

緩和醫療照顧的倫理困境

邱泰源 胡文郁* 蔡甫昌 周玲玲** 姚建安 陳慶餘

近十年來，國內安寧療護及緩和醫療照顧因應需要而如火如荼推展，但卻有不少倫理兩難困境困擾工作人員、病人及家屬，因此極需加以探討及規範。其中又以調查及探討國內癌末照顧倫理困境及其影響因素為當務之急。本研究據此目的而針對國內十家安寧病房，施以結構式問卷調查，共有八家安寧病房 112 位同仁回覆，其中 76 位(67.9%)為護理人員，26 位(23.2%)為醫師，平均照顧癌末病人期間為 21.9 ± 24.5 個月，而超過六成(62.5%)回應者對癌末照顧工作滿意。研究結果包括：倫理困境遭遇頻度依平均值高低排序為：1.家屬不願讓病人知道真相(2.90 ± 1.06 , 0~5 分)；2.病人漸不能攝食時，是否經由靜脈輸液(2.90 ± 1.41)；3.與病人期望的照顧目標有差距(2.81 ± 1.15)；4.病人不了解病情真相產生的困擾(2.73 ± 1.20)及 5.家屬拒讓病人出院的困擾(2.60 ± 0.98)。而困擾程度依平均值高低排序為：1.病人自覺無法治癒，陷入絕望不易輔導(3.05 ± 1.05 , 0~5 分)；2.家屬拒讓病人出院的困擾(2.97 ± 1.09)；3.家屬不願讓病人知道真相(2.93 ± 1.03)；4.面臨人力不足及不穩定之困擾(2.87 ± 1.40)及 5.病人症狀控制成效不佳(2.83 ± 0.96)。至於各基本資料變項如性別、個性、工作年資、專業別及宗教別的倫理困境並無明顯之差別。本研究顯示的意義：1.安寧病房提供癌末照顧時，發生許多倫理困境，其困擾的產生常因專業研究證據不足，無法適時提供治療決定的根據。2.照顧團隊加強提供整體性照顧的能力，有助解決嚴重倫理困擾事件。3.工作人員如能定期接受倫理問題探討及解決的訓練，有助癌末照顧品質的提昇。4.研擬適合國內癌末照顧指引，可減少倫理困境之困擾程度，有助安寧療護及緩和醫療目標之達成。

(台灣醫學 Formosan J Med 1998;2:633-40)

中文關鍵詞：安寧療護，緩和醫療，倫理困境

前 言

近十年來，國內各種不同類型安寧療護(hospice)及緩和醫療(palliative care)計劃如火如荼推展，並漸漸成為醫療照顧體系必要之一部份，但是卻仍有不少始終存在或即將發生的各種倫理兩難情境困擾著工作人員、病人及家屬。這些兩難情境極需加以探討及規範，才能順利提供高品質及節省醫療資源之末期照顧。雖然這些極需探討及規範的兩難課題依各國文化背景而異，但常見的主要可分四大方面：1. 照顧的原則及內容：如醫病間的期望差距、何

時該轉入安寧療護、症狀控制的品質保證等；2. 同意及溝通方面：如同意書的確立、研究計劃的施行、隱私權的保障、告知真相的條件；3. 生死間之治療策略：包括是否延長生命或終止生命等課題的規範及準則，甚至死亡診斷書的開立問題；4. 需求及資源之分配：包括照顧費用之分析、保險給付、資源的使用等問題[1]。以上的課題對於實際從事安寧療護工作的人員幾乎每日皆可能遭遇到，並感困擾，如 Kinzbrunner 分析美國安寧療護及緩和醫療照顧工作中常見的倫理困境有：1. Medicare Hospice Benefit 規定癌末病人的六個月存活期，但醫師

國立台灣大學醫學院附設醫院 家庭醫學部 社工室** 台灣大學醫學院 護理學系*

受文日期 民國 87 年 9 月 22 日 接受刊載 民國 87 年 10 月 20 日

通訊作者連絡處：邱泰源醫師，台北市中山南路 7 號，國立台灣大學醫學院附設醫院家庭醫學部

不易正確預估；2.告知病人病情的程度；3.擔心嗎啡過量使用而影響呼吸；4.當病人不能進食時，是否給予人工營養或靜脈點滴注射；5.無法了解意識不清病患的需求及滿意度[2]。而國外各安寧照顧機構也都因實際需要而紛紛研擬出各種原則及規範，以利照顧工作之推展，如 Henkelman 提出 Columbia Sunrise Hospital 的倫理委員會針對緩和醫療中常見的倫理困境，訂定該院的工作指引，包括：1.同意停止僅為診斷的檢查措施；2.同意停止使用注射水分及營養；3.可使用足夠解除症狀的嗎啡劑量；4.可立即撤除不必要的人工呼吸器等[3]。而 Finlay 及 Needham 等也以倫理原則為架構，分析並訂定癌末病人較困難決定的治療策略，包括：1.高血鈣、尿毒、高或低血糖等代謝異常的治療；2.水分及營養的供給原則；3.抗生素、類固醇、止痛藥物等的使用原則；4.照顧地點的彈性調整；5.突發狀況的緊急醫療之策略[4,5,6]。惟國內目前各安寧照顧單位或因經驗不夠，或因人力不足，大多深為以上常見兩難困境之遵循原則所困惑，甚至影響整體照顧之品質。因此如何針對國內安寧療護服務，常面臨的重要倫理困境以基本倫理原則，詳加探討，並參考國人的社會、文化、宗教背景及倫理觀研擬出全國性的原則及規範，使得從事安寧療護工作人員有所遵循，為刻不容緩之工作。而其中，調查及探討國內實際從事安寧療護及緩和醫療工作人員所面臨的倫理困境則為訂定規範之首要工作。本研究的目的即為調查國內提供安寧療護及緩和醫療工作人員的倫理困境並探討其可能影響因素。藉此希望提供進一步制定適合國內癌末照顧本土化規範的根據。

對象與方法

研究對象及方法

以區域分佈選擇國內北中南東 10 家開辦一年以上之安寧病房，針對其所有工作同仁進行問卷調查。所有選取之安寧病房，在人力配置、軟硬體設施皆符合衛生署所訂定的標準。

共有八家(80%)回應，包括台大醫院 20 名、台北榮總醫院 16 名、馬偕醫院 13 名、耕莘醫院 12 名、省立桃園醫院 11 名、台中菩提醫院 17 名、嘉義基督教醫院 10 名、花蓮慈濟醫院 13 名，共 112 名工作人員，其中護理人員有 76 人佔 67.9%，醫師 26 人佔 23.2%，只有 10 位是其他專業人員佔 8.9%。

研究工具

1.結構性問卷的設計及信、效度測定依常見倫理困境四大方向分別設計安寧照顧中可能遭遇的困擾事件，共 50 題。問卷內容則採專家鑑別法(jury opinion)測定內容效度(content validity)，邀請對此研究主題有實際經驗的醫師、督導長、護理人員共五位，就問卷內容的適用性，加以逐題判斷，以「極適用」(5 分)、「適用」(4 分)、「尚可」(3 分)、「不適用」(2 分)、「極不適用」(1 分)五點評分法計分之。

針對專家評定結果，計算每一項目的平均數，選用平均數 4 分以上(表示適用)而標準差為 1.0 以下(表示專家的看法一致)的項目。結果顯示，本問卷 50 題倫理困惑事件中有 10 題未達四分以上，因此經討論後刪除此 10 題，剩 40 題，所有項目的標準差均在 1.0 以下，此結果表示題目適用且具有專家一致性。本研究之倫理困惑事件量表之信度檢定，係以 Cronbach's α 檢定法來評定量表(遭遇頻度及困擾度)之內在一致性，測得整體量表的 Cronbach's α 值均為 0.92，表示此量表具相當高之內在一致性。此外，對倫理事件量表進行巴萊特球形檢定(Bartlett test of spherioity)及測量取樣妥當性的考驗；結果 BT 值很大(BT=2854.30)，相關的顯著水準很小(significant=0.0000)，且 KMO (Kaiser-Mayer-Olkin)的度量值為 0.79，表示此量表適合並值得進行因素分析，故進行因素分析，以因素係數 0.30 為斷點，再刪除一題無關之項目，並粹取四個獨立因素，分別予以歸納命名為因素 I：「照顧原則與內涵」、II：「同意及溝通」、III：「生死事件的困惑」、IV：「資源分配」，此四個分量表之頻度及困擾度的 Cronbach's α 值分別為 0.83 及 0.77、0.87 及 0.85、0.86 及 0.85、0.74 及 0.77。

由此可知本量表具信效度。

2.結構性問卷的內容包括：1)基本資料：年齡、性別、血型、婚姻、教育、宗教信仰及重要性、個性、是否有親友為癌末病患、照顧癌末病人方式及地點、專業別、照顧過的癌末病人數、癌末照顧的滿意度等。

2)倫理困境調查則以下列四個方向列舉可能遭遇之倫理困境，共 39 題。a.照顧的原則及內涵；b.同意及溝通方面；c.生死事件；d.需求與資源分配問題。各題目分別測定其頻度及困擾度，皆以五分評量法，頻度為：沒遇過(0)，半年以上才一次(1)，每三個月至少一次(2)，每個月至少一次(3)，每週至少一次(4)，每日至少一次(5)。困擾度則以：沒困擾(1)，些微困擾(2)，有些困擾(3)，相當困擾(4)，極為困擾(5)。

資料分析方法

所有問卷資料以 SPSS6.0 建檔，並作資料統計處理分析。先以「頻率分佈」來描述基本資料及各題目之變項分佈情形，並以平均值及標準差來分析各自變項的頻度及困擾度。並以 t-檢定及單因子變異數分析來比較各變項與各困境頻度及困擾度的關係，P 值設定小於 0.05 為有意義之差異。

結 果

基本資料

見表一 A 及表一 B，八家安寧病房 112 名回應之工作人員中，女性佔大部分(81.2%)。專業類別則以護理人員最多(67.9%)，其次為醫師(23.2%)。平均年齡為 31.0±7.7 歲，35 歲以下者佔了近八成(78.6%)。血型以 O 型最多(37.5%)，較多未婚(58.0%)，絕大多數都有專科以上的教育程度。而宗教別則以無特別宗教最多(32.1%)，其次為佛教(26.8%)，不過有一半的回應者認為宗教是重要的(50.0%)，甚至另有近二成(19.6%)認為極重要，只有少數認為宗教不重要(3.6%)。至於個性自認為樂觀的佔一半(50.9%)，不到一成自認個性悲觀(8.0%)。四分之三的工作人員在近三年並沒有親友是癌末病患。大多數的回應者直接照顧病人(85.7%)，

表一 A：受訪者基本資料一
(八家安寧病房，共 112 名工作人員)

變項	人數	百分比
性別		
男	21	18.8
女	91	81.2
年齡層		
≤25	32	28.6
26~35	56	50.0
36~45	15	13.4
≥46	9	8.0
平均年齡 31.0±7.7		
婚姻		
未婚	65	58.1
已婚	45	40.1
分居或離婚	2	1.8
教育程度		
高中職、五專	20	17.9
大學、二專	82	73.2
研究所以上	10	8.9
專業類別		
護理師	76	67.9
醫師	26	23.2
其他專業	10	8.9
宗教信仰		
佛教	30	26.8
基督教	18	16.1
天主教	7	6.2
道教	19	17.0
無	36	32.1
其他	2	1.8
宗教對自己的重要性		
極重要	22	19.6
重要	56	50.0
沒意見	30	26.8
不重要	4	3.6
極不重要	0	0.0

平均照顧癌末病人的期間為 21.9±24.5 個月，大部分有超過半年的經驗(91.2%)，甚至有 16.1%已服務三年以上了。超過六成的回應者(62.4%)有照顧過一百位病人以上，也有超過六成(64.3%)工作同仁對癌末照顧工作表示滿意以上，表示尚可者則有三成(29.4%)，只有少數(6.3%)表示不滿意。

倫理困境遭遇頻度

見表二，遭遇的頻度平均值最多為「家屬不

表一 B：受訪者基本資料二
(八家安寧病房，共 112 名工作人員)

變項	人數	百分比
個性		
樂觀	57	50.9
中性	46	41.1
悲觀	9	8.0
三年內是否有親友為癌末病患？		
是，且照顧過	14	12.5
是，但未照顧	15	13.4
否	83	74.1
目前實際照顧癌末病人的方式		
直接照顧	79	70.5
大部分直接照顧	17	15.2
間接照顧	12	10.7
大部分間接照顧	4	3.6
參與癌末病人照顧時間		
1~6 個月	11	9.8
7~12 個月	53	47.3
13~24 個月	20	17.9
25~36 個月	10	8.9
36 個月以上	18	16.1
平均照顧月數 21.9±24.5		
照顧癌末病人數		
10 位以內	5	4.5
11~50 位	17	15.2
51~100 位	20	17.9
101~300 位	41	36.5
300 位以上	29	25.9
對自己癌末照顧工作的滿意度		
很不滿意	0	0.0
不滿意	7	6.3
尚可	33	29.4
滿意	62	55.4
非常滿意	10	8.9
總計	112	100.0

願讓病人知道真相」(2.90±1.06, 0~5 分)，其次依序為「病人漸不能攝食時，是否使用靜脈輸液」、「與病人期望的醫療照顧目標有差距」、「病人不了解真相產生的困擾」、「家屬拒讓病人出院的困擾」、「病人症狀控制不佳」、「病人及家屬仍不能接受死亡的來臨」、「病人覺得無法治癒，陷入絕望不易輔導」等等。反之有關「研究推展的困擾」、「瀕死時的急救」、「經費不足」等的遭遇頻度則最低。至於每日會遭遇至少一次最多者為「病人末期太痛苦，是否給予末期鎮靜處方」(13.2%)，其次「面臨人力不

足及不穩定的困擾」(2.1%)，「病人不能攝食時，是否使用靜脈水分」(9.9%)，「病人不了解真相產生的困擾」(7.7%)。

倫理困境的困擾度

見表三，困擾度平均值最高者為「病人覺得無法治癒陷入絕望，不易輔導」(3.04±1.05, 0~5 分)，其次為「家人拒讓病人出院的困擾」(2.97±1.094)、「家人不願讓病人知道真相」、「人力不足及不穩定的困擾」及「症狀控制不佳」等，以上困擾度較高的事件，與過去在台大緩和醫療病房所得的結果類似[7]，因此這些困惑事件的探討及解決，在安寧照顧及緩和醫療工作中，確實很重要。至於困擾度最低者為「病人呼吸惡化，是否插氣管內管的困擾」，次低者為「瀕死前急救」，再者為「協助研究工作，怕干擾病人」，則又顯示國內安寧病房通用的入院同意書，似乎已減少瀕死前作不必要的急救的困擾。

各基本資料變項與困擾度之比較

三十九項倫理困境逐一與工作人員基本資料及特性比較，在三十九項倫理困境中，基本資料中無論男女、專業別、個性、工作年資及宗教的重要性等各變項與各事件困擾度比較，只有少數項目有明顯的差異，表示大部分的倫理困境其困擾工作人員的一致性。如宗教對自己的重要性，在三十九個項目中只有「工作團隊經費不足」、「工作團隊人員間的衝突」及「病人漸將不能攝食時，是否使用靜脈營養」的困擾度有顯著差別。醫師及護士專業別則只有「是否建議病人接受緩和性手術」及「不知是否要告知病人真相」兩個項目的困擾度有明顯差別。而參與癌末照顧工作經驗(分一年以內及以上)，則只有「經費不足」、「分辨不清自然死與安樂死」及「人力不足」等困擾的差異有統計學上的意義。至於自認為樂觀的工作人員，在「是否使用氣管內管急救」及「經費不足」的困擾明顯低於自認為悲觀的一組(P<0.05)，但是在「面對外人的質疑及不肯定」及「是否使用靜脈營養」的困擾度卻高於自認悲觀的一組(P<0.05)。

表二：癌末照顧中倫理困境遭遇頻度的平均數次序表(八家安寧病房，共 112 名工作人員)

順序	倫理困境	平均數±標準差(0~5分)
1	家屬不願讓病人知道真相	2.90±1.06
2	病人漸不能攝食時，是否用靜脈輸液	2.90±1.41
3	與病人期望的醫療照顧目標有差距	2.81±1.15
4	病人不了解病情真相產生的困擾	2.73±1.20
5	家屬拒讓病人出院的困擾	2.61±0.98
6	病人症狀控制成效不佳	2.60±1.14
7	病人及家屬仍不能接受死亡的來臨	2.56±1.06
8	病人覺無法治癒陷入絕望不易輔導	2.54±1.11
9	病人有想治癒的不實際想法	2.54±1.06
10	病人拒不出院的困擾	2.51±1.18
11	病人末期太痛苦，是否給末期鎮靜處方	2.46±1.58
12	不知是否要告訴病人真相	2.44±1.26
13	病人感染時，是否要用抗生素的困擾	2.39±1.44
14	不知如何讓病人了解真正病情的困擾	2.38±1.22
15	病人血紅素低時，是否要輸血的困擾	2.33±1.25
16	面臨人力不足及不穩定的困擾	2.29±1.55
17	面臨健保給付不足的困擾	2.17±1.62
18	是否允許病人使用偏方治療的困擾	2.13±1.44
19	是否建議病人接受緩和性放射線治療困擾	1.98±1.33
20	病人對醫療信心不夠	1.91±1.08

表三：癌末照顧中倫理困境困擾度的平均數次序表(八家安寧病房，共 112 名工作人員)

順序	倫理困境	平均數±標準差(0~5分)
1	病人覺無法治癒陷入絕望不易輔導	3.05±1.05
2	家屬拒讓病人出院的困擾	2.97±1.09
3	家屬不願讓病人知道真相	2.93±1.03
4	面臨人力不足及不穩定的困擾	2.87±1.40
5	病人症狀控制成效不佳	2.83±0.96
6	病人拒不出院的困擾	2.79±1.26
7	病人有想治癒的不實際想法	2.74±0.92
8	病人不了解病情真相產生的困擾	2.63±1.00
9	病人及家屬仍不能接受死亡的來臨	2.62±1.00
10	與病人期望的醫療照顧目標有差距	2.58±0.80
11	不知如何讓病人了解真正病情的困擾	2.51±1.12
12	不知是否要告訴病人真相	2.41±1.16
13	面臨健保給付不足的困擾	2.32±1.53
14	病人要求安樂死或協助自殺	2.30±1.44
15	病人對醫療信心不夠	2.24±1.06
16	病人漸不能攝食時，是否用靜脈輸液	2.20±1.10
17	面臨工作團隊以外的人的質疑與不肯定	2.16±1.44
18	工作團隊人員間的衝突	2.16±1.26
19	病人血紅素低時，是否要輸血的困擾	2.04±1.01
20	照顧癌末病人缺乏成就感	1.96±1.40

討 論

倫理困境的調查，原則上需工作人員有相當倫理訓練，方可發現倫理問題。而每一家安寧病房工作人員訓練背景皆不同，對倫理困境的感受及判斷能力自有所不同，依研究方法信度而言，的確為本研究之限制。但在調查國內目前現況的研究立場，則是表現最真實直接的困擾現況，並可據此再作進一步探討，因此亦符合本研究的目標。

本研究針對全國八家安寧病房倫理困境所作的調查，較困擾的事件涉及層面相當廣泛，但還是可歸納為：1.照顧原則與內涵；2.同意及溝通；3.生死事件；4.資源分配等方面。

其中最大困擾為「病人覺無法治癒陷入絕望，不易輔導」，對一個上軌道的緩和醫療團隊而言，生理症狀的控制不是最難，但如何讓病人心理調適良好，發覺生命真義，設定可實現的希望，珍惜每一天，則是很重要但卻相當困難的工作。要提供整體性照顧工作，除了硬體的人性化規劃外，團隊各專業人員的齊全，理念及專業不斷的訓練，殊屬重要。另外，安寧病房當然以提供整體性照顧為目標，但在有限的人力資源下，如何在輕重緩急下分別服務次序，也是值得思考的倫理課題[8]。

第二個高困擾的倫理困境為「家屬拒讓病人出院的困擾」，醫學倫理的極致就是達成病人的期望。根據 1993 年邱氏的調查無論台灣及日本民眾，超過六成皆希望能在熟悉的家裡接受末期照顧，以及迎接死亡的來臨，但大多因在家中醫療不足，又怕連累家人，所以只好待在醫院[9]。家屬也往往忽視病人內心真正的想法，一方面為了心目中醫院有較好的醫療，另一方面也因照顧人手不足問題，而盡量不讓病人出院回家。家屬拒安排病人回家，可能影響病人內心的自主性(autonomy)，也可能影響其他病人住院的機會，違反社會公義(social justice)的原則，雖然目前受訪安寧病房大多已有居家照顧服務，但出院問題仍有嚴重困擾，因此仍須檢討出院計畫不足之處，予以補強。同時加強社區照顧能力，建立完

善社區照顧體系亦為重要。

第三個高困擾度倫理困境為「家屬不願讓病人知道真相」，家屬基於保護病人的心情，不願病人知道病情。傳統上，醫師也秉持不傷害(non-maleficence)倫理原則，不敢告知病人真相，這種觀念與安寧病房朝向告知病情真相的方向有所衝突。如何針對國內癌末病人告知病情，似乎應像日本一樣有指引及規範[10]，以減少工作人員困擾，同時可據此，推廣社會大眾之教育。

第四個高困擾度倫理困境為「面臨人力不足及不穩定」，分析原因可能是；1.照顧癌末病人需較多人力；2.癌末照顧體系尚未成為健康照顧體系的必要部份，似乎仍界定在「愛心、宗教」部份，缺乏固定行政資源；3.癌末照顧面對死亡及絕望的情境較多，壓力較大等等，以上原因都使得專業研究及教學資源不足，因此人力的投入自然就難以滿足所需。

第五個高困擾度倫理困境為「病人症狀控制成效不佳」，根據國內外統計，癌症疼痛可得百分之八、九十的控制率[11,12]，但仍有許多症狀控制成效仍不佳，如呼吸困難控制率只有一半左右[13,14]，全身倦怠、激躁、憂鬱等也都是不易控制之症狀[15]。面對有些病人因不易控制的症狀而受苦，確實會給工作人員帶來極大壓力。要解決這個困擾，一方面要更發展緩和醫療專業的知識及技巧，另一方面，也有必要訂定難控制症狀與末期鎮靜的規範[16]，以指引如何適度使用末期鎮靜減緩難以控制症狀之痛苦。至於如何體認無力感(powerlessness)的必然存在[17]，也是癌末照顧工作者須有之認識。

至於本研究發現之其他常見的倫理困境，包括病人及家屬無法接受死亡的來臨、要求安樂死、靜脈水分使用、團隊工作衝突等等，在實際工作中確實常見，也都有進一步探討並提供專業建議甚至規範的必要。

結 論

1.安寧病房提供癌末照顧服務時，發生許多倫理困境，困擾著工作人員、病人及家屬。

2.許多兩難困境，是因專業研究證據不足所

產生困擾，須加強專業的研究，以減少策略決定的困難。

3. 緩和醫療團隊加強以提供整體性的照顧，可協助解決嚴重困擾的倫理事件。

4. 倫理困境牽涉層面廣泛，也包括各種治療策略之決定，工作人員如能完整接受倫理問題探討及解決的訓練，有助癌末照顧的品質。

5. 研擬適合國內癌末照顧的指引及規範，應可減少倫理困境到最低，並符合醫學倫理原則，達到安寧療護的目標。

誌 謝

本研究為行政院衛生署科技組委託研究計劃(DOH87-TD-1079)，感謝八家安寧病房及緩和醫療病房工作同仁的支持，也特別感謝台北榮總蔡世滋主任、慈濟王英偉主任、馬偕賴允亮主任、耕莘黃耀祖主任、省桃楊友華主任、菩提醫院張酉聯院長、嘉基梅匯潮主任等的鼎力協助才使本研究得以完成。最後對研究助理張毓茜及王姿婷小姐的辛勤致最大謝意。

參考文獻

1. Doyle D, Hanks G, Macdonald N: Oxford Textbook of Palliative Medicine. New York: Oxford University Press, 1994.
2. Kinzbrunner BM: Ethical dilemmas in hospice and palliative care. Support Care Cancer 1995;3: 28-36.
3. Henkelman WJ, Dallinis PM: A protocol for palliative care measures. Nurs Manage 1998; 36C-G.
4. Finlay I: Difficult decisions in palliative care. Br J Hos Med 1996;56(6):264-7.
5. Dunphy K, Finlay I, Rathbone G: Rehydration in palliative care: if not-why not? Pall Med 1995;9: 221-8.
6. Needham PR, Hoskin PJ: Radiotherapy for painful bone metastases. Pall Med 1994;8:95-104
7. 邱泰源：安寧療護相關規範之研究-以倫理為基礎(第一年)。台北：行政院衛生署科技研究發展成果報告，1998；53 頁。
8. Rendall F, Downie RS: A Good Companion. Palliative Care Ethics. New York: Oxford University Press, 1996;33-8.
9. Chiu TY: The Attitudes Toward Terminal Care in Rural Community in Taiwan and Japan: A Comparative Study. [Master thesis] Tokyo: University of Tokyo, 1995;1-31.
10. 厚生省：日本の Hospice，東京：厚生省，1995。
11. World Health Organization: Cancer Pain Relief and Palliative Care. Geneva: World Health Organization, 1995.
12. Rousseau PC: Pain management in the terminally ill. J Am Geriatr Soc 1994;42:1217.
13. Reuben OB, Mor V: Dyspnea in terminally ill cancer patients. Chest 1986;89:234-6.
14. Hsu DHS: Dyspnea in dying patients. Can Fam Physician 1993;39:1635-8.
15. Stiefel F, Fainsinger R, Bruera E: Acute confusional state in patients with advanced cancer. J Pain Symptom Manage 1992;7:94-8.
16. Cherng NI, Portenoy RK: Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. J Pall Care 1994; 10:31-8
17. Cassidy S: Sharing the Darkness. London: Daoton, Longman and Yodd, 1988.

Ethical Dilemmas in Palliative Care : a Multicenter Study

Tai-Yuan Chiu, Wen-Yu Hu*, Fu-Chang Tsay,
Ling-Ling Chou**, Chien-An Yao, Ching-Yu Chen

Abstract: Many ethical dilemmas that arise in hospice care unit may hinder the efforts of health professionals to ease suffering and allow 'good dying' for terminally ill cancer patients. Investigating the ethical dilemmas and establishing the regulations and guidelines in hospice and palliative care may be some of the most important issues for hospice development in Taiwan. Accordingly, we conducted a multicenter questionnaire study to investigate the frequency and causes of ethical dilemmas in hospice and palliative care units. A total of 112 professionals from eight of the 10 hospices nationwide responded. Seventy-six out of the 112 respondents (67.9%) were nurses while 26 were physicians (23.2%). The mean period of providing hospice care was 21.9 ± 24.5 months. Sixty percent of the respondents were satisfied with their work. The most commonly encountered dilemmas were 1) family refusal to tell the patient the truth (2.90 ± 1.06 , range: 0~5); 2) when to hydrate patients (2.90 ± 1.41); 3) discord between patients and professionals in terms of the goals of treatment (2.81 ± 1.15); 4) patients being aware of the truth (2.73 ± 1.20); and 5) family refusal of the discharge plan for patients (2.60 ± 0.98). The most difficult dilemmas were 1) difficulty in providing psychospiritual care (3.05 ± 1.05 , range: 0~5); 2) family refusal of the discharge plan for patients (2.97 ± 1.09); 3) family refusal to tell the patient the truth (2.93 ± 1.03); 4) insufficient manpower (2.87 ± 1.40); and 5) poor control of some symptoms (2.83 ± 0.96). The frequencies and severities of the various dilemmas reported by the health care givers were not significantly influenced by their age, sex, religion, or professional experience. The results of this study suggest that it is important to accumulate evidence from palliative care studies and educate professionals to make decisions on the basis of the framework of ethical principles. Developing better solutions creatively and establishing proper guidelines will be helpful for improving the quality of care.

Key Words: hospice, palliative care, ethical dilemma

(Full text in Chinese: Formosan J Med 1998;2:633-40)

Departments of Family Medicine and Social Work**, National Taiwan University Hospital,
Department of Nursing Science, College of Medicine, National Taiwan University*
Address Correspondence to: Dr. Tai-Yuan Chiu, Department of Family Medicine,
National Taiwan University Hospital, No.7, Chung-Shan S. Rd., Taipei, Taiwan