

雲林地區基層醫師的安寧緩和療護觀點

許煌汶^{*} 張俊郎^{**} 林姿妙^{***} 沈雪娥^{****}

摘要

安寧緩和療護是對罹患無法治癒疾病的病人，提供積極的全人照顧，來緩解或消除病人身體、心理、社會與靈性的問題，讓病人及家屬獲得最好的可能生活品質。高居台灣十大死因之首的癌症，於2004年有36,357位國人死於癌症，而僅約不到二成的癌末病人接受過安寧緩和療護的照顧。未來國家癌症防治五年計畫，期望能將安寧緩和療護的涵蓋率提升至五成。

雲林地區於2004年有1,747位縣民死於癌症，而目前縣內只有一家區域醫院提供安寧居家照護，以及4位安寧專科醫師，安寧緩和療護資源運用的可近性明顯不足。然而，以基層醫師為主的社區醫療與居家照護，是推動社區化安寧緩和療護的必要手段，也是提高安寧療護涵蓋率的重要策略之一。

* 財團法人天主教若瑟醫院安寧照顧小組主任醫師。

** 國立虎尾科技大學工業管理研究所副教授。

*** 南華大學生死學研究所研究生。

**** 財團法人天主教若瑟醫院社區健康營造主任。

爲了瞭解雲林地區基層醫師對安寧緩和療護的看法，以及參與安寧緩和療護的意願與困境。本研究採郵寄問卷的調查方式，進行資料蒐集，分析結果發現99.4%的基層醫師都認同安寧緩和療護的理念，71.4%的醫師有意願參加安寧緩和療護教育訓練課程，以及58.3%的醫師願意參與安寧療護的服務。這些初步的結果可以作爲相關安寧機構及衛生單位，在擬定基層醫師安寧療護教育課程以及推廣社區化安寧緩和療護的參考。

關鍵詞：基層醫師、安寧緩和療護

The Perspectives of Hospice and Palliative Care of General Practitioners in Yin Lin

Hsu, Huang-Wen* Chang, Chun-Lang** Lin, Tzy-Miao***
Shen, Hsueh-Er****

Abstract

Hospice and palliative care is an active total care of patients whose diseases is not responsive to curative treatment. The goal of hospice and palliative care is the achievement of the best possible quality of life for patients and their families thru control of pain and other physical symptoms, and palliation of psychological, social and spiritual problems. The leading cause of death in Taiwan is cancer, and there are 36375 Taiwanese dying of cancer in 2004. The goal of estimated coverage by hospice and palliative care services in Taiwan national cancer control program within next five years is the achievement of fifty percent coverage rate from the current twenty percent.

There are 1747 persons died of cancer in Yin Lin in 2004. Because of only one district general hospital providing hospice home care and

* Hospice Care Team, 4. Community Health Construction, St. Joseph's Hospital, Taiwan (R.O.C.)

** National Huwei University of Science and Technology

*** Department of Life-and-Death Studies, Nanhua University

**** Hospice Care Team, 4. Community Health Construction, St. Joseph's Hospital, Taiwan (R.O.C.)

four hospice palliative care specialists, the accessibility of hospice and palliative care is obviously inadequate. General practitioners-based community palliative care and home care are the essential approach for the expansion of community hospice and palliative care, and are also the one of important strategies in enhancing the coverage by hospice and palliative care.

In order to understand the perspectives of hospice palliative care of general practitioners (GPs) in Yin Lin, their willingness to serve as a terminal care physician, and their barriers in the practice of the terminal care, the postal questionnaires were used for data collection in this study. The results of this study revealed that 99.4% GPs agreed with the principles of hospice and palliative care and 58.3% GPs were willing to care for terminally ill patients. We presented our initial study and discussed for reference in the development of community hospice and palliative care in Taiwan.

Key words: *general practitioners, hospice and palliative care*

雲林地區基層醫師的安寧緩和療護觀點

壹、前言

追求身心健康一直是人類的共同需求之一，世界衛生組織（WHO）於1946年將健康定義為：「是一種完全身、心及社會安寧的狀態，並非只是沒有疾病或生病而已（Saunders, Baines, & Dunlop, 1995）。」現代高科技生物醫學的進步，雖然可以治療許多疾病，但對於很多種慢性病，例如癌症、慢性心肺肝腎衰竭、愛滋病及運動神經元疾病等的末期階段，往往英雄無用武之地，以致治癒性的高科技醫療模式，常常無法滿足或提升病人的生活與醫療品質，強調緩解或免除末期病人身心痛苦，提升生活品質與生命尊嚴的安寧緩和療護理念與模式因而興起。自從1967年英國的Cicely Saunders 醫師設立聖克里斯多福安寧院（St. Christopher's Hospice）以來，此一注重身、心、靈整體照護的安寧緩和療護理念與模式，已快速地在歐、美、亞洲各國發展開來（魏書娥、許煌汶、林姿妙，2004；許煌汶、張俊郎，2004）。

台灣安寧緩和療護運動肇始於1983年趙可式博士的居家訪視，並於1990年由馬偕醫院設立國內第一所安寧病房發微以來（賴允亮，2004），經由相關基金會、專業學會、有心人士以及行政院衛生署等單位的大力推動，已進入制度化的穩定發展階段。行政院衛生署因應2003年癌症防治法而完成的國家癌症防治五年計畫中亦明定，五年安寧緩和醫療的目

標是癌症死亡人數中有50%以上會受到人性化的安寧緩和療護的照顧（國家癌症防治五年計畫草案，2004年）。而要落實國家安寧緩和療護政策，除了教育（包括民眾、健康照顧專業人員及領導者）與藥物取得性的管理以外，有品質的醫療照顧取得更是提高安寧療護涵蓋率所不可或缺的（王英偉，2004；邱泰源，2004；Bruera & Sweeney, 2002）。而以社區基層醫師為主的社區醫療與居家照顧，則是推動社區化安寧緩和療護，使需要者皆可享有安寧緩和療護的重要措施（王英偉，2004；程劭儀、李龍騰，1997）。

高居台灣十大死因之首的癌症，於2004年有36,357位國人死於癌症，而人口數約738,000多人的雲林縣，於2004年有1,747位縣民死於癌症（行政院衛生署，2005）。依據台灣安寧照顧協會的資料，台灣目前有提供安寧療護住院病房的，總共有二十七家四百五十二病床，而居家療護則有四十五家（台灣安寧照顧協會，2005）。目前雲林縣內只有一家區域醫院長期提供安寧居家照顧，以及4位安寧專科醫師。若以癌末縣民50%的安寧療護需求量來計算，約有874位縣民有此需求，兩相對照之下，縣級安寧緩和療護資源運用的可近性與取得性亦是明顯不足的。

若瑟醫院的安寧療護照顧小組，於去年承辦93年度雲林縣地區安寧療護宣導教育計畫活動，在為期六個月的宣導活動，十一場以醫事人員為對象的宣導講座，總共只有22位醫師參與（許煌汶、張俊郎，2004），其中又以醫院的醫師為多，但基層開業醫師參加的人數卻很少只有10位。難道雲林縣的基層開業醫師不知道甚至不關心安寧緩和療護的發展？他們在主觀認知層面和客觀參與表現上是否遭遇什麼限制？國外經驗顯示，基層醫師在安寧療護的轉介以及病人的持續照顧方面，扮演一個很重要的角色（Ogle, Mavis & Wang,

2003)，而且由於基層醫師對社區內病人的醫療、家庭及社會脈絡的精確認知，以及其醫療服務的可近性、持續性、協調性，使得基層醫師非常適合在社區負責末期病人的照顧（Mitchell & Price, 2001；邱泰源，1996，6月）。推動社區化安寧緩和療護是提高安寧療護涵蓋的重要策略之一，而教育民眾與健康照護專業人員，以及以基層醫師為主的社區醫療與居家照護，則是推動社區化安寧緩和療護的重要進路（王英偉，2004；邱泰源，2004）；經驗顯示，此也是現階段台灣醫療文化及社會背景上較易執行的模式（賴允亮，2004）。

基於上述的背景與動機，我們想要去瞭解雲林地區基層醫師對安寧緩和療護的看法，以及參與安寧療護的意願與困境，而這對推廣社區化的安寧療護是相當重要的。本研究的目的主要是探討雲林地區基層醫師對安寧緩和療護理念的看法，參加安寧緩和療護教育訓練課程的看法與意願，以及基層醫師參與安寧緩和療護的意願與困境；並作為安寧療護相關的學會與衛生機構在推廣社區化之安寧療護的參考。

貳、文獻查證

緩和醫學（palliative medicine）從1987年起在英國已被承認是專科，其定義為：「對於進展性末期疾病病人的研究與處理；針對那些癒後有限的病人，其照顧的焦點是在於生活品質（Saunders, Baines & Dunlop, 1995）。」世界衛生組織（World Health Organization）於1990年延伸緩和醫學的原則，揭示緩和療護（palliative care）的定義為：對於治癒性治療無反應的病人提供全人的照顧（total care）；包括六項原則：一、它重視生命並認為死亡是一種正常的過程；二、

它既不加速也不延後死亡；三、它提供疼痛及其他困擾症狀的緩解；四、它是整合病人心理及靈性層面的照顧；五、它提供支持系統去幫助病人儘可能積極的活著，直到死亡為止；六、它提供支持系統去幫助家屬在病人生病及他們喪慟期間作因應。2002年，世界衛生組織重新界定緩和療護，將原先六項原則增加為九項，所不同的是增列了後面三項，也就是：七、運用團隊照顧方式來致力於病人及家屬的需求，乃至喪慟諮詢輔導；八、提高生活品質，這也會正面地影響疾病的過程；九、它適用於疾病過程的早期，可合併其他企圖延長生命的治療，例如化療或放射治療；與包括需要進一步理解的研究以及處理窘迫的臨床併發症（World Health Organization, 2002）。

世界衛生組織於1995年建議推廣國家緩和療護政策的三項主要策略為教育、立法與藥物的取得性（Bruera & Sweeney, 2002；World Health Organization, 1995），而且認為政策的發展、教育與訓練、提供包括居家照護在內良好品質的照顧，以及嗎啡類藥物的取得性，是推廣全面性緩和療護計畫缺一不可的四項要素（Sepulveda, Marlin, Yoshida & Ullrich, 2002）。趙可式（1998）認為加強對醫療人員與一般民眾的死亡教育，是最根本推廣安寧療護之道。尤其是醫療人員應從學校養成教育開始去推廣，並且要善用各種教育機會向醫師宣導安寧療護症狀控制的醫療策略。

1974年Leeuwenhorst對基層醫師（general practitioner）的定義為：「一位有執照的醫師對於每個人、家庭及執業社區民眾，提供個別的、一般性的及持續的照顧，而不管其年齡、性別及疾病。」而Olesen等人（2000）的定義為：「基層醫師是經過訓練來執行一般醫學的專業醫師，在健康照護系統從事第一線的工作。基於病人的最大利益，將可獲得的

資源組織起來，為病人可能發生的健康問題提供最初的照顧，並整合生物醫學、醫療心理學及醫療社會學來提供預防、診斷、治療、照護與痛苦緩解（Olesen, Dickinson & Hjortdahl, 2000；謝博生，2003）。」可見基層醫師在病人的醫療方面，是以病人為中心的整合性醫療（integrated care）；而在醫療保健系統中的角色，是扮演給予民眾以社區為基礎的完整性健康照顧之角色（謝博生，2003）。社區醫療體系的理念是強調以病人為中心的整合性醫療，提供具備「可近性」、「持續性」、「廣泛性」、「協調性」的健康照護（謝博生，2002a），而這些都是與社區化安寧緩和療護的理念與模式不謀而合的。

在英、美等國的醫療體系中，醫院主要提供第二級與第三級醫療，並不承擔第一級的基層醫療，民眾通常先在基層醫療診所接受第一級醫療，必要時才由基層醫師轉診到醫院作進一步的醫療（謝博生，2002b）。在公醫制度的英國，擔任基層醫療的醫師通常是「全科醫師」（general practitioner）；而在美國的基層醫師則包括內科、兒科、家庭醫學科或婦產科醫師（謝博生，2002b）。

在台灣是三級健康照護醫療體系中，「一級醫療」就是以基層醫療院所、衛生所等為主的基層醫療，「二級醫療」是以提供一般專科之門診及住院服務的地區醫院為主，而「三級醫療」則是以醫學中心及區域醫院為主，在該地區提供最高水準的醫療（林正介、駱光明，1995；謝博生，2003）。台灣基層醫療單位的任務包括：一、負責基層醫療工作；二、緊急及嚴重病人之處理與後送；三、慢性病人之居家照護及復健指導；四、病人之早期發現及追蹤訪視；五、需住院病人的轉診；六、辦理一般保健及公共衛生工作，以利民眾可在其社區就近取得良好的服務（行政院衛生

署，1996）。可見台灣基層醫療單位的基層醫師，在醫療體系中主要是扮演著執行一般醫療照護、轉介、居家照護、公衛保健等守門員的角色。

身為一名社區第一線的基層醫師，在扮演末期病人的安寧療護醫師角色方面，專家學者提出的建議如下：一、要具備良好症狀控制的能力，以提升病人生活品質；二、能為病人擬定照顧計畫；三、瞭解病人及家屬心理與社會層面的需要；四、知道如何運用社區資源，給病人與家屬適當的協助；五、知道何時應照會安寧居家療護小組及其他醫療專業人員；六、親切照護病人，與病／家建立良好信賴的友誼；七、與專業團隊協商下班時段病人的緊急照顧（程劭儀等，1997；蕭麗卿，2002；Mitchell, Reymond & McGrath, 2004）。

而要將社區的緩和療護發展好，根據學者Higginson（1999）針對英國倫敦西北區與中區的緩和療護服務所作的調查，家庭醫師希望能改善社區緩和療護服務的有四點：一、希望改善緩和療護團隊成員與基層醫師之間的溝通、聯繫與資訊服務；二、擴大對非癌症末期病人的服務；三、改善在週末與晚上下班時段緩和療護資源的取得性；四、提供較多的居家照顧協助。

我國全民健保於1995年3月1日開始實施後，基層醫師將是基層醫療的重要提供者及健康守護者（林正介、駱光明，1995）。而台灣在歷經1999年921大地震及2003年SARS之考驗後，學者確認重建社區醫療體系為今後醫療與保健之重心工作。而社區醫療之模式，主要是以家庭醫師或基層醫師為核心，結合社區中之基層醫療團隊、社區醫院和社區資源，來進行以社區為導向的「整合性醫療體系」（陳俊傑、顏裕庭、顏啓華、陳宜志、李孟智，2004）。我國健保局自民國

92年3月所推動的「全民健保家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」，就是結合社區基層醫師團隊與當地合作醫院成立社區醫療群，共同為社區民眾提供整體性及連續性的醫療照護（張鴻仁，2003）。如果能夠整合基層醫師實際去推廣台灣版的家庭醫師制度，應該會有助於轉診制度的落實，也有助於社區安寧居家療護的推動。

參、材料與方法

一、研究對象

本研究是以雲林縣基層醫療院所之開業西醫醫師為研究對象。依據雲林縣醫師公會會員名冊之基層開業醫師（不包括中醫師、牙醫師）總數為358位，其中有21位處於歇業中。因此，初步統計開業的基層醫師共有337位。本研究以這些基層開業醫師為郵寄問卷的對象，寄出的問卷樣本數為337份，問卷回收178份。而在電話催覆時，發現另有7位醫師也是歇業中。再扣除這七位醫師，問卷回收率為53.9%，其中廢卷3份，有效問卷共175份，有效率為98%。

二、研究工具

(一)本研究是以結構式問卷收集資料，問卷的設計和內容是參考文獻、綜合經驗，以及參考世界衛生組織對緩和療護的定義設定選項而擬成初稿。初稿擬定後，再經安寧療護團隊醫療人員討論問卷內容。二次定稿後，在專家效度檢測方面，選取5位專家試作問卷，刪除不適切的題目後擬定。本問卷所謂的基層醫師，是指在雲林縣基層醫療院所及衛生所執行一般醫療工作的西醫醫師，不包括中醫師及牙醫師。

(二)問卷內容(附錄)主要分三大部分,第一部分是詢問受調的基層開業醫師對安寧緩和療護理念的看法以及轉介的意願。第二部分是詢問受調的基層開業醫師對參加安寧緩和療護教育訓練課程的意願,以及其需要的課程內容。教育課程內容的選項包括:1.疼痛控制;2.其他身體症狀的處置;3.心理問題的處置;4.靈性問題的處置;5.病情告知;6.另類療法;7.其他。同時針對開立與使用嗎啡類藥物止痛,詢問受調基層醫師的看法與顧慮。另外,我們也對使用另類療法詢問受調醫師的看法。第三部分是詢問受調醫師對參與安寧緩和療護的意願與困境。

三、統計分析

本研究問卷的分析以SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 10.0中文視窗版進行,針對基本資料及各題項做基本次數分配統計,同時針對內科系與外科系不同科別醫師對各題項做交叉分析,並以卡方檢定做不同科別醫師對於各題項觀察值比例的齊一性檢定。其中開放性問題之「其他」項目,則作成歸納整理。

肆、研究結果

本研究郵寄出337份問卷,有7位基層醫師歇業,回收問卷178份,回收率為53.9%,有效樣本為175份,有效率為98%。其中男性醫師165人(94.3%),女性10人(5.7%)。年齡層分布自32歲至81歲(平均50.1歲)。看診科別,內科系包括內科46位、家醫科65位、小兒科14位、皮膚科2位、復健科3位、神經內科3位,共計133位,占回答者的76.0%,其中家醫科占內科系比例最高,內科次之。外科系包括外科8

位、婦產科10位、耳鼻喉科6位、眼科4位、骨科6位、泌尿科1位，共計35位，占回答者的20%，其中婦產科在外科系比例最高，外科次之。

有7位未註明看診科別或內外科兼看的，占4%，我們將它歸納為其他科系。

至於執業科別則以內科系133位（76.0%）最多，外科系35位（20%）次之。我們將受調醫師區分為內科系與外科系醫師，試著去看看不同專業背景的基層醫師，對於安寧緩和療護觀點的一致性有無差異，以作為推廣社區安寧療護的參考。

一、基層醫師對安寧緩和療護理念的看法與轉介意願

受調基層醫師175（100%）全部都贊同注重病人身體、心理、靈性、社會層面的照顧，是符合人性化的照顧。而對於不可治癒疾病（包括癌症、非癌症）的病人及其家屬，安寧療護團隊提供症狀緩解與心理、靈性、社會層面之協助的理念，有174位（99.4%）醫師認同，只有一位（0.6%）年齡78歲的受調內科系醫師不認同。他認為這樣是在延長病人病痛，增加家屬負擔及社會成本的假慈悲，最好立法於獲得病/家同意後，由醫師協助其安樂死。或許是這位醫師不甚瞭解安寧療護理念，而與安樂死混為一談。

受調醫師對於自己或自己的親人有需要時轉介給安寧療護團隊的意願，有168位（96%）願意，4位（2.3%）不願意，有3位（1.7%）在「其他」的選項填寫「沒意見」。而詢問受調醫師是否曾經轉介病人到有安寧療護團隊的醫院去求診，有131位（74.9%）未曾轉介過，有44位（25.1%）曾轉介過平均約4位的此類病人。可見受調醫師或許較少看診到末期病人，但在有需要轉介時，意願都很高。對於上述各題

項，同時針對內、外科系醫師對各題項做交叉分析，並以卡方檢定做內、外科系醫師對各題項觀察值的一致性檢定，結果顯示在看法上是一致的，皆無顯著差異。

二、基層醫師對參加安寧緩和療護教育訓練課程的意願及其需要的內容

受調基層醫師對於在職教育課程中加入安寧緩和療護教育訓練課程，其參加的意願：有80位（45.7%）會參加，有45位（25.7%）對有興趣的課程才會參加，有30位（17.1%）不會參加，有20位（11.4%）因工作太忙沒時間參加。會參加或有興趣的課程才會參加的基層醫師共計有125位（71.4%），有50位（28.6%）不會參加或工作太忙沒時間參加。而內、外科系基層醫師對於參與安寧緩和療護教育訓練課程意願的一致性，以卡方檢定並無顯著差異。如何針對這七成左右的基層醫師，推廣安寧緩和療護教育課程應是當務之急。

基層醫師對於所需要的課程內容看法，如表1所示，以疼痛控制（89.1%）及心理問題的處置（87.4%）分列前兩名；其次為其他身體症狀的處置（60%），靈性問題的處置（60%），病情告知（46.3%），以及另類療法（23.4%）。而「其他」選項有5位（2.9%），這5位醫師在前六個選項均有勾選，而其中一位寫到家屬配合度的溝通問題，另外四位則空白。內、外科系醫師對於所需要課程內容的看法一致性，以卡方檢定並無顯著差異。基層醫師對於「身體症狀的處置」、「心理問題的處置」與「靈性問題的處置」等教育課程內容之需要性均在六成以上。

表1 基層醫師對於所需要的安寧療護教育課程內容 (可複選)

(N=175)

選項 科別	疼痛 控制	其他身體症 狀的處置	心理問題 的處置	靈性問題 的處置	病情 告知	另類 療法	其他
內科系	68.6%	44%	66.3%	46.3%	36.6%	18.3%	1.7%
外科系	16.6%	12%	17.1%	10.9%	8%	4%	1.1%
其他科系	4%	4%	4%	2.9%	1.7%	1.1%	0%
總 和	89.1%	60%	87.4%	60%	46.3%	23.4%	2.9%

 $\chi^2 = 1.80$, $\chi^2 (0.05) = 12.59$ $P > 0.05$

在基層醫師對於疼痛的癌末病人開立與使用嗎啡類藥物的看法與顧慮方面，受調醫師對於需要使用嗎啡類藥物止痛的癌末病人，有87位（49.7%）會開立嗎啡的處方，有71位（40.6%）不會開立。內、外科系醫師會開立嗎啡的人數各為59位與24位，各占內、外科系醫師總數的44.3%與68.5%。有17位（9.7%）勾選「其他」，其中有9位填寫診所沒有嗎啡藥物，有3位會告知病人轉診去看疼痛科或安寧專科醫師，有2位填寫門診無此類病人，有3位空白沒寫原因。內、外科系醫師對於給癌末病人開立嗎啡止痛藥物處方的看法，以卡方檢定有顯著差異（ $P < 0.05$ ）（表2）。其看法有差異的原因可能和內、外科系醫師對嗎啡止痛的開立條件不同有關。

表2 基層醫師對於疼痛的癌末病人開立嗎啡止痛的看法 (N= 175)

選項 科別	會開立	不會開立	其他
內科系	33.7%	35.4%	6.9%
外科系	13.7%	4.6%	1.7%
其他科系	2.3%	0.6%	1.1%
總 和	49.7%	40.6%	9.7%

 $\chi^2 = 7.05$, $\chi^2 (0.05) = 5.99$ $P < 0.05$

受調醫師對使用嗎啡類藥物止痛的顧慮，如表3所示，以嗎啡藥物控管法規的考量（74.6%）及嗎啡藥物取得性的考量（43.9%）分居前二名，其次為嗎啡副作用的處理問題（30.6%）、健保給付的問題（28.9%），以及怕癌末病人成癮的問題（25.4%）。而有15人次（8.7%）勾選「其他」，其中有5位填寫無特別顧慮，癌末病人有需要時該用就用；有3位寫沒使用過嗎啡類藥物，有2位怕嗎啡被濫用，有5位則空白沒寫。內外科系醫師對使用嗎啡類藥物止痛之顧慮的看法一致性，以卡方檢定並無顯著差異。嗎啡控管法規與藥物取得及副作用的考量，仍是醫師比較顧慮的問題。

表3 基層醫師對使用嗎啡類藥物止痛的顧慮（可複選）（N=175）

科別 \ 選項	嗎啡副作用的處理問題	怕成癮的問題	嗎啡控管法規考量	嗎啡取得性的考量	健保給付的問題	其他
內科系	24.3%	20.8%	56.1%	34.1%	18.5%	5.8%
外科系	4.6%	4%	16.2%	9.2%	8.1%	1.7%
其他科系	1.7%	0.6%	2.3%	0.6%	2.3%	1.2%
總和	30.6%	25.4%	74.6%	43.9%	28.9%	8.7%

$$\chi^2 = 3.83, \quad \chi^2(0.05) = 11.07 \quad P > 0.05$$

至於基層醫師對於使用另類療法的看法，有88位（50.3%）醫師會推薦有需要的病人使用另類療法，78位（44.6%）不會推薦。有9位（5.1%）醫師勾選「其他」選項，其中5位填寫視病人情況而定，有2位填寫不主動建議，有一位填寫有時會，另一位則空白。詢問受調醫師是否會為了自己的健康或疾病而使用另類療法，有95位（54.3%）回答不會，有80位（45.7%）會。而使用過的另類療法種類以針灸（24位）最多，其次為氣功（15位）、中藥（12位）、

按摩推拿（9位）、養生食品（7位），以及靜坐（5位）等。內、外科系醫師對於使用另類療法看法的一致性，以卡方檢定並無顯著差異。可見有一半左右的基層醫師對於使用另類療法，是抱持著謹慎而不排斥的看法。同時，自己有使用過另類療法的醫師，有86%會推薦病人使用。

三、基層醫師對參與安寧緩和療護照顧的意願與困境

受調醫師對參與安寧緩和療護身心症狀處置的意願，有102位（58.3%）有意願參與，有73位（41.7%）沒有意願。至於參與安寧緩和療護的主要照顧困境，如表4所示，以時間的限制（52%）及基層醫師在這方面的角色定位不明（44%）分列前兩名；其次為能力技術上的考量（41.7%），設備的問題（41.1%），不符合成本效益（14.3%）。而有6位（3.4%）勾選「其他」，其中原因為「無此方面經驗（3位）」、「怕醫療糾紛（1位）」，有2位空白沒寫原因。內外科系醫師對參與安寧療護身心症狀處置的意願一致性，以及安寧療護主要照顧困境看法的一致性，以卡方檢定無顯著差異。雖然有將近六成的基層醫師有意願參與安寧療護的工作，但是仍存有一些值得討論的主客觀因素的困境。

表4 參與安寧緩和療護的主要照顧困境（複選題）（N=175）

選項 科別	時間的 限制	不符合 成本效益	能力技術 的考量	設備 問題	角色 定位不明	其他
內科系	39.4%	10.9%	33.1%	33.1%	33.7%	2.3%
外科系	10.3%	2.3%	6.9%	7.4%	9.1%	0.6%
其他科系	2.3%	1.1%	1.7%	0.6%	1.1%	0.6%
總 和	52%	14.3%	41.7%	41.1%	44%	3.4%

$$\chi^2 = 0.62, \chi^2(0.05) = 11.07 \quad P > 0.05$$

伍、討論

本研究有效回收問卷的175位受調基層醫師，全部都贊同注重病人身體、心理、靈性、社會層面的照顧是符合人性化的照顧。而對於安寧緩和療護的理念，除了一位較年長的內科系醫師可能因對安寧緩和療護理念不瞭解而有誤解外，其餘174位（99.4%）醫師都認同。而這種理念的認同除了與西方醫學之父——希波克拉底斯（Hippocrates）所倡導人道主義的醫療關懷理念不謀而合外（Adler, 2004），也是落實社區化安寧療護實務的重要驅動力量之一。

轉診制度是先進國家所普遍採行的醫療制度，也符合健保法的基本精神。在歐美國家由於家庭醫師制度行之有年，民眾生病會先找家庭醫師，若病情需要才會轉診到相關的醫療單位。如此，可以免除了許多不必要的看診，也可讓固定的家庭醫師來守護社區民眾的健康。台灣地狹人稠、交通便利，而且民眾擁有自由就醫的權利，加上有的民眾對中小型醫院及診所醫師沒信心，已造成民眾不管大小病都到大醫院診治，浪費醫療資源的現象。就台灣地區的現況而言，良好的分級醫療與轉診制度必須建立在家庭醫師制度之基礎上，而家庭醫師制度的推展，則必須依賴有資格認證的基層醫師參與才能順利推動（謝博生，2002c）。

劉見祥（2005）認為若能推廣家庭醫師制度，依法落實轉診制度，搭配社區醫療照護網路的建立，民眾便可在社區的基層診所獲得以病人為中心的周全健康照護。為了落實轉診，讓分級轉診的醫療體系能健全發展，有學者提出幾項根本的改革對策：一、積極推動家庭醫師制，由家庭醫師擔任醫療照護守門員的角色。二、加強基層醫師的訓練及評鑑，

以提升基層醫療的品質，重建民眾對基層醫療的信心。三、簡化分級轉診之層級。四、健保支付制度的改革，將「論量計酬制」改為「論人計酬制」。五、積極建立民眾正確的就醫觀念（楊志良、張育嘉，2005）。由此可見在安寧療護的轉介方面，也是要從基層（家庭）醫師的認知、民眾的求醫行為以及健保制度的改善三方面去著手。

國內趙可式（1998）的研究，由醫師轉介至安寧療護的個案約有40%至77%，醫師通常對病人及家屬有極重要的影響。而且醫師本身對安寧療護的認知與接受度，會影響他對病人醫療方針的選擇及向病家之建議。本研究詢問受調醫師對於自己或自己的親人有需要時轉介給安寧療護團隊的意願，有168位（96%）願意，與台大醫院林世瑜等人（1998）以及趙可式（1998）研究介於86.3%~91.2%的接受度相似。由此可略見國內大多數的醫師對安寧療護持有正面態度，也與美國Ogle等（2003）及丹麥Vejlgaard（2005）等的研究，至少80%以上的基層醫師對安寧療護持正面態度的調查結果一致。而受調醫師只有25.1%曾轉介過平均約4位癌症病人作安寧療護，有可能與癌症病人不會到基層診所看診，因而造成基層醫師較少診療此類末期病人有關，真正原因仍有待進一步研究。

問卷第二部分是詢問雲林縣基層醫師對參加安寧療護教育訓練課程的意願及其需要的內容。教育與訓練是世界衛生組織所認定推廣全面性緩和療護不可或缺的要害之一（Bruera & Sweeney, 2002；Sepulveda, et al., 2002），而台灣安寧緩和醫療的根，要從醫學教育紮起（賴允亮，2004），有很多醫護人員對安寧療護的不接受，是由於不瞭解安寧療護的理念。所以，把安寧療護相關的教育訓練課程納入其學校養成教育中，將是最有效的推廣辦法（趙可式，1998）。

而對於開業的基層醫師，由於常被業務羈絆，很難得能撥出數天時間去參加安寧療護的教育訓練課程。因此，需藉著各種教育機會，如錄音帶、媒體、醫學文獻及各醫學會與醫師公會所定期舉辦的在職教育等，向醫師宣導與教育（Bruera & Sweeney, 2002；趙可式，1998），以方便基層醫師對安寧療護資訊的獲得以及知識的更新。

受調醫師對於在職教育課程中，加入安寧緩和療護教育訓練課程，有71.4%回答會參加或有興趣的課程才會參加；有28.6%的醫師回答不會參加或工作太忙沒時間參加。有意願參加的比率與趙可式（1998）所調查的86.7%相比較，是略遜一籌。其原因除了「工作太忙」、「對安寧療護課程沒興趣」外，另外的可能原因則有待進一步的研究。

安寧緩和醫學所涵括的層面從症狀治療、社會心理議題，靈性的探討到輔助與另類醫療（complementary and alternative medicine）皆有（賴允亮，2004）。受調醫師對所需要的教育課程內容，以疼痛控制（89.1%）及心理問題的處置（87.4%）分居前兩名，其次為其他身體症狀的處置（60%）、靈性問題的處置（60%）、病情告知（46.3%），以及另類療法（23.4%）。根據英國Shipman等（2001）對英國基層醫師的問卷調查，在回收640份（60%）的有效問卷中，有51%的基層醫師想要的緩和療護教育課題是非癌症病人的症狀控制，其次為鴉片類之外的其他止痛藥用法（40%）、開立鴉片類藥物（33%）、病情告知（32%）、諮詢技術（26%），以及溝通技術（22%）。而其他學者的研究也指出症狀控制、溝通以及喪慟諮詢的教育訓練是基層醫師經常要求學習的課題（Macleod & Nash, 1991；Jeffrey, 1994）。國內台大醫院林幸玟等（1998）對台大醫院曾照顧過癌末病人之非安寧病房的住院醫師所作調查，有九成以上

的受訪醫師贊同癌末病人最需要的幫助為疼痛控制、其他身體症狀控制及心理問題的處理；而且有八成以上醫師在照顧癌末病人最常碰到處理上的困難是身體症狀與疼痛。可見大多數的醫師對於癌末病人的需要、處理上的困難以及所需要的安寧療護教育課程內容之看法，主要是有關於「疼痛控制」、「其他身體症狀控制」以及「心理問題的處置」。這些資料可提供台灣相關單位，在擬定本土化安寧療護教育課程的參考。

對於癌末病人需要使用嗎啡類藥物止痛時，有49.7%的受調醫師會開立嗎啡處方，有40.6%不會開立。就醫師專業背景而言，內外科系醫師對於給癌末病人開立嗎啡止痛藥處方的看法，以卡方檢定是有顯著差異。其看法有差異的原因是否為開業的外科系醫師對嗎啡止痛的開立條件不同，則仍待進一步的研究。而基層醫師對使用嗎啡類藥物止痛的顧慮，主要是嗎啡控管法規（74.6%）及取得性（43.9%）的考量，其次為副作用的處理（30.6%）、健保給付問題（28.9%）以及成癮問題（25.4%）。疼痛是癌末病人最常見與困擾的症狀之一，盛行率約60~90%。根據Von Roenn等（1993）的調查，有61%的醫師不願意開立鴉片類止痛藥給癌痛病人，其原因有缺乏疼痛控制的實務原則，擔心藥物副作用的處理、藥物管制的問題以及病人耐受性的問題；而只有2%的醫師擔心藥物成癮的問題。醫師因為害怕嗎啡藥物成癮、副作用的危險以及法令限制，常會導致末期病人的症狀控制不夠。這些個人的害怕、擔心及缺乏自信，會讓很多醫師迴避對臨終病人的症狀處理（Emanuel, von Gunten & Ferris, 2000），而這些都是臨床上末期照顧的常見障礙。使用嗎啡治療癌痛的知識與技巧，仍需要於醫師養成教育與在職教育裡加強。而嗎啡的取得性與處方，則需要在立法層面進行法

律上的彈性鬆綁（邱泰源，2004）。

世界各國輔助與另類醫學的使用率約在7~87.6%左右，而台灣癌末病人至少有50%曾使用過另類療法（許煌汶，2004）。國外醫療專業人員，尤其是醫師約有36~83%曾轉介病人使用輔助與另類療法，而也有24%的醫師自己使用過另類療法（許煌汶，2005）。受調基層醫師有50.3%會推薦有需要的病人使用另類療法，與國外學者的報告相似。而也有45.7%的醫師會爲了自己的健康或疾病而使用另類療法。同時，自己有使用過另類療法的醫師比較會推薦病人使用。

問卷第三部分是詢問雲林縣基層醫師對參與安寧療護照顧的意願與困境，有102位（58.3%）的醫師有意願參與安寧療護身心症狀的處置。本研究的結果介於台中中山醫院Huang等（2003）所調查的45.5%，與趙可式（1998）所調查的65.3%之間。受調基層醫師認爲參與安寧療護的主要照顧困境，以時間的限制（52%）爲多，有四成左右認爲是「角色定位不明」、「能力技術的考量」、「設備問題」，有14.3%認爲是「不符合成本效益」。

根據學者的研究，基層醫師參與緩和療護所遇到的困境，主要有三個層面：一、個人方面：1.知識與技術的困境；2.作爲照顧協調者的壓力與責任之困境；3.時間限制的困境。二、與病／家及其他專業人員之關係方面：1.與病／家及其他專業人員溝通方面的困境；2.與安寧療護團隊成員之協調與合作的困境。三、醫療體制與結構方面：1.醫療體制的繁文縟節與限制；2.設備與執業成本提高，不符合成本效益的困境；3.角色界定不明的困境；4.居家照顧連續性不易的困境（Mitchell, et al., 2004；Groot, Vernooij-D, Crul & Grol, 2005）。

在個人層面上「時間限制」的困境方面，研究者在臨床

上常觀察到的是，有的基層醫師因為病人太多忙不過來，無足夠時間去聆聽病人的需要，而且體力也不勝負荷。有的是因為在週末或下班時段無法持續照顧到有緊急需要處理的病人，而且也沒有二十四小時可利用的居家療護，家屬只能將病人送往醫院的急診去處理；而這也是Higginson（1999）所作調查，醫師希望能改善的地方（Higginson, 1999）。

目前行政院衛生署國民健康局，委託中華民國安寧照顧基金會辦理的「0800安寧療護免費諮詢服務專線（0800-008-520）」，二十四小時全天候由專人提供醫療人員及社會大眾，詢問安寧療護相關的資訊與資源分布等問題。民國94年有三十四家醫院加入國民健康局所推動的「安寧緩和醫療共同照護模式計畫」，基層醫師可依情況轉介病人給就近的執行團隊。而居家療護則仍有待政府與相關單位去整合社區醫療資源，投入人力與財力來提升居家療護的質與量。

在「角色定位」與「能力技術考量」的困境方面，Saunders（1979）認為在醫療層面，末期病人的需要只是醫療人員的照顧技術與友誼而已。要解決「角色定位」與「能力技術」的困境，根本之道在於醫師養成教育與在職教育的改善，以及醫療體制的改革，讓醫學回歸到原先人道主義的醫療關懷層面（Adler, 2004），真正落實以病人為中心的整合性醫療（謝博生，2003）。在「設備問題」與「成本效益」的困境方面，可能要從健保給付制度去著手，合理的給付，才能長期讓有資格與意願的基層醫師，在較無財務的顧慮下，為病人提供有品質的醫療照顧。

受調基層醫師沒有意願參與安寧緩和療護服務的真正原因仍有待進一步研究；而依國內學者的研究，可能原因有「與自己的性向志趣不合」、「沒有成就感」、「較想作積極治療的工作」、「體力不勝負荷」、「沒有這方面的專業

知識」、「目前太忙」等等（趙可式，1998；Huang, et al., 2003）。這些原因及參與照顧的困境，都有待政府、相關醫療學術單位及醫師共同努力去研商改善的。

本研究的問卷回收率只有53.9%，原因也許是基層醫師對安寧緩和療護沒興趣，或是工作量太大沒時間，或是對問卷調查的疲乏等等。由於本研究的對象是雲林縣開業的基層西醫醫師，其結果無法作普及性的推論，這些都是本研究的限制。但是本研究的結果仍可作為安寧療護相關單位，在建立台灣本土化的安寧療護網路，及推動社區化安寧療護的參考。

陸、結論與建議

本研究中有99.4%的受調醫師都認同安寧緩和療護全人照顧的理念，而且轉介的意願也很高，可見政府及安寧療護的各單位與前輩們，在推廣安寧療護全人照顧的理念與模式已獲得大多數醫師的肯定。

在現階段台灣醫療文化及社會背景下，推廣社區化安寧療護，雖然是花費少而又能提高涵蓋率的策略之一；但是如何在兼顧安寧療護的質與量，而能夠讓有意願參與學習或是有意願加入安寧療護照顧的基層醫師，得到有效的教育訓練與實習，則仍有待政府及相關團體與醫師的努力。本研究的結果可作為安寧療護相關單位，在擬定基層醫師安寧療護教育課程以及推廣社區化安寧療護的參考。

針對本研究的研究結果，我們提出四項建議：一、健保局將安寧療護的給付制度，由現行的試辦計畫改為正式健保體制內的給付，以提高醫師及醫療機構參與安寧療護的誘因。二、更積極將安寧緩和療護推廣到非癌症的末期病人照

顧。三、相關單位整合各縣市現有的醫療資源，讓有意願加入安寧療護照顧的基層醫師，可以就近到有安寧療護住院服務的醫院實習觀摩，同時加強雙方面的聯繫、溝通及轉介。四、政府與相關單位整合社區醫療資源，擬定可行的二十四小時安寧緩和居家療護計畫，投入人力與財力來提升安寧緩和居家療護的質與量。

誌謝：本研究的完成，要先感謝雲林縣醫師公會廖理事長在問卷寄發及說明的協助，以及所有雲林縣基層醫師的熱心幫忙填寫問卷，同時也要感謝南華大學生死學研究所魏書娥教授所提供的建議與若瑟醫院安寧小組成員的幫忙。

附錄

基層醫師對安寧緩和療護的觀點

敬愛的醫師您好：

本調查問卷的目的，在於瞭解基層醫師對安寧緩和療護的看法，以作為相關安寧機構及衛生單位的參考。敬請您撥空，根據自己的看法與感想，回答問卷上的每個問題。調查結果僅作為意見分析之依據，無所謂對或錯，個人選答會對保密，請您放心回答。

您的意見是相當寶貴與有價值的，煩請您據實作答，謝謝您的合作。

財團法人天主教若瑟醫院 安寧照顧小組 謹啟

填答說明：

1. 請就每一個問題，將符合您意見的該項答案，以「✓」的記號在該項答案前面的方格中表示出來。
2. 如果答案不在您的意見範圍之內，請在「其他」項的空白處，寫下您的意見。
3. 填寫完全後，煩請投入附上郵票的信封寄回。

基本資料：

1. 性別：男 女
2. 年齡：_____歲
3. 主要看診科別：
內科 家醫科 外科 婦產科 小兒科 ENT

眼科 精神科 皮膚科 復健科 骨科 神經內科
腫瘤科 泌尿科 其他

4. 目前執業的單位：診所 私人醫院 地區醫院
區域醫院 其他

一、您覺得注重病人身體、心理、靈性、社會層面的照顧，是符合人性化的照顧嗎？

是
 不是

二、對於不可治癒疾病（包括癌症、非癌症）的病人及其家屬，安寧療護團隊提供症狀緩解與心理、靈性、社會層面的協助，您認同這種理念嗎？

認同
 不認同
 其他

三、您曾轉診病人到有安寧療護團隊的醫院去求診嗎？

否
 是，共計 _____ 人次

四、您或您的親人有需要轉介給安寧療護團隊時，您願意嗎？

願意
 不願意
 其他

五、基層醫師在職教育課程中，加入安寧緩和療護訓練與教育課程，您會想參加嗎？

會
 不會
 有興趣的課程才會參加
 工作太忙，沒時間參加

六、安寧緩和療護的教育課程，您覺得很有需要的是：（可複選）

- 疼痛控制
- 其他身體症狀的處置
- 心理問題的處置
- 靈性問題的處置
- 病情告知
- 另類療法
- 其他

七、對需要定期使用口服嗎啡藥物來止痛的癌末病人，您會開立處方嗎？

- 會
- 不會
- 其他

八、您對使用嗎啡類藥物止痛的顧慮是：（可複選）

- 嗎啡副作用的處理問題
- 怕癌末病人成癮的問題
- 嗎啡藥物控管法規的考量
- 嗎啡藥物取得性的考量
- 健保給付問題
- 其他

九、您會推薦您的病人使用另類療法（如氣功、針灸、草藥）嗎？

- 會
- 不會
- 其他

十、您會為了自己的健康或疾病，而使用另類療法嗎？

- 不會
- 會，請寫出使用過的另類療法：

十一、您有意願學習參與安寧緩和療護的身心症狀處置嗎？

- 有
- 沒有

十二、您覺得基層執業醫師參與安寧緩和療護的最主要照顧困境是
(可複選)：

- 時間的限制，沒有多餘的時間
- 不符合成本效益
- 沒受過安寧緩和療護訓練，能力技術上的考量
- 設備的問題
- 基層執業醫師在這方面的角色定位不明
- 其他

感謝您寶貴的意見，謝謝！

◆ 參考文獻 ◆

- 王英偉 (2004)。安寧療護五年國家發展計畫 政策面。《在臺灣安寧緩和醫學學會：第三屆第二次會員大會暨學術研討會大會手冊》(頁53-57)。台北：台灣安寧緩和醫學學會。
- 行政院衛生署 (1996)。《建立醫療網第三計畫》。
- 邱泰源 (1996, 6月)。末期照顧醫病關係的倫理觀：家庭醫師團隊的角色。《安寧照顧會訊》，21, 8-12。
- 邱泰源 (2004)。安寧療護五年國家發展計畫 學術層面探討。《台灣安寧緩和醫學學會：第三屆第二次會員大會暨學術研討會大會手冊》(頁59-61)。台北：台灣安寧緩和醫學學會。
- 林正介、駱光明 (1995)。台中地區基層醫療醫師對「家庭醫學」態度和信念之調查。《中華醫家醫誌》，5, 53-63。
- 林世瑜、林幸玟、邱泰源、胡文郁、莊榮彬、李龍騰等 (1998)。某醫學中心住院醫師轉介緩和醫療之相關研究。《中華醫家醫誌》，8, 144-154。
- 林幸玟、林世瑜、胡文郁、邱泰源、李龍騰、陳慶餘等 (1998)。非緩和醫療病房住院醫師對緩和醫療態度之調查。《中華醫家醫誌》，8, 203-209。
- 行政院衛生署。《國家癌症防治五年計畫(草案)》(2004年3月)。
- 張鴻仁 (2003)。為自己找個醫療顧問 全民健保家庭醫師制度。《全民健康保險》，46, 2-3。
- 陳俊傑、顏裕庭、顏啟華、陳宣志、李孟智 (2004)。社區為導向的家庭醫業。《台灣家醫誌》，14, 113-120。
- 許煌汶 (2004)。輔助與另類醫學簡介。《安寧療護雜誌》，9 (3), 264-275。
- 許煌汶、張俊郎 (2004)。雲林地區安寧療護宣導初步評估。《安寧療護雜誌》，9 (4), 383-392。
- 許煌汶 (2005)。醫療人員對輔助與另類醫學之認知態度。《基層醫學》，20 (1), 20-24。

- 程勁儀、李龍騰（1997）。 緩和醫療居家照護 。《台灣醫學》，1（2），214-219。
- 趙可式（1998）。《醫師、護理人員、社工及民眾對安寧療護之認知與接受度調查》（行政院衛生署八十七年度委託研究計畫，計畫編號：DOH-87-TD-1060）。台北：財團法人天主教康泰醫療教育基金會。
- 劉見祥（2005）。 落實雙向轉診制度，民眾看病更有保障 。《全民健康保險》，56，2-3。
- 蕭麗卿（2002）。 非安寧療護醫師對安寧療護認知及轉介之研究 。未出版之碩士論文，嘉義縣：南華大學生死學研究所。
- 賴允亮（2004）。 台灣之安寧緩和醫療 。《台灣醫學》，8（5），653-656。
- 謝博生（2002a）。 以社區為主體的醫療體系 。《醫療與社會拓寬醫業執行的社會視野》（二版，第十一章，頁141-152）。台北：台灣大學醫學院。
- 謝博生（2002b）。 台灣醫療體系的現況與問題 。《醫療與社會拓寬醫業執行的社會視野》（二版，第十章，頁127-140）。台北：國立台灣大學醫學院。
- 謝博生（2002c）。 社區醫療體系的工作實務 。《醫療與社會拓寬醫業執行的社會視野》（二版，第十三章，頁163-181）。台北：國立台灣大學醫學院。
- 謝博生（2003）。 一般醫學教育簡介 。《一般醫學教育：後SARS時代的醫師培育》（第十二章，頁159-169）。台北市：國立台灣大學醫學院。
- 魏書娥、許煌汶、林姿妙（2004）。 安寧緩和療護理念與醫學根源 。《安寧療護雜誌》，9（4），407-416。
- 行政院衛生署（2005）。 九十四年度安寧緩和醫療共同照護計畫 。上網日期：2005年8月3日。網址：
<http://www.tho.org.tw/peaceful/default.htm>
- 台灣安寧照顧協會（2005）。 安寧病房與居家護理單位介紹 。上網日期：2005年8月3日。網址：<http://www.tho.org.tw/html/p5.htm>
- 行政院衛生署（2005）。 雲林縣主要癌症死亡原因 。上網日期：

2005年7月19日。網址：<http://www.doh.gov.tw/statistic/data/縣市癌症與死因統計結果/93縣市順位.xls>

楊志良、張育嘉 (2005)。調高部分負擔是否真能落實轉診制度？。上網日期：2005年9月4日。網址：

<http://www.npf.org.tw/PUBLICATION/SS/094/SS-B-094-021.htm>

Adler, R.E. (2004). *Medical firsts: From Hippocrates to the human genome*. New Jersey: John Wiley & Sons.

Bruera, E. & Sweeney, C. (2002). Palliative care models: International perspective. *Journal of Palliative Medicine*, 5(2), 319-327.

Emanuel, L.L., von Gunten, C.F., & Ferris, F.D. (2000). Gaps in end-of-life care. *Archives of Family Medicine*, 9, 1176-1180.

Groot, M.M., Vernooij-D.M.J.F.J., Crul, B.J.P., & Grol, R.P.T.M. (2005). General practitioners (GPs) and palliative care: Perceived tasks and barriers in daily practice. *Palliative Medicine*, 19, 111-118.

Higginson, I. (1999). Palliative care services in the community: What do family doctors want? *Journal of Palliative Care*, 15(2), 21-25.

Huang, E., Chou, H.H., Lu, T.H., Ling, I.P., Hung, Y.L., & Yuan, S.C., et al. (2003). Attitudes and knowledge of physicians and nurses from a medical center in central Taiwan regarding hospice palliative care. *Chung Shan Medical Journal*, 14, 215-220.

Jeffrey, D. (1994). Education in palliative care: A qualitative evaluation of the present state and needs of general practitioners and community nurses. *European Journal of Cancer Care*, 3, 67-74.

Macleod, R.D. & Nash, A. (1991). Teaching palliative care in general practice: A survey of educational needs and preferences. *Journal of Palliative Care*, 7, 9-12.

Mitchell, G., & Price, J. (2001). Developing palliative care services in regional areas: The Ipswich Palliative Care Network model. *Australian Family Physician*, 30(1), 59-62.

Mitchell, G.K., Reymond, E.J., & McGrath, B.P.M. (2004). Palliative care: Promoting GP participation. *Medical Journal of Australia*, 180(5), 207-208.

- Ogle, K., Mavis, B., & Wang, T. (2003). Hospice and primary care physicians: Attitudes, knowledge, and barriers. *American Journal of Hospice & Palliative Care*, 20(1), 41-51.
- Olesen, F., Dickinson, J., & Hjortdahl, P. (2000). General practice-time for a new definition. *British Medical Journal*, 320, 354-357.
- Shipman, C., Addington-H.J.M., Barclay, S., Briggs, J., Cox, I., & Daniels, L., et al. (2001). Educational opportunities in palliative care: What do general practitioners want? *Palliative Medicine*, 15, 191-196.
- Saunders, C. (1979). The nature and management of terminal pain and the hospice concept. In J.J. Bonica & V. Ventafridda (Eds.). *Advances in pain research: Vol. 2*. New York: Raven Press.
- Saunders, C., Baines, M., & Dunlop, R. (1995). *Living with dying: A guide to palliative care*. (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- Sepulveda, C., Marlin, A., Yoshida, T., & Ullrich, A. (2002). Palliative care: The World Health Organization's global perspective. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24(2), 91-96.
- Vejlgaard, T. & Addington-H.J.M. (2005). Attitudes of Danish doctors and nurses to palliative and terminal care. *Palliative Medicine*, 19(2), 119-127.
- Von Roenn, J.H., Cleeland, C.S., Gonin, R., Hatfield, A.K., & Pandya, K.J. (1993). Physician attitudes and practice in cancer pain management: A survey from the Eastern Cooperative Oncology Group. *Annals of Internal Medicine*, 119, 121-126.
- World Health Organization (1990). Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee (WHO Technical Report Series, No.804). Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (1995). National Cancer Control Programmes. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2002). National Cancer Control Programmes: Policies and managerial guidelines (2nd ed.) . Geneva: World Health Organization.