

## 論 述 二

## 臨床倫理諮詢 Clinical Ethics Consultation

陳彥元 蔡甫昌<sup>1</sup>

Case Western Reserve University 生命倫理系 臺大醫學院社會醫學科<sup>1</sup>

臨床倫理諮詢 (clinical ethics consultation) 簡稱倫理諮詢 (ethics consultation)，是生命倫理學中較新近的領域。隨著臨床倫理的發展，美國在過去三十多年來，應用倫理諮詢於臨床實務上，以解決醫療爭議問題顯著地增加，相關的論述及制度的建立也漸趨成熟。和美國比較，國內相關的人才與制度都是缺乏的。本文透過倫理諮詢歷史的演進、目標的制定以及實證研究的回顧，期能了解台灣未來發展倫理諮詢制度可能遭遇的問題。

### 倫理諮詢的發軔

臨床醫學倫理個案諮詢之評估會議 (the Conference on Evaluation of Ethics Case Consultation in Clinical Medicine) 1995 年將倫理諮詢定義為：「一個由個人諮詢者、團體或是倫理委員會所提供的服務，其主要的目的在於找出個案中相關的倫理議題，並且藉由協助確認、分析與解決倫理問題的方式，改善病人照顧的過程與預後」[1]。美國生命倫理與人文科學學會 (American Society of Bioethics and Humanities) 1998 年將倫理諮詢定義為：「一個由個人諮詢者或是團體所提供的服務，藉以幫助病人、代理決定者 (surrogate)、健康照護提供者 (health care provider) 與其他參與病人照護的人員，找出健康照護中所產生與價值相關的議題」[2]。這些議題可能包含了生命開始時之醫療決定 (beginning-of-life decision)、生命末期時之醫療決定 (end-of-life decision)、器官捐贈與器官移植、基因檢測、知情同意、病人自主權、醫療代理決定、無效醫療以及資源分配 [2]。時至今日，

倫理諮詢在美國已經被廣泛地應用於臨床上，以解決倫理相關問題。雖然倫理諮詢究竟始於何時難有定論，但一般相信它濫觴於 1970 年代的初期，並且在昆蘭 (Karen Ann Quinlan) 案例之後才受到重視 [3]。

1975 年 4 月 15 日，21 歲的昆蘭小姐在朋友的派對上喝了很多酒之後，突然變得意識不清，於是她的朋友送她回家。朋友們將她放到床上，大約 15 分鐘後發現她沒有呼吸，於是緊急替她做口對口人工呼吸，並打電話叫救護車。過了不久她的心跳恢復了，但意識卻沒有恢復。她被送到紐澤西州一家醫院的加護病房。她完全失去了意識，並且使用呼吸器協助呼吸，以鼻胃管幫助飲食。她的家人經過好幾個月才接受昆蘭永遠都不可能恢復意識的事實，而決定撤除她的呼吸器。然而她的醫師基於幾個理由卻不願意移除她的呼吸器。首先，在 1975 年時美國醫學會 (American Medical Association) 認定移除病人的呼吸器讓病人死亡等同於安樂死 (euthanasia)，而安樂死等同於謀殺 (murder)。其次，在 1970 年代不當醫療 (malpractice) 被定義為不同於常規醫療 (normal standards of medical practice) 的醫療行為。因此，若醫師移除昆蘭的呼吸器造成其死亡，便是施行安樂死，亦是謀殺與不當醫療。經過了漫長的法律爭訟，紐澤西州最高法院裁定，瀕臨死亡之無意識病人的家屬有權決定撤除病人的維生機器，讓病人死亡 [4]。昆蘭的案例導致了兩個重要的發展：第一，它鼓勵了各州政府頒佈生前遺囑 (living will) 的相關法案，這類法案可以讓尊重病人遺囑而移除維生醫療處置的醫師免於法律制裁。第二，它使得醫院倫理

委員會 (hospital ethics committee) 與倫理諮詢 (ethics consultation) 開始受到重視 [5]。

## 倫理諮詢的蓬勃發展

倫理諮詢為何會在 90 年代開始蓬勃發展呢? 其可能原因有下列三點: 需求大幅增加、美國醫學史的演進、及機構組織的支持。首先, 有關於需求增加方面, 在昆蘭小姐的事件之後, 許多醫院的管理階層開始注意到設立醫院倫理委員會與倫理諮詢服務的必要性。1983 年 Youngner 的研究顯示, 當時在美國 400 床以上的醫院中, 只有 1% 的醫院設有醫院倫理委員會。醫院倫理委員會每年大約處理 1 個倫理諮詢案例 [6]。到了 1990 年代的末期, 已經有 93% 的醫院設有醫院倫理委員會與提供倫理諮詢的服務。每年平均大約提供 8.1 個正式的倫理諮詢服務與 4.3 個非正式的倫理諮詢服務 [7]。Fox 最近的研究顯示, 在美國 400 床以上的醫院, 幾乎 100% 提供倫理諮詢的服務 [8]。由此可知, 倫理諮詢的需求逐步增加。

其次, 醫學史的演進亦說明了倫理諮詢蓬勃發展的原因。美國的近代醫學史演進主要分為三個時期, 第一個時期稱為醫療擴張期 (the Era of Expansion), 開始於第二次世界大戰終了至 1970 年代末期。在這個時期, 由於醫學院大量增加, 使得醫師與醫院也大量增加。醫師們開始使用更精密的醫療儀器幫助診斷與治療, 也導致醫療支出逐漸增加。美國國家衛生院 (National Institute of Health) 也開始提供大量的經費以進行基礎與臨床醫學研究。到了 1966 年, 由美國政府負擔的醫療保險制度 medicare 與 medicaid 也正式立法, 使得大多數美國人有醫療保險。這些醫療發展引領美國進入了近代醫療史的第二時期, 第二時期又稱為保險提供者的反撲期 (the Era of the Revolt of the Payers)。在第一個時期末期, 保險公司或是聯邦政府負擔被保險人的醫療支出, 由於醫療支出的大幅增加, 保險公司或是聯邦政府開始對高額的醫療支出感到無法承受, 於是它們主張: 醫療專業人員應該受到監督與限制, 不應該毫無限制地使用醫療資源 [9]。由於這類主張, 以及保險公司、聯邦政府開始採行限制醫療支出的措施, 遂產生一群大聲疾呼重視病

人醫療權利的專業人員 (生命倫理學家)。他們強調病人醫療自主權, 以對抗由醫師及保險公司或是聯邦政府限制醫療支出的措施。他們不僅在學術期刊上論述他們的觀點, 更將他們的影響力藉由倫理諮詢進入醫院中。倫理諮詢被認為可以保護病人的醫療權利, 以對抗醫師及保險公司或是聯邦政府限制醫療支出的措施, 因此而蓬勃發展 [10, 11]。第三時期又稱為效益評估期 (the Era of Assessment and Accountability), 主要開始於 1990 年代初期, 這個時期主要是藉由評估醫療處置的效益與品質, 以區分好的醫療服務與不好的醫療服務、有價值的醫療服務與無益的醫療服務。倫理諮詢被普遍認為是一種提升醫療品質的服務, 亦逐漸被廣泛應用 [12]。此外, 在 1990 年初期開始有學者設計研究以證實倫理諮詢的效益與品質。

第三, 機構組織的支持亦是促進倫理諮詢快速發展的重要因素。1986 年馬里蘭州州政府要求州內所有醫院必須設有生命倫理委員會 (bioethics committee), 以做為解決醫療倫理難題的途徑。1988 年夏威夷州亦強制所有州內醫院必須設置生命倫理委員會 [13]。1991 年美國醫療機構評鑑聯合會 (the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 簡稱 JCAHO) 要求各醫院必須建立一機制, 以幫助病人、家屬以及醫療提供者解決照護病人時所產生的問題 [14]。美國醫療機構評鑑聯合會的決定使得醫院倫理委員會與倫理諮詢受到更強的支持, 也導致後來出現更多評估倫理諮詢效益與品質的實證研究。

## 倫理諮詢實證研究的回顧

第一個評估倫理諮詢效益與品質的研究發表在 1988 年美國醫學會雜誌 (Journal of American Medical Association)。La Puma 回溯性地蒐集了一年內的 51 個倫理諮詢個案, 以問卷的方式了解醫師對倫理諮詢的看法, 71% 的醫師認為倫理諮詢對於醫師照顧病人及解決困難非常有幫助 [15]。La Puma 亦設計了一個前瞻性的研究, 蒐集了社區醫院中兩年的倫理諮詢, 以問卷的方式詢問尋求諮詢的醫師對倫理諮詢的看法。研究顯示, 74% 的諮詢案例是有關於放棄維生治療的決定 (decision to for-

go life support) , 46%是涉及醫師與病人的意見不合 (disagreement between physicians and patients) , 30%是針對評估病人做決定的能力 (competence) ; 而 86%的醫師認為倫理諮詢是有助益的 [16]。Orr 與 Moon 則是評估由受過倫理訓練的家庭醫師所做的倫理諮詢, 研究發現大部份的醫師都認為倫理諮詢對於澄清倫理議題、教育指導醫療團隊以及病人的醫療決定非常有幫助 [17]。

雖然以上三個研究均顯示了倫理諮詢帶來令人滿意的結果, 然而這些研究在設計上卻存在很大的問題, 包括樣本過小、沒有隨機取樣 (non-randomization) 及沒有對照組。沒有對照組所得到的研究結果在科學研究上是值得懷疑的, 正如 Campbell 指出, 至少要有一組以上的對照組才可能產生具有可推斷性的科學證據 [18]。這些研究設計上的問題使得這三個研究的結果無法提供很強的證據顯示倫理諮詢的效益。

為了提供更具說服力的證據以證明倫理諮詢的效益, Schneiderman 設計了兩個前瞻性、隨機對照實驗 (randomized control trials) 的研究 [19, 20]。第一個研究是一個單一醫院的研究, 總共蒐集了 74 個倫理諮詢的案例, 是由一個具有經驗的護士篩選出具有倫理問題的個案, 隨機分配至介入組 (intervention group) 與控制組 (control group)。對於介入組的病人, 醫療團隊主動提供倫理諮詢, 控制組的病人則不主動提供倫理諮詢。第二個研究則刊登於 2003 年的美國醫學會雜誌, 它是一個多醫院合作的研究, 在各醫院由一個具有經驗的護士篩選出具有倫理問題的個案, 隨機分配至介入組 (intervention group) 與控制組 (control group)。這個研究總共蒐集了 551 個倫理諮詢個案, 介入組的參與者, 由醫療團隊主動提供倫理諮詢, 控制組的參與者, 則不主動提供倫理諮詢。這兩個研究均顯示了倫理諮詢並不會使兩組病人的死亡率有差異—亦即倫理諮詢不會縮短病人的生命, 同時也顯示了倫理諮詢會縮短病人住院時間—節省醫療資源, 並且減少維生設備的使用—減少病人痛苦。兩個研究同時顯示, 有高比例的醫護人員認為倫理諮詢有助於解決倫理爭議。由於有對照組, 相較於先前的研究, 這兩個研究似乎提供了較強的證據證實倫理諮詢的效益。然而, 這兩個著名的研究也存在其間

題。

Gordis 在其流行病學的著作中曾經提到, 隨機對照實驗的研究設計為評估臨床醫療處置的效益提供最強的證據 [21]。亦即, 隨機對照實驗是證實獨立變數 (independent variable) 與因變變數 (dependent variable) 之間相關性的最佳研究設計。Schneiderman 的研究是為了評估倫理諮詢的效益, 然而倫理諮詢並不是已經標準化 (standardized) 的醫療處置。試圖以隨機對照實驗的研究方式以評估倫理諮詢的有效性 (effectiveness) 可能有很大的問題。舉例而言, 當臨床上藉由隨機對照實驗的研究設計來評估某種新的抗生素的治療效果時, 對於被隨機分配到介入組的受試者, 只要他們符合進入實驗的標準, 他們一律接受相同劑型的藥物。亦即藥物對所有參與實驗的受試者作用的機轉是相同的。然而, 倫理諮詢並不是如此, 在不同的情況下、面對不同的個案, 提供倫理諮詢的專家可能會有不同的方式、應用不同的倫理理論, 來進行倫理諮詢。即使相同的個案, 不同的倫理諮詢人員也可能有不同的做法, 資深的倫理諮詢專家與資淺的倫理諮詢專家可能有不同的做法, 具有醫學背景的倫理諮詢專家與哲學背景的倫理諮詢專家應用的方式也可能有差異。其次, 正如美國生命倫理與人文科學學會 (American Society of Bioethics and Humanities) 的定義, 倫理諮詢可以由個人諮詢者、團體或是醫院倫理委員會提供服務 [2]。由此可知, 由於倫理諮詢不是標準化的醫療處置, 以隨機對照實驗的研究設計評估倫理諮詢的有效性, 存在很大的問題。

由以上對倫理諮詢相關實證研究的回顧, 我們可以發現: 第一, 截至目前為止, 並沒有研究足以提供強力的科學證據證明倫理諮詢效益。雖然, 有些在生命倫理領域的研究人員認為, 倫理諮詢的效益是無庸置疑的, 因此以實驗設計評估它的效益只是浪費時間與資源。然而, 僅憑專家的直覺並不足以證明倫理諮詢確實有效。因此, 藉助實證研究提供科學證據以證明倫理諮詢的效益與品質還是非常重要的。第二, 許多的研究已經說明了醫療人員對倫理諮詢的滿意度遠高於病人或是代理決定者的滿意程度。根據過去的研究顯示, 醫療人員對於倫理諮詢的滿意度大約是 80%, 而病人或是代理決定



者對倫理諮詢的滿意度大約 50% [15-17, 22, 23]，然而截至目前為止，並沒有任何研究探討這個差異的原因。

## 倫理諮詢的目標

欲評估倫理諮詢的效益與品質，主要還是必須以倫理諮詢所希望達成的目標為依據。如果倫理諮詢達成其所設定的目標，我們可以認定該倫理諮詢是有效的與有品質的 [24]。臨床醫學倫理個案諮詢之評估會議 (the Conference on Evaluation of Ethics Case Consultation in Clinical Medicine) 1995 年集合美國生命倫理及倫理諮詢專家於芝加哥開會，會中就有關倫理諮詢目標達成共識如下：

- 藉由一個尊重病人或代理決定者的意願、尊重個人與文化差異性、公平性及周全性的醫療決定的過程，尋求病人、家屬、醫療專業人員與醫療機構的最大利益，並將對他們的傷害減至最低；
- 在一個尊重的氣氛下促進衝突的化解，並且顧及所有參與者的利益、權利及義務；
- 在醫療機構致力於制定醫療政策，改善醫療品質與更適切地運用醫療資源時，倫理諮詢專業人員必須找出倫理問題的所在，並且整個過程更符合倫理的規範與標準；
- 提供健康照護倫理的教育，藉以協助個人解決現在或未來的倫理問題。 [1]

根據這個目標，Fox 與 Arnold 列舉了四項可以做為評估倫理諮詢的指標：倫理指標的提升 (ethicity)、滿意度 (satisfaction)、爭端的解決 (resolution of conflicts) 與教育 (education) [23]。然而，這四項指標依舊不容易被應用於實證研究上。例如，何謂倫理指標？到目前為止並沒有任何測量的工具可以量化一個人的倫理指標。滿意度是否就代表了倫理諮詢的效益及品質呢？是否可能前述各項倫理諮詢目標均已達成，而病人或代理決定者仍舊不滿意呢？這些都是這些指標可能遭遇的困境。

大約在同時，位於密西根州蘭欣市 (Lansing) 的史派羅醫院 (Sparrow Hospital) 則成立一個評估該院倫理諮詢的特別小組，展開為期一年的

評鑑。這個小組是由 4 個人組成，成員的背景包含了哲學、醫學及護理。他們也訂定了倫理諮詢的目標：

- 提升現有個案倫理問題的解決；
- 建立一個讓所有參與者均感到舒適與受尊重的溝通過程；
- 協助參與者學習解決倫理的不確定性與不一致性；
- 協助醫院倫理委員會回溯並評估醫院的制度與政策。 [26]

該小組召集人 Andre 博士認為，該目標包含了先前目標的精髓，且比其更清晰，更容易應用於評估倫理諮詢的品質 [26]。然而，倫理諮詢涵蓋了醫學、倫理學、哲學、宗教、社會學、人類學、心理學等等許多領域，然而這 4 位來自哲學、醫學與護理領域的專家所作成的結論，是否已經夠周延而具代表性，足以涵蓋整個倫理諮詢領域，則有須要進一步討論。

1997 年美國生命倫理與人文科學學會組成了一個特別小組，召集了各個領域的專家，以及美國醫學會、美國醫療機構評鑑聯合會、美國醫院協會、專業神職人員協會等代表，共同參與制定倫理諮詢的目標。他們總共召開了 6 次會議，討論關於倫理諮詢目標與倫理諮詢專業人員需具備的能力。初步的結論得到了美國生命倫理界超過 200 份的迴響與意見，特別小組根據這些回應再做最後的修正。這些專家們所達成的共識包括：

- 倫理諮詢的一般目標是：藉由發現、分析與解決健康照護機構臨床個案所產生的倫理議題，改善健康照護的供給與其結果。
- 如果能達成下列中介目標，則較有可能達成一般目標，中介目標包含：發現並分析倫理諮詢中所隱含的價值不確定性或是爭議的本質；在一種尊重的氣氛下促進爭議的解決，並顧及所有參與者的利益、權利以及義務。
- 一個成功的倫理諮詢應該達成的目標：在醫療機構致力於制定醫療政策、改善醫療品質與更適切地運用醫療資源時，倫理諮詢專業人員必須找出倫理問題的所在，並且使整個過程更符合倫理的規範與標準。提供健康照護倫理的教育，藉以協助個人解決現在或未來的倫理問

題。[2]

## 問題與討論

藉由回顧倫理諮詢的文獻以及倫理諮詢的目標，以下幾點是值得探討的議題：

第一，相較於美國倫理諮詢歷史的演進，評估倫理諮詢效益與品質的實證研究顯得略為不足。沒有人確切地知道倫理諮詢是何時開始，Aulisio 在其文章中曾經提到，在紐澤西州最高法院的判決後，倫理諮詢受到鼓舞，隨後並受到美國醫療機構評鑑聯合會的大力支持，使得倫理諮詢持續地蓬勃發展至今 [27]。有關倫理諮詢的實證研究始於 1980 年代末期，時至今日，有越來越多的專家學者參與這個領域的研究與討論。然而，由於研究設計困難、對於用以評估的工具沒有共識、加上評估工具的定義很困難、以及對於評估工具的量化不易，因此幾乎沒有研究提供強有力的科學證據支持倫理諮詢的效益。正如前述三個研究所顯示的，倫理諮詢在美國的醫療機構正逐漸受到重視，其使用的頻率也逐年升高 [6-8]，然而倫理諮詢的實證研究遠遠落後於倫理諮詢的快速發展。

第二，對於倫理諮詢目標，在美國沒有全國一致性的共識。本文提及至少有三組倫理諮詢目標，而這些只是學術期刊上可以查詢到的倫理諮詢目標，一些醫療機構更自行訂定其他的目標，這些倫理諮詢目標彼此之間存在差異。究竟倫理諮詢需不需要放諸四海而皆準的目標呢？有些人認為，倫理諮詢根本不需要一個一致性的目標，因為倫理諮詢涵蓋的層面極為廣泛，它包含了醫學、倫理學、哲學、宗教、社會學、人類學、心理學等等許多領域，訂定一個可以涵蓋如此多層面的目標極為困難。其次，每一個需要倫理諮詢的個案，情況都不太一樣，加上倫理諮詢人員亦可能來自不同領域，因此每一次倫理諮詢的目標不盡相同。再者，如果要制定一個涵蓋多層面的倫理諮詢目標，為了符合放諸四海皆準的要求，勢必只能廣泛抽象的描述。這種廣泛抽象的目標，雖然較易被所有的人接受，卻造成評估倫理諮詢有效性與品質的困難。然而，卻也有人認為一致性的倫理諮詢目標是必需的，因為如果沒有目標，倫理諮詢便缺乏方向可循，也無

法評估其品質。

第三，現有的倫理諮詢目標缺乏病人、家屬或其代理決定者的意見。觀察上述三組倫理諮詢目標的制定過程，均是由專家、學者或是專業學會的代表共同制定，身為倫理諮詢中重要的參與者之一，病人、家屬或其代理決定者卻被忽略。之前曾經提及 La Puma 的研究指出，74% 照會的原因是關於放棄維生治療的決定，46% 是關於醫師與病人的意見不合，30% 是關於評估病人做決定的能力 [16]。由此可見，幾乎所有的倫理諮詢均涉及病人、家屬或其代理決定者的參與。既然病人、家屬或其代理決定者是倫理諮詢中最重要的參與者，他們的聲音就不應該被忽略。其次，當病人、家屬或其代理決定者接受了倫理諮詢之後，必然對倫理諮詢的過程與結果有自己的看法。這些想法與意見正是制定倫理諮詢目標更需要迫切了解的部份。

## 倫理諮詢在台灣可能遭遇的困難

即使目前倫理諮詢的實證研究尚未提供強有力的證據證實其品質及效益，然而倫理諮詢確實可以提供病人、家屬、醫師、護理人員及其他醫療相關人員一個解決臨床爭議問題的管道，並且促進醫病關係的和諧。由一個受過專門訓練的倫理諮詢專業人員所提供的倫理諮詢，對病人、代理決定者、家屬及相關醫療人員是極重要的。因此，建立倫理諮詢制度是必要的。目前，我國欲建立倫理諮詢制度可能會遭遇下列困難：

第一，倫理諮詢人才的缺乏：Aulisio 指出倫理諮詢專業人員須具備 3 種技巧、9 類相關知識以及人格特質 [27]。3 種技巧包括了倫理分析的技能（ethical assessment skill）、程序處理的技能（process skill）以及與人溝通的技能（interpersonal skill）。9 類相關的知識包含了道德與倫理的理論（如結果論、決疑論）、倫理諮詢中常常觸及的生命倫理議題和概念（如自主、知情同意、代理決定）、醫療體系（如全民健保）、臨床情境（如解剖、診斷、預後的相關辭彙）、倫理諮詢專業人員從事諮詢的醫療機構（如臺大醫院的組織架構）、倫理諮詢專業人員從事諮詢醫療機構的政策、所有參與倫理諮詢人員的信仰或觀點（如天主

教對於墮胎的主張)、相關的倫理守則、專業行為守則及評鑑機構的準則(如醫師公會、醫療評鑑協會)與醫療法規(如醫師法、安寧緩和醫療條例)。這些相關知識可以藉由取得相關學位或資格認證、密集的課程訓練、相關研究人員繼續教育的課程等等而獲得,而實際的臨床諮詢訓練經驗(例如實習)也是不可或缺的。然而,截至目前為止,台灣並沒有正式的相關師資與課程,能提供有興趣從事倫理諮詢的人一個進修學習的管道,使得對倫理諮詢有所了解並有能力進行倫理諮詢的臨床人員極為缺乏。因此,人才培訓與教育實為建立倫理諮詢制度的首務,除了由學術機構或醫學中心提供倫理諮詢的教育訓練,邀請國外專家學者傳授倫理諮詢的經驗,醫療機構亦應提供機會培養有興趣從事倫理諮詢的人員出國進修。藉由醫療機構的支持與努力,充足的倫理諮詢人才方可獲得。

第二,經濟上的誘因不足:倫理諮詢是一個由個人諮詢者、團體或是倫理委員會所提供的服務,它主要的目的在於找出個案中相關的倫理議題,並且藉由協助確認、分析與解決倫理問題的方式,改善病人照顧的過程與預後 [1]。它和一般的次專科照會最大的不同在於倫理諮詢過程較長,所需的人力可能較多。倫理諮詢固然可以由個人諮詢者獨立完成,但是許多情況下,還是需要由團體(3~4人)或是醫院倫理委員會來執行 [28]。其次,整個倫理諮詢的過程可能包含了與許多人的面談,包括確認問題、分析問題、意見溝通與促成醫療決定。短時間、單一次的面談鮮少可以達成令人滿意的結果。可以預見的是,以現行健保給付的制度,若比照其他次專科照會的標準,將難以吸引醫療機構投入充足的資源以訓練有能力執行倫理諮詢的人才,也難以吸引有興趣的人投注心力與時間接受訓練。因此,在建立倫理諮詢制度的同時,如何建立誘因鼓勵醫療機構投注資源與培育人才,應該從醫院醫療品質評鑑及健保醫療給付的配套措施建立來規劃。

## 結 語

儘管台灣的社會結構、文化背景與醫學史的演進和美國差異甚大,近年來臨床醫學的發展也遭遇

了和美國社會相似的問題。臨床醫療人員不斷面臨倫理相關問題的挑戰,病人自主意識提高,公眾對於醫療的批判聲音愈來愈大,醫病之間的爭議案件也增加。倫理諮詢在美國已經發展已有三十年,如何藉由美國過去的經驗,提供我國未來建立相關制度之參考,並藉由人員的訓練與制度的建立,使得倫理諮詢普及化,提供臨床醫療人員、病人、代理決定者以及家屬一個解決倫理問題的管道,以提升醫療的品質與滿意度,是個值得醫界與政府一起努力的目標。

## 推薦讀物

1. Fletcher JC, Siegler M: What are the goals of ethics consultation? A consensus statement. *J Clin Ethics* Summer 1996;7:122-6.
2. The American Society of Bioethics and Humanities: Core competencies for health care ethics consultation: The report of the American Society of Bioethics and Humanities. Greenview, IL: The American Society of Bioethics and Humanities; 1998.
3. Aulisio MP: Ethics committee and ethics consultation. In: Post SG, ed. *Encyclopedia of bioethics*. Vol 2. New York: Macmillan Reference USA; 2004.
4. Pence GE: Comas: Karen Quinlan and Nancy Cruzan. In: Pence GE, ed. *Classic Cases in Medical Ethics*. 4 ed. New York: McGraw-Hill; 2004:29-39.
5. Annas GJ: "Culture of life" politics at the bedside--the case of Terri Schiavo. *N Engl J Med* 2005;352:1710-5.
6. Youngner SJ, Jackson DL, Coulton C, et al: A national survey of hospital ethics committees. *Crit Care Med* 1983;11:902-5.
7. McGee G, Caplan AL, Spanogle JP, et al: A national study of ethics committees. *Am J Bioeth* 2001;1:60-4.
8. Fox E, Myers S, Pearlman RA: Ethics Consultations in United States Hospitals: A National Survey. *Am J Bioeth* 2007;7:13-25.
9. Hsiao WC, Braun P, Dunn D, et al: Results and pol-

- icy implications of the resource-based relative-value study. *N Engl J Med* 1988; 319:881-8.
10. Wolf SM: Quality assessment of ethics in health care: the accountability revolution. *Am J Law Med* 1994;20:105-28.
  11. Rothman DJ: *Strangers at the bedside : a history of how law and bioethics transformed medical decision making*. New York, Aldine de Gruyter; 2003.
  12. Relman AS: Assessment and accountability: the third revolution in medical care. *N Engl J Med* 1988;319:1220-2.
  13. Fry-Revere S: Ethics consultation: an update on accountability issues. *Pediatr Nurs* 1994; 20:95-8.
  14. Joint Commission on the Accreditation of Health-care Organizations. *Hospital Accreditation Manual*. Chicago, 1992.
  15. La Puma J, Stocking CB, Silverstein MD, et al: An ethics consultation service in a teaching hospital. Utilization and evaluation. *JAMA* 1988;260: 808-11.
  16. La Puma J, Stocking CB, Darling CM, et al: Community hospital ethics consultation: evaluation and comparison with a university hospital service. *Am J Med* 1992;92:346-51.
  17. Orr RD, Moon E: Effectiveness of an ethics consultation service. *J Fam Pract* 1993;36: 49-53.
  18. Campbell DT: Factors relevant to the validity of experiments in social settings. *Psychol Bull* 1957; 54:297-312.
  19. Schneiderman LJ, Gilmer T, Teetzel HD: Impact of ethics consultations in the intensive care setting: a randomized, controlled trial. *Crit Care Med* 2000;28:3920-4.
  20. Schneiderman LJ, Gilmer T, Teetzel HD, et al: Effect of ethics consultations on nonbeneficial life-sustaining treatments in the intensive care setting: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003;290: 1166-72.
  21. Gordis L: *Epidemiology*. In: Gordis L, ed. *Epidemiology*. 3 ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 2004.
  22. Orr RD, Morton KR, deLeon DM, et al: Evaluation of an ethics consultation service: patient and family perspective. *Am J Med* 1996;101:135-41.
  23. McClung JA, Kamer RS, DeLuca M, Barber HJ: Evaluation of a medical ethics consultation service: opinions of patients and health care providers. *Am J Med* 1996;100:456-60.
  24. Fox E: Concepts in evaluation applied to ethics consultation research. *J Clin Ethics* 1996; 7: 116-21.
  25. Fox E, Arnold RM: Evaluating outcomes in ethics consultation research. *J Clin Ethics* 1996; 7: 127-38.
  26. Andre J: Goals of ethics consultation: toward clarity, utility, and fidelity. *J Clin Ethics* 1997; 8: 193-8.
  27. Aulisio MP, Arnold RM, Youngner SJ: Health care ethics consultation: nature, goals, and competencies. A position paper from the Society for Health and Human Values-Society for Bioethics Consultation Task Force on Standards for Bioethics Consultation. *Ann Intern Med* 2000;133:59-69.
  28. Smith ML, Bisanz AK, Kempfer AJ, et al: Criteria for determining the appropriate method for an ethics consultation. *HEC Forum* 2004;16:95-113.
  29. 蔡甫昌：臨床倫理委員會的理論與實務。台灣醫學 2004;8:384-402。