

## 醫學倫理教案 (8)

議題：寧死不願截肢的病人

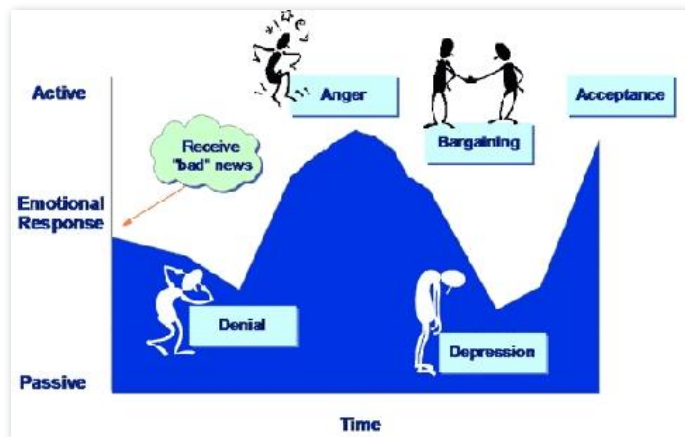
92歲伯伯，平時身體硬朗生活可自理，與妻子和一位照顧妻子的外勞同住。過年時家人回家發現病人腳末端冰冷且發紺，就醫後診斷為周邊動脈阻塞。因為血管狀況差已經無法行手術或藥物處理血栓，外科團隊告知只能行膝蓋以上截肢才能預防之後下肢壞死造成後續的感染問題。病人聽到要截肢表示自己寧死也不要，而外科團隊照會安寧團隊希望做後續轉介。

本案例的學習重點是當病人拒絕醫療建議時，醫療人員該怎樣處理。

醫療人員必需學習人際和溝通技巧，在診療過程中與病人和家人互動時，除了要清楚說明病情及診療計畫之外，更要用心聆聽及探索對方的感受和心理狀況。

本案例有三個重點：(1) 關係建立；(2) 理解真情；(3) 共享決策。分述如下：

- (1) 關係建立：病人已年逾九十，無論視、聽和理解能力都可能退化，較不容易溝通。醫療人員通常傾向與家人溝通，再由家人轉告，缺少直接溝通，也缺乏尊重，醫療人員在病人心目中只是個陌生人。而醫療人員未跟病人建立融洽關係，雙方沒有互相信任的情況下，任何會有嚴重不良後果的醫療建議（如本案例的截肢），病人都不容易接受。故面對年邁病人，醫療人員應比面對一般病人要更用心地去互動、溝通和建立關係。特別是告知壞消息，必須面對面與病人說明（可由家人一句一句地傳達或翻譯）。
- (2) 理解真情：年邁病人與常人一樣，在聽到壞消息時會有許多不同的心理反應和呈現不同的心理防衛機制。美國精神科醫師 Elisabeth Kübler-Ross 在1969年出版的暢銷書“On Death and Dying”所述，人對待哀傷與災難過程中在心理上有5個縮寫為“DABDA”的獨立階段：否認(denial)、憤怒(anger)、討價還價(bargaining)、憂鬱(depression)和接受(acceptance)。然而，本案例並非完全依其所述，表現出否認、憤怒或憂鬱，而是採取「逃避」。醫療人員必須認知病人並非真正拒絕診療，而是想暫時緩衝所面對的心理衝擊。當病人得知壞消息後，心理上的衝擊若還未到「接受」階段（無論是其他四個階段的哪一項或是出現其他的心理防衛機制），操之過急的決策都是沒有好處的。此時需致力和病人溝通，用心聆聽及理解病人潛在內心深處的真正情緒，給予善意且合宜的回應（包括表達認知及認同對方的感受），並承諾且履行陪伴與支持。在建立醫病情誼之後，引導病人進入「接受」階段，才能開始討論後續的診療方案。



Elisabeth-Kübler-Ross 的 DABDA 五階段心路歷程

- (3) 共享決策：本案例病人沒有接受醫療建議，似乎是病人的問題，但更可能是醫療人員。如上所述，如果醫病之間沒有良好的溝通，病人極可能不了解自己的狀況，尤其是沒有機會分析和比較手術（截肢）與不手術優缺點，就很難做出對病人最合適的選擇。在遇到困難抉擇時，醫病「共享決策」（shared decision making, SDM）常是最佳的處理方法。共享決策（shared decision making）常採用的 three-talk model 包括選擇對話（choice talk）、選項對話（option talk）及決定對話（decision talk）。首先是邀請病人和家屬參與討論如何選擇（選擇對話），在選擇對話之前，先決條件是要處理好病人和家屬的心理反應。待病人和家屬都能接事實後才邀請其參與決定。第二步是向病人和家屬詳細解釋各個選項的優點和缺點，並逐項探詢病人和家屬對這些優點和缺點的看（選項對話），在真正了解病人的價值觀和偏好之後，一起做出決定（決定對話）。經由完整的共享決策程序，病人較能為自己做出最好的決定，無論是手術或不手術。