

安寧緩和醫療之初次照會

黃建勳¹ 胡文郁¹ 姚建安² 邱泰源² 呂碧鴻² 陳慶餘²

緩和醫療照會是收治住院病患與溝通安寧理念的的重要途徑，而國內有關此方面之研究有限，本研究以北部某醫學中心初次安寧照會的 219 位癌症患者為對象，進行訪談紀錄。研究對象平均年齡為 63.1 歲，結果發現照會來源以院內其他病房最多(57.1%)，其次是急診(17.4%)和門診(16.9%)。癌症原發部位以肺癌(20.1%)、肝癌(18.7%)和結腸直腸癌(11.4%)居多。最初要求照會者包括醫護人員(79.5%)、家屬或照顧者(46.1%)，而病患本人只佔 5.0%。病人親自參與之會談只佔 39.3%，而協談者身份依序為兒女(65.0%)、配偶(40.4%)、媳婦或女婿(13.3%)。申請照會目的主要是病患身體症狀的控制(79.0%)，困擾病人的症狀包括疼痛(68.0%)、呼吸困難(34.7%)、疲倦虛弱(32.4%)等，嚴重程度幾乎都在中度以上。照會時病人意識狀態清醒者有 60.3%，溝通能力正常者約佔半數(51.6%)。知道診斷的病人有 68.5%，但確知預後的只有 38.8%。雖有 76.7%的病人已表達不做心肺復甦術，但絕大多數(81.3%)的病人仍未選定死亡的場所。在認知態度方面，會談前 30.2%的病人完全不瞭解安寧緩和醫療，會談後則有 72.1%的病患完全或大致接受；家屬則有過半數(53.7%)在會談前已完全或大致瞭解，會談後則高達 95.1%的比例完全或大致接受。會談後同意書完成簽署 158 份，簽署率有 72.1%，但其中病人親自簽署的同意書只佔 13.9%。病人參與會談組有 29.5%的同意書由病人簽署，沒有參與會談組中病人簽署的同意書只佔 4.1%。最常簽署同意書者為兒女(86.4%)，其次是配偶(41.6%)。由本研究顯示台灣末期照護之決策傾向以家庭為導向，如何進行本土化倫理決策值得進一步探討。

關鍵詞：安寧療護，緩和醫療，照會
(台灣醫學 Formosan J Med 2006;10:667-74)

前 言

台灣的安寧緩和醫療運動興起於 1980 年代，並於 1990 年成立第一所安寧病房，迄 2003 年 2 月為止，全國已有 29 個住院醫療單位，計 418 床 [1]，另有 43 家機構提供安寧居家療護。政府的健保政策也於 1996 年和 2000 年分別將安寧居家和住院療護納入給付範圍 [2]。此外我國於 2000 年 6 月 7 日公佈施行的「安寧緩和醫療條例」 [3]，使台灣成為亞洲各國中首先正式立法施行自然死的國家。儘管台灣的安寧緩和醫療推展運動漸受肯定，但由於起步較慢及傳統醫學教育的方向，因此治癒

目標的改變及溝通，仍存在相當之困境。有研究指出，部份醫院雖成立安寧緩和醫療諮詢小組，但其他專業醫師照會意願仍低 [4]。由於安寧緩和醫療照會，不僅是安寧病房收治病患的重要途徑，也是與病患、家屬及其他醫護人員溝通安寧緩和醫療理念的適當時機，更負有評估安寧緩和醫療需求、分配資源、提供初次療護及奠定病患家屬和團隊互動基礎之重任，而國內有關安寧緩和醫療照會之研究有限，因此值得進行深入的探討。本研究目的乃期望藉由探討安寧緩和醫療照會工作進行之現況，包括照會目的、協談對象、病人對疾病認知與決策、協談前後對安寧緩和醫療之態度改變，與同意書簽

台大醫院雲林分院社區及家庭醫學部，¹台大醫學院護理學系，²台大醫院家庭醫學部

受文日期 民國 94 年 10 月 17 日 接受刊載 民國 95 年 3 月 24 日

通訊作者聯絡處：邱泰源，台大醫學院家庭醫學科，台北市仁愛路一段一號

署概況等，作為發展本土化安寧緩和醫療及末期醫療決策模式之參考。

對象與方法

研究對象

本研究單位為北部某醫學中心，該院緩和醫療病房自 1995 年開設以來，病患照會需求量逐年增加，目前共有 17 床(3 間單人房、4 間雙人房及 2 間參人房)。每年住院約 506 個人次，病患主要來源包括其他病房或門、急診之照會個案，此外該病房亦提供安寧居家療護[5]。本研究對象為 2002 年 9 月至 12 月間，該醫學中心所有初次進行安寧緩和醫療照會的 219 位癌末病患。

研究方法

所有照會個案由三位安寧緩和醫療專科醫師，視病患和家屬實際需要，進行至少一次的訪視或會談，訪談結束時，由照會醫師給予「緩和醫療病房入院同意書」，同意書中載明：一. 已充分了解為癌症末期，同意接受安寧緩和醫療，且不再進行治癒性治療；二. 病危時不接受心肺復甦。立書人為病人或最有決定權之家屬。同意書可於當場或數日後簽署或退回，惟簽署同意者始得安排入住安寧緩和醫療病房。訪談記錄表均由照會醫師填寫，三位醫師透過例行性研究小組會議，於研究前與研究中維持對調查和記錄方式的共識，項目包括病患基本資料、會談對象、照會目的、病人功能與對疾病認知和決策、會談對象於會談前後對緩和醫療之認知與態度等。其中病人功能狀態評估包括 ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group- performance status rating score)、意識狀態和溝通能力；對疾病認知與決策項目包括「病人是否知道診斷」、「病人是否知道預後」、「病人是否做過後事的交代」、「病人選擇死亡的場所」、「病人是否不做治癒性治療」和「病人是否不做心肺復甦術」。會談前後對安寧緩和醫療之認知態度調查，視參與會談對象為病人或家屬分別記錄之。最後照會醫師再根據病人整體狀況評定最多三項最困擾病人之症狀，並評估其嚴重程度(0-10 分，10 分代表最嚴重)，同時研究者依據回收之同意書登錄簽署人身份和日期。

統計分析

資料收集編碼後，使用 SPSS for Windows 11.0 版統計套裝軟體進行描述性統計分析，包括次數分配、百分比、平均值和標準差等。另外對安寧緩和醫療之認知與態度的調查，將會談前瞭解程度依「完全不瞭解」、「不確定」、「稍微瞭解」、「大致瞭解」、「完全瞭解」，以 0-4 分 Likert scale 計之；會談後接受程度依「不能接受」、「不確定」、「大致接受」、「完全接受」，以 0-3 分 Likert scale 計分，並以 Spearman's Correlation 探討兩者間的關聯性。

結果

219 位照會病患男性較多(61.2%)，65 歲以上老年人佔 51.1%，教育程度高中以上者佔 42.5%，72.1%的病患已婚，其餘為離婚、喪偶或單身，病人來源以院內其他病房最多(57.1%)，其次是急診(17.4%)和門診(16.9%)。癌症原發部位以肺癌(20.1%)、肝癌(18.7%)和結腸直腸癌(11.4%)居多；要求初次照會者最多為醫護人員(79.5%)，其次是家屬或照顧者(46.1%)，病人本人只佔 5.0%。至於會談對象病人獨自參與者佔 7.3%，病人和協談者一起參與佔 32.0%，只有家屬參與協談最多佔了 60.7%。協談者身份大多為兒女(65.0%)、配偶(40.4%)、媳婦或女婿(13.3%)等，協談者角色以擔任主要決策者兼照顧者最多(85.2%)(表一)。

申請照會目的主要包括身體症狀的控制(79.0%)、死亡準備或病情告知(37.4%)、家屬照顧病人有困難(21.0%)及處理病患情緒問題(18.3%)(表二)。照會醫師評估最困擾病人的症狀，包括疼痛(68.0%)、呼吸困難(34.7%)、疲倦虛弱(32.4%)、食慾不振(13.2%)和腹脹(13.2%)等，嚴重程度幾乎都在中度以上(表三)。

表四顯示病患 ECOG 大多為 3 級(41.6%)或 4 級(44.3%)，可見初次進行緩和醫療照會時，多數病人整體功能狀態已不佳，此時意識狀態清醒者尚有 60.3%，另有五分之一的病患呈現譫妄(7.3%)、混亂(6.4%)或昏迷(6.8%)狀態；溝通能力完全正常者約半數(51.6%)，完全無法溝通者有 16.0%。知道診斷的病人有 68.5%，但確知預後者只有 38.8%；

表一：病患與會談者基本資料 (N=219)

項目	人數	百分比
病患年齡(平均 63.1±15.8 歲)		
<18	3	1.4
18-44	28	12.8
45-64	76	34.7
≥65	112	51.1
病患性別		
男	134	61.2
女	85	38.8
病人來源		
病房	125	57.1
急診	38	17.4
門診	37	16.9
他院	12	5.5
其他	7	3.2
要求照會者(複選)		
醫護人員	174	79.5
家屬或照顧者	101	46.1
病人本人	11	5.0
會談對象		
只有病人	16	7.3
病人和協談者	70	32.0
只有協談者	133	60.7
會談者角色(N=203)		
主要決策者兼照顧者	173	85.2
主要決策者非照顧者	16	7.9
主要照顧者非決策者	14	6.9
會談者身份(複選, N=203)		
兒女	132	65.0
配偶	82	40.4
媳婦 / 女婿	27	13.3
兄弟姐妹	24	11.8
親戚朋友	18	8.9
父母	8	3.9
其他	12	5.9

此外 29.7%的病患完全或大致瞭解死之將近,明確交代過後事者有相近的比例(30.1%),但絕大多數(81.3%)的病人均尚未選定死亡的場所。有 65.8%的病人決定不做治癒性的治療,也有 76.7%的病人不做心肺復甦術,餘為持相反意見或不確定患者。

比較會談對象(病人或家屬)於會談前後對於安

表二：申請安寧緩和醫療照會目的 (複選, N=219)

項目	人數	百分比
身體症狀控制	173	79.0
死亡準備或病情告知	82	37.4
家屬照顧有困難	46	21.0
處理病患情緒問題	40	18.3
原單位超長住院壓力	17	7.8
其他	6	2.7

表三：最困擾病人的症狀分析(複選, N= 219)

項目	人數	百分比	嚴重程度(分)*
疼痛	149	68.0	6.1±2.2
呼吸困難	76	34.7	6.8±1.8
疲倦(虛弱)	71	32.4	5.8±2.2
食慾不振	32	14.6	5.9±2.4
腹脹	29	13.2	5.7±2.5
意識不清	24	11.0	6.3±2.3
腹水	23	10.5	5.5±3.1
出血傾向	18	8.2	8.7±8.1
噁心嘔吐	17	7.8	4.6±2.7
憂鬱	15	6.8	4.9±3.1

*平均±標準差

寧緩和醫療之認知與態度時,發現會談前瞭解程度與會談後接受程度的相關性,在以病人($r=0.561$, $p<0.001$)或家屬($r=0.451$, $p<0.001$)為會談對象時均存在中度正相關。會談前 30.2%的病人完全不瞭解安寧緩和醫療, 25.6%的病人則大致瞭解,但會談後有 72.1%的病患完全或大致接受,仍不確定者有 23.3%,甚至有 4.7%不能接受;家屬則有半數以上(53.7%)在會談前已完全或大致瞭解,完全不瞭解者僅佔 8.9%,會談後則有高達 95.1%的比例完全或大致接受(表五)。

照會協談後,同意書完成簽署 158 份,簽署率為 72.1%,其中病人親自簽署的同意書共 22 份,只佔 13.9%,進一步分析病人參與會談與其簽署同意書之關係發現,參與會談組中 29.5%的同意書是由病人簽署,沒有參與會談組中病人簽署的同意書只佔 4.1%(表六)。分析其他簽署人身份,依比率高低分別為兒女(86.4%)、配偶(41.6%)、兄弟姐妹

表四：病人功能、對疾病認知與決策分析(N=219)

項目	人數	(百分比)
ECOG 等級		
1	10	(4.6)
2	21	(9.6)
3	91	(41.6)
4	97	(44.3)
意識狀態		
清醒	132	(60.3)
嗜睡	42	(19.2)
譫妄	16	(7.3)
混亂	14	(6.4)
昏迷	15	(6.8)
溝通能力		
正常	113	(51.6)
部分喪失	71	(32.4)
無法溝通	35	(16.0)
病人是否知道診斷		
是	150	(68.5)
可能是	38	(17.4)
可能否	15	(6.8)
否	16	(7.3)
病人是否知道預後		
是	85	(38.8)
可能是	102	(46.6)
可能否	17	(7.8)
否	15	(6.8)
病人了解死之將近		
完全瞭解	8	(3.7)
大致瞭解	57	(26.0)
稍微瞭解	116	(53.0)
完全不瞭解	21	(9.6)
不確定	17	(7.8)
病人做過後事的交代		
是	66	(30.1)
否	50	(22.8)
不確定	103	(47.0)
病人選擇死亡的場所		
醫院	23	(10.5)
家中	18	(8.2)
不確定	178	(81.3)
病人不做治癒性治療		
是	144	(65.8)
否	9	(4.1)
不確定	66	(30.1)
病危不做心肺復甦術		
是	168	(76.7)
否	3	(1.4)
不確定	48	(21.9)

(12.0%)、媳婦或女婿(6.4%)及父母親(4.0%)等。

討論

研究對象之平均年齡為 63.1±15.8 歲，與國內安寧病房病人平均年齡之 54.6-67.6 歲相近[1]，癌症原發部位以肝癌、肺癌和結腸直腸癌居前三名，也與我國 2003 年十大癌症死因排名相同[6]。本研究照會病人來源主要是其他病房(57.1%)，其次是急診(17.4%)和門診(16.9%)，與 1998 年賴氏[7]對全國九家安寧病房的調查：病人來源主要是門診(40.1%)、其他病房(31.4%)、他院轉入(10.6%)和急診(8.4%)等不同，推測其可能原因，本研究之安寧緩和醫療病房成立時間較早，院內各病房及急診對安寧療護有較長時間認識，故癌末病人之照會較普及，反之賴氏調查之九家醫院中，有六家醫院之安寧病房設立較晚，且其中四家不滿兩年，因此其他病房和急診之個案較少。此外照會病人也可能與入住之族群不同而影響結果的比較。

本研究中要求照會者主要是醫護人員(79.5%)和家屬(46.1%)，病人要求者只佔 5.0%，病人參與安寧照會的會談也只有 39.3%，之前的研究亦指出，接受安寧療護的意願以家屬的意見最高(79.8%)，其次才是病人自願(51.5%)和醫護人員的決定(45.9%)[7]，顯見東方文化中家族主義與醫療的父權主義對個體的主宰性很強[8]，此外由於對病情或緩和醫療的資訊不瞭解，也可能使病患居於被動的角色而喪失自主權，研究指出病情告知乃國內安寧緩和醫療病房醫護人員最常遭遇之倫理困境之一[5]，本研究中確知預後者僅佔 38.8%，「作死亡準備或病情告知」(37.4%)也是僅次於「控制病患身體症狀」(79.0%)之照會目的，而病患在會談前即大致瞭解安寧緩和醫療者也只有 25.6%，因此加強病情溝通與安寧療護宣導，仍是兩項重要的課題。此外協談者以兒女最多，其次是配偶，與姚等對照會病人的研究結果相同[9]，值得注意的是，媳婦或女婿在兩項研究中皆為第三高位，可能因東方文化中媳婦或女婿往往被視為家中重要成員，或常分擔照顧工作，故有較多的機會成為協談者，甚至參與決策，本研究也顯示 85.2%的協談人員既是主要照顧者也是主要決策者。

表五：病人與家屬於會談前後對安寧緩和醫療之認知與態度

項目	病人(N=86)		家屬(N=203)	
	人數	(百分比)	人數	(百分比)
會談前				
完全瞭解	0	(0.0)	8	(3.9)
大致瞭解	22	(25.6)	101	(49.8)
稍微瞭解	34	(39.5)	76	(37.4)
不確定	4	(4.7)	0	(0.0)
完全不瞭解	26	(30.2)	18	(8.9)
會談後				
完全接受	24	(27.9)	96	(47.3)
大致接受	38	(44.2)	97	(47.8)
不確定	20	(23.3)	6	(3.0)
不能接受	4	(4.7)	4	(2.0)

表六：病人是否參加會談與同意書簽署之比較

項目	病人參與會談(N=86)		病人沒參與會談(N=133)	
	份數	百分比	份數	百分比
有簽署同意書	61	70.9	97	72.9
病人簽署	18	29.5	4	4.1
非病人簽署	43	70.5	93	95.9
沒有簽署同意書	25	29.1	36	27.1

申請照會目的以控制病患身體症狀最多(82.3%)，與賴氏(97.8%)和姚氏(93.5%)的研究結果相同[7,9]，本研究亦顯示家屬照顧病人有困難(20.9%)與處理病患情緒問題(19.6%)也是尋求協助的重要原因，賴氏則報告 55.4%的入住原因是心理社會需求[7]，可見末期病人和家屬皆承受嚴重的身心煎熬，提供安寧療護時必須不忘身心靈的全人照護以及生死兩相安的終極目標。值得注意的是「原單位超長住院的壓力」也可能成為照會的理由(7.8%)，對於長期臥病的癌症患者，如何妥善安置，使其受到尊嚴地對待，是醫療人員的責任。

由於症狀控制是照會的主因，進一步由照會醫師評估最困擾病人的前三項症狀時，發現困擾度較高的前五名，依序是疼痛、呼吸困難、疲倦虛弱、食慾不振、腹脹，與過去邱氏[10]在北部和黃氏[11]在南部教學醫院安寧病房調查之病患症狀盛行率相近，可見末期病人常見之症狀可能亦為其最困擾之問題。此外本研究症狀之嚴重度幾乎都在中度以上(>5分)，尤其「出血傾向」一項更達到重度(>7.5

分)以上，而邱氏[10]的研究除疼痛為重度和呼吸困難為中度外，其餘皆在中度以下，乃因本研究以最困擾病人之前三項症狀作統計，與邱氏以住院病人症狀盛行率作調查有所不同。此外「安寧療護整合性照護納入全民健康保險給付試辦計畫」中列舉之住院適應症中有嚴重呼吸困難和嚴重嘔吐，本研究中呼吸困難(6.8±1.8)和噁心嘔吐(4.6±2.7)雖未達「嚴重」程度，但皆為最困擾病人的症狀之一，疲倦虛弱、食慾不振、腹脹、腹水等雖不在列舉適應症中卻也排名在最困擾病人的問題中，因此實際收案條件應視病人整體狀況靈活運用，方不失提供安寧療護的本意。

依據賴氏[7]的調查有 81.2%的病人進入安寧病房時意識狀態清醒，但本研究中照會對象只有 60.3%意識清醒，而且溝通能力正常者也只有 51.6%，由於該安寧緩和醫療病房於研究時期之平均住院天數為 9.4 天，比賴氏研究中平均之 15.5 天短，故可能因本研究病患轉介時間較接近臨終時期，所以意識狀態與溝通能力皆不佳，進而影響會



談的參與或同意書的簽署，未來應深入調查延遲轉介的問題，以提昇照護品質並保障病人的自主權。

本研究有近七成(68.5%)病人確知診斷，但僅約四成(38.8%)確知預後，「大致瞭解死之將近」與「做過後事交代者」皆僅占三分之一，英國的研究也指出 49.0%的癌症病人知道診斷及預後，而有 41.0%的病人雖然知道診斷，但對預後卻不是很清楚[12]。可能因多數病人尚未交代後事與選擇死亡場所，故「作死亡準備或病情告知」也成為照會目的中重要的一環。儘管以上發現顯示東方國家對於病情告知的躊躇，醫師為尊重病人的自主權，告知時也應該考慮病人的文化及宗教信仰，例如東方文化較傾向以家庭為導向的文化脈絡下之決定模式，而不採以個人為中心的模式[13]。研究顯示某些文化中基於避免病人承受真相的負擔，傳統上傾向由家人與醫療人員直接溝通，對病人真相告知會被視為傷害的行為而成為禁忌[14]。一項中日民眾對臨終態度的比較，仍有 30%左右的民眾不想知道無法治癒的事實[15]。此外確定不做治癒性治療的病患有 65.8%，略低於姚等對照會病人的研究(72.0%)[9]，而本研究中不做心肺復甦術者有 76.7%，則比姚等五年前研究之 69.0%略高[9]，可見經過多年安寧運動的推廣，或「安寧緩和醫療條例」之施行，能真正提高末期病患不接受心肺復甦術之意願，值得進一步的研究證實。

比較會談前後對安寧緩和醫療之認知態度，發現在會談前家屬比病患瞭解安寧緩和醫療的比例較高，推論其原因可能是家人較清楚病患病情，且有較多的機會提早接觸緩和醫療，或醫護人員較常和家屬討論病情；而不論病人或家屬，會談後接受安寧緩和醫療的比例均上升，故安寧緩和醫療照會確可促進醫病雙方的共識。研究中會談後仍有 23.3%的病患不確定接受緩和醫療，此部分病人除應加強溝通外，也應追蹤其意向以避免家屬之意願凌駕病人。值得一提的，安寧緩和醫療認知態度的調查乃針對參與會談之對象，對於 60.7%沒有參與會談的病人，其瞭解與認知狀態很可能低於調查結果，因此更加值得我們重視。

國內一項於「安寧緩和醫療條例」施行後之調查，發現大多數受訪的醫護人員(73.9%)都支持及認同條例中有自主能力的病人，應自己簽署意願書

之規定[16]，但本研究發現只有 13.9%的照會個案由病患親自簽署同意書，事實上條例中規定末期病人意識昏迷或無法清楚表達意願時，才由其最近親屬出具同意書，但何謂「無法清楚表達意願」則沒有明確的定義或說明。由於國內尚無統一的判定標準，本研究亦無進行病患自主能力之鑑定，但研究對象中意識狀態完全清醒(60.3%)、溝通能力完全正常(51.6%)與病患參與會談(39.3%)皆明顯高於病患親自簽署同意書(13.9%)的比例，故可見東方國家在文化傳統上家屬仍扮演關鍵性角色。有學者認為西方的生命醫學倫理源於個人主義與自由主義，而東方文化中家族主義則對個體的主宰性較強，致使醫療團隊所提倡的西方倫理價值，在華人的文化情境中，容易產生意識型態的對立與衝突[17]。也有研究報告指出在亞洲文化中家庭乃最小的決策單位，家人間互相信賴、家人參與並決策重要的健康議題乃存在的事實，在這樣的文化中病人有權將他們的決定權交與親人，並且相信親人會保障他的權益，家人也視此為免除病患背負決策包袱的作法[18]，尤其兒女為長輩擔負重大決定乃基本且重要的義務[19]，本研究中家屬簽署的同意書中以兒女最多(86.4%)可能也與此有關。

研究限制與建議

本研究以北部的醫學中心為例，無法推論至不同地區或規模之安寧緩和醫療病房。將來可針對要求照會者不同之身份(醫護人員、家屬或病人)，分別調查其照會原因、也可探討會談次數與時間對安寧緩和醫療接受度與同意書簽署意願等的影響，或對沒有參與會談或親自簽署同意書的病人作進一步的分析。

誌謝

本研究之完成，須感謝台大醫院家庭醫學部緩和醫療病房參與照會工作的同仁，也感謝謝翎玲小姐的文書處理。另外，對關心病人的權益而提出照會的原單位醫護同仁致以敬意。同時也感恩 219 位癌末病人及其家屬，對促進安寧療護發展的永恆貢獻。

參考文獻

1. 賴允亮：打造台灣安寧照顧系統。安寧療護 2004;9:21-7。
2. 中央健康保險局：安寧療護整合性照護納入全民健康保險給付試辦計畫。台北：中央健康保險局，2000。
3. 法務部：全國法規資料庫。台北：法務部全國法規資料庫工作小組，2004。
(<http://law.moj.gov.tw>)
4. 蔡麗雲、李英芬、張玉仕等：安寧擴展服務模式－日間療護需求之初探。安寧療護 2004;9:209-23。
5. Chiu TY, Hu WY, Cheng SY, Chen CY: Ethical dilemmas in palliative care: a study in Taiwan. *J Med Ethics* 2000; 26: 353-7.
6. 衛生署：衛生統計資訊網。死因統計結果摘要，2003。
(<http://www.doh.gov.tw/statistic/index.htm>)
7. 賴允亮、陸幼琴：建立全國安寧療護作業資料系統指標與臨床實驗計劃。行政院衛生署 87 年度委託計劃醫療保健工作研究報告，1998。
8. 蔡佩真：癌末家庭病情通之倫理困境與社會工作倫理辨明。安寧療護 2004;9:141-52。
9. 姚建安、邱泰源、胡文郁等：以病人家屬角度探討緩和醫療初次評估。中華家醫誌 1997;7:174-81。
10. Chiu TY, Hu WY, Chen CY: Prevalence and severity of symptoms in terminal cancer patients: a study in Taiwan. *Support Care Cancer* 2000; 8: 311-3.
11. 黃安年、藍召宴、盧秀杏等：某南部教學醫院安寧療護住院病患服務之分析。安寧療護 2004;9:224-35。
12. Bruera E, MacDonald RN: Nutrition in cancer patients: an update and review of our experience. *J Pain Symptom Manage* 1988; 3: 133-40.
13. Blackhall LJ, Murphy ST, Frank G, Michel V, Azen S: Ethnicity and attitudes toward patient autonomy. *JAMA* 1995; 274: 820-5.
14. Carrese JA, Rhodes LA: Western bioethics on the Navajo reservation: Benefit or harm? *JAMA* 1995; 274: 826-9.
15. 邱泰源：中日兩國民眾對終末期態度之比較。日本東京大學醫學系研究科碩士論文，1994。
16. 胡文郁、邱泰源、呂碧鴻等：醫護人員對「安寧緩和醫療條例」之教育需求。醫學教育 2001;5:21-32。
17. 蔡佩真：癌末家庭病情通之倫理困境與社會工作倫理辨明。安寧療護 2004;9:141-52。
18. Ersek M, Kagawa-Singer M, Barnes D, Blackhall L, Koenig BA: Multicultural considerations in the use of advance directives. *Oncology nursing forum* 1998;25:1683-90.
19. Levine RJ: Informed consent: some challenges to the universal validity of the Western model. *Law, Medicine, and Health Care* 1991; 19:207-13.



Initial Consultation for Hospice Palliative Care

Chien-Hsun Huang, Wen-Yu Hu¹, Chien-An Yao², Tai-Yuan Chiu²,
Bee-Horng Lue², Ching-Yu Chen²

Abstract: Consultation for hospice care is the main way for hospice admission and provides an opportunity to communicate the hospice principles. We collected a total of 219 terminal cancer patients with initial consultation for hospice care in a medical center of Northern Taiwan. The average age of patients is 63.1 years old and they came from other wards (57.1%), emergency room (17.4%) and outpatient clinics (16.9%). The common primary sites of cancer are lung (20.1%), liver (18.7%) and colon-rectum (11.4%). Hospice consultation was requested by medical staff (79.5%) and patients' family (46.1%), but only 5% by patients themselves. Only 39.3% of patients participated in the consultation discussion. This result revealed that family members and medical professionals dominate the decision making over the patient itself. Those who participated the consultation were patients' offspring(65.0%), spouse(40.4%), son or daughter in law (13.3%). The main purpose of consultation was for symptom control (79.0%). The symptoms that bothered patients most which evaluated by the consultant were pain (68.0%), breathless (34.7%), fatigue and weakness (32.4%), and etc. The severity of most symptoms was more than moderate degree. Patients with clear consciousness were 60.3% and among all patients half of them (51.6%) could communicate normally. There are 68.5% of patients knowing their diagnoses but only 38.8% of patients understood their prognosis. The patients who refused CPR are 76.7%, but the majority of all patients (81.3%) hadn't decided the place of death. Patients with no knowledge of hospice before consultation were 30.2%, but after consultation 72.1% of patients were able to accept palliative care. More than half (53.7%) of patients' family had complete knowledge of hospice before consultation and nearly all patients' family (95.1%) accepted it after consultation. Total of 158 (72.1%) informed consent were signed by patients or their family. Only 13.9% of consents were signed by patients themselves. Others were often signed by patients' offspring (86.4%), and followed by their spouse (41.6%). From above results, we concluded that the end-of-life decision making in Taiwan was related to the family-oriented culture.

Key Word: hospice, palliative medicine, consultation

(Full text in Chinese: Formosan J Med 2006;10:667-74)

Department of Community and Family Medicine, National Taiwan University Hospital Yun-Lin Branch; ¹School of Nursing, College of Medicine, National Taiwan University; ²Department of Family Medicine, National Taiwan University Hospital, Taipei, Taiwan

Address correspondence to: Tai-Yuan Chiu, Department of Family Medicine, National Taiwan University Hospital, Taipei, Taiwan

