

癌末期病人之照護體系-台灣安寧緩和醫療 文獻之回顧

邱泰源^{*,**} 胡文郁^{***} 鄧錦惠^{*} 鄭逸如^{**} 莊榮彬^{****} 陳慶餘^{**}

癌末病人日益增多，照顧癌末病人也成為醫療體系中不可欠缺的一部份。過去十多年來，國內有識之士，曾耗費過大量時間、經費及人力完成各類研究資料，其研究成果對未來本土化安寧緩和醫療工作推展將有極大助益。本研究即據此而進行國內安寧緩和醫療癌末照顧相關研究文獻之查證工作，希望提供國內進一步建立完整癌末照顧體系最有效率的努力方向及工作重點。本研究之方法為蒐集國內所有有關安寧緩和醫療癌末照顧之原著報告共 58 篇，並進行專家審閱工作，除提出一般量性及質性結果外，同時建立新的研究理論架構，依推展目標的分類，進一步提出評論及建議。結果顯示：有關文獻最早為 1985 年，其後數量有逐年增加之趨勢，其中以碩士論文最多(31.0%)，內容則側重心理層面(17.3%)，就類別而言則以實務性研究居多(51.7%)，研究方法則以量性研究最多(74.1%)，而取樣方式主要為非隨機抽樣法(82.8%)。至於質性結果則是將各文獻查證結果，依研究理論架構之項目分別列述，並提出建議。本研究結論為：提供有效及整體性之教育為台灣安寧緩和醫療推展之必要工作，本研究建議國內未來安寧緩和醫療工作推展及研究重點為：1.持續推展死亡教育及宣導安寧緩和醫療理念。2.持續探討本土化追求善終之道。3.適切地引進宗教力量於安寧緩和醫療工作。4.建立臨床工作之倫理困境指引。5.建立癌痛及常見症狀之照顧指引。6.發展國內癌末生活品質評量工具及臨床應用。7.增強心理調適及哀傷輔導之落實。8. 提昇社區醫療人員的癌末照顧能力與資源整合。9. 發掘與建立癌末照顧之人才資料庫與照顧團隊合作方式。10.安寧緩和醫療法儘速立法與落實。11.進行成本效益分析須包括生活品質與家庭社會成本。12.爭取合理健保給付。13. 普遍施行服務品質稽核工具。14.安寧緩和醫療納入醫學教育必修課程。15.生命教育納入國中小學之正式課程。

關鍵字：安寧緩和醫療，癌末病人，文獻查證，照顧體系
(台灣醫學 Formosan J Med 2002;6:332-339)

前 言

台灣地區目前一年有三萬一仟人因癌症而死亡，其中大多數病患在其癌症末期時，皆承受了身、心、靈之極大的煎熬後痛苦而死，這實為醫療照顧體系的一大缺憾。有鑑於此，國內有志之士早已有倡導臨終關懷之議題，1990 年馬偕醫院正式成立國內第一家安寧病房，以提供癌症末期病患身、心、靈整體性的團隊照顧。在研究

方面，早在國內安寧病房開設之前已有癌末照顧相關研究，但因本土經驗較少，且照顧理念尚未成形，研究報告不多。而自 1990 年來衛生署及國科會有關安寧緩和醫療研究計劃漸增，各大專院校也有不少教師及研究生投入癌末之研究，隨著安寧緩和醫療需求增加，有關研究工作也漸增加，至今也累積不少本土化研究資料。另外，國內安寧緩和醫療的發展，應該根據過去本土研究的結果及經驗，並參考國外發展模式，規劃一套

台大醫學院社會醫學科^{*}，台大醫學院暨附設醫院家庭醫學部^{**}，台大醫學院護理學系^{***}，
亞東紀念醫院家庭醫學部^{****}

受文日期 民國 90 年 7 月 25 日 接受刊載 民國 91 年 3 月 7 日
通訊作者連絡處：胡文郁，台大醫學院護理學系，台北市仁愛路一段一號

完整的癌末安寧緩和醫療體系。

國內癌末照顧體系上，頗有困惑及爭論處則包括：1.安寧緩和醫療認知、態度、行為意向：如病人家屬及醫療人員態度、死亡文化觀、癌症及治療認知。2.初次評估：何種病人適合安寧緩和醫療、入院限制、同意書內容等。3.照顧機構及模式：住院、居家、日間照顧的設立及其適應情況、人力資源、成本效益、症狀處理、護理照顧、照顧品質指標。4.生活品質及善終情形：生活品質指標、善終指標。5.其他：如何提供適切治療、倫理困惑之解決指引等[1-5]。以上困惑及爭議處的探討及解決，深切影響良好安寧緩和醫療體系的建立，而要有效率的了解國內需求及問題所在，以國內過去已耗費大量時間、經費及人力來完成的各類研究資料最值得參考，然而，國內學術界尚未進行此類之文獻查證工作，殊為可惜。因此，如何完整地蒐集國內有關安寧緩和醫療的研究成果及文獻報告，並參考國外經驗及文獻[6-12]，提出正確的方向及有效的方法，來進一步協助完善癌末照顧體系之建立，已為刻不容緩的重要工作了。因此本研究目的為：1.蒐集國內安寧緩和醫療相關研究結果及文獻報告。2.進行文獻內容分析，並邀請專家評論。3.建立新的安寧緩和醫療照顧體系理論架構，重新歸類分析，呈現本土資料。4.提出正式之評論及建議，作為建立本土化癌末照顧體系的行政推展及學術研究之理論基礎。

材料與方法

研究材料

本研究之蒐集對象為國內 1999 年 6 月前，所有有關「癌症末期/安寧療護/緩和醫療」之原著性研究成果，包括：經專業審查之期刊論文、博碩士論文以及研究計畫成果報告，總共 58 篇作為本研究主要結果分析之用。同時也以「palliative care or hospice care」and「review」為關鍵詞，在 Medline 上，收集國外相關文獻，共 1140 篇，予以分類統計以做為討論之用。

研究方法

研究方法及過程包括：1.文獻查詢；2.文獻審閱評量工具之設計；3.由相關專家針對文獻審閱評論及整理，並建立新研究理論架構；4.以專家會議提出評論及建議等四個步驟進行，以下分別論述之：

一、文獻查詢

本研究查詢國內所有相關文獻，但只採用較嚴謹或經審核過之原著性論文及報告。查詢方法是分別利用所有相關電腦網站、電話和全國安寧照顧團體之詢問，並查閱所有相關期刊目錄，同時研究人員親自前往各圖書館查詢，並索取全文等方式蒐集可能相關研究文獻，共得 58 篇原著性論文及報告[13-29]，以此作為本研究查證結果之用。國外文獻則以「palliative care or hospice care」and「review」為關鍵詞，在 Medline 上查詢 1994 至 1998 年間有關文獻，共得 1140 篇，則作為討論比較佐證之用。

二、文獻審閱評量工具之設計

為了更具體分析文獻內容，因此邀請相關專家進行評量表之設計。分別就著作之背景、文章發表年代、文章分類、研究方法、取樣方法、研究結果、研究重要發現及建議、臨床之應用、及審閱專家對未來本土化安寧緩和醫療有何建議等項目製作半結構式評量表，以作為審閱專家查證文獻之依據。

三、文獻審閱查證及建立研究理論架構

審閱專家的選擇，是針對所學專長及專業領域，配合其從事之相關研究，經研究計畫定期專家會議決議選定邀請，並將每一篇文獻全文及一份審閱評量表交由各專家審閱。審閱評量表回收後，其內容依量性資料與質性資料兩部份分別整理及進行統計分析。分述如下：

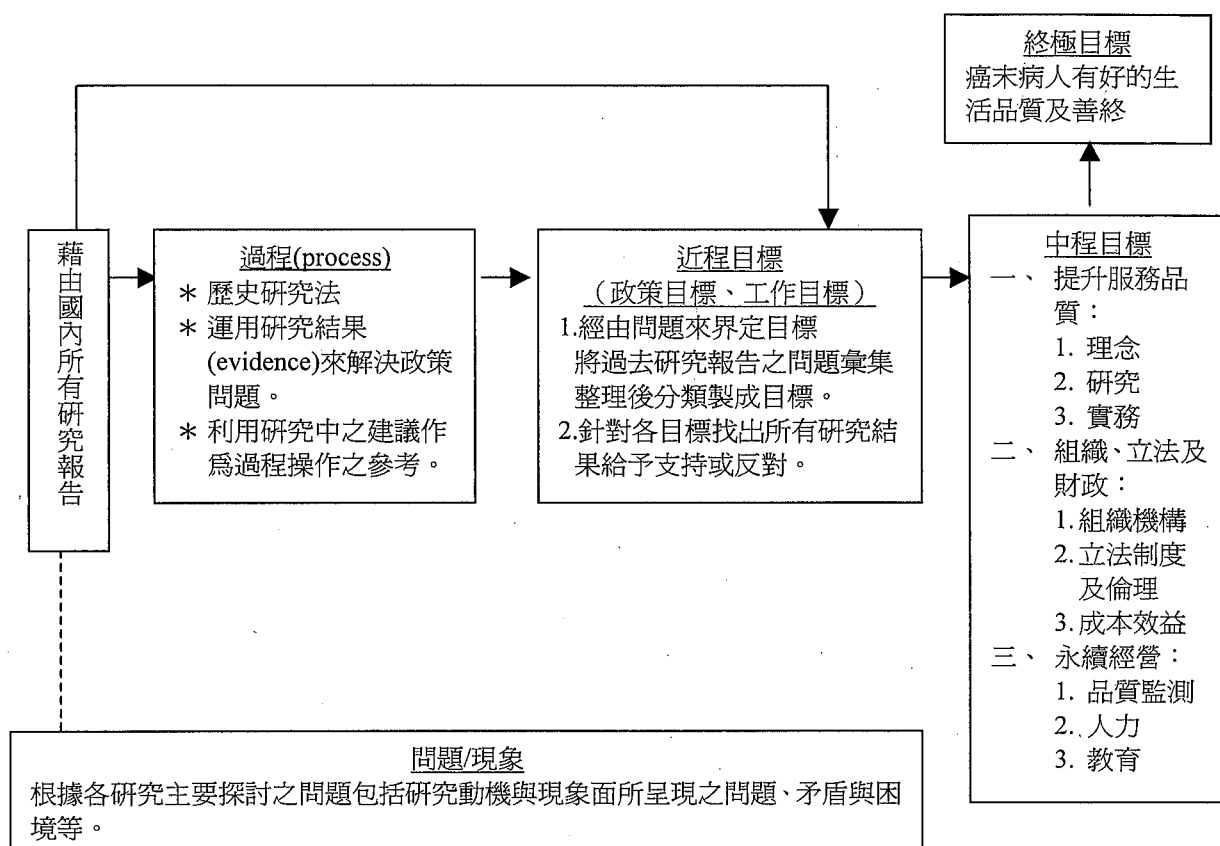
(一)量性資料：

(1)國內文獻方面：將審閱評量表之結果以 SPSS 8.0 套裝統計軟體來建檔，並以描述性統計來分析。

(2)國外文獻方面：將所查詢到之西文文獻依摘要內容加以分類，亦以 SPSS 8.0 套裝統計軟體建檔，並以描述性統計法加以分析。

(二)質性資料：

經專家們完成文獻回顧並將問卷內容整理



圖一：專家文獻查證後所建立之研究理論架構

後，研究小組再以歷史研究法等方式[30]，經多次研究會議，建立了研究理論架構，作為資料分析之方向(圖一)。架構中之目標包括：(1)提升服務品質：a.理念 b.研究 c.實務；(2)合理成本效益：a.組織機構 b.立法制度 c.財政成本效益；(3)落實永續經營：a.品質監測 b.人力 c.教育等三大類九個項目，並將論文依審閱專家結果，逐篇依各目標歸類，整理分析出質性結果。

(四)專家會議提出評論及建議

邀集有實務工作之相關專家(並非一定是審閱專家)，包括：緩和醫療醫師及資深護理人員、緩和醫療經營管理人員、心理師、社工人員及宗教師等，將歸類後的質性結果進行內容分析，並在三次專家會議中，由專家們針對審閱成果及實務工作經驗，提出評論與未來研究之建議。

統計分析

本研究使用 SPSS 8.0 套裝軟體統計分析，描述性分析用於分析各項目標頻率分布，質性資料則以內容分析法進行分析。

結果

量性資料

本研究所查證國內相關之文獻報告，以發表年度而言，最早的為 1985 年，發表期間從 1985 年至 1999 年，其中以 1997 年最多，有 19 篇占 32.8%；其次為 1998 年 14 篇(24.1%)及 1996 年 10 篇(17.2%)。

至於文獻出處，如以期刊來源分類，在中華醫誌查詢到之相關文獻最多，共 6 篇占 10.3%。而以研究機構來說，則以台大醫院最多，有 4 篇占 6.9%。如以學術專業研究單位來分，依序為護理研究所(包括國防醫學院 1 篇、台灣大學 1 篇、慈濟醫學院 1 篇)、公共衛生研究所(陽

表一：國內有關「癌症末期/安寧療護/緩和醫療」文獻內容分類

文章內容分類	篇數	百分比(%)
心理層面	10	17.3
品質指標與監測	9	15.5
靈性層面	6	10.4
家屬照顧層面	6	10.4
組織機構	4	6.9
財政成本效益	4	6.9
疼痛	3	5.2
立法制度	2	3.5
人力資源	2	3.5
歷史演進	1	1.7
心理、靈性層面	1	1.7
症狀控制及護理	1	1.7
末期運動神經元	1	1.7
悲傷輔導	0	0.0
其他（小計）	8	13.6
文獻調查	1	1.7
另類治療	1	1.7
存活期預估	1	1.7
死亡教育	1	1.7
照顧場所	1	1.7
癌末照顧態度	1	1.7
醫病溝通	1	1.7
瀕死症狀分析	1	1.7
總計	58	100.0

明大學 1 篇、高雄醫學院 1 篇、台灣大學 1 篇）最多，各有 3 篇，分佔 5.2%。

而文章之類別，則以碩士論文最多，共 18 篇占 31.0%，其次為期刊研究論文 14 篇占 24.1%，國科會與衛生署研究報告則各有 10 篇，各佔 17.2%。如分析第一著者之專業領域，則以醫師為最多，共 22 位(37.9%)；其次為護理人員 20 位(34.5%)及碩士 11 位(19.0%)。

至於文獻內容分類(表一)，查證結果發現，以研究「心理層面」之文獻為最多，共有 10 篇占 17.3%；其次為「品質指標與監測」之文章，有 9 篇占 15.5%；而研究「靈性層面與家屬照顧層面」之文章也分別各有 6 篇，各占 10.4%；以研究「財政成本效益及組織機構」之文章也各有 4 篇，各占 6.9%。

分析文獻中所使用之研究方法，以量化研究為主，共 43 篇占 74.1%，而質性研究居次，共有 11 篇占 19%，所有研究中又以量化研究之描述性研究為最多共有 29 篇；其次為相關性研究有 8 篇；而質性研究以田野研究法居多數，有 7 篇。

至於文獻中之研究對象，以病人為對象者居多，共有 39 篇占 67.2%；其次涵括家屬為研究對象，共有 20 篇占 34.5%；以醫師為研究對象者，共有 13 篇占 22.4%；以護士為對象者，有 10 篇占 17.2%；針對社工人員，則有 8 篇占 13.8%；以宗教師為對象者，有 5 篇(8.6%)、民眾 3 篇(5.2%)以及心理師 1 篇(1.7%)。

而研究對象之取樣方式主要以非隨機抽樣為主，共有 48 篇(82.8%)；其次為隨機抽樣有 7 篇(12.1%)及理論取樣 2 篇(3.5%)。

本研究查證國外相關文獻之分析，如表二，查詢結果共得 1140 篇，依照內容加以分類。其中以「症狀控制及護理相關研究」最多，共 487 篇(42.7%)；其次為「機構組織」有 119 篇(10.3%)、「疼痛」89 篇(7.8%)。由表 1 及表 2 比較可知，國內較著重心理社會層面及品質稽核的探討，而國外卻相當著重於症狀控制的研究及組織機構的探討，由此可提醒國內應多進行症狀控制的研究，以確立緩和醫療的專業性，並提昇照顧品質。

質性結果

將國內文獻依架構中之目標歸類分析如表三，經審閱專家回顧文獻後，建立本研究理論架構(圖一)，並依照(一)提升服務品質；(二)合理成本效益；(三)落實永續經營等三大類及九個項目，將審閱結果歸類整理[29]。其重點如下：在提升服務品質方面，其中有關「理念」的文獻有 5 篇(9%)，過去提出或已探討的問題，大致上可包括：1.癌末善終的意義、2.照顧癌末病人的意義及必要性、3.西方善終服務如何在國內實施，及 4.安寧病房的功能，是否有助善終等。「研究」方面則有 4 篇(7%)，過去提出或已探討的問題，約有以下重點：1.生活品質；2.心理調適；3.哀傷輔導；4.癌末照顧態度；5.居家照顧；6.嗎啡效用；7.善終的追求；8.宗教的角色。而「實務」

表二：西文期刊文獻分類(以關鍵字「Palliative care or Hospice care」and「review」查詢 1994 - 1998 年間之文獻)

文章內容分類	篇數	百分比(%)
症狀控制及護理	487	42.7
組織機構	119	10.3
疼痛	89	7.8
立法制度	76	6.7
品質指標與監測	48	4.2
歷史演進	23	2.0
人力資源	17	1.5
進食與營養	16	1.4
心理層面	15	1.3
財政成本效益	15	1.3
呼吸困難	15	1.3
精神症狀(憂鬱、焦慮、困擾、幻聽幻覺、失眠...等)	12	1.1
愛滋病	12	1.1
靈性層面	11	1.0
家屬照顧層面	9	0.8
腸胃道症狀(噁心、嘔吐...等)	7	0.6
居家照顧	7	0.6
悲傷輔導	6	0.5
存活期預估	6	0.5
水腫及腹水	3	0.3
其他症狀	3	0.3
其他	144	12.7
總計	1140	100.0

方面有 30 篇(52%)，過去提出的問題包括：1.安寧照顧實際工作中如追求善終、2.醫病溝通、3.支持系統、4.病人臨床醫療需求、5.疼痛控制及嗎啡使用，及 6.臨床困境原因及解決方式。

在合理成本效益方面，其中有關「組織機構」的文獻有 2 篇(3%)，過去探討的問題，大致包括：1.病人選擇安寧緩和醫療有關因素，2.安寧緩和醫療的設置規範，3.安寧緩和醫療服務對象等。「倫理、規範及法律」方面則有 2 篇(3%)，大致探討過 1.倫理困境，2.醫師臨終照顧倫理考量及傾向，及 3.癌痛控制及藥品的管理。「財政成本效益」方面有 4 篇(7%)，過去曾探討過的主題，主要有：1.瀕死病人照顧醫療費用使用情

形，2.不同照顧模式成本結構。

在落實永續經營方面，有關「品質監測」方面有 9 篇(16%)，過去探討過 1.稽核工具建立，2.作業資料管理，3.服務滿意度調查，及 4.善終評估工具的建立。「人力」方面有 1 篇(2%)，主要探討包括 1.癌末病人人數預估，2.安寧緩和醫療工作人力需求。「教育」方面 1 篇(2%)，過去也探討過 1.工作人員的教育需求，2.死亡教育現況，3.瀕死照顧的意義，及 4.癌末病患期望等，據此以推展安寧緩和醫療教育。

討 論

本研究之特點為將過去國內所有安寧緩和醫療相關原著文獻，寓繁於簡，藉由相關專家審閱，將各文獻的重要發現彙整，並針對本土性末期醫療照顧發展提出新研究架構，再依此架構分門別類，另以專家會議進行討論並提出建議，以利本土性安寧緩和醫療照顧政策決定、教學及研究之用。茲由研究結果，依照研究過程所建立的理論架構中的九個目標，分別討論如下：

一、在「理念」方面

針對結果所呈現的問題，國內將來推展的方向應針對：1.監測安寧病房發展狀況、服務品質及所面臨困境，由政府或學會(基金會)提供協助、2.持續宣導死亡教育及安寧緩和醫療，使每位民眾都能有適當生死觀及正確安寧緩和醫療觀念、3.宗教的力量可協助生命意義的找尋，有助善終，如何引入安寧緩和醫療工作亦為重要、4.朝向建立本土化安寧緩和醫療模式，持續努力。

二、在「研究」方面

未來研究方向則應包括：1.倫理兩難困境上的解決指引；2.告知真相指引；3.有效的哀傷輔導；4.具體追求善終之道；5.本土靈性照顧模式；6.研究設計之改善；7.安寧緩和醫療教育需求與有效策略；8.選擇安寧緩和醫療行為意向。

三、在「臨床實務」方面

為了追求更好癌末照顧品質，未來推展重點

表三：國內安寧緩和醫療相關文獻之分析(依研究過程所建立之理論架構中九項目標分類)

分類	篇數	百分比(%)
一、提升服務品質		
理念	5	9.0
研究	4	7.0
實務	30	50.0
二、合理成本效益		
機構組織	2	3.0
立法制度	2	3.0
財政成本效益	4	7.0
三、落實永續經營		
品質監測	9	16.0
人力	1	2.0
教育	1	2.0
合計	58	100.0

則有：1.制訂常見癌末症狀控制指引；2.常見臨床困境解決指引；3.有效提高生活品質策略(身、心、靈)；4.有效達到善終之道(身、心、靈)；5.哀傷輔導的落實；6.存活期預估的臨床應用。

四、在「組織架構」方面

因國情不同，目前台灣社區癌末照顧能力尚未發展足夠，且因團隊成員訓練背景不同，未來工作方向應著重：1.社區安寧緩和醫療能力提昇；2.建立團隊合作制度並發揚合作精神；3.適合病人；家屬及醫療團隊的本土化照顧模式。

五、在「倫理、規範及法律」方面

在民國 89 年安寧緩和醫療條例通過的背景之下，將來的推展重點應在：1.倫理困境的解決指引；2.緩和醫療法之有效推行。

六、在「成本效益」方面

目前是國內注重項目，同時健保局也在民國 89 年間始提供按日計酬給付制度，將來工作重點應包括：1.更大型前瞻性的成本效益研究；2.將生活品質及個人社會的成本考慮在內的成本效益分析；3.爭取合理健保給付的常規化。

七、在「品質監測」方面

國內已有相當進展，下一步的重點則有：1.本土化服務評鑑工具；2.本土化善終評估表；3.癌末照顧需求評估工具；4.包括生活品質的成本

分析。

八、在「人力」方面

人力資源不足為國內安寧緩和醫療之問題，未來的推展重點則有：1.加強及訓練社區人力資源；2.有效引進照顧團隊各專家人力的制度。

九、在「教育」方面

如何有效且全面性的教育為當務之急，未來更應著重：1.安寧緩和醫療納入醫學正規教育，並列入國考試題；2.國中小死亡教育的落實；3.社區健保照顧人員的教育；4.有效的民眾教育。

本研究結論為提供有效且整體性之教育為推展安寧緩和醫療之必要工作，同時本研究也建議國內未來工作推展及研究重點包括：1.持續推展死亡教育及宣導安寧緩和醫療理念；2.持續探討本土化追求善終之道；3.適切地引進宗教力量於安寧緩和醫療工作；4.建立臨床工作之倫理困境指引；5. 建立癌痛及常見症狀之照顧指引；6.發展國內癌末生活品質評量工具及臨床應用；7.增強心理調適及哀傷輔導之落實；8.提昇社區醫療人員的癌末照顧能力與資源整合；9.發掘與建立癌末照顧之人才資料庫與照顧團隊合作方式；10.安寧緩和醫療法儘速立法與落實；11.進行成本效益分析須包括生活品質與家庭社會成本；12.爭取合理健保給付；13.普遍施行服務品質稽核工具；14.安寧緩和醫療納入醫學教育必修課程；15.生命教育納入國中小學之正式課程。

誌 謝

本研究計畫為行政院衛生署合約計畫(DOH88-TD-1124)，感謝 58 位論文著者慷慨提供寶貴研究資料[29]。謝謝呂碧鴻主任、姚建安醫師、周玲玲主任、黃鳳英老師、宗惇法師、黎家銘醫師等專家們對審閱論文的貢獻。而研究助理潘郁諺小姐的文書處理，也在此一併誌謝。

參考文獻

1. 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。

2. Kinzbrunner BM: Ethical dilemmas in hospice and palliative care. *Support Care Cancer* 1995; 3: 28-36.
3. Quill TE, Lo B, Brock DW: Palliative options of last resort: a comparison of voluntarily stopping eating and drinking, terminal sedation, physician-assisted suicide, and voluntary active euthanasia. *J Am Med Assoc* 1997; 278: 2099-104.
4. Finlay I: Difficult decisions in palliative care. *Br J Hosp Med* 1996; 56: 264-7.
5. Chiu TY, Hu WY, Cheng SY, et al: Ethical dilemmas on palliative care—a study in Taiwan. *J Med Ethics* 2000; 26: 353-7.
6. Bailes JS: Cost aspects of palliative cancer care. *Semin Oncol* 1995; 22(2 Suppl 3):64-6.
7. Corless IB: Dying well: symptom control within hospice care. *Ann Rev Nurs Res* 1994; 12: 125-46.
8. Diehl V: Controversies in terminal cancer care. *Support Care Cancer* 1994; 2: 82-7.
9. Clark D, Neale B, Heather P: Contracting for palliative care. *Soc Sci Med* 1995; 40: 1193-202.
10. Hillner BE: Economic and cost-effectiveness issues in breast cancer treatment. *Semin Oncol* 1996; 23(1 Suppl 2): 98-104.
11. Higginson I: Palliative care: a review of past changes and future trends. *J Public Health Med* 1993; 15: 3-8.
12. Skeel RT: Quality of life dimensions that are most important to cancer patients. *Oncology (Huntington)* 1993; 7: 55-61; discussion 65-6, 69-70.
13. 黃和美：癌症末期病人心理反應之探討。國防醫學院護理學研究所，1985。
14. 吳庶深：對臨終病人及家屬提供專業善終服務之探討。東海大學社會工作研究所，1988。
15. Tai-Yuan Chiu: The attitudes toward terminal care in rural communities in Taiwan and Japan—A comparative study. University of Tokyo, 1993 (master thesis).
16. 趙可式：臺灣癌症末期病患對善終意義的體認。護理雜誌 1997;44:48-55。
17. 黃鳳英：癌症末期病人安寧照顧之需求推估。中正大學社會福利研究所，1994。
18. 林麗雲：安寧照顧的文化之舞——以台大緩和醫療病房為述說情境。清華大學社會人類學研究所，1996。
19. 程劭儀、邱泰源、胡文郁等：癌症末期病人善終之初步研究。中華家醫誌 1996;6:83-92。
20. 吳彬源：末期運動神經元疾病病人的處置：著重安寧緩和觀點分析。中華醫學雜誌 1998;61:141-5。
21. 陳民虹、邱泰源、胡文郁等：癌末病人疼痛控制之研究。中華家醫誌 1997;7:24-32。
22. 辛隆士、邱泰源、胡文郁等：癌末病人之另類治療行為。中華家醫誌 1997;6:127-37。
23. 羅紀瓊：安寧療護成本效益分析。行政院衛生署，1997。
24. Chung D: A study of terminal care in Christianity from the gospel of mark to improve the hospice movement in Taiwan. The Graduate School Cohen Theological Seminary, 1997.
25. 林明慧：台灣地區安寧療護品質稽核工具建構。台灣大學公共衛生研究所，1998。
26. 賴允亮：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，1998。
27. 胡文郁、邱泰源、釋惠敏等：從醫護人員角度探討癌末病人之靈性需求。台灣醫學 1998;3:8-19。
28. 陳慶餘：「靈性」照顧模式之研究。佛教臨終關懷基金會，1998。
29. 邱泰源：台灣癌末照護體系之研究——安寧療護文獻之查證。行政院衛生署，1999。
30. 劉雪娥：歷史研究法。徐南麗：護理研究導論，第三版。台北：匯華圖書出版有限公司，1996：169-77。

Care System for the End of Life in Cancer Patients -Literature Review of Hospice and Palliative Care in Taiwan

Tai-Yuan Chiu^{***}, Wen-Yu Hu^{***}, Ching-Hui Teng^{**}, Yih-Ru Cheng^{**}, Ching-Yu Chen^{**}

Abstract: There is a tendency of increasing terminal cancer patients in most of the countries. It is well recognized that care of terminal cancer patients will be the essential part of medical care system. In last decade, there were a number of research papers in Taiwan. These reports would make the future directions more clear in the development of hospice care. This study for literature review collected all the original papers in Taiwan and found 58 articles totally. The important findings of each paper were recorded by jury reviews. There was a tendency of increasing the number of papers year by year since 1985. Master thesis occupied mostly in these papers (31.0%). Emotional problems was most common (17.3%) for the content of researches. As for the types, research for clinical practice had the highest percentage (51.7%). Quantitative study was the commonest (74.1%) in methodology. And non-randomized sampling method was most often utilized (82.8%). The suggestions proposed according to the new established conceptual framework are including: 1) public education for thanatology and hospice care, 2) continue to find the way for good death, 3) recruit religious manpower into hospice care, 4) guideline for the clinical dilemmas, 5) guideline for pain and other symptoms control, 6) evaluation tool for quality of life, 7) promotion of the coping ability to the truth and bereavement care, 8) establish better community care, 9) multiprofessional practice in team work, 10) regulations and laws for palliative care, 11) cost-benefit analysis which includes the life quality, 12) reasonable insurance payment, 13) useful tool for auditing quality of palliative care, 14) incorporation of hospice and palliative care to medical education, 15) death education since childhood.

Key Word: hospice and palliative care, terminal cancer patients, literature review, care system

(Full text in Chinese: Formosan J Med 2002;6:332-339)

Department of Social Medicine, National Taiwan University College of Medicine*; Department of Family Medicine, National Taiwan University College of Medicine and Hospital**; School of Nursing, National Taiwan University College of Medicine***; Department of Family Medicine, Far Eastern Memorial Hospital****
Address correspondence to: Wen-Yu Hu, School of Nursing, National Taiwan University College of Medicine, No.1, Section 1, Jen-Ai Road, Taipei, Taiwan

