

論癌末病情告知的困境與出路

國立中央大學 哲學研究所 在職專班研究生 林伯殷

壹、前言

自 1982 年起，癌症每年高居台灣十大死亡原因首位，2001 年，因癌症死亡的人數有 32993 人，佔所有死亡人數 26.05%（註一），每四位死亡人口中約有一位是因癌症而過世，並且，因癌症死亡的人數及死亡比率有逐年攀升之趨勢（註二），國人面對癌症威脅的壓力可說是與日俱增。以台灣的社會現況而言，家庭仍承擔大部分照顧癌症病患的責任，所以，每位癌症病患不只是個別的病患而已，其所代表的是一個直接受到醫療、經濟、心理、倫理等多方面衝擊的家庭（註三），除此，還有周圍關心的親友、鄰居、同事、病友等，及實際執行癌症關懷的醫師、護理員、醫技人員、藥師、研究者、看護員、志工、宗教人士、保險人員、行政人員等（註四），以其影響層面之廣泛，癌症儼然足以成為社會的重大議題，對於相關的倫理問題實有深入探討的必要。

癌症依其發生部位的轉移狀況可分為四期，第一期是只發生在病變部位的原位癌、第二期癌細胞會侵蝕肌肉層或產生硬塊、第三期癌細胞侵入周圍的淋巴組織、第四期癌細胞會隨淋巴系統轉移入侵其它器官（註五）。透過癌症各期別所區分的不同病況程度，若患者能及早在第一、二期之間發現罹病時，經醫院提供的適當治療後，有相當高的存活率（註六），所以，透過「早期發現、早期治療」的預防醫學概念，可降低大眾聞癌色變的傳統反應，亦可減少倫理問題的衝擊。但是，並非每位癌症患者都可在早期被診斷出來，若干不幸的患者就只能在第三、四期「癌症末期」症狀出現後才發現病症，例如，大部分胰臟癌患者是在出現黃疸這項末期症狀時才發現病情。癌末病情的發現往往

對病人及家屬造成巨大又突然的衝擊，令人不知所措（註七）。

貳、癌末病情告知的困境

安寧緩和醫療條例第三條二款定義「末期病人」為：指罹患嚴重傷病，經醫師診斷為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已不可避免者。依據前述定義，「癌症末期病人」意指：罹患癌症，經醫師診斷為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已不可免者。由於現行醫學技術的限制，挽救癌末患者生命的途徑有限，癌末診斷結果等於直接宣告患者死亡，客觀事實被醫師診斷出來後，病人常自陷於主觀的悲傷中（註八）；病人在極其突然的情況下必須面臨生死交關的問題，各類倫理衝突接踵而至，是否應向癌末病人「告知實情」，就是癌末關懷最先面臨的道德兩難問題（註九）。以台大醫院緩和醫療病房為例，倫理困惑問題發生比率除病患的照顧場所外，病情告知是最重要的問題，亦是住院初期最重要的倫理兩難（註十）。

在美國，1961年 Oken 對醫師告知癌症病患病情的研究指出：193位回答問題的醫師中，88%的醫師傾向不告知病患實情（註十一），到了1977年，以相同的問題再對醫師進行告知癌症患者病情的研究指出：251位回答問題的醫師中，98%的醫師傾向告知病患實情（註十二）。二次調查皆顯示：醫師對告知癌症病情的態度，主要受到醫師臨床經驗的影響（註十三）。醫師的臨床經驗愈多愈傾向告知病患病情（註十四）。可能其間醫學研究的進展，改變了醫師對癌症的臨床經驗，促使其對癌症告知的態度有較大的轉變。但全球不同地區、文化差異使得醫師對癌症病情告知的態度有所不同，根據 Thomsen 等人的研究，歐洲 27 國、260 位醫師回答顯示：北歐的醫師會同時向癌症患者及其配偶告知病情，但對於癌症已轉移者，有時會美化其病情；東歐和南歐的醫師傾向對癌症患者保留病情，就算患者有所請求亦是如此，但會告知患者配偶，被告知的患者部分是病況被認為較輕微者（註十五）。亞洲方面，日本 Mitsuru Seo 等人的研究指出：63 位癌症病患中，有 54 位（86%）期待被告知病情，其中 34 位（54%）已被告知病情，另外 20（37%）位沒有被告知病情的患者，其中 7 位是因為家人反對；接受研究的 35 位醫師中，21 位（60%）認為告知癌症患者病情有正面的作用，27 位（77%）認為應加強癌症診斷告知（註十六）。Chan 及 Goh 對於告知病情的研究（未限制於癌症病情），新加坡醫師約有四分之一有時會對患者保留病情（註十七）。一般而言西方國家的美國較重視病患的自主權，所以強調應全部告知病情，而歐洲、亞洲等國家，則大多由醫師委婉告知或經家屬要求予以隱瞞病情。

醫師於癌末病情告知決策中，主要是文化、權力角色互動下的產物，從而影響醫師之認知、態度乃至於決策行為（註十八）。在台灣，我們的文化背景是以家族為單位，

所以在臨床上癌症病情告知時多半先與家屬溝通，但經常會遇到病患家屬在背地裡要求醫護人員不可披露癌症病情。以目前醫療情況而言，醫師病情解釋的對象仍然以家屬為主，病人處於較被動的地位，而家屬的意願同樣也不希望病人知道，大部分的醫院也有提供該項服務（註十九）。丁思惠以回溯法研究喪偶者對於配偶得到癌症的消息，大都抱持否認的態度，甚至在自己都無法接受的情形下，因擔心配偶的反應，而未將病情完全告訴配偶（註二十）。所以，醫師除了就患者本身考量是否揭露病情外，還需面對如何回應家屬提出「保留病情」的問題。

醫療法第五十八條：「醫療機構診治病人時，應向病人或其家屬告知其病情、治療方針及預後情形」（註二十一）。依此法條，醫師未必需要向癌末病人告知病情，因為，病情告知的對象包含家屬，醫師若只將病人病情告知家屬，家屬亦傾向保留病情，則醫師亦已盡告知之法律責任，只是道德上未盡符合西方個人自律原則，最後，是否應向病人告知病情的決定權轉移到家屬身上，這種轉移是否適宜，應進一步討論個人自律與家庭的關係。癌末病人的治療決定權被家屬和醫師掌握後，病人大多被隱瞞病情，在整個醫療過程中呈現孤立的狀態；決定醫療措施時，大部分家庭排除病人參與，例如，癌症病童的父母較關心病童的疾病，且不認為病童有正常的活動能力，所以限制病童的活動範圍（註二十二）。但是，癌末病患在身、心、靈及社會等各方面，承受了莫大的痛苦與壓力，尤其是越接近生命的終點，伴隨而來的衝擊越是可觀，使病患的生活品質受到嚴重的影響，他們需要了解病情（註二十三）、身體承受的痛苦必須被減低、心理的不確定及孤獨感必須被安撫、尋找生命意義及信仰的靈性需求必須被滿足、社會關係需要被維繫，癌末病人面對的臨終過程是「整體性」的，且隨時在變動中，無法以單一層面定論病患的需求（註二十四）。許禮安醫師指出：當家屬要求醫護人員隱瞞病情時，私下問病人，約有八成知道病情（註二十五），但是怕家屬擔心而假裝不知道，於是家人僅存的相聚時光就在互相假裝與演戲中渡過，病人的心願、心事與後事都無法與家人坦誠溝通，非常可惜（註二十六）。為了避免這種遺憾，有必要針對癌末病情告知困境的主要原因「癌末病人的個人自律和家庭對癌末病人的影響」做較深入的研究。

參、癌末病人自律

醫療科技的進步使生命經驗越來越傾向「醫療化」（medicalization），許多有關討論生命問題的語言被置換為醫學名詞（medical terms），獲得的解答亦多為醫學解答，病人被賦予「解剖學」的意義，這種醫療化現象逐漸擴展到社會和制度層面，雖然，有生命倫理學的反省批判，但病人仍被置於嚴肅的生命倫理對話權力結構中，例如，癌末病人病危時，醫護人員很自然的以「救人」為職志，迅速進行各項搶救的程序，儘管有

諮詢機制，但在執行上仍是以醫療進行為主、諮詢為輔（註二十七）。因為我們已經習慣以醫療化的觀點來處理癌末問題，長期漠視癌末病人的人格特質及對資訊的不同需求，使得我們拙於面對癌末病情的告知問題（註二十八）。對於病人欲了解真實病況，又無法克服揭露病情後的心理恐懼，或病人要求知情遭家屬反對的情況，醫療人員在應對此類的問題時並無簡單的規則可以遵循，有必要重回問題的根源，以人的本性「不忍人之心」做為反省問題的根據。

在這種道德兩難的情況下，片面堅守某一道德原則可能淪為「鄉愿」。儒家對生死之際，要求合於「禮」，「禮者，理也」，此理不單指理性理智，而是情理兼顧之理。「克己復禮為仁」，以禮事奉臨終的親人自是以仁為出發點的一種關懷。此類道德兩難可引孟子所言之「經權原則」作為思考依據，暫時擱置一般應當遵行和可用的道德原則，返回一切道德的根源，即孟子所言「不忍人之心」來對特殊的情境作相應的「權變」，這是回歸道德本心的反省，不是放任或虛無主義的便利變通。（二十九）

癌末病情告知之所以形成困境，應是家屬及醫療人員本著謹慎行事、避免傷害病人而多方考慮的結果，唯採取之做法是否得當，是否符應「不忍人之心」的要求，應先了解癌末病人自律。

日常生活中，個人所做的決定受到不同形式的知識、價值、信念和生命意義影響，這些不同意義的網絡在個體的特殊脈絡下形成交互作用，欲了解個體所做的決定，就必須從其置身的環境著手。然而，醫師評估癌症病人是否應接受化學治療時，所考量的多半是醫藥在病人身上所產生正、副作用的可能性，若病人「拒絕接受」化學治療，則醫師會進一步評估「病人所做的決定是否理性」，鮮少專為「拒絕治療」而溝通，因為，從個人脈絡所做的醫學決定經常被認為「不理性」，但是，拒絕接受化學治療置於個人價值、情緒、信念、生死觀的脈絡下，就較容易找到理由，若醫師能與癌症病人做更深入的溝通，則病人的決定亦較能受到尊重（註三十）。事實上，癌症患者即使在惡劣的生存條件下，多半依然可從其獨特的處境中重新發現個人對生命的詮釋，雖然經歷重病的擊打，經歷各種因病伴隨而到的損失，患者反而能夠回歸到精神層面的追尋，甚至過更有意義的生活。良好的支持系統、病人意識到自己的責任、有價值的自我認同、自我超越（尋找生命的新角度，進而忍受痛苦）等，是有利於癌症患者形成生命意義的因素（註三十一）。由於每個人文化、生活、社會背景不同，自然形成不同的價值觀，易言之，每位單獨的癌症病人皆為一個特殊的個案，容許有不同的考量角度，所以在決定什麼是癌症「最適切」的治療上（the Most Optimal Anticancer Therapy），癌症病人自主的觀念就顯得非常重要（註三十二）。臨終病人應保有其決定自己醫療、生活方式及活動

的權力，直到病人無法或無意願為自己以上的權利自決為止，基於尊重病患自主權的原則，安寧療護（Hospice Care）等臨終關懷的觀念與作法傾向對癌末病人告知病情。然而，「告知病情與否」不能作為病患自主權是否得到尊重的評量標準，更重要的是「病人有沒有真正選擇是否知道病情的權利」，病患的照顧者（包括醫療人員和家屬）要預先了解及評估病患是否想要知道病情，若是，則應提供完整的訊息及保護措施，若不想知道，病患亦能受到尊重不影響照顧品質（註三十三）。

較早的醫學倫理揭示了不揭露病人病情的正當性，這些傳統宣言和守則尚未直接關注病人自律的問題，而現今生命倫理學有關病情揭露的討論，重心多集中於病人自律的問題，多數學者認為壓制適當的資訊有損於病人自律及專業工作。然而，病人知情的權利和醫師告知病情的義務受醫病關係影響，在具有高度風險的情況下，醫師應謹慎處理病情資訊，注意病患心理變化，以降低病人痛苦。康德（Kant）認為：說實話是互信、契約、承諾的基礎，若缺之，則人類社會立即遭受挑戰。但是人並非所有時刻皆理性、自律，例如，某人身處重症時，他人就必須代為思考有關的決定，誠實原則可能被其它更急迫的原則取代。「事實」在臨床狀況中具有以下特質：「事實」具有脈絡（contextual），必須從醫病關係的本質及持續時間進行考量。「事實」是第二善（secondary good），其它更基本的價值優先於「事實」，如，個體及社群的生命。「事實」對治癒身體不適（illness）而言很重要，但對治癒疾病（disease）就不一定（註三十四）。「事實」終究會呈現，保留只是短暫的，並且必須維護病人當下的利益（註三十五）。醫師需要向病人告知病情是為了符合知情同意（informed consent）原則，一般醫師對於病情告知所持的標準是「理性人標準（reasonable person standard）」，據此，醫師需要提供他的理性病人同意接受特別治療前，所需要參考的資訊，對於經常做的處置有義務說明清楚；具理性的人有不同偏好（different preferences），面對醫療選擇時也是如此，若醫師幫病人選擇的治療方式是他們無法接受的，勢必引起病人痛苦。大部分病人所要知道的資訊是普通的，例如，治療過程可能會引起那些痛苦、何時可以回復正常生活等，醫師提供病人做主要合理決策所需的關鍵資訊，應降低震撼性（surprise），所以，醫師應提供的資訊有：所有理性治療的選擇，包括完全不接受治療。在每項理性治療的選擇中，任何會引起病人驚訝、但醫師能掌控的效應。任何效應（第二項條件所述）的可能性（註三十六）。

癌末病情告知屬於瀕死告知，若病人願意了解自己的病情，則病人應知道診斷結果、身體症狀、可能剩下的存活期、醫療選擇、照顧方式等，但是，癌症屬於重大疾病，且每位病人得知病情後的身心反應無法預知，所以，醫師多認為癌末病情告知具有風險而趨於謹慎，甚至，以「誠實」是第二善、不告知病情以避免傷害病人情緒符合不傷害

原則，部分醫師直接以不傷害原則高過誠實原則而裁量說明內容，於是「醫療特權」（therapeutic privilege）超越癌末病人「知情權」（right to know）（註三十七），然而，醫療特權的使用，會使癌末病人在醫病關係間處於更弱勢的位置，行使自律的空間遭受壓縮。醫師和病人溝通的目的不僅只於提供病人做醫療決定時所需的資訊及分配醫療決定權，還要顧慮病人的利益（patient's good）（註三十八）。在癌末病人的醫病關係上，醫護人員不能囿於告知的形式及片面考量，必須遵從自律原則，以維繫病人選擇「善終」的權利。

肆、家庭對癌末病人的影響

在台灣，醫師決定是否告知癌末病情時，主要是患者家屬（家族主義）與患者（自主權）的角力，此時，醫師會以理性的思考來衡量，從而決定自身立場偏向何方。就資源而言，家屬通常擁有家長與照護者的雙重優勢，就技巧而言，家屬不但可以阻擋醫師告知，即使醫師告知患者病情，仍可以重新向患者詮釋醫師告知的內容，患者則處於絕對弱勢。無怪乎在醫師的心目中，家屬佔有絕對的優勢，由於家屬大多主張不告知病情，所以，大多數醫師明顯偏向家屬（註三十九）。文化及地區的差異性直接表現在病情的告知上，西方社會認為應直接告知病人，但在許多亞洲國家通常只告知病人家屬，因為，任何人只是相對地獨立，個體是家庭的成員，一個人的生命能延續，是依賴家庭成員的相互幫助和支持。文化的差異促使醫師思考病人的不同價值取向，因為，不同的社群和文化傳統供給個人很多的價值觀，病人遵從家人決定及放棄知情同意的權利應從更多的角度思考，以部分移民美國的家庭為例，病人相信家中其他成員比他更了解病情，和醫師的互動更好，所以，病人傾向相信他們的決定，亦傾向將他的知情權、決定權委由家中其他英文能力較好的成員。家庭有許多重要性：家庭具有養成文化習慣的功能，透過家庭日常活動，使個體習得許多特別的習慣傳統。透過習慣和投射傳承「家庭特色」（familial character）。在家庭範圍內，個體得到及保存主觀意識身分（subjective sense of identity），個人自我概念是家庭的延伸，人被深深的嵌在家庭的關係中，分擔社會角色和實務，人是互相牽連和影響的。家庭支持一些唯一且有內在價值的目標，如共同承擔人際影響及豐富的情緒，家庭有能力提供其它社會部門所無法提供的愛和親密關係（註四十）。所以，任何醫療決定應包括個體（病人）和集體（家庭）要素，何者優先，應以具體情況分析（註四十一）。雖然，大多數美國倫理學家是以原則主義為基礎理論的模式強調個體權利，但生命倫理學界並不只有一種主張，集體或社區主義也是一種不可忽視的想法（註四十二）。恩格爾哈特（H. Tristram Engelhardt）亦指出：後現代不同社群（community）的道德理解經常相互衝突，反映出當代生命倫理學是多元的（註四

十三)。在後現代的背景下，哲學不能證明某一種倫理學體系及生活方式是唯一正確的選擇，如果想證明的話，已經從具體的前題出發，這些具體的前題別人是不同意的，所以應該自由合作（註四十四）。生命倫理學必須為衝突建立分析架構，提供一組可以幫助我們作道德分析的道德原則和理據（註四十五）。但是，這組分析架構不應將我們重新置於只適合現代醫療體系進行的完整結構中，而是要尊重個體意願並兼顧多元性。癌末病情告知除尊重病人主體外，在親屬網絡發達的台灣社會，無法不顧及家屬的立場。

以現今台灣癌末關懷的狀況而論，雖然安寧療護機構逐漸普及，但因家庭關係綿密，大部分的照顧責任仍由家人共同承擔，以家庭本位思考癌末關懷有其合理之處：癌末病人瀕死的過程是大家共同經歷的過程，並不是個人主義所強調的個體行使自由選擇的過程，有尊嚴的死不完全等同於履行以往所立下的指示。病人清醒時，可能對未來的情況不甚明瞭，預立的指示可能會有閃失，反將自身置於困境。病人已經昏迷後，就難以尋出他清醒時會如何做決定（註四十六）。以病人為中心的最佳利益標準忽略了家庭因素，因為，個人利益往往存在人倫關係中，無法單獨量度或評估，例如，癌末病人有時想出院回家，但他考慮到家屬在照顧上的困擾，或許就此打消念頭。家庭整體利益其實是個人利益的部分，無法明確區別，故做任何有關癌末病人的決定時，還是要考慮對家人的影響，例如，兒子想延長父親的生命，但這樣可能使主要照顧者承受更大的負擔（註四十七）。所以，應用西方自律原則概念的病情告知方式不一定適用於家庭觀念深厚的東亞國家，因為，以家庭為中心的家庭自律原則已經被儒家傳統長期形塑，關於人之為人，儒家的形上義理不同於西方自律原則的個體觀念。對儒家而言，每一個人受天安排，在某個家庭誕生、接受家庭養育、和家人擁有特別的關係、個人生命和家庭緊密結合無法分開。儒家觀念認為：從社會面，個人應將所屬的家庭視為自律單位，榮辱與共。所以，家人的醫療問題變成全家的問題，家庭成員生病時，應受到家人妥善的照顧，病人不應直接傾聽不熟識的醫師說明病情，及承擔直接簽署同意表格的責任，反而家庭應代表病人出面，與醫師共同安排所有的醫療事宜（註四十八）。對於東亞家庭自律和西方個人自律所形成截然不同的做法，有必要進一步了解二者的內涵。

西方個人自律原則有以下特點：支持病人的醫療決定，這代表每個人有權做與他自己的身體和其它面向有關的決定。倡導利益的主觀概念，利益的決定以滿足個體的意念、偏好、期望為要，不管他們是否符合一組被客觀定義的價值。西方自律原則的主要價值是「個體獨立」，家庭和醫師有義務尊重和促進病人自律。東亞自律原則是家庭決定導向原則，積極方面：「每位道德能動者(agent)應與有關的人和諧行動與決定。」消極方面：「共同做成的決定和行動不應受到他人主觀的控制和約束。」家庭自律的特點是：家庭具有最後決定權。利益的客觀概念是臨床決策的基礎，個人臨床決定不

是依循個人意念，更重要的是個人的長期利益。東亞自律原則的主要價值是「和諧信賴」，使用「和諧」是因為只發生在特定脈絡、特定個體之上。對西方人而言，生命議題、生病、死亡太重要了，不能交給別人決定；但對東亞的人而言，這些問題也太重要了，就算病人有行為能力，也不能只由個人決定。因為人必須和家屬一起生活，他必須相信：當自己生病時，家屬會顧及他的利益，當別人需要時，他也會幫他做決定（註四十九）。在台灣，大多數人體認到「癌末病人是痛苦的、需要家庭協助，過去，他曾盡心為家庭付出心力，今日，他陷於癌末的困境中，家人希望他能專心養病，願替他分憂解勞。」我們期待癌末病人能在家人安詳和諧的協助下渡過餘生，這種主觀的假設符合家庭決定、客觀長期利益、和諧的家庭自律要求；若癌末病人提出個體獨立的要求，例如，病人要求出院返家，家人不願意時，家人應會商克服技術問題協助病人返家？還是說服病人放棄想法，顧及家人和諧？個人自律和家庭自律發生衝突時，應以「不忍人之心」調解，以癌末病人仍為獨立個體的立場言之，最了解病人的家屬實應站在協助癌末病人實現個人自律的立場而展現家庭自律，個人自律和家庭自律內涵是不同的，若要求癌末病人為了家庭自律而犧牲個人自律，仍有違「不忍人之心」的初衷，所以調解個人和家庭的矛盾是必要的，病人能善終才是二者的最大利益。

伍、結論 癌末病情告知的出路

癌末病人終究會接受到身體逐漸衰弱所發出的訊號，進而覺知大限已近，但是，他的生命仍在進行，尚有行為能力選擇生活及臨終關懷的模式，並為其剩餘的生命或遺願預做安排，隱瞞病情增加了癌末病人的猜忌和困擾，並違背自律原則，使病人、家屬、醫師、護士處於互不信任的狀態。為了維護癌末病人行使自律的權利，承擔較多決定權的家屬及醫師宜遵守自律及不傷害原則，重視癌末病人的知情權，協助病人了解病情，謹慎評估病人接受告知後的情緒反應，若評估病人能承受，則宜儘速安排告知，幫助病人儘速渡過病情揭露時的情緒衝擊，若病人暫時無法承受，則需另尋辦法告知。在不可逆的臨終關懷階段，我們應提升人文的關懷面向，減少臨終關懷過程醫療化的傾向，儘量避免傷害癌末病人，其關鍵點就是和病人有效的溝通，藉由病人對實情的了解，對未來可能發生的問題預立因應對策，例如，事前先和病人、家屬溝通病危時是否應進行侵入性急救的意向，是藉由 CPR、醫療儀器、插管、電擊等方式儘量延長病人生命，還是順應自然，放棄急救；另外，醫院除了傳統醫療上的人員配置外，也應重視癌末病人的心理狀態，提供專業心理諮商師，協助醫護人員評估告知病情的可能狀況及做法。因此，藉由討論癌末病情告知的困境，讓生命倫理學在不同社群的倫理、文化考量下，能發展出適合台灣社會的癌末病情告知原則是相當有意義的。

註釋：

註一：參見行政院衛生署公佈「2001年台灣地區主要死亡原因」。

註二：行政院衛生署公佈「死因統計」 1990年至2001年間之統計資料。

年度 西元(民國)	每年因癌症 死亡人數	每十萬人口 癌症死亡率
1990(79)	18536	91.63
1991(80)	19630	95.97
1992(81)	20959	101.47
1993(82)	22319	107.05
1994(83)	23318	110.58
1995(84)	25841	121.50
1996(85)	27961	130.41
1997(86)	29011	134.10
1998(87)	29260	134.00
1999(88)	29784	135.32
2000(89)	31554	142.23
2001(90)	32993	147.68

註三：參見沈莉真(1999)，「癌末病患及家屬接受安寧療護服務之分析——以佛教慈濟綜合醫院為例」，台北：陽明大學衛生福利研究所碩士論文，頁127。

註四：參見黃秀雅(2000)，「醫病關係中第三者角色、影響與因應之分析」，嘉義：中正大學企業管理研究所士論文，頁110。

註五：參見陶聲洋防癌基金會網站

<http://www.sydao.org.tw/>.

註六：依行政院衛生署公佈1997年「台灣地區男、女性重要癌症存活率分析」，男性癌症一年存活率最高為皮膚癌90.26%、最低為肺癌29.83%，五年存活率最高為皮膚癌71.43%、最低為肺癌10.38%；女性癌症一年存活率最高為甲狀腺癌95.19%、最低為肺癌33.28%，五年存活率最高為甲狀腺癌90.13%、最低為肺癌11.89%。

註七：參見蔡友月(1996)，「現代社會對死亡的省思——以癌症病人為個案剖析垂死歷程『醫療化』之影響」，台中：東海大學社會研究所碩士論文，頁21。

註八：Johann G. Klocker, Ursula Klocker- Kaiser, Markus Schwaninger (1997) "Truth in the Relationship between Cancer Patient and Physician", Annals New York Academy of

Sciences, pp. 56-58.

註九：趙可式（2001），《康泰安寧療護手冊》，台北：康泰醫療教育基金會，頁 33。

註十：研究指出台大醫院緩和醫療病房倫理困惑問題發生比率依序為：照顧場所 33.3%、病情告知 32.1%、營養水分 25.2%、治療方向 24.8%、藥物使用 19.1%、輸血 7.3%、末期鎮靜 7.3%、偏方使用 4.5%。調查病患人數 246 名。參見 Tai-Yuan Chiu, Wen-Yu Hu, Shao-Yi Chen, Ching-Yu Chen (2000), “Ethical Dilemmas in Palliative Care: A Study in Taiwan”, *Journal of Medical Ethics*, 26, p. 355.

註十一：參見 Donald Oken (1961), “What to Tell Cancer Patients: A Study of Medical Attitudes”, *JAMA*, 175 (13), p. 1123.

註十二：Dennis H. Novack, Robin Plumer, Raymond L. Smith, Herbert Ochitill, Gary R. Morrow, John M. Bennett (1979), “Changes in Physicians, Attitudes toward Telling The Cancer Patient”, *JAMA*, 241 (9), p.898.

註十三：同註 12。1961 年和 1979 年的報告顯示，影響醫師告知癌症患者病情的主要原因依序為：臨床經驗、醫院訓練、患者關係是朋友或家人，醫學院教授課程及其它因素影響較小。

註十四：Darius Razavi, NiCole Delvaux, Penny Hopwood (1997), “Improving Communication with Cancer Patients a Challenge for Physicians”, *Annals New York Academy of Sciences*, p.352.

註十五：Ole Ostergaard Thomsen, Henrik R. Wulff, Alessandro Martin, Peter a. Singer (1993), “What do Gastroenterologists in Europe Tell Cancer Patients? ”, *The Lancet*, 341, pp. 473-476.

註十六：Mitsuru Seo, Kazuo Tamura, Hirishi Shijo, Eiji Morioka, Chie Ikegame, Keiko Hirasako (2000), “Telling the Diagnosis to Cancer Patients in Japan: Attitude and Perception of Patients, Physicians and Nurses ”, *Palliative Medicine*, 14, pp.105- 110.

註十七：David Chan, Lee Gan Goh (2000), “The Doctor-Patient Relationship: A Survey of Attitudes and Practices of Doctors in Singapore ”, *Bioethics*, 14 (1), pp.58-76.

註十八：林梅玉（2001），「腫瘤科醫師告知病情之經驗研究」，台北：國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文，頁 97。

註十九：許惠珍（1998），「癌症死亡家屬對現行癌末醫療需求及其安寧療護之認知態度的探討——高雄市」，高雄：高雄醫學院公共衛生學研究所士論文，頁 28。

註二十：丁思惠（1995），「癌症病逝者其配偶悲傷過程之探究」，台北：東吳大學社會研究所碩士論文，頁 132。

- 註二十一：「醫療法」係於中華民國七十五年十一月二十四日總統華總 義字第五九一三號令制定公布，全文共九十一條。
- 註二十二：陳萩憶（2002），「癌症病童父母之適應」，台北：長庚大學護理學研究所碩士論文，頁 77。
- 註二十三：國內癌末病人自覺其住院期間有以下的需求：1. 釋疑的需要、2. 症狀控制、3. 維持適當活動、4. 傾吐與被人瞭解、5. 宗教支持、6. 親情溫暖與朋友關懷、7. 討論死亡、8. 在家死亡、9. 尋找人生意義。參見林靜琪（1996），「癌症末期住院病人自述需要的探討」，花蓮：慈濟大學護理學研究所碩士論文，頁 40。
- 註二十四：賴維淑（2002），「晚期癌症病患對臨終事件之感受與身、心、社會及靈性之需求」，台南：成功大學護理學研究所碩士論文，頁 266-267。
- 註二十五：針對 112 位台灣癌痛病患研究，有 79% 的癌痛患者知道診斷；關於如果罹癌，病情告知期待由誰執行，依序為醫師 89%、家屬 6%、護理人員或朋友 5%，年紀大者和低教育程度者較不會被告知癌症診斷；知道癌症診斷者，感受到較低程度的疼痛強度和困擾，並且在處理癌痛的品質上有較高程度的滿意度。參見 Lin C.C (1999), “ Disclosure of the Cancer Diagnosis as it Relates to the Quality of Pain Management among Patients with Cancer Pain in Taiwan ”, *Journal of Pain and Symptom Management*, 18(5), pp.331-337.
- 註二十六：許禮安（1998），「臨終關懷之我見」，《應用倫理研究通訊》，中壢：中央大學，第八期，頁 11。
- 註二十七：生命倫理的討論促使醫病雙方的地位有所拉近，但是，生命倫理仍無法擺脫「討論生命倫理是為了能夠繼續進行醫療化」的觀點。參見 Pam McGrath (1998), “ Autonomy, Discourse, and Power: A Postmodern Reflection on Principlism and Bioethics”, *Journal of Medicine and Philosophy*, 23 (5), pp.519-525.
- 註二十八：參見林靜琪（1996），「癌症末期住院病人自述需要的探討」，花蓮：慈濟大學護理學研究所碩士論文，頁 45。
- 註二十九：李瑞全（1998），「儒家之臨終安寧療護之取向」，《應用倫理研究通訊》，第八期，頁 58-60。
- 註三十：化學治療的副作用和醫學的不確定性使得病人拒絕化學治療，醫師視這種理由為「理性的」，但醫師評估有好的復原率時（15%），病人仍拒絕化學治療就是「非理性的」，醫病之間的認知差異，使得醫師必須付出更多的時間

與病人在事實和心理問題上進行溝通，此需要更進一步的研究以提供臨床實務更多的資訊。參見 Marli Huijer, Evert van Leeuwen (2000), “ Personal Values and Cancer Treatment Refusal ”, *Journal of Medical Ethics*, 26, pp. 358-362.

註三十一：作者訪問 16 位已經知道自己罹患癌症的病人所歸納的結果，參見陳珍德、程小蘋(2002)，「癌症病人生命意義之研究」，《輔導學報》，彰化：彰化師範大學，頁 41-42。

註三十二：引自陳敏竣，「癌末病人自主的觀念」。 http://www.cancer.org.tw/Library/Content9_Detail.asp?ID=1096

註三十三：黃鳳英(1998)，「淺談病患自主權與安寧療護」，《應用倫理研究通訊》，第八期，頁 31-34。

註三十四：作者在此舉「曖昧的生殖器」為例，某位反應較遲緩的女孩至 19 歲尚未有月經，她因為想結婚，所以到醫院做檢查，結果醫師發現她沒有陰道、卵巢、子宮，且她的肚子裡有未下降的睪丸，事實上她是男的，醫師陷於是否應告知事實的困擾，最後，醫師告訴她腹部有腫塊，可能會發展為癌症必須切除，女孩接受建議，在醫師協助下她順利成為女性。同註 40，p125。

註三十五：David C. Thomasma (1999), “Telling the Truth to Patients: A Clinical Ethics Exploration ”, ed. Tom L. Beauchamp and LeRoy Walters, *Contemporary Issues in Bioethics*, CA: Wadsworth Publishing Company, pp.123- 127.

註三十六：Heather J. Gert (2002), “Avoiding Surprises-A Model for Informing Patients ”, *Hastings Center Report*, NY: The Hastings Center, 32 (5), pp.23-32.

註三十七：醫師有告知實情的義務，但因癌末告知不同於一般告知，所以，允許醫師以「醫療特權」為由裁量告知內容。參見，「醫師工作權之研究——以醫療正義、醫療政策及醫療倫理為論述中心」，中壢：中原大學財經法律研究所碩士論文，頁 107-108。

註三十八：參見 Gregory E. Kaebnick (2002), “ Talking to Patient ”, *Hastings Center Report*, 32 (5) p.3.

註三十九：參見林梅玉 (2001) ，「腫瘤科醫師告知病情之經驗研究」，台北：陽明大學衛生福利研究所碩士論文，頁 100-101。

註四十：Insoo Hyun (2002), “ Waiver of Informed Consent, Cultural Sensitivity, and the Problem of Unjust Families and Traditions ”, *Hastings Center Report*, 32 (5), pp.14-22.

註四十一：邱仁宗 (1998) ，「生命倫理學在亞洲：有什麼特點？」，李瑞全編，《倫

理與生死：亞洲應用倫理學論集》，中壢：中央大學，頁 7-13。

註四十二：聶精保（2001），「中、美醫學倫理道德的多元性：導向一種詮釋的跨文化生命倫理學」，《中外醫學哲學》，香港：Swets & Zeitlinger Publishers, 3(4)，頁 145。

註四十三：參見 H. Tristram Engelhardt, Jr., (1996), *The Foundations of Bioethics*, Oxford: Oxford University Press, pp.8-11.

註四十四：范瑞平（1997），「後現代應用倫理學」，《應用倫理研究通訊》，第三期，頁 1-3。

註四十五：參見李瑞全（1999），《儒家生命倫理學》，台北：鵝湖出版社，頁 6-7。

註四十六：作者提出三個末期病人的決策模式：個人主義、家長主義（代表醫師）、家庭本位主義。從倫理角度而言，家庭本位主義符合東方社會文化。參見陳浩文（2001），「末期病人的決策倫理：三個模式的比較」，《中外醫學哲學》，3(4)，頁 51-52

註四十七：同上，頁 52-53。

註四十八：參見 Ruiping Fan (1998), "Truth Telling to the Patient: Cultural Diversity and the East Asian Perspective", ed. Nario Fujiki and Darryl R. J. Macer, *Bioethics in Asia*, Christchurch N. Z.: Eubios Ethics Institute, pp.107- 109.

註四十九：參見 Ruiping Fan (1997), "Self- Determination v.s. Family- Determination: Two Incommensurable Principles of Autonomy", *Bioethics*, 11(3-4), pp.309-322.