

【原著】

病人對預立醫囑的看法－以彰化某醫院 家庭醫學科門診病人為例

張惠雯^{1,4} 顏啓華² 林鵬展³ 劉立凡⁴

摘要

研究目的：預立醫囑可讓患者在自己無能力決定生命末期醫療決策時，藉由書面聲明清楚指引家人及醫療團隊自己想要的醫療方式。為了解台灣病人對預立醫囑的看法，設計自擬式結構問卷。**材料與方法：**於彰化某醫院家庭醫學科門診收案，從民國 99 年 9 月 07 日至民國 100 年 9 月 06 日止，共計收案一年。以結構式問卷及社會支持量表、生活滿意度量表、憂鬱量表與意願進行交叉分析及統計推論。描述性統計進行各年齡層人口學變項資料分析，推論性統計以邏輯斯複迴歸分析意願相關影響因素。**結果：**預立醫囑意願單變項分析有意義的相關因素為憂鬱傾向、平均社會支持、生活滿意度、自覺健康、曾參與不急救同意書討論的相關經驗、了解疾病嚴重度及預後及死亡焦慮。經邏輯斯複迴歸分析顯示，希望了解疾病嚴重度及預後($OR = 5.376$)及曾參與不急救同意書討論($OR = 2.124$)的受試者有意願預立醫囑機會較高。死亡焦慮中「非常害怕」($OR = 0.259$)及自覺健康同齡比「很好」($OR = 0.280$)的受試者有意願預立醫囑機會較低。預立醫囑的意願與社會人口學變項性別、婚姻狀況、居住型態、主要照顧者、主要醫療決定者、社會福利、私人醫療保險、宗教信仰及社會支持無相關。**結論：**醫護人員適時給予病人靈性支持降低死亡焦慮，引導病患及其家屬討論生命末期醫療決策，可以協助病人早期完成「預立醫療自主計畫」。

(*安寧療護* 2011 : 16 : 3 : 296-311)

關鍵詞：預立醫囑、預立醫療自主計畫

¹彰化基督教醫院二林分院家庭醫學科、²中山醫學大學附設醫院家庭醫學科、³國立成功大學附設醫院血液腫瘤科、⁴國立成功大學老年學研究所

通訊作者：劉立凡

通訊地址：701 臺南市大學路 1 號

電話：0926100207

傳真：04-8966991

E-mail：lilian@mail.ncku.edu.tw

前言

末期病患對象自民國 98 年 9 月起新增八大類重症末期，給予慢性疾病末期的病人，能有機會選擇安寧、有尊嚴的往生。八大類重症末期，如失智症末期、嚴重腦傷末期、末期肝疾病、慢性肺阻塞疾病末期、末期心衰竭、末期腎衰竭等等。為確保末期醫療決策能由患者自己決定，可藉由預立醫囑的簽署，讓患者在自己無法親身參與或無能力決定治療方式時預作決定⁽¹⁾。跟預立醫囑相關的名稱有 living will，advance care planning⁽¹⁾，國內以預立醫療自主計畫(Advance care planning)稱之。預立醫囑是病患諮詢醫護人員、家庭成員及其餘重要人等之意見，對自己將來可能將接受之醫療照護方式預作決定。以「尊重自主」的倫理原則和法律對「同意」的相關規範為基礎，有助於患者在無法親身參與或無能力決定治療方式時，確保「同意」的規範受到尊重⁽¹⁻³⁾。預立醫囑的重要性，不僅對病患，對身體健康的人而言，當事人可藉由書面聲明清楚指引家人及醫療團隊想要的醫療方式，一旦因病永久失去自主能力，其內容便成為最主要的醫療依據。醫師可藉由告知病患相關資訊、引導其獲得適當之資源、並提供建議，協助病患根據其預後立下預立醫囑。

文獻查證

預立醫囑依其目的，即使年輕、身體健康的人也可事先考慮是否要簽署預立醫囑。搜尋預立醫囑的相關文獻，作為設定研究變項的參考。文獻查證顯示國外影響病人預立醫囑意願相關因素有年齡^(4,7-9,11)、安寧療護相關知識及態度^(4,7)、教育程度^(5,9)、疾病進展到末期^(2,7)、對醫生信賴度^(2,10)、醫療人員預立醫囑的溝通技巧⁽²⁾、病人自己想要選擇末期醫療方式⁽²⁾、種族⁽¹¹⁾、社會支持^(4-6,12)、生活滿意度^(5,9,11-12)、死亡恐懼⁽¹⁰⁾、宗教信仰^(5-6,11-12)、自己為主要醫療決定者^(4,6-7,9-10)、之前曾討論過「預立醫囑」^(4-5,7,9-14)、有親友疾病末期住院的經驗^(4-5,9-10,12,14)。國內影響病人簽署預立醫囑的因素含病情認知⁽¹⁵⁻²¹⁾，病人覺知病情預後差⁽²⁰⁾、安寧療護相關知識及態度^(15,20-21)、曾參與 DNR 討論的相關經驗^(15,18-21)、經濟狀況^(15-16,21)、高齡^(15-16,18-21)、家庭文化^(15-16,21)，老年族群為維護親子關係，把自己末期醫療決策交由子女決定。病情告知的壓力會影響醫療人員與病人討論預立醫囑，尤其是對 65 歲以上病人⁽¹⁵⁻²⁰⁾。臨床醫學治療，本身就有許多不確定因素。無法早期推測病情何時進展至死亡不可避免，也無法預測病人存活期。評估病人是否仍具有決策能力，有執行上困難。臨床醫療團隊擔心預立醫囑若不當使

用，會損害病人醫療權益及自主性；甚至認為安寧照護方式會縮短病人生命。家屬則擔心醫療人員與病人討論預立醫囑會讓病人心裡不舒服，降低病人求生慾望。

由國內外文獻查證得知，簽署預立醫囑的意願與年齡的相關性說法各異^(4-6, 17)。有研究指出預立醫囑完成率隨年齡增加而上升，60歲以上病人較不會排斥談論預立醫囑⁽⁴⁾。也有研究分析年齡不是主要影響因素^(5-6, 17)，疼痛才是促使癌症病人簽署「預立選擇安寧緩和醫療意願書」(Do-not-resuscitate)⁽¹⁷⁾。為了解台灣病人對預立醫囑的看法及年齡的影響，以彰化某醫院家庭醫學科門診病人為研究對象，設計自擬式結構問卷及社會支持量表、生活滿意度量表、憂鬱量表來分析對預立醫囑的意願。藉由自擬式結構問卷題目及量表的分數與預立醫囑的意願進行交叉分析及統計推論。

研究設計與方法

研究對象

本研究於彰化基督教醫院家庭醫學科門診收案，研究對象需年齡滿20歲以上，居住於彰化縣市之社區民眾，意識清楚、能以國、台語溝通、有行為能力。採立意取樣方式(Proposive Sampling)，收案時間從民國99年9月07日至民國100年9

月06日止，共計一年。

研究設計

本研究為橫斷式研究方式，了解彰化某醫院家庭醫學科門診病人對預立醫囑的看法。為分析年齡變項的影響，將受試者依年齡層分成三組，20到39歲、40到64歲、65歲以上。探討研究對象有無意願預立醫囑，其相關影響因素為何。研究工具為自擬的結構式問卷，結合文獻查證及臨床經驗來設計問卷中量表及題目，邀請安寧、護理、公衛等五位專家審查，以內容「相關性」、「需要性」及文字「易懂性」來評分問卷題目。評分標準：非常適用(3分)、適用但需部份修改(2分)、可保留但需大幅修改(1分)、非常不適用(0分)，每題平均分數範圍2.8-1.6。本研究問卷中內容效度指數(content validity index)為0.91。表面效度邀請10位符合收案標準的65歲以上老年人，對問卷逐句檢視。將10位個案在填寫問卷時可能遭遇的困難或問題，作為修改的依據。結果顯示，在訪談過程中，每位老人對問卷內容及其中文字涵義，經解釋後均可了解，並能夠回答答案。

本研究問卷題目分成三部分。第一部分含人口學變項：包括性別、教育程度、婚姻狀況、居住型態、主要照顧者、主要醫療決定者、社會福利、私人醫療保險、宗教信仰。第二部分為量表：量表依目的

分三種；憂鬱量表、生活滿意度量表、社會支持量表。憂鬱量表採用篩選性工具，65 歲以上受訪者填寫老年憂鬱量表簡明中文版⁽²²⁻²³⁾；65 歲以下填寫流行病學研究中心憂鬱量表 (CES-D)⁽²⁴⁾。分數越高代表憂鬱程度越嚴重。本研究設定分數 GDS 大於 4 分、CES-D 大於 15 分為憂鬱傾向。老年憂鬱量表簡明中文版其量表內在一致性 Cronbach's α 係數為 0.89，再測信度為 0.85⁽²⁵⁾。CES-D 中文版問卷以鄭泰安博士翻譯的版本為主，大於等於 15 分者可能具有憂鬱症狀，量表內部一致性 Cronbach's α 係數為 0.85 以上，再測信度為 0.85⁽²⁶⁾。生活滿意度量表 (Life Satisfaction Scale) 中文版源自於陳氏生活滿意度量表⁽²⁷⁾，內容分為「生活憂慮」及「現況滿足」兩部分，由研究對象主觀之評價目前的生活現況，對生活憂慮及現況滿足的程度。量表分數越高即表示研究對象對生活滿意度越高。採 Likert Scale 五分法，1 分為「非常不同意」，2 分為「不同意」，3 分為「不確定」，4 分為「同意」，5 分為「非常同意」，總分範圍 10~50 分；其中 5 題為正向題，5 題為負向題，計分時負向題採反向計分。量表分數越高即表示研究對象對生活滿意度越高。探索性因素分析考驗效度，生活憂慮、現況滿足解釋變異量為 46.10%；量表內在一致性 Cronbach's α 係數為 0.86⁽²⁷⁾。社會支持量表 (Social Support

Scale) 依據葉氏⁽²⁸⁾修訂 Barrera、Sandler 及 Ramsay⁽²⁹⁾「社會支持量表」的中文版。量表橫向為社會支持網絡與滿意度，縱向為社會支持型態。縱向社會支持型態包括情緒支持、社會整合、訊息與實質支持四種面向。分數越高代表個案從網絡來源，家人或朋友得到的社會支持越滿意。整體量表內在一致性 Cronbach's α 係數為 0.75-0.91；家人社會支持網路內在一致性 Cronbach's α 係數為 0.89，朋友社會支持滿意度內在一致性 Cronbach's α 係數為 0.86⁽³⁰⁻³¹⁾。第三部分為預立醫囑意願及潛在相關影響因素分析，結合文獻查證及臨床經驗所設計潛在因素包括：是否希望了解疾病嚴重度及預後、病情告知方式、自覺健康 (現在、與去年比、與同齡比)^(4,20)、相關知識 (曾聽過的安寧相關名詞)^(7,8)、相關經驗 (親友被無意義延長生命、曾參與不急救同意書討論)、死亡焦慮、面對死亡的擔憂。是否希望了解疾病嚴重度及預後、自覺健康、相關經驗、死亡焦慮及相關經驗為單選題型，病情告知方式、相關知識、面對死亡的擔憂為複選題型。詢問受試者其死亡焦慮程度，分三等級；不怕，有心理準備、有心理準備，還是會怕、非常害怕。面對死亡的擔憂，詢問受試者若死亡已無法避免，下列哪些事項會讓你擔心、煩惱？題項內容列於表 2。

資料收集與分析

為探討變項間有無關係存在，所需樣本數依 Gay、Mills 及 Airasian 建議每項關係間的受試者至少要 30 人以上⁽³²⁾。本研究預探討某醫院家醫科門診年齡滿 20 歲以上病患其預立醫囑的意願是否受個人社會支持、生活滿意度、憂鬱狀況及潛在相關影響因素如是否希望了解疾病嚴重度及預後、自覺健康、相關知識、相關經驗（親友被無意義延長生命、曾參與不急救同意書討論）、死亡焦慮，故樣本數估計至少需 270 位。本研究取得人體試驗委員會同意後，才開始收案。邀請某醫院家庭醫學科門診病人參與研究，說明研究目的及匿名問卷研究說明書。徵求病人同意之後，安排合適地點讓病人完成問卷。符合收案條件的病人，由訪談員以面訪方式，當場發問卷及收回。填寫問卷時間約花費 30 分鐘。但不提供或暗示問卷填寫的答案。若病人不識字或視力不良，才由訪談員口述題目，詢問病人答案並代填於問卷。問卷用數字編號，不顯示病患姓名，以確保受試者隱私及資料保密。

研究結果以 SPSS 17.0 for Windows 套裝統計軟體進行建檔及統計分析。先以描述性統計進行各年齡層人口學變項資料分析，再以推論性統計分析預立醫囑意願影響因素。描述性統計含次數分配、百分比、平均值、標準差等分析。所使用統計

方法：類別變項以卡方檢定；連續變項如生活滿意度、社會支持以 t 檢定（Independent t-test）檢測與預立醫囑意願交叉分析。推論性統計以邏輯斯複迴歸（multivariate logistic regression）分析，若變項在單變項分析(univariate analysis)有意義，再將有意義的變項進行邏輯斯複迴歸分析。

研究結果

總共 223 位受試者自願參與，回收 223 份有效問卷，問卷完成率 100%。訪談員以面訪方式，確定受試者完成問卷每一題項。事先說明研究目的，若受訪者拒絕就不收案，因此完成率達 100%。

社會人口學變項（見表 1）性別、教育程度、婚姻狀況、居住型態、主要照顧者、主要醫療決定者、社會福利、私人醫療保險、宗教信仰。研究對象中女性 149（66.8%）人佔多數，但各年齡層性別之分佈，無顯著差異。全體受試者平均年齡為 60.53（ $SD = 19.74$ ）歲，最年長者 97 歲，最年輕為 22 歲，中位數 65 歲，眾數 67 歲。全體受試者平均接受教育年齡為 10.96（ $SD = 4.99$ ）年；20 到 39 歲受教育年數最高，平均為 15.64（ $SD = 2.55$ ）年；65 歲以上受教育年數最少，平均為 8.28（ $SD = 4.46$ ）年。不識字在 65 歲以上組比例最高，以 Pearson 卡方檢定達顯著。已婚而喪偶

表 1 社會人口學變項描述性分析

人口學變項	65 歲以上		40 到 64 歲		20 到 39 歲	
	人數	(%)	人數	(%)	人數	(%)
性別						
男	47	(39.17)	18	(30.51)	9	(20.45)
女	73	(60.83)	41	(69.49)	35	(79.55)
教育程度						
小學以下	59	(49.17)	3	(5.08)	0	(0.00)
初中/高中	42	(35.00)	36	(61.02)	7	(15.91)
大專以上	19	(15.83)	20	(33.9)	37	(84.09)
婚姻狀態						
未婚	0	(0.00)	5	(8.47)	29	(65.91)
已婚	64	(53.33)	46	(77.97)	15	(34.09)
喪偶/分居/離婚	56	(46.67)	8	(13.56)	0	(0.00)
居住型態						
獨居	9	(7.50)	0	(0.00)	1	(2.27)
有同住者	90	(75.00)	58	(98.31)	43	(97.73)
養護機構	21	(17.50)	1	(1.69)	0	(0.00)
主要照顧者						
自己	46	(38.33)	45	(76.27)	40	(90.91)
配偶	14	(11.67)	10	(16.95)	4	(9.09)
子(孫)女/媳婦	60	(50.00)	4	(6.78)	0	(0.00)
主要醫療決定者						
自己	59	(49.17)	48	(81.36)	41	(93.18)
親人	61	(50.83)	11	(18.64)	3	(6.82)
社會福利	34	(28.33)	8	(13.56)	4	(9.09)
私人醫療保險	26	(21.67)	34	(57.63)	23	(52.27)
宗教信仰						
佛教	37	(30.83)	30	(50.85)	14	(31.82)
民間信仰	47	(39.17)	9	(15.25)	6	(13.64)
基督教	12	(10.00)	6	(10.17)	3	(6.83)
其他	24	(20.00)	14	(23.73)	21	(47.73)

者以 65 歲以上比例最高佔 91.4%。主要醫療決定者為自己本人，隨年齡增加而下降。無使用社會福利佔全體人數 79.4%。不分年齡層，宗教信仰前三名依序是佛教、民間信仰、基督教。全體受試者惡性腫瘤僅 13 人，2 人不考慮預立醫囑。生活滿意度各年齡層平均值為：65 歲以上 34.59 ($SD = 0.76$)；40 到 64 歲 36.69 ($SD = 0.95$)；20 到 39 歲 35.25 ($SD = 0.97$)。社會支持各年齡層平均值為：65 歲以上

6.19 ($SD = 1.12$)；40 到 64 歲 6.96 ($SD = 1.57$)；20 到 39 歲 6.78 ($SD = 1.66$)。社會支持各年齡層平均值，65 歲以上組比 40 到 64 歲低，達顯著差異($p = .023$)。

研究對象對病情告知及死亡焦慮與面對死亡的擔憂，描述性統計分析結果見表 2。全體研究對象九成以上會希望了解疾病嚴重度及預後，八成以上受試者希望由醫護人員告知病情及預後。65 歲以上受試者不希望了解疾病嚴重度及預後佔 14.17%。

表 2 各年齡層對病情告知、死亡焦慮與面對死亡的擔憂描述性分析

相關變項	65 歲以上	40 到 64 歲	20 到 39 歲	<i>p</i> 值
	人數(%)	人數(%)	人數(%)	
會希望了解疾病嚴重度及預後	103 (85.83)	55 (93.22)	44 (100.00)	0.016
病情告知方式				
醫護人員	101 (84.17)	52 (88.14)	41 (93.18)	0.3
住院時	63 (52.50)	32 (54.24)	14 (31.82)	0.04
家屬	22 (18.33)	15 (25.42)	14 (31.82)	0.164
死亡焦慮				0.006
不怕，有心理準備	40 (33.33)	19 (32.20)	12 (27.27)	
有心理準備，還是會怕	57 (47.50)	38 (64.41)	30 (68.18)	
非常害怕	23 (19.17)	2 (3.39)	2 (4.55)	
面對死亡的擔憂				
失去能力去經驗人生命運之遭遇	17 (14.17)	12 (20.34)	12 (27.27)	0.143
無法預測自己將要面臨之事情，如死後的世界	45 (37.50)	14 (23.73)	15 (34.09)	0.182
失去自己之身體，不知他人將如何處理自己之遺體	35 (29.17)	10 (16.95)	5 (11.36)	0.027
失去一切能力去照顧親友	30 (25.00)	34 (57.63)	23 (52.27)	0.000
失去親情，友誼	59 (49.17)	31 (52.54)	23 (52.27)	0.888
引起親朋好友悲傷，痛苦	54 (45.00)	27 (45.76)	22 (50.00)	0.848
失去機會去完成自己想要之生涯計劃及休養生息活動	27 (22.50)	32 (54.24)	23 (52.27)	0.000
生命變為毫無知覺的狀態	27 (22.50)	15 (25.42)	15 (34.09)	0.321

而且希望住院時再了解疾病嚴重度的受試者，65 歲以上比 20 到 39 歲受試者比例高 (52.50% vs 31.82%)。死亡焦慮以自擬式題目：您會擔心生命終有結束的一天嗎？選項為三種；不怕，有心理準備、有心理準備，還是會怕、非常害怕。65 歲以上受試者相對於其他年齡層，選非常害怕，比例最高(19.17%)。死前擔憂的所有變項描述性分析，經 Pearson 卡方檢定達顯著性差異為 65 歲以上受試者相對於其他年齡層，較擔心不知他人將如何處理自己之遺體。較不擔心失去一切能力去照顧親友；及失去機會去完成自己想要生涯計劃及休養生息活

動。

社會人口學變項、憂鬱狀況、生活滿意度、社會支持和潛在相關影響因素與預立醫囑意願交叉分析(表 3)。類別變項以卡方檢定及費雪精確性檢定(Fisher, s exact test)、葉氏校正(Yate's correction)；連續變項如年齡、生活滿意度、社會支持使用 t 檢定及 Levene 變異數同質性檢定。連續變項分析結果顯示預立醫囑意願，在各年齡層的平均年齡及社會支持無統計上差異。僅生活滿意度達顯著性差異 ($t = -2.285, p = .023$)。

表 3 預立醫囑的意願與變項交叉分析

相關變項	預立醫囑意願				p 值
	無 人數(%)	有 人數(%)	無 平均值(SD)	有 平均值(SD)	
年齡					
20-39 歲			28.18(5.35)	29.95(5.55)	0.287 ^a
40-64 歲			52.30(8.20)	53.97(7.42)	0.415 ^a
≥65 歲			75.38(7.48)	75.92(8.37)	0.712 ^a
性別					0.317
男	31(41.89)	43(58.11)			
女	73(48.99)	76(51.01)			
教育程度					0.948
小學以下	30(48.39)	32(51.61)			
初中高中	39(45.88)	46(54.12)			
大專以上	35(46.05)	41(53.95)			
婚姻狀況					0.154
已婚	60(48.00)	65(52.00)			
未婚	17(50.00)	17(50.00)			
喪偶	22(37.93)	36(62.07)			
離婚分居	5(83.33)	1(16.67)			
獨居	5(41.67)	7(58.33)			0.723
養護機構	10(45.45)	12(54.55)			0.907
主要照顧者					0.685
自己	61(46.56)	70(53.44)			
配偶	15(53.57)	13(46.43)			

相關變項	預立醫囑意願				p 值
	無 人數(%)	有 人數(%)	無 平均值(SD)	有 平均值(SD)	
子女	28(43.75)	36(56.25)			
醫療決策者					0.771
自己	68(45.95)	80(54.05)			
親人	36(48.00)	39(52.00)			
社會福利	18(39.13)	28(60.87)			0.252
私人醫療保險	35(42.17)	48(57.83)			0.333
信仰					0.422
無	20(44.4)	25(55.6)			
佛教	40(49.4)	41(50.6)			
基督教	8(32.0)	17(68.0)			
民間信仰	36(50.0)	36(50.0)			
憂鬱傾向 ^a	28(58.3)	20(41.7)			0.067
平均社會支持	6.43(1.46)	6.58(1.36)			0.427
家人社會支持	7.62(1.84)	7.95(1.69)			0.160
朋友社會支持	5.26(2.31)	5.20(2.17)			0.854
生活滿意度	34.02(7.97)	36.38(7.44)			0.023*
自覺健康現在					0.331
尚可	68(47.55)	75(52.45)			
很好	13(36.11)	23(63.89)			
不好	23(52.27)	21(47.73)			
自覺健康去年比					0.067
尚可	48(40.34)	71(59.66)			
很好	6(40.00)	9(60.00)			
不好	50(56.18)	39(43.82)			
自覺健康同齡比					0.113
尚可	49(40.50)	72(59.50)			
很好	17(58.62)	12(41.38)			
不好	38(52.05)	35(47.95)			
聽過安寧相關名詞					0.398
無	38(50.67)	37(49.33)			
至少一項	66(44.59)	82(55.41)			
相關經驗 - 親友被無意義延長生命					0.123
有	30(39.47)	46(60.53)			
無	74(50.34)	73(49.66)			
相關經驗 - 曾參與不急救同意書討論					0.012*
有	21(33.33)	42(66.67)			
無	83(51.88)	77(48.12)			
希望了解疾病嚴重度及預後					0.001***
會	87(43.07)	115(56.93)			
不會	17(80.95)	4(19.05)			
死亡焦慮					0.003**
有心理準備，仍會怕	59(47.20)	66(52.80)			
不怕	25(35.21)	46(64.79)			
非常害怕	20(74.07)	7(25.93)			

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$ a 連續變項：獨立樣本 t 檢定

將單變項分析有意義的相關因素；憂鬱傾向、生活滿意度、自覺健康、曾參與不急救同意書討論的相關經驗、了解疾病嚴重度及預後及死亡焦慮與預立醫囑意願進行邏輯斯複迴歸分析(表4)。邏輯斯複

迴歸分析結果顯示，希望了解疾病嚴重度及預後($OR = 5.376, p = .008$)及曾參與不急救同意書討論($OR = 2.124, p = .025$)的受試者有意願預立醫囑的機會較高。而無意願預立醫囑的受試者為死亡焦慮中「非

表4 預立醫囑的意願與相關變項邏輯斯複迴歸分析

相關變項	β	P 值	Odds ratio (95% CI)
憂鬱傾向			
無 ^a			
有	0.016	0.971	1.016(0.423-2.440)
生活滿意度	0.037	0.183	1.038(0.983-1.096)
希望了解疾病嚴重度及預後			
不會 ^a			
會	1.682	0.008**	5.376(1.553-18.612)
死亡焦慮			
不怕 ^a			
有心理準備，仍會怕	-0.640	0.065	0.528(0.267-1.042)
非常害怕	-1.351	0.019*	0.259(0.084-0.800)
自覺健康現在			
尚可 ^a			
很好	0.354	0.457	1.424(0.561-3.617)
不好	0.616	0.234	1.851(0.671-5.108)
自覺健康去年比			
尚可 ^a			
很好	0.615	0.377	1.849(0.473-7.223)
不好	-0.719	0.096	0.487(0.209-1.135)
自覺健康同齡比			
尚可 ^a			
很好	-1.274	0.015*	0.280(0.100-0.780)
不好	0.331	0.475	1.392(0.562-3.449)
相關經驗 - 曾參與不急救同意書討論			
無 ^a			
有	0.753	0.025*	2.124(1.097-4.114)
Constant	-2.282	0.076	0.102

a：參考組別

常害怕」的受試者($OR = 0.259, p = .019$)及自覺健康同齡比「很好」的受試者($OR = 0.280, p = .015$)有意願預立醫囑的機會較低。預立醫囑的意願與社會人口學變項性別、教育程度、婚姻狀況、居住型態、主要照顧者、主要醫療決定者、社會福利、私人醫療保險、宗教信仰及社會支持無相關。

討論

1990年，美國國會通過 Patient Self-Determination Act (病人自決法案)。1991年12月1日，要求醫療照護機構需提供病人預立醫囑相關訊息。在法律及政府政策支持下，美國社區民眾對維生治療的觀念及看法也是隨時間逐漸改變。早期研究，78%老人仍希望接受心肺復甦術；76%呼吸器必要時仍需使用。生理功能好、社會及家人支持良好的老年人仍會希望接受 CPR 及呼吸器使用；除非植物人狀態下，才選擇放棄⁽⁶⁾。到現在預立醫囑的推廣，連美國小兒科學會也建議僅早與罹患重大疾病的病童討論預立醫囑⁽²⁾。

國內預立醫囑的概念及立法跟國外差距了二十年，藉由本研究結果與國內外文獻研究交相比較，探討其差異。

預立醫囑意願邏輯斯複迴歸分析結果顯示，希望了解疾病嚴重度及預後及曾參

與不急救同意書討論的受試者有意願預立醫囑的機會較高。而死亡焦慮中「非常害怕」的受試者及自覺健康同齡比「很好」的受試者有意願預立醫囑的機會較低。社會人口學變項教育程度、婚姻狀況與年齡層交叉分析雖有明顯差異，但在各年齡層與預立醫囑意願交叉分析無統計上差異。

幾乎所有文獻都提出安寧相關知識，會促使民眾對預立醫囑態度正面，提高預立醫囑的意願。但本研究在填寫問卷之前，須先說明研究目的，若受訪者拒絕就不收案。我們不能排除願意填寫問卷的研究對象，態度基本上較不排斥預立醫囑。因為無法避免樣本誤差，經由邏輯斯迴歸分析出來的研究結果，只能解釋，在態度較不排斥預立醫囑的民眾，安寧療護名詞相關知識對預立醫囑意願的影響不顯著。

年齡變項與預立醫囑意願相關性，並未達顯著。由迴歸分析發現受試者並未隨著歲數增加，而預立醫囑意願增強，此與 Liu 等學者⁽¹⁷⁾ DNR 簽署與疼痛顯著相關，與高齡、性別、宗教信仰無關。其可能原因；國內預立醫囑相關議題，目前國內學者及專家還在不斷討論中，民眾對預立醫囑概念尚未普及，需要加強教育，可藉由臨床情境促進病人對維生治療的認識，對預立醫囑的意願及態度也會有所改變^(11,15,33)。在本研究，親友被無意義延長生命的相關經驗與預立醫囑的意願，未達顯

著性相關。或許受東方家庭價值觀及孝道觀念影響，另外東方文化忌諱提到死相關的字眼，尤其對高齡族群。大部分老年人把自己生命末期醫療的選擇權交由子女決定，並且認為子女應該會知道自己的想法。而且希望隱瞞病情的家屬，若醫師告知病人預後差，家屬無法接受還覺得醫療人員魯莽。病人不知道自己病情有多差，連帶跟病患本人討論安寧緩和醫療機會也低。將來生命末期醫療方式的討論，是否會隨著民眾對預立醫囑接受度高及安寧相關知識更多，而凸顯預立醫囑重要性。建議藉由縱貫性研究追蹤比較，本研究因人力及時間限制，在此無法提供其相關分析。社會支持對預立醫囑意願的影響，國外學者有許多不同看法。社會支持良好的人，預立醫囑意願較高⁽¹²⁾。有研究指出支持良好的人的態度較接受心肺復甦術及呼吸器⁽⁶⁾。社會支持少、對生活絕望的人傾向不急救⁽¹⁴⁾。另有研究指出社會支持與預立醫囑意願無相關性⁽³⁴⁾。但有社會支持的受試者，設立醫療委任代理人的比例高⁽³⁴⁾。本研究受試者來自於醫院門診病患，無與社會隔絕的個體，而無法突顯社會支持與急救預立醫囑意願社會支持的相關性。

憂鬱會使老年人在病情預後佳的情況下，傾向拒絕接受維生治療。有絕望的感受的人，拒絕心肺復甦術機率高達五倍。但以有無重度憂鬱症診斷來分析，則無統

計上差異^(14,22)。本研究憂鬱狀況與預立醫囑的意願，邏輯斯迴歸分析無顯著相關。其可能原因，可能跟本研究限制，需意識清楚、能以國、台語溝通、有行為能力受試者。

自覺健康對預立醫囑意願的影響，以美國醫療管理機構（Managed care Organization）的社區民眾為研究對象，指出自覺健康好的受試者，預立醫囑意願高，會願意與他人討論生命末期的醫療方式⁽⁴⁾。但本研究邏輯斯迴歸分析發現，自覺健康同齡比很好的受試者，預立醫囑的機會較低。間接反應台灣民眾認為預立醫囑是到生理機能差時才考慮，討論預立醫囑時機點較為延後。

結論

由研究結果推論，了解疾病嚴重度及預後及有參與不急救同意書討論的相關經驗，有意願預立醫囑的機會較高。死亡焦慮及自覺健康比同齡好有意願預立醫囑的機會較低，延後討論預立醫囑的時機。所以醫護人員扮演很重要的角色，適時給予病人靈性支持降低死亡焦慮，引導病患及其家屬討論生命末期醫療決策，就能協助病人早期完成「預立醫療自主計畫」。

限制與建議

本研究為橫斷式觀察性研究，研究對象招募為立意抽樣。或許態度傾向不排斥預立醫囑的人，才有意願填寫問卷，可能造成樣本誤差。面訪的訪談員僅一位，研究對象當場完成問卷。受限於時間及人力，本研究結果僅推論某特定時間內家醫科門診病患對預立醫囑意願的分析，無法預測未來時空背景變化對意願的影響程度。冀望將來有縱貫性研究加上質性資料，更深入探討相關議題。未來研究應再延長收案時間，追蹤其意願是否隨時事而有所改變。並且延伸至不同特性的收案地點，才能更完整評估及預測個案對預立醫囑的意願，讓未來有志於推廣「預立醫療自主計畫」的人員能根據個案不同特性，提供更符合個案的「預立醫療自主計畫」相關諮詢。

參考文獻

1. Advance Directives Seminar Group, Centre for Bioethics, University of Toronto. Advance directives: are they an advance? *CMAJ* 1992; 146(2): 127-34.
2. Wiener L, Ballard E, Brennan T, Battles H, Martinez P, Pao M. How I wish to be remembered: the use of an advance care planning document in adolescent and young adult populations. *J Palliat Med* 2008; 11(10): 1309-13.
3. 楊嘉玲、陳慶餘、胡文郁。醫療預立指示。安寧療護雜誌 2008; 13(1): 30-41。
4. Jackson JM, Rolnick SJ, Asche SE, Heinrich RL. Knowledge, attitudes, and preferences regarding advance directives among patients of a managed care organization. *Am J Manag Care* 2009; 15(5): 177-86.
5. Matsui M. Perspectives of elderly people on advance directives in Japan. *J Nurs Scholarsh* 2007; 39(2): 172-6.
6. Mold JW, Looney SW, Viviani NJ, Quiggins PA. Predicting the health-related values and preferences of geriatric patients. *J Fam Pract* 1994; 39(5): 461-7.
7. Stone SC, Abbott J, McClung CD, Colwell CB, Eckstein M, Lowenstein SR. Paramedic knowledge, attitudes, and training in end-of-life care. *Prehosp Disaster Med* 2009; 24(6): 529-34.
8. Teno JM, Nelson HL, Lynn J. Advance care planning. Priorities for ethical and empirical research. *Hastings Cent Rep* 1994; 24(6): S32-6.
9. Torke AM, Sachs GA, Helft PR, et al. Timing of do-not-resuscitate orders for hospitalized older adults who require a surrogate decision-maker. *J Am Geriatr Soc* 2011; 59(7): 1326-31.
10. VandeCreek L, Frankowski D, Johnson M. Variables that predict interest in and the completion of living wills. *J Pastoral*

- Care 1995; 49(2): 212-20.
11. Thorevska N, Tilluckdharry L, Tickoo S, Havasi A, Amoateng-Adjepong Y, Manthous CA. Patients' understanding of advance directives and cardiopulmonary resuscitation. *J Crit Care* 2005; 20(1): 26-34.
 12. Ai AL, Hopp F, Shearer M. Getting affairs in order: influences of social support and religious coping on end-of-life planning among open-heart surgery patients. *J Soc Work End Life Palliat Care* 2006; 2(1): 71-94.
 13. Akabayashi A, Slingsby BT, Kai I. Perspectives on advance directives in Japanese society: A population-based questionnaire survey. *BMC Med Ethics* 2003; 4: E5.
 14. Menon AS, Campbell D, Ruskin P, Hebel JR. Depression, hopelessness, and the desire for life-saving treatments among elderly medically ill veterans. *Am J Geriatr Psychiatry* 2000; 8(4): 333-42.
 15. Hu WY, Huang CH, Chiu TY, Hung SH, Peng JK, Chen CY. Factors that influence the participation of healthcare professionals in advance care planning for patients with terminal cancer: a nationwide survey in Taiwan. *Soc Sci Med* 2010; 70(11): 1701-4.
 16. Huang YC, Huang SJ, Ko WJ. Going home to die from surgical intensive care units. *Intensive Care Med* 2009; 35(5): 810-5.
 17. Liu JM, Lin WC, Chen YM, et al. The status of the do-not-resuscitate order in Chinese clinical trial patients in a cancer centre. *J Med Ethics*, 1999; 25(4): 309-14.
 18. Tang ST, Chen CC, Tang WR, Liu TW. Determinants of patient-family caregiver congruence on preferred place of death in Taiwan. *J Pain Symptom Manage* 2010; 40(2): 235-45.
 19. Tang ST, Liu TW, Lai MS, Liu LN, Chen CH. Concordance of preferences for end-of-life care between terminally ill cancer patients and their family caregivers in Taiwan. *J Pain Symptom Manage* 2005; 30(6): 510-8.
 20. Tang ST, Liu TW, Tsai CM, Wang CH, Chang GC, Liu LN. Patient awareness of prognosis, patient-family caregiver congruence on the preferred place of death, and caregiving burden of families contribute to the quality of life for terminally ill cancer patients in Taiwan. *Psychooncology* 2008; 17(12): 1202-9.
 21. Huang YC, Huang SJ, Ko WJ. Survey of do-not-resuscitate orders in surgical intensive care units. *J Formos Med Assoc* 2010; 109(3): 201-8.
 22. Lee HCB, Chiu HFK, Kwok WY, Leung CM, Kwong PK, Chung DWS. Chinese elderly and the GDS short form: a preliminary study. *Clin Gerontol* 1993; 14: 37-42.
 23. Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric

- Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. In: TL Brink. *Clinical Gerontology : A Guide to Assessment and Intervention*. New York: The Haworth Press, 1986; 165-73.
24. Radloff LS. The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas* 1977; 1(3): 385-401.
25. Chan AC. Clinical validation of the geriatric depression scale (GDS): Chinese version. *J Aging Health* 1996; 8(2): 238-53.
26. Chien CP, Cheng TA. Depression in Taiwan: epidemiological survey utilizing CES-D. *Seishin Shinkeigaku Zasshi* 1985; 87(5): 335-8.
27. 陳亦暉。影響安養機構內老人生活滿意度的因素—以中部某榮民之家為例（未出版）。雲林：國立雲林技術學院工業工程與管理技術研究所碩士論文，1994。
28. 葉瓊蘭。自費安養機構老人社會支持與身體健康、憂鬱之相關性探討（未出版）。台中：中山醫學院醫學研究所碩士論文，1999。
29. Barrera M, Sandler IN, Ramsay TB. Preliminary development of a scale of social support: studies on college students. *Am J Community Psychol* 1981; 9: 435-47.
30. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Lopes C. Social support: scale test-retest reliability in the Pro-Health Study. *Cad Saude Publica* 2003; 19(2): 625-34.
31. Noroozi A, Ghofranipour F, Heydarnia AR, Nabipour I, Shokravi FA. Validity and reliability of the social support scale for exercise behavior in diabetic women. *Asia Pac J Public Health* 2011; 23(5): 730-41.
32. Gay LR, Mills GE, Airasian PW. Selecting a sample. In: Gay LR. *Educational research: Competencies for analysis and applications*. New Jersey: Pearson Merrill Prentice Hall, 2006.
33. Fung AW, LC Lam, Lui VW. Could hypothetical scenarios enhance understanding on decision for life-sustaining treatment in non-demented Chinese older persons? *Aging Ment Health* 2010; 14(8): 994-9.
34. Boehmer U, Clark M, Sullivan M. Advance care planning by unmarried women of different sexual orientations: the importance of social support. *J Women Aging* 2010; 22(4): 306-20.

Perspectives on Advance directives in outpatients of Department of Family Medicine in Changhua City

Hui-Wen Chang^{1,4} Chi-Hua Yen² Peng-Chan Lin³ Li-Fan Liu⁴

ABSTRACT

Background: The spirit of advance directives (AD) is respecting patient autonomy and to ensure what would be done if they lose the capacity to decide for themselves. **Material and Method :** We used a structured questionnaire to survey willingness of AD in outpatients of Department of Family Medicine in Changhua city from September 2010 to September 2011. We identified influencing factors of AD by conducting multivariate logistic regression analysis. **Results :** Significant factors from univariate analysis were depression status, social support, life satisfaction, perceived health status, having experience of discussing “Do Not Resuscitate ”, being aware of prognosis of disease and fear about death. Logistic regression analysis indicated that preference of AD positively associated with being aware of prognosis of disease ($OR = 5.376$) and having experience of discussing “Do Not Resuscitate ” ($OR = 2.124$); negatively associated with severe fear about death ($OR = 0.259$) and perceived health status comparing with peers excellent ($OR = 0.280$). There was no significant relationship on preferences of advance directives between demographic characteristics, social support, depression status and life satisfaction. **Conclusion:** Medical staff members provide patients with spiritual support to decrease fear about death and raise issue of end-of-life care would facilitate the signing of 「 Advance Care Planning 」 .

(*Taiwan J Hosp Palliat Care* 2011 ; 16 : 3 : 296-311)

Key Words : advance directives, advance care planning.

¹Department of Family Medicine, Changhua Christian Hospital Erhlin Branch

²Division of Geriatric Medicine, Chung Shan Medical University Hospital

³Division of Hematology and Oncology, Department of Internal Medicine, National Cheng Kung University Hospital

⁴Institute of Gerontology, College of Medicine, National Cheng Kung University