

癌症診斷告知的考量與臨床實踐

古惠卿 伍慧兒*

當患者被診斷患上癌症時，告知病情就等同直接向患者宣告死訊。患者在極其突然的情況下面臨生死攸關的問題，使癌症診斷不單純是“告知”與“不告知”的決擇，而是要面對法律和倫理兩難、心理精神、社會文化等問題的思考。此外，每位癌症患者不單只是個別的患者，其所代表的是一個直接受到醫療、經濟、心理及倫理等多方面衝擊的家庭，還有周遭的親友，執行治療的醫生、護士等，影響廣泛。縱使現代高科技手段對癌症治療效果有改善，癌症本身和治療手段仍然帶給患者肉體及精神巨大的痛苦，使人談論癌病時，往往聞之色變。本文針對癌症患者對其診斷告知的看法作以下綜述。

1. 癌症診斷告知的倫理法律考量

診斷告知是知情同意中“知情”的臨床實踐之一，它包含了“告訴”與“知曉／知道”的元素，是醫護專業道德上尊重個人的體現，也是醫學倫理學中自主原則的實踐形式之一；另一方面，所有診斷及病情(包括癌症診斷)都是患者本人的資料，在尊重個人及專業操守角度執行“告知”是得到倫理支援的。在法律上的知情同意原則規定醫生有告知患者病症真相的義務(Beauchamp & Childress, 1994)，癌症也不例外。中國的《醫療事故處理條例》第11條：在醫療活動中，醫療機構及其醫務人員應當將患者的病情、醫療措施、醫療風險等如實告知患者，及時解答其諮詢；但是應當避免對患者產生不利後果(趙小平, 2005)。而澳門第111/99M號法令，第3章私人生活及資訊權第九條所有人在關於其健康狀況之資訊方面之私人生活，在不影響法律所定限制之情況下，所有人均有權知悉就其健康而收集之一切資訊，亦有權獲得尊重其明確表示不願知悉有關資訊之意(澳門印務局, 2005)。這兩條法律均反映了，醫生是有義務告知患者所患的疾病；而患者無論病程是好是壞，亦有權知道自已的情況。

雖然大多數癌症患者都是希望清楚自己疾病的有關信息，但是於對死亡的威脅，許多患者在得知診斷時又非常恐懼甚至絕望(黃雪薇、張瑛、王秀

利、呂保祥、李廷傑, 2001)。所以，癌症所帶來的恐懼使人們傾向於掩蓋癌症診斷的真相，保護患者免受“噩耗”的重創。此舉有認為是有益於患者的。由此可看到臨床醫護員更看重的是病患的心理承受能力及家屬的決定，強調病患家屬的知情同意，決策是以家人為中心，把患者家屬作為說明現象的主體，甚至選擇不告知而輕視病患的告知權利(孫福川, 2001; 孫斌, 2005)。這種法律倫理的要求與被公眾廣泛接受的無害原則之間的沖突，使醫護人員經常陷入兩難的困境，最終使病人及醫院間引發出尷尬的場面，甚至醫患糾紛。

2. 癌症診斷告知的社會文化考量

由於中華民族道統講求孝心，不忍心將不幸消息告訴生養自己的父母，為人子女是最不想將病情告知患者。加上重親、輕個人的儒家文化的影響，造成了親屬同意與病患自主權相分離。有自主能力的病患習慣將原本屬於自己的權利交給親屬行使，親屬也習慣包辦一切(張濰華、劉軍, 2002)。由此可看出集體的同意權利大於個人的同意權利。

中國在孔子倫理思想主導下，認為不能為了挽救生命而破壞生命，醫生所做的必須對患者有益。在這種價值觀下，跟病患談論死亡是一種禁忌，因為跟患者談不可治愈的疾病相等於對患者加以直接的傷害。隱瞞病情是避免患者不能接受自己患癌症的事實，怕患者會無法控制自己的情緒，引致精神崩潰(謝華、陳萍、林艷秋、孫麗、張新彥、朱丹、王麗鸚, 2001)。有學者認為，暫時無實證證明隱瞞病情會使病患活得開心，患者可以看見自己的身體在不斷地變差，事實隱瞞是很難成功的。學者都相信誠實的告知預後是真正臨床照顧者的基本倫理義務(Fallowfield, Jenkins & Beveridge, 2002)。鑑於本澳經濟不斷的發展，市民的文化水準的提升，個人醫療保險出現，對醫療服務的期望不斷上升。有學者指出，知情同意不得不由集體權利轉變為個人權利，過渡的方法就是當要告知診斷時，家人與患者皆看成為一單位一起聆聽診斷結果(Ng, 2005)。

3. 癌症患者個人原素的考量

面對患上癌症的事實，大部份患者都表現得極度哀傷和無助。其中性別、年齡、頭班、性格、文化程度、癌症類別、疾病分期和家庭情況都可能是影響患者的原素。黃雪薇等(2001)及王秀麗、黃雪薇、張瑛、呂保祥、李廷傑(2002)的調查發現工人或其他職業的患者比科技或行政人員更明顯傾向於更早地獲知確切診斷。鍾永聯、吳偉(2003)指出文化程度越高知情程度也越高。黃雪薇(2001)調查發現大專或以上學歷的患者更傾向參與制定治療方案。而且患者的知情程度與患者的性格存在一定程度的正相關，外向性的知情度最高，其次為中性和內向性，因外向性心理承受力較高。18-39歲組明顯傾向於醫生單獨告知自己診斷，而60歲以上組別明顯希望有配偶和其他家屬陪同。

4. 癌症診斷告知對象的考量

4.1. 癌症患者對診斷告知的看法

在臨床上，醫務人員常常傾向避免對患者產生不利後果，只告知某些對患者傷害不大的病情或是由家人選擇是否告知患者。黃雪薇等(2001)的調查發現大部份患者是由醫生或家人告知其癌症診斷，15.43%患者表示不滿意在無意中才得知或自己想辦法才知道，甚至認為因此而延誤病情。由此可見，不知情的患者都會想知道自己的病情，儘早醫治。王菊香、施衛星(2000)的調查顯示53%的癌症患者是由醫生告知病情，有29%由家屬告知，其中93%患者表示願意被告知病情，63%表示如果在與醫護人員交流中得不到正面回答時會增加疑慮。受訪所有患者均表示看到周遭仍有癌症患者在不知情情況下接受治療時，表示同情。可見大部份患者都希望得知自己的診斷，也希望由醫護人員告知。黃雪薇、張瑛、王秀利、呂保祥、李廷傑(2003)等的研究中顯示，大部份患者希望選擇知道“一切，無論好壞”的訊息內容和越多越好的訊息量。由以上研究可看出，大部份患者都是想知道自己所患疾病的有關訊息。

4.2 癌症患者親屬對診斷告知的看法

鄭玉梅、王秀彩、劉薇(2004)調查癌症住院患者的家屬對知情權之需求，其中，97.2%的家屬採取不同程度的守密措施，包括在當中有66.8%的會

在癌症患者的症狀無法控制之末期，才告知患者。林斐、邱彩花(2003)的同類研究結果顯示80.23%的家屬選擇由醫生和護士告知。由此可見在家屬選擇告知方面存在不同看法，當中患者家屬可能害怕疾病診斷給予患者帶來傷害而不選擇後期告知，也有可能是自己不會表達或醫生公信力強，而選擇由醫生告知。

4.3 醫護人員對告知癌症患者診斷的看法

持不應告知癌症患者實情的醫生認為，告知會增加患者焦慮，產生更多的負面影響，不利於疾病的康復(方渭清、林刃興、李智淵, 2004; 謝華等, 2001)。持應告知癌症患者實情的醫生認為，患者生病就醫，對自己的疾病有知情權，有了解自己所患疾病的情況，參與制定治療方案的權利(謝華等, 2001)。

朱小莉(2005)對護士進行的調查中發現當被訪護士站在自身的職業角度時，有71.6%選擇不告訴重症患者病情。其主要原因是擔心引起患者恐懼，不利於治療。當被訪護士站在重症患者的角度，有92.6%想了解診斷情況。當護士站在家屬角色，有66%傾向於使用有保留的告知模式。黃雪薇等(2003)對癌症患者、其親屬和醫護人員進行有關應否告知診斷、生存時間和參與治療方案制定的量表顯示只有29.07%醫護人員認為應該要告知。由此可看出，護理人都有較大部份選擇不告知病情，即使是同一群組，其角色不同所作選擇也不同。

5. 癌症診斷告知後果的考量

告知癌症診斷對患者的影響以往的研究均用精神情緒的變化這一指標(Montazeri, Milroy, Hole, McEwen & Gillis, 1998)。學者指出得知癌症診斷後，癌症患者會出現精神應激狀態，但是焦慮和抑鬱症狀在幾週內就消失。而醫護人員及家屬的沉默或有限的訊息對患者精神失調影響可以持續很長時間(Taboada & Bruera, 2001)。當患者遇到善意的欺騙和非語言的訊息時，反而更使癌症患者陷入更深的不能面對現實所造成的恐懼(Fallow field, Jenkins & Beveridge, 2002)。但由於文化道統、價值理念、現實國情等方面存在著諸多差異，東方和西方國家在認識和處理知情同意問題的某些環節上則有著不同的理念和做法。

6. 結論

綜上所述，癌症診斷告知患者，對於患者本人、家屬及醫護人員都有著不同的看法。治療癌症對患者所帶來痛苦，家屬擔心癌症診斷對患者造成創傷，大部份家屬都不願意把診斷告知患者，或只是告知某部份的內容，然而多項研究反映，絕大部份患者都希望能知道自己的診斷結果。對於醫護人員而言，將癌症診斷守密，本是為著維護患者；但出於‘己所不欲’、‘以人為本’的理念，真的維護應從患者的意願出發，尊重知情也就成為核心價值。

隨著現代醫療科技的不斷發展，癌症患者診治後生存時間不斷延長，個人文化知識水準不斷提升，人們對於知情權的認識不斷提升，個人醫療保障出現，都逼使患者對自己所患的疾病的診斷有所知曉或接受程度增加。因此，醫護人員應該要向患者告知其所得的癌症診斷，好讓患者做好日後治療及個人臨終前的事務安排，完成患者最後的心願。此外，更可避免因為保密病情而使醫護、患者及家屬之間出現不和諧、不信任的關係，甚至醫療糾紛的出現。至於告知患者癌症診斷的模式又是怎樣，深信是值得未來進深探討的方向。

參考文獻

- 王秀麗、黃雪薇、張瑛、呂保祥、李廷傑 (2002). 癌症患者對診斷的訊息需求. *河南大學學報*, 21(3), 5-10.
- 王菊香、施偉星 (2002). 癌症患者對病情告知回應調查. *中國醫學倫理學*, 3 (71), 11-13.
- 方渭清、林刃興、李智淵 (2004). 知情同意對喉癌患者圍術期焦慮情緒的影響. *實用醫學雜誌*, 20(10), 1126-0028.
- 朱小莉 (2005). 是否告知症患者病情的調查. *醫學與哲學*, 8(26), 73-76.
- 林斐、邱彩花 (2003). 惡性腫瘤患者家屬對患者知情權的需求調查分析. *現代中西醫結合雜誌*, 12(11), 1209-1270.
- 孫福川 (2001). 知情同意《中國醫學倫理學辭典》條目選載之二. *醫學與哲學*, 7(22), 39-40.
- 孫斌 (2005). 知情同意為甚麼難以實現. *醫學與哲學*, 2 (26), 22-34.

張維華、劉軍 (2002). 關於病人知情同意權法律保護的思考. *中國醫學倫理學*, 15(6), 18-20.

黃雪薇 (2001). “癌症”的診斷對患者及其親屬的影響調查. *中國公共衛生*, 17(10), 951-952.

黃雪薇、張瑛、王秀利、呂保祥、李廷傑 (2001). 癌症患者的訊息需求—應否與如何告知癌症診斷. *中國心理衛生雜誌*, 15 (4), 265-270.

黃雪薇、張瑛、王秀利、呂保祥、李廷傑 (2003). 癌症患者的訊息需求-病患、親屬、醫護人員觀點比較. *中國心理衛生雜誌*, 17 (11), 757-773.

趙小平 (2005). 癌症患者知情認知調查分析概述. *右江民族醫學院學報*, 27(3), 407-408.

林美良 (2005). 養生性疾病之護理. 見: 於博芮、胡文郁、胡月娟等 (合著). *成人內外科護理上冊 (第 3 版)* (第 526~527 頁). 台北: 偉華書局有限公司.

鄭玉梅、王秀彩、劉薇 (2004). 癌症患者知情權的調查分析. *華北煤礦醫學院學報*, 6 (4), 516.

澳門印務局. 澳門第 111/99/M 號法令. 2005 年 8 月 31 日檢索於印務局網: (http://www.imprensa.macao.gov.mo/bo/i/99/50/declei111_cn.asp)

謝華、陳萍、林艷秋、孫麗、張新彥、朱丹、王麗鵬 (2001). 對癌症患者告知真情的倫理舉措. *中國醫學倫理學*, 1 (75), 40-49.

Beauchamp, T. L., Childress, J. F. (1994). *Principles of biomedical ethics (4th ed.)*. New York: Oxford University Press.

Fallowfield, L. J., Jenkins, V. A., & Beveridge, H. A. (2002). Truth may hurt but deceit hurts more: Communication in palliative care. *Palliative Medicine*, 16, 297-303.

Montazeri, A., Milroy, R., Hole, D., McEwen, J., & Gillis, C.R. (1998). Anxiety and depression in patients with lung cancer before and after diagnosis: findings from a population in Glasgow. *Scotland Journal of Epidemiology Community Health*, 52, 203-204.

Ng, W. I. (2005). Clinical practice of informed consent in the Chinese context: From retrospection to perspectives. *Macau Journal of Nursing*, 4(1), 33-37.

Taboada, P., & Bruera, E. (2001). Ethical decision: on communication in palliative cancer care: A personalist approach. *Support Care Cancer*, 9, 335-343.