



## 案例研討

### 樂齡學員善終觀念與病人自主權法實踐初探

\*周祖佑<sup>1</sup> 王政彥<sup>1</sup> 吳明隆<sup>2</sup>

<sup>1</sup>高雄師範大學 成人教育研究

<sup>2</sup>高雄師範大學 師資培育中心

## 摘要

邁入高齡社會的臺灣，高齡者之健康與善終需求，將逐年上升。原為推行善終觀念之病人自主權利法，因許多民眾對其內容不甚了解，簽立時點又常迫近死亡，反無助於醫療爭議的降低。本研究目的為探究樂齡學員善終觀念，以瞭解其生命末期之權利與義務之健康與法律識能。本研究以台灣南部地區年齡 55 歲以上、230 位樂齡學員為對象，以中文版 Miyashita 等人之短表善終量表題項及另加上病人自主權立法實踐題項共計 25 題問卷，採 Likert7 點量表為研究工具，收案期間 2020 年 10 月至 12 月，有效問卷 213 份，以 SPSS.24 版及 AMOS.22 分析，採取一階的驗證性因素分析，善終觀念建構出「知情同意」、「安詳離世」、「死亡認知」以及「病人自主權利法之實踐」等四個構面，整體模型評估均符合模型適配度指標。顯示樂齡學員其「安詳離世」、「死亡認知」、「知情同意」、對於「病人自主權利法之實踐」的因素負荷量皆達高標且其解釋力亦強，而本研究為臺灣樂齡學習者之善終觀念與病人自主權法實踐之初探，結果發現二者有正向關係。希冀成果得以提升各界對生命、健康、死亡等三類識能，落實「尊重醫療自主、保障善終權益、促進醫病和諧」，為未來長照政策與醫療糾紛提供建言。

關鍵詞：善終、知情同意、安詳離世、死亡認知、病人自主權

## 1. 研究背景、動機及目的

隨著科技與醫療進步，人類的平均壽命不斷延長，已為高齡社會的臺灣，預計到 2026 年邁入超高齡社會。以 Fries (1983) 的疾病壓縮理論 (James Fries, 2005)，長期累積的健康危害因子，致使邁入高齡化的臺灣社會，約 80% 以上之老人具有日常生活障礙，失智症，或憂鬱傾向等慢性共病，顯見老人健康照護服務型態的多元化與善終需求，將逐年上升。(謝高橋、陳信木，1994；呂寶靜，2004；黃鈺鈞，2015)。

2019 年 1 月 6 日所通過實施之《病人自主權利法》，即希冀透過預立醫療照護諮商 (Advance Care Planning, ACP) 商討當意願人處於特定臨床條件、意識昏迷或無法清楚表達意願時，應提供之

適當照護方式，預以病人自主權利法實踐善終觀念，希望賦予患者尊嚴離世（林綉君等，2016）。使高齡長者能得以善終且無憾，達「尊重病人醫療自主、保障病人善終權益、促進和諧醫病關係與醫療發展」之立法目標與精神（林怡廷，2018）。然實務上，除多數民眾仍對於預立醫療指示內容不甚了解，以致末期醫療照護計畫的落實度不佳。而簽立時點，如癌症或末期患者，又常在非常迫近死亡時才決定，致簽立者少有參與自身醫療照護決策的機會。而與癌症患者相較，高齡者雖其共病症較多且複雜，拖延時間日久，生理機能衰退與所致長期臥床、出現之併發症或後遺症，亦增生醫療檢查或治療之花費，但高齡者壽終正寢之自然死亡，不應成為醫糾日增之因。善終的「醫病溝通」至今仍存有障礙與認知差異（王志嘉、羅慶徽，2010）。且不論是國外經驗或是我國，因為民眾傾向對於醫療選擇表達一個模糊的價值觀，而非核心概念與價值，皆可預見預立醫療決定難以成功地實踐病人自主（謝宛婷，2020）。但高齡者有較長時間，參與自身醫療照護決策的機會，得以實踐其醫療自主權，並達成其善終與尊嚴離世。而過去，以探討樂齡學習者對善終觀念與病人自主權實踐的研究闕如，故本研究目的：

- (1) 初探高齡樂齡學習者對善終概念（安詳離世）、死亡認知、知情同意等善終觀念之認知程度；
- (2) 初探高齡樂齡學習者對醫療自主觀念（病人自主權實踐）之認知程度；
- (3) 初探高齡樂齡學習者之善終觀念與醫療自主觀念（病人自主權實踐）之相關性。

隨著社會環境的迅速變遷，倘能善用成人教育，以提供樂齡學員之強化身、心、靈的健康照護模式，得以有效建構其成功、活躍、生產老化，讓高齡者能在宅終老不「孤獨」。故本研究透過善終概念量表，瞭解高齡者對善終觀念之善終概念（安詳離世）、死亡認知、知情同意等認知程度是否有差異及善終觀念與醫療自主觀念是否顯著相關，並協助高齡長者，提升其身、心、靈之安適性，在其「個人意識清楚且具有決策行為能力時，為自己未來…預先規劃個人所期望獲得的末期醫療處置與照護…」，為病人自主權利法推行善終觀念之初衷。更冀以建立與增進高齡者從樂齡學習中，瞭解其生命末期之權利與義務之健康與法律識能，使其於生命末期接受到适合自己心意的照護，並達成善終為本研究之目的。希冀成果得以提升政府、社會工作、長照體系、醫療體系與人員、高齡者與其家屬或照護者、法界人士等，生命、健康、死亡等三類識能。並為長照政策與降低醫療糾紛提供建言。

## 2. 文獻探討

即使醫療科技發達，仍需面對生命的各種遭逢，惟釐清自我價值與信念，才能在事前作思考準備與抉擇，活出生命的品質和意義（許鶴齡，2020）。生命教育中生死學是東西方各民族文化中的重要思想與生命禮俗，生命的終極關懷，經由善終的關照與護持，得以在「生者心安，亡者靈安」的願景中，獲致完善的歸宿（劉易齋、劉世森，2019）。

## 2.1 善終

善終(good death)一詞包含「善」與「終」，有好的死亡或終點的意思。但「好」的定義，則因文化背景不同，難有一致。醫學上，依美國國家醫學院的臨終照護委員會(Field et al., 1997)定義：「使病人、家屬、照顧者免於可避免之困擾及苦痛；以病人及家屬的意願為原則；且合理地符合臨床、文化和道德標準。」係最常被引述的(羅曉琪, 2018)。除了善終(good death)的名詞外，如美國哲學家 Callahan 用安詳離世(Granda-Cameron & Houldin, 2012)；哈佛精神科醫師 Weisman 則提出適當死亡(McLanhan, 1999)。善終之屬性，以倫敦 Age Concern 機構(1999)出版「The Future of Health and Care of Older People」一書中，綜合了死亡品質和善終安寧模式，分別為：得悉死亡何時到來和會發生甚麼事、對於發生的事情保持掌控感、有尊嚴和隱私、能控制疼痛和症狀緩和、能在死亡到來時有選擇權和掌控權、能接觸所需要的資訊和專業協助、能尋求靈性和情緒支援、可接受安寧療護、能決定誰在死亡時出席與陪伴、能夠簽署預立醫療決定、有時間道別和安排其他時間、在適當的時間離世，不用不必要的拖延生命等，12 項為善終屬性(Leung et al., 2010)。日本學者 Hales 等人對善終的前置因素，則歸納出：病人的自主權及對死亡過程的掌控感，臨終照護品質，社會背景，與包括免於疼痛和症狀、活出圓滿人生和接納死亡的個人死亡經驗的三個元素(Hales et al., 2008)。臺灣學者則另發現到兩個善終前置因素，分別為溝通與預立指示和生命末期照顧品質(陳亭儒、胡文郁, 2011)。因欲達善終，除考慮病人身體、心理、社會、靈性外，周遭所牽涉到的人和機構、社會當時的氛圍、討論風氣、政策規定等，都是需納入考慮的。日本學者認為，病人的善終，乃其是否在死亡和瀕死的過程中，能獲得尊重、尊嚴感和自我的完整性(陳亭儒、胡文郁, 2011)。而善終的結果，則包括家屬的滿意度、家屬悲傷歷程的良善、醫療照顧者的工作滿意度，與照護機構之於病患的正面結果(Hattori et al., 2006)。這對於喪親配偶的悲傷意義建構，有著關鍵性的影響，如家屬的內疚感或被其他重要親友譴責的機會較低，與家屬對醫療人員照護品質的滿意度有關(Kristjanson et al., 2001; Hsu & Kahn, 2003; 蘇完女、林秀珍, 2010)，亦能為醫護帶來專業的滿足與自豪感、經驗的學習與整合感、並獲得自我與病友親屬的理解(Payne et al., 1996)。

綜上，善終乃在病人死亡和瀕死的過程中，對其身、心、靈及社會各方面，能獲得尊重、尊嚴感和自我的完整性。並使家屬有良善的悲傷歷程，對醫療照顧者的工作滿意度與照護機構有正相關。

## 2.2 善終與病人自主權利法

瀕死者的死亡過程之掌控感的重要性，Jones 與 Willis (2003)認為善終就是「免於疼痛、具尊嚴、不施行任何主動的急救」(Hattori et al., 2006)。病人自主權利法之實踐，亦乃為了保障病人之醫療自主和善終權(方俊凱等人, 2018)，在其進入特定臨床情境時，得以接受緩和醫療的身心照護，尊嚴離世(林綉君等人, 2016)，亦促進醫病關係的和諧(柯莉珊等人, 2017)。

各國不乏透過司法解釋確立病人臨終自決權的判例，如美國關於臨終自主權作為基本人權的論述，可見於 1976 年的 Karen Quinlan 案、1990 年的 Cruzan v. Director 案以及 1997 年之 Vacco v.

Quill 案。在 Quinlan 案肯定當病人已失去意識，可由法院指定病人的代理人來代理拒絕醫療權。於 Cruzan v. Director 案中，美國聯邦最高法院於判決中表示，病人基於憲法上之隱私權與自主決定權，有拒絕醫療之權利，並以憲法第十四條修訂案為基礎，認為病人有拒絕醫療措施的自由 (constitutionally protected liberty interest in refusing unwanted medical treatment)，但僅限於病人明確表達希望放棄醫療時才能為之。

我國通過亞洲首部之「病人自主權利法」，亦旨在透過預立醫療照護計畫(advance care planning, ACP)，及早與個人和其家屬，討論未來醫療照護的選項，以作為個人因疾病或意外喪失意思能力時，提供符合其意願之生命末期照護之指引。藉此落實尊重病人醫療自主、保證病人善終權益、以及促進醫病關係和諧的願景 (林承霽、彭仁奎，2019)。惟有病人知道自己的疾病預後，才能主動參與病情討論，並做出最符合自身意願及利益的抉擇。所以告知疾病預後是對病人自主權的尊重，大多數(74.1%-91.4%)的癌症病人，希望獲知相關自己病情 (陳貞秀、唐秀治，2014)。90%以上受訪者願意進行「預立醫療照護諮商」(ACP)，但卻只有一半(51.25%)願意簽署「預立醫療決定」(AD)。民眾面對自己在疾病末期或是替父母、配偶在疾病末期做決定時，傾向採取不同的決策選擇，政府應強化宣導「預立醫療決定」，以避免疾病末期的決策困境 (吳佳穎等人，2020)。況乎臨床醫學倫理首要原則，為尊重病人自主選擇與知情同意的過程 (林美伶等人，2009)，研究知情同意與病人自主權利法實踐之關係，則包括決定及選擇醫療專業人員及治療方式；雖自主原則常被認為易與傳統的醫療父權原則相衝突，倘若能有良好的醫病溝通，「過程」包含了資訊的充分提供，使患者可理解的病情識能或治療方法及其可能引起的利弊，再主動簽署同意書 (李明濱，1997)。終究良好之醫病溝通是醫學倫理教育中之基礎項目，亦為知情同意及醫療糾紛預防方法之重要步驟 (廖士程等人，2000)。

### 2.3 善終量表

Hirai 等人(2006)，為瞭解日本文化架構下，「善終」為何，以半結構式訪談，探究有關善終的想法。據此研究結果，Miyashita 等人(2008)，將此開發成 54 題長版善終概念問卷(Good Death Inventory)，並大量應用於不同身份的研究對象、相關議題和不同國家使用。於同一研究中，Miyashita 等人，亦縮短了 54 題問卷題目，只摘取主題，調整為 18 題的短版善終概念問卷(Good Death Inventory-Short Version)。除了探索日本本地的善終相關課題外，日本學者 Morita 等人(2015)，亦以安寧療護醫師為研究對象，比較日、韓、臺三個國家的醫師，對於病人自主權和對於善終概念。上述研究多以癌症病人和醫療相關人員作為主要對象，其次為一般市民大眾或喪親家屬，癌症病人的家屬則不是主要的研究族群。

## 3. 研究設計與方法

本研究為問卷調查法，除採 Miyashita 等(Miyashita et. al. 2015)，修訂之短版善終概念量表(Short version of the GDI)共 18 題，中文版問卷經由方俊凱博士授權使用 (方俊凱等，2018)。另新增的七題相關與病人自主權利法實踐之題目，總共 25 題，以探討南台灣高齡者對善終概念 (安詳離世)、作者：周祖佑、王政彥、吳明隆

死亡認知、知情同意等善終觀念之認知程度與醫療自主觀念之相關性。透過 AMOS22 進行一階與二階的驗證性因素分析。本量表經過預試樣本之探索性因素分析，建構出以四個構面分量表為整體模型之內涵架構。因此，研究先採取一階的驗證性因素分析，以知情同意、安詳離世、死亡認知以及病人自主權利法之實踐等四個構面為架構進行建構效度分析。再者，進行二階的驗證性因素分析，以《病人自主權利法》之實踐為模型的架構，驗證與知情同意、安詳離世、死亡認知等三個構面的建構效度分析。

### 3.1 研究假設

以知情同意、安詳離世、死亡認知為善終觀念之三個構面以及高齡者醫療自主（病人自主權利法實踐）等為架構進行分析。

假設 1：樂齡學習者其安詳離世對病人自主權利法之實踐上有所影響；

假設 2：樂齡學習者其死亡認知對病人自主權利法之實踐上有所影響；

假設 3：樂齡學習者其知情同意對病人自主權利法之實踐上有所影響。

### 3.2 研究工具

問卷內容包含兩部分，問卷第一部分為基本資料，共 10 大題：包括個人背景變項資料（性別、年齡、婚姻狀況、子女個數、身體和健康狀況、癌症治療經驗、宗教信仰、喪親經驗、職業及教育程度）。問卷第二部分為善終及病人自主權利法實踐問卷。在善終問卷部分，採 Miyashita 等人 (Miyashita et.al. 2015) 修訂之短版善終概念量表 (Short version of the GDI) 共 18 題題目。另增額外的七題相關與病人自主權利法實踐之題目，分別為「對於病情，我有充分完全知道的權利」、「對於病情，我有讓誰知道或不知道的權利」、「對於治療方式，我有同意的自我決策權利」、「對於治療方式，我有拒絕的自我決策權利」、「對於治療方式，我有選擇的自我決策權利」、「醫護人員不可以為了治療的需要，而約束我的行動自主」、「對於治療方式，當我無法自我決定時，我有選擇指定讓誰替我決策的權利」，並採用李克特七點量表將問項尺度分為（7 分）非常必要、（6 分）必要、有點必要（5 分）、普通（4 分）、有點不必要（3 分）、不必要（2 分）與非常不必要（1 分），請樂齡學習者勾選最能描述他心中所選的數字，共 25 題。本研究將使用 SPSS 21.0 版及 AMOS 21.0 版做為資料分析工具，進行其中的個人基本資料及善終問卷資料之量性資料分析，以瞭解樂齡學習者之善終觀念。

### 3.3 研究對象

本研究採 Miyashita 等修訂之短版善終概念量表 (Short version of the GDI)，然過去此量表多應用在癌末或安寧緩和病房之病友與家屬、或是醫療人員，較少應用於意識清楚之樂齡學員。經編修量表後，經審慎評估後，特針對善終與死亡議題有較高心理防衛與民情風俗禁忌影響之南台灣高齡

者，選取南台灣地區樂齡中心之學習者作為研究對象進行問卷調查，期望能蒐集到符合實際情況的資料予以分析。考量各國家之現況，現歐美日等國家將高齡學習者之年齡，亦已降為 55 歲以上 (Lamdin & Fugate, 1997)。故本研究所稱之「高齡者」，係以 55 歲以上者均稱之。

於 109 年 10 月 1 日至 12 月 30 日，以立意抽樣方式，針對台灣南部地區樂齡學員，發放結構式問卷 230 份問卷，有效問卷 213 份 (效問卷 213/230=92.6%)。

## 4. 研究結果

### 4.1 描述性統計

樣本以女性居多，女性 183 位(85.9%)、男性 30 位(14.1%)；婚姻狀況已婚 124 位(58.2%)、其次是喪偶 66 位(31%)；自覺身體健康情形以普通居多 108 位(50.7%)、其次是良好 58 位(27.2%)及不佳(13.1%)；年收入 50 萬以下居多有 127 位(67.6%)、其次是 50 萬-114 萬有 42 位(22.3%)；教育程度以國小以下居多有 93 位(45.1%)、其次是大學 43 位(20.9%)。簽署相關善終法律文件包括拒絕急救有 78 位(37.3%)、病人自主權 14 位(6.7%)、安寧緩和條例 7 位(3.3%)、簽署器官捐贈 7 位(3.3%) (如表 1)。

表 1. 基本資料

變項	類別	次數	有效百分比
性別	男	30	14.1%
	女	183	85.9%
婚姻	已婚	124	58.2%
	喪偶	66	31.0%
	單身	12	5.6%
	離婚	6	2.9%
身體健康	優良	11	5.2%
	良好	58	28.0%
	普通	108	52.2%
	不佳	28	13.5%
	極差	2	1.0%
年收入	300 萬以上	1	5.0%
	151-300 萬	4	2.1%
	115 萬-150 萬	14	7.4%
	50 萬-114 萬	42	22.3%
	50 萬以下	127	67.6%
教育程度	國小以下	93	45.1%
	國中	29	14.1%
	高中	38	18.4%
	大學	43	20.9%
	碩士以上	3	1.5%
診斷癌症	本人有	12	5.66%
	本人無	200	94.33%
	家人有	50	23.8%
	家人無	160	76.2%
喪親	有	128	60.1%
	無	81	38.8%
簽署拒絕急救 (DNR)	是	78	37.3%
	否	131	62.7%
簽署病人自主權	是	14	6.7%
	否	195	93.3%
簽署安寧緩和條例	是	7	3.3%
	否	202	96.7%
簽署器官捐贈	是	7	3.3%
	否	202	96.7%

#### 4.2 善終觀念量表得分

安詳離世構面平均數落在 5.33-6.02 之間；知情同意構面平均數落在 3.93-5.31 之間；死亡認知構面平均數落在 4.73-5.04 之間；病人自主權利法之實踐構面平均數落在 5.65-5.96 之間。顯示樂齡學習者普遍認為善終是有其必要性（如表 2）。

表 2. 研究變項之描述性統計

變項	內容	平均數	標準差
安詳離世			
11	免於疼痛和身體不適	5.42	1.688
12	能夠留在一個最喜歡的地方	5.46	1.576
13	信任醫師	5.69	1.507
14	在日常生活中感到愉快	5.61	1.525
15	不是家人的負擔	5.63	1.523
16	與自己的家人有足夠相處的時間	5.72	1.524
17	能在日常活動中獨立自主	5.72	1.409
18	生活在平靜的環境中	5.33	1.811
19	不被當作物件或小孩	5.63	1.516
20	感覺自己的生命完整了	6.01	1.457
21	自然的死亡	5.82	1.447
22	看到自己想看的人	5.45	1.689
28	有信仰	5.45	1.594
知情同意			
26	不將自己的身心虛弱暴露讓家人知道	3.93	1.859
27	能預料到自己未來的狀況	4.30	1.613
30	對於病情，我有讓誰知道或不知道的權利	5.31	1.803
34	醫護人員不可以為了治療的需要而約束我的行動自主	4.90	2.008
死亡認知			
23	在家庭或職業環境中維持一個人的角色	5.04	1.730
24	沒有意識到自己正在走向死亡	4.73	1.756
25	對抗疾病直到最後一刻	4.76	1.831
病人自主權利法之實踐			
29	對於病情，我有充分完全知道的權利	5.96	1.347
31	對於治療方式，我有同意的自我決策權利	5.70	1.419
32	對於治療方式，我有拒絕的自我決策權利	5.65	1.493
33	對於治療方式，我有選擇的自我決策權利	5.70	1.487
35	對於治療方式，當我無法自我決定時，我有選擇指定讓誰替我決策的權利	5.70	1.521



### 4.3 差異性分析

分析基本人口學特徵對於善終構面差異，婚姻關係在安詳離世、知情同意及病人自主權實踐有差異；受訪者身體健康狀況因在安詳離世、死亡認知及病人自主權實踐有差異；家庭收入及教育程度安詳離世、知情同意及病人自主權實踐差異（如表 3）。

表 3. 樣本特性與各次構面差異性分析

	變項	安詳離世	知情同意	死亡認知	病人自主
		p	p	p	p
性別	男	0.22	0.76	0.20	0.05
	女				
婚姻	已婚	<u>0.03*</u>	<u>0.00**</u>	0.80	<u>0.05*</u>
	單身				
	離婚				
	喪偶				
身體健康狀況	優良	<u>0.03*</u>	0.15	<u>0.01**</u>	0.42
	良好				
	普通				
	不佳				
	極差				
家庭收入	301 萬元以上	<u>0.00**</u>	<u>0.00**</u>	0.26	<u>0.01**</u>
	151-300 萬元				
	115-150 萬元				
	51-114 萬元				
	50 萬以下				
教育程度	國小以下	<u>0.03*</u>	<u>0.00**</u>	0.62	<u>0.02*</u>
	國中				
	高中				
	大學				
	碩士以上				

### 4.4 信效度分析

信效度的分析，在信度分析方面，包含內部一致性分析和折半信度分析；在效度分析方面，包含內容效度、效標關聯效度和建構效度。信度分析的討論顯示：內部一致性方面，Cronbach's  $\alpha$  衡量問卷整體一致性及穩定度，整體 Cronbach's  $\alpha$  值為 0.936(其標準為 0.7 以上代表具有良好信度)。

本量表透過 AMOS22 採取一階與二階的驗證性因素分析，進行模式的適合度評鑑。在整體模型之 CFA 評估有 CFI、RMSEA、IFI、TLI、PCFI、PNFI、PGFI、PCMIM/DF 等八個指標符合模式適配標準。因此，本量表經過初始模型的修正，具備良好的建構效度。

#### 4.5 探索性因素分析

經過上述項目分析後，刪除知情同意的第 34 題、善終概念第 17 題，以及病人自主權利法之實踐的第 31 題後，剩下 22 題再利用因素分析來評估量表的建構效度。

#### 4.6 驗證式因素分析

本模型除善終概念之善終 12 的因素負荷量為 0.43，其餘皆大於 0.5。樂齡學習者其安詳離世、死亡認知、知情同意對於病人自主權利法之實踐的因素負荷量分別為 84%、70%與 85%；不同背景變項（性別、年齡、婚姻狀況、子女個數、身體和健康狀況、癌症治療經驗、宗教信仰、喪親經驗、職業及教育程度）之樂齡學習者綜合其安詳離世、死亡認知、知情同意，亦即整體模型對病人自主權利法之實踐上的因素負荷量分別為 81%。因素負荷量越大其解釋力越強。因此本研究之模式，符合研究之假設。

##### 知情同意構面

此構面之問卷題項共 3 題，自由度  $3*2/2=3$ ，估計參數 1 個，其自由度－估計參數 $>0$ ，模型為過度辨識，符合正定要求。組成信度(CR=0.741)及平均變異數萃取量(AVE=0.500)均符合 CR $>0.6$  及 AVE $>0.36$  標準(Fornell & Larcker, 1981)。綜合以上，此構面題目均保留至下階段分析(如圖 1)。

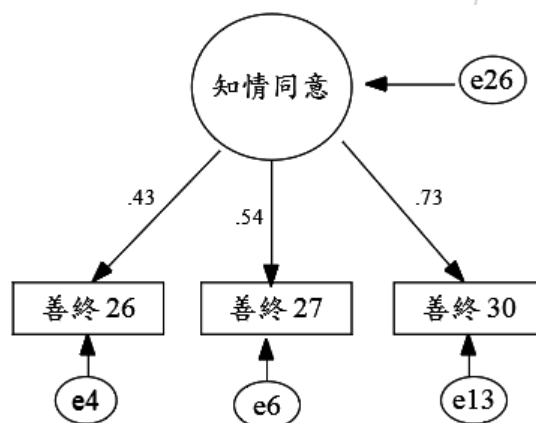


圖 1. 知情同意構面 CFA

死亡認知構面

此構面之問卷題項共 3 題，自由度  $3*2/2=3$ ，估計參數 1 個，其自由度－估計參數 $>0$ ，模型為過度辨識，符合正定要求。組成信度(CR=0.749)及平均變異數萃取量(AVE=0.500)均符合 CR $>0.6$  及 AVE $>0.36$  標準(Fornell & Larcker, 1981)。綜合以上，此構面題目均保留至下階段分析(如圖 2)。

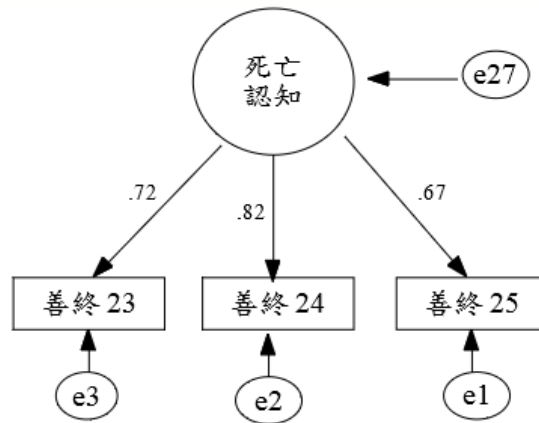


圖 2. 死亡構面 CFA

安詳離世構面

此構面之問卷題項共 12 題，自由度  $12*11/2=66$ ，估計參數 64 個，其自由度－估計參數 $>0$ ，模型為過度辨識，符合正定要求。組成信度(CR=0.921)及平均變異數萃取量(AVE=0.500)均符合 CR $>0.6$  及 AVE $>0.36$  標準(Fornell & Larcker, 1981)。綜合以上，此構面題目均保留至下階段分析(如圖 3)。

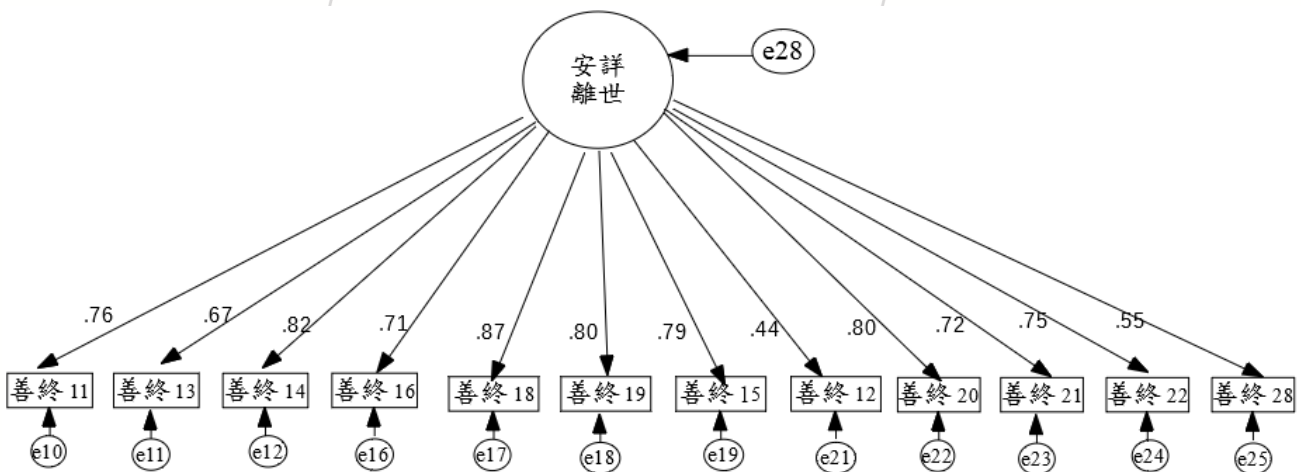


圖 3. 安詳離世 CFA

病人自主權利法實踐構面

此構面之問卷題項共 4 題，自由度  $4 \times 3 / 2 = 6$ ，估計參數 4 個，其自由度 - 估計參數  $> 0$ ，模型為過度辨識，符合正定要求。組成信度 (CR=0.798) 及平均變異數萃取量 (AVE=0.500) 均符合  $CR > 0.6$  及  $AVE > 0.36$  標準 (Fornell & Larcker, 1981)。綜合以上，此構面題目均保留至下階段分析 (如圖 4)。

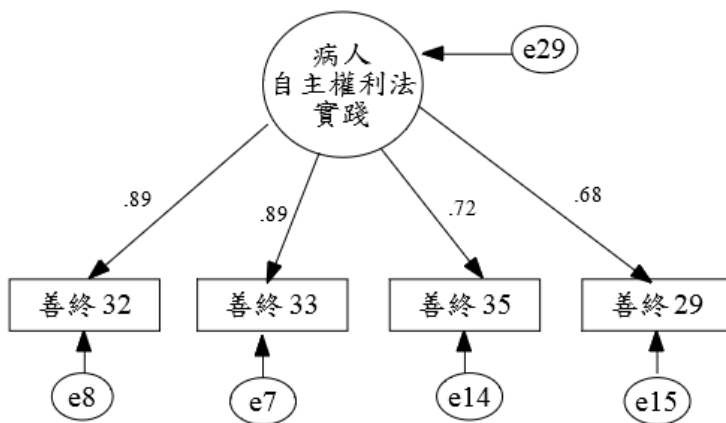


圖 4. 自主權構面 CFA

量表 CFA 的驗證

本研究整體模型適配度檢定結果，各項數值部分符合適配度標準，代表模型良好 (如圖 5、表 4)，空白圓圈為高階潛在構面，變項名稱：樂齡學習者善終觀念之病人自主權法之實踐研究。卡方值=438.466 (DF=208)，卡方值自由度=2.108，CFI=.913，RMSEA=.072，p value=.000。

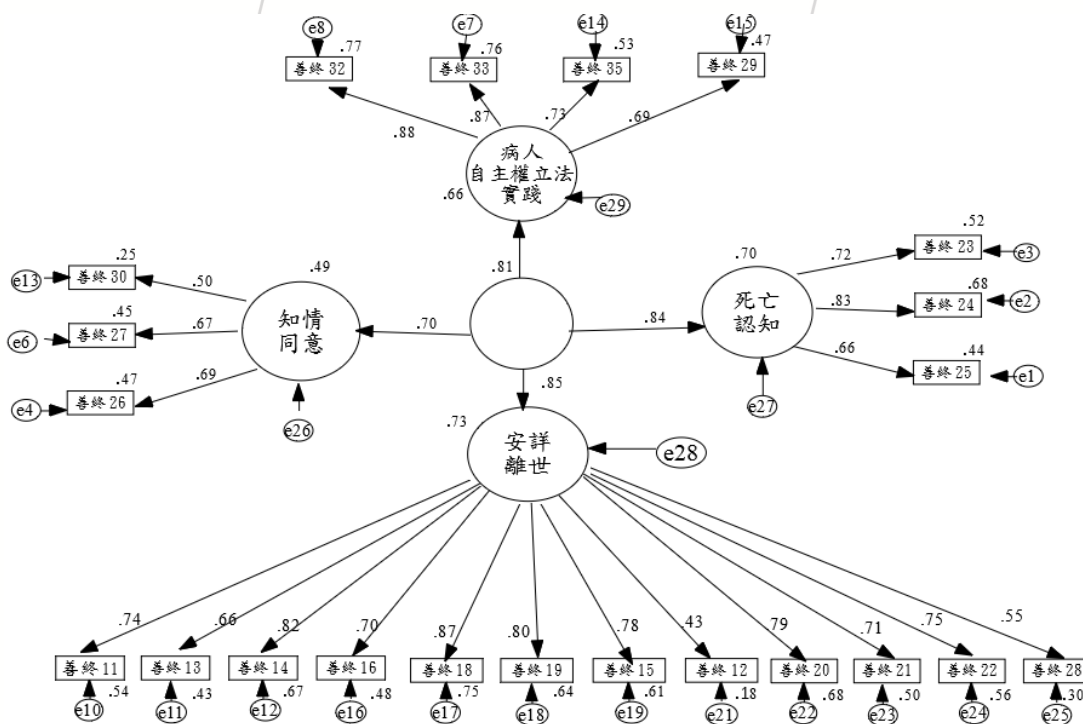


圖 5. 整體模型之 CFA 評估

表 4. 整體模型之 CFA 評估

配適度指標	數值	配適度標準
CFI	0.913	>0.90 以上
RMSEA	0.072	<0.05 適配良好；<0.08 適配合理
IFI	0.914	>0.90 以上
TLI	0.904	>0.90 以上
PCFI	0.822	>0.50
PNFI	0.764	>0.50 以上
PGFI	0.699	>0.50 以上
PCMIM/DF	2.108	1<NC<3，表模型有簡約適配程度

(參考資料：吳明隆，2019)

假說模式驗證

本研究共提出三項假說，詳述如下。

假設 1「安詳離世」對病人自主權利法之實踐影響：根據表 5 所示，安詳離世→病人自主權利法之實踐，路徑係數 0.852 且 P 值<0.01，代表安詳離世對病人自主權利法之實踐上正向顯著影響，故假說 1 成立。

假設 2「死亡認知」對病人自主權利法之實踐影響：根據表 5 所示，死亡認知→病人自主權利法之實踐，路徑係數 0.839 且 P 值<0.01，代表死亡認知對病人自主權利法之實踐上正向顯著影響，故假說 2 成立。

假設 3「知情同意」對病人自主權利法之實踐所影響：根據表 5 所示，知情同意→病人自主權利法之實踐，路徑係數 0.700 且 P 值<0.01，代表知情同意對病人自主權利法之實踐上正向顯著影響，故假說 3 成立。

表 5. 假說模式驗證結果彙整表

參數	假設關係	路徑值	假設成立否
安詳離世→病人自主權利法之實踐	正向	0.852	成立
死亡認知→病人自主權利法之實踐	正向	0.839	成立
知情同意→病人自主權利法之實踐	正向	0.700	成立

## 5. 結論與建議

針對善終觀念與病人自主權利法之實踐做探討並填寫問卷，以南台灣樂齡學員為對象，為上述二者研究臺灣樂齡學習者之初次探究。本研究整體模型適配度檢定結果，各項數值部分符合適配度標準，代表模型良好。採驗證性因素與建構效度分析，研究整體評估結果符合模型適配度指標；其安詳離世、死亡認知、知情同意、對於病人自主權利法之實踐的因素負荷量也達高標且解釋力亦強，且四個構面之模型符合正定要求。組成信度及平均變異數萃取量均符合  $CR > 0.6$  及  $AVE > 0.36$  標準 (Fornell & Larcker, 1981)，亦符合本研究共提出之三項假說及符合本研究之假設。亦即上述二者有正向關係。

### 5.1 結論

人從出生、成長到過世，需要醫療診治疾病；若無法治癒的病，就需療護，且使病人得以善終、家屬得以善生，療癒身心靈，生死兩相安。可以有選擇安寧療護，不接受積極治療的權利，以維護自身的善終權。

台灣對於老年人的緊急醫療及相關的緩和醫療(palliative medicine)之需求，因即將於 2026 年邁入「超高齡社會」，實須做好因應及準備。台灣在 2000 年 6 月通過之「安寧緩和醫療條例」，與 2019 年所立之《病人自主權利法》，前者是讓重症末期的病人，而後者則希望賦予具備完全行為能力的成年人，經由專業醫療團隊的充份諮詢後，書面立下拒絕維生治療與其後接受緩和照護的指示，當其進入特定醫療臨床情境時，便得以接受緩和醫療的身心照護，尊嚴離世（林綉君等人，2016）。然因預立醫療指示，如癌末患者常在非常迫近死亡之時才決定，且多數民眾仍對於預立醫療指示內容不甚了解，以致在實務上，末期醫療照護計畫的落實度不佳，病友更少有機會參與自身的醫療照護決策。高齡者與癌症患者，前者雖常併多且複雜之共病症與延久而致生理機能衰退及易出現併發症或後遺症，除徒增較多花費之檢查或治療，更亦引發醫療糾紛與事故。

樂齡長者簽署拒絕急救、簽署安寧緩和、器官捐贈及病人自主權法實踐的比例仍偏低。顯示善終觀念在真正實務落實仍有差距。可能程序之繁冗，導致預立醫療(ACP)之推廣顯然不彰。加上面對病人自主時，主管機關、醫療機構、醫事人員及病人與家屬，所考量面向卻各異。因為民眾傾向對於醫療選擇表達一個模糊的價值觀，而非核心概念與價值，皆可預見預立醫療決定難以成功地實踐病人自主。顯見病人自主權之落實，在臨床上，仍有許多細項需要再加以規範和說明，方得確保病人權益及促進醫病關係的和諧。

但相較後者，其應有較多思緒清楚之時程，來決定其醫療自主並求得善終。而不致使那本為壽終正寢之自然死亡，都成為醫糾之因。顯見隨著社會環境的迅速變遷，得善用成人教育以提供樂齡學員之強化身、心、靈的健康照護模式，得以有效建構其成功、活躍、生產老化，讓高齡者能在宅終老不「孤獨」，並有良好的善終的「醫病溝通」，以降醫療糾紛發生與實踐病人自主權利。

本研究即希冀，建立與增進高齡者從樂齡學習中，瞭解醫療預立指示，乃在「個人意識清楚且具有決策行為能力時，為自己未來……預先規劃個人所期望獲得的末期醫療處置與照護……」，使其於生命末期接受到適合自己心意的照護。

## 5.2 研究限制

本研究為對善終觀念與高齡者醫療自主（病人自主權法實踐）之初探，透過具目的性的抽樣進行問卷調查，惟尚可能有以下研究限制。

研究對象及結果概化限制：

- (1) 本研究以台南市、高雄市、屏東縣及台東縣之樂齡學員為研究對象，是屬於橫斷面的研究，未能顧及其他地區之多元意見。
- (2) 本研究針對常併有失能與失智現象之高齡者，因非有意思能力、意識不清或心神喪失，致無法納入此一族群其對善終觀念與病人自主權法實踐之探究。
- (3) 受測者主觀限制：無法避免參與者填答時，因心理防衛與南臺灣民情風俗之影響（于健、蔡麗卿，2005），有所保留或填答不實之情事發生。
- (4) 問卷翻譯內容限制：本研究問卷係採 Miyashita 等人 18 題的短版善終概念問卷(Good Death Inventory-Short Version)。問卷中文版係經方俊凱醫師團隊所英中翻譯，然缺乏對本研究收案場所在台灣南部地區樂齡學習中心，大部分樂齡學習者所熟悉之台語版譯本，可能造成受訪者語意理解障礙。

## 5.3 建議

對衰老所招致之生命末期或死亡，不再以無效醫療設法干預或逆轉。除免除病痛之苦，亦保有生命尊嚴與價值的最後追尋與保障。透過醫護團隊之照護諮商及實質照護行動得以落實，讓「生命」與「自主」的《病人自主權利法》，讓「尊重病人醫療自主、保障病人善終權益、促進和諧醫病關係」得成功預約與實踐。亦使成功與活躍老化，得以延伸至高齡人生每一階段，且能順利且無憾。

### 以隔空教育或多媒體來推展生命教育與樂齡教育

經由國家立法，臺灣賦予病人得以自主選擇與抉擇面對生死的醫療方式，而生命教育中，生命的終極關懷，能經由病人在個人意識清楚且具有決策行為能力時，為自己預先規劃個人所期望獲得的末期醫療處置與照護，獲得「善終」。生命教育透過教育的機制去體驗生命的意義及價值，幫助人們自我察覺，由健康識能延伸「死亡識能」，讓鄰近死亡的高齡者透過樂齡教育，正向面對死亡態度與重視死亡的品質。樂齡學習可促高齡者其良好的心理健康狀況、生活中正向的情緒感受、改善睡眠品質與憂鬱傾向，藉健康識能促高齡者降低其慢性病合併症的產生，進而降低疾病負擔，防止健康、亞健康長者，踏上不適當的健康行為，或降低老人醫療使用率增加。另樂齡教育亦促進健康行為、態度與信念上改變，以影響生活型態和健康因素，最終獲取個人最佳健康狀態。

## 以隔空教育或多媒體來推展團體 ACP 的運作方式

就目前《病人自主權利法》推廣之困境，建議未來針對 ACP 之積極做法，得由相關人員，深入社區或樂齡學習場域，藉成人或樂齡教育運用團體方式的運作，甚或以隔空教育或多媒體來推展，配合不同情境脈絡和文化差異，讓 ACP 的執行更有效益。

## 納入整體社會人、事、物的考量

如前文所述，欲達到善終，須考慮患者以及周遭的整個環境。除了病人身體、心理、社會、靈性各方面的考量外，周遭所牽涉到的所有人與機構、社會當時的氛圍、討論風氣、政策規定等都是需納入考慮的條件。亦適足地提供給高齡者與其家屬或照護者，將識能教育納入樂齡大學的課程中，讓高齡者得以「生產老化有尊嚴，在宅終老不『孤獨』，能使知『死亡』而善生」。

## 未來研究能顧及多元意見

本研究透過具目的性的抽樣進行問卷調查，對南臺灣善終觀念與高齡者醫療自主（病人自主權法實踐）之初探。建議未來能顧及其他地區之多元意見，以不受限於地區限制，得概化、解釋及推論至其他地區樂齡大學、樂齡學習中心、長青學苑之現況。另設計針對與合適，常併有失能與失智現象或併有視聽障愛之高齡者，得探究此一族群其對善終觀念與病人自主權法之實踐。然以南臺灣特殊民情風俗，係為本研究之對象，然如何克服其因心理防衛與有所保留或填答不實之情事發生，或因缺乏對本研究收案場所在之台灣南部地區所熟悉之台語版譯本，所可能造成受訪者語意理解障礙，或對題意之理解會有所偏誤。故建議發展相關問卷版本，以避免影響調查的準確性。

希冀以此成果，確切實踐病人自主權利法，得使高齡人生能善終順利且無憾，落實「尊重醫療自主、保障善終權益、促進醫病與社會整體之和諧」。

## 參考文獻

1. Field, M. J., & Cassel, C. K. (1997). *Approaching Death: Improving care at the end of life*. National Academies Press.
2. Fornell Claes & Larcker David F. (1981). Structural Equation Models with Unobservable Variables and Measurement Error: Algebra and Statistics. *Journal of Marketing Research*, 18(3), 382-388.
3. Granda-Cameron, C., & Houldin, A. (2012). Concept analysis of good death in terminally ill patients. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 29(8), 632-639.
4. Hirai, K., Miyashita, M., Morita, T., Sanjo, M., & Uchitomi, Y. (2006). Good death in Japanese cancer care: A qualitative study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(2), 140-147.
5. Hsu, M. T., & Kahn, D. L. (2003). Adaptation as meaning construction: a cultural analysis of spousal death in Taiwanese women. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 47(2), 169-186.
6. James, F. F. (2005). The Compression of morbidity. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 801-823.
7. Keiko Hattori, Marilyn A. McCubbin, & Dianne, N. I. (2006). Concept Analysis of Good Death in the Japanese Community. *Journal of Scholarship*, 38(2), 165-170.



8. Kristjanson, L. J., McPhee, I., Pickstock, S., Wilson, D., Oldman, L., & Martin, K. (2001). Palliative care nurses' perceptions of good and bad deaths and care expectations: a qualitative analysis. *International Journal of Palliative Nursing*, 7(3), 129-139.
9. Lamdin, L., & Fugate, M. (1997). *Elder learning: new frontier in an aging society*. AZ: The Oryx Press.
10. Leung, K. K., Tsai, J. S., Cheng, S. Y., Liu, W. J., Chiu, T. Y., Wu, C. H., & Chen, C.Y. (2010). Can a good death and quality of life be achieved for patients with terminal cancer in a palliative care unit?. *Journal of Palliative Medicine*, 13(12), 1433-1438.
11. McLanhan, J. R. (1999). A good death. *Tahoma West*, 3(1), 59-65.
12. Miyashita, M., Morita, T., Sato, K., Hirai, K., Shima, Y., & Uchitomi, Y. (2008). Good death inventory: A measure for evaluating good death from the bereaved family member's perspective. *Journal of Pain and Symptom Management*, 35(5), 486-498.
13. Miyashita, M., Morita, T., Sato, K., Tsuneto, S., Shima, Y. (2015). A Nationwide Survey of Quality of End-of-Life Cancer Care in Designated Cancer Centers, Inpatient Palliative Care Units, and Home Hospices in Japan: The J-HOPE Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50(1), 38-47.
14. Morita, T., Oyama, Y., Cheng, S. Y., Suh, S. Y., Koh, S. J., Kim, H. S., ... & Tsuneto, S. (2015). Palliative care physicians' attitudes toward patient autonomy and a good death in East Asian countries. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50(2), 190-199.
15. Payne, S. A., Evans, A. L., & Hiller, R. (1996). Perceptions of a 'good' death: A comparative study of the views of hospice staff and patients. *Palliative Medicine*, 10(4), 307-312.
16. Quinlan, 70 N.J. 10; Matter of Quinlan (1976), 70 N.J. 10, 55, 355 A.2d 647, 671-72.
17. Sarah Hales, Camilla Zimmermann, Gary Rodin (2008). The Quality of dying and death. *Archives of Internal Medicine*, 168(9), 912-918.
18. 于健、蔡麗卿(2005)。生前契約消費者購買決策程序及環境因素之初探。 *管理科學研究*, 2005 特刊, 77-85。
19. 方俊凱、畢世萱、張詩吟、陳紹基、邱世哲(2018)。某醫院各院區醫療人員對病人自主權利法之意見調查。 *安寧療護雜誌*, 23(1), 1-17。
20. 王志嘉、羅慶徽(2010)。病人生命身體法益的處分—兼論死亡協助與刑事責任。 *安寧療護雜誌*, 15(1), 63-80。
21. 吳佳穎、陳端容、黃心慈(2020)。住院病患家屬對病人自主權利法的認知、態度及預立醫療決定的行為意向。 *台灣公共衛生雜誌*, 39(3), 342-349。
22. 吳明隆(2009)。 *結構方程式：AMOS 的操作與應用*。台北：五南。
23. 呂寶靜(2004)。 *老人照顧：老人、家庭、正式服務 (第二版)*。台北：五南。
24. 李明濱(1997)。病人自主與知情同意。 *醫學教育*, 1(4), 377-388。
25. 林怡廷(2018)。病人自主權利法明年上路，最大絆腳石是甚麼。 *天下雜誌*, 649。
26. 林承霈、彭仁奎(2019)。病人自主與預立醫療照護計畫：英國經驗。 *長期照護雜誌*, 23(3), 169-176。
27. 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。
28. 林綉君、李佳苓、張家銘(2016)。高齡者之預立醫療指示。 *台灣老年醫學暨老年學雜誌*, 11(2), 89-104。

29. 柯莉珊、張媚、胡文郁(2017)。運用 SWOT 分析預立醫療照護諮商之推行—以某醫學中心之高齡病房為例。《領導護理》，18(2)，13-28。
30. 許鶴齡(2020)。試依《華嚴經》建構生命境遇的哲學諮商與靈性關懷模式。《哲學與文化》，47(4)，53-71。
31. 陳亭儒、胡文郁(2011)。善終之概念分析。《長庚護理》，22(1)，45-52。
32. 陳貞秀、唐秀治(2014)。癌症病人預後告知的現況及其影響的探討。《台灣癌症醫學雜誌》，1(2)，103-112。
33. 黃鈺鈞(2015)。台灣地區老年人健康促進行為與健康狀況相關性探討—社會參與的直接與緩衝效應。國立台北護理健康大學健康事業管理研究所碩士論文，台北市。
34. 廖士程、李明濱、李宇宙、楊培銘、李源德、謝博生(2000)。醫學中心住院醫師之醫病溝通訓練成效。《醫學教育》，4(3)，294-306。
35. 劉易齋、劉世森(2019)。〈生命教育的終極關懷：生死學〉。《國防大學通識教育學報》，9，149-168。
36. 謝宛婷(2020)。理想與現實中的預立醫療決定。《生命教育研究》，12(1)，45-70。
37. 謝高橋、陳信木(1994)。《邁向二十一世紀社會福利之規劃與整合：老人福利需求初步評估報告》。台北：內政部。
38. 羅曉琪(2018)。臺灣癌症病人家屬善終觀念之研究。國立臺北護理健康大學生死與健康心理諮商研究所碩士論文，台北市。
39. 蘇完女、林秀貞(2010)。從意義建構觀點談喪親者的哀傷調適歷程。《諮商與輔導》，294，46-51。

# A Preliminary Study on Concepts of a Good Death and Patient Autonomy Act Practice

\*Chou, T.-Y.<sup>1</sup>, Wang, C.-Y.<sup>1</sup>, Wu, M.-L.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Graduate Institute of Adult Education, National Kaohsiung Normal University

<sup>2</sup> Teacher Education and Career Center, National Kaohsiung Normal University

## Abstract

Taiwan will become a super-aged society by 2026 and the needs of good death will increase among the elderly. Although the Patient Right Autonomy Act has been implemented for two years, conflicts still arise between doctor-patient relationships. An elder dying from a natural cause of death is apparently a risk factor in disputes. The study aims to understand the causal relationship between the concept of good death and meet the Patient Right Autonomy Act accordingly. The Chinese short version of the good death questionnaire (GDI) is authorized by Dr. Fang. The questionnaire consisted of Likert scale questions with a 7 points scale. The GDI includes 18 items in addition to 5 items that include the practices of Patient Right Autonomy Act. The study recruited 230 elderly individuals as the subjects from a senior citizens learning center in Southern Taiwan from October to December in 2020. In total, 213 questionnaires were collected. Firstly, we conducted a confirmatory factor analysis to construct the “informed consent”, “concept of peaceful death”, “cognition of death”, and “the practice of patient autonomy”. Secondly, a construct validity was applied. The results of the analyses showed that the concept of peaceful death, cognition of death, and informed consent significantly influences the practice of Patient Autonomy Act. With Advance Care Planning (ACP), the elderly can live with dignity in the last moments of their life instead of medical futility. Our study shows that a good death communication between patients and doctors can meet the Patient Right Autonomy Act, protect patients’ rights, promote doctor-patient relationships, and reduce or avoid medical disputes.

**Keywords:** concepts of good death, cognition of death, informed consent, peaceful death, Patient Right Autonomy Act