

國立臺灣大學醫學院醫學教育暨生醫倫理研究所



碩士論文

Graduate Institute of Medical Education & Bioethics

College of Medicine

National Taiwan University

Master Thesis

探討臨床醫師對預立醫療照護諮商之態度(質性研究)

Attitude of the Physicians toward

Advance Care Planning: A Qualitative Study

施銘峰

Ming-Feng Shih

指導教授：朱宗信 教授

共同指導教授：楊志偉 助理教授

Advisor: Tzong-Shinn Chu, M.D., Ph.D.

Co-Advisor: Chih-Wei Yang, M.D., Ph.D.

中華民國一百零九年七月

July 2020

國立臺灣大學碩士學位論文  
口試委員會審定書

探討臨床醫師對預立醫療照護諮商之態度(質性研究)

Attitude of the Physicians toward Advance Care Planning:  
A Qualitative

本論文係施銘峰君(學號 R07457003)在國立臺灣大學醫學教育暨生醫倫理研究所完成之碩士學位論文，於民國 109 年 7 月 14 日承下列考試委員審查通過及口試及格，特此證明

口試委員：

朱字信

(指導教授)

楊正偉

蔡北勳

所長：

朱字信

## 誌 謝



這篇論文對我來說是一次寶貴的質性研究的經驗，從零到一，我完整經驗了一次研究流程。之所以會做這個 ACP 相關的質性研究，主要受到三位師長的啟發。

首先要感謝台大家醫部的蔡兆勳主任，在他身上學到了許多關於生命末期的照顧與關懷，也讓我想繼續在促進病人善終的路上努力。台大家醫部黃獻樑醫師曾經說過「將繁忙的臨床工作當成天上掉上來的禮物，用心做好，就是很好的研究題目」。陳彥元教授的質性研究課，打開了我對於研究的另一扇窗，讓我想藉著碩士論文的機會，進行了一次完整的質性研究。

研究能夠順利完成，受到許多貴人相助。朱宗信所長給予我充分的信任及支持，是我在研究過程遭遇滔天巨浪時的定海神針。楊志偉教授敦促我拖延的進度，並不時給予寶貴的指導意見，在執行研究部分給我更為宏觀全面的視角。邱晏麟老師除了提供 NVivo 軟體之外，在論文寫作的過程也給予許多指導。感謝所辦的珮琪助教，在研究的每個關鍵節點都推了我一把。感謝張舜欽學長無私的與我分享執行質性研究的點點滴滴，質性研究方法的部分也受益良多。信佑、盈利、書豪、佑蓉，醫教生倫所的兩年間，你們的陪伴、勉勵與支持，是我人生的美好回憶。感謝育珊、家寧、詠田，沒有你們，這篇研究不可能如期完成。

最後要感謝我的家人，尤其是親愛的老婆宜蓁、老大秉辰及老二秉宏，我碩士班就讀的兩年間，犧牲了許多和你們在一起的時光，所幸老婆大人一肩扛起照顧家人的重責，讓我能夠沒有後顧之憂的學習。這篇論文，獻給無私照顧著全家的妳！

## 中文摘要




**背景：**預立醫療照護諮商(advance care planning, ACP)提供意願人對特定醫療決定選擇的機會，當意願人無決定能力時，之前所立下的預立醫療決定(advance directive, AD)，在臨床決策中就成了病人意願的延伸，是病人自主的表現。我國於2015年12月18日由立法院三讀通過病人自主權利法，並已於2019年1月6日實施，賦予預立醫療決定正式的法律效力。醫師對預立醫療照護諮商的態度會影響他與病人間開啟相關討論的可能性，本研究欲探討臨床醫師對於參與 ACP 的態度以及相關的影響因素。

**方法：**本研究是質性研究，受訪對象透過效標取樣(criterion sampling)，選取臨床業務與病人自主權利法最相關的專科醫師，如腫瘤科、神經科、精神科、家醫科等來接受訪問。訪談過程採用半結構式(semi-structured)的深度訪談法(in-depth interview)。訪談過程全程錄音，並製作逐字稿，繼而採用編輯式(editing method)來進行分析，形成意義單元、次主題及主題。

**結果：**本研究針對 16 名醫師進行了深度訪談後達到理論飽和。並從中產生五個主題：一)醫師角度對預立醫療決定的正面評價 二) 醫師角度對預立醫療決定的負面評價 三) 醫師若面對符合臨床條件的病人如何照護 四) 醫師未來自己如果符合臨床條件如何照護 五) 醫師個人沒有參與預立醫療照護諮商的原因。

本研究發現，醫師無論是從專業角度出發或是從個人角度出發，當照顧的病人或自己面臨符合病人自主權利法的臨床情境時，除了尊重本人的意願之外，似乎更重視家屬的代理決定。連醫師自己的醫療決定甚至都需要和家人共同決定。害怕因預立醫療決定(AD)而枉死、需要先和家人討論、ACP 程序麻煩、現在不是 ACP 的時機，是影響醫師參與自己的預立醫療照護諮商的常見因素。



**結論：**對部分醫師來說，預立醫療照護諮商除了尊重個人自主之外，家屬也扮演著重要的角色。以家庭為中心的醫療決策模式及關係自主，對於部分受訪醫師在考量自己的 ACP 有一定的解釋力。在構思促進醫師參與自己的 ACP 之策略時，需要納入本研究發現的影響因子。

**關鍵字：**預立醫療照護諮商、預立醫療決定、決策模式、醫師、質性研究

# Abstract



## BACKGROUND

Advance care planning (ACP) enable a competent individual to express his/her treatment preferences. Based on those preferences, one could complete his/her advance directive (AD). If one become incompetent one day, ADs would work as the extension of patient's autonomy in future clinical decision making. Patient Autonomy Act had been legislated on 2016/12/18 and had been enforced on 2019/1/6. Physician's attitude toward ACP was related to the possibility of initiating ACP discussion with patients. This study aimed to investigate physician's attitude toward ACP and potential influencing factors.

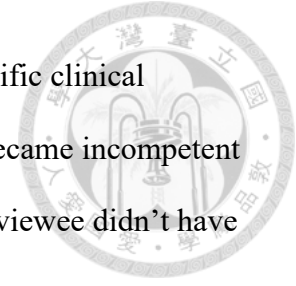
## METHODS

A qualitative design was used. Participants were recruited by criterion sampling strategy. We recruited physicians who were familiar with specific clinical conditions (terminal disease, persistent vegetative status, severe dementia...) which were defined by Patient Autonomy Act. Participants were mainly oncologists, neurologists, and psychiatrists. We conducted semi-structured in-depth face-to-face interviews. All interviews were recorded, transcribed to verbatim, and subjected to editing analysis. Meaning units, subthemes and themes were developed.

## RESULTS

Theoretical saturation was achieved after interviewing 16 physicians (12 male, age 32-62, median age 39.5 ). Five themes were identified: 1) benefits of ADs from the viewpoint of physician, 2) drawbacks of ADs from the viewpoint of physician, 3) how

would physicians make decisions for incompetent patients with specific clinical conditions 4) how would physicians make decisions if themselves became incompetent in the future due to specific clinical conditions, 5) reasons why interviewee didn't have his/her own ACP.



In addition to respect patient's expressed preferences, some doctors think highly of families' surrogate decisions either from the perspectives of physicians or themselves. If they became incompetent, some physicians would prefer letting families make decisions over completing their own ADs. We also found that many physicians expressed that they can't complete ADs without discussion with their families. When asked why not taking their own ACPs, several influencing factors were frequently identified, including afraid of premature death due to ADs, lack discussion with families, complicated process of ACP, not good timing yet to discuss ACP.

## CONCLUSIONS

When it comes to ACP, families' opinions were not less important than personal autonomy for some physicians. Family-based decision making and relational autonomy may play roles in physician's own ACP. Those identified influencing factors need to be addressed in order to elevate physicians' motivation to engage in their own ACP.

**Keywords:** advance care planning, advance directives, decision making, physicians, qualitative study

# 目 錄



口試委員會審定書 .....	1
誌 謝 .....	I
中文摘要 .....	II
ABSTRACT .....	IV
目 錄 .....	1
圖 目 錄 .....	4
表 目 錄 .....	5
<b>第 1 章 緒論 .....</b>	<b>6</b>
1.1 研究背景與重要性 .....	6
1.2 研究動機 .....	8
1.3 研究問題與目的 .....	9
1.4 名詞界定 .....	9
<b>第 2 章 文獻探討 .....</b>	<b>11</b>
2.1 自主權與預立醫療決定於我國法律的演進 .....	11
2.2 預立醫療照護諮商的優點 .....	22
2.3 參與預立醫療照護諮商的意願 .....	24





<b>第 3 章 研究方法</b> .....	<b>31</b>
3.1 研究架構.....	31
3.2 研究流程.....	35
3.3 研究方法.....	38
3.4 研究工具.....	39
3.5 研究參與者(受訪者).....	42
3.6 資料處理與分析.....	43
3.7 研究倫理.....	45
<b>第 4 章 研究結果與分析</b> .....	<b>46</b>
4.1 受訪者基本背景描述.....	46
4.2 研究結果.....	47
4.3 主題一、醫師角度對預立醫療決定的正面評價.....	50
4.4 主題二、醫師角度對預立醫療決定的負面評價.....	58
4.5 主題三、醫師若面對符合臨床條件的病人如何照護.....	75
4.6 主題四、醫師未來自己如果符合臨床條件如何照護.....	81
4.7 主題五、醫師個人沒有參與預立醫療照護諮商的原因.....	86
4.8 反思日誌.....	105
<b>第 5 章 討論</b> .....	<b>107</b>



5.1	受訪者從醫師角度及個人角度的觀點異同 .....	107
5.2	影響醫師參與 ACP 的因素 .....	112
5.3	家庭為單位的預立醫療照護諮商 .....	126
5.4	如何將 ACP 做得更好 .....	134
5.5	研究之重要性與應用價值 .....	137
5.6	研究限制 .....	138
<b>第 6 章</b>	<b>結論與建議 .....</b>	<b>140</b>
6.1	研究結論 .....	140
6.2	後續研究建議 .....	141
<b>第 7 章</b>	<b>參考文獻 .....</b>	<b>143</b>
<b>附 錄</b>	<b>.....</b>	<b>154</b>
附錄一	訪談大綱 .....	154
附錄二	研究受訪者說明書 .....	155
附錄三	受訪者基本資料表 .....	159
附錄四	預立醫療決定書 .....	160
附錄五	台大倫理委員會研究許可書 .....	165

## 圖目錄



圖 2-1 文獻回顧搜尋流程 .....	27
圖 3-1 計畫行為理論架構圖 .....	34
圖 3-2 研究流程圖.....	37
圖 3-3 編輯式分析流程圖 .....	45
圖 4-1 醫師角度對預立醫療決定的評價 .....	75
圖 4-2 臨床醫師在病人或自己符合臨床條件時希望如何照護 .....	85
圖 4-3 臨床醫師沒有參與自己的預立醫療照護諮商之可能原因 .....	105
圖 5-1 關係自主架構圖 .....	133

## 表 目 錄



表 2-1 我國法律對心肺復甦術及維生醫療態度之沿革 .....	17
表 2-2 安寧緩和醫療條例與病人自主權利法之異同整理 .....	21
表 2-3 影響醫護人員參與預立醫療照護諮商的因子之文獻整理 .....	28
表 3-1 行為科學常見理論模型 .....	32
表 4-1 受訪者基本資料表 .....	46
表 4-2 受訪者時間長度一覽表 .....	47
表 4-3 研究結果一覽表 .....	49
表 5-1 受訪者從不同角度來看預立醫療決定之觀點異同 .....	108
表 5-2 影響醫師參與自己預立醫療照護諮商的因子 .....	114

# 第1章 緒論



## 1.1 研究背景與重要性

隨著台灣高齡化進程不斷的進行，在未來的幾年內，老年人口的比例將會越來越高。預先做好預立醫療照護諮商(advance care planning, ACP)的重要性會越來越高。

自 1970 年代起，連續幾宗關於植物人終止維生措施引起的司法爭議，讓包括醫界、法界乃至於民眾重新思考「病人自主」。Luis Kutner，一名美國伊利諾伊州的律師，首次於 1969 年提出生前遺囑(living will)的想法。在他的構想當中，生前遺囑讓人們能夠具體指出，倘若處於人生最後階段，已失去作決定的能力時，希望接受的醫療種類為何。<sup>1</sup> 1976 年，美國加州通過的自然死法案(Natural Death Act)使其成為第一個賦予生前遺囑法律效力的州政府。<sup>2</sup>

而 70 年代至 80 年代的幾個全國矚目的法庭爭議案件，將病人自主權與生命權之間的衝突帶到了眾人面前<sup>3</sup>。首先是 Karen Quinlan 案，歷經幾翻波折，紐澤西州最高法院於 1976 年，准許 Quinlan 的父母可以代替他們的女兒移除呼吸器。接著是發生在 1988 年的 Nancy Cruzan 案。Nancy Cruzan 自從一次 1983 年的交通事故後，便一直處於永久植物人狀態，其父母於 1988 年要求醫院將她的鼻胃管移除。院方以此舉會直接導致病人的死亡為由拒絕，此案件最終移至美國最高法院審理，大法官以 5:4 的票數宣判，州政府有權要求「明確且令人信服的證據」來證明病人曾表示移除維持生命治療的意願。在 Nancy Cruzan 的父母提出相關證據後，她的鼻胃管隨即被移除，病人在 12 天後離世。

Nancy Cruzan 案在預立醫療照護諮商的歷史當中是標誌性事件，美國於 1990 年通過病人自決法(Patient Self-Determination Act)，要求醫療機構要於病人住院時，



提供關於預立醫療決定(advance directives, AD)的相關訊息。隨後在世界範圍內，掀起了一股病人自主的風潮。

為因應民眾對善終的需求及尊重病人自主，台灣於 2015 年 12 月 18 日由立法院三讀通過「病人自主權利法」(以下簡稱「病主法」)，2016 年 1 月 6 日由總統公告，並已於 2019 年 1 月 6 日正式上路。病主法是我國首部保障特定病人得透過拒絕醫療介入而善終的權利。相較安寧緩和醫療條例，病主法的適用對象及範圍都有所擴張(詳見表 2-2,p21):對象由安寧緩和醫療條例所限縮的「末期病人」，擴展為以下五類病人：

- 一、末期病人。
- 二、處於不可逆轉之昏迷狀況。
- 三、永久植物人狀態。
- 四、極重度失智。
- 五、其他經中央主管機關公告之病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形。

病主法允許民眾透過預立醫療照護諮商(ACP)作成正式預立醫療決定(AD)，民眾事先決定若處於該五種特定臨床情境時，希不希望接受維持生命治療或人工營養及流體餵養。一旦簽署民眾(以下稱意願人)不幸成為永久植物人或陷入不可逆轉之昏迷等五種特定情境之一，醫療機構或醫師可依法執行病人先前立下的預立醫療決定，以維護其自主權。(詳見 附錄四、預立醫療決定書)

因為本研究進行時，病人自主權利法甫上路一年，許多民眾仍然不清楚內容，透過醫師進行宣導可能為一有效的作法。然而倘若連醫師本人都不認同 ACP，更遑論去對民眾進行推廣。事實上，「沒有醫師主動談起」是民眾沒有參與 ACP 的重要原因。<sup>4</sup>

因此探討臨床醫師對於 ACP 的態度，瞭解背後的原因，對於這個制度的推行有其臨床上的重要性。



## 1.2 研究動機

研究者目前就職於台大雲林分院家庭醫學部，病人自主權利法於 2019 年 1 月 6 日正式上路後，就負責台大雲林分院 ACP 的業務。然而研究者於執行 ACP 相關業務過程中，發現民眾參與意願不高。本院自 2019 年 3 月份正式成立預立醫療照護諮商專診，截止 2019 年 12 月只協助了 28 位民眾完成預立醫療決定，民眾缺乏相關資訊及認知可能是原因之一。香港於 2017 年以針對家用電話隨機取樣，採訪了 1067 名 30 歲以上的居民，85.7% 表示沒聽過預立醫療決定，但其中 60.9% 經由解釋後，有意願簽署預立醫療決定。大多不願意簽署預立醫療決定的原因是擔心之後可能會改變心意<sup>5</sup>。

相較一般民眾，醫護人員應該對預立醫療決定有更充分的認知，或許會有較高的簽署率。韓國於 2016 年正式通過《延命治療決定法》(又稱《善終法》)，而當年即調查韓國一般民眾、癌症患者、照顧者及醫師團體對預立醫療決定的認知及態度，發現 15% 一般民眾、33% 癌症患者及照顧者、61% 的醫師對預立醫療決定有概念。且相比於一般民眾，醫師普遍更願意參與 ACP 的討論<sup>6</sup>。

台大雲林分院於 2019 年給予院內同仁參加 ACP 免費的優惠，一般民眾參與 ACP 門診則需要自費新台幣 3600 元。自身醫護背景加上免除自費，預期應該能鼓勵更多醫護人員參與自己的 ACP。然而，內部資料統計發現，在所有 128 名 ACP 參與者當中，醫師僅佔 8 名(佔總數 6.3% 其中包括 5 名 ACP 團隊醫師)、護理師僅佔 10 名(佔總數 7.8%)，醫護人員參加自身 ACP 的比例不若想像中踴躍。

實際上，醫護人員的 AD 簽署率對 ACP 的推廣可能有關鍵作用。一份 2015 年針對德國 959 位基層醫師的問卷調查發現，自己有簽署 AD 的醫師，更多和患者討論 ACP(OR 2.01)<sup>7</sup>。



因此，發掘台灣醫護人員本身關於 AD 簽署的障礙因素，並據之提升醫護人員的 AD 簽署率，可能為一可行且有效之 ACP 推廣策略，值得投入更多研究資源來探索。

### 1.3 研究問題與目的

本研究之目的旨在瞭解醫護人員對參與自己預立醫療照護諮商(ACP)之態度，尋找可能影響醫護人員參與自己 ACP 意願的相關因素。希望本研究能對瞭解醫護人員對於參與自己的 ACP 提供更多觀點。

### 1.4 名詞界定

#### 預立醫療決定(advance directive, AD)

預立醫療決定，指事先立下之書面意思表示，指明處於特定臨床條件時，希望接受或拒絕之維持生命治療、人工營養及流體餵養或其他與醫療照護、善終等相關意願之決定。<sup>8</sup>

#### 預立醫療照護諮商(advance care planning, ACP)

預立醫療照護諮商，指病人與醫療服務提供者、親屬或其他相關人士所進行之溝通過程，商討當病人處於特定臨床條件、意識昏迷或無法清楚表達意願時，對病人應提供之適當照護方式以及病人得接受或拒絕之維持生命治療與人工營養及流體餵養。<sup>8</sup>





## 臨床醫師

病人自主權利法規定，五項臨床條件需由二位具相關專科醫師資格之醫師確診，且在病人自主權利法施行細則當中，針對不同臨床條件明文規定專科醫師應符合的資格。比如永久植物人的確診，應由二位神經醫學相關之專科醫師為之。由於病人自主權利法甫於 2019 年 1 月 6 日上路，對民眾及醫療人員來說都是較不熟悉的法律，因此，本研究以臨床業務包含對五種臨床條件的診斷的相關專科，如腫瘤科、神經內科、精神科醫師，以及在預立醫療決定前需照會兩次的緩和醫療團隊的家醫科醫師最直接相關，此外關於末期病人的判斷還有所謂八大非癌的範疇，如心臟科(心臟衰竭)、胸腔科(慢性氣道阻塞疾病)、腸胃科(慢性肝病及肝硬化)、腎臟科醫師(腎衰竭)等。

## 臨床條件

本研究中所指稱之「臨床條件」，如未特殊註明，則指病人自主權利法當中，適用預立醫療決定的五種臨床條件：

- 一、末期病人
- 二、處於不可逆轉之昏迷狀況
- 三、永久植物人狀態
- 四、極重度失智
- 五、其他經中央主管機關公告之病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形

之所以要立預立醫療決定(AD)，就是意願人希望在陷入上述臨床狀況，喪失決定能力時，仍可以藉由 AD 來選擇拒絕特定的醫療介入，以保障善終的權利。

## 第2章 文獻探討

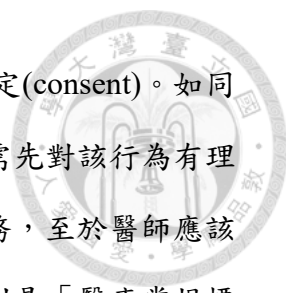


### 2.1 自主權與預立醫療決定於我國法律的演進

#### 倫理中的病人自主

預立醫療決定是病人自主權的一種型式。所謂自主(autonomy)，就是自己作主。要達到有意義的自主，需要兩個前提條件：1、不受外在脅迫 2、沒有會避免病人作出有意義選擇的內在限制。第一點可理解為自由。在 Billchamp 與 Childress 合著之 *Principles of Biomedical Ethics*(7<sup>th</sup> edition)<sup>9</sup> 中的第四章 *Respect for Autonomy*，提出了自主行為應包含三種前提：一、有預期(intentionality) 二、理解(understanding) 三、不受控制(noncontrol)。分別論述如下：

- 一、有預期：自主行為不會是意外發生的，比如走路不小心跌倒不會是自主行為。自主行為應包含對該行為後果的預期，雖然結果未必總能如願。比如因為上班快遲到所以決定闖紅燈，然而卻不幸發生事故，雖然結果並非預期的後果，但這次闖紅燈仍然是符合有預期的前提。
- 二、理解：如果行為者不能適當的理解，則該行為也不能算是自主。諸如生病、失去理智、不成熟、缺乏足夠溝通等，都會損害一個人的理解能力。追求完全的理解又走向另一個極端，且在現實生活中也是不切實際的。
- 三、不受控制：無論由內部施加或是從外在施行的控制，都會損害一個人行動的自主性。但並非施加的影響都會剝奪個人的自主，此處指的是諸如脅迫或操控之類的影響。此外，像心理疾病所造成的內在影響，也是同等重要。



病人自主的展現主要可分為兩個面向：知情(informed)及決定(consent)。如同 Beauchamp 及 Childress 提出的三前提，病人在作出行為之前，需先對該行為有理解，對該行為的後果有預期。為此，醫師對病人負有說明之義務，至於醫師應該說明到何種程度才算完成此說明義務，理論上有兩種作法，分別是「醫療常規標準」及「理性病人標準」。

醫療常規標準指的是該特定專科的執業醫師一般會說明哪些內容，只要和同儕差不多即可。然而，採取此標準的問題在於，不確定現實中是否真的存在這樣的標準？這樣站在專家角度的標準，可能也無益協助病人作出自主的決定。最高法院 94 年台上字第 2676 號型刑事判決<sup>10</sup>當中提到「亦即在一般情形下，如曾說明，病人即有拒絕醫療之可能時，即有說明之義務」。這個便是理性病人標準的解釋，可見我國法院實務上對說明義務的見解較符合理性病人的標準，醫師的解釋如有可能改變病人的預期，則應善盡說明義務。

病人自主權的另一層面是決定(consent)，病人在理解及產生預期後，依其偏好或價值觀選擇自己想要的醫療，但這個選擇的前提是需合法且不傷害醫療專業自主。譬如在我國，安樂死尚未合法化，民眾無權選擇安樂死，也無法要求醫師實行安樂死。決定可分兩種，請求或拒絕。從決定是否涉及生死，如果涉及生死，則會加上「特殊」兩字，不涉及生死就屬「一般」情況。世界醫學會(WMA)的國際醫學倫理守則中提到「醫師應尊重具行為能力的病人接受或拒絕治療的權利」<sup>11</sup>，可見保障病人自主權是受國際社會認可的主流價值。

病人自主權利法及安寧緩和醫療條例當中，都是賦予民眾不施行、終止或撤除某些治療，以保障其善終權益，屬於所謂「特殊拒絕權」。與之相對的「特殊請求權」指的是向醫療尋求協助，以達成死亡的目標。特殊請求權又分為兩種類型：協助自殺(assisted suicide)是指病人自行喝下或注射其他人準備的致死藥劑；



安樂死(euthanasia)是指由醫護人員為病人注射致死藥劑，導致病人死亡。由於特殊請求權在國內尚不合法，且倫理爭議極大，故不在本論文討論的範圍之內。

## 從安寧緩和條例之沿革來看我國病人自主權利之演化

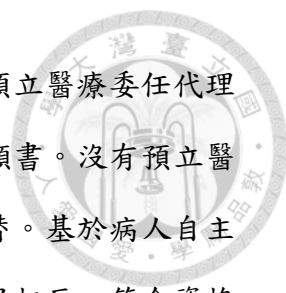
在探討我國關於病人自主權利的演進之前，有需要對安寧緩和醫療條例的演進有一個較為宏觀的瞭解，因為病人自主權利法正是站在安寧緩和醫療條例的基礎上，將病人自主權利逐步擴大。

由於醫師法第 21 條<sup>12</sup>及醫療法第 60 條<sup>13</sup>當中規定，醫療機構或醫師如遇危急病人有急救義務，因此病人在臨終前常常被施予心肺復甦術。如此法令設計固然立意良善，確保國人的生命權益，但卻讓在醫院善終變成不可能的任務。

安寧緩和醫療條例於 2000 年 5 月 23 日於立法院三讀通過，並於 2000 年 6 月 7 日公告，其旨在「尊重不可治癒末期病人之醫療意願及保障其權益」。需要解釋的是，此處安寧緩和醫療的定義是為減輕或免除末期病人之痛苦，施予緩解性、支持性之醫療照護，或不施行心肺復甦術。<sup>14</sup>

簡言之，保障末期病人在臨終或無生命徵象時，可不施行心肺復甦術。原始條文設計<sup>15</sup>當中，不施行心肺復甦術有兩個前提條件：1) 兩名醫師診斷確為末期病人、2) 應有意願人簽署之意願書。診斷病人為末期的兩名醫師當中，其中一位醫師應具相關專科醫師資格。

年滿二十歲以上，而且具有完全行為能力的人，就可以預立意願書，只是簽署過程需有具完全行為能力者二人以上在場見證。為避免爭議，實施安寧緩和醫療之醫療機構所屬人員不得為見證人。



對於沒有預立意願書之末期病人，安寧緩和醫療條例也有預立醫療委任代理人的制度設計，在病人無法表達意願時，由代理人代為簽署意願書。沒有預立醫療委任代理人的末期病人，也可由其最近親屬填寫同意書來代替。基於病人自主的理念，家屬的代理決定不可以與末期病人之前清楚表達的意思相反。符合資格的最近親屬包括：

- 一、配偶。
- 二、成年子女、孫子女。
- 三、父母。
- 四、兄弟姐妹。
- 五、祖父母。
- 六、曾祖父母、曾孫子女或三親等旁系血親。
- 七、一親等直系姻親。

同意書只需一名最近親屬簽署即可。但當最近親屬意見不一致時，依上述順序先後為優先級。在實施安寧緩和醫療前，先順序者有不同意見時，都可以重新簽署同意書，舉例來說，雖然病人兒子已經簽署不急救同意書，但病人太太在尚未實施安寧緩和醫療之前，隨時可以廢止病人兒子先前所作之代理決定。

對於違反前述規定實施緩和醫療的醫師，安寧緩和醫療條例也訂有罰則：處新臺幣六萬元以上三十萬元以下罰鍰，並得處一個月以上一年以下停業處分或廢止其執業執照。<sup>14</sup>

依照原始公布之安寧緩和醫療條例，醫師或醫療機構遇有臨終或無生命徵象的病人，如已有兩位醫師診斷末期，且有意願書或同意書，則可免除醫師法第 21 條<sup>12</sup>及醫療法第 60 條<sup>13</sup>所賦予之急救義務，不施行心肺復甦術。然而，在醫療現場，尤其是在急救現場，病人是否為末期診斷，是否有意願書或同意書，都難

以馬上確認，但急救的施行卻是刻不容緩。因此，常見病人已經接受心肺復甦術後才發現病人符合不施行之要件。然而依 2000 年公布之安寧緩和醫療條例，並無終止或撤除心肺復甦術之相關規定。於是便產生了「一旦急救後，就無法終止或撤除」的臨床困境，末期病人的善終權仍然難以實現。

因此，安寧緩和醫療條例於實行兩年後的 2002 年 12 月 11 日，新增「末期病人符合第一項(末期病人)、第二項(意願書)規定不施行心肺復甦術之情形時，原施予之心肺復甦術，得予終止或撤除。」之規定，以解決上述之困境。但需注意的是，此時，僅限末期病人本人簽署之意願書，可終止或撤除已施予之心肺復甦術。最近親屬簽署的「撤除心肺復甦術」同意書，仍不得撤除或終止其「心肺復甦術」。這點於此次修法的立法理由當中有清楚的說明<sup>15</sup>。

關於最近親屬能否終止已施行心肺復甦術此一臨床難題，安寧緩和醫療條例在 2011 年 1 月 26 日公布之第二次修正<sup>15</sup>中，明確賦予最近親屬在病人已實施心肺復甦術後，可以透過出具同意書來終止或撤除心肺復甦術。只是過程需要達成兩項要件：1) 醫療委任代理人或最近親屬(配偶、成人子女、孫子女、父母)一致共同簽署終止或撤除心肺復甦術同意書 2) 經該醫療機構之醫學倫理委員會審查通過。雖然代理人或最近親屬看似擁有終止或撤除的權力，然而無論是要從父母到孫子女等全部最近親屬達成一致意見，且經醫學倫理委員會審查通過，這些達成要件往往曠日費時。此外，心肺復甦術原則上很少超過 30 分鐘，病人或許重新建立自發性循環(return of spontaneous circulation, ROSC)，或許依靠維持生命治療(如 ECMO、呼吸器)維持生命徵象，又或者經急救後醫師宣布死亡。總之，要在 30 分鐘內達成這兩項要件無異於緣木求魚。

安寧緩和醫療條例在 2013 年 1 月 9 日的修法後，也是台灣目前使用最新版本，針對上述問題作出回應。除了心肺復甦術之外，在條文中又新增維生醫療的



定義：指用以維持末期病人生命徵象，但無治癒效果，而只能延長其瀕死過程的醫療措施。

末期病人符合以下四個條件時，原施予之心肺復甦術或維生醫療，得予終止或撤除。

一、病人經兩名醫師診斷末期且有意願書

二、符合專科醫師資格

三、無意願書且無法清楚表達時

1) 由其最近親屬出具同意書代替之

2) 無最近親屬者，應經安寧緩和醫療照會後，依末期病人最大利益出具醫囑代替之。

四、定義前項最近親屬之範圍

關於第三點最近親屬出具同意書的部分，上一版本需上下共四代人一致共同簽署，而現行版本，一名最近親屬簽署即可。如果遇到最近親屬彼此間有不同意見時，依配偶、子女…(如前述)的優先順序決定。

由此可見，現行的安寧緩和醫療條例當中，可以不施行、終止與撤除的內容除了心肺復甦術之外，還新增了維生醫療的部分。針對無意願書的末期病人，可由家屬一人出具同意書。倘若真的找不到家屬，經安寧緩和醫療照會後，依末期病人最大利益醫囑，也可協助末期病人終止或撤除。以下將安寧緩和醫療條例四個階段的沿革整理成表 2-1。

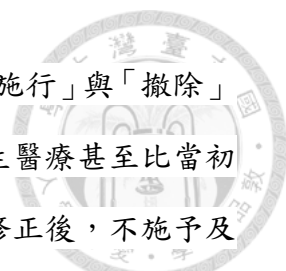


表 2-1 安寧緩和醫療條例對心肺復甦術及維生醫療態度之沿革

	心肺復甦術				維生醫療
	不施行		撤除		不施行/撤除
決定者	末期病人 本人	家屬	末期病人 本人	家屬	安寧緩和條例 沒有規範
初版 2000/6/7	意願書	同意書	無法撤除	無法撤除	
第二版 2002/12/11			意願書	無法撤除	
第三版 2011/1/26				同意書 1. 最近親屬一 致同意 2. IRB 通過	
第四版 2013/1/9				同意書 一名最近親屬 簽署	可抉擇 同心肺復甦術

從表 2-1 可以清楚的發現，從我國安寧緩和醫療條例修法沿革來看，關於末期病人的特殊醫療拒絕權其實是逐步開放的。原始版本只開放末期病人可以不施予心肺復甦術，對於撤除支字未提。第二版開放病人如有意願書的情況下，可予以撤除心肺復甦術。第三版時，才修正為家屬出具同意書也可以撤除心肺復甦術，但需滿足嚴苛的條件(最近親屬一致同意、倫委會通過)。之所以有如此的制度設計，立法院法律系統<sup>15</sup>給出的解釋是原先擔心如果開放家屬可以撤除病人心肺復甦術，可能會有謀財(遺產)害命的可能。但這樣的擔心實屬多餘，因為如果有心想要謀財害命的话，在還沒施行心肺復甦術前就可以先出具同意書拒絕了，不必等到這種時候。再加上，包括美國醫學會<sup>16</sup>、美國胸腔學會<sup>17</sup>、英國醫學會<sup>18</sup>





皆明確表示，在末期病人是否使用維持生命治療的情境中，「不施行」與「撤除」並沒有倫理上的不同，在限時醫療的概念之下，終止或撤除維生醫療甚至比當初決定不為病人施行心肺復甦術要更具正當性。因此在第四版的修正後，不施予及撤除在臨床上所需要的條件並無不同，甚至在第四版中除了心肺復甦術還加入了維生醫療的概念。而這也是安寧緩和醫療條例目前的施行現況。

### 病人自主權利法補充安寧緩和醫療條例之不足

雖然安寧緩和醫療條例有效的保障了末期病人的善終權，但仍然有許多情境是難以藉由安寧緩和醫療條例來實現病人之善終權益，比如說植物人狀態就是難題之一。患者的大腦皮層功能喪失，無法感覺、運動、思考，但負責維持生命的腦幹功能還在，因此陷入植物人狀態的患者能維持基本的呼吸心跳。雖然已經完全沒有意識，但若依靠鼻胃管提供營養，加上細心的長期照護品質，植物人病人可能可以存活數十年之久，但這樣子存活的狀態不見得是病人所希望的。

前述的 Nancy Cruzan 一案，家屬代表病人向法院申請移除鼻胃管，此案由一審法院一路上訴至美國聯邦最高法院，最終同樣支持密蘇里州最高法院之主張「拔除胃管雖會致死，病人仍有憲法之權利拒絕不想要之治療，但本案未有明顯與確信之證據，證明 Nancy Cruzan 昏迷前，確曾表示不願以人工呼吸器延續生命前，不應准許。」後來有多名 Nancy Cruzan 的朋友作證表示，病人確實曾經表示不願以人工呼吸器延續生命，因此判決同意拔除所有維生系統，包括鼻胃管。<sup>19</sup>可見，在美國，如果有明確的證據，病人有權可以拒絕任何不想要的治療。

而在台灣，談到植物人便不能不提到王曉民女士，因為一場嚴重車禍，她從十七歲起便成為植物人。其母在無微不至照顧 20 年後，因為不忍其受苦，也提出

希望政府幫女兒安樂死之請求。這件事在立法院引發廣泛討論，最終仍然無法完成王媽媽的心願。<sup>20</sup>



面對類似這樣疾病無法治癒，病人疾病狀況或痛苦難以忍受，且依當時醫療水準無其他合適的解決方法之情形時，終止生命似乎就成了唯一剩下的選項了。經楊玉欣立委提案，亞洲第一部保障病人自主權利的「病人自主權利法」在2015年12月18日完成立法院三讀表決程序，2016年1月6日經總統公告，於2019年1月6日實施。病主法的立法目的有三：尊重病人醫療自主、保障其善終權益，促進醫病關係和諧。<sup>8</sup>

一般民眾常常困惑於病人自主權利法及安寧緩和醫療條例之異同，在此簡單闡述一下。安寧緩和醫療條例適用的對象是「末期病人」，而保障的權利是在其「臨終、瀕死或無生命徵象」時，得透過本人預先簽署之不施行心肺復甦術或維生醫療「意願書」，不施行「心肺復甦術或維生醫療」。如果病人本人無簽署意願書，且已意識昏迷或無法清楚表達意願時，可以由其最近親屬出具「同意書」代替之。由此可見，安寧緩和醫療條例所保障的只是「瀕死或無生命徵象」這個場景下的「特殊拒絕權」，即末期病人在臨終時，得拒絕「心肺復甦術或維生醫療」。

而病主法又將此特殊拒絕權的適用對象及範圍進行了擴張：對象由安寧緩和醫療條例所限縮的「末期病人」，擴展為五類病人：

- 一、末期病人。
- 二、處於不可逆轉之昏迷狀況。
- 三、永久植物人狀態。
- 四、極重度失智。
- 五、其他經中央主管機關公告之病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病



無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形。

而拒絕的醫療介入，從安寧緩和醫療條例所限縮之「心肺復甦術」或「維生醫療」(只能延長其瀕死過程的醫療措施)，擴展至「維持生命治療」或「人工營養及流體餵養」。病主法的「維持生命治療」除了心肺復甦術以外，包括機械式維生系統(如葉克膜、呼吸器、洗腎)、血液製品、為特定疾病而設之專門治療、重度感染時所給予之抗生素等，任何有可能延長病人生命之必要醫療措施都成為可拒絕之選項。而「人工營養及流體餵養」更是先前的安寧緩和醫療條例當中完全沒提及的議題。

而在病人自主權利法的制度設計當中，如果意願人要簽署預立醫療決定(AD)，應符合下列規定：

- 一、經醫療機構提供預立醫療照護諮商(ACP)，並經其於 AD 上核章證明。
- 二、經公證人公證或有具完全行為能力者二人以上在場見證。
- 三、經註記於全民健康保險憑證。

預立醫療照護諮商指的是病人與醫療服務提供者、親屬或其他相關人士所進行之溝通過程。對於意願人來說，除了本人之外，還需要有二親等內之親屬至少一人共同參與預立醫療照護諮商。如有指定醫療委任代理人時，也應一同參與。本文將安寧緩和醫療條例與病人自主權利法的之異同整理成表 2-2。

表 2-2 安寧緩和醫療條例與病人自主權利法之異同整理

		安寧緩和醫療條例	病人自主權利法
適用對象		末期病人	末期病人
			永久植物人 不可逆轉之昏迷 極重度失智 其他公告疾病
可拒絕之醫療範圍		心肺復甦術	心肺復甦術
		維生醫療	維持生命治療
		無治癒效果，而只能延長其瀕死過程	任何有可能延長病人生命之必要醫療措施
			人工營養及流體餵養
必備文件			
	本人簽署	預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書	預立醫療決定
	家屬簽署	不施行心肺復甦術同意書	
		不施行維生醫療同意書	
生效要件	意願書由本人簽署，需完全行為能力者二人在場見證 同意書得以最近親屬一人行之	經醫療機構提供預立醫療照護諮商 具完全行為能力者二人在場見證。 經註記於全民健康保險憑證	

從表 2-2 可以清楚的發現，病人自主權利法的適用對象從末期病人擴展至其他無法治癒之疾病，而且賦予民眾拒絕人工營養及流體餵養的權利，這個部分是安寧緩和醫療條例沒有去碰觸的。此外，在現行的病人自主權利法中，家屬完全不具代為決定的能力。病主法對簽署預立醫療決定也有著比安寧和條例更為嚴格的條件。

預立醫療照護諮商除了是完成預立醫療決定的法定要件之外，也是一個讓意願人和醫療團隊、家人、醫療委任代理人等共同討論意願人面對特定臨床條件時的醫療偏好。以下從文獻的角度來探討預立醫療照護諮商對病人有哪些優點。



## 2.2 預立醫療照護諮商的優點

### 減輕家人代為決定負擔

Singer et al. (1998) 對 48 名拿到預立醫療決定書六個月後的洗腎病人進行訪談<sup>21</sup>，詢問病人是否完成預立醫療決定 (AD)及其背後的原因。研究者發現對病人來說，進行 ACP 對病人來說，除了行使自主權之外，更意味他們是基於個人關係，減輕所愛之人的代為決定負擔。

Ko E 及 Berkman CS (2012) 對 23 名韓裔美國老人進行的焦點團體訪談研究發現，對這群韓裔美國老人來說，除了確保不會在生命末期接受不想要的醫療之外，AD 的好處還包括能減輕家人代為決定的負擔<sup>22</sup>。

### 醫療偏好為人所知

Detering et al. (2010) 於澳洲墨爾本的大學醫院進行的隨機分組實驗，將 309 名年齡在 80 歲以上，仍有行為能力的內科住院病人隨機分配兩組，控制組接受常規治療，實驗組除常規治療外，還加上 ACP，協助病人去反思自己的目標、價值觀及信念；對未來治療計畫的偏好；指定醫療代理人；記錄自己的心願。兩組受試者皆追蹤六個月，其間共有 56 名患者死亡，比起控制組，實驗組的死亡病人的臨終心願較有可能為人所知 (86% vs 30%)。實驗組中死亡病人的家屬的壓力程度、焦慮程度及憂鬱程度都低於控制組。實驗組的病人及家屬對住院過程的滿意度也較控制組高。<sup>23</sup>



## 死亡前接受更多安寧緩和的照顧

Levy et al.(2008)，於美國的一所護理之家執行一項計畫(Making Advance Planning a Priority)，辨認出護理之家中預期有較高死亡風險之住民後，通知護理之家的醫師，尋求安寧緩和照顧或照會，鼓勵住民進行 ACP。比較計畫執行前後一年間死亡的住民的指標，發現計畫執行後，每位死亡的住民都有簽署預立醫療決定(88% vs 100%)，在醫院死亡的比例較低(48.2% vs 8.9%)，接受緩和醫療轉介的比例也較高(7.4% vs 31.1%)<sup>24</sup>

Silveira et al.(2010) 發表的一篇觀察性研究<sup>25</sup>，利用資料庫去比對於 2000-2006 年間死亡的 3746 人當中，預立醫療決定上的偏好與最終代理決定的結果的關係。這篇研究發現在死亡前需要做醫療決定的人當中，70.3%已經失去決定能力，其中 67.6%已有預立醫療決定，在這些醫療決定當中，絕大多數都希望只接受有限的治療(92.7%)或緩解症狀為主的治療(96.2%)，只有極少數的人(1.9%)希望盡量救到底。大多數要求有限治療(83.2%)或緩和治療(97.1%)的病人，都能得到他們想要的治療；然而，要求救到底的 10 個人當中，只有 5 個人如償所願。有預立醫療決定的病人較不會在死前接受較侵入性的治療(AOR= 0.33)。此外，立有醫療委任代理人的病人，較不會在醫院過世(AOR= 0.72)，較不會接受侵入性的治療(AOR=0.54)。由此可見，簽有預立醫療決定的病人，有較高的機會得到他們所希望的照顧。

Brinkman-Stoppelenburg et al. (2014) 發表一篇探討 ACP 在生命末期照顧效果的系統性回顧文章<sup>27</sup>，共審視了 113 篇相關文獻，其中絕大多數都是觀察性研究。發現參加 ACP 有助病人對生命末期願望的達成(3/4)；ACP 增加病人及家屬的生活品質(4/4)；DNR 醫囑降低接受心肺復甦術的比例(4/5)、增加安寧緩和醫療服務

(6/6)；DNH(Do-Not-Hospitalize)醫囑，減少後續住院(8/9)、減少維持生命治療使用(3/3)、增加安寧緩和醫療服務(5/5)。



## 有助節省醫療資源


Dixon et al.(2015) 進行的系統性回顧研究，嘗試回答 ACP 是否能達到節省醫療資源的效果，但因受限於研究間的異質性太高以及少有成本效益分析(cost benefit analysis)的研究，無法得出肯定的回答。然而，在一些研究中發現，ACP 與節省醫療照顧花費之間存在明顯相關性。這樣的相關性尤其體現在一些特殊的族群上，包括護理之家的居民、低收入但高照顧需求者、住在家中的失智患者、生活在高醫療費用地區的民眾。<sup>27</sup>

Fried et al. (2009)的質性研究顯示，65 歲以上的老人認為 ACP 的好處有：1) 在還有能力時先將事情處理好、2)確保心願能達成 3)心靈平靜 4)減輕所愛之人的負擔 5)保持家人間的和諧。<sup>28</sup>

## 2.3 參與預立醫療照護諮商的意願

### 一般民眾

Fried et al.(2009) 進行的質性研究顯示，65 歲以上的老人認為進行 ACP 的障礙有以上幾點：1)不願去想像死亡、2)缺乏足夠知識、3)無法計畫未來、4)因為家人知道該怎麼做，所以不需要 ACP、5)未來是在神的手中/受苦是必需的、6)醫師會做決定、7)沒有需要做的醫療決策、8)沒有人能當醫療委任代理人、9)寫下 AD 可能會導致過早被放棄、10)所愛之人無法或不願意討論 ACP。<sup>28</sup>



Scholten G et al.(2018) 針對 64 歲以上民眾的研究發現，沒有簽署 AD 的可能原因如下：要考量不同的選項太過困難(18.53%)、現在談這個太早(17.43%)、就是從沒想過預立醫療決定 (16.33%)、不曉得簽立預立醫療決定代表什麼意思(14.31%)。不清楚自己的家庭醫師會怎麼想(10.09%)、不覺得有必要(6.05%)、違背個人的信仰/世界觀(2.56%)、不敢談論這個(2.01%)、家人不同意(0.91%)。<sup>2</sup> 特別的是，在 65-74 這個年齡層間，有 23%的民眾認為這個年齡簽署預立醫療決定還太早。<sup>29</sup>

對於一般民眾來說，沒有參與 ACP 的原因大致可以分成以下幾類

- 1) 對預立醫療決定的相關知識不足：缺乏知識、考量選項太過困難、不曉得預立決定什麼意思
- 2) 不認為有需要：交給他人、交給神、交給醫師、不需要決策、太早、沒想過、沒必要
- 3) 不認為是好事：過早被放棄、個人價值觀
- 4) 難以計畫未來：不願想像死亡、無法計畫未來、不敢談
- 5) 重要他人不同意見：找不到人來當代理人、家人不願討論、不曉得自己家庭醫師的想法、家人不同意

林慧美等人(2011)的研究發現，約 52%的住院病人表示有意願簽署預立醫療指示(包含 DNR)，其他 15.5%表示不會簽署，剩下 32.5%則難以抉擇。分析不會簽署預立醫療指示的住院病人給出的理由，前三項依次為 1)對醫療狀況不是很瞭解(43.8%)、2)覺得忌諱，不想去考慮此事情(34.4%)、3)仍不是很瞭解預立醫療指示的內容(34.4%)。雖然只有一半的住院病人有意願簽署預立醫療指示，但其實 71.9%都認為應該在台灣推廣此觀念。高達 75%希望有人可以與之討論預立醫療指示議



題，其中希望討論的對象包括醫師(76.3%)、護理人員(51.9%)、家人(51.9%)及醫療決策代理人(16.7%)。<sup>30</sup>



## 醫護人員

在台灣某醫學中心醫院，針對護理師所作的一項問卷調查<sup>31</sup>顯示，77.7%的護理人員認為病人自主權利法有助於尊重病人並保障其善終權益，89.1%的護理師表示會鼓勵病人在意識清楚時考慮接受 ACP 門診。然而當問到是否會考慮幫自己預約 ACP 門診時，沒意願者佔 26.1%，想要觀望一陣子再考慮佔 40.6%。只有 33.3%的護理人員表示願意參加 ACP 門診。雖然此研究當中的護理人員認同病人自主權利法，但卻只有三分之一的人自己願意參與，這也呼應本研究的初心，為什麼醫護人員不願意參與自己的 ACP？

本研究針對「醫護人員參與 ACP 的影響因子」做系統性文獻回顧，找出影響醫護人員參與自己的 ACP 的潛在原因，作為本研究問題與訪談大綱設計的背景知識。

搜尋策略方面，本文預計搜尋的納入條件為利用關鍵字「Advance Care Planning」、「Health Personnel」、「perception OR views OR barrier OR facilitate」的 Mesh 同義詞作為作為搜尋主軸，並限制於原著論文(original articles)、英文文獻與含全文可供閱讀作為主要條件，於 PubMed、Embase、CINAHL、PsycINFO 四個資料庫做文章搜索，不對發表日期作限制。

搜尋出來的文章透過閱讀標題及摘要，只有當主題是在探討「醫護人員參與 ACP 的影響因子」，並且是原著文章時，才會納入。排除條件如下所述：1) 只關注在 CPR 相關議題者、2)探討小兒科或精神科病人、3)個案報告、會議紀錄、致主編信、評論、回顧文章、4)非以英文發表。

本系統性文獻搜尋日期為 2019 年 10 月 05 日，結果方面，於 PubMed 資料庫共搜尋到 62 篇文章、於 EMBase 資料庫排除與 PubMed 資料庫重複之文獻後共搜尋到 53 篇文章、在 CINAHL 找到 54 篇、於 PsycINFO 資料庫共搜尋到 85 篇。經過詳讀文章之標題與摘要內容，初步認為可能相關的有 50 篇，經詳讀後確認相關的只有 8 篇，搜尋流程如 圖 2-1 。

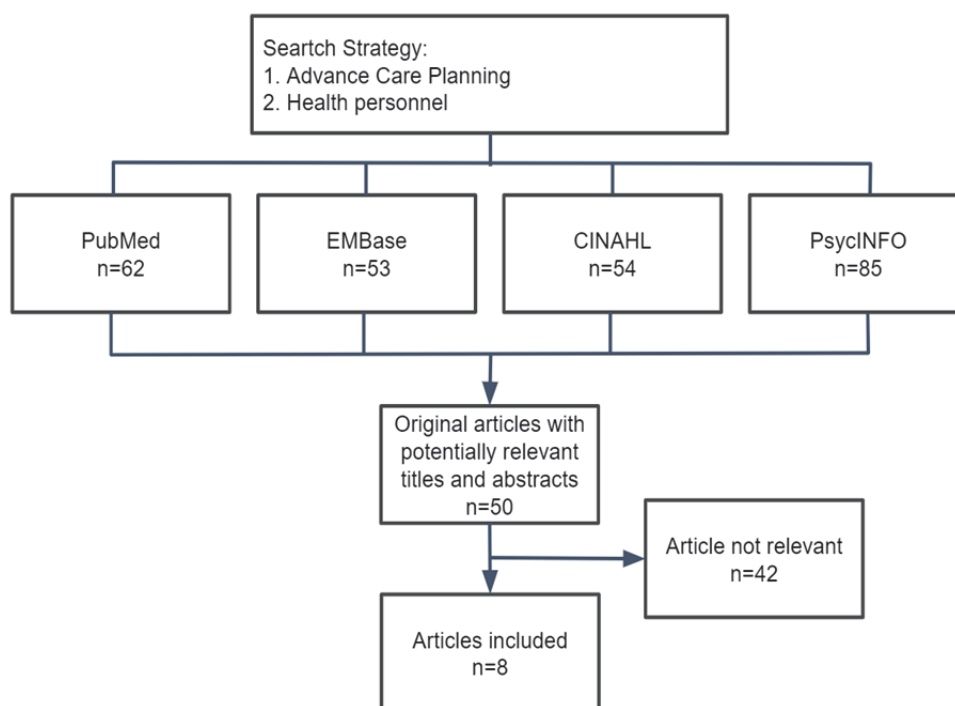


圖 2-1 文獻回顧搜尋流程

詳細閱讀這 8 篇探討醫護人員參與自己的預立醫療照護諮商的文獻後，將研究對象、研究設計、重要結論整理成表 2-3。

表 2-3 影響醫護人員參與預立醫療照護諮商的因子之文獻整理

第一作者 (發表年份)	國家/研究對象	研究設計	重要結果
Shepherd J (2018) <sup>30</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●澳洲 急重症病房 護理師(n=181)</li> </ul>	問卷 (郵件)	<ul style="list-style-type: none"> <li>●護理師自己有預立醫療決定的比例不多</li> <li>-簽有 AD (10%)</li> <li>-有醫療委任代理人 (23%)</li> <li>-有財務委任代理 (27%)</li> <li>●與參與 ACP 有正相關</li> <li>-年紀</li> <li>-工作年資</li> </ul>
Go RS (2007) <sup>31</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●美國 某癌症醫院 醫護人員(n=134)</li> <li>-醫師 (10%)</li> <li>-專科護師 (4%)</li> <li>-其他職類 (86%)</li> </ul>	網路問卷 (e-mail)	<ul style="list-style-type: none"> <li>●簽有預立醫療決定(35%)</li> <li>●正相關因子</li> <li>-年齡大於 40 歲 (49% vs 22%)</li> <li>-醫師職業</li> <li>-照顧癌症病人經驗(&gt;2yr) (43% vs 19%)</li> <li>●阻礙因子：</li> <li>-自認沒時間(45%)</li> </ul>
Bowman M (2018) <sup>32</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●美國(俄亥俄州) 醫護人員(n=704)</li> <li>-護理師 66.3%</li> <li>-醫師 19.3%</li> </ul>	網路問卷 (e-mail)	<ul style="list-style-type: none"> <li>●有宗教信仰者</li> <li>-更多簽署預立醫囑 (50.2% vs 31.6%)</li> <li>-更多指定醫療委任代理人 (46% vs 25.5%)</li> </ul>

(續下頁)

表 2-3 影響醫護人員參與預立醫療照護諮商的因子之文獻整理(續)

第一作者 (發表年份)	國家/研究對象	研究設計	重要結果
Kang JH (2019) <sup>32</sup>	●美國 護理人員研究 (NHS) (n= 60,917)	問卷 (郵件)	●簽有預立醫療決定(84%) ●正相關因子 -功能受限 (PR=1.15) -近期住院 (PR=1.10) -最近有看就診 (PR=1.40) -喪偶/獨居 (PR=1.21) -住在老年社區 (PR=1.13) ●負相關因子 -缺少情感支持 (PR=0.84)
Schnakenberg R (2018) <sup>33</sup>	●德國 全科醫師 (n=482)	問卷 (郵件)	●有簽 AD(44.8%) ●正相關的因子 -年紀>54 歲 (AOR=1.78) -接受過緩和醫療訓練 (AOR=1.67)
Hildén HM (2004) <sup>34</sup>	●芬蘭 醫師(n=800) -全科醫師 50% -內科醫師 25.9% -神經內科 12.5% -腫瘤醫師 11.6%	問卷 (郵件)	●簽有預立醫療決定(13%) ●正相關因子 -常照顧嚴重/瀕死病人

(續下頁)

表 2-3 影響醫護人員參與預立醫療照護諮商的因子之文獻整理(續)

第一作者 (發表年份)	國家/研究對象	研究設計	重要結果
Wallace CL (2018) <sup>35</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●美國</li> <li>某大學系統</li> <li>醫療工作者</li> <li>(n=189)</li> <li>-醫師 30.5%</li> <li>-專科護師 10.2%</li> <li>-社工 39.6%</li> </ul>	網路問卷 (e-mail)	<ul style="list-style-type: none"> <li>●較會將病人轉介至安寧緩和醫療</li> <li>-照顧過瀕死病人的經驗</li> <li>-醫師有參與自己的 ACP</li> </ul>
Gallo JJ (2003) <sup>37</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●美國</li> <li>Johns Hopkins</li> <li>醫師校友(n=765)</li> <li>(1946- 1964 畢業)</li> <li>(平均年齡 68 歲)</li> </ul>	問卷 (郵件)	<ul style="list-style-type: none"> <li>●有簽 AD (64%)</li> <li>●醫師不知道自己的偏好 (46%)</li> <li>●一年內不打算和醫師討論 (59%)</li> <li>●家人知道他們的偏好 (89%)</li> </ul>

經過系統性文獻搜尋並閱讀後可以發現，與醫護人員參與自身預立醫療照護諮商有正相關的因子有：年紀較長<sup>36 37 33</sup>、健康議題<sup>32</sup>(功能受限、近期住院、看醫師)、獨居<sup>32</sup>、宗教信仰<sup>38</sup>、更多年工作經驗<sup>36 37</sup>、照顧嚴重/瀕死病人<sup>39 40</sup>、接受過安寧訓練<sup>33</sup>、近期親友死亡<sup>29</sup>、住在老年社區<sup>29</sup>；相對來說如果醫護人員有以下因子的話，較少參與自己的預立醫療照護諮商：太年輕<sup>33</sup>、自認沒時間<sup>37 33</sup>、認為不重要<sup>33</sup>、較少情感支持<sup>32</sup>

## 第3章 研究方法



本研究想瞭解臨床醫師，特別是可能會負責診斷病人自主權利法當中規定之五種臨床情況之醫師，對於預立醫療照護諮商的態度及看法，以及瞭解他們自己為何沒有參與自己的 ACP 的原因。由於病人自主權利法甫於 2019 年 1 月 6 日正式上路，國內探討醫師對其看法、態度之文獻付之闕如。本研究採用質性研究的半結構式深度訪談法，邀請病主法相關之臨床醫師接受訪談，希望能夠全面瞭解臨床醫師對於 ACP 可能有的疑慮或負面看法，探討臨床醫師自己沒有參與 ACP 背後的原因。


詳細研究方法依研究架構、研究流程、研究方法、研究工具、研究參與者、資料處理與分析、研究倫理等說明，依次分述如下：

### 3.1 研究架構

本研究旨在探討醫護人員對 ACP 之看法。研究者在思考訪談大綱應該立基於哪種理論模型來設計時，曾經一度難以決定。在行為科學領域，時常被使用的模型包括健康信念模型(health belief model)、階段改變模型(stages of change model)、計畫行為理論(theory of palnned behavior)、預防採用歷程(precaution adoption process model)、社會認知理論(social cognitive theory)，將各模型強調的焦點及關鍵概念整理成表 3-1<sup>41</sup>。

表 3-1 行為科學常見理論模型

理論	焦點	關鍵概念
健康信念模型 Health belief model	個人對某健康問題帶來威脅的感受、避免該威脅的好處、影響決定的因素	主觀易感性 主觀嚴重度 主觀好處 主觀障礙 行動線索 自我效能
階段改變模型 Stages of change model	個人對改變特定行為的動機及準備程度	認知前期 認知期 準備期 行動期 維持期
計畫行為理論 Theory of planned behavior	個人對行為的態度，對常規的認知，對改變難易度的信念	行為意圖 態度 主觀規範 自覺障礙
預防採用歷程 Precaution adoption process model	個人從缺乏瞭解，到行動，再到維持的旅程	對該議題無瞭解 對該議題無參與 對是否行動尚未決定 決定不行動 決定行動 行動 維持
社會認知理論 Social cognitive theory	個人因素 環境因素 個人行為對他人施加的影響	互惠決定論 (Reciprocal determinism) 行為能力(Behavioral capability) 期望(Expectations) 自我效能 觀察學習 (Observational learning) 強化(Reinforcements)



健康信念模型主要是從認知層面來看該行為帶來的好處、疾病所帶來的威脅、從事該行為的困難、行動線索、自我效能等構面，來分析個人是否從事某特定健康促進行為。然而，參與 ACP 是一次性的活動，和其他諸如運動、戒菸等健康促進行為相比，沒有維持行動的困難。從目的上來說，參與者並非是期待參與 ACP 會帶來正面的健康效益。因此，本研究沒有採用健康信念模型作為主要的理論依據。

階段改變模型也是強調改變特定行為的過程，不同程度的動機及準備程度的變化。參與 ACP 不涉及持續性的行為改變，因此，較不適用此模型。

預防採用歷程是解釋個人從渾然不知到產生決定再到行動的整個心路歷程，一共分為 7 個階段。但是這個模型沒有辦法來分析，個人是如何進入下一個階段，其中又是哪些因素在起作用。預防採用歷程通常需要搭配其他理論模型來使用。本研究採用效標取樣(criterion sampling)，受訪醫師都是沒有參與 ACP 的相關科別臨床醫師，因此可以肯定這群受訪醫師都落在 stage 3(尚未決定是否要 ACP) 或 stage 4(決定不做 ACP)。預防採用歷程對本研究的理論支持度較不足。

社會認知理論脫胎於社會學習理論(social learning theory, SLT)，強調個人知識的獲得可以透過觀察其他人的社會互動、經驗而來。看到其他人因從事某行為而獲得獎勵或懲罰會影響觀者是否複製該行為。這個理論強調的面向是人會受社會壓力的影響。但由於病主法於本研究進行時，剛正式實施滿一年，社會普遍仍病主法、ACP、AD 這些觀念感到陌生。臨床上也罕有已成功執行 AD 的個案，因此，本研究並無採用社會認知理論。



依計畫行為理論(theory of planned behavior, TPB)看來，行動之前必先產生意圖，而意圖又受到三種構面影響：對該行為的態度、感受到的社會壓力、預期從事該行為可能遭遇到的困難(如圖 3-1)<sup>41</sup>。本研究旨在探討「臨床醫師為何沒有參與自己的 ACP」，計畫行為理論看似較能解釋個人不參與 ACP 背後的原因。因此，本研究決定使用計畫行為理論作為設計訪談大綱的理論依據。

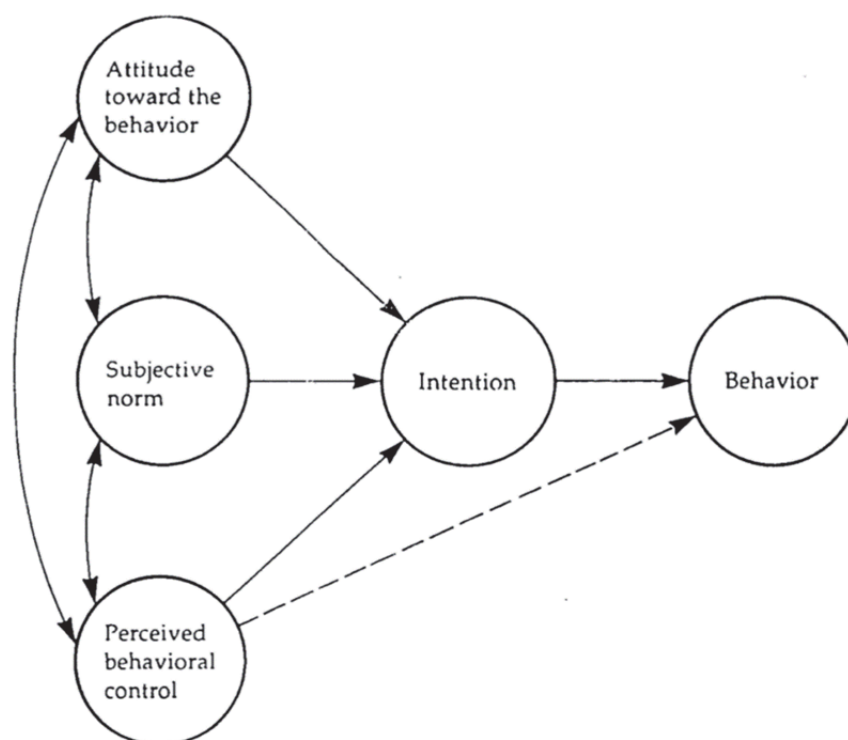


圖 3-1 計畫行為理論架構圖<sup>41</sup>

參與預立醫療照護諮商是一種計畫性行為，根據計畫行為理論，人在進行某特定「行為」之前，會先產生「意圖」，而有三個面向都可能會影響到這個意圖，分別是態度(attitude)、主觀規範(subjective norm)、自覺障礙(perceived behavior control)。

態度是指個人對於行為的主觀認知以及評價。換言之，就是對於行為或結果進行預判，如果認為這個行為能夠帶來想要的結果，個人就會更加強其行動的意圖。舉例來說，如果意願人不希望未來如果成為永久植物人後，依靠維持生命治



療而持續存活一段時間，如果他認為簽署 AD 可以避免這種可能性，那他就更有可能去行動。相反的，如果意願人不認為 AD 可以達到這個效果，那就會缺乏行動的動機。

主觀規範是指個人在採取某行動時感受到的社會壓力。人生活在社交網絡之中，身邊重要他人的意見，可能都會影響我們是否進行某特定行為。舉例來說，在「公共場合大聲說話」這件事情，不同的國家人可能會有不同的評價。即使個人不認為這件事情有任何不妥之處，但如果身邊的人及社會多數人的認為這是不合禮的行為，個人就很有可能會避免這件事情。

自覺障礙的意思是，個人依其過去的經驗或想像，預期會遭遇到的阻礙。假如在行動之前，就預期這件事情可能很困難，即使自己及其他重要他人認為這件事情很好，個人也可能知難而退。

本研究參考計畫行為理論及綜合之前系統性回顧得到的影響因子之後，設計初版訪談大綱(詳見 3.4 研究工具)。

## 3.2 研究流程

由於研究者本身工作包含推廣病人自主權利法，在臨床業務中發現醫療人員本身有參與自己的 ACP 的比例不多，因此有了想探究此一行為背後原因的研究動機。考量到多數臨床醫師業務繁忙，對病人自主權利法的瞭解有限，更別提參與自己的 ACP，因此本研究的受訪者侷限在如家庭醫學科、腫瘤科、神經科、精神科等與病人自主權利法直接相關科別之醫師。

確認研究問題與目的及訪談對象後，接著依據文獻搜尋結果草擬訪談大綱。本研究進行訪談邀請前，除申請台大雲林分院研究計畫以獲得經費補助外，也順利通過台大醫院研究倫理委員會審查(IRB/REC 案號 201912013RINA)

由於研究者於所任職醫院負責病人自主權利法推廣相關事宜，如由研究者本身去對院內醫師同仁進行訪談工作，受訪者有可能礙於同事情面或其他壓力，不敢吐露出內心真實的想法，研究者自己可能也會有利益衝突的可能性。因此研究者利用研究計畫的經費預算招募研究助理協助訪談(研究助理 B)及逐字稿整理(研究助理 A、C)。

在正式採訪之前，研究者進行了前導研究(pilot study)，透過採訪熟識的研究所同學(代碼 A)來確認訪談大綱的可行性及檢驗錄音設備的可靠性。透過立意取樣法(purposive sampling)中的效標取樣(criterion sampling)，將符合資格的相關醫師名單列出，再搭配最大變異取樣(maximal variation sampling)的原則，希望收集不同年齡層、不同性別、不同宗教信仰的醫師內心的想法，但原則上都是台大雲林分院的醫師為主(homogeneous)。發出採訪邀請前，與指導教授討論名單的可行性。

確定訪談名單之後，研究者透過電話聯絡的方式，向潛在受訪者說明研究計畫，並徵詢受訪同意。(詳見 附錄二、研究受訪者說明書) 徵得受訪對象同意後，再由研究助理 B 直接與受訪對象約定訪談的時間及地點。訪談結束當天，研究助理會上傳錄音檔，並交由研究助理 A 及研究助理 C 製作逐字稿。研究者於每次訪談結束後，會與研究助理共同討論，並視需要修改訪談大綱的內容與問題。逐字稿會於訪談結束後 3 天內製作完成，研究者收到逐字稿後會再與錄音檔校對，之後再將校對過的逐字稿以電子郵件的形式寄給受訪者，並請受訪者填寫基本資料表(包含年齡、性別、婚姻狀況、年資、宗教信仰、工作醫院性質等，詳見附錄三、

受訪者基本資料表)。研究助理 B 也會收到逐字稿協助確認內容正確性。最終校對完成的逐字稿會由研究者進行分析及整理，在此過程，研究者透過聆聽錄音檔可發現逐字稿之外的非語言線索(苦笑、嘆氣、沉默…)，並反覆的將文獻資料，與受訪者所提出的重要資訊進行反思與沉澱。

研究者也會定期與研究助理 B 討論近期研究成果，並共同研議後續訪談方向。研究者也會定期與指導教授進行資料檢核，再次檢驗概念，最終提出研究發現與撰寫研究結論與建議。研究者提出的研究流程如圖 3-2

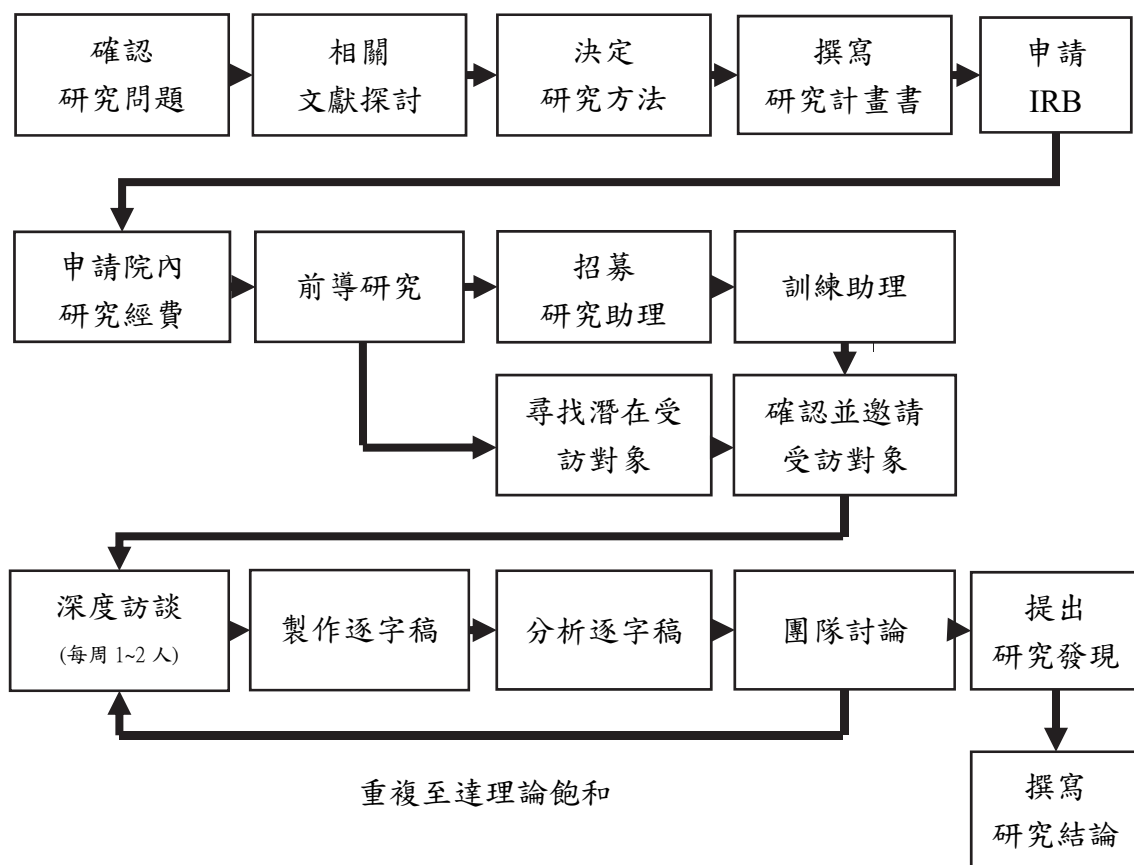


圖 3-2 研究流程圖



### 3.3 研究方法

為能深入了解與病人自主權利法相關之臨床醫師對於 ACP 之看法與態度，以及沒有參與自己的 ACP 的原因，本研究採用質性研究的方法，並用半結構式之深度訪談來獲得文本資料。在研究設計之階段，研究者曾一度徘徊在質性研究及量性研究之間。透過文獻回顧可以得知，諸如年齡、健康狀況、宗教信仰、臨床年資、安寧訓練、過去家人照顧經驗…等，都與醫療人員是否簽署自己的預立醫療決定有相關性，以問卷的形式來進行研究也是一種研究方法。

然而，文獻回顧所收集到的研究絕大多數都是歐美國家所進行之研究，加上各個國家對於預立醫療決定的相關規定及施行方式都不相同，因此研究者對於使用上述變項直接設計問卷來進行研究的效度產生懷疑。加上，於醫教生倫所就學時，修習過質性研究法，對於質性研究的方法產生興趣。加上病人自主權利法甫於 2019 年 1 月 6 日正式上路，國內關於醫師看法態度的報告極度缺乏。研究者一直想實際應用課堂所學的知識，以及希望能挖掘出更多元性的答案，因此，與指導老師討論過後，決定採用質性研究法來進行。

當研究焦點很限縮，受訪者代表一群清楚定義且同質的族群，有清楚的脈絡，而且對將訪談當作一種構通方式感到很熟悉/自在時，深度訪談不失為一有力的質性研究工具。目標是產生主題及敘事內容。本研究主題「探討臨床醫師對 ACP 之態度」，完全符合上面教科書中的敘述。首先，受訪者定義十分明確(criterion sampling)且同質(都是醫師)，有清楚的脈絡(病主法實施一年後)，對訪談感到熟悉自在(問診的過程其實就是訪談)，因此本研究選擇深度訪談作為訪談的主要形式。



### 3.4 研究工具

質性研究之研究工具包含研究者本身、協助訪談者(研究助理 B)

逐字稿轉騰者(研究助理 A、研究助理 C)、以及其他研究工具例如訪談大綱、錄音設備、逐字稿轉騰者等協助訪談與分析者

#### 研究者

質性研究以研究者為最重要的研究工具。每次訪談結束後，研究者都會與研究助理 B 溝通訪談的過程，隨時動態調整訪談大綱及未來訪談重點方向，並與指導教授和研究助理進行討論，隨時調整，以減少研究中可能的盲點。

本研究之作者是國立臺灣大學醫學教育暨生命醫學倫理研究所二年級研究生，在學期間對於醫學倫理及質性研究產生興趣，曾經選擇「質性研究方法」，並參加以「*Doing Qualitative Research*」<sup>42</sup>為教科書的線上質性研究讀書會。

研究者除了碩士班研究生的身份之外，同時為台大雲林分院家庭醫學科主治醫師，目前是第二年主治醫師。由於第一年到台大雲林分院(2018/08/01~)時正好趕上病人自主權利法正式上路(2019/1/6)，承蒙院方栽培，順利爭取到衛福部的「108年預立醫療照護諮詢推廣獎勵計畫」提供的資源，得以在雲林地區推廣 ACP。研究者於台大醫院家庭醫學部接受住院醫師訓練期間，也接受安寧緩和醫療的訓練，對於不急救、撤除維持生命治療的概念十分熟悉，也認同病人自主權利法的理念。上述背景都對研究者進行本研究有或多或少的助益。



## 協助訪談者(研究助理 A → 研究助理 B)

能夠協助訪談的研究助理實為本研究的關鍵，由於利益衝突及受訪者不敢吐露心聲的風險，研究者不適合直接作為訪談者，因此一名協助訪談者便是研究者重要的左右手，並在相當程度上決定了訪談品質的優劣。

研究助理 A 是雲科大碩士班學生，大學時期曾經有於校刊社擔任編輯的經驗，他在參與本研究之前，因為本身碩士論文題目，已經和台大雲林分院神經科建立長期聯繫，每星期都有好幾天會跟診，協助病人收案，因此對於醫療有一定的熟悉度。然而第一次訪問(醫師 B)之後，檢視錄音檔及逐字稿之後發現，研究助理 A 的訪談技巧不足，時常會打斷受訪者的回答，對研究問題不夠熟悉，對受訪者的回答理解有誤…等許多問題。因為訪談的品質是本研究的核心，故在與指導老師開會討論過後，決定即時尋找其他更為合適的研究助理來協助。

後來找到研究助理 B 原意協助本研究的進行。研究助理 B 為台大雲林分院黃建勳醫師的研究助理，她先前的研究主題是「探討家屬對安寧病房住院病人的生命回顧影片的成效」，因此時常需要與安寧病房的患者及家屬進行訪談，已有一年以上的訪談經驗，對於安寧照顧及 ACP 都有一定的瞭解。因此，研究者特地向黃醫師商借研究助理 B 來協助研究的進行。

## 訪談大綱

本研究屬於半結構式的深度訪談，訪談大綱的目的只是提醒受訪者需要收集的資料完整度，實際訪談時的對話順序不會完全依照訪談大綱，而是訪談者與受訪者兩人間對研究主題的共同探索。原則上，訪談者會先進行暖場，待雙方對彼此都有了一定熟悉度之後，再順勢進入訪談主題。(詳見 說附錄一、訪談大綱)



## 錄音設備

錄音筆是進行質性研究過程十分重要的研究工具之一，研究者於訪談過程中，除了記錄重要的非語言訊息之外，不必分心記錄，可以更專注在與受訪者共同深入探索研究主題的相關內容之中。為避免錄音過程出現機械故障造成的損失，訪談者於訪談進行間會同時使用兩組錄音器材，盡可能將風險降低。

## 逐字稿轉謄者 (研究助理 A、研究助理 C)

質性訪談中，把錄音檔的內容忠實還原為文字稿是一項重要的工作。由於臨床醫師在訪談過程中，常會不自覺的使用專有名詞，甚至是英文術語，對沒有接觸過臨床醫學的一般人來說，可能難以理解。由於研究助理 A 長期都與台大雲林分院神經科醫師合作，每周有好幾天會跟診，協助病人收案，因此對於醫療有一定的熟悉度。因此本研究雖然沒有請研究助理 A 訪談，但仍然請他協助製作逐字稿。

為求研究工作順利，研究助理 A 在訪談當天就會拿到錄音檔案，並在 3 日內會完成逐字稿。研究者會對照錄音檔，再一次檢核錄音內容與文字稿的相符性，補足遺漏或修改錯誤之處。由於本研究期間每周約會訪談兩名醫師，由於研究者希望即時調整訪談的架構及概念的補充，因此在進行下一次的訪談前，研究助理需要將先前訪談的內容即時產生逐字稿，以滿足研究的要求。

由於研究助理 A 目前仍為學生身份，無法完成如此龐大的工作量，因此又再招募研究助理 C 協助研究助理 A 完成逐字稿的製作。研究助理 C 目前為台大雲林分院教學研究部的專案助理，先前並無參與研究的經驗，也無臨床經驗，因此只能單純協助製作逐字稿的工作。





### 3.5 研究參與者(受訪者)


#### 受訪者取樣

一開始先使用標效取樣(criterion sampling)，受訪醫師的臨床業務需與病人自主權利法相關。病人自主權利法第 14 條規定「...前項各款應由二位具相關專科醫師資格之醫師確診，並經緩和醫療團隊至少二次照會確認。」。而病人自主權利法施行細則再針對相關醫師資格進行定義。病主法施實細則第 10 條「...前項末期病人之確診，應由二位與該疾病診斷或治療相關之專科醫師為之」及第 13 條「...前項診察及確診，應由二位神經或精神醫學相關之專科醫師為之」。

因此根據病主法的規定，確定病人符合臨床條件的相關專科醫師，以及緩和醫療團隊，就是臨床業務與病主法最高度相關的醫師。台灣現行的醫療環境下，緩和醫療團隊多是由家醫科醫師負責。因此，本研究將標效(criterion)定義為：1) 能確診末期之相關醫師 2)神經醫學 3)精神醫學 4) 家醫科醫師。

末期病人除了最常見的癌症末期之外，還有八大非癌的說法：(1)老年期及初老期器質性精神病態(即失智症)(2)其他大腦變質(3)心臟衰竭(4)慢性氣道阻塞(5)肺部其他疾病(6)慢性肝病及肝硬化(7)急性腎衰竭(8)慢性腎衰竭。因此除了腫瘤相關科別之外，諸如心臟科、胸腔科、腸胃科、腎臟科等都有診斷及治療末期疾病之資格。但臨床上，仍是以腫瘤科醫師對於末期病人的照顧更為熟悉，因此受訪醫師以腫瘤科醫師為主，八大非癌的專科醫師為輔。

因此，本研究主要以腫瘤科醫師、神經科醫師、精神科醫師、家醫科醫師為主要受訪對象，其他諸如心臟科、胸腔科、腸胃科、腎臟科在研究後期，也會作為驗證性與證否性個案(confirming or disconfirming case)來使用。



由於本研究的主要目的是瞭解醫師對於 ACP 的態度以及沒有參加自己的 ACP 的原因，因此除了受訪者的科別要和病人自主權利法有相關之外，本研究只針對於訪談當下，沒有參與自己的 ACP 的醫師。預計受訪名單也應用最大變異取樣(maximal variation sampling)的原則，希望盡量收集更多元的資料，包括不同年齡層、不同性別、不同宗教信仰的醫師對本研究主題的相關經驗與看法。

## 受訪者樣本數

受訪者的樣本數取決於「理論飽和度」(theoretical saturation)，本研究將持續訪談，直至新的受訪者的訪談內容已經不能再對研究主題產生額外有意義的資訊為止。根據多數質性訪談研究顯示，以較同質性之樣本對象而言，受訪者達到 5-8 時大多即可達到理論飽和，但若想尋求濾掉抵觸既有觀點的資訊(disconfirming evidence)或達到最大變異(maximum variation)，一般建議受訪者樣本數要 12-20 位或甚至更多。因此本研究進行正式訪談前預計受訪對象名單為 12 位。

## 3.6 資料處理與分析

### 資料蒐集與整理

#### 訪談前的聯絡與準備

研究者在尋找潛在受訪對象時會先以院內分機聯絡受訪者並說明研究主題、研究目的、訪談條件與訪談內容等，並徵求受訪者同意，受訪者同意接受訪談後，會請研究助理 B 與受訪者聯繫，安排訪談時間地點，並透過電子郵件將相關訊息寄送給受訪者存查。



## 訪談進行的過程

本研究以半結構式深度訪談來建構研究文本，訪談中採取全程錄音，訪談剛開始會先就受訪者的背景、最近的工作情況、時事等開啟話題，之後再視情況切入主題。訪談過程中，研究者也會根據受訪者的反應與回覆使用適當的提示(prompt)，如沉默、「嗯哼」、前傾點頭、重述要點等訪談技巧，以便能更深入的追問相關的想法。

## 訪談後的資料整理

訪談結束的3日內，研究助理A會完成逐字稿，研究者當天會用錄音檔來檢視逐字稿的正確性。雖然研究助理A對於臨床醫學有一定熟悉度，但仍然有些專業或英文術語是其無法理解的，需要研究者親自勘誤。經研究者校對後之逐字稿會用電子郵件的方式寄給受訪者，同時研究者會立即使用 NVivo 12 進行文本的歸納與分析，尋找意義單元。

## 資料分析

### 進行編碼

資料分析的方法主要是依據「*Doing Qualitative Research*」中所述，採用編輯式(editing method)來進行分析<sup>42</sup>(如圖 3-3)。研究者在閱讀文本過程，會尋找意義單元，通常是一段有特定意涵的對話，也可能是某個反覆出現的關鍵字或是某種流露出來的態度。作者經由剪裁、組織、再組織等方式，將相近的意義單元逐步整合成較大的次主題。本研究使用 NVivo 12 進行編碼，將較大的次主題設為節點。

研究者在反覆閱讀逐字稿時，針對內容會提取出不同的意義單元，將這些意義單位存放在各自對應的「節點」當中。如果意義單元無法用現有的節點來解釋時，就會再產生新的節點。節點和節點之間也會反覆進行合併或拆分的操作，以建構更完備的意義體系。相近的節點(次主題)再融合為涵蓋範圍更大的主題。逐步發展出有意義的體系架構。以詮釋的方式，來說明文本中的關聯性，最後提出結論。

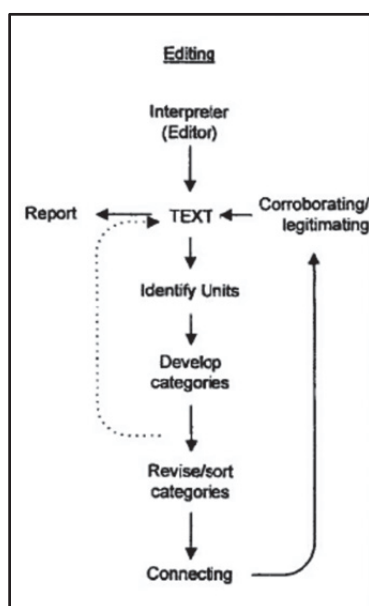


圖 3-3 編輯式分析流程圖<sup>42</sup>

### 3.7 研究倫理

本研究已通過台大醫院研究倫理委員會之研究倫理審查(IRB/REC 案號 201912013RINA)。經 IRB 委員建議，本研究只需給受訪者訪談說明書即可，正式訪談前也會詳細告知受訪者本研究之研究目的、所需受訪時間、訪談過程需錄音，資料會採取匿名處理等重要資訊。(詳見 附錄五 台大倫理委員會研究許可書，第 165 頁)

## 第4章 研究結果與分析



### 4.1 受訪者基本背景描述

本研究採訪 16 名受訪者後達到理論飽和，受訪者多於中部某區域醫院服務，受訪者共 12 名男及 4 名女性，年齡從 32 歲至 62 歲，年齡中位數是 39.5 歲。以下為受訪者基本資料表(n=16\*)：

表 4-1 受訪者基本資料表

代碼	性別	年齡	婚姻	宗教	科別	背景
A	女	40	已婚	道	家醫	醫學中心家醫科主任醫師
B	男	32	已婚	無	神經	區域醫院神經科主治醫師
C	男	33	已婚	道	血腫	區域醫院血液腫瘤科主治醫師
D	男	33	已婚	佛	精神	區域醫院老年精神科主治醫師
E	男	35	未婚	道	腫瘤	區域醫院腫瘤科主治醫師
F	男	45	已婚	法輪功	泌尿	區域醫院泌尿科主任醫師
G	男	32	未婚	無	神經	區域醫院神經科主治醫師
H	男	37	未婚	無	腫瘤	區域醫院腫瘤科副主任醫師
I	男	40	已婚	道	神經	區域醫院神經科主治醫師
J	男	39	已婚	無	精神	區域醫院老年精神科主任醫師
K	女	35	未婚	無	胸腔	區域醫院加護病房主治醫師
L	女	42	已婚	無	腎臟	區域醫院腎臟科主治醫師
M	男	44	已婚	基督	腫瘤	區域醫院腫瘤科主任醫師
N	女	50	未婚	佛	腫瘤	區域醫院腫瘤科主治醫師
O	男	62	已婚	基督	神經	區域醫院神經科副院長
P	男	41	未婚	無	胸腔	區域醫院胸腔科主治醫師
Q*	男	32	已婚	無	神經	區域醫院神經科主治醫師

\* Q 和 B 為同一位醫師，二訪



表 4-2 受訪者時間長度一覽表


代碼	受訪日期	受訪時長	訪談者
A	2020/01/07	00:40:30	研究者
B	2020/03/02	01:22:00	研究助理 A
C	2020/03/31	00:32:11	研究助理 B
D	2020/04/07	01:00:15	研究助理 B
E	2020/04/09	00:43:29	研究助理 B
F	2020/04/13	00:42:44	研究助理 B
G	2020/04/20	00:52:07	研究助理 B
H	2020/4/21	00:52:12	研究助理 B
I	2020/04/28	01:08:17	研究助理 B
J	2020/05/06	01:16:17	研究助理 B
K	2020/05/13	01:18:27	研究助理 B
L	2020/05/22	01:01:15	研究助理 B
M	2020/05/22	01:13:04	研究助理 B
N	2020/05/28	00:32:05	研究助理 B
O	2020/06/02	01:20:52	研究助理 B
P	2020/06/03	00:58:21	研究助理 B
Q	2020/06/10	01:38:37	研究助理 B

\*受訪者 Q 與受訪者 B 為同一個人，因為該醫師第一次是由研究助理 A 進行訪談，但由於訪談品質不甚理想，因此之後改由研究助理 B 來訪談，為求訪談品質一致及增加資料豐富度，再請 B 醫師接受研究助理 B 進行第二次訪談。

## 4.2 研究結果

本研究經編輯分析後，將意義相近的不同意義單元逐漸整合成五大主題，分別是：一、醫師角度對預立醫療決定的正面評價；二、醫師角度對預立醫療決定的負面評價；三、醫師若面對符合臨床條件的病人如何照護；四、醫師未來自己如果符合臨床條件如何照護；五、醫師個人沒有參與預立醫療照護諮商的原因。

「醫師角度對預立醫療決定的正面評價」包含三項次主題與相關之意義單元：(一) 加強病人自主 (正式紀錄的重要性、生死自己決定)；(二) 保護醫師 (法律保護、減少良心衝突)；(三) 減輕家人壓力 (避免困難的生死決定)。



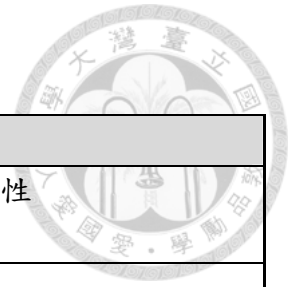
「醫師角度對預立醫療決定的負面評價」 包含三項次主題與相關之意義單元：(一) 產生預立醫療決定的過程 (民眾自主的能力、事前事後想法可能不同、預立醫療諮商不需要二等親)；(二) 臨床條件的操作型定義 (疾病嚴重度判斷、疾病種類、觀察期太久)；(三) 醫師執行時的困難 (醫療糾紛、經驗不足、情感上難以接受)

「醫師若面對符合臨床條件的病人如何照護」 包含二項次主題與相關之意義單元 (一) 尊重病人意願；(二) 由家屬決定(家屬可能引起醫療糾紛、醫療結果對家屬產生影響、傳統模式)

「醫師未來自己如果符合臨床條件如何照護」 包含二項次主題與相關之意義單元 (一) 預立醫療決定 (認同預立醫療決定、需要家人共同決定)；(二) 由家屬決定 (信任家人的代理決定、醫療結果對家屬產生影響)

「醫師個人沒有參與預立醫療照護諮商的原因」 包含四項次主題與相關之意義單元 (一) 主觀規範 (需要和家人討論、希望和同儕一致)；(二) 對預立醫療決定的態度 (害怕枉死、有替代方案、反對撤除維持生命治療、無所謂)；(三) 自覺障礙 (程序麻煩、需自費、難想像未來、家人不同意)；(四) 缺乏行動線索 (生大病、一定年紀)。研究結果整理如表 4-3 (下頁)

表 4-3 研究結果一覽表



主題	次主題	意義單元
一、醫師角度對預立醫療決定的正面評價	(一) 加強病人自主	1. 正式紀錄的重要性 2. 生死自己決定
	(二) 保護醫師	1. 法律保護 2. 減少良心衝突
	(三) 減輕家人壓力	1. 避免困難的生死決定
二、醫師角度對預立醫療決定的負面評價	(一) 產生預立醫療決定的過程	1. 民眾自主的能力 2. 事前事後想法可能不同 3. 預立醫療諮商不需要二等親
	(二) 臨床條件的操作型定義	1. 疾病嚴重度判斷 2. 疾病種類 3. 觀察期太久
	(三) 醫師執行時的困難	1. 醫療糾紛 2. 經驗不足 3. 情感上難以接受
三、醫師若面對符合臨床條件的病人如何照護	(一) 尊重病人意願	1. 尊重病人意願
	(二) 由家屬決定	1. 家屬可能引起醫療糾紛 2. 醫療結果對家屬產生影響 3. 傳統模式
四、醫師未來自己如果符合臨床條件如何照護	(一) 預立醫療決定	1. 認同預立醫療決定 2. 需要家人共同決定
	(二) 由家屬決定	1. 信任家人的代理決定 2. 醫療結果對家屬產生影響

(續下頁)



表 4-3 研究結果一覽表(續)

主題	次主題	意義單元
五、醫師個人沒有參與預立醫療照護諮商的原因	(一) 主觀規範	1. 需要和家人討論 2. 希望和同儕一致
	(二) 對預立醫療決定的態度	1. 害怕枉死 2. 有替代方案 3. 反對撤除維持生命治療 4. 無所謂
	(三) 自覺障礙	1. 程序麻煩 2. 需自費 3. 難想像未來 4. 家人不同意
	(四) 缺乏行動線索	1. 生大病 2. 一定年紀

### 4.3 主題一、醫師角度對預立醫療決定的正面評價

基於計畫行為理論，態度、主觀規範及自覺障礙都會影響行為人的意圖，進而影響是否採取行動。其中態度是由行為人對該行動的信念構成，而信念是指主觀認定該行為產生特定結果的可能性。對可能結果的評價會對行為人對行動的態度造成影響。舉例來說，如果行為人主觀認定該行動不太可能產生好的結果，甚至可能產生不好的結果，便會對該行動抱持偏負面的態度。

受訪醫師依照 criterion sampling 招募，其臨床業務皆於病人自主權利法所規定之臨床條件有直接相關。因此相較於其他醫師，對於新上路的病人自主權利法會更加熟悉。可以想像的是，倘若醫師自己都不認同預立醫療決定會為病人帶來好的影響，醫師會去參與自己的 ACP 的機會可說微乎其微。訪談者於深度訪談過程當中，藉由「能否談談您對病人自主權利法的看法？」以及「您認為預立醫療決定對您的病人照護會產生什麼影響？」等問題來探討醫師站在其醫療專業立場，



對於病人自主權利法以及預立醫療決定對臨床照顧病人有何影響，會有哪些好的或不好的結果。

本節先分析受訪醫師所提及病人自主權利法及預立醫療決定能所能帶來的好處。這些好處大致可以分類為以下三種：1)增強病人自主、2)保護醫師 3)減輕家人壓力。以下就這三個分類詳細說明：

## 一、 加強病人自主

病人自主權利法第一條立法目的中就明確提到，「為尊重病人醫療自主、保障其善終權益，促進醫病關係和諧，特制定本法」。病人醫療自主是這整個制度創新的重中之重。

### (一)正式紀錄的重要性

許多受訪醫師都提到，臨床上時常遇到的困境是，病人在意識不清前已做了相關指示，但倘若家屬抱持不同意見，醫師往往還是只能依照家屬的偏好來執行後續治療，即使病人先前曾經表示過反對。

*我覺得就是如果換做自己是病人或者是遇到其他病人，我覺得如果他們有這個想法，他們必須趁早做積極的意願表達，對，因為目前看到大部分發生這種狀況就直接病人就只是口頭提一下，就這樣子而已，就是沒有正式的文件，而且其實家屬，也許只有少數一部分的家屬聽到而已，而且那一個人又不是主要的決策者這樣子，所以到最後變成就是沒有辦法遵照病人的意願這樣 [E]*  
*像妳知道嗎？通常很多老人家都表達過喔，可是事實上子女不會放在心上，好，所以有簽還是差異[F]*



如果沒有正式文件的話，因為口語有其模糊性，有時候同樣一段話說出來，可能每個人聽到的意思不太一樣，判斷病人先前表達的意思為何會有些困難。

以後基本上本來就是應該是要有文字，因為如果他這個口述，但坦白說也真的很難講，那到底是這樣子，還是不是這樣子，還是大家都聽錯，這個其實是可能會有一些錯誤的產生[G]  
對，有簽有一個佐證，好像小孩子覺得比較能夠尊重人家意願，可是因他沒有簽，他只口頭講講，你有時候說他到底嘴巴講講還是真的[F]

有醫師提到，當遇到病人先前口頭表達意願和家屬提出想法不一致時，因為苦於沒有明確證據證明病人先前確實表達過相關意見，有時還是需要照會臨床倫理委員會來幫忙。

就這個，如果說這個狀況並沒有辦法再跟家屬做一個...因為畢竟沒有文字，那如果這個狀況下真的沒有辦法跟家屬達成共識的話，那其實就是可能要走臨床倫理照會的這個路徑，可能就必須要來跟家屬，或是跟病人要搞清楚他們到底中間發生了什麼事情，或者說這樣子做...怎麼樣做法會是...不會違反倫理的準則，因為這個部分看起來是比較複雜的[G]

倘若病人曾經參與 ACP，甚至有正式的 AD，醫師更能確認病人真實的醫療偏好。因此，許多醫師都認同像預立醫療決定這樣的正式紀錄，在臨床上能夠更好的保障病人自主。

如果那個病人已經簽了這個的話，對，變成就照他的意願，然後這樣...我覺得可能可以啦[H]



那醫護人員其實啦，我記得根據更早之前的安寧緩和醫療條例，就是你做什麼處置就是本來就不得與病人曾經表達的意願相反，所以說真的你也不需要 document 的，可是事實上沒有人會光憑病人口頭講過的做...做來做決定！[E]

確實如同我們剛才所講的，可能會面臨到之後如果他都沒有立任何的決定的時候，會造成問題這個部分，那如果他確實都已經想的很清楚，那周圍他也是很能夠跟...把自己的想法能夠表達清楚，然後他確實我們也是知道說，他真的是都周詳的想了想過的話，那我認為這個部分他去立這個決定是適當的[G]

而參與 ACP，除了可以產生正式的 AD 之外，也是一個機會，讓病人可以在正式場合，在經過醫療團隊詳細說明後，讓家屬明白病人的意見。

原則上的話也是會希望說，在病人還可以做決定的時候先讓他知道，那至少到...無論是到...如果他能夠立一個文字最好，他如果說不能立一個文字，看至少口頭，或者跟家屬，也讓家屬都知道他有這個意見這樣子，我認為通常是會希望達到這個程度[G]

## (二) 生死自己決定

病人自主權利法除了正式文件紀錄之外，也提供民眾選擇是否在特定臨床條件下繼續使用維持生命治療或人工營養及流體餵養來維持生命，有醫師表示植物人的情況很適合使用 AD。

我自己的感覺是適用在那些植物人，然後兒女都不敢決定的時候，或者是沒有人可以替他決定的時候。那可以讓從業的醫療成員也可以移除...可以有法律去移除掉這些無效醫療，我自己覺得是這樣[C]



許多受訪醫師也都贊成，這類牽涉到生死的重大決定，應該讓本人來做更好，特別是如果沒有適合幫忙做決定的家屬時。比如有些病人沒有家屬，或是和家人意見大相逕庭。

*現在的人口組成都比較單純啊，有的人根本就是也就只有自己一個人，因為他沒有結婚沒有小孩，兄弟姐妹都掛掛掉了，對不對。*

*嗯，所以他如果有簽的這個對於，他自己未來的醫療決定或對醫療團隊應該都是比較正面的幫忙[K]*

*因為就是聽起來他跟安寧緩和醫療條例，他唯一能增加的就只有是那一部分跟家裡有衝突的病人，對就是能真的有很大不同的，只是跟家裡意思完全不一致的病人，那這個問題應該可以在更前面的階段來解決[C]*

## 二、保護醫師

許多醫師在訪談過程中都提到，病人自主權利法施行之後，臨床醫師依照病人的意願來執行一些較具倫理爭議的醫療處置，如撤除維持生命治療、不予人工營養及流體餵養等。除了行為受到法律的保障之外，也減少了醫師面對倫理難題時的良心衝突。

### (一) 法律保護

如病人自主權利法第 14 條第 5 項所述「醫療機構或醫師依本條規定終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養之全部或一部，不負刑事與行政責任；因此所生之損害，除有故意或重大過失，且違反病人預立醫療決定者外，不負賠償責任。」醫師在執行病人的 AD 之後，常常會因撤除維持生命治療或人

工營養及流體餵養，而導致病人死亡。這樣的結果是尊重病人自主意願，不能歸咎於醫師。



那今天這個法律如果說有它存在必要的意義，其實為了保護醫生在執…決定這件事情的時候，能夠有個法源去說，我真的就是…我不做什麼事情有保障而已[B]

我覺得有法…就是法律上有幫…有對醫療人員這邊比較有保障的話，當然是有啦…如果法條上有記載的話，無論是我們在醫療人員對家屬解釋或者在真的實行上，我覺得應該多少還是多一層保障[K]

我剛剛講的全部都是醫學系沒有人教會你去考慮死亡的啦，不會去考慮這個死亡。所以在這個過程之中，呃，我們對這個其實是需要有一個法律來保護，不然這種事情只要一錯，啊又沒有一個法，那你可能就會，真的要去關了。那所以我覺得有這個法出來當然是屬於在醫療的過程中，不管病人或者是醫護人員，有一個可以選的，就是好啦，就覺得是好。[O]

許多醫師在訪談時表示，在尊重病人自主的前提之下，醫師是否受法律的保護也是他們十分重視的觀點。

## (二)減少良心衝突

有醫師於訪談中提到，他很難做到去對家屬說明撤除病人的維持生命治療以及人工營養。該醫師認為，之所以很難主動開口去和病人家屬談這類議題，可能和兩個因素有關。一是過去在醫學系所受的教育，沒有教醫學生如何面對死亡。二是醫師的天職是救人，因此面臨撤除維持生命治療之後面臨的病人死亡，情感及理智上很難接受。



因為醫生勦在那個時刻喔，很難講出說「某某先生，你的太太已經這樣子了，其實我覺得勦...你可以選擇不要吃東西」我講不出口，你覺得我講的出口嗎？你講的出口嗎？不是..這很難。因為醫師，如果用日本人寫的話是叫醫生，所以都是生啦，很難面對，不去救死啦。所以前的醫師，都會寫一個鬥，戰鬥的鬥，鬥死，醫生是死神的剋星啊。所以他在跟死神搏鬥，鬥死。這個尤其在日本人特別明顯。那那那，反應之所以不足，所以會造成沒有人願意去做這些事，我剛剛講的全部都是醫學系沒有人教會你去考慮死亡的啦，不會去考慮這個死亡。[O]

因為站在醫師立場，你要主動地去做這個事，醫師會問「我瘋了啊？我是個醫生，我是來拼...拼人家的生命，我幹嘛去把人家幹掉？」那家人是說「我瘋了啦？我有什麼資格決定人家的生死？」不是嗎？所以這個都是難題啊！難題如果沒有一個法出現的話，這個難題永遠無解[O]

因此，該醫師認為病人自主權利法及預立醫療決定的出現，使醫師不必主動和家人討論病人的生死抉擇，進而避免良心的衝突。

我是覺得這個法出來，我覺得...大家的認知會比較..比較清楚，那也就是說，做這樣子至少不會對你良心上有很大的一個好像是衝突跟矛盾。[O]

### 三、減輕家人壓力

病人自主權利法的架構是請民眾預先設想，在五種臨床條件下，是否持續使用維持生命治療或人工營養。臨床上當這些臨床條件實際發生時，家屬會面臨做決定的困難，因為這是攸關病人生死的重大決定。



## (一) 避免困難的生死決定

家屬代理決定的麻煩之處在於，不同家屬間的意見常常不一致。雖然法律對不同的家屬有定其先後順位，但其他持不同意見的家屬仍然可能透過傳統人情網絡或情緒勒索等形式，給予代理決定的家屬壓力，甚至可能造成家庭內失和的後果。倘若病人已經有簽 AD，家屬就不必背負沉重的決定壓力，避免上述種種情況發生。

*因為沒有一個人會說他的家人怎麼，然後由一個家族的人說我們就決定什麼，這都引起無窮盡的誤會…如果是太太說的話，那其他的家屬就開始在那裡罵「你是不是另有所…所思？」這下就慘兮兮啦，誰願意做這種事？齁所以這個…這個面對的題目其實不是病人本身而已啦，而是在這麼多的…親戚朋友，任何人都可能會產生錯誤的想法，那對這個當事人的太太或者是家人會產生無窮盡的那種責備[0]*

值得一提的是，在討論家屬可能承受巨大決策壓力的可能時，有醫師舉外籍配偶為例，來說明這類家屬在代理病人決定時，更可能會面臨來自其他家屬的巨大壓力。雖然配偶在法律上的地位最高，但外籍配偶在家中的地位可能並非如此。因此有醫師認為，若另一半是外籍配偶，更應該提前立好 AD。

*外配其實法律上很優先，可是在家裡地位非常的小。你今天，你外配，如果你的預定代理人也是寫成太太，但是你要是那個外配…可外配在這邊是弱勢，那到時候你交給她決策的話，那，她決策如果，跟你的意見或者跟其他家屬的意見，或說她根本被卡在 ABCDE 家屬的意見中間的話，那這件事情，其實會毀了另一個人哪！我覺得這個法出現是解決掉一些...(家庭衝突?) 就是...*



或者是特定族群啦。嗯我覺得外配上是...應該是...蠻適合的...因為  
外配根本不能決定！[B]



除了面臨家屬間意見不同之外，有時家屬在面臨緊急情況時有會面臨兩難。例如，嚴重頭部外傷病人的家屬可能需要在短時間內決定是否接受腦部手術的抉擇。不開刀，病人會死亡；開刀，病人有可能變成植物人…。為了避免成為植物人的風險而選擇不開刀的後果就是，家屬可能遭受責難或後悔。但在病人自主權利法的架構之下，病人會有三到六個月的觀察期，且需經過兩名神經醫學專科醫師的判斷，確定診斷為永久植物人或不可逆轉之昏迷後，才會依照病人的 AD，來執行後續的撤除維持生命治療及人工營養及流體餵養，減少醫療團隊及家屬面臨這類困難抉擇的良心衝突。

當病人在發生那種危險的時候，然後就說...不要去救他，然後就  
被人家罵，然後就...然後你就去照顧他啊，就會想說「啊那時候  
早知道就...就...就結束吧！」所以這些事情永遠在發生，不過我  
今天討論的呃...我覺得是好啦，至少他出了一個框架可以依循啦  
[O]

#### 4.4 主題二、醫師角度對預立醫療決定的負面評價

在計畫行為理論當中，主觀認定該行為產生特定結果的可能性及評價，會影響行為人的意圖。瞭解臨床醫師對現行病人自主權利法的框架及預立醫療決定是否抱持懷疑甚至負面的信念，是本研究的重點之一。以下依預立醫療決定的產生、符合臨床條件、預立醫療決定的執行的時間軸，依次來討論臨床醫師心中對此法律的疑惑。



## 一、產生預立醫療決定的過程

病人自主權利法的第 8 條及第 9 條有規定，意願人為預立醫療決定應符合以下要件：1)具完全行為能力之人、2)經醫療機構提供預立醫療照護諮商 3)意願人、二親等內之親屬至少一人及醫療委任代理人應參與預立醫療照護諮商、4)經公證人公證或有具完全行為能力者二人以上在場見證。

簡言之，民眾應參與預立醫療照護諮商，且需要二等親內親屬至少一人參與。透過預立醫療照護諮商，醫療團隊會對民眾說明解釋五種臨床條件的定義，維持生命治療及人工營養及流體餵養的內容，希望民眾在瞭解之後，能夠做出預立醫療決定。然而，不少醫師對於民眾是否有足夠的能力來做此決定表示懷疑。

### (一) 民眾自主的能力

根據 Beauchamp 與 Childress 合著 *Principles of biomedical ethics (2<sup>nd</sup> Edition)*<sup>9</sup>，知情同意包含三個成份：1)自願且有決定能力、2)被充分告知且理解、3)做出決定並授權。

由於目前病人自主權利法架構下的預立醫療決定需要民眾理解並想像自己如果有一天身處五大類臨床條件下，對維持生命治療的取捨。對一般民眾而言，要正確理解植物人、不可逆轉之昏迷、極重度失智等狀況，可能不是一件簡單的任務。訪談中，有不少醫師提及懷疑民眾，尤其在鄉下地區的民眾，是否有能力理解自己所作出的預立醫療決定。

還是會有一點困難吧，尤其是在雲林的地方，那跟病人的一些理解能力，還有他的程度，對於一些學習的程度應該可能還是有影響，或者是他週遭的環境吧，有一些他可能，或者是透過你們的



那個...就是跟家屬一起來談論這件事情,會不會幫他們更好瞭解,  
如果是他自己要去做這個決定,嗯,我會有一點存疑啊! [L]

而對於怎麼樣才算有決定能力,目前有三種標準,分別是 1) Rival standard of incompetence、2) Testing for incompetence、3) The sliding-scale strategy。由於預立醫療決定是對於是否在特定臨床條件下,撤除或不給予維持生命治療,進而導致病人死亡。因此,根據 The sliding-scale strategy,對於預立醫療決定會要求相應更高的行為能力。

你到底要多...嗯...有多...那些智商或者心智可能到什麼程度你  
才有...有機會去很清楚的想到你有辦法去決定的那個病人自主  
的東西?就是你先提升你自己的所謂的自主,如果真的要自主權  
利的話,那個自主決定的能力,你要先夠! [B]

因為他既然他這個要把這個事情認真的做完,認真地提出來給大家  
做考慮,那我那我就應該要認真的去考慮他做了會有什麼後果,  
或是會以什麼樣的狀況,什麼樣的情景,因為這個是我們做決定  
之前必須要做的責任這樣子[G]

甚至有醫師將「人是否能自殺」與簽署 AD 來相提併論。其立論的基礎是這  
類決定生死的問題都需要最高級的智慧。

你剛說的那個病人自主,那個什麼自主的那個部分,對呀,那那  
就是跟你能不能自殺的哲學討論是一樣的意思啊!本來能夠自  
殺的哲學討論就是,當你的智慧有辦法高到能夠決定自己的生命  
時候,你就可以選擇自殺。但是因為你的智慧永遠無法高到可以  
選擇自己的生命。所以故...你沒辦法用這個理由讓你去自殺。嗯。  
那..所以它這個東西邏輯的背後就是說,當你的智慧沒辦法到決



定某些事情的時候，你就沒法去做影響你生命的決斷。可是決斷  
生命往往是需要最高等級的智慧。[Q]

有些醫師則是提到，在簽署 AD 的民眾當中，是否受憂鬱的影響，這可能也會降低民眾簽署預立醫療決定的合理及正當性。

拒絕放棄啊，大部分都是年紀大或是他覺得有一些可能是，有一點憂鬱症的傾向吧，嗯，他對他的生命或生活就比較覺得沒有希望啊[L]

我們門診確實也遇過，有一些那種就是某些重大疾病等等，他跟家人的爭執點就是在於說，就是最後對於這個善終的想像，他們也不太一樣。周圍的人會覺得他好像太早放棄，可這個東西呢，大家以精神科來看，有的只是需要小心的一點是說，就是我們常看到一些憂鬱症的個案，但憂鬱症很嚴重的時候，他對那個未來的想像確實有些是不見得合宜的，他會覺得說就是沒有希望了，很嚴重等等。那個沒有希望很嚴重，我們要看說，他是一個符合現實的想像，還是說他可能是在憂鬱的狀態下，所以他對那種未來的希望他有點低估了，這個東西我們也要去做一些區別。所以是不是病人本人的這個想法就絕對一定是最該被尊重的，我覺得是要看他那個意識跟精神狀態而定[I]

印象深刻的是，有一名神經科醫師對於「人是否有自主意識」的命題發起挑戰。從根本上否認病人自主的倫理正當性。該醫師認為人的意識是由許多的原因共同產生，包括潛意識、包括所有的神經訊號，甚至包括共生菌也可能會分泌物質，對人的意識層面產生影響。因此，表面上的自主決定，可能並非是個人完全自主的決定。



所謂自主意識這種東西，我也是不太相信的。今天譬如說，你想要，你自以為你想要去做一個事情，可是事實上在你的潛意識的那個層面，你已經決定好某些東西，那他才出現在你的意識，那你才會有這個，就是你彷彿…你做這件事情，是你的決定的那個錯覺。[B]

你自以為你的意識就是你的意識，這件事本身就是不對的，就是你的意識其實根本就是太太多種東西，幫你先決定好了，那你自我感覺良好，都覺得你自己決定的這件事也沒有，沒有這回事。你的上一個時間點的所有的 condition 會加總起來，決定於你下一個時間要做什麼事情。…宿命論的一個概念，就是你說我的意識其實都已經是預先訂好的狀況。…你身體其實有很多的共生菌，那這些共生菌它其實也會釋放出很多的神經傳導物質，讓你覺得你想要怎麼樣，那你就…那所以等於說你的身體還真的不是由你所能夠主宰的。自主也是會被很多內在與外在的事情一起做…一起下的的決定。[Q]

由於華人社會傳統忌諱談論死亡，因此受訪醫師也對台灣民眾是否有足夠的生死教育來進行 ACP 表示存疑。

你今天你突然你推出了這個法，可是實際上，他們的民眾是對於…就是可能跟你我一樣，對於生死這件事情，以前八竿子都沒有想過。那…就跟你一個保險，你以前都沒想過你要保這保險，那你現在要簽這個保險簽得下去嗎？還是你其實是應該先去花個好一陣子，幾年的時間慢慢去琢磨它。那評判它的好壞的時候，你再簽下去。我覺得是一個問題啦。[B]



對呀，那你說一件事情，如果連想都沒有很好的想過，那就會要用一個法條來決定這件事情，我覺得是有點太…太早。我想能不能這個時間點，我覺得還不行啦。[B]

我們不習慣做…嗯，就是生前契約的規劃[C]

然而也有一些醫師認為台灣社會避談死亡的風氣已在逐漸改變當中。民眾越來越習慣預先替自己做決定。

這幾年有些病人都知道自己是末期以後，都會就是自己先想好自己要做什麼的人會比較多，[E]

如果有，我會簽啊，因為我一直說…我們這一代更能接受（嗯，對），我這代更能夠接受，啊我們上一代，就一代一代，一代一代也有能夠接受，要提早做做這個決定[F]

有醫師提到，由於社會風氣的轉變，近年來接受安寧照顧的病人逐漸增加，以致於長期依賴呼吸器維生的病人數量逐年下降。

我覺得當然是有機會，但是我覺得這跟整個社會…傳…社會的想法跟我們在…嗯…一些社會風氣也有關係，我覺得這個安寧緩和醫療其實也是這幾年…我覺得這幾年其實是台灣的社會是有在…慢慢接受這個想法。…對所以我覺得我們社會風氣是有在轉變，而且轉變蠻多，像以前我們很多都是會…弄到接…接 ventilator 然後去 RC Ward，但是因為 RC Ward 已經快收不到病人了，因為都會 withdraw 了，我覺得這也是社會的風氣在改變[K]



## (二) 事前事後想法可能不同

有醫師不認為民眾於健康時所表達的醫療偏好真的能代表他生病時的想法。民眾一旦真的生病，很大機率想法會和先前不同。因此對 AD 是否就是實現病人自主的最佳方式表示存疑。

*那每一個人在...在沒有遇到這種情形的時候，都會很直接的說，當我是這種情形的時候，你們都不要救我啊。齁，那是因為沒有遇到，所以講起來有時候會比較...比較自在。可是實際上遇到的時候是不是也是這樣子的...就很難說。然後大家就想，哎呦，不要推給至親，好像很光明正大的替人家思考，但是真正到的時候難說啦...還沒發生的時候，都很好講啊！真正發生的時候，其實是蠻難的。所以這種問題齁，嗯...參考而已啦[0]*

## (三) 預立醫療諮商不需要二等親

病人自主權利法第 9 條規定：意願人為預立醫療決定，應符合下列規定：

…意願人、二親等內之親屬至少一人及醫療委任代理人應參與前項第一款預立醫療照護諮商。雖然在最後加了「二親等內之親屬死亡、失蹤或具特殊事由時，得不參與」的但書，但仍明確規定應有二親等內親屬共同參與。

有醫師認為，預立醫療決定應該由當事人自己決定即可，如此也符合病人自主的精神。

*你說預立為什麼家屬要先來討論？那我預立我自己，private 我為什麼要拖我爸爸媽媽哥哥姐姐，不用吧？…為了避免糾紛簽的時*

候就先叫家屬來，我覺得沒有必要，因為這些失去預立的意義，

[M]



## 二、臨床條件的操作型定義

由於病人自主權利法中規定，符合下列五種臨床條件之病人，醫療機構或醫師才可以依其預立醫療決定終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養。

- 一、末期病人。
- 二、處於不可逆轉之昏迷狀況。
- 三、永久植物人狀態。
- 四、極重度失智。
- 五、其他經中央主管機關公告之病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形

而訪談中，臨床醫師對於這幾大類臨床條件紛紛從各自的專業提出質疑，可分為三大類：疾病嚴重度判斷、疾病種類、觀察期太久。

### (一) 疾病嚴重度判斷

受訪醫師中，爭議最大的是末期的定義。在安寧緩和醫療條例第3條，對末期病人的定義為「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」。然而條文中的「近期內」，並無給出明確的操作型定義，容易讓臨床醫師感到困惑。

定義不清嘛，對不對？他就是近期內死亡已不可避免的，可是近期多近啊？死亡不可…對啊對啊。[B]





另一個讓臨床醫師困擾的是，什麼樣的病人符合所謂「病程進行至死亡已不可避免」？

我...我想應該是這麼說，就是我們有時候不好判斷說，這人會不會是 *Irreversible* 還是 *reversible*，會回來、不回來[F]

我覺得這個是很困難的事情，對阿，我覺得那個..呃什麼狀況是 *critical* 的狀況，這個是對我們講是..是個困難的決定...什麼樣子叫做疾病不可逆，這個我覺得大家認知很不一樣。有的醫師認知的很寬鬆，有的醫師認知的很窄... [P]

因為你簽 DNR 應該是要在末期的時候不急救，但是你一個嚴重的肺炎到底是不是末期？對沒有人來界定這一塊[K]

有些緊急情況的病人，倘若得到適當的治療，可能有機會能夠復原，理論上就不應該被下末期的診斷。然而臨床醫師擔心的是，病人的末期可能會成為自我實現的預言。

因為我覺得 DNR 欠缺一個時間的想法嘛。我們很多疾病只要你...不作為，有時候幾個小時，幾天之後它就會變成...不可逆的整個走下坡。但是如果你在即時的時間點作為，其實可能會很不一樣。我覺得有這個時間的想法在。[P]

那個真的要看醫師、護理人員有沒有幫患者想啦，但是我有時候臨床上沒有辦法顧及那麼多事情啊，尤其是在剛剛講的急診，還有每個病人都要很快的做決定。啊如果他本來有這個，看了以後要跟家屬講一講，啊家屬有的又不太懂，那不太懂這個狀況是不是很容易變可逆的，然後可能就放掉一個生命[H]



臨床上雖然有所謂的八大非癌末期疾病，但臨床上仍時常有模糊空間，醫師有時會依據自己對預後的判斷來做決定。

我覺得比較模糊的病人是可能病人有一點…年紀有一點大了，但是他本來是還好的病人，然後他這一次突然一個肺炎…嚴重肺炎，但是他有簽 DNR，那你到底要不要幫他插管？這個我就覺得是比較模稜兩可的狀況，他有說他不插，但是其實它只有一個 *severe pneumonia* 診斷好像不是一個 *end stage* 的…的診斷對，但是如果年輕人我們基本上都還是會插啦，但是對於老人家這塊就會比較模糊，因為它其實不是一個末期的診斷，但是如果病人這時候說不插，我就還是不會插，對，但是其實我覺得就是跟這個有一點相左的地方 [K]

腫瘤科醫師表示末期真的比較難定義，可能醫護人員自己也搞不清楚。腫瘤科醫師們心中的定義是病人已經無法從治療獲得好處，且預期三個月內會死亡。

你這末期比較難界定，嘿末期比較難界定，因為現在末期可以活…如果以癌症有人還活五年的[M]

所以很多人剛…剛診斷第四期，他就…他們在交班就是哦…這個病人是肺癌末期之類的，那可是現在他們所謂的肺癌末期，經由吃標靶藥，很多人四五年都還過的好好的，對，所以末期的定義，我覺得很多醫護人自己也搞不清楚。[H]

末期的定義就比較難了，因為…因為你說癌症分 1234，有的分 4A、4B、4C。啊什麼叫末期，而且就大部分腫瘤科醫師的想法，第四期跟 *terminal* 意思不太一樣，*terminal* 常是說我們給治療但不太會有幫助，或者患者的體能器官功能在已經不適合治療的狀



況，我們才會覺得是末期，啊但是很多非腫瘤專科的醫師們，覺得末期就是第四期[H]

這裡末期可能要廣泛地寫說各種疾病，平均餘命預期三個月內，那我大概就覺得沒有什麼意義... [M]

之所以許多醫師糾結於末期的定義，是因為擔心患者可能因此提早死亡。

參與那段醫療過程的很多...呃學長學姐或者別的他科的醫師也都覺得年紀啊，體能這些狀況不見得會...就是我們不見得要看患者年紀大了，就不給予積極治療啦，其實很多時候很多時間點，你做了一個對的決定，能夠讓那個患者能夠多活好一陣子，所以對於這樣的一個同意書，我之後是...而且我會告知我的同仁們，譬如說 NP 啊、護理師，就是多想清楚病人的狀況，就是不是說看到這個，就很多事不積極處理。[H]

有醫師指出，在過去的臨床照顧經驗上，曾經有些病人因為醫護人員錯誤的解讀不急救意願書，而無法獲得最適當的醫療照護。

我有一個患者，他是...誒...應該是大腸癌，可是還沒被診斷齣，然後他進來做大腸鏡檢查，為了要切片確診病理報告是大腸癌，但是他有預立了這個東西，然後結果他...做完大腸鏡了以後，他因為慢性阻塞性肺病 COPD 發作，結果他就說他不要做積極治療。COPD 其實很好處理嘛，那如果插管或用一些面罩呼吸器就解決就後來當晚他就走掉了，就因為它預立了這個，然後人家要告訴他「你有大腸癌」，他就整個...然後就導致醫護人員沒有給他最合適的一個建議啊，因為...因為其實他當時...雖然他預立這個，可是他當時其實不屬於任何一個狀況。結果隔天來才知道他



原來這樣走掉，我就覺得很…很震驚。就是說預立的這個原本是為了他好，可是…可是就…就因為這個好像有點太早喪命了的感覺。就是，嘖…在決斷上，就會變成某些醫護人員會…會變得比較沒有想的那麼清楚了[H]

## (二) 疾病種類

有神經科醫師對於植物人實際上是否存在意識仍感到存疑。既然對這種狀況下的意識狀況還不確定，就將之納入臨床條件，是為該醫師所無法接受。

植物人有沒有意識，這個真的無法判定。對呀，這個就是問題點啦！因為本質上這個東西是…你，除非你是他，不然你無法去判定的一個東西。譬如說…打個比方好了…呃…假設我今天在…我今天是一個植物人，但是…呃…譬如說我的腦波裡面，或者說我的意識裡面有在做夢。啊，就是持續不間斷的做夢。這叫黃粱一夢的那種概念在，我在做夢那端也活得好好的。那…那你今天跟我說，我要把你的東西都 shut down 掉，這個合理嗎？對不對？…所謂意識狀態，連這個東西現在研究都還沒有很清楚的狀況下，你…要直接用這幾個東西當成我們今天這個法條的一個條件，我是不能接受。你不能假定所有你看起來沒意識的人，他都過得不好。[B]

雖然目前病人自主權利法對於永久植物人，是規定需要經過三至六個月的觀察期，但有醫師認為植物人也是存在過了很久之後又清醒的可能性。有醫師認為如果是相對比較年輕的植物人狀態，可能會更有機會醒來



那要看她到什麼程度啊，應該我覺得還是有一些是有的，他會躺很久又忽然醒過來，還是有，對，他...他的反應會變好一點點，只是不會完全醒過來，有的也會這樣子[L]

如果一個合理的想法是，再年輕一點那個...沒有意識可能還有機會，腦部其他的結構會去 *compensate*。再年輕一點，如果 20 歲以下，20 歲左右，我覺得腦部受傷有的人是，其他的神經膠細胞什麼會去 *support*，或是功能區會去轉移 [P]

除了植物人之外，將極重度失智列入臨床條件也引發了醫師的質疑。因為一般民眾很難想像失智症以及其不同嚴重度的區別，因此健康的民眾難以做決定。而一旦得了失智症，此時是否仍保有決定能力又有爭議。

那你在簽立的，你如果沒有得到這個病，你不會去簽，可能你得到這個病的時候，你要怎麼確定，你那時候頭腦是清楚的[B]

我相信其他的東西比較沒有爭議性，不過失智在臨床操作我覺得很困難。這個並不是立法的精神的問題。極重度失智他就也沒有什麼生活品質可言，家屬照顧也是超辛苦，對這個狀況呢，他如果及早的就知道，他可以去對這個預做準備，這當然是好的事情。不過現實中就是我們剛才說的。除非是，他現在是，他家人全部都 *early dementia*，很早期就失智，這種人他才比較會有那個意識說，「啊，我以後可能會很容易走向失智這一塊！」他為這個來預做準備。但這個在失智這個族群當中是少數嘛！絕大部分人是說呢，他自己沒有一點退化，他其實無法去預想說他未來真的嚴重失智大概什麼狀況。但是你要很早在一個完全清楚的 40 歲的人就跟他討論說嚴重失智這個部分，要麼也不敢說他以後真的會



失智啊，這個就是現實的障礙…因為很少人在生命的很早期就會  
預想說，我以後會到極重度失智[1]

### (三) 觀察期太久

有醫師從他的臨床經驗分享，設置三至六個月的觀察期有可能並不符合民眾  
的期待，此外這段觀察期對家屬來說也是受苦。

永久植物人狀態或者是不可逆轉的昏迷，那他又需要觀察三個月  
或六個月。我就覺得這個時間對於病人跟家屬的意義…那個時  
間等待，對病人或家屬來講，其實也是一種受苦啦，對，就是理  
性上，醫療上的確是這樣，那如果從病人跟家屬的角度，我覺得  
他們也是蠻辛苦的…病人可能就說：「蛤？還要再等？」對他們  
也是，他們也會提出這樣的意見，他們以為，只要一符合馬上就  
可以，就可以按照她想要的走，對對對所以其實這也是病人的  
一個聲音[A]

## 三、 醫師執行時的困難

### (一) 醫療糾紛

雖然病人自主權利法第四條中提到：「病人之法定代理人、配偶、親屬、醫  
療委任代理人或與病人有特別密切關係之人（以下統稱關係人），不得妨礙醫療  
機構或醫師依病人就醫療選項決定之作為」，然而許多醫師仍然擔心家屬反對的  
可能。即使病人已經簽立有預立醫療決定，如果家屬堅持的話，出於對醫療糾紛  
的恐懼，醫師可能就會屈從於家屬的意見。

再來就是就算他簽了，萬一在緊急狀況下，被家屬撤…家屬的想  
法跟這個相左的話，我們要…臨床上要怎麼處理是一個問題…

但是家屬不讓你撤，你說給他撤了家屬就會來告... (預立醫療決定)臨床上不行撤除，可是家屬硬是要救的話到底怎麼辦？... ..

我真的沒有遇到病人有簽這個的，只是我預想啦，如果病人已經簽了，但是家屬就是要救呢？我們臨床上就會聽家屬的啊[K]

因為是台灣，這個部分對醫生的保護還不足，嘿所以這個情況有時候我們不得已，就還是會聽家屬的，即使簽的預立也一樣啊，即使簽了預立，如果家屬堅持你也...沒辦法。對，只會跟他說你都預立了，你看這有證據證明他...他...他...他如果還是「青番」，你有時候會...還是沒辦法，對對對，因為台灣這一點對呢...醫生的保護不足[M]

我們會看家屬的態度，有些家屬是很瘋狂的，你不救，我就告你之類的。我們要讓家屬能夠充分地接受。不會說就...就這樣，對。不然我們保障了病人，然後...也是怕自己會有後續法律上面的問題[P]

## (二) 經驗不足

由於病人自主權利法於本研究進行時，甫上路一年，受訪的臨床醫師沒有實際照顧簽有 AD 病人的經驗，對於未來可能遇到的困難，也提出了一些質疑。擔心會不會因為不曉得病人有簽 AD 而在無意間違反了病人的意願。

他突然就是意外，意識不清楚，那送到醫院，呃，我不確定是不是，是不是讀了健保卡，就是醫師都會了解，就是馬上就可以看到他有簽到那一張 AD 了，我不知道那個是不是都有配套做好 [A]



此外，由於大家缺乏實際經驗，對於醫療團隊是否具備足夠的能力及熟悉度，也不太有信心。

大家可能都還沒有實際上去操作AD的經驗嘛，所以到時候不知道各個團隊，各個專業是不是都能夠瞭解、配套的很好[A]

我覺得醫療人員都還是需要再教育啦，就是這個東西，可能各個專科醫學會還是要去繼續教育，讓大家都知道。我覺得，我覺得大家都沒有很熟悉耶，除了相關科別。PGY他們也是有license嘛，所以讓我去幫他們上課，然後他們很多都不是很清楚這個法律到底是什麼東西。[A]

因為連醫師都知道不多嘛，不過他去年才...去年才release嘛齁？[C]

這個問題就是你們這個訪談最大的收穫了，因為每個人都搞不清楚，可以理解我在講什麼嗎？應該可以在這個地方把問題好好做釐清，因為大家都搞不清楚[O]

因為這是比較新的法案，不少醫師都認為雖然立意良善，但不確定實際執行起來會不會有意料之外的不良後果。

我覺得這個是立意良善這樣子，那不太確定後續執行起來會怎麼樣。[D]

妳說大家對他的想法，我覺得應該不至於負面的啊，我覺得應該是樂觀其成，只是在執行上的...跟執行上會不會有一個落差啦 [K]

由於不熟悉的關係，有醫師表示會先選擇觀望一陣子看看狀況再說。





我覺得這個是他現在推出來我，我可以觀望啦。我自己不會去推，我不會先自己跳下去。但是我大概是可以先看別人，如果說真的有願意做，那做一段時間，那是都沒有問題，還是會產生什麼問題？我也希望看到這個東西。[B]

實行層面上，那當然也包括說，很多人就是去簽了這個東西，它的這個反響如何啦，這東西當然也會希望多考慮一點，所以我覺得也是牽涉到大家的個性啊，因為我自己是做任何的決定，都是比較謹慎，我都會希望多看一點別人的這個狀況來說[I]

### (三) 情感上難以接受

依照病人的預立醫療決定，醫師有可能會面臨撤除或不施予人工營養及流體餵養的病人，看著病人因為缺乏營養水份而走向死亡，對部分醫師來說，這個過程可能在情感上很難接受。

臨床上有他的困難是指說那個情境，那個情節有點困難，就說你會覺得好像我不作為，就已經看著你吸入性肺炎，看著你這樣痛苦，那我到底是要看著我家屬這樣痛苦，餵，那一段過程的痛苦，還是要看到他...所以現在就是說我們要，能不能讓家屬，能不能讓民眾或讓家屬接受說，病人就是回到以前的時代，讓他慢慢的這樣餵餵餵，然後他們衰弱衰弱慢慢走，嘿[F]

將醫師角度對預立醫療決定的正面評價(主題一)及負面評價(主題二)，整理成圖 4-1。

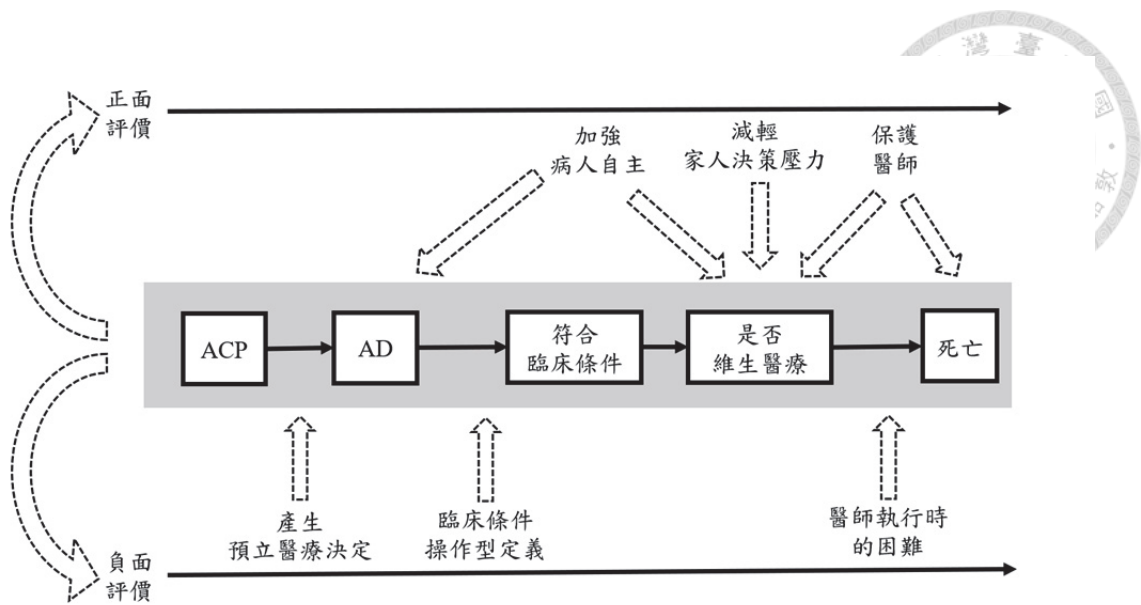


圖 4-1 醫師角度對預立醫療決定的評價

## 4.5 主題三、醫師若面對符合臨床條件的病人如何照護

### 一、尊重病人意願

當被問到如果病人先前表達的意願和家屬後來提出的要求不一致時，醫師會如何衡量時，有醫師表示如果病人已經想過，並且完成具體的預立醫療決定，會給予尊重。

第一個就是這個人他自己覺得怎麼樣，如果假設他一開始他自己就已經下定決心說，他覺得他目前他覺得他沒有什麼牽掛上沒有什麼遺憾，那他覺得他這樣子做是沒有問題，這當然是它可以預定臨床醫囑，比如說他不要這些東西，然後他可以 specify 他的條件，那這個部分當然是沒有問題，那這個就是他自己的決定...如果假設他自己，他有確定想法，那當然就是以他自己想法，我們當然是會尊重[G]



當面臨在醫療偏好上與病人不一致的家屬時，醫師可能會根據病人本身的病況來和家屬說明，讓家屬放棄積極治療的想法，最終還是希望不違背病人的意願。

那這時候我們就看可能要看狀況談，如果他狀況已經差到就是家屬想要讓他接受這個治療，可是他狀況可能已經不允許了，那他本身是不想的…對，那我們就會利用他身體的狀況跟家屬說，他現在不適合了，就算你想做他也不適合，那就是盡量不要去違背病人本來的意思啊，有這樣子的做法[L]

也有醫師在面對強勢家屬時，能夠始終捍衛病人的意願，即使可能會面臨與家屬的衝突，甚至上升到法律層面的攻防，只要確認過於法有據，有醫師仍會堅持尊重病人意願的立場。

其實還是以病人的意願為主啦，好，我講一個在總院的很棘手的案例好了，那一個案例是一個二十幾歲，二三十歲的男性吧，然後就是有父母，然後都是非常強勢的父母，然後已經腫瘤末期，然後就是父母就是大家都知道他快不行了，可是父母堅持要救到底，而且要拼根治的，那個案例最後當然不是我經手的，也不是我的病人，對，不過我聽到最後解決的方式是在所有的人見證之下，病人自己簽了自己的不急救同意書，然後後來大家都不再理他父母[E]

我們的角色有點像是律師吧，就是那個不是他的預立醫囑什麼的嗎？那如果說他有很明確的這種哦…文字啊或者是之類的記錄下來的話，那通常我就會把這些事情跟他的家屬講啊，然後就是試圖就是跟他們…就是討論這樣子，但還是會儘量遵照原來病人的本身他立下的想法去執行這樣子…當然之前這些法律什麼的



這些。這些都還是會先諮詢一下，就是，到底這個程序這樣做的話，站不站的住腳。對啊，如果是站的住腳我就覺得沒有什麼不行。[J]


## 二、由家屬決定

然而有部分的醫師卻表示，在臨床上如果遇到病人先前的表達的意願和家屬之後所提出要求相違背時，還是會根據家屬的要求來行醫，而害怕被告可能是部分醫師考量的因素之一。

大部分會違背病人意思，大概都是病病情變化很快或者是嗯，我們並不清楚他們中間，比如說家屬跟病人他們有沒有衝突的狀況下，還是會以意識比較清…就是像家人的意見啊，對為主。為什麼？因為還是怕家屬對我們有不利的影響[L]

唉，反正總之啦，那個結果是…那個病人還是去了加護病房，他就發生在前幾天的事。那…可是我…你覺得我們醫護人員要怎麼…怎麼告知這樣的家…因為家屬其實態度蠻…蠻強硬的啦！…我當然覺得不太好，可是有時候我們也…也沒辦法只顧病人啊，因為家屬我們如果不顧到也是很麻煩啦，有的會來鬧事啊什麼的。其實大部分都是…那就是先協調，啊不行的話，大部分醫師應該會聽家屬的，因為…因為江湖上盛傳就是會告的不是死人，會告你的不是死人啦[H]

雖然違背病人的意願會讓部分醫師陷入道德上的兩難，但因為更擔心與家屬的意見相左可能會引起醫療糾紛，部分醫師此時就會退回比較防禦性醫療的立場，以避免糾紛為指導原則。



如果病…家屬還是堅持的話，我們還是以尊重他的立場…我們治療上還是以家屬的考量為一線啊！所以有的家屬堅持，我們當然還是會照著他的意思走。…可是這是很現實的問題，當然心中覺得這樣是不對的，但是這是很現實的問題呀，因為你今天不救他，他就是會走，走了就一切無法挽回了，對！所以如果家屬還是…有他的想法還是堅持，他還是所有的 permit 都要 sign，插管什麼洗腎什麼，permit 都要 sign，我們就還是會做。對…對…對啊，不然家屬就是會來跟你…就是對啊，會有跟你一些 argue 啊，一些糾紛嘿。[K]

甚至有一位醫師分享過去照顧病人的經驗當中，如果家屬希望病人積極治療，即使病人本人已經簽署不施行心肺復甦術(DNR)意願書，甚至都有可能將其廢除。然而面對如此衝突，該醫師有時可能會因為害怕醫療糾紛而以家屬的考量為主。

甚至是現在不一定要講這個(預立醫療決定)，講光簽 DNR 的部分，病人還簽意願書，到 ICU(家屬)撤除意願書，改成家屬的同意書的還是很多…這個我真的沒辦法解決，因為我們真的家屬要跟你…我們都會聽家屬的！對，因為家屬就是會在那邊每天來煩你那一個，對…我們會儘量跟他說，我們還是要以病人的意願為主，但是如果家屬還是堅持的話，其實我們會很兩難，最後還是會聽家屬的。因為畢竟病人已經失去意識，最後能來跟你…跟醫療端出現問題糾紛的一定都是家屬。所以我覺得這也是一個很大的問題，就算你都醫療都預立好了，只要家屬最後階段想撤除，它…還是會被撤除！ [K]



「害怕醫療糾紛」是可能讓部分醫師選擇忽略病人意見的原因。除此以外，有醫師提到傳統上還是習慣以家庭為單位來進行決策。如果病人和家屬意見不一致時，還是希望能夠協調出一個共同的決定。

*雖然以病人為主，我覺得因為，我們傳統還是以整個家庭一起做決策嘛[A]*

*我覺得就是最後還是他們決定啊，病人跟家屬決定嘛，那西方可能強調就是病人決定，但是我覺得東方來講的話就是病人跟家屬共同的決定這樣子，那我覺得我都還蠻尊重的啦[J]*

除了「害怕被告」及「傳統模式」之外，醫療端會遵照家屬的意見行醫的另一個考量是在於家屬會直接承擔該醫療決策產生的後果，而這樣的負擔又可從勞心及勞力兩方面來剖析。長期照顧意識不清的病人會耗費病家大量的人力物力，因此醫師在做決策時，家屬照顧能力上的負擔也會一起衡量。

*當這個人他的心智功能已經都沒有了的話，那…呃…我還是會以家屬的照顧上面的能力負擔，去做一個主要的考量。[B]*

*那如果是嚴重失智的話，其實有時候也是因為那個時候啦，病人可能已經很難表達他的意願，所以常常也是讓家屬覺得容易照顧就好，那所以在這樣的前提之下就是家屬的意見反而還是佔絕大多數的那個…影響。…那至於這時候病人本身的意願可能就…就變成沒有辦法那麼…那麼重要就是了。[D]*

除了物質層面上的負擔之外，親密的家人也會需要承擔決定所導致心理層面的影響。



我覺得不只影響自身，因為當你下這個決定，你一定牽動到的是你所有的認識你的人…所需要承擔這個決定的人，其實不只是你自己，還包括說，今天假設你的父親的家人，他也做了這個決定之後，他失去你之後產生的一些心理負擔。或者說，他因為需要繼續照顧你而產生經濟負擔。對呀，我的道理一直不離這個東西呀！所以，不會說你今天你自主做了一個決定，你的影響，只在你自己身上。[B]

如果因為尊重病人的意願而讓家屬陷入悔恨之中，也不是醫師所樂見。即使病人已經沒有意識了，倘若家屬認為有意義，醫師也會尊重。

通常會讓病人跟家人有共識，對，因為你到時候如果病人遵照了他的意願，可是家人不同意，到最後你就…你病人保障了自己，可是反而會讓他的家人陷入一輩子的悔恨之中，這樣子也並沒有比較好[E]

另外一個情況是他…他認為重要的人覺得有意義，我也覺得是有意義…因為有時候病人就變植物人了嘛，他就覺得說「啊他都植物人了，這樣就沒什麼意義」，可是如果他的配偶或是他重要的家屬覺得說，「啊，我就是整天看著他，我只要看到他，雖然他還不會講話躺在那邊，但是我就覺得很開心，所以我覺得有意義」，那我覺得這也算是一種意義這樣子，當然這個人是要他的…就是比較重要的人

綜上所述，醫師們在面對符合臨床條件的病人時，大多會尊重病人的意願來進行決策。但也有部分醫師會因為害怕醫療糾紛，而屈從於家人的意見。有幾位

醫師還是習慣由家庭為單位的傳統決策模式。此外，考量到家屬也需要承擔醫療決策帶來的直接後果，會讓部分醫師偏向以家屬的決定為主。



## 4.6 主題四、醫師未來自己如果符合臨床條件如何照護

### 一、預立醫療決定

#### (一) 認同預立醫療決定的理念

當受訪醫師被問到如果未來自己面臨病人自主權利法所定之五種臨床條件時，應如何照護時，有醫師認同先簽署預立醫療決定是可行的選項。

*這個我覺得如果對我來說，可能預立醫囑他就是一個可以被思考的事情，這個我自己是可以接受的。... 我相信依我的家裡的狀況應該是可以，那個情緒的張力應該是蠻強的。[I]*

*問: 嗯... 那主任為什麼你還沒有簽呢?*

*答: 就還沒有人問我啊*

*問: 那我們今天問你你回去會想要簽嗎?*

*答: 可以啊，可是他有時候簽不要弄得太麻煩了 [M]*

#### (二) 需要家人共同決定

部分受訪醫師認同預立醫療決定的理念，但因為某些原因(詳見主題五)，還沒有完成。但值得一提的是，不少醫師表示，雖然認同預立醫療決定的理念，但無法單憑自己一人完成，在選擇不同醫療偏好時，需要和家人討論後共同決定。

*我覺得每個人都有自己的醫療，呃，決定的權利跟能力，可是我... 我，對我來講，我可能會願意把我的這個主權，一部分 share 給*





家人…我覺得我們(另一半)是會互相尊重。所以我們一定是會討論到彼此都可以接受才會去做這個[A]

雖然醫師心中已經形成某些醫療偏好，但在實際做決定時，仍然會需要親密家人的支持(本研究中多是配偶)。醫師本人常常無法獨自決定。

答：我想要這樣子嗎？我當然不想要這樣子啊，啊不然咧。

問：那你想要結束這樣嗎…的生活。

答：喔嗯~，誒~我還沒有問過我老婆這個問題耶，對。如果是只考量我自己的話，應該就會直接結束了吧，對阿。但是就是像我們剛才講的啊，考量一下別人。[J]

如果另一半表示反對，即使意願人本人是醫師，可能還是會以家人的意見為主。

問：主任那你自己會有想簽嗎？

答：近期應該沒有。(哦，為什麼呢?) 嗯，我覺得要跟家人再討論一下，比較瞭解彼此的想法，但是比如說，假設我跟我先生，那我們想法不一樣，然後我又要硬帶著他去跟我簽這個，這樣會不會也很很奇怪?[L]

## 二、由家屬決定

從上一個次主題可以發現，就某些醫師看來，即便本人已經有明確的醫療偏好，也需要得到家人共同的支持，比較不會依據個人的偏好直接決定。而更多的醫師表示，如果真的遇到自己意識不清，無決定能力時，交由家屬決定更符合他們心中的偏好。



## (一) 信任家人的代理決定

不少醫師表示，如果真的遇到病人自主權利法中所定之五種臨床條件，而自己已無決定能力時，希望可以交由家人代為決定。

*問：但是意外總是有可能來得很突然...*

*答：沒關係啦，就交給我爸爸媽媽決定了。...他們看狀況，爸爸*

*媽媽 [P]*

尤其是不少醫師的家屬其實都具醫療背景，因此醫師本人在談到交由家屬決定時，大多表現出一定的信任程度。也因此，有醫師認為就他們個人的狀況，預立醫療決定可能不是十分必要。

*如果真的哪一天，譬如說...很親的家屬有，出現類似需要決定的狀況的話，我會幫他代為決定，那我也信任我的家人會幫我做適當的決定。就是說如果同為醫療同仁的這個角色的話，大家也看過那麼多。呃...這些硬撐的下場會是怎麼樣。[B]*

*可是好像也沒有說很必要去簽。因為...因為... 嗯，因為我如果真的哪一天我不能夠決定的話，那我有家人替我決定。我相信我家人替我判斷，如果我真的不省人事的話。...我其實很相信大家可以做理性決定，沒有但..但是我家人其實很多醫師啊 [C]*

## (二) 醫療結果對家屬產生影響

有醫師提到，如果自己已經意識不清，那是否繼續使用維持生命治療或人工營養及流體餵養來持續生命的決定就會交給家人。如果家人願意照顧，且認為這樣有意義的話，醫師本人也可以接受。



我覺得我可能還是會考慮到家人吧，如果因為這個大部分的，除了我自己之外，我自己可能都...因為本身做安寧的，其實我都很認同的安寧觀念，那也很認同病主法的內容，可是如果說，我的先生需要我這樣子永久植物人狀態生存，對他們也是很有意義的話，其實我也可以接受...如果說他們需要我多陪他們一陣子，那我可能就會做，或是醫療代理人，可能就是，指定一個吧，對。[A]

但倘若這樣的照顧對家人來說已經成為負擔，那醫師也不希望持續這樣的狀態。

所以我覺得人一旦變成不清楚的時候，就是變成別人的負擔，然後就是看家人，家人的一些角色跟態度就蠻重要，如果他們覺得 care 你，他們很開心，那我覺得你們，你們是家人，你們還是要互相陪伴，那如果他們覺得 care 你是 burden，那你...因為你已經 conscious unclear 了嘛，那這個到底有沒有意義，可能就要想一下。[A]

但是，假設，我今天我的那個經濟狀況又不是很好，或者說我確定如果我這個狀況會很明顯的拖累家人，需要花時間去照顧的話，那 for 這個理由，我會願意去做撤除，或者說...不做那個侵入性介入的一些行為...我會 care 的點就是說，那接下來她是不是要花下半輩子來，如果的話我的 condition 真的很差的話，她會不會要這樣照顧，花他們這樣照顧我，那個成本會非常的高。但如果考慮到這樣子的話，那我會寧願不要多事情。[B]



對於醫師來說，已經失去意識的話，對自身的考量已經是多餘的了，這時候的重點會放在家人身上。

你都已經，你，如果你都已經人都不清楚了，不是嗎？除非你是末期的了啦，如果你意識不清楚，我覺得都什麼都一樣啊[A]

綜上所述可以發現，受訪醫師在面對符合臨床條件時如何做決定，無論是從專業的立場出發，或是從個人的立場出發，除了考量病人本人的意願之外，家屬的意見也是十分重要的。將主題三及主題四整理成圖 4-2。

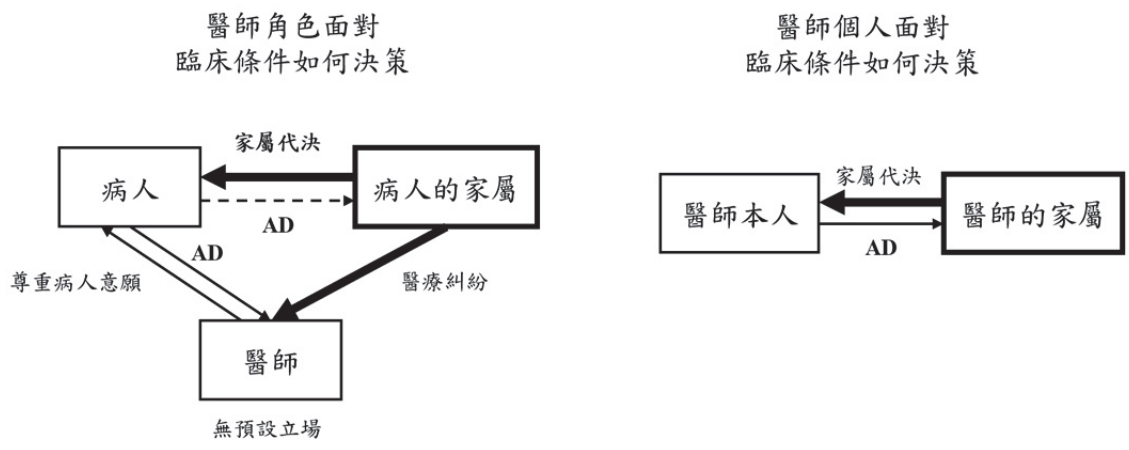
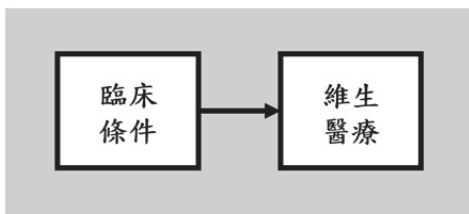


圖 4-2 臨床醫師在病人或自己符合臨床條件時希望如何照護



## 4.7 主題五、醫師個人沒有參與預立醫療照護諮商的原因

### 一、主觀規範

根據計畫行為理論，重要他人的意見也會影響行為人是否採取某種行動的意圖。本研究發現，對醫師來說，是否簽立預立醫療決定的確也會受重要他人的影響，其中以家人的影響最大，不過也有醫師提到同儕帶來的影響。

#### (一) 需要和家人討論

如同主題四所發現的，有部分醫師表示自己需要和家人討論過後才能做出預立醫療決定。

*誒~我還沒有問過我老婆這個問題耶，對。如果是只考量我自己的話，應該就會直接結束了吧，對阿。但是就是像我們剛才講的啊，考量一下別人。[J]*

*我可能會願意把我的這個主權，一部分 share 給家人。…我覺得我們(另一半)是會互相尊重。所以我們一定是會討論到彼此都可以接受才會去做這個[A]*

然而訪談發現，雖然臨床醫師時常面臨病人的死亡及做決策的困境，但就比例上來說，大多數醫師比較少在平時和家人溝通這類生命末期決定。

*那我要先釐清他們的價值觀，那如果說他們其實都，呃...因為我目前是還沒有去問過他們，對於我，假設我生病，他們的想法。*

*[A]*

*問：你會想說要跟他們聊聊看嗎？*



答：呃，我下次試試看，沒有想過啦，沒有想過。因為平常不會講這些事啊。就是沒有想過這個東西啊，沒有想過要跟家人講這些東西。[H]

問：你老婆…應該這樣說你沒有跟你老婆或親人講過，你老婆同樣也沒有給你講過？

答：對啊！正常人不太會在一般生活的時候講這個東西吧[B]

許多醫師表示，平時不會和家人討論這方面的議題，加上自己目前的健康狀況有信心，或是受限於臨床的工作忙碌，因此尚未和家人溝通過。即使是每天面對病人生死的醫師，在面臨自己的預立醫療決定時，可能也需要外來的提示才會導致後續的行動(詳見主題五-缺乏行動線索)

嗯，我覺得我以現在的狀況，我應該是沒有特別必要跟我父母討論啦，對，嗯。[E]

太忙了。大家有各自的忙碌嘛，對這個東西確實啊，可是我覺得到這個階段也差不多可以討論的那樣做。感覺如果有時機的話，確實我也覺得這個是一個可以被檢視的主題啊。[I]

再深挖一層，為何醫師本人在設想永久植物人或不可逆轉之昏迷這類臨床條件時，會希望與家人共同決定？本研究針對醫師對於生命的意義也有進行探討，不過限於篇幅，此處沒有再行展開，只能進行簡單說明。對大多數醫師而言，當被問到何謂有意義的生存狀態時，「擁有自我意識」是其中一個必要條件。許多位醫師都有提到對他們來說，意識的重要性。

如果那個植物人是完全沒意識，然後我覺得大概就沒什麼意義對吧，那如果是…還有意識，可是不太好跟人家溝通的話，那個就有點難了，那個我就不太確定。[H]



對我來講意識非常重要，就算是氣切，意識清楚，我認為也，我還可以接受，但是一個植物人，然後我就覺得那個醫療對病人來講可能是增加痛苦而不是一個合理的做法。[P]

也因此，有醫師會認為，如果已經沒有意識了，那其實對他自己而言就像死了一下，無論是做什麼樣的治療，都和本人沒有直接關係了。

你都已經，你，如果你都已經人都不清楚了，不是嗎？除非你是末期的了啦，如果你意識不清楚，我覺得都什麼都一樣啊[A]  
那這個問題就是假如我昏迷的話，那我就不會知道了，對啊，所以那也...那也沒有辦法[D]

但是，除了自我意識之外，也有不少醫師認為「與他人的關係」也是生命的意義。

生命的意義，除了是自己的部分，然後還有你週遭的人事物，對，我覺得，嗯這些都有關係耶...先生需要我這樣子永久植物人狀態生存，對他們也是很有意義的話，其實我也可以接受[A]  
你覺得有意義的人，他覺得有意義那就有意義。哎...要怎麼說呢？就是不只是自己啊。譬如說他...他是...她的先生或太太，啊因為有時候他...他就變植物人了嗎，他就覺得說，啊他都植物人了，這樣就沒什麼意義，可是如果他的配偶或是他重要的家屬覺得說，「啊，我就是整天看著他，我只要看到他，雖然他還不會講話躺在那邊，但是我就覺得很開心，所以我覺得有意義」，那我覺得這也算是一種意義這樣子，當然這個人是要他的...就是比較重要的人[J]



也因此，如果自己已經失去意識，那醫師就會轉而考量重要他人的感受，因為與他們的關係此時就是最重要的考量了。

那當然，在這無效醫療上，我個人會認為不大需要，但就如同我剛才講的，也不是純粹只是看這麼一個生理上的東西，我們基本上也要就病人的心理跟社會層面，也就是跟包括家屬了，跟…跟其他人的這個關聯性，這也是需要考慮在內的[G]

但由於醫師通常不會和家人做這方面深入的討論，對於家人在醫師本人倘若成為永久植物人、不可逆轉之昏迷…後，會抱持著怎樣的看法，可說一無所知，因此會需要和家人詳細討論後，再做決定。

## (二) 希望和同儕一致

有醫師表示，對是否現在參與自己的 ACP 一事，同儕間的執行狀況會是考量的一個環節，希望和大多數同儕保持一致。

你說想簽哦，這個東西我覺得我也是會看看大家執行的一些現狀啊，有對這個的議題，我的看法是我跟大部分的我的 peer group 當中的主流作法一致就可以。嗯，是這樣。[I]

但對於大多數的醫師，在病人自主權利法正式施行的一年後，其實也並沒有和同儕交流過彼此的觀點，因此也不太瞭解同事對預立醫療決定的看法。

問：哦所以你們單位或者是比較有…比較好的同事啊，或是你們有沒有在聽人家在討論的這個。

答：嗯說實話是沒有 [C]





問：哦～那你那精神科的同事或者是精神科的醫師，就是在這個法，病人自主權利法提出來的時候啊，你們有討論過這件事嗎？就哦～啊你們沒有說這怎麼跟我們那遺囑好像啊，有沒有類似這樣，你們有討論過嗎？

答：沒有特別討論呢。[D]

嘖(嘆氣)...我不太知道...不太確認其他醫師同事的想法啦 [H]

也有醫師直接表示同事很多應該也不太清楚病人自主權利法的一些相關規範，顯見即使是對病人自主權利法直接相關的一線醫師，對病人自主權利法的瞭解仍然有加強的空間。

問：哈哈，就是大家也都是需要你們的專業的判斷這樣，恩好，好的，誒那所以有沒有你們同事，還是大家有沒有討論過這件事情？

答：誒，其實沒有耶，就是我想應該覺得真的不是很瞭解 [J]

我覺得應該還是會有蠻多人還不太瞭解的吧，到目前為止，對，就還不太瞭解，它跟安寧緩和條例有什麼不一樣，或者是它應該要更推廣一點 [L]

## 二、對預立醫療決定的態度

此處所探討的態度主要是指醫師個人對 AD 如何評價。如果醫師不認為 AD 會對他們帶來好處，甚至還可能有害的話，那勢必不會去參加自己的 ACP。由於本研究的重點放在探討醫師沒有參加自己 ACP 的原因，因此會著重於醫師對自己簽署 AD 有哪些可能的負面看法。

### (一) 害怕枉死



許多醫師在受訪時提到，由於目前臨床上對於所謂「末期」的判斷缺乏客觀的標準，加上他們先前的臨床經驗可能也遭遇過病人因為簽署 DNR，沒有接受到適當的治療，而導致死亡。面臨自己簽署 AD 時，對於自己是否會因為不正確的末期判定而導致失去存活的機會這點，會有一定程度的影響。

實際操作上呢，我...我主要是在我...在我們看嚴重的病人上，我們就會...我會覺得有...有時候那個所謂的臨終或不可逆，嗯...在某些時候會被過度解讀，導致有些病人被..哦...沒有被...接受到的應該有的治療就過往了。就是講難聽一點就是會比較...呃，有些會枉死這樣[C]

如果那急性末期病人的這件事判定沒有疑慮的話，我覺得是可以簽。只是首先那個末期病人那個疑慮要消失掉，對我來講 [C]

末期病人其中一個很重要的判斷標準是嚴重傷病不可治癒，然而臨床上有些狀況是否有治癒機會其實仍有模糊空間。不同醫師間，也有可能產生看法的分歧。

再來就是我覺得我們醫療端對於嗯...就是有沒有符合末期，我覺得我們的定義還是有一點籠統跟不明確，嘿，我覺得這個要講清楚...他來的狀況可能是一個急性的狀況，例如他一個pneumonia，或者是他一個車禍的trauma 嗎，但是他已經...已經註記了，那你送到急診到底要不要幫他做這些？因為他這些其實有一些是...有一些診斷是reversible的啊。所以我覺得這個...我覺得我們臨床上好像還沒有很好的...很好的把這一塊區分開...因為我覺得醫師跟醫師想法差別還是很多啦...是不是兩位醫師簽了，這個病人就真的是末期，我覺得其實醫師跟醫師間還是有...還是有想法上的差異 [K]



一名醫師點出，會擔心「末期」的定義正是醫療工作人員比較容易提到的問題，因為醫師對於病情會有自己的判斷。

如果我們醫療，我們自己有觀點，那有的時候就會牽涉到，我對於它的嚴重度的末期的認定，跟別人的末期的認定不會一致的問題。所以妳剛才說其他醫師關注這一點，我覺得這個也是寫實的問題。不過這個確實是醫療人員比較容易提到，因為我們對自己有判斷。[1]

此外，該醫師也提到，對於簽署預立醫療決定存在另一種令人擔心的可能性，即醫師面對已經簽署的患者，因為防禦性醫療的關係，可能採取更為消極的態度，影響病人被適當醫治的權利。

大家怎麼去解讀這個，你簽了這個東西是這樣。解讀大概你有兩個想像。第一個是以個人為主的想像，意思是他簽了之後，所以我怎麼做是對他的一個尊重，但是我們人不免大家都會有一種以自己為主體的一個意思。意思是我看到他簽了之後，所以這個人身上發生的事情我比較不用負責任。可是如果你思考重心是後者，那大家聽到的時候就未免會有些擔心，會覺得他有一些被不當使用的可能性…我們一天到晚在聊醫療糾紛，現在很多人在實行醫療的時候呢，它的價值判斷是他比較不希望碰到醫療糾紛，對這個東西的重視會高過我對自主的認可…有些人確實覺得我看到這個東西，我好像不做積極性處理，我比較安全，所以在那個模稜兩可的狀態是傾向於不去處理的。這種可能性也不敢說是沒有。

除了可能被醫師不當使用之外，也有醫師提到，醫療系統對 DNR 等預立醫療決定的理解令人擔心，簽署之後，可能反而無法得到最確切的治療。



其實…其實在正常的時候，就是我們…就是我們在很…很 OK，體能都很好很年輕的時候，其實就可以先想這件事了。可是…可是我，我擔心是我們的醫療體系，沒有辦法給予最確切的治療…我覺得如果剛剛我講的那些事情不會發生的話，我當然很願意簽啊！其實一般人應該也是這樣齣！你有時候在那種有一些論壇啊，或者是 Facebook 那些聽說…看到有一些醫護的人員叫家屬不要簽 DNR！一方面他們有的也是怕這些東西。因為我們也有患者在某些病房啦，因為他簽了…簽了…那當然不是預立啦，那個是更後來的 DNR。那他們簽了以後，變成說他一些簡單的點滴啊，或者是殺菌的一些抗生素都沒了！就…全部都不給了，就…就有點馬！那甚至以前…以前護理師更…想法更古板的時候，是當病人有狀況要抽血，做一些檢驗，他們都會質疑！對，所以我覺得時代要更進步，大家觀念更正常才…我才會比較願意簽預立這種東西！但…但心裡的想法是這樣沒錯！我相信，應該大部分人都是這樣的想法！只是我…我在第一線臨床發現有一些…比較…比較奇怪的現象，所以自己還是會有點怕！[H]

有醫師認為目前的預立醫療決定的形式過於概括，不夠詳盡，擔心萬一日後遇到預立醫療決定沒有詳細界定的情形，有可能對自己產生不良的影響。

我現在不…不…不先簽的理由，是因為，雖然我不確定我之後到底會面臨哪一種狀況，那我簽或不簽這個東西會不會去，呃…就是，會不會遇到一些，其實這個法條上面沒有那麼完整去…去界



定的一些情形？今天如果這是一個包套式的一個簽立的話，那我  
會不會，就是…因此…因此而喪失掉，我…到時候的我的某些權  
利？[B]

綜上可知，許多醫師心中都會擔心，預立醫療決定是否反而導致自己沒有辦法得到最適當的醫治，因而產生負面的態度，而影響去參與自己的 ACP 的意願。

## (二) 有替代方案

由以上的討論可以發現，預立醫療決定可能無法滿足部分醫師對於自主權及生命權間的平衡，因此目前不會納入考量。在更深入的探索之後，有些醫師提出自己更能接受的方案，譬如交由家人決定(參見主題四)、臉書公告、DNR 意願書。

有醫師認為，目前的預立醫療決定太過簡化，只能決定臨床條件確定之後，是否要終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養。對於失去意識之後，達到臨床條件之前的醫療決定並無著墨。有醫師表示看過前輩在社交軟體公告流程圖，覺得很詳盡又可以讓自己的醫療偏好被所有人知道，確保不會被家屬違反。

就是我們有學長在自己的 Facebook 上，就是以一個流程圖然後  
公開在他的 Facebook 上，就是上面有他所有醫療狀況，有意識、  
沒意識、臥床多久的所有的處理方法公告周知。然後就是以流程  
圖，就是急性狀況、慢性狀況，臥床多久，臥床多久他能不能決  
定這樣子，啊然後什麼情況下有他決定，什麼情況下授權給誰決  
定，這是一個流程圖這樣。…然後它下面還有它的定義，這是對  
於某種狀況啊的定義這樣這樣…好，反正他覺得就是疾病狀況，  
他不能做…不能做決策，然後就是養護大於三個月或者是總時間



大於六個月就是停止所有醫療，照著他的這一張flow chart 是這樣。…應該說我會傾向採用學長這種方式。因為我覺得最大的優點是所有的人都知道，所以可以保障自己不會有一兩個人違反…而違反了自己的決策。(預立醫療決定)它有辦…它沒辦法讓你就是決定在什麼情況下要做什麼治療，什麼情況下要做什麼治療這樣子，好像就只能想到最終，最終變成永久植物人狀態或者是什麼意識喪失之後的處置這樣子而已 [E]

也有醫師認為，AD 太複雜了，目前已經簽署了預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書，某種程度來說已經足夠了。


DNR 簽一簽其實我覺得跟這個就有一定的重疊了… … 先決定最重要就好，其他的還沒有去逐項考慮，那個最…最後面那一個比較容易決定，前面的有太多項目了，還沒有，還沒有確定這樣。  
[D]

### (三) 反對撤除維持生命治療

由於病人自主權利法賦予有預立醫療決定的民眾，在符合特定臨床條件之下，可以終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養。此舉無異於終止病人生命。然而有些醫師對於如此類似於被動安樂死的作法表示反對。

那我剛跟你講植物人是一個很麻煩的議題，是指說我憑良心跟你講，我不大能夠接受被動安樂死…我可以接受不要治療，但是我比較不能接受被動安樂死…這不一樣了。[F]

一個是，你要不要決定去做什麼事，一個是你要不要決定去拔掉什麼東西，那個場景你不能把他等同去看啦。…就是你可以不做事情啊，呃…就是…就是走自然的，因為我覺得大家的觀念就是…



就是，如果比如說今天一個很嚴重腦出血的病人，你跟家人講說，這救回來也剩半條命，就是救回來也不可能過得更好，那或者說你這次做了是否...之後也會也會死亡，那大概是可以決定不做事情啦，對阿。可是你說拔除這件事情又要給，就是放給家人的話，我覺得這個又會有一點點壓力在... 啊我是覺得說，你如果你不要放，那就不要來醫院就好。[Q]

因為依病人自主權利法，植物人及不可逆轉之昏迷，因為還需要一段時間的觀察期，所以對於人工營養及流體餵養的處理，不可能是不施予，而是只能用撤除的方式。但對於部分醫師來說，撤除比起不施予，是更無法接受的選項。

#### (四) 無所謂

病人自主權利法賦予民眾可以在特定臨床條件下，選擇提前終止生命，是因為對某些人而言，以這樣的形式活著，可能是比死亡更不能接受的結果，因此會透過 AD 希望可以避免如永久植物人之類的形式活著。然而，在訪談過程中，並不是每個醫師都認同這樣的價值觀，有醫師表示，即使變成了植物人也沒什麼大不了的，更沒有動機去簽署 AD。

問: 嗯...X 醫師，因為意外總是來的很突然，如果今天來一個突然來個意外的話，也許就會突然就發生了。這樣子你就沒有辦法為自己的...就是自己的醫療決定做選擇，你會不會覺得很可惜呀...或者是會不會覺得也無所謂？

答: 我覺得無所謂啦！...有了這個法，是不是一定要考慮要去做？不見得阿。那...發生就發生了，就只能這樣子，齁。我也並不會因為我是醫...醫護人員，我就說「啊！這個法對我們好好，所以我們趕快來設計。」有太多的法都存在，但是跟我們一點關係都



沒有…有思考就去做，啊我沒有思考到這裡…那我就怎麼樣就…就怎麼樣。阿我也不會說好像…這件事情就要怎麼樣子去…沒關係啦，這個也沒什麼大不了，真的沒什麼大不了。[O]

訪談過程當中，大多數的醫師其實都表示自己沒有虔誠的宗教信仰，對這群醫師來說，普遍認為不管是永久植物人或不可逆轉之昏迷，這樣的存活狀態其實都沒有太多的意義。但有醫師因為本身信仰法輪功的關係，認為如果變成永久植物人就是他的業力，不會選擇提前結束。

那我剛跟你講植物人是一個很麻煩的議題…如果我變成這個狀態，然後需要弄成這樣子，對我來講那是我的…我的業力！植物人對我來講，我會覺得是比較承受的痛苦，（沉重的苦難）承受完才能離開人世。 [F]

另有醫師基於基督教信仰，認為一切都是神的安排，就算變成了植物人，也沒什麼大不了的。

就還是回到那個信仰上面。上帝決定怎麼做，耶穌的…要怎麼思考？由神決定！那我就怎麼樣就…就怎麼樣。阿我也不會說好像…這件事情就要怎麼樣子去…沒關係啦，這個也沒什麼大不了，真的沒什麼大不了。[O]

由此可見，信仰對於醫師的預立醫療決定可能也起著決定性的因素。





### 三、自覺障礙

自覺障礙是指行為人預期從事某特定行動可能會遇到怎麼樣困難。如果行為人認為做這件事情的難度越大，則他越不可能採取行動。本研究發現，對於臨床醫師的認知來說，簽署預立醫療決定預期的困難主要有以下四種：(一)程序麻煩、(二)需自費、(三)難想像未來、(四)家人不同意。分別說明如下：

#### (一) 程序麻煩

根據當前病人自主權利法第 9 條的規定，意願人為預立醫療決定，應經醫療機構提供預立醫療照護諮商，並經其於預立醫療決定上核章證明。由於預立醫療決定需要民眾設想在五種臨床條件下的醫療偏好，因此需要由醫療團隊進行詳細的說明，才能符合「知情」同意的原則，真正落實病人自主。但這樣的制度設計對於醫師來說可能顯得有些多此一舉，因此不少醫師表示，自己看一看就可以簽了，為何還要經過預立醫療照護諮商？

*我覺得這個，我不大覺得人家會接受耶，我不知道你能不能夠接受，因為有些東西我不需要跟你談呀，我我看完相關的宣導、相關的東西我就可以做決定了，那為什麼我還需要有這個訪談？我覺得我媽不需要去訪談就可以直接簽啦... 因為她是一個有自由意志的人啊！[F]*

*對啊，那當然可以只是... 有點麻煩(笑)，我沒有時間去掛號！對，但是如果可以，要推當然是可以啊！我覺得可以啊！我可以自己簽一簽，不要掛號嗎？我沒有時間掛號，沒有時間找一個家人來這裡。[K]*



有醫師也表示，預立醫療照護諮商不應該要求要帶一個二親等內的家屬來共同參與，該醫師認為只要意願人是心智清楚的，根據病人自主的原則，比照 DNR 意願書，應該要能自行簽署。

*所以沒錯嘛！所以他這個現在這個一個麻煩是還要家屬，但其實不應該要家屬，確認我們 mental 是 OK 就可以...看能不能...以後不需要家屬！那個什麼 DNR 跟器捐不需要家屬耶，那為什麼預立要？[M]*

## (二) 需自費

目前參與預立醫療照護諮商需要自費，而這些也是影響許多醫師簽署意願的因素之一。

*目前我和我太太應該都不會想要去，就是特別額外花錢去簽這個東西。你簽這個還要錢，那就不會有人做[B]*

醫師會自動將預立醫療決定與 DNR 意願書或器官捐贈同意書放在一起比較，但相對於後兩者，只有預立醫療決定需要自費，而且金額不便宜，即使對於醫師來說都會形成簽署的阻礙因子。

*但 DNR 就是免費的，DNR 啦、捐大體啊、捐器官啊，這些都是免費的，就很簡單，就是寫一寫，丟過去就沒了。所以我覺得這個(預立醫療決定)還是有點麻煩這樣。*

*問：那 X 醫師，想詢問你有沒有比較想簽？還是覺得這個好像還好？*

*答：我覺得還好耶，我覺得太麻煩了，不要花錢這樣[D]*



有受訪醫師直接表示，如果連醫護人員本身都不願意自費來簽署，如何能期待身體健康的一般民眾會願意。

對啊，還要看那個，還要花 3600 塊，那沒有人會做這種事情，你就... 我需要人家去簽這個，還要你花 3600 塊才能做這個，那很奇怪！我覺得這很奇怪，好像說我政府允許你自然死掉，然後還需要你付錢來，讓政府同意你自然死掉，這很怪... 可是沒有人會花 3600 塊去做這個事情！談，我... 我有興趣是說有多少像我這樣的正常人會願意花 3600 塊錢，去開這個會然後簽這個東西？我們醫護人員自己本身都不願意，你為什麼覺得病人要會願意？

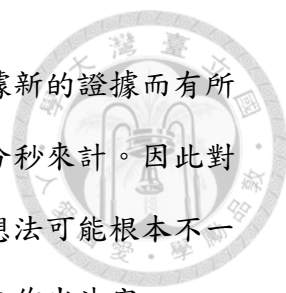
[F]

### (三) 難想像未來

預立醫療決定的核心就是希望意願人能夠事先思考一些假設性的問題，並以目前的偏好去預先作一些困難的決定。然而，即使是臨床醫師，面臨這樣假設性問題的時候，也時常感到難以回答。

對於相對年輕的醫師來說，這些臨床條件在近期成真的機率都微乎其微，但若要設想 30 年，甚至更久之後的未來，對實事求是的醫師看來，可能很難就這樣形成判斷。

它裡面有一些條款其實還蠻奇妙的，就是要講什麼兩次... 安寧緩和的照會，對，所以他的預設就有點奇怪，就是說它要照會這些... 似乎已經先假設病人已經有一定程度嚴重性，對，在如果前提都沒有滿足的情況下，我有時候也確實會覺得我可能很難幫 30 年後的情況做預想[D]



對於臨床醫師來說，對病人的醫療決策可能每一天都會根據新的證據而有所調整，對加護病房來說，調整決策的步調可能用小時，甚至以分秒來計。因此對醫師來說，對未來的預期本來就會隨時間而改變，生病前後的想法可能根本不一樣，或者生病前會不會根本想錯了，這些都讓臨床醫師難以事先作出決定。

就是每個階段，會不一樣的決定。[L]

病人，就是說簽立者，他自己就是…會不會因為簽立了最後，可是到時候它發生的事情跟原本他簽立的時候，他預想的事情不一樣，但是…呃…會不會被擴大解釋成這一個問題[B]

除了預想未來有實際上的困難之外，有些醫師甚至是連想都不願意去想，腦海中從來沒有出現過這些可能的情境。

我現在選擇…不考慮這個問題，因為要考慮這個問題，說真的…  
嗯就…就是…不切實際啊。那如果說真的有考慮這個問題的人，  
就來找你們，沒有考慮過這個問題的就絕對不會找你們…是吧？  
如果說我今天我已經考慮到萬一我今天有任何狀況發生，你等於  
不知道嘛，那我…我決定，這個…那我就真的變很糟了，可  
是這個從來沒有在我腦海裡出現過，所以你問我這個問題…基本  
上…我現在沒有辦法回答。[O]

有醫師提到，身為母親的責任，讓她沒有辦法去設想，萬一哪一天自己發生不幸的情況，連想都不敢去想。

我現在也還有小孩，然後我就可能還有一些責任啊，那就是必須  
陪伴小孩，然後把他們撫養長大。所以，我覺得，我可能，我的  
生存對於整個家庭還蠻重要的，所以我還沒有想到我的身後事…



只是不想去面對，不想去設想自己發生這個狀況的時候...我可以決定，這我都可以決定，只是說我那個時機，我覺得可能可以，會不一樣。只是目前的階段，我沒有辦法去設想，我什麼時間覺得我...我已經可以了。那是自己心裡面的一些情感還沒有辦法去面對這些事情... [A]

#### (四) 家人不同意

參與 ACP，且需要二親等內親屬至少一人參與。有醫師提到家屬太忙或是家屬可能不同調等情況，都讓該醫師對於參與自己的 ACP 感到卻步。

問：那妳自己會有想要簽這個嗎？

答：應該..對哦，可是要找一個人跟我去耶，那要找誰？

問：先生阿，你覺得他不想嗎？

答：唉，這個可能要談一談，因為這個問題太深入了，要一點時間談一下

問：哦，是喔。所以妳自己心裡是沒有，沒有想要這樣，是想要簽的，但是妳比較在乎他的想法，嗯，這樣是嗎

答：還有他可能也很忙吧，我們討論完，然後去簽還要一個幾個小時的時間吧，對不對？ [L]

#### 四、 缺乏行動線索

當研究助理直接詢問受訪醫師目前是否會想要簽署預立醫療決定時，不少醫師都表示，目前並沒有想要簽的念頭，當研究助理再追問下去時，醫師的回答主要可以歸結為以下兩類：(一)生大病 (二)一定年紀，分別闡述如下

##### (一) 生大病

許多醫師認為，可能還是要先得了某種病後，才會好好的思考隨著疾病的變化，對未來的醫療選擇應該如何決定，也可以和前段醫師提到難想像未來的說法相呼應。或許真的得了什麼疾病之後，醫師對於未來病情的走向有了較為可靠的預期後，才能作出更放心的決定。

這個東西就算要簽，我可能不會在這個時候簽。那…到底要簽不簽，我可能是哪一天我得到了麼某個病的時候，我會有我的打算。那但是，我覺得至少目前以我目前的那個身體的健康狀況來講，我大概還不會直接去簽立這個東西。到底我會不會接受或者拒絕這件事情，其實我還是會因為，我之後得到什麼病來做決定。[B] 對啊，可是這種都是你在…你總不會人好好的時候講這些事情，通常都是會在有一點點生病，或是好像這次病的有點嚴重喔，再來提比較有誘因耶！雖然我現在瞭解了內容，但是…我會…我總覺得好像在好好的時候，好像不需要做。啊如果，但我如果講…如果我今天或明天，得了一個 cancer，我，我…我會認真去考慮。

[C]

你說病人自主權法？好啦，就是說我自己也許也是遇到某些特定的狀況了，才會開呀，才會來簽這樣子，對，嗯。或者是說只是心存僥倖，自己暫時不會發生這件事吧。應該大部分都是因為覺得暫時不會發生在自己身上。[E]

受訪醫師目前在身體狀況都正常的狀況下，不會去設想一些假設性的問題，更不會和家人討論。



因為你好像…我現在又沒有末期，我現在沒有這個，我現在又沒有這個，我現在沒有這個，就是你現在就要討論到這個時候要這樣子很奇怪[F]

我覺得… 嗯… 不知道誼… 對啊，因為當下不知道，但是如果我已經得到什麼特殊疾病的診斷，我就會先跟他們講我要怎樣，對。但是因為我現在沒有… 目前沒有遇到… 所以我其實沒有跟他們討論這一塊。[K]

## (二) 一定年紀

除了可能要生病才會去想這類生死的問題之外，醫師也認為應該是到了一定年紀之後，才比較會去思考關於死亡的議題。

通常人要到一定年紀才會開始去思考死亡的問題，那才會出現這個想法。那這個年紀平均大概是四五十歲之後[B]

其實… 感覺這個是你年輕的很年輕的時候就可以簽的，但是其實我們還是沒有… 目前還是都是會到比較… 有這個就是已經… 有疾病了或者是比較年紀大了才來做這一塊[K]

問：說的也是。那您自己會想簽署這個嗎？病人自主權立法或者是X 醫師您有簽DNR 嗎？

答：我還沒有想那麼多，我歲數也到了，應該要想一下這樣，哈哈應該要想一下。[P]

因為對於醫師來說，如果沒有生病或者到了年紀，面臨生死抉擇的機會顯然很低，也因此重要性就會被醫師往後延。

嗯，這個東西我覺得呢是一個機機會的問題嘛，意思是說呢… 我預計，我預期是說接下來有很高的機會，或者說越來越高的機會，



我需要去面對這些狀況，那當然簽這個東西對我來說急迫性就會變高，對。[1]

將主題五中發現的結果整理為圖 4-3，可以發現，臨床醫師自己沒有簽署預立醫療決定的原因，大多可以從計畫行為理論來解釋。蠻多醫師提到簽署時機的考量，可能需要等到生病了或年紀到了，才會來簽署。這個部分在計畫行為理論當中，解釋力較弱，因此採用健康信念模型中的「行動線索」來擴充計畫行為理論的解釋力。

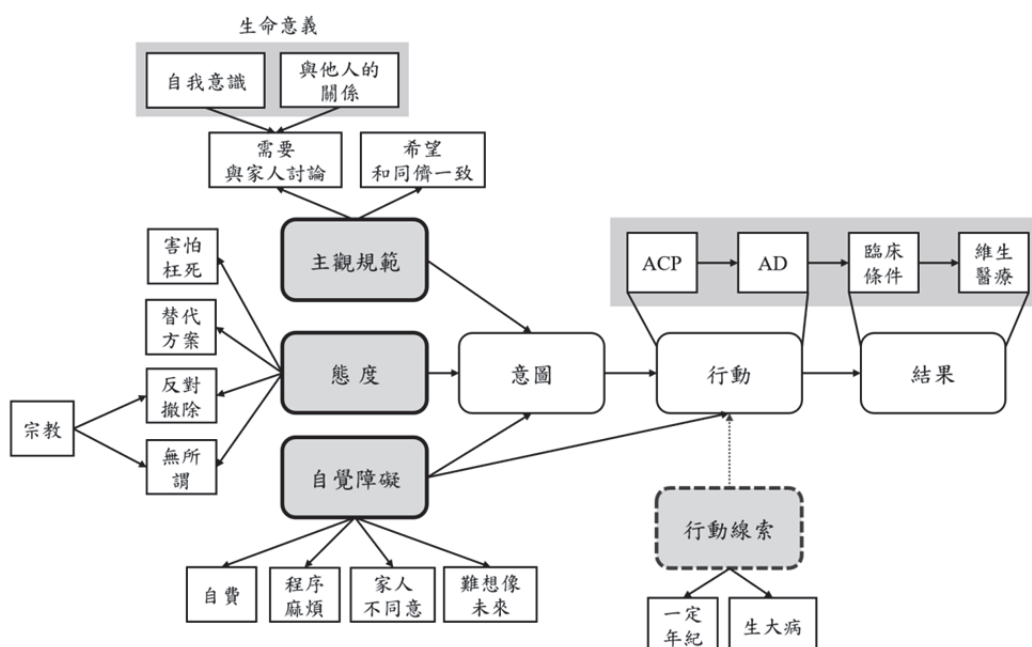



圖 4-3 臨床醫師沒有參與自己的預立醫療照護諮商之可能原因

## 4.8 反思日誌

6月10號開會時，邱晏麟老師提醒我在解釋研究成果時，不要被現在的理論框架所束縛。當初採用計畫行為理論來建構訪談大綱，結果當然能夠與計畫行為理論合拍。一語點醒夢中人！





原先想進行這個質性研究的出發點要推回 2019 年底。在進行了一整年對於預立醫療決定後臨床的推廣後發現，不只是一般民眾對預立醫療決定的參與度不足，連理論上對於「預立醫療決定」、「臨床條件」及「病人自主」這些觀念更為熟悉的醫護人員，他們對於簽署預立醫療決定也顯得興趣缺缺。我對於這個現象一開始的假設是，可能醫護人員是因為一些因素，導致他們無法真的將心中的想法化為現實(簽署 AD)。包括費時、自費等都是我心中的可能原因。經過所上的許多倫理相關的課程，讓我對於病人自主有了更深的認識，自己也認同不要把這些困難的決定留給家人。

然而，經過邱老師的提醒後，我將原先排列意義單元的框架打散，用提及觀念的醫師人數來將意義單元重新進行排序，發現除了針對預期結果(可能枉死)的擔憂之外，有許多醫師都有提到「還沒和家人溝通」、「沒有討論過」、「相信家人做的決定」等概念。家人的重要性比我原先想的更高！我原先認為「醫師對於這些內容都很清楚，可以依據自己的偏好來形成 AD」的假設，有可能對部分醫師來說並不適用。變成植物人之後，自我感覺的部分可能已經消亡，但後續的照顧責任、傷心難過卻是由家人來承擔。因此在面對這些臨床條件時，比起病人本人，家人是否是更適合做決定？不過這個部分可能在不同醫師心中也有不同的比重，個人自主及家庭決策可能是連續的光譜。台灣人長期受傳統中華文化的薰陶，比起崇尚個人主義的西方，或許家人在這種重大決策的過程扮演更大的角色。

## 第5章 討論



經由研究結果分析發現，臨床醫師能夠以全面的角度來看 AD 可能帶來的優點(主題一)及缺點(主題二)。從主題三及主題四可以發現，不少受訪醫師，無論是站在醫師的立場治療符合臨床條件的病人，或是假想自己生病符合臨床條件時的場景，都認同家屬在臨床決定上的重要性。雖然部分醫師，會因擔心家屬引起的醫療糾紛而忽視病人的意願，但有其他醫師認同家屬代為決定是基於醫療決定的結果會對家屬帶來影響。而傳統上，台灣人的醫療模式也是偏向由家人代為決定。不少受訪醫師也表示自己放心讓家人代為決定，不一定需要簽署 AD。家人在醫師自己進行醫療決定過程中所扮演的角色，超乎研究者原本想像。

當受訪醫師被問到為什麼自己沒有參加 ACP 時，得到的回答可說是非常多元，像是：還沒與家人討論、與同儕保持一致、害怕枉死、宗教(反對撤除)、無所謂、有替代方案、程序麻煩、自費、難想像未來、家人不同意、等到一定年紀或生大病再說。這些五花八門的回答其實可以用計畫行為理論當中的三個構面「主觀規範」、「態度」、「自覺障礙」，再加上健康信念模型中的「行動線索」來解釋。

本章節將針對上述研究發現分別討論以下幾個主題：1) 受訪者從醫師角度及個人角度來看 AD 是否觀點有所異同、2) 有哪些原因會影響醫師參與自己的 ACP、3) 家人在 ACP 或做醫療決定過程當中的角色、4) 如何能將 ACP 做得更好。討論的過程中會同時與過去相關研究的文獻進行比較。

### 5.1 受訪者從醫師角度及個人角度的觀點異同

將研究結果進一步分析，來探討醫師從自身專業的角度或是從個人的角度來看預立醫療決定時，觀點是否會有所差異，將結果整理成表 5-1。

表 5-1 受訪者從不同角度來看預立醫療決定之觀點異同

	醫療專業角度	共同	醫師個人簽署
產生預立醫療決定的過程	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 民眾自主的能力</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 程序麻煩/自費</li> <li>● 難想像未來</li> <li>● 諮商不需親屬</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 簽署時機</li> <li>● 家人考量</li> <li>● 希望和同儕一致</li> </ul>
是否符合臨床條件	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 觀察期太久</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 疾病嚴重度</li> <li>● 疾病種類</li> <li>● 害怕枉死</li> </ul>	
如何照護	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 家屬醫糾</li> <li>● 傳統模式</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 尊重病人意願</li> <li>● 對家屬的影響</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 信任家人</li> <li>● 替代方案</li> <li>● 無所謂</li> </ul>
實際執行	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 醫療糾紛</li> <li>● 經驗不足</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 反對撤除</li> <li>● 害怕枉死</li> </ul>	

從中可以發現，臨床醫師從這兩種角度出發的觀點其實大同小異。在 AD 的產生過程當中，醫師會擔心民眾簽署 AD 時，是否擁有足夠的自主能力。而當醫師考量到自己是否要簽署時，除了自己的偏好之外，還會考量其重要他人的意見。另外，簽署時機未到也是醫師沒有簽署 AD 的原因之一。

當醫師被問到，如果面對比如末期的病人時，如果病人先前表達的意思和家屬希望的醫療不一致時，會如何決策，部分醫師會傾向尊重家屬的決定。擔心醫療糾紛是其中一個原因。在沒有病主法的時代，病人因為沒有寫下正式文件，醫師或家屬常常無法清楚病人的醫療偏好。甚至即使病人曾經清楚向醫師說過，但家屬也可能持反對意見，造成醫師在醫療決定上的兩難。在病主法上路之前，病人的聲音在臨床上的確較不受重視，也因此我國於 2015 年由立法院三讀通過病人自主權利法，就是希望能夠達到「病人醫療自主」、「保障其善終權益」、「促進醫病關係和諧」等三大目的。透過具有法律效力的預立醫療決定，病人能夠清楚的事先選擇想要的醫療模式，而我國 ACP 的制度設計中，要求二親等內之親屬至少一人要陪同參與 ACP，讓家屬能夠更瞭解病人的想法，彼此也能夠有效的溝



通。而執行 AD 時，病主法要求照會二次緩和團隊，也是希望對於病人及其家屬能提供更好的照顧，主責照顧醫師如果遇到家屬持有不同意見時，也有緩和團隊可以協助溝通，同時做到「病人醫療自主」、「保障其善終權益」、「促進醫病關係和諧」的三大目標。

而當假設醫師自己變成永久植物人時，不少醫師傾向讓家人代為決定，究其原因，一是出於信任家人的決定，二是考量家人的負擔。當然也有醫師認同預立醫療決定的做法，但也有認為預立醫療決定太過簡略，希望採用更詳細的替代方案的聲音。有趣的是，也有醫師認為就算變成植物人也沒什麼大不了的。

當病人符合臨床條件之後，在是否要撤除維持生命治療及人工營養及流體餵養這個議題上，站在醫師的立場會擔心如果此時家屬反對，即使有病人的 AD 及病主法來免除醫師的刑責，醫師可能還是會承受來自家屬的醫療糾紛。對於這個新上路的病主法不夠熟悉，經驗不足，也是醫師擔心的點。

無論醫師出於專業角度或是個人角度，都提到臨床條件的模糊性，可能會導致病人枉死的擔憂。這部分會留到第 5.3 節再來討論。本節研究者想要探討的是，無論是對病人或是對自己來說，有醫師堅決表示反對撤除維持生命治療，認為不施予(withhold)及撤除(withdraw)不能等量齊觀。

由於撤除維持生命治療是 AD 的核心，也是病主法想賦予民眾的權利。如果醫師無法接受撤除維持生命治療的話，會不會對病人產生影響？

## 不施予與撤除

雖然多數醫師都認同，如果真的符合病主法的臨床條件，無論是不施予或是撤除應該都是可以接受的情況，但是還是有醫師認為不施予(withhold)及撤除

(withdraw)應該要分開來考慮，甚至有出於宗教理由(承受業力)而反對撤除的說法。

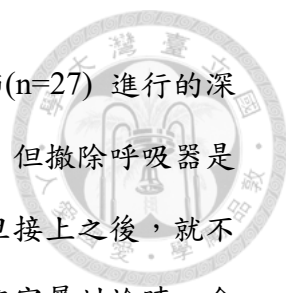


我可以接受不要治療，但是我比較不能接受被動安樂死，所以我覺得我就會覺得這兩個不應該放在一起討論，應該分兩個層次…如果我變成這個狀態(植物人)，然後需要弄成這樣子(依賴維持生命治療)，對我來講那是我的…我的業力…我會覺得是比較要承受的痛苦，承受完才能離開人世…[F]

這件事情，嗯，我認為是不一樣的事情…他生命自己慢慢走下去，跟我們把一個原本來支撐他的東西把它扯掉，讓它垮掉那個想法不一樣… 比如說病人家屬問我們說可不可以把他現在用的升壓藥都拿掉，讓病人好好離開。跟我是不要再加升壓藥，或者是說我這個升壓藥這一包用完我就不再給…直接拿掉是一個有點安樂死的概念。但是如果說不再多給藥，會比較沒那麼暴力[P]

從表 2-1 安寧緩和醫療條例對心肺復甦術及維生醫療態度之沿革，可以發現，就我國的時空背景來看，安寧緩和醫療條例在一開始就心肺復甦術而言，對於不施予及撤除是採取不同的態度。一開始的法令設定是只允許不施予，二年後才修正為允許有意願書的病人可以撤除，安寧緩和醫療條例實施十年後，才允許家屬出具的同意書也可以撤除維生醫療。

許多主流醫學會包括美國醫學會<sup>16</sup>、美國胸腔學會<sup>17</sup>、英國醫學會<sup>18</sup>皆明確表示，在末期病人是否使用維持生命治療的情境中，「不施行」與「撤除」並沒有倫理上的不同。不施行的代價是可能的獲救機會，家屬可能會面臨長時間的後悔，而撤除則是已經嚐試過積極救治，在更明確預後的狀態下做的決定。從這個角度來說，撤除可能比不施予來得更符合倫理一些。



Aita K et al. (2007) 對於照顧嚴重中風老年患者的日本醫師(n=27) 進行的深度訪談發現，所有的受訪醫師都表示不施予呼吸器是可接受的，但撤除呼吸器是會受到懲罰的。因此部分醫師在向家屬解釋時會強調呼吸器一旦接上之後，就不會再移除。也因此，大多數醫師傾向對於預後不佳的病人，在與家屬討論時，會帶往不施予的方向。<sup>43</sup>

Chung GS et al. (2016) 調查美國執業醫師(n=1,156) 對於不施予及撤除維持生命治療的看法，作者發現 61%的醫師認為，撤除比不施予會帶來更大的心理負擔，而且 59%的醫師認為撤除比不施予來得更有倫理上的問題<sup>44</sup>。此外，研究發現，有越虔誠信仰的醫師，越會認為撤除是有倫理爭議的。而安寧緩和專科及照顧瀕死患者的經驗越多的醫師，越不認為不施予及撤除有心理或倫理上的差異。

Aita K 與 Kai I (2010) 對 35 名醫師進行深度訪談，想瞭解醫師在撤除時可能面對的心理障礙為何，他們發現阻力和撤除的模式有關。如果當下維持生命治療的運作仍然可行，醫師會較不願意去撤除；如果病人的生理或機器的運轉已經到了極限，醫師撤除的阻力較小。此外醫師會希望病人能夠「順利著陸」，因此他們期待的是一個緩慢的，「看似自然」的死亡，而同時是為了滿足家人及醫師的心理需求。也因此，醫師通常較不願意撤除呼吸器，因為病人有可能在幾分鐘內就過世。作者舉升壓劑為例來解釋「順利著陸」，日本醫師有三種策略：1)部分不施予：血壓下降時，不再追加升壓劑 2)部分撤除，部分不施予：如果病人的血壓已維持一段時間，醫師會在不影響血壓的情況下慢慢調降升壓劑，之後病人如果血壓下降，則不再追加 3)不施予下一劑升壓劑<sup>45</sup>。

*我現在這個藥還在，我只是用完了我不再續而已。因為我們有些病人就是至少那個時間點他就需要血壓藥，硬把拿掉就…他就會很快就過世了。但是如果…一個是不上調，是我們最常見的做法，*

我們就設一個上限，比如說 20，levophed run 到 20，我們不再上調，我覺得是一個做法。我也可以接受，通常家屬也可以接受[P]



P 醫師的回答正呼應 Aita K 與 Kai I (2010)的研究，醫師避免撤除，因為擔心病人「很快就過世了」，而在處理升壓劑問題時，也不希望直接拿掉，而是採用部分不施予(不上調)及不施予下一個劑量的方式，來尋求醫師與家屬都可以接受的「順利著陸」。

由上述討論來看，「不施予」及「撤除」的確對部分醫師帶來不同的心理負擔。醫師不願意幫病人撤除維持生命治療可能有幾種不同的心理機制，宗教信仰、病人會很快死亡(沒有順利著陸)，都是可能的原因。然而，一旦醫師對於「撤除」維持生命治療有心理障礙，當面對病情未明的重症病人，為了避免後續撤除帶來的痛苦，他很可能採取偏保守的治療，選擇不施予維持生命治療。但這反而使病人喪失獲得適當醫療的機會。

從過去的文獻中也發現，受過安寧緩和訓練及有豐富照顧瀕死患者的經驗的醫師，越不認為不施予或撤除有心理或倫理上的差異<sup>44</sup>。因此，增加對其他科醫師的安寧緩和或倫理的教育，或許可以減少醫師對於撤除維持生命治療的心理障礙。

## 5.2 影響醫師參與 ACP 的因素

在第二章的文獻探討裡，我們發現與醫護人員參與自身預立醫療照護諮商有正相關的因子有：年紀較長、健康議題(功能受限、近期住院、看醫師)、獨居、宗教信仰、更多年工作經驗、照顧嚴重/瀕死病人、接受過安寧訓練、近期親友死亡、住在老年社區；而與醫護人員參與自身預立醫療照護諮商負相關的因子則是：

較少參與自己的預立醫療照護諮商：太年輕、自認沒時間、認為不重要、較少情感支持。



而本研究發現，醫師自己不想參與預立醫療照護諮商的可能原因有：還沒與家人討論、與同儕保持一致、害怕枉死、宗教(反對撤除)、無所謂、有替代方案、程序麻煩、自費、難想像未來、家人不同意、一定年紀、生大病

將文獻中提到的相關因子與本研究結果相互對照，整理成表 5-2(下頁)



表 5-2 影響醫師參與自己預立醫療照護諮商的因子

	文獻回顧	研究結果
主觀規範		◆還沒與家人討論 與同儕保持一致
態度	工作經驗 (時間/病人類型/安寧訓練)	
	宗教(增加 ACP) <sup>38</sup>	★宗教(反對撤除)
	認為不重要	無所謂
		★害怕枉死 有替代方案
自覺障礙	沒時間	程序麻煩
		★自費 ★難想像未來 ◆家人不同意
行動線索	年紀 健康議題	★一定年紀 ★生大病
	住在老年社區 近期親友死亡	
無法歸類*	較少情感支持 獨居	

\*文獻中有提到獨居<sup>29</sup>的退休護士較會參與 ACP，而自述得到較少情感支持<sup>29</sup>的退休護士則較不參與 ACP。然而這是透過問卷統計發現的結果，原作者並沒有進一步去探討背後的心理機制或成因。因此，在表 5-2 中無法將其對應至本研究提出的架構當中

◆ 與家人意見有關的因子

★ 之前文獻未提及的可能影響醫師參與 ACP 的因子

特別說明的是，在表 5-2 當中文獻回顧整理出的影響因子包括正向及負向，而本研究結果則著重在負面影響因子。可以明顯發現，本研究發現的影響因子比先前文獻回顧發現的影響因子來得更為多元。這個現象可以從幾個方面來解釋：

- 1) 研究方法不同：文獻回顧中的研究全部都是問卷研究，因此受試者能夠回答的選項受限。而本研究採取質性研究中的深度訪談法，能更忠實還原受訪者心中的真實想法，因此本研究能發現更為多元的影響因子。
- 2) 文化背景不同：文獻回顧中的研究都是在歐美澳等西方國家進行(美國(5)、澳洲(1)、德國(1)、芬蘭(1))，而本研究訪談的是台灣的醫師。文獻回顧幾乎沒有發現，家人的意見會影響醫護人員參與自己的 ACP，而本研究卻發現，家人、同儕可能都對醫師是否參與 ACP 產生影響。相較於西方偏向個人主義，東方對「家庭」的觀念更為重視，這樣不同的東西文化背景可能也導致本研究得出和先前文獻回顧不一樣的影響因子。

過去研究當中，幾乎沒有可以被歸類到主觀規範(重要他人意見的影響)的相關因素，這部分會在第 5.3 節時再進行詳細討論。此外，本研究發現，認為不重要、沒時間、年紀、健康議題等因子，本研究的結果可以與先前文獻相呼應。

作者想進一步探討的是，之前文獻不曾提及的，但本研究發現可能是阻礙醫師自身預立醫療照護諮商的因子(表格中標示★)，包括：還沒與家人討論、與同儕保持一致、宗教(反對撤除)、害怕枉死、有替代方案、自費、難想像未來、家人不同意。在這八種因子當中，還沒與家人討論、家人不同意等，都是體現家人對於醫師 ACP 的影響(表格中標注◆)，這個部分同樣留待第 5.3 節來討論。



雖然先前的文獻也有發現宗教也會影響醫護人員參與自身 ACP，但文獻是呈現正面效果，而本研究中，發現宗教信仰卻會阻礙醫師參與自身 ACP。因此將宗教因納入討論。

就難想像未來而言，可以區分為兩類：理智上及情感上。理智上的難以想像未來主要是受訪醫師困擾於未來可能的變數太多，在目前的時間點很難有全局觀。

*對，在如果前提都沒有滿足的情況下，我有時候也確實會覺得我可能很難幫三十年後的情況做預想[D]*

而情感上的困難想像是指，對未來可能發生的場景，光是想像都覺得無法接受，因此無法去認真思考。

*我現在也還有小孩，然後我就可能還有一些責任啊...只是目前的階段，我沒有辦法去設想...自己心裡面的一些情感還沒有辦法去面對這些事情... [A]*

比較有趣的是 A 醫師提到，對小孩的責任，讓她不敢去設想自己面臨臨床條件的可能性。是否有待扶養子女的父母，有可能比較不願意討論 ACP？

因此以下分別來探討宗教、害怕枉死、自費、有待扶養子女、健康/年紀 與參與 ACP 的關係。

## 宗教的影響

Bowman M et al. (2018) 的研究發現，相比於沒有信仰的醫護人員，有宗教信仰者更多簽署預立醫囑 (50.2% vs 31.6%)，更多有指定醫療委任代理人(46% vs

25.5%)<sup>38</sup>。然而本研究中，具有較虔誠宗教信仰的醫師(法輪功)，反而因為其信仰，反對撤除植物人或昏迷狀態的維持生命治療。而一名有基督信仰的醫師則認為，即使將來哪一天自己變成植物人也不是什麼大不了的事情，沒有預先做決定的需要，讓神來決定即可。


*那我剛跟你講植物人是一個很麻煩的議題...如果我變成這個狀態，然後需要弄成這樣子，對我來講那是我的...我的業力！植物人對我來講，我會覺得是比較承受的痛苦，（沉重的苦難）承受完才能離開人世。 [F]*

*就還是回到那個信仰上面。上帝決定怎麼做，耶穌的...要怎麼思考？由神決定！[O]*

Htut Y et al. (2007) 對馬來西亞的 15 名老人(其中 5 人是華人) 進行的質性研究<sup>46</sup> 發現，雖然多數人都認同應該為未來的醫療進行計畫，但卻都認為沒有必要完成一份正式的預立醫療決定，大多認為未來最好留給命運或是交給神。

Maciejewski PK et al. (2012) 對 345 名晚期癌症病人所做的世代追蹤研究<sup>47</sup> 發現，在面對晚期癌症病情時，使用正向宗教調節策略（相信神會回應他們的禱告、神會眷顧...）的患者，較少完成生前遺囑 (living will, AOR=0.39)，並具有更高的機會在死亡前一星期使用延長生命的侵入性治療 (AOR=5.43)。Maciejewski PK et al.認為，對「生命神聖性」的強烈宗教信念，會讓病患相信不急救 (DNR) 或不施予維生治療在道德上是錯誤的。他們發現，正向宗教調節策略與在死前使用維生治療的關係並不受其他因素影響。不立生前遺囑可能是病患將命運交給上帝的一種表達方式。

Garrido MM et al. (2013) 對 305 名 55 歲以上的美國門診病患的調查<sup>48</sup> 也發現，保守的清教徒及那些越重視信仰/靈性的人，參與預立醫療照護諮商的機率越低。



而這個現象大多能用相信生命的長度是上帝決定的，重視使用所有可能治療的方式。對未來的控制感是人們去完成預立醫療決定的一個動機，人們如果不相信生命是由上帝決定的，那就會想要找個代理人在自己無決定能力時幫忙進行醫療決定。此外相信「死亡是生命的自然過程」的人，較不會害怕談論死亡，也較可能參與預立醫療照護諮商。而清教徒較不認同「死亡是生命的自然過程」，也能解釋他們較不熱衷參與 ACP。

de Vries K et al. (2019) 對老年人的 ACP 所作之系統性回顧文章指出，宗教信仰和參與 ACP 的可能性是負相關的<sup>49</sup>。

由上所述，宗教信仰一般來說會對一般民眾是否參與 ACP 產生負面的影響。而之所以 Bowman M et al. (2018) 的研究發現宗教信仰對醫護人員簽署預立醫囑及指定代理人有正面影響<sup>38</sup>，Bowman M et al.在討論的部分有提到，這個現象可能是受到年齡的干擾。在 Bowman et al.的研究中，年紀較大者，較會簽署預立醫囑，也較會指定代理人。

因此，在本研究中發現，有強烈宗教信仰者似乎較無意願進行 ACP，這樣的結果與大部分的針對一般民眾的研究<sup>46、47、48、49</sup>結論一致。對生命的價值觀(生命的神聖性 vs 死亡是自然過程)、自己無決定能力時，應該由誰來決定(預立醫囑 vs 家人/代理人 vs 神)等信念，可能是宗教信仰者之所以不願意參與 ACP 的可能想法。

在本研究中的 16 名醫師當中，只有兩名醫師(F, O)表明信仰對他們的醫療決定起著重要的作用，絕大多數醫師皆沒有明顯的宗教信仰，大多認同死是一個自然的過程，生命如果已經沒有意義，也不會希望依賴維持生命治療繼續存活。



大部分都要這五種條件啊，到了這個時候因為已經，基本上都是處於比較沒有表達，沒有辦法清楚表達自己的意思，然後他就是在下去可能，可能之後的人生也比較沒有意義了吧 [L]  
這五種哦，這五種都不用講了，前四種都這樣啊，就沒有意義啊！

[M]


對於沒有信仰的醫師來說，「神」在生命末期的決定幾乎沒有角色，但由於顧慮到家人的感受及負擔，因此，在他們無決定能力時，傾向交給家人決定(詳見第 4 章主題四)。

## 害怕枉死

從表 5-2 可以發現，與文獻相比，本研究發現，不少醫師會擔心，如果事先簽署了 AD，是否會對未來的預後產生不良的影響。

我們也有患者在某些病房啦，因為他簽了…DNR。那他們簽了以後，變成說他一些簡單的點滴啊，或者是殺菌的一些抗生素都都沒了！就…全部都不給了…我在第一線臨床發現有一些…比較…比較奇怪的現象，所以自己還是會有點怕！[H]  
就是講難聽一點就是會比較…呃，有些會枉死這樣…又回到我…我之前擔心的那一點…那個末期病人那個疑慮要消失掉，對我來講 [C]

部分受訪醫師會擔心自己簽了 DNR 或是 AD 之後，當自己生病時，會不會反而剝奪自己接受適當治療的權力。



不少研究也發現，擔心沒有受到適當的醫療，是民眾不願意簽署正式 AD 的原因之一。Clarke A et al. (2010) 於英國所做的質性研究中，有華裔受訪者表示不想將偏好轉化為預立醫療決定之類的正式文件<sup>50</sup>。Fried TR et al. (2019) 針對 65 歲以上的老人及看護進行的質性研究也發現，部分受訪者也擔心將偏好寫下來可能會導致治療被過早的撤除。<sup>28</sup>

而這樣的擔心是否是空穴來風？醫師真的會因為病人的 DNR 醫囑或其他預立醫療決定而對病人的治療態度產生差異嗎？臨床上醫護人員是否會對病人的「不急救」意願擴大解釋成「不要積極治療」？

Yuen et al. (2011) 的研究指出，美國現行 DNR order 執行層面的問題就包括：醫師不適當的擴大解釋 DNR order，反而限制了其他的治療。<sup>51</sup> 可見在美國也發現 DNR 醫囑有可能被不適當的擴大解釋。

對於醫護人員來說，病人有 DNR 醫囑，理論上適用的場景應該只有在其瀕死、無生命徵象時，不給予 CPR 或其他只能延長瀕死過程的維生醫療。但是 Beach MC 及 Morrison RS(2002) 對美國一家醫學中心內科部的主治醫師及住院醫師 (n=241) 進行的調查研究確實發現，醫師眼中的 DNR 意願遠不止單純包含「不急救」。他們發現，面對有 DNR 醫囑的病人時，醫師們會減少血液培養(91% vs 98%)，減少中央靜脈導管置入(68% vs 80%)，甚至減少輸血(75% vs 87%)。由此可見，單是存在 DNR 醫囑就會導致醫師使用某些治療方式的意願，即使這些治療實際上與 DNR 醫囑無關。<sup>52</sup>

Stevenson EK et al. (2016) 對全美國內科住院醫師(n=533) 進行的調查研究發現，雖然這些第一線提供醫療服務的內科住院醫師對於非侵入性的處置(血液培養、給藥、影像學檢查) 不受病人是否有 DNR 醫囑影響，但如果病人有 DNR 醫囑的話，仍然比較少給侵入性的治療 (洗腎、氣管鏡、照會外科、轉入加護病房)。

但假設簽 DNR 的病人也比較不想要侵入性治療的想法，有可能是錯誤的，甚至可能違反病人的意願。<sup>53</sup>



Neufeld MY et al. (2020) 也對全美國外科住院醫師(n=194) 進行類似研究，他們發現，如果病人有 DNR 醫囑，會影響外科住院醫師在手術前後的醫療決定，包括：腎衰竭不洗腎、輸液無效的病人不送加護病房、甚至也比較不會去開有適應症的手術。作者表示，應持續教導住院醫師 DNR 醫囑並不能被解讀成不治療醫囑 (Do-Not-Treat)<sup>50</sup>

由上述文獻看來，本研究中許多臨床醫師擔心自己如果簽署預立醫療決定之後，可能會引來過於保守的治療的擔心的確有其可能性。

醫學倫理的四大原則：自主原則、行善原則、不傷害原則、正義原則。倘若病人真的因為簽署了 DNR 或 AD 而導致他們接受了不適當的醫療，這可能導致較差的預後，也違反了不傷害原則。因此，如何讓醫護人員對於 DNR 醫囑及預立醫療決定有正確的認知及態度，將會是未來醫學教育的重點之一。

## 自費

*目前我和我太太應該都不會想要去，就是特別額外花錢去簽這個東西[B]*

在本研究當中，不少醫師表示收費昂貴，是讓他們對 ACP 卻步的理由之一。

在美國這個 ACP 發源的國家，研究發現，花費太多時間是醫師不願意在門診和病人討論 ACP 的原因之一<sup>55</sup>。而美國從 2016 年 1 月 1 日起，Medicare 對於在診間和患者進行 30 分鐘 ACP 的醫師會給付 86 美元 (約台幣 2533 元)，如果 ACP



是在醫院進行的話，則給付 80 美元(約台幣 2356 元)。無論是在門診或是住院，再多談額外 30 分鐘，最多可再給付 75 美元(約台幣 2209 元)。<sup>56</sup>



而對於這個舉措，美國醫學會 (American Medical Association, AMA) 與美國安寧緩和醫藥學(American Academy of Hospice and Palliative Medicine, AAHPM) 皆表示支持，認為此舉會鼓勵醫師和患者進行耗時的討論，最終可以增進病人的照顧品質。然而，美國內科與外科醫生協會(Association of American Physicians and Surgeons) 卻擔心，此給付可能會創造誘因而使病人同意拒絕治療。<sup>56</sup>

而關於 Medicare 給付醫師進行 ACP 費用能否促進臨床上 ACP 的發生一事，Belanger E et al. (2019) 探討了從 2016 年 (Medicare 開始給付醫師 ACP 諮詢費用) 之後，ACP 給付申請的變化。作者發現 2016 年，65 歲以上的 Medicare 受保人中，1.9% 有與醫師的 ACP。而到 2017 年的前三季度，這個比例上升到 2.2%。在當年死亡的人當中，有更高的比例與醫師進行 ACP，2016 死亡的人當中有 3.3%，這個數字在 2017 是上升至 5.8%。雖然 Medicare 有給付，但整體來說，醫師申報 ACP 的比例仍然偏低。前 30 分鐘的 ACP 給付醫師 80~86 美元的報酬，可能不夠對醫師產生激勵效果。<sup>57</sup>

就醫師的專科別來看的話，安寧緩和專科醫師申請 ACP 給付的比例最高 2016 有 27.6%的醫師申報，2017 有 35.9%的醫師申報。然而之所以還有大約三分之二的安寧醫師沒有申報 ACP，可能是因為病人已處在瀕死階段，已經不適合進行 ACP。<sup>57</sup>

Fulmer T et al. (2018) 針對經常照顧 65 歲以上患者的醫師進行了電話調查，一共訪問了 736 名醫師 (81% 男性, 75% 白人, 66% 年紀在 50 歲以上)。一半以上的醫師表示他們的病人如果在一年內離世自己並不會意外。雖然 99%的醫師都表示關於生命末期的會談很重要，但只有 21%的醫師表示他們經常和病人談論



ACP 相關的話題。而對於 Medicare 給付醫師進行 ACP 的新制度，95%的醫師都表示支持<sup>58</sup>。

由此可見，雖然 Medicare 給付醫師前半小時台幣 2300 元至 2500 元的費用來進行 ACP，但前期看起來成效不彰，從 2016 年的 1.9%稍微上升至 2017 年的 2.2%。醫師對新政策還不熟悉，沒有進行申報當然是一個可能的原因，但在對醫師的訪問中也可以發現，醫師對於開啟 ACP 相關的會談仍然充滿障礙，自認沒準備好、沒時間、怕患者放棄希望、不自在等都是可能的原因<sup>58</sup>。

給付醫師進行 ACP 的費用不見得會增加醫師開啟 ACP 的動機，但是對一般民眾來說，如果補貼費用的話，可能會提升民眾參與 ACP 的意願。Auriemma CL et al. (2017) 針對 883 名美國民眾的調查研究<sup>59</sup>發現，比起支付費用給進行 ACP 的醫師，一般民眾更傾向給付給完成 AD 的民眾。而當問到認為多少錢可以激勵民眾或醫師來進行 ACP 時，受訪者認為應該支付給完成 AD 的民眾 100 美元的獎勵。然而對一般民眾來說，寧願費用是用來補貼大腸鏡篩檢或戒菸，而不是進行 ACP。<sup>59</sup>

從 Auriemma CL et al. (2017)的研究可以發現，即使補貼美國民眾 100 美元來進行 ACP 可能提升部分動機，但比起戒菸、大腸癌篩檢等項目，美國民眾對於 ACP 的認同度較低。

然而台灣目前並沒有對 ACP 進行補貼，而是採取對民眾收取費用，可能進一步降低一般民眾進行 ACP 的意願，無疑是讓原本就偏低的參與率更加雪上加霜。

*有多少像我這樣的正常人會願意花 3600 塊錢，去開這個會然後  
簽這個東西？…我們醫護人員自己本身都不願意，你為什麼覺得  
病人要會願意 [F]*



對於醫師來說，自己都不願意付錢來進行 ACP 了，更何況一般民眾？因此，未來 ACP 如能納入健保給付，對於民眾推廣及政策實行來說，應該能更為順利。

## 有待扶養子女

*我現在也還有小孩，然後我就可能還有一些責任啊，那就是必須陪伴小孩，然後把他們撫養長大。所以，我覺得…我的生存對於整個家庭還蠻重要的，所以我還沒有想到我的身後事 [A]*

Nilsson ME et al. (2009) 的研究發現，晚期癌症的患者當中，如果有待撫養小孩的話，患者較會選擇侵入性治療 (AOR=1.77)、更不會參與預立醫療照護咨商 (AOR= 0.44)。<sup>60</sup>


未成年子女可能是父母不願意去思考生命末期議題的阻礙因素之一，但這方面的研究尚少，仍無法得出清晰的結論。

## 現在還太健康/太年輕

本研究中不少受訪醫師不約而同的提到「現在還不是進行 ACP 的時機」，認為「年紀到了」或「生病」或許才是較適合的時機。

*你說病人自主權法？好啦，就是說我自己也許也是遇到某些特定的狀況了，才會開呀，才會來簽這樣子，對。[E]*

當被問到是否有意願參與 ACP 及簽立 AD 時，許多醫師都認為目前不是最佳時機。對於許多受訪醫師來說，臨床上面對病人的死亡，或許不構成足夠的動機來替自己預作準備。還是要等到自己已經有些徵兆之後，才會認真思考之後可能發生的事情。



回顧歷史可以清楚發現，從 Karen Ann Quinlan (1954-1985)到 Nancy Cruzan (1957-1990) 再到 Terri Schiavo (1963-2005)，這幾個推動病人自主及預立醫療決定的指標型個案，在生病之前，都是相對健康且年輕的狀態，然而都在某次意外之後，成為了永久植物人。我國的病人自主權利法也有將永久植物人、不可逆轉之昏迷等臨床條件納入，就是希望能夠避免類似悲劇不斷重演。若不希望自己在永久植物人之後，持續依賴維持生命治療及人工水份營養維持生命的話，就需要一個人在平常健康時，就先針對這類狀況預作決定。然而，比起癌症病人或早期失智患者，要一個相對健康的人思考這類問題的難度要大得多。

Yadav KN et al. (2017) 的系統性回顧<sup>61</sup>也發現，相比於健康的人，慢性病人有較高的機會完成預立醫療決定 (38.2% vs 32.7%)。

Lovell A 與 Yates P (2014)，對於 2008 至 2012 年文獻進行的系統性回顧也發現，年齡越大、大學學歷、癌症診斷、健康狀況越不佳(死亡可預期、功能大幅衰退、生活依賴他人)、生病後、看過朋友參與 ACP 的人較會參與 ACP、害怕不好的死亡過程、希望在不省人事時還能控制、減輕家人決策的重擔、避免家人衝突或避免在瀕死時接受急救等都是民眾參與 ACP 的理由。越瞭解自己因病情而餘生有限的患者越會 ACP，對生命末期照顧不清楚的民眾較不會參與 ACP。忌諱談論死亡則是 ACP 的阻礙因素。<sup>62</sup>從 Lovell A 與 Yates P 的研究中可以發現，癌症診斷、健康狀況不佳、生病後、年齡越大、看朋友參與過 ACP 等因素都可以歸納成行動線索。這些線索的出現會觸發民眾去思考 ACP 之類生命末期的決定。

Spelten ER et al. (2019) 的回顧研究發現，年紀較小、教育程度較低、收入不高的人也較不會參與 ACP。對病人來說，越飽受症狀折磨或生病時間越久，越會去進行 ACP。<sup>66</sup>



對民眾來說，年齡及生病時間及嚴重度，都是促使他們想進行 ACP 的動機，即便是對醫師自己來說也是如此。因此，如何讓健康的人，尤其是年紀不大的人願意進行 ACP，的確是一個難題。

### 5.3 家庭為單位的預立醫療照護諮商

傳統上關於 ACP 有四點假設<sup>19</sup>：

- 1) 目的是為無決定能力的狀況預作準備
- 2) 基於倫理的自主原則
- 3) 重點在於完成 AD
- 4) ACP 發生於醫療關係中。

然而 Singer et al. (1998) 對 48 名拿到預立醫療決定書六個月後的洗腎病人進行的訪談研究<sup>20</sup> 發現，對病人來說，進行 ACP 意味著：

- 1) 除了是為無法決定的時刻預作準備之外，也是對死亡作準備。
- 2) ACP 不單單是為了行使自主權，更是基於個人關係，減輕他人的負擔。
- 3) ACP 的重點不僅是完成 AD，還有這個過程。
- 4) ACP 除了在醫病關係中發生，同樣發生在親近的所愛之人的關係之中。

Singer et al. (1998)<sup>21</sup> 的對洗腎病人的研究發現：ACP 是基於個人關係，減輕他人負擔、發現在所愛之人的關係之中，正好與本研究的結果相互呼應。



從表 5-2 可以明顯發現，過去研究當中，幾乎沒有提到其他重要他人的意見對醫師參與 ACP 是否會產生影響。然而，本研究卻發現，對於許多醫師來說，家人的意見對於他們是否參與 ACP 可說是相當重要。


誼~我還沒有問過我老婆這個問題耶，對。如果是只考量我自己的話，應該就會直接結束了吧，對阿。但是就是像我們剛才講的啊，考量一下別人。[J]

目前西方醫學重視病人為中心的照顧 (patient-centered care)，因此發展出來的 ACP 事實上變成醫病關係的延伸。認為只要醫師將一些在生命末期或特定臨床狀態時可能使用的醫療措施和病人說明清楚，病人就能依據自己的偏好選擇最合適的醫療方案。然而，許多臨床研究發現，「病人為中心」的概念或許並不是病人在進行醫療決定最偏好的決策模式。

## 家人共同參與醫療決定

Schäfer C et al. (2006) 於德國雷根斯堡大學醫院對 50 對癌症病人與家屬所做的問卷研究發現，89% 的受訪者認為醫療決定應該由病人及家屬共同決定，70% 的病人認為家人應該有權在醫療決定過程中發聲。<sup>63</sup>

Sinclair C et al. (2014) 針對第一代移民澳洲的義大利裔及荷蘭裔的訪談發現，相比於荷蘭裔移民，義大利裔移民在思考生命末期照顧時，更強調家人的重要性，在面臨生命末期時，更可能完全授權讓家人代為進行醫療決定。義大利裔移民時常認為只要有家人能夠照顧他們，預立醫療照護諮商就是多餘的。家族主義和支持預立醫療決定似乎呈現出負相關<sup>36</sup>。




Searight HR 與 Gafford J (2005) 針對美籍波士尼亞裔移民的質性焦點團體研究也發現，當面臨威脅生命的疾病時，大多數波士尼亞裔移民並不認為應該由自己來做決定。醫師會是代為決定的首選，然後是家人。家庭為單位的自主決定被認為是波士尼亞的社會常規。他們通常也不認為指定代理人有其必要，因為親密的家人被視為代理作決定的最佳人選。<sup>65</sup>

從上述的研究來看，至少就德國、義大利、波士尼亞的民眾來說，他們似乎更偏向於以「家庭為單位」來進行醫療決定。對他們來說，像 ACP 這類由個人事先表達醫療偏好的溝通過程，其必要性可能會比較低。因為，家庭而非個人，才是做決定的單位。

### 家人在 ACP 過程的重要性

Hines SC et al. (1999) 針對 400 名美國洗腎病人的訪談研究發現，當被問到想和誰討論特定醫療偏好時，50% 的患者傾向和指定的代理人 (93% 選擇家人)，只有 6% 的患者表示想和醫師討論。當被問到如果要 ACP 應該找誰來一起討論時，91% 的病人希望代理人能參與，88% 的病人希望其他家人也能在場，而想要醫師在場的比例只有 36%。<sup>66</sup>

Singer PA et al. (1998) 對 48 名美國洗腎患者的質性訪談研究發現，對這群洗腎患者來說，醫療人員並非他們討論預立醫療決定的人選。研究發現，病人認為醫護人員之所以不適合談 ACP 有以下理由：1) 醫護人員太忙、2) 更換頻繁、3) 討論 ACP 較為私密，應該留給值得信任的親密他人等。與本研究類似的是，該研究也發現，許多進行預立醫療照護諮商的病人表示，之所以如此做的理由是為了「減輕家人提供照護的壓力」或「避免家人眼睜睜看病人無謂地延長瀕死過程」。此外為減輕所愛之人進行代理決定的重擔，也是病人進行 ACP 的考量因素。<sup>21</sup>



Stelter KL et al. (1990) 對美國老人中心的 214 名 65 歲以上的長者所做的問卷研究發現，對於那些已經簽署 AD 或有計畫參與 ACP 的老人來說，「簽署 AD 會讓家人沮喪」是阻礙因素之一。在那些還沒有計畫要參與 ACP 的老人當中，更是有高達 47% 表示，「因為簽署 AD 會讓家人失望」。<sup>33</sup>

綜上所述，即使是在美國，病人在計畫 ACP 時，比起和醫護人員，他們更傾向於和家人共同討論決定。之所以簽署 AD 的理由，也常常是為了家人的福祉著想，之所以沒有 ACP 的原因，很多也是因為考量家人的反對。從上述研究看來，無論要不要談 ACP，家人在這個過程都扮演著重要的角色。如此看來，即使是美國的病人，似乎也沒有那麼「個人主義」，

如果民眾對醫療決定越是從「家庭為單位」的角度來思考，病人本人的意見的比重就越小。因此，即使病人無法決定，仍然有其他的家人可以代為決定。

*我的概念很一致，可能就是你的生命應該不是由你個人決定的，而是由所有的事物一起決定啊... 那我能夠去顧的，以我能力所及的就是第一個離我比較近的人，那這個才是... 因為要顧及他們的一個想法，或者說他們的所謂的幸福感之類的東西。所以包含我剛剛所說的決定，其實都是以這個概念去去做... 你事前你有決定一些事情，那它大概是可以當成這個議會的一票。一個參考意見這樣子... 我如果走掉，那是家人協助決定的，那可能對家人是一件好事，至少是他們決定的事了。那我會比較傾向這樣子。... 我相信我的家人在聽了，比如說醫師的解釋之後，會做出一個很理性，就是符合大家的共同利益的判斷。[Q]*



這位醫師的意見中所透露出來的觀念正好可以和文獻的結論互相呼應：這位醫師傾向以「家庭為單位」而非「個人為單位」，即便家人共同決定的結果可能會導致個人的死亡，但只要這「符合大家的共同利益」，這位醫師也可以接受。


*在那個狀況…我的想法就是在那個狀況下，我自己個人意願的順位，我覺得已經沒有那麼重要了…那但是，如果說那個時候是，譬如說為了家人的那個照顧上的方便的話，那我是覺得，for 這個理由，for 這個理由去做一個犧牲，我是會依照這個理由去做結束生命。…因為活著的人或者有功能性的人比較重要。[Q]*

而這樣的表述與某些學者所倡導的死亡義務(duty to die)的異曲同工之妙。

## 死亡義務

死亡義務(duty to die) 這個觀念可追溯至 1984 年，美國前科羅拉多州州長 Richard D. Lamm 在一場會議上說道：「那些病入膏肓的老年人有死亡的義務，而不是依靠人工手段來試圖延長他們的生命。不人為延長生命的死亡，就像凋落的樹葉形成其他植物生命的養份一樣」<sup>68</sup> Richard D. Lamm 主張老人有「死亡義務」，應該為了年輕人的未來適時「退場」。死亡義務這個概念引起了廣泛的討論。

Battin MP (1987)<sup>69</sup> 以稀缺醫療照護資源的分配正義來解釋死亡義務。她認為倘若使用 Rawls/Daniels 無知之幕的概念，在進行稀缺醫療照護資源的分配時，很自然的就會形成一套以年齡來分層的系統，來主動，甚至是社會鼓勵性地結束老人的生命。著名的日本小說「楯山節考」的「棄老」劇情也是基於類似的考量。生活在古代日本窮苦的山村裡的人們有一個不成文的規定，老年人到了七十歲就要由家人背到荒山野嶺等死，避免消耗糧食…。<sup>70</sup>



而哲學家 John Hardwig (1997) 則反思，在現代醫學及基於個人主義的文化下，有些人會認為，即使有可能會對家人或社會造成沉重的負擔，自己仍然有得到醫療照顧及活下去的權利。Hardwig 認為在現代醫學的幫助下，人們可能免於在急性病況下死去，但卻增加了人們在慢性疾病中活著的機會。即使已經不能照顧自己了，卻仍然持續的活著。John Hardwig 認為，「死亡義務」存在的基礎是自己的決定會對所愛之人造成影響。「對我來說，更大的恐懼是孤獨的死去或為了讓我多活一點時間而將我所愛之人的未來偷走。我希望當我死亡的義務到來之時，我能認出它，並勇敢的執行它。」<sup>71</sup> 他認為，死亡義務是基於對家人的責任，如果自己的生存對親愛的家人是一種負擔時，死亡便是自己應負的責任。

哲學家 den Hartogh G (2018) 雖然不認同「死亡義務」的說法，但他也同意在某些狀況下，應該讓家人從照顧重擔中解放出來。他的論證如下：1) 人沒有嚴格的死亡義務，相對的家屬也沒有如此要求的權利，因為一旦家屬的照顧負擔沉重到超過了合理預期的程度時，這樣的照顧義務就不存在了 2) 他們可能已經準備好在如此沉重的狀態下繼續照顧你，而在此狀況下，你對他們幸福的責任會讓你拒絕這樣的照顧，即在此狀況下，對你來說，比起繼續活下去，你可能會便偏好死亡 3) 如果對你來說這樣責任是正確的，那些「家人的生存所帶來的照顧負擔永不嫌重」的宣稱就不成立了。

植物人狀態、永久昏迷狀態、極重度失智…等，這些臨床條件下是否要繼續使用維持生命治療及人工營養及流體餵養等問題，就不再是生命權與自主權之爭，而變成病人有保護家人免於過於沉重的照顧負擔的責任與義務。

*所以我覺得人一旦變成不清楚的時候，就是變成別人的負擔，然後就是看家人，家人的一些角色跟態度就蠻重要。如果他們覺得*

*care* 你是 *burden*，那你，因為你已經 *conscious unclear* 了嘛，那

這個到底有沒有意義，可能就要想一下。[A]



## 關係自主

倫理學在討論「自主」時，通常有兩派觀點：個人自主(individual autonomy)vs 關係自主(renational autonomy)。個人自主強調當事人是否有「能力」來進行決定，只要符合某些條件，他就有決定的能力，這能力與所做出的內容無關。如英國的 *Mental Capacity Act (2005)* 就要求，當事人必需要能夠理解並保存做決定所需的相關資訊，並利用這些資訊來做出決定，最後還要能夠和別人溝通這個決定<sup>72</sup>。只要符合這幾個要件，即使作出的決定不夠「明智」，也承認這是「自主」的決定。相對來說，關係自主則是在個人的角度之外，又包涵了社會關係的維度，承認社會關係會影響個人的決定。這樣的觀點補充了美國自由主義下的偏重於理性、個人、權利為導向的自主<sup>73</sup>。人始終活在社會關係之中，人的本性就是相互依賴，而這樣的理解擴展了自主的範圍。因為我們不是獨自存在的個體，由關係自主的角度看來，個人的決定應該由相關者，比如家人，共同決定。<sup>73</sup>

關係自主是近年來逐漸被重視的觀念(參照圖 5-1)<sup>74</sup>，根據 Gómez-Virseda C et al. (2019) 的系統性回顧文章<sup>75</sup> 在關於末期照顧議題的共享決策就常常使用到關係自主的概念：病人置於中心，他們的最佳利益應該被反覆強調；家人也被鼓勵參與決定，但不應該無視病人的意見；醫護人員充當討論的促進者，對於病人及家屬的需求都負有責任，並應基於專業來維護病人的最佳利益<sup>75</sup>。

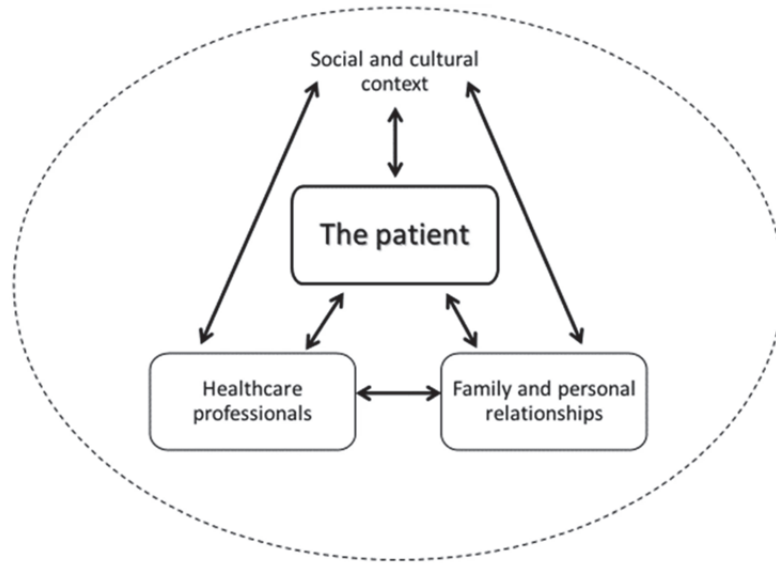


圖 5-1 關係自主架構圖

我國病主法規定，二親等內之親屬至少一人應參與 ACP。依此制度設計，立法當初可能也有參考關係自主的原則，因為如果完全只從個人的角度出發的話，就會產生如 M 醫師的疑問

*你說預立為什麼家屬要先來討論？那我預立我自己，private 我為什麼要拖我爸爸媽媽哥哥姐姐，不用吧？... 為了避免糾紛簽的時候就先叫家屬來，我覺得沒有必要，因為這些失去預立的意義，*  
[M]

Thoresen L 及 Lillemoen L (2016) 對挪威 8 間護理之家居民的 ACP 所做的質性研究發現，透過居民與家屬共同參與 ACP，護理之家的工作人員能夠更清楚居民當下來說重視的是什麼<sup>76</sup>。Lin CP et al. (2018) 的回顧性文章認為，考量亞洲的主流文化是集體主義，關係自主的觀念很適合用來協助亞洲人在面臨重要臨床決定時，和家人或其他重要他人共同作出決定<sup>77</sup>。



## 5.4 如何將 ACP 做得更好

Miles SH et al. (1996) 於回顧文章中指出，過去對生命末期的 ACP 的研究，大多想去證明醫師或家屬對病人偏好的瞭解程度、病人表達的偏好與實際接受臨床照顧上的一致性。然而，大多數研究的結果並無法展現 ACP 是否有完成其倫理使命。ACP 一直以來都是難以發生、溝通、執行的任務<sup>78</sup>。Belanger E et al. (2019) 的研究發現，2017 年 medicare 的保戶當中，有申報過 ACP 的民眾只佔 2.2%<sup>57</sup>。

而根據衛生福利部安寧緩和醫療及器官捐贈意願資訊系統，截至 2020 年 7 月 2 日，台灣有簽署預立醫療決定意願統計的民眾累積人數為 14265 人。<sup>79</sup> 對比中選會公告 2019 年總統選舉人數為 1931 萬 1105 人<sup>80</sup>，僅約 0.07%。病人自主權利法僅上路一年多的時間，不排除大多數民眾仍然不清楚的可能性。

但在台灣，即使醫師面對癌症末期的病人，也不常討論生命末期的照顧偏好。長庚大學護理系的唐秀治等人 (2014) 針對初診斷就是末期，且對當時腫瘤治療沒有反應的癌症病人(n=2,467)進行的橫斷式研究發現，只有 7.8%的病人表示，醫師曾經和自己討論過生命末期的照顧偏好。經分析，醫師更多與正確瞭解自己預後的病人(AOR=3.11)討論生命末期照顧。相對來說，有結婚的病人(AOR = 0.57)或該醫院內設有安寧病房(AOR = 0.50)，醫師較少與其談論相關話題。曾與醫師討論過生命末期照顧的病人通常更偏好舒適為導向的末期照顧(AOR = 1.50)、接受安寧照顧 (AOR = 2.13)，較不會在臨終接受 CPR (AOR = 0.50)<sup>81</sup>

生命末期照顧的話題如此難以啟齒，這應該是醫師的責任？還是系統應該負責？



## 由醫師主動發起討論

我現在又沒有末期，我現在又沒有這個…就是你現在就要討論到

這個時候要這樣子很奇怪 [F]

沒有想過啦，沒有想過！... 因為平常不會講這些事啊 [H]

談論生死在我們的文化當中並不是日常生活的一部分，即使是醫師，對於談論生死相關的議題時，也無法十分坦然，更何況是一般民眾。徒法不足以自行，如果醫師與病人之間，甚至病人及家屬之間，都不願意主動來討論 ACP 相關議題的話，我們仍然是在現況裡打轉。

這個困境究竟應該如何破解？一些研究指出，醫師應該主動開啟 ACP 相關議題。Stelter KL et al. (1990) 對老人中心的 214 名 65 歲以上的長者所做的問卷研究發現，對於還沒有計畫參與 ACP 的長者來說，「沒有醫師主動發起相關討論」是讓他們沒有完成 AD 的阻礙因素之一。<sup>67</sup>

Morrison RS 與 Meier DE (2004) 對 700 名居住於紐約市的 60 歲以上長者所做的問卷研究發現，比起美國白人，拉美裔美國人只有在醫師主動提起 ACP 時才願意討論這個議題(OR=1.9)。此外在多變數分析後發現，醫師願意去開啟討論、有自己的家庭醫師，與完成預立醫療決定有正相關性。<sup>82</sup>

Spelten ER et al. (2019) 的回顧研究發現，種族是影響癌症病人進行 ACP 的因子之一。在應該由誰開啟 ACP 相關討論時，72.7%的非白人較喜歡由醫師開啟相關討論，這方面白人的比例只有 11.1%。<sup>83</sup>

和白人的文化不同，華人向來有避談死亡的忌諱，因此更是難以期待由病人主動提起這方面的議題。因此，由醫師採取主動的角色，較可能讓 ACP 相關的話題自然的發生。



Fulmer T et al. (2018) 針對經常照顧 65 歲以上患者的醫師(n=736) 進行了電話調查，作者發現 68%的醫師認為自己沒有受過與病人或家屬進行生命末期會談的訓練。三分之二的醫師認為最大的障礙是時間不夠用。其他的障礙因素如醫師不想讓患者放棄希望或醫師覺得不舒服<sup>57</sup>。

Bowman MA et al. (2018) 想探討不同專科或性別是否會影響醫師協助病人 ACP 的意向。共 129 名醫師填答問卷。相比於男性，女性醫師更多和病人談論 ACP，更多表示接受過 ACP 相關訓練。對於醫師來說，個人對 ACP 覺得不舒服也是不願意和病人 ACP 的障礙因素<sup>55</sup>。

然而，從 Fulmer T et al. (2018) 與 Bowman MA et al.(2018)的研究可以發現，不少醫師表示對於和病人談論 ACP 感到不自在。針對這個問題，或許讓醫師親身參與自己的 ACP 是個可行的方法。

Go RS et al. (2007) 對美國一家社區型的癌症中心的醫護人員(n=134)調查<sup>37</sup>發現，自己有簽署 AD 的醫護人員，覺得自己對和病人 ACP 更瞭解、更自信。Schnakenberg R et al. (2018) 對德國全科醫師 (general practitioners, n=959) 的調查<sup>84</sup>也發現，自己有簽署 AD 的醫師，更多和患者討論 ACP (OR=2.01)。

因此，讓第一線和病人接觸的醫師自己先參與 ACP、簽署 AD 之後，醫師們更有可能和病人談論相關話題。本研究正是出於這個觀點，希望瞭解醫師參與 ACP 的障礙因素，進而設計更好的策略來使更多醫師願意參與 ACP，進而對病人推廣。



## 家人共同參與預立醫療照護諮商

Singer PA et al. (1998) 建議，ACP 的計畫應該將家人納入，由於病人 ACP 的理由之一是避免家人承受代理決定的重擔，醫師在和病人討論時，應強調讓家人做出撤除維持生命治療的決定有多麼困難，可能讓親愛的家人背負「弑親兇手」的罵名，而 ACP 可以保護家人免於落入此種困境。<sup>21</sup>

而台灣人傳統的以家庭為單位的醫療決策模式可能與長久以來所接受的儒家文化有著密切的關係。傳統的儒家社會認為家庭是社會的基本單元，家庭對個人的發展是必需的，也因此在日常生活的方方面面的決策上都優先以家庭為考量的單位。<sup>38</sup>

## 5.5 研究之重要性與應用價值

本研究從醫師的角度出發，來探討此一特殊族群面對 ACP 時的態度及觀點，而瞭解醫師對 ACP 的觀點，對於臨床推廣 ACP 有其重要性。

首先，醫師作為相關專業人員，比起其他族群，對於病人自主權利法會有最深入的瞭解與思考，因此，透過醫師這一關鍵資訊源，可以獲得許多珍貴的觀點及看法，就如同其中一名受訪醫師所說「我們醫護人員自己本身都不願意，你為什麼覺得病人要會願意？[F]」如果醫師面對這樣的政策，自己都不願意簽署，我們要如何對一般民眾進行推廣？

其次，先前許多研究已經發現，醫師主動提起相關討論，是提升一般民眾參與 ACP 的促進因子。本研究透過瞭解醫護人員對 ACP 的態度及觀點後，能針對臨床醫師有疑惑之處，設計後續推廣策略，提升醫師此一特殊族群參與自己的



ACP 的機會。透過有經驗且對 ACP 有認同的醫師，再一步推廣至一般民眾，更好的落實病人自主。




## 5.6 研究限制

本研究為質性研究，對於臨床醫師對於預立醫療照護諮商此一主題提供了較為全面的探討。透過對不同專科的醫師進行半結構式的深度訪談，獲得了豐富的資訊。

然而，本研究仍然存在其研究限制：

- 一、絕大多數醫師來自同一家區域醫院。本研究 16 名受訪者當中，有 15 名都來自台大雲林分院，1 名來自彰化基督教醫院。於同一家醫院任職的醫師，有可能價值觀較為一致。而且 16 名受訪者皆生活於台灣中部地區。無法排除生活地區的不同會影響醫師對 ACP 的態度及看法的可能性。
- 二、本研究的受訪醫師年齡層偏低。根據文獻回顧，較大的年紀與簽署預立醫療可能存在正相關<sup>40</sup>，但本研究當中，只有一名醫師年齡超過六十歲，絕大多數受訪醫師的年齡都在五十歲以下。由於台大雲林分院是 2004 年由衛生署立雲林醫院改制而來，至今創院僅 16 年，因此不易於台大雲林分院採訪到年紀較大的醫師。
- 三、多數醫師無強烈宗教信仰。根據文獻回顧，宗教信仰與簽署預立醫療決定也可能存在正相關<sup>41</sup>。然而，本研究中大多數醫師都表示無強烈宗教信仰。相對來說，在與一名虔誠信仰法輪功的泌尿科醫師及另一名信仰基督教的神經科醫師的訪談中可以發現，宗教在他們對待生命的態度上有很深的影響。



四、臨床醫師對病人自主權利法不夠熟悉。雖然受訪醫師根據標效取樣 (criterion sampling) 都是業務與病人自主權利法直接相關的專科醫師，但訪談過程中，發現部分醫師對病人自主權利法的細節的理解可能有誤。由於本研究的進行時間始自病人自主權利法正式實行一年之後，對受訪醫師來說，臨床上還沒有實際遇到適用預立醫療決定的病人。病人自主法再實施一段時間後再執行一次類似研究，有可能會得到受訪醫師更深入的思考及經驗。

五、研究者本身的偏誤。如同多數的受訪醫師，研究者本身目前也是任職於於台大雲林分院，並且負責推動 ACP 的業務。由於根據標效取樣 (criterion sampling)，受訪者必須是沒有參與 ACP 的醫師，其中有潛在的利益衝突。為免受訪醫師因其他與研究無關的因素，無法吐露內心的真實想法，訪談過程都委託研究助理代為訪談。然而，還是無法排除受訪者因其他顧慮而導致訊息失真的可能。

## 第6章 結論與建議



### 6.1 研究結論

#### 一、 醫師在面臨重大醫療決定時，家人的角色十分重要

病人自主的核心之一是「知情同意」，醫師本人對於「知情」部分的瞭解程度應該是無庸置疑。然而，即使醫師本人知情，卻也無法獨自決定自己偏好的醫療選項，在決策的過程中，仍然需要先與家人討論，甚至徵得家人的同意，才能進行 ACP，進而完成 AD。由此可見，部分醫師並不偏好單純以個人為中心的決策模式。甚至有醫師認為應該交由家人代理決定。

#### 二、 計畫行為理論加上「行動線索」，可以解釋醫師為何自己沒有參與預立醫療照護諮商

將行動線索加入計畫行為理論後 (詳見圖 4-3, p105)，可以很好的解釋為何醫師不願意參加自己的 ACP：1)主觀規範：來自家人及同儕的影響、2) 對 ACP 的態度：害怕簽 AD 後會發生不好的事(枉死、撤除維持生命治療)或不認同 AD(無所謂/有替代方案)、3) 自覺障礙：過程有許多困難，包括程序麻煩、需自費、難以想像未來、家人反對等、4)行動線索：沒想過要 ACP，除非生病或年紀大了。

#### 三、 醫師擔心簽署預立醫療決定可能損害自己權益

末期的判斷目前尚無客觀的依據標準，需仰賴醫師的專業及經驗。許多醫師擔心自己未來可能在罹患「可治癒」的嚴重傷病時，因被判斷為末期，而沒有受

到適當的醫療。部分醫師的擔心，如果簽署 AD 是否有可能導致之後在醫療上遭受不適當的差別對待。



## 6.2 後續研究建議

### 一、發展量性問卷以探討不同因子對臨床醫師參與預立醫療照護諮商意願的影響程度

本研究探討中部某區域醫院的醫師對於 ACP，發現不參與 ACP 的十二種可能原因。而這背後的心理機制可以用計畫行為理論加上「行動線索」來進行解釋。而研究結果在對於不同區域、不同層級醫療機構、不同科別的醫師是否進行 ACP 的解釋能力尚不清楚。站在本研究的基礎上，發展針對醫師的問卷，在適當的取樣策略下，應該可以驗證本研究對其他背景醫師的適用性，也能夠更瞭解各種可能原因的不同比重。

### 二、探討台灣的醫療現場是否真的存在因為 DNR/AD 而導致不適當的醫療對待。

許多國外文獻都指出，臨床醫師有可能因為病人有簽署 DNR 就減少給予特定的治療(進加護病房、開刀…)，而這樣的醫療不作為，對於簽署 DNR 的病人來說也不符合醫學倫理。據作者了解，台灣目前尚未有類似研究可以回答這個問題。如果台灣的醫療現場也存在因 DNR/AD 引發的醫療不作為，的確會有傷害病人就醫權益的隱憂。如果真的存在這樣的態度偏差，會是未來醫學教育的一個著重的面向。

### 三、以本研究之研究模式探討護理人員對於 ACP 的態度為何？

除了醫師之外，護理師在臨床上也與病人有著密切接觸，無論是在門診或是住院當中。護理師對於 ACP 的態度也有可能左右他們是否對病人推廣，因此進行針對護理師的質性研究，以獲得此議題的深入瞭解也是未來可行的研究方向。


## 第7章 參考文獻




1. Kutner L. Due Process of Euthanasia: The Living Will, A Proposal. *INDIANA LAW J*:17.
2. Wayne H, Skaggs SM. CALIFORNIA LAW REVISION COMMISSION. Published online 2000:282.
3. Annas GJ. “Culture of Life” Politics at the Bedside — The Case of Terri Schiavo. *N Engl J Med*. 2005;352(16):1710-1715. doi:10.1056/NEJMLim050643
4. Emanuel LL, Barry MJ, Stoeckle JD, Ettelson LM, Emanuel EJ. Advance Directives for Medical Care — A Case for Greater Use. *N Engl J Med*. 1991;324(13):889-895. doi:10.1056/NEJM199103283241305
5. Chung RY-N, Wong EL-Y, Kiang N, et al. Knowledge, Attitudes, and Preferences of Advance Decisions, End-of-Life Care, and Place of Care and Death in Hong Kong. A Population-Based Telephone Survey of 1067 Adults. *J Am Med Dir Assoc*. 2017;18(4):367.e19-367.e27. doi:10.1016/j.jamda.2016.12.066
6. Park HY, Kim YA, Sim J-A, et al. Attitudes of the General Public, Cancer Patients, Family Caregivers, and Physicians Toward Advance Care Planning: A Nationwide Survey Before the Enforcement of the Life-Sustaining Treatment Decision-Making Act. *J Pain Symptom Manage*. 2019;57(4):774-782. doi:10.1016/j.jpainsymman.2018.12.332
7. Schnakenberg R, Radbruch L, Kersting C, et al. More counselling for end-of-life decisions by GPs with own advance directives: A postal survey among German general practitioners. *Eur J Gen Pract*. 2018;24(1):131-137. doi:10.1080/13814788.2017.1421938
8. 病人自主權利法-全國法規資料庫. Accessed June 23, 2020. <https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020189>
9. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*.; 2019.





10. 比較兩則關於醫師違反告知義務的刑事判決,閱讀判決,. 月旦醫事法網.  
Accessed May 10, 2020. <http://www.angle.com.tw/ahlr/>
11. WMA - The World Medical Association-WMA International Code of Medical Ethics.  
Accessed July 18, 2020.  
<https://www.wma.net/policies-post/wma-international-code-of-medical-ethics/>
12. 醫師法-全國法規資料庫. Accessed July 18, 2020.  
<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=l0020001>
13. 醫療法-全國法規資料庫. Accessed July 18, 2020.  
<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?PCode=L0020021>
14. 安寧緩和醫療條例-全國法規資料庫. Accessed June 23, 2020.  
<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=l0020066>
15. 立法院法律系統：安寧緩和醫療條例 法條沿革. Accessed June 23, 2020.  
<https://lis.ly.gov.tw/lglawc/lawsingle?002057B244D8000000000000000000032000000007000000^02562101122100^00057001001>
16. Withholding or Withdrawing Life-Sustaining Treatment. American Medical Association. Accessed July 3, 2020.  
<https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/withholding-or-withdrawing-life-sustaining-treatment>
17. Lanken PN, Ahlheit BD, Crawford S, et al. Withholding and Withdrawing Life-Sustaining Therapy. :6.
18. Luttrell S. Withdrawing or withholding life prolonging treatment. *BMJ*. 1999;318(7200):1709-1710.
19. 謹葛. 植物人權益與安寧緩和醫療條例之發展. *臺灣醫界*. 2009;52(1):30-38.  
doi:10.30044/TMJ.200901.0007

- 
20. 王曉民. In: 維基百科，自由的百科全書.; 2020. Accessed June 23, 2020.  
<https://zh.wikipedia.org/w/index.php?title=%E7%8E%8B%E6%9B%89%E6%B0%91&oldid=57777381>
21. Singer PA, Martin DK, Lavery JV, Thiel EC, Kelner M, Mendelssohn DC. Reconceptualizing advance care planning from the patient's perspective. *Arch Intern Med.* 1998;158(8):879-884. doi:10.1001/archinte.158.8.879
22. Ko E, Berkman CS. Advance directives among Korean American older adults: knowledge, attitudes, and behavior. *J Gerontol Soc Work.* 2012;55(6):484-502. doi:10.1080/01634372.2012.667523
23. Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *BMJ.* 2010;340(mar23 1):c1345-c1345. doi:10.1136/bmj.c1345
24. Levy C, Morris M, Kramer A. Improving end-of-life outcomes in nursing homes by targeting residents at high-risk of mortality for palliative care: program description and evaluation. *J Palliat Med.* 2008;11(2):217-225. doi:10.1089/jpm.2007.0147
25. Silveira MJ, Kim SYH, Langa KM. Advance Directives and Outcomes of Surrogate Decision Making before Death. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMsa0907901>. doi:10.1056/NEJMsa0907901
26. Brinkman-Stoppelenburg A, Rietjens JA, van der Heide A. The effects of advance care planning on end-of-life care: A systematic review. *Palliat Med.* 2014;28(8):1000-1025. doi:10.1177/0269216314526272
27. Dixon J, Matosevic T, Knapp M. The economic evidence for advance care planning: Systematic review of evidence. *Palliat Med.* 2015;29(10):869-884. doi:10.1177/0269216315586659



- 
28. Fried TR, Bullock K, Iannone L, O' Leary JR. Understanding advance care planning as a process of health behavior change. *J Am Geriatr Soc.* 2009;57(9):1547-1555. doi:10.1111/j.1532-5415.2009.02396.x
29. G S, S B, A D, B V, G VB, B S. Advance Directive: Does the GP Know and Address What the Patient Wants? Advance Directive in Primary Care. *BMC medical ethics.* doi:10.1186/s12910-018-0305-2
30. 林慧美, 玲楊嘉, 妙陳美, 源邱泰, 郁胡文. 住院病人簽署預立醫療指示的意願及接受宣導的意向. *安寧療護雜誌.* 2011;16(3):281-295. doi:10.6537/TJHPC.2011.16(3).1
31. 余翠翠(Tsui-Tsui Yu). 預約善終—談護理同仁對病人自主權利法的認知與準備. *志為護理-慈濟護理雜誌.* 2018;17(6):20-28.
32. Kang JH, Bynum JPW, Zhang L, Grodstein F, Stevenson DG. Predictors of Advance Care Planning in Older Women: The Nurses' Health Study. *J Am Geriatr Soc.* 2019;67(2):292-301. doi:10.1111/jgs.15656
33. Schnakenberg R, Radbruch L, Kersting C, et al. More counselling for end-of-life decisions by GPs with own advance directives: A postal survey among German general practitioners. *Eur J Gen Pract.* 2018;24(1):131-137. doi:10.1080/13814788.2017.1421938
34. Hildén H-M, Louhiala P, Honkasalo M-L, Palo J. Finnish nurses' views on end-of-life discussions and a comparison with physicians' views. *Nurs Ethics.* 2004;11(2):165-178. doi:10.1191/0969733004ne681oa
35. Wallace CL, Cruz-Oliver DM, Ohs JE, Hinyard L. Connecting Personal Experiences of Loss and Professional Practices in Advance Care Planning and End-of-Life Care: A Survey of Providers. *Am J Hosp Palliat Med.* 2018;35(11):1369-1376. doi:10.1177/1049909118783736


- 
36. Shepherd J, Waller A, Sanson-Fisher R, Clark K, Ball J. Knowledge of, and participation in, advance care planning: A cross-sectional study of acute and critical care nurses' perceptions. *Int J Nurs Stud*. 2018;86:74-81. doi:10.1016/j.ijnurstu.2018.06.005
37. Go RS, Hammes BA, Lee JA, Mathiason MA. Advance Directives Among Health Care Professionals at a Community-Based Cancer Center. *Mayo Clin Proc*. 2007;82(12):1487-1490. doi:10.1016/S0025-6196(11)61092-6
38. Bowman M, St. Cyr S, Stolf i A. Health-Care Provider Personal Religious Preferences and Their Perspectives on Advance Care Planning With Patients. *Am J Hosp Palliat Med*. 2018;35(12):1565-1571. doi:10.1177/1049909118785891
39. Hilden H-M. End of life decisions: attitudes of Finnish physicians. *J Med Ethics*. 2004;30(4):362-365. doi:10.1136/jme.2002.001081
40. Methods of primary prevention: Health promotion and disease prevention - Jekel' s Epidemiology, Biostatistics, Preventive Medicine, and Public Health - ClinicalKey Student. Accessed June 2, 2020.  
<https://www.clinicalkey.com/student/content/book/3-s2.0-B9780323642019000240#section-hl0000618>
41. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process*. 1991;50(2):179-211. doi:10.1016/0749-5978(91)90020-T
42. Crabtree BF, Miller WL. *Doing Qualitative Research*. Sage Publications; 2000.
43. Aita K, Miyata H, Takahashi M, Kai I. Japanese physicians' practice of withholding and withdrawing mechanical ventilation and artificial nutrition and hydration from older adults with very severe stroke. *Arch Gerontol Geriatr*. 2008;46(3):263-272. doi:10.1016/j.archger.2007.04.006

- 
44. Chung GS, Yoon JD, Rasinski KA, Curlin FA. US Physicians' Opinions about Distinctions between Withdrawing and Withholding Life-Sustaining Treatment. *J Relig Health*. 2016;55(5):1596-1606. doi:10.1007/s10943-015-0171-x
45. Aita K, Kai I. Physicians' psychosocial barriers to different modes of withdrawal of life support in critical care: A qualitative study in Japan. *Soc Sci Med*. 2010;70(4):616-622. doi:10.1016/j.socscimed.2009.10.036
46. Htut Y, Shahrul K, Poi P. The Views of Older Malaysians on Advanced Directive and Advanced Care Planning: A Qualitative Study. *Asia Pac J Public Health*. 2007;19(3):58-66. doi:10.1177/101053950701900310
47. Maciejewski PK, Phelps AC, Kacel EL, et al. Religious Coping and Behavioral Disengagement: Opposing Influences on Advance Care Planning and Receipt of Intensive Care Near Death. *Psychooncology*. 2012;21(7):714-723. doi:10.1002/pon.1967
48. Garrido MM, Idler EL, Leventhal H, Carr D. Pathways From Religion to Advance Care Planning: Beliefs About Control Over Length of Life and End-of-Life Values. *The Gerontologist*. 2013;53(5):801-816. doi:10.1093/geront/gns128
49. de Vries K, Banister E, Dening KH, Ochieng B. Advance care planning for older people: The influence of ethnicity, religiosity, spirituality and health literacy. *Nurs Ethics*. 2019;26(7-8):1946-1954. doi:10.1177/0969733019833130
50. Clarke A, Seymour J. "At the Foot of a Very Long Ladder" : Discussing the End of Life with Older People and Informal Caregivers. *J Pain Symptom Manage*. 2010;40(6):857-869. doi:10.1016/j.jpainsymman.2010.02.027
51. Yuen JK, Reid MC, Fetters MD. Hospital do-not-resuscitate orders: why they have failed and how to fix them. *J Gen Intern Med*. 2011;26(7):791-797. doi:10.1007/s11606-011-1632-x



52. Beach MC, Morrison RS. The effect of do-not-resuscitate orders on physician decision-making. *J Am Geriatr Soc.* 2002;50(12):2057-2061. doi:10.1046/j.1532-5415.2002.50620.x
53. Stevenson EK, Mehter HM, Walkey AJ, Wiener RS. Association between Do Not Resuscitate/Do Not Intubate Status and Resident Physician Decision-making. A National Survey. *Ann Am Thorac Soc.* 2017;14(4):536-542. doi:10.1513/AnnalsATS.201610-798OC
54. Neufeld MY, Sarkar B, Wiener RS, Stevenson EK, Narsule CK. The effect of patient code status on surgical resident decision making: A national survey of general surgery residents. *Surgery.* 2020;167(2):292-297. doi:10.1016/j.surg.2019.07.002
55. Bowman MA, Steffensmeier K, Smith M, Stolfi A. Physician Advance Care Planning Experiences and Beliefs by General Specialty Status and Sex. *South Med J.* 2018;111(12):721-726. doi:10.14423/SMJ.0000000000000903
56. New Medicare Rule Will Reimburse Physicians for Advance Care Planning. Accessed July 1, 2020. <https://www.the-hospitalist.org/hospitalist/article/122030/health-policy/new-medicare-rule-will-reimburse-physicians-advance-care>
57. Belanger E, Loomer L, Teno JM, Mitchell SL, Adhikari D, Gozalo PL. Early Utilization Patterns of the New Medicare Procedure Codes for Advance Care Planning. *JAMA Intern Med.* 2019;179(6):829-830. doi:10.1001/jamainternmed.2018.8615
58. Fulmer T, Escobedo M, Berman A, Koren MJ, Hernández S, Hult A. Physicians' Views on Advance Care Planning and End-of-Life Care Conversations. *J Am Geriatr Soc.* 2018;66(6):1201-1205. doi:10.1111/jgs.15374
59. Auriemma CL, Chen L, Olorunnisola M, et al. Public Opinion Regarding Financial Incentives to Engage in Advance Care Planning and Complete Advance Directives. *Am J Hosp Palliat Care.* 2017;34(8):721-728. doi:10.1177/1049909116652608

- 
60. Nilsson ME, Maciejewski PK, Zhang B, et al. Mental health, treatment preferences, advance care planning, location, and quality of death in advanced cancer patients with dependent children. *Cancer*. 2009;115(2):399-409. doi:10.1002/cncr.24002
61. Yadav KN, Gabler NB, Cooney E, et al. Approximately One In Three US Adults Completes Any Type Of Advance Directive For End-Of-Life Care. *Health Aff (Millwood)*. 2017;36(7):1244-1251. doi:10.1377/hlthaff.2017.0175
62. Lovell A, Yates P. Advance Care Planning in palliative care: A systematic literature review of the contextual factors influencing its uptake 2008 – 2012. *Palliat Med*. 2014;28(8):1026-1035. doi:10.1177/0269216314531313
63. Schäfer C, Putnik K, Dietl B, Leiberich P, Loew TH, Kölbl O. Medical decision-making of the patient in the context of the family: results of a survey. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer*. 2006;14(9):952-959. doi:10.1007/s00520-006-0025-x
64. Sinclair C, Smith J, Toussaint Y, Auret K. Discussing dying in the diaspora: attitudes towards advance care planning among first generation Dutch and Italian migrants in rural Australia. *Soc Sci Med* 1982. 2014;101:86-93. doi:10.1016/j.socscimed.2013.11.032
65. Searight HR, Gafford J. “It’s like playing with your destiny” : Bosnian immigrants’ views of advance directives and end-of-life decision-making. *J Immigr Health*. 2005;7(3):195-203. doi:10.1007/s10903-005-3676-7
66. Hines SC, Glover JJ, Holley JL, Babrow AS, Badzek LA, Moss AH. Dialysis patients’ preferences for family-based advance care planning. *Ann Intern Med*. 1999;130(10):825-828. doi:10.7326/0003-4819-130-10-199905180-00016
67. Stelter KL, Elliott BA, Bruno CA. Living Will Completion in Older Adults. *Arch Intern Med*. 1992;152(5):954-959. doi:10.1001/archinte.1992.00400170044008

- 
68. Gov. Lamm asserts elderly, if very ill, have “duty to die.” *NY Times Web*.  
Published online March 29, 1984:A16.
69. Battin MP. Age rationing and the just distribution of health care: is there a duty to die?  
*Ethics*. 1987;97(2):317-340. doi:10.1086/292841
70. 稽山節考. In: 維基百科，自由的百科全書.; 2018. Accessed July 11, 2020.  
<https://zh.wikipedia.org/w/index.php?title=%E6%A5%A2%E5%B1%B1%E7%AF%80%E8%80%83&oldid=49608713>
71. Hardwig J. Is There a Duty to Die? *Hastings Cent Rep*. 1997;27(2):34-42.  
doi:10.2307/3527626
72. Dunlop C, Sorinmade O. Embedding the Mental Capacity Act 2005 in clinical practice:  
an audit review. *Psychiatr Bull* 2014. 2014;38(6):291-293. doi:10.1192/pb.bp.114.046870
73. Osuji PI. Relational autonomy in informed consent (RAIC) as an ethics of care  
approach to the concept of informed consent. *Med Health Care Philos*. 2018;21(1):101-111.  
doi:10.1007/s11019-017-9789-7
74. Gómez-Vírseda C, de Maeseneer Y, Gastmans C. Relational autonomy in end-of-life  
care ethics: a contextualized approach to real-life complexities. *BMC Med Ethics*.  
2020;21(1):50. doi:10.1186/s12910-020-00495-1
75. Gómez-Vírseda C, de Maeseneer Y, Gastmans C. Relational autonomy: what does it  
mean and how is it used in end-of-life care? A systematic review of argument-based  
ethics literature. *BMC Med Ethics*. 2019;20(1):76. doi:10.1186/s12910-019-0417-3
76. Thoresen L, Lillemoen L. “I just think that we should be informed” a qualitative  
study of family involvement in advance care planning in nursing homes. *BMC Med Ethics*.  
2016;17(1):72. doi:10.1186/s12910-016-0156-7

77. Lin C-P, Cheng S-Y, Chen P-J. Advance Care Planning for Older People with Cancer and Its Implications in Asia: Highlighting the Mental Capacity and Relational Autonomy.

*Geriatr Basel Switz.* 2018;3(3). doi:10.3390/geriatrics3030043

78. Miles SH, Koepf R, Weber EP. Advance end-of-life treatment planning. A research review. *Arch Intern Med.* 1996;156(10):1062-1068.

79. 衛生福利部 | 預立醫療決定、安寧緩和醫療及器官捐贈意願資訊系統。

Accessed July 3, 2020. <https://hpcod.mohw.gov.tw/HospWeb/index.aspx>

80. 自由時報電子報. 中選會公告選舉人人數 1931 萬 1105 人可投總統票 - 政治 - 自由時報電子報. 自由電子報. Published January 7, 2020. Accessed July 3, 2020.

<https://news.ltn.com.tw/news/politics/breakingnews/3032853>

81. Tang ST, Liu T-W, Liu LN, Chiu C-F, Hsieh R-K, Tsai C-M. Physician – patient end-of-life care discussions: Correlates and associations with end-of-life care preferences of cancer patients—a cross-sectional survey study. *Palliat Med.* 2014;28(10):1222-1230.

doi:10.1177/0269216314540974

82. Morrison RS, Meier DE. High rates of advance care planning in New York City’ s elderly population. *Arch Intern Med.* 2004;164(22):2421-2426.

doi:10.1001/archinte.164.22.2421

83. Spelten ER, Geerse O, Vuuren J van, et al. Factors influencing the engagement of cancer patients with advance care planning: A scoping review. *Eur J Cancer Care (Engl).*

2019;28(3):e13091. doi:10.1111/ecc.13091

84. Schnakenberg R, Radbruch L, Kersting C, et al. More counselling for end-of-life decisions by GPs with own advance directives: A postal survey among German general practitioners. *Eur J Gen Pract.* 2018;24(1):131-137. doi:10.1080/13814788.2017.1421938

85. Lee SC. Intimacy and Family Consent: A Confucian Ideal. *J Med Philos.*

2015;40(4):418-436. doi:10.1093/jmp/jhv015

86. Bowman M, St. Cyr S, Stolf i A. Health-Care Provider Personal Religious Preferences and Their Perspectives on Advance Care Planning With Patients. *Am J Hosp Palliat Med*. 2018;35(12):1565-1571. doi:10.1177/1049909118785891





## 附 錄



### 附錄一 訪談大綱

1. 請問在您過去照顧長期臥床，意識不清，無行為自主能力病人的經驗中，醫療決策如何形成？能否說明您理想中，關於意識不清病人的最佳決策模式？
2. 您是否有長期臥床的親人？能否談談相關的照顧經驗？過程是否有發生家人間意見衝突？
3. 請問您是否瞭解今年剛上路的病人自主權利法？能否談談您對病人自主權利法的看法，您認為對您的病人照護會產生什麼影響？
4. 就您的瞭解，您能推測您的同事對於病人自主權利法的看法，大多是持正面或負面態度呢？您做此判斷的依據是什麼？
5. 請問您本人在半年內會想簽署預立醫療決定嗎？
  - (1) 會：還沒簽的原因？
  - (2) 不會：不想簽的原因？
6. 請問您有宗教信仰嗎？您認為您的宗教信仰會影響您是否簽署預立醫療決定的選擇嗎？
7. 您願意分享您對於「有意義的生命」的看法嗎？
8. 就您所認知的病人自主權利法，您認為有哪些不足之處？您希望應該如何修正？
9. 關於病人自主權利法規範的五種醫療情況如果發生在您身上，您希望接受怎樣的醫療？
10. 關於「每個人都有權決定自己的醫療計畫」，您有何看法？



## 研究受訪者說明書

您被邀請參與此研究，這份表格提供您本研究之相關資訊，本研究已取得台大醫院研究倫理委員會審查通過，研究主持人或其授權人員將會為您說明研究內容並回答您的任何疑問。

### 計畫名稱

中文：探討醫護人員、民眾對預立醫療照護諮商之態度-質性研究

英文：Attitude of the physicians, nurse and general population toward advance care planning: A qualitative study

研究機構/執行單位(院校/科部系所)：台大雲林分院 家庭醫學部

委託單位：無

經費來源：台大雲林分院院內計畫

主要主持人：施銘峰

職稱：主治醫師

聯絡人：施銘峰

上班時間聯絡電話：

0972655488

### 一、研究目的：

探討醫護人員(身為當事人)及一般民眾對預立醫療照護諮商(ACP)的認知程度及態度(支持/反對的原因，有哪些阻礙因子)。

### 二、受訪者之參加條件：

負責本研究的人員會幫您做評估，並與您討論參加本研究所必需的條件。您必須在進入研究前簽署本受訪者說明及同意書。如於訪談中，您拒絕繼續接受面談，面談即時終止，您仍然會收到車馬費補助，個人相關資料及先前訪談內容將不會納入研究分析。

納入條件：您必須符合以下所有條件方能參加本研究：

#### 1 醫護人員：

1.1 受訪者皆需為執業中之醫師或護理師，以腫瘤科、神經科、精神科、安



寧緩和醫學科、內科、外科執業者優先。

## 2 一般民眾：

2.1 年滿 20 歲，具完整行為能力者。

### 排除條件：

若有下列任何情況者，不能參加本研究：

1. 有癌症病史、失智症診斷或其他重大疾病者

## 三、研究方法、程序及受訪者應配合之事項：

整個研究期間大約\_\_12\_\_個月，預計收錄\_\_80\_\_人參加(20 名醫護人員、60 名民眾)。

訪談主要目的是為瞭解您對於預立醫療照護諮商(ACP)的認知程度及態度，任何的問題都沒有標準答案，請您依照心中真實想法回答，您的任何意見都是本研究極為重視的研究成果。

身為臨床醫護人員之受訪者，研究助理會配合您工作狀況，與您敲定受訪時間及地點。訪談時間視實際訪談情況而定，一般不會超過 1 小時，原則上受訪一次即可。

請您遵照研究人員的指示，配合回答或填寫相關問題。在進行調查時務必請您放輕鬆，不要有任何壓力。您的回答不會對您的權益產生任何影響。

## 四、研究材料之保存期限及運用規劃：

在研究期間，依據計畫類型與您所授權的內容，我們將會蒐集與您有關的錄音檔、逐字稿等資料，並以一個編號來代替您的名字及相關個人資料。前述資料若為紙本型式，將會與本同意書分開存放於研究機構之上鎖櫃中；若為電子方式儲存或建檔以供統計與分析之用，將會存放於設有密碼與適當防毒軟體之專屬電腦內。這些研究資料與資訊將會保存\_\_5\_\_年。

本研究資料與資訊僅會使用在本研究目的範圍內。

## 五、可預見之風險及補救措施：

本研究為訪談型研究，不會對您的身心造成不良影響，訪談過程可能涉及到較隱私的內容，後續資料分析時皆以匿名處理，不會外流，敬請放心。若因會談或詢問問卷時間冗長，讓您身心感到不適，請隨時與研究主持人或其他研究人員連

絡，尋求說明或協助。您也可隨時提出退出本研究，我們將會尊重您意願。

## 六、研究預期效益：

藉由此質性研究，我們得以瞭解預立醫療照護諮商相關當事人心中的真實想法及觀點，期盼之後能發展更有效策略以更好的落實病人自主權利法

## 七、機密性：

研究機構將依法把任何可辨識您的身分之記錄與您的個人隱私資料視為機密來處理，不會公開。如果發表研究結果，您的身分仍將保密。

您亦瞭解若簽署同意書即同意您的個人資料及研究資料可直接受監測者、稽核者、研究倫理委員會及主管機關檢閱，以確保研究過程與數據符合相關法律及法規要求。上述人員並承諾絕不違反您的身分之機密性。

## 八、損害補償(造成損害時之救濟措施)：

- (一) 如依本研究進行因而發生不良反應或損害，本院願意提供必要的協助。
- (二) 除前項協助外，本研究不提供其他形式之補償。若您不願意接受這樣的風險，請勿參加本研究。
- (三) 您不會因為簽署本同意書，而喪失在法律上應有的權利。

## 九、受訪者權利：

- (一) 研究過程中，與您的健康或是疾病有關，可能影響您繼續接受本研究的任何重大發現，都將即時提供給您。參加研究計畫之補助：本計畫將提供受訪醫師車馬費每小時 1000 元。
- (二) 本研究已經過本院研究倫理委員會審查，並已獲得核准。本院研究倫理委員會委員由醫事專業人員、法律專家、社會工作人員及其他社會公正人士所組成，每月開會一次，審查內容包含試驗之利益及風險評估、受訪者照護及隱私保護等。如果您在研究過程中對研究工作性質產生疑問，對身為受訪者之權利有意見或懷疑因參與研究而受害時，可與本院之研究倫理委員會聯絡請求諮詢，其電話號碼為：02-2312-3456 轉 63155。
- (三) 如果您現在或於研究期間有任何問題或狀況，請不必客氣，可與在社區暨家庭醫學部的施銘峰 醫師聯絡(上班時間聯繫電話：0972655488)。

本同意書一式 2 份，主持人或其授權人員已將同意書副本交給您，並已完整說明本研究之性質與目的。研究助理已回答您有關本研究的問

題。

#### **十、研究之退出與中止：**

您可自由決定是否參加本研究；研究過程中也可隨時撤銷同意，退出研究，不需任何理由，且不會引起任何不愉快或影響日後醫師對您的醫療照顧。研究主持人亦可能於必要時中止該研究之進行。

當您退出本研究或主持人判斷您不適合繼續參與本研究時，在退出前已得到的資料將會銷毀，不納入分析。且您退出後即不再繼續收集您的資料。

#### **十一、本研究預期可能衍生之商業利益及其應用之約定：**

本研究預期不會衍生專利權或其他商業利益。

### 附錄三 受訪者基本資料表



1. 年齡： \_\_\_\_\_ 歲
2. 性別： 男 女
3. 婚姻： 未婚 已婚 離婚 分居 鰥寡
4. 專科： 家庭醫學科 腫瘤醫學部 神經科 精神科  
其他 \_\_\_\_\_
5. 宗教信仰： 無 佛教 道教 基督教 天主教  
其他 \_\_\_\_\_
6. 工作年資： \_\_\_\_\_ 年
7. 工作醫院型態： 醫學中心 區域醫院 地區醫院 診所  
其他 \_\_\_\_\_

## 附錄四 預立醫療決定書



意願人：

### 預立醫療決定書

本人\_\_\_\_\_ (正楷簽名) 經「預立醫療照護諮商」，已經清楚瞭解「病人自主權利法」，賦予病人在特定臨床條件下，接受或拒絕維持生命治療，或人工營養及流體餵養的權利。本人作成預立醫療決定(如第一部分、第二部分及附件)，事先表達個人所期待的臨終醫療照護模式，同時希望親友尊重我的自主選擇。

#### 意願人

姓名：\_\_\_\_\_ 簽署：\_\_\_\_\_

國民身分證統一編號/居留證或護照號碼：\_\_\_\_\_

住址：\_\_\_\_\_

電話：\_\_\_\_\_

日期：中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 時間：\_\_\_\_\_時\_\_\_\_\_分

#### 見證或公證證明

我選擇以下列方式完成預立醫療決定之法定程序 (請擇一進行)：

##### 1、二名見證人在場見證：

見證人 1 簽署：\_\_\_\_\_ 關係：\_\_\_\_\_

連絡電話：\_\_\_\_\_

國民身分證統一編號/居留證或護照號碼：\_\_\_\_\_

見證人 2 簽署：\_\_\_\_\_ 關係：\_\_\_\_\_

連絡電話：\_\_\_\_\_

國民身分證統一編號/居留證或護照號碼：\_\_\_\_\_

日期：中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

##### 2、公證：

公證人認證欄位：

日期：中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

#### 說明：

- 一、見證人必須具有完全行為能力，且親自到場見證您是出於自願、並無遭受外力脅迫等情況下簽署預立醫療決定 (病人自主權利法第九條第一項第二款)。
- 二、見證人不得為意願人所指定之醫療委任代理人、主責照護醫療團隊成員、以及繼承人之外的受遺贈人、遺體或器官指定之受贈人、其他因意願人死亡而獲得利益之人 (病人自主權利法第九條第四項)。
- 三、根據公證法第二條之規定，公證人因當事人或其他關係人之請求，就法律行為及其他關於私權之事實，有作成公證書或對於私文書予以認證之權限。公證人對於下列文書，亦得因當事人或其他關係人之請求予以認證：一、涉及私權事實之公文書原本或正本，經表明係持往境外使用者。二、公、私文書之繕本或影本。



意願人：

第一部分 醫療照護選項

臨床條件	醫療照護方式	我的醫療照護意願與決定 (以下選項，均為單選)
一、末期病人	維持生命治療	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受維持生命治療。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內，接受維持生命治療的嘗試，之後請停止；但本人或醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 如果我已經意識昏迷或無法清楚表達意願，由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受維持生命治療。
	人工營養及流體餵養	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受人工營養及流體餵養。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內，接受人工營養及流體餵養的嘗試，之後請停止；但本人或醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 如果我已經意識昏迷或無法清楚表達意願，由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受人工營養及流體餵養。
二、不可逆轉之昏迷	維持生命治療	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受維持生命治療。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內，接受維持生命治療的嘗試，之後請停止；但醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 請由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受維持生命治療。
	人工營養及流體餵養	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受人工營養及流體餵養。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內，接受人工營養及流體餵養的嘗試，之後請停止；但醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 請由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受人工營養及流體餵養。
三、永久植物人狀態	維持生命治療	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受維持生命治療。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內，接受維持生命治療的嘗試，之後請停止；但醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 請由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受維持生命治療。
	人工營養及流體餵養	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受人工營養及流體餵養。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內，接受人工營養及流體餵養的嘗試，之後請停止；但醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 請由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受人工營養及流體餵養。



意願人：

臨床條件	醫療照護方式	我的醫療照護意願與決定 (以下選項，均為單選)
四、極重度失智	維持生命治療	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受維持生命治療。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內，接受維持生命治療的嘗試，之後請停止；但醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 請由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受維持生命治療。
	人工營養及流體餵養	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受人工營養及流體餵養。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內，接受人工營養及流體餵養的嘗試，之後請停止；但醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 請由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受人工營養及流體餵養。
五、其他經中央主管機關公告之疾病或情形	維持生命治療	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受維持生命治療。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內，接受維持生命治療的嘗試，之後請停止；但本人或醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 如果我已經意識昏迷或無法清楚表達意願，由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受維持生命治療。
	人工營養及流體餵養	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受人工營養及流體餵養。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內，接受人工營養及流體餵養的嘗試，之後請停止；但本人或醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 如果我已經意識昏迷或無法清楚表達意願，由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受人工營養及流體餵養。



意願人：

**第二部分 提供預立醫療照護諮商之醫療機構核章證明**

根據病人自主權利法，意願人\_\_\_\_\_於中華  
民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日完成預立醫療照護諮商，特此核章  
以茲證明。

醫療機構核章欄位：

中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

意願人：

附件、醫療委任代理人委任書（若有指定，請選填）

本人（正楷簽名）\_\_\_\_\_茲委任\_\_\_\_\_（擔任我的第\_\_\_\_\_順位醫療委任代理人），執行病人自主權利法第十條第三項相關權限。

<b>【受委任之人】正楷簽名：</b> _____
簽署日期：中華民國_____年_____月_____日
國民身分證統一編號/居留證或護照號碼：
出生年月日：中華民國_____年_____月_____日
電話號碼：
住（居）所：

（本表若不敷使用，請另行複印）

● 病人自主權利法「醫療委任代理人」相關條文：

**壹、第十條（醫療委任代理人之要件與權限）**

意願人指定之醫療委任代理人，應以二十歲以上具完全行為能力之人為限，並經其書面同意。

下列之人，除意願人之繼承人外，不得為醫療委任代理人：

- 一、意願人之受遺贈人。
- 二、意願人遺體或器官指定之受贈人。
- 三、其他因意願人死亡而獲得利益之人。

醫療委任代理人於意願人意識昏迷或無法清楚表達意願時，代理意願人表達醫療意願，其權限如下：

- 一、聽取第五條之告知。
- 二、簽具第六條之同意書。
- 三、依病人預立醫療決定內容，代理病人表達醫療意願。

醫療委任代理人有二人以上者，均得單獨代理意願人。

醫療委任代理人處理委任事務，應向醫療機構或醫師出具身分證明。

**貳、第十一條（醫療委任代理人之終止委任及解任）**

醫療委任代理人得隨時以書面終止委任。

醫療委任代理人有下列情事之一者，當然解任：

- 一、因疾病或意外，經相關醫學或精神鑑定，認定心智能力受損。
- 二、受輔助宣告或監護宣告。

**參、第十三條（意願人申請更新註記之情形）**

意願人有下列情形之一者，應向中央主管機關申請更新註記：

- 一、撤回或變更預立醫療決定。
- 二、指定、終止委任或變更醫療委任代理人。



## 國立臺灣大學醫學院附設醫院A研究倫理委員會

Research Ethics Committee A  
National Taiwan University Hospital  
7, Chung-Shan South Road, Taipei, Taiwan 100, R.O.C  
Phone: 2312-3456 Fax: 23951950

### 臨床試驗/研究許可書

許可日期：2019年12月27日

倫委會案號：201912013RINA

計畫名稱：探討醫護人員、民眾對預立醫療照護諮商之態度-質性研究。

試驗機構：國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院

部門/計畫主持人：社區及家庭醫學部 施銘峰醫師

上述計畫業經本院A研究倫理委員會審查同意，並提第126次會議報備追認，並同意免除簽署書面之知情同意書，但須提供受試者說明書文件。本委員會的運作符合優良臨床試驗準則及政府相關法律規章。

本臨床試驗許可書之有效期限為1年(自2019年12月27日起至2020年12月26日止)，計畫主持人須依國內相關法令及本院規定通報嚴重不良反應事件及非預期問題，並應於到期日至少6週前提出持續審查申請表，本案需經持續審查，方可繼續執行。

主任委員

蔡甫昌

Clinical Trial /Research Approval  
National Taiwan University Hospital

Date of approval: Dec 27, 2019

NTUH-REC No. : 201912013RINA

Title of protocol : Attitude of the physicians, nurse and general population toward advance care planning: A qualitative study.

Trial/Research Institution: National Taiwan University Hospital Yun\_Lin Branch

Department/ Principal Investigator : Department of Family Medicine / Dr. Ming-Feng Shih

The protocol has been approved by the Research Ethics Committee A of the National Taiwan University Hospital, and was fully ratified in the 126<sup>th</sup> meeting of Research Ethics Committee. The request for the waiver of documentation of informed consent was also approved, but the subject explanation documents are required to be provided. The committee is organized under, and operates in accordance with, the Good Clinical Practice guidelines and governmental laws and regulations.

The duration of this approval is one year (from Dec 27, 2019 to Dec 26, 2020). The investigator is required to report serious adverse events and unanticipated problems in accordance with the governmental laws and regulations and NTUH requirements and apply for a continuing review not less than six weeks prior to the approval expiration date.

Daniel Fu-Chang Tsai, M.D.  
Chairman  
Research Ethics Committee A

Daniel Fu-Chang Tsai

(續下頁)

# 國立臺灣大學醫學院附設醫院D研究倫理委員會

Research Ethics Committee D  
National Taiwan University Hospital  
7, Chung-Shan South Road, Taipei, Taiwan 100, R.O.C  
Phone: (02)2312-3456 Fax: (02)23951950

## 臨床試驗/研究許可書 Clinical Trial/Research Approval

Date of approval: Dec 27, 2019

### 計畫文件版本日期 Version date of documents :

- (1) 計畫書 Protocol: 2019/10/30 ver 1
- (2) 中文摘要 Chinese synopsis: 20191224 Version 1.0
- (3) 受試者說明書 subject explanation document : 20191219 Ver 1.1
- (4) 訪談大綱 Interview outline :
  - 醫護人員版 : 20191219 Version 1.0
  - 一般民眾版 : 20191219 Version 1.0
- (5) 招募海報 Advertisement of subject Recruitment : 20191219 Version 1.0



全文完