

醫護人員對病人自主權利法之認知與態度- 以中部某區域醫院為例

陳仁亮¹、王志誠²、林佩儀³、陳呈旭⁴、張美幸⁵、葉德豐⁶

澄清綜合醫院中港分院 血液腫瘤科¹、行政中心²、癌症防治中心³、臺中榮民總醫院 腎臟病科⁴、
緩和醫療病房⁵、中臺科技大學 醫療暨健康產業管理系⁶

摘要

目的

本研究以中部某區域醫院醫護人員為對象，探討其對病人自主權利法之知識與態度。

方法

本研究經醫院IRB委員會審查核准後，以電子問卷的方式回收305位醫護人員。問卷包括醫護人員基本特性、病人自主權利法知識與態度。統計分析方法包含敘述統計、t檢定與單因子變異數分析及多元迴歸分析等。

結果

研究結果顯示，醫護人員對病主法的規定並不熟悉，特別是病人擁有優先知情、選擇與決定權，病人簽署預立醫療決定的資格、啟動與執行的時機，醫療人員對於病人預立醫療決定的執行選擇權等項目，更是在病人自主權利法相關教育訓練中應該將加強的議題。醫護人員對於病人自主權利法之態度是正面的，但並未達到非常支持的程度，平均值較低的項目牽涉到醫護人員面對病人意願時是否遵行的價值衝突，另一個則是醫護人員很難單憑一位醫療委任代理人即執行病人預立醫療決定的困境。

結論

醫院或政策單位都應該思考，如何將病人自主權利法相關教育訓練擴及到更廣泛的層面，讓第一線的醫護人員可以獲得足夠的教育訓練，並建立對病人自主權利法更加積極正面的態度，如此可以使得病人獲得更多的資訊與指引，往病人自主權利法期待的善終精神邁進。（澄清醫護管理雜誌 2021；17（2）：37-46）

關鍵詞：病人自主權利法、知識、態度、醫護人員

前言

從過去的文獻中可以看出大部分的病人都希望知道自己的病情，尤其是「自己還能活多久？」，會是他們最在意的事情，因此鼓勵他們以及他們的家人去面對死亡，同時希望醫師亦能誠實告知病情，讓病人及家屬能替死亡做準備並把握當下，做預先的醫療決定。但真正的難題是常常因資訊不足、對醫療決策的不瞭解、中國傳統文化上避諱談論死亡等的因素，或是醫護人員解說不夠清楚詳細、甚至是避而不談，使得病人往往沒有機會將自己的意願事先告知家人；或雖有機會表達拒絕維生醫療處置的意願，但是家屬往往會因為自己心中的愧疚，堅持要繼續治療；醫師為免日後糾紛，還是會「救到死為止」，造成更多的遺憾，生死兩不安[1,2,3]。在楊玉欣、田秋堇等立法委員的推動下，病人自主權利法於2015年12月18日在立法院三讀通過，是亞洲第一部保障病人自主權利的專法，條文只有19條，並於立法後三年（2019年1月6日）實施[4]。

病人自主權利的三大立法目的為：一、尊重病人醫療自主，包括病人優先知情、選擇與決定權以及病人拒絕醫療與善終的權利。二、保障其善終權益，病人可以透過預立醫療照護諮商（Advance Care Planning, ACP）的程序來完成簽署預立醫療決定（Advance Decision, AD），針對不涉及生死的一般醫療，可以透過同意書之簽具或拒絕簽具來行使其醫療決定權；並可指定醫療委任代理人（Durable Power of Attorney, DPA），在病人意識昏迷或無法清楚表達意願時，依照病人AD內容，代理病人表達其醫療意願。三、促

通訊作者：葉德豐

通訊地址：臺中市北屯區廍子路666號

E-mail：tfyeh@ctust.edu.tw

受理日期：2020年7月；接受刊載：2020年11月

進醫病關係和諧，從病人端來看保障病人自主並透過ACP強化醫病溝通，增進病人及其重要關係人對醫療服務提供者之信任與相互理解；從醫療端來看在保障病人自主的同時，也尊重醫療專業之自主，醫師可依其專業判斷所提供之醫療選項為範圍，醫療機構或醫師並無強制貫徹病人AD之義務，執行病人AD之醫療機構或醫師在法律上能得到免除刑責、行政責與民事賠償之明確保障[5,6]。

根據楊秀儀（2019）指出，臺灣病人自主的發展上，與之相抗衡的還不是醫療父權，而是「家屬父權」。在臺灣的家屬父權文化中，家屬不僅是病床邊的主要照護者、醫療費用的付費者，也往往是日後醫療糾紛的發動者；因此在臺灣的臨床實務上，家屬才是事實上的醫療決定者，醫師重視家屬的意見更甚於病人本人的意見。而家屬父權文化甚至得到臺灣法律的肯認。「醫師法」、「醫療法」與「安寧緩和醫療條例」，均明文賦予病人親屬一定之醫療參與權。因此在臨床實務上常見醫師及醫療機構以病人家屬的意見為重。而病人自主權利法中是以病人為主體明訂病人的「知情權」以及「選擇與決定權」，並明訂病人家屬「不得」妨礙醫療機構或醫師依病人就醫選項決定之作為。根據病人自主權法的精神，病人才是醫病關係的主角，而病人自主權利法只是「恢復」了病人原本就該有的核心地位，但這並不意味把家屬剔除或摒棄在醫療決策之外[7]。

而《安寧緩和醫療條例》和《病人自主權利法》兩者差異的地方在於，《安寧緩和醫療條例》僅保障末期病人的醫療決定權，而《病人自主權利法》則新增四大類保障對象，包括一、不可逆轉之昏迷狀態；二、永久植物人狀態；三、極重度失智；四、其他經主管機關公告之病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形。此外，簽署現行「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」時，只須簽署人本身及二位見證人共同填寫即可，而《病人自主權利法》中所保障的「預立醫療決定」則須經過醫療機構的「預立醫療照護諮商」過程，且註記在健保憑證，方可成立[8]。除此之外，病人自主權利法還可以搭配各種程序保障機制：包括預立醫療照護諮商（ACP）、預立醫療決定（AD）與醫療委任代理人（Health Care Proxy）[9,10]。

安寧緩和醫療條例實施多年，國人簽署預立醫

療決定比率已大幅增加，但病人自主權利法才剛實施之際，台灣民眾對於預立醫療照護諮商以及病人自主權利法態度與瞭解程度的研究並不多，而臨床醫護人員的認知與態度更是民眾是否能夠接受的關鍵要素，因此本研究以中部某區域醫院醫護人員為對象，探討其對病人自主權利立法之知識與態度期望能給相關單位在擬訂政策與實施教育計畫之參考。

方法

一、研究對象

本研究以中部某區域醫院之臨床執業醫護人員為對象。本研究在問卷修正後先於另一所醫院進行預試（n=23）後，申請研究醫院人體研究倫理審查委員會審查核准（編號：HP190016），再由研究者於醫院內電子回覆系統公告，同意進行研究之受訪者回覆電子問卷內容，問卷回收後利用Microsoft Excel轉檔、核對，再進行統計分析，最後本研究回收305位問卷回覆，研究開始時估計員工數有醫師139位、護理師624位，估計回收率39.97%。

二、研究工具

本研究採自擬結構式問卷，其內容根據我國實施病人自主權利法之內容加以修訂。問卷編制後邀請七位具實務經驗之學者專家進行專家效度，針對內容加以審閱，審核語意給予修正建議並根據適當性予以評分。其問卷內容分為三大部分：

（一）護理人員基本特性

包括人口學變項（醫護職位、年齡、婚姻狀況、最高學歷、宗教信仰、宗教活動參與、是否具有主管職、臨床執業年資、自覺健康狀態）、相關經驗（本人是否曾罹患危及生命重病的經驗、是否曾照顧過符合病人自主權利法中特定臨床條件親友之經驗、是否簽署過「不施行心肺復甦術（DNR）意願書」或「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」）以及ACP相關訓練（是否曾接受安寧緩和醫療專業訓練、是否曾接受病人自主權利法專業訓練、是否具備病人自主權利法核心講師資格）。

（二）病人自主權利法知識

採用客觀知識測驗，由研究者根據病人自主權利法之基本觀念分別設計14測驗題，為避免猜測，其中「是」與「非」各半。除計算各題答對率外，並將各題答對分數加總後除以總題數再乘以100成為標準化分數。

(三) 病人自主權利法之態度

由研究者根據病人自主權利法內容之精神設計，測量受訪者對病人自主權利法之認同度。計分方式採Likert Scale五點尺度，由受訪者依照自己的意見勾選，「非常同意」5分、「同意」4分、「沒意見」3分、「不同意」2分、「非常不同意」1分，分數越高代表態度越正向。為方便解讀，本研究將得分除以該構面最高得分再乘上100成為標準化分數。

三、資料處理與分析方法

將有效問卷彙整後進行編碼，並以統計套裝軟體SPSS 25.0版將有效問卷進行資料分析，包含描述性統計分析及推論性統計分析，方法如下：

(一) 信效度分析

在效度部分，將問卷初擬後邀請七位學術界與實務界等專家進行內容效度之審閱，經專家效度評估後，病人自主權利法之知識與態度之內容效度指標 (Content Validity Index, CVI) 均為1.00。在信度

部分，本研究以Cronbach's α 係數作為本研究衡量信度的標準，病人自主權利法態度之Cronbach's α 為0.916，顯示信度良好。

(二) 描述性統計

使用次數、百分比、平均值及標準差描述醫護人員基本特性、知識及態度之分布，並以標準化分數計算知識與態度之總得分 (加總得分÷最高得分×100)。

(三) 推論性統計

以t檢定 (t-test) 與變異數分析 (ANOVA) 比較醫護人員基本特性對病人自主權利法語預立醫療照護諮商 (ACP) 知識與態度與行為之差異。以複迴歸 (Multiple Regression) 分析影響知識與態度之相關因素以及知識與態度間之關聯性。

結果

一、受訪者樣本分析 (表一)

在305位回收樣本中，29歲以下者占33.4%最

表一 受訪者基本資料分析表 (n=305)

個人特性	人次	百分比 (%)	個人特性	人次	百分比 (%)
年齡			醫護職務		
29歲以下	102	33.4	護理師	272	89.2
30至39歲	88	28.9	醫師	33	10.8
40至49歲	82	26.9	主管		
50歲以上	33	10.8	否	250	82.0
性別			是	55	18.0
女性	256	83.9	執業年資		
男性	49	16.1	2年以內	48	15.7
婚姻			2-5年	56	18.4
未婚、分居、離婚、喪偶	150	49.2	5-10年	61	20.0
已婚、同居	155	50.8	10-20年	79	25.9
學歷			20年以上	61	20.0
專科	75	24.6	本人重病經驗		
大學	208	68.2	否	275	90.2
碩士以上	22	7.2	是	30	9.8
宗教信仰			照顧親友經驗		
無	109	35.7	否	182	59.7
民間信仰	95	31.1	是	123	40.3
佛道教	78	25.6	簽署過 DNR		
基督天主教	23	7.6	否	269	88.2
宗教活動			是	36	11.8
完全不參與	39	12.8	安寧訓練		
很少參與	144	47.2	否	245	80.3
偶爾參與	90	29.5	是	60	19.7
經常參與	32	10.5	病主法訓練		
健康狀態			否	197	64.6
不好	15	4.9	是	108	35.4
普通	157	51.5	核心講師		
好	133	43.6	否	292	95.7
			是	13	4.3

多、50歲以上佔10.8%最少；83.9%為女性，有伴（含已婚、同居）、無伴（含未婚、分居、離婚、喪偶）各佔一半；學歷以大學畢業佔68.2%最多、專科24.6次之、碩士僅佔7.2%；宗教信仰中，無宗教信仰與一般民間信仰者各佔三分之一、佛道教佔四分之一、基督教與天主教僅佔7.5%；宗教活動參與度中，有超過七成是偶爾或很少參與，僅10.5%經常參與；在健康狀態中，43.6%認為自己健康良好、51.5%認為普通、僅4.9%認為自己健康不佳。

在工作特性中，89.2%為護理師、僅18.0%主管，執業臨床年資中以10-20年佔25.9%最多、5-10年與20年以上均佔20%次之、2年以內佔15.7%最少。

在相關經驗中，本人有重病經驗者佔9.8%，曾經照顧符合病人自主權利法特定臨床條件親友者佔40.3%，有11.8%簽署過「不施行心肺復甦術（DNR）意願書」或「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」，19.8%曾接受安寧專業訓練，35.4%曾接受過病人自主權利法相關訓練，僅4.3%具備病人自主權利法核心講師資格。

二、病人自主權利法知識與態度之敘述統計

根據表二所示，研究醫院受訪者之病人自主權利法總知識平均得分為56.07，得分範圍為21.43至100。由於題項設計為是非各半，本研究將題項分別依是非分析；在題項答案為是者平均得分為88.67，得分範圍為0到100；在題項答案為非者平均得分為23.47，得分範圍為0到100。從各題項的答對率來看，答案為是題項之答對率顯著高於答案為非者，其中以「病人已預立醫療決定其終止、撤除或不施行急救由二位具相關專科醫師資格之醫師確診即可生效。」（除二位專科醫師確診外，亦須經緩和醫療團隊至少二次照會確認）之答對率僅12.1%，以及「儘管醫療團隊的專業或意願與病人的預立醫療決定有所抵觸，依法仍須按病人的預立醫療決定執行。」（醫療機構或醫師依其專業或意願，無法執行病人預立醫療決定時，得不施行之）答對率僅14.4%是答對率相當低的題項，而「醫療機構或醫師得應其家屬或關係人之請求隱瞞告知病人之病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及

表二 病主法知識敘述統計

項目	答對率 / 平均值	標準差
病主法知識	56.07	10.34
病主法知識（是）	88.67	22.23
醫療委任代理人於病人意識昏迷或無法清楚表達意願時代理病人表達醫療意願。	94.1	
病人指定之醫療委任代理人應以 20 歲以上具完全行為能力之人為限，並經其書面同意。	93.1	
病人符合病人自主權利法所定的臨床條件且有預立醫療決定者，醫療機構或醫師得依其預立醫療決定終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養之全部或一部分。	91.8	
簽署預立醫療決定（AD）必須先經由醫療團隊進行預立醫療照護諮商（ACP）經醫療機構核章、公證人公證或二人以上在場見證並且註記於健保 IC 卡後才能生效。	90.2	
當註記於全民健康保險憑證之預立醫療決定與病人臨床醫療過程中書面明示之意思表示不一致時，應完成變更預立醫療決定方能執行。	86.6	
醫療機構或醫師依規定，因此所生之損害除有故意或重大過失且違反病人預立醫療決定者外不負賠償責任。	82.6	
具完全行為能力的人才能簽署預立醫療決定。	82.3	
病主法知識（非）	23.47	26.47
醫療機構或醫師得應其家屬或關係人之請求隱瞞告知病人之病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應等相關事項。	41.6	
病人之法定代理人、配偶、親屬或與病人有特別密切關係之人可以依狀況要求醫療機構或醫師改變病人就醫療選項的決定。	27.9	
在進行預立醫療照護諮商（ACP）時僅需病人本人以及醫療委任代理人必須參加。	27.2	
主要照護病人的醫療團隊成員及病人之醫療委任代理人可以擔任預立醫療決定的見證人。	24.9	
醫療委任代理人有二人以上者必須共同代理，不得單獨代理意願人。	16.1	
儘管醫療團隊的專業或意願與病人的預立醫療決定有所抵觸，依法仍須按病人的預立醫療決定執行。	14.4	
病人已預立醫療決定其終止、撤除或不施行急救由二位具相關專科醫師資格之醫師確診即可生效。	12.1	

可能之不良反應等相關事項。」(應先告知病人本人,病人未明示反對時,亦得告知其關係人)答對率41.6%是答案為非題項中答對率相對較高者。在答案為是的題項中,「當註記於全民健康保險憑證之預立醫療決定與病人臨床醫療過程中書面明示之意思表示不一致時,應完成變更預立醫療決定方能執行。」、「醫療機構或醫師依規定,因此所生之損害除有故意或重大過失且違反病人預立醫療決定者外不負賠償責任。」、「具完全行為能力的人才可簽署預立醫療決定。」之答對率未達90%。

根據表三所示,受訪者對病人自主權利法整體態度之標準化平均值為75.61,得分範圍為51.43至100,各題項之得分介於3.27至3.97。其中「病人指定之醫療委任代理人應年滿二十歲以上並具完全行為能力,而且必須以書面委任。」(3.97)、「醫療委任代理人於病人意識昏迷或無法清楚表達意願時代理病人表達醫療意願,其權限包括聽醫療團隊的病情告知、簽具同意書以及依病人AD內容表達病人的醫療意願。」(3.95)、「即使簽署AD仍然

可以隨時以書面撤回或變更。」(3.94)是平均分最高的項目;而「如果病人最新的醫療決定是選擇不接受維持生命治療或人工營養及流體餵養,醫師仍應按照原來的AD執行直到IC卡註記變更程序完成。」、「醫療委任代理人有二人以上者均可單獨代理病人執行預立醫療決定,不須全部到齊。」與「醫療團隊根據其專業或意願,有權可以不執行病人的AD。」等三項平均未達3.5,而且標準差也較其他項目高。

三、病人自主權利法知識與態度之相關因素

根據表四所示,年齡越高、臨床執業年資越長、碩士以上學歷、一般民間信仰者以及具有主管身分之醫護人員,其病人自主權利法總知識得分顯著較高;在題項答案為是方面僅自覺健康狀態不好之醫護人員平均得分顯著較低,其他均無顯著差異;而男性、碩士以上學歷與醫師,其在答案為非之題項平均得分顯著較高。在態度方面,自覺健康狀態好、有照顧符合病人自主權利法特定臨床條件親友經驗以及具備病人自主權利

表三 病主法態度敘述統計

題項	平均值	標準差
病主法態度	52.92	7.59
(標準化)	75.61	10.84
病人指定之醫療委任代理人應年滿二十歲以上並具完全行為能力,而且必須以書面委任。	3.97	0.68
醫療委任代理人於病人意識昏迷或無法清楚表達意願時代理病人表達醫療意願,其權限包括聽醫療團隊的病情告知、簽具同意書以及依病人 AD 內容表達病人的醫療意願。	3.95	0.65
即使簽署 AD 仍然可以隨時以書面撤回或變更。	3.94	0.73
病人如果符合臨床條件,且有預立醫療決定者醫療團隊,可依病人的預立醫療決定終止、撤除或不施行。	3.94	0.70
AD 應定期進行討論,可以讓病人檢視各種醫療處置的進展與病人的意願是否有所改變。	3.92	0.68
在進行 ACP 時,病人本人、至少一位二親等內親屬以及醫療委任代理人均必須參加。	3.91	0.67
簽署 AD 必須先經由醫療團隊進行 ACP,經醫療機構核章、公證人公證或二人以上在場見證,並且註記於健保 IC 卡後才能生效。	3.91	0.73
如果病人最新的醫療決定是選擇接受維持生命治療或人工營養及流體餵養,醫師應即刻按照病人書面明示意願執行。	3.85	0.74
病人本人對於病情、醫療選項及各選項之可能成效與風險預後有知情之權利,對於醫師提供之醫療選項有選擇權與決定權,其他人不得妨礙。	3.80	0.73
病人自主權利法僅容許病人行使其拒絕醫療權只能算是自然死亡並不是安樂死。	3.79	0.72
醫療團隊應將病人之病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應等相關事項告知本人。病人沒有反對才能告知家屬或其他相關人士。	3.75	0.79
如果病人最新的醫療決定是選擇不接受維持生命治療或人工營養及流體餵養,醫師仍應按照原來的 AD 執行直到 IC 卡註記變更程序完成。	3.48	0.99
醫療委任代理人有二人以上者均可單獨代理病人執行預立醫療決定,不須全部到齊。	3.46	0.94
醫療團隊根據其專業或意願,有權可以不執行病人的 AD。	3.27	1.08

表四 醫護人員個人特性對病人自主權利法知識與態度之關聯性

個人特性	病主法知識	病主法知識 (是)	病主法知識 (非)	病主法態度
年齡^A	3.745*	0.885	0.867	1.050
29歲以下 ¹	54.06	86.97	21.15	75.70
30至39歲 ²	56.33	90.26	22.40	77.09
40至49歲 ³	56.36	87.28	25.44	74.29
50歲以上 ⁴	60.82	93.07	28.57	74.63
Post Hoc	4>1,2,3			
性別[†]	1.445	-1.598	2.401*	0.918
男性	58.02	83.09	32.94	76.91
女性	55.69	89.73	21.65	75.36
婚姻[†]	1.297	0.808	0.333	-0.457
已婚、同居	56.82	89.68	23.96	75.33
未婚、分居、離婚、喪偶	55.29	87.62	22.95	75.90
學歷^A	3.722*	0.310	3.891*	1.465
專科 ¹	56.19	88.95	23.43	73.75
大學 ²	55.43	88.94	21.91	76.24
碩士以上 ³	61.69	85.06	38.31	75.97
Post Hoc	3>1,2		3>1,2	
宗教信仰^A	3.023*	1.529	0.230	0.382
無 ¹	55.18	88.34	22.02	74.84
民間信仰 ²	58.65	92.33	24.96	76.47
佛道教 ³	54.40	85.53	23.26	75.59
基督天主教 ⁴	55.28	85.71	24.84	75.78
Post Hoc	2>1,3			
宗教活動^A	1.020	1.108	1.096	1.314
完全不參與	56.23	91.58	20.88	78.75
很少參與	55.85	90.08	21.63	75.18
偶爾參與	57.22	86.83	27.62	74.87
經常參與	53.57	83.93	23.21	75.76
醫護職務[†]	1.786	-1.045	2.280*	0.448
醫師	59.09	84.85	33.33	76.41
護理師	55.70	89.13	22.27	75.51
主管[†]	2.310*	3.471	-0.028	1.457
是	58.96	94.55	23.38	76.96
否	55.43	87.37	23.49	75.31
執業年資^A	2.987*	0.977	0.876	0.404
2年以內 ¹	52.68	83.33	22.02	75.71
2到5年 ²	54.59	90.05	19.13	75.82
5到10年 ³	55.62	89.23	22.01	75.97
10到20年 ⁴	57.59	88.43	26.76	76.29
20年以上 ⁵	58.55	91.33	25.76	74.07
Post Hoc	4,5>1			
健康狀態^A	0.067	3.346*	1.763	3.398*
不好 ¹	55.24	75.24	35.24	70.57
普通 ²	56.01	88.26	23.75	74.80
好 ³	56.23	90.66	21.80	77.12
Post Hoc		2,3>1		3>1
本人重病經驗[†]	-1.394	-0.642	-0.547	1.709
是	53.57	86.19	20.95	78.81
否	56.34	88.94	23.74	75.26
照顧親友經驗[†]	1.336	0.044	1.005	2.644**
是	57.03	88.73	25.32	77.58
否	55.42	88.62	22.21	74.27

表四 醫護人員個人特性對病人自主權利法知識與態度之關聯性 (續)

個人特性	病主法知識	病主法知識 (是)	病主法知識 (非)	病主法態度
安寧訓練 [†]	0.701	0.426	0.190	1.736
是	56.90	89.76	24.05	78.10
否	55.86	88.40	23.32	75.00
病主法訓練 [†]	2.159*	1.430	0.749	1.632
是	57.94	90.87	25.00	76.97
否	55.04	87.45	22.63	74.86
核心講師 [†]	0.737	-0.489	0.944	2.833**
是	59.34	85.71	32.97	83.85
否	55.92	88.80	23.04	75.24
簽署過 DNR [†]	-0.805	-0.619	-0.108	1.281
是	54.76	86.51	23.02	77.78
否	56.24	88.95	23.53	75.32

† : t test ; ^ : ANOVA ; * : p<0.05 ; ** : p<0.01 ; 細項上標數字代表事後檢定之組別

表五 病人自主權利法知識與態度之複迴歸分析

預測變項	模型 1		模型 2	
	b	SE	b	SE
(常數)	74.930	4.055	71.421	4.420
病主法總知識	0.066	0.062		
病主法 (是)			0.076*	0.038
病主法 (非)			0.019	0.032
R ²	0.130		0.142	
Adj. R ²	0.059		0.068	
ΔR ²	0.004		0.015	

* : p<0.05 ; ** : p<0.01

法核心講師資格者，對病人自主權利法之態度顯著較為正向。

四、病人自主權利法知識與態度之關聯性

根據表五所示，在控制醫護人員的個人特性後，病人自主權利法總知識對態度並無顯著關聯，而將題項答案分區為「是」、「非」來看，僅題項答案為「是」之得分與病人自主權利法態度有正向關聯；但觀察其解釋變異量之增加量可以發現均未達顯著水準，顯示病人自主權利法之知識對其態度並無顯著之影響。

討論

病人自主權利法的理念有二：一為確保病人於醫病關係中保有自主空間，一為保障「每一個人」都能自主決定如何死亡及何時死亡的善終權利，讓生命有尊嚴的步入終點。而「知情」並自行「選

擇」醫療方案與拒絕醫療的權利除了在不傷害與行善原則下，讓病人選擇符合自己主觀利益的醫療處置外，更重要的是對於飽受病痛折磨、醫療上已無能為力的病人，應優先考量拒絕醫療的自主決定權[11]。而醫護人員是否具備足夠的知識與正向的態度，是能否協助病人實現病人自主權利法的理念的關鍵要素。根據表二所示，醫護人員對病人自主權利法之總知識平均得分為56.07，其中僅有2位全部答對；題項答案為「是」者平均得分為88.67，有195位全對、有11位全錯；但題項答案為「非」者平均得分卻驟降為23.47，全對者僅14位，更有112位受訪者全錯。這個結果顯示醫護人員對於病人自主權利法之知識並不充足，因為無法分辨題目中是非，最後多為猜測所致。這個結果與方俊凱、畢世萱、張詩吟等(2018)醫療人員對總條文理解的人數比

例（57.6%）較低相符[12]。顯示即使經過三年的準備，身處醫療第一線的醫護人員對於病人自主權利法的認識仍然有待加強。而從單題的答對率來看，病人擁有優先知情、選擇與決定權，病人簽署預立醫療決定的資格、病人預立醫療決定啟動與執行的時機、醫療人員對於病人預立醫療決定的執行選擇權與法律豁免權等項目，更是在病人自主權利法相關教育訓練中應該將強的議題。

根據表三所示，醫護人員對於病人自主權利法之態度是正面的，但並未達到非常支持的程度，這點從沒有一個題項均得分能夠超過4可以看出。醫護人員對於醫療委任代理人之資格以及所扮演角色的認同度較高，這表示醫護人員希望法律對於代理決定病人生死決策的醫療委任代理人能有嚴謹的規定，使得醫護人員能夠依法執行病人的預立醫療決定，避免因其他家屬有異見造成醫療人員無所適從。而「即使簽署AD仍然可以隨時以書面撤回或變更」則是與Rietjens、Sudore、Connolly等（2017）針對各國專家進行德菲法研究，認為需定期回顧病人的價值觀與對醫療決定的偏好及意願之精神相符[13]，多數醫護人員同意AD是可以設回或修改的。然而，有16.7%的醫護人員不贊成「如果病人最新的醫療決定是選擇不接受維持生命治療或人工營養及流體餵養，醫師仍應按照原來的AD執行直到IC卡註記變更程序完成。」，這個項目是規定於病人自主權利法施行細則中，其用意為若病人最新的醫療決定是不接受延長生命的相關治療，基於生命的結束是重大的抉擇，法律仍須審慎保護病人的生命，因此必須完成所有病人自主權利法中有關AD的變更程序；而不贊成之醫護人員可能認為病人會改變醫療決定應該是不想再面對當前疾病的痛苦，如果需等待所有法定程序的完備，病人的痛苦必須持續，自然也不符合病人自主權利法中有關給予病人善終的精神；更重要的是，通常病人在面對疾病痛苦時，是否依然符合能夠簽署預立醫療決定的條件是必須考慮的，若不符合法律上的條件，醫護人員只能按照原先簽署的AD執行，不但無法按照病人的意願，亦徒增病人的痛苦。有17.4%醫護人員不贊同「醫療委任代理人有二人以上者均可單獨代理病人執行預立醫療決定，不須全部到齊。」，根據楊

秀儀（2019）提出得「家屬父權」觀點，在臺灣的臨床實務上，家屬才是事實上的醫療決定者[7]，儘管醫療委任代理人握有法律上賦予代理病人醫療決策的權力，但在實務工作上，醫護人員很難完全不理會家屬的意見；更何況若病人指定二位以上之醫療委任代理人，這些人對於病人的醫療決策都擁有法定上的權力，即便病人自主權利法施行細則中有明定醫療委任代理人的優先順序，但若意見相左，僅遵照一人的決定執行，後續恐怕難保不會出現糾紛。而「醫療團隊根據其專業或意願，有權可以不執行病人的AD。」是意見最分歧的項目，贊同者僅45.9%、反對者則高達26.6%，顯示醫護人員面對是否執行病人的AD有明顯的專業與倫理衝突；儘管病人自主權利法中規定「醫療機構或醫師依其專業或意願，無法執行病人預立醫療決定時，得不施行之。」，法律上賦予醫師專業判斷的權限，亦即所謂的「醫療自主」[14]；孫效智（2016）認為從醫療端來看，病人自主權利法保障病人自主的同時，也尊重醫療專業之自主[5]；但李伯璋（2017）認為醫師無法執行病人之預立醫療決定時應有相當程度的再確認機制，而非單憑醫師的專業或意願[15]。

根據其他文獻的結果，年齡較高、學歷較高、具備特殊專業資格、全職工作、已婚或同居、曾與他人討論過自身臨終時想採取的醫療，知識程度顯著較高[1,16,17]。本研究的結果發現年齡愈長、執業年資愈長、學歷愈高、單任主管者，其病人自主權利法知識顯著較高，此結果與相關研究大致符合，資深高學歷的醫護人員擔任主管的機率也較高，但接觸病人的多是年齡較輕、年資較淺的基層醫護人員，如何提升其相關的知識是醫院的當務之急。而有照顧符合病人自主權利法臨床條件親友之經驗以及具備病人自主權利法核心講師資格者，對病人自主權利法的態度明顯較為正面，這顯示顯示親身經歷或受過專業訓練者對病人自主權利法的認同度也較高。

根據表五可以發現病人自主權利法知識對態度的影響並不顯著，與一般認知的KAP（Knowledge, Attitude, Practice）模式不相符合，推測是因為醫護人員本身的知識不足，因此無法影響其態度。

病人自主權利法中規定立法後三年才實施，一方面是為了累積社會大眾的共識，另一方面是為了有

足夠的時間可以教育各界相關的規定。本研究的結果充分顯示，醫護人員對於病人自主權利法的不熟悉。而醫護人員本身如果也不瞭解，自然無法引導病人或有需要者去接受病人自主權利法中的預立醫療照護諮商與簽署預立醫療決定。因此，不論是醫院或政策單位都應該思考，如何將病人自主權利法相關教育訓練擴及到更廣泛的層面，讓第一線的醫護人員可以獲得足夠的教育訓練，並建立對病人自主權利法更加積極正面的態度，如此可以使得病人獲得更多的資訊與指引，往病人自主權利法期待的善終精神邁進。最後，本研究僅涵蓋一家區域醫院之醫護人員，且因採用電子問卷導致回收率不盡理想，在外推性上有所限制。未來研究者可擴及更多層面的醫療院所，並採用回收率較佳之方式進行調查。

誌謝

本研究承蒙澄清綜合醫院中港分院與中臺科技大學產學合作計畫經費補助（計畫編號CTI107-CCGH-004），特此感謝。並感謝所有參與問卷回覆的醫護同仁。

參考文獻

1. 謝伶瑜：醫護人員預立醫囑知識與相關因素之探討。長庚護理 2011；22（2）：153-163。
2. 柯莉珊、王筱珮：住院老人接受預立醫療照護計畫介入之成效-系統性文獻分析。安寧療護雜誌 2012；17（1）：48-61。
3. Tobler D, Greutmann M, Colman J, et al.: Knowledge of and preference for advance care planning by adults with congenital heart disease. *The American Journal of Cardiology* 2012; 109(12): 1797-1800.
4. 廖建瑜：病人自主權利法通過後之新變局評析：病人自主權利立法對現行制度之影響（上）。月旦時論 2017；3：143-147。
5. 孫效智：《病人自主權利法》面面觀。醫院雙月刊 2016；49（1）：1-5。
6. 孫效智：《病人自主權利法》評釋。澄清醫護管理雜誌 2017；13（1）：4-7。
7. 楊秀儀：病人自主權利法：挑戰與契機。澄清醫護管理雜誌 2019；15（3）：4-8。
8. 安寧照護基金會：病人自主權利法 20 問。2017。Retrieved from <http://bit.ly/2LjaGvv>
9. 楊玉欣：敬請支持《病人自主權利法》。2016。Retrieved from <https://bit.ly/3oEX4sV>
10. 王國治：安寧緩和條例與病人自主權利法之比較研究。南臺財經法學 2019；5：89-129。
11. 馬瑞菊、林佩璇、蕭嘉瑩等：自主善終的臨床觀點-從病人自主權利法與ACP談起。領導護理 2019；20（1）：16-27。
12. 方俊凱、畢世萱、張詩吟等。某醫院各院區醫療人員對病人自主權利法之意見調查。安寧療護雜誌 2018；23（1）：1-17。
13. Rietjens JA, Sudore RL, Connolly M, et al.: Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *The Lancet Oncology* 2017; 18(9): e543-e551.
14. 張婷：論臺灣病人自主權之現狀與挑戰。法令月刊 2017；68（3）：122-139。
15. 李伯璋：病人自主權利法內涵及疑義初探。萬國法律 2017；212：2-10。
16. 謝伶瑜、林淑英：洗腎室護理人員推行預立醫囑觀點之前驅性研究。護理雜誌 2010；57（4）：59-67。
17. Jezewski MA, Brown JK, Wu YWB, et al.: Oncology nurses' knowledge, attitudes, and experiences regarding advance directives. *Oncology Nursing Forum* 2005; 32(2): 319-327.

Knowledge and Attitudes of Healthcare Staff Regarding the Patient Self-Determination Act: A Case Study of a Regional Hospital in Central Taiwan

Jen-Liang Chen¹, Chih-Cheng Wang², Pei-Yi Lin³, Cheng-Hsu Chen⁴,
Mei-Hsing Chang⁵, Te-Feng Yeh⁶

Department of Hematology¹, Administration Center², Cancer Center³, Chung Kang Branch, Cheng Ching General Hospital; Department of Nephrology⁴, Palliative Care Ward⁵, Taichung Veterans General Hospital; Department of Healthcare Administration, Central Taiwan University of Science and Technology⁶

Abstract

Purposes

To explore the knowledge and attitudes of the healthcare staff of a regional hospital in central Taiwan regarding the Patient Self-Determination Act (PSDA).

Methods

After the study was approved by the IRB committee, the responses of 305 healthcare staff members were collected through electronic questionnaires. Information gathered through the questionnaire included the healthcare staff's personal characteristics, as well as their knowledge of and attitudes towards the PSDA. The statistical analysis methods, including descriptive statistics, the t-test, the one-way ANOVA, and multiple regression analysis, were employed.

Results

The results showed that the healthcare staff were not familiar with the PSDA's regulations, especially with regard to patients' rights to informed consent, choice-making, and decision-making, whether a patient is eligible to sign an advance decision (AD) and when the AD should be activated and implemented, as well as the power that healthcare staff have in determining the implementation of the patient's AD. These are all important topics that should be reinforced in PSDA-related education and training. The healthcare staff's attitudes towards the PSDA were positive but did not reach a degree of high support. The responses with low mean values were related to value conflicts-healthcare staff were conflicted about whether to consider the patient's wishes or the difficulties faced by healthcare staff in implementing the patient's AD based on the words of a single health care agent.

Conclusions

Hospitals and policymakers should consider ways to expand PSDA-related education and training to a more universal level, so that first-line healthcare staff can obtain sufficient education and training and develop a more positive attitude towards the PSDA. This would enable patients to access more information and guidance as well as push healthcare staff toward adopting a positive spirit for palliative care, as intended by the PSDA. (Cheng Ching Medical Journal 2021; 17(2): 37-46)

Keywords : *Patient Self-Determination Act (PSDA), Knowledge, Attitude, Healthcare staff*