

【研究論文】

病人及家屬在末期醫療照護抉擇上的倫理難題

黃柏青*

摘要

末期病人經常需要各種緊急處置或醫療儀器來維持生命，儘管運用這些醫療措施，大部分末期病人也沒有恢復健康的可能性，而僅是維持其脆弱的生命徵象或延長其死亡的過程而已。在這種情形之下，醫師可能會建議不（繼續）施行侵入性或支持性的醫療措施，以避免導致病人不必要的受苦，此時就有可能會面臨「醫療照護抉擇」的倫理困境。

本文在《安寧緩和醫療條例》（2013）與《病人自主權利法》（2019）等相關的法律規範之下分析及反省「醫療照護抉擇」、「預立醫療決定」等末期病人醫療照護常見的倫理議題。雖然台灣社會以往對於不施行、終止或撤除末期病人的維生醫療多持保守態度，然而透過理性的論述、廣泛的討論，再經由在地文化的調整和修正，目前「緩和醫療照護」與「預立醫療決定」的觀念已逐漸被接納並採用，讓末期病人可以選擇一個尊嚴安詳的方式離開人世。

關鍵詞：末期醫療照護抉擇、安寧緩和醫療條例、病人自主權利法、預立醫療決定、預立醫療照護諮商

*國立中央大學哲學研究所博士、嘉義縣鹿草鄉衛生所醫師



【Research Article】

The Ethical Dilemma of Patients and Family in Medical Decisions at the End of Life

Huang, Po-Ching*

Abstract

Terminally ill patients usually need different kinds of emergency managements or medical appliances to sustain their lives. Despite providing terminally ill patients with these medical services, most of them have little chance of recovery. We could just keep the weak vital signs or prolong the dying process. Under the circumstances, the doctor would suggest withholding or withdrawing invasive or supportive medical treatments to prevent the patients from unnecessary suffering. At the same time, we would probably encounter the ethical dilemma of medical decisions.

This essay will analyze and investigate the common ethical issues of terminal care through Hospice Palliative Care Act (2013) and Patient Right to Autonomy Act (2019). After extensive discussion and rational debate, the concepts of “palliative care” and “advance directives” have been gradually accepted and practiced in

* Ph.D., Graduate Institute of Philosophy, National Central University; Physician, Lucao Township Public Health Center, Chiayi County



Taiwan. This progression lets terminally ill patients choose the medical care they want, and finally they can rest in peace.

Keywords: *medical decisions at the end of life, Hospice Palliative Care Act, Patient Right to Autonomy Act, advance directives, advance care planning*



壹、前言

末期病人經常需要各種緊急處置或醫療儀器來維持生命，而無論是侵入性或支持性的治療方式，病人一旦不使用這些儀器或管路，往往就無法繼續生存下去。儘管運用這些醫療措施，大部分末期病人也沒有恢復健康的可能性，而僅是維持其脆弱的生命徵象或延長其死亡的過程而已。在這種情形之下，醫師可能會建議不（繼續）施行侵入性或支持性的醫療措施，以避免導致病人不必要的受苦，此時就有可能會面臨「醫療照護抉擇」的倫理困境，因為「不施行」(withhold)、「終止」(terminate)或「撤除」(withdraw)維生醫療可能會立即造成病人生命的結束或縮短病人的存活時日。當末期病人的生理狀況嚴重惡化，且進入不可逆轉的「死亡過程」(dying process)時，如果不考慮醫療的效益而一味給予積極的處置，或許僅會徒然增加病人的痛苦，在死亡前一刻失去尊嚴，甚至抱憾而終。因此，是否「不施行」、「終止」或「撤除」末期病人的維生醫療，以減少病人的痛苦並避免死亡過程的延長，是一項必須正視與深思的課題。

2013 年一篇在台灣的研究顯示，829 位癌末病人中，22.6% 為病人自己簽署「不施行心肺復甦術意願書」，77.2% 則是由家屬簽署「不施行心肺復甦術同意書」¹，避談死亡的風俗民情似乎是導致此結果的主因(Wen, Lin, Cheng, Chou, Wei, Chen, & Sun, 2013)。由於我國末期病人簽署「預立醫療決定」²的比

¹ 在我國的《安寧緩和醫療條例》中，由本人或醫療委任代理人出具者稱為「意願書」，由家屬出具者稱為「同意書」。

² 國內先前的文獻一般將“advance directives”翻譯成「預立醫療指示」，然而我國《病人自主權利法》為了避免與《醫師法》之「指示」意思混淆，定名為「預立醫療決定」。其定義為：「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。」為求與法律用語統一，我採用後者為“advance directives”之



率不高，不予或放棄急救大多數是醫師在病人的生命已走到了最後的階段才匆匆要求家屬填寫「不施行心肺復甦術同意書」，先前並沒有向病人詳細地告知說明，不少醫師對此抱持著「避免觸犯法律」或「不想因此被告而惹上麻煩」的心態，視簽署同意書為聊備一格的形式。然而，從倫理的角度上來看，以這種做法取得「家屬」的同意書再對「病人」進行處置是一種徹底違反尊重自主原則的行為。另一個常見的問題是，在缺乏病人自己簽署的預立醫療決定下，家屬常無法冷靜地評估急救措施或維生醫療³所帶給病人的利益與傷害，從而做出合理的決定，導致過度地使用侵入性的醫療處置，既可能違反病人的自主意願，也可能同時傷害了病人及浪費醫療資源。

在現代高科技重症醫療的發展及愈來愈多的醫療糾紛與訴訟之下，末期病人醫療照護的抉擇成為十分常見、重要、迫切、困難，卻又不能不面對與解決的問題。為了減少醫療照護抉擇的疑義，推動末期病人「預立醫療決定」，以及提升醫療團隊照護末期病人的能力與素養相當重要。在告知病情方面應有充分的訓練與全盤的規劃，並且儘早和病人擬定未來的醫療照護計畫，避免將醫療照護抉擇的沈重責任完全交予家屬承擔。故此，本文首先將指出我國目前所面臨的問題，繼而在《安寧緩和醫療條例》（2013）與《病人自主權利法》（2019）等相關的法律規範之下分析「醫療照護抉擇」、「預立醫療決定」等末期病人醫療照護常見的倫理議題，並對這些議題做進一步的檢討反省。

中文譯名。

³ 我國《安寧緩和醫療條例》第3條對「維生醫療」的定義為「指用以維持末期病人生命徵象，但無治療效果，而只能延長其瀕死過程的醫療措施」，並未提及人工營養與水分的供給，而人工供給營養與水分是否屬於「維持生命徵象的醫療措施」則可能存有疑義。《病人自主權利法》第3條對「維持生命治療」則有較明確且較廣的定義：「指心肺復甦術、機械式維生系統、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。」



貳、我國目前面臨的問題

一、家庭成員的阻礙

在台灣這種深受儒家思想影響的社會中，個人隸屬於家庭的一部分，是不能被切割出來獨立討論的。在面對醫療上爭議的問題時，往往採取「家庭自主」(family autonomy)、「家庭決定」(family-determination)，而不是如西方歐美社會所採取的「個人自主」(individual autonomy)、「自我決定」(self-determination)。在「家庭自主」的決策模式中，家屬意見與家庭關係扮演了十分關鍵的角色，病人的家庭成員在整個醫療過程中可能具有相當大的影響力，在醫療決策上甚至可能超過病人本身的自主決定(Fan, 1997)。在仍然相當重視家庭倫理的台灣，家中的醫療決策者通常背負著極大的壓力，「不施行、終止或撤除維生醫療」所代表的可能是「放棄治療」，為了避免遭受其他親人的指責，決策者往往不敢輕易做出決定，特別是當家屬對於醫院的診療技術與設備仍抱著高度期望時。Youngner (1988) 也提到，醫療團隊對於末期病人的醫療處置，常受家屬的態度所影響，若家屬的態度偏向於積極搶救，則在家屬的強烈要求下，醫療團隊往往因不忍心或擔心醫療糾紛，而順著家屬的意思積極救治。

二、社會文化的阻礙

Yeung、French 與 Leung (1999) 指出，華人的文化傳統對「臨終」與「死亡」充滿了忌諱及恐懼，即使是病人已經到了瀕死的階段，多數的家屬與醫療人員仍然避諱談論此議題，以致於病人與家屬對於死亡的準備往往不足。避談死亡可能會造成末期病人對疾病有著錯誤的認知，無法體認現代醫療的極限，



堅信已飽受病魔摧殘的身體尚有機會好轉，或是期待奇蹟發生而不願放棄，使得已施加於病人身上的維生醫療更不易被終止或撤除。

三、法律上的阻礙

在法律方面，《安寧緩和醫療條例》施行前，依據《醫療法》、《醫師法》及《護理人員法》的相關規定⁴，醫護人員會認為自己負有醫療救助義務，遇有病人危急狀況時，即使是末期病人，仍然將「保命」視為第一要務，往往遵循傳統的醫療常規，甚至違反病人先前曾表達的意願對其採取急救措施，並給予維生醫療，以避免法律爭議。一旦使用維生醫療，醫護人員為了避免面臨可能發生的醫療糾紛，以及擔心觸犯《中華民國刑法》上的殺人罪或加工自殺罪⁵，通常不敢也不願意和病人及家屬討論終止或撤除維生醫療的問題，也因而臨床醫護人員普遍缺乏此方面的經驗。

參、《安寧緩和醫療條例》的倫理分析

我國於 2000 年通過施行具有特別法性質的《安寧緩和醫療條例》，阻卻了相關法律規定之違法事由，此條例的適用對象**僅限於**末期病人⁶，其立法目的在於讓末期病人或家屬考量在病程進展至死亡已無法避免時，是否不接受傳統醫療上的急救措施，以較有尊嚴的方式自然離開人世，免除拖延時日的折磨，減輕病人及家屬的痛苦與負擔。

⁴ 《醫療法》第 60 條、《醫師法》第 21 條及《護理人員法》第 26 條。

⁵ 《中華民國刑法》第 271、275 條。

⁶ 《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。」



依據《安寧緩和醫療條例》於 2013 年 1 月 9 日修正公布後的規定，凡二十歲以上具有完全行為能力的成人，平時即可簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」和「醫療委任代理人委任書」，當自己罹患末期疾病且失去行為能力時，這些意願書皆已生效而受到法律保障。意願人也可以隨時反悔，自行或由其代理人以書面撤回其意願之意思表示。⁷臨床上若遇到無行為能力的末期病人，必須先確認病人在失去行為能力之前有沒有預立意願書。如果病人曾經預立意願書，則基於「尊重自主」原則，醫師可以不施行、終止或撤除心肺復甦術或維生醫療；而預立的醫療委任代理人乃是病人在意識清楚時所指定的代理人，此代理人可在病患無法清楚表達意願時，代為簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」。當無預立意願書或委任書，且意識昏迷或無法清楚表達意願時，由「兩位相關專科醫師判定確為末期病人」及「一名最近親屬⁸出具同意書」即可不施行、終止或撤除心肺復甦術或維生醫療。「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」和「不施行心肺復甦術或維生醫療同意書」，其優先順序應為：

1. 病人本人簽署之意願書，或由本人指定醫療委任代理人所簽署之意願書。
2. 最近親屬代替本人出具之同意書。⁹

如果無行為能力的末期病人本人既無簽署意願書，亦無指定醫療委任代理人，也無本條例所定之最近親屬時，經安寧緩和醫療照會後，依該病人的最佳利益判斷是否適合施行、撤除心肺復甦術或維生醫療，進而做出醫囑。最近親屬出具之同意書或安寧緩和醫療照會後出具之醫囑均不得與末期病人於意

⁷ 參見：《安寧緩和醫療條例》第 6 條。

⁸ 詳見《安寧緩和醫療條例》第 7 條的規定。

⁹ 同註 1。



識昏迷或無法清楚表達意願前明示之意思表示相反。¹⁰雖然我國的法律已逐步放寬限制，然而在臨床實務上，還是應該兼顧民情，先與家屬們進行溝通或利用家庭會議取得共識，幫助家屬了解何者為病人的自主意願或最佳利益，在適當的時機與準備下，再終止或撤除心肺復甦術或維生醫療。

《安寧緩和醫療條例》規定醫療委任代理人的權限為當末期病人無法表達意願時，代為簽署或以書面撤回「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」（第 5 條第 2 項、第 6 條）。條文內容似乎允許醫療委任代理人可隨時推翻無法表達意願的病人先前意識清醒時所立下的意願書，其中是否有過度擴張代理人的否決權之嫌？一般而言，醫療委任代理人或最近親屬所做出的決策絕大多數會考量病人的自主意願或最佳利益，不過在關係惡劣或疏離的狀況下可能造成病人的意願與利益被壓制或扭曲。當醫療委任代理人或最近親屬的決定明顯不符合病人的自主意願或最佳利益，醫師應具備足夠的勇氣，秉持專業的立場進行溝通與協調，若仍無法達成共識，最終醫師還是必須捍衛病人的自主意願，當病人無自主能力時，則以病人的最佳利益為依歸，必要時可透過臨床倫理諮詢(clinical ethics consultation)的管道及尋求法律專家的建議，藉由「共同參與」(mutual participation)¹¹討論出可行的解決方案。

在「病人利益」方面，基於「行善」與「不傷害」原則，若維生醫療無法讓病情獲得改善，僅能延長極其微小有限的生命長度，卻會為病人帶來更大痛苦，則維生醫療並非必要。醫療的目的在恢復或增進病人的健康，使其獲得利益或減少傷害，維持生活品質。無視於醫療的品質與代價，不計後果延長生命，

¹⁰ 參見：《安寧緩和醫療條例》第 7 條。

¹¹ 所謂「共同參與」，是指在爭議無法取得共識的狀況下，透過讓當事人、家屬及相關人等充分表達意見，並引進外來各相關領域專家或團體的參與，秉持公正客觀的立場，提供不同的觀點，促進共識的達成，以決定處置的策略。



並非醫學的適切目標，醫師與家屬必須詳加考慮「維生醫療是否真正符合病人的最佳利益」。「比例原則」(principle of proportionality)的概念可提供一種思考與判斷的方式，衡量醫療的預期利益是否會超出其所加諸於病人身上的負擔，當某項處置對病人的益處可能大於其所承受的負擔時，醫師便有執行此項處置的道德義務。雖然保存生命是醫師的絕對職責，但保存生命這項義務只有在醫療的益處大於負擔時才存在(Quill, Lo, & Brock, 1997)。

此處另可引入倫理學的「雙重效應原則」(rule of double effect, RDE)來進行分析。大部分的行動都不是「只帶來好的效應」或「只帶來壞的效應」，而是既產生好的效應，也產生壞的效應，在某些狀況下抉擇將無法避免。「雙重效應原則」認為一個帶來壞效應的行動，倘若合乎下列條件則是道德上可以被接受的(Beauchamp & Childress, 2009, pp. 162-166)。這些條件包括：

1. 行動本身必須是好的，或至少在道德上是中性的(morally neutral)；
2. 壞效應只是可預見的(can be foreseen)，但並沒有被意圖(must not be intended)；
3. 壞效應並不是達成好效應的工具；
4. 達成好效應的重要性超過壞效應。

依據「雙重效應原則」，考量末期病人的利益而終止或撤除維生醫療雖然是一種消極讓病人自然死亡(letting die)的措施，其意圖卻不是病人的死亡（雖然死亡是可預見的）。在這種情況下，造成病人死亡的原因是其本身的疾病，而不是醫師做了什麼或是沒做什麼，與「積極安樂死」(active euthanasia)或「醫師協助自殺」(physician-assisted suicide)等涉及刻意提早結束無辜病人生命的行為在道德上的意義並不相同(Pappas, 1996)。不過這種區分有學者認為是沒有意義的，甚至是在道德上並沒有分別之處，只是觀點上的不同，因為所謂的



「不作為」實際上也是一種「作為」，不去治療病人而讓其死於本身的疾病是一種「不作為」，卻無疑是病人致死的原因，這難道不是一種積極的「作為」？而在某些狀況下，消極的「不作為」反而導致病人遭受更多更大的痛苦，甚至比積極的「作為」更不具道德上的正當性(Rachels, 1975)。至於「終止或撤除病人的維生醫療」則更明顯是一種「作為」，並且是直接使病人死亡的原因。但是，現今「末期病人終止或撤除維生醫療」的觀念已普遍獲得接受，通常被視為一種拒絕醫療¹²，拒絕醫療所帶來的死亡稱為「自然死」(natural death)，是病人原本疾病病程的自然結果，不會被認為是備受爭議的積極安樂死或醫師協助自殺，不過如果終止或撤除的行動違反醫護人員的個人道德價值理念，則其一般有權選擇不參與，此時應委請他人執行，這就是醫護人員的「良知抗辯」(conscientious objection) (楊秀儀，2013)；而積極安樂死與醫師協助自殺目前在大多數國家仍屬非法行為，僅少數國家將兩者合法化。其實，臨床上此類終止或撤除維生醫療的涵義並非不再治療(不作為)或蓄意致人於死(作為)，而是採取另一種「作為」，即「緩和醫療照護」¹³，盡量減輕末期病人身、心、

¹² 此以歷經Quinlan案、Cruzan案及其他類似案例後逐漸形成的「偉大的美國共識」(The Great American Consensus)為代表：病人擁有一個實質上幾乎沒有限制的權利，那就是可以拒絕任何不想要的治療，即便是那些為了維持生命所必須的醫療措施。參見：Truog (2008)。

¹³ 世界衛生組織(World Health Organization, WHO)對「緩和照護」(palliative care)的定義為“an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problems associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification, assessment, and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial, and spiritual”。我國《安寧緩和醫療條例》第3條對「安寧緩和醫療」的定義為：「指為減輕或免除末期病人之生理、心理及靈性痛苦，施予緩解性、支持性之醫療照護，以增進其生活品質。」《病人自主權利法》第3條則將「緩和醫療」定義為：「指為減輕或免除病人之生理、心理及靈性痛苦，施予緩解性、支持性之醫療照護，以增進其生活品質。」請注意「緩和醫療」照護的對象並未限於末期病人，與《安寧緩和醫療條例》對「安寧緩和醫療」的定義有別。



靈的負擔與痛苦。

另一方面，我國於 1995 年開始實施全民健康保險，病人住院或接受治療的相關費用大部分由健保給付，病人和家屬經濟上的負擔相對較輕，因此可能傾向醫療院所儘量提供醫療；而醫療團隊在提供病人醫療時只要不違反健保給付規定，一般不用擔心醫療費用的問題。在這種情形下，除非醫療團隊對於末期照護十分專業且有勇氣與病人或家屬討論，否則延長死亡過程的心肺復甦術或維生醫療將可能會被視而不見，直至病人生命徵象消失為止。大量運用高科技的醫學儀器、高價的檢查與治療方式、人口結構的嚴重高齡化、重急症醫療而輕預防保健等，都使得健康照護成本節節上升。然而，每位病人都有權利獲得適當的醫療照護(optimal care)，醫療資源的分配必須依據醫學上合理的需求。在科技快速發展、醫療費用高漲及健保財務吃緊的今日，生命末期的心肺復甦術或維生醫療可能產生排擠效應而造成醫療品質下降及有限的醫療資源分配不均，違反了「公平正義」原則(principle of justice)。

在放寬不施行、終止或撤除維生醫療的限制後，有可能會產生「死亡權利的伸張」、「滑坡(slippery slope)理論¹⁴的疑慮」、「假面具理論¹⁵的隱憂」等爭議；然而，是否真的會發生不尊重生命權的狀況，也有待日後實務上累積的案例來加以觀察。當然，任何制度的推行必然會產生負面的影響，不過就不施行、終止或撤除維生醫療而言，雖然家屬可能有其他方面的考量，但使用氣管內插管、呼吸器、體外心臟按壓、心臟電擊等侵入性醫療行為維持末期病人的生命，難

¹⁴ 滑坡理論主張：一旦我們容許了甲，再來就會容許尚有爭議的乙，以至於最終會容許道德上絕對不能接受的丙、丁、……等等。就此處而言，對於末期病人不給予急救措施或撤除維生醫療，將造成輕視生命的結果，可能會為其他形式的安樂死，甚至是殺人，打開方便之門(Pojman, 2000, pp. 104-106)。

¹⁵ 認為可能是表面上對於生命權的尊重，然而實際上卻隱含著醫療資源浪費、倫理問題、家庭因素等其他不當的理由在內。參見：甘添貴(1998)。



道就能保證家屬會對病人克盡孝道、病人的生命就能得到尊重？醫療行為的目的究竟為何？救助病人、延長生命，是否為唯一且最終的選項？末期病人身心的痛苦、醫療費用的支出、社會成本的開銷，對病人、家屬與社會皆未必有好處，延續其短暫的生命或讓其安詳離去，應有進一步討論的空間。於此，我認為不施行、終止或撤除末期病人的維生醫療並非是一種刻意剝奪病人生命的方式，而是一種符合道德要求與法律規範的行動。

此外，維生醫療措施可區分為「一般(ordinary)照護」與「特殊(extraordinary)照護」，兩者的撤除在倫理上的意義不能等同視之。前者指醫護人員有義務提供的服務（例如保持病人身體清潔、供給營養與水分等），後者則通常指可能造成病人或家屬沉重負擔，卻未必能讓病情得到改善的治療（例如對癌末病人施以心肺復甦術、呼吸器、心臟電擊等），然而這種區分卻也不是毫無爭議，特別是人工營養與水分的供給。有學者認為「一般照護」與「特殊照護」之間的區分應該是動態而非固定的，兩者個別的內容不能說一定該包含哪些措施。隨著社會、文化、時空背景的不同乃至於醫療科技的發展，「一般照護」與「特殊照護」之間的界線應隨之變動(Beauchamp & Childress, 2009, pp. 158-159)。我國《安寧緩和醫療條例》第3條對「維生醫療」的定義為「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」，並未提及人工營養與水分的供給，因此人工供給營養與水分是否屬於「維持生命徵象的醫療措施」將可能存有疑義，而《病人自主權利法》在這方面則有所突破。

肆、《病人自主權利法》的倫理分析

近代發生在美國的重要經典案例(classic cases)，例如 Karen Ann Quinlan 案、Nancy Cruzan 案及 Terri Schiavo 案等，對西方國家乃至於全世界生命倫



理學的影響十分深遠。這三個案例由於當事人腦部均曾遭受過重大傷害而失去自主能力，因此所有與該當事人相關的人士無不盡力找出當事人對醫療選擇的真正意願，其主要的原因在於「尊重個人自主」是美國社會最重要的核心價值之一，面臨倫理爭議時強調優先以當事人的自主意願為主要考量，即使個人的醫療決定最終可能導致生命結束，這樣的決定也必須受到尊重。此外值得注意的是，上述案例最終裁定的共同關鍵點之一在於是否有「明確且令人信服的證據」(clear and convincing evidence)以資佐證何者為當事人真正的自主意願。錯綜複雜的訴訟過程讓人們逐漸了解到，若缺乏當事人的預立醫療決定(advance directives, AD)，則不施行、終止或撤除維生醫療不僅存在著相當程度的困難，且需耗費相當長的時間。在民眾普遍肯定預立醫療決定的重要性之下，美國社會開始思考與討論相關的事宜，並促成了各州的立法(Pence, 2004)。

我國《醫師法》第21條：「醫師對於危急之病人，應即依其專業能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延。」以及《醫療法》第60條第1項：「醫院、診所遇有危急病人，應先予適當之急救，並即依其人員及設備能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延。」國內醫療法律專家楊秀儀提出此為醫界人士普遍對法定急救義務的誤解，兩法條條文內的「無故」一詞是關鍵所在。她主張當病人意識清醒，經深思熟慮後明確拒絕特定的治療方式，即構成一個正當理由，縱使在緊急的情況下，醫師與醫療機構仍可不提供急救措施，並不違反《醫師法》或《醫療法》的相關規定。病人「拒絕醫療」之自主權無庸特別立法來取得其正當性（楊秀儀，2013）。雖然近年來法界學者有此解釋，但是實際上過去法律一直沒有「明確」肯定病人的醫療自主權，醫師為了避免觸法或惹上醫療糾紛，就算明白該處置只能延長病人的死亡過程和痛苦，往往還是遵循傳統的醫療常規，甚至違反病人先前曾表達的意願對其採取急救措施，並給



予維生醫療，而一旦使用維生醫療，通常也盡量避開討論終止或撤除的問題，以免陷入棘手的倫理與法律爭議之中。

《安寧緩和醫療條例》立法公布施行並歷經三次修正之後，末期病人得立意願書選擇安寧緩和醫療或維生醫療（第 4 條第 1 項）；而且二十歲以上具有完全行為能力的成人，得預立意願書選擇安寧緩和醫療或維生醫療（第 5 條第 1 項），這也使得我國在推動預立醫療決定的路程上開始有了法源依據。而為尊重病人醫療自主、保障其善終權益，促進醫病關係和諧，立法院於 2015 年 12 月 18 日三讀通過《病人自主權利法》，2016 年 1 月 6 日經總統公布生效，並自公布後三年施行，進一步將「預立醫療決定」¹⁶的概念法制化，並擴大了拒絕醫療權的適用範圍，明定病人在五款特定臨床條件下¹⁷可以拒絕維持生命治療或人工營養及流體餵養之全部或一部（第 14 條第 1 項），讓那些「生不如死」的病人也得以善終。在《病人自主權利法》正式施行之後，病人對於與生死無涉的一般醫療，可依醫療法第 63、64 條或本法第 6 條的規定，以簽具或拒絕簽具同意書來行使其醫療決定權；然而，符合五款「生不如死」的臨床條件之一的病人如果要拒絕維持生命治療或人工營養及流體餵養之全部或一部，就必須透過書面的預立醫療決定來明確表達其意願。預立醫療決定一旦簽署完成且經法定程序要件（預立醫療照護諮商、公證或見證、健保卡註記）生效，

¹⁶ 《病人自主權利法》第 3 條對預立醫療決定的定義為：「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。」

¹⁷ 這五款特定臨床條件包括：末期病人、處於不可逆轉之昏迷狀況、永久植物人狀態、極重度失智，以及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。這些條件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，才能終止、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（第 14 條第 2 項）。



醫療機構或醫師得依合法的預立醫療決定終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養之全部或一部。除了終止、撤除或不施行這些醫療措施之外，更重要的是應提供病人緩和醫療及其他適當處置，以減輕或解除病人身體、心理及靈性的痛苦，增進其生活品質（第 16 條）。

預立醫療決定攸關個人重大的生死問題，需要一定的判斷能力並經深思熟慮後方能進行簽署，因此具完全行為能力之人始得為之¹⁸；而且只要病人改變想法，得隨時以書面撤回或變更先前所簽署的預立醫療決定（第 8 條）。本法第 15 條也規定，當醫療機構或醫師要對病人開始執行其預立醫療決定前，為了慎重起見，應向有意思能力的病人確認該決定的內容及範圍，保留其反悔的空間。值得注意的是，《病人自主權利法》第 8 條明定了具完全行為能力之人（不限於末期病人）得以預立醫療決定的方式，於該法第 14 條所限之五款特定臨床條件時，拒絕人工營養及流體餵養；但如何終止、撤除或不施行「無完全行為能力且未預立醫療決定」之末期病人的人工營養與水分供給，或者是否可由他人代理行使此一拒絕醫療權，卻在我國法律上無明確的規範。事實上，關於是否終止、撤除或不施行病人的人工營養與水分供給，在國際間目前也仍是極具高度爭議性的倫理與法律問題。¹⁹

《病人自主權利法》肯定了病人的醫療自主權，同時也尊重醫療專業的自主。醫療機構或醫師依其專業判斷或意願，無法執行病人的預立醫療決定時，得不施行之，但應告知病人或其關係人（第 14 條第 3、4 項）。尊重病人意願並依規定執行病人預立醫療決定的醫療機構或醫師也能得到明文免除相關法律責任的保障（第 14 條第 5 項）。當病人與家屬的意見不一致，特別是家屬希

¹⁸ 我國《民法》規定，「完全行為能力之人」包括年滿二十歲之成年人，或未滿二十歲已結婚之未成年人，且精神及心智狀態健全者。

¹⁹ 最有代表性的就是 2005 年的 Terri Schiavo 案，此案詳情請參見：Annas(2005)。



望積極搶救卻違背病人的主觀意願時，雖然本法第 4 條第 2 項已規定除了病人以外的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，但是此等免責規定更能讓醫療機構或醫師無後顧之憂，安心執行病人的預立醫療決定，使得病人的自主選擇得到真正的尊重。

Gillon (1985) 認為自主可分為思想自主(*autonomy of thought*)、意念自主(*autonomy of will*)與行動自主(*autonomy of action*)三種方式，這些自主需以理性為基礎，是以理性思考尚待培育的幼童、喪失理性的人士（智能障礙、精神疾病、失智症等）及意識不清的病人都無法完全自主，此時就涉及了「代理決定」的問題。在病人失去自主能力時，首先應根據他們尚具有自主能力時立下的醫療決定(*advance directives, AD*)或所為之意思表示或來做出決定；其次是代理人依照病人確切的喜好、意願、價值觀、人生目標與信念，運用「替代判斷」(*substituted judgment*)為其做出決定；倘若仍無法決定，代理人可與醫師合作，根據「病人的最佳利益」(*the patient's best interests*)來做出決定。以上三種判斷標準之間有一定的優先順序：「預立醫療決定」應優先於「替代判斷」，而「替代判斷」又應優先於「最佳利益」(Beauchamp & Childress, 2009, pp. 135-140; Lo, 2009, pp. 88-100)。其中「預立醫療決定」最能確保病人所接受的醫療照護能夠符合病人個人的自主意願，因此最具有倫理上的正當性而排在第一順位。

雖然在法律上，預立醫療決定、預立醫療委任代理人或許多人明確的指稱都是提供「明確且令人信服的證據」的方式，但是文件為一切思想、行為表示的記錄，其表現可證明法律上的權利義務或事實，或足以產生法律上權利義務關係或事實的意思表示，而且將內容記載於紙張上的書面文件具有相當的保存性與持久性；因此，個人在具有自主能力時所預立的書面醫療決定，可清楚



表示當其失去自主能力時，希望得到什麼樣的醫療處置，讓醫師或家屬有所遵循，最能彰顯出「尊重自主」的精神。

完成預立醫療決定的書面文件使得病人可以預先為自己未來的醫療處置與照護問題做出自主的規劃，確保當病程進展至病人無法參與自身的醫療決定時，仍可一定程度地控制發生於自己身上的事，所接受的醫療處置與照護能夠符合病人個人的意願。在簽署此文件後，醫師必須告知病人，如果他（她）對於未來的醫療決定有任何變動的話，他（她）可以隨時更改文件。醫師也應定期跟病人重新審視文件的內容，鼓勵病人再次思考其先前所表達的意願，並詢問病人是否考慮修正原來的醫療選擇。預立醫療決定即是將「知情同意」(informed consent)的概念延伸至病人喪失自主能力之後，體現了個體的獨立自主權利，實踐了尊重自主原則的涵義。

當病人完成預立醫療照護決定後，醫師必須予以尊重，並建立明確的照護共識，讓所有處置都能朝目標的方向前進，一些無法達成目標的措施則應停止。病人的自主與舒適為最主要的考量，醫師應盡全力減輕病人的痛苦，提供尊嚴、關懷及專業的醫療照護，主動針對病情變化檢討與評估照護目標的適切性，適時和病人討論後進行調整，以保持預立醫療照護決定的有效性。

預立醫療決定的主要目的是為了尊重病人的自主意願，其內容通常只是原則性的指示而已，但是大部分的預立醫療決定設立時並無法模擬病人失去自主能力時的各種醫療情境，必須當實際狀況發生時由他人來加以解讀；而且病人在預立醫療決定時往往也無法事先充分了解未來疾病的進展與治療的選擇，從而給予明白的指示。因此，如果病人除了簽署預立醫療決定外，也能同時指定醫療代理人，以補充說明病人在不同狀況下最可能的意願與選擇，將是最完備的預立醫療決定方式。然而不同於《安寧緩和醫療條例》的設計，《病



人自主權利法》中醫療委任代理人的權限僅止於當病人意識昏迷或無法清楚表達意願時，代為行使知情同意及依病人預立醫療決定內容代為表達醫療意願（第 10 條第 3 項）。這也留下了一些正式施行後可能出現的問題，例如：醫療委任代理人可否在病人的預立醫療決定語意含糊或未提及的情形時，依據「替代判斷原則」推論病人真正的心意而做出決定？可否在拒絕某些治療或處置反而違背病人最佳利益的狀況下，基於「最佳利益原則」推翻病人的預立醫療決定？

「預立醫療照護諮商」(advance care planning, ACP)²⁰藉由會談和討論的過程，協助病人思考與生死相關的議題、釐清個人對醫療照護方式的意願，而且提供了病人與醫療團隊、家屬(醫療委任代理人)或其他相關人士溝通的機會，病人可藉此過程讓他人深入了解自身的想法，有效減少上述問題的出現。即使最終並未完成簽署任何書面文件，但良好的預立醫療照護諮商過程仍能相當程度地幫助病人及其醫療委任代理人(或家屬)日後的醫療決定。特別是站在醫療委任代理人或家屬的角色而言，一旦病人喪失自主能力，便可運用諮商的內容和結論來做出適當的醫療決定，避免因對疾病資訊的錯誤認知或醫療處置的不實期待而違背病人先前的意願，同時也防止家屬間由於對病人的醫療照護意見相左而產生質疑與衝突。此外，諮商的內容和結論最好能記載於病歷上，以便在病人未簽署預立醫療決定時做為「明確且令人信服的證據」，證明醫療團隊的處置乃是依據先前醫療照護諮商的內容和結論，減少醫療團隊與家屬之間的誤解和糾紛。在下一節，我將進一步闡明預立醫療照護諮商的倫理意義。

²⁰ 國內先前的文獻一般將“advance care planning”翻譯成「預立醫療照護計畫」，然而我國《病人自主權利法》將此概念定名為「預立醫療照護諮商」。為求與法律用語統一，我採用後者為“advance care planning”之中文譯名。



伍、預立醫療照護諮商的倫理意義

「尊重個人自主」乃是尊重一個具有自律能力與自我規範的個體所作的自主選擇，承認每個人均有其價值與尊嚴，在病人仍具自主能力時，他們有權對自身事務進行決定，而為了使其決定成為有意義的決定，應在病人具備理解能力的情況下給予充分、適當且合理的相關資訊，因此醫師在進行診斷與治療前，「知情同意」是必要的步驟(Beauchamp & Childress, 2009, pp. 118-121)。然而，知情同意的要件「揭露」(disclosure)、「能力」(competence/capacity)、「自願」(voluntariness)看起來似乎落實了個人的自主權利，但其中卻隱藏著一些問題。首先，知情同意預設了個人在進行決定時，可以脫離其所置身的人際關係與情境脈絡而自由地做出決定，卻沒有看見真正的問題可能不只是醫師提供的資訊不充分或當事人受到脅迫操弄。那些易受傷害和社經弱勢的族群，很容易接受並內化社會上優勢的價值規範(Sherwin, 1998, p. 26)。此外，知情同意的概念與模式注重醫師是否盡到充分告知的義務，強調醫師應該提供多少資訊、告知到什麼程度、當事人自主能力的判定及其是否自由地做出選擇，而非當事人本身進行決定時所處的人際關係與情境脈絡，如此可能會忽視某些隱微的因素對於當事人自主的各種影響。更有甚者，若我們將這樣的知情同意方式視為尊重自主的表現，則很容易讓人以為只要醫師經適當程序且符合三要件而取得當事人的「知情同意」，即可認定當事人的決定為自主決定(Dodds, 2000, p. 214)。從關係自主的觀點來看，單純將自主視為一種「自我決定」(self-determination)與「消極不干預」(non-interference)的個人自由權利，似乎背離了自主的真義(林雅萍，2016，頁 48-49)。



許多女性主義者主張，我們應該把自主放在關係中來思考，將視野從狹隘的個人擴展到個人背後的人際關係、家庭社會、歷史文化、宗教信仰、性別角色、種族階級等脈絡，並批評主流的個人自主忽視了人們相互關懷連結的關係，但也認為自主的理念不可放棄，因此重構自主概念而提出「關係自主」(relational autonomy)的構想，強調以關係而非個人的觀點來理解自主(Donchin, 2001)，Susan Sherwin(1998)稱其為「置身於社會的」(socially situated)或「脈絡化的」(contextualized)自主觀。

關係自主以親密關係做為共同行使自主權利的基礎，確認這種共同關係中的相關決定是共同利益之所在，並不限於當事人自己而已。關係自主也使得當事人在面臨重大抉擇時，能得到親近的相關人士最有力的支持，同時也保障了相關人士的權益不被忽視。然而值得注意的是，關係自主並不等於將個人消融於關係之中，反倒是要求我們應該更敏感於人際關係與情境脈絡對個人自主的影響甚至壓迫，特別是易受傷害和社經弱勢的族群。

西方主流生命倫理學的特色是以自由個人主義(liberal individualism)為基礎，重視個人自主、隱私、自由及權利義務，並相對地忽視人際關係、連結、情感、群體及共同參與的價值。習俗、傳統與文化的差異使得不同的社群擁有不同的價值觀，因而道德理解可能相互衝突，這也反映出當代生命倫理學是多元的，並非某一種理論或方式才是唯一正確的選擇(Engelhardt, 1996, pp. 8-11)。不同的文化會以非常不同的方式看待家屬親友的角色。在許多文化裡，家屬親友在當事人的醫療決策中扮演關鍵的角色。即使是以西方自由個人主義、公民權利及原則主義為基礎，而提出臨床醫療倫理決策模式的 Jonsen、Siegler 及 Winslade (2015) 三位學者，也注意到「家屬參與」的合理性。



現今的台灣社會仍相當重視家庭聯繫與人際關係，當事人、家庭成員及親近人士往往被視為一密切的共同體，彼此間情感緊密、相互扶持，在面臨重大事件時，常於共同討論後再做出決定。基於愛護的心理，家屬親友很自然地想要介入病人的醫療，而在絕大多數的情況下，病人也不會反對讓家屬親友參與決策，醫師通常也會徵詢家屬親友的意見。因此在台灣的臨床實務上，以下的情況相當常見：當面臨醫療問題時，即使是具有自主能力的病人，卻讓家屬親友們一起參與決策，或甚至由家屬親友們代為決定；這一點與西方社會較強調個人自主的精神頗為不同(Tai & Lin, 2001)。不過一般而言，讓家屬親友參與決策常是具有正面意義的，因為家屬親友往往最了解當事人的個性、想法、價值觀、目前的心理狀態等，其意見絕大多數會考量到當事人的最佳利益，他們所提供的資訊亦將有助於醫療團隊對當事人的進一步了解。故此，在本土的臨床實務上，「關係自主」的理念可以提供我們另一種思考方向；而預立醫療照護諮商的進行，則能讓當事人、家庭成員、醫療團隊及其他相關人士共同參與醫療決策，將「關係自主」的理念與構想付諸實踐。

事實上，攸關生死的重大醫療決定所影響的層面不只是病人自身而已，更牽涉到整個家庭和相關人士，病人、家屬及相關人士必須充分溝通彼此的想法，進而理解彼此的意願與期望，這樣才有可能消弭歧見，共同做出生死兩相安的選擇。預立醫療照護諮商的過程納入病人、家屬、相關人士及醫療團隊的共同參與，順應個人與家庭、社群間密不可分的關係，善用關係連結的功能，可提供最佳的諮商服務，以及解決末期醫療照護抉擇中可能出現的倫理困境。

為了減少末期醫療照護抉擇的疑義與矛盾，推動預立醫療照護諮商服務、以及增進醫療專業人員提供諮商的能力和素養相當重要。諮商團隊應與當事人及家屬建立關懷、友善且信任的互動關係，對當事人作進一步的理解，深入



探究當事人所處個別情境的內容和細節，包括其自主能力、意願、價值觀、心理、家庭社會文化背景、宗教信仰等層面。儘可能評估未來將面臨的道德兩難，並了解當事人及家屬對發生這些兩難時所希望的處置方式；與當事人及家屬討論這些議題，讓他們事先進行充分的思考，將有助於後續面臨兩難情境時的決策。在提供預立醫療照護諮商方面則應有充分的訓練和全盤的規劃，儘早與當事人及家屬討論末期醫療照護抉擇的相關問題，除了提供完整的醫療資訊、說明各種可能的醫療照護方式之外，也應詳細分析不同的醫療照護方式可能產生的結果，並討論當符合《病人自主權利法》所規定五款「生不如死」的特定臨床條件時，將如何進一步處理？是否可接受撤除維持生命治療或人工營養及流體餵養？同時，諮商團隊也應關注當事人、家庭成員及其他相關人士的感受。

預立醫療照護諮商應是一段各方溝通的過程，而溝通是建立良好關係的基礎，諮商團隊在與當事人、家庭成員及其他相關人士溝通時，應以同理心(empathy)及真誠的態度尋求共識。同理心是設身處地以這些參與者的觀點與立場去感受其所描述的經驗，不過卻不要陷於其中，而能以客觀的角度去理解該心情感受的深度意涵。為了能更完整且精確地理解參與者的心情感受，諮商團隊需要培養敏感於種族文化、地域、社經地位、社會次團體文化等差異對了解個人的重要性，而能夠從這些多重的差異來理解參與者的經驗與感受(Veach, LeRoy, & Bartels, 2003, pp. 51-65)。這方面的評估與衡量難以客觀量化，因此諮商團隊的臨床經驗及人生經驗經常具有重要的輔助作用。唯有透過有效的溝通與討論，儘可能讓參與者了解可選擇的醫療方式與利弊，才能更容易達成對醫療決策的共識。

預立醫療照護諮商的過程提供了醫療與諮商團隊一個很好的機會去了解



參與者對討論事項的認知和憂慮，以及當事人所屬的家庭功能、社會關係及支持系統。醫療與諮商團隊跟這些參與者不需要有相同的性別、種族、背景或宗教信仰，重要的是醫療與諮商團隊需擁有開放的態度，能接受不同的差異，以及能夠進入參與者的內心世界。

另一方面，一般人做選擇時，受到兩個外在力量的影響：一、來自政府與社會高壓的權威力量，包括法律、獎勵或鼓勵的制度；二、文化與信仰的影響，包括宗教、習俗、傳統、以及附和眾議（蔣欣欣、喻永生、余玉眉，2005）。因此，除了法律規範與政策制度之外，我們還需要從社會教育上著手，推廣預立醫療照護諮商，以培養預立醫療決定的社會風氣和文化，讓新觀念能逐漸融入民眾的生活當中。

總結以上的論述，我認為預立醫療照護諮商至少具有以下幾點功能：(1) 詳細說明並分享資訊、釐清錯誤的理解及告知不同的醫療方式可能產生的結果；(2) 討論後續的醫療選擇，協商決策、達成共識及解決問題；(3) 了解當事人的家庭及其互動，與家庭成員建立情感的連結；(4) 提供當事人、家庭成員、醫療團隊及其他相關人士充分表達看法和溝通協調的機會，並處理彼此之間的不同意見，進而提升各方對醫療的滿意程度。

陸、結語

維生醫療最初出現的時候，其目的在於搶救危急病人的生命，後來臨床經驗證實這些方法確實有極大的效果，因此被進一步應用在臨終病人身上。在應用的過程中，這些救治方式讓許多危急病人重新活過來，另一方面卻又讓許多



末期病人受盡折磨而死，這種情況使得人們開始思考維生醫療的真正用途為何。西方國家歷經了多年的倫理、法律、社會辯論，最終以自由民主社會中的「尊重自主原則」為基礎，發展出「病人個人自主意願」、「醫療委任代理人替代決定」、「病人的最佳利益」等概念；這樣的現代生命倫理思維，事實上已經逐漸廣泛地影響許多非西方國家，而不只是適用於特定的社會文化。雖然台灣社會以往對於不施行、終止或撤除末期病人的維生醫療多持保守態度，然而透過理性的論述、廣泛的討論，再經由在地文化的調整和修正，目前「緩和醫療照護」與「預立醫療決定」的觀念已逐漸被接納並採用，讓末期病人可以選擇一個尊嚴安詳的方式離開人世。



◆ 參考文獻 ◆

- 甘添貴 (1998)。〈緩和醫療行為之適法性〉，《月旦法學雜誌》，38：12-13。
- 安寧緩和醫療條例 (2013)。
- 林雅萍 (2016)。〈對自主的再思考：關係取向〉，《應用倫理評論》，61：37-57。
- 病人自主權利法 (2019)。
- 楊秀儀 (2013)。〈論病人之拒絕維生醫療權：法律理論與臨床實踐〉，《生命教育研究》，5，1：1-24。
- 蔣欣欣、喻永生、余玉眉 (2005)。〈剖析產前遺傳檢測之諮詢與倫理議題〉，《中華心理衛生學刊》，18，1：65-85。
- 醫師法 (2018)。
- 醫療法 (2018)。
- Annas, G. J. (2005). ““Culture of Life” Politics at the Bedside - The Case of Terri Schiavo”. *The New England Journal of Medicine*, 352: 1710-1715.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2009). *Principles of Biomedical Ethics* (6th ed.). New York: Oxford University Press.
- Dodds, S. (2000). “Choice and Control in Feminist Bioethics”. In Catriona Mackenzie and Natalie Stoljar (Eds.), *Relational Autonomy: Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self* (pp. 213-235). New York: Oxford University Press.
- Donchin, A. (2001). “Understanding Autonomy Relationally: Toward a Reconfiguration of Bioethical Principles”. *The Journal of Medicine and*



Philosophy, 26: 365-386.

Engelhardt, H. T., Jr. (1996). *The Foundations of Bioethics* (2nd ed.). New York:

Oxford University Press.

Fan, R. (1997). “Self-Determination vs. Family-Determination: Two

Incommensurable Principles of Autonomy”. *Bioethics*, 11: 309-322.

Gillon, R. (1985). “Autonomy and the Principle of Respect for Autonomy”. *British*

Medical Journal, 290: 1806-1808.

Jonsen, A. R., Siegler, M., & Winslade, W. J. (2015). *Clinical Ethics: A Practical*

Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine (8th ed.). New York:

McGraw-Hill Education.

Lo, B. (2009). *Resolving Ethical Dilemmas: A Guide for Clinicians* (4th ed.).

Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Pappas, D. M. (1996). “Recent Historical Perspectives Regarding Medical

Euthanasia and Physician Assisted Suicide”. *British Medical Bulletin*, 52: 386-

393.

Pence, G. E. (2004). *Classic Cases in Medical Ethics: Accounts of Cases That Have*

Shaped Medical Ethics, with Philosophical, Legal, and Historical Backgrounds

(4th ed.). Boston: McGraw-Hill.

Pojman, L. P. (2000). *Life and Death: Grappling with the Moral Dilemmas of Our*

Time (2nd ed.). Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company.

Quill, T. E., Lo B., & Brock D. W. (1997). “Palliative Options of Last Resort: A

Comparison of Voluntarily Stopping Eating and Drinking, Terminal Sedation,

Physician-Assisted Suicide, and Voluntary Active Euthanasia”. *JAMA*, 278:



2099-2104.

Rachels, J. (1975). "Active and Passive Euthanasia". *The New England Journal of Medicine*, 292: 78-80.

Sherwin, S. (1998). *The Politics of Women's Health: Exploring Agency and Autonomy*. Philadelphia: Temple University Press.

Tai, M. C., & Lin, C. S. (2001). "Developing a Culturally Relevant Bioethics for Asian People". *Journal of Medical Ethics*, 27: 51-54.

Truog, R. D. (2008). "End-of-life Decision-making in the United States". *European Journal of Anaesthesiology*, 25: 43-50.

Veach, P. M., LeRoy, B. S., & Bartels, D. M. (2003). *Facilitating the Genetic Counseling Process: A Practice Manual*. New York: Springer-Verlag.

Wen, K. Y., Lin, Y. C., Cheng, J. F., Chou, P. C., Wei, C. H., Chen, Y. F., & Sun, J. L. (2013). "Insights into Chinese perspectives on do-not-resuscitate (DNR) orders from an examination of DNR order form completeness for cancer patients". *Support Care Cancer*, 21: 2593-2598.

Yeung, E., French, P., & Leung, A. (1999). "The Impact of Hospice Inpatient Care on the Quality of Life of Patients Terminally Ill with Cancer". *Cancer Nursing*, 22: 350-357.

Younger S. J. (1988). "Who Defines Futility?". *JAMA*, 260: 2094-2095.

