

醫護人員預立醫療照護諮商知識、心理機制與行為之多重中介分析

謝佩璇¹、黃麗玲³、馮兆康⁴、陳玉如¹、黃宣穎¹、許家榮³、陳佩珍¹、葉德豐³

衛生福利部南投醫院 護理科¹、外科²、

中臺科技大學 醫療暨健康產業管理系碩士班³、弘光科技大學 護理系⁴

摘要

目的

探討醫護人員預立醫療照護諮商（Advance Care Planning, ACP）知識如何透過態度與障礙等心理機制，影響其參與 ACP 意願與臨床實務行為。

方法

採橫斷式研究設計，以結構式問卷調查中部某區域教學醫院355位醫護人員。運用 SPSS PROCESS Macro（Model 4），以 ACP 知識為自變項，態度構面與障礙構面為平行中介變項，檢驗對 ACP 意願與行為之中介效果。

結果

ACP 知識標準化總分平均為 86.29 分，其中「是非題中答案為是」之得分顯著高於「答案為非」題型（97.18 vs. 75.40, $p < 0.001$ ）。在態度構面方面，ACP 態度平均數最高（4.31），顯著高於醫療委任代理人態度（4.25）與預立醫療決定（Advance Directive, AD）態度（4.20）（ $p < 0.001$ ）。ACP 障礙平均數（3.19）顯著低於 AD 障礙（3.71）（ $p < 0.001$ ）。ACP 意願與 ACP 行為平均數分別為 3.83 與 3.77。ACP 知識可顯著提升 ACP 態度並降低 ACP 障礙，但未直接影響行為。中介分析顯示，ACP 態度在知識與意願、行為之間具有完全中介效果，ACP 障礙則對行為呈現顯著抑制作用。

結論

醫護人員 ACP 行為之形成仰賴態度轉化與障

礙排除，單純知識提升不足以驅動實務行動。未來 ACP 推動策略應結合態度內化、自我效能培養與制度支持，以縮小知行落差。（澄清醫護管理雜誌 2026；22（4）：52-62）

關鍵詞：預立醫療照護諮商、簽署預立醫療決定、醫療委任代理人、知識 - 態度 - 行為

前言

生、老、病、死，對我們的生命都各有其不可或缺的意義，有生就有死、每天不斷輪迴，有的人跳過老直接死亡，有的人經歷各個階段後邁入死亡，但每個階段是如何度過，卻有可能不盡相同[1,2]。然而，疾病是每個人生命歷程中無法避免的一部分。當面臨醫療抉擇時，個人是否曾深思過：在生命的終點，是選擇積極延長生命、即便可能伴隨痛苦，抑或追求有尊嚴且安寧的善終？台灣社會深受儒家、道家與佛家等傳統思想影響，普遍存在著對「死亡」議題的避諱與禁忌。這種文化禁忌使得家庭成員和患者本身都不願在疾病惡化或預後不佳時主動討論生命末期相關議題[3]。根據跨國調查，約有七成台灣醫師經驗到病人家屬迴避討論臨終議題，且認為「好死不如歹活」，這類觀念在台灣更為普遍。即便家屬明知不可逆轉死亡，仍傾向要求維生處置，導致醫院中常見過度治療與無尊嚴死亡現象，醫護人員與家屬、病人之間陷入溝通兩難，只為延長壽命而犧牲病人最後一段人生的自主

通訊作者：葉德豐

通訊地址：台中市北屯區廬子路 666 號

E-mail：tfyeh@ctust.edu.tw

受理日期：2026 年 2 月；接受刊載：2026 年 5 月

與尊嚴[4]。

過往在華人社會中，醫療決策往往受家屬主導，病人本身的意願容易被忽視，導致延長生命的治療有時淪為無效醫療，缺乏尊嚴與善終品質。台灣於2019年1月6日正式施行《病人自主權利法》（Patient Autonomy Act），此法是台灣、也是亞洲首部以「病人自主」為核心精神制定的專法。該法參考國際經驗，針對末期疾病、不可逆昏迷、永久植物人、極重度失智等五大臨床條件，明定病人可於意識清楚時預先進行預立醫療照護諮商（Advance Care Planning, ACP），簽署預立醫療決定（Advance Directive, AD），並指定醫療委任代理人（Health Care Agent, HCA），確保個人意願即使在無法表達時仍受保障。此法的立法目的在於尊重病人的醫療自主權，使病人有權選擇或拒絕治療及延命措施；同時，透過保障生命末期的善終權利，避免無效或無尊嚴的醫療處置。此外，法律亦致力於促進醫病間的開放溝通，減輕家屬的決策壓力，並為醫護人員提供清晰的倫理與法律依據。《病人自主權利法》的推動具有深遠意義。它不僅開創亞洲醫療自主權保障的先例，也彌補過去對病人意願的忽視；同時，鼓勵社會正視並公開討論生命、死亡與善終，推動ACP與AD的普及化，進而提升全人照護與臨終品質[5,6]。

臨床醫護人員在醫療照護系統中扮演著關鍵角色，他們通常是與病人及家屬接觸時間最長、互動最為密切的專業人員，因此對於病人及其家屬的價值觀、想法與需求往往最為清楚明瞭[7]。基於尊重病人自主權的原則，病人有權利決定自身的醫療處置，而醫護人員亦有義務尊重這些決定，並應站在病人的立場，發揮其專業角色為病人爭取權益及代言，確保病人能獲得最符合其價值觀與偏好的照護[8]。在此過程中，醫護人員對於ACP的知識程度、態度自信以及參與意願，會直接或間接地影響病人參與討論的意願與想法[9,10]。若醫護人員具備充足的ACP知識並抱持正向態度，將能更有效地引導病人進行決策；反之，若醫護人員缺乏相關知識或態度消極，則可能成為推動ACP的障礙[11]。

鑑於醫護人員在ACP推動中的關鍵角色，既有研究多著重於知識或態度之描述，對於知識如何轉化為實際參與意願與行為之作用機制仍缺乏系統性檢驗。

本研究旨在建構以ACP知識為前因、以ACP行為為結果之多重中介模型，納入態度構面與障礙構面作為平行中介變項，藉以釐清不同心理歷程在知識與實務行為之間的相對角色，補充現有文獻對ACP推動過程中之知行落差。

方法

一、研究對象

本研究採橫斷性研究設計（Cross-sectional Study），以結構式問卷調查法為研究工具。研究對象為台灣中部某公立區域教學醫院之醫護人員，收案對象包含領有執業登記且服務於該院之醫師及護理人員。本研究共計發放問卷388份。在排除填答不全之無效問卷後，共回收有效問卷355份，有效回收率達91.5%。根據Fritz與MacKinnon（2007）針對中介效應檢定力（Power）的建議，若要在0.80的檢定力下偵測路徑係數為中度效應（ $\tau = 0.39$ ）的模型，樣本數約需介於71至385之間[12]。本研究有效樣本為355份，不僅符合中介模型分析之統計檢定力要求，亦能確保在執行5,000次Bootstrap抽樣分析時，獲得穩定的間接效應估計值與較窄的信心區間。

本研究經行政院衛生福利部草屯療養院人體試驗委員會審查通過（IRB編號：108045）。首先，研究者親自拜訪各單位主管說明研究目的並取得同意。隨後前往各單位發放問卷，現場說明研究主題與名詞定義（如ACP、HCA、AD等），並強調匿名與機密處理原則。本研究採自願參與原則，受訪者瞭解研究內容後可自主決定參與或隨時退出。問卷填答完成後，由受訪者放入隨附之密封信封並黏貼封口，再由研究者親自回收，以確保資料嚴謹性並保障參與者隱私。

二、研究工具

本研究採自擬結構式問卷，問卷編制後邀請九位具實務經驗之學者專家進行專家效度，針對內容加以審閱，審核語意給予修正建議並根據適當性予以評分。其問卷內容分為三大部分：

（一）基本特性：分成人口學與執業變項，其中人口學變項包括年齡、性別、婚姻狀況、最高學歷、宗教信仰、宗教活動參與自覺健康狀態、ACP相關經驗（本人是否曾罹患危及生命重病的經驗、是否

曾照顧過符合病人自主權利法中特定臨床條件親友之經驗、是否簽署過「不施行心肺復甦術（DNR）意願書」或「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」；執業變項則包含職務、所屬單位、具有主管職、臨床執業年資以及ACP相關訓練（是否曾接受安寧緩和醫療專業訓練、是否曾接受病人自主權利法之相關課程訓練、是否具備病人自主權利法核心講師資格）。

（二）ACP知識：採用客觀知識測驗，由研究者根據ACP之基本觀念（包含ACP、HCA和AD分別設計6測驗題，為避免猜測，其中「是」與「非」各半[13]。除計算各題答對率外，並將各題答對分數加總後除以總題數再乘以100成為標準化分數。

（三）預立醫療照護諮商與預立醫療決定之態度量表：共計三個構面16題，採Likert五分尺度計分（1分代表極不同意，5分代表極同意），得分越高表示醫護人員對該構面的態度越正向[14]。

1. 對ACP之態度（8題）：評估醫護人員對ACP溝通歷程及其臨床價值的看法，題項涵蓋：瞭解病人意願的重要性、引導病人釐清價值觀、尊重自主權，以及減少家屬心理負擔與無效醫療之功能。
2. 對醫療委任代理人之態度（2題）：聚焦於預先指定醫療委任代理人的功能，評估其是否能減少家屬決策衝突與減輕代理決策者的心理壓力。
3. 對預立醫療決定（AD）之態度（6題）：評估醫護人員對簽署法律文件（AD）的認同感，題項包括：對醫療團隊決策的助益、減少不必要治療與醫療浪費、以及尊重病人拒絕維持生命治療之自主權。

（四）預立醫療照護諮商與預立醫療決定之障礙量表：本量表旨在評估醫護人員在實務推動中知覺到的困難，共計二個構面12題，同樣採Likert五分尺度計分。得分越高表示其知覺到的障礙程度越高，行為阻力越大[15]。

1. ACP推動障礙（6題）：著重於溝通歷程與資源侷限，題項包含：擔心討論會消磨病人意志、擔心病人覺得被放棄、知覺時間不足，以及缺乏專業溝通技巧與相關教育訓練資訊。

2. AD簽署障礙（6題）：偏向程序執行與認知門檻，評估醫護人員對簽署AD效力之疑慮、知覺病人對醫療資訊瞭解不足、病人難以理解維生治療之併發症，以及病人意願可能隨病程改變而產生的變動性。

（五）預立醫療照護諮商（ACP）參與意願與行為量表：本量表旨在評估醫護人員對於參與ACP諮商及推動相關實務之意向與實際表現，共計10題。計分方式採Likert五點量表，由1分（非常不同意）至5分（非常同意），得分越高表示醫護人員對於ACP之參與意願越強、臨床實務行為越頻繁[13,16]。

1. ACP參與意願（6題）：評估醫護人員對加入ACP團隊及推廣相關文件的動機。題項涵蓋：個人成為諮商團隊成員的意向、鼓勵病人參與ACP討論、簽署AD與指定醫療委任代理人之傾向，以及將此觀念延伸至家庭層面（如鼓勵家人簽署AD或擔任其代理人）之意願。
2. ACP臨床實務行為（4題）：評估醫護人員在臨床工作中的實質表現與職場支持感。題項包含：知覺同事在ACP討論中的支持度，以及在臨床照護中主動確認病人對病情與預後的理理解、共同擬定治療目標，並與病人討論安寧緩和與醫療之選擇。

三、資料處理與分析方法

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

（一）信效度分析：在效度部分，將問卷初擬後邀請九位學術界與實務界等專家進行內容效度之審閱，經專家效度評估後，內容效度指標（Content Validity Index, CVI）均為0.988。在信度部分，本研究以Cronbach's α 係數作為本研究衡量信度的標準，ACP與AD態度、ACP與AD障礙、ACP意願與ACP行為的Cronbach's α 分別為0.942、0.834、0.902與0.869，顯示信度良好（表一）。

（二）描述性統計與平均數差異分析：以描述性統計呈現醫護人員的基本特性、ACP知識、態度構面、障礙構面，以及ACP參與意願與臨床實務行為之分布情形。其中，ACP知識之總得分皆轉換為標準化分數計算，方式為各構面加總得分除以該構面最高可

表一 醫護人員ACP知識、態度與行為之信度分析與敘述統計

構面	題目	Cronbach's α	平均數	標準差	檢定值
ACP知識標準化總分	6		86.29	16.33	t=13.193***
答案為是標準化總分			97.18	9.28	
答案為非標準化總分			75.40	30.51	
ACP與AD態度	16	0.942	4.26	0.51	F=10.323***
ACP態度 ¹	8	0.914	4.31	0.53	1>2,3
醫療委任代理人態度 ²	2	0.861	4.25	0.66	
AD態度 ³	6	0.862	4.20	0.57	
ACP與AD障礙	12	0.834	3.45	0.56	t=-14.893***
ACP障礙	7	0.792	3.19	0.72	
AD障礙	5	0.752	3.71	0.57	
ACP意願	6	0.902	3.83	0.59	
ACP行為	4	0.869	3.77	0.60	

ACP知識標準化總分與ACP與AD障礙採用配對t檢定，ACP與AD態度採用重複量數變異數分析；* $p<0.05$ ；** $p<0.01$ ；*** $p<0.001$

能得分後乘以100（加總得分÷最高得分×100），以利不同構面間之比較。態度構面間之平均差異以重複量數變異數分析（Repeated-measures ANOVA）進行檢驗；ACP障礙與AD障礙之平均差異則以配對樣本t檢定（Paired-samples t test）比較。

（三）平行中介效應分析：為檢驗ACP知識對臨床實務行為之作用機制，本研究採用PROCESS Macro 4.2（Model 4）進行平行中介分析。分析中以ACP知識為自變項，參與ACP意願與ACP臨床實務行為為依變項，並同時納入態度構面與障礙構面作為中介變項。間接效應以非參數百分位數拔靴法估計（5,000次重複抽樣），計算95%信賴區間；當信賴區間未包含0時，判定該中介效果達統計顯著。

結果

一、受訪者樣本分析（表二）

本研究共回收355份有效問卷。醫護人員年齡以30-39歲最多（41.13%），其次為40-49歲（23.94%）與25-29歲（18.59%）；女性占85.63%。婚姻狀態以有伴侶者為多（56.34%）。教育程度以大學畢業最多（51.83%）。宗教信仰以無宗教（35.49%）與佛道教（33.24%）為主，多數僅偶爾或很少參與宗教活動。自覺健康狀態以「好」與「普通」為主（合計87.88%）。僅7.61%曾罹患危及生命重病，35.77%曾

照顧符合《病人自主權利法》特定臨床條件之親友，曾簽署DNR或預立醫療決定者為18.3%。工作特性方面，護理人員占89.30%，醫師占10.70%；臨床年資以11-20年最多（37.85%），具管理職者占9.30%。曾接受安寧緩和醫療訓練者占20.00%，接受《病人自主權利法》相關訓練者占32.68%，具核心講師資格者僅1.97%。

二、ACP知識、態度、障礙、意願與行為之描述性與差異分析（表一）

ACP知識標準化總分平均數為86.29，配對t檢定顯示「答案為是」之標準化總分為97.18，顯著高於「答案為非」之標準化總分之平均數75.40（ $t=13.193$, $p<0.001$ ）。在態度構面方面，ACP與AD態度整體量表平均數為4.26，重複量數變異數分析結果顯示三個次構面間存在顯著差異（ $F=10.323$, $p<0.001$ ）。其中，ACP態度之平均數最高（ $M=4.31$ ），顯著高於醫療委任代理人態度（ $M=4.25$ ）與AD態度（ $M=4.20$ ）。在障礙構面方面，ACP與AD障礙整體量表平均數為3.45，配對樣本t檢定結果顯示ACP障礙之平均數3.19顯著低於AD障礙3.71（ $t=-14.893$, $p<0.001$ ）。ACP意願量表與ACP行為量表之平均數分別為3.83與3.77，顯示醫護人員在ACP意願與臨床實務行為層面均呈現中高程度表現。

表二 受訪者基本資料分析表 (n=355)

個人特性	次數	百分比 (%)	工作特性	次數	百分比 (%)
總和	355	100.00	職務		
年齡			主治醫師	38	10.70
24歲以下	28	7.89	護理人員	317	89.30
25歲到29歲	66	18.59	醫師部門 (n=38)		
30歲到39歲	146	41.13	內科部	13	34.21
40歲到49歲	85	23.94	外科部	11	28.95
50歲以上	30	8.45	其他	14	36.84
性別			護理部門 (n=317)		
女	304	85.63	病房	106	33.44
男	51	14.37	加護病房	51	16.09
婚姻			門診	27	8.52
未婚·分居·離婚·喪偶	155	43.66	急診	26	8.20
已婚·同居	200	56.34	洗腎室	18	5.68
學歷			其他單位	89	28.08
專科含以下	115	32.39	主管職		
大學	184	51.83	否	322	90.70
研究所以上	56	15.77	是	33	9.30
宗教信仰			執業年資		
無	126	35.49	未滿2年	36	10.17
民間信仰	84	23.66	2到5年	75	21.19
佛道教	118	33.24	6到10年	61	17.23
基督教·天主教及其他	27	7.61	11到20年	134	37.85
宗教活動參與			21年以上	48	13.56
完全不參與	56	15.82	未答	1	
很少參與	137	38.70	安寧訓練		
偶爾參與	140	39.55	否	284	80.00
經常參與	21	5.93	是	71	20.00
未答	1		病主法訓練		
自覺健康狀態			否	239	67.32
不好	11	3.10	是	116	32.68
普通	152	42.82	核心講師		
好	160	45.07	否	348	98.03
非常好	32	9.01	是	7	1.97
本人重病經驗			簽署過DNR		
否	328	92.39	否	290	81.69
是	27	7.61	是	65	18.31
照顧親友經驗					
否	228	64.23			
是	127	35.77			

三、ACP知識、態度、障礙、意願與行為之關聯性 與中介效果分析

本研究以SPSS PROCESS Macro (Model 4) 檢驗ACP知識對參與ACP意願的影響，並同時納入態度構面（ACP態度、醫療委任代理人態度與AD態度）及障礙構面（ACP障礙與AD障礙）作為平行中介變項。結果顯示，在中介模型中，ACP知識對ACP態度（ $b=0.168$, $p<0.001$ ）、醫療委任代理人態度（ $b=0.159$, $p<0.001$ ）與AD態度（ $b=0.106$, $p=0.001$ ）皆具有顯著正向影響，並對ACP障礙呈現顯著負向影響（ $b=-0.084$, $p=0.032$ ），惟對AD障礙之影響未達顯著。在同時納入所有中介變項後，整體模型對ACP意願之解釋力達顯著（ $R^2=0.200$, $p<0.001$ ），但其中僅ACP態度對ACP意願具有顯著正向影響（ $b=0.418$, $p<0.001$ ），ACP障礙則呈現顯著負向影響（ $b=-0.094$, $p=0.049$ ），其餘中介變項皆未達顯著（表三）。此外，ACP知識對ACP意願之直接效果在納入中介變項後不再顯著（ $b=-0.001$, $p=0.971$ ），惟其總效果仍達顯著（ $b=0.087$, $p=0.007$ ）。Bootstrap（5,000次）中介效應檢定結果顯示，整體間接效果達顯著，但僅透過ACP態度的間接效果達顯著（Effect=0.070, 95% CI[0.035, 0.114]），顯示ACP態度在ACP知識與參與

ACP意願之間具有完全中介效果（表四）。

另以SPSS PROCESS Macro (Model 4) 檢驗ACP知識總分對ACP臨床實務行為的影響機制。結果顯示，在同時納入ACP知識與所有中介變項後，以ACP臨床實務行為為結果變項之整體模型達顯著（ $R^2=0.142$, $p<0.001$ ）。其中，ACP態度對ACP行為具有顯著正向影響（ $b=0.341$, $p=0.001$ ），而ACP障礙則呈現顯著負向影響（ $b=-0.112$, $p=0.025$ ）；其餘中介變項之效果皆未達顯著（表三）。此外，ACP知識在納入中介變項後，對ACP臨床實務行為之直接效果不顯著（ $b=-0.031$, $p=0.338$ ），其總效果亦未達顯著（ $b=0.045$, $p=0.170$ ）。Bootstrap（5,000次）中介效應檢驗結果顯示，整體間接效果達顯著（Effect=0.075, 95% CI[0.044, 0.113]）。進一步檢視特定中介路徑，僅透過ACP態度的間接效果為顯著且為正向（Effect=0.057, 95% CI[0.024, 0.097]），以及透過ACP障礙的間接效果達顯著（Effect=0.009, 95% CI[0.000, 0.024]），其餘中介路徑之信賴區間皆包含0（表四）。整體結果顯示，ACP知識對ACP臨床實務行為之影響須透過態度轉化與障礙降低等中介機制方能顯現。

表三 參與ACP意願與ACP實際行為模型之迴歸係數摘要表（ $n=355$ ）

構面	ACP 態度 b (SE)	代理人態度 b (SE)	AD 態度 b (SE)	ACP 障礙 b (SE)	AD 障礙 b (SE)	ACP 意願 b (SE)	ACP 行為 b (SE)
常數	3.439*** (0.143)	3.421*** (0.185)	3.652*** (0.162)	3.628** (0.205)	3.578*** (0.162)	1.978*** (0.308)	2.619*** (0.322)
ACP知識	0.168*** (0.027)	0.159*** (0.035)	0.106** (0.031)	-0.084* (0.039)	0.025 (0.031)	-0.001 (0.031)	-0.031 (0.032)
ACP態度	-	-	-	-	-	0.418*** (0.097)	0.341** (0.101)
代理人態度	-	-	-	-	-	0.047 (0.065)	0.050 (0.067)
AD態度	-	-	-	-	-	0.012 (0.081)	0.012 (0.085)
ACP障礙	-	-	-	-	-	-0.094* (0.048)	-0.112* (0.050)
AD障礙	-	-	-	-	-	0.028 (0.060)	-0.017 (0.063)
R ²	0.098	0.055	0.033	0.013	0.002	0.200	0.142
F	38.292***	20.571**	11.975***	4.618**	0.684	14.487***	9.631***

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

表四 參與ACP意願與ACP實際行為中介效果分析

個人特性	Effect (b)	SE	t	p	LLCI	ULCI
ACP意願						
Total Effect (ACP知識→ACP意願)	0.087	0.032	2.711	0.007	0.024	0.149
Direct Effect (ACP知識→ACP意願)	-0.001	0.031	-0.036	0.971	-0.062	0.060
Total indirect Effect	0.088	0.019			0.053	0.128
ACP知識→ACP態度→ACP意願	0.070	0.020			0.035	0.114
ACP知識→代理人態度→ACP意願	0.007	0.010			-0.013	0.029
ACP知識→AD態度→ACP意願	0.001	0.009			-0.016	0.021
ACP知識→ACP障礙→ACP意願	0.008	0.006			-0.001	0.021
ACP知識→AD障礙→ACP意願	0.001	0.003			-0.004	0.008
ACP行為						
Total Effect (ACP知識→ACP行為)	0.045	0.032	-0.589	0.338	-0.019	0.108
Direct Effect (ACP知識→ACP行為)	-0.031	0.032	1.375	0.170	-0.094	0.032
Total indirect Effect	0.075	0.018			0.044	0.113
ACP知識→ACP態度→ACP行為	0.057	0.019			0.024	0.097
ACP知識→代理人態度→ACP行為	0.008	0.011			-0.011	0.031
ACP知識→AD態度→ACP行為	0.001	0.009			-0.017	0.022
ACP知識→ACP障礙→ACP行為	0.009	0.006			0.000	0.024
ACP知識→AD障礙→ACP行為	-0.000	0.003			-0.006	0.005

討論

本研究透過多重中介分析，檢驗ACP知識、態度、障礙與行為實踐之間的關聯機制，結果顯示，ACP知識本身並未直接轉化為行為，而是需透過態度提升與障礙降低等心理歷程方能發揮作用。此發現呼應既有文獻對「知行落差」的觀察，並進一步指出不同中介機制在ACP推動歷程中的相對重要性。以下討論將結合相關理論與實證研究，說明本研究結果之意涵，並探討其對醫護人員教育訓練與臨床實務推動之啟示。

一、醫護人員ACP知識、態度與障礙構面之描述性差異及其意涵

本研究發現，「答案為是」題型之ACP知識得分顯著高於「答案為非」題型，顯示醫護人員雖已具備病人自主與善終理念之基本認知，但對ACP相關程序彈性、代理人資格與AD可撤回性等制度與實務細節仍存在明顯知識缺口。此結果反映醫護人員對ACP理念的理解高於對制度與臨床實務的掌握，可能進一步影響其ACP推動意願與臨床執行信心[17]。醫護人員對ACP的整體態度顯著高於對醫療委任代理

人（HCA）與AD的態度，且其對ACP的知覺障礙顯著低於AD。此結果顯示，在臨床實務中，醫護人員對「ACP作為溝通歷程」的接受度與心理可近性明顯高於對「具法律效力之文件工具」的支持度。此一差異可從ACP與AD在本質上的不同加以理解。ACP強調價值觀探索、醫病與家屬間的溝通歷程，具有高度彈性與關係導向特質；相對而言，AD與HCA涉及明確法律責任與程序規範，易引發對風險、責任與文化衝突的顧慮[18,19]。亞洲文化脈絡中強調家庭共決與關係自主，使得「指定單一代理人」或「事前做出具體法律決定」更容易被視為破壞家庭和諧的行為，進而提高心理與結構性障礙[20,21]。因此，本研究結果支持將ACP視為一個可與文化脈絡共容的溝通平台，而非僅等同於文件簽署程序。

二、ACP知識提升可同時強化態度並降低障礙感

研究結果顯示，ACP知識的提升能顯著正向影響醫護人員對ACP、HCA與AD的態度，並同時降低其對ACP的障礙感，此發現呼應知識-態度-行為（Knowledge-Attitude-Behavior, KAB）模型，指出知識不僅是行為改變的起點，更能透過改變認知框架來

降低不確定感與恐懼[9]。研究指出，接受過ACP訓練的醫護人員，對ACP的臨床相關性、自我效能與執行信心顯著高於未受訓者，並較少將時間、文化或家屬因素視為不可跨越的障礙[9,22]。本研究進一步以實證路徑分析顯示，知識能直接削弱ACP障礙感，支持「知識可降低心理性與技術性阻礙」的論點。然而，知識對AD障礙未呈現顯著影響，亦顯示僅靠資訊傳遞仍不足以克服法律與制度層面的結構性限制，突顯教育訓練與制度配套須同步推進。

三、ACP態度為知識轉化為行為的核心中介，而HCA與AD態度未發揮顯著中介作用

本研究最關鍵的發現在於，ACP知識對行為的影響並非直接發生，而是主要透過「ACP態度」此一中介變項發揮效果；相對地，HCA與AD態度未形成顯著中介路徑。此結果明確指出，醫護人員是否將知識轉化為實際行為，取決於其是否內化ACP作為一項「有價值且值得投入的溝通歷程」。此發現與計畫行為理論（Theory of Planned Behavior）高度一致，該理論指出，態度是影響行為意圖與行為實踐的核心心理構念[23]。相較之下，HCA與AD態度屬於對「特定工具或程序」的評價，易受到文化顧慮、法律不確定性與執行困難的干擾[24]。換言之，醫護人員可能認同ACP的理念，但未必認為必須透過指定代理人或簽署法律文件來實現該理念。此結果支持近年文獻對ACP「去文件化（De-documentation）」的呼籲，強調先建立對溝通價值的整體認同，再逐步引導至具體工具的使用[25]。

四、知識透過降低ACP障礙而促進行為實踐

本研究亦發現，ACP知識可透過降低ACP障礙感，間接促進ACP臨床實務行為，顯示「障礙感」是影響行為的重要抑制機制。ACP障礙通常涵蓋對開啟話題的焦慮、擔心引發病人或家屬不安、以及對溝通技巧不足的自我懷疑[25]。當醫護人員具備充分知識與技能時，能提升其自我效能感，進而降低這些心理性障礙[26]。本研究的結果支持將「障礙」視為可被教育介入調整的動態因素，而非固定不變的結構限制。然而，知識對AD障礙的影響有限，亦再次顯示法律程序複雜性與制度門檻仍需透過政策與流程簡化來因應[27]。因此，推動ACP行為不僅需要知識教育，亦需同步改善制度環境，以避免心理準備完成後仍受限於外在結構。

五、知行落差的實證支持：轉化機制比知識本身更為關鍵

綜合本研究結果可知，醫護人員在ACP領域確實存在顯著的「知行落差」：即便具備一定知識水準，仍未必能直接轉化為行為。此發現為既有ACP文獻提供重要補充，指出「知識不足並非唯一瓶頸」，而態度內化與障礙排除才是關鍵轉化機制。研究亦顯示，醫護人員雖普遍支持ACP理念，但實際啟動對話或完成相關行為的比例仍偏低[11,28]。本研究透過中介模型清楚顯示，知識必須先轉化為對ACP價值的認同，並同時降低對溝通困難的感知，方能驅動行為實踐。此結果呼應將ACP視為一項「行為改變歷程」而非單一教育事件的觀點，並支持未來介入應聚焦於態度養成、自我效能與結構支持，而非僅止於知識傳遞[18,19]。

六、ACP作為法律門檻與溝通歷程之制度矛盾：台灣病人自主權立法的再省思

台灣《病人自主權利法》在制度設計上，將預立醫療照護諮商（Advance Care Planning, ACP）明確定位為簽署預立醫療決定（Advance Directive, AD）的必要前置條件，原意在於確保病人於充分知情與專業支持下做出自主決定。然而，現有研究與本研究結果皆顯示，ACP在臨床實務中更接近一個「持續性的溝通歷程」，而非可被制度化為單次程序的法律門檻，此一立法設計遂形成實務與理念上的內在矛盾。文獻指出，醫護人員即使具備ACP相關知識，仍可能因對法律責任、文化衝突與制度複雜性的顧慮，而對引導病人完成AD採取保留態度[11,29]。本研究亦顯示，ACP知識本身並未直接促進行為，而須透過態度內化與障礙降低等轉化機制方能發揮效果，顯示將ACP視為「簽署AD的手段」可能反而強化醫護人員對程序風險的感知，抑制其主動啟動溝通的意願。國際共識已逐步將ACP重新界定為一項以價值探索與關係溝通為核心的照護歷程，而非文件導向的法律程序[18,19,30]。在亞洲文化脈絡下，過度強調法律文件更可能與家庭共決與關係自主的價值產生張力[21,27]。因此，台灣現行立法將ACP作為簽署AD的必要條件，雖具保護病人權益之初衷，卻在實務上可能窄化ACP的功能，限制其作為溝通平台的彈性與可近性。未來制度調整或實務指引，宜重新鬆動ACP

與AD之間的單向連結，回歸ACP作為支持性溝通歷程的本質，以降低醫護人員的制度壓力，並促進更早期、常規化且以人為本的自主照護討論。

結論

本研究以多重中介分析系統性檢驗醫護人員ACP知識、心理機制與行為之間的關聯，結果顯示，「答案為是」題型之ACP知識得分顯著高於「答案為非」題型，顯示醫護人員對ACP理念的理解高於對制度與實務細節的掌握，仍存在知識缺口。ACP知識本身並不足以直接促進臨床行為，而須透過態度內化與障礙降低等轉化歷程方能發揮影響力。其中，ACP態度在知識轉化為行為與意願的過程中扮演核心中介角色，ACP障礙則作為重要的抑制機制，而委任代理人態度與AD態度未形成顯著中介。此結果不僅實證支持ACP領域長期存在的「知行落差」，亦突顯行為形成涉及多重心理與結構因素。整體而言，本研究指出單一知識導向策略難以驅動實務改變，必須同時關注態度轉化與障礙排除，方能有效促進醫護人員參與ACP與相關行為實踐。

本研究結果對台灣ACP推動政策與醫療管理實務具有多項啟發。首先，由於醫護人員對ACP理念的理解高於對制度與實務細節的掌握，現行以知識訓練為主的教育策略應調整為兼顧態度內化與自我效能培養之介入模式，透過情境演練、跨專業工作坊與臨床導師制度，協助醫護人員建立對ACP溝通價值的認同。其次，在制度設計上，應重新檢視ACP與AD之間的強制連結，避免將ACP簡化為文件簽署前置程序，以降低醫護人員的制度壓力與風險感知。醫療機構層級則可透過明確分工的跨專業團隊模式、標準化流程與資訊系統支持，使ACP成為常規照護的一部分，而非僅於特定臨床條件下啟動。整體而言，ACP的有效推動有賴於政策、制度與臨床管理的整合調整，而非單點式教育介入。

本研究仍存在若干限制，需審慎解讀其結果。首先，本研究採橫斷式設計，雖可檢驗變項間之關聯與中介機制，但無法推論因果方向，未來研究可透過縱貫追蹤或介入研究進一步驗證心理機制的時間序列關係。其次，本研究資料來自單一區域教學醫院，且樣本以護理人員為主，研究結果在不同醫療層級、專科別或文化情境下的推廣性仍有待驗證。最後，本研

究未納入組織文化、工作負荷或制度誘因等結構性因素，後續研究可擴展模型層次，以更全面描繪ACP行為形成的多層次脈絡。

誌謝

本研究得以順利完成，特別感謝衛生福利部南投醫院提供計畫經費補助（10906）。

參考文獻

1. Carr D, Luth EA: Well-being at the end of life. *Annual Review of Sociology* 2019; 45(1): 515-534.
2. Phan HP, Chen SC, Ngu BH, et al.: Advancing the study of life and death education: Theoretical framework and research inquiries for further development. *Frontiers in Psychology* 2023; 14: 1212223.
3. Lee HTS, Yang CL, Leu SV, et al.: Cultural impediments to frank communication regarding end-of-life care between older nursing home residents and their family members in Taiwan: a qualitative study. *BMC Nursing* 2022; 21(1): 357.
4. Cheng SY, Suh SY, Morita T, et al.: A cross-cultural study on behaviors when death is approaching in East Asian countries: what are the physician-perceived common beliefs and practices? *Medicine* 2015; 94(39): e1573.
5. Yang PC, Shih MJ, Liu YA, et al.: Web search trends of implementing the Patient Autonomy Act in Taiwan. *Healthcare* 2020; 8(3): 353.
6. Wu YL, Lin TW, Yang CY, et al.: Urban people's preferences for life-sustaining treatment or artificial nutrition and hydration in advance decisions. *BMC Medical Ethics* 2024; 25(1): 59.
7. Wilkin K, Fang ML, Sixsmith J: Implementing advance care planning in palliative and end of life care: a scoping review of community nursing perspectives. *BMC Geriatrics* 2024; 24(1): 250.
8. Estreller SS, Pilapil JC, Ting FI, et al.: Physicians' knowledge, attitudes and practices on advance care planning for patients with advanced cancer in a national university hospital in the Philippines. *Ecancermedicalscience* 2024; 18: 1725.
9. Chan HYL, Kwok AO, Yuen K, et al.: Association between training experience and readiness for advance care planning among healthcare professionals: A cross-sectional study. *BMC Medical Education* 2020; 20(1): 451.

10. Hsieh CC, Huang HP, Tung TH, et al.: The exploration of the knowledge, attitudes and practice behaviors of advance care planning and its related predictors among Taiwanese nurses. *BMC Palliative Care* 2019; 18(1): 97.
11. Qutob RA, Alaryni A, Alammari Y, et al.: Knowledge, attitudes, and practices of healthcare providers towards advance directive for COPD patients in Riyadh, Saudi Arabia. *Healthcare* 2025; 13(7): 771.
12. Fritz MS, MacKinnon DP: Required sample size to detect the mediated effect. *Psychological Science* 2007; 18(3): 233-239.
13. Shepherd J, Waller A, Sanson-Fisher R, et al.: Knowledge of, and participation in, advance care planning: a cross-sectional study of acute and critical care nurses' perceptions. *International Journal of Nursing Studies* 2018; 7(86): 74-81.
14. Jezewski MA, Feng JY: Emergency nurses' knowledge, attitudes, and experiential survey on advance directives. *Applied Nursing Research* 2007; 20(3): 132-139.
15. Wilder CM, Swanson JW, Bonnie RJ, et al.: A survey of stakeholder knowledge, experience, and opinions of advance directives for mental health in Virginia. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 2013; 40(3): 232-239.
16. Nakazawa K, Kizawa Y, Maeno T, et al.: Palliative care physicians' practices and attitudes regarding advance care planning in palliative care units in Japan: A nationwide survey. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 2014; 31(7): 699-709.
17. Cheng HC, Ke LS, Chang SY, et al.: Knowledge, attitudes, and behavioral intentions of elderly individuals regarding advance care planning: questionnaire development and testing. *PLOS ONE* 2022; 17(7): e0272351.
18. Sudore RL, Lum HD, You JJ, et al.: Defining advance care planning for adults: a consensus definition from a multidisciplinary Delphi panel. *Journal of Pain and Symptom Management* 2017; 53(5): 821-832.
19. McMahan RD, Hickman SE, Sudore RL: What clinicians and researchers should know about the evolving field of advance care planning: a narrative review. *Journal of General Internal Medicine* 2024; 39(4): 652-660.
20. Martina D, Geerse OP, Lin CP, et al.: Asian patients' perspectives on advance care planning: a mixed-method systematic review and conceptual framework. *Palliative Medicine* 2021; 35(10): 1776-1792.
21. Mori M, Chan HYL, Lin CP, et al.: Definition and recommendations of advance care planning: a delphi study in five asian sectors. *Palliative Medicine* 2024; 39(1): 99-112.
22. Hong SW, Kim S, Yun YJ, et al.: Emergency healthcare providers' knowledge about and attitudes toward advance directives: a cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2021; 18(3): 1158.
23. Ajzen I: The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 1991; 50(2): 179-211.
24. Sedini C, Biotto M, Crespi Belskij LM, et al.: Advance care planning and advance directives: an overview of the main critical issues. *Aging Clinical and Experimental Research* 2022; 34: 325-330.
25. Inokuchi R, Mayers T, Sakamoto A, et al.: Situation, education, innovation, and recommendation: a large-scale systematic review of advance care planning in the age of COVID-19. *Healthcare* 2024; 12(6): 667.
26. Lasmarías C, Subirana-Casacuberta M, Mancho N, et al.: Primary care professionals' self-efficacy surrounding advance care planning and its link to sociodemographics, background and perceptions. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2021; 18(17): 9034.
27. Lee YJ, Kim SH, Yoo SH, et al.: Advance care planning in palliative care in Asia: barriers and implications. *Journal of Hospice and Palliative Care* 2024; 27(4): 107-119.
28. Zhang J, Fang R: Community health workers' knowledge and attitudes toward advance directives in China: a cross-sectional study. *Frontiers in Public Health* 2025; 13: 1661934.
29. Ojerinde OA, Onyeaka EG, Harthi SA, et al.: Assessment of resident physicians' knowledge, attitudes, and practices concerning advance care planning: a cross-sectional study. *Cureus* 2025; 17(2): e7759.
30. Hickman SE, Lum HD, Walling AM, et al.: The care planning umbrella: the evolution of advance care planning. *Journal of the American Geriatrics Society* 2023; 71(7): 2350-2356.

Multiple Mediation Analysis of the Knowledge, Psychological Mechanisms, and Behaviors of Healthcare Professionals in Advance Care Planning

Pei-Hsuan Hsieh¹, Li-Ling Huang³, Chao-Kang Feng⁴, Yu-Ru Chen¹,
Hsuan-Ying Huang¹, Chia-Jung Hsu³, Pei-Chen Chen¹, Te-Feng Yeh³

Department of Nursing¹, Department of Surgery², Nantou Hospital, Ministry of Health and Welfare;
Department of Healthcare Administration, Central Taiwan University of Science and Technology³;
Department of Nursing, Hungkuang University⁴

Abstract

Purposes

In this study, we investigated how knowledge of advance care planning (ACP) influences the willingness of healthcare professionals to engage in ACP and their clinical practice behaviors via psychological factors such as attitudes and perceived barriers.

Methods

Based on a cross-sectional study design, we administered a structured questionnaire to 355 healthcare professionals at a regional teaching hospital in central Taiwan. Mediation analyses were performed using the SPSS PROCESS Macro (Model 4), with ACP knowledge serving as the independent variable and attitudes and perceived barriers as parallel mediators to examine their effects on ACP willingness and clinical practice behavior.

Results

We recorded a mean standardized ACP knowledge score of 86.29, with significantly higher scores for test items for which the correct answer was “true” compared with those for which it was “false” (97.18 vs. 75.40, $p < 0.001$). In terms of attitudes, ACP attitudes scored highest (4.31), exceeding attitudes toward a health care agent (HCA) (4.25) and advance directives (AD; 4.20) ($p < 0.001$), whereas the mean ACP barrier score (3.19) was significantly lower than the AD barrier score (3.71) ($p < 0.001$). Mean scores for ACP willingness and behavior were 3.83 and 3.77, respectively. ACP knowledge was positively associated with ACP attitudes and negatively associated with perceived barriers, although it had no direct effects on behavior. Mediation analysis further indicated that while the associations between knowledge and both willingness and behavior were exclusively mediated by ACP attitudes, ACP behavior was significantly inhibited by perceived barriers.

Conclusions

Our findings revealed that the development of ACP-related behaviors among healthcare professionals is dependent on changes in attitudes and the reduction of perceived barriers, as knowledge alone is insufficient to translate into clinical practice. Future strategies to promote ACP should therefore focus on strengthening the internalization of attitudes, developing self-efficacy, and providing greater institutional support to close the gap between knowledge and behavior. (Cheng Ching Medical Journal 2026; 22(4): 52-62)

Keywords : *Advance care planning, Advance directives, Health care agent (HCA), Knowledge-Attitude-Behavior model*