



台灣DNR制度與預立醫囑

陳願任¹ 林益卿²

DNR
INDIANA DEPARTMENT OF
NATURAL RESOURCES

前言

台灣的醫療快速進展，對於病人的權益日益重視，雖然法規也日趨成熟，但礙於台灣傳統社會對於死亡的避諱，民眾傾向不在長輩在世時談生死，常常等到長輩病重時，家人們才在醫療人員的要求下開始討論要給自己的親人什麼方向的治療，要積極使用維生系統延長生命，或是給病人安詳的離開人世。台灣的醫療人員也常常忽略病人行使醫療自主的權力，而改讓家屬做醫療決定。第一線接觸病人的基層醫師為病人最信賴的醫療人員，藉由基層醫師將預立醫囑的概念傳達給病人，提升病人行使醫療自主權的比例，更使病人臨終照護的品質更加完善。

國內不施行心肺復甦術 (Do not Resuscitation, DNR) 制度

我國安寧緩和條例於民國八十九年公布施行，目的在使末期病人減輕或免除

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。針對『不施行心肺復甦術或維生醫療』(do not resuscitate, DNR) 也有明文規定施行辦法，落實保障病人的自主權，並且加強『以病人為中心』的醫療。而其他國家，在一篇針對安寧緩和療護施行狀況的研究指出，在所研究的230個國家中，有58%的國家有一個以上的安寧緩和療護系統可供選擇。經濟發展愈好的國家愈有完善的安寧緩和政策，並且愈有針對小孩健全的安寧療護^[1]。

隨著我國醫療的進步，安寧緩和醫療條例也經過多次增修，更能保障病人的權益，各級醫療院所也提供完善的安寧緩和資訊，並且提供『不施行心肺復甦術或維生醫療』的意願書及同意書供病患及家屬選擇。意願書由本人簽署，可註記於健保卡上；同意書由最近親屬簽署，最近家屬的順位依序為：一、配偶。二、成年子女、孫子女。三、父母。四、兄弟姐妹。五、祖父母。六、曾祖父母、曾孫子女或三親等旁系血親。七、一親等直系姻親。各級醫院也增設安寧緩和醫療團隊，提供臨終病患有品質的照護環境。

1 衛生福利部台中醫院 家庭醫學科 住院醫師

2 彰化基督教醫院 家庭醫學科 主任

關鍵詞：DNR, living will, autonomy

通訊作者：林益卿



民眾對DNR的認知

台灣民眾對於『不施行心肺復甦術或維生醫療』的認知，通常在家人有需求時才開始討論到這個議題，並且常常是很緊急的狀況下醫療人員告知家屬要做出決定時，家人才開始討論選擇救到底或是不急救，所以民眾常把DNR解讀為『要不要救』，這樣的認知常常誤導家屬，並且做出不符合他們預期結果的決定，而且值得關注的是，在這種狀況下，做出決定的常常是病患的家屬，而非病患本人，這樣對於病人的『自主權』並沒有得到落實。2007年的一篇研究指出，在117位簽屬DNR的病患中，有21位(17.9%)病患自己簽屬意願書，有96位(82.1%)病患由家屬代簽署同意書，病患常常沒有參與討論並決定自己的治療方針，原因可能包括(1)議題被提出時病人已經病重或者已經神智不清了，沒有能力討論。(2)對於『安寧』這個詞彙的禁忌。(3)家屬拒絕讓病人知情^[2]。不論何種原因，對於病患的自主權都是種傷害，病人沒辦法自己做出決定，而由家屬決定生死似乎成為一種常態。另一篇在2013年的研究也指出，在納入研究的829名癌末病人中，有99.8%的病人有簽屬DNR，其中病人自己簽屬意願書的有22.6%，家屬簽同意書的有77.2%，因台灣的風俗民情，避談死亡似乎為造成如此結果的主因^[3]。由以上研究得知，多數台灣民眾未能在臨終之前自主決定自己的治療方向。

另一個值得討論的問題是病患及家屬對於DNR的理解，他們常會誤解為『要不要救』，其實DNR的涵義並不是不治療病人，而是讓疾病末期病人免於急救的苦痛，不是一般家屬認知的『要不要放棄治療』。

在面臨親人生死交關時，常常很難下決定，醫療人員常會聽到『醫生你覺得該怎麼辦就怎麼辦』這種回答，這些現象都指向一個最根本的原因：病人及家屬太晚開始討論臨終議題，就因為太晚提出此議題，導致病人本身因病況而不適合參與討論，傷害了病人的自主權，也使的病人沒辦法及早受到臨終時應有尊嚴的安寧照護。因此，預立醫囑的觀念就更顯得重要。

醫療人員對DNR的認知

醫療逐漸由醫療父權的時期轉變成以病人為中心，這時醫療人員更須將醫療知識完整傳達給病人，並且輔助病人做出符合預期的醫療決策，但台灣醫療的工作壓力常使得醫療人員過度忙碌，無法有效及完整傳達『不施行心肺復甦術或維生醫療』的含義及實行作法。因此病患或家屬常常在很匆忙狀態下簽屬DNR，所以常常在無法完整理解的狀態下完成簽屬，DNR填寫完整率低落便是一種證明，在護理雜誌一篇增進癌末病患『不施行心肺復甦術或維生醫療』填寫完整率的專案，利用(1)制訂填寫作業



標準、(2)簡化並整合DNR版本、(3)針對醫護人員舉辦相關教育訓練及(4)定期稽核。結果癌末病人DNR填寫完整率由33.9%提升至90%。此專案有效提升DNR填寫完整率，保障了病人善終之權益，並提升癌末照護品質及滿意度^[4]。由此可知，經由醫療人員的詳細解說有助於病患及家屬對於醫療行為的認知，也因此醫療人員是推廣預立醫囑重要的角色。

除了過度忙碌的醫療環境無法使醫療人員將DNR完整概念傳達給病人，台灣臨床的醫療人員還面臨了一個容易被忽視的問題，就是醫療人員容易忽視或者較不在意已簽屬DNR病人的抱怨。臨床上一位醫師或護理人員照顧的病人數過多，當面臨過多事件同時發生時，醫療人員會傾向先處理沒有DNR病人的抱怨，容易延遲該病人的問題，對於此病人生命徵象變化的容忍度也較高，這種現象容易在一般病房出現，而在安寧病房情況會好一些，因為安寧病房臨床照護者比較有經驗，且對於安寧照顧的品質較有概念。其實簽屬DNR的病人有臨床抱怨，常常是他們面臨臨終時的身體不適，醫療人員應更注意並且幫助病人緩和症狀，如此才可提升病人的臨終照護品質。

綜合以上，在醫療人員對於疾病末期病人面臨三個問題：第一不夠完整傳達DNR的含義及實行作法，第二容易忽視或者較不在意已簽屬DNR病人的抱怨，第三預立醫囑的概念不夠普及，這都是需要改善的。

如何在醫病之間取得醫療共識

要取得醫療共識必先要有良好的溝通，良好溝通的基礎奠定於醫病雙方都肯正視所面臨到的問題，並付出時間精力來了解可行的治療方向，有兩項需致力達成的工作，第一：請有權、有意願參與病患醫療決策的家屬需約好時間，一同聽取醫師臨床上的分析，如果藉由轉達(電話聯絡)並不是一項良好的溝通方式，也容易造成誤解和落差。第二：及早告知病情給病患本人知道，讓病患能行使自主權，使病患參與自己治療方向的討論。

針對第一點，醫生告知病情可以依照SPIKES步驟，(1)setting：建立一個適合的情境。提供一個保護病人隱私而舒適的場所，不受時間上的干擾，與病人面對面平坐。依病人的意願，邀請其他重要相關親友到場。有助於建立良好的醫病關係。(2)patient's perception：探詢病人對自己病情的了解。(3)patient's invitation：引導病人來詢問有關病情的細節。(4)knowledge：提供知識與資訊給病人。提供資訊時，最好依漸進式分段給，並要不斷試探病人是否消化了他所得到的資訊，避免用醫學上的專業用辭。(5)empathize：要能了解病人情緒的變化，進而表示同理。(6)summary：將所有的資訊綜合，做一個摘要，並且經由與病人及家屬溝通，去達成一個治療或追蹤的方案。



針對第二點，及早告知病情給病患本人知道，因為台灣社會普遍對於『死亡』還是相當禁忌，當病人得了不治之症，家屬常常要求醫護對病人隱瞞病情，這時就要好好的和家屬溝通，因為這可能是病人本身有無機會行使『自主權』的轉捩點，要教育家屬給病人選擇臨終的照顧方式，不管是要積極爭取延長生命，或選擇安寧照護，由病人自己決定，如此也可以減輕家屬之間對於病患治療意見不合的麻煩。與其避談死亡，不如全體人員一起正向的面對，取得醫療共識。

預立醫囑

由於上述所述的狀況，因此在台灣的末期病人臨終時，其醫療自主權普遍受到忽略，所以預立醫囑就相當的重要，可以藉由臨床醫師的推廣，及早使人們正向的面對臨終議題，『不施行心肺復甦術或維生醫療』(DNR)便是其中一項，提早介紹預立醫囑的概念給病患及家屬，讓他們在面臨危急時刻之前，可以先設想到是否要急救等等的治療措施。預立醫囑是對於病患本身的尊重，病患簽署了意願書後，臨床醫師也要鼓勵病患和他的家屬們做溝通，讓病患的親人也能充分了解病人意願，如此能避免病人臨終時，家屬無法接受病人的選擇。

預立醫囑的推廣，在台灣推行的並不廣泛，基層醫師為民眾最易接近的醫療

人員，如果由基層醫師來做推廣，成效可有事半功倍的效果，有三項推廣的建議：

第一、基層醫師可以向醫治多年的病患做介紹：由於關係良好，了解病患長期的身體狀況，不用等待病患得重病再來說明，可以藉由試探病人對於這個領域了解多少(例如：問長期肺病的病人瞭不瞭解如果嚴重肺炎可能需要插管)，再慢慢將觀念傳輸給病人(例如：如果性命危急時你的兒女可能很難幫你做決定)，如果病人願意深入了解，便可以將預立醫囑的方式給病患知道，並協助完成預立醫囑的登入。

第二、邀請有完成預立醫囑的病患介紹此概念給他們的家人或朋友，如果有需要也可以向基層醫師諮詢，可以藉由此種方式將臨終醫療的觀念慢慢傳達給民眾認知，提升人民對於臨終照護的認知和關心。

第三、讓預立醫囑的管道更貼近民眾，在中大型醫院常設有預立醫囑的服務櫃檯，但民眾更常接近的醫療單位是基層醫師所在的診所，如能將預立醫囑的宣傳及介紹普及於各基層醫療單位，並能就近完成預立醫囑的登入作業，將更有助於推廣。

推廣預立醫囑並非商業行為，而是提昇民眾末期臨終照護品質及人民行使『醫療自主權』的保障，以健康正向的態度來看待預立醫囑能有助於此制度推廣。



結語

雖然我國安寧緩和條例由建立至今已14年的時間，但普遍保守的社會型態、避談生死仍是一般家庭的習慣，醫療人員對於安寧緩和醫療的重視程度也是有待提升，第一線面對民眾的基層醫師為推廣預立醫囑及提升人民臨終生命品質最佳執行人員，透過有效的宣導及喚醒人民對於臨終照護的重視，將有助於提升台灣安寧緩和醫療的水準，跟上醫療進步的腳步，使台灣病患身、心、靈都能獲得妥善照顧。

參考資料

- (1)Lynch T, Connor S, Clark D: Mapping levels of palliative care development: a global update. *J Pain Symptom Manage.* 2013; 45:1094-106.
- (2)Huang CH, Hu WY, Chiu TY, et al: The practicalities of terminally ill patients signing their own DNR orders - a study in Taiwan. *J Med Ethics.* 2008; 34:336-40.
- (3)Wen KY, Lin YC, Cheng JF, et al: Insights into Chinese perspectives on do-not-resuscitate (DNR) orders from an examination of DNR order form completeness for cancer patients. *Support Care Cancer.* 2013; 21:2593-8.
- (4)Cheng JF, Chou PC, Lin YC, et al: A project to improve the "do not resuscitation" consent completeness rate for terminal cancer patients. *Hu Li Za Zhi.* 2013; 60:73-80.