

病人自主權利法通過後的諮商倫理再思

The Counseling Ethics Issues Rethink after Patient Autonomy Act

吳昶興¹、宋政鴻²、陳臻³、吳芝儀⁴

Chang-Hsing Wu¹, Cheng-Hung Sung², Jhen Chen³, Chih-Yi Wu⁴

摘要

本文旨在探討心理師參與《病人自主權利法》的預立醫療計畫時，會面對的諮商倫理議題並提出建議。《病人自主權利法》為《安寧緩和醫療條例》發展而來，《病人自主權利法》擴充了適用範圍以及強化病人的自主權，並且增加了「預立醫療照護計畫」(Advance Care Planning, ACP)的過程。參與其中的心理師可能會面對：(一)簽署者的衝突、(二)家屬的衝突、(三)宗教差異的衝突，以及(四)文化的衝突，在這些衝突中，心理師須扮演溝通協調的角色，在保障病人自主權的同時也要兼顧家屬的感受。在此對心理師提出四項建議：(一)對自身價值觀的檢視、(二)法律知識的增進、(三)專業能力的提升，以及(四)倡導死亡教育。此法的上路，心理師可視此為一個自我省思及增進知能的機會，面對倫理難題時能更有效的決策。

關鍵詞：病人自主權利法、諮商倫理、專業知能

壹、前言

根據內政部(2017)的簡易生命表，我國的平均壽命已達80.4歲，與全球平均壽命比較，男生高於全球平均8.7歲，女生高於全球平均10.6歲，由此可見我國健保與醫療制度的完善。但根據衛福部(2018)彙編的2016年平均健康餘

命，女性不健康之存活年數為9.6歲，男性為8.1歲，也就是在生命最後幾年可能處於臥病在床或病痛纏身的狀況，這凸顯了我國在醫療長照的重要性，顯示許多人生命的最後一哩路處於病痛之下，其生命的自主權是不容忽視的。

回顧《安寧緩和醫療條例》，其保障的對象只限於「末期病人」，此法在實務上的應用是有爭議的，病人的自主

¹國立嘉義大學輔導與諮商學系 碩士生

²國立嘉義大學輔導與諮商學系 碩士生

³國立嘉義大學輔導與諮商學系 碩士生

⁴國立嘉義大學輔導與諮商學系 教授

通訊作者：吳昶興，(621)嘉義縣民雄鄉文隆村85號 嘉義大學輔導與諮商學系，

E-mail：r460822@yahoo.com.tw



權是無法確實執行的，時常會受到其他因素所擾，醫事人員就無法順從病人想執行的醫療決策，使得《安寧緩和醫療條例》是無法保障每個人的醫療自主權（蔡甫昌、郭蕙心，2017）。

為保障病人的自主性，於2019年1月6號實施《病人自主權利法》，當事人若要簽署預立醫療決定，必須要經過「預立醫療照護諮商」，心理師將成為參與者之一，與當事人、家屬、醫師、護理師一同協商預立醫療決定。面對可能發生的衝突，心理師需扮演溝通協調的角色，以避免衝突加劇。此時心理師難免會遇上倫理難題，心理師針對這部份的思考是重要的，要如何因應是本文所將要探討的重點。

貳、從「安寧緩和醫療條例」到「病人自主權利法」

一、安寧緩和醫療條例的發展

「安寧緩和療護」始於1967年由安寧療護始祖Cicely Saunders在倫敦成立聖克里斯多福安寧院，為目前的安寧療護奠下基礎（朱育增、吳肖琪，2009）。而「病人自主權」討論於1960年代的美國，在發生Karen Ann Quinlan案件後，美國開始重視病人臨終或被疾病纏身後，是否放棄維持生命的意願（蔡甫昌、潘恆嘉、吳澤玫、邱泰源，2006）。

談到台灣的安寧療護，可追溯至1983年趙可式女士至天主教康泰醫療教育基金會任職，並針對「末期癌症病人」進行居家照護，後趙女士至美國求學期間因緣際會遇見理念相同的賴允亮醫生，回國後於1990年，自淡水馬偕醫院成立安寧病房。在趙可式女士與衛生署相關人員推動下，「安寧緩和醫療條

例」於2000年6月7日頒布（趙可式，2009）。

二、安寧緩和醫療條例的困境

《安寧緩和醫療條例》已行之有年，根據衛福部的統計至2018年12月，全國預立同意安寧意願註記約58萬餘人。目前癌末病人接受安寧療護的人數已有大幅成長，從2000年的7%提升至2016年58.7%，2016年接受相關補助的90家醫院，在推廣癌症病人病情告知計畫下，癌症病人的知情率達94.8%（衛福部，2018）。然而，此知情率僅限於接收補助的醫院，在其他醫院可能就不會這麼高。

儘管政府對此條例有特別推廣，但《安寧緩和醫療條例》並未賦予醫療機構或醫事人員，主動告知病人或家屬意願書或預立醫療決定之法定義務（張婷，2017）。也就是說醫院或醫事人員沒有義務向每位適用條例病人進行主動告知，而是採宣導的方式，讓有興趣的人自行去了解。因此醫事人員並不會將此資訊納入受訓之中，導致對這部份的資訊所知不全，而無法提供相關資訊給病人或家屬（謝伶瑜，2011），如此將影響《安寧緩和醫療條例》的推廣。

家屬在執行醫療決策時通常扮演重要的角色，若病人處於意識不清的狀態，拒絕心肺復甦術（Do Not Resuscitate, DNR）就會由家屬來簽署（黃錦鳳，2007）。家屬對末期病人的處置也有決定權，支持治療的不予（withhold）與撤除（withdrawal），經常使家屬與醫事人員陷入兩難。多數人對於癌末病人不予插管能感到理解，但對已插管的病患撤除維生醫療設備，卻持反對或保留態度，這牽涉到家人對於醫療行為與死亡



的看法（方慧芬、張慧玉、林佳靜，2009）。若家人無法避免即將到來的死亡，持續治療是在救命？還是延長死亡過程？家屬的決定與當事人的預立醫療不符時，病人的自主權就會遭受侵害，此醫療行為的必要性是有待討論的（方慧芬、張慧玉、林佳靜，2009）。

綜上所述，《安寧緩和醫療條例》在法律條文的解釋與對家屬的實務工作是有爭議的，這造成醫療上的糾紛與困境，使得病人無法受惠於此法，為了能讓病人的意願成為最優先事項，推行的《病人自主權利法》能減少爭議，使病人能真正行使自主權。

三、病人自主權利法的上路

在安寧緩和醫療條例裡，其對象只針對癌症末期、漸凍人以及八大非癌疾患。然而實施期間，發現此條例無法真正保證人民的生命自主權，再加上醫事人員在執行時也發生很多爭議，使病人無法得以執行自己的預立醫療決定。為使人民福祉更臻完善，楊玉欣立法委員提出《病人自主權利法》草案，並於2016年1月6日三讀通過《病人自主權利法》，3年後，在2019年1月6日正式實施。

此法內容將「末期病人、不可逆轉之昏迷、永久植物人、極重度失智、其他經中央主管機關公告之疾病或情況」這五種對象納入其中，且病人可透過預立醫療決定，在特定臨床條件下，決定是否要接受「維持生命治療」及「人工營養及流體餵養」，而《安寧緩和醫療條例》僅使當事人決定是否接受維生醫療照護，此適用範圍的改變，擴充了當事人可選擇的範圍。在推廣方面，《病人自主權利法》規定病人對於病情、醫療選項及各選項之可能成效與風險預後，有知情之權利，這意味著病人擁有完整的知情權，醫師須告知病人一切可供選擇的醫療選項，此舉改善了《安寧緩和醫療條例》的推廣受限。另外，此法增加「預立醫療照護計畫」（Advance Care Planning, ACP）的過程，參與人員包括簽署者、家屬、醫師、護理師、社工師或心理師，而這步驟的目的在於簽署者與家屬能在專家的協調下進行溝通，形成醫療共識，更謹慎的做決定，而非病人單方面的進行簽署，造成日後的醫療糾紛。最後，此法明定家屬或其他關係人不得妨礙病人在ACP立下的醫療決定，在未來執行時，家屬不能干預先前的決定，真正落實病人的自主權，並減少醫療糾紛。

表1
《安寧緩和醫療條例》與《病人自主權利法》的比較

	安寧緩和醫療條例	病人自主權利法
適用對象	末期病人	末期病人+四種臨床條件
適用範圍	維生醫療	維持生命治療+人工營養及流體餵養
推廣問題	醫事人員沒有義務告知	保障病人有知情權
簽署程序	病人單方面簽署意願書	需進行預立醫療照護計畫的步驟+簽署預立醫療決定書
醫療決策	家屬會干預醫療決策	家屬不得妨礙病人所做的醫療決策

資料來源：本文自行整理



參、可能遇到的倫理衝突

病人自主權法的通過後，部分人士擔心將間接正當化安樂死，以致於質疑的聲音一直是存在的，這顯示了民眾對於「病人自主」及「安樂死」的了解並不深入（譚平昇，2018），甚至包括心理師也不太清楚其差別。因此進入諮商實務前，心理師須先熟悉相關的法案，才有辦法在病人自主的決策體系中給予最有益的協助，並考量到可能的倫理衝突。

一、面對簽署者的衝突

在進行與結束生命有關的諮商，心理師需完全尊重當事人的任何決定，盡可能使當事人擁有自主性（autonomy）及自我決定權（self-determination）（Werth, 2009）。而心理師通常會有自己對於生死的價值觀，倘若心理師的價值觀與當事人的某些決定道德信念差異太大，心理師將會陷入倫理上的兩難，一方面認為維護當事人的自我決定權是非常重要的；一方面認為自己無法接受當事人的選擇（Caldwell, 2009），如：當事人已是不可逆轉之疾病卻選擇堅持生命，此時心理師雖然需尊重當事人的選擇，但心理師可能不願看著病人繼續忍受痛苦。在這樣的狀況下，倫理上的兩難勢必會影響心理師的工作，心理師需謹慎注意諮商過程是否會將自身的價值觀加諸於當事人身上，若因此危害到當事人的最佳福祉，心理師就會違反專業倫理，此時需重新思考是否要繼續與此類型案主工作。

由此可知，面對與結束生命有關的決定，絕對不是一件簡單的事情，心理

師必須要不斷地去思考，什麼才是當事人的最大福祉，尤其作為一位進行ACP的心理師來說，檢視自身的價值觀就顯得相當重要。

二、面對家屬的衝突

在華人文化裡，個人自主性（individual autonomy）容易受到家庭與社群的影響，面臨醫療照護決定時，往往是家屬取得主導地位，家屬才是決定病人是否該治療的人，這使得醫院裡時常發生家屬推翻病人的醫療決定（蔡甫昌，2017）。面對醫療上的困境，病人自主權法的通過將能避免此狀況出現，當簽署者進行預立醫療照護計畫時（ACP），心理師除了要與當事人諮商，還要有至少一位家屬的參與。心理師與家屬工作的最大挑戰在於，讓家屬尊重簽署者的任何決定，要如何使家屬接受「死亡是必經過程」是重要的諮商目標，心理師應成為簽署者與家屬之間良好的溝通橋樑。維護當事人的自主性雖是諮商的工作目標，但家屬的意見同樣重要。心理師需仔細聆聽雙方的觀點及需求，以不加批判、溫暖、接納的態度，讓雙方感受到心理師的關懷與支持。心理師需謹慎處理這之間的衝突，分析各種醫療選項的利弊，讓雙方瞭解做此醫療決策的意義，找到最適合當事人且是與家屬共同商議的醫療決策，才能落實病人自主權的執行。

由於病人自主權法的通過，醫院希望能將此資訊更廣泛的推廣，宣導預立醫療計畫之概念（蔡甫昌，2017）。站在心理師的角度，Gordon等人（2000）曾提出心理師面對與生命結束有關的諮商，心理師的角色有：教育者（educators）、實施者（practitioners）、



政策倡者（policy advocates）、研究者（researchers）。其中教育者的角色，認為心理師需教導其他專業領域人員及大眾有關生命發展歷程，促使人們了解「死亡」是生命歷程之一。因此，心理師在做與生命結束有關的諮商時，教育者的角色顯得相當重要，但同時心理師在教育的過程中需抱持著開放的態度，尊重當事人的任何想法，以傳遞知識為原則，不能強迫任何人接受自己的價值觀。尤其在與家屬工作時，需更有包容的心態，才能促使家屬對於死亡有正確概念，進而能尊重簽署者的自主權。

三、面對宗教差異的衝突

宗教信仰在人類的文化上，一直以來都扮演重要的角色，宗教大多有描繪人死後會前往何處，像是佛教的輪迴，相信人死後會因生前造的業而決定下一世的出身，道教將焦點放在當下的養生，認為人死後得以成仙，以另一種形式繼續活著（李剛，1994），而基督教的永生，認為人死後能上天堂，這三種台灣較為大宗的宗教對於死後的描述都是偏正向的，若信仰者對於死後懷抱著希望，相較於無信仰者，他們較能勇於面對死亡，虔誠的宗教信仰者因為相信其宗教描述的死後世界，面對死亡時的態度是正向的，死亡焦慮也更低，而沒有信仰或信仰不虔誠的人，他們對死亡以及死後的世界是困惑、恐懼的（劉金鳳，2011）。由此可見宗教信仰的有無以及宗教關於死後世界的描述，對其信徒面對死亡的態度具一定影響力。

許多心理師本身有宗教信仰，當心理師與當事人的信仰不同時，需謹慎的做出處遇，避免強加個人信仰的價值觀而違反諮商倫理。在專業倫理中不斷強

調當事人受益權的重要性，心理師需思考什麼處遇才是對當事人最好的（陳恆霖，2003），因此，宗教信仰的差異必須納入考量，避免做出傷害或冒犯當事人的決定，擁有包容且尊重的態度對於心理師來說是非常重要的。

四、面對文化的衝突

在華人的文化裡，人們傾向避談死亡，將它視為禁忌話題，不願正視死亡是生命的一部分，極為害怕面對死亡時的心境（譚平昇，2018）。想要與親朋好友談論死亡，總是會被認為好像在詛咒對方，是不吉利的；學校的生命教育課程，談論到善終、死亡等觀念的比例也非常的低（林素珍，2015）。因此長期以來，人們只有在家屬行將就木時才願意討論死亡，使得人們無法對死亡有正確的了解，時常在還沒有準備好的狀況下就要面對它，恐懼就會佔據個人的內心，以致於無法以坦然的態度接受「死亡」。由此可見，整個文化脈絡下，人們對於死亡的認識是寥寥無幾的。

另外，孝道的觀念根深蒂固存在於華人社會。當病人在瀕臨死亡時，即使家屬知道採取安寧照護才是最好的選擇，依舊會考量到的是，傳統上若沒有盡全力搶救病人，就會被認為是一種不孝的表現，救與不救是令人難以決定的（蔡甫昌，2017）。孝道文化所造成醫療倫理的兩難，也可能發生於諮商工作中，面對與文化之間的衝突，心理師需「尊重」當事人的文化，並展現自己有意願去理解及接納不同的觀點，才能在倫理兩難中取得平衡。

隨著病人自主權的提升，不論心理師是與誰工作，倘若要達到「善終」的最



大效益，心理師必須直接與當事人討論死亡的議題，讓每個人真正了解「死亡」是什麼，其伴隨而來的益處又有哪些，如：「善待生命，珍惜每一日」。然而這樣不忌諱的談論生死，將是面對傳統文化的一大挑戰，心理師要如何突破文化中的枷鎖，使諮商服務效果更好，這將是要提倡「善終」的問題之一。

肆、對心理師的建議

一、對自身價值觀的檢視

預立醫療計畫的簽署者大多是面對死亡的議題，因此心理師對於自己的生死觀須有足夠的覺察。對初始心理師而言，面對有關死亡議題時的反應是焦慮、不自在的，這會影響他們對當事人的回應，進而減損諮商的效果（葉寶玲，2003）。心理師面對預立醫療計畫的簽署者或其家屬時，須避免強加價值觀給當事人，在此之前應對自身價值觀有一定的了解，才能有效覺察到自己在諮商過程中的行為是否違反倫理，覺察自己能力的不足，進而尋求督導與其他協助或是轉介，以維護當事人的最大福祉。

關於生死觀的形成，社會文化與宗教信仰都具相當的影響力，心理師可以透過個人諮商的方式，進行自我探索，了解這兩者對自己生死觀的影響（Corey, 2001），而心理師在了解自己的價值觀後，要敏銳的覺察此價值觀對諮商過程造成的影響，並且要以尊重當事人價值觀的方式進行工作。

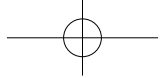
二、法律知識的增進

在心理師的培訓過程中，主要是學

習諮商領域相關知能，並未針對法律有額外學習，這使得心理師在特定領域工作時，法律知能顯得不足，工作上更容易遇到困境與爭議。鑒於「病人自主權利法」的上路，Gordon等人（2000）曾提出心理師面對與生命結束有關的諮商，需做一個教育者的角色，因此，參與預立醫療照護計畫的心理師應該瞭解此法的內涵，避免向當事人傳達錯誤訊息，使當事人誤解法條的內容，如：「病人自主」與「安樂死」的差別（譚平昇，2018）。可以透過參與相關主題的研討會或研習，增進對法律的了解，對法條有更多的熟悉後，心理師與當事人工作就會有法律的依據，這不僅保障當事人「知」的權益，也使心理師免於觸法的風險。

三、專業能力的提升

死亡，一直以來都是相當沈重的課題，關於生死權的問題更是不容易回答。與當事人討論有關死亡的議題時，心理師時常會處在兩難的狀況，考量到倫理或相關法規等問題，使心理師難以判斷什麼才是當事人最大福祉。Corey、Corey 和 Callanan（2011）建議心理師面對生死議題時不要獨自做決定，一旦對於自己的處遇有所疑惑，應該要向其他專業人員諮詢其意見，共同討論後，找到最適合當事人的處遇方式。林婉卿（2009）也建議醫療領域的心理師，可以組成同儕團體督導或辦理個案研討會，以增進個人的專業能力，彌補訓練過程之不足。因此，為了維護當事人的最佳利益，心理師需提升對於死亡議題的專業知能，並培養倫理思辨能力，面對倫理兩難時，才能善用專業能力幫助病人、家屬與醫護人員抉擇出最好的醫



療決定（李玉嬋、葉北辰，2017）。

心理師亦可透過參與「生死學研討會」以提升專業知能，幫助心理師重新思考生命的本質是什麼，釐清對於死亡的迷思與困惑，進而對死亡有正確的了解，提升個人的敏感度，才能更有效的協助當事人（邱珍琬，2006）。

四、倡導死亡教育

在林素珍（2015）的文中能得知，台灣目前的死亡教育大多開設在大學的生死學相關課程，國高中小的死亡教育是不足的。在求學期間，學生幾乎沒有接受「死亡」相關的教育，對於死亡的概念可能僅限於「死掉」這件事，並未對生命之意義有更多的探討。另外，文化脈絡下的避談風氣，限制人們去談論生死話題，在這兩者的影響下，使得今日人們對於死亡的認識是相當有限。

Gordon等人（2000）認為心理師在進行與生命結束有關的諮商時，一部分是要做一位「政策倡導者」。因此，心理師們應提倡將死亡相關的課程，更加落實於學校教育中，讓學生們從小就可以建立對「死亡」的認識，而課程的規劃也需符合學生的發展階段，才能讓學生有正確的觀念，不再將死亡視為「禁忌的話題」。

而除了在教育上的倡導，心理師自身對於死亡教育也是不足的，死亡相關課程並不包含在心理師的培訓過程，使得新手心理師面對有關死亡的諮商時，時常無法有效處理此類型的個案，而急於轉介給其他心理師（葉寶玲，2003）。因此，心理師也應倡導將死亡的教育納入培訓過程中，因為在許多的工作場域，如：醫院、學校，心理師都可能會面對有關死亡的諮商。若能提早

為此做好準備，死亡議題的諮商就不會再使新手心理師感到困擾（葉寶玲，2003）。

伍、結論

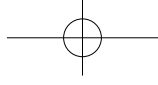
對於《病人自主權利法》的上路，心理師將會與當事人談論生死的話題，然而，死亡的議題是沒有一個明確的指引去選擇「生或死」，心理師作為一個專業人員，需要在各方的衝突之下，引導當事人與家屬了解死亡的本質，探索死亡對自己的意義，促使當事人做出自主的選擇。

若心理師自身都無法對死亡有一定的瞭解，容易將自己的價值觀加諸於當事人身上，而違反專業倫理，損害當事人福祉。而心理師對於倫理的思辨極為重要，不論從事何領域的諮商工作，都可能會遇到倫理上的難題，該如何解決倫理困境，是心理師要不斷思考及共同討論的。

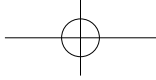
對於心理師來說，此法的通過可以視為一個很好的契機，去重新審視自己對於死亡的價值觀，與增進此領域的相關知能，未來從事這方面的諮商工作時，面對倫理上的兩難，便能做出更有效的決策。

參考文獻

- 內政部統計處（2017）。簡易生命表。
取自：<https://www.moi.gov.tw/stat/>
- 方慧芬、張慧玉、林佳靜（2009）。末期病人面臨預立醫囑，生前預囑之現況及與生命自決之倫理議題。《護理雜誌》，56（1），17-22。
- 朱育增、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。
- 李玉嬋、葉北辰（2017）。醫療諮商倫理：當醫學倫理難題找上諮商心理師時。諮商與輔導，**384**，57-61。
- 李剛（1994）。道教生死觀。神學年刊，**15**，37-47。
- 林素珍（2015）。國小階段「死亡教育」課程反思。臺灣教育評論月刊，**4**（4），193-197。
- 林婉卿（2009）。諮商心理師在醫療場域之心理服務經驗初探（未出版之碩士論文）。國立新竹教育大學，新竹市。
- 邱珍琬（2006）。生死學討論會對準諮商員生命態度影響研究。生死學研究，**4**，119-162。
- 張婷（2017）。論臺灣病人自主權之現狀與挑戰。法令月刊，**68**（3），122-139。
- 陳恆霖（2003）。老人臨終諮商的倫理議題。諮商與輔導，**212**，22-25。
- 黃錦鳳（2007）。加護病房重症病人簽署不予急救同意書對醫療處置之影響（未出版之碩士論文）。臺北醫學大學，台北市。
- 葉寶玲（2003）。初始諮商員與死亡教育。諮商與輔導，**212**，20-21。
- 趙可式（2009）。台灣安寧療護的發展與前瞻。護理雜誌，**56**（1），5-10。
- 劉金鳳（2011）。台北市信仰佛教與基督宗教老年人來生信念與死亡態度之調查研究（未出版之碩士論文）。國立台北護理健康大學，台北市。
- 蔡甫昌、郭蕙心（2017）。病人自主權利法之倫理觀點與實務挑戰。台灣醫學，**21**（1），62-72。
- 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），517-536。
- 衛生福利部國民健康署（2018）。安寧療護。取自：<https://www.hpa.gov.tw/Pages/List.aspx?nodeid=210>
- 衛生福利部統計處（2018）。衛生福利性別統計圖像（107年6月彙編）。取自：<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/mp-113.html>
- 謝伶瑜（2011）。醫護人員預立醫囑知識與相關因素之探討。長庚護理，**22**（2），153-163。
- 譚平昇（2018）。從關懷倫理學談病人自主與善終（未出版之碩士論文）。南華大學，嘉義縣。
- Caldwell, C. D., & Freeman, S. J. (2009). End-of-Life Decision Making: A Slippery Slope. *Journal of Professional Counseling: Practice, Theory & Research*, *37*(2), 21-33.
- Corey, G. (2001). *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (6th ed.). Stanford, CA: Brooks/Cole.
- Corey, G., Corey, M. S., & Callanan, P. (2011). *Issues and ethics in the helping professions*. Cengage Learning.
- Gordon, J. R., Canetto, S. S., Gallagher-Thompson, D., Rando, T., Stillion, J., Werth, J. L., & Anderson J. (2000). *Report to the board of directors of the American Psychological Association (APA) from the APA working group on assisted suicide and end-of-life decisions*.
- Werth Jr, J. L., & Crow, L. (2009).



End of life care: An overview for professional counselors. *Journal of*

Counseling & Development, 87(2), 194-202.

