

探討病人自主權利法中的醫療決定 內容：醫務社工師觀點

林珊伊

壹、前言

臺灣的安寧療護運動起源於1983年，且在2000年5月23日立法院三讀通過「安寧緩和醫療條例」制定，同年6月7日經總統公布施行，讓臺灣在安寧緩和臨床執行上終於有法源可依循。

接著在2009年9月1日衛生福利部中央健康保險署更將癌症末期、末期運動神經元病患以外之八類非癌症疾病（老年期及初老期器質性精神病態、其他大腦變質、心臟衰竭、慢性氣道阻塞，他處未歸類者、肺部其他疾病、慢性肝病及肝硬化、急性腎衰竭，未明示者、慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者）納入住院安寧療護健保支付範圍內。2015年8月1日開始，全民健康保險安寧共同照護試辦方案將急診診療中的末期病人加入安寧共同照護計畫，讓末期病人在急診、住院中（含入住安寧病房）均有機會接受到安寧療護照護服務（衛福部健保署，2017）。同年底為尊重病人醫療自主、保障善終權益，也通過「病

人自主權利法 (Patient Right to Autonomy Act)」，讓20歲以上具完全行為能力之意願人，可以透過醫療機構提供之「預立醫療照護諮商」立下書面的「預立醫療決定」，選擇接受或拒絕醫療（衛福部國健署，2016）。由於該法將在2016年1月6日公布後三年施行；換句話說，再一年的時間，臺灣將落實該法法條內容，因此相關人員熟悉法條內容更刻不容緩！

現行有關「病人自主權利法」討論方向，係以「預立醫療照護諮商 (Advance Care Planning, ACP)」、「預立醫療決定 (Advance Directions, AD)」為重點，具完全行為能力的意願人在特定臨床條件下，可透過ACP事先立下AD，選擇接受或拒絕醫療。而AD要進行的醫療決定是什麼？根據「病人自主權利法」第3條名詞定義所稱的「維持生命治療」、「人工營養及流體餵養」、「其他與醫療照護善終等相關意願之決定」又是什麼？身為一名臨床實務醫務社會工作者，時時刻刻處在生命不斷推演的工作環境中，看過太多來不及與早知

道的懊悔場景，如能事先瞭解 AD 的內容，對於日後碰觸到生命末期議題時，將更貼近當下的醫療情境、做出更適切的醫療決策。因此，本文將以醫務社工師觀點整理與摘要說明病人自主權利法中的醫療決策內容，期待讓更多人能夠理解與認識在生命末期可能會碰觸到的醫療決定內容。

貳、常見的生命末期醫療決定內容

在生命末期醫療決定的治療偏好中，可能會出現有不治療、減緩症狀或疼痛、延長生命、舒適照顧、或者是積極治療等選項；而最常見治不治療的生命末期醫療決定內容，包括：末期緩和鎮靜、止痛藥給予、人工營養及流體餵養、抗生素使用、人工呼吸、心肺復甦、透析治療等（陳亭儒、胡文郁、邱泰源、葉淑玲，2014；Pasma, Kasper, Deeg, & Onwuteaka-Philipsen, 2013；Gendt, Bilsen, Mortier, Stichele, & Deliens, 2009）。茲將常見的生命末期醫療決定內容作說明：

一、末期緩和鎮靜

鎮靜治療的目標在於無痛、無慮及安眠，藉此緩解末期病人難治或無法忍受的症狀，讓末期病人能被藥物控制到雖然睡著但容易被叫醒，可分為間斷性輕度或深度、持續性輕度或深度的緩和鎮靜方式，最終目的是要讓病人達到舒服，而非造成昏睡或神志不清；但是當鎮靜不足或過度時也可能會引起併發症，包括昏迷、心搏過速或過慢、高血壓或低血壓、呼吸器

使用天數增加等，因此對末期病人使用緩和鎮靜治療，通常會是醫療從業人員最後一線合法治療方式，但也經常讓醫療從業人員在延長生命與維持生命品質之間拉拔（黃安年，2013；許煌汶，2012a；高以信、陳世琦、江瑞坤、林小琪，2010；吳整昌，2009）。

根據實證醫學發展而來的臨床指引建議，鎮靜治療可以緩解焦慮（吳整昌，2009），依病人需要有意圖給予鎮靜藥物來減輕意識、緩解難症（程雅慧、黃洽鑽，2011）。通常用鎮靜劑來治療生命末期經常出現的譫妄和躁動不安等症狀，以靜脈或皮下注射為主，是必要的治療方法，像是：Haloperidol 鎮靜劑可有效的減少譫妄引發的躁動，被認為是譫妄首選藥物；Propofol 異丙酚靜脈麻醉劑則會迅速生效與代謝，因此廣泛用於重症病人的鎮靜。只是使用鎮靜治療的同時，也會讓病人和家屬在死亡前缺乏最後互動的機會，因此需慎重考慮使用時機（吳春桂、林宏茂、林芳如、林亞陵、蔡紋苓、廖婉伶、鄭博文、黃勝堅，2011；程雅慧等，2011）。

所以，醫療從業人員在執行緩和鎮靜時，須符合末期病人、出現難治療的症狀、預計病人將在幾天內死亡、或已簽署不施行心肺復甦意願或同意書等的標準（許煌汶，2012a）。

二、止痛藥給予

對於末期病人而言，疼痛是臨床上最共通的症狀、病人最害怕的情境，疼痛會明顯地影響到末期病人生理、情緒及心理各方面，疼痛也是病人自覺感受、身體防衛機制

的反應，藉此告知身體異常、產生對侵害的刺激、做出逃避的一種反射，提醒病人及醫療從業人員注意、評估、診斷與治療。因此，世界衛生組織 (WHO) 針對於生命末期時的疼痛治療發展出疼痛控制用藥的三階段給藥，包括：非鴉片類止痛藥物（如：阿斯匹靈、普拿疼、非類固醇消炎藥 NSAID）、弱效鴉片類止痛藥物（如：可待因 Codeine、Tramadol）、強效鴉片類藥物（如：嗎啡 Morphine、Fentanyl 貼片、Demerol）的使用順序；再以其他相關治療輔助，強調身心靈整體性疼痛的治療觀念，透過多科整合達到疼痛控制的效果（黃安年，2013；施盈逸、林靖皓、王庭荃、黃其晟、馮文侃、溫永銳，2013；許煌汶，2012a；余幸澄，2007）。

目前疼痛控制依然是以鴉片類 (Opioids) 止痛劑藥物為主，透過使用具有類似嗎啡作用的藥物，減輕或預防疼痛、呼吸困難，同時也有鎮靜的效果，例如：嗎啡 (Morphine) 是鴉片類藥物中歷史最悠久、標準的治療用藥，有助於改善呼吸困難與減少肺水腫；Fentanyl 貼片則是國內廣泛使用，可持續給予的用藥；hydromorphone 則是各學會實務建議用藥，主要是鎮痛效果（吳春桂等，2011；湯夢彬、胡中傑、韓紹民、黃曉峰，2010；余幸澄，2007）。鴉片類藥物使用上，盡可能以口服、最小劑量、最少副作用的方式使用，接著才會改為直腸、舌下或貼片，最後才是注射途徑（葉忍莉、陸重隆，2002）。在美國重症醫學院 (American College of Critical Care Medicine, ACCM) 與美國的重症醫學學會 (the Society of Critical Care Medicine, SCCM) 共同制定的臨床指引中也強調，所有的重症病人都應

得到適當的疼痛緩解，醫療從業人員可評估病人疼痛程度與使用反應，在符合用量上使用止痛劑（吳整昌，2009）。

而在安寧療護疼痛治療上，主要強調調整體性疼痛的觀念，即：末期病人的疼痛非單純只是生理性，還會牽涉到情緒、認知、行為、人格等各個層面，因此還可增加其他輔助治療方法（黃安年，2013）。由於疼痛控制還是有不足之處，包括醫療從業人員對疼痛處置的知識及評估能力不足、拒絕開立藥方、擔心副作用或成癮、語言文化障礙，或病人不願意說痛、擔心藥物成癮及副作用、拒絕使用、拒絕劑量增加等，因此更需要醫療從業人員持續與正確的評估診斷、盡力與病人和家屬溝通說明，才能讓病人獲得充分的疼痛控制與全人照護（許煌汶，2012a；余幸澄，2007）。

三、人工營養及流體餵養

或稱「人工靜脈營養輸液」。有些病人可能因為攝食功能喪失無法維持體重，會透過人工營養補充水分、糖分及電解質，在醫院中這是很普遍的治療方式（邱世哲，2013；趙可式，2000）；而且在國內文化習俗、民以食為天的觀念影響下，通常家屬對於末期病人還是會執著、持續不斷要求醫療團隊提供點滴或使用鼻胃管餵食，或不斷要求病人進食（黃裕雯，2012；湯夢彬等，2010）。

主張持續提供人工靜脈營養輸液者認為，給予輸液是治療義務，也是人類基本需要與最低的照顧，象徵著醫療從業人員對病人的照顧與信任、一種普通或必須的醫療措施、不提供會導致病人死亡，因此

如果停止給予營養就代表放棄治療，是違反不傷害原則、是對病人的一種傷害；而主張停止給予者則認為，這是尊重人們對生命的抉擇，由於腸蠕動變慢、腹脹、噁心等身體生理上的變化、放置鼻胃管會造成形象受損、侵入性治療容易導致感染或併發症、病人行動將受限等，對於末期病人如給予人工營養與輸液，將會造成末期病人不舒服、缺乏尊嚴的傷害（李素貞，2007；趙可式，2000）。

而對於末期病人來說，補充人工靜脈營養輸液，除非有證據顯示有利，否則傷害更大（高以信、王昱豐、江瑞坤，2011）。基本上，在病人末期無法醫治、造成負擔、主動具體要求等情形下即可停止提供（趙可式，2000）。因此，人工營養的補充與否成為道德抉擇的困境，因為持續輸液會造成四肢水腫、積水的危險，更易讓末期病人家屬直接在視覺上接受到強烈的刺激及不捨；不提供輸液則易出現放棄治療的心理壓力。

四、抗生素使用

對於癌末病人而言，感染是很重要的角色，因為最終會造成癌末病人死亡原因以感染居首，最常見的是肺炎 (pneumonia)、尿路感染 (urinary tract infection)、菌血症 (bacteremia)、皮膚與軟組織感染 (skin and soft tissue infections)；通常病人受到感染時，醫療上會使用抗生素治療，以靜脈注射方式居多，但使用抗生素只是一種醫療的選項並無法延長病人的生命，透過使用抗生素讓不適的感染症狀緩解，增加末期生活品質、達到舒適照

顧的目的（許喬琳、潘湘如，2015；王律凱、林益卿、蔡佩淪，2015；陳琬青、蔡佩淪、盧建中、林益卿，2010）。

病人高度易感染的原因，可能是免疫功能在化療之後受到抑制、或者是多發性併發症、鼻胃管、導尿管等侵入性管路留置、器官功能衰落及複雜疾病損害宿主抵抗力導致（高以信、江瑞坤，2015）。雖然抗生素的普遍效益在於控制感染、緩解不適，但如果評估抗生素使用的安全性，還是仍有部分末期病人會因為過敏反應或者是腹瀉、噁心嘔吐、念珠菌或桿菌感染等副作用，停止使用抗生素治療（王律凱等，2015）。

一般來說，家屬對於注射侵入性、負擔性低的抗生素藥物接受度相對較高（陳亭儒等，2014）。在末期病人出現因感染所引起的高體溫、疼痛、虛弱、意識變化等不適症狀時，家屬仍會期待控制感染、緩解症狀；尤其是使用抗生素治療後，超過一半的病人症狀有所改善，因此醫師、病人和家屬很難不採以抗生素進行治療（林正耀、林維君、黃文聰、馮盈勳、曹朝榮，2012）。

五、人工呼吸器使用

呼吸原本是一種自發性自主神經運動，是很重要的生命徵象、很個別化的主觀感受，當人死了就不會有呼吸，所以具有其生理、心理及靈性的意義存在；在華人文化中，在家嚥下最後一口氣是一種很好的象徵，可帶給後代好運氣，因此許多臨終病人插管只為了保持氣道暢通，才能滿足病人留一口氣回家往生的希望；當

末期病人主訴呼吸困難時，很多時候是死亡前反映出來的主要問題，除了代表病人本身身體心理靈性層面不舒適外，也會引起家屬或照顧者極大的壓力與焦慮感，並帶給醫療從業人員莫大的心理壓力（詹尚易、張郁平、林淑美、蔡志婕，2015；許煌汶，2012b；羅玉岱，2010；翁益強，2007；何淑娟、趙可式，1997）。

尤其當病人出現無呼吸 (apnea) 或低換氣 (hypoventilation) 時，醫療從業人員需要立即進行醫療處置，用以確保呼吸道暢通；如果病人無呼吸時，第一選擇會以經口氣管內插管或環狀/甲狀軟骨間切開、如果病人有自主呼吸時，則可選擇經口或經鼻氣管插管氣管切開，透過人工氣道確保氣道暢通，並連接人工呼吸器來輔助病人呼吸（賴敏裕編譯，2006；柯文哲，2006）。呼吸器的種類主要為「正壓型呼吸器」，可分為「非侵襲性正壓呼吸器 (non-invasive ventilator)」與「侵襲性正壓呼吸器」；「非侵襲性正壓呼吸器」，是指不用人工氣道，直接以面罩蓋住口鼻或鼻，在吸氣期產生較大氣流使面罩內的壓力提高而將氣體送入病人肺內，以 BIPAP 為代表，但病人如果嚴重呼吸衰竭則不足應付；「侵襲性正壓呼吸器」，是指需要人工氣道才能使用，可再分為「連續氣流式呼吸器 (continuous flow)」與「請求氣流式呼吸器 (demand flow)」，「連續氣流式」指的是不分吸氣呼氣，不停地提供氣體，在吸氣時呼氣管路末端會暫時堵住讓氣流全部流向病人，有壓力安全閥防止壓力傷害，在其他時間則開放氣流自由流出，讓病人自由呼吸，此類型呼吸器多用

在幼兒；而「請求氣流式」指的是在吸氣時才供應氣體，呼氣時不供應，由呼吸器自動偵測病人吸氣情形，此類型呼吸器多用在大人（柯文哲，2006）。

在生命末期時使用人工呼吸器是屬於維生醫療行為，因此，當末期病人不一定會因為停止使用人工呼吸器就死亡，而是將隨著病程不可逆而自然死亡，此時如欲移除人工呼吸器時，醫療從業人員有責任與尚有意識且有決定能力的病人、或病人已無意識之最近親屬，經過專業團隊討論會、家庭會議、或尋求倫理諮詢等進行溝通討論後，才能決定是否終止或撤除人工呼吸器（李佳欣、鄭婉如、馬瑞菊，2016；張惠雯、顏啟華、劉立凡、王俊堯、蔡崇煌，2014）。

六、心肺復甦

「心肺復甦 (CPR)」指的是當生命徵象極度不穩（如呼吸或心跳突然停止 (respiratory or cardiac arrest)）時的常規急救措施（洪韓捷、邱秀渝、洪芳明，2016；羅文珮、洪韓捷，2015；黃宣穎、蔡甫昌，2005），基本上在看到病人沒有呼吸、或出現不正常呼吸就要開始進行心肺復甦。心肺復甦包含了胸外按壓和口對口人工呼吸，而按壓是病人能否救回來的決定性因素之一，藉由按壓胸部中央位置或胸骨下半段，將帶氧的血流擠出並供應給心臟、肺臟、大腦、冠狀動脈及其他重要器官，之後再打開呼吸道、通氣，待 30 次按壓胸部後，透過最簡單的口對口人工呼吸、或口對鼻吹氣、袋瓣面罩 BVM 給氧等方式，給予 2 口人工呼吸讓病人獲得

氧氣，直到恢復呼吸心跳、或有人接手等為止（胡勝川、施美秀、賴佩芳，2016）。

一開始心肺復甦的運用是在 1960 年代時對麻醉過程中心跳停止的病人做胸外按摩，目的在於防止非預期的突發死亡，但研究發現心肺復甦對末期病人只是暫時穩定生命徵象並未產生治療效果，因此醫療從業人員開始選擇不啟動、或者不做完整流程（只打強心劑、減少壓胸深度、較慢才開始心肺復甦流程等），而美國心臟醫學會也建議對於末期、病程不可逆或者死亡不可避免、無法恢復的病人不應施行心肺復甦術（謝雅琪、蔡佩渝、楊鈺雯、林益卿、黃馨葆，2014；趙可式，1996）。

由於，心肺復甦的目的是在幫助垂危病人爭取挽救生命的機會，使其恢復呼吸和循環，讓病人能延緩死亡、解除病痛、恢復健康、增進生活品質等，雖然對於末期病人施行心肺復甦術亦可延緩死亡、拉長存活日數，但如果病人病程已不可逆，心肺復甦僅能短暫維持心跳與呼吸徵象、或者是形式上維持呼吸與循環，對於不可治癒的疾病是無法有療效的（洪韓捷等 2016；王維慶、朱怡康、蔡甫昌，2005；黃宣穎等，2005），也因此家屬通常對於侵入性高的處置接受度低、但對於負擔性較低的急救藥物給予較能接受（陳亭儒等，2014）。

七、透析治療

當腎臟功能受損、無法恢復或腎絲球過濾率 (Glomerular Filtration Rate, GFR) 小於 59ml/min/1.73 m^2 ，導致血液中尿素氮和肌酸酐濃度升高、血液或尿液檢查值

異常且超過三個月以上，稱為「中度慢性腎衰竭 (Chronic Renal Failure, CRF)」；GFR 小於 30ml/min/1.73 m^2 時則稱「重度慢性腎衰竭 (Pre-ESRD)」；最嚴重的是「末期腎病變（尿毒症）(End stage renal disease, ESRD)」，GFR 小於 $15\text{ ml/min/1.73 m}^2$ ，此時只能透過透析治療、或腎臟移植維持運作（黃智英、楊郁，2004）。而「急性腎衰竭 (Acute Renal Failure)」是指腎臟功能在幾天到幾週內突然減少，常發生於重症病人且有高死亡率（戴道堅、陳永昌、方基存，2006）。

而末期腎臟疾病病人可以透過透析治療延長生命，所謂的「透析治療」是利用擴散和超過濾原理，排除體內的尿素和過多的水分、鹽分，可分為「血液透析」和「腹膜透析」兩種（衛福部健保署，無日期），即俗稱的「洗腎」、「洗肚」。但隨著透析治療技術與設備的進步，透析病人的生命意義與生活品質伴隨著透析治療歷程已全然變樣，最後也只是一種延緩死亡的方式。

由於末期腎臟疾病病人常見類似癌症疾病的生理徵象，包括皮膚乾燥、疲倦、皮膚癢、關節疼痛、呼吸困難、食慾不振、睡眠障礙等症狀（許禮安，2012；楊婉伶、李存白、陳小妮，2012）；腎衰竭末期透析病人更常見疼痛、氣喘、疲勞、皮膚搔癢、睡眠障礙、便秘、憂鬱、神經病變等症狀，一旦停止洗腎症狀可能更明顯（張悅詩等，2014；鄭志雄、徐國雄，2012），所以末期腎病變（尿毒症）的死亡病人並非毫無痛苦（吳彬源、黃信彰，2013），而病人停止洗腎後的存活期平均 8-10 天（許禮安，2012；

Cohen, Germain, Poppel, Woods & Kjellstrand, 2000)。因此，末期腎臟疾病病人在生命意義感上普遍偏低（楊婉伶等，2012）；而家屬也常考量到病人無法改善的病況、感同身受的痛苦、生活型態的改變、照顧的壓力、華人文化面對病人危急時的不捨等因素，出現透析與否的兩難困境（許禮安，2012；楊婉伶等，2012）。以醫療團隊角度來看，透析族群的死亡率偏高且常伴隨多重嚴重共病，更讓延長的生命毫無品質（楊禮嘉、宋藝君、邱怡文，2014）。故而終止或不

予透析治療亦是臨床實務上很大的挑戰。

根據專家學者對於生命末期醫療決定內容的治療作用與困境，筆者自行整理出不同醫療決定選項的治療作用與困境（見表 1），可以看出每一種醫療決定都不斷地在生命意義與生命品質之間拉扯。當選擇進行治療、維持生命，反之則將承受治療後的身體反應、生活品質變化；同時，亦可感受到家屬在面對病人生命末期時，對於醫療決定選項與情感取捨之間多猶疑不定。

表 1：常見生命末期醫療決定內容的治療作用與困境

決策選項	治療作用	治療困境
末期緩和鎮靜	<ul style="list-style-type: none"> • 可緩解焦慮、難症 • 可治療瞻妄、躁動不安症狀 • 目標在無痛、無慮、安眠 	<ul style="list-style-type: none"> • 會減少病人和家屬死亡前最後互動機會 • 鎮靜不足或過度會引起併發症
止痛藥給予	<ul style="list-style-type: none"> • 可緩解疼痛 • 有鎮靜效果 • 目標在減輕或預防疼痛與呼吸困難 	對醫療人員為 ... <ul style="list-style-type: none"> • 知識及評估能力不足 • 拒絕開立藥方 • 擔心副作用或成癮 對病人為 ... <ul style="list-style-type: none"> • 不願意說痛 • 擔心藥物成癮及副作用 • 拒絕使用 • 拒絕增加劑量
人工營養及流體餵養	<ul style="list-style-type: none"> • 補充水分、糖分、電解質 • 維持體重 	<ul style="list-style-type: none"> • 造成四肢水腫、積水 • 易導致感染或併發症 • 管線放置造成形象受損，缺乏尊嚴 • 行動受限、不舒服
抗生素使用	<ul style="list-style-type: none"> • 治療感染症狀造成的不適 • 緩解與控制感染症狀 • 增加末期生活品質 	<ul style="list-style-type: none"> • 部分會出現過敏反應、副作用或其他菌感染 • 延長生命末期階段
人工呼吸器使用	<ul style="list-style-type: none"> • 保持氣道暢通 • 滿足留一口氣回家往生的希望 	<ul style="list-style-type: none"> • 病人主訴呼吸困難時呈現出來的身心靈不舒適 • 家屬或照顧者對呼吸困難症狀的壓力與焦慮
心肺復甦	<ul style="list-style-type: none"> • 短暫維持心跳與呼吸徵象 • 形式上維持呼吸與循環 	<ul style="list-style-type: none"> • 無治療效果 • 只是延緩死亡
透析治療	<ul style="list-style-type: none"> • 排除體內尿毒素、過多的水分與鹽分 • 延長生命、延緩死亡 	<ul style="list-style-type: none"> • 常見疼痛、氣喘、疲勞、皮膚搔癢、睡眠障礙、便秘、憂鬱或神經病變等症狀 • 停止透析後之存活期平均 8-10 天 • 生命意義、生活品質感偏低

資料來源：筆者自行整理

參、醫務社工師在醫療決定(AD)中扮演的角色及任務

在醫療衛生機構中，醫務社工師運用社會工作的知識與技術，與醫師、護理師等專業人員組成醫療團隊，共同合作、各自發揮專長，協助處理與疾病、治療及健康維護相關的社會、心理問題，藉以提升醫療效果（秦燕，2009）。和其它領域社工不同之處在於，醫務社工師需更加強對疾病的認識，瞭解疾病所造成的影響（蔡漢賢（主編），2000），讓病人與家屬在就醫、療養期間，得到適切照顧與資源，也協助其在醫療團隊中將自身的感受與期待表達出來（溫信學，2014），也透過與醫療團隊不斷的互動過程中，累積彼此的信任與專業的公信力（陳武宗，2016）。故，身為社會工作中次專科工作者，醫務社工師須在醫療領域中運用專業知識與技術，同時不斷地提升醫療知識水準，評估病人生理、心理及社會因素層面的影響，以助人理念與方法，協助病人及家屬處理改善所因疾病所產生的社會、心理、經濟、家庭等適應問題，增強其社會角色及功能，促進社會民眾之健康。

隨著時代的變遷、社會歷史事件的變革，醫務社工師角色從過去單一醫療救助者，已伸展到病人團體組織者、資源轉介者、研究者、教育者、支持者、社會心理評估者、觀念倡導者等等多樣性的方向（陳武宗，1999）。而當前醫務社工師在直接服務上扮演照顧者、治療者、支持者、協調者，到間接服務上擔任行政者、研究者、諮詢者等角色，兩者都須兼負，已無

法獨立存在（溫信學，2014）。在生老病死匯集的醫院中，醫務社工師須透過平日臨床醫療上不斷累積的醫療專業知識、經驗，經常與團隊成員溝通、互動、合作，藉由跨專業討論攸關生命末期議題來提升自我知能。面對即將施行的病人自主權利法中醫療決定的內容，相較於病人、家屬等非醫療從業人員，醫務社工師有更多機會瞭解與接觸末期疾病病程變化、症狀治療與控制、醫學新知、甚至安寧療護專門知識技巧等知識與資訊，因此對於醫療決定選項的理解與相對應疾病症狀、治療反應如更為清晰，將能夠在直接服務病人與家屬的過程中，運用專業知識技術理解與感受病人、家屬對於醫療決定決策的難處，在其中扮演著諮詢說明選項內容、支持病人或家屬、協調醫療團隊等角色；而在醫療團隊內也能協助表達病人、家屬對於醫療決定的感受與考量，提供醫療團隊有關病人、家屬身心靈層面的認識與理解，擔任起協調橋樑、教育著醫療團隊成員同理感受，在醫病之間扮演著教育、諮詢、協調、支持等多元角色。

其實不管是哪個醫療專業領域的從業人員，當遇上末期病人時都會深感無力（翁益強，2012），雖然還是會持續在工作崗位中提供醫療專業的治療與照護，也會陪伴病人與家屬走完人生最後一哩路，但如果遇到病人無法善終時，仍然會感到相當失落與不捨。醫務社工師在醫療團隊中，可以提供有關病人的社會心理或醫療社會的資料，協助團隊以「全人」的觀點對病人做診斷與治療（莫藜藜，2002）。所以，對於醫療決定內容如能提早認識，

瞭解生命末期可能的疾病症狀、治療內容、醫療決定選項等醫療多樣貌，除了本身醫療專業知識的成長外，日後病人與家屬在面對生命末期醫療決定時，更能同理與協助病人、家屬表達醫療決策的家庭動力流動情形或感受，讓醫療團隊與病人、家屬彼此之間建立和諧的醫病關係，讓病人得以善終不歹活。

肆、結論

在臨床實務工作中，發現許多時候末期病人病況已不需再進行積極性的搶救，甚至到了考慮如何好好走完人生最後一段路的階段，但仍見病人家屬無奈、不捨地選擇進行氣管內管插管、使用人工呼吸器維生設備、人工洗腎、甚至是使用葉克膜等侵入性極強的治療，而這種種的選擇，只是為了讓躺在病床上的親屬能再延長數日的生命！

而這些重症末期病人，一旦脫離了人工呼吸器、氣管內插管或者是鼻胃管、靜脈輸液、血液透析、甚至葉克膜等醫療措施、儀器或管線後，往往無法生存、無法維持生命（蔡甫昌，2008）。最後選擇採以安寧療護照顧方式的家屬，多是已讓病人經

歷數次積極侵入性治療後，因為曾經看過病人口中插入氣管內管無法言語的痛苦、眼見因約束病人手腳避免自拔醫療管路管線時的怨忿、擦拭過病人無助地流淚無言哭訴侵入性處置造成的不適，在親眼目睹這些醫療處置帶來的強烈衝擊後，才能深深體會到所謂的高科技、或先進的醫療，有時已造成生死兩不安；或者是在經過長期侵入性治療後發現，所謂積極性搶救可能也只是延長病人幾天的生命，卻無法治癒疾病。這對於病人家屬而言，是攸關生與死的決定，是很掙扎矛盾的兩難情境！

在這樣的醫療情境下，反而更能看出「病人自主權利法」立法的用意，無疑是想要讓大家提早思考未來可能的醫療決定選項、瞭解可能的治療困境與限制，透過更清楚、多元的認識，經過完善健全的溝通諮商進而能夠提早決定、為自己發聲，做好善終好死的準備。

（本文作者為東海大學社會工作學系博士候選人、秀傳醫療財團法人彰濱秀傳紀念醫院社工課課長、醫務專科社工師。並感謝東海大學社會工作學系彭懷真副教授的指導！）

關鍵詞：生命末期、醫療決定、病人自主權利法

參考文獻

- 王律凱、林益卿、蔡佩渝 (2015)。安寧療護癌末病人是否需要抗生素治療。安寧療護雜誌，20(3)，269-274。doi: 10.6537/TJHPC.2015.20(3).5
- 王維慶、朱怡康、蔡甫昌 (2005)。無效醫療 (Medical Futility)。當代醫學，32(7)，542-549。
- 安寧緩和醫療條例 (2013 年 01 月 09 日修正)。取自

- <http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?PCode=L0020066>
- 何淑娟、趙可式 (1997)。癌症末期病人呼吸困難的緩和性照護。護理雜誌, 44(2), 98-103。
doi:10.6224/JN.44.2.98
- 余幸澄 (2007)。疼痛、癌症疼痛控制：藥物性處置。載於楊克平 (主編), 安寧與緩和療護學：概念與實務 (179-230 頁)。臺北市：華杏。
- 吳春桂、林宏茂、林芳如、林亞陵、蔡紋苓、廖婉伶、鄭博文、黃勝堅 (2011)。重症生命末期照護之新趨勢。臺灣醫學, 15(1), 37-47。doi:10.6320/FJM.2011.15(1).07
- 吳彬源、黃信彰 (2013)。非癌症病人的安寧緩和醫療。載於臺灣安寧緩和醫學學會 (編著), 安寧緩和醫療 - 理論與實務 (393-452 頁)。臺北市：合記圖書。
- 吳整昌 (2009)。末期病人使用鎮靜治療的倫理議題。澄清醫護管理雜誌, 5(2), 4-9。
- 李佳欣、鄭婉如、馬瑞菊 (2016)。一位生命末期患者選擇撤除維生醫療之護理經驗。安寧療護雜誌, 21(1), 75-87。doi:10.6537/TJHPC.2016.21(1).6
- 李素貞 (2007)。維生餵食管的拔與不拔 - 生命倫理學之四原則的反思。弘光人文社會學報, 7, 73-90。
- 林正耀、林維君、黃文聰、馮盈勳、曹朝榮 (2012)。Analysis of Infection and Antibiotics Use in Terminal Cancer Patients in a Hospice Ward in Southern Taiwan 臺灣南部一安寧病房癌症末期病患感染與抗生素治療結果之回顧性分析。臺灣癌症醫學雜誌, 28(2), 57-67。
doi:10.6323/JoCRP.2012.28.2.1
- 邱世哲 (2013)。厭食 / 惡病質症候群與營養議題。載於臺灣安寧緩和醫學學會 (編著), 安寧緩和醫療 - 理論與實務 (171-184 頁)。臺北市：合記圖書。
- 施盈逸、林靖皓、王庭荃、黃其晟、馮文侃、溫永銳 (2013)。臺灣癌末住院病人止痛藥使用情況。疼痛醫學雜誌, 23(2), 53-58。
- 柯文哲 (2006)。呼吸道處理、呼吸器使用。載於臺大醫院外科系編輯委員會 (編輯), 臺大外科重症加護醫療手冊 (90-110 頁)。臺北市：臺大醫學院。
- 洪韡捷、邱秀渝、洪芳明 (2016)。外科重症病患生命末期 CPR 意願與家屬醫療決策之探討。安寧療護雜誌, 21(3), 258-272。doi:10.6537/TJHPC.2016.21(3).2
- 胡勝川、施美秀、賴佩芳 (2016)。綜合急救概論。載於胡勝川 (總校訂), ACLS 精華 第五版 (17-32 頁)。新北市：金名圖書。
- 病人自主權利法 (2016 年 01 月 06 日公布)。取自
<http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawContent.aspx?PCODE=L0020189>
- 秦燕 (2009)。醫務社會工作 (第二版)。臺北市：巨流。
- 翁益強 (2007)。呼吸系統障礙之處理。載於楊克平 (主編), 安寧與緩和療護學：概念與實務 (305-318 頁)。臺北市：華杏。

- 翁益強 (2012)。對急重症病人生命末期之照護。榮總護理, 29(3), 220-224。doi:10.6142/VGHN.29.3.220
- 高以信、王昱豐、江瑞坤 (2011)。末期病人的預後：醫療照護團隊需要再進修的課題。臺灣醫學, 15(5), 551-562。doi:10.6320/FJM.2011.15(5).14
- 高以信、江瑞坤 (2015)。Antibiotics Use in the Last Week of Life among Advanced Cancer Patients under the Hospice Share Care Service Model - A Study of Regional Teaching Hospital in Taiwan 探討接受安寧共照的癌末病人在生命 最後一星期使用抗生素情形—臺灣某區域教學醫院之研究。臺灣家庭醫學雜誌, 25(4), 240-251。doi: 10.3966/168232812015122504003
- 高以信、陳世琦、江瑞坤、林小琪 (2010)。有關癌末病人難治之症狀使用緩和和鎮靜的議題。安寧療護雜誌, 15(3), 319-330。doi: 10.6537/TJHPC.2010.15(3).4
- 張惠雯、顏啟華、劉立凡、王俊堯、蔡崇煌 (2014)。臺灣中部門診病患對生命末期使用呼吸器態度的調查。臺灣家庭醫學雜誌, 24(3), 136-147。doi:10.3966/168232812014092403004
- 莫藜藜著 (2002)。醫療福利。臺北市：亞太圖書。
- 許喬琳、潘湘如 (2015)。安寧療護使用抗生素的倫理考量：以接受腰大肌膿瘍治療病人為例。安寧療護雜誌, 20(2), 177-185。doi:10.6537/TJHPC.2015.20(2).7
- 許煌汶 (2012a)。整體性疼痛與疼痛控制。載於許禮安、高以信、黃裕雯、高碧月、許煌汶、根秀欽 (編著), 安寧緩和療護 (207-232 頁)。臺北市：華杏。
- 許煌汶 (2012b)。呼吸症狀及其他症狀的控制。載於許禮安、高以信、黃裕雯、高碧月、許煌汶、根秀欽 (編著), 安寧緩和療護 (263-294 頁)。臺北市：華杏。
- 許禮安 (2012)。非癌症末期病人的安寧療護。載於許禮安、高以信、黃裕雯、高碧月、許煌汶、根秀欽 (編著), 安寧緩和療護 (335-360 頁)。臺北市：華杏。
- 陳武宗 (1999)。社會工作在健康照護領域內之發展任務與倫理議題, 社區發展季刊, 86, 109-115。
- 陳武宗 (2016)。駐足回首：行動者書寫醫院社會工作歷史的若干想法。當代社會工作學刊, 8, 17-41。
- 陳亭儒、胡文郁、邱泰源、葉淑玲 (2014)。家屬對於慢性阻塞性肺疾病病人於生命末期不予維生處置的意向。安寧療護雜誌, 19(2), 138-154。doi:10.6537/TJHPC.2014.19(2).2
- 陳琬青、蔡佩淪、盧建中、林益卿 (2010)。The Role of Antibiotics Use in Terminal Cancer Patients 抗生素於末期癌症病人的治療角色。安寧療護雜誌, 15(1), 1-12。doi: 10.6537/TJHPC.2010.15(1).1
- 湯夢彬、胡中傑、韓紹民、黃曉峰 (2010)。生命末期照護的實證回顧。家庭醫學與基層醫療, 25(11), 418-422。
- 程雅慧、黃洽鑽 (2011)。使用 Propofol 於緩和鎮靜：一個案報告。安寧療護雜誌, 16(3), 338-

- 347。doi:10.6537/TJHPC.2011.16(3).5
- 黃安年 (2013)。疼痛控制。載於臺灣安寧緩和醫學學會 (編著)，安寧緩和醫療 - 理論與實務 (115-157 頁)。臺北市：合記圖書。
- 黃宣穎、蔡甫昌 (2005)。不予急救醫囑 (Do Not Resuscitate Order)。當代醫學，32(2)，146-151。
- 黃裕雯 (2012)。瀕死現象與處理及終末期脫水。載於許禮安、高以信、黃裕雯、高碧月、許煌汶、根秀欽 (編著)，安寧緩和療護 (295-316 頁)。臺北市：華杏。
- 楊婉伶、李存白、陳小妮 (2012)。腎病末期病人之安寧療護 - 最後一哩路的陪伴。源遠護理，6(2)，15-21。doi:10.6530/YYN.2012.6(2).03
- 楊禮嘉、宋藝君、邱怡文 (2014)。末期腎臟病安寧療護 - 高醫終止透析之經驗。腎臟與透析，26(1)，17-22。doi:10.6340/KD.2014(1).04
- 溫信學 (2014)。醫務社會工作 (三版)。臺北市：洪葉文化。
- 葉忍莉、陸重隆 (2002)。安寧療護止痛藥的探討。安寧療護雜誌，7(1)，57-61。doi:10.6537/TJHPC.2002.7(1).6
- 詹尚易、張郁平、林淑美、蔡志婕 (2015)。Factors Affecting the Acceptance of Resuscitation Treatment in Critically Ill Patients 臨終病人接受心肺復甦術之影響因子。北市醫學雜誌，12(SP)，46-56。doi:10.6200/TCMJ. 2015.12.SP.06
- 趙可式 (1996)。臨終病人照護的倫理與法律問題。護理雜誌，43(1)，24-28。doi:10.6224/JN.43.1.24
- 趙可式 (2000)。可以除去病人的食物與水嗎？～安寧療護的倫理觀～。安寧療護雜誌，5(4)，12-19。doi:10.6537/TJHPC.2000.5(4).3
- 蔡漢賢 (主編) (2000)。社會工作辭典 (第四版)。臺北市：內政部社區發展雜誌社。
- 衛生福利部中央健康保險署 (2009)。今 (98) 年 9 月 1 日起，新增八類非癌症重症末期病患也能接受安寧療護服務，並正式納入健保給付【新聞發布】。取自：
http://www.nhi.gov.tw/information/NewsDetail.aspx?menu=9&menu_id=544&No=808
- 衛生福利部中央健康保險署 (2017)。安寧療護 (住院、居家、共照) 網路查詢服務。取自
http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=20&menu_id=712&webdata_id=3650
- 衛生福利部中央健康保險署 (無日期)。什麼是透析治療。2017 年 05 月 27 日，取自
<http://www.nhi.gov.tw/mqinfo/Content.aspx?Type=Dialysis&List=6>
- 衛生福利部國民健康署 (2016)。癌症病情告知 推動由病人和醫師共同決策醫療【工作交流】。取自 <https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=1101&pid=6463>
- 鄭志雄、徐國雄 (2012)。末期腎臟病的安寧緩和照顧。腎臟與透析，24(1)，67-71。doi:10.6340/KD.2012(1).12

- 賴敏裕 (編譯)(2006)。急診室住院醫師手冊 (原作者:相川植樹、堀進悟編輯)。臺北市:合記圖書。
- 戴道堅、陳永昌、方基存 (2006)。重症病患之急性腎衰竭。腎臟與透析, 18(4), 149-154。doi:10.6340/KD.2006(4).01
- 謝雅琪、蔡佩渝、楊鈺雯、林益卿、黃馨葆 (2014)。無最近親屬者之生命末期醫療抉擇。安寧療護雜誌, 19(1), 33-46。doi:10.6537/TJHPC.2014.19(1).3
- 羅文珮、洪韓捷 (2015)。不予急救的決策與兩難。安寧療護雜誌, 20(3), 296-305。doi:10.6537/TJHPC.2015.20(3).8
- 羅玉岱 (2010)。Making End-of-Life Decisions: Revisit Chinese Cultural Perspectives 華人文化對生命末期決策的影響。安寧療護雜誌, 15(2), 187-195。doi:10.6537/TJHPC.2010.15(2).4
- Cohen, L. M., Germain, M., Poppel, D.M., Woods, A., & Kjellstrand, C.M. (2000). Dialysis discontinuation and palliative care. *Am J Kidney Dis*, 36(1), 140-4. doi:10.1053/ajkd.2000.8286
- Gendt, C., Bilsen, J., Mortier, F., Stichele, R. V., & Deliens, L. (2009). End-of-Life Decision-Making and Terminal Sedation among Very Old Patients. *Gerontology*, 55: 99-105. doi: 10.1159/000163445
- Pasman, H. R. W., Kasper, P. J., Deeg, D. J. H., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2013). Preferences and Actual Treatment of Older Adults at the End of Life. A Mortality Follow-Back Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61: 1722-1729. doi: 10.1111/jgs.12450JAGS