

國立臺灣大學生物資源暨農學院生物產業傳播暨發展學系

碩士論文

Department of Bio-Industry Communication and Development College of
Bioresources and Agriculture



National Taiwan University

Master Thesis

生命末期醫療決策：訊息框架之研究

End-of-Life Decision : Study of Message Framing

林以容

Yi-Jung Lin

指導教授：周穆謙 博士

Advisor: Mu-Chien Chou, Ph.D.

中華民國 106 年 2 月

February, 2017



國立臺灣大學碩、博士學位論文 口試委員會審定書

生命末期醫療決策：訊息框架之研究

End-of-Life Decision: Study of Message Framing

本論文係 林以容 (R02630002) 在國立臺灣大學生物產業傳播暨發展學系完成之碩士學位論文，於民國 105 年 12 月 27 日承下列考試委員審查通過及口試及格，特此證明

口試委員：

周彥謙

(簽名)

(指導教授)

印政輝

張即卿

系主任：

王俊豪

(簽名)



國立臺灣大學 行為與社會科學研究倫理委員會

Research Ethics Committee
National Taiwan University
No. 1, Sec. 4, Roosevelt Rd., Taipei, Taiwan 10617, R.O.C
Phone: 3366-9956 Fax: 2362-9082

審查核可證明

核可日期：2016年10月17日

倫委會案號：201608HS013

計畫名稱：生命末期醫療決策：訊息框架之研究

校/院/系/計畫主持人：國立台灣大學/生物資源暨農學院/生物產業傳播暨發展學系/周穆謙 助理教授

計畫文件版本日期：【2016年10月13日】

上述計畫業經 2016 年 10 月 17 日 國立臺灣大學行為與社會科學研究倫理委員會同意，符合研究倫理規範。本委員會的運作符合本校行為與社會科學研究倫理準則與規範及政府相關法律規章。

本案需經研究經費補助單位核准同意後，該計畫始得執行。

本審查核可證明之有效期限自 2016 年 10 月 17 日起至 2017 年 1 月 31 日止。若有需要，計畫主持人最遲應於本核可證明到期前的 6 週，提出持續審查申請表，方可繼續執行。

在計畫執行期間，若有計畫變更或嚴重不良反應事件，計畫主持人須依國內及本校相關法令規定通報本委員會。

行為與社會科學研究倫理委員會主任委員 謝世忠

Ethical Review Approval National Taiwan University

Date of approval: October 17, 2016

NTU-REC No.: 201608HS013

Title of protocol : End-of-Life Decision : Study of Message Framing

University/ College/ Department/ Principal Investigator : National Taiwan University/ College of Bioresources and Agriculture/ Department of Bio-Industry Communication and Development/ Assistant Professor Mu-Chien Chou

Version date of documents : 【October 13, 2016】

The protocol has been approved by Research Ethics Committee of National Taiwan University and has been classified as expedited on October 17, 2016 . The committee is organized under, and operates in accordance with, Social and Behavioral Research Ethical Principles and Regulations of National Taiwan University and governmental laws and regulations.

Approval by funding agency is mandatory before project implementation.

The duration of this approval is from October 17, 2016 to January 31, 2017 . Continuing Review Application should be submit to Research Ethics Committee no later than six weeks before current approval expired.

The investigator is required to report protocol amendment and Serious Adverse Events in accordance with the National Taiwan University and governmental laws and regulations.

Chairperson Shih-chung Hsieh

Research Ethics Committee

誌謝



感謝生傳所給我的紮實訓練，使我習得了方法與態度，知道如何嚴謹地回答問題，學會了不同的思維與實踐方式。感謝指導教授周穆謙老師，讓我發展喜歡的議題，並在過程中給我許多指導與支持；感謝口試委員邱玉蟬老師與張卿卿老師，總是給我精準的建議，更不吝替我加油打氣。感謝所有接受訪談的一線推廣人員，您們無私的分享，讓我更了解臺灣在生命末期醫療決策的推廣現況；感謝多位專家協助檢視研究工具，使這份研究更為適切。這趟學習如登山，每一步都帶我遠離熟悉的環境，抵達讓人不安卻同時美麗得無法想像的前方。途中我經驗、體會，努力與各種限制和不安抗衡，並漸漸接納自己的限制，盡力在每個片刻裡呈現最好的自己。最後，尤其感謝這一路上支持、鼓勵我的家人、同學與朋友；感謝你們陪伴我的每一個腳步。

以容 謹致

國立臺灣大學 生物產業傳播暨發展學系碩士班

2017, 2

中文摘要



近來，病人在生命末期醫療決策上的自主權備受重視，除現行之《安寧緩和醫療條例》之外，《病人自主權利法》亦已三讀通過，強調讓社會大眾在身體健康時，預先了解個人醫療權益，以思考自己在生命末期所期望的醫療照護模式，並透過文件的簽署掌握個人醫療自主權，以實踐善終。其中，訊息內容為推廣的核心，會影響個人的行為意圖，故本研究以生命末期醫療決策為主題，進行訊息元素傳播效果之測量，以了解如何適切地向個人（不同年齡層之青壯族）傳遞訊息，避免其不信任訊息（訊息減損），以增加議題被觸及與接受的機會。

本研究採用線上實驗法，為一單因子實驗設計，以訊息框架為操弄變項，訊息減損程度與年齡為調節變項，是否有面對死亡經驗為共變項，傳播效果（訊息態度、議題態度、行為意圖）為依變項。研究對象鎖定 20 至 49 歲之青壯族，且具閱讀能力及完全行為能力者（符合臺灣現行意願書規定之簽署條件）；研究參與者被隨機分至不同實驗組別。本研究共計回收 469 份問卷，有效樣本 453 份（完整填答率為 96.5%）。

研究結果顯示，當生命末期醫療決策議題無論有無套用訊息框架，其傳播效果皆無顯著差異，而訊息減損程度、年齡及部份人口變項（健康狀態、經驗）則會影響訊息的傳播效果；其中，有接觸或與他人討論過生命末期醫療決策議題者，會簽屬意願書的機率約是沒接觸者的二至三倍之間。作為與民眾接觸的開端，訊息呈現、推廣方式可以如何使民眾感知到拒絕急救、接受安寧緩和醫療等決策之意義與價值？本研究結果可提供相關議題之推廣策略參考，並望能促使更多研究者以生命末期醫療決策為主題進行不同面向之研究，以有效進行議題傳遞，確保更多社會大眾能夠實踐自主權，保障自己的善終。

關鍵字：生命末期醫療決策、訊息框架、傳播效果

英文摘要

In addition to the existing “Hospice Palliative Care Act”,“ The Patient Autonomy Act” has been undergone the Third Reading, emphasizing the importance of giving people the chances to self-determination on end-of-life decision when healthy by signing the documents to master personal medical autonomy with the fully understanding of individual medical rights. Above all, message content is the core of the promotion process, which will affect individuals’ behaviors intention a lot. Therefore, this study measured the communication effects of message components to clarify the best way to communicate to individuals (young people between the ages of 20-49), to avoid message derogation, and making this issue being reached and well accepted.

The online experiment was designed as a one-factor experiment, with message framing as manipulative variable, degree of message derogation and age as moderator variables, whether there was death experience as covariant variables, communication effect (message attitude, issue attitude, behavior intention) as dependent variables. The study participants were focused on young people between the ages of 20-49 with reading ability and full capacity (in accordance with the current conditions of Taiwan's law), and were randomly assigned to different experimental groups. A total of 469 questionnaires were collected, and there were 453 valid samples (96.5% of complete responses).

The results of the study showed that there was no significant difference in the communication effects on different message framing, but the age, degree of message derogation and some demographic variables (health status, experience) affected the communication effects. What's more, the person who have contacted or discussed with other people in related issues are two to three times more willing to sign the

“Advance Hospice Palliative Care and Life-Sustaining Treatment Choices of Intent”

than ones who did not know the issue. As the initial hub with the public, how to make people perceive the importance and value of end-of-life decision by presenting and promoting information in more efficient way? The results hope to provide a reference for the promotion strategy of relevant topics, enable more researchers to contribute more about end-of-life decision area and so as to empower the public to better known the issue of their own rights of good death.

Keyword: end-of-life decision, message framing, communication effects

目次



□試委員會審定書.....	i
倫理審查核可證明.....	ii
誌謝.....	iii
中文摘要.....	iv
英文摘要.....	v
目次.....	vii
表次.....	ix
圖次.....	x
第 1 章 緒論.....	1
1.1 研究緣起.....	1
1.2 研究動機與目的.....	3
1.3 研究範圍.....	6
第 2 章 文獻回顧.....	7
2.1 生命末期醫療決策.....	7
2.1.1 死亡、善終與生命末期醫療決策	8
2.1.2 臺灣相關法規與意願書	11
2.1.3 臺灣推廣現況	15
2.2 訊息框架與傳播效果.....	18
2.2.1 訊息框架	19
2.2.2 傳播效果	22
2.2.3 小結	27
第 3 章 前導研究.....	30
3.1 前導研究目的.....	30
3.2 前導研究流程.....	30
3.3 前導研究資料分析.....	32
3.4 前導研究結果與討論.....	32
3.5 小結.....	40
第 4 章 研究方法.....	42
4.1 研究架構.....	42
4.2 研究假設.....	43

4.3	研究方法選擇與流程.....	43
4.3.1	實驗分組	44
4.3.2	樣本招募方式	45
4.3.3	實驗流程	46
4.3.4	資料分析	48
4.4	實驗物的選擇與設計.....	48
4.5	變項定義與測量.....	51
4.5.1	自變項	52
4.5.2	調節變項	52
4.5.3	共變項	53
4.5.4	依變項	53
4.5.5	人口變項	54
4.6	前測.....	57
第 5 章	研究結果.....	62
5.1	描述性統計.....	62
5.2	量表信度檢測.....	69
5.3	假設驗證.....	70
5.3.1	H1：不同框架對個人之傳播效果	73
5.3.2	H2：不同訊息減損程度於不同框架之傳播效果	73
5.3.3	H3：不同年齡層閱讀不同框架之傳播效果	76
5.4	其他發現.....	79
5.5	小結.....	82
第 6 章	結論.....	83
6.1	研究結果、發現與討論.....	83
6.2	研究限制與建議.....	86
參考文獻.....	90	
附件一：實驗物.....	111	
附件二：量表來源與題項.....	115	
附件三：前測問卷.....	117	
附錄四：專家效度問卷.....	127	
附錄五：正式問卷與實驗流程網頁.....	137	

表次



表 3.2.1 前導研究受訪者資料	31
表 3.2.2 前導研究訪談大綱	31
表 4.3.1 實驗分組表	45
表 4.4.1 實驗訊息內容	50
表 4.5.1 人口變項之說明與測量方式	54
表 4.5.2 健康狀態變項之說明與測量方式	56
表 4.6.1 前測項目分析摘要表	58
表 4.6.2 前測之信度檢測	60
表 4.6.3 專家效度評分表	60
表 5.1.1 樣本數量統計表	62
表 5.1.2 參與者之人口特性 (N=453)	63
表 5.1.3 參與者健康狀態特性	66
表 5.1.4 參與者考慮是否簽署之因素	68
表 5.1.5 實驗設計之樣本人數分佈	68
表 5.3.1 依變項之相關分析	70
表 5.3.2 多變量及單變量分析摘要	72
表 5.3.3 訊息減損對傳播效果之平均數與標準差	72
表 5.3.4 年齡對傳播效果之平均數與標準差	73
表 5.4.1 羅吉斯迴歸之所有類別變數	79
表 5.4.2 羅吉斯迴歸摘要分析表	81
表 5.5.1 假設驗證結果	82

圖次

圖 2.1.1 死亡、善終與生命末期醫療決策的關係	8
圖 4.1.1 研究架構圖	42
圖 4.3.1 研究參與者招募示意圖	46
圖 4.3.2 實驗流程圖	47
圖 5.3.1 訊息減損程度對不同框架之訊息態度剖面圖	74
圖 5.3.2 訊息減損程度對不同框架之議題態度剖面圖	75
圖 5.3.3 訊息減損程度對不同框架之行為意圖剖面圖	76
圖 5.3.4 年齡對不同框架之訊息態度剖面圖	77
圖 5.3.5 年齡對不同框架之議題態度剖面圖	78
圖 5.3.6 年齡對不同框架之行為意圖剖面圖	79





第1章 緒論

1.1 研究緣起

近來，臨終前之無效醫療（medical futility）備受討論，其意指病人預後¹不佳，且無法透過治療提升健康與生命品質時，病人仍持續接受醫學治療，但其預期效益小於資源的損耗（徐明儀、江蓮瑩，2014）。天下雜誌與參玖參公民平台（2014）調查發現，國內病人在臨終前的醫療支出龐大，尤其以使用葉克膜²的病例數目為全世界案例數目的一半、加護病房床數量為世界第一、長期依賴呼吸器之個案數量遠高於其他國家等現象最為顯著；當上述醫療模式並不適合病人時，除了損害病人生命品質（quality of life），此類健康照護支出亦造成國家財政沉重的負荷，甚至引起醫療資源配置的爭論。那麼，當處在生命末期³（end of life），除了既有的治療方式，病人是否有其他符合自身需求的選擇？

生命末期醫療決策（end-of-life decision）意指當個人處於生命末期階段時，決定是否要採取某些醫療措施，以對威脅生命的疾病予以處置，例如：「當疾病無法治癒時，是否要接受安寧緩和醫療（hospice palliative care）？」、「當心臟停止跳動時，是否要接受心肺復甦術（cardiopulmonary resuscitation; CPR）？」、「當無法自主呼吸時，是否要接受插管或裝置人工呼吸器等治療？」等決策；此議題尤其在提供重症照護（intensive care）之加護病房（intensive care unit, ICU）常被討論與研究（Oh et al., 2006; Thelen, 2005）。生命末期醫療決策之形式與內容在各國因地制宜；在臺灣，目前具法律效力的決策文件以《安寧緩和醫療條例》之「預立安寧緩和醫療暨維生

¹預後（prognosis）：醫學名詞，指根據病人狀況來預測疾病在未來發展之病程，評估不同結果的相對可能性；例如：疾病進展、痊癒、復發、失能、死亡等（高以信、王昱豐、江瑞坤，2011）。

²葉克膜：全名為體外循環維生系統（extracorporeal membrane oxygenation, ECMO），俗稱葉克膜，為一進行體外呼吸與循環的醫療急救設備，暫時支持病人之心肺功能（林展宇、陳永昌、方基存，2013）。

³末期（end of life）：意指經醫療人員專業判斷與數據佐證，死亡已不可避免，此為一個健康狀態逐漸衰退過程，但時間長短不定，且身體狀況的變化無法準確預測（全國法規資料庫，2013）。

醫療抉擇意願書（以下簡稱意願書）」為主；而於 2015 年 12 月 18 日三讀通過，並於 2016 年 1 月 6 日公布之《病人自主權利法》，預計於 2019 年正式施行，將對病人在生命末期醫療決策上的自主權，賦予更完善的權益。



我第一次感知到醫療的有限性，進而真正認識死亡，是在 2005 年、國中二年級的時候。從小伴我長大的外婆罹患淋巴癌，我一路參與和陪伴，看見外婆的消瘦、痛苦，卻也看見外婆對於生命的豁達與韌性；其中，外婆住在安寧病房的經驗，讓我看見生命最後的美好與尊嚴，更讓我發現維護病人自主權的可貴—當生命走到盡頭，每個人都有權利決定自己的醫療計劃。與外婆告別之後，我除了主動閱讀探討生死的書籍，也先後於 2010 年進入醫院陪伴兒癌，2012 年於安寧病房實習；上述經驗使我看見生命的豐厚並不侷限於時間的長度，而在於關係與愛的寬度，更加倍感受到預立生命末期醫療決策的重要性。

而 2013 年媽媽罹患白血病的經歷，更讓我在近兩年半的照顧過程中，學會接受醫療的有限，實踐道別練習，把握活著的每個當下，陪伴媽媽有尊嚴地走過人生；並在媽媽逝世後，有妥善安排的依歸，與自我照顧的力量。回顧自己的經歷，我發現死亡並不是一件距離個人很遙遠的事，因此每個人應該都要對它有所認識，始能了解家人與自身權益，以維護個人在醫療處遇中的自主權。善終於我而言，不僅讓逝者安詳而尊嚴地走完人生，更讓家屬的悲傷得以減緩，學習道別與放下。美國外科醫師 Gawande (2015/2015) 曾在《凝視死亡》(Being Mortal) 中提及：「如果我們不知道如何善終，那就只能讓醫學、科技和陌生來來操縱自己的命運。」是故，知道如何善終會影響個人能否實踐善終權，而有關單位如何有效傳遞生命末期醫療決策的推廣訊息，讓個人得知善終的相關訊息，則可能對個人權益實踐產生影響力，且會間接影響政策的有效執行。



1.2 研究動機與目的

《安寧緩和醫療條例》在臺灣施行已近 16 年，其間，雖然中央健保局已陸續將安寧療護整合性照護正式納入全民健康健保給付（包含住院、居家、共照及社區），致力於將服務的範圍擴大，從醫院走入社區，且經國際調查評比，臺灣臨終病人的死亡品質排名為亞洲之冠、全球前十名（行政院衛生福利部國民健康署，2015）；但是，每年簽署意願書的人數只有微幅成長，而無顯著提升。根據行政院衛生福利部（2017）即時系統顯示，預立同意安寧意願註記總計 317,733 人，約占總人口之 1.35%，和美國的 20% 相距甚遠（王梅，2010）。

雖然滿 20 歲且具完全行為能力者即能夠簽署意願書，但是國內研究指出，已簽署者在年齡分布部份，50 歲以下民眾僅 27%，其中 20-29 歲(3.2%)及 30-39 歲(7.8%)最低（李英芬等人，2013）。更有研究指出，即使臺灣生命末期醫療決策相關法案已立法施行多年，仍有諸多民眾不清楚內容，甚至未曾聽過意願書等相關服務，進而影響個人的簽署意願與醫療權益，使善終權未能以病人為主體被實踐（林慧美、楊嘉玲、陳美妙、邱泰源、胡文郁，2011；鄭夙芬、劉雪娥、方震中、萬國華，2010）。因此，讓社會大眾在身體健康時，預先了解個人醫療權益，以思考自己在生命末期所期望的醫療照護模式，並透過文件的簽署掌握個人醫療自主權以實踐善終，是政府及有關單位未來應加強並持續努力的方向。

此外，綜合所有安寧療護服務，癌症病人死前接受安寧療護比率由 100 年的 29.9% 上升至 101 年的 39.9%，且在推動共照服務後，癌症病人死亡前 7 天轉介安寧療護的比率，從民國 97 年的 54%，下降到 102 年的 18%，可見國內接受安寧療護的病人逐漸成長且科別範圍擴大（陳佳佳，2014）；但是，其中非癌症病人利用率仍較低，據民國 99 年統計，有使用安寧療護服務者僅占所有非癌末期病人的 0.2%。顯見生命末期醫療決策在推廣上，從醫院到社會、從癌症到非癌症皆仍有努力空間（李閨華，2013）。其中，網路等新媒體的出現，改變了健康傳播的型態，使健康議

題的流動不再侷限於醫療服務提供者提供資訊予民眾，民眾對於資訊的獲取有更多的自主權（郭淑珍，2013；Chiu, 2011; Chiu & Hsieh, 2013）；李英芬等人（2013）更指出，國內民眾在意願書相關訊息的獲取管道中，尤以網際網路所佔比例逐年增加。同時，亦呼應國內民眾的網路使用行為，顯示本研究對象與網路使用者的特質吻合（財團法人臺灣網路資訊中心，2015）。

健康傳播（health communication）相對於一般大眾傳播，著重於健康議題，關心健康與傳播間的關係，並運用傳播改善健康問題（Geist-Martin, Sharf, & Ray, 2011）。健康訊息無所不在，其有效性是健康議題推廣的核心關懷（Bell, McGlone, & Dragojevic, 2014），且訊息元素（message components）會影響個人的行為（Crosby, DiClemente, & Salazar, 2013）。再者，在行銷與傳播領域中，以訊息設計為主題的研究包含訊息框架（message framing）（Salovey, Schneider, & Apanovitch, 1999）、訊息訴求（message appeals）（Wang, Yang, & Lee, 2013）、訊息內容的豐富度（朱國明，2008）、口碑（Senecal & Nantel, 2004）、社區人際傳播（Basu & Dutta, 2008）等，且常被運用於健康傳播領域，如疾病預防行為、菸害防制、健康宣導、健康推廣之公益廣告等（Chou & Lin, 2015; Salovey et al., 1999; Wang et al., 2013）。

更進一步，有行為研究指出訊息呈現之框架會影響受眾對訊息的解讀、反應與決策，亦即人在相同情境下，會因為所觀看訊息之框架差異，而有不同的選擇；而訊息框架之影響在不同情境下可能相異（Bettman & Sujan, 1987; Kahneman & Tversky, 1979; Levin & Gaeth, 1988）；若在訊息訴求的應用上搭配得宜，則可創造說服效果（Albers-Miller & Stafford, 1999）。然而，當針對較具敏感性的健康議題（例如：器官捐贈、安寧療護等），在推廣與討論上常遇到限制，若設計不當甚至可能帶來負面後果，例如：造成不吉利或不舒服的感受、產生創傷，或甚至造成個人對議題的抗拒，而造成訊息減損（message derogation）等（Khalil & Rintamaki, 2014; Morgana, Millerb, & Arasaratnam, 2002; Ruiter, Verplanken, Kok, & Werrij, 2003; van Koningsbruggen & Das, 2009）。因此，本研究若能檢視及探討如何通過適當的訊息內

容，來有效傳遞議題，以達到宣導及提升民眾對生命末期醫療決策之正面態度與行為參與，間接提高相關服務的利用率，是政府及有關單位最重要的課題，亦是本研究欲探討的重點。



目前，臺灣政府與民間單位相關政策宣導多以海報、電視與活動作為傳播工具，藉由訊息的傳播，使更多民眾觸及議題，進而思考相關議題，產生個人認知並影響行為。本研究針對現行法規文件（意願書）簽署率最低之 20-49 歲青壯族（李英芬等人，2013），檢視訊息之於其效果，並了解年齡及其對訊息的感受等其他人口變項是否會影響傳播效果（communication effect）；將透過訪談一線專業推廣人員的經驗作為前導研究，以了解臺灣推動生命末期醫療決策之訊息現況，例如：說什麼、怎麼說、特殊性、困難等。接著，透過掌握現況及專家意見，設計訊息並進行線上實驗，探討不同訊息框架呈現方式之傳播效果。研究目的如下：

1. 觀察及探討國內生命末期醫療決策推廣現況；
2. 探討訊息框架對青壯族民眾之於生命末期醫療決策之傳播效果；
3. 探討感受到不同訊息減損程度之青壯族民眾對訊息框架之於生命末期醫療決策之傳播效果；
4. 探討不同年齡層之青壯族民眾對訊息框架之於生命末期醫療決策之傳播效果。

本研究的重要性在於，檢視國內既有研究，發現過去與生命末期醫療決策主題相關之研究多倚重醫護領域，從醫學角度探討特定對象之治療、態度與認知等面向，而缺乏傳播領域的探尋（曲幗敏，2011；吳讚美等人，2009；周燕玉，2006；林亞陵，2009；林彥光等人，2011；林綉君，2015；林慧美等人，2011；徐淑惠，2013；黃麗續、魏書娥，2013；鄭夙芬等人，2010；鄭如芬等人，2013）。人終將逝去，而善終則是送給自己最好的禮物。本研究結果望能提供公部門及私部門等推廣生命末期醫療決策作為參考；透過適當的訊息設計，使民眾所接收到的訊息更有說服力，增加訊息傳遞的效率，將臨終變成善終。此外，善終已成為普遍的社會議題，不再

只停留於醫院內的推動；亦可藉本研究瞭解如何將議題適切地帶入社會大眾的日常生活，落實議題傳播，使他們透過正視死亡，理解活著的價值。



1.3 研究範圍

本研究以生命末期醫療決策為主題，進行訊息元素之傳播效果測量。在訊息設計的部分，將訊息目的訂定為使受眾對議題有正面的態度，並促發其產生行為改變的意圖。透過測量訊息的傳播效果，找出訊息設計之方向，將對生命末期醫療決策推廣相關之文案、文宣品、宣導影片拍攝等內容有所助益，提供實務界在訊息撰寫、設計、推廣等方向與原則參考。本研究所指涉的訊息係以文字訊息為主，未囊括其他圖片等訊息元素，因文字訊息能明確傳達意義，且較圖像等形式易於區辨。

再者，本研究議題的選定—生命末期醫療決策，在過往研究中多屬醫學領域，針對特定群體或標的研究，例如：醫師、護理師、特定疾病病人或家屬、安寧療護服務、意願書簽署等，其個人態度、照護方式等，尚無傳播領域的學者以此主題進行研究；故本研究將從過去相關主題研究中，釐清可能影響個人健康行為改變的變項，並藉由前導研究訪談生命末期醫療決策相關領域之一線推廣專家，找出本研究探討的變項，以確保研究的適切性。



第 2 章 文獻回顧

本章將依序針對生命末期醫療決策、訊息框架傳播效果等兩大主題進行文獻回顧，以了解各主題之意涵與相關研究。首先，第一部分「生命末期醫療決策」包含死亡、善終與生命末期醫療決策之關係闡述，以凸顯此議題異於其他健康議題之特殊性，後介紹臺灣相關法規與文件、推廣現況，以利問題了解。接著，第二部分針對「訊息框架與傳播效果」進行探討，探討訊息框架在相近健康推廣議題上的應用，並了解框架之傳播效果。

2.1 生命末期醫療決策

隨著時代與科技的進步，雖然醫療可以藉由越來越多方式治癒疾病或穩定症狀延緩死亡、延長生命，但是，人們也日漸意識到，延長生命並非適用於所有情況，也並非是每個人的首要醫療選擇 (van der Heide et al., 2003)。生命末期醫療決策是生命品質改善的討論，包含了醫療、道德、心理及社會等面向，討論議題含括：是否要使用維生醫療、是否要緩解痛苦及採用何種藥品、是否要接受安寧療護、希望在哪裡過世等，其涉及所有末期病人的相關決定 (Sepúlveda, Marlin, Yoshida, & Ullrich, 2002; van der Heide et al., 2003)。

當前，有關生命末期醫療決策之實證研究陸續增加；有研究針對歐洲國家進行生命末期醫療決策之調查，發現死亡的發生有三分之一是毫無預警的，而在不同國家僅有約二成至五成的人事先已有醫療決策 (van der Heide et al., 2003)。此外，國內內研究皆指出，目前意願書的簽署以代理決策居多（由家屬代簽同意書，而非由病人自身簽署意願書），且討論是否拒絕急救的時間點多為病人已處於瀕死階段，大多由家屬決定 (周燕玉, 2006；林亞陵, 2009；黃麗續、魏書娥, 2013；Hockley & Clark, 2002; Oh et al., 2006)；顯示生命末期醫療決策能有其發展與推廣空間。以下將分節探討生命末期醫療決策之不同面向，及其在臺灣的發展。



2.1.1 死亡、善終與生命末期醫療決策

首先，本研究欲探討生命末期醫療決策議題為何相較其他健康推廣議題，諸如：疾病防治、口腔健康、戒菸、反毒、肥胖等，較特殊且推行不易？以下將針對死亡、善終與生命末期醫療決策的關係進行探討，以了解民眾對於死亡的態度，進而區辨本議題與其他健康推廣議題之差異。下圖 2.1.1 呈現死亡、善終與生命末期醫療決策的關係，並將依序進行文獻探討。

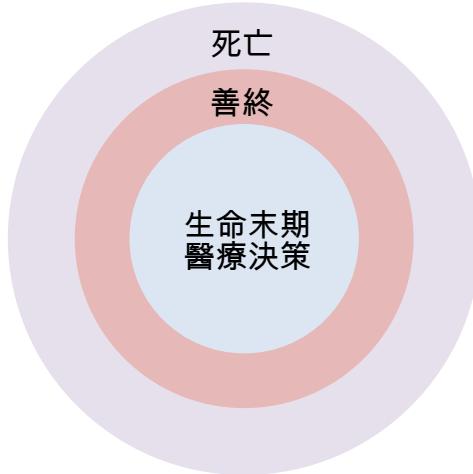


圖 2.1.1 死亡、善終與生命末期醫療決策的關係

一般而言，華人文化的生死哲學包含儒家之重視家庭、孝道、慎終追遠，並將死亡視為命中注定的，認為死是生命的完結；而道家則認為生死是自然現象，應超脫生死，透過不強求、無所為可以減少對死亡的心理負擔。上述思想對臺灣本土文化影響深遠，且信仰亦會影響死亡態度，包含佛教、道教、民間信仰、天主教、基督教等，皆會使個人在面對生死或喪慟經驗時有所支持與撫慰（李閔華，2013）。近來，醫療科技進步快速，延長人的壽命，使死亡的威脅性下降，進而隔離人與死亡知覺，使個人將死亡視為一個可排除的非自然事件，且對其態度是負面、逃避的（蘇雅慧，2006）。

死亡的發生是個人生命經歷中的重大事件，曾有研究發現，在成人生活壓力知覺量表的排序中，排序最前面的壓力事件皆與死亡有關（包含子女死亡、配偶死亡、父母死亡等）（溫信財、白璐、陸汝斌，1987；Rahe & Arthur, 1978），凸顯死亡為一不可逆、不可控制，且因為個人需適應其帶來的改變，進而造成個人龐大壓力的重大事件。由此，延伸出個人死亡焦慮的討論，且發現其為許多恐懼心理情緒的根源（Neimeyer, 1994）。死亡焦慮是一種正常的情緒，牽涉到人對於自身存在與否的思考與態度，包含：活著的價值條件與人終歸一死衝突的結果；死亡「超出既有架構」及「無法體驗」是個人死亡焦慮的源頭；否認死亡的防衛機制動搖將引發死亡焦慮等（蔡明昌，2014）。

態度是個人對事物所抱持的感覺、信念（Ajzen, 1991），而死亡態度意指個人對死亡的正負面觀點與情緒（Kang et al., 2010）。當代面對死亡的態度多為將死亡、喪禮等事宜放進老年階段的代辦事項，在其他人生階段則壓抑死亡的可能，少有思考（Elias, 2008）。一般而言，當一個人想到死後之事、瀕死過程、對於生命即將結束感覺到害怕、恐懼或焦慮等感覺即可稱為死亡焦慮（藍蕙娟、謝春金，2015），代表的意義為不捨和未知（黎建球，2012）。由此可知，真正對個人造成影響的並非死亡本身，而是知道每個人終將死去的預期心理（Elias, 1982/2008）。而若未處理個人的死亡焦慮，可能會引發深層的恐懼（Iverach, Menzies, & Menzies, 2014）。

由上述討論發現，死亡的特性與其引發的恐懼情緒，使死亡議題雖然存在於每個人的生命歷程，卻鮮少出現在日常的人際對話與生活。人在社會中對臨終的態度是不歡迎、壓抑的，且社會對於掩蓋「存在是有限」的事實有一種規律的趨勢（Elias, 2008）；即便從傳統社會的忌諱與抗拒，到當代社會逐漸開啟討論，過程已有進展，但死亡所受到的關注與研究仍不足。但是，個人認知到生命是有限的並接受自己終將一死，是了解自我生命、增進自我知識（self-knowledge）之首要條件（Feifel, 1990）；而生命教育的接收，是生命末期醫療決策有效推廣與行動之重要因素（Hsiung & Ferrans, 2007）。

在死亡之後，生命末期醫療決策之前，應先對善終（good death）有所認識。在生命走到盡頭時，每個人都有善終的權力；過去，與善終的討論多與安樂死、死亡的狀態相關，直至 1990 年代，善終與拒絕急救、安寧緩和醫療的關係開始被關注，尤以從醫護的角度為主（Kehl, 2006; Loxterkamp, 1993）。據 Kehl (2006) 對善終相關研究的整理，善終的認定是個人的、動態的，且和個人的態度與經驗有關。在面對死亡時，若個人保有控制感、舒服感，感受到親密、價值，並與醫療服務提供者有互信關係，了解自身即將死亡，則較容易達到善終。

善終在西方文化中被認為須囊括六個元素：無痛死亡、對死亡抱持著開放態度、在家人與朋友陪伴下在家死亡、解決個人事宜後有意識的死亡、認為死亡是一種個人的成長，以及依自己所好死亡（Clark, 2002）。在臺灣，趙可式（1997）透過縱貫性的質性研究，從病人詮釋中提出善終三大層次的意義：(1) 身體平安：痛苦減輕、臨終過程不要太長、身體完整、能自行活動等；(2) 心理平安：承認、放下、不孤獨、了無牽掛等；(3) 思想平安：不想太多、認為自己的一生是有意義的等。

好死、善終、壽終正寢是華人社會中多數人的期望（李閨華，2013），諸多研究針對生命末期病人、家屬及醫療服務提供者進行需求的探索（Steinhauser et al., 2000），且研究顯示無效的積極治療會傷害病人的生命品質，甚至帶來病人精神上嚴重負面影響及喪親之痛的強化；若家庭能及早進入安寧療護的系統，有助於病人的善終，且對家屬亦有正面影響（Detering, Hancock, Reade, & Silvester, 2010; Wright et al., 2010; Wright et al., 2008）。

近年來，新加坡連氏基金會（Lien foundation）和英國經濟學人智庫（Economist Intelligence Unit, EIU）共同進行全球臨終品質調查（Quality of Death Index），在最新的報告中顯示，臺灣在全球八十個國家中處於領先地位，民眾的臨終品質排名第六而為亞洲之冠（林怡廷，2015；Line, 2015）。由此可見，個人事先思考生命末期醫療決策並預立醫囑，是實踐善終的手段之一，且在臺灣亦有法源依據及政府政策支持。

財團法人臺灣醫療改革基金會（2014）曾針對 1,099 位臺灣民眾進行調查，其中有八成六的民眾選擇「死亡的煎熬過程越短越好，少呼吸一天、一個月也願意」，僅有近一成的民眾選擇「不知道怎麼辦，就讓醫師決定吧」，顯見多數民眾偏好善終，減少延命之折磨。因應社會趨勢的變化，除了法律的保障，臺灣安寧照顧基金會近年來持續推廣歐美盛行之「預立醫療照護計畫⁴」(advanced care planning, ACP)，鼓勵民眾思考「想要」與「不想要」的醫療照顧方式，並和重要他人一起討論，替自己未來的醫療做決定。由上述發展可知，社會對於善終相關議題的討論與保障逐漸增加，顯見善終日漸受到重視，且民眾被鼓勵提早思考生命末期的情境，討論相應需求、期待與決策。

曾有研究針對末期病人之照護進行研究，發現病人相對於死亡，更害怕在接下來的過程自己喪失控制權 (McSkimming, Myrick, & Wasinger, 2000; Nolan & Mock, 2004)。事前的生命末期醫療決策規劃對健康者及病人具有不同意義：對前者助於思考個人偏好的醫療照顧意向、對生命的價值與認同；對後者則有助於個人知的權利與自主權，亦有益於家庭間關係的推進 (熊誼芳、賴允亮、蘇韋如，2014)。此外，生命末期醫療決策強調生活的品質比生命的長短更重要，以撤除無效的維生醫療為例，其不僅協助個人安詳往生，亦有益於減少醫療資源的浪費與醫療糾紛 (陳榮基，2015)。是故，在日常生活中思考對於死亡的態度，建立個人準備，是對個人生命積極的表現；為了維護個人對於自我醫療處遇的自主權，相關保障是必要的，而透過有效的訊息內容設計瞭解生命末期醫療決策，始能協助個人實踐善終。

2.1.2 臺灣相關法規與意願書

在歐美國家，病人享有醫療自主權，且有權「拒絕急救 (Do-Not-Resuscitate;

⁴預立醫療照護計畫 (Advanced Care Planning, ACP)：為一全面的臨終自主意願表達；指年滿 20 歲具有行為能力的個人，在瞭解末期疾病的治療方法後，表達對未來醫療、照顧模式及處置意向之過程，預先為自己生命末期作準備。過程中需有書面紀錄，包含急救意願表達、維生醫療抉擇、預立醫療委任代理人、預立醫囑，可隨時修正 (王英偉，2013)。

DNR)」是社會進步的象徵；其中，美國已於 1991 年通過《病人自決法案》，要求醫院需以書面告知成人患者其醫療自決權益，而臺灣則是亞太地區第一個立法保障「善終權」的國家（王梅，2010；行政院衛生福利部醫事司，2015；陳榮基，2008；黃勝堅，2010），顯見臺灣對於病人在生命末期醫療決策上的自主權相當重視。

在生命末期醫療決策中，以安寧療護的概念最早由 1990 年傳入臺灣；經過多年的耕耘，臺灣於 2000 年通過《安寧緩和醫療條例》，保障末期重症病患之臨終自主權，使其可以依照個人意願選擇是否接受安寧緩和醫療，以及在臨終時可以選擇不接受心肺復甦術⁵，即「臨終不急救（do not resuscitation, DNR）」；以上權益可透過簽署意願書加以保障。同時，除了讓病人有預立醫囑的保障，此法亦確保醫護人員對於急救之行使權，免於醫師法、醫療法與護理人員法等約束與醫療糾紛。於後，《安寧緩和醫療條例》分別於 2002 年、2011 年、2013 年依照現況需求三度修法，以保障病人最大的利益。

近來，因《安寧緩和醫療條例》所針對之對象為末期病人⁶，但仍有眾多重症患者無法適用本條例（例如：植物人、罕見疾病患者等生病病程未達末期階段者），進而於 2015 年出現《病人自主權利法草案》的倡議，並於當年度最後的立法院會期三讀通過，成為亞洲第一部病人自主權利專法，自公佈起三年後實施（行政院衛生福利部國民健康署，2015；行政院衛生福利部醫事司，2015）。與《安寧緩和醫療條例》不同，《病人自主權利法》讓具完全行為能力之意願人可以透過「預立醫療照護諮商⁷」事先立下書面之「預立醫療決定⁸」，可以選擇接受或拒絕醫療。此法擴大危急狀

⁵ 心肺復甦術（cardiopulmonary resuscitation,CPR）：指對臨終、瀕死或無生命徵象之病人（心跳、呼吸功能衰竭），施予氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸等標準急救程序或其他緊急救治行為（全國法規資料庫，2013）。

⁶ 末期病人：指罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已不可避免者，疾病別包含癌症、漸凍人、失智、中風、心臟衰竭、慢性氣道阻塞疾病、肺部疾病、慢性肝病和腎衰竭（全國法規資料庫，2013）。

⁷ 預立醫療照護諮商：指病人與醫療服務提供者、親屬或其他相關人士所進行之溝通過程，商討當病人處於特定臨床條件、意識昏迷或無法清楚表達意願時，對病人應提供之適當照護方式以及病人得接受或拒絕之維持生命治療與人工營養及流體餵養（全國法規資料庫，2016）。

⁸ 預立醫療決定：指事先立下之書面意思表示，指明處於特定臨床條件時，希望接受或拒絕之維持生命治療、人工營養及流體餵養或其他與醫療照護、善終等相關意願之決定（全國法規資料庫，2016）。

況的範圍，使病人在特定條件下得享有特殊拒絕醫療權，以保障個人善終權利；同時，亦有明文保障醫師臨床裁量權之重大意義。

安寧的原文「hospice」於中古世紀時意指驛站，原為收容並照顧旅人、病人及需要幫助者之中繼站，具有正面、積極的意涵；後興起「以照護取代治療(caring rather than curing)」之風潮，1967年英國桑德絲醫師（Dr. Dame Cicely Saunders）於英國倫敦成立之聖克里斯多福安寧醫院（St. Christopher's Hospice）成為近代安寧療護之濫觴，透過醫療資源的導入與團隊合作，照顧癌症末期病人，注重病人生活品質並尋求善終。（李閔華，2013；林益卿、盧建中、林盈利、徐慧娟、楊佩玉，2011）。

而後，隨著諸多領域的投入，包含醫學領域、靈性領域、社會學領域等，發現諸多可以提升末期病人生活品質的知識與方法，進而出現緩和療護此一專業領域。世界衛生組織（World Health Organization, WHO）（1990）將緩和療護定義為提供末期病人與家屬整體性的照顧，藉由疼痛控制，同時整合身、心、靈的照顧，以改善與提升病人與家屬的生活品質。世界各國發展安寧療護共同努力的目標為「尊重生命，維護醫療人權，使有需要的人都能享有安寧療護」（何怡萍，2014）。

以下將針對既有的法規文件（預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書），分別對意願書內，可選擇之生命末期醫療決策進行探討：

一、安寧緩和醫療

現行條例對安寧緩和醫療之定義為：「指為減輕或免除末期病人之生理、心理及靈性痛苦，施予緩解性、支持性之醫療照護，以增進其生活品質」（全國法規資料庫，2013）。安寧療護（hospice care）與緩和醫療（palliative care）的概念與服務日漸受到重視。一般而言，前者為臨終病人提供院舍照顧，應用於生命末期或臨終照護（end-of-life care），後者則加入醫療服務與設施的概念，泛指生命受威脅時提供病人所需要的緩和症狀之醫療（palliative medicine）（李閔華，2013）。兩者皆強調死亡為一自然事件，處遇目標在於緩解病人的痛苦，使病人得到安適的照顧；由於兩

名詞之意義相近，亦有許多國家統稱為安寧緩和醫療或安寧緩和療護（hospice palliative care）（朱育增、吳肖琪，2009；李佳諭、顏雅玲、王思雯、周繡玲，2009；楊克平，1999）。



二、不施行維生醫療

現行條例對維生醫療之定義為：「指用以維持末期病人生命徵象，但無治癒效果，而只能延長其瀕死過程的醫療措施」；而維生醫療抉擇的定義為：「指末期病人對心肺復甦術或維生醫療施行之選擇」（全國法規資料庫，2013）。

三、不施行心肺復甦術

現行條例對心肺復甦術之定義為：「指對臨終、瀕死或無生命徵象之病人，施予氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸等標準急救程序或其他緊急救治行為」。而不施行心肺復甦術即是拒絕急救（Do-Not-Resuscitate; DNR），不施行上述標準急救程序或其他緊急救治行為（全國法規資料庫，2013）。

此意願書供有意識且可清楚表達意願者簽署，可藉此表達簽署人在病程進入末期時拒絕急救、拒絕維生醫療，即進入安寧緩和醫療服務之意願，使個人得以實踐個人醫療選擇權；一般常見以 DNR 代稱此意願書，其包含不予及撤除心肺復甦術的意涵。此外，除了上述個人親簽的方式，若病人意識不清或陷入昏迷時，則可以由家屬簽署「不施行心肺復甦術同意書」及「不施行維生醫療同意書」；意願書與同意書皆具有法律效力（全國法規資料庫，2013；安寧照顧基金會，2016）。在臺灣，簽署意願書是拒絕急救與維生醫療、進入安寧緩和醫療的入場券，為一重要的生命末期醫療決策文件。是故，簽署意願書是實踐善終的第一步，可用以「正確傳遞訊息、確保法律效力、減少醫療疏失，並保障病人及家屬權益」（鄭如芬等人，2013）。



2.1.3 臺灣推廣現況

《安寧緩和醫療條例》在臺灣施行已近 15 年，為不施行心肺復甦術取得法源依據，實踐病患自主權。不過，即便近代社會對於死亡與安寧療護的討論漸增，無論在書籍出版、電影主題、雜誌報導、節目專訪等，皆能找到與探討死亡、善終與安寧療護相關之主題討論，且安寧整合性照護多已正式納入全民健康健保給付，並在國民臨終品質上獲得國際的肯定（行政院衛生福利部國民健康署，2015；林怡廷，2015；Line, 2015）；但是，臺灣民眾簽署意願書的人數比例仍偏低，且多侷限於癌症病人（方慧芬、張慧玉、林佳靜，2009；李英芬等人，2013；蔡甫昌、潘恆嘉、吳澤攻、邱泰源、黃天祥，2006）。

《康健雜誌》曾執行調查以了解國內推行安寧緩和醫療與簽署意願書之現況，結果顯示：多數醫護人員認同且願意推廣，但卻因為政策未支持、媒體宣導不足等因素，而無充分的資源可運用（李瑟，2010）。再者，雖然多數人認為「有時要視情況放手，讓病人順其自然死亡」，且想像自己是無意識的植物人時「會希望自己停止接受治療」，但當對象轉換成家人時，偏好「停止接受治療」的比例下降（天下雜誌、參玖參公民平台，2014），顯見個人決策與他人代為決策間可能存在落差。推廣是一個具有目的性，並試圖針對群體，影響個人行為的行動（Backer, Rogers, & Sopory, 1992）；在臺灣，除了可近性（accessibility）低，社會風氣保守，民眾較少公開談論死亡，亦是造成推廣困難之因素；此外，即便民眾觀念已逐漸開放，但是生命末期醫療決策對多數健康民眾並無迫切影響，故相關推廣仍不易（陳明慧，2004）。

截至 2017 年 2 月止，全臺預立同意安寧意願註記總計 418,185 人（行政院衛生福利部，2016）；在上述臺灣政府公開的資料中，僅公布簽署人數統計，為一逐年累加的數據，數據內無排除已過世者，無法區別「簽署且已過世者」、「簽署且仍在世者」，且無相關人口背景資料。除政府組織外，僅有李英芬等人（2013）分析國內完成簽署意願書及註記意願於健保 IC 卡之民眾之統計資料，發現在簽署性別上，以女

性較多（69.1%），在年齡的分布上，50 歲以上之民眾約佔七成三，20-49 歲之青壯族簽署比例最低。此外，在獲知意願書訊息管道上，依序為親朋好友、報章雜誌、網際網路，其中，網際網路有逐年增加的趨勢。再者，陳明慧（2004）針對臺灣安寧療護相關報導進行內容分析，發現新聞報導的語氣中，以中立（含正面及負面論述）最多，佔 68.2%，其次為傾向正面佔 30.2%，傾向負面佔 1.6%；而在主題上，以推廣活動資訊最多（42.3%），理念介紹（23.7%）、相關政策制度（16.7%）次之；顯見臺灣推廣上仍以服務的觀念宣導為主。

另有研究提及，病人對醫療選擇的權利在臺灣較不足，且尤以老人為最，常見醫護人員以家屬意見為優先考量（周燕玉，2006；林亞陵，2009；黃麗續、魏書娥，2013）。生命末期醫療決策是一複雜的過程，病人、家屬、醫療服務提供者、重要他人等皆會影響個人的決策（Thibault-Prevost, Jensen, & Hodgins, 2000）；與死亡相關之決策，其倫理與考量是複雜且緊密的；其中，對於生命品質和善終的評估，是影響決策的主要因素，而家人的期望亦具有決定性影響力（Hockley & Clark, 2002）。

再者，諸多研究提及，現行意願書的簽署仍以醫療場域為主，且多有延遲，甚至由家屬代簽者比例較本身親簽高；應該針對社會大眾進行宣導，在健康時即做好醫療決策，以避免個人在生命末期遭受不必要的痛苦（林彥光等人，2011；Huang, Hu, Chiu, & Chen, 2008）。曲幗敏（2011）探討簽署意願書相關感受的重要預測因子，發現：病人預立醫療指示、家屬之年齡、性別、是否與病人同住、教育程度以及情緒狀態，對於簽署意願書家屬的感受有高度解釋力，若病人與家屬、醫護有良好的溝通與討論，則可以緩和家屬代簽意願書時所出現的不良感受。

在影響簽署行為之因素部分，林彥光等人（2011）發現，當個人年齡越長及有宗教信仰者，較容易簽署；而當個人有喪親經驗時，有更高比率會預立自身醫療決定（Teno, Gruneir, Schwartz, Nanda, & Wetle, 2007）。在影響醫療決策的部分，從病人自身角度出發，其決策能力的限制、尚未想過死亡的問題、考量家屬的想法和意見，會影響個人是否簽署意願書；若從家屬的角度，則專業人員的支持與保證、病

人病情嚴重度、病人與自身年齡會影響家屬的簽署（黃麗續、魏書娥，2013）。在決策過程中，林綉君（2015）發現病人與家屬之差異：病人認為當事人的意願最重要，其次是疾病嚴重度，家屬則認為疾病嚴重度最重要。由此可發現，若個人未表達自身意願，而將選擇權交由照顧者、家屬時，可能會使代簽者產生不良感受，也可能無法滿足個人之期望。

針對意願書簽署率偏低的現象，以醫學、護理、公衛、生命教育領域探討為多，主要針對簽署意願書的情形、相關因素、人口特性、方案介入成效進行探討（吳讚美等人，2009；林亞陵，2009；徐淑惠，2013；陳玉真，2015）。而在對安寧療護的認知上，徐淑惠（2013）發現一般民眾對安寧療護認知程度良好，態度偏正向，且兩者呈現顯著的中度正相關；其中，婚姻狀況、生育子女數、教育程度、職業、社經地位、照顧瀕死親友經驗、安寧療護資訊、安寧療護教育等對其安寧療護的認知有顯著差異，而性別、家庭型態、教育程度、社經地位、照顧瀕死親友經驗、安寧療護資訊、安寧療護教育則對其態度有顯著差異。

在討論生命末期醫療決策的時機相關研究中，周燕玉（2006）指出，超過八成的病患在意識清醒時未曾討論過急救相關的決策；林亞陵（2009）透過病歷回顧發現，臺灣當前的意願書簽署多屬延遲性簽署，與死亡間隔天數平均為 7.75 天；簽署時平均年齡為 68.23 歲，且超過九成七由家屬代簽同意書。與前述研究相呼應，目前推廣意願書的時機多以個人至病重階段或老年時；但是，當個人處在健康狀態或病情較輕的階段，才是討論生命末期醫療決策的最好時機（陳榮基，2008），始能避免生命末期失去意識而無法決策時，必須承擔與自身意願違和的決策。以安寧緩和醫療為例，近來，雖然進入該照護體系的病人普遍滿意，但是亦有諸多需要此項服務者因為資訊不足、認知錯誤而太晚進入或沒有機會進入，Russell 與 LeGrand（2006）針對此現象提出安寧療護推廣之阻礙，發現最常見的誤解為認為安寧療護僅提供給末期病人，且將安寧療護、拒絕急救等同於放棄希望。

綜合上述，影響意願書簽署率之因素眾多，包含個人背景、經驗的影響、推廣

管道的設計與選擇、社會發展趨勢與氛圍等。不過，訊息的呈現亦會影響個人對於行為的感受與行為，亦即閱讀訊息後，會影響個人在下一步的反應，例如：對議題喪失關心或更活躍地參與、改變既有行為 (Maibach & Parrott, 1995)。因此，在推廣生命末期醫療決策議題時，了解訊息的要素為一重要面向，其為推廣議題的首要基礎：唯有正確地找出適當的傳播訊息內容，始能有效率地推進民眾的行為意圖，進而使相關議題、服務、選擇更走入民眾。目前關於生命末期醫療決策的研究較少，其中未有以推廣為主題探討訊息元素者。是故，傳遞何種適切訊息內容，以達到宣導及提升民眾接觸、參與生命末期醫療決策之傳播效果，是政府及有關單位最重要的課題，亦是本研究欲探討的重點。接下來，將探討訊息框架與傳播效果，更深入了解訊息對議題之影響力。

2.2 訊息框架與傳播效果

訊息是健康傳播的核心，是用以創造行為改變的工具，並藉此與個人、群體及社會連結，近一步創造社會規範、政策與文化的改變 (Cho, 2012; Yanovitzky & Stryker, 2001)。從對健康有益的商品，到與身體健康相關的媒體報導、醫療服務的介紹，與個人健康相關的訊息無所不在；而策略性的訊息設計，有助於健康傳播的實踐 (Harrington, 2015; Parrott, 2004)，亦即經過適當設計過的訊息，較能達到預期效果，使接收訊息者做出符合訊息設計者預期之行為。健康訊息是健康介入的核心要素；一般而言，在健康領域的訊息設計須遵循三個步驟：界定行為、找出行為背後顯著的信念，以及選擇欲處理的信念，藉此達到影響受眾態度、意圖與行為，或是強化受眾對訊息內建議行為的信念之效 (Fishbein, 2008)。

一則訊息可探討的面向眾多，可針對內容、形式、結構等元素進行探討，例如：訊息訴求、訊息框架、敘事內容、視覺圖像、名人代言、訊息類型、來源、調性等 (Briones, Nan, Madden, & Waks, 2012; Flora & Maibach, 1990; Niederdeppe, Bu,

Borah, Kindig, & Robert, 2008)。其中，人們在相同情境與問題下，會因為陳述方式的不同而有相異選擇，此為訊息框架及其效果 (Quick & Bates, 2010; Rothman, Bartels, Wlaschin, & Salovey, 2006; Rothman & Salovey, 1997)。依循上一節對生命末期醫療決策推廣現況及既有研究的了解，本研究將以訊息框架為主題，探討健康議題中訊息框架的應用與傳播效果。

2.2.1 訊息框架

在訊息設計中，訊息元素的差異會影響個人的行為 (Crosby et al., 2013)，其中，常見的說服性訴求包含：正面框架 (gain-frames) 與負面框架 (loss-framed)；前者強調個人遵循建議行為即可獲得的利益、正面結果，後者則強調個人若不遵循建議行為，所可能導致的損失、負面後果 (Cho, 2012; Smith, 1996)。訊息框架在訊息設計的相關研究中，有繁多系統性及實證性研究 (Salovey et al., 1999)；框架對行為推廣具影響效果，且其正面與負面之框架效果會隨著所應用議題即受眾特性而改變；不同框架的影響效果在不同情境下會相異 (Bettman & Sujan, 1987; Maibach & Parrott, 1995; Myers, 2010; O'keefe & Jensen, 2006, 2007)。

框架效果 (framing effect) 意指當個人在接收到不同訊息呈現的刺激時，會有不同的反應與決策；不同議題皆可依據需求，選擇套用正面或負面框架 (Maibach & Parrott, 1995; Tversky & Kahneman, 1981)。其中，以 Tversky 與 Kahneman (1981) 提出之框架效果實驗結果最為著名：個人面臨疾病將威脅 600 人生命的情境時，當使用「獲救」的正面框架，選擇列出明確獲救人數的方案者較多；當使用「死亡」的負面框架，選擇列出死亡機率的方案者較多。此結果顯示框架會改變個人的選擇與行為，於後有諸多實證。Slaunwhite、Smith、Fleming 與 Fabrigar (2009) 指出，以理論為基礎的推廣有助於增進民眾實踐健康行為的意圖，且套用訊息框架的訊息較具說服力，可刺激較被動的個人產生行為改變 (Kerr, Eves, & Carroll, 2000)。在健

康議題的操弄上，有效率的訊息應包含對威脅的強調，凸顯不遵循建議行為的嚴重性；同時，亦須提供具體建議行為，並培力（empower）個人，使受眾覺得自己具有遵循建議行為的能力（Crosby et al., 2013）。



一般而言，當個人沉浸在正向的氛圍中，即便感知到不採取行動可能有所損失，仍傾向不採取行動；負向刺激相較正向刺激更容易被接收，且會引起較強烈的生理、認知、情緒與社會性反應（Crosby et al., 2013; Dijksterhuis & Aarts, 2003; Taylor, 1991），其中，有兩個心理學現象亦可作為負面框架較正面框架具說服性的假設基礎—負面偏見（negativity bias）與損失趨避（loss aversion）。負面偏見認為，負面資訊對個人的影響具有增強效果，且個人對負面資訊的敏感度較高（Kanouse, 1984; Rozin & Royzman, 2001）。損失趨避則認為個人一般相較於獲得利益，更偏向避免損失；當個人在衡量不同選擇時，獲得與失去的影響力不均（Cho, 2012）。

此外，由 Tversky 與 Kahneman (1981) 提出之展望理論（prospect theory，或稱前景理論）常用以解釋個人如何評估獲得與損失。展望理論認為個人在不同的風險預期條件下會產生不同的態度，藉此可以預測其行為傾向；亦即，人在條件不確定的選擇下，取決於結果與展望（即預期）的差距，而非結果本身。當風險較高、後果未知程度較高，個人可能損失較大時，個人較容易受負面框架影響而有所行動；反之，當風險較低、後果未知程度較低，個人較不會有損失時，個人較容易受正面框架影響而行動。以健康相關行為為例，疾病檢測行為（例如：癌症篩檢、乳房自我檢查）與疾病、傷害等預防行為（例如：使用保險套、使用防曬用品、使用安全帶）必須使用不同的策略；疾病檢測行為因風險性較高，以負面框架使用較多；疾病、傷害等預防行為則因風險性較低，以正面框架陳述之效果較好（Cho, 2012; Latimer, Salovey, & Rothman, 2007; Maibach & Parrott, 1995; Meyerowitz & Chaiken, 1987; Millar & Millar, 2000; O'Keefe & Jensen, 2007; O'Keefe & Jensen, 2009）。

過去研究指出，感性訴求中以負面情緒的效果較正面情緒大，尤其當感知到嚴重性、威脅時，較可能觸發行動；在後續行為的部分，則以理性訴求較易引發後續

相關資訊搜尋行為 (Crosby et al., 2013; Flora & Maibach, 1990; Yang, 2004)。不過，情緒訴求較具針對性，僅能對特定群體並在特定時地條件下發生作用 (Cho, 2012)。再者，由於健康訊息是複雜且具技術性的，常須請受眾修正既有習慣與觀點，去面對風險並改變行為，故呈現事實的中性陳述亦常被採用；以愛滋病公益廣告為例，有二成五採用恐懼訴求，近五成採用中立的事實陳述 (Maibach & Parrott, 1995)；顯見除了以正面及負面框架作為訴求，亦存在僅陳述中立事實之無框架，及同時強調正面與負面框架之混合框架，以更全面地對受眾傳遞訊息。

以安寧緩和醫療為例，曾有研究分析相關主題之報導，發現報導語氣以中立及傾向正面者比例較高，達九成八以上；傾向負面者則多與政策、制度討論為主。顯示安寧緩和醫療之形象較正面且爭議性較低，故在訊息應用上亦多採正面訴求 (陳明慧, 2004)。而在安寧療護訊息內容部份，一般在訊息設計上，內容應包含關於主題的描述、風險，及易遵循的解決、建議方法 (Maibach & Parrott, 1995)。此外，相較於其他健康推廣議題，談論生命末期醫療決策是較沉重、具壓力的；此時，個人會如何詮釋壓力，與訊息呈現方式有關。

當訊息以正面框架呈現議題時，給予受眾遵循建議行為可獲得的好處，使受眾較能用正向的觀點去詮釋壓力事件，並能對訊息有相對正向的情緒與感受，減少個人生理上之壓力反應；其鼓勵個人選擇可以避開負面結果之行為，或使某個結果更讓個人滿意 (Lazarus, 1999)；而當個人期望採取行動會獲得好的結果時，較容易做出相應決策 (Chadwick, 2015; Chadwick, Zoccola, Figueroa, & Rabideau, 2016; Maibach & Parrott, 1995; Seligman, Railton, Baumeister, & Sripada, 2013)。

反之，若使用負面訊息框架，則可能造成受眾產生壓力、負面態度，反而陷入膠著、無法決定或逃避的困境 (Brosschot, Gerin, & Thayer, 2006)。不過，議題對個人的影響皆是主觀性的，亦即個人的背景、經驗等因素皆會影響個人如何評估訊息，而影響後續行動的遵循或拒絕；若個人評估採取行動對自身較有利，則顯示訊息具有效果 (Crosby et al., 2013)。

若以生命末期醫療決策為標的，個人將依照自己的信念設定生命末期醫療決策對於自身的意義，接著衡量接受或拒絕對自身的益處、壞處。不過，生命末期醫療決策對個人的益處與壞處是主觀的，可能因個人經驗等改變而有所變化。是故，正面及負面訊息框架在不同的議題上，所展現的效果不一，且健康傳播專家對於採用何種較適當仍存在分歧 (Backer et al., 1992; Maibach & Parrott, 1995)；且實務中亦有使用混合框架（同時使用正面框架與負面框架）及不陳述結果而僅描述決策內容的無框架之訊息呈現；本研究將以上述四種框架進行探討。

2.2.2 傳播效果

在健康傳播領域中，有許多研究專注於了解受眾在閱讀訊息後的行為，著重於傳播效果在認知、態度、意圖等標的上的測量、解釋與預測，並重視個人經驗 (Glanz, Lewis, & Rimer, 1997)。目前以健康議題說服效果為主題之研究，所依循的取向多為理性行為理論、計畫行為理論、保護動機理論等，並有許多關於有效設計具傳播效果、說服性訊息的實證結果 (Cho, 2012; Glanz et al., 1997)。健康訊息影響層次包含對個人的效果，及對公眾的效果；前者指對個人產生影響並刺激改變，後者則為指對影響政策制定者與公眾意見，推動政策的改變 (Bryant & Oliver, 2008)。Maibach 與 Parrott (1995) 指出，雖然健康訊息傳播的最終目的在於創造個人的行為改變，不過，健康訊息亦專注於影響個人的態度。

過去 20 年間以健康訊息傳播效果為主題的研究增加，尤以影響個人層次者多，諸如：癌症篩檢、牙齒保健、菸酒購買及使用、用藥、飲食健康、肥胖、性教育等議題；亦有研究範圍鎖定網路、新聞報導之研究，而針對公眾層次之研究則相對較少，多以新聞報導為研究標的，探討如何促進公共政策及公衛推廣 (Bryant & Oliver, 2008; Chang, 2006; Chien, 2014; Gallagher & Updegraff, 2012; Leshner & Cheng, 2009; O'Keefe & Jensen, 2007; O'Keefe & Jensen, 2009; Witte & Morrison, 1995)。

其中，健康訊息傳遞之預期效果以說服為主，亦即試圖影響目標對象改變行為，或決定從事某行為，追求受眾的行為改變（Bryant & Oliver, 2008; Glanz et al., 1997; Schwerin & Newell, 1981；轉引自 Maibach & Parrott, 1995）。健康行為（health behavior）探討人類行為與健康的關係，即個體和周遭環境互動後所產生的行為反應會影響個體或他人的健康，可被定義為個人或團體針對預防疾病、促進健康，或維持生活品質所做的行動、回應、反應；此外，亦包含外顯行動與內隱的感受，前者如個人簽署意願書之行為，後者如個人簽署意願書之認知、態度、價值觀等（Crosby et al., 2013; Gochman, 1982; 李蘭等, 2010）。過去研究中，以生命末期醫療決策為主題之行為相關研究數量較少，其中又以醫學視角探討問題者多，例如：生理層面（疼痛等症狀與控制、生活品質等）、醫護專業（評估效果、溝通方式等）、特定群體之研究（兒童、特定疾病病人等）為主（Davies et al., 2008; Portenoy & Bruera, 2003），以外顯行動的評估為多，較少有傳播領域的研究。

本研究承襲過去研究之理論框架與方法，選擇測量與預測健康行為改變的兩個主要面向作為傳播效果的影響，分別為態度及行為意圖（Backer et al., 1992; Bell et al., 2014; Chadwick, 2015; Strecher, DeVellis, Becker, & Rosenstock, 1986），並透過訊息減損加以了解民眾對不同訊息的觀感是否有差異。以下將分別探討訊息態度、議題態度、行為意圖、訊息減損與其他因素（年齡）：

一、訊息態度與議題態度

傳播研究中探討說服力者眾，過去 50 多年間有大量以態度改變的理論，及以知識—態度—行為的關係為模型焦點發展的研究（Bettinghaus, 1986; Briñol & Petty, 2006; Chang, 2006; Gallagher & Updegraff, 2012; Gamliel, 2013; Kang et al., 2010; Kenneth, 2003; Maddux & Rogers, 1983; Östberg, Halling, & Lindblad, 1999; R. Rimal & Real, 2003; Rogers, 1975）。態度包含認知與情感面向（Petroshius & Crocker, 1989），是個人對行為所抱持的感覺，可分為正面及負面等（Ajzen, 1991）；亦有學者認為，態度包含對於所見的整體印象（overall impression）、滿意（expected

satisfaction)，以及偏好(favorableness)(Kerr, Schultz, Kitchen, Mulhern, & Beede, 2015)。

其中，廣告訊息的溝通傳播效果上共包含三個元素，分別為認知(理性層次的理解)、情感(感性層次的情緒)以及意圖(對於遵循建議行為的傾向)(Bart, Stephen, & Sarvary, 2014; Hartmann & Apaolaza-Ibáñez, 2012; Lavidge & Steiner, 1961)；故探討傳播效果時，又分為對訊息之訊息態度及對議題之議題態度。當訊息創造正向情感時，較易使受眾產生正向的感受，進而使受眾較容易被訊息說服並改變態度；而受眾對議題的熟悉程度與涉入程度會有正向效果(McGuire, 1985；轉引自 Maibach & Parrott, 1995)。再者，與中立的論調相比，創造正向情感之訊息在訊息論點較弱、受眾對議題較不熟悉時，會增加說服力；反之亦然(Batra & Stayman, 1990)。

二、行為意圖

近來，諸多研究主題著重檢視訊息效果的有無，因實際行為測量不易且可能牽涉個人隱私的倫理議題，故以行為意圖代替之測量最為直接(Bryant & Oliver, 2008)。其中，以 Ajzen(1991)提出的計劃行為理論(Theory of Planned Behavior, TPB)最被廣泛作為行為意圖之立論基礎。在測量上，行為意圖(behavior intention)意指個人對於採取行為的意願，該理論認為態度會影響行為意圖及行為本身，且個人的意圖會影響行為；其關注決策過程，即評估個人損益與對行為的遵循與控制能力，若行為對自身有利時，則有較大可能會產生行為。顯見行為意圖與行為有顯著相關，且行為意圖和個人的態度、信念有顯著高度相關，其中，態度顯著預測未來的行為，且意圖的提升源自於態度的改變(Ajzen, 2012; Ajzen & Fisbein, 1974; Bryant & Oliver, 2008; Chang, 2006; Kraus, 1995)。

在訊息傳遞的效果上，關於行為意圖、態度間之研究多，且累積諸多實證支持(Bryant & Oliver, 2008; De Bruijn & Rhodes, 2011)。理性行為理論、計畫行為理論、保護動機理論、健康行為過程模型等皆指出行為意圖會引導行為(Madden, Ellen, & Ajzen, 1992; Rogers, 1975; Schwarzer, 2008)，且為避免行為意圖與行為間的不一致，

透過實施意圖 (implementation intention) 的測量，亦即個人是否有明確的行動計劃，將有助於行為意圖和行為間的轉換；於健康領域之相關研究研究主題包含：健康活動、飲食、吸菸、菸酒消費、乳房自我檢查、癌症篩檢等行為 (Hagger & Luszczynska, 2014; Schwarzer, 2008; Sheeran, Webb, & Gollwitzer, 2005)。

但是，即便有許多社會、健康與心理相關理論認為行為意圖會導致行為的發生，且有研究證實兩者具有相關性，卻未必存在因果關係 (Webb & Sheeran, 2006)。其中，有些因素會影響、調節行為意圖與行為間的關係，包含：感知到的風險性 (perceived risk)、行動計畫 (action plan)、人口變項 (性別、年齡、種族、收入等)、預期後悔 (anticipated regret)、自我效能等 (Maddux & Rogers, 1983; Rhodes & Dickau, 2013; Sandberg & Conner, 2008; Strecher et al., 1986; Tavitiyaman & Qu, 2013)。其中，個人是否有曾面臨死亡的經驗，對於個人如何看待生命末期醫療決策及行為執行深具影響（王淑貞、范聖育、章淑娟、張智容、王英偉，2013；吳讚美等人，2009；林亞陵，2009；徐淑惠，2013；陳玉真，2015；Teno, Shu, et al., 2007）；故本研究將之列為共變項。

三、訊息減損與其他因素（年齡）

不過，個人的生活中充斥著具有潛在威脅的健康訊息，但卻未必能促進個人遵循相關預防行為；此現象可能源於個人拒絕接受訊息，認為訊息過於扭曲、跟自身無關 (Peretti-Watel, Halfen, & Grémy, 2007; Thompson, Robbins, Payne, & Castillo, 2011)。當受眾認為健康訊息較有威脅性時，例如：疾病、死亡威脅等相關議題，可能會出現防衛性的反應 (defensive responses)，藉由減少 (derogating)、極小化 (minimizing) 訊息效果，例如：認為訊息是誇大、扭曲的，以避免被訊息影響與威脅；此效果稱為訊息減損，和風險程度呈正相關，會影響個人採取行為之意圖 (Ruiter, Verplanken, Kok, & Werrij, 2003; van Koningsbruggen & Das, 2009)。

此外，訊息做為影響個人行為之外圍線索，可能增強或減弱訊息的說服效果，而成功的訊息傳遞，必須包含（1）對於改變受眾的態度與行為是有效的，且（2）

改變的方向符合訊息設計者的期待 (Bryant & Oliver, 2008)。訊息的匹配，無論是針對目標群體之特質、性別、種族或群體特性等，多有助於說服效果的強化，增強受眾的態度與行為意圖 (Brñol & Petty, 2006)。Paul、Salwen，與 Dupagne (2000) 指出，年齡、教育、性別會影響訊息接收者評估所收到的訊息，對自身與他人影響力的差異；顯見個人差異會影響媒介效果。此外，有研究指出，當訊息的描述方式符合受眾的信念時，簡要的訊息較能影響長期的健康行為 (Updegraff, Brick, Emanuel, Mintzer, & Sherman, 2015)。

再者，訊息效果在受眾覺得議題重要且與自身有關聯時會較顯著，亦即個人對於訊息的涉入 (involvement)，會影響態度的形塑與改變 (周穆謙、林以容, 2015；Bryant & Oliver, 2008)，再者，Weinstein (1988) 提出之健康行為的決策過程，包含：是否有意識到議題的重要性或雖有意識但並不認為議題與自己有關，考慮採取行動/不採取行動的後果，決定採取行動與否；若採取行動，則是否有維持。再者，替代性的經驗 (vicarious experience) 會影響個人是否採取行動，亦即個人可以藉由吸收他人的經驗，來預測採取行動及不採取行動的後果，藉此評估是否要採取行動 (Romer et al., 2009)。是故，訊息設計上需注意訊息與受眾的連結，以及訊息是否符合受眾的需求。

在訊息效果上，媒介也扮演重要角色；廣告常作為形塑社會規範的推手，例如：戒菸、預防酒精中毒、安全性行為等議題 (Crosby et al., 2013)。思考個人生命末期醫療決策的行為，是健康行為中的預防行為之一，且影響所及從個人面到社會面：包含個人善終與社會對於無效、過度醫療所需支付的成本等。此外，在評估訊息如何影響個人選擇時，若將可能的調節變項列入考量，應有助於區辨傳播效果 (張卿卿, 2004)；例如：年齡、教育程度、職業、社經地位、照顧瀕死親友經驗、婚姻狀況、相關知識等皆可能影響個人對於訊息之傳播效果；其中，年齡會影響個人面對死亡、醫療決策之傳播效果，且年長者有較高的決策率 (徐淑惠, 2013；陳玉真, 2015；Douglas & Brown, 2002; Levy, Fish, & Kramer, 2005; Thorevska et al., 2005)。



2.2.3 小結

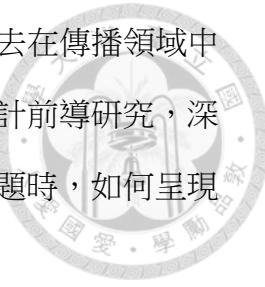
本研究欲了解訊息框架如何影響受眾在接收資訊後的訊息態度、議題態度與行為意圖，其中，由於年齡、感受到的訊息減損程度與臨終經驗是影響個人行為的關鍵因素，故將年齡與感受到的訊息減損程度列為本研究之調節變項，臨終經驗列為共變項，以瞭解上述自變項（訊息框架）對依變項（訊息態度、議題態度與行為意圖）的影響是否會受到其他變數（訊息減損程度、年齡、臨終經驗）的影響，包含關係的方向或強度等，並試圖觀察各變項間是否存在其他關係。

文獻回顧以生命末期醫療決策作為開頭，介紹本議題的背景與特殊性；從視死亡為禁忌，到立法保障個人的醫療自主權與善終權，善終開始成為當代社會的顯學。欲將臨終變成善終，需先透過議題傳播的落實，將此議題帶入民眾的日常生活；使個人有機會透過正視死亡，理解活著的價值。而後，本研究採訊息設計為探討方式，根據文獻與實務觀察，在眾多訊息元素中選擇有諸多實證研究討論之訊息框架作為自變項，透過探尋其效果，將能了解適切的訊息呈現方式。

訊息框架中，有套用訊息框架的訊息較具說服力，能夠使被動的個人感覺到刺激而遵循推廣的建議行為 (Kerr et al., 2000)。其中當議題的風險較低、後果有較低的未知程度，且個人較不會有損失時，個人較容易受正面框架影響而行動 (Tversky & Kahneman, 1981)；更進一步，正面框架較能讓受眾用正向的觀點去詮釋壓力事件，並能對訊息有相對正向的情緒與感受，減少個人生理上之壓力反應 (Lazarus, 1999)；而當個人期望採取行動會獲得好的結果時，較容易做出相應決策 (Chadwick, 2015; Chadwick, Zoccola, Figueroa, & Rabideau, 2016; Maibach & Parrott, 1995; Seligman, Railton, Baumeister, & Sripada, 2013)。而在實務觀察中，混合框架異常用於實務推廣訊息設計，但其同時強調正面與負面框架，可能削減各框架效果之特性。

本研究欲了解當民眾碰觸與死亡相關之健康議題時，訊息框架對民眾簽署意願書之態度與意圖具有何種影響；將探討訊息框架之於生命末期醫療決策的傳播效

果，並討論與過去相關健康議題研究之呼應與差異。此外，由於過去在傳播領域中有關生命末期醫療決策的研究鮮少，故本研究在正式實驗前，將設計前導研究，深度訪談專業推廣人員，以了解當前在談論生命末期醫療決策相關議題時，如何呈現訊息。綜合上述文獻回顧，本研究推論之研究假設為：



H1-1：當生命末期醫療決策議題有套用框架（負面、正面、混合）時，會比沒有套用框架時的傳播效果（訊息態度、議題態度、行為意圖）為佳。

H1-2：當生命末期醫療決策議題套用正面框架時，會比套用混合框架及負面框架時的傳播效果（訊息態度、議題態度、行為意圖）為佳。

H1-3：當生命末期醫療決策議題套用負面框架時，會比套用混合框架時的傳播效果（訊息態度、議題態度、行為意圖）為佳。

再者，在評估訊息對於個人選擇的影響時，若將可能的調節變項列入考量，可能有助於區辯訊息的傳播效果（張卿卿，2004）；經文獻回顧與實務觀察，本研究發現個人是否信任訊息及年齡，可能影響個人對於訊息之傳播效果。當個人認為訊息是誇大、扭曲的，會避免被訊息影響與威脅，而拒絕接受、相信訊息時，此訊息減損之現象會影響個人採取行為之意圖（Ruiter, Verplanken, Kok, & Werrij, 2003; van Koningsbruggen & Das, 2009）。本研究將討論當受眾感受到不同訊息減損程度時的傳播效果，據前述推論：

H2：當生命末期醫療決策議題套用不同框架時，感受到低訊息減損程度者相較於高訊息減損程度者，其傳播效果（訊息態度、議題態度、行為意圖）較佳。

此外，在健康的時候思考生命末期醫療決策是善終的實踐，為一積極維持生活品質之健康行為；其中，無論是接受安寧緩和醫療、接受不施行心肺復甦術，或接受不施行維生醫療，都是展現病人自主權的方式（李閨華，2013）。當代以生命末期醫療決策為主題之研究多以醫學領域為多，且主要探討醫療服務提供者、特定病人之個案經驗；但是，隨著社會愈發重視善終，本議題值得更多專業進行探究。健康

訊息無所不在，如何能更有效運用，將是未來健康行為推廣上持續重要的課題；而善終是每個人的權利，如何讓大眾對自己的生命有所省思，了解自身權益，將是未來個人與家庭權益上的重要議題。本研究針對當前簽署率最低之 20-49 歲之青壯族進行研究（李英芬等人，2013），以促進社會大眾對於生命末期醫療決策之認識，尤其年齡會影響個人面對死亡、醫療決策之傳播效果，且年長者有較高的決策率（徐淑惠，2013；陳玉真，2015；Douglas & Brown, 2002; Levy, Fish, & Kramer, 2005; Thorevska et al., 2005），據前述推論：

H3：當生命末期醫療決策議題套用不同框架時，年齡較高者相較於年齡較低者，其傳播效果（訊息態度、議題態度、行為意圖）較佳。

第3章 前導研究



本研究將分為兩個階段。第一個階段為前導研究（pilot study），研究目的為對議題進行探索，此方式著重於對問題的界定，並決定實驗設計之訊息方向、內容，以增強說服力（Marshall & Rossman, 2010/2014）。採深度訪談，找出資訊豐富的安寧療護一線推廣人員，以了解安寧療護推廣現況，針對既有問題與需求進行實驗標的物的設計。

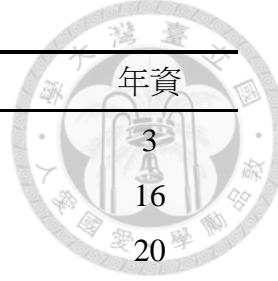
3.1 前導研究目的

本研究因缺乏相關文獻，無法直接選定欲設計之訊息內容及推導假設，故參考過去多領域之研究方法，先執行前導研究，針對第一線推廣專家進行深度訪談以了解現況，選擇關鍵訊息作為訊息設計的內容，並依此選擇適當的訊息框架及假設推導；前導研究有助於正式研究的進行（Park, Choi, & Kim, 2005; Sliwa et al., 2010）。

3.2 前導研究流程

在資料蒐集的部分，本研究採取立意抽樣，選擇具有豐富資訊的一線推廣人員，邀請 8 位從事安寧療護推廣之第一線推廣專家，專業背景囊括醫生、護理師、社工師、心理師、宗教師、倡議者等（受訪專家資料詳見表 3.2.1），進行一至二小時的深度訪談，以期了解臺灣目前在安寧與末期醫療決策的推廣上，其普遍的經驗與觀察，使研究者能更具體、真實地了解現況，並找出對民眾較有效，助於推進民眾簽署意願書的關鍵訊息作為訊息設計的內容，並依此在下一階段的研究中去測試不同訊息呈現方式的說服效果影響。

表 3.2.1 前導研究受訪者資料



受訪者編號	專業背景	職稱	年資
R01	行銷傳播	基金會執行長	3
R02	護理師	臺灣安寧緩和護理學會理事	16
R03	社會工作師	臺灣安寧照顧協會	20
R04	宗教師	基金會醫療福音傳播組組長	5
R05	護理師	基金會臨終關懷師	3
R06	行銷傳播	法案及政策倡議者	5
R07	醫師	家庭醫學部安寧緩和醫學科主任	19
R08	護理師	社區安寧發展中心副主任	3

本前導研究之研究問題為：何種訊息對民眾較有效，助於推進民眾簽署意願書、思考生命末期醫療決策等行為？訪談大綱詳見表 3.2.2：

表 3.2.2 前導研究訪談大綱

編號	問題
1	您主要推廣項目與內容？
2	請分享您推廣安寧等生命末期醫療決策的經驗（包含方式、手法）？
3	在您的宣導經驗中，效果如何？民眾有什麼樣的回饋？
4	在您的經驗中，訊息上的阻力是什麼？
5	民眾何時會、如何尋求生命末期醫療決策相關訊息？
6	在您的觀察中，民眾的特質、經驗、人口變項（例如：鄉村與都市、高齡者與中壯年、有無經驗 etc.）會如何影響民眾的行為（例如：簽署意願書、尋求相關訊息）？
7	您認為，怎麼樣的訊息，對於宣導最有效？（例如：提到生不如死，人們比較願意簽署意願書）
8	您認為，民眾會簽署意願書、使用安寧療護醫療服務的動機為何？可以如何促發動機？
9	您如何看待目前臺灣安寧療護、拒絕急救的推廣內容（將會給受訪者看研究者蒐集之傳單）？
10	您認為目前宣導在訊息上的不足？
11	您是否有任何對於本研究之建議？



3.3 前導研究資料分析

在資料分析的部分，本研究採用主題分析法（Thematic Analysis），以下為方法簡介：研究者先反覆研讀每場訪談之逐字稿與個人筆記，而後依據研究目的與問題進行初步編碼，將參與者的言說文本進行編碼，並持續抽絲剝繭，進行聚焦編碼，進行概念的範疇化。在編碼過程中，會不斷進行類屬與概念之分類與整理，依循「整體一部分—整體」來回於文本與詮釋之間，經反覆的檢視與修正後，找出欲討論議題的關鍵核心，將依此產出本研究之結果與詮釋，再現參與者重視之主題與經驗（高淑清，2008）。而後與既有研究進行對話，提出具體建議。本研究在信效度部分，掌握確實性（資料真實）、可轉換性（口說之經驗與感受可轉換成文字）、可靠性（資料可信）與可確認性（資料客觀），注重研究者的自省，力圖解釋的準確性，以參與者為中心進行詮釋（胡幼慧，2004）。透過資料分析，將選出最常被提及之訊息元素作為自變項，並將常被提及之人口變項作為調節變項與共變項之選項。

3.4 前導研究結果與討論

以下將分「應該選擇什麼—訊息內容指涉服務選擇依據」、「應該談什麼—訊息內容選擇依據」、「應該怎麼談—訊息元素選擇依據」，與「民眾特質如何影響宣導」，共 4 個部分討論。首先，找出訊息內容指涉之標的，將生命末期醫療決策限縮至特定醫療服務項目；接著，了解該項目必須傳遞的重點，於後找出述說的方式。另外，亦藉由前導研究，對民眾和生命末期醫療決策間的關係有所認識。

一、應該選擇什麼—訊息內容指涉服務選擇依據

首先，在生命末期醫療決策中，決策的標的包含「是否要治療？若要治療，希望在醫院或是在家？若要進入醫療系統，想要選擇一般病房還是安寧病房？」

(R03)」，其中，以「是否要接受安寧緩和醫療」最常被討論。更進一步，專家皆表示在相關決策中，以意願書的簽署較為具體；亦即可透過文件的簽署表達決策、個人的醫療自主計畫等，且滿 20 歲即可簽署，不像其他項目都要符合條件才能使用，例如：居家服務、共同照護等皆須個人臨至生命末期時才能使用。

此外，在臺灣現行法制下，簽署意願書、拒絕急救和安寧緩和醫療服務是一個路徑，亦即若要進入安寧緩和醫療的服務，必須先簽署意願書；但是，簽署意願書並不代表進入安寧療護服務；兩者間沒有絕對的關係。簽署意願書僅是意願的表達，「是對自己負責，對自己生命的重視 (R01)」，亦是作為安寧緩和醫療服務之「入場券、門檻 (R01、R07)」；再者，意願書在臺灣是一個法源依據，能同時保障病人與醫生的權利義務。是故，本研究在選擇訊息內容指涉標的上，採用意願書作為指涉。

二、應該談什麼—訊息內容選擇依據

接著，本節呈現專家對於臺灣目前在推廣訊息中，應提及之重點彙整。由於本議題涉及的概念範疇大，從實務執行層面、法律層面、社會文化層面、靈性等層面皆可討論，難以在短時間內「包山包海 (R01)」；其中，所有專家皆認為應以概念、服務內容為優先傳遞給大眾，現階段尚不需要深入討論議題之背景、哲學，因其概念與服務範圍廣且深，在向大眾的推廣上呈現不易。因此，目前在生命末期醫療決策的推廣中，一般以概念與服務為主，例如：「科技已經沒辦法再治療的時候，與其繼續掙扎，不如採用另外一種以增進生命品質為目標的治療模式 (R07)」；常見以傳遞「不要拖延的死亡 (R07)」、「避免受苦 (R02)」的訊息為主，以最直接、易了解的方式，促進民眾簽署率：

現在從雜誌上看到的文章，多數還是告訴民眾「你不要在你臨終時是受苦的」；這個最直接，民眾也最容易了解。因為目前簽署意願書的比例還是偏低，加護病房使用無效醫療的人還是偏高。(R01)

再者，對民眾的推廣應強調「個人具有選擇權」。源於臺灣的制度設計，在推廣生命末期醫療決策時皆會強調需要簽署意願書，才能避免無謂的急救，以及選擇是否要進入安寧緩和醫療服務的體系。專家一致表示，諸多醫療決策都是一種醫療選擇；雖然善終是多數人的想望，但並沒有最好的決定，一切端視個人價值：我不是問民眾要不要接受安寧？我只是告訴民眾什麼是安寧。因此，推廣應強調個人在醫療選擇上的自主性，而非施加壓力、塑造「必須要簽署意願書」的情境。專家 R08 分享，一般宣導主要是讓民眾了解：當一個病人即將要面臨生命末期（或已經進入生命末期），他要做什麼樣的抉擇？希望如何度過僅剩的時間？宣導的目的在於讓民眾對議題有正確的認知，也許附帶能讓民眾產生一些意願，但是並不強求後續的具體簽署行為；因為行為會依個人差異，而有不同的發生時間：

我們一般不會去 push 他（民眾），只是告訴他，然後讓他去做選擇。自
主性這種東西你本來就很難去左右，我們就是靠宣導，讓他知道說『哦
原來就是這麼一回事』，那他要慢慢地 touch 也 OK，或者早早地介入（簽
署）也 OK。（R08）

而在決策過程中，全部專家皆提及關於善終、死亡的議題並不只牽涉個人，亦會受外界他人影響，尤以家庭觀念影響甚鉅；故在個人決策前，會鼓勵民眾先與家人分享、討論。在推廣中，為避免決策者承擔的痛苦、掙扎等負面情緒，會鼓勵個人應自己做選擇，而非將選擇權交給家人：「當病人未先做決定時，家屬總是有做決定的痛苦；這一點若本人意願表達非常清楚的話，基本上就可以減少家屬的痛苦。（R03）」此外，在訊息設計上，為了傳遞正確的觀念，不宜過度簡化訊息內容，以免大眾「各自解讀（R01）」，造成錯誤認知。

在訊息的呈現上，專家一致表示，在自身推廣的經驗中，可以感知到大眾對於受苦呈現趨避傾向，因此，在推廣的過程中，多會讓大眾先對末期與臨終有具象的

了解，接著說明醫療末期決策的價值觀、內容與服務，最後讓受眾清楚自己在末期的時候，具有醫療選擇的自主權：



其實每個人都怕苦，我們不怕死，只怕要活活不了，要死死不了，所以怎麼樣對自己更好？（R04）

「求生不得，求死不能」，那個處境可能比死更恐怖。是對生命的尊嚴，跟意義的一種挑戰，而且不只是當事者，是整個家庭。（R06）

專家 R03 分享，在宣導的開始，會闡明「我們每個人都會死」，以有點「嚇人」的效果開場，介紹臺灣的死因統計與分享切身經驗，而後連結至受眾：「換句話說，當輪到我們身上的時候，也不會避免掉這些事」，強調思考臨終醫療決策議題的重要性。其中，提及受苦是推廣訊息中，較能引發受眾，進而行動的部分：

我發現最能引起共鳴的肯定是「每個人都不願意受苦」；你問每個人要不要受苦？要不要最後經歷插管？八、九成的民眾都是不願意的。當你不願意受苦的時候，你就開始會思考：我要如何避免受苦？那我才會接著告訴他們，有一個方式也許可以讓你不要受苦，那這個方式是什麼。我覺得這樣（推廣的）速度就會比較快。當他要接受所有醫療的受苦時，當受苦是回到自己的時候，很多人的選擇就很不一樣了。（R02）

一般推廣訊息會讓受眾知道，簽意願書比較能達到善終的目的，因為臺灣現行法規下，「善終的門票，就是簽意願書；你沒簽，醫師護理人員不敢不做（急救）。（R07）」。其中，專家 R07 分享，宣導內容是否與受眾有連結相當重要，應避免訊息讓受眾覺得事不關己；有時候媒體塑造出聳動的新聞事件，例如：「誰因為怎麼樣，長期在呼吸照護病房生不如死，然後照出那個肢體枯槁；可能很多人就會說：我不要跟他一樣，有沒有什麼可以保障我的東西？」，才會促使受眾行動，去尋求相關訊息；否則「口號對民眾不痛不癢」。

是故，本研究之訊息設計內容將依據與專家訪談結果，藉由民眾對受苦的趨避，強調個人的選擇、個人應對自己的生命負責，並給予受眾末期醫療決策（意願書）的基本概念，讓受眾清楚：當我瀕臨末期的時候，我有醫療選擇的自主權。在遵循行為能獲得的益處部分，將強調預先簽署意願書，有助於尊嚴、品質地走完人生；當簽署意願書時，個人可以拒絕無效、過度醫療，並避免在臨終前經歷無意義的痛苦，把握善終的權益。其中，亦會於訊息中強調與家人討論、讓家人了解自身意願，能夠減輕家人代為決定的負擔，避免紛爭。整體而言，思考自己的末期醫療決策，選擇接受或拒絕特定醫療，將能掌握自主權，讓生死兩相安。

三、應該怎麼談—訊息元素與流程選擇依據

本節將呈現專家對於如何設計推廣訊息之分享。目前，臺灣推廣方式多以宣導講座為主，而在流程安排上，由於大眾未必有面對臨終的經驗，所以推廣時需要創造情境、經驗，多以分享故事、新聞作為開場，以提供民眾情境思考、想像、聯想。接著，會介紹生命末期醫療決策的概念與內容（例如：拒絕急救、安寧緩和醫療服務等），並介紹臺灣具法律效益之文件－意願書；最後部分會在現場擺放意願書供在場民眾參考、簽署。少數宣導則以意願書的簽署為導向，採直接擺放意願書，並在詢問民眾臨終時插管意願後，進一步說服民眾簽署。

多數專家認為，宣導時應以情境或故事做引言，因為「較易打動人（R04）」；專家 R04 分享自己曾聽過黃勝堅醫師推廣安寧緩和醫療，透過「老人在乎活得長久」的角度，藉由「福祿壽」的包裝，去傳遞「長壽是大家的期望，但若碰上疾病而無法長壽時，就必須了解『做什麼樣的選擇，對自己就是福氣』」，例如：不要被儀器或管子五花大綁、不要做無謂的插管」，並分享病人「如何走得很好」的經驗。專家一致認為，宣導藉由分享故事、情境描述或假設性的提問，讓大家有能夠想像末期情境的線索；其中，並不會刻意創造令受眾感到焦慮的情境，因為過度的恐懼，可能會造成反效果：「當給的情境是讓大家焦慮、有壓力的，那大家就奪門而出了，

何必呢？因為在座的人都是活著的。（R03）」。專家 R08 也分享：「有時候我看，當這群人都是健康的人時，我也不希望讓他們衝擊太大，所以我會講故事給他們聽。每一個健康的人，都希望自己長壽，哪一個人會希望（死亡）？」是故，一般宣導會先給受眾一個情境，讓他們去想像，如果是他的話，他要怎麼選擇：

（推廣時）要回歸同理，一定要設法講一個故事，這個故事就跟我們要主張的理念有關係，然後這個故事又必須要帶到「你可能是他，那你想怎樣」，一定要把這個線連起來。（R06）

不過，讓人有感的情境或故事固然重要，提供民眾行動方案更重要：「感動經驗只在當下，最重要的是你怎麼去讓大家可以 keep in mind，我覺得那個才會有動力，讓民眾想的是：我未來如果怎麼樣了，我要為我自己做什麼選擇。（R02）」。因此，推廣的最終目的就是要讓接收訊息的人去思考：你要什麼樣的死亡？或是你要怎麼樣的決策？接著，「更終極的目標則是他要去展開簽署的動作（R07）」。當開始談論議題時，專家 R01 分享，宣導可訴求個人的選擇，例如：「健康的時候，你有自己食衣住行的選擇權，那你曾經考慮過你有選擇醫療的權利嗎？」，接著從較輕程度的不舒服，鋪陳至重度疾病、末期，促使個人思考醫療決策（DNR、維生醫療、健保註記、安寧、委任代理人等）與四道人生，「練習有選擇」：

你希望帶到的東西，是穿插在裡面的。譬如，先講安寧療護的內容，舉例子，然後在講到簽意願書的意義。你每一個步驟要留伏筆，才能完整。其中，有故事，才會讓大家有感，想坐下來聽。（R01）

專家 R03 認為，在談論醫療末期決策時，應先讓議題變得可談，亦即先降低議題對受眾可能產生的威脅感，進而提高民眾面對議題的接受度。一般而言，推廣訊息的訴求多為正向、積極的，部分專家認為本議題較不適用恐懼訴求。過去在宣導時，常採用正面導向的訴求，例如：「用很美的黃昏，把死亡的美感帶出來，給大

家一種迷幻式的；然後一定要有眼淚（R03）」；此外，負面訴求則常藉由講述醫療的真實情境而被使用，例如：「拍氣管插管以後，人的一些腫脹，死亡的樣子（R03）」；採用正向或負向的訴求依意圖而選擇：



如果我們假設生老病死是那麼自然的話，他（末期醫療決策相關議題）就不是不可談的，只是看怎麼談。他（正面訴求）是一種紓壓的方法，就是當我們覺得這個問題很嚴肅的時候，他必須要去找到出口；所以我如果出去宣導，我也不會是苦哈哈的，我會講得很感動，用幽默的方法，讓大家覺得在輕鬆的狀態裡頭，是可以慢慢去接納這件有壓力的事情。當你把這個威脅感降到最低的時候，人都會比較能夠接受；有點像是淡化的技巧。（R03）

其中，在論調上，對於是否提供受眾一對於善終的期盼、希望感，專家有不同的意見。部分專家認為，應使用正面的論調與訴求，較容易使受眾接收相關宣導，並有後續行為。反之，也有專家認為，臨終是人生受苦的經驗，未必要很正向地去詮釋，只要民眾認清楚事實就好：

大家在談安寧，常常會跟死亡畫等號，死就是沒希望的。我覺得我們臺灣人的幽默感不夠，還不是那麼容易去介入。正向去看待、談論死亡，好像壓力比較不會那麼大。民眾端可能真的要正向去談會比較好。（R02）

我不是要靠這個東西（正向訴求）去吸引一群人來，因為對我來說，我覺得每一個人都可以有他的選擇。他今天聽完了以後，他重新選擇說「我不要接受安寧/拒絕急救」，OK 啊！我覺得是要很中立地去告訴所有的人說，狀況就是這樣。（R03）

除上述分享，在宣導過程中，專家 R08 採用較中立的陳述，不刻意強調安寧的正面效益，而是讓受眾自行決定與感受：



我們不會強調（安寧/拒絕急救帶來正面的影響），只是告訴他，在生命末期階段時我們會做什麼處置、病人會有什麼樣的狀況。安寧或拒絕急救是不是一個很美好的回憶？那是在經歷照顧的過程時，病人及家屬自身感受。我們不做廣告，我們做的都是告訴他真實的狀況，例如：陪你走完人生最後一哩路；這不是強調，而是事實。（R08）

另外，專家 R06 認為，正向與負向的訴求需同時並行，兩者具有相連的關係：

我覺得人需要受一些恐嚇，因為一般人不了解這個事情有多嚴重，他必須要了解真實的情形，才會覺得「這樣真的不行」、「如果沒有簽這個，可能會……」；所以「你要（受苦）嗎」？不要，很簡單，簽這個意願書。如果簽了，你可以不要被無用的急救折磨，而且你還可以四道人生、讓家屬得到幫助。（R06）

綜合上述，在推廣時，通常會提供情境（或故事），藉此引發受眾連結到自身經驗，並提供相關資訊，讓受眾思考自身的醫療選擇。其中，由於本議題重視個人權益及意願表達，故多數專家會說明及強調簽署意願書的意義。其中，專家 R08 在介紹意願書前會強調：「給你們（民眾）這些表單只是讓你們知道，當有一天你有這樣想法的時候，你可以寫這個單張；但不是要求在場每一個人要簽這張。」，避免使讓民眾產生「強迫推銷」的感受，而希望能讓民眾對推廣有較好的觀感。

而在敘說的論調上，大約分為正面框架、負面框架、中立框架或是同時使用正面與負面框架；專家並未指出何種訊息呈現方式較好。是故，本研究將以此為操弄變項，試圖探究不同訊息呈現方式是否有效果上的差異。

四、其他發現－民眾特質如何影響推廣

在民眾回饋的部分，多位專家表示，目前民眾多不忌諱，尤其老人家是容易接受的：「只要活動力還好，其實老人家是很容易接受、不忌諱的。因為他們已經走

到那個階段了。（R01）」。此外，多位專家一致表示，當代社會對於死亡的接受度較高，亦因新聞報導常凸顯生命無常（例如：地震、八仙塵爆等天災人禍），使民眾比以往更能夠感受到無常與無力。當前宣導已少有遇到民眾抗拒此議題：「真正這麼忌諱（談死）的人很少，大概不到百分之一吧。頂多他是『喔』，聽了但是覺得不重要，很少會說『你觸我霉頭啊』。（R08）」。由此，目前大眾對議題已有較高的接受度，且對於個人臨終選擇的意識抬頭。其中，有過面對親朋好友死亡經驗者，較能感受到議題的重要性，對於推廣之接受度與認同較強，也較會選擇助於善終的醫療決策：

只要是經歷過的民眾，或是他爸媽、好朋友目前就是在這個狀況，感觸是最快的。有經歷過（親友死亡），或者經歷ing的，那個感觸是最深的。其他大部分的人，其實聽完大多就是覺得「這個是對的觀念，這個是好的，是值得推廣的」，會說：「你們（推廣單位）加油」。（R01）

通常有痛苦經驗的人就比較得到教訓。如果他的親人曾經經過這個過程，然後死得很慘的話，其實他們就會有所覺悟。（R03）

除經驗外，生命末期醫療決策牽涉到複雜多樣的影響因素，例如：年齡、教育程度、職業類別、家庭教育、群體或區域之文化脈絡、宗教信仰等；其中，年齡是次於經驗，較常被專家提及會影響民眾對生命末期醫療決策的理解與接受程度，且存在落差。

3.5 小結

在訊息設計所涉及的策略上，包含使用不同刺激的訴求（正面、負面等）、證據的使用（單面或雙面）、指示的附加（知識提供、技巧的取得、同儕的影響、媒體素養等），和覺察（認知、承諾、資訊尋求等）（Bryant & Oliver, 2008）；因此，針對不

同健康推廣議題時，會有不同的呈現策略。

綜合前導研究之結果，本研究在訊息設計上，將遵循專家建議，以意願書為指涉標的，在內容上，則強調個人自主權、意願書的概念與服務，讓接收訊息的民眾了解自身在瀕臨末期的時候有何權益。在語句使用上，若要增強個人對實踐行為的信心、對行為重要性的感知，以及對改變行為準備就緒，則應強調行為原因、方法，與時間；使個人得以對行為有所掌握，此外，提供建議可能比提供資訊更有助於行動（Mason & Butler, 2010）。

而在訊息的呈現上，則採用正面框架、負面框架、混合框架（同時包含正面框架與負面框架），及無框架等四種呈現方式，以了解不同呈現方式是否存在不同的傳播效果；其中，亦提及推廣時應避免過於刻意地說服個人進行決策或行為，以免造成受眾感受上的不適。相對於健康議題常使用負向情緒訴求，商業廣告則偏好採取正向的訴求方式，側重行為改變對生活的益處，不僅可引起受眾的正向情緒，且會創造更強的購買意圖（Maibach & Parrott, 1995）；除了操弄訊息框架之外，亦發現年齡與經驗常被視為會影響民眾對生命末期醫療決策的理解與接受程度之因素，且確有在實務中發現落差。本研究將予以觀察。於後將於第4章第5節呈現實驗物之內容設計。



第 4 章 研究方法



4.1 研究架構

本研究著重探討不同訊息框架對受眾態度與行為意圖之影響，並不關注所
有可能影響受眾對於生命末期醫療決策（例如：簽署意願書、參與安寧療護）
之因素。以下整理自變項、調節變項、共變項，與依變項，研究架構見圖 4.1.1：

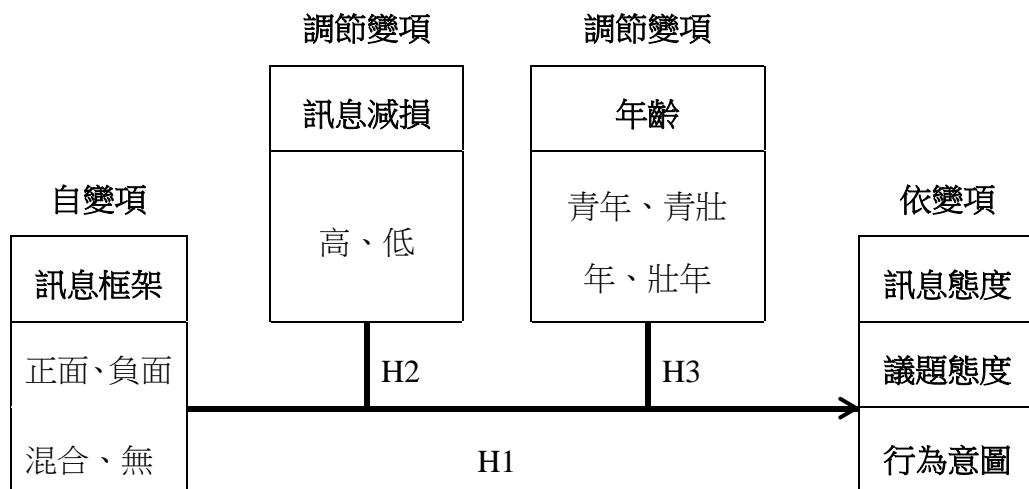


圖 4.1.1 研究架構圖

- 一、自變項：訊息框架，分別為正面框架、負面框架、混合框架（同時包含正面與負面），以及無框架（不使用正面及負面框架）；共分 4 組。
- 二、調節變項：年齡，分別為 20-29 歲青年、30-39 歲青壯年、40-49 歲壯年；共分 3 組。訊息減損，依平均數分為高訊息減損組與低訊息減損組 2 組。
- 三、共變項：是否曾面臨親朋好友臨終的經驗，分別為有、無。
- 四、依變項：對末期醫療決策訊息的態度（訊息、整體）、意圖。



4.2 研究假設

以下將分三部分進行假設，依序針對不同框架（自變項）、年齡層（調節變項）、訊息減損程度（調節變項）之傳播效果進行假設。

一、不同框架對個人之傳播效果

H1-1：當生命末期醫療決策議題有套用框架（負面、正面、混合）時，會比沒有套用框架時的傳播效果（訊息態度、議題態度、行為意圖）為佳。

H1-2：當生命末期醫療決策議題套用正面框架時，會比套用混合框架及負面框架時的傳播效果（訊息態度、議題態度、行為意圖）為佳。

H1-3：當生命末期醫療決策議題套用負面框架時，會比套用混合框架時的傳播效果（訊息態度、議題態度、行為意圖）為佳。

二、不同訊息減損程度於不同框架之傳播效果

H2：當生命末期醫療決策議題套用不同框架時，感受到低訊息減損程度者相較於高訊息減損程度者，其傳播效果（訊息態度、議題態度、行為意圖）較佳。

三、不同年齡層閱讀不同框架之傳播效果

H3：當生命末期醫療決策議題套用不同框架時，年齡較高者相較於年齡較低者，其傳播效果（訊息態度、議題態度、行為意圖）較佳。

4.3 研究方法選擇與流程

本研究以生命末期醫療決策為主題，進行訊息框架效果的測量，以了解如何適切地向大眾傳遞訊息，增加議題被觸及與接受的機會。健康議題相關研究，常以實驗作為測量健康行為之方法（Bartels, Kelly, & Rothman, 2010; Rothman, Martino, Bedell, Detweiler, & Salovey, 1999; Uskul, Sherman, & Fitzgibbon, 2009），為有效了解

訊息元素的效果，本研究選擇以實驗法為研究方法，藉由變項的操弄與控制，以了解不同變項間的關係，並避免其餘外來因素的影響。實驗的核心在於控制，其研究設計需要擴大研究者對研究結果的控制，並減少研究效度的威脅，但是，若過於緊縮對研究情境的掌控，會使研究情境變得不真實，而喪失內在效度。再者，傳播研究的標的通常為人類行為，若缺乏自然情境可能會造成推論結果的缺陷。此時，實地實驗法則較為真實，其不在實驗室操縱，而是在參與者熟悉的環境中引入實驗變項，較強調外在效度（Crosby et al., 2013; Singletary, 1994/1997）。

近來，由於網際網路使用普及，出現線上實驗法，亦即以網路作為媒介，研究參與者得以在熟悉的環境中進行實驗。本研究為使實驗環境符合參與者日常之真實情形，故採用線上實驗法，參與者可藉由熟悉的方式於網路進行實驗。本研究為一單因子實驗設計，經過文獻與前導研究探討，以訊息框架為自變項，年齡及訊息減損為調節變項，是否有面對臨終經驗為共變項，對末期醫療決策訊息之態度（訊息面及行為面）與行為意圖為依變項。研究對象為 20 至 49 歲，且具閱讀能力及完全行為能力者（符合意願書簽署條件）。其中，為檢測實驗物與問卷之適切性，將研究流程分為前測、專家效度建構與正式施測。透過適當的訊息設計，有助於受眾閱讀與理解議題，進而感知到議題與自身的關聯性，創造遵循建議行為的機會。本研究欲透過實驗測量訊息元素之效果，以了解訊息框架的呈現對受眾之影響。

4.3.1 實驗分組

本研究為一單因子實驗設計，操弄變項為訊息框架，共分為四個操弄類別：正面框架、負面框架、混合框架（同時包含正面與負面），以及無框架（不使用正面及負面框架）。研究設計採受試者間設計（between-subject factors），每一位研究參與者會被隨機分配至 12 組實驗組中，在閱讀完相應訊息後，依照問卷指示填答。本實驗分組表請見表 4.3.1：

表 4.3.1 實驗分組表



訊息框架（操弄）	組數	年齡（調節）	組別
正面框架	1	20-29（青）	1
		30-39（青壯）	2
		40-49（壯）	3
負面框架	2	20-29（青）	4
		30-39（青壯）	5
		40-49（壯）	6
混合框架	3	20-29（青）	7
		30-39（青壯）	8
		40-49（壯）	9
無框架	4	20-29（青）	10
		30-39（青壯）	11
		40-49（壯）	12

4.3.2 樣本招募方式

本研究以 20-49 歲青壯族，且具閱讀能力及完全行為能力者（符合意願書簽署條件）作為樣本來源。藉由臉書（www.facebook.com）、批踢踢（<https://www.ptt.cc>）等平台進行招募，預計每組招募 35 人，共 420 人。本研究將透過問卷網（<https://www.wenjuan.com>）設計問卷，參與者可透過連結進行線上實驗，會於研究開始前對參與者進行完整的說明，本研究將不會對參與者造成身心上之危害，而是希冀參與者能藉由參與本研究，了解自身權益，實踐個人自主權。此外，會提供百元禮券之抽獎機會作為參與的回饋。招募研究參與者的說明示意請見圖 4.3.1。

作者	smileyvivian (掏掏)	看板	Q_ary
標題	[抽獎] 生命末期醫療決策研究問卷(另贈50P50名)		
時間	Tue Oct 25 21:48:26 2016		



問卷名稱：《生命末期醫療決策研究問卷》（前50名贈稅前50P）

研究目的：本問卷欲了解您看完相關訊息後，對於「生命末期醫療決策」的想法。

填寫問卷約會占用您7-10分鐘，您的填答為匿名，絕對保護個人資料。

希望藉由這個研究，讓您對生命末期醫療決策議題有所了解，並明白自身權益；最後期望透過這個研究，更落實病人自主權。

填答條件：30-49歲，且未曾簽署過「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」的民眾。**(目前僅缺30-49歲的樣本)**

其他聲明：本研究計畫由國立臺灣大學行為與科學研究倫理委員會審查通過。
本問卷資料僅供學術研究之用，絕對保護個人資料。

研究單位：國立臺灣大學 生物產業傳播暨發展學系

研究姓名：林以容

聯絡姓名：林以容

聯絡方式：r02630002@ntu.edu.tw

問卷連結：

30-39歲（可任選，填1個即可；若顯示"該問卷已結束"，煩請點選其他網址）→
<https://www.wenjuan.com/s/Ij2Uze/>；<https://www.wenjuan.com/s/7RV3Eb/>；
<https://www.wenjuan.com/s/aERVBfd/>。

40-49歲（可任選，填1個即可；若顯示"該問卷已結束"，煩請點選其他網址）→
<https://www.wenjuan.com/s/Rf6bUjk/>；<https://www.wenjuan.com/s/A3eUN3/>；
<https://www.wenjuan.com/s/qeiMFn/>；<https://www.wenjuan.com/s/ymaIzq/>。

非常感謝您抽空閱讀說明及填寫本份問卷，敬祝平安、順心！

回饋獎品：前50名發放稅前50P，另於11/30抽出誠品佰元禮券 20名。

若欲登記P幣，請於填完問卷後，至下方表單登記並推文以供核對，謝謝！

批幣登記表單：<https://goo.gl/forms/V0nE1p9hW7NtGssd2>

截止時間：收滿為止。

--
 ※ 發信站：批踢踢實業坊(ptt.cc)，來自：60.248.141.41
 ※ 文章網址：https://www.ptt.cc/bbs/Q_ary/M.1477403315.A.6EB.html

圖 4.3.1 研究參與者招募示意圖

4.3.3 實驗流程

本研究之研究工具（實驗物及量表）經國立臺灣大學行為與社會科學研究倫理委員會審查核可。經確認本研究符合研究倫理規範後，本研究執行流程為：於批踢踢（<https://www.ptt.cc>）、臉書（www.facebook.com）等社群平台招募自願樣本，當參與者願意且同意參與本研究後，會隨機分組至單個實驗物。接著，參與者會先閱讀兩頁的簡短介紹，以利對生命末期醫療決策有基本認識，此部分強調：本研究不

會強迫參與者簽署意願書，而僅是讓其了解臺灣既有法規、服務及文件，並註明「個人選擇無好壞之分」。接著，參與者會閱讀實驗物，並於後填答問卷（共 50 題，含量表及基本資料）。在參與研究的過程中，參與者無法回頭修改選填結果。最後，在參與者填完問卷後，將於致謝後公布抽獎作業之相關時程。實驗流程請見圖 4.3.2：



圖 4.3.2 實驗流程圖



4.3.4 資料分析

在資料分析部分，正式問卷回收後之處理原則依序為：

- (1) 先剔除漏答情形嚴重，或是沒有按照真實感受情形作答的問卷（例如：所有問項之勾選趨向一致）；除去無效問卷後，即進行資料之編碼及登錄；
- (2) 對部分缺失資料，用部分捨棄方式處理，即在資料分析時，受測者漏答之該項資料，用其他有效值的平均值取代之，進行統計分析；
- (3) 本研究資料處理以 SPSS for windows 20.0 作為資料分析工具。

再者，考量本研究之研究目的，所採用之統計方法說明如下：

- (1) 描述統計 (descriptive statistics)：使用次數分配、百分比等描述填答者在自變項與依變項回答的分布情形；
- (2) 信度 (reliability) 與效度 (validity) 分析：檢驗研究工具之可靠性與有效性；
- (3) 多變量分析 (MANOVA) 與事後檢定：使用多變量分析檢驗自變項對於依變項的影響是否達顯著差異；
- (4) 羅吉斯迴歸 (logistic regression)：檢驗人口變項對依變項之影響程度；
- (5) 單因子變異數分析 (ANOVA)：檢驗人口變項對於依變項之影響是否存在顯著差異。

本研究透過測量訊息效果，欲找出訊息設計之策略，預期將對公、私部門之相關推廣有所助益，提供實務界在訊息撰寫、設計等原則參考。

4.4 實驗物的選擇與設計

在實驗物標的的選擇上，根據前導研究及現況調查，顯示生命末期醫療決策之議題推廣，最常用的平台為臉書 (facebook)，且在訊息的觸及最廣；此外，在網路使用行為上，根據財團法人臺灣網路資訊中心 (2015) 之《臺灣寬頻網路使用調查

報告》顯示，臺灣民眾上網率從 2014 年的 75.6% 上升至 80.3%，並推估上網總人數達 1,883 萬，且有 89.2% 的家戶有牽網路連線，推估可上網家戶數為 749 萬 8,712 戶；其中，18 至 30 歲民眾的上網率達 100.0%，是網路主要的使用族群，而中高齡人口的上網人數亦逐年增加。再者，民眾上網最常從事的活動以「上網路社群」(60.1%) 所占比例最高。其他調查亦指出臺灣網路使用者的年齡分布，以 25-34 歲族群人數最多，35-44 歲族群次之（創市際市場研究顧問，2016）；顯示本研究對象與網路使用者的特質吻合。故本研究實驗物之標的選擇以臉書 po 文呈現。

臉書 po 文因其篇幅內容及形式之限制，以傳遞訊息為主要目的，使受眾對議題有所認識，以達到推廣的第一步—覺知議題與自行的關聯，並思考是否遵從指示以避免風險或獲得利益。有研究指出，推廣文宣的設計上，可藉由增強訊息中特定闡述的刺激，促發受眾認知與提升自覺，有效提升訊息說服力與個人遵循建議的意圖 (Latimer, Katulak, Mowad, & Salovey, 2005; Myers, 2010; Rawl et al., 2008; Rimer & Kreuter, 2006)，若與其他配套措施同時強化，則能促使觀念確立與行為改變 (Belinson et al., 2014; Etter & Laszlo, 2005; Gilaberte, Alonso, Teruel, Granizo, & Gállego, 2008)。在實驗物之內容設計上，本研究藉由文獻回顧及前導研究，掌握推廣訊息的設計要點。訊息設計內容依據與專家訪談結果，藉由民眾對受苦的趨避，強調個人的選擇、個人應對自己的生命負責，並給予受眾末期醫療決策的基本概念，讓受眾清楚：當我瀕臨末期的時候，我有醫療選擇的自主權。本研究在訊息設計的脈絡上，先提供情境引導，藉此引發參與者連結到自身經驗，後提供相關資訊，使其得以思考自身的醫療選擇。

在敘說的論調上，專家並未指出何種訊息呈現方式較好，故本研究將訊息框架分為正面框架、負面框架、同時使用正面與負面框架或是無使用框架，將探究不同訊息呈現方式是否有效果上的差異。根據上述，本研究之實驗物訊息設計內容共分為四組。其中，訊息內容如表 4.4.1。在不同版本之字數盡可能控制一致，並確保所提供之內容（遵循行為的結果）相同，以避免影響實驗結果。

表 4.4.1 實驗訊息內容

對應框架	訊息設計內容
正面框架	<p>您知道在生命末期時，可以選擇有尊嚴、品質地走完人生嗎？</p> <p>簽署意願書，您可以拒絕無效、過度醫療，避免在臨終前經歷無意義的痛苦，把握善終的權益。</p> <p>無論您幾歲、健康與否，都應該開始思考：當疾病不可治癒，我要選擇安寧緩和醫療嗎？我要接受插管或靠機器來維持呼吸和心跳嗎？我想知道怎麼樣的臨終？</p> <p>預先安排自己的末期醫療決策，並讓家人了解自己的意願，可以減輕家人代為決定的負擔，避免紛爭，更讓您能夠有品質地活到最後一刻。</p> <p>思考自己的末期醫療決策，將能掌握自主權，讓生死兩相安。</p>
負面框架	<p>您知道在生命末期時，可能會沒有尊嚴和品質地走完人生嗎？</p> <p>不簽署意願書，您將失去表達意願的機會。他人的決定未必能如您所願，可能使您在臨終前經歷無意義的痛苦，求生不得，求死不能。</p> <p>無論您幾歲、健康與否，都應該開始思考：當疾病不可治癒，我要選擇安寧緩和醫療嗎？我要接受插管或靠機器來維持呼吸和心跳嗎？我想知道怎麼樣的臨終？</p> <p>不預先安排自己的末期醫療決策，且沒有和家人討論，將可能有損您善終的權益，並讓代為決策的家人背負沉重的壓力。</p> <p>不思考自己的末期醫療決策，僅能依他人的決定或一般常規行事。</p>
混合框架	<p>您知道在生命末期時，可以選擇想要的醫療方式嗎？</p> <p>簽署意願書，您可以避免在臨終前經歷無意義的痛苦，有尊嚴、品質地走完人生。不簽署意願書，則失去表達意願的機會，可能使您經歷無意義的痛苦，求生不得，求死不能。</p> <p>無論您幾歲、健康與否，都應該開始思考：當疾病不可治癒，我要選擇安寧緩和醫療嗎？我要接受插管或靠機器來維持呼吸和心跳嗎？我想知道怎麼樣的臨終？</p> <p>不預先安排自己的末期醫療決策，將可能有損您善終的權益，並讓家人背負沉重的壓力。相反地，若已預先安排，則能降低家人的負擔及衝突。</p> <p>思考自己的末期醫療決策，將能掌握自主權，讓生死兩相安。不思考則僅能依他人的決定或一般常規行事。</p>



無框架

您知道在生命末期時，可以選擇想要的醫療方式嗎？

簽署意願書，您可以做自己生命的主人。

無論您幾歲、健康與否，都應該開始思考：當疾病不可治癒，我要選擇安寧緩和醫療嗎？我要接受插管或靠機器來維持呼吸和心跳嗎？我想要怎麼樣的臨終？

意願書讓您可以決定自己的末期醫療決策；在您選擇接受或拒絕特定醫療後，建議與家人分享、討論，讓家人理解並尊重您的想法。

開始思考自己的末期醫療決策，決定自己生命的終點。

在實驗物的製作上，本研究請具有設計背景之從業人員，使用軟體「Adobe Illustrator」製作，四種訊息的設計皆同，僅訊息內容依本研究之操弄有所不同（附件一）。再者，為了驗證實驗物操弄成功，本研究針對四則實驗物進行前測，並經由4位來自健康傳播、訊息設計、安寧療護之專家建構專家效度，以確保此四則訊息符合正面框架、負面框架、混合框架及無框架之設定。前測相關說明與結果將在第4章第8節呈現。

4.5 變項定義與測量

本研究變項測量採用李克特六點量表（Likert Scale），6表示非常同意，1表示非常不同意，越趨近6表示越同意題項敘述，越趨近1表示越不同議題項敘述。本研究選用六點量表之偶數尺度原因在於，五點與六點量表相較於其餘項目數量，其信度是較穩定的，且本研究參與者為具閱讀能力之成年民眾，可區辨自身感受，故為了使研究參與者做出較明確的選擇，研究者設計偶數尺度，避免參與者選擇不確定的項目，或不願表露出真實態度（DeVellis, 2003/2010）。

本研究量表（附件二）之各變項定義與測量方式如下：



4.5.1 自變項

訊息框架

1. **定義**：本研究採用 Smith (1996) 與 Tversky 和 Kahneman (1981) 的定義、分類，再輔以前導研究之實務訪談結果，將訊息框架分為四大類，以下依序定義正面框架、負面框架、混合框架（同時包含正面與負面），以及無框架（不使用正面及負面框架）。首先，「正面框架」強調依指示作為則可獲得利益或避免失去，即做某行為可以得到何種好處。「負面框架」強調若不作為則會失去利益或產生負面的後果，即不做某行為則會有所損失。再者，「混合框架」同時強調依指示作為則可獲得利益或避免失去，即做某行為可以得到何種好處，以及若不作為則會失去利益或產生負面的後果，即不做某行為則會有所損失。最後，「無框架」指訊息未評斷結果的好壞，而是以中性的字句陳述。
2. **測量**：因訊息框架的操弄為類別變項，故無測量問題。

4.5.2 調節變項

一、訊息減損程度

1. **定義**：本研究採用 Thompson 等人 (2011) 、van Koningsbruggen 與 Das (2009) 之定義，當受眾認為健康訊息較有威脅性、風險性時，例如：疾病、死亡威脅等相關議題，可能會出現防衛性的反應，藉由減少、極小化訊息效果，例如：認為訊息是誇大、扭曲的，以避免被訊息影響與威脅；此效果稱為訊息減損，會影響個人採取行為之意圖。
2. **測量**：參考 Thompson 、 Robbins 、 Payne 與 Castillo (2011) 的訊息減損量表，以了解談論末期醫療決策之訊息是否會使受眾產生逃避、防

禦等反應，共計 4 個題項，包含 1 個反向題。後依平均數分為高訊息減損組與低訊息減損組 2 組。



二、年齡

1. 定義：本研究針對 20-49 歲之青壯年進行研究，依據李英芬等人(2013)之研究結果選定，僅針對臺灣當前簽署率最低之年齡層進行研究。

2. 測量：本研究將年齡分為三組，分別為 20-29 歲青年、30-39 歲青壯年、40-49 歲壯年。

4.5.3 共變項

面對臨終的經驗

1. 定義：參考 Romer 等人（2009）、徐淑惠（2013）等研究，重視個人經驗對於傳播效果的影響，定義為：是否曾面臨親朋好友臨終經驗。

2. 測量：以有、無進行測量。

4.5.4 依變項

一、訊息態度

1. 定義：參與者對於所閱讀 po 文之態度，為一持續性的個人對訊息的感覺，可分為正面、負面感受 (Ajzen, 1991; Kerr et al., 2015)。

2. 測量：針對訊息之態度測量參考 Petroshius 和 Crocker (1989) 的廣告態度量表，包含情感與認知面向，共計 8 個題項。

二、議題態度

1. 定義：參與者對生命末期醫療決策之態度，為一持續性的個人對議題的感受、評價 (Ajzen, 1991; Kerr et al., 2015)。

2. 測量：態度亦包含對行為標的的面向，本研究參考 Petroshius 和

Crocker (1989) 與 Kenneth (2003) 之測量方式，依本研究欲測量標的修改；亦參考 Onwuteaka-Philipsen、van der Heide、Koper、Keij-Deerenberg、Rietjens、Rurup 與 van der Maas 等人 (2003) 的問項，以測量個人對於末期醫療決策之態度。



三、行為意圖

- 1. 定義：**根據 Ajzen (1991) 之定義，在本研究中指參與者遵循訊息中建議行為的可能性，即參與者簽署意願書的可能性。
- 2. 測量：**針對行為意圖之測量參考 Ruiter、Verplanken、Kok 與 Werrij (2003) 之意圖量表，共計 2 個題項。此外，亦針對末期醫療決策的行為，參考 Thompson、Robbins、Payne 與 Castillo (2011) 之意圖量表，依照本研究標的進行擷取與改編，除了簽署行為外，亦強調思考議題、學習、推廣之行為。

4.5.5 人口變項

一、人口變項

表 4.5.1 為人口變項之說明與測量方式。

表 4.5.1 人口變項之說明與測量方式

變項	說明與測量
年齡	說明 以 5 歲為組距。 測量 ①20-24 歲、②25-29 歲、③30-34 歲、④35-39 歲、⑤40-44 歲、 ⑥45-49 歲
性別	說明 此處泛指生理性別。 測量 ①男、②女
教育程度	說明 教育程度參考行政院主計處之分類。 測量 ①國中（含以下）、②高中、③大專院校、④研究所（含以上）
婚姻狀態	說明 婚姻狀態參考行政院主計處之分類。 測量 ①未婚、②同居、③已婚、④喪偶、⑤分居、⑥離婚、⑦其他



信仰	說明	信仰，列出臺灣信仰比例較高者作為選項。
	測量	①無特定信仰、②道教、③佛教、④基督教、⑤天主教、⑥一貫道、⑦回教、⑧民間信仰、⑨其他
信仰對自己 的影響程度	說明	1顆星為"非常不重要"，6顆星為"非常重要"，參與者直接劃記。
	測量	非常不重要☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆非常重要
年收入	說明	年收入級距參考國稅局、薪資調查之分類。
	測量	①30萬（含）以下、②31-50萬元、③51-80萬元、④81-100萬元、 ⑤101-150萬元、⑥151-200萬元、⑦201萬元以上
職業	說明	職業項目參考行政院主計處之《中華民國職業標準分類》。
	測量	①商業、②資訊業、③製造業、④軍公教、⑤服務業、⑥金融保 險業、⑦社會服務業、⑧醫療保健業、⑨農林牧礦業、⑩學生、 ⑪家管、⑫自由業、⑬退休人員、⑭待業中、⑮其他
在此之前， 是否曾經聽 過意願書	說明	使用 Straw 與 Cummins(2003)末期醫療調查(AARP North Carolina End-of-Life Care Survey) 之間項。
	測量	①曾聽過意願書，了解基本概念、②曾聽過意願書，但不太清楚、 ③沒聽過意願書。
如何得知意 願書之相關 概念（複選）	說明	使用 Straw 與 Cummins(2003)末期醫療調查(AARP North Carolina End-of-Life Care Survey) 之間項。
	測量	①我身邊曾有親朋好友簽署、②我曾聽過他人討論意願書的相關 資訊、③我從事與安寧療護相關之工作或志願服務、④我曾聽過 相關推廣講座、活動、⑤我透過媒體看過意願書的相關資訊（新 聞、電視節目、廣播節目、雜誌、網路社群等）、⑥其他
相關經驗	說明	使用 Straw 與 Cummins(2003)末期醫療調查(AARP North Carolina End-of-Life Care Survey) 之間項。
	測量	①親朋好友曾使用安寧療護服務、②親朋好友曾簽署意願書、③ 親朋好友曾有上述兩個經驗、④未曾有上述經驗(不清楚者選此)。
面對死亡之 相關經驗	說明	是否有看過臨終場景（親朋好友、服務對象等皆可）；使用 Gamliel (2013) 之測量方式。
	測量	①無、②有
照顧經驗	說明	是否有照顧、陪伴病人至離世的經驗。
	測量	①無、②有
討論經驗	說明	是否曾與親友討論過臨終拒絕急救、接受安寧緩和醫療等議題。
	測量	①無、②有



見證經驗	說明	是否有當過他人簽署意願書時的見證人（於他人意願書之「見證人」欄內簽名）。
	測量	①無、②有
考慮簽署意願書的原因	說明	可複選；參考過去研究與實務觀察。 ①能夠有尊嚴地死亡、②能夠保有生活品質、③能夠順其自然地死亡、④避免在臨終前經歷無意義的痛苦、⑤減少家人代為決定的負擔與可能的紛爭、⑥不希望造成家裡的經濟負擔、⑦不認同無效、過度醫療、⑧其他。
	測量	
不考慮簽署的原因	說明	可複選；參考過去研究與實務觀察。 ①我還不想思考關於生命末期的議題、②我還沒有想到這麼遠的事情、③若不幸遇到生命危急的時刻，我接受由醫生代為決定、④若不幸遇到生命危急的時刻，我接受由家人代為決定、⑤我還很健康，暫時不會考慮、⑥我還年輕，暫時不會考慮、⑦我想等更了解此政策後再考慮、⑧我不信任這個制度，怕簽署後可能會損害我就醫的權利、⑨其他。
	測量	
未來是否會簽署意願書	說明	未來是否考慮簽署意願書。
	測量	①不會、②會、③不清楚

二、健康狀態

有關健康狀態之問項，皆使用 Straw 與 Cummins (2003) 末期醫療調查 (AARP North Carolina End-of-Life Care Survey) 內問項，整理於表 4.5.2。

表 4.5.2 健康狀態變項之說明與測量方式

變項	說明與測量
自評健康	說明 對健康狀況的主觀認知；1 顆星為"非常不好"，10 顆星為"非常好"。
	測量 非常不好☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆非常好
至醫院急診就診的次數	說明 參與者在過去一年內曾經至醫院急診就診的次數。
	測量 ①0 次、②1 次、③2 次、④3 次、⑤4 次、⑥5 次、⑦6 次（含）以上
至醫院住院的次數	說明 參與者在過去一年內曾經至醫院住院的次數。
	測量 ①0 次、②1 次、③2 次、④3 次、⑤4 次、⑥5 次、⑦6 次（含）以上



陪親友至急 診就診次數	說明 測量	參與者在過去一年內曾經陪親朋好友至醫院急診就診的次數。 ①0 次、②1 次、③2 次、④3 次、⑤4 次、⑥5 次、⑦6 次（含）以上
個人疾病史	說明 測量	泛指：高血壓、糖尿病、癌症、腦血管疾病、心臟病、慢性肝病、慢性腎病、慢性肺病、自體免疫疾病等慢性疾病。 ①無、②有
二等血親內 親屬疾病史	說明 測量	二等血親包含：父母、子女、兄弟姐妹、(外)祖父母、(外)孫子女； 慢性疾病泛指同上題。 ①無、②有、③不清楚
相關規劃	說明 測量	參與者是否有私人醫療相關保險或規劃。 ①無、②有、③不清楚

4.6 前測

首先，前測旨在了解實驗物之訊息框架內容設計是否恰當，以及問卷題目發展是否適當；前測方式包含操弄檢定、題項項目分析及專家效度建構。

一、操弄檢定

為確保實驗內容的選擇與設計操弄成功，且參與者可理解訊息內容，招募 40 位符合本研究研究對象條件之參與者，請其閱讀四個實驗設計內容，並依據其感受回答題項。前測題目提供各框架類別之定義，並請參與者在閱讀完後進行分類，初次的分類一致率達到 70%，顯示多數參與者認為實驗設計內容有彰顯各框架類別之定義。於後，研究者與參與者針對個別實驗設計進行討論，經修改語意及說明後，分類一致率達到 100%。除確認對於一般民眾之操弄成功，亦將於後針對專家進行檢定，確認訊息設計切合各框架定義。

二、項目分析

透過滾雪球方式招募自願樣本，共計招募 40 位符合本研究研究對象條件之參與者，隨機分入四組：正面框架、負面框架、混合框架及無框架。前測流程為：請參與者觀看一則臉書 po 文，閱讀完後，依問卷（附件三）指示填答題組，並於最後提

供意見回饋填寫欄位。

項目分析之目的在於確認題項的語意是否通順、錯誤，以及編排是否恰當；本研究以此作為修正題項的依據之一。首先，前測問卷填答無遺漏值，且填答者未表示抗拒或難以回答特定題目。在項目分析的部分，利用題項之平均數、變異數、偏態與峰度評估，發現前述均無分配趨於一致的問題。此外，藉由相關分析與內部一致性效標法進行小樣本分析，確認題項相關係數皆大於.3，具有鑑別度。前測之項目分析結果詳見表 4.6.1。

表 4.6.1 前測項目分析摘要表

題項摘要	敘述統計評估法				同質性檢驗		內部一致性效標法	
	平均數	標準差	偏態	峰度	相關	因素負荷	極端值檢定	
							t 值	顯著性(雙尾)
01. 有趣的。	3.43	1.375	.040	-.494	.340	.687	-1.229	.233
02. 有感染力的。	4.03	.974	.124	-.835	.426	.672	-3.149	.005
03. 印象深刻的。	3.78	1.209	-.185	-.629	.473	.872	-3.114	.005
04. 吸引人的。	3.40	1.128	-.077	-.104	.534	.800	-3.258	.004
05. 目不轉睛的。	3.00	1.219	.804	.622	.570	.758	-3.265	.004
06. 可信的。	4.35	1.210	-.909	1.205	.454	.618	-2.714	.013
07. 提供有用資訊的。	4.70	1.043	-.637	-.141	.561	.580	-4.193	.000
08. 簡單易懂的。	3.83	1.299	-.397	-.635	.610	.684	-4.734	.000
09. 誇大的。	2.20	1.043	1.006	1.005	-.434	-.845	1.826	.083
10. 誤導的。	2.03	1.074	1.125	1.155	-.495	-.837	2.067	.052
11. 操弄的。	2.20	1.159	1.148	1.930	-.360	-.890	1.230	.233
12. 有說服力的。	4.03	1.097	-.419	-.011	.573	.527	-3.470	.002
13. 思考生死問題是重要的。	5.07	.997	-1.136	1.179	.402	.688	-4.360	.001
14. 思考個人在生命末期的醫療選擇是重要的。	5.40	.744	-.817	-.690	.483	.829	-4.655	.000
15. 簽署意願書是刻不容緩的。	3.95	1.218	.100	-.172	.601	.700	-4.778	.000
16. 意願書的制度設計是正面的。	4.45	1.176	-.871	.970	.675	.787	-4.107	.001
17. 意願書的制度設計是	4.43	1.107	-.816	1.291	.652	.833	-3.675	.002



有益的。

18. 意願書的制度設計是符合我個人理念的。	4.30	1.137	-.963	2.009	.710	.797	-3.297	.004
19. 意願書跟我(或親朋好友)是切身相關的。	4.58	1.238	-.906	.734	.591	.732	-3.770	.001
20. 個人有權益決定自己想要的醫療選擇。	5.40	.709	-1.218	1.952	.404	.808	-3.194	.005
21. 我打算在這個月內去簽署意願書。	2.80	1.203	.313	-.149	.626	.526	-5.787	.000
22. 我會去簽署意願書。	4.20	1.381	-.502	-.277	.473	.578	-4.585	.000
23. 我會去搜尋意願書的相關資訊。	3.57	1.259	-.016	-.542	.295	.735	-3.528	.002
24. 我會與親朋好友討論意願書。	3.73	1.320	-.306	-.772	.559	.845	-4.103	.001
25. 我會開始思考自己是否要簽署意願書。	4.63	.979	-.542	.090	.457	.601	-3.545	.002
26. 我會建議親朋好友思考是否要簽署意願書。	3.68	1.439	-.261	-.932	.604	.697	-5.785	.000
27. 我有興趣去學習更多意願書、生命末期醫療決策的相關資訊，以了解自身在末期醫療決策上的權益。	3.90	1.297	-.251	-.392	.577	.656	-4.348	.000
28. 整體而言，我認為意願書是好的制度設計。	4.65	1.001	-.517	-.040	.736	.608	-4.528	.000
29. 整體而言，我喜歡意願書的制度設計。	4.28	1.109	-.582	.813	.767	.684	-4.743	.000

其中，在訊息設計部分，藉由前測了解參與者是否能夠理解訊息內容，其中，在問項「我能夠读懂這則臉書 po 文想要表達的意思」，平均分數為 4.88（最高分為 6 分），標準差為 1.042；在問項「我了解這則臉書 po 文在說什麼」，平均分數為 5.02，標準差為 .947；而針對訊息設計是否符合各框架定義，本研究邀請參與者分享其感受，並告知各框架之定義，若有任何不符則予以討論、說明，後所有參與者皆認同不同框架實驗物符合各組定義。再者，針對前測之題項檢測信度，顯示所有量表均達到良好的信度水準，其 Cronbach's α 值皆達合理水準，詳見表 4.6.2。

表 4.6.2 前測之信度檢測



量表	題數	Cronbach's α 值
訊息態度	8	.851
議題態度	8	.869
整體態度	2	.917
訊息減損	4	.893
行為意圖	7	.857
整體量表	29	.889

三、專家效度

本研究製作專家效度問卷（附件四），邀請 4 位來自健康傳播、訊息設計、安寧療護領域之專家（背景包含學界與實務界）進行專家效度建構，針對實驗物設計進行修正及題項語意修正。表 4.6.3 為專家針對引言撰寫、訊息設計（實驗物）、問卷題項，與整體問卷之評分結果。本研究之專家效度採評分的方式進行，以適切性為主要項目，針對題項用語是否適當、題意是否清楚表達、是否適合一般民眾填答給分，並請專家署名修正意見。評分標準由 1 分至 10 分，越接近 10 分表示題項越恰當，7 分以下表示題目需進行修正，低於 5 分則表示題項不適用，需考慮刪除。

表 4.6.3 專家效度評分表

項目	專家一	專家二	專家三	專家四	平均
引言撰寫	9	7	8	9.5	8.38
訊息設計	8	9.25	6	9	8.06
問卷題項	8.46	9.76	7.12	9.86	8.80
整體問卷	9	10	8	9	9

專家效度的結果顯示，在引言撰寫、訊息設計，與問卷題項的部分，部分需要進行小幅度的修正，例如：原題目「我覺得這則 po 文是有趣的」，修正為「我覺得

這則 po 文是讓我想閱讀的」；「我覺得這則 po 文是操弄的」，修正為「我覺得這則 po 文是刻意操弄的」。

經上述信效度檢驗，綜合項目分析與專家意見，本研究修正引言撰寫及訊息設計內容，並針對問卷量表題項之第 1 題及第 11 題進行陳述的修正，使正式問卷（附件五）之題意更為準確。



第 5 章 研究結果



5.1 描述性統計

本研究蒐集樣本的時間自 2016 年 10 月 24 日至 2016 年 11 月 11 日，共回收 469 份。研究者先進行資料檢誤，以確保研究資料的正確性、完整性，及可用程度。其中，研究者將不合格的樣本（例如：填答有一定規則，全部題項皆選擇相同答案；極端值）剔除後，剩餘有效樣本 453 份。本研究樣本數量統計列於表 5.1.1。

表 5.1.1 樣本數量統計表

訊息框架	負面框架	正面框架	混合框架	無框架	總計
回收數量	116	117	120	116	469
無效數量	5	6	4	1	16
有效數量	111	111	116	115	453

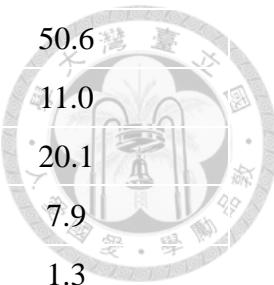
表 5.1.2 列出參與者之人口特性 (N=453)，在性別以女性為多 (63.8%)，男性較少 (36.2%)；在年齡分佈上，各年齡層占比相近；在教育程度上，以大專院校最多 (53.9%)，於後為研究所 (含以上) (41.3%)、高中職 (4.4%)，與國中 (含以下) (.4%)。而在婚姻狀態部分，以未婚者為多 (53.6%)，於後為已婚 (40.2%)；在宗教信仰方面，未有特定信仰者最多 (50.6%)，其次為佛教 (20.1%) 與道教 (11%)。在年收入的部分，以 30 萬元 (含) 以下者最多 (28.7%)，再來是 51-80 萬元 (24.3%) 與 31-50 萬元 (21.2%)；職業則以學生 (15.5%)、軍公教 (13.2%)、製造業 (12.4%)、服務業 (10.4%) 為多。

在意願書相關的經驗部分，部分參與者沒接觸過意願書相關訊息 (20.1%)，另外近八成的參與者在填問卷前，曾經接觸過意願書的相關訊息，其中認為自己了解基本概念者，佔 56%，而自認仍不清楚相關概念者佔 44%。進一步了解其得知意願

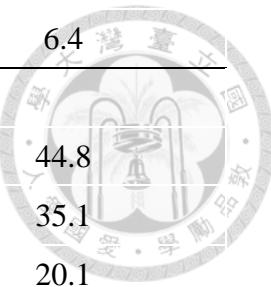
書的方式（複選，N=540），發現「透過媒體看過相關資訊」者最多（34.1%）、「曾聽過他人討論相關資訊（30.7%）」、「身邊曾有親朋好友簽署（15.9%）」、「聽過相關推廣講座或活動（9.6%）」、「曾從事與安寧療護相關之工作或志願服務（5.6%）」次之，其餘亦有醫院推廣等方式。此外，在自身相關經驗的部分，部分參與者之親友曾使用安寧療護服務（11.7%）、親友曾簽署意願書（12.4%）、親友有上述兩個經驗（5.5%）；但多數人並未有相關經驗（70.4%）。

表 5.1.2 參與者之人口特性（N=453）

變項	次數	百分比
性別		
男性	164	36.2
女性	289	63.8
年齡		
20-29 歲	156	34.4
30-39 歲	155	34.2
40-49 歲	142	31.3
教育程度		
國中（含以下）	2	.4
高中職	20	4.4
大專院校	244	53.9
研究所（含以上）	187	41.3
婚姻狀態		
未婚	243	53.6
同居	9	2.0
已婚	182	40.2
喪偶	3	.7
分居	1	.2
離婚	14	3.1
其他	1	.2
宗教信仰		



無	229	50.6
道教	50	11.0
佛教	91	20.1
基督教	36	7.9
天主教	6	1.3
一貫道	3	.7
民間信仰	33	7.3
其他	5	1.1
<hr/>		
年收入		
30 萬（含）以下	130	28.7
31-50 萬元	96	21.2
51-80 萬元	110	24.3
81-100 萬元	55	12.1
101-150 萬元	46	10.2
151-200 萬元	9	2.0
201 萬元以上	7	1.5
<hr/>		
職業		
商業	32	7.1
資訊業	34	7.5
製造業	56	12.4
軍公教	60	13.2
服務業	47	10.4
金融保險業	20	4.4
社會服務業	21	4.6
醫療保健業	28	6.2
農林漁牧礦業	2	.4
學生	70	15.5
家管	22	4.9
自由業	14	3.1
退休人員	2	.4
待業中	16	3.5



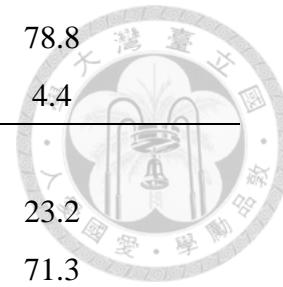
其他	29	6.4
在填寫這份問卷之前是否曾經聽過意願書		
曾經聽過此份意願書，了解基本概念。	203	44.8
曾經聽過此份意願書，但不太清楚。	159	35.1
沒聽過此份意願書。	91	20.1
得知意願書的方式（複選，N=540）		
身邊曾有親朋好友簽署	86	15.9
曾聽過他人討論相關資訊	166	30.7
從事與安寧療護相關之工作或志願服務	30	5.6
相關推廣講座或活動	52	9.6
透過媒體看過相關資訊	184	34.1
其他	22	4.1
相關經驗		
親友曾使用安寧療護服務	53	11.7
親友曾簽署意願書	56	12.4
親友有上述兩個經驗	25	5.5
未曾有上述經驗	319	70.4

接著，參與者自評健康狀況（1分為非常不好，10分為非常好；分數越高，自評健康狀況越良好）平均分數為 6.88 分（中位數=7，標準差=1.485），顯示多數人認為自身健康狀況良好。表 5.1.3 列出參與者之健康狀態。而在過去一年至急診就診、醫院住院次數部分，皆以 0 次無經驗者為多，各佔 74.8% 及 89.2%，陪同親友至急診就醫次數，有經驗者（58.7%）則較無經驗者（41.3%）多。而在疾病史的部分，有罹患慢性病之參與者僅佔 14.6%，二等親內有罹患慢性病家人者則佔 78.8%。在個人醫療相關保險或規劃部分，多數人除全民健保外，有個人規劃（71.3%）。

再者，多數人看過臨終的場景（69.1%），但是有照顧、陪伴病人至離世經驗者則較少（44.8%）；其中，多數參與者（59.6%）曾經與親友討論過臨終拒絕急救、接受安寧緩和醫療等議題，顯見生命末期醫療決策議題已逐漸普及。不過，當過他人簽署意願書時的見證人者則相當少（8.2%），顯見意願書的簽署並不普及。

表 5.1.3 參與者健康狀態特性

變項	次數	百分比
過去一年至急診就診情形		
0 次	339	74.8
1 次	66	14.6
2 次	27	6.0
3 次	7	1.5
4 次	3	.7
5 次	1	.2
6 次 (含以上)	10	2.2
過去一年醫院住院情形		
0 次	404	89.2
1 次	35	7.7
2 次	9	2.0
3 次	1	.2
4 次	1	.2
5 次	0	0
6 次 (含以上)	3	.7
陪同親友至急診就診情形		
0 次	187	41.3
1 次	118	26.0
2 次	71	15.7
3 次	28	6.2
4 次	12	2.6
5 次	6	1.3
6 次 (含以上)	31	6.8
是否有慢性疾病		
無	387	85.4
有	66	14.6
二等親是否有慢性疾病		
無	76	16.8



有	357	78.8
不清楚	20	4.4
是否有私人醫療相關保險或規劃		
無	105	23.2
有	323	71.3
不清楚	25	5.5
是否曾經看過臨終的場景		
無	140	30.9
有	313	69.1
是否有照顧、陪伴病人至離世的經驗		
無	250	55.2
有	203	44.8
是否曾經與親友討論過臨終拒絕急救、接受安寧緩和醫療等議題？		
無	183	40.4
有	270	59.6
是否有當過他人簽署意願書時的見證人		
無	416	91.8
有	37	8.2

多數參與者未來會考慮簽署意願書（76.6%），另有22.1%參與者尚不確定，及1.3%的參與者不會考慮簽署意願書。而在參與者會考慮簽署及不會考慮簽署的因素部分詳見表 5.1.4，本研究發現，會考慮簽署者在意的因素主要有「避免在臨終前經歷無意義的痛苦（19%）」、「減少家人代為決定的負擔與可能的紛爭（17.4%）」、「能夠有尊嚴地死亡（15.3%）」、「不希望造成家裡的經濟負擔（14.6%）」，與「不認同無效、過度醫療（14%）」；而若不會考慮簽署，所顧慮的因素主要為「我想等更了解此政策後再考慮（23%）」、「我還沒有想到這麼遠的事情（19.5%）」、「我還年輕，暫時不會考慮（11.9%）」，與「若不幸遇到生命危急的時刻，我接受由家人代為決定（11.3%）」。

表 5.1.4 參與者考慮是否簽署之因素



變項	次數	百分比
請問您會考慮簽署意願書的原因是？（可複選）(N=2046)		
避免在臨終前經歷無意義的痛苦	388	19.0
減少家人代為決定的負擔與可能的紛爭	356	17.4
能夠有尊嚴地死亡	313	15.3
不希望造成家裡的經濟負擔	298	14.6
不認同無效、過度醫療	286	14.0
能夠保有生活品質	203	9.9
能夠順其自然地死亡	199	9.7
其他	3	0.1
請問您不會考慮簽署意願書的原因是？（可複選）(N=789)		
我想等更了解此政策後再考慮	181	23.0
我還沒有想到這麼遠的事情	154	19.5
我還年輕，暫時不會考慮	94	11.9
若不幸遇到生命危急的時刻，我接受由家人代為決定	89	11.3
若不幸遇到生命危急的時刻，我接受由醫生代為決定	77	9.8
我還不想思考關於生命末期的議題	71	9.0
我還很健康，暫時不會考慮	68	8.6
我不信任這個制度，怕簽署後可能會損害我就醫的權利	39	4.9
其他	16	2.0

最後，在剔除無效問卷後，本研究在「操弄意圖推論」上，以平均數($M=9.9912$)為基準，將受試者分為高操弄意圖推論組(255人)及低操弄意圖推論組(198人)。人數分配於表 5.1.5。

表 5.1.5 實驗設計之樣本人數分佈

訊息框架	負面框架	正面框架	混合框架	無框架	總數量
高操弄意圖推論(人)	67	58	61	69	255
低操弄意圖推論(人)	44	53	55	46	198
總數量	111	111	116	115	453



5.2 量表信度檢測

本研究採用「訊息態度」量表、「議題態度」量表、「整體態度」量表、「訊息減損」量表、「行為意圖」量表。以下為各量表之信度檢測結果；各量表（附件二）之內在一致性皆有達到合理且良好的水準。

一、訊息態度量表

本研究採用 Petroshius 與 Crocker (1989) 的態度量表，用以測量不同訊息框架之訊息。題項數目共有 7 題，信度分析之 Cronbach's α 值為 .909；顯示量表具有良好的信度。

二、議題態度量表

本研究綜合 Kenneth (2003)、Onwuteaka-Philipsen 等人 (2003)、Petroshius 與 Crocker (1989) 的產品態度量表及整體態度量表，用以測量不同訊息框架之訊息。題項數目共有 10 題，信度分析之 Cronbach's α 值為 .920；顯示量表具有良好的信度。

三、訊息減損量表

本研究採用 Thompson 等人 (2011) 的訊息減損量表，用以測量不同訊息框架之訊息效果。題項數目共有 4 題，信度分析之 Cronbach's α 值為 .707；顯示量表具有良好的信度。

四、行為意圖量表

本研究採用 Ruiter 等人 (2003) 與 Thompson 等人 (2011) 的行為意圖量表，用以測量不同訊息框架之訊息效果。題項數目共有 7 題，信度分析之 Cronbach's α 值為 .898；顯示量表具有良好的信度。



5.3 假設驗證

本研究之自變項「訊息框架」為類別變項，已於前測進行操弄檢定。本研究先針對依變項進行相關分析，採雙尾檢定，結果如表 5.3.1。由於訊息態度、議題態度、行為意圖三者具有顯著相關，故採用多變量分析（MANOVA）來進行假設驗證。同時，亦將參與者是否有面對臨終的經驗納入相關分析，發現經驗與訊息態度、議題態度、行為意圖皆無顯著相關，顯示其存在對依變項並不會產生迴歸影響，故在之後的假設驗證分析無須將其納入共變項討論。

表 5.3.1 依變項之相關分析

		訊息態度	議題態度	行為意圖	臨終經驗
訊息態度	Pearson 相關	1	.633***	.576***	.012
	顯著性(雙尾)		.000	.000	.803
	個數	453	453	453	453
議題態度	Pearson 相關	.633***	1	.584***	.047
	顯著性(雙尾)	.000		.000	.320
	個數	453	453	453	453
行為意圖	Pearson 相關	.576***	.584***	1	.069
	顯著性(雙尾)	.000	.000		.141
	個數	453	453	453	453
臨終經驗	Pearson 相關	.012	.047	.069	1
	顯著性(雙尾)	.803	.320	.141	
	個數	453	453	453	453

註：^{*} $p < .05$ ^{**} $p < .01$ ^{***} $p < .001$

本研究為了解訊息框架、年齡，與訊息減損對訊息態度、議題態度、行為意圖的影響，進行多變量分析。在分析之前已先進行資料轉換，並透過盒狀圖確保無極端質。多變量分析結果顯示，當以訊息框架為自變項，年齡、訊息減損為調節變項，

訊息態度、議題態度、行為意圖為依變項，以共變量矩陣等式的 Box 檢定來判定是否違反變異數同質時，分析結果為顯著， $F(138, 64698)=1.466, p=.000$ ，違反變異數同質性的檢定，故後續報導 Pillai's Trace 值，因變異數不同質需進行校正。以下為多變量分析摘要，結果列於表 5.3.2。

多變量分析結果可知，自變項與調節變項之三因子交互作用效果不顯著 (Pillai's Trace=.058, F(18, 1287)=1.419, p=.113)，進一步檢視二因子交互作用，發現年齡與訊息減損的交互作用效果顯著 (Pillai's Trace=.032, F(6, 856)=2.353, p=.029)，顯示兩者對於依變項之影響有相互影響，其個別對依變項的影響會因為其他變項而受到影響。而三個變項中，年齡與訊息減損皆達到顯著，顯示不同年齡及訊息減損的實驗組別中，至少在一個依變項的結果比較存在顯著差異。

由於年齡 (Pillai's Trace=.034, F(6, 856)=2.488, p=.022) 和訊息減損 (Pillai's Trace=.337, F(3, 427)=72.210, p=.000) 兩個主效果均達到顯著水準，故本研究將接續進行單因子變異數分析 (即單變量分析)，與 Scheffe 事後成對比較；而在進行單變量分析前，檢視誤差變異量的 Levene 檢定結果，顯示訊息態度 ($F(23, 429)=.520, p=.969$) 與行為意圖 ($F(23, 429)=1.418, p=.096$) 皆不顯著，表示訊息態度與行為意圖皆符合變異數同質性的假設；而議題態度 ($F(23, 429)=3.267, p=.000$) 則顯著，表示議題態度不符合變異數同質性的假設。單變量分析結果列於表 5.3.2。

在單變量分析結果中，顯示訊息框架、年齡和訊息減損程度之三因子交互作用對訊息態度有顯著影響 ($F(6, 429)=2.15, p=.047, \eta^2=.029$)，而年齡和訊息減損程度之交互作用，對行為意圖具有顯著影響 ($F(2, 429)=6.903, p=.001, \eta^2=.031$)。更進一步發現，當年齡不同時，對訊息態度有顯著差異 ($F(2, 429)=4.117, p=.017, \eta^2=.019$)，對行為意圖 ($F(2, 429)=2.148, p=.118, \eta^2=.010$) 和議題態度 ($F(2, 429)=2.302, p=.101, \eta^2=.011$) 則無顯著影響。而訊息減損程度不同時，其訊息態度 ($F(1, 429)=159.85, p=.000, \eta^2=.271$)、議題態度 ($F(1, 429)=158.998, p=.000, \eta^2=.27$)，及行為意圖 ($F(1, 429)=48.342, p=.000, \eta^2=.101$) 均有顯著差異。訊息框架則在多變量檢定及單變量檢定中，整體皆未達顯著水準。將於後討論本研究之假設驗證。

表 5.3.2 多變量及單變量分析摘要

多變量	單變量							
	訊息態度		議題態度		行為意圖			
	F	p	F	p	F	p	F	p
訊息框架(F)	1.102	.358	.502	.681	2.038	.108	.531	.661
減損減損(D)	72.210	.000**	159.85	.000**	158.998	.000**	48.342	.000**
年齡(A)	2.488	.022*	4.117	.017*	2.302	.101	2.148	.118
A*F	.968	.495	1.196	.307	.837	.542	1.378	.222
A*D	2.353	.029*	1.995	.137	1.846	.159	6.903	.001**
F*D	.941	.488	1.447	.229	1.527	.207	.063	.979
A*F*D	1.419	.113	2.150	.047*	.634	.703	.513	.799

註：^{*} $p<.05$ ^{**} $p<.01$ ^{***} $p<.001$

由於訊息減損程度之組數小於 3 組，無法進行事後成對比較，故進一步檢視訊息減損程度對傳播效果（訊息態度、議題態度及行為意圖）之平均數；由表 5.3.3 可知，低訊息減損程度的訊息態度 ($m=33.84$) 顯著比高訊息減損程度者 ($m=26.54$) 高；低訊息減損程度的議題態度 ($m=54.143$) 顯著比高訊息減損程度者 ($m=46.094$) 高；低訊息減損程度的行為意圖 ($m=29.472$) 顯著較高訊息減損程度者 ($m=24.631$) 高。

表 5.3.3 訊息減損對傳播效果之平均數與標準差

訊息減損	訊息態度		議題態度		行為意圖	
	M	SD	M	SD	M	SD
低	33.840	.433	54.143	.478	29.472	.522
高	26.535	.383	46.094	.423	24.631	.461

再經由 Scheffe 事後成對比較結果發現（結果顯示於表 5.3.4），40-49 歲之議題態度 ($m=50.858$) 顯著高於 30-39 歲 ($m=49.495, p=.000$)；40-49 歲之訊息態度 ($m=31.348$) 顯著高於 20-29 歲 ($m=29.426, p=.000$) 及 30-39 歲 ($m=29.79, p=.001$) 之訊息態度；而在行為意圖的部分，僅 40-49 歲之行為意圖 ($m=27.672$) 顯著高於 30-39 歲 ($m=26.034, p=.011$) 之行為意圖。各假設整理如後。

表 5.3.4 年齡對傳播效果之平均數與標準差

年齡	訊息態度		議題態度		行為意圖	
	M	SD	M	SD	M	SD
20-29 歲	29.426	.488	50.303	.539	27.448	.588
30-39 歲	29.790	.503	49.495	.556	26.034	.606
40-49 歲	31.348	.510	50.858	.563	27.672	.614

5.3.1 H1：不同框架對個人之傳播效果

假設一為不同框架之傳播效果，經多變量分析可知，不同框架對末期醫療決策訊息的訊息態度、議題態度、行為意圖之影響皆無顯著差異，且有使用框架（負面、正面、混合框架）不一定較無使用框架更有影響效果。故訊息框架對研究參與者對於末期醫療決策訊息的訊息態度、議題態度，與行為意圖雖有差異，但無顯著影響；故 H1-1 至 H1-3 皆不成立。本研究僅能藉由平均數觀察，針對訊息與行為之態度，以正面框架較佳，但若以驅動行為的角度，負面框架的效果較佳。

5.3.2 H2：不同訊息減損程度於不同框架之傳播效果

假設二為不同訊息減損程度之傳播效果，經多變量分析可知，不同訊息減損程度對末期醫療決策訊息的訊息態度、議題態度、行為意圖之影響有顯著差異，且低

訊息減損程度優於高訊息減損。故訊息減損程度會影響研究參與者之於末期醫療決策訊息的訊息態度、議題態度與行為意圖，H2 成立。圖 5.3.1 至圖 5.3.3 為訊息減損程度對不同框架之訊息效果，以下將分別檢視。

圖 5.3.1 為不同減損程度對訊息框架之訊息態度。由此可知，本研究訊息減損程度較低的參與者，在閱讀無框架時的訊息態度最佳，再來是正面框架、混合框架、負面框架；而認為訊息減損程度較高者，在閱讀正面框架時的訊息態度最佳，接著依序為負面框架、混合框架、無框架。

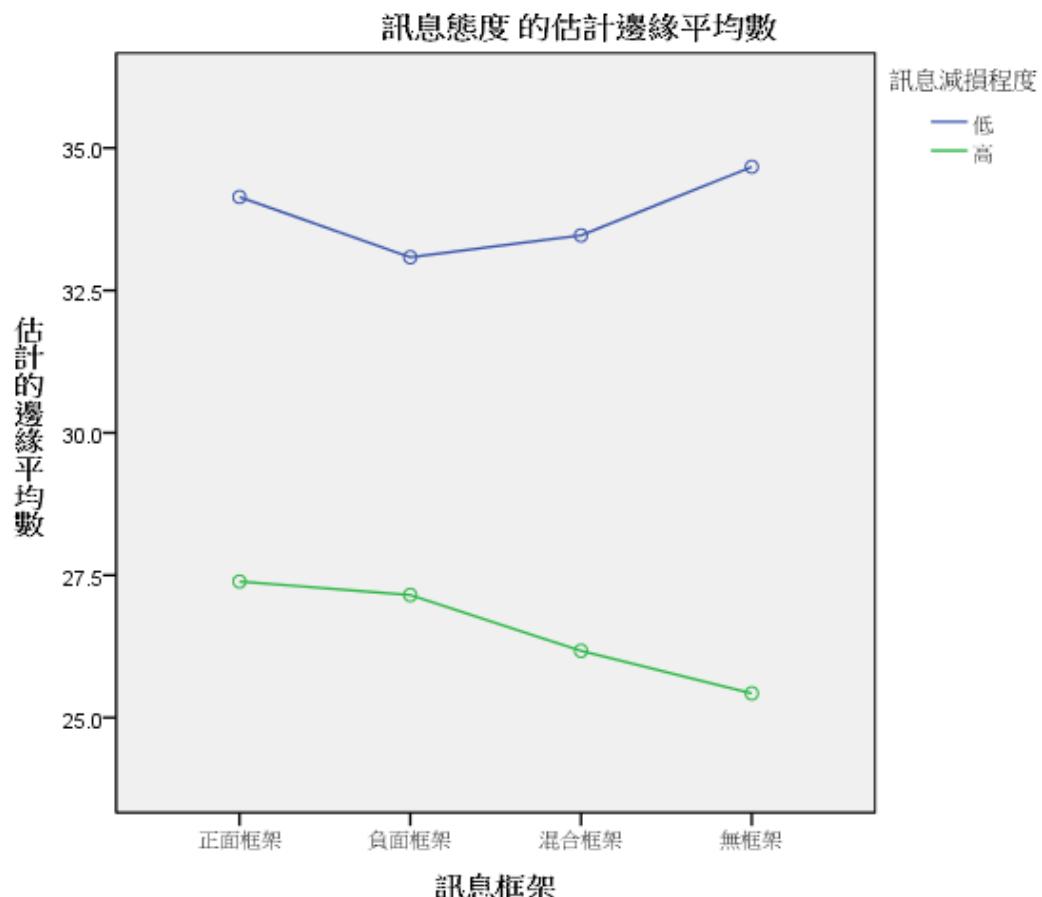


圖 5.3.1 訊息減損程度對不同框架之訊息態度剖面圖

而從圖 5.3.2 可見，當參與者為訊息減損程度較低者時，無框架的議題態度最佳，接著是正面框架、混合框架、負面框架；相對地，當參與者為訊息減損程度較高者時，在閱讀正面框架時議題態度較佳，負面框架、無框架、混合框架次之。

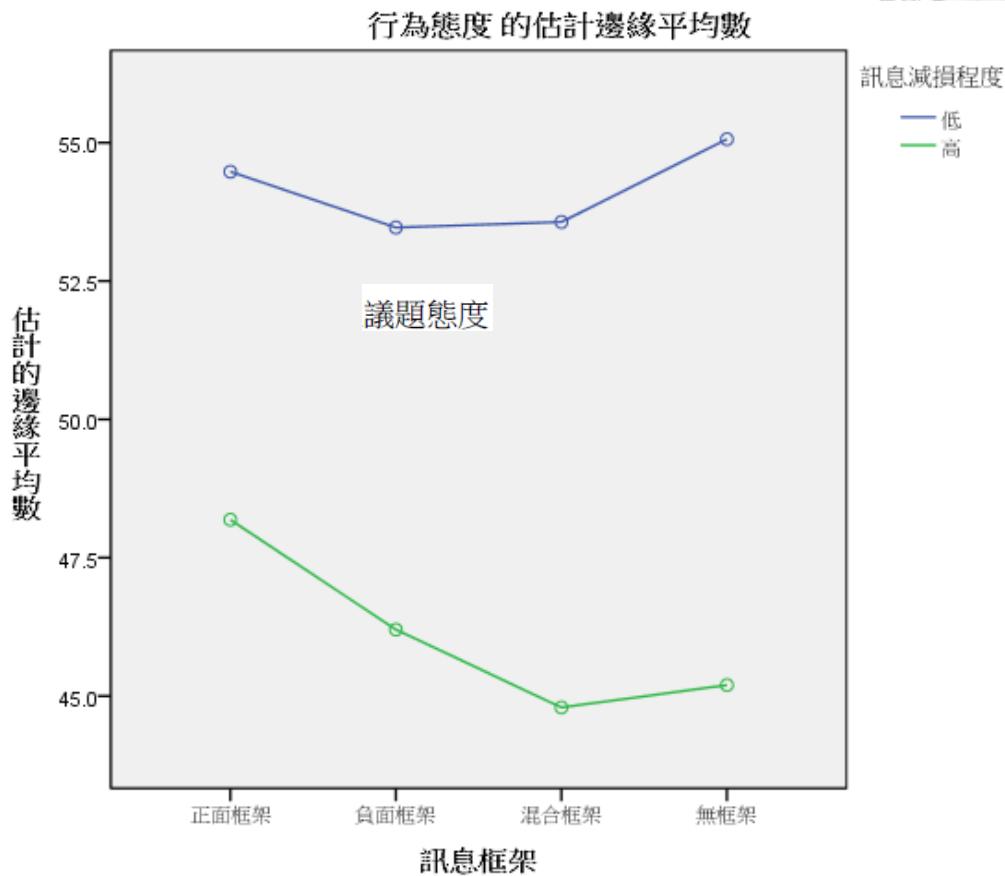


圖 5.3.2 訊息減損程度對不同框架之議題態度剖面圖

最後，圖 5.3.3 顯示，當參與者為訊息減損程度較低者時，負面框架的行為意圖最強，正面框架、無框架、混合框架次之；而訊息減損程度較高者亦同。由上述 3 張剖面圖可知，無論在哪個框架中，訊息減損程度較低者都具有較好的訊息效果；訊息減損程度會影響研究參與者之於生命末期醫療決策訊息的訊息態度、議題態度與行為意圖。

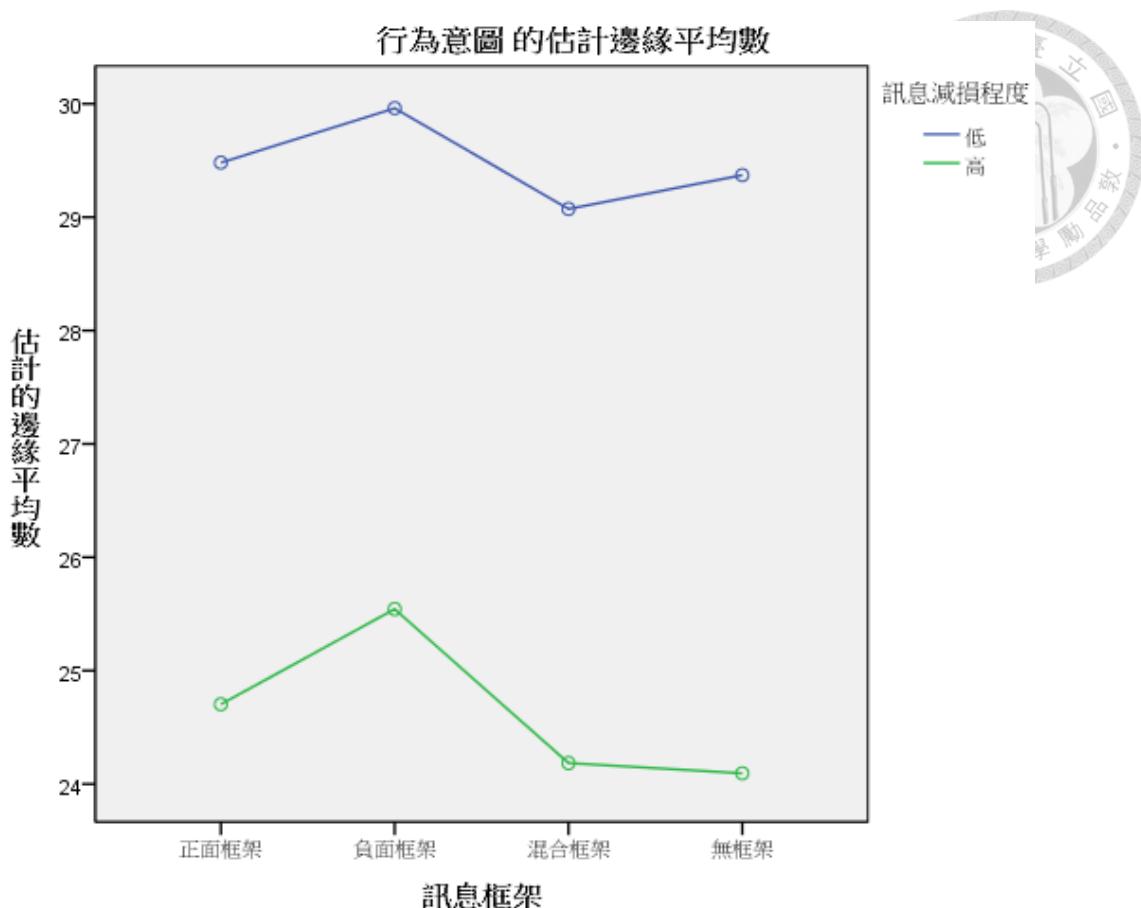


圖 5.3.3 訊息減損程度對不同框架之行為意圖剖面圖

5.3.3 H3：不同年齡層閱讀不同框架之傳播效果

假設三為不同年齡層之傳播效果，經多變量分析可知，不同年齡層對末期醫療決策訊息的訊息效果之影響有顯著差異。其中，相對年長者相較於相對年輕者，對於訊息框架對末期醫療決策訊息之傳播效果，其訊息態度顯著較好 ($F(2, 429)=4.117, p=.017, \eta^2 = .019$)；更進一步發現，40-49 歲之訊息態度 ($m=31.348$) 顯著高於 20-29 歲 ($m=29.426, p=.000$) 及 30-39 歲 ($m=29.79, p=.000$)。而在議題態度與行為意圖的部分，40-49 歲 ($m=5.858; m=27.672$) 皆顯著高於 30-39 歲 ($m=49.495, p=.000; m=26.034, p=.008$)，但是 20-29 歲與 30-39 歲則無顯著差異。故年齡對部分研究參與者之於末期醫療決策訊息的訊息態度、議題態度、行為意圖有顯著差異，H2 部分成立。圖 5.3.4 至圖 5.3.6 為年齡對不同框架之傳播效果，以下將分別檢視。

首先，圖 5.3.4 為訊息態度，由此剖面圖可知，本研究 20-29 歲之參與者在閱讀

正面框架時，訊息態度最佳，於後為負面框架、無框架、混合框架；30-39 歲之參與者在閱讀無框架時，訊息態度最佳，於後為正面框架、混合框架、負面框架；而 40-49 歲之參與者，則在閱讀負面訊息框架時，訊息態度最佳，於後為混合框架、正面框架、無框架。

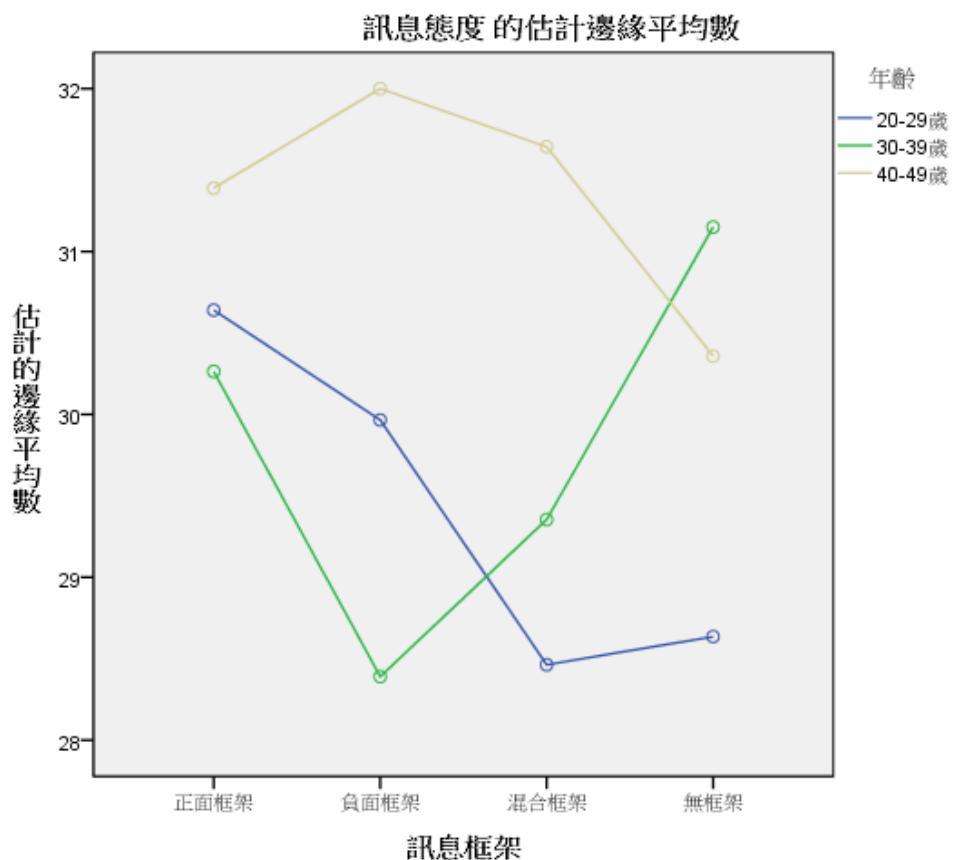


圖 5.3.4 年齡對不同框架之訊息態度剖面圖

接著，圖 5.3.5 為議題態度，由此剖面圖可知，本研究 20-29 歲之參與者在閱讀正面框架時，議題態度最佳，於後為負面框架、無框架、混合框架；30-39 歲之參與者在閱讀正面框架時，議題態度最佳，於後為混合框架、無框架、負面框架；而 40-49 歲之參與者，則在閱讀正面訊息框架時，議題態度最佳，於後為無框架、負面框架、混合框架。其中，30-39 歲較 20-29 歲及 40-49 歲者議題態度低。

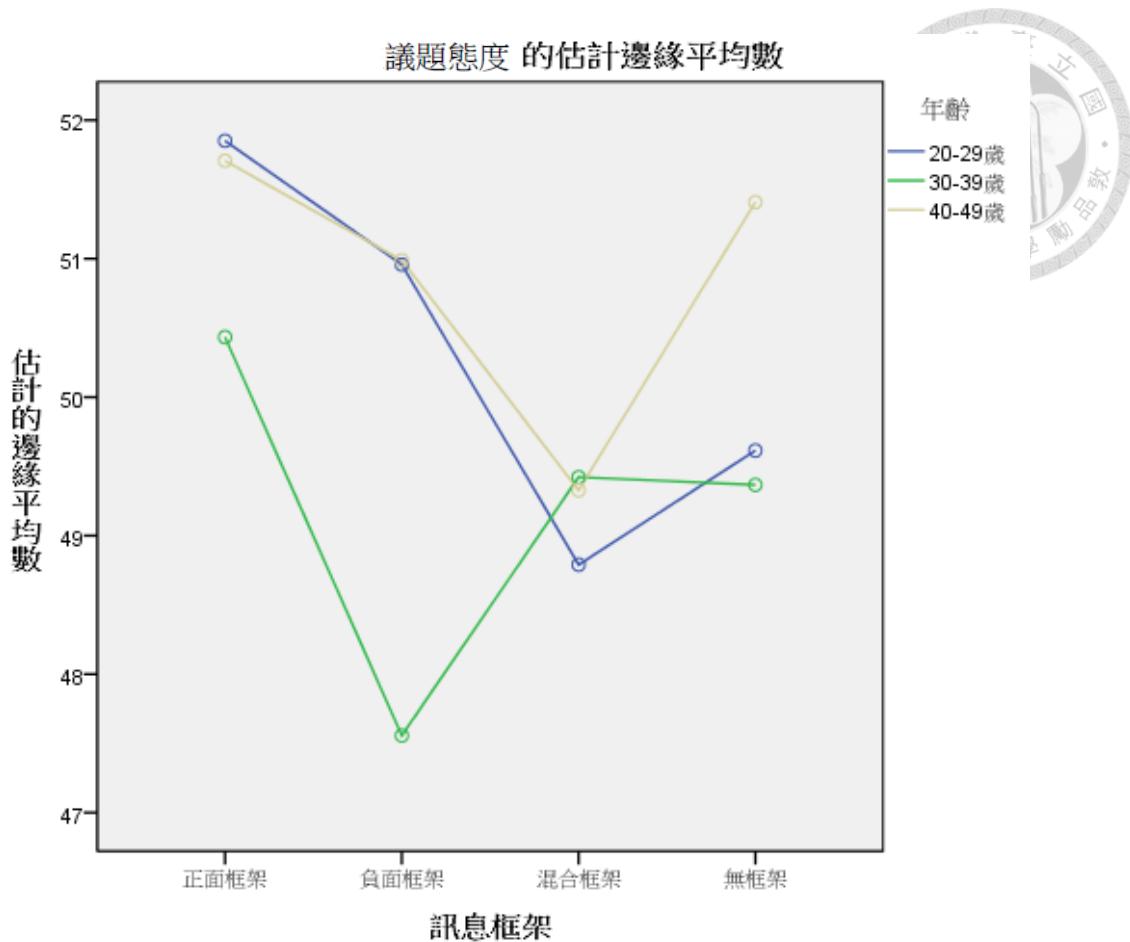


圖 5.3.5 年齡對不同框架之議題態度剖面圖

最後，圖 5.3.6 為行為意圖，由此剖面圖可知，本研究 20-29 歲之參與者在閱讀負面框架時，行為意圖最強，於後為正面框架、混合框架、無框架；30-39 歲之參與者在閱讀混合框架時，行為意圖較強，於後為正面框架、無框架、負面框架；而 40-49 歲之參與者，則在閱讀負面訊息框架時，行為意圖最強，於後為無框架、正面框架、混合框架。其中，30-39 歲較 20-29 歲及 40-49 歲者行為意圖低。

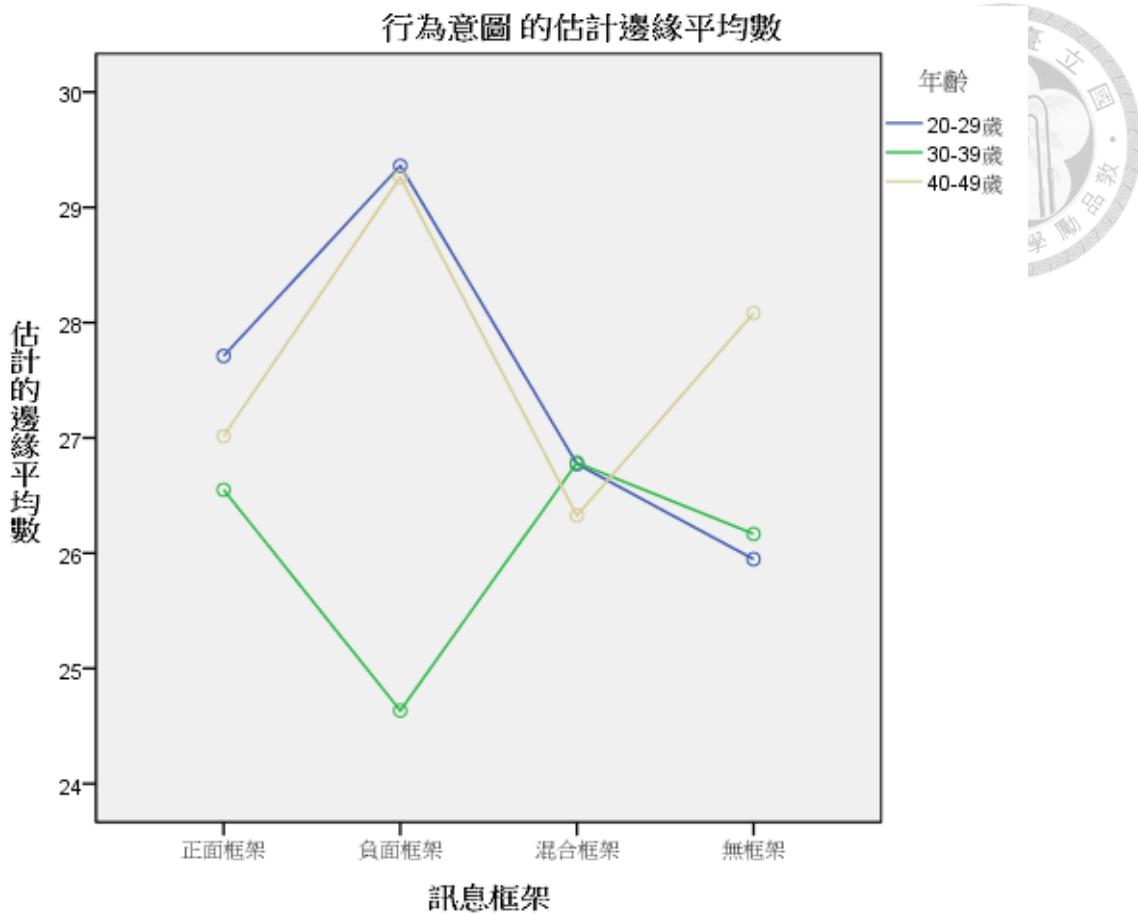


圖 5.3.6 年齡對不同框架之行為意圖剖面圖

5.4 其他發現

本研究欲了解個人人口變項、健康狀態，與經驗對於行為意圖預測之影響，遵循醫學研究應用普遍之方式 (Huck, 2012)，利用羅吉斯分析的向前逐步迴歸分析法（概似比），確認各人口變項、健康狀態，與相關經驗中，何者最能預測個人是否會簽署意願書。表 5.4.1 列出所有放入羅吉斯分析之變項。

表 5.4.1 羅吉斯迴歸之所有類別變數

變項	測量
人口變項	
年齡	20-29 歲、30-39 歲、40-49 歲
性別	男、女



教育程度	國中（含以下）、高中職、大專院校、研究所（含以上）
職業	商業、資訊業、製造業、軍公教、服務業、金融 保險業、社會服務業、醫療保健業、農林漁牧礦 業、學生、家管、自由業、退休人員、待業中、 其他
宗教信仰	無、道教、佛教、基督教、天主教、一貫道、民 間信仰、其他
婚姻狀態	未婚、同居、已婚、喪偶、分居、離婚、其他
年收入	30 萬（含）以下、31-50 萬元、51-80 萬元、81-100 萬元、101-150 萬元、151-200 萬元、201 萬元以上
<hr/>	
健康狀態	
過去一年曾至醫院急診就診次數	0 次、1 次、2 次、3 次、4 次、5 次、6 次（含）以上
曾經陪親友至急診就診的次數	0 次、1 次、2 次、3 次、4 次、5 次、6 次（含）以上
過去一年曾至醫院住院的次數	0 次、1 次、2 次、3 次、4 次、5 次、6 次（含）以上
是否有慢性疾病	無、有
二等血親內親屬是否有慢性疾病	無、有、不清楚
目前有無任何私人醫療相關保險或規劃	無、有、不清楚
<hr/>	
生命末期醫療決策相關經驗	
相關經驗	親友曾使用安寧療護服務、親友曾簽署意願書、 親友有上述兩個經驗、未曾有上述經驗
填問卷前是否曾經聽過意願書*	沒聽過、有聽過且清楚、有聽過但不清楚
是否當過他人簽署意願書時的見證人（於他人意願書之「見證人」欄內簽名）	無、有
是否曾與親友討論臨終拒絕急救、接受安寧緩和醫療等議題*	無、有
是否曾經看過臨終的場景（親朋好友、服務對象等皆可）	無、有
是否有照顧、陪伴病人至離世的經驗	無、有

註：*可以有效區分個人是否會簽署意願書。

首先，本研究已排除極端值，後進行迴歸分析。羅吉斯迴歸分析結果顯示，最終模式包含兩個變數：「是否曾經與親友討論過臨終拒絕急救、接受安寧緩和醫療等議題」以及「在填寫這份問卷之前是否曾經聽過意願書」，可以有效區分個人會簽署意願書，或不會簽署意願書 ($-2\text{LogLikelihood}=454.374$, $X^2=23.864$, $p=.000$)，在判別個人未來是否會簽署意願書上達到統計顯著性。此模式可以正確分類 77.9%的觀察對象。各項迴歸係數請見表 5.4.2，由 Wald 統計量可知，2 個變項「曾與親友討論過相關議題」、「曾經過意願書且清楚概念」均達到統計顯著性，「曾聽過意願書但並不清楚」則不顯著。其中，有討論過者，其會簽署的勝算為沒有討論過者的 1.913 倍（勝算比的信賴區間為 1.201-3.047），且有統計上顯著的意義 ($p=.006$)；而有聽過意願書且瞭解者，其會簽署的勝算為沒有聽過者的 2.571 倍（勝算比的信賴區間為 1.399-4.725），且有統計上顯著的意義 ($p=.002$)。

表 5.4.2 羅吉斯迴歸摘要分析表

項目	β	Wald	df	p	Odds Ratio
有討論過	.649	7.467	1	.006**	1.913
聽過且了解	.944	9.254	1	.002**	2.571
聽過但不清楚	.237	.665	1	.415	1.268
常數	.457	3.589	1	.058	1.579

註： $*p<.05$ $**p<.01$ $***p<.001$

此外，本研究發現，當個人曾陪同親朋好友去急診就診，會顯著影響個人的議題態度 ($F(6, 452)=2.396$, $p=.027$)、訊息態度 ($F(6, 452)=3.141$, $p=.005$)、整體傳播效果 ($F(6, 452)=3.040$, $p=.006$)；有自己去急診經驗者，會顯著影響個人的議題態度 ($F(6, 452)=3.070$, $p=.006$)；當親友有慢性疾病時，則會顯著影響行為意圖 ($F(2, 452)=4.319$, $p=.014$)；當親友曾經照顧親友至離世，亦會顯著影響行為意圖 ($F(1, 452)=4.730$, $p=.030$)；而當參與者曾經與他人討論過生命末期醫療決策相關議題時，

會顯著影響議題態度 ($F(1, 452)=13.704, p=.000$)、行為意圖 ($F(1, 452)=18.106, p=.000$)，及整體傳播效果 ($F(1, 452)=13.588, p=.000$)。



5.5 小結

綜合上述分析，本研究將假設驗證結果整理於

表 5.5.1。

表 5.5.1 假設驗證結果

假設	研究假設內容	檢定結果
H1-1	當生命末期醫療決策議題有套用框架（負面、正面、混合）時，會比沒有套用框架時的傳播效果（訊息態度、議題態度、行為意圖）為佳。	不成立
H1-2	當生命末期醫療決策議題套用正面框架時，會比套用混合框架及負面框架時的傳播效果（訊息態度、議題態度、行為意圖）為佳。	不成立
H1-3	當生命末期醫療決策議題套用負面框架時，會比套用混合框架時的傳播效果（訊息態度、議題態度、行為意圖）為佳。	不成立
H2	當生命末期醫療決策議題套用不同框架時，感受到低訊息減損程度者相較於高訊息減損程度者，其傳播效果（訊息態度、議題態度、行為意圖）較佳。	成立
H3	當生命末期醫療決策議題套用不同框架時，年齡較高者相較於年齡較低者，其傳播效果（訊息態度、議題態度、行為意圖）較佳。	部分成立

第6章 結論



6.1 研究結果、發現與討論

一、訊息框架在生命末期醫療決策之傳播效果

根據本研究發現，訊息框架在生命末期醫療決策此一議題上，並無顯著的影響效果；與本研究根據文獻推敲的假設不同。訊息框架是常見的說服性訴求，一般認為負面資訊對個人的影響具有增強效果，且個人會趨避損失以獲得利益，故負面訊息框架在健康議題的應用的說服效果通常優於正面訊息框架（Cho, 2012; Kanouse, 1984; Rozin & Royzman, 2001）；與之相似的訴求－恐懼訴求，亦常用作一種情緒訴求，使個人感知到威脅、嚴重性等因子而行動（Rimal, 2001）。

再者，一般認為套用訊息框架的訊息較具說服力，能夠使被動的個人感覺到刺激，而遵循健康推廣的建議行為（Kerr et al., 2000）；但是，在本研究結果中，無論是有套用框架（負面、正面、混合），或是無套用框架，皆沒有顯著的影響；僅能從平均數圖得知，在本研究中，其綜合影響力（包含訊息態度、議題態度與行為意圖）的排序為正面框架之訊息效果最佳，接著是負面框架、綜合框架，最後是無使用框架；或許可呼應過去研究認為套用訊息框架會具有較佳的說服力（Kerr et al., 2000）。而若以展望理論推測，則可能本議題對個人的風險較低、後果有較低的未知程度，且較不會有損失，故個人相對較容易受正面框架影響而行動（Tversky & Kahneman, 1981）。

訊息框架在本研究議題上不顯著的原因亦可能在於生命末期議題之特殊性。死亡雖然是個人生命中最重大的壓力事件，但若個人認為在生命末期時，拒絕無效、過度醫療的選擇並不具有相對高的風險、成本時，負面框架與正面框架的效果可能無顯著差異。再者，個人對於生命末期醫療決策之態度，可能受社會文化、過去曾

接受過的生命教育、大眾媒體等刺激所影響。生命末期醫療決策是複雜且變動的，關乎個人在生命末期時是否要接受某些醫療措施 (Thelen, 2005)；在歐美國家，病人自主權是生命末期醫療決策的主要焦點 (Kagawa-Singer & Blackhall, 2001)，而在臺灣，2015 年底已三讀通過《病人自主權利法》，顯示我國已從過去傳統以家庭為導向的決策，逐步轉變為個人導向，尊重病人的自主權，鼓勵個人規劃自身的醫療決策。是故，當個人對健康議題之風險性下降，且可掌控程度較高時，框架效果可能被減弱。

此外，本研究參與者有 69.1% 曾有面臨過親友離世，參與臨終場景的經驗，而在框架效果的影響上，本研究發現個人是否有面臨過臨終經驗，與個人對生命末期醫療決策的態度及意圖，對框架效果並無顯著的影響。此結果可能是源於個人對風險的評估是主觀、相對的，而臨終經驗對於社會已經是普遍且可討論的議題，且常見於以新聞、報導、書籍等形式於社群媒體，或許對議題的開放討論程度越高，其單一的影響力越不會特別突出。

再者，由於生命末期醫療決策之推廣必須伴隨大量資訊、說明，未來研究在設計提項時，可以增加檢查題，以確保研究參與者皆有讀完研究工具之說明，且理解無誤；本研究之框架效果未顯著，亦可能源於部分研究參與者未完全讀完研究工具所提供的資訊，而直接參考自身既定認知進行題項的填答。

二、訊息減損與年齡在生命末期醫療決策之調節效果

而在調節效果的部分，首先，本研究測量之訊息減損程度會顯著影響框架與傳播效果的關係，且低訊息減損程度者相較於高訊息減損程度者，對於訊息框架對末期醫療決策訊息態度的影響，其訊息態度、議題態度，與行為意圖皆會較佳。顯示當個人認為訊息越刻意帶有說服的意圖，將會使閱讀的受眾越抗拒或是乾脆忽略議題，而造成宣導的反效果。本研究結果與過去研究相符，即當推廣未必能促進大眾遵循相關預防行為時，可能源於個人拒絕接受訊息，尤其在大眾認為該健康議題較具有威脅性時較容易發生 (Ruiter et al., 2003; Thompson et al., 2011)，故在推廣

生命末期醫療決策之相關議題時，應注意訊息設計的拿捏，避免直接性的說服，例如：訴求受眾簽署意願書，但並未說明簽署意願書的意義。

在年齡的部分，本研究結果顯示，40-49 歲之訊息態度顯著高於 20-29 歲及 30-39 歲，且 40-49 歲之議題態度與行為意圖皆顯著高於 30-39 歲；可大致推論為：越年長者，對於生命末期醫療決策議題的傳播效果越大。過去有研究者指出，由於不同年齡層和死亡的接近程度與暴露程度有差異，故其死亡態度會有差異；老年人相對於中壯年與青年，其對於死亡的恐懼會下降，對死亡的接受度會上升（Neimeyer, 2015）。但是，亦有研究者指出，年齡對個人死亡態度並無顯著影響（Kalish, 1963; Templer, Ruff, & Franks, 1971）。本研究之 30-39 歲者的議題態度與行為意圖並無顯著高於 20-29 歲，究其原因，可能源於青年（20-29 歲）與青壯年（30-39 歲）對於死亡之經歷與感受在此階段無顯著變化，故不會影響其態度與意圖，而使本研究所預期的年齡層差異未完全顯著。

此外，生命教育的政策推行，也可能影響不同年齡層的差異。臺灣於 2000 年由教育部設立生命教育委員會，欲推行「瞭解生命意義、對死亡有正確認知、對他人尊重、人際關係建立」等強調情意教育之生命教育理念，並訂定 2001 年為生命教育年，開始在國小、國中有較積極的政策執行（孫效智，2009；陳立言，2004）；該時間區段正好是現在 20-29 歲青年於國小、國中的教育階段，相對於 30-39 歲，可能有更多生命教育的基礎，而對生命末期醫療決策具有較正向的感受、態度。

三、其他變項的預測效果

本研究使用羅吉斯分析法，預測人口變項、健康狀態與經驗對其簽署意願書的行為意圖，當將年齡、性別、教育程度、婚姻狀態、年收入、職業、宗教信仰、相關經驗、健康狀況、急診次數、住院次數、陪伴至急診就診次數、疾病史等變項放入分析中，僅「曾與親友討論過相關議題」和「曾經聽過意願書且清楚概念」達到統計上的顯著，亦即「是否討論過」和「是否聽過意願書」可以有效區分個人會簽署意願書，或不會簽署意願書，且此模式可以正確分類 76.4% 的觀察對象。在有關

人口變項的探討中，有研究針對健康者與罹患糖尿病、癌症疾病者進行關於死亡態度的研究，發現有關於生死議題的態度，在三組之間並無差距，亦即個人個健康狀態並不會改變個人對於生死的態度與感受 (Nozari & Dousti, 2013)，但是，亦有研究指出諸多人口變項皆會影響個人對死亡的態度，例如：性別、年齡、健康狀態等 (Neimeyer, Wittkowsky, & Moser, 2004)。

再者，Kagawa-Singer 與 Blackhall (2011) 認為，文化本身即會塑造個人如何感知疾病、死亡等相關議題的意義，而在文化因素之下，在有關生命末期的態度與意圖研究中，有研究指出宗教和個人如何選擇生命末期決策有關 (McKinley, Garrett, Evans, & Danis, 1996; Phelps et al., 2009)；更進一步，有研究指出個人精神層面之靈性 (spirituality) 會影響其醫療決策 (Johnson, Elbert-Avila, & Tulsky, 2005)。顯示各人口變項對死亡相關議題態度、意圖的研究結果仍分歧，其關係有待未來研究釐清。不過，本研究發現，讓大眾接觸生命末期醫療決策的訊息，有助於大眾拒絕無效、過度的醫療；有討論過者，其會簽署的勝算為沒有討論過者的 1.913 倍，而有聽過意願書且瞭解者，會簽署的勝算為沒有聽過者的 2.571 倍。是故，議題在宣導上應持續努力，以確保社會上更多的人能夠實踐自主權，保障自己的善終。

6.2 研究限制與建議

本研究以既有研究較少探究之生命末期醫療決策為主題，探究訊息設計之傳播效果。在前導研究的部分，本研究透過與一線推廣人員的深度訪談，對臺灣推廣安寧療護、生命末期醫療決策等議題現狀有所了解。於後，透過實驗，將能個別了解訊息元素之於民眾的傳播效果。以下將分別從方法面及實務面進行討論，期望未來研究者與實務工作者在做相關研究或事務時，能從此得到一些啟發。



一、研究方法與設計之限制與建議

(一) 方法選擇面

首先，本研究採取線上實驗法，雖然能控制自變項(訊息框架)，具有內在效度；但實驗情境無法模擬參與者實際可能接觸生命末期醫療決策相關議題之真實情境，僅能專注於受眾訊息的閱讀與接收。此外，本研究以問卷蒐集人口變項、態度與意圖等資料，但此類型的資料較可能蒐集到參與者經篩選過的主觀感知或當下的經驗，而不易測得參與者對受測議題的一般意圖，且參與者對議題的聯想亦可能影響其填答(Thibault-Prevost et al., 2000)。

生命末期醫療決策是一複雜的過程，病人、家屬、醫療服務提供者、重要他人等皆會影響個人的決策(Thibault-Prevost et al., 2000)；因此，在研究方法上，實地研究亦不失為一個考量，亦即進入生命末期醫療決策議題的真實推廣情境，是否能夠測得更直接、真實的訊息效果？也許值得後續研究加以討論。若未來研究除量化資料的蒐集，同時輔以實地觀察法、深度訪談訪，藉由深入探討個人經驗、意義等面向，或長期追蹤個人態度與意圖的變化，也許能更精準地了解、預測訊息之於個人之傳播效果，而能促使適當、有效率地推廣善終訊息，進而影響醫療成本的支出，提升臺灣健保的運行效率，進行適當地資源分配。

(二) 樣本選擇面

本研究對象為 20-49 歲之民眾，因研究經費與研究者能力之限制，在樣本招募上皆採自願的方式，無法從全國及上網人口之母群體執行隨機抽樣；故網路自願樣本可能有所偏誤，不易掌握其人口特性是否會對本研究產生影響，也使對母群體之推論在效度上有所不足。未來研究若能擴大研究對象，將能使研究結果更具參考性。

(三) 研究設計面

由於詢問個人生命醫療決策違反個人隱私權，故真實行為測量不易，且發生改變的時間視個人背景、經驗等因素而有所不同，且過程中可能受其他事件、因素影

響，而未必純粹因閱讀訊息致使行為的發生；故本研究基於倫理、成本與時間限制，以測量行為意圖代之，僅能採取橫斷式的研究，而無法測得長期的傳播效果。此外，本研究之訊息設計採用情境鋪陳的方式，相對於故事是較為理性的陳述；若未來實務在推廣上加進更感性、敘述性的詞語、元素，並適當地搭配圖像呈現，應會有更好的傳播效果，得以拉近訊息與受眾的連結，使接收訊息者更易接收到訊息。

再者，本研究以訊息框架為操弄變項，議題選擇上以意願書為測量標的，未來研究除了操弄訊息框架，可斟酌加入訊息強度的差異作為變項，以了解不同框架之下，其強度是否會影響訊息的推廣效果。亦可考慮使用事前與事後比較，進一步對照訊息接收前後的差異，更精準的探討資訊的接觸與否，對個人的效果為何。而在議題選擇上，未來研究可聚焦於單項決策，例如：安寧療護服務的使用、拒絕急救、拒絕特定醫療處置等，加深訊息傳播效果在議題探討的深度，使研究更深入、多元。

（四）研究執行面

本研究之操弄檢定僅限於前測執行，故無法區辨正式實驗中，訊息框架之不顯著是源於操弄不成功，或是本研究參與者並未感知到訊息設計內的操弄；因此較難推論訊息框架在生命末期醫療決策之議題的效果為何。未來研究在主要實驗時應納入操弄檢定，以了解研究參與者是否有感受到訊息設計間的差異，使能區辨操弄變項的顯著與否。

二、實務意涵

（一）訊息框架之應用面

本研究操弄之訊息框架不顯著，可能源於實驗設計之不足，亦有可能源於本議題並不適合以訊息框架作為設計之依歸。是故，即便訊息框架在本研究之傳播效果尚未達顯著，仍不應否定訊息框架之效果。訊息框架在過去研究中，具有許多實證基礎，故在實務應用中，仍鼓勵相關議題推廣者應用之，並藉由現場觀察、詢問等方式探詢受眾對訊息內容的感受與回饋，更精準掌握訊息內容設計之要點。



(二) 訊息設計之把關面

本研究發現，個人感受到的訊息減損程度，即不信任訊息的程度，會影響框架之傳播效果。是故，實務推廣者在設計訊息時，不應過度刻意的說服，以免使受眾產生抗拒、不信任等反效果。在前導研究的訪談中，有數位一線推廣專家提及，部分組織或個人目前在推廣意願書時，以簽署為導向進行說服，導致推廣過程常見訴求受眾簽署意願書，但並未仔細說明生命末期醫療決策對個人、家庭及社會的意義與價值，使後續可能出現反悔或有錯誤認知等結果，影響個人之善終權。此外，綜合研究者之實務觀察，當前推廣的文宣亦常見使用指示性的方式呈現，即直接請受眾簽署意願書，訊息內容僅呈現簽署意願書之步驟、表單、詢問電話，而未有其他詳細說明。為使社會大眾對相關議題有更清晰、正確的認知，未來在推廣訊息的內容設計上，應尤其謹慎，以妥善發揮訊息的影響力。

(三) 議題推廣之重要面

本研究發現，讓民眾接觸生命末期醫療決策的訊息，有助於其拒絕無效、過度的醫療；有討論過者，其會簽署的勝算為沒有討論過者的 1.913 倍，而有聽過意願書且瞭解者，會簽署的勝算為沒有聽過者的 2.571 倍。或許，議題本身的影響力超越其他控制或影響因素，因此，相關議題在宣導上應持續努力，從更多管道將訊息傳遞至更多民眾手中，以確保社會上更多的人能夠實踐自主權，保障自己的善終。

在議題推廣限制部份，本研究藉由訪談多位一線推廣專家得知，本議題的特殊性使宣導需較為小心謹慎，且必須耐心、持續地溝通與說明，始能促使受眾對議題的了解，與對自身、家人的反思；不似一般健康宣導講座後可直接邀請參與、登記（例如：量血壓、捐血等）。再者，個人成長背景、家庭因素、經驗感知等皆不同，故選擇何種醫療決策並無好壞之分。綜合上述，本議題之推動必然需要長時間投入；而作為與民眾接觸的開端，訊息呈現可以如何使民眾感知到拒絕急救、安寧緩和醫療等決策之意義與價值？期望透過本研究之探討，促使更多研究者以生命末期醫療決策為主題進行不同面向之研究，共同為個人於善終的自主權盡一份心力。



參考文獻

- 天下雜誌、參玖參公民平台（2014）。臨終前無效醫療研究報告書。上網日期 2015 年 11 月 9 日，取自 <http://393citizen.com/report.php>
- 方慧芬、張慧玉、林佳靜（2009）。末期病人面臨預立醫囑、生前預囑之現況及與生命自決之倫理議題。**護理雜誌**，**56**（1），17-22。
- 王英偉（2013）。**預立醫療自主計畫手冊**。臺北市：財團法人中華民國安寧照顧基金會。
- 王梅（2010）。好死，要趁早計劃：DNR 保障善終權 只有 0.17% 簽署。**康健雜誌**，**141**，192-203。
- 王淑貞、范聖育、章淑娟、張智容、王英偉（2013）。推動預立醫療自主計畫之宣導－初探。**安寧療護雜誌**，**18**（2），129-141。
- 全國法規資料庫（2013）。安寧緩和醫療條例。上網日期 2016 年 11 月 11 日，取自 <http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawContent.aspx?PCODE=L0020066>
- 全國法規資料庫（2016）。病人自主權利法。上網日期 2016 年 11 月 11 日，取自 <http://law.moj.gov.tw/Law/LawSearchResult.aspx?p=A&t=A1A2E1F1&k1=%E7%97%85%E4%BA%BA%E8%87%AA%E4%B8%BB>
- 安寧照顧基金會（2016）。安寧緩和醫療條例 Q&A。上網日期 2016 年 5 月 6 日，取自 <http://www.hospice.org.tw/2009/chinese/qa-3.php>
- 曲嶺敏（2011）。簽署不予施行心肺復甦術癌症病人照顧者家屬的感受與其相關因素之探討。臺北醫學大學護理學系碩士論文。
- 朱育增、吳肖琪（2009）。國際安寧緩和療護發展及其對我國政策之啟示。**長期照護雜誌**，**13**（1），95-107。
- 朱國明（2008）。以網路的資訊豐富環境與訊息框架探討網路購物行為之前因與後果模型研究。**中華管理評論國際學報**，**11**（4），1-25。

行政院衛生福利部（2017）。安寧緩和醫療及器官捐贈意願資訊系統。上網日期 2017

年 2 月 8 日，取自 <https://hpcod.mohw.gov.tw/HospWeb/>

行政院衛生福利部國民健康署（2015）。齊心合力安寧善終；臺灣再創亞洲第一 透

過病情告知讓罹癌者擁有自主人權。上網日期 2016 年 1 月 6 日，取自

<http://www.mohw.gov.tw/news/531752444>

行政院衛生福利部醫事司（2015）。保障病人自主，病人自主權利法三讀通過！。上

網日期 2016 年 2 月 16 日，取自 <http://www.mohw.gov.tw/news/531953241>

何怡萍（2014）。回顧世界安寧日在台十年。**安寧照顧會訊**，**87**，4-5。

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**（3），

243-253。

李佳諭、顏雅玲、王思雯、周繡玲（2009）。安寧共同照護服務介紹—以某醫學中心

為例。**護福季刊**，**185**，8-11。

李英芬、鄭旭清、莊榮彬、杜瀛岳、陳虹汶、方俊凱（2013）。預立選擇安寧緩和醫

療意願註記健保 IC 卡之成果報告：2006-2012。**安寧療護雜誌**，**18**（3），

279-291。

李閨華（2013）。**安寧療護社會工作**。臺北市：洪葉文化。

李瑟（2010）。DNR 是整個社會的事。**康健雜誌**，**141**，204-205。

李蘭等人（2010）。**健康行為與健康教育**。臺北市：巨流。

周燕玉（2006）。簽署不施行心肺復甦術同意書病患家屬對加護病房照護與醫療決策

過程滿意度之初探。國立臺灣大學護理學系碩士論文。

周穆謙、林以容（2015）。癌症篩檢宣導海報之說服效果探討。**資訊傳播研究**，**6**（1），

1-27。

林亞陵（2009）。影響生命末期住院病人簽署「不施行心肺復甦術」內容之相關因素

探討。中國醫藥大學醫務管理學系碩士論文。

林怡廷（2015）。善終光環背後 如何更上層樓？。上網日期 2016 年 1 月 6 日，取

自 <http://www.cw.com.tw/article/article.action?id=5071899>

林彥光、李玲玲、黃錦鳳、黃寒裕、江明珠、莊豔妃（2011）。加護病房「不施行心肺復甦術」醫囑之相關因素探討。**慈濟科技大學學報**，(16)，85-102。

林展宇、陳永昌、方基存（2013）。急性腎損傷：加護病房多重器官衰竭之代名詞。

腎臟與透析，25 (2)，89-93。

林益卿、盧建中、林盈利、徐慧娟、楊佩玉（2011）。台日安寧療護發展之比較。**安寧療護雜誌**，16 (2)，133-150。

林綉君（2015）。探討中老年病人及家屬對預立醫療指示的認知與決策情形：以中部某醫學中心加護病房為例。國立成功大學老年學研究所碩士論文。

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 (3)，281-295。

孫效智（2009）。臺灣生命教育的挑戰與願景。**課程與教學季刊**，12 (3)，1-26。

徐明儀、江蓮瑩（2014）。無效醫療議題之探討。**護理雜誌**，61 (1)，99-104。

徐淑惠（2013）。成人對安寧療護認知與態度之調查研究。國立臺北教育大學教育學系碩士論文。

財團法人臺灣醫療改革基金會（2014）。醫改會推《醫病五溝通》向無效醫療說 STOP。

上網日期 2015 年 11 月 9 日，取自 http://www.thrf.org.tw/Page_Show.asp?Page_ID=1991

財團法人臺灣網路資訊中心（2015）。臺灣寬頻網路使用調查報告。上網日期 2016 年 10 月 10 日，取自 <http://www.twnic.net.tw/download/200307/20150901e.pdf>

高以信、王昱豐、江瑞坤（2011）。末期病人的預後：醫療照護團隊需要再進修的課題。**臺灣醫學**，15 (5)，551-562。

張卿卿（2004）。從性別差異與產品態度確定性高低來探討廣告框架效果。**管理評論**，23 (1)，1-23。

郭淑珍（2013）。網路對癌症病人疾病經驗的影響。**臺灣醫學人文學刊**，14 (1&2)，85-107。

陳玉真（2015）。新北市國小教師簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」

意圖研究一計畫行為理論之應用。國立臺北教育大學教育學系碩士論文。

陳立言（2004）。生命教育在臺灣之發展概況。**哲學與文化**，31（9），21-46。

陳佳佳（2014）。生命盡頭的尊重。**全民健康保險雙月刊**，111，10-15。

陳明慧（2004）。安寧療護之推廣與倡導：以臺灣五個民間機構為例。國立政治大學新聞研究所碩士論文。

陳榮基（2008）。以拒絕臨終急救預約善終。**臺灣醫學**，12（4），470-472。

陳榮基（2015）。以安寧緩和醫療維護善終並減少末期病人的醫療糾紛。**澄清醫護管理雜誌**，11（1），4-9。

創市際市場研究顧問（2016）。2016年03月臺灣網路活動分析報告。上網日期2016年10月11日，取自 <http://www.ixresearch.com/news/comscore%E8%88%87%E5%89%B5%E5%B8%82%E9%9A%9B%E4%BE%9D%E6%93%9Acomscore-mmx%E6%95%B8%E6%93%9A%E5%85%AC%E4%BD%882016%E5%B9%B403%E6%9C%88%E5%8F%B0%E7%81%A3%E7%B6%B2%E8%B7%AF%E6%B4%BB%E5%8B%95/>

黃勝堅（2010）。**生死謎藏：善終，和大家想的不一樣**。臺北市：大塊文化。

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。

楊克平（1999）。論緩和療護之意義及其變化史。**榮總護理**，16（4），357-363。

溫信財、白璐、陸汝斌（1987）。台北市古亭、龍山區成人之生活壓力知覺及其相關背景因素之探討。**中華心理衛生學刊**，8（2），81-92。

熊誼芳、賴允亮、蘇韋如（2014）。邁向安寧緩和醫療的新一頁。**生命教育研究**，6（2），99-118。

趙可式（1997）。臺灣癌症末期病患對善終意義的體認。**護理雜誌**，44（1），48-55。

蔡甫昌、潘恆嘉、吳澤攷、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（4），517-536。

蔡明昌（2014）。大學生死亡焦慮的內涵建構與現況調查之研究。中華輔導與諮商學報，41，25-56。

鄭夙芬、劉雪娥、方震中、萬國華（2010）。影響急診醫護人員對安寧緩和醫療條例認知及不施行心肺復甦術態度之因素。臺灣醫學，14（2），124-132。

鄭如芬、周佩君、林雅卿、溫桂燕、劉錦燕、溫如玉（2013）。癌末病人「不施予心肺復甦術」填寫完整率之改善專案。護理雜誌，60（3），73-80。

黎建球（2012）。現代人的死亡焦慮。哲學與文化，39（12），5-16。

藍蕙娟、謝春金（2015）。一位肺癌末期個案面臨死亡焦慮之護理經驗。長庚護理，26（1），91-100。

蘇雅慧（2006）。死亡教育的存在意義與內容：人對死亡的思考。通識教育學報，10（10），70-98。

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.

Ajzen, I. (2012). Martin Fishbein's legacy the reasoned action approach. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 640(1), 11-27.

Ajzen, I., & Fisbbein, M. (1974). Factors influencing intentions and the intention-behavior relation. *Human Relations*, 27(1), 1-15.

Albers-Miller, N. D., & Stafford, M. R. (1999). An international analysis of emotional and rational appeals in services vs goods advertising. *Journal of Consumer Marketing*, 16(1), 42-57.

Back, A. L., Arnold, R. M., Baile, W. F., Fryer-Edwards, K. A., Alexander, S. C., Barley, G. E., . . . Tulsky, J. A. (2007). Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. *Archives of Internal Medicine*, 167(5), 453-460.

Backer, T. E., Rogers, E., & Sopory, P. (1992). *Designing health communication campaigns: What works?* Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Bart, Y., Stephen, A. T., & Sarvary, M. (2014). Which products are best suited to mobile advertising? A field study of mobile display advertising effects on consumer attitudes and intentions. *Journal of Marketing Research*, 51(3), 270-285.

Bartels, R. D., Kelly, K. M., & Rothman, A. J. (2010). Moving beyond the function of the health behaviour: The effect of message frame on behavioural decision-making. *Psychology and Health*, 25(7), 821-838.

Basu, A., & Dutta, M. J. (2008). The relationship between health information seeking and community participation: The roles of health information orientation and efficacy. *Health Communication*, 23(1), 70-79.

Batra, R., & Stayman, D. M. (1990). The role of mood in advertising effectiveness. *Journal of Consumer Research*, 17(2), 203-214.

Belinson, J. L., Wang, G., Qu, X., Du, H., Shen, J., Xu, J., . . . Wu, R. (2014). The development and evaluation of a community based model for cervical cancer screening based on self-sampling. *Gynecologic Oncology*, 132(3), 636-642.

Bell, R. A., McGlone, M. S., & Dragojevic, M. (2014). Bacteria as bullies: Effects of linguistic agency assignment in health message. *Journal of Health Communication*, 19(3), 340-358.

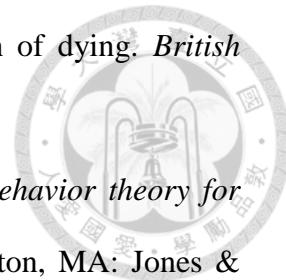
Bettinghaus, E. P. (1986). Health promotion and the knowledge-attitude-behavior continuum. *Preventive Medicine*, 15(5), 475-491.

Bettman, J. R., & Sujan, M. (1987). Effects of framing on evaluation of comparable and noncomparable alternatives by expert and novice consumers. *Journal of Consumer Research*, 14(2), 141-154.

Briñol, P., & Petty, R. E. (2006). Fundamental processes leading to attitude change: Implications for cancer prevention communications. *Journal of Communication*, 56(s1), S81-S104.

Briones, R., Nan, X., Madden, K., & Waks, L. (2012). When vaccines go viral: An

- analysis of HPV vaccine coverage on YouTube. *Health Communication*, 27(5), 478-485.
- Brosschot, J. F., Gerin, W., & Thayer, J. F. (2006). The perseverative cognition hypothesis: A review of worry, prolonged stress-related physiological activation, and health. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(2), 113-124.
- Bryant, J., & Oliver, M. B. (2008). *Media effects: Advances in theory and research (3rd edition)*. London : United Kingdom: Routledge.
- Chadwick, A. E. (2015). Toward a theory of persuasive hope: Effects of cognitive appraisals, hope appeals, and hope in the context of climate change. *Health Communication*, 30(6), 598-611.
- Chadwick, A. E., Zoccola, P. M., Figueroa, W. S., & Rabideau, E. M. (2016). Communication and stress: Effects of hope evocation and rumination messages on heart rate, anxiety, and emotions after a stressor. *Health Communication*. doi: 10.1080/10410236.2015.1079759
- Chang, C. (2006). Changing smoking attitudes by strengthening weak antismoking beliefs—Taiwan as an example. *Journal of Health Communication*, 11(8), 769-788.
- Chien, Y. H. (2014). Organ donation posters: Developing persuasive messages. *Online Journal of Communication and Media Technologies*, 4(4), 119-134.
- Chiu, Y.-C. (2011). Probing, impelling, but not offending doctors: The role of the Internet as an information source for patients' interactions with doctors. *Qualitative Health Research*, 21(12), 1658-1666.
- Chiu, Y.-C., & Hsieh, Y.-L. (2013). Communication online with fellow cancer patients: Writing to be remembered, gain strength, and find survivors. *Journal of Health Psychology*, 18(12), 1572-1581.
- Cho, H. (2012). *Health communication message design: Theory and practice*. Thousand Oaks, CA: Sage.



- Clark, D. (2002). Between hope and acceptance: The medicalisation of dying. *British Medical Journal*, 324(7342), 905-907.
- Crosby, R. A., DiClemente, R. J., & Salazar, L. F. (2013). *Health behavior theory for public health: Principles, foundations and applications*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Davies, B., Sehring, S. A., Partridge, J. C., Cooper, B. A., Hughes, A., Philp, J. C., . . . Kramer, R. F. (2008). Barriers to palliative care for children: Perceptions of pediatric health care providers. *Pediatrics*, 121(2), 282-288.
- De Bruijn, G. J., & Rhodes, R. E. (2011). Exploring exercise behavior, intention and habit strength relationships. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 21(3), 482-491.
- Detering, K. M., Hancock, A. D., Reade, M. C., & Silvester, W. (2010). The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: Randomised controlled trial. *The British Medical Journal*, 340, c1345.
- DeVellis, R. F. (2003/2010)。量表編製：理論與應用（魏勇剛、龍長權、宋武譯）。臺北市：五南。
- Dijksterhuis, A., & Aarts, H. (2003). On wildebeests and humans: The preferential detection of negative stimuli. *Psychological Science*, 14(1), 14-18.
- Douglas, R., & Brown, H. N. (2002). Patients' attitudes toward advance directives. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(1), 61-65.
- Elias, N. (1982/2008)。臨終者的孤寂（鄭義愷譯）。臺北市：群學。
- Etter, J. F., & Laszlo, E. (2005). Evaluation of a poster campaign against passive smoking for World No-Tobacco Day. *Patient Education and Counseling*, 57(2), 190-198.
- Feifel, H. (1990). Psychology and death: Meaningful rediscovery. *American Psychologist*, 45(4), 537-543.
- Fishbein, M. (2008). A reasoned action approach to health promotion. *Medical Decision Making*

Making, 28(6), 834-844.

Flora, J. A., & Maibach, E. W. (1990). Cognitive responses to AIDS information the effects of issue involvement and message appeal. *Communication Research*, 17(6), 759-774.

Gallagher, K. M., & Updegraff, J. A. (2012). Health message framing effects on attitudes, intentions, and behavior: A meta-analytic review. *Annals of Behavioral Medicine*, 43(1), 101-116.

Gamliel, E. (2013). To end life or not to prolong life: The effect of message framing on attitudes toward euthanasia. *Journal of Health Psychology*, 18(5), 693-703.

Gawande, A. (2015/2015)凝視死亡：一位外科醫師對衰老與死亡的思索（廖月娟譯）。臺北市：天下文化。

Geist-Martin, P., Sharf, B. F., & Ray, E. B. (2011). *Communicating health: Personal, cultural, and political complexities*. Belmont, California: Wadsworth Thomson Learning.

Gilaberte, Y., Alonso, J. P., Teruel, M. P., Granizo, C., & Gállego, J. (2008). Evaluation of a health promotion intervention for skin cancer prevention in Spain: The SolSano program. *Health Promotion International*, 23(3), 209-219.

Glanz, K., Lewis, F. M., & Rimer, B. K. (1997). *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Gochman, D. S. (1982). Labels, systems and motives: Some perspectives for future research and programs. *Health Education and Behavior*, 9(2-3), 167-174.

Hagger, M. S., & Luszczynska, A. (2014). Implementation intention and action planning interventions in health contexts: State of the research and proposals for the way forward. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 6(1), 1-47.

Harrington, N. G. (2015). Introduction to the special issue: Message design in health communication research. *Health Communication*, 30(2), 103-105.

Hartmann, P., & Apaolaza-Ibáñez, V. (2012). Consumer attitude and purchase intention toward green energy brands: The roles of psychological benefits and environmental concern. *Journal of Business Research*, 65(9), 1254-1263.

Hockley, J., & Clark, D. (2002). *Palliative care for older people in care homes (facing death)* Buckingham, UK: Open University Press.

Hsiung, Y. F. Y., & Ferrans, C. E. (2007). Recognizing Chinese Americans' cultural needs in making end-of-life treatment decisions. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 9(3), 132-140.

Huang, C. H., Hu, W. Y., Chiu, T. Y., & Chen, C. Y. (2008). The practicalities of terminally ill patients signing their own DNR orders-a study in Taiwan. *Journal of Medical Ethics*, 34(5), 336-340.

Huck, S. W. (2012). *Reading statistics and research (6th ed.)*. Boston: Pearson.

Iverach, L., Menzies, R. G., & Menzies, R. E. (2014). Death anxiety and its role in psychopathology: Reviewing the status of a transdiagnostic construct. *Clinical Psychology Review*, 34(7), 580-593.

Johnson, K. S., Elbert-Avila, K. I., & Tulsky, J. A. (2005). The influence of spiritual beliefs and practices on the treatment preferences of African Americans: A review of the literature. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 711-719.

Kagawa-Singer, M., & Blackhall, L. J. (2001). Negotiating cross-cultural issues at the end of life: You got to go where he lives. *JAMA*, 286(23), 2993-3001.

Kahneman, D., & Tversky, A. (1979). Prospect theory: An analysis of decision under risk. *Econometrica*, 47(2), 263-291.

Kalish, R. A. (1963). Some variables in death attitudes. *The Journal of Social Psychology*, 59(1), 137-145.

Kang, K. A., Lee, K. S., Park, G. W., Kim, Y. H., Jang, M. J., & Lee, E. (2010). Death recognition, meaning in life and death attitude of people who participated in the

death education program. *Korean Journal of Hospice and Palliative Care*, 13(3), 169-180.

Kanouse, D. E. (1984). Explaining negativity biases in evaluation and choice behavior: Theory and research. *Advances in Consumer Research*, 11, 703-708.

Kehl, K. A. (2006). Moving toward peace: An analysis of the concept of a good death. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 23(4), 277-286.

Kenneth, C. C. Y. (2003). Internet users' attitudes toward and beliefs about internet advertising: an exploratory research from Taiwan. *Journal of International Consumer Marketing*, 15(4), 43-65.

Kerr, G., Schultz, D. E., Kitchen, P. J., Mulhern, F. J., & Beede, P. (2015). Does traditional advertising theory apply to the digital world? *Journal of Advertising Research*, 55(4), 390-400.

Kerr, J., Eves, F., & Carroll, D. (2000). Posters can prompt less active people to use the stairs. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(12), 942-943.

Khalil, G. E., & Rintamaki, L. S. (2014). A televised entertainment-education drama to promote positive discussion about organ donation. *Health Education Research*, 29(2), 284-296.

Kraus, S. J. (1995). Attitudes and the prediction of behavior: A meta-analysis of the empirical literature. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21(1), 58-75.

Latimer, A. E., Katulak, N. A., Mowad, L., & Salovey, P. (2005). Motivating cancer prevention and early detection behaviors using psychologically tailored messages. *Journal of Health Communication*, 10(1), 137-155.

Latimer, A. E., Salovey, P., & Rothman, A. J. (2007). The effectiveness of gain-framed messages for encouraging disease prevention behavior: Is all hope lost? *Journal of Health Communication*, 12(7), 645-649.

Lavidge, R. J., & Steiner, G. A. (1961). A model for predictive measurements of



- advertising effectiveness. *Journal of Marketing*, 25(6), 59-62.
- Lazarus, R. S., 653-678. (1999). Hope: An emotion and a vital coping resource against despair. *Social Research*, 66, 653-678.
- Leshner, G., & Cheng, I. H. (2009). The effects of frame, appeal, and outcome extremity of antismoking messages on cognitive processing. *Health Communication*, 24(3), 219-227.
- Levin, I. P., & Gaeth, G. J. (1988). How consumers are affected by the framing of attribute information before and after consuming the product. *Journal of Consumer Research*, 15(3), 374-378.
- Levy, C. R., Fish, R., & Kramer, A. (2005). Do-Not-Resuscitate and Do-Not-Hospitalize directives of persons admitted to skilled nursing facilities under the medicare benefit. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(12), 2060-2068.
- Line, D. (2015, 2015/10/06). 2015 Quality of death index. Retrieved April 28, 2016, from <http://www.eiuperspectives.economist.com/healthcare/2015-quality-death-index>
- Loxterkamp, D. (1993). A good death is hard to find: Preliminary reports of a hospice doctor. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 6(4), 415-418.
- 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(1), 3-9.
- Maddux, J. E., & Rogers, R. W. (1983). Protection motivation and self-efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Experimental Social Psychology*, 19(5), 469-479.
- Maibach, E., & Parrott, R. L. (1995). *Designing health messages: Approaches from communication theory and public health practice*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Marshall, C., & Rossman, G. B. (2010/2014). 質性研究：設計與計畫撰寫（二版）(李政賢譯)。臺北市：五南。

Mason, P., & Butler, C. (2010). *Health behavior change: A guide for practitioners* (2nd Edition). New York: Churchill Livingstone/Elsevier.

McKinley, E. D., Garrett, J. M., Evans, A. T., & Danis, M. (1996). Differences in end-of-life decision making among black and white ambulatory cancer patients. *Journal of General Internal Medicine*, 11(11), 651-656.

McSkimming, S., Myrick, M., & Wasinger, M. (2000). Supportive care of the dying: A coalition for compassionate care — conducting an organizational assessment. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 17(4), 245-252.

Meyerowitz, B. E., & Chaiken, S. (1987). The effect of message framing on breast self-examination attitudes, intentions, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 500-510.

Millar, M. G., & Millar, K. (2000). Promoting safe driving behaviors: The influence of message framing and issue involvement. *Journal of Applied Social Psychology*, 30(4), 853-866.

Morgana, S., Millerb, J., & Arasaratnam, L. (2002). Signing cards, saving lives: An evaluation of the worksite organ donation promotion project. *Communication Monographs*, 69(3), 253-273.

Myers, R. E. (2010). Promoting healthy behaviors: How do we get the message across? *International Journal of Nursing Studies*, 47(4), 500-512.

Neimeyer, R. A. (1994). *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application*. Washington, DC: Taylor & Francis.

Neimeyer, R. A., Wittkowski, J., & Moser, R. P. (2004). Psychological research on death attitudes: An overview and evaluation. *Death Studies*, 28(4), 309-340.

Neimeyer, R. A. E. (2015). *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application*. New York: Routledge.

Niederdeppe, J., Bu, Q., Borah, P., Kindig, D. A., & Robert, S. A. (2008). Message design

strategies to raise public awareness of social determinants of health and population health disparities. *Milbank Quarterly*, 86(3), 481-513.

Nolan, M. T., & Mock, V. (2004). A conceptual framework for end-of-life care: A reconsideration of factors influencing the integrity of the human person. *Journal of Professional Nursing*, 20(6), 351-360.

Nozari, M., & Dousti, Y. (2013). Attitude toward death in healthy people and patients with diabetes and cancer. *Iranian Journal of Cancer Prevention*, 6(2), 95-100.

O'Keefe, D. J., & Jensen, J. D. (2006). The advantages of compliance or the disadvantages of noncompliance? A meta-analytic review of the relative persuasive effectiveness of gain-framed and loss-framed messages. *Annals of the International Communication Association*, 30(1), 1-43.

O'Keefe, D. J., & Jensen, J. D. (2007). The relative persuasiveness of gain-framed loss-framed messages for encouraging disease prevention behaviors: A meta-analytic review. *Journal of Health Communication*, 12(7), 623-644.

O'Keefe, D. J., & Jensen, J. D. (2009). The relative persuasiveness of gain-framed and loss-framed messages for encouraging disease detection behaviors: A meta-analytic review. *Journal of Communication*, 59(2), 296-316.

Oh, D. Y., Kim, J. H., Kim, D. W., Im, S. A., Kim, T. Y., Heo, D. S., . . . Kim, N. K. (2006). CPR or DNR? End-of-life decision in Korean cancer patients: a single center's experience. *Supportive Care in Cancer*, 14(2), 103-108.

Onwuteaka-Philipsen, B. D., van der Heide, A., Koper, D., Keij-Deerenberg, I., Rietjens, J. A., Rurup, M. L., . . . van der Maas, P. J. (2003). Euthanasia and other end-of-life decisions in the Netherlands in 1990, 1995, and 2001. *The Lancet*, 362(9381), 395-399.

Östberg, A. L., Halling, A., & Lindblad, U. (1999). Gender differences in knowledge, attitude, behavior and perceived oral health among adolescents. *Acta Odontologica*

Scandinavica, 57(4), 231-236.

Park, S. E., Choi, D., & Kim, J. (2005). Visualizing e-brand personality: Exploratory studies on visual attributes and e-brand personalities in Korea. *International Journal of Human-Computer Interaction*, 19(1), 7-34.

Parrott, R. (2004). Emphasizing “communication” in health communication. *Journal of Communication*, 54(4), 751-787.

Paul, B., Salwen, M. B., & Dupagne, M. (2000). The third-person effect: A meta-analysis of the perceptual hypothesis. *Mass Communication and Society*, 3(1), 57-85.

Peretti-Watel, P., Halfen, S., & Grémy, I. (2007). Risk denial about smoking hazards and readiness to quit among French smokers: an exploratory study. *Addictive Behaviors*, 32(2), 377-383.

Petroshius, S. M., & Crocker, K. E. (1989). An empirical analysis of spokesperson characteristics on advertisement and product evaluations. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 17(3), 217-225.

Phelps, A. C., Maciejewski, P. K., Nilsson, M., Balboni, T. A., Wright, A. A., Paulk, M. E., . . . Prigerson, H. G. (2009). Religious coping and use of intensive life-prolonging care near death in patients with advanced cancer. *JAMA*, 301(11), 1140-1147.

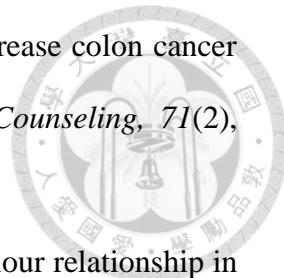
Portenoy, R. K., & Bruera, E. (2003). *Issues in palliative care research*. New York: Oxford University Press.

Quick, B. L., & Bates, B. R. (2010). The use of gain-or loss-frame messages and efficacy appeals to dissuade excessive alcohol consumption among college students: A test of psychological reactance theory. *Journal of Health Communication*, 15(6), 603-628.

Rahe, R. H., & Arthur, R. J. (1978). Life change and illness studies: Past history and future directions. *Journal of Human Stress*, 4(1), 3-15.

Rawl, S. M., Champion, V. L., Scott, L. L., Zhou, H., Monahan, P., Ding, Y., . . . Skinner,





- C. S. (2008). A randomized trial of two print interventions to increase colon cancer screening among first-degree relatives. *Patient Education and Counseling*, 71(2), 215-227.
- Rhodes, R. E., & Dickau, L. (2013). Moderators of the intention-behaviour relationship in the physical activity domain: A systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 47(4), 215-225.
- Rimal, R., & Real, K. (2003). Perceived risk and efficacy beliefs as motivators of change: Use of the risk perception attitude (RPA) framework to understand health behaviors. *Human Communication Research*, 29(3), 370-399.
- Rimal, R. N. (2001). Perceived risk and self-efficacy as motivators: Understanding individuals' longterm use of health information. *Journal of Communication*, 51(4), 633-654.
- Rimer, B. K., & Kreuter, M. W. (2006). Advancing tailored health communication: A persuasion and message effects perspective. *Journal of Communication*, 56(1), 184-201.
- Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change1. *The Journal of Psychology*, 91(1), 93-114.
- Romer, D., Sznitman, S., DiClemente, R. J., Salazar, L. F., Venable, P. A., Carey, M. P., ... Juzang, I. (2009). Mass media as an HIV-prevention strategy: Using culturally sensitive messages to reduce HIV-associated sexual behavior of at-risk African American youth. *American Journal of Public Health*, 99(12), 2150-2159.
- Rothman, A. J., Bartels, R. D., Wlaschin, J., & Salovey, P. (2006). The strategic use of gain- and loss-framed messages to promote healthy behavior: How theory can inform practice. *Journal of Communication*, 56(1), 202-220.
- Rothman, A. J., Martino, S. C., Bedell, B. T., Detweiler, J. B., & Salovey, P. (1999). The systematic influence of gain-and loss-framed messages on interest in and use of

different types of health behavior. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25(11), 1355-1369.

Rothman, A. J., & Salovey, P. (1997). Shaping perceptions to motivate healthy behavior: The role of message framing. *Psychological Bulletin*, 121(1), 3-19.

Rozin, P., & Royzman, E. B. (2001). Negativity bias, negativity dominance, and contagion. *Personality and Social Psychology Review*, 5(4), 296-320.

Ruiter, R. A., Verplanken, B., Kok, G., & Werrij, M. Q. (2003). The role of coping appraisal in reactions to fear appeals: Do we need threat information? *Journal of Health Psychology*, 8(4), 465-474.

Russell, K. M., & LeGrand, S. B. (2006). I'm not that sick!' Overcoming the barriers to hospice discussions. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 73(6), 517-524.

Salovey, P., Schneider, T. R., & Apanovitch, A. M. (1999). Persuasion for the purpose of cancer risk reduction: A discussion. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 1999(25), 119-122.

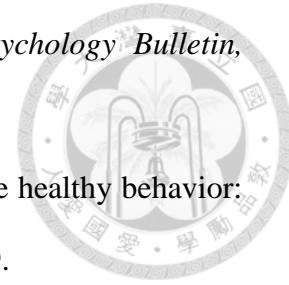
Sandberg, T., & Conner, M. (2008). Anticipated regret as an additional predictor in the theory of planned behavior: A meta-analysis. *British Journal of Social Psychology*, 47(4), 589-606.

Schwarzer, R. (2008). Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied Psychology*, 57(1), 1-29.

Seligman, M. E., Railton, P., Baumeister, R. F., & Sripada, C. (2013). Navigating into the future or driven by the past. *Perspectives on Psychological Science*, 8(2), 119-141.

Senecal, S., & Nantel, J. (2004). The influence of online product recommendations on consumers' online choices. *Journal of Retailing*, 80(2), 159-169.

Sepúlveda, C., Marlin, A., Yoshida, T., & Ullrich, A. (2002). Palliative care: The World Health Organisation's global perspective. *Journal of pain and Symptom Management*, 24(2), 91-96.





- Sheeran, P., Webb, T. L., & Gollwitzer, P. M. (2005). The interplay between goal intentions and implementation intentions. *Personality and Social Psychology Bulletin, 31*(1), 87-98.
- Singletary, M. (1994/1997) 大眾傳播研究方法 (施美玲譯)。臺北市：五南。
- Sliwa, K., Blauwet, L., Tibazarwa, K., Libhaber, E., Smedema, J. P., Becker, A., . . . Hilfiker-Kleiner, D. (2010). Evaluation of bromocriptine in the treatment of acute severe peripartum cardiomyopathy a proof-of-concept pilot study. *Circulation, 121*(13), 1465-1473.
- Smith, G. E. (1996). Framing in advertising and the moderating impact of consumer education. *Journal of Advertising Research, 36*(5), 49-64.
- Steinhauser, K. E., Christakis, N. A., Clipp, E. C., McNeilly, M., McIntyre, L., & Tulsky, J. A. (2000). Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *The Journal of the American Medical Association, 284*(19), 2476-2482.
- Strecher, V. J., DeVellis, B. M., Becker, M. H., & Rosenstock, I. M. (1986). The role of self-efficacy in achieving health behavior change. *Health Education and Behavior, 13*(1), 73-92.
- Tavitiyaman, P., & Qu, H. (2013). Destination image and behavior intention of travelers to Thailand: The moderating effect of perceived risk. *Journal of Travel and Tourism Marketing, 30*(3), 169-185.
- Taylor, S. E. (1991). Asymmetrical effects of positive and negative events: The mobilization-minimization hypothesis. *Psychological Bulletin, 110*(1), 67-85.
- Templer, D. I., Ruff, C. F., & Franks, C. M. (1971). Death anxiety: Age, sex, and parental resemblance in diverse populations. *Developmental Psychology, 4*(1), 108.
- Teno, J. M., Gruneir, A., Schwartz, Z., Nanda, A., & Wetle, T. (2007). Association between advance directives and quality of end-of-life care: A national study. *Journal*

of the American Geriatrics Society, 55(2), 189-194.

Teno, J. M., Shu, J. E., Casarett, D., Spence, C., Rhodes, R., & Connor, S. (2007). Timing of referral to hospice and quality of care: length of stay and bereaved family members' perceptions of the timing of hospice referral. *Journal of Pain and Symptom Management, 34*(2), 120-125.

Thelen, M. (2005). End-of-life decision making in intensive care. *Critical Care Nurse, 25*(6), 28-37.

Thibault-Prevost, J., Jensen, L. A., & Hodgins, M. (2000). Critical care nurses' perceptions of DNR status. *Journal of Nursing Scholarship, 32*(3), 259-265.

Thompson, S. C., Robbins, T., Payne, R., & Castillo, C. (2011). Message derogation and self-distancing denial: Situational and dispositional influences on the use of denial to protect against a threatening message. *Journal of Applied Social Psychology, 41*(12), 2816-2836.

Thorevska, N., Tilluckdharry, L., Tickoo, S., Havasi, A., Amoateng-Adjepong, Y., & Manthous, C. A. (2005). Patients' understanding of advance directives and cardiopulmonary resuscitation. *Journal of Critical Care, 20*(1), 26-34.

Tversky, A., & Kahneman, D. (1981). The framing of decisions and the psychology of choice. *Science, 211*(4481), 453-458.

Updegraff, J. A., Brick, C., Emanuel, A. S., Mintzer, R. E., & Sherman, D. K. (2015). Message framing for health: Moderation by perceived susceptibility and motivational orientation in a diverse sample of Americans. *Health Psychology, 34*(1), 20-29.

Uskul, A. K., Sherman, D. K., & Fitzgibbon, J. (2009). The cultural congruency effect: Culture, regulatory focus, and the effectiveness of gain-vs. loss-framed health messages. *Journal of Experimental Social Psychology, 45*(3), 535-541.

van der Heide, A., Deliens, L., Faisst, K., Nilstun, T., Norup, M., Paci, E., . . . van der



- Maas, P. J. (2003). End-of-life decision-making in six European countries: Descriptive study. *The Lancet*, 362(9381), 345-350.
- van Koningsbruggen, G. M., & Das, E. (2009). Don't derogate this message! Self-affirmation promotes online type 2 diabetes risk test taking. *Psychology and Health*, 24(6), 635-649.
- Wang, C.-C., Yang, Y.-H., & Lee, M.-C. (2013). The persuasive effect of an appeal to fear in anti-tobacco advertisements: The influences of self-regulation and message framing in young adults. *Taiwan Journal of Public Health*, 32(1), 62-74.
- Webb, T. L., & Sheeran, P. (2006). Does changing behavioral intentions engender behavior change? A meta-analysis of the experimental evidence. *Psychological Bulletin*, 132(2), 249-268.
- Weinstein, N. D. (1988). The precaution adoption process. *Health Psychology*, 7(4), 355-386.
- WHO (1990). WHO definition of palliative care. Retrieved February 16, 2013, from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- Witte, K., & Morrison, K. (1995). Using scare tactics to promote safer sex among juvenile detention and high school youth. *Journal of Applied Communication Research*, 23(2), 128-142.
- Wright, A. A., Keating, N. L., Balboni, T. A., Matulonis, U. A., Block, S. D., & Prigerson, H. G. (2010). Place of death: Correlations with quality of life of patients with cancer and predictors of bereaved caregivers' mental health. *Journal of Clinical Oncology*, 28, 4457-4464.
- Wright, A. A., Zhang, B., Ray, A., Mack, J. W., Trice, E., Balboni, T., . . . Prigerson, H. G. (2008). Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. *The Journal of the American Medical Association*, 300(14), 1665-1673.

Yang, K. C. (2004). Effects of consumer motives on search behavior using internet advertising. *CyberPsychology and Behavior*, 7(4), 430-442.

Yanovitzky, I., & Stryker, J. (2001). Mass media, social norms, and health promotion efforts: A longitudinal study of media effects on youth binge drinking. *Communication Research*, 28(2), 208-239.





附件一：實驗物

一、正面框架

衛生福利部
剛剛 •

你知道在生命末期時，可以選擇有尊嚴、品質地走完人生嗎？簽署意願書，您可以拒絕無效、過度醫療，避免在臨終前經歷無意義的痛苦，保障善終的權益。

無論您幾歲、健康與否，都應該開始思考：當疾病不可治癒，我要選擇安寧緩和醫療嗎？我要接受插管或靠機器來維持呼吸和心跳嗎？我想要怎麼樣的臨終？

預先安排自己的末期醫療決策，並讓家人了解自己的意願，可以減輕家人代為決定的負擔，避免紛爭，更讓您能夠有品質地活到最後一刻。

思考自己的末期醫療決策，將能掌握自主權，讓生死兩相安。
#你的生命你作主

如何簽署意願書

Step1: 索取 可至各大醫院志工服務台、社會服務室索取「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」，或至台灣安寧照顧協會 http://www.tho.org.tw/xms/ （02-2808-1585）下載。	Step2: 填寫 本人親自填寫，並須2位滿20歲之見證人親筆簽名、附身分證字號。	Step3: 繳回/郵寄正本 填寫完成後，將正本交回醫院；或寄至「25160 新北市淡水區民生路45號 台灣安寧照顧協會 收」，工作天約3週。	Step4: 查詢註記 可用健保卡或自然人憑證，至衛生福利部網頁，或至醫院的批註掛號櫃查詢。若仍有問題，請與台灣安寧照顧協會洽詢（電話：02-28081585；傳真：02-28081623）。
--	---	---	--

讚 留言 分享

二、負面框架

衛生福利部
剛剛 ·

你知道生命末期時，可能會沒有尊嚴和品質地走完人生嗎？不簽署意願書，您將失去表達意願的機會。他人的決定未必能如您所願，可能使您在臨終前經歷無意義的痛苦，求生不得，求死不能。

無論您幾歲、健康與否，都應該開始思考：當疾病不可治癒，我要選擇安寧緩和醫療嗎？我要接受插管或靠機器來維持呼吸和心跳嗎？我想要怎麼樣的臨終？

不預先安排自己的末期醫療決策，且沒有和家人討論，將可能有損您善終的權益，並讓代為決策的家人背負沉重的壓力。

不思考自己的末期醫療決策，僅能依家人的決定或一般常規行事。
#你的生命你作主

👉 如何簽署意願書

Step1: 索取	Step2: 填寫	Step3: 繳回/郵寄正本	Step4: 查詢註記
可至各大醫院志工服務台、社會服務室索取「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」，或至台灣安寧照顧協會 http://www.tho.org.tw/xms/ (02-2808-1585)下載。	本人親自填寫，並須2位滿20歲之見證人親筆簽名、附身分證字號。	填寫完成後，將正本交回醫院；或寄至「25160 新北市淡水區民生路45號 台灣安寧照顧協會 收」，工作天約3週。	可用健保卡或自然人憑證，至衛生福利部網頁，或至醫院的批註掛號欄查詢。若仍有問題，請與台灣安寧照顧協會洽詢(電話: 02-28081585; 傳真: 02-28081623)。

👉 讀 📣 留言 ➡ 分享

三、混合框架

 衛生福利部
剛剛 · 

您知道在生命末期時，可以選擇想要的醫療方式嗎？簽署意願書，您可以避免在臨終前經歷無意義的痛苦，有尊嚴、品質地走完人生。不簽署意願書，則失去表達意願的機會，可能使您經歷無意義的痛苦，求生不得，求死不能。

無論您幾歲、健康與否，都應該開始思考：當疾病不可治癒，我要選擇安寧緩和醫療嗎？我要接受插管或靠機器來維持呼吸和心跳嗎？我想要怎麼樣的臨終？

不預先安排自己的末期醫療決策，將可能有損您善終的權益，並讓家人背負沉重的壓力。相反地，若已預先安排，則能降低家人的負擔及衝突。

思考自己的末期醫療決策，能掌握自主權，讓生死兩相安。不思考則僅能依家人的決定或一般常規行事。
#你的生命你作主

如何簽署意願書

Step1: 索取	Step2: 填寫	Step3: 繳回/郵寄正本	Step4: 查詢註記
可至各大醫院志工服務台、社會服務室索取「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」，或至台灣安寧照顧協會 http://www.tho.org.tw/xms/ (02-2808-1585)下載。	本人親自填寫，並須2位滿20歲之見證人親筆簽名、附身分證字號。	填寫完成後，將正本交回醫院；或寄至「25160 新北市淡水區民生路45號 台灣安寧照顧協會 收」，工作天約3週。	可用健保卡或自然人憑證，至衛生福利部網頁，或至醫院的批註掛號櫃查詢。若仍有問題，請與台灣安寧照顧協會洽詢(電話: 02-28081585; 傳真: 02-28081623)。

讚 留言 分享

四、無框架



衛生福利部
剛剛 • 

你知道在生命末期時，可以選擇想要的醫療方式嗎？簽署意願書，您可以做自己生命的主人。

無論您幾歲、健康與否，都應該開始思考：當疾病不可治癒，我要選擇安寧緩和醫療嗎？我要接受插管或靠機器來維持呼吸和心跳嗎？我想要怎麼樣的臨終？

意願書讓您可以決定自己的末期醫療決策；在您選擇接受或拒絕特定醫療後，建議與家人分享、討論，讓家人理解並尊重您的想法。

開始思考自己的末期醫療決策，決定自己生命的終點。
#你的生命你作主 

👉 如何簽署意願書

Step1: 索取 可至各大醫院志工服務台、社會服務室索取「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」，或至台灣安寧照顧協會 http://www.tho.org.tw/xms/ (02-2808-1585)下載。	Step2: 填寫 本人親自填寫，並須2位滿20歲之見證人親筆簽名、附身分證字號。	Step3: 繳回/郵寄正本 填寫完成後，將正本交回醫院；或寄至「25160 新北市淡水區民生路45號 台灣安寧照顧協會 收」，工作天約3週。	Step4: 查詢註記 可用健保卡或自然人憑證，至衛生福利部網頁，或至醫院的批註掛號櫃查詢。若仍有問題，請與台灣安寧照顧協會洽詢（電話：02-28081585；傳真：02-28081623）。
--	---	---	--

👉 讀 📝 留言 📺 分享



附件二：量表來源與題項

量表來源	量表題項
一、訊息態度量表 第 1-8 題針對訊息之態度測量參考 Petroshius 和 Crocker (1989) 的廣告態度量表，包含情感與認知面向，共計 8 個題項。	1. 我覺得這則 po 文是有趣的。 2. 我覺得這則 po 文是有感染力的。 3. 我覺得這則 po 文是讓人印象深刻的。 4. 我覺得這則 po 文是吸引人的。 5. 我覺得這則 po 文是讓人目不轉睛的。 6. 我覺得這則 po 文是可信的。 7. 我覺得這則 po 文是提供有用資訊的。 8. 我覺得這則 po 文是簡單易懂的。 9. 我覺得這則 po 文是誇大的。 10. 我覺得這則 po 文是誤導的。 11. 我覺得這則 po 文是操弄的。 12. 我覺得這則 po 文是有說服力的。
二、議題態度量表 第 1-7 題：態度亦包含對行為標的面向，本研究參考 Petroshius & Crocker (1989) 之測量方式，依據訊息內容新增 7 個題項。 第 8 題：參考 Onwuteaka-Philipsen 、 van der Heide 、 Koper 、 Keij-Deerenberg 、 Rietjens 、 Rurup 與 van der Maas 等人 (2003) 的問項，以測量個人對於末期醫療決策之態度。 第 9-10 題：參考 Kenneth (2003) 一般態度量表之測量方式，依本研究欲測量標的修改。	1. 看完剛剛的臉書 po 文後，我認為思考生死問題是重要的。 2. 看完剛剛的臉書 po 文後，我認為思考個人在生命末期的醫療選擇是重要的。 3. 看完剛剛的臉書 po 文後，我認為簽署意願書是刻不容緩的。 4. 看完剛剛的臉書 po 文後，我認為意願書的制度設計是正面的。 5. 看完剛剛的臉書 po 文後，我認為意願書的制度設計是有益的。 6. 看完剛剛的臉書 po 文後，我認為意願書的制度設計是符合我個人理念的。 7. 看完剛剛的臉書 po 文後，我認為意願書跟我（或親朋好友）是切身相關的。



-
- 8. 看完剛剛的臉書 po 文後，我認為個人有權益決定自己想要的醫療選擇。
 - 9. 看完剛剛的臉書 po 文後，整體而言，我認為意願書是好的制度設計。
 - 10. 看完剛剛的臉書 po 文後，整體而言，我喜歡意願書的制度設計。
-

三、行為意圖量表

第 1-2 題：針對行為意圖之測量

參考 Ruiter、Verplanken、Kok 與 Werrij (2003) 之意圖量表，共計 2 個題項。

第 3-7 題：針對末期醫療決策的

行為，本研究參考 Thompson、 Robbins、Payne 與 Castillo (2011)

之意圖量表，依照本研究標的進行擷取與改編，除了簽署行為外，亦強調思考議題、學習、推廣之行為。

- 1. 看完剛剛的臉書 po 文後，我打算在這個月內去簽署意願書。
 - 2. 看完剛剛的臉書 po 文後，我會去簽署意願書。
 - 3. 在未來三個月內，我會去搜尋意願書的相關資訊。
 - 4. 在未來三個月內，我會與親朋好友討論意願書。
 - 5. 在未來三個月內，我會開始思考自己是否要簽署意願書。
 - 6. 在未來三個月內，我會建議親朋好友思考是否要簽署意願書。
 - 7. 在未來三個月內，我有興趣去學習更多意願書、生命末期醫療決策的相關資訊，以了解自身在末期醫療決策上的權益。
-



附件三：前測問卷

您好，非常感謝您願意協助填答此問卷！

本研究為一項與生命末期醫療決策相關的研究，研究對象為20-49歲之青壯年民眾，且未曾簽署過「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」者。

以下將請您閱讀相關資訊後作答，約需花您8-10分鐘的時間。

此為前測問卷，您的意見將對正式研究有莫大的幫助；非常感謝您的協助！

臺大生傳所 研究生 林以容

請問您的年齡為？

- 20-24歲
- 25-29歲
- 30-34歲
- 35-39歲
- 40-44歲
- 45-49歲

請問您是否曾簽署過「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」（正式法規文件）？

- 有
- 無

在正式進入研究前，將請您先閱讀2頁簡單介紹，讓您了解臺灣目前的醫療程序，以及相關法規。

在臺灣，萬一發生重大意外，或是因病器官衰竭，使您的呼吸和心跳薄弱，而昏迷不醒地被119送到醫院急診時，須接受高級救命術（Advanced Cardiac Life Support，簡稱ACLS），包括：先插上呼吸管，接著送到加護病房，開始強心劑、呼吸器、洗腎、輸血、靜脈營養、鼻胃管、導尿管等醫療措施，並有CPR壓胸與電擊。此為現行法規所訂定之醫師急救義務。

請試想一下：有一個人在急救後恢復了生命跡象，插上人工呼吸器及各種管路送進了加護病房，他心臟衰竭，於是外接葉克膜（體外心肺循環機）；肺臟不能自行呼吸，因此外接呼吸器；加上腎臟衰竭，所以需要洗腎；而肝臟也壞了，需要等待他人捐贈活肝。可是，他的生命徵象都很穩定，呼吸正常、血氣正常，什麼都正常，但是可能全部都是靠醫療儀器維持。那麼，這個人是活著，還是死了呢？台灣的臨終病人，要在醫院平靜的善終不太容易。急救雖是標準程序，但並非每個臨終病人都必須接受；急性疾病的急救，通常有機會成功將生命搶救回來；但不可治癒的末期病人，由於多重器官衰竭，已無法恢復，此時再多的急救都成了延長死亡的痛苦。

當由兩位專科醫師判斷病人已是生命末期，急救已無法治癒病人，狀況不會改善且無法避免死亡，而只能延長病人的瀕死時間時，若病人事先簽署過「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書（以下簡稱意願書）」，或家屬明確表示拒絕急救（Do-Not-Resuscitate; DNR），醫療團隊就會尊重您（或家屬）的決定，而不會強制執行急救。

（改寫自《生死謐藏：善終，和大家想的不一樣》，黃勝堅著）

上述為目前台灣的醫療程序。若病人未事先簽署意願書，且家屬未明確表示拒絕急救，則醫療團隊有執行急救之義務，病人須接受急救措施。

接著，將給您看實際簽署時的意願書。

此舉並非強迫簽署，而僅是讓您了解實際執行的表單為何。

無論您的選擇為何，都是對自己生命的負責；並無好壞之分。

- 此為具法律效力的末期醫療決策文件。
- 滿20歲即可簽署，裡面共有4項意願表達，皆只適用於您被診斷為末期病人（罹患嚴重傷病，且經2位專科醫師診斷為不可治癒，並有醫學上的證據，近期內病程進行至死亡已不可避免者），並不會影響到您當前接受醫療的權益。
- 若您在簽署後想要修改，可以隨時填寫「撤回預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願聲明書」，寄回更正即可。

第1頁，共2頁。

「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」

本人_____（正楷簽名）若罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已屬不可避免時，特依安寧緩和醫療條例第四條、第五條及第七條第一項第二款所賦予之權利，作以下之抉擇：（請勾選 ）

- 接受 安寧緩和醫療（定義說明請詳背面）
- 接受 不施行心肺復甦術（定義說明請詳背面）
- 接受 不施行維生醫療（定義說明請詳背面）
- 同意 將上述意願加註於本人之全民健保憑證（健保 IC 卡）內

◎簽署人：（正楷簽名）_____ 國民身分證統一編號：_____

住（居）所：_____ 電話：_____

出生年月日：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

是 否 年滿二十歲（簽署人為成年人或未年滿二十歲之末期病人，得依安寧緩和醫療條例第四條第一項、第五條第一項及第七條第一項第二款之規定，立意願書選擇安寧緩和醫療或作維生醫療。）

◎在場見證人（一）：（正楷簽名）_____ 國民身分證統一編號：_____

住（居）所：_____ 電話：_____

出生年月日：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

◎在場見證人（二）：（正楷簽名）_____ 國民身分證統一編號：_____

住（居）所：_____ 電話：_____

出生年月日：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

◎簽署日期：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日（必填）

◎法定代理人：（簽署人為未成年末期病人或監護宣告之人）時方由法定代理人在此欄位填寫

簽 名： 國民身分證統一編號：

住（居）所： 電話：

出生年月日：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

◎醫療委任代理人：（簽署人為醫療委任代理人須填寫並應檢附醫療委任代理人委任書）

簽 名： 國民身分證統一編號：

住（居）所： 電話：

出生年月日：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

備註：1. 簽署人可依背面簡易問答第四題說明自行查詢健保 IC 卡註記申辦進度。

2. 需要回覆通知者請打勾： 註記手續辦理成功時，請以手機簡訊或郵寄回覆通知簽署人（無勾選者視為無須回覆）。若無收到回覆，請撥打 02-23582186 衛生福利部意願書處理小組查詢。

3. 「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」填妥後請將正本寄回：意願書原索取單位或台灣安寧照顧協會（251 新北市淡水區民生路 45 號）收，副本請自行保管。

「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」健保 IC 卡註冊申辦注意事項

◎簡易問答：

一、問：為什麼要將「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」(以下簡稱意願書)加註在健保 IC 卡？

答：為尊重末期病人之醫療意願及保障其權益，政府公布施行之『安寧緩和醫療條例』條文明訂：

1. 末期病人得立意願書選擇安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇。

2. 二十歲以上具完全行為能力之人，得預立意願書。

但對於已經簽署「意願書」之民眾，所簽立之「意願書」若未隨身攜帶，在末期病危，卻無法主動出示時，一般醫療院所，就醫護人員的職責，仍應全力救治，導致常發生不符合病人意願與利益之急救等遺憾事件。因此，在健保 IC 卡上註記安寧緩和醫療意願，以提醒醫護人員尊重病患不施行心肺復甦術或之意願，確實有其重要性。

二、問：民眾該如何將「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願」加註於健保 IC 卡？

答：將已填妥之『意願書』正本送回意願書原索取之醫療單位或寄至受理委託之『台灣安寧照顧協會』(地址：

25160 新北市淡水區民生路 45 號，電話：02-28081585，網址：www.tho.org.tw) 即可申請辦理健保 IC 卡加註事宜。

三、問：當「意願書」簽署已加註在健保 IC 卡，是否無法撤除及取消註記？

答：當簽署人意願改變欲撤除時，可填妥「撤回預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願聲明書」(簡稱聲明書)，

經簽署人本人親筆簽名後，將該聲明書送回原索取之醫療單位或受理委託執行之『台灣安寧照顧協會』，原所索取單位或台灣安寧照顧協會會依程序協助簽署人辦理健保 IC 卡撤除註記手續。

四、問：如何查詢「意願書」在健保 IC 卡註冊辦理進度？

答：一、網路查詢：

民眾可先備妥 1. 一般讀卡機(非健保專用讀卡機)2. 自然人憑證或健保 IC 卡。

◎方式一：以自然人憑證查詢。

進入衛生福利部網頁 <http://www.mohw.gov.tw>> 衛生醫療> 安寧療護器官捐贈> 線上服務 1. 安寧療護及器官捐贈意願簽署查詢> 將自然人憑證卡片插入讀卡機中> 輸入 PIN 卡 > 【完成查詢】。

◎方式二：以健保 IC 卡查詢。

進入衛生福利部網頁 <http://www.mohw.gov.tw>> 衛生醫療> 安寧療護器官捐贈> 線上服務 1. 安寧療護及器官捐贈意願簽署查詢> 將健保 IC 卡卡片插入讀卡機中 > 【完成查詢】。

二、可向意願書原送交之醫療機構查詢；或撥打安寧免付費諮詢專線：0800-220-927 查詢。

三、可自中央健康保險署各區業務組、附設門診中心之公共服務站或與中央健康保險署有合約之醫療院所，先進行健保 IC 卡資料內容更新後，再請機構協助查詢。

◎解釋名詞：

1、末期病人：指罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已不可避免者。

2、安寧緩和醫療：指為減輕或免除末期病人之生理、心理及靈性痛苦，施予緩解性、支持性之醫療照護，以增進其生活品質。

3、維生醫療：指用以維持末期病人生命徵象，但無治癒效果，而只能延長其濒死過程的醫療措施。

4、不施行心肺復甦術：指對臨終、瀕死或無生命徵象之病人，不施予氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸等標準急救程序或其他緊急救治行為。

5、不施行維生醫療：指末期病人不施行用以維持生命徵象及延長其濒死過程的醫療措施。

◎補充說明：

1、依據安寧緩和醫療條例第四條之規定，末期病人簽署意願書，應有具完全行為能力者二人以上在場見證，但實施安寧緩和醫療及執行意願人維生醫療抉擇之醫療機構所屬人員不得為見證人。

2、依據安寧緩和醫療條例第七條第一項第二款之規定，未成年人末期病人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。未成年人末期病人無法表達意願時，則應由法定代理人簽署意願書。

3、依據安寧緩和醫療條例第五條之規定，意願人得預立醫療委任代理人，並以書面載明委任意旨，於其無法表達意願時，由代理人代為簽署。

4、醫療法第 60 條：醫院、診所遇有危急病人，應先予適當之急救，並即依其人員及設備能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延。前項危急病人如係低收入、中低收入或路倒病人，其醫療費用非本人或其扶養義務人所能負擔者，應由直轄市、縣（市）政府社會行政主管機關依法補助之。

1050314 版

在您對臺灣目前的醫療程序，以及相關法規有基本認識後，以下接將請您閱讀一則完整的臉書PO文，並開始填寫問卷。



衛生福利部

剛剛 ·



您希望生命末期時能免去痛苦嗎？——

簽署意願書，您可以選擇不受苦，有尊嚴、有品質地走完人生，把握善終的權益，拒絕無益、傷害的醫療。

在臺灣，當您的疾病已無法治癒，被診斷為末期病人時；若未事先簽署意願書，且家屬未明確表示拒絕急救，則醫療團隊有執行急救之義務，病人須接受急救措施。

生命有極限，醫療亦有極限；每個人必然會碰到死亡。

無論您幾歲、健康與否，您都應該要開始思考：我想要怎麼樣的臨終？當疾病已不可治癒時，我是否要選擇安寧緩和醫療？我要CPR還是DNR？我要接受插管或裝置人工呼吸器來維持我的生命徵象嗎？

預先安排自己的末期醫療決策，並讓家人了解自身的意願，減少家人代為決定的負擔與可能的紛爭，讓生死兩相安。

簽署意願書，並不代表放棄治療，而是拒絕無效、過度的醫療；此舉將能有效保障您善終的權益，避免在臨終前經歷無意義的痛苦，而能夠好好、有生命品質地活到最後一刻。

每個人都有選擇權，如果您願意開始思考臨終的議題，將能掌握自主權，決定自己生命的句點。

#你的生命你作主

如何簽署意願書

Step1: 索取

可至各大醫院志工服務台、社會服務室索取「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」，或至台灣安寧照顧協會<http://www.tho.org.tw/xms/>(02-2808-1585)下載。

Step2: 填寫

本人親自填寫，並須2位滿20歲之見證人親筆簽名，附身分證字號。

Step3: 繳回/郵寄正本

填寫完成後，將正本交回醫院；或寄至「25160 新北市淡水區民生路45號 台灣安寧照顧協會 收」，工作天約3週。

Step4: 查詢註記

可用健保卡或自然人憑證，至衛生福利部網頁，或至醫院的批註掛號櫃查詢。若仍有問題，請與台灣安寧照顧協會洽詢（電話：02-28081585；傳真：02-28081623）。

讚

留言

分享

下一页



請勾選最符合您感受的選項（單選）：

- 我覺得這則臉書po文有強調簽署意願書（預先安排自己的生命末期醫療決策）的好處
- 我覺得這則臉書po文有強調不簽署意願書（預先安排自己的生命末期醫療決策）的壞處
- 我覺得這則臉書po文有同時強調簽署或不簽署意願書（預先安排自己的生命末期醫療決策）的好處和壞處
- 我覺得這則臉書po文沒有特別強調簽署或不簽署意願書（預先安排自己的生命末期醫療決策）的好處和壞處

[下一頁]

	非常 不同 意 1	2	3	4	5	非常 同意 6
我能夠讀懂這則臉書po文想要表達的意思	<input type="radio"/>					
我了解這則臉書po文在說什麼	<input type="radio"/>					

[下一頁]

看完剛剛的臉書po文後，您覺得……（請依自身感受勾選最符合的選項）：

	非常 不同 意 1	2	3	4	5	非常 同意 6
我覺得這則po文是有趣的。	<input type="radio"/>					
我覺得這則po文是有感染力的。	<input type="radio"/>					
我覺得這則po文是讓人印象深刻的。	<input type="radio"/>					
我覺得這則po文是吸引人的。	<input type="radio"/>					
我覺得這則po文是讓人目不轉睛的。	<input type="radio"/>					
我覺得這則po文是可信的。	<input type="radio"/>					
我覺得這則po文是提供有用資訊的。	<input type="radio"/>					
我覺得這則po文是簡單易懂的。	<input type="radio"/>					
我覺得這則po文是誇大的。	<input type="radio"/>					
我覺得這則po文是誤導的。	<input type="radio"/>					
我覺得這則po文是操弄的。	<input type="radio"/>					
我覺得這則po文是有說服力的。	<input type="radio"/>					

[下一頁]



看完剛剛的臉書po文後，您認為……（請依自身感受勾選最符合的選項）：

	非常 不 同 意 1	2	3	4	5	非常 同 意 6
思考生死問題是重要的。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
思考個人在生命末期的醫療選擇是重要的。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
簽署意願書是刻不容緩的。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
意願書的制度設計是正面的。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
意願書的制度設計是有益的。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
意願書的制度設計是符合我個人理念的。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
意願書跟我（或親朋好友）是切身相關的。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
個人有權益決定自己想要的醫療選擇。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

下一頁

看完剛剛的臉書po文後，請依自身感受，勾選最符合的選項：

	非常 不 同 意 1	2	3	4	5	非常 同 意 6
我打算在這個月內去簽署意願書。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
我會去簽署意願書。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

下一頁

在未來三個月內，您有多大的可能會從事下列事項？（請依自身感受勾選最符合的選項）

	非常 不 可 能 1	2	3	4	5	非常 可 能 6
我會去搜尋意願書的相關資訊。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
我會與親朋好友討論意願書。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
我會開始思考自己是否要簽署意願書。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
我會建議親朋好友思考是否要簽署意願書。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
我有興趣去學習更多意願書、生命末期醫療決策的相關資訊，以了解自身在末期醫療決策上的權益。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

下一頁



整體而言，您認為.....（請依自身感受勾選最符合的選項）

	非常 不 同 意 1	2	3	4	5	非常 同 意 6
整體而言，我認為意願書是好的制度設計。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
整體而言，我喜歡意願書的制度設計。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

下一頁

接下來，是本問卷的最後一部份「基本資料」，非常感謝您的耐心填寫！

請問您的性別為？

- 男
- 女

請問您的教育程度為？

- 國中（含以下）
- 高中
- 大專院校
- 研究所（含以上）

請問您的婚姻狀態為？

- 單身
- 未婚
- 同居
- 已婚
- 喪偶
- 分居
- 離婚
- 其他

請問您的宗教信仰是？

- 無
- 道教
- 佛教
- 基督教
- 天主教
- 一貫道
- 回教
- 民間信仰
- 其他（請填寫）



請問您的年收入為？

- 30萬(含)以下
- 30-39萬元
- 40-49萬元
- 50-59萬元
- 60-69萬元
- 70萬元以上

請問您在填答這份問卷之前，曾經聽過意願書嗎？

- 曾聽過此份意願書，了解基本概念，但未簽署。
- 曾聽過此份意願書，但不太清楚，且未簽署。
- 沒聽過此份意願書，且未簽署。

請問您相關經驗：

- 親友曾使用安寧療護服務。
- 親友曾簽署意願書。
- 親友曾有上述兩個經驗。
- 未曾有上述經驗(不清楚者請選此項)。

請問您認為自己的健康狀況為何？

- 良好
- 還不錯
- 普通
- 尚可
- 欠佳
- 不佳

請問您在過去一年內，曾經至醫院急診就診的次數為何？

- 0次
- 1次
- 2次
- 3次
- 4次
- 5次
- 6次(含)以上



請問您在過去一年內，曾經至醫院住院的次數為何？

- 0次
- 1次
- 2次
- 3次
- 4次
- 5次
- 6次(含)以上

請問您（或有血緣關係之親屬）有慢性疾病嗎？（例如：高血壓、糖尿病、癌症、腦中風、慢性腎病、慢性肺病、自體免疫疾病等）

- 我有慢性疾病。
- 我的親屬有慢性疾病。
- 我及我的親屬皆有慢性疾病。
- 我及我的親屬皆沒有慢性疾病。
- 不清楚。

請問您目前有任何的醫療相關保險或規劃嗎？

- 無
- 有
- 不清楚

請問您是否曾經看過臨終的場景（親朋好友、服務對象等皆可）？

- 無
- 有

請問您是否有照顧重病親友至臨終、過世的經驗？

- 無
- 有

請問您是否曾經聽過，有親友的生命被無意義的延長？（例如：已是末期病人，於呼吸管路等急救措施，最終仍宣告死亡）

- 無
- 有

請問您是否曾經與親友討論過臨終拒絕急救、接受安寧緩和醫療等議題？

- 無
- 有
- 不清楚



請問您是否曾經與親友討論過臨終拒絕急救、接受安寧緩和醫療等議題？

- 無
- 有
- 不清楚

請問您是否有當過他人簽署意願書時的見證人（於他人意願書之「見證人」欄內簽名）？

- 無
- 有

請問您是否會考慮簽署意願書？

- 不會
- 會

請問您不會考慮簽署的原因是？（可複選）

- 我還不想思考關於生命末期的議題
- 我還沒有想到這麼遠的事情
- 若不幸遇到生命危急的時刻，我接受由醫生代為決定
- 若不幸遇到生命危急的時刻，我接受由家人代為決定
- 我還很健康，暫時不會考慮
- 我還年輕，暫時不會考慮
- 我想等更了解此政策後再考慮
- 我不信任國內的醫療體系，怕簽署後可能會損害我就醫的權利。
- 其他（請填寫）

請問您會考慮簽署的原因是？（可複選）

- 避免在臨終前經歷無意義的痛苦
- 減少家人代為決定的負擔與可能的紛爭
- 能夠有尊嚴地死亡
- 能夠保有生活品質
- 能夠順其自然地死亡
- 不希望造成家裡的經濟負擔
- 不認同過度醫療造成全民健保的資源分配不均
- 其他（請填寫）

本問卷到此已全部完畢。如果您有話要對研究者說，請留言在此；非常感謝您的回饋！

提交

附錄四：專家效度問卷



專家效度問卷說明

_____，您好：

我的碩士論文研究在於了解民眾在閱讀不同訊息框架之推廣訊息後，對於生命末期醫療決策的態度及意願。為建構專家效度，在實驗物設計與問卷內容上，懇請您給予我意見，使研究更為適切。感謝您的協助，敬祝
平安、順心

國立臺灣大學 生物產業傳播暨發展學系碩士班

指導老師：周穆謙 老師

研究生：林以容 敬上

2016 年 9 月

研究內容簡述

1. 本研究以生命末期醫療決策為主題，進行訊息框架效果的測量，以了解如何適切地向大眾傳遞訊息，增加服務被觸及與接受的機會，實踐個人自主權。
2. 研究方法為線上實驗法，為一單因子實驗設計，經過文獻回顧及前導研究，以訊息框架（4 level）為自變項，年齡為調節變項，是否有面對親友臨終經驗為共變項，對訊息之態度與意願為依變項。本研究有 4 個實驗物。
3. 研究對象選定當前簽署人數/比例最低的 20 至 49 歲，且具閱讀能力及完全行為能力者（符合意願書簽署條件）。
4. 研究流程為：參與者會先閱讀兩段引言，以了解臺灣當前醫療環境與相關法規、服務及文件，接著，會隨機看見一則模擬為臉書 po 文的訊息，於後進行問卷填答（共 50 題），分為態度測量、意願測量，及基本資料。
5. 本研究透過測量訊息效果，欲找出訊息設計之策略，預期將對公、私部門之相關推廣有所助益，提供實務界在訊息撰寫、設計等原則參考。

填寫說明

6. 本袋專家效度問卷共有 2 份 (A、B)，A 卷為研究參與者會填寫的完整問卷（同附件三），B 卷為專家評估適用度的問卷；請專家評估各實驗物與題項，於 B 卷進行評分。
7. 評分尺度為 1-10 分，1 分="非常不適用"、10 分="非常適用"；分數越高越適用。
8. 若其中有概念或語意不清等問題，懇請您指教，讓本研究之實驗物、問卷更為適切。非常感謝您的協助！

B 專家效度問卷

(請專家針對以下項目進行評分)

第一部分：引言撰寫

經文獻探討與前導研究探討，本研究問卷在實驗樣本前，會有引言介紹臺灣目前的醫療程序以及相關法規，以利填答者對議題有基本認識。請專家針對此部分進行評分，1-10分（1分=“非常不適用”10分=“非常適用”），分數越高越適用。

A 卷 頁數	內文摘要	評分（請圈選）	專家意見（請圈選分數後補充）
p.3	在臺灣，萬一發生重大意外.....	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
p.4-6	接著，將給您看實際簽署時的意願書.....	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
整體建議			

第二部分：訊息設計（本研究之實驗樣本，共 4 則）

經文獻探討與前導研究探討，本研究以訊息框架為操弄變項（4 level），共有四個實驗樣本，呈現格式為臉書 po 文。請專家針對此部分進行評分，1-10 分（1 分=“非常不適用”10 分=“非常適用”），分數越高越適用。

A 卷 頁數	設計指標	評分（請圈選）	專家意見（請圈選分數後補充）
p.8	A 正面訊息框架 ：強調個人遵循建議行為即可獲得的利益、正面結果。	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
p.9	B 負面訊息框架 ：強調個人若不遵循建議行為，所可能導致的損失、負面後果。	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
p.10	C 正面與負面混合 ：同時強調個人遵循建議行為即可獲得的利益、正面結果，及個人若不遵循建議行為，所可能導致的損失、負面後果。	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
p.11	D 兩者皆無 ：不強調採取或不採取行為的後果，著重在介紹行為本身。	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<u>整體建議</u>

第三部分：問卷（共 50 題）

此部分包含態度測量、意願測量，及基本資料
A卷第 12-16 頁。請專家針對此部分進行評分，1-10 分（1 分=“非常不適用”10 分=“非常適用”），分數越高越適用。

(一) 對訊息之態度		評分（請圈選）									專家意見（請圈選分數(後補充)	
題號	題項	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	我覺得這則 po 文是有趣的。											
2	我覺得這則 po 文是有感染力的。											
3	我覺得這則 po 文是讓人印象深刻的。											
4	我覺得這則 po 文是吸引人的。											
5	我覺得這則 po 文是讓人目不轉睛的。											
6	我覺得這則 po 文是可信的。											
7	我覺得這則 po 文是提供有用資訊的。											
8	我覺得這則 po 文是簡單易懂的。											
9	我覺得這則 po 文是誇大的。											
10	我覺得這則 po 文是誤導的。											
11	我覺得這則 po 文是操弄的。											
12	我覺得這則 po 文是有說服力的。											

題項來源說明

第 1-8 題：針對訊息之態度測量參考 Petroshius 和 Crocker (1989) 的廣告態度量表，包含情感與認知面向，共計 8 個題項。

第 9-12 題：針對訊息之態度測量參考 Thompson、Robbins、Payne 與 Castillo (2011) 的訊息減損 (message derogation) 量表，以了解談論末期醫療決策之訊息是否會使受眾產生逃避、防禦等反應，共計 4 個題項，包含 1 個反向題。

整體建議

(二) 對生命末期醫療決策的態度		評分 (請圈選)										專家意見 (請圈選分數後補充)
題號	題項	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
13	看完剛剛的臉書 po 文後，我認為思考生死問題是重要的。	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
14	看完剛剛的臉書 po 文後，我認為思考個人在生命末期的醫療選擇是重要的。	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
15	看完剛剛的臉書 po 文後，我認為簽署意願書是刻不容緩的。	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
16	看完剛剛的臉書 po 文後，我認為意願書的制度設計是正面的。	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
17	看完剛剛的臉書 po 文後，我認為意願書的制度設計是有益的。	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
18	看完剛剛的臉書 po 文後，我認為意願書的制度設計是符合個人理念的。	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
19	看完剛剛的臉書 po 文後，我認為意願書跟我（或親朋好友）是切身相關的。	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
20	看完剛剛的臉書 po 文後，我認為個人有權益決定自己想要的醫療選擇。	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

題項來源說明

第13-19題：態度亦包含對行為標的面向，本研究參考Petroshius & Crocker (1989)之測量方式，依據訊息內容新增7個題項。

第20題：參考Onwuteaka-Philipsen、van der Heide、Koper、Keij-Deerenberg、Rietjens、Rurup與van der Maas等人(2003)的問項，以測量個人對於末期醫療決策之態度。

整體建議



(三) 對生命末期醫療決策的整體態度		評分 (請圈選)									專家意見 (請圈選分數後補充)	
題號	題項	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
21	看完剛剛的臉書 po 文後，整體而言，我認為意願書是好的制度設計。											
22	看完剛剛的臉書 po 文後，整體而言，我喜歡意願書的制度設計。											
題項來源說明 第 21-22 題：參考 Kenneth (2003) 一般態度量表之測量方式，依本研究欲測量標的修改。 整體建議												

(四) 對生命末期醫療決策的意願		評分 (請圈選)										專家意見 (請圈選分數後補充)
題號	題項											
23	看完剛剛的臉書 po 文後，我打算在這個月內去簽署意願書。	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
24	看完剛剛的臉書 po 文後，我會去簽署意願書。	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
25	在未來三個月內，我會去搜尋意願書的相關資訊。	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
26	在未來三個月內，我會與親朋好友討論意願書。	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
27	在未來三個月內，我會開始思考自己是否要簽署意願書。	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
28	在未來三個月內，我會建議親朋好友思考是否要簽署意願書。	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
29	在未來三個月內，我有興趣去學習更多意願書、生命末期醫療決策的相關資訊，以了解自身在末期醫療決策上的權益。	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

題項來源說明

第 23-24 題：針對行為意圖量表參考 Ruiter、Verplanken、Kok 與 Wiersj（2003）之意圖量表，共計 2 個題項。

第 25-29 題：針對末期醫療決策的行為，本研究參考 Thompson、Robbins、Payne 與 Castillo（2011）之意圖量表，依照本研究標的進行擷取與改編，除了簽署行為外，亦強調思考議題、學習、推廣之行為。
整體建議

(五) 基本資料		評分 (請圈選)							專家意見 (請圈選分數後補充)		
題號	簡述	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
30	性別										
31	教育程度	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
32	婚姻狀態	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
33	信仰	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
34	虔誠程度	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
35	年收入	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
36	是否曾聽過意願書	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
37	如何得知意願書	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
38	相關經驗	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
39	自評健康狀況	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
40	急診使用次數	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
41	住院次數	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
42	慢性疾病與否	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
43	醫療保險與規劃	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
44	是否曾看過臨終場景	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
45	是否有照顧陪伴病人之經驗	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

46	是否曾討論過相關議題	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
47	是否當過見證人	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
48	是否會考慮簽署意願書	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
49	會考慮的原因	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
50	不會考慮的原因	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

題項來源說明

參考相關研究及考量研究探討要素設計。其中：

第 36-43 題：相關經驗與健康狀況之題項，使用 Straw 與 Cummins (2003) 之末期醫療調查 (AARP North Carolina End-of Life Care Survey) 之問項。

第 44 題：個人經驗之題項，使用 Gamlie (2013) 之測量方式。

整體建議

問卷整體適用性評分 (1-10 分，1 分="非常不適用"10 分="非常適用")：_____分

整體意見：

本專家效度問卷到此結束，非常感謝您的協助！

參考文獻

- Gamlief, E. (2013). To end life or not to prolong life: The effect of message framing on attitudes toward euthanasia. *Journal of health psychology*, 18(5), 693-703.
- Kenneth, C. C. Yang. (2003). Internet users' attitudes toward and beliefs about internet advertising: an exploratory research from Taiwan. *Journal of International Consumer Marketing*, 15(4), 43-65.
- Onwuteaka-Philipsen, B. D., van der Heide, A., Koper, D., Keij-Deerenberg, I., Rietjens, J. A., Rurup, M. L., ... & van der Maas, P. J. (2003). Euthanasia and other end-of-life decisions in the Netherlands in 1990, 1995, and 2001. *The Lancet*, 362(9381), 395-399.
- Petroshius, S. M., & Crocker, K. E. (1989). An empirical analysis of spokesperson characteristics on advertisement and product evaluations. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 17(3), 217-225.
- Ruiter, R. A., Verplanken, B., Kok, G., & Werrij, M. Q. (2003). The role of coping appraisal in reactions to fear appeals: Do we need threat information? *Journal of Health Psychology*, 8(4), 465-474.
- Straw G, Cummins MA, eds. The Carolinas Center for Hospice and End of Life Care. AARP North Carolina End of Life Care Survey [on-line] July 2003. Available at http://assets.aarp.org/rgcenter/health/nc_eol.pdf Accessed July 20, 2016.
- Thompson, S. C., Robbins, T., Payne, R., & Castillo, C. (2011). Message Derogation and Self-Distancing Denial: Situational and Dispositional Influences on the Use of Denial to Protect Against a Threatening Message1. *Journal of Applied Social Psychology*, 41(12), 2816-2836.





附錄五：正式問卷與實驗流程網頁

第一頁 說明頁及篩選題

研究問卷

您好：

本問卷主題為生命末期醫療決策探討，針對**20-49歲**，且**未曾簽署過「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」**的民眾進行調查，預計招募400人。以下將請您閱讀相關資訊後作答，約會占用您7-10分鐘。

本問卷欲了解您看完相關訊息後，對於生命末期醫療決策的想法。本問卷中的問題，沒有對錯或好壞的分別，請您在閱讀題項後，依照個人主觀感受填答。**本問卷資料僅供學術研究之用，絕對保護個人資料。**若您對本議題希望有更進一步的了解，將於問卷末提供相關資訊；若對研究有相關意見、想法，可於問卷末填寫，或直接連絡研究生 (r02630002@ntu.edu.tw)。

本研究計畫由國立臺灣大學行為與科學研究倫理委員會審查通過，委員會係依規範運作，並通過中央目的事業主管機構查核認證之審查組織。凡研究參與者於研究過程中自認權利受到影響、傷害，可直接與國立臺灣大學研究倫理中心聯絡，電話為02-33669956、02-33669980。**您可以自由決定是否要繼續填答本問卷，過程中亦可隨時退出研究。**退出研究不會引起任何不愉快，或影響日後研究者對您的評價，更不會損及您任何權利。若有與研究相關的最新資訊，會立即告知您。

本問卷**希望在填答的過程中，能讓您對自身權益有所了解**；並期望本研究結果，對於政府有關單位在實踐病人自主權上，有所助益。本問卷調查結束後，將在完整填答整份問卷的參與者中，以電腦亂數抽出20位，致贈100元誠品禮券；欲參加抽獎請於問卷最後留下您的電子郵件信箱。

非常感謝您抽空填寫本份問卷，敬祝平安、順心！

國立臺灣大學 生物產業傳播暨發展學系

研究生：林以容 謹啟

指導老師：周穆謙 老師

若有任何疑問，請聯絡：r02630002@ntu.edu.tw ; (02)33664411

請問您的年齡為？

- 20-24歲
- 25-29歲
- 30-34歲
- 35-39歲
- 40-44歲
- 45-49歲

請問您是否曾簽署過「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」（正式法規文件）？

- 是（結束，不計入問卷結果，不會參加抽獎）
- 否（繼續填答）

下一页

7%

在正式進入研究前，將請您先閱讀2頁簡單介紹，讓您了解臺灣目前的醫療程序，以及相關法規。此外，本研究僅能單向進行；當您點選「下一页」後，將無法再回頭瀏覽；請您務必確認已看完每頁的內容，在前往下一页。

[下一页](#)

15%

在臺灣，因為罹患重大傷病，如癌症末期，因病器官衰竭，使您的呼吸和心跳薄弱，而昏迷不醒地被119送到醫院急診時，須接受高級救命術（Advanced Cardiac Life Support，簡稱ACLS），包括：先插上呼吸管，接著送進加護病房，開始強心劑、呼吸器、洗腎、輸血、靜脈營養、鼻胃管、導尿管等醫療措施，並有CPR壓胸與電擊。此為現行法規所訂定之醫師急救義務。

請試想一下：有一個人在急救後恢復了生命跡象，插上人工呼吸器及各種管路送進了加護病房，他心臟衰竭，於是外接葉克膜（體外心肺循環機）；肺臟不能自行呼吸，因此外接呼吸器；加上腎臟衰竭，所以需要洗腎；而肝臟也壞了，需要等待他人捐贈活肝。可是，他的生命徵象都很穩定，呼吸正常、血氧正常，什麼都正常，但是可能全部都是靠醫療儀器維持。那麼，這個人是活著，還是死了呢？

台灣的臨終病人，要在醫院平靜的善終不太容易。急救雖是標準程序，但並非每個臨終病人都必須接受；急性疾病的急救，通常有機會成功將生命搶救回來；但不可治癒的末期病人，由於多重器官衰竭，已無法恢復，此時再多的急救都成了延長死亡的痛苦。

當由兩位專科醫師判斷病人已是生命末期，急救已無法治癒病人，狀況不會改善且無法避免死亡，而只能延長病人的瀕死時間時，若病人事先簽署過「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書（以下簡稱意願書）」，或家屬明確表示拒絕急救（Do-Not-Resuscitate; DNR），醫療團隊就會尊重您（或家屬）的決定，而不會強制執行急救。

（改寫自《生死謎藏：善終，和大家想的不一樣》，黃勝堅著）

上述為目前台灣的醫療程序。若病人未事先簽署意願書，且家屬未明確表示拒絕急救，則醫療團隊有執行急救之義務，病人須接受急救措施。

[下一页](#)

23%



接著，下方為「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」。

·此為具法律效力的生命末期醫療決策文件。

·滿20歲即可簽署，裡面共有4項意願表達，皆只適用於您被診斷為末期病人（罹患嚴重傷病，且經2位專科醫師診斷為不可治癒，並有醫學上的證據，近期內病程進行至死亡已不可避免者），並不會影響到您當前接受醫療的權益。

·若您在簽署後想要修改，可以隨時填寫「撤回預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願聲明書」，寄回更正即可。

此頁說明僅是讓您了解實際的法規文件，並不會強迫您簽署或進行特定的選擇，無論您的選擇為何，都是對自己生命的負責；並無好壞之分。

法規文件正面

「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」

本人_____ (正楷簽名)若罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已屬不可避免時，特依安寧緩和醫療條例第四條、第五條及第七條第一項第二款所賦予之權利，作以下之抉擇：(請勾選)

- 接受 安寧緩和醫療(定義說明請詳背面)
- 接受 不施行心肺復甦術(定義說明請詳背面)
- 接受 不施行維生醫療(定義說明請詳背面)
- 同意 將上述意願加註於本人之全民健保憑證(健保 IC 卡)內

◎簽署人：(正楷簽名)_____ 國民身分證統一編號：_____

住(居)所：_____ 電話：_____

出生年月日：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

是 否 年滿二十歲 (簽署人為成年人或未年滿二十歲之末期病人，得依安寧緩和醫療條例第四條第一項、第五條第一項及第七條第一項第二款之規定，立意願書選擇安寧緩和醫療或作維生醫療。)

◎在場見證人(一)：(正楷簽名)_____ 國民身分證統一編號：_____

住(居)所：_____ 電話：_____

出生年月日：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

◎在場見證人(二)：(正楷簽名)_____ 國民身分證統一編號：_____

住(居)所：_____ 電話：_____

出生年月日：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

◎簽署日期：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日(必填)

◎法定代理人：(簽署人為未成年末期病人(或監護宣告之人)時方由法定代理人在此欄位填寫)

簽名：_____ 國民身分證統一編號：_____

住(居)所：_____ 電話：_____

出生年月日：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

◎醫療委任代理人：(簽署人為醫療委任代理人方須填寫並為檢附醫療委任代理人委任書)

簽名：_____ 國民身分證統一編號：_____

住(居)所：_____ 電話：_____

出生年月日：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

備註：1. 簽署人可依背面簡易問答第四題說明自行查詢健保 IC 卡註記申辦進度。

2. 需要回覆通知者請打勾： 註記手續辦理成功時，請以手機簡訊或郵寄回覆通知簽署人(無勾選者視同無須回覆)。若無收到回覆，請撥打 02-23582186 衛生福利部意願書處理小組查詢。

3. 「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」填妥後請將正本寄回：意願書原索取單位或台灣安寧照顧協會(251 新北市淡水區民生路 45 號)收，副本請自行保管。

【正本】依衛生福利部中華民國 102 年 05 月 15 日公告之參考範例編印。

1050314 版

「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」健保 IC 卡註記申辦注意事項

◎簡易問答：

一、問：為什麼要將「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」(以下簡稱意願書)加註在健保 IC 卡？

答：為尊重末期病人之醫療意願及保障其權益，政府公布施行之『安寧緩和醫療條例』條文明訂：

1. 末期病人得立意願書選擇安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇。

2. 二十歲以上具完全行為能力之人，得預立意願書。

但對於已經簽署「意願書」之民眾，所簽立之「意願書」若未隨身攜帶，在末期病危，卻無法主動出示時，一般醫療院所，就醫護人員的職責，仍應全力救治，導致常發生不符合病人意願與利益之急救等遺憾事件。因此，在健保 IC 卡上註記安寧緩和醫療意願，以提醒醫護人員尊重病患不施行心肺復甦術或之意願，確實有其重要性。

二、問：民眾該如何將「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願」加註於健保 IC 卡？

答：將已填妥之「意願書」正本逕回意願書原索取之醫療單位或寄至受理委託之『台灣安寧照顧協會』(地址：25160 新北市淡水區民生路 45 號，電話：02-28081585，網址：www.tho.org.tw) 即可申請辦理健保 IC 卡加註事宜。

三、問：當「意願書」簽署已加註在健保 IC 卡，是否無法撤除及取消註記？

答：當簽署人意願改變欲撤除時，可填妥「撤回預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願聲明書」(簡稱聲明書)，經簽署人本人親筆簽名後，將該聲明書逕回原索取之醫療單位或受理委託執行之『台灣安寧照顧協會』，原索取單位或台灣安寧照顧協會會依程序協助簽署人辦理健保 IC 卡撤除註記手續。

四、問：如何查詢「意願書」在健保 IC 卡註記辦理進度？

答：一、網路查詢：

民眾可先備妥 1. 一般讀卡機(非健保專用讀卡機)2. 自然人憑證或健保 IC 卡。

◎方式一：以自然人憑證查詢。

進入衛生福利部網頁 <http://www.mohw.gov.tw>> 衛生醫療> 安寧療護器官捐贈> 線上服務 1. 安寧療護及器官捐贈意願簽署查詢> 將自然人憑證卡片插入讀卡機中> 輸入 PIN 卡> 【完成查詢】。

◎方式二：以健保 IC 卡查詢。

進入衛生福利部網頁 <http://www.mohw.gov.tw>> 衛生醫療> 安寧療護器官捐贈> 線上服務 1. 安寧療護及器官捐贈意願簽署查詢> 將健保 IC 卡卡片插入讀卡機中> 【完成查詢】。

二、可向意願書原逕交之醫療機構查詢；或撥董安寧免付費諮詢專線：0800-220-927 查詢。

三、可自中央健康保險署各區業務組、附設門診中心之公共服務站或與中央健康保險署有合約之醫療院所，先進行健保 IC 卡資料內容更新後，再請機構協助查詢。

◎解釋名詞：

1、末期病人：指罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已不可避免者。

2、安寧緩和醫療：指為減輕或免除末期病人之生理、心理及靈性痛苦，施予緩解性、支持性之醫療照護，以增進其生活品質。

3、維生醫療：指用以維持末期病人生命徵象，但無治癒效果，而只能延長其瀕死過程的醫療措施。

4、不施行心肺復甦術：指對臨終、瀕死或無生命徵象之病人，不施予氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸等標準急救程序或其他緊急救治行為。

5、不施行維生醫療：指末期病人不施行用以維持生命徵象及延長其瀕死過程的醫療措施。

◎補充說明：

1、依據安寧緩和醫療條例第四條之規定，末期病人簽署意願書，應有具完全行為能力者二人以上在場見證，但實施安寧緩和醫療及執行意願人維生醫療抉擇之醫療機構所屬人員不得為見證人。

2、依據安寧緩和醫療條例第七條第一項第二款之規定，未成年人之末期病人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。未成年人之末期病人無法表達意願時，則應由法定代理人簽署意願書。

3、依據安寧緩和醫療條例第五條之規定，意願人得預立醫療委任代理人，並以書面載明委任意旨，於其無法表達意願時，由代理人代為簽署。

4、醫療法第 60 條：醫院、診所遇有危急病人，應先予適當之急救，並即依其人員及設備能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延。前項危急病人如係低收入、中低收入或路倒病人，其醫療費用非本人或其扶養義務人所能負擔者，應由直轄市、縣（市）政府社會行政主管機關依法補助之。

1050314 版

在您對臺灣目前的醫療程序，以及相關法規有基本認識後，以下將請您先閱讀一則完整的臉書PO文。閱讀完後，即開始填寫問卷。

請注意，本問卷為單向進行；請務必仔細閱讀下方的臉書po文，確認閱讀完畢後再點選「下一页」。

衛生福利部 剛剛 · 🌟

你知道在生命末期時，可以選擇想要的醫療方式嗎？
簽署意願書，您可以做自己生命的主人。

無論您幾歲、健康與否，都應該開始思考：當疾病不可治癒，我要選擇安寧緩和醫療嗎？我要接受插管或靠機器來維持呼吸和心跳嗎？我想要怎麼樣的臨終？

意願書讓您可以決定自己的末期醫療決策；在您選擇接受或拒絕特定醫療後，建議與家人分享、討論，讓家人理解並尊重您的想法。

開始思考自己的末期醫療決策，決定自己生命的終點。
#你的生命你作主

如何簽署意願書

Step1: 索取 可至各大醫院志工服務台、社會服務室索取「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」，或至台灣安寧照顧協會 http://www.tho.org.tw/xms/ (02-2808-1585)下載。	Step2: 填寫 本人親自填寫，並須2位滿20歲之見證人親筆簽名，附身分證字號。	Step3: 繳回/郵寄正本 填寫完成後，將正本交回醫院；或寄至「25160 新北市淡水區民生路45號 台灣安寧照顧協會 收」，工作天約3週。	Step4: 查詢註記 可用健保卡或自然人憑證，至衛生福利部網頁，或至醫院的批註掛號櫃查詢。若仍有問題，請與台灣安寧照顧協會洽詢(電話: 02-28081585; 傳真: 02-28081623)。
--	---	---	---

讚 留言 分享

第六頁 行為意圖量表



看完剛剛的臉書po文後，請依自身感受，勾選最符合的選項：

	非常 不同意 1	2	3	4	5	非常 同意 6
我打算在這個月內去簽署意願書。	<input type="radio"/>					
我會去簽署意願書。	<input type="radio"/>					

下一页

46%

第七頁 訊息態度量表

看完剛剛的臉書po文後，您覺得.....（請依自身感受勾選最符合的選項）：

	非常 不同意 1	2	3	4	5	非常 同意 6
我覺得這則po文是讓我想要閱讀的。	<input type="radio"/>					
我覺得這則po文是有感染力的。	<input type="radio"/>					
我覺得這則po文是讓人印象深刻的。	<input type="radio"/>					
我覺得這則po文是吸引人的。	<input type="radio"/>					
我覺得這則po文是可信的。	<input type="radio"/>					
我覺得這則po文是提供有用資訊的。	<input type="radio"/>					
我覺得這則po文是簡單易懂的。	<input type="radio"/>					
我覺得這則po文是誇大的。	<input type="radio"/>					
我覺得這則po文是會造成誤導的。	<input type="radio"/>					
我覺得這則po文不是刻意操弄的。	<input type="radio"/>					
我覺得這則po文是有說服力的。	<input type="radio"/>					

下一页

53%



看完剛剛的臉書po文後，您認為……（請依自身感受勾選最符合的選項）：

	非常 不同意 1	2	3	4	5	非常 同意 6
我認為思考生死問題是重要的。	<input type="radio"/>					
我認為思考個人在生命末期的醫療選擇是重要的。	<input type="radio"/>					
我認為簽署意願書是立即要做的事情。	<input type="radio"/>					
我認為意願書的制度是正面的。	<input type="radio"/>					
我認為意願書的制度是有益的。	<input type="radio"/>					
我認為意願書的制度是符合我個人理念的。	<input type="radio"/>					
我認為簽署意願書跟我自己（或親朋好友）是切身相關的。	<input type="radio"/>					
我認為個人有權益決定自己想要的醫療選擇。	<input type="radio"/>					

下一页

61%

在未來3個月內，您有多大的可能會從事下列事項？（請依自身感受勾選最符合的選項）

	非常 不可能 1	2	3	4	5	非常 可能 6
在未來3個月內，我會去搜尋意願書的相關資訊。	<input type="radio"/>					
在未來3個月內，我會與親朋好友討論意願書。	<input type="radio"/>					
在未來3個月內，我會開始思考自己是否要簽署意願書。	<input type="radio"/>					
在未來3個月內，我會建議親朋好友思考是否要簽署意願書。	<input type="radio"/>					
在未來3個月內，我有興趣去學習更多意願書、生命末期醫療決策的相關資訊，以了解自身在末期醫療決策上的權益。	<input type="radio"/>					

下一页

69%



看完剛剛的臉書po文後，整體而言，您認為.....（請依自身感受勾選最符合的選項）

	非常 不同意 1	2	3	4	5	非常 同意 6
整體而言，我認為意願書是好的制度建立。	<input type="radio"/>					
整體而言，我喜歡意願書的制度。	<input type="radio"/>					

下一页

76%

接下來，是本問卷的最後一部份「基本資料」，非常感謝您的耐心填寫！

請問您的性別為？

- 男
- 女

請問您的教育程度為？

- 國中（含以下）
- 高中
- 大專院校
- 研究所（含以上）

請問您的婚姻狀態為？

- 未婚
- 同居
- 已婚
- 喪偶
- 分居
- 異居
- 其他（請填寫）

請問您的宗教信仰是？

- 無
- 道教
- 佛教
- 基督教
- 天主教
- 一貫道
- 回教
- 民間信仰
- 其他（請填寫）

請問您的年收入為？

- 30萬（含）以下
- 31-50萬元
- 51-80萬元
- 81-100萬元
- 101-150萬元
- 151-200萬元
- 201萬元以上

請問您的職業為？

- 商業
- 資訊業
- 製造業
- 軍公教
- 服務業
- 金融保險業
- 社會服務業
- 醫療保健業
- 農林牧礦業
- 學生
- 家管
- 自由業
- 退休人員
- 待業中
- 其他（請填寫）

下一页

84%



請問您在填寫這份問卷之前，曾經聽過意願書嗎？

- 曾聽過此份意願書，了解基本概念。
- 曾聽過此份意願書，但不太清楚。
- 沒聽過此份意願書。

請問您如何得知意願書之相關概念？（可複選）

- 我身邊曾有親朋好友簽署。
- 我曾聽過他人討論意願書的相關資訊。
- 我從事與安寧療護相關之工作或志願服務
- 我曾聽過相關推廣講座、活動
- 我透過媒體看過意願書的相關資訊（新聞、電視節目、廣播節目、雜誌、網路社群等）
- 其他（請填寫）

請問您相關經驗：

- 親友曾使用安寧療護服務。
- 親友曾簽署意願書。
- 親友曾有上述兩個經驗。
- 未曾有上述經驗（不清楚者請選此項）。

請問您認為自己的健康狀況如何？【1顆星為“非常不好”，10顆星為“非常好”】，請評分。

健康狀況	非常不好	普通	非常好							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

請問您在過去一年內，曾經至醫院急診就診的次數為何？

- 0次
- 1次
- 2次
- 3次
- 4次
- 5次
- 6次（含）以上

請問您在過去一年內，曾經至醫院住院的次數為何？

- 0次
- 1次
- 2次
- 3次
- 4次
- 5次
- 6次（含）以上

請問您曾經陪親朋好友至急診就診的次數為何？

- 0次
- 1次
- 2次
- 3次
- 4次
- 5次
- 6次（含）以上

請問您有慢性疾病嗎？【例如：高血壓、糖尿病、癌症、腦血管疾病、心臟病、慢性肝病、慢性腎病、慢性肺病、自體免疫疾病等】

- 有
- 無

請問您二等血親內親屬（父母、子女、兄弟姐妹、（外）祖父母、（外）孫子女）有慢性疾病嗎？【例如：高血壓、糖尿病、癌症、腦血管疾病、心臟病、慢性肝病、慢性腎病、慢性肺病、自體免疫疾病等。】

- 有
- 無
- 不清楚。

請問您目前有任何的私人醫療相關保險或規劃嗎？

- 有
- 無
- 不清楚

請問您是否曾經看過臨終的場景（親朋好友、服務對象等皆可）？

- 有
- 無

請問您是否有照顧、陪伴病人至離世的經驗？

- 有
- 無

請問您是否曾經與親友討論過臨終拒絕急救、接受安寧緩和醫療等議題？

- 有
- 無

請問您是否有當過他人簽署意願書時的見證人（於他人意願書之「見證人」欄內簽名）？

- 有
- 無

下一页

92%



請問您會考慮簽署意願書的原因是？(可複選)

- 避免在臨終前經歷無意義的痛苦
- 減少家人代為決定的負擔與可能的紛爭
- 能夠有尊嚴地死亡
- 能夠保有生活品質
- 能夠順其自然地死亡
- 不希望造成家裡的經濟負擔
- 不認同無效、過度的醫療
- 其他（請填寫）

請問您不會考慮簽署意願書的原因是？(可複選)

- 我還不想思考關於生命末期的議題
- 我還沒有想到這麼遠的事情
- 若不幸遇到生命危急的時刻，我接受由醫生代為決定
- 若不幸遇到生命危急的時刻，我接受由家人代為決定
- 我還很健康，暫時不會考慮
- 我還年輕，暫時不會考慮
- 我想等更了解此政策後再考慮
- 我不信任這個制度，怕簽署後可能會損害我就醫的權利。
- 其他（請填寫）

請問您未來是否會考慮簽署意願書？

- 會
- 不會
- 不確定

本問卷到此已全部完畢。如果您有話要對研究者說，請留言在此；非常感謝您的回饋！

感謝您完整填完此份問卷，欲參加抽獎（誠品佰元禮券20名）請留下您的email：

提交

100%



本問卷已全部完畢，非常感謝您的填答！（預計於11/30公布抽獎結果，屆時請留意您的信箱。）

[我也要免費創建問卷](#)