

# 影響民眾選擇居家安寧療護行為意向之因素—以南投縣為例

\*曾依亭 林清壽

南開科技大學 福祉科技與服務管理系

## 1. 研究背景與目的

根據衛生福利部統計 2014 年死亡人數約有 162,911 人，十大死因中以慢性疾病為主，占總死亡人數的 77.5%，其中惡性腫瘤居首位(衛生福利部, 2015)，且台灣地區因癌病死亡之人數自 1982 年起即占死亡人口第一位，爾後癌病死亡人數節節上升。若以癌病罹患率每十萬人口為 100~180 人，則每年至少有 10,500 至 18,900 人需接受安寧療護。依台灣安寧照顧協會統計至 2014 年底為止，已簽署預立安寧療護意願僅有 61,452 人(衛生福利部, 2015)。安寧療護不同於一般傳統醫療，它是針對癌症末期臨終病人及其家屬的特別照顧。在整個照顧過程中，病人擁有最大的自主權，家屬亦全程參與，可滿足病人身體的、情緒的、社會的、精神的，以及病人家屬的需要，提昇癌症末期病人與家屬生活品質的『全人照顧』。有鑑於現代人在醫院臨終時所面臨的諸多問題，包括使用過多不必要的醫療措施、缺乏心理層面的照顧、缺乏家庭的支持、無法尊重病人的個別性等等。因此，以居家照顧的方式，結合安寧療護的理念，『安寧居家療護』乃因應而生(趙可式, 2009)。而 2015 年南投縣政府開始廣推居家安寧療護政策，由醫療單位、各鄉鎮衛生所開始推廣。基此，本研究目的以計畫行為理論(Theory of Planned Behavior, TPB)為基礎，建構民眾對於居家安寧療護的意向之研究架構，並進一步了解影響南投縣民眾選擇居家安寧療護的行為意向，做為南投縣政府推廣居家安寧療護策略之參考。

## 2. 研究方法

本研究運用 Ajzen(1991)計畫行為理論探討民眾選擇居家安寧療護的行為意向，其中計畫行為理論認為個體的行為意向是會受到態度、主觀規範與知覺行為控制的影響，而態度是個人對選擇安寧療護行為所抱持的認知或評價，主觀規範是個人對居家安寧療護的行為時感受到重要他人的影響程度意願，知覺行為控制是個人對選擇安寧療護行為時所掌控的難易程度。所以本研究運用計畫行為理論的態度、主觀規範與知覺行為控制構面建立本研究架構(如圖 1)所示，並依文獻建立研究假設(如表 1)。並據此設計問卷，經 3 位專家學者進行內容效度考驗、50 位民眾初步預試後確定正式問卷，本研究以南投縣 20 歲以上的民眾為研究母體，採用「便利取樣」方式進行問卷調查，共發放問卷 420 份，回收之有效樣本 400 份，有效樣本回收率 95%，並以 SPSS 22.0 for Windows 統計套裝軟體進行次數分配、敘述性統計、獨立樣本 t 檢定、單因子變異數分析與多元迴歸分析，統計顯著水準  $\alpha$  訂為 0.05。

表 1. 研究假設

$H_1$ ：選擇居家安寧療護態度對行為意向有顯著的 正向影響
$H_2$ ：主觀規範對行為意向有顯著的 正向影響
$H_3$ ：知覺行為控制對行為意向有顯著的 正向影響

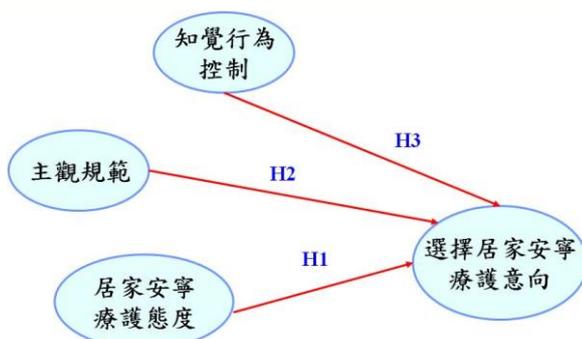


圖 1. 本研究架構圖

### 3. 結果與討論

在構面問項敘述統計方面，研究結果顯示，民眾在「主觀規範」及「選擇居家安寧療護意向」構面的認同程度未達同意程度，顯示居家安寧療護之推廣仍有改善的空間，應該透過各種管道加以宣導與推廣，以加強民眾對於居家安寧療護的認同感，進而選擇居家安寧療護。在不同背景變項與各構面差異分析方面，在宗教信仰方面，顯示信仰一貫道對於「居家安寧療護態度」及「知覺行為控制」認同程度比其他信仰高，而道教在各構面的認同度均為最低。在年齡層方面；年齡層愈大，對於「主觀規範」、「知覺行為控制」及「選擇居家安寧療護意向」，認同程度也愈高。在影響民眾對居家安寧療護的意向之因素方面，多元迴歸分析結果（如圖 2）顯示，影響民眾對居家安寧療護的意向之因素為居家安寧療護態度( $\beta=0.22, p<.001$ )、主觀規範( $\beta=0.43, p<.001$ )、知覺行為控制( $\beta=0.32, p<.001$ )等變項，其中影響民眾對居家安寧療護的行為意向最高者為主觀規範，顯示選擇居家安寧療護的行為意向受家人朋友的影響最大，另本研究架構整體解釋總變異量達 69%，顯示本研究架構民眾對居家安寧療護的行為意向有不錯的解釋力。另將 50 歲以下與 50 歲（含）以上分兩組進行多元迴歸分析（如表 2），比較影響因素之差異性，兩組分析結果顯示，在居家安寧療護的態度、主觀規範與知覺行為控制中皆顯著正向影響民眾選擇居家安寧療護的行為意向。其中 50 歲以上，知覺行為控制影響大於主觀規範，顯示比 50 歲以下族群較有能力自己決定選擇居家安寧療護。綜上研究結果，若要促進民眾選擇居家安寧療護，建議南投縣政府可從幾方面著手：(1)可在民眾就醫時，加強宣導居家安寧療護的知識及理念，特別是年紀輕的民眾，並可採用互動式交流，讓民眾更了解居家安寧療護的意義，進而讓民眾及家屬接受居家安寧療護；(2)主觀規範是影響民眾對居家安寧療護行為意向最主要的因素，因此要推動居家安寧療護，召開「家庭會議」此時就扮演了重要的居中角色，透過傾聽和協調討論，促進醫病溝通、減少無效醫療及降低醫療糾紛，讓個案及親屬們都可接受此理念，最後讓民眾願意簽署不施行心肺復甦術同意書(DNR)及預立安寧療護意願書。

表 2. 50 歲以下與 50 歲（含）以上路徑係數比較

構面	50 歲以下	50 歲（含）以上
	路徑係數	路徑係數
居家安寧態度	0.17**	0.32***
主觀規範	0.46***	0.36***
知覺行為控制	0.26***	0.42***

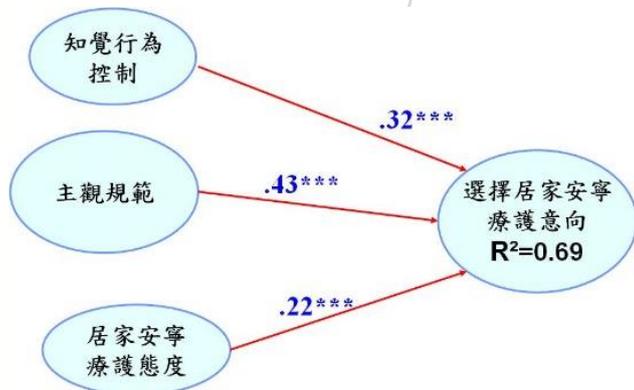


圖 2. 路徑分析圖

#### 參考文獻

1. Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211.
2. 衛生福利部全球資訊網(2015)。103 年國人死因統計結果。取自：  
<http://www.mohw.gov.tw/news/531349778>
3. 衛生福利部安寧緩和醫療及器官捐贈意願資訊系統(2015)。103 年簽署人數統計。取自：  
[https://hpcod.mohw.gov.tw/HospWeb/LawPages/calc\\_report.aspx?year=2014](https://hpcod.mohw.gov.tw/HospWeb/LawPages/calc_report.aspx?year=2014)
4. 趙可式(2009)。台灣安寧療護的發展與前瞻。 *護理雜誌*, 56(1), 5-10。