

111年度自行研究成果報告

題目：機構住民對預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇
之認知、態度、行為及其相關-以南部某機構為例

年度:111年

編號：04

單位：岡山榮譽國民之家

研究人員：曹瑞雲

國軍退除役官兵輔導委員會岡山榮譽國民之家111年度自行研究成果報告提要表	
研究題目	機構住民對預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇之認知、態度、行為及其相關-以南部某機構為例
研究單位及人員	岡山榮家曹瑞雲
研究期程	111年1月至111年12月
<p>內容摘要：</p> <p>目的：探討長期照護機構住民對安寧療護的認知、態度、行為及差異性。</p> <p>結果：本研究對象為岡山榮譽國民之家的住民，以橫斷式研究設計，採立意取樣法，以自擬式結構式問卷進行調查，回收有效問卷 245 份，探討機構住民對預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇之認知、態度、意願。</p> <p>研究結果發現：住民的基本屬性中以性別、年齡、教育程度、安置類型呈現顯著正相關。</p>	
<p>一、研究緣起與目的（12號字）</p> <p>（一）探討長期照護機構住民對安寧療護的認知、態度、行為及其相關。</p> <p>（二）了解長期照護機構住民對安寧療護的認知、態度、行為的差異性。</p> <p>二、研究方法與過程（12號字）</p> <p>（一）研究方法</p> <p>本研究採橫段式描述性及相關性研究設計(cross-sectiond description with correlational design)。</p> <p>（二）研究工具</p> <p>以自擬式結構式問卷，問卷內容包含機構住民基本資料、安寧緩和醫療的相關認知、安寧緩和醫療相關態度、安寧緩和醫療意願程度。住民基本資料內容有機構住民的性別、年齡、安置類型、有無眷屬、教育程度、婚姻狀況、宗教信仰。統計方法則利用 SPSS 17.0 for window 統計軟體進行資料鍵入與相關統計。</p> <p>（三）研究對象</p> <p>選取高雄市燕巢區岡山榮譽國民之家住民，包括安養、失能養護類型，共300名為研究對象。本研究採立意取樣，共發出300份問卷，回收284份，有效回收問卷254份，回收率為95%</p> <p>三、研究發現與建議（12號字）</p> <p>（一）研究發現</p> <p>探討機構住民對預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇之認知、態度、意願。研究結果發現，住民的基本屬性中以性別、年齡、教育程度、安置類型呈現顯著正相關。</p> <p>（二）建議</p> <p>安寧緩和醫療的相關認知、態度及意願，與生命末期的生活品質、生命價值息息相關，若能提升住民對安寧相關認知，能夠藉由提升安寧相關知識讓住民對於安寧相關態度的表示贊同並同時能夠提升住民對於安寧的選擇意願，建議可舉辦安寧療護議題的講座、座談會讓接受安寧療護的家屬聯誼交換照顧心得，更需要加強宣導，促進民眾對於生死觀念的理解，讓國人在安寧照顧及死亡識能等面向有大幅度成長。</p>	

目次

第一章 緒論	3
第一節 研究背景及動機.....	3
第二節 研究目的	4
第二章 文獻探討	5
第一節 安寧療護介紹.....	7
第二節 安寧療護的認知、態度、選擇.....	7
第三節 安寧療護與老人機構.....	8
第四節 女性在家庭照護的關係.....	9
第三章 研究方法	9
第一節 研究方法	9
第二節 研究工具	9
第三節 研究對象.....	9
第四章 研究結果	10
第一節 機構住民基本資料.....	10
第二節 機構住民對安寧緩和醫療的相關認知.....	11
第三節 機構住民對安寧緩和醫療的相關態度.....	12
第四節 機構住民對安寧緩和醫療的意願程度.....	13
第五章 討論	15

第一節 機構住民基屬性.....	15
第二節 機構住民對安寧緩和醫療的相關認知.....	16
第三節 機構住民對安寧緩和醫療的相關態度.....	17
第四節 機構住民對安寧緩和醫療的意願程度.....	17
第六章 結論與建議.....	18
第一節 結論.....	18
第二節 建議.....	18
第三節 研究限制.....	18
中文文獻.....	19
英文文獻.....	19
附錄.....	20

第一章 緒論

第一節 研究背景及動機

安寧療護的服務對象是末期病人，目的是幫助、尊重病患、減輕痛苦，讓病患能擁有生命的尊嚴與生活品質，並在五全照顧下得以安然逝去同時陪伴家屬勇敢地渡過哀傷，重新展開自己的人生，在疾病末期不做侵入性的無效治療、而是給予「緩和症狀」的醫療方式，讓病人有尊嚴的走向人生的終點，並和家人好好的道別，是安寧療護的核心精神。

大部分人都不希望自己在生命的最後遭受痛苦的無效醫療，但當被治療的對象變成親愛的家人時，人們卻往往不顧一切要求醫師急救到最後一刻。事實上只有少數預先計畫自己人生最後一段路要怎麼走，使得家人在慌亂和悲傷中不知所措，往往選擇容易增加病人痛苦的無效急救。

國內老人家從輕微失能、完全失能、再到死亡的平均臥床時間為 8 到 10 年，其實相較北歐先進國家不遑多讓。根據統計，老人臥床 1 周，肌肉力量就會下降 1 到 2 成，臥床愈久愈容易發生併發症，例如泌尿道感染、褥瘡等，衰弱是會變嚴重的，也會使生命受到威脅，但這個觀念目前還沒有建置在一般民眾或醫師的思考邏輯中。高齡者的衰弱容易被忽略，老衰問題也非看診、吃藥或是一次住院就能解決，以目前台灣高齡化速度看來，即將面臨的大量老、衰、死病人，更不是多開幾間安寧病房就能解決。

因此，在老人照護方面，我們希望做到失能壓縮，也就是將老人家失能的時間縮短，一方面在社區進行預防失能，住院患者若有輕微失能就積極安排復健或轉介急性後期照護再回到家裡；如果是一位 80、90 歲嚴重失能而臥床的病人，有時進行侵入性的治療，或是壓胸、電擊或插管等維生措施，只是延長生命而已，這時我們會跟家屬討論減少無效醫療，以安寧療護為主。

我國從 1993 年成為高齡化社會，迄今 2018 年開始轉型為高齡社會，在未來會逐漸走向超高齡化社會，隨著老年人口的增長以及現代的少子化現象（范光中、許永河，2010），許多老人無法執行自我日常生活照顧，在台灣人口結構中多數子女並沒有與長輩同住，但同時家人希望長輩也夠得到周全的照顧，便會選擇讓他們入住在安養院或老人機構，機構裡面會有專業人員可以在生活上幫助老年人，而有許多老年人的晚年生活一直到生命盡頭都會待在老人機構內，然而許多已經在老人機構生活一段時間的住民，可能生活步調的緩慢也對於外界的新知識與訊息接受量可能比一般人會較為減少。

衰弱者常見的嚴重的問題，例如跌倒造成行動能力低下、失能、依賴，比起不是衰弱者的長輩，更容易進展至需要住到長期照顧機構接受照顧；此外，衰弱者的死亡風險比起許多單一疾病患者也較高。另一方面，現有的國民意識或是醫療照顧體系中，大多仍傾向從器官的觀點看待疾病，張賢政醫師（張賢政，2022）認為，衰弱老人的每個不舒服，在症狀與嚴重度來說可能都相對輕微，例如心臟不見得嚴重衰竭到需要就醫，腎臟也不見得衰竭到要洗腎，因此衰弱不僅常被家屬忽視，在醫療分工細緻、次專科化的台灣醫療系統中，也可能會被略過。頭痛醫頭，腳痛醫腳，各科都看過，藥物也越吃越多，但老人家仍然逐步走向衰弱，氣餒的不只是病人本身，家屬亦同，煩惱老人是否疏忽吃藥？抑或懶惰不運動？各種的質疑與不理解在衰弱老人的家中交結糾葛，令人感到無奈。

老人在家接受有居家醫療團隊照顧，當病程進展到衰弱的時候，最理想的初步提供者就是安寧團隊，當老人本身因單一器官疾病在醫院就診，這些專科醫師也能先兼顧他的緩和醫療需求，一旦衰弱加劇，就可以透過轉介，讓安寧專科團隊即時介入。

近年來衛福部醫事司與國健署等單位，皆陸續以不同內容的計畫案，推動基層醫療的安寧療護，如有部分縣市嘗試由醫院輔導基層診所醫師、小型地區醫院或養護機構的醫護人員，共同分擔安寧照顧需求，隨著診所醫師在這些工作的參與深度與經驗值愈來愈高，衰弱老人的照護能量也在積極提升中。

台灣人口高齡化速比大部分國家都快，從 7% 到 14%，或是從 14% 老化到 20% 的速度，如此快速老化的速度讓這些衰弱老人需要更多社區基層、長照機構，甚至是跨醫院的合作，才能滿足廣大需求。因此，本研究選擇對於入住型的老人機構內的住民及住民家屬在有關安寧照護的認知、態度及選擇進行調查，以瞭解其相關因素。

未來，不管是自己或是摯愛的家人，都有可能面臨到老人安寧醫療與照護的問題，然而長期照護機構大多數都住著老人家，以筆者服務的岡山榮譽國民之家住民平均年齡高達約 82.34 歲，更有 10 多位百歲人瑞，如果能預先預立醫療自主計畫或病人自主權利的預立醫療決定書，與信任的親友討論在面臨重大疾病末期時，自己想要及不想要的醫療照護方式是什麼，相信可以減少許多遺憾，更重要的是讓人們願意討論死亡、進一步規劃自己對於臨終醫療的態度，透過預立計畫使生命無悔。

第二節 研究目的

- 一、探討長期照護機構住民對安寧療護的認知、態度、行為及其相關。
- 二、了解長期照護機構住民對安寧療護的認知、態度、行為的差異性

第二章 文獻探討

第一節 安寧療護介紹

Hospice 在羅馬時代是照顧旅客及病人臨終時巡禮者的地方。在中古世紀歐洲修道院用以接待長途朝聖者的「休息站」、「中途站」或「驛站」。但真正的安寧療護的發源地在英國，桑德絲女士(Dame Cicely Saunders) 在 1950 年代時是聖約瑟安寧療護醫院的護士，在三十三歲進入醫學院完成了七年的課程，成為一位醫師，又攻讀了社會工作，身兼醫師、護士、及社工的背景，從此展開全方位的照護，為病患營造一個像家般的照護環境，創辦聖克里斯多福安寧醫院(St. Christopher's Hospice)，才正式將此名稱引用於由一個團隊來照顧病患。

台灣地區自民國 79 年起開始推動臨終關懷之理念與工作，許多醫院陸續成立安寧病房，以四全精神（全人、全家、全隊、全程）照護臨終病患，其對象多以癌症病患為主，經過十餘年之努力，民國 89 年訂定了台灣第一個有關末期病人自決（self-determination of terminally ill）的安寧緩和醫療條例，而且立法通過，這象徵著病患自主時代來臨與安寧療護將進入新的里程碑，自此安寧療護將由癌症病患擴及所有臨終者，使臨終關懷進入更為廣闊之發展空間。安寧緩和條例於 2000 年 5 月 23 日於立法院通過後，中央健保局公佈於同年 7 月將安寧照護納入健保給付，2002 年 11 月不作心肺復甦術（Do not Resuscitate）之文辭加入修正條例中，這對推展安寧療護產生極為正面之推動力。而提供安寧照顧的方式，包括附設於醫院的安寧病房、主要提供急性照顧，以長期照顧為主的獨立式安寧院、或在護理之家內提供安寧療護、另外以護理訪視為主的安寧居家護理、白天提供照顧的安寧日間照護，以及共同照護的安寧小組(王英偉，2010)。

根據世界衛生組織的建議，生命末期照護的首要目標是生活品質的提昇，而不是極盡的延長生命，因為這個目標已經難以達成，試圖延長生命的醫療措施在末期病人經常變成所謂的無效醫療，病人在醫療過程中飽受痛苦，醫療資源的使用更是可觀。安寧緩和醫療是提供有生命威脅的病人與家屬，從診斷到死亡的疼痛及其他症狀的緩解，以及心理和靈性的支持與悲傷輔導，目標是提昇末期患者的生活品質。根據國內外的經驗與實證，提供末期病人安寧緩和醫療確實能緩解身體症狀、減緩心理情緒反應、提升內在力量減少死亡恐懼，改善生活品質，繼而達到善終。許多歐美先進國家已經開始將安寧緩和療護應用於非癌症的末期病人，為了避免醫療照護策略從以延長生命為訴求的積

極抗癌策略驟然轉換成不再尋求生命的延長，甚至接受死亡是無可避免的事實，進而預立生命危急時不接受心肺復甦術，積極尋求以保有生活品質為訴求的安寧緩和醫療，所帶給病人的困擾及衝擊，漸進式的安寧緩和策略是必要的。

1990 年世界衛生組織(WHO)揭示緩和醫療(Palliative Medicine)原則重視生命並認為死亡為正常過程，生死不是對立而是連續既不加速亦不延後死亡、痛苦和不適症狀解除整合病患心理和靈性照顧支持，病患積極活直至死亡協助家屬調適度過照顧期和哀動期。達成『病患得以善終』、『家屬適應良好』及『醫療人員保持良好士氣』三大目標。

為使安寧療護健保給付更契合臨床實務需求，健保署於「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」，通過擴大安寧療護收案對象，自 2022 年 6 月 1 日起增列末期衰弱老人、2022 年 12 月 1 日增列失智老人為健保給付對象，

2019 年在衛生福利部國民健康署的支持之下，由台灣安寧緩和醫學學會集結涵蓋生理、心理、社會及靈性等第一線人員，共同編撰《衰弱老人安寧緩和醫療照護指引》，並發展相對應的線上教材供教育訓練推廣之用。

衛生福利部（2022）有關衰弱老人何時開始適合接受安寧緩和照顧，在指引中建議，以三步驟的評估模式加以判斷。

第一個步驟，是在臨床場域中，發現功能下降的衰弱老人。

可透過「長者衰弱評估表（SOF）」或「Linda Fried 評估量表」，篩選出有需求的衰弱老人，其中初期衰弱者，可提供適切的照護、治療以及功能訓練等，改善衰弱或延緩衰弱進展速度。

第二步驟即是評估預後，預期存活時間是否少於 1 年。

張賢政坦言，評估存活期始終是衰弱老人領域中最棘手的一環，如今透過 The Frailty Index、Canadian Study of Health and Aging-Clinical Frailty Scale（CSHA-CFS）以及 Supportive & Palliative Care Indicators Tool（SPICT）等衰弱評估量表，都有助於存活期預估參考，也可以使用驚訝問題。

第三步驟使用 SPICT，評估是否轉介至安寧緩和照顧。

前項所提到的 SPICT 量表亦可延伸至此，面對需求無法被滿足的衰弱老人，透過原本的家庭醫師加強照顧，或可尋求緩和醫療團隊協助。

第二節 安寧療護的認知、態度、選擇

在台灣因為傳統習俗之故，通常對於臨終病患的面前提及到有關於死亡的話題是忌諱的，而且是很不吉利的，因為這是在觸霉頭，甚至會覺得這樣的選擇是很不孝順，以

致於醫護人員往往只能將病情症狀告知家屬讓家屬為病患做出抉擇，由於上述原因，當提及安寧療護議題多數都是由家屬簽署同意而非取得病患自身同意而簽署（林哲斌、吳振龍、王威堯、朱素娟、楊皓婷、王翠英，2005；謝秋菊、李麗雲、周繡玲、簡淑慧，2012）。大多數的民眾對於安寧照護的認知是薄弱的，也有些是停留在完全不了解或是沒聽過，在這樣的情況下很容易就會間接的誤解原本安寧照護的用意，而民眾許多時候錯誤的將安寧照護誤以為是所謂的安樂死，而事實上是希望臨終的患者能夠在舒適的情況下離開，更不是完全不對病患進行治療，而只是改變醫療及照護模式來減輕他們不適（許禮安，2001），這樣的照護模式，並不會增加或是延長生命，最終目的是希望生命末期患者能夠在生命的最後可以得到舒適的照顧以及更好的生活品質(World Health Organization, 2002)，從臨終的最後一直到離開，讓身體可以完整而且沒有痛苦，重症病人身體完整自然死亡的過程，事後安寧團隊依然會照顧家屬的哀傷的情緒及心靈上失去親人後的安撫（劉乃誌、李英芬、劉景萍、賴允亮，2005），使用安寧緩和醫療照護的條件，是必需要簽署不施行心肺復甦術同意書（DNR）（吳春桂、蘇玲華、黃勝堅、林芳如、黃美玲、林亞陵、蔡紋苓、林宏茂，2009；趙可式，2009；陳榮基，2008；陳榮基，2010），而多數也會提倡宣導病人在健康的時候就應該先替自己的醫療處置方式做好規劃（林哲斌、吳振龍、王威堯、朱素娟、楊皓婷、王翠英，2005），隨著安寧照護的發展及推廣（趙可式，2009），現今使用安寧照護也已經有納入健保給付中（劉嘉年、楊銘欽，2007；Lo, 2002），為維護病人最佳的生命尊嚴及品質，減少末期病人臨終前不具積極治療之醫療利用，使安寧療護於健保給付更契合臨床實務需求。

中央健康保險署於111年3月10日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議，通過擴大安寧療護收案對象，增列末期衰弱老人、末期骨髓增生不良症候群、符合病人自主權利法第十四條第一項第二至五款條件病人、罕見疾病或其他預估生命受限者。本次放寬對象將讓更多病人有機會接受安寧療護服務，提升生命末期之照護品質，新制上路後推估約有700人受惠，並於111年6月1日起實施（衛生福利部，2022）。

面對安寧照護的態度，傳統的觀念中會覺得不應該將病情的所有讓病人當事人知道，隨著自我醫療抬頭及病人自主權，每個人都有知道自己實際病情的權利（胡文郁、楊嘉玲，2009），當自己家人面臨生命末期或不可治癒的疾病時，有些人認為隱瞞病情的實際情況或許會讓病患過的更好，也因為這樣，許多人在不知情的情況下醫療決定就由家屬代為決定，如果病人是在健康意識清醒的時候了解自己疾病情形，自己可以規劃自己的醫療處置的方式，以及選擇生命末期的醫療抉擇（林佳瑩、宋惠娟、范聖育、王

淑貞、胡慧芳，2014；胡文郁、楊嘉玲，2009；方慧芬、張慧玉、林佳靜，2009），也能夠讓自己在最後的生命裡使用安寧照護，並用以讓病人減輕疼痛的方式最多的嗎啡(Kirk & Mahon, 2010)以減輕疼痛，使其過的開心快樂，當治療對此病患已無效益時，最後予以紓緩疼痛增加舒適感作為主要的醫療目標。

在生命的無常中，不知道什麼時候會發生意外，所以當意識清醒的時候完成預立遺囑（陳榮基，2010），為自己做決定，同時也可以避免掉許多不必要的事情衍生，例如讓子女可以不用為了已故親人後事要怎麼辦理或是遺產怎麼分配造成困擾等等，如果這些內容在遺囑內已經明確載明，方便讓執行遺囑者依照遺囑內所陳述的去執行即可，面對生命的無常，在意識都還清醒的狀況之下，交代想要說的想要對親人交代的都寫在遺囑內，當生命突如其來的意外發生時能夠有依據可以留給還在的家人(張智容，2017)，也許有人覺得預立遺囑是一個消極的觀念，但是並非如此，因為我們沒辦法掌握，反言之，其實無常也是積極的觀念，因為我們預料未來會發生的意外，就選擇認清事實及接納，如此才能做好生命終點的準備與規劃（施美企、吳和堂，2012）。

了解關於安寧療護的認知以及態度之後，也許會有差異多的人去選擇使用安寧療護，或是當事人在面臨臨終的時候能夠自己做選擇（吳俊穎、賴惠蓁、陳榮基，2010），甚至是病患本身會想要在安寧療護中走完生命最後的日子，讓自己在人生的最後可以過得更舒適而且有尊嚴的活著。

第三節 安寧療護與老人機構

我國自 1993 年開始逐漸走向高齡化（姚建安、謝於真、陳恆順，2011），65 歲以上的老人人口在 2012 年時已經高達 11.2%，並已於 2018 年會達到世界衛生的高齡社會指標，表示 65 歲以上的高齡人口超過總人口數的 14%，預計未來人口走向會往超高齡社會（羅耀明，2014；賴昭智、鄭展志、洪子堯、李彬州、林耿孝、璩大成、黃永忠，2016），在如此高齡的現況之下，許多在老人機構的入住者都會走到生命的最末期，而這些入住者臨終時都希望自己在生命的最後可以過的很舒適也很有尊嚴，所以對於老年人相關的緩和醫療事需要加以準備，家屬及入住者多數沒有正確甚至是不知道的安寧照護，僅能藉由醫護人員的告知得知，倘若能夠及早知道安寧緩和醫療相關資訊，可避免掉家屬喪親之後的一些悲傷，縮短其悲傷期。由於人口老化的因素，以致於未來在安寧照護上會有更多需要的人，尤其是居住在老人機構中的住民。現今安寧療護多為在醫院內的安寧緩和照護、居家安寧以共同照護安寧，導致在老人機構中需要使用安寧照護的老人家會轉介至醫院，接受安寧醫療團隊的照護，而這些照護較難直接在老人機

構中發揮到這樣的照顧。

第四節 女性在家庭照護的關係

照護原是家庭單位的基本功能之一，長期被視為私領域範疇的家庭，家庭對於長期照護供給面而言是不可忽視的一環，對於大多數的國家，家庭照護亦是老人長期照護體系中重要的服務供給模式。難以否認，無自我照顧能力的老人於家中接受照護服務，相較於長期照護機構所營造刻板、僵硬的生活情境，家庭照護更能滿足失能者個人情感、符合人性化及個別性的日常生活需要。但當照護扯上性別時，家庭照護常被視為是女性的當然工作，性別分工下也相對侷限女性於家庭照護之外社會權益，無酬的家務工作更加重家庭中女性照顧者的生活困境。

吳淑瓊、林惠生 1999 年對全國功能障礙老人家庭照顧者代表性樣本中進行分析，研究發現，功能障礙老人家庭照顧者七成以上為女性，且近一半女性老人為媳婦照顧，而近一半的男性老人由配偶照顧，若由照顧關係來看，照顧者與被照顧者關係，以媳婦照顧者所佔的比率最高，迥異於歐美社會的照顧者特質（吳淑瓊、林惠生，1989；胡幼慧，1995）。而國內照護女性化的趨勢，尤其是代間照護中媳婦扮演照顧者的角色，自九零年代起至今，雖歷經社會時代的變遷，媳婦為家庭照顧者的角色仍未能稍減之，這群家庭照顧者往往是未曾就業的婦女，無酬的家務勞動者，於她們年輕時是照顧自己幼小的子女，中年時是侍奉公公、婆婆，老年時則是要照顧生病的配偶(趙善如，2001)。

第三章 研究方法

第一節 研究方法

本研究採橫段式描述性及相關性研究設計 (cross-sectiond description with correlational design)。

第二節 研究工具

以自擬式結構式問卷，問卷內容包含機構住民基本資料、安寧緩和醫療的相關認知、安寧緩和醫療相關態度、安寧緩和醫療意願程度。

住民基本資料內容有機構住民的性別、年齡、安置類型、有無眷屬、教育程度、婚姻狀況、宗教信仰。

統計方法則利用 SPSS 17.0 for window 統計軟體進行資料鍵入與相關統計。

第三節 研究對象

選取高雄市燕巢區岡山榮譽國民之家住民，包括安養、失能養護類型，共300名為

研究對象。

本研究採立意取樣，共發出 300 份問卷，回收 284 份，有效回收問卷 254 份，回收率為 95%。

第四章 研究結果

第一節 機構住民基本資料

岡山榮譽國民之家住民為研究對象，其基本資料分佈情況見表 1。

研究對象男性 210 人佔 85.7%，女性 35 人佔 14.3%。年齡 41-50 歲 3 人佔 1.2%，51-60 歲 5 人佔 2%，61-70 歲 44 人佔 18%，71-80 歲 61 人佔 24.9%，81-90 歲 76 人佔 31%，91 歲以上 56 人佔 22.9%。教育程度國小 72 人佔 29.4%，初(國)中 47 人佔 19.2%，高中職 81 人佔 33.1%，大專 38 人佔 15.5%，碩士 7 人佔 2.9%。婚姻狀況，已婚 89 人佔 36.3%，未婚 48 人佔 19.6%，離婚 56 人佔 22.9%，喪偶 52 人佔 21.2%。有眷 150 人佔 61.2%，無眷 95 人佔 38.8%。安置於安養堂 191 人佔 61.2%，失能養護堂 95 人佔 22%。信奉佛教 111 人佔 45.3%，基督教 25 人佔 10.2%，天主教 10 人佔 4.1%，道教 30 人佔 12.2%，其他 69 人佔 28.2%。

表 1 岡山榮家住民基本資料分布

n=245

變 項	人數 (人)	百分比 (%)	備註
性別			
男	210	85.7	
女	35	14.3	
年齡			
41-50 歲	3	1.2	
51-60 歲	5	2	
61-70 歲	44	18	
71-80 歲	61	24.9	
81-90 歲	76	31	
91 歲以上	56	22.9	
教育程度			
國小	72	29.4	
初(國)中	47	19.2	
高中職	81	33.1	
大專	38	15.5	
碩士	7	2.9	
婚姻			
已婚	89	36.3	
未婚	48	19.6	
離婚	56	22.9	
喪偶	52	21.2	

眷屬			
有眷	150	61.2	
無眷	95	38.8	
堂隊			
安養	191	78	
養護	95	22	
宗教信仰			
佛教	111	45.3	
基督教	25	10.2	
天主教	10	4.1	
道教	30	12.2	
其他	69	28.2	

第二節 機構住民對安寧緩和醫療的相關認知

本節主要是想探討岡山榮譽國民之家住民對寧緩和醫療的相關認知差異情形，研究結果如下：

性別與安寧緩和醫療的相關認知呈顯著差異 ($t=0.733, P=.012$)，其中女性住民對安寧緩和醫療的了解高於男性；安置堂別與安寧緩和醫療的相關認知呈顯著差異 ($t=0.122, P=0.051$)，其中安養堂住民對安寧緩和醫療的了解高於養護堂住民；有無眷屬未達顯著差異 ($t=0.328, P=0.448$)。

表 2 岡山榮家住民對寧緩和醫療的相關認知差異 n=245

變 項	人數	Mean	SD	統計值	P 值
性別				.733	.012*
男	210	26.10	6.27		
女	35	28.94	5.86		
眷屬				.328	.448
有眷	150	26.75	4.71		
無眷	95	23.13	4.45		
堂隊				.122	.051*
安養	191	26.93	11.02		
養護	54	25.04	10.52		

* $p<.05$

不同年齡層與安寧緩和醫療的相關認知差異呈顯著相關 ($F=3.33, P=0.006$)，教育程度的高低與安寧緩和醫療的相關了解呈顯著相關 ($F=2.407, P=0.051$)，婚姻 ($t=0.260, P=0.854$)、宗教信仰 ($t=0.427, P=0.789$) 與安寧緩和醫療的相關認知差異未達顯著相關。

表 3 岡山榮家住民對寧緩和醫療的相關認知差異 n=245

變 項	人數	Mean	SD	統計值	P 值
-----	----	------	----	-----	-----

年齡				3.333	.006**
41-50 歲	3	29.33	4.933		
51-60 歲	5	25.60	4.722		
61-70 歲	44	28.41	5.440		
71-80 歲	61	28.02	5.827		
81-90 歲	76	25.72	6.785		
91 歲以上	56	24.38	6.175		
教育程度				2.407	.050*
國小	72	25.26	6.500		
初(國)中	47	25.51	6.547		
高中職	81	27.38	5.800		
大專	38	28.45	5.736		
碩士	7	25.43	7.892		
婚姻				.260	.854
已婚	89	26.37	6.734		
未婚	48	25.98	5.428		
離婚	56	26.71	6.216		
喪偶	52	27.02	6.406		
宗教信仰				.427	.789
佛教	111	26.44	6.160		
基督教	25	28.04	7.021		
天主教	10	26.30	6.430		
道教	30	26.13	6.056		
其他	69	26.26	6.377		

* $p < .05$ ** $p < .01$

第三節 機構住民對安寧緩和醫療相關態度

本節主要是想了解機構住民對安寧緩和醫療的相關態度分佈情形，研究結果如下：性別與安寧緩和醫療的相關態度 ($t=0.400$, $P=0.010$) 呈現顯著差異，岡山榮家女性住民贊同安寧緩和醫療的相關態度高於男性；有無眷屬不影響安寧緩和醫療相關態度 ($t=0.444$, $P=0.961$)；安養堂及養護堂住民是否贊成安寧緩和醫療相關態度無顯著差異 ($t=0.005$, $P=0.091$)。

表 4 岡山榮家住民對安寧緩和醫療相關態度差異 n=245

變 項	人數	Mean	SD	統計值	P 值
性別				.400	.002**
男	210	28.66	4.704		
女	35	30.83	3.443		
眷屬				.444	.961
有眷	150	28.96	4.71		
無眷	95	28.99	4.45		

堂隊				.005	.091
安養	191	29.24	11.02		
養護	54	5.460	10.52		

* $p < .05$ ** $p < .01$

不同年齡層贊同安寧緩和醫療相關態度 ($F=2.251, P=0.006$) 呈現顯著差異；教育程度高低與贊同安寧緩和醫療相關態度差異 ($F=2.472, P=0.045$) 呈現顯著相關；婚姻狀況 ($F=0.113, P=0.952$)、宗教信仰 ($F=0.583, P=0.675$) 與是否贊成安寧緩和醫療相關態度差異均未達顯著差異。

表 5 岡山榮家住民對安寧緩和醫療相關態度差異

變項	人數	Mean	SD	統計值	P 值
年齡				2.251	.006***
41-50 歲	3	30.67	3.786		
51-60 歲	5	29.20	2.588		
61-70 歲	44	30.27	4.083		
71-80 歲	61	29.84	4.506		
81-90 歲	76	28.17	4.820		
91 歲以上	56	27.98	4.677		
教育程度				2.472	.045*
國小	72	27.68	4.947		
初(國)中	47	28.81	4.116		
高中職	81	29.68	4.516		
大專	38	30.00	4.318		
碩士	7	29.57	4.577		
婚姻				.113	.952
已婚	89	28.85	4.658		
未婚	48	28.90	4.917		
離婚	56	29.29	4.575		
喪偶	52	28.90	4.349		
宗教信仰				.583	.675
佛教	111	28.81	4.674		
基督教	25	28.84	5.153		
天主教	10	31.10	3.315		
道教	30	29.13	4.167		
其他	69	28.90	4.659		

* $p < .05$ ** $p < .01$

第四節 機構住民對安寧緩和醫療意願程度

本節探討岡山榮家住民與安寧緩和醫療意願程度進行分析結果如下：

性別與接受安寧緩和醫療意願程度差異 ($t=0.250, P=0.014$) 呈現顯著差異，女性住民接受安寧緩和醫療意願高於男性；有無眷屬 ($t=0.577, P=0.336$) 及安置照護類型 ($t=0.842, P=0.270$) 與接受安寧緩和醫療則無顯著差異。

表 6 岡山榮家住民對安寧緩和醫療意願程度差異

n=245

變 項	人數	Mean	SD	統計值	P 值
性別				.250	.003**
男	210	27.42	5.398		
女	35	29.77	3.904		
眷屬				.577	.336
有眷	150	28.01	5.181		
無眷	95	27.35	5.406		
堂隊				.842	.270
安養	191	27.95	5.322		
養護	54	27.06	5.063		

* $p < .05$ ** $p < .01$

不同教育程度的住民對於接受安寧緩和醫療意願程度差異，（ $F=2.590$ ， $P=0.037$ ）呈現顯著相關；年齡（ $F=2.189$ ， $P=0.056$ ）、婚姻狀況（ $F=0.323$ ， $P=0.809$ ）、宗教信仰（ $F=0.420$ ， $P=0.794$ ）與接受安寧緩和醫療相關態度差異未達顯著相關。

表 7 岡山榮家住民對安寧緩和醫療意願程度差異

n=245

變 項	人數	Mean	SD	統計值	P 值
年齡				2.189	.056
41-50 歲	3	29.00	5.196		
51-60 歲	5	27.80	4.382		
61-70 歲	44	28.93	5.315		
71-80 歲	61	28.97	5.692		
81-90 歲	76	27.05	5.030		
91 歲以上	56	26.39	4.842		
教育程度				2.590	.037*
國小	72	26.56	5.238		
初(國)中	47	27.83	4.459		
高中職	81	28.02	5.835		
大專	38	29.71	4.591		
碩士	7	25.86	4.598		
婚姻				.323	.809
已婚	89	27.54	5.188		
未婚	48	27.69	5.404		
離婚	56	28.36	5.061		
喪偶	52	27.54	5.596		
宗教信仰				.420	.794
佛教	111	28.09	4.605		
基督教	25	27.56	6.545		
天主教	10	26.10	5.915		
道教	30	27.30	6.069		
其他	69	27.72	5.398		

* $p < .05$

第五章 討論

本研究探討機構住民屬性對於安寧緩和醫療的認知、是否贊成使用安寧緩和醫療態度以及使用安寧緩和醫療的意願具有顯著差異。

第一節 機構住民基本屬性

岡山榮家住民性別以男性居多，大多數為榮譽國民身分，多數為年長且歷經戰爭的所謂的一代榮民，其次為中壯年的二代榮民，他們無打戰經驗，但是年輕時投身軍旅，擔任保家衛國之責，少數為社會局低收入戶，及夫妻併同安置或為榮譽國民眷屬。

住民平均年齡以 81-90 歲間最多，其次是 71-80 歲，再其次為 91 歲以上，可見岡山榮家住民平均年齡偏高，而高齡者在生命旅程中距離死亡更近，安寧緩和醫療對他們而言，更具有重要的意義。

本研究發現：本家住民性別對於安寧緩和療護得認知、態度、行為均呈現顯著差異，且女性高於男性。檢視 2019 年 1 月至 7 月 10 日間參與臺北市立聯合醫院預立醫療照護諮商之 1007 位意願人，於 ACP 中表達的預立醫療決定意願，結果女性意願人佔 65.04%，高於男性的 34.96%。國內照護女性化的趨勢，尤其是代間照護中媳婦扮演照顧者的角色，自九零年代起至今，雖歷經社會時代的變遷，媳婦為家庭照顧者的角色仍未能稍減之，這群家庭照顧者往往是未曾就業的婦女，無酬的家務勞動者，於她們年輕時是照顧自己幼小的子女，中年時是侍奉公公、婆婆，老年時則是要照顧生病的配偶(趙善如，2001)。雖說傳統台灣父權結構下的性別文化，經歷了社會大幅變遷後，女性角色的定位、及婚後的媳婦面貌或有改觀，但現今的婦女處境，仍是幽迴纏繞於性別、階級、權力之中，某個程度來講，女性也不知覺的內化了男性對她的觀點，認同性別間的刻板形式，而照護自然地發生在家庭當中，尤其是女性照料家庭成員的生活，也關心家人，溫秀珠(1995)以文化脈絡的角度審視女性照顧者的成因，發現女性照顧者的形成因素包括文化規範、性別角色期待、工作地位、與被照顧者的感情等因素來取決是否投入失能長者的家庭照護工作之列。

綜合上述，女性，尤其是近似於本家女性住民的年齡，經過家庭照顧的洗禮，對於生命具有不同的價值及看法，接受安寧緩和醫療的知識、態度意願更高。

教育程度高中職學歷最多、其次國小程度，主要是高中職學歷最多、其次國小程度，主要是一代榮民年輕時投次軍旅隨軍隊來台，在當時教育未普及的年代，接受高等教育的機會較少，退伍之後為了生計及投入職場後，重返校園的機會就更加困難。當落地生根後，部分結婚，一部分終身未婚，隨著年齡增長，日常生活功能的退化，原本生活可自理，漸漸的退化到依賴照顧而轉住到養護單位，隨著親人、朋友離世，在生命畫上句點，終老在榮家。

第二節 機構住民對安寧緩和醫療的相關認知

本研究結果顯示，岡山榮家住民對於安寧緩和醫療的認知達顯著差異，女性對於安寧緩和醫療的認識高於男性住民，此結果與顏宇婕(2019)研究結果相同。養護堂住民為日常生活功能依賴照顧，許多住民的醫療決策亦由家屬決定，而安養堂住民自主性高，可自己決定個人的醫療決策，所以有無眷屬無法影響個人對安寧緩和醫療的認識。

本家住民年齡偏高，尤其經過戰爭洗禮，人生經驗豐富，生命有不同想法，後來結果也證明，在歷經突發變故後，人們會對生命無常特別有感，談論死亡時也會變

得更加坦然，當然對於安寧緩和醫療的認識更多，與唐祖湘（2019）醫院高齡志工對於生命意義感和死亡態度之趨向一致性與代表性價值。本家住民的教育程度對於安寧緩和醫療的認知達顯著差異，本研究使用 Scheffe 事後比較無法看出不同的教育程度間的差異性，但整體而言，研究結果證明教育程度對於安寧緩和醫療的認知具差異性。陳隆志（2016）的研究中，婚姻狀況與施行體外心臟按壓與施行心臟電擊無顯著相關，與本研究相同。Leo Yuan（2011）的研究結果，宗教信仰在生命意義感和死亡態度大都沒有很明顯的差異存在，與本研究宗教信仰變項與安寧緩和醫療的認之中無顯著差異一致，主要是本家住民的充滿人生經驗，當一個人對其個體的存在有價值感與認同感，對他做的任何事情都可以說得出理由，生命的存在是有意義感的，已經突破宗教信仰依賴的層次。

第三節 機構住民對安寧緩和醫療相關態度

研究結果顯示：安寧緩和醫療相關態度贊成程度之差異，與安寧緩和醫療的認知變項幾乎相同，女性住民的態度明顯高於男性住民，不同年齡層及教育程度對於安寧緩和醫療的相關態度均呈現顯著差異。台灣安寧照顧基金會早在 10 年前的調查中，已有高達 77.9% 的受訪者贊同「當自己是末期病患，希望被告知病情」，如今這個主流想法更加強，認同比例上升至 88.3%，且各世代均無顯著差異，認同自己的生命快到盡頭，要知道病情的真實狀況，不希望被隱瞞。值得注意的是，當自己變成病人家屬，面臨「若父母是末期病患，會不會告知父母病情」，贊成坦白告知的民眾，並不如自己是病患來得高，不過也已經從十年前的 5 成 5，明顯提升至 7 成 2。面對死亡，國人比以往更加豁達，高達 87.1% 的民眾認為「死亡是不可避免的」，而認為「死亡可以了結人生的痛苦」的比例同樣攀高，從 23.1% 上升到 34.9%；受高齡化趨勢影響，與十年前比起來，國人希望可以長命百歲的比例，亦從 25% 成長到 41%。

另外，越來越多民眾不再迴避思考與死亡相關的課題，無論是想過「自己的死亡」，還是「親人的死亡」，兩者比例皆明顯上升，分別為 47.5% 與 51.4%，較十年前高出將近 2 成之多。

第四節 機構住民對安寧緩和醫療意願程度

在安寧緩和醫療意願程度調查中，研究結果呈現顯著差異者同樣是性別與教育程度，女性住民的意願仍然高於男性。岡山榮家女性住民大多與其配偶並同安置，入住的原因除了安養堂共同入住的夫妻，多數是為了就近照顧被安置在養護堂的先生，而他們

在入住前已經照顧她們一段時間，對於生命的價值與尊嚴有著很深的感觸，而就接受安寧緩和醫療意願更高。台灣安寧照顧基金會的調查發現，不分地區或年紀，受訪者皆以「不拖累家人」為理由，表示願意早點來聊如何面對死亡，只是需要出現「契機」，這個契機普遍源於自身或親友的經歷，或者像名人猝逝這種令人印象深刻的新聞事件密集報導時，民眾才會比較願意跟親近的家人敞開心胸，聊到死亡這個話題。

第六章 結論與建議

第一節 結論

本研究對象為岡山榮譽國民之家的住民，以橫斷式研究設計，採立意取樣法，以自擬式節購問卷進行調查，回收有效問卷 245 份，探討機構住民對預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇之認知、態度、意願。研究結果發現，住民的基本屬性中以性別、年齡、教育程度、安置類型呈現顯著正相關。

第二節 建議

安寧緩和醫療的相關認知、態度及意願，與生命末期的生活品質、生命價值息息相關，若能提升住民對安寧相關認知，能夠藉由提升安寧相關知識讓住民對於安寧相關態度的表示贊同並同時能夠提升住民對於安寧的選擇意願，建議可舉辦安寧療護議題的講座、座談會讓接受安寧療護的家屬聯誼交換照顧心得，更需要加強宣導，促進民眾對於生死觀念的理解，讓國人在安寧照顧及死亡識能等面向有大幅度成長。

第四節 研究限制

礙於研究環境的限制及缺乏學術環境的支持，未來可再加強研究的信度與效度，然而研究問卷無法有管道通過 IRB 審查，僅就本研究使用。

中文文獻

- Leo Yuan (2009). 醫院高齡志工對於生命意義感與死亡態度之研究. 明道學術論壇, 7(4), P57 - 81
- 方慧芬、張慧玉、林佳靜 (2009). 末期病人面臨預立醫囑, 生前預囑之現況及與生命自決之倫理議題. 護理雜誌, 56(1), 17-22。
- 王英偉 (2010). 新安寧運動下的倫理思維. 澄清醫護管理雜誌 ; 6(1), P4 - 11。
- 林哲斌、吳振龍、王威堯、朱素娟、楊皓婷、王翠英 (2005). 某市立醫院之 癌症醫療照護能力及民眾對安寧照護之認知. 北市醫學雜誌, 2(5), 445- 453。
- 林佳瑩、宋惠娟、范聖育、王淑貞、胡慧芳 (2014). 預立醫療自主計畫對提升長期照護機構老人安寧療護, 預立醫療指示知識及態度的成效初探. 長庚 護理, 25(4), 389-403。
- 宣崇愛 (2009). 運用安寧理念照護一位肝癌末期病人的護理經驗. 護理雜誌, 56(5), 98-104。
- 吳俊穎、賴惠蓁、陳榮基 (2010). 不施行心肺復甦術之相關法律議題. 台灣醫學, 14(3), 318-323。
- 吳春桂、蘇玲華、黃勝堅、林芳如、黃美玲、林亞陵、...& 林宏茂 (2009). "DNR" 知情告知與決策對於重症生命末期照護之重要性. 安寧療護雜誌, 14(2), 172-185。
- 吳淑瓊、林惠生. (1999). 台灣功能障礙老人家庭照護者的全國概況剖析. 台灣 公共衛生雜誌, 18(1), 44-53。
- 姚建安、謝於真、陳恆順 (2011). 末期照護：遠距安寧療護. 台灣醫學, 15(2), 168-172。
- 胡幼慧 (1995). 三代同堂：迷思與陷阱. 台北: 巨流
- 許禮安 (2001). “安寧緩和醫療條例”之我見. 安寧療護雜誌, 6(3), 27-30。
- 范光中、許永河 (2010). 台灣人口高齡化的社經衝擊. 台灣老年醫學暨老年學雜誌, 5(3), 149-168。
- 施美企、吳和堂 (2012). 預立遺囑初探. 諮商與輔導, (318), 42-44。
- 陳隆志 (2016). 病人家屬對安寧緩和醫療知認識狀況與相關因素調查-以呼吸器依賴病人為例. 未發表之碩士論文。
- 陳榮基 (2008). DNR 不等於安寧緩和醫療. 臺灣醫界, 51(4), 36-39。陳榮基 (2008). 尊重 DNR 的意願. 健康世界, (273), 3-3。
- 陳榮基 (2010). 預立遺囑簽署 DNR 意願, 以預約善終. 健康世界, (294), 30-33。
- 陳榮基 (2008). 臨床醫師如何處理 DNR. 醫療品質雜誌, 2(5), 34-37。

陳願任、林益 (2015) ·台灣 DNR 制度與預立醫囑·家庭醫學與基層醫療，
30(11)，326-330。

張智容 (2017) ·病人自主尊嚴善終預立選擇安寧緩和醫療意願·人醫心傳-慈濟 醫療人文月刊，(161)，45-47。

溫秀珠.(1995) ·家庭中婦女照顧者角色形成因素與照顧過程之探討—以失能老人之照顧為例，未發表之碩士論文，台灣大學。

趙可式 (2009) ·台灣安寧療護的發展與前瞻·護理雜誌，56(1)，5-10。賴允亮 (2004) ·台灣之安寧緩和醫療·台灣醫學，8(5)，653-656。

賴昭智、鄭展志、洪子堯、李彬州、林耿孝、璩大成、黃永忠 (2016) ·急診 安寧緩和醫療整合照護模式之建立·北市醫學雜誌，13(3)，36-47。

羅耀明 (2014) ·探討中老年人於非正規教育機構參與善終課程後之 DNR 觀點轉化·生命教育研究，6(1)，87-117。

劉嘉年、楊銘欽 (2007) ·台灣癌症病患的健保安寧療護利用情形與費分析·台灣公共衛生雜誌，26(2)，118-127。

劉乃誌、李英芬、劉景萍、賴允亮 (2005) ·安寧療護與預期性悲傷·安寧療護 雜誌，10(3)，286-29。

謝秋菊、李麗雲、周繡玲、簡淑慧 (2012) ·探討推動安寧療護之障礙因子及其應對策略建議·腫瘤護理雜誌，12(2)，51-59。

顏宇婕 (2019) ·安養院住民與家屬對安寧照護之認知、態度及選擇因素之探討·未發表之碩士論文。

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。

衛生福利部 (2022) 健保擴大安寧療護收案對象落實生命善終。取自 2022 年 3 月 24 日
<https://www.mohw.gov.tw/cp-5266-67794-1.html>

台灣安寧照顧基金會 (2020) 取自 2020 年 7 月 <https://www.hospice.org.tw/content/3156>

衛生福利部促進全國全民健康與福祉 (2017) ·106 年國人死因統計結果。取自
<https://www.mohw.gov.tw/cp-16-41794-1.html>

衛生福利部國民健康署 (2018) ·安寧療護。取自 <https://www.hpa.gov.tw/Pages/List.aspx?nodeid=210>

趙善如(2001) ·女性的苦楚-女性家庭照顧者、老年婦女經濟安全。取自 2005 年 5 月
<http://taiwan.yam.org.tw/nwc/nwc6/safe/10.htm>

英文文獻

Lo, J. C. (2002). The impact of hospices on health care expenditures—the case of Taiwan. *Social science & medicine*, 54(6), 981-991.

附錄

親愛的叔叔、伯伯、阿姨，您好：

我們是岡山榮家的研究團隊，為了瞭解本家榮住民對預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇之認知、態度、意願及其相關性，請您撥冗填寫此問卷。問卷共分為四部分，其內容包括個人基本資料、安寧緩和醫療的相關知識、安寧緩和醫療相關態度以及有關安寧緩和醫療意願的程度，如果您願意接受問卷填寫，請您在文件下方簽名。

此份問卷需花 15-20 分鐘填寫，除了參與此研究人員，您所提供的資料將會保密不會對外公布，敬請您放心的填答。

再次感謝您的填答，您的寶貴意見將使得本研究得以順利進行！

敬祝 平安 順遂

岡山榮家研究團隊敬上

填答人：

第一部分 基本資料

- 1.¹有眷榮(住)民 ²無眷榮(住)民
- 2.居住堂隊：¹安養堂 ²養護堂
- 3.性別：¹男 ²女
- 4.年齡：¹41-50 歲 ²51-60 ³61-70 歲 ⁴71-80 歲 ⁵81-90 歲 ⁶91 歲以上
- 5.教育程度：¹國小 ²國中 ³高中/職 ⁴大學、大專 ⁵研究所(含)以上
- 6.宗教信仰：¹佛教 ²基督教 ³天主教 ⁴道教 ⁵其他
- 7.婚姻狀況：¹已婚 ²未婚 ³離婚 ⁴喪偶

第二部分

安寧緩和醫療的相關認知：依據您的瞭解程度，請進行以下勾選：

我對安寧緩和醫療相關認知及瞭解	非常清楚	清楚	普通	不清楚	非常不清楚
	5	4	3	2	1
1.當我生病時，我有知道整個疾病進展及治療過程的權利					
2.安寧緩和醫療不是等死、放棄治療，也不是安樂死。					
3.我知道安寧緩和的治療中，包含疼痛及症狀緩解。					
4.我知道有預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書(不急救、不插管、不電擊)。					
5.不施行維生醫療是指末期病人不施以維持生命徵象及延長瀕死過程的醫療措施。					
6. 安寧緩和醫療不僅是在醫院，家裡或榮家都可以執行					
7.填具安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書可註記在健保卡，方便就醫時讓醫療人員知道。					

第三部份

安寧緩和醫療相關態度：請就您贊同的程度行適當的勾選：

有關安寧緩和醫療相關態度	非常贊同	贊同	普通	不贊同	非常不贊同
	5	4	3	2	1
1.當我末期臨終時，希望家人和醫師能確實告知我病情。					
2.當親友末期臨終，我會選擇告知他們病情。					
3.當我罹患不治重症時，我會參與醫療團隊討論我的病情					
4.當疾病無法治療時，我會選擇減少痛苦作為醫療目標。					
5.當我罹患無法治療的疾病，即使面對死亡，我已能坦然接受。					
6.我認為自己的醫療決策應該由自己決定。					
7.我認為在健康的時候應該預立規劃個人的醫療處置。					

第四部份

有關安寧緩和醫療的相關選擇陳述，請依您的意願程度進行適當的勾選：

有關安寧緩和醫療願意的程度	非常願意	願意	普通	不願意	非常不願意
	5	4	3	2	1
1.我願意簽署預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書。					
2.只要有需要，我願意簽署預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書的在場見證人。					
3.我願意在疾病末期時選擇安寧緩和醫療。					
4.我願意分享親友安寧緩和醫療的訊息					
5.當我末期臨終時，我不接受鼻胃管插入執行營養管灌。					
6.當我末期臨終意識清楚時，我會要求撤除維生系統。					
7.當我的親友末期臨終意識不清，我會代替決定撤除維生系統。					