

【原著】

華人傳統文化對國人善終選擇之影響

林家穗¹ 王枝燦² 賴維淑³

摘要

本研究探討華人傳統文化對國人善終選擇之影響，採橫斷式調查研究，以通過專家審查之自擬式「善終選擇」問卷為研究工具，將「善終選擇」問卷分為個人基本資料、文化影響因素（分為三個子構面：傳統文化規範、親情倫理以及醫療價值）、善終選擇三大部分，於 2015-2016 年以國內大於 20 歲以上成人為對象，以便利抽樣法共發放 1,200 份，回收 1,080 份問卷，有效問卷為 1,029 份，有效樣本回收率為 85.75%。研究結果發現，傳統文化規範、親情倫理以及醫療價值觀等文化影響因素，受其他背景變項所影響；另背景變項以性別、年齡、教育程度、宗教信仰、族群、職業、居住地區在個人的善終選擇上有顯著差異；而傳統文化規範、親情倫理以及醫療價值觀等文化因素，對於善終選擇具預測力。根據本研究之結果，可供醫護與安寧工作人員相關教育建議，作為後續生死教育、臨床照護以及研究參考。

（安寧療護 2020：24：1：1-）

關鍵詞：善終選擇、喪葬儀俗、安寧療護、華人文化

¹ 國立成功大學附設醫院、² 南華大學生死學系、³ 國立成功大學醫學院護理學系

通訊作者：王枝燦

地址：62249 嘉義縣大林鎮南華路一段 55 號

電話：05-272-1001 轉 56233

傳真：05-2427143

E-mail：wang.chihtsan@gmail.com

前言

生死乃為人生大事，隨著醫療科技進步，國人的平均壽命延長，生命品質與能否善終成為重要的生命議題。我國於 2000 年三讀通過「安寧緩和醫療條例」，同年 6 月 7 日公布實施，其中「不施行心肺復甦術」及「接受安寧緩和醫療」屬於醫療預立指示的一部分，民眾可以事先簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」、「醫療委任代理人委任書」，當個人面臨疾病無法治癒、死亡不可避免時，可自主決定是否接受心肺復甦術與無效醫療維生系統延緩瀕死期⁽¹⁾。此外，台灣於 2015 年 12 月則通過「病人自主權利法」，主要是為了確保個人善終自主權，經與家人以及專業醫療團隊的溝通，可以完成「預立醫療決定」書，決定未來是否接受醫療措施而延長生命，另也可以選擇醫療委任代理人，確保自己在意識不清的狀況之下，保障自己的意志被執行，實現善終的願望，此法預計於 2019 年 1 月 6 日實施⁽²⁻⁴⁾。然而，雖然目前政府大力推廣安寧療護至今已近 20 年，但仍有多數人認為選擇安寧療護等同放棄治療之迷思。根據衛生福利部健康保險署資料統計，截至 2018 年六月底止，累計僅有 54 萬人次（約占整體 2.3%）成年民眾，將「不施行心肺復甦術」（Do not resuscitate; DNR）意願註記於健

保卡。但是，即便簽署了 DNR，臨床照護中，許多人在面臨家人生死關頭時，仍因親情不捨而違背病人意願選擇無效醫療⁽⁵⁻⁶⁾，值得進一步探討影響因素為何。本研究目的為（一）探討國人善終選擇的現況；（二）分析文化相關因素如何影響個人善終選擇。

善終的意義與善終選擇

從古至今，生死信仰是人們所追尋的生存條件以及存在意義，是集體共有的文化意識與精神生活，更是亙古不變的傳統，死亡本身一直是一個神祕並且禁忌的話題，在《書經·洪範篇》中的人生五福之說為：一長壽、二富貴、三康寧、四好德、五善終，「善終」是面臨命終時，沒有遭到橫禍，身體沒有病痛，心裡沒有罣礙和煩惱，安詳而且自在地離開人間⁽⁷⁾。由上述可知善終為人生最後一大事，善生善死，必須死的從容以及安詳，這乃是我國文化中的一種善終希望⁽⁸⁻¹⁰⁾。

人一出生就是朝著死亡前進，面對死亡的態度與方式，會因為社會變遷以及醫療的進步而產生不一樣的轉變，美國國家醫學院生命末期照顧委員會（Committee on End-of-Life Care of the Institute of Medicine）於 1997 年提出善終的定義為：「根據病人或家屬的期望，並符合臨床、

文化或倫理的標準，使病人、家屬及照顧者皆免於遭受能避免之窘迫與痛苦」⁽¹¹⁾。人一旦呼吸停止，接踵而來的即是心跳停止、即刻死亡，大多數瀕死者身邊都是有家人陪伴著，到生命的末期，無論個體是自主選擇了積極救治到底或是採取安寧療護，均為個人善終的選擇⁽¹²⁻¹⁴⁾。趙可式（1997）文中提到「Weisman（1974）曾說：好死判定者只有病人自己」⁽¹⁵⁾。綜合上述，善終選擇意指根據病人自身主觀的期望，所做出的末期醫療取向與死後安排的選擇。

綜合上述，基於古籍經典、醫療面向以及生命倫理考量，本研究善終選擇的定義，以個人自身主觀認定為主，是一種主觀的感受，但亦會受到諸多外在相關因素而影響個人的善終與否。

影響善終選擇之相關因素

人口學變項相關因素

依據衛生福利部安寧緩和醫療及器官捐贈意願資料系統統計來看，如就年齡、性別以及居住區域這三項人口學變項因素來看，2018年五月底國人中累計有54萬的成年民眾，將DNR意願註記於健保卡上。另經由衛服部截至2015年底統計其中女性註記占六成，男性占四成，顯示成年女性的註記意願遠高於男性；在各縣市的註記

比例上，又以臺北市、嘉義市、新北市、基隆市及宜蘭縣等地相對較國內整體的平均DNR註記率高^(5,16)。國外有數篇研究針對指出黑人簽署DNR的簽署率比白人高⁽¹⁷⁻¹⁹⁾。另外也有其他學者研究發現年長者、女性以及教育程度高中以上者，有較高的簽署率⁽¹⁸⁻²⁰⁾。此外，另有兩篇針對DNR和好死（good death）之相關研究中提到年齡、宗教信仰及教育程度會影響個人對善終的選擇⁽²¹⁻²²⁾。

綜合前述，由衛生福利部統計數據以及其他相關研究顯示性別、年齡、教育程度、族群以及居住地區的差異，會影響個體的生死觀念及其善終選擇。

傳統文化規範

由歷史所傳承下來的思想、風俗、藝術、制度等匯集內化為一群體的共同享有體系，會對於個體的行為、道德上具約束力，統稱為傳統文化規範⁽²³⁾。

從古至今，國人對死亡之事有諸多禁忌跟習俗，例如：傳統民俗於農曆七月或臘月（農曆十二月）禁忌辦理喪事。習俗裡農曆七月一日為鬼門開，會有許多孤魂野鬼上來到人間討食，所以每年在台灣各地都會舉辦各式各樣的祭典供奉眾「好兄弟」，假使在期間舉行葬禮，則可能引來孤魂野鬼爭搶食用祭祀供品，為了要避免鬼煞，所以禁忌在七月內殯葬⁽²⁴⁻²⁵⁾。另有一

現象，台灣早年農業社會時期，一年之中皆忙於農務，直至秋收結束後進入冬藏，到了臘月才有比較多餘的閒暇時間，同時也是準備迎接新年的到來以及祭典，感謝神明一年來的保佑以及請求來年的豐收，假使在此時辦理喪葬事宜，則有觸霉頭及不吉利之意⁽²⁴⁻²⁵⁾。

基於上述習俗禁忌，在研究者個人在臨床實務工作上也常會遇到有家屬醫護人員以維生醫療設施要求將其家人的生命延長以度過農曆七月或臘月；此外，民間習俗中的「擇日」，此習俗讓許多人相信看好時辰讓臨終者離世，並且擇日行斂、殯、葬，可趨吉避凶以及庇蔭後代子孫。前述習俗與殯葬習俗中的「留三頓」有相似之處，「留三頓」意旨死者在清晨用早飯前離世的時間最佳，可以替子孫留好三餐飯，但如果是在晚飯後斷氣，則有帶走三餐之意，後世子孫就會淪為乞丐⁽²⁵⁻²⁶⁾。由此可見，死亡時間受傳統文化影響甚深，成爲一種文化的內在行爲規範，並攸關末期醫療的選擇，影響病人的善終。

早年的喪禁忌中，有著在外地往生而不得入庄之規定，正所謂「冷喪不入庄」，舊有習俗裡認爲人們在外地死亡，靈魂無法返家，所以造就了留一口氣返家之習俗，這樣才符合「壽終正寢」之意，這意旨臨終者於家中正廳神明的庇佑以及親友陪伴下，在家裡安詳的過世^(25,27)。這對應

了禮記喪禮以及徐福全教授（1994）曾提過於家中死亡則是「好死」（good death），如果是因爲其他不可抗拒因素死在其他地方，則是「惡死」（bad death）⁽²⁸⁾。台灣民俗相信若病人爲「惡死」，當遺體運入自宅時，門神會阻擋靈魂返家，靈魂會在外飄盪，因此習俗上認爲在家裡嚥下最後一口氣，靈魂才不會在外飄盪。這類習俗起因於早年醫療的不發達，社會中傳染病橫行，村莊內的老一輩擔心往生者爲得傳染病而死亡，所以禁止往生者遺體進入莊內，以免將傳染病傳染給他人，但現在因爲醫療的發達，而且醫療院所可以開立死亡診斷證明，死因清楚，左鄰右舍亦可接受，現在也可以選擇讓臨終者戴氧氣面罩回家，只要病人氧氣面罩不拔除，或者是在死者要進入門前，由家人端水請死者喝，都等同尙未死亡，可以入庄，不致遭受門神阻擋靈魂返家，靈魂不會在外飄盪，這包含了落葉歸根的意思，「留一口氣返家」之意由此而來⁽²⁵⁻²⁷⁾。

綜合上述，死亡的傳統文化包括死亡時間以及往生地點，雖現今已邁入現代化社會。然而過往傳統文化規範的內在的影響力仍代代相傳，在現代社會中亦未完全消失與不見。現今社會中同時並存老中青的不同世代成員，傳統文化規範在同一社會中的不同背景成員身上也會有著不同的影響，亦影響到個人的善終選擇。

親情倫理之影響

在社會生活中，人基於血緣及情感而產生的價值與行為判斷準則，統稱親情倫理。

台灣文化中涉及死亡文化規範與習俗，常因親情考量而影響死前的選擇以及死後的安排，親情倫理會影響善終選擇⁽²⁹⁾。在善終選擇上，文化內涵也常會與國人的親情倫理考量有關，例如：是否積極救治、養老送終、祈福禱告及舒適的離世等。其中積極救治除了不捨以外，有的是為了要讓在世者見瀕死者最後一面而採取醫療措施延長時間，有的則是因其他家族制度而採取禱告祈福或誦經而幫助往生者安詳的離去等。這對應了李、鄭以及黃等人（2015）研究中提到國人深受儒、釋、道文化所影響，在家族傳統的制度之下，華人凡事都以家族利益或感受為優先做考量，親情占了重要的因素，影響醫療與死後安排之選擇⁽³⁰⁾。

醫療價值的選擇

價值觀為文化組成的要素之一，是個體受社會影響，價值觀是一種內在因素，使個人在行為傾向上而有所依歸⁽²³⁾。此部分醫療價值意指國人自身在醫療上是否傾向積極救治的價值觀念，此部分會受到社會變遷與不同個體自身價值觀念有所差

異。王淑如（2015）研究中提到受過生死教育或醫護背景人員對安寧的觀念較容易接受，對醫療的救治從傳統以救命為首要，近期傾向關注醫療對生命品質之影響而做出權衡⁽³¹⁾。

根據前述文獻之回溯，從中可知不同背景變項、文化影響因素（傳統文化規範、親情倫理以及醫療價值）攸關善終選擇。

研究材料與方法

研究方法與目的

本研究採橫斷式研究，以自擬式「善終選擇」問卷研究調查。研究目的主要探討國人善終選擇的現況以及分析文化相關因素如何影響善終選擇。

研究對象與抽樣

本研究對象為國內二十歲以上成人，分別分為北部、中部、南部及東部，發放問卷調查，受試者可自行決定是否參與本研究。本研究採 PPS（Probability-Proportional-to-Size Sampling）抽樣方式，以機率與個體的大小成比例的抽樣，按概率比例抽樣，每個抽樣單位被抽到的機率相同，此方法可提高樣本的代表性⁽³²⁾。經計算台灣北部、中部、南部及東部各縣市人口比例，北部（臺北市、新北市、基隆市、宜蘭縣、桃園市、新竹縣及新竹市）

人口比例 45%、中部（苗栗縣、臺中市、彰化縣、南投縣及雲林縣）人口比例 24%、南部（嘉義縣、嘉義市、臺南市、高雄市、屏東縣及澎湖縣）人口比例 28%，以及東部（花蓮縣及臺東縣）人口比例 2.5%。依此分布比例抽取北部 541 人、中部 294 人、南部 335 人，東部 30 人，合計抽取 1,200 人為樣本。

繼之，本問卷以便利抽樣（convenience sampling），採郵寄紙本方式，委託非營利組織人員協助發放問卷，民眾可依自由意願是否願意參與填寫。實際發放數為 1,200 份，回收 1,080 份問卷，扣除答題不全、遺漏值的資料或明顯反應心向（答案全部一樣）問卷，有效問卷為 1,029 份，有效樣本回收率為 85.75%。見表一。

表一 分區類型區域全國人口分區比例配額抽取人數一覽表

地區	人口總數 (2015 年 9 月)	依比例配額抽取人數	依比例配額 抽取人數	實際回收人數
北部	9,762,896	45%	541	474
中部	5,291,834	24%	294	239
南部	6,026,002	28%	335	286
東部	554,936	2.5%	30	30
總計	21,635,668	100%	1,200	1,029

研究工具

由於缺乏華人傳統文化對國人善終選擇之相關現存量表可使用，本研究依文獻查證及邀集相關臨床實務、生死學以及殯葬禮俗等專家，完成自擬式「善終選擇」問卷，共分成三大部分：「基本資料」、「文化影響因素」與「善終選擇」。(一)「基本資料」含性別、年齡以及教育程度等人口學背景。(二)其中文化影響因素又分為三個子構面，分別為「傳統文化規範」、「親情倫理」以及「醫療價值」。

「傳統文化規範」為針對國人文化面向對於死亡的觀念及死亡方式的選擇（死亡的時間、在宅往生、遺體的完整性等）。其次「親情倫理」則為瞭解國人在準備瀕死者死後安排的親情考量（含留一口氣返家、看時辰死亡庇蔭後代子孫、祈福助念及自然舒適的方式離世等），最後的「醫療價值」瞭解國人醫療價值意指國人在醫療上是否積極救治的價值觀念。計分方式分為「1」代表非常不同意、「2」代表不同意、「3」代表同意、「4」代表非常同

意，共 18 題（總分介於 18-72 分）。（三）「善終選擇」包含是否施行心肺復甦術、選擇安寧療護、把握四道人生以及往生地點的選擇，共 17 題，採 Likert scale 四點量表，分為「1」代表非常不同意、「2」代表不同意、「3」代表同意、「4」代表非常同意（總分介於 17-68 分）。

「善終選擇」問卷邀請六位專家針對問卷題項的適切性、清晰度及相關性進行審閱，確立專家效度，根據專家建議刪除

部分不適宜題項 2 題後，正式問卷共 35 題，其中文化影響因素共 18 題，其中為「傳統文化規範」8 題，「親情倫理」6 題，「醫療價值」4 題，而善終選擇 17 題。先行預試問卷共 30 人，蕭文龍（2009）建議 Cronbach's Alpha >0.5，則為穩定信度，若 Cronbach's Alpha >0.7，則代表可信度越高 (33)，其中分析預試時以及正式施測後的 Cronbach's Alpha 值皆獲得良好及穩定的信度，詳如見表二。

表二 「善終選擇」預試／正式問卷之信度分析表

構面	預試問卷 Cronbach's α 值	正式問卷 Cronbach's α 值
文化影響因素		
(一) 傳統文化規範	0.855	0.893
(二) 親情倫理	0.624	0.631
(三) 醫療價值	0.766	0.789

資料分析

本研究為結構性問卷，問卷回收後，以 SPSS18.0 統計軟體建檔並執行資料之分析，描述性統計部分，主要分析基本資料之百分比、平均值及標準差；推論性統計則以 t 檢定、及單因子變異數分析、皮爾森積差相關檢定、卡方檢定以及邏輯斯迴歸分析等方法進行檢定。

結果

回收之 1,029 份有效問卷之樣本之性別，以「女性」居多（578 人，56.2%）；以年齡層分佈而言，以「30~39 歲」占最多（366 人，35.6%）；婚姻狀態已「已婚」者占最多（514 人，50%）；其中學歷已「大學」學歷者占最多（467 人，45.4%）；宗教信仰則以「一般民間信仰」占多數（386 人，37.5%）；另外於族群中得知，以「閩

南人」較多（754 人，73.3%）；而職業「服務業」位居第一（28.9%）；居住縣市以北部（45.1%）居多，東部（2.9%）最少。

文化影響因素之現況分析

本研究將文化影響因素採共有 18 題進行測量，又將其中細分為「傳統文化規範」、「親情倫理」以及「醫療價值」三個子構面，每個子構面平均得分依序為 1.96、2.94 及 2.09，其中以親情倫理構面平均得分最高，接近「同意」選項。而「傳統文化規範」以及「醫療價值」兩子構面偏向「不同意」，由此顯見近年來因社會

演變及習俗的變化，傳統文化和醫療價值因社會變遷之故，已不如以往影響深遠。

另外，將「傳統文化規範」、「親情倫理」及「醫療價值」共三個子構面進行皮爾森積差相關（pearson correlation）檢定，結果呈現三子構面具正相關；傳統文化規範對親情倫理相關係數為 0.389；傳統文化規範對醫療價值的相關係數為 0.612；而親情倫理對醫療價值相關係數為 0.377，三個子構面皆達顯著水準，越傾向是重視傳統文化規範之國人，其在親情倫理上的考量也會較重視，也較傾向在生命末期採取積極救治的行為。相關分析見表三。

表三 文化影響因素彼此之相關分析

	傳統文化規範	親情倫理	醫療價值
傳統文化規範	1		
親情倫理	0.389**	1	
醫療價值	0.612**	0.377**	1

*** $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

背景變項與文化影響因素之相關

為了解不同背景變項在文化影響因素的差異性，結果發現「性別」、「教育」、「宗教信仰」、「職業」以及「居住地區」等基本變項在傳統文化影響因素上達統計上顯著差異。顯示男性在傳統文化規範

（ $t=3.236$ ， $p < 0.05$ ）及醫療價值裡（ $t=5.664$ ， $p < 0.01$ ），受文化影響明顯高於女性。意指男性對於死亡文化的概念比女性更被傳統文化所規範，更被傳統所束縛，更趨向保守。教育程度方面國小及以下教育程度者，明顯較大學教育程度者受傳統文化因素影響。另外，國人宗教信仰

不同受傳統文化影響因素亦有所差異，結果顯示，一般民間信仰、佛教、道教以及一貫道等其他宗教信仰，相較基督宗教以及天主教受傳統文化影響，同時，客家人、外省籍族群與服務業職業別亦是在傳統文化影響上有所差異。

在親情倫理面向上，基本資料僅在宗教上達到顯著差異，一般民間信仰者、佛教與道教信仰者相較基督宗教更受到親情倫理影響。針對醫療價值面向，南部地區受訪者相較北部受訪者受醫療價值影響，希望積極救治分數較高，達統計顯著差異（ $F=3.599, p<0.01$ ）。高中職教育程度者也較大學教育程度者受醫療價值影響較深，命危時應採積極救治得分較高。

背景變項與善終選擇之影響

爲了明確了解不同背景變項在善終選擇的關聯性，由於善終包含多元層面之選擇，故將變項尺度分爲「非常不同意」、「不同意」、「同意」以及「非常同意」四個類別，進一步以類別變項進行分析，採卡方檢定，以不同背景爲自變項，善終選擇爲依變項，依據研究結果發現針對「性別」、「年齡」、「婚姻」、「教育程度」、「宗教信仰」、「職業」以及「居住地區」等基本變項國人對善終選擇的觀念有明顯差異，經由數據顯示影響差異最爲明顯的

項目爲「教育程度」、「居住地區」及「年齡別」。由此可看出教育程度越高的人以及居住北部地區的人則是比較傾向積極救治到底，像是施行心肺復甦術或使用醫療維生系統等。相對的，教育程度越低以及居住地區偏向南部的人，對於善終選擇則是比較偏向安寧療護，完成四道人生後，能夠自己選擇往生地點並且舒適的離世。

文化對善終選擇影響

最終，本研究分析文化因素與善終選擇之影響，透過統計進行邏輯斯迴歸分析，驗證假設「傳統文化規範」、「親情倫理」、「醫療價值」對「善終選擇」有顯著預測力。以文化面向中的「傳統文化規範」、「親情倫理」以及「醫療價值」三個子構面爲預測變項，而「善終選擇」中的十七類別題選項爲效標變項，進行邏輯斯迴歸分析。研究結果發現「傳統文化規範」以及「醫療價值」對於「積極救治」（ $p<0.001$ ）以及「往生地點的選擇」（ $p<0.001$ ）可達顯著預測。

而「親情倫理」對於善終選擇中的「是否施行心肺復甦術」、「使用醫療維生系統」、「安寧療護」、「四道人生」以及「往生地點的選擇」皆可達統計顯著預測，詳情見表四。

表四 文化對善終選擇影響之分析邏輯迴歸摘要表 (n=1,029)

	傳統文化規範		親情倫理		醫療價值	
	顯著性	Exp(B)	顯著性	Exp(B)	顯著性	Exp(B)
瀕臨死亡時，我可以安靜的、平穩的待在自己的家中往生。	0.000	2.129	0.000	2.593	0.032	0.681
即使是病危，醫護人員應該努力救治我到最後一刻。	0.003	1.797	0.384	0.817	0.000	11.216
臨終前，我能留一口氣返家是很重要的。	0.000	6.765	0.000	2.660	0.016	1.443
病危時，我想選擇侵入性急救。(例如：壓胸、電擊及插管)。	0.011	1.634	0.320	0.789	0.000	3.672
病危時，我想選擇非侵入性救治。(例如：強心針、升壓劑)。	0.005	1.546	0.017	1.515	0.000	1.813
臨終前，我想自己選擇往生的地點。	0.000	2.112	0.000	2.914	0.004	0.585
瀕死時，我想在自己熟悉的地方離世。	0.000	2.343	0.000	2.955	0.137	0.753
即使是病危，我仍想使用維生醫療器材直至最後一刻。(例如：葉克膜、呼吸器、心室輔助器、洗腎)。	0.006	1.692	0.007	0.528	0.000	4.917
如果我真的生了重病，希望家人能告訴我。	0.152	0.595	0.000	5.793	0.169	0.623
如果我真的生了重病，希望醫療團隊能告訴我。	0.804	0.504	0.000	4.738	0.630	0.838
我希望能有機會為自己的後事進行準備。	0.114	0.537	0.000	7.718	0.494	0.778
臨終前，我希望我所重視的人們可以陪伴在我身邊。	0.477	0.817	0.000	8.323	0.468	0.025
臨終前，我希望親友能為我助念或禱告，讓我平靜離去。	0.144	1.334	0.000	3.839	0.175	1.267
臨終前，我希望有機會可以向身邊親友表達感謝。	0.225	0.645	0.000	7.203	0.347	0.728
臨終前，我希望可以向身邊親友道歉，彌補之前的遺憾。	0.056	0.526	0.000	6.776	0.842	1.063
臨終前，我希望可以向身邊親友說出對他們的心意。	0.346	0.728	0.000	5.862	0.322	0.374
臨終前，我希望可以向身邊親友好好的道別	0.185	0.629	0.000	9.265	0.964	1.014

*** $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

討論

華人文化對國人善終之影響

華人社會中備受儒家思想影響數千年之鉅，個人與家庭之間更有許多關聯性影響，其中善終選擇更是面臨重大醫療選擇的其中一環。就親情倫理中能見華人家庭重視家族群體利益或感受做為優先之考量，與西方文化重視個人主義強調自主之不同文化間是否有顯著差異，值得未來研究進一步探討。

本研究發現不同的宗教信仰在文化影響因素中有所差異，另外，親情倫理面向上，僅宗教信仰差異達顯著差異，因文化影響因素主要為風俗民情所組成，天主教以及基督教為西方外傳來的宗教信仰，在華人文化中較不受限於傳統習俗，因文化的影響不如其他宗教深遠^(22,28)。綜合上述，除了宗教信仰，再加上華人文化中的家庭連結也較國外濃厚，可顯見親情倫理對善終之影響。

善終選擇之現況

研究中發現，國人受文化因素所影響，親情倫理對善終選擇達統計顯著預測，家屬與病人做決策時受到親情羈絆，由此親情倫理中可看出華人家庭重視家族群體利益或感受為優先做考量，與西方重視個人主義強調自主有所差異。因此預立

「病人自主權利法」以及召開家庭會議尤為重要，宜重視病人個體的意見，並兼顧家庭的情感需求，可以達到自己想要的善終模式，減少親屬的內心罪惡，以利追求「善終」以及「生死兩相安」的境界^(34,35)。

本研究「文化影響因素」的「傳統文化規範」以及「醫療價值」得分介於 18-72 分，平均得分偏向「不同意」，這跟社會變遷以及國人觀念逐漸不同有關。而「善終選擇」變項中以教育程度越高的人比較傾向積極救治，而「文化影響因素」的「醫療價值」面向中則是教育程度較低的人比較傾向積極救治，兩者之間有不一致之處，值得進一步探討。教育程度較低者深受文化影響，遵從根深蒂固的文化而被傳統文化所束縛，影響了積極救治的發展觀念。然教育程度高者在本研究中呈現可能因為知識的豐富性與了解醫療的先進與多樣性，而傾向選擇積極救治，與過去葉俞仟（2009）的研究⁽³⁶⁾有一致之處。提醒醫療照顧者針對教育程度高的族群仍須進一步了解其對醫療的期待、認知與想法與之討論分析醫療選擇之利弊得失，協助共享醫療決策，做出符合最大福祉之決策。

本研究發現居住地區與是否積極救治有影響，愈是偏北部地區者傾向積極救治大於南部居住地區者，可能因為北部地區醫療資源相對的充沛且選擇多，可能高估對醫療的期待；另建議未來研究針對以「都

會區」和「鄉鎮區」做界定，而非以地理位置有助於更進一步釐清此現象。

本研究中文化影響因素當中的「傳統文化規範」以及「醫療價值」兩子構面偏向「不同意」，由此顯現出近年來因社會演變及習俗的變化，傳統文化和醫療價值因社會變遷之故，已不如以往影響深遠。近年來的安寧療護以及善終觀念的推廣，國人在傳統觀念上有所轉變，更待後續研究再行確認。建議學術或教育未來於生命教育課程能增加死亡態度的面向與「死亡識能」(death literacy)，讓國人能夠更加了解善終的意義，以及獲取理解及使用末期和瀕死照護相關資訊的知識和能力，協助國人有尊嚴的走完最後一程^(28-29,37)。

研究限制

本研究為便利取樣，且涉及生死敏感議題，少部分受試者可能有些許防衛之反應，對研究結果之推論性產生限制，本研究採橫斷式調查，無法確立變項間的因果相關，未來建議採質量並重之研究方式，對國人對善終選擇進行深入探討，或再針對影響善終之其他因素多元探討；再者，可進一步針對不同世代間進行差異分析，以能幫助了解文化對世代演進的影響並進而影響善終選擇。

結論

本研究提供醫療工作者更加了解國內固有喪葬文化對國人之影響，發現國人對於死亡禁忌的由來以及諸多限制，將有利臨床工作人員對此有更深一層的認識。臨床工作者宜事先評估病人及家屬的文化背景、家庭關係動態、對醫療的傾向與考量、及其對病人末期醫療選擇之影響，將有助於協助病人善終。本研究初步探究華人傳統文化對國人善終選擇之影響，可作為醫護與安寧工作人員相關教育建議，作為後續生死教育、臨床照護以及研究參考。

參考文獻

1. Wen KY, Lin YC, Cheng JF, Chou PC, Wei CH, Chen YF, Sun JL. Insights into Chinese perspectives on do-not-resuscitate (DNR) orders from an examination of DNR order form completeness for cancer patients. *Support Care Cancer* 2013; 21(9): 2593-2598.
2. 陳榮基。醫院應遵循安寧緩和醫療條例維護病人善終權益。醫院雙月刊 2015；48(1)：7-12。
3. 楊婉伶、蘇逸玲、陳小妮。預約善終。護理導航 2013；14(1)：2-8。
4. 立法院法律系統。2018年6月22日，

- 取自
<https://lis.ly.gov.tw/lglawc/lawsingle?0^13068189C018D4130681817918C083269189D018C46366A991C0>
5. 衛生福利部安寧緩和醫療及器官捐贈意願資料系統，2018年6月30日，取自
<https://hpcod.mohw.gov.tw/HospWeb/index.aspx>
 6. 陳榮基。醫師應有主動拒絕實施心肺復甦術以維護病人善終的勇氣。安寧療護雜誌 2013；18(1)：51-61。
 7. 中國哲學書電子化計劃。2018年6月22日，取自
<https://ctext.org/shang-shu/great-plan/zh>
 8. 許正眉。不要放棄～您有善終的權利。彰化護理 2016；23(1)：105-106。
 9. Shih CY, Hu WY, Cheng SY, Yao CA, Chen CY, Lin YC. Patient preferences versus family physicians' perceptions regarding the place of end-of-life care and death: A nationwide study in Taiwan. *Journal of palliative medicine* Med 2015; 18(7): 1-6.
 10. 陳錫琦、陳淑香。生命教育課程建構——以善終為取向。醫護科技學刊 2007；9(2)：154-168。
 11. Committee on Care at the End of Life. Marilyn J. Field, Christine K. Cassel, editors. *Approaching death: improving care at the end of life*. Institute of Medicine: Washington, D.C.: 1997.
 12. 馬瑞菊、蔡惠貞。善終之概念分析。馬偕護理雜誌 2011；6(2)：7-14。
 13. 徐鳳慈。選擇安寧預約善終——陳榮基醫師談 CPR 的抉擇。僧伽醫護 2010；59：32-34。
 14. 陳亭儒、胡文郁、程紹儀、邱泰源。善終評量之反思。安寧療護 2013；18：76-88。
 15. 趙可式。臺灣癌症末期病患對善終意義的體認。護理雜誌 1997；44(1)：48-55。
 16. 衛生福利部。2018年6月30日，取自
<https://www.mohw.gov.tw/fp-16-19388-1.html>
 17. Beck A, Brown JP, Boles M, Barrett P. Completion of advance directives by older health maintenance organization members: The role of attitudes and beliefs regarding life-sustaining treatment. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2002; 50(2): 300-6.
 18. Levy CR, Fish MA, Kramer A. Do-not-resuscitate and do-not-hospitalize directives of persons admitted to skilled nursing facilities under the Medicare benefit. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2005; 53(12): 2060-8.

19. Thorevska N, Tilluckdharry L, Tickoo S, Havasi A, Amoateng-Adjepong Y, Manthous, CA. Patients' understanding of advance directives and cardiopulmonary resuscitation. *Journal of Critical Care*. 2005;20(1): 26-34.
20. Kelley CG, Lipson AR, Daly BJ, Douglas SL. Use of advance directives in the chronically critically ill. *JONA's Healthcare Law, Ethics, & Regulation*. 2006; 2: 42-7.
21. Aguiar F, Cerrillo J. A, Serrano-del-Rosal R. Dying with meaning: Social identity and cultural scripts for a good death in Spain. *Advances in Applied Sociology* 2013; 3(2): 124 -130.
22. Santonocito C, Ristagno G, Gullo A, Weil MH. Do-not-resuscitate order: A view throughout the world. *J Crit Care* 2013, 28(1): 14-21.
23. 王枝燦。文化。社會學概論。第二版。台中市：華格納企業，2016；5-20。
24. 楊國柱、鄭志明。民俗、殯葬與宗教專論。台北縣：韋伯文化，2003。
25. 王書偉。殯葬禮俗「禁忌」研究——以嘉義大林鎮為例（未出版）。嘉義：南華大學宗教學研究所論文，2007。
26. 柯建宏。以生命關懷的角度看喪葬擇日。中華禮儀 2014；30：65-66。
27. 邱泯科。落葉歸根？壽終正寢？——1971-200 台灣地區死亡場地變動狀況與影響因素。國立政治大學社會學報 2006；38：25-55。
28. 徐福全。禮儀民俗論述專輯——喪葬禮儀篇。鐘福山，宗教與喪禮。台北市：內政部，1994；34-158。
29. Grie J. How death imitates life: Cultural influences on conceptions of death and dying. *Online Readings in Psychology and culture* 2014; 6(2): 3-22.
30. 李欣慈、鄭淑貞、黃川芳、吳郁梅、胡文郁。華人儒、釋、道文化觀點探討台灣護理之家老年住民簽署自身預立醫療指示文件的現況與困境。安寧療護雜誌 2015；20(2)：154-165。
31. 王淑如。拒絕心肺復甦術之末期病人臨終時使用及救藥物之探討（未出版）。嘉義：南華大學生死學研究所論文，2015。
32. 張紘炬。抽樣方法與調查分析：理念、設計、分析、實例 = *Sampling methods & survey analyses : concepts, designs, analyses, case studies*。臺北市：華泰文化；2007。
33. 蕭文龍。多變量分析最佳入門實用書 -SPSS+LISREL（第二版）。台北市：基峰資訊；2009。

34. 鄭君婷、林秋菊。知情同意於臨床護理實務之運用。護理雜誌 2017；64(1)：98-104。
35. 林慧美、楊嘉玲、陳美妙、邱泰源、胡文郁。住院病人簽署預立醫療指示的意願及接受宣導的意向；安寧療護雜誌 2011；16(13)：281-295。
36. 葉俞仟。成人善終概念及其相關因素研究——以台北縣某國小學生家長為例（未出版）。台北：國立臺北教育大學生命教育與健康促進研究所論文，2007。
37. 黃喬煜、徐儵萱、孫文榮等。提升「死亡識能」——推廣在宅善終的高價值照護；北市醫學雜誌 2017；12(3)：269-278。

【Original Article】

The Influence of Traditional Chinese Culture on Taiwanese People to Make Decisions for A Good Death

Chia-Sui Lin¹ Chih-Tsan Wang² Wei-Shu Lai³

ABSTRACT

This research was a cross-sectional study, and aimed to investigate how traditional Chinese culture affected people to make their decisions for a good death. A self-developed questionnaire, reviewed by experts in advance, was used in this study, and it consisted of three sections: demographic information, assessment of cultural influence factors (which composed of three sub-aspects: traditional cultural norms, familial ethics and values of medical treatment), and decision-making for a good death. The respondents were chosen among adults older than twenty year-old in Taiwan, from 2015 to 2016, by convenience sampling. Of the 1,200 questionnaires that were distributed 1,080 were recruited, and 1,029 (85.75%) were valid. The results showed that cultural influence factors, which are traditional cultural norms, familial ethics and values of medical treatment, are affected by other background variables. The decision-making for a good death has significant difference between groups classified by different variables, which include sex, marital status, education, religious beliefs, ethnicity, professions, and inhabitation. The level of cultural influence factors can predict the decision-making for a good death. The results and findings of this study can give suggestions for healthcare and hospice-related personnel, and provide information for further studies about the education of life and death and clinical nursing care on this issue.

(Taiwan J Hosp Palliat Care 2020 : 24 : 1 : 1-)

Key Words : decisions for a good death, funeral customs, hospice, Chinese culture

¹ Department of Nursing, National Cheng Kung University Hospital

² Department of Life-and-Death, Nanhua University

³ College of Medicine, National Cheng Kung University