

國立臺灣大學理學院心理學研究所



博士論文

Graduate Institute of Psychology

College of Science

National Taiwan University

Doctoral Dissertation

社區醫療照護模式中末期患者家屬參與患者之

「預立醫療計劃討論」的心理歷程特徵

Psychological Process of Family Members Participating

in Terminal Patients' Advance Care Planning in

Home-based Care Model

何雪綾

Hsueh-Lin Ho

指導教授：吳英璋 博士

林耀盛 博士

Advisors: Yin-Chang Wu, Ph.D.

Yaw-Sheng Lin, Ph.D.

中華民國 104 年 06 月

June, 2015





國立台灣大學理學院心理學研究所

論文口試委員會審定書

何雪綾 先生所提論文 社區醫療照護模式中末期患者  
家屬參與患者之「預立醫療計劃討論」的心理歷程特徵

經本委員會審議，符合博士學位標準，特此證明。

論文考試委員會

主席 蕭嘉英

委員 黃勝堅

呂碧鴻

吳若璋

蕭嘉英

陳秀蓉

鄭逸如

林煜盈

指導教授：吳若璋

林煜盈

所主任：李孝玲

中華民國104年 7 月 2 日



# 摘要



**目的：**由心理歷程角度探討預立醫療計劃的研究經常欠缺明確的理論對應；且偏重預立醫囑簽署與意願調查，對「討論行為」的心理歷程關注相對不足。此外，國內末期醫療決策文件多由病患家屬代理簽署，但以家屬為對象的研究為數仍少。本研究以健康行為理論為視角，探討社區醫療末期患者之家屬參與患者的「預立醫療計劃」的心理歷程特徵。研究問題為：家屬參與患者之預立醫療計劃，其討論行為於不同行為改變階段有何具體表現以及心理歷程特徵。**方法：**個案研究法；參與者為十位社區醫療居家照護末期病患之家屬；資料收集包含（1）預立醫療計劃討論錄影以及（2）預立醫療計劃討論經驗的個別訪談；兩者分別以互動歷程分析以及主題分析法分析。**結果：**歸納呈現家屬參與病患之預立醫療計劃的討論行為，在「個人反思與主張表達」、「與病人的溝通」、「與親友的溝通」、「與醫療團隊的溝通」等面向於各行為改變階段的具體表現及行為預期內涵。**討論與結論：**（1）以改變階段觀點結構「討論行為」除了可具體化行為內涵，亦凸顯行為的複雜性；（2）「結果預期」概念中的「重要性評估」有助於探討「被動的討論行為反應」；（3）「『疾病 vs. 病痛』的生病經驗角度」、「醫病關係」、「關係取向文化脈絡」是未來預立醫療計劃研究值得探討的議題。

**關鍵詞：**預立醫療計劃、跨理論模式、社會認知理論、預期、社區醫療



# Psychological Process of Family Members Participating in Terminal Patients' Advance Care Planning in Home-based Care Model



Hsueh-Lin Ho

## Abstract

**Purpose:** Past studies of advance care planning (ACP) mostly focused on the inclination and completion rate of advance directives and failed to make a rationale of study connected to health behavior-related theories. In Taiwan, while terminal patients' advance directives were largely subscribed to family members, studies investigating family members' experiences were relatively sparse. This study adopted the transtheoretical model (TTM) and social cognitive theory as frameworks and investigated characteristics of the psychological process (including stages of change and behavior expectancy) of terminal patients' family members participating in patients' ACP in a home-based caring setting. **Method:** This study used case-study methods. Ten family members of terminal patients were recruited. The data collected mainly included (1) a video of the course of communicating ACP between family members and medical staff and (2) one-on-one, semi-structured interviews with family members. The above data were analyzed with interaction process analysis and thematic analysis, respectively. **Result:** Family members' behavior in discussions unfolded in four aspects, including "reflection and expression of personal viewpoint," "communication with patient," "communication with relatives," and "communication with medical staff." Concrete behaviors in the above four aspects were classified to depict each stage of change in participating in discussions of ACP, and related experiences that might reflect discussion behavior were also presented. **Discussion & Conclusions:** (1) The "stage of change" of TTM helped not only to depict behavior in discussing ACP in concrete terms, but also to reveal the complexity of discussion

behavior; (2) “passive behavior” in discussion can be characterized by its evaluation result of low importance in outcome expectancy; and (3) “disease-versus-illness” explanatory models of sickness, the “physician-patient relationship,” and the “indigenous relationship-oriented cultural context” are important issues to be considered in future study of ACP.

***Keywords: advance care planning, transtheoretical model, social cognitive theory, expectancy, community medicine***





## 目次

<b>第一章 緒論</b>	1
第一節、預立醫療計劃簡介	1
第二節、預立醫療計劃研究文獻回顧	8
第三節、「預立醫療計劃討論」的健康行為探討	36
第四節、研究架構與研究問題	50
<b>第二章 研究方法</b>	59
第一節、資料收集	59
第二節、資料分析	63
<b>第三章 研究結果</b>	71
第一節、受訪家屬之「預立醫療計劃討論」行為表現	71
第二節、受訪家屬之「預立醫療計劃討論」心理歷程特徵	99
第三節、「預立醫療計劃討論」行為的改變階段與預期	124
<b>第四章 討論與結論</b>	133
第一節、以健康行為角度推動「預立醫療計劃討論」的檢討	133
第二節、研究發現之延伸議題探討	138
第三節、研究結論、限制與未來方向	146
<b>參考文獻</b>	153
<b>附錄一：互動歷程分析計分方法</b>	163





## 表目次

表一	11 篇探討預立醫療計劃與心理歷程變項關聯之量化研究整理	14
表二	16 篇探討預立醫療計劃之質性研究整理	16
表三	行為改變階段區分重點	40
表四	預立醫療計劃討論各行為改變階段描述	42
表五	十位研究參與者基本資料	61
表六	研究收集之預立醫療計劃錄影資料列表	62
表七	互動歷程分析 12 個行動類別及描述	64
表八	編號 01 個案預立醫療計劃錄影資料之行動類別數量及百分比	72
表九	編號 04 個案預立醫療計劃錄影資料之行動類別數量及百分比	73
表十	編號 05 個案預立醫療計劃錄影資料之行動類別數量及百分比	74
表十一	編號 07 個案預立醫療計劃錄影資料之行動類別數量及百分比	75
表十二	所有受訪者之預立醫療計劃討論行為表現總覽	92
表十三	家屬之「預立醫療計劃討論」行為改變階段特徵	127



## 圖目次



圖一 文獻回顧結果摘要圖	35
圖二 自我效能對於健康行為的影響路徑	44
圖三 健康信念模式	45
圖四 計劃行為理論	46
圖五 研究模式圖	54



# 第一章 緒論



「預立醫療計劃」在台灣源於安寧緩和醫療的臨床實務需求，旨在透過適當討論程序幫助病患預先決定生命末期時的醫療處置，以減少在疾病治癒無望時，個人承受無效醫療的折磨以及家屬必須面對醫療決策兩難情境的可能。預立醫療計劃精神的落實，需要仰賴醫療團隊與病患及家屬之間充分的溝通討論。本研究希望以健康行為理論探討台灣社區醫療服務設置下，末期病患的家屬參與病患預立醫療計劃討論的行為及心理歷程特性。

## 第一節、預立醫療計劃簡介

### 一、預立醫療計劃的定義與法令發展

預立醫療計劃 (advance care planning, ACP) 是指「個人為其將來可能失去決定能力的情況，在自己仍具清楚意識及決定能力時，為自身的醫療處置預做規劃的過程 (蔡甫昌、潘恆嘉、吳澤玫、邱泰源、及黃天祥，2006)」。在美國，預立醫療計劃的議題在 1970 年兩個重要案例 (紐澤西州的 Quinlan 案及密蘇里州的 Cruzan 案) 判決之後，漸漸獲得立法機關以及民眾的重視。1976 年美國加州通過「自然死法案 (Natural Death Act)」，推行生前預囑 (living will)。此法案賦予民眾在還健康、還有能力表達意願時，透過書面文件表達臨終時的醫療選擇 (接受心肺復甦術與否) (陳榮基，2008)。1983 年加州再通過「永久性的醫療代理權法案 (Durable Power of Attorney Act)」，允許病人可指定一位醫療代理人，在


自己無法進行醫療決策時代替自己做決定(蔡甫昌等人, 2006)。後續美國於 1985 年通過「統一末期病患權利法案 (Uniform Right of the Terminally Ill Act)」; 1991 年通過「病人自決法案 (Patient Self-determination Act)」要求參與國家醫療保險的醫院或機構, 必須以書面資料告知成年病人其醫療自決的法定權益(蔡甫昌等人, 2006)。後面兩項法令的通過, 應當都有利於預立醫療計劃在全美各地的推動與實務發展。

醫療人員在確認患者具決定能力的情形下與之討論末期醫療處置, 並將所了解到的偏好以書面文件呈現, 這類書面文件便統稱為「預立醫囑 (advance directive)」, 與末期醫療決策有關的預立醫囑包含「生前預囑」以及「永久性的醫療代理權 (durable power of attorney for health care, DPAHC)」(蔡甫昌等人, 2006)。「生前預囑」中, 「不施行心肺復甦術 (do-not resuscitate, DNR)」屬於最常見的形式, 與其他形式的生前預囑同樣都需載明施行這份囑令的情境為何(例如, 疾病末期不可治癒時), 以及患者在不同情況中的治療偏好; 「永久性的醫療代理權」則描述了患者所指定在他們喪失決定能力時, 為其做出醫療決定的代理人(蔡甫昌等人, 2006)。

在台灣, 預立醫療計劃的法源是 2000 年通過的「安寧緩和醫療條例」。該法令的發展源於安寧緩和醫療的實務需求。受限於醫療法第 43 條規定: 「醫院、診所遇有危急病人, 應依其設備以救治或採取一切必要措施, 不得無故拖延。」以及醫師法第 21 條規定: 「醫師對於危急之病症, 不得無故不應招請, 或無故遲延。」使得醫師在執行安寧緩和醫療照顧時, 並不能行使 DNR。然而 DNR 卻又是落實安寧緩和醫療照顧中的重要環節, 因此在各方專家努力奔走, 同時考量台灣民情, 將規範預立醫療計劃有關行為的法令命名為「安寧緩和醫療條例」, 成為台灣的



自然死法案（陳榮基，2004；2008）。



「安寧緩和醫療條例」規定的表格文件包含六種。在個人的身體健康狀況並未達末期狀態時，可預先簽署（1）「預立選擇安寧緩和醫療意願書」或（2）「預立不施行心肺復甦術意願書」。此兩種格式的效力相同，是健康的人為自己預先規劃未來醫療處置的文件，可隨身攜帶或辦理健保 IC 卡註記。另外，個人也可預先簽署（3）「預立醫療委任代理人委託書」，是個人用以委託代理人在未來此人無法自己填寫 DNR 意願書時，為其代為簽署的正式委託文件。當個人罹患嚴重傷病、病況進展至末期時，則填寫（4）「選擇安寧緩和醫療意願書」或（5）「不施行心肺復甦術意願書」，這兩種格式效力相同，是由病人在末期狀態之下自行填寫的。最後一份格式（6）「不施行心肺復甦術同意書」是病人在末期狀態且昏迷或無法表達意願時，由家屬代為簽署的（陳榮基，2008）。上述格式（1）至（5）由個人自行簽署，都屬於末期 DNR 的「意願書」；由家人代為簽署的則是「同意書」。兩者效力的差異在於前者可「不予」或「撤除」病人的急救設備，後者僅能「不予」而無法「撤除」（陳榮基，2004；2008）。

## 二、預立醫療計劃實務

世界各地預立醫療計劃實務推展的進度不一。在美國，也許是受惠於立法及醫療政策的配合，研究的發表數量較為豐富。一般美國民眾進行預立醫療計劃的意願或者實際進行的比例（Levin et al., 2008；Menaca et al., 2012）明顯高於歐洲（Evans et al., 2012）；亞洲國家方面，雖然末期病患進行預立醫療計劃的比例與美國相差不遠（Oh et al., 2006），但簽署的文件類型多半侷限於「生前預囑」，少有「永久性的醫療代理權」。在台灣，實行預立醫療計劃的比例雖逐年上升，但

類別同樣侷限於「生前預囑」，且由家屬代為簽署不施行心肺復甦術同意書的比例經常占大多數(吳讚美等人, 2009; 洪淑美等人, 2013; Huang, Hu, Chiu, & Chen, 2008; Liu et al., 1999)。以下就有關的研究發現分類詳述。



#### (一) 一般民眾進行預立醫療計劃的意願

在美國，一般民眾對預立醫療計劃多抱持正面態度。民眾簽署預立醫療計劃文件的意願多在七成以上，研究結果包含 Emanuel、Barry、Stoeckle、Ettelson、及 Emanuel (1991) 以四個想像的醫療情境(難以恢復的昏迷、植物人狀態、失智症、失智合併末期疾病)調查門診就醫民眾以及一般大眾( $n = 507$ 人)進行預立醫療計劃的意願，結果有意願的參與者佔 89 ~ 93%。Stelter、Eliott、及 Bruno (1992) 調查美國中西部老人社區住民( $n = 245$ ) 簽署生前預囑的情形，其中 73.1%的人已經簽署或者有意願簽署。

其他各國較少直接調查一般成年民眾的簽署意願，台灣本土的調查報告顯示國人對於預立醫囑較少抱持負面態度。例如，張惠雯、顏啟華、林鵬展、及劉立凡(2011) 調查彰化地區門診就醫民眾( $n = 223$ ) 的預立醫囑意願，不同人口統計學變項所劃分出來的幾個樣本組比率多在五成以上。曾怡萍(2011) 調查台灣北部護理之家老年住民( $n = 177$ ) 及其代理決策的家屬，DNR 的簽署意願分別有 56.7% (老年住民) 以及 76.9% (家屬)。

另有兩個研究在意願調查時提供「願意」及「不願意」之外的第三個選項(例如，難以抉擇、無法做決定)：謝至鏗、王淑貞、及王英偉(2013) 調查參與預立醫囑衛教課程的花蓮民眾( $n = 235$ ) 簽署安寧緩和意願書的意願，結果 16.6% 表示不願意、32.3% 表示願意，51.1% 表示無法做決定。林慧美、楊嘉玲、陳美妙、邱泰源、及胡文郁(2011) 調查北部醫院內外科病房患者( $n = 206$ )，15.5%

的人表示不會簽署預立醫囑，52.0%表示願意簽署，剩餘的 32.5%感覺難以抉擇；71.9%對於預立醫療計劃在台推廣抱持支持的態度。

Yang、Chiu、Hsiung、及 Hu (2011) 的研究對象稍有不同，是曾照顧末期親友的台灣民眾( $n = 280$ )，結果發現這群參與者簽署預立醫囑的意願高達 86.4%。另外，曾淑倩、余美嬋、謝伶瑜、及陳鼎達(2009)則是以醫療從業人員( $n = 221$ )為對象，結果大致與前述研究相近：沒有意願簽署者僅 24.0%；已簽署或有意願者為 76.0%。

綜合以上研究，當強迫受訪者在「願意」或「不願意」簽署預立醫囑之間做選擇時，台灣民眾傾向表達正面意願；但是當選項包含「難以抉擇」或「無法做決定」，則明確表達願意簽署的比例就會大大減少。這顯示對台灣民眾來說，明確判斷自己的預立醫囑意願並不容易，但若不得不做出表態，仍多數傾向正面意願。

## (二) 預立醫囑的簽署比例

1970 年代之後，在預立醫療計劃相關法令發展的脈絡下，美國預立醫療計劃的實務推展也顯現於一些研究報告中。Emanuel 的研究團隊於 1991 年發表的研究顯示，雖然美國民眾對於進行預立醫囑多抱持正向意願 (89%)，實際完成的比例卻相對少了許多，僅有 18% (Emanuel et al., 1991)。這個落差在 1991 年美國施行病人自決法案前後，並沒有明顯的改變 (Emanuel, Weinberg, Gonin, Hummel, & Emanuel, 1993)。Cugliari、Miller、及 Sobal (1995) 以及 Gross (1998) 也分別調查美國一般就醫民眾實際完成預立醫囑簽署的比例，在 11 ~ 16% 之間。Braun、Onaka、及 Horiuchi (2001) 的夏威夷大樣本 ( $n = 915$ ) 調查資料顯示，當地 18 歲以上成年人的預立醫囑完成情形相較於前幾個調查報告結果稍有提升：

完成生前預囑的比例為 29%，指定永久性的醫療代理權的比例為 22%。綜合以上，美國未有重大健康問題的一般民眾，實際簽署的比例大約在一至三成。

若將研究族群限縮至美國較年長的民眾，預立醫囑實際簽署的比例最高可達六成。這些研究包含 Stelter 等人（1992）於中西部老人社區進行的調查，有 15% 的社區長者已完成生前預囑；Morrison 與 Meier（2004）於紐約地區隨機抽取老年機構，700 位住民中也有 30 ~ 41% 已指定健康照顧代理人；以及 Kahana、Dan、Kahana、及 Kercher（2004）、Ko 與 Lee（2010）調查美國社區年長者預立醫囑的完成比例，前者是 60%，後者是 31.1%。台灣方面，少有針對一般民眾進行簽署比例調查，僅曾怡萍（2011）可供參考：該研究調查護理之家的老年住民（ $n = 177$ ）簽署 DNR 的比例為 9%，其中 79% 由家屬代理簽署。顯示相較於美國，台灣民眾（非接受安寧緩和醫療照顧者）的預立醫療計劃完成比例可能還是低了許多。

另有一些預立醫療計劃的研究是透過死亡病例回顧或以重大疾病患者為研究對象，了解在疾病或死亡威脅下民眾實行預立醫療計劃的情形。這類型的研究結果在國內外都有報告：Fins、Miller、Acres、Bacchetta、Huzzard、及 Rapkin（1999）回顧紐約某醫學中心 1996 年一月至四月 200 個死亡病例的最後一次入院記錄。這些病人在入院前都固定在該院的門診追蹤、診斷多元（其中六成是心血管疾病或者癌症）。在入院之前，這些病人之中僅 13% 有 DNR 簽署，到了過世前此比例上升到 77%。Solloway、LaFrance、Bakitas、及 Gerken（2005）抽樣調查 2001 年美國 New Hampshire 地區不同機構共 782 個死亡病例，其中 36% 在入住這些機構前已有預立醫囑簽署，另有 58% 於入住後完成簽署。Oh 等人（2006）收集首爾大學醫院 2003 年一月至 2004 年四月住院接受支持性治療的癌末病患資

料，165 位病人之中有 143 位(86.7%)於過世前完成 DNR 簽署。Dobbs、Emmett、Hammarth、及 Daaleman (2012) 研究 50 歲以上的慢性疾病患者，預立醫囑的簽署比例是 38.3%、曾與家人討論過預立醫療計劃有關議題則佔了 52.6%。台灣研究方面，Liu 等人 (1999) 回顧北部某醫學中心 177 位癌症往生住院病患的病歷記錄，其中 64.4%在過世之前有 DNR 簽署。Huang 等人 (2008) 調查中部某醫院 152 名接受安寧緩和醫療照護的患者，照會服務後 DNR 簽署比例為 77%。

綜合以上，這些面臨疾病或死亡威脅的病患，預立醫囑的簽署比例相較於稍早所回顧的美國一般健康狀態的民眾大約一至三成的比例高出許多；相較於一般健康狀態的年長者一至六成的比例也還高出一些。然而，除了患者的年齡及健康狀態與預立醫療計劃行為可能有關，罹病過程中的醫療介入（例如，安寧緩和醫療照顧）也可能直接促進患者的預立醫療計劃行為，這是解釋這類調查報告結果時需要留意的部分。

### （三）家屬或醫療代理人參與比例

在罹患嚴重疾病或生命末期狀態下進行的預立醫療計劃，家屬代理決策是另一個重要議題。美國在此方面的調查結果是，病人臨終由非預先指定的醫療代理人為其進行醫療決策的比例大約在 25 ~ 35%(Fin et al., 1999; Levin et al., 2008)。南韓研究團隊調查癌末病患醫療決策情形，143 位癌症病患中有 142 位由家屬完成 DNR 決策 (Oh et al., 2006)。台灣的情形與南韓比較接近，同樣都有較高的家屬決策比例。例如，台大醫院雲林分院接受緩和醫療照會諮詢並完成 DNR 簽署的病人之中，有 82.1%是由家屬完成決策 (Huang et al., 2008)；屏東基督教醫院 316 位簽署 DNR 的癌症死亡病患，更有高達 97.8%是由家屬代理 (吳讚美等人，2009)；Liu 等人 (1999) 調查某教學醫院往生前完成 DNR 簽署的末期病患，99.1%

由家屬代為簽署。

#### (四) 小結

總結前述預立醫療計劃實務的調查結果，台灣民眾目前雖然未必排斥進行預立醫療計劃，但一般民眾或者社區年長者完成自身的預立醫囑之比例仍低。多數 DNR 決策是在個人罹患重病，甚至無法自主表達意願的情形下由具決策權力的家屬代為進行。臨床上的觀察也發現，即便病人仍有清楚意識、可溝通表達決策意願，家屬仍是醫療團隊溝通末期決策議題時必然納入的對象。此點與台灣在華人文化脈絡下重視家庭的傳統有關（李欣慈、陳慶餘、及胡文郁，2012），由於家族成員間的緊密連結關係，個人在進行重要決策時經常是以家庭為決策單位，而非個人。換言之，末期病患的預立醫療決策在台灣的家庭脈絡中，是不只涉及病人更包含主要家屬的共同參與過程。

## 第二節、預立醫療計劃研究文獻回顧

為了初步掌握末期病患家屬於病患之預立醫療計劃中的可能角色，本節分別就二方面整理既有文獻結果：第一部分整理對預立醫囑完成比率具預測力的變項類別；第二部分回顧從心理歷程角度探討個人進行（或家屬參與）預立醫療計劃之經驗的質性及量化研究結果；並於本節第三部分就研究方法做綜合評析。

### 一、「完成預立醫囑」的有關因素

過去有許多研究探討「完成預立醫囑」的預測因素，希望能找到推動預立醫療計劃的實務策略。研究探討的變項大致可分為：人口統計學與社經地位，以

及健康疾病因素兩類。

#### (一) 人口統計學與社經地位變項

此類變項可包含病患的性別、年齡、教育程度、種族、母語、宗教信仰、婚姻狀態、收入、家庭成員組成、主要照顧者、保險狀態等。已知的研究結果顯示，多數變項與個人是否完成預立醫囑沒有顯著關聯（Cugliari et al., 1995；Emanuel et al., 1993）或者僅有零星研究發現顯著關聯（Kahana et al., 2004；Ko & Lee, 2010；Levin et al., 2008；Liu et al., 1999）；僅年齡、教育程度以及種族等變項，是較多研究結果支持與預立醫囑簽署有顯著關聯的變項。年齡、教育程度與預立醫療計劃的具體關聯是：年長者的簽署比例通常比年輕人高（Braun et al., 2001；Levin et al., 2008）；教育程度方面，教育程度高者簽署比例較高（Ko & Lee, 2010；Hanson & Rodgman, 1996；Stelter et al., 1992）。

種族方面，研究結果主要來自於美國進行的幾個多元族群差異比較研究（Braun et al., 2001；Hanson & Rodgman, 1996；Kahana et al., 2004；Ko & Lee, 2010；Levin et al., 2008）。雖然研究結果都發現種族是對於「完成預立醫囑」具預測力的變項，但究竟哪個種族的人完成比例較高，研究的結果並不一致。Ko 與 Lee（2010）、Kahana 等人（2004）以及 Hanson 與 Rodgman（1996）都發現白人相較於其他族裔（例如，韓裔美國人或者黑人）簽署的比例較高；但 Levin 等人（2008）以及 Braun 等人（2001）的調查則顯示白人的簽署比例未必是最高的。在 Levin 等人所做的調查中，各種族 DNR 簽署比例是：非西裔白人為 30%、非西裔黑人是 44%、西裔白人為 46%，西裔黑人則有 50%；Braun 等人則發現夏威夷地區的華人及日本人，簽署預立醫囑以及指定永久性的醫療代理權的比例與白人接近（預立醫囑：華人為 36%、日本人為 34%、白人為 36%；指定永久性的醫療代

理權：華人為 27%、日本人為 24%、白人為 30%)。Braun 等人認為此調查華人及日本人簽署比例之所以高於美國本土的其他調查結果，可能與華人及日本人在夏威夷普遍收入較高有關；另外，當地華人相較於其他種族對於醫療專業較為重視也是可能原因之一。台灣的研究中，謝至鏗等人 (2013) 以「族群」為分類變項，將研究樣本區分為閩南、外省、客家、原住民及其他，結果發現閩南族群表示願意簽署預立醫囑的比例 (43.7%) 明顯較高。種族間的表現差異，可能反映了預立醫療計劃行為受個人社會文化背景的影響，是後續須進一步釐清的。

## (二) 健康疾病因素

這類因素用以了解個人的健康疾病問題或主觀覺知的健康狀態與完成「預立醫囑」的關聯。Hanson 與 Rodgman (1996) 的大樣本調查研究抽取全美死亡病例的 1% 為樣本 ( $n = 13,883$ )，發現病患生前的生活功能越不獨立，完成預立醫囑的比例越高。Hanson 與 Rodgman 對於這個研究結果提出以下假設：生活功能差可能使個人傾向認為維生治療對病況幫助不大，而比較可能接受預立醫囑。

Liu 等人 (1999) 的研究調查台灣某教學醫院 177 位末期患者有類似的發現：有疼痛症狀以及使用嗎啡類藥物止痛的病患，簽署 DNR 的比例明顯較高。這兩篇分別由國外及台灣研究團隊進行的調查顯示「完成預立醫囑」與負面的健康疾病狀態有關。

另有一些研究者認為，除了健康疾病問題，個人主觀覺知的健康狀態也可能影響「完成預立醫囑」的意願。雖然從健康行為理論的角度來看這個想法頗為合理，但既有的研究結果並無法提供支持。Emanuel 等人 (1991) 調查未簽署預立醫囑的門診病患 ( $n = 507$ ) 未簽署的理由，其中認為預立醫囑是「在比較老或者健康狀況比較差的時候才要討論」是較多人勾選 (24%) 的理由之一；而勾選這



個理由的參與者絕大多數（95%）認為自己目前健康狀況是良好的。也就是說，有一部分自覺健康的人，會認為健康狀態尚好的時候無須討論預立醫療計劃議題。但因為這些（勾選此理由且自覺健康的）參與者接受調查時是處在較良好的健康狀態，雖然他們認為預立醫療計劃議題適合在未來健康狀態較差時討論，卻未必代表這些人在未來健康狀態真的變差的時候，確實會進行預立醫療計劃。

實際上，人們在健康狀態較好時所形成的對預立醫療計劃適用情境的想像，很可能無法反映健康狀況變差時的意願以及選擇。謝至鏗等人（2013）的研究結果可為這個想法提供一些支持：他們調查民眾簽署 DNR 的意願與自評健康的關聯，簽署的意願區分為願意、還在考慮、不願意，結果自評健康狀況較好者有 49.2% 表示願意簽署、34.9% 還在考慮、15.9% 不願意；自評健康狀況差不多者有 32.7% 願意、56.4% 還在考慮、10.9% 不願意；自評健康狀態不好者則是 30.0% 願意、30.0% 還在考慮、40.0% 不願意。亦即自評健康狀態較差的人願意接受 DNR 的比例（30.0%）並沒有比較高（相較於自評健康狀況較佳的人有 49.2% 願意）；且不論自評健康狀況如何，都有至少三成以上的人無法決定自己是否願意簽署 DNR。但須注意謝至鏗等人的研究僅是橫斷性調查，無法直接反映一個人從自覺健康轉變為自覺不健康時的意願變化，僅是提供有關的佐證，後續還是需要縱貫性研究設計來檢驗隨著自評健康狀態轉變，預立醫囑的簽署意願是否變化。

其他兩篇研究（Kahana et al., 2004；Cugliari et al., 1995）的結果，亦未能發現自評健康狀態與預立醫囑簽署比例之間的顯著關聯。Kahana 等人的研究以社區年長者為對象，除了健康狀態指標（例如，身體健康問題數量、認知功能問題、一年內是否住院、一年內是否跌倒），也同時收集參與者的自評健康資料（例如，自評健康狀態、主觀記憶問題），相關分析結果僅「一年內是否住院」與預立醫

囑的簽署有顯著關聯，其他變項都沒有顯著關聯。Cugliari 等人的研究收集民眾的自評健康資料，發現自評健康狀態與是否簽署預立醫囑並無顯著關聯。這兩篇研究共同的限制是，均採單一題項評估參與者的主觀健康狀態，可能無法有效反映此類建構。

綜合以上，有關於健康疾病因素與預立醫療醫囑簽署的關聯，既有研究顯示末期病患的客觀健康疾病指標越負面（例如，疼痛症狀越明顯、生活功能越不獨立），完成預立醫囑的可能性越高。自評健康狀態方面，雖然從健康行為理論的角度推測此因素與預立醫囑簽署之間應有關聯，但卻未獲研究結果支持。去除研究方法限制的問題，這反映主觀健康狀態與預立醫療醫囑簽署行為之間即便存在關聯，可能還需考量其他心理歷程因素的影響。

## 二、預立醫療計劃的心理歷程研究結果

本研究回顧 27 篇從心理歷程角度探討病人(或年長者)進行(或家屬參與)預立醫療計劃經驗的研究結果。這些研究之中有 11 篇以量化取向為主，呈現心理歷程變項與預立醫療計劃行為的相關性（表一）。較常被探討的心理歷程變項包含過去有關經驗（例如，曾目睹親友使用呼吸器、曾照顧末期病患等）、信念或態度、知識（例如，預立醫囑知識、安寧緩和醫療照顧知識）、阻礙及促進因素、情緒（例如，憂鬱、死亡恐懼）。另外，社會支持、生活滿意度、宗教性、自我效能以及促發刺激（cue to action），也是曾被研究納入的變項。另有 16 篇為質性取向研究設計，探討病人（或年長者）或家屬參與預立醫療計劃的經驗內涵（表二）。研究結果綜合整理為如下：

### （一）個人心理歷程變項：過去有關經驗

在六篇納入「過去有關經驗」變項的量化研究，結果都顯示此變項與預立醫療計劃行為有顯著關聯。這些研究除了 Ko 與 Lee (2010) 是以量表 (包含 10 題是非題) 評估此變項，其他五個研究 (曾淑倩等人, 2009; 張惠雯等人, 2011; Fried, Redding, Robbins, Paiva, O'Leary, & Iannone, 2010; Morrison, Zayas, Mulvihill, Baskin, & Meier, 1998; Morrison & Meier, 2004) 均以一到四個個別題項詢問以及分析。

「過去有關經驗」在這些研究中，主要包含兩方面：(1) 預立醫療計劃相關議題的討論或決策經驗，例如：「曾參與不急救同意書討論」(張惠雯等人, 2011)；「曾有親人或朋友有預立醫囑」、「曾與他人討論過臨終時想採取的醫療措施」、「曾向家人提過預立醫囑」(曾淑倩等人, 2009)；末期醫療決策經驗 (Fried et al., 2010)。(2) 急救或末期治療經驗，例如，「自己或家人朋友住院、接受維生治療，或者急救的經驗」(Ko & Lee, 2010)；「過去自己或他人曾有呼吸器治療的經驗」(Morrison et al., 1998; Morrison & Meier, 2004)。質性研究資料方面，Fried、Bullock、Iannone、及 O'Leary (2009) 訪談機構及門診的年長者 ( $n = 63$ ) 及家屬 ( $n = 30$ )，也整理出類似結果：受訪者提及，經歷所愛他人的健康照顧決策對於他們如何看待自己的預立醫療計劃是很重要的影響因素。

## (二) 個人心理歷程變項：信念及態度

「信念」被納入四篇研究，都呈現與預立醫療計劃行為的顯著關聯性。四篇研究之中，Ko 與 Lee (2010) 及 Stelter 等人 (1992) 雖然都參考健康信念模式 (Health Belief Model) 形成研究設計，但兩個研究對於信念的界定不同。Ko 與 Lee 研究中的「健康信念」概念對應健康信念模式中的「主觀易受感染性」、「主觀嚴重性」及「阻礙」等三個部分；測量方法是分別以過去研究發展的量表評估

表一

11 篇探討預立醫療計劃與心理歷程變項關聯之量化研究整理。

第一作者及年份	研究目標行為	研究納入探討的心理歷程建構							研究設計理論依據	研究樣本	
		知識	信念	態度	阻礙/促進因素	過去有關經驗	情緒感受	社會支持			其他變項
張惠雯等人 (2011)	AD 意願					○*	○	○	生活滿意度	未提及	門診病患 (n = 233)
曾淑倩等人 (2009)	AD 意願	○			▼	○*				未提及	醫療從業人員 (n = 221)
謝至鏗等人 (2013)	AD 意願	#								未提及	社區民眾 (20 歲以上, n = 235)
Dobbs 等人 (2012)	末期議題討論						○	○	宗教性*	未提及	慢性病患 (50 歲以上, n = 157)
Emanuel 等人 (1991)	DPACH <sup>2</sup> 簽署以及討論				▼					未提及	門診病患 (n = 507)
Fried 等人 (2010)	AD 簽署及討論	○*				○*			對未來的準備*	TTM	社區長者 <sup>1</sup>
Ko 與 Lee (2010)	AD 簽署	○	○*		○*	○*		○*		HBM	社區長者 (n = 217)
Morrison 與 Meier (2004)	DPACH 簽署	○*	○*			○*				未提及	社區長者 (n = 700)
Morrison 等人 (1998)	DPACH 簽署	○*	○*			○*				未提及	門診病患 (65 歲以上, n = 197)
Stelter 等人 (1992)	AD 簽署、意願、計劃		○*		○*				自我效能、促發刺激	HBM	社區長者 (n = 245)
Yang 等人 (2011)	AD 意願	○*		○*	▼					未提及	喪親家屬 (n = 280)

<sup>1</sup> 該研究未交待確切樣本數 AD = 預立醫囑 DPAHC = 永久醫療的代理權 TTM = 跨理論模式 HBM = 健康信念模式 ○ 納入變項進行關聯性檢驗 \* 關聯性顯著 ▼ 調查變項具體內涵 # 呈現比例

後，再透過統計方式將三個分數組成單一變項的得分。研究結果顯示此一組合後的「健康信念」得分與預立醫囑的簽署有顯著關聯，且在「種族」與「預立醫囑簽署」之間扮演中介變項角色。**Stelter** 等人的研究雖也宣稱參考健康信念模式，但研究評量的「信念」內涵整理自文獻回顧，包含「對生前預囑的預期」、「對醫師的信任」、「未來導向」及「個人控制感」等方面的具體內容，與健康信念模式各成分的對應較不明確，且也未包含該模式中「行為阻礙與益處」的概念。**Stelter** 等人的研究結果是，各個具體信念描述中僅「生前預囑可使個人的意願為他人所知」（歸屬於「對生前預囑的預期」）對預立醫囑行為的區辨力較佳。

其他兩篇納入「信念」變項並發現顯著關聯的是 **Morrison** 及其研究團隊以同一份評估工具 (**Morrison et al., 1998**)，對不同研究對象進行的兩個研究 (**Morrison et al., 1998** ; **Morrison & Meier, 2004**)。研究工具衍生自文獻回顧以及焦點團體討論。「信念」包含「對醫師的信賴」、「醫療代理人的負擔」、「醫療代理人的重要性」、「醫療代理人的可得性」等四方面。研究結果顯示，「對醫師的信賴」、「健康照顧代理人的可得性」是可預測門診老年病患指定醫療照顧代理人比例的信念類別 (**Morrison et al., 1998**)；僅「對醫師的信賴」是可預測社區長者指定醫療照顧代理人比例的信念類別 (**Morrison & Meier, 2004**)。

「態度」部分，僅 **Yang** 等人 (2011) 的研究納入這個變項，評估台灣有喪親經驗的家屬對安寧緩和醫療條例的態度與他們簽署預立醫囑意願的關聯。該研究的評估工具為結構化問卷，發展自七名末期病患或家屬的深度訪談資料；量表經因素分析，區分為對安寧緩和醫療條例正面及負面描述兩部分，但 **Yang** 等人並未於研究中交代具體的題項內容以及題數。研究結果顯示當參與者對安寧緩和醫療條例抱有正面的態度，較可能有意願簽署預立醫囑。

表二

16 篇探討預立醫療計劃之質性研究整理。

第一作者及年份	研究問題	研究對象	資料收集方法	分析方法	方法效度依據	研究結果摘要
吳美幸 (2009)	癌末病患家屬對安寧病房的決策經驗	癌末病患家屬 ( $n = 6$ )	個別深度訪談：入住安寧病房的決策經驗。	紮根理論研究法	詳述分析步驟；說明可信賴度。	家屬對安寧病房的決策經驗在決策前期包含「覺知生命消逝」、「困頓感」及「社會資源網絡」三個主題；決策中期包含「自我反思」與「決策的阻力」二個主題；決策後期包含「告別時刻」與「身心安頓」二個主題。
蔡淑華 (2010)	DNR 抉擇過程中家屬的經驗、想法及感受。	喪親家屬 ( $n = 4$ )	個別半結構式訪談：照顧經驗感受；簽署 DNR 時的考量；對醫護人員照顧的感受；認為簽署 DNR 的目的是否符合自己的想法。	敘事分析	說明可信賴度。	三個主題：末期病患家屬簽署 DNR 考量因素林林總總；醫護運用同理與溝通促成末期醫療決策；以末期關懷與正確認知協助生死兩相安。
Apatir 等人 (2008)	如何看待維繫希望以及告知事實間的平衡	加護病房患者家屬 ( $n = 179$ )	個別半結構式訪談：了解家屬於加護病房設置中討論預後的經驗與看法。	紮根理論研究法(持續比較法)	詳述分析步驟；評分者間一致性達 86%；專家及樣本提供編碼架構回饋。	多數受訪者期待醫師直接討論預後。主要主題是，即時進行預後討論使家屬能為病況的可能變化做好必要的準備。其他主題包含：對病人預後正確的了解使家屬能適當支持病人；對於提供錯誤希望反感；認為醫師有責任討論預後；認為家屬對醫師的期待是給予事實而非提供希望。少數家屬認為應該對預後有所保留，避免為家人帶來情緒上的傷害，或者對病人健康有不好的影響。
Boyd 等人 (2010)	家屬依據哪些資訊形成對病患預後的想法	加護病房患者家屬 ( $n = 179$ )	個別半結構式訪談：了解家屬於加護病房設置中討論預後的經驗與看法。	紮根理論研究法(持續比較法)	詳述分析步驟；評分者間一致性達 86%；專家及樣本提供編碼架構回饋。	家屬通常依據多元資訊形成對病人預後的看法，包含醫師提供的醫療訊息；對於病人性格強度及存活意志的認識；對病人過去生病及生存經驗的掌握；對病人身體外觀的觀察；對自己從旁陪伴有助病情的信念；以及決策代理人自身的樂觀、直覺與信心。
Barnes 等人 (2007)	適當的 ACP 討論大綱。	癌症或安寧照顧病患及家屬 ( $n = 22$ )	焦點團體討論：何謂可接受的 ACP 訪談大綱；在臨床實務中開啓 ACP 討論的好處及壞處、在哪個階段討論應該被開啓、誰最適合討論。	主題分析	詳述分析步驟；評分者間一致性達 80%。	雖然多數病患認同末期照顧討論，但部分覺得還沒準備好進行討論。討論時機可能影響討論是否被接受以及討論的效果；討論提出的適當時機是疾病復發後。開啓討論者應該要對病人所釋放出來的各種線索有反應能力，以避免討論過於固著在「生命末期」。預立醫療計劃應在多次討論之後進行；並由受過適當訓練的專業人員，在時間充足的情況下充分討論，且應避免破壞希望。不應過分聚焦在「拒絕治療」，而應將之視為僅是末期議題討論的一部分。若病人做了某種拒絕治療的決定，也應該要給予機會改變想法。

註：ACP = advance care planning (預立醫療計劃)，DNR = do not resuscitate (不施行心肺復甦術)，CPR = cardiopulmonary resuscitate (心肺復甦術)。

表二

16 篇探討預立醫療計劃之質性研究整理 (續)。

第一作者及年份	研究問題	研究對象	資料收集方法	分析方法	方法效度依據	研究結果摘要
Barnes 等人 (2011)	病患參與 ACP 討論的主觀經驗整理。	癌症復發患者 (n = 40)	個別半結構式訪談：與健康專業及親近他人溝通；對未來及死亡過程的感覺；死亡地點偏好；健康照顧決策。	主題分析	詳述分析步驟	多數病人並未向專業人員或者親友完整談論未來照顧議題；有些病人感覺對於照顧的選項並不清楚、希望有較正確的資訊。覺得啟動討論是醫師的責任，但感覺醫師不太有意願這樣做。某些病人覺得討論的時機未到，顯示討論並非越早越好。
Elliott 等人 (2008)	末期病患對 DNR 及 CPR 概念的看法。	癌末病患 (n = 28)	個別訪談：開放式問句引發受訪者談論 DNR 決策有關經驗。	話語分析	交代分析方法的理論假設	受訪者普遍都有一個假定，即 CPR 的決策等同生與死的抉擇。而這樣的假定會影響他們最後如何做決定：在做決定時，他們不自覺地在做生命價值的道德判斷（這其中也牽涉自己與重要他人的關係），選擇 CPR 以及不選擇 CPR，都有讓人難以承擔的後果。
Elliott 等人 (2011)	末期病患對醫病的 CPR 決策角色的看法。	癌末病患 (n = 28)	個別訪談：開放式問句引發受訪者談論 DNR 決策有關經驗。	話語分析	交代分析方法的理論假設	末期病患認為 CPR 決策中，在不同的議題，醫師及病人會分別是適合的決策者；醫師在醫療的議題，而病人在個人的議題。當議題同時涉及醫療與個人時，則需要各種角色涉入其中，共同進行決策。但醫師作為適當決策者的前提是，具有足夠的理性、知識以及熱忱，否則便不適任決策者。
Evans 等人 (2009)	對不確定的預後之溝通方式的看法	加護病房患者家屬 (n = 179)	個別半結構式訪談：了解家屬於加護病房設置中討論預後的經驗與看法。	紮根理論研究法 (持續比較法)	詳述分析步驟；評分者間一致性達 86%；專家及樣本提供編碼架構回饋。	多數決策代理人希望醫師討論不確定的預後，理由包含：「不確定」是難以避免的；醫師是唯一的預後資訊來源；討論預後的不確定性始能審慎保有期待；增加家屬對於醫師的信任；提醒家屬對於可能的失落做好準備。少數家屬認為討論尚未確定的預後，可能使家屬承擔不必要的情緒折磨，而應避免。
Fried 等人 (2009)	探討 ACP 在人們心中這個建構的範疇為何。	機構/門診長者 (n = 63) 及代理決策家屬 (n = 30)	焦點團體：討論如何計劃未來的健康照顧；以及簽署或不簽署預立醫囑的理由。	紮根理論研究法 (持續比較法)	詳述分析步驟	參與者在 ACP 的不同方面（例如，考量治療目標、完成預立醫囑、與家人或醫師溝通等）有不同的準備性；因此考慮的行為益處與阻礙是涉及較大範圍的，而非侷限於特定行為；參與者會運用各種改變歷程來促進個人較廣義的準備性，而 ACP 只是他們面對健康退化及死亡的一種方式；經歷所愛他人的健康照顧決策，對於個人相對自身 ACP 形成的覺知以及投入是很重要的影響因素。
Piers 等人 (2013)	年長者是否準備好討論 ACP；決定進行 ACP 討論的動機為何。	罹病生命期有限的老年病患 (70 歲以上，n = 38)	個別半結構式訪談：當前生活中重要的事物為何（用以了解患者較廣泛的價值觀）；對於末期計劃的期望及態度為何。	(未指明)	詳述分析步驟	影響是否進行 ACP 的成分：受死亡為近期可能的發展；自覺有權利計劃自身的末期照顧；計劃/不計劃皆有不同動機。

註：ACP = advance care planning (預立醫療計劃)，DNR = do not resuscitate (不施行心肺復甦術)，CPR = cardiopulmonary resuscitate (心肺復甦術)。



表二：  
16篇探討預立醫療計劃之質性研究整理（續）。

第一作者及年份	研究問題	研究對象	資料收集方法	分析方法	分析效度依據	研究結果摘要
Rosenfeld 等人 (2000)	形塑年長者對維生治療態度的價值為何；他們對於罹患重大疾病時決策權利的看法如何。	社區年長者 (n = 21)	個別訪談：了解受訪者自身或他人罹患重病的個人敘事；並探問醫療決策如何進行、由誰進行、結果如何。	內容分析	詳述分析步驟；說明可信賴度。	「醫病間對於何謂可接受的健康狀態及有價值的生活參與」比「是否進行特定醫療處置（例如，CPR）」是末期照顧目標討論中更重要的議題。「年歲漸長」是決策重要因素，使得人較為關注「所失落的」以及「是否活過完整人生的生命意義」。決策權力被賦予醫師及家屬；且此決策權力隨著患者預後變差而由偏重醫師轉向偏重家屬。研究者提出了一個由家屬及醫師共同進行醫療決策代理的合作模式，鼓勵醫師提供符合病人及家屬照顧目標的治療計劃。
Vig 等人 (2006)	家屬如何規劃及完成代理決策	慢性病患者的決策代理親屬 (n = 50)	個別半結構式電話訪談：陳述親人的生病經驗；自身進行代理決策的經驗。	主題分析	評分者間一致性達 72%。	五個決策的依據：以本身對病人偏好的了解做決策；依據病人簽署的預立醫囑文件為依據；依據過去與病人共享的生活經驗引導決策；依據自身的偏好及價值觀；尋求社會網絡中他人的協助。
Vig 等人 (2007)	了解家屬於決策過程中所面臨的挑戰	慢性病患者的決策代理親屬 (n = 50)	個別半結構式電話訪談：陳述親人的生病經驗；自身進行代理決策的經驗。	主題分析	評分者間一致性達 72%。	四方面對決策有利及不利的因素：（1）決策代理人的特質及生活環境方面：有利因素包含過去決策經驗、正向因應策略；不利因素包含多重照顧責任、自身健康不佳、物理距離，以及經濟負擔；（2）決策代理人的社會網絡方面：有利因素例如社會支持；不利因素例如家庭衝突；（3）決策代理人與病人間的關係與溝通：有利因素例如了解病人偏好；不利因素例如無法遵從病人意願；（4）決策代理人與醫師間的溝通與關係：有利因素例如充足的資訊、尊重；不利因素例如太多醫療人員參與決策。
Walczak 等人 (2013)	什麼是好的預後及末期照顧議題討論。	生命期有限的病患 (n = 34)	個別半結構式訪談或焦點團體（未提供訪談或討論綱要）	主題分析	詳述分析步驟	好的討論包含兩個部分：「對討論的準備性」及「討論的結果」。「對討論的準備性」包含兩個次主題：「對於自身狀況的接受與調適」以及「醫病溝通」。「討論的結果」包含兩個次主題：「獲得控制感」以及「繼續往前(moving on)」。
Young 等人 (2003)	個人如何形成對預立醫療照顧有關名詞（維生治療、末期、永久失去意識的狀態、失去決策能力）的意義認定。	退役軍人 (n = 18)	個別半結構式訪談：請受訪者討論四個關於預立醫囑文件上的名詞：維生治療、末期、永久失去意識的狀態、失去決策能力。	紮根理論研究法(持續比較法)	詳述編碼基模；評分者間一致性達 80%。	概念意義認定經常涉及三種基模：（1）權威他者：整合宗教信念於決策過程，或者考量外在他者（例如，醫療專業、命運等）對於自己生命及健康的控制力量。（2）機器語言：以對維生機器的仰賴來陳述末期介入。（3）生產與負擔：以關於個人價值的描述方式（對他人具有生產力或者構成負擔）來討論維生治療。

註：ACP = advance care planning（預立醫療計劃），DNR = do not resuscitate（不施行心肺復甦術），CPR = cardiopulmonary resuscitate（心肺復甦術）。



### (三) 個人心理歷程變項：知識



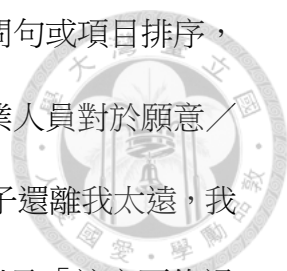
「知識」被七篇研究納入，其中六篇（曾淑倩等人，2009；Fried et al., 2010；Ko & Lee, 2010；Morrison et al., 1998；Morrison & Meier, 2004；Yang et al., 2011）以簡短量表（是非題，題數介於 9 ~ 15）評估參與者在預立醫療計劃方面的知識（內容依研究目標行為的差異，可能是針對生前預囑、預立醫囑、永久性的醫療代權權或安寧緩和醫療等方面）與預立醫囑簽署的關聯。結果 Fried 等人(2010)、Morrison 等人（1998）、Morrison 與 Meier（2004）及 Yang 等人（2011）均發現知識掌握度較高者，簽署預立醫囑的比例較高；Ko 與 Lee（2010）並未發現知識與預立醫囑簽署比例有顯著關聯，但該研究以探討種族差異為研究主題，納入之研究樣本的種族比例（韓裔與非西裔白人約各占一半）與其他研究（各種族比例較不一致）有所差異；且此研究樣本的教育程度（約在 13 年以下）略低於其他研究樣本，都是可能需要考慮的因素。

另有一篇於台灣花蓮進行的研究（謝至鏗等人，2013）僅透過單一題項，請受訪者自評對於心肺復甦術的了解（大概知道／知道／不知道），結果自認知道心肺復甦術的民眾願意簽署的比例達 62.5%，但自認不知道的僅有 16.0%，兩者有顯著差異。

### (四) 個人心理歷程變項：促進與阻礙因素

「促進與阻礙因素」在預立醫療計劃研究中是比較特別的一個變項，它的界定範疇較不明確，內容常涉及多種概念。在兩篇參考健康信念模式設計的研究中（Ko & Lee, 2010；Stelter et al., 1992），此變項對應的是該理論模式對「行為阻礙因素」的定義，兩篇研究都發現此變項與預立醫療計劃行為有顯著關聯。

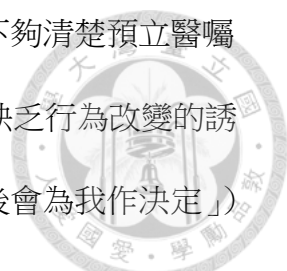
另外三篇以量化取向為主要設計的研究（曾淑倩等人，2009；Emanuel et al.,



1991；Yang et al., 2011），研究者在量表資料收集時輔以簡單的問句或項目排序，了解預立醫療計劃的促進與阻礙因素：曾淑倩等人調查醫療從業人員對於願意／不願意簽署預立醫囑理由的排序，不願簽署的理由以「未來日子還離我太遠，我沒考慮這些」、「到了生命終點，家人會替我做最好的決定」，以及「這方面的訊息太少，我沒有聽過」最多人勾選；願意簽署的理由則以「避免造成家人身心或經濟上的負擔」、「讓生命末期能有較佳的生活品質」、「未來處於末期時，可依自己的意願選擇醫療處置」最多。Emanuel 等人訪問門診就診民眾與醫師討論預立醫療計劃的阻礙因素為何，最常被提到的因素是「病人期待由醫師啟動這個議題的討論」、「認為這個議題是在比較老或者健康狀況比較差才要討論的」；最少被提及的是「認為這個議題對病人而言太過敏感(5%)」、「反對討論預立醫囑(2%)」；沒有任何參與者提到「自覺缺乏相關知識」是與醫師討論的阻礙因素。Yang 等人調查台灣癌症喪親家屬不願意簽署預立醫囑的理由排序，依序是「我身體還很健康，不需要考慮」、「家人日後會為我做決定」、「我還不夠清楚預立醫囑以及醫療環境」。

另外，三篇質性研究也有有關整理：Barnes 等人（2011）提到多數病人並未向專業人員或者親友完整談論未來照顧議題，是因為感覺並不清楚照顧選項、希望有較正確的資訊。Piers 等人（2013）訪談生命期有限的老年病患，發現「接受死亡為近期可能的發展」是進行預立醫療計劃的前提；Walczak 等人（2013）則是發現對於末期患者而言，「對於自身狀況的接受與調適」是具備討論準備性的前提。這些都是不同的行為阻礙內涵。

上述列舉的這些阻礙因素的具體內涵，有的是對簽署預立醫囑後果的考量（例如，「讓生命末期能有較佳的生活品質」、「避免造成家人身心或經濟上的負



擔」)；有些則描述知識的缺乏會阻卻決策進行(例如，「我還不夠清楚預立醫囑以及醫療環境」、「這方面的訊息太少，我沒有聽過」)；有些是缺乏行為改變的誘因所造成的阻礙(「我身體還很健康，不需要考慮」、「家人日後會為我作決定」)(即沒有做改變的必要性)；而兩篇質性研究的結果(Piers et al., 2013；Walczak et al., 2013)則指出，個人對自己既有生活的因應也可能影響對預立醫療計劃的投入，這裡指出了行為脈絡因素的角色。這些研究結果說明「促進及阻礙因素」是「行為表現或不表現」導向的各種條件的集合概念，而非特指單一的心理構念。因此在探討行為的心理歷程以及發展行為改變介入策略時，仍有具體化其內涵並與明確的構念對應的需要。

#### (五) 個人心理歷程變項：其他因素

量化研究中曾經探討的變項還有情緒感受(例如，憂鬱、死亡恐懼)、宗教性、社會支持、生活滿意度、對未來的準備、自我效能、促發刺激等。情緒感受方面，Dobbs 等人(2012)認為對疾病的恐懼、對死亡以及死亡過程的因應困難是阻礙個人投入末期議題討論的重要因素，因此該研究以 50 歲以上的慢性病患者( $n = 157$ )為對象，探討宗教性以及死亡恐懼與末期議題討論的相關性，研究也同時收集憂鬱情緒的資料並檢驗關聯。研究結果並未發現憂鬱情緒或死亡恐懼對於末期議題討論的顯著解釋力；宗教性部分，兩個評估題項中也僅有「與神的親近性」對於個人「是否與家人討論末期議題」有顯著解釋力。張惠雯等人(2011)的研究以研究者自行發展的結構式問卷，評估憂鬱情緒以及死亡焦慮與預立醫囑意願的關聯，結果同樣並未發現顯著相關性，但該研究的研究樣本年齡範圍較大，依年齡分組後(20-39 歲/40-64 歲/65 歲以上)的分析資料顯示各年齡組在死亡焦慮得分有顯著差異，需考量將不同年齡組的資料混合在一起之後，稀釋掉原

本在個別年齡組別中死亡焦慮與預立醫囑簽署意願可能存在的關聯性。

社會支持方面，張惠雯等人(2011)、Dobbs 等人(2012)及 Ko 與 Lee(2010)的研究分別檢驗社會支持與幾種不同的預立醫療計劃行為之關聯性；張惠雯等人的研究結果並未發現社會支持與預立醫囑意願有顯著關聯；Dobbs 等人僅以兩個簡單題項評估個人社會支持來源，未發現社會支持與末期議題討論的顯著關聯。唯一有顯著關聯發現的是 Ko 與 Lee 的研究，他們發現社會支持度越高，預立醫囑簽署比例越高。

生活滿意度(張惠雯等人，2011)、對未來的準備性(Fried et al., 2010)、自我效能以及促發刺激(Stelter et al., 1992)等變項分別都僅有一篇研究探討。其中，Fried 等人發現「對未來的準備」越多，對預立醫療計劃的投入越多。此篇研究中，「對未來的準備」指的是個人是否已有對於晚年生活或後事的安排，這是其他研究未曾考量的部分，但在概念上確實可能與預立醫療計劃行為有許多重疊性，可作為後續研究設計的參考。Stelter 等人的研究參考健康信念模式納入「自我效能」及「促發因素」等兩個變項。研究結果並未發現這兩個變項對預立醫療計劃行為的顯著解釋力，但該研究僅以 25 個題項評量整個健康信念模式的所有建構，可能無法充分反映這兩個建構。

#### (六) 家屬進行決策的方式以及經驗感受

Vig、Taylor、Starks、Hopley、及 Fryer-Edwards (2006) 邀請 50 位年長慢性病患者的決策代理人(其中 90%是病人的家屬；10%是病人的友人)接受電話訪談，了解他們與病人進行預立醫療計劃討論的經驗以及他們如何規劃進行代理決策。訪談資料經主題分析，整理出五個決策代理人進行決策的依據：(1)以他們本身對病人偏好的了解做決策；(2)依據病人簽署的預立醫囑文件為依據；



(3) 依據過去與病人共享的生活經驗引導決策；(4) 依據自身的偏好及價值觀；(5) 尋求社會網絡中他人的協助。同時，此研究團隊從同一批訪談資料也整理出這些代理決策的病人親友認為對於決策有幫助的，以及造成阻礙的因素 (Vig, Starks, Taylor, Hopley, & Fryer-Edwards, 2007)。這些因素被分為四類：(1) 決策代理人的特質及生活環境方面：有利因素包含過去決策經驗、正向因應策略，不利因素包含多重照顧責任、自身健康不佳、物理距離，以及經濟負擔；(2) 決策代理人的社會網絡方面：有利因素例如社會支持，不利因素例如家庭衝突；(3) 決策代理人與病人間的關係與溝通：有利因素例如了解病人偏好，不利因素例如無法遵從病人意願；(4) 決策代理人與醫師間的溝通與關係：有利因素例如充足的資訊、尊重，不利因素例如太多醫療人員參與決策。

本土研究方面，吳美幸 (2009) 訪談六位癌末病患家屬，了解他們決定讓病人入住安寧病房的決策經驗，整體經驗可劃分為三個決策階段：決策前期的經驗包含「覺知生命消逝」、「困頓感」及「社會資源網絡」三個主題；決策中期包含「自我反思」與「決策的阻力」二個主題；決策後期包含「告別時刻」與「身心安頓」二個主題。

另外，Boyd 等人 (2010) 聚焦於決策代理家屬在決策中如何形成對病人預後的覺知。該團隊訪談 179 位加護病房病患具有決策權力的家屬，了解到他們通常依據多元的資訊及考量來形成對病人預後的看法。這些資訊及考量包含醫師提供的醫療訊息、他們對於病人性格強度及存活意志的認識、對病人過去生病及生存經驗的掌握、對病人身體外觀的觀察、對自己從旁陪伴有助病情的信念，以及決策代理人自身的樂觀、直覺與信心。顯示決策過程中，家屬對病人病況的考量除了客觀的病況資訊，尚受到許多家屬主觀因素的影響。

除了決策的方式與考量，Wendler 與 Rid (2011) 亦關注「代理決策」是否對這些決策代理人帶來正面或者負面的經驗感受。該研究回顧 40 篇探討此主題的質性 (29 篇) 及量化 (11 篇) 研究，發現至少有三分之一的決策代理人在代理決策後經驗某種形式的負面情緒，這些情緒有時是隱微而持久的，最常見的感受包含罪惡感及自我懷疑 (懷疑是否已做出最正確的決定)。同時，亦有部分研究整理出一些代理決策為個人帶來的正面效果，例如，感覺確實為病人提供了支持。

#### (七) 醫療人員的適當討論行為與決策角色

上述量化取向為主的研究所探討的預立醫療計劃心理歷程，多侷限在對患者 (或家屬) 個人經驗的了解，而較少涉及參與預立醫療計劃討論的醫病雙方或者患者與家屬之間的關係及溝通過程。這類主題在質性取向的研究則有些許整理，大致可分為兩方面：「醫療人員的適當討論行為」以及「決策角色」。

「醫療人員適當的討論行為」方面，蔡淑華 (2010) 對四位經歷末期醫療決策的家屬進行深度訪談，指出家屬認為醫療人員是透過同理與溝通而促成末期醫療決策，並以關懷及正確的認知來協助患者及家屬達到生死兩相安。另有一研究團隊探討家屬在末期決策中就特定情況對於醫師回應方式的期待。該團隊訪談 179 位加護病房病患的家屬，了解家屬認為醫師該如何拿捏「維繫希望」以及「告知病況實情」之平衡 (Apatira et al., 2008) 以及醫師該如何溝通尚無法確定的預後資訊 (Evans et al., 2009)。絕大多數家屬 (93%) 認為迴避討論無助於維繫希望，即時進行預後討論能幫助家屬為病況的可能變化做好必要準備；但也有少數受訪者認為醫師應該對預後有所保留，因為討論死亡可能為家人帶來情緒上的傷害，或者對病人健康有不好的影響 (Apatira et al., 2008)。另外，在無法確定的

預後方面，多數（78%）家屬期待醫師能夠直接討論，主要的理由有五個：家屬認為「不確定」是難以避免的、醫師是唯一的預後資訊來源、討論預後的不確定性使家屬可審慎保有期待、有助增加家屬對於醫師的信任、提醒家屬對於可能的哀傷失落做好準備。但同時也有 12% 的決策代理家屬認為討論尚未確定的預後，可能使家屬承擔不必要的情緒折磨，而應該避免（Evans et al., 2009）。

具體的討論過程中，醫療人員被期待負責開啟討論（Barnes et al., 2011），並對病人所釋放出來的各種線索有反應能力、避免討論過分固著於「生命末期」這個主題（Barnes, Jones, Tookman, & King, 2007）。醫療人員除了需要顧及具體的討論議題，更需注意議題發生的脈絡以及時機：脈絡方面，需了解末期討論議題包含許多層面，不應化約、過分聚焦在「拒絕治療與否」（Barnes et al., 2007），而應同時注意對「何謂可接受的健康狀態及有價值的生活參與」（Rosenfeld, Wenger, & Kagawa-Singer, 2000）這類問題的思考；時機方面，預立醫療計劃的討論並非越早越好（Barnes et al., 2011），需注意患者的準備性，否則可能事倍功半（Barnes et al., 2007）。

「決策角色」是比較抽象、但在溝通互動中不可忽略的議題。Elliott 與 Olver（2011）探討末期病患對醫師及患者於急救決策中角色的看法，由文本的話語分析得到以下結果：在不同的議題中，醫師及患者會分別是較適合的決策者；醫師在醫療的議題適合擔任主要決策者，而患者適合個人議題。當議題同時涉及醫療與個人時，則需要各種角色涉入其中，共同進行決策。但醫師作為適當決策者的前提是，具有足夠的理性、知識以及熱忱，否則便不適任決策者。Rosenfeld 等人（2000）訪談社區年長者，探討他們對於罹患重大疾病時決策權力的看法，內容分析結果顯示，受訪者認為決策權力同時被賦予在醫師（因其醫療專業）及家

屬（因其對患者的關心以及患者自己的希望）身上；且此決策權力隨著病人預後變差而由偏重醫師轉向偏重家屬。上述「決策角色」的質性研究結果雖屬對現象的初步描繪，但也指出預立醫療決策心理歷程的探討需要擴及參與決策討論的各個成員，以及成員間的互動與相互影響。

### 三、預立醫療計劃的研究方法評述

本文所回顧的預立醫療計劃研究文獻分為兩部分：「完成預立醫囑的有關因素」以及「預立醫療計劃行為心理歷程」。前者探討不同樣本族群預立醫囑簽署的比例、簽署意願差異，並且收集各樣本群個人變項資訊（例如，人口統計學與社經變項、疾病與健康變項），透過描述統計、組間差異檢定、相關及迴歸分析，探討簽署比例與簽署意願的預測變項。此類研究結果可提供預立醫療計劃行為整體現象的概略描述，並指出些許後續研究值得探討的方向（例如，種族文化差異），但就協助個別民眾落實預立醫療計劃而言，這類研究結果較難提供具體資訊以及進一步的介入方向。

「預立醫療計劃行為心理歷程」主題之下的研究，由於著重探討行為表現的心理因素，對於促成行為改變可提供較直接的資訊。這類研究包含量化以及質性兩種方法取向。不同研究方法取向，反映研究探討問題的不同知識論基礎。以量化取向為主要研究方法的研究者，從既有的理論知識或累積的研究結果中，先行對預立醫療計劃行為的心理歷程形成有關假定，並選取重要的變項範疇蒐集或建構評估工具，而後於研究對象身上印證這些假定，此為「由上而下的(top-down)」的取向。採取質性取向的研究，在探討預立醫療計劃行為時雖經常也有其預設所關心的研究問題以及理論與文獻的回顧，但收集資料回答問題的過程是偏向以研



究對象的主觀經驗出發，在研究問題涉及的範疇之內，盡可能開放主觀經驗的展現空間，從中抽取、整理、結構出重要的意義，而後再與既有知識與理論對話，此為「由下而上 (bottom-up)」取向。本文所回顧的預立醫療計劃行為心理歷程研究，兩種取向各有優勢及不足，以下分別討論：

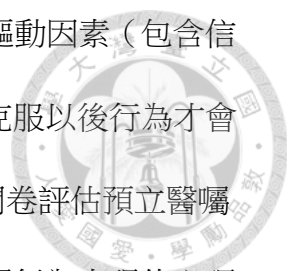
### (一) 量化取向的預立醫療計劃心理歷程研究方法評述

以量化取向探討預立醫療計劃心理歷程的研究 (參見頁 14 的表一)，選取各種心理歷程變項 (包含過去有關經驗、信念或態度、知識、阻礙及促進因素、情緒、社會支持、生活滿意度、宗教性、自我效能以及促發刺激等)，透過相關、回歸或者結構方程模型等統計方式，探討多元心理歷程變項與預立醫療計劃行為的關聯。此方面研究將預立醫療計劃視為個人健康行為的落實，嘗試了解在什麼樣的心理狀態下個人會投入預立醫療計劃行為，從而可望發展適當的臨床評估工具或者介入方案。已有的研究結果指出，知識、信念或態度、過去經驗、阻礙及促進因素等是經常與預立醫療計劃行為有關的變項，這類研究的設計有兩個可改善的部分：(1) 缺乏明確的健康行為理論依據；(2) 對預立醫療計劃的「討論行為」的關注不足。

#### 1. 缺乏明確的健康行為理論依據

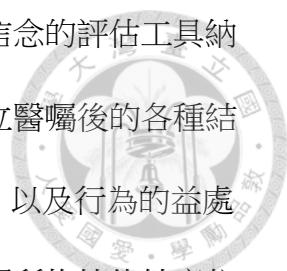
以健康行為理論為研究架構，可使研究選取的變項有所依據且減少遺漏重要變項的可能，例如，在健康行為表現中，「自我效能」一直是個重要的變項 (Bandura, 2004; Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988)，但表一中所羅列的研究中，僅 Stelter 等人 (1992) 依據健康信念模式納入對這個變項的考量。另一方面，理論架構可幫助研究者對研究結果做系統性的討論與檢討，這也是多數研究較缺乏的。

本文回顧的量化取向研究，僅有兩篇研究以健康信念模式為架構衍生研究問



題與設計。Stelter 等人 (1992) 將「簽署生前預囑」視為行為驅動因素 (包含信念、誘發因素) 以及阻礙因素互動後的結果, 只有阻礙因素被克服以後行為才會表現出來。基於這樣的想法, Stelter 等人設計 25 題的結構式問卷評估預立醫囑信念、效能經驗, 以及阻礙因素, 希望找出可用於區辨預立醫囑行為表現的心理歷程因素。研究設計的另一個重點是, 將預立醫囑行為區分為「已完成簽署」、「有計劃簽署」、「有意願簽署」, 以及「對簽署抱持正面態度」等四種層次分別探討可預測行為表現的信念內涵。Stelter 等人的研究由於有清楚的理論基礎, 相較於其他研究更有助於後續研究者形成對預立醫囑行為系統性的了解, 但該研究仍有值得改進的空間: Stelter 等人雖然希望最終能找出對個人是否簽署生前預囑具決定性的信念內容, 但研究結果僅在「是否有意願簽署」以及「是否對簽署抱持正面態度」等兩個行為層次發現具較佳區辨力的模式, 前者正確區辨力是 96%、後者是 98%。可適當區辨個人「是否有意願簽署」生前預囑的模式包含兩個信念(「計劃未來是重要的」、「生前預囑可使個人的意願為他人所知」), 以及一個誘發因素 (在老人中心聽過有關的說明); 可適當區辨個人「是否對簽署抱持正向態度」的模式包含三個信念(「生前預囑可使個人的意願為他人所知」、「簽署可減輕家人負擔」、「簽署可減輕醫師負擔」)。Stelter 等人的研究設計雖然緊扣健康信念模式, 但研究僅以 25 個題項評估所有心理構念, 研究方法中亦未仔細說明這些題項的來源。測量工具對於信念內涵缺乏完整具代表性的評估, 可能是研究結果未達理想的原因之一。另一方面, 即便此份量表確實涵蓋重要的信念內涵, 健康行為的表現仍涉及動態的心理運作歷程, 也需考量以單一時間點的量表評估, 可能僅捕捉到測量當下的經驗, 未必能反映真實心理歷程的狀態。

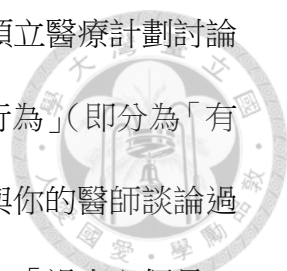
Ko 與 Lee (2010) 的研究同樣以健康信念模式為依據, 檢驗不同種族樣本



的健康信念及預立醫囑知識對於預立醫囑行為的解釋力。健康信念的評估工具納入健康信念模式中的幾個重要構念，包含個人主觀認為簽署預立醫囑後的各種結果發生的主觀易受感染性（susceptibility）、嚴重性（severity），以及行為的益處及阻礙。研究結果發現韓裔美國人與非西裔白種人對於預立醫囑所抱持的健康信念確有差異，且此差異擴大了兩個族群在預立醫囑完成率上的差距；易言之，健康信念為「種族」與「完成預立醫囑」之中介變項。Ko 與 Lee 的研究驗證了健康信念在預立醫囑行為的表現可能有重要角色，但該研究未如 Stelter 等人(1992) 細分健康行為的層次，亦未探討具體的健康信念內容。Ko 與 Lee(2010)及 Stelter 等人(1992) 的研究雖然都有其改進的空間，但在嘗試將心理學知識運用於預立醫療計劃實務發展的研究之中，是很好的努力與借鏡。

## 2. 對預立醫療計劃「討論行為」的關注不足

過去研究關注的預立醫療計劃行為多是預立醫囑的「簽署」或者「簽署意願」，以預立醫療計劃（或末期議題）的「討論」為目標行為的研究僅有 Dobbs 等人（2012）、Emanuel 等人（1991）及 Fried 等人（2010）三篇。由預立醫療計劃的定義：「個人為其將來可能失去決定能力的情況，在自己仍具清楚意識及決定能力時，為自身的醫療處置預做規劃的過程（蔡甫昌等人，2006）」；以及 Emanuel、Danis、Pearlman、及 Singer（1995）提出預立醫療計劃的五個步驟：（1）提出議題與提供資訊、（2）促進結構化的討論、（3）完成文件簽署與備存、（4）定期回顧及更新預囑、（5）實際執行預囑內容。可知此一預做規劃的過程除了最後做出的具體決定內容，個人在何種情況之下決定投入討論，又是如何投入討論的，更是臨床實務上協助每一位個別患者確實進行預立醫療計劃並從中獲益的重要問題。



Dobbs 等人 (2012) 及 Emanuel 等人 (1991) 的研究雖以預立醫療計劃討論為研究目標行為，這兩個研究僅以二分變項之量尺度量「討論行為」(即分為「有討論」及「沒有討論」)(Dobbs 等人以「過去六個月，你是否與你的醫師談論過在你病況嚴重、接近生命末期或死亡時你想要什麼樣的治療？」、「過去六個月，你是否與你的家人談論過在你病況嚴重、接近生命末期或死亡時你想要的是什麼？」兩個問題評估；Emanuel 等人以「你是否曾經與你的醫師討論過生命末期無法為自己選擇時你所希望的治療方式？」評估)。但健康行為從「不表現」到「表現」，中間應該包含不同程度的動機與認知狀態，簡單二分預立醫療計劃討論行為，對於我們了解個人如何從「不進行預立醫療計劃討論」轉變為「進行預立醫療計劃討論」能提供的訊息有限。

Fried 等人 (2010) 是唯一考慮到這個觀點的研究。他們採用跨理論模式 (transtheoretical model) 行為改變階段的觀點 (Prochaska & Velicer, 1997)，該模式認為健康行為的改變是一個歷程，包含前思考期、思考期、準備期、行動期、維持期及結束這六個階段，各階段對於行為改變的準備性不同。Fried 等人認為預立醫療計劃包含多個不同的行為 (例如，價值澄清、與親友討論、簽署生前預囑等)；每個人在單一時間點下，各行為可能處在不盡相同的改變進程 (例如，與親友討論處在行動期，但簽署生前預囑則處在思考期)，亦即對各個行為有不同的改變準備性 (改變準備性以跨理論模式的六個行為改變階段定義，處於越前面的階段，準備性越差)。Fried 等人探討「和所愛他人討論生命的質與量」的行為改變準備性與心理歷程因素之關聯，顯著相關的因素包含「對於預立醫療計劃知識的掌握度」、「對未來的準備」以及「過去是否曾有末期決策的經驗」。此研究結果相較於 Dobbs 等人 (2012) 以及 Emanuel 等人 (1991) 的研究結果，提

供了改變過程中的心理狀態資訊，對臨床介入的設計是更細緻有用的資訊。但 Fried 等人對行為改變階段的劃分依據較為簡要（僅以簡單問句澄清受訪者對討論行為的投入情形），是後續參考此研究設計時可改善之處。



綜合以上，進行「預立醫療計劃」行為研究時，應參考既有的健康行為理論，以形成對心理歷程系統性的概念假設。對預立醫療計劃行為概念，也應有更細緻的劃分。除了過去較常被關注的「預立醫囑簽署」，「預立醫療計劃討論」是更重要但尚未有足夠研究資源投注的部分。既有研究中，Fried 等人（2010）以跨理論模式的行為改變階段觀點，將討論行為劃分為不同的改變階段，是值得研究採納的做法。

## （二）質性取向的預立醫療計劃心理歷程研究方法評述

質性取向的研究以參與者的主觀經驗為本，在研究問題的有關範疇之下盡可能掌握這些經驗蘊含的意義。此做法可補足量化研究因理論限縮資料收集範疇，而造成個人經驗中某些重要但例外於理論思考的意義被忽略。Elliott 與 Olver（2011）及 Rosenfeld 等人（2000）的研究結果中，有關於「決策角色」的發現就是一例，這個部分對於預立醫療計劃行為的影響是量化取向研究中未被探討的。

本文回顧的 16 篇質性取向研究(參見頁 16 之表二)，採用的分析方法包含：五篇主題分析（Barnes et al., 2007；Barnes et al., 2011；Vig et al., 2006；Vig et al., 2007；Walczak et al., 2013）、六篇紮根理論研究法（吳美幸，2009；Apatir et al., 2008；Boyd et al., 2010；Evans et al., 2009；Fried et al., 2009；Young, Ofori-Boateng, Rodriguez, & Plowman, 2003）、二篇話語分析（Elliott & Olver, 2008；Elliott & Olver, 2011）、一篇內容分析（Rosenfeld et al., 2000）、一篇敘事分析（蔡淑華，2010）

以及一篇未指明分析方法 (Piers et al., 2013)。其中，Rosenfeld 等人採用內容分析的研究以及 Piers 等人未指明分析方法的研究，從研究內文所描述的分析方法及步驟，推測這兩篇研究的分析方式類似主題分析。

不同分析方法各有其知識論立場及應用範疇。由於紮根理論研究法的目標是自資料中歸納出理論，以解釋從研究對象收集到的所有資料（甚至是矛盾性的資料）。對於此方法品質的評估，Lyons 與 Coyle (2007) 建議透過仔細檢視資料研究的收集方式及賴以形成經驗解釋／衍生意義的分析程序來確認。六篇採用紮根理論研究法進行的研究，吳美幸 (2009) 提供詳細的資料分析步驟以及可信賴度描述 (trustworthiness) (包含可信度、轉換性、可靠性及可確定性)。Apatir 等人 (2008)、Boyd 等人 (2010) 以及 Evans 等人 (2009) 三篇研究是採用同一批資料，以相同的分析方式就不同主題呈現結果。該團隊詳述了分析步驟、呈現評分者間信度評估 (評分者間一致性大於 72%)，並且透過多位專家以及參與者提供回饋的方式確保編碼架構效度。Fried 等人 (2009) 詳述了分析的步驟；確認評分者間一致性達 80%。Young 等人 (2003) 亦在研究中仔細說明編碼的基模及有關概念定義；並確認評分者間的一致性達 80%。

話語分析關心的是個人如何透過語言建構心理與社會現實，適合研究構念、修辭、意識形態等，在心理學研究中被運用於重塑概念 (Lyons & Coyle, 2007)。Elliott 與 Olver 的兩篇研究 (2008；2011) 便運用話語分析處理同一批訪談文本，分別回答兩個與受訪者之概念形成有關的研究問題「末期病患對 DNR 及心肺復甦術 (cardiopulmonary resuscitate, CPR) 概念的看法」以及「末期病患對醫病的 CPR 決策角色的看法」，也就是試圖從癌末患者以 DNR 決策為主題的談話中，了解他們如何建構有關於 DNR 的意義。此類分析需注意分析之結論與解釋需與

引證資料間確實對應、避免話語內容與心理結構之間的循環論證，以及分析僅流於文本特徵的整理 (Lyons & Coyle, 2007)。

敘事分析是關注個人如何看待和感覺發生在自己身上的經驗，從而建構個人自我及身分認同。這類研究方法由於重點在於詳盡的描述現象，而非解釋，因此 Lyons 與 Coyle (2007) 認為研究品質的評述主要應著重於研究行為的嚴謹性以及研究者的自我反思。蔡淑華 (2010) 的研究採用敘事分析，作者提供研究者 (訓練背景以及長期對相關議題的投入)、研究過程 (與受訪者維持良好的關係以促進訪談品質) 以及研究結果 (包含研究者自身的謹慎分析以及其他研究人員的共同確認) 等三方面的可信賴度，但其中針對研究過程的描述較為簡要，是不足之處。

主題分析是預立醫療計劃質性研究較常採用的方法。此法適用於辨認、分析以及報告資料呈現的組型 (主題)。依據 Braun 與 Clarke (2006) 的介紹，主題分析是質性研究最常使用的分析方法，它有清楚且相對簡單的分析步驟，且未限定需以何種知識論立場或理論引導分析，基礎論或建構論典範立場的研究均可使用，具有較大的彈性。但也因為這樣，研究者需要明確界定該研究使用主題分析時的理論及知識論立場，因為這會決定研究分析與結果整理的走向。

Barnes 等人 (2007) 以發展適當的預立醫療計劃討論大綱為研究目的，並於焦點團體中提供制式的討論大綱給參與者，使參與者針對此內容的適切性進行討論。在此設計中，文本資料分析的目的明確而具體，主題分析在此是作為文本意義組型分類整理的工具。Barnes 等人 (2011) 的研究並未有明確的研究問題，僅是呈現在前述研究 (Barnes et al., 2007) 發展之訪談大綱的輔助下，整理患者於預立醫療計劃討論中的經驗，因此在此研究中，主題分析的定位同樣是資料整理

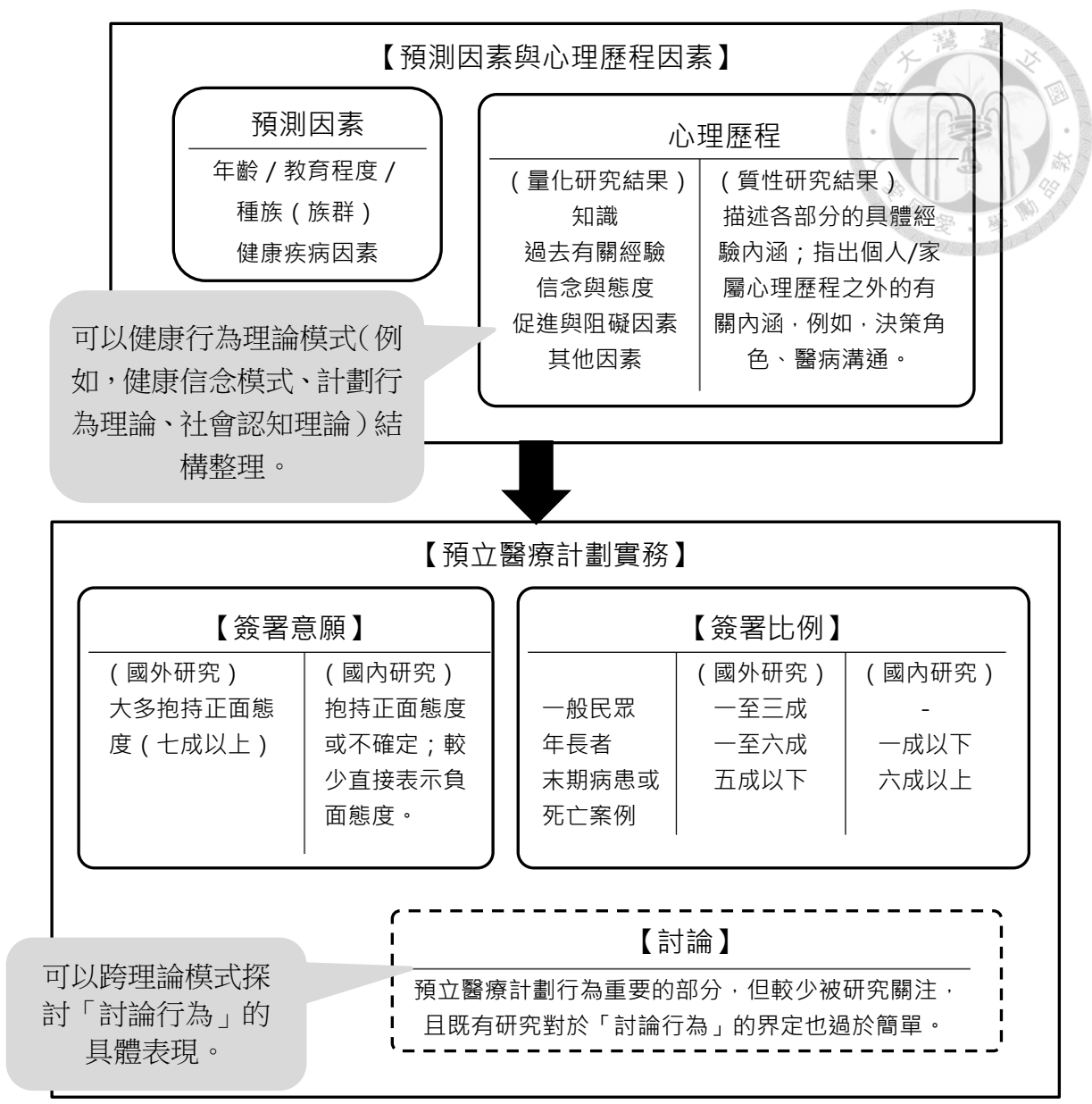
的工具，並非用以歸納資料衍生理論或以理論引導資料分析而驗證概念的方法。

另外五篇運用主題分析（或者分析方式近似主題分析）的研究，研究問題包含：「年長者是否準備好討論預立醫療計劃」、「決定他們是否進行末期照顧討論計劃的動機為何」(Piers et al., 2013)；「形塑年長者對維生治療態度的價值為何」、「他們對於罹患重大疾病時決策權利的看法如何」(Rosenfeld et al., 2000)；「家屬如何規劃及完成代理決策」(Vig et al., 2006)；「了解家屬於決策過程中所面臨的挑戰」(Vig et al., 2007)；「什麼是好的預後及末期照顧議題討論」(Walczak et al., 2013)。這些研究對於各自欲探討的研究問題，都沒有預設的理論架構，而是透過主題分析由資料中歸納出與研究問題有關的經驗主題。因此只要適當遵循分析步驟，透過此法可就研究問題整理具體的經驗內涵；但相較於紮根理論研究法，主題分析未有持續比較以達理論飽和的原則，依此分析方法建構之理論的完整性可能較為不足。若欲從經驗資料中建構理論，則需注意此點。

#### 四、小結

本節回顧國內外預立醫療計劃研究，文獻回顧結果可摘要為圖一說明。在「預立醫療計劃實務」部分，整體而言，目前台灣民眾對於簽署預立醫囑（以簽署不施行心肺復甦術意願書為主）明確抱持負面意願者較少，但也有一定比例持保留態度，並未明確表示意願。民眾實際簽署預立醫囑的比例由少量的調查報告可知比例仍低（10%以下），且多由家屬代理簽署。台灣預立醫囑簽署比例的調查報告多是針對末期病患或者死亡病例，這個族群的簽署比例相對較一般民眾高出許多（60%以上）；家屬代為簽署的情形同樣相當普遍。本研究的研究樣本是社區醫療設置下的末期病患及家屬，預料樣本族群中完成簽署者應該也佔多數。





圖一：文獻回顧結果摘要圖。

「完成預立醫囑的有關因素（預測因素）」部分，回顧預立醫囑簽署情形與「人口統計學與社經變項」及「健康及疾病因素」關聯的研究結果。年齡、教育程度、種族是較常被發現有關聯的人口統計學與社經地位變項。本研究進行的研究場域為社區醫療照護服務，所服務之病患特性以年長（65歲以上）、低教育程度（國小以下）、以母語為台語者為多數。依據過去研究結果，此特性具備部分有利於預立醫囑簽署的條件（年長、母語台語的閩南族群），也有不利的部分（教

育程度低)。

「預立醫療計劃行為心理歷程」的文獻回顧，發現與預立醫療計劃顯著有關的因素包括知識、過去有關經驗（包含預立醫療計劃討論或決策的經驗、急救或末期治療經驗）、信念與態度；促進與阻礙因素雖也有顯著關聯，但此因素概念較為籠統，包含多種不同的構念。這些心理歷程變項的研究發現可與幾個健康行為理論對應（例如，健康信念模式、計劃行為理論、社會認知理論），但過去研究者在設計這類研究時較少有明確的理論對應，是較為不足之處。另一方面，為了促進個別服務對象的健康行為表現，對於個人具體的經驗、知識、信念或態度具體內容的了解也是重要的，質性取向研究結果在這方面有較多的整理。質性取向可幫助補充各心理歷程變項的具體內涵，同時也指出量化取向研究較為關注個人心理歷程變項的研究思考下，可能忽略的醫病關係內涵的影響。

最後，國內外預立醫療計劃研究偏重簽署比例或簽署意願的調查，雖也有探討「討論行為」，但多以簡單的概念界定討論行為（例如，有討論／沒有討論）。跨理論模式將健康行為改變視為包含多種階段的歷程，是後續探討討論行為時值得參考的理論模式。

### 第三節、「預立醫療計劃討論」的健康行為探討

本研究將「參與病患之預立醫療計劃討論」視為家屬的健康行為，預計以健康行為理論探討「討論行為」的改變以及與改變有關的心理歷程特徵。「健康行為」定義為「個人在認為自己還健康的時候，為避免疾病或者及早發現疾病所採取的行動」（Kasl & Cobb, 1966）。家屬作為健康行為的表現者，雖然所參與的討

論並非關於自身的預立醫療計劃、並未直接涉及自身在末期階段的醫療選擇，但從世界衛生組織對健康的定義（即「健康是身體、心理、社會的整體安適，而非只是沒有疾病的狀態」）（World Health Organization, 1989）觀之，面對關係密切的重要家人之末期醫療決策議題，家屬的心理及社會健康狀態仍受此決策討論的品質影響。將家屬「參與病人之預立醫療計劃討論」視為健康行為，關心的是家屬本身是否能透過此行為的展現，而預先避免日後於病人臨終過程中的可能心理及社會調適不良狀態，甚至更積極地為自身的末期醫療決策做準備。

本節第一部分介紹跨理論模式的行為改變階段觀點，並提出以此觀點了解個人從「不參與預立醫療計劃討論」到「參與預立醫療計劃討論」之行為轉變的進程。第二部分回顧三個健康行為理論模式（包含社會認知理論、健康信念模式、計劃行為理論）對行為改變之心理歷程的不同主張；比較各理論用於探討家屬參與病人之預立醫療計劃討論的心理歷程，分別可提供之解析觀點的共通與差異；並提出本研究所預計採取的理論角度。

## 一、跨理論模式行為改變階段與「預立醫療計劃討論」

### （一）跨理論模式

跨理論模式為 James Prochaska 分析比較不同的心理治療及行為改變理論以後整理出來（Prochaska & Velicer, 1997）。他認為行為的改變是一種循著時間軸階段發生的歷程，而非單一時間點的狀態變化，因此需被劃分為不同階段來探討才能更完整捕捉其現象。該模式提出六個行為改變階段：前思考期（precontemplation）、思考期（contemplation）、準備期（preparation）、行動期（action）、維持期（maintenance）、結束（termination）。在不同改變階段，個人

處在不同的認知與動機狀態，需透過不同的改變介入策略促成行為改變。此改變階段的觀點被應用在多種健康行為改變，包含物質使用、飲食問題等等 (Prochaska & Velicer, 1997)。

依據 Prochaska 與 Velicer (1997) 對各階段的描述，不同階段的行為意圖以及行為表現應有不同特徵。「前思考期」為「個人在短期之內還沒有要改變的意圖。此階段個人通常並不知道或不很了解原來行為的結果；或者他們曾經試圖改變，但是缺乏改變的能力總是讓他們失去鬥志。這時人們會避免去閱讀、談論或者思考他們的不健康行為。在許多理論中這個階段被認為是阻抗或者缺乏動機的状态 (Prochaska & Velicer, 1997)」。此階段重點在於欠缺改變意圖，此欠缺 (依據定義描述) 可能來自缺乏表現行為之誘因，或者雖然存在誘因但同時存在更大的阻礙 (例如，改變的能力) 而使得整體改變意圖低落。避免接觸有關的事物、阻抗的反應是由此可能衍生的行為表現。

「思考期」被描述為「個人有意圖在接下來的六個月內做些改變。他們對於改變的好處比較有覺知，但也明白感受到改變的困難。改變的損益平衡之拿捏可能使人在這個階段卡住很久 (Prochaska & Velicer, 1997)」。此階段相較於「前思考期」已具備較多行為誘因 (可能來自於對改變好處的覺知)；然而改變的阻礙仍舊存在，而使得整體改變意圖雖較為提升，仍不足以推動個人表現出具體的改變行動。

「思考期」與「前思考期」的差異在於個人內在衍生更多行為改變誘因，但即便是來到了「思考期」，行為改變誘因相較於改變阻礙仍舊弱勢，因而由外在行為觀之，處於這兩個階段個人可能都沒有任何具體的改變行為嘗試。這也說明何以 Prochaska 與 Velicer (1997) 對於「思考期」的定義之中，並未有對行為

表現多做描述。

「準備期」是「個人即將（指一個月內）採取行動。他們在過去一年通常也有過一些行動，同時也有一些行動的具體計劃（例如，參加健康教育課程等）。這類的人是健康計劃所應該納入的族群（Prochaska & Velicer, 1997）」。Prochaska 與 Velicer 的上述定義僅描述了此階段「即將採取行動」，並以過去有過行動或者具體計劃作為行為改變的參考指標。但此描述並未針對行為表現背後可能的動機消長有所主張。研究者推測，此階段可能延續了「前思考期」以及「思考期」在行為誘因以及行為阻礙間的角力：個人在「準備期」因為行為誘因提升或者行為阻礙減少，兩者權衡後產生正向改變動機，而有較大機會促成具體行動。

個人於「準備期」產生正向改變動機之後，便可進入「行動期」及「維持期」。「行動期」是「個人在過去六個月內，於他們的生活方式中確實進行了某種調整。在跨理論模式之中，行為的調整需要達到某種客觀標準，才能算是符合行動的落實。例如，戒菸者需要確實減少抽菸的數量至一定標準（Prochaska & Velicer, 1997）」；「維持期」是「個人致力於不再表現出過去的行為，在這個過程中，個人對於能避免再犯逐漸變得有信心。維持的時間大約從六個月到五年以上，比較能確保行為改變的效果長久延續。在這個階段中，復發（relapse）也是一個部分，是退回較前面階段重新來過的過程（Prochaska & Velicer, 1997）」。雖然 Prochaska 與 Velicer 並未指明，但定義中隱含了進入這兩個階段的前提是個人已具備明確的行為改變動機，且此動機確實推動個人表現出具體的改變行動。兩個階段區分的重點，則是具體行動的質量差異以及時間向度上的持續性。

最後一個階段「結束」為「此階段個人已經完全不受誘因驅使而表現出舊有行為，也有 100% 的自我效能。即便在負面情緒的狀態下，也能確定自己不會再

用舊有的方式因應。彷彿他們不曾有過過去不好的習慣一般。但這個階段的描述有些太過理想化，在研究中比較少被強調（Prochaska & Velicer, 1997）。由於本研究關心的預立醫療計劃討論行為為一可持續進行，不斷重複（直到病患過世）的行為，在性質上沒有確切的「改變完成」之狀態，因此在本研究中不納入此階段的討論。前述第一至五階段的區分重點，摘要整理於表三。

表三  
行為改變階段區分重點。

	前思考期	思考期	準備期	行動期	維持期
意圖	缺乏行為誘因	行為誘因與行為阻礙並存	行為誘因大於行為阻礙	具明確的行為改變動機	具明確的行為改變動機
行為表現	沒有行動	沒有行動	有嘗試行動	有符合具體標準的行動	有持續性的行動
時間尺度	近期之內	接下來六個月（乳房攝影研究設定為接下來一年）	過去一年到最近一個月	過去六個月	持續六個月以上

參考跨理論模式行為改變階段觀點的預立醫療計劃研究，除了前一節提到的 Fried 等人（2010）（參見頁 30），還有 Sudore 等人（2008）的研究。Sudore 等人是這方面研究之中，首篇將研究之目標行為拓展至包含不同改變階段的研究。他們認為預立醫療計劃是包含思考、與家人或朋友討論、與醫師討論、簽署文件這四個步驟的健康行為。這四個步驟可與跨理論模式中的健康行為改變階段對應，例如，思考對應至思考期、與家人或朋友討論以及簽署文件，則對應行動期。依此想法，Sudore 等人以電話調查受訪者是否曾思考、曾與家人或朋友討論、曾與醫師討論，以及是否已簽署預立醫囑。從這四個步驟行為表現的比率以及相互關係，Sudore 等人發現，預立醫療計劃的各個步驟有時未必依循固定的順序表現，這與跨理論模式認為行為改變按階段呈現的主張不一致，Sudore 等人並未提出討論，僅認為這可能是預立醫療計劃行為的特性。

Fried 等人（2010）的研究結果，同樣也發現預立醫療計劃的各個部分未必

遵循一定的順序表現（即人們可能先與家人溝通討論對於末期照顧的意願，而後再簽署預立醫囑；但也可能先行簽署預立醫囑，而後才考慮與家人溝通）。但 Fried 等人對於行為單位的劃分與 Sudore 等人（2008）不同。Fried 等人認為預立醫療計劃包含多個不同行為（例如，價值澄清、與親友討論、簽署生前預囑等），而非包含不同步驟的單一行為；每個人在單一時間點下，都有其在各行為不盡相同的改變進程（例如，與親友討論處在行動期，但簽署生前預囑則處在思考期），亦即對各個行為有不同的準備性。

不論是 Sudore 等人（2008）或者 Fried 等人（2010）的研究，都顯示以行為改變階段的觀點探討預立醫療計劃行為，相較於過去僅關注「行為是否表現」是更有利於臨床應用的方向，Fried 等人更指出，將預立醫療計劃細分為不同的健康行為、分別探討各個行為的改變歷程是有意義的，這些都使臨床工作者得以較具體地評估個人對於預立醫療計劃行為及心理狀態，選擇適合個人的改變介入方式。

## （二）「預立醫療計劃討論」的行為改變階段

本研究預計將跨理論模式的行為改變階段觀念納入研究架構，探討末期病患的家屬「參與病人之預立醫療計劃討論」的行為處於何種改變階段。研究探討的「討論行為」是關注個人「投入預立醫療計劃的方式」，而非「是否進行預立醫療計劃」或者「計劃決策的結果為何」。此「討論行為」廣義地涵蓋個人是否思考或與他人溝通預立醫療計劃議題。

依據 Prochaska 與 Velicer（1997）對行為改變第一至第五階段的描述以及表三所整理的各階段區分重點，研究者嘗試描述參與預立醫療計劃討論於不同階段可能的表現如表四，作為研究資料分析的參考。



表四

預立醫療計劃討論各行為改變階段描述。

	跨理論模式對各行為改變階段的定義	預立醫療計劃討論各階段可能表現		
		動機情緒	行為層面	認知層面
1	<p>前思考期（<b>Precontemplation</b>）：在這個階段個人在短期之內還沒有要改變的意圖。此階段個人通常並不知道或不很了解原來行為的結果；或者他們曾經試圖改變，但是缺乏改變的能力總是讓他們失去鬥志。這時人們會避免去閱讀、談論或者思考他們的不健康行為。在許多理論中這個階段被認為是阻抗或者缺乏動機的狀態。</p> <p>區分重點：缺乏行為誘因／沒有行動</p>	短期之內沒有討論或進行 ACP 的意圖；或者對於討論或進行 ACP 失去鬥志。	未嘗試討論或進行 ACP；或者雖然曾經試圖討論或進行 ACP，但不知從何下手而難以進行；可能避開有關議題。	通常並不知道或不很了解「未預立醫療計劃」的結果。
2	<p>思考期（<b>Contemplation</b>）：這個階段個人有意圖在接下來的六個月內做些改變。他們對於改變的好處比較有覺知，但也明白感受到改變的困難。改變的損益平衡之拿捏可能使人在這個階段卡住很久。</p> <p>區分重點：行為誘因與行為阻礙並存／沒有行動</p>	（對於 ACP 好處的覺知使個人）有著手討論或進行 ACP 的意圖；但同時存在的（阻礙因素所導致的）改變困難仍使個人難以做出改變。	未嘗試討論或進行 ACP。	對於討論 ACP 的好處比較有覺知，但也同時覺知到進行的阻礙。
3	<p>準備期（<b>Preparation</b>）：在這個階段個人即將（指一個月內）採取行動。他們在過去一年通常也有過一些行動，同時也有一些行動的具體計劃（例如，參加健康教育課程等）。這類的人是健康計劃所應該納入的族群。</p> <p>區分重點：行為誘因大於行為阻礙／有行動嘗試</p>	（階段定義未提供此階段的動機情緒描述。）	即將著手討論或者進行 ACP；過去也可能有過一些此方面的嘗試或者計劃。	（階段定義未提供此階段的認知描述。）
4	<p>行動期（<b>Action</b>）：個人在過去六個月內，於他們的生活方式中確實進行了某種調整。在 TTM 之中，行為的調整需要達到某種客觀標準，才能算是符合行動的落實。例如，戒煙者需要確實減少抽煙的數量至一定標準。</p> <p>區分重點：具明確的行為改變動機／有符合具體標準的行動</p>	（階段定義未提供此階段的動機情緒描述。）	確實著手討論或進行 ACP，且此討論需要達到某個深度或者廣度。	（階段定義未提供此階段的認知描述。）
5	<p>維持期（<b>Maintenance</b>）：此階段是個人致力於不再表現出過去的行為，在這個過程中，個人對於能避免再犯逐漸變得有信心。維持的時間大約從六個月到五年以上，比較能確保行為改變的效果長久延續。在這個階段中，復發（relapse）也是一個部分，是退回較前面階段重新來過的過程。</p> <p>區分重點：具明確的行為改變動機／有持續性的行動</p>	（階段定義未提供此階段的動機情緒描述。）	對於 ACP 的態度再也不是無關緊要的議題，也能習慣將此議題擺放進個人末期生活的安排與想法之中。	（階段定義未提供此階段的認知描述。）

註：TTM = transtheoretical model（跨理論模式），ACP = advance care planning（預立醫療計劃）。



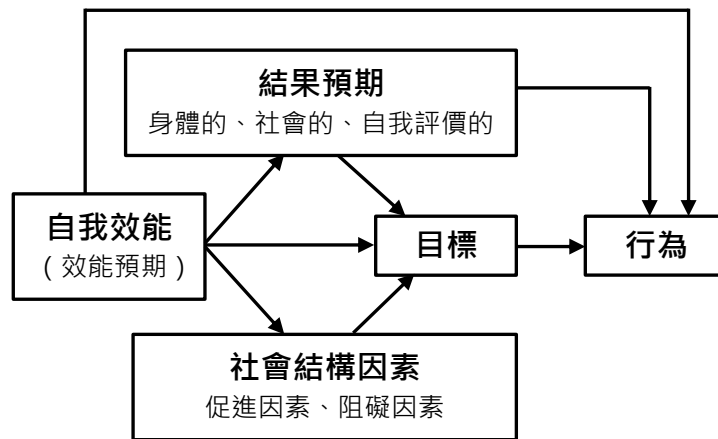
## 二、健康行為理論與「預立醫療計劃討論」

社會認知理論、健康信念模式以及計劃行為理論，這三個理論是經常用於探討健康行為表現的理論模式。各理論納入不盡相同的心理構念，由心理歷程的不同層次切入探討行為發生。以下段落將先簡單介紹各理論模式於健康行為改變的主張，而後綜合比較三個理論模式的關聯及異同，最後提出本研究所採取的理論觀點。

### (一) 社會認知理論

Bandura (1977) 的社會認知理論以認知觀點解釋行為改變，認為個人觀察他人行為或者自己行為的結果形成內在表徵，並從中記取行為的可能效果而形成對未來表現類似行為時的預期。此觀點與傳統由刺激反應連結累積學習之看法的重要差異，是強調個人對於行為可能結果的主觀認定(儘管可能偏離客觀事實)。舉例來說，個人表現某個行為之後，即便立即接收到獎賞(增強物)，若此人並不認為一樣的行為也能再獲致一樣的獎賞，那麼即便此行為在初次表現時曾被增強，未來表現該行為的可能性也未必提升。

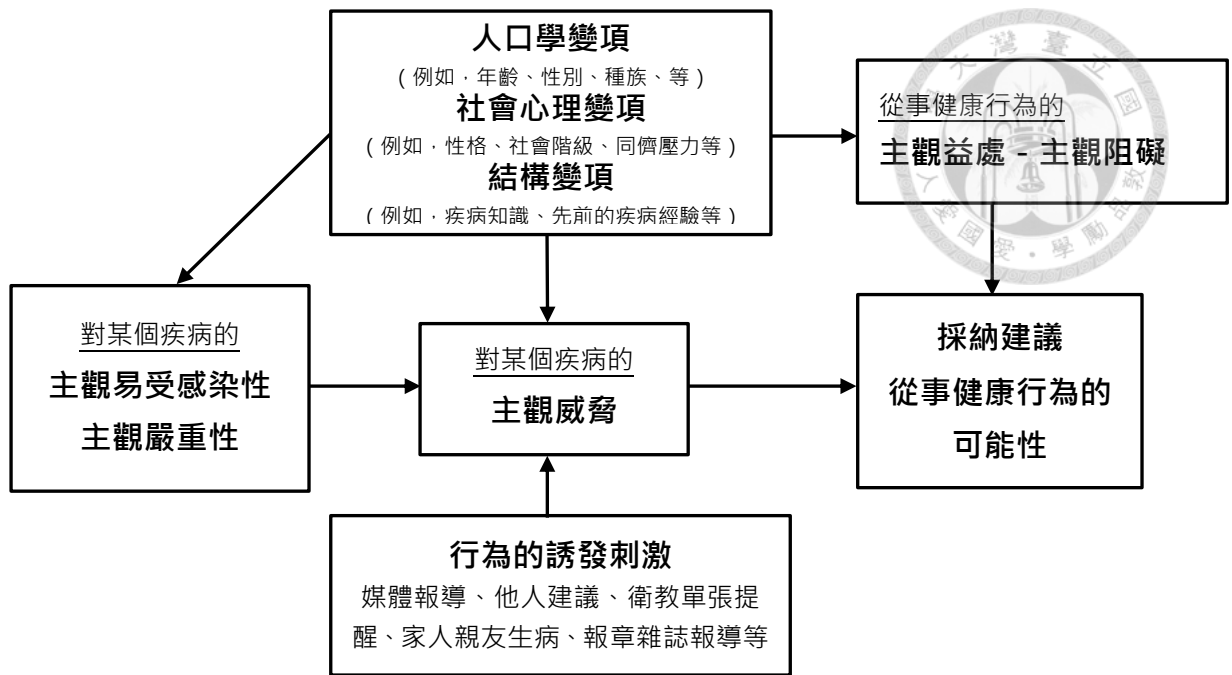
這個理論觀點強調「預期(expectancy)」對於行為表現的影響，區分為「結果預期(outcome expectancy)」及「效能預期(efficacy expectancy)」(Bandura, 1977; Rosenstock et al., 1988)。「結果預期」是「預估做了這個行為以後會發生什麼事情以及這些事情的重要性如何」；「效能預期」是「預估我是否有做這個行為並促成結果的能力」。Bandura (2004) 指出，應用社會認知理論於健康促進及疾病預防時，效能預期(自我效能)扮演核心角色(圖二)：可能直接影響健康行為，也可能透過影響個人對行為結果的預期、健康目標、行為促進及阻礙等因素而間接影響健康行為。



圖二：自我效能對於健康行為的影響路徑。(Bandura, 2004)

## (二) 健康信念模式

健康信念模式由一群社會心理學家共同從公共健康服務實務觀察中衍生，最初是希望解釋為何人們總無法成功地展現預防性的健康行為(或者主動地運用預防性的健康服務)(Rosenstock, 1974)。該模式(圖三)認為只有當個人處於某種有利於健康行為表現的認知狀態，健康行動才有被考慮的可能。此種認知狀態是：個人相信自己真的可能遭受疾病的威脅(即主觀易受感染性，perceived susceptibility)、相信這個疾病威脅是嚴重的(即主觀嚴重性，perceived severity)、相信採取某個行動有益於減少疾病威脅或嚴重性(即主觀益處，perceived benefits)且毋須承擔過多代價(即主觀阻礙，perceived barriers)。具備有利於行為表現的信念之外，健康信念模式認為還需要有來自內在或外在的誘發刺激(cue to action)使行動歷程被啟動。



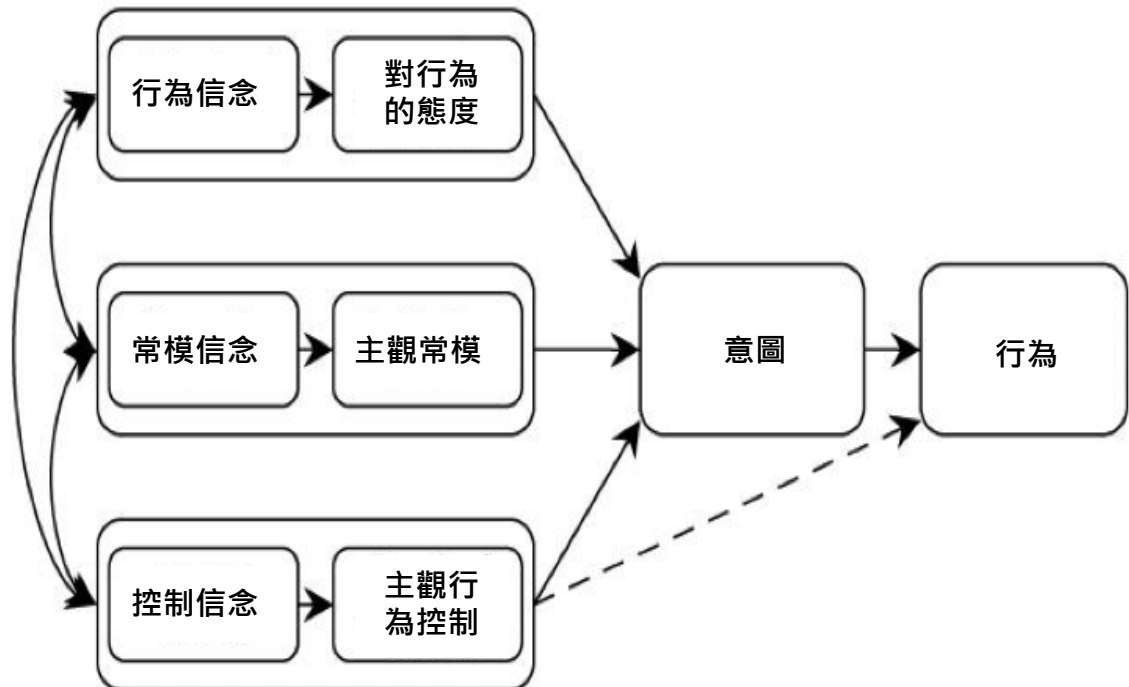
圖三：健康信念模式。(Rosenstock, 1974)

### (三) 計劃行為理論

計劃行為理論則是由 Ajzen (1991；2005) 提出，以預測及解釋個人在特定脈絡下的自發行為 (volitional behavior) 表現 (圖四)。計劃行為理論由行為的意圖 (intention) 出發，提出影響行為意圖的重要因素有三個，分別是：(1) 對行為的態度，指個人對行為的評價 (包含正向以及負向)，受到個人對於行為結果的信念 (即行為信念, behavioral belief) 所影響；(2) 主觀常模 (subjective norm)，指的是個人所感受到表現 (或不表現) 該行為會有的社會壓力，受個人認為他人是否贊同該行為、是否會從事該行為影響 (即常模信念, normative belief)；(3) 主觀行為控制 (perceived behavioral control)，指個人主觀感覺表現該行為的容易程度，受個人認為是否存在促進或阻礙行為表現的因素 (即控制信念, control belief)，這部分被認為涉及個人過去行為表現經驗 (Ajzen, 1991；Ajzen, 2005)。這三個因素在不同類型行為以及不同情境中對行為表現可能有不同的相對影響

力。

過去計劃行為理論的前身——合理行動理論並未納入「主觀行為控制」(Madden, Ellen, & Ajzen, 1992)，這個部分在行為困難度很低的情況中，並不會對行為表現的預測有太大影響，但在某些情境較為模糊、當個人對自己行為能力的評估未必接近真實的情形，便會顯現出預測力的差異。當個人對自己表現能力的主觀評估非常接近真實表現能力，則主觀行為控制可能透過直接的路徑影響行為表現，也就是圖四中的虛線所示 (Ajzen, 1991 ; Ajzen, 2005)。



圖四：計劃行為理論。(Ajzen, 2005)

#### (四) 社會認知理論、健康信念模式及計劃行為理論的比較與整合

社會認知理論、健康信念模式，以及計劃行為理論都廣泛地運用於健康行為研究。理論的概念異同在 Bandura (2004) 及 Rosenstock 等人 (1988) 的文章皆有討論。



Bandura (2004) 認為不同健康行為理論模式所提出的多個成分都可視為不同形式的結果預期。例如，健康信念模式中對疾病的「主觀威脅」是個人於身體方面的負向結果預期；「主觀益處」是正向結果預期。Bandura 的上述想法指出這幾個理論成分的可能關聯，但在定義上是否能夠直接等同，仍需要更仔細的澄清：由於健康信念模式中的「主觀威脅」談論的是在健康行為發生「前」的認知狀態，在此欲將主觀威脅視為一種負向結果預期，那麼便需要描述此結果預期所對應的「尚未被表現的行為」為何。健康信念模式中的「行為的誘發刺激」這個成分（圖三），使個人的主觀威脅能對應到特定範疇的健康行為（例如，預立醫療計劃的衛教廣告誘發了「思考預立醫療計劃」行為），因而能與行為結果預期的概念呼應。在此條件之下，健康信念模式中的主觀威脅，可說是個人對於「不表現（行為的誘發刺激所連結的）健康行為」的負面結果預期。以預立醫療計劃討論行為為例，「主觀威脅」是個人在預立醫療計劃議題已被鼓勵、提醒或者啟動的情形下（即存在行為的誘發刺激），對於「不進行預立醫療計劃討論（即不表現健康行為）」可能帶來之負面結果的預期。同樣地，健康信念模式中「主觀益處」及「主觀阻礙」與結果預期概念的對應，也需放置在同一脈絡下思考：是個人認為進行「預立醫療計劃討論行為」所「能夠消解的不進行討論可能帶來之負面結果」（此為益處），以及所「可能衍生的其他負面結果」（此為阻礙）。簡而言之，健康信念模式中的「主觀威脅」，可視為在個人已接觸到鼓勵預立醫療計劃議題討論的有關刺激後，對於不討論的負面結果預期；主觀益處及主觀阻礙，則是在此預期之下進一步對於進行討論的正面及負面結果預期。Rosenstock 等人（1988）同樣認為健康信念模式中的主觀威脅及主觀益處與阻礙可與社會認知理論的結果預期對應，但更指出社會認知理論的結果預期概念所考量的面向是更廣

泛的，除了包含疾病本身所涉及的身體面向，更納入社會面向以及自我價值面向的行為結果預期。這個觀點是比健康信念模式原先著重疾病威脅的角度要來得更廣泛。



另外，Bandura（2004）也比較計劃行為理論與社會認知理論，指出其中理論成分的關聯性。他認為計劃行為理論中的「行為態度」，是透過主觀覺知的結果以及個人對於結果的評價來測量，此概念與「預期」接近；「主觀常模」是透過個人主觀感覺的社會壓力、個人對他人意見的重視，以及遵從此壓力的動機決定，因此也與社會面向的「結果預期」接近。換言之，雖然計劃行為理論中「行為態度」及「主觀常模」在定義上並不能被視為「結果預期」的一種，但卻需要透過類似於「結果預期」的主觀評估過程對行為表現產生影響，在行為的發生歷程中是相互關聯的。

社會認知理論的另一個重要成分「效能預期」，是該理論探討健康行為改變的核心構念。對此，健康信念模式以及計劃行為理論在發展之初都未考量，但晚近的版本中都納入了這個部分。在計劃行為理論中，個人的控制信念會使人在面對特定目標行為時，形成對自己達成該目標之行為控制的預期，即模式中的主觀行為控制；健康信念模式於 1988 年之後納入自我效能以拓展該模式對於健康行為的解釋力，尤其用於解釋需個人長期投入努力維持改變的健康行為（Rosenstock et al., 1988）。

總結以上，社會認知理論的「結果預期」概念在定義上可與健康信念模式的「主觀威脅」、「主觀益處」及「主觀阻礙」對應，且「結果預期」所涵蓋的面向更為廣泛（包含身體、社會、自我評價等方面）；同時，「結果預期」概念也是了解計劃行為理論的「行為態度」及「主觀常模」對行為意圖影響力的重要成分。

另一方面，「效能預期」概念對於健康行為表現的影響則是三個理論都一致強調的。綜合比較三種理論模式，研究者認為各理論模式是從彼此相關但不盡相同的層次探討行為改變的心理歷程。其中社會認知理論的「預期」概念涵蓋性較廣，適合作為探索預立醫療計劃討論行為心理歷程特徵的理論觀點；然而，其他兩個理論模式的重要概念亦提醒了可能需留意的部分，例如，疾病的威脅、社會關係中的他人對健康行為表現的影響等。

#### （五）以「預期」觀點說明預立醫療計劃討論行為的表現

結合三個模式，家屬是否會投入「病患之預立醫療計劃討論」，可由個人對於預立醫療計劃討論的「結果預期」以及「效能預期」來考量。結果預期方面，包含個人所認為進行預立醫療計劃討論的可能後果：身體方面的結果，例如，預期投入討論後病況的可能變化、身體症狀所接收到的處理是否會有不同；社會方面的結果，例如，投入討論前後與病人、重要家人的關係或相處是否受到影響、與醫療團隊的關係是否改變；自我評價方面的結果，例如，投入討論前後對於自身處理末期決策或照顧能力的看法、自我價值是否改變。這些結果可為正向或負向，且有其各自對於個人而言的重要性，共同決定了個人主觀上認為投入病患之預立醫療計劃討論後可能面臨的處境。

面對這樣的處境，個人是否願意投入還需考量「效能預期」，也就是個人認為自己能否適當地投入討論（例如，是否能克服心中的恐懼投入討論），並使討論獲致與自己預期相近的結果（例如，充分表達自己意願、確保家人的認可、與醫療團隊達成共識），以及自己是否能適當因應或忍受可能的負向結果（例如，與意見不同的家人溝通）。

## 第四節、研究架構與研究問題



本研究以社區醫療末期患者的家屬為研究對象，探討家屬「參與病患的預立醫療計劃討論」之行為改變階段及心理歷程特性。此研究目的設定以及研究方法的考量如下：

1. 以預立醫療計劃的「討論行為」為研究的目標行為，是考量到討論是落實預立醫療計劃精神的重要部分，但文獻回顧結果顯示過去研究較欠缺對這個部分做足夠深入的探討。另一方面，在觀察預立醫療計劃討論行為的表現時，「議題提出」是一個必須特別考量的事件。如同其他的健康行為改變，個人可能是自然而然地在生活經驗中感受到改變的必要性（例如，感受到抽菸對於健康的負面影響），從而衍生改變動機；但也可能是經由某個他人提出建議、要求或鼓勵改變（例如，配偶要求戒菸；醫師建議做乳房攝影等）。對於預立醫療計劃討論行為的啟動，兩種情形也同樣可能發生；但不同的是，在台灣現行法令脈絡下，預立醫療計劃決策是接受安寧緩和醫療照護前所必須完成的程序。這使得個人除了自發地啟動病人之預立醫療計劃決策，也可能因為臨床照顧上的需求或者醫療服務取向而進行此決策。考量到在這種情形之下，我們難以將「投入病人之預立醫療計劃」視為一種自我改變，本研究於是將改變的目標行為設定為「參與病人之預立醫療計劃討論」。這意指研究探討的是個人投入病人之預立醫療計劃的「方式」，而非其所完成的預立醫療計劃結果；所欲了解的是個人遭遇重要親人的預立醫療計劃議題時，不論其最終形成何種主張或決策，在形成過程中是否展現足夠充分而深入的思考及討論。此「討論行為」是廣義地涵蓋個人是否思考或與他人溝通預立



醫療計劃議題。這樣的界定下，即使受訪者是面對醫療實務上不得不回應的預立醫療計劃議題，也不影響研究者探討的問題——家屬如何回應。


2. 本研究將討論行為界定為「健康行為」的一種，試圖透過「劃分行為改變階段」以及「整理心理歷程特徵」兩方面的設計加深對討論行為的探討。在討論行為的表現與不表現之間劃分連結不同動機情緒與認知狀態的行為改變階段，以較精確定義行為表現；再探討置身不同改變階段的討論行為之心理歷程特徵，以利各種行為改變階段的介入策略發展。
3. 本研究的研究方法，在行為改變階段劃分部分為補足過去研究（Fried et al., 2010）劃分標準過於簡略的不足，預計由預立醫療計劃討論的錄影以及個別訪談兩種來源，收集行為意圖及行為表現的資料，以劃分改變階段。在心理歷程特徵整理部分預計採用質性取向，以主題分析法分析個別訪談經驗資料。本研究未考慮採用量化取向設計進行資料收集，包含兩方面原因：（1）欠缺本土化評估工具：預立醫療計劃議題涉及個人價值與文化背景，直接採取國外已發展之評估工具是否具適當效度是有疑慮之處；國內研究雖有少部分研究者自行設計評估工具，但多半欠缺具說服力的理論基礎與建構效度，這使得適當的本土化評估工具目前並不可得；（2）資料收集限制：本研究於社區醫療場域進行，受限於末期患者的病況以及樣本數量有限，預估難以收集足夠數量的量化評估資料。
4. 質性取向的方法中，本研究選擇主題分析法。本研究並未選擇紮根理論研究方法，是因為紮根理論研究法旨在從文本資料發現歷程性意義，並以此建構理論；而本研究是試圖在健康行為理論架構的視野下，整理預立醫療計劃討論行為的具體表現與心理歷程特徵，兩者的知識論立場不同，故不選擇此方法。



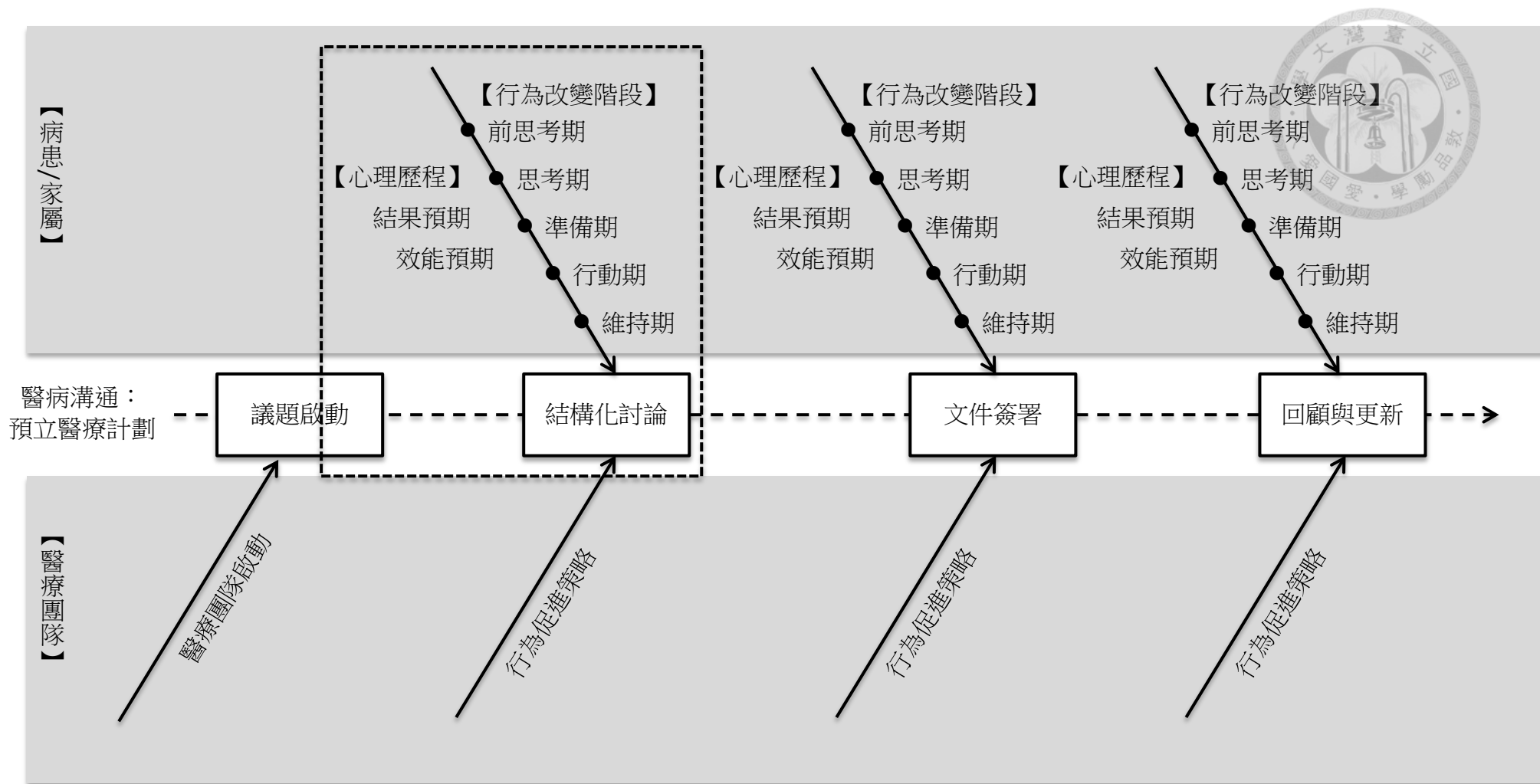
話語分析考察人如何運用語言建構現實，適合研究構念、修辭、意識形態等；在心理學研究中話語分析被運用於對概念的重塑，與本研究計劃的目的並不相符，故也不採用。敘事分析關注個人如何看待和感覺發生在自己身上的經驗，從而建構個人自我及身分認同。此種方法是建立在開展性的方法論轉向，透過個人對生命中轉折事件故事情節以及影響因素的重述，了解個人對自我的建構；而本研究的重點不在於過去經驗的重新鋪陳，而是在既有的處境下，探討不同行為表現下心理歷程的關鍵主題或特徵。所以，敘事分析也不是適合本研究的方法。本研究採用主題分析法，主題分析是質性分析的基礎方法，此方法並未限定以特定的知識論立場或理論引導分析，具有較大的彈性。研究者確立自身於研究中所採取的理論立場之後，可運用該方法於辨認、分析以及報告資料所呈現出來的組型（主題）。本研究已從健康行為理論架構形成對預立醫療計劃討論的觀點，目標在於了解討論行為的改變階段以及心理歷程內涵特徵，因此主題分析法應是適合本研究的方法。

本研究以質性取向探討社區醫療患者之家屬的心理歷程內涵，進行文本資料的解釋，須注意此研究場域的脈絡因素。此次研究以台灣北部某社區醫療末期照顧設置為研究場域，在此設置下預立醫療計劃討論有以下特點：


1. 預立醫療計劃討論多由醫療團隊啟動：相較於其他預立醫療計劃心理歷程研究以探討民眾自發投入的預立醫療計劃行為為主，本研究的研究族群接受的社區醫療介入，醫療服務的目標之一即是在患者病況進入末期時主動推動預立醫療計劃討論，因此，在多數情況中預立醫療計劃議題並非患者或家屬自發啟動，這使得患者及處理醫療決策的家屬之預立醫療計劃討論行為中包含被動回應醫療團隊邀請的成分。

- 
2. 具延續性的醫療服務脈絡：社區醫療服務在收案之後，醫療團隊原則上會持續提供患者及家屬穩定的醫療照護直到患者過世。因此在本研究中，持續性的醫療照顧是橫跨預立醫療計劃從議題啟動至最後執行過程的脈絡。過去預立醫療計劃研究曾在多種不同的醫療設置下進行，包含急重症加護病房末期照顧（黃麗續與魏書娥，2013）、安寧緩和共同照護（洪淑美等人，2013）、安寧病房（Oh et al., 2006）、一般住院及門診就診（Cugliari et al., 1995）等，有不同的脈絡特性，進而可能使研究參與者與醫療團隊間存在不同的醫病關係品質，以及對醫療服務有不同的預期，這些可能是研究結果的討論方面需要納入考量的。
3. 疾病類別多元：國內安寧緩和醫療推行之初，接受安寧緩和醫療照顧（並進行預立醫療計劃討論）的患者絕大多數診斷為癌症末期，推測與最初安寧緩和醫療的全民健康保險給付範圍的限制有關。2009年八種非癌症之疾病類別納入給付範圍後，安寧緩和醫療服務對象的疾病類別也變得多元，但目前國內已有的預立醫療計劃研究對象仍較侷限於癌症末期患者。有鑒於個人對疾病預後的了解在概念上亦構成一種形式的預期，本研究中社區醫療服務對象具多元的疾病類別以及預後，亦是重要的可能脈絡特徵之一。

本研究的研究架構及研究問題可以圖五說明。依據 Emanuel 等人（1995）的界定，預立醫療計劃在實際執行囑令內容之前，還包含以下各個主題：「議題啟動」、「結構化討論」、「文件簽署」、「回顧及更新」（即圖五中央虛線箭號上的各個部分）。預立醫療計劃屬於醫病溝通過程，不論在上述的哪一個主題，溝通的進行都至少受到來自患者或家屬以及醫療團隊等方面的心理歷程影響。圖五的上



圖五：研究模式圖。



半部灰色區塊，即代表此溝通過程患者或家屬的心理歷程；由上方指向中線的斜箭號則代表患者或家屬的心理歷程作用於預立醫療計劃的溝通。相對地，下半部的灰色區塊代表醫療團隊於溝通中的心理歷程；由下方指向中線的斜箭號，則是醫療團隊的心理歷程作用於預立醫療計劃的溝通。研究者認為，由於預立醫療計劃涉及個人對於生死議題、生命意義的看法，在溝通決策的過程中經常面臨倫理兩難情境，患者或家屬的預立醫療計劃不只是「他們自己完成的」計劃，參與溝通的醫療團隊人員本身抱持何種價值觀、如何看待這樣的議題、是否能夠明確掌握界限等等，都不可避免地作用於此溝通過程中。因此，對於預立醫療計劃溝通中醫療團隊人員的心理歷程探討，在此研究領域亦屬同等重要。然而考量單一研究所能夠投注的資源有限，本研究仍先將研究問題的焦點放在家屬經驗的整理，其他部分的探討則留待後續研究分別累積。

家屬參與病患之預立醫療計劃討論的心理歷程，依據本文所回顧的健康行為理論可由兩方面描述：

1. 行為改變階段：在對任一個預立醫療計劃的溝通主題（即圖五中央虛線箭號的「議題啟動」、「結構化討論」、「文件簽署」或「回顧及更新」），家屬都有相對應於這個溝通主題的健康行為展現（即「主動啟動議題」、「投入結構化討論」、「完成文件簽署」、「回顧及更新預立醫囑」）。依據跨理論模式，這些健康行為改變（從不表現到表現）都可包含五個行為改變階段：前思考期、思考期、準備期、行動期、維持期。過去研究已知（Fried et al., 2010）同一個人不同的預立醫療計劃行為在某個時間點可能處在不同的行為改變階段，例如，某人可能已經完成預立醫囑文件簽署（行動期），但卻從未考慮過與醫師或親友做結構化的討論（前思考

期)。

2. 心理歷程特徵：不論處在何種行為改變階段，家屬的健康行為表現背後都連結了當下特定的心理歷程內涵。依據社會認知理論的預期觀點，這些心理歷程內涵可以「結果預期」或「效能預期」兩種概念整理。例如，某人對於預立醫療計劃討論處於前思考期（從未考慮過與醫師或親友做結構化的討論），此時他對於「投入結構性討論」這個健康行為的結果可能帶有負面的預期，例如，可能破壞醫病關係、可能對於病況治療毫無益處等等；且可能也認為自己並不具有足夠的能力完整表達、投入討論，即缺乏效能預期。

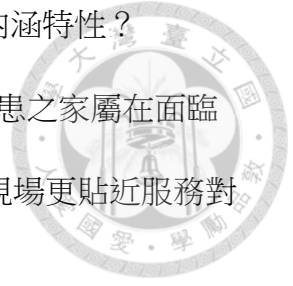
如圖五上半部的灰色區塊，家屬參與病患之預立醫療計劃的任何一個行為背後都有各自的行為改變階段及心理歷程內涵，使其以個別化的方式投入各個預立醫療計劃溝通主題。本研究欲探討圖五上半部虛線方框所標示的部分，即在醫療團隊啟動預立醫療計劃議題、提出討論邀請後，家屬投入（或不投入）結構化討論的行為改變階段以及心理歷程具體內涵。研究問題有以下幾點：

1. 社區醫療團隊啟動末期病患之預立醫療計劃討論議題後，家屬的結構化討論行為是處於前思考期、思考期、準備期、行動期或維持期的哪個階段？各階段的具體行為表現為何？
2. 社區醫療團隊啟動末期病患之預立醫療計劃討論議題後，家屬對於投入結構化討論的結果預期以及效能預期有哪些內涵？

在釐清上述兩個研究問題，即了解家屬於病患之預立醫療計劃討論行為的改變階段，以及與結構化討論行為有關的結果預期及效能預期後，則可進一步回應第三個研究問題：

3. 不同「討論行為」改變階段，分別呈現何種心理歷程內涵特性？

上述研究問題的回答將有利於台灣的社區醫療團隊了解末期病患之家屬在面臨病患之預立醫療計劃議題時可能的心理狀態，進而於臨床服務現場更貼近服務對象的需求。







## 第二章 研究方法



為回答本研究第一及第二個研究問題（即家屬投入病患之預立醫療計劃討論的行為改變階段以及心理歷程內涵），需收集個人於預立醫療計劃討論過程的經驗資料。第三個研究問題（即各個預立醫療計劃討論行為改變階段的心理歷程特性），則是透過第一及第二個研究問題的結果之比較討論來回答。

在行為改變階段評估部分，過去雖有 Fried 等人（2010）的研究可供參考，然而該研究僅以數個檢核問句（例如，詢問患者「你是否曾想過也許有一天，活著的品質會比活多久來得重要？」），依據參與者的回應劃分階段（例如前述問句當參與者回答「否」，則歸類為「思考期」；回答「是」則繼續以其他問句檢核）。此劃分方式的優點是簡單易執行，但僅就簡單面向的行為表現與否進行判斷。為改進此點，本研究將以醫療照顧中錄影資料之分析以及事後的訪談文本分析，分別蒐集客觀及主觀角度的行為資料以判定行為改變階段。在心理歷程內涵部分，本研究將以質性取向的主題分析法為方法（已於第一章的第四節說明方法選擇考量），分析回溯性訪談資料文本，以了解與家屬預立醫療計劃討論行為表現有關的心理歷程內涵。

### 第一節、資料收集

#### 一、研究場域概述

本研究於台灣北部某醫院的社區醫療照顧服務場域中進行，該服務由該院醫療人員組成訪視團隊定期至患者家中提供例行的醫療照顧（包含維生徵象及健康狀況

追蹤、傷口照顧、管路更換、照顧技巧指導、心理社會支持、其他專業資源轉介等)，並在患者的生理病況經兩位醫師判斷屬生命末期後，由醫療團隊成員主動啟動預立醫療計劃議題，協助患者及家屬完成末期決策。

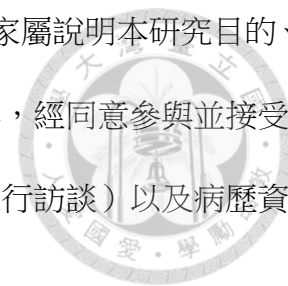
該社區醫療照顧服務自 2012 年 6 月至 2014 年 10 月共服務 114 位患者。男女性別比例相當（女性佔 50.9%）；平均開始接受社區醫療服務的年齡為 79 歲（標準差 12.2，最大值 99，最小值 32）；整體教育程度偏低（55.2% 為不識字，31.4% 小學畢業，教育程度在國中以上者僅佔 13.4%）；宗教信仰方面，信仰道教者佔 41.1%、佛教佔 30.8%、民間信仰佔 20.6%、基督教 1.9%，沒有宗教信仰者佔 5.6%。疾病診斷癌症僅佔 27.2%，其餘 72.8% 為非癌症的其他診斷。

114 位病患中，98 位（85.96%）經兩位醫師判斷為末期病患；60 位（52.63%）病患死亡；21 位（18.42%）因故結案未繼續接受社區醫療照顧服務，剩餘 33 位（28.95%）持續接受照顧中。DNR 簽署情形方面，共 98 位（85.96%）完成 DNR 意願書或同意書簽署，其中 34 位（29.82%）於接受居家照護服務之前即已完成，64 位（56.14%）在接受服務的過程中完成簽署。簽署文件類型以家屬或其他人員為病患簽署的同意書居多，佔所有簽署者的 79.59%（ $n = 78$ ）；由病患自行簽署的意願書較少，佔所有簽署者的 20.41%（ $n = 20$ ）。78 位由他人代為簽署 DNR 同意書的病患中，以患者子女簽署佔最多數（ $n = 67$ ，85.90%），配偶（ $n = 6$ ，7.69%）次之，父母簽署僅有一人（佔 1.28%），其餘六位（7.69%）則包含媳婦、朋友等。

## 二、收案流程

本研究計劃於開始收案前已通過研究收案醫院的研究倫理委員會審查（案號：201407091RINB），資料收集於 2014 年 12 月至 2015 年 5 月間。研究採取方便取樣，

由社區醫療照顧團隊人員引介符合收案標準之家屬，研究者向家屬說明本研究目的、預計收集的資料及訪談主題、所需時間、受訪者權利之保障等，經同意參與並接受訪談全程錄音後，始納入研究收案並進行訪談（或預約時間進行訪談）以及病歷資料收集。



### 三、研究參與者

參與者的納入條件為接受前述社區醫療照護的末期病患之家屬，並曾參與病患的預立醫療計劃討論者，經其同意參與研究；排除條件為：(1) 認知及溝通能力無法參與研究訪談；或(2) 年齡小於 20 歲。研究共納入 10 位家屬參與研究訪談，基本資料列於表五。

表五

十位研究參與者基本資料。

編號	年齡	性別	教育程度	宗教信仰	婚姻狀況	與病人關係	病人自主表達	病人診斷	ACP 錄影資料
01	65	男	高職	基督教	已婚	母子	無法	非癌症	有
02	53	女	小學肄	民間信仰	已婚	夫妻	可以	非癌症	無
03	50	女	國中	民間信仰	已婚	母女	無法	非癌症	無
04	40	男	高中	無	未婚	母子	可以	非癌症	有
05	52	男	工專	無	離婚	父子	可以	非癌症	有
06	33	女	高中	無	未婚	祖孫	無法	非癌症	無
07	57	女	(缺)*	基督教	喪偶	母女	可以	非癌症	有
08	67	女	小學	佛教	已婚	婆媳	可以	癌症	無
09	67	男	大學	道教	已婚	父子	無法	非癌症	無
10	47	女	高職	佛道	已婚	母女	可以	癌症	無

\*編號 07 個案之學歷資料於訪談中由於研究者的疏漏而未有紀錄。

### 四、資料收集項目

#### 1. 基本資料

包含受訪者的人口統計學及社經地位變項（例如，性別、年齡、教育程度、婚姻狀態、宗教信仰、母語等）、患者的基本資料（包含患者年齡、性別、教育程度、婚姻狀態、宗教信仰、母語、診斷）、照顧相關變項（例如，是否為主要照顧者、與患者關係等）、預立醫療計劃有關變項（例如，預立醫療計劃簽署情形、簽署時間等）。

## 2. 預立醫療計劃討論錄影資料

此部分資料來源為社區醫療團隊於臨床服務過程中，經患者或家屬同意而保留的病家與醫療團隊之預立醫療計劃討論影音記錄。在取得知情同意的情形下收集作為分析素材。本研究共蒐集四位研究參與者共七份預立醫療計劃討論錄影資料，錄影時間長度介於 1 分 40 秒至 8 分 48 秒；參與討論人數介於二至四人（表六）。

表六  
研究收集之預立醫療計劃錄影資料列表。

影片編號	受訪者編號	影片長度(分'秒'')	參與人數
01-1	01	8'48''	3
01-2	01	1'40''	2
04-1	04	2'44''	2
04-2	04	4'45''	4
05-1	05	8'05''	4
07-1	07	6'24''	3
07-2	07	5'17''	3

七份錄影資料之中，由於影片編號 04-2 中醫療人員主要的溝通對象為病人，而非受訪家屬，因此未納入研究資料呈現。

## 3. 個別訪談

訪談以預先設計的訪談題綱為依據，了解家屬參與患者的預立醫療計劃討論之主觀經驗。訪談題綱包含以下提問：

- 照顧病人的過程中，做過比較大的醫療決定是什麼？那時是怎麼進行的？您

的心裡有什麼感覺與想法？（若受訪者未提及 DNR 決策，則主動提問）

- 在這類決策的討論上，您比較在意或重視的是什麼？您的考量為何？
- 您所認為的 DNR 是什麼？急救是什麼？末期議題討論是什麼？

訪談以促成受訪者在上述題綱範疇內盡可能開放地陳述其主觀經驗為原則。具體的操作包含：訪談前強調「訪談內容沒有對錯之分，研究關注的是受訪者的個人經驗與觀點」；訪談中研究者盡可能遵循受訪者的陳述脈絡，以摘要、請求澄清（ask for clarification），以及請求細節（ask for elaboration）等技巧協助受訪者完整呈現其陳述脈絡下的主觀經驗，原則上避免深入探索情緒感受或者引導思考<sup>1</sup>；訪談結束後，再次提醒受訪者權益（包含刪除部分訪談資料或退出研究等）。

本研究共訪談十位受訪者，訪談次數均為一次，訪談時間介於 30 分鐘至 90 分鐘。在徵得受訪者同意之下全程錄音，並於訪談結束後謄錄為逐字稿作為訪談分析素材；惟編號 03 個案拒絕錄音，但同意研究者於訪談過程中記錄訪談陳述之內容以及觀察，因此該名受訪者之訪談資料分析是以訪談筆記為素材。

## 第二節、資料分析

### 一、預立醫療計劃討論錄影資料分析

#### （一）互動歷程分析簡介

預立醫療計劃討論的錄影資料以「互動歷程分析（interaction process analysis）」

---

<sup>1</sup> 研究倫理考量：若受訪者在訪談中呈現明顯不適情緒，研究者依其臨床心理師專業訓練會立即協助受訪者緩和情緒與放鬆；並視受訪者情緒調適狀態以及意願決定是否中斷訪談，為受訪者轉介臨床照顧資源並持續追蹤提供必要協助。本次參與研究的十位受訪者，於參與研究過程中皆未出現上述情緒不適的情形。

進行分析。互動歷程分析為 Bales (1950) 發展用於分析小團體互動行為的量化計分方法。此法主張人在互動中的行為表現可被劃分為 12 種帶有不同功能的「行動( act)」類別。表七簡述各行動類別，詳細類別定義見附錄一。



表七  
互動歷程分析 12 個行動類別及描述。

行動類別	類別描述	分類
1.友善	表現與對方一致、提升對方的地位、給予幫助、鼓勵等。	社會情緒導向
2.舒緩	表現緩和緊繃、開玩笑、笑、滿足。	社會情緒導向
3.同意	表現出被動接受、了解、贊成、順從。	社會情緒導向
4.給建議	給予可能的行動指引。	任務導向
5.給意見	給予評價、分析、表達感受及希望。	任務導向
6.給資訊	提供訊息、重複澄清、確認。	任務導向
7.求資訊	要求訊息、重複澄清、確認。	任務導向
8.求意見	要求評價、分析、表達感受。	任務導向
9.求建議	尋求可能的行動指引。	任務導向
10.不同意	表現出被動拒絕、拘謹、保留提供協助。	社會情緒導向
11.緊張	表現出緊繃、尋求協助、退縮。	社會情緒導向
12.不友善	顯現出敵對、貶低他人地位、防衛或主張自我。	社會情緒導向

整理自 Bales (1950)

互動歷程分析理論主張人與人的溝通互動可視為問題解決的過程，12 類溝通行動可對應不同的問題解決功能（「社會情緒導向」或「任務導向」功能）。在此，「問題」並非指稱溝通討論的主題（例如，預立醫療計劃討論），而是參與互動的個體在互動中因為與情境或他人的接觸產生某種需求（例如，衍生負面情緒、欠缺某些資訊做判斷等）。基於此需求，個人以行動引發對方的回應，使內在的認知、情緒、動機狀態有所調整（例如，感覺情緒被理解、獲得資訊等）而使需求被滿足（即「問題」獲得解決）。

Bales (1950) 以問題解決的三個階段結構溝通中的各種行動：起始行動 (initial act)、中介行動 (medial act) 以及終結行動 (terminal act)。「起始行動」警示問題的出現，經常是某一方傳達出困難或者提出需求 (例如，提問、不同意、要求重複等；代表行動類別包含「求資訊」、「求意見」、「求建議」)。當此訊號被另一方接收到並且企圖回應，此回應便可能是「中介行動」(例如，回答問題、給建議等等；代表行動類別包含「給資訊」、「給意見」、「給建議」)。「終結行動」是此問題解決序列的完結 (例如，點頭表示了解、同意；代表行動類別包含「同意」、「不同意」、「舒緩」、「緊張」、「友善」、「不友善」)，但不必然是互動的結束。

## (二) 互動歷程分析計分程序

所有討論錄影資料先行謄錄為對話逐字稿。計分人員以逐字稿為計分主要素材，但同時參照影片以考量互動當下的非口語表達。計分時需就每個「計分單位」，記錄「誰對誰做什麼樣的反應」。「計分單位」是最小可區辨的口語或非口語行為片段。通常是單一簡單的句子，表達或傳達一個完整簡單的想法。會有一個主詞以及述詞 (雖然有時其中的某個部分會被省略)；在複雜的句子中，可能會有不只一組想法，所以會有不只一個計分，例如：

「就是說你、因為這個肺部的病喔，怕說可能不知道哪一次會突然就喘不過氣來，那麼那時候你會不會還想要醫生幫你插管？」

這段發言之中，包含兩個單位：「就是說你、因為這個肺部的病喔，怕說可能不知道哪一次會突然就喘不過氣來」以及「那麼那時候你會不會還想要醫生幫你插管？」分別傳達「說明肺部狀況可能突然喘不過來」、「詢問是否想插管」等兩個想法。針對各個計分單位，紀錄「誰對誰做什麼樣的反應」。這裡的「反應」即是計分者依 12 種行動的定義 (附錄一) 判斷互動單位中行動者的行為表現並予以歸類記錄 (記

錄格式參見頁 161 之附錄一)。

### (三) 計分者訓練與計分一致性

計分者包含三名臨床心理專業人員，其中一位為臨床心理師／臨床心理學博士候選人（主修健康心理學）；一位為臨床心理師（專長為健康心理學）；一位為臨床心理學碩士班研究生（主修健康心理學）。三位計分者首先詳讀互動歷程分析之理論說明、分析流程以及 12 種行動的定義。接著以非研究收案之錄影資料進行計分練習。各自計分後共同針對計分結果逐項討論，以澄清計分單位劃分原則、行動類別定義、計分原則等方面的疑義，並將討論結果補充至計分手冊。計分練習階段共以五份錄影資料為素材（編號 00-1 至編號 00-5）。

雖然三位計分人員盡可能透過練習及討論的機會統一計分標準，但經歷三次、每次二至三小時的討論，雖已能確立些許計分標準，但部分類別之計分仍不易達成一致，尤其針對社會情緒導向的六類行動（包含「友善」、「舒緩」、「同意」、「不同意」、「緊張」、「不友善」），計分者間仍明顯有不同判斷。因此正式研究的七份錄影資料（表六），仍由三位計分人員同時計分，並且逐筆討論確認最後的計分結果。七份研究收集的錄影資料共經歷七次、每次二至三小時的討論。

計分者間一致性評估分為兩個部分，第一部分是計分單位劃分，這是就單一發話劃分其所包含的計分單位數量；第二部分是各單位行動類別劃分的一致性。經過共計十次計分討論會議後，三位計分者於所有計分作業（依序包含五份練習錄影資料及七分正式錄影資料）之後期，於正式資料中編號 07-01 影片的計分可達到較佳的一致性。該份錄影資料為 6 分 24 秒包含三名成員的討論資料，三位評分者就 98 個發話、共計 149 個計分單位的評分內部一致性  $\alpha$  值：段落劃分一致性為 0.89，類別計分一致性為 0.85。



## 二、個別訪談資料分析

個別訪談以主題分析法 (Braun & Clarke, 2006) 分析。主題分析是辨認、分析以及報告資料 (data) 所呈現出來的組型 (主題) 的方法。基本的做法是從文本資料中，依據文本段落所呈現與研究問題有關的意義給予編碼 (code)，而後將所有編碼依彼此之間所呈現的抽象共通意義予以歸類，形成主題 (theme)，以及能夠反映文本意義的主題結構及描述。本研究運用之主題分析，依據 Braun 與 Clarke (2006) 的整理，分析程序如下：

### 步驟一：熟悉資料

謄錄文本資料後，研究者首先閱讀整份訪談文本，以獲得對文本全貌的印象；透過反覆閱讀並主動尋思文本所傳達的意義，而讓自己沈浸於文本中，熟悉文本的深度與廣度。閱讀的同時，在文本周圍寫下初始的想法（並將這些閱讀中所產生的想法整理成列表，以作為後續衍生編碼之用）。

### 步驟二：衍生初始編碼

「編碼」是用以標示文本中研究者所感興趣的資料特性，是文本所呈現的現象中最基本的訊息單位，也是資料分析的基本單位。研究者盡可能就文本之中可能反映某些主題的段落進行編碼；編碼時，所選取的段落除了需包含反映編碼的核心內容，也要保留一些有關的內容，以避免意義的脈絡全被排除；單一段落可能反映不同的主題，因此也可能不只有一個編碼。

### 步驟三：尋思主題

在完成初步編碼之後，研究者將所有編碼分類至可能的主題，並且核對這些編碼之下的文本段落的內容，是否可與主題大致的意義相符。在此階段，研究者思考不同編碼之間的關係、不同主題之間的關係，視需要調整編碼以及主題（例如，將

某個「編碼」轉換為「主題」；或把某個「主題」拋棄等)。在這個步驟，主要要完成的工作是收集各種可能主題、歸屬於各主題下的編碼以及文本段落。



#### 步驟四：回顧主題

包含兩個層次的回顧，第一個層次是回顧主題以及該主題下的文本段落之間是否符應，若有不相符之處，則需要思考是否需要修改主題本身的設定，或者是文本段落並不適合這個主題。主題分類的原則是，同一個主題內的編碼及資料之間需要具同質性，不同主題之間則需要有異質性。第二個層次是回顧各個主題與整個分析文本是否確實有關、整個主題結構是否適當地反映整份分析文本的意義。這個步驟的目的即是在確認分析所抽取出來的主題，是否真的對於解釋資料意義有功用

(work)，同時也補足前一個階段可能遺漏未被編碼到的資料之編碼。

#### 步驟五：定義及命名主題

在此步驟裡，研究者需嘗試掌握每個主題傳達的要素為何，並且命名主題以及給予描述性的定義。這個定義的內容不宜太過繁複、包山包海，單一主題所包含的內容應該融貫而一致，如果在分析時主題之下包含次主題，則此定義也應該要將之納入。不同的主題之間，應該也要能夠透過這個命名及定義明確區分。

Braun 與 Clarke (2006) 指出，主題分析方法本身並未連結特定的理論，因此可運用於不同的理論架構。在運用時，研究者需要界定於該研究中使用主題分析的理論立場，以作為分析時的操作依據。在本研究中，主題分析用於整理受訪者參與預立醫療計劃討論之主觀經驗與當時的生活現象，並以分析結果回應以下兩個研究問題：(1) 受訪者有哪些預立醫療計劃討論行為，(2) 受訪者對於結構化（預立醫療計劃）討論抱有什麼樣的預期。前者是用以回應本研究的研究問題一（「在社區醫療團隊啟動末期病患之預立醫療計劃討論議題後，家屬的結構化討論行為是處於前思

考期、思考期、準備期、行動期或維持期的哪個階段？各階段的具體行為表現為何？」，後者是用以回應研究問題二（「社區醫療團隊啟動末期病患之預立醫療計劃討論議題後，家屬對於投入結構化討論的結果預期以及效能預期有哪些內涵？」）。這兩個部分即是研究者在分析過程中所關心的資料面向，會對分析有一定程度的引導性，使分析不全然是從資料做歸納。但在符合這兩個部份的文本範疇之下，仍盡可能以資料衍生編碼及主題為原則。



## 第三章 研究結果



### 第一節、受訪家屬之「預立醫療計劃討論」行為表現

本研究之目標行為是末期病患家屬的預立醫療計劃討論行為，以「預立醫療計劃討論」為健康行為，探討的是個人投入預立醫療計劃的方式，而非其所完成的預立醫療計劃結果；所欲了解的是個人遭遇「預立醫療計劃」議題時，不論其最終形成何種決策，在形成決策的過程中是否展現足夠充分而深入的討論行為。

本節第一部分首先呈現四位受訪家屬之預立醫療計劃錄影資料分析結果。第二部分呈現所有受訪家屬的預立醫療計劃討論行為的具體內涵分項整理結果。第三部分則對應過去研究實務中對行為改變階段之區分重點，由概念層次劃分受訪家屬所屬的改變階段。

#### 一、預立醫療計劃討論錄影資料分析結果

本研究收集醫療團隊與編號 01、04、05、07 四位家屬（及病患）提出預立醫療計劃議題時的錄影資料分析。分析結果分別呈現於表八至表十一。

編號 01 家屬的錄影資料分析有以下幾點主要結果：(1) 整體溝通行動數量少於醫療人員，兩位醫療人員行動總計 109 個，為編號 01 家屬（54 個）的 2.02 倍；(2) 呈現少量起始行動（僅佔所有行動之 9.26%），皆為「求資訊」行動；(3) 中介行動部分，「給建議」、「給意見」、「給資訊」皆有之，比例上「給資訊」稍多；(4) 僅有少量的終結行動（「不同意」一筆）；溝通歷程中未有正面或負面情緒表現。上述資

料顯示，在該次討論中，編號 01 家屬少有主動開啟及結束溝通議題的行動，也未有明顯的情緒起伏，呈現較被動的溝通行為模式。



表八

編號 01 個案預立醫療計劃錄影資料之行動類別數量及百分比。

問題解決 階段	行動類別	編號 01 家屬		醫療人員 1		醫療人員 2	
		數量	百分比	數量	百分比	數量	百分比
起始行動	求資訊	5	9.26%	0	0.00%	1	3.45%
	求意見	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
	求建議	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
中介行動	給建議	14	25.93%	0	0.00%	5	17.24%
	給意見	12	22.22%	16	20.00%	2	6.90%
	給資訊	22	40.74%	42	52.50%	19	65.52%
終結行動	友善	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
	舒緩	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
	同意	0	0.00%	20	25.00%	2	6.90%
	不同意	1	1.85%	2	2.50%	0	0.00%
	緊張	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
	不友善	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
小計		54		80		29	

編號 04 家屬的錄影資料分析有以下幾點主要結果：(1) 整體溝通行動數量少於醫療人員，醫療人員行動總計 26 個，為編號 04 家屬 (15 個) 的 1.73 倍；(2) 未有任何起始行動；(3) 中介行動部分有少量「給意見」、「給資訊」，未有任何「給建議」行動；(4) 終結行動部分，除了對溝通問題表達些許「同意」反應，亦呈現些許「緊張」反應。上述資料顯示，在該次溝通過程中，編號 04 家屬未有主動開啟議題的行動；並於溝通中展現些許緊張情緒。



表九

編號 04 個案預立醫療計劃錄影資料之行動類別數量及百分比。

問題解決 階段	行動類別	編號 04 家屬		醫療人員	
		數量	百分比	數量	百分比
起始行動	求資訊	0	0.00%	4	15.38%
	求意見	0	0.00%	3	11.54%
	求建議	0	0.00%	0	0.00%
中介行動	給建議	0	0.00%	4	15.38%
	給意見	3	20.00%	9	34.62%
	給資訊	4	26.67%	5	19.23%
終結行動	友善	0	0.00%	0	0.00%
	舒緩	0	0.00%	0	0.00%
	同意	4	26.67%	0	0.00%
	不同意	0	0.00%	0	0.00%
	緊張	4	26.67%	1	3.85%
	不友善	0	0.00%	0	0.00%
小計		15		26	

編號 05 家屬的錄影資料分析有以下幾點主要結果：(1) 整體溝通行動數量少於醫療人員，醫療人員行動總計 92 個，為編號 05 家屬 (56 個) 的 1.64 倍；(2) 呈現少量起始行動 (僅佔所有行動之 5.36%)，皆為「求資訊」行動；(3) 中介行動部分包含「給意見」、「給資訊」，未有任何「給建議」行動；(4) 終結行動部分，除了對溝通問題表達些許「同意」或「不同意」反應，亦呈現些許正向 (「友善」、「舒緩」) 及負向 (「緊張」、「不友善」) 情緒反應。上述資料顯示，在該次溝通過程中，編號 05 家屬同樣少有主動開啟議題的行動；但隨著議題溝通的進行，展現出不同方向 (即認同 vs. 不認同；正向情緒 vs. 負向情緒) 的回應。



表十

編號 05 個案預立醫療計劃錄影資料之行動類別數量及百分比。

問題解決 階段	行動類別	編號 05 家屬		病患		醫療人員 1		醫療人員 2	
		數量	百分比	數量	百分比	數量	百分比	數量	百分比
起始行動	求資訊	3	5.36%	0	0.00%	3	3.90%	0	0.00%
	求意見	0	0.00%	0	0.00%	6	7.79%	1	6.67%
	求建議	0	0.00%	0	0.00%	1	1.30%	0	0.00%
中介行動	給建議	0	0.00%	0	0.00%	17	22.08%	0	0.00%
	給意見	11	19.64%	22	55.00%	10	12.99%	2	13.33%
	給資訊	16	28.57%	3	7.50%	17	22.08%	8	53.33%
終結行動	友善	3	5.36%	0	0.00%	4	5.19%	1	6.67%
	舒緩	2	3.57%	3	7.50%	5	6.49%	0	0.00%
	同意	8	14.29%	3	7.50%	4	5.19%	2	13.33%
	不同意	3	5.36%	4	10.00%	1	1.30%	1	6.67%
	緊張	4	7.14%	2	5.00%	8	10.39%	0	0.00%
	不友善	6	10.71%	3	7.50%	1	1.30%	0	0.00%
小計		56		40		77		15	

編號 07 家屬的錄影資料分析有以下幾點主要結果：(1) 整體溝通行動數量少於醫療人員，醫療人員行動總計 125 個，為編號 07 家屬 (78 個) 的 1.60 倍；(2) 呈現零星起始行動 (僅佔所有行動之 3.85%)；(3) 中介行動部分，「給資料」、「給意見」為主，亦有少量「給建議」；(4) 終結行動部分，對溝通結果「同意」反應多於「不同意」反應；此外，顯現較多緊張反應。上述資料顯示，在該次溝通過程中，編號 07 家屬較少主動開啟議題；於溝通中有較多緊張情緒。

整體而言，四位家屬於錄影資料中的溝通行動數量都少於醫療人員。以行動數量計算，四位家屬的行動數量與醫療人員行動數量比值分別為：編號 01 家屬 0.50；編號 04 家屬 0.58；編號 05 家屬 0.61；編號 07 家屬 0.62。溝通起始行動方面，受訪家屬僅有零星的起始行動 (編號 01、05、07 個案)，或者未有任何起始行動 (編號



04 個案)。在接續溝通討論的中介行動部分，受訪家屬最常表現的是「給資訊」，「給建議」則較少。最後，溝通的終結行動部分，受訪家屬表現各異，編號 01 家屬少有終結討論的回應動作，其他三位家屬「同意」的反應多於「不同意」；編號 04 及 07 家屬有些許緊張情緒；編號 05 家屬則是正向及負向情緒皆有。

表十一

編號 07 個案預立醫療計劃錄影資料之行動類別數量及百分比。

問題解決 階段	行動類別	編號 07 家屬		病患		醫療人員	
		數量	百分比	數量	百分比	數量	百分比
起始行動	求資訊	0	0.00%	1	3.57%	1	0.80%
	求意見	2	2.56%	0	0.00%	6	4.80%
	求建議	1	1.28%	0	0.00%	0	0.00%
中介行動	給建議	4	5.13%	0	0.00%	36	28.80%
	給意見	18	23.08%	7	25.00%	17	13.60%
	給資訊	26	33.33%	6	21.43%	39	31.20%
終結行動	友善	0	0.00%	2	7.14%	9	7.20%
	舒緩	1	1.28%	2	7.14%	3	2.40%
	同意	12	15.38%	8	28.57%	5	4.00%
	不同意	3	3.85%	0	0.00%	6	4.80%
	緊張	11	14.10%	2	7.14%	1	0.80%
	不友善	0	0.00%	0	0.00%	2	1.60%
小計		78		28		125	

## 二、預立醫療計劃討論行為的具體內涵

由於預立醫療計劃除了是個人對自身末期醫療決策自主性的展現，更影響了涉及周遭不同親疏遠近的他人將如何於末期照顧中扮演適當角色，這點在以關係取向為重的華人文化中可能尤其明顯。當個人面對重要他人的預立醫療計劃決策，其投入討論的行為面向是多元的，除了包含個人自身對此議題的思考與主張，尚有個人

與病人、與病人的親友以及與醫療團隊之間的溝通討論等方面的表現，因此以下除了呈現個人自身思考與主張的行為特性，也將呈現受訪者與決策相關的不同角色溝通互動之行為內涵。



#### (一) 受訪者是否主動提出病人的預立醫療計劃討論議題

十位受訪者中僅有一位(編號 05 個案)在醫療團隊提出預立醫療計劃討論議題之前，即主動提出此議題與病人及家屬討論。這些未主動啟動議題的受訪者都表示，不論他們過去是否曾經聽過預立醫療計劃議題、是否曾有親近的家人進行預立醫療計劃或者末期醫療決策，甚至親身參與決策過程的經驗，在醫療團隊人員提醒之前，他們都未曾主動思考過所照顧之病人的預立醫療計劃議題。這意味著多數受訪者幾乎沒有自發投入所照顧之病人的預立醫療計劃的意圖。這點與預立醫療計劃的錄影資料分析發現四位受訪者在實際回應醫師提出的預立醫療計劃議題時，鮮少有溝通的起始行動亦是一致的。唯一例外的編號 05 個案是在參與研究的兩年前，於病人因髖關節及脊椎手術問題反覆進出醫院而承受身心痛苦時，主動邀請病人預先思考其末期醫療決策議題。

#### (二) 受訪者如何形成自己的決策主張以及如何表達主張

儘管十位受訪者皆直接參與病人的預立醫療計劃，但在訪談中他們並非全都能清楚陳述自己對病人末期醫療決策的明確想法。有兩位受訪者(編號 02、07 個案)僅模糊籠統地交代個人想法：

「(你算是陪在旁邊，但是沒有說你自己怎麼想?)我自己怎麼想?我就是給他那個，我也不可以眼睜睜看他在痛苦沒有救他這樣。(眼睜睜看他痛苦，這是說……)就是說，如果他願意也是會給他那個就對了。」(編號 02 個案訪談資料)

「(那時候雖然是尊重她的決定，但您的想法呢?)我也是隨媽媽的意思啊!當然是隨著她老人家，她要怎麼樣我們就聽她的。(您的想法是這個樣子。那麼那個時候沒有考慮……主要的就是她的想法?)啊，自己的親人、當然是自己的親人還是想急救啊，想把她挽回來啊，對不對?」(編號 07 個案訪談資料)。

當這兩位受訪者被問及對病人之末期醫療決策的主張時，他們立即的回應都是「以病人的意願為主張」，但進一步澄清則發現在了解病人傾向不急救的態度之前，他們原始的想法與病人的意願並不一致，是傾向透過急救以挽留病人生命的。這個傾向背後，兩位受訪者皆交代了類似「不能眼見親人死而不予救治」的直覺考量。

兩位受訪者在議題討論過程中未有主動向病人、家屬或者醫療團隊人員表達其原初主張的意圖；取而代之的反應是，僅就所了解到的病人拒絕急救的主張表示尊重。

另外八位受訪者於訪談中有較明確的決策主張或原則描述，部分受訪者更細緻地區分「在急救無法回復病人生命品質」的情形下拒絕施行急救(編號 04、09 個案)，且(或)強調於病患臨終時家屬仍須依據醫師的判斷做最後決策確認(編號 04、05、09 個案)。例如，編號 04 個案的陳述是：

「就譬如說那天最後一天真的遇到了，醫生要問要不要急救，我也會問他，還會再問他確定一次，救回來恢復的機率到底有多高，因為那個一定醫生都知道阿。如果你說剩下一趴，真的這個機率太低了，我覺得、要是我絕對不會放時間在那邊。」(編號 04 個案訪談資料)

在決策主張如何形成方面，這幾位受訪者多半基於某些具體的考量而形成「不給予病人急救措施」的立場，例如，急救對病人的身心福祉有害無益、後續增加照

顧負擔、耗費醫療資源等。也有幾位受訪者能明確描述與其主張及考量有關的思考歷程或抽象價值觀，例如，編號 04 個案以「何謂孝順」為基礎檢視急救以及不急救選擇的預後：

「所謂現實層面就是像我講的啦！真的遇到了，你要她那麼痛苦，這叫孝順？我就不覺得這種事情叫孝順。我不如說以另外一種看法就是說，我選擇讓她安樂回去。至少讓她、說真的你不用看她那麼痛苦，她也不用活得那麼痛苦。」


（編號 04 個案訪談資料）

編號 05 個案從「簽署 DNR 是社會觀念演變的自然趨勢」來看待末期決策：

「那個時勢所趨。我剛剛就跟您報告過，以前就是要求土葬阿，風水地理要很好阿，那個墳墓要很大阿。那後來改成要火葬，以前長輩說到火葬，子女真不孝。隔壁的人他不會講，你的親戚朋友阿姨『這個不孝，火燒會痛阿』。那現在你看一下，流行到樹葬、海葬，是這樣子。（您覺得社會的變遷，到現在不像以前是很不能被接受的。現在自然而然地會覺得說生命就是這樣子，像是，讓他自然地走，你舉說像樹葬阿這些，都是現在可以被接受的。）對。……像我們這個、阿公阿嬤那一代，大概都是我們在奉養嘛，那講比較好聽叫奉養，我們也責無旁貸。……像我們這個歲數的，大概都有這個想法。想說幹嘛？就是 DNR 了，還幹嘛？」（編號 05 個案訪談資料）

編號 08 個案則是依循著病人病況的變化，依序考量不同優先順序的因素而後形成不進行腸造口的決策主張，這些考量包含醫療角度處置是否必要、病人的年齡是否可承擔處置，最後是其他家屬的看法：

「我就把這個評估給她（按：病人）知道。我說『那你現在會痛嗎？』她說不會。醫師說他有給她打止痛針。我說『那不痛的話我們回去』。剛好有一個



實習醫生來，他很好，他跟我們講一些資訊。我說那我們現在回，可以幫我們轉到金山的台大分院嗎？就像我們痛了來打個止痛針這樣子，塞個軟便劑，讓她多多少少可以排一些掉。就像這樣子，不用受這個開刀的罪。因為我們不考慮，從來就不考慮化療這條路。90歲不化療，但是大便不出來，這個造口需不需要做，就是差在這個造口要不要做。你排不掉又是一回事，肚子早晚會出問題，腸子會出問題。回來有跟我先生講，他也有問過我小姑她們，她有五個女兒，還有四個女兒在，一些訊息有給她們知道。」(編號 08 個案訪談資料)

至於主張表達方面，這八位有相對明確決策主張的受訪者中，六位(編號 01、03、04、05、09、10 個案)直接表達他們的主張給重要親友及醫療團隊人員了解，其中編號 04 及 05 兩位個案也直接傳達其主張供病人參考。

兩位未直接表達他們主張的受訪者(編號 06 個案及編號 08 個案)分別是病人的孫女以及媳婦，雖是主要照顧者，但在角色關係上都不屬於首要醫療決策者。編號 06 個案對於病人末期醫療決策的主張與主要決策家屬(即其父執輩家人)一致，在決策討論過程中沒有提出個人主張及參與討論的意圖，僅配合決策提供照顧。編號 08 個案的主張則是透過協助首要決策者(即受訪者的先生/病人的兒子)思考不同醫療選擇利弊的機會而間接傳達，對於決策仍有其影響力。

### (三) 受訪者如何與病人溝通末期決策議題

十位受訪者都是病人的主要照顧者，其中四位個案(編號 01、03、06、09 個案)照顧的病人在醫療團隊提起末期醫療決策議題時，本身有溝通與表達意願的困難。四位受訪者在過去不論是否曾有參與末期醫療決策的經驗，都未曾與所照顧的病人提起此議題或者間接探詢其末期醫療決策的意願。但儘管如此，在形成末期決策主

張時考量病人可能的意願都是他們所重視的。實際進行決策時他們多半透過長期對病人的認識來推論病人可能的主張及意願。編號 01 個案認為病人對於生死議題態度豁達，會認同不急救的主張；編號 03 個案則由病人過去面臨身體病痛時的言行反應，推測其不會願意急救而承受更多痛苦，這兩位受訪者都由此判斷自己的主張能符合病人的意願：

「對阿！奶奶也看得很開的。……我們爺爺 99 年過世，爺爺擺在那邊（按：靈骨塔），我們時常有帶她們上去拜拜阿。我們買兩個塔位嘛！給他們倆夫妻，準備他們倆夫妻放那邊，所以她那次在講，我將來就是放在這裡的阿。」（編號 01 個案訪談資料）

「沒有談過，也不可能去跟老人家談這個。但阿嬤應該也是這樣想的，因為以前她身體不舒服的時候，有時就會嚷著『乾脆死一死好了、死一死比較快活』。」（編號 03 個案訪談摘記）

編號 09 個案依據對病人溝通習慣的了解，認為病人不會反對其決策：

「其實我們是有觀察到他的一些想法啦。你有一些東西喔，如果他不講話的話，他沈默的話大概都是能夠接受啦。他如果不能夠接受他就會有反應。（喔，他會有反抗的聲音這樣？）會喔。長期都是這個樣子。因為他人很沈默。」（編號 09 個案訪談資料）

編號 06 個案則是同樣由過去對病人的認識推想病人可能難以接受 DNR 的觀念：

「可是她年輕的想法跟老年的想法好像又不太一樣。……因為可能她後來失智，就比較沒有她的自主意識、她的想法。她就變成是被動，我們的想法是什麼變成說她就必須接受這樣。……（那年輕一點的時候有表達過她這方面的態度嗎？）這方面喔，因為她們是傳統的人，所以她們的想法會很傳統。……」

她們一定不接受這方面的觀念，因為她們覺得比如說你一個親人，你放棄跟他做治療，感覺好像是、那個叫什麼？感覺如果是兒子這樣子做的話，就感覺他是很不孝的，那種觀念。」(編號 06 個案訪談資料)

另外六位受訪者所照顧的病人雖可溝通與表達意願，但受訪者未必直接主動地與病人溝通討論此議題。編號 04、05、08、10 個案在醫療團隊提出醫療決策議題後，直接徵詢病人的意願(編號 04、05 個案徵詢病人 DNR 決策；編號 08 個案徵詢病人接受腸造口手術的意願；編號 10 個案與病人討論接受化療與否的意願)，並且不同程度地提供病況、預後資訊以及個人看法給病人參考；對病人的決策可能也有不同程度的引導性。這四位受訪者的陳述羅列如下：

「我說：『護士問我阿，哪天你真的要是沒辦法了，要急救或者是說選擇讓你安樂死？急救可能就是救回來，你插一大堆管子也有可能。』聽到這樣子她就說她不要。我是跟她講說，我的想法是選擇安樂死，我聽到我也是覺得不要阿，她也跟我講說她也要這樣子阿。」(編號 04 個案訪談資料)

「溝通說沒有所謂的死後的世界阿，然後第二個就是說人這個終點是一定要走的，在當下的時候是不是救回來是很 OK 的，或者是救了以後延續他很痛苦的這個過程的時候，這個我們有大概聊了一下。(你是怎麼跟他們開始講的?)就很簡單阿，我就跟他們講說：『你們下一餐要吃什麼你知道嗎？就當下嘛，不知道吧！你下一秒鐘要發生什麼事情也不知道。等到這個階段、一定會經過嘛，等到這個階段的時候你沒有辦法自主的情形下面，由晚輩幫你做這個簽署的時候，這個痛苦還是、應該是痛苦佔比較大的比例阿』。」(編號 05 個案訪談資料)

「她神智都很清楚，她一路上都很清楚。她說她很累，她想要躺下來，我們

回去。我說：『那你回去你這個症狀沒改善怎麼回去？』……我就把這個評估給她知道。我說：『那你現在會痛嗎？』她說不會。醫師說他有給她打止痛針。我說：『那不痛的話我們回去』。」(編號 08 個案訪談資料)

「因為她們(按：其他持反對意見的姊妹)覺得是說這種東西醫不好，你做了等於白費。可是我覺得是說有做就有希望，你沒有試你怎麼知道沒有用，後來阿嬤是配合我們。(你們是怎麼樣跟她們去表達?)怎麼表達喔，因為她是媽媽，她是愛我們的。我就跟她講說，你走了我什麼都沒了。」(編號 10 個案訪談資料)

然而，編號 08 個案在「是否為病人做腸造口手術」的決策中雖然直接徵詢病人的意見，但在決定不進行造口手術後面臨的「是否接受安寧緩和醫療照護」的決策中，則未直接徵詢病人的意見。另兩位受訪者，編號 02 及 07 個案在處理病人的末期決策議題時，採取被動角色與病人溝通：在醫療團隊提出議題時從旁配合及聽取病人意願；後續亦未展現與病人主動溝通討論之意願。以下引文呈現這兩位受訪者透過醫療團隊的提問了解病人的意願：

「他(按：醫療團隊人員)說：『你如果下次比較嚴重喔，那想給你插管你要給人家插嗎?』他就說不要。……他稍微說人家稍微聽得懂，然後有給他問得很詳細啦。一直說他不要這樣。」(編號 02 個案訪談資料)

「主要是 L 小姐她們來關心這道事情，幫我提起這個事情。我說：『作女兒的不可能跟媽媽談這個阿，談這個人家認為說，好像要媽媽趕快死一樣。』(如果這個問題要請您自己去跟媽媽談是很困難的?)困難啦，困難的啦！我不可能的。……我不可能去談這個事情。……就老人家會認為，我女兒為什麼我現在好好的就跟我談這個事情，好像想我死一樣。」(編號 07 個案訪談資



料)

值得注意的是，編號 02 及 07 兩位受訪者在透過醫療團隊的溝通而對病人末期醫療決策意願有所了解之前，他們的主張傾向是與病人的意願不完全一致的。而在了解病人主張之後，隨即選擇調整自己的想法，順從病人的意願。有關陳述如下：

「醫療的事我那時是想說，不可能一個人在難過的時候我不給他救，我是這樣想過。不可能眼睜睜看著他在那邊難過。那既然他自己決定的阿。（之前是想說就是要救這樣。可是有提你就以他的意見為主？）對阿。」（編號 02 個案訪談資料）

「自己的親人、當然是自己的親人還是想急救啊，想把她挽回來啊，對不對？……媽媽就講了啊：『不用啦！人老了，我九十幾了，還急救什麼呢？急救反而痛苦。』媽媽這樣講，還是隨意就好了。在家裡輕輕鬆鬆走就好了。」

（編號 07 個案訪談資料）

整體而言，受訪者對病人的可能意願多半有一定程度的重視，即便病人已無法參與討論與決策，確認自己的決定符合病人的意願仍是重要的。若病人仍有表達意願的能力，受訪者自覺在決策上的角色會更保守，以病人的意願為依據。此時如何得知病人的意願、是否協助病人進入討論，則可能涉及個別受訪者既有的溝通習慣、能力以及與病人的角色關係。幾位主動徵詢意見的受訪者，對於末期醫療決策的想法與醫療團隊推廣的 DNR 觀念一致；除了主動徵詢意見，亦提供有關資訊使病人可據以反思、決定。相對地，未主動徵詢、在與病人溝通過程中被動配合的幾位受訪者，在其角色立場對於 DNR 之不急救觀念有所遲疑，且可能相對缺乏溝通的具體技巧。

（四）受訪者如何與親友溝通病人的末期決策議題

在末期決策中病人的親友經常扮演重要角色。本次研究的受訪者均為病人的主要照顧者，在疾病照顧及決策溝通上直接與醫療團隊接觸。因此醫療團隊欲提出末期醫療決策議題時，受訪者經常是病人親友中首要的溝通對象。由受訪者與病人為核心往外延伸的家庭網絡中，包含不同親疏遠近的親友。以下段落呈現受訪者在病人的末期醫療決策中是如何看待其他親友的意見、如何得知與了解，以及如何協助其意見進入決策。

訪談資料顯示，醫療團隊初次提出末期決策議題時，受訪者（主要照顧者）以外的其他家屬經常並未在場；受訪者在接收到此議題之後，主動聯繫說明的家族成員多限於以病人為核心的核心家庭成員（例如，病人的子女、配偶）；其他核心家庭範圍以外的親友，其意見較少被直接考量。

在與核心家庭成員的共識部分，雖然醫療團隊經常主動舉行包含病況說明及成員意見徵詢的家庭會議（family meeting）以協助病人及家屬進行醫療決策，但訪談資料發現受訪者與家人對病人末期醫療決策共識的形成，經常不是仰賴家庭會議的正式討論機會。本研究的訪談資料發現以下幾種形式：

#### 1. 長期累積的默會之知（tacit knowledge）

所謂的默會之知，是指受訪者在過去經驗積澱下，產生對事物的能動領會，這是一項負責的、聲稱具有普遍效力的行動。在一定程度上是不可言傳的，是主觀的個人性和客觀的形式結合，具有一種寄託性的行動意涵（Polanyi, 1958）。而這種結合形式是，受訪者與家人在過去的照顧實務中透過彼此意見交流累積共識基礎，使受訪者在末期決策議題浮現時可直接代表其他家人進行決策。例如，編號 01、09 個案：

「大家都不住在一起，所以變成就是有時候就電話連絡。（所以再來到了奶

奶生病的時候，還有再特別討論過嗎？還是就……）也沒有什麼討論。（就覺得好像就是這樣的共識？）對阿，有這種共識啦！就覺得、像醫師提出來，我就立刻講啊，我就說奶奶也……」（編號 01 個案訪談資料）

「在這些溝通過程各方面啦，大概像我媽媽我爸爸對不對？我們不定期地都會把我大概一個狀況喔，像我妹妹她們都會打電話回來問。或者是如果有比較異常的話，我都會打電話說現在爸爸怎麼樣。她們知道。……她們都說『姊姊哥哥決定就好』。……她們就授權。（當您要做決策的時候，您覺得要考慮的面向會包含哪些？）因為我會先讓她們了解，之前還沒有開始的時候……先了解完之後，當我碰到最需要去做決定的時候，就是由我這邊處理，就決定了。……當下就不用再溝通了。」（編號 09 個案訪談資料）

## 2. 單向決策與告知

理想的決策，是共識性的討論過程。但在華人社會的義務論和道德要求，往往主要照顧者被賦予更多的期待與責任，也構成決策權力的核心（黃光國，1988）。本研究發現第二種形式是單向決策與告知，符合如此型態。受訪者（例如，編號 02、03、04、05 個案）隨著自身相較於其他家人在照顧病人方面的投入較多，或者照顧的責任較大、角色較優先（例如，配偶相較於子女、兒子相較於女兒），而無形被賦予較大的決策權力。這時與其他家人的溝通形式較偏重於單向的尊重、告知、取得認同。例如，編號 02 及 03 個案的陳述：

「（所以像醫生跟你們討論這個問題，小孩子們你們會跟他們討論嗎？）他們沒有在家，可是我回來我有講。（等於讓他們知道有討論過這個事情）沒有啦，他說我作主就好。……（那他們都很尊重？）嘿阿，這種要怎麼講？就是說尊重我們，看這樣就照我們這樣就是了。」（編號 02 個案訪談資料）

「在與團隊討論完以後，我有跟其他姐妹告知這個事情。這是一定要的，因為父母是大家的。大家聽了之後也都了解、認同。……姐妹們大家也都很好，都沒有意見。」(編號 03 個案訪談摘記)



### 3. 配合辦理

另一種是在家族主義下，以家長制度的意見為核心(楊國樞，1993)。如一位受訪者(編號 06 個案)雖為主要照顧者，但在病人末期醫療決策中並非主要決策者，採取的方式是受訪者單方面配合主要決策者(父執輩親屬)的意見，少有個人意見的表達。

「我的角色喔，就配合辦理。以他們、因為那畢竟是奶奶的兒子女兒，他們的意見為主。那如果他們沒有什麼意見，我們當然也不會多說什麼。」(編號 06 個案訪談資料)

### 4. 間接或被動的溝通

上述三種形式，是受訪者與親近家人間無須經過太多的討論歷程即可形成共識的情形。另有兩位受訪者(編號 08 及 10 個案)的資料則呈現與家人之間較為迂迴的溝通歷程。法國思想家于連(Jullien; 1995/2003)以迂迴的進入方式，探討中西文化差異，他指出中國文化時代話語的特性是「幽」、「藏」的機遇，而非直白語言，只有對效果的抵達順其自然，而非緊緊依附於它，才可能使之發展。

編號 08 個案為病人的媳婦，在疾病照顧以及決策中扮演實質且重要的角色(例如，為醫療團隊直接互動溝通對象)，她一方面直接協助及引導先生(主要決策者)思考以形成決策，另一方面自覺過去因身分限制(即「媳婦」而非「子女」身分)曾有不愉快的決策經驗，對於其他家人透過迂迴間接的方式溝通(即透過先生及醫療團隊與病人其他的子女溝通，必要時忽略過於紛雜的家人意見)。以下兩段引文呈

現她與家人間部分的溝通經驗：

「（聽起來在很多過程是您主要去跟醫師溝通？）都是我主導的。（其實您也在中間有機會表達您的意見，不過您會覺得說那個決定要讓先生來做？）其實都是我把醫生講的每一個整理好再跟我先生講，那我以我要的東西我講得很詳細給他聽。（所以您會覺得說最終該讓他做決定？）本來就這樣啊。我公公我做決定我就被罵得很慘阿。……所以這次我就不理，我說我不理，該我做我就做。」（編號 08 個案訪談資料）

「護理長非常好，她還可以約了一個時間她們（按：指病人的女兒們）在的時候一起再講一次。她怕我以後被人家罵，她說：『你是女兒嗎？』我說：『是媳婦』，『那女兒要不要特地跟她講？』我說：『應該不需要吧！』她覺得還是不妥。（所以你本來是覺得她們可以了解？）欸……對啦，她們不了解也不行，沒辦法，因為阿嬤年紀這麼大，三天兩頭都束手無策。真的是覺得……」（編號 08 個案訪談資料）

編號 10 個案為病人的女兒，家中手足成員眾多，遭遇決策意見分歧時少有機會直接就分歧的想法進行溝通形成共識；手足間的共識是透過與病人溝通、由病人做最後決斷而形成。受訪者的陳述是：

「因為她們（按：其他持反對意見的姊妹）覺得是說這種東西醫不好，你做了等於白費。可是我覺得是說有做就有希望，你沒有試你怎麼知道沒有用，後來阿嬤是配合我們（按：指配合編號 10 個案的決定）。（你們是怎麼樣跟她們去表達？）怎麼表達喔，因為她是媽媽，她是愛我們的。我就跟她講說，你走了我什麼都沒了。」（編號 10 個案訪談資料）

另有一位編號 07 個案，由於家中人口單純，主要需溝通的親友是病人的教友而

非家族成員。病人與教友關係緊密，這使受訪者主觀感覺教友們的看法對她帶來些許壓力，但受訪者少有主動與這些教友溝通說明的意圖，取而代之的是挪移自己在病人預立醫療計劃討論中的角色至較被動的位置，以避免責難。



#### (五) 受訪者如何與醫療團隊溝通末期決策議題

綜合受訪者訪談資料以及錄影資料分析結果，醫療團隊於病人的預立醫療計劃討論之角色顯現於三方面：「議題提出」、「專業判斷與資訊提供」、「協助與病人及其他家屬溝通」。這三方面顯示議題啟動的施為者(agent)特性，而後以專業資訊介入，進而以促進溝通的效果思考。類似於溝通歷程的前置性因素（啟動議題）、中介性因素（專業資訊介入）和後果因素（促進溝通）的決策歷程。

##### 1. 醫療團隊為末期決策議題啟動者

所有受訪者除了編號 05 個案是在病人健康問題惡化時由受訪者自行向病人提起預立醫療計劃議題，其他九位都是由醫療團隊考量病人病況提出此議題；此議題提出的過程包含解釋病人病況、說明醫療決策選項及內涵等。這些受訪者不論過去是否曾有其他末期醫療決策的經驗，亦不論其是否長期照顧病人，都表示在醫療團隊提起病人的末期醫療決策議題之前未曾主動思考過此議題。預立醫療計劃的錄影資料分析也顯示，與醫療團隊人員的溝通中，幾位家屬都很少有主動開始溝通問題的行為表現。上述資料可能顯示在醫療實務中，病人或家屬即便面對明確的健康問題仍少有自發的預立醫療計劃討論意圖，末期醫療決策議題仍很大比例需仰賴醫療人員啟動。在醫療團隊提出決策議題後，多位受訪者除了接收醫療團隊人員當下的說明，並未有進一步提出問題或尋求討論協助的意圖（編號 01、02、03、05、06、07 個案）；這些受訪者有些已有清楚的個人主張並於當下直接表達，有些則自行透過後續的思考、交換意見形成決策。

## 2. 醫療團隊為專業資訊提供者

另有部分受訪者視醫療團隊為專業判斷與資訊的來源，於思考決策時向醫療團隊詢問病況預後以及醫療處置資訊（編號 04、08、09、10 個案），例如：

「我只是問了一下看狀況需要急救，那能救回來大約是什麼狀況。我只是問了一下這個狀況而已。（譬如你問了什麼情況需要急救？）就像我講的，是不是要接那種管子，類似那些的。如果是的話……他跟我講的也大約就像我講的那些東西。」（編號 04 個案訪談資料）

或者預計在病人臨終當下仰賴醫療團隊的即時判斷做最後急救與否的決策（編號 04、05、09 個案），例如：

「那現實一點，就是像我講的，到時候也是要看狀況跟醫師，看醫生跟我們怎麼講阿。如果真的可以救，真的要救。問題是像我講的那種狀況的話，與其真的像我這個樣子，我真的選擇放棄啦！我情願別人怪我，我也不要讓她那麼痛苦。」（編號 04 個案訪談資料）

「就現場一起，現場醫師告訴我們，我們三方都在。……問題有提出來請他說明。……像那個要往生那天，那天早上我請醫師過來，然後他看了一下之後，他問我們說：『如果你感覺到你沒辦法處理，是不是要送醫院急診？』那我就跟他講，我說：『當然啦，你送急診一定是要能夠做積極治療你才送去嘛，如果說你送去還是沒有的話，那乾脆就……』」（編號 09 個案訪談資料）

## 3. 醫療團隊協助溝通

醫療團隊的第三個角色展現於「協助與病人及其他家屬溝通」。此協助包含在受訪者（編號 07 個案）抗拒直接與病人溝通末期議題時，由醫療人員帶領受訪者一

同與病人說明及討論末期決策；以及主動提議由醫療人員向其他家屬說明病人末期決策（編號 08 個案）。受訪者的陳述是：

「護理長非常好，她還可以約了一個時間她們（按：指病人的女兒們）在的時候一起再講一次。她怕我以後被人家罵，她說：『你是女兒嗎？』我說：『是媳婦』，『那女兒要不要特地跟她講？』我說：『應該不需要吧！』她覺得還是不妥。」（編號 08 個案訪談資料）

上述醫療團隊三方面的角色，顯示在病人末期議題討論上，受訪者與醫療團隊人員的溝通是相對被動的。雖然些許受訪者會主動向醫療團隊尋求資訊，但所對應的目標多半僅限於運用這些資源以形成當下的決策、確保臨終時處置正確；而鮮少有更積極將醫療團隊視為可協助其在臨終照顧過程中反覆且深入思考末期決策議題的資源對象。

由此，華人社會對於生死議題的決策歷程，仍是迂迴性、超離性和去情緒化的。生死關頭的情緒政治（politics of emotion），值得進一步探討。

### 三、受訪者「參與病患之預立醫療計劃討論」行為改變階段劃分

本研究依據表三（請參見頁 40）各行為改變階段之區分重點，以受訪者「參與病人之預立醫療計劃討論」的行為表現劃分其所屬的改變階段。在社區醫療照護模式下觀察受訪者「參與病人之預立醫療計劃討論」的行為改變階段，在時序上至少應以兩個重要事件劃分不同的經驗及行為表現區段：「病人年老或健康惡化」以及「醫療團隊提出病人末期決策議題」。這兩個事件在健康信念模式中類似健康行為的誘發刺激，可能促使個人啟動行為改變的一連串歷程。本研究的所有受訪者皆在病人接受社區醫療照護時，接收到來自醫療團隊所提出的預立醫療計劃議題，不論在此之



前受訪者是否主動著手處理此議題，此時本研究所欲觀察的行為表現是受訪者對應此議題的提出在各面向所表現出來的討論行為。表十二呈現受訪者在上述兩個重要事件之後「參與病人的預立醫療計劃討論」的行為表現摘要。

(一) 自發的預立醫療計劃討論行為：醫療團隊提出末期決策議題前

在「病人年老或健康惡化」之後、「醫療團隊提出病人的末期決策議題」之前，多數受訪者（十位之中有九位，分別是編號 01、02、03、04、06、07、08、09、10 個案）雖然持續照顧病人，但並未考慮過病人的末期決策議題。這意味著在投入病人的預立醫療計劃討論方面，這些受訪者此時尚未有行為意圖產生，亦未有行為表現，依據各改變階段的區分特徵應該屬於「前思考期」或者「思考期」。

這九位受訪者中，有四位（編號 02、03、04、07 個案）過去未曾有過為自己或家人進行預立醫療計劃或者末期醫療決策的經驗。有關經驗的缺乏可能使個人難以想像行為表現的益處（缺乏行為誘因），而無法衍生行為表現意圖。也就是說，這些受訪者可能未曾想過這個議題目前對病人的必要性。對這些受訪者而言，由於尚未有行為誘因，行為的阻礙也就還不構成行為意圖的影響因素。研究者認為，這些受訪者的表現應當歸屬於「前思考期」。另外五位受訪者（編號 01、06、08、09、10 個案），過去曾有為其他親近家屬進行末期醫療決策的經驗，過去決策經驗的品質可能影響受訪者是否產生參與此次病人預立醫療計劃討論的行為誘因（例如，編號 01、06 個案從過去決策經驗中認同討論的必要性）以及行為阻礙（例如，編號 08 個案過去因負責決策而被責備）。但檢視這些受訪者對於過去病人預立醫療計劃議題的陳述方式，都是「未曾想過有關於病人預立醫療計劃討論的議題」，而非曾思考過但因某些因素而有所遲疑，推測受訪者的討論行為的改變階段仍較接近「前思考期」。

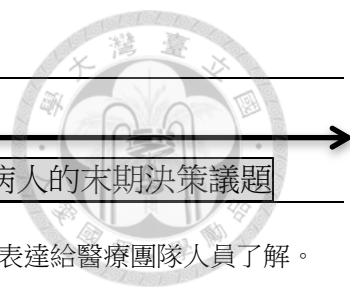
表十二

所有受訪者之預立醫療計劃討論行為表現總覽。

時間軸 T	
T1 病人年老或健康惡化	T2 醫療團隊提出病人的末期決策議題
編號 01 個案 <ul style="list-style-type: none"> <li>與病人關係：子女</li> <li>病人溝通表達：無法</li> <li>資料收集包含決策類型：DNR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>未曾主動啟動議題，亦未考慮過病人的末期決策。</li> <li>曾有參與其他親近家人的末期決策經驗。</li> </ul> <p>【前思考期】</p>
	個人反思與主張表達： <ul style="list-style-type: none"> <li>主張內涵：明確的決策主張或原則描述。</li> <li>主張如何形成：基於具體考量形成 DNR 的立場。</li> <li>主張如何表達：直接表達給親友及醫療團隊人員了解。</li> </ul> 與他人溝通： <ul style="list-style-type: none"> <li>與病人溝通：未曾探詢病人意願；透過對病人的認識推論其可能意願。</li> <li>與親友溝通：長期累積默會之知。</li> <li>與醫療團隊的溝通：接收醫療團隊的末期決策提議及說明；未有提問或尋求討論協助的意圖。</li> </ul> <p>【準備期】</p>
編號 02 個案 <ul style="list-style-type: none"> <li>與病人關係：配偶</li> <li>病人溝通表達：可以</li> <li>資料收集包含決策類型：DNR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>未曾主動啟動議題，亦未考慮過病人的末期決策。</li> </ul> <p>【前思考期】</p>
	個人反思與主張表達： <ul style="list-style-type: none"> <li>主張內涵：模糊籠統陳述。</li> <li>主張如何形成：直覺考量；直接以病人意願為主張。</li> <li>主張如何表達：未有主動表達其原初主張的意圖。</li> </ul> 與他人溝通： <ul style="list-style-type: none"> <li>與病人溝通：從旁配合醫療團隊聽取病人意願；後續未有主動與病人討論之意圖。</li> <li>與親友溝通：告知決策。</li> <li>與醫療團隊的溝通：接收醫療團隊的末期決策提議及說明；未有提問或尋求討論協助的意圖。</li> </ul> <p>【前思考期】</p>
編號 03 個案 <ul style="list-style-type: none"> <li>與病人關係：子女</li> <li>病人溝通表達：無法</li> <li>資料收集包含決策類型：DNR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>未曾主動啟動議題，亦未考慮過病人的末期決策。</li> </ul> <p>【前思考期】</p>
	個人反思與主張表達： <ul style="list-style-type: none"> <li>主張內涵：明確的決策主張或原則描述。</li> <li>主張如何形成：基於具體考量形成 DNR 的立場。</li> <li>主張如何表達：直接表達給親友及醫療團隊人員了解。</li> </ul> 與他人溝通： <ul style="list-style-type: none"> <li>與病人溝通：未曾探詢病人意願；透過對病人的認識推論其可能意願。</li> <li>與親友溝通：告知決策、取得認同。</li> <li>與醫療團隊的溝通：接收醫療團隊的末期決策提議及說明；未有提問或尋求討論協助的意圖。</li> </ul> <p>【準備期】</p>
編號 04 個案 <ul style="list-style-type: none"> <li>與病人關係：子女</li> <li>病人溝通表達：可以</li> <li>資料收集包含決策類型：DNR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>未曾主動啟動議題，亦未考慮過病人的末期決策。</li> </ul> <p>【前思考期】</p>
	個人反思與主張表達： <ul style="list-style-type: none"> <li>主張內涵：明確的決策主張或原則描述；細緻區分拒絕急救的條件。</li> <li>主張如何形成：基於具體考量、抽象價值觀及較清楚的思考歷程價值觀形成 DNR 的立場。</li> <li>主張如何表達：直接表達給病人、親友及醫療團隊人員了解。</li> </ul> 與他人溝通： <ul style="list-style-type: none"> <li>與病人溝通：直接徵詢病人對於醫療決策的意願。</li> <li>與親友溝通：告知決策、取得認同。</li> <li>與醫療團隊的溝通：接收醫療團隊的末期決策提議及說明；詢問病況預後以及醫療處置資訊。</li> </ul> <p>【行動期】</p>

表十二

所有受訪者之預立醫療計劃討論行為表現總覽（續）。



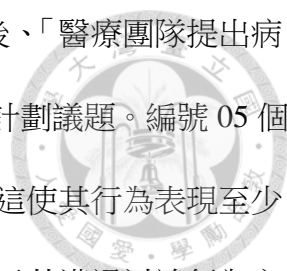
時間軸 T		
	→	
	T1 病人年老或健康惡化	T2 醫療團隊提出病人的末期決策議題
<p>編號 05 個案</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>與病人關係：子女</li> <li>病人溝通表達：可以</li> <li>資料收集包含決策類型：DNR</li> </ul>	<p>個人反思與主張表達：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>主張內涵：明確的決策主張或原則描述。</li> <li>主張如何形成：基於具體考量及抽象價值觀形成 DNR 的立場。</li> <li>主張如何表達：直接表達給病人及親友了解。</li> </ul> <p>與他人溝通：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>與病人溝通：直接徵詢病人對於醫療決策的意願；提供個人主張作為參考、並透過比喻與提問引導病人思考決策。</li> <li>與親友溝通：告知決策、取得認同</li> </ul> <p style="text-align: center;">【行動期】</p>	<p>個人反思與主張表達：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>主張如何表達：直接表達給醫療團隊人員了解。</li> </ul> <p>與他人溝通：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>與醫療團隊的溝通：接收醫療團隊的末期決策提議及說明；未有提問或尋求討論協助的意圖。</li> </ul> <p>【未再重啟討論歷程，而是將過去的溝通結果告知醫療團隊，並配合簽署 DNR。亦未針對醫療團隊有提問與討論。】</p> <p style="text-align: center;">【行動期】</p>
<p>編號 06 個案</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>與病人關係：孫子女</li> <li>病人溝通表達：無法</li> <li>資料收集包含決策類型：DNR</li> </ul>	<p>未曾主動啟動議題，亦未考慮過病人的末期決策。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>曾有參與其他親近家人的末期決策經驗。</li> </ul> <p style="text-align: center;">【前思考期】</p>	<p>個人反思與主張表達：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>主張內涵：明確的決策主張或原則描述。</li> <li>主張如何形成：基於具體考量形成 DNR 的立場。</li> <li>主張如何表達：未有主動表達主張的意圖，僅配合決策提供照顧。</li> </ul> <p>與他人溝通：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>與病人溝通：未曾探詢病人意願；透過對病人的認識推論其可能意願。</li> <li>與親友溝通：配合主要決策者的意見，少有個人意見的表達。</li> <li>與醫療團隊的溝通：接收醫療團隊的末期決策提議及說明；未有提問或尋求討論協助的意圖。</li> </ul> <p style="text-align: center;">【思考期】</p>
<p>編號 07 個案</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>與病人關係：女子</li> <li>病人溝通表達：可以</li> <li>資料收集包含決策類型：DNR</li> </ul>	<p>未曾主動啟動議題，亦未考慮過病人的末期決策。</p> <p style="text-align: center;">【前思考期】</p>	<p>個人反思與主張表達：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>主張內涵：模糊籠統陳述。</li> <li>主張如何形成：直覺考量；直接以病人意願為主張。</li> <li>主張如何表達：未有主動表達其原初主張的意圖。</li> </ul> <p>與他人溝通：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>與病人溝通：從旁配合醫療團隊聽取病人意願；後續未有主動與病人討論之意圖。</li> <li>與親友溝通：少有主動與親友溝通意圖，以被動的態度避免責難。</li> <li>與醫療團隊的溝通：接收醫療團隊的末期決策提議及說明；未有提問或尋求討論協助的意圖；接受團隊協助與病人溝通。</li> </ul> <p style="text-align: center;">【前思考期】</p>

表十二

所有受訪者之預立醫療計劃討論行為表現總覽（續）。



時間軸 T	
T1 病人年老或健康惡化	T2 醫療團隊提出病人的末期決策議題
<p>編號 08 個案</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>與病人關係：婆媳</li> <li>病人溝通表達：可以</li> <li>資料收集包含決策類型：腸造口／安寧照護／治療地點</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>未曾主動啟動議題，亦未考慮過病人的末期決策。</li> <li>曾有參與其他親近家人的末期決策經驗。</li> </ul> <p>【前思考期】</p>
	<p>個人反思與主張表達：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>主張內涵：明確的決策主張或原則描述。</li> <li>主張如何形成：基於具體考量及較清楚的思考歷程形成 DNR 的立場。</li> <li>主張如何表達：透過協助家人思考醫療選擇利弊而間接傳達。</li> </ul> <p>與他人溝通：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>與病人溝通：直接徵詢病人對「腸造口」決策意願；未直接徵詢「接受安寧照護」的決策意見。</li> <li>與親友溝通：直接與主要決策者討論；透過第三者間接與其他親友溝通。</li> <li>與醫療團隊的溝通：接收醫療團隊的末期決策提議及說明；詢問病況預後以及醫療處置資訊；接受團隊協助與病人溝通。</li> </ul> <p>【受訪者除了反思並與他人溝通討論，亦在整個病人臨終的過程中持續觀察病人變化並檢討決策】</p> <p>【維持期】</p>
<p>編號 09 個案</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>與病人關係：父子</li> <li>病人溝通表達：無法</li> <li>資料收集包含決策類型：DNR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>未曾主動啟動議題，亦未考慮過病人的末期決策。</li> <li>曾有參與其他親近家人的末期決策經驗。</li> </ul> <p>【前思考期】</p>
	<p>個人反思與主張表達：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>主張內涵：明確的決策主張或原則描述；細緻區分拒絕急救的條件。</li> <li>主張如何形成：基於具體考量形成 DNR 的立場。</li> <li>主張如何表達：直接表達給親友及醫療團隊人員了解。</li> </ul> <p>與他人溝通：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>與病人溝通：未曾探詢病人意願；透過對病人的認識推論其可能意願。</li> <li>與親友溝通：長期累積默會之知。</li> <li>與醫療團隊的溝通：接收醫療團隊的末期決策提議及說明；詢問病況預後以及醫療處置資訊。</li> </ul> <p>【準備期】</p>
<p>編號 10 個案</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>與病人關係：母女</li> <li>病人溝通表達：可以</li> <li>資料收集包含決策類型：化療／DNR／治療地點</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>未曾主動啟動議題，亦未考慮過病人的末期決策。</li> <li>曾有參與其他親近家人的末期決策經驗。</li> </ul> <p>【前思考期】</p>
	<p>個人反思與主張表達：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>主張內涵：明確的決策主張或原則描述。</li> <li>主張如何形成：基於具體考量形成 DNR 的立場。</li> <li>主張如何表達：直接表達給病人、親友及醫療團隊人員了解。</li> </ul> <p>與他人溝通：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>與病人溝通：直接徵詢病人意願；積極與病人溝通，說服病人同意轉換想法。</li> <li>與親友溝通：透過與病人溝通、由病人做最後決斷以間接形成手足間共識。</li> <li>與醫療團隊的溝通：接收醫療團隊的末期決策提議及說明；詢問病況預後以及醫療處置資訊。</li> </ul> <p>【行動期】</p>

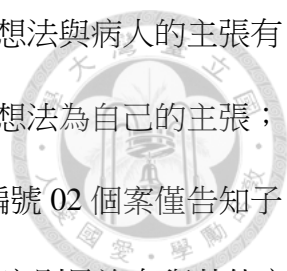


受訪者中僅有編號 05 個案在「病人年老或健康惡化」之後、「醫療團隊提出病人的末期決策議題」之前，即主動與病人及家人討論預立醫療計劃議題。編號 05 個案具有投入預立醫療計劃討論的行為意圖以及具體行動展現，這使其行為表現至少符合「準備期」的特徵。再細究其行為表現內涵，訪談資料顯示其溝通討論行為主要表現在「個人思考及主張表達」、「與病人的溝通」以及「與親友的溝通」面向。個人思考包含基於具體考量（例如，避免浪費社會資源）、反思抽象價值觀與生活經驗（例如，人生無常、DNR 是社會趨勢）而形成 DNR 的立場；但從資料中較無法掌握其主張與背後價值考量間的推論連結。與病人溝通方面，受訪者直接徵詢病人意見，提供個人主張作為參考，並透過比喻與提問引導病人思考決策。與親友溝通方面，亦在與病人形成決策後告知手足、取得認同；與手足之間較無深入的意見交流與討論。整體而言，編號 05 個案在預立醫療計劃討論過程中確實有個人反思、與病人及親友溝通等面向的具體討論行動，但未能呈現完整涵蓋各議題面向的思考討論，或者反覆檢視議題的行動，因此其行為特徵應是歸屬於「行動期」。

## （二）反應性的預立醫療計劃討論行為：醫療團隊提出末期決策議題後

多數的受訪者是在「醫療團隊提出病人的末期決策議題」之後才開始考量病人的預立醫療計劃討論議題。以下就「個人反思及主張表達」、「與病人的溝通」、「與親友的溝通」，以及「與團隊的溝通」這四個面向分別分析其討論行為。

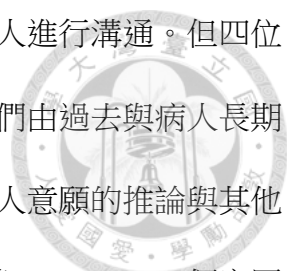
編號 02 個案及編號 07 個案對醫療團隊所提出的末期決策議題之各面向反應有類似之處。兩位受訪者在整體溝通過程中皆扮演較被動的角色。在「個人思考及主張表達」以及「與醫療團隊溝通」方面，兩位受訪者在訪談中對於自身的主張說明較為籠統，背後的考量也偏向直覺（例如，「不可以眼睜睜看他在痛苦沒有救他」、「自己的親人還是想急救」）。在「與病人的溝通」方面，兩位受訪者都是透過醫療團隊



人員與病人溝通的機會從旁了解病人意願；當發現自己原初的想法與病人的主張有些許出入時，兩位受訪者的反應皆是調整自己的想法，以病人想法為自己的主張；後續亦未有主動與病人討論的嘗試。「與親友的溝通」方面，編號 02 個案僅告知子女病人決策結果，未有徵詢意見或邀請參與的意圖；編號 07 個案則是沒有與其他家庭成員溝通的需要，面對與病人熟識的教會朋友，亦未顯現主動溝通意圖，取而代之的是以被動保守的態度避免責難。「與醫療團隊的溝通」亦是較為被動的，除了接受醫療團隊提出議題以及協助與病人溝通，並未有主動向對方提問或多做討論的嘗試。

上述行為表現特徵，顯示編號 02 及 07 個案未有主動反思或溝通討論的具體行動，應歸屬於「前思考期」或「思考期」其中之一。研究者從兩位受訪者的訪談資料，嘗試蒐集輔助的判斷資訊。編號 02 個案在醫療團隊與病人溝通末期決策之後，雖然對於當下的討論感覺突然、反應不及，但也否認事後有任何主動思考、討論此議題的意圖，因此推測編號 02 個案並未形成主動反思或溝通討論的行為誘因，應歸屬於「前思考期」。編號 07 個案的訪談資料顯示其抗拒由自己主責與病人溝通末期決策（受訪者認為作子女的不可能與父母討論這樣的事），顯示該受訪者面對醫療團隊提出此議題時，儘管未必不認同此議題之重要性，但也有強烈的行為阻礙，此行為特徵應歸屬於「前思考期」。

受訪者編號 01、03、09 個案的行為表現特徵可歸屬於「準備期」；受訪者編號 06 個案則歸屬於「思考期」。這四位受訪者均有相對明確的個人主張；主張背後可連結明確的考量（例如，不要讓病人受苦、節省醫療資源、減少照顧者的負擔等）；但此連結是較為直覺式地被傳達，在訪談中即便訪談者嘗試澄清，受訪者亦未呈現主張與考量因素間的邏輯關係。「與病人的溝通」方面，由於四位受訪者所照顧的病



人於決策當下皆無法表達個人意願，因此受訪者無從直接與病人進行溝通。但四位受訪者的訪談資料都顯示他們對於病人意願的揣測與考量：他們由過去與病人長期親近相處的經驗推測病人的意願，但沒有證據顯示他們將對病人意願的推論與其他重要親人多做討論。「與親友溝通」方面，四位受訪者之中編號 01、03、09 個案同為主要照顧者及決策者，他們都在與醫療團隊確認決策之後告知其他核心家庭成員（受訪者的手足）或與之確認共識，但未有多就此決策再做討論的嘗試；編號 06 個案為主要照顧者但並非決策者，雖與擔任主要決策者的父執輩親戚一同參與家庭會議的討論，但扮演的是被動配合角色，並未在討論中嘗試表達自己的想法。「與醫療團隊溝通」方面，四位受訪者之中僅編號 09 個案於末期決策議題討論中主動詢問有關資訊（例如，給予病人急救後可能的結果），其他三位受訪者與醫療團隊的溝通仍是較為被動的，除了接受議題提出以及協助與病人溝通，未有主動提問或與團隊人員多做議題討論的嘗試。

上述預立醫療計劃討論的行為表現特徵，顯示編號 01、03、09 個案皆有思考末期決策議題的意圖，也確實進行了反思，但思考的形式較為簡化。在與他人溝通方面，與親友有溝通的意圖及行動，但溝通的形式以告知以及確認為主，未有證據顯示有較完整涉及價值態度的交流討論。與醫療團隊的溝通意圖不明顯，僅編號 09 個案有較主動的資訊徵詢，但均缺乏與醫療團隊交流討論的嘗試。依據以上特徵，將編號 01、03 及 09 個案的預立醫療計劃討論行為歸屬於「準備期」。

編號 06 個案的表現較為特殊，其投入病人預立醫療計劃討論的行為僅表現在個人反思方面：她確實反思自己的考量並形成了對此議題的想法，但在與他人的溝通方面並未顯現出討論意圖，而是以被動配合為主；亦未有向他人表達個人主張的意圖。這位受訪者的行為表現特徵顯示其在病人的預立醫療計劃討論上，未形成充足

的主動溝通與討論之行為意圖，此行為特徵應歸屬於「思考期」。

編號 04、10 個案的預立醫療計劃討論行為表現歸屬於「行動期」。這二位受訪者在不同面向顯現出相對較具體完整的討論意圖與行動。編號 04 個案於「個人反思」方面，以「何謂孝順」為思考主軸，綜合考量病人的病況、疾病預後，以及急救可能的結果而形成決策，是較具結構的思考方式。此外，編號 04 個案亦主動向病人說明病況、徵詢其決策意願。在「與親友的溝通」及「與醫療團隊的溝通」方面，則是較為單向的訊息傳遞（例如，告知手足、向醫療團隊詢問醫療資訊），而欠缺較明確交流討論的嘗試。編號 10 個案的主動討論行為表現「在與病人溝通」方面。受訪者在「是否讓病人接受化療」的決策中，面對與病人及多數手足間的意見不一致，積極與病人溝通主張背後的情感考量，並給予病人情緒支持及保證，使病人同意轉換想法。上述行為特徵顯示，編號 04 個案及編號 10 個案，在至少一個面向上有較具體完整的討論行動，因此可歸屬於「行動期」。

編號 08 個案的主動討論行為表現在個人反思及與他人溝通的各面向。「個人反思」方面，受訪者在訪談中明確呈現了自己當時對於「是否讓病人做腸造口」、「是否讓病人接受安寧照護」以及「病人臨終照顧地點」等決策的思考歷程及決策考量間的取捨。「與病人溝通」方面，在「是否讓病人做腸造口」的決策上直接徵詢了病人的意願。在「與親友溝通」方面，積極協助主要決策者（即受訪者的先生）蒐集資訊、權衡不同選擇，並且以間接方式傳達決策給其他親友。「與醫療團隊的溝通」方面，受訪者也積極尋求醫療團隊在醫療資訊及專業判斷上的協助。除了在各面向都表現出較具體的溝通行動，編號 08 個案在病人臨終的整個過程中，也持續觀察病人變化、徵詢專業意見、檢討決策，因此其行為表現特徵可歸屬於「維持期」。

編號 05 個案在醫療團隊提出末期決策議題前已有自發的、可歸屬於行動期的預



立醫療計劃討論行為。此行為表現特徵在醫療團隊再次提出此議題後，並未有更進一步的表現。與醫療團隊的溝通僅以傳達過去的思考討論歷程以及決策結果為主，未有其他重新思考檢視、徵詢醫療團隊建議或者其他醫療資訊的意圖。由於未有持續性的反思與討論行為，綜合兩個時間點的討論行為特徵，仍舊歸屬於「行動期」。

## 第二節、受訪家屬之「預立醫療計劃討論」心理歷程特徵

研究訪談經主題分析，呈現與受訪者「參與病人之預立醫療計劃討論」行為表現有關的各層次心理歷程內涵如下。

### 一、受訪者對於預立醫療計劃議題的認識

#### (一) 對末期醫療決策議題的認識

研究資料中，受訪者對末期醫療決策議題的認識大致可分為兩類：

#### 1. 末期醫療決策是關於「危急時是否急救」的決策

第一類集中在照顧非癌症病患的受訪者（編號 02 ~ 07、09 個案）。當他們談及醫療人員提出末期醫療決策議題的方式，多能明確指向醫療人員於何時、如何傳達末期醫療決策議題。內容方面，這些受訪者對於此議題被提出方式的描述中，多半提及醫療人員指出當病人的病況出現變化（比較嚴重／情況嚴重／沒辦法了／要回去了／要走這條路的時候／年紀大了等）時，是否給予急救（或插管／裝呼吸器／積極治療／緊急處置）。這些受訪者的陳述如下：

「再一次中風可能就會比較嚴重啦。那比較嚴重問說他要插管嗎。她問他本人他說不要啦。」（編號 02 個案訪談資料）

「還曾經討論過在阿嬤情況嚴重的時候，是否要裝呼吸器或者插管。」（編號 03 個案訪談摘記）

「她（按：醫療團隊人員）問我我們的想法，如果真的是說她（按：病人）沒辦法了，有要急救還是選擇讓她安樂地這樣子回去。（編號 04 個案訪談資料）」

「阿公以後如果比較老的時候，如果要回去了送醫院，那還有沒有要做急救？醫生如果說沒辦法的時候，是不是還硬要給他急救？」（編號 05 個案訪談資料）」

「就是年紀大了嘛，所以為了避免她會受苦或什麼，就是盡量不以積極治療為主阿。以順其自然的方式，讓阿嬤這樣安然地走。所以醫生有跟我們討論。」（編號 06 個案訪談資料）」

「考慮就是說媽媽要走這條路的時候，媽媽的抉擇，就是要不要急救，就是這個樣子。」（編號 07 個案訪談資料）」

「先前大概是有提一下啦，提一下說如果是有緊急狀況的話，你們是不是需要做緊急處置？」（編號 09 個案訪談資料）」

## 2. 末期醫療決策是關於「一連串相關聯之醫療處置」的決策

第二類則在兩位照顧癌症病患的受訪者（編號 08、10 個案）經驗中觀察到。不同於前一類別，當這些受訪者談到末期醫療決策議題時，談論的切入點並非只是「急救與否」，而是包含多個相互關聯的醫療處置的決策。

編號 08 個案，受訪者及家人由於病人腸阻塞無法排便，首先面臨「是否做腸造口」的決策；考量病人病況及預後資訊決定不做腸造口後，隨即又面臨「是否接受安寧緩和醫療照護」決策；而考慮接受安寧緩和醫療照護，也就同時須考量

病人病況變化時是否施予急救的問題。編號 10 個案，受訪者及家人首先面臨是否讓病人接受標靶治療的決策；進行了六個標靶藥物療程後癌症再行復發，不適宜再做積極治癒性治療，受訪者與家人緊接著面臨疼痛控制方式、照顧地點等決策。

以下節錄的編號 08 受訪者經驗可呈現此種決策連貫發生的情形：

「那我們來這邊他也講說你現在這個情況很不好，現在醫師也不敢開（按：腸造口手術），現在開的話應該就會在手術台就走了，那也不可能開。我真的就很為難，那時候真的心裡還是有掙扎、有壓力。你一個決定錯，可能說是不是、對。……那個護理長跟那個醫生真的是觀世音菩薩，他跟我開了好幾條路。一個就是安寧的走法，有一種就是怕她腸子都破掉嘛，也許在手術台也會發生一些不好，他有好幾條路給我們走。」（編號 08 個案訪談資料）

從醫療人員立場，不論病人診斷屬於癌症或者非癌症，提出預立醫療計劃議題的用意應當都是協助病人及家屬思考與選擇整體治療照顧方針，而非僅著眼於最後階段是否給予急救。但從上述兩種對於預立醫療計劃議題不同的認識，推測在不同診斷或疾病病程類型，病人及家屬面臨各種醫療決策的時機及脈絡會有差異。非癌症病患的照顧者經歷的是病人相對穩定（甚至長期）的功能不良或失能狀態，照顧過程中病人可能因為突發的病症（例如，吸入性肺炎、呼吸困難等）而需就醫處置、甚至過世；癌症病患的照顧者，則是隨著病患的腫瘤侵犯而反覆經歷各種造成病患不適的生理症狀，終至多重器官衰竭過世。病人病程的差異帶來不同的疾病及照顧經驗，這對於受訪者投入預立醫療計劃討論方式的影響亦值得探討。

## （二）對急救及 DNR 的想像

### 1. 急救是什麼

提到急救，受訪者多半描述「急救的動作」以及「急救的結果」。「急救的動作」部分，有些受訪者僅能粗淺地提到其中一兩種操作，例如：

「急救的了解，就是插管吧！……作用就是、好像就是急救插管，灌東西吧！」

（編號 07 個案訪談資料）

「就是不電擊阿。一般都是電擊嘛、壓嘛、電擊。……（你的了解就是不做電擊，可能不壓胸這些的？）壓胸應該會壓，但是不電擊。」（編號 08 個案訪談資料）

但也有一些受訪者能較清楚地描述急救過程，例如：

「急救就是要做心肺復甦嘛！對不對？不行的時候你呼吸心跳有恢復就趕快送急診室，急診室又插管嘛！插管的時候就做 DNR 嘛，到最後不行的時候，就是直接機器去走，走多久的時間。」（編號 05 個案訪談資料）

「『急救』就是可能他有生命危險的時候，會插管治療。然後會一些急救的方法，電擊或什麼那些。或者是打什麼強心針那方面的。」（編號 06 個案訪談資料）

「急救喔，如果是已經呼吸停止的話，那只有是電擊阿。那如果是在家裡的話，那就做 CPR。那這些我們大家通常都有接收過一些這方面的資訊阿。那另外一個就是一些藥物的處理，比方說有強心劑這些。那這些大概處理完之後，那就給他一些比較高單位的補充。大概我想我們急救就是這些啦！靠他能、用這些比較極端的一些手段喔，讓他能夠是不是恢復得過來。」（編號 09 個案訪談資料）

「急救的結果」部分，在一般情況中，挽救生命是急救技術的重要功用，受訪者之中雖未有人直接強調這個部分，但仍在幾則陳述中間接提及，例如：

「我就是給他那個（按：應指急救），我也不可以眼睜睜看他在痛苦喔，沒有救他這樣。……就是說，如果他願意也是會給他那個就對了。」（編號 02 個案訪談資料）

「自己的親人、當然是自己的親人還是想急救啊，想把她挽回來啊，對不對？」（編號 07 個案訪談資料）

也就是說，對某些家屬來說「急救」在他們的認知裡是能夠免除病人痛苦、挽回其生命的處置。但也有更多受訪者對於「透過急救挽救病人」的可能性持保留態度，甚至認為機會是很低的。例如：

「那我們就跟他講喔，如果說能夠恢復，原則呢我們就繼續用，繼續積極治療，那如果說沒辦法的話，他是一個很自然的狀態之下，我們就希望他好好地走。」（編號 09 個案訪談資料）

「急救一般我可以講啦，讓一個人再恢復正常的機率真的很低啦！……除非真的是奇蹟啦！……可是說真的，哪有那麼多幸運阿。……嗯，一般我們認知上的急救、為什麼要急救？就是不行了阿。除非你出車禍那種急救又不一樣。……因為出車禍需要急救，可能就是像我講的，他可能只是一個地方壞掉，肝臟破洞阿什麼，那可能好的機率還是很高阿。問題就是……像你說她躺在床上這種生病的人，那種急救一般都是病危。……救回來的機率也低，救回來好的機率更低。譬如說像你救回來的機率可能只有 20 趴，或 10 趴，問題說救回來復原的機率可能只剩下一趴。」（編號 04 個案訪談資料）

或者除了認為急救無明顯延長病人生命的效益，更將急救處置與後續病人負面的生活品質或者照顧負擔做了連結，例如：

「他們年紀也大了阿，氣切就是拖時間而已啊！」（編號 01 個案訪談資料）

「因為這樣（按：急救）後續家人可能要付出更多心力然後精神陪伴這個病人的過程，會比較長。」（編號 06 個案訪談資料）

「因為我們都知道，然後我們就說、姊姊想了之後我們就說不要（按：急救），那也是折磨啦！我媽媽一直跟我們講說讓她能夠不缺東西回去最好。不要東一塊西一塊不見了她也不要。」（編號 10 個案訪談資料）

整體來說，受訪者對於急救技術的做法與效用不見得都有非常完整的掌握。儘管「挽救生命」應是一般人對於急救功能的基本認識，但本研究在末期醫療決策議題的訪談脈絡下談論「什麼是急救」，僅兩位受訪者在陳述對急救議題的原始態度時約略提到此功能。受訪者多是直接在腦海中連結生病家人的病況、生理狀況等條件因素，而對急救的結果做出各個負面結果的陳述，較少考量急救在某些情況下也可能挽救病人生命。這使得他們儘管對於急救技術的了解未必十分周全，仍能很快地對「是否適合給予病人急救」做出判斷。

另一方面，兩位間接提到急救之挽救生命功用的受訪者，其陳述中透露了對末期醫療決策議題的一種「不救可以嗎」的直覺反應，或許也呈現了部分家屬在投入此類議題討論上的準備狀態。

## 2. DNR 是什麼樣的決策：病況危急時才做的決策

雖然 DNR 決策是預立醫療計劃的一環，醫療團隊也盡可能提早與病患及家屬討論此議題，但對部分受訪者而言，DNR 決策應當是在病患臨終時做的決策。例如，編號 04 個案提到雖然病人、家屬以及醫療團隊已預先對末期醫療決策進行溝通、形成共識，但最終在病患遭遇臨終那一刻，家屬仍需在當下再做判斷。該受訪者說：

「反正就是，她也跟我講說，其實這種東西她也沒辦法決定，最後也是我決

定。……像我們講的，急救，你要不要活，也是小孩子這樣子，醫生最後還是要問家屬阿，他不是問當事者阿。（喔，你的意思是說，在真正最後那一刻嗎？）做決定的還是我們家屬阿，不是她本身。」（編號 04 個案訪談資料）

編號 05 個案有類似的想法，同樣提及在臨終當下需再思考是否急救的問題。該受訪者說：

「（那您本來了解的，什麼情況之下會用到 DNR？什麼情況之下我們就會考慮到這個時候要不要急救？）當下阿。（當下，您指的是說……）那個也沒有辦法去說，那個也是要遵從醫師的意思。……那個就是變成說要專業來判斷。」

（編號 05 個案訪談資料）

關於 DNR 決策的時機，另有受訪者認為，當病人病況尚未面臨生死關頭，並不一定有討論是否放棄急救的空間或需要（編號 02、09 個案）；過早的討論時機可能引發病人及家屬「被放棄」的感受（編號 09 個案）。編號 09 個案的陳述是：

「我認為是喔，真的是人到了緊要關頭，你簽那個（按：DNR）才有意義啦！如果說你一進去住院，那有一些狀況還不清楚之前你就簽那個東西，我認為那個是沒有意義啦！我講一個更難聽的話，那個好像是推卸責任，人家、一般人也會感覺這個樣子，感受這種情形、這種現象。那如果說你真的喔，進去醫院之後各方面的醫師判斷真的是對病人來說並不是很樂觀，但是還有救、但是不是很樂觀的話，那你簽那個東西我想對雙方都比較有意義啦！（您會覺得說如果那個身體狀況不是那麼危急的時候，那我們就去簽……）時機好像不太對阿。……你幹嘛要我簽？不是我放棄，是你要放棄？呵呵，會有這種存疑阿。」（編號 09 個案訪談資料）

即便是提早討論了，也有受訪者認為預先設想的臨終情境與真正的臨終情境

無法類比，有一些關鍵因素是需留待病患臨終時再確認判斷的（編號 04、05、09 個案）。例如，編號 05 個案說：

「因為那個（按：病人臨終情境）叫做大變嘛！大的變化的時候，人當下沒有辦法去做抉擇，你會亂了方寸阿。講得比較快，會亂了方寸。那你要怎麼樣去做？其實我跟爸爸媽媽溝通這個 DNR 的時候，如果很不幸到那天的時候，其實心裡面也是會惶恐阿。所以說為什麼你剛剛提到在什麼情形下會說不要再急救了，我會跟你講說是醫生去判斷。」（編號 05 個案訪談資料）

上述看待 DNR 決策時機的方式（即認為 DNR 是臨終當下需進行的決策）可能也反映在受訪者對預立醫療計劃文件的看法。編號 01 個案提到，雖然已完成病人之預立醫療計劃決策以及正式文件簽署，但後續幾次因病人病況變化而就醫時，受訪者都未隨身攜帶文件，因而重複簽署。此舉可能透露了受訪者未必將「簽署 DNR 文件」與「DNR 主張」等同視之。對 DNR 文件功能的陌生，同樣在編號 02 個案的經驗中觀察到。另外，編號 08、10 個案則是雖然自身非常認同 DNR 理念，但卻不太了解可透過「預立不施行心肺復甦術意願書」的簽署確保其主張的傳達。

### 3. DNR 是什麼樣的決策：符合社會期待的決策

受訪者對 DNR 的認識雖然多從自身經驗出發，但也有些角度是擴及社會層面的。例如，有部分受訪者提到，為末期病患簽署 DNR（或選擇接受安寧緩和醫療照護）的考量之一是避免醫療資源浪費（編號 05、06、08、10 個案）。例如，編號 08 個案說：

「對阿，那你不能醫的也不用硬醫。醫那個給健保花那麼多錢，也不好，過得那麼辛苦又怎麼樣，也對孩子也是一個負擔，還不如大家留一個好印象。我希望讓我自己走，心不會再亂掉，很正確這條路，也不要讓孩子那麼多負



擔。而且我們學佛不可以自殺，所以安寧的走法是最好的方式。」(編號 08 個案訪談資料)

另外，編號 05 個案認為現今社會風氣及價值觀轉變，DNR 的觀念符合現今的生死觀，是時勢所趨的選擇。編號 05 個案的陳述是：

「那個時勢所趨。我剛剛就跟您報告過，以前就是要求土葬阿，風水地理要很好阿，那個墳墓要很大阿。那後來改成要火葬，以前長輩說到火葬，子女真不孝。隔壁的人他不會講，你的親戚朋友阿姨『這個不孝，火燒會痛阿』。那現在你看一下，流行到樹葬、海葬，是這樣子。(您覺得社會的變遷，到現在不像以前是很不能被接受的。現在自然而然地會覺得說生命就是這樣子，像是，讓他自然地走，你舉說像樹葬阿這些，都是現在可以被接受的。)對……像我們這個、阿公阿嬤那一代，大概都是我們在奉養嘛，那講比較好聽叫奉養，我們也責無旁貸。……像我們這個歲數的，大概都有這個想法。想說幹嘛？就是 DNR 了，還幹嘛？」(編號 05 個案訪談資料)

然而雖有上述體認，編號 05 個案也認為快速變動的社會趨勢與個人對 DNR 議題的體認之步調不一，可能為個人帶來決策的壓力。他的兩段陳述是：

「對阿，所以這個叫作勢所必須嘛！我說的就是這個速度會越來越快。以前哪有可能要 DNR，你給我救，多少錢我來花，救回來就對了。現在不是嘛！現在用表格化了，今天來先簽一簽，術後手術風險啦、DNR 啦，變成是一種必須的程序，所以你們這個世代會越來越快。」(編號 05 個案訪談資料)

「這最後會變成怎樣你知道嗎？變成如果我住院，住院的時候如果我 70 歲了，我可能是小感冒併發一些比較不好的症狀，他們就會請你簽，要不要做 DNR。你們現在應該有這樣子吧？有嗎？」(編號 05 個案訪談資料)

### (三) 對末期決策議題溝通的認識

#### 1. 末期決策議題溝通的必要性與功用

大致上，受訪者對於溝通末期醫療決策議題均未持反對態度，較被動觀點是認為這是早晚會遇到的議題，所以提出討論並無不可。例如，編號 04、05 個案說：

「我覺得這種東西（按：末期醫療決策討論）本來就是、只能講算是現實層面的東西。……總歸一句話就是很現實的問題阿，你早晚就、每一個都，你應該說只要家裡有這種人，就一定要面對。」（編號 04 個案訪談資料）

「（你最初怎麼會想到去討論這個事情？）要討論阿，包括他們以後要火葬還是土葬阿，要進塔還是不要進塔阿，是要樹葬還是海葬還是放水流，都有討論阿。（不一定每個人在一開始會自己想到這個議題。那聽起來你是自己很有意識地說這個要先討論跟了解。）當然，這個是人生必經的過程阿。」（編號 05 個案訪談資料）

有些受訪者也提及「事先進行末期決策議題溝通」的功用，例如，幫助思考、確保病人自主（編號 04 個案）、協助家屬做好心理建設（編號 05 個案）、消解家屬間未來可能的紛爭（編號 06 個案）。受訪者陳述的內容如下：

「有些人他可能會覺得有差別的地方就是，他們可能沒有考慮到這種問題。他們也不會去想這種問題。」（編號 04 個案訪談資料）

「對她（按：病人）來講就一定會有差。……就至少讓她知道，讓她可以自己選擇的權力阿。……先自己規劃自己以後，她真的遇到她自己到底要選擇哪一種方法。」（編號 04 個案訪談資料）

「其實這是一個心理建設啦！對家屬，不是對病家，是對家屬。……建設他們說你這個人走到最後面的時候，你硬把他救回來，那個是長輩也痛苦的。」



(編號 05 個案訪談資料)

「而且有時候家人也會很多、也會常常因為意見不同，然後因此又有爭執，然後我覺得會有很多家庭糾紛，彼此之間的感情也會因此產生一些裂痕。……都是大家共同決議的話，事後也比較不會有那麼多的紛爭吧。」(編號 06 個案訪談資料)

## 2. 決策的不變動性／決策就是溝通

部分受訪者雖然認同末期議題溝通之必要，但此「溝通」之意義偏重「完成決策」，而非溝通過程中不同意見的交流、整合與討論。這樣的想法表現於編號 01、05 個案：受訪者在團隊提出議題前，便自覺已與病人及（或）家人形成共識，因此傾向直接告知醫療團隊「決策結果」，而非與之討論。在其他受訪者身上也觀察到初步決策形成後，鮮少有受訪者主動重啟議題討論。

僅在兩位照顧癌症病患的受訪者（編號 08、10 個案）之經驗中觀察到決策的變動性。這兩個案例中，病患之末期病況有較多起伏變化，受訪者也因而展現較多對決策的反覆思考或討論。

## 二、受訪者的預立醫療計劃有關價值觀

受訪者對於生死病痛、孝順，以及善終等方面的價值觀，是在研究訪談中經常浮現的。以下分別呈現所觀察到的主要內涵：

### (一) 孝順

#### 1. 孝順是盡力救治父母

十位受訪者中，有七位是病人的子女，另外有一位是媳婦、一位是孫女。傳統觀念中，為人子女面對父母的健康問題，直覺上會有應當盡力救治的想法；認

為不應輕易顯露出放棄、缺乏積極照顧與維持父母生命的態度。此點在編號 07 個案對於「向病人提起末期醫療決策議題」的看法中可觀察到。受訪者說：

「作女兒的不可能跟媽媽談這個阿（按：DNR 決策），談這個人家認為說，好像要媽媽趕快死一樣。……就老人家會認為，我女兒為什麼我現在好好的就跟我談這個事情，好像想我死一樣。……這個每個人家裡我看老人家都會有這個想法，對不對？自己的小孩子跟媽媽談這個事情的話，一定不行的，會有這種認為阿，對不對？」（編號 07 個案訪談資料）

儘管 DNR 議題是擺放在「病況已不可回復」的前提下進行討論，對編號 07 個案而言，與母親談論放棄急救的可能性還是牴觸了為人子女對待父母生命應有的態度。

此種盡力救治父母生命的想法，有時反映的不只是為人子女勉力符合社會期待，也可能是子女盡力珍惜與父母僅有的相處時光、體會親情。例如，編號 10 個案提到，母親接受其請求進行化學治療延續數個月的生命，雖然明瞭母親需承受治療為身心帶來的負擔，但仍非常感謝與珍惜這段多出來的相處與記憶。受訪者說：

「其實媽媽這樣一路走來，我真的很感謝你們這些醫療人員，也很感謝我媽媽多這 11 個月，讓我們家的孩子能夠對我媽媽更進一步的認識。……我不知道我媽媽什麼樣的感覺，但起碼我一直跟我媽說：『我不會把你遺棄。』所以，真的很感謝媽媽讓我重新認識所謂的『愛』。真的，以前不了解。我快 50 歲我還不了解什麼叫作『愛』。」（編號 07 個案訪談資料）

## 2. 孝順是避免父母承受痛苦

除了「盡力救治父母」，「避免讓病人承受過多痛苦」是受訪者更常提到對 DNR

議題的考量。在末期醫療決策的脈絡下，此「痛苦」是指過多的醫療介入帶來的身心折磨，減損病人的生活品質。編號 04 個案從過去觀察他人搶救長輩生命、造成長輩承受更多折磨的經驗，反思在末期醫療場景中過多醫療介入與「孝順」的關聯。受訪者說：

「隔壁間的有一床，他兒子就說硬要把他爸爸救回來。反正就是硬急救，這裡不行就送他轉院。他老爸活得好痛苦喔！……我真的是有那種感覺。我說這個不叫孝順，你真的在虐待他。」（編號 04 個案訪談資料）

綜合以上，「孝順」在末期決策議題溝通中是重要的價值觀。然而，欲探討其對決策考量以及溝通歷程的影響，除了了解個人抽象的觀念內涵，更不能忽略這些觀念應用於實際情境中的具體展現。

## （二）生死病痛

### 1. 生死是必經之途：末期決策議題是早晚需要面對的

談到對於末期決策議題的想法，受訪者經常提到「生死是必經之途」，例如，編號 02 個案說：「生老病死是人人都這樣，這條路都人人要走的」；編號 04 個案說：「我覺得說人本來就是這樣，早晚都會遇到的，不管是誰都一樣阿。」；編號 07 個案說：「老人家都要走這條路的嘛！對不對？都要回老家的嘛！」。這個想法展現了個人對末期決策議題的接納態度，也說明了多數受訪者雖然沒有主動提起預立醫療計劃議題的動機與行動，但在議題被提出時能夠理解、配合。編號 04 個案便提到，由於體認到生死為必經之途，而認為應坦然面對現實。該名受訪者的兩段陳述是：

「我覺得說看開一點面對，就是這樣子阿」、「反正結論就是很簡單啦，我覺得人還是要現實一點。你不能說存在太多幻想。……現實的考慮就是像我講

的，沒辦法救回來，也是這樣走阿。放手，放手會比較好一點。」(編號 04 個案訪談資料)



## 2. 生死是天的安排：做好當下的照顧即可

與上述接納態度相近的觀念還有「生死是天的安排」。編號 02 個案以及編號 06 個案皆有類似的表達：

「我們走這條路本來就是這樣阿，老天爺在安排，他沒有說我們很想走，他沒有可能帶你走；你不想去，他偏偏要帶走。」(編號 02 個案訪談資料)

「一切自有天意的安排。……我是這麼覺得的。那如果她在那邊受苦，我也希望、要是我就是有時候會在床頭跟他們說，老天爺就趕快把他們帶走。」  
(編號 06 個案訪談資料)

個人在心中將未來的可能變化以及遭遇交給上天，相信上天會有所安排，順應此想法衍生的是專注在當前病人的照顧。例如，編號 02 個案以及編號 06 個案分別表示：

「我們就盡量做，不要害人、不要想什麼，什麼都可以做。……我盡量照顧好，不要說都沒在管他、沒有幫他準備三餐，任由他吃兩次。我都照時間，現在說如果我去到朋友家，比如說去人家家裡聊天，時間到我就回來了。」  
(編號 02 個案訪談資料)

「就是看待這類事情，滿淡然的。……不會有太大的反應，會覺得該怎麼樣就是怎麼樣，也不會說強求或者是什麼的。」(編號 06 個案訪談資料)

此種生死觀以及衍生的對當下照顧的關注，在參與病人的末期決策議題溝通時也可能影響個人對於其他方面積極作為的關注與動機。

## 3. 人生無常

兩位受訪者（編號 05、09 個案）也提到「人生無常」。此觀念促使編號 05 個案自發地向病人及家人提起預立醫療計劃議題。他的陳述是：

「你們下一餐要吃什麼你知道嗎？就當下嘛，不知道吧！你下一秒鐘要發生什麼事情也不知道。等到這個階段、一定會經過嘛，等到這個階段的時候你沒有辦法自主的情形下，由晚輩幫你做這個簽署的時候，這個痛苦還是、應該是痛苦佔比較大的比例阿。（你主要跟父母傳達的觀念是什麼？）人生無常。」

（編號 05 個案訪談資料）

編號 09 個案雖未自發地提出預立醫療計劃議題，但「人生無常」的想法使其調整認知，在看待照顧過程中可能遭遇的變動以及必然面對的末期決策議題時，都能適時放下。他的陳述是：

「人喔、生老病死這個問題喔！其實人家說的無常，什麼時候要發生什麼狀況其實都沒辦法預期啦！所以你還是要當下就是要放下啦！你如果沒辦法當下放下，你再去做一些瑣碎的事其實對自己本身也好，對第三者、其他家庭的成員來講，都不是很正面啦！」（編號 09 個案訪談資料）

#### 4. 長輩的死亡觀念

末期醫療決策除了考量疾病的救治、病人生活品質等因素，長輩既有的生死觀念也是受訪者參酌考量的重點。編號 05 及 08 個案都分別提及「死亡後保留全屍」的觀念：

「我們這一代，我跟你爸爸也差不多歲數，大概的想法就是這樣子。所以會鼓勵長輩阿（按：接受 DNR），當然我是不敢叫他們要做什麼器捐啦，那個我還是不敢。（你覺得差別在於？）在於他們要全屍。」（編號 05 個案訪談資料）

「那時候的評估說，不做的話大便已經出來，我們會像以前一樣……可以幾個月撐下來就這樣了，不要帶著那個造口讓她走。那個心態是，我們的觀念都是保持一個全屍的感覺，還是有一點固執那個感覺。」(編號 08 個案訪談資料)

另外，期望在自己熟悉的家中往生，也是受訪者(編號 08、10 個案)曾提及的長輩對於生死議題的觀念。例如，編號 10 個案的描述是：

「阿嬤又想說要回家，她一直跟我講：『老人家不要死在外面。』……因為她就說，自己有家怎麼可以在外面。」(編號 10 個案訪談資料)

### (三) 善終

受訪者對於「何謂善終」的想像可能連結末期決策議題溝通中的目標設定。受訪者之中，比較明確陳述這方面想法的是，編號 01 個案認為「好死就好」：

「自己也會走啊。走就走了阿，就是這樣。我也自己時常講，就是好死就好了。……所謂人沒有不會死的嘛！(您的「好死」的想法是什麼?)沒有什麼痛苦阿，最後自自然然地走了，就是這樣。沒有、有些人太痛苦了才走，拖了一段時間才走。」(編號 01 個案訪談資料)

以及編號 08 個案認為「善終在於心念上能夠放下」：

「『善終』其實就是你心裡放下，不會恨任何人，這樣其實就是『善終』。……(那像身體上的那些不舒服呢?會是你考慮的嗎?)那個應該會有煩惱，因為太痛的話真的會有煩惱，要承受得住的。」(編號 08 個案訪談資料)



### 三、過去經驗的牽連

訪談中觀察到與預立醫療計劃討論有關的過去經驗主要分為三個方面：自身參與末期決策經驗、他人末期治療的替代性經驗及照顧經驗。



#### (一) 自身參與末期決策的經驗

十位受訪者中，有四位（編號 01、06、08、09 個案）過去曾為其他家人進行末期醫療決策。整體來說，過去參與末期醫療決策的經驗皆某種程度影響了這些受訪者如何應對此次病人的末期醫療決策溝通。這些經驗皆構成某種認知上的準備性，影響不同溝通面向的行為表現。

編號 01 個案與手足在早年父親（病人的先生）病況危急時曾進行過末期醫療決策與討論，並且在當時一併對病人未來的末期醫療決策形成初步共識。在此，「自身參與末期決策的經驗」影響的可能是受訪者的「個人想法及主張形成」以及「與親友的溝通」等面向。經由過去的決策經驗，編號 01 個案與手足已就彼此對於父母之末期醫療決策的態度交換意見，雖未直接面臨或者主動於醫病互動中啟動病人的末期決策議題，但在醫療團隊提出決策議題的當下，受訪者可立即表達自己的主張，對於手足間的共識雖然未再經過討論確認，但也可直接表述。推測這些主張及共識在過去經驗中已逐漸醞釀。他的陳述是：

「後來就是有討論到(按:是否急救的議題)。就是老爸生病之後就有討論到。爺爺住院的時候，住了好幾次，都就是很大的危機。那每一次都治好了回來，就是這樣。我們都沒有給他急救阿、氣切阿之類的東西。我們也決定、奶奶發現了有，我們也主張不要給她……」 (編號 01 個案訪談資料)

但另一方面，也可能正是因為在議題正式提出前有這些主張與共識的醞釀，使得受訪者於議題正式提出當下，不會有依據新的資訊以及對象（例如，醫療團

隊)重新思考討論的意圖。他的陳述是：

「(再來到了奶奶生病的時候，還有再特別討論過嗎？還是就……)也沒有什麼討論。(就覺得好像就是這樣的共識?)對阿，有這種共識啦！就覺得、像 S 醫師提出來，我就立刻講啊，我就說奶奶也……」(編號 01 個案訪談資料)

在編號 06 個案以及編號 09 個案，同樣觀察到「自身參與末期決策的經驗」對受訪者「個人想法及主張形成」的影響。編號 06 個案過去曾參與父親及兄長之末期醫療決策(父兄皆長年因病反覆進出加護病房)，具體感受病痛對罹病之人的身心折磨，由此累積出「簽署 DNR 以避免病人承受過多病痛折磨」的主張。編號 09 受訪者的母親(病人的妻子)過去也在病況危急時反覆進出醫院，並曾有末期醫療決策的討論。編號 09 個案認為，這些經驗使他在面對病人的末期醫療決策議題時，能較快掌握議題全貌以及需要顧及的面向。他的陳述是：

「之前我在照顧我媽媽的時候同樣有這些問題(按：末期決策議題)存在，所以講一個比較粗俗的話就是，有一次的經驗去面對這些問題的時候會比較坦然一點，就知道後續應該要怎麼處理。……影響應該是，在我們比較需要去了解的部份，你先得到一些資訊之後，那我們下決定會比較快，不然懵懵懂懂不曉得到底是怎麼做才對。」(編號 09 個案訪談資料)

另一方面，在編號 08 個案觀察到的是，「自身參與末期決策的經驗」使受訪者調整「與親友的溝通」之方式。過去在家族中受訪者曾因為負責為公公(病人的先生)簽署 DNR 同意書而遭親屬責難，此經驗使受訪者在本次病人的末期醫療決策中改採間接方式與小姑們(病人的女兒)溝通；並在決策中退居二線輔助先生蒐集資訊及思考各種選擇，避免成為唯一的主要決策者。她的描述是：

「一大堆的責備，因為再怎麼做人就是救不活阿，一定會被責備的阿。而他

又是那麼痛苦，每一個來罵都是有情緒、頭先我會覺得那是一個情緒出口，我現在覺得越來越不對，因為換成我自己過不去。我公公走了之後我的白血球直接掉。」(編號 08 個案訪談資料)

「(其實您也可以、您也在中間有機會表達您的意見，不過您會覺得說那個決定要讓先生來做?)其實都是我把醫生講的每一個整理好再跟我先生講，那我以我要的東西我講得很詳細給他聽。……我公公我做決定我就被罵得很慘阿。所以這次我就不理，我說我不理，該我做我就做。」(編號 08 個案訪談資料)

## (二) 他人末期治療的替代性經驗

觀察他人接受末期急救或者積極性治療是受訪者的普遍經驗。不論是從親近的家人(編號 02、06、08、10 個案)或者素昧平生的病友(編號 03、04、05 個案)身上，這些經驗在受訪者的眼裡多半是為病人帶來更多不必要的折磨。有關的陳述包含：

「我自己的媽媽，她插管也是插將近一個月。很痛苦啦！一直比這樣，一直比這樣(按：搖手表示不要)(你感覺她自己是很痛苦，不想要這樣?)想也知道，一定很痛苦的阿。那個管子那麼長，插得那麼裡面」。(編號 02 個案訪談資料)

「都做了，已經救了還要怎麼救?都不行，那個藥都打不進去。血液一打進去就全部都拉掉了，不行啦！我說『那就、你們放棄吧！他根本就很苦啊，真的不行，你看他吐到』我公公是痛到死。所以我對那個安寧我真的、他們叫我出來，你隔著那個很厚的鐵門，你還聽到裡面唉到不行。」(編號 08 個案訪談資料)

「因為像我在醫院的時候看過隔壁間的有一床，他兒子就說硬要把他爸爸救回來。反正就是硬急救，這裡不行就送他轉院。他老爸活得好痛苦喔！我真的是有那種感覺。我說這個不叫孝順，你真的在虐待他。其實他家裡有很多人大部分都已經選擇要讓他安樂了，就剩兒子不放棄。」(編號 04 個案訪談資料)

「生老病死真的看很多，你怎麼救都救不回來阿。……在急診室裡面二三十天，那個早就活不了的。……有親身看過阿，家屬就是不捨。越來越差，整個都是水腫了，那個等於點滴一直吊，水腫了。回到家拔管那個就是從那針孔那邊冒水出來。那個都已經，怎麼講？那個人早就已經沒有意識的情形之下，你還硬撐著幹什麼？」(編號 05 個案訪談資料)

### (三) 照顧經驗

本研究的所有受訪者都是病人的主要照顧者(或主要照顧者之一)。訪談資料發現照顧經驗與受訪者「參與病人之預立醫療計劃討論」的方式有幾種關聯。

#### 1. 照顧病人使受訪者較了解病人的末期醫療決策態度

第一種形式是，較豐富的照顧經驗使受訪者較其他家人了解病人的病況及態度(編號 01、03、04、06、08、09、10 個案)。這使得部分受訪者即便過去並未直接確認病人末期醫療決策意願，但在病人已無法表達意願後，也能夠較有信心地推論病人的可能態度(編號 01、03、06、09 個案)。

#### 2. 照顧病人使受訪者在病人的醫療決策上擁有較多權力

另一方面，也有部分受訪者由於擔負照顧責任而在(部分)醫療決策上自覺掌握較多權力。這個權力感受可能來自家屬實質上的授權，例如，編號 09、10 個案表示其他手足從平常對受訪者照顧情形的了解，皆能尊重其對於病人醫療處置

的決策。

「我們不定期地都會把我大概一個狀況喔，像我妹妹她們都會打電話回來問。或者是如果有比較異常的話，我都會打電話說現在爸爸怎麼樣讓她們知道。……然後問問她們一下你們看法怎麼樣。她都會說：『姊姊哥哥決定就好』。……她們就授權，呵呵呵。」（編號 09 個案訪談資料）

「其實講實在話，以這樣來看，因為阿嬤都是我在帶的，所以姊姊還滿相信我對阿嬤的了解、那個病況。所以姊姊就比較不會跟我去爭執些什麼，只是說會有爭執就是在化療那種重大決定的時候。」（編號 10 個案訪談資料）

權力感受也可能來自受訪者個人主觀判斷，例如，編號 03 個案及編號 04 個案，都提到因為自己負責照顧病人，相較於其他手足比較了解病人的狀況，會進而認為某些醫療決策由自己逕行決定即可，預料手足不會有反對意見。有關的陳述是：

「（您在做這個不裝鼻胃管的決定時，是否有跟其他的姐妹討論？）沒有，也不需要。因為阿嬤都是我在照顧，已經七八年了，所以這個由我決定就可以，他們也不會有意見。」（編號 03 個案訪談摘記）

「其實我哥哥他們應該這樣講，最後還是會聽我的，因為我最了解狀況。」  
（編號 04 個案訪談資料）

### 3. 照顧的辛苦削弱受訪者考量親友意見的意願

另有四位受訪者（編號 04、06、08、10 個案）提到親身照顧病人的細節繁瑣且耗費心力，其辛苦往往不是其他家人能夠體會；從照顧經驗中衍生對病人需求、末期生活品質的了解，也與家人的觀點有落差。若家人之間尚有對照顧方針或決策方向不一致的意見，更會造成受訪者額外的心理壓力。這些經驗感受使得部分受訪者在思考病人的末期決策時，傾向刻意減少對部分親友之意見考量（編號 04、

08 個案)。

「(聽起來照顧的過程中，不只是做末期的決策，好像整個照顧的過程中，你會覺得親戚朋友他人的想法其實……)我不會去理。講大家都會講啦，真的遇到事情，像我現在阿，我舅舅他們、我姑姑她們，或者是阿姨她們講說媽媽怎樣怎樣，你要怎樣顧怎樣顧。……我說不需要跟我講，我會覺得一個很現實的層面，人不是你們在顧的，你們完全不知道狀況。顧的人那些辛苦，你們也不知道。你們可能覺得看起來很簡單，顧的很簡單嘛，整天就待在旁邊而已，也不用做什麼事情，反正就是閒閒在那邊，又不用出去淋雨阿。其實我覺得說，顧的人其實真的滿累的。」(編號 04 個案訪談資料)

「就是七嘴八舌，幫不上忙，只會搗亂，我覺得很討厭。(感覺說如果溝通了可能還會更多麻煩?)對阿，因為從來以前我就是覺得說你們有好的方法就做出來，我們配合。本來就是我們在照顧嘛，你一定要想辦法，就是逼人阿。……就是一個監督跟批評的角色，這個女兒都是這樣子阿。我們還是有一個很大的溝啦!奶奶也一樣，跟我有很大溝。照顧的人一定被人家批評阿。」(編號 08 個案訪談資料)

#### 4. 病人的晚年照顧規劃成為思考末期醫療決策主張的脈絡

編號 01 受訪者多年前與手足主動為父母(病人及病人先生)規劃晚年照顧事宜，包含由誰負責照顧、照顧居所選定、保險規劃、後事安排等。訪談資料中發現，末期醫療決策議題雖然不是由受訪者主動提起，但在上述的照顧規劃及執行過程中，受訪者與手足逐步掌握病人對於生死的坦然態度，並醞釀對病人末期醫療決策的共識。換言之，編號 01 受訪者是以病人的晚年照顧規劃為脈絡，來思考末期醫療的決策。

#### 四、關係與角色認定

從研究資料觀察到，受訪者對參與預立醫療計劃討論的不同成員（包含病人、自己、其他親屬，或醫療團隊人員）有不同的角色認定。角色認定賦予各個角色在溝通討論中不同的權力、限制以及責任義務，進而影響溝通討論行為。

##### （一）病人的意願為優先考量

在所有角色中，若病人的認知狀態仍允許他們溝通表達，則受訪者（及其家人）基本上會把病人的意願放在最優先的位置，儘管有時受訪者自己的主張與病人並不一致，也會傾向修正自己的想法以配合病人意願（編號 02、07 個案）；或者至少透過溝通、請求使病人認同自己的主張（編號 10 個案）。若病人已無溝通表達能力，受訪者與家人在進行決策時，也多盡可能考量病人可能的意願（編號 01、03、09 個案）或者福祉（編號 06 個案）。

##### （二）受訪者依自己的角色身分決定是否主動討論

除了病人本身，受訪者自身是最直接涉入病人末期醫療決策溝通的角色。受訪者經常因為與病人親近的親屬關係（例如，親子、夫妻）以及身為主要照顧者的照顧經驗，而被賦予較大的權力，但同時也擔負較大的責任。這對於部分受訪者來說可能是種壓力，例如，編號 07 個案是病人身邊唯一的親人，被期待擔負溝通責任；但由於親子之間直接溝通此議題違背了受訪者的孝順觀念，因而感覺壓力、抗拒親自與病人溝通：

「我不可能去談這個事情（按：DNR 決策）。就老人家會認為，我女兒為什麼我現在好好的就跟我談這個事情，好像想我死一樣。老人家會有這個想法。」

（編號 07 個案訪談資料）

但也有受訪者體認自己在關係以及照顧角色上的優先性，主動擔負溝通任務。

例如，編號 04 個案說：

「她說她同意，也簽了。那我跟她講說：『我哥哥那邊我會跟她們講，講你的想法啦！』……（在跟伯母討論共識之後，您就是告訴兄弟們這個決定。會去考慮到他們的意見嗎？）其實我也會跟他們溝通，就算他們不願意我也會跟他們溝通。我會講給他們聽。」（編號 04 個案訪談資料）

但若受訪者與病人的關係並非最親近的親子或者配偶關係，則在決策過程中主張的表達以及溝通會比較迂迴或者受限。例如，編號 06 個案為病人的孫女，她提到：

「我的角色喔，就配合辦理。以他們、因為那畢竟是奶奶的兒子女兒，他們的意見為主。那如果他們沒有什麼意見，我們當然也不會多說什麼。」（編號 06 個案訪談資料）

又如編號 08 個案是病人的媳婦，她表示：

「對老人家我不能說我放棄我不治療你，對不對？我不能這樣子做。所以你開了一條路給我走，我就順瓜摸藤地上去，把這好的訊息給我先生曉得。……因為這個（按：安寧緩和醫療照護）就是放棄治療嘛！那覺得說別人的媽媽你怎麼可以這樣子？我是媳婦不是女兒，我沒有那麼大的權力。」（編號 08 個案訪談資料）

### （三）其他親屬依親疏遠近分享參與權力

受訪者看待親友參與決策的權力，是以病人為中心隨著親屬關係遠近向外擴散而逐漸減少。多數受訪者是病人的子女，雖然因為相對於其他同輩手足付出較多的照顧心力，使其在實質的醫療決策上有較決定性的角色，但面對攸關生死的末期決策時，參與決策的權力仍舊會在某種程度上分享給其他手足。例如，編號 03 個案說：



「在與團隊討論完以後，我有跟其他姐妹告知這個事情。這是一定要的，因為父母是大家的。大家聽了之後也都了解、認同。」(編號 03 個案訪談摘記)

顯示即便溝通討論的過程未必邀請手足全程參與，「告知」及「取得認同」仍是基於親子關係不可省略的部分。但若此關係再往外擴及其他親屬（例如，病人的兄弟姊妹），則其意見的優先性便減低，這時受訪者即便感受到來自親友的期待、要求，但未必會認為自己有責任回應。例如，編號 04 個案說：

「因為我覺得這種事情的話，就是親戚只要知道我們做的決定就好，他們沒有那個權力去干涉到我的決定，因為父母是我的，我是她兒子，我是直系的，你們這些都不算是直系的，你們無權。」(編號 04 個案訪談資料)

#### (四) 對醫療團隊的角色期待

受訪者對於醫療團隊在末期決策議題溝通上的角色界定，多半出自醫療團隊的專業背景。有些受訪者認為，雖然決策的主體是病人及家屬，但某些臨床狀況的判斷必須仰賴醫療人員進行，例如，於病人臨終時判斷給予急救的可能結果，編號 04、05、09 個案都曾提及這點，因此醫療團隊在病人的末期決策議題上仍是不可缺少的角色。

編號 09 個案更提及醫病雙方在相互關係上應本於信任，各司其職照顧病人且相互尊重，才能圓滿處理末期醫療決策議題。受訪者的陳述如下：

「我是一直認為這個東西（按：DNR）是處理一個病患的過程啦！當然大家都有權責啦，不管是醫也好，病也好，各方面在立場上都不一樣。我是認為那個是一個尊重啦！是一種尊重啦！當然你不能講說你簽那個東西你就是要我死要我怎麼樣。在醫方的立場來講當然也是盡力，對不對？總不希望那樣人就不救阿，對不對？不可能阿，對不對？（所以您這樣講的意思是說，有

時候會有一些人可能聽到這個東西的時候……) 不理解啦! (會有一種覺得說是不是你就不救我了?) 被放棄了。」(編號 09 個案訪談資料)

編號 09 個案的上述看法也指出了從家屬的立場, 他們對末期決策議題溝通的感受與回應, 有時是扣連著醫療團隊處理病人的態度。當醫療處置的理念未能適當傳達、取得理解, 便可能使病人及家屬有被醫療團隊放棄的誤解, 更不利後續處置與溝通。

### 第三節、「預立醫療計劃討論」行為的改變階段與預期

綜合本章第一節及第二節的資料分析結果, 本節呈現「預立醫療計劃討論」行為的各改變階段之內涵以及對應的行為預期。本節的兩個部分是根據本章第一節及第二節內容做進一步的整理, 但有所不同。第一節整理十位受訪者的討論行為表現, 並依據改變階段的核心特性為所有受訪者區分其所屬的改變階段(表十二, 請參見頁 92); 本節第一部分「家屬之『預立醫療計劃討論』行為改變階段特徵」則是以五個改變階段為結構, 綜合所有受訪者的討論行為資料後, 呈現各個階段可能有的討論行為表現。本章第二節整理十位受訪者的心理歷程特徵資料, 並分不同主題呈現; 本節第二部分「家屬『參與病人之預立醫計劃討論』的行為預期」, 則是以「預期」概念整理第二節分析所得的心理歷程特徵資料。簡而言之, 本章第一節及第二節是文本資料的主題分析結果之呈現, 本節則是以本研究採取的兩個理論概念(即「行為改變階段」及「預期」)為結構, 從理論角度整理文本分析的結果。

## 一、家屬之「預立醫療計劃討論」行為改變階段特徵

在「前思考期」的主要特徵是缺乏溝通討論的意圖、沒有行為表現。欠缺行為意圖的原因可能是缺乏行為誘因或者有過多的行為阻礙。本研究十位受訪者有九位在醫療團隊提起病人的末期醫療決策議題之前是歸屬於此階段；在醫療團隊提起議題後，仍有兩位受訪者（編號 02 及 07 個案）歸屬於此階段。

綜合這些受訪者的資料，「前思考期」行為表現的具體內涵包含：在個人反思與主張表達方面，過去欠缺自行啟動預立醫療計劃討論議題的嘗試；個人主張的表達較不明確；主張背後的考量較單一且直覺；缺乏向他人表達主張的嘗試，甚至可能有所迴避。在與他人溝通方面，可能迴避溝通討論或者僅單方面告知決策的想法或結果，缺乏徵詢意見、討論交流想法的嘗試；與醫療團隊人員的互動偏向被動接收訊息、配合，缺乏主動討論、提問、資訊蒐集的嘗試，或甚至也可能抗拒議題討論。

「思考期」的特徵是溝通討論行為的誘因與阻礙因素並存，因此仍未有具體的討論行為嘗試。本研究中編號 06 個案對於醫療團隊提出的病人末期決策議題之反應歸屬於這個階段。可能的行為表現之具體特徵包含：在個人反思與主張表達方面，個人基於些許明確的考量因素可形成較明確的決策主張。在與他人溝通方面，雖能嘗試思考、觀察病人或親友的想法，但可能因為某些阻礙因素，而未有主動與他人表達自己想法、向他人徵詢意見，或溝通討論的意圖及行為。

「準備期」的特徵是討論行為的誘因逐漸增加，或者阻礙因素逐漸減少，而使個人開始有具體的討論行為嘗試。本研究中編號 01、03、09 個案對於醫療團隊提出的病人末期決策議題之反應歸屬於這個階段。可能的行為表現具體特徵包含：在個人反思與主張表達方面，個人除了能依據明確的考量形成主張，其主張內容



也可能有較細微的區分（例如，不再只是主張放棄急救，而是考量放棄急救的條件及判斷標準）。在與他人溝通方面，個人不僅能有關照病人或親友的想法之動機，也可能會進一步向重要親友說明已有的決策主張，並確認對方的意見；但此溝通互動形式可能偏向單純的說明與回應，而非較開放的、涉及彼此態度或價值觀的意見交流與討論。與醫療團隊溝通方面，不只是被動配合醫療團隊提出議題以及說明的步調，也可能主動尋求思考與決策所需的資訊。

「行動期」與「維持期」相較於前面三個階段的主要差異是個人已有明確的討論動機，且展現出具體的溝通討論行為；這兩個階段的區分則是具體討論行動的質量以及時間持續性的差異。依據此定義，若在個人反思及主張形成、與病人溝通、與親友溝通，以及與醫療團隊溝通等方面，個人可至少於一個面向上展現具體溝通討論行為，則應可歸屬於「行動期」；若在較多面向展現出具體溝通行為，且展現出持續或反覆的溝通討論，則應可歸屬於「維持期」。

本研究中編號 04、05、10 個案對於醫療團隊提出的病人末期決策議題之反應歸屬於「行動期」，編號 08 個案歸屬於「維持期」。各面向具體的溝通討論行為可能是：個人反思及主張表達方面，主張的形成除了能夠追溯明確的考量因素，亦有較抽象的價值觀考量（例如，孝順的意義）或者推論思考過程。與病人溝通方面，可能直接徵詢病人意願，並且與病人進行具體的討論（例如，提供個人主張給病人參考、引導或協助病人思考抉擇等）。與親友溝通方面，可能徵詢對方想法、提供個人觀點給對方參考、協助蒐集醫療資訊、分析不同選項的利弊、共同（或者協助對方）形成決策等。與醫療團隊溝通方面，本研究尚未蒐集到這方面具體討論的行為資料可供參考。除了具備上述各面向的溝通討論行為，個人若在決策形成後仍不定時反思決策、依據情境因素的改變（例如，病人病況變化、溝通討

論資源變化) 而反覆溝通討論歷程, 則可歸屬於「維持期」。上述各階段的討論行為特徵綜合整理於表十三。



表十三  
家屬之「預立醫療計劃討論」行為改變階段特徵。

改變階段	區分重點	家屬之「預立醫療計劃討論」行為改變階段特徵	
		個人反思與主張表達	與他人的溝通 (病人、親友、醫療團隊)
1 前思考期	缺乏行為誘因 /沒有行動	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 欠缺啟動議題的嘗試。</li> <li>• 主張較不明確。</li> <li>• 考量較單一且直覺。</li> <li>• 缺乏或迴避主張表達。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 迴避溝通/單方面告知。</li> <li>• 被動接收訊息、配合。</li> <li>• 可能抗拒議題討論。</li> </ul>
2 思考期	行為誘因與行為 為阻礙並存/ 沒有行動	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 明確的考量因素(例如, 避免病人痛苦/避免照顧負擔)。</li> <li>• 明確的決策主張。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 思考、觀察病人/親友想法。</li> <li>• 被動配合; 未有主動表達想法、徵詢意見, 或溝通討論的行為。</li> </ul>
3 準備期	行為誘因大於 行為阻礙/ 有行動嘗試	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 明確的考量因素(例如, 避免病人痛苦/避免照顧負擔)。</li> <li>• 明確的決策主張。</li> <li>• 主張內容可有較細緻的區分。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 思考、觀察病人/親友想法。</li> <li>• 向重要親友說明決策主張, 並確認對方的意見。</li> <li>• 可能主動向醫療團隊尋求思考與決策所需的資訊。</li> </ul>
4 行動期	具明確的行為 改變動機/ 有符合具體標準 的行動	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 主動提出議題。</li> <li>• 明確的考量因素。</li> <li>• 明確的決策主張。</li> <li>• 有較抽象的價值觀考量或者推論思考過程。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 直接徵詢, 並有具體的討論。</li> <li>• 具體討論行為可能包含: 提供觀點、協助蒐集資訊、分析利弊, 協助形成決策。</li> </ul>
5 維持期	具明確的行為 改變動機/ 有持續性的行動	(不定時反思決策、依情境改變反覆溝通討論。) <ul style="list-style-type: none"> <li>• 主動提出議題。</li> <li>• 明確的考量因素。</li> <li>• 明確的決策主張。</li> <li>• 有較抽象的價值觀考量或者推論思考過程。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 直接徵詢, 並有具體的討論。</li> <li>• 具體討論行為可能包含: 提供觀點、協助蒐集資訊、分析利弊, 協助形成決策等。</li> </ul>

## 二、家屬「參與病人之預立醫療計劃討論」的行為預期

以社會認知理論的觀點, 個人是否投入預立醫療計劃討論與個人內在形成這類討論行為的表徵有關。這些表徵使個人得以預期行為表現可能導致的重要結果(結果預期)以及個人促成這些結果的能力(效能預期), 從而影響行為表現與否。本章第二節依據訪談文本整理出受訪者「參與預立醫療計劃討論」的心理歷程內涵, 即是這些表徵的具體呈現。可以「結果預期」以及「效能預期」結構這些內

涵，從而窺視不同的行為改變階段的行為表現所連結的內在心理狀態。

依據跨理論模式的界定，個人「參與病人之預立醫療計劃討論」的行為改變，從「前思考期」、「思考期」移動至「行動期」，主要的內在變化在於行為表現意圖逐漸累積。本章第二節呈現的四方面心理歷程內涵（即「對於預立醫療計劃議題的認識」、「預立醫療計劃有關價值觀」、「過去經驗」、「關係與角色認定」），可觀察到以下幾點與行為意圖的累積有關：

（一）「DNR 是危急時才需要進行的決策」的認知阻礙了提早討論

從受訪者對於預立醫療計劃議題的認識，發現對多位受訪者而言，末期決策議題是「危急時是否急救的決策」；在對 DNR 的認識中也反映類似的意義，即 DNR 被視為是「病況危急時才需要做的決策」。這樣的認識，連結個人當下對於病人病況的感受，會影響個人對於「進行末期醫療決策討論」的結果預期。在病況穩定時，不進行討論並不會帶來什麼負面結果（即沒有討論的必要性），這使得個人缺乏立即投入討論的正面結果預期。

甚至，也有受訪者認為在病況穩定時提出末期決策議題討論，會與「放棄病人」產生連結，這使得個人對於「盡早於健康狀況良好時進行末期醫療決策討論」的行為有負面的結果預期，因而構成行為表現的阻礙。

（二）「對急救的認識」可能與個人反思的細緻程度有關

從受訪者對急救的認識中發現，儘管個人對急救操作的想像可能粗略、失準，也可能相對具體完整，但這似乎並不影響討論行為的表現。有些受訪者雖然僅能概略提到一兩種急救措施，但仍舊在各層面都表現出投入討論的具體行為；也有部分受訪者雖然對急救措施有相對清楚的掌握，但卻表現出較為被動的溝通行為。

對於「急救的結果」的認知，可能才是對於末期醫療決策較有影響的急救認知。

多數受訪者認為急救會為病人帶來更差的生活品質，進而增加照顧上的負擔，因而明確地抱持反對急救的立場。少數對於急救技術有較多了解的受訪者，對於給予病人急救除了有上述的負面結果預期，同時也能了解急救在特定的醫療情況之下確有其挽救生命的作用，因此思考病人之末期醫療決策時並非抱持絕對二分的態度，取而代之的是在決策思考中納入對病人當下病況的考量，形成原則式的決策主張（例如，當下若醫師判斷急救效果不佳，則不急救）。上述資料顯示，對於急救的認識（尤其急救結果部分）越細緻，可能使個人傾向較仔細地思考，以避免做出不適合病人病況的決策，此為對討論（思考）的正面結果預期。

### （三）對「末期決策溝通」的正面認識可能促進討論行為表現

受訪者對於末期決策議題溝通的看法，多數涉及對溝通行為的正面結果預期。例如，認為提出此溝通有助消解家屬間的紛爭、可幫助個人思考此議題、可確保病人的自主、可協助家屬做好心理建設。當個人對於議題討論能抱持這些結果預期，有利於討論行為意圖的累積，促成主動的討論行為。

但從訪談資料中也得到一個特殊的觀察：部分受訪者對於「末期決策溝通」的正面結果預期是關乎他人的，而非自己的。例如，他們認為這樣的討論對於病人形成主張有幫助，或者對於那些未曾思考過這個問題的人們有幫助；但他們直覺地表示自己在這些議題上已有個人想法，所以多做討論對他們本身的思考沒有太大助益。這個觀察顯示，這些受訪者可能僅在認知上認同「末期議題溝通」具有正面作用，但這些認知與他們個人接觸議題的真實經驗未必契合。在這種情形下，這類認識所形成的正面結果預期，即便可促成溝通行為，可能也較少包含個人反思。

### （四）「為人子女應盡力救治父母生命」的孝順觀念

研究資料中呈現與討論行為有關的孝順觀念是「為人子女應盡力救治父母生命」。

此觀念使部分受訪者認為與父母談論放棄急救，將使自己有違孝道。此觀念使個人對「與病人溝通末期醫療決策議題」產生負面結果預期，構成行為阻礙。這樣的觀念背後，展現子女對父母生命的敬重。研究資料中另有許多受訪者以「子女應避免父母痛苦」的觀念展現這種敬重，而非著重於生命期的延續。

#### (五) 生死病痛價值觀對溝通行為有多元影響

研究訪談中也蒐集到受訪者對於生死病痛的幾種觀點。其中，「生死是必經之途」是許多受訪者在談論末期決策議題的提出時經常呈現的觀點（例如，「這條路每個人都要走的」、「這早晚要面對的」）。從訪談資料的脈絡觀察，在陳述這些觀念的同時，受訪者多展現出對末期決策議題的接納。反映於溝通行為上是個人不排斥回應醫療團隊所提出的末期決策議題，換言之，是對於「接受議題」無負面結果預期。

「生死是天的安排」是另一個受訪者提到的觀念，是將有關生與死的決定交付給上天、認為上天會有所安排；而自己的任務則是專注於當下對病人的照顧。此觀念使這些受訪者能平靜淡然看待病人的病況變化以及照顧上的辛苦，但也可能使受訪者較欠缺積極投入溝通討論的動機，也就是缺乏正面結果預期。

「人生無常」也是幾位受訪者提到的生死觀念。其中一位受訪者認為未來何時將發生什麼事並不可知，為避免病人因健康惡化而無法表達自主意願，受訪者主動提出末期決策議題的討論。在此，「人生無常」的觀念使個人形成對個人反思、與病人討論及與親友討論等方面之溝通行為的正面結果預期。

#### (六) 「參與末期決策的經驗」可使個人醞釀主張並改善溝通方式

過去親身參與親人之末期醫療決策的經驗，使個人得以從中累積自身對此議題的主張、與家人間的共識，以及學會採取更適切的溝通及問題解決方式（例如，間接與親友溝通以避免衝突、有效蒐集必要資訊完成決策等）。但從研究資料觀察，這



些經驗的累積也可能使個人在面對新的末期決策議題時，缺乏重新討論及思考的動機。亦即在以達成決策為目標的前提之下，對深入的討論行為欠缺正面結果預期。

#### (七) 照顧經驗影響個人對於溝通關係的認定

擔任主要照顧者的經驗使受訪者在看待病人的末期決策議題時，有不同於其他親友的角度與脈絡。例如，相較於其他親近的家人，部分受訪者由於較了解病人病況及醫療情境，因此在參與決策時有較完整的資訊可參考，在溝通關係中會自認（或被視為）是較適合發表意見、甚至做決定的角色。此外，於照顧中實際付出的心力以及所經歷的辛苦過程，也可能更擴大受訪者與親友之間在決策討論上的角色落差。這些都可能使個人在與親友溝通病人之末期決策議題時，減少深入且開放討論的動機。

#### (八) 次要的親屬角色認定限制直接主動的溝通

研究資料也觀察到，當受訪者相對於病人的親屬關係並非家庭結構上較為優先的決策角色時，受訪者對於病人末期決策議題的溝通行為可能受到限制。這些與病人之間位於較次要親屬關係（例如，孫女、媳婦）的受訪者，雖然對於病人的末期決策議題都有明確的個人主張，但在主張的表達上是較被動或者迂迴的，雖然也可能有主動溝通的意圖，但在具體的溝通行動中仍不可避免地考量到角色身分帶來的限制。換句話說，次要親屬關係的角色限制個人對議題溝通的直接投入，連結了負向結果預期，構成行為阻礙。

上述八項與討論行為之改變可能有關的經驗內涵，其性質可對應至末期醫療決策相關知識、價值觀、過去經驗，或者角色關係，構成行為結果預期的內在表徵。結果預期定義為「預估做了這個行為以後會發生什麼事情以及這些事情的重要性如何」（Bandura, 1977；Rosenstock et al., 1988）。依據「預估結果是否具重

要性」以及「結果為正向或負向」可將前述經驗內涵連結的結果預期分為以下三類：



(一) 所預期之行為結果不具重要性（包含正面及負面）

研究資料有部份經驗內涵，可能使個人對討論行為的結果有較低的重要性評估，而使其以被動的態度來回應醫療團隊所提出的末期決策議題。這些內涵包含「DNR是危急時才需要進行的決策」的認知、「生死是天的安排」的生死價值觀、參與末期決策的經驗以及照顧經驗、「生死是必經之途」的生死價值觀。

(二) 具重要性的正面結果預期

這類結果預期是個人投入討論的誘因來源，包含「對急救結果與功能較完整的掌握」以及「對末期決策溝通功能的認識」這兩類知識，使個人對「仔細反思」以及「與病人或親友間的主動溝通」形成正面結果預期；以及「人生無常」的生死價值觀，使個人對「及早啟動末期醫療議題」形成正面結果預期。

(三) 具重要性的負面結果預期

這類結果預期是個人投入討論的阻礙來源。包含「為人子女應盡力救治父母生命」的孝順觀念以及「在家庭中次要的決策自我角色認知」，使個人形成「與病人或親友主動溝通」的負面結果預期，例如，做出牴觸角色身分的行為而遭受批評責備。

## 第四章 討論與結論



### 第一節、以健康行為角度推動「預立醫療計劃討論」的檢討

#### 一、「預立醫療計劃討論」作為一種健康行為

健康行為是個人採取以避免疾病或及早發現疾病的行動 (Kasl & Cobb, 1966)。換言之，每個健康行為都應有其所欲避免的疾病狀態。本研究將「預立醫療計劃討論」視為末期病患之家屬的健康行為，研究發現家屬「參與病患之末期醫療決策討論」所避免的可能疾病（或不健康）狀態至少包含：病人未思考自身末期議題、病人意願未被了解與考量，以及家人間可能因意見落差導致的紛爭。上述狀態都是家屬在照顧末期病患的過程中，可能隨著病患之病況邁向臨終而逐一浮現、進而為家屬帶來心理及社會困擾的問題。這也顯示「討論行為」所確保的健康狀態不僅限於狹義的身體健康，更涉及心理及社會等面向，是符合世界衛生組織對健康的定義：身體、心理、社會的整體安適狀態 (World Health Organization, 1989)。此外，家屬在陳述參與討論的經驗時，也經常提及自己從中形成的、對於自身末期醫療決策的看法，顯示將家屬「參與病人之預立醫療計劃討論」視為「健康行為」，在臨床應用上確實是有意義的。

然而，本研究亦發現「預立醫療計劃討論」通常由醫療團隊人員啟動，較少由病人或家屬主動開啟。其中，受訪者所認為的「討論末期醫療決策（尤指DNR決策）的適當時機是病患病況危急時」，是病人或家屬欠缺及早進行醫療計劃討論動機的

可能因素。此發現的意義是，即便預立醫療計劃討論行為有預防健康問題的功能，但臨床實務上，病患及家屬卻未必切身體會其功用。兩位受訪家屬即便可列舉「預立醫療計劃討論」在協助思考、促進溝通等方面的功用，但其所認定的受惠對象僅限於他人（例如，病人或者其他家屬）而非自己，也可為佐證。由此推論，個人雖然在認知上理解、贊同預立醫療計劃討論對於末期歷程調適的幫助，但未必能有切身的感受以及隨之衍生的親身投入之動機。

## 二、以行為改變階段劃分「預立醫療計劃討論」行為

本研究以跨理論模式的行為改變階段為概念模型，將末期病患家屬參與預立醫療計劃討論的具體行為分類整理，並初步歸納各改變階段可能有的討論行為特徵。此改變階段特徵雖然仍有待更多研究資料累積，以確認各階段內的行為一致性以及階段間的改變連貫性，但初步的行為特徵描述仍可供臨床醫療人員參酌判斷末期病患之家屬於議題討論中的可能狀態，進而選取不同的促進討論策略，例如，提供前思考期的家屬衛教資訊以協助其體會議題討論的重要性；與準備期的家屬溝通行為阻礙的具體內涵、資源運用以及解決方案。

研究結果雖已就「個人反思與主張表達」、「與病人的溝通」、「與親友的溝通」以及「與醫療團隊的溝通」等面向做初步整理，可描繪社區醫療之末期病患家屬參與病患「預立醫療計劃討論」於不同改變階段可能的具體行為內涵，但行為的複雜性仍使階段劃分標準的明確性受到限制。呈現此行為複雜性的例子是，不同面向討論行為的改變進程並不相同，這指的是依據各改變階段的區分重點（即各階段的行為意圖及具體行為表現），同一位受訪家屬在「個人反思與主張表達」、「與病人的溝通」、「與親友的溝通」、「與醫療團隊的溝通」四個面向的表現未必都



符合同一個改變階段的特性。本研究在劃分受訪者所屬的改變階段時，是綜合考量受訪者在各面向的意圖及行為表現，取其平均而言較能符合整體行為表現的階段歸類。以此方式區分所有受訪者歸屬的改變階段並整理各階段的具體內涵後，研究者發現兩個行為改變進程不一的現象：首先，歸屬於前思考期或思考期的受訪者（依據這兩階段的核心特性應當缺乏行為意圖或有明顯行為阻礙，而未有行為表現）在「個人反思」方面已有簡單的反思行為（例如，在「前思考期」透過單一直覺的考量形成籠統主張；在「思考期」依據具體的理由形成明確決策主張）；且歸屬於準備期、行動期、維持期的受訪者，「個人反思」的廣度與深度也隨階段增加。其次，歸屬於準備期的受訪者（依據這個階段的核心特性應當有行為的嘗試），在「與親友的溝通」、「與醫療團隊的溝通」這兩個面向，幾乎未有主動溝通的行動。僅有歸屬於行動期、維持期的受訪者才有較具體的行為表現，且也僅限於單向告知或尋求具體資訊，少有雙向意見交流的溝通討論。這兩個發現分別代表「個人反思」的改變進程是隨著階段連貫累積，而非有明顯表現與不表現的行為轉折；「與親友的溝通」以及「與醫療團隊的溝通」的主動討論交流成分非常有限。

上述發現顯示家屬投入病患之預立醫療計劃討論的行為仍有內部複雜性，個人與不同對象的討論可能連結不同目標、有不同功能。例如，「個人反思」可能是各方面溝通討論的基礎，個人先有自我內在足夠具體深入的思考，而後再據以往外推展與他人進行意見交流；與他人的溝通之中，「與病人的溝通」可能是形成決策的主要依據，「與親友的溝通」的角色可能在於確保共識、避免衝突，而「與醫療團隊的溝通」則可能著重必要資訊的蒐集。

未來在探討「討論行為」的改變階段是否應就各面向分開做評估，研究者認為需視應用目的而定。本研究選擇以個人於各面向的綜合表現為劃分改變階段的依據，

是考量個人只要在任一面向有較具體的思考或討論，皆有助此人較深度地體驗及處理此議題，進而使其受惠於這個過程；但若著眼於探討各討論行為面向的功能以及介入方案設計，則應予以區分。




### 三、以「預期」概念探討「預立醫療計劃討論」行為的心理歷程特性

社會認知理論的「預期」概念是本研究用以了解家屬「參與末期病人之預立醫療計劃討論」之心理歷程特徵的主要理論觀點。研究訪談整理與討論行為有關的心理歷程經驗資料，並以「預期」概念解析。「結果預期」部分，本研究結果發現這些可能反映心理歷程的訪談經驗內涵，除了構成正面結果預期而提高討論的誘因、構成負面結果預期而增加討論的阻礙，另有一部分是個人因為對討論行為的結果有較低的重要性評估，而促成被動的行為反應。

構成正面結果預期而提高討論誘因的具體心理歷程內涵，在本研究中包括對有關知識的掌握（例如，急救的結果與功用、末期決策溝通的功用），以及在生死價值觀之中對人生無常的體會。其中，對於末期決策及溝通功能的認識以及生死價值觀的思考，是臨床服務上可著手提升討論行為的切入點。

構成負面結果預期而增加討論阻礙的具體心理歷程內涵，在本研究中都與個人在家庭中的自我角色認定有關，包含認定「為人子女應盡力救治父母生命」的孝順觀念以及認為自己在家族中並非具有決策權力的身分角色。這個結果指出「家庭角色關係」此一過去文獻較少探討的變項，對於了解個人參與重要家人之末期醫療決策的反應，可能是重要的考量因素。尤其在華人文化著重關係取向的脈絡之下，角色關係經常構成個人行為的規範與限制，此因素也在末期醫療決策中展現影響。



本研究也觀察到受訪者在議題溝通中呈現些許被動行為，例如，受訪者普遍欠缺自發啟動議題討論的動機；在醫療團隊提出末期決策討論議題時皆未拒絕、可配合回應。研究者用「被動」描述這些行為，以與負面結果預期所造成的迴避、抗拒行為做區分，被動行為的表現是個人既不主動投入，亦不主動迴避。此類行為可以「所預期之行為結果不具重要性」解釋。與此有關的具體經驗內涵，例如「DNR是危急時才需要進行的決策」的認知、「生死是天的安排」的生死價值觀、參與末期決策的經驗以及照顧經驗，都可能使個人不那麼看重「未主動討論」的後果，因而展現出被動的反應。這類反應在過去研究中亦有觀察，例如，「未來日子離我太遠，我沒考慮這些」（曾淑倩等人，2009）、「在比較老或者健康狀況比較差的時候才要討論」（Emanuel et al.,1991）都是過去研究較常見未能完成預立醫療計劃的原因。

這類考量過去被歸類為行為阻礙因素，但從行為預期的角度，這與負面結果預期所造成的阻礙仍有不同。負面結果預期所造成的行為阻礙之處理，需要個人能克服或者接受此負面結果；缺乏對結果重要性的評估之處理，則需要著重於調整評估、提升結果重要性的感受以增加行為誘因。兩者由於構成原因不同，介入的策略也有差異。上述區分亦是採用「結果預期」概念解析所能提供的優勢。

行為預期的另一個概念「效能預期」，是「預估我是否有做這個行為並促成結果的能力」（Bandura, 1977）。這個概念在社會認知理論、健康信念模式以及計劃行為理論都一致被認為是影響健康行為表現與否的重要因素，然而本次由訪談資料所得到的整理較少呈現受訪家屬在效能預期上與討論行為較有關的具體經驗，僅其中一位受訪者提到與病人談論末期醫療決策牴觸其孝順觀念及自我角色認定，也自覺因為欠缺適當的溝通技巧，而選擇迴避直接溝通。研究者認為這可能有兩方面的解釋：首先，從效能預期的定義可知，個人僅針對某個預估可能發生的（正面或負面

的)重要結果評估自我效能；在本研究亦多有觀察的「預估雖可能發生但不具重要性的結果」(即前述的「所預期之行為結果不具重要性」的情況)，則無須進行效能評估。換言之，在受訪者的經驗中並非所有行為結果的預期都需進行自我效能評估。其次，研究資料收集方法的限制是另一個解釋。本研究的文本資料均為受訪者接受訪談時的主觀經驗報告，雖然在理論概念上可將「預期」概念拆解為結果預期及效能預期，但在受訪者的真實經驗運作中，二者是行為表現前反覆交替進行的評估歷程。期待受訪者透過自我覺察而完整陳述此過程是不容易的，這使得口語報告的內容可能只偏重於與最後行為表現有關的評估結果。換言之，以最後的具體行為表現為錨點，受訪者可能僅會報告明顯造成行為阻礙的負面效能預期。


## 第二節、研究發現之延伸議題探討

### 一、以「疾病 (disease)」或「病痛 (illness)」角度看待末期決策議題

研究發現多位受訪家屬抱持「DNR是危急時才做的決策」的認知，這樣的認知可能使個人欠缺主動提起末期醫療決策議題的動機。DNR是預立醫療計劃的一個部分，是個人在身體相對健康時預先進行的決策思考，旨在避免危急時面臨無效醫療或決策兩難處境。將DNR視為病況危急時才需進行的決策，概念上是忽略了它作為預立醫療計劃的「預做準備」功用，未能完整捕捉此類決策之核心精神。然而，此種對DNR的不盡完整的認識不應被簡化為「家屬的知識缺乏」，而應考量此外顯因素背後所連結的看待生病 (sickness) 經驗的角度。


Kleinman、Eisenberg、及Good (1978) 區分「疾病」及「病痛」兩種概念：「疾病」指稱個人身體或生理心理反應歷程中的功能不良狀態；「病痛」代表個人對疾病或身體不適於個人、人際、文化等方面的反應。「病痛」經驗由文化塑造，是從人們





感知、經驗以及因應疾病的方式而來；是植基於人對病的解釋、對自身社會角色的解釋，以及所採取的意義建構觀點。「疾病」以及「病痛」都是用以反映生病現象的解釋模式。「疾病模式」以生物醫學觀點出發，主要關心疾病的指認與治療，而非病痛經驗。「病痛模式」以生物—心理—社會觀點出發，代表了病人生病的實際經驗，即體會生病所帶來的生活之種種困難。Toombs（1992）的論述與Kleinman等人相互呼應，他同樣區分「病痛」和「疾病」兩個概念：前者指的是醫生尚未診斷確定、個人病痛體驗的生病狀態；而後者則是生物醫學模式詮釋下的疾病，祛除了病人體驗的成分，將其體驗轉譯為客觀的疾病普遍特性。由此，就產生了兩套關於生病經驗的詮釋模式，屬於病人的「主體病痛體驗模式」和屬於醫生的「生物醫學實徵模式」。病人家屬可能處於這兩種模式的中介狀態，認為疾病的決策應該交由專業來判斷，但也感受到病人因病情折磨而承受的苦痛。

研究者認為「疾病」或「病痛」兩種角度的區分，可用於理解家屬對健康／疾病問題整體觀點的偏向：家屬可能以「疾病」角度（而非「病痛」角度）看待末期醫療決策。研究發現有類似指向的另一個現象是：「自身參與末期決策的經驗」雖然普遍使受訪者正面看待DNR決策，但也同時使其較快地以過去經驗為依據來形成決定，而減少重新思考與討論的動機。受訪者「照顧病人的經驗」對討論行為也有類似的影響：以過去照顧病人時與家人溝通照顧情形及病況的經驗為基礎，受訪者自覺較能正確掌握其他家人的意願，認為無需多做討論即可掌握共識。上述「過去經驗」減少討論動機的情形，顯示部分末期病患家屬對於末期決策議題溝通的目標著重於「完成決策」，而非「於決策過程中充分的思考討論」。欠缺討論的歷程性經驗，也與家屬以「疾病」角度看待末期醫療決策議題有關，受苦的主體經驗反而存而不論。



受訪家屬以「危急時才做的決策」看待DNR的討論時機、以「完成決策」為溝通的目標，且甚少談及末期決策之於病人或家屬在身體照顧以外的意義，推測受訪家屬傾向以「疾病模式」角度處理預立醫療計劃議題，將此議題視為身體病痛層次的討論，而非涉及心理，社會層面調適、甚至生命意義層次的討論。研究者指出此種角度的偏向，並非否定受訪家屬於經歷病人末期狀態時的心理、社會及生命意義感受，而是關注參與預立醫療計劃的過程中，家屬所實際採取應對此議題及決策溝通的角度偏向（採取「疾病」角度）之來源。也就是說，「預立醫療計劃」作為一種使個人及其重要他人藉此積極檢視生命實現與意義的機會，在此可能對比出台灣社會文化下的病患家屬並對這類醫療決策歷程賦予這樣的期待。此期待背後的文化因素值得探討。

在華人文化中，臨終與死亡議題被視為某種「隱議題」。Kleinman（1988）以對不同文化的田野觀察指出，文化對於個人應對死亡的方式有強大的影響力。在西方文化強調個人化、親身參與，對於疾病的處理以及臨終方式的選擇要求自主；但這在台灣社會則可能引起不安以及恐懼。他觀察到台灣人處理死亡、應對死亡，但並不直接談論死亡。末期病患的家屬並不直接開口談論病情、治療以及告別等問題，但對於死亡的逼近以及後事安排了於心。Kleinman指出這種對於死亡議題的隱蔽態度，以及家庭負有處理個人死亡之責任的現象是文化產物。換言之，也許正是因為「預立醫療計劃議題」的精神並非單純的治療決策，而是意圖帶著病家直視死亡議題，反而使得生長於台灣社會文化的病患及家屬難以自在地回應此種邀請。「生死是必經之途」、「生死是天的安排」、「人生無常」這幾個受訪者提及的生死病痛之價值觀，似乎也呼應了這種迂迴間接應對眼前正在發生之死亡過程的態度。家

屬展現猶豫無法決策、在危急時才不得不面對的迂迴性，背後涉及的可能是傳統文化默會之知的積澱（自然死亡的順應性、善終的悲願）。



## 二、預立醫療計劃討論中的醫病關係

臨床實務中從「預立醫療計劃討論」的角度切入，未必能順利協助台灣社會的病患及家屬轉向生命意義的整理與更深層次的臨終準備，除了與前述生死態度的文化差異有關，病家對於醫病關係的期待以及其中所展現的自主性議題亦是另一個思考介入的角度。

目前的醫療實務工作提倡「以病人為中心」（Mead & Bower, 2000）的照護模式。「以病人為中心」的模式意指「在醫病關係中同時考慮病人的偏好、關心的事物、情緒，藉此達到病患更好的預後」，並且「醫生努力嘗試進入病人的世界，透過病人的雙眼看見他的病痛」。由此，該取向看待疾病與健康問題，需要臨床工作者確實考量病人及醫者自身都是展現於生物—心理—社會層面的「人」的存在；雙方於醫病關係及疾病照顧中都扮演著重要角色。其中，分享疾病及健康照顧的權力與責任，形成治療同盟，是此種照顧模式所必需的。劉彩娥、王萬琳、及應立志(2014)調查台灣就醫民眾以及門診醫師親身經歷的醫病互動可歸屬於Emanuel與Emanuel (1992) 整理之四種醫病關係模式的何種類型。這四種醫病關係模式是：「家長模式 (paternalistic model)」，假設醫師與病人對於醫療處置的理想狀態有共同想法；病人基於此假設將醫療處置決策的權力託付給醫師，由醫師來為病人選擇最能維護其健康與福祉的處置安排。「資訊提供模式 (informative model)」，假設病人已有清楚明確的醫療／健康價值選擇，醫師的角色為提供必要資訊，病人據以決定處置方式後，再由醫師負責執行。「詮釋模式 (interpretative model)」中，醫師的角色

為幫助病人澄清既有價值觀，並且了解何種醫療處置最能回應他們的價值選擇；決策由病人經此討論後完成，醫師的價值選擇盡可能不涉入其中。「審議模式

(deliberative model)」中，醫師為病人說明醫療訊息以及既有選項所能體現的價值，與病人討論並傳遞醫師自身對重要健康價值的看法，進而鼓勵、說服病人能夠選擇符合這些價值的處置方式 (Emanuel & Emanuel, 1992)。

劉彩娥等人 (2014) 發現，醫師對於親身經歷的醫病互動之判斷，頗能反映前述醫療實務試圖轉向「以病人為中心」的努力：七成以上的醫師認為自己採行「詮釋模式」或者「審議模式」。這是兩種較著重幫助病人澄清價值觀、分享健康照顧責任，及形成治療同盟的醫病關係模式；病人的自主性在這兩個模式中展現於自我價值反思以形成決策（詮釋模式），或者透過醫病討論考量不同的健康價值以及這些價值與醫療處置的關聯，進而形成決策（審議模式）。據此，這兩個模式是較能回應預立醫療計劃精神的模式。然而，劉彩娥等人也發現，雖然多數醫師自覺運用詮釋模式或審議模式進行醫病互動，這些努力卻未必傳達並影響病人的醫病互動經驗：調查結果發現，病患對於親身經驗之醫病互動的判斷在四種模式的比例大約相等。換言之，醫病雙方對於實際的醫病關係展現以及醫師所扮演角色有顯著的認知落差。

劉彩娥等人 (2014) 所指出的病患與醫師之間醫病互動經驗的落差，尤其病患未必接收到醫師以「解釋模式」或者「審議模式」帶領醫病互動的用心，可部分說明本研究發現的受訪家屬與醫療團隊溝通的特徵：家屬可能從其對醫病關係的真實經驗中，體會在預立醫療計劃議題的溝通中應當賦予醫療團隊什麼樣的角色與期待；當家屬的醫病關係體會偏向「家長模式」或者「資訊提供模式」，則與醫療團隊的

溝通可能侷限於被動配合（家長模式），或者僅接收醫療訊息並交付決策執行（資訊提供模式）。

倡議「以人為中心」人本心理治療取向的Carl Rogers主張，成功的心理治療有三個充分且必要的條件以促發病患改變或成長，包括：（1）真誠（congruent）；（2）同理性的了解（empathic understanding）；（3）無條件正向支持（unconditional positive regard）（Rogers, 1957）。社區醫療設置下的醫療人員或許不擅長特殊的心理治療技巧，然而如果願意承諾投入經營良好的醫病關係，在對病患及家屬長期持續的照顧中保持真誠及關懷，如此醫療行為本身就已經蘊含促發改變及成長的契機。要達成有效的溝通，醫師必須深入了解病患及家屬對病痛的看法。病患及家屬可能的擔心來源非常多樣化，包括對死亡的恐懼、殘障或失能、對症狀的負向歸因、對醫療不信任、害怕失去原有社會角色或獨立性、否認生病的事實、哀傷反應、害怕失去人際關係等。個別的文化影響、價值觀、偏好等也必須被了解。要緩解症狀並非只有藥物一途，有時單只是對著一位富同理心的醫療人員說出心中的擔憂，就可達到舒緩不適的效果（張榮哲與林耀盛，2012）。

臨床工作者雖然嘗試落實「以病人為中心」的照顧，但在本土的臨床場域中，如何形成貼合文化經驗的治療同盟關係，使病家亦能感受並內化此種轉向，並非直觀而簡單地由醫療人員退居被動即可達成。「解釋模式」或者「審議模式」的醫病互動，需要醫者能對價值與文化議題具足夠敏感度以及討論反思能力；並且需同時從自身及病家的角度理解生命意義議題從何展現、如何展現。透過醫病關係的轉向，較能協助病家於臨終階段著手生命意義的整理及準備。

### 三、關係取向與預立醫療計劃討論

本研究從訪談家屬參與病患之預立醫療計劃討論的經驗中，發現諸多可與華人關係取向文化脈絡連結思考的結果。例如，家屬的溝通討論行為至少涉及病人、親友以及醫療團隊等三類不同對象，且與不同對象的討論行為有不同的改變階段進程，可能連結不同的目標與功能。此結果可以楊國樞（1993）的「社會取向」或黃光國（1999）的「人情與面子」理論思考。

楊國樞（1993）以「社會取向」闡述中國人的人我關係，其中「關係取向」描述中國人人際網絡的運作特徵：在社會互動中，關係的親疏差異決定互動的方式；關係的類別可區分為「家人關係」（包含父母、兄弟、姐妹等）、「熟人關係」（包含親戚、朋友、鄰居、同事等）以及「生人關係」（與自己無直接或間接持久性關係的他人）三類。這三類關係，在互動中有不同的對待原則（責任原則／人情原則／利害原則），抱持不同的社會交換預期（低／中／高）。黃光國（1999）的「人情與面子」理論也區分中國人的三種人際關係：「情感性關係」指個人與家人的關係；「混合性關係」指個人和親戚、朋友等熟人的關係；「工具性關係」指個人為了獲取資源與陌生人所建立的關係。三種關係都包含工具性成分，並有不同程度的情感性成分。

楊國樞（1993）及黃光國（1999）的理論都以「社會交換」概念說明人際互動。中國人於不同親疏的人際關係採行不同的互動原則，且進行社會交換時對回報有不同的預期。以此對應本研究的發現：家屬與不同對象溝通討論行為上的差異，其背後之心理歷程或可從關係取向的角度進一步解析。例如，編號04個案面對家人以外的親戚，提到「我說不需要跟我講，我會覺得一個很現實的層面，人不是你們在顧的，你們完全不知道狀況。顧的人那些辛苦，你們也不知道」，他認為在病人的照

顧或末期決策上並無義務與親戚報告或者遵循對方的意見。這體現於楊氏理論中，是面對「熟人關係」採行「人情原則」，以雙方過去的人情基礎，採自覺適合的方式與程度往來；黃光國（1988）的理論對此種「混合性關係」於互動中可能遭遇的人情困境有更仔細的闡述。

本研究發現蘊含華人之關係取向特性的結果尚有：「為人子女應盡力救治父母生命」的孝順觀念呼應「關係形式化」（楊國樞，1993）。關係形式化指稱在中國社會中，個人與他人的關係會形成對此人的角色身份之界定，例如，親子關係、手足關係。關係形式化使人在社會網絡中有適當的位置，個人只要遵循角色規範便能與人維持穩定關係。此維持穩定關係的功用便連結到楊氏理論中的「關係和諧性」（即按角色規範行事，以滿足他人對角色的期待）。研究中亦有二位受訪者，依自身在家族中的角色身份（病人之媳婦、孫女）界定自己在病人醫療決策上未有優先的決策與表達權力，進而在決策討論中採取被動或者迂迴的方式參與議題。

另外，從關係取向的角度，家屬與醫療人員的溝通討論行為應當被視為生人關係或者熟人關係（楊國樞，1993）；混合性關係或者工具性關係（黃光國，1999）也是值得進一步觀察釐清的。本研究資料雖然顯示，家屬於病人的預立醫療計劃討論中，多半將醫療團隊視為工具性資源（例如，提起議題、提供資訊、協助說明病況等），少有價值觀或情感的交流，但在社區醫療臨床實務卻又常可觀察到醫療團隊人員對病家展現出醫療處置以外的、深入病家生活場域、與之共在的關懷行動。以關係取向角度，「社區醫療團隊與病人及家屬之間所建立的關係本質為何」、「這樣的關係本質在預立醫療計劃議題中又是如何展現或者與之碰撞」都是後續值得探究的議題。

預立醫療計劃議題為源於西方社會文化強調病患自主的倫理議題，雖國外文獻也有以家屬為研究對象探討其經驗與影響者，但從關係取向的理論觀念可發現，在以「家庭」為運作基礎的華人社會中，家屬角色的影響力不應只是被化約為另一個獨立個體對決策的作用。病患與家屬共同作為家族的成員，「關係」是滲透累積於共同生活的歷史，展現於日常脈絡的一般性行為原則。在本土社會探討預立醫療計劃這樣一個關注個人自主性的議題時，其精神是否為這樣的文化脈絡所認同，又是以何種形式展現其中，是更根本的問題。而探討這個議題時，研究的單位從「個人經驗與適應」拓展至「不同成員間的互動」應是較能捕捉本土社會中此議題樣貌與精神的作法。

### 第三節、研究結論、限制與未來方向

本研究場域的特性是社區導向的居家照顧模式，不同於醫療院所的設置。阿德勒（Alfred Adler）曾提出社會興趣的概念。社會興趣經過三個階段演進：傾性（*aptitude*）、能力（*ability*）和次級動力特性（*secondary dynamic characteristic*）。首先，人類具備合作和社會生活的內生傾性。當傾性發展後，個體就透過各種活動表達、展現社會合作的能力。當這些能力發展後，個體同樣透過各類活動，顯現出社會態度和社會興趣的次級動力特性。當個體無法經由如此三階段演進開展社會興趣，就會變得自我中心、鄙視他人，生活欠缺建設性目標且不利身心健康（Sharf, 2004）。本質性的、存有論上的照顧是社會興趣的展現，不只是伴病志工，專業醫療團隊亦當開展社會興趣，甚至形成一種「鄰人社會學」興味，才不至流於生物醫療照顧技術的單向度輸出，進而得以在照顧領域裡形構肯認他人的對偶關係，照顧才得以契



人患者生活、疏通其阻絕經驗，同時開發其生活網絡。本研究田野的特殊性和居家性，是在社會興趣的脈絡下開展其本質上照顧歷程，醫療團隊在如此社會興趣傾性發展過程中，已有「擬家人」似的關係網絡建立，與醫療單位的模式有所差異。

然而，儘管預立醫療計劃的推動已逐漸受到重視，但如余德慧與林耀盛(2012)提到，台灣生死學處在「不可知其可以」的階段，但是生死知識的生產源頭（即生死學的研究）目前幾乎毫無進展，大多論述停留在文獻考察或哲學論述。究其實，生死學的本質是以死亡作為活（存有）的開顯之學。存有的開顯意味著生活世界本身含有蔽障，或著說常人的活並不具有存有的意味，使得我們只能在日常生活斷裂的裂口（如災難、意外、疾病而失親或面臨死亡的瀕臨等）驚恐與悲痛地承受其命運。在此，生死學意謂著活著本身是必須學習自我揭蔽的旅途，使人能過安然地「朝死而生」。將預立醫療計劃納入健康行為，視其為存有的一部分，甚至是「朝死而生」之必需部分，如此論點是反思本研究重要的起點。

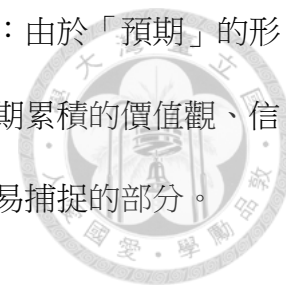
海德格（Martin Heidegger）以「此有（Dasein）」指稱人以存在方式生活之存有本身，它的意義指的正是一種場所、場域。海德格曾說「此有」是「凡應作為存有的真理被經驗到與相應地被思維到之位所者」，以及人之「此有」是一「從事攝取行為可能的範圍」（汪文聖，2001）。海德格認為「此有」是屬「每個自我的」，「存在」、「生活」於世上是一種具體的生命性，不是抽象的、一般的主體性（汪文聖，2001）。因此，對於病患而言，所謂的身體感知不是僅屬於醫療身體的生物意義範疇，而是一種對生活世界的參與、對自己置身所在的承認，以一種生命態度回應各種可能性的變動。在華人文化以關係取向為單位的母體中，難以凸顯個人「此有」的獨特性，所以對生死大事採取迂迴態度，以及難以直接將死亡視為生命完整「此有」的哲學觀點。

本研究回顧國內外預立醫療計劃文獻，發現由心理歷程角度探討預立醫療計劃的研究經常欠缺明確的理論對應；且偏重預立醫囑簽署與意願的調查，對於預立醫療計劃的「討論行為」之關注相對不足；亦少由行為改變角度剖析討論行為的發生。本研究首先以健康行為理論形成對「預立醫療計劃討論」行為改變的概念化觀點；接續以個案研究法收集十位社區醫療末期病患之家屬實際參與預立醫療計劃討論的經驗，整理「討論行為」之改變階段具體行為內涵與心理歷程特徵；最後就研究結果反思理論概念適用性，以及社會文化脈絡及醫病關係於此議題的可能角色。本研究的貢獻、限制及未來方向綜合陳述如下：

#### 1. 研究結果提供「理論模式運用於預立醫療計劃議題」之回饋

- (1) 研究所收集十位個案「參與病人之預立醫療計劃討論」的具體行為資料，透過跨理論模式的改變階段概念架構之輔助，確實可初步呈現行為改變的進程。但本次研究亦發現即便研究者試圖將行為範疇限定於「討論行為」，受訪者的經驗資料仍顯示此行為相當複雜：除了個人自身對於議題的反思，尚包含與病人、與其他親友，以及與醫療團隊人員等不同對象的溝通討論；且不同面向的行為改變階段進程及表現都不同。此發現指出，未來研究可劃分不同面向（或溝通對象）的溝通討論行為，探討其對個人投入預立醫療計劃議題的功能與意義。
- (2) 本研究選取社會認知理論的「預期」概念作為探討心理歷程特徵的理論觀點，研究結果除了整理出「討論行為」之正面及負面結果預期的若干內涵，另有「所預期之行為結果不具重要性」的類別發現。此類別可說明臨床上經常觀察到的、個案對健康行為改變之邀請展現「被動但未必抗拒」的反應，此為以「預期」概念結構訪談經驗資料的獨特收穫。但

「預期」概念用於研究訪談的經驗整理亦有其限制：由於「預期」的形成在認知運作歷程中是動態評估之產物，相較於長期累積的價值觀、信念、知識內容，透過個別訪談之自發報告是較不容易捕捉的部分。



## 2. 研究結果提供未來臨床及研究應用者具體的現象參考

過去研究雖亦有以改變階段觀點探討預立醫療計劃行為，但未有研究直接整理各階段的具體行為表現。本研究以個案研究法進行，是本研究的貢獻也是限制。透過個別受訪者的經驗整理，本研究提供各改變階段的具體行為描述，使未來研究者及臨床工作者可有較明確的現象參考。但由於各階段內的行為描述是綜合自不同受訪者，因此同一階段內的行為之心理歷程未必融貫一致；不同階段之間也未必可以直接推論有行為改變的連貫性，僅能說是為現象提供初步描繪。然而，發展預立醫療計劃的行為改變階段及心理歷程知識在臨床服務及研究發展上仍是值得努力的方向。未來研究可行的做法包含，持續累積長期追蹤的個案研究資料以了解階段間連貫的改變現象；發展本土測量工具、收集量化資料以了解各階段行為表現可能的普遍準則。

## 3. 呈現此議題於社區醫療脈絡與其他醫療設置脈絡中的殊異性

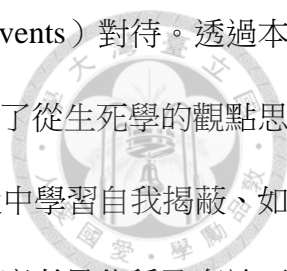
本研究於社區醫療照護場域進行，相較於其他設置（例如，急重症加護病房末期照顧、安寧緩和共同照護、安寧病房等），社區醫療場域中的病患診斷類型較為多元。本次研究的十位受訪者中，有八位照顧之生病家人屬於非癌症診斷。癌症末期與非癌症診斷之末期病程有明顯差異，受苦程度也不同，如 Kleinman (1988) 認為在面對每一位慢性病患者，都需審視其豐厚的生命歷史。因慢性疾病是不可治癒的，欲有別於症狀導向的醫學治療真正地協助慢性病患者，必須針對每一個求援的患者建立小型的民族誌研究。本次研究於非癌症患者之家屬的經驗整理結果，提供了過

去其他醫療脈絡所未能呈現的資訊：在日常病況相對穩定的情形下，家屬對於預立醫療計劃討論與決策之迫切性感受較低，可能連帶減低主動投入與反覆討論的行為動機。

此外，社區醫療照護團隊的目標之一是盡早推動末期病患的預立醫療計劃討論，這也是本研究設置不同於國內其他預立醫療計劃研究設置的特性。社區的「擬家族性」特性，體現了余德慧（2004）從探究臨終處境而提出的「照面就是照顧」觀點；但從臨床脈絡來看慢性病患者的置身情境，除了照面外，更要實踐 Rogers（1957）所謂的「心理上的觸接」（psychological contact）涵蘊，亦即照顧者不只是現身在患者的面前（presence），更是帶著自身的關注態度前來，而且被個案的狀態所牽引而投入其置身所在（be engaged by the client）。相較於在著重工具理性的一般醫療場所中，預立醫療計劃的討論著重決策的「結果」，在社區醫療場域中，醫病之間長期建立的關係是混合了工具性成分和情感性成分的互動模式，於此模式中預立醫療計劃更注重倫理情懷的「過程」討論。然而，值得思考的是，本研究呈現了在此種照護目標與介入方針的推動下，雖然部分家屬仍能深入參與議題討論，但啟動議題的時機是否恰當仍是家屬所關切的。此部分需仰賴醫療團隊人員仔細評估病患病況、家屬動機狀態，以及醫病關係品質等方面的準備性而後判斷選擇。

#### 4. 指出關係取向及傳統價值觀於本土預立醫療計劃議題的重要性

於本章第二節的延伸議題討論中，研究者已指出在探討預立醫療計劃議題時，台灣本土的生死價值觀以及普遍存在於生活脈絡中的關係取向特性是不可忽略的觀點。余德慧與林耀盛（2012）指出，死亡作為經驗的不可能性，死亡本身對自己並非最具動力的事件，而是趨近（他人）死亡才感覺到日常生活的斷裂，從那個裂口，某種恍然的領悟如閃電一閃即逝。臨床生死學主張對具體死亡事件的多向度探討，



不談大觀念，亦不求激念，而是以本體性的事件（ontological events）對待。透過本研究探討家屬參與臨終患者的預立醫療計劃討論過程，可知除了從生死學的觀點思考「死亡」作為「活（存有）」的開顯之學，應探究人們如何從中學習自我揭蔽、如何面對「朝死而生」的活著，移置到台灣社會文化脈絡下，更應考量此種孕育於西方個人主義的生死觀點，於華人間人主義（亦即人是存活於關係之中）的共在處境中又是如何實踐。由此，華人社群面對生死大事，關係取向的思量，總是造成決策上的倫理情境的難題（例如誰去談簽署 DNR、誰可以決策、誰可以承擔責任，這都是倫理情境）。華人倫理情境的回應，往往是在間人之間完成，西方則偏向從道德邏輯思考怎麼做對個人最有利。所以，安樂死等議題在華人社群難以推動，便不應只是從功利主義與否的問題著手，而更涉及倫理抉擇的道德苦痛。

本研究僅以家屬作為研究對象，並未收集其他成員之經驗資料，亦未探討家屬與不同成員間的互動過程，這使得本研究難以探討預立醫療計劃議題中「關係」以及「人際互動」的運作，是為研究之限制。此限制也指出未來除了研究問題的構思應納入關係取向與傳統價值觀的社會文化脈絡角色，研究方法上也應採用可探討關係、社會互動之方法進行資料收集與分析。例如，以所有參與預立醫療計劃議題的成員整體為單位的個案研究；運用團體動力分析或互動歷程分析處理互動性的資料。另外，宗教因素也是重要但本研究尚未觸及的領域。若能以家庭關係的此有性出發，或許可進一步探討華人社會如何面對預期哀悼下的兩難、如何經歷決策歷程經驗的意義開展與品質締結。



## 參考文獻



- 于連 (Jullien, F., 1995/2003)。「迂迴與進入」(杜小真譯)。北京：生活·讀書·新知三聯書店。
- 余德慧 (2004)。「臨終陪伴之倫理與心性互轉機制的探討」。第二屆臺灣本土心理治療學術研討會 (花蓮) 的口頭報告論文。
- 余德慧、林耀盛 (2012)。生死學在臺灣的文化沉思。見廖欽彬 (編輯校正)「朝往東亞的生死學：台日國際研討會特集」，頁47-63。東京：東京大學大學院人文社會系研究科。
- 汪文聖 (2001)。「醫護倫理之存有論基礎初探—從海德格走向優納斯」。「哲學雜誌」，37，4-34。
- 吳美幸 (2009)。「家屬對病人入住安寧病房的決策經驗」(未發表之碩士論文)。臺南：長榮大學護理學研究所。
- 吳讚美、薛爾榮、鍾春櫻、劉慧玲、溫怡然、鐘裕燕 (2009)。「癌症死亡病患不施行心肺復甦術簽署情形與是否簽署之相關因素分析」。「安寧療護雜誌」，14，243-253。
- 李欣慈、陳慶餘、胡文郁 (2012)。「華人孝道與家庭主義文化脈絡下談長照機構住民執行預立醫療照護計畫與老人自主權」。「安寧療護雜誌」，17，187-199。
- 林慧美、楊嘉玲、陳美妙、邱泰源、胡文郁 (2011)。「住院病人簽署預立醫療指示的意願及接受宣導的意向」。「安寧療護雜誌」，16，281-295。
- 洪淑美、尹玟、陳婉君、劉淑皎、釋德行、陳佳宏... 朱德明 (2013)。「某離島醫院執行安寧共照之成效」。「安寧療護雜誌」，18，14-23。

- 陳榮基（2004）。安寧緩和醫療條例的實施與困境。「臺灣醫學」，8，684-687。
- 陳榮基（2008）。DNR不等於安寧緩和醫療。「臺灣醫界」，51（4），36-39。
- 曾怡萍（2011）。「護理之家老年住民不施行心肺復甦術之決策意向影響因素探討」。  
（未發表之碩士論文）。臺北：國立臺灣大學護理學研究所。
- 曾淑倩、余美嬋、謝伶瑜、陳鼎達（2009）。南部某區域醫院醫療從業人員簽署預立醫囑之意願探討。「安寧療護雜誌」，14，141-155。
- 黃光國（1988）。人情與面子：中國人的的權力遊戲。見楊國樞（主編）「中國人的心理」，頁289-318。臺北：桂冠。
- 黃光國（1999）。也談“人情”與“關係”的構念化。「本土心理學研究」，12，215-248。
- 黃麗續、魏書娥（2013）。加護病房裡生命末期的醫療決策：以簽署不施行心肺復甦術意願（同意）書的決策分析為例。「生命教育研究」，5（1），25-56。
- 張惠雯、顏啟華、林鵬展、劉立凡（2011）。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。「安寧療護雜誌」，16，296-311。
- 張榮哲、林耀盛（2012）。家庭醫學中的醫病關係與人性關懷。「臺灣醫學」，16，660-666。
- 楊國樞（1993）。中國人的社會取向：社會互動的觀點。見楊國樞：中國人的心理與社會行為-理念及方法篇，頁87-142。臺北：桂冠。
- 劉彩娥、王萬琳、應立志（2014）。醫師與病患對醫病關係模式之看法分。「管理實務與理論研究」，8（3），54-66。
- 蔡甫昌、潘恆嘉、吳澤攻、邱泰源、黃天祥（2006）。預立醫療計畫之倫理與法律議題。「臺灣醫學」，10，517-536。



蔡淑華 (2010)。「重症末期病患家屬簽署DNR心路歷程之敘事分析」(未發表之碩士論文)。臺中：中國醫藥大學。

謝至鏗、王淑貞、王英偉 (2013)。符合社區民眾預立醫療自主計劃文化觀點之介入模式－台灣花蓮地區之經驗。「安寧療護雜誌」，18，1-13。

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.

[http://dx.doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](http://dx.doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)

Ajzen, I. (2005). *Attitudes, personality and behavior* (2<sup>nd</sup> ed.). Berkshire, GBR: McGraw-Hill Education.

Apatira, L., Boyd, E. A., Malvar, G., Evans, L. R., Luce, J. M., Lo, B., & White, D. B. (2008). Hope, truth, and preparing for death: Perspectives of surrogate decision makers. *Annals of Internal Medicine*, 149, 861-868.

Bales, R. F. (1950). *Interaction process analysis: A method for the study of small groups*. Chicago: The University of Chicago.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215. doi: 10.1037/0033-295X.84.2.191

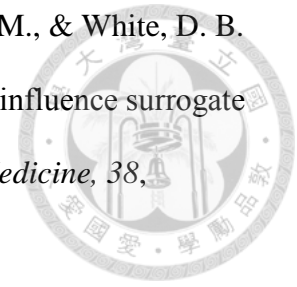
Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education and Behavior*, 31, 143-164. <http://dx.doi.org/10.1177/1090198104263660>

Barnes, K. A., Barlow, C. A., Harrington, J., Orndel, K., Tookman, A., King, M., & Jones, L. (2011). Advance care planning discussions in advanced cancer: Analysis of dialogues between patients and care planning mediators. *Palliative and Supportive Care*, 9, 73-79. <http://dx.doi.org/10.1017/S1478951510000568>

Barnes, K., Jones, L., Tookman, A., & King, M. (2007). Acceptability of an advance care planning interview schedule: A focus group study. *Palliative Medicine*, 21, 23-28. <http://dx.doi.org/10.1177/0269216306073638>

Boyd, E. A., Lo, B., Evans, L. R., Malvar, G., Apatira, L., Luce, J. M., & White, D. B.

(2010). "It's not just what the doctor tells me:" Factors that influence surrogate decision-makers' perceptions of prognosis. *Critical Care Medicine*, 38, 1270-1275.



Braun, K. L., Onaka, A. T., & Horiuchi, B. Y. (2001). Advance directive completion rates and end-of-life preferences in Hawaii. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49, 1708-1713.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Cugliari, A. M., Miller, T., & Sobal, J. (1995). Factors promoting completion of advance directives in the hospital. *Archives of Internal Medicine*, 155, 1893-1898.

Dobbs, D., Emmett, C. P., Hammarth, A., & Daaleman, T. P. (2012). Religiosity and death attitudes and engagement of advance care planning among chronically ill older adults. *Research on Aging*, 34, 113-130.

<http://dx.doi.org/10.1177/0164027511423259>

Elliott, J., & Olver, I. (2008). Choosing between life and death: Patient and family perceptions of the decision not to resuscitate the terminally ill cancer patient.

*Bioethics*, 22, 179-189. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-8519.2007.00620.x>

Elliott, J. A., & Olver, I. (2011). Dying cancer patients talk about physician and patient roles in DNR decision making. *Health Expectations*, 14, 147-158.

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1369-7625.2010.00630.x>

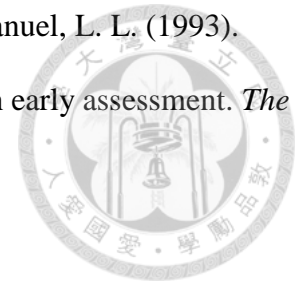
Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. *Journal of the American Medical Association*, 267, 2221-2226.

<http://dx.doi.org/10.1001/jama.1992.03480160079038>

Emanuel, E. J., Weinberg, D. S., Gonin, R., Hummel, L. R., & Emanuel, L. L. (1993).

How well is the patient self-determination act working?: An early assessment. *The American Journal of Medicine*, 95, 619-628.

[http://dx.doi.org/10.1016/0002-9343\(93\)90358-V](http://dx.doi.org/10.1016/0002-9343(93)90358-V)



Emanuel, L. L., Barry, M. J., Stoeckle, J. D., Ettelson, L. M., & Emanuel, E. J. (1991).

Advance directives for medical care - A case for greater use. *New England Journal of Medicine*, 324, 889-895.

<http://dx.doi.org/10.1056/NEJM199103283241305>

Emanuel, L. L., Danis, M., Pearlman, R. A., & Singer, P. A. (1995). Advance care planning as a process: Structuring the discussions in practice. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43, 440-446.

Evans, L. R., Boyd, E. A., Malvar, G., Apatira, L., Luce, J. M., Lo, B., & White, D. B.

(2009). Surrogate decision-makers' perspectives on discussing prognosis in the face of uncertainty. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 179, 48-53.

Evans, N., Bausewein, C., Menaca, A., Andrew, E. V., Higginson, I. J., Harding, R., . . .

Gysels, M. (2012). A critical review of advance directives in Germany: Attitudes, use and healthcare professionals' compliance. *Patient Education and Counseling*, 87, 277-288. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2011.10.004>

Fins, J. J., Miller, F. G., Acres, C. A., Bacchetta, M. D., Huzzard, L. L., & Rapkin, B. D.

(1999). End-of-life decision-making in the hospital: Current practice and future prospects. *Journal of Pain and Symptom Management*, 17, 6-15.

Fried, T. R., Bullock, K., Iannone, L., & O'Leary, J. R. (2009). Understanding advance care planning as a process of health behavior change. *Journal of the American*

*Geriatrics Society*, 57, 1547-1555.

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02396.x>

Fried, T. R., Redding, C. A., Robbins, M. L., Paiva, A., O'Leary, J. R., & Iannone, L.

(2010). Stages of change for the component behaviors of advance care planning.

*Journal of the American Geriatrics Society*, 58, 2329-2336.

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03184.x>

Gross, M. D. (1998). What do patients express as their preferences in advance directives?

*Archives of Internal Medicine*, 158, 363-365.

Hanson, L. C., & Rodgman, E. (1996). The use of living wills at the end of life: A

national study. *Archives of Internal Medicine*, 156, 1018-1022.

Huang, C., Hu, W., Chiu, T., & Chen, C. (2008). The practicalities of terminally ill

patients signing their own DNR orders — A study in Taiwan. *Journal of Medical*

*Ethics*, 34, 336-340. <http://dx.doi.org/10.1136/jme.2007.020735>

Kahana, B., Dan, A., Kahana, E., & Kercher, K. (2004). The personal and social context

of planning for end-of-life care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52,

1163-1167. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52316.x>

Kasl, S. V., & Cobb, S. (1966). Health behavior, illness behavior and sick role behavior.

*Archives of Environmental Health: An International Journal*, 12, 246-266.

<http://dx.doi.org/10.1080/00039896.1966.10664365>

Kleinman, A., Eisenberg, L., & Good, B. (1978). Culture, illness, and care: Clinical

lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal*

*Medicine*, 88, 251-258.

Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*.

New York: Basic Books.



Ko, E., & Lee, J. (2010). Completion of advance directives among Korean American and non-Hispanic White older adults. *Research on Aging, 32*, 618-644.

<http://dx.doi.org/10.1177/0164027510377310>

Levin, T. T., Li, Y., Weiner, J. S., Lewis, F., Bartell, A., Piercy, J., & Kissane, D. W.

(2008). How do-not-resuscitate orders are utilized in cancer patients: Timing relative to death and communication-training implications. *Palliative and*

*Supportive Care, 6*, 341-348. <http://dx.doi.org/10.1017/S1478951508000540>

Liu, J. M., Lin, W. C., Chen, Y. M., Wu, H. W., Yao, N. S., Chen, L. T., & Whang-Peng,

J. (1999). The status of the do-not-resuscitate order in Chinese clinical trial patients in a cancer centre. *Journal of Medical Ethics, 25*, 309-314.

<http://dx.doi.org/10.2307/27718327>

Lyons, E., & Coyle, A. (2007). *Analysing qualitative data in psychology*. London: SAGE.

Madden, T. J., Ellen, P. S., & Ajzen, I. (1992). A comparison of the theory of planned behavior and the theory of reasoned action. *Personality and social psychology*

*Bulletin, 18*, 3-9.

Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science and Medicine, 51*, 1087-1110.

Menaca, A., Evans, N., Andrew, E. V., Toscani, F., Finetti, S., Gomez-Batiste, X., . . .

Gysels, M. (2012). End-of-life care across Southern Europe: A critical review of cultural similarities and differences between Italy, Spain and Portugal. *Critical*

*Reviews in Oncology/Hematology, 82*, 387-401.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.critrevonc.2011.06.002>

Morrison, R., & Meier, D. E. (2004). High rates of advance care planning in New York City's elderly population. *Archives of Internal Medicine, 164*, 2421-2426.

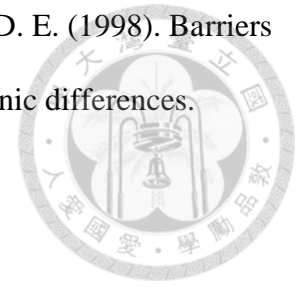
<http://dx.doi.org/10.1001/archinte.164.22.2421>



Morrison, R., Zayas, L. H., Mulvihill, M., Baskin, S. A., & Meier, D. E. (1998). Barriers to completion of health care proxies: An examination of ethnic differences.

*Archives of Internal Medicine*, 158, 2493-2497.

<http://dx.doi.org/10.1001/archinte.158.22.2493>



Oh, D.Y., Kim, J.H., Kim, D.W., Im, S.A., Kim, T.Y., Heo, D., . . . Kim, N. (2006). CPR or DNR? End-of-life decision in Korean cancer patients: A single center's

experience. *Supportive Care in Cancer*, 14, 103-108.

<http://dx.doi.org/10.1007/s00520-005-0885-5>

Piers, R. D., van Eechoud, I. J., Van Camp, S., Grypdonck, M., Deveugele, M., Verbeke, N. C., & Van Den Noortgate, N. J. (2013). Advance care planning in terminally ill and frail older persons. *Patient Education and Counseling*, 90, 323-329.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2011.07.008>

Polanyi, M. (1958). *Personal Knowledge: Towards a Post-Critical Philosophy*. Chicago: University of Chicago Press.

Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12, 38-48.

<http://dx.doi.org/10.4278/0890-1171-12.1.38>

Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.

<http://dx.doi.org/10.1037/h0045357>

Rosenfeld, K. E., Wenger, N. S., & Kagawa-Singer, M. (2000). End-of-life decision making: A qualitative study of elderly individuals. *Journal of General Internal Medicine*, 15, 620-625. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1525-1497.2000.06289.x>

Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education and Behavior*, 2, 328-335. <http://dx.doi.org/10.1177/109019817400200403>

Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education and Behavior, 15*, 175-183.

<http://dx.doi.org/10.1177/109019818801500203>

Sharf, R. S. (2004). *Theories of psychotherapy and counseling: Concepts and cases* (3<sup>rd</sup> ed.) Australia: Brooks/Cole.

Solloway, M., LaFrance, S., Bakitas, M., & Gerken, M. (2005). A chart review of seven hundred eighty-two deaths in hospitals, nursing homes, and hospice/home care. *Journal of Palliative Medicine, 8*, 789-796.

<http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2005.8.789>

Stelter, K. L., Elliott, B. A., & Bruno, C. A. (1992). Living will completion in older adults. *Archives of Internal Medicine, 152*, 954-959.

Sudore, R. L., Schickedanz, A. D., Landefeld, C. S., Williams, B. A., Lindquist, K., Pantilat, S. Z., & Schillinger, D. (2008). Engagement in multiple steps of the advance care planning process: A descriptive study of diverse older adults. *Journal of the American Geriatrics Society, 56*, 1006-1013.

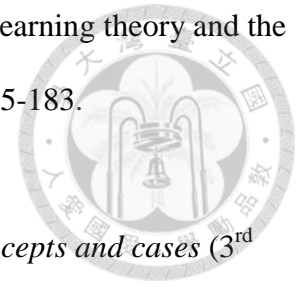
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.01701.x>

Toombs, S. K. (1992). *The meaning of illness: A phenomenological account of the different perspectives of physician and patient*. Boston: Kluwer Academic Publishers.

Vig, E. K., Taylor, J. S., Starks, H., Hopley, E. K., & Fryer-Edwards, K. (2006). Beyond substituted judgment: How surrogates navigate end-of-life decision-making. *Journal of the American Geriatrics Society, 54*, 1688-1693.

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2006.00911.x>

Vig, E. K., Starks, H., Taylor, J. S., Hopley, E. K., & Fryer-Edwards, K. (2007). Surviving surrogate decision-making: What helps and hampers the experience of



making medical decisions for others. *Journal of General Internal Medicine*, 22, 1274-1279.

Walczak, A., Butow, P. N., Davidson, P. M., Bellemore, F. A., Tattersall, M. H. N., Clayton, J. M., . . . Epstein, R. M. (2013). Patient perspectives regarding communication about prognosis and end-of-life issues: How can it be optimised? *Patient Education and Counseling*, 90, 307-314.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2011.08.009>

Wendler, D., & Rid, A. (2011). Systematic review: The effect on surrogates of making treatment decisions for others. *Annals of Internal Medicine*, 154, 336-346.

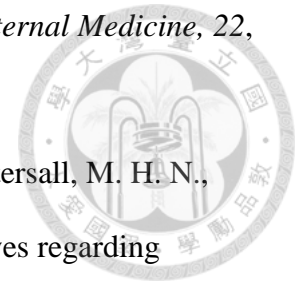
World Health Organization. (1989). *Constitution*. Geneva: World Health Organization.

Yang, C.L., Chiu, T.Y., Hsiung, Y.F. Y., & Hu, W.Y. (2011). Which factors have the greatest influence on bereaved families' willingness to execute advance directives in Taiwan? *Cancer Nursing*, 34, 98-106.

<http://dx.doi.org/10.1097/NCC.0b013e3181f22cac>

Young, A. J., Ofori-Boateng, T., Rodriguez, K. L., & Plowman, J. L. (2003). Meaning and agency in discussing end-of-life care: A study of elderly veterans' values and interpretations. *Qualitative Health Research*, 13, 1039-1062.

<http://dx.doi.org/10.1177/1049732303256554>





# 附錄一：互動歷程分析計分方法



## 一、12 類行動定義

Bales (1950)<sup>2</sup>於“Interaction process analysis : A method for the study of small groups”一書的附錄中，就 12 個行動類別做了仔細的陳述，摘述整理如下：

### 1. 友善<sup>3</sup>

可見於主動表達或對他人的行動給予回應時，個人展現出與對方一致、表現友善、熱忱、不拘禮節；以稱讚、鼓勵、認可、恭維、祝賀等方式以提升對方地位；在針對他人的行動給予回應時，可能是給予協助或鼓勵等。

### 2. 舒緩<sup>4</sup>

可見於個人有一段緊繃之後自發地表現出舒緩，可能是鬆了一口氣、笑顏逐開、滿足、感謝、欣喜；或者是對於他人的恭維有正向愉快的回應，是觀察者明顯感覺其表現出高昂、興奮、喜悅。

另外，也可能是開玩笑或表現幽默以娛樂他人，這些反應可能是自發的，也可能用以緩和某個緊繃的氣氛。如此表現時，如果其中包含一些「攻擊」的成分，則在觀察者的感受裡此比重不能超過「友善」的成分，否則就應該記「類別 12 不友善」。此外，行動者應該要有引他人發笑的企圖或對此反應有所預期，否則可能是過度自我關注，也許是焦慮或爭取地位的表現，則應記為「類別 11 緊張」或「類別 12 不友善」。對於他人的玩笑以各種形式的笑回應，也可計在此類別。

### 3. 同意<sup>5</sup>

<sup>2</sup> Bales, R. F. (1950). *Interaction process analysis : A method for the study of small groups*. Chicago: The University of Chicago.

<sup>3</sup> 「友善」描述的似乎是以他人或他人的行動為對象所展現的情緒，而非反應性的回應。

<sup>4</sup> 「舒緩」是對某些事件狀態的情緒表達，定義中雖也包含對他人行動的回應，但看起來比較偏向被動的、反應性的回應（即「對於他人的恭維有正向愉快的回應」）。

「同意」在針對「類別 1 友善」、「類別 2 舒緩」可能回應以謙遜、尊重；對先前所形成的決定（「類別 3 同意」）回應以贊同、複述確認；對「類別 4 給建議」表示附議、認同、順從、遵循，或者即使沒有被要求，其表現出的行為也彷彿是遵循某種要求；對「類別 5 給意見」顯示同意其主張或看法；對「類別 6 給資訊」行動表現出感興趣、願接受等反應；對「類別 10 不同意」行動的回應，則可能是承認對方所指出的錯誤、認同對方的反駁或非難、退讓、請求諒解等等；對「類別 11 緊張」展現出許可的態度，甚至帶領他人去理解、避免責備表現出緊張行動的成員；對「類別 12 不友善」展現出屈從、順服的反應，包含認輸、接受被駁倒、放棄自己的主張或目標等等。

#### 4. 給建議<sup>6</sup>

給予建議可以是向他人陳述所建議的行動本身；或者是指引（**orient**）他人較理想的行動為何，藉以讓對方知道在互動中什麼樣的行動是被期待表現的。

前者的建議形式，可能是描述可共同進行以達成目標的具體方案，例如，調整外在環境、提出解決方案、給予從何著手／怎麼做／如何因應問題等等的提議。後者的建議形式包含指導、說服、規勸、催促、鼓勵或啟發等形式。例如當個人初次進入諮商情境該做些什麼、會遇到哪些情況、為什麼要做等等，給予的建議可能如「我們將在這個小時的最後稍做停留」、「現在想想看，如果……會如何」、「小明，你要不要來幫忙（在等下的演練中）扮演家屬的角色？」、「繼續繼續」等。這些建議的提出，是他人最終仍保有是否接受或調整建議的自由，自主性不受到威脅。另外，團體的領導者給予成員結構化，在團體中分配角色與工作等等的建議也都可歸於「給建議」。

---

<sup>5</sup>「同意」的核心是對他人的主張或行動表達「認同」之意，而非僅在對語言文字的認知層面。

<sup>6</sup>「給建議」的核心是使他人能夠朝向理想行為的方向移動，所以形式上除了直接的行動建議，也包含說明建議的原因、結構化（**structuralization**）的資訊等等。

## 5. 給意見<sup>7</sup>

主要涉及個人對某個「事物」加以評論、推論或者表達願望、感受。這些「事物」可以是某個行動、個人自己／自己的動機、或者他人／他人的動機／整個團體等。當這些事物是溝通過程中的其他行動時，可能是個人經由各種形式的思考而產生對事件的了解或頓悟後，進而表達所了解或頓悟的內容。與「類別 6 給資訊」相比，「類別 5 給意見」更多了推論評估的成分。評論或感受表達的對象也可能是自己或自己先前的某個行動或動機，個人透過客觀的推論、推理以了解、診斷或解釋自己的動機或者自己的某個行為發生的原因（例如，「我一定是瘋了才沒發現他是在幫忙我」）。另外，對象也可以是針對他人或整個團體的評論或感受，個人透過客觀的推論、推理以了解、診斷，或解釋他人／他人的動機或團體的結構／動力／過去的行動。

## 6. 給資訊<sup>8</sup>

如果是針對整個溝通互動的歷程，「給資訊」可能是個人試圖獲取團體中他人的注意力、確保他人對於接下來的溝通有所準備（例如，叫對方的名字、清喉嚨、注視著對方、握對方的手、提起要討論的問題、指出所陳述或所做事情之重要性等等）。也可能是透過重複、澄清疑惑、解釋、詳述、摘要、重述等方式來避免或減少溝通時的訊息斷裂，這樣做的目的並非說服他人或闡述論點，僅是使溝通及指引的歷程得以適當地進行。

個人也可能直述（報告但非推論）有關自己的事情，包含過去的想法、感受、行動、經驗（例如，「我當時覺得我快瘋了」、「我那時不在現場」），可能是自發的或者回應提問，這些都歸屬於「給資訊」的類別。需注意這些陳述必須不含推論且情

<sup>7</sup>「給意見」的核心是透過思考或推論對某個事物形成的個人意見。

<sup>8</sup>「給資訊」的核心是「減少溝通斷裂」，幫助雙方訊息往來的交流，因此此類別不僅只包含提供給對方具體的訊息內容，試圖獲取對方注意力、複述內容使對方了解自己已接收到訊息等等，均可屬之。

緒相對中性，若個人在陳述當下顯現出情緒，則應該歸為其他適當的類別。若情緒的對象並非是某個溝通行動的接收者，而是所陳述的事情，則「接收者」可記為 X。

另外，「給資訊」也可針對他人或者整個團體傳達理解，形式上可能是重述或報告他人所說過的內容；反映他人的內容或感受；換句話說或接受並澄清他人感受。可為對方將其表達說得更清楚，用意在於協助對方形成概念或者調整概念，但不包含推論或者加以詮釋（即非引導性）。

最後，一些一般性的事實陳述，也可以被歸在「給資訊」，透過客觀、直接、非推論性、非情緒性的方式陳述。例如，「這隻手機壞了」。

## 7. 求資訊<sup>9</sup>

行動表現出缺乏某些知識，包含對於團體以下方面的疑惑和不確定：目標、目前為止的討論過程、曾說過什麼、發生過什麼事、某些字或字詞的意義等等。個人直接提出問題以求得某個事實（「事實」指的是可判斷對錯的）；提問的方式可能是直接的問句（例如，「現在是幾月？」），或者也可能是間接迂迴的（例如，「我不太知道這個意思」）。希望了解的事實除了關於團體本身，也可以是團體外的事物、團體的結構組織、其他人，或者關於自己。

需注意某些提問是用以重新定義、澄清闡明、重新描述某個感受，這類問句並不放在此類別中（例如，「你是說你不喜歡這樣噢？」）。這樣的問句需視推論程度而決定放在「類別 5 給意見」或者「類別 6 給資訊」。

## 8. 求意見<sup>10</sup>

以開放式、非指導性的提問探索感受、價值、意圖或者傾向，包含鼓勵陳述或者做反應。求意見的對象可以是對個人自己、他人或者整個團體。表達方式上除了

---

<sup>9</sup>「求資訊」的核心須有提問的意涵，而非只是確認。

<sup>10</sup>「求意見」的核心須有提問的意涵，而非只是確認。

直接提問，也可以是間接表達「未能從既有互動中獲得足夠了解」而呈現出對於意見的尋求（例如，「我不知道這得花多久的時間」）。但前提是，這樣的表達仍必須是情緒中性的，否則就應該記在其他能反映其情緒調性的類別中。



## 9. 求建議<sup>11</sup>

直接或間接地針對接下來該如何行動以及達成目標尋求建議，所要求的建議可能包含如何開始、接下來該怎麼做、如何做決定等等。尋求建議時，若個人的表達看來不只是想分享決定權，也帶有略微依賴的情緒（顯現需要他人幫助來做決定），則應該計為「類別 11 緊張」；若情緒強度是更明顯的，則不論有沒有顯現出依賴，都應該計在跟情緒有關的類別，例如「類別 11 緊張」（「天啊！現在該怎麼辦？」）或者「類別 12 不友善」（「不然你說要怎麼辦？」）。

## 10. 不同意<sup>12</sup>

可以是對其他各類別的行動表達不同意。針對「類別 1 友善」、「類別 2 舒緩」、「類別 3 同意」回應以冷淡，形式可能是不領情、不受吸引、被動拒絕（不為所動、沈默、沒反應）、缺乏友善等等表現。或者當團體進行討論時，私下與其他成員耳語／討論或者與團體外的人互動，此行為顯示出拒絕參與團體的主要討論，而可被計為此類別。

針對「類別 4 給建議」，不同意的表現可能是對於他人的建議表現出懷疑、不願接受。但若展現出明顯的情緒，例如，直接屏除、回絕、拋棄他人，則應該計在「類別 12 不友善」。

針對「類別 5 給意見」、「類別 6 給資訊」，不同意的表現是對他人提供的意見或資訊展現出程度較輕的不同意、懷疑，或者是較明確的修正其他成員有關情境的描

---

<sup>11</sup>「求建議」的核心是情緒中性地分享決定權。

<sup>12</sup>「不同意」的核心是對他人的主張或行動表達「不認同」之意，而非僅在對語言文字的認知層面。

述、對他人表達的解讀等等。同樣需注意表達時的情緒強度是輕微且就事論事的，如果不同意的對象已經轉為針對個人，則應該計在「類別 12 不友善」。

針對「類別 7 求資訊」、「類別 8 求意見」、「類別 9 求建議」、「類別 11 緊張」、「類別 12 不友善」做出的不同意回應，其表現可能是當他人在說話時未能注意理會、忽略他人的要求或抱怨、逃避或暫緩回答他人的問題且未說明理由；拒絕的反應阻礙或限制了他人的溝通行動；掌握資源使他人不可得；拒絕他人要求、使他人失望，或使其不能參與互動等等。

針對「類別 10 不同意」，在溝通中個人可能先做了某個建議或主張，而後其他成員回應以不同意，接著個人再次回應以辯護其原來的主張，此時這個辯護的反應也計為「不同意」。但需注意如果此辯護接下來的其他陳述，是個人接續提出的其他看法、分析或者建議，則後面的陳述應另外依其內容再做評分。例如，「我不覺得！事實上我記得他們當初也不是這樣說的」這個例子中，「我不覺得」可能是個人再次為先前的主張被反駁而辯駁，仍計為「不同意」，但接下來的「事實上我記得他們當初也不是這樣說的」則可能需要視為新的單位另做計分。

## 11. 緊張<sup>13</sup>

「緊張」指個人在負面情緒下的緊繃狀態。負面情緒的形式包含廣泛的緊繃或焦慮、羞愧或罪惡感、挫折、尋求協助或准許、退縮等。「廣泛的緊繃或焦慮」例如，顯得緊張、坐立不安、無法專注、慌張、結結巴巴、咬手指、發抖、困窘、小心翼翼、過度謹慎、害怕等等。如果行為表現是持續連貫的，則每分鐘計一次。「羞愧或罪惡感」的表現可能包含承認他人的指責、承認自己的疏忽、缺乏能力等等；也可能是緊張尷尬地笑或者道歉、嗚噎哭泣、補償贖罪或自我責備的表現等。「挫折」可

---

<sup>13</sup>「緊張」是對某些事件狀態的負面情緒表達，定義中雖也包含對他人行動的回應，但看起來比較偏向被動的、反應性的回應。

能表現於自己的某個努力失敗後，顯得挫敗，需注意此挫敗的反應必須僅限於針對個人自己，不能是對他人或團體遷怒、敵對或反擊，否則就應該計在「類別 12 不友善」。「尋求協助或准許」是個人在尋求他人的建議、支持、幫助時展現出試圖將自己解決問題的責任擺到他人身上，而非單純請求建議、意見或資訊。可能透過某些姿態獲得同情（例如，誇大受傷或症狀）。「退縮」是個人在團體中顯得對問題不感興趣、覺得無聊，甚至離開團體或表現出一些與互動無關的自我關注行為，例如，跟自己說話。

## 12. 不友善<sup>14</sup>

展現出企圖控制、主張自我、貶低他人、防衛自己、為自己爭取地位，或者攻擊性。「企圖控制」可能是個人武斷地為他人指派角色、位置，展現出傲慢、專橫的態度。「主張自我」可能是個人對於他人的控制企圖回應以不順服、忽略、反抗等反應。「貶低他人」可能是個人在對話中打斷、干擾他人；無緣無故地在他人並不需要幫助的情況下為他人完成語句；瞧不起他人、惡意諷刺、刁難、詛咒、指控、說閒話、污辱、斥責他人，或者顯得自負。「防衛自己」是當個人可能有某些失誤時，避談或辯解，變得尖銳、防備、堅持主張。「為自己爭取地位」可能是個人試著讓他人對自己印象深刻、注意到自己的重要性、使自己顯得獨特等。「攻擊」則是顯得易怒、暴躁，表現出威脅、攻擊的姿態。

## 二、計分格式

互動歷程分析可用於團體互動當下進行立即的觀察記錄。表附一羅列在觀察情境下紀錄「誰對誰做什麼樣的反應」的各種狀況之記錄代號。

### 表附一

---

<sup>14</sup> 「不友善」描述的似是以他人或他人的行動為對象所展現的負面情緒，而非反應性的回應。

## 互動歷程分析記錄代碼範例及說明

### 記錄代號範例

### 說明

1<sup>4</sup>→2<sup>3</sup>→1<sup>7</sup>→2

#### 【「誰」對「誰」做「什麼」】

此為一個互動段落，1、2 為互動成員代號，4、3、7 是行動類別。箭號之前是行動者，箭號之後是接收者。行動類別標註於箭號上方。若個人是對整個團體（非特定對象）表達，則將接收者紀錄為 0

1<sup>7</sup>→2 — 3<sup>6</sup>→1

#### 【話題成員改變】

當 1 對 2 做反應，2 尚未接下去，卻由 3 插入討論同一話題時，則以「—」連接。

1<sup>6</sup>→2  
4<sup>5</sup>→1

#### 【插話】

兩人互動中，互動尚未結束時，另一人打岔。

▲ 1<sup>6</sup>→2 — 5—3<sup>6</sup>→1▲

#### 【話題改變】

互動話題若由預立醫療計劃討論改變為其他話題，則並非本研究所關心的溝通行為。以▲標記，話題轉換回來之後再以▲標記。以便後續整理資料時排除。

{ 1<sup>6</sup>→2 — 5→1<sup>6</sup>→2  
3<sup>6</sup>→4 — 5→3<sup>6</sup>→4

#### 【同時互動】

團體中有不只一組預立醫療計劃討論同時在進行，則並列記錄，以括號連接之。

1<sup>7</sup>→2 — 2<sup>6</sup>→1  
3<sup>7</sup>→2 — 2<sup>6</sup>→3

#### 【多人互動】

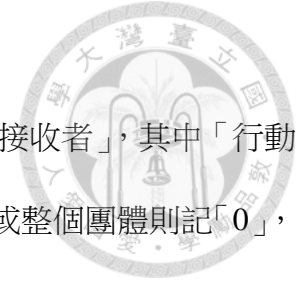
多人回應同一人，或者一人回應多人，則分別記錄。

本研究之計分以逐字稿為計分主要素材，參照影片以考量互動當下的非口語表達。依據計分情境及分析需求之差異，調整記錄格式（圖附一）及要點如下：

	編號	行動者	行動	附加	接收者	備註
DA：她本來之前是可以走路，但是變成、聽起來是兩三個月...	1	DA	5		FA	
FA：對呀，兩三個月。	2	FA	6		DA	
DA：是不只是、從半年開始就慢慢身體狀況不好。	3	-	-		-	
FA：對對。	4	FA	6		DA	

圖附一：本研究所採用之互動歷程分析記錄格





- 針對逐字稿的每個發話，記錄其「行動者」、「行動」、「接收者」，其中「行動者」及「接收者」代號依逐字稿上的代號；非特定的他人或整個團體則記「0」，行動代號則依據行動類別編號記錄 1 ~ 12。
- 若「行動」記為 1、2、11、12 等正負向情緒有關的類別，則在「附加」欄位針對該行動內容「傳達的訊息類別」屬於 4、5、6、7、8、9 任一類別。
- 於備註欄註記特殊的行動狀態或觀察。

### 三、計分原則

#### 1. 觀點

依據 Bales (1950) 的想法，任何時候在考量行動者的立場時，觀察者都要試圖採取一種「普遍化的他人角色 (role of generalized other)」。

這指的是，觀察者試圖把自己當作團體中的一般成員，或者甚至把自己當作是某個行動者的行動對象。在做評分判斷時，觀察者是依據這種普遍化他人的角色觀點，或者行為接收者的角色觀點去判斷行為。這種站在團體成員立場的考量裡，也包含當觀察者本身具有團體成員所沒有的背景資訊時（包含對行動者過去經驗的了解、文化因素等），需要有意識地屏除這個部分對於判斷的影響。

#### 2. 評分優先順序

評分時，各類別有不同優先順序。帶有情感成分的類別優先記分，「類別 2 舒緩」及「類別 11 緊張」最優先；「類別 1 友善」及「類別 12 不友善」其次。其他八種為情緒中性的表達，同意／不同意是針對對方所表達的內容給予回應；給資料／求資料、給意見／求意見、給建議／求建議，則依內容所涉及的優勢／劣勢、主觀評斷

成分做區分。「建議」是涉及互動雙方優勢／劣勢關係，其他兩類則不包含；「意見」相較於「資料」，其表達內容涉及個人對訊息的推理與權勢等主觀判斷，而後者則是提供一個可客觀檢證的資訊。



### 3. 特殊評分情形

語意或發音不清，而無法判斷內容者均不評分。對話中某人的同一段表達有時會因為他人的回應而在時序上被切分成不同的段落，此時若他人回應是「插話」（即明顯有打斷原說話者的表達）則應該分開記錄，但若只是同時給予簡單的回應表示了解，與之對話者並未因此回應而打斷表達，則應一起評分一次。