項	類別	次數(%)
日常生活功能	安養	113(80.1)	問卷廢卷率	安養(n=118)	5(4.2%)
	養護	28(19.9)		養護(n=32)	4(12.5%)
自覺健康狀況	很好	22(15.6)	比較健康狀況	比較好	57(40.4)
	還好	64(45.4)		差不多	68(48.2)
	不太好	46(32.6)		比較差	16(11.3)
	很差	9(6.4)			

## (二) 受訪者健康條件之現況

老年榮民的疾病種類以「心臟血管疾病」佔第一位(40.4%)，第二位與第三位則分別是「高血壓」(35.5%)及「腎臟及泌尿道疾病」(24.8%)。

老年榮民的疾病種類數則以 2 種與 1 種為多，總計佔了一半以上(58.8%)，平均每位老年榮民有 2.17 種疾病。

絕大多數的受訪榮民在半年內的曾看過門診(95%)，半年內平均每人看過 7.18 次門診。相較於老年榮民看門診的普遍性，半年內曾掛急診的老年榮民降到 24.1%，住過院的老年榮民則只有 19.1%，平均住院天數為 2.07 天。受訪之老年榮民的健康現況，如表 4-1-3 所示。

整體而言，受訪的老年榮民以安養者為多；自覺健康狀況還好，也覺得自己比起榮家裡其他榮民的健康狀況差不多；疾病種類以心臟血管疾病最多；每位老年榮民平均都有 2 種或以上的疾病診斷；幾乎全部的受訪榮民在半年內都曾看過門診；半年內曾住過急診與住院的受訪榮民則均不超過四分之一。

表 4-1-3 受訪者健康條件-疾病種類與就醫頻率之統計表

變項	類別	次數(%)
疾病種類(前五項)	心臟血管疾病	57(40.4)
	高血壓	50(35.5)
	腎臟及泌尿道疾病	35(24.8)
	腸胃疾病	34(24.1)
	其他	24(17.0)
疾病種類數	2 種	47(33.3)
	1 種	36(25.5)
	3 種	26(18.4)
	4 種	18(12.8)
	0 種	9( 6.4)
	5 種	4( 2.8)
	6 種	1( 0.7)
		眾數 2      平均數 2.17 最大值 6      標準差 1.25
是否門診	否	7( 5.0)
	是	134(95.0)
	門診次數 眾數 6      平均數 7.18 最大值 48      標準差 7.12	
是否急診	否	107(75.9)
	是	34(24.1)
	急診次數 眾數 0      平均數 0.45 最大值 6      標準差 1.12	
是否住院	否	114(80.9)
	是	27(19.1)
	住院次數 眾數 0      平均數 0.26 最大值 3      標準差 0.59	
	住院天數 眾數 0      平均數 2.07 最大值 30      標準差 5.41	

## 第二節 老年榮民預立醫療指示簽署行為中介因素之描述

根據研究架構，老年榮民預立醫療指示簽署行為之前導因素有老年榮民自覺對預立醫療指示的知識、必要性、環境限制；老年榮民面對疾病死亡之經驗與疾病死亡之文化價值觀；以及態度、知覺規範、個人動力三個構面所構成的行為意圖等，在變項的關係中屬於中介變項。本節將呈現上述前導因素的統計結果，對老年榮民預立醫療指示簽署行為的中介因素進行描述性的分析。

### 一、老年榮民自覺對預立醫療指示的知識、必要性與環境限制之描述性統計

#### (一) 老年榮民對預立醫療指示所擁有的知識

本研究之預立醫療指示內涵包括簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療選擇意願書」（以下稱意願書）及「醫療委任代理人委任書」（以下稱委任書）等兩項表單，在問卷填答過程中，當研究者在問到受訪者是否具備預立醫療指示的相關知識時，會展示此兩項表單，並向受訪者說明表單意義後，詢問是否曾經見過或聽過這兩項表單的內容。

在詢問「法律賦予個人可選擇不施行心肺復甦術的權利」時，回答知道與不知道兩者的比例分別為 34.8%與 65.2%。在詢問「法律賦予個人可指定醫療委任代理人的權利」時，回答知道與不知道的比例則分別為 5%與 95%。兩相比較可發現，相較於醫療委任代理人的知識，較多老年榮民具備選擇不施行心肺復甦術之知識。惟整體而言，老年榮民對預立醫療指示所擁有的知識仍偏低。

由資訊來源的前兩名可知，老年榮民主要透過榮家宣導（34.7%）或報章雜誌（22.4%）等來源取得不施行心肺復甦術的資訊；另外，對於醫療委任代理人的知識也以報章雜誌或榮家宣導等來源為主。受訪之老年榮民對預立醫療指示所擁有的知識，如表 4-2-1 所示。

表 4-2-1 老年榮民對預立醫療指示所擁有的知識之統計表(n=141)

變項	類別	次數(%)	變項	類別	次數(%)
知道有「選擇 DNR」的權利	不知道	92(65.2)			
	知道	49(34.8)			
				資訊來源(n=49)	
				榮家宣導	17(34.7)
				報章雜誌	11(22.4)
				其他	10(20.4)
				電視廣播	7(14.3)
				醫護人員	4( 8.2)
知道有「指定醫療委任代理人」的權利	不知道	134(95.0)			
	知道	7( 5.0)			
				資訊來源(n=5)	
				報章雜誌	2
				榮家宣導	2
				其他	1
				缺漏值	2
知道DNR生效需兩位見證人	不知道	115(81.6)			
	知道	26(18.4)			

## (二) 老年榮民自覺預立醫療指示的必要性

本研究在瞭解老年榮民自覺預立醫療指示的必要性時，是從受訪者對「現在就考慮生命末期的醫療照顧方式，還太早了」以及「簽署意願書是不是在生命末期時必須要做的一件事？」兩題的回答結果來觀察。

有 44%的受訪者認為考慮生命末期醫療的時機不早了，39.7%則認為考慮生命末期醫療的時機還太早。肯定簽署意願書是有必要的受訪者為 28.6%，但認為沒有必要簽署意願書者則佔 45%。從這兩題的答題結果消長顯示，多數的老年榮民對於預立醫療指示，雖然抱持著「是時候要討論了」的心態，但卻沒有非常認同簽署預立醫療指示的「必要性」。受訪之老年榮民自覺預立醫療指示必要性的情形，如表 4-2-2 所示。

表 4-2-2 老年榮民自覺預立醫療指示的必要性之統計表(n=141)

變項	類別	次數(%)
現在考慮生命末期的醫療決策還太早	不同意(不早了)	62(44.0)
	看情況	23(16.3)
	同意(還太早)	56(39.7)
是不是有必要簽署意願書 (n=140)	必要	40(28.6)
	還好	37(26.4)
	不必要	63(45.0)
	缺漏值	1

### (三) 老年榮民自覺預立醫療指示的環境限制

老年榮民自覺預立醫療指示的環境限制可從受訪者在「取得預立醫療指示表單的難易」、「尋找見證人的難易」、以及「與周遭人談論意願書的難易」等方面的回答結果來觀察。

超過七成以上的受訪者不知道從何處取得預立醫療指示表單(72.3%)，但多數認為找見證人並不困難(88.5%)，至於談論意願書的難易則相差不大(47.3%及 52.7%)。受訪之老年榮民自覺預立醫療指示的環境限制，如表 4-2-3 所示。

表 4-2-3 老年榮民自覺預立醫療指示的環境限制之統計表(n=141)

變項	類別	次數(%)
何處取得表單	知道	39(27.7)
	不知道	102(72.3)
找見證人難易 (n=27)	容易	24(88.9)
	不容易	3(11.1)
	不適用	114
談論意願書難易 (n=131)	容易	62(47.3)
	不容易	69(52.7)
	缺漏值	10

## 二、老年榮民面臨生病死亡之經驗與疾病死亡文化價值觀之描述性統計

### (一) 老年榮民生病與面臨死亡之經驗

老年榮民生病與面臨死亡之經驗，除可從老年榮民的健康條件與疾病就醫頻率來瞭解外，尚可從受訪者回答「是否曾住過加護病房」、「是否曾見過他人被急救」、「自己本身是否曾經被急救」等答題結果來觀察。

多數老年榮民未曾住過加護病房（76.6%）；而沒有見過他人被急救的比例（76.6%）也多於「見過他人被急救」（23.4%），見過他人被急救的經驗則多為感受不佳（70%）。

老年榮民「自己未曾被急救過」的比例（91.5%）多於「自己曾經被急救過」（8.5%）；而曾經有被急救過的受訪者中，有 6 位覺得「無所謂好不好」，感受良好與感受不佳者各有 4 人及 2 人。回答自己曾經被急救過的受訪者，因為急救後而得以延續生命，才能夠坐在這裡接受訪談；因此雖然急救過程很辛苦，但以結果論，總之是被急救回來了。受訪之老年榮民生病與面臨死亡之經驗，如表 4-2-4 所示。

表 4-2-4 老年榮民生病與面臨死亡之經驗統計表(n=141)

變項	類別	次數(%)	變項	類別	次數(%)
是否住過加護病房	沒有住過	108(76.6)	見到他人被急救的感覺(n=40)	好	2(5.0)
	有住過	33(23.4)		無所謂好	10(25.0)
見到他人被急救之經驗	沒有見過	92(65.2)	不好	28(70.0)	
	有見過	40(28.4)	不好		
	不知道	9(6.4)	自己被急救的感覺(n=12)	好	4
自己被急救之經驗	沒有	129(91.5)	無所謂好	6	
	有	12(8.5)	不好	2	

## (二) 老年榮民對疾病與死亡的文化價值觀

老年榮民對疾病與死亡的文化價值觀，是從受訪者對「是否會與他人談論生病或死亡之話題」、「是否會與他人談論生命末期醫療選擇之話題」、「是否會與醫護人員談論生命末期醫療選擇之話題」、「是否會避免思考死亡」的答題結果，以及對「現在不考慮沒關係到時候自然有辦法」、「談論生命末期醫療等於談論死亡」、「避免去談論死亡」、「生命的結束是註定好的」等問題的同意程度來觀察。

依據表 4-2-5 的統計，老年榮民會去談論的話題無論是「生病或死亡」或是「生命末期醫療選擇」都偏低，其中會去談論生命末期醫療選擇話題的比例（15.6%）又低於生病或死亡話題的比例（34%）。顯示老年榮民之間存在著不去互相談論生命或死亡的事情，甚至因為不曾思考過生命末期的醫療選擇，也較不會在聊天中論及。另外，當區分老年榮民談論生命末期的醫療選擇時的對象時，醫療人員（12.1%）又低於週遭他人（15.6%）。

有 55.3% 的受訪者抱著「即使沒有預先考慮生命末期醫療方式，到時候自然有辦法」的想法；有 70.2% 的受訪者同意「人的生命會怎麼結束是註定好的」；而有 47.5% 的受訪者會避免去思考死亡。從以上三題的同意情形可觀察到，多數的老年榮民對疾病與死亡的觀念，還是抱持著偏向華人傳統的宿命論、順其自然、聽天由命、不去想太多的心態。

有 71% 的受訪者同意「談論生命末期醫療等於談論死亡」；另外，有 74.1% 的受訪者「不忌諱談論死亡」。有幾位回答不會避免思考死亡的受訪榮民補充表示，從軍時就已經歷過槍林彈雨，生死早置之度外，因此不會忌諱談論死亡。從這兩題的回答結果可看出，老年榮民在談

論疾病與死亡時，相較於華人傳統中忌諱談論死亡的色彩已較沖淡了。受訪之老年榮民對於疾病與死亡之文化價值觀，如表 4-2-5 所示。

表 4-2-5 老年榮民對於疾病與死亡之文化價值觀統計表(n=141)

變項	類別	次數(%)
有無與他人談論生病或死亡	有	48(34.0)
	沒有	93(66.0)
有無與他人談論末期醫療選擇	有	22(15.6)
	沒有	119(84.4)
有無與醫護人員談論末期醫療選擇	有	17(12.1)
	沒有	124(87.9)
現在不思考，到時候自然有辦法	同意	78(55.3)
	看情況	30(21.3)
	不同意	33(23.4)
談論末期醫療等於談論死亡 (n=138)	同意	98(71.0)
	看情況	15(10.9)
	不同意	25(18.1)
	缺漏值	3
忌諱談死 (n=139)	同意	17(12.2)
	看情況	19(13.7)
	不同意	103(74.1)
	缺漏值	2
生命怎麼結束是註定好的	同意	99(70.2)
	看情況	17(12.1)
	不同意	25(17.7)
會不會避免思考死亡	會避免	67(47.5)
	還好	37(26.2)
	不會避免	37(26.2)

### 三、老年榮民對預立醫療指示的態度、知覺規範與個人動力

#### (一) 老年榮民對簽署預立醫療指示的態度

老年榮民對簽署預立醫療指示的「態度」，包括「對行為後果所抱持的信念」及「對行為所抱持的想法感覺」兩層內涵，問卷透過受訪者對「簽署意願書對減少生命末期的痛苦折磨有幫助」、「簽署意願書對臨終時能夠走得沒有遺憾有幫助」、「簽署意願書可以減輕家屬的決策壓力」、「簽署意願書之後醫師就不會好好治療您了」、「簽署意願書之後就表示您放棄求生意志了」，以及「是否會對於討論簽署意願書的話題感到不舒服」等問題的同意程度來觀察。

表 4-2-6 顯示有 57.2% 的受訪者自覺簽署意願書對減少末期的痛苦折磨有幫助，可知多數老年榮民對於透過簽署意願書以減少末期的痛苦折磨有所企盼；在簽署意願書可走得沒有遺憾的回答結果，也有相同趨勢，有 45.3% 的受訪者認為有幫助。至於減輕家人決策壓力的問題，篩選出有眷屬的受訪者後，其在簽署意願書「有助於」減輕家屬決策壓力或「無助於」減輕家屬決策壓力兩方面分布不相上下，分別佔 25.4% 與 21.5%。

另一方面，有 40.6% 的受訪者不認為簽署意願書之後醫師就不會好好提供治療，顯示老年榮民對醫師的醫療作為抱持較正向的想法，並不擔心醫師提供醫療的態度會因此改變。惟仍有 20.9% 的受訪者相信簽署意願書之後，會致使醫師因此不好好治療他。相反地，有 58.9% 的受訪者認為簽署意願書即代表個人放棄求生意志，其中有的受訪者甚至坦率地表示，不放棄怎麼會去簽署？顯示老年榮民的觀念大多還是認為放棄求生意志了才會去簽署意願書。

對於討論簽署意願書話題的感覺，回答不會不舒服（77.3%）者佔大多數，回答感覺不舒服或者感覺還好的老年榮民則有 22.7%。受訪之老年榮民對預立醫療指示的態度，如表 4-2-6 所示。

表 4-2-6 老年榮民對預立醫療指示的態度統計表(n=141)

變項	類別	次數(%)
簽署意願書可減少痛苦折磨 (n=138)	有幫助	79(57.2)
	還好	18(13.0)
	沒有幫助	41(29.7)
	缺漏值	3
簽署意願書可走得沒有遺憾 (n=137)	有幫助	62(45.3)
	還好	35(25.5)
	沒有幫助	40(29.2)
	缺漏值	4
簽署意願書可減輕家人決策壓力 (n=130)	有幫助	33(25.4)
	還好	10(7.7)
	沒有幫助	28(21.5)
	不適用	59(45.4)
簽署 DNR 後醫師就不治療了	同意	29(20.9)
	看情況	54(28.8)
	不同意	56(40.3)
	缺漏值	2
簽署 DNR 表示放棄求生意志	同意	83(58.9)
	看情況	19(13.5)
	不同意	39(27.7)
對簽署意願書的話題感覺不舒服	會	11(7.8)
	還好	21(14.9)
	不會	109(77.3)

## (二) 老年榮民對簽署預立醫療指示的知覺規範

老年榮民對簽署預立醫療指示的「知覺規範」包含了「描述性規範」與「命令性規範」兩個層面，可從受訪者在「身邊有沒有人已經

簽署意願書」、「覺得他人有沒有可能簽署意願書」、「會不會因為他人已簽署而自己也簽署意願書」、「身邊的人是否支持簽署意願書」等問題的答題情形來觀察。

依表 4-2-7 之結果顯示，有將近一半的受訪者（45%）表示不清楚身邊的人有無簽署意願書，顯示老年榮民較不在意週遭他人正在從事那些行為，即較不在意描述性規範。同時受訪者認為他人不可能去簽署意願書者所佔比例較高（25.2%），反應出老年榮民對於自身會去簽署意願書的可能性也不高。

高達 76.4%的受訪者表示不會受到他人影響而去簽署意願書，說明老年榮民有較高的自主決定程度，即遵從他人行為的動機不高，較不在意命令性規範。

受訪榮民對於身邊他人是否支持其簽署意願書，抱持「不一定」的想法為多（44.8%），主要起因於多數老年榮民表示自己簽不簽意願書都毋需他人支持，因此填答「不一定」，此結果也與上述老年榮民較不在意規範的狀況相符。但從支持或不支持的受訪者兩方面來比較時，比例則分佔 35.8%及 19.4%，顯示有較多的老年榮民自覺能夠在簽署意願書行為上獲得支持。受訪之老年榮民對預立醫療指示的知覺規範，如表 4-2-7 所示。

表 4-2-7 老年榮民對預立醫療指示的知覺規範統計表

變項	類別	次數(%)	變項	類別	次數(%)
身邊有沒有人已簽署意願書 (n=140)	有	33(31.4)	覺得他人有無可能簽署意願書 (n=107)	有可能	11(10.3)
	沒有	44(23.6)		普通	16(15.0)
	不知道	63(45.0)		不可能	27(25.2)
	缺漏值	1		不知道	24(22.4)
			缺漏值	30	
會不會受他人影響而簽署意願書 (n=140)	會	22(15.7)			
	不一定	11(7.9)			
	不會	107(76.4)			
	缺漏值	1			
身邊的人支不支持您去簽署意願書 (n=134)	支持	48(35.8)			
	不一定	60(44.8)			
	不支持	26(19.4)			
	缺漏值	7			

### (三) 老年榮民對簽署預立醫療指示的個人動力

老年榮民對簽署預立醫療指示的「個人動力」，包含「知覺控制」及「自我效能」兩層內涵，可從老年榮民在「自己來決定末期醫療選擇」、「自己決定以免麻煩別人」、「他人來決定自己的末期醫療選擇」及「對於選擇末期醫療方式的把握」等題的同意程度來觀察。

有七成以上的受訪者同意由自己來決定末期醫療選擇（72.3%），以及自己決定才不會麻煩別人（78%），顯示老年榮民對於自我的知覺控制是高的，較同意自己的末期醫療選擇應該由自己來決定。從另一角度看，有 51.8%的受訪者不同意由他人來決定自己末期醫療選擇，也呼應由自己做決定的同意程度是較高的。

但當問卷問到是否對自己的末期醫療選擇有把握時，卻有 75.7%的受訪榮民表示沒有把握，說明了老年榮民雖然想要自己決定，但同時卻對自己的決定沒有什麼把握，自我效能較低。惟填答過程中有受

訪者回饋，因為醫療與疾病的變動性太大，未來的事很難說，因此現在就對未來的事太有把握，也不見得明智。受訪之老年榮民對預立醫療指示的個人動力，如表 4-2-8 所示。

表 4-2-8 老年榮民對預立醫療指示的個人動力統計表(n=141)

變項	類別	次數(%)
自己決定末期醫療	同意	102(72.3)
	看情形	24(17.0)
	不同意	15(10.6)
自己決定以不麻煩別人	同意	110(78.0)
	看情形	13(9.2)
	不同意	18(12.8)
由他人決定自己的末期醫療	同意	33(23.4)
	看情形	35(24.8)
	不同意	73(51.8)
對末期醫療方式的把握 (n=140)	有把握	16(11.4)
	還好	18(12.9)
	沒有把握	106(75.7)
	遺漏值	1

#### 四、小結：

整體而言，受訪榮民因重病入住加護病房、見過他人急救或自己被急救之經驗是較少的；也較不會去談論生病死亡或末期醫療選擇等問題；面對生命末期醫療的問題時，有順其自然、到時候自然有辦法的傾向；即使多數人同意談論末期醫療等於談論死亡，但不會避諱談論死亡；且多數持有宿命論的觀念，並會避免思考死亡。

在環境限制方面，大部份的老年榮民不清楚預立醫療指示表單的取得地點，但有較高的比例認為尋找意願書簽署時的見證人是容易的；在必要性方面，老年榮民雖然抱著「是時候要討論生命末期醫療決策了」的心態，但卻沒有太高比例認同簽署預立醫療指示的必要性；在具備知識方面，老年榮民知道預立醫療指示的比例仍偏低。

在態度方面，受訪榮民多數同意簽署意願書能帶來正向結果，也信任醫師不會因為已簽署意願書就不好好提供治療，對意願書話題不會感到不舒服，但大多數還是認為自己放棄求生意志了才會去簽署意願書。

在知覺規範方面，受訪榮民較不在意周遭他人簽署意願書的動態，多數認為他人不可能去簽署意願書；不會受到他人影響並且自覺周遭他人不一定會支持自己去簽署意願書。

在個人動力方面，受訪榮民傾向自己決定末期醫療方式，並不喜歡麻煩別人，但也同時對現在就要計畫好未來的醫療方式較無把握。

### 第三節 老年榮民預立醫療指示簽署行為與行為意圖之現況

本節主要是回答研究的核心問題一及核心問題二，即「榮家老年榮民簽署預立醫療指示(包括預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願及預立醫療委任代理人)的現況為何？」以及「尚未簽署預立醫療指示的榮家老年榮民，其簽署的行為意圖如何？」因此有許多篩選題，先區分出已簽署與未簽署預立醫療指示的受訪者後，進一步詢問未簽署的受訪者其是否考慮過、是否有意願簽署等問題。以下為研究資料分析結果。

#### 一、老年榮民預立醫療指示之行為現況

從表 4-3-1 的統計表可看到，受訪的 141 位老年榮民中，僅有 26 位 (18.4%) 已簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」，以及 3 位 (2.1%) 已簽署「醫療委任代理人委任書」。本研究在操作型定義時已說明，只要受訪者已簽署其中任何一份意願書，便視為有簽署醫療指示之行為，因此本研所得之老年榮民預立醫療指示簽署行為比例為 18.4%。

#### 二、老年榮民預立醫療指示行為意圖現況

在行為意圖方面，本研究先跳脫出詢問老年榮民簽署行為的意圖之外，直接詢問老年榮民在臨終前是否願意接受電擊插管等急救措施，得到高達 88.1% 不要接受急救措施的結果，受訪榮民提出許多理由：時間到就該走了、少些痛苦吧、活得夠了、希望有尊嚴的走、希望早點走不要拖、不要浪費醫療資源。

雖然如此，當進一步詢問受訪者是否曾經考慮過簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」(以下稱意願書)時，僅有不到一半 (47%) 的老年榮民回答曾考慮過，考慮後想簽署的老年榮民佔了 63%。此說明當老年榮民考慮過是否簽署意願書後，其想去簽署意願書的動機就會較高。

但此趨勢在簽署「醫療委任代理人委任書」(以下稱委任書)的回答方面，則較看不到。除了會考慮者比例降低(28.3%)，經過考慮會想去簽署的老年榮民降得更低，只有33.3%。

表 4-3-1 老年榮民預立醫療指示行為之統計表(n=141)

變項	類別	次數(%)
是否已經簽署 DNR	否(未簽署)	115(81.6)
	是(已簽署)	26(18.4)
是否已經簽署醫療委任代理人委任書	否(未簽署)	138(97.9)
	是(已簽署)	3(2.1)

表 4-3-2 老年榮民預立醫療指示行為意圖之統計表

變項	類別	次數(%)	變項	類別	次數(%)
臨終前要不要被急救 (n=134)	不要	118(88.1)	有無考慮過簽 DNR (n=115)	沒有	61(53.0)
	要	16(11.9)		有	54(47.0)
	缺漏值	7		不適用	26
有無考慮過簽醫療委 任代理人(n=138)	沒有	99(71.7)	想不想簽 DNR(n=54)	想	34(63.0)
	有	39(28.3)		不想	20(37.0)
	不適用	3		想不想簽醫療委任代理人(n=39)	想
		不想	26(66.7)		

總而言之，受訪榮民已經簽署預立醫療指示的比例仍低，即使絕大部分受訪者希望在臨終時不要被急救，但沒有考慮過簽署意願書或委任書者仍佔多數；而想去簽署意願書的老年榮民比例，則高於想去簽署委任書的老年榮民。

## 第四節 老年榮民背景因素與其預立醫療指示簽署行為之關係

從第四節起到第七節，主要是回答研究的核心問題三：「老年榮民預立醫療指示簽署行為及行為意圖的相關因素為何？」本節首先從背景因素，即老年榮民的基本屬性與健康條件兩方面，分別探究其與簽署行為及行為意圖之間的關係。

自本節起將以交叉表呈現兩個變項之間的關係，佐以卡方分配檢定及 Cramer's *V* 係數，來判斷交叉表中的次數分配是否有差異，即兩變項間是否有關係及其關係的強弱程度如何。為符合卡方分配為有效的先決條件，儲存格期望次數小於 5 的比例高於 25% 的交叉表，將不列出 Cramer's *V* 係數值。此外若卡方分配檢定結果的顯著性值小於 0.05，則可謂有次數分配上的顯著差異，得拒斥兩個變項間沒有關係的虛無假設，此時表格中的 Cramer's *V* 係數以放大粗斜體顯示。

### 一、老年榮民基本屬性與預立醫療指示簽署行為之關係

#### (一) 老年榮民「基本屬性」與預立醫療指示簽署「行為」之關係

首先，以 85 歲為分界線把老年榮民分成 65-84 歲及 85 歲以上兩組，觀察到兩組在簽署預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書（以下簡稱意願書）的次數分配上沒有差異，無論 85 歲以上或 85 歲以下的老年榮民，皆是以尚未簽署意願書者為多，分別佔 78.3% 及 87.8%。同樣的情形也出現在是否已簽署醫療委任代理人委任書（以下簡稱委任書）的次數分配上，85 歲以上未簽署者佔 97.8%，85 歲以下未簽署者佔 98.0%。年齡與預立醫療指示的簽署行為之間沒有太大的關係。

除了年齡以外，老年榮民的婚姻狀況、有無子女、有無子女以外之親人、教育程度、退伍軍階、經濟狀況、宗教信仰及信仰虔誠度等變項，也都呈現類似的次數分配趨勢，老年榮民的基本屬性與預立醫療指示簽署行為之間沒有太大差異。詳見附錄表 4-4-1 及表 4-4-2。

值得一提的是，入住榮家時間在 10-19 年之間的老年榮民，已簽署意願書的比例（36.4%）稍高於其他三組，但在已簽署委任書方面，則以入住榮家超過 20 年以上者（11.1%）高於其他三組，惟全部的受訪者中僅有 3 位老年榮民已簽署委任書，需要較謹慎討論次數分配的差異。入住榮家時間與預立醫療指示簽署行為之間只有微弱的關係，如表 4-4-1-1 所示。

表 4-4-1-1 年齡、入住榮家時間與是否已簽署意願書、委任書之交叉表

變項 類別	是否已簽署意願書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
年齡分組(n=141)			
65-84 歲	43(87.8)	6(12.2)	0.117
85 歲以上	72(78.3)	20(21.7)	
入住時間(n=141)			
5 年以下	56(88.9)	7(11.1)	0.225
5-9 年	30(78.9)	8(21.1)	
10-19 年	14(63.6)	8(36.4)	
20 以上	15(83.3)	3(16.7)	

變項 類別	是否已簽署醫療委任代理人委任書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
入住時間(n=141)			
5 年以下	62(98.4)	1(1.6)	
5-9 年	38(100)	0(0)	
10-19 年	22(100)	0(0)	
20 以上	16(88.9)	2(11.1)	

## （二）老年榮民「基本屬性」與預立醫療指示簽署「行為意圖」之關係

### 1. 行為意圖：有無考慮過簽署意願書與醫療委任代理人委任書

無論老年榮民的年齡在 85 歲以下或 85 歲以上，未曾考慮過簽署意願書與曾經考慮過簽署意願書者，均在五成（53.5%及 52.8%）及四成（46.5%及 47.2%）之間，幾乎沒有次數分配上的差異。此外

有無考慮過委任書的老年榮民，在年齡分組的分配上，也各佔約七成（72.9%及 71.1%）及兩成（27.1%及 28.9%）。交叉分析後可知年齡與有無考慮過簽署預立醫療指示這項行為意圖，兩者間沒有關係。

除了年齡以外，老年榮民的婚姻狀況、有無子女、有無子女以外的親人、教育程度、退伍軍階、經濟狀況、宗教信仰及信仰虔誠度等變項，也呈現相似的次數分配趨勢，這些基本屬性與有無考慮過簽署預立醫療指示的行為意圖，兩者之間皆沒有關係。詳見附錄表 4-4-3 及表 4-4-4。

## 2.行為意圖：想不想簽署意願書與醫療委任代理人委任書

老年榮民的退伍軍階為士官以下者，其不想簽署意願書的比例（45.5%）明顯高於尉官以上者（23.8%）；反之，退伍軍階在尉官以上的老年榮民，其想去簽署意願書的比例（76.2%），高於士官以下者（55.5%）。從退伍軍階的高低，可略見其與老年榮民想不想簽署意願書的行為意圖之間有微弱的關係。

經濟滿意狀況是另一個能夠觀察老年榮民想不想簽署意願書差異性的變項，對自己的經濟狀況感到不滿意的老年榮民中，有 88.9% 會想去簽署意願書，而對自己的經濟狀況感到滿意或認為還好者，則分別有 66.7% 及 44.4% 會想去簽署意願書。老年榮民對自己經濟狀況的滿意程度，與其想不想簽署意願書的行為意圖之間有相當程度的關係，如表 4-4-5-1 所示。

醫療委任代理人牽涉到老年榮民身邊是否有可指定的代理人人選，因此有無子女、有無親戚就成為觀察老年榮民想不想簽署委任書的行為意圖上，需要特別注意的變項。從表 4-4-6-1 可看到，在臺灣戶籍上有子女的老年榮民，其想去簽署委任書的比例（42.9%）較

高於臺灣戶籍上沒有子女者（22.2%），顯示有無子女與想不想去簽署委任代理人委任書之間有些微關係存在。

相同的趨勢也出現在有無親戚的分組上，在臺灣有子女以外親戚的老年榮民，其想去簽署委任書的比例（66.7%）也較高於沒有親戚者（30.8%）及親戚在大陸者（25%），顯示有無親戚與想不想去簽署委任書之間，有些微關係存在。

至於老年榮民的教育程度分組，則呈現小學程度以下者想去簽署委任書的比例（21.1%）低於國初中程度以上者（45%），顯示教育程度與想不想去簽署委任書之間也有些微的關係，如表 4-4-6-1 所示。

### 3.行為意圖：臨終時要不要被急救

老年榮民的基本屬性變項均呈現不想被急救者高於想要被急救者，基本屬性與臨終時要不要被急救兩者之間沒有差異。詳見附錄表 4-4-7。

表 4-4-5-1 退伍軍階、經濟滿意度與想不想簽署意願書之交叉表

變項 類別	行為意圖_想不想簽署意願書		Cramer's V 係數
	不想 次數(%)	想 次數(%)	
退伍軍階(n=54)			
士官以下	15(45.5)	18(55.5)	0.219
尉官以上	5(23.8)	16(76.2)	
經濟狀況(n=54)			
滿意	9(33.3)	18(66.7)	0.316
還好	10(55.6)	8(44.4)	
不滿意	1(11.1)	8(88.9)	

表 4-4-6-1 有無子女、親戚、教育程度與想不想簽署醫療委任代理人委任書之交叉表

變項 類別	行為意圖_想不想簽署醫療委任代理人委任書		Cramer's V 係數
	不想 次數(%)	想 次數(%)	
有無子女(n=39)			0.218
無(臺灣戶籍上無)	14(77.8)	4(22.2)	
有(臺灣戶籍上有)	12(57.1)	9(42.9)	
有無子女以外親戚(n=39)			
無	9(69.2)	4(30.8)	
有，在臺灣	2(33.3)	4(66.7)	
有，在大陸	15(75.0)	5(25.0)	
教育程度(n=39)			0.254
國小以下	15(78.9)	4(21.1)	
國(初)中以上	11(55.0)	9(45.0)	

## 二、老年榮民健康條件與預立醫療指示簽署行為之關係

### (一) 老年榮民「健康條件」與預立醫療指示簽署「行為」之關係

老年榮民因日常生活功能的不同分別住在安養隊及養護隊，相較於住在養護隊的老年榮民，安養隊的老年榮民在已簽署意願書的比例（23%）明顯高於養護隊（0%）。而在已簽委任書的比例上，雖然人數銳減，但比例上也是安養榮民高於養護榮民。顯示日常生活功能與預立醫療指示簽署行為兩者之間有明顯的關係，如表 4-4-8-1 所示。

表 4-4-8-1 日常生活功能與是否已簽署預立醫療指示之交叉表

變項 類別	行為_是否已簽署意願書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
日常生活功能(n=141)			<b>0.237</b>
安養	87(77.0)	26(23.0)	
養護	28(100)	0(0)	
變項 類別	行為_是否已簽署委任書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
日常生活功能(n=141)			
安養	110(97.3)	3(2.7)	
養護	28(100)	0(0)	

除了日常生活功能外，老年榮民自覺與比較健康狀況、疾病種類數、就醫頻率等變項，在簽署意願書及委任書的次數分配上並無明顯差異，顯示健康條件與預立醫療指示簽署行為兩者間沒有太大的關係。詳見附錄表 4-4-8 及表 4-4-9。

## (二) 老年榮民「健康條件」與預立醫療指示簽署「行為意圖」之關係

### 1. 行為意圖：有無考慮過簽署意願書與醫療委任代理人委任書

安養隊與養護隊的老年榮民在有考慮過簽署意願書的行為意圖上，呈現安養隊（55.2%）高於養護隊（21.4%）的分配，兩者差異接近 25%。另外，在有考慮過簽署委任書的行為意圖上，安養隊與養護隊的次數分配也出現差異（32.7%及 10.7%）。顯示日常生活功能與有無考慮過簽署意願書及委任書之間，皆有明顯的關係。詳見附錄表 4-4-10 及表 4-4-11。

疾病種類數在 3 種以上的老年榮民，有考慮過簽署意願書的比例（62.5%）高於有 1-2 種疾病者（41.2%），也高於沒有疾病診斷者（14.3%）；住院天數在 1-10 天之間的老年榮民，有考慮過簽署意願書的比例（66.7%），高於住院 11 天以上者（18.2%），也高於未住院者（47.8%），次數分配已達明顯差異，疾病種類數與住院天數等兩個變項，與有無考慮過簽署意願書之間有明顯的關係，如 4-4-10-1 所示。

### 2. 行為意圖：想不想簽署意願書與醫療委任代理人委任書

健康條件的所有變項，在想不想簽署意願書及想不想簽署委任書的次數分配上，均無明顯的差異。顯示健康條件與想不想簽署意願書及想不想簽署委任書等行為意圖之間沒有關係。詳見附錄表 4-4-12 及表 4-4-13。

### 3.行為意圖：臨終時要不要被急救

老年榮民健康條件變項中，一面倒地呈現出不想被急救者高於想要被急救者，顯示健康條件與臨終時要不要被急救這項行為意圖，兩者之間沒有關係。詳見附錄表 4-4-14。

表 4-4-10-1 疾病種類數、住院天數與有無考慮過簽署意願書之交叉表

變項 類別	行為意圖_有無考慮過簽署意願書		Cramer's V 係數
	沒有 次數(%)	有 次數(%)	
疾病種類數(n=108)			
1-2 種	40(58.8)	28(41.2)	<b>0.206</b>
3 種以上	15(37.5)	25(62.5)	
住院天數(n=23)			
1-10 天	4(33.3)	8(66.7)	<b>0.489</b>
11 天以上	9(81.8)	2(18.2)	

### 三、小結

根據本節的交叉表分析結果，整理出下表：

表 4-4-15 背景因素與預立醫療指示簽署行為之綜合分析表

相關因素	行為		行為意圖				臨終時 要不要 被急救
	簽署意 願書	簽署委 任代理 人	有無考慮過		想不想		
			簽署意 願書	簽署委 任代理 人	簽署意 願書	簽署委 任代理 人	
入住時間	弱	弱					
有無子女							弱
有無親戚							弱
教育程度							弱
退伍軍階							弱
經濟狀況							中等
日常生活功 能	強		強	強			
疾病種類數			強				
住院天數			強				

由表 4-4-15 可知，與簽署意願書有關的背景因素包括「入住榮家時間」及「日常生活功能」兩項；而「入住榮家時間」也與簽署委任書有關。

與簽署行為意圖有關的背景因素包括「有無子女」、「有無親戚」、「教育程度」、「退伍軍階」、「經濟狀況」、「日常生活功能」、「疾病種類數」、「住院天數」等八項。

其中與有無考慮過簽署意願書有關的項目包括「日常生活功能」、「疾病種類數」、「住院天數」等三項。與有無考慮過簽署委任書有關的項目則只有「日常生活功能」一項。較特別的是，有無考慮過簽署預立醫療指示的相關因素，皆以老年榮民健康條件變項為主。

與想不想簽署意願書有關的項目包括「退伍軍階」及「經濟狀況」兩項；而與想不想簽署委任書有關的項目則包括「有無子女」、「有無親戚」及「教育程度」等三項。無獨有偶的是，想不想簽署預立醫療指示的相關因素，均以老年榮民基本屬性變項為主。

綜合以上成果，本研究發現已經簽署預立醫療指示的老年榮民，入住榮家時間多在 10-19 年之間，且大部分住在安養隊而非養護隊，日常生活功能也較能自理。

有考慮過簽署預立醫療指示的老年榮民，以安養隊較多，其疾病種類數在 3 種以上，半個月內住院天數在 1-10 天之間。

想不想簽署預立醫療指示分成意願書與委任書兩部分，想簽署意願書的老年榮民，多數為尉官以上退伍，對自己目前的經濟狀況感到不滿意。想簽署委任書的老年榮民，多數在臺灣有子女及親戚，且教育程度大多在國（初）中以上。

## 第五節 整合性行為模式下的因素與老年榮民預立醫療指示 簽署行為之關係

本節將探究整合性行為模式下的因素與簽署行為及行為意圖之間的關係。依據文獻探討與研究架構，整合性行為模式下的因素包括表現出某行為所需具備的知識、個人認為某行為的必要性、以及與某行為的出現有直接相關的環境限制等三項；加上整合性行為模式認為行為意圖是行為的前導因素，而行為意圖又與態度、知覺規範及個人動力等三個構面相關，因此自本節的第二部份起，將針對老年榮民對行為的態度、知覺規範及個人動力等面向，呈現其與簽署行為及行為意圖之間的關係。

如第三節表 4-3-1 所示，只有三位受訪者已簽署委任書，個數過少的情況下，交叉分析表無法判讀出有意義的次數分配差異性，因此自本節起將不再列出相關因素與是否已簽署委任書的交叉表。

### 一、老年榮民簽署預立醫療指示的知識、必要性、環境限制與簽署行為之關係

#### (一) 老年榮民簽署預立醫療指示的「知識」與簽署「行為」之關係

如表 4-5-1 所示，老年榮民具不具備預立醫療指示行為的知識，與簽署行為之間有明顯的關係。已經簽署意願書的老年榮民中，知道自己有不接受急救的權利（46.9%）、有指定醫療代理人的權利（71.4%）、且知道意願書生效需兩個見證人（88.5）的比例皆遠高於不知道者。從另一方面來看，尚未簽署意願書的老年榮民，其不具備這些相關知識者也占了較高比例（96.7%、84.3%、97.4%）；三題中又以知不知道意願書生效需兩個見證人這題與簽署行為的關係最強。表 4-5-1 中次數分配的差異性正可說明老年榮民具不具備預立醫療指示的知識，與其簽署行為有相當強的關係。

## （二）老年榮民簽署預立醫療指示的「必要性」與簽署「行為」之關係

在已簽署意願書的老年榮民中，認為現在就考慮生命末期醫療不會太早者（30.6%）高於認為考慮的時間點太早（5.4%），也高於認為看情況者（17.4%）；而尚未簽署意願書的老年榮民則相反，認為現在就考慮生命末期醫療還太早者（94.6%），高於考慮的時間點不會太早（69.4%），也高於認為看情形者（82.6%）。已簽署與尚未簽署意願書的兩組老年榮民，在考慮生命末期醫療時間點的意見上恰恰相反，已簽署預立醫療指示的老年榮民，認為現在就考慮末期醫療不會太早的比例較高，顯示兩者之間是有明顯差異性的。

同樣的次數分配形態也出現在老年榮民認為是否必要簽署意願書的意見上，已有簽署行為的老年榮民認為有必要的比例（47.5%）高於認為沒必要者（4.8%）；而尚未有簽署行為的老年榮民則絕大多數（95.2%）認為沒有必要簽署意願書；顯示老年榮民認為簽署意願書有沒有必要與簽署行為，兩者之間是有很強的關係的。如表 4-5-2 所示。

## （三）老年榮民簽署預立醫療指示的「環境限制」與簽署「行為」之關係

在已經簽署過意願書的老年榮民中，知道何處取得表單的比例（51.3%）高於不知道者（5.9%），而未簽署意願書的老年榮民，則以不知道何處取得表單佔大多數（94.1%）。顯示老年榮民知不知道何處取得表單，與其預立醫療指示簽署行為有明顯的差異性。

在已經簽署過意願書的老年榮民中，有 32.3% 認為談論意願書是容易的，遠高於認為不容易的比例（5.8%）；而未簽署意願書的老年榮民則相反，認為談論意願書是不容易的比例（94.2%）高於容易的（67.7%）。顯示老年榮民認為談論意願書的難易，與其預立醫療指示簽署行為有明顯的差異性。如表 4-5-3 所示。

表 4-5-1 知識與是否已簽署意願書之交叉表

變項 類別	行為_是否已簽署意願書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
知不知有不接受急救的權利(n=141)			
不知道	89(96.7)	3(3.3)	<b>0.536</b>
知道	26(53.1)	23(46.9)	
知不知有指定醫療代理人的權利(n=141)			
不知道	113(84.3)	21(15.7)	<b>0.312</b>
知道	2(28.6)	5(71.4)	
知不知意願書生效需兩個見證人(n=141)			
不知道	112(97.4)	3(2.6)	<b>0.859</b>
知道	3(11.5)	23(88.5)	

表 4-5-2 必要性與是否已簽署意願書之交叉表

變項 類別	行為_是否已簽署意願書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
現在考慮生命末期醫療還太早(n=141)			
還太早	53(94.6)	3(5.4)	<b>0.298</b>
看情況	19(82.6)	4(17.4)	
不會太早	43(69.4)	19(30.6)	
是否必要簽署意願書(n=140)			
不是	60(95.2)	3(4.8)	<b>0.475</b>
還好	33(89.2)	4(10.8)	
是	21(52.5)	19(47.5)	

表 4-5-3 環境限制與是否已簽署意願書之交叉表

變項 類別	行為_是否已簽署意願書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
知不知何處取得表單(n=141)			
不知道	96(94.1)	6(5.9)	<b>0.524</b>
知道	19(48.7)	20(51.3)	
談論意願書的難易(n=131)			
不容易	65(94.2)	4(5.8)	<b>0.342</b>
容易	42(67.7)	20(32.3)	
找見證人難易(n=27)			
不容易	1(33.3)	2(66.7)	
容易	3(12.5)	21(87.5)	

## 二、老年榮民簽署預立醫療指示的態度與簽署行為之關係

### (一) 老年榮民簽署預立醫療指示的「態度」與簽署「行為」之關係

從老年榮民認為簽署意願書「可減少痛苦折磨」、「可走得沒有遺憾」、「可減輕家人決策壓力」等三題的回答中可看到，已有簽署行為的老年榮民，在這三題的回答為有幫助的比例（31.6%、37.1%、30.3%）均高於沒有幫助的比例（2.4%、0、3.6%）。這三題的設計意在測量個人對行為後果所抱持的工具性態度，即相信行為會有好結果的人，就會表現出該行為；而從交叉表中可以看出，已簽署意願書的老年榮民會有較高比例相信簽署後能帶來好結果，因此回答有幫助者比例較高；相對地，未抱持著對簽署行為能帶來好結果的信念者，大多數就還未簽署意願書（97.6%、100%、96.4%）。第四題「簽署意願書後醫生就不會好好治療了」也是測量工具性態度的問題之一，此題呈現出明顯的差異，已簽署意願書的老年榮民有較高的比例（28.6%）認為簽署意願書之後並不會讓醫師就不好好治療了，反之，認為簽署意願書會讓醫生不會好好治療的老年榮民，有相當高的比例（89.7%）尚未簽署意願書。

除了工具性態度以外，經驗性態度或行為感覺也會與行為的實踐與否有關係。「簽署意願書就代表我放棄求生意志了」、「對意願書話題會不會感到不舒服」等二題，就是用來測量個人對行為表現的想法與情感反應，整合性行為模式認為個人越認同該行為，或者對行為的情感反應越正向，他就越有可能會去實踐該行為。從表 4-5-4 可知，「簽署後代表放棄求生意志」這題雖然仍有相同次數分配趨勢，但同意或不同意兩者與簽署行為並沒有太明顯的差異。

至於「對意願書話題會不會感到不舒服」這題，則有 109 位受訪者對意願書的話題不會感到不舒服，而回答會覺得不舒服的 11 位受訪者中，則以未簽署意願書者居多（90.9%），此結果正可回應整合性行為模式中對行為有負面情緒者較不可能去表現該行為的論點。從這六題關於老年榮民對預立醫療指示的態度之答題結果來看，態度中主要是工具性態度與預立醫療指示簽署行為，有著強而明顯的關係。如表 4-5-4 所示

表 4-5-4 態度與是否已簽署意願書之交叉表

變項 類別	行為_是否已簽署意願書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
簽署意願書可減少痛苦折磨(n=138)			
沒有幫助	40(97.6)	1(2.4)	<b>0.379</b>
還好	18(100)	0(0)	
有幫助	54(68.4)	25(31.6)	
簽署意願書可走得沒有遺憾(n=137)			
沒有幫助	40(100)	0(0)	<b>0.428</b>
還好	32(91.4)	3(8.6)	
有幫助	39(62.9)	23(37.1)	
簽署意願書可減輕家人決策壓力(n=71)			
沒有幫助	27(96.4)	1(3.6)	<b>0.320</b>
還好	8(80.0)	2(20.0)	
有幫助	23(69.7)	10(30.3)	
簽署後醫生就不會好好治療了(n=139)			
同意	26(89.7)	3(10.3)	<b>0.209</b>
看情況	47(87.0)	7(13.0)	
不同意	40(71.4)	16(28.6)	
簽署後代表放棄求生意志(n=141)			
同意	71(85.5)	12(14.5)	0.199
看情況	17(89.5)	2(10.5)	
不同意	27(69.2)	12(30.8)	
對意願書的話題感到不舒服(n=141)			
會	10(90.9)	1(9.1)	
還好	21(100)	0(0)	
不會	84(77.1)	25(22.9)	

## (二) 老年榮民簽署預立醫療指示的「態度」與簽署「行為意圖」之關係

### 1. 行為意圖：有無考慮過簽署意願書與醫療委任代理人委任書

根據表 4-5-5-1 的交叉表分析結果顯示，工具性態度與有無考慮過簽署意願書兩者間有明顯差異。認為簽署意願書有助於減少末期痛苦折磨的老年榮民，有 72.2% 曾考慮過簽署意願書，而認為簽署意願書有助於走得沒有遺憾的老年榮民，也有 69.2% 的人考慮過。反之，認為簽署意願書無助於減少末期痛苦折磨及走得沒有遺憾的老年榮民則有較高比例未曾考慮過簽署意願書。此外，曾經考慮過簽署意願書的老年榮民中，有 78.3% 認為簽署意願書對減輕家人決策壓力是有幫助的，相較於認為沒有幫助者（40.7%），多出約三成。從上述的發現可知，曾考慮過比未曾考慮過簽署意願書的老年榮民，其相信簽署意願書能夠帶來正向結果的比例是較高的。

表 4-5-5-2 的統計結果顯示，曾經考慮過簽署意願書的老年榮民，認為簽署意願書即代表放棄求生意志的比例（57.7%）高於不同意者（22.2%）；未曾考慮過簽署意願書的老年榮民則以不認為簽署意願書代表放棄求生意志的比例（77.8%）高於同意者（42.3%）。基於上述差異，可知簽署後代表放棄求生意志的經驗性態度，與老年榮民有無考慮過簽署意願書的行為意圖，兩者之間有明顯的關係。

表 4-5-6-1 則顯示，曾經考慮過簽署委任書的老年榮民有 51.7% 相信簽署後醫生就不會好好提供治療了，只有 20.8% 相信簽署後醫生仍會好好提供治療；而未曾考慮過簽署委任書的老年榮民，對於簽署後醫師就不會好好治療的意見，則是同意者與不同意者各佔 48.3% 及 79.2%。由此可知，老年榮民抱持著簽署意願書後醫師就不會好好治療了的信念，較有可能去考慮簽署委任書，兩者間有明顯的關係。

表 4-5-6-2 顯示，曾經考慮過簽署委任書的老年榮民有 39.5%認為簽署意願書代表放棄求生意志，只有 13.2%不認為簽署意願書代表放棄求生意志，此顯示出有無考慮過簽署委任書的行為意圖與老年榮民的經驗性態度有明顯的關係。

表 4-5-5-1 工具性態度與有無考慮過簽署意願書之交叉表

變項 類別	行為意圖_有無考慮過簽署意願書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
簽署意願書可減少痛苦折磨(n=112)			
沒有幫助	31(77.5)	9(22.5)	<b>0.469</b>
還好	12(66.7)	6(33.3)	
有幫助	15(27.8)	39(72.2)	
簽署意願書可走得沒有遺憾(n=111)			
沒有幫助	29(72.5)	11(27.5)	<b>0.353</b>
還好	16(50.0)	16(50.0)	
有幫助	12(30.8)	27(69.2)	
簽署意願書可減輕家人決策壓力(n=58)			
沒有幫助	16(59.3)	11(40.7)	
還好	5(62.5)	3(37.5)	
有幫助	5(21.7)	18(78.3)	

表 4-5-5-2 經驗性態度與有無考慮過簽署意願書之交叉表

變項 類別	行為意圖_有無考慮過簽署意願書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
簽署後代表放棄求生意志(n=115)			
同意	30(42.3)	41(57.7)	<b>0.298</b>
看情況	10(58.8)	7(41.2)	
不同意	21(77.8)	6(22.2)	

表 4-5-6-1 工具性態度與有無考慮過簽署委任書之交叉表

變項 類別	行為意圖_有無考慮過簽署醫療委任代理人委任書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
簽署後醫生就不會好好治療了(n=136)			
同意	14(48.3)	15(51.7)	<b>0.267</b>
看情況	41(75.9)	13(24.1)	
不同意	42(79.2)	11(20.8)	

表 4-5-6-2 經驗性態度與有無考慮過簽署委任書之交叉表

變項 類別	行為意圖_有無考慮過簽署醫療委任代理人委任書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
簽署後代表放棄求生意志(n=138)			
同意	49(60.5)	32(39.5)	<b>0.298</b>
看情況	17(89.5)	2(10.5)	
不同意	33(86.8)	5(13.2)	

## 2.行為意圖：想不想簽署意願書與醫療委任代理人委任書

考慮過後會想簽署意願書的老年榮民中，有 85.2%認為簽署意願書有助於走得沒有遺憾，佔組中較大多數；而考慮過後不會想簽署意願書的老年榮民中，則以認為簽署意願書無助於走得沒有遺憾為多數（63.6%）。認為簽署意願書對走得沒有遺憾是有幫助與沒有幫助的，兩者在想不想去簽署意願書的意見上正好相反。

至於簽署意願書可減少痛苦折磨及減輕家人決策壓力的統計結果，均在想去簽署意願書的這個組別中，呈現出認為有幫助者比例高於沒有幫助者的結果（74.4%與 33.3%、77.8%與 36.4%），

上述的差異顯示老年榮民想不想簽署意願書的行為意圖，與其工具性態度是有明顯關係的。如表 4-5-7-1 所示。

根據表 4-5-8-1，想去簽署委任書的老年榮民大致也是認為簽署意願書會有正向結果，即對減少痛苦折磨、走得沒有遺憾、減輕家人壓力等方面都有幫助。

表 4-5-7-1 工具性態度與想不想簽署意願書之交叉表

變項 類別	行為意圖_想不想簽署意願書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
簽署意願書可減少痛苦折磨(n=54)			
沒有幫助	6(66.7)	3(33.3)	
還好	4(66.7)	2(33.3)	
有幫助	10(25.6)	29(74.4)	
簽署意願書可走得沒有遺憾(n=54)			
沒有幫助	7(63.6)	4(36.4)	<b>0.463</b>
還好	9(56.3)	7(43.8)	
有幫助	4(14.8)	23(85.2)	
簽署意願書可減輕家人決策壓力(n=32)			
沒有幫助	7(63.6)	4(36.4)	
還好	1(33.3)	2(66.7)	
有幫助	4(22.2)	14(77.8)	
簽署後醫生就不會好好治療了(n=54)			
同意	6(40.0)	9(60.0)	0.138
看情況	9(42.9)	12(57.1)	
不同意	5(27.8)	13(72.2)	

表 4-5-8-1 工具性態度與想不想簽署委任書之交叉表

變項 類別	行為意圖_想不想簽署醫療委任 代理人委任書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
簽署意願書可減少痛苦折磨(n=39)			
沒有幫助	5(62.5)	3(37.5)	
還好	5(100)	0(0)	
有幫助	16(61.5)	10(38.5)	
簽署意願書可走得沒有遺憾(n=39)			
沒有幫助	9(75.0)	3(25.0)	
還好	7(87.5)	1(12.5)	
有幫助	10(52.6)	9(47.4)	
簽署意願書可減輕家人決策壓力(n=24)			
沒有幫助	7(70.0)	3(30.0)	
還好	0(0)	1(100)	
有幫助	7(53.8)	6(46.2)	
簽署後醫生就不會好好治療了(n=39)			
同意	9(60.0)	6(40.0)	
看情況	9(69.2)	4(30.8)	
不同意	8(72.7)	3(27.3)	

表 4-5-9-1 工具性態度與臨終時要不要被急救之交叉表

變項 類別	行為意圖_臨終時要不要被急救		Cramer's V 係數
	不要 次數(%)	要 次數(%)	
簽署意願書可減少痛苦折磨(n=131)			
沒有幫助	32(82.1)	7(17.9)	
還好	13(76.5)	4(23.5)	
有幫助	71(96.0)	3(4.0)	
簽署意願書可減輕家人決策壓力(n=70)			
沒有幫助	22(81.5)	5(18.5)	
還好	10(100)	0(0)	
有幫助	32(97.0)	1(3.0)	

### 三、老年榮民簽署預立醫療指示的知覺規範與簽署行為之關係

#### (一) 老年榮民簽署預立醫療指示的「知覺規範」與簽署「行為」之關係

從表 4-5-10 可看到老年榮民對於「他人有無已簽好意願書」、「他人有無可能去簽署意願書」、「會不會受他人影響而簽署意願書」及「身邊的人會不會支持你去簽署意願書」這四題關於知覺規範的回答中，只有第一題的次數分配有明顯差異。覺得他人已經簽好意願書的老年榮民中，有 48.5% 已有簽署行為，相較於覺得他人還沒有簽意願書的老年榮民 (7%)，多出將近四成。此題的設計是藉由測量描述性規範，瞭解個人知覺到自己所在的社會關係網絡中的其他人正在做什麼事，即，老年榮民對於周遭他人有沒有簽署意願書的覺察如何。結果顯示本身已經簽署意願書的老年榮民，會傾向認為他人也已簽妥意願書；認為他人還沒有簽署意願書的老年榮民，則絕大多數 (93%) 尚未簽署意願書。

第二題「他人有無可能去簽署意願書」也意在測量描述性規範，但統計結果較沒有差異性。

「會不會受他人影響而簽署意願書」及「身邊的人會不會支持你去簽署意願書」這兩題乃設計來測量命令性規範，指的是個人對於他

人認為自己應該表現何種行為的認知，以及個人遵從這些他人想法的動機，是個人認知到的他人想法與決定是不是要遵從的綜合結果。統計結果顯示 140 位老年榮民中有 107 位表示不會受到他人影響而去簽署意願書，只有 22 位表示會受到他人影響，顯示大多數的老年榮民的簽署行為並不會受到他人影響。進一步看交叉分析表，已簽署意願書的老年榮民中，有 22.4% 表示不會受到他人影響而簽署意願書，相較於受到他人影響而有簽署行為的老年榮民(9.1%)，比例上有明顯差異。

第四題「身邊的人會不會支持你去簽署意願書」的統計結果，則較難看出周遭他人支持情形與簽署行為之間的差異。如表 4-5-10 所示。

表 4-5-10 知覺規範與是否已簽署意願書之交叉表

變項 類別	行為_是否已簽署意願書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
他人有無已簽好意願書(n=138)			
沒有	40(93.0)	3(7.0)	<b>0.428</b>
有	17(51.5)	16(48.5)	
不知道	55(88.7)	7(11.3)	
他人有無可能去簽意願書(n=78)			
不可能	24(88.9)	3(11.1)	
普通	14(87.5)	2(12.5)	
可能	9(81.8)	2(18.2)	
不知道	23(95.8)	1(11.1)	
會不會受他人影響而簽署(n=140)			
會	20(90.9)	2(9.1)	
不一定	11(100)	0(0)	
不會	83(77.6)	24(22.4)	
身邊的人會不會支持簽署(n=134)			
不支持	24(92.3)	2(7.7)	0.156
不一定	48(80.0)	12(20.0)	
支持	36(75.0)	12(25.0)	

## (二) 老年榮民簽署預立醫療指示的「知覺規範」與簽署「行為意圖」之關係

### 1.行為意圖：有無考慮過簽署意願書與醫療委任代理人委任書

老年榮民簽署意願書能夠獲得身邊他人支持的組別中，有考慮過簽署意願書的比例較高（69.4%），而身邊他人不支持的組別中，則以未曾考慮過簽署意願書的比例較高（62.5%）。顯示身邊他人的支持情形這項命令性規範與老年榮民有無考慮過簽署意願書有明顯的關係。如表 4-5-11-1 所示。

描述性規範與有無考慮過意願書、委任書的交叉分析，因無明顯差異，不列在內文中，詳見附錄表 4-5-11 及表 4-5-12。

### 2.行為意圖：想不想簽署意願書與醫療委任代理人委任書

如表 4-5-13-1 所示，老年榮民不想去簽署委任書的組別中，其身邊他人不支持的比例較高（77.8%），反觀想去簽署委任書的老年榮民，其身邊會支持的比例較高（84%）。顯示身邊他人的支持情形這項命令性規範，與老年榮民有無考慮過簽署委任書有明顯的關係。

從上述的結果可知，知覺規範中以命令性規範與簽署預立醫療指示的行為意圖有較強的關係，而命令性規範中，又以老年榮民身邊他人的支持情形最有關係。

### 3.行為意圖：臨終時要不要被急救

知覺規範與臨終時要不要被急救的行為意圖之交叉分析，因無明顯差異，不列在內文中，詳見附錄表 4-5-15。

表 4-5-11-1 命令性規範與有無考慮過簽署意願書之交叉表

變項 類別	行為意圖_有無考慮過簽署意願書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
身邊的人會不會支持簽署(n=108)			
不支持	15(62.5)	9(37.5)	<b>0.289</b>
不一定	29(60.4)	19(39.6)	
支持	11(30.6)	25(69.4)	

表 4-5-13-1 命令性規範與想不想簽署意願書之交叉表

變項 類別	行為意圖_想不想簽署意願書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
身邊的人會不會支持簽署(n=53)			
不支持	7(77.8)	2(22.2)	<b>0.474</b>
不一定	9(47.4)	10(52.6)	
支持	4(16.0)	21(84.0)	

#### 四、老年榮民簽署預立醫療指示的個人動力與簽署行為之關係

##### (一) 老年榮民簽署預立醫療指示的「個人動力」與簽署「行為」之關係

「由他人幫忙決定末期醫療方式比較好」、「自己決定末期醫療方式才不會麻煩別人」、「自己決定末期醫療方式比較好」等三題，意在測量受訪者個人動力中的自我效能狀況，即老年榮民對於自己是否能夠預先決定末期醫療方式的信心程度，或者沒有信心由自己決定，而需要由他人幫忙決定的狀況。從交叉表的結果可知，無論是同意或不同意由他人決定末期醫療方式的老年榮民，在簽署行為上並沒有太大差異，兩組分別為 12.1%及 17.8%。顯示由他人決定末期醫療方式與簽署意願署行為沒有太大關係。

而「自己決定末期醫療方式才不會麻煩別人」、「自己決定末期醫療方式比較好」兩題的回答結果較為相近，均以同意者居多，分別有 110 位及 102 位，只是兩變項間並未出現明顯差異。值得注意的是，兩題當中尚未簽署意願書的老年榮民，均是 100%回答不同意，已簽署

意願書的老年榮民中，在兩題的回答上，均以回答同意者為多，分別是 22.7% 及 22.5%。顯示傾向同意由自己決定末期醫療的老年榮民，也會傾向表現簽署行為。兩者間有些微的關係。

「有沒有把握計畫好末期醫療方式」意在測量個人動力中的知覺控制情形，知覺控制是指個人對於行為表現的控制能力。交叉表的結果顯示，有 106 位受訪者對於預先計畫好末期醫療方式沒有把握，其中有 85.8% 的老年榮民無簽署行為，高於有把握但尚無簽署行為者 (62.5%)。至於已簽署意願書的老年榮民中，對於預先計畫末期醫療方式有把握與沒有把握者分別佔 37.5% 及 14.2%，兩者雖無明顯差異，但相較於無簽署行為的老年榮民在有無把握上的分布情形 (無把握高於有把握)，有簽署行為的老年榮民的分布恰恰相反 (有把握高於無把握)。顯示有無把握事先計畫末期醫療方式與預立醫療指示簽署行為之間，仍有些微弱的關係。如表 4-5-16 所示。

表 4-5-16 個人動力與是否已簽署意願書之交叉表

變項 類別	行為_是否已簽署意願書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
由他人決定末期醫療方式(n=141)			
同意	29(87.9)	4(12.1)	0.123
看情形	26(74.3)	9(25.7)	
不同意	60(82.2)	13(17.8)	
自己決定末期醫療才不會麻煩別人(n=141)			
同意	85(77.3)	25(22.7)	
看情形	12(92.3)	1(7.7)	
不同意	18(100)	0(0)	
自己決定末期醫療方式(n=141)			
同意	79(77.5)	23(22.5)	
看情形	21(87.5)	3(12.5)	
不同意	15(100)	0(0)	
有無把握計畫好末期醫療方式(n=140)			
沒有把握	91(85.8)	15(14.2)	
還好	13(72.2)	5(27.8)	
有把握	10(62.5)	6(37.5)	

## （二）老年榮民簽署預立醫療指示的「個人動力」與簽署「行為意圖」之關係

### 1.行為意圖：有無考慮過簽署意願書與醫療委任代理人委任書

個人動力與有無考慮過簽署意願書之間因無明顯差異，不列在內文中，詳見附錄表 4-5-17。

如表 4-5-18-1 所示，不同意由他人決定末期醫療方式的老年榮民，其在曾經考慮過簽署委任書的組別中佔較高比例（37.5%），而在未曾考慮過簽署委任書的組別中，則以看情形的意見為多（82.9%）。自我效能與有無考慮過簽署委任書的行為意圖，兩者之間呈現明顯的關係。

### 2.行為意圖：想不想簽署意願書與醫療委任代理人委任書

如表 4-5-19-1 所示，不同意由他人決定末期醫療方式的老年榮民，其在想去簽署意願書的組別中佔較高比例（59.4%），而在未曾考慮過簽署委任書的組別中，則以同意由他人決定末期醫療的意見為多（63.6%）。此結果顯示，會選擇由他人決定自己末期醫療方式的老年榮民，其較傾向不想去簽署意願書；而不同意由他人決定自己末期醫療方式的老年榮民，則較傾向會想去簽署意願書。

個人動力與想不想簽署委任書之間因無明顯差異，不列在內文中，詳見附錄表 4-5-20。

從上述的結果可知，個人動力中以自我效能與簽署預立醫療指示的行為意圖有較明顯的關係，而自我效能中，又以老年榮民在由他人決定末期醫療方式的意見上最有明顯差異。

### 3.行為意圖：臨終時要不要被急救

依據老年榮民在三題自我效能的回答結果，可發現臨終時不要被急救的組別中，不同意由他人決定醫療方式者佔多數（95.7%），而自己決定才不會麻煩別人（92.5%）以及由自己決定末期醫療方式（93.8%），則以同意者佔多數。在臨終時希望要被急救的組別中，同意由他人決定末期醫療方式的老年榮民佔較高比例（24.2%），同意由自己決定末期醫療方式的老年榮民佔較低比例（7.5%與6.2%）。

上述結果顯示，老年榮民決定末期醫療方式的自我效能，與其臨終時要不要被急救的行為意圖有一定程度的關係。

表 4-5-18-1 自我效能與有無考慮過簽署委任書之交叉表

變項 類別	行為意圖_有無考慮過簽署醫療委任代理人委任書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
由他人決定末期醫療方式(n=138)			
同意	25(80.6)	6(19.4)	<b>0.215</b>
看情形	29(82.9)	6(17.1)	
不同意	45(62.5)	27(37.5)	

表 4-5-19-1 自我效能與想不想簽署意願書之交叉表

變項 類別	行為意圖_想不想簽署意願書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
由他人決定末期醫療方式(n=54)			
同意	7(63.6)	4(36.4)	
看情形	0(0)	11(100)	
不同意	13(40.6)	19(59.4)	

表 4-5-21 個人動力與臨終時要不要被急救之交叉表

變項 類別	行為意圖_臨終時要不要被急救		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
由他人決定末期醫療方式(n=134)			
同意	25(75.8)	8(24.2)	
看情形	27(84.4)	5(15.6)	
不同意	66(95.7)	3(4.3)	
自己決定末期醫療才不會麻煩別人(n=134)			
同意	98(92.5)	8(7.5)	
看情形	8(72.7)	3(27.3)	
不同意	12(70.6)	5(29.4)	
自己決定末期醫療方式(n=134)			
同意	91(93.8)	6(6.2)	
看情形	17(77.3)	5(22.7)	
不同意	10(66.7)	5(33.3)	
有無把握計畫好末期醫療方式(n=133)			
沒有把握	87(87.0)	13(13.0)	
還好	17(94.4)	1(5.6)	
有把握	13(86.7)	2(13.3)	

五、小結：

根據本節的交叉表分析結果，整理出下表：

表 4-5-22 整合性行為模式下的因素與預立醫療指示簽署行為之綜合分析表

相關因素	行為		行為意圖				臨終時 要不要 被急救
	簽署意 願書	簽署委 任代理 人	是否考慮		想不想		
			簽署意 願書	簽署委任 代理人	簽署意 願書	簽署委任 代理人	
何處取得表單	強						
談論意願書難易	強						
找見證人難易							
現在考慮還太早	強						
是否必要簽署	強						
知否有不急救權利	強						
知否有指定代理人權利	強						
知否意願書生效 需兩個見證人	強						
簽署意願書可減少痛苦折磨	強		強				
簽署意願書可走得沒有遺憾	強		強		強		
簽署意願書可減輕家人決策壓力	強						
簽署後醫生就不好好治療了	強			強			
簽署代表放棄求生意志			強	強			
對談論意願書感到不舒服							
他人有無已簽好意願書	強						
他人有無可能去簽署							
會不會受他人影響而簽署	強						
身邊的人會否支持			強		強		
他人決定末期醫療				強			中等
自己決定才不麻煩別人	弱						中等
自己決定末期醫療	弱						中等
有無把握計畫好末期醫療	弱						

由表 4-5-22 可知，知識、必要性、環境限制均與意願書簽署行為有很強的關係。態度、知覺規範、個人動力也與意願書簽署行為各有強弱程度的關係。整體而言，整合性行為模式下的因素與預立醫療指示簽署行為之間存在著很明顯的關係。

在簽署預立醫療指示的行為意圖方面，與考慮簽署意願書有關的因素包括「態度」與「知覺規範」。態度中以工具性態度的「簽署意願書可減少痛苦折磨」、「簽署意願書可走得沒有遺憾」以及經驗性態度的「簽署意願書代表放棄求生意志」等三題與考慮簽署意願書有明顯的關係。知覺規範中以命令性規範的「身邊的人會不會支持簽署意願書」與考慮簽署意願書有明顯的關係。

而與考慮簽署委任書有關的因素包括「態度」與「個人動力」。態度中以工具性態度的「簽署後醫生就不好好治療了」，以及經驗性態度的「簽署代表放棄求生意志」兩題與考慮簽署委任書有明顯的關係。個人動力中以自我效能的「由他人決定末期醫療方式」與考慮簽署委任書有明顯的關係。

與想不想簽署意願書有關的因素包括「態度」與「知覺規範」。態度中以工具性態度的「簽署意願書可走得沒有遺憾」與想不想簽署意願書有明顯的關係。知覺規範中以命令性規範的「身邊的人會不會支持簽署意願書」與想不想簽署意願書有明顯的關係。至於想不想簽署委任書，則沒有相關的因素。

在臨終時想不想被急救的行為意圖方面，只有「個人動力」與之存在中等關係，主要是自我效能的「由他人決定末期醫療方式」、「由自己決定末期醫療方式，才不會麻煩別人」、「由自己決定末期醫療方式」等三題與臨終時想不想被急救有關係。

綜合以上成果，本研究發現，已經簽署預立醫療指示的老年榮民，大多知道何處取得預立醫療指示的表單，對他而言談論意願書的話題是容易的；覺得現在就考慮生命末期的醫療選擇不會太早，認為簽署意願書有其必要性；知道臨終時自己有不被急救以及可指定醫療代理人的權利，知道意願書的生效需要兩位見證人；認為簽署意願書有助於減少痛苦折磨、走得沒有遺憾、也可減輕家人決策壓力，但認為簽署意願書之後醫生就不會好好治療他了；覺知到身邊他人大多也已簽署意願書；希望由自己決定末期醫療方式，對於末期醫療的計畫有把握。

有簽署行為意圖的老年榮民，會認為簽署意願書有助於減少痛苦折磨、走得沒有遺憾，認為簽署意願書之後醫生就不會好好治療他了、也代表自己放棄求生意志；簽署意願書會得到身邊他人的支持。曾考慮過簽署委任書者則多數不希望由他人決定末期醫療方式。臨終時不想被急救者，大多不同意由他人決定末期醫療方式，而是希望由自己決定末期醫療方式。

## 第六節 老年榮民的生病死亡經驗、文化價值觀與 預立醫療指示簽署行為之關係

本節探究的是老年榮民的生病死亡經驗、文化價值觀與其簽署行為、行為意圖之關係，並依據文獻探討及研究概念架構所指，老年榮民面對生病死亡之經驗及對疾病死亡的文化價值觀前導於其對預立醫療指示簽署行為的態度、知覺規範、個人動力，在本節末段呈現老年榮民的生病死亡經驗、文化價值觀與其對預立醫療指示簽署行為的態度、知覺規範、個人動力的關係。

### 一、老年榮民面對生病與死亡的經驗與預立醫療指示簽署行為之關係

老年榮民面對「生病與死亡的經驗」與簽署「行為」、「行為意圖」之關係，經過交叉表統計分析後，發現均無明顯關係，因此不在此說明。詳見附錄表 4-6-1 至表 4-6-6。

### 二、老年榮民疾病與死亡的文化價值觀與預立醫療指示簽署行為之關係

#### (一) 老年榮民「疾病與死亡的文化價值觀」與簽署「行為」之關係

本研究主要從兩方面測量老年榮民的疾病與死亡文化價值觀，一方面是老年榮民談論末期醫療的情形，另一方面則就老年榮民的疾病與死亡觀念，如順其自然、宿命論、忌諱死亡等文化觀念進行了解。

從表 4-6-7-1 可見，已經簽署意願書的老年榮民，其平常有在談論末期醫療（45.5%）、有跟醫護人員討論末期醫療選擇（47.1%）的比例是較高的；尚未簽署意願書的老年榮民則相反，平常沒有談論末期醫療（86.6%）且未跟醫護人員討論末期醫療選擇（85.5%）的比例是較高的。

老年榮民在「現在不思考到時候自然有辦法」、「生命會怎麼結束是註定好的」及「會不會避免思考死亡」這三題的回答中，也在已經

簽署願書的組別中，呈現不同意者（36.4%、44%、21.6%）高於同意者（15.4%、10.1%、10.4%）的情形。而在尚未簽署意願書的組別中，則明顯呈現同意者（84.6%、89.9%、89.6%）高於不同意者（63.6%、56%、78.4%）的分布。

綜合以上，老年榮民疾病與死亡的文化價值觀與預立醫療指示簽署行為之間，存在著明顯的差異。

表 4-6-7-1 疾病與死亡文化價值觀與是否已簽署意願書之交叉表

變項 類別	行為_是否已簽署意願書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
平常有無談論末期醫療(n=141)			<b>0.300</b>
沒有	103(86.6)	16(13.4)	
有	12(54.5)	10(45.5)	
有無跟醫護人員談論末期療選擇(n=141)			<b>0.273</b>
沒有	106(85.5)	18(14.5)	
有	9(52.9)	8(47.1)	
現在不思考到時候自然有辦法(n=141)			<b>0.270</b>
同意	66(84.6)	12(15.4)	
看情況	28(93.3)	2(6.7)	
不同意	21(63.6)	12(36.4)	
生命的結束是註定好的(n=141)			
同意	89(89.9)	10(10.1)	
看情況	12(70.6)	5(29.4)	
不同意	14(56.0)	11(44.0)	
會不會避免思考死亡(n=141)			<b>0.210</b>
會避免	60(89.6)	7(10.4)	
還好	26(70.3)	11(29.7)	
不會避免	29(78.4)	8(21.6)	

## （二）老年榮民「疾病與死亡的文化價值觀」與簽署「行為意圖」之關係

### 1.行為意圖：有無考慮過簽署意願書與醫療委任代理人委任書

如表 4-6-8-1 所示，有考慮過簽署意願書的老年榮民，平常會去談論生病或死亡的比例也較高（63.9%），相對的，沒有考慮過簽署

意願書的老年榮民，平常不談生病或死亡的比例較高（60.8%）。這樣的百分比差異顯示，平常談論生病或死亡的情形與考慮簽署意願書的行為意圖是有關係的。

同樣的情形也出現在老年榮民對「談論末期等於談論死亡」的意見上，有考慮過簽署意願書的老年榮民，同意談論末期等於談論死亡（55.1%）的比例高於不同意者（28.6%）。顯示談論末期等於談論死亡的正反意見，與老年榮民是否考慮過簽署意願書，兩者間有些微關係。

老年榮民疾病與死亡的文化價值觀與有無考慮過簽署委任書之間因無明顯差異，不列在內文中，詳見附錄表 4-6-9。

## 2.行為意圖：想不想簽署意願書與醫療委任代理人委任書

如表 4-6-10-1 所示，想去簽署意願書的老年榮民較不會避諱談論死亡（93.8%）；而不想去簽署意願書的老年榮民，則以避諱談論死亡（47.8%）與中立態度者（53.3%）為多。顯示忌諱談死的文化價值觀，與老年榮民想不想去簽署意願書的行為意圖有明顯的關係。

老年榮民疾病與死亡的文化價值觀與想不想簽署委任書之間因無明顯差異，不列在內文中，詳見附錄表 4-6-11。

## 3.行為意圖：臨終時要不要被急救

老年榮民疾病與死亡的文化價值觀與臨終時要不要被急救的行為意圖之交叉分析，因無明顯差異，不列在內文中，詳見附錄表 4-6-12。

表 4-6-8-1 疾病與死亡文化價值觀與有無考慮簽署意願書之交叉表

變項	行為意圖_有無考慮過簽署意願書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
平常有無談論生病或死亡(n=115)			
沒有	48(60.8)	31(39.2)	0.229
有	13(36.1)	23(63.9)	
談論末期醫療等於談論死亡(n=112)			
不同意	15(71.4)	6(28.6)	0.216
看情況	8(61.5)	5(38.5)	
同意	35(44.9)	43(55.1)	

表 4-6-10-1 疾病與死亡文化價值觀與想不想簽署意願書之交叉表

變項	行為意圖_想不想簽署意願書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
會不會避免思考死亡(n=54)			
會避免	11(47.8)	12(52.2)	<b>0.416</b>
還好	8(53.3)	7(46.7)	
不會避免	1(6.3)	15(93.8)	

### (三) 小結

綜合以上的交叉表分析結果，可整理出下表：

表 4-6-19 疾病與死亡文化價值觀與預立醫療指示簽署行為之綜合分析表

相關因素	行為		行為意圖				臨終時 要不要 被急救
	簽署意 願書	簽署委 任代理 人	是否考慮		想不想		
			簽署意 願書	簽署委任 代理人	簽署意 願書	簽署委任 代理人	
平常有無談論生死			弱				
平常有無談論末 期醫療	強						
有無跟醫護談論 末期醫療	強						
現在不思考到時 自然有辦法	強						
談論末期醫療等 於談論死亡				弱			
會否避免思考死亡	強				強		

由表 4-6-19 可知，老年榮民面對生病與死亡之經驗、疾病與死亡的文化價值觀兩者中，與預立醫療指示簽署行為及行為意圖較有關的是疾病與死亡的文化價值觀。

其中，又以「平常有無談論末期醫療」、「有無跟醫護人員談論末期醫療」、「現在不思考末期醫療，到時候自然有辦法」、「是否會避免思考死亡」等項目，與老年榮民意願書的簽署行為有較強的關係。

在簽署預立醫療指示的行為意圖方面，與考慮簽署意願書有關的是「平常有無談論生死」及「談論末期醫療等於談論死亡」，其間有微弱的關係。

而與想不想簽署意願書有關的是「是否會避免思考死亡」這項，兩者間有明顯的關係。

綜合以上成果，本研究發現已經簽署預立醫療指示的老年榮民，會與身邊的人或醫護人員談論末期醫療選擇，也會預先思考末期醫療選擇，且較不會避諱思考死亡。

而有簽署行為意圖的老年榮民，則多會與身邊的人談論生病或死亡之話題，也多同意談論末期醫療等於談論死亡，且較不會避諱思考死亡。

### 三、老年榮民的生病死亡經驗、文化價值觀與簽署行為之態度、知覺規範、個人動力之關係

#### (一) 老年榮民的生病死亡經驗、文化價值觀與簽署行為「態度」之關係

認為簽署意願書可以減少末期痛苦折磨的老年榮民，平常會去談論生死的比例（77.1%）高於平常不去談論生死者（46.7%）；而認為簽署意願書無助於減少痛苦折磨的老年榮民，則以平常不談論生死的比例較高（36.7%）。顯示認為簽署意願書可以為自己的末期醫療帶來正向結果的老年榮民，平常也較願意去談論生死話題。如表 4-6-13 所示。

認為簽署意願書可以走得沒有遺憾的老年榮民，平常會去談論生死、末期醫療選擇的比例（60.4%、72.2%）高於不會去談論者（37.1%、40%）；而認為簽署意願書無助於走得沒有遺憾的老年榮民，則以平常不談論生死、末期醫療選擇的比例較高（38.2%、32.3%）。顯示認為簽署意願書可以讓臨終時走得沒有遺憾的老年榮民，平常也較願意去談論生死及末期醫療選擇的話題。如表 4-6-14 所示。

同意或不同意簽署意願書後醫師就不會好好提供治療了的兩組老年榮民，在會不會避免思考死亡的問題上，皆呈現不會避免（27.8%、52.8%）高於會避免（22.7%、31.8%）的情形；而回答看情形的老年榮民，則以會避免思考死亡者或尚無明確意見者較多（45.5%、45.9%）。顯示老年榮民對於簽署意願書後醫師就不會好好提供治療了的意見，尚處於觀望態度。

如上所述，態度中的工具性態度，與老年榮民平常是否談論生死、是否談論末期醫療選擇較有明顯關係，而經驗性態度則與老年榮民是否會避免思考死亡較有明顯關係。

表 4-6-13 談論生病死亡與工具性態度之交叉表

變項 類別	簽署意願書可減少痛苦折磨			Cramer's V 係數
	沒有幫助	還好	有幫助	
平常有無談論生病或死亡(n=138)				
沒有	33(36.7)	15(16.7)	42(46.7)	<b>0.293</b>
有	8(16.7)	3(6.3)	37(77.1)	

表 4-6-14 談論末期醫療選擇與工具性態度之交叉表

變項 類別	簽署意願書可走得沒有遺憾			Cramer's V 係數
	沒有幫助	還好	有幫助	
平常有無談論生病或死亡(n=137)				
沒有	34(38.2)	22(24.7)	33(37.1)	<b>0.282</b>
有	6(12.5)	13(27.1)	29(60.4)	
平常有無談論末期醫療選擇(n=137)				
沒有	37(32.2)	32(27.8)	46(40.0)	<b>0.242</b>
有	3(13.6)	3(13.6)	16(72.7)	

表 4-6-15 會不會避免思考死亡與工具性態度之交叉表

變項 類別	簽意願書後醫師就不治療了			Cramer's V 係數
	不同意	看情形	同意	
會不會避免思考死亡(n=139)				
會避免	21(31.8)	30(45.5)	15(22.7)	<b>0.190</b>
還好	16(43.2)	17(45.9)	4(10.8)	
不會避免	19(52.8)	7(19.4)	10(27.8)	

(二) 老年榮民的生病死亡經驗、文化價值觀與簽署行為「知覺規範」之關係

身邊他人已經簽好意願書的老年榮民，平常會去談論末期醫療選擇的比例（52.4%）高於沒有談論者（18.8%）；而身邊他人沒有簽署意願書的老年榮民，平常不談論末期醫療選擇者（35%）高於會去談論者（9.5%）。顯示老年榮民身邊他人已有簽好意願書者，平常會去談論末期醫療選擇的比例也較高。

基於上述，知覺規範中的描述性規範，與老年榮民平常是否談論末期醫療選擇有較明顯的關係。

表 4-6-16 談論末期醫療選擇與描述性規範之交叉表

變項 類別	他人有無簽署好意願書			Cramer's V 係數
	沒有	有	不知道	
平常有無談論末期醫療選擇(n=138)				
沒有	41(35.0)	22(18.8)	54(46.2)	<b>0.299</b>
有	2(9.5)	11(52.4)	8(38.1)	

(三) 老年榮民的生病死亡經驗、文化價值觀與簽署行為「個人動力」之關係

同意由他人決定自己末期醫療方式的老年榮民，平常沒有談論末期醫療選擇、不同意談論末期醫療等於談論死亡、會避免思考死亡的比例較高（27.7%、44%、37.3%）；而不同意由他人決定自己末期醫療選擇的老年榮民，平常會談論末期醫療選擇、同意談論末期醫療等於談論死亡、不會避免思考死亡（59.1%、55.1%、64.9%）的比例較高。顯示不同意由他人決定末期醫療的老年榮民，平常較願意去談論末期醫療選擇、認為談論末期醫療等於談論死亡、也不會去避免思考死亡。

同意由自己決定末期醫療方式的老年榮民，以同意順其自然（79.5%）的比例較高，而不同意自己決定末期醫療方式的老年榮民，則對順其自然的意見持中立意見者（23.3%）為多。

基於上述，個人動力中的自我效能，與老年榮民平常有無談論末期醫療選擇、是否會預先思考末期醫療方式或順其自然、同不同意談論末期醫療等於談論死亡、會不會避免思考死亡等觀念有明顯關係。

表 4-6-17 談論末期醫療選擇、談論末期醫療等於談論死亡、會不會避免思考死亡與自我效能之交叉表

變項 類別	由他人決定末期醫療方式			Cramer's V 係數
	不同意	看情形	同意	
平常有無談論末期醫療選擇(n=141)				
沒有	60(50.4)	26(21.8)	33(27.7)	<b>0.254</b>
有	13(59.1)	9(40.9)	0(0)	
談論末期醫療等於談論死亡(n=138)				
同意	54(55.1)	28(28.6)	16(16.3)	<b>0.187</b>
看情況	7(46.7)	4(26.7)	4(26.7)	
不同意	11(44.0)	3(12.0)	11(44.0)	
會不會避免思考死亡(n=141)				
會避免	27(40.3)	15(22.4)	25(37.3)	<b>0.226</b>
還好	22(59.5)	11(29.7)	4(10.8)	
不會避免	24(64.9)	9(24.3)	4(10.8)	

表 4-6-18 到時候自然會有辦法與自我效能之交叉表

變項 類別	自己決定末期醫療方式			Cramer's V 係數
	不同意	看情形	同意	
到時候自然會有辦法(n=141)				
同意	7(9.0)	9(11.5)	62(79.5)	<b>0.211</b>
看情況	7(23.3)	8(26.7)	15(50.0)	
不同意	1(3.0)	7(21.2)	25(75.8)	

#### (四) 小結

綜合以上的交叉表分析結果，整理出下表：

表 4-6-20 生病死亡經驗、疾病與死亡文化價值觀與態度、知覺規範、個人動力之綜合分析表

	態度		知覺規範	個人動力
	工具性		描述性	自我效能
	減少痛苦 折磨	走得沒有 遺憾	他人有無 簽署	由他人 決定
平常有無談論生死	強	強		
平常有無談論末期醫療		強	強	強
現在不思考到時自然有辦法				強
談論末期醫療等於談論死亡				強
會否避免思考死亡		強		強

由表 4-6-20 可知，老年榮民對預立醫療指示的工具性態度與平常有無談論生死、有無談論末期醫療選擇有關；經驗性態度與會不會避免思考死亡有關；描述性規範與平常有無談論末期醫療選擇有關；自我效能與平常有無談論末期醫療選擇、預先思考末期醫療或順其自然、同不同意談論末期醫療等於談論死亡、會不會避免思考死亡等觀念有關。

從疾病死亡的文化價值觀來看，認為簽署意願書可減少痛苦折磨的老年榮民，會較願意去談論生病或死亡。認為簽署意願書可走得沒有遺憾的老年榮民，會較願意去談論生病或死亡及末期醫療選擇。認為簽署意願書後醫師還是會好好提供治療的老年榮民，會對避免思考死亡的問題抱持中立意見。而身邊他人已經簽好意願書的老年榮民，則較會去談論末期醫療選擇。希望由他人幫自己決定末期醫療方式的老年榮民，則恰好相反，較不會去談論末期醫療選擇、不同意談論末期醫療等於談論死亡、且會避免思考死亡。希望由自己決定末期醫療方式的老年榮民，對現在不思考到時候自然有辦法的問題持中立意見。

## 第七節 老年榮民預立醫療指示簽署行為之相關因素

本節想進一步探討老年榮民的背景因素是否會透過中介因素，與老年榮民預立醫療指示簽署行為產生關係。接下來的內容將會依據前三節的研究發現，挑選出與簽署行為、簽署行為意圖有關係之中介因素，並將其與背景因素進行交叉分析，藉此對老年榮民預立醫療指示簽署行為與行為意圖有更多瞭解。本節也將依據研究發現，歸結出老年榮民預立醫療指示簽署行為之相關因素。

### 一、老年榮民預立醫療指示簽署行為背景因素與知識、必要性、環境限制之關係

#### (一) 老年榮民預立醫療指示簽署行為的背景因素與「知識」之關係

從表 4-7-1 及表 4-7-2 可知，老年榮民預立醫療指示簽署行為的背景因素與知識中的「知不知道臨終時有不被急救之權利」、「知不知道意願書的生效需要兩位見證人」兩題有明顯的關係。

知道臨終時有不被急救之權利的老年榮民，以住入榮家 10-19 年之間（54.5%）、住在榮家安養隊者（40.7%）為多；不知道臨終時有不被急救之權利的老年榮民，則以住入榮家 20 年以上（94.4%）、住在榮家養護隊（89.3%）者為多。顯示知道自己有不被急救之權利的老年榮民，多數入住榮家的時間在 10-19 年之間、日常生活功能較佳。

知道意願書的生效需要兩位見證人的老年榮民，以住入榮家 10-19 年（40.9%）、住在榮家安養隊者（23%）為多；不知道的意願書的生效需要兩位見證人老年榮民，則以住入榮家 5 年以下（88.9%）、住在榮家養護隊（100%）者為多。顯示知道意願書的生效需要兩位見證人的老年榮民，多數入住榮家的時間在 10-19 年之間、日常生活功能較佳。

表 4-7-1 老年榮民入住榮家時間、日常生活功能與具備知識之交叉表

變項 類別	知識_知不知道有不被急救之權利		Cramer's V 係數
	不知道 次數(%)	知道 次數(%)	
入住時間(n=141)			
5 年以下	44(69.8)	19(30.2)	<b>0.302</b>
5-9 年	21(55.3)	17(44.7)	
10-19 年	10(45.5)	12(54.5)	
20 年以上	17(94.4)	1(5.6)	
日常生活功能(n=141)			
安養	67(59.3)	46(40.7)	<b>0.251</b>
養護	25(89.3)	3(10.7)	

表 4-7-2 老年榮民入住榮家時間、日常生活功能與具備知識之交叉表

變項 類別	知識_知不知道意願書生效需兩位 見證人		Cramer's V 係數
	不知道 次數(%)	知道 次數(%)	
入住時間(n=141)			
5 年以下	56(88.9)	7(11.1)	<b>0.262</b>
5-9 年	31(81.6)	7(18.4)	
10-19 年	13(59.1)	9(40.9)	
20 以上	15(83.3)	3(16.7)	
日常生活功能(n=141)			
安養	87(77.0)	26(23.0)	<b>0.237</b>
養護	28(100)	0(0)	

## (二) 老年榮民預立醫療指示簽署行為的背景因素與「必要性」之關係

從表 4-7-3 可看到，老年榮民預立醫療指示簽署行為的背景因素與必要性中的「是不是有必要簽署意願書」有明顯的關係。

認為簽署意願書示有其必要性的老年榮民，大多年齡在 85 歲以上(35.2%)、住在榮家的安養隊(33.9%)、自覺健康狀況還好(45.5%)；認為沒有必要簽署願書的老年榮民，年齡在 84 歲以下者佔了 57.1%，住在榮家的養護隊佔了 53.6%，自覺健康狀況不太好佔了 53.3%。顯示年齡、日常生活功能及自覺健康狀況會左右老年榮民對簽署意願書

必要性的意見，認為簽署意願書有其必要性的老年榮民，多數年紀大於 85 歲、住在榮家安養隊、自覺健康狀況還好。

表 4-7-3 老年榮民的年齡、日常生活功能、自覺健康狀況與必要性之交叉表

變項 類別	必要性_是不是有必要簽署意願書			Cramer's V 係數
	是 次數(%)	還好 次數(%)	不是 次數(%)	
年齡分組(n=140)				
65-84 歲	8(16.3)	13(26.5)	28(57.1)	<b>0.214</b>
85 歲以上	32(35.2)	24(26.4)	35(38.5)	
日常生活功能(n=140)				
安養	38(33.9)	26(23.2)	48(42.9)	<b>0.245</b>
養護	2(7.1)	11(39.3)	15(53.6)	
自覺健康狀況(n=140)				
還好	10(45.5)	4(18.2)	8(36.4)	<b>0.333</b>
很好	13(20.3)	21(32.8)	30(46.9)	
不太好	17(37.8)	4(8.9)	24(53.3)	
很差	0(0)	8(88.9)	1(11.1)	

### (三) 老年榮民預立醫療指示簽署行為的背景因素與「環境限制」之關係

從表 4-7-4 及表 4-7-5 可知，老年榮民預立醫療指示簽署行為的背景因素與環境限制中「談論意願書的難易」與「知不知道何處取得表單」兩題有明顯關係。

不會對談論意願書的話題感到困難的老年榮民以住在榮家安養隊者佔多數（51.8%），而住在榮家養護隊的老年榮民則有較高比例（76.2%）對談論意願書的話題感到困難。顯示認為談論意願書不難的老年榮民，其日常生活功能多數較佳。

知道從何處取得預立醫療指示表單的老年榮民，以單身（33.7%）、住在榮家安養隊者為多（32.7%）；而婚姻存續中（81.8%）、住在榮家養護隊的老年榮民（92.9%）則大多數不知道何處取得表單。顯示知道何處取得表單的老年榮民，多數為單身且日常生活功能較佳。

表 4-7-4 老年榮民的日常生活功能與環境限制之交叉表

變項 類別	環境限制_談論意願書難易		Cramer's V 係數
	不容易 次數(%)	容易 次數(%)	
日常生活功能(n=141)			
安養	53(48.2)	57(51.8)	<b>0.206</b>
養護	16(76.2)	5(23.8)	

表 4-7-5 老年榮民的婚姻狀況、日常生活功能與環境限制之交叉表

變項 類別	環境限制_知不知道何處取得表單		Cramer's V 係數
	不知道 次數(%)	知道 次數(%)	
婚姻狀況(n=141)			
單身(從未結婚/離婚/喪偶)	57(66.3)	29(33.7)	<b>0.169</b>
婚姻中(配偶在臺灣/大陸)	45(81.8)	10(18.2)	
日常生活功能(n=141)			
安養	76(67.3)	37(32.7)	<b>0.228</b>
養護	26(92.9)	2(7.1)	

## 二、老年榮民預立醫療指示簽署行為的背景因素與其態度、知覺規範、個人動力之關係

### (一) 老年榮民預立醫療指示簽署行為的背景因素與「態度」之關係

從表 4-7-6、表 4-7-7、表 4-7-8 及表 4-7-9 可知，老年榮民預立醫療指示簽署行為的背景因素與態度的「簽署意願書可減少痛苦折磨」、「簽署意願書可走得沒有遺憾」、「簽署意願書後醫師就不會好好提供治療了」、「簽署意願書代表我放棄求生意志了」等四題有明顯關係。

同意簽署意願書可減少痛苦折磨的老年榮民，以國（初）中以上（65.8%）、住在榮家安養隊（61.9%）、自覺健康狀況比別人差者（60%）比例較高；而認為簽署意願書對減少痛苦折磨沒有幫助的老年榮民，則以國小以下（47.7%）、住在榮家養護隊（36%）、自覺健康狀況比別人好者（37.5%）比例較高。顯示同意簽署意願書可於減少痛苦折磨的老年榮民，多數的教育程度在國（初）中以上、日常生活功能較佳但自覺健康狀況比別人差。

同意簽署意願書有助於臨終時走得沒有遺憾的老年榮民，其對自己經濟狀況的滿意程度多數落在還好（51%）或滿意（50%）；而認為簽署意願書無助於臨終時走得沒有遺憾的老年榮民，則很明顯以不滿意自己經濟狀況者為多（59.1%）。顯示同意簽署意願書有助於臨終時走得沒有遺憾的老年榮民，多數對自己經濟狀況的滿意程度，傾向於中等或滿意。

認為簽署意願書後醫師就不會好好提供治療的老年榮民，其門診的就醫頻率在 7 次以上者佔較高比例（23.5%）；而不同意的老年榮民，門診就醫頻率也是以 7 次以上佔較高比例（42.2%）；認為要視情況而定、看情形的老年榮民，門診就醫頻率則以 1-6 次佔較高比例（59.4%）。三組之間明顯的百分比差異，有別於其他交叉分析的結果。持反對意見的老年榮民，多數門診就醫頻率在 7 次以上。

同意簽署意願書就代表自己放棄求生意志的老年榮民，其疾病種類數在 3 種以上為多（75.5%），而不同意者的疾病種類數則以 1-3 種為多（33.7%）。顯示不同意簽署意願書代表放棄求生意志的老年榮民，其疾病種類數是較少的。

表 4-7-6 老年榮民的教育程度、日常生活功能、比較健康狀況與態度之交叉表

變項 類別	態度_簽署意願書可減少痛苦折磨			Cramer's V 係數
	有幫助 次數(%)	還好 次數(%)	沒有幫助 次數(%)	
教育程度(n=138)				
國小以下	31(47.7)	13(20.0)	21(32.3)	<b>0.222</b>
國(初)中以上	48(65.8)	5(6.8)	20(27.4)	
日常生活功能(n=138)				
安養	70(61.9)	14(12.4)	29(25.7)	<b>0.209</b>
養護	9(36.0)	4(16.0)	12(48.0)	
比較健康狀況(n=138)				
比較好	31(55.4)	4(7.1)	21(37.5)	<b>0.192</b>
差不多	39(58.2)	9(13.4)	19(28.4)	
比較差	9(60.0)	5(33.3)	1(6.7)	

表 4-7-7 老年榮民的經濟狀況與態度之交叉表

變項 類別	態度_簽署意願書可走得沒有遺憾			Cramer's V 係數
	有幫助 次數(%)	還好 次數(%)	沒有幫助 次數(%)	
經濟狀況(n=137)				
滿意	33(50.0)	17(25.8)	16(24.2)	<b>0.213</b>
還好	25(51.0)	13(26.5)	11(22.4)	
不滿意	4(18.2)	5(22.7)	13(59.1)	

表 4-7-8 老年榮民的門診次數與態度之交叉表

變項 類別	態度_簽署後醫師就不會好好治療了			Cramer's V 係數
	同意 次數(%)	看情況 次數(%)	不同意 次數(%)	
門診次數(n=134)				
1-6 次	5(15.6)	19(59.4)	8(25.0)	<b>0.218</b>
7 次以上	24(23.5)	35(34.3)	43(42.2)	

表 4-7-9 老年榮民的疾病種類數、住院次數與態度之交叉表

變項 類別	態度_簽署意願書代表放棄求生意志			Cramer's V 係數
	同意 次數(%)	看情況 次數(%)	不同意 次數(%)	
疾病種類數(n=132)				
1-2 種	42(50.6)	13(15.7)	28(33.7)	<b>0.246</b>
3 種以上	37(75.5)	4(8.2)	8(16.3)	

(二) 老年榮民預立醫療指示簽署行為的背景因素與「知覺規範」之關係

從表 4-7-10 及表 4-7-11 可知，老年榮民預立醫療指示簽署行為背景因素與知覺規範中的「他人有無已簽好意願書」、「身邊他人會不會支持簽署意願書」等兩題有明顯的關係。

知覺他人已簽好意願書的老年榮民，入住榮家時間為 10-19 年者為多 (40.9%)；覺得他人並未簽署意願書者，以入住榮家時間 5-9 年者為多 (48.6%)。顯示認為他人已簽好意願書的老年榮民，多數入住榮家的時間為 10-19 年者。

身邊他人會不會支持簽署意願書的意見，牽涉到老年榮民身邊有沒有可以提供支持的對象，其中有無配偶、有無子女就有所差異。會得到身邊他人支持的老年榮民，以單身（38.8%）、在臺戶籍上有子女者（44.3%）為多；而認為不會獲得支持的老年榮民，以婚姻存續中（31.5%）、在臺戶籍上有子女者（24.3%）為多；特別的是，選擇不一定的老年榮民，則以臺戶籍上無子女者（59.4%）為多。

表 4-7-10 老年榮民入住榮家時間與知覺規範之交叉表

變項 類別	知覺規範_他人有無簽好意願書			Cramer's V 係數
	沒有 次數(%)	有 次數(%)	不知道 次數(%)	
入住時間(n=138)				
5 年以下	27(43.5)	8(12.9)	27(43.5)	<b>0.219</b>
5-9 年	7(18.9)	12(32.4)	18(48.6)	
10-19 年	4(18.2)	9(40.9)	9(40.9)	
20 以上	5(29.4)	4(23.5)	8(47.1)	

表 4-7-11 老年榮民的婚姻狀況、有無子女與知覺規範之交叉表

變項 類別	知覺規範_身邊的人會不會支持			Cramer's V 係數
	支持 次數(%)	不一定 次數(%)	不支持 次數(%)	
婚姻狀況(n=134)				
單身(從未結婚/離婚/喪偶)	31(38.8)	40(50.0)	9(11.3)	<b>0.252</b>
婚姻中(配偶在臺灣/大陸)	17(31.5)	20(37.0)	17(31.5)	
有無子女(n=134)				
無(臺灣戶籍上無)	17(26.6)	38(59.4)	9(14.1)	<b>0.281</b>
有(臺灣戶籍上有)	31(44.3)	22(31.4)	17(24.3)	

### (三) 老年榮民預立醫療指示簽署行為的背景因素與「個人動力」之關係

從表 4-7-12 可看到，老年榮民預立醫療指示簽署行為的背景因素與個人動力中的「由他人決定末期醫療」有明顯的關係。

同意讓他人來幫忙自己決定末期醫療方式的老年榮民中，以沒有子女以外親戚（32.6%）、退伍軍階在士官以下者（30%）為多；不同意讓他人來幫忙自己決定末期醫療方式的老年榮民中，則以在臺灣有

親戚（69.6%）、退伍軍皆在尉官以上（68.4%）者為多。顯示會由他人決定末期醫療方式的老年榮民，多數是沒有子女以外之親戚、士官以下退伍者。

表 4-7-12 老年榮民有無親戚、退伍軍階與個人動力之交叉表

變項 類別	個人動力_由他人決定末期醫療			Cramer's V 係數
	同意 次數(%)	看情形 次數(%)	不同意 次數(%)	
有無子女以外親戚 (n=141)				
無	15(32.6)	6(13.0)	25(54.3)	<b>0.209</b>
有，在臺灣	4(17.4)	3(13.0)	16(69.6)	
有，在大陸	14(19.4)	26(36.1)	32(44.4)	
退伍軍階(n=137)				
士官以下	24(30.0)	22(27.5)	34(42.5)	<b>0.277</b>
尉官以上	6(10.5)	12(21.1)	39(68.4)	

### 三、老年榮民預立醫療指示簽署行為的背景因素與生病死亡經驗、疾病死亡的文化價值觀之關係

#### （一）老年榮民預立醫療指示簽署行為的背景因素與「生病死亡經驗」之關係

如第六節所述，老年榮民面臨生病與死亡之經驗未與行為、行為意圖有關，因此不對背景因素與經驗進行交叉分析。

#### （二）老年榮民預立醫療指示簽署行為的背景因素與「疾病死亡的文化價值觀」之關係

從表 4-7-13、表 4-7-14、表 4-7-15 及表 4-7-16 可知，老年榮民預立醫療指示簽署行為的背景因素與疾病死亡文化價值觀的「平常有無談論生死」、「有無跟醫護人員談論末期醫療」、「現在不思考末期醫療，到時候自然有辦法」、「是否會避免思考死亡」等四題有明顯的關係。

平常不會談論生病或死亡話題的老年榮民，疾病種類數在 1-2 種之間者為多（73.5%）；平常會去談論生死的老年榮民，疾病種類數則以 3 種以上者為多（44.9%）。顯示會去談論生死的老年榮民，其疾病種類數是較多的。住院天數則相反，平常不會談論生病或死亡話題的老年榮民，住院天數多在 11 天以上（83.3%）；會去談論的老年榮民，住院天數則多在 1-10 天之間（53.3%）。顯示會去談論生死的老年榮民，過去半年內的住院天數較短。

不會與醫護人員談論末期醫療選擇的老年榮民，以教育程度以國小以下（94%）、退伍軍階以士官以下（93.8%）為多；會與醫護人員談論者，則以國（初）中以上程度（17.6%）、尉官以上（21.1%）為多。顯示會與醫療人員談論末期醫療選擇的老年榮民，教育程度與退伍軍階都是屬於較高的。

認為現在不預先思考末期醫療選擇，以後自然有辦法的老年榮民，其滿意自己經濟狀況者為多（65.7%）；認為現在就要預先思考者，則以經濟狀況還好（36.7%）為多。顯示會去預先思考末期醫療選擇的老年榮民，對自己經濟狀況的滿意程度在中等程度；滿意者會去預先思考的比例較低。

平常會避免思考死亡的老年榮民，以國小以下（59.7%）、沒有宗教信仰（56.5%）、住在榮家養護隊（71.4%）、自覺健康狀況很好（53.1%）、患 1-2 種疾病（56.6%）者比例較高；平常不會避免思考死亡的老年榮民，則以國（初）中以上（29.7%）、無宗教信仰（34.8%）、住在榮家安養隊（27.4%）、自覺健康狀況很差（66.7%）、患 3 種以上疾病（36.7%）者比例較高。顯示不會避免思考死亡的老年榮民，多數的教育程度較高、日常生活功能較佳、自覺健康狀況很差、疾病種類數較多。

表 4-7-13 老年榮民的疾病種類數、住院天數與疾病死亡文化觀之交叉表

變項 類別	文化觀_平常有無談論生死		Cramer's V 係數
	沒有 次數(%)	有 次數(%)	
疾病種類數(n=132)			
1-2 種	61(73.5)	22(26.5)	<b>0.188</b>
3 種以上	27(55.1)	22(44.9)	
住院天數(n=27)			
1-10 天	7(46.7)	8(53.3)	<b>0.377</b>
11 天以上	10(83.3)	2(16.7)	

表 4-7-14 老年榮民的教育程度、退伍軍階與疾病死亡文化觀之交叉表

變項 類別	文化觀_與醫護人員談論末期 醫療選擇		Cramer's V 係數
	沒有 次數(%)	有 次數(%)	
教育程度(n=141)			
國小以下	63(94.0)	4(6.0)	<b>0.178</b>
國(初)中以上	61(82.4)	13(17.6)	
退伍軍階(n=137)			
士官以下	75(93.8)	5(6.3)	<b>0.221</b>
尉官以上	45(78.9)	12(21.1)	

表 4-7-15 老年榮民的經濟狀況與疾病死亡文化觀之交叉表

變項 類別	文化觀_現在不思考到時候自然會有 辦法			Cramer's V 係數
	同意 次數(%)	看情況 次數(%)	不同意 次數(%)	
經濟狀況(n=141)				
滿意	46(65.7)	14(20.0)	10(14.3)	<b>0.184</b>
還好	20(40.8)	11(22.4)	18(36.7)	
不滿意	12(54.5)	5(22.7)	5(22.7)	

表 4-7-16 老年榮民的教育程度、宗教信仰、日常生活功能、自覺健康狀況與疾病死亡文化觀之交叉表

變項 類別	文化觀_會不會避免思考死亡			Cramer's V 係數
	會避免 次數(%)	還好 次數(%)	不會避免 次數(%)	
教育程度(n=141)				
國小以下	40(59.7)	12(17.9)	15(22.4)	<b>0.239</b>
國(初)中以上	27(36.5)	25(33.8)	22(29.7)	
宗教信仰(n=141)				
有	41(43.2)	33(34.7)	21(22.1)	<b>0.280</b>
無	26(56.5)	4(8.7)	16(34.8)	
日常生活功能(n=141)				
安養	47(41.6)	35(31.0)	31(27.4)	<b>0.258</b>
養護	20(71.4)	2(7.1)	6(21.4)	
自覺健康狀況(n=141)				
還好	9(40.9)	10(45.5)	3(13.6)	<b>0.216</b>
很好	34(53.1)	15(23.4)	15(23.4)	
不太好	22(47.8)	11(23.9)	13(28.3)	
很差	2(22.2)	1(11.1)	6(66.7)	
疾病種類數(n=132)				
1-2 種	47(56.6)	18(21.7)	18(21.7)	<b>0.234</b>
3 種以上	16(32.7)	15(30.6)	18(36.7)	

#### 四、老年榮民預立醫療指示簽署行為之相關因素

##### (一) 老年榮民的背景因素與中介因素之關係綜合整理

依據上述的研究發現，可整理出表 4-7-17 及表 4-7-18，據此可知老年榮民的 9 項背景因素與 16 項預立醫療指示的中介因素有關。表格內涵以下分述之。

在具備知識的部分，知道有不急救權利及意願書生效需兩位見證人的老年榮民，以入住榮家時間 10-19 年之間、日常生活功能較佳者為主。

在必要性的部分，認為有必要簽署預立醫療指示的老年榮民，以 85 歲以上、自覺健康狀況還好者為主。

在環境限制的部分，知道何處取得預立醫療指示表單的老年榮民，以單身、日常生活功能較佳者為主；覺得談論意願書不難的老年榮民以日常生活功能較佳者為主。

在態度的部分，認為簽署意願書有助於減少痛苦折磨的老年榮民，以教育程度國（初）中以上、自覺健康較他人差者為主；認為簽署意願書有助於走得沒有遺憾的老年榮民，以經濟滿意度還好或滿意者為主；還在觀望簽署意願書後醫師是否會好好提供治療的老年榮民，以門診的就醫頻率 1-6 次者為主，門診次數在 7 次以上者，則分別分布在認為會與不會的兩端；不認為簽署意願書就代表放棄求生意志的老年榮民，以疾病種類數 1-2 種者為主。測量態度的六題中有四題與背景因素有關，其中工具性態度與基本屬性較有明顯關係，經驗性態度則與健康條件較有明顯關係。

在知覺規範的部分，認為他人已簽好意願書的老年榮民，以入住榮家時間 10-19 年者為主；認為身邊的人會支持自己去簽署的老年榮民，以單身、有子女者為主。測量知覺規範的四題中有兩題與背景因素有關，且無論是描述性規範或命令性規範均是與基本屬性較有明顯關係，與健康條件則沒有關係。

在個人動力的部分，反對由他人決定末期醫療的老年榮民，以在臺有親戚、退伍軍階在尉官以上者為主。測量個人動力的四題中有一題與背景因素有關，其中自我效能與基本屬性較有明顯關係，與健康條件則沒有關係。

在疾病死亡的文化價值觀部分，平常會去談論生死的老年榮民，以疾病種類數 3 種以上、住院天數 1-10 天者為主；會跟醫護人員談論末期醫療選擇的老年榮民，以教育程度國（初）中以上、退伍軍階尉

官以上者為主；會預先思考末期醫療方式的老年榮民，以經濟滿意度中等者為主；不會去避免思考死亡的老年榮民，以教育程度國（初）中以上、沒有宗教信仰、自覺健康狀況很差、疾病種類數 3 種以上者為主。測量疾病死亡文化價值觀的八題中有四題與背景因素有關，是否會去談論生死問題與健康條件較有明顯關係，是否會跟醫護人員談論末期醫療選擇、會不會預先思考末期醫療與基本屬性較有關係，會不會避免思考死亡與健康條件較有關係。

表 4-7-17 老年榮民基本屬性與中介因素之綜合分析表

中介因素	基本屬性								
	年 齡	入 住 時 間	婚 姻 狀 況	有 無 子 女	有 無 親 戚	教 育 程 度	退 伍 軍 階	經 濟 狀 況	宗 教 信 仰
何處取得表單 談論意願書難易			強						
是否必要簽署	強								
知否有不急救權利		強							
知否意願書生效需兩個 見證人		強							
簽署意願書可減少痛苦 折磨						強			
簽署意願書可走得沒有 遺憾								強	
簽署後醫生就不好好治 療了									
簽署代表放棄求生意志									
他人有無已簽好意願書 身邊的人會否支持		強	強	強					
由他人決定末期醫療					強		強		
平常有無談論生死 有無跟醫護談論末期醫 療						強	強		
現在不思考到時自然有 辦法								強	
會否避免思考死亡						強			強

表 4-7-18 老年榮民健康條件與中介因素之綜合分析表

中介因素	健康條件					
	日常生活功能	自覺健康狀況	比較健康狀況	疾病種類數	門診次數	住院天數
何處取得表單	強					
談論意願書難易	強					
是否必要簽署		強				
知否有不急救權利	強					
知否意願書生效需兩個見證人	強					
簽署意願書可減少痛苦折磨			強			
簽署意願書可走得沒有遺憾						
簽署後醫生就不好好治療了					強	
簽署代表放棄求生意志				強		
他人有無已簽好意願書						
身邊的人會否支持						
由他人決定末期醫療						
平常有無談論生死				強		強
有無跟醫護談論末期醫療						
現在不思考到時自然有辦法						
會否避免思考死亡	強	強		強		

(二) 老年榮民臨終時要不要被急救的行為意圖與預立醫療指示簽署行為之關係

本研究訪談的 141 位老年榮民，無論其是否已經簽署預立醫療指示，均被詢問到將來臨終時要不要被急救的問題，而絕大部分的回答是希望不要被急救。將此項行為意圖與是否已經簽署預立醫療指示兩者進行交叉分析時，可得出如表 4-7-19 之結果。

26 位已經簽署意願書的老年榮民均同意臨終時不要被急救，而尚未簽署意願書者，則分別有 92 位不要被急救，16 位要被急救。兩組

的次數分配達到明顯的差異。由此可知，尚未簽署意願書但同意臨終時不要被急救的這 92 位老年榮民，是宣導簽署的目標對象。

已經簽署委任醫療代理人委任書的老年榮民只有 3 位，無法以統計數據來支持行為意圖與簽署委任書之間是否有差異，但根據已簽署委任書的老年榮民中均同意臨終時不要被急救，而希望被急救的老年榮民百分百未簽委託書的分布情形，充分顯示出還有很大的空間可將這 115 位希望不要被急救但尚未簽署委任書的老年榮民，做為宣導的目標對象。

表 4-7-19 老年榮民臨終時要不要被急救的行為意圖與簽署行為之交叉表

變項 類別	是否已簽署意願書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
行為意圖_臨終時要不要被急救(n=141)			
不要	92(78.0)	26(22.0)	<b>0.181</b>
要	16(100)	0(0)	

變項 類別	是否已簽署委任書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
行為意圖_臨終時要不要被急救(n=141)			
不要	115(97.5)	3(2.5)	
要	16(100)	0(0)	

### (三) 小結

本節乃依第四、五、六節的研究發現，挑選出老年榮民預立醫療指示簽署行為有關的中介因素與背景因素進行交叉分析，結果顯示背景因素分別與各項中介因素出現明顯差異，由此可知，老年榮民的背景因素能夠透過中介因素與其預立醫療指示簽署行為產生關係。至於行為意圖方面，多數老年榮民均有意在臨終時不要被急救，顯示預立醫療指示的宣導尚有努力空間。這些發現都為本研究帶來一些能夠討論、提供建議的研究成果。

## 第五章 研究結論與建議

本研究以中部地區兩家榮民之家的老年榮民為研究對象，旨在探討這些老年榮民簽署預立醫療指示的意願，同時也探討其對預立醫療指示所牽涉到的生命末期醫療決策、疾病與死亡的價值觀等看法，並且運用了整合性行為模式的架構，分析老年榮民對預立醫療指示的相關因素。本章針對研究發現進行結論摘要與討論，並提出建議。最後綜合進行本研究之過程經驗，提出未來相關研究的探討方向，並提供參考之建言。

### 第一節 研究結論與討論

本研究在兩家榮民之家總計訪談 150 位老年榮民，扣除無法完成作答及中途退出的問卷份數後，取得 141 份有效問卷進行問卷分析。整體而言，受訪榮民的**基本屬性**為：年紀偏高齡（85 歲以上）；住入榮家的時間多在 5 年之內；教育程度在國初中以下；退伍軍階為士官兵者與尉官以上者約各佔一半；傾向滿意自己目前的經濟狀況；沒有特定的宗教信仰；婚姻狀況以無配偶者為多；無子女者稍高於有子女者；在台灣無其他親戚者佔大多數。受訪榮民的**健康條件**則以安養者居多；自覺健康狀況還好，也覺得自己比起其他榮民的健康狀況差不多；疾病種類以心臟血管疾病最多；每位老年榮民平均都有 2 種或以上的疾病診斷；幾乎全部的受訪榮民在半年內都曾看過門診；半年內曾住過急診與住院的受訪榮民則均不超過四分之一。有著這些基本屬性與健康條件的老年榮民，其簽署預立醫療指示簽署之現況，以及與其簽署行為之相關因素為何，以下依據結論討論之。

#### 一、老年榮民預立醫療指示的簽署比例低，入住榮家時間與簽署行為密不可分

本研究所得之老年榮民預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書（以下簡稱意願書）簽署率為 18.4%，預立醫療委任代理人委任書（以下簡稱委任書）簽署率為 2.1%。整體而言，老年榮民預立醫療指示簽署率為 18.4%，

與國內其他研究結果所得之簽署比率在 9%~25.9%之間相去不遠（羅玉岱，2010；曾怡萍，2010；林秀英，2012）。這些已經簽署預立醫療指示的老年榮民，又以入住榮家時間在 10-19 年之間且住在榮家安養隊者佔多數。

先前曾有研究指出（Dempsey，2014；羅玉岱，2009），在長者辦理入住長期照顧機構時，機構應考量並檢視長者是否已有預立醫療指示的文件，或者在此時提供預立醫療指示的相關資訊。雖然本研究並未發現新入住榮家的榮民簽署比例較高，且無法得知是否因為入住 10-19 年之間的老年榮民已經習慣榮家的作息規律，進而較能掌握預立醫療指示的資訊，但可以肯定的是，宣導工作的第一步應先全面檢視榮民的預立醫療指示文件，並建立資訊及諮詢管道；後續再針對新入住榮家的榮民，在辦理入住程序時徵詢意願並協助建立預立醫療指示文件。惟無論是全面檢視或是在入住時徵詢意願，均需要榮家工作人員及榮民醫療網絡人員的共同投入。

## **二、老年榮民簽署意願書之意圖稍高於簽署委任書之意圖，並會依基本屬性與健康條件的不同而有差異**

研究發現考慮過簽署「意願書」的老年榮民佔了 47%，其中有一半以上會想簽署；而考慮過簽署「委任書」的老年榮民佔了 28.3%，其中約有三分之一會想簽署。

考慮過簽署意願書且會想去簽署的老年榮民，其疾病種類數大多為 3 種以上，半個月內住院天數在 1-10 天之間，且多數的退伍軍階為尉官以上，對自己目前的經濟狀況感到不滿意。疾病診斷數與 Messinger-Rapport & Kamel（2005）的結果相似，即疾病診斷超過三個以上的機構住民，不施行心肺復甦術的決策比率較高。

考慮過簽署委任書且會想去簽署的老年榮民，其大部分是安養隊的榮民，且在臺灣有子女及親戚，教育程度在國（初）中以上。

即使「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」及「醫療委任代理人委任書」都是預立醫療指示文件之一，老年榮民仍會因不同的背景條件，在兩者之間出現不同的選擇偏好。進一步探究老年榮民「考慮簽署」與「不想簽署」預立醫療指示的相關因素：考慮簽署的相關因素以健康條件為主，而想不想簽署的相關因素以基本屬性為主。此差異說明了當老年榮民的健康狀況出現變化、就醫頻率高或接觸醫療機會增加時，較可能開始考慮末期醫療，至於想去簽署的動機則會依老年榮民的基本特質而有所不同。

無論老年榮民有簽署意願書或委任書之行為意圖，均以住在安養隊、日常生活功能較佳，且代表社會地位的高軍階或高教育程度為多數；顯示當老年榮民的身體狀況較佳、社會地位相對較高時，較容易出現簽署預立醫療指示的行為意圖。此與國內林慧美（2009）及林慧美等（2011）之研究發現有所呼應，即教育程度越高者簽署預立醫療指示的意願比率越高。

而老年榮民簽署意願書或委任書之行為意圖的不同之處為：有簽署意願書意圖的老年榮民，多不滿意自己的經濟狀況；此與國外 Borum, Lynn & Zhong（2000）之研究發現相似，即經濟狀況較困難者，有較高比例選擇不施行心肺復甦術。至於有簽署委任書意圖的老年榮民，則多數有在臺子女及在臺親戚。究其可能原因在於，不滿意經濟現況的老年榮民，會傾向簽署意願書，以避免接受急救後要面臨長期醫療帶來的經濟消耗；而在臺有子女或親戚的老年榮民，因為有代理人的人選，較易出現簽署委任書的意圖。因此工作人員可先行瞭解老年榮民的教育程度、軍階職級、經濟滿意狀況、有無子女親戚等背景因素，再針對不同特質，將焦點放在意願書或委任書的討論上。

### 三、絕大部分老年榮民希望臨終時不要被急救，但實際採取簽署行動者寡

臨終時不要被急救的老年榮民佔受訪者的 88.1%，此與臺灣醫療改革基金會於 2014 年底針對全臺近 1 千 1 百位民眾調查發現，有 86% 的民眾希望在人生最後一哩路能安寧善終，別再受無效醫療「拖磨」的結果相符（醫改會，2015）。惟其中僅有 22% 的老年榮民已經簽署預立醫療指示，仍有高達 78% 的老年榮民並未簽署預立醫療指示。

此結果顯示在榮家宣導預立醫療指示的工作仍有很大的推展空間，這些老年榮民就是最有潛力的宣導對象，透過口頭、書面、影片播放、座談會、團體活動、有獎徵答等綜合活動，讓老年榮民知曉自己的這個心願不僅只是想想而已，也能夠開啟老年榮民認識末期醫療選擇的眼界，並找到表達意願的管道，真正以簽署預立醫療指示文件來落實心願。

### 四、整合性行為模式下的因素與老年榮民預立醫療指示簽署行為之關係

（一）知識、必要性、環境限制與預立醫療指示簽署行為關係密切，提升可近性是首要任務：

大部分已簽署預立醫療指示的老年榮民，其所處的環境限制較少、具備預立醫療指示相關知識，且多數認為簽署是有必要的。細究環境限制的三個變項之分布情形，不知道何處取得表單的比例遠高於不易談論意願書及不易找到見證人的比例。可見解決大部份榮民無法取得表單的問題、提升可近性之後，就有機會克服比例相對較低的見證人尋找不易及談論意願書不易等問題。另一方面，已具備預立醫療指示知識的榮民，多從報章雜誌或榮家宣導方面得知相關資訊，因此從這兩個宣傳管道著手，可期待增進老年榮民對預立醫療指示的知識。而當老年榮民克服環境限制、具備相關知識後，才能在此基礎上進一步思考簽署預立醫療指示的必要性。因此讓老年榮民知道何處可

取得預立醫療指示表單、何處可找到諮詢服務等提升可近性之作為，是推動老年榮民簽署預立醫療指示的首要任務。

(二) 態度、知覺規範、個人動力與預立醫療指示簽署行為有強弱不一的關係，可針對特定的態度、知覺規範、個人動力採取不同介入策略：

態度與預立醫療指示簽署行為之關係較強，知覺規範次之，個人動力最弱，三者均與簽署行為有相關。大部分已經簽署預立醫療指示的老年榮民，對簽署後帶來的結果抱持正向態度，對預立醫療指示的用途有所期待；並自覺週遭他人也已經簽署、不容易受到他人影響，希望由自己來決定末期醫療方式、不喜歡麻煩別人幫忙作決定。在態度方面，詢問老年榮民認為意願書能夠發揮那些功效，有助於瞭解老年榮民對意願書的期待與看法，進而協助完成預立醫療指示的簽署，或者確認老年榮民的預立醫療指示抱持的負向態度後，評估改變的可能性或予以尊重。在知覺規範方面，大部分的受訪榮民與他人互動或了解週遭人事變動的興趣低落，此可從老年榮民回答「他人有沒有可能去簽署」的結果中看到，回答不知道以及因不想理會他人的動靜而拒答導致編入缺漏值的有 54 人，佔了答題者（141 人）的一半。顯示這些會去覺知到週遭他人已經簽署意願書卻又不易受他人影響的老年榮民，會是較容易出現自主決定的族群，若能增加這群榮民覺知到他人已經簽署預立醫療指示的機會，可促使其出現自我決定的簽署行為。在個人動力方面，已有簽署行為的老年榮民多傾向自行決定末期醫療方式，因此當老年榮民表達自我決定的意願時，應予支持，並進一步指引老年榮民以簽署預立醫療指示來實踐自我決定。

(三) 態度、知覺規範與「考慮簽署意願書」及「想簽署意願書」的行為意圖較有關係，可加強對預立醫療指示抱持正向態度與知覺規範者之諮詢：

曾經考慮過、以及會想去簽署意願書的老年榮民，多數對簽署後帶來的結果抱持正向態度，且身邊的人會支持簽署意願書。此結果呼應了整合性行為模式的概念，即個人對行為後果抱持正向信念，如簽署意願書可減少痛苦折磨、可走得沒有遺憾、可減輕家人決策壓力等；以及覺知他人會支持自己因而出現遵從動機，如身邊的人會支持簽署意願書；當這兩個條件俱備時，老年榮民就容易會有實踐該行為的意圖。而考慮過以及想去簽署還是有程度上的不同，經過考慮且想去簽署意願書的老年榮民，其實踐簽署行為的可能性更高，工作人員可加強提供預立醫療指示的相關諮詢給此類群的老年榮民。

(四) 態度、個人動力與「考慮簽署委任書」的行為意圖較有關係，認為簽署意願書醫生就不好好治療者，多數會去考慮簽署委任書，因此可從此角度切入宣導委任書的簽署：

曾考慮過簽署委任書的老年榮民，多認為簽署行為所代表的意義是醫生就不會好好提供治療了以及等同放棄求生意志，此正說明了委任書的功能，即，指定醫療代理人能夠在老年榮民生命末期時視情況而定，為他作出最好的醫療選擇，如此一來老年榮民便不會遭遇到醫師不好好提供治療的情境，也能貫徹自己的求生意志。

(五) 個人動力與「臨終時不要被急救」的行為意圖較有關係，需策動抱持自我決定之行為意圖者，實踐預立醫療指示之簽署行為：

臨終時不要被急救的老年榮民，大多不同意由他人決定末期醫療方式，而是希望由自己決定末期醫療方式。老年榮民希望由自己主導生命末期醫療方式的意願十分明確而肯定，唯一需要策動的，是促使其更進一步以具體行動實踐之；而讓老年榮民明白意願的實踐與簽署行為兩者間是密不可分的，就需要臨床工作人員發展策略來因應。

## 五、老年榮民「面臨生病死亡經驗」及「疾病死亡的文化價值觀」與預立醫療指示簽署行為之關係

(一) 老年榮民面臨生病死亡之經驗與簽署行為無關係；老年榮民的疾病死亡文化價值觀與簽署行為有明顯關係，可根據老年榮民的文化價值觀評估討論深度：

研究發現老年榮民面臨生病死亡之經驗與簽署行為並無關係，惟文獻曾指出病人被急救的經驗會使醫療決策變得困難 (Malespina, 2007)，顯示就醫的經驗與醫療決策是有某程度相關的。原因可能出在 141 位受訪榮民中，僅有 12 位曾經被急救過、40 位曾經見過他人被急救，兩者的次數均屬少數，當其與簽署行為或行為意圖進行交叉分析時，無法在統計結果上觀察到明顯差異，期望未來的研究能加大樣本數，再重新討論面臨生病與死亡之經驗與簽署行為的關係。

老年榮民的疾病死亡文化價值觀與簽署行為之關係方面，已經簽署預立醫療指示的受訪榮民，大多是希望由自己來決定末期醫療方式，不喜歡麻煩別人幫忙作決定的老年榮民；且與身邊他人及醫護人員談論末期醫療選擇，會預先思考末期醫療選擇，不會避諱思考死亡的比例較高。具備上述特質的老年榮民，已經符合了預立醫療指示自主自決、展現自我期望與價值、預先思考預作準備的基本精神；這些老年榮民是較有潛力去簽署預立醫療指示的族群。

基於上述特質與簽署行為之間的這層關係，我們可透過觀察老年榮民是否願意去談論末期醫療選擇、以及會不會避諱思考死亡等傾向，來評估老年榮民對預立醫療指示議題的接受程度，確認老年榮民是否有意願繼續深入討論，避免勉強或冒犯老年榮民，並降低討論此話題時的心理不適應或傷害。

(二)「考慮簽署意願書」的老年榮民，多數會去談論生病死亡、且同意談論末期醫療等於談論死亡；「想去簽署意願書」的老年榮民，較不避諱談論死亡：

有簽署意願書之行為意圖的老年榮民，能開放地談論死亡且認為談論末期醫療等於談論死亡、對死亡話題較不避諱，這些老年榮民對預先考慮末期醫療方式或簽署預立醫療指示皆有較高的接受度。因此當工作人員在進行預立醫療指示的推廣宣導時，可基於對老年榮民所抱持之文化觀念的認識，進行更具體化且個別化的說明。

(三)老年榮民對疾病死亡的文化價值觀與態度、知覺規範、個人動力皆有明顯關係，文化價值觀需透過跨文化比較方能彰顯影響力：

老年榮民簽署預立醫療指示的態度上，認為簽署意願書可減少痛苦折磨者，會較願意去談論生病死亡；認為簽署意願書可走得沒有遺憾者，會較願意去談論生病死亡及末期醫療選擇；認為簽署意願書後醫師仍會好好提供治療者，則在是否會避免思考死亡的問題上抱持中立意見。

老年榮民簽署預立醫療指示的知覺規範上，身邊他人已經簽好意願書者，較會去談論末期醫療選擇。

老年榮民在簽署預立醫療指示的個人動力上，希望由他人幫自己決定末期醫療方式者，較不會去談論末期醫療選擇、不同意談論末期醫療等於談論死亡、且會避免思考死亡。

綜合上述，老年榮民對疾病死亡的文化價值觀中的「是否會去談論末期醫療選擇」，同時與老年榮民簽署預立醫療指示的態度、知覺規範及個人動力有明顯相關，因此老年榮民去談論末期醫療選擇的意願，是瞭解預立醫療指示簽署行為的一項重要文化價值觀。

研究亦發現，多數老年榮民對疾病死亡的文化價值觀，抱持著宿命論、順其自然、聽天由命、不去想太多的心態。在這樣的華人文化背景下，理論上老年榮民應該會有相似的簽署行為選擇，但事實上他們還是出現了不同的簽署行為選擇，此顯現出預立醫療指示簽署行為的複雜性。疾病死亡文化價值觀在多重複雜的因素中，雖然不可或缺，但在相同文化背景下的研究對象，較難有明顯的差異，需透過跨文化比較方能彰顯出文化價值觀的影響力（Hsin，2006）。

## 六、老年榮民的背景因素會透過中介因素與預立醫療指示簽署行為產生關係

除了日常生活功能及入住榮家時間以外，老年榮民的背景因素皆與預立醫療指示簽署行為沒有直接的關係；而與預立醫療指示簽署行為意圖有關的背景因素，也僅有無子女、有無親戚、教育程度、退伍軍階、經濟狀況、日常生活功能、疾病種類數、住院天數等 8 項。但透過探討背景因素與知識、必要性、環境限制、態度、知覺規範、個人動力、疾病死亡的文化價值觀等中介因素之關係後，總計會有高達 15 項背景因素與預立醫療指示簽署行為中介因素有關。

### （一）入住榮家時間及日常生活功能與具備之知識有關：

與知識有關係的背景因素是「入住榮家時間」與「日常生活功能」；老年榮民取得預立醫療指示的資訊來源以報章雜誌或榮家宣導為主，又入住榮家時間在 10-19 年之間、日常功能較佳的老年榮民，較有機會多多參與榮家的團體活動或經常透過報紙雜誌掌握外界資訊，因此會是較容易具備預立醫療指示知識的族群。

### （二）年齡及自覺健康狀況與必要性有關：

與必要性有關係的背景因素是「年齡」及「自覺健康狀況」；部分老年榮民認為自己還沒到生命末期，等到自己 80 歲或 90 歲才有必

要；部分老年榮民則覺得自己的健康狀況沒有那麼糟糕，等到進了醫院再想這些問題，因此形成了不同的必要性認知。

(三) 婚姻狀況及日常生活功能與環境限制有關：

與環境限制有關係的背景因素是「婚姻狀況」及「日常生活功能」；環境限制的問題涉及尋找見證人及預立醫療表單等問題，因此有眷老年榮民的見證人不乏親人，單身的老年榮民的見證人人選就需以機構工作人員或同袍為主；而取得表單的難易則取決於老年榮民的日常生活功能為獨立抑或是依賴他人。

(四) 教育程度、經濟狀況、比較健康狀況、門診頻率及疾病種類數與態度有關：

與態度有關係的背景因素包括「教育程度」、「經濟狀況」、「比較健康狀況」、「門診就醫頻率」及「疾病種類數」；其中工具性態度與基本屬性有較明顯的關係，經驗性態度則與健康條件有較明顯的關係。工具性態度牽涉到理性衡量行為結果的概念，因此與基本屬性如教育程度或經濟狀況有關；經驗性態度牽涉到個別化的體會經歷，因此與健康條件如比較健康狀況、門診就醫頻率、疾病種類數有關。

(五) 入住榮家時間、婚姻狀況及有無子女與知覺規範有關：

背景因素中的「入住榮家時間」、「婚姻狀況」及「有無子女」與知覺規範有關係；描述性規範或命令性規範均與基本屬性有明顯關係，與健康條件則沒有關係。因入住時間、已婚或單身、有無子女等，牽涉到人際互動、往來對象、家庭或社會支持等，其會在老年榮民知覺周遭他人行為表現時發揮作用，因此對老年榮民預立醫療指示的知覺規範造成影響。

(六) 有無親戚及退伍軍階與個人動力有關：

與個人動力有關係的背景因素包括「有無親戚」及「退伍軍階」；個人動力中的自我效能與基本屬性有明顯的關係，與健康條件則沒有關係。自我效能牽涉到個人對自我能夠表現出某行為的自信心程度以及獨立程度，研究發現中尉以上退伍的老年榮民，不同意由他人來決定末期醫療的比例高於軍階較低者，展現出更高的自我效能。另一方面，沒有子女以外親戚的老年榮民雖然同樣也以不同意由他人決定末期醫療佔多數，但其中可能參雜了沒有親戚等人選可代理之因素，較不能據以評斷老年榮民的自我效能高低。

(七) 教育程度、退伍軍階、經濟狀況、宗教信仰、疾病種類數、住院天數及自覺健康狀況與疾病死亡文化價值觀有關：

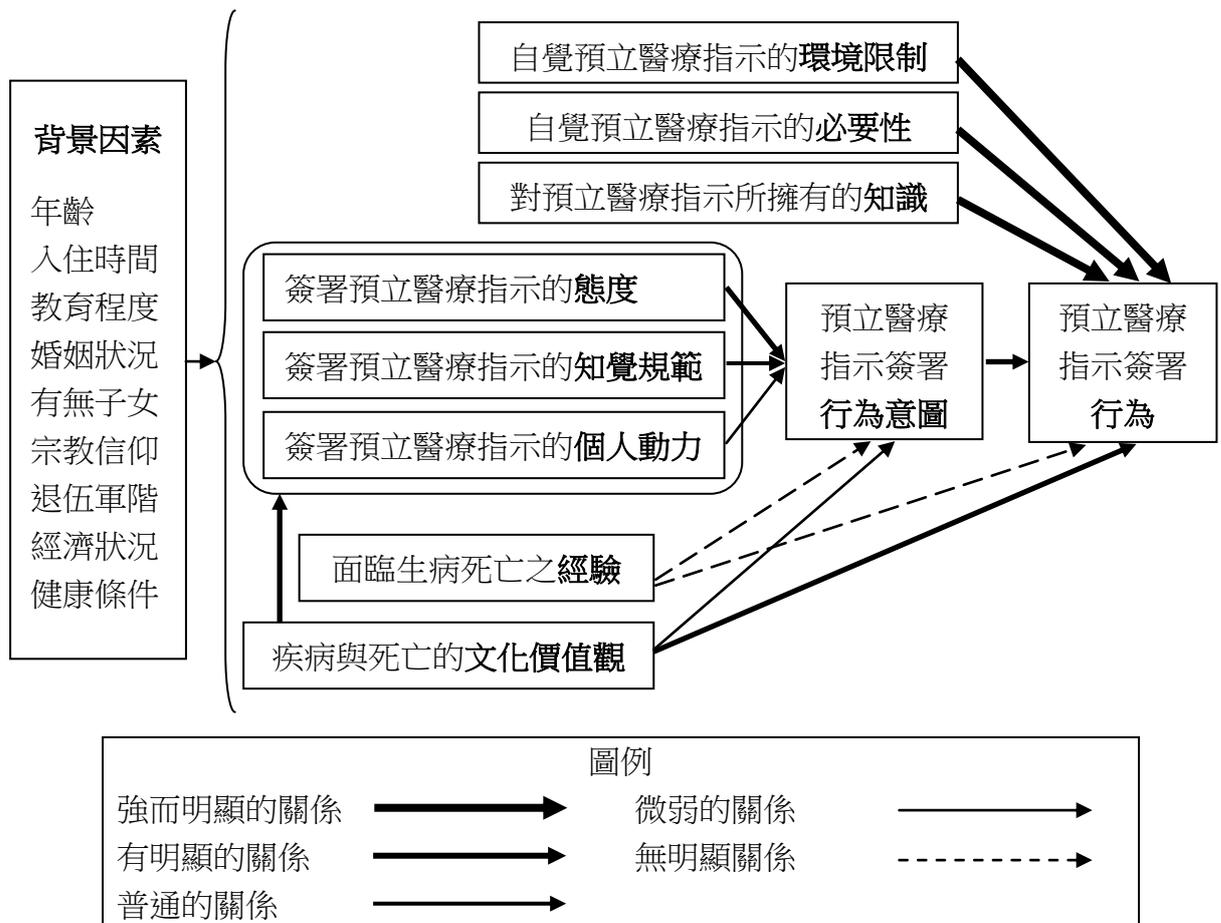
與疾病死亡文化價值觀有關係的背景因素包括「教育程度」、「退伍軍階」、「經濟狀況」、「宗教信仰」、「疾病種類數」、「住院天數」及「自覺健康狀況」；是否會跟醫護人員談論末期醫療選擇以及會不會預先思考末期醫療與基本屬性較有關係，是否會去談論生死問題以及會不會避免思考死亡與健康條件有較明顯的關係。

是否會跟醫護人員談論末期醫療選擇以及會不會預先思考末期醫療牽涉到的是會不會跟醫護人員互動、有沒有習慣未雨綢繆等個人特質；也涉及了因滿意經濟狀況而抱持船到橋頭自然直的心態，不滿意經濟狀況而對未來精打細算的傾向；而教育程度與退伍軍階除了代表老年榮民的階級地位，也部分代表了老年榮民具備溝通能力與自我表達之素養，因此這些基本屬性皆與老年榮民會不會與醫護人員溝通末期醫療，以及會不會預先思考末期醫療有關。

是否會去談論生死問題以及會不會避免思考死亡牽涉到身體健康狀況的好壞；願意承認自己健康狀況不太好、疾病種類數較多的老年榮民，多數不會避免思考死亡；而自認健康狀況很好、疾病種類數較少的老年榮民，則多會避免思考死亡；相同情形也出現在是否會談論生死的問題上。老年榮民的健康條件較差，會意識身體狀況不佳，來日無多，比較容易聯想到生命末期及死亡將至之威脅，因而較願意去談論生死問題、且不會去避免思考死亡。

### 七、老年榮民預立醫療指示簽署行為之參考模式

根據研究結論，可將研究概念架構轉化為「老年榮民預立醫療指示簽署行為之參考模式」，如下圖：



圖四 老年榮民預立醫療指示簽署行為之參考模式

老年榮民預立醫療指示簽署行為的相關因素中，具備知識、必要性及環境限制有著最強而有力的關係。老年榮民對預立醫療指示的態度、知覺規範、個人動力與簽署行為及行為意圖，則以線條的粗細呈現強到弱的關係。老年榮民面臨生病與死亡之經驗在本研究中並無明顯關係，以虛線顯示。老年榮民的疾病死亡文化價值觀與簽署行為及行為意圖則有不同程度的關係，分別以粗細不同的線條呈現之；此外疾病死亡文化價值觀與老年榮民對預立醫療指示的態度、知覺規範、個人動力有明顯關係，以較粗黑之線條顯示。

藉由老年榮民預立醫療指示簽署行為之參考模式，研究者可以在瞭解各因素與簽署行為及行為意圖的強弱關係之後，採取不同的介入方式，促使老年榮民完成預立醫療指示之簽署。

## 第二節 研究建議

本節整合了研究之結論與研究過程經驗之所得，提出整體的研究建議，並提供參考之建言。

### 一、實務面的建議

**宜盡早對安養隊的老年榮民進行預立醫療指示宣導工作：**研究發現，相較於年齡與預立醫療指示的關係，日常生活功能與老年榮民預立醫療指示行為有更明顯的關係；日常生活自理能力較佳的老年榮民，因其活動範圍較大、人際接觸機會較多，當榮家進行宣導或報章雜誌報導時，其對預立醫療指示資訊的掌握度也較高，進而能夠減少環境限制、具備相關知識、增加簽署必要性的認知，提高其簽署預立醫療指示行為的可能性。因此當老年榮民的日常功能尚處於可自理的階段時，應盡可能及早與老年榮民討論預立醫療指示的議題。

**克服環境限制的作為：**榮家保健組是照顧老年榮民健康最重要的部門，老年榮民幾乎每天會前往保健組量血壓、每個月拿慢性處方藥物，保健組的醫護人員是提供預立醫醫療指示諮詢服務的適當人選。而在老年榮民的生活中，互動較多的則是照顧服務員或輔導員（有些具備社工師資格），他們的角色可以是預立醫療指示資訊的傳遞者，指引老年榮民何處可取得表單、諮詢服務，甚至在老年榮民決定簽署意願書時，作為在場見證人，幫助老年榮民克服環境限制。

**喚醒意識、增進必要性認知的作為：**老年榮民不認為簽署預立醫療指示有必要性的原因是多重的，可分為無行為意圖與有行為意圖兩類。無行為意圖者的原因包括：順其自然、船到橋頭自然直的宿命觀、認為自己現在還用不到、不知道簽署有何用處、顧慮簽署後帶來的負面效果等等，這些原因有的是文化觀念的問題、有的是態度認知的問題，需要持續的溝通

與交流，方能逐漸喚醒老年榮民預先思考的意識，因此較難一次到位。有行為意圖者則是指已經有在預先思考的老年榮民，惟可能受限於不瞭解自己可以有哪些選擇，或者不清楚自己所想要的醫療處置必須以簽立文件的方式具體呈現。其一，幫助老年榮民了解自己可以有哪些醫療選擇是促使具備相關知識的一部分；其二，幫助老年榮民將所希望的醫療處置簽立具體文件，則需要由工作人員，如上述的保健組人員、照顧服務員、輔導員、社工人員，即時協助老年榮民預立書面的醫療指示文件。如有特殊情況，甚至可運用影片或錄音等方式，避免僅於口頭表達而無文件或記錄等依據。

**提供預立醫療指示資訊、使具備知識的作為：**有研究發現，即使是已經完成預立醫療指示簽署的病患，對於預立醫療指示的認識也並不完整，而未完成預立醫療指示的病患又比已完成者所具備的知識更少（Thorevska, Tilluckdharry, Tickoo, Havasi, Amoateng-Adjepong, & Manthous, 2005）。本研究亦發現，在有無簽署預立醫療指示的老年榮民之間，未簽署者多半是因為從未聽過預立醫療指示、或者不清楚自己有簽署意願書或委任書的權利以及簽署生效之條件等等。知情同意是一切的基礎，不具備預立醫療指示的知識，將無法有效引發老年榮民思考末期醫療、推動簽署預立醫療指示的工作。有鑑於此，宣導工作中的教育色彩將會十分濃厚，教育方式可以設計成互動式的課程內容、人數少、甚至一對一的介紹說明，加入舉例或時事名人的實際經歷，開啟老年榮民認識預立醫療指示的眼界。教育的內容亦可結合本研究發現的態度、知覺規範、個人動力與簽署行為之關係，運用於教育過程中。

**改變態度的作為：**已簽署預立醫療指示的老年榮民多數對簽署後能帶來正向結果抱持樂觀態度，因此面對未簽署者，應加強說明簽署預立醫療指示可帶來的好處，例如：能夠避免接受違反自身意願或損害生命末期生活品質的治療；避免因為無效醫療延長瀕死過程而無法善終；減少在疾病

已無法治癒、死亡已不可逆的狀況下，過度使用維生醫療系統來延續呼吸心跳血壓脈搏等生命徵象；不自然的死亡等等。此外，改變態度的作為亦須釐清老年榮民對於簽署預立醫療指示後，醫生就不會好好提供治療的迷思。一方面身為醫療服務提供者的醫療體系及從業人員，必須隨時警醒與自我覺察，是否因為病患已簽署預立醫療指示，而減損對病患必要的救治與醫療，確實履行不傷害、行善的醫學倫理承諾。另一方面，亦需協助老年榮民建立對醫療體系的信心，向老年榮民詳細說明不急救意願的執行前提，以及醫療人員不會在尚未符合不施行心肺復甦術條件的狀況下，減少或放棄對病患的救治。

**改變知覺規範的作為：**可分成增加老年榮民獲知他人意願的機會以及工作人員的支持兩個策略。因訪談過程中觀察到老年榮民的活動範圍大多侷限在自己的房間及餐廳兩處，較少在交誼廳或戶外與他人交流，或者即使是在交誼廳也很少有互動，以電視欣賞的活動為主。養護隊的老年榮民更是因為日常生活功能受限，不易與外界接觸。若能運用三餐之間的空檔時間，組織起預立醫療指示相關的教育活動，邀請已簽署預立醫療指示的老年榮民加入，製造兩三人聚在一起的場合，便有機會讓老年榮民聽取其他人的想法。榮家工作人員是老年榮民在親友以外，最重要的支持來源，平日的生活照顧、閒聊互動也能讓老年榮民感受到關懷與支持，若能有意識地傳達對老年榮民生命末期醫療方式的支持，相信可增加老年榮民簽署預立醫療指示的意願。

**改變個人動力的作為：**本研究對於個人動力的討論焦點，在於無論老年榮民是否已經簽署預立醫療指示，其都是自主的決策。研究結果也顯示已簽署預立醫療指示的老年榮民多數希望由自己來決定末期醫療方式，而即使是未簽署者，當其開始有考慮及想不想去簽署預立醫療的行為意圖時，就是一種自我效能的展現。改變個人動力的切入點在於如何將老年榮

民自我效能轉換成簽署行為？老年榮民在考慮委任書時的研究發現可以給我們一些啟示，對於尚無把握決定好自己生命末期醫療方式的老年榮民，可以不用急著向其宣導意願書的簽署，而是將重點放在討論預立醫療委任代理人的想法及人選等方面，了解什麼會是老年榮民在意的末期醫療方式、以及誰會是老年榮民信任的代理人人選。在此基礎上，工作人員才有可能進一步去協助老年榮民完成委任書的簽署。

**宜針對安養隊與養護隊的老年榮民採取不同的宣導策略：**誠如研究建議的第一點，老年榮民住在安養隊或養護隊，在預立醫療指示的行為意圖上有明顯差異，因此必須依據老年榮民不同的日常生活功能，採取不同的宣導策略。例如團體式的活動宣導較適合活動力、認知及溝通能力較佳的安養隊榮民，養護隊榮民則需要一對一的個別化諮詢；養護隊榮民相較於安養隊榮民的環境限制較大，需要工作人員在日常的照顧服務時，主動與之談論預立醫療指示話題、提供資訊、表單等，且需多花一些時間多次溝通確認。

**社工人員為老人生命末期醫療決策議題的教育者、溝通者、支持者：**社工人員在教育介入與建立溝通管道、支持老年榮民的決定等方面，扮演著重要的角色。社工人員可依據研究結果之應用所述，針對不同特質的老年榮民從事克服環境限制、喚醒意識、增進必要性認知以及提供預立醫療指示資訊、使具備知識的作為，來減少老年榮民及其家屬在進行末期醫療決策時的壓力與阻礙。藉由對老年榮民特質及意向的瞭解，建立醫病溝通管道，使醫療照護計畫獲得充分討論，可達到促進老年榮民與醫療人員溝通之目的。預立醫療指示是醫療照護計畫的重要部份之一，對醫療人員有好印象的老年榮民，較有信任基礎而願意開始思考預立醫療指示。當老年榮民在具備知識的前提下，預先思考偏好的生命末期醫療方式，並作出選擇後，社工人員應予以尊重支持。

## 二、機構面的建議

**宣導工作應是持續的溝通，配合適當時機提出討論，較能引發老年榮民思考：**雖然老年榮民面臨生病與死亡的經驗以及文化價值觀較難改變，但其實老年榮民對生命末期醫療的想法是會變動的，宣導預立醫療指示的簽署不只是單一次的資訊提供或資料填寫，而是持續的溝通，並且因應老年榮民生命不同階段，討論預立醫療指示的議題，如老年榮民本身有新的疾病診斷出現、即將從安養隊轉到養護隊安頓時、朝夕相處的其他住民送醫甚或往生時、社會上有相關的時事人物被媒體報導時（如聖嚴法師預囑圓寂時放棄急救）。機構若能在這些時機提起預立醫療指示或生命末期醫療的議題，可讓老年榮民援此表達對生死、醫療方式的想法，導引其表達自己面臨相同情境時，希望如何被照顧的意願。

**機構工作人員應先接受教育訓練，充實自身的預立醫療指示知識：**機構工作人員本身也應充實預立醫療指示的相關知識及建立正確概念，並檢視自己是否難以開口與老年榮民談論生命末期醫療，或者是否也認為談論末期醫療決定的工作等到老年榮民生病住院以後再說，甚至工作人員本身就逃避談論生病死亡等等。工作人員與老年榮民溝通預立醫療指示的能力，除需透過教育訓練增進外，也應覺察自我對死亡的態度及經驗如何，方能減少工作人員的溝通方式對老年榮民表達自我意願的影響。

**宣導工作需要融入榮家的照顧服務整合規劃：**上述各種作為，需由機構面促進宣導人員與榮民之家工作人員共同合作，整體規劃可融入榮家照顧服務的方案，一貫式地從工作人員教育訓練、培養預立醫療指示的知識理念，到執行方法之共識、持續性地溝通等策略；方可避免作法零碎，見樹不見林的缺點。

### 三、未來研究之建議

本研究以老年榮民為研究對象，直接從老年榮民自身的觀點出發去探討其對預立醫療指示的意見，但從問卷訪談過程中有位陪伴老年榮民受訪的女兒之意見，可發現親友的觀點亦有寬廣的研究空間，雖然過去已有研究是以老年人本人及代理家屬為研究對象（曾怡萍，2014；廖綠，2014；羅玉岱，2009），惟本研究所建議之親友觀點，乃從瞭解親友的特質或其自身對疾病與死亡之意見、自身簽署預立醫療指示的行為著手，來與其長輩進行對照。

未來的研究方向亦可從榮民之家工作人員的觀點切入，瞭解工作人員的意見，有助於宣導工作的進行以及工作人員教育訓練的安排。

本研究聚焦在探討已簽署或有行為意圖的老年榮民與其背景因素、中介因素之關係，較少著重在討論未簽署者與其背景因素及中介因素之關係，未來之研究亦可從此面向切入，延伸探討。

### 第三節 研究過程經驗之反思與建議

#### 一、研究過程的反思

多數老年榮民在回答自己的教育程度時，均提及在兒少時期發生內戰，顛沛流離的求學環境，不是靠從軍時自修，就是透過認識軍事資料來識字等等，因為軍旅生涯中仍然要求具備識字的能力，老年榮民不論是無法繼續接受教育或者被迫必須識字，教育程度皆與當時的時代背景與環境變化緊密相連。

在訪談過程中，有些對自己經濟狀況不甚滿意的老年榮民，其不滿意的理由是認為政策不但沒有增加就養金與退撫金，反而因為預算的考量而研議削減，對於自己的奉獻而落得如今隻身一人，卻沒有獲得應有的回報而感到不值得。這些不值，間接也反應出老年榮民能不能認同由政府、官方主導的預立醫療指示宣導政策。

儘管老年榮民面臨生病與死亡的經驗並沒有在資料分析中得到與簽署行為或行為意圖的明顯關係，但從他們的談話中，仍可窺見其對生命與生死的想法。例如，多位回答「見到他人被急救感受不佳」的老年榮民形容見到老友被急救插管後，終身臥床沒有生活品質可言的經驗；另一位老年榮民則表露了看見他人被急救插管後，住到醫院再也沒有回來榮家的失落感受。在這些想法的背後，蘊含著老年榮民對就醫與急不急救之間的複雜情結。

從統計結果來看，絕大部分老年榮民皆選擇在臨終時不要被急救，但其中已經簽署預立醫療指示者卻是少數，簽署比例很低。事實上，訪談過程中有多位老年榮民表示他們已經透過一些辦法，為自己臨終時不要被急救這個心願做準備。例如，一位受訪榮民在聽完訪談說明後，拿出一張先前請朋友幫忙寫的紙條，上面寫著「我不要接受任何急救，活著每一天都

像賺到」。在研究者眼中，臨終時不要被急救的意願表達唯有透過簽署預立醫療指示一途；但在榮民之家老年榮民的眼中，臨終時不要被急救的意願就只是一種表達自己生命結束前想被如何對待的希求，只是他們不是透過簽署正式的預立醫療指示去表達罷了。研究者與老年榮民的立場不同，形成了這兩個迥異的想法。研究者乃站在醫療場域中思考簽署預立醫療指示對於完成臨終時不要被急救心願的必要性，而老年榮民因為尚未進入醫療場域中，不知道也不清楚這樣的心願必須透過正式的表單文件呈現，醫療人員方可根據意願書提供醫療；而且從研究結果可知，已經簽署預立醫療指示的老年榮民，幾乎均認同簽署的必要性。因此，在老年榮民進入醫療場域之前，不能僅止於與其討論急不急救的意願，也需要建立其對簽署預立醫療指示必要性的觀念，以彌平不急救之行為意圖與實際簽署行為之間的落差。

多數的老年榮民十分願意花時間與研究者談談這些末期醫療決策與急不急救的議題，並開始提出各式各樣的見解與人生觀，甚至為了交代問卷填答結果，敘說許多精彩的人生故事，每一位老年榮民的意見都其來有自。這些細說從頭的見解與故事，超出了問卷調查結果所能呈現的部分，卻也是更值得也更豐富的研究題材。

二、依據問卷調查的訪談經驗，本研究提供以下這些面向，來協助老年榮民表達對預立醫療指示的想法：

### **(一) 讓老年榮民去訴說他們的生命故事**

老年榮民從年少時期的顛沛流離、兵馬倥傯，到中老年時期落腳在臺灣某小小角落裡的榮家，他們有豐富的生命經歷，說不完的人生故事；只要有人耐心的傾聽、適時的引導，便可以瞭解老年榮民對於生命行走至此的感觸與心思。本研究雖然帶著設計好的問卷訪問老年

榮民，但生命末期醫療決策牽涉到的不僅止於問卷中的題目，預立醫療指示最後成為一種媒介，彙整了老年榮民對此生的看法、對自己的生命如何結束的期待。

## (二) 找一個合宜的地方

以本研究的訪談經驗為例，多數老年榮民喜歡在自己的房間裡接受訪問，也有少部份老年榮民喜歡在交誼廳接受訪問，還有一位老年榮民選擇在戶外樹下的涼椅上接受訪問。因此與老年榮民討論預立醫療指示或訴說生命故事時，應慎重選擇談論的場合，確保環境是舒適不受打擾，能讓老年榮民感覺自在安全的。而相關教育性活動的地點，最好是在離每位老年榮民最近的交誼廳中舉行，避免因為活動中心等集會場地太遠、太大，而讓老年榮民打消參與的念頭。

## (三) 找一個合適的時間

老年榮民的作息時間仍舊依循軍隊裡的團體生活規律，並且因為高齡，夜間睡眠時間短、需要午間小憩等習慣，若要與老年榮民進行會談或訪談，必須利用三餐之間的活動時間，在其體力允許的情況下進行，並且最好在用餐時間前的 20 分鐘內不要再開始一個新的會談或訪談。

## (四) 討論與說明的速度不急不徐，不要催促

老年榮民的反應力與彙整描述能力個別差異大，需依照老年榮民不同的速度去調整討論與說明的進度，甚至需重述或者另外找尋表達的語句，來釐清並確認雙方是否瞭解彼此的意思。

## (五) 使用有劇情的故事或圖片

預立醫療指示中牽涉到的理念與知識有的十分抽象，如自立自決；有的十分艱澀複雜，如死亡已不可逆轉、維生醫療系統等。當這些抽象艱澀的概念用圖片或有劇情的實例來呈現時，不僅可幫助工作人員進行說明，亦可幫助老年榮民迅速掌握預立醫療指示的核心概念。

## (六) 邀請家屬加入

本研究的設計是研究者與老年榮民一對一的問卷訪談，150 位受訪者中，只有 1 位老年榮民是在家屬的陪同下進行問卷填答的，這位老年榮民的女兒在問卷結束後，主動向研究者詢問更多關於預立醫療指示的問題，並且索取預立醫療指示表單，也回饋研究者，其實家屬也在思考如何跟長輩開口提起預立醫療指示的問題。這個經驗顯示，老年榮民的家屬也是討論預立醫療指示過程中的重要人物，家屬表達的瞭解支持或排斥反對，也會相當程度的左右老年榮民的意向。

## 第四節 研究限制

### 一、推論研究結果的限制

本研究變項的次數分配為非常態分配，因此採取卡方分配統計方法，是以關係強弱的方式來討論因素之間關係，並不適於推論代表性；研究之樣本已盡量符合統計要求及研究人力所能及，惟此樣本數在過濾式的題目設計下，仍顯不足，加大樣本數是解決方法之一。本研究結果僅限於對兩家榮民之家老年榮民預立醫療指示簽署行為之瞭解與應用。

### 二、研究對象的限制

本研究因研究者職務及地緣關係之故，選擇中部地區兩家榮民之家的老年榮民作為研究對象，除了研究推論有所限制外，亦可能受到地域性的因素影響，建議未來研究可以納入其他地區的榮民之家，以探討地域性的差別，並互為對照。

### 三、多數養護隊榮民無法被納入討論之限制

研究者進入研究場所實際訪談時，遇到許多養護隊榮民因重聽、認知功能退化、體力虛弱等原因，無法被納入研究對象，因此無法將他們的聲音納入研究探討，十分可惜。本研究已盡可能將安養隊與養護隊榮民的受訪比例趨近於實際佔床之分布比例。

### 四、問卷題目設計的限制

本研究之目的並非探討老年榮民具備之預立醫療指示知識多寡，且問卷題目採橫斷式封閉性答題方式，受訪者僅需回答是否、有無，因此並無法確切描述或代表已經有預立醫療指示的老年榮民，是否具備預立醫療指示的完整知識，僅能初步確認其知情與否。建議未來研究可針對老年榮民取得相關知識的管道、理解方式、知識內涵等做更深入聚焦的探討。

## 參考文獻

### 【中文部分】

- 中央廣播電臺（2011）。退輔會：全面輔導榮民預立遺囑。網址：  
<http://history.n.yam.com/rti/politics/201104/20110406382226.html>。上網日期：2014/10/23。
- 內政部（2009）。98年老人狀況調查摘要分析。網址：  
<http://sowf.moi.gov.tw/stat/Survey/list.html>。上網日期：2014/04/27。
- 內政部統計處（2014）。內政部統計年報—11簡易生命表。網址：  
<http://sowf.moi.gov.tw/stat/year/list.htm>。上網日期：2014/10/23。
- 內政部統計處（2015）。103年第3週內政統計通報（103年底人口結構分析）。網址：  
[http://www.moi.gov.tw/stat/news\\_content.aspx?sn=9148&page=0](http://www.moi.gov.tw/stat/news_content.aspx?sn=9148&page=0)。上網日期：2015/01/31。
- 王志傑（2003）。病患自主權理論基礎之研究-兼論病患自主權對我國安寧緩和醫療條例之啟示。國防大學管理學院法律研究所碩士論文。臺北：國防大學。
- 王芊蕙（2011）。終末照護個案不予急救決策模型之初探-以護理之家非癌症個案為對象。國立臺北護理健康大學長期照護研究所碩士論文。臺北：臺北護理健康大學。
- 王淑貞、范聖育、章淑娟、張智容、王英偉（2013）。推動預立醫療自主計畫之宣導-初探。安寧療護雜誌，18(2), 129-141。
- 王詩盈（2010）。老人的醫療自主性意願及其相關影響因素探討。國立臺灣大學護理學系研究所碩士論文。臺北：臺灣大學。
- 伍碧琦、吳麗珍、陳彩鳳、蔡來蔭（2011）。南部某醫學中心住院病人對病人自主態度與其相關因素之探討。長庚護理，22(4), 451-462。

- 行政院主計總處 (2012)。2012年社會指標統計表及歷年專題探討 (健康狀況)。  
網址：<http://www.stat.gov.tw/ct.asp?xItem=34949&ctNode=538&mp=4>。上  
網日期：2014/04/27。
- 吳麗敏、金繼春 (2007)。從文化面走入癌症兒童父母的疾病思維。腫瘤護理雜誌，7(1), 21-29。
- 吳讚美、薛爾榮、鍾春櫻、劉慧玲、溫怡然、鐘裕燕 (2009)。癌症死亡病患不  
施行心肺復甦術簽署情形與是否簽署之相關因素分析。安寧療護雜誌，  
14(3), 243-253。
- 李亦園 (1988) 傳統民間信仰與現代生活。載於楊國樞 (主編)，中國人的心理。  
頁447-464。台北：桂冠。
- 李欣慈、陳慶餘、胡文郁 (2012)。華人孝道與家庭主義文化脈絡下談長照機構  
住民執行預立醫療照護計畫與老人自主權。安寧療護雜誌，17(2), 187-199。
- 周燕玉 (2005)。簽署不施行心肺復甦術同意書病患家屬對加護病房照護與醫療  
決策過程滿意度之初探。國立臺灣大學護理學系研究所碩士論文。臺北：  
臺灣大學。
- 林秀英 (2012)。以計畫行為理論探討榮民之家住民對簽署不施行心肺復甦術之  
研究。雲林科技大學健康產業管理研究所碩士論文。雲林：雲林科技大學。
- 林亞陵 (2008)。影響生命末期住院病人簽署“不施行心肺復甦術”內容之相關因  
素探討。中國醫藥大學醫務管理學研究所碩士論文。臺中：中國醫藥大學。
- 林芳如 (2009)。加護病房生命末期病患簽署「不施行心肺復甦術」相關因素及  
其影響。雲林科技大學健康產業管理研究所碩士論文。雲林：雲林科技大  
學。
- 林美伶、葉莉莉、陳清惠 (2009)。影響病人參與醫療決策之論述。護理雜誌，  
56(3), 83-87。
- 林靖宜 (2005)。社區式老人機構照顧—以台北榮譽國民之家為例。社區發展季  
刊，110, 359-369。

- 林慧美 (2009)。 住院病人對醫療預立指示知識、態度與行為意向之研究。國立臺灣大學護理學系研究所碩士論文。臺北：臺灣大學。
- 林慧美、楊嘉玲、陳美妙、邱泰源、胡文郁 (2011)。住院病人簽署預立醫療指示的意願及接受宣導的意向。 安寧療護雜誌， 16(3), 281-295。
- 孫效智 (2012)。安寧緩和醫療條例中的末期病患與病人自主權。 政治與社會哲學評論， 41, 45-91。
- 國軍退除役官兵輔導委員會 (2014a)。 中華民國102年榮民輔導統計要覽。臺北：退輔會。
- 國軍退除役官兵輔導委員會 (2014b)。 中華民國102年榮民統計年鑑 (54110、54120)。網址：<http://210.69.190.57/vacrs/stmain.jsp?sys=100&funid=defjsp1>。上網日期：2014/10/23。
- 國軍退除役官兵輔導委員會 (2014c)。 中華民國102年榮民統計年鑑 (53190)。網址：<http://210.69.190.57/vacrs/stmain.jsp?sys=100&funid=defjsp1>。上網日期：2014/10/23。
- 國軍退除役官兵輔導委員會 (2014d)。 輔導會醫療體系醫療服務網。網址：<http://www.vac.gov.tw/content/index.asp?pno=515>。上網日期：2014/10/23。
- 崔準準、劉霞 (2009)。以老莊為代表的道家死亡觀研究。 西北大學學報， 39(5), 19-21。
- 張淑真 (2008)。 老年榮民對維生治療的態度及相關因素探討。亞州大學健康暨醫務管理學系健康管理組碩士論文。臺中：亞洲大學。
- 陳信如、盧映潔 (2013)。從「不施行心肺復甦術」與「撤除維生醫療」之區別論「安寧緩和醫療條例」之修正(上)。 臺灣醫界， 56(10), 51-54。
- 陳信如、盧映潔 (2013)。從「不施行心肺復甦術」與「撤除維生醫療」之區別論「安寧緩和醫療條例」之修正(下)。 臺灣醫界， 56(11), 37-39。
- 陳榮基 (2008)。DNR不等於安寧緩和醫療。 臺灣醫界， 51(4), 36-39。

- 彭文珍 (2008)。醫師對病患簽署DNR之認知與態度。中國醫藥大學醫務管理學研究所碩士論文。臺中：中國醫藥大學。
- 曾怡萍 (2014)。護理之家老年住民不施行心肺復甦術之決策影響因素探討。國立台灣大學護理學系研究所碩士論文。臺北：臺灣大學。
- 黃馨葆、林晏群、邱泰源 (2012)。應否撤除氣管內插管？－《安寧緩和醫療條例》修正前後之倫理與法律議題探討。生命教育研究，4(1), 109-126。
- 楊秀儀 (2013)。論病人之拒絕維生醫療權：法律理論與臨床實踐。生命教育研究，5(1), 1-24。
- 楊培珊、鄭讚源、黃松林 (2009)。「榮譽國民之家」組織文化革新：由慈善安置到專業服務。社區發展季刊，125, 162-176。
- 楊嘉玲、陳慶餘、胡文郁 (2008)。醫療預立指示。安寧療護雜誌，13(1), 30-41。
- 鄒海月、王守容、何玉芬 (1999)。癌症末期病患家屬對「不予急救」之態度及其相關因素之初探。榮總護理，16(4), 344-356。
- 廖綠 (2014)。護理之家住民不施行心肺復甦術現況簽署/不簽署影響因子探討。中臺科技大學長期整合照護與福祉服務產業碩士專班論文。臺中：中臺科技大學。
- 榮光雙週刊 (2014)。精實退輔措施 周全服務作為 (第2235期)。網址：<http://epaper.vac.gov.tw/zh-tw/C/1603%7C1/25003/1/Publish.htm>。上網日期：2014/10/23。
- 臺北榮民總醫院家庭醫學部 (2014)。榮民安寧緩和資源中心：榮民安寧緩和醫療全程照護網絡計畫。網址：[http://wd.vghtpe.gov.tw/fm/i\\_site.jsp?id=8383](http://wd.vghtpe.gov.tw/fm/i_site.jsp?id=8383)。上網日期：2014/10/23。

- 臺灣醒報 (2014)。減少無效醫療 醫病應多溝通。網址：  
<https://tw.news.yahoo.com/%E6%B8%9B%E5%B0%91%E7%84%A1%E6%95%88%E9%86%AB%E7%99%82-%E9%86%AB%E7%97%85%E6%87%89%E5%A4%9A%E6%BA%9D%E9%80%9A-125042940.html>。上網時間：  
2015/01/03。
- 臺灣醫療改革基金會電子報 (2015)。醫改會公布「在地好命善終資源」排行榜  
(第133期)。網址：[http://www.thrf.org.tw/NewsLetter\\_Show.asp?NewsLetter\\_ID=210#A](http://www.thrf.org.tw/NewsLetter_Show.asp?NewsLetter_ID=210#A)。上網日期：2015/3/15。
- 趙國智、王天佑 (2013)。老年榮民與非榮民醫療服務利用之比較分析。玄奘社會科學學報，11, 1-36。
- 劉衍永、周曉陽 (2008)。中國傳統文化中的死亡觀及其現代意義。船山學刊，1, 64-66。
- 劉曉江 (1993)。論中國傳統死亡智慧的現代價值。哲學與文化，20(8), 795-802。
- 劉謁宜 (2009)。護理之家老年住民家屬代理簽署不施行心肺復甦術同意書之經驗。國立台北護理學院護理研究所碩士論文。臺北：臺北護理學院。
- 蔣欣欣、彭美慈、余玉眉、蘇逸玲 (2006)。探討不施予心肺復甦術的倫理議題。榮總護理，23(1), 87-96。
- 蔣欣欣、盧孳艷 (1996)。健康與疾病的文化觀及現象分析。護理雜誌，43(4), 42-48。
- 衛生福利部統計處 (2013)。社會福利統計年報：身心障礙者服務 (6.4身心障礙者人數按類別及年齡別分)。網址：[http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f\\_list\\_no=312&fod\\_list\\_no=4182](http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=4182)。上網日期：2014/04/27。
- 鄭夙芬 (2008)。影響急診醫護人員對是否簽署不施行心肺復甦術癌末病患執行醫療處置之因素探討。長庚大學護理學研究所碩士論文。桃園：長庚大學。
- 鄭淑芬、丁肇慈、郭彩雲 (2013)。提升癌症末期病人不施行心肺復甦術簽署率。榮總護理，30(1), 29-37。

- 謝至鏗、王淑貞、王英偉（2013）。符合社區民眾預立醫療自主計畫文化觀點之介入模式—台灣花蓮地區之經驗。安寧療護雜誌，18(1), 1-13。
- 謝伶瑜（2011）。醫護人員預立醫囑知識與相關因素之探討。長庚護理，22(2), 153-163。
- 鍾立民（2008）。癌症病患簽署不施行心肺復甦術同意書之分析研究。國立中山大學高階經營碩士專班論文。臺中：中山大學。
- 羅玉岱（2009）。護理之家住民不施行心肺復甦術決策之現況與影響因子探討。國立成功大學老年學研究所碩士論文。臺南：成功大學。
- 羅玉岱、潘輝民、張士琨、劉立凡（2008）。能不能救命？心肺復甦術對老年病患之成效與相關因素探討。台灣老年醫學暨老年學雜誌，3(4), 248-261。
- 顧乃平、李從業（2002）。預立指示及倫理考量。護理雜誌，49(6), 18-25。

## 【英文部分】

- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckman (Eds.), Action-control: From cognition to behavior (pp. 11- 39). Heidelberg, Germany: Springer.
- Alano, G. J., Pekmezaris, R., Tai, J. Y., Hussain, M. J., Jeune, J., Louis, B., El-Kass, G., Ashraf, M. S., Reddy R., Lesser, M. & Wolf-Klein G. P. (2010). Factors influencing older adults to complete advance directives. Palliative and Supportive Care, 8(3), 267-275.
- Bandura, A. (2006). Toward a psychology of human agency. Perspectives on Psychological Science, 1(2), 164-180.
- Barondess, L. (2005). Helping patients make their health care wishes known in advance directives. Annals of Long-Term Care, 13(5), 14. Available from: <http://www.annalsoflongtermcare.com/article/4103>. Accessed April 26, 2014.

- Borum, M. L., Lynn, J., & Zhong, Z. (2000). The effects of patient race on outcomes in seriously ill patients in SUPPORT: An overview of economic impact, medical intervention, and end-of-life decisions. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. Journal of the American Geriatrics Society, 48(5), 194-198.
- Brown, B. A. (2003). The history of advance directives: A literature review: The Patient Self-Determination Act is one step needed to move to a more patient-centered health care system; nurses can aid in preserving patients' rights by helping older adults develop advance directives. Journal of Gerontological Nursing, 29(9), 4-14.
- Carr, D. (2012). Racial and ethnic differences in advance care planning: Identifying subgroup patterns and obstacles. Journal of Aging and Health, 24(6), 923-947.
- Dempsey, D. (2014). Advance care planning: Taking time now will save time later. Nursing & Residential Care, 16(5), 269-272.
- Dobalian, A. (2006). Advance care planning documents in nursing facilities: results from a nationally representative survey. Archives of gerontology and geriatrics, 43(2), 193-212.
- Douglas, R., & Brown, H. N. (2002). Patients' attitudes toward advance directives. Journal of Nursing Scholarship, 34(1), 61-65.
- Emanuel, E. J., Weinberg, D. S., Gonin, R., Hummel, L. R., & Emanuel, L. L. (1993). How well is the Patient Self-Determination Act working?: an early assessment. The American Journal of Medicine, 95(6), 619-628.
- Fagerlin, A., & Schneider, C. E. (2004). Enough: the failure of the living will. Hastings Center Report, 34(2), 30-42.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research. Reading, MA: Addison-Wesley.

- Frank, C., Heyland, D. K., Chen, B., Farquhar, D., Myers, K., & Iwaasa, K. (2003). Determining resuscitation preferences of elderly inpatients: a review of the literature. Canadian Medical Association Journal, 169(8), 795-799.
- Galambos, C. M. (1998). Preserving end-of-life autonomy: The Patient Self-Determination Act and the Uniform Health Care Decisions Act. Health & Social Work. 23(4), 275-281.
- Gillick, M. R. (2009). Decision making near life's end: a prescription for change. Journal of palliative medicine, 12(2), 121-125.
- Hinders, D. (2012). Advance directives limitations to completion. American Journal of Hospice and Palliative Medicine, 29(4), 286-289.
- Hsin, Hsin-Chen(2006) ° Effects of Family-Centered Values in Elder's End-of-life Decision Making--Perspectives of Seniors in Taiwan and Compared to Seniors in New Zealand.以家庭為中心之價值觀對老年末期醫療抉擇之影響：比較台灣年老者與紐西蘭老人之觀點。 台灣醫學人文學刊， 7(1&2), 179-190.
- Jezevski, M. A., & Meeker, M. A. (2005). Constituting advance directives from the perspective of people with chronic illnesses. Journal of Hospice & Palliative Nursing, 7(6), 319-327.
- Jones, A., Moss, A. J., & Harris-Kojetin, L. D. (2011). Use of advance directives in long-term care populations. US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics.
- Jones, B. L., Parker-Raley, J., Higgeson, R., Christie, L. M., Legett, S., & Greathouse, J. (2008). Finding the right words: Using the terms allow natural death (AND) and do not resuscitate (DNR) in pediatric palliative care. Journal for Healthcare Quality, 30(5), 55-63.

- Kim, S. S., Lee, W. E., Cheon, J. Y., Lee, J. E., Yeo, K. S. & Lee, J. H. (2011). Preferences for advance directives in Korea. Nursing research and practice, 2012, 1-7.
- Ko, E. & Berkman, C. S. (2012). Advance Directives Among Korean American Older Adults: Knowledge, Attitudes, and Behavior. Journal of gerontological social work, 55(6), 484-502.
- Kremer, H., Ironson, G., Schneiderman, N. & Hautzinger, M. (2007). "It's My Body": Does Patient Involvement in Decision Making Reduce Decisional Conflict?. Medical Decision Making, 27(5), 522-532.
- Malespina, J. (2007). Improving care of the dying: What do the experts say?. The Official Journal of the American Academy of Physician Assistants, 20(11), 38, 41-43.
- Mauk, K. L.(Ed.) (2010). Gerontological nursing: Competencies for care (2nd ed.). USA: Jones & Bartlett Learning. p.9.
- Messinger-Rapport, B. J., & Kamel, H. K. (2005). Predictors of do not resuscitate orders in the nursing home. Journal of the American Medical Directors Association, 6(1), 18-21.
- Meyer, C. (2015). Allow Natural Death--An Alternative To DNR? Available from: <http://www.hospicepatients.org/and.html>. Accessed May 16, 2015.
- Montaño, D. E., Kasprzyk, D.(2008). The theory of reasoned action, the theory of planned behavior, and the Integrated Behavioral Model. In Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Eds.), Health behavior and health education: theory research, and practice. (4th ed.) (pp. 67-96). San Francisco, CA: John Wiley & Sons.

- Moore, C. D., & Sherman, S. R. (1999). Factors that influence elders' decisions to formulate advance directives. Journal of Gerontological Social Work, 31(1-2), 21-39.
- Raijmakers, N. J. H. (2013). End of life care and decision making: Opinions and experiences of the general public, bereaved relatives, and professionals. Doctoral dissertation, Erasmus MC: University Medical Center Rotterdam. p.12.
- Sahm, S., Will, R., & Hommel, G. (2005). Attitudes towards and barriers to writing advance directives amongst cancer patients, healthy controls, and medical staff. Journal of medical ethics, 31(8), 437-440.
- Schickedanz, A. D., Schillinger, D., Landefeld, C. S., Knight, S. J., Williams, B. A., & Sudore, R. L. (2009). A Clinical Framework for Improving the Advance Care Planning Process: Start with Patients' Self-Identified Barriers. Journal of the American Geriatrics Society, 57(1), 31-39.
- Schub, T. & March, P. (2014). End-of-Life Care and Decision Making. Available from: CINAHL Plus with Full Text, Ipswich, MA. Accessed April 26, 2014.
- Song, M. K. (2004). Effects of end-of-life discussions on patients' affective outcomes. Nursing Outlook, 52(3), 118-125.
- Storey, L., & Sherwen, E. (2013). How to use advance care planning in a care home. Nursing Older People, 25(2), 14-18.
- Sugarman, J., Weinberger, M., & Samsa, G. (1992). Factors associated with veterans' decisions about living wills. Archives of Internal Medicine, 152(2), 343-347.
- Thorevska, N., Tilluckdharry, L., Tickoo, S., Havasi, A., Amoateng-Adjepong, Y., & Manthous, C. A. (2005). Patients' understanding of advance directives and cardiopulmonary resuscitation. Journal of Critical Care, 20(1), 26-34.

- Tonelli, M. R. (1996). Pulling the plug on living wills A critical analysis of advance directives. CHEST Journal, 110(3), 816-822.
- Van der Heide, A., Deliens, L., Faisst, K., Nilstun, T., Norup, M., Paci, E., van der Wal, G., van der Maas, P. J. (2003). End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. The Lancet, 362(9381), 345-350.
- Walsh, R. A., Girgis, A. & Sanson-Fisher, R. W. (1998). Breaking bad news 2: what evidence is available to guide clinicians?. Behavioral Medicine, 24(2), 61-72.
- White, C. (2005). An exploration of decision-making factors regarding advance directives in a long-term care facility. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 17(1), 14-20.
- Wilkinson, A., Wenger N. & Shugarman L.R. (2007). Literature review on advance directives. US Department of Health and Human Services, Volume June.
- World Health Organization (2009). Palliative care definition. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/en/>. Accessed April 27, 2014.
- Worldwide Palliative Care Alliance (2009). About hospice and palliative care. Available from: <http://www.thewpca.org/about-hospice-and-palliative-care/>. Accessed April 27, 2014.

【附錄一】預立安寧緩和醫療暨維生醫療決策意願書

「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」

本人\_\_\_\_\_ (簽名)若罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已屬不可避免時，特依安寧緩和醫療條例第四條、第五條及第七條第一項第二款所賦予之權利，作以下之抉擇：(請勾選 )

- 接受 安寧緩和醫療(定義說明請詳背面)  
接受 不施行心肺復甦術(定義說明請詳背面)  
接受 不施行維生醫療(定義說明請詳背面)  
同意 將上述意願加註於本人之全民健保憑證(健保 IC 卡)內

◎簽署人：(簽名) \_\_\_\_\_ 國民身分證統一編號： \_\_\_\_\_

住(居)所： \_\_\_\_\_ 電話： \_\_\_\_\_

出生年月日：中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

是 否 年滿二十歲 (簽署人為成年人或未年滿二十歲之末期病人，得依安寧緩和醫療條例第四條第一項、第五條第一項及第七條第一項第二款之規定，立意願書選擇安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇。)

◎在場見證人(一)：(簽名) \_\_\_\_\_ 國民身分證統一編號： \_\_\_\_\_

住(居)所： \_\_\_\_\_ 電話： \_\_\_\_\_

出生年月日：中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◎在場見證人(二)：(簽名) \_\_\_\_\_ 國民身分證統一編號： \_\_\_\_\_

住(居)所： \_\_\_\_\_ 電話： \_\_\_\_\_

出生年月日：中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

簽署日期：中 華 民 國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日(必填)

◎法定代理人：(簽署人未成年方須填寫)

簽 名： \_\_\_\_\_ 國民身分證統一編號： \_\_\_\_\_

住(居)所： \_\_\_\_\_ 電話： \_\_\_\_\_

出生年月日：中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◎醫療委任代理人：(簽署人為醫療委任代理人方須填寫並應檢附醫療委任代理人委任書)

簽 名： \_\_\_\_\_ 國民身分證統一編號： \_\_\_\_\_

住(居)所： \_\_\_\_\_ 電話： \_\_\_\_\_

出生年月日：中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◎備註：1 簽署人可依背面簡易問答第 4 題說明自行查詢健保 IC 卡註記申辦進度，若無法自行查詢需要回復通知者請於下列打勾(無勾選者視同無須回復通知)：

註記手續辦理成功時，請回復通知簽署人。

2 「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」填妥後請將正本寄回：行政院衛生署(103 台北市塔城街 36 號)或宣導單位：台灣安寧照顧協會(251 新北市淡水區民生路 45 號)收，副本請自行保管。

【正本】 依行政院衛生署中華民國 102 年 05 月 15 日公告之參考範例編印

## 「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」健保 IC 卡註記申辦注意事項

### ◎簡易問答：

一、問：為什麼要將「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」加註在健保 IC 卡？

答：為尊重末期病人之醫療意願及保障其權益，政府公布施行之『安寧緩和醫療條例』條文明訂：

1. 末期病人得立意願書選擇安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇。
2. 二十歲以上具完全行為能力之人，得預立意願書。

但對於已經簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」之民眾，所簽立之「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」若未隨身攜帶，在末期病危，卻無法主動出示時，一般醫療院所，就醫護人員的職責，仍應全力救治，導致常發生不符合病人意願與利益之急救等遺憾事件。因此，在健保 IC 卡上註記安寧緩和醫療意願，以提醒醫護人員尊重病患不施行心肺復甦術或之意願，確實有其重要性。

二、問：民眾該如何將「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願」加註於健保 IC 卡？

答：將已填妥之『預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書』正本寄至『行政院衛生署』（地址：10341 台北市大同區塔城街 36 號，電話：02-85906666，網址：www.doh.gov.tw）或『台灣安寧照顧協會』（地址：25160 新北市淡水區民生路 45 號，電話：02-28081585，網址：www.tho.org.tw）即可申請辦理健保 IC 卡加註事宜。

三、問：當「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」簽署並已加註於健保 IC 卡，是否無法撤除及取消註記？

答：當簽署人意願改變欲撤除時，可填妥「撤回預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願聲明書」，經簽署人親筆簽名，將該書面資料寄回行政院衛生署或受理委託執行之『台灣安寧照顧協會』，承辦單位會依程序協助辦理簽署人健保 IC 卡撤除註記手續。

四、問：如何查詢「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」在健保 IC 卡已完成註記手續？

答：一、網路查詢：

民眾可先備妥 1. 一般讀卡機(非健保專用讀卡機) 2. 自然人憑證或健保 IC 卡。

◎方式一：以自然人憑證查詢。

進入行政院衛生署網頁 <http://www.doh.gov.tw> > 常用查詢 > 安寧緩和醫療及器官捐贈意願資訊系統(民眾意願查詢) > 將自然人憑證卡片插入讀卡機中 > 輸入 PIN 卡 > 【完成查詢】。

◎方式二：以健保 IC 卡查詢。

進入行政院衛生署網頁 <http://www.doh.gov.tw> > 常用查詢 > 安寧緩和醫療及器官捐贈意願資訊系統(民眾意願查詢) > 將健保 IC 卡卡片插入讀卡機中 > 【完成查詢】。

二、電話查詢：請撥免付費 0800-220-927 洽台灣安寧照顧協會查詢。

三、可自健保局各分局、聯絡辦公室、附設門診中心之公共服務站或與健保局有合約之醫療院所，先進行健保 IC 卡資料內容更新後，再請機構協助查詢。

### ◎解釋名詞：

- 1、安寧緩和醫療一指：為減輕或免除末期病人之生理、心理及靈性痛苦，施予緩解性、支持性之醫療照護，以增進其生活品質。
- 2、不施行心肺復甦術一指：「對臨終、瀕死或無生命徵象之病人，不施予氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸等標準急救程序或其他緊急救治行為」。
- 3、不施行維生醫療一指：末期病人不施行用以維持生命徵象及延長其瀕死過程的醫療措施。

### ◎補充說明：

- 1、依據安寧緩和醫療條例第四條之規定，疾病末期之病人簽署意願書，應有具完全行為能力者二人以上在場見證，但實施安寧緩和醫療及執行意願人維生醫療抉擇之醫療機構所屬人員不得為見證人。
- 2、依據安寧緩和醫療條例第七條第一項第二款之規定，未成年人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。
- 3、依據安寧緩和醫療條例第五條之規定，意願人得預立醫療委任代理人，並以書面載明委任意旨，於其無法表達意願時，由代理人代為簽署。

1020701 修訂

【附錄二】醫療委任代理人委任書

醫療委任代理人委任書（參考範例）

本人\_\_\_\_\_已年滿二十歲，且具完全行為能力，若罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已屬不可避免而本人已意識昏迷或無法清楚表達意願時，同意由其依安寧緩和醫療條例第五條第二項之規定，委任\_\_\_\_\_為醫療委任代理人，代為簽署『預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書』。

立意願人

簽名：\_\_\_\_\_ 國民身分證統一編號：\_\_\_\_\_  
住（居）所：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_  
出生年月日：中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

受任人

簽名：\_\_\_\_\_ 國民身分證統一編號：\_\_\_\_\_  
住（居）所：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_  
出生年月日：中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

後補受任人（一）（得免填列）

簽名：\_\_\_\_\_ 國民身分證統一編號：\_\_\_\_\_  
住（居）所：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_  
出生年月日：中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

後補受任人（二）（得免填列）

簽名：\_\_\_\_\_ 國民身分證統一編號：\_\_\_\_\_  
住（居）所：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_  
出生年月日：中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日（必填）

### 【附錄三】安寧緩和醫療條例

名稱：安寧緩和醫療條例

修正日期：民國 102 年 01 月 09 日

法規類別：行政 > 衛生福利部 > 醫事目

#### 第 1 條

為尊重末期病人之醫療意願及保障其權益，特制定本條例。

#### 第 2 條

本條例所稱主管機關：在中央為行政院衛生署；在直轄市為直轄市政府；在縣（市）為縣（市）政府。

#### 第 3 條

本條例專用名詞定義如下：

- 一、安寧緩和醫療：指為減輕或免除末期病人之生理、心理及靈性痛苦，施予緩解性、支持性之醫療照護，以增進其生活品質。
- 二、末期病人：指罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已不可避免者。
- 三、心肺復甦術：指對臨終、瀕死或無生命徵象之病人，施予氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸等標準急救程序或其他緊急救治行為。
- 四、維生醫療：指用以維持末期病人生命徵象，但無治癒效果，而只能延長其瀕死過程的醫療措施。
- 五、維生醫療抉擇：指末期病人對心肺復甦術或維生醫療施行之選擇。
- 六、意願人：指立意願書選擇安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇之人。

#### 第 4 條

末期病人得立意願書選擇安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇。

前項意願書，至少應載明下列事項，並由意願人簽署：

- 一、意願人之姓名、國民身分證統一編號及住所或居所。
- 二、意願人接受安寧緩和醫療或維生醫療抉擇之意願及其內容。
- 三、立意願書之日期。

意願書之簽署，應有具完全行為能力者二人以上在場見證。但實施安寧緩和醫療及執行意願人維生醫療抉擇之醫療機構所屬人員不得為見證人。

#### 第 5 條

二十歲以上具完全行為能力之人，得預立第四條之意願書。

前項意願書，意願人得預立醫療委任代理人，並以書面載明委任意旨，於其無法表達意願時，由代理人代為簽署。

## 第 6 條

意願人得隨時自行或由其代理人，以書面撤回其意願之意思表示。

### 第 6-1 條

經第四條第一項或第五條之意願人或其醫療委任代理人於意願書表示同意，中央主管機關應將其意願註記於全民健康保險憑證（以下簡稱健保卡），該意願註記之效力與意願書正本相同。但意願人或其醫療委任代理人依前條規定撤回意願時，應通報中央主管機關廢止該註記。

前項簽署之意願書，應由醫療機構、衛生機關或受中央主管機關委託之法人以掃描電子檔存記於中央主管機關之資料庫後，始得於健保卡註記。

經註記於健保卡之意願，與意願人臨床醫療過程中書面明示之意思表示不一致時，以意願人明示之意思表示為準。

## 第 7 條

不施行心肺復甦術或維生醫療，應符合下列規定：

一、應由二位醫師診斷確為末期病人。

二、應有意願人簽署之意願書。但未成年人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。未成年人無法表達意願時，則應由法定代理人簽署意願書。

前項第一款之醫師，應具有相關專科醫師資格。

末期病人無簽署第一項第二款之意願書且意識昏迷或無法清楚表達意願時，由其最近親屬出具同意書代替之。無最近親屬者，應經安寧緩和醫療照會後，依末期病人最大利益出具醫囑代替之。同意書或醫囑均不得與末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願前明示之意思表示相反。

前項最近親屬之範圍如下：

一、配偶。

二、成年子女、孫子女。

三、父母。

四、兄弟姐妹。

五、祖父母。

六、曾祖父母、曾孫子女或三親等旁系血親。

七、一親等直系姻親。

末期病人符合第一項至第四項規定不施行心肺復甦術或維生醫療之情形時，原施予之心肺復甦術或維生醫療，得予終止或撤除。

第三項最近親屬出具同意書，得以一人行之；其最近親屬意思表示不一致時，依第四項各款先後定其順序。後順序者已出具同意書時，先順序者如有不同之意思表示，應於不施行、終止或撤除心肺復甦術或維生醫療前以書面為之。

第 8 條

醫師應將病情、安寧緩和醫療之治療方針及維生醫療抉擇告知末期病人或其家屬。但病人有明確意思表示欲知病情及各種醫療選項時，應予告知。

第 9 條

醫師應將第四條至前條規定之事項，詳細記載於病歷；意願書或同意書並應連同病歷保存。

第 10 條

醫師違反第七條規定者，處新台幣六萬元以上三十萬元以下罰鍰，並得處一個月以上一年以下停業處分或廢止其執業執照。

第 11 條

醫師違反第九條規定者，處新台幣三萬元以上十五萬元以下罰鍰。

第 12 條

本條例所定之罰鍰、停業及廢止執業執照，由直轄市、縣（市）主管機關處罰之。

第 13 條

（刪除）

第 14 條

本條例施行細則，由中央主管機關定之。

第 15 條

本條例自公布日施行。

【附錄四】人體試驗研究計畫許可書



臺中榮民總醫院人體試驗委員會

The Institutional Review Board of Taichung Veterans General Hospital

40705 台中市西屯區臺灣大道四段 1650 號

1650 Taiwan Boulevard Sect. 4, Taichung, Taiwan 40705, ROC

TEL:886-4-23592525-4006 FAX:886-4-23592525-4408

E-mail: irbtc@vghtc.gov.tw

人體試驗研究計畫許可書

開立日期：西元 2014 年 08 月 18 日

計畫名稱：榮民之家老年榮民預立醫療指示簽署行為之調查研究

IRB 編號：CE14234

計畫主持人：社會工作室劉寶愛社工師

協同主持人：社會工作室陳柔佳組員

計畫書版本/日期：Version 2.0 / 103/08/18

問卷版本/日期：Version 1.0 / 1030730

通過會期：第一人體試驗委員會第 167 次會議

有效期間：自西元 2014 年 08 月 18 日至 2015 年 08 月 17 日止

(此案追蹤審查頻率為一年一次，請主持人主動繳交追蹤報告。)

- \* 依照赫爾辛基宣言及 ICH-GCP 規定，臨床試驗每屆滿一年，人體試驗委員會必須定期重新審查臨床試驗後方可繼續進行。請於有效期限到期二個月前繳交展延報告以利本會進行審查。
- \* 受試者於試驗期間發生嚴重不良事件及疑似未預期之嚴重藥物不良反應，主持人應依衛生福利部法規於期限內通報主管機構及審查之人體試驗委員會。
- \* 計畫展延應於許可書期限截止前二個月提出申請。
- \* 結案報告應於許可書期限截止後三個月內繳交。
- \* 本會有暫停/終止本研究計畫及撤銷本執行許可書之權責。

主任委員 許正園



Certificate of Approval

Protocol Title : A study of Advance Directive completion of older residents in Veteran's Home.

IRB TCVGH No : CE14234

Principal Investigator : Pau-Ai Liu

Sub-Investigator : Jou-Chia Chen

Protocol Version/Date : Version 2.0 / 18 August 2014

Questionnaire Version/Date : Version 1.0 / 30 July 2014

Board Meeting : Institutional Review Board ( I ) 167<sup>th</sup> Board Meeting

Approval Effective Period : From 18 August 2014 to 17 August 2015

Frequency of continuing review : 1 year

- \* In accordance with Declaration of Helsinki and ICH-GCP guidelines, PI is responsible to submit a progress report to IRB two months prior to the expiration date for an annual review.
- \* Serious Adverse events and SUSAR involving risk to participants must be reported to Ministry of Health and Welfare (MOHW) and IRB according to current regulation.
- \* Extension of the protocol should be submitted to IRB 2 months before the expired date of the Certificate of Approval.
- \* Closing study report should be submitted to IRB within 3 months after the expired date of the Certificate of Approval.
- \* The IRB has authorization to suspend/terminate the protocol and to withdraw the Certificate of Approval.

Jeng-Yuan Hsu, MD

Chairman, Institutional Review Board, TCVGH

本會組織與執行皆符合國際醫藥法規協會之藥品優良臨床試驗規範

The committee is organized and operates according to ICH-GCP and the applicable laws and regulations

## 【附錄五】問卷

「榮民之家老年榮民預立醫療指示簽署行為之調查研究」問卷

### 受訪者訪前說明

伯伯您好！

我是台中榮民總醫院的社工師，目前在東海大學社會工作學系碩士班就讀，我正在進行一項研究，主要是想瞭解在榮民之家生活的榮民伯伯們，平常有沒有思考過，希望在臨走前的那段時間，接受什麼樣的醫療照顧？以及在病況危急時，願不願意接受急救與插管的治療？也想瞭解榮民伯伯們是不是已經有簽署書面文件來表達這些想法？

本研究的目的是在於：增進醫療照顧提供者瞭解榮民伯伯們在預立醫療指示議題上的想法與看法；提供給實務工作者在與榮民伯伯們討論預立醫療指示話題時的注意事項與建議；最終目的是想要增進生命末期醫療照顧的品質。因此您的回答對本研究來說，是相當重要且極具有價值的資訊。

伯伯會獲邀成為受訪者，是研究生從榮民之家所提供的名單當中，使用亂數表隨機抽取出來的，本研究預計需要訪問 150 名伯伯。無論伯伯是否同意受訪，都不會影響您受照顧的權益。

問卷填答時將會由研究生唸出題目，由您口頭回答，時間約需 30-40 分鐘。如果因為填答時間過長，或問卷題目讓您感覺不適，請隨時向研究生反應，也可以隨時提出中止填答的要求，研究生將尊重您的意願。

已完成填答的問卷，將會以編號方式來進行問卷管理，資料分析時將會以整體量化統計方式來進行，不會留下能夠辨識出您個人資料的訊息。研究結果僅做為公開發表之學術論文之用，不做為其他用途。

若您同意接受訪問，請告知研究生直接開始進行填答作業，答案沒有對錯，請您放心地依真實的感受進行回答。這份訪前說明書將於訪問結束後交給您留存，如果訪問結束後有任何問題，歡迎您以下列方式聯絡：

台中榮民總醫院社工師 陳柔佳 04-23592525 轉 2935、0952-816947

台中榮民總醫院社工師 劉寶愛 04-23592525 轉 2931

東海大學社會工作學系副教授 高迪理 04-23590121 轉 36516

再次感謝您的協助！

敬祝 健康 如意！

計畫主持人：劉寶愛 社工師

協同主持人：陳柔佳 研究生/社工師 敬上

指導教授：高迪理 博士

中華民國 103 年 月 日



- 8.請問伯伯您需要到保健組或者是到醫院看醫生時，大都是因為哪些地方不舒服(可請伯伯回答部位或器官，再由訪問者確認後勾選，可複選)：\_\_\_\_\_種
- ①癌症或惡性腫瘤 ②高血壓 ③心臟血管疾病  
④腦血管疾病(如中風、動脈瘤) ⑤肝臟疾病 ⑥腎臟及泌尿道疾病  
⑦肺部疾病 ⑧腸胃疾病 ⑨脊椎神經疾病 ⑩眼耳鼻喉科  
⑪糖尿病 ⑫關節炎 ⑬風濕疾病 ⑭身心疾病 ⑮其他：\_\_\_\_\_
- 9.請伯伯回想一下，過去這半年來您到醫院門診、急診、住院的次數：
- 9-1 您最近這 6 個月內看門診的次數大概有\_\_\_\_\_次(進一步說明題意：印象中每週平均會有幾次，再擴及到 6 個月約 24 週)
- 9-2 您最近這 6 個月內掛急診的次數大概有\_\_\_\_\_次
- 9-3 您最近這 6 個月內住院的次數大概有\_\_\_\_\_次，大概住院住了\_\_\_\_\_天？
- 10.從以前到現在，伯伯有沒有住過醫院的加護病房呢？
- ①有 ○沒有
- 11.請問伯伯您認識的人當中(家人或朋友)有人有被急救過的經驗嗎？
- ①有 ○沒有 ⑨不知道
- 11-1(上題答「有」者再問)：當他被急救時，您的感覺如何？
- ①好 ②無所謂好或不好 ③不好 ⑨不用填
- 12.伯伯您自己本人有沒有被急救過的經驗？
- ①有 ○沒有
- 12-1(上題答「有」者再問)：您覺得自己被急救的這個經驗好不好？
- ①好 ②無所謂好或不好 ③不好 ⑨不用填
- 13.伯伯跟身邊親近的人聊天的時候，有沒有聊過有關生病或死亡這類的問題？
- ①有 ○沒有
- 14.伯伯跟身邊親近的人聊天的時候，有沒有聊過自己到了生命末期的時候，想要請醫生怎麼樣照顧你？(怎樣的醫療照顧方式？)
- ①有 ○沒有

15. 伯伯有沒有跟護士或醫生講過，自己到了生命末期的時候，想要他們怎麼樣照顧你？

①有 ○沒有

16. 「自己的生命末期醫療照顧方式，讓別人來幫忙決定比較好」您同不同意？  
(說明題意：別人包括配偶、子女、其他親人、親近的朋友、醫療人員)

①同意 ②看情況 ③不同意

17. 「自己事先決定好生命末期的醫療照顧方式，才不會造成別人的麻煩？」您同不同意？(說明題意：別人包括配偶、子女、其他親人、親近的朋友、醫療人員)

①同意 ②看情況 ③不同意

18. 「自己的生命末期醫療照顧方式，由自己做決定最好」您同不同意？

①同意 ②看情況 ③不同意

19. 「現在就考慮生命末期的醫療照顧方式，還太早了」您同不同意？

①同意 ②看情況 ③不同意

19-1(上題答「看情況」或「不同意」者再問)：覺得什麼時候比較合適？  
答：\_\_\_\_\_

20. 「就算沒有事先考慮生命末期的醫療照顧方式，到時候自然會有辦法」您同不同意？

①同意 ②看情況 ③不同意

21. 「談論生命末期的醫療照顧方式，就等於是在談論死亡的事情」您同不同意？

①同意 ②看情況 ③不同意

22. 「談論死亡會招來不好的結果」您同不同意？

①同意 ②看情況 ③不同意

23. 「人的生命會怎麼樣結束都是註定好的」您同不同意？

①同意 ②看情況 ③不同意

24. 伯伯會盡量不去想死亡這件事嗎？

①會 ②還好 ③不會

◎接下來要開始問伯伯有關意願書表格填寫的問題了，答案都沒有對錯，請伯伯依照自己的實際狀況回答就可以了：

25.請問伯伯，當您到了臨終只剩下一口氣的時候，您選擇要不要急救？

①要急救 ○不要急救 ◎理由(伯伯想講可以寫下來)：\_\_\_\_\_

26.請問伯伯您知不知道現在臺灣的法律有規定，人們可以自由選擇在臨終的時候要不要被急救？

①知道 ○不知道

26-1(上題答「知道」者再問)：請問伯伯是從哪裡知道的？

①醫護人員 ②電視廣播 ③報章雜誌 ④祭家宣導

⑤其他：\_\_\_\_\_ ⑨不用填

27.(拿表格出來給伯伯看)請問您是否已經簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」了？

①是 ○否

27-1(上題答「否」者再問)：請問伯伯過去有沒有考慮過關於簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」的事？

①有 ○沒有 ⑨不用填

27-2(上題答「有」者再問)：請問伯伯考慮過後，想不想要簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」？

①想 ○不想 ⑨不用填

28.請問伯伯您知不知道現在臺灣的法律有規定，人們可以自由指定醫療委任代理人幫忙做醫療決定？

①知道 ○不知道

28-1(上題答「知道」者再問)：請問伯伯是從哪裡知道的？

①醫護人員 ②電視廣播 ③報章雜誌 ④祭家宣導

⑤其他：\_\_\_\_\_ ⑨不用填

29.(拿表格出來給伯伯看)請問您是否已經簽署「醫療委任代理人委任書」了？

①是 ○否

29-1(上題答「否」者再問)：請問伯伯過去有沒有考慮過關於簽署「醫療委任代理人委任書」的事？

①有 ○沒有 ⑨不用填

29-2(上題答「有」者再問)：請問伯伯考慮過後，想不想要簽署「醫療委任代理人委任書」？

①想 ○不想 ⑨不用填

30.(兩張表一起拿著給伯伯看)請問您知不知道哪裡可以拿到這兩個表格？

①知道 ○不知道

31.請問您知不知道簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」，需要兩個見證人才能生效？

①知道 ○不知道

31-1(上題答「知道」者再問)：您覺得要找兩個人來擔任您的見證人容易嗎？

①容易 ○不容易 ⑨不用填

32.您覺得要開口討論簽不簽署這兩種意願書的事情容易嗎？

①容易 ○不容易

33.您身邊親近的人有沒有人已經簽好這兩種意願書了？

①有 ○沒有 ⑨不知道

33-1(上題答「沒有」或「不知道」者再問)：您覺得身邊親近的人有沒有可能去簽署這兩種意願書？

①有可能 ②普通 ③不可能 ⑨不用填

34.伯伯會不會因為身邊親近的人已經簽署意願書了，而影響您去簽署的意願？

①會 ②不一定 ③不會

35.伯伯覺得身邊親近的人會支持您去簽署意願書嗎？

①支持 ②不一定 ③不支持

36.您認為「簽署意願書」對「減少生命末期的痛苦與折磨」有幫助嗎？

①有幫助 ②還好 ③沒有幫助

- 37.您認為「簽署意願書」對「臨終時能夠走得沒有遺憾」有幫助嗎？  
①有幫助 ②還好 ③沒有幫助
- 38.(前面已回答沒有家人者不用填)您認為「簽署意願書」對「減輕家人的決策壓力」有幫助嗎？  
①有幫助 ②還好 ③沒有幫助 ④不用填
- 39.您認為「簽署意願書」是不是在生命末期時必須要做的一件事？  
①是 ②還好 ③不是
- 40.「選擇臨終時不要急救，醫師就不會好好治療您了」您同不同意？  
①同意 ②看情況 ③不同意
- 41.「選擇臨終時不要急救，就代表著放棄求生意志了」您同不同意？  
①同意 ②看情況 ③不同意
- 42.伯伯有沒有把握事先就計劃好未來的醫療照顧方式？  
①有把握 ②還好 ③沒有把握
- 43.伯伯覺得討論簽署這兩種意願書的話題，會不會讓您感到不舒服？  
①會 ②還好 ③不會
- ◎問卷的最後，要請伯伯告訴我一些有關您自己的資料：
- 44.請問伯伯的教育程度？  
○不識字 ①未受過正式教育，但識字 ②國小 ③國(初)中 ④高中(職)  
⑤大專以上
- 45.請問伯伯有沒有宗教信仰？  
○沒有 ①有 (①佛教 ②道教 ③天主教 ④基督教 ⑤一貫道  
⑥民間信仰：如媽祖、關公、王爺、土地公等 ⑦其他：\_\_\_\_\_)
- 46.(上題答「沒有」者不用填)請問伯伯認為自己的宗教信仰虔誠程度如何？  
①強 ②普通 ③弱 ④不用填
- 47.請問伯伯退伍時的軍階是什麼？  
①士兵 ②士官 ③尉官 ④校官 ⑤將官
- 48.請問伯伯滿不滿意自己現在的經濟狀況？  
①滿意 ②還好 ③不滿意

【附錄六】研究場所名單暨問卷內容效度之專家名單

《研究場所名單》

- ▶ 彰化榮譽國民之家  
彰化縣田中鎮鰲峰里中南路二段 421 號  
電話：04-8747647
  
- ▶ 中彰榮譽國民之家  
彰化市桃源里公園路 2 段 301 號  
電話：04-7222187

《問卷內容效度之專家名單》

- ▶ 陳孟君  
現任台中榮民總醫院緩和療護病房護理長
  
- ▶ 黃 蒂  
現任台中榮民總醫院社會工作師
  
- ▶ 劉寶愛  
現任台中榮民總醫院社會工作師
  
- ▶ 謝玉玲  
前台中榮民總醫院緩和療護病房護理長  
現任台灣安寧緩和護理學會理事

【附錄七】附表  
第四節 14 個表

表 4-4-1 基本屬性與是否已簽署意願書之交叉表

變項 類別	是否已簽署意願書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
年齡分組(n=141)			
65-84 歲	43(87.8)	6(12.2)	0.117
85 歲以上	72(78.3)	20(21.7)	
入住時間(n=141)			
5 年以下	56(88.9)	7(11.1)	0.225
5-9 年	30(78.9)	8(21.1)	
10-19 年	14(63.6)	8(36.4)	
20 以上	15(83.3)	3(16.7)	
婚姻狀況(n=141)			
單身(從未結婚/離婚/喪偶)	69(80.2)	17(19.8)	0.043
婚姻中(配偶在臺灣/大陸)	46(83.6)	9(16.4)	
有無子女(n=141)			
無(臺灣戶籍上無)	57(81.4)	13(18.6)	0.003
有(臺灣戶籍上有)	58(81.7)	13(18.3)	
有無子女以外親戚(n=141)			
無	37(80.4)	9(19.6)	0.112
有，在臺灣	21(91.3)	2(8.7)	
有，在大陸	57(79.2)	15(20.8)	
教育程度(n=141)			
國小以下	58(86.6)	9(13.4)	0.123
國(初)中以上	57(77.0)	17(23.0)	
退伍軍階(n=137)			
士官以下	68(85.0)	12(15.0)	0.078
尉官以上	45(78.9)	12(21.1)	
經濟狀況(n=141)			
滿意	58(82.9)	12(17.1)	0.134
還好	37(75.5)	12(24.5)	
不滿意	20(90.9)	2(9.1)	
宗教信仰(n=141)			
無	76(80.0)	19(20.0)	0.058
有	39(84.8)	7(15.2)	
宗教信仰虔誠度(n=46)			
強	11(91.7)	1(8.3)	
普通	19(90.5)	2(9.5)	
弱	9(69.2)	4(30.8)	

表 4-4-2 基本屬性與是否已簽署醫療委任代理人委任書之交叉表

變項 類別	是否已簽署醫療委任代理人委任書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
年齡分組(n=141)			
65-84 歲	48(98.0)	1(2.0)	
85 歲以上	90(97.8)	2(2.2)	
入住時間(n=141)			
5 年以下	62(98.4)	1(1.6)	
5-9 年	38(100)	0(0)	
10-19 年	22(100)	0(0)	
20 以上	16(88.9)	2(11.1)	
婚姻狀況(n=141)			
單身(從未結婚/離婚/喪偶)	83(96.5)	3(3.5)	
婚姻中(配偶在臺灣/大陸)	55(100)	0(0)	
有無子女(n=141)			
無(臺灣戶籍上無)	68(97.1)	2(2.9)	
有(臺灣戶籍上有)	70(98.6)	1(1.4)	
有無子女以外親戚(n=141)			
無	46(100)	0(0)	
有，在臺灣	22(95.7)	1(4.3)	
有，在大陸	70(97.2)	2(2.8)	
教育程度(n=141)			
國小以下	65(97.0)	2(3.0)	
國(初中)以上	72(98.6)	1(1.4)	
退伍軍階(n=137)			
士官以下	80(100)	0(0)	
尉官以上	56(98.2)	1(1.8)	
經濟狀況(n=141)			
滿意	70(100)	0(0)	
還好	47(95.9)	2(4.10)	
不滿意	21(95.5)	1(4.5)	
宗教信仰(n=141)			
無	93(97.9)	2(2.1)	
有	45(97.8)	1(2.2)	
宗教信仰虔誠度(n=46)			
強	12(100)	0(0)	
普通	20(95.2)	1(4.8)	
弱	13(100)	0(0)	

表 4-4-3 基本屬性與有無考慮過簽署意願書之交叉表

變項 類別	行為意圖_有無考慮過簽署意願書		Cramer's V 係數
	沒有 次數(%)	有 次數(%)	
年齡分組(n=115)			
65-84 歲	23(53.5)	20(46.5)	0.007
85 歲以上	38(52.8)	34(47.2)	
入住時間(n=115)			
5 年以下	31(55.4)	25(44.6)	0.142
5-9 年	14(46.7)	16(53.3)	
10-19 年	6(42.9)	8(57.1)	
20 年以上	10(66.7)	5(33.3)	
婚姻狀況(n=115)			
單身(從未結婚/離婚/喪偶)	36(52.2)	33(47.8)	0.021
婚姻中(配偶在臺灣/大陸)	25(54.3)	21(45.7)	
有無子女(n=115)			
無(臺灣戶籍上無)	30(52.6)	27(47.4)	0.008
有(臺灣戶籍上有)	31(53.4)	27(46.6)	
有無子女以外親戚(n=115)			
無	17(45.9)	20(54.1)	0.098
有，在臺灣	12(57.1)	9(42.9)	
有，在大陸	32(56.1)	25(43.9)	
教育程度(n=115)			
國小以下	30(51.7)	28(48.3)	0.027
國(初)中以上	31(54.4)	26(45.6)	
退伍軍階(n=113)			
士官以下	35(51.5)	33(48.5)	0.018
尉官以上	24(53.3)	21(46.7)	
經濟狀況(n=115)			
滿意	31(53.4)	27(46.6)	0.026
還好	19(51.4)	18(48.6)	
不滿意	11(55.0)	9(45.0)	
宗教信仰(n=115)			
有	37(48.7)	39(51.3)	0.122
無	24(61.5)	15(38.5)	
宗教信仰虔誠度(n=39)			
強	8(72.7)	3(27.3)	
普通	10(52.6)	9(47.4)	
弱	6(66.7)	3(33.3)	

表 4-4-4 基本屬性與有無考慮過簽署醫療委任代理人委任書之交叉表

變項 類別	行為意圖_有無考慮過簽署醫療委任代理人委任書		Cramer's V 係數
	沒有 次數(%)	有 次數(%)	
年齡分組(n=138)			
65-84 歲	35(72.9)	13(27.1)	0.019
85 歲以上	64(71.1)	26(28.9)	
入住時間(n=138)			
5 年以下	44(71.0)	18(29.0)	0.056
5-9 年	27(71.1)	11(28.9)	
10-19 年	17(77.3)	5(22.7)	
20 年以上	11(68.8)	5(31.3)	
婚姻狀況(n=138)			
單身(從未結婚/離婚/喪偶)	60(72.3)	23(27.7)	0.015
婚姻中(配偶在臺灣/大陸)	39(70.9)	16(29.1)	
有無子女(n=138)			
無(臺灣戶籍上無)	50(73.5)	18(26.5)	0.039
有(臺灣戶籍上有)	49(70.0)	21(30.0)	
有無子女以外親戚(n=138)			
無	33(71.7)	13(28.3)	0.010
有，在臺灣	16(72.7)	6(27.3)	
有，在大陸	50(71.4)	20(28.6)	
教育程度(n=138)			
國小以下	46(70.8)	19(29.2)	0.020
國(初)中以上	53(72.6)	20(27.4)	
退伍軍階(n=136)			
士官以下	57(71.3)	23(28.8)	0.002
尉官以上	40(71.4)	16(28.6)	
經濟狀況(n=138)			
滿意	55(78.6)	15(21.4)	0.155
還好	30(63.8)	17(36.2)	
不滿意	14(66.7)	7(33.3)	
宗教信仰(n=138)			
有	65(69.9)	28(30.1)	0.059
無	34(75.6)	11(24.4)	
宗教信仰虔誠度(n=45)			
強	9(75.0)	3(25.0)	
普通	14(70.0)	6(30.0)	
弱	11(84.6)	2(15.4)	

表 4-4-5 基本屬性與想不想簽署意願書之交叉表

變項 類別	行為意圖_想不想簽署意願書		Cramer's V 係數
	不想 次數(%)	想 次數(%)	
年齡分組(n=54)			
65-84 歲	9(45.0)	11(55.0)	0.126
85 歲以上	11(32.4)	23(67.6)	
入住時間(n=54)			
5 年以下	7(28.0)	18(72.0)	
5-9 年	8(50.0)	8(50.0)	
10-19 年	4(50.0)	4(50.0)	
20 年以上	1(20.9)	4(80.0)	
婚姻狀況(n=54)			
單身(從未結婚/離婚/喪偶)	10(30.3)	23(69.7)	0.175
婚姻中(配偶在臺灣/大陸)	10(47.6)	11(52.4)	
有無子女(n=54)			
無(臺灣戶籍上無)	11(40.7)	16(59.3)	0.077
有(臺灣戶籍上有)	9(33.3)	18(66.7)	
有無子女以外親戚(n=54)			
無	8(40.0)	12(60.0)	0.051
有，在臺灣	3(33.3)	6(66.7)	
有，在大陸	9(36.0)	16(64.0)	
教育程度(n=54)			
國小以下	12(42.9)	16(57.1)	0.125
國(初)中以上	8(30.8)	18(69.2)	
退伍軍階(n=54)			
士官以下	15(45.5)	18(55.5)	0.219
尉官以上	5(23.8)	16(76.2)	
經濟狀況(n=54)			
滿意	9(33.3)	18(66.7)	0.316
還好	10(55.6)	8(44.4)	
不滿意	1(11.1)	8(88.9)	
宗教信仰(n=54)			
有	14(35.9)	25(64.1)	0.038
無	6(40.0)	9(60.0)	
宗教信仰虔誠度(n=15)			
強	0(0)	3(100)	
普通	5(55.6)	4(44.4)	
弱	1(33.3)	2(66.7)	

表 4-4-6 基本屬性與想不想簽署醫療委任代理人委任書之交叉表

變項 類別	行為意圖_想不想簽署醫療委任代理人委任書		Cramer's V 係數
	不想 次數(%)	想 次數(%)	
年齡分組(n=39)			
65-84 歲	8(61.5)	5(38.5)	0.077
85 歲以上	18(69.2)	8(30.8)	
入住時間(n=39)			
5 年以下	10(55.6)	8(44.4)	
5-9 年	8(72.7)	3(27.3)	
10-19 年	4(80.0)	1(20.0)	
20 年以上	4(80.0)	1(20.0)	
婚姻狀況(n=39)			
單身(從未結婚/離婚/喪偶)	16(69.6)	7(30.4)	0.074
婚姻中(配偶在臺灣/大陸)	10(62.5)	6(37.5)	
有無子女(n=39)			
無(臺灣戶籍上無)	14(77.8)	4(22.2)	0.218
有(臺灣戶籍上有)	12(57.1)	9(42.9)	
有無子女以外親戚(n=39)			
無	9(69.2)	4(30.8)	
有，在臺灣	2(33.3)	4(66.7)	
有，在大陸	15(75.0)	5(25.0)	
教育程度(n=39)			
國小以下	15(78.9)	4(21.1)	0.254
國(初中)以上	11(55.0)	9(45.0)	
退伍軍階(n=39)			
士官以下	17(73.9)	6(26.1)	0.184
尉官以上	9(56.3)	7(43.8)	
經濟狀況(n=39)			
滿意	8(53.3)	7(46.7)	
還好	14(82.4)	3(17.6)	
不滿意	4(57.1)	3(42.9)	
宗教信仰(n=39)			
有	20(71.4)	8(28.6)	0.161
無	6(54.5)	5(45.5)	
宗教信仰虔誠度(n=11)			
強	0(0)	3(100)	
普通	5(83.3)	1(16.7)	
弱	1(50.0)	1(50.0)	

表 4-4-7 基本屬性與臨終時要不要被急救之交叉表

變項 類別	行為意圖_臨終時要不要被急救		Cramer's V 係數
	不要 次數(%)	要 次數(%)	
年齡分組(n=141)			
65-84 歲	43(91.5)	4(8.5)	0.078
85 歲以上	75(86.2)	12(13.8)	
入住時間(n=134)			
5 年以下	55(90.2)	6(9.8)	
5-9 年	31(88.6)	4(11.4)	
10-19 年	18(85.7)	3(14.3)	
20 年以上	14(82.4)	3(17.6)	
婚姻狀況(n=134)			
單身(從未結婚/離婚/喪偶)	70(85.4)	12(14.6)	0.104
婚姻中(配偶在臺灣/大陸)	48(92.3)	4(7.7)	
有無子女(n=134)			
無(臺灣戶籍上無)	58(87.9)	8(12.1)	0.005
有(臺灣戶籍上有)	60(88.2)	8(11.8)	
有無子女以外親戚(n=134)			
無	39(86.7)	6(13.3)	0.107
有，在臺灣	22(95.7)	1(4.3)	
有，在大陸	57(86.4)	9(13.6)	
教育程度(n=134)			
國小以下	55(87.3)	8(12.7)	0.022
國(初)中以上	63(88.7)	8(11.3)	
退伍軍階(n=137)			
士官以下	64(85.3)	11(14.7)	0.117
尉官以上	52(92.9)	4(7.1)	
經濟狀況(n=134)			
滿意	55(83.3)	11(16.7)	0.150
還好	42(91.3)	4(8.7)	
不滿意	21(95.5)	1(4.5)	
宗教信仰(n=134)			
有	78(86.7)	12(13.3)	0.061
無	40(90.9)	4(9.1)	
宗教信仰虔誠度(n=44)			
強	12(100)	0(0)	
普通	16(84.2)	3(15.8)	
弱	12(92.3)	1(7.7)	

表 4-4-8 健康條件與是否已簽署意願書之交叉表

變項 類別	行為_是否已簽署意願書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
日常生活功能(n=141)			
安養	87(77.0)	26(23.0)	<b>0.237</b>
養護	28(100)	0(0)	
自覺健康狀況(n=141)			
還好	15(68.2)	1(31.8)	0.153
很好	54(84.4)	10(15.6)	
不太好	38(82.6)	8(17.4)	
很差	8(88.9)	1(11.1)	
比較健康狀況(n=141)			
比較好	44(77.2)	13(22.8)	0.129
差不多	56(82.4)	12(17.6)	
比較差	15(93.8)	1(6.3)	
疾病種類數(n=132)			
1-2 種	68(81.9)	15(18.1)	0.004
3 種以上	40(81.6)	9(18.4)	
門診次數(n=134)			
1-6 次	26(81.3)	6(18.8)	0.001
7 次以上	83(81.4)	19(18.6)	
急診次數(n=34)			
1-6 次	26(89.7)	3(10.3)	
7 次以上	4(80.0)	1(20.0)	
住院次數(n=27)			
1-2 次	21(84.0)	4(16.0)	
3 次以上	2(100)	0(18.4)	
住院天數(n=27)			
1-10 天	12(80.0)	3(20.0)	
11 天以上	11(91.7)	1(8.3)	

表 4-4-9 健康條件與是否已簽署醫療委任代理人委任書之交叉表

變項 類別	行為_是否已簽署醫療委任代理人委任書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
日常生活功能(n=141)			
安養	110(97.3)	3(2.7)	
養護	28(100)	0(0)	
自覺健康狀況(n=141)			
還好	21(95.5)	1(4.5)	
很好	63(98.4)	1(1.6)	
不太好	45(97/8)	1(2.2)	
很差	9(100)	0(0)	
比較健康狀況(n=141)			
比較好	55(96.5)	2(3.5)	
差不多	67(98.5)	1(1.5)	
比較差	16(100)	0(0)	
疾病種類數(n=132)			
1-2 種	80(96.4)	3(3.6)	
3 種以上	49(100)	0(0)	
門診次數(n=134)			
1-6 次	32(100)	0(0)	
7 次以上	99(97.1)	3(2.9)	
急診次數(n=34)			
1-6 次	28(96.6)	1(3.4)	
7 次以上	5(100)	0(0)	
住院次數(n=27)			
1-2 次	23(92.0)	2(8.0)	
3 次以上	2(100)	0(0)	
住院天數(n=27)			
1-10 天	13(86.7)	2(13.3)	
11 天以上	12(100)	0(0)	

表 4-4-10 健康條件與有無考慮過簽署意願書之交叉表

變項 類別	行為意圖_有無考慮過簽署意願書		Cramer's V 係數
	沒有 次數(%)	有 次數(%)	
日常生活功能(n=115)			<b>0.290</b>
安養	39(44.8)	48(55.2)	
養護	22(78.6)	6(21.4)	
自覺健康狀況(n=115)			0.123
還好	10(66.7)	5(33.3)	
很好	27(50.0)	27(50.0)	
不太好	19(50.0)	19(50.0)	
很差	5(62.5)	3(37.5)	
比較健康狀況(n=115)			0.154
比較好	25(56.8)	19(43.2)	
差不多	31(55.4)	25(44.6)	
比較差	5(33.3)	10(66.7)	
疾病種類數(n=108)			<b>0.206</b>
1-2 種	40(58.8)	28(41.2)	
3 種以上	15(37.5)	25(62.5)	
門診次數(n=109)			0.102
1-6 次	11(42.3)	15(57.7)	
7 次以上	45(54.2)	38(45.8)	
急診次數(n=30)			
1-6 次	14(53.8)	12(46.2)	
7 次以上	2(50.0)	2(50.0)	
住院次數(n=23)			
1-2 次	11(52.4)	10(47.6)	
3 次以上	2(100)	0(0)	
住院天數(n=23)			<b>0.489</b>
1-10 天	4(33.3)	8(66.7)	
11 天以上	9(81.8)	2(18.2)	

表 4-4-11 健康條件與有無考慮過簽署簽署醫療委任代理人委任書之交叉表

變項 類別	行為意圖_有無考慮過簽署醫療委任代理人委任書		Cramer's V 係數
	沒有 次數(%)	有 次數(%)	
日常生活功能(n=138)			<b>0.197</b>
安養	74(67.3)	36(32.7)	
養護	25(89.3)	3(10.7)	
自覺健康狀況(n=138)			0.189
還好	19(90.5)	2(9.5)	
很好	45(71.4)	18(28.6)	
不太好	29(64.4)	16(35.6)	
很差	6(66.7)	3(33.3)	
比較健康狀況(n=138)			0.188
比較好	43(78.2)	12(21.8)	
差不多	48(71.6)	19(28.4)	
比較差	8(50.0)	8(50.0)	
疾病種類數(n=129)			0.076
1-2 種	58(72.5)	22(27.5)	
3 種以上	32(65.3)	17(34.7)	
門診次數(n=131)			0.096
1-6 次	20(62.5)	12(37.5)	
7 次以上	72(72.7)	27(27.3)	
急診次數(n=33)			
1-6 次	20(71.4)	8(28.6)	
7 次以上	5(100)	0(0)	
住院次數(n=25)			
1-2 次	18(78.2)	5(21.7)	
3 次以上	1(50.0)	1(50.0)	
住院天數(n=25)			
1-10 天	9(69.2)	4(30.8)	
11 天以上	10(83.3)	2(16.7)	

4-4-12 健康條件與想不想簽署意願書之交叉表

變項 類別	行為意圖_想不想簽署意願書		Cramer's V 係數
	不想 次數(%)	想 次數(%)	
日常生活功能(n=54)	19(39.6)	29(60.4)	
安養	1(16.7)	5(83.3)	
養護			
自覺健康狀況(n=54)			
還好	1(20.0)	4(80.0)	
很好	12(44.4)	15(55.6)	
不太好	7(36.8)	12(63.2)	
很差	0(0)	3(100)	
比較健康狀況(n=54)			
比較好	5(26.3)	14(73.7)	0.166
差不多	11(44.0)	14(56.0)	
比較差	4(40.0)	6(60.0)	
疾病種類數(n=53)			
1-2 種	10(35.7)	18(64.3)	0.044
3 種以上	10(40.0)	15(60.0)	
門診次數(n=53)			
1-6 次	5(33.3)	10(66.7)	0.057
7 次以上	15(39.5)	23(60.5)	
急診次數(n=14)			
1-6 次	3(25.0)	9(75.0)	
7 次以上	2(100)	0(0)	
住院次數(n=10)			
1-2 次	4(40.0)	6(60.0)	
3 次以上	0(0)	0(0)	
住院天數(n=10)			
1-10 天	4(50.0)	4(50.0)	
11 天以上	0(0)	2(100)	

4-4-13 健康條件與想不想簽署醫療委任代理人委任書之交叉表

變項 類別	行為意圖_想不想簽署醫療委任代理人委任書		Cramer's V 係數
	不想 次數(%)	想 次數(%)	
日常生活功能(n=39)			
安養	24(66.7)	12(33.3)	
養護	2(66.7)	1(33.3)	
自覺健康狀況(n=39)			
還好	0(0)	2(100)	
很好	13(72.2)	5(27.8)	
不太好	10(62.5)	6(37.5)	
很差	3(100)	0(0)	
比較健康狀況(n=39)			
比較好	7(58.3)	5(41.7)	
差不多	13(68.4)	6(31.6)	
比較差	6(75.0)	2(25.0)	
疾病種類數(n=39)			
1-2 種	13(59.1)	9(40.9)	0.183
3 種以上	13(76.5)	4(23.5)	
門診次數(n=39)			
1-6 次	8(66.7)	4(33.3)	0.000
7 次以上	18(66.7)	9(33.3)	
急診次數(n=8)			
1-6 次	5(62.5)	3(37.5)	
7 次以上	0(0)	0(0)	
住院次數(n=6)			
1-2 次	4(80.0)	1(20.0)	
3 次以上	1(100)	0(0)	
住院天數(n=6)			
1-10 天	4(100)	0(0)	
11 天以上	1(50.0)	1(50.0)	

4-4-14 健康條件與臨終時要不要被急救之交叉表

變項 類別	行為意圖_臨終時要不要被急救		Cramer's V 係數
	不要 次數(%)	要 次數(%)	
日常生活功能(n=134)			
安養	96(88.1)	13(11.9)	0.001
養護	22(88.0)	3(12.0)	
自覺健康狀況(n=134)			
還好	20(95.2)	1(4.8)	0.146
很好	49(83.1)	10(16.9)	
不太好	41(91.1)	4(8.9)	
很差	8(88.9)	1(11.1)	
比較健康狀況(n=134)			
比較好	44(83.0)	9(17.0)	0.128
差不多	60(90.0)	6(9.1)	
比較差	14(93.3)	1(6.7)	
疾病種類數(n=125)			
1-2 種	68(88.3)	9(11.7)	0.020
3 種以上	43(89.6)	5(10.4)	
門診次數(n=127)			
1-6 次	28(93.3)	2(6.7)	0.077
7 次以上	85(87.6)	12(12.4)	
急診次數(n=32)			
1-6 次	23(85.2)	4(14.8)	
7 次以上	5(100)	0(0)	
住院次數(n=27)			
1-3 次	23(92.0)	2(8.0)	
4 次以上	2(100)	0(0)	
住院天數(n=27)			
1-10 天	14(93.3)	1(6.7)	
11 天以上	11(91.7)	1(8.3)	

## 第五節 21 個表

表 4-5-1 知識與是否已簽署意願書之交叉表

變項 類別	行為_是否已簽署意願書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
知不知有不接受急救的權利(n=141)			<b>0.536</b>
不知道	89(96.7)	3(3.3)	
知道	26(53.1)	23(46.9)	
知不知有指定醫療代理人的權利(n=141)			<b>0.312</b>
不知道	113(84.3)	21(15.7)	
知道	2(28.6)	5(71.4)	
知不知意願書生效需兩個見證人(n=141)			<b>0.859</b>
不知道	112(97.4)	3(2.6)	
知道	3(11.5)	23(88.5)	

表 4-5-2 必要性與是否已簽署意願書之交叉表

變項 類別	行為_是否已簽署意願書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
現在考慮生命末期醫療還太早(n=141)			<b>0.298</b>
還太早	53(94.6)	3(5.4)	
看情況	19(82.6)	4(17.4)	
不會太早	43(69.4)	19(30.6)	
是否必要簽署意願書(n=140)			<b>0.475</b>
不是	60(95.2)	3(4.8)	
還好	33(89.2)	4(10.8)	
是	21(52.5)	19(47.5)	

表 4-5-3 環境限制與是否已簽署意願書之交叉表

變項 類別	行為_是否已簽署意願書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
知不知何處取得表單(n=141)			<b>0.524</b>
不知道	96(94.1)	6(5.9)	
知道	19(48.7)	20(51.3)	
談論意願書的難易(n=131)			<b>0.342</b>
不容易	65(94.2)	4(5.8)	
容易	42(67.7)	20(32.3)	
找見證人難易(n=27)			
不容易	1(33.3)	2(66.7)	
容易	3(12.5)	21(87.5)	

表 4-5-4 態度與是否已簽署意願書之交叉表

變項 類別	行為_是否已簽署意願書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
簽署意願書可減少痛苦折磨( <i>n</i> =138)			
沒有幫助	40(97.6)	1(2.4)	<b>0.379</b>
還好	18(100)	0(0)	
有幫助	54(68.4)	25(31.6)	
簽署意願書可走得沒有遺憾( <i>n</i> =137)			
沒有幫助	40(100)	0(0)	<b>0.428</b>
還好	32(91.4)	3(8.6)	
有幫助	39(62.9)	23(37.1)	
簽署意願書可減輕家人決策壓力( <i>n</i> =71)			
沒有幫助	27(96.4)	1(3.6)	<b>0.320</b>
還好	8(80.0)	2(20.0)	
有幫助	23(69.7)	10(30.3)	
簽署後醫生就不會好好治療了( <i>n</i> =139)			
同意	26(89.7)	3(10.3)	<b>0.209</b>
看情況	47(87.0)	7(13.0)	
不同意	40(71.4)	16(28.6)	
簽署後代表放棄求生意志( <i>n</i> =141)			
同意	71(85.5)	12(14.5)	0.199
看情況	17(89.5)	2(10.5)	
不同意	27(69.2)	12(30.8)	
對意願書的話題感到不舒服( <i>n</i> =141)			
會	10(90.9)	1(9.1)	
還好	21(100)	0(0)	
不會	84(77.1)	25(22.9)	

表 4-5-5 態度與有無考慮過簽署意願書之交叉表

變項 類別	行為意圖_有無考慮過簽署意願書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
簽署意願書可減少痛苦折磨( <i>n</i> =112)			
沒有幫助	31(77.5)	9(22.5)	<b>0.469</b>
還好	12(66.7)	6(33.3)	
有幫助	15(27.8)	39(72.2)	
簽署意願書可走得沒有遺憾( <i>n</i> =111)			
沒有幫助	29(72.5)	11(27.5)	<b>0.353</b>
還好	16(50.0)	16(50.0)	
有幫助	12(30.8)	27(69.2)	
簽署意願書可減輕家人決策壓力( <i>n</i> =58)			
沒有幫助	16(59.3)	11(40.7)	
還好	5(62.5)	3(37.5)	
有幫助	5(21.7)	18(78.3)	
簽署後醫生就不會好好治療了( <i>n</i> =113)			
同意	11(42.3)	15(57.7)	0.108
看情況	26(55.3)	21(44.7)	
不同意	22(55.0)	18(45.0)	
簽署後代表放棄求生意志( <i>n</i> =115)			
同意	30(42.3)	41(57.7)	<b>0.298</b>
看情況	10(58.8)	7(41.2)	
不同意	21(77.8)	6(22.2)	
對意願書的話題感到不舒服( <i>n</i> =115)			
會	4(40.0)	6(60.0)	0.225
還好	16(76.2)	5(23.8)	
不會	41(43.8)	43(51.2)	

表 4-5-6 態度與有無考慮過簽署醫療委任代理人委任書之交叉表

變項 類別	行為意圖_有無考慮過簽署醫療委任代理人委任書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
簽署意願書可減少痛苦折磨(n=135)			
沒有幫助	33(80.5)	8(19.5)	0.144
還好	13(72.2)	5(27.8)	
有幫助	50(65.8)	26(34.2)	
簽署意願書可走得沒有遺憾(n=134)			
沒有幫助	28(70.0)	12(30.0)	0.084
還好	27(77.1)	8(22.9)	
有幫助	40(67.8)	19(32.2)	
簽署意願書可減輕家人決策壓力(n=70)			
沒有幫助	18(64.3)	10(35.7)	0.214
還好	9(90.0)	1(10.0)	
有幫助	19(59.4)	13(40.6)	
簽署後醫生就不會好好治療了(n=136)			
同意	14(48.3)	15(51.7)	<b>0.267</b>
看情況	41(75.9)	13(24.1)	
不同意	42(79.2)	11(20.8)	
簽署後代表放棄求生意志(n=138)			
同意	49(60.5)	32(39.5)	<b>0.298</b>
看情況	17(89.5)	2(10.5)	
不同意	33(86.8)	5(13.2)	
對意願書的話題感到不舒服(n=138)			
會	7(63.6)	4(36.4)	0.064
還好	16(76.2)	5(23.8)	
不會	76(71.7)	30(28.3)	

表 4-5-7 態度與想不想簽署意願書之交叉表

變項 類別	行為意圖_想不想簽署意願書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
簽署意願書可減少痛苦折磨( <i>n</i> =54)			
沒有幫助	6(66.7)	3(33.3)	
還好	4(66.7)	2(33.3)	
有幫助	10(25.6)	29(74.4)	
簽署意願書可走得沒有遺憾( <i>n</i> =54)			
沒有幫助	7(63.6)	4(36.4)	<b>0.463</b>
還好	9(56.3)	7(43.8)	
有幫助	4(14.8)	23(85.2)	
簽署意願書可減輕家人決策壓力( <i>n</i> =32)			
沒有幫助	7(63.6)	4(36.4)	
還好	1(33.3)	2(66.7)	
有幫助	4(22.2)	14(77.8)	
簽署後醫生就不會好好治療了( <i>n</i> =54)			
同意	6(40.0)	9(60.0)	0.138
看情況	9(42.9)	12(57.1)	
不同意	5(27.8)	13(72.2)	
簽署後代表放棄求生意志( <i>n</i> =54)			
同意	15(36.6)	26(63.4)	
看情況	4(57.1)	3(42.9)	
不同意	1(16.7)	5(83.3)	
對意願書的話題感到不舒服( <i>n</i> =54)			
會	2(33.3)	4(66.7)	
還好	3(60.0)	2(40.0)	
不會	15(34.9)	28(65.1)	

表 4-5-8 態度與想不想簽署醫療委任代理人委任書之交叉表

變項 類別	行為意圖_想不想簽署醫療委任代理人委任書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
簽署意願書可減少痛苦折磨(n=39)			
沒有幫助	5(62.5)	3(37.5)	
還好	5(100)	0(0)	
有幫助	16(61.5)	10(38.5)	
簽署意願書可走得沒有遺憾(n=39)			
沒有幫助	9(75.0)	3(25.0)	
還好	7(87.5)	1(12.5)	
有幫助	10(52.6)	9(47.4)	
簽署意願書可減輕家人決策壓力(n=24)			
沒有幫助	7(70.0)	3(30.0)	
還好	0(0)	1(100)	
有幫助	7(53.8)	6(46.2)	
簽署後醫生就不會好好治療了(n=39)			
同意	9(60.0)	6(40.0)	
看情況	9(69.2)	4(30.8)	
不同意	8(72.7)	3(27.3)	
簽署後代表放棄求生意志(n=39)			
同意	21(65.6)	11(34.4)	
看情況	2(100)	0(0)	
不同意	3(60.0)	2(40.0)	
對意願書的話題感到不舒服(n=39)			
會	3(75.0)	1(25.0)	
還好	2(40.0)	3(60.0)	
不會	21(70.0)	9(30.0)	

表 4-5-9 態度與臨終時要不要被急救之交叉表

變項 類別	行為意圖_臨終時要不要被急救		Cramer's V 係數
	不要 次數(%)	要 次數(%)	
簽署意願書可減少痛苦折磨(n=131)			
沒有幫助	32(82.1)	7(17.9)	
還好	13(76.5)	4(23.5)	
有幫助	71(96.0)	3(4.0)	
簽署意願書可走得沒有遺憾(n=130)			
沒有幫助	31(83.8)	6(16.2)	
還好	28(84.8)	5(15.2)	
有幫助	56(93.3)	4(6.7)	
簽署意願書可減輕家人決策壓力(n=70)			
沒有幫助	22(81.5)	5(18.5)	
還好	10(100)	0(0)	
有幫助	32(97.0)	1(3.0)	
簽署後醫生就不會好好治療了(n=132)			
同意	24(85.7)	4(14.3)	0.058
看情況	46(90.2)	5(9.8)	
不同意	46(86.8)	7(13.2)	
簽署後代表放棄求生意志(n=134)			
同意	73(89.0)	9(11.0)	
看情況	15(93.8)	1(6.3)	
不同意	30(83.3)	6(16.7)	
對意願書的話題感到不舒服(n=134)			
會	10(100)	0(0)	
還好	15(78.9)	4(21.1)	
不會	93(88.6)	12(11.4)	

表 4-5-10 知覺規範與是否已簽署意願書之交叉表

變項 類別	行為_是否已簽署意願書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
他人有無已簽好意願書(n=138)			
沒有	40(93.0)	3(7.0)	<b>0.428</b>
有	17(51.5)	16(48.5)	
不知道	55(88.7)	7(11.3)	
他人有無可能去簽意願書(n=78)			
不可能	24(88.9)	3(11.1)	
普通	14(87.5)	2(12.5)	
可能	9(81.8)	2(18.2)	
不知道	23(95.8)	1(11.1)	
會不會受他人影響而簽署(n=140)			
會	20(90.9)	2(9.1)	
不一定	11(100)	0(0)	
不會	83(77.6)	24(22.4)	
身邊的人會不會支持簽署(n=134)			
不支持	24(92.3)	2(7.7)	0.156
不一定	48(80.0)	12(20.0)	
支持	36(75.0)	12(25.0)	

表 4-5-11 知覺規範與有無考慮過簽署意願書之交叉表

變項 類別	行為意圖_有無考慮過簽署意願書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
他人有無已簽好意願書(n=122)			
沒有	20(50.0)	20(50.0)	0.173
有	6(35.3)	11(64.7)	
不知道	33(60.0)	22(40.0)	
他人有無可能去簽意願書(n=70)			
不可能	11(45.8)	13(54.2)	0.250
普通	5(35.7)	9(64.3)	
可能	3(33.3)	6(66.7)	
不知道	15(65.2)	8(34.8)	
會不會受他人影響而簽署(n=114)			
會	9(45.0)	11(55.0)	0.071
不一定	6(54.5)	5(45.5)	
不會	45(54.2)	38(45.8)	
身邊的人會不會支持簽署(n=108)			
不支持	15(62.5)	9(37.5)	<b>0.289</b>
不一定	29(60.4)	19(39.6)	
支持	11(30.6)	25(69.4)	

表 4-5-12 知覺規範與有無考慮過簽署醫療委任代理人委任書之交叉表

變項 類別	行為意圖_有無考慮過簽署醫 療委任代理人委任書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
他人有無已簽好意願書(n=135)			
沒有	32(74.4)	11(25.6)	0.062
有	20(66.7)	10(33.3)	
不知道	44(71.0)	18(29.0)	
他人有無可能去簽意願書(n=78)			
不可能	18(66.7)	9(33.3)	0.052
普通	11(68.8)	5(31.3)	
可能	7(63.6)	4(36.4)	
不知道	17(70.8)	7(29.2)	
會不會受他人影響而簽署(n=137)			
會	15(68.2)	7(31.8)	0.065
不一定	7(63.6)	4(36.4)	
不會	76(73.1)	28(26.9)	
身邊的人會不會支持簽署(n=131)			
不支持	17(65.4)	9(34.6)	0.071
不一定	42(73.7)	15(26.3)	
支持	33(68.8)	15(31.3)	

表 4-5-13 知覺規範與想不想簽署意願書之交叉表

變項 類別	行為意圖_想不想簽署意願書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
他人有無已簽好意願書(n=53)			
沒有	8(40.0)	12(60.0)	0.111
有	5(45.5)	6(54.5)	
不知道	7(31.8)	15(68.2)	
他人有無可能去簽意願書(n=36)			
不可能	6(46.2)	7(53.8)	
普通	1(11.1)	8(88.9)	
可能	1(16.7)	5(83.3)	
不知道	5(62.5)	3(37.5)	
會不會受他人影響而簽署(n=54)			
會	4(36.4)	7(63.6)	
不一定	2(40.0)	3(60.0)	
不會	14(36.8)	24(63.2)	
身邊的人會不會支持簽署(n=53)			
不支持	7(77.8)	2(22.2)	<b>0.474</b>
不一定	9(47.4)	10(52.6)	
支持	4(16.0)	21(84.0)	

表 4-5-14 知覺規範與想不想簽署醫療委任代理人委任書之交叉表

變項 類別	行為意圖_想不想簽署醫療委 任代理人委任書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
他人有無已簽好意願書(n=39)			
沒有	7(63.6)	4(36.4)	
有	8(80.0)	2(20.0)	
不知道	11(61.1)	7(38.8)	
他人有無可能去簽意願書(n=25)			
不可能	6(66.7)	3(33.3)	
普通	2(40.0)	3(60.0)	
可能	3(75.0)	1(25.0)	
不知道	5(71.4)	2(28.6)	
會不會受他人影響而簽署(n=39)			
會	2(28.6)	5(71.4)	
不一定	3(75.0)	1(25.0)	
不會	21(75.0)	7(25.0)	
身邊的人會不會支持簽署(n=39)			
不支持	7(77.8)	2(22.2)	0.143
不一定	10(66.7)	5(33.3)	
支持	9(60.0)	6(40.0)	

表 4-5-15 知覺規範與臨終時要不要被急救之交叉表

變項 類別	行為意圖_臨終時要不要被急救		Cramer's V 係數	
	否 次數(%)	是 次數(%)		
他人有無已簽好意願書(n=132)				
沒有	34(82.9)	7(17.1)	0.111	
有	30(93.8)	2(6.3)		
不知道	53(89.8)	6(10.2)		
他人有無可能去簽意願書(n=74)				
不可能	24(88.9)	3(11.1)		
普通	14(93.3)	1(6.7)		
可能	9(90.0)	1(10.0)		
不知道	20(90.9)	2(9.1)		
會不會受他人影響而簽署(n=133)				
會	17(81.0)	4(19.0)		
不一定	7(70.0)	3(30.0)		
不會	93(91.2)	9(8.8)		
身邊的人會不會支持簽署(n=127)				
不支持	22(91.7)	2(8.3)		
不一定	48(84.2)	9(15.8)		
支持	42(91.3)	4(8.7)		

表 4-5-16 個人動力與是否已簽署意願書之交叉表

變項 類別	行為_是否已簽署意願書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
由他人決定末期醫療方式( <i>n</i> =141)			
同意	29(87.9)	4(12.1)	0.123
看情形	26(74.3)	9(25.7)	
不同意	60(82.2)	13(17.8)	
自己決定末期醫療才不會麻煩別人( <i>n</i> =141)			
同意	85(77.3)	25(22.7)	
看情形	12(92.3)	1(7.7)	
不同意	18(100)	0(0)	
自己決定末期醫療方式( <i>n</i> =141)			
同意	79(77.5)	23(22.5)	
看情形	21(87.5)	3(12.5)	
不同意	15(100)	0(0)	
有無把握計畫好末期醫療方式( <i>n</i> =140)			
沒有把握	91(85.8)	15(14.2)	
還好	13(72.2)	5(27.8)	
有把握	10(62.5)	6(37.5)	

表 4-5-17 個人動力與有無考慮過簽署意願書之交叉表

變項 類別	行為意圖_有無考慮過簽署意願書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
由他人決定末期醫療方式(n=115)			
同意	18(62.1)	11(37.9)	0.137
看情形	15(57.7)	11(42.3)	
不同意	28(46.7)	32(53.3)	
自己決定末期醫療才不會麻煩別人(n=115)			
同意	42(49.4)	43(50.6)	0.166
看情形	6(50.0)	6(50.0)	
不同意	13(72.2)	5(27.8)	
自己決定末期醫療方式(n=115)			
同意	39(49.4)	40(50.6)	0.132
看情形	14(66.7)	7(33.3)	
不同意	8(53.3)	7(46.7)	
有無把握計畫好末期醫療方式(n=114)			
沒有把握	49(53.8)	42(46.2)	0.051
還好	6(46.2)	7(53.8)	
有把握	5(50.0)	5(50.0)	

表 4-5-18 個人動力與有無考慮過簽署醫療委任代理人委任書之交叉表

變項 類別	行為意圖_有無考慮過簽署醫 療委任代理人委任書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
由他人決定末期醫療方式(n=138)			
同意	25(80.6)	6(19.4)	<b>0.215</b>
看情形	29(82.9)	6(17.1)	
不同意	45(62.5)	27(37.5)	
自己決定末期醫療才不會麻煩別人(n=138)			
同意	75(70.1)	32(29.9)	0.068
看情形	10(76.9)	3(23.1)	
不同意	14(77.8)	4(22.2)	
自己決定末期醫療方式(n=138)			
同意	66(66.7)	33(33.3)	0.181
看情形	20(83.3)	4(16.7)	
不同意	13(86.7)	2(13.3)	
有無把握計畫好末期醫療方式(n=137)			
沒有把握	75(72.8)	28(27.2)	0.150
還好	10(55.6)	8(44.4)	
有把握	13(81.3)	3(18.8)	

表 4-5-19 個人動力與想不想簽署意願書之交叉表

變項 類別	行為意圖_想不想簽署意願書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
由他人決定末期醫療方式(n=54)			
同意	7(63.6)	4(36.4)	
看情形	0(0)	11(100)	
不同意	13(40.6)	19(59.4)	
自己決定末期醫療才不會麻煩別人(n=54)			
同意	15(34.9)	28(65.1)	
看情形	3(50.0)	3(50.0)	
不同意	2(40.0)	3(60.0)	
自己決定末期醫療方式(n=54)			
同意	16(40.0)	24(60.0)	
看情形	1(14.3)	6(85.7)	
不同意	3(42.9)	4(57.1)	
有無把握計畫好末期醫療方式(n=54)			
沒有把握	17(40.5)	25(59.5)	
還好	3(42.9)	4(57.1)	
有把握	0(0)	5(100)	

表 4-5-20 個人動力與想不想簽署醫療委任代理人委任書之交叉表

變項 類別	行為意圖_想不想簽署醫療委 任代理人委任書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
由他人決定末期醫療方式(n=39)			
同意	5(83.3)	1(16.7)	
看情形	4(66.7)	2(33.3)	
不同意	17(63.0)	10(37.0)	
自己決定末期醫療才不會麻煩別人(n=39)			
同意	21(65.6)	11(34.4)	
看情形	3(100)	0(0)	
不同意	2(50.0)	2(50.0)	
自己決定末期醫療方式(n=39)			
同意	23(69.7)	10(30.3)	
看情形	2(50.0)	2(50.0)	
不同意	1(50.0)	1(50.0)	
有無把握計畫好末期醫療方式(n=39)			
沒有把握	18(64.3)	10(35.7)	
還好	6(75.0)	2(25.0)	
有把握	2(66.7)	1(33.3)	

表 4-5-21 個人動力與臨終時要不要被急救之交叉表

變項 類別	行為意圖_臨終時要不要被急救		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
由他人決定末期醫療方式( <i>n</i> =134)			
同意	25(75.8)	8(24.2)	
看情形	27(84.4)	5(15.6)	
不同意	66(95.7)	3(4.3)	
自己決定末期醫療才不會麻煩別人( <i>n</i> =134)			
不同意	12(70.6)	5(29.4)	
看情形	8(72.7)	3(27.3)	
同意	98(92.5)	8(7.5)	
自己決定末期醫療方式( <i>n</i> =134)			
不同意	10(66.7)	5(33.3)	
看情形	17(77.3)	5(22.7)	
同意	91(93.8)	6(6.2)	
有無把握計畫好末期醫療方式( <i>n</i> =133)			
沒有把握	87(87.0)	13(13.0)	
還好	17(94.4)	1(5.6)	
有把握	13(86.7)	2(13.3)	

## 第六節 18 個表

表 4-6-1 生病與面臨死亡經驗與是否已簽署意願書之交叉表

變項 類別	行為_是否已簽署意願書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
有無住過加護病房之經驗( <i>n</i> =141)			
沒有住過	87(80.6)	21(19.4)	0.047
有住過	28(84.8)	5(15.2)	
有無見過他人被急救之經驗( <i>n</i> =141)			
沒有見過	74(80.4)	18(19.6)	0.055
有見過	33(82.5)	7(17.5)	
不知道	8(88.9)	1(11.1)	
見過他人被急救之經驗好壞( <i>n</i> =40)			
不好	23(82.1)	5(17.9)	
無所謂好不好	8(80.0)	2(20.0)	
好	2(100)	0(0)	
自己有無被急救之經驗( <i>n</i> =141)			
沒有	106(82.2)	23(17.8)	0.052
有	9(75.0)	3(25.0)	
自己被急救之經驗好壞( <i>n</i> =12)			
不好	1(50.0)	1(50.0)	
無所謂好不好	5(83.3)	1(16.7)	
好	3(75.0)	1(25.0)	

表 4-6-2 生病與面臨死亡經驗與有無考慮過簽署意願書之交叉表

變項 類別	行為意圖_有無考慮過簽署意願書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
有無住過加護病房之經驗(n=115)			
沒有住過	44(50.6)	43(49.4)	0.087
有住過	17(60.7)	11(39.3)	
有無見過他人被急救之經驗(n=115)			
沒有見過	42(56.8)	32(43.2)	
有見過	15(45.5)	18(54.5)	
不知道	4(50.0)	4(50.0)	
見過他人被急救之經驗好壞(n=40)			
不好	10(43.5)	13(56.5)	
無所謂好不好	5(62.5)	3(37.5)	
好	0(0)	2(100)	
自己有無被急救之經驗(n=115)			
沒有	56(52.8)	50(47.2)	
有	5(55.6)	4(44.4)	
自己被急救之經驗好壞(n=)			
不好	1(100)	0(0)	
無所謂好不好	3(60.0)	2(40.0)	
好	1(33.3)	2(66.7)	

表 4-6-3 生病與面臨死亡經驗與有無考慮過簽署醫療委任代理人委任書之交叉表

變項 類別	行為意圖_有無考慮過簽署醫療委任代理人委任書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
有無住過加護病房之經驗(n=138)			
沒有住過	74(69.8)	32(30.2)	0.078
有住過	25(78.1)	7(21.9)	
有無見過他人被急救之經驗(n=138)			
沒有見過	68(75.6)	22(24.4)	0.144
有見過	27(67.5)	13(32.5)	
不知道	4(50.0)	4(50.0)	
見過他人被急救之經驗好壞(n=40)			
不好	19(67.9)	9(32.1)	
無所謂好不好	7(70.0)	3(30.0)	
好	1(50.0)	1(50.0)	
自己有無被急救之經驗(n=138)			
沒有	88(69.8)	38(30.2)	0.137
有	11(91.7)	1(8.3)	
自己被急救之經驗好壞(n=12)			
不好	2(100)	0(0)	
無所謂好不好	5(83.3)	1(16.7)	
好	4(100)	0(0)	

表 4-6-4 生病與面臨死亡經驗與想不想簽署意願書之交叉表

變項 類別	行為意圖_想不想簽署意願書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
有無住過加護病房之經驗(n=54)			0.007
沒有住過	16(37.2)	27(62.8)	
有住過	4(36.4)	7(63.6)	
有無見過他人被急救之經驗(n=54)			
沒有見過	12(37.5)	20(62.5)	
有見過	7(38.9)	11(61.1)	
不知道	1(25.0)	3(75.0)	
見過他人被急救之經驗好壞(n=18)			
不好	5(38.5)	8(61.5)	
無所謂好不好	1(33.3)	2(66.7)	
好	1(50.0)	1(50.0)	
自己有無被急救之經驗(n=54)			
沒有	19(38.0)	31(62.0)	
有	1(25.0)	3(75.0)	
自己被急救之經驗好壞(n=4)			
不好	0(0)	0(0)	
無所謂好不好	0(0)	2(100)	
好	1(50.0)	1(50.0)	

表 4-6-5 生病與面臨死亡經驗與想不想簽署醫療委任代理人委任書之交叉表

變項 類別	行為意圖_想不想簽署醫療委任代理人委任書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
有無住過加護病房之經驗(n=39)			
沒有住過	21(65.6)	11(34.4)	
有住過	5(71.4)	2(28.6)	
有無見過他人被急救之經驗(n=39)			
沒有見過	14(63.6)	8(36.4)	
有見過	9(69.2)	4(30.8)	
不知道	3(75.0)	1(25.0)	
見過他人被急救之經驗好壞(n=13)			
不好	7(77.8)	2(22.2)	
無所謂好不好	1(33.3)	2(66.7)	
好	1(100)	0(0)	
自己有無被急救之經驗(n=39)			
沒有	25(65.8)	13(34.2)	
有	1(100)	0(0)	
自己被急救之經驗好壞(n=1)			
不好	0(0)	0(0)	
無所謂好不好	1(100)	0(0)	
好	0(0)	0(0)	

表 4-6-6 生病與面臨死亡經驗與臨終時要不要被急救之交叉表

變項 類別	行為意圖_臨終時要不要被急救		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
有無住過加護病房之經驗(n=134)			
沒有住過	93(91.2)	9(8.8)	0.172
有住過	25(78.1)	7(21.9)	
有無見過他人被急救之經驗(n=134)			
沒有見過	76(87.4)	11(12.6)	
有見過	34(89.5)	4(10.5)	
不知道	8(88.9)	1(11.1)	
見過他人被急救之經驗好壞(n=38)			
不好	24(92.3)	2(7.7)	
無所謂好不好	8(80.0)	2(20.0)	
好	2(100)	0(0)	
自己有無被急救之經驗(n=134)			
沒有	109(88.6)	14(11.4)	0.058
有	9(81.8)2(18.2)	2(18.2)	
自己被急救之經驗好壞(n=11)			
不好	2(100)	0(0)	
無所謂好不好	4(66.7)	2(33.3)	
好	3(100)	0(0)	

表 4-6-7 疾病與死亡文化價值觀與是否已簽署意願書之交叉表

變項 類別	行為_是否已簽署意願書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
平常有無談論生病或死亡(n=141)			
沒有	79(84.9)	14(15.1)	0.122
有	36(75.0)	12(25.0)	
平常有無談論末期醫療(n=141)			
沒有	103(86.6)	16(13.4)	<b>0.300</b>
有	12(54.5)	10(45.5)	
有無跟醫護人員談論末期療選擇(n=141)			
沒有	106(85.5)	18(14.5)	<b>0.273</b>
有	9(52.9)	8(47.1)	
現在不思考到時候自然有辦法(n=141)			
同意	66(84.6)	12(15.4)	<b>0.270</b>
看情況	28(93.3)	2(6.7)	
不同意	21(63.6)	12(36.4)	
談論末期醫療等於談論死亡(n=138)			
不同意	21(84.0)	4(16.0)	
看情況	13(86.7)	2(13.3)	
同意	78(79.6)	20(20.4)	
談論死亡會帶來不好結果(n=139)			
同意	16(94.1)	1(5.9)	
看情況	16(84.2)	3(15.8)	
不同意	81(78.6)	22(21.4)	
生命的結束是註定好的(n=141)			
同意	89(89.9)	10(10.1)	
看情況	12(70.6)	5(29.4)	
不同意	14(56.0)	11(44.0)	
會不會避免思考死亡(n=141)			
會避免	60(89.6)	7(10.4)	<b>0.210</b>
還好	26(70.3)	11(29.7)	
不會避免	29(78.4)	8(21.6)	

表 4-6-8 疾病與死亡文化價值觀與有無考慮簽署意願書之交叉表

變項 類別	行為意圖_有無考慮過簽署意願書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
平常有無談論生病或死亡(n=115)			
沒有	48(60.8)	31(39.2)	0.229
有	13(36.1)	23(63.9)	
平常有無談論末期醫療(n=115)			
沒有	54(52.4)	49(47.6)	0.036
有	7(58.3)	5(41.7)	
有無跟醫護人員談論末期療選擇(n=115)			
沒有	55(51.9)	51(48.1)	
有	6(66.70)	3(33.3)	
現在不思考到時候自然有辦法(n=115)			
同意	40(60.6)	26(39.4)	0.184
看情況	11(39.3)	17(60.7)	
不同意	10(47.6)	11(52.4)	
談論末期醫療等於談論死亡(n=112)			
不同意	15(71.4)	6(28.6)	0.216
看情況	8(61.5)	5(38.5)	
同意	35(44.9)	43(55.1)	
談論死亡會帶來不好結果(n=113)			
同意	9(56.3)	7(43.8)	0.146
看情況	11(68.8)	5(31.3)	
不同意	39(48.1)	42(51.9)	
生命的結束是註定好的(n=115)			
同意	48(53.9)	41(46.1)	0.033
看情況	6(50.0)	6(50.0)	
不同意	7(50.0)	7(50.0)	
會不會避免思考死亡(n=115)			
會避免	37(61.7)	23(38.3)	0.181
還好	11(42.3)	15(57.7)	
不會避免	13(44.8)	15(55.2)	

表 4-6-9 疾病與死亡文化價值觀與有無考慮過簽署醫療委任代理人委任書之交叉表

變項 類別	行為意圖_有無考慮過簽署醫療委任代理人委任書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
平常有無談論生病或死亡(n=138)			
沒有	68(74.7)	23(25.3)	0.092
有	31(66.0)	16(34.0)	
平常有無談論末期醫療(n=138)			
沒有	83(70.9)	34(29.1)	0.042
有	16(76.2)	5(23.8)	
有無跟醫護人員談論末期療選擇(n=138)			
沒有	87(71.3)	35(28.7)	0.026
有	12(75.0)	4(25.0)	
現在不思考到時候自然有辦法(n=138)			
同意	55(72.4)	21(27.6)	0.021
看情況	21(70.0)	9(30.0)	
不同意	23(71.9)	9(28.1)	
談論末期醫療等於談論死亡(n=135)			
不同意	20(80.0)	5(20.0)	0.095
看情況	10(66.7)	5(33.3)	
同意	66(69.5)	29(30.5)	
談論死亡會帶來不好結果(n=136)			
同意	10(58.8)	7(41.2)	0.105
看情況	14(73.7)	5(26.3)	
不同意	73(73.0)	27(27.0)	
生命的結束是註定好的(n=138)			
同意	67(69.1)	30(30.9)	0.138
看情況	15(88.2)	2(11.8)	
不同意	17(70.8)	7(29.2)	
會不會避免思考死亡(n=138)			
會避免	51(78.5)	14(21.5)	0.184
還好	27(73.0)	10(27.0)	
不會避免	21(58.3)	15(41.7)	

表 4-6-10 疾病與死亡文化價值觀與想不想簽署意願書之交叉表

變項 類別	行為意圖_想不想簽署意願書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
平常有無談論生病或死亡(n=54)			0.195
沒有	14(45.2)	17(54.8)	
有	6(26.1)	17(73.9)	
平常有無談論末期醫療(n=54)			
沒有	19(38.8)	30(61.2)	
有	1(20.0)	4(80.0)	
有無跟醫護人員談論末期療選擇(n=54)			
沒有	18(35.3)	33(64.7)	
有	2(66.7)	1(33.3)	
現在不思考到時候自然有辦法(n=54)			0.029
同意	10(38.5)	16(61.5)	
看情況	6(35.3)	11(64.7)	
不同意	4(36.4)	7(63.6)	
談論末期醫療等於談論死亡(n=54)			
不同意	3(50.0)	3(50.0)	
看情況	1(20.0)	4(80.0)	
同意	16(37.2)	27(62.8)	
談論死亡會帶來不好結果(n=54)			
同意	4(57.1)	3(42.9)	
看情況	3(60.0)	2(40.0)	
不同意	13(31.0)	29(69.0)	
生命的結束是註定好的(n=54)			
同意	4(66.7)	2(33.3)	
看情況	2(28.6)	5(71.4)	
不同意			
會不會避免思考死亡(n=54)			<b>0.416</b>
會避免	11(47.8)	12(52.2)	
還好	8(53.3)	7(46.7)	
不會避免	1(6.3)	15(93.8)	

表 4-6-11 疾病與死亡文化價值觀與想不想簽署醫療委任代理人委任書之交叉表

變項 類別	行為意圖_想不想簽署醫療委任代理人委任書		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
平常有無談論生病或死亡(n=39)			0.037
沒有	15(65.2)	8(34.8)	
有	11(68.8)	5(31.3)	
平常有無談論末期醫療(n=39)			
沒有	23(67.6)	11(32.4)	
有	3(60.0)	2(40.0)	
有無跟醫護人員談論末期療選擇(n=39)			
沒有	23(65.7)	12(34.3)	
有	3(75.0)	1(25.0)	
現在不思考到時候自然有辦法(n=39)			
同意	15(71.4)	6(28.6)	
看情況	4(44.4)	5(55.6)	
不同意	7(77.8)	2(22.2)	
談論末期醫療等於談論死亡(n=39)			
不同意	3(60.0)	2(40.0)	
看情況	2(40.0)	3(60.0)	
同意	21(72.4)	8(27.6)	
談論死亡會帶來不好結果(n=39)			
同意	4(57.1)	3(42.9)	
看情況	3(60.0)	2(40.0)	
不同意	19(70.4)	8(29.6)	
生命的結束是註定好的(n=39)			
同意	20(66.7)	10(33.3)	
看情況	2(100)	0(0)	
不同意	4(57.1)	3(42.9)	
會不會避免思考死亡(n=39)			
會避免	10(71.4)	4(28.6)	
還好	6(60.0)	4(40.0)	
不會避免	26(66.7)	13(33.3)	

表 4-6-12 疾病與死亡文化價值觀與臨終時要不要被急救之交叉表

變項 類別	行為意圖_臨終時要不要被急救		Cramer's V 係數
	否 次數(%)	是 次數(%)	
平常有無談論生病或死亡(n=134)			
沒有	74(86.0)	12(14.0)	0.083
有	44(91.7)	4(8.3)	
平常有無談論末期醫療(n=134)			
沒有	100(87.7)	14(12.3)	0.025
有	18(90.0)	2(10.0)	
有無跟醫護人員談論末期療選擇(n=134)			
沒有	105(88.2)	14(11.8)	0.015
有	13(86.7)	2(13.3)	
現在不思考到時候自然有辦法(n=134)			
同意	65(86.7)	10(13.3)	
看情況	24(85.7)	4(14.3)	
不同意	29(93.5)	2(6.5)	
談論末期醫療等於談論死亡(n=131)			
不同意	20(83.3)	4(16.7)	
看情況	12(85.7)	2(14.3)	
同意	84(90.3)	9(9.7)	
談論死亡會帶來不好結果(n=132)			
同意	14(87.5)	2(12.5)	
看情況	13(76.5)	4(23.5)	
不同意	90(90.9)	9(9.1)	
生命的結束是註定好的(n=134)			
同意	84(90.3)	9(9.7)	
看情況	12(75.0)	4(25.0)	
不同意	22(88.0)	3(12.0)	
會不會避免思考死亡(n=134)			
會避免	55(85.9)	9(14.1)	
還好	30(83.3)	6(16.7)	
不會避免	33(97.1)	1(2.9)	

表 4-6-13 談論生病死亡與工具性態度之交叉表

變項 類別	簽署意願書可減少痛苦折磨			Cramer's V 係數
	沒有幫助	還好	有幫助	
平常有無談論生病或死亡(n=138)				
沒有	33(36.7)	15(16.7)	42(46.7)	<b>0.293</b>
有	8(16.7)	3(6.3)	37(77.1)	

變項 類別	簽署意願書可走得沒有遺憾			Cramer's V 係數
	沒有幫助	還好	有幫助	
平常有無談論生病或死亡(n=137)				
沒有	34(38.2)	22(24.7)	33(37.1)	<b>0.282</b>
有	6(12.5)	13(27.1)	29(60.4)	

表 4-6-14 談論末期醫療選擇與工具性態度之交叉表

變項 類別	簽署意願書可走得沒有遺憾			Cramer's V 係數
	沒有幫助	還好	有幫助	
平常有無談論末期醫療選擇(n=137)				
沒有	37(32.2)	32(27.8)	46(40.0)	<b>0.242</b>
有	3(13.6)	3(13.6)	16(72.7)	

表 4-6-15 會不會避免思考死亡與工具性態度之交叉表

變項 類別	簽意願書後醫師就不治療了			Cramer's V 係數
	不同意	看情形	同意	
會不會避免思考死亡(n=139)				
會避免	21(31.8)	30(45.5)	15(22.7)	<b>0.190</b>
還好	16(43.2)	17(45.9)	4(10.8)	
不會避免	19(52.8)	7(19.4)	10(27.8)	

表 4-6-16 談論末期醫療選擇與描述性規範之交叉表

變項 類別	他人有無簽署好意願書			Cramer's V 係數
	沒有	有	不知道	
平常有無談論末期醫療選擇( <i>n</i> =138)				
沒有	41(35.0)	22(18.8)	54(46.2)	<b>0.299</b>
有	2(9.5)	11(52.4)	8(38.1)	

表 4-6-17 談論末期醫療選擇、談論末期醫療等於談論死亡、會不會避免思考死亡與自我效能之交叉表

變項 類別	由他人決定末期醫療方式			Cramer's V 係數
	不同意	看情形	同意	
平常有無談論末期醫療選擇(n=141)				
沒有	60(50.4)	26(21.8)	33(27.7)	<b>0.254</b>
有	13(59.1)	9(40.9)	0(0)	
談論末期醫療等於談論死亡(n=138)				
同意	54(55.1)	28(28.6)	16(16.3)	<b>0.187</b>
看情況	7(46.7)	4(26.7)	4(26.7)	
不同意	11(44.0)	3(12.0)	11(44.0)	
會不會避免思考死亡(n=141)				
會避免	27(40.3)	15(22.4)	25(37.3)	<b>0.226</b>
還好	22(59.5)	11(29.7)	4(10.8)	
不會避免	24(64.9)	9(24.3)	4(10.8)	

表 4-6-18 到時候自然會有辦法與自我效能之交叉表

變項 類別	自己決定末期醫療方式			Cramer's V 係數
	不同意	看情形	同意	
到時候自然會有辦法(n=141)				
同意	7(9.0)	9(11.5)	62(79.5)	<b>0.211</b>
看情況	7(23.3)	8(26.7)	15(50.0)	
不同意	1(3.0)	7(21.2)	25(75.8)	

## 第七節 16 個表

表 4-7-1 老年榮民入住榮家時間、日常生活功能與具備知識之交叉表

變項 類別	知識_知不知道有不被急救之 權利		Cramer's V 係數
	不知道 次數(%)	知道 次數(%)	
入住時間(n=141)			
5 年以下	44(69.8)	19(30.2)	<b>0.302</b>
5-9 年	21(55.3)	17(44.7)	
10-19 年	10(45.5)	12(54.5)	
20 年以上	17(94.4)	1(5.6)	
日常生活功能(n=141)			
安養	67(59.3)	46(40.7)	<b>0.251</b>
養護	25(89.3)	3(10.7)	

表 4-7-2 老年榮民入住榮家時間、日常生活功能與具備知識之交叉表

變項 類別	知識_知不知道意願書生效需 兩位見證人		Cramer's V 係數
	不知道 次數(%)	知道 次數(%)	
入住時間(n=141)			
5 年以下	56(88.9)	7(11.1)	<b>0.262</b>
5-9 年	31(81.6)	7(18.4)	
10-19 年	13(59.1)	9(40.9)	
20 以上	15(83.3)	3(16.7)	
日常生活功能(n=141)			
安養	87(77.0)	26(23.0)	<b>0.237</b>
養護	28(100)	0(0)	

表 4-7-3 老年榮民的年齡、日常生活功能、自覺健康狀況與必要性之交叉表

變項 類別	必要性_是不是有必要簽署意願書			Cramer's V 係數
	是 次數(%)	還好 次數(%)	不是 次數(%)	
年齡分組(n=140)				
65-84 歲	8(16.3)	13(26.5)	28(57.1)	<b>0.214</b>
85 歲以上	32(35.2)	24(26.4)	35(38.5)	
日常生活功能(n=140)				
安養	38(33.9)	26(23.2)	48(42.9)	<b>0.245</b>
養護	2(7.1)	11(39.3)	15(53.6)	
自覺健康狀況(n=140)				
還好	10(45.5)	4(18.2)	8(36.4)	<b>0.333</b>
很好	13(20.3)	21(32.8)	30(46.9)	
不太好	17(37.8)	4(8.9)	24(53.3)	
很差	0(0)	8(88.9)	1(11.1)	

表 4-7-4 老年榮民的日常生活功能與環境限制之交叉表

變項 類別	環境限制_談論意願書難易		Cramer's V 係數
	不容易 次數(%)	容易 次數(%)	
日常生活功能(n=141)	53(48.2)	57(51.8)	<b>0.206</b>
安養	16(76.2)	5(23.8)	
養護			

表 4-7-5 老年榮民的婚姻狀況、日常生活功能與環境限制之交叉表

變項 類別	環境限制_知不知道何處取得 表單		Cramer's V 係數
	不知道 次數(%)	知道 次數(%)	
婚姻狀況(n=141)			<b>0.169</b>
單身(從未結婚/離婚/喪偶)	57(66.3)	29(33.7)	
婚姻中(配偶在臺灣/大陸)	45(81.8)	10(18.2)	
日常生活功能(n=141)			<b>0.228</b>
安養	76(67.3)	37(32.7)	
養護	26(92.9)	2(7.1)	

表 4-7-6 老年榮民的教育程度、日常生活功能、比較健康狀況與態度之交叉表

變項	態度_簽署意願書可減少痛苦折磨			Cramer's V 係數
類別	有幫助 次數(%)	還好 次數(%)	沒有幫助 次數(%)	
教育程度(n=138)				
國小以下	31(47.7)	13(20.0)	21(32.3)	<b>0.222</b>
國(初)中以上	48(65.8)	5(6.8)	20(27.4)	
日常生活功能(n=138)				
安養	70(61.9)	14(12.4)	29(25.7)	<b>0.209</b>
養護	9(36.0)	4(16.0)	12(48.0)	
比較健康狀況(n=138)				
比較好	31(55.4)	4(7.1)	21(37.5)	<b>0.192</b>
差不多	39(58.2)	9(13.4)	19(28.4)	
比較差	9(60.0)	5(33.3)	1(6.7)	

表 4-7-7 老年榮民的經濟狀況與態度之交叉表

變項	態度_簽署意願書可走得沒有遺憾			Cramer's V 係數
類別	有幫助 次數(%)	還好 次數(%)	沒有幫助 次數(%)	
經濟狀況(n=137)				
滿意	33(50.0)	17(25.8)	16(24.2)	<b>0.213</b>
還好	25(51.0)	13(26.5)	11(22.4)	
不滿意	4(18.2)	5(22.7)	13(59.1)	

表 4-7-8 老年榮民的門診次數與態度之交叉表

變項	態度_簽署後醫師就不會好好治療了			Cramer's V 係數
類別	同意 次數(%)	看情況 次數(%)	不同意 次數(%)	
門診次數(n=134)				
1-6 次	5(15.6)	19(59.4)	8(25.0)	<b>0.218</b>
7 次以上	24(23.5)	35(34.3)	43(42.2)	

表 4-7-9 老年榮民的疾病種類數、住院次數與態度之交叉表

變項	態度_簽署意願書代表放棄求生意志			Cramer's V 係數
類別	同意 次數(%)	看情況 次數(%)	不同意 次數(%)	
疾病種類數(n=132)				
1-2 種	42(50.6)	13(15.7)	28(33.7)	<b>0.246</b>
3 種以上	37(75.5)	4(8.2)	8(16.3)	

表 4-7-10 老年榮民入住榮家時間與知覺規範之交叉表

變項 類別	知覺規範_他人有無簽好意願書			Cramer's V 係數
	沒有 次數(%)	有 次數(%)	不知道 次數(%)	
入住時間(n=138)				
5 年以下	27(43.5)	8(12.9)	27(43.5)	<b>0.219</b>
5-9 年	7(18.9)	12(32.4)	18(48.6)	
10-19 年	4(18.2)	9(40.9)	9(40.9)	
20 以上	5(29.4)	4(23.5)	8(47.1)	

表 4-7-11 老年榮民的婚姻狀況、有無子女與知覺規範之交叉表

變項 類別	知覺規範_身邊的人會不會支持			Cramer's V 係數
	支持 次數(%)	不一定 次數(%)	不支持 次數(%)	
婚姻狀況(n=134)				
單身(從未結婚/離婚/喪偶)	31(38.8)	40(50.0)	9(11.3)	<b>0.252</b>
婚姻中(配偶在臺灣/大陸)	17(31.5)	20(37.0)	17(31.5)	
有無子女(n=134)				
無(臺灣戶籍上無)	17(26.6)	38(59.4)	9(14.1)	<b>0.281</b>
有(臺灣戶籍上有)	31(44.3)	22(31.4)	17(24.3)	

表 4-7-12 老年榮民有無親戚、退伍軍階與個人動力之交叉表

變項 類別	個人動力_由他人決定末期醫療			Cramer's V 係數
	同意 次數(%)	看情形 次數(%)	不同意 次數(%)	
有無子女以外親戚( <i>n</i> =141)				
無	15(32.6)	6(13.0)	25(54.3)	<b>0.209</b>
有，在臺灣	4(17.4)	3(13.0)	16(69.6)	
有，在大陸	14(19.4)	26(36.1)	32(44.4)	
退伍軍階( <i>n</i> =137)				
士官以下	24(30.0)	22(27.5)	34(42.5)	<b>0.277</b>
尉官以上	6(10.5)	12(21.1)	39(68.4)	

表 4-7-13 老年榮民的疾病種類數、住院天數與疾病死亡文化觀之交叉表

變項 類別	文化觀_平常有無談論生死		Cramer's V 係數
	沒有 次數(%)	有 次數(%)	
疾病種類數(n=132)			
1-2 種	61(73.5)	22(26.5)	<b>0.188</b>
3 種以上	27(55.1)	22(44.9)	
住院天數(n=27)			
1-10 天	7(46.7)	8(53.3)	<b>0.377</b>
11 天以上	10(83.3)	2(16.7)	

表 4-7-14 老年榮民的教育程度、退伍軍階與疾病死亡文化觀之交叉表

變項 類別	文化觀_與醫護人員談論末期 醫療選擇		Cramer's V 係數
	沒有 次數(%)	有 次數(%)	
教育程度(n=141)			
國小以下	63(94.0)	4(6.0)	<b>0.178</b>
國(初)中以上	61(82.4)	13(17.6)	
退伍軍階(n=137)			
士官以下	75(93.8)	5(6.3)	<b>0.221</b>
尉官以上	45(78.9)	12(21.1)	

表 4-7-15 老年榮民的經濟狀況與疾病死亡文化觀之交叉表

變項 類別	文化觀_現在不思考到時候自然會有 辦法			Cramer's V 係數
	同意 次數(%)	看情況 次數(%)	不同意 次數(%)	
經濟狀況(n=141)				
滿意	46(65.7)	14(20.0)	10(14.3)	<b>0.184</b>
還好	20(40.8)	11(22.4)	18(36.7)	
不滿意	12(54.5)	5(22.7)	5(22.7)	

表 4-7-16 老年榮民的教育程度、宗教信仰、日常生活功能、自覺健康狀況與疾病死亡文化觀之交叉表

變項 類別	文化觀_會不會避免思考死亡			Cramer's V 係數
	會避免 次數(%)	還好 次數(%)	不會避免 次數(%)	
教育程度(n=141)				
國小以下	40(59.7)	12(17.9)	15(22.4)	<b>0.239</b>
國(初)中以上	27(36.5)	25(33.8)	22(29.7)	
宗教信仰(n=141)				
有	41(43.2)	33(34.7)	21(22.1)	<b>0.280</b>
無	26(56.5)	4(8.7)	16(34.8)	
日常生活功能(n=141)				
安養	47(41.6)	35(31.0)	31(27.4)	<b>0.258</b>
養護	20(71.4)	2(7.1)	6(21.4)	
自覺健康狀況(n=141)				
還好	9(40.9)	10(45.5)	3(13.6)	<b>0.216</b>
很好	34(53.1)	15(23.4)	15(23.4)	
不太好	22(47.8)	11(23.9)	13(28.3)	
很差	2(22.2)	1(11.1)	6(66.7)	
疾病種類數(n=132)				
1-2 種	47(56.6)	18(21.7)	18(21.7)	<b>0.234</b>
3 種以上	16(32.7)	15(30.6)	18(36.7)	