計畫編號：DOH96-TD-M-113-023

行政院衛生署九十六年度委託科技研究計畫

探討終末病患照護中有關預立醫囑、生前預囑之現況及倫理法律問題

研 究 報 告

執行機構：台北醫學大學

計畫主持人：林佳靜

研究人員：張慧玉

全程計畫：自 96 年 3 月 1 日至 98 年 2 月 28 日止

本年度計畫：自 96 年 3 月 1 日至 98 年 2 月 28 日止

＊本研究報告僅供參考，不代表本署意見，依合約之規定：如對媒體發布研究成果應事先徵求本署同意＊

衛生署科技研究計畫成果報告審查表 (I)

執行機構	臺北醫學大學			主持人	林佳靜
計畫名稱	終末病患照護中有關預立醫囑、生前預囑之現況及倫理法律問題				
計畫編號	DOH96-TD-M-113-023	履約期限	97.02.29	完成日期	
審查結果	□通過 □需再書面修正 ☑需請主持人至成果報告審查會中作口頭報告，進一步評估後再修正 □不通過				

審查意見

三、研究報告內容與計畫書中預計達成之目標是否相符

96 年度應完成項目	審查結果	
	符合	不符合
收集有關「癌症病人、重症末期病人簽署預立醫囑或預立醫囑代理人」等相關文獻資料	V	
研擬末期病人預立醫囑施行情形，以及末期病人及家屬及護理人員對預立醫囑之知識及態度量表初稿。	V	
研究小組會議修訂量表	V	
進行量表的效度測試	V	
進行量表的信度測試	V	
繳交期中報告	V	
進行問卷調查	V	
資料統計和分析	V	
確定焦點團體座談專家	V	
邀請十位專家：包括醫師代表二位、護理代表一位、社工代表一位、病人代表一位、家屬代表一位、倫理學者二位、法律學者二位	V	
進行焦點團體座談，以探討預立醫囑之法律與倫理問題	V	
確定焦點團體座談專家	V	
邀請十位專家：包括醫護教育學者二名、醫師代表三名、護理代表二名、主管機關代表一名、社工代表一名、倫理學者一名	V	
進行焦點團體座談，以發展推動預立醫囑之執行準則與醫病溝通技巧以及相關作業準則	V	
資料彙整與資料比對	V	
撰寫研究成果報告初稿	V	
完成併繳交研究成果報告	V	

*若不符合請說明原因

*上列應完成項目為主持人提供，若依計畫書有其他未完成事項，請補充說明

衛生署科技研究計畫成果報告審查表(工)

執行機構	臺北醫學大學			主持人	林佳靜
計畫名稱	終末病患照護中有關預立醫囑、生前預囑之現況及倫理法律問題				
計畫編號	DOH96-TD-M-113-023	履約期限	97.02.29	完成日期	
審查結果	□通過				
	□需再書面修正				
	☑需請主持人至成果報告審查會中作口頭報告，進一步評估後再修正				
	□不通過				

審查意見

一、研究報告組織與條理之完整性

佳

二、資料收集與分析之恰當性

有效問卷醫護人員 516 份，病人 70 份，家屬 73 份，回收率分別為 65%, 9%, 9%，回收率偏低，問卷乃自填或逐題唸出並紀錄其答案。歸因於議題敏感，致拒絕率高。本計畫雖經過申請展延一年，仍無法提升回收率。

四、研究報告可供本署採行或參考部分

1. 簽署預立醫囑的時機待討論
2. 簽署意願書需依照安寧緩和醫療條例之規定
3. 預立醫囑醫病溝通技巧的訓練

五、研究報告需修正部分

研究過程及報告堪稱嚴謹，惟回收率過低，殊為可惜，顯示研究設計及收案人員訓練與收案情境仍有待改進的空間。

衛生署科技研究計畫成果報告審查表(II)

執行機構	臺北醫學大學			主持人	林佳靜
計畫名稱	終末病患照護中有關預立醫囑、生前預囑之現況及倫理法律問題				
計畫編號	DOH96-TD-M-113-023	履約期限	97.02.29	完成日期	
審查結果	□通過				
	□需再書面修正				
	☑需請主持人至成果報告審查會中作口頭報告，進一步評估後再修正				
	□不通過				

審查意見*

一、研究報告內容與計畫書中預計達成之目標是否相符

96年度應完成項目	審查結果	
	符合	不符合
收集有關「癌症病人、重症末期病人簽署預立醫囑或預立醫囑代理人」等相關文獻資料 (P33)	V	
研擬末期病人預立醫囑施行情形，以及末期病人及家屬及護理人員對預立醫囑之知識及態度量表初稿。 (P78)	V	
研究小組會議修訂量表	V	
進行量表的效度測試 P10,13	V	
進行量表的信度測試 P12.	V	
繳交期中報告	V	
進行問卷調查	V	
資料統計和分析 P39	V	
確定焦點團體座談專家	V	
邀請十位專家：包括醫師代表二位、護理代表一位、社工代表一位、病人代表一位、家屬代表一位、倫理學者二位、法律學者二位	?	
進行焦點團體座談，以探討預立醫囑之法律與倫理問題 P40	V	
確定焦點團體座談專家	V	
邀請十位專家：包括醫護教育學者二名、醫師代表三名、護理代表二名、主管機關代表一名、社工代表一名、倫理學者一名	?	/
進行焦點團體座談，以發展推動預立醫囑之執行準則與醫病溝通技巧以及相關作業準則 P109	V	
資料彙整與資料比對	V	
撰寫研究成果報告初稿	V	
完成併繳交研究成果報告	V	

*若不符合請說明原因

*上列應完成項目為主持人提供，若依計畫書有其他未完成事項，請補充說明

* (若篇幅不足，請自行複製)

衛生署科技研究計畫成果報告審查表(II)

執行機構	臺北醫學大學			主持人	林佳靜
計畫名稱	終末病患照護中有關預立醫囑、生前預囑之現況及倫理法律問題				
計畫編號	DOH96-TD-M-113-023	履約期限	97.02.29	完成日期	
審查結果	☐通過				
	☐需再書面修正				
	☑需請主持人至成果報告審查會中作口頭報告，進一步評估後再修正				
	☐不通過				
審查意見*	二、是否有其他意見要加入，若有的話請說明。 成果報告僅呈現一次焦點團體座談(96年12月2日)，惟96年度應完成項目包含二次焦點團體座談，且報告中出席指導委員「審查意見」所列有差異，請主持人於審查會中補充說明之(P.80)。				

審 查 意 見 回 覆

審查委員Ｉ：

您好，感謝您對本計畫提供寶貴的意見，並依據您的意見回覆如下：

1. 二、本計畫雖經過申請展延一年，仍無法提升回收率。

回覆：

原計畫目標調查癌症死亡病歷回溯500份與非癌症之死亡病歷回溯500份；問卷調查末期病人500位、家屬500位、及醫護人員500位。於97年2月，完成癌症死亡病歷回溯300與非癌症之死亡病歷回溯300份；問卷調查末期病人0位、家屬0位、及醫護人員0位。經過展延一年，於98年2月，完成癌症死亡病歷回溯1297份（增加997份）與非癌症之死亡病歷回溯1008份（增加708份）；問卷調查共計發出800份醫護人員問卷、800份病人問卷與800份家屬，共收得有效問卷：末期病人70位、家屬73位、及醫護人員516位，計算回收率為：醫護人員65%，病人：9%，家屬9%。將其回收率低原因分析如下：

①、本計畫新增收案醫院：96年度，由於第一次的隨機抽樣醫院中，聯繫收案過程結果(包含IRB審查)，部分醫院拒絕收案，因此再進行第二次的隨機抽樣，並依據96年5月28日專家會議「末期病人預立醫囑（含生前預囑及預立醫療委任代理人）之執行現況」討論結果，96年度共新增7家醫院(台北榮民總醫院、萬芳醫院、天主教耕莘醫院、新光、慈濟醫院台北分院、中山、中國)。

②、礙於IRB審查過程繁瑣耗時：因IRB申請審查收費高昂無法於計畫申請核准前即進行IRB申請，待計畫核准後已隨即展開IRB申請，其中申請至核准期間，因受各院要求必須有院內的協同主持人合作進行本研究計畫，因此需在各院尋找該院在終末病患照護領域有所專長之醫師/護理部督導或主任擔任協同主持人，從聯繫至確認同

意擔任 IRB 協同主持人所花費約為 1~2 個月時間，亦受各院 IRB 審查標準不一、審查議程日期間隔影響，歷時約 1~9 個月。因此，第一年期間多耗費於申請及等待 IRB 審查結果。除了 96 年度新增 7 家醫院之外，96 年度部分醫院係因初審修正後複審、審查委員改選暫停審查作業、等待協同主持人訓練證明文件與原本同意可進行收案，但收案前夕通知需再經由 IRB 審核等緣由，重新送審 IRB 文件進行審查，共有 10 家醫院陸續於 97 年間(3~12 月)才獲得各院 IRB 核准，IRB 核准後方能進行收案作業。

③、問卷發展與專家效度測試：原計畫書之問卷為研究團隊依據文獻查証與臨床經驗所擬定，但為比較國人與國外之差異，並且希冀本研究結果亦能與國外預立醫囑（含生前預囑及預立醫療代理人）之現況作比較，再次搜尋 SCI 資料庫進行文獻查證， 發現 Dr. Mary Ann Jezewski 於 2005 所發展之 Oncology nurses' knowledge, attitudes, and experiences regarding advance directives，量表，具有良好之信效度，且問卷層面與內容適合本研究，即刻進行聯繫國外學者，於 96 年 11 月，獲得原作者之同意函。然而由於原始問卷研究對象為護理人員，本研究對象尚包含末期病人、家屬，且原始問卷在知識層面為美國之相關法令，不適合國人，並且需考量文化民情之差異，因此問卷內容需作修正。96 年 12 月~97 年 1 月原英文量表經由英語文專家進行問卷中譯（Translation），97 年 3 月~97 年 4 月原英文量表經由英語文專家進行中譯問卷還原翻譯翻譯（back translation），97 年 5 月~6 月再由五位具有安寧醫護專業背景且對預立醫囑(含生前預囑及預立醫療代理人）有深入瞭解之專家，進行專家效度測試。97 年 7 月~8 月依據專家效度結果與專家建議進行中文版量表最後修訂，確認最終版本。於 97 年 9 月，正式施測「末期病人預立醫囑（含生前預囑及預立醫療委任代理人)」調查表。

④、收案單位與進行過程受阻：獲得 IRB 核准後，至各單位進行收案

時，又必須獲得各單位主管、各病房主治醫師群同意，期間公文往返，聯繫溝通，安排收案說明會，尋找各院協助收案人員等，皆需耗費時間，故計畫之進行又受延宕。此外，亦受部分收案單位，以臨床工作忙碌無法配合、該單位少有預立醫囑之簽署(少有 DNR)、或為考量末期病人身心脆弱不宜受訪、醫師認為談及"末期"和"不施行心肺復甦術"議題，恐讓病人、家屬有其它不良聯想等理由，拒絕本計畫於該單位進行。

⑤、由於問卷議題敏感，以及文化忌諱、家屬主導可否允許病人知情、末期病人病況與體力衰弱、病房主治醫師群與醫護人員未達共識等因素，加上各院協助收案人力限制，幾經主持人與研究人員多次與多方溝通協調，但仍無法增加回收率。細述如下：

i. 病人因素：由於收案對象為住院中的末期病人，為倫理考量，若病人不知病情則不納入收案，以避免引發倫理衝突，然而受限於國人病情告知的困境（家屬經常是要求醫護人員不要告知病人末期病情），以致可收案數受影響。另由本研究病歷回溯結果可得知，我國預立醫囑的討論與書面文件簽署，經常是在病人瀕臨病危、迫近死亡的時候。而預立醫囑文件的建立，經常是在病人處於昏迷狀態，且不施行心肺復甦術(DNR)簽署時間多在病人臨終前 3 天。因此，本研究進行問卷調查時，因受病人不知病情、病況差、體力衰退、虛弱或意識不清，無法進行或拒絕問卷調查。

ii. 家屬因素：因問卷論及不施行心肺復甦術、選擇安寧緩和醫療、醫師協助自殺等敏感字眼與文化忌諱，幾經溝通與解釋，但仍遭家屬拒絕，亦受家屬要求不要讓病人知道末期病情或相關訊息為由，不願收案人員與病人談論此議題和收案。或因病人病況差，家屬因擔心病人病情變化或需要密集照護病人，以「很忙，沒時間」為由拒絕問卷調查。

iii. 醫護人員因素：多家醫院醫護人員表示「即使是已經末期的病人，臨床上常避免使用"末期"字眼」，在醫師尚未與病人或家屬提出"末期"病況、"DNR"之前，不允許研究人員自行接觸病人或家屬談及"末期"、"DNR"議題，以避免干擾醫病信任關係、或病人和家屬有其它不良聯想、擔心病人喪失希望，以及為避免造成病人與家屬心理的不適，故拒絕本計畫於該單位收案。其它尚包含：該單位臨床工作忙碌與人力限制，醫護人員無法配合協助、該單位少有預立醫囑之簽署等為由，拒絕本案進行。

iv. 文化因素：當研究員向受訪者進行說明時，一聽到是安寧、不施行心肺復甦術的話題時，常被家屬或病人以「還不到那個時候」、「我們不是安寧的」、「擔心病人會害怕」、「不要問，不吉利」、「這個議題不舒服」、「沒有這個經驗，沒有意見」等理由拒絕。顯示國人在醫院中談論與死亡相關聯想的忌諱，加上仍存有"安寧等於放棄或等死"的誤解，更讓問卷收案窒礙難行。

⑥、 然而，縱有諸多困難，研究主持人仍積極克服障礙。計畫將繼續進行，持續至足夠個案數為止。

(修改後研究報告書 研究限制 p.24-28)

2. 四・研究報告可供衛生署採行或參考部分

回覆：

①、簽署預立醫囑的時機待討論：

從過去多位學者的研究皆指出應儘早讓有決策能力的病人參與預立醫囑的討論，但由本計畫病歷回溯結果可得知，我國預立醫囑的討論與書面文件的簽署，經常是在病人瀕臨病危、迫近死亡的時候。而預立醫囑文件的建立，經常是在病人處於昏迷狀態(37.2%)，且DNR簽署時間多在病人臨終前三天。與黃（2007）調查202位加護病房的重症病人，其中有66%的病人有簽署DNR，簽署DNR

同意書時，多數(88.72%)病人處於昏迷狀態的研究結果相似。研究結果皆顯示未能及早、充分的時間與機會和病人溝通有關預立醫囑之決定。(修改後研究報告書p.19)

但受限於病人對於預後的認知以及對安寧療護的瞭解、病人本身的特質（病人本身是否想知道）、家屬主導病人告知病情以及告知的程度的文化、家屬意見不一致、醫療人員態度不一致以及對安寧緩和醫療條例的瞭解與接受度不同等，皆會影響病人是否參與預立醫囑的決定。簽署預立醫囑的時機應視個別性狀況而定，儘早的、多次與病人或家屬討論預立醫囑，比起單次的討論，能更早作出預立醫囑的決定。(修改後研究報告書 p.20)

②、簽署意願書需要依照安寧緩和醫療條例之規定：

由本計畫病歷回溯結果可得知，意願書與同意書的簽署有未按照安寧緩和醫療條例之規定使用的情形，由本計畫問卷調查結果亦可得知，醫護人員對意願書或同意書的應用答對率僅有 25.2%，顯示醫護人員對安寧緩和醫療條例的認知、意願書的正確應用仍有需要再教育。(修改後研究報告書 p.22)

③、預立醫囑醫病溝通技巧的訓練：

由本計畫問卷調查結果亦可得知，我國醫護人員在預立醫囑的經驗和自信程度上，相較低於 Jezewski(2005)於美國四個洲的護理人員，其預立醫囑的經驗總分為 4 分(0~5)，我國醫護人員得分為 1.33(±1.49)分；其「自信的程度」總分為 38.7 分(11~55)，我國醫護人員得分為 29.39(±7.58)分。並且在「什麼是醫護人員在協助病人預立醫囑上最需要增加的能力？」中，有 21.1 %提出應加強溝通技巧，13.4 %提出應加強預立醫囑的相關知識與執行程序的能力。因此，研究團隊彙整研究結果、文獻查証及依據第一次焦點團體座談紀錄，擬定「預立醫囑執行作業暨醫病溝通技巧手冊」初稿(成果報告附錄四)，然因問卷回收率低，希冀未來增加個案數，獲得

更具代表性之研究結果後，召開第二次焦點團體座談進行修正，以使能符合臨床之需求。(修改後研究報告書 p.23、p.24)

3. 五・研究報告需修正部分：研究過程及報告堪稱嚴謹，惟回收率過低，殊為可惜，顯示研究設計及收案人員訓練與收案情境仍有待改進的空間。

回覆：

①、收案情境：

i. 受醫院單位科別屬性影響：本計畫進行過程中發現，若該單位有照護末期病人且有接受緩和治療方式者則接受度較高，但若為急性、以積極治癒為目標的單位，則接受度低。然而單位屬性非研究者所能控制，幾經主持人與研究人員多次與多方溝通協調，但仍拒絕本計畫於該單位進行病人或家屬的問卷調查。

ii. 受社會文化因素影響：由本計畫進行受阻的過程中可發現，國人談及對安寧、不施行心肺復甦術、預立醫囑的議題時，有排斥、抗拒的心態，顯示其仍存在對安寧認知的誤解、以及安寧與預立醫囑觀念尚未能落實。(修改後研究報告書 p.30)

②、收案人員訓練：

i. 收案人員人力之限制：本計畫於全國北中南共 19 家醫院進行死亡病歷回溯與問卷調查，為考量地區特性與受訪者(病人或家屬)對訪員的信任，招募各院護理人員為兼職收案人員（每院 1~2 人，其中 7 家醫院未能招募到協助收案人員），但各院協助收案人員僅能利用下班或假日協助，又因受限於臨床工作忙碌、病房單位配合度之影響，實際上可提供協助之人力非常有限。

ii. 收案人員訓練：針對各院協助收案人員，於收案前舉辦行前訓練，針對研究計畫之目的、研究進行方式、步驟與問卷逐題逐

項說明，並提供計畫聯絡人手機與 E-mail，以便可隨時澄清與討論。(修改後研究報告書 p.30)

③、研究設計修正：

i. 國內少有針對住院中的末期病人進行安寧、不施行心肺復甦術與預立醫囑之量性研究，相較於鄒等人（1999）自擬問卷取得 66 位癌末病患家屬之有效問卷，以及詹等人（1999）自擬問卷取得 74 位加護病房護理人員之有效問卷。國外 Sahm,Will 與 Hommel (2005）對病人、家屬、護理人員和醫師各 100 位作問卷調查，本計畫共收得有效問卷：末期病人 70 位、家屬 73 位、及醫護人員 516 位。(修改後研究報告書 p.30)

ii. 鑒於問卷議題敏感、末期病人身心脆弱以及受限於社會文化等因素考量，末期病人與家屬之收案目標修訂為末期病人 100 位、家屬 100 位。(修改後研究報告書 p.30)

審 查 意 見 回 覆

審查委員Ⅱ：

您好，感謝您對本計畫提供寶貴的意見，並依據您的意見回覆如下：

1. 成果報告僅出現一次焦點團體座談(96 年 12 月 27 日)，為 96 年度應完成項目包含 2 次焦點團體座談。

   回覆：

   本計畫第二次焦點團體座談之目的為：發展推動預立醫囑之執行準則與醫病溝通技巧以及相關作業準則。研究團隊彙整研究結果、文獻查証及依據第一次焦點團體座談紀錄，擬定「預立醫囑執行作業暨醫病溝通技巧手冊」初稿(成果報告附錄四)，然因問卷回收率低，將於未來增加個案數，獲得更具代表性之研究結果後，召開第二次焦點團體座談。(修改後研究報告書 p.24)

2. 報告中出席者職稱與「審查意見」所列有差異。

   回覆：

   依據「審查意見」所列：邀請十位專家，包括醫師代表二位、護理代表一位、社工代表一位、病人代表一位、家屬代表一位、倫理學者二位、法律學者二位。

   依據報告中出席者職稱：王英偉主任、邱仲峰主任、張靜安護理長、湯梅芬護理長、葉依琳社工師、謝忞珊社工師、盧美秀教授、林秋芬副教授、陳凱平律師。

   將其重新比對如下：

   醫師代表二位：王英偉主任、邱仲峰主任。

   護理代表二位：張靜安護理長、湯梅芬護理長。

   社工代表一位：謝忞珊社工師。

   倫理學者二位：盧美秀教授、林秋芬副教授。

   法律學者二位：陳凱平律師。(原邀請之楊哲銘副教授—美國印第安那大學法學博士，當日因其它會議時間衝突故無法出席)

病人代表一位、家屬代表一位：(原邀請之病人代表一位、家屬代表一位（此家屬為病人之主要照顧者），當日因病人病況惡化故無法出席)

(修改後研究報告書 p.95)

目　　錄　　頁　碼

中文摘要 1

英文摘要 2

本文

壹、前言 3

貳、材料與方法 6

參、結果 12

肆、討論 19

伍、結論與建議 29

陸、九十六年度計畫執行成果報告表 31

柒、九十六年度計畫重要研究成果及對本署之具體建議 32

捌、參考文獻 33

玖、表 39

附錄 1.「死亡病歷之病人簽署預立醫囑現況調查表」 71

附錄 2.「末期病人預立醫囑（含生前預囑及預立醫療代理人）」調查表 75

附錄 3. 焦點團體會議記記錄與內容分析(12-27-2007) 94

附錄 4. 預立醫囑執行作業暨醫病溝通技巧手冊 142

共(161)頁

圖表目錄　　頁　碼

表一・「病歷回溯」現況調查結果 39

表二・有/無簽署意願書或同意書之比較 39

表三・非癌症病人有/無簽署意願書或同意書之比較 42

表四・癌症病人有/無簽署意願書或同意書之比較 43

表五・病歷上是否記載病人知病情 44

表六・病歷上記載簽署時的原因(複選) 44

表七・提議簽署意願書/同意書之關鍵人(複選) 45

表八・簽署人關係 46

表九・簽署時病人的意識狀態 47

表十・簽署安寧緩和醫療意願書類型(複選) 48

表十一・病人在意識狀態為「清醒」下，安寧緩和醫療意願書簽署狀況 49

表十二・簽署人為「本人」，安寧緩和醫療意願書簽署狀況(複選) 50

表十三・簽署人為「非本人」，安寧緩和醫療意願書簽署狀況(複選) 51

表十四・簽署後至死亡的時間(天) 52

表十五・是否按意願書執行(複選) 53

表十六・「末期病人預立醫囑（含生前預囑及預立醫療代理人)」基本資料 54

表十七・知識層面 56

表十八・對生命末期決定的態度層面 60

表十九・預立醫囑的經驗 63

表二十・生命末期決定的經驗 65

表二十一・醫護人員在協助病人和家屬建立預立醫囑的技巧上，自信的程度 69

表二十二・醫護人員知識總分與預立醫囑經驗和自信程度的相關 70

表二十三・「什麼是醫護人員在協助病人預立醫囑上最需要增加的能力」？ 70

中文摘要

計畫名稱：探討終末病患照護中有關預立醫囑、生前預囑之現況及倫理法律問題
計畫編號：DOH96-TD- M -113- 023
執行機構：台北醫學大學
計畫主持人：林佳靜
計畫主持人服務單位：護理學院
計畫主持人職稱：護理系主任/教授

研究報告中文摘要：不超過六百字

我國於民國 89 年 6 月 7 日公佈施行「安寧緩和醫療條例」，本研究計畫目的為瞭解末期病人預立醫囑（含生前預囑及預立醫療代理人）之施行現況與發展推動預立醫囑的執行準則與醫病溝通技巧以及相關作業準則。採取探索性及描述性研究設計，進行末期病人死亡病歷回溯與問卷調查，以 t-test、χ^2 以及 pearson correlation 進行分析資料。研究結果發現，安寧緩和醫療條例意願書簽署的類型以「不施行心肺復甦術同意書」最多(87.1%)，提議簽署同意書之關鍵人以醫師最多(70.8%)。簽署人與病人的關係以子女最多(62.5%)，簽署時病人的意識狀態以昏迷最多(37.2%)。簽署的原因以瀕臨死亡最多(46.4 %)。問卷調查發現，醫護人員正確選擇意願書或同意書的正確率偏低，預立醫囑的經驗和自信偏低，知識與經驗和自信程度呈現正相關。最後對預立醫囑執行與醫病溝通技巧以及病歷紀錄與標示提出建議。

中文關鍵詞：預立醫囑，不施行心肺復甦術，生前預囑，預立醫療代理人

English summary

Project Title:Ethical and Legal Issues in Practice of Advance Directives and Living Will in End of Life Care

Project Number: DOH96-TD- M -113- 023

Executive Organization: Taipei Medical University College of Nursing
P.I. Institute: Lin Chia-Chin
Principal Investigator(P.I.): Department of Secretary / College of Nursing
P.I. Position Title: Manager of Secretary / Professor

Abstract:

"Hospice-Palliative Care Act" was approved on June 7, 2000.The purpose of this study is to explore the status of the implementation of advance directives, Living Will, durable power of attorney for health care(DPAHC), the legal and ethical issues of advance directives, and push the development of Communication skills and advance directives implementation of the Guidelines. Design: The study is an exploratory and descriptive study. Methods: Investigates death medical records and questionnaires. Using *t*-test、χ^2& pearson correlation analysis data. Results: Signing the consent form, the will of consent of do not resuscitation (DNR) is the majority (87.1). Consent to the proposed signing of a key person to the most physicians (70.8%). The relationship between the people signed up, most children of the majority (62.5%). At the time of signing, the patient unconscious awareness of the maximum (66.4%) Signed reasons for the dying of the majority (46.4%). The result of questionnaire survey, the correct choice will or of DNR is low, and total knowledge scores were positively correlated with total experience scores, total confidences. Finally suggest: development of communication skills and advance directives or DPAHC implementation of the Guidelines.

Keyword: Advance Directives, DNR, Living will, DPAHC

壹、前言：

一、計劃緣起及重要性

生命自主權是一切基本人權的基礎，也是人性尊嚴所依附的象徵，生命自決是人性尊嚴的核心內涵，在每一個病人於醫療決策行為過程中，依個人的價值觀以及信念，自我感受啟發而形成決策的權利主張。預立醫囑為有能力行為者在完全自主情況下，依其自由意志決定的行為，是為自決權（李，1999）。預立醫囑的精神即是在尊重個人自主權與顧及醫療決策倫理下，提供病人最適切的醫療照護（楊等，2008）。當病人喪失決策能力時，預立醫囑則是醫療人員重要的參考，而且可降低其決策時之困難度（楊等，2008）。預立醫囑在歐美及日本國家等已行之多年，亦均相當重視預立醫囑之相關議題(楊等，2008；蔡等，2006；Maxfield et al., 2003)。

我國於民國 89 年 6 月 7 日公佈施行「安寧緩和醫療條例」，並在民國 91 年 12 月 11 日進行修正。該條例的制定是為了尊重不可治癒末期病人之醫療意願及保障其權益，同時也協助醫療人員在面對末期病人的臨終照顧時，有可遵循的醫療照護法則。該條例中明文規定，末期病人得立意願書選擇安寧緩和醫療，同時也規定，二十歲以上具完全行為能力之人，得預立意願書，以及不施行心肺復甦術應有意願人簽署之意願書。醫師在執行醫療行為過程中，若違反「安寧緩和醫療條例」之相關規定，將處以罰鍰、停業或廢止其執業執照。即對於凡屬末期病人，均可根據病人個人的意願，採緩解性、支持性的醫療照護或不施行心肺復甦術(盧，2005)。

Silverman、Tuma、Schaeffer 及 Singh（1995）指出在法律條文的影響下，簽署不施行心肺復甦術(do-not-resuscitate, DNR)的比率、對生命末期照

顧的要求和預立指示都有增加。我國「安寧緩和醫療條例」雖然有明確的提到依據病人的意願，但至目前我國仍缺乏探討預立醫囑(advance directives)或生前預囑(living will)施行現況及相關倫理法律之研究。此外，臨床上常見雖然病人意識清楚，但家屬認為沒有必要告知病情，在未徵詢病人的意願下，自行在意願書上「冒簽」病人的姓名，或家屬擅自為病人決定不施行心肺復甦術，自行簽署「不施行心肺復甦術同意書」，以上皆可能涉及相關的倫理與法律問題。而本研究預計將有助於相關單位進一步瞭解國人對於預立醫囑、生前預囑的理解及接受情形，繼而在法律規範、政策推動、臨床執業等層次加強努力，以適切的方式推展預立醫囑及生前預囑，以提昇對於終末病人權益的尊重及其親屬的照護與支持，並進而提供醫療人員有可遵循的醫療照護規定。因此本計劃之具體目的如下：（一）探討末期病人預立醫囑（含生前預囑及預立醫療代理人）之施行現況。（二）探討現今社會之預立醫囑或預立醫療代理人的法律與倫理問題。（三）發展推動預立醫囑的執行準則與醫病溝通技巧以及相關作業準則。

二、背景分析

(一)政策或法令依據：

我國於 2000 年 6 月 7 日公布施行「安寧緩和醫療條例」，2002 年通過安寧緩和醫療條例部分條文修正案。

(二)問題狀況或發展需求：

依據行政院衛生署衛生統計資料，台灣地區惡性腫瘤自民國 1982 年起，即列為國人死因之首位。惡性腫瘤之死亡人數占率從 1987 年之 18.2%，至 2007 年已達 28.9%。2007 年十大主要死因中，仍以惡性腫瘤占最多

(28.9%)，未來癌症為影響國人死亡之主要因素(行政院衛生署，2008)。台灣地區每年至少有十萬以上的病人需要一段時間的臨終照護，期間即可能面臨生與死的抉擇；在傳統觀念上，人們對自己的生與死，在法律上並沒有同意權。直至 1976 年美國加州率先通過「自然死法案」，對「生前預囑（living will）」作定義；並於 1991 年，美國聯邦政府制定「病人自決法案（Patient Self-determination Act）」，明定成人病患具有其醫療自決的法定權益，包括拒絕或接受特定治療以及「預立醫囑（或稱預立醫療指示）」的自主權利，其法案確認了臨終病人對醫療決定的自主性(顧、李，2002)。

我國於 2000 年三讀通過之「安寧緩和醫療條例」法案中，充分顯示尊重病人對醫療處置決定的權利，重視不可治癒末期病人之醫療意願及保障其權益，同時也協助醫療人員在面對末期病人的臨終照顧時，有可遵循的醫療照護法則（Chao，2002）。

依據「安寧緩和醫療條例」規定，有關於不施行心肺復甦術的執行，應該是在病人已得到充分的病情告知之下，依據自己的意願簽署「不施行心肺復甦術意願書」，以表達其臨終時不施行心肺復甦術的意願。當臨終時，若病人處於「意識不清」、「昏迷」或「無法清楚表達意願」的階段，家屬有權力代為同意不施行心肺復甦術(Do Not Resuscitation;DNR)，簽署不施行心肺復甦術「同意書」。然而，臨床上常見雖然病人意識清楚，但家屬認為沒有必要告知病情，在未徵詢病人的意願下，自行在意願書上「冒簽」病人的姓名，或家屬擅自為病人決定不施行心肺復甦術，自行簽署「不施行心肺復甦術同意書」，以上皆可能涉及相關的倫理與法律問題。

預立醫囑涵蓋層面包括醫療、法律、倫理與文化因素外，也涉及健康照護提供者（health care provider）、家屬與病人等三方相互間的錯綜關係，

這些現象使得病人在預立醫囑的過程中，對於己身的「疾病認知」與「治療選擇」面臨更多面的衝擊（Nolan & Bruder, 1997）。由於預立醫囑的簽署與執行，醫護人員是決策過程中一個重要的關鍵。醫護人員對於預立醫囑的知識：施行定義、實施類型、法律問題等，以及本身的經驗，將影響到醫護、病人與家屬間對於簽署預立醫囑的相關態度與行為（Jezewski & Scherer, 2005），因此醫療提供者對於簽署預立醫囑的正面知識與經驗，將有助醫病間開放的討論過程，使醫護、家屬與病人三方能取得一致意見，最後讓終末病患能尊嚴、安然死亡（comfort with dying）（Kelner, Bourgeault, Hébert & Dunn, 1993）。

雖然我國「安寧緩和醫療條例」有明確的提到依據病人的意願，但至目前我國仍缺乏探討國內預立醫囑（advance directives）或生前預囑（living will）施行現況及相關倫理法律問題之研究。希冀本研究結果將有助於相關單位進一步瞭解國人對於預立醫囑及生前預囑的理解、接受及執行情形，繼而在法律規範、政策推動、臨床執業等方面有所依循，以適當確切的方式推展預立醫囑及生前預囑，確立預立醫囑及生前預囑的合法性，提昇終末病患自主權益，尊重其對生命權與人性尊嚴之價值，及其親屬的照護與支持，並進而提供醫療人員有可遵循的醫療照護規定。

貳、材料與方法

本研究為探索性及描述性研究，於全國北、中、南部各隨機選取共十九家區域以上醫院，以採橫斷式調查法，進行死亡病歷回溯與前瞻性問卷調查，以瞭解我國自實施安寧緩和醫療條例以來，末期病人預立醫囑（含

生前預囑及預立醫療委任代理人）之執行現況，以及末期病人、家屬及醫護人員對預立醫囑（含生前預囑及預立醫療委任代理人）之知識、態度及經驗。

一・研究對象與場所

研究場所：

1. 死亡病歷回溯：研究員前往各院病歷室進行死亡病歷回溯。收案過程於病歷室中進行，所有調閱之死亡、非流動病歷不得攜出病歷室，並謹遵守研究倫理及相關法規。
2. 問卷調查：安寧病房、腫瘤科病房及一般病房進行。

受試者納入條件(每家醫院)：

1. 死亡病歷回溯：本研究調閱死亡、非流動病歷，包含 2004 年 7 月 1 日以後，所有在住院期間死亡病人之病歷。取樣方式由病歷室調閱病歷之承辦人員隨機選取 ICD-9 診斷為惡性腫瘤之死亡病歷 100 份，另 100 份為非癌症之死亡病歷(以罹患重大傷病者之死亡病歷為優先)。死亡病歷回溯調查其簽署安寧緩和醫療條例同意書/意願書現況。
2. 問卷調查：

(1)病人之收案標準：二十歲以上，經醫師診斷為末期疾病、已無復原或治療機會，可以國台語溝通，已知病情者。

(2)家屬之收案標準：二十歲以上，經末期病患確認其為相關之主要照顧者，可以國台語溝通，已知病情者。

(3)醫護人員之收案標準：二十歲以上，具有醫護專業證照，現於臨床工作中，並有曾照顧末期病人之經驗。

受試者排除條件：

1. 死亡病歷回溯：因自殺、意外身亡之病歷。

2. 問卷調查：任何非末期疾病之病人及照顧者、受試者無行為能力或意識不清者、無法以國台語溝通或中文書寫者、有精神疾患或智能障礙者、不同意參與研究者。

二・研究工具

本問卷內容將包含「死亡病歷之病人簽署預立醫囑現況調查表」(附錄一)、「末期病人預立醫囑(含生前預囑及預立醫療委任代理人)調查表」(附錄二)。

1. 死亡病歷回溯：本研究工具根據參考文獻與研究者之臨床經驗，擬訂「死亡病歷之病人簽署預立醫囑現況調查表」問卷（附件一）為調查工具。本量表並經由八位具安寧醫護及預立醫囑專業知識背景之專家專家進行專家效度測試，其CVI值(content validity index; CVI)達0.80以上的題目列為正式問卷之題項。問卷內容主要分為(一)病人基本資料—包括死亡病患的性別、年齡、診斷、教育程度、住院

科別、婚姻狀況、宗教信仰、主要照顧者等，(二)簽署安寧緩和醫療條例意願書現況—①簽署前題目，包括是否記載告知病情、是否註記提議簽署同意書之關鍵人、病歷上是否呈現病人簽署時的原因、簽署人與病人的關係、簽署意願書/同意書時病患的意識狀態、簽署安寧緩和醫療條例意願書之類型、簽署不施行心肺復甦術項目；②簽署後題目，包括臨終前曾否施行心肺復甦術、施予急救內容、簽署後是否撤回意願書、簽署後是否按照意願書執行。

2. 問卷調查：本研究問卷引用 Dr. Mary Ann Jezewski(2005)所發展之「Oncology nurses' knowledge, attitudes, and experiences regarding advance directives」問卷，內容包含知識、對生命末期決定的態度(Cronbach α=.58)、預立醫囑的經驗(Cronbach α=.93)、自信程度(Cronbach α=.95)、生命末期決定的專業經驗(Cronbach α=.59)以及一題開放式問句詢問「什麼是護理人員在協助病人預立醫囑上最需要增加的能力？」。本研究者取得原作者之同意函，並經由四位英語文專家進行問卷翻譯（Double Translation）。中譯版問卷由五位具有安寧醫護專業背景且對預立醫囑（含生前預囑及預立醫療代理人）有深入瞭解之專家，進行專家效度測試，本問卷 CVI(Index of Content Validity)結果，病人版問卷達.75，家屬版問卷達.80，醫護人員版問卷達.95，並依據專家建議修正問卷內容以適合國人使用。此問卷為結構式自我報告工具，問卷內容包含：

(1) 預立醫囑「知識層面」共 20 題，回答「是」、「否」或「不知道」，回答正確給 1 分，回答不知道視為不正確，總分範圍 0~20 分，分數愈高，對安寧緩和醫療條例的認知愈正確。

(2)對預立醫囑與生命末期決定的「態度層面」共 20 題，使用 4 分數量表(1-4)，1 分為非常不同意，4 分為非常同意，沒有總分，依據個別項目進行分析。

(3)「預立醫囑的經驗」共 7 題，1 分為「是」，0 分為「否」，總分介於 0~7 分。

(4)醫護人員在對預立醫囑的知識與協助病人和家屬預立醫囑的技巧上，其「自信的程度」，共 11 題，使用 5 分數量表(0-5)， 1 分為“非常沒自信”，5 分為“非常有自信”，總分介於 11-55 分，分數愈高表示自信程度愈大，分數介於 4-5 分表示有自信，分數介於 1-3 分表示沒有自信。

(5) 醫護人員在「預立醫囑與生命末期決定經驗」，共 22 題，使用 4 分數量表(1-4)，1 分為非常不同意，4 分為非常同意，沒有總分，依據個別項目進行分析。

(6) 最後一題為開放式問句，詢問「什麼是醫護人員在協助病人預立醫囑上最需要增加的能力？」

三・研究程序

1.蒐集有關「癌症病人、重症末期病人簽署預立醫囑或預立醫囑代理人」等相關文獻資料。

2.工具之編制整合及進行專家效度檢定：問卷調查表採內容效度檢定(content validity index ，CVI)，邀請醫護臨床、具安寧醫護及預立醫囑專業知識背景之學者、專家進行內容效度之檢定，並依專家之意見匯整後做內容及措辭修正，進行問卷內容效度的測試，以期達到內容能確實測量預期的內容。

3.進行調查：

病歷回溯：本研究派員前往各院病歷室進行死亡病歷回溯，包含2004年7月1日以後，所有在住院期間死亡病人之病歷。收案過程於病歷室中進行，所有調閱之死亡、非流動病歷不得攜出病歷室，並謹遵守研究倫理及相關法規。

問卷調查：本研究於各抽樣醫院進行收集，由研究員向受訪者說明研究進行之過程及目的，願意參與研究之病人、家屬及醫護人員予以填寫同意書，並向病患及家屬說明參與此研究不影響其接受醫療照護之權益，確保其所提供資料之保密性。訪談過程中，研究員說明填答問卷方式，由病人自行填寫；若無法親自填寫者，則由研究員逐項唸出並記錄其答案。

4.進行焦點團體座談：邀請10位法學、醫療、護理專家進行焦點團體座談討論：(1)預立醫囑或生前預囑與本土倫理法律問題之相關性與爭議性。(2)探討臨床上推行預立醫囑之執行困境或預立醫囑代理人施行的必要性與重要性。(3)初擬預立醫囑的執行準則及醫病溝通技巧之手冊。

5.資料彙整與資料進行比對作業。

6.資料統計分析：依收集之資料編制譯碼簿，然後將每一變項編號，再依譯碼簿進行編碼和輸入電腦。病歷回溯中安寧緩和醫療意願書、同意書及預立醫療代理人之簽署比例及簽署人比例，以及末期病人、家屬、護理人員對預立醫囑之知識等相關資料，將以描述性統計分析之。

7.報告撰寫：調查結果做成報告，並提出實施「簽署預立遺囑或預立遺囑代理人」之具體建議，以供其他有興趣醫院之參考，促使推展簽署預立醫囑及生前預囑，協助相關政策規範、法律條文的擬定。

參、結果

一・死亡病歷回溯

基本資料分析

在基本資料方面，死亡病歷回溯總數共 2305 份，男性 1422 人(61.7%)、女性 880 人(38.2%)，年齡分佈在 0 至 99 歲，平均年齡為 67.06(±15.81)歲。在 2305 份死亡病歷中，非癌症死亡病歷為 1008(43.7%)份，癌症死亡病歷為 1297(56.3%)份；有 462(20%)份無簽署安寧緩和醫療條例意願書或同意書，1843(80%)份有簽署安寧緩和醫療條例意願書或同意書。依據有無簽署安寧緩和醫療條例之意願書分類為兩組作比較，發現在婚姻狀況、照顧者為子女、無主要照顧者以及非癌症診斷上具有統計上的顯著差異。

有簽署安寧緩和醫療條例意願書/同意書之死亡病例病歷

在 1843 份有簽署安寧緩和醫療條例意願書或同意書的死亡病歷中，只有 19.8%有明確記載病人知道病情。簽署時的原因以疾病預後差(52.5%)占最多，其次為瀕臨死亡(46.4 %)(表七)。提議簽署意願書或同意書之關鍵人以醫師最多(70.8%)，簽署人與病人的關係以子女最多(62.5%)，配偶次之(19.4 %)，其中只有 2.4%是由病人「本人」所簽署(表九)。簽署時病人的意識狀態以昏迷最多(686 人，37.2 %)，意識清醒次之(593 人，32.2 %)。所簽署的安寧緩和醫療條例意願書類型以「不施行心肺復甦術同意書」最多(87.1%)，即便是在病人意識狀態為清醒的情況下，仍有 79.9%的不施行心肺復甦術同意書被簽署。依據安寧緩和醫療條例(2002)之規定：末期病人得立「意願書」選擇安寧緩和醫療，但在 45 份由病人本人所簽署的意願書中，24.4%為不施行心肺復甦術同意書；而調查 1798 份由非本人所簽署的意願書或同意書中，其中 308 份(17.2%)意願書是由非病人本人所代簽(表十四)。由此可見，臨床上對於意願書或同意書該由何人簽署的正確觀念尚待加強。

本研究的調查中亦發現：意願書簽署的時間，在病人死亡前一天(20.6%)最多，死亡當天次之(17.3%)，中位數為 3 天。選擇不施行心肺復甦術的項目以體外心臟按摩(96.3)最多，心臟電擊次之(92.2 %)，急救注射藥物最少(49.0 %)。但對照意願書中選擇不施行心肺復甦術的項目與臨終前執行的處置作比較，卻發現未按照意願書執行的項目以急救藥物最多，有 903 位選擇不予急救藥物注射，臨終前卻有 116 位(12.8%)被施予急救藥物使用，其他未按照意願書執行的項目包含：1169 位選擇不施行氣管內插管，臨終前卻有 6 位(0.5%)被施予氣管內插管，1279 位選擇不施行人工呼吸，臨終前卻有 58 位(4.5%)被施予人工呼吸，1774 位選擇不施行體外心臟按壓，臨終前卻有 20 位(1.1%)被體外心臟按壓，1700 位選擇不施行心臟電擊，臨終前卻有 7 位(0.4%)被施予心臟電擊，1484 位選擇不施行心臟人工調頻，臨終

前卻有 1 位(0.1%)被心臟人工調頻。

二、「末期病人預立醫囑（含生前預囑及預立醫療代理人）」問卷調查

本研究案之問卷調查部份，共於全國 16 家醫院進行收案(其中一家因有相似研究進行中，故拒絕，有兩家因為醫院行政作業，需要多方單位與醫師協同同意與研究人力限制延遲)，每家醫院發出 50 份醫護人員、50 份病人與 50 份家屬問卷，共計發出 800 份醫護人員問卷、800 份病人問卷與 800 份家屬，共回收有效問卷醫護人員 516 份、病人 70 份、家屬 73 份問卷，回收率：醫護人員 65%，病人：9%，家屬 9%。

基本資料

在基本資料方面，三組的皆女性多於男性。教育程度上，醫護人員皆為專科以上，病人以國中(含)以下居多，家屬專科以上居多。婚姻方面，醫護人員單身居多，病人和家屬已婚居多。病人和家屬的宗教信仰皆以一般民間信居多，醫護人員為無或其他居多。科別上，醫護人員為急性單位(含病房、加護病房、急診)居多，腫瘤科單位次之；病人為慢性單位(醫院附設護理之家、血液透析室)居多，腫瘤科單位次之；家屬則安寧病房單位居多，一般病房次之。多數的病人和家屬曾獲得安寧相關資訊(分別為 59.4%和 69.6%)，醫護人員則有 48.3%曾獲得安寧相關資訊，有 15.2%具安寧專業證書。健康狀況皆以尚可到良好居多。大多數沒有簽署預立醫囑，病人、家屬、醫護人員分別只有 30%、6.8%、5.4%有預立醫囑。

(1) 預立醫囑「知識層面」

預立醫囑「知識層面」總分為 18 分(0~18)，醫護人員得分為 11.83 分，

高於病人(8.19 分)與家屬(9.35)，具有統計學上的顯著差異。

在各題得分上，只有約四分之一的病人和家屬安寧知道『安寧緩和醫療條例的內容並不只適用於末期癌症病人』。多數人知道『簽署不施行心肺復甦術意願書，表示臨終病人仍可接受所有的醫療照護，只是不要被執行心肺復甦術(CPR) 』。知道『二十歲以上具完全行為能力之人，可在健康時簽署「預立不施行心肺復甦術意願書」』者，以醫護人員最多(93. 2%)，病人最少，(67.1%)。答對『當病人無法表達意願時，代替病人簽署「同意書」的家屬，最適當的人選是病人事先決定好的「預立醫療委任代理人」。』以醫護人員最多(92. 2%)，病人最少(68.6%)。『並非只要是瀕死的病人都要施行「心肺復甦術」』，但只有 88.3%的醫護人員、59.4%的病人和 59.7%的家屬答對。『執行「不施行心肺復甦術」，必須要有二位醫師診斷為末期病人(其中有一位是相關專科醫師)，並且具有安寧緩和醫療條例之意願書/同意書，才能執行。』有 84.1%的醫護人員、57.4%的病人和 65.4%的家屬答對。『前題所稱之二位醫師，不須是同一時間診斷或同一醫療機構之醫師。』有 88.3%的醫護人員、50.4%的病人和 59.7%的家屬答對。『當末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意思時，若配偶與父母的意見不一樣，不是以父母的意見為主。』有 82.1%的醫護人員答對，但只有 44.3%的病人和 46.6%的家屬答對。『當病人有明確意思表示欲知病情時，即使家屬反對也應對病人告知病情。』有 80.1%的醫護人員、71.0%的病人和 65.8%的家屬答對。以上題目皆具有統計上的顯著差異。

醫護人員分數最低的題目為『若您已罹患嚴重傷病，經醫師診斷為不可治癒，病情進展致死亡已不可避免，則可選擇簽署？」只有 0.6%能正確選出答案，次低的題目為『病人轉診時，其所簽署的意願書或同意書，由

原診治醫療機構留具正本，影本隨同病人轉診。』正確應留具影本，「正本」隨同病人轉診，但只有的醫護人員 14.9%答對，第 3 低的題目為『末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願時，家屬得代末期病人簽署意願書！』此題正確答案應為簽署同意書！而非意願書，只有 25.2%答對。以上三題亦是臨床上常犯的錯誤。

(2)對預立醫囑與生命末期決定的「態度層面」

在對預立醫囑與生命末期決定的「態度層面」方面，『認為：一位有決策能力但並不是末期病況的病人，應有拒絕生命支持療法的權利，即使其決定可能導致死亡。』79.4%的醫護人員同意和 74%家屬同意，但只有 64.2%的病人持同意的態度，在統計上具有顯著差異。『對病人有害的訊息，可以暫時隱瞞，但應為告知病情作準備，在適當的時機讓病人能夠接受全盤的事實。』醫護人員、病人、家屬都偏向同意的態度 (分別為 90.1%，81.2%，84.9%，在統計上具有顯著差異) 。而『預立醫囑將會使大家接受安樂死』的說法，只有 15.5%的醫護人員同意，但有 34.3%病人和 27.4%家屬同意。『若一位無決策能力的末期病人，其心肺復甦術(CPR)被視為對他無效的治療，可以不需經病人同意而直接放棄心肺復甦術。』僅 20.8%的醫護人員同意和 37.0%家屬同意，但有 44.9%病人同意。在『即使可能加速病人死亡，給予止痛藥以緩解疼痛仍是恰當的』的態度上醫護人員、病人、家屬都偏向同意的態度 (分別為 95.5%，85.5%，91.5%)。對於『主動協助某些末期病人死亡（即醫師協助自殺）應該合法化』的陳述，46.4%的病人以及 38.9%的家屬同意，但醫護人員只有 20.6%同意。(以上各題皆具有統計上的意義)

(3)「預立醫囑的經驗」

預立醫囑的經驗總分為 5 分(0~5)，醫護人員得分為 1.33(±1.49)分，低於病人 1.38(±1.63)分與家屬 1.52(±1.78)分，但不具有統計學上的顯著差異。醫護人員在預立醫囑的經驗得分偏低，表示醫護醫護人員在預立醫囑的經驗上較缺乏。

(4) 醫護人員在「預立醫囑與生命末期決定的經驗」

有 92.4%的病人和 91.2%的醫護人員同意『預立醫囑可鼓勵病人和醫護人員間討論有關病人的喜好。』

多數的醫護人員和病人都同意『大部分病人在末期疾病時有及早被告知疾病相關資訊，讓他們有足夠的時間對生命末期的照顧，在知情的狀況下做出的決定。』(分別是 71.7%、87%)。有 82.1%的病人認為『病人通常有得到足夠的疾病狀況資料以及預立醫囑的資訊，以決定進一步的治療。』但只有 54%的醫護人員同意。有 85.1%的病人認為『大部份病人，對他們的醫療狀況和可能的治療有足夠的知識，讓他們對預立醫囑做準備。』，但只有 49.9%的醫護人員同意。多數的病人和家屬同意『多數的情況下，家屬會遵從病人的預立醫囑。』(分別是 85.1%、86.1%)，但只有 65%的醫護人員同意。有 55.9%的病人認為『護理人員花費在與病人討論預立醫囑的時間是足夠的。』，但只有 25.5%的醫護人員同意;而有 56.9%的家屬認為護理人員花費與家屬討論預立醫囑的時間是足夠的。有 29%的醫護人員認為『醫師花費在與病人討論預立醫囑的時間是足夠的。』，但 60.3%的病人同意;而有 62.5%的家屬認為醫師花費與家屬討論預立醫囑的時間是足夠的。(以上各題皆具有統計上的意義)

(5)醫護人員在對預立醫囑的知識與協助病人和家屬預立醫囑的技巧上，其「自信的程度」

對預立醫囑的知識與協助病人和家屬預立醫囑的技巧上，其「自信的程度」總分為 55 分(11~55)，醫護人員得分為 29.39(±7.58)分，得分偏低，顯示醫護人員在對預立醫囑的知識與協助病人和家屬預立醫囑的技巧上，較缺乏自信。

(6)醫護人員知識總分與預立醫囑經驗和自信程度的相關

知識總得分與預立醫囑的經驗(r=152, p=.001)以及醫護人員在協助建立預立醫囑的自信程度(r=.161, p=.001)呈現正相關。即其知識得分愈高預立醫囑的經驗愈好，自信程度愈高。

本研究知識總得分與預立醫囑的經驗(r=152, p=.001)以及醫護人員在協助建立預立醫囑的自信程度(r=.161, p=.001)呈現正相關，相似與Scherer(2006)對 210 位重症護士的施測結果研究結果：知識總得分與預立醫囑的經驗(r=16, p=.05)，知識總得分與自信程度(r=.31, p=.01)亦呈現正相關。

(7)開放式問句，詢問「什麼是醫護人員在協助病人預立醫囑上最需要增加的能力？」

歸納如下：溝通技巧(n=139,21.1%)，預立醫囑的相關知識與執行程序(n=88,13.4%)，安寧條例法規的瞭解(n=70,10.6%)，安寧相關專業知識與判斷能力(n=26,3.9%)，足夠的時間與建立信任關係(n=26,3.9%)，病情告知與召開家庭會議的能力(n=13,2.0%)，機構的政策與支持，醫護病的共識(n=11,1.7%)，醫療宣導與說明文件(n=8,1.2%)，在預立醫囑前讓病人能獲得

更詳細的瞭解醫療流程照護模式並保証不會因為預立醫囑而減少醫療照護(n=7,1.1%)，避免預設立場(n=1,0.2%)。

肆、討論

一、 末期病人預立醫囑（advance directives）、生前預囑（living will）與預立醫療代理人(durable power of attorney for health care)之施行現況

從過去多位學者的研究皆指出應儘早讓有決策能力的病人參與預立醫囑的討論，但由本計畫病歷回溯結果可得知，我國預立醫囑的討論與書面文件的簽署，經常是在病人瀕臨病危、迫近死亡的時候。而預立醫囑文件的建立，大多是在病人處於昏迷狀態(37.2 %)，且DNR簽署時間多在病人臨終前三天。與黃（2007）調查202位加護病房的重症病人，其中有66%的病人有簽署DNR，簽署DNR同意書時，多數(88.72%)病人處於昏迷狀態的研究結果相似。研究結果皆顯示未能及早、充分的時間與機會和病人溝通有關預立醫囑之決定。

此外，在台灣的傳統文化下，是否對病人告知病情以及告知的程度經常是由家屬主導（許，2002；蘇，2006；Huang et al., 2008）。本研究的結果中，預立醫囑文件的簽署，簽署人與病人的關係以子女最多(62.5%)，配偶次之(19.4 %)，其中只有2.4%是由病人「本人」所簽署(表九)。與黃（2007）調查入住加護病房後，130份DNR中，80% DNR同意書是由子女簽署，0%由本人簽署相似；另一份針對末期癌症病人與家屬的研究報告，117份預立醫囑中，僅有17.9%是由病人本人簽署，82.1%是由家屬簽署（Huang et al., 2008）。以上皆顯示台灣的文化及醫療環境之下，在預立醫囑的決策過程

中，家屬是很重要的影響因素。

受限於病人對於預後的認知以及對安寧療護的瞭解、病人本身的特質（病人本身是否想知道）、家屬主導病人告知病情以及告知的程度的文化、家屬意見不一致、醫療人員態度不一致以及對安寧緩和醫療條例的瞭解與接受度不同等，皆會影響病人是否參與預立醫囑的決定。簽署預立醫囑的時機應視個別性狀況而定，儘早的、多次與病人或家屬討論預立醫囑，比起單次的討論，能更早作出預立醫囑的決定。

「安寧緩和醫療條例」所公佈的的意願書共有六種類型：預立選擇安寧緩和醫療意願書、選擇安寧緩和醫療意願書、預立不施行心肺復甦術意願書、不施行心肺復甦術意願書、不施行心肺復甦術同意書、預立醫療委任代理人委任書。本研究發現，臨床上以「不施行心肺復甦術同意書」的簽署比例最多(87.1％)。但依據「安寧緩和醫療條例」之規定，意願書的簽署應為末期病人「本人」，而非家屬；家屬代為簽署的應該是「同意書」而非「意願書」，由此可見國人對簽署人的認知不正確，有混淆的情形。亦可能因為本土文化中「病情告知」的困境有關，「病情告知」在臨床現況上仍以告知「家屬」病情為主要的作法，衍生到最後是由家屬來簽署 DNR 或病人意識請楚，卻由家屬來代簽意願書。或在沒有人對病人提及病情告知與預立醫囑的情況下，拖到病情惡化了，才開始討論是否不施行心肺復甦術。不同於國外的研究中 90%（N=30）的受試者他們希望自己在終末且無行為能力時，由家屬與醫師們共同為自己的醫療處置作出決定（Douglas & Brown, 2002）。

選擇不施行心肺復甦術的項目以急救注射藥物最少(49.0 %)，沒有按照意願書中不施行心肺復甦術執行的項目，也以急救注射藥物占最多。本研究結果相似於呂、陳、鍾與唐(2004)的研究指出病患與家屬最不能接受的

急救措施是氣管內插管，最能被接受的急救措施是注射急救藥物。有 903 人(49.0 %)選擇不施予急救注射藥物，但仍有 116 人(12.8%)臨終前有給予急救注射藥物。其中原因包含有 3 位(2.6%)口頭撤回意願書、3 位(2.6%)書面撤回意願書、17 位(14.7%)為了等家屬到達醫院、24 位(20.7%)為了留一口氣回家，其餘無紀錄未按意願書執行的原因。可能由於國人的文化中有「留一口氣回家」的觀念，因此臨床上普遍有保留急救藥物注射，維持生命徵象等待病人重要家屬到齊以及返家的現象。也可能導因於家屬意見不一致、醫療人員態度不一致、對安寧緩和醫療條例的瞭解與接受度不同以及「安寧緩和醫療條例」意願書/同意書在每家醫院放置的位置與作法不一，於急診或緊急情況下，值班醫師無法迅速判斷病人是否已經簽署 DNR 簽署的意願書/同意書而進行急救。依據安寧緩和醫療條例第 9 條規定：醫師對末期病人實施安寧緩和醫療，應詳細記載於病歷，意願書或同意書並應連同病歷保存。因此，DNR 的標示建議統一規定，以方便醫護人員間的溝通。另，雖然提議簽署同意書之關鍵人以醫師最多(70.8 %)，但在臨床工作中，護理人員是接觸病人的第一線人員，尚缺乏完整訓練與執行準則，如何加強護理人員對預立醫囑的敏感性與溝通技巧，亦是需要多作考量的。

二、 「末期病人預立醫囑（含生前預囑及預立醫療代理人)」問卷調查

本研究結果發現，有 30%的病人、6.8%的家屬以及 5.4%醫護人員有預立醫囑，不同於德國癌症病人的研究中，有 18%的病人、19%的家屬以及 10%醫護人員有預立醫囑(Sahm,Will & Hommel, 2005)。兩者在預立醫囑的簽署率上皆偏低。

本研究結果中，醫護人員對於「若已罹患嚴重傷病，經醫師診斷為不可治癒，病情進展致死亡已不可避免，則可選擇簽署何種意願書？」只有0.6%能正確選出所有適用的意願書，此外，『末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願時，家屬得代末期病人簽署意願書！』此題正確答案應為簽署同意書！而非意願書，只有 25.2%答對。『病人轉診時，其所簽署的意願書或同意書，由原診治醫療機構留具正本，影本隨同病人轉診。』正確應留具影本，「正本」隨同病人轉診，但只有的醫護人員 14.9%答對，以上顯示醫護人員的對於意願書的正確應用仍有需要再澄清，此項結果也與病歷回溯中，意願書和同意書混用的狀況符合，顯示臨床上意願書與同意書的簽署，未按照安寧緩和醫療條例之規定使用。由本研究結果可知，醫護人員對安寧緩和醫療條例的認知、意願書的正確應用仍有需要再教育。

預立醫囑的態度中，『即使可能加速病人死亡，給予止痛藥以緩解疼痛仍是恰當的』的態度上，我國醫護人員與 Jezewski(2005)於美國腫瘤護理人員和 Scherer(2006)於美國重症護理人員的調查結果中相似(分別是 95.5%、98%、96.1%)，而本研究結果亦有 85.5%的病人與 91.5%的家屬同意，可見疼痛處置之重要性已獲得共識。在醫師協助自殺的態度上，『主動協助某些末期病人死亡（即醫師協助自殺）應該合法化』，我國醫護人員只有 20.6%同意，而 Jezewski(2005)於美國腫瘤護理人員有 30%同意，Scherer(2006)於美國重症護理人員有 42.2%同意，醫師協助自殺的態度在國內外有所不同，國內醫護人員多數為不同意的態度，但有 46.4%的病人和 38.9%的家屬同意。

在『醫護人員應協助告知病人病情和治療的方法。』我國有 87.9%的護理人員同意，不同於美國腫瘤護理人員有 92%同意以及美國重症護理人員 96.2%同意（Jezewski，2005；Scherer，2006）。在『醫護人員應主動協助病人完成預立醫囑』的態度上，我國護理人員有 69.6%同意，不同於美國腫瘤

護理人員有 77%同意以及美國重症護理人員有 89%同意（Jezewski，2005；Scherer，2006）。顯示我國護理人員在協助告知病人病情和治療，以及協助病人完成預立醫囑的態度上較為保守。

鄒、王與何（1999）的研究指出，21.9%的癌末病患家屬曾由醫療人員主動討論「不予急救」的議題，而本研究結果中，76.8%的病人認為『醫護人員應主動協助病人完成預立醫囑』，而臨床執行上，只有 25.5%的醫護人員以及 55.9%的病人認為『護理人員花費在與病人討論預立醫囑的時間是足夠的』；而家屬方面，則有 56.9%的家屬認為護理人員花費與家屬討論預立醫囑的時間是足夠的。有 29%的醫護人員以及 60.3%的病人認為『醫師花費在與病人討論預立醫囑的時間是足夠的。』；家屬方面，則有 62.5%的家屬認為醫師花費與家屬討論預立醫囑的時間是足夠的。

本研究發現知識總得分與預立醫囑的經驗(r=152, p=.001)以及醫護人員在協助建立預立醫囑的自信程度(r=.161, p=.001)呈現正相關。即其知識得分愈高預立醫囑的經驗愈好，自信程度愈高。此結果與 Scherer(2006)對 210 位重症護士的施測結果研究結果相似，其知識總得分與預立醫囑的經驗(r=16, p=.05)，知識總得分與自信程度(r=.31, p=.01)亦呈現正相關。然而，我國醫護人員在預立醫囑的經驗和自信程度上，相較低於 Jezewski(2005)於美國四個洲的護理人員，其預立醫囑的經驗總分為 4 分(0~5)，我國醫護人員得分為 1.33(±1.49)分；其「自信的程度」總分為 38.7 分(11~55)，我國醫護人員得分為 29.39(±7.58)分。此外，在「什麼是醫護人員在協助病人預立醫囑上最需要增加的能力？」，在 659 份有效問卷中，有 21.1 %提出應加強溝通技巧，13.4 %提出應加強預立醫囑的相關知識與執行程序的能力。因此，臨床上應加強預立醫囑醫病溝通技巧的訓練。

三、 發展推動預立醫囑或預立醫療代理人的執行準則與醫病溝通技巧以及相關作業準則。

研究團隊彙整研究結果、文獻查証及依據第一次焦點團體座談紀錄，完成「預立醫囑執行作業暨醫病溝通技巧手冊」初稿之擬定(成果報告附錄四)，然因問卷回收率低，將於未來增加個案數，獲得更具代表性之研究結果後，召開第二次焦點團體座談，邀請專家學者作進一步修正。

四、 研究限制

原計畫目標調查癌症死亡病歷回溯500份與非癌症之死亡病歷回溯500份；問卷調查末期病人500位、家屬500位、及醫護人員500位。於97年2月，完成癌症死亡病歷回溯300與非癌症之死亡病歷回溯300份；問卷調查末期病人0位、家屬0位、及醫護人員0位。經過展延一年，於98年2月，完成癌症死亡病歷回溯1297份（增加997份）與非癌症之死亡病歷回溯1008份（增加708份）；問卷調查共收得有效問卷：末期病人70位、家屬73位、及醫護人員516位。

本研究病歷回溯的部分，由於各家醫院病歷紀錄方式標準不一，有的資料病歷不一定有記錄，加上是以回顧簽署預立醫囑與死亡前最後一次住院紀錄所發生的事，對於最後一次住院紀錄以前以及臨床現況的部份資料不能夠很清楚的顯現出來，是病歷回溯上的限制。

本研究問卷調查的部分，問卷調查共計發出800份醫護人員問卷、800份病人問卷與800份家屬，共收得有效問卷：末期病人70位、家屬73位、及醫護人員516位，計算回收率為：醫護人員65%，病人：9%，家屬9%。

將其回收率低原因分析如下：

□、 本計畫新增收案醫院：96 年度，由於第一次的隨機抽樣醫院中，聯繫收案過程結果(包含 IRB 審查)，部分醫院拒絕收案，因此再進行第二次的隨機抽樣，並依據 96 年 5 月 28 日專家會議「末期病人預立醫囑（含生前預囑及預立醫療委任代理人）之執行現況」討論結果，96 年度共新增 7 家醫院(台北榮民總醫院、萬芳醫院、天主教耕莘醫院、新光、慈濟醫院台北分院、中山、中國)。

□、 礙於 IRB 審查過程繁瑣耗時：因 IRB 申請審查收費高昂無法於計畫申請核准前即進行 IRB 申請，待計畫核准後已隨即展開 IRB 申請，其中申請至核准期間，因受各院要求必須有院內的協同主持人合作進行本研究計畫，因此需在各院尋找該院在終末病患照護領域有所專長之醫師/護理部督導或主任擔任協同主持人，從聯繫至確認同意擔任 IRB 協同主持人所花費約為 1~2 個月時間，亦受各院 IRB 審查標準不一、審查議程日期間隔影響，歷時約 1~9 個月。因此，第一年期間多耗費於申請及等待 IRB 審查結果。除了 96 年度新增 7 家醫院之外，96 年度部分醫院係因初審修正後複審、審查委員改選暫停審查作業、等待協同主持人訓練證明文件與原本同意可進行收案，但收案前夕通知需再經由 IRB 審核等緣由，重新送審 IRB 文件進行審查，共有 10 家醫院陸續於 97 年間(3~12 月)才獲得各院 IRB 核准，IRB 核准後方能進行收案作業。

□、 問卷發展與專家效度測試：原計畫書之問卷為研究團隊依據文獻查証與臨床經驗所擬定，但為比較國人與國外之差異，

並且希冀本研究結果亦能與國外預立醫囑（含生前預囑及預立醫療代理人）之現況作比較，再次搜尋 SCI 資料庫進行文獻查證， 發現 Dr. Mary Ann Jezewski 於 2005 所發展之 Oncology nurses' knowledge, attitudes, and experiences regarding advance directives，量表，具有良好之信效度，且問卷層面與內容適合本研究，即刻進行聯繫國外學者，於 96 年 11 月，獲得原作者之同意函。然而由於原始問卷研究對象為護理人員，本研究對象尚包含末期病人、家屬，且原始問卷在知識層面為美國之相關法令，不適合國人，並且需考量文化民情之差異，因此問卷內容需作修正。96 年 12 月~97 年 1 月原英文量表經由英語文專家進行問卷中譯(Translation)，97 年 3 月~97 年 4 月原英文量表經由英語文專家進行中譯問卷還原翻譯翻譯(back translation)，97 年 5 月~6 月再由五位具有安寧醫護專業背景且對預立醫囑（含生前預囑及預立醫療代理人）有深入瞭解之專家，進行專家效度測試。97 年 7 月~8 月依據專家效度結果與專家建議進行中文版量表最後修訂，確認最終版本。於 97 年 9 月，正式施測「末期病人預立醫囑（含生前預囑及預立醫療委任代理人）」調查表。

□、 收案單位與進行過程受阻：獲得 IRB 核准後，至各單位進行收案時，又必須獲得各單位主管、各病房主治醫師群同意，期間公文往返，聯繫溝通，安排收案說明會，尋找各院協助收案人員等，皆需耗費時間，故計畫之進行又受延宕。此外，亦受部分收案單位，以臨床工作忙碌無法配合、該單位少有預立醫囑之簽署(少有 DNR)、或為考量末期病人身心脆弱不宜受訪、醫師認為談及“末期”和“不施行心肺復甦術”議題，恐讓病

人、家屬有其它不良聯想等理由，拒絕本計畫於該單位進行。

□、 由於問卷議題敏感，以及文化忌諱、家屬主導可否允許病人知情、末期病人病況與體力衰弱、病房主治醫師群與醫護人員未達共識等因素，加上各院協助收案人力限制，幾經主持人與研究人員多次與多方溝通協調，但仍無法增加回收率。細述如下：

i. 病人因素：由於收案對象為住院中的末期病人，為倫理考量，若病人不知病情則不納入收案，以避免引發倫理衝突，然而受限於國人病情告知的困境（家屬經常是要求醫護人員不要告知病人末期病情），以致可收案數受影響。另由本研究病歷回溯結果可得知，我國預立醫囑的討論與書面文件簽署，經常是在病人瀕臨病危、迫近死亡的時候。而預立醫囑文件的建立，經常是在病人處於昏迷狀態，且不施行心肺復甦術(DNR)簽署時間多在病人臨終前 3 天。因此，本研究進行問卷調查時，因受病人不知病情、病況差、體力衰退、虛弱或意識不清，無法進行或拒絕問卷調查。

ii. 家屬因素：因問卷論及不施行心肺復甦術、選擇安寧緩和醫療、醫師協助自殺等敏感字眼與文化忌諱，幾經溝通與解釋，但仍遭家屬拒絕，亦受家屬要求不要讓病人知道末期病情或相關訊息為由，不願收案人員與病人談論此議題和收案。或因病人病況差，家屬因擔心病人病情變化或需要密集照護病人，以「很忙，沒時間」為由拒絕問卷調查。

iii. 醫護人員因素：多家醫院醫護人員表示「即使是已經末期的病人，臨床上常避免使用“末期”字眼」，在醫師尚未與病人

或家屬提出“末期”病況、“DNR”之前，不允許研究人員自行接觸病人或家屬談及“末期”、“DNR”議題，以避免干擾醫病信任關係、或病人和家屬有其它不良聯想、擔心病人喪失希望，以及為避免造成病人與家屬心理的不適，故拒絕本計畫於該單位收案。其它尚包含：該單位臨床工作忙碌與人力限制，醫護人員無法配合協助、該單位少有預立醫囑之簽署等為由，拒絕本案進行。

iv. 文化因素：當研究員向受訪者進行說明時，一聽到是安寧、不施行心肺復甦術的話題時，常被家屬或病人以「還不到那個時候」、「我們不是安寧的」、「擔心病人會害怕」、「不要問，不吉利」、「這個議題不舒服」、「沒有這個經驗，沒有意見」等理由拒絕。顯示國人在醫院中談論與死亡相關聯想的忌諱，加上仍存有“安寧等於放棄或等死”的誤解，更讓問卷收案窒礙難行。

□、 然而，縱有諸多困難，研究主持人仍積極克服障礙。計畫將繼續進行，持續至足夠個案數為止。

伍、結論與建議

本研究死亡病歷回溯結果可得知，我國預立醫囑的討論與書面文件的簽署，經常是在病人瀕臨病危、迫近死亡的時候。而預立醫囑文件的建立，大多是在病人處於昏迷狀態(37.2 %)，且大都由親屬代簽預立醫囑的書面文件。另，簽署意願書/同意書的種類，未按照安寧緩和醫療條例之規定簽署。

本研究問卷結果可得知，醫護人員在預立醫囑經驗與自信的得分偏低，相關知識有所欠缺。在『協助告知病人病情和治療的方法』與『主動協助病人完成預立醫囑』的態度上，我國護理人員較美國護理人員顯得保守。臨床執行與倫理困境包含：耗費時間、額外的人力支出。醫療照護人員的知識及技巧的限制。預設立場，不願主動提出。可能原因：不知如何開口，對預後的不確定、擔心病人知道病情後，會造成恐懼、喪失希望或陷入憂鬱、擔心病人及家屬誤以為自己會放棄病人。常延遲至危急時才討論 。以及不切實際的期望，醫療人員對於維生治療及疾病末期的語意含糊，病人及家屬不瞭解維生處置或急救相關內容，過度強調急救成效。而醫療部門之間對預立醫囑的認知與執行不一致，亦擔心未能確實執行病人的預立醫囑。建議增強辨識病人有預立醫囑的方法，譬如表明不接受 CPR 的病人，能在病歷首頁上做出明顯的標示，以提醒醫護人員注意。

本研究建議在臨床執業方面：制定「預立醫囑」醫病溝通技巧的訓練以及相關作業準則，列入「入院須知」文件與評鑑項目，建立電腦系統的連線：與全國醫院系統的連結，當病人再次入院的時候可以讀取系統，住院的資料中可出現有預立醫囑的提示畫面，避免重複簽署，亦可避免緊急狀況下值班醫師無法迅速判斷病人是否已經簽署 DNR 簽署的意願書/同意書而進行急救的衝突。法律規範方面：增訂安寧緩和醫療條例 IC 卡註記條

款，以確立IC卡註記的法律效力。政策推動方面：推廣IC卡註記、預立醫囑與預立醫療代理人的執行，國內應設置機構或社政單位幫助榮民或獨老體系推動預立醫囑與預立醫療代理人。教育方面：由本計畫進行受阻的過程中可發現，國人談及對安寧、不施行心肺復甦術、預立醫囑的議題時，有排斥、抗拒的心態，顯示其仍存在對安寧認知的誤解、以及安寧與預立醫囑觀念尚未能落實。因此，醫護人員的臨床訓練中，增加預立醫囑相關研討會課程，加強醫學生、護生與民眾的生死教育，醫療機構宣導與推廣預立醫囑、DNR與預立醫療代理人的正確認知。未來研究方面：本計畫於全國北中南共19家醫院進行死亡病歷回溯與問卷調查，為考量地區特性與受訪者(病人或家屬)對訪員的信任，招募各院護理人員為兼職收案人員（每院1~2人，其中7家醫院未能招募到協助收案人員），但各院協助收案人員僅能利用下班或假日協助，又因受限於臨床工作忙碌、病房單位配合度之影響，實際上可提供協助之人力非常有限。未來的研究，或許增加編列協助收案人員費用可增強各院醫護人員的協助意願。而於收案人員訓練方面，針對各院協助收案人員，於收案前舉辦行前訓練，針對研究計畫之目的、研究進行方式、步驟與問卷逐題逐項說明，並提供計畫聯絡人手機與E-mail，以便可隨時澄清與討論。研究設計修正：國內少有針對住院中的末期病人進行安寧、不施行心肺復甦術與預立醫囑之量性研究，相較於鄒等人(1999)自擬問卷取得66位癌末病患家屬之有效問卷，以及詹等人(1999)自擬問卷取得74位加護病房護理人員之有效問卷。Sahm，Will與Hommel (2005) 對病人、家屬、護理人員和醫師各100位作問卷調查，本計畫共收得有效問卷：末期病人70位、家屬73位、及醫護人員516位。鑒於問卷議題敏感、末期病人身心脆弱以及受限於社會文化等因素考量，末期病人與家屬之收案目標修訂為末期病人100位、家屬100位。

陸、九十六年度計畫執行成果報告表

（本資料須另附乙份於成果報告中）

計畫名稱	探討終末病患照護中有關預立醫囑、生前預囑之現況及倫理法律問題		
計畫編號	DOH96-TD- M -113- 023	填寫日期	98. 02. 26
執行機構	台北醫學大學護理學研究所	計畫主持人	林佳靜
計畫期程	☑一年期計畫 ； □多年期計畫，共_____年，本年度為第____年		
原計畫書擬達成目標	1. 探討末期病人預立醫囑（含生前預囑及預立醫療代理人）施行現況。 2. 探討現今社會之預立醫囑或預立醫療代理人的法律與倫理問題。 3. 發展推動預立醫囑或預立醫療代理人的執行準則與醫病溝通技巧以及相關作業準則。		
已達成目標及其他成果	1. 探討末期病人預立醫囑（含生前預囑及預立醫療代理人）施行現況。 2. 探討現今社會之預立醫囑或預立醫療代理人的法律與倫理問題。 3. 發展推動預立醫囑或預立醫療代理人的執行準則與醫病溝通技巧以及相關作業準則。(依據研究結果與文獻查證擬定初稿)		

（計畫主持人以條列方式逐項填寫，若篇幅不足，可另附頁說明）

柒、九十六年度計畫重要研究成果及對本署之具體建議

（本資料須另附乙份於成果報告中）

計畫名稱：

探討終末病患照護中有關預立醫囑、生前預囑之現況及倫理法律問題

主 持 人：林佳靜　　計畫編號：DOH96-TD- M -113- 023

1.本計畫之新發現或新發明

(1)安寧緩和醫療條例意願書簽署的類型以「不施行心肺復甦術同意書」最多(87. 1%)，提議簽署同意書之關鍵人以醫師最多(70.8%)。簽署人與病人的關係以子女最多(62. 5 %)，簽署時病人的意識狀態以昏迷最多(37.2%)。簽署的原因以瀕臨死亡最多(46.4 %)。

(2)問卷調查發現，醫護人員正確選擇意願書或同意書的正確率偏低，預立醫囑的經驗和自信偏低，知識與經驗和自信程度呈現正相關。。

(3)召開「病人跟家屬的會議(family conference)」，先從「概念上的提醒」開始，多次、循序漸進的方式，運用同理心，避免絕情式的說法，將有助於「預立醫囑」的醫病溝通。

2.本計畫對民眾具教育宣導之成果

推廣預立醫囑的執行，將能提昇終末病人自主權益的尊重及其親屬的照護與支持，並進而提供醫療人員有可遵循的醫療照護規定。

3.本計畫對醫藥衛生政策之具體建議

(1)制定「預立醫囑」醫病溝通技巧的訓練以及相關作業準則

(2)「預立醫囑」執行準則列入醫院評鑑項目

(3)「預立醫囑」IC 卡註記

(4)建立全國醫療院所「預立醫囑」電腦系統的連結

(5)推廣預立醫囑與預立醫療代理人

(6)加強醫護人員與民眾的對 DNR 的正確認知

捌、參考文獻：

1. 行政院衛生署(2002)・安寧緩和醫療意願書 六種格式之意願書・衛署醫字第 89040164 號 。
2. 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。台灣家庭醫學雜誌 2003；13（3），101-107。
3. 立法院。安寧緩和醫療條例。2006 年 6 月 6 日，取自：http://dohlaw.doh.gov.tw/Chi/FLAW/FLAWDAT01.asp?lsid=FL013632
4. 呂佩佩、陳美伶、鍾昌宏、唐婉如。癌症病人及家屬對不予急救的認知與態度。腫瘤護理雜誌 2004；4（1），15-20。
5. 安寧緩和醫療條例(2002 年 12 月 11 日修正)・華總一義字第 091002 39020 號令。
6. 李震山・從生命權與自決權之關係論生前預囑與安寧照護之法律問題・*中正大學法學集刊* 1999，*2*，325-350。
7. 邱泰源、陳榮基・安寧緩和醫療的倫理困境・台灣安寧緩和醫學學會編著・*安寧緩和醫療—理論與實務* 2007 (初版，62-79 頁)・台北；新文京開發。
8. 姚建安・安寧緩和醫療的溝通・台灣安寧緩和醫學學會編著・*安寧緩和*

醫療—理論與實務 2007 (初版，86-92 頁)。台北；新文京開發。

9. 胡文郁、蔡甫昌、鄭安理。*癌末病情告知指引*。台北：行政院衛生署國民健康局 2007。

10.高綺吟、邱泰源、 胡文郁、 陳慶餘、 賴明坤、陳月枝。癌末病人安寧共同照護之照會。*台灣醫學* 2007，*11* (6)，602-611。

11.黃錦鳳。*加護病房重症病人簽署不予急救同意書對醫療處置之影響*。未發表的碩士論文 2007，臺北醫學大學護理學研究所。

12.楊秀儀。救到死為止？從國際間安樂死爭議之發展評析台灣「安寧緩和醫療條例」。臺大法學論叢 2004；33(3)，1-42。

13.楊嘉玲、陳慶餘、胡文郁。醫療預立指示。*安寧療護雜誌* 2008，*13* (1)，30-41。

14.蔡甫昌、潘恆嘉、吳澤玫、邱泰源、黃天祥 。預立醫療計畫之倫理與法律議題。*台灣醫學* 2006，*10*(4)，517-36。

15.蘇文浩 。癌末病患的醫療倫理。*哲學與文化* 2006，*33* (4)，5-15。

16.鄒海月、王守容、何裕芬。癌症末期病患家屬對「不予急救」之態度及其相關因素之初探。榮總護理 1999；16 (4)，344-356。

17.趙可式。臨終病人照護的倫理與法律問題。護理雜誌 1996；43(1)，24-28。

18.盧美秀。醫護倫理學 2005。台北：五南。

19.盧美秀。護理倫理與法律 2006。台北：華杏。

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

21.American Hospital Association (AHA). (2005). Put it in Writing Questions and Answers on Advance Directives • Retrieved November 17, 2008 from http://www.putitinwriting.org/putitinwriting_app/index.jsp

22.American Hospital Association. A patient's bill of rights. Retrieved May 1, 2004, from http://www.hospitalconnect.com/aha/about/pbillofrights.html

23.Bassett, C. Ethical dilemmas. The living will—are you for or against? The Journal of Family Health Care 2003; 13(1), 9. (1 ref)

24.Browning, A. M. Exploring advanced directives. *Journal of Christian Nursing* 2006; *23*（1）, 34-39.

25.Chao, C. S.. Physicians' attitudes toward DNR of Terminally ill cancer patients in Taiwan. Journal of Nursing Research 2002; 3(10), 161-167.

26.Davis, B.A., Burns, J., Rezac, D., Dillard, B., Kieffner, E., & Gargus, J. et al. Family stress and advanced directives: a comparative study. Journal of Hospice and Palliative Nursing 2005; 7(4), 219-27. (29 ref)

27.Douglas, R., & Brown, H. N. Patients' attitudes toward advance. Journal of Nursing Scholarship 2002; 34(1), 61-65.

28.Degenholtz, H.B., Rhee, Y., & Arnold, R.M. Brief communication: the relationship between having a living will and dying in place. Annals of

Internal Medicine 2004; 141(2), 113-7,I40.

29.Ersek, M., Kagawa-Singer, M., Barnes, D., Blackhall, L., & Koenig, B.A. (). Multicultural considerations in the use of advance directives. *Oncology Nursing Forum* 1998; *25*, 1683-1690.

30.Ersoy, N., Gündoğmuş, Ü. N. A study of the ethical sensitivity of physicians in Turkey. Nursing Ethic 2003; 10(5), 472-484.

31.Emanuel, L.L., Danis, M., Pearlman, R.A., & Singer, P.A. Advance care planning as a process: structuring the discussion in practice. *Journal of the American Geriatrics Society*1995; *43*(4), 440-446.

32.Foundation for Healthy Communities. *Advance Care Planning Guid e*2006. US:NH.

33.Hofmamm, J. C., Wegner, N. S., Davis, R. B., Teno, J., Connors, A. F., Desbiens, N., et al. Patient preferences for communication with physicians about end-of-life decisions. *Annals of Internal Medicine*1997; *127*(1), 1-12.

34.Huang, C.H., Hu, W.Y., Chiu, T.Y., and Chen, C.Y. The practicalities of terminally ill patients signing their own DNR ordersa study in Taiwan. *Journal of Medical Ethics*2008; *34*, 336-340.

35.Johnston, S.C., Pfeifer, M.P., & McNutt, R. The discussion about advance directives:Patient and physician opinions regarding when and how it should be conducted.. *Archives of internal medicine* 1995; *155*(10), 1025-1030.

36.Kolarik, R.C., Arnold, R.M., Fischer, G.S., Tulsky, J.A. Objectives for

advance care planning. *Journal of Palliative Medicine* 2002; *5*(5), 697-704 .

37. Laakkonen, M. L., Pitkala, K. H., Strandberg, T. E., Berglind, S., Tilvis, R. S. Living well, Resuscitation Preferences, and Attitudes towards Life in an Aged Population. Gerontology 2004; 50, 247-254.

38. Lin, C.C., Tsay, H.F. Relationships among perceived diagnostic disclosure, health locus of control, and levels of hope in Taiwanese cancer patients. *Psychooncology*2005;*14*, 376-385.

39. Maxfield, C.L., Pohl, J.M., & Colling, K. Advance Directives: A Guide for Patient Discussions. *Nurse Practitioner* 2003; *28*(5), 43-47.

40. Nicolasora, N., Pannala, R., Mountantonakis, S., Shanmugam, B., DeGirolamo, A., Amoateng-Adjepong, Y., et al. If asked, hospitalized patients will choose whether to receive life-sustaining therapies. *Journal of Hospital Medicine* 2006; *1* (3), 161 – 167.

41. Sahm, S., Will, R., & Hommel, G. Attitudes towards and barriers to writing advance directives amongst cancer patients, healthy controls, and medical staff. *Journal of Medical Ethics* 2005; *31*(8), 437-440.

42. Schiff, R., Rajkumar, C., & Bulpitt, C. View of elderly people on living will: Interview study. British Medical Journal 2000; 17(320), 1640-1641.

43. Sidhu, N.S., Dunkley, M.E., Egan, M.J. "Not-for-resuscitation" orders in Australian public hospitals: policies, standardised order forms and patient information leaflets. *The Medical Journal of Australia* 2007; *15*, 186(2),

72-75.

44.Sittisombut, S., Love, E.J., & Sitthi-amorn, C. Attitudes toward advance directives and the impact of prognostic information on the preference for cardiopulmonary resuscitation in medical inpatients in Chiang Mai University Hospital, Thailand. Nursing & Health Sciences 2005; 7(4), 243-50.

45.Skrifvars, M. B., Hilden, H. M., Finne, P., Rosenberg, P. H., & Castren, M. Prevalence of do not attempt resuscitation' order and living wills among patients suffering cardiac arrest in four secondary hospital. Resuscitation 2003; 58, 65-71.

46.*Wunsch, H., Harrison,* D. A., *Harvey,* S., & *Rowan,* K. End-of-life decisions : A cohort study of the withdrawal of all active treatment in intensive care units in the united kingdom. *Intensive care medicine* 2005; *31*(6), 823-831.

玖、表

「病歷回溯」現況調查結果

表一・「病歷回溯」現況調查結果 (N =2305)

	全部 (n=2305)		非癌症 (n=1008)		癌症 (n=1297)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
無簽署	462	(20.0)	286	(28.4)	176	(13.6)
有簽署	1843	(80.0)	722	(71.6)	1121	(86.4)

表二・有/無簽署意願書或同意書之比較 (N = 2305)

	無簽署 (n=462)		有簽署 (n=1843)		t	*p*
	Mean	S. D.	Mean	S. D.		
年齡 a	66.74	15.78	67.14	15.82	-.49	.62

註:統計方法為獨立 t 檢定

表二・有/無簽署意願書或同意書之比較(續)　　(N =2305)

	無簽署 (n=462) n	(%)	有簽署 (n=1843) n	(%)	χ^2	p
性別[a]					.78	.38
男	293	(63.6)	1129	(61.3)		
女	168	(36.4)	712	(38.7)		
教育程度[b]					3.08	.22
不識字~小學	283	(70.2)	1104	(66.6)		
國中~高中(專科)	101	(25.1)	442	(26.7)		
大學(含)以上	19	(4.7)	112	(6.8)		
婚姻[c]					18.24	.00
已婚/同居	332	(72.2)	1361	(74.8)		
喪偶/離婚	74	(16.1)	347	(19.1)		
未婚	54	(11.7)	111	(6.1)		
宗教[d]					2.24	.53
無	101	(26.7)	344	(23.5)		
佛教	122	(32.3)	502	(34.3)		
道教/一貫道/民間信仰	124	(32.8)	510	(34.8)		
基督教/天主教	31	(8.2)	109	(7.4)		

a 性別有 3 筆資料為無紀錄
b 教育程度有 244 筆資料為無紀錄
c 婚姻有 26 筆資料為無紀錄
d 宗教有 462 筆資料為無紀錄

表二・有/無簽署意願書或同意書之比較(續)　　(N =2305)

	無簽署 (n=462)		有簽署 (n=1843)		χ^2	p
	n	(%)	n	(%)		
照顧者(複選)						
子女	166	(36.1)	778	(42.6)	6.35	.01
配偶	151	(32.8)	544	(29.8)	1.63	.20
媳婦	22	(4.8)	87	(4.8)	.00	.98
父母	13	(2.8)	59	(3.2)	.19	.66
兄弟姐妹	8	(1.7)	56	(3.1)	2.37	.12
其他家人/親戚	41	(9.3)	137	(7.8)	.94	.33
看護/外傭	27	(5.9)	154	(8.4)	3.29	.07
養護機構/榮家	25	(5.4)	80	(4.3)	.97	.32
無主要照顧者	35	(7.6)	30	(1.6)	47.42	.00

表二・有/無簽署意願書或同意書之比較(續)　　(N = 2305)

	無簽署 (n=462)		有簽署 (n=1843)		χ^2	p
	n	(%)	n	(%)		
住院診斷					77.56	.00
非癌症(n=1008)	286	(61.9)	722	(39.2)		
癌　症(n=1297)	176	(38.1)	1121	(60.8)		

表三・非癌症病人有/無簽署意願書或同意書之比較 (n = 1008)

非癌症診斷	無簽署(n=286)		有簽署(n=722)		χ^2	p
	n	(%)	n	(%)		
呼吸衰竭/COPD/ARDS	54	(18.9)	158	(21.9)	1.11	.29
腦血管疾患/中樞神經損傷	51	(17.8)	154	(21.3)	1.55	.21
敗血症/敗血性休克	44	(15.4)	134	(18.6)	1.42	.23
肝硬化及慢性肝病	31	(10.8)	85	(11.8)	.18	.68
ESRD/腎衰竭	33	(11.5)	64	(8.9)	1.68	.19
心血管疾患	42	(14.7)	55	(7.6)	11.77	.00
心肺衰竭/多重器官衰竭	5	(1.7)	14	(1.9)	.04	.84
肺結核	7	(2.4)	2	(0.3)		.00 [c]
風濕免疫性疾	3	(1.0)	4	(0.6)		.41 [c]
先天性疾患	1	(0.3)	4	(0.6)		1.00 [c]
其他	15	(5.2)	48	(6.6)	.69	.41

[c] Fisher' s exact test

表四・癌症病人有/無簽署意願書或同意書之比較 (n = 1297)

癌症診斷	無簽署(n=176)		有簽署(n=1121)		χ^2	p
	n	(%)	n	(%)		
肝癌	28	(15.9)	237	(21.1)	2.56	.11
肺癌	29	(16.5)	187	(16.7)	.005	.95
結腸直腸癌	14	(8.0)	113	(10.1)	.78	.38
頭頸部癌症	19	(10.8)	106	(9.5)	.31	.58
胃癌	11	(6.3)	70	(6.2)	.00	.99
血液惡性腫瘤	14	(8.0)	65	(5.8)	1.24	.27
食道癌	13	(7.4)	51	(4.5)	2.61	.11
乳癌	5	(2.8)	49	(4.4)	.89	.35
胰臟癌	8	(4.5)	39	(3.5)	.50	.48
泌尿系癌症	7	(4.0)	36	(3.2)	.28	.60
其它	28	(15.9)	168	(15.0)	.10	.75

簽署安寧緩和醫療條例意願書/同意書之死亡病歷資料分析（n = 1843）

表五・病歷上是否記載病人知病情　　(n = 1843)

	n	(%)
無記錄	1478	(80.2)
是	365	(19.8)

表六・病歷上記載簽署時的原因(複選)　　(n = 1843)

	n	(%)
疾病預後差	967	(52.5)
瀕臨死亡	856	(46.4)
家屬主動提出	253	(13.7)
無紀錄	177	(9.6)
不忍病患受苦(讓病人舒服，沒有痛苦，安祥的離開)	128	(6.9)
病人意願	82	(4.4)
年事已高	56	(3.0)
無效的疼痛控制	41	(2.2)
經濟桔据	9	(0.5)
宗教(耶和華見證人，拒絕輸血)	2	(0.1)

表七・提議簽署意願書/同意書之關鍵人(複選) (n = 1843)

	n	(%)
醫師	1305	(70.8)
家屬	231	(12.5)
安寧共照小組	82	(4.4)
護理人員	74	(4.0)
安寧共照護理師	43	(2.3)
病人本身	26	(1.4)
NP/PA	4	(0.2)
安寧共照社工	2	(0.1)
社工	2	(0.1)
安寧共照小組醫師	1	(0.1)
其它(呼吸治療師)	1	(0.1)
無紀錄	232	(12.4)

表八・簽署人關係 (n = 1843)

	n	(%)
子女	1151	(62.5)
配偶	358	(19.4)
兄弟姊妹	97	(5.3)
父母	58	(3.1)
媳婦	42	(2.3)
本人	45	(2.4)
孫子孫女	32	(1.7)
其它親屬	29	(1.6)
無紀錄	23	(1.2)
女婿	4	(0.2)
榮家/安養院	3	(0.2)
同居人	1	(0.1)

表九・簽署時病人的意識狀態 (n = 1843)

	n	(%)
昏迷	686	(37.2)
意識清醒	593	(32.2)
嗜睡	194	(10.5)
半昏迷	144	(7.8)
瞻妄	130	(7.1)
無紀錄	74	(4.0)
木僵	13	(0.7)
失智	9	(0.5)

表十・簽署安寧緩和醫療意願書類型(複選)　(n = 1843)

	n	(%)
不施行心肺復甦術同意書	1605	(87.1)
不施行心肺復甦術意願書	183	(9.9)
選擇安寧緩和醫療意願書	131	(7.1)
預立不施行心肺復甦術意願書	22	(1.2)
預立選擇安寧緩和醫療意願書	5	(0.3)
預立醫療委任代理人委任書	5	(0.3)
其他		
安寧療護住院/安寧病房入院同意書	12	(0.7)
選擇安寧緩和醫療同意書	3	(0.2)
拒絕輸血	2	(0.1)
放棄心肺復甦術聲明書	2	(0.1)
拒絕心肺復甦術證明書	1	(0.1)
住院病人放棄診治志願書	1	(0.1)

表十一・病人在意識狀態為「清醒」下，

安寧緩和醫療意願書簽署狀況(複選)	（n = 593）	
	n	(%)
不施行心肺復甦術同意書	474	(79.9)
不施行心肺復甦術意願書	67	(11.3)
選擇安寧緩和醫療意願書	94	(15.9)
預立選擇安寧緩和醫療意願書	5	(0.8)
預立不施行心肺復甦術意願書	15	(2.5)
預立醫療委任代理人委任書	2	(0.3)
其他		
安寧療護住院/安寧病房入院同意書	11	(1.9)
選擇安寧緩和醫療同意書	2	(0.3)
放棄心肺復甦術聲明書	2	(0.3)
拒絕輸血	1	(0.2)

表十二・簽署人為「本人」，

安寧緩和醫療意願書簽署狀況(複選)		(n = 45)
	n	(%)
不施行心肺復甦術意願書	16	(35.6)
選擇安寧緩和醫療意願書	13	(28.9)
不施行心肺復甦術同意書	11	(24.4)
預立不施行心肺復甦術意願書	9	(20.0)
預立選擇安寧緩和醫療意願書	0	(0)
預立醫療委任代理人委任書	0	(0)

表十三・簽署人為「非本人」，

安寧緩和醫療意願書簽署狀況(複選)　(n = 1798)

	n	(%)
不施行心肺復甦術同意書	1594	(88.7)
不施行心肺復甦術意願書	167	(9.3)
選擇安寧緩和醫療意願書	118	(6.6)
預立不施行心肺復甦術意願書	13	(0.7)
預立選擇安寧緩和醫療意願書	5	(0.3)
預立醫療委任代理人委任書	5	(0.3)
其他		
安寧療護住院/安寧病房入院同意書	12	(0.7)
選擇安寧緩和醫療同意書	3	(0.2)
拒絕輸血	2	(0.1)
放棄心肺復甦術聲明書	2	(0.1)
拒絕心肺復甦術證明書	1	(0.1)
住院病人放棄診治志願書	1	(0.1)

表十四・簽署後至死亡的時間(天)　　(n = 1843))

	n	(%)	Min	Max	mean	SD	median
時間(天)[a]			0	495	8.66	22.10	3
0	319	(17.3)					
1	379	(20.6)					
2	186	(10.1)					
3	132	(7.2)					
4~7	278	(15.1)					
2 週(8~14 天)	234	(12.7)					
3 週(9~21 天)	96	(5.2)					
4 週(22~28 天)	53	(2.9)					
2 個月(29~56 天)	74	(4.0)					
3 個月(57~84 天)	16	(0.9)					
>3 個月(>=85 天)	23	(1.2)					

[a]有 53 筆資料為無紀錄

表十五・是否按意願書執行(複選)

	意願書/同意書選擇不施行 (n = 1843)		臨終前施行心肺復甦術	
	n	(%)	n	(%)
氣管內插管	1169	(63.4)	6	(0.5)
人工呼吸	1279	(69.4)	58	(4.5)
急救注射藥物	903	(49.0)	116	(12.8)
體外心臟按壓	1774	(96.3)	20	(1.1)
心臟電擊	1700	(92.2)	7	(0.4)
心臟人工調頻	1484	(80.5)	1	(0.1)
其他救治行為	1072	(58.2)	1	(0.1)

「末期病人預立醫囑（含生前預囑及預立醫療代理人）」調查結果

表十六・基本資料 (n =659)

	醫護人員(n=516)		病人	(n=70)	家屬	(n=73)		
	mean	(SD)	mean	(SD)	mean	(SD)	F	*p*
年齡	29.97	(6.72)	44.81	(13.15)	39.81	(12.28)	119.90	.00
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	$\chi 2$	*p*
性別							93.57	.00
女	480	(93.4)	46	(68.7)	42	(57.5)		
男	34	(6.6)	21	(31.3)	31	(42.5)		
教育程度							306.93	.00
不識字~國中	0	(0)	42	(63.6)	17	(23.3)		
高中(專科)~大學(含)以上	511	(100)	24	(36.4)	56	(76.7)		
婚姻							84.77	.00
已婚	175	(33.9)	52	(74.3)	58	(79.5)		
單身(含離婚、喪偶)	341	(66.1)	18	(25.7)	15	(20.5)		
宗教							64.63	.00
佛教	71	(13.9)	25	(37.9)	27	(37.5)		
道/一貫道/民間信仰	190	(37.1)	30	(45.5)	29	(40.3)		
基督教/天主教	40	(7.8)	6	(9.1)	7	(9.7)		
其它	211	(41.2)	5	(7.6)	9	(12.5)		

表十六・基本資料（續）　(n =659)

	醫護人員 (n=516)		病人 (n=70)		家屬 (n=73)			
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	χ2	p
科別							65.31	.00
腫瘤科	88	(17.2)	16	(24.5)	18	(12.1)		
安寧病房/安寧共照	62	(12.1)	11	(17.5)	12	(24.0)		
急性單位(含病房、加護病房、急診)	317	(61.8)	16	(25.4)	11	(22.0)		
慢性單位(含護理之家、門診、洗腎室)	46	(9.0)	20	(31.7)	9	(19.0)		
曾獲得安寧相關資訊							12.50	.00
無	250	(51.7)	26	(40.6)	21	(30.4)		
有	234	(48.3)	38	(59.4)	48	(69.6)		
腫瘤訓練證書	39	(5.9)						
安寧標準課程證書	100	(15.2)						
健康狀況							111.66	.00
尚可~良好	492	(98.8)	31	(66.0)	64	(92.8)		
差~非常差	6	(1.2)	16	(34.0)	5	(7.2)		
已經簽署安寧緩和醫療條例意願書(複選)							49.68	.00
無	488	(97.6)	49	(70.0)	68	(93.2)		
有	28	(5.4)	21	(30.0)	5	(6.8)		

「末期病人預立醫囑（含生前預囑及預立醫療代理人）」調查結果

表十七・知識層面 (n =659)

		醫護人員 (n=516)		病人 (n=70)		家屬 (n=73)			
		mean	(SD)	mean	(SD)	mean	(SD)	F	*p*
總分(0~18)		11.83	(2.11)	8.19	(3.22)	9.35	(2.70)	91.17	.00
	正確解答	n	(%) correct	n	(%) correct	n	(%) correct	$\chi 2$	*p*
安寧只適用末期	X	388	(75.9)	16	(24.2)	17	(25.0)	123.3	.00
慢性疾病，近期內不會死亡，不符合安寧條例對象。	O	239	(46.6)	38	(54.3)	43	(58.9)	4.83	.09
簽署 DNR 意願書，仍可接受所有的醫療照護，只是臨終時不要被執行心肺復甦術(CPR)。	O	464	(90.1)	54	(77.1)	65	(89.0)	1.26	.01
實施安寧緩和醫療之機構所屬人員均不得為見證人。	O	378	(74.0)	42	(60.0)	49	(68.1)	6.51	.04
二十歲以上具完全行為能力之人，可在健康時簽署預立不施行心肺復甦術意願書。	O	479	(93.2)	47	(67.1)	58	(79.5)	49.73	.00
代替病人簽署「同意書」的家屬，最適當的人選是病人事先決定好的「預立醫療委任代理人」。	O	475	(92.2)	48	(68.6)	57	(78.1)	40.98	.00

表十七・知識層面(續)　　(n =659)

		醫護人員 (n=516)		病人 (n=70)		家屬 (n=73)			
	正確解答	n	(%) correct	n	(%) correct	n	(%) correct	$\chi 2$	p
只要是瀕死的病人都要施行「心肺復甦術」。	X	454	(88.3)	41	(59.4)	43	(59.7)	62.35	.00
家屬有權利依照病人的意願與病情變化，修改同意書的內容。	O	408	(80.2)	47	(76.1)	59	(80.8)	.44	.40
執行DNR，須有二位醫師診斷為末期病人(其中有一位是相關專科醫師)，並具有意願書/同意書，才能執行	O	419	(84.1)	59	(57.4)	48	(65.8)	25.66	.00
前題所稱之二位醫師，必須是同一時間診斷或同一醫療機構之醫師	X	454	(88.3)	41	(50.4)	43	(59.7)	65.35	.00
末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願時，家屬得代末期病人簽署意願書！	X	130	(25.2)	-	-	-	-		
當末期病人於意識昏迷時，配偶與父母的意見不一樣，應以父母的意見為主。	X	423	(82.1)	31	(44.3)	34	(46.6)	78.69	.00

表十七・知識層面(續)　　(n =659)

		醫護人員 (n=516)		病人 (n=70)		家屬 (n=73)			
	正確解答	n	(%) correct	n	(%) correct	n	(%) correct	χ^2	p
要撤回安寧緩和醫療條例之意願書，必須要以書面撤回方式。	0	367	(71.5)	38	(54.3)	48	(65.8)	9.00	.01
當病人有明確意思表示欲知病情時，即使家屬反對也應對病人告知病情。	0	411	(80.1)	49	(71.0)	48	(65.8)	9.47	.01
預立醫囑需由醫師詳細記載於病歷。	0	472	(91.7)	-	-	-	-		
預立醫囑的意願書/同意書應連同病歷保存。	0	486	(94.9)	48	(68.6)	61	(83.6)	56.62	,00
轉診時，由原診治醫療機構留具正本，影本隨同病人轉診。	X	76	(14.9)	10	(14.3)	10	(14.1)	.04	.98
可預先簽署何者，以書面載明委任意旨，在您無法表達意願時，由他/她替您作決定？	F	188	(36.7)	8	(11.4)	8	(11.0)	33.98	.00

若您已罹患嚴重傷病，則可選擇簽署？	ABCDF	3	(0.6)	0	(0)	0	(0)	.84	.66
意識昏迷或無法清楚表達意願時，可由最近親屬簽署？	E	228	(44.8)	8	(11.4)	20	(27.4)	33.58	.00

A. 預立選擇安寧緩和醫療意願書　　B. 選擇安寧緩和醫療意願書

C. 預立不施行心肺復甦術意願書　　D. 不施行心肺復甦術意願書

E. 不施行心肺復甦術同意書　　F. 預立醫療委任代理人委任書

表十八・對生命末期決定的態度層面 (n=659)

	醫護人員 (n=516)		病人 (n=70)		家屬 (n=73)		$\chi 2$	p
	n	同意(%)	n	同意(%)	n	同意(%)		
您認為：一位有決策能力但並不是末期病況的病人，應有拒絕生命支持療法的權利，即使其決定可能導致死亡。	409	(79.4)	43	(64.2)	54	(74.0)	8.34	.02
醫護人員應尊重病人的願望，即使病人的願望和醫護人員的觀點相衝突。	481	(93.2)	55	(79.7)	-	-	14.47	.00
您認為：有的時候，對病人有害的訊息，可以暫時隱瞞，但應為告知病情作準備，在適當的時機讓病人能夠接受全盤的事實。	464	(90.1)	56	(81.2)	62	(84.9)	5.89	.05
多數情況下，病人有充分地被告知，得以為預立醫囑做準備。	441	(85.8)	63	(91.3)	-	-	1.58	.21
您認為：當病人家屬的想法與病人的生命末期決定相衝突時，醫護人員應該先以支持病人的想法為主。	472	(92.0)	57	(83.8)	65	(90.3)	4.94	.09
醫護人員維護病人生命末期的決定時，仍不應違反醫院的政策。	435	(85.0)	-	-	-	-		

表十八・對生命末期決定的態度層面(續)　(n=659)

	醫護人員 (n=516)		病人 (n=70)		家屬 (n=73)		$\chi 2$	p
	n	同意(%)	n	同意(%)	n	同意(%)		
您認為：預立醫囑將會使大家接受安樂死。	80	(15.5)	23	(34.3)	20	(27.4)	17.73	.00
醫療機構因為成本的考量而不提供某些治療給末期病人是可被接受的。	89	(17.4)	11	(16.7)	9	(12.3)	1.19	.55
若一位無決策能力的末期病人，其心肺復甦術(CPR)被視為對他無效的治療，可以不需經病人同意而直接放棄心肺復甦術。	107	(20.8)	31	(44.9)	27	(37.0)	25.03	.00
所有具有決策能力的病人，都應該簽署預立醫囑。	361	(70.2)	49	(71)	49	(67.1)	.33	.85
當病人簽署預立醫囑時，應考慮家人的意見。	420	(81.6)	58	(85.3)	-	-	.57	.45
一開始就不要給予生命支持療法與停止已經開始進行的生命支持療法，這兩者之間在倫理上並沒有不同。	128	(24.9)	-	-	-	-		
即使終止如呼吸器及透析等生命支持療法，人工營養和水份仍應持續下去。	363	(70.6)	42	(60.9)	50	(69.4)	2.73	.26
即使可能加速病人死亡，給予止痛藥以緩解疼痛仍是恰當的。	489	(95.5)	59	(85.5)	65	(91.5)	11.68	.00

表十八・對生命末期決定的態度層面(續)　(n=659)

	醫護人員 (n=516)		病人 (n=70)		家屬 (n=73)		$\chi 2$	p
	n	同意(%)	n	同意(%)	n	同意(%)		
醫護人員應主動協助病人完成預立醫囑。	375	(69.6)	53	(76.8)	-	-	1.52	.22
如果病人的權益未被充份重視，護理人員有責任與醫師以及其他醫療團隊人員討論其醫療處置。	493	(96.1)	62	(88.6)	-	-	7.64	.01
醫護人員應該說服病人接受對他們而言最好的治療。	254	(49.4)	58	(82.9)	-	-	27.69	.00
主動協助某些末期病人死亡（即醫師協助自殺）應該合法化。	106	(20.6)	32	(46.4)	28	(38.9)	29.31	.00
對有決策能力的病人，應徵詢其個人對不施行心肺復甦術的決策。	487	(94.7)	61	(87.1)	-	-	6.16	.01
醫護人員應協助告知病人病情和治療的方法。	450	(87.9)	67	(95.7)	68	(93.2)	5.22	.07

表十九・預立醫囑的經驗 (n =659)

	醫護人員(n=516)		病人 (n=70)		家屬 (n=73)			
	mean	(SD)	mean	(SD)	mean	(SD)	F	*p*
總分(0-5)	1.33	(1.49)	1.38	(1.63)	1.52	(1.78)	.50	.61
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	χ^2	*p*
您讀過您的機構有關預立醫囑的政策或程序嗎	176	(34.2)	22	(31.4)	20	(27.4)	1.46	.48
您照顧過有預立醫囑的病人嗎？(病人&家屬版：您有親人或朋友曾預立醫囑嗎?)	212	(41.2)	14	(20.0)	19	(26.0)		
您當過預立醫囑病人的見證人嗎？(病人&家屬版：您當過預立醫囑的親人或朋友的見證人嗎？)	24	(4.7)	10	(14.5)	24	(32.9)		
您曾向病人/家屬提過預立醫囑嗎？(病人&家屬版：您曾向家人提過預立醫囑嗎？)	156	(30,2)	26	(37.1)	22	(30.1)		
您曾經主動與病人討論有關預立醫囑嗎？(病人&家屬版：您曾經主動與家人討論有關預立醫囑嗎？)	116	(22.5)	23	(32.9)	26	(35.6)		

表十九・預立醫囑的經驗(續)　　(n =659)

	醫護人員(n=516)		病人 (n=70)		家屬 (n=73)			
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	χ^2	p
已預立醫囑的病人如果已經無法治癒，您曾為他提供積極性的、對抗疾病的治療嗎？	124	(24.0)	-	-	-	-		
已預立醫囑的病人如果已經無法治癒，您曾看過別人為這樣的病人提供積極性的、對抗疾病的治療嗎?	228	(44.2)	-	-	-	-		

「末期病人預立醫囑（含生前預囑及預立醫療代理人）」調查結果

表二十・生命末期決定的經驗 (n=659)

	醫護人員 (n=516)		病人 (n=70)		家屬 (n=73)		$\chi 2$	p
	n	同意(%)	n	同意(%)	n	同意(%)		
在您的經驗中，大部分病人在末期疾病時有及早被告知疾病相關資訊，讓他們有足夠的時間對生命末期的照顧，在知情的狀況下做出的決定。	366	(71.7)	60	(87.0)	-	-	7.78	.01
在您的經驗中，病人、家屬和他們的醫護人員，普遍地都同意有一些積極性的治療，在對抗病人的末期疾病上是無效的。	334	(65.1)	43	(65.2)	47	(65.3)	.001	1.00
醫護人員與病人及家屬在溝通上的困難，會阻礙了生命末期照護的決策過程(病人&家屬版：在您的經驗中，若當您與家人之間對末期照護的醫療決定看法不一樣，會因為溝通困難，阻礙了您對生命末期照護作出決定。)	481	(93.4)	43	(65.2)	51	(69.9)		
您時常沒有足夠的時間與病人討論預立醫囑。(病人&家屬版：您時常沒有足夠的時間與家人討論預立醫囑)	409	(79.6)	38	(56.7)	37	(51.4)		
在您的經驗中，大部分的病人誤解預立醫囑的意義。	408	(79.7)	-	-	-	-		

表二十・生命末期決定的經驗(續)　(n=659)

	醫護人員 (n=516)		病人 (n=70)		家屬 (n=73)		$\chi 2$	p
	n	同意(%)	n	同意(%)	n	同意(%)		
在您的經驗中，已經有預立醫囑的病人，即使在失能的狀況下，他們對於自己的健康照顧仍保有權力和自主。(病人&家屬版：您希望即使在失能的狀況，因為已經預立醫囑，對於健康照顧仍保有自主。)	435	(84.8)	57	(83.8)	64	(87.7)		
醫護人員通常知道他們的病人對自己醫療照護規劃的期望。	344	(66.8)	50	(74.6)	-	-	1.66	.20
一般來說，醫護人員能夠回答病人有關預立醫囑的問題。(病人&家屬版：一般來說，醫護人員能夠回答您有關預立醫囑的問題。)	318	(61.9)	47	(69.1)	52	(71.2)	3.40	.18
在您的經驗中，多數的情況下，家屬會遵從病人的預立醫囑。	334	(65.0)	57	(85.1)	62	(86.1)	21.93	.00
在您的經驗中，病人通常有得到足夠的疾病狀況資料以及預立醫囑的資訊，以決定進一步的治療	277	(54.0)	55	(82.1)	-	-	19.11	.00
預立醫囑可鼓勵病人和醫護人員間討論有關病人的喜好。	466	(91.2)	61	(92.4)	-	-	.11	.74

表二十・生命末期決定的經驗(續)　(n=659)

	醫護人員 (n=516)		病人 (n=70)		家屬 (n=73)			
	n	同意(%)	n	同意(%)	n	同意(%)	$\chi 2$	p
在您的經驗中，有些病人會因為不當地被判斷為缺乏作決定的能力，而使得他們無法參與照護的決策。	452	(88.6)	-	-	-	-		
醫護人員通常知道他們的病人對於進一步醫療計畫的決定。	363	(70.8)	-	-	-	-		
在您的經驗中，當醫護人員不同意病人的預立醫囑時，醫護人員可以以他們自己的判斷，來決定是否遵循病人的預立醫囑。	156	(30.5)	32	(48.5)	-	-	8.58	.00
在您的經驗中，大部份病人，對他們的醫療狀況和可能的治療有足夠的知識，讓他們對預立醫囑做準備。	254	(49.9)	57	(85.1)	-	-	29.49	.00
健康照護的費用會影響生命末期的決定。	431	(84.0)	-	-	-	-		
在您的經驗中，大部分的家人知道病人對生命末期照顧的想法。	227	(44.3)	52	(77.6)	-	-	26.28	.00
在您的經驗中，簽署拒絕心肺復甦術的末期病人，整體上會接受到比較少的醫護照護。	141	(27.5)	16	(23.9)	17	(23.6)	.81	.67

表二十・生命末期決定的經驗(續)　(n=659)

	醫護人員 (n=516)		病人 (n=70)		家屬 (n=73)			
	n	同意(%)	n	同意(%)	n	同意(%)	$\chi 2$	p
護理人員花費在與病人討論預立醫囑的時間是足夠的。	131	(25.5)	38	(55.9)			26.81	.00
(家屬版：護理人員花費在與您討論預立醫囑的時間是足夠的)					41	(56.9)		
醫師花費在與病人討論預立醫囑的時間是足夠的。	149	(29.0)	41	(60.3)			26.64	.00
(家屬版：醫師花費在與您討論預立醫囑的時間是足夠的)					45	(62.5)		
在您的經驗中，幫助病人完成預立醫囑是件耗費心力的事。	318	(62.0)	-	-	-	-		

表二十一・醫護人員在協助病人和家屬建立預立醫囑的技巧上，自信的程度 (n=516)

	mean	(SD)
總分(11-55)	29.39	(7.58)
熟悉安寧緩和醫療條例。(1-5)	2.71	(.77)
主動與病人討論預立醫囑。(1-5)	2.61	(.85)
回答病人有關預立醫囑的問題。(1-5)	2.70	(.87)
回答家屬有關預立醫囑的問題。(1-5)	2.72	(.88)
能回應病人對預立醫囑的不確定。(1-5)	2.65	(.84)
熟悉執行機構對於預立醫囑的政策和程序。(1-5)	2.53	(.83)
遵守預立醫囑的相關規定。(1-5)	2.81	(.90)
教導其他醫護人員有關預立醫囑的事宜。(1-5)	2.53	(.86)
當家屬的期望與病人相違背時，能維護病人的預立醫囑。(1-5)	2.86	(.85)
熟悉有關預立醫囑的法律。(1-5)	2.43	(.82)
當病人和家人對生命末期的決定不一致時能居中協商。(1-5)	2.86	(.74)

表二十二‧醫護人員知識總分與預立醫囑經驗和自信程度的相關 (n=516)

	知識總得分	
	r	p
預立醫囑的經驗	.152	.001
醫護人員在協助建立預立醫囑的自信	.161	.000

表二十三‧「什麼是醫護人員在協助病人預立醫囑上最需要增加的能力？ (n=659)

	n	(%)
溝通技巧	139	(21.1)
預立醫囑的相關知識與執行程序	88	(13.4)
安寧條例法規的瞭解	70	(10.6)
安寧相關專業知識與判斷能力	26	(3.9)
須有足夠的時間與建立信任關係後，才有可能談論預立醫囑	26	(3.9)
病情告知與召開家庭會議的能力	13	(2.0)
機構的政策與支持，醫護病的共識	11	(1.7)
醫療宣導與說明文件	8	(1.2)
在預立醫囑前讓病人能獲得更詳細的瞭解醫療流程照護模式並保証不會因為預立醫囑而減少醫療照護	7	(1.1)
避免預設立場	1	(0.2)

附錄一・

「死亡病歷之病人簽署預立醫囑現況調查表」

「死亡病歷之病人簽署預立醫囑現況調查表」

編號 □□□

一、病人基本資料

1. 性　　別：□男　　□女
2. 年　　齡：_____歲
3. 診　　斷：_____（本次住院主要診斷）

   原發癌症：_____
4. 住院科別：_____
5. 住院日期：民國_____年_____月_____日
6. 教育程度：

   □ 不識字　□ 識字　□ 小學

   □ 國中　□ 高中（職）　□ 專科

   □ 大專以上　□ 大學　□ 碩士以上

   □ 其他，請說明_____
7. 婚姻狀況：

   □ 已婚　□ 未婚　□ 喪偶

   □ 同居　□ 離婚
8. 宗教信仰：

   □ 無　□ 佛教　□ 道教

   □ 一般民間信仰　□ 基督教　□ 天主教

   □ 無紀錄　□ 其他，請說明_____
9. 主要照顧者：

   □ 父母　□ 配偶　□ 子女

   □ 祖父母　□ 兄弟姊妹　□ 媳婦

   □ 自己　□ 朋友　□ 看護

   □ 其他，請說明_____

二、簽署安寧緩和醫療條例意願書現況調查

(一) 簽署安寧緩和醫療條例意願書前

1. 病歷上是否記載已告知病人病情

☐ 是　　☐ 無記錄

2. 是否註記提議簽署同意書之關鍵人（可複選）

☐ 病人本身　☐ 醫師　☐ 護理人員　☐ 社工人員

☐ 家屬，請說明 _____　☐ 安寧共照小組：_____

☐ 其他，請說明 _____　☐ 無紀錄

3. 病歷上是否呈現病人簽署時的原因（可複選）

☐ 年事已高，請說明_____

☐ 病人意願，請說明_____

☐ 疾病預後差，請說明_____

☐ 瀕臨死亡，請說明_____

☐ 經濟考量，請說明_____

☐ 家屬要求，請說明_____

☐ 擔心治療過程病患受苦，請說明_____

☐ 生活品質差，請說明_____

☐ 其他，請說明_____　☐ 無紀錄

4. 簽署前是否曾接受積極性治療

☐ CPR　☐ 氣管內插管　☐ 人工呼吸器　☐ 氣切

☐ 否

5. 簽署意願書/同意書時，病患的意識狀態：

☐ 清醒　☐ 嗜睡　☐ 瞻妄　☐ 失智　☐ 木僵　☐ 半昏迷　☐ 昏迷

☐ 無記錄

6. 簽署人與病人的關係

☐ 本人　☐ 配偶　☐ 父母　☐ 子女　☐ 兄弟姊妹

直系血親：☐ 祖父母　☐ 孫子　☐ 其他，請說明_____

旁系血親：☐ 伯叔舅　☐ 姑姨　☐ 堂兄弟姊妹　☐表兄弟姊妹

姻　親　：☐ 媳婦　☐ 女婿　☐ 其他，請說明_____

☐ 其他，請說明_____　☐ 無記錄

7. 簽署安寧緩和醫療條例意願書之類型

醫院自訂	衛生署公告之意願書/同意書
☐ 預立選擇安寧緩和醫療意願書	☐ 預立選擇安寧緩和醫療意願書
☐ 選擇安寧緩和醫療意願書	☐ 選擇安寧緩和醫療意願書
☐ 預立不施行心肺復甦術意願書	☐ 預立不施行心肺復甦術意願書
☐ 不施行心肺復甦術意願書	☐ 不施行心肺復甦術意願書
☐ 不施行心肺復甦術同意書	☐ 不施行心肺復甦術同意書
☐ 預立醫療委任代理人委任書	☐ 預立醫療委任代理人委任書

☐ 其他，請說明_____

8. 簽署不施行心肺復甦術項目：__年__月__日（可複選）

☐ 氣管內插管　☐ 人工呼吸　☐ 急救藥物注射

☐ 體外心臟按壓　☐ 心臟電擊　☐ 心臟人工調頻

☐ 其他救治行為，請說明_____

9. 變更簽署不施行心肺復甦術項目：__年__月__日（可複選）

☐ 氣管內插管　☐ 人工呼吸　☐ 急救藥物注射

☐ 體外心臟按壓　☐ 心臟電擊　☐ 心臟人工調頻

☐ 其他救治行為，請說明_____

（二）簽署安寧緩和醫療條例意願書後

1. 臨終前曾否施行心肺復甦術

☐ 是　☐ 否

2. 施予急救內容（可複選）

☐ 氣管內插管　☐ 人工呼吸　☐ 急救藥物注射

☐ 體外心臟按壓　☐ 心臟電擊　☐ 心臟人工調頻

☐ 其他救治行為，請說明_____

3. 簽署同意書至死亡時間：_____天

4. 簽署後是否撤回意願書

☐ 否　☐ 口頭撤回　☐ 書面撤回

5. 簽署後是否按照意願書執行

☐ 是　☐ 否，請說明☐ 等家屬☐ 留一口氣回家☐ 項目不符

_____

附錄 2.

「末期病人預立醫囑（含生前預囑及預立醫療代理人）」調查表

「末期病人預立醫囑（含生前預囑及預立醫療委任代理人）」調查表_醫護人員版

題號	一 知識層面 (請在右列的答案欄打(√)，以反應您認為下列的說明，正確(是)或錯誤(否)或您不知道。)	答案欄		
		是	否	不知道
1.	「安寧緩和醫療條例」的內容只適用於末期癌症病人。			
2.	因為罹患慢性疾病，生活起居需要他人照顧，病情穩定近期內不會死亡的病人，並不符合安寧緩和醫療條例所規範的對象。			
3.	簽署「不施行心肺復甦術意願書」，表示臨終病人仍可接受所有的醫療照護，只是不要被執行心肺復甦術(CPR)。			
4.	簽署緩和醫療條例之「意願書」需要有人見證；但是實施安寧緩和醫療之機構所屬人員(譬如醫院的醫生、護士)均不得為見證人。			
5.	二十歲以上具完全行為能力之人，可在健康時簽署「預立不施行心肺復甦術意願書」，表明臨終時拒絕心肺復甦術			
6.	當病人無法表達意願時，代替病人簽署「同意書」的家屬，最適當的人選是病人事先決定好的「預立醫療委任代理人」。			
7.	只要是瀕死的病人都要施行「心肺復甦術」。			
8.	家屬有權利依照病人的意願與病情變化，修改同意書的內容。			
9.	執行「不施行心肺復甦術」，必須要有二位醫師診斷為末期病人(其中有一位是相關專科醫師)，並且具有安寧緩和醫療條例之意願書/同意書，才能執行。			
10.	前題所稱之二位醫師，必須是同一時間診斷或同一醫療機構之醫師。			

題號	一 知識層面(續) (請在右列的答案欄打(√)，以反應您認為下列的說明，正確(是)或錯誤(否)或您不知道。)	是	否	不知道
11.	末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願時，家屬得代末期病人簽署意願書！			
12.	當末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意思時，若配偶與父母的意見不一樣，應以父母的意見為主。			
13.	意願人或其代理人要撤回安寧緩和醫療條例之意願書，必須要以書面撤回方式。			
14.	醫師為末期病人實施安寧緩和醫療時，當病人有明確意思表示欲知病情時，即使家屬反對也應對病人告知病情。			
15.	預立醫囑需由醫師詳細記載於病歷。			
16.	預立醫囑的意願書/同意書應連同病歷保存。			
17.	病人轉診時，其所簽署的意願書或同意書，由原診治醫療機構留具正本，影本隨同病人轉診。			

18.	下列三題狀況題，請圈選合適的意願書/同意書/委任書簽署？(可複選)	
	A. 預立選擇安寧緩和醫療意願書	B. 選擇安寧緩和醫療意願書
	C. 預立不施行心肺復甦術意願書	D. 不施行心肺復甦術意願書
	E. 不施行心肺復甦術同意書	F. 預立醫療委任代理人委任書

18.1	為了預防萬一當您意識不清時無法為自己作醫療決定，您可預先簽署何者，以書面載明委任意旨，在您無法表達意願時，由他/她替您作決定？	A	B	C	D	E	F
18.2	若您已罹患嚴重傷病，經醫師診斷為不可治癒，病情進展致死亡已不可避免，則可選擇簽署？	A	B	C	D	E	F
18.3	若您已意識昏迷或無法清楚表達意願時，可由最近親屬簽署？	A	B	C	D	E	F

二　對生命末期決定的態度 (請對以下的陳述，在右列的答案欄打(√)，以反應您不同意或同意的程度。)	非常不同意	不同意	同意	非常同意
1. 您認為：一位有決策能力但並不是末期病況的病人，應有拒絕生命支持療法的權利，即使其決定可能導致死亡。				
2. 醫護人員應尊重病人的願望，即使病人的願望和醫護人員的觀點相衝突。				
3. 您認為：有的時候，對病人有害的訊息，可以暫時隱瞞，但應為告知病情作準備，在適當的時機讓病人能夠接受全盤的事實。				
4. 多數情況下，病人有充分地被告知，得以為預立醫囑做準備。				
5. 您認為：當病人家屬的想法與病人的生命末期決定相衝突時，醫護人員應該先以支持病人的想法為主。				
6. 醫護人員維護病人生命末期的決定時，仍不應違反醫院的政策。				
7. 您認為：預立醫囑將會使大家接受安樂死。				
8. 您認為：醫療機構因為成本的考量而不提供某些治療給末期病人是可被接受的。				
9. 您認為：若一位無決策能力的末期病人，其心肺復甦術(CPR)被視為對他無效的治療，可以不需經病人同意而直接放棄心肺復甦術。				
10. 您認為：所有具有決策能力的病人，都應該簽署預立醫囑。				
11. 當病人簽署預立醫囑時，應考慮家人的意見				

二　對生命末期決定的態度(續) (請對以下的陳述，在右列的答案欄打(√)，以反應您不同意或同意的程度。)	非常不同意	不同意	同意	非常同意
12. 您認為：一開始就不要給予生命支持療法與停止已經開始進行的生命支持療法，這兩者之間在倫理上並沒有不同。				
13. 您認為：即使終止如呼吸器及透析等生命支持療法，人工營養和水份仍應持續下去。				
14. 您認為：即使可能加速病人死亡，給予止痛藥以緩解疼痛仍是恰當的。				
15. 醫護人員應主動協助病人完成預立醫囑。				
16. 如果病人的權益未被充份重視，護理人員有責任與醫師以及其他醫療團隊人員討論其醫療處置。				
17. 醫護人員應該說服病人接受對他們而言最好的治療。				
18. 主動協助某些末期病人死亡（即醫師協助自殺）應該合法化。				
19. 對有決策能力的病人，應徵詢其個人對不施行心肺復甦術的決策。				
20. 醫護人員應協助告知病人病情和治療的方法。				

三　預立醫囑的經驗 (請依據您過去的經驗，在右列的答案欄打(√)，以反應您是或否經歷過以下的陳述。)	是	否
21. 您照顧過有預立醫囑的病人嗎？		
22. 您讀過您們的機構有關預立醫囑的政策或程序嗎？		
23. 您當過預立醫囑病人的見證人嗎？		

三　預立醫囑的經驗 (請依據您過去的經驗，在右列的答案欄打(√)，以反應您是或否經歷過以下的陳述。)	是	否
24. 您曾向病人/家屬提過預立醫囑嗎？		
25. 您曾經**主動**與病人討論有關預立醫囑嗎？		
26. 已預立醫囑的病人如果已經無法治癒，您曾為他提供積極性的、對抗疾病的治療嗎？		
27. 已預立醫囑的病人如果已經無法治癒，您曾看過別人為這樣的病人提供積極性的、對抗疾病的治療嗎?		

四　自信程度 **(請在右列的答案欄打(√)，以反應您目前對執行下列活動的自信程度)**	非常沒自信	沒自信	普通	有自信	非常有自信
28. 熟悉安寧緩和醫療條例。					
29. 主動與病人討論預立醫囑。					
30. 回答病人有關預立醫囑的問題。					
31. 回答家屬有關預立醫囑的問題。					
32. 能回應病人對預立醫囑的不確定。					
33. 熟悉執行機構對於預立醫囑的政策和程序。					
34. 遵守預立醫囑的相關規定。					
35. 教導其他醫護人員有關預立醫囑的事宜。					
36. 當家屬的期望與病人相違背時，能維護病人的預立醫囑。					
37. 熟悉有關預立醫囑的法律。					

四　自信程度 **(請在右列的答案欄打(√)，以反應您目前對執行下列活動的自信程度)**	非常沒自信	沒自信	普通	有自信	非常有自信
38. 當病人和家人對生命末期的決定不一致時能居中協商。					

五　生命末期決定的經驗 (請依據您的經驗，對以下的陳述，在右列的答案欄打(√)，以反應您不同意或同意的程度。)	**非常不同意**	不同意	同意	非常同意
39. 在您的經驗中，大部分病人在末期疾病時有及早被告知疾病相關資訊，讓他們有足夠的時間對生命末期的照顧，在知情的狀況下做出的決定。				
40. 在您的經驗中，病人、家屬和他們的醫護人員，普遍地都同意有一些積極性的治療，在對抗病人的末期疾病上是無效的。				
41. 醫護人員與病人及家屬在溝通上的困難，會阻礙了生命末期照護的決策過程。				
42. 您時常沒有足夠的時間與病人討論預立醫囑。				
43. 在您的經驗中，大部分的病人誤解預立醫囑的意義。				
44. 在您的經驗中，已經有預立醫囑的病人，即使在失能的狀況下，他們對於自己的健康照顧仍保有權力和自主。				
45. 醫護人員通常知道他們的病人對自己醫療照護規劃的期望。				
46. 一般來說，醫護人員能夠回答病人有關預立醫囑的問題。				
47. 在您的經驗中，多數的情況下，家屬會遵從病人的預立醫囑。				

五　生命末期決定的經驗（續） (請依據您的經驗，對以下的陳述，在右列的答案欄打(√)，以反應您不同意或同意的程度。)	非常不同意	不同意	同意	非常同意
48. 在您的經驗中，病人通常有得到足夠的疾病狀況資料以及預立醫囑的資訊，以決定進一步的治療。				
49. 預立醫囑可鼓勵病人和醫護人員間討論有關病人的喜好。				
50. 在您的經驗中，有些病人會因為不當地被判斷為缺乏作決定的能力，而使得他們無法參與照護的決策。				
51. 醫護人員通常知道他們的病人對於進一步醫療計畫的決定。				
52. 在您的經驗中，當醫護人員不同意病人的預立醫囑時，醫護人員可以以他們自己的判斷，來決定是否遵循病人的預立醫囑。				
53. 在您的經驗中，大部份病人，對他們的醫療狀況和可能的治療有足夠的知識，讓他們對預立醫囑做準備。				
54. 健康照護的費用會影響生命末期的決定。				
55. 在您的經驗中，大部分的家人知道病人對生命末期照顧的想法。				
56. 在您的經驗中，簽署拒絕心肺復甦術的末期病人，整體上會接受到比較少的醫護照護。				
57. 護理人員花費在與病人討論預立醫囑的時間是足夠的。				
58. 醫師花費在與病人討論預立醫囑的時間是足夠的。				
59. 在您的經驗中，幫助病人完成預立醫囑是件耗費心力的事。				

60. 什麼是醫護人員在協助病人預立醫囑上最需要增加的能力？

六、基本資料（醫護人員）

1. 性　　別：☐ 男　☐ 女
2. 年　　齡：（出生日期）＿＿＿＿＿年 ＿＿＿＿＿月＿＿＿＿＿日
3. 職　　稱：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
4. 工作時間：☐ 全職人員　☐ 兼職人員
5. 科　　別：

☐ 腫瘤科單位　☐ ＿＿＿＿＿內科　☐ ＿＿＿＿＿外科　☐ 婦兒科

☐ 安寧病房　☐ 加護病房　☐ 急診室　☐ 門診

☐ 安寧共照＿＿＿＿＿＿＿＿師　☐ 其他單位，請說明：＿＿＿＿＿＿＿＿

6. 臨床年資：（大於六個月請增加一年，小於六個月請減去一年）

☐ 0-1 年　☐ 2-3 年　☐ 4-5 年　☐ 6-10 年

☐ 11-15 年　☐ 16-20 年　☐ 20 年以上　☐ 退休＿＿＿＿＿

7. 曾接受安寧療護相關訓練課程：☐ 是　☐ 否
8. 具有腫瘤訓練證書：☐ 無　☐ 有，請說明：＿＿＿＿＿＿＿＿

1

9. 具有安寧療護專業人員標準課程證書：☐ 無　☐ 入門　☐ 進階
10. 教育程度：

☐ 高職　☐ 專科（含五專、二專、三專）

☐ 大學（含二技、四技）　☐ 碩士　☐ 博士

11. 婚姻狀況：

☐ 未婚　☐ 已婚　☐ 同居　☐ 分居

☐ 離婚　☐ 喪偶　☐ 其他，請說明＿＿＿＿＿＿＿＿

12. 宗教信仰：

☐ 無　☐ 佛教　☐ 道教/一般民間信仰

☐ 基督教　☐ 天主教　☐ 其他，請說明＿＿＿＿＿＿＿＿

13. 目前的健康狀況：

☐ 良好　☐ 尚可　☐ 差　☐ 非常差

☐ 目前罹患重大疾病或慢性病，請說明：_____

14. 您是否已經簽署安寧緩和醫療條例意願書

☐ 否

☐ 是，已經在健保 IC 卡登錄「安寧緩和醫療意願」註記

是，已經簽署書面文件：

☐ 預立選擇安寧緩和醫療意願書　☐ 選擇安寧緩和醫療意願書

☐ 預立不施行心肺復甦術意願書　☐ 不施行心肺復甦術意願書

☐ 預立醫療委任代理人委任書　☐ 不施行心肺復甦術同意書

「末期病人預立醫囑（含生前預囑及預立醫療委任代理人）」調查表_病人/家屬版

題號	一 知識層面 (請在右列的答案欄打(√)，以反應您認為下列的說明，正確(是)或錯誤(否)或您不知道。)	答案欄		
		是	否	不知道
1.	「安寧緩和醫療條例」的內容只適用於末期癌症病人。			
2.	因為罹患慢性疾病，生活起居需要他人照顧，病情穩定近期內不會死亡的病人，並不符合安寧緩和醫療條例所規範的對象。			
3.	簽署「不施行心肺復甦術意願書」，表示臨終病人仍可接受所有的醫療照護，只是不要被執行心肺復甦術(CPR)。			
4.	簽署緩和醫療條例之「意願書」需要有人見證；但是實施安寧緩和醫療之機構所屬人員(譬如醫院的醫生、護士)均不得為見證人。			
5.	二十歲以上具完全行為能力之人，可在健康時簽署「預立不施行心肺復甦術意願書」，表明臨終時拒絕心肺復甦術			
6.	當病人無法表達意願時，代替病人簽署「同意書」的家屬，最適當的人選是病人事先決定好的「預立醫療委任代理人」。			
7.	只要是瀕死的病人都要施行「心肺復甦術」。			
8.	家屬有權利依照病人的意願與病情變化，修改同意書的內容。			
9.	執行「不施行心肺復甦術」，必須要有二位醫師診斷為末期病人(其中有一位是相關專科醫師)，並且具有安寧緩和醫療條例之意願書/同意書，才能執行。			
10.	前題所稱之二位醫師，必須是同一時間診斷或同一醫療機構之醫師。			

題號	一 知識層面(續) (請在右列的答案欄打(√)，以反應您認為下列的說明，正確(是)或錯誤(否)或您不知道。)	是	否	不知道
11.	當末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意思時，若配偶與父母的意見不一樣，應以父母的意見為主。			
12.	意願人或其代理人要撤回安寧緩和醫療條例之意願書，必須要以書面撤回方式。			
13.	醫師為末期病人實施安寧緩和醫療時，當病人有明確意思表示欲知病情時，即使家屬反對也應對病人告知病情			
14.	預立醫囑的意願書/同意書應連同病歷保存。			
15.	病人轉診時，其所簽署的意願書或同意書，由原診治醫療機構留具正本，影本隨同病人轉診。			

16.	下列三題狀況題，請圈選合適的意願書/同意書/委任書簽署？(可複選)						
	A. 預立選擇安寧緩和醫療意願書	B. 選擇安寧緩和醫療意願書					
	C. 預立不施行心肺復甦術意願書	D. 不施行心肺復甦術意願書					
	E. 不施行心肺復甦術同意書	F. 預立醫療委任代理人委任書					
16.1	為了預防萬一當您意識不清時無法為自己作醫療決定，您可預先簽署何者，以書面載明委任意旨，在您無法表達意願時，由他/她替您作決定？	A	B	C	D	E	F
16.2	若您已罹患嚴重傷病，經醫師診斷為不可治癒，病情進展致死亡已不可避免，則可選擇簽署？	A	B	C	D	E	F
16.3	若您已意識昏迷或無法清楚表達意願時，可由最近親屬簽署？	A	B	C	D	E	F

二　對生命末期決定的態度 (請對以下的陳述，在右列的答案欄打(√)，以反應您不同意或同意的程度。)	非常不同意	不同意	同意	非常同意
1. 您認為：一位有決策能力但並不是末期病況的病人，也應有拒絕生命支援療法的權利，即使其決定可能會導致死亡。				
2. 醫護人員應尊重您的願望，即使您的願望和醫護人員的觀點相衝突。				
3. 您認為：有的時候，對病人有害的訊息，可以暫時隱瞞，但應為告知病情作準備，在適當的時機讓病人能夠接受全盤的事實。				
4. 多數情況下，您有充分地被告知，得以為預立醫囑做準備。				
5. 當您的想法與家人的生命末期決定相衝突時，醫護人員應該先以支持病人的想法為主。				
6. 您認為：預立醫囑將會使大家接受安樂死。				
7. 您認為：醫療機構因為成本的考量而不提供某些治療給末期病人是可被接受的。				
8. 您認為：若一位無決策能力的末期病人，其心肺復甦術(CPR)被視為對他無效的治療，可以不需經病人同意而直接放棄心肺復甦術。				
9. 您認為：所有具有決策能力的病人，都應該簽署預立醫囑。				
10. 當您簽署預立醫囑時，應考慮家人的意見。				
11. 您認為：即使停止如呼吸器及透析等生命支援療法，提供病人人工營養和水份仍應持續下去。				
12. 您認為：即使可能加速病人死亡，給予止痛藥以緩解疼痛仍是恰當的。				

二　對生命末期決定的態度（續） （請對以下的陳述，在右列的答案欄打(√)，以反應您不同意或同意的程度。）	非常不同意	不同意	同意	非常同意
13. 醫護人員應主動協助您完成預立醫囑。				
14. 如果您的權益未被充份重視，護理人員有責任與與醫師以及其他醫療團隊人員討論其醫療處置。				
15. 醫護人員應該說服您接受最好的治療。				
16. 您認為：主動協助某些末期病人死亡(即醫師協助自殺)應該合法化。				
17. 醫護人員應徵詢您對不施行心肺復甦術的決策。				
18. 您認為：醫護人員應協助告知病人病情和治療的方法。				

三　預立醫囑的經驗 （請依據您過去的經驗，在右列的答案欄打(√)，以反應您是或否經歷過以下的陳述。）	是	否
19. 您有親人或朋友曾預立醫囑嗎?		
20. 您讀過您所在的醫院有關預立醫囑的政策或程序嗎？		
21. 您當過預立醫囑的親人或朋友的見證人嗎？		
22. 您曾向家人提過預立醫囑嗎？		
23. 您曾經主動與家人討論有關預立醫囑嗎？		

四　生命末期決定的經驗(續) (請依據您的經驗，對以下的陳述，在右列的答案欄打(√)，以反應您不同意或同意的程度。)	非常不同意	不同意	同意	非常同意
24. 在您的經驗中，醫療人員有及早告知您疾病相關資訊，讓您有足夠的時間對生命末期的照顧，在知情的狀況下做出的決定。				
25. 您與家人和您的醫護人員，普遍地都同意有一些積極性的治療，在對抗末期疾病上是無效的。				
26. 在您的經驗中，若當您與家人之間對末期照護的醫療決定看法不一樣，會因為溝通困難，阻礙了您對生命末期照護作出決定。				
27. 您時常沒有足夠的時間與家人討論預立醫囑。				
28. 您希望即使在失能的狀況，因為已經預立醫囑，對於健康照顧仍保有自主。				
29. 醫護人員通常知道您對自己醫療照護規劃的期望。				
30. 一般來說，醫護人員能夠回答您有關預立醫囑的問題				
31. 在您的經驗中，多數的情況下，家屬會遵從病人對預立醫囑的決定。				
32. 您通常有得到足夠的疾病狀況資料以及預立醫囑的資訊，來決定進一步的治療。				
33. 預立醫囑可鼓勵您和醫護人員間討論有關您對醫療照護的喜好。				
34. 在您的經驗中，當醫療人員不同意您的預立醫囑時，醫療人員會以他們自己的判斷，來決定是否遵循您的預立醫囑。				
35. 您對您的醫療狀況和可能的治療已有足夠的知識，讓您能對預立醫囑做準備。				

四　生命末期決定的經驗(續) (請依據您的經驗，對以下的陳述，在右列的答案欄打(√)，以反應您不同意或同意的程度。)	非常不同意	不同意	同意	非常同意
36. 大部分的家人知道您對末期照顧的想法。				
37. 您簽署拒絕心肺復甦術後，接受到比較少的醫護照護。				
38. 護理人員花費在與您討論預立醫囑的時間是足夠的。				
39. 醫師花費在與您討論預立醫囑的時間是足夠的。				

40.　什麼是醫護人員在協助您預立醫囑上最需要增加的能力？

五、基本資料（□病人 □ 家屬）

15. 性　　別：　□ 男　　□ 女

16. 年　　齡：　（出生日期）＿＿＿＿＿年 ＿＿＿＿月＿＿＿＿日

17. 職業與職稱：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

18. 工作時間：　□ 全職人員　　□ 兼職人員

19. 就醫科別：

□ 腫瘤科　□ ＿＿＿＿內科　□ ＿＿＿外科　□ 婦兒科

□ 安寧病房　□ 加護病房　□ 急診室　□ 門診

□ 其他單位，請說明：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

20. 工作年資：（大於六個月請增加一年，小於六個月請減去一年）

□ 0-1 年　□ 2-3 年　□ 4-5 年　□ 6-10 年

□ 11-15 年　□ 16-20 年　□ 20 年以上　□ 退休＿＿＿＿

21. 您從哪裡獲得安寧療護相關資訊：

□ 從來沒有　□ 醫院中的海報/手冊　□ 電視/電台/報紙等傳播媒體

□ 醫療(護)人員　□ 安寧的講座/研習會　□ 其他，請說明＿＿＿＿＿

22. 教育程度：

□ 不識字　□ 識字　□ 小學　□ 國中

□ 高中　□高職　□ 專科（含五專、二專、三專）

□ 大學（含二技、四技）　□ 碩士　□ 博士

23. 婚姻狀況：

□ 未婚　□ 已婚　□ 同居　□ 分居

□ 離婚　□ 喪偶　□ 其他，請說明＿＿＿＿＿＿＿＿

1

24. 宗教信仰：

□ 無　□ 佛教　□ 道教/一般民間信仰

□ 基督教　□ 天主教　□ 其他，請說明＿＿＿＿＿＿＿＿

25. 目前的健康狀況

☐ 良好　☐ 尚可　☐ 差　☐ 非常差

☐ 目前罹患重大疾病或慢性病，請說明：_____

26. 您是否已經簽署安寧緩和醫療條例意願書

☐ 否

☐ 是，已經在健保 IC 卡登錄「安寧緩和醫療意願」註記

是，已經簽署書面文件：

☐ 預立選擇安寧緩和醫療意願書　☐ 選擇安寧緩和醫療意願書

☐ 預立不施行心肺復甦術意願書　☐ 不施行心肺復甦術意願書

☐ 預立醫療委任代理人委任書　☐ 不施行心肺復甦術同意書

附錄 3.

焦點團體會議記記錄與內容分析

(12-27-2007)

96 年衛生署研究計畫第一次焦點團體座談

計劃編號：DOH96-TD-M-113-023

計劃名稱：終末病患照護中有關預立醫囑、生前預囑之現況及倫理法律問題

一、 時　　間：96 年 12 月 27 日 (星期四) 下午 3～5 點。

二、 地　　點：臺北醫學大學 醫學綜合大樓前棟三樓學務處會議室。

三、 出 席 者：

醫師代表二位：王英偉主任、邱仲峰主任。

護理代表二位：張靜安護理長、湯梅芬護理長。

社工代表一位：謝忞珊社工師。

倫理學者二位：盧美秀教授、林秋芬副教授。

法律學者二位：陳凱平律師。(原邀請之楊哲銘副教授—美國印第安那大學法學博士，當日因其它會議時間衝突故無法出席)

病人代表一位、家屬代表一位：(原邀請之病人代表一位、家屬代表一位（此家屬為病人之主要照顧者），當日因病人病況惡化故無法出席)

四、 主　　席：林佳靜教授

五、 紀　　錄：曾翠華、張慧玉

六、 報告事項：見附件一（第一次焦點團體座談投影片）

（一） 計畫主持人林佳靜教授研究計畫執行報告

（二） 簡介目前研究成果

（三） 討論終末病患照護中預立醫囑執行困境與本土倫理法律問題之相關性與爭議

七、 討論事項：

林佳靜教授：以上是我們團隊就困境跟爭議性所做的整理，也請各位委員能提供意見。

王英偉主任：現在是用 focus group 來找出問題，將來要發展結構式問卷？所以我們現在要討論到問卷的內容？

林佳靜教授：問卷的內容我們有初步有一個是在探討病人跟家屬在 DNR 的態度上面，那目前這個 focus group 比較希望是在施行上的困難和執行上有沒有在法律上有爭議地方，希望可以找出幾個主要的 focus 作為未來在制定 guide line 上能夠有所依據。不見得最後會有問卷出來。

王英偉主任：今天算是專家效度還是 focus group？

林佳靜教授： focus group。今天希望先能夠找出幾個重要的 issue，作為未來擬定 guide line 的參考。

王英偉主任：我先請教一下前面，現在 DNR 有很多種，在國外應該是 yes or no 的部分就是一個 package，在台灣其實算是有不同的 package，它的 package 有些是我可以不要打針，有些是我不要做 CPR…，有不同的層次。所以後面有沒有依照病人或是家屬的意願，那個是有 match 到嗎？或是說我本來願意注射藥物，可是我不願意 CPR，後來還是這樣的方式，那這個算是對還是不對？

林佳靜教授：我們在 DNR 裡面有讓他選擇不執行哪些項目，他們可以自己去勾選哪幾個項目是不執行，哪幾個項目他們是要執行的，到時候去 match 說他所不要的項目到最後是不是真的都沒有被執行？

王英偉主任：用我們醫院來講，好幾份 DNR 的 form，我們自己也很 confused 說，有些是可以拆成單選，有些是 yes or no 的部分。基本上衛生署是就只有「有跟沒有」的部分，沒有那種點餐式的方式。

林佳靜教授：就是說，只要他們有簽其中一項就算是有簽，有簽的裡面他們可以再去選他們要的是那一項。

王英偉主任：所以多少的比率是這樣子的？

林佳靜教授：有多少比率是屬於…？

王英偉主任：這種點菜式的方式。

曾翠華助理：現在衛生署的每家醫院都是這樣子，訂的內容就是這一些，每家都一樣。

王英偉主任：可以勾選嗎？

曾翠華助理：對呀。

林佳靜教授：可是有一些醫院是自己設計的格式。

曾翠華助理：我們目前看到的幾乎全都跟衛生署一模一樣，不過它下面是寫醫院自訂，內容都是這一些。

王英偉主任：衛生署的裡面有勾選的嗎？

湯梅芬護理長：應該是沒有勾選，可是會槓掉。

張靜安護理長：或是把它圈起來。

葉依琳社工師、謝忞珊社工師：我們是會劃掉。

謝忞珊社工師：我們就是把那一項劃掉，因為有些家屬會決定要哪一項，要保留的(急救)就把那一項劃掉。

王英偉主任：喔，你們是這樣選擇的。但是基本上它的目的是要包括裡面的內容，那你們自己可以劃掉就算是有選擇的，不過它的本

意不是這樣子。

曾翠華助理：對，還是要討論。

王英偉主任：嗯。還有家屬代簽的部分，這個部分有比較多的爭議。如果病人有意識的時候是病人簽，這是最主要的，再過來是代理人，代理人本身是站在病人最大的利益，事實上這也是最大的爭議，這個部分不曉得你們探討的是什麼的部分？因為你們不曉得這個家屬，是不是為了病人最大的利益？這個才算是代理權才可以成立。特別是現在碰到的是長期照顧的，或是老人，特別是些老人，我們現在看到的是一個…嗯…比較醫院裡面比較嚴重的。我們最近常在醫院裡面作倫理探討的，大部分來講就是 home care，或是 Dementia，基本上它是一種慢慢的下去，這種 stage 的選擇，有滿多的爭議性。再過來我們碰到的是，很多家屬跟病人，事實上是沒有什麼關係或是沒有什麼感情，他也不過來或是隨便簽一簽，這樣他是否有足夠的代表性？另外我們這邊有很多同居人，同居人和病人的互動很好，這個時候他在法律上沒有法律的地位，可是基本上他的感情反而是比自己的親戚還要好，這個部分也會造成一些困擾。

王英偉主任：另一個就是訓練的部分。DNR 其實是一個很難…不曉得怎麼去訓練，我剛好是最近買了一個…還沒有寄到，它有一個 CD-ROM，教你怎麼去 role play DNR 的部分，我們已經訂了，還沒來，來了再借給你們看。我們曾經作個一個 role play 的部分：我們的護理人員怎麼去跟病人溝通？所以用這種 role play 的方式，基本上我們每個人都作；過去好像都是醫

師跟病人的溝通，不過現在我們都說護理人員是第一線。另外在國外，基本上 DNR 是醫生的 order，實際上如果 DNR 就是 Do Not Resuscitation，或是 DNAR：Do Not Attempt Resuscitation，所以它有多了一個 DNAR，就是你根本就不需要嘗試去急救，因為 DNR 表示你已經在作急救當中，所以他有去 program 就寫 DNAR，那我不曉得我們是不是要把這個 term，不要去急救跟不要嘗試去急救這個 term，這個在國外來講是有這樣的一個部分。

林佳靜教授：DNR 和 DNAR 在實際做法上，不一樣是在哪裡？

王英偉主任：它表示說碰到這種情況你就不要去做 CPR 了，他們有滿多的名詞都是用 DNAR：Do Not Attempt Resuscitation，不要嘗試去作 CPR。DNR 是可能在過程中要停止的部分。有些書上提到說 DNAR 反而是他們比較用的部分。

林佳靜教授：那剛才王主任提到的，在醫院中單點或是全部選的這個情形，目前看起來醫院好像做法是都有在朝向他們可以單獨去刪除項目，不曉得各位專家在醫院裡面所遇到的情形？

湯梅芬護理長：我們醫院是病人/家屬可以去選擇他需要什麼，可能他只要藥物，他就把藥物槓掉，其他的他都不要，就會留著(不急救的項目)。

林佳靜教授：他們都知道這樣子做嗎？

湯梅芬護理長：我們會解釋，會解釋說：「你是不是都不要這些項目？」那家屬他們自己會去選擇，看到時候他們選擇怎麼樣的急救，或是都不要。

張靜安護理長：我們北榮是就直接沒有藥物這個部分，裡面的內容就沒有

藥物，不含藥物了。所以他只要要求藥物，我們就會盡力去跟他溝通，然後還是都會給，如果真的很堅持要的話；那他不提，大概就從頭到尾不會給他 Dopamine 之類的藥。

王英偉主任：是不是探討他們溝通的過程，有沒有在問這個問題？就是說，一般來講去跟病人溝通的時候，我們怎麼去溝通？是不是這個可以作一些探討？

張靜安護理長：你給他的資訊是…

王英偉主任：怎麼樣的資訊，比較細的說譬如你哪一些 information 給他，裡面很重要的就是說，你要保證他說我還是繼續 care，你如果有提到這樣的部分，那病人或是家屬會比較安心，而且所謂的 basic care 跟 life Prolong care 這兩個是不一樣的。所以在我們的溝通過程當中，你必須要強調，你的 basic care 是到病人最後往生的時候還在。可是 life Prolong care 和 death Prolong care 這兩個部分必須要去討論，因為有很多人以為說簽了 DNR 就是放棄，那家屬本來也會有這樣的想法，也會害怕。所以在溝通過程中有沒有特別把這個提到，我覺得他們不會問，可是他們心理面會有存疑，這個如果先跟他們提了以後，可能會比較好。

湯梅芬護理長：我們還有碰到，就是在解釋上面，通常醫生如果直接問說：如果狀況不好你要不要救？這個時候大部分都說要救。可是如果你是跟他講，如果狀況不好、呼吸很喘你要不要插管？插管是怎麼樣的情況，管子的粗細呀，病人會有什麼樣的不舒服，你用這樣的解釋的話，大部分的家屬就會說不要，所以在解釋的技巧上面，讓家屬會…當不清楚的時候，他會以

為「不救」就是什麼都放棄了。

王英偉主任：Attempt CPR，在國外呢，DNR 表示有時候會成功，DNAR 則是不會成功的；在這邊的觀念是你去急救就會成功，實際上，大部分的研究發現這種急救成功的機會很少，你根本不要去嘗試。

林佳靜教授：所以未來是比較考慮用 DNAR 這個名詞去取代 DNR？

王英偉主任：有些機構是這樣子用。

林佳靜教授：各位專家對剛才王主任所提的這部分，幾個問題包括了代理人，他是否能夠代表病人最大的利益？大家在各個角度上面…

葉依琳社工師：其實有很多的是榮民體系或獨老體系，像國外的話，他們都會…其實他們是很相信醫生的，但是在國內我們找不到任何的機構會願意出來去幫這個老人家，或社政單位沒有任何機構是可以來幫忙老人家推動這一塊。所以縱使說，像榮民伯伯，有時候我們請榮民服務處的過來說是不是可以作決定，他們是絕對不簽。所以目前的現況是，榮民他只要 coma 掉沒有預立 DNR 的話，就一定要救。所以其實我們在處理的臨床上，其實很心疼的。

王英偉主任：是可以考慮：如果找不到真的適合的人簽 DNR 的時候，由負責人簽 DNR。或是說這個病人狀況很不好，可能是榮民或是什麼，這個時候找不到的時候，我們是怎麼樣的方式來處理，每一家醫院的不一樣。我是建議說，我們社服是不是可以站在社工代表來為病人作最大的利益？當然是在真的找不到人簽 DNR 而這個人也真的是到最後了才可以。有些地

方是沒有人簽的話，我一定要救到底。所以在沒有找到法定的人來簽 DNR 的時候，這時候我們的態度上是怎麼樣？

葉依琳社工師：因為沒有一個政策，對於被委託為代理人的那個人，他是很沒有保障的。因為對他來說我簽了，大家都說我可以簽，可是我簽了，哪個法令可以來保護我。如果他突然五年後家屬冒出來，那我們國內沒有制定說你的病歷要寫的多清楚，叫作你有去審慎考量他的最佳利益？時間點？是怎麼樣的委託書？都沒有固定的格式。所以我們要去跟代理人談這件事，譬如榮民服務處，我們並沒有給他一個很好的配套，說我們法律有保護你，所以你放心。這也是醫生常在質疑的一個點，就是法律對代理人沒有很好的一個保障。

王英偉主任：我們昨天才在討論，就是說臨時有…，在國外碰到這個問題，他們會馬上請 court order 來宣，請你趕快過來作一個法律的認證。譬如說家屬堅持作 CPR，可是我們覺得這個 CPR 對病人來講已經沒有幫助或是說已經全身的 end organ failure，這個時候可能對病人是不好的，那是不是可以請法庭來作個決議：這個事實上是沒有必要的，所謂的無效治療。那無效醫療的時候，我們是不是可以作什麼樣的一個決定？是不是 DNR 就是一個…因為我看到一些書是說 DNR 是醫生的 order，根本不需要 family 來同意，因為是無效醫療就 DNR 了，根本就不需要家屬同意，因為等於是沒有效的治療，為什麼我要給他，意思是這樣子。所以這樣的觀念上是不是可以站在病人的最大利益，來作這個無效醫療的方式。

陳凱平律師：關於這一點我提一下意見，因為我們剛才討論說代理人能不

能代理本人的最大利益？事實上我覺得有一個觀念我可能要釐清一下。事實上代理人他自己本身他不能有任何的意思，代理人所作的事就是本人，就等同於本人，所以已經沒有什麼代理人去代理本人最大的利益，因為代理人自己不能決定任何事情。像我們醫療委任代理人委任書上面寫的很清楚，換句話說，今天我們不管是在這邊的代理人或日常生活任何的代理人都一樣，今天本人授權給我們什麼，我這個代理人就去作什麼，本人沒有授權的範圍我就不能作，換句話說，我今天代理人即便要去代理本人去簽這個意願書也是本人曾經授權給我的範圍之內去作，所以說醫療委任代理人跟家屬是不一樣的，他的位階就不一樣，因為代理人是代理本人，所以他作的事就等於本人作的事，但是家屬簽了同意書，他的位階就次一等，就是不一樣。

葉依琳社工師：剛剛我們討論的是說，在他來的及預立的情況下，當然代理人那個是很好。有些狀況是他沒有辦法預立…

張靜安護理長：他已經昏迷了。

陳凱平律師：如果說他來不及預立，他也沒有授權給代理人，根本就沒有代理人？

葉依琳社工師：對，所以就是會有剛剛那個狀況。

林佳靜教授：那就不是代理人，那個是家屬？

葉依琳社工師：對，那是家屬。如果我們要歸法定的…？

陳凱平律師：但是很難，因為我知道這個法案，不管是公佈施行或是之後的新增修訂，關於終止或撤除的部分，之後有增訂進來；那時候關於道德風險的部分，就已經談的很緊了，誰可以簽同

意書，條例裡面都規定的很清楚，家屬的範圍也限定的很嚴格，所以我覺得要開放這部分，在實務上會覺得可能是這樣比較好，但真正要立法通過是有困難的。

葉依琳社工師：就是意識形態上的問題。

陳凱平律師：因為那時候立法討論的過程，我都有去找資料來看，那時候關於這部分覺得有太大的道德風險，不能去開放到那麼大，所以它會限定在一定的範圍之內。

林佳靜教授：目前現在限定的最近親屬範圍是這 1~7 個(安寧緩和醫療條例第七條最近親屬之範圍)，除了這 1~7 之外，如果他不是在這 1~7 個範圍裡面，就像剛剛王醫師提到的，他是同居人，他可能跟病人的關係是遠勝於上面的這 1~7 個親屬的範圍，那他在法律上是不是沒有辦法被認可？

陳凱平律師：所以說現在可能要先推廣本人預立醫囑這個觀念，就是說你在意識清醒的時候…

張靜安護理長：健康的時候。

陳凱平律師：對，自己就先預立，不然就預立一個代理人。就像現在那個加註在健保 IC 卡的事 (附件一・安寧緩和醫療意願 註記健保 IC 卡登錄 申請辦理說明手冊)。

王英偉主任：所以說如果他有指定一個代理人，位階是指定代理人比較高？法律上現在已經是可以到這樣？

陳凱平律師：代理人的意思就是本人。

張靜安護理長：代理人比這些人(最近親屬)都還大嗎？

林佳靜教授：就是說他是本人的意思。

陳凱平律師：對，但他不能超出本人授權範圍以外，本人授權範圍以外的

就不能代理，本人授權範圍已內的就是 OK。

葉依琳社工師：朋友可以嗎？

陳凱平律師：都可以呀，只要是他有一個完全的指定。

謝忞珊社工師：所以現在就變成說要在什麼樣的時機，去跟個案講說你可以考慮這樣的事情？因為其實在推廣上…

張靜安護理長：不要讓他說你在蹙他眉頭。

葉依琳社工師：在臨床上，因為我剛好也是我們醫學倫理委員會的執行秘書，我們在委員會的時候跟醫生提這件事情：是不是在一入院，在住院須知的時候就可以推這個概念？全場都是否認的，就說：「現在台灣，我們不可以在病人入院的時候就蹙他眉頭。」

湯梅芬護理長：這個文化上是禁忌的。

葉依琳社工師：對。

謝忞珊社工師：現在在評鑑裡面應該有規定，入院須知裡面應該要寫到有關安寧的一個概念，可以告訴病人你有權益可以去了解這個部分，可以去填寫這個內容，現在好像有規定這塊進去了。(醫策會新制醫院評鑑基準及評分說明：第五章適當的醫療作業 5.8.1.1&5.8.1.4，可選項目)

葉依琳社工師：我們是在同意書上備註說，如果發生緊急狀況要委任的話，你可以委任誰？請病人自己填。那這個在我們委員會討論的時候，在意識形態的影響之下，還是覺得先不要觸及這個部分，所以現在就是一個困難的地方。

盧美秀院長：我有幾個疑問：我們的研究主題叫作「終末病患照護中有關預立醫囑、生前預囑之現況及倫理法律問題」，事實上有 4

個不同的狀況，譬如說：我們生前預立醫囑叫作 Living will，另外我們自己安寧療護裡面有所謂的選擇安寧緩和醫療意願書，這個是一種，另外也有一種是不施行心肺復甦術意願書，像美國就有所謂的預立代理人，就是醫療委任書，那我不曉得我們這個研究指的是這四種都有還是哪些？那如果這四種都有，是不是能夠分類最好？也就是說如果他是癌症的病人，選擇的是安寧緩和醫療意願書，有的是末期病人但他不是癌症，選擇 DNR，有的就是說他委任了醫療代理人，他有委任書。那我們自己的 DNR 意願書跟安寧緩和醫療意願書裡面都有一個醫療委任代理人，那你們去看的時候有沒有看到他有委任代理人？委任的是朋友還是家屬？如果委任的是朋友的話，有時候在執行的時候又會有困難，因為要執行的時候，家屬如果到場反對這個醫療代理人的決定，這個時候到底是誰比較大？照理來講應該是這個醫療委任代理人比較大，因為他是病人直接委任給他的，那家屬的反對有沒有效？那如果家屬不應該反對，那醫院應該要按照代理人的決定去作所有的醫療處置。那我們因為是用病歷回顧的方式，這些情況都比較沒有辦法掌握，所以我的想法是這樣：如果我們可以再去申請一個研究計畫，用住院中的末期病人，也是把他分成兩群，一個是癌症病人，一個是非癌症末期的病人，那他們在臨終的那個階段，也許是半個月也許是一個月，他們執行這四種狀況的情形是怎麼樣？可能更符合我們實際想要瞭解的部分。

林佳靜教授：這個部分我們同時在進行，現在先進行的是有關病歷回溯的

部分，因為問卷的部分他們 IRB 審的很慢，所以會等 IRB 過了之後再進行第二階段，就是關於問卷的部分，這是在這個計畫裡面同時在進行的。

盧美秀院長：因為有的病歷記錄裡面根本不清楚，到底有沒有告知說明，要從哪裡看出來？真的是這樣，有些是有說但他沒有記錄也不一定。如果我們是現場去瞭解的話，我們就可以問病人或家屬，他到底真的瞭解多少？他要不要簽，他在什麼情況下決定要簽？或者是他根本就不想簽？或者是他根本就不想簽是他的家屬要簽？或者是他本人想簽但家屬不要他簽？像這種情形很多，那如果我們真的要去處理的話，這些情形都要弄得很清楚，才知道說我們要推動這樣的一個政策，要怎麼樣來作會是最具體的。

林佳靜教授：盧院長剛剛提到的，回到剛剛那張表，就是有關於 Living will 的部分，我們這個研究，Living will 主要是包括了有「安寧緩和醫療意願書」、以及「不施行心肺復甦術意願書」、還有「預立醫療委任代理人委任書」，這些都是屬於 Living will 裡面的一種。所謂的「安寧緩和醫療意願書」是沒有限制在癌症病人，所有的末期病人都可以使用，它的選擇是可以選擇安寧療護加上 DNR(不急救)，那這個「不施行心肺復甦術」就單獨只有 DNR(不急救)的部分。以上的這幾種，包含醫療委任代理人，都是在我們這個計畫裡面探討的範圍。

曾翠華助理：目前我們所調查到的，所有「預立」的意願書都沒有人簽。

邱仲峰主任：基本上我們收案的對象，都是癌症的嗎？

林佳靜教授：每家醫院 100 位癌症，100 位非癌症，所以都有。

王英偉主任：非癌症的比較多嗎？

林佳靜教授：非癌症目前分析到的資料比較多。

邱仲峰主任：非癌症指的是入院診斷嗎？

林佳靜教授：最後一次，死亡時的入院診斷是非癌症。

邱仲峰主任：但是他可能是因為癌症的病，其他的 cancer relates，所以還是癌症？

林佳靜教授：所以我們在分析的時候，他病史中有癌症，還是會把他算在癌症的那一群？

邱仲峰主任：我覺得這個議題，癌症跟非癌症是差很多的。即便你入院診斷不是癌症，但是他是屬於這個癌症的 cancer relates，還是算癌症。這兩個的內容、結果會有差。

林佳靜教授：所以只要是他屬於病史中有癌症，在最後分析的時候，會把他歸類到癌症的那一群去作分析。

盧美秀院長：像這個預立醫療委任代理人、預立不施行心肺復甦術跟預立選擇安寧緩和醫療意願書，通常只要是成人都可以預立這樣的書面的意願書。但是我們如果預立這樣的意願書一定是放在家裡嘛，也不會帶到醫院來。所以在病歷上，如果你沒有問他有沒有這樣的東西，如果有的話要從家裡帶來，放在病歷裡面，copy 一份也可以。我們用回顧的方式是看不到的，那如果用問的，就是說在住院中用問的，也許就會有資料出來。

林佳靜教授：說不定會有不同的結果。

謝忞珊社工師：現在在預立意願書的部分，現在其實在推健保 IC 卡，那我們其實希望醫院這邊能夠幫我們寫系統，如果是入院的病

人，當再次入院的時候可以去讀那個系統，把他連到這次的住院系統裡面，等於是說，這次他在住院的資料裡面可以看到他有預立的一個畫面，那這樣我們就不會要再重複詢問病患他們有沒有這樣的意願。

盧美秀院長：要，因為他們可能會改變。

謝忞珊社工師：對，但是至少是不要讓他重複簽，遇到狀況時當然還是要再問他，可是就不用要他再重新簽一份這樣的意願書，除非他是要撤除。

王英偉主任：DNR 每次住院都要簽一次，或是不同的情況，或是 ICU 轉到病房，都還要再簽。我們也碰到這種問題，就是我在 ICU 就簽了，轉到了病房，這個 DNR 是不是還是成立？每家醫院的 policy、觀念上可能不太一樣。所以 DNR 的效果可以延續多久？當然對我們來講，建議是可以終身，可是實際上每家醫院的定義是不太一樣的，然後它的處理方式也不太一樣、放在哪裡也不太一樣，所以這個探討的部分也是滿有趣的。那放的地方不一樣、policy 不一樣，可能後面大家所用的方式就不太一樣。

葉依琳社工師：還有就是時間點的影響，就是譬如說病人家屬不敢讓病人知道這件事情，所以他們也不敢去提要不要施行心肺復甦術跟 DNR 的簽署，所以他們就拖拖拖，拖到病人昏迷了，大家才再來討論。

林佳靜教授：對，現在臨床的情況就是這樣子。所以在臨床上，病情告知也是醫療人員在執行 DNR 上面一個很大的困難。

盧美秀院長：事實上還有一個相反的狀況，有的就是病人他也許想接受積

極的治療，可是因為子女想要繼承遺產，他就簽了不急救，像這個我們要怎麼把關？

陳凱平律師：動機不同。

林秋芬副教授：是不是病人的最大利益？

盧美秀院長：我曾經碰到有一個 CVA 的病人，出血很嚴重，要趕快立即開刀，這個病人才六十幾歲，也不是很老喔，那他的兒子就說不行，他媽媽要簽但他不准她簽手術同意書，他是要簽 DNR。

林佳靜教授：不過在法律上面，最高位階應該是配偶。

盧美秀院長：可是在那邊僵持不下，急救的時機就延誤了，因為不簽手術同意書就不能進行手術。

林佳靜教授：這就是家屬意見不一樣的時候，在執行上的困難。

盧美秀院長：對。

陳凱平律師：原則上還是以本人的意見為優先。

盧美秀院長：他的意識已經不清楚了。

陳凱平律師：因為我們條例上還是有保障家屬，在那種情況下家屬是可以簽。

林秋芬副教授：其實這種情形，我覺得急診的情況最明顯，那個時間又很短、而且又很緊急，意見不一致的時候，在急診是最大的困難。其實我倒覺得安寧緩和醫療條例已經宣導滿久了，所以其實如果癌症的病人有一段時間他可以去思考，那一塊反比較不是那麼…。

林佳靜教授：剛剛就王主任提到的幾個意見，不知道大家還有沒有要補充的部分，王主任有提到的：有些病人病情的進展的比較緩

慢，在選擇 DNR 的 stage 上面，或是時機上面要怎麼去選擇？再來就是剛剛所提到的最大的利益這個部分。

邱仲峰主任：如果是一般的突然間變不好的病人，當然會考慮到 DNR；如果是癌症的病人，通常我們是在告知選擇安寧緩和意願書的同時，也就會提到 DNR 這件事情。這兩個是一體的，如果把它拆開，反而覺得很奇怪。所以通常他如果是確定要作安寧緩和治療，他同時也會知道說 DNR 這件事情。

盧美秀院長：那一張本來就包括兩部分：選擇安寧醫療，DNR 也在裡面。

邱仲峰主任：如果不是癌症病人，可能就是狀況不好進了 ICU，才面臨到 DNR 的問題。

林佳靜教授：現在對於安寧病房的病人，可能在執行上面是比較單純，他們在作入院解釋的時候，可能就有 DNR 的解釋；問題的困難可能就在於非安寧的病人。請教邱主任：在癌症病人裡面，有些他可能是病情慢慢的變差，那什麼時候會告訴他可以簽 DNR？或者是由誰來說、該說些什麼？

邱仲峰主任：這有時候要看醫生的態度，有很多醫生是想要到很 critical 的時候在說，省掉要解釋很多的麻煩；但是也有一些是說，即便他是選擇要作治療，不願意做安寧療護，還是提前告知他有 DNR，先讓他可以選擇要 DNR 還是不要 DNR，簡單的說就是讓病人跟他的家人先提前有可以選擇的想法。所以說這是看醫生的意願。像在北醫裡面，我們是傾向於鼓勵他，他即便是不選擇安寧療護，要作治療，還是會告訴他有可能會 downhill，所以有可能要先想 DNR 這件事，這樣會比較理想。

邱仲峰主任：大部分的醫生，以前過去都是到很 critical 已經不行了才告訴他，但到那時候，他也沒什麼時間可以想，也不會提太多問題，就趕快簽一簽了。

謝忞珊社工師：我們比較多醫生比較少可以在早期就跟他們提到有關 DNR 的概念，現在會作到比較多這一塊的反而是共同照顧，因為共照的這一塊，我們不見得他要簽意願書才會收共照的案子；也許我們先收案，我們在共照的接觸當中，會有共照護理師跟我(社工)這邊會再跟家屬慢慢提到安寧緩和的概念，也會提到意願書這個部分的概念，不見得說是由我們來 push 他簽，只是先從「概念上的提醒」開始去作。我們自己也有發現：如果是提前開始提這些概念的話，後面當他們碰到的時候，他們接受度真的會比較高；可是如果到最後一關才告訴他「你要不要急救？」，這其實對他們本身、病患的意願、接受上就比較不能苟同。

林佳靜教授：這個也就是溝通上面的一個準則，這也是衛生署希望能夠透過這個計畫，對 DNR 溝通的部分能有一個準則出來。

邱仲峰主任：我們臨床實務上是認為 2 stage 比較好：告訴他但不是要他簽，下次再問他「那你看了以後覺得怎麼樣」。

謝忞珊社工師：真的是這樣子，我們自己在作也是會覺得這樣比較好。

林佳靜教授：讓他們至少有準備的時間。

謝忞珊社工師：對，他們也真的看到病況在變化。而不會說今天跟他講一些，其實他們正在面對病況不好的一個衝擊的時候，就各訴他「要不要救呀？」，這些壓力…

林秋芬副教授：跳太快了喔？

謝忞珊社工師：對。

林佳靜教授：我們在施行困境上面，有幾個…譬如說：病情告知上，有些病人可能不知道病情，這個病人我們怎麼樣來讓他們自己決定要不要簽署 DNR 或是跟他們討論 DNR？這個部分在臨床上不曉得大家接觸的情形是…？

湯梅芬護理長：病情告知大部分都會先對家屬，因為家屬那邊比較…。

林佳靜教授：所以為什麼大部分都是家屬在簽？

湯梅芬護理長：因為家屬有時候會決定要不要醫生進一步再告訴病人，或告知到多…detail 的情況。

盧美秀院長：請問一下邱主任對病人的病情告知是怎麼作？

邱仲峰主任：以前我們都是這樣子——告訴家屬，現在我們慢慢發現這樣有很多的問題，而且很多執行上的困難，所以我們現在開始調整，開始希望說醫療同仁改變這個想法，所以我們一開始的時候會說服家人說：「一個就是他的權益，一個就是說任何治療或不治療，別人可能都沒辦法感受到他的感受」，經過幾次的說服，有時候家屬會覺得說「那好，你可以告訴他(病人)」，但是他們很怕你告訴他的是那種很絕情式的，你只要很緩和的他們就可以。所以我覺得也不見得台灣的民眾的病人都不願意知道病情。可是我們以前的 training 都是這樣：告訴家屬就好，但是現在開始把它改過來，我覺得反而也很好，我們就是想辦法還是告訴病人。

盧美秀院長：因為在上課中，如果我們講到這個議題，我們問學生，每個學生都舉手說如果是我的話，我一定要知道實情。可是我們都受制於家屬，很奇怪，家屬告訴你「不要講什麼」，你就

什麼都不講。

張靜安護理長：他本人要知道但是她的家人不准讓他(病人)知道。

林佳靜教授：但是如果是問他說「如果是你的家人得病的話，你要不要告訴他？」，學生就都不舉手了。

盧美秀院長：很矛盾喔，所以還是文化背景的不同。

林秋芬副教授：覺得自己可以承受，別人不能承受。

林佳靜教授：現在我們都還是以告知「家屬」病情為主要的作法，衍生到最後是由家屬來簽署 DNR，變成是現在的主軸，但是就牽扯到一個法律上的問題：在安寧緩和醫療條例的規定上，如果病人意識請楚的話，是要由「病人」自己來簽意願書，可是現在都是由家屬來簽署同意書，請教陳律師，這個部分在法律上面，會不會有什麼樣的問題？

陳凱平律師：之前就這一部分，大家就有提出來，有些是說請家屬先簽好，但是病人還沒有到昏迷的時候，所以他們就先簽好放著，日期就空白不要填。可不可以到時候在自己填日期，這當然不行，這樣就是偽造文書。那怎麼辦？事實上我們條例的規定：末期病人意識昏迷或無法清楚表達意願時，意願書由其最近親屬出具同意書代替之。它就只有這樣短短的幾個字義，我現在的重點是在於：我們這個條例的精神到底是什麼？是一定要在病人昏迷之後，他的家屬來簽，作簽的這個動作；還是說可以之前先簽好，在他昏迷的時候那一張拿出來用。我現在重點是這兩個：如果說我們很僵硬的去解釋這個條例，那就是在那個時間點家屬才能夠去簽；如果我們認為說，貫徹條例的精神，無論如何家屬之前先寫好，但是因為病人意

識還很清醒，那個時候不是我們適用的時間點，但他之前先簽好，在病人一旦意識昏迷沒有辦法清楚表達意願時，那一張可以拿出來用？現在因為條例規定不清楚，我認為有這兩種不同的差別，但絕大部分的醫師都表示他們不敢，就是說還是要那個時候他簽了我才用。大致上是這樣，因為條例它本身規定的比較不是那麼清楚。(附件二‧安寧緩和醫療條例)。

盧美秀院長：後面還有一句話：「但不得與其意願相反」，但是你怎麼知道病人的意願？到底他過去是不是願意拒絕 CPR？

陳凱平律師：除非他(病人)有明白的跟照顧他的醫師或護理人員講，無論如何他沒有辦法接受，他一定要急救。我們研習會在討論的時候，我有跟他們講，如果病人有這樣講，是不是就盡量要寫在病歷裡面？至少要有一個證明，免得將來會有糾紛。

林佳靜教授：目前看起來，對於家屬簽同意書這個部分，其實在法律上面也沒有明確的說他們這樣作是不可以的。

陳凱平律師：對，從法條解釋讀起來，他要在那個時間點去作寫的這個動作，但我自己個人是認為，要貫徹這個條例的精神，是不是要那麼僵硬的去解釋說那個時候他要跑來醫院寫給你看，還是說可以之前？因為家屬的意願就是同意不要救了。他之前先寫好，然後在那個時間點才可以拿出來用。我個人認為如果可以作一個比較貫徹這個條例的精神的話，其實是可以往這方面作解釋。

林佳靜教授：就是鬆綁它的解釋？

陳凱平律師：對。但是嚴格的、僵硬的去解釋條文，看起來確實是要那個時候去簽。

林秋芬副教授：一般我們臨床上好像也是先簽起來放著。

陳凱平律師：對，但是如果日期是空著的話，千萬不能幫家屬填日期，這樣就是偽造文書。日期可以寧願空著，但不能到那個時候自己簽，可以請家屬簽，沒問題。其實那一份同意書也不過就寫個名子，是簽的那個時間點重要？還是拿出來使用，讓它發揮效力的那個時間點重要？我認為重點應該是在這個地方。

林佳靜教授：如果日期從頭到尾都空著的話，這樣有沒有具有法律效力？

陳凱平律師：日期原則上，我們第四條裡面是規定：意願書確實是要載明日期。在我的觀點裡面，我認為說無論如何是他自己本身有那個意願，日期有沒有填有那麼重要嗎？日期那幾個數字有沒有顯得那麼重要？是它拿出來使用的時間點就在裡面，如果他忘記填日期，只簽名忘記填日期，那張最後不能來出來用？這樣家屬會不會有爭執？我覺得這樣也是一個問題。

盧美秀院長：我是覺得反而安寧緩和醫療條例第七條第一項第二款規定：「如果病人已經意識不清，可以由他最近親屬出具同意書」，但是它最重要的一句話就是特別強調：「但不得與其意願相反」，你怎麼樣去證明他也希望不要被急救？所以剛剛就提到我們的護理記錄變的很重要，如果跟病人溝通當中，病人已經瞭解他的病況，也跟醫師或者我們護理同仁表示過：「他活的很痛苦啊，如果哪一天情況怎麼樣的時候，不要對他作積極的處理」，我們就應該在病歷上寫出來，這就變成一個他的意思表示，那家屬替他填這一張 DNR 的聲明書，就也不違背他的本意。要不然的話，就沒有任何依據，

那家屬填了，怎麼證明說「但不違背病人的本意」。

陳凱平律師：而且最好是病人確實可以表達的時候，請他自己填一份意願書。

盧美秀院長：也就是立即給他說：我們醫院有這樣一個政策，這個同意書你要不要填一下？唸一遍給他讓他完全瞭解內容更好。

林佳靜教授：其實我們一直覺得說，如果病人能自己去填意願書是最好的，可是問題是在臨床上病人填寫的時候…。

張靜安護理長：而且家屬幫忙寫的那個日期，有時候病人還是 clear 的。

林秋芬副教授：這就是下一個很重要的問題，當家屬告訴你：「不要讓病人知道病情」，然後家屬又去代理簽了這張同意書，那個時候其實病人 conscious 是 clear 的，我們要不要接受那一份同意書？

林佳靜教授：就是剛剛講的先簽起來放。

盧美秀院長：這個時候應該要問病人：到底他要不要。要的話就直接由他簽就好了，為什麼要…？家屬也是有心理負擔的。

張靜安護理長：但是沒有人敢去告訴病人。

林佳靜教授：這也是臨床上面的困難。

葉依琳社工師：我們社工會常遇到因為他們照顧的很辛苦，家境又很不好，所以他的家屬會說：「那我可不可以先幫他簽，你們下次不要再救了」，可是病人其實意識還是清楚的。所以這真的是，對我們來說是我們倫理上的兩難，站在家屬的利益來說，他們真的很辛苦；站在病人的利益來說，完全不符合病人最大的意願。

林佳靜教授：法律上怎麼辦？

陳凱平律師：總之病人意識清楚就是問病人，這是這樣。

林秋芬副教授：現在有一個很大的問題，我們常常都會尊重家屬的意見。

盧美秀院長：我是覺得，就像剛剛邱主任講的，改變一些我們的做法。

張靜安護理長：醫護人員的溝通技巧非常重要，之前的準備很重要，不是話一丟了就走了，家屬會有很多很多的聯想。

盧美秀院長：病人也許也有一些交代，利用這個時候讓他完全瞭解他的狀況，也瞭解現在我們有這樣的制度這樣的政策，如果有這樣的一個需要的話，我們就拿給他，看他要不要簽。他也可以知道預期還可以活多久，如果我有一些財產一些事情要交代的話，可以在那個之前趕快處理掉。我是認為不應該完全遷就家屬要我們怎麼樣，我們就怎麼樣。

葉依琳社工師：跟家屬溝通的時候，可能他們的社經背景啦，或者是說他們的動機，要作一些稍微的瞭解跟評估。

曾翠華助理：其實在我們作的過程中，簽署的原因我們都是看護理記錄，就像剛剛盧院長提到的，像有的病人就會說「我不想活了」，我們就會在「病人意願」畫一槓，我們統計出來只有 14 個人。

盧美秀院長：護理記錄真的有寫這樣嗎？

曾翠華助理：會寫。

盧美秀院長：病歷資料裡面有寫「年事已高」或是「疾病癒後差」、「瀕臨死亡」嗎？

張靜安護理長：譬如他說「我活到這一把年紀了」，就算年事已高。

盧美秀院長：所以有一些資料就不能夠很清楚的顯現出來，回顧就是有一些困難。

林佳靜教授：請問邱主任病情告知的部分？

邱仲峰主任：我覺得主治醫師要負大部分的責任，他要堅持而且願意花時間。這些事情護理人員跟住院醫師都見很多。

盧美秀院長：現在邱主任在上課的時候，有沒有給現在的醫學生作一些觀念上的澄清？

邱仲峰主任：有。

盧美秀院長：因為都是被教育出來的，我們都被教育說：最好不要告訴病人，先告訴家屬。

邱仲峰主任：主要是進了醫院以後怕麻煩，不願意去面對那個問題，怕麻煩他就會養成習慣。

盧美秀院長：對，就是什麼都家屬決定就好了。

林秋芬副教授：趙可式博士寫了一本書：醫師與生死，那本書裡面就是用質性研究的方式訪談了臨床的五十六位醫師，有資深有資淺的，看他們對於生死的觀念，其實真的還是滿 weak 的。

葉依琳社工師：我想請問一下律師，因為有醫師問說：「年齡到底構不構成末期？」因為有一些是非癌症的病人，他只是年齡很高，pneumonia，很喘，病人的意願，醫師就會問那他適不適合？

陳凱平律師：這可能比較偏向醫學專業，我只能說條例裡面規定末期病人的定義是：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。

葉依琳社工師：所以其實不行？

林佳靜教授：文獻上面有特別強調：年齡不是考量 DNR 的因素，而是他疾病的病程。

謝忞珊社工師：我最近有遇到一位 100 歲的老人家要不要插管？其實插管

不見得代表說他…，剛剛裡面有講到說至死亡已不可避免，或者近期內會死亡，他不見得是很快就會死亡，他也許插了呼吸器之後，變成 long terms，半年或一年。其實很多人會考慮到因為這樣子而不想讓他生活品質變不好，可是到底這個半年或一年算不算是「至死亡已不可避免」的狀態？

葉依琳社工師：提到預立醫囑，其實有很多是非癌症的病人，有些老人家發現被插完管，他會生氣，他覺得我年紀這麼大了…

張靜安護理長：他已經得了 pneumonia 還受這個罪。

葉依琳社工師：對。所以我們對於病人自覺的概念還是很保守，就是還是覺得說你不能因為年紀大了，pneumonia 會好，所以我們就放棄，這個部分我不曉得…？

陳凱平律師：條例裡面規定，這個病人被診斷為末期病人要有兩位醫師，其中一個至少是專科醫師，要經過兩位醫師診斷認定他是。

林秋芬副教授：我覺得那個有一個很大的 issue，就是「不可治癒的末期」，這幾個字是個 Key point。

張靜安護理長：pneumonia 就不是。

林秋芬副教授：對。在醫師作診斷的時候，另一個常常會有的是：什麼叫作「無效醫療」？在趙可式博士的訪談裡面，其中有一個醫師對他的病人非常非常的好，然後他不在醫院的時候，家屬就說要回去，病人是一個 80 歲的老太太，就 AAD 回去，到了隔天，那個病人還活著，家人已經在準備，病人就睡在他家的客廳，可是這個醫生到了醫院之候，他認為病人還是有救的，所以他很生氣，他就真的到病人的家裡去，然後跟病人的家屬講：「這個還可以怎麼作」，家屬就送病人回醫院，

結果病人三天後就死掉了。所以其實什麼叫作「無效醫療」？這個醫生就認為他還有救。

張靜安護理長：存活期的預估。

林秋芬副教授：剛剛王主任有提到，DNR 是 by order，如果是 order，每一個醫生所謂的無效醫療，什麼時候是無效？就像人什麼時候是最高點？到底是在 80 還是在 90？你不知道那個點在哪裡。醫生在寫 order 的時候怎麼判斷？

林佳靜教授：請問邱主任：年齡會不會是影響 DNR 與否的因素？另外在「無效醫療」的判斷上面，你們怎麼判斷？

邱仲峰主任：我覺得年齡還是有影響。有一些癌症的病人，特別是年齡夠大的，他會主動自己提安寧，不願意再太積極，因為年紀的關係。所以，年齡對他的整個想法是有影響的，他可能覺得他年事已高，他也不要再這麼辛苦。

張靜安護理長：大家也都能接受。

邱仲峰主任：對，這些年長者反而會表示他不要那麼積極、不要受苦，反而比較好溝通，年輕人會比較不容易溝通。

林佳靜教授：那在「無效醫療」上面？在臨床上面怎麼作？

邱仲峰主任：「無效醫療」喔，我們現在是這樣：我們常常會開團隊會議，常常會為了 nutrition、為了 antibiotics，有一些爭辯、有不同的看法，所以我覺得這個是很難界定的。但是至少這些人，他們為了個案在作一些爭辯，代表說大家有在用心，在爭辯完之後，我們就是據實告訴病人，有可能正面是這樣，有可能負面是這樣，來聽聽看他的意見，大部分都說：那不要了，我就是這樣就好。但是大部分的人他是沒有被告知，他沒有

被告知，當然這個 information 沒有，他以為說是怎麼樣子，你真正告訴他之後，他會自己選擇他需不需要。所以後來我們就是每一種醫療，沒有辦法確定這樣作有沒有意義的時候，譬如給 NG tube、給 TPN、給 IV 等等，就直接跟病人討論來告訴他，有正面也有反面，到底有沒有幫忙我們也不確定，聽聽看病人的意願如何。有些病人還是會想說他還要作積極的治療，我們當然還是提供給他。我們只是不作這些比較 aggravated 的治療，大部分要提供的還是會提供，但是就是問他意願如何？

邱仲峰主任：倒是我們發生過兩個個案是插了管以後要拔管的個案。有一次我們有一個已經簽了 hospice 的個案，他的小孩把他送來急診，然後去停車，停完車 5 分鐘回來病人已經被插管，送進了 ICU，他就開始抗爭：「我已經簽了，這是在你們醫院簽了」，但是急診、ICU 的人沒有人願意幫他拔管，然後因為這樣子，就開全院的倫理討論會；雖然後來那個病人來不及拔管就死亡了，但是因為他的關係，開了兩次全院的倫理討論會。

林佳靜教授：最後結論是什麼？

邱仲峰主任：大家才知道說：「原來有法律規定是可以的」。大家在那邊爭辯，大部分的醫師都沒有看過這部分的法律，完全才弄懂這樣可以，然後誰願意？我說我願意，我是安寧病房的醫生，沒有問題。但是我們通過決議當天他就死亡了，來不及拔管。

張靜安護理長：我們那天會診也是為了拔 Endo.。

邱仲峰主任：所以絕大部分的人其實是不了解這個法律。

林佳靜教授：為什麼他簽了，最後還是被插管？

張靜安護理長：on 的人不知道他已經簽了。

邱仲峰主任：急診的醫生沒有問他，因為沒有這種 sense 說要問。

湯梅芬護理長：所以現在很多安寧病房都會再給一張安寧卡。

張靜安護理長&邱仲峰主任：現在在電腦上面會有註紀。

邱仲峰主任：現在北醫的電腦，一打就會跳出來，他有沒有註記立刻就知道。

林佳靜教授：那個病人是在哪裡簽的？放在病歷裡面嗎？

邱仲峰主任：放在病歷裡面。

林佳靜教授：他是回家之後再來？

邱仲峰主任：他是回去 Home care，然後開始有狀況所以再送來急診；因為有些 Home care 的人還是不希望在家裡死亡，他還是送來；送來家屬去停車，病人 BP 還沒掉，醫生看到不行了就先幫他插管。

林佳靜教授：其實有些狀況也是在我們 DNR 裡面滿棘手的問題。現在的條例裡面是有認可可以去「撤除」，撤除是要在病人意識清醒的時候？

陳凱平律師：本人曾經有寫過意願書的才可以，只有家屬的同意書不行。

林佳靜教授：本人意識清楚的時候簽了意願書，才可以去撤除。但是問題是，現在病人沒有在意識清醒的時候簽意願書，幾乎大部分都還是應家屬要求，但是家屬這部分的法律又不足。

陳凱平律師：對，不行，家屬的不行。

林佳靜教授：這也是目前在臨床上的困境。

陳凱平律師：本來家屬那部份的修法是要一併進來，不是沒有考慮到那部

份，是因為道德風險，所以把家屬那部份排除在外，只有本人簽署的狀況之下才可以撤除。

謝忞珊社工師：第六條上面寫的意願人一定要是本人？

陳凱平律師：對。第七條最後一項：「末期病人符合第一項、第二項規定，得予終止或撤除」，而家屬是在第三項。它不含到第三項，所以就只有一跟二，就是他自己本人簽署。

謝忞珊社工師：所以一定是要本人簽？

陳凱平律師：對。

葉依琳社工師：我們最近遇到小孩子的個案，父母想要把它撤除，可是這並不是因為孩子沒辦法簽這樣的意願書，他們想要用這樣的方式去撤除？

陳凱平律師：如果是小朋友的話，因為我們這個條例如果沒有規定，就是用到民法的規定，通常七歲以下的小朋友，法定代理人可以代他簽意願書，所以還是可以的。

葉依琳社工師：所以是可以的？

陳凱平律師：對。

陳凱平律師：我這邊要公告一下，剛才邱主任有提到的 IC 卡這個問題。其實我知道現在分為兩種說法。當初在立法的時候並沒有 IC 卡，IC 卡是在去年才開始加註。有一派的說法是：關於 IC 卡的部分，因為我們條例裡面沒有規定，所以當醫生看到 IC 卡加註的時候，不代表說他可以直接去終止、撤除或不急救，必須還是要看到正本，這是一派的說法。我知道黃勝堅醫師一直認為一定要看到正本；另外一派，像陳榮基院長則認為，那我加註 IC 卡幹麻？一般的人覺得：「IC 卡加註了，

醫護人員看的到就不用帶那一張。我加註了，又要叫我多帶一張，這樣不是多此一舉嗎？」，但是現在是有這兩種不一樣的說法。黃勝堅醫師認為是條例的規定，一定要看到正本。但是我們條例裡面關於 IC 卡的註記，他的法律效力是什麼？目前還沒有確定，若有這樣存疑的話，還是看醫師個人的決定。

邱仲峰主任：IC 卡是要簽了證明，才可以加入 IC 卡？

陳凱平律師：對。

邱仲峰主任：所以一定要先有這個，才有 IC 卡。

陳凱平律師：對，先簽意願書，上面還要勾選項目。

邱仲峰主任：也就是說，不會沒有這一張就有 IC 卡？

林佳靜教授：一定要簽了紙本，才有 IC 卡。可是黃勝堅醫師說一定要看到紙本？

陳凱平律師：對，黃醫師還特別加註，他簽了 5、6 張正本，各放在家人身上，如果有怎麼樣的話，他們每個人都可以拿出正本。

林佳靜教授：問題是如果有正本，我就不需要 IC 卡了？

陳凱平律師：就像陳榮基院長的說法，所以那時在同一個場合有兩種不同的說法。

林秋芬副教授：基本上就是對 IC 卡的信任程度。

陳凱平律師：它的法律效力在目前的條例裡面還沒有。

陳凱平律師：再來就是簽署後沒有按照他的意願書執行。換句話說，就是他明明有簽署，他知道但是他還是去急救？

林佳靜教授：對。

陳凱平律師：這種狀況的話，目前在台灣是沒有法律…

盧美秀院長：沒有罰責。

林佳靜教授：沒有人因為這樣受罰？

陳凱平律師：對，法律方面我查過全台灣的法院是還沒有。但是我知道美國是有這樣的一個案例，醫師的部分是被判敗訴要賠償。關於這個，上回我聽到陳榮基院長有一個案例是這樣的情形：那個病人他有簽署，簽署後也有出示給醫師看，可是他的兒子就一直跟醫生講：「無論如何一定要救，一定要救！」，病人本身已經昏迷了，醫師心裡也動搖，因為家屬一直要求，如果不救不曉得會不會怎麼樣？然後他就去救了。急救了之後，他兒子就拿出那一張說：「有這一張你為什麼要救？」

張靜安護理長：不同兒子嗎？

陳凱平律師：同一個兒子。醫生跟兒子說：「你剛剛一直跟我講一定要救」，兒子卻說：「我哪有說」。這是真實案例，後來是和解掉了，因為我們意願書裡面要有見證人，那個醫師發現那張裡面沒有簽見證人，所以那一張無效。其實有些家屬你也沒辦法，那個家屬就一直纏著要請求賠償。

林佳靜教授：另外，剛才陳律師也有提到，意願書跟最後的執行上面會有一些落差的情形，為嚴重的就是急救藥物的使用上：病人提出來他不要急救藥物，可是最後急救藥物被使用的比率還是滿高的。這部分在臨床上，邱主任這邊…？

邱仲峰主任：所謂急救藥物的使用是指哪一些？

曾翠華助理：像 Dopamine。有的為了要留一口氣回家，他就拼命打 Bosmin，有的打了 10 幾支就為了等家屬來。

邱仲峰主任：我不認為放 Dopamine 是屬於急救藥物，有時候是為了能讓

他順利 AAD 回家，給他 maintain，我不認為這是急救措施。

曾翠華助理：這樣子急救藥物的歸類呢？

邱仲峰主任：如果是給高劑量的 Bosmin，就是急救藥物。我們有時候是為了要 maintain 他，給一些 Dopamine 或是類似的東西，或是一個 IV，因為他有時候需要 1、2 小時的時間才能夠回到家，這不是急救。

林佳靜教授：所以我們要回去重新 Screening 急救藥物使用的目的是什麼？如果他是為了要回家或是有怎樣的心願的話，那重點就不是為了要急救。

邱仲峰主任： DNR 有 37%給急救藥物，這個一定是有什麼特別的原因？

湯梅芬護理長：很多是為了要等家屬來。

邱仲峰主任：或是要等一點時間回家，並不是真的我們所謂急救目的用。

林佳靜教授：簽署 DNR 項目與臨終前急救項目對照的部分，依據目的再重新分類，譬如是為了急救目的，還是為了要回家？這個部分再把它區隔出來之後，我們也比較好作分析瞭解。

張靜安護理長：大概超過一天以上就是為了 BP，等家屬不會超過一天以上。如果是為了要 maintain 回家，或是等他比較喜歡的家屬到，通常很少超過一天。

林佳靜教授：給法上面有什麼差別？

邱仲峰主任：如果是不斷的加 dose，那個勢必是在…

張靜安護理長：一直往上調。

邱仲峰主任：那如果是泡好的 Keep，然後註明要 Keep BP 在多少，這個就是為了 maintain 而已，沒有要急救。

曾翠華助理：假使是 dose 往下調呢？

林佳靜教授:那就是為了 maintain,一直往上加的話可能就是為了急救目的。

曾翠華助理：可是有的只有往上調一次，病人就死亡了呢？

林佳靜教授：看一下病歷記錄有沒有說是為了要回家 ？

張靜安護理長：如果是 Bosmin 就有可能是為了急救。

邱仲峰主任：我們認為 Dopamine 是醫療行為的一個手段。

張靜安護理長：是可以接受的。

邱仲峰主任：對。

林佳靜教授：另一個在執行上的爭議是：DNR 簽署的意願書/同意書，放置的位置？保存的方式？是不是病歷的一部份？這個部分在各醫院的執行上是什麼樣的情形？北醫是放在病歷的…？

邱仲峰主任：沒有特別把它放在哪個位置，看簽署的日期按照單張的順序放。

林佳靜教授：所以沒有一個特定的地方。那是我們病歷的一部份嗎？

邱仲峰主任：是。

林秋芬副教授： ICU 的話，是放在檢驗報告單最上面(北醫)。

湯梅芬護理長&張靜安護理長：我們是放同意書的地方(萬芳、北榮)。

邱仲峰主任：要在病歷首頁上有標示，不然有時候會翻個老半天。

謝忞珊社工師：住院使用中的病歷，某幾個病房還沒有固定位置，在腫瘤科的病房護理人員會把它抓出來放在病歷第一頁 (國泰)。

林佳靜教授：所以每家醫院的作法都不一樣。是不是視為病歷的一部分？

盧美秀院長：應該要像手術同意書一樣，永遠是病歷的一部分。

湯梅芬護理長：影印的話就不承認嗎？

陳凱平律師：對，要正本。

湯梅芬護理長：像我們醫院的話，如果是在護理之家，他有簽了。可是到

住院來的話，正本護理之家會存留，後來到病房，變成還要再重簽一次。

張靜安護理長：可是護理之家可以存影印本就好了，正本一定要跟著病人走。

湯梅芬護理長：所以護理之家留影本就好了，沒有問題？

陳凱平律師：對，因為條例是規定正本跟著病人走。

葉依琳社工師：他再入院的話，之前的還是有效嗎？除非他改變他的意願。

陳凱平律師：有效。不然最好就是請他重簽一張，這樣我們這邊就會有正本。

湯梅芬護理長：那如果他不簽呢？因為有些醫生會堅持不要讓病人、家屬每一次住院就簽一次，一直在重複。

陳凱平律師：簽一次就有效。

湯梅芬護理長：內容有更改的話就要重新再簽一次嗎？不能在修改旁邊簽上日期或者簽名，使用同一張嗎？

陳凱平律師：其實是可以。內容如果有修改，在旁邊簽名並說明我修改了什麼。

湯梅芬護理長：是家屬的。

陳凱平律師：你說的是同意書的那個？

湯梅芬護理長：對。

陳凱平律師：家屬的話應該也可以，但是家屬的同意書裡面原則上並沒有什麼可以更改的地方。

湯梅芬護理長：可能就藥物或不要插管，項目有更改。

張靜安護理長：更改應該要重簽吧？

陳凱平律師：重新簽一張或是在原來那一張作更改，是不是一定要簽一張

新的？我覺得也沒有必要，在原來那張修改並押個日期，我覺得也可以。最主要的是要正本。

曾翠華助理：口頭的有效嗎？因為我碰到一個國泰的案例，他是用錄音的，是家屬。

陳凱平律師：目前的條例是規定要書面，口頭的話…我覺得還是要看醫生的決定。

曾翠華助理：那份病歷是寫說：那個病人很早就出來，跟家庭的關係也不是很好，他當時是燒傷，送到醫院要開刀找不到人填同意書，就找警衛簽，到後來要簽 DNR 了，找他的家人，家人沒有人要來，家屬說：「我授權給你」，但是不行，還是請家屬過來簽，可是都不肯，後來護理紀錄就寫「電話錄音」，就按照那個執行。

陳凱平律師：只要不會有人出來爭執，就沒問題。但是怕有人出來告。

張靜安護理長：很冒險。

陳凱平律師：對。

林佳靜教授：另一個困境是：家屬意見不一致跟醫療人員態度不一致的時候，不曉得這個在臨床上面大家遇到的情形是怎麼樣？那如何來解決？

林秋芬副教授：家屬意見不一致是非常常見的。

陳凱平律師&盧美秀院長：按照法律上的順序。

林佳靜教授：邱醫師在臨床遇到的情形？

邱仲峰主任：我們也是按照法律上的規定，告訴他們有先後次序，讓他們了解。至於他們內部還是讓他們自己去協調。但讓他們了解就我們來說我們是認定誰。

林佳靜教授：再來是醫療人員態度不一致的部分。

盧美秀院長：態度不一致是指什麼？

曾翠華助理：我們去收案的時候有碰過，同一家醫院，病人已經簽 DNR 了，值班的住院醫生認為病人的情況是好的，就急救，但是護理人員說：「不行，他已經簽 DNR 了」，可是值班醫師說：「不行，我一定要救」，然後護理人員告訴值班護理長，後來護理長也來了、他的醫師也來了，到最後結果還是說不要救。

盧美秀院長：他已經簽了 DNR，當然就要按照病人的意願。

曾翠華助理：對，可是值班醫師執意要救，我記得有插管還有給藥。

林佳靜教授：想必他不知道有這個法律。

林秋芬副教授：還有他不認為醫療是有限的，他認為他是可以把病人救的回來的。

張靜安護理長：他認為他理直氣壯的在為病人。

湯梅芬護理長：我們病房碰過一個：他的主治醫師出國，主治醫師很積極要救，一直給家屬很大的希望，後來他出國請另外一個主治醫師幫他 cover，這一段時間病人有 downhill，這個醫生有跟他講到 DNR 的問題，在談論的時候，其實他是 oncology 醫師，他滿堅持病人有權利知道，在講的過程中，家屬非常生氣說你怎麼可以告訴他，說他的狀況不好，要不要救的問題。後續家屬一直很 argue 這位醫生，也會跟週遭的護理人員說，這個醫生怎麼可以這樣，讓他們一點希望都沒有。不過這個病人現在狀況不錯，可能要出院了。所以這個很難說到底誰對，要看當下的狀況。

邱仲峰主任：我們最近有一個病人是院長的老病人，跟我也有滿長一段時

間的認識，事實上她已經 terminal 到一個程度，她 30 多歲了，很年輕的一個女生，很積極。院長好意告訴她說：「化學治療再繼續下去只是更不好，應該要往另外一個方向」，之後來我們這裡，我們跟她談，由我們照顧她。她在安寧病房住兩個禮拜身體都恢復了，她想說我要再積極，我要再去找某某人作化學治療等等。她問我們意見，我們跟她說：「你個人的意願，我們都尊重你，如果你要作化學治療，你也覺得很好，你有這個意願就去作。」雖然她的家人全部反對，不過我也跟她說：「但是如果你一作了又失敗，又開始併發症，你不要介意再回來找我們，我們還是會照顧你」所以這樣不同醫生的意見就不會衝突，她不管是積極的治療，還是 palliation，都沒有關係，只要她自己做決定，我們只是站在 care 她的立場。所以我覺得也可以共存，總是會有人是屬於積極型，那個也沒有關係。

葉依琳社工師：我想這跟醫師的安寧理念也有關係。我們比較常在共照遇到：家屬只是希望症狀控制下來，可是他喘的狀況沒有辦法解決，原團隊醫師會覺得那就是插管，看起來就不會那麼喘，可是家屬的意思是：「我只是希望他症狀緩解而已」，醫療人員會覺得你可以用其他的藥物去控制下來，意見不一致的時候，就會變成很難溝通是一個，還有一個就是這個醫師我們可以再找誰去幫忙溝通，是科主任呢？還是他的同儕呢？就是這個部分：在醫務管理上面的分野。

張靜安護理長：尤其是很資深的 VS。

葉依琳社工師：對，尤其是很資深的 VS 就很困難。另外一個，家屬意見不

一致的部分，如果是安寧的還好，可是一般科的話，對於家屬會議的概念還是很低，譬如說常來的是配偶，他就會說：「那我就告訴配偶，他們自己家裡面去喬，喬到好了你們再告訴我你們的決定就好」。可是其實在病情告知上面，我覺得醫師還是要有概念，就是：醫師要扮演協調告知的角色，可是非安寧的醫師，這個概念會比較弱一點。

張靜安護理長：準備度其實是相對不夠。

葉依琳社工師：對。

林佳靜教授：整個看起來，我們要作一個成功的 DNR 政策的執行，非常重要的就是「醫師的教育」。

張靜安護理長：教育很重要。

邱仲峰主任：我覺得一個很重要的關鍵是「病人跟家屬的會議」，那個只要你花時間，做完那件事之後，後面的事就解決了。所以我們要鼓勵醫生，不要怕麻煩，可能他要花一個小時，可是那一個小時換來後面的很多時間。所以我們現在的原則是請病人跟他的家屬都出席，除非有特別的原因病人不能出席，那我們就允許，不然我們都是希望病人跟家屬都出席。所謂家人的出席：我們希望他的第一等親通通都要出席，然後我們聊一聊，當天會有一個正式的會議記錄，這個會議記錄寫完以後會給他們看是不是這個意思？是的話他們就簽字。但是我們當天不會叫他們簽意願書，那天只是解釋病情，可是當天就會告訴他們有這個東西，也有 DNR，通通告訴他。再下一個階段，我們的助理就會去跟他們說：「你們想的結果是怎麼樣？」，他們接受的話就會簽了。

葉依琳社工師：有些醫師可能曾經被某一個家屬，可能老大決定這樣子，然後老三冒出來說你怎麼可以不急救？醫生只要有過這樣的一個經驗，之後整個醫療方向就會變的非常謹慎，溝通起來就變很困難。

林佳靜教授：邱主任講的是一個非常好的例子，對於住進安寧病房的你們可以有這樣的一個機會，也是一個非常好的討論 DNR 的一個 timing，但是如果是一般病房的話，時機上面要怎麼來選擇？

邱仲峰主任：一般病房如果他們會診安寧共照，病人也慢慢要走向安寧病房的時候，我們就會邀請他們要開家庭會議。開的家庭會議也會邀請原來的主治醫師出席。

林佳靜教授：這是在有安寧共照的情況，如果連安寧共照都沒有呢？

邱仲峰主任：都沒有的話就看那個醫師，但大部分的醫師都不太喜歡開家庭會議，因為怕麻煩。

林佳靜教授：那我們要怎麼建議他們：應該挑取什麼樣的時機來作這樣子的考量？

邱仲峰主任：我是覺得愈早愈好，還沒有轉移、還沒有復發就趕快開，是最理想。愈早講沒什麼不好，太晚講比較麻煩。

湯梅芬護理長：其實臨床也會碰到，像之前我是血液腫瘤科，現在是安寧，我們本身的主治醫師是 oncology 的，後來他有接受 hospice 以後，他才開始有那種觀念，包括癌症病人不是要進了安寧以後，他都可以去開 family conference，可是他以前沒有接觸安寧這個區塊，他不會想到說要針對一個家族去作溝通，現在知道全部都要集合一起討論：後面的路要怎麼走。所以變成說要全院去作宣導才有辦法去作。

林秋芬副教授：這也是另一個問題，比較早講，有些醫師他也會擔心：「很快就讓家屬知道醫療是有限的，所以我的能力是有限的」。所以病人就走了，去找另外的醫療。

邱仲峰主任：我聽過很多醫生說：「中南部的醫院，這一套是行不通」。這樣講的話他們通通都轉院了，烙跑了。

張靜安護理長：因為家屬解讀會很不一樣。教育背景也會有差。

林秋芬副教授：“你既然那麼有限，那我去找比較無限的”。

謝忞珊社工師：其實在台北，我們發現外科或是有在作化學治療的醫生這個部分會比較強烈，除非是像我們血液腫瘤科的醫生本身就是共照的醫生，他的接受性很高，整個轉接就會很容易。可是如果外科會診共照，他們常常是為了要解決病人的出院問題，或是轉安寧病房的問題，而不是去解決告知、DNR 的那個部分。

葉依琳社工師：醫生的生死教育也很重要。他們還是覺得如果把病人醫到死亡，可能就是一個很大的失敗。還是會有這樣的觀念。

盧美秀院長：醫師真的要很誠實的告訴病人：他有幾種治療方法可以選擇？每一種治療方法的有效性、成功率是多少？他決定選擇哪一種治療方法也要告訴他機會有多大？讓他心裡有準備。但是你不會告訴他：「你這個是無效的」，是讓他自己去比較判斷，有這麼多方法可以選擇，選擇這個方法的成功率依照我們實證的統計資料是多少？他自己心理有數，譬如說只有 5%有效，他覺得希望不是很大，如果他真的想要轉院，我們也應該讓他轉院。

林秋芬副教授：其實我常常覺得醫療的不確定性。你會發現有些病人帶去

跟醫師談，假設我帶病人去看邱主任，因為我是第三者嘛，我就很清楚他說什麼什麼，可是當談完回來之後，病人 catch 到的，通通都是對他最有幫助的那一塊，所以其實他不會想到 stage 2 的時候，他會選擇性的聽取，這也是告知上讓他作決定的一個很大的困難。

邱仲峰主任：所以我們現在告知他的事情，一定會重點式、summary 的寫在病歷，我們希望一律寫中文，不需要用英文，寫的清清楚楚的：告訴他的第一件是什麼事、第二件什麼事。那有時候他自己沒有 catch，那的確有。

林佳靜教授：邱主任剛剛有提到：有些南部的病人，太早告訴他反而會流失病人，這個情況在臨床上怎麼克服？

邱仲峰主任：這個很難。

林佳靜教授：其實這也牽扯到我們民眾的教育：民眾能正確的認知 DNR 的正確觀念。

林佳靜教授：今天的焦點座談內容，大概就 summarize 幾個重要的、在現今我們在執行上的倫理與法律、還有實務上面所遇到的困難的議題，這些議題我們會把它整理出來幾個重點，作為接下來在指引、建議上大家能形成共識，所以今天是我們第一次的焦點座談，未來還會有幾次，就指引的形成過程當中會再請教各位專家。在結束前，大家還有沒有什麼其他的意見和看法？

邱仲峰主任：第一個是我們收案對象要全部把它統一化，譬如說是癌症的，當然他死亡原因可能不是癌症，是其他的問題，但是就是至少屏除非癌症的。

林佳靜教授：我們分析的時候會去看癌症的那一群跟非癌症的那一群，因為我們擔心癌症和非癌症在 DNR 的處理上會有很大的落差。所以這部分我們再把他們分開來。

盧美秀院長：是不是有所謂主診斷跟次診斷？都要把它弄出來？

邱仲峰主任：可以。第一個死亡原因如果是寫肝衰竭、呼吸衰竭、心衰竭，但是他下面一定會寫是什麼癌症，因為它是 cancer relates，下面一定會寫。

曾翠華助理：是看死亡證明嗎？

邱仲峰主任：對，會看的出來。他下面如果有寫因為什麼癌症，那這個就是 cancer relates。

湯梅芬護理長：基本資料那邊，年齡層說不定也有影響，因為年紀大的通常比較能夠接受 DNR，年紀比較輕的，家屬通常都會救到底，所以可以作比較。

林佳靜教授：年齡會再作變數上的分析。

葉依琳社工師：施行的狀況跟醫生的狀態。一般我們都是研究病人，有沒有可能性是去探索醫生是怎麼影響的？他的態度或是他的背景？他們的困境？

林秋芬副教授：現在教育部在推生命教育，其實就是把這樣一個東西放在裡頭，從小學開始。

林佳靜教授：謝謝大家的參與，提供非常多寶貴的意見，初步結果出來會再召開下一次的會議。

八. 結論

(一)倫理困境

1. 「病情告知」仍是醫療人員在臨床執行 DNR 上面一個很大的困境。

2. 「代理人」是否能代表病人最大的利益？依據安寧緩和醫療條例之規定代理人所代理的決定「不得與其病人意願相反」，但如何確認病人的意願？在沒有適合的人簽 DNR 的情況下，社服是否可以站在社工代表來為病人作最大的利益？對於被委託的代理人，國內尚未制定審慎考量最佳利益之標準？法律對代理人亦無完善保障。
3. 「家屬代簽」的爭議。當家屬跟病人的關係並不親密或是沒有感情，是否有足夠的代表性？當同居人和病人的互動與感情反而是比自己的親人還要好，是否具有法律地位？當家屬要求「不要讓病人知道病情」，家屬簽了不施行心肺復甦術同意書的時候其實病人意識狀態是清楚的，是否接受那一份同意書？
4. 當醫師判定 CPR 對病人已經沒有幫助或是已經全身的 end organ failure，是不是能請法庭站在病人的最大利益，宣判「無效醫療」的方式，既是無效醫療所以不需要家屬同意，即可執行 DNR？然而「無效醫療」然而很難界定，並且有生命權與倫理爭議。
5. 提出預立醫囑的「時機」，是否可在住院須知的時候就可以推這個概念？但因文化上的禁忌而遭否定。當醫療人員態度不一致時該如何處理？由誰去協調溝通？目前在醫務管理上面的分野尚未確立。
6. 榮民或獨老體系「代理人」，國內尚未有機構或社政單位幫助推動預立醫囑。

(二)法律上的釐清

1. 醫療委任代理人跟家屬的位階？

醫療委任代理人是代理本人，家屬在位階上次一等。

2. 代理人的權限？

代理人自己不能決定任何事情，本人授權什麼，代理人就去作什

麼，本人沒有授權的範圍就不能作。代理人即便要去代理本人去簽這個意願書也是本人曾經授權給我的範圍之內去作。

3. 除了安寧緩和醫療條例第七條規定最近親屬之範圍(1~7)之外，如果是同居人，並且他與病人的關係是遠勝於上面的這 1~7 個親屬的範圍，在法律上是不是沒有辦法被認可？

   必須要有病人在意識清醒時，就先預立醫囑預立醫療委任代理人之證明文件。

4. 「撤除」是要在病人意識清醒的時候？

   只有本人簽署的意願書才可以撤除。依據安寧緩和醫療條例第六條之規定：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。

5. 口頭撤回的有效嗎？

   目前的條例是規定要書面文件。

6. 小孩子的個案，父母想要把它撤除？

   通常七歲以下的小朋友，父母依據民法的規定為法定代理人，因此可以代他簽意願書，亦可以撤除。

7. IC 卡的註記的法律效力？

   當初在立法的時候並沒有 IC 卡，IC 卡是在近年來才開始加註。條例裡面關於 IC 卡的註記的法律效力？目前還沒有確定。

8. DNR 的效果可以延續多久？DNR 每次住院都要簽一次，或是 ICU 轉到病房，DNR 是否還是成立？再入院的話，之前的意願書還是有效嗎？

   除非他改變他的意願，簽一次就有效。

9. 內容有更改的話就要重新再簽一次嗎？不能在修改旁邊簽上日期或

者簽名，使用同一張嗎？

可以。內容如果有修改，需說明修改的內容並押日期、以及在旁邊簽名，最主要的是要正本。

7. 同意書是否可以請家屬先簽好，日期空白不要填，在病人一旦意識昏迷沒有辦法清楚表達意願時，再拿出來用？

確定家屬的意願是「同意不急救」，家屬可以之前先寫好，日期可以空著到時間點再簽。但是如果日期是空著的話，千萬不能幫家屬填日期，這樣就是偽造文書。日期可以寧願空著，但不能到那個時候自己簽，可以請家屬簽，沒問題。

(三) 不施行心肺復甦術溝通準則 (DNR communication guideline)之建議

1. 溝通

(1)「病人跟家屬的會議(family conference)」，愈早愈好，在還沒有轉移、還沒有復發就開始，最為理想。當天要有一個正式的會議記錄與出席人員的簽名，會議記錄應給病人與家屬確認內容無誤。

(2)先從「概念上的提醒」開始去作。多次、循序漸進的方式，運用同理心，避免絕情式的說法。臨床實務上建議至少以兩階段的方式：第一階段先讓病人與家屬完全瞭解病人的狀況，也瞭解現在有DNR的制度和政策，如果有需要的話，提供關文件，但不是要他簽，下次再問他「那你看了以後覺得怎麼樣」。

(3)跟家屬溝通的時候，家屬人格特質、教育背景會影響解讀差異，社經背景與動機，也要作瞭解跟評估。

(4)在說服家人方面，建議可以說：「任何治療或不治療，別人可能都沒辦法感受到病人的感受，另外這也是病人的權益」，經過多次的討論，瞭解家屬擔心的地方與澄清。

(5)保證不會遺棄病人，必須要強調照護是持續的，即使到病人最後往生的時候。

(6)治療方法的選擇？有效性、成功率？避免使用：「你這個是無效的」的說法，是讓他自己去比較判斷。

(7)更具體的解釋如果狀況不好、呼吸很喘你要不要插管？插管是怎麼樣的情況，管子的粗細呀，病人會有什麼樣的不舒服…。

2. 病歷紀錄與標示

(1)與病人的討論和告知內容，病人對生命、施予急救的看法、預立醫囑等相關呈述，必須以重點、摘要式的方式紀錄於病歷，一律使用中文，增進醫療團隊及對家屬的溝通。

(2)安寧緩和醫療條例意願書/同意書於病歷放置的位置建議作統一規定，以利醫護人員間能迅速的作確認。

(3)醫生的醫囑單上應呈現 DNR，並且不施行心肺復甦術要在病歷首頁上有標示。

3 電腦系統的建立：

推廣 IC 卡註記與醫院系統的連結，當再次入院的時候可以讀取系統，住院的資料中可出現有預立醫囑的一個畫面，以避免重複簽署的狀況，但遇到狀況時當然還是要再確認。

(四)未來研究追蹤與修正之建議

1. 住院中的末期病人，分為癌症、非癌症末期的病人兩組。
2. 屬於 cancer relates 的住院診斷，在分析的時候，歸類到癌症的族群作分析。
3. 重新 Screening 急救藥物使用的目的是什麼、「臨終前急救項目」的部分，依據目的再重新分類。

附錄 4.

預立醫囑執行作業暨醫病溝通技巧手冊

目　　錄

頁　碼

定義

什麼是預立醫囑(advance directives, ADs)？ 1

什麼是「生前預囑」(living will)？ 1

什麼是「預立醫療委任代理人」(DPAHC)？ 2

為什麼要預立醫囑(advance directives, ADs) 4

如何進行「預立醫囑」的討論 5

呈現主題 6

促進討論 7

完成並簽署預立醫囑(advance directives, ADs) 的文件 8

檢視與修改預立醫囑 9

將預立醫囑運用在實際的臨床情境 10

醫病溝通技巧注意事項 11

病歷紀錄與標示 16

附錄一・安寧緩和醫療條例

附錄二・安寧緩和醫療 六種格式之意願書

定義

什麼是預立醫囑(advance directives；ADs)？

- 所謂「預立醫囑(advance directives,ADs)」是指個人為其未來可能失去決定能力的情況，預先在仍具清楚意識及自主決策能力時，為自身所偏好的醫療照護做規劃，表達個人的期望與意願，並完成口頭或書面的陳述。這些預先指示或說明的文件，包含書面立妥「生前預囑(living will)」與「預立醫療委任代理人(durable power of attorney for health care」。(邱、陳，2007; 楊等，2008; 蔡等，2006; Maxfield et al., 2003)

什麼是「生前預囑（living will）」？

- 生前預囑：有決定能力的成年人(二十歲以上具完全行為能力之人)，在意識清醒時，針對未來可能的醫療狀況，事先為自己所希望獲得的醫療照護處置與措施作出預立醫療指示或說明的文件，表達個人的期望與意願，所完成的書面文件。這些書面文件，經見證人簽署後，具有法律保障的效力，應由病人保存正本，並將影本提供給家人、醫療代理人及置於病歷中，修改及撤除時亦同。(蔡等，2006；楊等，2008; Maxfield et al., 2003)
- 依據我國衛生署(2002)公告，目前的生前預囑參考格式有六款，包括：「預立選擇安寧緩和醫療意願書」、「選擇安寧緩和醫療意願書」、「預立不施行心肺復甦術意願書」、「不施行心肺復甦術意願書」、「不施行心肺復甦術同意書」及「預立醫療委任代理人委任書」

「生前預囑（living will）」的建立與撤除?

- 二十歲以上具完全行為能力之成年人，尚未罹患嚴重疾病，可選擇簽署「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」。
- 若已罹患嚴重疾病，並由二位醫師確診為末期病人(其中一位醫師應具相關專科醫師資格)，則可選擇簽署「選擇安寧緩和醫療意願書」、「不施行心肺復甦術意願書」。
- 若為預防自己在病重意識不清、昏迷或無決定能力時，無法依據自己的意願和偏好作出醫療決策，可預先指定由自己信賴的他人代為簽署意願書，則可簽署「預立醫療委任代理人委任書」。
- 若病人經醫師診斷為罹患嚴重傷病，並且符合安寧緩和醫療條例規定之末期病患，但病人已意識昏迷或無法清楚表達意願，此時則可由最近親屬簽署「不施行心肺復甦術同意書」。
- 病人可在任何時間修改或撤除意願書，依據安寧緩和醫療條例(2002)之規定，意願人得隨時自行或由其代理人以書面撤回其意願書 ，方式不拘，以保障當事人權益。
- 國外的預立醫囑格式，除了選擇安寧緩和醫療與不施行心肺復甦術之外，尚包含維生處置(呼吸器)的使用、人工營養與水合、透析、器官捐贈等，更多面向的考慮與選擇，國人除了使用衛生署(2002)公告之意願書格式，亦可在符合安寧緩和醫療條例規定下，自行依其意願擬定生前預囑。

(安寧緩和醫療條例，2002 ;蔡等，2006 ; 楊等， 2008; American Hospital Association ,2005; Foundation for Healthy Communities, 2006; Maxfield et al., 2003)

什麼是「預立醫療委任代理人（durable power of attorney for health care；DPAHC ）」？

- 預立醫療委任代理人：為避免病人在在病重意識不清、昏迷或無決定能力時，由病人事先指定的代理人為病人做醫療決定。(蔡等，2006；Maxfield et al., 2003)

- 藉由病人指定的代理人為病人做決定，能減輕家人及醫療人員在不瞭解病人意願的情況下，承擔做決定的責任與壓力，亦是以維護終末病人「醫療自決」的權利。（Degenholtz, Rhee, & Arnold, 2004；顧、李，2002）

- 依據我國安寧緩和醫療條例第五條之規定，意願人(病人)得「預立醫療委任代理人」，意即由病人所信賴的他人代為簽署意願書 。意願人(病人)可於意識清醒時先簽署「預立醫療委任代理人委任書」 ，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。 (安寧緩和醫療條例，2002)

為什麼要預立醫囑(advance directives, ADs)？

- 增進病人、家屬和醫護人員之間對醫療照護的溝通。
- 澄清病人的價值觀與信念，尊重與維護終末病人「醫療自決」的權利。
- 建立病人、家屬和醫護人員對醫療照護的共同目標與共識
- 根據病人的預立醫囑提供治療，減輕因不知道病人意願而必須做決定的壓力與情感上的負荷，並避免親屬間與醫療人員間因為對病患臨終治療決定意見相左而產生質疑、誤解與衝突。
- 避免可能的醫療糾紛與法律訴訟。
- 避免不必要的醫療處置，有限資源有效應用與分配。

(邱、陳，2007; 李，1999; 楊等，2008; 蔡等，2006; 蘇，2006; 顧、李，2002; Browning, , 2006; Chao, 2002 ; Degenholtz, Rhee, &Arnold, 2004; Kolarik, Arnold, Fischer, &Tulsky, 2002; Maxfield et al., 2003)

如何進行「預立醫囑」的討論

- Emanuel (1995) 針對預立醫療計畫(advance care planning)的執行，提出五個步驟：

  (1) 呈現主題

  (2) 促進討論

  (3) 完成並簽署預立醫囑(advance directives, ADs) 的文件

  (4) 檢視與修改預立醫囑

  (5) 將預立醫囑運用在實際的臨床情境

  (楊等，2008;蔡等，2006; Emanuel, Danis, Pearlman, & Singer, 1995 ; Maxfield et al., 2003)

(1) 呈現主題(presenting the topic)

- 第一次會談
- 目標：讓病人和家屬充分瞭解病人的病情、健康狀況和預後、提供治療方法的選擇，有效性及成功率，治療的副作用、其他需求相關的醫療訊息，說明預立醫囑的基本概念，並提供相關的資訊。
- 可藉由討論與病人最近的醫療事件(例如住院治療)來引出主題，並告訴病人和家屬預立醫 療計畫不只為了討論治療的目標，也是為了尊重 病人的價值觀和信念，目的在於確保病人參與自身醫療決定的權利。
- 也可以藉由詢問病人是否已立有生前預囑或已指定醫療代理人來引出主題。
- 提出案例，提供書面資訊(如簡介預立醫囑的手冊、網站資源等)。

(2) 促進討論(facilitating a discussion)

- 第二次會談
- 目標：設定治療目標，瞭解病人的價值觀和對各種治療的意願、想要或不想要的醫療方式；確認病人和家屬已正確瞭解簽署預立醫囑文件的目的。
- 醫師應向病人和家屬說明各種常見治療或急救方式，以及其潛在的利弊結果。
- 澄清不切實際的期待或決定。
- 避免使用艱澀的醫學專有名詞與模糊的字眼，進一步的釐清病人如何定義「良好的生活品質」。
- 應謹慎注意病人和家屬的情緒反應，並給予適當的心理支持
- 鼓勵病人和家屬慢慢思考相關的決定，不應讓他們感到有時間的壓力。
- 建議病人和家屬(代理人)回去以後討論病人的初步決定，並草擬初步的預立醫囑。

(3) 完成並簽署預立醫囑的文件(completing and documenting the ADs)

- 第三次會談
- 目標：完成預立醫囑書面文件的簽署。
- 會談一開始可以先跟病人和家屬一起檢視初步擬定的預立醫囑，澄清疑問。
- 正式簽署文件前，應確認病人和家屬已做過討論，經過充分的思考。
- 必須告知病人和家屬，之後對於想要接受的治療或決定有任何改變的話，可以隨時修改或撤除預立醫囑的文件。
- 幾次會談與討論後，有些病人和家屬可能會表示現在不願簽署預立醫囑的書面文件，即使如此，仍應把討論過程中病人表達的意願記錄下來，以供未來對治療的意願或做決定的參考。
- 病人應保存有正本，並提醒將影本提供給家人、醫療委任代理人以及置於病歷中，修改及撤除時亦同。

(4) 檢視與修改預立醫囑(reviewing and revising the ADs)

檢視與修改的時機：

- 病人的健康狀況變化、預立醫囑的相關法令改變、親好友死亡等經驗、家人關係的改變(這可能影響代理人的指定），以及病人疾病惡化、住院，都可能使得病人和家屬重新考慮他的決定。
- 至少每年定期跟病人和家屬重新檢視預立醫囑的書面文件。
- 依據安寧緩和醫療條例(2002)之規定，意願人得隨時自行或由其代理人以書面撤回其意願書 ，方式不拘，以保障當事人權益。

(5) 將預立醫囑運用在實際的臨床情境(applying the ADs in actual circumstances)

- 醫院政策中，明確陳述將維護生前預囑(living wills) 。
- 意願書以及預立醫療委任代理人應由(病人)本人在意識清楚的情況下簽署，若末期病人意識昏迷或無法清楚表達意願時，由其最近親屬出具「同意書」代替之。
- 病人的疾病狀態符合預立醫囑的書面文件所設定之條件，依據意願書執行。
- 若在病人的預立醫囑中表明不願接受心肺復甦術，則醫師必須在病歷的明顯處加註「不予急救醫囑(DNR order)。
- 出院或轉診時，意願書文件「正本」應由病人保存，並提醒將「影本」提供給家人、醫療委任代理人以及置於病歷中，修改及撤除時亦同。
- 當家屬意見不一致時，依據安寧緩和醫療條例(2002)之規定， 最近親屬之範圍及其順序如下：
- 配偶。
- 直系血親卑親屬。(意指子女、孫(外孫)子女、曾孫(外曾孫)子女)
- 父母。
- 兄弟姐妹。
- 祖父母。
- 曾祖父母或三親等旁系血親。
- 一親等直系姻親。
- 若直系血親卑親屬有數人，意見不一致時，以長幼為序。
- 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。

醫病溝通技巧注意事項

- 多次與病人或家屬討論預立醫囑，比起單次的討論，能更早作出 DNR order 的決定。（Morrell, Brown, Qi, Drabiak, & Helft, 2008）
- 病人對於預後的認知以及對安寧療護的瞭解，將會影響病人是否參與預立醫囑的決定 。（蔡等，2006; Huang, Hu, Chiu, & Chen, 2008）
- 儘早讓有決策能力的病人參與預立醫囑的討論 。
  - 研究發現當癌末病人越不瞭解病情，病人的不確定感越高（高、邱、 胡、 陳、 賴&陳 ，2007）。
  - 知道病情的病人，其希望的程度高於不知道病情的病人（Lin & Tsay, 2005）。
  - Nicolasora 等人（2006）隨機對 136 位入院病人，詢問其對生命支持治療的選擇，其中有 98%的病人樂意討論有關心肺復甦術與人工呼吸器的問題，有 82%認為提供心肺復甦術、人工呼吸器和預立醫囑的資訊是有用的。
  - Johnston, Pfeifer, & McNutt (1995)美國門診病人和醫師的跨地區的研究顯示， 91%病人覺得預立醫囑應在罹患嚴重疾病之前， 84%的病人認為應還健康的時候就來進行討論。

會談前

- 瞭解病人對病情、治療與預後想知道的程度為何，並非每一位病人都希望醫師全盤的告知。(Hofmamm et al.,1997; Maxfield et al., 2003)
  - 您對現在身體的狀況感覺如何？
  - 您想對自己的病情多一些瞭解嗎？
  - 對於目前的治療等，您有什麼想請醫師做更詳細的解釋的嗎?
  - 醫師想要和您討論有關您的病情(照護計畫)，您的想法是…？
  - 醫師目前對您的疾病治療方向，不是以治癒疾病為主，而是以處理不舒服的症狀，提昇您的生活品質為主，您覺得…？
  - 在治療過程中，有些時候您可能想要自己做醫療決定，所以想要知道您個人的意見是…？

- 跟家屬溝通的時候，家屬的社經背景與動機，要作瞭解跟評估。
- 瞭解家屬不讓病人參與討論的原因為何，建立醫護人員與家屬間的共識。
- 面對不願告知病情的家屬，蘇(2007)對其溝通技巧提出建議：「其實病人身體的情況，病人自己是最清楚的。當他體力日漸衰退，症狀日益加重，還告訴他「沒事，慢慢會好的」，病人是不會相信的。這也會造成病人的猜疑、家屬的負擔。只有讓病人知道他自己怎麼了，他才有辦法做最好的安排。」

(胡、蔡、鄭，2007；邱、陳，2007；姚，2007；蔡等，2006; 蘇，2007; Emanuel et al, 1995 ; Maxfield et al., 2003)

■ **有效處理家屬不願告知癌末病情的方法：**

- 先了解病人的特性與對期待瞭解病情的程度。
- 同理家屬的負擔與壓力，評估家屬對病人病情瞭解程度，家屬接受病人的病情進展至末期階段。
- 與家屬討論病人得知癌末病情後可能有的情緒反應，負向的情緒表現或行為是正常的調適過程，醫護人員會盡力協助病人與家屬渡過。
- 必要時，透過家庭會議的方式，以達家庭成員間的共識。
- 尋找適當告知人選及時機。
- 持續的關懷與支持，需要時，提供醫療團隊之心理師或社工師的協助。

（胡、蔡 & 鄭，2007）

■ **會談前(續)**

- 此次會談內容的的計畫與自我準備。如病歷資料與檢驗值、預後、治療的危險性與利益、將來的醫療照護計畫等
- 尋找適當告知人選及時機。事先向病人確認希望有哪些人(家屬)在場陪伴。
- 準備良好的會談環境，安靜、舒適且隱私的地點(千萬不要在病房走廊上，以重視病人隱私）。
- 安排適當及充分的時間，讓病人及重要家屬能一同出席。

胡、蔡、鄭，2007；邱、陳，2007；姚，2007；蔡等，2006; Emanuel et al, 1995 ; Maxfield et al., 2003)

■ **會談中**

- ■ 應在會談的一開始就跟病人澄清，預立醫療計畫的討論是例行程序，醫師應該和所有病人討論這個問題。尤其對於非病危的病人更要澄清病情，以免病人誤以為死之將至而過分擔心害怕。
- ■ 先從「概念上的提醒」開始去作，多次，緩和、循序漸進的方式。
- ■ 避免艱澀的專業用語，使用病人與家屬可瞭解的語言，依據病人與家屬的社會文化背景以及認知能力作說明。
- ■ 在討論可能性時，有些病人可以接受用數值來表示(如恢復機會小於 1%)，有些人則無法接受這種方式，醫師應根據不同病人的需求和理解能力，來提供說明和討論。
- ■ 提供治療方法的選擇，有效性、成功率等等，避免使用「你這個是無效的」等絕情式的說法，讓他自己去作比較判斷。
- ■ 醫師也有責任澄清病人不切實際的期待或決定。更具體的解釋如果狀況不好時，急救的狀況，如呼吸很喘你要不要插管？插管是怎麼樣的情況、管子的粗細，病人會有什麼樣的不舒服等。
- ■ 保證持續性的照護，必須要強調照護是到病人最後往生的時候還在。
- ■ 時間必須充裕，鼓勵病人與家屬的表達，凝聽需求，保留發問的時間。
- ■ 接納、同理病人與家屬的情緒與支持。
- ■ 行動電話與呼叫器應關閉或靜音模式，以減少干擾會談的進行。

(胡、蔡、鄭，2007；邱、陳，2007；姚，2007；蔡等，2006; Emanuel et al, 1995 ; Maxfield et al., 2003)

■ **會談後**

- ■ 紀錄會談內容
- ■ 持續追蹤：
  - ■ 確認對資訊瞭解的程度。
  - ■ 病人的意願與想法，會隨時間而有改變，定期或當病情變化時，應再跟病人和家屬重新檢視預立醫囑的書面文件。
  - ■ 持續追蹤病人與家屬的情緒反應，並適時提供心理、社會、靈性的支持，需要時，提供醫療團隊之心理師或社工師的協助。

(胡、蔡、鄭，2007；邱、陳，2007；姚，2007；蔡等，2006; Emanuel et al, 1995 ; Maxfield et al., 2003)

病歷紀錄與標示

- 依據我國安寧緩和醫療條例第九條之規定：醫師對末期病人實施安寧緩和醫療，應詳細記載於病歷；意願書或同意書並應連同病歷保存。
- 病歷紀錄應包含：病人的診斷、目前生理/心理的狀態，病人對疾病與預後的認知，各種治療或急救方式，以及其潛在的利弊結果，個案對治療的偏好，偏向贊成 CPR 或 DNR 的原因。
- 紀錄病人參與討論或病人不參與討論的理由。
- 紀錄家屬參與討論。
- 紀錄想要的 DNR 的措施(DNR 的程度)
- 其它生前預囑(living wills)的陳述
- 病人/代理人、家屬、見證人、醫療團隊人員的簽名。
- 下次檢視 (review)的日期。
- 病人的預立醫囑中表明不願接受心肺復甦術，醫師必須在病歷的明顯處加註「不予急救醫囑(DNR order)」。
- 醫院政策中，應明確規定出病歷紀錄預立醫囑(包含 DNR)的位置(譬如：醫囑單、病人病程紀錄、護理紀錄)
- 醫院政策中，應明確規定辨識病人有 DNR 的方法(譬如：IC 卡/電腦顯示系統、病歷首頁特殊註記、醫囑單、標籤、貼紙、小卡等) 。

(蔡等，2006; Foundation for Healthy Communities, 2006; Huang, Hu, Chiu, & Chen, 2008 ; Sidhu, Dunkley, & Egan, 2007).

參考文獻

- 安寧緩和醫療條例（2002 年 12 月 11 日修正）。華總一義字第 091002 39020 號令。
- 李震山（1999）。從生命權與自決權之關係論生前預囑與安寧照護之法律問題。*中正大學法學集刊，2*，325-350。
- 邱泰源、陳榮基(2007)。安寧緩和醫療的倫理困境。台灣安寧緩和醫學學會編著。*安寧緩和醫療—理論與實務*(初版，62-79 頁)。台北：新文京開發。
- 姚建安(2007)。安寧緩和醫療的溝通。台灣安寧緩和醫學學會編著。*安寧緩和醫療—理論與實務*(初版，86-92 頁)。台北：新文京開發。
- 胡文郁、蔡甫昌、鄭安理(2007)。*癌末病情告知指引*。台北：行政院衛生署國民健康局。
- 高綺吟、邱泰源、 胡文郁、 陳慶餘、 賴明坤、陳月枝(2007)。癌末病人安寧共同照護之照會。*台灣醫學，11* (6)，602-611。
- 黃錦鳳（2007）。*加護病房重症病人簽署不予急救同意書對醫療處置之影響*。未發表的碩士論文，臺北醫學大學護理學研究所。
- 楊嘉玲、陳慶餘、胡文郁（2008）。醫療預立指示。*安寧療護雜誌，13* (1)，30-41。
- 蔡甫昌、潘恆嘉、吳澤玫、邱泰源、黃天祥(2006) 。預立醫療計畫之倫理與法律議題。*台灣醫學，10*(4)，517-36。
- 蘇文浩（2006）。癌末病患的醫療倫理。*哲學與文化，33* (4)，5-15。
- 行政院衛生署(2002)。安寧緩和醫療意願書 六種格式之意願書。衛署醫字第 89040164 號 。
- American Hospital Association (AHA). (2005). Put it in Writing Questions and Answers on Advance Directives 。Retrieved November 17, 2008 from http://www.putitinwriting.org/putitinwriting_app/index.jsp
- Browning, A. M. (2006). Exploring advanced directives. *Journal of Christian Nursing, 23* (1), 34-39.
- Chao, C. S. (2002). Physicians' attitudes toward DNR of terminally ill cancer patients in Taiwan. *Journal of Nursing Research, 3* (10), 161-167.
- Degenholtz, H. B., Rhee, Y., & Arnold, R. M. (2004). Brief communication: The relationship between having a living will and dying in place. *Annals of Internal Medicine, 141* (2), 113-117, I40.
- Emanuel, L. L., Danis, M., Pearlman, R. A., & Singer, P. A. (1995). Advance care planning as a process: structuring the discussion in practice. *Journal of the American Geriatrics Society, 43*(4), 440-446.
- Ersek, M., Kagawa-Singer, M., Barnes, D., Blackhall, L., & Koenig, B. A. (1998). Multicultural considerations in the use of advance directives. *Oncology Nursing Forum,*

25, 1683-1690.

- Ersoy, N., & Gündoğmuş, Ü. N. (2003). A study of the ethical sensitivity of physicians in Turkey. *Nursing Ethic, 10* (5), 472-484.
- Foundation for Healthy Communities (2006). *Advance Care Planning Guide*. US:NH.
- Hofmamm, J. C., Wegner, N. S., Davis, R. B., Teno, J., Connors, A. F., Desbiens, N., et al. (1997). Patient preferences for communication with physicians about end-of-life decisions. *Annals of Internal Medicine, 127* (1), 1-12.
- Huang, C.H., Hu, W.Y., Chiu, T.Y., and Chen, C.Y., (2008). The practicalities of terminally ill patients signing their own DNR ordersa study in Taiwan. *Journal of Medical Ethics, 34*, 336-340.
- Johnston, S.C., Pfeifer, M.P., & McNutt, R.(1995). The discussion about advance directives:Patient and physician opinions regarding when and how it should be conducted.. *Archives of internal medicine, 155*(10), 1025-1030.
- Kolarik, R.C., Arnold, R.M., Fischer, G.S., Tulsky, J.A (2002). Objectives for advance care planning. *Journal of Palliative Medicine, 5*(5), 697-704 .
- Lin, C.C., Tsay, H.F.(2005). Relationships among perceived diagnostic disclosure, health locus of control, and levels of hope in Taiwanese cancer patients. *Psychooncology, 14*, 376-385.
- Maxfield, C.L., Pohl, J.M., & Colling, K. (2003) Advance Directives: A Guide for Patient Discussions. *Nurse Practitioner, 28*(5), 43-47.
- Nicolasora, N., Pannala, R., Mountantonakis, S., Shanmugam, B., DeGirolamo, A., Amoateng-Adjepong, Y., et al.(2006). If asked, hospitalized patients will choose whether to receive life-sustaining therapies. *Journal of Hospital Medicine, 1* (3), 161 - 167.
- Schiff, R., Rajkumar, C., & Bulpitt, C. (2000). View of elderly people on living will: Interview study. *British Medical Journal, 17* (320), 1640-1641.
- Sidhu, N.S., Dunkley, M.E., Egan, M.J.(2007). "Not-for-resuscitation" orders in Australian public hospitals: policies, standardised order forms and patient information leaflets. *The Medical Journal of Australia, 15*, 186(2), 72-75.
- Sahm, S., Will, R., & Hommel, G. (2005). Attitudes towards and barriers to writing advance directives amongst cancer patients, healthy controls, and medical staff. *Journal of Medical Ethics, 31*(8), 437-440.
- *Wunsch, H., Harrison,* D. A., *Harvey,* S., & *Rowan,* K. (2005). End-of-life decisions : A cohort study of the withdrawal of all active treatment in intensive care units in the united kingdom. *Intensive care medicine, 31*(6), 823-831.