

探討醫護人員對預立醫療指示的知識、態度和行為意向 及其相關因素

陳嘉琪¹ · 吳佩玲^{2*} · 白香菊³ · 喬佳宜⁴

¹ 台大醫院雲林分院護理部護理師

² 中山醫學大學護理學系助理教授、中山醫學大學附設醫院護理部

³ 中山醫學大學護理學系教授

⁴ 中山醫學大學護理學系副教授

摘要

目的：探討醫護人員對於預立醫療指示的知識、態度、簽署預立醫療指示之行為意向及影響簽署預立醫療指示的相關因素。

方法：橫斷式研究，採方便取樣，共納入 298 名醫師 (31 人) 及護理人員 (267 人)，於臺灣中部某區域教學醫院進行預立醫療指示的知識、態度及行為意向的問卷調查。描述性統計、獨立 *t* 檢定、單因子變異數、Pearson 相關分析，以及逐步迴歸分析探討影響預立醫療指示行為意向的預測因子。

結果：有意願簽署預立醫療指示並註記於健保卡有 36.6%，但實際完成預立醫療指示並註記於健保卡僅 3.3% (10 人)。年齡、年資、態度與行為意向呈顯著負相關；態度、可無遺憾且安詳的死亡、避免家人做決定時痛苦、可自己選擇臨終醫療處置及照護意願與行為意向呈顯著正相關 ($p < .05$)。逐步迴歸分析顯示預立醫療指示的態度為最強的預測因子，對簽署行為意向的解釋力為 14.7%；可選擇自己對臨終醫療處置及照護意願的解釋力為 5.4%；可無遺憾安詳且有尊嚴的死亡解釋力為 1.9% ($p = .000$)。

結論：當預立醫療指示的態度越正向時，簽署預立醫療指示的行為意向越高；年齡及工作年資增加不會使簽署意願增加。醫護人員對預立醫療指示縱使有意願簽署，實際簽署比例仍偏低。建議在職教育時須了解醫護人員的學習需求，對不同屬性及資歷的醫護人員規劃多元學習課程，以滿足不同需求。

關鍵字：醫護人員、預立醫療指示、知識、態度、行為意向

前言

現今知識普及、資訊獲得迅速，死亡議題不再避諱，越來越多人願意面對死亡議題，也希望能夠善終；簽署「不施行心肺復甦術」、「不施行維生醫療」及「接受安寧緩和醫療」意願書都屬於預立醫療指示 (advance directives, AD) 的一部份；但是在臨床實務中，卻未能有效的、慎重的讓病人主動參與討論臨終照護方式，造成病人無法參與自身所期望的末期醫療照護方式之決策，甚至可能接受不適當的醫療照護 (Kau et al., 2013)。臺灣於 2000 年通過的安寧緩和醫療條例，以尊重末期病人醫療自主權為首要考量，法案第五條明定具行為能力之成年人得預立醫療 (陳等, 2016)。在 2015 年 12 月 18 日立法院三讀通過，並於 2019 年 1 月 6 日正式實施「病人自主權利法」，成為亞洲第一部以病人為主體的醫療法規，確保病人享有知情、選擇與決定的自主權利，且在特定臨床條件下，也可以選擇不施加維持生命治療 (Life-sustaining Treatment, LST) 與人工營養及流體餵養 (Artificial Nutrition and Hydration, ANH) (Baker & Marco, 2020)；讓民眾更能尊嚴善終，透過「預立醫療照護諮商」，病人及家人能凝聚共識，離善終目標更往前邁進 (蘇, 2019)。在臺灣的研究顯示 74.7% 醫護人員有簽署的意願，但實際完成預立醫療指示簽署比率為 15.3% (周, 2016)，較國外醫護人員簽署率低 (約 16~36%) (Miler, 2018; Ryan & Jezewski, 2012)。大多數的研究提到護理人員對預立醫療指示的知識普遍不足，但對預立醫囑多持正面態度，認為協助完成預立醫療指示是行善、尊重自主、可以讓末期生活維持舒適 (陳等, 2021; Miler, 2018; Ryan & Jezewski, 2012)。世界衛生組織強調各國要推動安寧緩和醫療需培養民眾意識及增加專業人員的認知 (Paal et al., 2019)，使民眾了解當罹患不可逆疾病時，自身的

權利與可用資源 (Paal et al., 2019)。如何落實安寧緩和醫療並提升病人醫療自主權，有效宣導及教育民眾，讓其有機會參與選擇符合自己意願的醫療選擇，是健康照護提供者的責任 (Browning, 2006)。本研究目的旨在調查醫護人員對預立醫療指示的知識、態度及行為意向，以及探討影響醫護人員預立醫療指示的相關因素。

文獻查證

一、預立醫療指示

預立醫療指示 (advance directives; AD) 是患者在無法溝通時傳達其喜好的醫療聲明文件，預立醫療指示有時也稱為「生前遺囑」，是一個人做出的聲明，表明如果病人在未來沒有能力說明同意或拒絕醫療時，仍可依自己的意願接受自己選擇的醫療照顧方式直到死亡，在生命的末期保有對自己生命與疾病的控制感與自主權 (楊等, 2008; 胡等, 2009; Miller, 2017)，也可以讓家屬了解病人的臨終照護意願和價值觀，並幫助家屬面對病患死亡及失去至親的失落預作準備、降低罪惡感和悔恨，減輕不知病人意願而必須做決定的壓力，避免家人間因意見分歧而互相質疑與衝突，也保護主要照顧者免受其他家人的指責與攻擊 (楊等, 2008; 胡等, 2009)。預立醫療指示可提供治療決策參考，讓醫療人員較平常心看待臨終決定，減少照護末期病人時之負向情緒，讓有限的醫療資源運用及分配更適切 (楊等, 2008; Miller, 2017)。1991 年美國聯邦政府通過「病人自決法案」 (Patient Self-Determination Act, PSDA)，以尊重個人的醫療照護自主權為主，於成年病人住院時需主動詢問書面預立醫療指示之意願及主動以書面方式告知此項權益，包括選擇接受或拒絕接受醫療維生設備及預立醫囑的權利，明確表明個人可自由決定醫療照護方向 (Burns et al., 2003)。預立醫療指示是以病人為中心，醫療團隊必須依照病人的意願，常見的類型包括生前遺囑、醫療委託代理人委託書、和維持生命治療的醫師 (或醫療) 醫囑 (Baker & Marco, 2020)。預立醫療指示是一項關於個人未來醫療護理具有法律約束力的

接受刊登：111 年 1 月 15 日

*通訊作者：吳佩玲 Pei-Ling, Wu

機構：中山醫學大學護理學系助理教授

電話：04-24730022(分機：12018)

住址：台中市南區建國北路一段 110 號

Email: sunny@csmu.edu.tw

醫療指示，醫療團隊無需再徵求其他家屬的醫療、照護意願(Shaw, 2012)。

二、預立醫療指示的倫理問題

「預立醫療指示」是一個法律問題，也是很複雜的倫理議題，與真相告知、知情同意、不予撤除維生治療以及不予施行心肺復甦術等議題相關(Shreepal, 2019)。倫理原則以自主、行善、不傷害和正義為基礎，透過承認個人的存在和尊嚴的絕對價值為觀點促進人類整體利益，並無條件尊重其不可侵犯性和保護個人自由意識為基本原則(Menezes & Figueiredo, 2019)。「自主原則」為有自主能力的個體基於個人價值信念所做的自主性選擇，而預立醫療指示的最終目的並不是在保護醫院或醫護人員，而是在展現病人的自我決定權(Mouchabac et al., 2021)，醫師亦有義務尊重個體所作之決定，預立醫療指示之簽署即是發揮尊重自主的精神。

三、醫護人員預立醫療指示與知識、態度和行為意圖及影響預立醫療指示的相關因素

Velasco-Sanz & Rayón-Valpuesta (2016) 指出 89.1% 的醫療人員不知道預立醫療指示定義及目的，護理人員對「病人自決法案」及預立醫囑相關的法令知識缺乏 (Peicius et al., 2017)，不了解預立醫囑簽署程序及預立醫療委任代理人 (Silva & Silva, 2014; Peicius et al., 2017)。Toro (2013) 指出醫護人員有 60.1% 知道法規，但只有 22.8% 的人閱讀過內容；另外有 16.7% 對「預立醫療指示」的含義了解有限 (Peicius et al., 2017)。在臺灣，近四成醫護人員認為「安寧緩和醫療條例只適用於癌症末期病人」(謝，2011)；裘等 (2019) 提出護理人員在對於「預立醫療指示相關條例的認知」中分別對「區別預立醫療指示與不施行心肺復甦術」、「預立醫療指示介入時應注意的事項」及「安寧緩和條例的適用範圍」三項知識偏低。Peicius 等人 (2017) 提出醫護人員對預立醫療指示多為正向態度。在預立醫療指示簽署意願，謝等 (2010) 調查結果有意願簽署者佔 76~78%，但實際簽署僅 2%；劉 (2012) 研究顯示 7.4% 的護理人員實際完成預立醫療指示簽署；裘

等 (2019) 研究指出腎臟科醫護人員簽署者僅 5%；國外研究顯示護理人員簽署預立醫療指示比例為 16-36% (Miler, 2018; Ryan & Jezewski, 2012)；醫師已簽署者佔 48% (Duke & Northam, 2009)。

影響醫護人員簽署意願的原因主要為「讓生命末期能有較佳的生活品質」(謝，2011; Peicius et al., 2017)；「為保有自我決定權利、末期生活能保有品質」、「末期決策可自己做主」(Sahm et al., 2005)。影響醫護人員預立醫療指示的基本特性因素包括：年齡越大 (陳，2018) 簽署意願越高，結婚、有伴侶者 (Jezewski et al., 2005)；工作經驗及工作年資長 (陳，2018；謝等，2010；Ryan & Jezewski, 2012; Go et al., 2007)、教育程度學歷較高者 (陸，2018)、工作職位高者 (魏等，2016)、曾接受安寧緩和或定期接受相關訓練者預立醫療指示知識較好 (江等，2013；魏等，2016；Miller, 2017; Park & Kim, 2018)；另外，曾參與照顧末期疾病病人 (詹等，2005)、參與過急救過程 (江等，2013；魏等，2016；Park & Kim, 2018)、自身或家人有重病經驗及曾參與家人完成預立醫療指示者 (Silva et al., 2014)、曾與他人討論臨終相關決策 (謝，2011；陳，2018)、避免造成家人身心或經濟上的負擔 (陳，2018) 則預立醫療指示相關知識及簽署意願較高。預立醫療指示簽署時機多在病況差、瀕臨死亡之際，醫護人員本身的簽署意圖與行為結果扮演著示範角色，同時影響其推廣成效 (吳，2018)，預立醫療指示之簽署與知識、態度互為相關 (Duke & Thompson, 2007；謝等，2010)。劉 (2012) 指出醫護人員對安寧緩和醫療和預立醫療指示態度為預立醫療指示簽署之重要預測因子；護理人員預立醫療指示之知識、態度及行為意向呈正相關，當知識越好時，對預立醫療指示態度越正向，當態度越正向時，簽署預立醫療指示意願越高 (劉，2012)；然而，研究顯示即使態度正向，實際簽署比例並不高 (裘等，2019；劉，2012；Duke & Thompson, 2007)。

研究方法

一、研究對象和場所

以臺灣中部某區域教學醫院為收案場域，醫師及護理人員為收案對象，採方便取樣。選案條件：1. 納入條件：(1)有願意參與研究者、(2)具備醫師、護理師執業登記、(3)工作滿3個月之醫師、護理師、(4)實際參與臨床照護工作，包括一般病房、急診、加護病房、安寧病房、出院準備服務、血液透析(洗腎)室、門診護理師、居家護理師、檢查室之護理人員。2. 排除條件(1)非直接臨床護理人員(如：護理督導)、(2)非醫師及護理師之醫療人員(醫檢師、放射師、物理和職能治療師、心理師及社工師等)。

二、樣本數

以 G power 3.1 軟體進行估算樣本數，設定解釋力 R^2 為中度效果量 effect size=0.15，type I error $\alpha = 0.05$ ，檢定力 power = 0.95，自變項個數=20。選擇 F-test 的統計方法 Linear multiple regression: Fixed model, R^2 deviation from zero，來估計有效樣本數為 222 人，考量 35% 的樣本流失率 (attrition rate) 及有效問卷回收率 (response rate)，故提高樣本數為 300 人。

三、研究工具

問卷共分四部分，包括基本資料、預立醫療指示知識、預立醫療指示態度、預立醫療指示行為意向。本研究使用陳妤靜 (2018) 「南部某區域教學醫院醫護人員對預立醫療指示之知識、態度與行為意向之相關研究」所發展之問卷，並取得原作者同意。

(一) 基本資料

基本資料包括年齡、性別、婚姻、教育程度、職稱、工作年資、科別屬性、經濟狀況、自覺健康情形、是否罹患慢性疾病、參與照顧過臨終病人的經驗、照顧過親人過世經驗、與病人討論簽署預立醫療指示的經驗、參與安寧緩和相關課程等。

(二) 預立醫療指示知識量表

為了解醫護人員對預立醫療指示的概念及緩和醫療條例中之相關預立醫療指示同意書及意願

書內容之認知，共計 14 題，題目分正向題及反向題，依「對」、「錯」、「不清楚」方式回答，總分為 14 分~28 分，得分越「高」表示對預立醫療指示知識越清楚，知識了解程度越「好」，全部答對正確則得 28 分；此部分專家內容效度良好 (Content Validity Index, CVI=1)；在信度方面，以 Kuder-Richardson (KR-20) 檢定內在一致性，係數為 .90，有良好內部一致性(陳, 2018)，本研究之 Cronbach's Alpha (α) 為 .54。

(三) 預立醫療指示態度量表

為了解醫護人員對預立醫療指示之主觀態度，共計 11 題，依據個人主觀感受同意程度，採 Linkert 4 點計分法，「非常同意」4 分、「同意」3 分、「不同意」2 分、「非常不同意」1 分，分數越高，表示對預立醫療指示態度越正向。專家內容效度良好 (CVI=0.89)，Cronbach's Alpha (α) 為 .84 (陳, 2018)，本研究之 Cronbach's Alpha (α) 為 .96，顯示具有良好信度。

(四) 預立醫療指示行為意向量表

為了解醫護人員對預立醫療指示之意念傾向 5 題，以及健保卡註記安寧緩和內容之可能性，並提出當醫師在告知自己的疾病對治療反應不佳且病危時，會拒絕那些維生醫療的可能性。計分採 Linkert 4 點計分法，回答「非常可能」4 分、「可能」3 分、「不可能」2 分、「非常不可能」1 分，分數越高，簽署的行為意向可能性越高。另外，再詢問預立醫療指示簽署之意願，選項有「會簽署」、「不會簽署」及「難以抉擇」，並以可複選分別勾選其選擇理由。此部分專家效度檢定良好 (CVI=1)，Cronbach's Alpha (α) 為 .84 (陳, 2018)，本研究之 Cronbach's Alpha (α) 為 .73，顯示具有良好信度。

四、資料收集過程

本研究為橫斷式研究設計，由研究員親自到各單位進行研究說明，徵求志願參與者填寫問卷，時間約 15~20 分鐘。資料收集於 2020 年 11 月 1 日~2020 年 12 月 31 日進行，共發放 300 份，回收後扣除 2 份無效問卷 (未收回及未填寫完整)，實際

共回收醫師為 31 份、護理師 267 份，共計有效問卷 298 份，問卷有效回收率為 99%。資料採匿名方式，問卷填寫完畢後，將問卷放入專用信封，確保受測者個人資料受到保護。

五、資料分析

將有效問卷進行編碼建檔，使用 SPSS 22.0 套裝軟體進行資料分析， $p < .05$ 為判斷統計意義之標準。描述性統計以次數、百分比統計醫護人員基本人口學屬性資料。標準差 (Standard Deviation, *SD*)、平均值 (Mean) 分析醫護人員在預立醫療指示的知識、態度及行為意向之分佈。另外；已簽屬預立醫療指示及未來可能簽屬預立醫療指示的意願以百分比統計。推論性統計以獨立樣本 *t* 檢定 (independent *t*-test) 和單因子變異數分析 (One way ANOVA) 檢定醫護人員的基本屬性、預立醫療指示知識、態度、行為意向的差異性；以 least significant difference (LSD) 進行事後比較。皮爾森相關分析 (Pearson correlation) 檢定醫護人員基本人口學屬性、知識、態度和行為意向的相關性。多元回歸分析及逐步回歸分析確認影響預立醫療指示行為意向的預測因子。

六、倫理考量

研究倫理審查委員會核發臨床實驗計畫許可書 (IRB No: 202009017RINA)，確保研究對象權益，詳細說明研究計畫後，參與者可自由決定是否參予問卷調查，收案時即讓研究對象簽署同意書，問卷以不記名方式進行，所填寫的問卷資料，會絕對的保密。鍵入資料時以代碼編制，研究資料視為機密處理，僅供學術研究使用，不對外公布，亦會妥善保存及上鎖，不作為其他用途。資料內容除研究人

員外，他人不得查閱，所得的個案資料僅做學術研究分析與發表，不進行研究以外之資料分析，資料在研究後會銷毀。於問卷調查過程中也可以隨時退出研究，其權益不會受到任何損害。

研究結果

一、醫護人員基本屬性資料及預立醫療指示的知識、態度及行為意向的差異

表一顯示研究對象之基本資料。醫護人員平均年齡為 30.8 ($SD = 6.82$) 歲；以女性 248 人 (83.2%)、未婚 188 人 (63.1%)、大學學歷 247 人 (82.9%) 最多；工作年資平均為 6.21 ($SD = 5.31$) 年，五年以下有 126 人 (42.3%)，加護病房 94 人 (31.5%) 最多。在預立醫療指示經驗方面，曾經照顧親人過世經驗 142 人 (47.7%)、曾經照顧臨終病人經驗為 261 人 (87.6%)、有參與討論病人預立醫療指示的經驗為 172 人 (57.7%)、有參與過安寧緩和課程有 216 人 (72.5%) (表一)。

醫護人員基本屬性對預立醫療指示知識、態度、行為意向的差異方面，依不同變項特質使用獨立樣本 *t* 檢定及單因子變異數分析進行，當 p 值 $< .05$ 時再以 LSD 事後檢定比較其結果。研究顯示，預立醫療指示知識在性別 ($p = .047$)、婚姻狀況 ($p = .029$) 具差異性，女性在知識方面較男性好，未婚者較已婚者好；而態度方面則以年齡 ($p = .007$)、婚姻狀況 ($p = .021$)、工作年資 ($p = .042$) 具差異性，進一步以 LSD 事後檢定分析，結果發現年齡較輕、工作年資較淺、未婚者在預立醫療指示態度方面更積極正面；而行為意向與基本屬性並無顯著差異 (表一)。

表一 基本屬性資料與預立醫療指示的知識、態度和行為意向之差異 ($N = 298$)

變項	知識			態度			行為意向			
	人數(%)	<i>t/F</i>	<i>p</i>	LSD 事後檢定	<i>t/F</i>	<i>p</i>	LSD 事後檢定	<i>t/F</i>	<i>p</i>	LSD 事後檢定
年齡 (Mean/SD)	30.82(6.82)	1.056	.368		4.157	.007*	20~30 > 31-40 20~30 > 41-50	.456	.713	
20~30	175									
31~40	93									
41~50	28									
> 50	2									

性別		.083	.047*	女性>男性	1.348	.179		.780	.960
男	50(16.8)								
女	248(83.2)								
婚姻狀況		3.577	.029*	已婚>未婚	3.931	.021	未婚 > 已婚	1.773	.172
未婚	188(63.1)		.						
已婚	107(35.9)								
其他	3(1)								
教育程度		2.713	.068		.494	.611		.436	.647
專科	33(11.1)								
大學	247(82.9)								
研究所以上	18(6)								
職稱		5.183	.551		.148	.402		1.940	.962
醫師	31(10.4)								
護理師	267(89.6)								
工作年資 (Mean/SD)	6.21(5.31)	.705	.495		3.207	.042*	5年以下 > 5-14年 5年以下>15年以 上	.787	.456
5年以下	126(42.2)								
5~14年	118(39.5)								
15年以上	54(18.1)								
科別屬性					.430	.859		1.159	.328
外科病房	35(11.7)	1.625	.133						
內科病房	76(25.5)								
加護病房	94(31.5)								
血腫瘤病房	33(11.1)								
急診	22(7.4)								
安寧病房	18(6.0)								
其他	20(6.7)								
經濟狀況 (NT)		.024	.995		.587	.624		.221	.882
3萬以下	1(0.3)								
3~6萬	245(82.2)								
6~10萬	37(12.4)								
10萬以上	15(5.0)								
自覺身體狀況		1.005	.405		5.76	.680		.721	.578
很差	1(0.3)								
差	17(5.7)								
普通	216(72.5)								
好	57(19.1)								
良好	7(2.31)								
是否罹患慢性病		2.112	.278		.681	.527		.702	.255
無	272(91.3)								
有	26(8.7)								
照顧過親人過世經驗		1.768			3.708	.919		.446	.572
無	156(52.3)								
有	142(47.7)								
照顧過臨終病人經驗		3.141			.506	.137		3.288	.356
無	37(12.4)								

有	261(87.6)				
參與討論病人預立醫療指示經驗		.407	.509	.081	
無	126(42.3)				3.192 .207
有	172(57.7)				
參加過安寧緩和和教育過程		.004	.176	.215	3.116 .078
無	82(27.5)				
有	216(72.5)				

註 1: 以 *t*-test 及 one-way ANOVA 檢定; ANOVA 檢定顯著時以 *LSD* 進行事後檢定; *p* 值 < .05 表示具統計顯著意義。

二、預立醫療指示的知識、態度及行為意向的結果

知識平均得分為 21.69 分 ($M = 21.69$, $SD = 2.072$)。醫護人員對預立醫療指示的態度為正向 ($M = 3.32$, $SD = .62$)。簽署預立醫療指示意願及健保卡註記的行為意向結果顯示醫護人員簽署的可能性較高 ($M = 3.33$, $SD = 0.47$) (表二)。36.6% 未來有簽署預立醫療指示的意願。會簽署人數 109 人 (36.6%)。會簽署理由前三項依序為：可選擇自己對臨終醫療

處置與照護之意願的保障 (84.9%)、避免家人做決定時的痛苦 (76.5%)、可無遺憾、安詳且有尊嚴的死亡 (75.8%)。不會簽署人數為 7 人 (2.3%)；難以抉擇人數 182 人 (61.6%) (表二)；另外，3.3% 已完成簽署預立醫療指示，其中 1.3% 為男性、2.0% 為女性；職業別醫師、護理師各佔 5 人 (1.6%) (表二)。

表二 預立醫療指示的知識、態度和行為意向分析表 ($N = 298$)

變項	人數(<i>n</i>)	百分比(%)	平均值/標準差
知識			21.69 (2.07)
態度			3.32 (.62)
行為意向			3.33 (.47)
未來簽署預立醫療指示的意願及理由?			
會簽署	109	36.6	
不會簽署	7	2.3	
難以抉擇	182	61.6	
已簽署預立醫療指示的比例	10	3.3	
男	4	1.3	
女	6	2.0	
醫師	5	1.6	
護理師	5	1.6	

表三、醫護人員預立醫療指示的知識、態度及行為意向的相關性 ($N = 298$)

變項	年齡	年資	行為意向	知識
工作年資	.834**			
行為意向	-.041	-.029		
知識	.056	.004	.052	
態度	-.165**	-.141*	.383**	-.021

三、醫護人員預立醫療指示的知識、態度及行為意向的相關性

皮爾森相關分析結果顯示，基本屬性中年齡與態度相關係數為($r = -.165, p = .004$)、工作年資與態度相關係數為($r = -.141, p = .015$)皆為負相關，當

年資較淺及年齡較輕者其面對預立醫療態度越正向；態度與行為意向相關係數為($r = .383, p = .000$)正相關，當態度越正向在簽署預立醫療指示的行為意向越高(表三)。

表四 影響行為意向預測因素之多元迴歸分析表 (N = 298)

變項	B	SE _b	β	t	p	R ² change	F	P	R ²	Adjusted R ²
						.257	.648	.000	.257	.217
性別	.042	.096	.033	.444	.657					
婚姻	-.069	.053	-.074	-1.323	.187					
教育	.024	.062	.021	.388	.698					
職稱	.058	.115	.037	.503	.616					
科別屬性	.091	.039	.124	2.318	.021					
自覺健康狀況	-.036	.045	-.043	-.797	.426					
是否罹患慢性病	-.139	.093	-.082	-1.492	.137					
照顧過親人過世經驗	.027	.052	.028	.511	.610					
照顧過臨終病人的經驗	.046	.081	.032	.566	.572					
參與病人討論預立醫療指示的經驗	.002	.054	.002	.042	.966					
參加過安寧緩和和教育過程	.102	.059	.096	1.731	.085					
態度	.266	.041	.347	6.547	.000					
可無遺憾安詳且有尊嚴的死亡	.132	.062	.118	2.133	.034					
避免家人做決定時的痛苦	.051	.063	.046	.823	.411					
可選擇自己對臨終醫療處置與照護之意願的保障	.277	.073	.208	3.812	.000					

表五 行為意向預測因素之逐步迴歸分析表 (N = 298)

Independent variable	B	SE _b	β	T	p	F	R ²	Adjusted R ²	R ² change
態度	.294	.041	.383	7.140	.000	50.976	.147	.144	.147
可選擇自己對臨終醫療處置與照護之意願的保障	.309	.069	.232	4.454	.000	37.026	.201	.195	.054
可無遺憾安詳且有尊嚴的死亡	.158	.059	.142	2.691	.008	27.620	.220	.217	.019

四、醫護人員預立醫療指示行為意向的預測因素

(一) 多元迴歸分析

根據 Pearson Correlation 的結果，納入相關性顯著的「態度」；及納入願意簽署預立醫療指示的主要理由包括可無遺憾安詳且有尊嚴的死亡、避免家人做決定時的痛苦、可選擇自己對臨終醫療處置與照護之意願的保障為自變項，簽署「預立醫療指示行為意向」為依變項，進行多元迴歸分析，探討簽署「行為意向」的影響因素。結果發現整體迴歸模式達顯著水準($F = .648; p = .000; R^2 = .257$ ；調整後

$R^2 = .217$)；預立醫療指示態度($\beta = .347, p = .000$)、可無遺憾安詳且有尊嚴的死亡($\beta = .118, p = .034$)、可選擇自己對臨終醫療處置與照護之意願的保障($\beta = .208, p = .000$)為簽署預立醫療指示的行為意向的預測因子(表四)。

(二) 逐步迴歸分析

此模式納入願意簽署預立醫療指示的理由包括「可選擇自己對臨終醫療處置與照護之意願的保障」、「可無遺憾安詳且有尊嚴的死亡」、「預立醫療指示態度」為自變項，以簽署「預立醫療指示行為意

向」為依變項。整體模式達顯著，在「簽署預立醫療指示的行為意向」中，「態度」為最強預測因子，解釋力為 14.4% ($F = 50.976; p = .000; R^2 = .147$ ；調整後 $R^2 = .144; R^2 \text{ change} = .147$)；「可選擇自己對臨終醫療處置與照護之意願的保障」兩變項共同解釋力為 19.5% ($F = 37.026, p = .000; R^2 = .201$ ；調整後 $R^2 = .195, R^2 \text{ change} = .054$)；再加上「可無遺憾安詳且有尊嚴的死亡」，此三個變項的聯合解釋力為 22% ($F = 27.620; p = .000; R^2 = .220$ ；調整後 $R^2 = .212; R^2 \text{ change} = .019$) (表五)。

討論

一、醫護人員的預立醫療指示的知識、態度和行為意向

本研究發現多數人對於安寧緩和條例相關條款規定有關問題較為清楚，但在適用簽署對象及意願書註記健保卡方面較不了解；在一個針對腎臟科醫護人員的研究中也得到類似結果(裘等, 2019)；詹等(2005)探討加護病房醫護人員對臨終治療的看法，顯示醫護人員對預立醫療指示的知識普遍不佳，知識不足會影響對病人末期疾病決策上的分歧，可透過有效的培訓來解決知識不足的問題(Ke et al., 2019)。

在態度方面，本研究得知多數醫護人員對預立醫療指示抱持正面態度，以同意「預立醫療指示」推行可減少末期病人承受不必要之痛苦比例最高；其次為醫護人員應尊重病人對末期醫療處置與照護的意願；第三為「預立醫療指示」推行可提升末期病人照護品質，協助善終；此結果與過去研究相符，大多數人對預立醫療的態度及信念多持正向態度，因其認為預立醫療指示是一種行善行為、尊重自主權、讓末期生活維持舒適、簽署者內心感到安適，並且可以促進各方溝通(Jung & Matthews, 2021; Jezewski et al., 2005; Duke & Thompson, 2007; Jezewski & Feng, 2007)。研究更指出，多數護理人員同意即使簽署預立醫療指示可能加速死亡，仍認為這是正確的決定，有效控制疼痛、減輕痛苦之於生命延長更具意義且重要(謝等, 2010; Jezewski et

al., 2005; Jezewski & Feng., 2007)。本研究在行為意向中有意願簽署預立醫療指示佔 36.6%，高於謝(2010)提到醫師簽署意願 3.3%、護理師簽署意願 1.7%；另外，本研究醫護人員不會簽署有 2.3%，難以抉擇 61.6%，會簽署則以「希望自己可選擇自己對臨終醫療處置與照護之意願的保障」最多次選擇，其次為「避免家人做決定時的痛苦」；謝(2010)研究中指出醫護人員願意提早簽署預立醫療指示的原因主要為「避免造成家人身心或經濟上的負擔」及「讓生命末期能有較佳的生活品質」與本研究結果相似。

本研究中醫護人員實際已完成簽署並即註記預立醫療指示者僅有 10 人(3.3%)介於裘等(2019)的 5%、曾等(2009)的 3.1%及謝(2011)2%之間，但明顯低於國外的 16~36%(Miler, 2018; Ryan & Jezewski, 2012)；辛(2006)質性研究中得知多數老人對於死亡將至持有想法，但並未多做準備也不願去想，更別說是預先醫療指示的簽署及討論，許多子孫會傾向遵循社會慣例而符合現代醫療以延長父母之生命，這也常造成生死兩憾的局面；另外宣傳管道不普遍及簽署過程繁瑣也降低了簽署意願。

二、影響預立醫療指示的知識、態度和行為意向的人口學因素

本研究顯示醫護人員對預立醫療指示的知識與性別、婚姻有差異。在先前的研究中，女性護理人員相較於男性對安寧療護認知較好(陸, 2018)，與本研究結果相同。本研究發現已婚者較未婚者知識分數佳；在執行醫療決策時重要決策時經常是以家庭為決策單位，而非個人(李等, 2012)，尤其配偶及家人是醫療團隊溝通時必然納入的主要對象(曾等, 2009)。本研究發現醫護人員在預立醫療指示的態度，年紀越輕、工作年資少、未婚者在態度方面較年紀大、年資長、已婚者正向；然而，一些研究指出當年紀越長(謝、林, 2010; 劉, 2012; George et al., 2018)，工作年資越長對預立醫療指示態度有正向差異(謝、林, 2010; 劉, 2012)，此與本研究不相符；這些研究指出年齡越長者多為單

位資深護理人員，其照護末期患者的經驗比較豐富，因此透過照護經驗的累積，越能認同預立醫療指示為病人所創造的價值，亦使得預立醫療指示之觀點抱持較正向的態度。此外，本研究在婚姻狀態也與一些研究結果不同（曾，2009；詹，2005；鄭等，2010；謝、林，2010；謝，2011），推估原因可能因為工作年資較短者多為初入社會不久，且因未婚無家庭子女及另一半羈絆，使其對生活態度及生命較為灑脫乃至此結果。

本研究中「難以選擇」簽署預立醫療指示的原因中有 8 人「表示無法得知當時生病原因及情況，故無法在此時回答」，另外有 5 人回答「自己還很年輕，還沒有簽署的需要」，10 人回答「未思考過相關問題」；本研究結果與謝（2011）指出 40 歲以下青壯年時期對簽署預立醫療指示比例較低，其原因以「我還年輕未考慮此事」、「未來的日子還離我太遠，我沒考慮這些」相似，也和曾等（2009）及裘等（2019）之研究結果類似。

本研究中人口學基本特性與簽署預立醫療指示意願並無顯著差異；然而，以前的研究在不同的年齡層中，以 50 歲至 69 歲之民眾簽署率較高，因為正處於家中長輩生命末期階段，或是有經驗長者之臨終，因此較能觸發其簽署意願（李等，2013）；婚姻關係與多數研究相似，皆顯示婚姻狀態與預立醫療指示無顯著差異（謝等，2010；謝、林，2010；謝，2011）。另外，一些研究顯示自覺健康情況差者有較高的簽署意願；然而，曾經參與討論預立醫療指示的相關經驗、照顧臨終病人經驗及與病人討論簽署預立醫療指示經驗皆無顯著的差異（張等，2011；陳，2018；Stone et al., 2009；Huang et al., 2010），與本研究結果相似。也有研究與本研究結果不同；這些研究中，相關教育訓練課程、曾照顧末期瀕死病人，讓醫護人員對預立醫囑有正向的態度，簽署意願具顯著差異，可能是因為過去的經驗，會使醫護人員對末期病人的處境，更易產生共鳴，而有正向的態度。

本研究中 36.6% 醫護人員考慮可選擇自己對臨終醫療處置及照護之意願、避免家人做決定時的痛

苦，未來有簽署預立醫療指示的意願，與過去研究顯示醫護人員同意簽署預立醫療指示的原因包括為保有自我決定權利、末期生活能保有品質及避免造成家人身心及經濟負擔在與過去研究結果類似（曾等，2009），由此可知醫護人員在意自身「自主權」，即在保障個人善終自主權，在疾病末期處境下，重視生命的品質勝於生命延長，此亦符合預立醫療指示之本意。

三、簽署預立醫療指示的預測因子

本研究中態度是簽署行為意向最主要的預測因子，當預立醫療指示的態度越正向則簽署的意願則越高，與過去研究相同（謝，2010；裘等，2019）；林等（2016）研究指出大多數病人（70%）及家屬（53.8%）都認為在面臨醫療決策時應由病人自行決定，此部分與本研究結果相似。在醫療上多數人認為可以自主性選擇醫療處置意願，並自主與自我決定、是尊重個人自主權；劉（2012）相關研究指出有 17.6% 的醫護人員及照服員認為簽署預立醫療指示可以沒有遺憾、安詳且有尊嚴的死亡，此部分與本研究相同。

四、研究限制與建議

本研究對象僅限任職於臺灣中部區域教學醫院護理人員及醫師，研究結果推論有限，建議擴大區域性及樣本數，以驗證研究結果普遍性。另外，研究對象填寫問卷時處於上班中，填寫時受時間、環境影響作答，可能導致研究資料偏差。制式化問卷作答的方式無法深入探討研究對象對於各個變項的想法或勾選理由。本研究以問卷方式調查醫護人員的預立醫療指示知識、態度及行為意向，未來研究建議可以質性訪談方式更身深入探討相關議題。

本研究發現多數醫護人員在預立醫療指示的知識分數較低（得分平均 21.69，總分 28 分），在適用簽署對象及意願書註記健保卡方面僅佔 3.3%，女性、未婚者在知識部分較男性、已婚者不足。Aguilar-Sánchez et al（2017）提到儘管醫護人員對於預立醫療指示不了解但對於其推行仍抱持正向態度，預立醫療指示的知識及態度積極性是可以透

過教育訓練、閱讀文獻、查閱相關報導來增加的 (Hong et al., 2021)。尤其，當知識及態度越好越正面也可以增加面對有預立醫療指示需求者的詢問 (Hong et al., 2021)。

五、研究貢獻

近年極力推廣安寧與預立醫療指示相關理念，包括「安寧緩和醫療」、「預立醫療照護諮商」、「病人自主權利法」、「善終」，社會大眾在耳濡目染下，逐漸了解預立醫療指示之本意即是讓個體在身體狀況良好、有決策能力時，即為未來生命終了之醫療決策做好規劃，以保障自己善終的權益。本研究的貢獻在學術研究方面，過去預立醫療指示研究對象大多數針對病患及家屬，較少針對醫護人員，本研究以問卷方式調查了解預立醫療指示知識、態度、行為意向在醫護人員之間的情形，可做為未來研究之依據。臨床實務方面，可藉由研究激發臨床醫護人員反思相關議題上所缺乏及不足的部分，願意主動參與預立醫療指示相關知識，藉以增強預立醫療指示正向積極的態度，並能提升充足的預立醫療指示相關知識，增加預立醫療指示意願書註記於健保卡之意願，與病患溝通或討論時，能運用專業知識及專業的態度面對家屬及病患，展現自我效能及自信心。在護理教育方面，Chan等人 (2020) 研究指出接受過相關資訊培訓的醫療人員在感知臨床相關議題、意願配合實施預立醫療自主計畫 (advanced care planning, ACP) 的態度更積極有信心。期待研究結果可提供作為教育訓練的依據，以提升醫護人員正確的知識及有效推行預立醫療指示。

結論

本研究顯示在預立醫療指示方面護理人員知識較醫師好；年紀輕、年資淺以及未婚者在態度方面更為積極；簽署預立醫療指示的行為意向主要預測因子為態度。本研究得知，即使有不少人願意簽署預立醫療指示，但實際簽署比例卻非常低，這是值得深思的。預立醫療指示之知識、態度與簽署的行為意向會受到個人過去經驗、身邊重要親友與社會支持度的影響，也參雜著許多複雜的倫理及社會

議題，包含家庭倫理、法律規範或個人及家人的情緒感受醫療及社會考量，宣導對象是否真正瞭解其涵意外，當下或未來可能面臨得困境也需加入考慮元素，才能正向提昇簽署意願，以達真正的善終理念。

參考文獻

- 江貞儀、陳妮婉、黃采薇 (2013)。探討護理人員對癌末病人使用安寧療護認知與阻礙因素。澄清醫護管理雜誌，9 (3)，15-22。
- 李欣慈、陳慶餘、胡文郁 (2012)。華人孝道與家庭主義文化脈絡下 談長照機構住民執行預立醫療照護計畫與老人自主權。安寧療護雜誌，17(2)，187-199。
- 李英芬、鄭旭清、莊榮彬、杜瀛岳、陳虹汶、方俊凱 (2013)。預立選擇安寧緩和醫療意願註記健保 IC 卡之成果報告：2006-2012。安寧療護雜誌，18 (3)，279-291。
- 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。
- 吳佳鈞 (2018)。響護理人員對「預立醫療指示」簽署意圖之研究：創新擴散及創新抵制之觀點 [未發表之碩士論文]。台南嘉南藥理大學醫務管理碩士班。
- 周易資 (2016)。呼吸照護病房醫護人員對預立醫療指示之知識、態度、自我效能及相關因素探討 [未出版之碩士論文]。亞洲大學健康產業管理學系長期照護組碩士在職專班。
- 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。
- 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。
<https://doi.org/10.6224/JN.56.1.23>
- 曾淑倩、余美嬋、謝伶瑜、陳鼎達 (2009)。南部某區域醫院醫療從業人員簽署預立醫囑之意

- 願探討·安寧療護雜誌·14(2),141-155。
- 裘茗茗、吳欣怡、吳尚潔、陳美珠(2019)·腎臟科醫護人員預立醫療指示認知及推動意願之探討·臺灣腎臟護理學會雜誌·18(2)·1-12。
- 張惠雯、顏啟華、林鵬展、劉立凡(2011)·病人對預立醫囑的看法-以彰化某醫院家庭醫學科門診病人為例·安寧療護雜誌·16(3)·296-311。
- 陸慧蓮(2018)·護理人員對安寧照護認知及課程需求評估~以末期腎病為例·國立臺北護理健康大學醫護教育暨數位學習研究所碩士論文。
- 陳殷正、劉郁孚、蔡蕙珊、林玉書、范建得(2016)·安寧緩和醫療條例回顧與探討·醫學與健康期刊·5(1)25-34。
- 陳妤靜(2018)·南部某區域教學醫院醫護人員對預立醫療指示之知識、態度與行為意向之相關研究〔未出版之碩士論文〕·美和科技大學護理系健康照護碩士班。
- 陳仁亮、王志誠、林佩儀、陳呈旭、張美幸、葉德豐(2021)·醫護人員對病人自主權利法之認知與態度-以中部某區域醫院為例·澄清醫護管理雜誌,17(2),37-46。
- 楊嘉玲、陳慶餘、胡文郁(2008)·醫療預立指示·安寧療護雜誌·13(1)·30-41。
- 詹美珠、李淑秋、胡瑞桃(2005)·加護病房護理人員對DNR態度及其照顧病人相關因素探討·安寧療護雜誌·10(3)·272-285。
- 鄭夙芬、劉雪娥、方震中、萬國華(2010)·影響急診醫護人員對安寧緩和醫療條例認知及不施行心肺復甦術態度之因素·台灣醫學·4(2)·124-132。
- 謝伶瑜、林淑英(2010)·洗腎室護理人員推行預立醫囑觀點之前驅性研究·護理雜誌·57(4)·59-67。https://doi.org/10.6224/JN.57.4.59
- 謝伶瑜(2011)·醫護人員預立醫囑知識與相關因素之探討·長庚護理·22(2)·153-163。
- 劉怡伶(2012)·護理人員與照顧服務員簽署預立醫療指示之差異性探討-以南部某區域教學醫院為例〔未出版之碩士論文〕·長榮大學醫務管理學系(所)。
- 魏碧青、王桂芸、周幸生、王凱微、唐福瑩(2016)·急重症護理人員對無效醫療知識與教育需求之探討-以心肺復甦術為例·榮總護理·33(4)·377-3。
- 蘇湘雲(2019)·每個人都能有尊嚴走完最後一哩路-病人自主權利法·衛生福利部季刊·23·6-9。
- Aguilar-Sánchez, J. M., Cabañero-Martínez, M. J., Ladios-Martín, M., Fernández-de-Maya, J., & Cabrero-García, J. (2017). Knowledge and attitudes of health professionals towards advance directives. *Gaceta Sanitaria*, 32(4), 339-345.
- Baker, E. F., & Marco, C. A. (2020). Advance directives in the emergency department. *Journal of the American College of Emergency Physicians Open*, 1(3), 270-275.
- Browning, A. M. (2006). Exploring advanced directives. *Journal of Christian Nursing*, 23(1), 34-39.
- Burns, J. P., Edwards, J., Johnson, J., Cassem, N. H., & Truog, R. D. (2003). Do-not-resuscitate order after 25 years. *Critical Care Medicine*, 31(5), 1543-1550.
- Chan, H. Y. L., Kwok, A. O. L., Yuen, K. K., Au, D. K. S., & Yuen, J. K. Y. (2020). Association between training experience and readiness for advance care planning among healthcare professionals: a cross-sectional study. *BMC Medical Education*, 20(1), 1-9.
- Duke, G. J., & Northam, S. (2009). Discrepancies among physicians regarding knowledge, attitudes, and practices in end-of-life care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 11(1), 52-59.
- Duke, G., & Thompson, S. (2007). Knowledge, attitudes and practices of nursing personnel regarding advance directives. *International Journal of Palliative Nursing*, 13(3), 109-115.
- George, T. P., DeCristofaro, C., Murphy, P. F., & Remle, C. R. (2018). Knowledge, attitudes, and experience with advance directives among prelicensure nursing students. *Journal of Nursing Education*, 57(1), 35-39.
- Go, R.S., Hammes, B.A., Lee, J.A., & Mathiason, M.A. (2007). Advance directives among health care professionals at a community-based cancer center. *Mayo Clinic Proceedings*, 82(12), 1478-1490.

- Huang, Y. C., Huang, S. J., & Ko, W. J. (2010). Survey of do-not-resuscitate orders in surgical intensive care units. *Journal of the Formosan Medical Association, 109*(3), 201-208.
- Hong, S. W., Kim, S., Yun, Y. J., Jung, H. S., Shim, J., & Kim, J. (2021). Emergency Healthcare Providers' Knowledge about and Attitudes toward Advance Directives: A Cross-Sectional Study between Nurses and Emergency Medical Technicians at an Emergency Department. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(3), 1158.
- Jung, M. Y., & Matthews, A. K. (2021). Understanding Nurses' Experiences and Perceptions of End-of-Life Care for Cancer Patients in Korea: A Scoping Review. *Journal of Palliative Care, 36*(4), 255-264.
- Jezewski, M. A., & Feng, J. Y. (2007). Emergency nurses' knowledge, attitudes, and experiential survey on advance directives. *Applied Nursing Research, 20*(3), 132-139.
- Jezewski, M. A., Brown, J., Wu, Y. W., Meeker, M. A., Feng, J. Y., & Bu, X. (2005). Oncology nurses' knowledge, attitudes, and experiences regarding advance directives. *Oncology Nursing Forum, 32*(2), 319-327.
- Kau, K. S., Lung, C. H., & Lu, L. Y. (2013). A new educational perspective on good deaths and bad deaths for hospice workers: Embedding life education in work adjustment. *Taiwan Journal of Sociology of Education, 13*(1), 119.
- Ke, Y. X., Hu, S. H., Takemura, N., & Lin, C. C. (2019). Perceived quality of palliative care in intensive care units among doctors and nurses in Taiwan. *International Journal for Quality in Health Care, 31*(10), 741-747.
- Menezes, M. S., & Figueiredo, M. D. G. M. D. C. D. (2019). The role of end-of-life palliative sedation: medical and ethical aspects-Review. *Revista Brasileira de Anestesiologia, 69*, 72-77.
- Miller, B. (2017). Nurses in the Know: The History and Future of Advance Directives. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing, 22*(3).
- Miller B. (2018). Nurses preparation for advanced directives: An integrative review. *Journal of Profession Nursing, 34*(5):369-377.
- Mouchabac, S., Adrien, V., Falala-Séchet, C., Bonnot, O., Maatoug, R., Millet, B., Peretti, C.S., Bourla1, A., & Ferreri, F. (2021). Psychiatric Advance Directives and Artificial Intelligence: a conceptual framework for theoretical and ethical principles. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 1596.
- Paal, P., Brandstötter, C., Lorenzl, S., Larkin, P., & Elsner, F. (2019). Postgraduate palliative care education for all healthcare providers in Europe: Results from an EAPC survey. *Palliative and Supportive Care, 17*(5), 495-506.
- Park, E. H., & Kim, N. Y. (2018). The influence of nursing professionalism, attitudes toward advance directive, and death anxiety on terminal care performance of nurses in long-term care hospitals. *Korean Journal of Adult Nursing, 30*(2), 183-193.
- Peicius, E., Blazevičienė, A., & Kaminskas, R. (2017). Are advance directives helpful for good end of life decision making: a cross sectional survey of health professionals. *BMC medical ethics, 18*(1), 40.
- Ryan, D., & Jezewski, M.A. (2012). Knowledge, attitudes, experiences, and confidence of nurses in completing advance directives: a systematic synthesis of three studies. *Journal of Nursing Research, 20*(2), 131-141.
- Stone, S. C., Abbott, J., McClung, C. D., Colwell, C. B., Eckstein, M., & Lowenstein, S. R. (2009). Paramedic knowledge, attitudes, and training in end-of-life care. *Prehospital and disaster medicine, 24*(06), 529-534.
- Sahm, S., Will, R., & Hommel, G. (2005). What are cancer patients' preferences about treatment at the end of life, and who should start talking about it? A comparison with healthy people and medical staff. *Supportive Care in Cancer, 13*(4), 206-214.
- Shaw, D. (2012). A direct advance on advance directives. *Bioethics, 26*(5), 267-274. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2010.01853.x>
- Shreepal, S. (2019). *Considerations for the legal recognition of advance directives: a comparative analysis* (Doctoral dissertation). University of Kwazulu-Natal
- Silva, E., Neves, M., & Silva, D. (2014). Nurses' perceptions of advance directives. *Atencion primaria, 46*, 145-149.
- Toro, R. F., Silva, A. M., Piga, A. R., & Alfonso, M. G. (2013). Knowledge and attitudes about advance directives on physicians and nurses. *Atencion Primaria, 45*(8), 404-408.
- Velasco-Sanz, T. R., & Rayón-Valpuesta, E. (2016). Advance directives in intensive care: health professional competences. *Medicina Intensiva, 40*(3), 154-162.

To explore factors related to medical staff's knowledge, attitudes, and behavioral intentions toward advance directives

Chia- Chi Chen¹ · Pei-Ling Wu^{2*} · Hsiang-Chu Pai³ · Chia-Yi Chiao⁴

¹ Nurse, Department of Nursing, National Taiwan University Hospital Yun-Lin Branch

^{2*} Assistant professor, Department of Nursing, Chung Shan Medical University; Chung Shan Medical University Hospital

³ Professor, Department of Nursing, Chung-Shan Medical University; Research Consultant, Chung-Shan Medical University Hospital

⁴ Association professor, Department of Nursing, Chung-Shan Medical University

Abstract

Objective: This study aimed to investigate medical staff's knowledge, attitudes, and behavioral intentions regarding advance directives and to explore the influencing factors of medical staff's advance directives. **Method:** A cross-sectional study was designed and convenience sampling was used. A total of 298 participants (31 doctors and 267 nurses) were recruited from a regional teaching hospital in central Taiwan. The questionnaires included three scales of knowledge, attitudes, and behavior intention of advance directives. Data were analyzed using descriptive statistics, independence t-test, one-way ANOVA; Pearson correlation was used to analyze the relationship between the participants' characteristics, knowledge, attitude, and behavioral intention; and stepwise regression analysis was used to explore behavioral intention predictors of advanced directives. **Results:** Approximately 36.6% of medical staff were willing to sign an advance directive on the National Health Insurance card; however, only 3.3% of the respondents (n = 10) actually completed the advance directive and marked it on their health insurance card. Age, years of work experience, attitude, and behavior intention were significantly negatively correlated; attitude, dying peacefully without regrets, avoiding pain in family decision-making, ability to choose end-of-life medical treatment, and willingness to care were significantly positively correlated with behavior intention (p < 0.05). Stepwise regression analysis demonstrated that attitude was the strongest predictor, explaining 14.7% of the total variance, choosing one's own will for the end of life medical care was 5.4%, as well as peaceful and dignified death without regrets was 1.9% of the total variance. **Conclusions and recommendations:** The more positive the attitude toward the advance directive, the higher the behavioral intention to sign the advance directive. Increases in age and work experience do not increase the willingness to sign. Despite the medical staff's willingness to sign advance directives, the actual sign-up rate remains low. It is recommended to understand the learning needs and continued education of the medical staff and plan multiple learning courses for medical staff with different attributes and qualifications to meet different needs.

Key words: medical staff, advance directives, knowledge, attitude, behavioral intentions

Accepted for publication January 15, 2022

*Address for correspondence to: Pei-Ling, Wu

No. 110, Sec. 1, Jianguo N. Rd., South Dist., Taichung City 40201, Taiwan (R.O.C.)

Tel: 04-24730022 # 12018

E-mail: sunny@csmu.edu.tw