

南華大學人文學院生死學系碩士班

碩士論文

Department of Life-and-Death Studies

College of Humanities

Nanhua University

Master Thesis

高齡者對預立醫療自主計畫之態度研究

—以雲林某社區照顧關懷據點之老人為例

The Study on the Attitudes of Advance Care Planning
for the Elderly: A Case Study on the Elderly of
Community Care Center in Yulin County

李美芳

Mei-Fang Li

指導教授：蔡長穎 助理教授級專業技術人員

張國偉 博士

Advisor: Chang-Ying Tsai, Asst. Prof. Rank Specialist

Guo-Wei Chang, Ph.D.

中華民國 110 年 6 月

June 2021

南華大學

生死學系碩士班

碩士學位論文

高齡者對預立醫療自主計畫之態度研究
—以雲林某社區照顧關懷據點之老人為例

The Study on the Attitudes of Advance Care Planning for
the Elderly: A Case Study on the Elderly of Community
Care Center in Yulin County

研究生：李美芳

經考試合格特此證明

口試委員：孫晉辰
張國偉
葉蕙芳
葉蕙芳

指導教授：葉蕙芳、張國偉

系主任(所長)：楊國松

口試日期：中華民國110年6月17日

謝誌

回首當初決定重返校園繼續進修的自己，秉持著初衷的心，完成這艱辛與孤獨奮戰之初體驗，為了能專心完成學業，暫時拋下工作，給自己放慢腳步，好好品嚐專任學生身分的時光，也為自己生命中染上一道所追逐的彩虹，進修過程中的酸、甜、苦、澀，回味在其中，滿行囊的豐碩身心食糧在蛻變旅程中展現。沒有捨去執念，如何遇見另一個契機；沒有勇氣的泉源，如何洞見最真的自己。如自己所計畫之碩士兩年學生生涯在此走到目的地，需要感謝撰寫論文過程中給予協助的人，因為有您們，才有今日論文的完成與成長的我。

憶起感念最初徵試錄取就讀南華的老師，是您們使得自己有機會踏上學習殿堂的啟航，然而至今修滿學習的學分，踏出離開校園腳步。

首先感謝指導老師蔡長穎老師、張國偉老師從論文的初期到後期，一路上給予論文的指導，尤其是主指導的蔡長穎老師給予數次討論，在論文寫作過程給予教誨，在頻頻遇見卡關時，不厭其煩地提醒困惑。

感謝口試委員孫智辰老師在初審與口考時鉅細靡遺的建議，豐實論文的紮實度；感謝輔英科技大學葉蕙芳老師在口試時精闢又溫柔地說明論文寫作之技巧及研究嚴謹度的提醒，加強論文在學術上之俱足。

感謝六位研究參與者，因為您們無私的述說珍貴經驗，成為論文獨特及代表性的主角，刻骨銘心的訪談過程是我們一起共同築起的回憶錄，也為論文留下最觸動人心的經驗記憶。

感謝蔡昌雄老師的質性課程，開啟自己對質性研究方法的視野，帶領首航前導研究的方向，也奠定自己在論文質性見識基礎；感謝李燕蕙老師與呂凱文老師所授課的專業正念課程，給遇見耗能的身軀有了轉化身、心、靈的滋養，在寫作過程多了一份支柱之正念食糧。

感謝淑妃學姐在需要信念降臨時，給予佛祖加持的能量。感謝亭妤同學在電腦文書的指導及立足傾聽的溫柔。感謝星玲同學、紫滢同學在遇見陰天時給予撐起的同理，同在的共度是倍感溫馨。感謝在南華大學進修學習過程中所遇見的每一位人、事、物，無論是喜、悲、哀、愁都融合於這段歲月的點滴。

感謝最摯愛我的先生、兩位貼心如蜜的女兒，在每次被論文弄得身心俱疲及耗盡電力時，給上勁量電池的愛與包容，讓自己沒牽掛地專心在學習道路上走得更踏實，有你

們一路陪伴真的很幸福。

最後感謝自己完成一段兩年充電之旅程，從心的角度開始照顧自己，開闢新的視野與領會，更有愛自己的能力，進而善播充裕愛的慈悲，迎向未來的每一天，也祈願曾經在過程中降臨的喜、怒、哀、樂之風景，成為往日回首時曾經注入生命足跡之烙印。

築夢最美

知而能行 方是心口合一

雙手迎上 持著初衷的勇氣

勇闖而立的殿堂

七百三十天的日子

在偏山而居 帶著柔弱又堅強的羊兒茁壯

多變雲海的照耀視窗

雄偉山神的安心依畏

大自然和芬多精的正念呼吸

梅雨季不定期的到訪

與山相擁之邂逅

給足力氣的生命之泉

祈願依持著謙卑生命的光芒

陪伴善與緣的未來

美芳 2021年06月30日 謹誌

摘要

隨著醫療科技的蓬勃發展，台灣逐漸步入高齡化社會，在《病人自主權利法》中，老年人於其中被視為重要照顧對象，對於預立醫療照護諮商(Advance Care Planning, ACP)之態度及看法也將影響其日後的推動，本研究之探討重點在老年人對於預立醫療照護諮商(ACP)之相關態度，因此，本研究試圖以老年人之經驗為主體，以立意取樣採訪六位高齡者，運用深度訪談法，並將訪談內容整理與分析，以茲探討下述三層面向議題：首先，探討高齡者對生命末期的生死觀。其次，瞭解影響高齡者對預立醫療照護諮商的相關因素，以協助老人事先思考生命末期的醫療決定。最後，藉由研究結果與討論，提出高齡者因應預立醫療諮商的行為，指引實務工作者協助老人預立醫療照護諮商的思考。

最後經由研究訪談結果分析本研究發現：

1. 生命末期期待之照顧模式層面：長輩面對照顧對象疾病狀態不同所反映之狀態亦不同，並且長輩能經由照顧親人經驗及感受反思當未來自己面對臨終議題之思考。
2. 生命末期之價值觀與其影響因素層面：長輩認為與他人討論生死是忌諱，但長輩能夠藉著自己所信仰之信念而嚮往解脫之想法，另外長輩擔憂自己成為家人的拖累。
3. ACP 認知與相關之因素層面：多數高齡長輩對 ACP 認知不足，影響之因素有不識字、拒絕無意義人工醫療與生命自主之認知，使得影響著長輩無法獲得資訊來源，造成長輩對於 ACP 相關資訊之不足。
4. 社區照顧關懷據點推動 ACP 不足層面：社區照顧關懷據點活動內容以活動形式居多，缺乏相關 ACP 之課程。

關鍵字：高齡者、預立醫療自主計畫、生命末期

Abstract

With the rapid development of medical technology, Taiwan has gradually entered in an aging society. Among all, in the Patient Autonomy Act, the elderly are considered to be an important target of care. The attitude and views on the bill will also affect the future promotion. The purpose of this study is on the attitudes of the elderly of Advance Care Planning (ACP). Therefore, this study attempts to use the experience of the elderly as the main body, to sample and interview six elderly person, through the in-depth interview method, and organize and analyze the interview, to explore the following three issues: First of all, understand the view of life and death of the elderly at the end of life. Secondly, understand the relevant factors that affect the consultation of advanced medical care for the elderly to help elderly think about the medical decisions at the end of life. At last, based on the result of the research and discussion, it is proposed that senior citizens respond to advance medical consultation, and guide practical workers to assist the elderly in thinking about advance medical consultation.

Finally, the findings of this research were learned:

1. At the end of life expectation of the care model: The elders will reflect different states when they confront the diseases of the care recipients, and the elders can reflect on their own thinking about dying issues in the future through the experience and feelings of caring for their loved ones.
2. Values at the end of life and their influencing factors: The elders think that it is taboo to discuss life and death with others, but the elders can yearn for the idea of liberation through the beliefs they believe in, and the elders worry that they will become a drag on their family members.
3. ACP knowledge and related factors: Most elderly elders have insufficient knowledge of ACP. The influencing factors include illiteracy, rejection of meaningless artificial medical care, and the recognition of life autonomy, which makes it impossible for the elders to obtain information sources, resulting in insufficient ACP-related information for the elders.
4. Community care and care bases promote ACP inadequate aspects: The activities of community care facilities are mostly in the form of activities, and there is a lack of relevant ACP courses.

Keywords: Elderly, Advance Care Planning, End of Life

目錄

謝誌.....	I
摘要.....	III
Abstract.....	IV
目錄.....	V
表目錄.....	VII
圖目錄.....	VIII
第一章 緒論	1
第一節 研究背景.....	1
第二節 研究動機.....	4
第三節 研究目的.....	6
第四節 研究問題.....	7
第五節 名詞解釋.....	8
第二章 文獻探討	9
第一節 高齡者的老化與照顧.....	9
第二節 病人自主權利法推行的演變.....	14
第三節 生命末期的思維.....	24
第三章 研究方法	33
第一節 研究方法之選擇.....	33
第二節 研究流程.....	36
第三節 研究對象與場域.....	38
第四節 研究工具.....	40
第五節 資料收集與分析.....	41
第六節 研究者倫理.....	45

第七節 研究嚴謹度.....	46
第四章 研究發現與分析	47
第一節 陪伴生命而終的生死觀.....	47
第二節 追求生命善終的意義.....	65
第三節 高齡者對 ACP 認知與影響之相關因素.....	75
第四節 社區推動預立醫療自主計畫的現況.....	83
第五章 結論、建議與限制	86
第一節 研究結論.....	86
第二節 研究建議.....	92
第三節 研究限制.....	93
第四節 研究者反思.....	94
參考文獻.....	96
壹、中文部分.....	96
貳、英文部分.....	102
附錄.....	106
附錄一 訪談同意書.....	106
附錄二 訪談大綱.....	107

表目錄

表 2-1 在疾病與醫療機構各階段進行 ACP 討論的機會	19
表 3-1 研究受訪者基本資料	38
表 3-2 社區活動課程表	39
表 3-3 研究受訪者訪談時間表	41
表 3-4 研究者於社區授課內容	42
表 3-5 文本分析範例表	44



圖目錄

圖 2-2 ACP 與預立嚴重疾病的準備和規劃·····	20
圖 3-2 研究步驟流程圖·····	36



第一章 緒論

第一節 研究背景

108 年底我國 65 歲以上人口（以下簡稱老年人口）360.7 萬人，比 107 年底增加 17.3 萬人，而至 109 年 3 月底老年人口總數為 366.0 萬人，老年人口截至 109 年 3 月底占總人口比率之 15.5%。從老年人口數的變化，顯示出 25 年內由「高齡化社會」(ageing society) 邁入「高齡社會」(aged society)，而依據國家發展委員會推估，預計民國 115 年老年人口將超過 20%，與日本、南韓、新加坡及歐洲部分國家同列為「超高齡社會」(super-aged society)。以台灣各縣市老年人口的比率以嘉義縣、雲林縣及南投縣比率較高，連江縣及桃園市較低。老化指數（每百位幼年人口所當老年人口數）隨老年人口增加亦持續攀升，自 82 年底 28.24 上升至 106 年 2 月底破百達 100.18（即老年人口數已超越幼年人口數），107 年 3 月底升至 107.45，我國人口老化程度愈趨明顯（內政部統計處，2019）。因此隨著高齡人口的增加，高齡者須面對未來身心疾病與生命末期的機會增加，成為每戶家庭普遍的現象，如何在年老的生活中心，好好規劃自己生命最後一哩路的方式，成為當今重要的社會議題。由於中國文化的傳統規範，對談論死亡視為避諱之議題，因此何時與家人彼此溝通，並與討論有關預立醫療決定之議題，有其必要性。而預立醫療自主計畫 (advance care planning, ACP) (以下簡稱 ACP) 係指病人、醫療人員、家屬或醫療代理人，為避免未來病人面臨嚴重傷病致無法思考或表達自己對醫療照護時，先進行一個持續彼此討論的過程，使病人事先可以表達意願及完成預立醫療決定 (Advance Decision, AD) (以下簡稱 AD) 的簽署，以保障病人的醫療照護計畫期待可以實現 (Gittler, 2011)。

根據 Sudore 等人之研究，指出對高齡者而言，ACP (advance care planning) 可以是一個溝通進行過程。高齡者可以事先確定自己在健康、疾病或生命末期時的生命價值觀，進而把這些生命價值觀提出與家人、醫護人員討論。經由 ACP 的討論，AD 可以順利完成簽署，維持著高齡者生命末期的生活品質；家屬能減少醫療決定的壓力與責任；醫療人員可以降低在醫療倫理衝突與困境；國家方面則減少無效醫療資源的耗費（引自林艷君、胡文郁，2016），最後達成四贏的局面。

然而高齡者面對多重共病型態、疾病複雜化，隨著社會家庭結構改變，家庭照顧人力缺乏，將面臨嚴峻的困境及挑戰(中央研究院,2011;財團法人國家衛生研究院,2013)。

高齡者在死亡前除了受到疾病、身體與認知功能障礙困擾，也面對死亡威脅，為使用維生設備引發的症狀所苦，也增加主要照顧者的身、心、靈、經濟的負擔(彭仁奎等,2006)。李世代(2011)提出國人一生中長期照顧需求時間約 7.3 年，如何在地老化乃至於在地善終，當務之急是在長期照顧過程中，適時啟動生命末期討論更需思考及規劃執行。家屬往往在病人接受醫療照護的過程中扮演很重要的角色。依據衛生福利部(2018)台灣因有全民健保，安寧緩和醫療幾乎達全面涵蓋，癌症病人死前一年安寧涵蓋率約 62.8%，英國經濟學人曾於 2015 年公布全球臨終病人死亡品質(Quality of Death)調查，臺灣之整體死亡品質亦獲國際評比為全球第六、亞洲第一。病人安寧療護涵蓋率自 89 年 7% 提升至 2020 年的 62.8%，代表著享有安寧療護照顧者比率增加，國人對安寧的認知也隨之提升，但未來更可以努力的在於生命自主部分，因目前臨床實務上常見家屬會替病人做生命末期照護之決定。過去國內相關研究指出病人自行簽署之拒絕心肺復甦術(Do-Not-Resuscitation, DNR)意願書之比例非常低(17.9%)，大多由病人家屬代為簽署同意書(82.1%)(Huang et al., 2008)。相關學者也指出多數老年人當面對生命末期時，不願意接受積極的醫療處置，亦卻不願意去想疾病惡化、死亡等相關問題，此說明了提升高齡者的自主權有待努力之處(林綉君等, 2016; 林艷君、胡文郁, 2016)，增進每一位生命自主權在自己，規劃最後一路好走，是高齡者最迫切需要重視的議題。

而我國 2015 年 12 月 18 日在立法院三讀通過《病人自主權利法》，在 2016 年 1 月 6 日公布，是亞洲第一部生命自主法案，在 2016 年參與《病人自主權利法》核心講師的培訓，並在執業的醫療院所為病人自主權利法試辦計畫醫院，參與此法的實際運作，使研究者期待《病人自主權利法》帶來的效應，未來每一位生命末期善終的願景，依靠人工醫療賴活，不如好死的美好。然而，台灣自 2019 年正式施行《病人自主權利法》之 ACP 至今，以首度施行的第一年 2019 年，民眾簽署預立醫療決定註記為 11,317 人，簽署人數其中以台北市居六都之冠，其中年齡 50 歲以上意願人佔八成為最多，女性佔六成，顯示年長者較為關心與接受善終議題。施行《病人自主權利法》之第二年，2020 年的狀況，依據曹馥年(2020)報導指出為每千名符合資格的國人僅有 3 人簽署，如同 99% 的人未受益。加上 2020 年的新冠肺炎疫情也使得簽署預立醫療決定的人數下滑，另外也發現預立醫療決定的簽署比例有七成集中在六都得醫學中心，而非六都的中南部民眾，有的沒耳聞或是經濟能力不比於都會區，因此民眾走向善終之路不易。而自衛福部統計至 2021 年 3 月 15 日止，預立醫療決定註記人數為 22,686 人(衛生福利部, 2021)。

綜合以上所述，一般民眾對生命末期的思維是迴避，如何讓民眾了解事先規劃好自己最後的照護方式是重要的？除了須經歷親友的傷痛經驗後，或是在某一契機的開啟，才得已明白，如果能在我國推動病人善終的意識之同時，讓民眾更瞭解其用意，參與 ACP 的想法提供給對此措施不清楚者瞭解，精進大眾對生命議題有更精進往前走的一大步。目前國內對於 ACP 相關之研究不多，故對此想探討社區的高齡者對預立醫療自主計畫之態度研究，從中了解其想法，與在推動上所面對的問題，協助未來生命自主，可以使生命末期有善終的期望。



第二節 研究動機

首先，身為護理師身分的我在面對臨床工作場域過程中，常遇見一般病房的病人與家屬對於生命末期的不了解，與未曾彼此談論醫療照護的看法，而在面對突如其來的病危狀態時，措手不及之下決定採取侵入性無效醫療措施，讓病人最後飽受身心艱苦，家屬懊悔與悲痛，家屬也因此分享之前未與至親討論生命末期的想法與期待，為了對父母盡孝道，不受親友的言論壓力，所以盡全力地搶救，沒想到會變成如此。這樣的遺憾身為護理人員的我面對這樣的場景是心痛的，如果自己可以在意識清楚或身體健康時，多與家人共同討論自己對醫療的期待，彼此互相尊重與溝通，促使在未來當面臨生命末期，家屬可遵循自己的意願給予照護，因此說明事先預立醫療照護諮商的重要性。

其次，研究者在閱讀相關文獻時，經由陳再晉等（2019）所提到考慮到我國面臨人口快速老化，健保醫療與長期照顧的需求不斷成長與挑戰，在施行多年之安寧緩和醫療條例的基礎下，保障疾病末期者選擇安寧緩和醫療權益之時，當於病人自主權利法施行之際，應該共同思考如何將此二項法律擴大推廣並於不同程度的失能與疾病者，以及如何從生命教育著手，於青壯年期之前，普遍建立國人在罹患疾病時，以提升行使自主權利的意識；一方面推動善終理念，維護生命尊嚴，另一方面有助於減除無效益醫療，提升國家健康服務整體效能。這樣的理念也是研究者想付之努力之處，經由生命教育的推廣，普及民眾對生命意義的價值信念，對生死議題的探究，往前跨出生命自主與善終的一大步。

最後，內政部統計，截至 108 年底，台灣 65 歲以上老年人口對 0 到 14 歲幼年人口的老化指數為 119.82，十年來增加 54.77。而雲林縣為農業首都，縣內有 26 個鄉鎮市，虎尾鎮位居雲林縣中心，設有 29 個關懷據點，其中本研究欲以某社區發展協會承辦之社區照顧關懷據點為例，該社區成立於民國 82 年，自 101 年社區開始邁入社區營造，透過鎮公所執行藝術家進駐社區彩繪計畫，以紅圖白底結合中國剪紙主題來彩繪社區，歷經六個月的時間，透過團結作業將剪紙彩繪藝術牆完美地呈現在社區，經過八年的今日，目前協會也有成立環保志工隊，以及社區媽媽、青年志工隊、在地的青年、銀髮共創社區的價值。104 年至 105 年間，社區營造從原本基礎場域建設，轉而投入推廣社區環境教育，希望在地居民都能從社區環境改造成果中，內化到日常生活的具體行動。目前社區積極開展社區關懷據點與巷弄長照業務活動，在地生根社區，更重要的是，對社區長輩提出友善的需要，真正的將「青」與「銀」的獨立色彩，相互融合，轉為漸層比

例、可時與共進，相互扶持的青銀色。這樣顯為獨有特色與充滿活力氣息的社區，也曾獲獎無數，用心做事的社區，故成為研究者想探討與了解的社區，願藉此研究能進一步瞭解社區關懷據點的長輩是如何看待自己與預立醫療生命自主。

然而探討目前台灣推動長者社區關懷據點活動內容中，衛生福利部（2015）社區關懷據點主要推動關懷訪視、電話問安諮詢及轉介服務、餐飲服務及健康促進等四大項服務，其中以健康促進活動佔據點服務人次最多，其次是餐飲服務。目前台灣社區據點的舉辦的活動內容，有關辦理活動的方面屬於健康促進項目裡面，依據目前社區照顧關懷據點相關文獻資料中，林萬億（2012）與孫智辰（2017）進行社區據點之研究，指出健康促進活動偏向身體方面律動課程，缺乏靈性與生死議題方面的提供，這是在社區照顧關懷據點所辦理的活動比較欠缺的部分。因此顯現社區長輩對於生死議題之相關知識的不足，因此促使研究者在推動高齡者在生命自主的意識之認知上，探討其影響其相關之因素。

綜合以上所述，高齡社會中高領齡者之 ACP 是需要受到保障，促使走向善終目的，期許可以提供未來推廣預立醫療自主計畫時，對於社區高齡者而言，能夠盡一份助力，協助高齡者在自我生命意義與生命價值層面上，提升與家人探討生命自主認知及增進國家、醫療人員、病人、家屬，均四贏的結果。

第三節 研究目的

本研究將針對高齡者對預立醫療自主計畫之態度現況為主軸，以立意取樣擇定採訪六位雲林地區某社區照顧關懷據點之老人，進行深度訪談法，本研究目的為：

- 一、瞭解高齡者對生命末期的生死觀。
- 二、瞭解影響高齡者對預立醫療自主計畫的相關因素，以協助高齡者事先思考生命末期的醫療決定。
- 三、藉由研究結果與討論，提出高齡者因應預立醫療自主計畫的行為，指引實務工作者協助老人預立醫療自主計畫的思考。

希望藉此研究提供未來相關實務相關研究並促進預立醫療自主計畫在社區關懷據點的現況分析，提升民眾對預立醫療自主計畫的認知，最終能為自己生命作主，家屬依其意願，達成生死兩無憾。



第四節 研究問題

- 一、探討高齡者對於生命末期的生死觀為何？
- 二、探討影響高齡者對預立醫療自主計畫的相關因素為何？
- 三、探討目前實務工作者於社區關懷據點推行預立醫療自主計畫的現況為何？



第五節 名詞解釋

一、老人

依據我國之「老人福利法」第二條中規定，年滿六十五歲以上者稱之「老人」。本研究對象指的老人為參與社區照顧關懷據點活動之年滿六十五歲以上的長者。

二、預立醫療照護諮商（預立醫療自主計畫）

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影響及流體餵養（衛生福利部，2018）。本研究所指的預立醫療照護計畫是指與他人談論有關生命末期的醫療措施之溝通，增進與了解對生命自主的想法，進而家屬也能了解與遵從長者的醫療期待。

三、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（衛生福利部，2018）。本研究所指的預立醫療決定是自己經由與家人溝經由一起溝通與討論之後，自己明瞭自身的醫療期待而選擇的醫療決定內容。

四、生死觀

死亡是生命的過程，不是真正的終點，把認識死亡作為生命的規劃前進之動力，使生命更具意義，平時需培養完整的生死態度，轉換心性，安得生，順於死（傅偉勳，2010）。本研究指的生死觀是對於自己生命的價值觀，如何的生命方式才是自己所期待的，以及死亡認知的想法。

五、生命末期

生命末期可分兩方面：醫學上，指正常醫療介入仍無法有效治癒疾病，且預期在近期內進展至死亡；法律上，指罹患嚴重傷病，由二位以上專科醫師及醫學上相關證據，死亡是不可避免者（全國法規資料庫，2013；Karlwish, 2015）。本研究所指的生命末期為疾病瀕臨死亡前，醫療端判斷已無法治癒的狀態之下的那段時間，即是死亡前的那一段時間。

第二章 文獻探討

本章節主要目的為探討有關高齡者於 ACP 之相關研究之文獻呈現。將此部分文獻歸納三個小節。首先，探討高齡者之老化與照顧；其次，探討病人自主權利法推行的演變；最後，探討生命末期的思維之相關研究。

第一節 高齡者的老化與照顧

壹、高齡者成功老化

根據衛生福利部（2019）統計顯示以罹患慢性疾病情形而言，有 64.88% 之 65 歲以上高齡者，代表高齡者多數帶著慢性病生活著，而目前台灣積極地對現今人口老化給予健康促進政策。而為達高齡全人健康照護目的，需從幫助高齡者保有其獨立功能為首。根據高齡者之生活相對獨立能力研究表示，可從「身體健康」、「社會支持」、「心理健康」及「經濟安全」等四個面向著力。陳靜怡（2014）建議相關之社會政策應盡速健全高齡者晚年之經濟穩定，並鼓勵高齡者增進從事社會參與、休閒活動，得以維持身、心理及社會之健康。

成功老化定義為老年人能夠活得久、活得好、活得有尊嚴（周芬姿等，2009）。成功老化內涵相當廣泛，包含生活滿意度（Life Satisfaction）、長壽（Longevity）、避免失能（Freedom from Disability）、成長（Growth）、維持獨立功能（Independent Functioning）和正向適應（Positive Adaptation）…等。有關成功老化的模式較有系統與被廣泛運用的觀點有二：其一是 Baltes 與 Baltes (1990) 提出的『選擇、最適化與補償』模式，另一則為 Rowe 與 Kahn (1998) 的『疾病失能低風險、心智身體高功能、老年生活積極承諾』模式（引自黃俊彥，2016）。以 Rowe 與 Kahn (1998) 之成功老化模式為基礎，與國內外對於成功老化之相關研究，並考慮台灣傳統社會文化思維，歸納整理出五大元素（Elements）-生理、心理、樂齡、靈性、和休閒，期望可以協助老人的生活達到成功老化之目標（黃俊彥，2016）。關於生理元素，謝正芳（2009）曾提出要能維持良好的健康及獨立自主的生活，避免疾病或失能並且減低罹病的風險是重要的；關於心理元素，協助老年人重新建立生活之重心，為自己帶來新的體悟，或培養新的興趣而滿足心靈，達到鬆弛身心壓力，使精神方面獲得提升個人之人格完整（周芬姿等，2009）；關於樂齡元素，透過社會性休閒生活，如參與志工服務以擴展老人生活經驗，發展社交能力；或參與社區團康活動得到團體的接納，可藉由團體活動來建

立新的人際關係，找到歸屬與減少孤寂感，對減少個人、家庭和社會的負擔有幫（周芬姿等，2009）；關於靈性元素，趙可式（2007）曾提出靈性健康關注個人內在資源、意義感統整感，並將人置於一個更高層次的存有世界，所以靈性健康可視為人生的核心，以統合個人健康、社會的健康。強調人們隨著年齡的增加，對外社會活動減少、身體功能退化等衝擊下，人們會逐漸往內在探索，花更多時間探討生命意義、存在以及死亡等問題(Wanpen, 2001)；最後關於休閒元素：規律性休閒活動及增加身體活動量使老年人活得較有尊嚴，以應付獨居的生活形態，改善身體機能提升生活品質（尚憶薇，2000）。

在晚年生活之高齡者是不斷透過體悟生命意義與價值，提升靈性層次達到成功老化的目標，對於靈性與高齡者面對終老感受之相關研究，Schoenbeck 認為人類靈性有四種的需求：一、追求意義的需求。二、感受諒解與寬恕的需求。三、愛的需求。四、希望的需求。其中以「人生意義」是維持生活與人格發展必須擁有的，用來防止沒有用的感受，喪失生命意義的感受，使得身心與存在價值受威脅（引自吳秀芳，2014）。靈性雖然看不見，但是個體生命統整的核心，靈性是串聯過去、現在、未來的「我」，整合與重新思考自我生命意義與價值感。靈性的開展並非受限於身體與經濟，透過心靈能量的開展與正向思考，喜愛心靈自由翱翔，達成成功老化的目標（洪櫻純，2012）。而在靈性課程中的『善終』也是成功老化的一環，因為生命是連續的過程，沒有人可以跳脫自然的循環，能準備好面對死亡才更能珍惜活著的生命，而善終需要預先規劃，唯有大家積極的參與和規劃自己的老年生活，我們社會才能成為一個個體生命統整與成功的敬老福利國（謝正芳，2009）。

衛生福利部於 2014 年規劃 4 年期科技計畫「建構領航國際之活躍老化監測暨決策支援系統（2015 至 2018 年）」，期望達八大目標：一、促進健康老化科技發展；二、完備高齡化監測系統與資料倉儲；三、建立活躍老化決策支援系統；四、發展活躍老化巨量資料系統與開放資料（open data）；五、提升長者健康識能並強化八大健康促進行動（營養、健康體能、跌倒預防、口腔保健、菸害防制、心理健康、定期健康檢查、社會參與）；六、加強四大慢性病（癌症、心血管疾病、糖尿病、慢性呼吸道疾病）之早期發現與完善控制；七、深化高齡友善支持性環境與相關政策；八、促進個人與社會之成功活躍老化，降低孱弱、失能、失智、照護成本與過早死亡（科技部，2015；衛生福利部國民健康署，2015）。依據世界衛生組織（WHO）2016 年提出老化與健康全球策略與行動計畫架構（global strategy and action plan on ageing and health, 2016-2020），內容為

促進高齡者可獨立照護自己的身心健康、發展高齡長照友善環境與照護等，可考量臺灣老人屬性，故高齡全人健康照護模式的措施建議方向為：一、維持身體健康。二、保持心理健康。三、營造高齡友善環境。四、強化長期照護體系。以期待促進活躍老化與成功老化，並維護高齡者自尊與高品質的生活（邱淑媿，2011；國民健康署，2015）。

然而依據我國在高齡友善全人照護之核心價值包括：健康（health）—促進健康；人文（humanity）—提供貼心感受；人權（human rights）—不論種族、性別、年齡、經濟、教育程度等，都能獲得互等高品質的健康照護。高齡友善的照護措施如：一、創造符合長者特殊需要的友善、支持、尊重與可近的療癒環境—高齡者在尋求健康服務時，醫療工作人員應該以尊重的態度、易懂的語言給予充分提供照護資訊，並尊敬長者在醫療照護上的決定與權力，評估經濟需求，適時提供社會資源協助。二、有計畫的提供一套安全、增進健康、有效、全人、以人為中心且具協調性的照護—以疾病個別性進行老人周全性評估，訂定符合老人需求的照護計畫。三、促進長者與其家庭對自身健康與照護的掌控能力—讓老人了解自己的病情與照護計畫，鼓勵參與自我照顧（邱淑媿，2011；國民健康署，2015）。長照 2.0 服務是往前銜接預防保健，降低與延緩失能，向後端銜接安寧照護，讓失能與失智者皆可平等的獲得完整、人性尊嚴的照顧，並減輕家屬照顧負擔。

綜合以上資料代表著高齡者所受到的照護資源會邁入日臻完善，「成功老化」也成為目前臺灣政府回應人口老化的對策，藉由多方面的實踐，身心靈的照顧與協助，所有的照護是提供個別性身心靈的照護，更顯現出生命個別性的獨特，建立成功老化觀念的理念，在活的生命盡情享有老後生活，以健康促進為依歸。當終老時走向末端班車時的場景規劃，也是高齡者需面對的議題與計畫，從自我生命價值觀思考，以不受苦、有尊嚴而終為目標。

貳、社區高齡者的思維與照顧期待

根據身體無重大失能且居住於社區的老人，研究「最適老化歷程」的意象，結果顯示，老年生活最大的期望是活出「價值、尊嚴、自主與活力」，身心的獨立自主仍是高齡者所嚮往的。老年人對自主意識的表達，或許會隨著年齡增長所帶來的失能，而展現不同的樣貌（陳佳雯等，2013）。Cicirelli(1992)對於老人自主權的行使，提出五種類型，不僅用於高齡者，一般人也可能會依個人身心狀態與對問題的熟悉度、難易度與嚴重程度，爭取最好的決策形式，此五項決策模式包括：一、直接自主（direct autonomy）：依

照個人現有的資訊與能力為自己做抉擇並執行；二、諮詢自主 (consultive autonomy)：諮詢他人以獲得資訊和選項，但最後仍自行抉擇；三、聯合自主 (joint autonomy)：與他人共享決定權力，一起做決定；四、授權自主 (delegated autonomy)：將自己做抉擇的部分權限轉任給他人，並順從他人為其利益所做的決定；五、代理自主 (surrogated autonomy)：不自己做決定，而由照顧者以老人個人意願為基礎代為決定(引自陳凱莉、陳清惠，2014)。此決策模式中的直接做主、諮詢作主與授權自主部分，與病人自主權利法的形式有其相似之處，在與醫療團隊共同討論後，所做的決定，為自己做主；如果未能自己決定，可授權另一位醫療委任代理人代為決定。在我國目前病人自主權利法中，也保障病人可以預立醫療委任代理人協助在自己無法表達時代為做醫療決定。

然而高齡者常是社會中容易被忽略的一群，對常處於依賴情境的老年人，不易展現個人自主意識，常常選擇隱身於奉養子女的背後，仰賴子女的期待，高過為個人爭取自主的尊嚴。根據劉雅文、莊秀美(2006)的研究顯示老年人對照護資源使用自主權越高，對生活的適應越佳，與家人的關係，是幸福感的重要因子，老人擁有的自主權越高，對長期照護福利使用狀況及適應越好。但也有學者指出高齡者身心功能的衰退與經濟能力的喪失，雖然不等同自主意念的喪失，但處於必須依賴他人的弱勢狀態下，過度強調自主意念的維護，恐怕更增強年長者的無力感(莊曉青等，2008)。從文化的層面討論生命末期醫療決策時，必須對東西方社會文化的差異有所瞭解。根據辛幸珍(2006)比較臺灣與紐西蘭老人對末期醫療抉擇的觀點，指出臺灣老人雖然不期望臨終時有醫療介入，但這並未促使他們立下末期醫療預囑，而是寧願不去想它，或者為求家庭和諧，而將決策權全交給子孫。醫療科技的發達，與子女因為社會慣例及孝道的考量，要求一切延命醫療，違反了長者的初衷。Hsin 與 Macer(2006)研究顯示多數老人希望自然離開，早點死亡與不想成為家人的負擔。因此，研究者認為需再評估每位獨立的高齡者本身身心整體狀態，與家人共同溝通尋求良好的互動模式，以生命自主的角度探討高齡者本身對生命的價值與意義，在旁的家屬是聽取高齡者生命觀念的傾聽者與在高齡者失去意識時的代言人。

當老人因無可避免的生理衰退與功能受限時，接受疾病治療訊息和參與決策機會也隨之增加，但其意願卻常被忽略，特別是臨終照護和死亡議題，會對老人及照顧者帶來負面情緒感受，卻罕見於老人健康狀態時主動思索此議題。因此如何協助老人對生死議題的省思，是目前所需關切的議題之一。經研究指出透過教育訓練，引導照顧關懷據點老人了解預立自主醫療的概念等內容，當老人面對疾病末期時，放棄急救與簽署「預立

不施予心肺復甦術」意願均有提升，並且 20%簽署完成「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」。老人表示自己做醫療的決定，比較不會造成照顧者壓力，利用健康時主動與家人討論時，比較可以得到支持與認同，大部分認為年紀大不想要再受苦了。因此透過教育訓練，協助老人與家人討論預立醫療自主規劃，亦可減少家人承擔責任與困擾，以達生命最終時的生死兩相安（黃淑麗等，2019）。

在探討如何協助老人對生命末期醫療的期待前，應先了解老人對死亡的態度，進一步才能依其態度而調整教育的模式與內容的深淺。依據謝至鏗等（2013）曾經對於社區的民眾進行 ACP 推行的活動，探討社區民眾對於簽署「預立安寧緩和意願書」的意願，解果顯示年齡越大且自覺健康狀況不好的民眾有越不願意簽屬的現象。裴惠然（2015）曾對居住於社區中老人死亡態度進行研究，在死亡態度方面，以「死亡趨近導向面向」得分最高，「死亡逃避面向」得分最低。意味著老人對於談論死亡的接受度是秉持著正向的，如果能提升老人對生命態度的體悟，從社區活動中，建立完整資訊的傳遞，促使老人盡早思考自己的人生告別舞台，並與家人交代，達成生命自主權在己，不造成家屬的負擔。然而老人對自己生命與照顧期待需要花時間去了解與討論，因此如何在老年有限的生命歲月中，盡早覺察自己對生命意義的認知與餘生生命的期待，從中思考其義，用開放的心與摯愛的家人共同探索與溝通彼此的想法，建立互助及我的生命自己作主的意念，家屬得以確認自己的決定，支持與尊重，與醫療端一同守護自己在幽谷伴行的生命中，展現生命有品質與意義，而不適受苦與賴活，讓愛的家人沒煩擾，自己可以如願而終，使社區老人自己成為高齡者中更得上時代尖端的前瞻者。

第二節 病人自主權利法推行的演變

壹、預立醫療自主計畫的背景

與台灣相比之下，國外推動預立醫療自主計畫 (advance care planning, ACP) 相關法令比較早。1976年美國加州立法通過自然死法案 (Natural Death Act)，宣導生前預立醫囑，民眾可以利用書面文件以表達臨終時的醫療選項。1990年美國聯邦政府通過「病人自決法案 (Patient Self-determination Act)」，內容要求參於國家醫療保險醫院或機構，必須以書面資料告知成年的病人期醫療自決的法定權利 (胡文郁、楊嘉玲，2009；Kosman, 2014)。1997年歐洲委員會通過「人權與生物醫療公約」(Oviedo Convention)，主旨以禁止濫用生物和醫學進步的原則來維護人類尊嚴，權利和自由具有法律約束力 (Convention on Human Rights and Biomedicine, 1997)。2005年在法國制定《良內悌法》(Leonetti's law)，強調團隊共識的決策精神，任何無效、無謂延長瀕死過程的醫療決定應經過醫師、家屬與病人共同決定。2005年英國制定《心智能力法》(Mental Capacity Act)，年滿十八歲具備行為能力者，在意識清楚的情況下可以選擇醫療委任代理人或預先做預立醫療指示 (蔡甫昌、郭蕙心，2017)。2009年德國修訂民法典，確定有同意能力的成人可以利用書面預立醫囑與選擇醫療委任代理人 (孫效智，2012)。1998年澳洲之《代理權法》(Powers of Attorney Act) 與2000年《監護與財產管理法》(Guardianship and Administration Act) 均有規範預立醫療指示，病人於意識清楚情況同意，可以停止提供全身癱瘓者營養與水分，執行拒絕醫療。2006年8月香港法律改革委員會發表《醫療上的代作決定與預設醫療指示報告書》，內容說明當病人於昏迷或植物人狀態，不能自行作出醫療決定時，如何代為作出決定，也提出代理決定與預立醫療指示的概念 (香港食物及衛生局，2009)。

我國的法律在過去一直沒有對醫療自主權作出明確的規範與保障。直至2000年通過《安寧緩和醫療條例》，推動包含「拒絕心肺復甦術」及「接受安寧緩和醫療」意願書或同意書之簽署，讓我國在預立醫囑的工作上有了法源依據 (蔡甫昌等，2006)。《安寧緩和醫療條例》僅能保障末期病人的權益，對於非末期的病人，如植物人或長期仰賴醫療儀器維生的病人等，無法適用此條例 (方俊凱等，2018)。2015年12月18日經立法院三讀通過《病人自主權利法》，2016年1月6日經總統公布，於2019年1月6日正式施行，開啟臺灣首部針對病人為主體的法案，讓具完全行為能力的人，可以藉由預立醫療照護諮商 (Advance Care Planning, ACP) 的程序，預先簽署「預立醫療決定書」(Advance

Decision, AD), 以維護其在特定臨床條件下, 行使醫療的自主與拒絕醫療之權利 (吳振吉、蔡甫昌, 2016)。依據立法院 (2015) 公告之病人自主權利法第三條名詞定義中的立法說明, 第三款「預立醫療決定」來自美國病人自決法之advance directives (AD), 為避免與醫師法之「指示」意思混淆, 乃定為「預立醫療決定」; 第六款「預立醫療照護諮商 (advance care Planning, ACP)」係參考香港食物及衛生局西元2009年頒佈之《在香港引入預設醫療指示概念諮詢文件》, 並依本法之立法主旨及實務需求而訂定; 第七款「緩和醫療」(palliative care) 係依世界衛生組織之定義, 指照護罹患威脅生命疾病的病人, 提升病人及其家屬的生活品質, 照護對象並未限於「末期病人」, 與《安寧緩和醫療條例》第三條第一款「安寧緩和醫療」之定義有別。

《病人自主權利法》立法目的為尊重病人醫療自主、保障其善終權益、促進醫病關係和諧, 保障每個人的知情、選擇、接受或拒絕醫療的權利, 確保病人善終意願在意識昏迷、無法清楚表達時, 自身意願都能獲得法律的保障與貫徹, 同時也可以指定醫療委任代理人代為表達意願。對於拒絕醫療權之狀態, 可要求終止、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 (衛生福利部, 2018)。保障每位生命的個體, 有決定權在自己生命末期時的醫療選項與決定, 讓家屬成為遵從意願人的人, 達成生命自我做主的精神。

現行《病人自主權利法》規定意願人於簽署預立醫療決定前, 必須在至少一名二親等親友陪同下, 與諮商團隊共同完成預立醫療照護諮商 (Advance Care Planning, ACP) 程序, 思考自己在未來處於末期疾病、永久植物人、不可逆轉之昏迷、極重度失智或其他經中央主管機關公告之重症等特定臨床狀態時, 接受或拒絕「維持生命治療」及「人工營養流體餵養」兩項醫療照護之意願和決定, 完成諮商後, 是否簽署預立醫療決定書 (Advance Decision, AD), 為意願人之自由意願。所以諮商過程是目的, 多數人無法得知何時自己死亡時間到來, 如果能在健康時多一些時間思考此生命議題, 經由意願人、親屬、醫療人員一同討論生命價值觀, 在未來罹患重症時, 確保意願人可以得到符合個人意願的照顧。即時最後無簽署 AD, 這些諮商內容是意願人最好的生前告白, 也是家屬促進家庭決策的重要依據 (劉靜女等, 2019)。預先的家庭成員間的溝通與討論, 可以減少家人彼此之前的不一致的想法, 在討論的過程中說出自己的餘生期待, 與家人達成共識, 家屬以不違背意願人意識清楚時的決定為基礎, 完成意願人的想法而行。

基於維生醫療的定義是指用以維持病人生命徵象的醫療措施, 如施行心肺復甦術、人工呼吸器、人工營養、流質灌食、血液透析及其他特定治療方式, 不包括治癒疾病的

效果。對於已罹患無法治癒疾病的末期病人，維生醫療無法改變死亡的到來，只靠著機器與藥物暫時讓病人的軀殼多一些時間在世間，這些時間對家屬與瀕死者有時是有意義，但使生命形體存在，常造成瀕死者的痛苦，飽受許多無尊嚴的折磨離開人世（蔣欣欣等，2006）。

而我國病人自主權利法中的 AD 與國外的 AD，在細節上有所不同，國外的 AD 之生效大部分以病人失去意識時，我國不是如此。我國 AD 中的五款臨床條件中，第一款與第五款之病人不一定是處於意識不清或無法表達意識之狀態，因此我國的 AD 功能為二，一是與其他國外各國共通，二是病人在當下若有意思表達能力，AD 就是就為臨床拒絕醫療的書面的表達（孫效智，2017）。

基於擴展保障罕見疾病的病人，衛福部於 109 年 1 月 6 日發布訂定病人自主權利法第 14 條第 1 項第 5 款之「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」，公告多發性系統萎縮症、囊狀纖維化症、亨丁頓氏舞蹈症、脊髓小腦退化性動作協調障礙、脊髓性肌肉萎縮症、肌萎縮性側索硬化症、裘馨氏肌肉失養症、肢帶型肌失養症、Nemaline 線狀肌肉病變、原發性肺動脈高壓及遺傳性表皮分解性水泡症等 11 類疾病，並明定上述疾病與其符合之臨床條件、確診之專科醫師，未來病人如事先簽署預定醫療決定，則可依其意願協助終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養（衛生福利部，2020）。將善終的對象拓展至不可逆性罕見疾病之病人身上，將是病人自主權利法適用涵蓋範圍的增進

生命自主的觀念在國外已推行三十年，而對於台灣 2019 年年才正式上路的病人自主權利法，目前仍在磨合與進行的階段，一部法律的推動是經由多位先進專家而制定，此法內容中的細節，如經繁瑣的醫療團隊諮商過程、與家屬的參與、費用的負擔等，如何更貼近民情與觀感才足於是適合多數人，並進而幫助更多臥病長癱的受苦人，是未來須加以重視之處。身為研究者曾參與醫護實務工作經驗長達十年以上，感受到高齡者對此法的認知仍顯不足，臨床實務工作者需多加以費心與宣導，使此法更能在社區民眾之間更普遍化認知，方能提升國人對生命議題正向與積極的思維。

貳、預立醫療自主計畫的展現

目前我國 ACP 由瞭解病人自主權利法之醫療專業人員提供醫療與法律相關訊息，與意願人及其家屬或其重要關係人進行諮商與溝通對話，使之與其參與者瞭解病人自主權利法所保障之權利與範圍，進而協助在共融環境中自主制定其預立醫療決定（吳振吉、

蔡甫昌，2016)。預立醫療自主計畫有助於個人對其家屬、醫療照護人員等，表達自己對於個人健康照護的想法及意願，減少不需要或不想要的醫療處置及住院，以尊重個人的自主意願，並提供思考生命末期照護相關議題的機會(Blackford et al., 2007)。亦有研究指出執行醫療自主計畫可以有效提升預立醫療指示的簽署和提高醫師尊重病人生前期望的醫療照護方式、增加滿意度，以及降低家屬的壓力、焦慮和憂鬱(Detering et al., 2010 & Sampson et al., 2011)。

針對居住在家中患有慢性疾病(包括輕度認知障礙)的老人藉由與可信賴的家庭醫療團隊進行ACP對話可以減少尋求緊急醫療和住院的機會(Debra et al., 2017)。而ACP與一般護理計劃是不同的，ACP通常用於正進行式疾病和預期惡化的病況。這是一個自主歷程，會有意願的書面記錄，可提供往後醫護專業人員參考。如果病人失去能力，醫護人員利用從ACP流程中表明的意願內容，協助他們進行醫療照護方向(Mullick et al., 2013)，因此呈現出ACP在生命中佔有其意義與價值所在，善用ACP的進行，讓生命的醫療權可以保障，並增進生活品質。

每個生命個體終有落幕時，在生命期逼近死神的來臨，未雨綢繆地為不能發聲時，希望在旁的親友如何協助自己，按照自己的想法執行。依據Allen et al. (2012)多位學者指出ACP和照護溝通目標應納入所有患有心血管疾病和多發病的老年人的護理中，而建議ACP程序可以在任何年齡和任何疾病階段開始。它也可能專注於關於與生活質量有關的價值觀的討論與病人可能是否接受的整體健康狀況(例如，長期臥床或昏迷)的偏好。理想情況下，病人、代理決策者和醫療保健提供者之間，在早期就可推行，預期ACP的對話將可使病人和家庭為護理照護中即時目標而做好準備，例如有關是否使用維持生命的治療的決定與意外事件的發生狀況。

我國在推行病人自主權利法中，明確規範需經過與二等親家屬一同參與ACP過程，在衛福部所公布的「提供預立醫療照護諮商之醫療機構管理辦法」中，第4條諮商機構應組成預立醫療照護諮商團隊(以下簡稱諮商團隊)，至少包括下列人員：一、醫師一人：應具有專科醫師資格。二、護理人員一人：應具有二年以上臨床實務經驗。三、心理師或社會工作人員一人：應具有二年以上臨床實務經驗。第二條第二項諮商機構，得就前項第二款或第三款人員擇一設置。第一項人員，應完成中央主管機關公告之預立醫療照護諮商訓練課程。(衛生福利部，2018)。保障每位來參與ACP意願人是接受經受訓專業人員的引導所做的醫療決定。目前在2017年試辦計畫中參與的醫院提出執行預立醫療照護諮商，平均時間需在60至90分鐘，與一般醫療門診相較之下，ACP是耗

費時間與人力成本，因此也降低醫療團隊的意願，因此以台北聯合醫院為例，接獲各方團體單位諮詢，而規劃團體 ACP 諮商方式。團體諮商成員來自不同家庭且無血親屬關係，人數超過兩人，分為兩階段進行，第一階段：先由社工師進行暖場與說明成員，再由醫師向參與者進行說明，內容包含並主法的源由、五種臨床條件、維持生命治療與人工流體餵養臨床狀況、執行、撤除預立醫療決定程序。第二階段：由專業人員依個別家庭分組進行討論，引導分享諮商動機與命價值觀（楊君宜等，2020）。

目前在 ACP 的推動上，Combes et al. (2019)指出 ACP 是可以提高以人為中心的臨終護理品質，並且為虛弱的長者實施 ACP 需要完整系統的方法，這種方法應意識到與現在生活，相互關係和及早參與的重要性。建議所有脆弱的老年人，家庭和專業人員都應了解虛弱對生活過程的影響以及為何提前護理計劃與虛弱的老年人有關的教育需求。對於虛弱的長者需要儘早參與事先的護理計劃，使得他們有最大的機會可以依照自己的步調，用身體力行和認知方式參與，並製定和修改醫療決策。故將預先護理計劃重新定義為可以促進現在的生活以及將來的計劃，這將更容易與虛弱的老年人的日常生活聯繫起來。因此如何針對長者制定一套完整適用的 ACP 指引，是目前我國正在推動病人自主權利法初期，所應努力與規畫之處。

台灣對於老年人 ACP 的研究不多，根據國外的 ACP 經驗中，指出對患有心血管疾病和多發疾病的老年人的之 ACP 必須採用量身定制，以人為中心的方法，應考慮到病人健康和醫療的樣貌，而不是只關注一種疾病。並指出 ACP 的關鍵步驟包括：一、評估和解決病人的準備情況和阻礙；二、確定代替決策者；三、詢問與生活品質和嚴重疾病有關的個人價值觀；四、記錄 ACP 偏好；五、將個人的偏好轉化為醫療計劃。這些步驟在門診和住院病人中，可以根據臨床醫生的時間限制和患者的臨床需求，隨時間依次進行單獨和流程執行。而這些步驟中也可以由跨科團隊成員（例如，護士、社工師、牧師、心理學家、醫師和其他受過訓練的專業人員）完成。然而對於患有心血管疾病的老年人，其他慢性病（例如糖尿病，慢性阻塞性肺病，骨關節炎，癌症或癡呆症）的存在會影響病人的預後，生活品質，症狀不適，與多重藥物有關的風險。如表 2-1，提供了 ACP 關鍵步驟的概述，以及醫療保健團隊成員在疾病和醫療保健各個階段發起 ACP 討論的機會。這些步驟強調以人為中心的方法，關注個人的個人價值觀和生活目標，而不是單一疾病、症狀或治療決定，啟動 ACP 參與者以該科團隊醫療人員為主，相關多科專業人員為輔的方式。因此，針對患有心血管疾病和多發病的老年人的 ACP 必須採用量身定制的，以人為中心的方法，該方法應考慮到患者健康和醫療的全貌，而不是孤

立地關注一種疾病(Hillary & Rebecca, 2016)。

表 2-1 在疾病與醫療機構各階段進行 ACP 討論的機會

推薦的 ACP 步驟	時機	目的
評估病人的準備情況	在疾病的任何階段情況中	探索病人準備與討論 ACP
解決醫療病人障礙	在疾病的任何階段情況中	識別並解決並人與 ACP 相關問題
制定代理決策者	確診或轉診給心臟專家時	確定可信賴的人作為替代決策者，以幫助臨床醫師將病人的價值觀應用於特定的臨床情況
紀錄 ACP 首選	在 ACP 討論之後，在疾病的任何階段和任何情況下	在醫療紀錄或預立醫療指示中記錄偏好
評估對疾病的了解並討論預後	在常規護理期間，包括心臟設備的放置與程序或住院期間	了解病人的理解並提供疾病軌跡教育和預後
詢問與生活品質有關的價值觀	在常規護理期間，包括心臟設備的放置與程序或住院期間	探索個人的價值觀和生活重點，並討論什麼構成可接受的生活品質
紀錄 ACP 首選項	在討論 ACP 之後，在疾病軌跡的任何階段和任何情況下	在醫療紀錄或和預立醫療指示中記錄偏好（例如生前遺囑）
將病人的價值觀轉化為具體的治療計畫	在醫院，重症加護單位或療養住院期間	將轉換為當前的醫療文檔（即維持生命的醫囑表格、不施行心肺復甦術指令）
與其他單位的醫療保健提供者溝通	在常規護理和護理過程期間，包括使用急性後護理（熟練的護理設備或家庭保健）	促進口頭和書面形式傳達病人的喜好，包括跨單位的交接；

資料來源：Hillary 與 Rebecca (2016)

然而在 ACP 照顧過程中，護理人員是基層與民眾關係最為密切之醫療成員，被照顧者與家屬賦予高的期待，可作為高齡者與他人溝通的橋樑（林艷君、胡文郁，2016）。預提升整體社區對 ACP 的關注，應優先訓練護理人員基本 ACP 的溝通能力，才有助於高齡者生命末期的生活品質。而護理人員在 ACP 過程介入時所扮演的角色包含：提供末期醫療相關決策資訊、提供情緒的支持、促進病人、家屬與醫療體系成員的對話、完成預立醫療自主計畫文件的簽署率等(Gittler, 2011)。針對臨床實務上，Holst et al. (2014) 建議護理人員訓練應具備以下之基本能力，分別為：一、瞭解 ACP 的相關法律依據；二、瞭解和說明 ACP 之優點；三、在執業的場所提供 ACP 之介入；四、必要時將個案

轉介給層級較高的 ACP 之專業人員；五、適時提供 ACP 訊息給予民眾；六、瞭解 ACP 文件簽署之取得與保存方式（引自林艷君、胡文郁，2016）。提升護理人員對 ACP 認知的能力，將是有助於向大眾推動 ACP 的宣導，此外林艷君、胡文郁（2016）建議未來在台灣社區推動 ACP 的介入，應該讓更多護理人員具備上述的溝通能力，並與其他醫療專業團隊合作，進行正確與有效的推展，讓更多社區高齡者提升有機會與家人或醫療人員進行討論與溝通，已維護自己生命末期的自主與尊嚴。

因此如何有效認識 ACP 的整體要素是成功努力促進老年人瞭解 ACP 的第一步。例如，在門診端工作的臨床醫生可能會遇到年老體弱的病人，由於病人正處於自己的身體虛弱，他們可能會更願意接受 ACP；而在住院端工作的臨床醫生為處於重症病房的病人進行家庭會議時，可能會認識到病人與其家庭關係模式、病人的個人價值觀，而目標和喜好會影響重大疾病的決策；在護理機構中的醫護人員可能會意識到錯過與病人、家屬溝通照護意願的機會，而導致在未知其照護需求的當下，做了不必要的轉送醫院(Erica et al., 2020)。生命自主的倡議在疾病面臨不可逆性與瀕臨死亡時，能夠享有事先所預立的醫療決定是保障自己擁有與意願相同的照顧，根據 Heyland et al. (2020)建議我們以 ACP 與「預立嚴重疾病的準備和規劃」為概念進行，理想狀態是在危機發生之前，做為準備面對嚴重疾病工作的一部分，準備工作包括提前思考和提前規劃未來疾病，而「規劃」包括使用機構或醫療保健系統特有的醫療，建議如圖 2-2 規範而遵行。

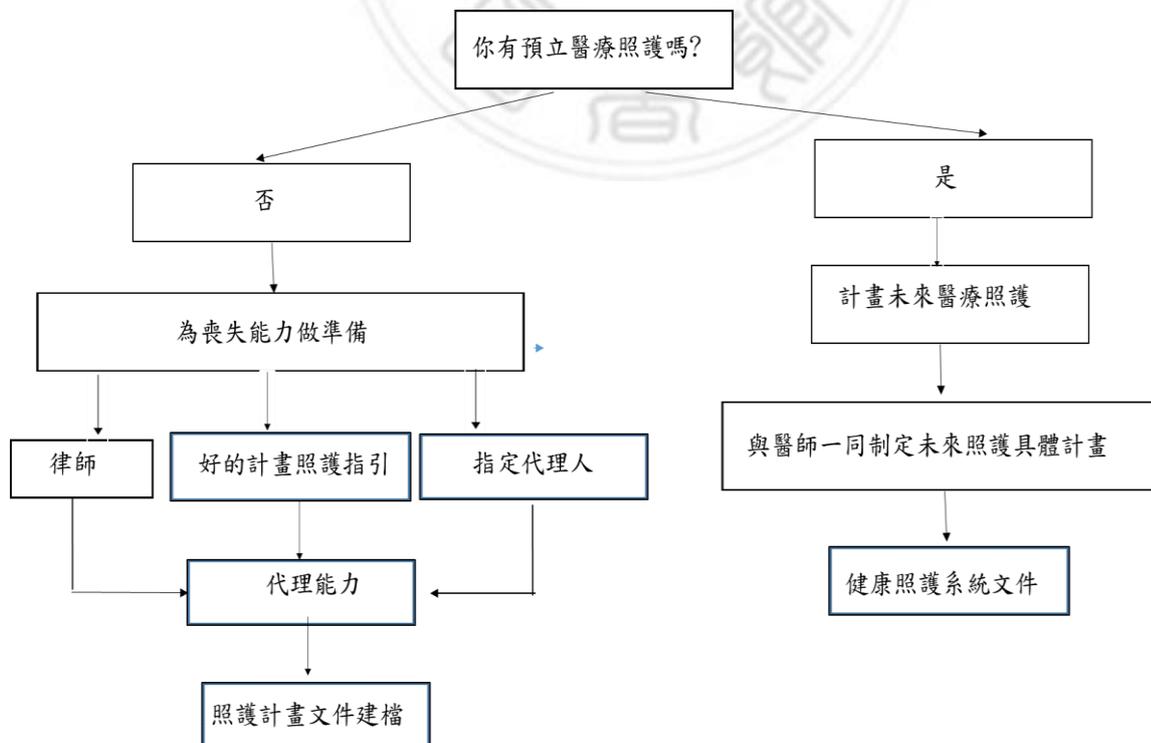


圖 2-2 ACP 與預立嚴重疾病的準備和規劃(Heyland et al., 2020)

依據國外在推行病人自主發展所面臨的問題，可讓剛起步的我國作為範疇與認知。在推動病人自主的理念時，針對於高齡化的台灣社區而言，談論 ACP 的時機非重要，Lum (2015)建議：一、每年接受免費高齡者健康檢查或社區整合性篩檢時；二、被診斷為初期老年失智症時；三、需要更多健康照護者介入時；四、身體功能衰退時；將遷居至養護中心時；六、出院或從亞急性的復健機構返家時；七、身體健康狀況惡化時；八、有家人、親友重病、死亡時。可將此列為指引 ACP 的說明時的時機，在適時時機討論，藉以讓生命末期有自己決定的依歸。如果在醫療與生命教育上，醫療院所之專業人員對 ACP 有更多瞭解，在面對以上討論之時機時，可以向病人或家屬提起 ACP 的可行性，提早規劃生命末期的期待，避免錯失時機，而造成病人受苦或家屬不知如何作主而做出違背病人意願的遺憾產生。

而目前台灣推行病人自主權利法之施行，從推廣觀念與臨床實務應用至確實落實執行，過程繁冗，仍需要許多部門的協調配合，始得以克盡其功。參與試辦之醫院都表示，諮詢的民眾大多經歷過家屬受疾病末期之痛苦，個人自己認知仍有差異，並且從簽署 AD，到未來實際面對生命終點時，還會有許多實際情境需要讓當事者有所瞭解及準備的(臺北醫學大學衛生福利政策研究中心，2018)。

參、影響 ACP 之因素

一、影響 ACP 推行之相關研究

在國外經數年病人自主權立法的發展與推動，目前所面臨的問題，是評估成效不顯著，經 Blackwood et al. (2019)之討論原因有以下四點：一、對 ACP 認識不足：沒有明確流程可以讓人們了解自己的意願如何被照顧團隊知道，並確保將來的照護，與書面表達文件一致，許多醫療人會花費更多時間與注意力在治療與擔心合併症，不會把 ACP 視為提供的照護。二、否認：社會對死亡議題仍採否認的態度，很難開啟生命議題的瞭解。三、混淆：依據美國 Regence Foundation National Journal 民意調查發現，許多美國人他們認知擔心緩和醫療和 ACP 會阻擋幫助病人延長壽命的可能性。四、時間不足與缺乏專業培訓：需對專業人員進型更好的教育培訓，使之了解專業專業知識與溝通技巧(引自楊君宜等，2020)

然而影響 ACP 進行的因素有許多，根據國外推行 ACP 研究指出族群、宗教信仰、相關知識與態度、家庭文化等概念，會影響病人對預立醫療照護諮商的意願(Bullock, 2011; Chan, 2011; Zager, 2011)。因此運用適合的文化，尊重各族群差別的價值觀，是現

今我國在推動預立醫療照護諮商必須考量的狀況。而反觀在台灣受華人文化影響，將家庭視為社會基本單位形成一起決策的方式，在醫療的選擇上，仍大部分由家族達成的想法來決定，使得個人的意願難高於家族的想法(Chan, 2011)。因儒家孝道觀念的束縛，在病情的告知上，擔憂的重點是承受疾病的情緒壓力，認為是不孝，而不是病人的意願與需求，反而讓生病的人無法得到決定醫療選擇的尊重(Galanti, 2008)，這樣的醫療權在家屬的生命會是病人想要的嗎？也因病人事先未討論與表明，造成無法如病人意願的後果的產生。因此文化的差異性也可能是導致 ACP 推動的困難之處，且社區內的長者不習慣或沒有機會自由決定未來末期疾病的醫療決定（謝志鏗等，2013），針對研究也顯示這些長者並不是不想討論這些話題，只是沒有機會讓他們表達自己的想法，其實它們也願意與照顧的醫療團隊人員討論對 ACP 的看法(Chan & Pang, 2011; Chu & Woo, 2004; Tang et al., 2007)，目前台灣社區長輩對 ACP 的態度與瞭解的研究不多，其研究結果卻是對於未來推動 ACP 上有極大的參考意義。

推動 AD 的阻礙歸類如以下：一、病人與健康照顧者不願意談論生命末期之相關照護問題；二、談論時產生不適的情緒與心理；三、簽署者對於醫療維生與急救措施不了解；四、過度強調急救成效，而忽略不切實際的期待；五、維生醫療與末期疾病的語意不清楚，而導致解釋困難；六、傳統文化鼓勵積極治療與避談論死亡；七、沒有準備好談論死亡議題，常延遲至病危時才討論；八、簽署者決策判斷的能力；九、擔心遭到濫用或未確實執行；十、推行時需要額外財務支出與人力（楊嘉玲等，2008）。另外學者林慧美等（2011）針對住院病人研究指出預立醫療指示認知偏低，主要原因是很少人會去討論「預立醫療指示」相關議題，多數病人的理由是「覺得忌諱，不想去考慮此事」，民眾也不清楚自己意識清楚時，可先自行簽署相關預立醫療意願書；並且在傳統文化上，年紀長者病人多以子女或家人代為決定，尤其在疾病末期時，亦不希望因自己的疾病為家人帶來麻煩，多數以家人為重要的決策者，不習慣由自己來做決定有關。對於民眾對生命末期的醫療相關自主決定相關資訊與病情了解程度上，胡文郁等（2003）研究指出國內醫護人員與病人談論生命末期決策時面臨多重困境，在醫護人員與家屬於癌末病情告知的障礙因子中，困擾最高的項目是醫療人員與家屬談論有關死亡的問題。Casarett 與 Quill(2007)在與病人溝通疾病末期相關議題（例如：安寧照護、真相告知、心肺復甦術）時，最大的溝通障礙是醫師不知何時向病人清晰直接說明他們的情況變差，及治療的限制。

二、社區照顧關懷據點之活動內容

本研究針對社區照顧關懷據點的文獻，台灣 2005 年宣示政府推動社區發展之決心，提出「臺灣健康社區六星計畫」，以產業發展、社福醫療、社區治安、人文教育、環境景觀、環保生態等六大面向作為社區評量指標，為促進社區健全多元發展，針對社區所提出的發展目標及配套需求，整合目前既有計畫資源，協助其發展，希望藉此打造一個安居樂業的「健康社區」，確保高齡族群達到健康老化與成功老化的目標（李世代、吳肖琪、陳惠姿，2003；衛生福利部社會家庭署，2019）。然而，社區照顧關懷據點即是此計畫之社福醫療所倡導的重要措施之一。在配合社區營造與社區自主參與的精神下，鼓勵民間團體利用鄉鎮村里活動中心或其他閒置空間所設置。藉此希望提供在地社區初級預防照護服務，再依需要連結各級政府所推動社區照顧、機構照顧及居家服務等各項照顧措施，以建置失能老人連續性之長期照顧服務。社區據點服務內容涵蓋對社區需要民眾進行關懷訪視，電話問安、諮詢及轉介服務，餐飲服務，健康促進活動等，也透過每周規律地安排一些活動使社區老人參與，以維持老人的生理功能，促進長者健康福祉，提升老人生活品質（衛生福利部社會家庭署，2019）。回顧過去十多年，社區據點服務已於全國各地生根冒芽、分枝散葉。數量從一開始全台 300 處到現今超過 3000 處據點（衛生福利部社會家庭署，2019）。

在社區照顧關懷據點的活動內容上，依據林萬億（2012）進行全國性社區據點的研究顯示據點最常舉辦有關健康活動順序為休閒類、健康類、教育類，其中最受老人歡迎的活動為旅遊、卡拉 OK、下棋、聯誼活動、保健研習及才藝表演等。孫智辰（2017）表示據點的活動呈現多元化，但目前需思考活動的辦理除了身心活動以外，長者心理健康與靈性成長的活動是匱乏的。

綜合以上，許多國內外文獻指出，ACP 的重要性與目前執行現況，許多因素影響著每個生命的理解與接受度，國外影響 ACP 因素是否能作為我國的參考，有待日後再續追蹤。在社區照顧關懷據點之活動上的歸納內容，有關長者之生命靈性之相關課程顯不足。而我國人文化之生活習慣與親身生命經歷似乎也對此 ACP 議題有不同的見解，醫療端的醫療人員對 ACP 之相關認知的提升也影響著所照顧的病人與家屬在面對生命末期的思考，因此如何讓 ACP 觀念的種子，散播在國內各地，讓每人都能接受到的新知識概念，提早為自己規劃說再見的方式，為自己留下最美好的身影。

第三節 生命末期的思維

壹、生死觀與善終

「生」與「死」是生命本身一體兩面，我們落在宇宙生命中，「生」與「死」都是「生命」的展現（釋慧開，2015）。人的死亡並非真正的死亡，而是在等待下一次氣的聚合。莊子豁達的人生觀所展現的只是要世人切勿拘泥於當下所發生的事，而最後造成無法挽救的結果，有如金句所云：「今天的大事，是明天的小事，是明年的故事」。過去，我們都是從「生」來看「死」，這樣的思考視角讓我們每天汲汲營營的追求世間的一切；反觀，「死」反觀「生」，當站在人生「終點」，觀看此刻的「中點」時，得以覺察生命價值與意義，不懼怕死亡，更能珍惜生命，創造美好的未來，最高人生狀態即為超越死亡（鄭曉江，2000）。

根據傅偉勳（2010）教授的構想，生死學的首要課題是關於生命的意義與死亡的意義。並提倡的「現代生死學」可區分為廣狹二義。狹義之現代生死學，是每一個有情個體所面臨的個別生死問題，予以探索參究，並提供哲理性的啟發與導引，主旨在幫助每一有情個體培養更為健全成熟的生死智慧，建立積極正面的人生態度，期能活出生命的尊嚴。即使到了生命成長的最後階段，也能安然自在地面對與接受死亡，彰顯死亡的尊嚴，為自我生命畫下完美的句點。

「善終」指順其自然、安詳且死得其所的死亡。善終識多層面且被視為一個「過程（process）」。而非「狀態（status）」的動態的概念，病人與家屬如果能盡早做「死亡準備（death preparation）」，在病人臨終過程之中的身心靈與社會均容易於安詳的狀態（陳亭儒、胡文郁，2011）。文獻列出不同善終的定義，最早提出善終定義的學者Weisman(1972)，著重於心理社會的層面，是目前廣泛使用的善終定義，美國國家醫學院生命末期照顧委員會所提出的，為「根據病人或家屬的期望，並符合臨床、文化、或倫理的標準，使病人、家屬與照顧者均免於遭受可避免的窘迫與痛苦」（Field & Cassell, 1997）

台灣本土的觀點，辭典對於「善終」之定義為「能享天年、安詳而逝、美滿的結局。」國內學者（趙可式，1997）研究癌症末期病人的善終，發現與歸類出三種平安，一、身體平安：身體痛苦減輕至最低、臨終過程沒有太長、身體完整清潔、可以活動；二、心理平安：能夠認、放下、不孤獨、心願已了、無牽掛、和在喜歡的環境中享受大自然；三思想平安：一天過一天，不去想太多、有意義的一生、人生苦海即將上岸。胡文郁、

陳瑞儀 (2017) 指出善終身受時代的變遷與所處的社會、文化、倫理、政策影響，導致於臨床上對善終有不同的解讀，當醫療端對於善終缺乏完整的瞭解，會影響專業的溝通與合作而阻礙提供與執行善終的照顧，故建議有必要建立符合現代華人文化之善終概念。Lair (2011) 善終也是一種無法度量的感受與期待，需視個人如何走過臨終過程而定。

尉遲淦 (2015) 以善終觀點下的儒家生死觀為例，論述對現代人而言，他們熟悉的善終觀念已經不再是傳統禮俗的善終，而是安寧緩和醫療的善終。在這樣善終觀念的指引下，善終不再是死亡的善終而是臨終的善終，但是這樣的善終無法真正安頓我們的生死。所以發現只要去除傳統禮俗對於善終內容的形式限制，回歸傳家的基本要求。在成全家庭情感的要求下，傳統禮俗的善終觀念不但可以現代化，儒家的道德生死觀也可以繼續存在下去，作為現代中國人安頓生死的主導力量。然而隨著醫療科技的創新與突破，在極限醫療中仍有找出一線生機的命運，這樣的發展造就了正負兩面的結果。由新加坡安寧緩和專家主導與經濟學人雜誌出版的「臨終品質調查」(Quality of Death Index) 中指出台灣臨終品質為全球第六，而其中「照護環境支持、安寧緩和及健康環境、社區參與」三大面向顯示，我國現階段臨終品質的狀況優於全球大部分國家。釋慧開 (2015) 指出絕大多數人之所以無法善終，主要是因為思想觀念上不能接受「肉體生命終究會停擺」的「自然性」與「必然性」，也看不見「靈性生命無限」的「永續開展性」，所以不斷運用現代化醫療科技來抗拒死亡，最終造成錯失真正能善終的契機，因此提出「見好就收」、「瀟灑走一回」、「不要拖過生命的賞味期」、「不要變成生命的延畢生」等善終口訣，這樣的肺腑之建言，運用在現今高齡化社會之時，推廣生死教育易於使高齡者明瞭。

面對於死亡到來，對於醫療端的醫療態度研究，依據我國2014年《天下》全民醫療態度調查，五成無效醫療 (Medical Futility) 來自家人的不放手，醫師也是讓病人無法善終的大阻礙，《天下》與393公民平台合作，針對台灣重症專科醫師做調查。結果顯示，高達九成的受訪醫師認為，臨終前無效醫療是亟需重視與處理的議題。受訪醫師中，有八成八表示，他所治療的加護病房病人曾經歷臨終前無效醫療。針對無效醫療無效與無益，即使病人或家屬要求，醫師都沒有義務提供無效醫療。無效醫療所影響的是龐大醫療費用、加護病房床位使用的適當性，與生命倫理所面臨的困境，最後還會造成病人無法舒適善終的命運 (林芳如等，2010)。無效醫療導致無法善終的結果，而良好的溝通，是生命末期中之重要的工作，如果能建立在預立醫療照顧計畫的概念下，讓高齡者瞭解安寧療護與簽署預立安寧緩和醫療意願書，有助善終的保障，但對高齡者而言，這

些知識及行動並非憑空而得，必須給予善終教育的實施，讓高齡者可以增權展能，增進自主地為自己的善終做準備（羅明耀，2011）。

個人對生死的意念課題，有時會伴隨著生命經驗而體悟，研究者於臨床實務中，曾有家屬告訴研究者，因為之前某位家人因突然罹病而病情變故離世，家屬在面對此情境時，無法當下做出對其好的判斷而選擇救到底的醫療，最後不得善終，因此希望上一次的經驗，這次為另一位家人選擇接受安寧的照顧，更期盼可以協助家人好走，不再重蹈覆轍。隨著人們知識提升的時代增進，根據安寧照顧基金會2020年10月6日公布「台灣生命態度及安寧療護認知變遷」調查結果，約77.9%的民眾反對臨終前的急救醫療，呈現目前民眾對生死態度的轉化，不再以強求留住人的身軀與不顧其病痛，反觀思考其活著生命的價值。但只有43.3%的民眾自認為已有準備接受死亡，呈現出國人雖有意識到死亡的來臨，但未能有所做為，死亡並不是在日常生活中常聊起的話題，都是因為要等事件發生後，才會開始與家人討論。然而最容易引起民眾家人討論生死議題的時機，前三名分別為身邊親友死亡、自己健康出現狀況、看見車禍等意外。對於「是否贊成生前預立醫/遺囑」，高達97.7%是贊成，但是真正為自己發聲做預立醫療自主計畫的行動者僅有3.4%。而以「不拖累家人」為理由，呈現出願意早一點談論如何面對死亡，仍尚需契機的出現（安寧照顧基金會，2020）。

釋慧開（2004）表示老人離死亡是最近，感受也最貼近真實，表現上看起來和老人談死亡議題容易，但事實上老人和家人談論死亡是避諱而不談，因為死亡是不吉利的象徵，家屬對於與老人談論死亡是不孝與詛咒。Chiu（2005）指出台灣長者之自主意識在死亡過程中，有時會遇到阻礙而難行，死亡是禁忌話題之一（引自Hsin & Macer, 2006）。而老人遇到病痛來臨時會希望早點死去，不害怕死亡的終結，是死亡過程，尤其看到他人的死亡過程的痛苦，心理會產生未知的恐懼，未知死亡過程的恐懼是使老人害怕的。虔誠的宗教信仰可達到心靈平靜，讓老人因自身宗教更覺悟死的真理，藉著自我人生觀、生死觀找尋自我存在價值與意義（林蕙珠，2014）。

綜合以上而言，國人對生死的態度站在遠處觀望，在處於健康無病病的狀態下，不是談論生死的議題的契機，往往等到生死事件靠近自己身邊與周遭時，才有意識到生死的邊緣，創造一個適當與家人談論生死觀念的時機，如自落實學校的生命教育開始，從小就接觸生命意義與生死觀，紮根人們對生死意義的基礎，培育未來生死不畏懼的勇氣，為自己生命做最後善終的主人。

貳、高齡者生命意義與尊嚴

Erikson理論中老年期發展的任務可分為三項，並特別強調老人為了心裡的发展可以順利，必須先解決三大危機：一、自我價值統整與工作角色偏差；二、身體超越與身體偏見；三、自我超越與自我偏見。其中以第三項的自我超越是只接受死亡的部分，對生命最後終點站不畏懼，看是為自然不可避免的結果，主動計畫未來，超越生死之間的鴻溝。而自我偏見代表著老人拒絕承認死亡的到來，安逸於目前自我的滿足，健全的老人心理發展應該是坦然面對與接受死亡的事實，超越死亡的現時現地，肯定自己去適應死亡的預期與準備（引自吳永銘，1998）。老人如果可以提早感受到自己生命的價值與角色，比較能夠使自己在面臨死亡的降臨時，多一分存有的價值與信念，進而走向如期而終的境界。

以意義治療聞名的Frankl曾說：「人會為意義而生，也肯為意義而死」。人是一種能夠負責的受造物，必須實現潛藏在的生命意義，並強調生命的真諦，需在世界中找尋，而非在人身上或內在精神找尋，因為他不是個封閉的體系，而人的存在，本質上是「自我超越」(self-transcendence)。生命的意義是會改變的，但永遠不失其為意義，依據意義治療學的觀點，用三種不同途徑發現意義：一、藉著創造、工作；二、界者體認價值；三、藉著受苦。而第二種途徑是由體驗某種事物，如工作或文化，已發現生命的意義(Frankl, 2012)，對此論點對於社區長輩對於拖延與受苦的生命，感受到無生命意義的見解相同。

生命意義是一個主觀與經驗的感受，也會受文化影響自己對生命意義的看法。對於生命意義的觀點，學者Ayers et al. (2007)老人如果對於自己一生感受是有意義的，則認為生命中有一些重要事件是可以自己作主與控制，並接受自己的過去處境，可以達到人格統整，生活的滿意度也比較高；希望感會帶給人們勇氣與力量得以面對困境，超越現況，並對生命產生正向存在的價值觀，更能坦然無畏懼地面對死亡(引自斐惠然，2015)。存在心理治療學者Irvin D. Yalom表示人在面對極限的狀態時會有受苦、責疚、死亡、無常，能夠隨著自由的意識的展現而探索與創造意義，發揮生命的潛能，轉化受苦而成為生命的成就，也從中體驗生死無常、生命有限，採取自我責任的行為，作為重生的契機，而創造更有意義的人生(Yalom, 2017)。

尊嚴是一種內在的品質，獨立於外在因素，在臨床環境中，它通常等同於人的自主性和控制感，似乎與患者的生活質素有關，發現尊嚴有三個主題：一、功能喪失，與失

去控制有關的尊嚴；二、尊嚴作為身份；三、自主作為認知尊嚴的決定因素，被理解為對死亡過程的控制慾望和自決的慾望。尊嚴和自主是如何交織在一起的，可以被視為一個多重的概念，一個接近個人身份的概念，將尊嚴視為內在品質的能力對患者產生積極的影響(Andrea et al., 2016)。在高齡化社會中如何安頓退休以後長年衰弱的老年人、罹患重病或末期老年人生活，使他們不至於感到孤獨無依，在精神上可以安命（生命的尊嚴），在死神逼近時不恐懼，以自然從容地接受死亡（死亡的尊嚴）（傅偉勳，2010）。

綜合上述，生命意義的本質，是主觀的洞見，受到外在因素而影響著，也受到個人價值觀而變動著，每個人都是獨立的個體，沒有所謂的優劣式之區分，生命的意義取自個人信念由生。尊嚴是自主控制感喪失時，期待的模樣，也是人保有最根本的自尊感，與生命的意義是有關聯性的互應，有了存有活著生命意義，才能鞏固與提升尊嚴的價值。

參、生命末期的照顧

一、高齡者生命末期之探討

生命末期的醫療決定是每人都會面臨的問題，是否可以在事前有所規劃與安排？需依靠個人觀念的省思，如果想要家人希望依照自己的期望而定的照顧，事先有合宜的協商與討論，顯為重要。根據學者之研究顯示高水準之生命末期病患照顧應符合以病患及家屬為中心之決策模式、有良好溝通機制、維持繼續之照護、給予病患舒適之處理及避免苦痛之發生、給予情緒之安撫與實質之照護及靈性的支持(Clarke et al., 2003)。

國外研究指出醫師和病人（或家屬）曾經進行末期醫療內容之討論，其使用維生醫療之比率較低，而接受安寧緩和醫療的比率較高（黃馨葆等，2011；Prendergast, 2001）。美國AMA (1999)年針對生命末期醫病共享決策與避免無效醫療而提出建議之指引，內容包含四個步驟：一、醫師應在病人進入生命末期前，向病人或家屬說明那些醫療措施是無效的，互相瞭解彼此可接受的範圍；二、醫病間應共同參與決策，並評估醫療措施之成效，進而決定是否進行治療；三、建議諮詢人員參與討論，協助病人選擇醫療方向；四、當醫師與病人意見不一時，可由醫院倫理委員會審議之。如此得知，儘早與病人及家屬討論預立醫療自主計畫與死亡之議題，對進入到生命末期的病人需給予緩和醫療資訊與有效溝通，將醫療自主權歸於病人本身，才能避免無效醫療，使病人得以圓滿善終的自主心願（馬瑞菊等，2018）。

Porensky與Carpenter (2008)研究指出多數高齡者與照顧者不清楚ACP的概念與專屬名詞，因此需加以解釋與澄清認知。向高齡者告知病情以及讓高齡者參與末期醫療決定

或簽屬AD，是一個複雜的決策過程，不僅是AD的簽署，更重要的是對許多疾病情境的討論與思考的歷程(Messinger-Rapport et al., 2009)。多數高齡者之家屬對於盡早與高齡者談論未來生命末期的醫療方式，是保持著正向態度，但因找不到適當的時機，與高齡者的認知已有缺損無法溝通等因素，導致家屬很少與高齡者談論生命末期的相關議題(Stewart et al., 2011)。因此Seelwan等研究學者曾指出大於65歲的高齡老人，生命末期若早期與醫師討論醫療處置與照護期待，可以降低生命最後入住加護病房的比例，因此也建議醫療單位的醫師需了解預後與末期疾病的定義，對於入住加護病房高齡末期的病人盡早談論不施行心肺復甦術並提供緩和醫療之選項，減少無效維生醫療之受苦(引自馬瑞菊等, 2019)。在生命末期接受積極醫療干預的病人在生命的最後一周生活品質較差，即使經過疾病的嚴重程度調整，病人的生活品質也隨著積極的藥物治療次數的增加而下降，而追蹤發現這群接收積極醫療的病人之家屬，在病人往生後因此產生遺憾與憂鬱機率提高(Alexi et al., 2008)。藉此反映出對生命末期的病人給予積極的醫療措施，如同無效醫療一般，沒有加分效果，反而是使病人生活更受苦。

為了讓失能與不便外出就醫者可以得到醫療照顧，我國自2014年開始，全民健保給付社區安寧照護制度，藉由推展社區居家安寧期望提升生命末期品質，使末期病人能夠有機會在社區接受照護與善終(翁瑞萱等, 2015)。在2016年臺北市開始試辦社區整合照顧計畫，以臺北市立聯合醫院之居家醫療為例，推動社區整合照顧服務達1年，服務約100位失能長者，在照顧多重慢病及中重度失能長者過程中，強調並尊重病人的意願，鼓勵病人參與自己的健康維護及醫療照護決策，並將病人及家屬納為醫療照護團隊的主要成員。故在社區照護過程中，分享了如何即啟動生命末期議題討論、跨專業溝通無縫隙轉銜，提升團隊及社區之「死亡識能」之經驗。總結歸類為以下三個方向：一、即早啟動與病人和家屬討論生命末期的議題。二、跨專業溝通且無縫隙轉銜，配合現行長照服務體系資源多元提供複雜個案之照顧。三、提升團隊及社區之「死亡識能」。以更開放的態度接觸和處理生死議題，進而提升在宅照顧者的臨終照護能力(翁瑞萱等, 2018)。

二、高齡者使用維生醫療之現況與建議

依據國外研究中指出88%-93%的老人寧願死，也不願意讓自己陷入昏迷、插管或放置呼吸器(Yung et al., 2010)，而另外研究指出以80歲以上的住院老人為例探討不想接受侵入性的治療，70%老人期望獲得舒服的照顧勝於延長生命，但現實總是與願所違，研究顯示63%之老人在死亡之前接受超過一種以上的維生治療措施，其中54%臨終前入住

加護病房、43%使用呼吸器、18%放置鼻胃管管灌、17%接受外科手術治療、15%接受心導管治療、14%接受輸血、6%洗腎等(Zalnd et al., 2002)。另外老年病患的照護需求與年輕病患有相當的差異，需要症狀處理的情況較少，反而是要求停止或撤除無效維生醫療比例較高(Evers et al., 2002)。而反觀國內馬瑞菊等(2019)研究發現高齡病人入住加護病房至臨終前接受維生醫療，無論高齡者是否符合末期定義，在臨終前仍然接受維生醫療。羅玉岱(2010)指出特別是年齡高達80歲以上的老年病患，罹患失智與缺乏其行為能力的比例高，進而嚴重影響其對於症狀之表達與決斷能力，若於此時家屬無法依照以病人為本而選擇安寧緩和醫療照顧之決定，將會使得高齡老人於加護病房承受維生醫療而延長無意義之生命，並不得以善終。

我國2000年6月7日立法通過公布實施的「安寧緩和醫療條例」，罹患末期疾病之患者有權利在生命末期選擇不施行心肺復甦術(Do Not Resuscitate; DNR)，在疾病病程進展至死亡已屬不可避免時，可以有尊嚴的方式自然離開人世，免受於人工維生醫療拖延生命之痛苦(全國法規資料庫, 2013)，國外學者Morrell et al. (2016)將生命末期之病人不恰當的收入住加護病房而執行積極醫療處置，如侵入性治療、手術、複雜特殊用藥、花費昂貴的治療等視為無效醫療之客觀定義。Sasaki et al. (2017)研究指出，末期病人在入院時24小時內即早期介入DNR討論並開立醫囑，可以減少侵入性導管的置放率及醫療資源耗用，避免病人受苦。而陳安芝等(2015)國內學者也曾將住院病人臨終前侵入性醫療處置量化為受苦指數，來呈現臨終病人接受痛苦的狀況。

然而於維持生命醫療中之鼻胃管人工醫療為本研究發現之議題，依國外學者Hollaar et al. (2017)針對居住護理照護機構吞嚥困難之住民研究指出留置鼻胃管是剝奪人進食的視覺、味覺，易導致營養不良、吸入性肺炎與身心不健康，並且在吞嚥困難的處理及發生吸入性肺炎時的處理方法中，ACP對於住民的個人價值觀和偏愛納入其緩和醫療照顧需求之中是重要的。反觀國內依據衛生福利部統計處2019年統計住院鼻胃管放置之病人為122,631人，佔全國住院總人數17.94%，與前二年2017年相比之全國住院總人數比例為10%，因此呈現鼻胃管留置病人有日增的趨勢。然而馬瑞菊等(2019)針對末期無效維生醫療，建議應建立標準評估流程，於末期維生醫療之健保給付上，應提供末期病人免除部分負擔之安寧緩和醫療照顧，或由病人家屬需自行負擔繼續使用無效維生醫療之費用。

綜合以上言之，國內外研究顯示多數高齡者在生命末期仍接受著維生醫療比例高，延伸出高齡者使用著一項以上之維生醫療。經文獻的閱讀與整理後，研究者認為家屬是

否瞭解高齡者期待的醫療照顧方式，以及醫療端對於高齡者之生命末期提供舒適照顧，此醫病雙方部分是需要加深入瞭解與提升教育的，如果在每一位有清楚意識的生命個體，在健康之時就能與家人探討自己生命末期之期待，減少無效醫療，減少疾病之受苦，達成病人享自主決定與家屬安心之目標。

肆、死亡識能

「死亡識能」被認為是一種獲取並理解生命末期與死亡相關議題之知識，並且做出相對應照護選擇之技能。透過提升死亡識能的四個面向：知識(Knowledge)、技能(Skill)、經驗學習(Experiential learning)與社會行動(Social action)(鄭企峰等, 2018)。死亡識能亦被認為是一種執行的智慧(Kerrie et al., 2016)。針對死亡識能的見解，陳端容、吳丕玉(2019)說明死亡四個層面的內容，第一層面知識包含理解國家相關立法、政策與安寧照護規範，瞭解臨終自主計畫的意義，與掌握「預立醫療照護諮商」與「預立醫療決定」等範疇的知識，第二層面為技能，實際的技能包括照護、溝通、決策與執行往生者的後事，例如與親人及醫療團隊討論生命瀕死的相關議題，如死亡地點的選擇以及瀕死照護方式的選擇，能夠依宗教信仰協助病人之喪葬儀式。第三個層面是經驗學習，是透過家庭與社區的「不避諱」與「不排斥」在宅末期照護，並願意與其他家人及朋友、社區、醫療團隊形成照顧網絡，也接納有在宅末期照護經驗的他人，藉由其照護經驗的傳承，社會可以共同學習如何實踐在宅末期照護。經由具體參與個別家庭「末期照護」的經驗，社區、醫療團隊、社會其他成員，可以學習接納、協助在宅末期照護，將在宅末期照護視為每個人生命善終的正常過程。另外黃喬煜等(2017)研究指出實際參與家人或朋友的末期照護是學習瀕死過程和臨終照護最直接的方法，也是會提供照顧者非常深刻及增進思考自己生命意義之經驗成長。第四層面是社會行動的層面，其核心概念以社區賦能為主，強調社會各階層皆能以同理心支持面臨生命末期的家庭，當能夠知道如何提供照護，也能幫助需要的人，最終促使每個人都願意主動規劃自己的善終計畫。因此，民眾能夠進行「預立醫療照護諮商」，簽訂「預立醫療決定」，是屬於「死亡識能」中社會行動的重要一環(陳端容、吳丕玉, 2019)。

此四層面的面向基礎可作為在推動社區民眾死亡識能中的準則，因此「死亡識能」常被作為評核民眾經歷及學習生命末期與死亡議題之結果指標。透過增強民眾之死亡識能，而可增強民眾參與醫療照護計畫之意願與規畫未來照護的能力。國內外研究已指出

透過增強死亡識能，累積對於生死議題的敏感度與智慧，對於改善臨終照護以及推廣在宅善終的幫助（黃喬煜等，2017；Kerrie et al., 2016）。

綜合以上之死亡識能的概說，死亡是每人必經的路，德國哲學家馬丁·海德格爾（Martin Heidegger）曾說過：“出生是生命的開始，死亡是每個人的共同終點，生命的過程也是死亡的過程”。在國外對生命末期的探討文獻中的建議，是否可運用在台灣的醫療環境中，有待省思。研究者反思如果在有意識的覺知生命的極限，藉由事先良好的溝通，表達自己的意願及尊重生命末期的自主，可以使生命末期的路與生活更充實與舒適，並在無遺憾的局面下實現詳和。然而生命教育是提升自我決定中不可或缺的方法，從出生至學齡階段期間，由家庭教育中的父母開啟生命的種子；在學校教育中的師長繼續銜接更進階的生命教育版，使學生獲得正向的生命知識；在成年階段時，工作與生活中視野的經驗累積，造就提升對生命議題的探究；老後的社區活動中，運用健康促進與成功老化為基礎，學習規畫老後的自己，盡早增強自我死亡識能的能力，當有一天死亡逼近時，可以用自身生命意義的連結，規劃由自己所期盼而終，達成如願而終。

第三章 研究方法

本研究旨在探討社區高齡者於預立醫療自主計畫現況之研究，因《病人自主權利法》法源概念尚新，本研究希望透過高齡者對預立醫療自主計畫之態度與參與生命經驗的探討，涉及主觀感受與看法，情境適用於質性研究，運用深度半結構式方式進行訪談。研究方法的選擇與擬定是透過研究主題而決定，本章節依序說明研究方法之選擇、研究流程、研究對象與場域、研究工具、資料收集與分析、研究倫理、研究嚴謹度等內容。

第一節 研究方法之選擇

壹、研究取向

本研究的主旨在於探討高齡者對於預立醫療自主計畫之研究。研究者運用陳向明（2002）質性研究的五項重要特性，一、自然主義：以實際場域作為研究的場域，是自然發生的脈絡；二、重視意義：研究參與者賦於經驗的意義，是研究者關注的重點，透過研究者與參與者的互動，才能對意義有詮釋性的了解；三、對於歷程的關注：重視事件發生的歷程，從中了解歷程對參與者的影響；四、使用歸納法：有下而上的分析方法，主要是從片段資料開始進行分析，找出類目，再由分析類目與類目間的關係，將其相關的類目歸類一起；五、重視研究關係：研究者必須經營研究關係，才能獲得重要的訊息。研究者也必須清楚說明自己的角色和研究者的關係，並且需進行反思。

研究方法的選擇是研究文本最重要的因素，對於研究方法的執行，如可以充分瞭解與熟悉，可以為此研究上有實質幫助的效果，因此明確地運用研究方法的特性，發揮在研究的過程，是重要的。質性與量化式採用不同的研究方式探究研究結果，研究者在詳讀研究方法中，運用質性研究方法中的重視經驗意義的詮釋，並用開放性的質探究主體經驗的脈絡，以下為本研究因探討參與者對於 ACP 態度，因此採用質性研究方法之理由，如以下說明。

一、深入了解高齡者對自己生活情境的生命意義

質性研究極力透過探究，真實世界情境當中與人們的生活意(Robert, 2014)，在生活中，人們常須扮演者不同角色，會透過不同的媒介來表達自己，例如文字、照片等，在訪談過程中，研究參與者也會如日常般訴說著想說的內容，不會只侷限於訪談的內容，呈現出真實生命的樣貌。

二、參與者藉由自身的照顧經驗反映內心獨有感受

研究參與者的觀點是質性研究的獨特之處捕捉參與者的觀點，是質性研究中一項主要的目標(Robert, 2014)，基於在研究場域中，藉由參與者的真實呈現事件之事實與認知，給與事件賦予意義，不是研究者的觀點，是屬於參與者獨特之見解。

三、關切訪談者最深層的脈絡情景與影響

質性研究涵蓋脈絡情景，就多方面而言，脈絡情景可能影響所有人類事件，因此對於脈絡情境的關照，會侷限於相關題目(Robert, 2014)。因此探究情境脈絡時需探究影響之情景。

四、研究者身為護理人員運用連結生命經驗對話

在這些高齡者面對臨親友的照顧過程的心路歷程，反思自己年老的生命價值，運用詮釋現象學研究做為理解受訪者生命經驗之方法，進行深度訪談方式進行對話，呈現社區高齡者面對生活照顧經驗中的體悟，經口述表達其感受經驗之脈絡，最後完整了解其生命經驗的本質與背後所深藏的意義。研究者將受訪者的經驗與自己生命經驗對話，產生了新的體悟與認知，因此研究結果可以有助實務臨床的領域中，擬定比較適切現實需要與有效的運用方案。

貳、研究方法

本研究以詮釋現象學 (hermeneutic phenomenology) 為研究取向及方法。現象學創始者 Heidegger (1962) 提出集體現象學理論：現象學關心人類經驗的生活世界；詮釋學理論：所有經驗的現象需透過加以詮釋，及強調理解人的存在不是只有純粹的理論，更需要藉由詮釋過程理解人「寓居於世」的存在，因此將此稱為以世界為背景底蘊顯現之處 (高淑清, 2001)。人類透過思想、語言及意識經歷自身的存在，詮釋現象學最基本的想法為語言本身是思想的觀點，人在語言中有理解的觀點。人的理解透過詮釋循環來來回回加深理解內容，這非反覆，因為沒有歷經第一次的理解循環，就無法進入第二循環 (余德慧, 2001)。詮釋現象學是一種結合現象學與詮釋學的方法論，屬於一種特定類型的解釋研究，目的在於直接呈現研究參與者生活經驗所構成的世界，引領讀者進入這個世界，努力捕捉研究參與者的聲音、情緒、行動，解釋的焦點是深刻的生命經驗，這些經驗完全塑造研究參與者的自我概念與他們對自身經驗所賦予的意義。因此研究結

果可以彌補客觀之理解對當事人觀點忽略或扭曲的缺點，而有助實務臨床的領域中，擬定比較適切現實需要與有效的運用方案（蔡昌雄，2005）。

然而，高淑清（2008）提起詮釋現象學能描述生活的世界原貌及經驗本質上結構的特色，對現象的背後之意義有彰顯、理解、解釋的有效性。而本研究是透過研究者於訪談過程中彰顯受訪者對於自身 ACP 之態度、生死觀與善終之現象行為中的意義，利用詮釋循環及反思得以了解屬於受訪者在生活世界中，了解此行為現象背後的本質意義。也是研究者透過詮釋現象學須秉持的角度。研究者在經驗文本閱讀的視域化過程中，以詮釋現象學方法論為根本，在研究過程中不斷進行整體與部分之間的互動思辯與結合詮釋結構的軸線與意義，也會不斷地因應意義單元內容呈現，做適時的修正與調整。研究者選擇採用詮釋現象學中的尊重、開放性的對話以及互為主體關係之態度，進行深度訪談方式進行對話，呈現社區高齡者面對生活照顧經驗中反思的體悟，經口述表達其感受經驗之詮釋，最後解釋其生命經驗的本質與背後所深藏的意義。

綜合上述，研究者採開放性態度，對於高齡者對於 ACP、生死議題與研究生本身之刻板印象，在訪談時讓受訪者生活事件的現象，在其所處的環境中呈現與彰顯，需屏除研究者本身之前的框架之理解，將透過習以為常的各種生活現象與受訪者互動的經驗互為主體的實際體驗，直接面對受訪者在於對 ACP 態度之經驗。因此在這些老人面對臨親友的照顧過程的心路歷程，反思自己年老的生命價值，運用詮釋現象學觀點，探討生活經驗中存在的深層意義，透過不斷循環詮釋過程，將高齡者對於 ACP 之態度加以呈現。

第二節 研究流程

壹、研究架構

研究者事先至本研究社區關懷據點了解高齡者的狀況與確定受訪的意願，確認意願後告知研究目的與方式，提供受訪者清楚了解後，再進行訪談。因此，先進行文獻閱讀與了解社區據點的狀況後擬定問題，建立訪談大綱。在研究的過程中，研究者相當重視參與者所描述的看法與內容，希望從中可以瞭解其個人獨特與有意義的內容。以訪談大綱進行深入訪談，從文獻中擬定研究主題，進行訪談問題先後排序，最後撰寫擬定訪談同意書，擬定研究步驟流程圖 3-2。

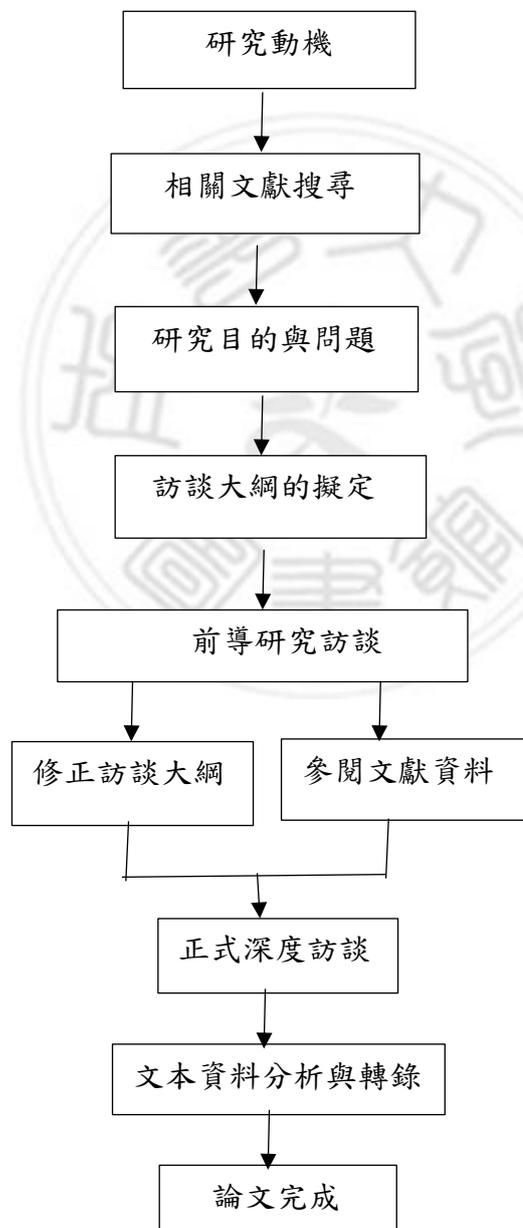


圖 3-2 研究步驟流程圖

一、擬定訪談大綱與問題

參考 Hillary et al. (2016)之 ACP 步驟關鍵內容，擬定適用於此次高齡者的訪談內容，並做適當部分的調整。因黃喬煜等 (2017) 研究指出實際參與親友照護過程，也是會提供照顧者深刻及增強自己生命意義之經驗成長。因此本研究訪談大綱以高齡者照顧親友經驗為初始訪談內容，進而漸進式切入高齡者對 ACP 之相關態度之理解，結合反思自己的生死觀、探究目前對 ACP 之認知、其相關影響因素探討、目前實務工作者在社區推行 ACP 之現況等，得以完整探討高齡者在此 ACP 議題之其認知及影響因素。

二、正式訪談

事先將預訪談的大綱與訪談同意書給受訪者，訪談時的地點選擇，以受訪者熟悉且方便之處，訪談過程中，會依受訪者的回應狀況，適時給予引導並重述其內容，以確定與所要表達的意思一致。

三、訪談資料轉錄

研究者將訪談內容用錄音筆錄下，並依訪談內容逐字寫成原始文本，訪談者對於受訪者的回應，需有高敏感度與隨機應變能力，本身對受訪者的背景需有一定程度的了解，也是研究議題內容品質的重要性。

第三節 研究對象與場域

壹、研究對象

因尊重高齡者本身的意願與考量，配合質性研究之特性與有限資源，本研究預計採取立意取樣方式，而立意取樣的邏輯與效力，在於選擇資訊豐富的參與者做深度的研究（簡春安、鄒平儀，2004）。因此選擇適合的研究對象，預計訪談六位研究參與者，研究受訪者須具備以下條件：一、年滿 65 歲老人；二、意識清楚，可正確表達；三、曾經有照顧親友生病臥床經驗；四、有參與據點活動者。藉此參與者的生命經驗的敘說，引導省思自己生命末期的預立醫療自主計畫之態度。研究受訪者基本資料如表 3-1。

表 3-1 研究受訪者基本資料

稱別	性別	年齡	學歷	婚姻狀態	宗教	語言	參與社區活動時間	照顧時間	照顧對象之疾病別
A	女	77	不識字	已婚	一般民間信仰	台語	6 年	6 個月	高血壓
B	女	85	不識字	喪偶	天主教	台語 國語	5 個月	3 年	失智症
C	男	74	識字	已婚	佛教	台語 國語	9 年	3 個月	肺癌
D	女	73	不識字	喪偶	一般民間信仰	台語	3 個月	5 個月	肝癌
E	男	66	識字	已婚	一般民間信仰	台語 國語	8 年	5 個月	血癌
F	女	87	不識字	喪偶	一般民間信仰	台語	5 個月	3 個月	糖尿病

貳、研究場域

此社區以紅圖白底結合中國剪紙主題的彩繪社區，目前參與社區關懷據點約 17 人，平均年齡為 70 歲，女性多於男性，多數高齡者存有慢性病，規則服用藥物中。107 年度亦大力推動社區整體照顧，成立長青食堂，希望可以照顧更多長輩營養均衡攝取，以及

提供更多元照顧服務。也積極發展結合各項農村體驗活動，增進共同創造更友善的農村社區環境。該社區屬於傳統的農村社區，老年人口占多數，在高齡化社會的衝擊下，社區理事長積極鼓勵社區長輩走出來，一同推動參與社區活動，從一開始的教育課程，到觀念的建立，並落實在生活中，朝多樣化發展，積極連結各單位資源，例如結合政府機關、學校、民間團體以及其他社區發展協會等注入，促使社區營造知識不斷翻新，讓更多想法走在時代前端，創造1加1大於2的實質效益，並期許以增進社區老人互動，提升生活品質為目標。近幾年榮獲多次傑出與優異社區獎項，近期於109年雲林縣績優環境保護志工與環境保護志工隊及優良水環境巡守隊榮獲雲林縣環境保護志工隊特優殊榮。

社區理事長表示因社區多屬於高齡長輩，因此安排的課程內容則以長輩喜愛的活動為主，以促進肢體活動，延緩失能為目標，因此社區所舉辦活動的內容，多以肢體活動性質為主，鮮少舉辦有關醫療健康講座之相關，課程參見如3-2社區活動課程表。

表 3-2 社區活動課程表

時間	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五
早上 09:00-11:00	歡樂唱歌	健康活力操	音樂饗宴	歡樂唱歌	太鼓達人
下午 13:00-16:00	手作活動	太鼓達人	益智遊戲	音樂饗宴	影片欣賞

第四節 研究工具

壹、研究者

研究者在就讀研究所期間曾修習生死教育、質性研究方法、存在心理分析專題與生死療癒專題，同時本身為安寧緩和護理師與病人自主權利法核心講師背景，故有助於研究者用同理心、傾聽、陪伴的態度面對研究參與者，得以使研究者有敏銳度完成此研究。在訪談的過程中，研究者使用深度訪談法之技巧，先調整自己的心態，在與受訪者接觸，做訪談前的準備預約與約訪，並且研究者也需掌握訪談氣氛，最後完成訪談後，將逐一其內容以同受訪者的意思，用文字呈現，最後再與受訪者確認是否有違其之意思。

貳、研究工具

一、訪談同意書

目的為保護研究者與研究參與者，並尊重研究參與者的權利，為首要訪談前必備之同意書，此外訪談同意書內容說明研究主題、研究目的、研究過程、研究參與者的權利與遵守保密的義務，當研究參與者簽署同意書，才能進行訪談，參見附件一。

二、訪談大綱

協助受訪者可以對於參與預立醫療照護諮商經驗的思考與感受分享依受訪者所回應的內容，適時深入提問，使受訪者可以更具體表達想法。於初次訪談後，與指導老師討論其訪談過程的狀況，並修正訪談時符合高齡參與者的口語化語言，以利於參與者了解訪談內容，參見附件二。

三、訪談手札

目的是為了研究者在訪談過程中，得以記錄訪談情境與參與者之情緒、非語言之動作等，可使收集的資料更精確。訪談情境中的狀態都是研究者收集資料重要的內容，以增進訪談內容的真實性。

四、錄音用物

目的為將研究者與參與者的對話內容可以清楚記錄，將使用錄音筆錄製內容，再轉錄為逐字稿以利分析，使得訪談內容完整呈現。

第五節 資料收集與分析

壹、資料收集

訪談內容採半結構式之深度訪談，每位參與者訪談次數二次以上，每次時間為至二小時。事先至社區據點觀察並參與社區活動，確定願意配合之參與者，並在社區據點事先給予社區長輩授課，課程內容有關醫療常識與應景的手作的課程，以增進與社區長輩的信任感。研究者配合參與者的時間與地點，訪談前先告知參與者所預訪談的內容，尊重其意願與取得願意接受訪談的同意，對於受訪內容，參與者如遇到無法再繼續訪談，可以隨時中斷或結束，運用錄音器材進行訪談錄音，以利完整呈現訪談內容，最後訪談結束會再與參與者確認內容的正確性，如有不清楚之處，或誤解之處，予以校正。研究者與受訪者之訪談時間表，整理如表 3-3。

表 3-3 研究受訪者訪談時間表

受訪者代號	訪談時間	時間長度	總時間
A	2020 年 10 月 10 日 14 : 00-16 : 30	2.5 小時	3 小時
	2020 年 03 月 05 日 11 : 00-11 : 30	30 分	
B	2020 年 11 月 27 日 15 : 30-16 : 30	1.5 小時	2.5 小時
	2021 年 03 年 03 年 16 : 30-17 : 35	1 小時	
C	2021 年 02 月 01 日 14 : 00-16:00	2 小時	2 小時 40 分
	2021 年 03 月 03 日 15 : 30-16 : 10	40 分	
D	2021 年 02 月 04 日 09 : 00-11 : 00	2 小時	2 小時 45 分
	2021 年 03 月 05 日 13 : 00-13 : 45	45 分	
E	2021 年 02 月 17 日 09 : 40-10 : 45	1 小時	1 小時
F	2021 年 02 月 17 日 13 : 00-15 : 00	2 小時	3 小時 15 分
	2021 年 03 月 10 日 10 : 45-12 : 00	1 小時 15 分	

研究者與受訪者在進行第一次的訪談後，發現多數受訪者對預立醫療自主計畫不了解，故研究者再次於 2021 年 03 月 03 日在社區據點進行有關預立醫療自主計畫相關內容分享，之後再對受訪者進行一次訪談，主要目的是探討參與者經由授課分享後，受訪者對於預立醫療自主計畫的瞭解程度為何，及增進受訪者談論預立醫療自主計畫的意願與其想法，研究者協助社區長輩授課內容，如表 3-4。

表 3-4 研究者於社區授課內容

日期	主題	參與人數
2021 年 01 月 28 日 09:00-10:30	新冠肺炎之防護	18
2021 年 02 月 01 日 09:00-10:30	手作紅包燈籠	22
2021 年 02 月 08 日 14:00-15:30	食在健康	17
2021 年 03 月 03 日 14:00-15:30	談生命自主與善終	20

貳、深度訪談

深度訪談可以使受訪者有極大彈性的空間說出他們對生活經驗的主觀感受。訪談者需要將自己的經驗與預設知識認知放置一旁，引導受訪者用自己語言，將個人所認為重要的生活經驗抒說，創造一個接納、安全、信任與同理的訪談氣氛裡，讓受訪者對經驗的分享保有高度的興趣，同時也關注每一個受訪者個人獨立的想法與探索，形成生活某一經驗背後可能的情境脈絡（高淑清，2008）。研究者運用陳向明（2002）深度訪談的主要特點為：（一）瞭解受訪者的所思所想，包含他們的價值觀念、情感感受和行為規範；（二）瞭解受訪者過往的生活經歷和他們耳濡目染的事件，特別是事件發生的歷程；（三）從受訪者的角度對研究現象獲得多種描述；（四）幫助研究者與受訪者建立關係，使得雙方由感覺陌生到彼此熟悉；（五）使受訪者感覺到更加有力，因為自己的聲音有被聽到，因而影響到他們對自身文化的解釋和建構。

研究者運用深度訪談中之半結構式訪談（semi-standardized interview），在資料蒐集時，研究者在進行訪談前，會依據研究目的與問題而擬定訪談大綱，在訪談過程不依據訪談大綱之順序進行，有時會因實際受訪者的回應狀態，在訪談的問題給予適時與彈性的調整（潘淑滿，2003），以利於受訪者可以說出內在想法與感受，而獲得真實的訪談內容。半結構式訪談為目前社會學科中最常使用的訪談方式（王雲東，2016），因此研究者以半結構的訪談過程中，視過程給予彈性空間調整進行訪談，藉由訪談了解受訪者

的想法與意義經驗及於觀察中獲得的資料進行驗證。因受訪者多為不識字之長輩，所以在訪談中研究者會反覆與細膩地解釋訪談問題的含意，適時運用長輩利於了解的台語影片故事說明，以確定長輩了解訪談問題真正的意思，並利於長輩順利回應問題中的主觀感受經驗。

綜合以上言之，本研究運用受訪之長者描述生命經驗中，體悟與詮釋其生命意義與反思生命末期的想法，因此採用質性深度訪談與半結構式訪談方式進行研究的內容理解方式。

參、研究分析

本研究基於主題分析法分析資料，並運用詮釋現象學分析的概念架構，找出經驗本質的意義。並參考與應用質性資料分析循環五階段：一、編譯；二、解組；三、重組；四、詮釋；五、結論(Robert, 2014)。將本研究分析因此套用如下說明：

一、詳閱訪談原始資料整理成為「逐字稿」

研究者與社區長者在訪談過程以嚴謹的態度重視訪談的話語（每一個字、詞）與非語言（聲頻、臉部表情與肢體動作）所透露的訊息，如實際呈現於逐字稿中，並且研究者需放下自身預設價值觀與立場，使得訪談資料展現原出樣貌，藉由研究者與資料的互動，呈現實際高齡者內心最真實的資料，最後得以使得文本有利於客觀意義的分析。如表 3-5 文本分析範例表。

二、從「逐字稿」中歸納「意義單元」

透過詳閱「逐字稿」的內容，採用歸納方式將其為同「意義單元」並編碼處理，以利閱讀。編碼與意義說明如 A1-002，其中「A1」代表第一位參與者第一次的訪談；「002」代表者受訪者第二段語句。

三、從「意義單元」開展成「受訪者文本」

將「意義單元」轉錄成為易於閱讀者的內容，並且詮釋的「意義單元」歸納與開展成「受訪者文本」，及使內容重組為「受訪者文本」。

四、從「受訪者文本」搜尋「研究展現」

詳讀「受訪者文本」找尋重要與特殊的發現，呈現此研究所產生的樣態，並與文獻資料對話及描述在文本中。

五、從「研究展現」論述觀點與討論

「研究展現」是研究最終的發現，從研究發現中探究其內容並論述討論，呈現更具體的建議與反思。

表 3-5 文本分析範例表

逐字稿文本	意義單元	次主題	主題
不曾和子女說起生死問題，一般老人平常時都不會去說這些，那樣奇怪(E1-032)。	避諱與家人討論 死亡議題	談論生死議題的想法	高齡者對於生命末期的生死觀
希望有一天早日去天主那，不用在人間受拖磨(B1-072)。如果時間到了，就順順去就好(B1-088)。	善終的期待	依靠信仰的生死觀	

第六節 研究者倫理

研究者於就讀研究所期間，已完成台灣學術倫理教育資源中心的倫理教育課程，取得修課時數 6 小時，因此研究者瞭解於研究過程時需注意與遵守之倫理規範。為了尊重研究參與者的隱私與相關資料，在進行訪談前會向參與者說明研究之目的、訪談內容、訪談方式，訪談時間與場地的選定，遵從參與者的意願，在訪談過程前先徵求參與者的同意，協助填寫「訪談同意書」，方能錄音與訪談。如在過程中，參與者因故想中斷訪談，予以尊重並配合。

因此，顧及參與者的隱私，故在本文中以別名呈現。潘淑滿(2003)指出在訪談收集資料過程中，常會有許多狀況事件的情況發生，導致受訪者潛在性的傷害，因此研究者需使受訪者在確定意願的情況下，使受訪者自由表達感受，因此研究內容觸動在訪談個人生命議題，容易引發參與者對內心深層的想法，故事先告知可能會有的狀況，以利受訪者思考接受訪談的意願度；在訪談中，會依其訪談過程中，參與者所呈現的情緒反應，立即給予適時安撫與評估暫停的必要性，不勉強受訪者當下所引發的情緒而調整訪談，或終止，並以開放、傾聽、接納的態度面對受訪者的反應與感受；在訪談後，陸續追蹤其當時訪談時引發情緒感受，是否需再處理或是提供相關資源的連結，尋求專業人員的協助。

第七節 研究嚴謹度

質性研究的品質與信度、效度有密切關係，一般稱為「嚴謹性」，依據高淑清(2008)提出確實性(credibility)、可轉移性(transferability)、可靠性(dependability)可確認性(confirmability)等標準，用以檢核與提升本研究之可信性。

壹、確實性(credibility)

指研究結果與資料的真實程度(高淑清,2008)。在正式進行研究前，研究者蒐集與閱讀相關文獻，並於正式訪談前，先選定一位社區高齡者進行前導研究，訪談環境以選擇安靜且安全，用錄音筆記錄研究參與者之語言與非語言訊息，加強研究資料的正確性，在訪談過程中檢視訪談大綱是否可回應本研究之研究問題，之後再與指導教授討論與擬定進一步修正訪談大綱，藉此以提升研究資料的正確性。此外，在研究過程中持續與指導教授保持聯絡與討論，在文本資料轉錄和撰寫後，將初步內容給研究參與者審閱，邀請研究參與者給予檢核與指正，進而增加研究的可信賴性。

貳、可轉移性(transferability)

反思在過程中涉及到的步驟與資料轉化程序，是否達到詳實過程的透明化，需經過嚴格的再三檢視(高淑清,2008)，因此為了避免研究者與資料的分析加入過多的主觀，會與協同研究者共同討論資料的分析與編譯部分，使得研究增加精確度。研究者在訪談時，盡量保持自己有覺察的不帶有個人價值與評判的立場，並逐一親自完成逐字稿，完成後給予研究參與者過目與確認，詳盡地將資料做原文的分析與意義單元的選定，使得研究參與者所描述的經驗感受，能真實與確實的轉換。

參、可靠性(dependability)

可靠性是指研究的內在信度(高淑清,2008)。研究者整個研究過程中的研究流程、資料的收集與分析，應盡量以確實的描述，並對於研究參與者的訪談內容撰寫為逐字稿，均自行獨立完成，避免因人為因素導致誤植，以增加研究的可靠性。

肆、可確認性(confirmability)

可確認性是指研究的一致、客觀與中立，與可靠性的指標有相關聯。研究者將受訪者的訪談回饋之內容轉錄成受訪者實錄回饋的內容，如有不同意見或想法時，研究者與受訪者進行溝通(高淑清,2008)。因此研究者對於所收集的資料秉持著高度重視，在於每一次撰寫成逐字稿，會再次核對與比對，以確保增加資料的正確度

第四章 研究發現與分析

本章節以社區關懷據點之老人為研究對象，分別針對六位社區長輩進行深度質性訪談，利用所訪談之文本進行內容的分析，運用主題分析之方法反覆思考與理解，以分析及論說對映方式詮釋。主要是瞭解社區高齡者對於生命末期的生死觀，由照顧親人生病經驗開始體悟生死議題，延伸至對於預立醫療自主計畫之態度認知與影響相關因素，最後是目前社區推行 ACP 的現狀，因此歸納出以下主題。

第一節 陪伴生命而終的生死觀

本節針對受訪者對於生命末期的生死觀為進行分析與呈現，針對受訪者所照顧對象及經歷照顧經驗後的感受歸類，分析出藉由照顧經驗及感受反思生死議題、高齡者身體狀況及所期待的生活、避諱與家人討論死亡議題之主題說明。

壹、藉著照顧經驗及感受反思生死議題

依據受訪者所照顧親人的經驗與感受，分為陪伴親人之刻苦銘心照顧經驗、照顧歷程之反思感受，並詳述其照顧過程分為初罹癌症之過程、面對癌症入侵之準備、面對癌症後期之說明，呈現照顧過程的樣貌，以利於完整陳述受訪者實際照顧過程。

一、陪伴親人之刻苦銘心經驗

研究者將六位受訪者敘述的照顧過程，以照顧對象之疾病類別分為癌症與非癌症分類並以說明。

(一) 癌症

本研究有關照顧罹患癌症的親人照顧經驗之對象有三位，分別是 C、D、E，以下針對這三位分析其照顧過程。

1、初罹癌症之過程

一位長輩表示媽媽在確診癌末之前，只是當作一般感冒治療，最後至大醫院詳細檢查才確診，醫師說明媽媽疾病已是癌末。一位長輩罹患肝癌的先生初期症狀是一直腹瀉，至醫院確診末期，醫師告知已無法手術治療，以服用化學治療藥物為主，初期治療效果佳。一位長輩表示太太訴說口內異樣，帶她至醫院確診為血癌，進行一連串

治療，長輩用心照顧太太。研究者在訪談三位長輩時，長輩在訴說照顧罹癌照顧經驗過程之感受，以平淡語氣中帶著無能為力之感受。

大約民國 90 年時剛開始媽媽感冒症狀去醫院，都沒有改善，都當作是一般感冒在醫，後來去另一家醫院才檢查出來是肺癌末期(C1-010)。

去年二月先生開始是一直腹瀉，吃止瀉藥又沒好，……後來去某大醫院，醫師說肝癌末期了，存活大概半年(D1-002)。那時醫師就開化療藥物吃，沒辦法開刀了(D1-014)。

五個月前太太得到血癌，之前一次她忍到不行告訴我，口內有瘀青，我告訴她不可以拖了，我就趕緊載她去醫院，一去就不能出來了。一去就檢查出來是血癌(E1-005)。

由以上知，三位長輩所照顧癌症親人之癌症初期症狀以微恙徵象呈現，有兩位長輩就醫詳細檢查才確診為癌症末期，醫師表示無法進一步做積極手術治療，而一位為癌症初期，開始以立即配合醫療人員建議做化學治療。

2、面對癌症入侵之準備

(1) 以舒適為目的之照顧

兩位長輩對於自己所照顧之癌症末期之家人，C 長輩對於初次就醫之醫師確診癌症末期，家屬尋求第二意見再次確診如癌症末期，建議採症狀控制，提供以滿足媽媽的食慾為主。因此家人知道訊息後均共同決定採以使媽媽舒服的照顧方式，使用嗎啡緩解疼痛，並選擇離家就近的醫院往診。另一位 D 長輩表示所照顧的先生配合接受化學治療後，使得惡性腫瘤有變小，但後來疾病依然復發而引起許多不適症狀，需要多協助照顧，則申請外傭協助照顧。對於知病情的先生已有交代自己不接受肝移植和被插管急救的想法，因為不忍使兒子辛苦與照顧，希望臨終時順其自然就好，長輩有轉告告讓子女知情。

後來又帶她去彰化一間醫院再確定，醫師說活不久了，想吃

甚麼就給她吃，當時醫師建議就近住的地方附近醫院看就好了，我在想最主不舒服時，可以打嗎啡，不要讓媽媽有痛苦就好(C1-011)。

剛開始腫瘤有變小顆，到後來又變大顆，連吃化療藥都吃不下了、越來越沒體力、沒辦法說話、需要人家照顧，當時有申請外傭幫忙(D1-014)。先生知道自己已經肝癌末期，有說不要換肝，不要讓兒子辛苦，擔心他們還要工作，已經八十歲，沒關係，順其自然，不要插管急救，有交代我，我有告訴兒子(D1-013)。

(2) 抗癌之事蹟

長輩表示照顧罹患癌症之太太，自己與太太想法一致想著配合醫師的治療方針。E 很認真地訴說著那時照顧太太沒有太多時間多想其他的，只想專心照顧好太太，希望太太可以康復，慶幸最後太太病情有控制住，最後抗癌穩定存活，至目前未再疾病復發，保住生命。對此長輩特別告知研究者覺得太太很幸運，最後抗癌成功活下來，而且目前身形也比罹病前更豐腴及整體氣色較好，並與長輩憶起參與社區活動。

像那時候我太太得到白血病，那時就想說聽醫師的話，配合治療，就排化療，總共 5 次…… (E1-005)，在醫院住了一段時間，都是我在照顧(E1-006)。為了她，我很認真照顧她，所以我每天回來買牛肉、虱目魚 ………… 煮給她吃(E1-007)，後來幸好她最後病有控制住，命有留下來(E1-010)。我太太也是這樣想，好佳在最後有好起來，現在可以和我一起參加社區活動，你看他現在讓我養得胖胖了，也比較有氣色(E1-072)。現在還須定期回診追蹤中(E1-074)。

以上得知，長輩面對照顧罹癌的家人之照顧照顧過程，有兩位確診為癌症末期，病況惡化，有一位是疾病趨於穩定而康復。其中照顧癌症末期之第一位長輩，為了尋求第二意見再次至另一醫院確診，經醫師確診癌症末期而建議採症狀治療及舒適照

顧；另一位照顧癌症末期之長輩，因先生因明瞭自己的病情，為自己醫療決定以無受苦並交代家人遵守；照顧穩定病情之長輩面對癌症侵襲太太，持有認真照顧之心及全力配合治療，最後如願抗癌成功。因此長輩照顧不同癌症分期之親人，所呈現的照顧過程也不同。

3、面對癌症後期

一位長輩表示在媽媽狀況不好時，媽媽自己感覺時間不多了，流下眼淚握住太太的手，提起要回家的想法，醫師也評估時間不多了。家人協助媽媽完成心願，請假讓她回到家看看，原本在醫院時不清楚的意識，回到家時意識變清楚，在家人的陪伴下才往生。對此長輩訴說這段過程時，因當時自己罹患脾腫大手術住院，而無法陪在媽媽身邊，有落淚與不捨的情緒。另一位長輩表示因為兒子希望可以讓癌症末期先生回到家中，而與醫師討論回到家的照顧可行性，醫師允許出院返家由家人照顧，當時已有申請外傭協助在照顧先生。先生往生前有喊她，其實她很膽小的，有驚嚇到。看著先生流汗，想起就是之前人家所說的往生前的徵兆，協助更換薄被，並告知先生，不要嚇她，最後先生在她面前慢慢沒呼吸，她都一直陪伴在先生身邊到最後，一直摸著他的臉與肚子，因為當時只有她一人在旁邊，現在想起來還是很難過。

有一次剛好我太太陪媽媽去醫院住院，那天下午媽媽就交代我太太，想要回來老家(C1-017)，醫院醫師也說時間不多了，所以我們就趕緊辦請假回到家，那時媽媽在醫院本來是不太清楚的感覺，回到家變成有一點清楚，就握著我太太的手，一直流眼淚，我那時在醫院住院無法陪伴身邊，我想那就像人家說的迴光返照一樣（訪談者淚盈滿眶）(C1-018)。

醫師說病況不太好了，活的時間也不久了，兒子說想讓爸爸回來家裡，所以就出院回到家，那時有請外傭協助照顧(D1-019)。他往生那一晚，有聽到喊一聲，後來就趕緊進去看先生，握住他的手，發現他在流汗，心想那是之前奶奶說的人要走前在走路，會流汗，我就更換薄被給他，不可以蓋厚被，這樣會他會在厚被裡的棉紗內鑽不出來。其實我膽子很小，

後來先生又叫一聲，我告訴他，你不要嚇到我，我很沒膽呢，後來就沒再叫，慢慢地就沒呼吸，我摸胸部腹部都沒在動了，當初只有我一人在旁，所以我想到就會難過我一直在想說他那時在喊什麼，後來我想應該是在叫我，我那時我摸著他的臉、摸肚子(D1-023)。

以上得知，長輩面對確診為癌末病人之至親，以不受苦為主要照顧方式，也在病人臨終前協助完成返家的心願，無法陪伴在旁的長輩之不捨心情，那份因悲痛而落下的眼淚代表著最深刻的情緒。而另一位長輩面對知病情的親人，已為自己生命末期做主，家人也依循其決定，對癌末親人臨終前的道別，是長輩與家人之間表達心中感受的時刻，也因此長輩覺得所照顧的親人瞭解後才往生。如曾等（2010）指出癌末病人之家屬面臨喪動因應行為以正向因應頻繁較高，負向因應行為較少。因此長輩有提前道別之因應行為。

綜合以上長輩照顧癌症之親人經驗得知長輩歷經自己沒能在身邊陪伴至親臨終的長輩而言，那一份虧欠及感傷是在此呈現；長輩歷經自己獨自陪伴臨終先生的長輩，過程中對其而言的照顧經驗是孤獨，但在先生早已為自己生命做主，使得長輩未有不知所措的處遇；E 長輩面對癌症侵襲太太，努力抗戰癌症，最後如願存活，身體狀況趨於穩定，與其他兩位照顧罹癌長輩所照顧之對象最後均往生不同。

（二）非癌症

本研究有關照顧罹患非癌症的親人照顧經驗之對象有三位，分別是 A、B、F，以下針對這三位分析其照顧過程，將其照顧分為慢性病之長期樣貌、漫長後的結局說明。

1、長期慢性病之歷程

面對照顧不同慢性病之長輩，所面對的照顧處境也不同，例如：長輩面對長期需協助照顧之親人，依時間增長所照顧會以醫療端建議為主之照顧模式，如給予無法吞嚥之病人鼻胃管的使用、便秘之處理、失能照顧等。

然而在面對長期慢性病之照顧負擔上，當所照顧之親人因疾病而體力遞減，所需照顧的體力增加，因此當長輩無法負荷照顧時會協助申請看護協助照顧，以減輕長輩照顧負擔並由專業之看護給予完善照顧。

長輩表示照顧失智症之婆婆，年老體力衰退後臥床，因此與其他家屬輪流照顧臥床婆婆，一次婆婆鼻胃管不慎送醫滑脫經驗，意外發現婆婆有積糞便在腸子情形而住院處理，對於照顧住院過程中，由鄰床看護指導她如何處理糞便的照顧方式，最後她看見婆婆解出許多糞便，而感到比較安心。

我婆婆就年老又有失智，後來衰弱就躺床了(A1-011)。有一次鼻胃管不小心掉了，剛好遇到我照顧時，送急診，醫師檢查發現肚子大便很多，安排住院處理，通大便，解很多，又剛好輪到我去醫院照顧，住院旁邊的床有一位看護教我挖大便。隔壁看護說剛好讓你檢到很多黃金呢，比較辛苦啊，我那時也沒特別覺得辛苦，婆婆有比較舒服了，我也比較放心啦(A1-013)。

長輩照顧先生突然往後仰導致骨折，感受到人生的無常，因在外地的女兒擔心她與先生的照顧問題，於是協助搬至台南就近照顧，先生曾經有頭部外傷而有失智現象，但尚可活動自理，真正需照顧是在一次發燒出院後，因先生也比較沒力氣與鼻胃管灌食需要協助。

三年前我先生本來好好地人突然後仰導致大腿骨頭斷了，一個人在我面前這樣，這也是天主安排的，人要什麼時候怎樣，都很難說得(B2-038)。晚上都不睡有失智的現象(B2-022)，但是還可以自己行動，不用我照顧(B1-029)，其實照顧我先生，比較需要照顧的是在出院時需要用鼻胃管灌牛奶人比較沒體力，需要照顧(B1-035)。

長輩之先生長期糖尿病問題陸續就醫，到最後一個月越來越沒體力，需要協助照顧，也沒辦法照顧，後來有申請看護協助照顧，減輕照顧負擔。

大約 105-106 年時我先生有糖尿病差不多 20 多年，後來需要人家顧，大概有一個月，慢慢越來越沒體力，我需要扶著

他，因為有糖尿病走不穩(F1-002)，後來沒有體力沒辦法翻身，需要人家幫忙翻身(F1-009)。住院時我的子女也會輪流照顧(F1-006)，最後沒辦法照顧是女兒說申請看護，不然我也沒辦法照顧(F1-013)。

長輩照顧長期慢性病的親人，在初期因外意外、慢性病而飽受身體的不適症狀，體力越來越差至需專人照顧，其中有兩位所照顧至親友鼻胃管之留置，一位長輩對於照顧長期非癌症之慢性病的親人，無法長期負荷，由原本長輩自行照顧至最後申請看護協助照顧，使得親人得到好的照顧方式。

2、漫長之結局

(1) 無預警之生死別離

一位長輩照顧婆婆有半年之久，剛好輪到 A 照顧時，如往常協助管灌牛奶時發現婆婆突然和平常不一樣，頭彎一邊，當時知道要摸鼻子與肚子確定死亡，就立即通知其他家人來協助婆婆後續事宜，無再送醫。另一位長輩表示出院後回到家第三天，突然聽到先生一個打噴嚏，先生就往生了，當時有驚嚇到，連絡女兒叫救護車，那時有告訴救護車的人，有簽不急救同意書，先生後來才沒有在最後時再多受急救措施的痛苦。

我婆婆也沒有受苦很久，就願她願半年，就那一天早上，剛好也是輪到我照顧，我早上去灌牛奶時，看還好好的模樣，中午要去灌牛奶時發現人不一樣，平常頭都是正正的，那天頭彎一邊去，看起來就不一樣，我就摸鼻孔都沒有氣息，肚子也沒起伏在動，我就叫其他人來，大家都決定不要送醫院(A1-007)。

才出院第三天……突然聽到在客廳的他打個噴嚏兩聲，過一會兒去看他，他就沒意識就回去了，我趕緊打電話給女兒，之前都沒有想過先生會突然這樣，有嚇到(B1-043)。那時候叫救護車人來時有說如果要急救，壓肋骨會斷，我就說不要，

年紀大了都老人，肋骨斷掉，我會捨不得，都年紀那麼大了，讓他肋骨斷掉，不是多痛苦的嗎？。救護車人員又有問我們是否簽不要急救急救同意書，我就說有簽，不要再救了，最後沒載去醫院(BI-040)。

綜合以上知，兩位長輩慢性病的至親在無預期之中離世，其中一位長輩及其家人早有做好年邁親人之好走準備，因此沒再送醫；另一位長輩臨終前是一個打噴嚏聲而道別離，因罹患慢性病之長輩事先有臨終時不受苦的認知，先見之明，因此長輩為親人捍衛不承受急救措施的折騰。

(2) 病危臨終之返家

先生已多次反覆住院，在這一次住院時，狀況不好就趕緊辦出院帶回家，請禮儀公司的人來協助辦後事，特別強調年老要回到家裡才行，而如果是在外往生的人，就直接送去殯儀館。

那時先生狀況不好時從醫院回來，已經不知道人了，女兒就告訴舅舅來家裡，討論後事……(F1-027)，要安排先生要載回來家裡，不能載去惠來厝殯儀館，年紀有了，一定要送回來家裡，像那種年輕人在外面往生那種沒辦法回到家的才是送去殯儀館(說兩次)(F1-028)。

綜合以上所知，對於照顧年邁長者臥床之家屬，歷經協助照顧過程的歷程，盡責及安心為出發點協助，面對所照顧對象之親人往生時，能坦然面對其離去，而處變不驚地協助後續事宜，因家人事前均有不受苦的共識，使得最後沒有再送醫而終。對於長輩照顧之親人若在醫院病瀕臨終階段，將親人載回返家對長輩而言是重要的信念，是落葉歸根之概念。

二、照顧歷程之反思感受

(一) 癌症

1、期盼善終

長輩表示以意識判斷是否急救標準，無意識就別救了。對於媽媽已年邁，無需受拖延生命的苦，也認為急救無法恢復以往的狀態，就不要再作急救，那只是增加痛苦而已。

人在世如果沒有意識，醫師說無效了，就不要救了，也是拖，不得了。媽媽年紀有了，沒辦法的時候就不要拖，不要救，救起來也沒辦法恢復和之前一樣，那樣是痛苦而已(C1-039)。

2、順天命

長輩對於當時照顧罹患血癌的太太，心中沒有太多的想法，直覺地期待疾病能恢復，如果無法恢復而惡化，也只能接受死而已。

那時想說如果病沒辦法好，也沒辦法，我沒特別想什麼，希望會好，如果不會好，就只有死而已了(E1-007)。

3、愛別離之道別

長輩訴說想起先生往生前兩天道別情景，忍不住傷心的淚水握著先生的手並訴說著放下的言語，也因為如此的行為，使得長輩認為先生有了解到自己與他的道別，所以最後選擇在道別後往生了。

在過世前兩天我就握著他的手，告訴他：你要放下，你放下，我也才會放下，到這裡我們要分開了，我就是這樣說，就是因為他有聽到，說完兩天後他就離開啊(受訪者落淚)(D1-024)

由上得知，長輩對於罹癌親人最後臨終經驗與感受，會因被照顧的對象年紀已年邁而有順其自然的想法，也會觸及長輩在未來面對自己生命末期的想法；面對已知為癌症末期之親人，已有生命自然死的認知和期盼無痛苦；面對與至親感連結強的長輩，在陪伴照顧過程中多了一份不捨之情。生病經驗是個別化的，每一人與家庭均有其獨有的生

命經驗或模式，對彼此而言是挑戰，對照顧者所言，陪伴走過生病的歷程視為一個生命危機或受苦經驗，使得生命陪伴的歷程為一生主體化的經驗(Greifzu, 1996)。

(二) 非癌症

1、壽終正寢之心願

長輩陳述婆婆已年邁，家人在面臨婆婆的往生，在之前均有不要再為婆婆拖延與受苦之共識，認為對於婆婆這樣突然於床上往生和無痛苦狀態，覺得這樣很好。而受訪之長輩表示對於自己目前覺得身體還很健康，並沒有太多想法或思考其他的。

那時婆婆 95 歲年歲多啊，不要再給她折磨拖來拖去，都沒呼吸，知道已經停了啊，不要再移來移去，又送醫院，不要再給婆婆受苦，家人們都知道，也有這樣想法決定(A1-010)。看到婆婆這樣，自己也不會去想自己以後生病的情形，因為感覺自己身體好好，健健康康，不會去想那(A1-016)。

2、領受生命自在之境界

長輩和先生因常往返醫院就診，曾經在醫院看過無意識者躺著使用機器的生命，因此在那時和先生說好，不願意自己受苦而一起至醫院簽署不急救的同意書，對於人生表示自然來去過程，應該要處之泰然，早日期望解脫，當遇到因親人死亡而難過的長輩，也能夠給予開導與安慰。

之前數十年前我和先生去醫院時，去醫院四樓病房看著人躺在那裏裝著機器，看了不希望那樣受苦。數十年前，我就和先生一起去醫院簽不要急救的單子，那個時候醫院的人看電腦也有說我們有簽(B1-093)。人本來就有來，就有去，指著隔壁那位長者，他說昨晚叔叔回去了，很難過，我就告訴她，要想開一點，人生這條路，大家都會走的，早去早解脫，不要拖最好了(B2-030))

3、生命必經之路程

此長輩表示在面對先生的死亡視為死亡是人生必走之路，無需擔心，需想開一點，不然自己也會因此而生病。在照顧先生期間，先生曾主動提起因未久病而受苦，希望早點死去，但彼此無特別詳細談論最後期待的後事事宜。

我感覺人這一條路本來就要走的，看誰要先走，是女生先走，還是男生先走，人這一條路本來就要走的，早和晚都要走的啦(F1-039)。遇到了，就要看得開一點，不然一直擔心，自己也會生病(F1-050)。

經由以上長輩照顧經驗及感受，不同疾病照顧對象和呈現不同照顧歷程，對此與多位學者研究指出當家屬面臨親人生命末期時，可能會產生死亡焦慮、靈性困擾、倫理與角色衝突、以及在親人不確定死亡時間中哀傷等待等一連貫的衝擊（錡佩如等，2006；Schmidt & Azoulay, 2012; Waldrop et al., 2012）。然而在當家屬面對親人瀕死時，生死醫療抉擇會受到醫護人員的認同、個人認知、家屬情感、病人年齡、疾病嚴重度、生活品質、來自周遭親友的經驗及親屬壓力而改變；再者，在承受照顧壓力之時，當資訊接收、接受程度及表達需求的能力不一致時，均會影響家屬在醫療抉擇之最後結果（黃麗績、魏書娥，2013；Azoulay et al., 2005）。

三、照顧經驗中延伸之問題

在受訪者的照顧經驗與感受中，發現具有特殊的意義問題與分析，與臨床實務中，作為藉由探討高齡者於照顧經驗對 ACP 的認知上，需深入去探究其根本造成此狀態之因素。

（一）安寧照護資訊之匱乏

C 與 D 長輩照顧癌末的親人當中，在醫院端的醫療人員有告知癌症末期，未提及安寧緩和醫療照顧；醫療端解釋病情之對象是家屬或子女，並未告知聽不懂國語之病人另一伴。

C 那時媽媽確定肺癌末期，醫師沒提起有安寧照顧的訊息，大部分都告訴家屬病情，未告知媽媽(C1-041)，我們也沒主

動告訴媽媽(C2-012)。

D之前先生末期的癌症，醫師未提出安寧照顧訊息，醫師都向子女說病情，醫師比較少告訴我，都叫他們去外面說，都說國語，我也聽不懂(D1-026)。

(二) 人工鼻胃管與營養之關聯性

B與C長輩表示家人因為無法進食，在醫院醫療人員建議放置鼻胃管使用，並表示以利於進食與避免家人餓死，長輩因此遵循醫療人員建議。依據 Lan et al., (2017) 研究所指出對於吞嚥困難的原因與解決之方法，先讓長者就吞嚥或安全進食姿勢練習順暢，可增進長者自主進食的信心，並且管灌食不會增加患者對營養素的吸收與提升營養。對此部分在本研究訪談內容與臨床上有所差異。對此研究者根據衛生福利部統計處 2019 年住院留置鼻胃管之病人與前二年 2017 年相比，呈現鼻胃管留置病人有日增的趨勢，然而在 Hollaar et al., (2017) 針對居住護理照護機構吞嚥困難之住民研究指出留置鼻胃管是剝奪人進食的視覺、味覺，易導致營養不良、吸入性肺炎與身心不健康，並且在吞嚥困難的處理及發生吸入性肺炎時的處理方法中，建議需將 ACP 對於住民的個人價值觀和偏愛納入其緩和醫療照顧需求之中是重要的。

因為那時醫生說沒辦法吃，就要插鼻胃管，不然會餓死，這樣不行，就一直插著鼻胃管了(B1-033)。

先生那時住院發現腫瘤轉至喉嚨，喉嚨很明顯看到突出一塊，吃東西吞不下，醫師就建議插鼻胃管灌牛奶(D1-016)。

(三) 人工醫療帶來之不自主

長輩因為先生鼻胃管使用，協助灌食，先生意識清楚擔心會把鼻胃管，有時需要將手約束綁起來，避免鼻胃管扯掉需再麻煩女兒請假帶至醫院重心放置，而先生雙手被約束會有罵人情形，也拜託先生能配合。

因為先生都會想拔鼻胃管，女兒就交代我，睡覺時要把先生的手綁起來，才不會拔掉管子，如果鼻胃管拔掉了，這樣很麻煩，女兒要再請假帶去醫院重新插，還要買新的管子，我把他綁起來，他還一直罵我，就是他知道人，才會想拔管子，我還告訴他拜託不要拉管子啦(B1-042)。

綜合以上言之，在六位受訪長輩照顧親友經驗中，其中兩位長輩之照顧經驗延伸出親人已是疾病末期的病人，在醫療端未主動提供安寧緩和醫療照顧訊息及病情告知部分，未告知不識字並聽不懂國語之高齡者，另外醫療端對於無法吞嚥進食的病人建議鼻胃管為增加身體營養的處置。也因鼻胃管的放置，對於意識清楚的病人而言，會有意識有意圖拔除鼻胃管的動作，為此而給予約束的措施，延伸出照顧上的另一個問題。

貳、高齡者身體狀況與期待之生活型態

一、常伴慢性病生活之老人型態

社區長輩均帶著慢性病生活著，其中也有罹患癌症、脾臟手術重大疾病。規律按時服用慢性病藥物是長輩每一天的日常，並能遵循定期至醫院回診和領藥。其中一位長輩表示身體有問題，一定要看醫師比較好，可以給予協助減輕身體不適。

在 6 前年參與社區健檢確診肺癌，…………就趕緊排手術治療……，現在還有定期有回診(A1-039)。

高血壓好幾年了，都有吃藥控制，子女都會安排時間帶我去門診追蹤啦(B1-064)。

之前肝硬化、脾臟腫大手術，現在都有安時服藥中，現在都自己騎車定期回診取藥 (C1-030)。

高血壓、糖尿病已經好幾年了，都有在吃藥控制，子女都在工作，會特定安排時間帶我去醫院回診拿藥(D1-028)。

高血壓、糖尿病差不多有 10 年(E1-009)。去年底發現心臟病，有做心臟支架手術，現在有在吃抗凝血劑，還需再去醫院做心肺功能的復健(E1-014)。

三十年前得到肺結核，有吃了一段時間的治療肺結核的藥；高血壓有 10 年，現在血壓比較穩定，都在固定一家診所拿藥(F1-060)。有不舒服要看醫師，比較好(F1-075)

由上述得知，社區的每位長輩均帶著一種或一種以上的慢性疾病生活著，與衛福部(2019)統計多數之 65 歲以上高齡者帶著慢性病生活著相符。受訪者面對已身疾病均能遵從定期回診取藥的方式面對，在訪談的過程中，多位受訪者表示對於目前的自己，有時間就會想積極參與社區舉辦的活動，增進自己與人互動的機會，減緩失能、失智的情形發生。

二、嚮往健康自如之生命

長輩多數期待自己身體安康、不依靠他人，自己能有自理能力，才是真正活著的期待。一位長輩認為當無法自理時，生命期也漸漸消逝中，因此不勞駕他人、生活能自立、不受苦是多數長輩生命的盼望，並在生命逼近末期能早歸去而不受苦。

現在最希望身體健康，勇勇的，自己活動方便，不需要麻煩別人(A2-030)。如果要死的時間到了，就趕快回去，如果還沒到，就勇健啊活著(A2-010)。

不要有痛苦，自己生活可以照顧好自己，就好。已經活到這個年紀了，該回去就回去，現在能動就動最好(B1-090)。

生命當中覺得最重要的是身體健康，可以自己行動自如，自己可以自理，當自己已經無法自理，就已經差不多了，時間也不多了(C2-013)。

現在期望可以健健康康，不用人家照顧，可以活動，這樣最好(D2-006)。

如果還可以自己照顧自己，不要有痛苦，不要拖累別人照顧這樣就好(E1-047)。現在人都活得比較久，變成大家都希望活得健康，會動，比較自在(E1-068)。

可以自己活動，照顧自己，不要麻煩別人(F2-004)。

由上述得知，多數長輩目前所期待的生活方式為可以自理，不依賴他人，身體健康，有尊嚴地活著，如果有一天生命走到最後，可以順其自然地離世，此研究發現與陳佳雯、張妤玥、高旭繁、陸洛(2013)的研究相符，認為依據社區的老人「最適老化歷程」的意象顯示，生活期望活出「價值、尊嚴、自主與活力」相符。

三、自身重大疾病無畏懼

自己得到肺癌時，不會特別想知道是第幾期，醫師已有告訴女兒就好，也不會特別對自己罹癌的狀態況有特別負面想法。在決定手術前一天，如期把當時平日做的工作處理完，才去住院，對即將面對手術治療以平常心看待，如果可以活就活著，如果死期到了，就死去，不會特別煩惱太多。

我肺癌不知道第幾期，醫師有告訴我女兒，我女兒沒告訴我，我也沒問，不會去想怎樣，也不會特別想知道怎樣，醫師有告訴女兒了(A1-042)。要手術前一天下午我還把種的玉米田整理好才準備去住院(A1-032)。都沒想會不好的，會好就好，有命比較長就活著，應該死啊就來死，不用擔心，有的人會想那樣不好，我並沒想那樣啦，不會去煩惱，也不會胡思亂想啦(A1-047)

分享從吃不下與昏昏沉沉的感覺至確定脾腫大需手術治療，過程中只想配合醫師的建議處理，並不會特別多想其他。長輩在分享的過程中，對於遇見一位有經驗的醫師協助轉診，覺得自己很幸運，檢查出真正的病因，感覺自己的命真的是如遇到貴人的良醫。

差不多 20 年前了，不小心跌入水溝邊，那時只是撞到肚子，隔天開始吃不太下，去某一家醫院看，當作一般腸胃問題，吃藥也沒改善，後來遇到一位從外院來支援的醫師，他評估應該去大醫院檢查，後來我聽他的建議去大醫院，……就醫過程，確定是脾腫大有出血，就馬上安排手術(C1-029)。當時我的感受剛開始覺得吃不下，昏昏沉沉的而已，那時心裡沒有特別感覺會擔心，想那有的沒有的(C2-008)。

在三個月前工作時突然的身體不適，立即至醫院就醫，確診心肌梗塞，隨即緊急安排手術治療，當時醫師曾表示可能有病況差的風險，他口頭直接告訴醫師，自己不願意插管急救，讓他順其自然地死就好，因為不想急救後又拖累家人照顧，意識不清與需讓人照顧的生活，是沒意義、沒尊嚴與受苦。研究者在訪談過程中，詢問受訪者在當時是否有簽屬不急救插管同意書？受訪者表示沒有。研究者再次詢問為簽署的原因，受訪者表示不知道有需簽署的文件。

大約在三個月前在工作時突然覺得胸口很不舒服，就先回家休息，後來還是不舒服，……一去醫院醫師就說這要馬上處理，說是心肌梗塞，趕快去通血管，放置支架(E1-010)。這次我心肌梗塞去醫院，醫師有告訴我說，如果狀況不好，也是有可能要插管急救，我就說不要插，讓我順順地死就好。因為我不希望那樣拖累自己，也會拖累家人，看很多啦(E1-036)。

綜合以上三位曾罹患重病手術的長輩，對於自己當時罹病的態度是坦然，沒有過多聯想，配合醫師的治療方針，即使如果遇到需面臨死亡，則處之泰然以對，也希望可以平順離世，不拖延程受苦的生命。其中一位長輩在面對醫師詢問是否接受插管急救，表示不願意。

參、論及死亡議題之忌諱

多數長輩均期待自己在生命末期時可以順其自然地好走，但平日無主動與子女談論生死議題，並表示現在談論不是適當時機。一位長輩表示生死議題需有長輩自己先主動提起，子女不會先問。另外一位長輩提到等到自己疾病沒有辦法醫治時，再向子女說就好，現在還太早及不是該說的時機。

平常的時候，比較不會和家裡的人說這種最後沒有辦法醫治，想要怎樣的想想法啦，太早了(A1-086)。

我希望年老時，不要插管，切氣切，不要急救，不然這樣也是害子女。(B1-096)，之前和先生去醫院看病時，就去醫院那邊簽了，簽的時候我們都沒有告訴子女(B1-097)。

如果自己病已經沒效了，到時候有意識時，就會告訴子女，現在還先不要說，大部分的人不會突然去說這個現在說子女也會覺得怪怪。大部分的人都是長輩提起，子女沒主動問的(C1-060)。

不曾和子女討論生死事情，一般人平常時都不會去說這些(D1-031)。如果有機會會想要當面告訴他們，但是不是現在，現在這樣突然告訴子女她們，很奇奇怪怪(D1-014)

不曾和子女說起生死問題，一般老人平常時都不會去說這些，那樣奇怪(E1-032)。

平常也不去想這種生死的事情(F1-088)。但是也是會想說順其自然，該回去就回去，不要再那裏插管(嘴巴內的管子)(F1--089)。沒有和子女說過這生死，一般人都不會去說這些啦，這怪怪啦(F1-90)。

由上述得知，大部分長輩表示對面生死希望好走，心裡期待自己臨終時順其自然、不要插管受苦，強調平日不會主動與家人討論生死議題，與現在不是交代生死議題的時機。依據釋慧開（2004）指出多數老人和家屬談論死亡是避諱，因為死亡是不吉利的象徵；文化差異性是導致 ACP 推動之難度，社區內的長者不習慣或沒有機會自己自由決定未來末期疾病的醫療選項（謝志鏗等，2013），只有 43.3% 的民眾自認為已有準備接受死亡，呈現出國人雖有意識到死亡的來臨，但未能有所做為，死亡並不是在日常生活中常聊起的話題，都是因為要等事件發生後，才會開始與家人討論（安寧照顧基金會，2020）。



第二節 追求生命善終的意義

本小節主要針對受訪者對於自己生命態度之價值觀與期待之生活品質而分析，分別為從信仰之善終、生命末期之思維、憂患為家人之壓力而逐一說明。

壹、信仰之善終

(一) 依循信仰之生死觀

長輩為一般民間信仰，為了可以得到護佑。特別強調看見所在社區中推輪椅需依靠專人照顧的生命，是受苦，沒尊嚴，是折騰呢，看見別人的經驗，反思自己希望不要如此。

平常會去這個社區外面的廟拜拜，初一十五一定會來廟拜，這廟拜祖師爺，都希望祈求神明保佑，拜拜都是求平安最重要呢(A1-059)，面對已經沒有救了，我也不要拖磨，千萬不要啦。人活著時候可以自行運動，不用靠人照顧，我不曾想過以後怎樣的，阿希望可以活就活，該走就走，不行了就去，順順去，千萬不要拖磨(A1-050)。

長輩早期因為需要工作才能有收入生活，在信仰上沒有特別重視，直到自己身重病，醫院醫師宣告時日不多，因緣際會藉由天主加持與傅油，挽回自己在生的生命，因此對天主是感恩，更加努力學習依靠天主的信仰，也因這此重生，讓自己好好贖罪，當時間到了，去天主的身邊。

天主教神父有告訴教會意義，我常對天主說：天主啊，我本身不識字，不守規矩，犯罪不知道的，我是照顧我先生來贖罪。現在有早晚課念經做功課，趕緊好好修好功課，希望有一天可以好走去天主身邊(B2-037)，不用在人間受拖磨(B1-072)。生命是天主安排，無法自己決定，不是你說想死就死的。(B2-033)。藉由這次沒死，由天主將我救起來，要讓我信仰天主的(B2-T2-03)。如果提早結束生命，這是違背天主

的意思，所以自然順順就好(B1-091)，如果時間到了，就順順去就好(B1-088)。

長輩為一般民間信仰，對於廟內的神明十分了解。在生命經歷二次的生死，第一次是小時候觸電差一點喪命，第二次脾腫大手術，體認對生命看透，身體只是個暫時的軀殼，人生是苦，要修行，積善念，不強留人生，該盡的努力已盡，就要放下。

本身是信仰佛教，但也會去廟拜拜，初一時在家拜拜，有時去拜廟裡的神明，我們這間廟很靈的…… (C1-047)；我也是每天都有念佛號迴向自己有一天要離開時，可以順順地睡去，這樣最好(C1-045)。歷經生命兩次的生死沒死，感覺到人活在世界，該活救活，該回去就回去，不要折磨，世間只是暫時借我們住而已(C1-044)。棺材是裝死的，不是裝活的，不分老少的，該回去就回去，每個人都一樣會走這一條死的路，要想開一點啦(C2-014)。

長輩表示自己已有年紀了，所以對生死不忌諱，但卻不曾與他人討論生死議題，心地善良不與人爭，祈求如外公一樣可以順順地好死，沒有拖磨，最好是如念 123，這樣快速地。

我們一家人都是一樣信仰一般拜拜(D1-302)，對生死也不會禁忌(D1-033)。有年紀後，也比較不會怕，覺得生死是自然的過程，自己好走就好，可以 123 就走(D1-034)。自己只是想希望睡睡就好，我感覺我像外公的個性，會好走，像外公也是好走，他是去廁所來回來回後，臥在床上後就走了(D1-051)。

長輩為一般信仰，在家中有協助收驚的工作，自認為要靠自己才能飽足生活食糧。對對生死，表示不怕死，不想沒有尊嚴地躺著受苦，連累家人照顧，順其自然就好，安樂死較好。

是一般拜拜，會在家裡拜拜，不會特別迷信，我沒在信，我相信自己，我自己要去工作才可以有得吃，我信什麼都沒有用，我從以前就這樣想了(E1-043)。我自己有在幫人收驚，解決一些病症……，該看醫師的還是要去，不是完全靠這啦，這只是輔助而已(E1-044)。我不怕死啦，該死就死，不要拖，順其自然，可以安樂死就安樂死，比較好(E1-040)。生命該死就死，自然過程，每個人都要走這一條路，不要拖(E1-041)。

長輩表示為一般民間信仰，讓自己可以得到神明保佑，自己覺得是個遵從交通規定的好國民，如果騎車被撞了也不要撞成拖累生命，讓自己成為拖著受照顧的軀體，這樣如此自己與家人更痛苦，並見看見他人受照顧而家屬需支付龐大費用而感到無意義與受苦。

平常是一般民間信仰，這裡廟有熱鬧神明生日就會來，祈求身體健康(F1-090)。對生死，想說如果不死就不要死，如果要死就趕快死，現在的人都活的歲數都比較久(F1-093)。我曾經騎腳踏車在路上，遇到人家在我按喇叭，啾啾！！，有想過你如果要撞死我就撞死我，那如果沒有就讓我活著(F1-100)，我都感覺我都會遵守交通規則，都會讓人家先過，不會搶先啦，我從小這樣個性，想說如果撞我又沒撞死，要死不死，一直拖著，賠錢也賠不夠，也自己與家人很痛苦，所以要撞就撞死，比較乾脆也比較沒痛苦太多(F2-006)。

由上述得知，從信仰看生死，得到面對生死心靈的寄託，期待自己可以無痛苦、不拖累家人成為照顧負擔，如果是活著就是要健康活著，體悟生命本有期限，生死是自然過程，不必拖延。對應林蕙珠(2104)虔誠的宗教信仰可達到心靈平靜，讓老人因自身宗教更覺悟死的真理，藉著自我人生觀、生死觀找尋自我存在價值與意義。

(二) 見苦思己之善終

親友因腦中風，無意識，家人無法照顧，送至安養院由專人照顧，又看見鄰居那些坐著輪椅需依靠外傭照顧的人，覺得這樣的生命是痛苦，也增加照顧的費用負擔。

我大伯 70 幾歲時拖 7-8 年，是腦中風有開刀，也不知道人，眼睛眨阿眨。後來送去安養院讓人照顧，看了痛苦，都讓小孩花錢，看了也沒效啦，多痛苦(A1-070)。指著還有鄰居這些坐輪椅的，花錢請人照顧又插鼻管，讓外勞照顧，希望自己不像那樣，那樣不好，受罪(A1-07)。

看見孫女的長輩分別送至養護中心讓人照顧，與一位家人已金錢支出需賣田負擔照顧費的長者，覺得這樣不是辦法，只是拖累著家人，自己無所能地耗盡家產，是沉重的壓力。在訪談過程中，長輩也表示自己這樣行動自如，有鄰居建議請外傭陪伴照顧，覺得不需要，這樣會增加子女負擔，捨不得子女因她辛苦。

我有一位孫女的公公也是送去安養院照顧，後來死了，又換婆婆去安養院讓人照顧，這樣家屬的負擔很大呢，錢和財產都花光光呢，要努力拼命賺錢呢，不然怎麼有錢花呢(B2-020)。還有村莊前面廟旁邊那戶人家也是，原本家裡有一甲地，中風請外勞，一直花錢，花了差不多了，還沒死，兒子田地也賣了來付照顧費，唉！這樣不是辦法(B2-022)。

堂哥是個有智慧的人，最後因子女聽從密醫，未帶去就醫，使堂哥受盡痛苦而終，是生不如死，也令人感嘆；另一個是岳母被送至養護中心，想回家看看曾孫的心願未能如願，是帶著遺憾而終，說起著兩位親人狀態，有種悲從中來的無奈，因此對自己人生有了新的體悟，期待自己不要像他們那樣受苦而終。

有一位堂哥得帶狀泡疹，在家痛苦死的，看到他這樣也很痛苦，他是痛苦死的，子女都不帶去看醫師，死不死，活不活

的，子女聽從密醫用萬靈丹，用藥草治病，所以就沒有帶去醫院，這樣也沒效，唉！堂哥他那麼有智慧，竟然這樣受苦到最後，這樣是生不如死(C1-022)；我岳母對我很好，後來送去安養中心讓人照顧，岳母曾說想回家看看曾孫，小舅不願意，後來岳母就不說了，矢志。身為女婿也不能說甚麼，只是覺得捨不得，覺得岳母人生最後的心願都沒能如願，會帶著遺憾與怨離開(C1-025)。

看見坐輪椅的堂弟，因車禍受傷需人照顧，主要照者太太為了家裡經濟需外出工作，不慎手受傷，導致無法照顧申請長照資源協助，使得B體悟身體照顧好很重要，好好對待自己與享受生活，不希望自己一直工作到死去。

有一位堂弟坐輪椅，車禍後下半身無法動，需要人家照顧，他太太在照顧，也覺得很悲哀，他太太還需工作賺錢，在一次工作自高處跌落，致手骨折，現在只好請長照的來家裡幫忙照顧。我覺得身體也要顧，現在讓自己享受一下，如果一直去工作這樣做到死(E1-061)。

長輩表示看見因車禍而未死，需受照顧的人，家人花費驚人的費用協助照顧，這樣是沒意義與受苦，覺得依靠他人而活的生命是自己與家人心理、經濟壓力受苦。

之前有一位社區一個人要去工作時被撞，沒撞死，沒辦法自己生活，需要人照顧，請外勞照顧，雖然知道人，照顧費用大概有兩分地錢，這樣看也沒意義，都看人家在推著，想到花費就覺得受苦(F2-006)。

綜合以上而知，長輩藉由看見他人的受苦，反思自己不要成為那樣拖累家人的被照顧者，且家人需支出龐大的照顧費用，也是長輩不願意看見的情況。研究者在於訪談過程中，多位受訪者對此分享時，充滿著無奈和感慨的語氣。

貳、生命末期之思維

一、無磨難之善終

多數長輩期待自己生命末期不拖延生命期，家人照顧自己之過程中不造成家人的負擔，死亡時間到了，就早日解脫好走。死亡是人生必經之路，而有無意識是長輩認為判斷活著的尊嚴和意義，對於一位長輩親身親身歷經插管的痛苦，也能感同身受其心，對此感受特別深。

我也不要拖磨，千萬不要啦。活著時候可以自行運動，自己煮吃，不用靠人照顧。(A1-066)

最後不要有痛苦，不要麻煩家人，自己生活可以照顧好自己，就好。如果時間到了，就順順去就好。(B1-088)。死這一條是人生這條路，大家都會走的，早去早解脫，不要拖最好了((B2-030))

有意識的知道人，活著才有意義，無意識、不知道人活著就沒意義(C1-058)。之前脾手術就有插管子在嘴巴了，拔起來喉嚨也會不舒服，最後時候最後不要，那是多痛苦(C1-061)。如果知道自己已經時間不多了，活著很痛苦，沒辦法恢復，沒辦法醫治，就放棄急救，不要插管(C1-059)。

人如果活著是有時間性的，不要救到底，那急救是會很不舒服的，我是聽人家說會這樣(D1-010)。

我的想法如果不能醫治了，就安樂死就好，多拖多痛苦，要旁邊照顧的人有痛苦，我不要讓我太太痛苦，所以希望早點死一死，比較舒服，不要一直拖磨(E1-033)。

我希望自己不要拖生命，也不要拖累子女，自己照顧自己，

不要有痛苦(F1-102)。我在想如果要死就死一死，如果可以活就活(F1-022)。

綜合上述，長輩表示生命的歷程不是只有時間的長短，生活可以自己自理，不依靠他人，成為他人的負擔與拖延生命；當死亡那一刻到來，就要放手而去，不要留戀，不成為不得好死的生命。

二、盼望無痛之解脫

看著被抽痰痛苦的模樣，不捨得，心想如果是自己，寧可不要抽，讓痰卡住在喉嚨，一下子就解脫，不需再受抽痰的苦。

我看著先生那時插鼻胃管抽痰，看了也感覺痛苦，我是不捨不得那管穿入喉嚨抽痰，都會流血，看了痛苦，我在想如果是我，我甘願痰不要抽，痰卡住一下就走了，也不會受那抽痰的苦(D2-010)。

面對已經無法治療的狀態下，認為安樂死的方式，打一針劑可以解脫，之後回到家中，強調安樂死是最快解脫痛苦的方法。

想說如果不行治療，趕快死一死，在醫院安樂死注射一針，就可以回來家就好了(E1-046)。我覺得安樂死就好了，比較快，因為不會好，就早點解脫，不會受拖磨，每一個人都要死一次，提早一點，受苦也少一點，不然在那痛苦也不是拖，接受安寧照顧也是拖而已(E1-059)。

由以上知，早日解脫與不受苦是生命末期長輩所期待的照護方式，其中一位受訪者提到所認知的安樂死是快速早日結束生命，也是幫助自己早日解脫痛苦方式之一，認為安寧照顧也是拖延生命。

三、親身椎骨之心

感受到自己住加護病房歷經插管與無法表達的痛苦，十分深刻的感觸，訪談過程中，研究者可感受到對自己那次插管歷歷於心的無助，因此對生命有著不執念的想法。

之前住加護病房插著管子，感受到被照顧的心情，是很無奈的，要自己做甚麼都沒辦法，例如自己會覺得冷，也沒辦法說話，用比的護士也不一定看得懂，要用紙筆寫才會知道我會冷，覺得這樣很沒尊嚴，要依靠別人照顧(C2-013)。

參、憂患為家人之壓力

一、沉重照顧之負荷

多數長輩認為擔憂自己使得成為子女之負擔和金錢花費之照顧。一位長輩表示自己接近進棺材一半，把自己照顧好，別成為子女之壓力，才是明智之選擇。另外有一位長輩表示看見照顧者因照顧家人而先倒下，認為這樣是不對的。

我沒有留錢給小孩，都只有讀國中、高中，賺辛苦錢，不要拖累子女，還要麻煩他們照顧，子女也會有壓力(B1-098)。

擔心子女花錢負擔。覺得真的沒效了，就不要救了(C2-T2-19)。我覺得已經活到七十歲了，棺材已進快一半了，我想要好好顧身體，不希望一直工作到後來身體壞了，再拖累子女，這樣不好啦(C1-040)。

不希望增加子女的負擔有花錢。長輩如果身體不好，要花錢，子女也會煩惱，所以都不要拖累子女(D1-058)。

我也不希望陪伴的人在身邊，他們看了會難過，所以我不希望這樣(E1-048)。做決定時當然是不要讓家人有壓力，有一部份人都有錢的壓力(E1-049)。生命有時候也是錢堆起來

的，要花錢請人家照顧，照顧到家裡的人倒下，被照顧的人還沒回去呢，這樣有比較好嗎?(E1-070)

人留著要死不死，這樣痛苦，也是麻煩呢，不要拖累子女花錢與壓力(F1-104)。我的個性不喜歡麻煩別人(F1-103)。

多位長輩表示不想成為子女的照顧負擔，自己一人受苦也害家人受苦的壓力；長輩存著不想麻煩他人的個性，比較沒有主動提出自己想法與協助的行為。與根據國內林慧美等(2011)針對住院病人研究指出指示認知偏低，年紀長者病人多以子女或家人代為決定，尤其在疾病末期時，亦不希望因自己的疾病為家人帶來麻煩，多數以家人為重要的決策者，不習慣由自己來做決定有關相呼應。

二、擔憂家人未知

四位長輩在與研究者訪談後，分享自己生命體悟與看見他人受苦故事，認為沒有告訴子女自己的想法，到自己生命末期時子女當然不知道，但平日未主動與子女談起，因此長輩更加擔憂子女對自己生命末期的醫療照顧看法及與自己想法不一致。

我也會擔心子女不知道我的想法，到時候不捨，讓我拖著，讓子女花錢，為錢吵架……，多痛苦ㄟ(A1-071)

沒有告訴子女，他們當然會不知道，一般子女不會直接問，也是會擔心他們不知道我的想法。(C2-019)

如果子女不知道又捨不得，最後都不知道要怎麼死啦(E1-050)。

希望自己不要這樣受苦，只是不知道以後是不是會照我們所期望的這樣?(F1-106)。

長輩擔心子女不了解自己的期待，子女擔心使自己多受苦，而一般子女與長輩也不

會主動提起生死議題，因此長輩與子女之間彼此沒有談論醫療期待之機會，使得長輩對子女的想法有著擔心。依據釋慧開（2004）表示對於死亡，家屬認為與老人談論死亡議題是不孝與詛咒。

三、牽掛子女接受之心

聽完研究者的分享，覺得和子女談生死議題重要，但心中對於主動和子女談，有不知子女是否會接受的疑慮，最後又表示隨子女安排，問題來自於不知如何子女談。

聽完你分享的生命故事，會想說不知道我告訴子女了，他們會不會接受？但是想一想乾脆隨便他們了，但是又怕拖累，其實也不知道要如何告訴她們？(A2-013)

綜合以上，長輩對自己生命表示希望不受苦，不拖延。期望自己別成為家人的照顧壓力與經濟負擔。與 Hsin & Macer(2006)研究顯示老人希望可以順其自然離開，早點死去並且不想成為家人的壓力相呼應。長輩未主動與家人討論的意願，憂心著家人不知自己的想法而受苦，並擔心主動提起，不知子女的接受度會如何。

第三節 高齡者對 ACP 認知與影響之相關因素

本小節以探討高齡者對 ACP 認知、影響因素與生命自主的想法，歸納為 ACP 是匱乏之認知、生死議題之忌諱、拒絕無意義之人工醫療、知識缺乏、盼望自主無痛苦。以楊嘉玲等（2008）針對住院病人之研究指出，推動 AD 的阻礙歸類如以下：一、不願意談論生命末期之相關議題；二、談論時產生不適的心理；三、對於醫療維生措施不了解；四、過度強調急救成效；五、維生醫療與末期疾病的語意不清楚；六、傳統文化鼓勵積極治療與避談死；七、沒有準備好談死亡議題；八、簽署者決策判斷的能力；九、未確實執行；十、需要額外金錢人力支出。此與本研究結果對應發現，十項中有五項是相符，對於高齡者長輩的不識字是楊嘉玲等（2008）研究未呈現，根據本研究對於高齡者不識字確實是造成對 ACP 不了解原因之一。

壹、ACP 匱乏之認知

研究結果發現多數長輩未知有可以為自己生命末期之決定相關訊息，如安寧照顧與病人自主權利法。長輩平日雖有慢性病而至醫院定期回診，在接受醫療端這方面之認知是不足。

沒聽過這個，自己決定最後生命快要熄滅時，不要痛苦，不要拖，大家都是會希望那樣(A1-080)。

沒聽過安寧、病人自主權利法那種，這次妳告訴我，我才知道我之前簽的是安寧的那一種的，如果可以自己先決定好，是比較好的，真的比較不了解這種資訊(B1-095)。

之前有聽過安寧，好像是已經要死的時候才需要的(C1-065)。
之前不知道可以事先自己簽屬又健保卡可註記的資訊，你這次說，我才知道，真的要有上課還是有人說，才知道這個(C1-066)

沒聽過安寧與醫療自主的知識，社區比較少辦這方面的課程。

是你在這分享，我才知道原來有這樣喔，真的一般在社區都不曾聽過這方面的事情啦(D1-059)。

有聽過安寧，我是知道是快不行才有去安寧病房(E1-052)。
之前我太太住院是住血液腫瘤科……才知道安寧的(E1-054)。
你說這，我才知道可以自己簽單，不要急救的(E1-055)。

沒有聽過這安寧、醫療方面的知識，也不知道那是什麼?(F1-105)。

由上述得知，多數長輩對安寧、預立醫療自主計畫未聽過與不了解，並不清楚自己
在意識清楚時，可自行決定及簽署相關預立醫療意願書。其中部分長輩也分享在老人群
聚中，老人不喜歡聽生死與怕死，所以不會彼此談論生死議題；部分長輩表示藉由此次
訪談時才得知有關預立醫療自主計畫相關訊息；一位因曾照顧血癌的長輩曾在醫院照顧
血癌親人，故略有聽過安寧照顧，以為是已接近臨終才需要的照顧模式。
對應 Porensky & Carpenter (2008) 研究指出多數高齡者與照顧者不清楚 ACP 的概念
與專屬名詞，而相互應。

貳、影響高齡者 ACP 之相關因素

一、生死議題之忌諱

在社區長輩之間，生死議題是少主動談論之內容，並且長輩特別叮嚀研究者，多
數長輩不喜換這類議題的訪問，須加以注意。並認為在此時身體健康時談論不是適當
時機，有不尋常之感受。

老人很少去談論生死議題(A1-055)，一般老人不喜歡聽這個
啦，老人會怕死。鄰居與親戚朋友也都不說過這種(A1-080)，
說實在說老人都不愛聽這啦，所以你要問這種問題，要小心
喔，有的老人不愛讓你問喔(A1-097)。

大部分的人都不願意去談生死的事情(B1-098)，老人沒愛聽啦(B1-097)。平常時是比較禁忌的議題，比較少人會主動說起這啦(B1-099)。

這生死在社區或者是老人平常時比較少人會主動說起這啦(C1-070)。

我也不曾和別人說過生死(D1-051)。老人也比較不愛聽這種的(D1-059)。

平常的時候，一般人不會去說這，都是已經快要回去的時候，才有在討論這(E1-055)。

一般人平常不會去說這些，會覺得怪怪啦(F1-090)。

一般生活中，對於生死議題多數是禁忌，長輩不喜歡聽，也不會主動去說的話題，當生命逼近死亡才會討論的，現在還不是說的時機，會覺得奇怪。與根據國內林慧美等(2011)針對住院病人研究指出指示認知偏低，主要原因是很少人會去討論「預立醫療指示」相關議題，多數病人的理由是「覺得忌諱，不想去考慮此事」相互應。並且於黃淑麗等(2019)研究也指出老人面對臨終照護和死亡議題，會使老人和照顧者帶來負向感受，而卻少見於老人健康狀態時主動思索此議題。

二、知識缺乏

研究發現多數長輩年邁，不識字，對於醫療相關資訊比較無法完整得知，部分長輩表示看電視與友人分享才會得知。也因為不識字和沒聽過，所以也比較不知道需如何決。一位長輩表示目前有在外工作接觸人群，比起其他長輩略多知一點。

不認識字也比較不知道一些醫療的事情，有時候是看電視公告才知道，像這是新冠肺炎……(A1-60)。

我也沒讀書，不識字，比較不知道一些醫療的知識，要有人說才知道，像妳這次這樣訪問我，我才知道有這種的事情 (B1-092)。

不了解這方面事情(C1-069)。我也沒讀書，不識字，比較不知道一些醫療的知識，要有人說才知道(B1-092)

提起沒聽過這是什麼，所以也不知道要怎麼決定(D1-063)
。不識字也比較看不懂啦，所以也比較不知道要如何說(D1-065)。

表示有的老人比較沒讀書，看不懂字的，都比較不知道一些醫學的事情啦，我有接觸外面的工作，加減會知道一點點呢 (E1-067)。

覺得要交代才會知道，但是不識字也比較不知道這方面知識，要有人來說才知，也不知道要怎麼做?(F1-120)。

由上述得知，不識字的長輩，無法得知 ACP 相關醫療，以利於為自己發聲而告知子女。並且也不知要如何說，對於在這社區，生死話題在長輩之間是禁忌，但是研究者與長輩聊時會分享他人的死亡經驗與照顧訊息，對應 Porensky 與 Carpenter (2008)研究指出多數高齡者與照顧者不瞭解 ACP 的概念，而藉由研究者此次的訪談與分享，多位長輩才知道有 ACP 這類相關醫療資訊。

三、人工醫療與生命自主之認知

(一)拒人工醫療之苦

多數長輩認為依靠人工醫療是無意義、受苦、拖延之生命，除了自己需忍受其折磨，會會影響家人與增加家人之負擔。其中 C 長輩特別分享自己看見他人因人工醫療之施予，造成家人認不得之模樣，認為是受罪而因此不希望自己也如此被對待。

裝機器那是痛苦，太痛苦，插管也是真痛苦，最好不要喔！
(A1-083)

我希望年老時，不要插管，切氣切，不要急救，這樣也是害
子女(B1-096)。

折磨，我不要，讓機器控制，已經無意識的人，不要靠機器，
這樣沒意義，多拖的啦(C1-067)。

如果有法律可以拔掉，就趕快拔掉，可以好走，不要不捨，
早晚會死的事，這樣靠機器很累，痛苦，我不要裝，這樣世
折磨(D1-061)。如果已經沒有辦法醫治了，就不要再插鼻胃
管了，多受苦的(D2-012)。

要靠機器生存的，這種的就不要活了，因為要靠機器，沒意
義了(E1-060)。之前在醫院看很多像那種剛入院時人還好好的，
才沒幾天就差得全身都是管子，他的家人去看他都不認
得了，所以不要插管，所以我也不要這樣受罪，才會想說不
要插管(E1-041)。

如果我要靠人工醫療維持生命，如果可以死，趕快死一死
(F1-106)。那插管很痛苦，可以救當然要救，沒用了，就
不要硬要救了(F1-107)，插管也痛苦，也不能說話(F2-
008)。

由上述得知，長輩都不希望靠人工醫療維持的生命，覺得很痛苦與沒意義，也期望自己可以不要受這樣醫療折騰著，希望可以順順地離開。依 Frankl(2012)指出生命的意義會改變，但永遠不失其為意義，依據意義治療學的觀點，用三種不同途徑發現意義：一、藉著創造、工作；二、藉著體認價值；三、藉著受苦。其中第二種途徑是由體驗某種事物，如工作或文化，已發現生命的意義，對此論點呼應本研究中社區長輩對於拖延

與受苦的生命，感受到無生命意義的想法。

(二) 無意義之生命

在六位受訪長輩中，兩位長輩認為無意識的生命躺著任人擺佈，是無意義和沒尊嚴，其中一位長輩表示經急救後的植物人也是無意義的軀體，見識到無意識插著管路躺在床上的人，深感受到自己不願意為如此無意義生活著之感受，也使得長輩思考生命意義之想法。

如果救起來植物人也是不會好，躺在那裏，也是拖時間啦，我不要那樣受罪，沒意義(A1-083)。

活死人在哪裡沒意義(B1-089)，尤其是那種無意識的，每天躺在那邊讓人家翻來翻去，我覺得那真的沒意義，不是照顧而已，還要受苦沒尊嚴(E1-036)。

無意義的生命對長輩而言，是不願所見的，因此表達自己對無意義軀體之生命的看法。對此學者 Ayers et al., (2007)指出老人如果對於自己一生感受是有意義的，則認為生命中會有重要事件是可以使自己作主及達到人格統整，進更坦然無畏懼地面對死亡（引自斐惠然，2015）。而尊嚴和自主是交織在一起的，一個接近個人身份認同的概念，將尊嚴視為自己內在品質的能力(Rodriguez-prat et al., 2016)。

綜合以上言之，長輩對人工醫療的認知是受苦與折磨，不希望受如此對待，根據辛幸珍(2006)研究指出臺灣老人雖然不期望臨終時醫療介入，但這並未促使簽屬末期醫療醫囑，與本次訪談內容相對應。

(三) 盼望自主

多數長輩認為生命須自己作主和決定，當醫師告知時日不多，則不要浪費生命，需放手才是正確。部分長輩認為自己要先想好期待醫療照顧並告知子女是重要的，這樣子女才知如何為自己發聲與協助。

我感覺要自己決定(A1-090)。

自己決定就好，年紀大也不懂，自己如果可以決定也好(B1-099)。生命的決定都是個人的想法，沒辦法說別人要如何啦。自己要想好啦，不然子女也不知道要如何做啊。(B2-025)

不要浪費生命，該走就走，身體在，人活著是沒意義活的，如果自己可以決定最好，最好是要交代要如何做(C1-072)。

如果是醫療的決定要自己決定(D1-066)。

我自己決定就好(E1-071)，如果已經沒有救了，就不要再救了，本來自己的生命就是自己決定的啊(E1-072)。

我認為生命自己做主(F1-111)，醫師會說這時間不多了，活不了久了而已。但是有的就還是不死還在呼吸，也沒辦法(F1-112)。

由上述得知，長輩表示自己生命自主的重要性，並說明自己決定好和子女交代，才有照顧方向可依循。時日逼近死亡，則放下有呼吸無生活軀體之生命，才是正確的。

(四)見受苦之所為

一位長輩常至醫院往返，看到受苦臥床、無意識的病人，主動詢問醫院的醫療人員，並簽署安寧緩和醫療意願書，期望自己在無法醫治時不再急救與受苦，可以順其自然。

之前去醫院看到那種受苦的人，問了才知道有可以簽不要急救同意書(B1-096)，我和先生都有簽，如果無效就不要再急救，放棄了，順其自然(B1-099)。

綜合以上，多數長輩盼望當生命自主知主人，視生命賞味期已近，期待無苦而終，

另外對於常至醫院就診之長輩，見於臥床受苦而無意識之生命，啟發自己對生死態度，選擇簽屬安寧緩和醫療意願書保障自己避免受苦。



第四節 社區推動預立醫療自主計畫的現況

本小節針對目前社區長輩對於推動 ACP 的狀況，分別於研究者於社區協助分享 ACP 概念前後，依受訪者的感受進行分析內容，發現有以下之情形，並予逐一說明。

壹、未接觸相關 ACP 之課題

長輩表示在社區參與活動很少接觸到有關 ACP 議題與不曾聽過，平時社區舉辦活動動性質是肢體活動為主，導致長輩未能接觸相關 ACP 課程。

沒老師來說這個，不曾聽過(A1-094)。我們的這社區真的沒舉辦過像妳說的這種可以自己先決定生命的課(A1-095)

社區沒有這種的課啦，所以也不知道那是什麼？是這次在妳在訪問，我才知道有這個知識的，一般社區都不會上這種課啦(B1-097)。

目前在社區我算是來上課很多年的老人，不曾聽過這種討論生死的課啦(C1-074)；社區比較少辦這種醫療照護的知識

，都是活動的比較多啦，喜歡有趣的活動。生死這方面的知識是重要的，社區長輩應該要知道，最後才會好走(C1-076)。

我來社區這段時間，目前沒有聽過這樣的課(D1-069)，之前都在開雜貨店繁忙，也沒聽過這個人家再說這種的(D1-071)。

在社區沒聽過(E1-073)，之前我太太住院時，我有去醫院走走，有看到安寧病房，稍微知道一點點，是那種沒有辦法醫治的，嚴重的，就要去那住(E1-074)。社區不會辦這種課，

都是辦活動的，老人比較比較會接受(E1-082)。

沒有聽過這內容，也沒聽過什麼安寧，在哪裡?(F1-114)。

我的記憶也不好，一下子就忘記了，要一直說才行，所以比較不清楚 (F1-116)。

由上述得知，多數長輩在社區未接觸相關 ACP 課程，且長輩也比較喜歡活動肢體的課程，談論生死的課程比較不喜歡。研究者在社區分享 ACP 相關課程時，也有一位長輩舉手表示這種的課不愛聽啦。依據林萬億 (2012) 研究顯示據點最常舉辦有關健康活動順序為休閒類、健康類、教育類，其中最受老人歡迎的活動為旅遊、卡拉 OK、下棋、聯誼等動態活動；孫智辰 (2017) 也指出目前社區關懷據點的活動呈現多元化，但目前需思考舉辦的活動除了身心活動以外，長者心理健康與靈性成長的活動是缺乏的。

貳、未聞而後知之觀念

研究發現長輩多數不了解與未接觸 ACP 相關課程訊息，藉由研究者的分享，長輩才知道有這樣可以為自己發聲作主的訊息，覺得很重要與需要知道，但被認為現在非與家人討論此生死議題時機

覺得自己先想好，這樣比較好，先向子女交代好(A1-099)，但是還是等到有生病，不舒服時再說就好，慢一點再說，不用急的說啦，不會突然就沒呼吸就死(A2-017)。

如果自己可以知道也比較好決定，不用麻煩子女，要自己想好，比較好，才不會以後麻煩啦(B1-099)。

我現在才知道現在台灣也有這種，這樣也是不錯 (C1-079)。
所以自己願意要如何回去，這很重要 (C2-020)。

我也還沒有很老呢，像我先生那時年紀也有了，80 幾歲了，

得到那種病知道時間不多了，也才會再交代的(D1-014)。

人何時要回去，當然是要先交代比較好，都等到自己感覺已經時間不多了，才在說這(E1-091)，現在聽一聽感覺好好，也是以後再說這啊(E1-092)。

由上述得知，多數長輩覺得對於生命末期的想法要先決定好，很重要；部分長輩認為現在還不是和家人討論此生死議題的時間，自己還未高齡，等到時候時間到了再說。根據國內林慧美等(2011)針對住院病人研究指出指示認知偏低，民眾不清楚自己意識清楚時，可先自行簽署相關預立醫療意願書；年紀長者病人多以子女或家人代為決定。



第五章 結論、建議與限制

本研究依據研究目的之問題，進行研究深度訪談，探討高齡者對於預立醫療自主計畫態度，經由受訪者的述說，於研究分析後得知研究結論、建議及限制，最後為研究者反思，由以下分別疏理並說明。

第一節 研究結論

壹、生命末期期待之照顧模式

一、照顧對象疾病狀態不同所反映之狀態亦不同

(一) 面對預期性哀傷之癌症

三位長輩在照顧癌症之親人之中，有兩位長輩表示已知親人罹患時日不多癌症末期的親人，面臨最後臨終階段時的情境有預期的感傷感。其中一位長輩表示因自身住院而未能在一旁陪伴至臨終家人，有感傷之情。而另外一位長輩對於事先已知癌症疾病惡化，生命時間不多，提前準備與表達對親人的情感，使得最後親人往生時，長輩能表示因道別後，親人有接收到後才往生，安撫了長輩失去親人之悲痛。最後一位長輩面對癌症侵襲太太，努力抗戰癌症，最後如願存活，與其他長輩不同於親人最後往生。因此從研究結果發現面對已知親人罹患癌末的長輩，內心會多一分預期別離之傷感，最後面臨之臨終階段時的情境，內心的悲痛會因為當時的情境而有不同的經驗感受。

(二) 面對長期疾病衰退之非癌症

三位長輩與照顧非癌症之親人之中，兩位長輩表示面臨照顧長期慢性病的親人，目睹時間的增長和疾病的疾病的侵蝕，照顧過程中領悟年邁不受苦之想法，其中 F 長輩有落葉歸根於家之認知，特別強調臨終返家之重要性。另一位長輩之親人早在之前已簽署 ACP，最後如所願不受拖磨之苦方式而終，即便是歷經自己獨自陪伴臨終先生的長輩，過程中是孤獨，先生已有事先的交代及討論，使得長輩有依循的依據。經研究結果得知，長輩在面對罹患非癌症之慢性病的親人時，看著親人之疾病衰退及隨著時間的增長，能在照顧經驗中，體認不希望年邁親人受苦之理念，在最後臨終時以家為最後的安頓地。然而其中一位長輩之親人事先已簽署 ACP，使得在最後陪伴臨終之長輩能夠遵從以先前親人所期待不受苦的方式，捍衛其所期待。

二、照顧經驗及感受反思臨終知順天命

經研究結果顯示六位長輩照顧經驗與感受中，有五位歷經親人離世，一位疾病穩定而康復。五位長輩提及照顧之親人已年邁歲數，均心存著死亡為人生必經路，並盡心陪伴親人最後一哩路。長輩認知當所照顧之親人在家中發現突然往生或病危出院回到家而後往生，認為是生命自然死的表現，不應強加拖延瀕死之過程，死亡是人生畢竟之路，當疾病已無法救治與已盡力，能夠接受瀕臨死亡之事實。

三、勇敢無畏面對重大疾病

在本研究之受訪者在面對自身罹患疾病時的狀況，大多數呈現罹患自己重大傷病表示不會有特別掛慮，態度是採取不畏懼、坦然以對，如期完成應完成工作，再去面對疾病。例如有兩位長輩表示當下不會特別想太多，心理無特別擔心或牽掛，能如期完成原本的工作，而對於病情的了解程度，認為醫療人員有告訴家人，自己沒有特別想更清楚與了解病情的想法；此外一位長輩表示對於心臟病需做心導管手術時，醫師曾告知疾病有可能惡化需放置氣管內管時，當時長輩能向醫師表示拒絕在病情惡化時放置氣管內管，因為希望當自己生命到盡頭時可以順順的離開，不要拖累自己與家人。並且其中兩位長輩是經由研究者向長輩說明後，長輩才知有其安寧相關同意書可填寫。

四、照顧經驗延伸之問題

(一) 未提供安寧照顧資訊及人工醫療之提供

此研究發現有兩位長輩表示在照顧親人的過程中，對於已被醫師告知為癌症末期之親人，醫師並無主動告知癌症末期為目前健保安寧緩和醫療條例中所適用之照顧對象訊息；另外一位長輩表示醫療人員在解釋病情時，身為對於聽不懂國語的病人之伴侶，醫師未能提供告知病情，轉向告知病人之子女，使得長輩無法直接得知親人詳細病況，反而透過子女轉達而得知。

兩位罹患癌症末期病人之家屬均表示因聽從醫療人員說明因疾病因素導致無法由口進食，需放置鼻胃管使用以利進食，並提供營養攝取，因此長輩認為生命末期時鼻胃管是可以使親人存活時提供營養之唯一選項。此與研究者所蒐尋相關研究不同之狀態，需再進一步討論和釐清其鼻胃管之必要性與可行性。

（二）不自主之約束

一位照顧過程中的長輩陳述在照顧意識清楚而留置鼻胃管之先生，擔心先生有自拔除管路疑慮，於是給予雙手約束避免移除鼻胃管和發生需再次重新放置管路的情形，這對於病人的自主性與活動性受限，尤其病人為有意識的個體，家屬表示也不願意如此，但為了避免不慎鼻胃管滑脫才如此給予親人約束。因為人工醫療引發之後續造成肢體的約束，這樣的狀態是需要思考其生命價值與意義的所在，與尊重個人自主倫理之議題。

五、慢性病長輩盼望健康活

大多數長輩表示看見親友身上裝置人工機器的生命，長輩強調不願意，這樣的生命太折磨與受苦。其中一位長輩提到對於鼻胃管的使用的時機，以是否可醫治為基準，如果於可恢復成原本的模樣，鼻胃管有其使用需要，對於已無法醫治時，鼻胃管放置是受苦的。並且無意識地臥床需由他人協助照顧，這是無意義與無尊嚴的狀態。

每一位長輩平均帶一至二種慢性病而生活，長輩對於己身身體狀況，遵從服用藥物與定期回診追蹤。對於高齡的身體衰老，故參於目前社區據點活動，期待延緩因老而造成身體的不適，增進自己與人互動的機會，防止腦部退化。如果在生活上不需依靠家人照顧與成為子女負擔，而自己能行動自如，這樣有尊嚴與健康地活著，才是長輩最期待的生活方式。

貳、生命末期之價值觀與其影響因素

一、與他人討論生死是忌諱

研究發現長輩表示面對自己死亡的話題，少出現在長輩之間聊天的話題中，因為多數長輩不喜歡談論，或是會怕死，認為此生死話題為已瀕臨終時才會說的事情，現在先說似乎有著不尋常的感覺，有一位長輩特別強調對於十分排斥談論死亡的長輩需特別注意，會不願意談論。

雖然多數長輩表示希望自己在生命末期時可以不拖延，不受苦而終，卻與他人避談此議題。深受文化差異之影響著長輩平日沒有與家人討論生死，且長輩也認為等到生命最後再來說也可以，不急著此時談論。因此在長輩的生命末期思考的認知上，有待加強提升長輩對事先規劃與討論的重要性。然而面對長輩這樣的思慮，在往後推廣 ACP 時，

需事先了解社區長輩的特質與其真正內心的想法，才能有效地增進與長輩討論對此議題的認知。

二、信仰指引之信念與解脫之意念

根據研究結果對於有虔誠信仰宗教的長輩表示會依循其教規而行，多數長輩信仰一般民間信仰，並表示領悟對生命的順服，尋求無罣礙之善終及好走，活出屬於自己存有的意義；另外信仰天主教之長輩表示因受天主的救治，遵循行早晚課，祈願他日離世後回到天主身邊；另外信仰佛教之長輩認為規律佛號之誦經，可以幫助自己與家人得到護庇。

外有兩位長輩提出解脫痛苦之想法，一位長輩陳述如果需一直飽受身心煎熬，寧可選擇不作為而早點解脫而終，例如抽痰時導致的喉嚨不適，期望選擇不繼續抽痰行為，即可不在繼續受抽痰的苦，並且可解脫其受苦。而其次另一位長輩表示藉由媒體新聞得知注射一劑之安樂死，是可以比較快結束折磨身軀的一種方式，認為安樂死是解脫生命痛苦方法之一而嚮往著。

三、憂思家人的拖累

多數長輩認為不願意成為子女照顧壓力，承擔經濟負擔，不願意麻煩他人的個性，也因為看過他人的照顧費用龐大與照顧時間的漫長，促使自己不想如此的想法，但卻對於自己內心於生命末期的想法未告知子女，而感到憂慮，不知子女是會因不知道自己的想法，為自己拖延受苦決定。對於主動提出生死議題討論，會有不知子女是否接受的顧慮。因此在這情況下，如果能夠有受過醫療專業訓練者在其中協助，則可促進長輩與子女之間溝通的平台，增進彼此認知與達成共識。

參、高齡者對 ACP 認知與其影響之相關因素

本研究分析長輩對於 ACP 認知與影響之相關因素，首先在 ACP 認知上歸納資訊不足；在影響之因素為不識字之阻礙、拒絕無意義人工醫療與生命自主之認知，以下逐一討論。

一、ACP 相關之資訊不足

長輩少而聞此訊息，彼此間也因少談論而未能明白。其中只有兩位長輩略知其相關

意思，有一位長輩曾頻繁至醫療院所，看到受苦臥床生命而有詢問為自己自主決定臨終時不急救的認知。而有另一位則是因照顧癌症家屬多時在醫院，聽過安寧病房的訊息，認為是已快臨終時才需要的照顧。其餘四位未曾耳聞有關 ACP 訊息。因此，在這 ACP 的認知，長輩對此顯得薄弱，如何提升其了解，也是需努力推行之處。就此而言，長輩對於自己在生命末期時之認知，稱之為死亡識能，被認為是一種理解生命末期與死亡相關議題之知識，並做出相對應之選擇照顧的技能。依據鄭企峰等（2018）透過提升死亡識能的四個面向：知識(Knowledge)、技能(Skill)、經驗學習(Experiential learning)與社會行動(Social action)。因此在協助教導長輩了解 ACP 時，須結合死亡識能之四個層面，增進長輩對死亡識能的理解，最後達成實踐為自己生命末期作主的醫療決定。

二、影響 ACP 認知之因素

(一) 不識字之阻礙

對於高齡者多數未就學不識字與書寫，在面對資訊的傳遞上，無法同步得知該資訊，需有人使用不識字之長輩可理解方式以說明，才能使長輩確實的理解，電視媒體也是長輩得知醫療資訊來源管道之一。因此此次研究者的訪談與協助分享，長輩才得知有 ACP 相關訊息，且認為 ACP 是需要知道與重要的訊息，也因而可進一步得知需如何規劃及事先與家人討論的生死議題。

(二) 拒絕無意義人工醫療之認知

長輩表示人工醫療的生命是痛苦與無意義的，家人看著也是一起受苦，並且在生活和醫院中看過這樣依靠機器或管路插在身上，躺著任由他人擺佈之無意識活著的生命堅定表示拒絕，也會期盼自己晚年不受醫療機器受苦著。

(三) 生命自主之認知

長輩認為生命由自己作主是重要的，也需和家人交代好，家人才知道如何協助自己。少數長輩因常至醫院返診，多次看見他人無法自主地活著時，期待自己不要無能為力自主時躺著受苦，而主動詢問醫療人員可以為自己避免受苦之方式，而事先與先生約定好並簽屬安寧緩和醫療意願書，保障自己的善終與不增加家人之負擔為由。

肆、社區照顧關懷據點推動 ACP 不足

本研究結果發現在社區照顧關懷據點舉辦之活動內容為缺乏 ACP 相關課程。經研究者給予社區長輩進行相關 ACP 內容之分享後，發現長輩對此 ACP 議題認知提升，並知其重要性，但行動力仍有待努力之處。

一、社區據點活動之內容缺乏 ACP 之課程

長輩一致表示在所參與的社區據點課程中，未曾舉辦 ACP 相關之課程提供長輩了解，並表示此生死議題覺得很重要，如有機會願意參與，增加對醫療資訊的認知。目前社區據點舉辦的內容多以活動性質課程為主居多，鮮少有講座性質的課程，長輩也表示對於活動肢體之課程內容比較感興趣，對於生死議題之相關少有接觸機會，因此研究發現忽略了對於長輩而言頗為重要的 ACP 相關訊息講座，所以針對此發現，未來在社區據點擬定課程規劃上，需關切社區據點課程設計內容之樣貌以提供參考。

二、宣導後 ACP 認知之提升

多數長輩表示覺得 ACP 需要讓大眾知道其優勢，可以盡早為自己規劃生命末期的期待，免於多受苦的情況發生，也可以減輕家屬面對的照顧壓力。藉由研究者協助分享 ACP 之課程，長輩表示對於 ACP 認知有了更進一步的了解，能認同 ACP 所帶來的幫助，一位長輩提起想簽屬安寧緩和意願書的想法，但未有實際行動力。多數長輩仍表示對於主動與他人談論 ACP 的意願不高，認為談論的時機未到，等到已瀕臨死亡時刻再說也可。

第二節 研究建議

壹、學術研究面

一、都會區與鄉村區社區據點之長輩比較

此研究探討鄉村地區的長輩，對於 ACP 的接觸是陌生，而對於都會區的長輩是否也是如此，建議未來在研究時能進一步探討，以全面了解不同型態社區長輩對 ACP 認知之比較，並針對其不同狀況而量身訂做其研究方向。

二、涵蓋家屬的認知促進與高齡者之間的共識

本研究主要以高齡者為主要訪談對象，但是在研究發現高齡者掛心成為子女負擔與子女不知自己的想法，無法進行高齡者與家人之間彼此的互相對話，建議未來研究上，可納入家屬對於高齡者之 ACP 的想法與期待，以增加研究全面之結果，產生互關聯之思考。

貳、社區據點活動規劃面

一、建立社區據點醫療教育網，培訓社區對醫療資訊有興趣及助人的志工隊，對於社區有需要醫療訊息者，可以適時給予正確與有助力的指導與協助，增進社區照護網絡互助的能力，增進社區對醫療照顧資訊的實踐力。

二、增加生死教育課程於社區據點課程中，提升長輩對身心靈的省思，及對自己一生之生命藍圖願景與最後臨終醫療的照護期待，增進自我生命自主無憾的實現。例如此次研究得出之結果，死亡識能之提升以協助高齡者在面臨未來生命末期之未雨綢繆願景，有機會與家人討論，增進彼此對生死議題認知，在瀕臨死亡時展現家屬為高齡者之助長善終之力，高齡者為生命權自主無憾之終。

第三節 研究限制

壹、訪談者對象的受限

面對高齡者之長輩本身多為不識字，對於受訪時，需多加以說明，運用長輩簡單易明瞭語詞解釋。因此研究對象為 65 歲以上高齡者，並有照顧親友經驗者，故對於非研究對象者，未能瞭解其想法。

貳、研究地點的限制

研究地點設定於雲林某單一社區照顧關懷據點之長輩，僅代表此社區據點之長輩結果，無法能適用於其他社區照顧關懷據點，因此研究結果僅能提供參考。

參、訪談時間的限制

遭逢新冠肺炎疫情期間，長輩對於參與社區據點活動意願與接觸他人近距離接觸有受影響，在研究者初次接觸長輩時，在未建立信任感前，在訪談時長輩對於訪談回應比較有所保留，之後分享有關醫療照護相關課程使長輩了解，增進對研究者的熟悉度，加上長輩有些平日還有其他事物要忙碌，因此約定訪談時間不易，並且長輩需不定期至醫院回診，時間有限，無法進行長時間或多次訪談。

第四節 研究者反思

壹、訪談過程

在初次與社區長輩接觸是正值暑假期間，帶著小孩一同參與社區據點活動，在與社區長輩互動過程中，發現對此生死相關議題，長輩會刻意避諱及不願意再深談，研究者當時十分焦慮著如何與他們建立信任感，經過多次往返社區和協助授課，使得長輩打開心房與研究者互信，而接受邀請訪談。

在訪談過程中，有兩位長輩在訪談過程中勾起感傷的回憶，無法陪伴母親的男兒淚之阿公與捨不得道別阿公之阿嬤，當下除了陪伴和肯定其用心，似乎無法做些什麼，心中燃起一份愧疚感，因為研究者為了研究訪談，而使得長輩再次觸景而落淚，因此後續特別對這兩位長輩追蹤悲傷部分，那時也告訴自己一定要好好地努力，不辜負長輩們寶貴的經驗談，作為傳遞這份愛與善的種子。還有在面對長輩擔憂子女對自己生死照顧議題的看法未知時，研究者會有想藉入探討其子女之想法，搭起長輩與子女之間的訊息橋梁，但因多位長輩之子女大部分未同居住在一起，無法協助完成，使得研究者認為如果能夠在研究訪談時加入長輩之子女的想法，能豐實研究內容與整體性，這也是需努力之方向。

研究者後來因為常至社區據點探望長輩，社區長輩對自己也多了一份親切感，如近午時用餐時刻長輩會主動邀請研究者留下來一起用餐，或是問今天怎麼沒有帶小孩來？要離開時叮嚀研究者騎車小心喔，這些溫暖之言語緩解那時為了訪談而疲憊的心，也因此很珍惜對於接受研究訪談之長輩多一份感恩與感動，如果沒有這些長輩的參與，也無法有今日可以展示論文研究結果，為此訪談之內容是論文珍藏的精隨，也是研究者在整個訪談過程中得到記憶最深厚的一段故事，格外珍惜這樣的緣分，一路以來受到心滿載的恩典，是這一輩子烙印在心最美麗的風景。

貳、研究過程

隔了十五年再次重返校園的學習，是興奮與開心。也因此對自己喊話一定可以如期完成這份今生之紀錄。秉持著當初離開職場時想努力的方向，因此選擇對象為老年人，也是自己在臨床中常見之受苦對象，離生死場域最接近的老年人，更需要瞭解他們的想法，才能從中真正給予所需的協助。學術的研究真的一崎嶇又顛坡心的旅程，回首來時路，看見初期為了前半部，搜尋資料、閱讀文獻、撰寫內文，成為鍛鍊腦心力之衝刺期，

其次中期的藍天瀟灑停滯期，徹底讓研究者看清楚撰寫論文的精髓，領悟其中令人心中流連忘返的火花，最後是後期的沉穩住氣息而立足期，但歷經漫長的歲月洗禮，遇見自己心理的聲音和良善之因緣合助，化作這最後的踏穩腳步。每個過程的轉變，使自己看清楚所不足與和學習之處，研究的過程就如獨自雙腳踏在一艘孤獨之船，追尋著哪一個所預定的目的地，過程中有時狂風暴雨的考驗、有時依靠太陽熱情相伴、有時像沒對頻的打錄機等，所有的感受是歷歷瀟灑，這一份研究是開啟探索世界現象之視窗，雖然是身心艱苦，但很幸運地一路有天使加持於心而擋風雨。期許自己完成這篇生命樂章，更有助人之實力，繼續散播病人自主權利法之善終果實，盡能力所及為守護最後一哩路而護航。對於論文寫作的建議，期待學校可以開設論文寫作課程，協助初次學習撰寫論文者，提供指引方向，避免學生在茫茫人海中沒有可依靠的嚮導遵循。

對於完成此研究，得知結果會期許自己未來在此議題上盡一份心力協助長輩所欠缺之醫療資訊，提供適切於長輩的醫療照護模式，每一位長輩都應該受到知的權利，享有受到善終照顧之認知，增進與家人和諧共享天倫之樂及好好道別的義務，努力推展與散播善終之種子與死亡識能之意識。別讓受苦之遺憾反覆重演在生活劇本中，期許政府為長者一起共創邁向善終的旅程，少苦、多福之境界。

最後以自己初衷於心之話語：「願此時的相遇是未來美妙的啟航，歷經顛波之曲折風難，就是為了未來而順風之船航」作為本論文的結語。

參考文獻

壹、中文部分

- 方俊凱、畢世萱、張詩吟、陳紹基、邱世哲 (2018)。某醫院各院區醫療人員對病人自主權利法之意見調查。《安寧療護雜誌》，23 (1)，1-17。
- 中央研究院 (2011)。《人口政策建議書》。臺北市：中央研究院。
- 內政部統計處 (2019 年 4 月 21 日)。《國情統計通報 (第 072 號)》。
http://www.moi.gov.tw/start/news_detail.aspx?sn=13742。
- 中華民國教育部 (2015)。《教育部重編國語辭典修訂本》。
<http://dict.revised.moe.edu.tw/cgi-bin/cbdic/gsweb.cgi?o=dcbdic&searchid=Z00000130978>。
- 王雲東 (2016)。《社會研究方法：量化與質性取向及其應用 (三版)》。楊智文化。
- 立法院 (2015)。《立法院法律系統法條沿革》。<https://lis.ly.gov.tw/lglawc/lglawkm>。
- 安寧照顧基金會 (2020)。國人最新生命態度與安寧認知調查出爐。《安寧照顧會訊》，98 66-73。
- 全國法規資料庫 (2020 年 5 月 27 日)。《老人福利法》。
<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=D0050037>。
- 全國法規資料庫(2013)。《安寧緩和條例》。
<http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawContent.aspx?PCODE=L0020066>
- 余德慧 (2001)。《詮釋現象心理學》。心理工坊。
- 李世代 (2011)。『長期照護』的發展與推動。《台灣醫界》，53 (1)，35-50。
- 李世代、吳肖琪、陳惠姿 (2003)。社區化長期照護之發展策略。《國家衛生研究院》。
- 辛幸珍 (2006)。以家庭為中心之價值觀對老年末期醫療抉擇之影響：比較台灣年老者與紐西蘭老人之觀點。《台灣醫學人文學刊》，7 (1&2)，179-190。
- 吳振吉、蔡甫昌 (2016)。簡評病人自主權利法及其影響。《醫院雙月刊》，49 (1)，6-10。
- 吳秀芳 (2014)。非安寧護理人員靈性照顧經驗質性探討。國立台北護理健康大學生死教育與輔導研究所。
- 吳永銘 (1998)。我國老人教育辦理現況暨發展取向之研究。國立高雄師範大學成人教育研究所。
- 林艷君、胡文郁 (2016)。社區高齡者預立醫療自主計畫之介入與推展。《安寧療護雜誌》

，63 (4)，13-18。

林綉君、李佳苓、張家銘 (2016)。高齡者之預立醫療指示。台灣老年醫學暨老年學雜誌，11 (2)，89-104。

林芳如、黃勝堅、吳春桂、黃美玲、林亞陵、蘇玲華、蔡紋苓、林宏茂 (2010)。重症生命末期無效醫療之探討。中華民國急救加護醫學會，20 (S)，1-8。

林蕙珠 (2014)。走向死亡蔭谷—長照機構老人面對終老的生命困境。南華大學生死學系研究所。

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。

林萬億 (2012)。臺灣活力老化的推動：現況與議題。臺灣因應高齡社會來臨的政策研究研討會。http://tag.org.tw/admin/uploads/20120904153658_3604.pdf。

尚憶薇 (2000)。推廣臺灣老年休閒活動—以 YMCA 的老年人休閒活動設計為借鏡之研究。中華體育，14 (1)，77-83。

周芬姿、吳蘇、陳媽芬、羅瑞玉、林春鳳、劉德誠 (2009)。老人休閒活動設計與規劃。臺北：華都文化。

香港食物及衛生局 (2009)。在香港引入預設醫療指示概念諮詢文件，5-6。

科技部 (2015)。中華民國科技技術白皮書 (民國 104 年至 107 年)。

<http://www.most.gov.tw/public/Attachment/552513511571.pdf>

財團法人國家衛生研究院 (2013)。「國民健康訪問調查」結果報告。臺北市：國家書店。

財團法人中華民國台灣安寧照顧基金會 (2020 年 10 月 6 日)。台灣生命態度及安寧療護認知變遷」調查結果。<https://www.hospice.org.tw/content/3066>

洪櫻純 (2012)。老人靈性健康的阻力與助力分析：成功老化觀點。生命教育研究，4 (1)，83-108。

馬瑞菊、楊春紀、林佩璇、林淑茹、蕭嘉瑩、郭豐吉、蘇珉一 (2018)。台灣透析病人簽署不施行心肺復甦術 (DNR) 同意書之調查。台灣醫學雜誌，22 (3)，257-272。

馬瑞菊、李孟君、吳珮菁、邱怡蓉、鄭婉如、李佳欣、蕭佳瑩、蘇珉一 (2019)。內科加護病房高齡病人臨終維生醫療處置之現況。安寧療護，23 (3)，205-220。

翁瑞萱、徐愷萱、施至遠、黃勝堅 (2015)。臺灣社區安寧居家療護之現在與未來。護理雜誌，62 (2)，18-24。

翁瑞萱、陳麗如、曾湘玲、周姚均、楊美如、施至遠、徐愷萱、李易翰、孫文榮、白

- 裕銘、陳靜琳、劉志光、黃勝堅 (2018)。啟動生命末期議題—從社區整合照顧論之。 **北市醫學雜誌**，15 (2)，1-8。
- 孫效智 (2012)。安寧緩和醫療條例中的末期病患與病人自主權。 **政治與社會哲學評論**，41，61-62。
- 孫效智 (2017)。《病人自主權利法》評釋。 **澄清醫護管理雜誌**，13 (1)，4-7。
- 孫智辰 (2017)。社區照顧關懷據點轉型設置巷弄長照站的可能與限制—以臺南市資源不足區為例。 **台灣社區工作與社區研究學刊**，7 (2)，97-148。
- 高淑清 (2001)。在美留學生太太生活世界：詮釋與反思。 **本土心理學研究**，225-285。
- 高淑清 (2008)。 **質性研究的 18 堂課：首航初探之旅**。麗文。
- 胡文郁、楊嘉玲 (2009)。生命末期之病情告知與預立照護計畫。 **護理雜誌**，56 (1)，23-28。
- 胡文郁、戴玉慈、陳慶餘、邱泰源、鄭逸如 (2003)。 **癌症末期真相告知指引知訂定：癌末患者、家屬、醫師及護理人員的態度和行為意向觀點**，國民健康局九十二年度委託研究計畫。
- 胡文郁、陳瑞儀 (2017)。腫瘤病人的善終。 **腫瘤護理雜誌**，17，5-16。
- 莊曉青、廖庭萱、許碧珊 (2008)。老人醫療自主權。 **當代醫學**，35 (3)，245—248。
- 陳安芝、賴德仁、周希誠 (2015) 臨終受苦指數與不施行心肺復甦術 (DNR)。 **安寧療護雜**，20 (2)，105-119。
- 陳端容、吳丕玉 (2019)。從公衛觀點談病人自主權利法與「死亡識能」的增能。 **台灣衛誌**，38 (2)，111-114。
- 陳佳雯、張妤玥、高旭繁、陸洛 (2013)。老了，就不中用了？台灣高齡者最適老化探究。 **本土心理學研究**，40，87-140。
- 陳凱莉、陳清惠 (2014)。台灣老人醫療自主權的省思。 **護理雜誌**，61 (5)，26-32。
- 陳靜怡 (2014)。人口老化隱憂—測量高齡人口的生活相對獨立功能。 **建築學報**，90，35-50。
- 陳再晉、林廷育、陳冠文、鐘珮純 (2019)。尊嚴善終：我國病人自主權利法施行之整備， **台灣衛誌**，38 (1)，5-8。
- 陳亭儒、胡文郁 (2011)。善終之概念分析。 **護理雜誌**，44 (1)，48-54。
- 陳向明 (2002)。 **社會科學質的研究**。五南。
- 參玖參全民公民平台 (2014 年 11 月 15 日)。《天下》全民醫療態度調查：5 成無效醫療

- 來自對家人不放。http://www.393citizen.com/medical/endoflife/columndt.php?id=244
曹馥年 (2020)。《病主法》好到難以執行？諮商費高、城鄉落差大，2 年 AD 簽署不到 1%。報導者。 <https://www.twreporter.org/a/good-death-myth-two-years-after-the-enforcement-of-patient-self-determination-act>
- 簡春安、鄒平儀 (2004)。社會工作研究法 (二版)。巨流。
- 尉遲淦 (2015)。善終觀點下的儒家生死觀。應用倫理評論，59，67-82
- 傅偉勳 (2010)。死亡尊嚴與生命尊嚴。正中書局。
- 邱淑媿 (2011)。高齡友善健康照護。醫療品質雜誌，5 (5)，20-24。
- 錡佩如、唐婉如、徐亞瑛、高振益 (2006)。主要照顧者面對親人死亡之焦慮。安寧療護雜誌，11 (4)，383-391。
- 黃俊彥 (2016)。成功老化之老人五 E 生活。運動健康休閒學報第七期，32-41。
- 黃淑麗、鄭玉玲、姜倩雯 (2019)。探討某社區據點老人對醫療決策自主性意願。2019 健康學術研討會暨國際尖端醫學論壇論文摘要集。新竹市，台灣。
- 黃麗績、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。
- 黃馨蓀、蔡兆勳、陳慶餘、邱泰源 (2011)。生命末期照顧如何達到好的成本效益。安寧療護雜誌，16 (2)，205-216。
- 黃喬煜，徐愷萱，孫文榮、李易翰、蕭瑞萱、吳孟嬪、施至遠、黃勝堅 (2017)。提升「死亡識能」—推廣在宅善終的高價值照護。北市醫學雜誌，14 (3)，269-278。
- 彭仁奎、邱泰源、陳慶餘 (2006)。老年緩和醫療簡介。安寧療護雜誌，11 (3)，273-284。
- 曾慧嘉、何長珠、蔡明昌 (2010)。癌末病患家屬面臨喪慟因應行為、人際依附型態與預期哀傷反應相關之研究。中華心理衛生學刊，23 (4)，563-585。
- 楊君宜、黃勝堅、林欣儀、蘇俞安、蔡宗達、劉建良 (2020)。他山之石，可以攻玉：從國外團體預立醫療照護諮商經驗看台灣預立醫療照護諮商之發展。北市醫學雜誌，7，11-20。
- 楊嘉玲、陳慶餘、胡文郁 (2008)。預立醫療指示。安寧療護雜誌，13，30-41。
- 裴惠然 (2015)。社區老人希望感、死亡態度與成功老化之探討。國立台北護理健康大學護理研究所。
- 趙可式 (2007)。靈性與照護。靈性：超越心理與肉身研討會論文集。臺北：中華心理衛生協會。

- 趙可式 (1997)。台灣癌症末期病患對善終意義的體悟。《長庚護理》，22 (1)，45-51。
- 臺北醫學大學衛生福利政策研究中心 (2018 年 8 月 28 日)。衛生福利政策專題討論會『尊嚴善終：病人自主權利法施行之轉機與整備』。
- <http://my2.tmu.edu.tw/board.php?courseID=31916&f=activity>.
- 劉靜女、蔡宗達、林欣儀、黃彥蓉、孫馥敏、林素妃、黃鳳嬌、蘇俞、賴怡蓁、楊君宜 (2019)。預立醫療照護諮商之北市聯醫經驗。《北市醫學雜誌》，16，25-37。
- 劉雅文、莊秀美 (2006)。探討失能老人家庭選擇長期照護福利服務之決策過程—老人自主權之分析研究。《東吳社會工作學報》，14，91-123。
- 蔣欣欣、彭美慈、余玉眉、蘇逸玲 (2006)。探討不施予心肺復甦術的倫理議題。《榮總護理》，23 (1)，87-96。
- 衛生福利部國民健康署 (2015)。國民健康署 104 年度施政目標與重點。
- <http://www.hpa.gov.tw/Bhpnet/Web/Service/PublicInfo.aspx?No=200712280003>
- 衛生福利部 (2015)。社區照顧關懷據點現況與發展。
- http://www.ey.gov.tw/Upload/RelFile/19/721243/3660d589_e720_4c87_8fee_37b0547c3e58.pdf.
- 衛生福利部 (2018)。病人自主權利法明年上路，衛福部公布配套辦法。
- <https://www.mohw.gov.tw/cp-16-44221-1.html>.
- 衛生福利部國民健康署。2018 世界安寧日照護全面涵蓋。
- <https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=1405&pid=9597>。
- 衛生福利部 (2018)。提供預立醫療照護諮商之醫療機構管理辦法。
- <https://www.mohw.gov.tw>.
- 衛生福利部 (2018)。全國法規資料庫。
- <https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020189>
- 衛生福利部 (2019)。106 年老人狀況調查。<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-1767-38429-113.html>
- 衛生福利部統計處 (2020)。8-04_鼻胃管插管率。<https://dep.mohw.gov.tw/dos/cp-1720-7414-113.html>
- 衛生福利部 (2020)。衛福部發布 11 類疾病 擴大適用病主法之臨床條件。
- (2020/01/06) <https://www.mohw.gov.tw/cp-16-50877-1.html>
- 衛生福利部 (2021)。預立醫療決定、安寧緩和醫療及器官捐贈意願資訊系統。
- <https://hpcod.mohw.gov.tw/HospWeb/>

衛生福利部社會家庭署 (2019)。社區照顧關懷據點服務入口網。

<https://ccare.sfaa.gov.tw/home/statistics>]

衛生福利部社會家庭署 (2019)。社區照顧關懷據點服務入口網。政府公開資訊，據點清冊。<https://ccare.sfaa.gov.tw/home/statistics>

潘淑滿 (2003)。質性研究—理論與應用。心理。

謝正芳 (2009)。你老了嗎？--談「成功老化」。高醫醫訊，29 (7)，11。

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

蔡甫昌、潘恆嘉、吳澤玫、邱泰源、黃天祥 (2006)。預立醫療計畫之倫理與法律議題。台灣醫學，10 (4)，517-536。

蔡甫昌、郭蕙心 (2017)。病人自主權利法之倫理觀點與實務挑戰。台灣醫學，21 (1)，62-72。

蔡昌雄 (2005)。醫療田野的詮釋現象學研究應用。南華大學教社所，259-286。

鄭企峰、林承霈、蕭勝煌 (2018)。提升死亡識能以提供高品質晚期癌症照護。北市醫學雜誌，15，54-60。

鄭曉江 (2000)。免於死亡焦慮與恐懼之方法—中國傳統死亡智慧「生死互滲」觀。哲學與文化，27 (3)，257-269。

釋慧開 (2015)。生命是一種連續函數。香海文化。

釋慧開 (2004)。儒佛生死學與哲學論文集。洪葉。

羅耀明 (2011)。克服善終障礙—我國高齡者之善終教育現況與因應策略。安寧療護雜誌，16 (3)，361-370。

羅玉岱 (2010)。緩和醫療應是老年學重要的領域之一。台灣老年學論壇，1-5。

Frankl, Viktor E. (2012)。活出意義來：從集中營說到存在主義 (趙可式、沈錦惠譯)。光啟。(原著出版年：1967)。

Lair, G. S., (2011)。臨終諮商的藝術 (蔡昌雄譯)。心靈工坊。

Robert, K. Yin (2014)。質性研究：從開始到完成。(李政賢譯)。五南。

Yalom, Irvin D. (2017)。存在心理治療 (下) 自由、孤獨、無意義 (易之新譯)。張老師文化。(原著出版年：1980)

貳、英文部分

- Alexi, A., Wright, Baohui Zhang & Alaka Ray (2008). Associations Between End-of-Life Discussions, Patient Mental Health, Medical Care Near Death, and Caregiver Bereavement Adjustment. *JAMA*, 300(14), 1665-1673.
- Allen, L. A, Stevenson, L. W & Grady, K. L. (2012). Decision making in advanced heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 125(15), 1928-1952.
- American medical associations. (1999). Futility in end-of-life care. Report of the council on ethical and judicial affairs. *Journal of the American Medical Association*, 281, 937-941.
- Rodríguez-Prat, A., Monforte-Royo, C., Porta-Sales, J., Escribano, X., & Balaguer, A. (2016). Patient Perspectives of Dignity, Autonomy and Control at the End of Life: Systematic. *PLoS One*, 11(3), e0151435.
- Azoulay, E., Pochard, F., Kentish-Barnes, N., Chevret, S., Aboab, J., Adrie, C., & Schlemmer, B. (2005). Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine*, 171(9), 987-994.
- Blackford, J., Strickland, E., & Morris, B. (2007). Advance care planning in residential aged care facilities. *Contemporary Nurse*, 27(1), 141-151.
- Bullock, K. (2011). The influence of culture on end-of-life decision making. *J Soc Work End Life Patient Care*, 7(1), 83-98.
- Casarett, D. J & Quill, T. E. (2007). "I'm Not Ready for Hospice": Strategies for Timely and Effective Hospice Discussions. *Ann Intern Med*, 146, 443-449.
- Cardona-Morrell M, Kim J, Turner RM, Anstey M, Mitchell IA, & Hillman K. (2016). Non-beneficial treatments in hospital at the end of life: a systematic review on extent of the problem. *Int J Qual Health Care* ; 28(4), 456-469.
- Chan HY., & Pang SM. (2011). Readiness of Chinese frail old age home residents towards end-of-life care decision making. *J Clin Nurs*, 29(9-10), 1454-1461.
- Chu, W. W., & Woo, J. (2004). Attitudes of Chinese elders towards advance planning on elder-of-life issues: A qualitative study in a nursing home in Hong Kong. *Journal of the Hong Kong Geriatrics Society*, 12(1), 18-23.
- Clarke E. B., Curtis J. R., Luce, J. M., Levy, Danis, Nelson, Judith, & Solomon (2003). Quality indicators for end-of-life care in the intensive care unit. *Crit Care Med*, 31, 2255-2262.
- Convention for the protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and

- Biomedicine.(1997).<https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treat-y/164>/Accessed January16.
- 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.*Cite this as, 340.*, 13-45.
- Debra K. Litzelman, Thomas S. Inui, Wilma J. Griffin, Anthony Perkins, Ann H. Cottingham, Kathleen M. Wendholt, & Steven S. Ivy (2017). Impact of Community Health Workers on Elderly Patients' Advance Care Planning and Health Care Utilization: Moving the Dial.*Med Care, 55*(4), 319-326.
- Erica Frechman, Mary S. Dietrich, Rachel Lane Walden, & Cathy A. Maxwell.(2020). *Exploring the Uptake of Advance Care Planning in Older Adults: An Integrative Review. Journal of Pain and Symptom Management* (Available online 6 July 2020)
- Evers, M. M, Meier, D.E, & Morrison, R. S. (2002). Assessing differences in care needs and service utilization in geriatric palliative care patients. *J Pain Symptom Manage; 23*(5), 424-432.
- Field, M. J., & Cassell, C. K. (1997). *Approaching Death : Improving Care at the end of Life.*Washing,DC : National Academy Press.
- Galanti G-A. (2008). *Caring for patient from different culture.*4th ed.*Philadelphia University of Pennsylvania Press*, 167-182.
- Greifzu, S. (1996). Greiving need your help.*Oncology Forum, 25*(2), 150-152.
- Gittler,J. (2011). Advance care planning and surrogate health care decision making for older adults.*Journal od Gerontological Nursing, 37*(5), 15-19.
- Heyland, D. K.; Heyland, R.; Bailey, A.; & Howard, M. (2020). A novel decision aid to help plan for serious illness: A multisite randomized trial. *CMAJ Open, 8*, 289-296.
- 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. *J Med Ethics , 34*(5), 336-40.
- Hillary, D. Lum, & Rebecca, L. Sudore (2016). Advance Care Planning and Goals of Care Communication in Older Adults with Cardiovascular Disease and Multi-Morbidity.*Clin Geriatr Med, 32*(2), 247-260.
- Hsin, H. C. & Macer, D. (2006). Comparisons of life images and end-of-life attitudes between the elderly in taiwan and New Zelaand.*Journal of Nursing Research, 14*(3), 198-207.
- Hollaar, V. R. Y., van der Putten, G.-J., van der Maarel-Wierink, C. D., Bronkhorst, E. M., de Swart, B. J. M., de Baat, C., & Creugers, N. H. J. (2017). Nursing home-acquired

- pneumonia, dysphagia and associated diseases in nursing home residents: A retrospective, cross-sectional study. *Geriatric Nursing*, 38(5), 437-441.
- Karlawish, J. (2015). *Assessment of decision-making capacity in adults*.
<http://www.uptodate.com/contents/assessment-of-decision-making-capacity-in-adults>
- Kerrie N, Debbie H, Rosemary L, & John R. (2016). Developing death literacy. *Progress in Palliative Care*, 24(1), 31-35.
- Kossmann, D. A. (2014). Prevalence, views, and impact of advance directives among older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 40(7), 44-50.
- Lan, S-H, Lu, L-C, Yen, Y-Y, Hsieh Y-P, Chen, J-C, Wu, W-J, Lan, S-J, & Lin, L-Y, (2017) Tube feeding among elder in long-term care facilities: a systematic review and meta-analysis. *J Nutr Health Aging*, 21, 31-37.
- Lum, H. D., Brown, J. B., Juarez-Colunga, E., & Betz, M.E. (2015). Physician involvement in life transition planning: A survey of community-dwelling older adults. *BMC Family Practice*, 16(1), 92.
- Mullick A., Martin J., & Sallnow L. (2013). An introduction to advance care planning in practice. *BMJ*. 347, f6064.
- Messinger-Rapport, B. J., Baum, E.E., & Smith, M. L. (2009). Advance care planning: beyond the living will. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 76(5), 276-285.
- Prendergast, T. J. (2001). Advance care planning pitfalls progress promise. *Critical Care Medicine*, 29(2), 34-39.
- Porensky, E. K., & Carpenter, B.D. (2008). Knowledge and perception in advance care planning. *Journal of Aging and Health*, 20(1), 89-106.
- Sampson, E. L. Jones, L., Thuné-Boyle, I C., Kukkastenvehmas, R., King, M., Leurent, B., & Blanchard, M.R. (2011). Palliative assessment and advance care planning in severe dementia: An exploratory randomized controlled trial of a complex intervention. *Palliative Medicine*, 25(3), 197-209.
- Combes, S., Nicholson, C. J., Gillett, K., & Norton, C. (2019). Implementing advance care planning with community-dwelling frail elders requires a system-wide approach: An integrative review applying a behaviour change model. *Palliat Med.*, 33(7), 743-756.
- Sasaki, A., Hiraoka, E., Homma, Y., Takahashi, O., Norisue, Y., Kawai, K., & Fujitani, S., (2017). Association of code status discussion with invasive procedures among advanced-stage cancer and noncancer patients. *Int J Gen Med*; 10, 207-214.
- Schmidt, M., & Azoulay, E. (2012). Having a loved one in the ICU: The forgotten family. *Curre-*

- nt *Opinion in Critical Care*, 18(5), 540-545.
- Somogyi-Zalud, E., Zhong, Z., Hamel, M. B., & Lynn, J. (2002). The use of life-sustaining treatments in hospitalized persons aged 80 and older. *J Am Geriatr Soc*, 50(5), 930-934.
- Stewart, F., Goddard, C., Schiff, R., & Hall, S. (2011). Advanced care planning in care homes for older people: A qualitative study of the views of care staff and families. *Age and Ageing*, 40(3), 330-335.
- Tang, C., Lam, L., & Chiu, H. (2007). Attitudes to end-of-life decisions: a survey of elderly Chinese with dementia and their carers. *Asian J Gerontol Geriatr*, 2(3), 119-125.
- The Economist Intelligence Unit/EIU. The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world.
<https://www.eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf>.
- Waldrop, D. P., Meeker, M. A., Kerr, C., Skretny, J., Tangeman, J., & Milch, R. (2012). The nature and timing of family provider communication in late-stage cancer: A qualitative study of caregivers' experiences. *Journal of Pain and Symptom Management*, 43(2), 182-194.
- Wanpen, M. (2001). The Buddhist spiritual path: A counselor's reflection on meditation, spirituality. *Counseling & Values*, 45(2), 94-102.
- World Health Organization. (2016). *Global strategy and action plan on ageing and health (2016-2020)*. <http://who.int/ageing/GSAP-Summary-EN.pdf>
- Yung, V. Y., Walling AM, Min L, Wenger NS, & Ganz DA. (2010). Documentation of advance care planning for community-dwelling elders. *J Palliat Med*, 13(7), 861-867.
- Zager, B. S., & Yancy, M. (2011). A call to improve practice concerning cultural sensitivity in advance directives: a review of the literature. *Worldviews Evid Based Nurs*, 8(4), 202-211.

附錄

附錄一 訪談同意書

訪談同意書

您好：

我是南華大學生死學系研究所研究生李美芳，目前進行「**高齡者對預立醫療自主計畫之態度研究—以雲林某社區照顧關懷據點之老人為例**」的研究，目的希望藉此研究探討預立醫療自主計畫在社區關懷據點的分析，提升民眾對預立醫療自主計畫的認知，並指引實務工作者協助老人預立醫療自主計畫的思考，最終為自己生命作主，家屬依其意願，達成生死兩無憾。本研究欲透過深度訪談的方式進行，預計訪談次數為二次以上，每次約一至二小時，訪談時間依您可配合時間為主，訪談地點以您熟悉且舒適、自在的環境為主，訪談過程採全程錄音方式，在過程中，如您有感受到不舒服或不願意再繼續訪談，可依您的狀況而提出終止或退出，研究者會以予尊重與配合。對於訪談的內容資料，除了提供此學術研究與探討分析用，絕不外洩非此研究之外用途，並謹守研究倫理，個人資料均以保密原則。

最後由衷感謝您的協助參與此次訪談，相信有您的參與，將豐富此研究內容的價值。
敬祝平安、喜樂。

本人已瞭解並同意，願意以簽名為同意參與此研究

研究參與者(簽名)：

中華民國_____年_____月_____日

南華大學生死學研究所研究生 李美芳 敬上

附錄二 訪談大綱

訪談大綱

一、探討高齡者對於生命末期的生死觀為何？

(一) 生命末期期待的醫療照護

1. 您曾接觸生命末期的照顧經驗與想法為何？
2. 請您簡單說明本身目前的身體狀況為何？
3. 您曾思考生命末期的醫療照護決定與想法為何？

(二) 生命末期的價值觀

1. 您對生死態度與信仰為何？
2. 您期待自己生命末期應有什麼樣的生活品質？
3. 您認為那些因素會影響您對生命末期的決定？

二、探討影響高齡者對預立醫療自主計畫的相關因素為何？

1. 您對於預立醫療自主計畫的瞭解為何？
2. 您認為生命是藉由人工醫療維持著生命感受為何？
3. 您認為會影響您做預立醫療自主計畫的決定為何？
4. 您認為生命自主的看法為何？

三、探討目前實務工作者於社區關懷據點推行預立醫療自主計畫的現況為何？

1. 請問您對社區關懷據點提供預立醫療自主計畫的資訊感受為何？
2. 請問您有接觸過預立醫療自主計畫宣導的經驗嗎？
3. 依您對預立醫療自主計畫的了解，其認知對你的影響為何？