

# 失智症老人於長期照護上的倫理考量

## Ethical Concerns for Elderly With Dementia in Long-Term Care

謝佳容 C. J. Hsieh • 張文英 W. Y. Chang

謝佳容女士：國立台灣大學護理學研究所碩士，現任台北醫學大學護理學系講師，國立台灣大學公共衛生學院衛生政策與管理研究所博士班研究生。

張文英女士：美國伊利諾州芝加哥大學護理行政博士，現任台北醫學大學護理學系助理教授。

### 摘 要

失智症老人的長期照護，常因其認知、記憶、表達溝通能力的功能喪失，而變得複雜、多層面，且較難瞭解他們真實的感覺和行爲。嚴重的患者通常因無法溝通，而必須依賴他人爲他們做抉擇，所以倫理的考量就顯得格外重要。但因倫理的考量常受到個人的喜好、價值觀、信念、及態度而有所不同，故護理人員應更加敏感與瞭解倫理的相關訊息，以協助失智症老人做最佳的決策，達最中立、最客觀的決策協助者。所以，本論述文的目的是提供護理人員對國內外倫理之相關議題有進一步的瞭解，以提昇其對倫理的認識及臨床應用的能力。

關鍵詞：失智症 (dementia)、倫理議題 (ethical issues)、長期照護 (long-term care)。

### 前 言

人口老化是全球共通性的議題。根據聯合國 United Nations (2001) 的推估指出老年人口於西元 2050 年時將佔全球人口比例之 21%。目前台灣老年人口約佔總人口之 8.86%，預估至 2036 年老年人口將佔 21.68% (內政部，2000)，故未來老人照護問題將會受到全球的重視與關注。

隨著台灣老年人口比例的增加，老人照護如失智症 (dementia) 的需求也會增加。在已開發的國家中，失智症被視爲「流行病」的象徵，據估計在美國居住於機構中的老人幾乎 60—80% 的人有失智症，而居住在社區的老人亦有 10—20% 的人有認知方面缺損的問題 (Hillan, 1993; Ott, van Breteker, & Harskamp, 1995)。而國內的老人人口雖較歐美國家少，但據統計 65 歲以上老人患有失智症之比率亦有 2%—4% (5—8 萬人)，且預測未來會隨著老人

人口增加而增加 (立法院厚生會，1997；劉、戴、林、賴，2000；Liu, Lin, & Chen, 1996)，因此，未來老人照護的需求勢必會增加。

在台灣，目前失智症老人的照顧模式大多以居家式及社區式服務爲主，而機構式照顧則較少，但機構式的照護數量也在迅速增加中 (Liu, et al., 1996)。失智症老人在長期照護系統中，不論屬何種照護方式，其所必須面臨之照護問題，主要在於患者的認知、記憶、表達溝通能力上功能喪失的問題，及照顧者常較難瞭解他們真實的感覺和行爲 (Norberg & Athlin, 1989)，因此，在照護上就更顯得複雜與重要。

當失智症老人喪失其自我照顧與決策能力時，不但其行爲會受到干擾、會四處遊蕩，會對醫療失去自主性，且必須依賴他人來做決策及滿足需求，

故生命的尊嚴常受到考驗 (Schultz, 2000)。為求對老人的尊敬，聯合國於 2002 年老化行動國際策略 (the International Strategy for Action on Ageing) 中則提出面對 21 世紀的人口老化，強調應加強以老人之人權為主之照護，促進老人的參與度，視老人為有成就與有尊嚴的個體，以根除對年齡的歧視 (United Nations, 2001)。因此，重視失智症患者的人權，在長期照護倫理的考量上是相當重要的。

### 失智症老人倫理的考量

失智症的臨床表現以大腦的認知功能衰退為主，是漸進式的疾病。主要臨床表現包括認知 (cognition)、行為 (behavior) 與精神狀態 (mental status) 三方面的退化，故無法完整的表達自己的意見。症狀在早期的時候，常被認為是一種正常的老化現象，而常被忽略。但隨著病程的進展，在 4—5 年後開始出現明顯的認知障礙，無法處理日常生活事物時才會被家屬注意到。失智症除了認知功能的缺損外，病患常有許多所謂的非認知功能的症狀 (noncognitive symptoms)，如妄想、幻聽、憂鬱、睡眠等。妄想中則以被偷幻想最常見，故常造成許多行為上的干擾與照護的問題，使家屬在照顧上更覺得困難，這也是病患住進療養院最常見的原因。等病患出現失禁，肢體活動受到限制時，則醫療照護上就顯得更加困難了 (Keating & Scarfe, 1998)。

在面對失智症患者時，若你是他的護士，你將會如何做？雖可使用約束來預防失智病患跌倒或避免治療活動時的干擾，但亦會相對地增加病患的焦慮感、激動不安、害怕、及被放棄的感受，所以 Haddad (1999) 建議以最少的約束為治療原則較為恰當。另外，因中度和重度失智症的病患通常伴有飲食上的問題，且在末期的失智症患者更可能會拒絕食物和液體的攝入，此時照顧者該如何做呢？用人工的管灌餵食嗎？或是用其他外力的方法強加餵食？或是不管他？諸此，倫理的議題則會浮現出來 (Norberg & Athlin, 1989)。如依據自主原則，病患有權利決定他們是否進食，但在失智症病患則因無法溝通及無法自主，若是有意願的溝通，亦呈現不

合理的邏輯，這對照顧者而言，卻是相當困難的抉擇，因很難去了解什麼是對病患有利的或是會去傷害他們。Tolson, Smith 和 Knight (1999) 則指出失智症老人會比其他一般老人在自主性上易受到主觀或客觀上的傷害。

Hillan (1993) 指出在護理之家或長期照顧為主的醫院中，隱私權是對住民的另一照護上的議題，像有些病房的浴廁是沒有門的，選擇權的使用對老年的住民也是缺乏的，照護的活動幾乎都是依據機構內的常規而安排，而較少考量個人的需求。雖醫院可能基於公平、安全的考量，而訂定訪客規則，如此卻造成住民和朋友或親屬間較難維持正常的關係，甚至造成隔離的現象發生。所以，照護者如何在這兩難的情境下取得平衡應是未來所要努力的方向。

### 失智症老人照護的倫理原則

隨著健康照護的科技化和社會結構的改變，生命存活的抉擇成為道德哲學的議題。倫理強調對個體自主權的尊重，但在長期照護中卻無法完全實現，因居家護理服務的對象並非完全是獨立的 (full independent) 個體，他們可能是虛弱的，需部分或完全協助的，故在倫理的考量上應更具敏感度，以瞭解什麼是住民的需求才是最重要的 (Waymack, 1998)。一般而言，倫理包含七個主要的概念原則，分述如下：

#### 一、自主原則 (autonomy)

自主原則是自我規則 (self-rule) 或為自己控制個體情境的能力，且不為他人所傷害或是他人對老人利益所設計的行動，是主張個人有基本的權利，也就是個體自我決定能力的尊重，及同意其能為自己做出最好判定且不傷害自己的決策。Dowine (1989) 認為自主性並非只是“有”或“無”的定律，就像嬰兒是慢慢發展出來的，而老人則是逐漸的失去，故自主是有彈性、可變的概念。Day, Drought 和 Davis (1995) 的研究指出基於保護病患自主原則，需要讓其了解和同意治療計劃的內容，當個體能夠了解相關資訊時，才能做出較合適的決

定與判斷。知情同意 (informed consent) 主要的功用在於保護和促進個人的自主，它可以使專業人員及機構變得更加審慎，使有關的專業人員更有保障，使病人和專業人員之間更加信任，也使社會大眾對醫療和研究更加放心。但因失智老人其自主能力喪失，其決策和行動常是藉由護理人員來協助其作決定，如此是否違反病患自主的權利 (Hillan, 1993)，此問題是值得省思的。

## 二、隱私原則 (privacy)

隱私原則是認為個人有權決定不同程度的思想、情感或個人資訊保密不讓他人知道，在醫療過程還包括診斷書的開立、病歷記錄、病情報告等，除非基於業務上的需要，可於非開放式的醫療團隊討論，否則作為醫療人員應對病患的隱私保密 (Waymack, 1998)。隱私權的概念於老人照護的情境是必須被重視的，特別是對失智症患者尤其重要，因此，「信守病患的秘密」也是尊重個體的表現。另外，長期照護時也包含了對約束的限制和對床邊範圍的界定，以及它可以選擇誰來成為他同室的伙伴的決定 (Johson, 1999)。雖此原則是屬較不具體的準則，但對老人的照護而言卻是主要的原則。

## 三、為善原則 (beneficence)

為善原則主張為了他人的利益，施予好處，此原則對老人、家庭、專業服務者提供仁慈、善良或對其有利的德行，以增進病患的福祉及減少對病患的傷害，但若認為對年長者是好的就幫他去做，即使是他們不太願意或根本沒有事先被告知，此做法明顯地違背了尊重人的自主原則。Haddad (1999) 本著為善原則和非傷害原則，儘可能於工作中提供病患最大的好處，和儘可能不去傷害他們，所以強調約束的處置儘可能減少較好，特別是對失智症患者而言更須要謹慎與減少，以使其活動不會受到限制，且可維持其尊嚴 (Castle, Fogel, & Mor, 1997)。

## 四、不傷害原則 (non-maleficence)

不傷害原則是避免對病患的生命安全造成傷害，為善原則和不傷害原則通常是同時存在的

(Day et al., 1995)，如：老人不想住入護理之家，但基於滿足其照顧上的需求而必須住入，如此可能會因醫療化處置如約束，而造成老人變得更加虛弱和混亂。根據美國精神醫學會 (American Psychiatric Association, APA) 指出當個案即將發生傷人、自傷或破壞情形而其他方法無效時，可用保護約束處置來預防 (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 1996)。故約束必須是為了保護病患及其他人員安全，且是治療性、必須時才使用，而非報復病患之工具。同時，根據精神衛生法施行細則第十五條明訂拘禁病患、拘束其身體或剝奪其行動自由，應由醫師認為有其必要時，才能實施，並應於病歷載明其方式、理由及起訖時間 (台灣省政府衛生處，1993)。但即是如此，因失智症老人不易清楚地溝通，如要其不被傷害，照顧者和其親人是有醫療契約存在的，依據為善、不傷害原則，才是首重的失智症老人照護目標。

## 五、公平原則 (justices)

公平原則強調公道與正義，可從宏觀和微觀的層面來討論，宏觀泛指不論個人、種族、機構中的老人或生病的族群而言，微觀則是指某特定弱勢族群的老人，需以公平合理的處事態度來對待，根據陳及李 (2000) 的觀點，要達公正，社會必須致力消弭各種主、客觀的不公平，站在「原始位置」思考，尤其對弱勢族群如失智症老人更是要設身處地，醫療提供者應本著公平、公正的方式照顧他們。在醫療情境中，照護者常面臨到要如何達「公平」的境界，例如在失智症老人照顧過程，有限的人力與時間下，如何公平的分配照顧時間，其原則為何？這層面所考慮的是「專業的道德責任」，是值得我們加以深思，且照顧者亦可發現，倘若能本著考慮病患的感受，那麼則較易成功達成所要完成的目標，且能真正的公平合理 (Day et al., 1995)。

## 六、誠實原則 (fidelity)

誠實是對人的尊敬義務，與守信義務的表現，是人與人之間溝通最起碼的要求，如不以誠相待，則無法相互信任 (Johson, 1999)。於醫療範圍內的所有人包括專業、次專業、照顧者、家屬、朋友

等，彼此被期望於照顧對象上要能誠實對待。對失智症的照顧倘若對病患或家屬解說不完全（under-disclosure）或不做解說（nondisclosure），這都違背了誠實的原則。對待失智症老人不宜說假話來欺騙他，或是隨便的哄騙，但臨床上為了避免他們產生極度不安，甚至自殺，不向病患解說重症病情，此為「仁慈的哄騙」，是一種不違背為善原則和不傷害的行為的一種。

### 七、負責任原則（accountability）

負責任原則在專業角色是強調要能用非指導式諮詢（nondirective counseling）和審慎的方式（deliberative approach）來幫助此家庭成員獲得最新的資訊，協助其做決定。特別是在長期照顧醫療趨勢中，現代化醫療完善的迅速發展，生化科技的發達，使生命年限更加延長，對死亡的態度也隨之改變，例如：何種情境的發生才叫做死亡，特別是死亡的發生並非是快速遽然地，且對於不同個體則有極大的差異態度與價值。對於失智症生命末期的老人，更是需要尊重，包括面對生命終止期的尊重與尊嚴之態度，提供舒適性協助症狀的控制，預防疼痛的發生和控制，提供發展正常社會化關係的機會，提供患者在照顧和治療時共同參與的權利，在照顧活動過程具有分享和決策計劃能力，且獲得相關資源，具有自由選擇於家庭環境安然死亡的權利（Johson, 1999）。

### 代理人在失智症 老人照顧上所扮演的角色

Waymack（1998）指出當個體有認知能力缺損時，則家庭通常扮演著重要的決策角色，亦是家庭得到情緒支持的力量，這和急性醫療照顧是有很大差異的。Rhymes, McCullough, Luchi, Teasdale 和 Wilson（2000）提出因家屬生活環境和病患為最相似，是最可當決策代理人。我國民法第七十五條規定病患若因受傷或生病而導致昏迷、意識不清或精神錯亂，不能行使自主權時，有關其醫療應由第三者如病人的配偶、法定代理人、監護人或法定扶養義務範圍內的近親代來執行。醫護人員為此類病患

施行醫療處理時，應先取得上述第三者的同意，才可施行，但急救除外。因此，當病患和家屬的期待不同或有衝突時，就需進行協調，特別是當有家屬積極參與失智症患者照顧的決策時，強調優先考慮病患的喜好是最重要的。但此決定應是不受家屬不想再負擔或不想再繼續照顧病患，而有所影響的。在長期照護上，護理人員扮演著極重要的角色，不但可說是「病患代言人」，亦是病患權利的保護者，故護理人員對個案有充分告知的職責，此職責包括：病人在被告知的過程中，護理人員有職責去確定個案有能力去行使同意權；或是在病人作決定的過程中，能夠排除威脅或控制的影響因素。如此才能確保個案被告知的權利及支持個案自主的決定（Annette & Lueckenotte, 1996）。但在沒有行為能力的病患，在病發前有行為能力時已預立遺囑者，或沒有預立遺囑的人以及生後就未曾有行為能力的人，則理當由家屬做代理人，按病患最佳利益的標準，代為作決定。一般認為家屬應能把握病人的最佳利益，但有時也不盡然。故護理人員發現家屬判斷有不當或有濫用的跡象時，應主動尋找解決辦法，以保護病患的最佳利益。

### 護理倫理的實踐

國際護理協會於1953年首次公布護理人員倫理規範，經過多次修訂與確認，於2000年提出最新的版本，序文指出護理人員有四項基本責任：促進健康、預防疾病、恢復健康與減輕痛苦。對護理人員而言，這是全球一致性的需求；亦是護理之本質。護理照顧對象是不會因年齡、膚色、信念、文化、失能或疾病、性別、國籍、政黨、種族或社會地位而有所不同的（International Council of Nurses, 2001）。

傳統的生物醫療模式，是以生物治療的方式來處置疾病，將人視為由無數細胞、組織、器官組合而成的個體，他們彼此交互作用來達到生物的體內平衡，於此模式雖也強調社會和心理因素，但主要還是專注於身體的層面，若護理的基礎為此，則導向常規護理、標準化的活動流程和身體護理為主軸，但病患／個案的價值是要能認知到個體的需求

差異性，且必須提供合宜的護理活動，護理過程有個重要的假設，即在於任何的護理計劃前題是個體的評估和確認需求，才能滿足其照護的需求（Hillan, 1993）。但Robertson（1996）於老年精神科病房調查其倫理原則發現，對於病患倫理的為善原則和自主權的尊重，醫護人員間有著不同的態度，護理人員於相同的倫理原則時，較以美德的特質來考量與強調病患的自主權，而醫師則似乎較以利益的倡導為主，故哲學的價值與照護的基礎是不盡相同的（Watson, 1993）。護理人員是長期照護的主力，在照顧失智老人時會表現出實務倫理上所須的考量，故護理人員是倫理的反應者，亦是關注者。但因失智症老人其認知功能上有缺損，且生活上會出現依賴的行為，所以無法做日常生活的決策。Hasselkus（1997）則提出雖失智症於日間照護的單位時，每日和社會環境相似的情境生活，卻存在許多倫理上的問題，所以必須思考：「當會影響個體行為時其同意權為何？」。如每日的活動被干擾，且倫理的常規標準受到挑戰時，此表示已超過行為的界線（cross the line），應加以控制（盧，2002）。

在21世紀的今天，面對國內失智症的老人人口數目增加，加上醫療科技的發展使得倫理問題變得越來越複雜，所要關注的倫理層面亦愈來愈廣，所以在醫療照顧上的決定往往很難作出良好的判斷。但不論是居家式、社區式或機構式的照護模式，從事老人精神護理的專業人員，為提昇高品質的護理與基於對人類的關懷與尊重，應積極充實自己的專業常識，持續接受教育和訓練，方能增強照護的敏感度，以使失智症老人的倫理照護規則得以遵循及其生命尊嚴得以維護。

### 參考文獻

- 內政部（2000）·老人福利政策實施計畫與概況報告·台北：作者。
- 萬育維（1997）·老人照護的現況與發展·立法院厚生會主辦，1997亞太國際老人照護研討會大會手冊·台北：國家圖書館國際演講廳。
- 台灣省政府衛生處（1993）·精神衛生法令彙編·南投縣：作者。
- 陳映樺、李明濱（2000）·醫學倫理學之理論與原則·醫學教育，4（1），3-22。
- 盧美秀（2002）·護理倫理教育的省思·新台北護理期刊，4（1），1-8。
- 劉景寬、戴志達、林瑞泰、賴秋蓮（2000）·台灣失智症的流行病學·應用心理研究，7，157-169。
- Annette, G., & Lueckenotte, M. S. (1996). Gerontological nursing. New York: Mosby.
- Castle, D., Fogel, E., & Mor, A. (1997). Risk factors for physical restraint use in nursing home: Pre-and post-implementation of the Nursing Home Reform Act. The Gerontologist, 37, 737-747.
- Day, L., Drought, T., & Davis, A. J. (1995). Principle-based ethics and nurses' attitudes towards artificial feeding. Journal of Advanced Nursing, 21(2), 295-298.
- Dowine, R. (1989). Paternalism and the rights of professionals to interfere. In J. Tanya (Chair), Proceeding of age concern conference. Edinburgh.
- Haddad, A. (1999). Ethics in action: An 85-year-old man with mild dementia often threatens the safety of other patients when he gets out of bed. RN, 62(5), 27-30.
- Hasselkus, B. R. (1997). Everyday ethics in dementia day care: Narratives of crossing the line. Gerontologist, 37(5), 640-649.
- Hillan, E. M. (1993). Nursing dementing elderly people: Ethical issues. Journal of Advanced Nursing, 18, 1889-1894.
- International Council of Nurses. (2001). The ICN code of ethics for nurses. Switzerland: Author.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (1996). Insert of standards for three accreditation manuals. Joint Commission Perspectives, 16(1), RS1-8.
- Johson, T. F. (1999). Handbook on ethical issues in aging. London: Greenwood Press.
- Keating, D., & Scarfe, C. (1998). Creating a nursing development unit in a dementia care context. International Journal of Nursing Practices, 4, 120-125.
- Liu, C. K., Lin, R. T., & Chen, Y. F. (1996). Prevalence of dementia in an urban area in Taiwan. Journal of Formosa Medicine Association, 95, 762-768.

Norberg, A., & Athlin, E. (1989). Eating problems in severely demented patients issues and ethical dilemmas. Nursing Clinics of North America, 24(3), 781–789.

Ott, A., van Breteler, M. M., & Harskamp, F. (1995). Prevalence of Alzheimer's disease and vascular dementia: Association with education. The Rotterdam study. British Medical Journal, 15(310), 970–973.

Rhymes, J. A., McCullough, L. B., Luchi, R. J., Teasdale, T. A., & Wilson, N. (2000). Withdrawing very low-burden intervention in chronically ill patients. Journal of American Medical Association, 283(8), 1061–1063.

Robertson, D. W. (1996) Ethical theory, ethnography, and differences between doctors and nurses in approaches to patient care. Journal of Medical Ethics, 22(5), 292–299.

Schultz, S. K. (2000). Dementia in the twenty-first century. The American Journal of Psychiatry, 157(5), 666–668.

Tolson, D., Smith M., & Knight P. (1999). An investigation of the components of best nursing practice in the care of acutely ill hospitalized older patients with coincidental dementia: A multi-method design. Journal of Advanced Nursing, 30(5), 1127–1136.

United Nations. (2001). The UN principle for older persons. United Nations Millennium Development Goals. Available <http://www.un.org/esa/socdev/ageing/waa/ISAA1E.htm>

Watson, R. (1993). Measuring feeding difficulty in patients with dementia: Perspectives and problems. Journal of Advanced Nursing, 18, 25–31.

Waymack, M. (1998). Old ethical frameworks: What works, what doesn't? Generations, 22(3), 11–14.



# 蘭陽民生醫院

## 禮聘

### 護理督導兼護理長壹名

資格：護理專科以上畢業，具臨床工作經驗或地區教學醫院護理行政經驗二年

應徵方式：郵寄或E-mail履歷表

地址：宜蘭市宜興路一段79號 蘭陽民生醫院

E-mail：lymsh@ms15.hinet.net

洽詢電話：(03) 9354909 – 690 李小姐