

後疫情時代探討病人自主權利法對 個人與家庭心理的影響

The Psychological Impact of Patient Right Autonomy Act on Individuals and Families in the Post-Pandemic Era

楊惠卿¹
Hui-Ching Yang¹

摘 要

「病人自主權利法」是基於以人為中心的信念，認同病人自主自決的價值，使達到獲致符合個人偏好與生命價值的醫療照護方式。值此疫情衝擊的時代，隨著染疫風險對健康的威脅，世界各國已開始提醒國民為自己的醫療決策未雨綢繆的重要性，並積極提醒預立醫療照護決定的重要性，此刻正是提升民眾健康識能與死亡識能，並開啟討論與思考，當罹患重大疾病時，希望如何得到符合個人價值的醫療照護之重要契機。本文乃從個人、家庭與醫事相關人員的心理層面探討，首先，揭開以人為本的照護精神與模式；第二，闡述後疫情時代思考自主醫療決策的重要性；第三，說明病人自主權利法對個體生命自主的心理意義；第四，闡述病人自主權利法對家庭心理照顧困境的突破，包括病主法有助降低遺族悲傷與決策壓力以及表達醫療決策及預防受苦；第五，提出推動病人自主權利法的相關建議，包括耕耘生命教育以落實病人自主權利觀念、強化社會大眾對於簽署病主法的知識與態度，以及提升諮商心理師對於預立醫療諮商的相關倫理與能力。

關鍵詞：病人自主權利法、善終自主權、預立醫療決定、預立醫療照護諮商、預防受苦

¹中國文化大學心理輔導學系 助理教授
通訊作者：楊惠卿，（111）臺北市陽明山華岡路55號，E-mail：YHQ4@ulive.pccu.edu.tw



壹、前言

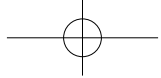
生老病死是每個人都須面對的四大課題，生命的最後一哩路也是必經歷程，但人生的長短與意外不可預測，明天與意外何者先到，往往是個殘忍的未知數。尤其隨著國人平均壽命逐年提高，老年人口比例上升，多數人往往無法知道自己會因為什麼原因死亡，這使得我們無法選擇在生命末期想要或不想要的醫療處遇。一旦生命面臨危急時，每個人會希望醫療方式由自己決定，還是由家人代為抉擇呢？這是個攸關個人福祉卻很少被討論與落實的議題。隨著醫療科技的進步，高齡老年常面臨「生命雖延長，健康卻惡化；病痛延長，失智機會增加，死亡緩慢」等情況，這些困境不管對自己或家人都已是越來越常見的煎熬，導致在人生最後一段路上，病人、家屬、甚至醫護人員都走得很辛苦、很愧疚、很無奈（吳秋鳳，2018）。

2015年世界衛生組織提出以人為中心（people-centered）的醫療照護架構，促進病人參與醫療，成為醫療決策過程的重要思維（林淑美等人，2020）；亦即當前社會隨著病人權利的提升和醫病共享決策（shared-decision making, SDM）的概念提升，已逐漸創造出以人為本與價值導向的照護精神與模式，並以病人自主的相關醫療法案，落實尊重個人自主、尊嚴與信念，獲致符合個人喜好與生命價值的醫療照護方式。值此疫情衝擊的時代，染疫罹病的風險增加，探討所欲的醫療照護更有其防患未然的實務性意義。

貳、後疫情時代思考自主醫療決策的重要性

2020年以來，新型冠狀病毒（coronavirus disease, COVID-19）疫情席捲全球，帶來超乎預期的影響，擾亂了人們的正常生活，更帶來許多焦慮與不確定，談生論死的生命教育課題，隨著疫情的威脅衝擊而受重視。學者指出，疫情引發了特殊生命體驗，人與自然、災難與死亡，以及生命的意義都更值得被重視與強調，人們宜重新思考如何因應及轉化當前疫情下的難題，使其成為積極正向的教育力量（楊洲松，2020）。

事實上，因應新冠肺炎的流行及染疫風險，世界各國已紛紛開始提醒國民為自己的醫療決策未雨綢繆的重要性，世界先進國家（如：加拿大、美國、英國）皆積極推動預立醫療照護決定，呼籲在壓力情境下更應提升民眾死亡識能，加強推動以人為本的預立醫療照護諮商（advance care planning, ACP）的概念（劉靜女等人，2020）。尤其COVID-19流行以來，美國染疫病例數和死亡人數是所有國家中最多的，更催生了ACP的迫切性，使民眾更關注於確保自己的醫療照護決定被適當登記於照護系統中（Funk et al., 2020）；並積極透過行動來提升死亡教育和ACP完成率，包括：將死亡教育納入教師準備計劃、納入大學課程、針對衛生專業人員提供更好的死亡和臨終教育，以及教育大眾等（McAfee et al., 2020）；根據一項調查，為重病時能獲致期望的醫療，預立醫療決定（advance decision, AD）線上簽署的完成量增加了四點九倍之多（Auriemma, 2020）。足見在後新冠病毒時代，人們對死亡有更多知覺，其對健康的威脅亦成討論議題，此刻正是喚起大眾去思考，當罹



患重大疾病時，希望如何得到符合個人價值的醫療照護之重要契機。

參、病人自主權利法對個體生命自主尊重的意義

2019年1月6日，臺灣「病人自主權利法（Patient Right to Autonomy Act，簡稱病主法）」正式實施，在醫療自主權利上邁進歷史的一大步。其為《安寧緩和醫療條例》發展而來，亦即《病人自主權利法》擴充了適用範圍以及強化病人的自主權，年滿20歲擁有完全行為能力之意願人，可透過預立醫療照護諮商，事先簽署預立醫療決定，預立的意願必須得到公證，經過醫療照護上的評估，並且正式記載在健保卡上（衛生福利部，2021）。

病人自主權利法乃是落實以人為中心的照護模式，認同病人自主自決的價值。讓不管處於健康或疾病的人，確保每個病人對自己的疾病有知情、選擇與決定的權利，並將「自然善終」的選擇權交還給患者，讓病人為自己的醫療與生命做主（吳佳穎等人，2020）。同時，病主法是我國第一部以病人為主體的醫療法規，也是亞洲第一部完整地保障病人自主權利的專法，其尊重病人的醫療自主性，讓人在最壞的時刻發生前就預立意願書，有效地保障病人的善終權益，適用對象不再僅限於末期病人（衛生福利部，2021）。

換言之，隨著過去父權式醫療模式的式微，轉而加重醫療過程中病人的角色，而醫病共享決策正是以病人為中心的醫療決策過程。站在認同病人自主自決的價值上，預立醫療決定意願書之後，如果發生特定情況時，醫療機構即能依照病人的意願放棄無效醫療措施，但仍需提供必要的照護措施，以減緩病人

的痛苦（張麗卿，2016）。可見病主法的訴求是充分以人為本，以達到符合個人偏好與生命價值的醫療照護模式。

肆、病人自主權利法對家庭心理照顧困境的突破

一、病主法有助降低遺族悲傷與決策壓力

簽署病主法的初衷，也是希望在未來不成為家人的兩難抉擇與負擔，所以，其價值不僅是善終尊嚴，以及為自己生命負責的權利，同時也是出於對家人體貼的愛（Stein et al., 2013）。面臨威脅生命的疾病時，問題核心如果放在急救選項，對家屬將是困難的掙扎與抉擇，要救？不救？要插管？要拔管？情何以堪？根據研究，透過簽署預立醫療指示，以法律文件來表達自己於生命末期或特殊狀況時，所期望之醫療意願，可以減少家屬做決定的痛苦（Matzo & Hijjazi, 2008）。同時，預立醫療照護諮商（ACP）已證實可改善病人和家庭的滿意度和幸福感，它使人能在意識清楚情況下，鼓勵與家人親友討論死亡議題及自己的心願，有計劃地為自己預先做好決定，就不會把問題留給親人，並完成最後的自主善終，此可避免家屬決策負擔、減少壓力憂鬱，以及遺族悲傷或創傷後壓力（Lum et al., 2015）。

此外，當個體面對死亡，全面關照逝者善終、留者善別與能者善生等議題，才能達到生死兩相安，讓自己即將逝去的生命獲致深刻的意義，也讓活著的人，在心中留下對逝者的珍貴記憶與懷念，依然能繼續好好的活著。在這過程中，為「善別」所做的努力，是真誠地在關係裡，給自己和家人多一點允許，留下安心是家人之間能給彼此最好的溫



柔，讓患者覺得自己不再只是個即將過世之人，而是曾經與這些人有過許多交集、有過許多豐盛往事，並且精彩地活到最後一刻的人；為「善生」所做的努力，是有機會讓家人串起彼此共同的珍貴回憶，使回憶裡有愛、有生命的亮點，在分享敘說過程中有笑有淚，而不僅有沉重的悲傷痛苦，讓生命的色彩也留在即將要離開的人心裡面（方俊凱、蔡惠芳，2018；楊惠卿，2020）。因此，透過溝通與關懷，才能擁有真正的生死兩相安，而病主法更可降低親友心中的痛苦創傷，對個人及家庭產生不可預知的正面影響與效應。

二、病主法有助表達醫療決策及預防受苦

醫療決策未能妥善表達或執行往往背後有許多困境，經常使家屬與醫事人員陷入兩難。根據臨床研究發現，真正難題往往是末期病人沒有機會事先表達意願，或雖有表達拒絕緊急維生治療意願，但是家屬堅持要救，這是基於家屬對治療的期待，有救有希望，即使不忍其承受巨大病痛，但面對無效醫療卻無法放手。或是，家屬基於保護病人，刻意不告知病情，雖出於善意，但卻剝奪病人知情同意的自主選擇權。另一種癥結是，當家屬拒絕一些醫療介入時，也可能對醫療人員造成無奈或衝擊。基於救命是醫護人員的天職，以及醫師對潛在醫療爭議的擔心，所以他們為了避免日後的糾紛，往往還是救到死亡為止，也就是未能儘早與病人和家屬討論有關預立醫療指示，無法確認病人真正的意願為何，此影響了病人自主與自決的權利（Douglas & Brown, 2002）。以國內癌末病人為對象的研究為例，顯示有超過八成以上的癌末病人是由家屬代為簽署不施行心肺復甦術同意書，而病人因為身體及

心理狀況差、是否照會安寧醫療團隊與家屬拒絕等因素，而未參與自身生命末期醫療討論（Huang et al., 2008）。

預防受苦的醫學是要妥善為未來做好準備，如學者分享對於幸福善終的想法：「Good death is programmed by god. The road to the hell is paved with good intentions.」（黃勝堅，2021）。當醫療有其極限，要突破醫療決策表達困境，重新思考的是：「我想要的照顧方式」、「我希望如何被治療」，若能以照護陪伴以及溝通傾聽，代替無謂的搶救與治療，才不會使病人與家屬承受最後的身心煎熬。推行預立醫療自主計畫的目的，是追求善終，希望讓每個人有機會對自己的生命負責，並保有生活品質、照護品質以及臨終和死亡品質的追求；同時關照到病人與家屬身體、心理和思想的平安，透過預立醫療決定，讓家屬將決策的負擔、自責與不捨，化為祝福與感恩。綜言之，病主法代表的是生命自主負責及善終權益意識的抬頭，同時也是對家人的愛與體貼，避免其處於理性與家人情感的牽扯，而產生代行醫療決策的壓力。站在人本中心立場，當事人才是醫療決策的主角，協助瞭解實情並協助預防受苦具有重要意義。提升對預立醫療決定的認識，不僅保障病人的善終權益，更有利促進醫病關係和諧，可以說是超越個人性的保障，擴及家庭、社會性的權益。

伍、推動病人自主權利法的相關建議

一、耕耘生命教育以落實病人自主權利觀念

「疾病是生活的黑夜，它是一項令人相當費勁的公民權，每個人人生下來都



擁有雙重的公民權，一個是居是在健康的王國，一個是居住在生病的王國。雖然我們都比較喜歡只使用健康的護照，通往健康的王國；但有些時候我們都有義務，或至少一段時間，須確認自己是另一個地方的公民。」這是Sontag（2012）在「疾病的隱喻」中，引人深思的一段話。健康時我們都活在神奇泡沫的想法假設裡，感覺生命本質應是受到保護且能夠自我掌握的，認為疾病或意外應是與自己距離遙遠，而且處於旁觀立場、無所心理準備的，然而疫情當前，不分貧富貴賤皆有風險，有待正視其帶來的健康威脅，並思考符合個人價值的醫療方式。

電影「鬼滅之刃—無限列車篇」提到：「衰老跟死亡，正是人類這種生命短暫生物的美好之處。」這句話說出了身為人的獨特性。然而，正視死亡乃是生命的一環，坦然談論並思考死亡，終究不是容易的事，而預立醫療決定的觀點更是與傳統文化忌諱談死的思維大相逕庭。但隨著臺灣推展安寧緩和醫療，民眾已對於生命末期的醫療照護方式及善終看法有所轉變（蔡甫昌等人，2006），也就是，隨著時代觀念改變，社會已逐漸能接受討論死亡的議題。

根據文獻指出，臺灣目前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相對不足。在國民教育求學期間，學生少有接觸死亡教育相關議題，對於死亡的概念可能僅止於「死掉」這件事，並未對生命的意義有更多探討（林素珍，2015）。根據學者表示，接受死亡教育能使人更坦然面對死亡，比較能自在的與人討論死亡議題，並且更懂得珍愛生命及關懷他人（吳庶深、黃禎貞，2001）。目前臺灣大專校院通識教育中心開設生死議題相關課程已達三分之一以上，顯示大學通識課程

中對於死亡的本質與意義、對死亡及瀕死的態度與處理調適、臨終前的醫療治療都有更多機會與開放討論的空間（吳美宜、黃松元，2006）。

如學者楊洲松（2020）所述，新冠疫情宜化為促使人們思考面對生死與生命意義的正向教育力量。黃勝堅（2021）更指出，健康識能（health literacy）與死亡識能（death literacy）是目前需要倡議的重要議題。死亡識能指的是獲取理解及使用末期照護相關的知識和能力，陪伴及照顧末期病人與家屬過程中之生死智慧。倘若醫護人員的死亡識能不佳，不僅病家無法獲得正確的醫療訊息，病人無法得到最適當的照護有尊嚴的走，照顧者悲傷期可能更延長，同時也增加潛在醫療的爭議。Gordon等人（2000）曾指出，心理師應倡導將死亡的教育納入培訓過程中，因為在許多工作場域，如：醫院、學校，心理師都可能面對有關死亡的諮商；同時，心理師也要扮演教育者的角色，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。愛與失落都是生命中的養分，當擁有愛的同時，也需要學習與失落為伴，這是面對悲傷失落的心理調適歷程（王美淑等人，2019）。質言之，開啟討論生死議題的社會風氣是必要的，當前臺灣已創造了條件，迎來全亞洲第一部「病人自主權利法」，下一步即為考驗臺灣社會於落實病人自主之際，所進行生命教育之奠基與耕耘（張婷，2017）。

二、強化社會大眾對於簽署病主法的知識與態度

根據學者指出，對於預立醫療決定的相關知識與態度，影響其落實推動執行，例如：接受過較多的相關訊息且知



識越正確，健康素養較佳，態度越正向者完成簽署的比率越高（楊嘉玲等人，2008）。根據過往，臺灣安寧緩和醫療條例賦予民眾「預立醫療指示」的權力，但實際國人簽署醫療預立指示比率亦偏低（林慧美等人，2011），這顯示政府相關單位應強化宣導預立醫療決定的概念與執行方式，推動大眾對於此一法規政策的瞭解與實踐，這不僅是後疫情時代的社會教育也是未來公衛有待推展的議題。尤其病人及家屬對於病主法的感受疑慮或需求也是值得關注的。根據研究，病人不願簽署的理由前三項為：「對醫療狀況不是很瞭解」、「覺得忌諱，不想去考慮此事情」及「仍不是很瞭解預立醫療指示的內容」（吳佳穎等人，2020）。這顯示實際的醫療狀況、華人傳統文化觀念的束縛以及預立醫療指示的具體內容都是影響簽署的重要因素。除非對於臨終照護的選擇相關知識已熟悉或已瀕臨臨終有時間壓力，否則也很難針對具體臨終照護之選擇進行判斷（Sabatino & Charles, 2013），這需要預立醫療照護諮商過程中做出相當的澄清與解釋，才能做出真正符合意願人的決策。同時，病主法實施以來，常有民眾發問：法律應是保障全民，為何需要經過醫療照護諮商門診、繳納兩三千元才能做照護諮商並簽署預立醫療指示呢？不便做照護諮商的國人，就不能享有預立醫療指示的權利嗎？這是需要釐清也是日後修法必須考量之處（陳秀丹，2019）。亦即，醫療給付費用往往影響施行的意願，根據調查，76%的臺灣民眾願意參與ACP，但若須自付諮商費用隨即降低民眾和醫院的投入意願（降到9%）；畢竟執行ACP耗時耗力，每次1~1.5小時且需要醫師、護理師、心理師或社工師等至少3人全程投入，一項重要的國家政策，若健保不願意給付亦會降低醫

院的改革動力（馬瑞菊等人，2019）。因此健保對於ACP的補助應是未來值得思考的方向。

此外，任何立場往往帶來一體兩面的觀點影響。病主法站在嚴謹對待生命的歷程，也可能限制了對病人真正自主抉擇的尊重。以德國為例，其對於病人的「預立醫療指示（advance directives）」在民法典設有相關規定，病人隨時可以作出拒絕治療的決定，以保護其身體的完整性，德國病人自主權的效力與疾病的種類、期別無關，與之相較，臺灣的病主法適用條件是比較嚴苛的（陳秀丹，2019）。因為根據病主法第14條規定，病主法適用情況只限定五種情境：末期病人、處於不可逆轉之昏迷狀況、永久植物人狀態、極重度失智、其他經中央主管機關公告之病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形等。這五種情況除了應由二位具相關專科醫師確診外，還必須經緩和醫療團隊至少二次照會才能確認。許多國人擔心如果相關醫師的認定標準太過嚴苛，則很可能這類病人須經過長達數個月的觀察期才能如願善終，這絕非病人所樂見。同樣的，病主法施行細則第12條規定永久植物人狀態，如為外傷所致，其植物人狀態必須超過六個月無改善才適用；如非因外傷所致，則須超過三個月無改善才適用。這段期間，病人的苦、家屬的煎熬，亦實難為外人所代勞（馬瑞菊等人，2019）。

另一方面，臺灣屬於華人社會，病主法倚重家屬的認同，因為法律規定預立醫療照護諮商時必須有二親等內親屬至少一名參與，其用意是意願人與其家屬共享決策，但此立場是否全然尊重意願人的醫療自主權？又，家庭型態轉變影響到生活中的分工以及醫療與照護的



經驗，每個家庭都有其背景、情感關係與不同的組成模式，在遭逢疾患與重大醫療抉擇時，誰才可為病人本人作出最合適的醫療決策？是子女？伴侶？還是自己？重組家庭等多元型態家庭面臨的醫療自主課題，可能更加複雜，例如同志伴侶參與預立醫療照護諮商的過程，可能形同向家人「出櫃」，或是需要做好開誠布公的準備，這些都可能成為預立醫療決定的阻礙（王紫茵、鄭子薇，2021）。或者，預立醫療照護諮商過程中，對於所委任之醫療委任代理人而言，當病人意識昏迷或無法清楚表達意願時，理論上雖是最能執行其本人意願，但代理人是否能與病人的親屬與醫療照護提供者充分溝通想法，以明白喜好，都是執行上的挑戰（吳振吉、蔡甫昌，2016）。過往有些醫師為了避免醫療糾紛而採取防禦性醫療，提供所有的治療模式，包括對病人沒有實質效益的無效醫療；而有些家屬則因私心，為了病人的月退俸或私人保險給付費用，而使得病人拖磨受苦無法善終（陳秀丹，2019），這些都是不合乎病人本身的福祉，也是病主法因應而生的重要因素。因此，強化社會大眾對於病主法的正確觀念態度，並在健康時能對法規有清楚的認識，對自己的生命有完整的思考，並轉換看待生命和死亡不同的眼光，將讓人更有勇氣接受它，並獲得更多的人生圓滿。

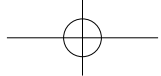
三、提升諮商心理師對於預立醫療諮商的相關倫理與能力

當事人必須先經過「預立醫療照護諮商」，才能簽署預立醫療決定。預立醫療諮商團隊須有醫師一人、護理人員一人、心理師或社會工作人員一人組成。而這諮商步驟目的在於當事人與家屬

能在專家協調下進行溝通，形成醫療共識，更謹慎做出決定，而非病人單方面進行簽署，造成日後醫療糾紛。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，未來執行時，家屬不能干預先前的決定，真正落實病人自主權並減少醫療糾紛（衛生福利部，2021）。

然而，預立醫療照護諮商過程中，面對可能發生的衝突，心理師需扮演溝通協調的角色，也難免會遇上倫理難題，需要思考與因應。參與其中的心理師可能會面對：1.與簽署者的衝突，如：諮商心理師生死價值觀和個案差異甚大，如何關照個案最大福祉並幫助個案。2.與家屬的衝突，在ACP過程，個案的醫療委任代理人 and 家屬均參與其中，但一般華人可以接受自己的死亡善終，卻放不下家屬讓家人好走，這是臨終場域常見的爭端。3.宗教差異的衝突，許多諮商心理師有各自的宗教信仰，當個案的行為及宗教信仰與自己抵觸，需釐清價值觀保持對個案的同理，並保障個案最大受益權。4.文化的衝突，華人傳統認為談死不吉利，或者孝順就要讓父母等尊親屬活下來的印象（吳昶興等人，2019）。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。根據文獻，針對心理師提出四項建議：1.對自身價值觀的檢視、2.法律知識的增進、3.專業能力的提升，以及4.倡導死亡教育。此法上路，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（吳昶興等人，2019）。

在病主法實施之後，Gordon等人（2000）曾提出心理師面對與生命結束有關的諮商，心理師的角色包括：教育者（educators）、實施者（practitioners）、政策倡導者（policy advocates）、研究者



(researchers)。越來越多學者或實務專家呼籲諮商心理專業人員必須發展死亡識能，意即面對並處理當事人與臨終、死亡與喪親有關問題的專業技能，來協助未來越來越多臨終場域個案；心理師需要從知識、技能、經驗學習與社會行動等面向培養死亡識能，來提升自己或幫助個案在臨終與死亡相關議題之知識、技能和執行的智慧（鄭企峰等人，2018）。尤其心理師對於倫理的思辨與討論極為重要，在面對當事人及其家屬時，需抱持著開放與尊重的態度，不能強迫任何人接受自己的價值觀；倘若心理師自身都無法對死亡有一定的瞭解，便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。因此，對於心理師來說，此法的通過可視為一個很好的契機，去重新審視自己對於死亡的價值觀，並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，才能做出更有效的決策（黃曉蓓等人，2020）。

陸、結論

臺灣社會隨著病人權利和醫病共享決策概念的提升，創造出「病人自主權利法」的條件。病人自主權利法強調自主、同理、互相尊重、了解價值，讓人在對於死亡的未知數時，能提早為自己的最後一哩路思考，根據個人生命價值，讓自己和親人為未來的醫療決策做更充分的準備，找到符合個人價值觀的醫療照護方式，在生命最困難時得到最希望的治療方法（劉靜女等人，2020）。這是從生到死的思維與實踐，需要醫護人員以及諮商心理專業人員具備健康及死亡識能，以提升協助個案處理死亡相關議題之知識、技能與智慧，同時也需要病人與家人及醫療照護夥伴之間的信

任與關懷溝通，需要透過更多的討論使大眾建立認知與共識。當大眾對於預立醫療決定抱有認識與正面態度，則其簽署意願便提高，便能尊重他人的治療意願和決定，完成預立醫療執行的可能性也高。隨著病主法通過，當前疫情充滿變數的年代，正是推動全民生死教育的良好契機，期待各界共同倡議努力，落實以人為中心及價值導向的照護精神。

參考文獻

- 方俊凱、蔡惠芳（2018）。傾聽情緒：罹癌長輩與家屬的心理照顧。博思智庫出版社。
- 王美淑、王映之、方俊凱（2019）。安寧日常語愛時光：六全伴行，馬偕安寧病房22堂關鍵照護課題。博思智庫出版社。
- 王紫茵、鄭子薇（2021）。認識多元型態家庭與病人自主權利法。醫療品質雜誌，15（3），74-78。
- 林慧美、楊嘉玲、陳美妙、邱泰源、胡文郁（2011）。住院病人簽署預立醫療指示的意願及接受宣導的意向。安寧療護，16（3），281-295。
[http://doi.org/10.6537/TJHPC.2011.16\(3\).1](http://doi.org/10.6537/TJHPC.2011.16(3).1)
- 林淑美、蔡志婕、詹尚易、劉建良、許文章、張富康、程威銘、邱家祈、邱逸淳、萬同軒、翁林仲、黃勝堅（2020）。醫病共享決策之推動—以北市某區域教學醫院為例。北市醫學雜誌，17（4），459-481。
[http://doi.org/10.6200/TCMJ.202012_17\(4\).0010](http://doi.org/10.6200/TCMJ.202012_17(4).0010)
- 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。
- 吳振吉、蔡甫昌（2016）。簡評「病人自主權利法」及其影響。醫院雙月



- 刊，**49**（1），6-10。
- 吳昶興、宋政鴻、陳臻、吳芝儀（2019）。病人自主權利法通過後的諮商倫理再思。*輔導季刊*，**55**（3），52-60。
- 吳庶深、黃禎貞（2001）。生死取向的生命教育：教學成效之初探。*教育資料集刊：生命教育專輯*，**26**，377-392。
- 吳美宜、黃松元（2006）。我國大學通識生死教育課程設計之研究—德懷術研究法之應用。*衛生教育學報*，**25**，127-152。<http://doi.org/10.7022/JHE.200606.0127>
- 吳佳穎、陳端容、黃心慈（2020）。住院病患家屬對病人自主權利法的認知、態度及預立醫療決定的行為意向。*臺灣公共衛生雜誌*，**39**（3），342-349。[http://doi.org/10.6288/TJPH.202006_39\(3\).109041](http://doi.org/10.6288/TJPH.202006_39(3).109041)
- 吳秋鳳（2018）。推動全民生命教育—病人自主權利法。*志為護理—慈濟護理雜誌*，**17**（6），30-31。
- 馬瑞菊、林佩璇、蕭嘉瑩、蘇珉一、曾令君（2019）。自主善終的臨床觀點—從病人自主權利法與ACP談起。*領導護理*，**20**（1），16-27。[http://doi.org/10.29494/LN.201903_20\(1\).0002](http://doi.org/10.29494/LN.201903_20(1).0002)
- 黃勝堅（2021）。幸福善終—社區民眾自主善終之死亡識能（專題演講）。320國際幸福日論壇養心善終之社區心理衛生點亮工作，臺北市。
- 黃曉蓓、張秋芬、廖俊裕、吳芝儀（2020）。病人自主權利法下之臨終諮商面面觀。*諮商與輔導*，**411**，22-27。
- 陳秀丹（2019）。從一位醫師的角度來看病人自主權利法。*應用倫理評論*，**67**，65-76。
- 楊洲松（2020）。學在瘟疫蔓延時：新型冠狀病毒疫情下的教育思考。*課程研究*，**15**（1），1-14。
- 楊嘉玲、陳慶餘、胡文郁（2008）。醫療預立指示。*安寧療護雜誌*，**13**（1），30-41。[http://doi.org/10.6537/TJHPC.2008.13\(1\).3](http://doi.org/10.6537/TJHPC.2008.13(1).3)
- 楊惠卿（2020）。解開咫尺天涯的孤單—探討罹癌後家庭的心理調適與挑戰。跨領域的對話：成癮行為及心理健康學術研討會，苗栗縣。
- 衛生福利部（2020）。病人自主權利法（2020年04月15日）。<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020189>
- 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。*臺灣醫學*，**10**（4），517-531。[http://doi.org/10.6320/FJM.2006.10\(4\).15](http://doi.org/10.6320/FJM.2006.10(4).15)
- 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。
- 張麗卿（2016）。病人自主權利法善終的抉擇。*東海大學法學研究*，**50**，1-47。
- 劉靜女、楊君宜、黃遵誠、賴怡蓁、周原均、鍾文君、陳香岑、邱筱芸、林怡杏、黃勝堅（2020）。從COVID-19全球大流行時看臺灣病人自主權利法的推動。*北市醫學雜誌*，**9**，1-9。[http://doi.org/10.6200/TCMJ.202106_18\(2\).0005](http://doi.org/10.6200/TCMJ.202106_18(2).0005)
- 鄭企峰、林承霈、蕭勝煌（2018）。提升死亡識能以提供高品質晚期癌症照護。*北市醫學雜誌*，**15**，54-60。[http://doi.org/10.6200/TCMJ.201806_15\(SP\).0006](http://doi.org/10.6200/TCMJ.201806_15(SP).0006)
- Auriemma, C. L., Halpern, S. D., Asch, J. M., van Der Tuyn, M., & Asch, D. A. (2020). Completion of advance directives and documented care



- preferences during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. *JAMA Network Open*, 3(7), 1-4. <http://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.15762>
- Douglas, R., & Brown, H. N. (2002). Patients' attitudes toward advance directives. *Journal of Nursing Scholarship*, 34, 61-65. <http://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2002.00061.x>
- Funk, D. C., Moss, A. H., & Speis, A. (2020). How COVID-19 changed advance care planning: Insights from the west virginia center for end-of-life care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(6), 5-9. <http://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.09.021>
- 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 from the APA working group on assisted suicide and end-of-life decisions*. Research Gate. <https://reurl.cc/nOOOp48>
- Huang, C. H., Hu, W. Y., Chiu, T. Y., & Chen, C. Y. (2008). The practicality of terminal ill patients signing their own DNR orders—a study in Taiwan. *Journal of Medical Ethics*, 34, 336-340. <http://doi.org/10.1136/jme.2007.020735>
- Lum, H. D., Sudore, R. L., & Bekelman, D. B. (2015). Advance care planning in the elderly. *The Medical Clinics of North America*, 99(2), 391-403. <http://doi.org/10.1016/j.mcna.2014.11.010>
- Matzo, M., & Hijjazi, K. (2008). Older Oklahomans' knowledge, attitudes, and behaviors related to advance directives. *Journal of Gerontological Nursing*, 34, 21-26. <http://doi.org/10.3928/00989134-20080201-08>
- McAfee, C. A., Jordan, T. R., Cegelka, D., Polavarapu, M., Wotring, A., Wagner-Greene, V. R., & Hamdan, Z. (2020). COVID-19 brings a new urgency for advance care planning: Implications of death education. *Death Studies*, 46(1), 1-6. <http://doi.org/10.1080/07481187.2020.1821262>
- Sabatino, C. P. (2013). Advance directives: Eight advance care planning lessons that took me 3 years to learn. *Experience*, 23, 5.
- Sontag, S. (2012)。疾病的隱喻（程巍，譯）。麥田。（原著出版於1978年）
- Stein, R. A., Sharpe, L, Bell, M. L, Boyle, F. M., Dunn, S. M., & Clarke, S. J. (2013). Randomized controlled trial of a structured intervention to facilitate end-of life decision making in patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 31(27), 3403-3410. <http://doi.org/10.1200/JCO.2011.40.8872>