

# 臨床倫理

## *Clinical Ethics*

By Jonsen, Siegler, Winslade (2006) (6th ed.).  
 Clinical Ethics : A Practical Approach to Ethical  
 Decisions in Clinical Medicine. New York, NY :  
 McGraw-Hill.

林佳靜

教授兼台北醫學大學護理系主任

99.07.21

老師  
推薦

### 基測滿分作文

#### 那一次，我自己做決定

那一天，原本和諧的琴瑟出現了雜音；原本至死的宣示出現了裂痕。爭吵，就像是一條涓涓的細流，緩慢的割蝕因婚而隆起的疆土，彼此再也無法容忍，甜言蜜語全成了互相傷害的利刃。離婚，就像深淵的惡魔緩緩的招手，而這一次我必須面著惡魔做出決定。

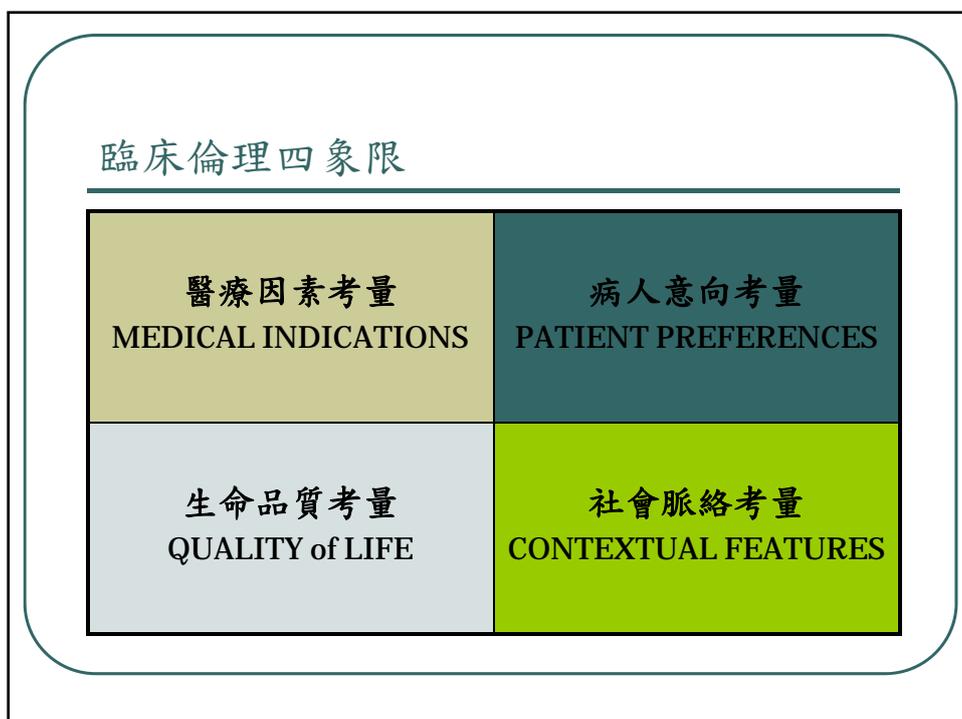
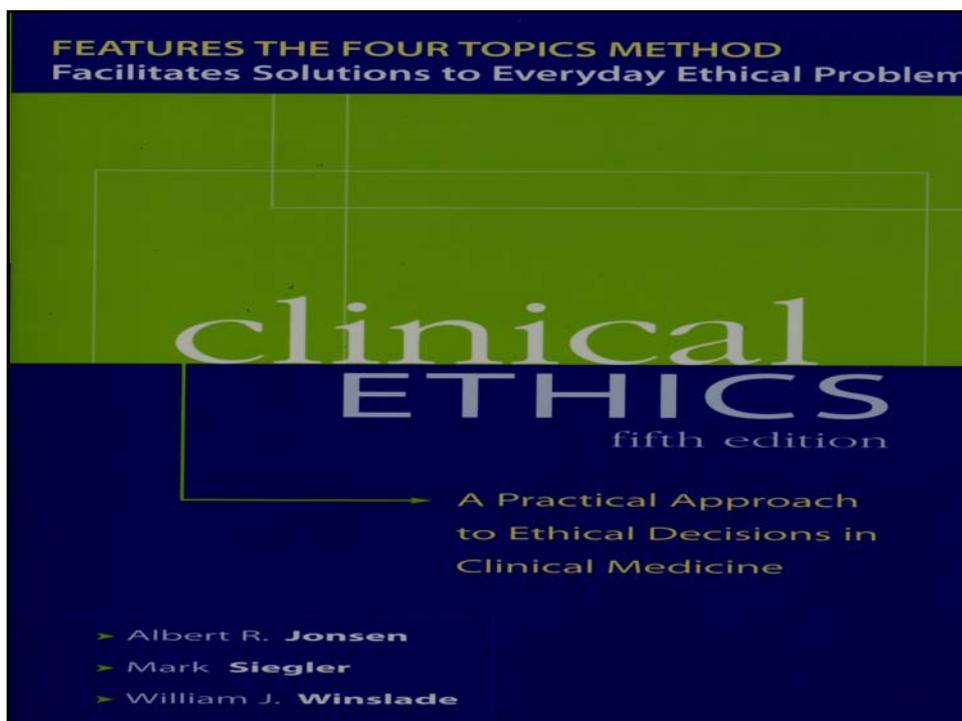
爸爸，總在我最無助時給我經驗；媽媽，總在我最孤寂時給我溫暖。爸爸，總會為了我做牛做馬，媽媽，則在分娩時嘗盡苦楚。我到底該如何做出抉擇呢？雙方都是我的至親，雙方都是我的最愛，若我這一生少了任何一方：少了爸爸，就像少了給我勇氣的陽光，就如少了給我動力的養分；少了媽媽，彷彿少了滋潤著我的水分，如同少了讓我生存的空氣。不管何者都是我賴以生存的重要元素，我到底應該如何選擇呢？我望著蒼天。

我心中激起的波濤彷彿可以吞噬天日，心中揪起的結，不管以多麼利的刀刃也化不開。我是拔河繩最中央的準繩，躊躇在兩方之間，但當雙方都只在爭奪的時候，有誰知道中間人的苦楚呢？那痛苦是足以毀天滅地的。然而，我仍必須做出決定。我千思萬縷，就在苦無進路之時，我知道了——那一次，我自己做決定。我是峽谷間的溜索，我是琴瑟的調音師，我是和約的修復者。當我面對惡魔：他猙獰的面目軟化，凶惡的眼神示出善意，黑暗的深淵成了光明的天堂，變成一位和睦的使者。

那一次，我做出了抉擇，我知道我自己該做什麼、該怎麼做——與其說是選項，不如說是義務。因我是兩者之間的交集，故我非得要讓婚姻走下去。爸爸？媽媽？誰說這是唯二的選項？我兩個都愛，我兩個都要，報恩之時，我要兩個一起報答。這就是我自己做的決定。

資料來源 / 國中基測推動工作委員會

三聯會館



臨床倫理四象限

<p><b>醫療因素考量</b> MEDICAL INDICATIONS 行善與不傷害原則</p>	<p><b>病人意向考量</b> PATIENT PREFERENCES 自主原則</p>
<p><b>生命品質考量</b> QUALITY of LIFE 行善、不傷害與自主原則</p>	<p><b>社會脈絡考量</b> CONTEXTUAL FEATURES 守信與公平正義原則</p>

<p><b>■ MEDICAL INDICATIONS</b></p> <p>The Principles of Beneficence and Nonmaleficence</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. What is the patient's medical problem? history? diagnosis? prognosis?</li> <li>2. Is the problem acute? chronic? critical? emergent? reversible?</li> <li>3. What are the goals of treatment?</li> <li>4. What are the probabilities of success?</li> <li>5. What are the plans in case of therapeutic failure?</li> <li>6. In sum, how can this patient be benefited by medical and nursing care, and how can harm be avoided?</li> </ol>	<p><b>■ PATIENT PREFERENCES</b></p> <p>The Principle of Respect for Autonomy</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Is the patient mentally capable and legally competent? Is there evidence of incapacity?</li> <li>2. If competent, what is the patient stating about preferences for treatment?</li> <li>3. Has the patient been informed of benefits and risks, understood this information, and given consent?</li> <li>4. If incapacitated, who is the appropriate surrogate? Is the surrogate using appropriate standards for decision making?</li> <li>5. Has the patient expressed prior preferences, e.g., Advance Directives?</li> <li>6. Is the patient unwilling or unable to cooperate with medical treatment? If so, why?</li> <li>7. In sum, is the patient's right to choose being respected to the extent possible in ethics and law?</li> </ol>
<p><b>■ QUALITY OF LIFE</b></p> <p>The Principles of Beneficence and Nonmaleficence and Respect for Autonomy</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. What are the prospects, with or without treatment, for a return to normal life?</li> <li>2. What physical, mental, and social deficits is the patient likely to experience if treatment succeeds?</li> <li>3. Are there biases that might prejudice the provider's evaluation of the patient's quality of life?</li> <li>4. Is the patient's present or future condition such that his or her continued life might be judged undesirable?</li> <li>5. Is there any plan and rationale to forgo treatment?</li> <li>6. Are there plans for comfort and palliative care?</li> </ol>	<p><b>■ CONTEXTUAL FEATURES</b></p> <p>The Principles of Loyalty and Fairness</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Are there family issues that might influence treatment decisions?</li> <li>2. Are there provider (physicians and nurses) issues that might influence treatment decisions?</li> <li>3. Are there financial and economic factors?</li> <li>4. Are there religious or cultural factors?</li> <li>5. Are there limits on confidentiality?</li> <li>6. Are there problems of allocation of resources?</li> <li>7. How does the law affect treatment decisions?</li> <li>8. Is clinical research or teaching involved?</li> <li>9. Is there any conflict of interest on the part of the providers or the institution?</li> </ol>

## 醫療因素考量-MEDICAL INDICATIONS

- 病人主要醫療問題、病史、診斷及預後狀況為何？
- 治療的目標為何？
- 治療成功的可能性有多大？
- 該醫療問題是急性的或慢性的？是否立即危及生命？是否必須緊急處理？病程是否可逆？
- 若治療失敗的備案計畫為何？

簡言之，病人能否受惠於醫療與護理照顧，傷害又應如何避免？

## 病人意向考量-PATIENT PREFERENCES

- 病人的心智狀態是否合乎在法律上具有行為能力之人？是否有證據顯示病人心智為失能狀態？
- 一旦心智狀態失能，誰是適當的醫療決策代理人，該代理人做決定的標準是否適當？
- 如果病人心智狀態正常，他對自己的治療意見為何？
- 病人之前是否曾表達過個人對醫療照護的觀點或意向？例如：有無預立醫囑。
- 病人是否已被告知各種醫療處置的益處與風險？是否知情同意？
- 病人是否沒有意願或能力配合治療？果真如此，原因為何？

簡言之，病人的選擇權利是否受到倫理、法律最高的尊重？

## 生命品質考量-QUALITY of LIFE

- 接受治療與否，病人回到正常生活的願景如何？
- 病人現在或未來的狀況是否被判定為負面的？
- 若是治療成功，病人在身、心及社交功能上可能會有哪些缺陷？
- 是否有計畫或合理性放棄治療？
- 醫療人員對於生活品質的評估是否存有偏見？
- 是否適用安寧緩和醫療？

## 社會脈絡考量-CONTEXTUAL FEATURES

- 家庭因素是否會影響治療決定？
- 病人的醫療有無資源分配的問題？
- 醫護人員因素是否影響治療決定？
- 病人的醫療決策有無相關的法律規定？
- 該醫療方式是否涉及經濟或財務考量？
- 病人的醫療是否有臨床研究或教學行為介入？
- 該醫療方式是否涉及宗教或文化考量？
- 病人與醫療團隊或醫療機構之間有無利益衝突？
- 醫療團隊對病人隱私有何守密的限制？

## 醫療因素考量-MEDICAL INDICATIONS 1

- **不傷害(Nonmalleficence)**

醫師維持本身有良好的臨床知識及技術、謹慎地執行以達到「適當的照顧標準 (standard of due care)」，並避免讓病人承擔任何不當的、受傷害的風險，即是在履行不傷害原則。

- **行善原則(Beneficence)**

在不傷害他人之外，行善原則要求我們要進一步關心並致力提升他人的福祉。行善原則是醫療專業人士須遵從的基本的義務。

## 醫療因素考量-MEDICAL INDICATIONS 2

- **不傷害(Nonmalleficence)**

- 勿做有害的事。
- 預防病人遭受傷害。
- 解除對病人有害的情況。
- 幫助陷於困難中的病人。

- **行善原則(Beneficence)**

- 義務保護生命，恢復健康，減少痛苦並且維持功能。
- 做善事。
- 不放棄：堅持提供持續的照護。
- 不進行非對病人最好的活動。

## 病人意向考量-PATIENT REFERENCES 1

- 病人意向考量指的是病人的意願以及價值觀。什麼是病人想要的？
- 病人是否有能力作決定，如果沒有，誰可以代理？
- 病人是否有事先簽署的意願書，或是預囑？病人事先對醫療形式的決定將能協助醫療團隊更加瞭解病人對治療形式的意願。

## 病人意向考量-PATIENT REFERENCES 2

- 誠實 (truthfulness)
  - 不隱瞞病人之病情及診斷，如此他們才能根據被告知的訊息做做出決定。
- 守密 (confidentiality)
  - 醫療專業人士一般有保護病人的隱私、對病人所告知事項保密的義務。
- 知情同意 (informed consent)
  - 應當告知病人足夠的訊息，並獲得病人的同意方可對病人進行醫療處置。

## 病人意向考量-PATIENT REFERENCES 3

- 知情同意 (informed consent)
  - 三基本要素：指告知、決定與自願的權利。
  - 告知 (disclosure)
    - 告知誰?誰告知?告知什麼?怎麼告知?
  - 決定能力 (capacity)
    - 病人具備”了解相關訊息”，並且可以”合理預見其決定之後果”的能力。
    - 誰決定?誰幫忙決定?(代理決定)決定什麼?
    - 誰有代理權?代理的順位?
  - 自願 (voluntariness)
    - 病人有權不受到外力、心理威脅與人為操控之影響而自由地做出決定。

## 病人意向考量-PATIENT REFERENCES 4

### 知情同意的執行指引

- 病人必須是出自於自願下所做出的同意。
- 除非急救或緊急情況，否則對病人執行的每一侵入性檢查和治療，都必須取得病人的同意。
- 同意必須在病人完全了解醫療處置及其可能的後果後，才算完成法定程序。
- 醫師應提供足夠的資訊，並採取適當的步驟，讓病人了解。
- 提供醫療處置建議的醫師有責任向病人說明，並取得其同意。在特殊情況，也可委由適當醫師，向病人再次確認同意。

## 病人意向考量-PATIENT REFERENCES 5

### 知情同意的執行指引

- 醫師最好將取得同意的討論內容紀錄在病歷上。
- 具有行使同意決定能力的病人，有權利拒絕接受治療，即使這麼做可能造成永久的身心傷害或死亡。
- 沒有人可以代替另一位具有行使同意能力的成年人做出同意或不同意治療的決定。
- 法定代理人或監護人可以代替無行為能力人或限制行為能力人同意或不同意醫師所建議的醫療處置。具有行使同意決定能力的未成年人，可以同意接受檢查或治療，但這不必然表示他們具有拒絕治療的權利。

## 病人意向考量-PATIENT REFERENCES 6

### 代理的順位

- 安寧緩和醫療條例第七條-代理人順序
  - 一、配偶
  - 二、成人直系血親卑親屬
  - 三、父母
  - 四、兄弟姊妹
  - 五、祖父母
  - 六、曾祖父母或三親等旁系血親
  - 七、一親等直係姻親

## 生命品質考量-QUALITY of LIFE

---

- 依據不傷害、行善以及自主原則考量如何恢復、維持以及促進病人的生命品質。
- 如何定義生命品質？
- 生命品質需以病人自身的願望、價值觀以及意願出發做為準則。

## 社會脈絡考量-CONTEXTUAL FEATURES 1

---

- 依據守密以及公平正義原則考量社會脈絡因素做決定。
- 社會脈絡的考量包括社會的多重因子，例如家庭的運作情形，病人和家庭的互動為何？病人生活的背景？文化以及宗教對病人以及家人的影響？
- 醫療人員也必須瞭解誰是病人的主要照顧者，醫療人員的醫療決定會對主要照顧者可以負擔的能力有何影響？

## 社會脈絡考量-CONTEXTUAL FEATURES 2

### 醫療隱私權的例外

---

- 法律規定：
  - 傳染病防治法
  - 精神衛生法
- 病人會危及自己或他人時

## 案例討論

摘自臺灣臨床倫理網絡

## 有決定能力病患拒絕治療

- 張太太35歲，喪偶。因罹患紅斑性狼瘡產生的合併症導致腎功能衰竭，因此需要洗腎。她拒絕接受治療，因為她害怕那些她認為具侵入性的治療。她已經被告知該治療的性質——沒有其他具有實益的選擇。她有能做醫療決定，也了解如果拒絕洗腎她將會死。她家裡有個15歲的女兒。臨床醫師強烈認為張太太應該接受洗腎，但儘管多次嘗試去說服她，她仍然拒絕。
- 臨床醫師可對她進行治療嗎？

## 倫理考量

- 張太太具有決定能力，所以她有做治療決定的自主權。如果尊重自主原則被賦予最高的價值，那麼儘管她拒絕會造成傷害，也應加以尊重。而她顯然認為長期的侵入性治療不符她的最佳利益。
- 然而張太太是否在知情的情況下做決定是很重要的——在無知的情況下所做的決定並不能算是自主決定（雖然如果病人委託臨床醫師或專業醫護人員決定，這算不算做自主選擇是可討論的）。張太太已經接受洗腎諮詢，但是她仍然認為那是侵入性治療。是否可以多做些什麼讓她了解——或許可以帶她去參觀洗腎病房？如果她已獲知充分資訊，她是否必須做客觀上「理性」的決定？這似乎過於父權主義，不尊重個人意願表達的自主。

## 倫理考量

- 臨床醫師可能會覺得，如果他容許張太太因為不洗腎而死亡，他就沒有依照病人的利益行事。此外，對於張太太的女兒的利益，應該考慮到什麼程度？張太太行使她的自主權會對她女兒產生許多影響——是否讓她女兒參與討論或是表達意見了呢？
- 張太太已經被評估具有決定能力，因此她的拒絕應該受到尊重——否則便可能構成傷害罪。如果張太太的病情因為缺乏治療而惡化，而她因為疾病而失去決定能力，那麼她在先前有決定能力時所表達的意願應該受到尊重。

## 未成年病患父母拒絕撤除治療

- 寶寶早產八週，出生不久即感染腦膜炎，因此腦部嚴重受損，而且對刺激沒有反應。她接受人工呼吸器治療。治療團隊認為繼續使用人工呼吸器並不符合她的最佳利益，但不用呼吸器她將會在一小時內死亡。如果繼續使用人工呼吸器，她最多可以再活一年，但可能會感到疼痛、痛苦。她的父母因為宗教的因素，不同意撤除治療。

## 倫理考量

- 撤除治療會導致寶寶死亡；另一方面，繼續使用人工呼吸器代表痛苦的延續。雖然生命神聖性是一項基本考量，但並不是絕對的原則；而且行善義務（做對病人最有利的事）可能會導出「繼續治療不符寶寶最佳利益」的結論。法律案例指出，為了延續其痛苦難耐的生命而繼續進行治療，並不符合寶寶的最佳利益。
- 父母應該決定什麼治療對他們的孩子最有利。然而，因為宗教的因素，他們不能夠同意撤除治療。如果臨床醫師認為C寶寶繼續接受治療必須承受不可忍耐的痛苦時，他的意見便可能與父母的意見衝突。
- 「最佳利益」不單純是以醫學上的利益來評估，雖然在評估時，考慮父母對孩子利益的看法是重要的一環，但這些意見並不能決定應該採取什麼治療。

## 倫理考量

- 這種案例另一個要考量的是有限醫療資源的使用。如果寶寶繼續使用人工呼吸器而沒有康復的希望，她將需要加護病房的床位。加護病房床位的需求量很大，這可能表示另一個需要住加護病房的孩子必須被送到其他病房，而可能降低他的存活率。在評估此案例中什麼是正確行為時，如何涵括公平使用資源的考量？
- 英國醫學會（BMA）針對這個議題提供了一些指引：  
「專業醫療人員有道德職責對可使用的資源做最佳利用，這表示他們必須做困難的決定……當病人對稀少的資源做出不公平的要求時，醫師沒有義務配合他們所要求的治療。」

## 孫運璿資政的最後17天-1

2006年1月30日至2006年2月15日

孫運璿患有高血壓、冠狀動脈心臟病、糖尿病、陳舊性腦中風、與慢性腎功能衰竭。  
2006年1月30日因急性呼吸困難送台大醫院，經氣管插管緊急處理，當日上午十時三十分轉台北榮總，初步檢查確定為心肌梗塞併發急性心臟衰竭及急性肺水腫，急救後恢復心跳及血壓，意識清楚。

<http://tw.news.yahoo.com/060202/43/2tgb2.html>

<http://tw.news.yahoo.com/060215/43/2utso.html>

29

## 孫運璿資政的最後17天-2

~~2006年1月30日至2006年2月15日~~

護士們說，2006年1月30日孫運璿因呼吸困難在台大醫院急救後轉送台北榮總，2006年2月2日一度心跳停止，接受插管急救，有口不能言，家人以紙卡寫字，猜測他有甚麼掛念，結果孫運璿比了「我」這個字，表達了他的求生意志，讓家屬決定全力救治。他的逝去，讓照顧他的人覺得失去了國寶。

<http://www.epochtimes.com.tw/bt/6/2/15/n1224685.htm>

## 孫運璿資政的最後17天-3

~~2006年1月30日至2006年2月15日~~

台北榮總心臟內科主治醫師陳雲亮上午指出，孫運璿曾在2006年2月2日上午發生心律不整，一度心跳停止，緊急處置後恢復心跳，注射強心劑、連續性血液過濾、使用呼吸器維持生命跡象，有意識，但以輕度麻醉減緩不適，病情卻沒有好轉。

後轉至心臟加護病房嚴密觀察、積極治療，並自2006年2月3日起開始施行連續性靜脈血液過濾術治療，病情暫時改善。

<http://tw.news.yahoo.com/060215/43/2utso.html>

<http://tw.news.yahoo.com/060215/195/2uslp.html>

31

## 孫運璿資政的最後17天-4

~~2006年1月30日至2006年2月15日~~

2006年2月14日上午血壓開始不穩定，產生發燒現象，體溫38.3°C，同時血壓下降至50~60毫米汞柱，血氧濃度也跟著下降，出現敗血症休克現象，當日至晚間8時40分心跳變慢、血壓下降，歷經各種藥物急救，仍因敗血性休克，於2006年2月15日0時33分辭世。

榮總主治醫師陳雲亮：「各種可能的治療方法，我們都用上去了，到(14日)晚上8點多開始，血壓開始就不穩定，然後心跳也不穩定，血氧濃度都很難維持，凌晨零時33分，急救無效。」

<http://tw.news.yahoo.com/060215/195/2uslp.htm>

<http://tw.news.yahoo.com/060215/195/2uw5t.html>

# 知名舞蹈家羅曼菲 因肺癌病逝 得年五十一

【中廣新聞網】

2011年3月24日



3:

知名舞蹈家羅曼菲，因為肺癌復發，轉移到腦部，今天清晨病逝，得年五十一歲。醫師回顧這位堅強的患者說，羅曼菲住院期間只要指導學生排練，談起編舞，精神就特別好，即使後來沒有體力，還在病床上看學生錄影帶，真的是一位人生的舞者。(黃玉芳報導)

34

羅曼菲民國九十年發現罹患肺癌第三期，抗癌多年，還曾參與肺癌新藥的試驗，不過在半年前發現肺癌轉移到腦部，最近瘦到不到四十公斤。和信治癌中心醫院資深主治醫師褚乃銘表示，因為癌細胞影響到神經系統，一個月前羅曼菲走路不穩，胃口差，上週起沒辦法講話，只能講簡單的句子、這一兩天只能講單字、點頭搖頭，連喝水都有問題，不過褚乃銘說，羅曼菲心繫舞蹈，住院期間還是關心學生的排練，以及自己正在編的舞，甚至到最後沒體力，還在病床上看學生練舞的錄影帶。

35

羅曼菲生前有意願  
不插管急救，因此走得  
很安祥。雲門舞集創辦  
人林懷民、以及姊姊都  
陪在身邊，也決定星期  
六將會移靈回宜蘭。

36

謝謝聆聽

問題討論