

治療關係中知後同意過程的倫理考量

王智弘*

(1) 知後同意 (informed consent) 是醫病倫理與助人倫理的重要概念，也是「倫理諮詢與模式」一文中所探討的主要倫理議題，本文謹就治療關係中知後同意過程的倫理考量加以探討，以試圖對「倫理諮詢與模式」一文做部份的回應。

壹、概念源起：知後同意概念的起源

(2) 知後同意的進行過程可說是建立醫病關係與助人關係的核心過程，也是接受醫療或助人專業服務當事人所擁有的重要權利之一，而提供病人或當事人行使知後同意過程所需資訊的責任，即是醫療人員與助人專業人員要去實踐的倫理期待，其

源自醫療糾紛的判例法 (case law)，故亦屬法律的要求 (Welfel, 1998)。因此，進行知後同意是醫療或助人專業人員必須履行的倫理與法律責任。雖然早在 1767 年英國即發生醫療糾紛的案例，當時的法官在判決中已明確指出：「病人應被告知何者將加諸其身，由此其可鼓起勇氣並置身於此一情境中，以能忍受手術的過程」 (Silverman, 1989, p.6)。此可謂知後同意概念的濫觴。惟遲至二十世紀以前，醫師並未真正被要求去履行告知病人病情的倫理及法律責任，此乃因傳統權威主義所秉持的固著觀點：醫生所知最多、病人通常是過於無知而無法瞭解或做選擇 (Welfel, 1998)。限於當時一般民眾所受教育有限，消費者權利的認知鮮有人知，因此，權威主義的遺跡始終留存於醫療等人類服

* 作者為彰化師大輔導與諮商學系副教授。

務專業之中，這不僅阻礙人們主動關心自己健康，傷害也易因而產生，這等情況直到近五十年，由於法律訴訟陸續發生，法官判定醫師因為未告知當事人醫療服務的性質和危險，而須擔負怠忽職守之罪後，接受醫療服務的病人與消費者權益意識才逐漸被喚起 (Haas & Malouf, 1995)，知後同意之概念漸為人知。

(3) 1957 年美國有了第一起知後同意的判例 (The Salgo decision)，病人因手術而導致永久性癱瘓，法官認定醫生應善盡告知的義務，以說明治療的風險，以完成知後同意的程序 (Silverman, 1989, p.6)。不過，Welfel 在回顧此等法律概念的發展時指出，直至到 1970 年代，判例法才確認病人知後同意權益的論點：「所有病人有權知悉有關自己治療的訊息，以便作知後同意」(p. 120)，而在 1972 年 Canterbury 控告 Spence 案件的判決文中則更清楚說明告知的責任及當事人發問的權利：「告知的責任不只是病人詢問時才說，也不只是答覆當事人的問題，如果必要的話，應主動提供病人作明智抉擇所需的資訊」(p. 120)，在 1980 年美國加州法院則更把責任擴及知後拒絕權 (informed refusal)，亦即若病人拒絕治療，醫師有責任向他解釋拒絕治療的後果。而此一「知後同意」的法律觀念除了須在生理治療程序中加以落實之外，也被進一步應用到心理治療與心理衛生專業上，各助人專業的倫理守則即開始要求專業人員實施知後同意的過

程，醫療倫理諮詢服務則可說是落實此等知後同意概念的具體實務設計。

貳、實務層面：知後同意過程的實施

(4) 在實施知後同意的程序時宜考慮四個要素 (王智弘, 1994; 楊淳斐, 1996; Corey, Corey, & Callanan, 1993; Imber et al, 1986; Stricker, 1982)：知識 (完整資訊, knowledge or information)、志願 (自由意願, voluntariness)、資格能力 (competency)；及理解 (充分理解, comprehension)：(一) 完整資訊：知後同意過程的實施需包含完整資訊的傳達，專業人員應提供充分的資訊，足以使當事人在完整考量後達成合理的決定。此等資訊包括專業人員的角色與資格、治療的目標、處理方式的選擇、過程中的可能冒險、結果的利弊，並回答當事人的問題與告知相關的權益 (楊淳斐, 1996)；(二) 自由意願：當事人基於知的權利而有權自由選擇和決定接受或拒絕治療服務，他必須先知道治療的真相，知道治療過程中做些什麼，及治療的結果如何，才能予以評估和決定。對一般人當事人而言，決定應是自願的，在當事人運用自己的自主權，以主動做出接受或拒絕治療的決定時，沒有任何外來的壓力；(三) 資格能力：當事人有資格及能力行使同意，不過，當事人

實施同意權也受到法定年齡和實際能力的限制，換言之，未成年或無能力作決定的人必須由合法代理人代為實施同意權。一般而言，當事人達到了法定的年齡和成熟度，沒有任何身心的障礙，並有能力作決定，則可以作自主決定。亦即，知後同意的條件之一就是當事人要有理解和判斷能力，能獨立自主，能做合理的選擇及決定；(四) 充分理解：治療師必須把當事人需要並應該知道的訊息，清楚的告訴他，也就是說，要根據當事人的實際情況，用當事人可以了解的語言，把事情解說明白，幫助他做合理的抉擇，而同意的形式宜以語文形式書寫並為當事人及大多數的人所可理解。當事人有足夠的理解力，而治療師提供適切的內容與形式，方能使當事人了解知後同意的資訊。因此，

要落實對當事人知後同意權力的尊重，必須能包含上述四種要素，此等知後同意的過程才算完整，醫療倫理諮詢服務的實施須能包含上述四種要素。

(5) 而在實施的程序上，Gillett (1989) 曾提出一知後同意的醫學模式頗值得參考（見圖一），其中充分的說明了治療者和患者在知後同意程序中的角色功能及互動狀況，以逐次達成共識完成知後同意程序。其中亦反映出上述之知識、志願及理解之要素；至於資格能力的要素，Gillett 亦認為既為患者，若有能力之耗損，則經由他人的協助以完成知後同意之程序恐有必要。這主是基於現實情況考量所採取之權宜之策。

知後同意		
構成要素	治療者角色 (doctor)	患者角色 (patient)
1. 正確和適當的資訊 ↓ 1a 有效的溝通	1d 照顧，諮商的責任， 關切使患者了解問題	1p 了解，信任，有關一般的事實和特定的個人狀況
2. 推理後的決定 ↓ 2a 不強迫	2d 支持，輔導，澄清	2p 周詳的考慮，開放和不扭曲的判斷、責任
3. 一個有效的同意給予（以及表格的簽署）		

圖一 （資料來源：Gillett, 1989, p. 118）

(6) 知後同意程序中所包含的內容，原則上是依當事人所需要知道者為準，一般而言，應包括：治療的方法與過程、治療所需之次數和時間、治療的機密性及限

制、治療者的專業資格與經驗、治療過程中相關的倫理、專業及法律責任、收費標準、需要當事人同意運用其資料的情況、治療過程或技術可能帶來的副作用、以及

其它輔助資源等。基本上，治療師應告知當事人，包括一般治療通常會告訴當事人的訊息，有理解能力的當事人想知道並可能影響其抉擇的訊息，以及當事人可以了解的訊息。有理解能力的當事人想知道些什麼訊息呢？根據 Haas 和 Malouf (1995) 的意見，這些訊息主要應包括治療的長短、治療的事實、當事人應盡的義務、治療師的專業資格、治療的利弊以及可能結果，此外，治療師可能選用的不同方法、可能使用的技術、危機處理的程序、保密及其限制，或者其他當事人想知道的內容等都可包含其間。

(7) 而實施知後同意的形式，則包括：1. 口頭同意；2. 簽訂契約；3. 專業聲明；4. 治療過程示範等。根據 Haas 和 Malouf (1995) 的觀點，知後同意的實施主要有兩種形式：口頭的及書面的。就書面的方式而言，諸如服務簡介、專業聲明、或知後同意書等，都可作為實施知後同意程序的參考。其中知後同意書的形式是最為完整的作法。不過，書面同意書也有其限制，就是不一定完全包括當事人想知道或需要知道的資訊，也難以確定當事人是否了解所讀的同意書內容，仍需要以口頭方式做補充。透過口頭方式補充的優點包括：可以讓治療者仔細評估當事人對問題的了解程度；可以讓所提供的資訊更符合當事人的情境；當面的溝通可促進積極的情感，諸如關心、體恤、親切、肯定當事人，及尊重。不過，當事人是否真的了解

所提議的治療方法，其所作之決定是否對當事人最為有利，不論以書面或口頭方式為之都同樣不易評估，其中涉及知識的基礎、理性的思辨，亦關於價值觀的判斷與情感的偏好，更可能觸及生活的經驗與生命的議題，因此，醫療倫理諮詢的實施過程，即在以口頭之互動以補充書面之不足，以對此等議題有充份的探討與確認，治療專業服務的倫理品質就取決於這實施的細節，醫療機構實施醫療倫理諮詢的重要性亦在此充份顯現。

參、理性思辨：從消費權益、法律規定、專業倫理看知後同意

(8) 如前文所言，知後同意的實施已被法律與倫理規範所期待，根據美國加州法庭的解釋，知後同意是源自隱私 (privacy) 及尊嚴 (dignity) 兩個概念，並基於倫理基本概念的自主原則 (principle of autonomy) 而來，自主 (autonomy) 意指個人根據他的理性自我控制權，也就是有自由選擇和決定的權利，因而應對自己所選擇和決定的行為負責，因此，知後同意的實施乃在落實此等法律精神 (Welfel, 1998)。

(9) 就國內相關規範而言，則可見明文於法規與倫理守則之中，如消費者保護法 (2005) 第四條載明「企業經營者對於其

提供之商品或服務，應重視消費者之健康與安全，並向消費者說明商品或服務之使用方法，維護交易之公平，提供消費者充分與正確之資訊，及實施其他必要之消費者保護措施。」

(10) 消費者保護法（2005）第七條更規定：「從事設計、生產、製造商品或提供服務之企業經營者，於提供商品流通進入市場，或提供服務時，應確保該商品或服務，符合當時科技或專業水準可合理期待之安全性。」「商品或服務具有危害消費者生命、身體、健康、財產之可能者，應於明顯處為警告標示及緊急處理危險之方法。」「企業經營者違反前二項規定，致生損害於消費者或第三人時，應負連帶賠償責任。但企業經營者能證明其無過失者，法院得減輕其賠償責任。」，此一條文對企業經營者有「無過失責任」的要求，其中對於提供服務的企業經營者是否包括醫療服務目前仍有爭議，國內醫療團體認為醫療屬於非營利事業，不屬一般消費行為，應不適用此一條文，但消保團體認為其涵蓋範圍包含所有基於消費關係所生的消費爭議，因此醫療服務亦在規範之列（范建得，1996）。

(11) 而醫師法（2002）第十二之一條規定：「醫師診治病人時，應向病人或其家屬告知其病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應。」同法第六十三條則規定「醫療機構實施手術，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係

人說明手術原因、手術成功率或可能發生之併發症及危險，並經其同意，簽具手術同意書及麻醉同意書，始得為之。但情況緊急者，不在此限。」「前項同意書之簽具，病人為未成年人或無法親自簽具者，得由其法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具。」「第一項手術同意書及麻醉同意書格式，由中央主管機關定之。」（醫療法並附有官方版本之定型化手術同意書，詳見附錄一）

(12) 醫療法（2005）則於第六十四條規定：「醫療機構實施中央主管機關規定之侵入性檢查或治療，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明，並經其同意，簽具同意書後，始得為之。但情況緊急者，不在此限。」「前項同意書之簽具，病人為未成年人或無法親自簽具者，得由其法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具。」同法並在第一百零三條規定若違反上述第六十三條、第六十四條規定者處新臺幣五萬元以上二十五萬元以下罰鍰。

(13) 此等法意不但規範生理治療，亦及於心理治療。心理師法（2001）第十九條即明定：「心理師應謹守專業倫理，維護個案當事人福祉。」「心理師執行業務時，應尊重個案當事人之文化背景，不得因其性別、族群、社經地位、職業、年齡、語言、宗教或出生地不同而有差別待遇；並應取得個案當事人或其法定代理人之同意，及告知其應有之權益。」因此，

治療專業服務過程中有關知後同意的實施乃為法律所要求，治療專業人員不能加以忽略。

(14) 相關治療專業學會之倫理守則也強調透過知後同意的實施，提供其當事人做抉擇所需的資訊，以示對當事人自主權的尊重。美國醫學會 (American Medical Association, 2006)、美國心理學會 (American Psychological Association, 2002)、美國諮商學會 (American Counseling Association, 2005) 的倫理守則都有知後同意相關的倫理規定。

(15) 而中華民國醫師公會全國聯合會醫學倫理規範 (2007) 第四條亦載明：「醫師執業應考慮病人利益，並尊重病人的自主權，以良知與尊嚴的態度執行救人聖職。」第八條則載明「醫師對於診治之病人應提供相關醫療資訊，向病人或其家屬說明其病情、治療方針及預後情形。」。台灣心理學會倫理守則 (2002) 對心理治療的知後同意則規定：「心理治療 (或諮商) 開始前，心理治療 (諮商) 師應清楚告知當事人 (或其監護人) 實施心理治療 (或諮商) 之理由、目標、過程、方法、費用，及雙方應有之權利義務，並且以口頭或書面方式，澄清當事人 (或其監護人) 對於心理治療 (或諮商) 的所有疑問」 (柒，一)；並且主張「唯有在當事人 (或其監護人) 對於心理治療 (或諮商) 之相關疑問獲得澄清，且當事人 (或其監護人) 親自表示同意接受治療

(諮商) 後，心理治療 (諮商) 師始得對當事人實施心理治療 (或諮商)。」 (柒，二)。

(16) 中國輔導學會的倫理守則 (2001) 則載明：「當事人有接受或拒絕諮商的權利，諮商師在諮商前應告知諮商關係的性質、目的、過程、技術的運用、限制及損益等，以幫助當事人做決定」，(2.2.1.a)；也特別強調當事人的自由選擇權：「在個別或團體諮商關係中，當事人有權選擇參與或拒絕參與諮商師所安排的技術演練或活動、退出或結束諮商的權利，諮商師不得予以強制」(2.2.1.b)，同時也提到知後同意的限制，包括未成年人和無能力做決定者同意權的問題。因此，基於法律與倫理的考慮，助人專業人員在助人專業服務過程中實施知後同意程序是必要的工作項目。醫療倫理諮詢服務的提供就理性思辨層面而言，確實有上述的法律要求與倫理期待。

肆、生命處境：從文化體會、系統觀察到生命倫理

(17) 對手術前的知後同意議題，台灣醫療改革基金會 (無日期) 曾提出請病患與家屬在手術前「3 思而後行、8 問而後動」的手術前安全就醫宣導傳單，但其特別註明：「急診手術、外傷手術、癌症手

術者，手術時程可能具有急迫性，不適用本手冊建議，需酌情參考。」亦即，在緊急情況之下，知後同意之程序無法長考為之，須儘速做出判斷，此為實施知後同意過程艱難之境。事實上不只在生命危急時刻知後同意的實施十分為難，即便尚有時日可以審慎斟酌，面臨生死關頭，治療人員、當事人與關係人皆在知後同意的過程中面臨極大的心理掙扎，末期病人所遭遇的狀況即是如此。

(18) 安寧緩和醫療條例（2002）第三條說明：「末期病人：指罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已不可避免者。」同條例第四條載明：「末期病人得立意願書選擇安寧緩和醫療。」「前項意願書，至少應載明下列事項，並由意願人簽署：一、意願人之姓名、國民身分證統一編號及住所或居所。二、意願人接受安寧緩和醫療之意願及其內容。三、立意願書之日期。」「意願書之簽署，應有具完全行為能力者二人以上在場見證。但實施安寧緩和醫療之醫療機構所屬人員不得為見證人。」

(19) 安寧緩和醫療條例（2002）第五條就資格能力提出說明：「二十歲以上具完全行為能力之人，得預立意願書。」「前項意願書，意願人得預立醫療委任代理人，並以書面載明委任意旨，於其無法表達意願時，由代理人代為簽署。」同條例第七條則進一步說明緊急危難時之處

置：「不施行心肺復甦術，應符合下列規定：一、應由二位醫師診斷確為末期病人。二、應有意願人簽署之意願書。但未成年人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。」「前項第一款所定醫師，其中一位醫師應具相關專科醫師資格。」「末期病人意識昏迷或無法清楚表達意願時，第一項第二款之意願書，由其最近親屬出具同意書代替之。但不得與末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願前明示之意思表示相反。」「前項最近親屬之範圍如下：一、配偶。二、成人直系血親卑親屬。三、父母。四、兄弟姐妹。五、祖父母。六、曾祖父母或三親等旁系血親。七、一親等直系姻親。」「第三項最近親屬出具同意書，得以一人行之；其最近親屬意思表示不一致時，依前項各款先後定其順序。後順序者已出具同意書時，先順序者如有不同之意思表示，應於不施行心肺復甦術前以書面為之。」此等條文所述的情境已經逼近當事人或家屬理性思辨的極限，在生死強光照射下，方寸之地恐為焦土，此時醫療倫理諮詢服務的提供不啻為具有人道救濟的及時之雨。

(20) 在西方以個人主義為主體的文化思維中，認為接受醫療與助人專業服務的當事人有其五大權利 (Kitchener, 1984)：自主權 (autonomy)、受益權 (beneficence)、免受傷害權 (nonmaleficence)、公平待遇權 (justice)、要求忠誠權 (fidelity)，此等觀點置於東方的治療情境中，大體而言具有

重大之啟發性與適用性。其中在知後同意議題中涉及的主要為自主權的範疇，在專業人員提供心理治療服務給個別的當事人時，自主權行使的考慮較為單純，但當所提供服務的對象為一個家族時，自主權行使的考慮立刻變得非常複雜，當事人包括整個家族與其個別成員，對當事人的隱私權與自主權的保護立刻成為倫理的難題。就醫療情境中手術前的知後同意過程而言，一個神智清醒的成年當事人在自然情況下擁有法律所賦予完全自主決定的權利，此一決定的權利亦為面臨判斷的壓力，當病情輕微自不為患，當病情沉重，當事人要獨立行使自主決定時將相對面臨較大煎熬，而可能落入「倫理諮詢與模式」文中所述：「病人在疾病中還要肩負這種重要選擇的重擔，同時又把病人與密切相關的家庭成員分隔，使病人更缺乏適當的支援，在重病中更感無助」(2)的處境。因此「倫理諮詢與模式」一文中著眼於台灣為「在儒家倫理思想影響下的社會，常表現出強調家庭作為生命共同體的一種基本單位」(6)，提出「以家庭為整體」(13)「以病人為中心的倫理關係式的自律」(8)為基礎的醫療倫理諮詢模式。其將西方所言自主權的行使主體由個人擴大至家庭。

(21) 就台灣的現況觀察「倫理諮詢與模式」文中所提的家人參與當事人醫療決定過程之現象確實經常可見，甚至有越俎代庖的情形發生，因此，確立「以病人為中心」乃為關鍵所在。就西方社會而言，

家人參與當事人醫療決定過程亦為關係親密之家庭可能發生的現象，尤有甚者，越俎代庖的情形亦可能發生在西方家族成員關係界線不明的家庭之中。因此，此一議題之焦點除著眼於東、西方文化的差異之外，從婚姻與家族治療專業的心理學與系統功能觀察，家族中的互動與溝通功能 (Satir, 1983)、各親代與次系統間之內在與互動關係 (Bowen, 1978)、以及成員關係界線是否適切 (Minuchin, 1974) 亦為實施此一倫理諮詢模式之重要因素與相關條件。

(22) 「倫理諮詢與模式」文中所提的基本成素與進程序 (6-25) 大體提供了改善醫療知後同意實施現況的可能方向與作法，在此筆者想再提兩個議題：一個是操作的議題、一個是存在的議題，第一個議題是有關實施知後同意過程的醫療倫理諮詢如何適切的操作：由誰來實施呢？由倫理專家嗎？由諮詢專家嗎？由法律專家嗎？或是由醫護人員？由目前的討論所得，提供醫療倫理諮詢的人具有倫理、法律、諮詢、婚姻與家庭治療以及醫療訓練背景將十分適切，問題是能聘到同時能兼具這些背景的人嗎？或許透過跨領域的訓練與團隊合作是可能的方案，而在醫療機構中如何設置執行此一工作的組織與人員？專職或兼任？需要做何種人員、經費、空間與醫療工作流程的調整與安排？這些現實的考量顯然是要面對的，或許在朝向理想的過程中可以找到漸進與折衷的

作法。

(23) 第二個議題主要由閱讀李察·詹納 (Richard M. Zaner) 的著作 (2001; 2004) 所引發, 當知後同意的過程在面對生死交關的時刻, 如前述安寧緩和醫療條例 (2002) 所面對的處境, 提供醫療倫理諮詢的人如何面對? 龔卓軍與許敏桃 (2004) 說的極為傳神, 對於患病當事人的「……脆弱存在, 無法不油然而生出一種警覺和關切, 乃是人類存在本身所不能否認的一種原初倫理激動……」(p. 16), 「……真正的倫理難題, 往往不是工具理性可以感受到、可以立即反應、可以妥善解決的, 有許多倫理難題, 與人的根本存在處境如影隨形, 只能討論有沒有如實面對, 而無法得到根本的『解決』。」(p. 14) 無法解決的難題怎麼辦? 醫療倫理諮詢人員如何協助自己、醫護人員、當事人與家屬如實面對? 陳豐偉 (2001) 詮釋李察·詹納的觀點, 也說的極好: 「唯有『同理』」(p. 21), 美國心理學家羅吉斯 (Carl R. Rogers) 創立個人中心治療法, 強調治療者與當事人間良好治療關係的建立, 特別主張治療者的三種基本態度是治療關係的核心: 真誠、無條件積極關懷與正確的同理心是治療成功必要且充份的條件 (1961), 我相信這也是醫療倫理諮詢者用以如實面對自身、醫護人員、患病當事人與家屬生命處境的存在態度吧。

參考書目

- 心理師法 (2001)。
- 中國輔導學會 (2001)。中國輔導學會諮商專業倫理守則。2007 年 9 月 25 日, 取自 <http://www.guidance.org.tw/ethic.shtml>。
- 中華民國醫師公會全國聯合會 (2007)。醫學倫理規範。2007 年 12 月 22 日, 取自 http://www.tma.tw/ethical/ethical_01.asp
- 王智弘 (1994)。諮商與心理治療研究之倫理問題。國立彰化師範大學, 輔導學報, 17, 95-121。
- 台灣心理學會 (2002)。心理學專業人員倫理準則。2007 年 2 月 1 日, 取自 <http://www.psy.ntu.edu.tw/cpa/principle.htm>。
- 台灣醫療改革基金會 (無日期)。3 思而後行、8 問而後動。2007 年 12 月 22 日, 取自 http://www.thrf.org.tw/Page_Show.asp?Page_ID=379。
- 李察·詹納 (Richard M. Zaner) (2001)。醫院裏的哲學家 (譚家瑜譯) 台北: 心靈工坊。(原著出版: 1994 年)
- 李察·詹納 (Richard M. Zaner) (2004)。醫院裏的危機時刻 (蔡錚雲、龔卓軍譯)。台北: 心靈工坊。(原著出版: 2004 年)
- 安寧緩和醫療條例 (2002)。
- 范建得 (1996)。建康與安全保障。載於

- 財團法人中華民國消費者文教基金會
(主編), *消費者保護法實務* (50-74
頁)。台北: 消費者文教基金會。
消費者保護法 (2005)。
- 陳豐偉 (2001)。唯有「同理」。載於
醫院裏的哲學家 (譚家瑜譯) (21-25
頁)。台北: 心靈工坊。
- 楊淳斐 (1996)。諮商中知後同意的倫理
問題。 *輔導季刊*, 32 (4), 58-67。
- 醫師法* (2002)。
- 醫療法* (2005)。
- 龔卓軍、許敏桃 (2004)。序: 無盡的倫
理, 難眠的理由。載於 *醫院裏的危機
時刻* (蔡錚雲、龔卓軍譯) (12-19
頁)。台北: 心靈工坊。
- American Counseling Association. (2005).
ACA Code of Ethics. Retrieved Sep 25,
2007, from [http://www.counseling.org/
Resources/CodeOfEthics/TP/Home/CT2.
aspx](http://www.counseling.org/Resources/CodeOfEthics/TP/Home/CT2.aspx)
- American Medical Association. (2006). *AMA
Code of Medical Ethics*. Retrieved Dec
22, 2007, from [http://www.ama-assn.
org/ama/pub/category/2498.html](http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/2498.html)
- American Psychological Association. (2002).
*Ethical Principles of Psychologists and
Code of Conduct*. Retrieved Sep 25,
2007, from [http://www.apa.org/ethics/
code2002.html](http://www.apa.org/ethics/code2002.html)
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical
practice*. New York: Basic Books.
- Corey, G., Corey, M., & Collanan, P. (1993).
Issues and ethics in the helping professions.
(4th ed.). Pacific grove, CA: Brooks/
Cole.
- Gillett, G. R. (1989). Informed consent and
moral integrity. *Journal of Medical
Ethics*, 15, 117-123.
- Haas, L. H., & Malouf, J. L. (1995). *Keeping
up the good work: A practitioner's guide
to mental health ethics*(2nd. ed.). Sarasota,
FL: Professional Resource Press.
- Imber, S. D., Glantz, L. M., Elkin, I., Sotsky,
S. M., Boyer, J. L., & Leber, W. R.
(1986). Ethical issues in psychotherapy
research: Problems in a collaborative
clinical trials study. *American Psychologist*,
41, 137-146.
- Kitchener, K. S. (1984). Intuition, critical
evaluation and ethical principles: The
foundation for ethical decision in
counseling psychology. *The Counseling
Psychologist*, 12(3), 43-55.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family
therapy*. Cambridge, MA: Harvard Uni-
versity Press.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*.
Boston: Houghton Mifflin.
- Satir, V. (1983). *Conjoint Family Therapy*
(3rd ed.). Palo Alto, CA: Science and
Behavior Books.
- Silverman, W. A. (1989). The myth of informed

consent: In daily practice and in clinical trials. *Journal of Medical Ethics*, 15, 6-11.

Stricker, G. (1982). Ethical issues in psychotherapy research, In M. Rosenbaum. (Ed.), *Ethics and values in psychotherapy: A guidebook* (pp.403-424). New York: Free Press.

Welfel, E. R. (1998). *Ethics in counseling and psychotherapy: Standards, research, and emerging issues*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

附錄一 醫療法所附之定型化手術同意書

○○醫院（診所）手術同意書

*基本資料			
病人姓名			
病人出生日期	年	月	日
病人病歷號碼			
手術負責醫師姓名			

一、擬實施之手術（如醫學名詞不清楚，請加上簡要解釋）

1. 疾病名稱：
2. 建議手術名稱：
3. 建議手術原因：

二、醫師之聲明

1. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項手術之相關資訊，特別是下列事項：

- 需實施手術之原因、手術步驟與範圍、手術之風險及成功率、輸血之可能性
- 手術併發症及可能處理方式
- 不實施手術可能之後果及其他可替代之治療方式
- 預期手術後，可能出現之暫時或永久症狀
- 如另有手術相關說明資料，我並已交付病人

2. 我已經給予病人充足時間，詢問下列有關本次手術的問題，並給予答覆：

- (1).....
- (2).....
- (3).....

手術負責醫師簽名：

日期： 年 月 日
時間： 時 分

三、病人之聲明

1. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解施行這個手術的必要性、步驟、風險、成功率之相關資訊。
2. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解選擇其他治療方式之風險。
3. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解手術可能預後情況和不進行手術的風險。

4. 我瞭解這個手術必要時可能會輸血；
我 同意 不同意 輸血。
5. 針對我的情況、手術之進行、治療方式等，我能夠向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。
6. 我瞭解在手術過程中，如果因治療之必要而切除器官或組織，醫院可能會將它們保留一段時間進行檢查報告，並且在之後會謹慎依法處理。
7. 我瞭解這個手術可能是目前最適當的選擇，但是這個手術無法保證一定能改善病情。

基於上述聲明，我同意進行此手術。

立同意書人簽名：

關係：病患之

住址：

電話：

日期： 年 月 日

時間： 時 分

見證人：簽名：

日期： 年 月 日

時間： 時 分

附註：

一、一般手術的風險

1. 除局部麻醉以外之手術，肺臟可能會有一小部分塌陷失去功能，以致增加胸腔感染的機率，此時可能需要抗生素和呼吸治療。
2. 除局部麻醉以外之手術，腿部可能產

生血管栓塞，並伴隨疼痛和腫脹。凝結之血塊可能會分散並進入肺臟，造成致命的危險，惟此種情況並不常見。

3. 因心臟承受壓力，可能造成心臟病發作，也可能造成中風。
4. 醫療機構與醫事人員會盡力為病人進行治療和手術，但是手術並非必然成功，仍可能發生意外，甚至因而造成死亡。

二、立同意書人非病人本人者，「與病人之關係欄」應予填載與病人之關係。

三、見證人部分，如無見證人得免填載。