

運用倫理分析於老年腎病末期病人終止血液透析之 共享決策經驗

王品勻¹ 賴維淑^{2*} 楊玉勤³

摘 要：老年腎病末期病人苦於衰弱及多重共病與併發症導致高死亡率，疾病的不可逆性與病程進展軌跡起伏不定攸關生命末期生活品質，並突顯及早了解老年人對末期醫療想法與期待的重要。本文運用倫理分析協助一位老年腎病末期病人及其家屬，在面對不確定性的疾病軌跡及是否要終止透析治療之兩難過程中，透過醫療共享決策達成最佳可行的治療選擇。根據整體性評估分析，病人的主要健康相關問題有維持或終止血液透析與否之醫療決策兩難、瞭解痛與苦難。醫療照護團隊以症狀控制和舒適護理為優先，與病人及其家屬建立信任與親善關係，採Josefson、Siegler與Winslade之倫理四面向(4-boxes)整體分析權衡利弊得失，幫助病人表達餘生期待，並考量影響決策背後之苦，引導病人察覺自我與他人關係之連結，從對家人的愛與支持中找回自我的價值與生命意義，並彈性依照不同病程階段，以「需求」為導向提供符合病人最大福祉之持續性照護計畫，達成以家庭為中心的醫療共享決策，提升老年末期腎病病人之整體生活品質。

關鍵詞：倫理、共享決策、老年、腎病末期、血液透析。

前 言

根據2017年台灣腎病年報的統計，顯示2015年台灣接受透析治療的總人口數已達77,920人，其中65歲以上的老年人口透析盛行率有逐年增加的趨勢，在2010至2015年之間從44.6%攀升到49.2%，而開始使用血液透析患者的平均年齡為65.2歲，從2010年的60.5歲增加至2015年的67.6歲(許等，2018)，顯見台灣受到高齡化的影響，高齡長者的腎病透析議題需被重視。血液透析雖延長腎病末期病人的生命，但隨著病人年紀漸增，除了腎臟疾病，接踵而至的共

病症和併發症中，以高血壓、心血管疾病及糖尿病為前三項常見共病症，也同時嚴重威脅病人生命(許等，2018)。根據2016年美國腎臟資料登錄系統報告指出，75歲以上的腎病末期接受透析者的死亡率是一般病人的4倍，若合併其他重大或慢性疾病則死亡率更高，而80歲以上的老年人口在開始接受透析後一年內的死亡率更高達46%(United States Renal Data System, 2018)。因此，對於衰弱加上腎臟問題再合併多重疾病的老人，及早討論透析是否為必要治療與生命末期照護至關重要。

末期腎臟疾病(end-stage renal disease, ESRD)列屬於台灣健保給付安寧緩和療護的八大非癌疾病之一，然而ESRD病人接受安寧緩和療護照會或是拒絕心肺復甦術及維生醫療的比例低，根據2017年台灣腎病年報顯示2011–2015年透析死亡患者曾於住院接受安寧共同照護的人數，所占比率雖從2011年0.4%增加至2015年5.9%(許等，2018)，但相較於美國ESRD(50.4%)、失智症(61.4%)和癌症(73.5%)的安寧緩和療護照會率仍明顯偏低(Wachterman et al., 2016)。其原因為透析治療被認為是維持生命的常規治療方式，此也意味著終止透析治療較少被探討，易導致病人承受不必要的醫療處置(Thorsteinsdottir, Swetz, & Albright, 2015)，致使在臨終前一個月甚至比癌症病人多出兩倍的住院天數，接受密集醫療處置也高出癌症病人三倍(Wong, Kreuter, & O'Hare, 2012)，且近乎三成(32.3%)ESRD病人死於加護病房(Wachterman et al., 2016)，Bostwick等人(2017)亦指出ESRD病人所需要安寧緩和療護的協助甚至高於癌症疾病。此外，ESRD的死亡軌線圖(death trajectory)相較於癌症的可預測性低，其特徵為急性衰退可能是可逆的或迂迴起伏，但會在某些時候導致死亡，例如透析導管/瘻管感染、心肌梗塞、體液容積超負荷、低血壓等，多變的疾病軌跡增加了死亡

接受刊載：108年3月11日

[https://doi.org/10.6224/JN.201908_66\(4\).13](https://doi.org/10.6224/JN.201908_66(4).13)

¹國立成功大學醫學院護理學系學生 ²國立成功大學醫學院護理學系助理教授 ³國立成功大學醫學院附設醫院護理部護理師

*通訊作者地址：賴維淑 70101臺南市大學路1號 電話：(06) 235-3535-5821；E-mail：weisue@mail.ncku.edu.tw

預測的不確定性 (Wachterman et al., 2017)。除了病人承受治療的苦難，家屬也身處在病程變化的不確定性中搖擺不定，面臨放手與不捨的兩難掙扎，甚至面臨以為危急瀕臨死亡卻又峰迴路轉度過危機轉為慢性照護 (Holley, 2012)，須為病人及其家庭在急性危機的當場 (on the spot) 提供更多支持以協助醫療決策，此外，在面對死亡預測不確定性時，協助「希望做到最好，同時做好最壞的準備 (hoping for the best, while preparing for the worst)」將有所助益 (Wachterman et al., 2017)。因此，本文分享運用倫理分析於一位老年腎病末期病人終止血液透析 (withdrawal from hemodialysis) 之醫療共享決策，並關注決策背後病人因身心靈之苦對醫療決策的潛在連帶影響，協助其苦難意義的追尋。

文獻查證

一、老年末期腎臟疾病安寧緩和療護

慢性腎臟病 (chronic kidney disease, CKD) 為腎臟受損超過三個月導致結構或功能無法恢復正常，其嚴重程度依腎絲球過濾率 (glomerular filtration rate, GFR) 做分級，當 GFR 小於 15 mL/min/1.73 m² 表示疾病進展已進入最嚴重的第五期，即為 ESRD，此時腎臟功能已嚴重衰退，無法排除廢物，造成水分、電解質和酸鹼平衡失調，須接受腎臟替代療法 (renal replacement therapy) 才可維持生命，包含：血液透析、腹膜透析及腎臟移植 (黃、蔡，2016)。老年 ESRD 病人在持續接受透析治療時，也同時面臨身體功能衰退、病況不穩、症狀困擾以及生活品質惡化等問題，70 歲以上老人接受透析三個月後，僅剩下 39% 的老人可以維持日常生活功能 (Tamura, Tan, & O'Hare, 2012)；超過一半 ESRD 病人同時存在多種症狀困擾 (黃、蔡，2016)，其中生理症狀包含倦怠、疼痛、搔癢、便秘、呼吸困難、睡眠障礙、認知功能受損等 (Kestenbaum & Seliger, 2017)；心理靈性層面除包含情緒低落、憂鬱、焦慮、無望感及無價值感，甚至萌生自殺念頭 (Lai et al., 2013)。研究發現老年透析病人存活期短，多數選擇終止透析的原因包含年紀大、複雜的合併症以及生活品質惡化等，因受苦導致部分病人不想再繼續採用任何腎臟替代療法，故而考慮安寧緩和療護須及早介入，並思考持續透析治療對於病人的必要性與利弊得失，同時提供社會與身心靈整體性照護都極為重要，以藉此提升 ESRD 病人及其家屬生活品質 (黃、蔡，2016)。

二、痛與苦難

安寧緩和療護旨在緩解人的身心靈社會之苦，苦難 (suffering) 易影響靈性安適，並連帶影響病家對醫療決策之選擇。苦難與痛 (pain) 分屬不同的概念，痛是因身體受到實質或潛在性損傷所引起的不舒服，有明顯的臨床症狀且清楚的致病機轉，身體的痛未受緩解為導致苦難的原因之一；而苦難為連結人的存在性經驗與對事件的詮釋，所出現的負向經驗感受，當病人遭遇重大且漫長的疾病身心折磨，且擔心造成他人照顧負擔時，苦難更易被突顯且感受深刻。苦難為主觀的意義詮釋且具個別性的複雜情緒感受，包括身體、心理、社會及靈性層面，威脅個體之自我完整性、獨立性和生命價值，因此需要多面向瞭解病人苦難的源頭 (Wazqar, 2017)。當病人出現沮喪、封閉自我、自殺意念、恐懼與焦慮等因苦難所導致靈性不安之徵象，宜優先緩解身體上的不適症狀與提供舒適護理，從中建立信任與親善關係，正視情緒的真實存在並運用同理心鼓勵表達抒發情緒，深入評估各層面導致病人苦難之原因，適當地引導個體與自己、天、他人、大自然共融關係之連結與創造意義感，在苦難中發現意義，如此，將有助於病人的靈性安適並緩解苦難 (Chao, Chen, & Yen, 2002)。此外，運用家庭內在資源，評估家人之間關係之連結，透過與他人共融關係滿足生命愛與被愛的需求，也有助於病人激發潛能面對疾病所帶來的苦難 (Chao et al., 2002)。

三、不予或終止透析之醫療與倫理考量

美國腎臟醫學會和腎臟醫師協會 (American Society of Nephrology & Renal Physicians Association, ASN & RPA) 於 2010 年共同訂出「開始與終止透析治療的適當性共享決策臨床實務指引」，包含共同決策、知情同意或拒絕、評估預後、衝突解決、預立指示、不予或終止透析治療、特殊病人群、限時嘗試治療 (time limited trial)、安寧緩和療護等九項建議 (Renal Physicians Association, 2010)。其中「限時嘗試治療」為一項協議，旨在啟動所有必要的治療，並在一段時間內明確界定限制，以更真實地了解病人有意義康復的機會，或有更充裕時間確定病人的願望和價值觀 (Vink, Azoulay, Caplan, Kompanje, & Bakker, 2018)，當醫療措施是否有效或是利弊得失尚不明確難以權衡時，建議可以被應用，有助於確認醫療措施之利與弊，以及評價接受或終止維生醫療之成效 (Berlinger, Jennings, & Wolf, 2013)。

Renal Physicians Association, 2010)，減少醫療處置不足之疑慮，進而接續善終準備。

美國腎臟醫學會和腎臟醫師協會針對不予或終止透析治療提供具有強烈證據的建議，其中一項提到CKD或ESRD病人如大於75歲且符合以下2項或2項以上特點即可建議撤除透析治療，包含預期生命存活期短（病人在6–12個月內死亡並不會感到意外）、高共病症指數（Modified Charlson Comorbidity Index ≥ 8 分）、顯著功能障礙（Karnofsky Performance Status Score < 40 分）及嚴重慢性營養不良（血清蛋白 ≤ 2.5 g/dL；黃、蔡，2016；Tamura et al., 2012）。此外，研究發現ESRD病人終止透析後，平均存活期約8–10天，常出現的症狀為尿毒累積、意識紊亂、煩躁不安、疼痛及呼吸困難等，病人的照護需求仍需被滿足，持續性提供症狀緩解、協助善終與家庭情緒支持更顯重要，有助於病人及家屬因應死亡（黃、蔡，2016；Lai et al., 2013）。

根據上述臨床指引提出不予或終止透析治療時，也需要考量倫理問題，Jonsen、Siegler與Winslade（2015）以行善、不傷害、尊重自主與公平為基礎，提出之倫理四面向（four boxes）有助於臨床倫理困境決策分析，其包含（1）醫療適應性（medical indications）用以評估個案主要醫療問題、病史、診斷及預後為何？該醫療問題為急性、慢性、立即危及生命、病程是否可逆？治療目標為何？治療成功之可能性多大？若治療失敗備案計畫為何？用以評估治療與否之利弊得失以避免傷害；（2）病人偏好意向（patient preferences）以尊重自主為原則，評估病人對於治療的偏好與想法，以及是否知情同意；（3）生活品質（quality of life）評估病人在接受治療前後，其生活因為此決定所產生的影響，若選擇不做治療之計畫與合理性為何，以及是否有增進舒適或安寧緩和療護計畫；（4）情境脈絡特徵（contextual features）有助於釐清此個案其家庭、社會、機構、財務、宗教文化及法律等情境對醫療決策之影響，以及醫療決策有無資源分配的問題，以上有助於全面性評估倫理的衝突點，作為醫療決策之參考。

四、運用共享決策協助醫療抉擇

及早了解老年ESRD病人之餘生期待及溝通討論末期醫療決策有其重要性（Houben, Spruit, Schols, Wouters, & Janssen, 2015）。「共享決策」（shared decision making, SDM）以病人為中心，醫療人員和病人

能夠共同享有現有的實證醫療結果，結合病人自身的偏好跟價值，提供病人所有可考量的選擇，達成共識並支持病人做出符合其偏好的醫療決策（衛生福利部，2016）。共享決策步驟包含問題提出、醫師提供不同治療選項、討論每一選項的優缺點、病人的偏好考量、共同抉擇最佳方案及落實決策等（Elwyn et al., 2012）。

共享決策過程也是一個主動與病人及家屬溝通的策略，尤其相對於西方社會，我國文化向來重視家庭倫理與孝道，家人之間相互影響且責任共擔，醫療決策並非個人的決定，家庭在醫療決策中佔有不可或缺的地位（林、葉、陳，2009）。面對末期病況，醫療決策除了理性分析考量之外，背後易受到家人不捨的情感牽絆所影響，因此亦需重視家屬對於醫療及病人的期待，可透過召開家庭會議幫助達成共識（Lai et al., 2013），然而在尊重自主的前提，仍應以病人想法為優先。

個案簡介

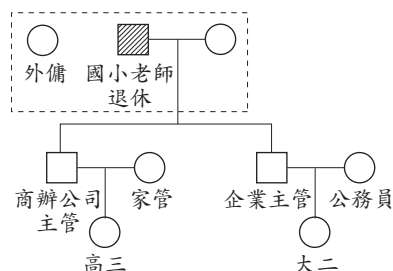
疾病與求醫史

82歲的林先生專科畢業，國小老師退休，無宗教信仰。有糖尿病、慢性腎臟疾病、冠狀動脈疾病及鬱血性心臟衰竭等病史。2018年2月14日因心跳過緩及全身無力而入院，心電圖檢查發現有三度房室傳導阻滯，另BUN/Creatinine比值76:1，尿液分析WBC > 100 /HPF（high power field），尿液培養報告為Klebsiella pneumoniae的感染，顯示腎功能衰退及泌尿道感染，腎臟超音波顯示左側腎積水及右側腎囊腫，使用雙腔靜脈導管（double lumen）開始常規透析；胸部X光顯示肺積水與右側吸入性肺炎，因低血氧與呼吸困難加劇轉入加護病房，接受氣管造口術並依賴呼吸器維持生命，經治療後呼吸喘症狀已獲緩解，由倚賴呼吸器調整為氣切給氧（T-mask）6 L/min，血氧維持在95%以上。因長達2.5個月的住院與身體急遽衰退，導致病人情緒低落有自殺意念而會診精神科，且因需長期仰賴透析維持生命，而面臨持續透析與否的醫療抉擇兩難，於4月30日照會安寧團隊後轉入安寧病房。

家庭動態關係

病人平時與案妻同住彼此感情深厚，並聘請外傭長期照護病人，主要的醫療決策者為大兒子。案妻面

對病人所受之苦感到難耐不捨，二位兒子雖未同住，但時常到院或致電關心病人病況，家系圖如圖一。



圖一 家系圖

護理過程

護理期間為2018年4月30日至2018年5月22日，根據整體性評估分析，病人有維持或終止血液透析與否之醫療決策兩難、瞭解痛與苦難之健康相關需求。決策的背後需考量到病人因身心靈不平安對醫療決策之潛在連帶影響，故而緩解情緒低落和苦難的呼求，應優先於醫療決策之討論。

一、瞭解痛與苦難

病人對於自己此次入院所受之苦感到無奈且情緒低落，甚至一度有自殺意念而會診精神科。入住安寧病房後，病人用筆寫下「苦」，透析後返回病室可感受到病人的疲憊與倦怠，而外傭會用中文對病人說出加油、不要想太多、快睡覺等言詞，醫師更換雙腔靜脈導管時，病人當日眼光泛紅無聲哭泣，拒絕接受其他治療，包含舒適護理。

護理人員引導病人以紙筆表達負面的情緒與感受，同理病人被疾病所困的無奈，有苦難言、感到苦難無意義、擔心苦難無止盡、停止治療成為終結苦難的唯一希望、以及所受之苦無人能了解的孤獨感；肯定病人情緒的真實存在需要被重視，避免外傭提供無效的安慰阻礙病人情緒表達且壓抑感受；協助呼吸喘症狀控制、足部按摩與協助沐浴緩解痛與不適，並讓病人感受到被愛的感覺；引導創造意義感與連結，傾聽案妻分享病人創建家庭歷程之生命故事，肯定病人生命的價值與對家庭的意義，引導病人察覺自我與他人關係之連結，從對家人的愛中看見自我的價值與生命意義。病人感受到案妻的愛與包容，體恤家人因為愛他而擔心做錯決定，在苦難中感受到愛與被愛，珍惜妻子是病人存活的意義。病人在護理人員的引導寫下「想回家、見太太」，對於苦難

的想法寫下「珍惜太太」，病人重燃對餘生的盼望，想珍惜和案妻相處的有限時間。在此靈性安適的基礎之下，方為開啟終止透析治療與否醫療決策討論之適切時機。

二、維持或終止血液透析與否之醫療決策兩難

病人意識清楚，曾口頭告知不想長期仰賴透析到死，主動提出終止透析治療。根據倫理四面向評估，並融入醫療共享決策理念，幫助病人及家屬做出決策。

(一) 醫療適應性

病人年紀82歲且有高共病指數 (Modified Charlson Comorbidity Index) 10分 (≥ 8 分)，以及顯著功能障礙 (Karnofsky Performance Status Score) 20分 (< 40 分)，根據相關文獻曾提到25%年紀大於75歲以上病人的生命預估期不超過半年 (Renal Physicians Association, 2010)。此病人雖具多重共病，然此次住院主要原因為感染引發呼吸衰竭，肺部感染雖屬急症但可獲矯治，經抗生素治療已獲控制，由原本呼吸器依賴調整為T-mask使用，妥適照顧下仍可維持一段相對穩定的病況。

(二) 病人偏好意向

病人意識清楚，曾經口頭告知不想長期仰賴透析到死，知道終止透析後平均存活期約8-10天 (黃、蔡，2016；Lai et al., 2013)，但病人仍堅持撤除。尊重自主雖是末期照護的中心價值且為倫理根基，但此病人自決 (self-determination) 可能因苦難而影響靈性安適，並連帶影響醫療決策，須優先排除病人是否因苦難而影響醫療決定，尊重自主的前提須先緩解苦難。

(三) 生活品質

病人日常生活功能嚴重退化，完全臥床需倚賴他人協助。文獻顯示70歲以上老人接受透析三個月後僅剩下39%可維持日常生活功能 (Tamura et al., 2012)，而此病人接受透析後，日常生活功能需完全仰賴他人協助。若病人心肺功能逐步趨於穩定，且透析過程中無突發性低血壓或嚴重不適，透析為緩解尿毒累積造成不適的症狀緩解方式，但卻也是延長病人受苦的原因之一；若選擇不透析，則可能因尿毒蓄積的症狀影響生活品質，須有停止透析後的症狀控制配套照護措施。

(四) 情境脈絡特徵

案妻一方面不捨病人離開，另一方面又心疼病人所受之苦，內心糾結掙扎矛盾擺盪。而大兒子認為病人過去性格意志堅強，因疾病之苦導致病人情緒低落有自殺意念。目前醫療負擔由健保給付和大兒子負擔，經濟無虞，家人主動願意學習照護技巧。

綜合上述評估，醫療團隊召開家庭會議，分析血液透析與否之優缺點與對生活品質之影響，以及決策後的照護計畫，於過程中避免僅停留在理性層次不斷地提供訊息催促做出決策，而忽略背後影響決策的情緒因素。醫療團隊考量病人整體病況之不確定性，醫療、病人及家屬達成共識採取「限時嘗試治療」，同步評估病人持續透析之病況變化而做調整，且引導病人苦難意義之追尋，讓病人不因苦難而被迫僅能選擇終止透析作為終結生命的方法。病人血液透析治療的過程中皆平順，整體病況由急性危急轉變為相對穩定，持續接受透析治療。照護過程中病人由「想死」轉變為「想回家」、「想珍惜與太太的相處」，5月15日協助病人出院準備與相關照護資源聯繫，考量病人須每周三天常規洗腎，5月22日家屬選擇轉至家中附近的醫療院所慢性病房持續照護，電訪追蹤病人出院後狀況，病人仍氣切T-mask 4L使用，呼吸速率約17-19下/分，血氧維持在90-92%之間，外傭及家屬可正確執行照護技巧，案妻每日探視病人互動良好，狀況穩定。

討 論

分析性倫理原則提供倫理思辨的重要鷹架，而傾聽病人的疾病敘事有助於了解醫療決策背後之「人—情境—脈絡」整體情境。末期照護中，隨著疾病的進展或健康的衰退，病人逐漸陷入身體失控的困境，連個體也難以忍受，而有造成他人負擔的感受，甚至浮現求死意念。醫療照護者應協助緩解身體症狀不適，並提供心理與靈性支持，而非協助解決生命。善用溝通與同理性回應技巧，敏察難言之隱（unspoken question）與辨識真正需求，促使病人及家人回到理性的層次共同參與決策（黃、蔡，2016）。Jonsen等人（2015）所提出之臨床倫理四面向，有助於整體性深入病人所處之情境脈絡與整合資料評估問題的衝突點，幫助做出符合倫理的醫療決策。

本文所分享之ESRD個案相對於癌症病人的生命存活期預估困難且複雜，對醫療團隊擬定照護計畫亦造成莫大挑戰，然而，面對峰迴路轉的病程變化，首要目標並非預測死亡，而應了解其臨終前會遇到的困難與挫折，與病人及家屬共同溝通討論做出適當地醫療決策（Bansal & Schell, 2018）。此個案出院後因須常規洗腎且家屬選擇轉至外院慢性病房，故安寧居家團隊未能再持續照護追蹤，無法長期追蹤醫療決策後之病人生活品質為本文之限制。雖然此次病人的病

況在峰迴路轉中最後趨向穩定，但下一個生命轉折不知何時會再到來，因此在每一次的變化中力求持續性的溝通與討論，彈性依照不同病程階段，「以需求為導向」提供符合病人最大福祉之持續性照護及預備方案，期待最好並同時做最差準備，提升老年腎病末期病人之整體生活品質，落實醫療共享決策，達到病人、家屬、醫療照顧者三平安。

結 論

高齡且合併多重共病之非癌末期病人相較於癌症疾病軌跡具不確定性，安寧緩和療護的介入時機並非基於存活期的長短，而是基於「需求」。宜彈性依照不同病程階段，發展以需求為導向之末期照護，提供符合病人最大福祉之照護。本文分享運用倫理分析於老年腎病末期病人終止血液透析之共享決策經驗，並於過程中避免僅停留在理性層次上提供訊息做出決策，亦關注決策背後病人因身心靈受苦對醫療決策之潛在連帶影響，以提升病人整體生活品質及達到決策共享為照護之目標。

參考文獻

- 林美伶、葉莉莉、陳清惠（2009）。影響病人參與醫療決策之論述。《護理雜誌》，56（3），83-87。[Lin, M. L., Yeh, L., & Chen, C. H. (2009). Patient involvement in medical decision making. *The Journal of Nursing*, 56(3), 83-87.] <https://doi.org/10.6224/JN.56.3.83>
- 許志成、吳麥斯、熊昭、黃尚志、林裕峯、許永和（2018）。2017台灣腎病年報。苗栗縣：國家衛生研究院。[Hsu, C. C., Wu, M. S., Hsiung, C., Hwang, S. J., Lin, Y. F., & Hsu, Y. H. (2018). *2017 annual report on kidney disease in Taiwan*. Miaoli County, Taiwan, ROC: National Health Research Institutes.]
- 黃政文、蔡宏斌（2016）。生命末期腎臟病人安寧緩和醫療評估指引。台北市：國立臺灣大學醫學院附設醫院。[Huang, J. W., & Tsai, H. B. (2016). *Guidelines on palliative care of end stage renal disease*. Taipei City, Taiwan, ROC: National Taiwan University Hospital.]
- 衛生福利部（2016）。醫病共享決策（SDM）緣起。取自 <https://sdm.patientsafety.mohw.gov.tw/Public/Detail?sn=32&id=1035> [Ministry of Health and Welfare, Taiwan, ROC. (2016). *Origin of shared decision making*. Retrieved from <https://sdm.patientsafety.mohw.gov.tw/Public/Detail?sn=32&id=1035>]

- Bansal, A. D., & Schell, J. O. (2018). A practical guide for the care of patients with end-stage renal disease near the end of life. *Seminars in Dialysis*, 31(2), 170–176. <https://doi.org/10.1111/sdi.12667>
- Berlinger, N., Jennings, B., & Wolf, S. M. (2013). *Guidelines on the termination of life-sustaining treatment and the care of the dying: Revised and expanded* (2nd ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Bostwick, D., Wolf, S., Samsa, G., Bull, J., Taylor, D. H., Jr., Johnson, K. S., & Kamal, A. H. (2017). Comparing the palliative care needs of those with cancer to those with common non-cancer serious illness. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(6), 1079–1084.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.02.014>
- Chao, C. S., Chen, C. H., & Yen, M. (2002). The essence of spirituality of terminally ill patients. *The Journal of Nursing Research*, 10(4), 237–245. <https://doi.org/10.1097/01.JNR.0000347604.89509.bf>
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., ... Barry, M. (2012). Shared decision making: A model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1361–1367. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>
- Holley, J. L. (2012). Advance care planning in CKD/ESRD: An evolving process. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 7(6), 1033–1038. <https://doi.org/10.2215/CJN.00580112>
- Houben, C. H. M., Spruit, M. A., Schols, J. M. G. A., Wouters, E. F. M., & Janssen, D. J. A. (2015). Patient-clinician communication about end-of-life care in patients with advanced chronic organ failure during one year. *Journal of Pain and Symptom Management*, 49(6), 1109–1115. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.12.008>
- Jonsen, A. R., Siegler, M., & Winslade, W. J. (2015). *Clinical ethics: A practical approach to ethical decisions in clinical medicine* (8th ed.). New York, NY: McGraw-Hill.
- Kestenbaum, B., & Seliger, S. L. (2017). Commentary on symptom management of the patient with CKD: The role of dialysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 12(4), 694–695. <https://doi.org/10.2215/CJN.11781116>
- Lai, C. F., Tsai, H. B., Hsu, S. H., Chiang, C. K., Huang, J. W., & Huang, S. J. (2013). Withdrawal from long-term hemodialysis in patients with end-stage renal disease in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association*, 112(10), 589–599. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2013.04.009>
- Renal Physicians Association. (2010). *Shared decision-making in the appropriate initiation of and withdrawal from dialysis* (2nd ed.). Rockville, MD: Author.
- Tamura, M. K., Tan, J. C., & O'Hare, A. M. (2012). Optimizing renal replacement therapy in older adults: A framework for making individualized decisions. *Kidney International*, 82(3), 261–269. <https://doi.org/10.1038/ki.2011.384>
- Thorsteinsdottir, B., Swetz, K. M., & Albright, R. C. (2015). The ethics of chronic dialysis for the older patient: Time to reevaluate the norms. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 10(11), 2094–2099. <https://doi.org/10.2215/CJN.09761014>
- United States Renal Data System. (2018, June 28). *2016 USRDS annual data report. Volume 2- ESRD in the United States*. Retrieved from https://www.usrds.org/2016/download/v2_c06_Mortality_16.pdf
- Vink, E. E., Azoulay, E., Caplan, A., Kompanje, E. J. O., & Bakker, J. (2018). Time-limited trial of intensive care treatment: An overview of current literature. *Intensive Care Medicine*, 44(9), 1369–1377. <https://doi.org/10.1007/s00134-018-5339-x>
- Wachterman, M. W., Lipsitz, S. R., Lorenz, K. A., Marcantonio, E. R., Li, Z., & Keating, N. L. (2017). End-of-life experience of older adults dying of end-stage renal disease: A comparison with cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 54(6), 789–797. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.08.013>
- Wachterman, M. W., Pilver, C., Smith, D., Ersek, M., Lipsitz, S. R., & Keating, N. L. (2016). Quality of end-of-life care provided to patients with different serious illnesses. *JAMA Internal Medicine*, 176(8), 1095–1102. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.1200>
- Wazqar, D. Y. (2017). Suffering among patients with cancer: A concept analysis and implications for oncology nurses. *International Journal of Clinical Oncology and Cancer Research*, 2(5), 113–122. <https://doi.org/10.11648/j.ijcocr.20170205.14>
- Wong, S. P. Y., Kreuter, W., & O'Hare, A. M. (2012). Treatment intensity at the end of life in older adults receiving long-term dialysis. *Archives of Internal Medicine*, 172(8), 661–663. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.268>

An Ethical Analysis of the Shared Decision-Making Process to Withdraw From Hemodialysis for an Elderly Patient With End Stage Renal Disease

Pin-Yung WANG¹ • Wei-Shu LAI^{2*} • Yu-Chin YANG³

ABSTRACT: Elderly patients with end stage renal disease (ESRD) frequently suffer from frailty, multiple comorbidities, and complications that greatly increase the mortality rate for this population. The irreversibility and variability of ESRD directly affect quality of life, which highlights the importance of gaining an early understanding of the preferences and expectations of these patients with regard to end-of-life care. This article describes a nursing experience that used ethical analysis to help an elderly ESRD patient and the dilemma faced by his family as to whether to sustain or withdraw hemodialysis. This article examines the uncertain trajectories of this disease and how to use shared decision making with the patient and his/her family to make the best decisions. A comprehensive assessment was conducted to identify the major health-related problems, to elicit the dilemmas faced in making the decision to sustain or end hemodialysis, and to understand the pain and suffering of the patient. Symptom control and comfort were identified as the most important goals of the patient, followed by building trust and rapport with his family. An analysis of the pros and cons of treatment was conducted using the 4-box ethical analysis developed by Josen, Siegler, and Winslade. The shared decision-making process was applied to help the patient express his expectations for his end-of-life care. While the health professionals considered that pain and suffering may influence the patient's decision, the patient found his connection between himself and others, self-value, and meaning of life through family love and support. A needs-based, flexible approach was adopted that established a continuous-care plan that was designed to provide the best care for the patient under a variety of possible scenarios while involving the family, which created a family-centered decision-making process that improved the quality of life of the elderly ESRD patient.

Key Words: ethics, shared decision-making, elderly, end stage renal disease, hemodialysis.

Accepted for publication: March 11, 2019

¹Student, Department of Nursing, College of Medicine, National Cheng Kung University; ²PhD, RN, Assistant Professor, Department of Nursing, College of Medicine, National Cheng Kung University; ³BSN, RN, Department of Nursing, National Cheng Kung University Hospital.

*Address correspondence to: Wei-Shu LAI, No. 1, University Rd., Tainan City 70101, Taiwan, ROC.

Tel: +886 (6) 235-3535 ext. 5821; E-mail: weisue@mail.ncku.edu.tw

引用格式 王品勻、賴維淑、楊玉勤 (2019) · 運用倫理分析於老年腎病末期病人終止血液透析之共享決策經驗 · 護理雜誌, 66(4), 103–109。[Wang, P. Y., Lai, W. S., & Yang, Y. C. (2019). An ethical analysis of the shared decision-making process to withdraw from hemodialysis for an elderly patient with end stage renal disease. *The Journal of Nursing*, 66(4), 103–109.] [https://doi.org/10.6224/JN.201908_66\(4\).13](https://doi.org/10.6224/JN.201908_66(4).13)