

# 知識 VS 智慧

從「Evidence-based」到「Problem-solving」

照會精神醫學在綜合醫院之角色與功能

“Knowledge” vs “Wisdom”

From “Evidence-based” to “Problem-solving”

The Roles of Consultation Psychiatry in General Hospital

葉英堃

臺北醫學大學精神科名譽教授

臺大醫學院精神科兼任教授

長庚、新光醫院顧問

臺北市立聯合醫院松德院區顧問

**Eng-Kung Yeh, M.D.**

Professor Emeritus of Psychiatry

Taipei Medical University

## Abstract

When one gets sick and seeks for treatment, two aspects of care needs to be dealt with. “Disease” refers to biological aspects which includes the etiology, symptomatology, diagnosis and treatment; and “illness” refers to psychosocial aspects which includes the attitude of the patient toward the “disease” and help-seeking behavior, level of suffering, patient-physician relationship and therapeutic compliance etc. The “Evidence-based Medicine” tends to emphasize teaching of “Knowledge” about “disease”, and neglect the “illness” aspects of care. The successful strategies of care emphasizes the comprehensive approach which integrates the “knowledge” about “disease” and “Illness” with the “state-of-the-art” skills and “wisdom” into the total holistic care systems toward the release of “suffering” and solving of the “problems” which arises from the “disease” and “illness”. The consultation psychiatrist is expected to provide the knowledge, skills and wisdom to deal with the legal and ethical issues that the clinicians often encounter in their busy daily practice.

「人死後一切都是空」是知識，「人死後有來世，有天國」，是智慧。知識是人類文明、科技、經濟發展的基礎，但其惡用有時帶來人類不幸。運用知識的技巧、方法、策略是智慧，知識與智慧的正面互動、有效運作，增進人類幸福、萬物和平相處。「人生病了」有二個層面涵意，英文的「Disease」代表其生物學層面，包括其成因、症狀、診斷、治療、過程預後及預防等；而「Illness」即代表病人的心理、社會、文化、信仰等層面，包括個人及其至親對「疾病」的心理反應、感受、就醫行爲，與醫療者之互動、醫療順從性等。全人醫療（Holistic）策略應要兼顧 Disease 與 Illness 等所代表的各層面。醫學是生命科學，屬於「知識」，但運用醫學知識給予病人的「治療」是「行爲」，許多地方考驗治療者的「智慧」，也是「藝術的境界」（state-of-the-art）。

近年來的醫學教育強調「Evidence-based」（Evidence-Based Medicine Working Group, 1992），但卻只注意有關「Disease」知識的傳授，往往不一定能減輕病人的心身「痛苦」，是刻板而偏差的醫學教育。兼顧 Disease 與 Illness 各層面的「全人醫療策略」，才能在醫療的過程上，真正減輕病人心身的痛苦，是往「Problem-solving」的策略。靈活而有人性，符合醫學倫理，伸張病人人權的策略，是注重醫療者運用「知識」，解決病人所面臨問題的「智慧」的培養，才堪稱爲成功的醫療教育。

綜合醫院工作忙碌、複雜，常遇到威脅生命的疾病，需要照會他科或他院，迅速決定治療策略，而因此牽涉到倫理、心理、社會、文化、心靈、醫師—病人—家屬關係以及法律上的議題與問題，其執行，考驗治療者（或治療團隊）的「智慧」，而照會精神醫學團隊常在其間（自動或被要求）發揮其功能，不但避免法律糾紛，進而增進醫—病—家屬三者間的關係，提昇醫療品質，伸張病人的權益。

以下就常遇到而考驗團隊（包括照會原科及精神科）的各項相關議題，探討其「解決問題」（Problem-solving）的一些原則及策略。

### 照會精神醫學的法律觀點

有關醫療的國家法令規定醫療者、病人、其家屬及相關人員的權利、義務，而規範其行爲。因此醫療者應對其相關法令有相當的瞭解，才能勝任工作。我國行政院衛生署已綜合出版一本專輯「醫療管理法規」（1998），雖然其後部份也正在加以修正中，但其各項還有許多不夠明確與疑問，而其解釋及執行於臨床醫療，常需要相關人士的「智慧」。

Groves 與 Vaccacino（1987）認爲，醫療者的基本態度，應是寧可做爲一位「良醫」，而不作爲一位精通法律，但卻提供不良醫療的醫師。醫療者不應太拘泥法令約束之餘，不給於病人應給的治療，或給予低品質的醫療，但也不應太天真，對相關醫療法令無知識。

## 一、穩私權 (Confidentiality)

我國醫療法第 49 條有明文規定「醫療機構及人員因業務而知悉或持有他人秘密，不得無故洩露」。但所講「秘密」的性質及範圍，以及「無故」及「洩露」均無明確標準，然而各科醫師及照會精神科醫師卻因其工作關係，常遇到下列問題，應要小心處理。

(一) 病歷記載：有些病人不希望或反對其部份生活史、人際關係、特殊事件遭遇，其資料記載在病歷上，因此在病歷記錄時，應就其記錄內容，先給病人說明，得其同意，如病人不同意，但醫師認為有記錄必要，也可以抽象或摘要性方式記錄，並讓病人知道，得其同意。我們相信，如醫一病關係良好，而向病人保證醫療人員絕不會無故洩露其秘密，病人通常會同意。

(二) 家屬成員之間：病人的某些生活史資料，原則上對其配偶或家屬成員之間，也要保密，儘管病人不要求，但醫療者認為有必要，更是如此。如醫師認為必要與其家屬溝通，得更多資料或澄清，也要病人同意。病人與其家屬雙方都不希望會談內容讓對方知道，這現象常暗示病人與家屬成員間的不良人際關係，良好的照會醫師，反而會利用這現象，透過雙方的會談，使雙方願意就其間的問題，進一步尋求專業人員的協助。患了嚴重而直接威脅生命疾病（如癌症）病人的家屬要求醫療者不宜告訴病人其病情真象，是臨床上常見的現象。對這些個案，家屬的態度應是先以同理的態度被接受，但以後醫師應讓家屬了解，其實病人是難於「被騙的，病人本身可能知道，他因某些心理因素一直否認其真象，而不願意面對現實」而已。並強調主治醫師慢慢有技巧的使病人了解其病情，對其心理的「正面性效果」大於「負面性效果」。

(三) 病人隱私權的維護也有例外：我國醫療法相關條令，除了不做「無故洩露秘密」的規定以外，並無明文規定，所謂「無故」之具體事項的條文。Simon (1999) 認為下列幾項是照會精神科醫師與病人之間的例外，但要小心處理。1. 病人為精神障礙者，而對其個人或他人可能有傷害危險；2. 病人依法被要求評估其「勝任能力」(competency) 者；3. 病人為訴訟當事人；4. 為病人的治療需要與其他醫療機構連絡者，但最好還是要病人同意或授權；5. 發現病人有犯罪或反社會行為企圖者，而認為為保護病人以及社會安全，有必要向相關機關報告者，但有「智慧」的照會精神科醫師，可透過其與病人的「心理治療性面談」(Psychotherapeutic interview) 而來使病人，以正面的態度處理其行為或接受治療，以預防其反社會行為的出現；6. 病人有法定傳染病，依法要向政府保健機構報備。

## 二、勝任能力 (Competency or Capacity)

這兩句都指病人自主處理事物的能力，只是慣例上 competency 通常是法律上用語，指病人可執行法律要求的最起碼的精神狀態，如認知功能、情緒、行為能

力等。這能力的判定通常屬於法院的權責，而精神科醫師是被法院要求，而做其鑑定。據美國綜合醫院裡的統計，精神科照會的 4-9%屬於這群病人 (Farnsworth, 1990; Mebane 與 Rauch, 1990)，但通常是病人拒絕必要的治療或威脅自動出院，或醫師將要轉病人到安養機構時緊急照會，其實大部份都是其行事法律能力沒有問題，只是要完成法律程序以防萬一而已。另外，因病人的精神狀態多變不穩，其知情同意 (Informed Consent) 能力被懷疑時，也會被照會。其實照會精神醫學上勝任能力的評估，就是指 capacity 的評估，但臨床上「勝任能力」這句話常被隨便使用，故精神科醫師被要求評估時應要問清楚，「對那些方面的能力？是法律上，而全面性的？或是臨床上，部份性？」。「勝任能力」的評估不是「皆有或無」(all-or-none) 現象。比如被法院判定為無能力處理其事業、財產、或子女監護權的人，可能還有能力了解醫師告知的病情，而可同意或拒絕治療的決定。

### 三、知情同意 (Informed consent) 與拒絕治療的權利

「知情同意」在醫療行為上是病人的權利，同時也是醫療者的義務，在我國醫療法第 46 條有明文規定，但其條文只提到「實施手術時」，但著者認為這範圍應要擴大到任何治療或特殊檢查事項上。照 Webster's 國際辭典第三版 (1986)，「Informed」是有「well-informed」或「based on possession of information」的意思。看起來知情同意在一般醫療中，絕對不只是由醫師告訴病人其「診斷」及治療方法，讓病人接受，如在外科開刀時，讓病人簽名同意書等，那麼簡單而「靜態」的互動，而是病人需要「被充份的告知而了解」的先決條件，而其同意，應不在任何外在的壓力之下，並完全出於病人「自主」而「自願」的。因此「知情同意」，並不是醫療常規或法定的形式上而草率行為，而應是在醫療者與被醫療者 (病人) 之間的充份而令人滿意的消息及意見的溝通，增進互相了解上的正面性、互動性的動態行為。然而「知情同意」的這些意義，常在忙碌的日常臨床醫療中，被醫療者忽略，甚至於完全抹煞其存在。我們可合理懷疑，許多醫療糾紛可能是「知情同意」的內容，不夠明確、曖昧、說明方法及技巧粗糙，而兩者的互動不良所引起的。著者認為執行「知情同意」的技巧及方法的改善應是可避免醫療糾紛的。

(一)「知情同意」的執行是「藝術的境界」(state-of-the-art) 策略：醫療者在說明某種特殊檢查或治療 (尤其是有侵入性的，如組織切片檢查心導管、內視鏡、直腸鏡，外科手術) 等的必要性時，其內容應要清楚、明確包括其迫切性，其可能副作用或後果，對個人生活的可能續後影響，如所提的檢查或治療，不被同意，病人可考慮再觀察期間有多久？對其檢查或治療如有疑問時，也願意協助病人尋求「第二醫療者」的意見等事項。醫療者的態度應要親切，同理性「empathic」，既然不要太「大意而江湖」，而保證「包君滿意的後果」，但也應要以充份有信心，



根據其豐富經驗，可提供科學依據，以能得病人的勝任。

(二)精神科照會應強調其正面性：對各項「精神疾病」的名稱，其成因、症狀、預後等，在當前台灣社會，甚致在醫療界都有「烙印」、「偏見」及「歧視、拒絕態度」。在綜合醫院裡的精神科照會，其照會理由的說明應要格外小心，以免招來病人的「不必要反抗」或「抗拒」。依我們在某一所醫學中心的經驗，大約 1/3--1/4 病人，不但原料醫師對其精神科照會理由不當或不足，甚致從未告知病人，以致精神科照會醫師需要一段時間來說明，失去或降低其照會的醫療效果。精神科的照會通常不必等到全部的檢查完畢後，在其檢查醫療過程中一發現有必要，則應馬上照會。其理由說明內容，所用的「字句」應多為「建設性」與「正面性」以完全符合病人對其病情的關心及醫療需求為導向。不關病人的症狀完全符合精神疾病診斷標準，或其身體症狀難於找到身體上病因，而可能為「心因性」(psychogenic) 或和某些精神病理 (psychopathology) (通常是下意識) 有關，非精神科的住院病人，通常相信他們的病是屬於該非精神科可以醫好的病，因此精神科照會，常會引起病人「醫師以為我的病是”心理引起的”」或「可能會被原料科的醫師忽略或遺棄照顧」的誤解。正面性、建設性的照會前說明，如「精神科醫師的參與，將可給我們醫療團體，對你的病情進一步的了解而可提高我們的醫療照顧的品質」，不但可避免病人的反感拒絕態度，進而可增進對精神科檢查及醫療的順從性。如果不願意用「精神科醫師」這個名詞，也可以「比我們還了解這種病情的專家」等言詞來代替。

(三) 知情同意的涵意：Surman (1991) 認為執行「知情同意」的過程有包涵下列三項醫師—病人之間的正面性互動關係，而強調醫療者應好好注意而善用於其日常醫療。1. 絆在一起 (Bonding)：即則透過病情、診斷、醫療計畫等的說明過程，使醫—病關係走近，建立良好醫—病關係；2. 教學 (Teaching)：即病人從醫師得到所有有關消息、知識，成爲一種教育 3. 觀察 (Observing)：即透過這種溝通過程，給醫師機會觀察病人的情緒反應，勝任能力 (competency)，人格特徵，以預知其可能對往後治療的影響，進而可想出預防的策略。

(四) 知情同意：除了「緊急情況」以外，還有下列的例外，如何執行、考驗醫療者的智慧，要格外小心 (Simon, 1999)。

1. 無勝任能力 (Incompetency)：醫師認為病人的精神狀態無法了解醫師的說明其病情及治療計劃時，應向其家屬或其他重要關係人說明，求其同意，但要請求精神科醫師的評估，並記錄在病歷上。
2. 醫療性特權 (Therapeutic Privilege)：當醫師認為病情的告知，可能對病人的心理健康有嚴重傷害時，可不必按知情同意的義務，但這也不是「長期」或「皆有或無」(all or none) 現象，應立刻請求精神科照會，評估詳細結果，並記錄在病歷上。有時病人因情緒障礙 (如過份焦慮、恐懼或憂鬱) 而難於了解醫師

的說明時，可經及時而適當的治療，改善其精神狀態，而導致其同意治療。

3. 病人放棄被告知病情：這現象常發生在嚴重而威脅生命的疾病，或唯一能救生命的開刀手術或醫療上。著者曾在腎臟移植前、捐腎者的精神狀態評估中發現，如捐腎者是受腎者的親生父母時，不但其捐腎的決心非常快而在早期，並除非有醫學上理由外，到最後都不會改變其決心。更令人驚愕的是他（她）們通常從未有關腎臟移植對捐、受腎者的健康後果被詳細「告知」，更是不願意被告知太多，進而還找很多理由來做為「藉口」而來「合理化」，他（她）們的這樣態度。他（她）們認為腎臟移植為其所愛的子、女、病人是唯一能救其生命的一條路（在全國健保還未實施，而大部份難於負擔病人一輩子洗腎費用時），被告知太多，害怕會影響其決心。但有智慧、技巧良好的照會精神科醫師，常能經面談，而從旁協助當時人（或病人），能接受醫師的「告知」，並進而能對其治療或手術採取客觀、正面的態度。（葉，1995）。
4. 自動出院：儘管病人需要繼續治療，但拒絕醫囑或醫師建議，要求自動出院（病房或急診處）、是病人的權利（Groves 與 Vaccarino, 1987），但醫師要接受其要求有一個重要條件。即病人已被醫師充份告知其病情的嚴重性及繼續治療的必要性，而病人的精神狀態被認為有能力完全了解被告知的內容。如病人一直堅持自動出院，但精神科照會醫師認為病人沒有上述事項的能力者，醫師應向其家屬說明，如其家屬也同意出院者，應請簽自動出院同意書。如病人及家屬都堅持不簽名，院方不必強制簽名，但主治醫師及精神科照會醫師應共同把其情況仔細記錄於病歷。
5. 不接受救生的權利：原則上有勝任能力的病人是有權利決定是否拒絕救生治療（如人工呼吸等）（Miles 等，1982；Simon，1999），但如主治醫師認為病人配偶或其子女的決定比病人的決定重要，並必需要繼續救生治療時，或病人如不治療，可能會變成「無勝任能力」時，其治療的決定在我國並無明文規定，最好應由病人家屬及醫師共同商量決定，也可請求相關科的醫療團體來參與討論，或由醫院倫理委員會就病人的病情，救生治療的預後及需要性考量而決定，並詳細記錄於病歷（Miles 等，1982）。如病人是精神科障礙者，精神科照會醫師應評估其拒絕救生醫療是否其症狀所致（如精神分裂症或憂鬱症），必要時應及時給予治療，待其症狀改善後再做評估。如醫師認為病人是有「勝任能力」，而終止治療是合情合理，並經家屬同意者終止治療決定者，應在病歷上有詳細的評估記錄。
6. 預先指示（Advance Directives）：病人有權利事先決定其以後生病時是否接受醫療，其法令在美國是 1990 年 11 月 5 日正式立法，其最好的例子是病人在生時的遺言。在我國「安寧緩和條例，2000」可能是唯一有關這議題的條令，要求醫師有義務與責任向其病患說明，但未規定醫院宣導其廣泛實施責任的條文。

美國的法令即更積極，同時也有相關的配套條文，要求參加國家低收入醫療保險制度（Medicaid）及國家老人醫療保險制度（Medicare）的醫療機構有義務設立：（1）「預先指示」制度的施行細則；（2）尋問住院病人是否有「預告指示」，並應按一定格式記錄在病歷上；（3）醫院於病人住院時，有義務告知病人及其家屬相關訊息；（4）對各級醫院人員及當地社區人士給予有關的教育及宣導等（Greco 等，1991）。

- 7.轉住精神科病房：在綜合醫院裡，病人需要從非精神科病房轉住精神科，要依據照會精神科診斷、評估。其判斷標準是：（1）患重型精神疾病（如精神分裂病或躁症或重鬱症）；（2）對自己或對他人有傷害；（3）有妨害病房的秩序行為；（4）無法照顧日常生活（如痴呆症）。住進精神科病房，要得病人本身或其家屬的知情同意，對於症狀嚴重、無病識感，而拒絕轉住精神科病人，應按精神衛生法第二節第 21 條規定辦理。如病人合併有其他科疾病或剛開刀之後，並認受暫時要留在原科病房者，精神科照會醫師與原科主治醫師之間建立繼續照會、密集追蹤計劃，待身體症狀恢復或穩定後，馬上轉進精神科病房。
- 8.病人身體的約束：精神科照會醫師有時為了保護病人本身或其他病人安全及病房安寧（如多動性瞻妄病人），可能會建議以物理性（如約束在床上）或藥物方法約束病人，其執行儘可能還是要病人及其家屬的了解而得其同意，並有專人全天候看護，對於無專人看護或轉住「保護室」的病人，當科護理人員應每 15 分鐘密集查巡，以預防意外的發生，並在病歷記錄一切過程，一發現無必要約束時，應即時撤銷約束，使其約束在最短時間內。

#### 四、病人不接受治療時，評估其「知情同意」能力，應有一些原則上的考慮及技巧。

當病人極需要某一種治療，但可能因其「知情同意」能力有障礙而拒絕治療是常困擾醫療者，而精神科醫師會被要求而解決的問題。Roth 等，（1977）曾就病人執行「知情同意」能力的評估及其所需的治療或手術的危險／或功比之間，為決定治療的考慮上提出一些準則。如一位糖尿病人，其下肢患有嚴重壞疽，其截肢手術成功率高，並為唯一可救其生命的治療，有其迫切性，而其開刀危險性又很低，但病人拒絕開刀時，原科醫師應照會精神科評估其精神狀態，以了解其執行「知情同意」的能力，其時精神科醫師無妨可採取較嚴格標準，而一發現病人「知情同意」為無勝任能力情況，則可馬上建議主治醫師，向其家屬或重要關係人知得「知情同意」以便開刀。如精神科醫師認為病人拒絕開刀是其情緒障礙（如重度焦慮或憂鬱）所引起，而其症狀的改善，可使病人接受開刀，即應馬上進行藥物治療，而等症狀改善，同意開刀時即馬上進行，但其時一定要把握時間，以預防萬一。如完全相反地，病人需要高危險性的開刀（如心臟移植）但拒絕開

刀者，其「勝任能力」的判定，無妨可採取較寬的標準，使病人可不接受開刀。但其時如病人堅持急的開刀，其器官來源又難於把握時，其評估即要嚴格，以判定病人難於了解其病情、手術的可行性及手術後果的能力，以使病人避免開刀。

## 五、確保捐贈器官來源要「智慧」，是「藝術境界」(state-of-the-art) 策略

隨著醫療科技的迅速發展，臟器保存及免疫抑制劑的開發，有關法令的立法，醫療費用的保障，開拓捐贈器官來源，是全世界醫學界與社會一般要共同努力的課題。以腎臟為例，Randall (1991)指出，1990 年底，全美有 22,340 病人在等待臟器移植，其中 18,163 人為腎臟。據 1988 年統計只有 8905 人接受移植開刀，其中 7063 人(約 80%)來自屍腎。據 1988 年統計，得腎者在開刀前要等待的平均期間是 126 天，並有在延長的趨勢，平均要等一年以上，有些醫學中心要等五年之久。這期間並不只是等待就了事，這期間也是嚴重威脅其生命的高危險期。每年高齡者腎臟病末期病人，其四分之一死在洗腎期間，這數目也有增加的趨勢。儘管鼓勵社會一般於有生年，志願過世後捐出器官是一件可推展的大路，然而能實現其遺言的機會並不樂觀。美國 1990 年一項 Gallup 測試結果，60%人表示有捐出器官的意願，而另有 85%人表示支持其家屬的捐器官的意願。然而，另外一項研究發現 15,000 人曾表示捐贈器官意願者，其中只有 20-30%的家屬，在執行時給予同意。許多家屬埋怨他們從未被醫療者好好告知有關捐贈器官之詳細情況，包括所謂「腦死」的告知說明。醫療者告知的時機、態度及溝通方法，常讓家屬感受到，他們的悲傷心情、哀悼的過程，在醫療者常把「爭取時間完成臟器移植」為優先的心態之下，從未獲得尊重與支持，而導致拒絕捐器官的決定。另外，也有不少家屬選擇不同意捐贈器官，因為他們不清楚過世者的在世時意願。然而另一項研究指出，許多醫學中心，瀕死病人的主治醫師常不敢或從未向病人家屬提出捐贈出器官的建議。另一項 Gallup 測試結果發現如捐贈器官志願者，在世時明白告知其家屬其意願，在「死亡」時，其家屬會同意捐出器官的機會將會增加一倍。

能使死者家屬同意捐出器官的過程，不只是「死亡宣告」以及要求或建議捐出器官的簡單幾句話的動作而已。醫療者的態度、時機、宣告「死亡」及請求捐贈器官時所講的內容、所使用語言、溝通的格調及技巧等等都與家屬同意捐器官的意願息息相關。

當其所愛的人走終其人世，而其家屬正在悲傷、哀悼、痛苦時，醫療者如何能讓家屬感到「醫療團體已付出了他們最大的能力」，「對其醫療品質無悔意」而他們的痛苦心情被尊重而得到支持，使其同意捐出器官的一切運作正是「藝術的境界」(state-of-the-art) 過程，考驗醫療團體的「智慧」。下列是其中值得探討、



改善的幾個議題。

(一)「腦死的」的宣告：儘管「腦死」的醫學上、法律上定義已是很清楚，醫師如何給家屬傳達，讓家屬能真正了解，「這是事實上的死亡」是另外一個問題。在不當時機，以不清楚、不適當語言、粗糙溝通技巧的「死亡宣告」常會引起家屬的反感或以「病人可能還未真正死亡」或「醫師不應該現在就放棄治療」等的誤會。然而，有關議題在醫學教要育及專科醫師訓練計劃裡，常被忽略，值得反省。

(二)宣告死亡後提出捐贈出器官的請求過程安排：一項美國研究指出，宣告死亡的醫師（通常是神經外科醫師）同時扮演請求捐贈器官的醫師的角色感到困惑、不舒服、不妥當。同時也要考慮「死亡告知、說明」與「捐贈器官的要求」之間也應該有適當之時間，起碼要等待家屬能完全接受病人的「死亡」的事實，也應有時間及機會讓家屬表達其悲傷、痛苦及哀悼的心情。有人建議，當病人之主治醫師宣告「事實上的死亡，而無任何醫療可挽救其生命」後，主治醫師可避開一邊，而讓經驗豐富的社會工作者／或宗教人士等出面，與家屬溝通，給予精神上支持及處理一些事務的幫忙，共同負擔其痛苦，協助其哀悼過程的適應後，才與家屬商量有關捐贈器官的可行性及詳細事宜（Randall 與 Marwick, 1991）。

## 結 語

在高度時效、成本／效益，越來越被強調，而醫一病關係越趨非人生化、機械化的當前醫療環境裡，醫療人員容易迷失其「醫療者、照顧者」的角色及使命，而成爲醫療機構賺錢的工具。如何重新發揮醫德，強調醫療的人性面，維護病人權益，應是所有醫療者要努力的方向。醫療者不應太拘泥法律約束之餘，不給予病人應給的治療或給予低品質的醫療，但也不應太天真對相關法令無「知識」。正如 Shouton (1991)所說，如果醫療者的基本態度是「誠實」，其醫療行爲完全爲病人權益著想，保持良好的醫一病關係，而其判斷是基於醫學界及社會一般標準，並給予「高品質的醫療」，這四個原則，不但可避免不必要的法律糾紛，進而可獲得病人的合作及支持。



## 參考文獻

醫療管理法規。行政院衛生署，民國 87 年 12 月（406 頁）。

葉英堃：腎臟移植的精神醫學觀：臺灣經驗。心身醫學雜誌，第六卷，第一期，37-51 頁，1995。

Eviden-Based Medicine Working Group, JAMA 1992; November 4, 268, 2420-2425.

Farnsworth MG: Competency evaluation in a general hospital. Psychosomatics 1990; 31: 60-66.

Greco PJ, Schulman KA, and Lavizzo-Mourey R et al: The patient self-determination act and the future of advance directives. Ann Intern Med 1991; 115: 639-643.

Groves JE, Vaccarino JM: Legal aspects of consultation, In Massachusetts General Hospital Textbook of General Hospital Psychiatry, Edited by Hackett P, Cassem NH. Littleton MA, PSG Publishing 1987; pp 591-604.

Mebane AH, Rauch HB: When do physicians request competency evaluation? Psychosomatics 1990; 31:40-46.

Miles SH, Cranford R, and Schultz AL: The do-not-resuscitate order in a teaching hospital. Am. Intern Med 1982; 96:660-664.

Randall T: Too Few Human Organs for Transplantation, Too Many in Needs – and the Gap Widens. JAMA March 13, 1991; 265: 1223-1227.

Randall T, Marwick C: Physicians Attitudes and Approaches are Pivotal in Procuring Organs for Transplantation. JAMA March 13, 1991; 265:1227-1228.

Roth LH, Merisel A, Lidz CW: “Tests of Competency to consent to Treatment”. Am. J Psychiatry 1977; 124: 279-284.

Simon RI: Legal and ethical issues. In Essentials of Consultation-Liaison Psychiatry, Edited by Rundell JR, Wise MG, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1991, pp63-78.

Souton RI, Groves JE, and Vaccarino JM: Legal aspects of consultation. In Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry, 3<sup>rd</sup> Edition. Edited by Cassem NH, St Louis, MO, Mosby Year Book, 1991, pp619-638.

Surman OS: The surgical patients. In Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry, Third Edition, Edited by Cassem NH, St. Louis, MO, Mosby Year Book, 1991, pp69-88.