

中國醫藥大學

醫務管理學研究所碩士論文

編號：IHASEP-023

影響生命末期住院病人簽署

“不施行心肺復甦術”內容之相關因素探討

**The determinants of “Do-Not-Resuscitation” contents
in end-of-life patients in hospital**

指導教授：蔡 文 正 博士

共同指導：謝 淑 惠 博士

研 究 生：林 亞 陵 撰

中華民國九十八年六月

摘要

隨著醫療科技進步及各種維生設備的使用，疾病進展到末期階段時，先進的醫療雖可短暫延續生命，卻無法真正滿足病人生命末期的生活品質與提昇生命尊嚴。

目的：本研究欲瞭解台灣生命末期住院病人簽署不施行心肺復甦術同意書內容之現況，及分析簽署當時病人醫療狀態與簽署不施行心肺復甦術同意書內容之相關性。

方法：本研究採次級資料分析，收集南部某區域教學醫院，2007年1月1日至2008年12月31日期間住院臨終病人病歷資料；已簽署不施行心肺復甦術病人400例為研究對象。蒐集資料以SPSS統計套裝軟體進行統計分析，以描述性統計簽署不施行心肺復甦術病人人口學特性、醫療狀況。卡方檢定確定簽署不施行心肺復甦術病人人口學特性、醫療狀況、簽署者關係，其對簽署不施行心肺復甦術內容之差異性。進一步以羅吉斯統計法分析探討影響簽署不施行心肺復甦術內容之重要因素。

結果：依本研究結果顯示，簽署不施行心肺復甦術時平均年齡68.23歲（SD=16.37）；65歲以上佔53.32%。簽署當時病人之意識狀態平均GCS為6.61分；簽署當時與死亡間隔天數平均為7.75天，多屬延遲性簽署。簽署不施行心肺復甦術病人當時病人之意識狀態、年齡與簽署不施行心肺復甦術內容達統計上顯著意義（ $P<0.05$ ）。簽署當時病人是否放置氣管內管、是否已執行人工呼吸、是否使用強心劑，及住院病房特性（一般病房與加護病房）對簽署不施行心肺復甦術病人內容亦有顯著差異（ $P<0.01$ ）。以羅吉斯迴歸統計，在控制相關變項下，簽署不施行心肺復甦術病人當時病人是否使用強心劑對簽署不施行心肺復甦術病人內容有顯著影響（ $P<0.01$ ）。排除已使用任一項維生系統（氣管內插管、急救藥物注射、人工呼吸）病人後，結果顯示簽署者與病人的關係、簽署時

與死亡間隔時間關係達統計上顯著意義($P<0.05$)。控制相關變項，羅吉斯迴歸分析結果，簽署者與病人關係有顯著之影響($P<0.01$)。

結論：簽署不施行心肺復甦術內容在生命末期照護，具有影響病人生命末期的生活品質與生命尊嚴顯著相關性。正視面對「不施予心肺復甦術」時的相關問題，以坦然的態度和病人、家屬及醫師共同討論生命末期醫療的處置方式，可幫助病人、家屬做出適當的決策，提供完善的臨終照護。本研究可提供政府及相關單位在推動生命末期病人照護運作時之參考依據。

關鍵詞：生命末期照護、善終、不施行心肺復甦術



Abstract

By the great progress of the medical science and technology and the use of life-support apparatus, the advanced medical treatment can extend the life transiently, but be unable to meet the quality of the patient's life and promote life dignity at the end stage of the disease.

Purpose: The purpose of this study was to show the present conditions of the patients' or their family signing the document of "Do-Not-Resuscitation (DNR)" at the end-of-life stage in Taiwan, and to analyze the correlation of the patients' medical condition between DNR and non-DNR.

Method: The methods included secondary analysis, collecting the history records of the patients at end-of-life stage at a regional teaching hospital from Jan.1st, 2007 to Dec. 31, 2008. There were 400 cases who signed the DNR. SPSS suit software was used for statistical analysis, including descriptive statistics, Chi-Square test and Logistic Regression.

Result: The result revealed the mean age of the patients signing the DNR is 68.23 years old (SD =16.37). 53.32% of the patients were over 65-year-old. The mean GCS of the patients signing DNR was 6.61. The mean residual life was 7.75 days from signing the DNR to death. The difference of consciousness, age of the patients between whether signing DNR or not is significant ($P<0.05$). The same significant difference was noted about inserting endotracheal tube, using ventilator, cardiac stimulator between the two groups ($P<0.01$). Logistic Regression showed whether using cardiac stimulator was a significant factor ($P<0.01$). After removing one of the supporting systems (endotracheal tube, ventilator or cardiac

stimulator), the residual life and the relationship between the patient and the signer revealed statistical significant ($P<0.05$). After the control of confound factor, the relationship between the patient and the signer ($P<0.01$).

Conclusion: There were significant effects about the quality of life and life dignity at end stage of disease. Facing the correlated problems of DNR, the frank attitude and communication among the patients, their family and medical team might help the appropriate decision-making and afford the good end-of-left care. This research can offer the government a reference when promoting the end-of-left care.

Key word : End-of-life care, good death , Do-Not-Resuscitation



致謝

兩年的在職進修的研究所歷程中，忙碌穿梭於家庭、工作與課業中，生活過得忙碌卻充實。總是期待著寫下致謝詞的這一刻，因代表我已經走過一個階段，完成論文了。然完成一篇論文決非我一人之力即可完成，若沒有他人的助成，恐怕這只是遙不可及的夢想。

在此要對許多人表達由衷的感謝。首先感謝我的指導教授蔡文正與謝淑惠老師，使我在過程中對研究議題、研究方法與論文寫作上獲得到更深一層的認識。隨著與老師討論及建議，讓我的論文從錯綜複雜的思緒及概念架構中，慢慢整理出邏輯思考。這篇論文的產生，老師實是最重要的推手。而論文進行中感謝黃勝堅主任給予的意見及指導。更感謝龔佩珍教授，在口試時對本篇論文悉心審閱與指導，使本篇論文更臻完善。

感謝臺大醫院雲林分院提供研究計畫及醫院長官的支持與鼓勵，護理部主任及同事們的協助與關心，感謝她們的對我的職務代理及體諒。在收案過程中，感謝我的研究個案與家屬們及協助我收案的玟琪、家慧，使本研究得以順利進行。論文寫作過程中，感謝嘉欣在統計軟體應用給予的協助、孟君最適時給予的幫忙與鼓勵。

最後特別衷心的感謝一直默默支持我的家人們，尤其要感謝我的先生炳驊，有他至情的精神鼓勵，偶爾刺激我的研究神經更提供了最實際的幫助；陷入困境時，陪我討論、陪我一起收案，幫忙文件擅打、校正論文的內容及錯字更正，點點滴滴，我銘記在心。也感謝兩子慶哲、嘉瑋懂事與支持，由於他們的媽媽總是有「做不完的功課」，晚餐自理的機率很高。忙碌的工作與學業，總是犧牲陪伴他們的時間，心中對先生與孩子總有一份虧欠。因為有您們讓我無後顧之憂順利完成學業，讓我有向前邁進的動力，謝謝您們為我付出的這一切。

這篇致謝已達尾聲，我的碩士班生涯也將畫下句點，二年來台中至斗六每週三次追趕火車通勤的點滴在心頭，回首過去如南柯一夢。要感謝的人太多，文字語言可表達的太少，謹以此論文獻給在我生命中曾經停駐關懷我、幫助我的每一個人，致上最深的敬意與祝福，謝謝您們。



林亞陵謹誌於

中華民國九十八年六月

目 錄

中文摘要-----	I
英文摘要-----	III
致謝-----	V
目錄-----	VII
圖目錄-----	X
表目錄-----	XI
第一章 緒論	
一、研究背景與動機-----	1
二、研究目的-----	5
三、名詞定義-----	6
第二章 文獻探討	
一、生命末期醫療照護之緣起與發展-----	10
二、生命末期善終照護之需求-----	12
三、不施行心肺復甦術歷史背景與發展-----	16
四、臺灣之安寧緩和醫療條例-----	19
五、回溯性病歷回顧-----	22
第三章 研究方法	
一、研究對象與資料來源-----	24
二、研究架構-----	25
三、研究工具-----	26
四、研究變項-----	27
五、資料處理與分析方法-----	29
第四章 結果	
一、生命末期住院病人簽署不施行心肺復甦術現況-----	30

二、不施行心肺復甦術簽署情形及簽署當時病人醫療狀態-----	31
三、病人基本特性與簽署不施行心肺復甦術內容完整性關係-----	31
四、不施行心肺復甦術簽署當時病人醫療狀態與簽署內容完整性關係 -----	32
五、排除已使用任一項維生系統病人後簽署不施行心肺復甦術內容之相關性 -----	33
第五章 討論	
一、生命末期住院病人簽署不施行心肺復甦術現況-----	47
二、比較生命末期住院病人簽署不施行心肺復甦術內容之人口學特性差異 -----	49
三、癌症病人與非癌症病人簽署不施行心肺復甦術內容差異-----	50
四、比較簽署不施行心肺復甦術當時病人醫療狀態與簽署內容之相關性 -----	51
五、台灣安寧緩和醫療條例施行現況-----	54
第六章 結論與建議	
一、結論-----	56
二、建議-----	57
三、研究限制-----	58
四、後續研究之建議-----	59
參考文獻	
英文文獻-----	60
中文文獻-----	63
附錄	
附錄 1 安寧緩和醫療法-----	66
附錄 1-1 安寧緩和醫療條例-----	66
附錄 1-2 安寧緩和醫療條例施行細則-----	69

附錄 1-3 選擇安寧緩和醫療意願書-----	70
附錄 1-4 預立不施行心肺復甦術意願書-----	72
附錄 1-5 不施行心肺復甦術意願書-----	74
附錄 1-6 不施行心肺復甦術同意書-----	76
附錄 1-7 預立醫療委任代理人委任書-----	78
附錄 1-8 預立選擇安寧緩和醫療意願書-----	79
附錄 1-9 預立選擇安寧緩和醫療意願書-----	81
附錄 2 重症緩和醫療資料庫-----	83



圖目錄

圖 1-1 老年人口增加趨勢-----	2
圖 1-2 未來 50 年人口結構趨勢-----	2
圖 3-1 研究架構圖-----	25
圖 4-1 收案結果分析圖-----	30
圖 4-2 排除已使用任一項維生系統病人後結果分析-----	34



表目錄

表 1-1 主要國家人口高齡化及超高齡社會所需時間比較-----	2
表 1-2 頭部外傷嚴重度 Glasgow Coma Scale 昏迷指數評估標準-----	8
表 2-1 歐美與我國安寧緩和療護服務之比較-----	16
表 4-1 生命末期住院簽署不施行心肺復甦術現況分析-----	36
表 4-2 不施行心肺復甦術簽署情形及病人當時醫療狀態-----	37
表 4-3 不施行心肺復甦術簽署內容完整性-----	38
表 4-4 病人基本特性與不施行心肺復甦術簽署內容完整性的關係-----	39
表 4-5 入院時醫療狀況與不施行心肺復甦術簽署內容完整性的關係---	40
表 4-6 不施行心肺復甦術簽署當時病人醫療狀態與簽署內容完整性關係 -----	41
表 4-7 不施行心肺復甦術簽署完成性邏輯思複迴歸分析-----	42
表 4-8:排除維生系統後之病人-病人基本特性與不施行心肺復甦術簽署 內容完整性的關係-----	43
表 4-9 排除維生系統後之病人-入院時醫療狀況與簽署內容完整性的關係 -----	44
表 4-10:排除維生系統後之病人-簽署情形及病人當時醫療狀態與簽署內 容完整性的關係-----	45
表 4-11 排除維生系統後之病人-不施行心肺復甦術簽署完整性邏輯思複 迴歸分析-----	46

第一章 緒論

一、研究動機

人口老化已成為世界趨勢，台灣人口的老化速度更是驚人，在1993年已經達到老化國家之標準，即老年六十五歲以上者人口佔總人口的比例達7%，躋身「高齡化社會」。根據行政院經濟建設委員會的台灣人口推估資料顯示，2007年台灣老年人口比例將首破10%，到2018年將達到14%，而2027年又將增加至21%。這樣的老化速度與日本相當，是世界上老化速度最快的國家（表1-1）。而年齡在80歲以上的老老人，其佔人口比例之增加速度可能超過65歲以上的老年人口（如圖1-1、1-2；行政院，2007）。面對如此龐大的老年人口，生命末期照護發展的確刻不容緩（彭仁奎、邱泰源、陳慶餘，2006）。傅偉勳（1993）在《死亡的尊嚴與生命的尊嚴》書中提出，高齡化的社會反映了人類科技與醫療的大躍進，然而我們每一個人生下來即面臨著「死亡的存在」，則高齡化至死亡過程就不是根本問題，生死問題才是根本問題。現代人講究所謂的『生活品質』，卻忘記『生活品質』必須包含『死亡（的尊嚴）品質』在內。高齡化到死亡過程，彰顯「日近死亡」的高度精神意義。於此，應是訓練每一個人，培養「生命的尊嚴」與「死亡的尊嚴」雙重實存態度的最後階段。綜合以上所述，前生命末期老人需求的醫療照顧模式，應結合「老年醫學」、「安寧緩和醫療」、「老年緩和醫療」。周希誠（2007）在「老年人末期疾病照護的倫理困境與對策」提出，老人與成人的疾病本質相差不遠，但老年人疾病涉及的複雜度，不應是成人疾病的延伸而已，必須考慮的重要因素是因年齡而產生「生命末期」的特殊倫理議題。如果仍然緊守只求「延命」的傳統觀念，不懂得尊重醫學倫理，不知道適時得介入安寧緩和醫療照護，將造成老年病人、家屬、社會成本都

損失的「三輸」局面。就老年醫學與安寧緩和醫療的發展史來看，兩者間有著類似的內涵：重視生活品質的提昇、以病人與家屬為照顧的核心、強調團隊照顧。適時的導入安寧療護臨終關懷，將可以大大的增加老人末期病患臨終前的生活品質。

表 1-1 主要國家人口高齡化及超高齡社會所需時間比較

國別	65歲以上人口占總人口比率（到達年次）					倍化期間（年數）		
	7%	10%	14%	20%	30%	7%→14	10%→20	20%→30
台灣	1993	2005	2017	2025	2040	24	20	15
新加	2000	2010	2016	2023	2034	16	13	11
南韓	2000	2007	2017	2026	2040	17	19	14
日本	1970	1985	1994	2005	2024	24	20	19
中國	2001	2016	2026	2036	-	25	20	-
美國	1942	1972	2015	2034	-	73	62	-
德國	1932	1952	1972	2009	2036	40	57	27
英國	1929	1946	1975	2026	-	46	80	-
義大	1927	1966	1988	2007	2036	61	41	29
瑞典	1887	1948	1972	2015	-	85	67	-
法國	1864	1943	1979	2020	-	115	77	-

資料來源：United Nations, *World Population Prospects : The 2006 Revision*.

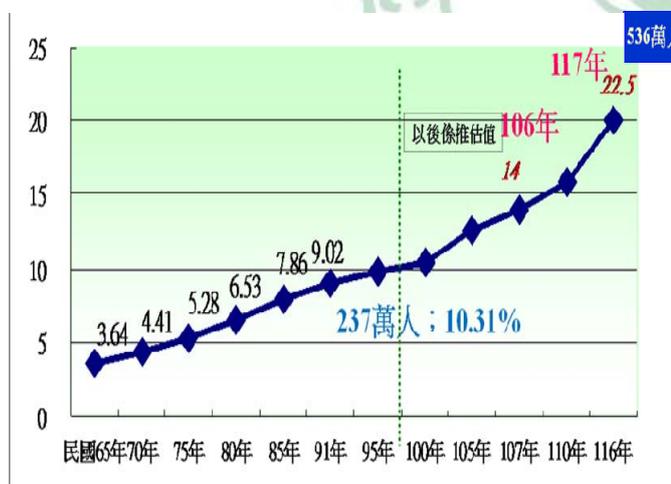


圖 1-1 老年人口增加趨勢

資料來源：內政部戶政司(2008)，行政院經建會(2008)

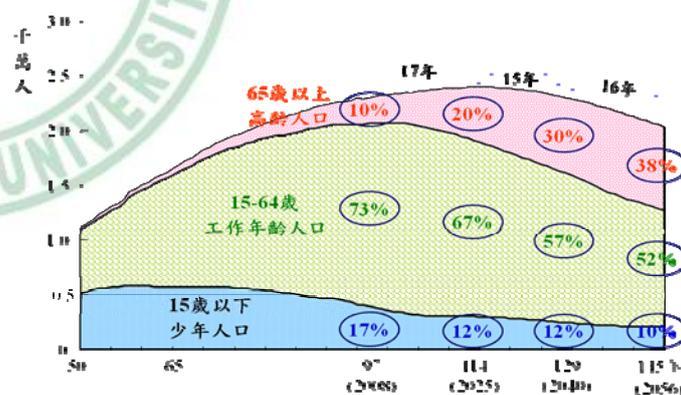


圖 1-2 未來 50 年人口結構趨勢

(依行政院經建會推計)

在 1987 年畢卡索畫作『Science and Charity』中闡述著一位即將死亡的母親，舒適躺在床上，醫師及家屬（她的小孩）陪伴在身旁，平靜安詳的死亡。從前的人，大多死於家中，由家人陪伴安詳往生。自 1960 年代心肺復甦術發明，延長了人類的壽命，並沒有提高臨終的生活品質。反而是越來越多的人，在醫院中因為醫生的「英勇奮戰」而痛苦的死亡（陳榮基，2008）。在醫療科技日益精進的現代社會，在搶救病患生命的緊急關頭，急救團隊運用心肺復甦術循環操作，包括心臟按摩、氣管內管插管、心臟電擊、急救藥物注射等，經過急救後的瀕死病患可分成三種類型。一種為插管急救後可以拖延死亡數小時或數天的時間，最後仍會死亡；另一種是插管和各種急救措施介入，仍無任何生命跡象，直到家屬要求醫師停止或急救團隊累到無力繼續，才放棄急救，宣佈病人死亡；最後一種為極力搶救插管裝置人工呼吸器，病人仍無法甦醒，須依賴人工呼吸器維生，喪失大腦功能和意識，形成植物人狀態（曾月華，2006）。人類醫療科技的進步，「死亡」被視為醫療的失敗，成為醫學上最大的敵人，延續生命長度成為醫療成功的指標。目前生命維生系統或延續生命的方式，都是透過強制侵害人體，如插管、氣切、電擊等方式，結果在身上必須插上七、八條管子，而絕大部分都只是恢復呼吸，倚賴著這些冰冷科技的維生系統，來延續著生命。然而這樣與自然對抗的結果，用科技方法來延續生命的長度，讓人們遭受到更多的磨難與痛苦。臨終者這樣延續生命的方式，是否有其意義？人的尊嚴何在？科技對人類而言，是在延續我們生命的生度，抑或只是對死亡的延長（吳志鴻，2006）。

我國自安寧病房的設立及安寧緩和醫療條例實施後，二十年來癌症末期病患可獲得身、心、靈之照顧與社會全人的照顧。不過對於非癌症末期病患，重症病患之緩和療護(palliative care)則尚無共識。病

患一旦經過急救建立維生系統進入加護病房後，常常面臨瀕死狀況進入生命末期。對這樣瀕死狀態的治療往往沒有標準的模式，絕大部份醫師及家屬會選擇拼到底，最後病人往往沒有善終（good death）的機會。醫療團隊也面臨許多倫理的困境，甚至受到家屬的報怨（蔡翊新、林亞陵、黃勝堅，2007）。現代安寧療護醫學的興起，奠基於英國桑德斯女士於1967年創立聖克立斯托佛（St Christoph Hospice）安寧病院，迄今四十餘年，安寧療護運動蓬勃發展，據2003年統計，目前全球有超過100個國家提供安寧療護之服務，根據Higginson（1997）研究顯示，非癌症臨終者前一年的症狀數較癌症臨終者多。而根據廣泛的研究顯示：患慢性阻塞性疾病，心臟衰竭，運動神經元疾病，末期腎臟衰竭，和後天免疫不全的病人及其它許多非癌症之病人，其臨終前一年存有許多沉重的症狀，及溝通的困難與未解決的需求。更多而強烈的證據顯示非癌症臨終者需要安寧緩和醫療（Lynn & Teno, 1997）。非癌症生命末期緩和醫療照護在世界各地及台灣將是未來安寧緩和醫療照護發展的一項趨勢（吳彬源、黃信彰，2007）。

本研究以回溯性病歷回顧，針對已簽署不施行心肺復甦術（Do-Not-Resuscitation, DNR）生命末期病人的簽署內容、醫療照護過程，經有系統的整理、分析，以呈現目前照顧生命末期病患及實際執行面現況，瞭解不施行心肺復甦術在生命末期病人執行時的困境及所需支援？如何運用有限的資源條件下，選擇對病人最有利的照護項目，期望藉此成果讓生命末期住院病人，能享有人性化之關懷與照護，以改善其生命最後階段的品質與尊嚴。

二、研究目的

- (一)、瞭解生命末期住院病人簽署「不施行心肺復甦術」之現況。
- (二)、比較生命末期住院病人簽署「不施行心肺復甦術」內容之人口學特性的差異。
- (三)、比較癌症病人及非癌症病人簽署「不施行心肺復甦術」之內容差異。
- (四)、比較簽署「不施行心肺復甦術」當時病人醫療狀態與簽署「不施行心肺復甦術」內容之相關性。



三、名詞解釋

(一)、不施行心肺復甦術 (Do-Not-Resuscitation, DNR) 定義：

本研究所指不施行心肺復甦術範疇，乃依照中華民國九十一年十二月十一日公佈的安寧緩和醫療條例第三條規定，對於臨終、瀕死或無生命徵象之病患，不施行心肺復甦術，包括：氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊及心臟人工調頻、人工呼吸等其他行為。

(二)、疾病末期 (terminal stage) 定義

文獻中以慢性疾病為主，安寧緩和醫療條例（2000）中明白定義末期病人為罹患嚴重傷病，經醫師（兩個以上專科醫師）診斷認為不可治療，且有醫學上之證據，近期內病程進展進行至死亡已不可避免者；O'Connor and Esquire（2001）對疾病末期的定義是指當死亡是不可避免的，且通常定義在六個月內會死亡，依照美國佛羅里達州法令第 705 章節中定義疾病末期 (Terminal Condition) 為疾病或創傷所造成，且醫療措施完全介入也無法恢復，假使不施予醫療措施，死亡是可以被預期的；有兩個以上的主治醫師或專科醫師認定，疾病無法治癒且治癒性治療只是延長死亡的過程，(Jensen, Siegler & Winslade, 1998)；Kinzbrunner（2002）指出疾病末期是指在醫療為介入正常情況 (normal course) 下，可預期病人在六個月內會死亡，並且有兩個以上的專科醫師認定。以單一疾病為例：就「失智症 (dementia)」病人而言，當病人有認知功能下降：如心智功能下降，(MSQ 或 MMSE 評估等於或小於一分) 無法完成有目的的活動，加上有嚴重的合併症出現如吞嚥困難、吸入性肺炎、敗血症、脫水或營養不良等，即為失智症的疾病末期 (Harahan, Luchins & Murphy, 2001)。

在加護病房中常見的死亡原因為多器官衰竭，多器官衰竭（Multiple Organ Dysfunction Syndrome；MODS）最常見為美國胸腔醫學暨重症醫學會（ACCN,1992）所定義的：病人患有器官功能的異常，且其血液動力學需要仰賴醫療輔助措施來維持（Hack & Zeerleder, 2001）；加護病房病人併發 MODS 是常見的死亡原因，病人可能因為外傷、任何原因的失血或是未受控制的感染，最後器官受損，MODS 常見的評定的器官分為六大器官，每一個器官計分以 0-4 分計算，0 分表示器官正常，4 分表示器官嚴重衰竭；包括肺臟、腎臟、肝臟、心血管、血液及腦神經，總分 24 分；以死亡率而言，總分 9-12 分病人死亡率達 25%，13-16 分死亡率達 50%，17-20 分死亡率達 75%，若達 20 分以上則死亡率高達 100%（Marshall,1995），器官衰竭的致死率以神經及心血管為容易致死之器官，腎臟、肝臟衰竭其死亡率較低。

（三）、意識狀態定義

以往描述意識狀態時用昏迷（coma）、半昏迷（semi-coma）、木僵（stupor）等詞來形容，因為用詞的定義不同，往往會造成醫護間溝通的困難。本篇研究所使用的嚴重度評估採用格拉斯哥昏迷指數（Glasgow Coma Scale, GCS）。是由 Glasgow 大學神經學教授 Graham Teasdale 與 Bryan J.Jennet 兩人，於 1974 年將 Glasgow General Hospital 使用之昏迷指數，於（Lancet）發表，「Glasgow Coma Scale 昏迷指數之應用」目的是為了有效與客觀評估頭部外傷病人的狀態及癒後，之後被廣泛的用於任何有意識變化的病患，例如：頭部外傷、腦血管障礙（腦中風）...等。使用昏迷指數的好處在於用「數字」作為意識狀態的判定，使每位醫護人員看到分數後可以客觀的大概瞭解病患的昏

迷程度，並可作後續的追蹤和評估。昏迷指數是以「運動」(movement)、「發聲」(verbal)和「睜眼」(eye)三項指標來評估(如表 1-2)。三項指標的分數加起來得到的總分，就是所謂的「昏迷指數」(coma scale)。限制適用情況，三歲以下之兒童因為「發聲反應」尚未成熟，故「昏迷指數」對三歲以下之兒童之頭部外傷並不適用。

表 1-2 頭部外傷嚴重度 Glasgow Coma Scale (GCS) 昏迷指數評估標準

睜眼反應	Eye opening (E)	Scale
自然張開	Spontaneous	4
要求病人才會張開	To call	3
弄痛病人才會張開	To pain	2
沒有反應	None	1
運動反應	Motor response (M)	
遵從指示	Obeys commands	6
能指出疼痛的位置	Localizing to pain	5
遇疼痛會回縮	Normal flexion (withdrawal)	4
對疼痛產生彎曲反應	Abnormal flexion(decorticate)	3
對疼痛產生伸張反應	Extension (decelerate)	2
無反應	None (flaccid)	1
語言反應	Verbal response (V)	
言詞清楚	Oriented	5
言詞不清	Confused	4
只能說單字	Inappropriate words	3
只能發聲	Incomprehensible sounds	2
不能發聲	None	1

(四)、善終定義

活著，是最好的禮物；善終，是最美的祝福。「善終」在我國文化中源遠流長。「善」是美好的意思；「終」是死亡(新超群國語辭典，2004)。「善終」是指好的死亡，英文稱之「good death」。根據辭海(1990)對善終的解釋：人不遭遇禍患得以竟其天年者，曰善終。將門文物所出版的辭海對善終的解釋，則是「安詳的結束生命，而不是死於禍變

意外」。書經洪範篇有五福之說：五福者，一曰壽、二曰富、三曰康寧、四曰修好德、五曰考終命。Judith, Agnes (2006)研究顯示「善終」是經深思熟慮的重要特性：可以對自己深愛的人說告別(94%)，死的有尊嚴(92%)，可以自己決定生命末期的照護(88%)，沒有痛苦的死亡(87%)，使用鎮靜止痛藥物有尊嚴的死，接受生命末期照護。決定安樂死的願望，可以在生命末期的時刻自己決定臨終醫療處置方式。Edwin (2007)提出十項可達善終的標準「死亡」是：1.自然的，而不是事故，自殺或死於非命；2.成熟的：年齡已屆 70 歲之上，以度過豐富的人生經歷；3.被預期：不是突然或意想不到，是被告知的；4.被尊敬的：可以在未來訃告中，留下尊敬的言語；5.有準備的：生前信托，預先安排葬禮，完成未完成的任務；6.被接受的：優美接受這不可避免的「死亡」；7.文明的：臨終時有摯愛的人、喜歡的花、圖畫、音樂陪伴在側；8.有生產力的：傳遞給年青一代經驗與智慧；9.悲傷的：經歷悲哀的沈思的情感，雖有遺憾卻沒有崩潰；10.和平的：接受溫和、愛的照護，免除身體的痛苦；這是生命末期病人心中最崇高的圖象。自古以來，追求善終中外皆然亦是各宗教所要求的基本人權。在生命的末期，生活的品質遠比生命的長短重要，印度詩人泰戈爾說：「生似夏花之燦爛，死如秋葉之靜美」對於善終的人，寧可使生命光彩燦爛，而非要苟延殘喘。

第二章 文獻探討

一、生命末期醫療照護之緣起與發展

【緣起】在古印度的梵文佛經中，以 vihara (中文譯作「毗訶羅」) 稱呼「休養的場所」或「僧院」，中古世紀 (約西元 400 多年) 的天主教以 "hospice" 稱呼修道院用以接待長途朝聖者的「休息站」、「中途站」或「驛站」，並以之延伸為「照顧受傷與垂死的過路人的院舍」。直到 1967 年英國倫敦的護士出身的醫生，西西里·桑德斯女士 (Dame Cicely Saunders)，創辦聖克里斯多福安寧醫院 (St. Christopher's Hospice)，才將此名稱引用於現代的醫療機構，作為照顧癌症臨終病人設施的稱呼。台北馬偕醫院於 1990 年設立台灣第一個 "hospice" 時，將之稱為「安寧病房」。此種人性化醫療機構的設施，已在英、美、加、澳、挪威、瑞士、荷蘭、日本、以色列、南非、新加坡、香港及中國等地，逐漸普及。

在國內，基督教的馬偕醫院於 1990 年成立第一個安寧病房，同年並成立財團法人中華民國安寧照顧基金會，積極推廣此事業。而 1982 年即成立的財團法人天主教康泰醫療教育基金會也於 1993 年在天主教耕莘醫院成立聖若瑟病房，從事臨終照顧的醫療。佛教界則於 1994 年成立財團法人佛教蓮花臨終關懷基金會，積極投入此一行列。

【名稱的演變】從佛教的 vihara 到天主教的 hospice，到 1967 年正式被引入醫療體系的 St. Christopher's Hospice，結合了醫療與宗教的照顧，因此大部份由天主教或基督教醫院創辦的機構皆以 "hospice" (日文直接音譯) 命名。國內第一家機構譯為「安寧病房」，而將 hospice care 稱作安寧照顧或善終照顧。而由非宗教團體的醫界人士成立的機構，則傾向於以 palliative care (緩和照顧或緩解照顧)，及 palliative care unit (PCU) (緩和照顧病棟或病房) 稱之。醫學界尤其

是精神腫瘤醫學界更以「緩和醫學」(palliative medicine) 稱呼之。另外又有臨終照顧、臨終關懷或善終照顧的名稱，也指的是相同的事情。不論從歷史的淵源及完美的實際運作需要上，安寧照顧都脫離不了宗教，因此以「安寧醫院、安寧病房、安寧照顧」等稱呼這種人性化臨終醫療工作是較理想的 (陳榮基，2002)。

西元 1990 年世界衛生組織對安寧療護的定義：對一位用當今科技無法治癒的末期病患及其家屬，提供整體性的照顧，藉著解除疼痛及其他不適之症狀，並統合心理、社會、靈性之照顧，來提昇病人及家屬的生活品質。2002 年世界衛生組織針對安寧緩和照顧的最新定義為：「安寧緩和照顧係針對面對威脅生命之疾病的病患與其家屬的一種照顧模式，其目標在藉由早期偵測及周全的評估與治療疼痛及其他身、心、靈的問題，預防及減緩痛苦，以達提昇生活品質之目標」。此定義中強調，安寧緩和照顧以團隊多科整合方式滿足病患及家屬之需求；除提供病患疼痛及其他身、心、靈痛苦症狀的緩解，並協助家屬在病患的臨終期及病患死亡後的哀傷反應與悲傷輔導。Woodruff (2004) 提出安寧療護的內涵包括下列重點：1：疼痛及其他痛苦症狀的緩解。2：肯定生命但同時也認知臨終是人生的正常歷程。3：既不加速也不延遲死亡的來臨。4：整合心理與靈性層面的病人照護。5：提供支持系統以協助病人盡可能積極地活著直到死亡自然來臨。6：協助家屬能夠面對病人的疾病過程及其哀傷歷程。7：以整個醫療團隊之合作來答覆病人及家屬的需要。8：增進病人及家屬的生活品質，同時可影響整個的疾病過程。9：安寧療護可從疾病的早期就適用，可合併使用其它治療以延長生命。

二、生命末期病人善終之需求

由台灣各醫院參加台灣醫療品質指標計畫(Taiwan Quality Indication Project ; TQIP)資料分析結果，發現各醫院住院死亡率均較世界為低；依照台灣地區的習俗，病危的患者大多選擇出院返家，期望能壽終正寢，TQIP 住院死亡率的指標並未包含病危自動出院 (Against Advice Discharge ; AAD)的病人，致使整體的住院死亡率偏低，自動出院比例偏高。Yu-Chen Huang,Sheng-Jean Huang,Wen-Je Ko(2009)研究指出在中國文化傳統，壽終正寢是善終重要因素。

以北部某醫學中心外科加護病房(共 61 床)為例：自 2003 年 1 月至 2006 年 12 月共 893 死亡病例，其中有 28%選擇回家死亡；893 死亡病例中 66.7%有簽署「不施行心肺復甦術同意書」(不施行心肺復甦術)，有 16%接受心肺復甦術後死亡；自 2003 年至 2006 年，簽署「不實施心肺復甦術同意書」之比例雖然逐年增加當中，然而 80%以上仍屬於晚期簽署(Late 不施行心肺復甦術)，因此無效的醫療 (futile treatment)在生命末期往往還是繼續地進行。在所有的死亡案例當中，僅有 7.4%的病患接受安寧的照護。在中國人的習俗中，無論在院死亡或在家死亡，『善終』是重要的。但多數的病患是在急救無效後才簽定自動出院同意書，以至造成在病患及家屬的最後一段時間無法處於平靜的環境中，雖然城鄉在院死亡或在家往生比率上有很大的差異，但是在往生前所接受有關安寧照護的訊息或者是接受過多的無效醫療卻是相同的（蔡翊新等，2007）。

家屬的需要方面：病人的需要是照顧者最主要的焦點，愈來愈多的共識認為生命末期的照護以家庭為中心最重要（Esteban,Gordo, 2001）。家屬應被告知在治療過程中已發生或可能發生的事情。研究指出醫院裡瀕死病患家屬的需求包括：陪在病人身邊、確定對病人確

實有幫助的、向他保證瀕死病人的舒適、被告知病人病情、被告知病危狀態、能抒發情緒、能接受其家屬的安慰與支持、能夠被相關專業照護者接受、支持及慰藉、告知家屬你們的決定是對的 (Singer, Martin, Kelner, 1991)。除了能滿足瀕死病患及家屬之需求外，高水準生命末期病患照顧應符合以病患及家屬為中心之決策模式。如此，不僅能節省有限的醫療資源，加護病房拯救更多的生命。非安寧病房中的生命末期病患的照顧，在醫療科技發達的今天，我們用最新的儀器與技術來照顧病患，卻忽略了人性化的療護理念。在傳統的醫療理念是以治癒與延長病患生命為目標，但面對一位明知無法治癒的臨終病患，卻仍然要全身插滿管子，接上呼吸器及其他維生儀器來延長病患的死亡期，人性尊嚴已被機器文明踐踏無存，孤獨地在冷酷的器械管理下終其一生 (柳田邦男，2000)。生命末期病患的照顧方式，正面臨著前所未有的挑戰。根據 Lazarus & Folkman (1984) 的理論，個人會隨著環境的改變而不斷地調整其應變行為，那麼臨床醫護人員面臨，病患人性化照顧之訴求，應如何因應？這是值得醫護界反思的課題。在非安寧病房醫護人員，對生命末期病患「醫療」(Cure) 與「照顧」(Care) 的理念，不是每位醫療照顧者都一致，導致病患在生命的最後其身、心、靈需求上未能獲得平安。病人知其死亡是不可避免的事實，有權要求在臨終前接受安寧療護，獲得尊重個人生命尊嚴及權利。這涉及倫理、道德、宗教與法律問題，如何維持平衡，使病人有尊嚴、有品質的走完生命的最末安寧善終平安、尊嚴的活好人生最後一程。美國於 1975 年國會訂出十六項，瀕死病患的權利，強調病患自主、知其真象的權利及維持個人尊嚴 (汪素敏、顧乃平，2000)。急性住院病人中，醫護人員在照顧生命末期病患時，是否應持續治療延長其生命，或是尊重病患的意願，使病人有尊嚴的平安的走完人生

旅程，臨床上病患在臨終期的照顧，最令醫護人員感到兩難的照顧問題，莫過於倫理與法律問題，如病患自決權、病情告知、不予及撤除維生醫療系統、急救與不急救、自動出院、預立遺囑、自然死。(莊榮彬，2000；邱泰源，1998；趙可式，1996)。

距今四十三年前(1966)，全世界排名第一的美國最有權威的臨床醫學雜誌『新英格蘭雜誌』曾針對醫師發表了以下的論點：「死亡是無法漠視的，然而在死亡的過程中人類的尊嚴卻常被忽視，欠缺考量，缺乏感性，過於科學化的護理反而忽視了人類的尊嚴。對待即將死亡的患者，我們必須時常提醒自己。也許我們可以戰勝死亡，讓病人可以多活幾天，甚至有時還會戲劇性地逃離死亡，然而終究還是得認清，人類的宿命是無法改變的。」每個人終將死亡，我們無法使病患起死回生。這種平時就須重視患者人格的卓見，美國四十多年前就已針對醫師發表在醫學雜誌上，可見國外當時就有臨終醫療的認知，在這方面台灣是需再努力(日野原重明，1997)。

2006年4月英國 National Council for Palliative Care(簡稱 NCPC)調查全國安寧緩和療護方案，過去一年內癌症和非癌症病人所占比例，住院療護為 6.1%及 93.9%，顯示非癌症病人占絕大多數。美國每年接受安寧緩和療護之病人數，從 1982 年 25,000 人，至 2007 年時已達 1,400,000 人，尤其在 1990—2000 年間大幅增加(PCO，2008，2008)。統計資料顯示，2007 年接受安寧緩和療護之病人，癌症占 41.3%、非癌症占 58.7%。加拿大安寧緩和療護之服務對象，則依不同疾病分為癌症、心血管疾病、傳染病(如 HIV/AIDS、C 型肝炎)、神經系統疾病、腎臟疾病、呼吸系統疾病等(CHPCA,2008)。

由(表 2-1)資料，英、美、加拿大等安寧緩和療護發展較完善之國家，其對象已擴展至非癌症疾病的病人，世界衛生組織於 2002

年已將安寧療護定義為促進有致命疾病之病人與家屬之生活品質而非僅限於癌症末期病人 (WHO,2002)。其它如 AIDS、老人照護單位亦開始強調將安寧緩和醫療之概念，整合應用於目前之疾病照護系統，以提升病人生活品質 (Callaway & Ferris, 2007)。故重視癌症以外生命末期疾病安寧緩和療護，非住院病人(居家、日間照護等)之需要，在國內實已刻不容緩，如何讓所有末期病人皆能善終，是國內必須重視的問題 (朱育增、吳肖琪，2009)。國內缺少安寧緩和醫療照護理念運用於非癌症生命末期病人之相關文獻資料，目前國內相關安寧療護之文獻以探討「病患身、心、靈、社會需求與家屬照顧需求及安寧療護本身」之相關文獻頗為豐碩，但針對急性與重症病房，臨床實務中照顧生命末期病患相關文獻尚屬少見，也缺乏適當的指引，二十年來癌症末期病患可獲得身、心、靈之照顧與社會全人得照顧。不過對於非癌症重症病人之緩和療護(palliative care)則尚無共識。但生命末期病人不論病因為何，均應接受高品質的照護。在台灣更是必要，每年約有三萬癌症病患需要安寧療護，以台灣地區安寧療護床位需求 (以十萬人 3.5 床計算推估值)，全台灣地區人口是 23000,000 萬人其安寧床位需求是 805 床，與實際需求差距甚遠，只能服務少數的癌末病患。多數在非安寧病房之生命末期病患，並未獲得安寧療護之人性化照顧，我們不禁要質疑「難道住在非安寧病房之生命末期病患，就不能享有人性化的醫療照顧嗎？難道他們沒有人權嗎？」如何將安寧療護理念融入每一位生命末期病患之臨床照護是一重要議題 (盧璧珍，2003)。

表 2-1 歐美與我國安寧緩和療護服務之比較

	英國	美國	加拿大	台灣
服 務 對 象	癌症	癌症	癌症	癌症
	運動神經元疾病	運動神經元疾病	神經系統疾病	運動神經元疾病
	心血管疾病/中風	心臟病；中風	心血管疾病	
	呼吸系統疾病	HIV/AIDS	呼吸系統疾病	
經 費	HIV/AIDS	肺部疾病（包括 慢性阻塞性肺病） 失智症阿茲海默症 腎臟疾病（包括 末期腎衰竭） 肝臟疾病	傳染病（如 HIV、AIDS、 C 型肝炎） 腎臟疾病	
	國民保健服務計畫 （NHS）	老人保險 私人保險	健康保險	健康保險
	民間捐助			
	一般門診	住院療護	住院療護	住院療護
服 務 類 型	住院療護	居家療護	居家療護	居家療護
	居家療護		日間療護	
	日間療護			

三、不施行心肺復甦術歷史背景與發展

討論不實施心肺復甦術，須先認識「心肺復甦術（Cardiopulmonary Resuscitation, CPR）」，是1960年由Koawenhoven醫師所發明的閉胸式心臟按摩術（closed-chest cardiac massage），目的用於拯救手術過程中因麻醉藥而引起休克的年輕病患；爾後逐漸成為醫療人員必備的救命技術（楊秀儀，2002）。後美國國家科學研究院(National Academy of Sciences)之國家研究委員會(National Research Council)於1966年正式建議全國醫師及相關之醫療從業人員學習，此技術即被廣泛應用於瀕死病患的急救過程中，逐漸成為醫療人員必備的基本技能（姜安波，1993）。傳統施行心肺復甦術，順序為A（airway）保持呼吸道通暢、B（breathing）維持呼吸、C（circulation）維持循環；至今延伸為氣管內管插管、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工

呼吸等其他救助行為。臨床上泛指人工呼吸、體外按摩與心臟電擊(陳文鐘, 2000)。CPR 是否應被使用於每一位瀕死病患身上? 早在1974年, 美國的National Conference on Standards for CPR and Emergency Cardiac Care會議中即清楚指出: 「CPR 的目的在防止非預期性的突發死亡, 對末期臨終病患並不適用。」並主張在末期臨終病患的病歷中, 需記載不予心肺復甦術(DNR)的醫囑。至1987年, 紐約州立法監督不予心肺復甦急救術的指導原則。同時在1987年, 美國總統的生物醫學倫理顧問小組出版了一本末期臨終病人可以自主決定不予或撤除維生醫療措施指南, 同時指出為此類病患施行無效的心肺復甦急救術是違反倫理的行為。在台灣, 雖然醫師明知這套心肺復甦急救術頂多只能延長短暫的瀕死期, 但醫師為免除訴訟, 仍對明知救治無望的病患進行急救(趙可式, 2000)。「醫療預立指示」由個人透過書面文件預先確立醫療意願的觀念, 是由美國學者Louis Kutner 於1930年首倡, 但一直未有正式的名稱。約在1960年的美國, 探討公民權利時, 「有尊嚴的選擇死亡」引起廣泛重視。1968年佛羅里達州首先提出生前預囑的立法草案, 但未能通過。直到1969年Kutner提出"living will"(生前預囑)一詞, 用以描述有決定能力的成人, 在尚未喪失決定能力以前, 事先對其醫療做出指示的文件。「生前」(living), 乃因這份文件在當事人死亡前即可生效。至1976年新澤西州Quinlan案和密蘇里州Cruzan案發生後, 引發了美國社會大眾、立法機關、司法機關和醫療院所高度關注病人是否有放棄維生治療的權利之問題, 進而促成了預立醫療計畫概念的推動。加州在1976年首先通過「自然死法案」(Natural Death Act), 是世界上第一個肯定病人擁有對維生醫療的決定權利之法令。加州同時立法保障末期病患拒絕心肺復甦術以及預立醫囑的權利。1983年加州再通過「永久性代理

權法案」(Durable Power of Attorney Act)，該法案允許病人指定一位醫療代理人，在自己意識不清或無法做醫療決定時，代為行使醫療決定權。而後，美國統一州法委員會(the National Conference of Commissioners on Uniform State Laws)於1985年提出「統一末期病患權利法案」(Uniform Right of the Terminally Ill Act)，允許個人預立醫囑，以指示醫師在其處於疾病末期或無法參與醫療決定時，應該「保留」還是「終止」維生醫療設備。在1989年修訂增加了指定醫療代理人的權利，即在缺乏病人預立的治療醫囑時，可由近親在不與病人可能的意願相違背的情況下，同意醫師保留或終止維生醫療。不過，該法令規範的醫療內容僅限於維生醫療，適用主體亦僅限於不可治療、無回復可能、近期內將會死亡且無法參與醫療決定的末期患者。1991年，美國聯邦政府制定「病人自決法案」(Patient Self-determination Act)，該法案要求所有參與國家醫療保險(Medicare 與 Medicaid)之醫療院所或照護機構，必須以提供書面資料的方式，告知住院的成人病患其有醫療自決的法定權益，包括接受或拒絕特定治療的權利以及預立醫囑的權利。同時承認病患「生前預囑」及「預立醫療委任代理人」的合法性，美國已通過法律支持預立指示，確保所有的病人入院時皆填寫是否「不急救、不插管、不接受人工餵食法、選擇何處去世」，以防日後身體狀況改變而緊迫面臨急救等問題(張文芸，2001；趙可式，2000；蔡麗雲等，2003；Cherniack,2002)。在紐約1988年亦立法頒佈病患可同意不施行心肺復甦術醫囑(Biegler,2003)。1993年11月，當時的美國總統柯林頓及其妻子希拉蕊雙雙簽署生前預囑與醫療代理人的文件，此舉對社會大眾起了重要的示範作用。至今，美國除密西根州、紐約州和麻薩諸塞州僅認可永久性的醫療代理權，阿拉斯加州只承認生前預囑的法律地位之外，

其他四十六個州皆立法保障生前預囑和永久性的醫療代理權。美國以外，世界各國家亦開始推動預立醫囑的立法工作。以加拿大為例，加拿大英屬哥倫比亞、亞伯達(Alberta)、薩斯克其萬(Saskatchewan)、曼尼托巴(Manitoba)、安大略(Ontario)、魁北克、諾華史高提亞(Nova Scotia)、愛德華王子島及紐芬蘭均已立法支持預立醫囑。推動預立醫囑以確保病人的自決權利，藉由適當的預立醫療計畫協助病人訂立符合自身價值觀和意願的預立醫囑，並指定醫療代理人，已逐漸成為國際趨勢。1990年傳入台灣後，逐漸在各地醫院推廣。我國「安寧緩和醫療條例」中除尊重不可治癒末期病人醫療照護意願外，同時也規範了二十歲具有行為能力者，得以預立安寧緩和醫療意願及不施予心肺復甦術做為我國醫療預立指示的法源依據。

四、臺灣之安寧緩和醫療條例

1997年台灣的安寧基金會成立『推動安寧條例立法小組』，收集各國相關法案、推動政務官員安排參觀安寧病房、舉辦座談會等等，於1999年衛生署完成「安寧緩和醫療條例」草案，於2000年5月23日立法院三讀通過「安寧緩和醫療條例」，2001年修法（附錄1-1~1-9）。這個法案除了讓安寧照護的推動於法有據之外，賦予國人在臨終時有選擇接受或拒絕CPR的權力；也賦予醫師對於末期病人，可以尊重病人預立的意願，根據病人事先簽署的「預立選擇安寧緩和醫療意願書」或「預立不施行心肺復甦術意願書」，以不施行心肺復甦術善待病人，協助病人安詳往生。從前台灣的相關醫事法規皆強調應積極搶救病患維持其生命，根據醫師法第二十一條：醫師對於危急之病症，不得無故不應召請，或無故延遲。醫師法第四十三條中載明：醫院、診所遇有危急病人，應即依其設備予以救治或採取一

切必要措施，不得無故拖延。護理人員法第二十六條：護理人員執行業務時，遇有病人危急，應立即聯絡醫師。但必要時，得先行給予緊急救護處理。法規中對於「急救」採取積極的規定，這規範使得每一位病患瀕臨危急的時候，都會接受急救處置，沒有例外。由於施行CPR的背景往往是病患已無呼吸或心跳，不施行的結果是死亡，當社會通俗的價值觀中將「死亡」視為人類最終的損失時，CPR在道德上會受到諸多的讚許。而致使台灣在此醫療體制之下，如果末期臨終病患想要拒絕急救，就最好以自動出院(Against Advice Discharge, AAD)的方式出院回家(林春香，1995；趙可式，1996)。

「安寧緩和醫療條例」共計有十五條，其內容包含立法之目的、適用對象、專有名詞之定義、簽署內容與規定、醫師義務與罰則及主管機關等，該條例通過後，(第七條)使末期病人得以有自主權安詳往生(peaceful death)的權利，賦予疾病末期之病人有拒絕施行心肺復甦術的權利；未成年人得由其法定代理人簽署不施行心肺復甦術。(第二條)末期病人指「罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已不可避免者」。(第五條)二十歲以上具有完全行為能力之人，亦得在健康時預立意願書，載明臨終時拒絕施行心肺復甦術；或「預立醫療委任代理人」，由代理人在其病重無法表達意願時，代為簽署拒絕心肺復甦術。

「安寧緩和醫療條例」中所謂的意願書係指意願人自己簽署的，也就是病人自己簽署的。不過，在臨床上末期病人往往已經陷入昏迷，故條例規定可以「同意書」替代，其方法為由其最近親屬出具同意書代替之，但不得與末期病人於意識昏迷或無法清楚表達前明示之意思表示相反。其「同意書」親屬簽署順序是依民法繼承篇的規定，當遇到意見不同時的優先順序如下：「1、配偶。2、成人直系血親卑

親屬。3、父母。4、兄弟姊妹。5、祖父母。6、曾祖父母或三親等旁系血親。7、一親等直系姻親」。

臨床上要執行「拒絕心肺復甦術」時，一定要符合以下幾個要件，1、診斷為「末期病人」。2、要有「二位醫師」診斷為末期病人。3、「病歷記載必須完整」。4、應有「意願書」或「同意書」之簽署。5、「同意書」簽署順序依法規規定。如能具備這五大要件，若仍發生醫療糾紛時，相信對臨床工作的同仁都是一份保障（王志嘉、陳聲平，2003；高碧月，2001）。而違反「安寧緩和醫療條例」所可能引起的法律責任包括：1、民事責任：侵權行為責任：「因故意或過失，不法侵害他人之權利者，負損害賠償責任。」故若被害人已死亡，可以請求侵害生命權之損害賠償；若被害人受傷者，可請求身體健康之損害賠償。2、刑事責任：刑法第十二條第一項規定：「行為非出於故意或過失者，不罰。」第二項規定：「過失行為之處罰，以有特別規定者需為限。」3、行政責任：一般包括罰鍰、停業、撤銷或廢止執業執照的項目，授權由行政機關視違法情形決定。不過，醫師若違反「安寧緩和醫療條例」第七條之規定，在本條例第十條明白規定：「醫師違反第七條規定時，處新台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」（王志嘉、陳聲平，2003）。

安寧緩和醫療條例的通過代表我國尊重生命的自我決定權及生命價值，以及維護生命的尊嚴與權益，充分顯示病患醫療自主權的被尊重，也使得末期病人的醫療決策更符合倫理的精神，此條例將能夠使每年數萬生命末期病人能得到真正應得的醫療照顧，即生有品質、死有尊嚴（蔡麗雲等，2003）。但此條例第十條也規定「醫事人員不得以加工方式縮短病人生命。」明確宣示在我國不得實行「安樂死」

(Euthanasia)(陳榮基, 1999)。在美國雖然立法推行預立指示多年, 但一般民眾或醫護人員施行率也不高, 許多研究顯示醫護人員對預立指示及 DNR 的法律知識仍嫌不足。在台灣, 安寧緩和醫療條例立法之後護理人員也未全然熟悉條例內容。末期病人過度治療的原因常見與醫師害怕訴訟的發生及家屬對治療存有過度的期待所致(蔡麗雲等, 2003; Norton & Bowers, 2001)

2006 年 10 月於南非比藍斯堡召開之第 57 屆世界醫師會大會修訂「世界醫師會關於臨終照護之威尼斯聲明」: 照顧臨終病人時, 醫師的主要任務是藉由控制病情與照顧其社會心理需求, 協助病人維持最佳的生命品質, 並使其有尊嚴、安詳地死亡。醫師應告知病人緩和照護的可得性、效益與其它可能影響。病人對於生命臨終階段之決定的自主權應得到尊重, 包括有權拒絕治療, 及要求進行可解除痛苦, 但有可能加速死亡之緩和照護。然而, 醫師在道德上應被禁止主動協助病人自殺, 包括進行不符合緩和醫療效益的任何治療在內。醫師絕不可進行任何一項完全無益於病人的處置。

五、回溯性病歷回顧

回溯性研究設計是探討曾經發生的現象, 現在的現象和過去所發生之間的關係, 也就是說, 研究者對於某些目前的結果有興趣, 並企圖找出前提因子(史麗珠、李絳桃、高淑芬、徐麗華、陳美伶, 1999)。也就是說藉由回溯性研究設計探討過去事件的因果或趨勢, 以及它們對現況的行為或業務有無可資借鏡之處。

在本研究中, 採用病歷回顧, 病歷是紀錄病人住院治療及照護過程的資料來源, 是屬於原始資料(original data), 是醫療照護團隊對病人的治療及照護的情況所書寫的第一手資料, 這些資料是醫院的永

久文件。常是提供醫療行政、法律辯護、公共衛生、醫學研究等的資料來源，正確的醫療紀錄及病歷統計，不但對病人有所助益，對於醫學的發展也有其重要的價值（方國定、李文雅，2003）。在台灣現今的醫療照護體系中，醫師與護理人員是提供最直接的治療與照護，依據民國 91 年修正之醫師法「第三章義務，第 12 條」規定：「醫師執行業務時，應製作病歷，其內容至少應載明下列事項：1、就診日期。2、主訴。3、檢查項目及結果。4、診斷或病名。5、治療、處置或用藥等情形。6、其他應記載事項。病歷由醫師執業之醫療機構依醫療法規定保存。」；依據民國 91 年修正之護理人員法「第四章業務與責任，第 25 條」規定：「護理人員執行業務時，應製作紀錄。且紀錄應由該護理人員執業之機構保存十年。」醫護人員在執行業務時，治療及照護過程均依法製作成書面記錄，故病歷可真實的反應出病人在住院治療過程中，疾病相關症狀與徵象、治療與照護的內容及病情變化。病歷的訊息來源，其製作者均為領有專業醫事人員執照的醫護人員，紀錄的內容具真實性及正確性。因此，我們可以藉由病歷上的資料，瞭解目前生命末期病人臨終前醫療處置及照護的過程。

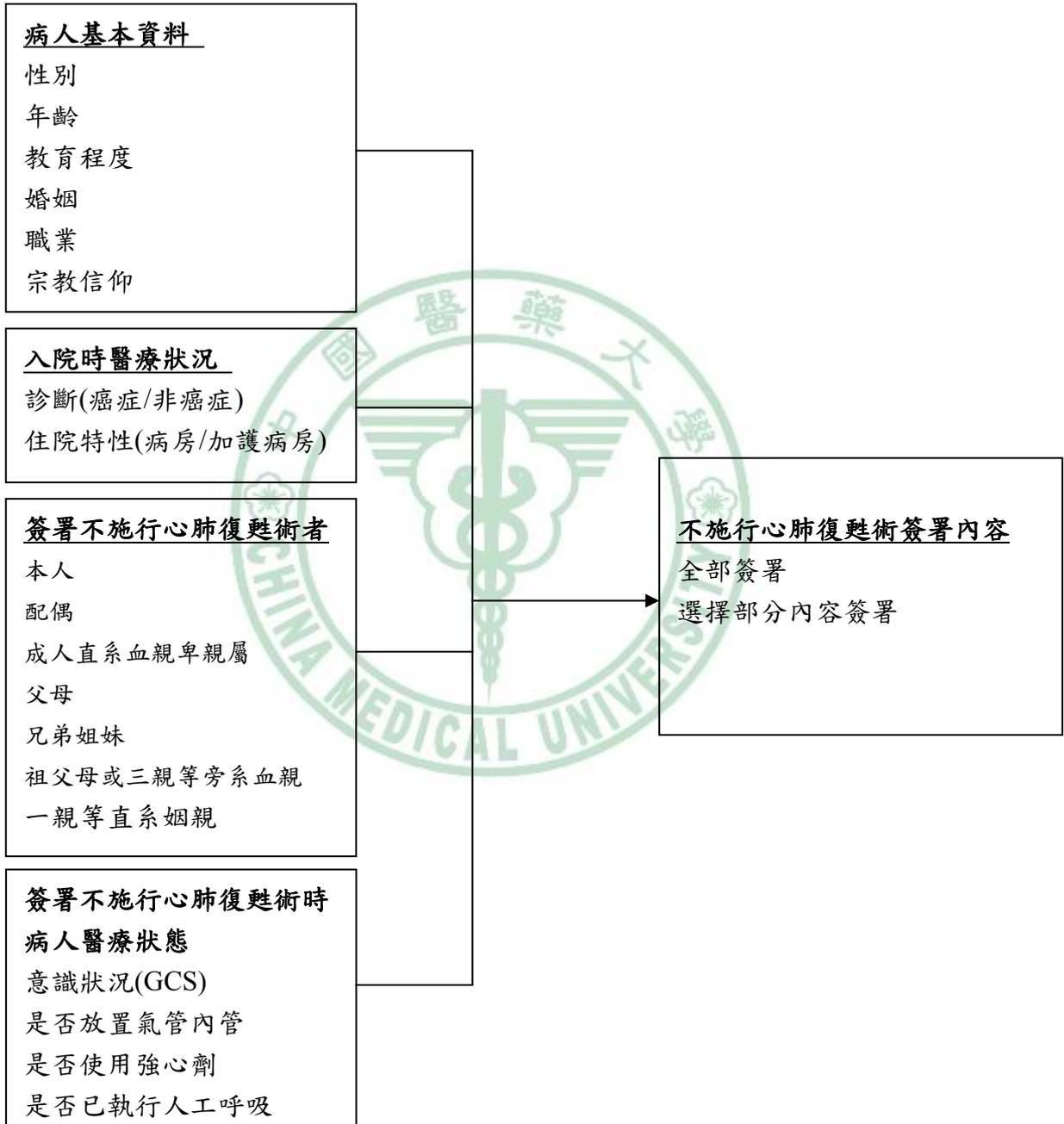
第三章 研究方法

一、研究對象與資料來源

本研究為一回溯性研究，採次級資料分析，利用病歷回顧，有系統的收集南部某區域教學醫院，就診後於急性病房(含加護病房)住院臨終之病人病歷資料，於 96 年 1 月 1 日至 97 年 12 月 31 日二年間，根據電腦檔案登記為死亡（出院死亡、臨終返家）之出院病歷 1204 例；排除急診到院前已死亡且經急救無效之病人後 736 例，經篩檢已簽署不施行心肺復甦術同意書病人共 400 例為研究對象，逐一查閱病人最後一次住院過程記錄針對醫師及護理人員所書寫之紀錄，即生命末期住院病人住院治療及照護過程之第一手原始資料，進行逐頁閱讀，紀錄、建檔及以 SPSS 進行統計分析，以了解過去生命末期病人於臨終階段的醫療及照護過程。

二、 研究架構

綜合以上文獻查證，研擬出生命末期病人的人口學特質、病人疾病特性、醫療狀態、簽署不施行心肺復甦術與病人關係等與簽署不施行心肺復甦術內容之相關因素影響，故本研究的架構圖如下：



圖：3-1 研究架構圖

註:不施行心肺復甦術(包括:氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、人工呼吸)

三、研究工具

本研究採回溯性病歷回顧，研究者查閱於 2006 年 1 月 1 日至 2007 年 12 月 31 日，生命末期病人最後一次住院的病歷，針對醫師及護理人員的紀錄逐一閱讀，再依據研究者個人及研究團隊的實際臨床工作及研究經驗、參考國內、外文獻，及專家學者等資料及意見，建立臨終病人醫療資料庫，收集病人人口學特性、醫療相關因素、以及安寧緩和醫療獲得情形。將所收集的病患資料編碼後逐一輸入各項臨床資料，系統性的將資料彙整儲存，將資料庫系統有效整合剖析資料，製定格式化表格（附錄 2）。

一、表格的內容（附錄 2）

內容包括：1.病人基本資料。2.與疾病病程相關資料。3.臨終時醫療處置的狀況。4.簽署不施行心肺復甦術之內容。5.不施行心肺復甦術簽署者。

（一）、病人基本資料

病人基本資料內容包括：姓名、性別、年齡、診斷、職業、宗教信仰、教育程度、婚姻。

（二）、與疾病病程相關資料

最後一次住院日期、死亡日期、最後一次住院地點(病房或加護病房)、疾病診斷、意識狀態。

（三）、臨終前醫療處置狀況

臨終時醫療處置的狀況主要是回顧死亡病人最後一次的住院過程中，針對：1、簽署不施行心肺復甦術之相關訊息與內容。2、不施行心肺復甦術簽署前是否已放置氣管內管或曾經病危急救，是否有強心劑藥物使用。3、心肺復甦術（CPCR）執行的情形。

四、研究變項

由臨終病人醫療資料庫之變項如下（表 3-1）：

- (一)、基本資料：性別、年齡、教育程度、宗教信仰、職業、婚姻。
- (二)、醫療狀況：診斷(癌症/非癌症)、意識狀態(GCS)、病房特性(病房/加護病房)。
- (三)、簽署不施行心肺復甦術者：本人、配偶、成人直系血親卑親屬、父母、兄弟姐妹、祖父母或三親等旁系血親、一親等直系姻親。
- (四)、簽署不施行心肺復甦術當時病人醫療狀態：意識狀況、是否放置氣管內管、是否使用強心劑、是否已執行過 CPR。
- (五)、簽署不施行心肺復甦術內容：不施行心肺復甦術（包括氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、人工呼吸或其他救治行為）。



表 3-1 研究變項操作型定義

變項名稱	操作行定義	屬性
編號		
病房類型	0：一般病房 1：加護病房	類別
病人姓名		
病歷號		
是否簽署不施行心肺復甦術	0：未簽署 1：簽署	類別
性別	0：女性 1：男性	類別
病人簽署不施行心肺復甦術時的年齡	0：44 歲以下 1：45-54 歲 2：56-64 歲 3：65-74 歲 4：75 歲以上	序位
出生日期	西元年／月／日	序位
入院日期	西元年／月／日	序位
教育程度	0：無 1：小學 2：國中 3：高中職	序位
宗教	0：無 1：佛教 2：道教 3：天主／	序位
職業	0：無 1：服務業 2：商 3：軍公教	序位
婚姻	0：未婚 1：已婚 2：離婚／分居 3：	序位
診斷是否為癌症	0：非癌症 1：癌症	類別
簽署不施行心肺復甦術日期	西元年／月／日	序位
簽署不施行心肺復甦術與死亡間隔時間	天數	序位
入病房/ICU 與死亡間隔時間	天數	序位
簽署不施行心肺復甦術時意識狀態	GCS 分數	序位
簽署不施行心肺復甦術時意識狀態	0：15 分以上 1：13-14 分 2：10-12 分 3：6-9 分 4：5 分以下	序位
簽不施行心肺復甦術時是否放置氣管內管	0：未放置 1：放置	類別
簽不施行心肺復甦術時是否已執行人工呼	0：未執行 1：執行	類別
簽不施行心肺復甦術時是否使用強心劑	0：未使用 1：使用	類別
不施行心肺復甦術簽署內容	0：部分項目簽署 1：全部項目簽署	類別
不施行心肺復甦術項目_氣管內管	0：未勾選 1：勾選	類別
不施行心肺復甦術項目_體外心臟按壓	0：未勾選 1：勾選	類別
不施行心肺復甦術項目_急救藥物注射	0：未勾選 1：勾選	類別
不施行心肺復甦術項目_心臟電擊	0：未勾選 1：勾選	類別
不施行心肺復甦術項目_人工呼吸	0：未勾選 1：勾選	類別
不施行心肺復甦術項目_其他救治行為	0：未勾選 1：勾選	類別
與病人關係	0：本人 1：配偶 2：成人直系血親卑親屬 3：父母 4：兄弟姐妹 5：三親	

五、資料處理與分析方法

本研究收集的資料，先經編碼 (coding) 建檔後，使用套裝軟體 SPSS 15.0 for windows 進行描述性統計分析及卡方檢定。資料的分析處理採次數分佈、百分比、平均值、標準差、極大值及極小值、雙變相分析、費氏精確檢定 (Fisher exact test)、卡方及兩組樣本 t 檢定 (two sample t test) 來檢定，p 值小於 0.05 據統計上意義。進一步應用羅吉斯分析探討影響簽署不施行心肺復甦術同意書內容之相關因素。

(一)、描述性統計方法

將所收集基本資料，亦依其特性及種類採用平均值、標準差、最大值、最小值、次數分佈與百分比等來描述樣本之趨勢。

1、連續變項：如年齡、意識狀態等，分別以平均值、標準差作為分佈描述。

2、類別變項：性別、婚姻狀況、教育程度、職業狀況、宗教、診斷等以百分比表示。

(二)、雙變項分析

以 Chi-square test 檢測簽署不施行心肺復甦術病人基本資料、醫療狀況、簽署不施行心肺復甦術者、簽署不施行心肺復甦術當時醫療狀態對簽署不施行心肺復甦術內容之差異性。使用兩組樣本 t 檢定 (two sample t test) 來檢定，簽署不施行心肺復甦術當時年齡，簽署不施行心肺復甦術當時與死亡間隔天數，簽署不施行心肺復甦術當時意識狀態 (GCS) 與簽署不施行心肺復甦術同意書內容之差異性。

(三)、羅吉斯迴歸 (logistic regression)

本研究以羅吉斯迴歸 (logistic regression) 分析探討影響簽署不施行心肺復甦術內容之生命末期住院病人的重要影響因素。

第四章 研究結果

一、生命末期住院病人簽署不施行心肺復甦術現況

本研究之收案為 97 年 01 月至 98 年 12 月底，其個案來源為某區域教學醫院，根據電腦檔案登記為死亡（出院死亡、臨終返家）之出院病歷。共收集 400 位個案資料(圖 4-1)。

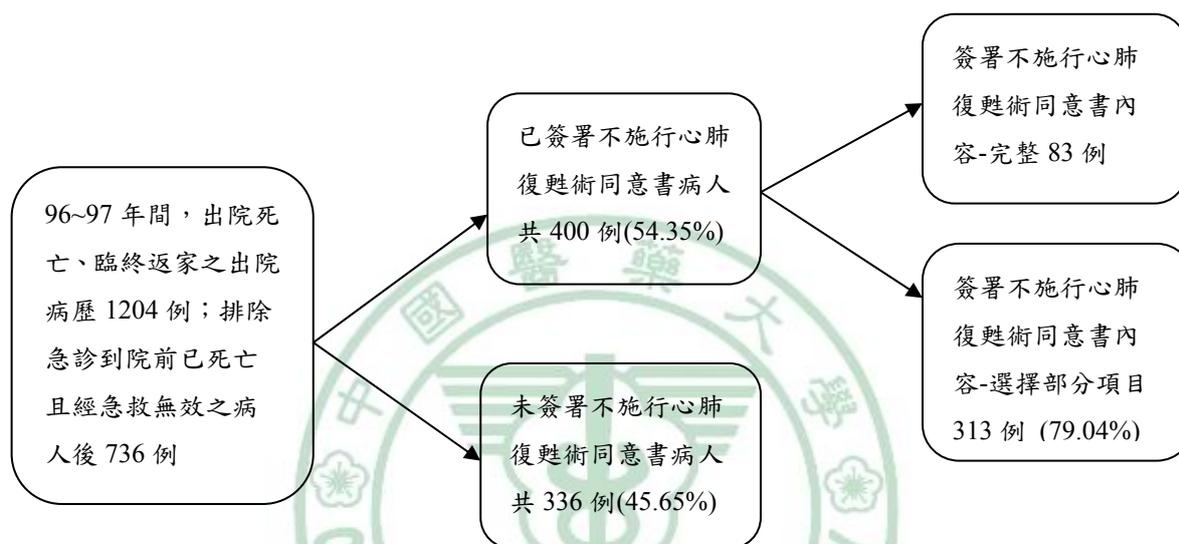


圖4-1收案結果分析圖

生命末期簽署不施行心肺復甦術，依人口學特性研究結果顯示，(n=400，表4-1)。男性較多佔248人(62.00%)，女性152人(38.00%)；簽署不施行心肺復甦術時平均年齡68.23歲(SD=16.37)；70-79歲佔最多110人(27.64%)，80歲以上次之佔103人(25.88%)。教育程度以小學較多佔154人(38.69%)；婚姻狀況已婚較多佔303人(75.94%)，鰥寡者55人(13.78%)；職業以無業者佔較多376人(95.43%)；宗教信仰以道教佔較多181人(45.71%)。入院時醫療狀況，診斷癌症病人115人(28.75%)，非癌症病人佔較多285人(71.25%)；住院特性一般病房佔較多217人(54.25%)，

加護病房183人(45.75%)。

二、不施行心肺復甦術簽署情形及簽署當時病人醫療狀態

不施行心肺復甦術簽署情形及病人當時醫療狀態，簽署內容完整性(表4-2)：全部項目簽署83人(20.96%)，部分項目簽署313人(79.04%)。簽署不施行心肺復甦術為本人簽署只佔2人(0.53%)，成人直系血親卑親屬佔最多269人(68.45%)，配偶次之64人(16.28%)。兩組樣本t 檢定結果(如表4-3)，簽署不施行心肺復甦術時與死亡間隔天數為7.57天(SD=26.29)，0天有78人(19.95%)，1-3天佔最多有160人(40.92%)，10天以上80人(20.46%)。簽署不施行心肺復甦術當時意識狀態(GCS) 平均為6.61分(SD=4.01)，15分共29人(7.38%)，13-14分15人(3.82%)，5分以下較多佔185人(47.07%)；簽署不施行心肺復甦當時未放置氣管內管佔較多214人(54.18%)；簽署不施行心肺復甦當時未執行人工呼吸佔較多207人(52.14%)；簽署不施行心肺復甦當時病人已使用強心劑佔較多225人(56.68%)；簽署內容勾選放棄項目以體外心臟按壓391人(97.75%)與心臟電擊391人(97.75%)佔最多，勾選放棄項目為急救藥物注射佔最少119人(29.75%)。

三、人口學特性與簽署不施行心肺復甦術內容完整性差異

病人人口學特性與簽署不施行心肺復甦術之內容完整性結果顯示(表4-4)。女性簽署內容完整性：簽署部分項目較高115人(76.67%)，男性簽署內容完整性：簽署部分項目較高198人(80.49%)。疾病診斷與簽署不施行心肺復甦術內容(如表4-5)，疾病診斷與簽署完整性達顯著相關($p < 0.05$)，癌症病人簽署內容完整

性：簽署部分項目較高 83 人(72.17%)；非癌症病人簽署內容完整性：簽署部分項目較高 230 人(81.85%)。住院特性與簽署不施行心肺復甦術內容完整性達顯著相關 ($p < 0.01$)，一般病房簽署內容完整性：簽署部分項目較高 151 人(70.23%)；加護病房簽署內容完整性：簽署部分項目較高 16 人(89.50%)。

四、不施行心肺復甦術簽署當時病人醫療狀態與簽署內容完整性關係

不施行心肺復甦術簽署當時病人醫療狀態與簽署內容完整性(表 4-6)；簽署者與病人關係，本人：部分項目簽署/全部項目簽署 2/0 人(100%/0.0%)，配偶：部分項目簽署/全部項目簽署 49/15 人(76.56%/23.44%)，直系血親卑親屬：部分項目簽署/全部項目簽署 216/52 人(80.60%/19.40%)，簽署時與死亡之間隔天數，0 天：部分項目簽署/全部項目簽署 64/12 人(84.21%/15.79%)，1-3 天：部分項目簽署/全部項目簽署 122/36 人(77.22%/22.78%)，10 天以上：部分項目簽署/全部項目簽署 67/13 人(83.75%/16.25%)。

簽署不施行心肺復甦術當時病人年齡，60-69 歲部分項目簽署/全部項目簽署 53/16 人(76.81%/19.28%)，70-79 歲部分項目簽署/全部項目簽署 86/23 人(78.90%/27.71%)，80 歲以上部分項目簽署/全部項目簽署 74/23 人(73.27%/32.53%)，以 two sample t test 檢定平均值間差異達顯著相關($p < 0.05$)。

簽署不施行心肺復甦術當時意識狀態(GCS)，達顯著相關 ($p < 0.05$)，總分 15 分：部分項目簽署/全部項目簽署 20/9 人(68.97%/31.03%)，總分 13-14 分：部分項目簽署/全部項目簽署 10/5 人(66.67%/33.33%)，總分 5 分以下：部分項目簽署/全部項目簽署

156/27 人 (85.25%/14.75%)。

簽署不施行心肺復甦當時使用維生系統狀態(表 4-6)，病人是否放置氣管內管達顯著相關 ($p < 0.01$)，已放置氣管內管：部分項目簽署/全部項目簽署 164/13 人 (92.66%/7.34%)，未放置氣管內管：部分項目簽署/全部項目簽署 145/69 人 (67.76%/32.24%)。簽署不施行心肺復甦當時病人是否已執行人工呼吸，達顯著相關 ($p < 0.01$)，已執行人工呼吸：部分項目簽署/全部項目簽署 174/14 人 (92.55%/7.45%)，未執行人工呼吸：部分項目簽署/全部項目簽署 137/68 人 (66.83%/33.17%)。簽署不施行心肺復甦當時病人是否已使用強心劑，達顯著相關 ($p < 0.01$)，已使用強心劑：部分項目簽署/全部項目簽署 207/14 人 (93.67%/6.33%)，未使用強心劑 172 人：部分項目簽署/全部項目簽署 106/66 人 (61.63%/38.37%)。

經由卡方檢定結果，發現是否診斷為癌症病人、住院特性、簽署不施行心肺復甦術當時年齡、簽署當時醫療狀態(意識狀態、是否放置氣管內管、是否已執行人工呼吸、是否使用強心劑)具顯著差異。再以羅吉斯迴歸分析之統計方法，控制上述各變項及性別、簽署者與病人關係，進一步探討簽署不施行心肺復甦術執行內容生命末期之住院病人之相關因素，結果顯示(如表 4-7)。簽署不施行心肺復甦術當時是否使用強心劑達統計學上顯著相關($p < 0.01$)；以未使用強心劑病人為參考組，結果顯示已使用強心劑病人簽署內容完整性為未使用強心劑病人 0.184 倍(95%CI,0.091~0.371)。

五、不施行心肺復甦術簽署當時病人醫療狀態(排除已使用任一項維生系統)之病人與簽署內容完整性關係

本研究將收案結果 400 例中，在簽署不施行心肺復甦術簽署當時

病人醫療狀態，排除已使用任一項維生系統之病人後(圖 4-2)。分析簽署內容完整性之差異及其相關性。

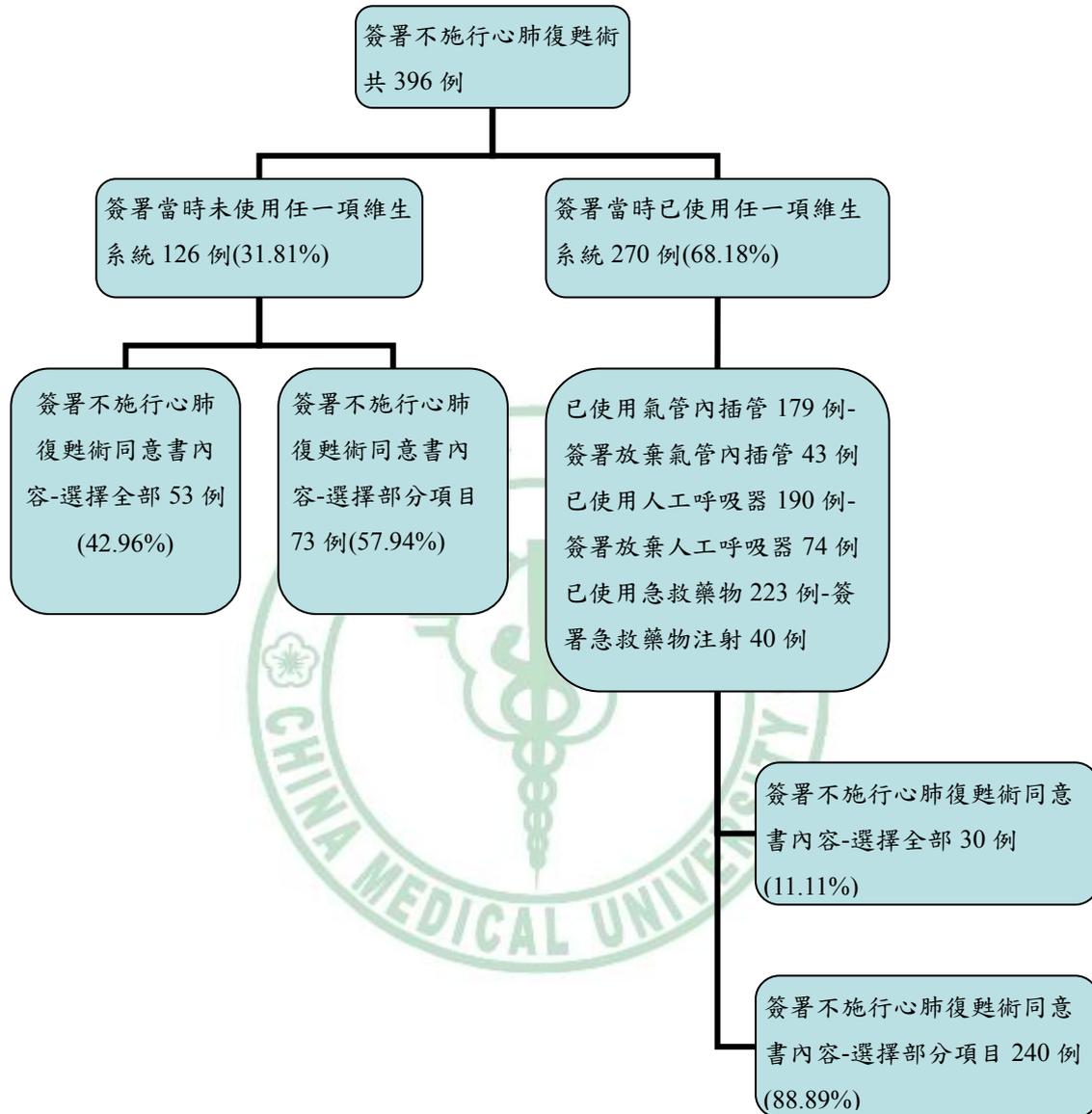


圖 4-2 排除已使用任一項維生系統病人後結果分析

經由卡方檢定結果(如表 4-8~4-10)，顯示簽署者與病人關係、簽署不施行心肺復甦術當時與死亡間隔時間具顯著差異。不施行心肺復甦術簽署當時病人醫療狀態與簽署內容完整性；簽署者與病人關係，

達顯著相關 ($p < 0.05$)。本人：部分項目簽署/全部項目簽署 1/0 人 (100%/ 0.0%)，配偶：部分項目簽署/全部項目簽署 9/11 人 (45%/55%)，直系血親卑親屬：部分項目簽署/全部項目簽署 56/30 人(65.12%/ 34.88%)，簽署時與死亡之間隔天數達顯著相關 ($p < 0.05$)，0 天：部分項目簽署/全部項目簽署 9/5 人 (64.29%/35.71%)，1-3 天：部分項目簽署/全部項目簽署 18/26 人 (40.91%/59.09%)，10 天以上：部分項目簽署/全部項目簽署 24/8 人 (75%/25%)。

羅吉斯迴歸分析統計，控制性別、是否診斷為癌症病人、住院特性、簽署不施行心肺復甦術當時年齡、簽署當時與死亡間隔時間、簽署當時意識狀態、簽署者與病人關係，探討影響簽署不施行心肺復甦術內容之相關因素，結果顯示(表 4-11)。簽署者與病人關係達統計學上顯著相關($P=0.011$)；以簽署者為配偶作為參考組，結果顯示成人直系血親卑親屬簽署內容完整性為配偶 0.146 倍(95%CI, 0.003~0.647)。

表 4-1：生命末期住院簽署不施行心肺復甦術現況分析

病人基本資料			入院時醫療狀況		
變 項	N=400	%	變 項	N=400	%
性別			是否診斷為癌症病人		
女性	152	38.00	否	285	71.25
男性	248	62.00	是	115	28.75
簽署不施行心肺復甦術時年齡 ^a			住院特性		
49 歲以下	59	14.82	一般病房	217	54.25
50-59 歲	56	14.07	加護病房	183	45.75
60-69 歲	70	17.59			
70-79 歲	110	27.64			
80 歲以上	103	25.88			
遺漏值	2				
教育程度					
無	143	35.93			
小學	154	38.69			
國中	45	11.31			
高中職	39	9.80			
大專以上	17	4.29			
遺漏值	2				
婚姻狀況					
未婚	26	6.52			
已婚	303	75.94			
離婚/分居	15	3.76			
鰥寡	55	13.78			
遺漏值	1				
職業					
無	376	95.43			
服務業	10	2.54			
商	6	1.52			
軍公教	2	0.51			
遺漏值	6				
宗教信仰					
無	102	25.76			
佛教	99	25.00			
道教	181	45.71			
天主/基督教	10	2.53			
其他	4	1.01			
遺漏值	4				

註：a：簽署不施行心肺復甦術時病人平均年齡為 68.23±16.37 歲

b：簽署不施行心肺復甦術時病人與死亡之間隔天數為 7.57±26.29 天

c：簽署不施行心肺復甦術時病人意識狀態平均 (GCS) 為 6.61±4.01 分

表 4-2：不施行心肺復甦術簽署情形及病人當時醫療狀態

變 項	N=400	%	變 項	N=400	%
簽署內容完整性			簽署內容勾選放棄內容		
部分項目簽署	313	79.04	(百分比分母為個案數)		
全部項目簽署	83	20.96	氣管內管	248	62.00
遺漏值	4		體外心臟按壓	391	97.75
簽署者與病人關係			急救藥物注射	119	29.75
本人	2	0.51	心臟電擊	391	97.75
配偶	64	16.28	人工呼吸	260	65.00
成人直系血親卑親屬	269	68.45	其他救治行為	163	40.75
父母	15	3.82	簽署內容勾選放棄內容		
兄弟姐妹	26	6.62	(百分比分母為各項目勾選次數總合)		
三親等旁系血親	2	0.51	氣管內管	248	15.78
直系姻親	15	3.82	體外心臟按壓	391	24.87
遺漏值	7		急救藥物注射	119	7.57
簽署時與死亡間隔時間 ^b			心臟電擊	391	24.87
0 天	78	19.95	人工呼吸	260	16.54
1-3 天	160	40.92	其他救治行為	163	10.37
4-6 天	38	9.72	簽署內容勾選放棄項目數		
7-9 天	35	8.95	1 項	4	1.01
10 天以上	80	20.46	2 項	83	20.96
遺漏值	9		3 項	54	13.64
簽署當時病人醫療狀態			4 項	100	25.25
意識狀態(GCS) ^c			5 項	94	23.74
15 分以上	29	7.38	6 項	61	15.40
13-14 分	15	3.82	遺漏值	4	
10-12 分	47	11.96			
6-9 分	117	29.77			
5 分以下	185	47.07			
遺漏值	7				
是否放置氣管內管					
否	214	54.18			
是	181	45.82			
遺漏值	5				
是否已執行人工呼吸					
否	207	52.14			
是	190	47.86			
遺漏值	3				
是否使用強心劑					
否	172	43.32			
是	225	56.68			
遺漏值	3				

表 4-3：不施行心肺復甦術簽署內容完整性

變項	DNR 簽署內容完整性						T-test	
	部分簽署			全部簽署			t 值	p 值
	N	平均值	標準差	N	平均值	標準差		
簽署 DNR 時年齡	311	67.26	16.66	83	71.45	15.10	-2.070	0.0389
簽署時與死亡間隔天數	307	7.80	29.10	80	7.03	11.35	0.370	0.7105
簽署時意識狀態(GCS)	308	6.18	3.91	81	8.26	3.97	-4.250	0.0001



表 4-4：病人基本特性與不施行心肺復甦術簽署內容完整性的關係

變項	不施行心肺復甦術簽署內容完整性				χ^2 -test	
	部分簽署		全部簽署		χ^2 值	p 值
	N=313	%	N=83	%		
性別					0.8213 †	0.3754
女性	115	76.67	35	23.33		
男性	198	80.49	48	19.51		
簽署不施行心肺復甦術時年齡					4.9770	0.2897
49 歲以下	51	86.44	8	9.64		
50-59 歲	47	83.93	9	10.84		
60-69 歲	53	76.81	16	19.28		
70-79 歲	86	78.90	23	27.71		
80 歲以上	74	73.27	27	32.53		
教育程度					2.0044	0.735
無	111	78.17	31	21.83		
小學	119	78.81	32	21.19		
國中	34	75.56	11	24.44		
高中職	33	84.62	6	15.38		
大專以上	15	88.24	2	11.76		
婚姻狀況					1.8241	0.6097
未婚	23	88.46	3	11.54		
已婚	234	78.26	65	21.74		
離婚/分居	11	73.33	4	26.67		
鰥寡	44	80.00	11	20.00		
職業					0.6379 †	1
無	292	78.49	80	21.51		
服務業	8	80.00	2	20.00		
商	5	83.33	1	16.67		
軍公教	2	100.00	0	0.00		
宗教信仰					3.3978 †	0.3973
無	80	78.43	22	21.57		
佛教	76	76.77	23	23.23		
道教	144	81.36	33	18.64		
天主/基督教	7	70.00	3	30.00		
其他	2	50.00	2	50.00		

註：†：Fisher's Exact Test

表 4-5: 入院時醫療狀況與不施行心肺復甦術簽署內容完整性的關係

變項	不施行心肺復甦術簽署內容完整性				χ^2 -test	
	部分簽署		全部簽署		χ^2 值	p 值
	N=313	%	N=83	%		
是否診斷為癌症病人					4.6124 †	0.0409
否	230	81.85	51	18.15		
是	83	72.17	32	27.83		
住院特性					22.0274 †	<.0001
一般病房	151	70.23	64	29.77		
加護病房	162	89.50	19	10.50		

註：†：Fisher's Exact Test



表 4-6:不施行心肺復甦術簽署當時病人醫療狀態與簽署內容完整性關係

變項	不施行心肺復甦術簽署內容完整性				χ^2 -test	
	部分簽署		全部簽署		χ^2 值	p 值
	N=313	%	N=83	%		
簽署者與病人關係					12.5551 †	0.091
本人	2	100.00	0	0.00		
配偶	49	76.56	15	23.44		
成人直系血親卑親屬	216	80.60	52	19.40		
父母	14	93.33	1	6.67		
兄弟姐妹	20	76.92	6	23.08		
三親等旁系血親	0	0.00	2	100.00		
直系姻親	9	64.29	5	35.71		
簽署者與病人關係					1.0763	0.5838
配偶	49	76.56	15	23.44		
成人直系血親卑親屬	216	80.60	52	19.40		
其他親屬	43	75.44	14	24.56		
簽署時與死亡間隔時間					4.9617	0.2912
0 天	64	84.21	12	15.79		
1-3 天	122	77.22	36	22.78		
4-6 天	30	78.95	8	21.05		
7-9 天	24	68.57	11	31.43		
10 天以上	67	83.75	13	16.25		
簽署當時病人醫療狀態						
意識狀態(GCS)d					12.7847 *	0.0124
15 分以上	20	68.97	9	31.03		
13-14 分	10	66.67	5	33.33		
10-12 分	30	65.22	16	34.78		
6-9 分	92	79.31	24	20.69		
5 分以下	156	85.25	27	14.75		
是否放置氣管內管					36.2354 †	<.0001
否	145	67.76	69	32.24		
是	164	92.66	13	7.34		
是否已執行人工呼吸					39.3011 †	<.0001
否	137	66.83	68	33.17		
是	174	92.55	14	7.45		
是否使用強心劑					61.2336 †	<.0001
否	106	61.63	66	38.37		
是	207	93.67	14	6.33		

註：†：Fisher's Exact Test

表 4-7:不施行心肺復甦術簽署完成性邏輯思複迴歸分析

變 項	不施行心肺復甦術簽署完成性				
	迴歸係數	Odds Ratio		95% CI	P-value
截距	-0.468				0.608
性別					
女性(參考組)					
男性	-0.115	0.891	0.452	1.755	0.739
簽署不施行心肺復甦術時年齡					
49 歲以下(參考組)					
50-59 歲	0.336	1.400	0.381	5.145	0.613
60-69 歲	1.059	2.884	0.813	10.228	0.101
70-79 歲	0.780	2.181	0.641	7.425	0.212
80 歲以上	1.051	2.861	0.766	10.693	0.118
是否診斷為癌症病人					
否(參考組)					
是	-0.147	0.864	0.409	1.824	0.701
住院特性					
一般病房(參考組)					
加護病房	-0.239	0.787	0.339	1.828	0.578
簽署者與病人關係					
配偶(參考組)					
成人直系血親卑親屬	-0.722	0.486	0.203	1.163	0.105
其他親屬	-0.060	0.942	0.320	2.775	0.913
簽署時與死亡間隔時間					
0 天(參考組)					
1-3 天	0.277	1.319	0.531	3.278	0.551
4-6 天	-0.466	0.628	0.187	2.107	0.451
7-9 天	-0.099	0.906	0.250	3.281	0.880
10 天以上	-0.694	0.499	0.166	1.507	0.218
簽署當時病人醫療狀態					
意識狀態(GCS)					
15 分以上(參考組)					
13-14 分	0.691	1.996	0.401	9.933	0.398
10-12 分	0.663	1.941	0.588	6.413	0.277
6-9 分	0.176	1.192	0.411	3.459	0.747
5 分以下	0.122	1.130	0.366	3.490	0.832
是否放置氣管內管					
否(參考組)					
是	-0.407	0.666	0.221	2.008	0.470
是否已執行人工呼吸					
否(參考組)					
是	-0.777	0.460	0.155	1.364	0.161
是否使用強心劑					
否(參考組)					
是	-1.799	0.166	0.078	0.350	<.0001

註：迴歸模式依變項分為不施行心肺復甦術完整簽署(n=74)與不施行心肺復甦術部分簽署 (n=296)兩組，

表 4-8:排除維生系統後之病人-病人基本特性與不施行心肺復甦術簽署內容完整性的關係

變項	DNR 簽署內容完整性				χ^2 -test	
	部分簽署		全部簽署		χ^2 值	p 值
	N=73	%	N=53	%		
性別					0.0905 †	0.853
女性	27	56.25	21	43.75		
男性	46	58.97	32	41.03		
簽署 DNR 時年齡					1.7789	0.7763
49 歲以下	8	53.33	7	46.67		
50-59 歲	11	68.75	5	31.25		
60-69 歲	13	54.17	11	45.83		
70-79 歲	22	62.86	13	37.14		
80 歲以上	19	52.78	17	47.22		
教育程度					3.3404	0.5026
無	28	58.33	20	41.67		
小學	27	57.45	20	42.55		
國中	6	42.86	8	57.14		
高中職	10	76.92	3	23.08		
大專以上	2	50.00	2	50.00		
婚姻狀況					0.7797 †	0.9082
未婚	1	50.00	1	50.00		
已婚	58	59.18	40	40.82		
離婚/分居	2	40.00	3	60.00		
鰥寡	12	57.14	9	42.86		
職業					2.9326 †	0.5574
無	69	57.50	51	42.50		
服務業	1	33.33	2	66.67		
商	2	100.00	0	0.00		
軍公教	2	100.00	0	0.00		
宗教信仰					2.6162 †	0.6321
無	21	63.64	12	36.36		
佛教	15	48.39	16	51.61		
道教	34	60.71	22	39.29		
天主/基督教	2	66.67	1	33.33		
其他	1	33.33	2	66.67		

註：†：Fisher's Exact Test

表 4-9:排除維生系統後之病人-入院時醫療狀況與簽署內容完整性的關係

變項	DNR 簽署內容完整性				χ^2 -test	
	部分簽署		全部簽署		χ^2 值	p 值
	N=73	%	N=53	%		
是否診斷為癌症病人					0.3588 †	0.5911
否	36	55.38	29	44.62		
是	37	60.66	24	39.34		
住院特性					0.1566 †	0.7904
一般病房	63	57.27	47	42.73		
加護病房	10	62.50	6	37.50		

註：†：Fisher's Exact Test



表 4-10: 排除維生系統後之病人-簽署情形及病人當時醫療狀態與簽署內容完整性的關係

變項	DNR 簽署內容完整性				χ^2 -test		
	部分簽署		全部簽署		χ^2 值	p 值	
	N=73	%	N=53	%			
簽署者與病人關係					8.2658	†	0.1447
本人	1	100.00	0	0.00			
配偶	9	45.00	11	55.00			
成人直系血親卑親屬	56	65.12	30	34.88			
父母	0	0.00	1	100.00			
兄弟姐妹	4	50.00	4	50.00			
三親等旁系血親	0	0.00	1	100.00			
直系姻親	3	37.50	5	62.50			
簽署者與病人關係					5.8764		0.053
配偶	9	45.00	11	55.00			
成人直系血親卑親屬	56	65.12	30	34.88			
其他親屬	7	38.89	11	61.11			
簽署時與死亡間隔時間					10.8309	*	0.0285
0 天	9	64.29	5	35.71			
1-3 天	18	40.91	26	59.09			
4-6 天	13	72.22	5	27.78			
7-9 天	9	60.00	6	40.00			
10 天以上	24	75.00	8	25.00			
簽署當時病人醫療狀態							
意識狀態(GCS)d					3.3244		0.5051
15 分以上	15	62.50	9	37.50			
13-14 分	4	44.44	5	55.56			
10-12 分	9	47.37	10	52.63			
6-9 分	28	66.67	14	33.33			
5 分以下	16	53.33	14	46.67			

註：†：Fisher's Exact Test

表 4-11:排除維生系統後之病人-不施行心肺復甦術簽署完整性邏輯思複迴歸分析

變 項	DNR 簽署完整性				
	迴歸係數	Odds Ratio	95% CI	P-value	
截距	0.646				0.602
性別					
女性(參考組)					
男性	0.349	1.418	0.419	4.801	0.575
簽署 DNR 時年齡					
49 歲以下(參考組)					
50-59 歲	-1.222	0.295	0.046	1.877	0.196
60-69 歲	0.811	2.251	0.347	14.604	0.395
70-79 歲	-0.200	0.819	0.139	4.839	0.826
80 歲以上	0.750	2.117	0.287	15.599	0.462
是否診斷為癌症病人					
否(參考組)					
是	-0.647	0.524	0.170	1.617	0.261
住院特性					
一般病房(參考組)					
加護病房	-0.134	0.875	0.202	3.782	0.858
簽署者與病人關係					
配偶(參考組)					
成人直系血親卑親屬	-1.926	0.146*	0.033	0.647	0.011
其他親屬	-0.133	0.875	0.198	3.879	0.861
簽署時與死亡間隔時間					
0 天(參考組)					
1-3 天	1.313	3.715	0.792	17.422	0.096
4-6 天	0.275	1.316	0.216	8.006	0.765
7-9 天	0.442	1.556	0.230	10.550	0.651
10 天以上	-0.702	0.496	0.093	2.638	0.411
簽署當時病人醫療狀態					
意識狀態(GCS)					
15 分以上(參考組)					
13-14 分	0.421	1.523	0.187	12.426	0.695
10-12 分	-0.283	0.754	0.162	3.496	0.718
6-9 分	-0.746	0.474	0.129	1.740	0.261
5 分以下	0.184	1.201	0.287	5.031	0.802

註：迴歸模式依變項分為 DNR 完整簽署(n=48)與 DNR 部分簽署 (n=71)兩組

第五章 討論

一、生命末期住院病人簽署「不施行心肺復甦術」之現況

本研究簽署不施行心肺復甦術病患共 400 人，簽署內容為全部簽署者為 83 人 (20.96%)，選擇部分簽署為 313 人 (79.04%)；簽署不施行心肺復甦術為本人簽署只佔 2 人，97.75%「不施行心肺復甦術同意書」由親屬簽署，92.55%簽署當時病人非意識清楚。此研究結果顯示多數病人未參與決策，與國內外多項研究結果相同，國內周燕玉 (2006) 研究 82% 的病患在意識清醒的時候，未曾談論過不施行心肺復甦術的相關事宜，家屬作決策時，較無法根據病患的意願來判斷。臨床上多數醫師建議家屬簽署不施行心肺復甦術 (DNR) 時，往往病患通常已在彌留狀態 (易煥德等，1995)。翁芝爾等 (2005) 研究指出，有 58.2% 護理人員會主動向病患家屬說明不施行心肺復甦術 (DNR)。Liu 等人 (1999) 曾針對台灣某癌症治療中心臨床試驗病人簽署不施行心肺復甦術同意書的狀況進行調查，結果發現簽署不施行心肺復甦術同意書的時間點和國外相比，明顯地病情較嚴重且更接近臨終，此外在 114 位簽署同意書的病人中，僅有一位是經過本人同意，其餘均由家屬代理同意。根據國外多項研究結果，此與本研究結果一致。以美國為例儘管制定法規與行政程序，65 歲以上老人只有約 1/3 有預立醫療指示 (Gordon NP, Shade SB 1999)。Wrenn & Brody (1992) 指出醫護人員與家屬皆擔心告知病人真相會傷害病患，當病患病情危急時，需考慮簽署不施行心肺復甦術，通常會先詢問與家屬商量不施行心肺復甦術事項。Huang CH, Hu WY, Chiu TY, Chen CY (2008) 研究指出有自主能力末期患者自行簽署意願書情形，簽署意願書共 117 份 (77%)，17.9% 人親自簽署，29.9% 病人參與會談而由家人簽署，52.1% 僅由家人會談並由家人簽署；未簽意願書者共 35 位 (23%)，51.4% 病

人參與會談，48.6%僅由家人參與會談。臨床執行不施行心肺復甦術通常在疾病治療無效時、疾病已到無法醫療其生命品質太差、或其治療太過於耗費有限醫療資源時，由病患或家屬決定，或由家屬與醫師共同討論決定，其中少見為病人自行作不施行心肺復甦術之決定

(McClung & Kamer,1990)。Weiss 與 Hite (2000) 的研究中，58% 不施行心肺復甦術完全由代理決策者決定。加護病房中病人病情或是醫療因素以致對醫療決策的參與減少，此時醫護人員傾向對家屬告知病情；醫護人員本身對疾病末期醫療處置態度，也常受家屬及病人對醫療態度而影響因此病人參與治療決策過程度下降 (Sainio,Eriksso & Lauri, 2001；Gattellari, Voigt,Butow & Tattersall,2002)。照顧者隱瞞病情是為保護病人免於傷痛所致，但對 2850 位病人作研究發現，不論是疾病末期病人或是非疾病末期病人，80%以上都表示希望多瞭解自己的疾病相關訊息，但是中國人是一個對死亡極度恐懼的民族，當病人患有不可治癒之疾病時，人們通常會害怕去談論疾病及死亡 (Yeung, 1999)。胡文郁等人(2001) 研究指出我國生命末期病人的自主權通常是在家庭的力量之下，長久以來末期病人的病情告知通常是在家庭的操控下而不被告知，多數的醫師都以家庭為病情告知的單位，擔心告知病情真相會傷害病人，乃是基於不傷害原則，卻因此忽略倫理中的自主原則，忘了病人確實有知的權利。國內外開放性問卷中也指出，醫師 (56%) 與護理人員 (54.4%) 皆認為告知病情可能會造成病人負面的情緒，其次為負面的行為，所以臨床上多數是採取對病人不告知病情，轉而告知家屬。病情告知的醫療倫理困境就此產生；醫師在法令及責任下應該告知病人病情，但基於國情文化因素，醫師及家屬常會擔心病情告知可能會帶給病人無情且嚴重的打擊，家屬擔心病人在知悉病情之後無法接受打擊，會做出非理智的行為，常

常要求醫師協助隱瞞病情，干預病人對疾病實情的瞭解（陳民虹、蔡甫昌，1996；Fallowfield, Jenkins & Beveridge, 2002），多數研究指出當病人罹患不可治癒疾病時，病人多希望知道病情真相及癒後，但卻僅少數病人確實知道疾病實情，當病人瞭解治療之危險及利益後，才能作正確且適當醫療抉擇（Price & Kish, 2001）。在疾病末期時，當病人或家屬對疾病末期的治療及癒後有不切實際的想法時，將會影響其病人的善終(good death)。但為了讓家屬做準備卻要付出增加病人痛苦、浪費醫療資源、讓病人無法善終等代價，只顧及家屬的權益，卻忽略病人自主權及病人利益的醫療模式，在目前生命末期照護中顯而易見，這樣的代價是否值得？

二、比較生命末期住院病人簽署「不施行心肺復甦術」內容之人口學特性差異。

本研究由描述性資料顯示人口學特性差異中，年齡於 70 歲以上佔 213 人(53.51%)，簽署不施行心肺復甦術時平均年齡為 68.23 歲 (SD=16.37)；以雙變項檢定分析簽署時年齡與其簽署不施行心肺復甦術內容完整性達顯著相關 ($p < 0.05$)。Hariharan, Moseley, Kumar, Walrond & Jonnalagadda(2003)及 Tschann, Kaufman & Micco (2003) 的研究結果顯示，病患的年齡會影響家屬對不施行心肺復甦術的態度，年齡大於 75 歲之病患家屬比較認同不施行心肺復甦術的主張，也會認同對病患所受到照護。Yu-Chen Huang、Sheng-Jean Huang、Wen-Je Ko (2009) 研究針對國內某醫學中心臨終患者對回家「壽終正寢」之需求，與年齡、婚姻關係、教育水準、簽署「不施行心肺復甦術」有顯著相關性。此結果因應當前老年末期之緩和醫療需求照顧模式之議題。在臨床服務方面，許多歐美先進國家已經開始將安寧緩

和醫療應用於「非癌症」的末期病人。老年病人轉介緩和醫療的時機，不是基於存活期的長短，而是基於「需求」在老年醫學的領域中，末期照顧（end-of-life care）實屬相當重要的一環。目前健保給付的範圍僅限於末期癌症以及運動神經元疾病。事實上，無論在何種照顧體系、哪一種疾病診斷，許多老人皆可能在死亡之前的數天、數月、乃至於數年間，遭受到疾病所引起的各種症狀的折磨、面臨到功能的喪失、並且產生家人照顧上的重擔。Francesc, Alfons, Margarita, (2008) 研究結果顯示年齡對於生命末期需求有差別，對於安寧緩和醫療應以年齡來區分與執行。由於急重症醫療的發達以及各種維生設備的使用，在某些情況下雖然延長了生命，卻大大降低了生活品質。無論是否為癌症病人，對於安寧緩和醫療，都有著同樣的需求（彭仁奎、邱泰源、陳慶餘，2007）。

三、癌症病人與非癌症病人簽署「不施行心肺復甦術」內容差異。

本研究結果簽署「不施行心肺復甦術」中，診斷為癌症285人（71.25%），非癌症115人（28.75%），因研究醫院為2008年始成立腫瘤醫學中心及安寧緩和病房，故個案數有差異。雙變項分析檢定，診斷是否為癌症與簽署「不施行心肺復甦術」之內容完整性呈顯著性相關（ $p < 0.05$ ）。美國Derek, Geoffrey (1999) 的研究顯示在美國非癌症病人接受安寧緩和療護之人數占36%。Higginson (1997) 用隨機取樣的方式而以人口為根基的死亡研究顯示，根據對遺族的調查，非癌症臨終者前一年的症狀數較癌症臨終者多而根據廣泛的研究顯示：患慢性阻塞性疾病，心臟衰竭，運動神經元疾病，末期腎臟衰竭，和後天免疫不全的病人及其它許多非癌症之病人，其臨終前一年存有許多沉重

的症狀，及溝通的困難與未解決的需求。更多而強烈的證據顯示非癌症臨終者需要安寧緩和醫療。我國自安寧病房的設立及安寧緩和醫療條例實施後，二十年來癌症末期病患可獲得身、心、靈之照顧與社會全人得照顧。緩和照護的最終目標是追求病人善終與其家屬之安心無憾。這樣觀念不僅可以應用在癌末病人的治療上，也可以提早運用在其他末期疾病的治療過程。不過對於非癌症末期病患，尤其是重症病患之緩和療護(palliative care)則尚無共識（蔡翊新等，2007）。哪些病人是不行心肺復甦術的適用對象呢？從醫學倫理的觀念，下列末期病人應該都符合不予施行心肺復甦術的條件：包括末期癌症患者、多發性器官系統衰竭（多重器官系統衰竭）者、末期知器官衰竭者（譬如肝臟衰竭或肝硬化末期、心臟衰竭、呼吸衰竭、腎功能衰竭或洗腎末期病人）、腦衰竭（如極重度老人失智症、嚴重中風、永久植物人狀態）、運動神經元萎縮症及愛滋病人呼吸衰竭時（邱泰源、陳榮基，2007）。非癌症疾病之緩和醫療在世界各地和台灣的需求日增，也是目前安寧緩和醫療發展之趨勢。目前各類證據和文獻皆顯不足，期待醫學界更進一步研究（徐子恒，蔡世滋，2006）。

四、比較簽署「不施行心肺復甦術」當時病人醫療狀態與簽署內容之相關性。

簽署不施行心肺復甦術時與死亡之間隔天數，依本研究結果顯示，簽署時與死亡平均間隔天數為7.58（SD=29.97）；三天內佔60.86%；68.18%簽署當時已使用任一項維生系統。依國內外研究顯示，2003年至2006年，簽署「不施行心肺復甦術同意書」之比例雖明顯增加，然80%以上仍屬於晚期簽署(Late DNR)（蔡翊新等，2007）。周燕玉（2006）研究結果病患於家屬簽下「不施行心肺復甦術同意書」

後至死亡當日的平均天數為 3.4 ± 5.2 天。Tschann,Kaufman & Micco (2003) 的研究簽署不施行心肺復甦術當時與死亡之間隔結果 4.8 ± 6.9 天。韓國Do Yeun Kim等人(2007)研究顯示四個癌證醫學中心中性目前尚無相關的量性研究顯示,簽署「不施行心肺復甦術同意書」後至死亡當日的平均天數為7 天。德國Gerhild, Robert, Manfred, Carola,F elix,and Hubert(2007)研究簽署「不施行心肺復甦術同意書」後至死亡當日的平均天數為5.6天。一份以住院病人為調查對象的研究顯示,在病人已表示不接受心肺復甦術、但醫師卻沒有開立醫囑的個案中,醫師所持的理由包括:覺得病人並沒有馬上死亡的危險(佔56%);認為病人的家庭醫師(primary physician)才應該與病人討論不施行心肺復甦術的議題(佔49%);缺乏適當的討論時機佔43% (Colvin, Welch, Myhre,1993)。一項針對已完成預立醫囑的病人所作之調查顯示:病人住院時只有26%的病人之預立醫囑被醫療人員注意到 (Morrison, Olson, Mertz,1995)。然預估生命末期病人存活期或臨終階段進入即將死亡的過程估計相當困難的 (Van,Simon,2006)。目前尚無相關的量性研究顯示,在什麼時間點討論或簽署不施行心肺復甦術同意書最恰當。根據Lasern (1999)的質性訪談研究顯示,若能越早與家屬討論不施行心肺復甦術的相關事宜,家屬會有較充分的時間審視即將面臨的決策及其後果。

簽署不施行心肺復甦當時病人是否已放置氣管內管;是否已執行人工呼吸;是否已使用強心劑;本研究以雙變項分析檢定,此三項簽署當時之醫療處置狀況與簽署內容是否完整達顯著相關 ($p < 0.01$)。羅吉斯複回歸分析簽署不施行心肺復甦當時病人是否已使用強心劑達與簽署內容是否完整達亦顯著相關 ($p < 0.01$)。與國內外多項研究結果相符,研究指出,病人及家屬對疾病有不切實際的想法時,將會

影響病人善終之達成相符在加護單位中家屬最經常面臨「救與不救」的抉擇，大部分的家屬對於急救的過程及結果並不了解，擔心放棄急救是否剝奪自己親人生存的權利(Norton & Bower,2001;Sahm S, Will R, Hommel G,2005; Masuda Y, Fetters MD, Hattori A, et al.,2003)。在緊急情況下，家屬的態度往往影響醫護人員之醫療決策而忽視病患的自主權，此現象不僅是疾病末期老人的悲哀，也造成家屬心中的矛盾，生命末期照護之精神，應適用於臨床實務中之任何情況，不應只侷限於安寧病房中。第一線護理人員無法將這些處置做適當說明時，很難讓病人或其家屬產生客觀的抉擇(Thibault-Prevost, Jensen, & Hodgins, 2000)。癌症末期的安寧照護已推廣多年，善終照顧的理念已漸為國人接受；相較之下，非癌症之病危患者，許多人經搶救，仍無力回天，卻因缺乏安寧照護的作法，往往全身插滿管線，無意義延長死亡過程，徒增臨終前的痛苦。Somogyi, Zhong, Hamel, Lynn (2002) 研究指出有 70%在醫院往生之老人希望追求舒適善終而非延命治療,但 63%最終仍被施予無效醫療而延命。ICU 的重症病人於治癒性治療無效時，應以病人為中心，減少其死亡過程的痛苦使其能善終，持續給予治癒性治療是較不適當的 (Prendergase, Puntillo,2002；Truog, Campbell, Curtis, Haas, Luse, Rubinfeld,2008) 美國的研究發現，幾乎將近一半的死亡個案在死前都接受了侵入性的治療(包括加護病房與呼吸器的使用)。很多病人都是待在加護病房很長的時間後，在瀕死前才簽立了不予急救的意願書 (Emanuel, Weinberg, Gonin, 1993)。這樣的現象似乎在我國更加嚴重，衛生署中央健康保險局民國 88 年的研究顯示，在健保的臨終成本中，半數以上的費用集中在病人死亡前的三個月。並且老年癌症患者於死亡前使用較多住院、侵入性與維生性治療 (Liu JM,1999；黃宣穎、蔡甫昌，2005)。國內的醫師、家屬

對 ICU 的安寧療護，多半仍採逃避態度，所以簽署放棄急救時，往往病人已裝上呼吸器等維生設備。重症患者應在生命徵象還穩定時，就考慮生命末期照護，最好在進 ICU 後的一、二天內就討論不施行心肺復甦術之議題（薛桂文，2006）。在本研究中 400 個案中簽署不施行心肺復甦術執行內容有 83 為選擇全部不施行；排除已使用任一項維生系統之病人 126 位中有 53 位選擇全部不施行。未曾使用維生系統經驗之病人，選擇不施行心肺復甦術生命末期照護堅持度較高。

五、台灣安寧緩和醫療條例施行現況

本研究結果顯示有 2 份「不施行心肺復甦術」同意書由本人簽署但無見證人，7 份「不施行心肺復甦術」為朋友簽署，非法定代理人，27 位意識清醒病人，由最近親屬簽署「不施行心肺復甦術」同意書，30 例已使用任一項維生系統之病人選擇「不施行心肺復甦術」全部項目，43 例已使用氣管內插管選擇簽署不予氣管內插管，74 例已使用人工呼吸器選擇簽署不予呼吸器，40 例已使用急救藥物選擇簽署不予急救藥物注射。在美國雖然立法推行預立指示多年，許多研究顯示醫護人員對預立指示及 DNR 的法律知識仍嫌不足，對心肺復甦術等維生處置內容不瞭解（Cherniack,2002）。台灣安寧緩和醫療條例立法之後護理人員也未全然熟悉條例內容，以結構式問卷做資料收集，探討其對安寧緩和醫療條例內容的瞭解程度，結果發現有 18.8% 完全不瞭解及 47.5% 少部分瞭解(蔡麗雲，2003)；某醫學中心三個癌症照顧相關病房的醫護人員，發現不及 17.4 的醫護人員認為已經完全了解安寧緩和醫療條例內容等（胡文郁，2001）。研究發現有 29% 加護病房護理人員與 18.3% 的醫師沒有聽過安寧緩和醫療條例（馮雅芳，2002）。安寧緩和醫療條例是為安寧及緩和醫療病房之病患所制定的

條例，答對率僅 23.7% (趙白玫，2007)。與本研究結果一致，因此應進一步提供醫護人員對於安寧緩和條例之認識、觀念的澄清與臨床的運用技巧。



第六章 結論與建議

一、結論

本研究旨在瞭解影響生命末期住院病人簽署不施行心肺復甦術內容之相關因素探討。利用病歷回顧，有系統的收集南部某區域教學醫院，就診後於急性病房(含加護病房)住院臨終之病人病歷資料，於96年1月1日至97年12月31日二年間，根據電腦檔案登記為死亡(出院死亡、臨終返家)之出院病歷1204例，經篩檢已簽署不施行心肺復甦術同意書病人共400例為研究對象。根據本研究之研究目的、概念架構及研究結果，作出以下結論。

本研究簽署不施行心肺復甦術病患共400人，簽署內容以選擇部分內容簽署佔79.04%；簽署勾選放棄項目以急救藥物注射佔最少29.75%。主要因素與國人認為必須留一口氣回家，家屬通常認為持續急救藥物注射可幫助病人維持「留一口氣回家」。簽署不施行心肺復甦術，簽署者多數為親屬97.75%而非本人。有違倫理中的自主原則，病人有知的權利。因此醫療團隊應同時與病人及家屬討論有關「不施行心肺復甦術」的問題；在決定簽署不施行心肺復甦術的過程中，醫療團隊應召開家屬座談會，提供病人與家屬詢問與澄清的機會，儘可能降低讓家屬獨自在匆促的情況下做決定。

由描述性資料顯示人口學特性差異中，簽署「不施行心肺不施行心肺復甦術年齡與其簽署不施行心肺復甦術內容完整性達顯著相關($p < 0.05$)。老年緩和醫療的時機，不是基於存活期的長短，而是基於「需求」在老年醫學的領域中，在生命末期照顧(end-of-life care)實屬相當重要的一環。

簽署不施行心肺復甦術當時病人醫療狀態與簽署內容之有多項顯著相關性。因此醫療團隊應考慮較更提早介入與病人及家屬討論有

關不施行心肺復甦術的問題；預先告知病人及家屬在疾病末期身體可能出現的症狀，提升家屬對病患身體外觀改變的認知，並減輕其擔心與焦慮。當病患或家屬已經簽署不施行心肺復甦術時，應調整病患的治療，盡量減低無效醫療之運用而導致病患的不適；並適時的給予病患止痛、鎮靜藥物及物理方法，來緩解病患的疼痛與不適。

二、建議

根據以上的研究結果及討論，可以瞭解影響生命末期簽署不施予心肺復甦術的相關因素，並提出以下之建議：

(一)、老年生命末期照護

應更正視面對疾病末期老人執行不施行心肺復甦術相關問題，以坦然的態度和老人、家屬及醫師共同討論末期醫療的處置方式，幫助病人或家屬面臨此問題時做出適當的決策，提供疾病末期老人完善的臨終照護，使臨終病人獲得較好的生活品質與尊嚴。

(二)、預立安寧緩和醫療意願書

行政院衛生署於 2006 年 5 月已開始積極推廣「安寧緩和醫療意願」註記到健保 IC 卡，期能保障民眾獲得善終的需求。醫療團隊應於照護過程中與家屬建立良好的關係，將生命末期照護之醫療資訊充分告知家屬及病人，如臨終議題討論、與意識清楚的生命末期老人討論簽署不施行心肺復甦術意願書，或預立生前預囑，以達善終之目的。應尊重生命末期病人的意願，提供家屬對於病人之最有利之治療方向，安詳而有尊嚴地渡過生命的最後一刻。陳榮基（2006）提出醫療人員應該努力教育病人及社會大眾，譬如在住院須知中告知病人：「根據安寧緩和醫療條例，您有權簽署『預立不施行心肺復甦術意願書』，將可減少很多人臨終時的痛苦。政府及醫院政策層面，應致力

於落實安寧理念的宣導，醫院可設立的「醫事倫理委員會」在臨床倫理議題無法解決時，應將所發生的問題提出並列入討論。

(三)、安寧緩和在職教育

各醫院於臨床在職教育之課程應持續舉辦安寧緩和醫療條例及相關議題之教育訓練，在安寧緩和條例之認識、觀念的澄清與臨床的運用需更加落實，並鼓勵醫護人員參加安寧療護的研習會、閱讀相關法令及文獻。瞭解醫療照護人員在實際運用時所面臨的困境，的知識、技巧及時間的限制。藉由在職教育課程，增進護理人員對安寧緩和條例之認識。設立家庭會議標準流程，提升醫護人員對於病患及家屬討論不施行心肺復甦術的溝通技巧，有效的提供足夠相關訊息，提升生命末期照護品質。

三、研究限制

因本研究僅針對病例進行探討，得到的訊息為局部性，僅能就紀錄所呈現資料進行分析，本研究紀錄中，在「身體評估」方面記錄較完整，對於「心理、社會、靈性」三大層面紀錄較少，因此無法分析此部份之資料，以瞭解目前所有生命末期臨終照護之全貌。受限於病歷紀錄之內容，無法就病患偏好，醫師、家屬、病患對生命末期照護之認知與態度，醫病關係，醫療決策過程，社會心理支持等因素進行探討。

本研究的對象以南部某區域教學醫院，住院後臨終病人為研究對象。本縣與台灣地區在人口學特性上有所差異，取樣為區域教學醫院進行，考慮到民眾就診醫院的習慣性可能有所不同，因此本研究結果之外推性會有所限制。

四、後續研究之建議

(一)、結合初級資料分析，以問卷或訪談進一步探究病患偏好，醫師、家屬、病患對生命末期照護之認知與態度，醫病關係，醫療決策過程，多科整合照護，疼痛與症狀控制，及社會心理支持等因素對照護積極度之影響。

(二)、透過病歷檢閱，可釐清生命末期時，使用急診、住院或加護病房等高度密集醫療資源之原因。亦可擴大生命末期照護研究範圍，將善終需求，探討照護積極度與死亡原因、死亡地點之關係、無效醫療進行、呼吸器、插管、或心肺復甦術之使用等，以獲得生命末期照護之全貌。

(三)、醫療預立指示其整體立意上的考量是出自於以病人為中心的立場，但在推動上仍有許多的困難與阻礙，固可針對推動預立醫療指示存有之阻礙，文化傳統忌談死亡；真相告知或病情溝通之困難；預估存活期或臨終階段之困難；對心肺復甦術等維生處置內容不瞭解；對急救成效有不切實際的期望；過度強調急救成效而忽略其限制；未準備好討論生命末期照護議題，常延遲至危急時才討論進行；擔心遭醫療人員濫用等相關議題之研究。

參考文獻

英文文獻

- Biegler, P. (2003) . Should patient consent be required to write a do not resuscitation order? *Journal of Medical Ethics*, 29(6), 359-363.
- Callaway, M., & Ferris, F. D. (2007). Foreword. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(5), 483-485.
- Cherniack, E.P. (2002) . Increasing use of DNR orders in the elderly worldwide: whose choice is it? *Journal of Medical Ethics*, 28 (5) , 303-307
- Colvin E, Welch J, Myhre M, et al (1993): Moving beyond the patient self-determination act: educating patients to be autonomous. *Amer Neph Nurs Assoc J* , 20:564-8.
- Cherniack EP (2002): Increasing use of DNR orders in the elderly worldwide: whose choice is it? *J Med Ethics*; 28:303-7.
- Derek Doyle, Geoffrey W. C. Hanks & Neil MacDonald Palliative Medicine in non-malignant disease. *Oxford textbook of Palliative Medicine* 3rd edition page 843.
- Edwin Shneidman, PhD. (2007) . Criteria for a Good Death. *The American Association of Suicidology . Suicide and Life-Threatening Behavior* 37(3) , 245-247
- Esteban A, Gordo F, Solona JF et al: Withdrawing and withholding life support system in end of life care: A Spanish multicentre prospective observation study. *Intensive care Med* 2001; 27:1744-49 .
- Guarisco KK (2004). Managing do-not-resuscitate orders in the perianesthesia period. *J Perianesth Nurs* , 19: 300-7.
- Gordon NP, Shade SB (1999). Advance directives are more likely among seniors asked about end-of-life care preferences. *Arch Intern Med* 159:701-4
- Higginson, IJ. Palliative and terminal care: health care needs assessment. Abingdon, UK: Public Medical press, 1997.
- Huang CH, Hu WY, Chiu TY, Chen CY. (2008). The practicalities of terminally ill patients signing their own DNR orders--a study in Taiwan. *J Med Ethics* . , 34(5):336-40
- Hariharan, Moseley, Kumar, Walrond & Jonnalagadda (2003) 及 Tschann, Hockley JM,

- Dunlop R, Davies RJ. Survey of distressing symptoms in dying patients and their families in hospital and the response to a symptom control team. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1988;296 (6638):1715-7.
- Judith AC Rietjens, Agnes van der Heide(2006) .Preferences of the Dutch general public for a good death and associations with attitudes towards end-of-life decision-making. *Palliative Medicine*, 20(7), 685-692
- Lynn, J., Teno, J. M., Phillips, R. S., Wu, A. W., Desbiens, N., Harrold, J., et al. (1997). Perceptions by family members of the dying experience of older and seriously ill patients. *Annals of Internal Medicine*, 126(2), 97-106.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S.F. (1984) .*Stress, appraisal, and coping*. New York : Springer.
- Liu JM, et al: The status of do-not-resuscitate order in Chinese clinical trial patients in a cancer center. *Journal of Medical Ethics* 1999; 25: 309-14.32:146-51 .
- Maxfield CL, Pohl JM, Colling K(2003). Advance directives: a guide for patient discussions. *Nurse Pract* , 28:38-47.
- Lynn J, Harrell F Jr, Cohn F, et al.(1997). Prognoses of seriously ill hospitalized patients on the days before death: Implications for patient care and public policy. *New Horiz*; 5:56-61
- Mc Clung, J., & Kamer, R. (1990) .Implications of New York's DNR Law. *New England Journal of Medicine* , 323, 270-272.
- Morrison RS, Olson E, Mertz KR, et al(1995): The inaccessibility of advance directives on transfer from ambulatory to acute care settings. *JAMA* , 274:478-82
- Masuda Y, Fetters MD, Hattori A, et al.(2003). Physicians's reports on the impact of living wills at the end of life in Japan. *J Med Ethics*;29:248-52
- Norton, S., & Bowers, B.(2001). Working toward consensus: providers' strategies to shift patients from curative to palliative treatment choices. *Research In Nursing & Health*, 24(4),258-269.
- Prendergast, T. J., & Luce, J. M. (1997). Increasing incidence of withholding and withdrawal of life support from the critically ill. *American Journal Respir Critical Care Medicine*, 155(1), 15-20.
- Sahm S, Will R, Hommel G.(2005). Attitudes towards and barriers to writing advance directives amongst cancer patients, healthy controls, and medical staff. *J Med Ethics*;31:437-40.

- Somogyi-Zalud E, Zhong Z, Hamel MB, Lynn J(2002). The use of life-sustaining treatments in hospitalized persons aged 80 and older. *J Am Geriatr Soc*;50:930-4.
- Singer, P. A., Martin, D. K., & Kelner, M. (1999). Quality end-of-life care: Patients' perspective. *JAMA*, 281(2), 163-168.
- Thibault-Prevost, J., Jensen, L. A., & Hodgins, M.(2000).Critical care nurses' perceptions of DNR status. *Journal of Nursing Scholarship*,32(3),259-265.
- Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, Haas CE, Luse JM, Rubenfeld GD, et al.,(2008). Recommendations for end-of life care in the intensive care unit : a consensus statement by the American College of Critical Care Medicine. *Crit Care Med* , 36 : 953-63.
- Truog RD, Waisel DB, Burns JP(1990). DNR in the OR: a goal-directed approach. *Anesthesiology* , 90: 289-95.
- Tschann, J. M., Kaufman, S. R., & Micco, G. P. (2003). Family involvement in end-of-life hospital Care. *Journal of American Geriatrics Society*, 51(6), 835-840.
- van Oorschot B, Simon A.(2006). Importance of the advance directive and the beginning of the dying process from the point of view of German doctors and judges dealing with guardianship matters: results of an empirical survey. *J Med Ethics*;32:623-6. Woodruff R:*Palliative Medicine*.4th ed. UK:Oxford University Press, 2004.
- Weiss, G. L., & Hite, C. A. (2000) The do-not-resuscitate decision: the context, process, and consequences. *Death Studies*, 24(4), 307-23.
- Yu-Chen Huang, Sheng-Jean Huang, Wen-Je Ko. (2009).Going home to die from surgical intensive care units. *Intensive Care Med*. 35(5), 810 – 815.

中文文獻

- 立法院(2000)。安寧緩和醫療條例。2009年6月10日取自 <http://glin.ly.gov.tw>。
- 立法院(2002)。安寧緩和醫療條例部分條文修正案。2009年6月10日取自 <http://glin.ly.gov.tw>。
- 王志嘉、陳聲平(2003)。拒絕心肺復甦術(DNR)的醫療與法律問題。《台灣醫界》，46(4)，48-50。
- 王志嘉、楊奕華、邱泰源、羅慶徽、陳聲平(2003)。安寧緩和醫療條例有關「不施行，以及終止或撤除心肺復甦術」之法律觀點。《台灣家庭醫學雜誌》，13(3): 101-8。
- 方國定、李文雅(2003)。醫療診所病歷及電子病歷現況探討。未出版之碩士論文，國立雲林科技大學資管系碩士論文。雲林縣。
- 日野原重明、重兼芳子、坂上正道、中川米造著；鄭惠芬、呂錦萍譯(1987)。《生命的尊嚴—探討醫療之心》。台北：東大。
- 史麗珠、李絳桃、徐亞瑛、高淑芬、徐麗華、陳美伶譯(1999)。《護理研究法》。台北：桂冠圖書股份有限公司。
- 朱育曾、吳肖琪(2009)。國際安寧緩和療護發展及其對我國政策之啟示。《長期照護雜誌》，13(1)，95-107。
- 行政院(2007)。我國長期照顧十年計劃。台北：行政院。
- 汪素敏、顧乃平(2000)。照顧瀕死病人的倫理考量。《國防醫學》，31(1)，72-79。
- 林春香(1995)。護理人員對末期病患自動出院過程之護理、倫理以及民俗考量。《護理雜誌》，42(3)，78-83。
- 林合眾(2007)。不施行復甦術病患選擇麻醉與手術時的倫理考量。《北市醫學雜誌》，3(12)，1155-1166。
- 吳志鴻(2006)。科技是延續生命抑或延長死亡。《哲學與文化》，33(4)，105-118。
- 吳彬源、黃信彰(2007)。非癌症病人的安寧緩和醫療。《安寧緩和醫療—理論與實務》(台灣安寧緩和醫學學會編著，頁418-456)。台北：新文京。
- 吳運東、尹彙文、馬惠明、陳厚全、柯昭穎 譯(2008)。世界醫師會關於臨終照護之威尼斯聲明。《台灣醫界》，51(10)，52
- 周希誠(2007)《老年人末期疾病照護的倫理困境與對策》2008年6月取自 [http://www.tagg.org.tw/.../52期/老年照顧的道德問題\(賴德仁\).PDF](http://www.tagg.org.tw/.../52期/老年照顧的道德問題(賴德仁).PDF)。
- 周燕玉(2006)。簽署不施行心肺復甦術同意書病患家屬對加護病房照護與醫療決

- 策過程滿意度之初探。未出版之碩士論文，國立台灣大學醫學院護理研究所碩士論文。台北市。
- 易煥德(1995)。如何和病家商討放棄心肺復甦術。《國防醫學》，21(5)，427-428。
- 邱泰源、胡文郁、蔡甫昌、周玲玲、姚建安、陳慶餘(1998)。緩和醫療照顧的倫理困境。《臺灣醫學》，2(6)，633-640。
- 徐子恒、蔡世滋(2006)。非癌症疾病之緩和治療。《慈濟醫學》，18(4)，37-39。
- 胡文郁、邱泰源、呂碧鴻、陳慶餘、謝長堯、陳月枝(2001)。醫護人員對「安寧緩和醫療條例」之教育需求。《醫學教育》，5(1)，21-32。
- 莊榮彬(2001)。安寧緩和醫療條件專業人員作業手冊。《安寧療護》，6(1)，37-42。
- 柳田邦男(2000)。最後的旅程—死亡醫學的章序。台北：水星。
- 高碧月(2001)。解讀急救與不急救的困擾與安寧緩和醫療法。《安寧療護雜誌》，6(2)，42-45。
- 姜安波(1993)。重症醫療倫理。《內科學誌》，4(4)，263-275。
- 翁芝爾(2005)。非安寧病房護理人員對安寧療護知識及態度之初探。《長庚護理》，16(1)，12-22。
- 曾月華(2006)。生前預囑臨床實施之討論：論臨終老人的醫療處遇「權利」與醫病關係「權力」之探討。未出版之碩士論文，國立中正大學社會福利研究所碩士論文。嘉義市。
- 陳榮基(2008)。以拒絕臨終急救預約善終。《台灣醫學》，12(4)，470-472。
- 陳榮基(2002)。學醫與學佛人性化的醫療。台北：慧炬。
- 陳文鐘(2000)。心肺復甦術。《台灣醫學》，4(2)，138-142。
- 陳民虹、蔡甫昌(1996)。臨終病人之照護—醫病關係倫理。《基層醫學》，11(3)，54-58。
- 彭仁奎、邱泰源、陳慶餘(2006)。老年緩和醫療簡介。《安寧療護》，11(3)，273-284。
- 張文芸(2001)。瀕死與死亡，於王世俊等編著，老年護理學(四版)。
- 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。
- 趙可式(2000)。臨終病人的病情告知。《安寧照顧會訊》，20-24。
- 趙白玫(2007)。成人加護單位護理人員對疾病末期老人執行「不施予心肺復甦術」相關因素之探討。未出版之碩士論文，國立台北護理學院護理研究所碩士論文。台北市。
- 蔡翊新、林亞陵、黃勝堅(2007)。重症病患之生命末期照護。《安寧療護》，12(3)，312-320。

- 蔡麗雲等人(2003)。實施「不施行心肺復甦術教育訓練方案」成效之探討。安寧療護雜誌，8(4)，364-379。
- 蔡甫昌、潘恆嘉、吳澤玫、邱泰源、黃天祥(2006)。預立醫療計畫之倫理與法律議題。台灣醫學，10(4): 517-36.
- 楊秀儀(2002)。從拼拼湊湊的不施行心肺復甦術看台灣社會對病患自主權之態度。內科新知，4(3)，45-51。
- 馮雅芳(2002)。加護病房醫護人員對疾病末期病人醫療決策行為意向及其影響因素之研究。未出版之碩士論文，國立台灣大學醫學院護理研究所碩士論文。台北市。
- 盧璧珍(2003)。安寧療護理念融入非安寧病房癌末病患照顧之探討：以台北某醫學中心胸腔科醫護人員為例。未出版之碩士論文，南華大學生死學研究所碩士論文。南投市。
- 謝紅桂、顏妙芬(2001)。不予心肺復甦術之探討，護理雜誌，48(3)，75-78。
- 鄒海月、王守蓉、何裕芬(1999)。癌症末期病患家屬對「不予急救」之態度及其相關因素之探討。榮總護理，16(4)，344-356。
- 傅偉勳(1993)。死亡的尊嚴與生命的尊嚴(初版)。台北: 正中書局。

附錄

附錄 1 安寧緩和醫療法

附錄 1-1：安寧緩和醫療條例

<p>中華民國九十一年十二月十一日 華總一義字第 09100239020 號令公布 中華民國九十一年十一月二十二日 修正第三、七條 中華民國八十九年六月七日 華總一義字第八九〇〇一三五〇八〇號令公布</p>	
條 文	說 明
<p>第一條 為尊重不可治癒末期病人之醫療意願及保障其權益，特制定本條例；本條例未規定者，適用其他有關法律之規定。</p>	<p>本條例之立法目的及本條例與其他法律間之適用順序。</p>
<p>第二條 本條例所稱主管機關：在中央為行政院衛生署；在直轄市為直轄市政府；在縣(市)為縣(市)政府。</p>	<p>本條例之主管機關。</p>
<p>第三條 本條例專用名詞定義如下： 一、 安寧緩和醫療：指為減輕或免除末期病人之痛苦，施予緩解性、支持性之安寧醫療照護，或不施行心肺復甦術。 二、 末期病人：指罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據近期內病程進行至死亡已不可避免者。 三、 心肺復甦術：指對臨終、瀕死或無生命徵象之病人，施予氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸或其他救治行為。 四、 意願人：指立意願書選擇安寧緩和醫療全部或一部之人。</p>	<p>本條例專用名詞之定義。</p>
<p>第四條 末期病人得立意願書選擇安寧緩和醫療。前項意願書，至少應載明下列事項，並由意願人簽署： 一、 意願人之姓名、國民身分證統一編號及住所或居所。 二、 意願人接受安寧緩和醫療之意願及其內容。 三、 立意願書之日期。 意願書之簽署，應有具完全行為能力者二人以上在場見證。但實施安寧緩和醫療之醫療機構所屬人員不得為見證人。</p>	<p>一、 為尊重末期病人之自主權，規定其得立意願書選擇。 二、 第二項規定意願書應載明之內容，以資遵行。 三、 第三項規定意願書之簽署，應有具完全行為能力者二人以上在場見證。但實施安寧緩和醫療之醫療機構所屬人員不得為見證人，以昭慎重並免爭議。</p>

<p>第五條</p> <p>二十歲以上具完全行為能力之人，得預立意願書。前項意願書，意願人得「預立醫療委任代理人」，並以書面載明委任意旨，於其無法表達意願時，由代理人代為簽署。</p>	<p>一、第一項規定得預立意願書之人。</p> <p>二、第三項規定意願書得委託代理人代為簽署。</p>
<p>第六條</p> <p>意願人得隨時自行或由其代理人以書面撤回其意願之意思表示。</p>	<p>意願人得隨時自行或由其代理人以書面撤回其選擇安寧緩和醫療之意願，其方式不拘，以保障當事人權益。</p>
<p>第七條</p> <p>不施行心肺復甦術，應符合下列規定：</p> <p>一、 應由二位醫師診斷確為末期病人。</p> <p>二、 應有意願人簽署之意願書。但未成年人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。前項第一款所定醫師，其中一位醫師應具相關專科醫師資格。</p> <p>末期病人意識昏迷或無法清楚表達意願時，第一項第二款之意願書，由其最近親屬出具同意書代替之。但不得與末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願前明示之意思表示相反</p> <p>前項最近親屬之範圍如下：</p> <p>一、 配偶。</p> <p>二、 直系血親卑親屬。</p> <p>三、 父母。</p> <p>四、 兄弟姐妹。</p> <p>五、 祖父母。</p> <p>六、 曾祖父母或三親等旁系血親。</p> <p>七、 一親等直系姻親。</p> <p>第三項最近親屬出具同意書，得以一人行之；其最近親屬意思表示不一致時，依前項各款先後定其順序。後順序者已出具同意書時，先順序者如有不同之意思表示，應於不施行心肺復甦術前以書面為之。</p> <p>末期病人符合第一項、第二項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。</p>	<p>一、 第一項規定不施行心肺復甦術，應由二位醫師診斷確為末期病人，並取得意願書。未成年人簽署意願書時，應取得其法定代理人同意。</p> <p>二、 第二項規定末期病人昏迷時，則其意願書得由其最近親屬出具同意書代替之。但不得與末期病人於意識昏迷前明示之意思表示相反。</p> <p>三、 參照人體器官移植條例施行細則第四條立法例，規定最近親屬之範圍及其書面同意之方式及順序。「若直系血親卑親屬有數人，且意見不一致時，以長幼為序。」</p>
<p>第八條</p> <p>醫師為末期病人實施安寧緩和醫療時，應將治療方針告知病人或其家屬。但病人有明確意思表示欲知病情時，應予告知。</p>	<p>醫師實施安寧緩和醫療時，應將治療方針詳盡告知病人，病人意識昏迷時則應告知家屬，以保障其權益。</p>

<p>第九條</p> <p>醫師對末期病人實施安寧緩和醫療，應將第四條至第八條規定之事項，詳細記載於病歷；意願書或同意書並應連同病歷保存。</p>	<p>醫師實施安寧緩和醫療，應將病人之意願、符合要件及告知事項等，詳細製作病歷，並將意願書或同意書連同病歷保存，以保障病人之權益並利查考。</p>
<p>第十條</p> <p>醫師違反第七條規定者，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。</p>	<p>醫師實施安寧緩和醫療違反規定之處罰。</p>



附錄 1-2：安寧緩和醫療條例施行細則

九十年四月二十五日衛署醫字第 0900022792 號令訂定發布施行 "

第一條

本細則依安寧緩和醫療條例（以下簡稱本條例）第十四條規定訂定之。

第二條

經診斷為本條例第三條第二款之末期病人者，醫師應於其病歷記載下列事項：

- 一、治療過程。
- 二、與該疾病相關之診斷。
- 三、診斷當時之病況、生命徵象及不可治癒之理由。

第三條

本條例第七條第一項第一款所稱之二位醫師，不以在同一時間診斷或同一醫療機構之醫師為限。

第四條

本條例第七條第二項所稱相關專科醫師，指與診斷末期病人所罹患嚴重傷病相關專業領域範圍之專科醫師。

第五條

本條例第七條第五項所稱得以一人行之，於同條第四項所定同一款之最近親屬有二人以上時，指其中一人依同條第三項定出具同意書者，即為同意不施行心肺復甦術。

第六條

本條例第八條所稱家屬，指醫療機構實施安寧緩和醫療時，在場之家屬。

第七條

本條例第九條所定之意願書或同意書，應以正本為之。但病人轉診者，由原診治醫療機構留具影本，正本隨同病人轉診。

第八條

本細則自發布日施行。

附錄 1-3 選擇安寧緩和醫療意願書

選擇安寧緩和醫療意願書

本人 _____ 因罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，而且病程進展至死亡已屬不可避免，特依安寧緩和醫療條例第四條、第五條及第七條第一項第二款之規定，作如下之選擇：

- 一、願意接受緩解性、支持性之醫療照護。
- 二、願意在臨終或無生命徵象時，不施行心肺復甦術（包括氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸或其他救治行為）。

立意願人：

簽名：_____ 國民身分證統一編號：_____

住(居)所：_____ 電話：_____

在場見證人(一)：

簽名：_____ 國民身分證統一編號：_____

住(居)所：_____ 電話：_____

在場見證人(二)：

簽名：_____ 國民身分證統一編號：_____

住(居)所：_____ 電話：_____

法定代理人：(本人為未成年人時，法定代理人請簽署本欄)：

簽名：_____ 國民身分證統一編號：_____

住(居)所：_____ 電話：_____

醫療委任代理人：(由預立醫療委任代理人代為簽署時，請簽署本欄)

簽名：_____ 國民身分證統一編號：_____

住(居)所：_____ 電話：_____

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

附註：

1.安寧緩和醫療條例第四條規定：

『末期病人得立意願書選擇安寧緩和醫療。

前項意願書，至少應載明下列事項，並由意願人簽署：

- 一、意願人之姓名、國民身分證統一編號及住所或居所。
- 二、意願人接受安寧緩和醫療之意願及其內容。
- 三、立意願書之日期。

意願書之簽署，應有具完全行為能力者二人以上在場見證。但實施安寧緩和醫療之醫療機構所屬人員不得為見證人。』

2.安寧緩和醫療條例第五條規定：

『二十歲以上具有完全行為能力之人，得預立意願書。

前項意願書，意願人得預立醫療委任代理人，並以書面載明委任意旨，於其無法表達意願時，由代理人代為簽署。』

3.安寧緩和醫療條例第七條規定：

『不施行心肺復甦術，應符合下列規定：

- 一、應由二位醫師診斷確為末期病人
 - 二、應有意願人簽署之意願書。但未成年人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。前項第一款所定醫師，其中一位醫師應具相關專科醫師資格。
- 末期病人意識昏迷或無法清楚表達意願時，第一項第二款之意願書，由其最近親屬出具同意書代替之。但不得與末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願前明示之意思表示相反。
- 前項最近親屬之範圍如下：
- 一、配偶。
 - 二、成人直系血親卑親屬。
 - 三、父母。
 - 四、兄弟姐妹。
 - 五、祖父母。
 - 六、曾祖父母或三親等旁系血親。
 - 七、一親等直系姻親。

第三項最近親屬出具同意書，得以一人行之；其最近親屬意思表示不一致時，依前項各款先後定其順序。後順序者已出具同意書時，先順序者如有不同之意思表示，應於安寧緩和醫療實施前以書面為之。』

附錄 1-4 預立不施行心肺復甦術意願書

預立不施行心肺復甦術意願書

本人 _____ 若罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，而且病程進展至死亡已屬不可避免，特依安寧緩和醫療條例第四條、第五條及第七條第一項第二款之規定，選擇在臨終或無生命徵象時，不施行心肺復甦術（包括氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸或其他救治行為）。

立意願人：

簽名：_____ 國民身分證統一編號：_____

住（居）所：_____ 電話：_____

在場見證人（一）：

簽名：_____ 國民身分證統一編號：_____

住（居）所：_____ 電話：_____

在場見證人（二）：

簽名：_____ 國民身分證統一編號：_____

住（居）所：_____ 電話：_____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

附註：

1.安寧緩和醫療條例第四條規定：

『末期病人得立意願書選擇安寧緩和醫療。』

前項意願書，至少應載明下列事項，並由意願人簽署：

- 一、意願人之姓名、國民身分證統一編號及住所或居所。
- 二、意願人接受安寧緩和醫療之意願及其內容。
- 三、立意願書之日期。

意願書之簽署，應有具完全行為能力者二人以上在場見證。但實施安寧緩和醫療之醫療機構所屬人員不得為見證人。』

2.安寧緩和醫療條例第五條規定：

『二十歲以上具有完全行為能力之人，得預立意願書。

前項意願書，意願人得預立醫療委任代理人，並以書面載明委任意旨，於其無法表達意願時，由代理人代為簽署。』

3.安寧緩和醫療條例第七條規定：

『不施行心肺復甦術，應符合下列規定：

一、應由二位醫師診斷確為末期病人

二、應有意願人簽署之意願書。但未成年人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。

前項第一款所定醫師，其中一位醫師應具相關專科醫師資格。

前項第一款所定醫師，其中一位醫師應具相關專科醫師資格。

具同意書代替之。但不得與末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願前明示之意思表示相反。

前項最近親屬之範圍如下：

一、配偶。

二、成人直系血親卑親屬。

三、父母。

四、兄弟姐妹。

五、祖父母。

六、曾祖父母或三親等旁系血親。

七、一親等直系姻親。

第三項最近親屬出具同意書，得以一人行之；其最近親屬意思表示不一致時，依前項各款先後定其順序。後順序者已出具同意書時，先順序者如有不同之意思表示，應於安寧緩和醫療實施前以書面為之。』



附錄 1-5 不施行心肺復甦術意願書

不施行心肺復甦術意願書

本人 _____ 因罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，而且病程進展至死亡已屬不可避免，特依安寧緩和醫療條例第四條、第五條及第七條第一項第二款之規定，選擇在臨終或無生命徵象時，不施行心肺復甦術（包括氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸或其他救治行為）。

立意願人：

簽名：_____ 國民身分證統一編號：_____

住（居）所：_____ 電話：_____

在場見證人（一）：

簽名：_____ 國民身分證統一編號：_____

住（居）所：_____ 電話：_____

在場見證人（二）：

簽名：_____ 國民身分證統一編號：_____

住（居）所：_____ 電話：_____

法定代理人：（本人為未成年人時，法定代理人請簽署本欄）：

簽名：_____ 國民身分證統一編號：_____

住（居）所：_____ 電話：_____

醫療委任代理人：（由預立醫療委任代理人代為簽署時，請簽署本欄）：

簽名：_____ 國民身分證統一編號：_____

住（居）所：_____ 電話：_____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

附註：

1.安寧緩和醫療條例第四條規定：

『末期病人得立意願書選擇安寧緩和醫療。

前項意願書，至少應載明下列事項，並由意願人簽署：

- 一、意願人之姓名、國民身分證統一編號及住所或居所。
- 二、意願人接受安寧緩和醫療之意願及其內容。
- 三、立意願書之日期。

意願書之簽署，應有具完全行為能力者二人以上在場見證。但實施安寧緩和醫療之醫療機構所屬人員不得為見證人。』

2.安寧緩和醫療條例第五條規定：

『二十歲以上具有完全行為能力之人，得預立意願書。

前項意願書，意願人得預立醫療委任代理人，並以書面載明委任意旨，於其無法表達意願時，由代理人代為簽署。』

3.安寧緩和醫療條例第七條規定：

『不施行心肺復甦術，應符合下列規定：

- 一、應由二位醫師診斷確為末期病人
 - 二、應有意願人簽署之意願書。但未成年人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。
- 前項第一款所定醫師，其中一位醫師應具相關專科醫師資格。
- 前項第一款所定醫師，其中一位醫師應具相關專科醫師資格。
- 具同意書代替之。但不得與末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願前明示之意思表示相反。
- 前項最近親屬之範圍如下：
- 一、配偶。
 - 二、成人直系血親卑親屬。
 - 三、父母。
 - 四、兄弟姐妹。
 - 五、祖父母。
 - 六、曾祖父母或三親等旁系血親。
 - 七、一親等直系姻親。

第三項最近親屬出具同意書，得以一人行之；其最近親屬意思表示不一致時，依前項各款先後定其順序。後順序者已出具同意書時，先順序者如有不同之意思表示，應於安寧緩和醫療實施前以書面為之。』

附錄 1-6 不施行心肺復甦術同意書

不施行心肺復甦術同意書

本人 _____ 因罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，而且病程進展至死亡已屬不可避免，茲因病人已意識昏迷或無法清楚表達意願，乃由同意人依安寧緩和醫療條例第七條第三項之規定，同意在臨終或無生命徵象時，不施行心肺復甦術（包括氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸或其他救治行為）。

同意人：

簽名：_____ 國民身分證統一編號：_____

住（居）所：_____ 電話：_____

與病人之關係：_____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

附註：

安寧緩和醫療條例第七條規定：

『不施行心肺復甦術，應符合下列規定：

一、應由二位醫師診斷確為末期病人

二、應有意願人簽署之意願書。但未成年人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。

前項第一款所定醫師，其中一位醫師應具相關專科醫師資格。

前項第一款所定醫師，其中一位醫師應具相關專科醫師資格。

具同意書代替之。但不得與末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願前明示之意思表示相反。

前項最近親屬之範圍如下：

一、配偶。

二、成人直系血親卑親屬。

三、父母。

四、兄弟姐妹。

五、祖父母。

六、曾祖父母或三親等旁系血親。

七、一親等直系姻親。

第三項最近親屬出具同意書，得以一人行之；其最近親屬意思表示不一致時，依前項各款先後定其順序。後順序者已出具同意書時，先順序者如有不同之意思表示，應於安寧緩和醫療實施前以書面為之。』



附錄 1-7 預立醫療委任代理人委任書

預立醫療委任代理人委任書

茲委任_____為醫療委任代理人，當本人罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且病程進展至死亡已屬不可避免而本人無法表達意願時，同意由委任代理人依安寧緩和醫療條例第五條第二項之規定，代為簽署『選擇安寧緩和醫療意願書』或『不施行心肺復甦術意願書』。

立意願人：

簽名：_____ 國民身分證統一編號：_____

住（居）所：_____ 電話：_____

委任代理人：

簽名：_____ 國民身分證統一編號：_____

住（居）所：_____ 電話：_____

後補委任代理人（一）：

簽名：_____ 國民身分證統一編號：_____

住（居）所：_____ 電話：_____

後補委任代理人（二）：

簽名：_____ 國民身分證統一編號：_____

住（居）所：_____ 電話：_____

中華民國_____年_____月_____日

附註：

1. 安寧緩和醫療條例第五條規定：

『二十歲以上具有完全行為能力之人，得預立意願書。

前項意願書，意願人得預立醫療委任代理人，並以書面載明委任意旨，

於其無法表達意願時，由代理人代為簽署。』

2. 當委任代理人因故無法代為簽署選擇安寧緩和醫療意願書時，

後補代理人得依序代理之。

預立選擇安寧緩和醫療意願書

□ 請將本意願書資料鍵入本人健保 IC 卡註記欄位(同意者請於□打✓)

本人 若罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，而且病程進展至死亡已屬不可避免，願依安寧緩和醫療條例第四條、第五條及第七條第一項第二款之規定，作如下之選擇：

- 一、願意接受緩解性、支持性之醫療照護。
- 二、願意在臨終或無生命徵象時，不施行心肺復甦術（包括氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸或其他救治行為）。

◎立意願人(簽名)： 性別： 年齡： 歲
國民身分證統一編號： 電話：
出生年月日：西元 年 月 日
住(居)所： 縣市 區鎮市鄉 里村 鄰
路街 段 巷 弄 號 樓

◎在場見證人(一)： (簽名) 關係：
國民身分證統一編號： 電話：
出生年月日：西元 年 月 日
住(居)所：

◎在場見證人(二)： (簽名) 關係：
國民身分證統一編號： 電話：
出生年月日：西元 年 月 日
住(居)所：

填寫日期：中華民國 年 月 日

【附註】

※ 簽立「預立選擇安寧緩和醫療意願書」安寧緩和醫療條例相關規定：

1.安寧緩和醫療條例第四條：

『末期病人得立意願書選擇安寧緩和醫療。前項意願書，至少應載明下列事項，並由意願人簽署：

- 一、意願人之姓名、國民身分證統一編號及住所或居所。
- 二、意願人接受安寧緩和醫療之意願及其內容。
- 三、立意願書之日期。

意願書之簽署，應有具完全行為能力者二人以上在場見證。但實施安寧緩和醫療之醫療機構所屬人員不得為見證人。』

2.安寧緩和醫療條例第五條：

『二十歲以上具有完全行為能力之人，得預立意願書。前項意願書，意願人得預立醫療委任代理人，並以書面載

- 明委任意旨，於其無法表達意願時，由代理人代為簽署。』
- 3.安寧緩和醫療條例第七條第一項第一款及第二款本文：
『不施行心肺復甦術，應符合下列規定：
一、應由二位醫師診斷確為末期病人
二、應有意願人簽署之意願書。』
-

- ※ 第一聯(正本)：本聯由意願書簽立人簽妥後請逕寄「台灣安寧照顧協會」收件、彙整。以傳真或電子郵件寄送者均屬無效。(收件地址：25160 台北縣淡水鎮民生路 45 號，電話：02-28081585，網址：www.tho.org.tw)
- ※ 宣導單位請在此處核章(內容包括：單位名稱、地址、電話)



預立選擇安寧緩和醫療意願書

□ 請將本意願書資料鍵入本人健保 IC 卡註記欄位(同意者請於□打✓)

本人 若罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，而且病程進展至死亡已屬不可避免，願依安寧緩和醫療條例第四條、第五條及第七條第一項第二款之規定，作如下之選擇：

- 一、願意接受緩解性、支持性之醫療照護。
- 二、願意在臨終或無生命徵象時，不施行心肺復甦術（包括氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸或其他救治行為）。

◎立意願人(簽名)： 性別： 年齡： 歲

國民身分證統一編號： 電話：

出生年月日：西元 年 月 日

住(居)所： 縣市 區鎮市鄉 里村 鄰
路街 段 巷 弄 號 樓

◎在場見證人(一)： (簽名) 關係：

國民身分證統一編號： 電話：

出生年月日：西元 年 月 日

住(居)所：

◎在場見證人(二)： (簽名) 關係：

國民身分證統一編號： 電話：

出生年月日：西元 年 月 日

住(居)所：

填寫日期：中華民國 年 月 日

【附註】

※ 簽立「預立選擇安寧緩和醫療意願書」安寧緩和醫療條例相關規定：

1.安寧緩和醫療條例第四條：

『末期病人得立意願書選擇安寧緩和醫療。前項意願書，至少應載明下列事項，並由意願人簽署：

- 一、意願人之姓名、國民身分證統一編號及住所或居所。
- 二、意願人接受安寧緩和醫療之意願及其內容。
- 三、立意願書之日期。

意願書之簽署，應有具完全行為能力者二人以上在場見證。但實施安寧緩和醫療之醫療機構所屬人員不得為見證人。』

2.安寧緩和醫療條例第五條：

『二十歲以上具有完全行為能力之人，得預立意願書。前項意願書，意願人得預立醫療委任代理人，並以書面載明委任意旨，於其無法表達意願時，由代理人代為簽署。』

- 3.安寧緩和醫療條例第七條第一項第一款及第二款本文：
『不施行心肺復甦術，應符合下列規定：
一、應由二位醫師診斷確為末期病人
二、應有意願人簽署之意願書。』
-

- ※ 第二聯(副本)：本聯為備份聯，由意願書簽立人簽妥後自行保存。
※ 宣導單位請在此處核章(內容包括：單位名稱、地址、電話)



附錄 2：重症緩和醫療資料庫

重症緩和醫療資料庫

Palliative care data base

基本資料(Demography):

姓名 Name：_____，病歷號 Chart No：_____ 帳號：

DNR 同意書：(+ , -)，AAD：(+ , -)

性別 Sex：_____，出生年月日 Birth date：____ - ____ - ____，年齡 Age：_____

住院日期 admission date: _____, 身高 BH: _____ cm, 體重

BW: _____ Kg, BSA: _____ m²

教育程度：無，小學，國中，高中職，五專，大學，碩士，博士

宗教信仰：無，道教，佛教，天主教，基督教，一貫教，回教，其他

職業：軍，公，教，商，自由業，服務業，家管，學生，無

婚姻：未婚，結婚，離婚，鰥寡，同居，分居

Admission data:

consciousness：clear, unclear

NYHA：I, II, III, IV

Die site：2A, 2B, 虎尾內 ICU, 虎尾外 ICU, RCC, RCW, ward, home

Section：CVS, CS, NS, GS, PS, Ortho, Uri, ENT, others

Mortality cause：_____

OP (- , +), if yes, emergent, elective)

術式：_____

ICU Admission diagnosis：_____

ICU admission condition: 第幾次入 ICU _____，

ICU admission diagnosis

CVS：心臟血管外科

A. Immediately post-op:

1. CAD
2. Valvular disease
3. CHD, cyanotic, bypass
4. CHD, cyanotic, no bypass
5. CHD, acyanotic, bypass
6. CHD, acyanotic, no bypass
7. aorta disease
8. peripheral vascular disease
9. transplantation
10. other

B. non-post-op

11. acute aortic dissection
12. trauma
13. congestive heart failure
14. respiratory failure
15. Others

CS：胸腔外科

1. 肺部疾病 (Lung disease)
2. 縱膈腔疾病 (Mediastinal disease)
3. 食道疾病 (Esophageal disease)
4. 肋膜疾病 (pleural disease)
5. 胸壁疾病 (Chest wall disease)
6. 肺臟移植 (Lung transplantation)
7. 其他

NS：神經外科

1. tumor
2. cerebrovascular disease
3. head injury
4. spinal disease
5. others

GS：一般外科

1. Sepsis
2. Respiratory failure
3. Cardiovascular failure
4. Liver failure
5. Operation with High risk factors
6. Multiple Trauma
7. Organ Donation
8. Post CPR
9. Transplantation

	admission	DNR ondition	AAD or death condition	Start of palliation
Date: DD/MM/YY	/ /			
GCS				
Endo	(Yes, NO)	(Yes, NO)	(Yes, NO)	(Yes, NO)
Ventilator	(Yes, NO)	(Yes, NO)	(Yes, NO)	(Yes, NO)
IE	(Yes, NO)	(Yes, NO)	(Yes, NO)	(Yes, NO)

Expired or AAD comdition

CPR : +、- ， DC shock : +、- ， Cardiac message : +、-

Bosmin injection : +、-

Edema (++++, ++, +, -)

Massive bleeding (++++, ++, +, -)

Tracheostomy(+, -)

DNR sheet:

提出者 : Op Vs ICU Vs senior R ICU R Nurse family patient

DNR 項目 : 氣管內插管, 體外心臟按壓, 急救藥物注射, 心臟電擊,
人工呼吸, 其他救治行為

簽 DNR 者之基本資料

年齡 : _____

與病人之關係 : 配偶, 父, 母, 子, 女, 兄, 弟, 姐, 妹, 其他
