

生命末期之病情告知與預立照護計畫

胡文郁 楊嘉玲*

摘要：「尊重病人的自主權」是末期照護的核心價值之一。本文先從醫學倫理原則與安寧緩和醫療條例的法律基礎談起，再分別簡述台灣推展安寧緩和醫療照護，最常遭遇的二個重要末期醫療倫理困境——「末期病情告知(truth telling)」與「預立照護計畫(advance care planning, ACP)」。末期病情告知是一個「人性化溝通」的動態過程，其簡要四原則(ACTs)為(1)告知前的評估與準備；(2)與家屬進行溝通；(3)告知過程的方式與內容；以及(4)告知後的支持與追蹤。而臨床實務執行ACP的方式與討論重點，可歸納出五個步驟：(1)呈現並說明主題；(2)促進結構式地討論；(3)完成書面文件簽署；(4)再度審視或更新預立醫療指示；以及(5)依預立醫療指示落實於實際的臨床照護情境。最後，列舉臨床常見末期病情告知與簽署預立醫療指示(advanced directives, ADs)的迷思與挑戰，包括醫療人員或家屬的心理障礙以及溝通技巧的不足等。總之，病情告知與ACP的過程是以促進病人末期生命自決權及善終為目標，具有意義的預立照護計畫討論源自互信的醫病關係，而「良好的溝通技巧」是病情告知及預立照護計畫討論的成功關鍵，能讓病人有機會自主地選擇符合個人意願的末期醫療照顧。

關鍵詞：生命末期、病情告知、預立照護計畫。

【臨床案例】

戴女士(以下簡稱病人)，61歲，喪偶且膝下無子嗣，有八位兄弟姊妹，被診斷為肝癌(hepatocellular carcinoma)，此次，因腹水及黃疸等症狀加劇，且意識狀態改變而被送至急診室。醫師建議病人住院接受化學治療，二個月後，主治醫師確認病人的病情已進展至末期且對治癒性治療反應不佳，告知大哥有關病人的末期病情，大哥要求醫護人員千萬不可以告知病人。但病人自覺身體狀況持續惡化，多次主動詢問主護護理人員為何病情未見改善，護理人員礙於大哥的囑咐，設法安慰病人，並告知醫師病人想瞭解病情的意願，但醫師回應家屬已知曉病情，完全尊重家屬不告知病人的決定。某日，病人突然大吐血，且身體感到相當虛弱，終於忍不住地詢問並要求主治醫師告知病情，病人得知病情已是末期，表示可以接受，且當下主動提出當其病危時，期望自己能擁有良好的末期生命品質，請不要再為她進行任何侵入性的治癒性治療，於是病人在意識清楚情況下自行簽署「不施予心肺復甦術(do not resuscitation, DNR)」意願書，並請託大弟和弟媳為見證人。

不幸病人於簽署意願書後的次日小夜班，病情急遽惡化，醫護人員僅聯絡上二姐，其到院後，當場要求醫護人員務必施以心肺復甦術，經溝通無效，醫師遂出示病人自行簽署之「不施予心肺復甦術意願書」(正本)，二姐旋即搶走並撕毀，憤怒指稱此意願書是病人在意識不清楚的狀態下，被醫護人員引導所簽署的，故強烈要求醫護人員務必將病人轉入加護病房，否則揚言要對醫護人員提出法律訴訟。醫師未能聯絡上見證人，於是乎醫護人員遵照家屬的要求，為病人施行各種侵入性急救措施，並轉入加護病房…。

此案例除了突顯末期「病情告知(truth telling)」與「預立照護計畫(advance care planning, 以下簡稱ACP)」的議題外，所呈現的臨床情境讓你我反思並學習到了什麼？您覺得病人的自主權受到尊重了嗎？病人家屬與醫護人員的做法適當嗎？若您是現場的醫護人員，您會如何面對家屬不捨與矛盾的反應，並處理此末期醫療倫理困境呢？

國立台灣大學醫學院護理學系所副教授兼任附設醫院護理部副主任 國立台灣大學醫學院護理學研究所博士生*

受文日期：97年11月2日 修改日期：97年12月5日 接受刊載：97年12月28日

通訊作者地址：胡文郁 10051台北市仁愛路一段一號

電話：(02) 23123456-88428

前言

醫療人員進行末期醫療決策時，應該以「誰」為依歸呢？台灣已於2000年立法通過「安寧緩和醫療條例」，其立法精神成為台灣在推展生命末期照護及尊重個人「生命自主權」發展史上的一個重要里程碑。提供一個「以病人為中心，家庭社會文化為脈絡」的良好末期醫療照護，實應尊重病人的價值觀、喜好與期望，包括：病人能有機會思考及決定其末期生活與醫療方式；醫療代理人能夠及早準備以扮演好其角色；家人間能有機會與病人一起討論病人生命末期的相關醫療事項，及早進行死亡準備並安排後事等，以促進末期醫療決策過程中病人的自主性，達到尊嚴死亡與善終的目標，因此，「事先與病人溝通說明，並安排預立照護計畫」以瞭解病人的期望和考量是很重要。

近年來，無論在臨床實務或政策上，尤其是進行延長生命的治療決策時，「分享治療決策(shared treatment decision-making)」的觀念日益受到重視。歐美及日本等國家均相當重視ACP與預立醫療指示(advanced directives，以下簡稱ADs)之相關議題。我國在臨床實務上常發生的情況是病人未簽署預立「不施予心肺復甦術(DNR)」意願書或指定醫療代理人，當病人意識昏迷或無法表達意願時，醫療人員「不予施行心肺復甦術」是不適當且違法的；即使病人有參與末期醫療照護計畫的決策過程，若病人於不了解病情的情況下，無法權衡可能的機會而進行自主地選擇，其決策可能會被扭曲。現階段我國憲法及相關法令的立法精神雖然涵括此概念，但也應開始思考如何落實安寧緩和醫療條例，以避免發生如前述戴女士案例的情境，讓病人擁有真正的自主權來選擇其末期醫療照護的意願。

首先從醫學倫理原則與安寧緩和醫療條例的法律基礎，加以說明如下。

倫理／法律基礎與發展背景

尊重病人的「自主權」是末期照顧的核心價值之一。自1950年後，受米勒自由論的影響，民眾對「醫療自主權」的要求日益增加，個人均有權依照個人的信仰、價值觀與生活信念，在充分的資訊下，自由選擇與決定其所要的生活型態，進而展開病人是醫療主體而非客體的運動，如：選擇醫療照護方

式(Latimer & Lesage, 2005)。故醫療人員常會應用自主(autonomy)、利益(beneficence)及不傷害(non-maleficence)等醫療倫理原則，依個案在臨床情境的現況，來決定各倫理原則的權重比例，以求得科學與人文情境脈絡間的平衡(Latimer & Lesage, 2005)。學者Louis Kutner於1930年首倡ADs的觀念，將尊重個人自主權的精神，延伸至其喪失決策能力之後，並於1969年提出「生前預囑(living will)」一詞，為了進一步確保病人生命的價值觀能被了解及尊重，以及維護病人選擇或拒絕醫療處置的權利，美國聯邦政府遂於1991年通過「病人自決法案(Patient Self-Determination Act, PSDA)」(Emanuel, 2000; Emanuel, Danis, Pearlman, 1995)。英國、紐西蘭、西班牙及加拿大等國也相繼設有相關法律。

相較於歐美國家，日本和台灣等東方國家也逐漸關切此議題，台灣更是亞洲第一個立法施行自然死法案(Natural Death Act)的國家。「安寧緩和醫療條例」明確指出「醫生為末期病人實施安寧緩和醫療時，應將治療方針告知病人或家屬，但當病人有明確意思表示欲知病情時，應告知主治醫師有告知末期病情的責任與義務」，讓病人了解末期病情，實為落實安寧緩和醫療條例及簽署ADs意願書之重要關鍵。但臨床實務上，華人社會文化忌談「死亡」相關議題，家屬更是拒絕醫療人員告知病人末期病情真相，致使病人因不了解病情，而無法參與末期醫療自主決策的機會，加上華人非常重視「家庭或家族」的觀念，個人的意見常被隱沒，甚至感到茫然而不知所措(胡、邱、陳，2004)。以下就分別簡述台灣推展安寧緩和醫療照護，最常遭遇的二個重要末期醫療照顧議題——「病情告知」與「預立照護計畫」。

病情告知

一、定義與重要性

西元前400年西波克拉底(Hippocrates)最早提及「病情告知(truth telling)」一詞。就概念性定義而言，「告知(disclosure)」是指將事情公開化或讓對方知道，告知的內容包含：「誰告知(who)、何時告知(when)、告知誰(whom)、如何告知(how)以及告知什麼(what)」等五個面向。末期病情告知是指醫療人員告訴病人末期病情的壞消息(breaking bad news)，並與之溝通(communication)。在台灣多數家屬認為告知病人為疾病末期，等於是「宣判死期」，病人會喪失

生意志，所以，家屬會要求醫護人員隱瞞病情，致使病人常在醫護人員或家屬持續評估與等待「告知機會」時，病況急遽變化或意識不清而喪失「生命自主」的機會（Hu, Chiu, Chuang, & Chen, 2002）。臨床實務上病情告知的歷程實為相當複雜，但依照病情告知的認知與溝通型態，可簡單歸納出「坦誠公開、相互偽裝以及懷疑封閉」三種，後二者常讓病人無法做好死亡準備或完成心願，故傳達壞消息給病人或家屬是末期醫療照顧相當困難的責任之一，與末期病人和家屬的溝通技能也成為要不斷學習的重要課題。

二、病情告知的原則與策略

末期病情告知是一個「人性化溝通」的動態過程，醫護人員需要培養察覺病人特質、家屬情緒反應以及工作環境獨特之處的敏感度，以協助末期病人有機會自主性地選擇符合個人意願的末期醫療照顧。茲將末期病情告知的簡要四原則（ACTs）（胡、蔡、鄭，2007），予以概述如下。

（一）告知前的評估與準備（Assessment and preparation）：(1)評估病人的特性與意願：醫護人員可以用提問的方式，向病人或家屬開啟談論末期病情的話題，關懷病人對疾病與治療的感受，如：「您可以說一下您目前身體的狀況是…？」。接著瞭解末期病人個人想知道病情的意願，如：「您對自己病情的瞭解是…？」、或「您想要瞭解自己目前病情或治療狀況嗎？」…等，醫護人員可以協助病人釐清思緒及表達自己的感受是首要工作（American Medical Student Association, 2005）。告知病情前，先評估病人的特性是一項很重要且必需的醫療活動（趙，1996），如：病人慣用的語言（母語）、溝通方式（Harvey, 2003）、社會文化與經濟背景、認知能力、對疾病與死亡的看法或感受等。(2)病情告知內容的計畫與自我準備：醫師是末期病情的主要告知者，告知前，要先思考並統整想要對病人傳達的內容，如：診斷及未來治療計畫等完整與適切的疾病相關訊息（American Medical Student Association, 2005），並確定您能提供足夠的會談時間。(3)與病人談論的時機：最好尊重「病人」的決定，並主動和醫療團隊成員共同合作收集訊息，與家屬建立病情告知的共識。(4)準備適切地會談環境：安排「安靜且具隱私的告知環境」，主動邀請病人期望出現的人，避免使用電話告知末期病情。

（二）與家屬進行溝通（Communication with family）：(1)同理家屬的情緒：針對不願告知末期病情的家屬，

聆聽其想法，讓家屬有時間抒發其情緒與感受，讓家屬知道醫療團隊人員將會給予支持和協助，共同做為病人最有力的後盾。(2)接受並協助家屬處理低潮或負面的情緒與行為反應：讓家屬瞭解告知末期病情後，病人可能會出現不相信、絕望、自責或憂鬱等低落情緒，這都是可預期的正常反應。有時家屬自己無法接受家人面臨生命末期的情況而爆發負向情緒，醫護人員宜給予他們時間來調整心情。(3)建立醫護人員與家屬間的互動與共識：醫護人員可以針對病人的特性與情況，與家屬充分溝通和討論。必要時，主動召開「家庭會議」，協助家庭成員與醫療團隊人員能夠達成末期病情告知的共識與方向（Hu et al., 2002）。

（三）告知過程的方式與內容（Truth-telling process）：

(1)告知內容：每位病人都有自己的獨特性，病情告知的方式與說明的內容，應視病人的特質與反應來調整。內容應包括預後、目前所提供的醫療處置以及後續的協助與轉介服務。儘量以緩和漸進的方式告知病情，需要時，應分次或多次地告知，並檢視病人瞭解病情的程度。(2)告知的方式與態度：使用病人可以瞭解的語言或字句告知病情，宜詳細地說明且盡量清楚明白；注意自己的肢體語言，以同理、親切和誠懇地態度，仔細聆聽並接受病人的情緒。提供充分的時間與機會讓病人詢問病情，並誠實且清楚地提供符合病人需求的資訊。(3)分次告知：當病人甫知「壞消息」時，注意力不容易接收太多其他資訊，醫護人員要有「分次告知」或「重覆說明」的心理準備（Norton & Bowers, 2001）。(4)處理病人或家屬的反應：觀察病人或家屬的語言反應及肢體語言，宜使用同理的語詞，並儘量避免與病人或家屬爭執及過度防禦。

（四）告知後的支持與追蹤（Support and follow up）：

(1)鼓勵病人表達並同理病人的情緒：告知病人末期病情後，醫療團隊仍要持續追蹤病人知道病情後的反應，安排會談以引導病人表達自己的情緒感受及擔心的問題，以及知道末期病情對病人的意義是什麼？提供病人後續地照顧或轉介其他專業人員的協助，並留下便於聯絡的方式，適時提供心理情緒、社會及靈性方面的照顧，陪伴末期病人渡過人生的低谷期（趙，1996），不要讓病人及家屬有被放棄的感覺。(2)確認病人對資訊瞭解的程度：確認病人對末期病情瞭解的程度與感覺，給予符合實際的希望；病情告知是一種「動態的互動過程」，有許多地方需要視個人與個別家庭而仔細拿捏。(3)紀錄會談的內容並予以追蹤：結束會談時，簡要地記錄會議內容，說明未來有哪

些醫療照顧可供選擇，並確立下一步的計畫。如：排定後續的會談時間，並確認病人及家屬明瞭您不會離棄他們，如：「我們會一直照顧您，…」。

預立照護計畫 (Advance Care Planning)

一、定義及目的

預立醫療指示(ADs)係指一個人意識清楚且具有決策行為能力時，為自己未來可能失去決定能力的情況，預先規劃個人所期望獲得的末期醫療處置與照護，並將此意願作一個預先的書面陳述、指示與說明文件，此文件需由見證人簽署後(正本置於病人病歷)，才有立法的保障效力，避免如戴女士撕毀意願書的情形發生。「預立照護計畫(ACP)」係指一個病人、醫療人員及家屬或代理決策者間，針對如果當病人罹患重病致無法思考自身的醫療照護時，未來期望及偏好的醫療照護計畫的一個持續討論的過程。但臨床實務執行ACP的結果，往往是病人或家屬簽署ADs，如：代理人或任何書信等資料(Marquis, 2001; Moore, 2007; Starks, Vig, & Pearlman, 2007)。實際上ADs不應該只被視為一項法律文件的簽署，健康照護專業人員若能藉由ACP的溝通過程，來澄清病人或家屬對生命末期照護期望與自我對生命的價值、信念與生活品質的看法以及治療偏好，才是真正發揮ACP的精神(Tulsky, 2005)，藉此指引病人自主性地選擇其適切性的末期醫療決策。

二、執行原則與過程

ACP包含二項基本要素，即(1)思考病人醫療照護的偏好和目標：例如：對受苦(suffering)、生命尊嚴或不施給或撤除治療的看法；(2)與其最親愛的家人、醫療委任代理人、健康照護提供者進行溝通：病人則須考量醫療委任代理人，是否在病人發生緊急狀況時，能立即趕到醫院為病人簽署同意書等法律文件(Starks et al., 2007)。否則前述案例戴女士的二姐，到院撕毀病人「預立不施予心肺復甦術」意願書的情形可能會發生。

針對Emanuel等人(1995)及Marquis(2001)提出ACP的執行方式，以及多位專家學者建議ACP的討論方向與重點(Marquis, 2001; Moore, 2007; Starks et al., 2007)，綜合整理出臨床實務可進行的五個步驟如下。

(一)呈現並說明主題(presenting and illustrating topic)

醫療人員較能適時提出有關預立醫療計畫的主題，說明基本概念及其可能帶給個人和家屬的利益，並徵詢病人進行ACP的意願，可提供ADs手冊、錄影帶或書面資料等相關資訊，讓病人充分了解自己目前的疾病診斷、預後以及可以選擇的醫療照護方式等，尊重病人的價值觀和信念，以確保病人參與自身醫療決定的權利。有研究顯示，91%病人表示應在罹患嚴重疾病之前討論ADs，如：高齡或慢性病等，應儘早啟動ACP討論，並將ACP的討論列入醫療照護常規中進行，且定期更新，特別是病人健康狀態改變時，應邀請病人、醫療決策代理人及家人共同參與(Marquis, 2001; Moore, 2007; Starks et al., 2007)，醫療決策代理人需是一位真正了解病人價值觀、醫療照護目標及偏好者，且必須具有決策力。

(二)促進結構式地討論(facilitating a structured discussion)

詢問病人或代理人看過資料或與家人討論後，鼓勵提出疑問予以澄清，並確認病人已正確了解簽署ADs文件的目的，引導病人思考自己的生命價值信念、醫療目標及各種治療的意願，如：對疾病想了解多少？討論過程希望誰在場？對你而言最重要的事情是什麼？等。會談過程盡量鼓勵病人慢慢思考相關的決定，並澄清病人不切實際的期待或決定。

(三)完成書面文件簽署(completing document with advanced directives)

簽署正式文件前，醫師應確認病人已經充分思考，並和家人與指定代理人討論過，在病人有決策能力下簽署；與病人及指定代理人一起檢視ADs的初稿內容，確認兩位見證人已在文件上簽字，也必須告知病人，簽署後想要改變所接受的治療或指定代理人，可以隨時更改ADs文件。

(四)再度審視或更新預立醫療指示(reviewing and updating the ADs)

當病人健康狀況改變時，病人接受維生性治療的意願會隨時間而改變，醫師應鼓勵病人再次思考其先前表達的價值觀與照護目標，重新做出醫療的選擇，最好定期審視病人或代理人所簽署的文件內容，必要時予以修改。

(五)依預立醫療指示落實於實際臨床照護情境(apply-ing the ADs in clinical circumstances)

當病人因疾病或意外喪失決定能力時，醫師必須告知家人和代理人病人的健康狀況適用其先前已擬定之ADs，如果病人已簽署ADs表明拒絕接受心肺復甦術，醫師應在病歷上加註不予急救醫囑(DNR

order)，當家屬有不同意見或衝突時，醫師除了可以召開家庭會議盡力溝通以協助家屬間達成共識外，必要時，可尋求醫院倫理委員會或法院的意見，期望能兼顧尊重病人自主權與避免醫療爭議。否則可能會發生本文案例戴女士的臨床情境，醫療人員因家屬的意見和病人ADs的內容產生衝突而陷入「尊重病人自主權」和「避免醫療糾紛」之兩難困境。

常見的迷思與挑戰

癌末病情告知常被視為一種溝通藝術，有時醫護人員進行不當地病情告知，反而會造成末期病人、家屬或醫護人員的傷害。許多完成ADs簽署者，其ACP過程仍有些步驟未妥善處理，甚至並未經過思考與討論過程，例如：對簽署拒絕的醫療照護內容並不完全了解、醫療人員並不知道病人已簽署預立醫療指示、醫療人員及代理人對簽署內容不清楚等(Starks et al., 2007)。在台灣90.9%醫療人員曾有DNR經驗，但僅37.5%得到病人同意(邱、莊、吳、陳、胡，2003)。茲列出以下幾項我國臨床常見末期病情告知與簽署ADs的迷思與挑戰：(1)末期病情告知前，未充分評估病人的特性或意願，缺乏與家屬溝通或達成共識；(2)文化和健康照護傳統，病人及醫療或照顧人員忌諱談死亡且多鼓勵積極治療，不願談論生命末期相關議題，醫護人員或家屬未能掌握告知末期病情的時機；(3)告知內容過於專業化或制式化，沒有充分的時間說明病情，對疾病末期及維生治療之語意含糊且表達不夠清楚；(4)醫師未向病人或家屬充分說明後續的治療，且醫療團隊缺乏溝通與互動，未察覺及後續追蹤病人或家屬的心理情緒反應及衝擊；(5)醫護人員或家屬無法處理或解決病人得知病情後的情緒反應，並提供支持；(6)醫師過度期待一次病情告知的效果，過度強調急救成效，給予病人不切實際的期待與希望；(7)病人家屬常拖延至病人病況危急時，才想要討論ADs，致開始進行ACP的時機太晚；(8)礙於醫療照護人員本身對於ADs或ACP的知識及技能不足，末期病人會擔心遭到濫用或無法充份落實(蔡、潘、吳、邱、黃，2006)。

結 論

對每位病人而言，他們都有其獨一無二的過去、現在、價值觀及生活目標，且在其人生盡頭時，展現他們始終如一的一生是深具意義的。國際護

士協會(International Council of Nurses, ICN)倫理規範提及：「護理人員在提供醫療照護時，應尊重病人個人的價值觀、習慣和信仰」，病情告知與ACP的過程是以促進末期病人生命自決權及善終為最終目標，有研究證實「良好的溝通技巧」是病情告知及ACP討論成功的關鍵，而具有意義的ACP討論是源自於病人與臨床人員間互信的關係(Tulsky, 2005)，持續性與整體性的ACP過程，能隨著疾病進展去監測病人醫療照護目標改變的重要方式之一(Starks et al., 2007)。因此，醫護人員應不斷地練習倫理性思維和培養同理心與文化的敏感度，察覺病人與家屬的反應及最大的利益進行調整，讓病人有機會能自主性地選擇符合自己想法與意願的末期醫療照顧，以答覆末期病人與家屬的照顧需求與期待。

參考文獻

- 邱泰源、莊榮彬、吳英璋、陳慶餘、胡文郁(2003)。
改善末期醫療決策之相關研究—以行為意向理論檢視執行「台灣安寧緩和醫療條例」影響因素。行政院國家科學委員會研究計畫成果報告(NSC92-2314-B-002-296)。
- 胡文郁、邱泰源、陳慶餘(2004)。
癌症末期真相告知指引之訂定：癌末患者、家屬、醫師及護理人員的態度和行為意向觀點。國民健康局92年科技研究發展計畫(DOH92-HP-1508)。
- 胡文郁、蔡甫昌、鄭安理(2007)。
癌末病情告知指引。台北：行政院衛生署國民健康局。
- 趙可式(1996)。
臨終病人的病情告知。安寧療護，1(1)，20—24。
- 蔡甫昌、潘恆嘉、吳澤玫、邱泰源、黃天祥(2006)。
預立醫療計畫之倫理與法律議題。台灣醫學，10(4)，517—536。
- American Medical Student Association. (2005). *How to deliver a terminal diagnosis to patient: A helpful approach*. Retrieved November 15, 2005, from <http://www.amsa.org/dd/termdiag.cfm>
- Emanuel, L. L. (2000). Living wills can help doctors and patients talk about dying. *Western Journal of Medicine*, 173(6), 368—369.
- Emanuel, L. L., Danis, M., & Pearlman, R. A. (1995). Advance care planning as a process: Structuring the discussion a practice. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43(4), 440—446.

- Harvey, P. (2003). *Guidelines on the breaking of bad news*. Yorkshire, UK: Department of Clinical and Health Psychology.
- Hu, W. Y., Chiu, T. Y., Chuang, R. B., & Chen, C. Y. (2002). A professional perspective: Solving family-related barriers to truthfulness in cases of terminal cancer in Taiwan. *Cancer Nursing*, 25(6), 486–492.
- Latimer, E., & Lesage, P. (2005). An approach to ethical issues. In M. D. Oneschuk, N. Hagen, & D. Doyle (Eds.), *Palliative Medicine: A Case-based Manual* (pp. 241–260). New York: Oxford University Press.
- Marquis, D. K. (2001). *Advance care planning: A practical guide for physicians*. Chicago: American Medical Association.
- Moore, C. D. (2007). Advance care planning and end-of-life decision making. In K. K. Kuebler, D. E. Heidrich, & P. Esper (Eds.), *Palliative end-of-life care: Clinical practice guidelines* (pp. 49–62). Philadelphia: Elsevier.
- Norton, S. A., & Bowers, B. J. (2001). Working toward consensus: Providers' strategies to shift patients from curative to palliative treatment choices. *Research Nursing Health*, 24(4), 258–269.
- Starks, H., Vig, E. K., & Pearlman, R. A. (2007). Advance Care Planning. In L. L. Emanuel & S. L. Librach (Eds.), *Palliative care core skills and clinical competencies* (pp. 220–234). Philadelphia: Elsevier.
- Tulsky, J. A. (2005). Beyond advance directives: Importance of communication skills at the end of life. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 294(3), 359–365.

Truth Telling and Advance Care Planning at the End of Life

Wen-Yu Hu • Chia-Ling Yang*

ABSTRACT: One of the core values in terminal care the respect of patient 'autonomy'. This essay begins with a discussion of medical ethics principles and the Natural Death Act in Taiwan and then summarizes two medical ethical dilemmas, truth telling and advance care planning (ACP), faced in the development of hospice and palliative care in Taiwan. The terminal truth telling process incorporates the four basic principles of Assessment and preparation, Communication with family, Truth-telling process, and Support and follow up (the so-called "ACTs"). Many experts suggest practicing ACP by abiding by the following five steps: (1) presenting and illustrating topics; (2) facilitating a structured discussion; (3) completing documents with advanced directives (ADs); (4) reviewing and updating ADs; and (5) applying ADs in clinical circumstances. Finally, the myths and challenges in truth telling and ADs include the influence of healthcare system procedures and priorities, inadequate communication skills, and the psychological barriers of medical staffs. Good communication skills are critical to truth telling and ACP. Significant discussion about ACP should help engender mutual trust between patients and the medical staffs who take the time to establish such relationships. Promoting patient autonomy by providing the opportunity of a good death is an important goal of truth telling and ACP in which patients have opportunities to choose their terminal treatment.

Key Words: end of life, truth telling, advance care planning.

RN, PhD, Associate Professor, Department of Nursing, College of Medicine, National Taiwan University & Deputy Director, Department of Nursing, National Taiwan University Hospital; *RN, MSN, Doctoral Student, Department of Nursing, College of Medicine, National Taiwan University.

Received: November 2, 2008 Revised: December 5, 2008 Accepted: December 28, 2008

Address correspondence to: Wen-Yu Hu, No. 1, Jen-Ai Rd. Sec. 1, Taipei 10051, Taiwan, ROC.

Tel: +886 (2) 2312-3456 ext. 88428; E-mail: weyuhu@ntu.edu.tw