

影響中高齡者簽署預立醫療決定書之相關因素研究

張慧美 *林清壽

南開科技大學 福祉科技與服務管理系

摘要

108年《病人自主權利法》實施後，民眾可以依照自主決定權，透過預立醫療照護諮商，提早預立意願書，決定當自己遭遇特定疾病狀況時，能夠依據自己真實意願，享有知情、選擇、決定如何走向生命終點的權利，達到有尊嚴的善終意願。本研究以南投縣45歲以上中高齡者為研究對象，以計畫行為理論為架構，透過網路問卷調查方法來探討影響中高齡者簽署預立醫療決定書之行為意向因素。研究結果發現，中高齡者對於簽署預立醫療決定書的「態度」、「主觀規範」、「知覺行為控制」與「行為意向」皆持正向同意。在不同受測者背景變項對簽署預立醫療決定書在「知覺行為控制」的認同差異分析方面，顯示年齡層愈低認同程度愈高；女性在「態度」、「知覺行為控制」與「行為意向」認同度明顯優於男性；教育程度越高對各構面的認同度越高；有聽過預立醫療決定書相關訊息的民眾在各構面的認同度皆高於沒有聽過的。此外，依據多元迴歸分析結果顯示，影響中高齡者簽署預立醫療決定書的行為意向最高者為「態度」，其次為「知覺行為控制」；顯示中高齡者簽署預立醫療決定書的行為意向，受個人對預立醫療決定書的認同態度影響最大，中高齡者對預立醫療決定書的認同程度愈高，則接受簽署預立醫療決定書的意願越高，而個人自身對簽署預立醫療決定書感到難易程度的影響次之。

關鍵詞：病人自主權利法、預立醫療照護諮商、計畫行為理論

1. 研究背景與目的

死亡是每個人都必須面對的人生歷程，但面對罹患重大疾病的親人，家屬多會選擇隱瞞病情、寬慰病人安心接受治療，當面臨疾病末期時，親屬卻又難以開口詢問病人是否願意依照《安寧緩和醫療條例》簽署不施行心肺復甦術(Do Not Resuscitation, NR)同意書，似乎簽下DNR就等同跟病人宣告疾病將進入無救階段。然而《安寧緩和醫療條例》也僅限末期病人在病危與瀕死時，才能享有拒絕心肺復甦與維生醫療的權利。

因了解現行醫療法規對病人自主權保障的不足，以及病人難以善終的困境，孫效智教授著手研擬《病人自主權利法》（以下簡稱《病主法》），並經衛生福利部、醫界、法界、哲學界及病友等團體提供意見及協助，經過多次討論、座談、公聽會，草案於民國 104 年 12 月 18 日完成三讀，民國 105 年 1 月 6 日總統明令公布，民國 108 年 1 月 6 日正式生效施行。

《病主法》的基本理念是確保病人享有知情、選擇與決定的自主權利，且在特定條件下，也可以選擇不施加維持生命治療與人工營養及流體餵養。依據《病主法》規定，具完全行為能力的意願人（年滿 20 歲，或已婚者）可以自費申請醫療院所的預立醫療照護諮商門診，與至少一位二等親以內之親人共同參與諮商，和醫療團隊討論、溝通，當自己面對五種法定臨床條件：(1)末期病人；(2)不可逆轉之昏迷；(3)永久植物人；(4)極重度失智；(5)其他疾病痛苦難以承受、無法治癒且無其他合適之醫療解決方法之疾病時的善終意願，可簽署《預立醫療決定書》（以下簡稱 AD），並由見證人簽署公證，經醫療機構掃描上傳，於健保卡中註記完成簽署程序。

根據衛生福利部統計，截至民國 109 年 11 月《病主法》實施一年餘，簽署 AD 的民眾僅 19,991 人，尤其民國 109 年 1 月至 12 月中旬僅有 8,719 人簽署，人數遠低於民國 109 年 1 月至 12 月註記預立安寧緩和醫療意願的 61,308 位民眾（衛福部，2020）。而為了解中高齡民眾簽署 AD 行為意向，本研究目的運用計畫行為理論(Theory of Planned Behavior, TPB)，建構中高齡者簽署 AD 的行為意向研究架構，探討影響中高齡者簽署 AD 行為意向之因素，並根據研究結果作為政府推廣簽署 AD 之參考。

2. 文獻探討

本節將針對計畫行為理論及《病主法》進行探討，以作為本研究之理論基礎。

2.1 計畫行為理論

Ajzen (1985; 1991)的計畫行為理論是由 Ajzen 與 Fishbein (1980)所提出的理性行為理論(Theory of Reasoned Action, TRA)衍生而來。該理論認為人是理性個體，人的意圖是個體行為的決定性因素，個體的行動可以由意圖完全控制，而意圖主要是藉由態度（對行為正向或負向的評價）和主觀規範（生活中重要他人的意見或家人朋友對行為的認同與否）所形成。但事實上，人類在許多的情況下，還是會受限於其他外在的環境因素，例如個人的能力、資源或機會等，因此 Ajzen (1985; 1991)根據此缺失，將理性行為理論加以延伸，提出了計畫行為理論，在 TRA 原有的態度與主觀規範兩變項外，加入「知覺行為控制」的影響變項，並假定它可以反映過去的經驗和預期的阻礙，希望能有效地預測及解釋個人的行為，計畫行為理論架構如圖 1 所示。

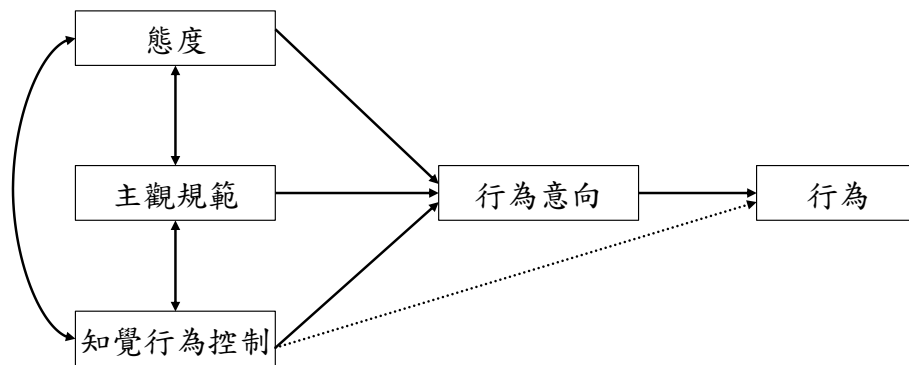


圖 1. 計畫行為理論(TPB)模式架構(Ajzen, 1985; 1991)

以下就計畫行為理論各構面定義說明如下：

(1) 行為意向(Behavioral intention)

在行為選擇的決定過程中，個人是否有所行動的意願，亦即個人從事某特定行為的意願越強烈，則去執行的可能性越高(Ajzen, 1991)。在測量上，可轉化為個人是否願意付出心力去嘗試，藉此變數可解釋及預測個人之實際行為表現（丁友彥，2017）。

(2) 態度(Attitude toward behavior)

Ajzen 與 Fishbein (1980)認為態度是個人對特定行為所抱持的正、負面評價，當個人對於行為的態度越趨正向，其行為的意圖隨之升高；反之，若趨負向，行為意圖亦隨之降低。

(3) 主觀規範(Subjective norm)

是指個人表現某一特定行為時，重要的他人或團體對個體之影響，同時也隱含著個人從事某行為所預期到來自重要同儕或團體的社會壓力(Ajzen, 1991)。當正向主觀規範越強烈，愈容易促使其執行該行為的行為意圖，反之，當負向主觀規範較高張時，亦容易降低其從事該行為的意願。

(4) 知覺行為控制(Perceived behavioral control)

知覺行為控制是指個人認知到採取某一特定行為時，容易或困難的程度。知覺行為控制反應個人過去的經驗和預期會遇到的阻礙，當個人認為自己所能掌控的機會或資源越多，則其預期的阻礙就越少，行為控制力就越強(Ajzen, 1985; 1991)。

Ajzen 的計畫行為理論廣泛被應用在探討個體從事某一特定行為的相關研究，包括行為意圖及實際行為的影響，如：消費行為、倫理議題、醫療篩檢及旅遊活動等。從實證研究中顯示，應用計畫行為理論來預測個人行為意向的解釋力都相當可信，其中有些研究的解釋力高達 60% 以上(李衍承，2020；張淑芬，2014；陳賢亮，2014；邱秀娟，2016)。因此本研究將以中高齡者為研究對象，以計畫行為理論為基礎，探討影響其簽署 AD 行為意向之因素。

2.2 病人自主權利法

民國 89 年制定的《安寧緩和醫療條例》，已可讓末期病人透過簽署意願書，選擇安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇，但對於罹患其他嚴重疾病、且沒有治癒希望、但尚未是末期的病人，安寧緩和醫療條例仍未能讓他們從其所處的困境中解脫（黃漢忠，2019）。自王曉民女士成為植物人事件開始，到傳達仁先生因罹患胰臟癌飽受病痛折磨，安樂死的議題始終廣泛引起社會大眾的關注。因價值論點不同，各界爭執不休，一直難以達成共識（劉世煒，2018）。

《病主法》正式實施後，社會大眾可以在爭取「生存權」的同時，也可以在特定的條件下預立醫療決定，為自己留下「死亡權」的意願表達，為自己規劃一個有尊嚴的善終機會（王國治，2019）。《病主法》以安寧緩和條例為根基，強調的核心精神是「自主選擇」，不論是願意接受維生醫療或拒絕，都應由病人知情而選擇。然而從過去的醫療父權到尊重病人自主，《病主法》的實施，對於醫護人員必有衝擊（張麗卿，2016）。《病主法》的立法精神亦致力於尊重病人自主和醫師意願，並在兩者間取得平衡，期待能在保障病人自主權的同時，尊重醫師之專業自主，並讓執行病人預立醫療決定之醫療機構或醫師在法律上能得到明確保障，讓尊重病人意願的醫事人員無後顧之憂（孫效智，2018）。

《病主法》於民國 108 年正式實施至今，參與預立醫療照護諮商的人數以及簽署 AD 的民眾遠不及簽署預立安寧緩和醫療意願的人數，所以本研究以「計畫行為理論」各構面來探討影響中高齡者簽署 AD 行為意向之研究。

2.3 預立醫療決定書的相關研究

哲學家田立克曾提到：「不計一切代價去努力延長病人的死亡時間，是一種殘酷的仁慈」，李秀玲(2020)在健康餘命調查中得知：國人平均在非健康的狀態下，伴隨著疼痛、臥床、生活無法自理地仰賴他人照顧達 8 年。美國有研究指出，有預先醫療指示的患者不太可能接受維生醫療或在醫院死亡(Maria et al., 2010)。近年來台灣民眾對安寧療護、善終的觀念亦逐漸興起，病人或家屬都期望病人可以有尊嚴地達到「善終」，然而在華人文化下，真正面對死亡時，親屬意見常與病人自主呈現兩難情況（李岳庭，2020），此時，僅有本人可以更改或撤回的「預立醫療決定書」即成為尊重病患善終意願的重要依據。

病主法實施後，醫界努力推廣預立醫囑理念，開辦諮商門診，但簽署的人數仍有限，可見實際推展時仍遭遇許多阻礙（謝伶瑜，2011），綜觀台灣目前以臨終規劃、善終為主題之研究，大多都以醫護人員、末期病患及其家屬為主，少見以中高齡者為研究對象進行研究（吳梓卉，2012）。

3. 研究方法

3.1 研究架構

本研究以計畫行為理論為研究架構，探討「行為態度」、「主觀規範」、「知覺行為控制」構面對「中高齡者簽署 AD 行為意向」的影響（如圖 2）。

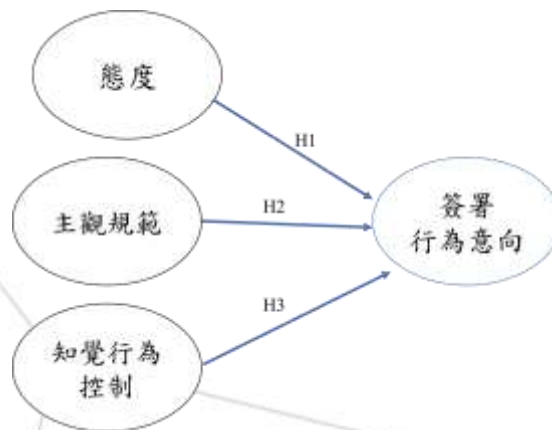


圖 2. 研究架構圖

3.2 以計畫行為理論為基礎之假說

根據 Ajzen (1991) 的計畫行為理論顯示：行為態度、主觀規範與知覺行為控制是決定行為意向的三個主要變數，即態度越積極、重要他人越支持、知覺行為控制越強，行為意向就越大。此外盧憶慧與林清壽(2013)、趙樑與林清壽(2018)、林清壽與洪吉利(2015)、陳明珠等人(2015)等研究也指出，行為態度、主觀規範與知覺行為控制對行為意向有顯著正向影響。基於上述文獻結果，本研究擬訂以下三個假說：

H1：態度對中高齡者簽署 AD 的行為意向有顯著的正向影響。

H2：主觀規範對中高齡者簽署 AD 的行為意向有顯著的正向影響。

H3：知覺行為控制對中高齡者簽署 AD 的行為意向有顯著的正向影響。

3.3 問卷設計

本研究問卷設計採結構式問卷立意取樣方式，根據研究目的及研究架構設計問卷，將各變項概念具體化，並依據構面定義設計問卷，共有行為態度、主觀規範、知覺行為控制及行為意向等四個構面，共計 21 題。研究題項衡量尺度，採 Likert 五點量表，個人背景基本資料，則包含年齡、

性別、教育程度、職業、婚姻狀況、是否聽過 AD、影響簽署 AD 的最大因素、影響不簽署 AD 的最大因素。茲將本研究各構面之概念型定義分述如表 1 所示。

表 1. 研究構面概念型定義

構面	操作性定義	相關文獻
態度	個人對簽署 AD 所抱持的認知或評價。	Ajzen (1991)
主觀規範	個人對簽署 AD 感受到重要他人或團體的影響及認同程度。	Ajzen (1991)
知覺行為控制	個人認為簽署 AD 難易程度。	Ajzen (1991)
行為意向	個人評估自己將來會簽署 AD 的意願與可能性。	Ajzen (1991)

本問卷設計參考相關文獻及研究彙整編製成原始問卷，初步符合表面效度(Face Validity)。為增進預試問卷之內容效度，委請三位具專業知識背景的專家及學者針對問卷題項的內容、用詞等設計進行檢驗，並採「便利取樣」的方式，選取 50 位民眾作為預試樣本。

接著各構面進行項目分析，問卷題項皆具顯著水準，因此保留全數題項進行信度分析。本研究採 Cronbach's α 值檢驗問卷信度，探討測量項目間的內部一致性，吳統雄(1985)及 Malhotra (1993)認為 α 係數在 0.6 以上表示量表達可信程度。根據表 2 分析結果顯示，本研究問卷之整體信度為 0.93，各構面之 α 值皆在 0.7 以上，顯示本研究整體問卷量表的信度良好。

表 2. 各構面之 Cronbach's α 係數值

構面	Cronbach's α 係數值
行為態度	0.78
主觀規範	0.75
知覺行為控制	0.85
行為意向	0.88
整體信度	0.93

4. 研究結果

4.1 受訪者基本資料統計

本研究以南投縣 45 歲以上之中高齡者為研究對象，採「便利取樣」進行問卷發放，回收問卷 506 份，有效樣本為 403 份，有效樣本回收率 79.6%，受訪者基本資料如表 3 所示。

表 3. 受訪者背景資料(N=403)

變數	變項	次數	%
性別	男	137	34.0
	女	266	66.0
年齡	45~49 歲	89	22.1
	50~54 歲	132	32.8
	55~59 歲	81	20.1
	60~64 歲	31	7.7
	65~69 歲	30	7.4
	70~74 歲	27	6.7
	75 歲以上	13	3.2
教育程度	國小(含)以下	18	4.5
	國中	35	8.7
	高中職	84	20.8
	大專院校	176	43.7
	研究所(含)以上	90	22.3
職業	農漁牧	6	1.5
	工	30	7.4
	商	38	9.4
	軍公教警	127	31.5
	服務業	52	12.9
	自由業	32	7.9
	家管	54	13.4
	無	38	9.4
	其他	26	6.5
婚姻狀況	未婚	33	8.2
	已婚	317	78.7
	喪偶	22	5.5
	離婚	31	7.7
是否聽過預立醫療決定書	是	138	34.2
	否	265	65.8
願意簽署最大影響因素	因為想善終	355	88.1
	因為罹患疾病末期	18	4.5
	有親友簽署	8	2.0
	其它	22	5.5
不願意簽署最大影響因素	需要諮商太麻煩	125	31.0
	需要付費	96	23.8
	家人不同意	95	23.6
	其他	87	21.6

4.2 各構面之敘述統計分析

本研究為了解中高齡民眾對簽署 AD 在不同構面的認同程度，針對 AD 態度、主觀規範、知覺行為控制及行為意向各構面題項進行平均數與標準差的計算，分析結果如表 4，並說明如下：

- (1) 態度：在態度構面部分，其平均數為 4.45，其中以「我認為簽署 AD 是有意義的」的平均值最高，其次為「我認為簽署 AD 對臨終是有尊嚴的」，排名第三則為「我認為簽署 AD 是值得鼓勵的」，研究結果顯示多數受測者對於簽署 AD 的態度持正向且認同的肯定。
- (2) 主觀規範：在主觀規範構面部分，其平均數為 3.97，整體而言，多數受測者對於簽署 AD 的主觀規範是傾向「同意」的認同態度。其中以「我的家人如有簽署 AD，我也會跟著簽署」的平均值為最高，其次為「我的家人會贊成我簽署 AD」排名第二，「我的朋友如有簽署 AD，我也會跟著簽署」排名第三；而平均數較低的則是「預立醫療諮商過程中，醫護人員對於未來病情醫療照護的說明，會影響我簽署 AD」，「醫護人員對於我的病情告知，會影響我簽署 AD」。顯示中高齡者重視親友的鼓勵及支持，且親友的支持大於醫護人員的影響。
- (3) 知覺行為控制：在知覺行為控制構面部分，其平均數為 4.15，整體上受測者對於簽署 AD 的知覺行為控制的認同感趨近「同意」之認同態度。其中以「我可以自己決定參與是否簽署 AD」的平均值最高，排名第二為「我有足夠的能力簽署 AD」；而平均數較低的是「我有能力蒐集有關 AD 的訊息」，顯示受測者雖有足夠能力決定是否簽署 AD，但也會因對 AD 的相關訊息不了解，以及受到其他人反對的影響而無法簽署 AD。
- (4) 行為意向：在行為意向構面部分，其平均數為 4.13，整體上受測者對於簽署 AD 的行為意向趨近「同意」之認同態度。其中以「我樂於簽署 AD」的平均值最高，其次以「我願意簽署 AD」排名第二，以及「我會主動詢問了解 AD 的相關訊息」排名第三；而平均值最低的則為「我會鼓勵親朋好友簽署 AD」，結果顯示受測者雖然自身有意願也樂於簽署 AD，但並不傾向鼓勵親朋好友簽署。

4.3 個人背景變項與各構面之差異分析

以下針對不同個人背景變項對各構面是否有差異進行分析。

從表 5 分析結果得知，不同年齡層對於簽署 AD 的認同程度有顯著差異，採用 Scheffe 事後檢定發現，對於知覺行為控制的認同程度，45-59 歲年齡層與 65-74 歲年齡層之間有顯著差異；45-59 歲年齡層對於簽署 AD 所需之資源與機會的控制能力明顯優於 65-74 歲年齡層。其他在於行為態度、主觀規範以及行為意向的部分，各年齡層並未出現顯著差異。

表 4. 各構面之敘述統計分析

構面	測量題項	平均數	標準差	排序	構面平均數
簽署態度	A1.我認為簽署 AD 是有意義的。	4.61	0.59	1	4.45
	A2.我認為簽署 AD 對病人是不適合的。	4.01	0.90	5	
	A3.我認為簽署 AD 對臨終是有尊嚴的。	4.58	0.57	2	
	A4.我認為簽署 AD 是值得鼓勵的。	4.53	0.61	3	
	A5.我認為簽署 AD 是值得推廣的。	4.51	0.63	4	
主觀規範	B1.我的家人贊同我簽署 AD。	4.12	0.78	2	3.97
	B2.我的家人會鼓勵我簽署 AD。	3.92	0.82	4	
	B3.我的家人如有簽署 AD，我也會跟著簽署。	4.23	0.72	1	
	B4.我的朋友如有簽署 AD，我也會跟著簽署。	4.02	0.84	3	
	B5.預立醫療諮商過程中，醫護人員對於未來病情醫療照護的說明，會影響我簽署 AD。	3.77	1.04	6	
	B6.醫護人員對於我的病情告知，會影響我簽署 AD。	3.78	1.06	5	
知覺行為控制	C1.我有能力蒐集有關 AD 的訊息。	3.88	0.96	5	4.15
	C2.我能了解預立醫療照護諮商過程的用意。	4.12	0.79	3	
	C3.我可以自己決定是否簽署 AD。	4.40	0.58	1	
	C4.我有足夠的能力簽署 AD。	4.32	0.69	2	
	C5.我可以克服反對我簽署 AD 的意見。	4.05	0.80	4	
行為意向	D1.我樂於簽署 AD。	4.34	0.66	1	4.13
	D2.我願意簽署 AD。	4.32	0.69	2	
	D3.我排斥簽署 AD。	4.02	0.82	4	
	D4.我會鼓勵親朋好友簽署 AD。	3.86	0.84	5	
	D5.我會主動詢問了解 AD 的相關訊息。	4.13	0.74	3	

從表 6 分析結果得知，不同性別對 AD 的主觀規範構面不具顯著差異，在行為態度、知覺行為控制以及行為意向構面則有顯著差異；從各構面的平均數來看，女性在簽署態度、主觀規範、知覺行為控制，以及行為意向的認同度皆比男性高。

從表 7 分析結果得知，「有聽過 AD」在各構面的平均數皆大於「沒聽過 AD」，與各構面皆有顯著差異，有聽過 AD 的受測者在簽署態度、主觀規範、知覺行為控制以及行為意向的認同感相對較高。

表 5. 年齡背景變項與各構面之差異分析

年齡變項		行為態度	主觀規範	知覺行為控制	行為意向
		平均數	平均數	平均數	平均數
1	45-49 歲	4.51	4.03	4.26	4.14
2	50-54 歲	4.49	4.00	4.24	4.17
3	55-59 歲	4.46	4.03	4.26	4.20
4	60-64 歲	4.32	3.84	4.09	4.05
5	65-69 歲	4.31	3.77	3.76	4.07
6	70-74	4.24	3.94	3.73	4.04
7	75 歲 (含) 以上	4.65	3.88	3.82	3.94
F 檢定		1.940	1.218	6.534	0.699
顯著性		p=.073	p=.296	p=.000***	p=.651
Scheffe 事後檢定結果				1>5 1>6 2>5 2>6 3>5 3>6	

註：*** p<.001, ** p<.01, * p<.05

表 6. 性別對於簽署 AD 各構面之差異分析

性別變項		行為態度	主觀規範	知覺行為控制	行為意向
		平均數	平均數	平均數	平均數
1	男	4.38	3.94	4.02	4.04
2	女	4.49	3.99	4.22	4.18
t 值		-1.994	-.779	-3.017	-2.286
顯著性		p=.047	p=.436	p=.003**	p=.023*

註：*** p<.001, ** p<.01, * p<.05

表 7. 是否聽過 AD 與各構面之差異分析

是否聽過 AD		行為態度	主觀規範	知覺行為控制	行為意向
		平均數	平均數	平均數	平均數
1	是	4.54	4.04	4.31	4.24
2	否	4.28	3.85	3.85	3.92
t 值		4.822	2.938	7.548	5.401
顯著性		p=.000***	p=.003**	p=.000***	p=.000***

註：*** p<.001, ** p<.01, * p<.05

從表 8 分析結果得知，影響簽署 AD 對於各構面間有顯著差異，在行為態度的認同程度，想善終對於罹患疾病末期具有顯著差異；從認同平均數來看，隨著想善終的意願愈高，行為態度越強。在主觀規範的認同程度，想善終、罹患疾病末期對有親友簽署具顯著差異；從認同平均數來看，在主觀規範構面受親友簽署的影響最低。在知覺行為控制的認同程度，想善終對於有親友簽署具有顯著差異；從認同平均數來看，想善終的意願越高，知覺行為控制的影響越強。在行為意向的認同程度，想善終對於罹患疾病末期、有親友簽署與其他具顯著差異；從認同平均數來看，想善終意願愈高，行為意向越強。

表 8. 影響想簽署 AD 最大因素與各構面之差異分析

影響想簽署 AD 最大影響因素		行為態度 平均數	主觀規範 平均數	知覺行為控制 平均數	行為意向 平均數
1	想善終	4.51	4.03	4.20	4.21
2	罹患疾病末期	3.98	3.79	3.88	3.77
3	有親友簽署	3.83	2.98	3.70	3.30
4	其他	4.09	3.62	3.73	3.51
F 檢定		14.392	12.465	7.181	19.525
顯著性		p=.000***	p=.000***	p=.000***	p=.000***
Dunnett-T3 事後檢定結果		1 > 2	1 > 3 2 > 3	1 > 3	1 > 2 1 > 3 1 > 4

註：*** p<.001, ** p<.01, * p<.05

從表 9 分析結果得知，不簽署 AD 最大影響因素對主觀規範構面具顯著差異：透過 Scheffe 事後檢定發現，影響不簽署 AD 最大因素中「需要付費」與「家人不同意」有顯著差異，在主觀規範構面中，因「需要付費」而選擇不簽署的高過於「家人不同意」。其餘影響不簽署之因素與主觀規範構面皆不具顯著差異。

表 9. 影響不簽署 AD 最大因素與各構面之差異分析

影響不簽署 AD 最大影響因素		行為態度 平均數	主觀規範 平均數	知覺行為控制 平均數	行為意向 平均數
1	需要諮商太麻煩	4.43	3.97	4.06	4.10
2	需要付費	4.48	4.14	4.20	4.22
3	家人不同意	4.44	3.80	4.18	4.08
4	其他	4.47	3.98	4.20	4.14
F 檢定		0.218	5.521	1.271	1.014
顯著性		p=.884	p=.001**	p=.284	p=.387
Scheffe 事後檢定結果			2 > 3		

註：*** p<.001, ** p<.01, * p<.0

4.4 各構面之相關性分析

為判斷構面間是否有相關性，採用 Pearson 積差相關係數矩陣來進行檢驗。Pearson 積差相關係數，以樣本資料求得的相關係數則以 γ 表示。其值介於-1~1 之間，其值為正，表示變數間呈正向相關；其值為負，則表示變數間呈負向相關。相關係數之絕對值為 1 時，表示兩構面之間為完全相關； $0.7 \leq |\gamma| < 1$ 時，則為高度相關；當 $0.4 \leq |\gamma| < 0.7$ ，為中度相關；當 $0.1 \leq |\gamma| < 0.4$ ，為低度相關。當相關係數之絕對值小於 0.1 時，則為微弱相關或無相關。各構面之間的相關程度如表 10 所示，說明如下：

行為意向與簽署態度、主觀規範、知覺行為控制之相關值分別為 $\gamma=0.71$ 、 $\gamma=0.57$ 以及 $\gamma=0.50$ ，其顯著水準皆為 $p=.000$ ，顯示行為意向與行為態度為顯著高度正相關，與主觀規範、知覺行為控制呈顯著中度正相關。

簽署態度與主觀規範、知覺行為控制之相關值分別為 $\gamma=0.50$ 、 $\gamma=0.57$ ，其顯著水準皆為 $p=.000$ ，表示簽署態度與二構面呈顯著中度正相關。

主觀規範與知覺行為控制之相關值為 $\gamma=0.50$ ，其顯著水準為 $p=.000$ ，顯示主觀規範與知覺行為控制構面間呈顯著中度正相關。

表 10. 各構面之相關矩陣

	行為意向	行為態度	主觀規範	知覺行為控制
行為意向	1			
行為態度	.71***	1		
主觀規範	.60***	.50***	1	
知覺行為控制	.70***	.57***	.50***	1

註：*** $p<.001$, ** $p<.01$, * $p<.05$

4.5 路徑分析

為瞭解所衡量之構面間的因果關係，本研究先以計畫行為理論中的行為態度、主觀規範、知覺行為控制為自變項，行為意向為依變項，進行多元迴歸分析，迴歸診斷結果如表 11 所示，顯示自變項間變異數膨脹係因數(Variance Inflation Factor, VIF)小於 10，代表沒有共線性問題，變項間適合做迴歸分析，分析結果顯示，影響中高齡者簽署 AD 之因素為：簽署態度($\beta=0.39$, $p<.001$)、主觀規範($\beta=0.21$, $p>.001$)、知覺行為控制($\beta=0.36$, $p<.001$)三變項，調整後的整體解釋總變異量達 66%。

依據上述多元迴歸分析結果繪成路徑分析圖如圖 3，顯示影響中高齡者簽署 AD 行為意向最高者為「簽署態度」，顯示中高齡者簽署 AD 的行為意向受個人所抱持的態度影響最大，知覺行為控制次之，影響力最低的則為主觀規範。

表 11. 行為意向重要影響因素之多元迴歸分析

行為意向								
構面	未標準化係數		標準化係數 β	t-value	p-value	Adjusted R ²	共線性	
	迴歸係數	標準差					允差	VIF
常數	-0.13	0.17		-7.59	.449	0.66		
行為態度	0.44	0.42	0.39	10.54	.000***		0.61	1.64
主觀規範	0.22	0.04	0.21	6.05	.000***		0.68	1.47
知覺行為控制	0.35	0.04	0.36	9.73	.000***		0.61	1.64

註：*** p<.001, ** p<.01, * p<.05

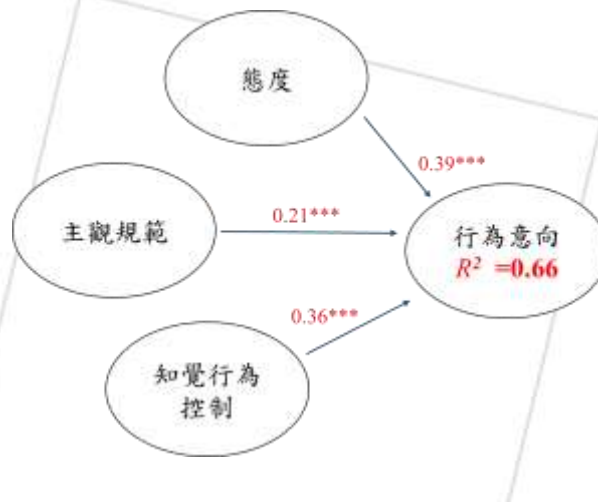


圖 3. 路徑分析圖

4.6 研究假說檢定

本研究參酌文獻以及運用計畫行為理論探討南投縣中高齡者簽署 AD 之行為意向，所得研究結果與研究假說項目皆具顯著正向影響之實證（如表 12）。

表 12. 研究假說之檢定

假說項目	結論	是否成立
H1：態度對中高齡者簽署 AD 的行為意向有顯著的正向影響。	p=.000** 達顯著性	成立
H2：主觀規範對中高齡者簽署 AD 的行為意向有顯著的正向影響。	p=.000*** 達顯著性	成立

假說項目	結論	是否成立
H3：知覺行為控制對中高齡者簽署 AD 的行為意向有顯著的正向影響。	p=.000*** 達顯著性	成立

5. 結論與建議

5.1 結論

本研究以計畫行為理論建構中高齡者簽署 AD 行為意向研究架構，並探究影響南投縣中高齡者簽署 AD 行為意向之因素。從各構面之敘述統計分析顯示態度構面平均最高，多數受測者認同簽署 AD 是有意義的；主觀規範的平均最低，從資料分析顯示多數受測者認為家人的支持大於醫護人員的影響。另分析不同個人背景變項與各構面之差異，研究發現年紀越輕，在知覺行為控制構面能力認同度越高；女性對於簽署 AD 的知覺行為控制與行為意向認同度要高於男性；教育程度越高的受測者在知覺行為控制與行為意向的認同度明顯高於教育程度低的；有聽過 AD 相關資訊的受測者對態度、主觀規範、知覺行為控制與行為意向認同度明顯高於沒聽過 AD 的。從相關分析資料顯示，行為意向、態度、主觀規範、知覺行為控制各構面間皆呈中度以上正相關。

本研究整體總解釋變異量達 66%，行為意向受到行為態度、主觀規範、知覺行為控制等正向影響，其中以態度($\beta=0.39$)最高，顯示中高齡者的態度正向影響簽署 AD 的行為意向，當中高齡者認同簽署 AD 對善終是有意義、有尊嚴的，則接受簽署的行為意向也就愈高。

5.2 研究限制

- (1) 《病人自主權利法》公布施行時間尚短，簽署 AD 的人數不多，無法印證計畫行為理論中行為意向對行為的影響程度。
- (2) 本研究僅以南投縣 45 歲以上中高齡民眾為研究對象，採用網路問卷進行發放，樣本雖已顧及各年齡層意見，但研究結果仍無法顧及未使用網路族群抽樣所造成的誤差。

5.3 研究建議

由上所述，若要鼓勵中高齡者簽署 AD，建議政府單位及醫療院所可從幾方面著手：

- (1) 廣設 AD 宣傳管道：研究中發現近七成受測者沒聽過 AD 相關訊息，建議政府及醫療院所提供 AD 相關諮詢站，並於社區樂齡活動中帶入生命教育或善終課程，讓訊息流通更多元。
- (2) 淺顯易懂的宣導內容：研究中顯示教育程度越低的受測者對於簽署 AD 所需能力感受困難，對簽署 AD 的認同度較低，影響其簽署意願，建議政府設計淺顯易懂的宣導內容，降低簽署 AD 的難度，增加簽署的便利性，以提升民眾簽署 AD 的意願。

- (3) 開辦相關課程，培訓志工協助宣導：開辦相關課程，鼓勵照服員參與培訓，在照護長輩過程中可提供正確知識或訊息，並培訓志工可深入校園辦理生命教育課程，藉由課程宣導相關訊息。
- (4) 諮商付費由政府補助：研究中發現中高齡民眾不願意簽署的最大影響因素為「需要付費」，建議由健保補助，降低收費。未來不但可以減少生命末期的無效醫療費用，減輕臨終病人痛苦，用積極的安寧照護取代積極治療，也可節省健保花費。

對後續研究者的建議可增加質性的後續訪談，藉由訪談來深入瞭解受訪者對病人知情、選擇、決定所持的想法，以及對簽署 AD 的意願，以作為政府推廣預立醫療決定書的方向及依據。

參考文獻

1. Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood-Cliff, NJ: Prentice-Hall.
2. Ajzen, I. (1985). From Intentions to Actions: A Theory of Planned Behavior. In Kuhl, J., & Bechmann, J.(eds.), *Action Control from Cognition to Behavior*. New York: Springer Verlag.
3. Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Process*, 50(2), 179-211.
4. Malhotra, N. K. (1993). *Marketing research: An applied orientation*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
5. Maria, J. Silveira, Scott, Y. H. Kim, Kenneth, M. Langa (2010). Advance Directives and Outcomes of Surrogate Decision Making before Death. *The New England journal of medicine*, 362, 1211-1218.
6. 丁友彥(2017)。雲林縣麥寮地區國小教師綠色消費態度、綠色消費自我效能與綠色消費行為關係之研究。國立暨南國際大學諮商心理與人力資源發展學系終身學習與人力資源發展研究所碩士論文，南投縣。
7. 王國治(2019)。安寧緩和條例與病人自主權利法之比較研究。 *南臺財經法學*，5，89-129。
8. 吳梓卉(2012)。高齡者臨終意象之探討。台灣大學健康政策與管理研究所碩士論文，台北市。
9. 吳統雄(1985)。態度與行為研究的信度與效度：理論、應用、反省。 *民意學術專刊*，夏季號，29-53。
10. 李秀玲(2020)。彰化地區民眾在接受預立醫療決定前之知識、態度及註記意願探討。國立彰化師範大學資訊管理學系碩士論文，彰化縣。
11. 李岳庭(2020)。預立醫療照護諮商與諮商倫理。 *應用倫理評論*，69，259-275。
12. 李衍承(2020)。運用計畫行為理論及信任關係探討不同年齡層民眾搭乘 Uber 意向（未發表之碩士論文）。南開科技大學福祉科技與服務管理所碩士論文，南投縣。
13. 林清壽、洪吉利(2015)。影響中高齡者與志工銀行行為意向之研究。 *福祉科技與服務管理學刊*，3(2)，209-222。
14. 邱秀娟(2016)。影響社區婦女對子宮頸抹片篩檢意向之因素。南開科技大學福祉科技與服務管理研究所碩士論文，南投縣。
15. 孫效智(2018)。 *最美的姿態說再見-病人自主權利法的內涵與實踐*。台北市：天下雜誌。

16. 張淑芬(2014)。中高齡者與高齡者對預立遺囑行為意向之研究—以南投縣為例。南開科技大學福祉科技與服務管理研究所碩士論文，南投縣。
17. 張麗卿(2016)。病人自主權利法—善終的抉擇。《東海大學法學研究》，50，1-47。
18. 陳明珠、林清壽、廖崇凱(2015)。中高齡者購買商業型長期照護保險行為意向之研究。《福祉科技與服務管理學刊》，3(2)，189-208。
19. 陳賢亮(2014)。中高齡者與高齡者對器官捐贈簽署行為意象之研究—以南投縣為例。南開科技大學福祉科技與服務管理研究所碩士論文，南投縣。
20. 黃漢忠(2019)。從儒家的觀點省察病人自主權利法的限制：以永久性植物人為例。《應用倫理評論》，67，43-64。
21. 趙樑、林清壽(2018)。影響民眾從事國外自助旅遊行為意向之因素研究-以南投縣為例。《觀光旅遊研究學刊》，13(2)，21-35。
22. 劉世煒(2018)。從病人自主權論積極安樂死臨床。《臨床醫學月刊》，82(5)，681-687。
23. 衛生福利部預立醫療決定、安寧緩和醫療器官捐贈意願資訊系統(2020年11月19日)。109年即時統計結果。2021年4月27日取自 <https://hpcod.mohw.gov.tw/HospWeb/>
24. 盧憶慧、林清壽(2013)。中高齡者慈善捐款行為意向之研究-以南投縣為例。《福祉科技與服務管理學刊》，1(3)，35-50。
25. 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。

Factors Associated with Middle-aged and Older Adults Signing the Advance Decision Consent

Chang, H.-M., * Lin, C.-S.

Department of Gerontechnology and Service Management, Nan-kai University of Technology

Abstract

Since the implementation of the "Patient Autonomous Rights Act" in 2019, as per one's discretion, public suffering from a specific disease will be able to know, choose and decide how to reach the end of life as per their real wish, through pre-determined medical-care consultations, and pre-determined letters of intent. The right to decide the end of life helps in a dignified death. This work focuses on middle-aged and older adults aged over 45 years and is based on the theory of planning behavior. A questionnaire survey method was used to explore the factors influencing behavioral intentions of middle-aged and older adults to arrive at an advanced medical decision. The narrative statistical analysis of various aspects of the middle-aged and older adults, the "behavioral attitude", "subjective norms", and "perceived behavior control" constructs have significant and positive effects on the behavioral intention to sign pre-determined medical decision. The difference analysis shows that middle-aged and older adults sign the pre-approval medical decision as per their "perceived behavior control". The lower the age, the higher is the degree of recognition. Women's recognition of "perceived behavior control" and "behavior intention" is significantly higher than that of men; the higher the level of education, the higher is the recognition of each aspect; the degree of recognition is higher among people who are familiar with the information related to pre-determined medical decision letter than those who have not heard of it. In addition, according to multiple regression analysis, the highest behavioral intention that influences the middle-aged and older adults to sign the advanced medical decision is their attitude, followed by perceptual behavior control. The behavior intention of the middle-aged and older adults to sign the pre-determined medical decision is most affected by the individual's attitude to such decisions. The more the middle-aged and older adults agree with the advanced medical decision, the higher is the willingness to sign the advanced medical decision. The individual's own difficulty in signing the pre-determined medical decision is the second-most important reason.

Keywords: patient autonomy act, advanced care planning, theory of planned behavior