

【原 著】

老年癌末病人善終之評估

曾韻如¹ 邱泰源^{1,2} 胡文郁³ 程劭儀^{1,2} 姚建安^{1,2} 陳慶餘^{1,2}

摘 要

癌症已成為近二十年來台灣地區死亡原因之首位，而其中老年人佔一半以上，因此了解老年癌末病人善終情況及探討安寧緩和醫療照顧成效，為老人醫學重要課題。因此本研究目的有：1.探討台大醫院緩和醫療病房老年病人的善終情形，2.比較老年病人組與非老年病人組在善終指標評分上的差異，及分析可能的原因。本研究對象為 2003 年 4 月至 2004 年 3 月一年期間 374 位在台大醫院緩和醫療病房過世的癌末病人，以團隊會議討論方式，進行「善終指標」評估與「善終服務」的評價。「善終指標評估」包含 1.了解自己死之將近，2.心平氣和接受，3.後事交待安排，4.時間恰當性，5.去世前三天舒適性。「善終服務評價」包含 1.身體照護，2.自主性，3.情緒穩定度，4.溝通，5.生活連續性，6.結束等項目。結果顯示老年癌末病患較不了解自己死之將近($t=3.24, p<0.01$)，且在過世時較不能心平氣和接受($t=1.99, p<0.01$)。另外常因家屬刻意隱瞞病情因而缺乏照護自主性，因此是在『病人的自主能力得到尊重』與『病人參與照護意願得到尊重』兩個項目均較低($t=2.07, p<0.05$; $t=2.26, p<0.05$)。結論為病情告知影響善終分數，為重要老年癌末照護課題。

(安寧療護 2005:10:1:13-23)

Key Words : hospice palliative care geriatric good death

台大醫院家庭醫學部¹ 台大醫學院家庭醫學科² 台大醫學院護理學系³

通訊作者：陳慶餘 地址：台北市仁愛路一段一號 台大醫學院 家庭醫學科

前言

自民國七十一年以來，癌症已成為台灣地區死亡原因之首位，且發生率與死亡率仍逐年上升。根據行政院衛生署的統計，民國九十二年度因癌症死亡的人數有 35201 人，佔總死亡人數的 27.10%⁽¹⁾。而世界衛生組織更指出癌症是二十一世紀的三大疾病之一，雖然醫藥科技不斷地進步，但是大部分病患在一段時間以後仍漸漸走向癌末臨終之路，遭受身心靈的痛苦。而「安寧療護」正是為這類末期病患及家屬提供專業照護，經由完整的身、心、靈醫療與關懷，減輕或消除末期病患的身體不適或心理壓力，對病患及家屬提供心靈扶持，陪伴病患安詳走完人生最後一程，達到善終。而如何幫助病人得到善終，正是安寧療護的努力方向與最終目標。

死亡是所有人類均會面臨的課題，但是到底何謂「善終」呢？善終兩字所隱含的意義乃是社會上各個個體對於適切面對死亡的一種期待和觀念。隨著不同的文化背景、地域、宗教信仰及不同的年代，對於善終的概念會有不同的闡釋，所以善終觀念並非一種恆久不變的真理，而是隨著當下的種種文化背景而會有所差異和演進的^(2,3)。也因此許多的人類學家、歷史學家及社會學家嘗試用不同的角度對善終提出不同的看法。人類學家 Counts 等研究指出在新幾內亞與迦納地區，所謂的善終是指長壽且圓滿的生命終止，以

及能在家人陪伴下在家往生。歷史學家 Van Hooff 提到在古希臘羅馬時期，自我掌控下英雄式的死亡是很重要的善終概念。在古以色列，善終是指心願已了的生命終止。而 Long 等探討在日本、美國及澳洲的高所得社會中對於善終的想法，強調能否掌控死亡時間與方式是影響善終的因素，此外也指出過多的醫療處置以延長生命似乎是不適當的，同時強調醫療專業人員在告知病情與協助面對死亡的重要性⁽⁴⁾。Keran 等針對末期病患、家屬及醫療人員的研究中提出，善終包涵六個要點：疼痛及症狀控制，明確的治療決策，死亡的準備，圓滿的結束，對他人有貢獻以及對一生的肯定⁽⁵⁾。而 1988 年哈佛大學精神科教授 Weisman 為善終做了如下定義：身心痛苦減至最低程度且帶著尊嚴地辭世。他認為善終的徵象應包括：1.明瞭死之將至 2.心平氣和地接受 3.後事交代安排 4.時間恰當性。除此，他提出 1.身體照護 2.病人的自主性 3.病人的情緒穩定度 4.病人的生活連續性 5.與病人言語及非言語的溝通 6.病人心願的達成等六項做為善終的標準⁽⁶⁾，這是在諸多善終定義中最為具體的。

台灣的安寧療護始於民國七十二年由康泰醫療教育基金會成立安寧居家療護，台北馬偕紀念醫院於民國七十七年成立安寧照顧小組，七十九年設立安寧病房與安寧照顧基金會，之後許多醫院陸續成立安寧緩和醫療病房，而台大醫院也於民國八十四年六月成

立緩和醫療病房推動以安寧療護工作。截至九十三年，台灣地區設置有安寧緩和醫療病房的醫院共有三十一家，具有安寧居家療護的院所有三十四家[7]。近年來癌末病患逐年增加，病患不僅是面臨極大的生理痛苦，同時也遭受許多心理折磨與死亡恐懼，而安寧療護提供這類病人一種積極性、整體性和人性化的醫療團隊照顧，協助病患減少身體的不適症狀，陪伴病患及家屬面對死亡，讓病患在心理上能夠瞭解並接受不久人世的事實，完成心願並交待後事走得莊嚴無憾，達到善終的目標。隨著老年社會的來臨，死亡是老年人不可避免的課題，因此如何追求老年善終及探討其影響因子值得了解，而癌症正是老年人死亡原因的第一位，然而國內對於癌末病患的善終評估的研究仍匱乏，因此本研究之目的包括：1.評估台大醫院緩和醫療病房老年病人的善終情形。2.比較老年病人與非老年病人在善終指標上的差異，並探討可能的原因。

研究對象與方法

研究對象

本研究，針對 2003 年 4 月至 2004 年 3 月期間在台大醫院緩和醫療病房及安寧居家照護的癌末病人過世者為研究的對象。共有 374 位，男性有 199 位(53%)，女性有 175 位(47%)。其中大於六十五歲者佔 205 人 (54.8

%)，小於六十五歲者佔 169 人 (45.2%)。

研究工具

本研究善終評估工具包含兩個部份：「善終指標評估」與「善終服務評價」，其中的項目主要參考 Weisman 所提出的善終定義，再根據研究團隊依本土文化修改而成。

「善終指標評估」包含五個項目，分別評估住院時及過世時善終指標項目，分數由 (0) 至 (3) 分，() 內為分數。

了解自己死之將近：病患是否知道自己即將要往生的事實？完全不知 (0)，略知 (1)，相當了解 (2)，完全了解 (3)。

心平氣和接受：病患在瞭解病情後是否能接受？完全不能 (0)，急性調適 (1)，慢性調適 (2)，完全接受 (3)。

後事交待安排：病患對於自己的後事有無交代處理？完全沒照意願 (0)，只照家屬意願 (1)，只照病人意願 (2)，符合全家意願 (3)。

時間恰當性：死亡的時間病人與家屬是否有心理準備？完全沒準備 (0)，病人沒準備，家人有準備 (1)，病人有準備，家人沒準備 (2)，完全準備好 (3)。

去世前三天舒適性：去世前三天是否有遭受極大的痛苦？臨終很痛苦 (0)，相當痛苦 (1)，些許痛苦 (2)，很安詳 (3)。

「善終服務評價」包含六大項目，用來評估緩和醫療團隊提供的服務品質。分數由 1 至 5 分：極差 (1)，不好 (2)，尚可 (3)，

滿意 (4)，很滿意 (5)。

身體照護：是指病患的症狀控制與一般醫療照護的滿意度，又細分為『症狀控制』及『病人及家屬滿意度』兩個項目。

自主性：是指病人的意見是否被尊重及採納，又細分為『病人的自主能力得到尊重』及『病人參與照護意願得到尊重』兩個項目。

情緒穩定度：是指病人在醫療團隊照顧之下的情緒是否穩定，又細分為『焦慮緩解度』及『憂慮緩解度』兩個項目。

溝通：是指醫療團隊與病人的互動是否良好，又細分為『言語的支持』及『非言語的支持』兩個項目。

生活連續性：是指病人是否因生病而中斷了過去慣有的生活型態，又細分為『與過去親友的溝通聯絡』及『對過去生活的肯定』兩個項目。

結束：是指病人是否圓滿的結束，又細分為『心願的達成』及『家人哀慟輔導』兩個項目。

評估方式是於一週一次的團隊善終會議中，由參與照顧的團隊成員（包括醫師、護理師、心理師、宗教師、志工、社工）共同討論，針對當週過世的病人進行「善終指標評估」與「善終服務評價」的評估。

本研究工具在效度檢測上採專家內容效度，針對內容的適用性，逐項判斷，結果顯示每項均適用，具專家內容效度。而在信度檢測方面，「善終指標評估」的 Cronbach α 係

數為 0.76，「善終服務評價」的 Cronbach α 係數為 0.91，顯示本研究工具具有良好的效度。

統計分析

用 SPSS 12.0 版套裝軟體來作分析與統計，將病患的基本資料依編碼整理好後再輸入各項分數，並使用 independent-t test 的方法，來分析 ≥ 65 歲與 < 65 歲的善終指標分數和善終服務評價的差異性。另外也用 paired-t test 的方法來分析住院時與過世時善終指標分數的變化，以 $p < 0.05$ 訂為統計上的顯著差異性。

結果

本研究之對象總共有 374 位，平均住院天數為 9.16 ± 7.78 天。男性有 199 位 (53.2%)，女性有 175 位 (46.8%)，男性多於女性。依年齡分布來看，超過半數 (54.8%) 的病人是 65 歲以上，其次是 36-65 歲之間，佔了 43%，只有 2.1% 的病人是少於 35 歲。而依癌症的原發部位來看，呼吸道 (22.5%) 和肝膽 (22.5%) 佔第一位，其次依序為腸胃道 (19.5%)、頭頸部 (9.4%)、婦科 (6.1%)、乳房 (5.3%) 等。374 位病人當中，有 307 位 (82.1%) 在醫院過世，67 位 (17.9%) 是在家中過世 (表一)。

表一 病人基本資料

項目	組別	人數	百分比
年齡	<12	2	0.5
	12~18	1	0.3
	19~35	5	1.3
	36~65	161	43.0
	>65	205	54.8
性別	男性	199	53.2
	女性	175	46.8
癌症原發部位	肝膽	84	22.5
	呼吸道	84	22.5
	腸胃道	73	19.5
	頭頸部	35	9.4
	婦科	23	6.1
	乳房	20	5.3
	胰臟	7	1.9
	原發不明	7	1.9
	血液	6	1.6
	肌肉骨骼	1	0.3
	其他	34	9.1
死亡地點	住院	307	82.1
	居家	67	17.9

表二顯示病人於住院時善終分數的比較，可發現在『了解自己死之將近』這項，<65 歲的平均值是 2.25，而 ≥65 歲的平均值只有 2.01，兩組的差異具有統計上的意義 ($P < 0.01$)。另外在『去世前三天舒適性』這項，≥65 歲這組的分數卻較高於 <65 歲這組，平均數分別為 2.11 與 1.91 ($P < 0.01$)。而在『心

平氣和接受』、『後事交待安排』、『時間恰當性』這三項目，兩組住院時的善終指標分數並無顯著的差異。至於兩組的善終指標總分也無統計學上差異。

表三顯示病人過世時善終指標分數的比較，可發現在『了解自己死之將近』這項，仍是 <65 歲的病人分數高於 ≥65 歲的病人分

表二 六十五歲以上與小於六十五歲的病人在住院時善終指標分數的比較

善終指標	年齡分組	人數	平均值	標準差	t 值
了解自己死之將近	<65	159	2.25	0.763	2.778**
	≥65	215	2.01	0.870	
心平氣和接受	<65	159	2.25	0.603	0.542
	≥65	215	2.21	0.730	
後事交代安排	<65	159	2.55	0.862	0.477
	≥65	215	2.50	0.867	
時間恰當性	<65	159	2.36	0.962	1.354
	≥65	215	2.22	0.993	
去世前三天舒適性	<65	159	1.91	0.630	-2.920**
	≥65	215	2.11	0.659	
善終指標總分	<65	159	11.31	2.645	0.885
	≥65	215	11.05	3.078	

* P<0.05 ** P<0.01 ***P<0.001

表三 六十五歲以上與小於六十五歲的病人在過世時善終指標分數的比較

善終指標	年齡分組	人數	平均值	標準差	t 值
了解自己死之將近	<65	159	2.76	0.530	3.239**
	≥65	215	2.56	0.688	
心平氣和接受	<65	159	2.77	0.480	1.999**
	≥65	215	2.65	0.600	
後事交代安排	<65	159	2.75	0.656	0.357
	≥65	215	2.72	0.686	
時間恰當性	<65	159	2.82	0.510	1.592
	≥65	215	2.73	0.654	
去世前三天舒適性	<65	159	2.73	0.512	-0.667
	≥65	215	2.76	0.448	
善終指標總分	<65	159	13.83	1.878	1.878
	≥65	215	13.43	2.270	

數 (2.76 vs 2.56, $p < 0.01$)。在『心平氣和接受』這項, < 65 歲的平均值是 2.77, 高於 ≥ 65 歲的病人卻較低為 2.65 ($P < 0.01$)。而在其他三大項及總分方面, 兩組的平均值並無顯著的差異。另外用 paired-t test 比較善終指標分數於住院時及於過世時的差異, 發現不論是 < 65 歲或 ≥ 65 歲的病人過世時的善終指

標分數在所有的項目中都有明顯的提高, 而善終指標總分也從 11.31 與 11.05 提高到 13.83 與 13.43, 皆具有統計上的差異 ($P < 0.001$), 這顯示了醫療團隊的全人照顧確能促進病人的善終。

關於善終服務評價的部分, 表四顯示六十五歲以上與小於六十五歲的病人在善終服

表四 六十五歲以上與小於六十五歲的病人在善終服務評價的比較

善終服務項目	年齡分組	人數	評價平均值	標準差	t 值
身體照護	< 65	159	4.31	0.648	-1.887
症狀控制	≥ 65	215	4.43	0.574	
病人及家屬滿意度	< 65	159	4.55	0.581	-0.028
	≥ 65	215	4.55	0.544	
自主性	< 65	159	4.58	0.541	2.067*
病人的自主能力得到尊重	≥ 65	215	4.45	0.589	
病人參與照護意願得到尊重	< 65	159	4.57	0.566	2.257*
	≥ 65	215	4.43	0.602	
情緒穩定度	< 65	159	4.45	0.631	-0.083
焦慮緩解度	≥ 65	215	4.46	0.566	
憂鬱緩解度	< 65	159	4.38	0.670	-0.791
	≥ 65	215	4.43	0.611	
溝通	< 65	159	4.67	0.497	1.158
言語支持	≥ 65	215	4.61	0.506	
非言語支持	< 65	159	4.70	0.485	0.718
	≥ 65	215	4.67	0.481	
生活連續性	< 65	159	4.61	0.561	-0.740
與過去親友的溝通聯絡	≥ 65	215	4.65	0.548	
對過去生活肯定	< 65	159	4.58	0.555	0.050
	≥ 65	215	4.57	0.528	
結束	< 65	159	4.47	0.623	-0.421
心願的達成	≥ 65	215	4.49	0.576	
家人哀痛輔導	< 65	159	4.67	0.496	0.212
	≥ 65	215	4.66	0.564	
善終服務服務評價總分	< 65	159	54.53	4.886	0.252
	≥ 65	215	54.41	4.661	

務評價的比較，可看在所有的項目當中，兩組的評價平均值均高於四分，表示病患及家屬對於緩和醫療團隊提供的服務品質大致上均是滿意。而在兩組的比較上，在自主性的部分，包括『病人的自主能力得到尊重』及『病人參與照護意願得到尊重』， <65 歲的分數皆高於 ≥ 65 歲的分數 ($P < 0.01$)。而在其他五項包括身體照護、情緒穩定度、溝通、生活連續性及結束等項，兩組的善終服務評價平均值則沒有顯著上的差異。

討論

本研究 65 歲以上病患佔了 54.8%，而 36-65 歲之間，則佔了 43%，只有 2.1% 的病人是少於 35 歲。比較美國的 The National Hospice and Palliative Care Organization 統計資料，接受安寧照護的病人大多是老年人，71% 的男性病患大於 65 歲，74% 的女性病患大於 65 歲，只有少於 1% 的病患是少於 17 歲⁽⁸⁾，老年病患會有如此的差異，應與老年人口的比例以及對安寧療護接受度不同有關。本研究病人平均住院天數為僅 9.16 ± 7.78 天，對照美國在 1999 年的統計，平均住院天數為 29 天⁽⁸⁾，相較下本研究的住院天數較短，此因轉介到安寧病房許多病人，已經是非常末期，甚至是已經進入瀕死階段 (active dying process)，照顧很短的時間後即過世了，這種延遲轉介 (Rate referral) 也顯示台灣對於安寧

療護的觀念仍顯不足，需要再積極的推展。此外另一個可能的原因是本研究的病房定位為急性照護，因此當病患的症狀控制改善後，病患即出院並轉介到居家照護，當有新的問題發生或病況惡化時，才再安排住院做治療，因此住院的天數可縮短。另外，病人的原發癌症以呼吸道腫瘤 (22.5%) 和肝膽腫瘤 (22.5%) 為最多，其次是腸胃道腫瘤 (19.5%)，這與行政院衛生署公佈的 92 年癌症主要死因，前三名依次為肝癌、肺癌及結腸直腸癌是相符合的⁽¹⁾。在我們收案的病人當中，82.1% 的病人是在醫院往生，只有 17.9% 是在家中過世，但是根據邱的研究，不論是台灣的都市或是鄉下，超過半數 (51.9% 與 76%) 的病人原希望在自己家中往生⁽⁹⁾，然而最後大多數還是在醫院往生，可能是因為許多病患認為在醫院有醫療團隊照顧較有安全感、家屬擔心回家不會照顧病人以及不知如何處理臨終過程、空間環境條件及社區照護能力有限等相關。

關於善終指標評估的部分，無論是住院時或過世時所評的分數，在『了解自己死之將近』這項， ≥ 65 歲的平均值均低於 < 65 歲，表示有較高比例的老年癌末病人在臨終前並未意識到死亡將至，這或許是因為我國社會的傳統觀念，為人子女者不願告知病情，擔心會因此影響病患的情緒甚至是求生意志，而且老年人對於自己的病情也較少開口詢問。但是根據 Glaser 和 Strauss 關於瀕死病人

行為的研究指出，末期病患能夠意識到死之將至並接受死亡即將到來，可以幫助他們解決一些社會情緒的困擾，也較容易達到善終⁽¹⁰⁾。Karen 等對癌症病患及安寧病房專業人員的研究指出，大多數的病人都希望能瞭解病情並能對死亡有所準備[5]，因此我們對於老年癌末病患的告知病情的部份，還有努力的空間。而本研究在『心平氣和接受』這項，在住院時兩組並無差異，但是在過世時， ≥ 65 歲的分數明顯低於 < 65 歲這組，表示老年癌末病人反而在臨終前較不能心平氣和的接受死亡，這或許跟他們較不瞭解病情以及死之將至有所關係，另外根據 Victor 關於老年人臨終決策的研究，發現有許多老人對死亡有所恐懼，並希望儘可能的延長生命，無論接受何種治療⁽¹¹⁾，這可能也影響到他們較不能心平氣和的接受死亡。

在善終服務評價方面，所有項目的平均值均介於滿意及很滿意之間，可顯示本病房的醫療團隊無論是對病患或是家屬的整體性照顧，有正向自評成果。而在自主性的部分，包括『病人的自主能力得到尊重』及『病人參與照護意願得到尊重』，大於 65 歲組的評價平均值均低於小於 65 歲組的分數，意味老年癌末病患常未親自參與治療決策過程，此因許多家屬刻意隱瞞病情，對於治療方向與醫療處置，也往往幫病患做決定，無形中侵犯了病患的自主性。當然值得注意的是，也有一部分的老人，無法自己做決策，反而希

望家人或朋友幫他做決定⁽¹¹⁾，這也是可能的原因。

由以上結果可知，告知病情是影響善終很重要的因素。至於要如何告知病情呢？首先要有充分的準備，包括對病情的瞭解與病患及其家庭背景的瞭解，並且要瞭解病患對病情的瞭解程度以及他是否期待更多的資訊，選擇適當的時機與安靜的環境告知，最好由病患比較信任的人告知，告知時以引導、探索、漸進的方式委婉說明，避免單刀直入，要秉持著誠信、自主、保密及不傷害的原則，同時要傾聽病人擔心的問題以及鼓勵病人抒發自己的情緒，最後要讓病人瞭解日後的照顧計畫，同時也要讓他了解，醫療團隊不會放棄他，會一直陪伴他到最後⁽¹³⁾。但是針對不同的病人，告知病情的程度也有所不同，尤其是對於老年病患，他們往往不瞭解何謂癌末，所以在告知病情時，不需刻意去使用癌末的字眼，而是要使用淺顯易懂的話語，在照護互動中讓病患知道死之將至的事實。

本研究的限制在於無論是善終指標評估或是善終服務評價的部份，均是在病人往生後，由醫療團隊開會所評出來的分數，並非由病患本身或是家屬來評分，較不客觀，這分數有可能會高估。

由本研究結果得知老年癌末病患在『了解自己死之將近』、『心平氣和接受』以及『自主性』這幾項善終分數自評較低，其主要原因為病情告知的困境，也形成台灣老年安寧

緩和醫療照護重要議題。

致謝

本研究得以完成需感謝台大醫院緩和醫療病房各專業照護人員辛勞照顧病患與家屬，更感佩病房癌末病人及家屬勇敢的為生命品質與善終的努力。最後謝謝陳怡蓓與謝旻桂小姐在研究過程的協助。

參考文獻

1. <http://www.doh.gov.tw/statistic/data/死因摘要/92年/92.htm>
2. Emanuel EJ, Emanuel LL: The promise of a good death. *Lancet* 1998; 351(Suppl II):21-9.
3. McNamara B: Good enough death: autonomy and choice in Australian palliative care. *Soc Sci Med* 2004; 58:929-38.
4. Seale C, van der Geest S: Good and bad death: introduction. *Soc Sci Med* 2004; 58:883-5.
5. Steinhauser KE, Clipp EC, McNeilly M, et al: In search of a good death: observations of patients, families, and providers. *Ann Intern Med* 2000; 132:825-32.
6. 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。
7. http://www.lotushcf.org.tw/item_1_4.htm (蓮花臨終關懷基金會網頁)
8. Perron V, Schonwetter R: Hospice and palliative care programs. *Prim Care* 2001; 28:427-40.
9. 邱泰源：台灣地區民眾末期照護態度之研究，國科會報告 1996。
10. Mak JM, Clinton M: Promoting a good death: an agenda for outcomes research--a review of the literature. *Nurs Ethics* 1999; 6:97-106.
11. Cicirelli VG: Elders' end-of-life decisions: implications for hospice care. *Hospice J* 1997; 12:57-72.
12. Vig EK, Davenport NA, Pearlman RA: Good deaths, bad deaths, and preferences for the end of life: a qualitative study of geriatric outpatients. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50:1541-8.
13. 王英偉：安寧緩和醫療臨床工作指引（初版）。台北：安寧照顧基金會，2000：5-6。

Good Death Assessment of Geriatric Patients with Terminal Cancers

Yun-Ju Tseng Tai-Yuan Chiu¹ Wen-Yu Hu² Shao-Yi Cheng¹
Chien-An Yao¹ Ching-Yu Chen^{1,2}

ABSTRACT

The cancer has already become the leading cause of death in Taiwan since 1971, and the majority is aged people. Therefore it is important to understand the good death of geriatric patients with terminal cancer and its influence factors. The objectives of this study were to assess the score of good death of terminal cancer patients, to compare the difference of the score of good death between geriatric and non-geriatric patients and to investigate the possible influence factors. A total of 374 terminal cancer patients died between April 2003 and March 2004 had been enrolled. We assessed "the index of good death" and "the services for good death" for each patient with weekly team meetings. "The index of good death" included the assessment of awareness, acceptance, propriety, timeliness and comfort before death. "The services for good death" included the assessment of care, control, composure, communication, continuity and closure. The results showed that geriatric terminal cancer patients had lower scores in the awareness of and acceptance of the imminence of death. Besides the geriatric patients intended to loss the lost of control and autonomy in decision makings before death because family didn't tell the truth. In conclusion, truth telling is an important dilemma influencing the good death and further investigation will be worthwhile.

(Taiwan J Hosp Palliat Care 2005 : 10 : 1 : 13 : 23)

關鍵詞：緩和醫療 老年 善終

Department of Family Medicine, National Taiwan University Hospital

¹Department of Family Medicine, College of Medicine, National Taiwan University

²School of Nursing, College of Medicine, National Taiwan University