

癌症末期病患心理問題及對策的探討

賴允亮 馬偕醫院放射腫瘤科主任

前言

馬偕醫院於1990年2月設立HOSPICE（安寧病房）迄1992年12月30日止，共計照顧末期病患349人。目前所接受的對象為癌病末期病人，經由醫師判斷不宜作治癒性治療，且推測其生命為六個月之內者。病房之照顧模式為團隊照顧，成員包括醫師，護理師，社工師及靈性關懷人員。照顧的對象除了末期病人外，尚包括其家屬，照顧的內容涵蓋身體症狀處理（Symptom Control），社會心理問題照顧（Psychosocial Care）以及靈性照顧（Spiritual-Care）。病人及家屬進入病房後，即由團隊成員分別與其面談。有關病情，治療及死亡各方面的心理問題經由(1)正式的家庭會議(2)隨機性及各別性的面談去了解及解決。照顧的目的為達成『生死兩無憾』的目標。

病人

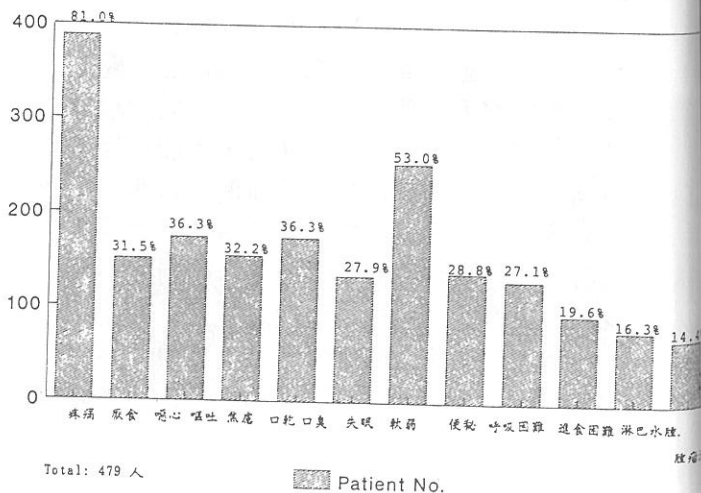
病人知自己『死之將至』是一大打擊。由數據顯示該認知常來自病人本身的臆測。而臆測資料的來源為(1)觀察自己的外觀及體能的變化。(2)由所接受治療的方式而知道。(3)家屬及醫護人員待他的態度而得知。在349位病人中，有近30%的病人在甫住院之初即可與談論並面對自己死亡的問題。爾後住院中經過團隊人員的照顧及預備後，可與談論並面對自己死亡的約佔70%。

安寧病房所提供的身體醫療為症狀處理，所強調的是生活品質。病人住院經團隊人員的

治療後，對醫療行為的期待與反應可分為：(1)機會主義型：當症狀控制良好時，則想進一步積極治療癌症；但是當症狀趨嚴重，情況變差時，則只求症狀療法。這病人約佔35%。(2)仍然繼續尋求各種治療法，堅持抗癌到底，約佔12%。(3)拒絕任何治療型：約佔3%，其中包括2位要求安樂死的

病家

病家對待病人的態度常採取『隔離式保護』的態度，往往警告任何接近病人的人士不得對病人談到病情及死亡，這種情形約佔85%。也常見病家為病人苦心編造一套自圓其說的故事，以謊言讓病人心安，此種情形約佔85%。一般的病家常常主宰病人的治療方式，由家屬代為決定治療的意願，這種方式約佔所有病人的85%。在經驗中共有5位病人的家屬要求醫師給予安樂死。



末
機
會
緩
抗
拒

隔
疏
病
家

末期病患對醫療行為的期待心理
n = 479

機會主義型	250 (52.2%)
緩和症到底型	190 (40.1%)
抗拒癌症治療型	30 (6.2%)
	7* (1.5%)

* 要求安樂死：2

死亡得知方式 n = 412 *

臆測自知 280 (68%)

1. 醫者及家屬態度
2. 治療方式
3. 觀察自己身體

醫者及病家告知 132 (32%)

* 412/479 : 86%

病家對待病人模式 n = 479

隔離式保護法	403 (84.1%)
離言政策	432 (90.2%)
病家主宰治療模式	385 (80.4%)
要求安樂死	5 (1.0%)

病家中往往有一位或數位是常陪伴病人身邊，稱為主照顧者，他們對團隊人員的態度往往影響醫病關係。在 349 位病家的主照顧者中約有 30% 在住院之初採取敵對與懷疑的態度對待團隊人員；一開始面談之初就讚同安寧照顧的理念只佔 10%；然而態度改變為贊同與合作者約為 60%。分析原因可能因本院只有住院照顧模式之故。

團隊人員

在 349 住病人中，有 4 位病人因無法了解及滿意照顧的模式而轉院或轉科治療。亦有 4 位病人在表示 D.N.R.(Do Not Resuscitation) 後，臨死之際卻由病家堅持改變主意，接受 C.P.R.(Cardio-Pulmonary Resuscitation)。目前共有 9 位病人在安寧病房中施行 C.P.R.。團隊人員對照顧成果自我評估，結果是有三分之二的病例在 60 分以上。在所有 349 病例中，目前無醫療糾紛。

問卷調查 32 位團隊上作人員顯示最大的困難在於專業的教育訓練問題，其次依序為心理壓力，未處理的失落經驗，同僚支持 (Peer Support)，病家設計的謊言的困擾。

對策

1. 全人照顧 (Holistic care) 應為癌症末期良好照顧模式。
2. 與病家共同協商面對式 (Peer Support Model) 應可取代傳統的指導模式 (Teacher Model)。
3. 中國人告知『死亡』的模式，似乎『比喻式』較為可行。
4. 多次的正式家庭會議及隨機，分別的面談才容易闡明醫療行為，維持良好醫病關係。
5. 末期照顧應在學校教育中列為專門學分。民衆的死亡教育宜加強研究。

(本文為賴允亮醫師於「醫學教育研討會」中演講之摘要)