

# 預先思考

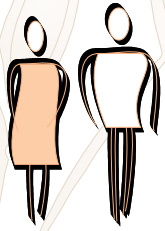
我的方式，  
我的選擇，  
我的人生盡頭



「有生就有死。你不曉得今天或明天將會發生什麼事，所以要做好準備。」

康妮·馬丁內，2008年

# 前言



就是現在，您要做出重要的決定。用自己的方式生活，也就是能為自己生命的最後階段做決定。您也許有認識的人，家人、支持您的人或朋友已經過世了。要談死亡和生命將盡並不容易，但事先做好準備才能讓自己的選擇能受到尊重。自己做決定表示您有掌控權，現在如此，到生命盡頭時也是。

這本預先思考手冊讓您能主張自己想要的生命支持治療和其他臨終選擇。填好手冊的內頁，您就能做好準備。您就能和自己生命中重要的人分享您的計畫。

1

請先仔細閱讀整本手冊，再去做決定或寫下您的選擇。

2

請您仔細地慢慢地填寫手冊。  
花兩次或好幾次來完成。  
利用信賴幫手給您的支持。

3

填寫背頁的個人請求表和預立醫囑表。把表格影印幾分拿給重要的人。

# 目錄

	Connie 和 Betty 要預先思考	第 2 頁
■	選擇正確的人來幫忙	第 3 頁
■ ■	做個人請求	第 4-7 頁
■ ■ ■	做醫療選擇	第 8-10 頁
■ ■ ■ ■	選擇臨終代理人	第 11-12 頁
■ ■ ■ ■ ■	保持掌控權	第 13 頁
■ ■ ■ ■ ■ ■	代理人帶領計畫	第 14 頁
■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	資源	第 15 頁
■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	感謝	第 16 頁



個人請求表

背面 A



預立醫囑表

背面 B

## 自己做決定

做重要決定也就是要慢慢仔細思考、決定自己要選擇什麼，然後獲得支持而行動。



思考

什麼事對自己是重要的。



規劃

選擇自己想要的。



執行

填寫表格，讓人們瞭解您的決定。

## Connie 和 Betty 要預先思考



**Connie** 曉得，立志主張自己的權益就是一輩子都要為自己做決定。她的朋友過世時，她想去弔唁但卻做不到。朋友的屍體不見了，沒有人曉得究竟發生什麼事。

*Connie Martinez*

**Connie** 的朋友一直都堅決立志要主張自己的權益，但他並沒有為自己去規劃。他死後，只好由其他人處理他的個人物品和埋葬的事。**Connie** 絕對不要讓這種事情發生在自己身上。她去思考哪些事是重要的，訂下自己的計畫。她採取行動，確定由自己掌控自己的生命——現在如此，走到生命盡頭時也是一樣。



**Betty** 曉得，自己去做決定和制定自己的計畫是多麼重要的事。

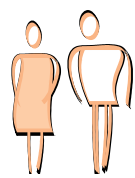
*Betty Pomeroy*

她的兄弟生重病住院。他從來都沒有跟任何人說當自己走到生命盡頭時，想要什麼樣的醫療。

因為 **Betty** 是他最親近的人，所以醫生打電話給 **Betty**，要 **Betty** 為她兄弟做醫療決定。她必須一個人去決定是不是要讓他離開。

因為這樣，**Betty** 希望自己能做好準備，提早為自己做好決定。她一步步掌控自己的生命——現在如此，走到生命盡頭時也是一樣。

## ■ 選擇正確的人來幫忙



每個人在預先思考和走到生命盡頭時要執行計畫時，都需要幫助。第一步就是要選擇一位**信賴幫手**來協助您填寫這本手冊。這個人應該要能夠坦然與您討論臨終選擇。想想看誰能幫助您。



### 思考 — 誰能幫忙我

#### 這個人要能：

- 十分瞭解我，而且關心什麼事對我是重要的。
- 幫助我，但是不要告訴我他們覺得我應該怎麼做。
- 傾聽我，尊重我。
- 為我主張。
- 幫助我填寫這本手冊。

### 規劃 — 我的信賴幫手



我希望 \_\_\_\_\_ 來幫助我。  
姓名

作為**信賴幫手**，我同意要聆聽、解釋並寫下重要的事，不能自作主張，也不能說應該怎麼做。

簽名 \_\_\_\_\_  
信賴幫手

California Coalition for Compassionate Care provides suggestions for Trusted Helpers to assist a person with completing this workbook and forms. Go to: [www.finalchoices.org](http://www.finalchoices.org).

## 做個人請求

我希望

1 是  
2 是  
3 否

每個人都有權保持尊嚴、受人尊重而且平靜地離開人世。當身邊的人曉得什麼事能讓您覺得舒服時，他們才能給您所需的關懷支持。走到生命盡頭時，關於自己的遺願，必須要做出重要決定。這時要去思考在最後這些日子裡，自己要的是什麼。

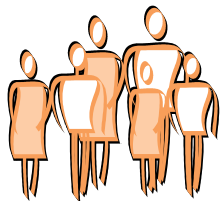
### 思考 — 自己最後這些日子和離開人世之後

跟您的信賴幫手一起分享自己的想法，談談希望自己生命最後這些日子要怎麼過。可以思考的事：



自己想去哪裡。  
自己希望怎麼被照顧。

這時也要想想，當自己離開人世後，您希望會生的一些事。可以思考的事。



您希望如何處理自己的個人物品該如何處理。  
您的葬禮、埋葬。  
您希望別人怎麼紀念自己。

1  
2  
3

### 規劃 — 做個人安排

**Connie** 和 **Betty** 都曉得，臨終規劃包括最後這段日子的選擇、自己的東西該如何處理，還有希望別人怎麼紀念自己。她們為自己的遺願做了決定，整理好自己的個人計畫。



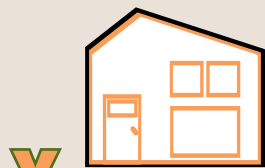
## 做個人請求

請填寫第 5 到 7 頁，為自己最後這段日子，還有希望別人如何紀念自己來做計畫。

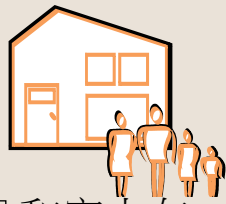
### (1) 我希望到哪裡去

即將走到生命盡頭時，人們可以選擇自己希望在哪裡度過餘生。以下是一些可以思考的事。

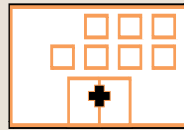
劃出您的決定。



我的家



和家人在一起



醫院

其他地方

---

---

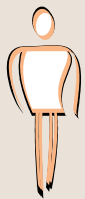
---

---

### (2) 我希望怎麼被照顧

即將走到生命盡頭時，人們有時會有特別的要求。要讓別人知道您想要什麼，這是很重要的事。

劃出您的決定或寫下其他的想法。



- 我的家人和朋友要在我身旁。
- 要有個人照護，讓我能覺得舒服。
- 身旁有自己最喜歡的東西。
- 播放我最喜歡的音樂。
- 要尊重我的信仰。
- 其他我希望被照護的方式：



---

---

## 做個人請求

### (3) 我希望怎麼處理我的東西

每個人都有自己擁有的重要東西。有時人們會把個人物品捐贈給機構或送給家人和朋友。

想一想您希望怎麼處理自己的東西，然後寫下來。

金錢

\_\_\_\_\_

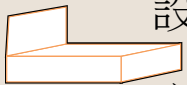
衣物

\_\_\_\_\_



傢俱

\_\_\_\_\_



設備

\_\_\_\_\_

寵物

\_\_\_\_\_



其他東西

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### (4) 我想送人的禮物



有時人們會把特別的禮物送給對自己很重要的朋友和家人。

把您想送的東西和要送給的人寫下來。

物品：\_\_\_\_\_ 送給：\_\_\_\_\_

物品：\_\_\_\_\_ 送給：\_\_\_\_\_



## ■ 做個人請求

### (5) 我的遺體

有時人們會根據宗教信仰或家庭觀念而決定身故後該如何處理自己的遺體。

想一想您想怎麼做，然後寫下來。



我希望土葬。葬在哪裡： \_\_\_\_\_



我希望火化。我希望自己的骨灰能放在：

\_\_\_\_\_

### (6) 被人們紀念

有段紀念的時間，可以讓人們對死者的一生表達敬意和哀悼。

想一想您想怎麼做，然後寫下來。

我想要舉行哀悼儀式。  要  不要

在我敬拜神的地方 \_\_\_\_\_

在殯儀館 \_\_\_\_\_

其他地方 \_\_\_\_\_



我希望人們這麼做來紀念我： \_\_\_\_\_

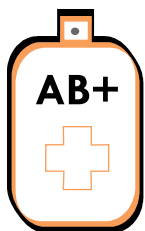
\_\_\_\_\_



## 行動 — 下一個步驟

1. 把您的選擇寫在可以撕下的**個人請求表**。
2. 把您填寫好的**請求表**影印幾份給重要的人。
3. 把您的手冊和您填好的**請求表**原稿收好。

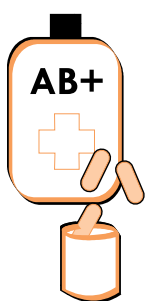
## 做醫療選擇



您有權可以決定活著時自己所接受的醫療照護。走到生命盡頭時，也可以做醫療選擇。當您病重時，您需要幫助，要確保醫生瞭解您要的是什麼。

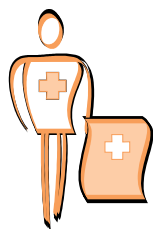
本節要幫助您決定在最後這段日子您想要或不想要的醫療。這可以幫您思考您的**生活品質**，對**維持生命治療**做出決定。

### 思考— 我的生命品質和生命維持



每個人對**生命品質**的看法都不一樣。當死亡的腳步接近時，要去決定在最後這些日子裡，要過什麼樣的生活。人們要決定走到生命盡頭時自己希望有什麼感覺，還有什麼樣的維持生命治療是適合自己的，這是很重要的事。

思考如何能讓自己的生命具有意義，能引導您做出臨終決定。



**維持生命治療**是當人們病危時幫助他們能繼續活著的治療。治療可以是藥物、呼吸器、餵食管、心肺復甦術、血液透析和外科手術。

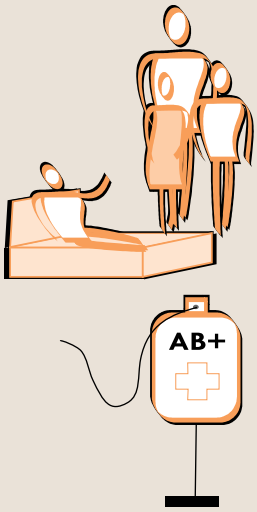
不管人們想要或不想要哪一種臨終治療，醫生都必須儘可能讓人們在走完人生旅程的最後期間覺得舒服。

## 做醫療選擇

跟您的信賴幫手一起，分享您的想法和感覺，怎麼樣才能在生命的最後期間維持自己的生命品質。

每個人對生命品質的看法都不盡相同。要思考什麼事對自己很重要。

### 劃出您的決定或寫下其他的想法。



- 意識清醒，能自己思考。
- 能與家人或朋友溝通。
- 不會一直覺得劇痛。
- 不用時時刻刻身上都要插管。

我對於生命盡頭時我的生命品質的其他想法：

---

---

1  
2  
3

## 規劃 — 做維持生命治療決定

Connie 和 Betty 曉得，臨終規劃包括思考最後這段日子的生命品質。他們對維持生命治療做了決定，整理好自己的個人計畫。

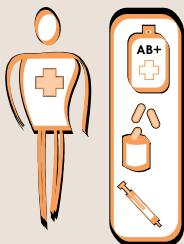
## 做醫療選



對維持生命治療的選擇做好自己的計畫。

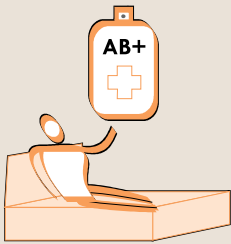
如果我的醫生說我很快就會死亡，而且維持生命治療只能延後死亡時間：

### 自己做決定：



我希望儘可能地提供維持生命治療。

我不想要任何維持生命治療。



我希望只有當我的醫生認為有幫助時才用維持生命治療。

我希望由我認識又能信任的人幫我決定。

## 行動 — 下個步驟



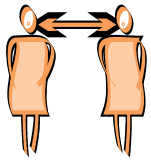
1. 把您的醫療選擇寫在手冊背面可撕下的預立醫囑表。

2. 把您填好的醫囑表影印幾份給您的醫生和其他重要的人。



3. 把您的手冊和您填好的醫囑表原稿收好。

## 選擇臨終代理人

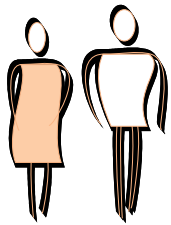


選擇能當您**臨終代理人** (又稱為**醫療保健代理人**)的人是很重要的。您的**預立醫囑**中的決定將由您的臨終代理人來執行。



### 思考 — 誰能代我發言？

#### 臨終代理人 (醫療保健代理人)



- 當我需要他的時候要在我身旁來幫忙我。
- 要能幫我跟醫生、護士和社工溝通。
- 要遵守我的預立醫囑。
- 當我無法為自己發言時，他是我的法定發言人。

#### 臨終代理人不能是：



- 您的醫生。
- 您取得醫療照護的診所 / 醫院的職員。
- 您的團體之家或養老院的經營者。
- 您居住的團體之家或養老院的職員。

#### 預立醫囑是符合下列描述的檔：



- 有您對維持生命治療的選擇。
- 註明當您不能說話時，誰要幫您和醫師溝通。
- 告訴您的醫師您要的是什麼。

## 做個人請求

### 規劃 — 我的臨終代理人

Connie 和 Betty 曉得，臨終規劃包括決定誰要來代表她們和醫生溝通。她們決定誰當她們的臨終代理人，整理好自己的個人計畫。

#### 別忘了！

有些人會有管理人。如果您有管理人的話，請問問他們是不是已經是您的臨終代理人。

請和他見面填寫這本手冊。

#### 我的決定：

我希望 \_\_\_\_\_ 當我的  
姓名

臨終代理人 而且他也同意了。

### 行動 — 下一個步驟

1. 填寫預立醫囑表。
2. 在兩個證人的見證下在預立醫囑表上簽名。
3. 填寫個人請求表。
4. 您的臨終代理人兩份表格的影印本都要有。

# 保持掌控權



當您寫好您的預先準備手冊，填好後面的表格時，您就已經選擇了用自己的方式生活—現在如此，走到生命盡頭時也是一樣。您將會做好準備。

您將會有計畫可以跟您所愛的人、您的醫生，以及您生命中其他重要的人分享。

## 以下有幾個要訣：



1

用自己能瞭解的方式得到資訊。



2

把自己的計畫和重要的人分享。



3

必要時可以修正自己的計畫。

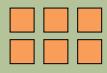


4

自己做決定。

是





## 代理人帶領計畫

這本**預先思考**手冊和光碟計畫是由來自加州三個區域中心，有發展障礙的代理人所帶領。他們想把自己的經驗和想法與大家分享，因為他們知道，從現在一直到生命盡頭，自己做決定都是很重要的。這幾位代理人組成三個焦點團體，指導本計畫，讓手冊和光碟片能真實反映出他們的心聲。



### **Alta California Regional Center**

Sacramento, CA

焦點團體參加人



### **Golden Gate Regional Center**

San Francisco, CA

焦點團體參加人



### **Eastern Los Angeles Regional Center**

Alhambra, CA

焦點團體參加人



## 資源

### [www.finalchoices.org](http://www.finalchoices.org)

(California Coalition for Compassionate Care) 加州慈心關懷聯盟是由超過 60 個組織所組成的全加州合作機構，致力於推廣紓緩醫學和臨終照護。關懷聯盟提供有關臨終決定、立法和表格等有用的資訊。網站上可下載預先思考手冊和協調人指導說明。

### [www.caringinfo.org](http://www.caringinfo.org)

(Caring Connections) 照護連結是全國安寧療養和紓緩照護組織所推動的計畫，該組織是全國性的消費者與社區組織，致力於改善臨終階段的照護。

### [www.iha4health.org/index.cfm/MenultemID/266.htm](http://www.iha4health.org/index.cfm/MenultemID/266.htm)

(California Advance Health Care Directive) 淺顯易懂的加州醫療照護事前指示表是為了幫助人們更好地瞭解這類法律檔而設計。

### [www.agingwithdignity.org/5wishes.html](http://www.agingwithdignity.org/5wishes.html)

(Five Wishes) 當人們生重病而無法表達意見時，能透過「五個願望」檔讓別人知道自己希望接受什麼樣的治療。其中包括醫療、個人、情緒和精神需求。

### [www.dds.ca.gov/ConsumerCorner/Publications.cfm](http://www.dds.ca.gov/ConsumerCorner/Publications.cfm)

(California Department of Developmental Services, Consumer Advisory Committee) 加州發展服務部消費者諮詢委員會製作了許多用淺顯語言寫成的圖解刊物和光碟片，鼓勵自主和個人選擇。也可以從網路下載預先思考手冊。





# 感謝



## **Alta California Regional Center**

David Lopez, Consumer Advocate  
Terry Wardinsky, MD, Medical Director



## **Eastern Los Angeles Regional Center**

Jesse Padilla, Consumer Advocate  
Felipe Hernandez, Chief of Consumer Services



## **Golden Gate Regional Center**

Elizabeth Grigsby, Consumer Rights Advocate  
Felice Weber Parisi, MD, Director, Clinical Services  
Gabriel Rogin, Strategic Development Coordinator



## **Connie Martinez – Advocate**

Alta California Regional Center



## **Betty Pomeroy – Advocate**

Redwood Coast Regional Center



## **California Coalition for Compassionate Care**

*Developmental Disabilities Advisory Group*  
Judy Citko, JD, Executive Director  
1215 K Street, Suite 800, Sacramento, California 95814  
phone: 916-552-7573



## **Board Resource Center**

*Making Complex Ideas Simple*  
Mark Starford, Executive Director  
PO Box 601477, Sacramento, California 95860  
To view and download *Thinking Ahead*, go to  
[http://brcenter.org/lib\\_library.html](http://brcenter.org/lib_library.html)



# Personal Requests

These are my personal requests, but not a Will.

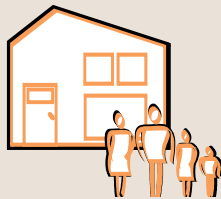
Name: \_\_\_\_\_

## (1) Where I want to be

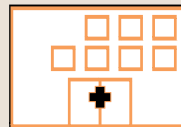
This is my choice about where I want to spend my final days.



My Home



With My Family

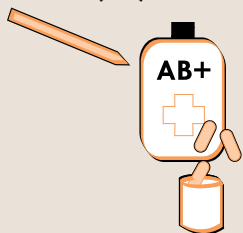


Hospital

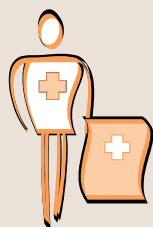
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Other Place

## (2) How I want to be cared for



- Have my family and friends near.
- Have personal care that helps me feel comfortable.
- Have my favorite things around me.
- Have my favorite music playing.
- Have my religion respected.
- Other ways I want to be cared for:



\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## (3) Where I want my things to go



Money

\_\_\_\_\_

Clothing

\_\_\_\_\_

Furniture

\_\_\_\_\_



Equipment

\_\_\_\_\_



Pet

\_\_\_\_\_

Other

\_\_\_\_\_



# Personal Requests



## (4) Gifts I want to give

Item: \_\_\_\_\_

To: \_\_\_\_\_

Item: \_\_\_\_\_

To: \_\_\_\_\_



## (5) My body

I want to be buried. Where: \_\_\_\_\_

I want to be cremated. Where I want my ashes to go:  
\_\_\_\_\_



## (6) Being remembered

I want a funeral service  Yes  No

At my place of worship \_\_\_\_\_

At a funeral home \_\_\_\_\_

Other place \_\_\_\_\_

I want people to remember me by doing this: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Sign Your Name

Date

Street Address

City

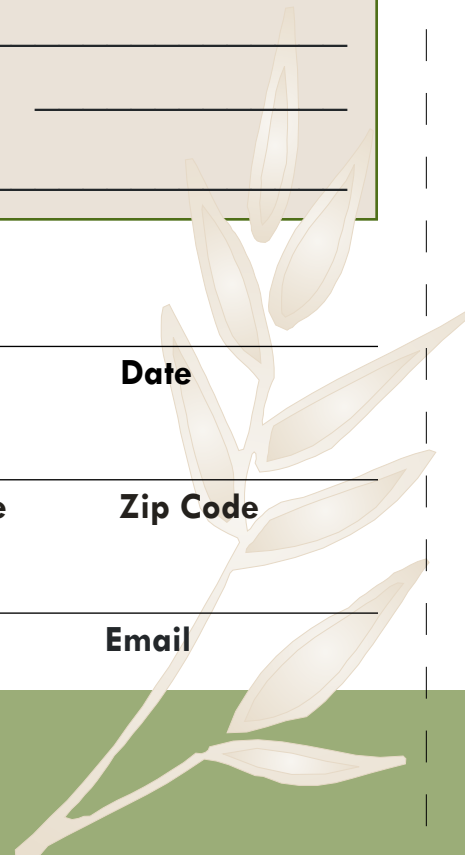
State

Zip Code

Home Phone

Work Phone

Email



# Advance Directive

(Name) \_\_\_\_\_ is my  
**End-of-Life Advocate (Health Care Agent).**

Street Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

Home Phone \_\_\_\_\_ Work Phone \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

**My End-of-Life Advocate will make decisions for me only if I cannot make my own decisions.**



## My End-of-Life Choices

**During my final days, my quality of life means:**

- Being awake and thinking for myself.
- Communicating with family or friends.
- Being free from constant and severe pain.
- Not being connected to a machine all the time.
- \_\_\_\_\_

**During my final days, my life support treatment decision is:**

- I want life support treatment as long as possible.
- I do not want any life support treatment.
- I want life support treatment **only** if my doctor thinks it could help.
- I want my End-of-Life Advocate to decide for me.

# Advance Directive



\_\_\_\_\_  
**Sign Your Name**

\_\_\_\_\_  
**Date**



\_\_\_\_\_  
**Print Your Name**

\_\_\_\_\_  
**Date**

\_\_\_\_\_  
**Address**

\_\_\_\_\_  
**City**

\_\_\_\_\_  
**State**

\_\_\_\_\_  
**Zip Code**

For Witnesses:

As a witness, I promise that (person) \_\_\_\_\_,  
signed this form while I watched. He/she was not forced to sign it.

I also promise that:

- I know this person and he/she can confirm their identity.
- I am 18 years or older.
- I am **not** this person's End-of-Life Advocate (Health Care Agent).
- I am **not** this person's health care provider or work for this person's health care provider.
- I do **not** work where this person lives.



\_\_\_\_\_  
**Witness Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date**



\_\_\_\_\_  
**Witness Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date**

**One witness** must not be related by blood, marriage or adoption and not receive any money or property from this person after he/she dies.