

作者回覆：生命末期治療決策代理的性別議題

正如評論所言，台灣的「病人自主權利法」的立法重心在於輔助民眾在法律架構下，能夠「自主」選擇同意或拒絕醫療。隨著台灣進入高齡化社會，一般人不僅為自己做治療決策，更多時候是需要「代理」（surrogate）高齡父母，在面臨生命末期時，做下痛苦的決策。當父母失去意識卻又沒有「預立醫療決定」（AD）時，子女「代理」父母所做的治療決策會「將心比心」嗎？會符合父母的自主意願嗎？本研究指出「受訪者對自己或是對父母、配偶在疾病末期時所做的治療選擇明顯不同」，對於父母已處於末期不可逆的狀況時，做子女的總是會比自己處在相同狀況時，更傾向於選擇鼻胃管進食、洗腎、插管用呼吸機器、接受氣切手術及使用心肺復甦術，來延遲可能的死亡。因此，多方宣導病人自主權的「預立醫療決定」，是刻不容緩的事。

醫療代理的困境時而有聞，台灣針對醫療代理人的實證研究不多，最直接相關是Cheng等人[1]針對一家醫學中心200位急診病人的醫療代理人的調查研究，其中指出比例最高的醫療代理人是兒子（33.5%），其次是女兒（26.5%），再來才是配偶（19.5%）。在多數醫療現場中，當家屬代理病人來做決定時，誰應有「話語權」和「決定權」往往是一個家庭衝突的爆發點，特別是當子女在決策上有分歧時，男性（即兒子）多半擁有較多話語權和決定權，女性

若是未婚，則可能與家中兄弟共同決策，然而，若是已婚，則無論對婆家或娘家而言，其擁有話語權和決定權多半都會被忽略。因為對原生家庭而言，女兒不再同住也可能不是承擔照顧病人的主要責任；對於夫家而言，身為媳婦，即便是主要照顧者，就家屬的位階上，更不可能擁有參與決策的話語權。

這樣的決策過程需要改善嗎？本研究指出，女性受訪者在「病人自主權利法」的認知或正面態度都比男性來得高，進一步針對表六進行性別差異分析，看到男性受訪者在父母處於「重度失智症」時，若父母因末期疾病而導致心跳停止，其選擇讓父母接受心肺復甦術的比例要顯著高於為自己（ -0.50 ± 0.79 , $p < 0.001$ ）；然而，對於女性受訪者，其間差異卻非常小（ -0.08 ± 0.58 , $p = 0.45$ ）。這個訊息並不是說女性應該比男性具有更大的醫療決策權，而是提供我們一個反思的機會，當我們跳出傳統家庭文化的框架時，共同決策才有可能，也才有更多機會做出對病人最有利的決策。

參考文獻

1. Cheng YH, Wang JJ, Wu KH, et al. Do-not-resuscitate orders and related factors among family surrogates of patients in the emergency department. *Support Care Cancer* 2016;**24**:1999-2006. doi:10.1007/s00520-015-2971-7.