

【綜 論】

安寧緩和醫療的知識、態度 和臨床技能的探討

姚建安 邱泰源 胡文郁¹ 陳慶餘

摘要

改善末期病人的照顧的迫切需求目前已經成為許多末期照顧的中心論述，然而末期病人的症狀控制往往不理想，心理症狀包括焦慮、憂鬱等仍是主要的問題，與病人和家屬溝通治療選項與安寧療護往往不夠，許多大型的研究指出要改變末期照顧的型態，需要根本轉移醫師對末期照顧的態度，所以許多對醫師的末期照顧教育訓練也正在進行。美國家庭醫學研究會在 1998 年出版了家庭醫學科住院醫師末期照顧建議的核心教育指引，詳細陳述住院醫師在訓練完畢前應具備的末期照顧的態度，知識和技能。因為醫師參與病人的照顧能得到最好的學習效果，所以最新的教學活動應該給予更多的時間在照顧病人的床邊教學，因此導致目前醫學教育聯合委員會致力於認定醫師末期照顧勝任能力的重要性，需要所有美國和加拿大的醫學院校課程包含末期照顧。有證據顯示緩和醫療教育能夠改變末期照顧的態度，因此也支持醫院醫師末期照顧教育的需求。安寧療護和專科緩和醫療服務的國家會議對於在急性住院病房醫師有關末期照顧教育的建議，提出如下七要項：症狀控制、溝通技能、使用末期照顧的技術、醫學倫理、病患和家屬的需求與價值觀、其他照顧場所，和法律議題。至於阻礙末期照顧教育包括不適當的態度，缺乏末期照顧的知識，不良的執業行為，和快速變化的醫療照顧經濟系統。醫院仍是照顧許多瀕死病人的重要場所，同時也是訓練醫師接受末期照顧的知識，態度和臨床技能的基地，所以改善教學的傳統，教師的培育，和醫院支持的氛圍都需要來達到有意義的改善。

(安寧療護 2005 : 10 : 2 : 139-145)

Key Words : palliative care hospice end-of-life care knowledge attitude skill physician

台大醫院家庭醫學科 ¹台大醫學院護理學系
通訊作者：陳慶餘 台北市中山南路 7 號 台大醫院家庭醫學部

末期照顧教育是畢業後醫師醫學訓練計畫的基礎，然而醫師對末期照顧的知識往往是不充足的⁽¹⁻⁴⁾，所以美國醫學院校協會（Association of American Medical Colleges, AAMC）即刻建議住院醫師面試委員會（residency review committees）將末期照顧納入為必要（required）訓練的一部份。2000年醫學教育聯合委員會（Liaison Committee on Medical Education）在認證醫學院校的要點方面，加入必要的臨床教導當作評核的要點—包括預防醫學，急性，慢性，持續性復健和末期照顧⁽⁵⁾。最近數年來 Block 等人⁽⁶⁾致力於發展將末期照顧加入成為多層次基層醫療教育的指引，內科和家庭醫學科也已經有臨床指引協助醫師和瀕死病人共事。美國家庭醫學研究會（American Academy of Family Practice）強烈建議所有家庭醫學科住院醫師，以知識和熱誠來協助病人和其家屬表達末期照顧議題以獲致臨床經驗，並在1998年出版了 "Recommended Core Education Guidelines for Family Practice Residents in End-of-Life Care"（家庭醫學科住院醫師末期照顧建議的核心教育指引）⁽⁷⁾詳細陳述住院醫師在訓練完畢前應具備的末期照顧的態度，知識和技能。這些課程的內容包括透露壞消息，疼痛處置，安寧療護(hospice)，緩和醫療(palliative care)，家庭議題，以及和死亡有關的文書工作⁽⁸⁾。不但住院醫師確實需要末期照顧的訓練，同時他們也在面對與死亡有關

的自身焦慮得到支持而獲益⁽⁹⁾。的確，知識和態度無法單獨促進臨床技能的獲致^(3,10)，因為許多學習環境的障礙阻止了達到良好的臨床技能⁽¹¹⁾。影響醫師緩和醫療臨床技能的不同內容的相對加權（relative weights）尚未充分地顯示出來，吾人或許可採用在一般醫師教育已經有成效的學習原則開始^(12,13)。典型的預設好的課堂上講習是無效的，因為其只著重理論的探討，或與臨床的實際需求脫節(out of synchrony)，所以學習者開始採取決定「是否」和「何時」進行教育的過程的方法較有可能成功。住院醫師的訓練無疑是適合發展有效地照顧末期病人的態度和能力者，因為一般他們在教學醫院或醫療機構負責實際的臨床照顧，也持續地和直接地面對挑戰性的臨床環境，因此需要快速解決問題的方式，這是有效教育經驗的重要情況⁽¹³⁾。Vejlgaard 等人⁽¹⁴⁾根據文獻的探索⁽¹⁵⁻²²⁾針對丹麥醫護製作醫護專業的緩和醫療和末期照顧態度問卷如下：1. 緩和醫療和末期照顧是我工作中有益的部分。2. 醫師發現照顧有希望改善的病人比照顧可能死亡的病人更為滿意。3. 我比較不願意照顧末期和瀕死的病人。4. 醫師在減輕沒有治癒希望末期病人的折磨扮演重要的角色。5. 處理病人對死亡的反應是護理人員的基本工作。6. 和瀕死病人相處有助於瞭解自己對死亡的感覺。7. 我反思許多形而上的事物（有關生死意義的想法）。8. 我熱衷於參加宗教活動。因為醫師參與病人的照顧能

得到最好的學習效果，所以最新的教學活動應該給予更多的時間在照顧病人的床邊教學，因此導致目前醫學教育聯合委員會(Liaison Committee for Medical Education, LCME)致力於認定醫師末期照顧勝任能力的重要性，需要所有美國和加拿大的醫學院校課程包含末期照顧⁽²³⁾。有證據顯示緩和醫療教育能夠改變末期照顧的態度，因此也支持醫院醫師末期照顧教育的需求⁽²⁴⁾。預估在未來30年病人需要緩和醫療的人數顯著增加，所以對於所有醫療專業的末期照顧訓練相當重要，再者，安寧療護和專科緩和醫療服務的國家會議(National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services)提出：「不管病人身處何處都有權利接受合適的緩和醫療，每個醫療專業人員都有責任將緩和醫療的照顧成為優良臨床執業的一部份」⁽²⁵⁾。研究證據指出，教育和臨床執業的動態銜接此一理論架構是個合宜的工具，可以解釋並檢驗教育過程和訓練結果如何達到成功的學習^(26,27)。Weissman等人在1997年舉行的國家共識研習會有關末期照顧醫學教育的工作小組的共識報告，對於在急性住院病房醫師有關末期照顧教育的建議如下：

• 末期照顧是良好的一般醫療照顧的重要部分，應該成為所有醫學教育面向的完整部分。住院醫師學習有關如何照顧並與瀕死病人、家屬溝通的臨床技能，將是提供高品質的以病患為中心的醫療照顧的核心。

• 教師應該支持住院醫師瞭解瀕死是生命週期自然的一部份，同時在病人與家屬此困難時刻能夠帶給他們意義感和榮譽。

• 臨床教師應該教導住院醫師提供照顧包含身心靈症狀的控制，認知不同的文化背景及其對瀕死經驗的影響，善加使用溝通技能，提供醫學倫理原則來維持病人的自主性和醫療人員的專業性，適時的轉介並順利將病患轉床到合乎病人與家屬要求的照顧單位。

• 在醫院照顧瀕死病人的醫師應該傳遞團隊照顧的重要性，因為團隊照顧是面對病人和家屬廣泛生理、社會、心理和靈性議題達到其需求的必要媒介。

建議在急性醫院照顧有關末期病患的教育有七大要項：

1. 症狀控制：包括評估和處置末期病患常見的症狀。
2. 溝通技能：是提供末期照顧的基本技能，包括討論診斷與預後、舉行家庭會議、檢視治療的選項、評估病患和家屬的需求以達成心理和靈性的支持、討論治療的撤除與極限以及不施行心肺復甦術的醫囑，和轉介到安寧病房。
3. 使用末期照顧的技術：使用適當的診斷試驗、藥物和技術的臨床能力來達到治療的目標。
4. 醫學倫理：醫師應具備認知病患和家屬有關末期照顧常見狀況的倫理價值（例如撤

除治療和不施行心肺復甦術等)，以提供基本的倫理原則來照顧瀕死病人。同時也鼓勵醫師反思和表達其個人的態度和價值觀，讓受訓練的醫師更加瞭解在病人自主性和專業判斷潛藏的壓力。

5. 病患和家屬的需求與價值觀：尊重和注意病患和周遭家屬和醫療人員的關係，養成和其做共同醫療決策的重要性，醫師也從中學習在瀕死過程中病人和家屬如何發現力量和意義，以及成為個人成長的刺激，同時也認知醫師的陪伴和心理支持對於病人和家屬在瀕死過程的重要性。
 6. 其他照顧場所：包括居家照顧、護理之家、長期照護機構和醫院內的安寧病房，醫師應該認識每個照顧場所的照顧能力與其極限。
 7. 法律議題：醫師應該瞭解與末期照顧有關的法律議題，例如使用鎮定劑來緩解末期謔妄與無法控制的症狀，預立醫囑，無行為病人的醫療決策權等。
- 因應上述建議的教育評估可以分為幾個層級：1. 醫師自我的信心 2. 醫師對於末期照顧項目的態度 3. 醫師對於末期照顧的知識 4. 醫師的臨床技能 5. 醫師的執業行為
- 至於阻礙末期照顧教育包括不適當的態度，缺乏末期照顧的知識，不良的執業行為，和快速變化的醫療照顧經濟系統⁽²⁸⁻³⁰⁾。
- 急性照顧醫院仍是照顧許多瀕死病人的主要場所，同時也是訓練醫師接受末期照顧

的知識，態度和臨床技能的基地，所以改善教學的傳統，教師的培育，和醫院支持的氛圍都需要來達到有意義的改善。

誌謝

本論文之完成，來自 93 年度國科會研究計畫（NSC-93-2516-S-002-004）經費補助以及研究助理陳書儀小姐協助，特此感謝。

參考文獻

1. Groff, J.L., & Gropper, S.S ; 1999。黃士懿、邱琬淳、陳玉華、陳俊榮、楊素卿、趙振瑞、劉珍芳、蔡雅惠、鄭心嫻、簡怡雯譯：營養生化學。台北：華騰；2003。
2. 行政院衛生署：中華民國台灣地區死因統計結果摘要；2004。2004 年 12 月 9 日取自 <http://www.doh.gov.tw/statistic/index.htm>
3. 邱泰源：癌末患者之緩和醫療。台灣醫學 2001；5(4)：444-48。
4. 陳慶餘：緩和醫療的原則。台灣醫學 1997；1(2)：186-92。
5. 劉景萍：癌末病患惡病質的治療與護理。安寧療護 2000；5(4)：39-43。
6. American Family Physician. (1999, February 1). *Sample advance directive from.* Retrieved May 3, 2003, from <http://www.aafp.org/afp/990201ap/617.html>

7. Bozzetti, F. (2001). Nutrition support in patients with cancer. In J. Payne-James, G.K. Grimble, & D. Silk (Eds.), *Artificial Nutrition in Clinical Practice* (2nd ed., pp. 639-757). London: Greenwich Medical Media.
8. Bruera, E., Franco, J.J., Maltoni, M., Watanabe, S., & Suarez-Almazor, M. : . Changing pattern of agitated impaired mental status in patients with advanced cancer: Association with cognitive monitoring, hydration, and opioid rotation. *Journal of Pain and Symptom Management*.1995 ; 10(4) : 287-91.
9. Burge, F.I., King, D.B. & Willison, D : Intravenous Fluids and the hospitalized dying: A medical last rite? *Canadian Family Physician*,1990 ; 36(5) : 883-86.
10. Chiu, T.Y., Hu, W.Y., Cheng, S.Y., & Chen, C.Y. : Ethical dilemmas in palliative care: a study in Taiwan. *Journal of Medical Ethics*,2000 ; 26 : 353-57.
11. Chiu, T.Y., Hu, W.Y., Chuang, R.B., Cheng, Y.R., Chen, C.Y.,& Wakai, S. : Terminal cancer patients'wishes and influencing factors toward the provision of artificial nutrition and hydration in Taiwan. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2004 ; 27(3) : 206-14.
12. Fainsinger, R.L., Bruera, E., Miller, M.J., Hanson, J., & MacEachern, T. : Symptom control during the last week of life on a palliative care unit. *Journal of Palliative Care*.1991 ; 7(1) : 5-11.
13. Gallagher-Allred, C.R : *Nutritional Care of The Terminal Ill*, United States : an Aspen. 1989.
14. Groff, J.L., & Gropper, S.S : *Advanced nutrition and human metabolism* (Third Edition). US: Peter Marshall.1999
15. Henkelman, W.J., & Dallinis, P.M. : A protocol for palliative care measures. *Nursing Management*,1998 ; 29(2) : 36C-36G.
16. Hughes, N., & Neal, R.D : Adults with terminal illness: a literature review of their needs and wishes for food. *Journal of Advanced Nursing*,. 2000 ; 32(5) : 1101-7.
17. Kerndt, P.R., Naughton, J.L., Driscoll, C.E., & Loxterkamp, D.A. : . Fasting: The history, pathophysiology and complications. *The Western Journal of medicine*, 1982 ; 137 : 379-99.
18. Krisman-Scott, M.A : An historical analysis of disclosure of terminal status. *Journal of Nursing Scholarship*2000 ; 32(1) : 47-52.
19. Li, I. : Feeding tubes in patients with severe dementia. *American Family Physician*,

- 2002 ; 65(8) : 1605-10.
20. McCann, R.M., Hall, W.J., & Groth-Juncker, A. : Comfort care for terminally ill patients: The appropriate use of nutrition and hydration. *Journal of the American Medical Association*1994 ; 272(16) : 1263-66.
21. Mion, L.C. & O'Connell, A. : Parenteral hydration and nutrition in the Geriatric patient: Clinical and ethical issues. *Journal of Infusion Nursing*, 2003 ; 26(3) : 144-52.
22. Morita, T., Tei, Y., Inoue, S., Suga, A., & Chihara,S : Fluid status of terminally ill cancer patients with intestinal obstruction: An exploratory observational study. *Support Care in Cancer*, 2002 ; 10(6) : 474-79.
23. Morita, T., Tei, Y., Tsunoda, J., Inoue, S., & Chihara, S : Determinants of the sensation of thirst in terminally ill cancer patients. *Support Care in Cancer*, 2001 ; 9(3) : 177-86.
24. Printz, L.A : Is withholding hydration a valid comfort measure in the terminally ill? *Geriatrics*1988 ; 43(11) : 84-88.
25. Printz, L.A. : Terminal dehydration, a compassionate treatment. *Archives of Internal Medicine*1992 ; 152(4) : 697-700.
26. Smith, S : Controversies in hydrating the terminally ill patient. *Journal of Intravenous Nursing*, 1997; 20(4):193-200.
27. Smith, S.A. & Andrews, M : Artificial nutrition and hydration at the end of life. *MEDSURG Nursing*, 2000 ; 9(5) : 233-47.
28. The Oxford dictionary and thesaurus : New York: Oxford university.1996. Webster's new world : USA: Macmillan1998.
29. World Health Organization : *Cancer pain relief and palliative care*. (Tech. Rep.No. 804.). Geneva1990..
30. Zerwekh, J.V : The dehydration question. *Nursing*(1983 ; 13(1) : 47-51.
31. Zerwekh, J.V : Do dying patients really need IV fluids ? *American Journal of Nursing* 1997 ; 97(3) : 26-30.

[Review Article]

Knowledge, Attitude and Clinical Skill of Family Physicians toward the Hospice Palliative Care

Chien-An Yao Tai-Yuan Chiu Wen-Yu Hu¹ Ching-Yu Chen

ABSTRACT

The urgent need to improve the care of dying patients has been the central message of many recent reviews of the current state of end-of-life care. The empirical research among diverse populations has suggested that the symptom control at the end of life is often inadequate. Psychological symptoms including anxiety and depression continue to be a major problem. Communication among patients, families and physicians about preferences for care and alternative treatment options, including hospice, is infrequent. Several commentators have suggested that changing care at the end of life will require fundamental shifts in the attitudes towards terminal illness among physicians. Currently, several educational programs designed to modify physicians' attitudes towards end-of-life care are underway. In 1998, American Academy of Family Practice published "Recommended Core Education Guidelines for Family Practice Residents in End-of-Life Care" and illustrated the residents' competencies about attitudes, knowledge and skills towards the end-of-life care. Since physicians learn best by participating in the care of patients, new educational innovation must dedicate time to teach physicians in the clinical arena where that care is delivered. A consequence of the work to date led the Liaison Committee for Medical Education to recognize the importance of physician competence in end-of-life care with a requirement that all accredited U.S. and Canadian medical schools include end-of-life care in their curricula. Evidence that palliative care education can change attitudes to terminal care supports the need for such education particularly among hospital doctors. In 1997, National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services suggested seven educational domains for end-of-life care applicable in the acute care hospital setting, including symptom control, communication skills, use of technology in end-of-life care, ethics, needs and values of the patient and family, other care settings, and legal issues. Barriers to improving education about end-of-life care in the acute care setting include inappropriate attitudes, lack of knowledge, poor practice behavior, and the rapidly changing system of health care economics. The acute care hospital will continue to be an important locus of care for many dying patients. Significant changes in educational culture, faculty development, and the supporting hospital environment are needed to effect meaningful improvements.

(*Taiwan J Hosp Palliat Care* 2005 : 10 : 2 : 139-145)

關鍵詞：緩和醫療 安寧療護 末期照顧 知識 態度 技能 醫師

Department of Family Medicine National Taiwan University Hospital
Nursing Department College of Medicine National Taiwan University National Taiwan University¹