

澳門末期癌症患者家屬對噩訊告知患者的態度

丁梅堅 申艷芳 吳少媚 梁鳳群 楊笑明*

摘要 目的：瞭解本澳末期癌症患者家屬對噩訊告知的態度，並探討患者及其家屬可接受的噩訊告知方式。方法：採用方便取樣，以結構式問卷訪談了 50 名末期癌症患者家屬。結果：1) 28 名 (56%) 患者家屬同意噩訊告知，但仍有 44% 的家屬不同意，甚至未能清楚考慮告知的時間。主要影響噩訊告知的因素是增加患者心理與情緒壓力 (90.9%)。2) 多數家屬採取逐步告知 (62%) 的態度，從家屬提出逐步告知的方式中，總結了兩個層面，包括非直接而循序漸進的告知及輔以心理護理的支援下，進行逐步告知病情真相。3) 66% 希望最合適由醫生告知，他們均認為醫生在病情解釋上較全面和值得信任。4) 在個人特質與噩訊告知態度中，患者和家屬的關係與其態度 ($P=0.02$)、家庭決策人與其態度 ($P=0.03$) 差異呈顯著意義；患者配偶和家庭決策人傾向於同意噩訊告知。結論：向患者進行噩訊告知正逐步為家屬所接受，結果也提示了如何告知十分重要，完整有計劃、輔以全人關顧的告知形式，能增強家屬對噩訊告知的意向與信心。

關鍵詞 末期癌症患者 家屬 噩訊告知 態度

1. 前言

癌症是引至人類死亡的主要病因之一，在 2005 年全世界 5800 萬死亡總數中癌症佔所有死亡的 760 萬 (13%)，預計全世界癌症死亡的人數有繼續增加的傾向 (世界衛生組織, 2005)。向癌症患者告知噩訊，是一件令言者難以啟齒，令聽者難以接受的事情，是醫護人員、患者家屬與患者之間的一大情感與倫理的難題。

1973 年美國國會通過《患者權利法》指出患者本身絕對有知其病情的自然人權 (陳敏錢, 1996)。有研究者從西方醫學中的醫病關係演變，加入臨床醫療倫理考量及當代法律之規範，多角度地對噩訊告知進行了探討，多數的結果認為，患者是希望瞭解自己的病情，應該尊重患者的自主權。但因為文化的差異，西方價值觀及文化背景下形成的噩訊告知方式，並不一定適用於所有地方，包括華人的社會。

本研究期望瞭解本澳的社會文化背景下，患者家屬對噩訊告知的態度，並探討如何告知患者？何時告知？由誰告知比較合宜等問題，從而建議一些具實踐性的噩訊告知方案。研究者盼望本研究的結果，能成為將來延伸至臨終護理發展之可參考性數據，期盼為患者和家屬的臨終照顧，建立一個全人、全家、全程的噩訊告知策略。況且，在澳門極少涉及這方面的研究探討，藉此研究成為日後本澳臨床科研的基石。

2. 文獻查證

無論在先進國家，還是發展中的國家，癌症的死亡率常居其主要死亡要因的前三位。在澳門地區，根據統計暨普查局的人口與生命統計，從 2002 年起躍居第一位，死亡率為 102.1/10 萬人口，每三名澳門人死亡中，或每二名澳門中年人死亡中，就有一名是因惡性腫瘤而死亡 (吳懷申、瞿國英, 2004)。由此可見癌症威脅人類的健康，已是個不爭事實。

末期癌症有治療困難、預後極差和面臨即將死亡的特性。因此，當被確診為末期癌症時，不僅對患者是一個嚴重的打擊，他們的親屬也同樣感受危機的存在，造成家庭生活紊亂，使癌症家屬在身體上、精神上都承受極大的壓力 (李潤華, 1998; 陳秀娟、陳美伶, 2004; 譚冬梅、滿力, 2005)。趙可式 (1998) 在康寧療護手冊中指出使家屬最感困擾的第一個問題是要不要告訴患者癌症末期的實情。

中國學者鄧衛警、沙立民、吳華瓊、林秀英、胡秀娟 (2004)、韓國 Yun 等 (2004)、台灣李文正 (2001) 的研究反映出大部分病者渴望瞭解自己患病的真相，相對患者的家屬對噩訊告知的傾向卻有參差，即使是不同的國家或地區都存在這種情況。Yun 等 (2004) 的研究，對韓國 380 個癌症病人及 281 個家庭成員作調查顯示，有 76.9% 家屬希望告之晚期疾病。台灣某醫院對 479 位癌症患者及家屬調查發現，有九成家屬在病情告之上採取“謊言政策”，有八成五的家屬採取隔離式保護，有八成的家屬主宰患者的治療決策 (李文正, 2001)。中國亦有調查顯示只有 43.2% 家屬願意真相告知 (鄧衛

澳門鏡湖護理學院護理學學士學位補充課程畢業論文，並獲優秀論文獎。

作者機構：澳門鏡湖醫院

* 指導老師

警、沙立民、吳華瓊、林秀英、胡秀娟, 2004)。綜合以上, 可見患者與其家屬在噩訊告知方面的態度並不一致, 告知方式也會因地而異, 至於澳門本土至今仍未有類似作相關的研究作探討。

在臨床工作上, 醫療團隊常會遇到兩難的處境。當患者確診了癌症後, 家屬以保護患者為理由, 要求不向患者告知噩訊, 但患者卻要求瞭解病情。這時, 醫療團隊則會陷入是否告知患者, 以保護患者的自主性與決定權; 還是與家屬同謀, 以保護患者免受心靈傷害的兩難境地。而醫療團隊在倫理的考量中, 亦在應用醫療性隱瞞產生“保護患者免受傷害”與“誠實公開地處理”兩者之間的選擇問題(蔡佩珍, 2004; Berger, 2005), 陷入矛盾的抉擇。雖然噩訊告知在不同的國家或地方有自己獨特的處理方式, 但醫療人員普遍認為噩訊告知是困難的。這與他們考慮到噩訊對患者的負面影響、家屬要求隱瞞、醫療人員自身的心理因素和可能缺乏相關培訓有關(莊榮彬, 1998; Muller, 2003; Berger, 2005)。

避免給患者及其家屬帶來不必要的心理傷害, 醫護人員須依據不同的文化習慣, 向患者傳達癌症診療方面資訊(許禮安, 2003; Jill & Mitchell, 1998)。澳門是一個中西文化交流融合的地方, 其文化是以中華文化為主體, 其中滲入了葡萄牙文化特色, 這樣的文化背景是否影響噩訊告知也是本次研究探討的範圍。

綜合以上文獻, 可見噩訊告知是醫療界所關注的一個問題, 更是建立臨終關懷與療護工作的一個重要環節。告知與否關乎到患者的自主權與自決權, 亦可能影響到患者的治療、生活品質及臨終安排等。並牽涉到如何告知、何時告知、由誰告知等問題, 並和個人心理、倫理和文化因素等有關。因此本研究通過瞭解癌症末期患者家屬對噩訊告知的態度, 探討符合本澳患者及家屬需要的告知方式。

3. 研究方法

3.1 研究設計

非實驗性探討性研究。

3.2 研究對象

於 2006 年 6 月 1 日至 6 月 30 日到鏡湖醫院康寧中心及協安中心照顧患者的家屬, 可多於一位, 人數是 50 人。家屬的入選條件: 年齡 18 歲以上; 直系家屬包括: 配偶、子女及兄弟姐妹; 承擔非正式的照顧責任; 沒有言語障礙者。

3.3 抽樣方法

採用方便抽樣方法進行。目標樣本數目: 康寧中心 40 人, 協安中心 10 人, 人數共 50 人。

3.4 研究工具

本研究採用 Yun (2004) 等發表的末期癌症噩訊告知的態度調查表。分為兩部份, 包括: 個人基本資料和對噩訊告知的態度問題, 合共 25 題。

由於問卷原文是英文問卷, 故本研究邀請二位英語專家對問卷的內容進行校正翻譯、回譯。然後由兩位組員校對, 內容相符後, 成為是次研究的中文版本調查問卷。

3.5 效度和信度

問卷經五位專家(三位臨床護理專家、一位腫瘤科專科醫生和一位臨床教育學者)審閱, 並進行內容效度 CVI 內容效度檢測, 評分為 0.94, 顯示內容效度良好(Polit & Beck, 2004)。在正式進行問卷調查前先作預試驗, 請五名患者家屬針對問卷詞句的瞭解, 填寫作答有無困難, 並估計填寫問卷所需時間。預試驗過程順利, 受訪者能根據問卷內容順利完成問卷, 所需時間約 30 分鐘。

3.6 收集資料的過程

在資料收集期間, 鏡湖醫院康寧中心的患者有 54 人, 研究員以方便取樣抽取 37 名患者的 40 名家屬。另外, 在協安中心抽取了 7 名患者的 10 名家屬, 通過訪談方式收集資料。在尊重受訪者的情況下向接受問卷者解釋研究目的及過程, 說明調查的所有資料只用於本研究並絕對保密, 並尊重受訪者的權利及決定。在知情同意下, 以訪談的方式進行問卷調查, 填寫完畢即時收回並編號, 以便作進一步分析。

3.7 統計學的分析方法

採用 SPSS11.0 for window 套裝軟件建檔與分析。對資料進行描述性分析, 計算百分比、標準差, 再用卡方試驗分析相關係數及驗證研究目的。

4. 研究結果

4.1 基本資料

本研究共抽取了 44 名末期患者個案, 訪問了 51 名照顧患者家屬, 其中有 6 名個案是訪問兩位患者家屬。在調查期間發出問卷 51 份, 有效問卷 50 份, 回收率達 98%。研究對象主要來自鏡湖醫院康寧中心癌症末期患者家屬 40 人, 佔 80%, 其餘 10 人來自協安中心, 佔 20%。基本資料詳見表 1。

4.2 患者家屬對噩訊告知的立場

本研究是針對末期癌症患者家屬對噩訊告知的態度，調查顯示家屬中有 28 人 (56%) 同意噩訊告知；22 人 (44%) 不同意，即有半數以上傾向於應該進行噩訊告知。

同意告知者的原因，選擇依次最高的為：85.7% 是認為有利於與醫生合作；75% 是患者有權知，67.9% 可完成未了心願。不同意告知者的原因依次分別是：可造成心理壓力 90.9%、使其喪失希望與勇氣 86.4%、對病無益無助 63.6%。

表 1 研究對象 (患者家屬) 和患者的個人資料

個人特質	患者家屬 (N = 50)		患者 (N = 44)	
	數目	百分比 (%)	數目	百分比 (%)
性別				
男	14	28	30	68
女	36	72	14	32
年齡				
20~40	12	24	0	0
41~60	28	56	23	52
60 以上	10	20	21	48
婚姻狀況				
未婚	8	16	2	5
已婚	42	84	42	95
與患者關係				
配偶	22	44	/	/
子女	20	40	/	/
其他	8	16	/	/
教育程度				
小學及以下	19	38	26	59
中學	19	38	15	34
大專及以上	12	24	3	7
宗教				
基督教	7	14	5	11
佛教	16	32	22	50
無宗教信仰	27	54	17	39
最初診斷時間				
一年以下	/	/	21	48
一年以上	/	/	23	52
家庭決策人				
是	29	58	/	/
否	21	42	/	/
照顧時間				
一年以下	26	52	/	/
一年以上	24	48	/	/
照顧地點				
醫院	40	80	37	84
家庭	10	20	7	26

4.3 噩訊告知的方式

4.3.1 誰告知

根據表 4 顯示，在噩訊告知的方式上，超過一半以上選擇由醫生親自告知噩訊 (66%)；亦有 15

名家屬覺得自己可以將噩訊告知患者 (30%)。但卻沒有人選擇護士告知。

4.3.2 何時告知

雖然前述結果有 56% 表示同意噩訊告知，但是，31 名家屬希望能夠逐步告知佔 62%；當中，更有 6 名的家屬認為仍未考慮最合適告知的時間，佔 12%，只有 9 名家屬表示容許立即告知。

4.3.3 誰告知的原因

按選擇合適的人作噩訊告知，有 33 人 (66%) 選擇由醫生告知，選擇由醫生告知的主要原因，97% 認為醫生瞭解病情，90.9% 認為醫生被信任的，60.6% 認為醫生可緩解打擊和提供安慰，54.4% 認為是醫生的責任。

然而，在選擇家屬告知當中，73.3% 選擇由家屬告知的原因是家屬瞭解患者心理和情緒、66.7% 認為家屬被信任、53.3% 認為是家屬的責任和家屬可緩解打擊。無論由醫生告知和家屬告知，他們考量的原因皆集中在那位告知者必須是對患者的生理、心理、社交狀況瞭解、可信任，而告知也是他們的責任。

4.4 個人特質與噩訊告知的關係

將結果變量 (是否同意告知) 與個人特質 (性別、年齡、婚姻、與患者關係、教育程度、宗教信仰、是否家庭決策人) 進行對比時，發現有同意 / 不同意與是否家庭決策人作 χ^2 檢驗時， $P=0.03$ ，同意 / 不同意和與患者關係作 χ^2 檢驗時， $P=0.02$ ，有統計學意義 (表 2)。其他無統計學上的差異。

表 2 個人特質與噩訊告知的關係

個人特質 (N = 50)	告知	不告知	χ^2	P
與患者的關係			8.32	0.02
配偶	13	9		
子女	8	13		
兄弟姐妹	7	0		
決策人			4.71	0.03
是	20	9		
否	8	13		
性別			0.54	0.34
男	9	5		
女	19	17		
教育			0.99	0.61
小學及以下	12	7		
中學	9	10		
大專及以上	7	5		
宗教			0.91	0.63
佛教	8	8		
基督教	5	2		
無宗教信仰	15	12		

5. 討論

5.1 家屬對噩訊告知的立場

本研究顯示末期癌症患者的家屬中有 56% 同意噩訊告知。家屬同意告知的原因主要是認為有利於患者與醫生的合作和患者有知情權，盡早告知可使患者完成未了心願。其結果與 Yun (2004) 所做的調查結果 (76.9%) 相若，有半數以上的家屬同意噩訊告知。但在同意告知的比例上，本地比率仍較其他國家如美國、韓國為低，這表明本澳仍需對患者家屬和社會大眾加強有關患者知情權、噩訊告知的利與弊、告知方式方法、臨終關懷等知識的宣傳教育工作，提高家屬對噩訊告知和關於善終的認識。

5.2 噩訊告知的方式

無論是東方國家還是西方國家，無論是怎樣的文化背景，噩訊告知對於臨床醫護人員來說都是一個難題。當今社會大力提倡尊重患者權益，患者的自主權日益受到重視，噩訊告知已逐步被醫護人員、患者及家屬所接受。因此，噩訊告知的問題重心已經不是停留在是否要告知上，而是如何告知、何時告知、誰最適合告知等技巧問題上 (李文正, 2001)。本次研究中由醫生告知 (66%) 和逐步告知 (62%) 是家屬選擇的理想告知方式。

韓國 Yun (2004) 所做的調查結果顯示：50% 的家庭成員及 78.3% 的患者認為應由醫生告知，其原因是因為醫生瞭解病情，能全面地解釋病情，並且患者信任醫生。這和本次研究結果有 66% 家屬選擇由醫生告知，以及選擇醫生告知的原因是一致。表明醫生在噩訊告知上擔當著重要的角色，對患者及家屬的決策有著重要的影響。Lang & Quill (2004) 研究指出，當患者的病情變化不能確定，或家屬無法接受患者不可避免的死亡或在治療時間有限的情況下，家屬面對醫療決策時，通常希望醫生能給他們一些建議。

本研究中由誰告知的選擇上，護士沒有被考慮為告知者，這可能是因為大多數醫護人員、患者和家屬在傳統觀念中認為醫生瞭解病情而合適做病情告知者，而且有法規規定是醫生的職責，因此醫生是告知的合適人選。但是有文獻指出護士與患者接觸時間較多，通過對患者及其家屬進行宣教，解答疑問，為患者提供資訊和情感支援，使患者得到正面的影響 (郭敬、張素秋, 2006)。亦有文獻指出，病患家人與護理人員多會提供情緒性與實質性的支

援，而醫生所提供的則以訊息與實質性支援為主 (楊克平, 1999)，可見醫護共同合作或以團體式合作的噩訊告知有互補的作用，可使患者或家屬在被告知噩訊時得到各方面的支援性關懷而減少心理沖擊。

在外國和臺灣有些醫院設有臨床腫瘤專科護士，在促進有效病情告知方面常能發揮很大的功效。這些護士一方面充當晚期癌症病情披露之見證者，一方面也能針對患者於被告知病情後之需要，提供補充資料，給予心理支援，幫忙患者及其家屬渡過最困難的時期 (陳敏錢、姜安波、周志銘, 1995)。由此可見，護士在噩訊告知的過程中是可以擔當一定的職責。本澳的康寧療護處於起步階段，外界將護士的工作定位仍是過往的身體護理為主，而目前仍未有腫瘤科專科護士，這些可能是本次研究中沒有家屬選擇護士告知的原因。

在告知的時機上，本研究有 62% 的家屬選擇逐步告知，在開放式問題中有 14 名家屬提到“逐步”、“有計劃”、“根據患者病情和情緒”而告知。這與近年有不少關注如何告知噩訊的研究所提出的做法相似，研究提出在噩訊告知前，應瞭解患者的意願、背景，與家屬充分溝通，依情況循序漸進，分次完成 (李文正, 2001; 陳敏錢、姜安波、周志銘, 1995; 許禮安, 1998; Muller, 2003)。亦有研究顯示醫生會推遲告知，直至大多數的家屬與患者均可接受時才告知 (Ptacek, 1996)。這樣有利醫生告知也利於患者接受。在本研究中大多數家屬選擇逐步告知。可見，逐步告知既可尊重患者自主權，又可減少噩訊告知對患者心理和精神的沖擊，是本地醫護工作者進行噩訊告知時值得考慮使用的方式。

韓國調查顯示有 71.7% 的患者及 43.6% 家屬和臺灣 73.6% 患者及 56.1% 家屬覺得應於確診後立即告知 (Yun et al, 2004; 郭淑芬, 2004)。而本研究中，有 18% 受訪者選擇立即告知，8% 受訪者選擇不告知，這些選擇的比率雖不高，但有一定的代表性。這表明在告知時間上，應針對不同的人群需要制訂各種噩訊告知的方式。

5.3 影響噩訊告知的相關因素

5.3.1 個人特質與噩訊告知的影響

本研究中性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、宗教對噩訊告知的態度並無顯著的影響。但在與患者關係不同的親屬中，對是否告知患者有不同的需求，配偶同意告知比子女高，可能是因為夫妻間存有共同經歷和責任，相互瞭解比較深，容易溝通，

希望可以共同面對。有文獻提到，患者和家屬的配偶關係，使得他們在感悟和接受程度上，有明顯高度相關性(Hinton, 1999)。而子女則與配偶所處的角色不同，子女未必能真正瞭解長輩的想法。臺灣有研究反映患者年齡越大，家屬告知噩訊的意願越低(郭淑芬, 2004)。因此，患者與家屬不同的關係與處境之下，可能會有不同的互動模式，醫護人員應根據家屬在家庭中不同的角色，提供相對應的護理指引。

本研究中家庭決策者同意告知居多，而非家庭決策者則以不同意告知居多。有研究指出患者家屬面對的家庭決策問題包括：急救的選擇、治療的選擇、住院照顧安排、出院決定、後續照顧安排和經濟負擔方式等決定，而決策者在家庭決策過程所扮演的角色是核心類屬，會引導整個家庭決策(蔡紋苓, 2004)。正因為決策者要考慮多種因素，故決策者會較主動詳細瞭解患者的病情，平衡各種情況而作出認為對患者有利的決定。

5.3.2 家屬心理因素

幾乎所有研究都指出晚期疾病患者及其家屬都承受著極大的心理壓力，根據本研究調查顯示，澳門地區家屬不同意告知的主要原因也是源於考慮心理因素，90.9%認為告知會造成心理和情緒壓力，86.4%認為使患者喪失對抗疾病的希望和勇氣，另外，63.6%認為對疾病無益無助。造成此想法的可能原因是：

- 1) 患者和家屬對噩訊告知的感受不同，家屬只考慮到告知後弊端所帶來的影響。正因為家屬在得知噩訊時的強烈感受，使他們覺得將這難以接受的事實告知患者，是非常困難和會對患者造成打擊。
- 2) 患者與家屬的需求和期望存有差異。有調查顯示，癌末患者和家屬需求不同，98.2%患者希望受到尊重，70.2%希望經常交談，從中獲得安慰和鼓勵；而70.8%的家屬要求全力搶救，50.3%希望延長患者生命和得到心理支援(許燕, 1999)；另一調查也顯示家屬的第一需求是解除患者身心痛苦，保證患者舒適(蘇春燕、張洪君、王宜芝, 2003)。可見家屬著重於保全生命和身體舒適而較少考慮精神需求，而這些都會促使家屬採用隱瞞方法。

總結以上原因，由於患者和家屬面對噩訊有不同的感受與需求，因而會使他們產生不同的心理狀況和行為。因此，噩訊告知前應該充分預期患者及家屬得知病情後可能產生的各種情緒反應，可先與家屬作好溝通，瞭解患者的意向，讓家屬瞭解全面的病情，分析告知的好處與壞處，或共同制定告知

的計劃，既可以幫助家屬決策，也可減輕家屬的思想顧慮和心理負擔。同時，通過醫護人員的宣教，使家屬認識到真實、平和的病情告知，對患者是莫大裨益。告知能使患者對醫護人員有更好的信任與合作態度，有利於康寧護理的順利實施，同時亦幫助患者解除對死亡的恐懼心理，使患者能安詳、平和、尊嚴地走完人生旅程，減少「生死兩遺憾」的情況。

此外，告知時除了醫生，還可照會護士、社工或神職人員，借助他們的專業為患者和家屬提供一個全人、全家、全隊、全程的照顧。

5.3.3 文化差異對告知的影響

現今，無論中外醫學倫理學和法律都認定醫生有告知患者末期癌症病情的義務(李桂梅, 2005; 鄧郁、王松筠, 1994; 鄧達榮, 2004)。但在實際操作當中，由於文化背景的不同，各地對原則的實施情況有極大的區別(陳敏錢, 1996; 許禮安, 2003; Yun et al, 2004)。醫生未能直接向患者進行告知的原因，有很大一部分是由於患者家屬的不同意告知的態度所造成(許禮安, 2003; 彭美慈、梁穎琴、龐連智、施永興, 2005)。而醫生又不能越過家屬而直接向患者進行告知(朱桂霞、姚蘭, 1997; 張孟喜等, 2005)。中國內地和臺灣地區的家庭，其文化背景是以家庭為單位，病情解釋的對象以家屬為主，患者處於較被動的地位(林伯殷, 2003; 蔡佩珍, 2004; Tse, 2003)。

在本研究中，中國文化傳統的影響卻不十分顯著，在有關問題作答中認為談論死亡是一個禁忌的人數只有9人(40.9%)，提及為盡孝道和不能由個人決定各有8人(36.4%)。這是否因為澳門曾受葡萄牙管治一百多年，西歐文化和宗教滲入，使澳門形成一個多文化、多宗教並存和發展的地方，而中國傳統觀念相對削弱的緣故呢？要說明這一問題，需要另一篇有關文化和信仰比較的專題，作進一步的研究。

6. 結論

此次研究顯示向患者進行噩訊告知正逐步為家屬所接受，而且由醫生告知和逐步告知會增強家屬告知的信心。另外，如何告知是告知的重點，在告知前做好充分的準備，包括清楚患者意願、背景、承受壓力的程度、病程；選擇合適的時機和場合；與家屬充分溝通，分析告知與否的預期結果和優缺點，解決家屬的擔憂，有利於向患者進行噩訊告知。因此，宜制定符合本土特點的噩訊告知計劃或

指引，發揮醫護團體作用，將噩訊對患者和家屬的衝擊減至最低，為患者和家屬提供一個全人、全家、全程的照顧。

參考文獻

- 朱桂霞、姚蘭 (1997). 癌症患者家屬身心狀況調查及分析. *實用護理雜誌*, 13 (5), 268-269.
- 李文正 (2001). 談告知病情的原則. *高醫醫訊*, 17(8), 11-14.
- 李桂梅 (2005). 中西家庭倫理產生之源探究. *倫理研究學*, 4, 66-70.
- 李潤華 (1998). 癌末患者之心理諮商技巧 - 淺談同理心的運用. *安寧療護雜誌*, 10, 27-31.
- 林伯殷 (2003). 論癌末病情告知的困境與出路. *應用倫理通訊*, 25, 1-13.
- 吳懷申、瞿國英 (2004). 澳門地區2004年惡性腫瘤死亡監測研究. *澳門醫學雜誌*, 5 (3), 175-180.
- 郭淑芬 (2004). 從癌症患者及家屬觀點探討病情告知之經驗. 臺灣：臺灣大學護理研究院（未發表碩士論文）
- 郭敬、張素秋 (2006). 60 例肺癌患者化療期間生存質量的調查分析. *護理研究*, 20 (9), 2284-2286.
- 張孟喜、李豔群、付桂香、李文英、趙利華、范勇、汪志紅、彭雷 (2005). 臨終患者親屬應激水準與其焦慮抑鬱的相關性研究. *護士進修雜誌*, 20 (4), 307.
- 莊榮彬 (1998). 醫師告知癌末患者病情之心理壓力與因應. *安寧療護雜誌*, 10, 32-37.
- 許燕 (1999). 癌症患者及其家屬心理狀態與需求的調查. *中華護理雜誌*, 34 (7), 427-428.
- 許禮安 (1998). 臨終關懷之我見. *應用倫理研究通訊*, 8, 8-12.
- 許禮安 (2003). 病情世界分析之二：人活在關係之中. *安寧療護雜誌*, 8 (2), 210-221.
- 陳秀娟、陳美伶 (2004). 癌症病患家屬照顧者照顧工作之探討. *長庚護理*, 15 (3), 258-269.
- 陳敏錢 (1996). 癌症病情披露之臨床個案探討. *內科學雜誌*, 10 (6), 91-97.
- 陳敏錢、姜安波、周志銘 (1995). 晚期癌症病情之披露. *內科學雜誌*, 6 (2), 140-147.
- 楊克平 (1999). *安寧與緩和療護學概念與實務*. 臺北：偉華出版社.
- 楊克平 (2006). 自「臨終病患對療護的期望」論關懷倫理. *哲學與文化*, 33(4), 17-27.
- 彭美慈、梁穎琴、龐連智、施永興 (2005). 末期癌患者的預後自覺度、生存意志與醫護期望. *中國醫學倫理學*, 18(5), 28-31.
- 趙可式 (1998). 癌症末期患者家屬須知. *康泰安寧療護手冊*. 臺北：康泰醫療教育基金會, 33.
- 蔡佩珍 (2004). 癌末家庭病情溝通之倫理困境與社會工作倫理辯明. *安寧療護雜誌*, 9 (2), 141-151.
- 蔡紋苓 (2004). 老年患者出院準備服務中家庭決策過程之探討. 2006 年 11 月 29 日檢索於全國博碩士論文資訊網(臺灣): <http://library.ipm.edu.mo/Chinese/resource/e-resources/e-resources.asp>
- 鄧郁、王松筠 (1994). 癌症的認知行為與癌症告知. *醫學與哲學*, 11, 41-42.
- 鄧達榮 (2004). 澳門醫患法律關係的調查研究. *澳門醫學雜誌*, 4 (2), 95-100.
- 鄧衛警、沙立民、吳華瓊、林秀英、胡秀娟 (2004). 癌症患者及親屬對知情權需要的調查分析. *實用全科醫學*, 2(4), 349-350.
- 蘇春燕、張洪君、王宜芝 (2003). 癌症末期患者家屬感受和需求的調查. *護理研究*, 17 (5), 519-520.
- 譚冬梅、滿力 (2005). 癌症患者家屬需求的調查分析. *國外醫學護理分冊*, 24 (5), 251-252.
- 統計暨普查局 (2004). *澳門癌症登記年報 2003*. 2006 年 3 月 24 日檢索於統計暨普查局網站: <http://www.ssm.gov.mo>
- 世界衛生組織網頁 (2005). 癌症. 2005 年 3 月 26 日檢索於世界衛生組織網站: <http://www.who.int/mediacenter/factsheets/>
- Berger, J. T. (2005) Ignorance is bliss? Ethical considerations in therapeutic nondisclosure. *Taylor & Francis*, 1, 94-98.
- Brewin, T. B. (1991) Three ways of giving bad news. *The Lancet*, 337, 1207-1209
- Hinton, J. (1999). The progress of awareness and acceptance of dying assessed in cancer patients and their caring relatives. *Palliative Medicine*, 13, 19-35.
- Jill, & Mitchell, (1998). Cross-cultural issues in the disclosure of cancer. *Cancer Practice*, 6 (3), 153-159.
- Lang, F., & Quill, T. (2004). Making decision with families at the end of life. *American Family Physician*, 70 (4), 719-722.
- Muller, P. S. (2003). Breaking bad news to patients: The spikes approach can make this difficult task easier. *Journal for Primary Care Physicians*, 112 (3).
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2004). *Nursing Research: Principles and methods*, 7th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ptacek, J. T. (1996). Breaking bad news: A review of the literature. *Journal of American Medical Association*. 276 (6), 496-502.
- Tse, C. Y. (2003). Breaking bad news: A Chinese perspective. *Palliative Medicine*. 17, 339-343
- Yun, Y.H., Lee, C.G., Kim, S., Lee, S., Heo, D.S., Kim, J.S., Lee, K.S., & Hong, Y.S., Lee, H.J., & You, C.H. (2004). The attitudes of cancer patients and their families toward the disclosure of terminal illness. *Journal of Clinical Oncology*. 22 (2), 307-314.

在感染的危險，醫務人員的皮膚被針刺傷是職業暴露感染HBV、HCV、HIV等血源性傳染病的主要途徑。隨著醫護人員傳染病的逐漸增加，針刺傷已受到社會各界的重視。許多國家都將醫務人員針刺傷作為評價醫院管理水準的重要標誌，力求保障醫務人員的職業安全。

參考文獻

任小英、喻姣花、熊宇 (2003). 不同科室護理人員被針刺傷現況調查. *實用護理雜誌*, 19 (3), 62-63

吳安華、任南 (2002). 護士面臨針刺傷的危害及對策. *中華醫院感染學雜誌*, 12 (7), 525-526.

徐群友 (2005). 護士針刺問題的探討. *職業與健康*, 21(9), 1312-1313

王紅紅、楊敏 (2002). 護士工作中針刺傷現狀及其對策. *實用預防醫學*, 9 (6), 666-668.

陳金鈺 (2005). 糾正不良的護理工作習慣和行為減少針刺傷. *現代護理*, 24 (11), 2092-2093.

李映蘭、李麗 (2006). 臨床護士針刺傷調查及職業安全管理探討. *護理學雜誌*, 21(2), 52-54

賀彩霞 (2005). 臨床護士針刺傷的自我防護. *實用醫技雜誌*, 12 (12), 3695.

(接 14 頁)

Attitude of families of advanced cancer patients towards prognosis disclosure in Macau

Ding Mei Jian Shen Yan Fang Wu Shao Mei

Leong Fong Kuan Yeung Siu Ming*

Abstract Objective: To understand the attitude of families of advanced cancer patients in Macau towards prognosis disclosure, and to investigate the acceptable method of disclosing prognosis. Method: A convenient sampling method was adopted, and 50 advanced cancer patients' relatives were interviewed with structural questionnaires. Result: 1) 28 families of cancer patients agreed that the prognosis should be disclosed, and over 44% of the families disagreed with that, and some even would not think of an appropriate time to notify the patients. Factor influencing their decisions to disclose the prognosis is mainly about their concern of raising stress on the patients' psychological and emotional aspects (90.9%). 2)

Most families (62%) took an attitude of telling the news progressively. By looking at their attitudes, two aspects could be summarized, including telling indirectly and progressively, and to tell the truth under psychological counseling. 3) 66% interviewees were expecting the most appropriate notification by reliable doctors who are able to explain more clearly the health condition of patients. 4) From individual characteristics and the attitude towards prognosis disclosure, there are significant differences between the relationship of patients, families and their attitudes ($P=0.02$), and the relationship between family decision makers and their attitudes ($P=0.03$). Patients' spouses and their family decision makers inclined to notify the prognosis. Conclusion: Prognosis disclosure to patients is being accepted progressively by families. The result indicates that the approach used for revealing the prognosis is important, too. Having a complete plan and notifying in a holistic and caring way can strengthen the intention and confidence of the families.

Key words Advanced cancer patient Family

Prognosis disclosure Attitude