

探討 COVID-19 下的病人拒絕醫療權

簡竹瑄¹ 馬瑞菊² 蘇珉一³ 曾菘茵⁴ 蕭嘉瑩³

¹ 台東馬偕紀念醫院家庭醫學科

² 台東馬偕紀念醫院護理部

³ 台東馬偕紀念醫院內科部

⁴ 台東馬偕紀念醫院醫學教育研究部

摘要

2019年新型冠狀病毒(COVID-19)疫情爆發，迅速發展並蔓延至各國對醫療體系造成全面衝擊。由於其高傳染性和變異性，使生死變成更加緊迫的現實。而在生命末期病人醫療決策之抉擇往往牽涉到生命延續和病人的痛苦程度，例如是否使用呼吸器、是否插管、是否進行心肺復甦等生命延長措施。臺灣隨著安寧緩和條例和病人自主權利法以及臨終關懷等相關觀念政策出現，善終理念逐漸被社會大眾所理解。善終是臨終病人追求的價值，但在疫情防控措施所帶來的限制之下，各國現有保障「拒絕醫療權」的相關制度反而暴露出諸多局限性，亦使臨終的關懷與陪伴無法得到全面支持。本文之目的期望藉由整理出在疫情下拒絕醫療相關權利受到的影響，並彙整各國政策及實施概況後提出建議以利改善。在疫情下拒絕醫療權的實踐可能面臨困境，需要政府和醫療機構加強政策的制定和執行以確保病人的權益得到充分的保障，社會亦需強化對拒絕醫療權的理解和尊重，並保障其善終權益得以實現。

關鍵詞：新型冠狀病毒 (COVID-19)

預立醫療照護諮商 (Advance Care Planning, ACP)

拒絕心肺復甦術 (Do Not Resuscitate, DNR)

前言

醫學在科技蓬勃發展之下，出現人工呼吸、營養和流體餵食等搶救或延長生命的醫療維生手段。但是在特定情況下只能維持病人生理方面的生命徵象，不僅無法治癒疾病，更甚者將會面臨後遺症永久留存等負面影響¹。通常最優

先的醫療目標是治療，但隨著病情發展至末期，可能會演變為維持或改善健康狀態，甚至只求減少痛苦或舒緩症狀，而不是接受只會延長死亡過程的維生醫療²。特別是對病程抵達末期，醫療上已無能為力的病人，應讓病人以保有尊嚴的方式度過生命的最後階段³⁻⁴。在生命長度與品質之間權衡取舍議題上，應將病人對醫療

行為的目標納入考量，經由討論並理解病人目標、價值觀，以便進一步釐清對醫療選擇的拒絕與接受⁵。世界醫學協會早在 19 世紀就認定拒絕特定醫療行為是病人享有的權利，病人在充分瞭解醫療的風險利益後，可以依照自己意願選擇或拒絕醫療行為，更是世界普遍認可的基本人權⁶。

COVID-19 大流行是全球性的健康危機，高達 6.86 億確診個案並造成 684 萬病人死亡，是自第二次世界大戰以來面臨的最大挑戰⁷。從 2019 年爆發至今病毒仍舊持續發生變異，使其走向充斥變數⁸⁻⁹。COVID-19 疫情日益嚴峻的影響下，因確診導致住院及死亡人數持續增加，首當其衝影響的便是醫療業，有 20% 的確診病人需要住院接受治療，在住院病人中又有四分之一會需要入住加護病房 (Intensive Care Unit, ICU)，難免出現重症病人所需的呼吸器和氧氣等重症設備短缺等情形⁸，尤其是對高齡、身患慢性疾病等重症高風險族群¹⁰。根據美國疾病管制和預防中心 (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) 的數據，至少在超過 100 萬個死亡案例中，65 歲以上高齡病人就佔據 75.3%⁸，可能會因為免疫系統較脆弱更容易出現重症，或是存在其他可能加重病情的健康問題，導致預後不佳且死亡率高¹¹⁻¹²。在此情況下很容易由臨床醫生和親屬討論做出醫療決策，在無形中可能會損害到病人的自主權利¹³，無疑提升拒絕醫療權的討論度與急迫性。由於各國對於拒絕醫療權尚無標準定義，本文中所指的拒絕醫療權係病人基於自主有權決定是否接受某種醫療手段或治療方案的權利。以台灣舉例最常提到與拒絕醫療權有關的就是不實施心肺復甦術 (Do Not Resuscitate, DNR) 和預立醫療照護諮商 (Advance Care Planning, ACP)。DNR 是保障末期病人的善終權益，像是不實施心肺復甦術或只能延長瀕死過程的維生醫療；而台灣定義上的 ACP 是具行為能力的民眾本人提前預立醫療決定 (Advance directive, AD)，在疾病末期或特定醫療臨床狀況下，能夠獲得符合其願望和需求的照護計畫，並保障其善終權益上的知情、選擇與決策權。計畫內容包含 DNR、

拒絕人工營養及流體餵養以及任何有可能延長病人生命之必要醫療措施，如抗生素、輸血等。

COVID-19 為新興傳染病，疾病特性難預測、重症年齡層下降，許多民眾平時未曾思考過善終議題。病人應該在健康狀態時與親屬討論醫療選擇風險，而不是在危急時刻才由親屬代行決策，避免因為病人失去表達能力而欠缺考慮本人意願¹⁴⁻¹⁵。此外，在疫情大流行期間也對醫療體系造成壓力，提供過多的無效醫療可能造就病人、家屬、醫護三輸局面。事先討論對醫療的目標，尊重病人自主、避免違背病人意願進行無效的維生醫療是相當重要。故國內外許多文獻提出推廣 ACP，幫助病人在發展為重症之前討論預先計劃和釐清嚴重急性疾病發作時首要的醫療目標。

鑒於 COVID-19 疫情肆虐下對醫療體系造成壓力，暴露出台灣醫療現況的不足，例如國人熟知的安寧緩和條例在許多狀況下其實有其限制，拒絕醫療權相關議題應受到更多的重視。因此本文藉由討論在 COVID-19 疫情下對民眾行使拒絕醫療產生的影響，經整理後提出改善建議，以期望未來面臨類似情境時能防患於未然，提供更加完善且以人為本的醫療照護，落實個人的自主善終權利。

一、各國關於保障拒絕醫療權相關法案及執行概況

各國保障拒絕醫療權相關法案已行之有年，國際間不存在統一標準，即使在同個國家內不同行政區域也會存在差異，就其核心理念皆為尊重病人在生命末期時的醫療選擇¹⁶。隨著 COVID-19 疫情爆發更加強化宣導其重要性以因應 COVID-19 疫情帶來的威脅，以下列出幾個具代表性國家的情況：

(一) 美國的拒絕醫療權

為最早立法保障拒絕醫療權的國家，在 1991 年通過病人自主法案 (Patient Self-Determination Act, PSDA)，同意 18 歲以上具有完全行為能力的人擁有拒絕維生醫療的權利，此外還賦予紀錄拒絕治療的預立醫療決定法律

地位¹⁷⁻¹⁹。醫療服務提供者必須告知關於死亡權利相關的資訊與文件，讓病人有權拒絕或接受，並將決定的結果記錄在病人的 AD，在符合洲法律情況下醫院也應優先尊重病人預做的選擇¹⁸。

美國法案已推行 30 餘年，但回顧 2011-2016 年間 150 份 795,909 人的研究中，只有三分之一的人完成 AD (36.7%)，以年齡 65 歲以上居多 (80.6%)，62.7% 為養護機構住民²⁰。從中可以得知機構跟高齡族群占很大的比例，可見在一般民眾內推行效果並不佳。COVID-19 流行期間根據 Statler 的研究，在疫情早期 (2020 年 3 月至 6 月) 因 COVID-19 入院的 356 名病人中，只有 4.5% 的病人在入院前有 ACP 記錄⁵。

(二) 英國的拒絕醫療權

英國屬於國家公共醫療體系，由國家衛生系統國民健康服務 (National Health Service, NHS) 為全國醫療機構制定政策並提供統一平台。另一方面 2005 年的意思能力法 (Mental Capacity Act, MCA) 為具有心智能力的成年人自主醫療決策建立法律框架，並引入兩個機制²¹。一個是在律師的公證下指定醫療委任代理人 (Last Power of Attorney, LPA)，以在失去心智能力時替自己代行決策；另一個則是預立拒絕醫療處置決定 (Advance Decision to Refuse Treatment, ADRT)，記錄病人希望在未來拒絕某項醫療的決定，不過 MCA 的法律範圍只涵蓋英格蘭和威爾斯地區，比較側重在個人醫療決策權²²。因此 NHS 於 2008 年進一步提出臨終關懷計劃 (2004-2007) (End of Life Care Programme (2004-2007))，該計畫旨在改善全英國的臨終關懷過程，還將 ACP 列入國家重要健康政策，更認為是改善生命末期照護之重要介入措施，應包含在臨終關懷服務²²。在蘇格蘭地區則是發布蘇格蘭無能力成年人法案 2000 (Adults with Incapacity [Scotland] Act 2000)，承認 16 歲以上具備自決能力之公民便得以行使醫療自主權，隨後於 2008 年發布關於緩和治療和臨終關懷的文件 (Living and Dying Well) 並將 ACP 涵蓋於

內；北愛爾蘭地區普通法 (Common Law) 當中對醫療自主權的年齡規範則為 18 歲，2010 年發布成年人緩和治療和臨終關懷策略 (Living Matters : Dying Matters)，主張任何患有晚期且無法治癒的病人，無論其現下病情或就醫環境如何，都能享有善終的權利²²。雖然英國各區計畫已經成功與國家醫療體銜接，卻沒有統一的表單，也不存在全國性電子資訊交換管理平台²²。如何在各個醫療機構將 ACP 資訊進行交換，是目前英國 NHS 系統所面臨的一大挑戰。

英國進行 ACP 不侷限於任何場所，也無須支付額外付費。在醫療照護的過程中，只要病人有意願進行 ACP 便能啟動服務。進行 ACP 的成員也無限定於任何醫療職類，凡經過國家認證之醫療人員都可以單獨與病人和家屬進行 ACP²²。這種較為開放且無限制的模式，有助於促進病人和家屬共同參與醫療決策。

(三) 南韓的拒絕醫療權

過去在南韓傳統文化中，談論死亡被認為是一種禁忌，不過隨著逐漸邁入高齡社會以及平均壽命拉長，臨終者的生活品質和善終引起公眾的關注²³。終於在 2016 年通過善終法 (Well-Dying)，並在 2018 年正式上路，適用於已進入垂死狀態並且沒有康復機會的病人，保障其拒絕心肺復甦、呼吸器、癌症治療、洗腎的權利²⁴。許多人希望通過臨終關懷或安寧療護提高生活品質以達到善終，不過目前關於善終中最重要的安寧緩和服務量能卻無法跟上現有制度。以南韓為例，每年約有 50,000 人死於末期重症，放眼全國卻只有近 1,000 所安寧照護機構，明顯不夠滿足所有的重症病人²⁵。可見即使取得善終權，仍需要面對安寧照護資源匱乏的問題。

(四) 台灣的拒絕醫療權

2000 年 6 月 7 日，台灣通過安寧緩和醫療條例，成為亞洲中第一個賦予罹患末期疾病的病人選擇 DNR 權利的國家，保護病人在病程進展至末期，無法治癒死亡已屬不可避免時，

免於受無效醫療所苦²⁶。並於 2015 年通過病人自主權利法，2019 年正式實施並且擴大適用對象，讓末期病人以外的病人也能夠享有同等權利。民眾在經過 ACP 後可以簽 AD 保障自身拒絕醫療權益，可以預先決定當處於特定臨床狀況（末期絕症、不可逆昏迷、永久植物人、極重度失智或其他經主管機關公告之疾病）時，是否接受或拒絕維持生命治療。並且可指定醫療委任代理人，在病人無法表達意願時代行決策²⁷。

台灣截至 2022 年 7 月確診死亡的 8000 多人中，有 2919 人（36.4%）簽署 DNR，已經簽署 DNR 的病人多為年齡較大、有慢性病、屬於機構住民，這都是容易使病情加劇的重要因素²⁸。因此醫界開始有聲浪質疑這是確診病人死亡率偏高的原因，是有意在疫情下加速病人死亡的行為。對此不得不澄清 DNR 是 ACP 的一個重要選項，不應將其等同於放棄治療，而是將其視為符合病人意願和現實情況的治療方案，且若有必要的仍然會進行救治。從此次的 COVID-19 疫情衍生的爭議顯示，即使是醫療相關人員對拒絕醫療權的認知也存在知識落差。

雖然病人自主權立法已經允許成年人可以預立意願書，但至今 ACP 完成率低落。原因部分來自許多重大傷病的病患，例如失智或已無行為能力病人無力簽署，僅適用 DNR。ACP 簽署流程較為繁瑣，多數預約還需透過門診，且民眾和醫療人員的認知宣導仍不夠普及。在多年努力宣導下我國原本每年 ACP 新個案完成量逐年遞增，但自 2019 年後遇上 COVID-19 疫情開始走下坡，即使從 2021 年末開放以遠端進行 ACP 後數量已有回升，不過就目前全台 2022 年預立醫療註記率僅約 0.05% 來看推行情況並不樂觀²⁹。

二、COVID-19 疫情對拒絕醫療權的挑戰

即使拒絕醫療權已是人人應享有的權利，但實際推行仍存在許多困難和挑戰。雖然在 COVID-19 疫情期間拒絕醫療權獲得更多的討論度，卻也相對造成許多不良影響，主要為以下幾點：

（一）錯失介入時機

鑒於 COVID-19 病情的突發性和不可預測性，病人可能在極短時間內失去表達能力，例如失去意識或需要依靠呼吸器等醫療設備⁹。醫師往往難以判斷何時介入，以及何時通知家屬病人處於命危狀態。根據 Feder 的研究中調查 328 名死亡病例後，發現高達 66% 的病人死於加護病房，由此可得知其病程難以預測，並且很容易突然演變為失代償，這也許會使醫師難以判斷何時應該通知家屬病人處於命危³⁰。若住院後從非末期到末期的時間進展很快，會導致安寧團隊介入的時間太倉促。病人若因難以清楚表達意願而無法簽署 AD，可能僅適用於 DNR。在此情況下病人只能在末期時交由家屬代為決議，無法完善得知病人善終自主意願。若親屬間因一同患病而分開隔離，狀況則雪上加霜。但倘若病人早已進行 ACP 計畫便可減少決策之不確定性。提前做好規劃確保病人可以在生命的最後階段獲得最適合的照護和支持，讓病人和家屬更加瞭解安寧療護的選項，並減少家屬面對喪親之痛和心理壓力。因此進行 ACP 計畫是極其有益的，特別是在 COVID-19 疫情期間。

（二）可近性不足及溝通障礙

由於病毒易傳染特性，COVID-19 疫情巔峰時期非必要情況下並不鼓勵民眾到醫院，這無疑導致民眾降低行使該權利的可近性³¹。因為病人需要遵循隔離和社交距離措施。這可能會使病人感到孤立無援。此外雖然遠距溝通可以解決該問題，但是這種方式可能會導致語言和文化障礙的增加，進一步影響推動和執行。以台灣為案例，DNR 能夠以寄信的形式表達意願，ACP 則必須到特定場所，還需要透過多次門診與醫療專業團隊的討論才得以成立。為消除此一障礙，部分國家將 ACP 改以電話或遠端視訊等方式進行，或是使用電子簽章代替簽名。但原本 ACP 就十分強調溝通技巧，適當利用傾聽和回應、並確保用詞清晰易懂，以保障病人知情權利是十分重要的，但通過電話或視訊達到面對面交流的效果比較不容易³²。

(三) 死亡識能匱乏：對末期照護的認識和能力尚顯不足

死亡識能是指人們對末期照護相關資訊的知識和能力，包括理解、應用和運用這些資訊的能力，並且和拒絕醫療利密切相關，對末期照護和臨終關懷也非常重要³³。透過增強社會大眾對死亡識能的認識，可以幫助大眾做出更明智的決策，從而提高末期照護的品質，減少對家庭和社會的負擔。而在亞洲大多信仰佛教、道教、伊斯蘭教和印度教，生死觀與西方在處理方式與看法有諸多差異。亞洲社會中家人和醫生通常在醫療決策中成為關鍵人物，甚至是代行決策。且很容易推測病人無法接受疾病預後不良的事實，經常沒有對病人本人透露不良預後和相應的治療方案³⁴。在這種觀念之下可能會使人對生命議題產生壓力和不安，並很難讓病人本人親自參與到決策中，使人們刻意去迴避瞭解死亡和末期照護的知識，在推動拒絕醫療權方面造成障礙³⁵。

(四) 醫療系統面臨人力短缺和資源限制

醫療人員同樣也飽受 COVID-19 疫情感染威脅，醫院可能會面臨缺工。工作量大幅增加但人力卻沒有獲得補充，並還要負擔額外的的工作以彌補人力缺口。以台灣為例，依照病主法條例醫院透過開設預立醫療照護諮商門診來商討 ACP，應由二位具相關專科醫師資格之醫師確診，並經緩和醫療團隊至少二次照會確認。由此以來在可親性及可近性上將會產生諸多限制。一來，安寧緩和專科醫師及團隊多集中在都市或大醫院，二來，人力資源短缺及隔離政策都增加臨床困難性。可在 COVID-19 疫情已對醫療系統造成負荷的環境下，光感染管控就已經耗掉龐大的醫療量能，即使後來開放以遠端進行諮商，在醫療資源受限的情況下，醫院還是無法維持 COVID-19 疫情前提供的 ACP 服務量³¹。

三、台灣在 COVID-19 疫情後推動醫療政策之改善方向

疫情對各國推行拒絕醫療權都造成影響，

總結國內現行制度面臨困境及他國經歷，與疫情對其產生的影響，以下是對台灣未來提出的建議：

(一) 增加執行模式的彈性

現有的執行方式需要醫院內的三職類人員同時參與，在疫情中醫療機構已經消耗大量的資源，還需要民眾以及證人到門診掛號預約才能進行 ACP，與減少民眾到院以降低感染的目標背道而馳³¹。應該鬆綁允許其他醫療機構、社區單位等地點進行 ACP。而在 COVID-19 疫情傳染特性產生對社交距離的要求下，雖然逐漸發展出以遠距模式進行醫療照護諮商的模式。不過許多相關機構至今尚未提供遠距服務，除此之外醫療機構除了要擁有遠端技術及設備，還應積極對員工進行教育訓練。在教育訓練及設備設計上最好採用無障礙的設計概念，照顧到可能有認知、視覺或聽力問題的高齡長者避免形成學習障礙³⁰。程序方面應該探討是否能簡化 ACP 的執程序，例如參考英國作法，不需要醫院內的三職類人員同時參與以減少醫療體系的負荷。總應該追求更加靈活和高效的 ACP 執行方式，以滿足當前 COVID-19 疫情的需求，增加民眾的可及性。

(二) 與生死展開對話：強化教育與溝通管道

多數人仍舊不願意討論死亡議題或缺乏相關意識，公眾對拒絕醫療權利概念認知度缺乏認識或誤解，還需要時間進行轉變。前章提到普遍認為東方人忌諱談論死亡，西方態度會較為開放。但根據英國 2018 年調查訪問 2,210 人，只有 50% 知道 ACP 的存在，並僅有 12% 的受訪者完成 ACP³⁶。大部分人受訪者認為很難找到足夠的時間或與合適的人進行商討，或是雖然希望得到醫療專業人員的支持，或自認缺乏溝通技巧，或不希望討論被記錄下來。由此可見即使不排斥討論生命相關議題，也不代表會對此採取實際行動。除此之外，亦有部分民眾認為這是屬高齡族群才必須面對的問題，或是仍不習慣自己做出決策。僅有討論意願和認知是不足以實現死亡識能的，實際的行動也非常重

要。

所以目前應當考慮採取更積極的策略以鼓勵對話，例如通過教育將死亡識能作為教學課程，或是從宣傳層面使用印刷品、電視和社交媒體以及共平台來促進對話進行文化轉變³⁶。只有這樣，讓公眾更好地理解 and 行使自己的拒絕醫療權利，並為其自身的醫療決策負責。並且還有必要強化相關教育與溝通管道。例如以建構完善的遠距交流環境，使病人即使入院處在隔離狀態下仍可與其親屬進行會談。促使病人提早與醫療團隊和家屬進行溝通，而不是在病人發生危急情況下才倉促做出決策。

(三) 提供以人為本的安寧照護：科技與人性化考量

COVID-19 病人有權選擇接受或拒絕治療，卻沒有權利拒絕接受隔離和感染控制³⁷。即便在 ACP 後獲得善終權利，卻因為醫院及社區為避免 COVID-19 疫情擴散對出入都實施嚴格管控，安寧團隊降不得不降低居家訪視頻率，同時進行臨終照護討論的機會也大幅減少。在隔離政策的限制下甚至完全不允許親友探視，開始出現病人缺乏陪伴的現象，甚至在隔離環境中孤獨臨終³。在台灣此現象也與民風習俗背道而馳，大多重症末期病人傾向於回家善終，但在 COVID-19 疫情隔離政策下實在難以實踐這點。

雖然遠程和視訊通話等遠端技術已被廣泛使用，並且在許多情況下證明是有效的替代方法，但病人需要具有基本的行動能力和使用技術。智利大學附屬醫院 (Hospital Barros Luco) 專門替重症病人設置特別病房，由醫護人員攜帶平板電腦，協助病人語音或影像訊息與家屬進行會面，為那些無法離開病房或無法使用現有通訊技術的病人提供重要的支持和關懷。雖然仍舊不能替代實際與親屬會面的情感與人性化照顧，但能夠讓病人與家屬保持聯繫，家屬在關注病人的狀況之餘，還能減少病人的孤獨與憂慮感。適當地結合科技以提供更完善的安寧療護系統是值得借鏡的。

結 論

本文係探討各國關於醫療拒絕相關權利在 COVID-19 疫情影響下產生之變化與影響，在疫情的傳染性及多變性情況下，提升「拒絕醫療權」的討論度與迫切性，倘若有肥胖、高血壓或糖尿病病史的病人，即使是年輕族群也有較高風險發展為重症，任何族群都無法忽視疫情帶來的威脅³⁹。但在保障拒絕醫療權方面，以最具代表性的 ACP 來看各國完成率都略顯低落。在疫情期間許多國家中醫院和醫療機構的資源和人力受到限制，很難為所有需求提供服務，醫療機構需要專注於應對疫情，也影響 ACP 的推廣和執行。此外疫情期間的隔離和社交距離限制可能會使人感到孤獨和無助，進一步降低其參與 ACP 的意願。

在我國長期推廣下，拒絕醫療權已被社會大眾及醫療人員普遍認知，但多數民眾一般多仍認為是年老或得病時才需面對的問題，不過在疫情襲擊全球後，因疫情快速發展以及不可預測性，加上有效治療藥物侷限性及相關隔離措施，讓部分民眾發現瞭解自身對於善終跟死亡的議題其實刻不容緩。即使疫情對拒絕醫療帶來許多困難和挑戰，但各方機透過遠端模式和訓練、政府制定相應政策和法規等方案，順利協助病人和家屬在疫情威脅下仍舊能確保其醫療決策符合其個人價值和偏好。同時疫情期間，倘若病人已抵達無法治癒的階段，需要醫療工作者給予適當的關注和治療以及緩和醫療服務，進而確保病人獲得善終的權利。

在歷史上，類似 COVID-19 這樣的大流行疾病是時有發生的，回顧過去 1918 年被稱為大流行之母的西班牙流感疫情，以及最近幾年的 2002 年的嚴重急性呼吸道症候群 (severe acute respiratory syndrome, SARS)、2009 年的甲型 H1N1 流感 (Influenza A virus subtype, H1N1) 流感，因此未來仍可能發生類似的疫情。在流行病疫情爆發下，除醫療資源和量能侷促以外，國家的防疫和公共衛生政策，也使病人的自主權利和隱私不得受到限制，導致發生部分醫

療行為和善終權被拒絕的情況，甚為遺憾。本文旨在透過檢視 COVID-19 下的安寧緩和醫療情況，探討國人較熟知的 DNR 目前遇到的限制和不足。同時藉由宣導並推廣臨床 ACP 的執行、增加簽署管道的可親近性，讓國人瞭解在醫療決策中所擁有的權益。期望使民眾的自主善終權利及拒絕醫療權選擇變得更為完備，助於在保障公共利益的同時，也尊重個人的自主權利和善終選擇。

參考文獻

- Stein GL, Fineberg IC. Advance care planning in the USA and UK: a comparative analysis of policy, implementation and the social work role. *BRIT J Soc Work* 2013;43(2):233-48.
- Curtis JR, Kross EK, Stapleton RD. The importance of addressing advance care planning and decisions about do-not-resuscitate orders during novel Coronavirus 2019 (COVID-19). *JAMA* 2020;323(18):1771-2.
- Entwistle VA, Carter SM, Cribb A, McCaffery K. Supporting patient autonomy: the importance of clinician-patient relationships. *J Gen Intern Med* 2010;25(7):741-5.
- Oliveira HC, Sauthier M, Silva MMD, Crespo MDCA, Seixas APR, Campos JF. Do-not-resuscitate order in COVID-19 times: bioethics and professional ethics. *Rev Gaucha Enferm* 2021;42 (spe):e20200172.
- Statler TM, Hsu FC, Silla L, et al. Occurrence of Advance Care Planning and Hospital Course in Patients Admitted for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) During the Pandemic. *Am J Hosp Palliat Care* 2023;40(6):669-76.
- World Medical Association. WMA Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient 2005. Available from <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2005/09/Declaration-of-Lisbon-2005.pdf>
- PRIDE政策研究指標資料庫。各國疫情統計。Available from <https://pride.stpi.narl.org.tw/index/graph-world/detail/4b1141ad70bfd5f0170e64424db3fa3>
- Anesi GL, Bloom A. COVID-19: Epidemiology, Clinical features, and prognosis of the critically ill adult. *Post TW, ed. UpToDate*. Waltham, MA: UpToDate Inc.
- World Health Organization. Statement on the thirteenth meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the coronavirus disease (COVID-19) pandemic. Available from [https://www.who.int/news/item/18-10-2022-statement-on-the-thirteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(covid-19\)-pandemic](https://www.who.int/news/item/18-10-2022-statement-on-the-thirteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic)
- McAfee CA, Jordan TR, Cegelka D, et al. COVID-19 brings a new urgency for advance care planning: Implications of death education. *Death Stud* 2022;46(1):91-6.
- Shah P, Smith H, Olarewaju A, et al. Is cardiopulmonary resuscitation futile in coronavirus disease 2019 patients experiencing in-hospital cardiac arrest?. *Crit Care Med* 2021;49(2):201-8.
- Hu Y, Sun J, Dai Z, et al. Prevalence and severity of coronavirus disease 2019 (COVID-19): A systematic review and meta-analysis. *J Clin Virol* 2020;127:104371.
- Hirakawa Y, Saif-Ur-Rahman KM, Aita K, Nishikawa M, Arai H, Miura H. Implementation of advance care planning amid the COVID-19 crisis: A narrative review and synthesis. *Geriatr Gerontol Int* 2021;21(9):779-87.
- Janwadkar AS, Bibler TM. Ethical challenges in advance care planning during the COVID-19 pandemic. *Am J Bioeth* 2020;20(7):202-4.
- Farrell TW, Francis L, Brown T, et al. Rationing limited healthcare resources in the COVID-19 era and beyond: ethical considerations regarding older adults. *J Am Geriatr Soc* 2020;68(6):1143-9.
- Martina D, Lin CP, Kristanti MS. Advance care planning in Asia: a systematic narrative review of healthcare professionals' knowledge, attitude, and experience. *J Am Med Dir Assoc* 2021;22(2):349.e1-28.
- Kelley K. The Patient Self-Determination Act. A matter of life and death. *Physician Assist* 1995;19(3):49, 53-6, 59-60 passim.
- Koch KA. Patient Self-Determination Act. *J Fla Med Assoc* 1992;79(4):240-3.
- 楊君宜、黃勝堅、林欣儀、蘇俞安、蔡宗達、劉建良。它山之石，可以攻玉：從國外團體預立醫療照護諮商經驗看臺灣預立醫療照護諮商之發展。 *北市醫學雜誌* 2020；17：11-20。
- Yadav KN, Gabler NB, Cooney E, et al. Approximately one in three US adults completes any type of advance directive for end-of-life care. *Health Aff (Millwood)* 2017;36(7):1244-51.
- Act, M. C. Mental capacity act. London: The Stationery Office 2005.
- 林承霽、彭仁奎。病人自主與預立醫療照護計畫：英國經驗。 *長期照護雜誌* 2019；23(3)：169-76。
- Kwon SA, Kolomer S. Advance care planning in South Korea: social work perspective. *Soc Work Health Care* 2016;55(7):545-58.
- Lee JE, Goo AJ, Cho, BL. The current status of end-of-life care in Korea and legislation of well-dying act. *Journal of the Korean Geriatrics Society*, 2016;20(2):65-70.
- Huh JS. The Comprehension of Hospice-Palliative Care and Self-determination Life Sustaining Decision-Making Act as Uro-Oncologist. *The Korean Journal of Urological Oncology* 2018;16(2):47-51.
- 安寧緩和醫療條例。 <https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020066>
- 病人自主權利法。 <https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020189>
- Alhatem A, Spruijt O, Heller DS, Chokshi RJ, Schwartz RA, Lambert WC. "Do-not-resuscitate (DNR)" status determines mortality in patients with COVID-19. *Clin Dermatol* 2021;39(3):510-6.

29. 衛生福利部。預立醫療決定、安寧緩和醫療及器官捐贈意願資訊系統。 https://hpcod.mohw.gov.tw/HospWeb/RWD/Statistics/calc_report.aspx?year=2022
30. Feder S, Smith D, Griffin H, et al. “Why Couldn’t I Go in To See Him?” Bereaved Families’ Perceptions of End-of-Life Communication During COVID-19. *J Am Geriatr Soc* 2021;69(3):587-92.
31. Lin MH, Hsu JL, Chen TJ, Hwang SJ. Impact of the COVID-19 pandemic on the use of advance care planning services within the veterans administration system in Taiwan. *J Chin Med Assoc* 2021;84(2):197-202.
32. Bradshaw A, Dunleavy L, Walshe C, et al. Understanding and addressing challenges for advance care planning in the COVID-19 pandemic: an analysis of the UK CovPall survey data from specialist palliative care services. *Palliat Med* 2021;35(7):1225-37.
33. Noonan K, Horsfall D, Leonard R, Rosenberg J. Developing death literacy. *Prog Palliat Care* 2016;24(1):31-5.
34. Cheng SY, Lin CP, Chan HYL, et al. Advance care planning in Asian culture. *Japanese Journal of Clinical Oncology*. 2020;50(9):976-89.
35. Wang CW, Chan CL. End-of-life care research in Hong Kong: A systematic review of peer-reviewed publications. *Palliat Support Care* 2015;13(6):1711-20.
36. Islam I, Nelson A, Longo M, Byrne A. Before the 2020 Pandemic: an observational study exploring public knowledge, attitudes, plans, and preferences towards death and end of life care in Wales. *BMC Palliat Care* 2021;20(1):1-12.
37. Sobh Z, El-Banna AS. COVID-19 pandemic: Ethical challenges of healthcare and research. *Zagazig Journal of Forensic Medicine* 2021;19(1):1-10.
38. Strang P, Bergström J, Martinsson L, Lundström S. Dying from COVID-19: loneliness, end-of-life discussions, and support for patients and their families in nursing homes and hospitals. A national register study. *J Pain Symptom Manag* 2020;60(4):e2-13.

Exploring Patients' Refusal of Medical Treatment Rights under COVID-19

Chu-Hsuan Chien¹, Jui-Chu Ma², Min-I Su³, Lang-Yin Zeng⁴, Chia-Ying Hsiao³

¹*Department of Family Medicine, Taitung MacKay Memorial Hospital, Taitung, Taiwan.*

²*Department of Nursing, Taitung MacKay Memorial Hospital, Taitung, Taiwan.*

³*Department of Internal Medicine, Taitung MacKay Memorial Hospital, Taitung, Taiwan.*

⁴*Department of Medical Research, Taitung MacKay Memorial Hospital, Taitung, Taiwan.*

The outbreak of the novel coronavirus (COVID-19) in 2019 rapidly escalated and spread worldwide, causing comprehensive impacts on healthcare systems. Its high infectivity and variability have made matters of life and death even more pressing. End-of-life medical decision-making for patients often involves choices regarding life-sustaining measures, such as the use of ventilators, intubation, or cardiopulmonary resuscitation (CPR), and entails considerations of both prolonging life and minimizing patient suffering. In Taiwan, concepts and policies related to Hospice Palliative Care Act, Patient Right to Autonomy Act, and hospice care have gradually gained public understanding. A good death, or a dignified and peaceful end, is a value pursued by terminally ill patients. However, the limitations brought about by pandemic control measures have exposed various shortcomings in existing systems safeguarding the right to refuse medical treatment in many countries, hindering comprehensive support for good death. The aim of this paper is to outline the impact on the right to refuse medical treatment during the pandemic, summarize the policies and implementation status in different countries, and propose recommendations for improvement. The practice of refusing medical treatment in the context of a pandemic may face challenges, requiring governments and healthcare institutions to strengthen policy formulation and implementation to ensure the full protection of patients' rights. Society also needs to enhance understanding and respect for the right to refuse medical treatment and ensure the realization of good death rights.