

中國醫藥大學

醫務管理學研究所碩士論文

編號：IHASEP-018

醫師對病患簽署 DNR 之認知與態度

Physicians' cognition and attitude towards
patient's signed DNR

指導教授：蔡 文 正 教授

研 究 生：彭 文 珍 撰

中華民國九十七年六月

摘要

目的：安寧緩和醫療條例已通過多年，臨床執行「不施行心肺復甦術（Do not resuscitate, DNR）」所面臨之法律及倫理問題最讓醫療團隊困擾，然醫師為執行 DNR 之主導者，若缺乏正確認知、共識與認同配合意願時，便很難落實執行。本研究欲瞭解醫師對病患簽署 DNR 認知與態度之相關因素，以作為日後臨床推展之參考。

方法：研究對象為中部地區醫院評鑑等級為地區級以上綜合醫院之醫師，依比率抽樣方式決定各層級醫院之樣本數，共發出 920 份問卷，有效問卷共計 506 份，有效問卷回收率為 55%，藉由結構式問卷收集資料。除描述性分析及雙變項分析外，並運用複迴歸分析影響醫師對病患簽署 DNR 認知程度與態度之相關因素。

結果：受訪醫師中 81.6% 表示醫院有推行 DNR 觀念，54% 醫師曾接受相關教育課程，對未參加課程醫師也有 71.2% 表示日後願意接受教育。69.6% 醫師有面臨病患簽署 DNR 實際經驗，其中 74.1% 選擇依照 DNR 不予急救之處置方式。醫師對簽署 DNR 之相關知識量表中，平均答對題數為 70.8%，僅七成醫師對 DNR 具正確認知。醫師對 DNR 之認同態度平均得分為 4.2 分（滿分為 5 分），普遍呈現正面態度；醫師對簽署 DNR 後執行之態度平均得分為 3.42 分，普遍呈現中立態度，顯示醫師雖然普遍認同 DNR 觀念但在臨床執行上卻仍持保留態度。複迴歸分析結果顯示，影響醫師認知程度之前三大因素為「是否曾參加 DNR 相關訓練課程」、「目前之能力是否適任 DNR 之說明」及「醫院層級」等。影響醫師認同態度最大因素為「能力適任 DNR 說明」，其次為「有同儕團體分享經驗」。

結論：整體而言，醫院層級、醫師接受 DNR 教育課程等因素，會直接影響醫師對 DNR 認知程度，所以應加強這方面的宣導。當醫師認知程度愈高愈能持認同態度面對病患簽署 DNR 之過程，唯有及早提供相關教育課程增進臨床執行能力，方能成功推展安寧緩和醫療觀念並達到病患善終。

關鍵字：不施行心肺復甦術、認知、態度



Abstract

Objectives: Palliative Care Bill has passed years. The related law and ethical concerns of DNR clinical implementation are the most troublesome issues to the medical teams. Without proper cognition, consensus, and willingness to cooperation, practitioner, as the leader of DNR, can be difficult in DNR implementation. This research, as a reference for clinical promotion in the future, is to probe into related factors of physicians' cognition and attitude towards patients' signed DNR.

Methods: The study population was physicians of accredited regional general hospitals in central Taiwan. The amount of samples for all levels hospitals depended on proportional sampling. Totally, 920 copies of questionnaires were issued. Among them, the valid questionnaires were 506 copies and valid response rate was 55%. Data collection was by means of structured questionnaires. In addition to descriptive analysis and bivariate analysis, multiple regression analysis also applied to analyze the related factors of practitioner's cognition and attitude towards patient's signed DNR.

Results: Among the respondents' practitioners, 81.6% said hospitals have promoted the idea of DNR, and 54% have attended related educational courses. As for those who did not attend the courses, 71.2% were willing to in the future. 69.6% of respondents' had experience meeting patients' signed DNR. Among them, 74.1% did not give first aid according to DNR. As for signed DNR related knowledge, the average rate of correct answers by practitioners was 70.8%, and only 70% practitioners have proper cognition towards DNR. The average score of practitioner's agreement with DNR was 4.2 (5-point scale),

showing practitioners' positive attitudes in general. After DNR was signed, the average score of practitioner's implementation was 3.42, showing practitioners neutral attitudes in general. It means that practitioners generally agree with the idea of DNR, but hesitate in carrying out. According to the consequences of multiple regression analysis, three main factors that influence on practitioner's cognition in order are "did or did not attend DNR related training courses", "is or is not qualified of suitable description of DNR" and "hospital-levels." The major factors that impact on practitioner's agreement are "qualified of suitable description of DNR" and "having peer group to share experiences."

Conclusion: Overall, the factors that directly impact on practitioner's cognition of DNR are hospital-levels and DNR educational courses. Consequently, the public awareness of DNR should be enhanced. The more practitioner's cognition, the more he/she will agree with patient's signed DNR. Providing practitioners early related educational courses to improve their implementation of DNR is the way that leads to successful promotion of medical idea of palliative care and to help patients pass away gracefully.

Key words: DNR, cognition, attitude

致 謝

進入研究所就學似乎是離我很遙遠的事，當完成大學學業後就認為學校教育應該就此結束，但是許多時候計畫往往跟不上變化。因為職務關係，因緣際會下踏進了研究所就學，如今順利完成學業，內心充滿悸動與感謝。

在研究所學習的日子裡，感謝許多老師的教導，讓我能在醫務管理領域上增長許多。其中，最要感謝的是指導教授 蔡文正教授，在論文題目選定過程便給予我許多意見及方向，讓我在論文寫作過程更加順利；論文寫作期間更加能感受到蔡教授的教育熱忱與對學術品質的堅持，每每與教授進行討論時，教授都能耐心並細心地一一指導，讓第一次進行論文寫作的我受益匪淺，因此，內心對蔡教授的感謝是非常真摯及誠懇。其次，要感謝 白佳原副教授及 黃光華老師，兩位老師於論文口試時所提供之寶貴意見及指正，讓本論文的內容更臻充實完整，再此表達由衷的謝意。

無論工作及學業上，一路指引我方向的 劉素瑛副院長是我非常敬佩及感恩的長官，其引領我不斷挑戰自己並挖掘刺激潛能，在其領導下研究所學習過程順遂許多。最後，對於工作上給予我許多鼓勵及協助的李秀枝主任、張麗玉主任、陳美玲督導等亦深表感謝，因為有您們的支持，方能讓我在兩年學習生涯中一切順利。

其次，對協助問卷調查的所有醫院同仁於研究過程中大力幫忙深表感謝，唯透過您們的協助方能使論文順利完成。問卷收集過程中有許多醫師提供相關見解，讓我能更了解到醫師立場與看法，對後續資料收集及探討多了許多面向，在此想一併致謝。另外，透過研究助理 妮吟學姊、盈甄學姊等提供統計相關指導，讓我減少許多自我摸索困頓時間。

學習過程中同學間勉勵與支持尤為重要，很高興有許多幫助我並給我意見的同學。最後，要感謝我的家人提供我絕對的關懷與信任，讓我能無後顧之憂的順利完成學業，僅將此論文獻給我最愛的家人及朋友們，並致上最深的謝意與祝福。

彭文珍 謹誌

九十七年七月



目 錄

第一章 緒論	1
第一節 研究背景與動機.....	1
第二節 問題陳述.....	3
第三節 研究目的.....	4
第二章 文獻探討	5
第一節 國內外之 DNR 歷史沿革.....	5
第二節 DNR 概念及重要性.....	10
第三節 DNR 相關倫理及法源依據.....	13
第四節 認知與態度間關係.....	17
第五節 影響醫師對 DNR 認知與態度之因素.....	22
第六節 文獻總結.....	28
第三章 研究方法	29
第一節 研究假設.....	29
第二節 研究架構.....	30
第三節 樣本資料來源	31
第四節 測量方法.....	32
第五節 分析方法.....	33
第四章 結果	34
第一節 描述性分析.....	34
第二節 雙變項分析.....	39
第三節 複迴歸分析.....	43

第五章 討論	62
第一節 目前醫院推展 DNR 之現況.....	62
第二節 醫師的認知程度.....	63
第三節 醫師認同及配合執行態度.....	65
第四節 醫師對 DNR 簽署之認知與態度之相關性.....	67
第六章 結論與建議	68
第一節 結論.....	68
第二節 建議.....	70
第三節 研究限制.....	74
參考文獻	75
附錄一、安寧緩和醫療條例	82
附錄二、醫師問卷	85
附錄三、預立選擇安寧緩和醫療意願書	87
附錄四、預立醫療委任代理人委任書	88
附錄五、預立不施行心肺復甦術意願書	89
附錄六、選擇安寧緩和醫療意願書	91
附錄七、不施行心肺復甦術意願書	93
附錄八、不施行心肺復甦術同意書	95

表 目 錄

表 4-1、	樣本適合度檢定分析.....	46
表 4-2、	醫師基本資料.....	47
表 4-3、	工作及相關教育訓練與經驗.....	48
表 4-4、	認知量表得分狀況.....	49
表 4-5、	醫師對簽署 DNR 之相關認知.....	50
表 4-6、	醫師對病人簽署 DNR 之態度.....	51
表 4-7、	醫師對病人簽署 DNR 之認同態度得分狀況.....	53
表 4-8、	醫師對病人簽署 DNR 後執行之態度得分狀況.....	54
表 4-9、	醫師對 DNR 認知之變異數分析.....	55
表 4-10、	醫師對 DNR 態度之變異數分析.....	57
表 4-11、	影響醫師對 DNR 知識之複迴歸分析.....	60
表 4-12、	影響醫師對 DNR 態度之複迴歸分析.....	61

第一章 緒論

第一節 研究背景與動機

於 1960 年代以前，當病人呼吸困難四肢發紺時，醫師只能親切地握著病人的手，與家屬一齊為病人送終。1960 年代以後，各種心肺復甦術（Cardiopulmonary resuscitation，CPR）逐漸發明，病人縱使呼吸或心跳停止，仍有可能用 CPR 將病人救回。

我國醫療法第六十條規定：「醫院、診所遇有危急病人，應即依其設備予以救治或採取一切必要措施，不得無故拖延。」醫師法第二十一條規定：「醫師對於危急之病症，不得無故不應招請，或無故遲延」。曾有醫師因為尊重癌末病人拒絕 CPR 的要求（也就是要求「不施行心肺復甦術」 Do not resuscitate，DNR），在病人臨終時未給予 CPR，結果被病患家屬告上法庭。因此，只要病人在醫院臨終，醫師大多會以 CPR 為病人送行，雖然明知此一動作，只有增加病人的痛苦，救不回病人的生命，但為了避免被告，只好忍心作 CPR。

立法院於 2000 年通過「安寧緩和醫療條例」，賦予末期病人的自主權，可以「預立選擇安寧緩和醫療意願書」、「預立不施行心肺復甦術意願書」或簽署「不施行心肺復甦術意願書」，明白宣示 DNR 的要求，醫師可以根據此 DNR 意願書，在判定 CPR 已無醫療意義時，尊重病人的意願，不再給予痛苦的急救措施。如果病人已昏迷，家屬也可遵照病人先前表示的意願，而簽署「不施行心肺復甦術同意書」，讓醫師可以依法不再作急救（邱世哲，2000）。

醫療人員在照顧病人時，應及早教育病人以及民眾，儘早思考自己的抉擇，早點簽署「預立選擇安寧緩和醫療意願書」，並將此意願

書註記於健保 IC 卡（姚建安等，2005）。醫療人員可於急診或住院病人的 IC 卡中，讀取此一安寧緩和醫療的意願，如果發現病人已簽署「同意安寧緩和醫療」或「同意 DNR」，則應尊重病人的自主權，在確定病人符合末期疾病的條件時，依法不予 CPR，協助病人安詳往生（胡文郁等，2001）。

醫師診治末期病人時，如果家屬有表示要 DNR，應協助其簽署合法的意願書或同意書；如果醫師認為病人尚未到末期狀況，仍有積極救治的意義，應妥為說明爭取同意，並據以實施最好品質的醫療措施（醫政處，2002）。重要爭議，應做書面記錄，並請家屬簽章確認，以免家屬事後反悔，發生爭議或糾紛（陳敏銓、姜安波，1996）。

醫療人員應該妥善與病人及家屬溝通，依循倫理及法律的規範，提供最好品質的醫療照顧。當病人臨終時，應考量生活品質可能優於生命延長，醫師在此時，如能尊重病人意願，提供安寧緩和醫療的照顧，並在臨終時協助病患有尊嚴的往生，方能達到病患、家屬與醫療團隊等之生死兩相安。唯醫師認知到病人死亡，並非醫療失敗，未能協助病人安詳往生，才是醫療失敗（趙可式等，1997）。

有些家屬可以很理性的接受病人疾病的進展，而決定放棄急救。但相同的也有家屬無法割捨而選擇救到底的決心，不論是何種決定，相信都是家屬們深思熟慮，所做下的決定。我們都應該尊重他們、支持他們陪伴病患走完最後的一段路。醫護人員應當本著自己的專業知識，做對於病人及家屬最好的決定（胡文郁等，2001）。

醫病關係因醫師「自我實現」挫敗之負面心理，可能隨之表現出不敬業之照護態度，醫師如何在行善及自主的倫理間取得平衡，為一高度藝術（蔡甫昌、李明濱，2002）。陳錦卿（1997）發現末期癌症病人家屬對護理人員的信賴度遠高於醫師，達 90.4%，然醫師為團隊

領導者，當其缺乏正確認知、共識與認同，配合意願便很難落實執行。因此，在國內極少針對醫師進行認知與態度等相關研究下，期望本研究能作為日後政策宣導及臨床推展參考。

第二節 問題陳述

1965 年 Dr · Talbott 曾指出心肺復甦術的目的在於防止「未預期」的「突發」死亡，如心律不整、心肌梗塞、溺斃、電擊等（陳敏銓等，1997）。心肺復甦術若使用在恢復無望之長期持續性惡化的瀕死病人身上，無異是以「人為的力量設法勉強延遲死亡的過程」，並無法帶給末期或瀕死病人任何具體助益，故不宜被視為正確或標準的醫療行為。因此，癌症末期或瀕死病人及其家屬，應有權拒絕心肺復甦術之執行，而讓死亡自然發生（陳榮基，1997）。

由於我國的醫病關係仍大部份呈現父權主義，對尊重病人自主權是一大障礙。醫師的醫學倫理觀及對「不施行心肺復甦術」DNR 之認知與態度，直接對病人的臨床治療有巨大的影響。一位熟知告知技巧醫師，能與家屬及病人充份溝通並尊重病患自主權，且正確執行「不施行心肺復甦術」醫囑，避免瀕死病人及家屬遭受身心痛苦。

根據趙可式等人於 1997 年的研究顯示，國內醫師約有 20.4% 未曾聽過「生前預囑」，53.8% 未曾聽過「預立醫療代理人」，然身為臨床醫療主導者之醫師，在認知缺乏下表現出之態度意向，將可能嚴重影響到病人及家屬權益，甚至可能為自己帶來醫療糾紛之危機，不可不重視之。

第三節 研究目的

臨床推展「不施行心肺復甦術」DNR仍面臨許多困境，單就醫師層面思考，包括醫師個人特性、臨床工作經驗、相關教育訓練課程等促進與障礙因素，都將影響身為醫療方向訊息提供主要角色之醫師，對病患簽署DNR的認知與認同態度。然目前國內針對此議題之研究仍付之闕如，因此，本研究希望能藉由問卷調查的方式達到下列目的，期望能作為日後推展之參考。

根據上述研究背景與動機，本研究條列目的如下：

- 一、 調查中部地區級以上醫院推展 DNR 之現況。
- 二、 瞭解醫師對病患簽署 DNR 的認知程度及其相關因素。
- 三、 探討影響醫師對病患簽署 DNR 之認同與配合執行態度，
以及其相關因素。
- 四、 分析影響醫師對病患簽署 DNR 之認知與認同態度間之
相關因素。

第二章 文獻探討

本研究主要探討身為醫療團隊主導者之醫師，對現行簽署 DNR 之認知程度與臨床面對病人簽署前後之認同態度，藉此進一步瞭解於 2000 年通過「安寧緩和醫療條例」後，所賦予「末期病人」有拒絕施行心肺復甦術的權利，是否落實於臨床推展中，進而達到提升癌症末期病人與家屬生活品質的全人照顧結果。因此，本研究將就五方面進行探討：第一節、國內外之 DNR 歷史沿革；第二節、DNR 概念及重要性；第三節、DNR 相關倫理及法源依據；第四節、認知與態度間關係；第五節、影響醫師對 DNR 認知與態度之因素。

第一節 國內外之 DNR 歷史沿革

一、國外 DNR 歷史

英美許多法律制度，多採循判例法（case law）。而美國准許已腦死的臨終病人終止治療先例則起源於 1968 年，當時哈佛腦死委員會強力討論醫師應該推動促使其合法化（Biegler,2003）。

在 1970 年代病患權利抬頭時期，出現疾病末期病人之醫師與家屬共同要求法院決定兩件事：（1）DNR 是否適用於疾病末期病患身上，以及（2）醫師是否必須先取得法院之授權等。而法院認為其屬於醫療專業領域中的問題，重點應是經由醫療人員告知後，充分獲得來自病人或家屬同意之下簽署，故所簽署之 DNR 並不需要事先得到法院的許可，而是經由雙方共識找出最適用於病患之做法（Matter of Dinnerstein,1978）。後續更衍生出許多當病人失去行為能力下透過代理人制度簽署 DNR 之判例。

於 1976 年，美國加州率先通過「自然死法案」(Natural Death Act,NDA)，這項法案促使接受「生預囑」(Living Will)之定義，生為拒絕接受心肺復甦術 (CPR)，用以拖延不可治癒的末期瀕死病人的生命，並以書面文件表示臨終時對醫療處置之抉擇。1988 年，紐約州通過全美第一個規範 DNR 法文 (Biegler,2003)，其促成通過主要原因為媒體揭露一所醫院，在沒有取得病患、家屬的同意之下，醫療人員藉由標記來傳達不必為病人進行心肺復甦術 (Choudhry et al., 2003)。而紐約州通過之法律規定中，其假設每位病人都同意接受 CPR，所以只要沒有簽署 DNR 之下，一旦病患心跳停止仍必須進行 CPR，唯有在得到病人與家屬同意的情況下，醫師才能執行 DNR 醫囑 (Beauchamp,1989)。

至 1991 年 12 月，美國聯邦政府制定「病人自決法案」，此法案規定所有接受聯邦政府資助的醫院、護理之家、安養院及安寧療護機構，所有參與老人健康保險及低收入戶健康保險之病人，必須以書面資料正式告知所有住院之成年病人，其具有完成「預立指示」的權利，主為增加病人對醫療決定的自主性 (Douglas&Brown,2002)，所有住院病患得先由醫院提供預立指示之相關訊息，再促使病人與提供照顧者間討論，讓其為自己先行「預留醫療指示」，或者是拒絕延長生命之醫療措施。最後仍必須完成所設定的「預立指示」文件之簽署，同時承認病人所簽署預立指示文件中之「生預囑」及「預立醫療委任代理人」(Durable Power of Attorney for Health Care,DPAHC)之合法性 (Silverman et al., 1995)。

二、我國 DNR 歷史

國外推行Do Not Resuscitate(DNR)醫囑已經超過三十年歷史，在台灣DNR推展則是最近幾年的事情，且是透過安寧緩和醫療條例立法過程，才在DNR醫囑領域裡踏出了第一步。我國於1997年首先由安寧基金會成立「推動安寧條例立法小組」，負責收集各國相關法案、安排立委參觀安寧病房、舉辦座談會等等開始起步。

衛生署為具體凝聚社會大眾對安寧療護的共識，於1997年1月邀集相關專家學者、宗教、社會人士及醫療機構等代表，就「末期病人得免於急救之可行性與適用範圍」召開座談會，期間引起各界熱烈回響與討論，並為日後的安寧緩和醫療立法奠下基石。

於1997至1998二年間，陸續召開三次會議，除各界代表外，亦邀請司法機關、法律人士就安寧緩和醫療建立共識，於1999年12月21日擬定「緩和醫療條例草案」經行政院函送立法院審議。此法案於立法過程中，各界對於病人要求「自然死」的權利應予尊重之呼聲，或「安樂死」應否合法化之爭議，存在於民間、立法及行政機關之間，顯示社會多元結構對生死議題的重視程度，也為了尊重民情忌談「死」的觀念，並能順利使安寧療護之發展正式納為國家衛生政策之一，該草案於立法院審議期間，更名為「安寧緩和醫療條例」，並於2000年5月完成立法，6月7日總統公布，正式施行。這個法案除了讓安寧照護的推動於法有據之外，還強調尊重不可治癒末期病人之醫療意願及保障其權益，使病人能安詳而有尊嚴的渡過生命末期，得施予緩解性、支持性之醫療照護，或不施行心肺復甦術及預立指示與預立代理人的權利（醫政處，2000）。

國內對「預立指示」無法源根據，但在臨床上類似的臨終病人案例也發生很多，特別是從事安寧療護的專家學者以及醫療團隊人員，

感觸良深（賴和賢等，2005）。有些癌症末期病人已口頭表示：「這樣的活下去好痛苦，不要救我，讓我早點走吧！」，當時不能尊重病人意願，乃是基於家庭堅持要做急救（CPR），醫師也不得不予以急救，在受限於醫療法第六十條規定：「醫院、診所遇有危急病人，應立即依其設備予以救治或採取一切必要措施，不得無故拖延」。於是癌末病人急救（CPR）或不予急救（DNR）成了臨床上的倫理議題，也成為法律問題（陳榮基，1996）。直至2000年6月7日公布「安寧緩和醫療條例」，有了法源根據，末期病人得依其意願不施行心肺復甦術。2002年11月22日進行部份條文修訂（第三條、第七條），並於同年12月11日公布。但條例中並未使用「預立指示」名詞，而其中部分立法精神已隱含有「預立指示」的概念，如意願書、同意書或委任書等，也充分顯示尊重末期病人對醫療處置之自主權（顧乃平、李從業，2002）。

由於醫療新科技發達，對臨終病人可使用各種不同的維生治療方式進而延長病人的生命徵象，不僅使病人受盡折磨家人也跟著痛苦，致使很多人害怕「將如何的死」甚過「死亡」本身，認為若已知短期內不能避免的死亡，他們寧願不接受積極性的醫療處置，因而感到有「預立指示」的需要，病人預先將未來的醫療處置按自己的意願作決定（Douglas&Brown,2002）。

三、DNR 歷史結語

美國在推展 DNR 上，有其醫療技術、文化、病患權利的背景支持。事實上，目前 DNR 施行較為完善且為醫病雙方所接受的國家，也只有美國、加拿大與澳洲等國。其他國家也都尚未全面實施 DNR，歐洲只有部份國家有施行，而且有施行的國家中，仍然有相當多的醫師，會對 DNR 醫囑加以忽略 (Ferrand et al.,2001;Efrem et al.,1991)。

「預立指示」是一個法律問題，也是倫理問題，至今美國 50 州已通過立法，由聯邦政府要求醫院將「預立指示」列入入院過程中之一部分。所謂「預立指示」包括「生預囑」及「預立醫療委任代理人」兩部分，不同於預立遺囑，前者為當事人未死亡前已生效 (趙可式，2002)，後者為當事人往生後才生效。所謂預立指示是人具有行為能力時，能為自己未來所希望獲得的醫療措施預先指示或說明的文件，要有兩位見證人簽署以及立願書本人簽署。

我國文化不同於美國，多數人忌諱談及「死亡」兩字，認為是不詳之事，雖然台灣的安寧緩和醫療條例已通過立法，但在實際執行層面仍面臨許多困難，尤其是法案中設有末期病人預立不施行心肺復甦術意願書、不施行心肺復甦術意願書及同意書等，充分顯示尊重病患對醫療處置決定的權利，更減輕不能治癒的末期病患因施予急救而遭受之身、心、靈的創傷，為治療無效節省醫療資源及人力的浪費 (王英偉，2004)。

第二節 DNR 概念及重要性

一、DNR 概念

台灣通過「安寧緩和醫療條例」，賦予「末期病人」有拒絕施行心肺復甦術的權利，未成年人得由其法定代理人簽署；20 歲以上，具有完全行為能力者可在健康時預立意願書，言明臨終時拒絕心肺復甦術，或預立醫療委任代理人，由代理人在其病重無法表達意願時，代為簽署。病人若在陷入昏迷或無法清楚表達意願前未簽署意願書或指定代理人，也可由其最近親屬出具同意書，不施行心肺復甦術（醫政處，2000）。

「不施行心肺復甦術」並不表示要放棄可以救回來的病人，而是根據「醫療法」及「安寧緩和醫療條例」，對於醫學評估已無可挽救的臨終病人，避免不必要的急救措施，例如電擊、切開氣管、注射強心針等徒增病人痛苦之措施。一般而言，醫療措施的介入程度可依序分為：1.急救處置，指心肺復甦術（CPR）或高級救命術（Advanced Cardiac Life Support, ACLS）；2.維生系統，包括呼吸器的使用、血液透析術/洗腎、升血壓藥物的使用、全靜脈營養輸注（Total Parenteral Nutrition, TPN）等；3.一般性醫療，如輸血、化學藥物治療或抗生素的使用等；4.緩和性療法以提昇生命之品質，如止痛藥物、營養或水分的補充等舒適為主的療護（Blackhall, 1987）。而不予 CPR 或 DNR 的決定應因人或情境而異；一般而言，其適用情況包括：（1）癌症末期患者；（2）多發性器官系統衰竭（Multiple Organs Failure, MOF）；（3）末期之器官衰竭，如心臟衰竭、呼吸衰竭、肝衰竭或腎功能衰竭等；（4）愛滋病患之呼吸衰竭等（楊克平、杜友蘭，2001）。

臨床上見到醫師用盡 CPR 的各種招數搶救病人，其驚心動魄的畫面常讓人不捨。此急救動作，會給病人帶來很大的痛苦甚至傷害，

醫院通常會請家屬迴避，以免看了傷心難過。如果病人救回來了，皆大歡喜。如果病人救不回來，看到醫護人員搶救的慘烈鏡頭的家屬，可能會久久不能釋懷，後悔不該讓醫師以 CPR 為病人送終（賴鈺嘉，2002）。因此當有些疾病已經進展到「末期疾病」時，再多的醫療措施也無法挽救病人，再施予 CPR 只有傷害病人，引起更大的痛苦，將干擾病人的善終。對於這種已經到達「罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上的證據，近期內病程進行至死亡已不可避免者」的「末期病人」，在倫理上就不該再施予 CPR 而應提供 DNR 之選擇。

執行 DNR 的理由為，當（1）治療無效與無望時，（2）生命品質太差時，（3）有決定能力的病患拒絕 CPR 時，或（4）治療過於耗費有限的醫療資源時（姜安波，1993）。姜安波（1993）同時指出，病患的年齡，無論如何不應為 DNR 的主要理由，而應將病患的疾病與身體狀況共同納入整體的考量。

二、DNR 之重要性

急救對癌症病患來說效果並不好，但其所耗費之醫療資源卻是非常大（Wallace et al.,2002；李、姜，1995）。研究指出癌症病患急救後立即存活率為 24.4%-37%，然急救後成功存活至出院僅 0%-6.6%（陳仁熙等，2002）。陳仁熙等（2002）進一步探討時發現，在 124 位參與研究的某醫學中心癌症病患中，有 65% 病歷當中有 DNR 同意書，但全部是由家屬簽署，顯示現階段台灣文化及醫療環境仍趨向於家屬做急救決定，如此，不僅忽視病患自主權益，且將決策重擔完全落在家屬身上，對家屬而言是很沉重負荷（呂佩佩等，2004）。

安寧緩和醫療條例中第三條，「安寧緩和醫療：指為減輕或免除末期病人之痛苦，施予緩解性、支持性之安寧醫療照護，或不施行心

肺復甦術。」所以 DNR 是完成安寧緩和醫療減輕病人痛苦，協助病人安詳往生的一個重要環節。2006 年 5 月行政院衛生署大力宣導健保 IC 卡註記，20 歲以上成年人只要將自己填妥的「預立選擇安寧緩和醫療意願書」或「預立不施行心肺復甦術意願書」及書面聲明同意將不施行心肺復甦術意願加註於健保 IC 卡，寄至「台灣安寧照顧協會」（地址：台北縣 251 淡水鎮民生路 45 號；電話：02-28081585；傳真：02-28081623；電郵：service@tho.org.tw；網址：www.tho.org.tw），台灣安寧照顧協會將彙整相關資料，送至衛生署轉中央健保局完成加註事宜。如果事後後悔，改變心意，還是可以寄書面通知給安寧照顧協會，要求撤銷意願書，協會會協助辦理撤銷 IC 卡的紀錄。

醫學的目的不僅在治療疾病與延長生命，減輕病患的身心痛苦以提高生命品質亦為極重要的目標。然對某些患者而言，延長生命與提升其品質這兩個目標常是相互衝突的。臨床上常有臨終患者或家屬在面臨此困境時對醫師提出所謂的「安樂死」的訴求；亦有長期被疾病侵襲的痛苦病患，於求生不得的情況下採取自殺（suicide）措施。儘管自殺與安樂死（euthanasia）的問題一直存在，其相關議題也一再被納入醫學、宗教與法律界的討論與研究，但解決之途卻仍然遙不可及，因其涉及的尚有倫理與道德（孫孝智，1997）。

第三節 DNR 相關倫理及法源依據

一、DNR 之法源依據

安寧緩和醫療條例中第七條，「不施行心肺復甦術」之兩個形式要件，（1）二位醫師診斷為末期病人且其中一位醫師應具相關專科醫師資格。（2）應有意願人簽署之意願書。但未成年人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。末期病人意識昏迷或無法清楚表達意願時，可由其最近親屬出具同意書代替之。但後半部分卻引起憲法及法律學者爭議，因為同意書係家屬在病人未明示下所為之，雖條文有說明「不得與末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願前明示之意思表示相反」。但幾乎無法印證之。基於憲法保障人民生存權理念下，最好是透過「預立 DNR 意願書」或「預立醫療委任代理人委任書」方式預先表達意願（王志嘉等，2003）。

心肺復甦術（CPR）乃 1960 年 Kouwenhoven 醫師所發明的閉胸式心肺按摩術（closed chest cardiac massage）；後經美國國家科學研究院（National Academy of Sciences）之國家研究委員會（National Research Council）於 1966 年正式建議全國醫師及相關之醫療從業人員學習；此技術乃廣泛的被應用於瀕死病患的急救過程中，並成為醫師及相關專業人員必備的基本技能（姜安波，1993）。1974 年舉行的美國國家 CPR 標準暨心臟緊急療護研討會（National conference on standards for CPR and emergency cardiac care）中，曾明確的指出 CPR 的目的在防止非預期的突發性死亡，而對末期且無法恢復的疾患並不適用（McClung & Kamer, 1990；姜安波，1993）。故 CPR 是針對溺水、電擊、心臟傳導受阻、急性心肌梗塞或手術中的猝死等所採取的急救措施，不應用於末期病患，而做無謂的延長其痛苦與生命之舉。

上述於 1974 年的 CPR 標準會議中並建議在末期疾患的病歷中，應詳載不予急救（No CPR, No code）的原因。故自 1976 年起，美國陸續有醫院發表不予急救的政策聲明、作法與指導原則；及至 1987 年，紐約州乃成為全美立法監督實施 DNR 的第一州（姜安波，1993）。由於末期或臨終病患的自然死亡權利並未受到普遍的重視及應有的維護，加以我國醫療法第六十條規定「醫院、診所遇有危急病人，應即依其設備予以救治或採取一切必要措施，不得無故拖延」；使醫師很難不顧慮「不予」或「撤除」維生治療所可能導致的醫療糾紛（陳榮基，2000）。此外，醫師不願接受治療失敗的結果，或未能將病患全人的利益做整體的考量等因素，均使得心肺復甦術被常規性的使用在無治癒性的疾病末期患者身上，徒增病患與家屬無限的痛楚與遺憾（賴鈺嘉，2002）。

二、DNR 之相關倫理議題

在臨床上，當醫師、病患與家屬對醫療措施的意見不同時，首要之務即先瞭解病患本人的意願為何，畢竟病患才是當事人；其次則應召集家屬共同討論可能的選擇，做最符合病患利益的抉擇。當家屬意見不一致時，應請家屬先統合意見，再派代表與醫師溝通及協商；求助於倫理專家或醫院的倫理委員會，求教於法律系統。故醫療決定的優先順序為：（1）病患本人、（2）病患之預立指示（生前預囑或預立代理人）及（3）病患家屬（依配偶、成年子女、父母、兄弟姊妹、或其他親屬之順位）或法定監護人等（姜安波，1993）。

而醫療決定的倫理原則有：1. 尊重病患醫療決定上的自主權，若病患無法示意或無決定能力，則應視其在有決定能力時是否有預立指示；2. 顧及病患的利益；3. 顧及病患家屬的意願；4. 顧及國家現行的

法律；5.顧及醫者自身的專業尊嚴；當病患或家屬所提出的要求有違醫事專業倫理的基本原則時（如有植物人的家屬要求不惜任何花費，堅持留住加護病房等），主治醫師有權拒絕病患與家屬的要求，做出明智與合理的裁決（嚴久元，1999）。此外，姜安波（1993）認為若病患未曾預立指示，而目前又無醫療決定能力時，尚應遵循「代為判決」與「最佳利益」原則。

「代為判決」原則即代為決定者應力圖假設病患有能力決定時，其本人可能做出的決定，以符合其意願而代為決定。但若病患未曾留下任何想法或任何可依據的證據，或病患從未有決定能力時，便應遵循最佳利益原則（Frank & Durlak,1990）。應用「最佳利益」原則時，代理者得依醫師所提供的病患病情及符合病患最大的利益，作為醫療處置的判斷依據（顧乃平、李從業，2002）。

臨終患者有較一般患者更易受傷害的特性；在臨床上，其需求常被照護者不經意的忽略掉，而其應有的權利也常遭剝奪，故照護臨終患者應有特別的倫理考量（汪素敏、顧乃平，2000）。Wilkinson（1996）強調臨終患者的特性有 1.無法痊癒；2.多為脆弱或虛弱者，或可能已處於神智不清的狀況；即此時極易受外界的影響，而無法做出正常反應；3.由於正邁向死亡之途而處於恐懼或焦慮的狀態，致很難對照護者表達其需求與意圖，如希望以同理心待之，或情緒及心靈上的支持需求等；4.當死亡不是突然的，而是一個漸進的過程時，在照護上極可能遭遇許多倫理上的問題與考量。而家屬在安寧或緩和療護領域中所扮演的角色常不亞於病患，不僅提供病患所需的支持，亦可協助醫護人員維護病患的權利與要求（Cherniack,2002）。

倫理四原則之認知狀況（蔡甫昌，2000）：

1. 自主性（Autonomy）：以尊重病人，滿足病人需求為主要精神，但在實際照顧中，常會面臨與家屬的要求或醫療人員的專業有所衝突的困境。
2. 行善及不傷害（beneficence & non-maleficence）：常應用在照顧策略及治療決定時利弊的分析，如是否告知病情真相、藥物使用利弊權衡等。
3. 公平性（justice）：即個人需求與社會資源分配之均衡，如照顧場所選擇及安排等。



第四節 認知與態度間關係

一、認知的定義

認知 (cognition) 是指個人對態度對象有關的認知，也就是包含該對象的事實、知識、信念等。這是指對人或事物信念、評價或意見，「認知」乃是個人對「態度對象」的了解情形、認識程度和看法 (黃安邦, 1992)。認知的含意廣泛，舉凡知覺、想像、辨認、推理判斷等複雜的心理活動均屬認知。

張春興 (1989) 指出乃個體經由意識活動對事物認識與理解的心理歷程。舉凡知覺、想像、辨認、推理、判斷等複雜的心理活動，均屬認知的範疇。王鑫 (1989) 則認為「認知」包含了識覺 (perception)，乃指人類獲取、儲存、使用以及操作資訊的心理過程。是故，所謂「認知」即為個體以感官知覺物體、事件或是行為後，輔以過去之經驗，目前的需求或是將來的期望，瞭解各事物間之關係，及給予意義化之一種心理歷程。

鍾聖校 (1990) 則將「認知」的定義分成狹義和廣義兩種，狹義的認知將之解釋為認識或知道；而廣義的認知是稱所有形式的認識作用，其包括感覺、知覺、注意、記憶、推論、想像、預期、計畫、決定、問題解決及思想的溝通等。個人透過感官對於外界事物之知覺及感受是為「認知」；認知具有選擇性、組織性、時空一致性等三種特性，並將認知在心理學上之決定因素分為以下五點：即1.過去的生活經驗；2.個人的需要及願望；3.個人當前的生理心理狀況；4.個人所處的情境；5.被觀察之事物本身之特性。

認知是帶有評價意義的看法及觀點，包括對人及目標等對象的認識與理解，而認知本身是指個體接受外在某些特殊事物所傳達之訊息刺激後，再將此訊息作一連串內化、編譯、整理的連續過程，所得

對此一事物的認識與看法。

二、態度的定義

態度是指個體對人、事以及周圍世界所持有的一種具持久性與一致性的傾向，其中包含對此現象所抱持之信念與感受等（黃安邦，1992）。故態度不是可立即觀察得到的，它是抽象地涵蓋一群相關的行動與反應。因態度會強烈影響個體的行為表現，有時會在行為模式中把態度當成一個探索性的變項，所以態度在研究中扮演很重要的角色。

然而態度對人、事、物所把持的正面或反面評價，則反應了個體對人事物的感受。Robinson（2003）認為態度有三個組成因素，分別為：1. 認知因素（cognitive component）：所謂認知因素是代表某個體對於某個標的的認知和瞭解。亦為個人對某一目標或事情的信念，此信念來自本身的思想、知識、觀念或學習。2. 情感因素（affective component）：是態度中較核心的部分。所謂情感因素是個體對於某個標的的感覺或是喜好的傾向。3. 行為因素（behavioral component）：所謂行為因素是反應購買意圖或是行為的預期，是反應一種未來行動的傾向（predisposition）。行為要素說明不同的態度引發不同的行為表現（吳萬益，2005；葉重新，1999）。

Allport（1968）認為態度是個人所持有對某一社會現象或社會情境的一套信念、知覺及訊息。態度是學習得來的，個人一旦學得某種態度後，它就會成為一種相當持久性的結構體，並會使人對態度對象具有某種特定的反應傾向。通常一般人態度形成之過程是先有認知，再有情感，然後再有行動之傾向。個人的態度有助於決定他將會注意些什麼、重視些什麼，記憶和奉行些什麼（游恆山、李素卿，1999）。

態度為感覺提供正當理由，為信念賦予情緒的意義，並為我們的行動提供目的。當態度為一種明確的行為意向時，當態度建立在個人本身之實際經驗時，這項態度將較可能預測行為。

態度的形成是經由學習的過程而來，與個體的生活經驗有密切的關係，這些經驗可以是真實的，亦可以為替代的（vicarious）。態度是一種有組織、一致性、和持續性的心理趨向，其形成大多由長久的經驗累積，有一定的穩定性。一般而言，成人的態度比兒童與青少年者較具牢固性。

三、態度之測量

態度測量的方法包括直接觀察、面談與問卷等。目的在決定受測者對刺激主題所抱持的好惡、贊成與否、或同意與不同意態度。每一量表通常包括一系列關於某種事物或觀念的項目或敘述語句，由受試者對之表達贊同與否或類似形式的反應，藉以了解其態度的方向和程度。對量表法的發展最具貢獻的當推L. L. Thurstone 和R Likert二人，他們於1930 年代分別創設了「等距量表法」和「總加評分法」兩種量表。

Likert (1932) 設計的總加量表法（method of summated ratings），是假設每一態度項目皆具有同等量質，但不同受試對同一項目的反應有程度上強弱的差異。Likert 式量表的結構式共包括兩個部份：一列表表明對所測量主題正向或反向態度的敘述語句，和一個用來表示好惡程度的評分表。此評分表通常含有「非常同意」、「同意」、「尚可」、「不同意」、和「非常不同意」等五個等級，由受試者對每一語句或項目加以反應。使用這類量表時，在計分上非常同意反應可得5分、同意反應可得4分、尚可3分、不同意2分、非常不同意則僅給1分。受試者於各項次上得分的總合，即為其態度分數，分數愈高

表示態度愈趨向贊同，總分愈低，愈趨向不贊同。Likert 式量表為態度測量上最常用的工具，較其他方法為普遍，其優點為在測量上兼顧程度差異向度，精確性較高，Likert 式量表以單一總分代表一個人的態度，但其並不能提供態度型態上的個體間之差異資料（葛樹人，1996）。

四、相關理論

（一）自我知覺理論（self-perception theory）

自我知覺理論認為當人們被問到對某事物的態度時，他們會想到過去是否有和該事物相關的行為，而且會從中調整自己當時所抱持的態度（Robinson,2003；葉重新，1999）。

（二）認知失調論

認知失調論認為當一個人採取他所不相信的某些行為時，他會感覺到不舒服，因為他的行為與他的信念不相符合，這種不愉快的狀態就是認知失調。處於這種狀態下的個體會致力於各種可能的活動去減低失調的狀態，其中一種方法就是說服自己相信所從事的行為；也就是說改變自己的信念或態度，使能夠與自己的行為保持一致。認知失調會使個體產生一種想使矛盾行為看起來能較為合理的動機，所以自然地並合乎邏輯地他很可能改變他的態度（游恆山、李素卿，1999）。

（三）社會學習理論

Albert Bandura（1977）發表「社會學習理論」書中提及人的行為、認知等主因素以及環境三者之間構成動態的交互決定關係，其中任何兩個因素之間的雙向互動關係的增強，都隨行為、個體、環境的不同發生變化而不是固定的。其中行為與個體之間，一方面個體的期待、信念、目標、意向、情緒等主體因素影響或決定著個人的行為方式；另一方面，行為的內部反饋和外部結果反過來又部分地決定著個

人的思想信念和情感反應等（陳聖元，1999）。

（四）合理行動論（theory of reasoned action）

Fishbein（1980）提出合理行動論說明態度導致行為的過程，極可能影響的變項，此模式假設人是理性的，能充分運用既有的訊息加以決定，而表現出行為。此理論認為人類行為的預測，可由三個階段來說明：1.個人行為可從個人的意向來預測；2.個人的意向可由個人對該行為的態度，及他人對其表現該行為的看法兩個變項來預測；3.個人的態度是由行為導致後果的可能性與後果對個人的價值來決定的（莊仲仁、鄭伯壘，1989）。

根據相關文獻陳述，認知與態度間存在相互影響之關係，臨床影響醫師面對 DNR 簽署前後間態度相關性因素為何，而認知及態度間是否具影響性，皆是本研究所欲探討之重點。



第五節 影響醫師對 DNR 認知與態度之因素

臨床醫療團隊領導角色為醫師，故醫師的認知與認同態度對DNR實際執行面更顯重要。本節主要分為四部份探討：一、推展醫療之認知與態度相關文獻；二、過程中促進與障礙等相關因素；三、政府相關衛生政策推展之影響層面等。

一、推展醫療之認知與態度相關文獻

一份針對非緩和醫療病房住院醫師，對緩和醫療態度之調查報告（林幸玟，1998），探討非緩和醫療病房的住院醫師對：1. 癌末病患醫療需求；2. 照顧癌末病患所遭遇的困難；3. 緩和醫療提供服務內容的態度。比較醫師不同專業背景時可發現，內外科系醫師對心理問題的處理、家庭社會問題的處理及靈性照顧等，在困難度上結果有顯著差異。未來在推廣緩和醫療癌末照顧時，「全人照顧」的觀念應再被強調。

醫師參與品質活動研究中，Shortell（2000）在其訪談十家醫療院所的院長、資深管理者、醫師與品質管理師有關臨床醫師參與的議題，結果發現影響醫師參與醫療品質活動之因素包括，醫師職別、不認為醫院實行品質活動與他們有關連、醫師沒時間、缺乏醫師同儕團體的支持、擔心醫療糾紛等問題。

而Eisenberg（1985）研究則發現醫師本身的特質也會影響醫師的診療行為，曾在醫學院附設之教學醫院接受醫師養成教育訓練的年輕男性內科醫師，可預期將呈現有相同的診療行為。Ely（1996）研究則發現年長的醫師反對目前醫療提升，他們還是慣用以前臨床經驗，找出較適合的診療型態。Lexchin（1998）認為影響醫師行為的因素可以從醫師個人知識及醫師執業型態來討論。

林彥克（1996）以台大醫學院附設醫院為對象，探討醫師對醫療

品質的認知與態度及影響因素，研究結果發現影響醫療品質認知方面相關因素包括：醫師的個人特質（年齡、性別）、醫師的專業背景（職別、是否擔任教職）、醫師與醫療品質有關之經驗。影響醫師對醫療品質的態度因素則包括目標與效果、共識與參與、教育學習、限制與促進、責任歸屬等。影響醫師參與醫療品質活動及相關教育訓練之因素主要為曾經參與的經驗。而謝慧敏（2001）針對醫師進行質性及量性研究探討醫療品質與醫師參與之相關性，結果發現醫師個人價值觀是影響醫師決策、醫院與醫師關係、醫師認為醫療品質成效的中介變數。

許煌汶（2005）針對基層醫師參與安寧緩和療護照顧的意願與困境中發現99.4%的基層醫師都認同安寧緩和療護的理念，71.4%的醫師有意願參加安寧緩和療護教育訓練課程，以及58.3%的醫師願意參與安寧療護的服務。受調醫師對參與安寧緩和療護身心症狀處置的意願，有意願參與佔58.3%，沒有意願者則佔41.7%。在參與安寧緩和療護的主要困境則依序為，時間的限制、基層醫師角色定位不明、能力技術上的考量、設備問題、不符合成本效益及怕醫療糾紛等因素。內外科系醫師對參與安寧療護身心症狀處置的意願，及對安寧療護照顧困境看法則無顯著差異。

Levin et al.(1995)在一份詢問不予急救研究中，Fried et al.(1993)藉由訪問醫師中發現，幾乎所有醫師都贊成病人有拒絕繼續治療的權利，但是絕大多數的醫師卻又拒絕幫助病人結束其生命。另外Frank D.(1989)則認為，維生措施的決定有深遠的醫學、倫理、與經濟的意涵，其對內科住院病人在不同預後情形下對維生措施的態度調查後發現，如果健康可以回復到一般水準，有90%病人願意接受維生系統；但如果出院無法照顧自己，有30%的病人願意接受維生系統；如果復

原無望，有16%的病人願意接受維生系統；如果是植物人狀態，只有6%的病人願意接受維生系統；而期望不要太積極治療者大部份是年老的女性且伴有末期疾病，其中只有16%的病人有與醫師討論過維生措施，有高達47%的病人是希望能與醫師進行相關討論的（Fischer et al.,1998）。Norton & Bowers（2001）指出醫病間須達成共識，所以醫師在提供相關治療方針時，應隨病人狀況隨時溝通調整。臨床在缺乏醫病溝通下常常使病人陷入困境，黃勝堅、黃曉峰（2006）於安寧療護教育課程亦明確指出醫病溝通是臨床DNR推展中重要因素，尤其是醫師溝通技巧與意願更為重要。

於探討加護單位護理人員其倫理困境與相關因素中發現到（林小玲、蔡欣玲，1998），倫理困境量表可萃取，「不情願反應」、「不誠實情境」、「積極拯救死亡」等三因素。引起加護護理人員發生倫理困境最多的來源為醫師，其次為家屬，再者才是病患。護理人員因應倫理困境之方法，依序為「向知心好友傾訴」、「求助資深同仁」、「默默承受」，而有35.6%的護理人員則想離職。

詹美珠（2005）在對加護病房護理人員DNR態度研究中，指出影響護理人員態度因素有：臨床年資、參加宗教團體活動、專業科別、教育程度、曾有照顧DNR親友經驗、參加安寧療護教育訓練等（馮雅芳，2002；杜異珍，1997）。

二、過程中促進與障礙等相關因素

由上述推展醫療之認知與態度相關文獻中可歸納出以下幾點：

- （一）、影響醫師認知因素有：醫師個人知識、醫師的個人特質（年齡、性別）、醫師的專業背景（職別、是否擔任教職）、醫師是否具備相關經驗、參加安寧緩和療護教育訓練課程等。

(二)、影響醫師態度因素有：臨床年資、醫師職別、專業科別、教育程度、不認為醫院實行活動與其有關連、醫師沒時間、參加宗教團體活動、曾有照顧DNR親友經驗、參加安寧療護教育訓練、缺乏醫師同儕團體的支持、擔心醫療糾紛等。其次當組織在推展上醫師之目標與效果明確性、共識與參與狀況、教育學習、限制與促進、責任歸屬等都將會影響其態度 (Melnyk,2002)。

(三)、影響醫師態度與行為因素有：醫師性別、醫師年齡、醫師職別、醫師個人知識、是否擔任教職、曾經參與的經驗、個人價值觀。時間的限制、人力缺乏、基層醫師角色定位不明、能力技術上的考量、設備問題、不符合成本效益及怕醫療糾紛等因素。

其中在傳達過程中，醫師之溝通技巧與意願佔極重要角色，而溝通過程可能出現的誤差包括：(1) 收訊者往往減少其所接收到的資訊量，所記住的訊息要比傳訊者所提出的減少很多。訊息變得較短、較簡明扼要、容易理解與敘述。在接下來的敘述中，使用的字數與描述的細節都越來越少。(2) 收訊者強化資訊的某些部分，輕易記住少數幾個重點，而將其他訊息給遺忘。在廣泛的脈絡中，選擇性地保留、知覺並報告數量有限的細節。某些重點變得提綱挈領，其他細節則環繞著它們而聚集起來。(3) 收訊者用個人的參考架構與特性來理解大部分的訊息。收訊者對於他所聽到的談話的詮釋與記憶，會受到個人思維與感受的影響。這個過程指涉的不只是把不熟悉的事務轉變成一些已知的脈絡，還包括把看似不相關的素材省略掉，並且用能夠在其參考架構中產生意義的素材取代。一旦未充分溝通運作時，這三種過程就會發生作用，讓理解可能出現誤差。這說明了醫師在傳達

DNR訊息時與病患或家屬充分溝通是相當重要。

本研究參考相關文獻後依臨床執行狀況歸納出促進因素為：醫院推展、參加安寧緩和療護教育訓練課程（含DNR）與意願、臨床溝通技巧與同儕團體的支持等項目。在障礙因素部份則為：是否曾有參與說明的經驗、能力技術上是否足夠、是否曾有負面溝通經驗、時間人力缺乏及害怕醫療糾紛產生等項目。

三、政府相關衛生政策推展之影響層面

黃曉峰（2008）指出，安寧醫療的介入，不僅讓患者享受人性化的醫療及更舒適的生活，同時也因為免除不必要的插管，以及各種昂貴的急救醫療，因而節省許多醫療成本。儘管這個經濟效益並不會出現在安寧療護的帳目上，但從醫院整體的成本，甚至全國醫療成本，都能明顯看到。目前全民健保採行醫院總額制度下，醫院若能落實推展安寧緩和醫療，將有助於有效降低醫療支出成本。

很多人以為，安寧療護很花錢。2006年「安寧療護整合性照護納入全民健康保險給付試辦計畫」中指出，國內目前每年約有三萬人死於癌症，但每年接受安寧療護照護之病患人數約只有三千至五千人，只佔癌症死亡人口的十分之一，明顯呈現供需仍不平衡。癌症末期病患選擇安寧住院療護之平均住院天數為14.3天，較傳統住院照護天數短，且由於安寧住院療護較少使用昂貴的檢查、處置與手術，所以安寧住院療護比傳統住院照護平均每人每日節省費用約為2400元，居家安寧療護相較安寧住院療護又更能節省醫療費用，同時患者又可以在他們最熟悉，住得最安心的家中享受天倫之樂，是最符合人性的醫療。

四、影響醫師對DNR認知與態度因素結語

從1983 到 1994年英國醫學院有關死亡、瀕死和哀慟的正式教育（姚建安，1998）中，即強調照顧瀕死病患主題為醫學生核心課程的重要性（Dickinson & Mermann,1996）。

一份探討加護病房護理人員其倫理困境與相關因素，研究中指出（林小玲、蔡欣玲，1998），倫理困境量表可萃取「不情願反應」、「不誠實情境」、「積極拯救死亡」等三因素。引起加護護理人員發生倫理困境最多的來源為醫師，其次為家屬、再者才是病患。護理人員因應倫理困境之方法，依序為「向知心好友傾訴」、「求助資深同仁」、「默默承受」，而有35.6%的護理人員則想離職。其說明醫師在團隊中態度意向影響程度。

在近年來醫療行業漸轉變為服務業類型，講求服務品質，然而在有限健保給付制度下，對於經營日益困難之醫療提供者，如何在有限資源下滿足顧客之需求，確實對於向來專業導向醫師是一大衝擊，也是一大挑戰，尤其面對日益增多的醫療糾紛，醫師為求自保，確實在臨床上，會發現醫師在執行不施行心肺復甦術（DNR）時會有所顧慮（Tomlinson & Brody,1998 ）。因此醫師除了專業知識的成長外，也應增加溝通技巧、醫院管理等相關課程，以獲取更多元化的知識來因應環境的變遷，並符合醫療團隊之期望。

第六節 文獻總結

「安寧緩和醫療條例」自 2000 年立法通過實施後，並於 2002 年適度修正，雖然為國內「安寧緩和醫療」以及「不施行，以及終止或撤除心肺復甦術」取得法源依據，但是關於「不施行，以及終止或撤除心肺復甦術」一事，仍舊引起社會、法律、以及醫學界的廣泛爭論（陳榮基，2002）。尤其，屏東崇愛診所「蔡小妹腦死」事件，引發社會各界廣泛討論，究竟無意識或是意識障礙之無行為能力之未成年人，是否可由其法定代理人或監護人代為決定「不施行，以及終止或撤除心肺復甦術」，末期診斷的確定與預後評估常由醫師來確定，所以醫師在安寧緩和醫療過程中扮演重要的角色，也經常是第一位與病患或家屬討論安寧緩和醫療的人（楊克平、杜友蘭，2001）。因此，本研究，擬從醫師對病患簽署 DNR 之醫學倫理及法律等認知與態度中，來探討其間相關性，盼能提供醫學界參考，從而有助於醫師執行其臨床工作。

第三章 研究方法

第一節 研究假設

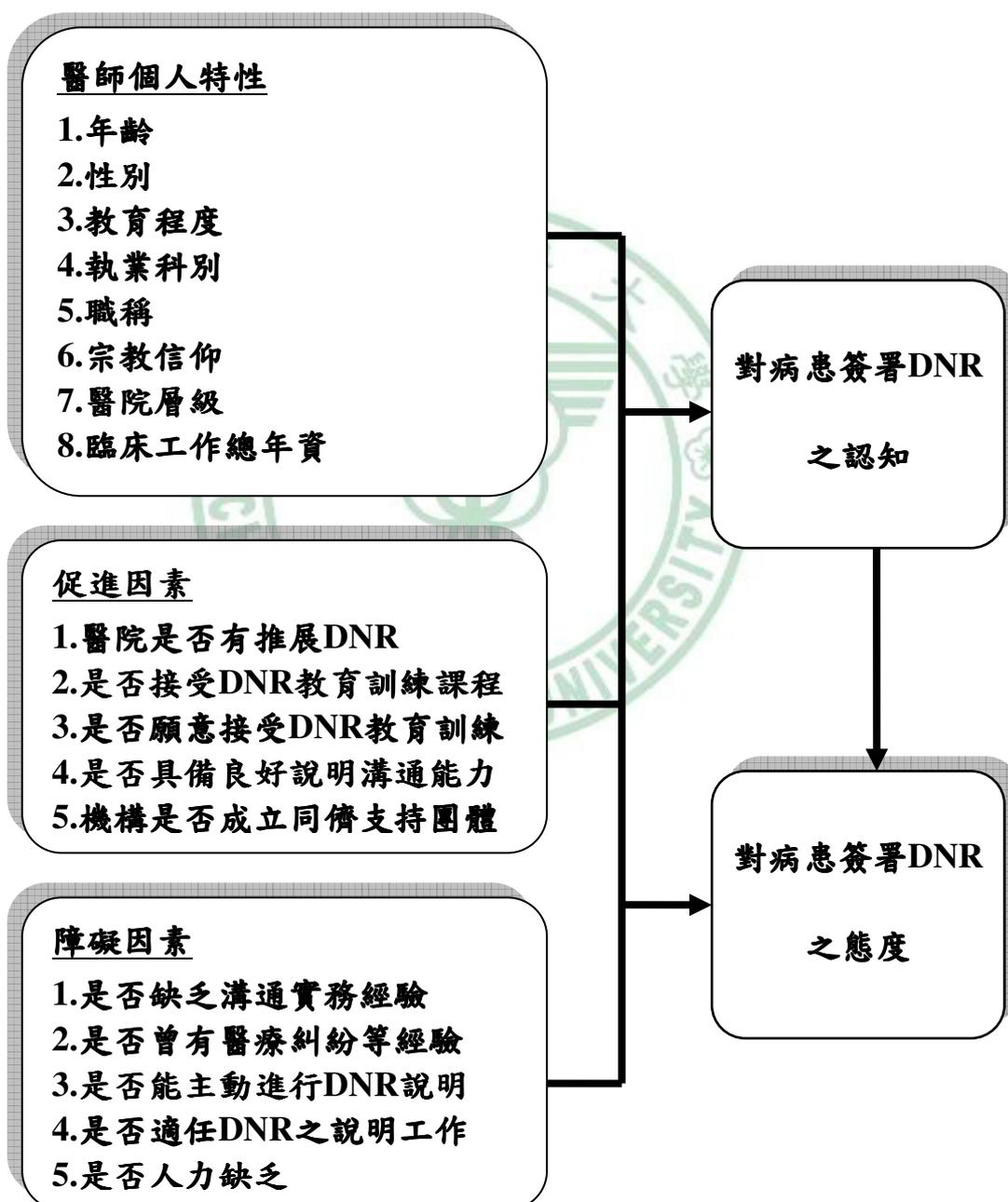
本研究主要是探討醫師對病患簽署DNR之認知與態度現況，以及其間之相關性，因而概括擬出四項研究假設，如下所示：

- 一、當醫院推展 DNR 觀念時，醫師對 DNR 之認知與態度較高。
- 二、醫師個人特性、促進與障礙等因素對醫師 DNR 之認知有顯著影響。
- 三、醫師個人特性、促進與障礙等因素對醫師認同 DNR 之態度有顯著影響。
- 四、醫師對病患簽署 DNR 之認知與態度間具相關性。



第二節 研究架構

本研究依據研究目的及相關文獻進行探討後，將透過醫師個人特性、促進因素及障礙因素等三部份，探討影響醫師對病患簽署 DNR 之認知與態度之因素，提出之研究架構圖如下。



第三節 樣本資料來源

一、母群體對象

1. 本研究以中部地區（苗、中、彰、投）醫院評鑑等級為地區級以上綜合醫院之執業醫師為研究對象。
2. 排除各專科醫院醫師。因本研究將詢問全院性推行安寧概況等資訊，而專科醫院在評鑑要求中並未全面列入此項目，為恐影響到實際執行醫院調查統計結果，故予排除之。
3. 僅針對目前服務於內科、外科、婦產科、小兒科等四大科別之醫師進行問卷填答，排除牙科、眼科、皮膚科、病理科等極少接觸DNR之醫師。

二、抽樣方式及樣本數

1. 以中部地區（苗、中、彰、投）醫院，透過中華民國醫師公會全國聯合會會員名冊，及各縣市醫院執業醫師數進行比率抽樣方式（probability proportional to size, PPS），決定各層級醫院之樣本數。
2. 樣本回收預計500份。
3. 初步估計問卷回收率為50%，依照中部地區之醫院醫師母群體數進行比率抽樣，醫學中心醫師佔45.9%，發出問卷460份；區域醫院醫師佔42.5%，發出問卷430份；地區醫院醫師佔11.6%，發出問卷110份。

第四節 測量方法

一、研究工具

本研究採結構式問卷為主，問卷發展過程係根據本研究之概念架構，同時參考國內外相關文獻後彙整而成，並經過專家效度檢定後，方進行問卷之寄發。

1. 認知問卷：依據安寧緩和療護之法條（第1、2、3、5、6、12題）及倫理（第4、7、8、9、10、11題）層面之知識訂定，共計12題，其中並設定三題為反向題（第9、10、11題）。內容以勾選題方式計分，答對為1分，答錯0分（包括不知道）。該題作答正確率愈高，表示醫師對該題認知度愈高。
2. 態度問卷：測量臨床醫師對病患簽署DNR前之認同態度，與簽署DNR後執行之態度傾向，採Likert scale五分量表尺度衡量，共12題。內容以勾選方式計分，非常同意 5分、同意 4分、普通 3分、不同意 2分、非常不同意 1分，該題得分愈高，表示醫師對該項之認同度愈高。

二、內容效度

本研究運用專家內容效度來檢測研究工具之效度，委請五位與研究主題相關之臨床或研究學者專家，依據問卷內容之重要性、適切性與語意清晰度等，進行問卷內容表面效度之評定與修改建議。本研究專家效度評鑑結果，內容效度檢定(CVI, content validity index)值為0.89至0.97，經專家建議修正後，再請專家確認後定稿。

三、信度分析

運用評估內在一致性的Cronbach's α 係數，作為進行各量表之信度係數檢驗。經檢測結果顯示，本研究問卷信度檢測結果之Cronbach's α 值分別為 0.82及0.89，故本研究問卷具有一定的可信度。

第五節 分析方法

本研究採用統計套裝軟體 SAS 8.0 版本作為研究分析之工具，以進行資料的歸納、整理及數據分析。

- 一、 描述性統計：以次數分佈、平均值、標準差、百分比分佈等統計值，呈現醫師之個人特性、對 DNR 認知、態度變項之描述性統計值。
- 二、 推論性統計
 1. 卡方檢定 (χ^2 -test)：先就醫師個人基本資料進行特性分析。再針對類別變項的部分，將醫院分為醫學中心、區域醫院與地區醫院三類，分別與個人特性、對簽署 DNR 之認知與態度變項做卡方檢定，檢測對 DNR 認知、態度之間，是否具有關聯性。
 2. 多變項統計分析：以複迴歸分析 (Multiple Regression Analysis) 探討影響認知及態度之相關因子。

第四章 結果

本研究係為了解醫院醫師對病患簽署 DNR 結果之認知與態度之相關性。研究結果主要分為四節進行說明，第一節為描述性分析，首先進行樣本數適合度檢定；第二部分則針對醫師基本資料進行特性分析；第三部分為工作及相關教育訓練與經驗等促進、障礙因素分析；第四部份醫師對簽署 DNR 之認知；第五部分醫師對簽署 DNR 認同及配合執行態度。第二節為雙變項分析，主要是運用卡方檢定 (χ^2 -test) 變項間是否達顯著差異。第三節為複迴歸分析 (Multiple Regression Analysis)，分析影響醫師對病患簽署 DNR 之認知與認同及配合執行態度之相關因素分析。

第一節 描述性分析

一、樣本適合度檢定

本研究主要調查對象為中部（苗、中、彰、投）醫院評鑑等級為地區級以上醫院之醫師，透過中華民國醫師公會全國聯合會會員名冊及縣市醫院執業醫師數進行比率抽樣方式 (probability proportional to size, PPS)，決定各層級醫院之樣本數。共發出 920 份問卷，有效問卷共計 506 份，有效問卷回收率為 55%。

為確定回收有效樣本代表性，本研究依照醫院層級分類，經由中華民國醫師公會全國聯合會 95 年度各類醫療機構執業醫師統計人數資料，以各層級醫院醫師人數比進行分析，其中醫學中心有效問卷 228 份 (45.05%)；區域醫院有效問卷 228 份 (45.05%)；地區醫院有效問卷 50 份 (9.9%)，經適合度檢定，結果發現本研究之樣本與母群體並無顯著差異 ($P=0.352$)，其結果如表 4-1。

二、醫師基本資料特性分析

本研究對象基本資料變項，包括年齡、性別、教育程度、執業科別、職稱、臨床總年資與宗教信仰等，其結果如表4-2。

本研究樣本男性佔 87.4%，平均年齡為 37.2 歲，年齡分佈以「31-40」歲居多（37.7%），其次為「41-50」歲（29.9%）。教育程度方面以「大學」居多佔90.7%，而「碩士」佔8.1%。執業科別以「內科」為最多（56.8%），其次為「外科」（24.4%），最少為「婦產科」僅6.2%。臨床職稱別以「主治醫師」居多達57.7%，「住院醫師」佔37.2%。臨床總年資（自擔任第一年住院醫師起算），長達「21年以上」佔7.0%，「5年以下」最多佔38.0%，而「6-10」年也有25.5%，顯示半數以上醫師臨床總年資在10年以下。宗教信仰方面以「無特殊信仰」者居多（54.5%），其次為「道教」（18.2%）、「佛教」（17.0%）、「基督教」（7.5%）。

三、工作及相關教育訓練與經驗等促進、障礙因素分析

在醫師過去訓練及經驗中歸屬「促進因素」方面，醫師表示醫院有推展DNR觀念的有413位，佔81.6%居多數，但回答「不知道」也有52位（10.3%）。工作中曾參加過DNR的相關訓練課程醫師有273位（54.0%），其中曾參加課程次數以「二次」為最多有114位（42.1%），參加「一次」有90位（33.2%），「三次(含)以上」有67位（24.7%）；回答工作中未參加過DNR相關訓練課程醫師有233位（46.1%），進一步詢問未來有機會，您是否願意接受此課程時，有166位（71.2%）醫師表示「願意」，而「不確定」者有61位（26.2%），僅6位（2.6%）表示「不願意」接受此課程。臨床是否會抗拒或排斥對病人或家屬進行DNR之說明，回答「否」有483位（95.5%）。對目前服務機構是否

有同儕團體可分享 DNR經驗，三個選項差異不大，其中答「有」佔 178位 (35.2%)，「不清楚」有 173位 (34.2%)，回答「沒有」的則有155位 (30.6%)。

在醫師過去訓練及經驗中歸屬「障礙因素」方面，過去曾有主動進行DNR之說明經驗醫師有391位 (77.4%)。而認為自己有能力適任DNR之說明醫師有316位 (62.6%)。曾面臨不知如何處理病人或家屬對DNR之情緒反應僅163位 (32.3%)，表示有近七成的醫師能適當處理情緒問題。在醫院資源提供上，醫師「對臨床進行DNR推展感到人力缺乏」，有近半數醫師246位 (49.2%) 答「是」，表示仍有人力不足情形。對「曾經歷過醫療糾紛事件」，有293位 (58.25%) 答「否」，但也有210位 (41.75%) 曾經歷過醫療糾紛。

醫師個人臨床經歷部分，曾面臨病人已簽署DNR之實際經驗高達 352位 (69.6%)；當進一步詢問病人臨終時之處置方式時，「依照DNR 不予急救」有258位 (74.1%)，「多數不予急救」則有85位 (24.4%)，其結果如表4-3。

四、醫師對簽署DNR之認知

醫師在簽署DNR之相關認知評分項目共計12題，以單選題作答，答「對」得1分，答「錯」或「不知道」則為0分。受訪醫師認知量表得分狀況如表4-4，完全答對的有36位(7.1%)，全部答錯的僅三位佔0.6%，平均答對題數為8.5題，顯示認知達中上程度。

受訪醫師正確認知前三名依序為，「醫師診治末期病人時，如果病人或家屬有表示要DNR，應協助其簽署合法的意願書或同意書」為最高(96.6%)。其次為「簽署DNR後，醫師對病人不予任何醫療處置」(94.9%)及「簽署DNR後不須再花時間進行溝通」(94.9%)。醫師對簽署DNR之錯誤認知最多為「DNR說明需由主治醫師進行」佔71.5%最高，顯示七成以上醫師對DNR介入時機仍不清楚。錯誤認知第二位為「醫師違反DNR規定，將處罰鍰、停業或廢止執業執照等處分」(65.2%)。錯誤認知第三位為「醫療人員可藉由健保IC卡知道病人是否簽署DNR」(47.2%)，表示有近一半醫師並不知道這項政策，詳見表4-5。

五、醫師對簽署DNR認同及配合執行態度

醫師在簽署DNR之態度量表，採Likert scale五分量表尺度衡量，依照「非常同意」、「同意」、「普通」、「不同意」、「非常不同意」進行勾選，共有12題，前七題為對簽署DNR之認同態度，後五題為簽署DNR後執行之態度傾向，其結果如表4-6。

醫師對簽署DNR之認同多持正面態度，而認同度最高為「病人有權知道診斷預後及治療」，有97.5%表示同意，其中認為非常同意者多達44.9%。另外，認同度最低的是「尊重病人意願執行且不因任何因素改變」，有49.8%表示同意，其次為持中立意見者(23.5%)，而非

常同意則有19.6%。

至於簽署 DNR後醫師執行傾向則多持負面態度，其中以「面臨DNR說明會馬上轉介安寧緩和醫師」態度最負面，雖然持中立態度居多佔33.5%，但同意者也佔34.1%，其中表示非常同意者也有5.0%。近六成（59.9%）醫師不同意或非常不同意「個別總額後會影響您面對DNR之態度」，不過也有16.1%醫師表示同意或非常同意。

整體而言，在醫師對簽署DNR之認同態度，平均分數介於3.81至4.42之間（以非常同意為5分，非常不同意為1分），得分狀況見表4-7。其中，醫師對「病人有權知道診斷預後及治療」認同度最高（4.42），其次為「尊重病人自主權是很重要的」（4.34）及「應誠實且詳細告知病人癌末病情」（4.34），認同度最低者為「尊重意願執行且不因任何因素改變」，其平均得分為3.81。

對簽署DNR後醫師執行態度傾向，平均分數介於2.97至3.99之間（以非常同意為1分，非常不同意為5分），得分狀況見表4-8。明顯發現簽署後執行態度均在4分以下，其中，醫師對「面臨DNR會馬上轉介安寧緩和醫師」執行態度傾向得分最低（2.97），顯示多數醫師傾向由安寧緩和醫師執行DNR說明。

第二節 雙變項分析

一、醫師對簽署DNR認知之相關性

醫師對簽署DNR認知之雙變項分析部分，如表 4-9中所示，首先年齡部分，發現「30歲以下」醫師對DNR認知程度高於「41-50歲」，達統計上的顯著差異 ($P < 0.05$)。執業科別中，「婦產科」醫師對DNR認知程度最高，達統計上的顯著差異 ($P < 0.05$)。職稱上「住院醫師」認知程度高於「主治醫師」，達統計上的顯著差異 ($P < 0.05$)。宗教信仰中，信仰「道教」醫師認知程度高於「基督教」，達統計上的顯著差異 ($P < 0.05$)。另外，臨床總年資「5年以下」醫師認知程度高於「21年以上」之醫師，達統計上的顯著差異 ($P < 0.05$)。在醫院層級上，則「醫學中心」醫師認知程度高於「區域醫院」及「地區醫院」，達統計上的顯著差異 ($P < 0.05$)。醫師基本資料部分，「性別」與「教育程度」上並無顯著差異 ($P > 0.05$)。

在「醫院是否有推展DNR觀念」分析發現，「有」推展DNR觀念醫院的醫師，在認知程度上高於「沒有」推展DNR觀念醫院或「不知道」者，達到統計上的顯著差異 ($P < 0.05$)。「曾參加」DNR相關訓練課程醫師，認知程度高於「未曾參加」DNR相關訓練課程醫師；進一步針對參加過DNR課程次數 ($n=273$) 者分析後發現，參加次數與認知程度兩者間呈正相關，且均達到統計上的顯著差異 ($P < 0.05$)。

能「主動」對病人或家屬進行DNR說明醫師，認知程度高於「不主動」說明醫師，達到統計上的顯著差異 ($P < 0.05$)。醫師認為自己目前能力「能適任」DNR之說明，其認知程度高於「能力不適任」者，且達統計上顯著差異 ($P < 0.05$)。臨床進行DNR推展上「未感到人力缺乏」之醫師，其認知程度高於「感到人力缺乏」之醫師，達到統計上的顯著差異 ($P < 0.05$)。此外，「曾面臨」不知如何處理病人或家

屬之情緒反應醫師，其認知程度低於「不曾面臨」之醫師，達到統計上的顯著差異 ($P < 0.05$)。

醫師臨床經歷上「曾面臨」病人已簽署DNR之實際經驗，其認知程度高於「不曾面臨」病人已簽署DNR之實際經驗，達到統計上的顯著差異 ($P < 0.05$)；進一步針對具實際經驗醫師 ($n = 352$)，了解其對病人臨終的處置方式，分析後發現，選擇「依照DNR不予急救」醫師，其認知程度高於選擇「多數不予急救」及「少數不予急救」兩者之醫師，且達統計上的顯著差異 ($P < 0.05$)。

不曾參與過 DNR課程醫師 ($n = 233$) 對未來參與相關教育訓練意向，並無統計上顯著差異 ($P > 0.05$)。在醫師臨床經歷方面，「抗拒或排斥DNR之說明」、「有同儕團體可分享 DNR經驗」及「曾經歷醫療糾紛事件」等，統計上並無顯著差異 ($P > 0.05$)。



二、醫師對病患簽署DNR態度之相關性

醫師對簽署 DNR態度之雙變項分析部分，如表 4-10中所示，分析個人基本資料中，「年齡」在醫師對 DNR認同及配合執行態度上具有顯著差異 ($P < 0.05$)，經由事後檢定發現「31歲~40歲」與「41歲~50歲」醫師對 DNR認同及配合執行態度高於「30歲以下」醫師。教育程度中「碩士」認同及配合執行態度高於「大學」，達統計上顯著差異 ($P < 0.05$)。職稱為「主治醫師」其認同及配合執行態度高於「住院醫師」，達統計上顯著差異 ($P < 0.05$)。「醫院層級」達統計上顯著差異 ($P < 0.05$)，經事後檢定發現「區域醫院」認同及配合執行態度高於「醫學中心」。其他基本資料「性別」、「執業科別」與「宗教信仰」等，發現對DNR認同及配合執行態度上均無顯著差異 ($P > 0.05$)。

工作及相關教育訓練分析發現，「有」推展DNR觀念醫院醫師態度比「不知道」高，達統計上的顯著差異 ($P < 0.05$)。

教育訓練課程方面，「是否曾參加過DNR相關訓練課程」未達統計上的顯著差異 ($P > 0.05$)；其中曾參加過訓練課程者 ($n=273$)，經事後檢定發現，參加過「一次」醫師其認同態度高於「二次」者，達統計上的顯著差異 ($P < 0.05$)；而未曾參加過訓練課程者 ($n=233$) 對未來是否願意接受此課程，則未達統計上的顯著差異 ($P > 0.05$)。

臨床能「主動」進行 DNR說明之醫師，在DNR認同及配合執行態度上分數高於「不主動」醫師，且具統計上顯著差異 ($P < 0.05$)。認為目前能力「能適任」DNR之說明，在 DNR認同及配合執行態度上分數高於「不能適任」者，且達統計上顯著差異 ($P < 0.05$)。臨床進行DNR推展感到「人力缺乏」者，其對 DNR認同及配合執行態度得分較高，達統計上的顯著差異 ($P < 0.05$)。目前服務機構「有同儕團體」可分享DNR經驗，在DNR認同及配合執行態度上分數高於「沒

有」或「不清楚」者，達統計上的顯著差異 ($P < 0.05$)。在過去經驗上「有」面臨病人已簽署DNR之實際經驗醫師，其在 DNR認同及配合執行態度上分數較高，達統計上的顯著差異 ($P < 0.05$)。

另外，「是否抗拒對病人或家屬進行DNR說明」、「曾不知如何處理病人或家屬對DNR之情緒反應」、「是否曾經歷過醫療糾紛事件」及「病人臨終的處置方式」等，發現在DNR認同及配合執行態度上均無顯著差異 ($P > 0.05$)。

於醫師對病患簽署DNR相關知識，與其對 DNR認同態度之變異數分析中，對「安寧緩和條例通過」、「部分條文修正案」、「未尊重DNR意願仍予CPR可提出法律告訴」、「末期病患應接受DNR要求安詳往生」、「DNR說明需由主治醫師進行」及「違反相關規定將接受罰鍰停業處分」等具備正確認知者，其對DNR認同及配合執行態度較高，均達統計上的顯著差異 ($P < 0.05$)。

特別的是以下三項認知及態度呈現負相關，「急性非末期病人雖有IC卡 DNR註記仍要盡力搶救」、「簽署DNR後代表醫師對病人不予任何醫療處置」、「簽署DNR後不須再進行團隊與家屬間之溝通」等，認知程度較低者反而對DNR有較高之認同及配合態度，雖然未達統計上之顯著差異 ($P > 0.05$)，但仍值得進一步探討。其次「DNR應由二位醫師診斷確為末期且其中一位具專科醫師資格」、「藉由健保IC卡知道病人是否簽署DNR」、「末期病人表示要DNR應協助簽署合法文件」等均未達統計上顯著差異 ($P > 0.05$)。

第三節 複迴歸分析

本研究運用逐步複迴歸分析影響醫師對病患簽署 DNR 之認知與態度之相關因素。以下分別就影響醫師對病患簽署 DNR 之認知程度之相關因素與影響醫師對病患簽署 DNR 之認同與配合執行態度之相關因素兩變項，分別進行複迴歸分析並探討其影響因素。

一、影響醫師對病患簽署 DNR 之認知程度之相關因素

在迴歸模式中以「醫師對病患簽署 DNR 之認知程度」為依變項，認知正確以 1 分計算，認知錯誤以 0 分計算，最後以總計後之平均分數為代表，自變項包含醫師基本特性與醫師工作經歷及相關教育訓練等變項。排除各項遺漏值後，共計 490 位醫師樣本進入迴歸分析中，迴歸模式(表 4-11)發現影響醫師對病患簽署 DNR 之認知程度的顯著相關因素，包含：「執業科別」及「醫院層級」、「醫院是否有推展 DNR 觀念」、「是否曾參加 DNR 相關訓練課程」、「是否主動進行 DNR 之說明」、「目前之能力是否適任 DNR 之說明」等。就整體模式而言，所有自變項對於醫師對病患簽署 DNR 之認知程度之解釋力 (R^2) 為 0.338，校正後解釋力 (Adjusted R^2) 為 0.320。

在控制其他變項下，執業科別中「外科」醫師對病患簽署 DNR 之認知程度較內科醫師低，達統計上的顯著差異 ($P < 0.05$)。在醫院層級中「區域醫院」及「地區醫院」之醫師，對病患簽署 DNR 之認知程度均較醫學中心要低，達統計上的顯著差異 ($P < 0.05$)。曾「參加」過 DNR 訓練課程醫師，其認知程度愈高 ($P < 0.05$)，當參加 DNR 訓練課程經驗每增加 1 個單位，其認為醫師對病患簽署 DNR 之認知程度就增加 0.09 單位。「能主動」對病人或家屬進行 DNR 說明之醫師其認知程度愈高，達統計上的顯著差異 ($P < 0.05$)，當主動進行說

明之經驗每增加 1 個單位，則醫師對病患簽署 DNR 之認知程度就增加 0.065 單位。目前「能力能適任」DNR 之說明之醫師其認知程度愈高，達統計上的顯著差異 ($P < 0.05$)，表示目前能力能適任 DNR 說明每增加 1 個單位，對病患簽署 DNR 之認知程度就增加 0.069 單位。所有變項經標準化後，影響醫師對病患簽署 DNR 認知程度最大之前三因素為「是否曾參加 DNR 相關訓練課程」、「目前之能力是否適任 DNR 之說明」及「醫院層級」等。

二、影響醫師對病患簽署 DNR 之認同與配合執行態度之相關因素

在迴歸模式中，以「醫師對病患簽署 DNR 之認同與配合執行態度」為依變項，以分數 1~5 分表示認同與配合執行態度之程度，1 分表示非常不認同，5 分表示非常認同，自變項包含醫師基本特性、醫師工作經歷及相關教育訓練及醫師對病患簽署 DNR 之認同與配合執行態度程度等變項。排除各項遺漏值後，共計 489 位醫師樣本進入迴歸分析中，迴歸模式（見表 4-12）發現影響醫師對病患簽署 DNR 之認同與配合執行態度的顯著相關因素，包含：「宗教信仰」、「醫院層級」、「目前能力是否適任 DNR 說明」、「臨床 DNR 推展是否感到人力缺乏」、「是否有同儕團體分享 DNR 經驗」、「未尊重病人意願仍予 CPR 可提出法律告訴」、「應接受末期病患 DNR 要求安詳往生」、「DNR 說明需由主治醫師進行」、「醫師違反相關規定得處罰鍰並停業」等。就整體模式而言，所有自變項對於醫師對病患簽署 DNR 之認同與配合執行態度程度之解釋力 (R^2) 為 0.215，校正後解釋力 (Adjusted R^2) 為 0.190。

在控制其他變項下，宗教信仰中「基督教」、「道教」、「無特殊信仰」等相較於信仰佛教之醫師，對病患簽署 DNR 之認同與配合執行態度程度高，達統計上的顯著差異 ($P < 0.05$)。在醫院層級中「地區

醫院」之醫師相較於「醫學中心」醫師，對病患簽署 DNR 要呈現負面態度，但未達統計上的顯著差異 ($P > 0.05$)。

目前「能力能適任」DNR 說明的醫師其認同態度之程度愈高，達統計上的顯著差異 ($P < 0.05$)，表示目前能力能適任 DNR 說明每增加 1 個單位，對病患簽署 DNR 之認同程度就增加 0.181 單位。臨床 DNR 推展感到「人力缺乏」之醫師，其認同態度之程度愈高，達統計上的顯著差異 ($P < 0.05$)。若「有同儕團體」可分享 DNR 經驗之醫師，其認同態度之程度愈高，達統計上的顯著差異 ($P < 0.05$)。

能正確認知「未尊重病人意願仍予 CPR 可提出法律告訴」之醫師，其認同態度較錯誤認知者低，但未達統計上顯著差異 ($P > 0.05$)。能正確認知「應接受末期病患 DNR 要求安詳往生」之醫師，其認同態度較錯誤認知者高，達統計上的顯著差異 ($P < 0.05$)。能正確認知「DNR 說明需由主治醫師進行」之醫師，其認同態度較錯誤認知者低，達統計上的顯著差異 ($P < 0.05$)。能正確認知「醫師違反相關規定得處罰鍰並停業」之醫師，其認同態度之程度較錯誤認知者高，達統計上的顯著差異 ($P < 0.05$)。所有變項經標準化後，影響醫師對病患簽署 DNR 認同與配合執行態度程度最大因素為「目前能力是否適任 DNR 說明」，其次為「是否有同儕團體分享 DNR 經驗」。

表4-1、樣本適合度檢定分析

醫師人數	醫學中心	區域醫院	地區醫院
母群體 ^a	1750	1621	441
N=3812	45.9%	42.5%	11.6%
樣本	228	228	50
N=506	45.05%	45.05%	9.9%
p-value	0.352		

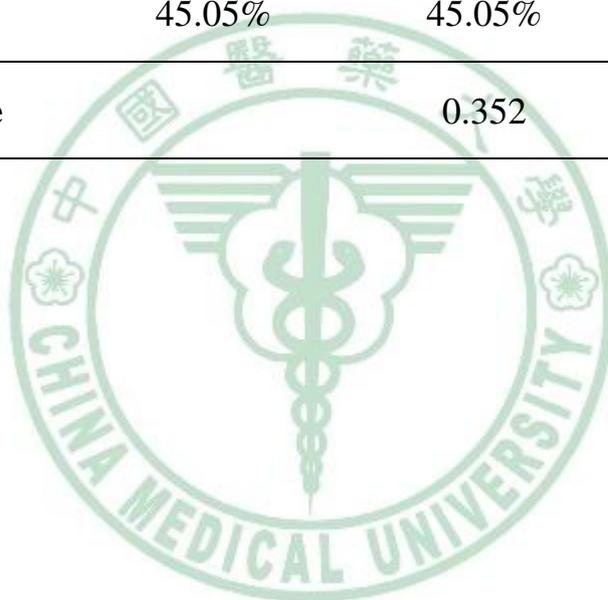


表4-2、醫師基本資料

變項	N=506	%
年齡		
30歲以下	136	27.2
31歲~40歲	189	37.7
41歲~50歲	150	29.9
51歲以上	26	5.2
遺漏值	5	-
性別		
女	64	12.6
男	442	87.4
教育程度		
學士	457	90.7
碩士	41	8.1
博士	6	1.2
遺漏值	2	-
執業科別		
內科	286	56.8
外科	123	24.4
婦產科	31	6.2
兒科	52	10.3
其他	12	2.4
遺漏值	2	-
職稱		
主治醫師	290	57.6
總醫師	26	5.2
住院醫師	187	37.2
遺漏值	3	-
宗教信仰		
佛教	86	17.0
道教	92	18.2
基督教	38	7.5
天主教	8	1.6
無特別信仰	275	54.5
其他信仰	6	1.2
遺漏值	1	-
臨床總年資		
5年以下	191	38.0
6年~10年	128	25.5
11年~15年	63	12.5
16年~20年	86	17.1
21年以上	35	7.0
遺漏值	3	-
醫院層級		
醫學中心	228	45.05
區域醫院	228	45.05
地區醫院	50	9.9

表4-3、工作及相關教育訓練與經驗

變項	N=506	%
醫院是否有推展 DNR 觀念		
否	41	8.1
是	413	81.6
不知道	52	10.3
是否曾參加 DNR 相關課程		
否	233	46.0
是	273	54.0
參加過 DNR 課程次數(N=273)		
一次	90	33.2
二次	114	42.1
三次以上	67	24.7
遺漏值	2	-
未來是否願意接受 DNR 課程(N=233)		
否	6	2.6
是	166	71.2
不確定	61	26.2
是否抗拒對病人或家屬進行 DNR 說明		
否	483	95.5
是	23	4.5
是否主動對病人或家屬進行 DNR 說明		
否	114	22.6
是	391	77.4
遺漏值	1	-
目前之能力是否能適任 DNR 之說明		
否	189	37.4
是	316	62.6
遺漏值	1	-
不知如何處理病人或家屬情緒反應		
否	341	67.7
是	163	32.3
遺漏值	2	-
對臨床進行 DNR 推展是否感到人力缺乏		
否	254	50.8
是	246	49.2
遺漏值	6	-
機構是否有同儕團體可分享 DNR 經驗		
否	155	30.6
是	178	35.2
不清楚	173	34.2
是否曾經歷過醫療糾紛事件		
否	293	58.25
是	210	41.75
遺漏值	3	-
曾面臨病人已簽署 DNR 之實際經驗		
否	154	30.4
是	352	69.6
病人臨終的處置方式		
依照 DNR 不予急救	258	74.1
多數不予急救	85	24.4
少數不予急救	3	0.9
仍然予以急救	2	0.6
遺漏值	4	-

表4-4、認知量表得分狀況

答對題數	N	%
0	3	0.6
2	3	0.6
3	6	1.2
4	11	2.2
5	35	6.9
6	38	7.5
7	66	13.1
8	89	17.6
9	64	12.7
10	75	14.9
11	79	15.6
12	36	7.1
總計	505	100.0

平均答對題數

Mean=8.5

Std Dev=2.316

表4-5、醫師對簽署DNR之相關認知

變 項	N=506	%
「安寧緩和醫療條例」賦予末期病人自主權		
錯誤認知	138	27.3
正確認知	368	72.7
在自主意願下可終止或撤除醫療維生措施		
錯誤認知	197	38.9
正確認知	309	61.1
DNR 應二位醫師診斷末期其中一位具專科醫師		
錯誤認知	111	21.9
正確認知	395	78.1
藉由健保 IC 卡知道病人是否簽署「DNR」		
錯誤認知	239	47.2
正確認知	267	52.8
急性非末期雖 IC 卡有 DNR 註記仍要盡力搶救		
錯誤認知	98	19.4
正確認知	408	80.6
未尊重病人 DNR 意願仍予 CPR 可提法律告訴		
錯誤認知	144	28.5
正確認知	362	71.5
末期病人若表示要 DNR 應協助簽署合法文件		
錯誤認知	17	3.4
正確認知	489	96.6
末期病患應接受 DNR 要求予安詳往生		
錯誤認知	103	20.4
正確認知	403	79.6
DNR 說明需由主治醫師進行		
錯誤認知	362	71.5
正確認知	144	28.5
簽署 DNR 後代表對病人不予任何醫療處置		
錯誤認知	26	5.1
正確認知	479	94.9
遺漏值	1	-
簽署 DNR 後不須再進行團隊與家屬間之溝通		
錯誤認知	26	5.1
正確認知	479	94.9
遺漏值	1	-
違反 DNR 規定處六至三十萬罰鍰並得停業		
錯誤認知	329	65.1
正確認知	176	34.9
遺漏值	1	-

註：遺漏值代表遺漏未填答

表4-6、醫師對病人簽署DNR之態度

變 項	N=506	%
醫療人員應誠實且詳細告知病人癌末病情		
非常不同意	1	0.2
不同意	2	0.4
普通	15	3.0
同意	296	58.5
非常同意	192	37.9
病人有權知道診斷預後及治療		
非常不同意		
不同意		
普通	13	2.6
同意	266	52.6
非常同意	227	44.9
診治為末期病人時應提出安寧緩和醫療概念		
非常不同意		
不同意		
普通	18	3.6
同意	307	60.7
非常同意	181	35.8
簽署 DNR 後尊重病人的自主權是很重要的		
非常不同意		
不同意		
普通	30	5.9
同意	276	54.6
非常同意	200	39.5
尊重病人意願執行且不因任何因素改變		
非常不同意	2	0.4
不同意	34	6.7
普通	119	23.5
同意	252	49.8
非常同意	99	19.6
願意去面對及處理「簽署 DNR」的問題		
非常不同意		
不同意	1	0.2
普通	58	11.5
同意	334	66.0
非常同意	113	22.3
即使耗時仍願提供「簽署 DNR」相關訊息		
非常不同意		
不同意	4	0.8
普通	63	12.5
同意	337	66.6
非常同意	102	20.2

表4-6、醫師對病人簽署DNR之態度 (續)

變 項	N=506	%
簽 DNR 後不需再積極進行臨床醫療處置		
非常不同意	69	13.6
不同意	241	47.6
普通	84	16.6
同意	95	18.8
非常同意	17	3.4
簽 DNR 後會減少探視次數與時間		
非常不同意	110	21.7
不同意	315	62.3
普通	54	10.7
同意	20	4.0
非常同意	7	1.4
面臨 DNR 說明會馬上轉介安寧緩和醫師		
非常不同意	16	3.2
不同意	148	29.3
普通	169	33.5
同意	147	29.1
非常同意	25	5.0
遺漏值	1	-
簽 DNR 後仍要求急救為免醫糾不應急救		
非常不同意	24	4.7
不同意	166	32.8
普通	200	39.5
同意	97	19.2
非常同意	19	3.8
個別總額後會影響您面對 DNR 之態度		
非常不同意	51	10.1
不同意	252	49.8
普通	122	24.1
同意	62	12.3
非常同意	19	3.8

表4-7、醫師對病人簽署DNR之認同態度得分狀況 (N=506)

項 目	非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意	平均分數
	次數 (%)	次數 (%)	次數 (%)	次數 (%)	次數 (%)	
應誠實且詳細告知病人癌末病情	195 (37.9)	296 (58.5)	15 (3.0)	2 (0.4)	1 (0.2)	4.34
病人有權知道診斷預後及治療	227 (44.9)	266 (52.6)	13 (2.6)	-	-	4.42
診治末期時應提出安寧緩和醫療概念	181 (35.8)	307 (60.7)	18 (3.6)	-	-	4.32
簽署後尊重病人自主權是很重要的	200 (39.5)	276 (54.6)	30 (5.9)	-	-	4.34
尊重意願執行且不因任何因素改變	99 (19.6)	252 (49.8)	119 (23.5)	34 (6.7)	2 (0.4)	3.81
願意去面對及處理「簽署 DNR」問題	113 (22.3)	334 (66.0)	58 (11.5)	1 (0.2)	-	4.11
即使耗時仍願提供「簽署 DNR」訊息	102 (20.2)	337 (66.6)	63 (12.5)	4 (0.8)	-	4.06
						4.2

表4-8、醫師對病人簽署DNR後執行之態度得分狀況 (N=506)

項 目	非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意	平均分數
	次數 (%)	次數 (%)	次數 (%)	次數 (%)	次數 (%)	
簽後不需再積極進行臨床醫療處置	69 (13.6)	241 (47.6)	84 (16.6)	95 (18.8)	17 (3.4)	3.49
簽後會減少探視次數與時間	110 (21.7)	315 (62.3)	54 (10.7)	20 (4.0)	7 (1.4)	3.99
面臨 DNR 會馬上轉介安寧緩和醫師	16 (3.2)	148 (29.3)	169 (33.5)	147 (29.1)	25 (5.0)	2.97
簽後仍要求急救為免醫糾不應急救	24 (4.7)	166 (32.8)	200 (39.5)	97 (19.2)	19 (3.8)	3.16
個別總額後影響面對 DNR 態度	51 (10.1)	252 (49.8)	122 (24.1)	62 (12.3)	19 (3.8)	3.50
(以上均為反向題計分)						3.42

表4-9、醫師對DNR認知之變異數分析

變項	個數	平均值	標準差	P值	事後檢定
年齡				<.001	
a 30歲以下	136	0.75	0.18		a>c
b 31歲~40歲	189	0.71	0.19		
c 41歲~50歲	150	0.69	0.20		
d 51歲以上	26	0.57	0.18		
性別				0.623	
a 女	64	0.69	0.18		
b 男	442	0.71	0.20		
教育程度				0.090	
a 學士	457	0.70	0.19		
b 碩士	41	0.76	0.20		
c 博士	6	0.60	0.14		
執業科別				0.010	
a 內科	286	0.71	0.20		c>e
b 外科	123	0.68	0.18		
c 婦產科	31	0.78	0.18		
d 兒科	52	0.72	0.17		
e 其他	12	0.58	0.15		
職稱				0.022	
a 主治醫師	290	0.69	0.20		c>a
b 總醫師	26	0.69	0.23		
c 住院醫師	187	0.74	0.17		
宗教信仰				0.011	
a 佛教	86	0.68	0.21		
b 道教	92	0.76	0.18		b>c
c 基督教	38	0.64	0.22		
d 天主教	8	0.75	0.16		
e 無特別信仰	275	0.70	0.19		
f 其他信仰	6	0.69	0.11		
臨床總年資				0.003	
a 5年以下	191	0.74	0.18		a>e
b 6年~10年	128	0.69	0.19		
c 11年~15年	63	0.68	0.19		
d 16年~20年	86	0.72	0.20		
e 21年以上	35	0.61	0.21		
醫院層級				<.001	
a 醫學中心	228	0.77	0.18		a>b.c
b 區域醫院	228	0.65	0.19		
c 地區醫院	50	0.66	0.18		

註：認知平均分數，滿分為1分

表4-9、醫師對DNR認知之變異數分析 (續)

變項	個數	平均值	標準差	P值	事後檢定
醫院有推展DNR觀念				<.001	
a 否	41	0.64	0.17		b>a>c
b 是	413	0.73	0.18		
c 不知道	52	0.53	0.21		
曾參加DNR相關課程				<.001	
a 否	233	0.62	0.19		
b 是	273	0.78	0.17		
參加過DNR課程次數(N=273)				<.001	
a 一次	90	0.72	0.16		c>b>a
b 二次	114	0.78	0.17		
c 三次以上	67	0.86	0.13		
未來願意接受DNR課程(N=233)				0.340	
a 否	166	0.62	0.18		
b 是	6	0.69	0.21		
c 不確定	61	0.59	0.19		
抗拒對病人或家屬進行DNR說明				0.717	
a 否	484	0.70	0.19		
b 是	22	0.72	0.16		
主動對病人或家屬進行DNR說明				<.001	
a 否	114	0.60	0.21		
b 是	391	0.74	0.18		
目前之能力能適任DNR之說明				<.001	
a 否	189	0.63	0.19		
b 是	316	0.75	0.17		
曾不知如何處理病人或家屬對DNR之情緒				0.001	
a 否	341	0.73	0.19		
b 是	163	0.67	0.18		
對臨床進行DNR推展感到人力缺乏				<.001	
a 否	254	0.74	0.18		
b 是	246	0.68	0.19		
目前服務機構有同儕可分享DNR經驗				0.667	
a 否	155	0.70	0.19		
b 是	178	0.71	0.20		
c 不清楚	173	0.70	0.19		
曾經歷過醫療糾紛事件				0.720	
a 否	293	0.71	0.19		
b 是	210	0.70	0.19		
曾面臨病人已簽署DNR之實際經驗				<.001	
a 否	154	0.65	0.21		
b 是	352	0.73	0.18		
病人臨終的處置方式				<.001	
a 依照DNR不予急救	258	0.76	0.17		a>b.c
b 多數不予急救	85	0.67	0.16		
c 少數不予急救	3	0.42	0.08		
d 仍然予以急救	2	0.54	0.18		

註：認知平均分數，滿分為1分

表4-10、醫師對DNR態度之變異數分析

變項	個數	平均值	標準差	P值	事後檢定
個人基本資料					
年齡				<.001	
a 30歲以下	136	4.09	0.37		b.c>a
b 31歲~40歲	189	4.26	0.43		
c 41歲~50歲	150	4.28	0.44		
d 51歲以上	26	4.29	0.44		
性別				0.057	
a 女	64	4.13	0.34		
b 男	442	4.24	0.44		
教育程度				0.003	
a 學士	457	4.20	0.42		b>a
b 碩士	41	4.44	0.41		
c 博士	6	4.28	0.50		
執業科別				0.752	
a 內科	286	4.24	0.44		
b 外科	123	4.20	0.42		
c 婦產科	31	4.27	0.37		
d 兒科	52	4.18	0.41		
e 其他	12	4.14	0.39		
職稱				0.004	
a 主治醫師	290	4.28	0.43		a>c
b 總醫師	26	4.17	0.46		
c 住院醫師	187	4.15	0.40		
宗教信仰				0.151	
a 佛教	86	4.19	0.35		
b 道教	92	4.26	0.46		
c 基督教	38	4.36	0.51		
d 天主教	8	4.35	0.65		
e 無特別信仰	275	4.19	0.42		
f 其他信仰	6	4.39	0.38		
臨床總年資				0.010	
a 5年以下	191	4.14	0.41		
b 6年~10年	128	4.27	0.42		
c 11年~15年	63	4.33	0.44		
d 16年~20年	86	4.23	0.41		
e 21年以上	35	4.30	0.47		
醫院層級				0.002	
a 醫學中心	228	4.16	0.40		b>a
b 區域醫院	228	4.30	0.45		
c 地區醫院	50	4.17	0.42		

註：態度平均分數，滿分為5分

表4-10、醫師對DNR態度之變異數分析 (續)

變項	個數	平均值	標準差	P值	事後檢定
工作及相關教育訓練					
醫院有推展DNR觀念				0.035	
a 否	41	4.17	0.43		b>c
b 是	413	4.24	0.43		
c 不知道	52	4.09	0.38		
曾參加DNR相關課程				0.562	
a 否	233	4.23	0.46		
b 是	273	4.21	0.40		
參加過DNR課程次數(N=273)				0.005	a>b
a 一次	90	4.31	0.44		
b 二次	114	4.12	0.36		
c 三次以上	67	4.25	0.40		
未來願意接受DNR課程(N=233)				0.333	
a 否	6	4.50	0.43		
b 是	166	4.23	0.42		
c 不確定	61	4.21	0.53		
抗拒對病人或家屬進行DNR說明				0.415	
a 否	484	4.22	0.43		
b 是	22	4.30	0.40		
主動對病人或家屬進行DNR說明				<.001	
a 否	114	4.08	0.40		
b 是	391	4.27	0.43		
目前之能力能適任DNR之說明				<.001	
a 否	189	4.08	0.36		
b 是	316	4.31	0.44		
曾不知如何處理病人或家屬對DNR之情緒				0.787	
a 否	341	4.23	0.43		
b 是	163	4.22	0.41		
對臨床進行DNR推展感到人力缺乏				0.011	
a 否	254	4.18	0.43		
b 是	246	4.27	0.41		
目前服務機構有同儕可分享DNR經驗				<.001	b>a.c
a 否	155	4.19	0.40		
b 是	178	4.38	0.45		
c 不清楚	173	4.09	0.38		
曾經歷過醫療糾紛事件				0.214	
a 否	293	4.20	0.43		
b 是	210	4.25	0.42		
曾面臨病人已簽署DNR之實際經驗				<.001	
a 否	154	4.08	0.35		
b 是	352	4.29	0.44		
病人臨終的處置方式				0.413	
a 依照 DNR 不予急救	258	4.30	0.44		
b 多數不予急救	85	4.24	0.45		
c 少數不予急救	3	4.44	0.59		
d 仍然予以急救	2	3.92	0.12		

註：態度平均分數，滿分為 5 分

表4-10、醫師對DNR態度之變異數分析（續）

變項	個數	平均值	標準差	P值	事後檢定
簽署DNR相關知識					
安寧緩和醫療條例賦予末期病人自主權				<.001	
a 錯誤認知	138	4.07	0.41		
b 正確認知	368	4.28	0.42		
在自主意願下可終止或撤除醫療維生措施				<.001	
a 錯誤認知	197	4.14	0.43		
b 正確認知	309	4.27	0.42		
DNR應二位醫師診斷末期其中一位具專科醫師				0.221	
a 錯誤認知	111	4.18	0.43		
b 正確認知	395	4.24	0.43		
藉由健保IC卡知道病人是否簽署「DNR」				0.721	
a 錯誤認知	239	4.22	0.45		
b 正確認知	267	4.23	0.41		
急性非末期雖IC卡有DNR註記仍要盡力搶救				0.272	
a 錯誤認知	98	4.27	0.46		
b 正確認知	408	4.21	0.42		
未尊重病人DNR意願仍予CPR可提法律告訴				0.007	
a 錯誤認知	144	4.30	0.47		
b 正確認知	362	4.19	0.41		
末期病人若表示要DNR應協助簽署合法文件				0.351	
a 錯誤認知	17	4.13	0.56		
b 正確認知	489	4.23	0.42		
末期病患應接受DNR要求予安詳往生				<.001	
a 錯誤認知	103	4.05	0.39		
b 正確認知	403	4.27	0.43		
DNR說明需由主治醫師進行				0.015	
a 錯誤認知	362	4.25	0.43		
b 正確認知	144	4.15	0.41		
簽署DNR後代表對病人不予任何醫療處置				0.227	
a 錯誤認知	26	4.32	0.44		
b 正確認知	479	4.22	0.43		
簽署DNR後不須再進行團隊與家屬間之溝通				0.227	
a 錯誤認知	26	4.32	0.44		
b 正確認知	479	4.22	0.43		
違反DNR規定處六至三十萬罰鍰並得停業				0.002	
a 錯誤認知	329	4.18	0.42		
b 正確認知	176	4.30	0.44		

註：態度平均分數，滿分為5分

表4-11、影響醫師對DNR認知之複迴歸分析

變 項	迴歸係數	標準誤	P值	標準化係數
常數	0.651	0.033	<.0001	0.000
醫院有推展DNR觀念				
否(參考組)				
是	-0.015	0.028	0.588	-0.031
不知道	-0.118	0.034	0.001	-0.189
曾參加DNR相關課程				
否(參考組)				
是	0.090	0.016	<.0001	0.238
主動對病人或家屬行 DNR 說明				
否(參考組)				
是	0.065	0.019	0.001	0.142
目前能力能適任DNR之說明				
否(參考組)				
是	0.069	0.016	<.0001	0.177
教育程度				
學士(參考組)				
碩士	0.043	0.027	0.109	0.061
博士	-0.109	0.064	0.091	-0.064
執業科別				
內科(參考組)				
外科	-0.048	0.017	0.007	-0.109
婦產科	0.024	0.030	0.416	0.032
兒科	0.002	0.024	0.947	0.003
其他科別	-0.088	0.051	0.083	-0.066
醫院層級				
醫學中心(參考組)				
區域醫院	-0.095	0.016	<.0001	-0.250
地區醫院	-0.077	0.026	0.003	-0.122

N=490 ; R-square : 0.338 ; Adj R-sq : 0.320 ; entry=0.2 ; stay=0.1

表4-12、影響醫師對DNR態度之複迴歸分析

變項	迴歸係數	標準誤	P值	標準化係數
常數	3.880	0.077	<.0001	0.000
未尊重病人仍 CPR 可提法律告訴 錯誤認知(參考組)				
正確認知	-0.081	0.044	0.063	-0.086
末期病患應接受 DNR 予安詳往生 錯誤認知(參考組)				
正確認知	0.124	0.046	0.007	0.116
DNR 說明需由主治醫師進行 錯誤認知(參考組)				
正確認知	-0.103	0.043	0.017	-0.111
違反 DNR 規定處罰緩並得停業 錯誤認知(參考組)				
正確認知	0.092	0.040	0.021	0.103
目前之能力能適任DNR之說明 否(參考組)				
是	0.181	0.040	<.0001	0.207
臨床進行 DNR 推展感到人力缺乏 否(參考組)				
是	0.084	0.037	0.023	0.100
是否有團體可分享DNR經驗 否(參考組)				
是	0.138	0.045	0.002	0.156
不清楚	-0.058	0.044	0.194	-0.065
宗教信仰 佛教(參考組)				
道教	0.142	0.059	0.017	0.129
基督教	0.214	0.079	0.007	0.127
天主教	0.218	0.143	0.128	0.065
無特別信仰	0.098	0.049	0.044	0.116
其他信仰	0.150	0.162	0.352	0.039
醫院層級 醫學中心(參考組)				
區域醫院	0.057	0.042	0.172	0.067
地區醫院	-0.090	0.065	0.165	-0.063

N=489 ; R-square : 0.215 ; Adj R-sq : 0.190 ; entry=0.2 ; stay=0.1

第五章 討論

本研究針對中部地區級以上醫院進行DNR之現況調查，根據醫師問卷填答分析結果，進行重要部份討論，主要分四節，第一節為目前醫院推展DNR之現況；第二節為醫師的認知程度；第三節為醫師認同及配合執行態度；第四節為醫師對 DNR簽署之認知與態度之相關性等。

第一節 目前醫院推展DNR之現況

透過安寧緩和醫療條例立法過程，我國才在DNR醫囑領域裡踏出了第一步。目前因應行政院衛生署之「安寧療護整合性照護納入全民健康保險給付試辦計畫」，各家醫院在全民健保總額支付制度之下已全面思考臨床推展模式；另外，現行醫院評鑑制度亦要求醫療機構跨入安寧緩和醫療服務領域，這也開啟了地區級以上醫院全面推動社區化安寧緩和療護之路（王英偉，2004；邱泰源，2004）。

醫師在醫療團隊中角色極重要，受訪醫院係已全面推展安寧緩和療護及DNR觀念。本研究調查506位臨床執業醫師，有413位（81.6%）表示目前醫院有推展 DNR觀念，僅8.1%表示醫院並未推展，顯示在政府政策引導下對醫院管理者臨床執行方向仍具正面影響。

本研究於進行變異數分析時，發現醫院「有」推展DNR觀念之醫師，其認知程度及態度部份均高於「未」推展醫院之醫師。但在控制相關變項後進行複迴歸分析時，卻呈現不顯著情況，作者推論作答醫師中可能過去曾有參加教育課程，但是目前服務醫院並未推展 DNR觀念，於是進一步分析「醫院是否有推展DNR觀念」與「曾參加DNR相關課程」間相關性，結果發現醫院「有」推展DNR觀念但醫師卻「未

上過課程」的比率為 36.32%，有推展醫院中而未上課的醫師佔所有未上過課醫師比率高達 64.38%，顯示真正影響醫師認知程度及態度之因素為「曾參加DNR相關課程」。

此與過去研究指出醫院管理階層重視程度，與醫師對新政策之認知與接受態度成正相關之結果並不相同（林慶雄，2000）。

第二節 醫師的認知程度

本研究對象共有506位醫師，在年齡部分平均年齡為37.15歲，較趨向年輕醫師作答，此現象在醫學中心回覆問卷中可發現年齡較大之醫師問卷回收率明顯偏低。

認知程度於性別與教育程度上無顯著差異（ $P > 0.05$ ），醫師基本教育程度為大學畢業，在教育程度上屬中上階層，醫學院對生死教育已有初步涉獵，所以醫師教育程度對DNR推行並無顯著相關，此點與護理人員特性分析結果並不相同（詹美珠，2005）。醫院層級分析結果中發現，「醫學中心」其認知程度高於區域醫院，可能與醫學中心教育資源較為豐富，相對能提供教育課程機會較高且較為普遍有關。

本研究醫師對簽署 DNR之相關知識量表中，平均答對題數為8.5題（70.8%），顯示僅七成醫師對DNR具正確認知，此結果與胡文郁等（2001）調查中發現高達八成的醫護人員僅是有點瞭解（69.6%）或是完全不瞭解（13%）安寧緩和醫療條例的內容並不相同。在認知程度最差前三名當中，值得探討的為醫師對「健保IC卡註記DNR」這項政策認知度僅五成，然行政院衛生署於95年開始宣導，並且健保局已將民眾簽署的「DNR意願書」註記入健保IC卡中，當病人就診時，醫師可由IC卡中讀到病人「DNR的意願」，但臨床醫師卻有高達半數並不知道這項訊息，值得衛生主管機關重視。

就醫師個人特性分析發現，年齡愈小其認知程度愈高，並達到統計上意義（ $P < 0.05$ ）；其次主治醫師認知程度低於「住院醫師」，臨床總年資在「5年以下」其認知程度最高（ $P < 0.05$ ），另外，安寧緩和醫療促成與推展僅短短七年時間，許多知識教育傳達並未全面落实到臨床資深醫師身上導致其普遍認知程度有偏低現象；此結果與 Ely（1996）研究中發現，年長醫師較反對改變現有醫療常態，仍慣用過去經驗尋找適合診療方式相同。另外，而行政院衛生署於九十二年九月積極推動「後 SARS 台灣重建--醫療體系再造計畫」，以「建構全人照護之醫療體系」為最終願景，其中提出重整臨床醫師養成訓練之行動計畫，針對九十五年度畢業後醫學生訓練課程中，「醫學倫理與法律」課程時數為 10-14 小時（全部課程時數為 40 小時），而安寧緩和醫療課程則囊括於此部分，所以本研究結果發現「住院醫師」認知程度較高應與此政策具相關性。

研究發現醫師參加 DNR「課程次數」與認知程度成正相關；我國在推展安寧緩和療護過程中，姚建安等（2004）學者不斷強調推展醫療專業人員的「安寧療護」教育及「死亡教育」，而國內無論在醫學、護理院校中都缺乏相關教育課程，醫療機構中也缺乏相關在職教育。傳統的醫學教育只教授生、老、病而獨缺「死」，因此，醫療人員面對死亡會視為醫療的失敗而非生命的自然現象，期望未來藉著安寧療護，可以給醫護人員健康的「死亡教育」。

第三節 醫師認同及配合執行態度

由描述性資料可以發現，醫師對DNR之認同態度平均得分為 4.2 分（滿分為 5 分），普遍呈現正面態度，顯示在醫院全面推廣下醫師多能接受DNR觀念。本研究發現認同度最高的為「病情告知」（4.42 分），此與近年病患意識抬頭且醫策會宣導病人安全觀念下，各家醫院紛紛宣告病人權利與義務有關，醫師已打破傳統封閉式診療模式，而能與病人和家屬共同討論病情與診療計畫等。

另外，醫師對簽署DNR後執行之態度平均得分為3.42分，普遍呈現中立態度，顯示醫師雖然普遍認同DNR觀念但在臨床執行上卻仍持保留態度；本研究發現執行度最差的為「面臨DNR則轉介安寧醫師」（2.97分），表示多數醫師認為DNR說明並非自己責任，此觀念與安寧緩和醫療宣導末期病患應及早提供照護計畫相違背，而此舉將可能導致病患無法提早思考DNR並立下意願書或同意書，造成病患及家屬遺憾。此結果與黃勝堅醫師（2008）於研討會教導「何時談DNR」議題中所提及現況相似，強調醫病間及早溝通達成共識才是對病患最好方式，鼓勵臨床醫師應即時行動。

參加安寧緩和療護教育訓練課程與意願，將會影響醫師日後推展態度，結果顯示曾參加相關課程醫師有 273 位（54%），其中參加次數又以二次為最多，有114位（42.1%）。針對未曾參加過之醫師（233 位）進一步詢問未來參加意願時，有166位（71.2%）表示願意參加。此結果與許煌汶（2005）針對基層醫師參與安寧緩和療護照顧意願相似，顯示多數醫師仍願意面對安寧緩和療護教育訓練，只要提供相關教育活動訊息及時間，將有顯著改善空間。

在臨床推展上感到「人力不足」者達到半數以上，其對醫師配合執行態度達統計上顯著差異（ $P < 0.05$ ）；由於 DNR 執行過程需要採

多次溝通討論方式進行，不僅需要團隊先達成共識，在實際執行面上仍需考量到時機與整個家庭接受度，這點在現行醫院全面精算人力情況下實屬困難，建議醫院可先建立標準程序讓醫療人員熟悉，而政府於未來政策擬定過程時應將此列為考量重點。

本研究發現促進因素中「有同儕團體」可分享經驗醫師，其認同態度顯著高於沒有同儕團體，並達到統計上顯著差異（ $P < 0.05$ ）；此結果與 Kirsti（2005）研究所指出醫師對安寧之信念與同儕支持將有助於醫師持正向態度相符。

另外，臨床上醫師常面臨倫理兩難局面，當病患及家屬意見相左時，醫療團隊須先達成共識後，再舉辦家庭溝通會議共同協調，期望要以病人意願為重，且在簽署相關文件後依其意願執行。而協商過程是需要醫師具備「溝通技巧」後方能克服，當醫院建立完善說明計畫制度後，無疑是給醫師執行上的後盾。在醫院政策面上，當發生倫理議題無法解決時，就需要第三者介入，此時，醫院所設置之「醫事倫理委員會」就必須扮演居中協調角色。

第四節 醫師對DNR簽署之認知與態度之相關性

研究結果發現，醫師所屬醫院是否有推展DNR觀念，並非影響醫師認知與態度之因素，「是否曾參加DNR相關課程」才是主要影響因素，且其認知程度達統計上顯著差異（ $P < 0.05$ ）；而知識的取得最快且有效的方式就是接受教育課程，除了醫學院增設安寧緩和醫療相關課程外，加強臨床安寧緩和醫療在職教育課程應為首要任務，雖然醫院是否有推展DNR觀念不具顯著差異，但政策推展若能受到醫院高層重視，提供相關課程教育機會並給予經費補助，在高階主管帶領下更能影響醫師接受度，一旦具備正確觀念及知識後，對醫師日後臨床執行態度將有所幫助。

在變異數分析中，職稱為「住院醫師」其認知程度最高，但在認同態度上「主治醫師」卻又高於住院醫師，雖然最後在複迴歸分析時兩者均無顯著差異；醫院層級調查中發現，認知程度最高者為「醫學中心」，但在認同態度上「區域醫院」卻高於醫學中心，且達統計上顯著差異（ $P < 0.05$ ）。顯示醫學中心醫師雖然具備較高的知識，但在臨床執行上因有較完善之住院醫師制度協助（醫學中心住院醫師佔比為 30-60%），但區域醫院因招收住院醫師較困難（區域醫院住院醫師佔比為 10-30%），所以多為主治醫師親自診療，而住院醫師臨床經驗與溝通技巧遠不及區域醫院主治醫師，所以才會呈現認知與態度為負相關，此點可作為醫學中心未來推行之參考。

本研究在控制相關變項進行探討認知對態度之影響，發現當醫師認知程度愈高，愈能適任DNR說明，且達統計上顯著差異（ $P < 0.05$ ），說明當醫師具備正確認知後，對臨床溝通執行能力愈正向。其次，當認知程度愈高時若有同儕團體支持則其態度亦愈正向，並達統計上顯著差異（ $P < 0.05$ ），說明同儕團體在機構之重要性。

第六章 結論與建議

本章共分為三節，第一節根據研究結果說明本研究結果之重要結論，第二節提出建議，第三節提出研究限制。

第一節 結論

2006年台灣地區死亡人數為135,071人，其中惡性腫瘤高達37,998人佔首位（行政院衛生署，2007）。安寧緩和醫療是為減輕或免除末期病人之痛苦，施予緩解性、支持性之醫療照護。而在臨終時，維持病人的生活品質與協助病人沒有痛苦的安詳往生，是安寧緩和醫療的重要目標，因此對於接受安寧緩和醫療照顧的病人，臨終時不再給予CPR，尊重病人自主權予安詳往生，DNR便是一個重要的措施。

本研究探討醫師對病患簽署DNR之認知與態度之相關因素，透過問卷方式，針對中部地區醫院醫師進行調查，期望找出其中影響之關鍵因素，提供衛政單位及醫院內部擬訂、推行政策之參考，在兼顧醫療品質及末期病患善終前提下，獲得醫病雙贏局面。

隨著醫療體系逐漸由家長指導制走向病人自主式，醫師身為醫療團隊領導者，對DNR是否具備正確認知及態度將影響到病人醫療品質，研究指出當醫師接受DNR教育訓練課程後，醫師便能建立正確認知與態度，除加強醫學院相關課程教育外，目前更應積極推動臨床在職教育，將安寧緩和醫療觀念藉由組織環境整體力量影響醫師之接受度，同時輔以完善在職教育制度與建立同儕支持團體等方式，讓醫師除建立正確認知外，對臨床推動態度亦能更為正向。唯有如此，醫師對身為團隊領導角色方能更認同，在其積極推動安寧緩和醫療相關政策下，病患才能獲得好的醫療品質。

整體而言，醫院層級、醫師接受DNR教育課程等因素，會直接影響醫師對DNR認知程度，所以應加強這方面的宣導。本研究發現，醫師認知程度及過去經驗會影響到其態度，而其中最大影響因素為「能適任DNR說明」，另外「臨床推展人力不足」也位居第三；對能力適任DNR說明方面，強調的是醫病溝通技巧與能力，除了具備正確認知外，臨床經驗及醫病關係等都會產生影響，而溝通協調是需要時間與人力投注。因此，要有效提升醫師之認知與態度，除教育DNR說明溝通技巧外，更應提供充足人力協助推展。



第二節 建議

一、對衛生主管機關的建議

值得探討的為醫師對「健保IC卡註記DNR」這項政策認知度僅五成，然行政院衛生署於2006年5月開始積極推廣「安寧緩和醫療意願」註記到健保IC卡，且健保局已將民眾簽署的「DNR意願書」註記入健保IC卡，當病人就診時，醫師可由IC卡中讀到病人「DNR的意願」，更能保障病人獲得善終的希望；本研究卻發現臨床醫師竟有高達半數並不知道這項訊息，雖然政策原意很好，但執行者卻無法領受時，應思考執行面是否有困難，這部分期待後續相關學者進一步分析方能確切改善。

品質要求的一致性，不只是專業服務自我要求的特色，對需求者及健康保險付費者而言，亦是重要的評估項目之一。政府在安寧療護設置評量標準上仍趨向於傳統醫療設置之方式，強調硬、軟體醫療服務設置所需的基本標準，建議政策者應省思的是，品質的建立不只在於外部控制機制，也非結構面（structure）的評估即可反映，尚須結合服務過程面（process）與結果（outcome）的不斷回饋分析、改進，方能達品質的一致性及提升之效；本研究調查中發現各院所對政策執行面仍無一致性做法，或許可考量由資源豐沛醫院認養有心推展但執行上有困難之醫院，藉由院際間交流與同儕團體間的互相觀摩學習、建立持續性品質保證機制。

二、對醫療團隊的建議

醫療人員應該努力教育病人及社會大眾，接受死亡是人生過程的觀念，黃曉峰醫師(2007)表示民眾對死亡觀念接受度比醫療人員好，或許醫療人員受傳統教育影響太深，在面對生、老、病、死階段僅就醫療救治過程面思考，仍無法坦然接受病人的死亡並非醫療的失敗，若醫療人員能在末期病人最後的旅程中，成為他們有效的陪伴者，協助病人安詳往生，才是醫療最高境界。

病人得知病情幾乎是來自於醫療人員，如何在恰當時機提供簽署 DNR 意願書，是醫療人員最困難之處，若能將「預立不施行心肺復甦術意願書」列為住院須知中常規告知，不僅能讓民眾提早獲取資訊並面對此議題，對醫療人員而言當其成為文化後，接受度高執行上相對容易許多。



三、對教育單位的建議

根據統計，全球在2020年時將會有一億的老年人口，而台灣地區早在1993年時已邁入高齡化國家，其意涵著安寧療護人口增加。唯今需加強生死教育，以健康態度面對生死課題。

當今已有愈來愈多的大學（尤其醫學院）開設有關於安寧緩和醫療之相關課程。然而這些學校多半以選修課程開設。落實醫學大學院校有關安寧緩和醫療之基礎教育，臨床已建立安寧緩和專科醫師認證制度，並視安寧緩和醫療為醫學領域之一專科，因此，應於醫學教育中列為必修課程，以及早建立學生正確之安寧緩和醫療觀念。

教育訓練是促進安寧療護有效執行的基本要件之一，近幾年來，政府藉由專業人員研修計畫，的確培訓了相當的安寧療護基礎人才。但本研究中發現認知程度高之醫師與臨床認同態度並非成正相關，由此推測知識傳遞對醫師而言是容易的，但要改變其態度與過去經驗卻是困難的，其中最大問題出在「溝通技巧」上，故建議未來在教育課程中應將此議題視為重點，過去將相關課程區分初階、進階等方式，其中對「溝通技巧」訓練往往擺在後段教導，從研究中發現臨床醫師參與相關課程次數多為兩次以下（佔75.3%），能參與到「溝通技巧」訓練課程機會其實是很少的，建議未來在職教育課程初期就應將此列入，同時輔以範例說明應更能領會學習。

四、對後續研究者的建議

受限於法條規定，DNR意願書簽署僅能由20歲以上成年人執行，所以，本研究並未進一步探討兒科醫師在安寧緩和醫療之介入情況。目前國內安寧緩和醫療重點仍以成人之癌症末期病人為主，故建議未來應深入探討癌症末期兒童DNR需求與執行面。

本研究僅先就現階段醫師對DNR認知與態度等進行分析，而臨床上，臨終病患意見為重或家屬意見為重（當兩者不一致時）所牽涉到的兩難常是醫師不願執行DNR的重要因素。另外，當兩難出現時，醫院制度、社會輿論與司法體系能否有效支持醫師亦是重要關鍵。故建議後續研究者可針對此部分進一步探討。



第三節 研究限制

- 一、由於研究經費及時間的限制，本研究只針對中部地區（苗、中、彰、投）地區級以上醫院之醫師作調查，故僅能推論中部地區級以上醫院之醫師對病患簽署DNR之認知與態度及其影響因素，若要外推專科醫院、其它縣市醫院或診所，則有受限的情況。
- 二、本研究以自填式問卷方式進行調查，回覆者可能是對簽署DNR有一定程度的了解，因此未回覆之特性及其對簽署DNR的認知與態度是否與回覆者有不同，則需進一步了解。
- 三、本研究屬橫斷性研究，其中各變項的研究分析結果，僅能就當時結果作評估與推論，無法進一步推測其間因果關係，也無法作為長期性的預測及推論。

參考文獻

一、英文文獻

- Beauchamp, T.L., & Childress, J.F. Principles of biomedical ethics (3rd ed.). New York 1989; Oxford.
- Biegler, P., Should patient consent be required to write a do not resuscitation order? . Journal of Medical Ethics 2003; 29(6): 359-363.
- Blackhall, L. J. Must we always use CPR? New England Journal of Medicine 1987; 317: 1281-1287.
- Choudhry, N.K., Choudhry, S., & Singer, P.A. CPR for patients labeled DNR: The role of the limited aggressive therapy order. Annals of Internal Medicine 2003; 138(1): 65-69.
- Cherniack, E.P. Increasing use of DNR orders in the elderly worldwide: whose choice is it?. Journal of Medical Ethics 2002; 28(5): 303-307.
- Dickinson, G.E., & Mermann, A.C. Death education in U.S. medical schools, 1975-1995. Academic Medicine: Journal of The Association of American Medical Colleges 1996; 71(12):1348-1349.
- Douglas, R., & Brown, H.N. Patients' attitudes toward advance directives. Journal of Nursing Scholarship 2002; 34(1):61-65.
- Efrem, A., David, W.M., Gordon, H. G. Variability in physicians' decisions on caring for chronically ill elderly patients: an international study. CAN MED ASSOC J 1991; 144 (9):1133-1138.
- Eisenberg, J.M. Physician utilization: The state of research about physician's patterns. Medical Care 1985; 23(5): 461-483.
- Ely, J.W., Howser, D.M. Practice pattern during the third stage of labor: the effect of physician age and specialty, The Journal of Family Practice 1996; 43(6:5):542-545.
- Ferrand, E., Rober, R., Ingrand, P., & Lemaire, F. Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey. The Lancet 2001; 357:9-14.

- Fischer, G.S., Tulsy, J.A., Rose, M.R., Siminoff, L.A., & Arnold, R.M. Patient knowledge and physician predictions of treatment preferences after discussion of advance directives. *Journal of General Internal Medicine* 1998;13 (7): 447-454.
- Frank, K.J., & Durlak, J.A. Impact of life factors upon attitudes death. *Omega* 1990; 21(1):41-49.
- Lexchin, J. Improving the appropriateness of physician prescribing. *International Journal of Health Services* 1998; 4(4): 333.
- Levin, B. W. Physicians' Attitudes and Decision Making Regarding the Withdrawal of Life Support, *American Journal of Public Health* 1995;85(3):306-307.
- Matter of Dinnerstein. *North East Rep Second Ser* 1978; 380(30): 134-139.
- McClung, J. A. & Kamer, R. S. Implications of New York's DNR Law. *New England Journal of Medicine* 1990;323: 270-272.
- Melnyk, B. M. Strategies for overcoming barriers in implementing Evidence-based practice. *Pediatric nursing* 2002; 28(2):159-161.
- Norton, S., & Bowers, B. Working toward consensus: providers' strategies to shift patients from curative to palliative treatment choices. *Research In Nursing & Health* 2001;24(4):258-269.
- Robinson, S. P. Basic motivation concepts, *Organizational behavior* (tenth ed). New Jersey 2003; Prentice Hall.
- Shortell, S. M., Jone, R. H., Rademaker, A. W., Gillies, R. R., Dranove, D. S., Hughes, E. F. X., Budetti, P. P. Assess the impact of total quality improvement and organizational culture on multiple outcomes of care for coronary artery bypass graft surgery patients. *Medical Care* 2000; 38(2):207-217.
- Silverman, H.J., Tuma, P., Schaffer, M.H., & Singh, B. Implementation of the Patient Self-Determination Act in a hospital setting. *Archives of Internal Medicine* 1995;155(5):502-510.
- Tomlinson, T., & Brody, H. Ethics and communication in DNR orders. *New England Journal of Medicine* 1998; 318:43-46.

- Wallace, K., Ewer, M. S., Price, K. J., & Feeley, T. W. Outcome and cost implications of cardiopulmonary resuscitation in the medical intensive care unit of a comprehensive cancer center. *Supportive Care in Cancer* 2002; 10(5):425-429.
- Wilkinson, J. Ethical issues in palliative care. In D. Doyle, G. W. C. Hanks, & N. MacDONALD (Eds.), *Oxford textbook of palliative medicine* 1996; 495-504. Great Britain: Butler & Tanner Limited.



二、中文文獻

- 王英偉：安寧療護五年國家發展計畫—政策面第三屆第二次會員大會暨學術研討會大會手冊。台北：台灣安寧緩和醫學學會，2004。
- 王志嘉、楊奕華、邱泰源、羅慶徽、陳聲平：安寧緩和醫療條例有關「不施行，以及終止或撤除心肺復甦術」之法律觀點。台灣家醫誌 2003；13（3）：101-108。
- 王鑫：環境教育及戶外教育活動設計舉例。環境教育季刊 1989；2：63-68。
- 行政院衛生署：預立選擇安寧緩和醫療意願註記健保 IC 卡登錄及宣導簡易說明。2008：<http://www.tho.org.tw>。
- 行政院衛生署：安寧療護整合性照護納入全民健康保險給付試辦計畫。2008：<http://www.nhinb.gov.tw/upfiles/adupload/dwn2226774642.pdf>。
- 吳萬益：企業研究方法。台北：華泰，2005。
- 呂佩佩、陳美伶、鍾昌宏、唐婉如：癌症病患及家屬對不予急救的認知與態度。腫瘤護理雜誌 2004；4（1）：15-22。
- 汪素敏、顧乃平：照顧瀕死病人的倫理考量。國防醫學 2000；31（1）：72-79。
- 杜異珍：台灣中部地區護理人員對照顧瀕死病患之知識態度及其影響因素之探討。榮總護理 1997；14（1）：1-10。
- 李琳、姜安波：無法手術的實質腫瘤及血液癌病患者使用呼吸器的預後及費用分析。台灣醫學會雜誌 1995；94（附冊 2）：120-125。
- 邱泰源：安寧療護五年國家發展計畫—學術層面探討第三屆第二次會員大會暨學術研討會大會手冊。台北：台灣安寧緩和醫學學會，2004。
- 邱世哲：安寧緩和醫療條例對臨床的影響。全民健康保險 2000；27：6-8。
- 林合眾：不施行復甦術病患選擇麻醉與手術時的倫理考量。北市醫學雜誌 2006；3(12)：1155-1167。
- 林慶雄：證據醫學的兩面觀。台灣兒科醫學會雜誌 2000；41（增刊）：78-79。
- 林小玲、蔡欣玲：探討加護護理人員其倫理困境與相關因素。榮總護理 1998；15（4）：363-373。
- 林幸玟：非緩和醫療病房住院醫師對緩和醫療態度之調查。中華民國家庭醫學雜誌 1998；8（4）：203-209。

- 林彥克：醫師對醫療品質的認知與態度之研究-以某醫學中心為例。台灣大學醫療機構管理研究所碩士論文，1996。
- 姚建安、邱泰源、胡文郁、陳慶餘：安寧緩和醫療的知識、態度和臨床技能的探討。安寧療護 2005；10（2）：139-145。
- 姚建安、邱泰源、胡文郁、陳慶餘：安寧緩和醫學教育現況。安寧療護 2004；9（1）：28-43。
- 姚建安：緩和醫療教育。醫學教育 1998；2(4)：79-81。
- 胡文郁、鈕則誠、趙可式：生死學。國立空中大學，2001。
- 胡文郁、邱泰源、呂碧鴻、陳慶餘、謝長堯、陳月枝：醫護人員對「安寧緩和醫療條例」之教育需求。醫學教育 2001；5（1）：21-32。
- 姜安波：重症醫療倫理綜論。內科學誌 1993；4（4）：276。
- 孫孝智：安樂死的倫理省思。哲學雜誌 1997；19：87-109。
- 陳敏銓、姜安波、黃湘萍、蘇連瓔：癌症末期病人照護的倫理議題。臺灣醫界 1997；40(10)：10-14。
- 陳敏俊、姜安波：不予施行心肺復甦術醫囑的相關倫理議題。安寧療護 1996；1（創刊）：33-39。
- 陳榮基：安寧緩和醫療條例立法兩週年感言與期待。蓮花會刊 2002；54：17-18。
- 陳榮基：醫療法規與醫療糾紛；醫學倫理導論。台北：教育部，2000。
- 陳榮基：衛生署推動安寧療護核可 DNR 措施。安寧療護 1997；3：50-51。
- 陳榮基：衛生署推動安寧療護核可 DNR 措施。中華民國安寧照顧基金會會訓 1996；23：14-15。
- 陳聖元：西方心理學名著提要。台北：昭明，1999。
- 陳錦卿：末期癌症患者家屬意識歷程之探討。高雄榮總研究論文輯，1997。
- 陳仁熙、宋基幹、高振益、劉梅英：The Outcome of CPR in Cancer Patients CGMH Experience；陳仁熙（主持人）全國會議。桃園：林口長庚紀念醫院，2002。
- 馮雅芳：加護病房醫護人員對疾病末期病人醫療決策行為意向及其影響因素之研究。國立臺灣大學護理學研究所碩士論文，2002。
- 黃勝堅：病情告知(Truth telling)與不施行心肺復甦術(DNR)之執行。於中國醫藥大學教師培育暨發展中心與生命倫理學會主辦，九十七年度中區中階生命倫理學種子師資培訓工作坊（A場次）。台中：中國醫藥大學，2008。

- 黃勝堅：急重症的安寧緩和照顧。於財團法人中華民國安寧照顧基金會主辦，九十五年度安寧療護入門課程（二）。台中：中國醫藥大學，2006。
- 黃曉峰：末期照顧與安寧療護。於中國醫藥大學教師培育暨發展中心與生命倫理學會主辦，九十七年度中區中階生命倫理學種子師資培訓工作坊（B場次）。台中：中國醫藥大學，2008。
- 黃曉峰：癌末病人的靈性需求與照顧。於財團法人中華民國安寧照顧基金會主辦，九十五年度安寧療護入門課程（二）。台中：中國醫藥大學，2006。
- 黃安邦：社會心理學。台北：五南，1992。
- 莊仲仁、鄭柏璦：安全管理安全態度與意外行為的關係—Fishbein 模式之應用。行政院國科會，1989。
- 許煌汶：雲林地區基層醫師的安寧緩和療護觀點。生死學研究 2005；4：86-116。
- 張春興：張氏心理學辭典。台北：東大，1989。
- 游恆山、李素卿譯：心理學。台北：五南，1999。
- 詹美珠、李淑秋、胡瑞桃：加護病房護理人員對 DNR 態度及其照顧病患相關因素探討。安寧療護 2005；10（3）：272-284。
- 楊克平、杜友蘭：安寧與緩和療護學-概念與實務。台北：偉華，2001。
- 葉重新：心理學。台北：心理，1999。
- 葛樹人：心理測驗學。台北：桂冠，1996。
- 趙可式、王銘賢、陳敏銓、姜安波：醫師對末期癌症病人臨終照顧的倫理取向。行政院衛生署八十六年度委託計劃醫療保健工作研究報告，1997。
- 趙可式：從臨終到遺體照顧藝術。於中華民國護理學會腫瘤護理委員會主辦，穿越生死迷思-生命教育研討會。台北：萬芳醫院，2002。
- 蔡甫昌：生命倫理四原則方法。醫學教育 2000；4(2)：140-154。
- 蔡甫昌、李明濱：當代生命倫理學。醫學教育 2002；6(4)：120-123。
- 賴鈺嘉：心肺復甦術的醫學倫理面面觀。安寧療護 2002；7(4)：328-335。
- 賴和賢、邱泰源、胡文郁、張皓翔、姚建安、陳慶餘：善終服務之文獻複查。安寧療護 2005；10(2)：174-185。
- 鍾聖校：認知心理學。台北：心理，1990。
- 謝慧敏：醫療品質與醫師參與相關性之研究。中正大學企業管理研究所碩士論文，2001。

醫政處：安寧緩和醫療條例部分條文修正案。華總一義字第09100239020號令公布，2002。

醫政處：安寧緩和醫療條例。華總一義字第 9800135080 號令公布，2000。

嚴久元：當代醫事倫理學。台北：橘井，1999。

顧乃平、李從業：預立指示及倫理考量。護理雜誌 2002；49(6)：18-25。



附錄一、安寧緩和醫療條例

中華民國八十九年五月二十三日立法院制定全文十五條
中華民國八十九年六月七日總統公布施行
中華民國九十一年十二月十一日公布修法

中華民國九十一年十二月十一日 華總一義字第09100239020號令公布

第一條 為尊重不可治癒末期病人之醫療意願及保障其權益，特制定本條例；本條例未規定者，適用其他有關法律之規定。

第二條 本條例所稱主管機關：在中央為行政院衛生署；在直轄市為直轄市政府；在縣(市)為縣(市)政府。

第三條 本條例專用名詞定義如下：

- 一、安寧緩和醫療：指為減輕或免除末期病人之痛苦，施予緩解性、支持性之安寧醫療照護，或不施行心肺復甦術。
- 二、末期病人：指罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已不可避免者。
- 三、心肺復甦術：指對臨終、瀕死或無生命徵象之病人，施予氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸或其他救治行為。
- 四、意願人：指立意願書選擇安寧緩和醫療全部或一部之人。

第四條 末期病人得立意願書選擇安寧緩和醫療。前項意願書，至少應載明下列事項，並由意願人簽署：

- 一、意願人之姓名、國民身分證統一編號及住所或居所。
- 二、意願人接受安寧緩和醫療之意願及其內容。
- 三、立意願書之日期。

意願書之簽署，應有具完全行為能力者二人以上在場見證。但實施安寧緩和醫療之醫療機構所屬人員不得為見證人。

第五條 二十歲以上具有完全行為能力之人，得預立意願書。前項意願書，意願人得預立醫療委任代理人，並以書面載明委任意旨，於其無法表達意願時，由代理人代為簽署。

第六條 意願人得隨時自行或由其代理人以書面撤回其意願之意思表示。

第七條 不施行心肺復甦術，應符合下列規定：

- 一、應由二位醫師診斷確為末期病人。
- 二、應有意願人簽署之意願書。但未成年人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。

前項第一款所定醫師，其中一位醫師應具相關專科醫師資格。末期病人意識昏迷或無法清楚表達意願時，第一項第二款之意願書，由其最近親屬出具同意書代替之。但不得與末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願前明示之意思表示相反。前項最近親屬之範圍如下：一、配偶。二、成人直系血親卑親屬。三、父母。四、兄弟姐妹。五、祖父母。六、曾祖父母或三親等旁系血親。七、一親等直系姻親。第三項最近親屬出具同意書，得以一人行之；其最近親屬意思表示不一致時，依前項各款先後定其順序。後順序者已出具同意書時，先順序者如有不同之意思表示，應於不施行心肺復甦術前以書面為之。末期病人符合第一項、第二項規定不施行心肺復甦術之情形時，原施予之心肺復甦術，得予終止或撤除。

第八條 醫師為末期病人實施安寧緩和醫療時，應將治療方針告知病人或其家屬。但病人有明確意思表示欲知病情時，應予告知。

第九條 醫師對末期病人實施安寧緩和醫療時，應將第四條至第八條規定之事項，詳細記載於病歷；意願書或同意書並應連同病歷保存。

第十條 醫師違反第七條規定者，處新臺幣六萬元以上三十萬元以下罰鍰，並得處一個月以上一年以下停業處分或廢止其執業執照。

第十一條 醫師違反第九條規定者，處新臺幣三萬元以上十五萬元以下罰鍰。

第十二條 本條例所定之罰鍰、停業及廢止執業執照，由直轄市、縣（市）主管機關處罰之。

第十三條 依本條例所處之罰鍰，經限期繳納，屆期未繳納者，移送法院強制執行。

第十四條 本條例施行細則，由中央主管機關定之。

第十五條 本條例自公布日施行。



附錄二、醫師問卷

親愛的醫師，您好：

這是一份針對簽署「拒絕臨終急救」(Do Not Resuscitate, DNR) 的研究，主要目的在於了解國內醫師對病患簽署 DNR 的看法。以作為今後推展安寧緩和醫療之重要參考。為了使本研究能更精確呈現醫師在醫院現況執行專業的重要角色，因此您的填答至為重要，敬請您務必撥冗填答本問卷。您的填答僅做整體統計分析，不個別披露，敬請安心作答，如果您有任何問題，請與我們聯絡。謝謝。

中國醫藥大學醫務管理學研究所

指導教授：蔡文正 教授

研究生：彭文珍 敬上

聯絡人：彭文珍 mail:sbr0933@yahoo.com.tw 電話：04-22053366 轉 6302

【一】工作及相關教育訓練

- 一. 您目前服務醫院是否有推展 DNR 觀念：1. 有 2. 沒有 3. 不知道
- 二. 在您工作當中是否曾參加過 DNR 的相關訓練課程：
 1. 是(次數為：① 一次 ② 二次 ③ 三次(含)以上)
 2. 否(若未來有機會，您是否願意接受此課程：① 是 ② 否 ③ 不確定)
- 三. 您是否會抗拒或排斥對病人或家屬進行 DNR 之說明：1. 是 2. 否
- 四. 在您的工作經驗中是否曾經主動對病人或家屬進行 DNR 之說明經驗：1. 有 2. 沒有
- 五. 依您目前之能力您是否能適任 DNR 之說明 1. 足夠 2. 仍有困難
- 六. 您是否曾面臨不知如何處理病人或家屬對 DNR 之情緒反應：1. 有 2. 沒有
- 七. 您對臨床進行 DNR 推展是否感到人力缺乏 1. 有 2. 沒有
- 八. 您目前服務機構是否有同儕團體可分享 DNR 經驗：1. 有 2. 沒有 3. 不清楚
- 九. 您是否曾經歷過醫療糾紛事件：1. 有 2. 沒有

【二】簽署 DNR 之相關認知

說明：請就您實際的狀況來回答，當您無法確定答案對或錯時，則勾不知道。

		是	不是	不知道
1.	立法院於 2000 年通過「安寧緩和醫療條例」，賦予末期病人的自主權，可以明白宣示 DNR 的要求，醫師可以不再給予急救措施	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	2002 年通過「安寧緩和醫療條例」部分條文修正案，明訂醫師在末期或瀕死病患自主意願下，可終止或撤除醫療維生措施，讓病患自然死亡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	不施行心肺復甦術，應由二位醫師診斷確為末期病人，其中一位醫師應具相關專科醫師資格	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	目前醫療人員可藉由健保 IC 卡知道病人是否簽署「DNR」	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	對急性狀況(如車禍病人)因非屬「末期病人」，縱使已有 IC 卡 DNR 之註記，還是要盡力搶救	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	如果醫師未能尊重病人 DNR 的意願，仍舊給予 CPR，則家屬可提出法律告訴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	醫師診治末期病人時，如果病人或家屬有表示要 DNR，應協助其簽署合法的意願書或同意書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	末期病患不應施行心肺復甦術，而應接受病人「拒絕臨終急救」(Do Not Resuscitate, DNR) 的要求，讓末期病人回歸自然死，安詳往生	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	DNR 說明需由主治醫師進行	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	末期病人簽署 DNR 後，代表醫師對病人不予任何醫療處置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	病人簽署 DNR 後，不須再花時間進行醫療團隊與家屬間之溝通	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	醫師違反「不施行心肺復甦術」之相關規定，處六萬元以上三十萬元以下罰鍰，並得處一個月以上一年以下停業處分或廢止其執業執照	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【三】對病人簽署 DNR 之認同態度		非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意
說明：以下態度區分五個等級，由非常同意(5分)、同意(4分)、普通(3分)、不同意(2分)、非常不同意(1分)，請就您同意程度勾選。						
1.	醫療人員應該誠實且詳細告知病人癌末病情	<input type="checkbox"/>				
2.	病人有權知道他們的診斷、預後以及治療情形，包括可以選擇的醫療方式和可能發生的危險等	<input type="checkbox"/>				
3.	當醫師診治為末期病人時，對於預後不佳之病患應提出安寧緩和醫療概念	<input type="checkbox"/>				
4.	當病人簽署 DNR 後，我認為尊重病人的自主權是很重要的	<input type="checkbox"/>				
5.	我會尊重病人的意願執行，且不會因為其他任何因素而改變	<input type="checkbox"/>				
6.	關於「簽署 DNR」的問題，我很願意去面對及處理	<input type="checkbox"/>				
7.	即使會花費許多時間與精力，我仍然願意提供關於「簽署 DNR」相關訊息	<input type="checkbox"/>				

【四】對病人簽署 DNR 後執行之態度傾向		非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意
說明：以下態度區分五個等級，由非常同意(1分)、同意(2分)、普通(3分)、不同意(4分)、非常不同意(5分)，請就您同意程度勾選。						
1.	當病人或家屬主動提出簽署 DNR 後，表示不需再積極進行臨床醫療處置	<input type="checkbox"/>				
2.	當病人簽署 DNR 後，我通常會減少探視次數與時間	<input type="checkbox"/>				
3.	臨床只要面臨 DNR 說明，我會馬上轉介給安寧緩和專科醫師來進行	<input type="checkbox"/>				
4.	當病人簽署 DNR 後，家屬仍要求急救時，為免除醫療糾紛產生我認為不應執行急救措施	<input type="checkbox"/>				
5.	現醫院納入個別總額之後，會影響您面對 DNR 之態度	<input type="checkbox"/>				

【五】個人臨床經歷

一. 您是否曾面臨病人已簽署DNR之實際經驗：1. 否(請直接跳答【五】個人基本資料)

2. 是(針對上述病人臨終時，您的處置方式多數為：

① 依照 DNR 不予急救 ② 多數不予急救 ③ 少數不予急救 ④ 仍然予急救)

【六】個人基本資料

一. 您的出生年份為：民國_____年

二. 性別：1. 男 2. 女

三. 教育程度：您最高的教育程度為：1. 大學 2. 碩士 3. 博士

四. 執業科別：1. 內科 2. 外科 3. 婦產科 4. 小兒科 5. 其他(請說明)_____

五. 職稱：1. 主治醫師 2. 總醫師 3. 住院醫師

六. 宗教信仰：1. 佛教 2. 道教 3. 基督教 4. 天主教 5. 無特殊信仰 6. 其他(請說明)_____

七. 臨床總年資：_____年(請自擔任第一年住院醫師起算)

八. 醫院層級：1. 醫學中心 2. 區域醫院 3. 地區醫院

附錄三、預立選擇安寧緩和醫療意願書

請將本意願書資料鍵入本人健保 IC 卡註記欄位(同意者請於打✓)

本人 若罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，而且病程進展至死亡已屬不可避免，願依安寧緩和醫療條例第四條、第五條及第七條第一項第二款之規定，作如下之選擇：

- 一、願意接受緩解性、支持性之醫療照護。
- 二、願意在臨終或無生命徵象時，不施行心肺復甦術（包括氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸或其他救治行為）。

◎立意願人(簽名)： 性別： 年齡： 歲

國民身分證統一編號： 電話：

出生年月日：西元 年 月 日

住(居)所： 縣市 區鎮市鄉 里村 鄰
路街 段 巷 弄 號 樓

◎在場見證人(一)： (簽名) 關係：

國民身分證統一編號： 電話：

出生年月日：西元 年 月 日

住(居)所：

◎在場見證人(二)： (簽名) 關係：

國民身分證統一編號： 電話：

出生年月日：西元 年 月 日

住(居)所：

填寫日期：中華民國 年 月 日

【附註】

※ 簽立「預立選擇安寧緩和醫療意願書」安寧緩和醫療條例相關規定：

1. 安寧緩和醫療條例第四條：

『末期病人得立意願書選擇安寧緩和醫療。前項意願書，至少應載明下列事項，並由意願人簽署：

一、意願人之姓名、國民身分證統一編號及住所或居所。

二、意願人接受安寧緩和醫療之意願及其內容。

三、立意願書之日期。

意願書之簽署，應有具完全行為能力者二人以上在場見證。但實施安寧緩和醫療之醫療機構所屬人員不得為見證人。』

2. 安寧緩和醫療條例第五條：

『二十歲以上具有完全行為能力之人，得預立意願書。前項意願書，意願人得預立醫療委任代理人，並以書面

載明委任意旨，於其無法表達意願時，由代理人代為簽署。』

3. 安寧緩和醫療條例第七條第一項第一款及第二款本文：『不施行心肺復甦術，應符合下列規定：

一、應由二位醫師診斷確為末期病人

二、應有意願人簽署之意願書。』

※ 第一聯(正本)：本聯由意願書簽立人簽妥後請逕寄「台灣安寧照顧協會」收件、彙整。以傳真或電子郵件寄送者均屬無效。(收件地址：25160 台北縣淡水鎮民生路 45 號，電話：02-28081585，網址：www.tho.org.tw)

※ 宣導單位請在此處核章(內容包括：單位名稱、地址、電話)

附錄四、預立醫療委任代理人委任書

茲委任_____為醫療委任代理人，當本人罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且病程進展至死亡已屬不可避免而本人無法表達意願時，同意由委任代理人依安寧緩和醫療條例第五條第二項之規定，代為簽署『選擇安寧緩和醫療意願書』或『不施行心肺復甦術意願書』。

立意願人：

簽名：_____ 國民身分證統一編號：_____

住（居）所：_____ 電話：_____

委任代理人：

簽名：_____ 國民身分證統一編號：_____

住（居）所：_____ 電話：_____

後補委任代理人（一）：

簽名：_____ 國民身分證統一編號：_____

住（居）所：_____ 電話：_____

後補委任代理人（二）：

簽名：_____ 國民身分證統一編號：_____

住（居）所：_____ 電話：_____

中 華 民 國_____年_____月_____日

附註：

1.安寧緩和醫療條例第五條規定：

『二十歲以上具有完全行為能力之人，得預立意願書。

前項意願書，意願人得預立醫療委任代理人，並以書面載明委任意旨，於其無法表達意願時，由代理人代為簽署。』

2.當委任代理人因故無法代為簽署選擇安寧緩和醫療意願書時，後補代理人得依序代理之。

附錄五、預立不施行心肺復甦術意願書

本人 _____ 若罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，而且病程進展至死亡已屬不可避免，特依安寧緩和醫療條例第四條、第五條及第七條第一項第二款之規定，選擇在臨終或無生命徵象時，不施行心肺復甦術（包括氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸或其他救治行為）。

立意願人：

簽名：_____ 國民身分證統一編號：_____

住（居）所：_____ 電話：_____

在場見證人（一）：

簽名：_____ 國民身分證統一編號：_____

住（居）所：_____ 電話：_____

在場見證人（二）：

簽名：_____ 國民身分證統一編號：_____

住（居）所：_____ 電話：_____

中華民國_____年_____月_____日

附註：

1.安寧緩和醫療條例第四條規定：『末期病人得立意願書選擇安寧緩和醫療。

前項意願書，至少應載明下列事項，並由意願人簽署：

- 一、意願人之姓名、國民身分證統一編號及住所或居所。
- 二、意願人接受安寧緩和醫療之意願及其內容。
- 三、立意願書之日期。

意願書之簽署，應有具完全行為能力者二人以上在場見證。但實施安寧緩和醫療之醫療機構所屬人員不得為見證人。』

2.安寧緩和醫療條例第五條規定：

『二十歲以上具有完全行為能力之人，得預立意願書。

前項意願書，意願人得預立醫療委任代理人，並以書面載明委任意旨，於其無法表達意願時，由代理人代為簽署。』

3.安寧緩和醫療條例第七條規定：

『不施行心肺復甦術，應符合下列規定：

- 一、應由二位醫師診斷確為末期病人
- 二、應有意願人簽署之意願書。但未成年人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。

前項第一款所定醫師，其中一位醫師應具相關專科醫師資格。

前項第一款所定醫師，其中一位醫師應具相關專科醫師資格。

具同意書代替之。但不得與末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願前明示之意思表示相反。

前項最近親屬之範圍如下：

- 一、配偶。
- 二、成人直系血親卑親屬。
- 三、父母。
- 四、兄弟姐妹。
- 五、祖父母。
- 六、曾祖父母或三親等旁系血親。
- 七、一親等直系姻親。

第三項最近親屬出具同意書，得以一人行之；其最近親屬意思表示不一致時，依前項各款先後定其順序。後順序者已出具同意書時，先順序者如有不同之意思表示，應於安寧緩和醫療實施前以書面為之。』

附錄六、選擇安寧緩和醫療意願書

本人 _____ 因罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，而且病程進展至死亡已屬不可避免，特依安寧緩和醫療條例第四條、第五條及第七條第一項第二款之規定，作如下之選擇：

- 一、願意接受緩解性、支持性之醫療照護。
- 二、願意在臨終或無生命徵象時，不施行心肺復甦術（包括氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸或其他救治行為）。

立意願人：

簽名：_____ 國民身分證統一編號：_____
住(居)所：_____ 電話：_____

在場見證人(一)：

簽名：_____ 國民身分證統一編號：_____
住(居)所：_____ 電話：_____

在場見證人(二)：

簽名：_____ 國民身分證統一編號：_____
住(居)所：_____ 電話：_____

法定代理人：（本人為未成年人時，法定代理人請簽署本欄）：

簽名：_____ 國民身分證統一編號：_____
住(居)所：_____ 電話：_____

醫療委任代理人：（由預立醫療委任代理人代為簽署時，請簽署本欄）

簽名：_____ 國民身分證統一編號：_____
住(居)所：_____ 電話：_____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

附註：

1.安寧緩和醫療條例第四條規定：

『 末期病人得立意願書選擇安寧緩和醫療。

前項意願書，至少應載明下列事項，並由意願人簽署：

- 一、意願人之姓名、國民身分證統一編號及住所或居所。
- 二、意願人接受安寧緩和醫療之意願及其內容。
- 三、立意願書之日期。

意願書之簽署，應有具完全行為能力者二人以上在場見證。但實施安寧緩和醫療之醫療機構所屬人員不得為見證人。』

2.安寧緩和醫療條例第五條規定：

『 二十歲以上具有完全行為能力之人，得預立意願書。

前項意願書，意願人得預立醫療委任代理人，並以書面載明委任意旨，於其無法表達意願時，由代理人代為簽署。』

3.安寧緩和醫療條例第七條規定：

『 不施行心肺復甦術，應符合下列規定：

- 一、應由二位醫師診斷確為末期病人
 - 二、應有意願人簽署之意願書。但未成年人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。前項第一款所定醫師，其中一位醫師應具相關專科醫師資格。末期病人意識昏迷或無法清楚表達意願時，第一項第二款之意願書，由其最近親屬出具同意書代替之。但不得與末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願前明示之意思表示相反。
- 前項最近親屬之範圍如下：
- 一、配偶。
 - 二、成人直系血親卑親屬。
 - 三、父母。
 - 四、兄弟姐妹。
 - 五、祖父母。
 - 六、曾祖父母或三親等旁系血親。
 - 七、一親等直系姻親。

第三項最近親屬出具同意書，得以一人行之；其最近親屬意思表示不一致時，依前項各款先後定其順序。後順序者已出具同意書時，先順序者如有不同之意思表示，應於安寧緩和醫療實施前以書面為之。』

附錄七、不施行心肺復甦術意願書

本人 _____ 因罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，而且病程進展至死亡已屬不可避免，特依安寧緩和醫療條例第四條、第五條及第七條第一項第二款之規定，選擇在臨終或無生命徵象時，不施行心肺復甦術（包括氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸或其他救治行為）。

立意願人：

簽名：_____ 國民身分證統一編號：_____
住（居）所：_____ 電話：_____

在場見證人（一）：

簽名：_____ 國民身分證統一編號：_____
住（居）所：_____ 電話：_____

在場見證人（二）：

簽名：_____ 國民身分證統一編號：_____
住（居）所：_____ 電話：_____

法定代理人：（本人為未成年人時，法定代理人請簽署本欄）：

簽名：_____ 國民身分證統一編號：_____
住（居）所：_____ 電話：_____

醫療委任代理人：（由預立醫療委任代理人代為簽署時，請簽署本欄）：

簽名：_____ 國民身分證統一編號：_____
住（居）所：_____ 電話：_____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

附註：

1.安寧緩和醫療條例第四條規定：

『 末期病人得立意願書選擇安寧緩和醫療。

前項意願書，至少應載明下列事項，並由意願人簽署：

- 一、意願人之姓名、國民身分證統一編號及住所或居所。
- 二、意願人接受安寧緩和醫療之意願及其內容。
- 三、立意願書之日期。

意願書之簽署，應有具完全行為能力者二人以上在場見證。但實施安寧緩和醫療之醫療機構所屬人員不得為見證人。』

2.安寧緩和醫療條例第五條規定：

『 二十歲以上具有完全行為能力之人，得預立意願書。

前項意願書，意願人得預立醫療委任代理人，並以書面載明委任意旨，於其無法表達意願時，由代理人代為簽署。』

3.安寧緩和醫療條例第七條規定：

『 不施行心肺復甦術，應符合下列規定：

- 一、應由二位醫師診斷確為末期病人
- 二、應有意願人簽署之意願書。但未成年人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。

前項第一款所定醫師，其中一位醫師應具相關專科醫師資格。

前項第一款所定醫師，其中一位醫師應具相關專科醫師資格。

具同意書代替之。但不得與末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願前明示之意思表示相反。

前項最近親屬之範圍如下：

- 一、配偶。
- 二、成人直系血親卑親屬。
- 三、父母。
- 四、兄弟姐妹。
- 五、祖父母。
- 六、曾祖父母或三親等旁系血親。
- 七、一親等直系姻親。

第三項最近親屬出具同意書，得以一人行之；其最近親屬意思表示不一致時，依前項各款先後定其順序。後順序者已出具同意書時，先順序者如有不同之意思表示，應於安寧緩和醫療實施前以書面為之。』

附錄八、不施行心肺復甦術同意書

本人 _____ 因罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，而且病程進展至死亡已屬不可避免，茲因病人已意識昏迷或無法清楚表達意願，乃由同意人依安寧緩和醫療條例第七條第三項之規定，同意在臨終或無生命徵象時，不施行心肺復甦術（包括氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸或其他救治行為）。

同意人：

簽名：_____ 國民身分證統一編號：_____

住（居）所：_____ 電話：_____

與病人之關係：_____

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

附註：

安寧緩和醫療條例第七條規定：

『不施行心肺復甦術，應符合下列規定：

- 一、應由二位醫師診斷確為末期病人
- 二、應有意願人簽署之意願書。但未成年人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。

前項第一款所定醫師，其中一位醫師應具相關專科醫師資格。

前項第一款所定醫師，其中一位醫師應具相關專科醫師資格。

具同意書代替之。但不得與末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願前明示之意思表示相反。

前項最近親屬之範圍如下：

- 一、配偶。
- 二、成人直系血親卑親屬。
- 三、父母。
- 四、兄弟姐妹。
- 五、祖父母。
- 六、曾祖父母或三親等旁系血親。
- 七、一親等直系姻親。

第三項最近親屬出具同意書，得以一人行之；其最近親屬意思表示不一致時，依前項各款先後定其順序。後順序者已出具同意書時，先順序者如有不同之意思表示，應於安寧緩和醫療實施前以書面為之。』