

# 末期醫療抉擇的家庭會議溝通模式之 回溯性分析

宋聖芬<sup>1</sup> 陳煌麒<sup>2</sup> 楊婉萍<sup>3,\*</sup>

**目標：**家庭會議是促進醫療端與病家端的重要開放性溝通方式，藉此確認病人的意願，整合家屬意見，討論共識出適切的醫療抉擇。本研究目的為了解末期醫療抉擇的家庭會議中醫療端與病家端間的溝通模式。**方法：**以台灣南部一區域教學醫院，收集2009-2014年108位病人共125份的癌末醫療抉擇的家庭會議紀錄，進行病歷之回溯性分析。採內容分析歸納臨床上進行末期醫療抉擇家庭會議的常見溝通模式。**結果：**發現召開的家庭會議中，雖然有部分討論到以病人的意願與自主為最重要之考量，但實際上有病人參與共同討論的家庭會議為數不多，甚至有的會議家屬拒絕病人參與決策。質性分析歸納出家庭會議溝通模式包括了三主題九大類別：1.病主—尊重依循病人的自主決定；2.家主—由家屬代表發聲並代做決定；3.醫主—希望以醫師的經驗與建議為之。**結論：**期能以此研究結果為基礎，發展符合文化民情但具有效能的末期醫療抉擇與家庭會議溝通模式，進而深耕推動未來更尊重病人自主的醫病共享決策模式。（台灣衛誌 2022；41(2)：226-233）

**關鍵詞：**病人自主、家庭會議、醫療抉擇、內容分析

## 前言

家庭會議有效溝通，亦是落實以家庭為中心的照護之重要核心[1,2]，有助於促進協助病人、家屬與醫療團隊間，透過相互討論傳遞訊息交換意見[3]。對病情診斷、治療、照護需求及計畫、預後以及期望等相關議題，尤其是面對複雜末期醫療抉擇，家庭

會議或家庭諮商將能有效引導病人參與，聚焦溝通醫病共享醫療決策而能做出有共識的決策，讓團隊與病家的目標和價值觀保持一致，展現病人之自主意願。並進一步藉此評估家庭需求，予以支持照護[4,5]。團隊成員間，以及團隊與病人家屬間，亦能藉著家庭會議進行有效溝通，減緩衝突避免誤會，解決病人問題並緩解病人與家屬的受苦[6,7]。

然而家庭會議溝通召開前，需事先規劃，考慮病人的意願、家庭的動態與溝通模式，以及會議期間可能發生的事件，才能答覆目的與有所成效[8]。透過事先規畫及安排時間、場地與人員，跨專業協力溝通，並整合提供照護與支持[9,10]。末期病人可能因為病重、虛弱或不適，以致於無法出席，由家屬代為參與討論與決策，因而需在會議之前確認病人的餘生期，確認是否為末期病人，並且準備相關簽署文件（如意願書）、後續的治療配套選項（如舒適照護與用藥

<sup>1</sup> 高雄市立小港醫院（委託財團法人私立高雄醫學大學經營）護理部

<sup>2</sup> 高雄市立小港醫院（委託財團法人私立高雄醫學大學經營）胸腔內科

<sup>3</sup> 高雄市立大同醫院（委託財團法人私立高雄醫學大學附設中和醫院經營）國際醫療中心

\* 通訊作者：楊婉萍

地址：高雄市前金區中華三路68號

E-mail：wpy.penny@gmail.com

投稿日期：2021年12月16日

接受日期：2022年4月11日

DOI:10.6288/TJPH.202204\_41(2).110147



等)跟家屬討論[5,11]。如此將有助於減少醫療團隊的壓力與家屬間衝突,協助家屬獲得正確訊息以達成共識,以免家屬意見不一缺乏共識,而影響醫療決策,期能攜手做出以病人意願與需求為主體的醫療抉擇[12,13]。本研究希冀以質性分析歸納出本土家庭會議的溝通模式,作為醫護人員的背景知識,進而有效規劃策略,提高效能。

## 材料與方法

### 一、研究設計與流程

本研究旨在瞭解本土癌症末期醫療抉擇的家庭會議中,醫療端與病家端之間的溝通面向、溝通模式、醫病動態及所遭遇困境。採回溯性研究,以病歷回顧方式分析台灣南部一區域教學醫院,五年期間的末期癌症病人家庭會議記錄。

### 二、研究參與者

回溯檢視2009-2014年間327份家庭會議記錄,篩選已是末期(癌症第四期)階段,開會目標與討論內容涉及醫療抉擇之125份家庭會議記錄進行內容分析法。

### 三、資料分析

會議記錄文本以內容分析法(content analysis),從概念性解析主題類別,以質性分析歸納主題概念間關係[14]。閱讀後檢視表面及潛在內容作系統性歸納,分析後進行分類以編碼(coding)成建立類別及主題[15,16]。並進行描述性統計。

### 四、研究品質確保

本研究依可信賴性(trustworthiness)[17],從病歷紀錄收集樣本來源及背景脈絡,確保資料之轉換性。兩位研究者獨立分析後再行比對,一致性高達95%,不同的5%以同儕辯證確保確實性。由質性專長之教授檢核研究過程,判斷資料是否豐厚實在達到可靠性。邀臨床醫師與資深護理師協助同儕檢核以確保研究之確認性。

## 五、研究倫理確保

本研究經研究倫理委員會審查通過(編號:KMUH-IRB-20140284),妥善管理相關資料避免個資遭洩漏。

## 結果

篩選後以108位末期病人的125次家庭會議紀錄(每位病人開家庭會議1-3次;平均1.16次)進行分析。參與的醫療端成員共383人次,醫師(30.8%)與護理師(36.3%)參與人次最多,次為專科護理師、社工、護理長、營養師與藥師等。疾病以肺癌佔最多(44人,40.7%)、次為大腸直腸癌、乳癌、肝癌及攝護腺癌。僅有17次病人參與討論,出席親友共247人次,95.5%有血緣關係。主要決策者佔53.8%,主要經濟來源佔74.1%,主要照顧者佔54.3%。男(佔68.4%)多於女(表一)。歸納出家庭會議溝通模式有病主、家主、醫主三大主題(theme)九大次主題。

### 一、病主—尊重依循病人的自主決定

尊重病人自主的家庭會議中,可見到家屬:「讓病人自主表達」、「遵循病人過去表達的意向」與「推敲病人可能偏好的選項」。

有的家屬認為病人的意願與自主為最重要,希望讓病人參與家庭會議一起討論,知曉自己的狀況。「希望媽媽平順走完人生,不要急救及痛苦,讓她自己選擇想走的路,可以讓她來會議中聽(F75-3)」、「這次討論後我們決定會跟他說,讓他知道沒關係,畢竟是他的身體,總要讓他知道他的狀況不會不明不白(F27-1)」。

有的家屬雖不願與病人討論,但仍以其過去的意向,或推敲其可能的偏好做抉擇。「他治療五年了,真的很辛苦。以前他曾說過不要插管,因為他有做過氣切抽過痰,他覺得很不舒服,他不想再這麼辛苦了,我們都尊重他的意見(F84-2)」。

有的則是擔憂病人身心狀況不佳,病情惡化的消息會影響病人心情,因此要求不要

表一 家庭會議文本之病人與參與家屬基本資料

項目	次數	百分比 (%)	Mean±SD
病人 (n=108)			
年齡			69±5
性別			
男性	60	55.6	
女性	48	44.4	
教育程度			
未受過正式教育	14	13.0	
國小	45	41.7	
國中	43	39.8	
高中	5	4.6	
專科	0	0	
大學	1	0.9	
研究所 (以上)	0	0	
病況意識			
昏迷/意識不清	19	17.6	
嚴重衰弱	38	35.2	
意識清楚	51	47.2	
出席家庭會議			
否	91	84.3	
是	17	15.7	
出席家屬與重要他人 (n=247)			
性別			
男性	169	68.4	
女性	78	31.6	
血親關係			
有	236	95.5	
無	11	4.5	
主要經濟來源			
否	64	25.9	
是	183	74.1	
主要照顧者			
否	113	45.7	
是	134	54.3	
主要決策者			
否	114	46.2	
是	133	53.8	

與病人多說與細談末期病況，依循他過去的意願表達。「他（病人）知道自己是肝癌但不知道已經這麼嚴重了，我怕講太多他會失去求生意志，但他健康時曾看過親戚相似情形，當時有決定如果末期病況危急不要插管（F33-1）」。

## 二、家主一由家屬代表發聲並代做決定

有的家屬拒絕讓病人知道自身的病況與預後，因為：「不捨病人害怕擔心」、「認為病人無法決定」、「素來都是家屬決定」。「化療做了怕他就知道了，還是不要讓他知道病情，我們會跟他說只是一般的點

滴，希望能瞞得過去。(F17-2)」討論為高齡肺癌病人進行化學治療，遭到案子女連番拒絕。有的家人希望對病人隱瞞病情，是擔憂病人情緒受影響及放棄治療：「她(病人)是虔誠的佛教徒，若知道自己罹患癌症會亂想是不是這輩子做太多壞事才會得到，可以不要說嗎？(F5-2)」、「我們怕她(病人)知道後會放棄自己(F112-1)」。

面對重病的病人，有的家屬認為病人無法決定：「他(病人)不懂啦，不知道怎樣才是最好的。(F112-5)」、「我是為了他(病人)好啊，他現已經沒有辦法自己做好的決定，我們做決定就好，不要讓他煩心(F22-3)」。

家屬主導的家庭會議有三種不同的類型，一是由「出席的家屬代為做決定」「可是我父親(病人)不知道病情，很擔心一知道情緒就受影響，我怕他會不想活？這些事情我來決定就可以了。(F29-3)」家庭會議中家屬明確拒絕讓病人知道病況並參與決策，由出席的家屬代為做決定；二是由背後藏鏡人家屬做主，但不是我「平日都是我媽照顧我爸(病人)的，所以你們說給她聽，我們沒意見，以我媽為主。(F120-1)」案子表示由案妻決定即可；三則是拒絕病人參與，但出席家屬也無法決定，而是要仰賴未出席會議甚至未曾出現過的家屬做決定。「明天阿舅來，我們會問他看要不要讓我媽(病人)自己決定(F91-2)」、「我們最近會請其他人(長輩)跟我媽解釋現在癌症情況(F53-3)」。

有些家屬則是推來推去，只拒絕病人參與，但卻沒人可以做主。「此時要急救到底嗎？還是選擇放棄？我是做太太的，家裡還有大人我不敢作主。(F2-4)」疾病再度惡化，案妻無法抉擇與承擔後果。「不要再問了，我只是媳婦，照顧是可以，但醫生說那些急救病情的部分，我沒辦法決定啦。(F72-1)」案媳雖為主要照顧者卻無法作醫療抉擇。「我住遠嫁到國外，家裡只有老爸一人，但每次打電話回家他都說沒事，所以不要問我的決定。(F36-3)」遠在國外的女兒回來參與家庭會議，也表示無法參與決定。

文本中，也看到家屬在溝通與抉擇過程中的矛盾與掙扎，不管由自己或其他家屬代為決定，在預期性哀傷的壟罩下，情感與理智拉拔，有的家屬已深陷內疚與罪惡感中。「我已經了解他(病人)是末期，病不會好，但就當作是死馬當活馬醫，我的內心也會好一點，畢竟是我照顧疏忽導致他跌倒(F45-2)」。

### 三、醫主一希望以醫師的經驗與建議為之

有的病人或家屬因為難以抉擇，「害怕自己做錯抉擇」、「意見分歧缺乏共識」、或是「相信並交付專業團隊」。在家庭會議的過程中看到家屬的徬徨無助，擔心做了錯誤的決定，反覆地詢問醫師與專業團隊：「醫生你的意見呢？我無法下決定！(F7-1)」、「我們對醫療都不懂，你們的專業建議為何？(F108-2)」、「如果她(病人)是你母親的話，你會如何決定？我好怕做錯決定讓她受苦(F89-1)」。

也有一些家庭裡，家屬意見紛歧，討論爭吵半天無法達成共識。「我爸(病人)想回老家，但治療又不能中斷，全家吵翻了都沒有辦法結論。(F3-3)」癌末病人要求出院回鄉下老家，但家屬在家庭會議各有意見無法達成共識。

對醫師與醫療團隊的信任關係，有助於專業團隊為病人代言的角色功能展現。「我們決定相信你們(團隊)專業的建議。(F63-2)」、「看醫師你怎麼建議我們就怎麼做，我爸爸(病人)很相信醫生你說的話。(F9-1)」。

在專業團隊的建議下有助於達成共識，甚至進而與病人告知與討論。

## 討 論

家庭會議期待促進溝通並凝聚共識，醫療照護團隊與病人家屬的有效溝通[18]。儘管「分享的快樂是加倍的，分擔痛苦是減半的」，國外文獻建議藉由公開透明的方式促發討論，達到全面性醫療照護目的。而且在生命終曲，彼此相愛的病人與家人親友若



能放心展露痛苦的表情或流淚，感受彼此溫度及支持將有助於面對死亡與哀傷的衝擊[19,20]。然而在本研究的家庭會議文本中，可以看到病人與家屬親友間彼此擔心，卻對病情與死亡避而不談，對於內心情緒難以揭露共享。然而同一位病人的2或3次的家庭會議記錄（共7案），有的溝通模式一致，但也有些產生變化。有的是因為病人病況惡化衰弱而原本有參與會議，後續就由家屬與團隊討論，也有一開始家屬害怕病人知情，但在團隊的溝通協助下，後來病人也參與家庭會議討論。

本研究中可以看到「病人」身為當事者，卻少被邀請參與自身末期醫療抉擇的討論，在家庭會議裡的家屬方可以看到，有些人強調「家主」，認為家庭凌駕於個人，因此可以看到有3案的文本中，家屬表達由家人替病人做最佳抉擇即可，甚至表示「他（病人）不懂啦，他不知道怎樣才是最好的」，甚至有些家屬拒絕病人參與家庭會議決策。由家屬主導了話語權與抉擇方向，並未以病人自主為優先或核心的依循。凸顯出本土文化中的家庭會議仍傾向由家屬與醫療團隊溝通討論，將病人屏除在外，這也和其他本土研究中所論及到的結果相似，顯示台灣與西方社會的尊重病人自主的習慣仍有極大落差，家屬於醫療照護決定時，容易主導並凌駕病人之自主權代為決定，甚至違反與推翻病人的意願及抉擇[21-23]。

## 結論

從論文結果發現，末期醫療抉擇的家庭會議溝通通常是各說各話，一人一把號，各吹各的調。家庭會議溝通的主持人的專業知識與溝通技術準備需要經過訓練，且有持續自我評估與覺察反思的態度準備，方能達到成效，有效增進病人家屬與醫療人員的溝通，讓全家人做出一個美好而適切不悔的決定[5,24,25,26]，若專業人員能力不足，在主持家庭溝通會議時則會有更多的擔心與害怕[18,27]。建議未來應有進一步的相關研究，就本土性之家庭會議溝通進一步發展教育訓練與成效評量，並應透過生命教育或社會教

育增加團隊人員與社會大眾的死亡識能，促進更多死亡議題的事前事中溝通，盼能讓病人均能尊嚴自主的善終離世。

## 研究限制

本研究於台灣南部某區域教學醫院採立意取樣，或難外推代表台灣其他醫院與區域之家庭會議樣貌。因採回溯性病例分析，故難進一步訪談蒐集訊息，僅能就過去的紀錄文本加以分析。

## 參考文獻

1. Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, et al. Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric, and adult ICU. *Crit Care Med* 2017;**45**:103-28. doi:10.1097/CCM.0000000000002169.
2. Hashim MJ. Patient-centered communication: basic skills. *Am Fam Physician* 2017;**95**:29-34.
3. Kuntz JG, Kavalieratos D, Esper GJ, et al. Feasibility and acceptability of inpatient palliative care e-family meetings during COVID-19 pandemic. *J Pain Symptom Manage* 2020;**60**:e28-32. doi:10.1016/j.jpainsymman.2020.06.001.
4. Boss RD, Donohue PK, Larson SM, Arnold RM, Roter DL. Family meetings in the neonatal intensive care unit: observation of communication dynamics and contributions. *Pediatr Crit Care Med* 2016;**17**:223-30. doi:10.1097/PCC.0000000000000617.
5. Glod SA, Kang A, Wojnar M. Family meeting training curriculum: a multimedia approach with real-time experiential learning for residents. *MedEdPORTAL* 2020;**6**:10883. doi:10.15766/mep\_2374-8265.10883.
6. Silva RSD, Trindade GSS, Paixão GPDN, Silva MJPD. Family meeting in palliative care: concept analysis. *Rev Bras Enferm* 2018;**71**:206-13. doi:10.1590/0034-7167-2016-0055.
7. 黃露萩、郭俐蘭、鄒淑萍等：召開家庭會議改善醫病溝通。北市醫學雜誌 2018；**15**：91-103。doi:10.6200/TCMJ.201812\_15(4).0011。  
Huang LC, Kuo LL, Chou SP, et al. Promoting communication in health care through family meeting. *Taipei City Med J* 2018;**15**:91-103. doi:10.6200/TCMJ.201812\_15(4).0011. [In Chinese: English abstract]
8. Sullivan SS, da Rosa Silva CF, Meeker MA. Family meetings at end of life: a systematic review. *JHPN* 2015;**17**:196-205. doi:10.1097/NJH.0000000000000147.

9. Luckett T, Phillips J, Agar M, Virdun C, Green A, Davidson PM. Elements of effective palliative care models: a rapid review. *BMC Health Serv Res* 2014;**14**:1-22. doi:10.1186/1472-6963-14-136.
10. October TW, Dizon ZB, Roter DL. Is it my turn to speak? An analysis of the dialogue in the family-physician intensive care unit conference. *Patient Educ Couns* 2018;**101**:647-52. doi:10.1016/j.pec.2017.10.020.
11. 陳淑廷、沈秀宜、黃淑芬等：為善終而做撤除維生系統之經驗分析。北市醫學雜誌 2015；**12**：57-67。doi:10.6200/TCMJ.2015.12.SP.07。  
Chen ST, Shen HY, Huang SF, et al. Withdrawal of life sustaining treatment for a peaceful death. *Taipei City Med J* 2015;**12**:57-67. doi:10.6200/TCMJ.2015.12.SP.07. [In Chinese: English abstract]
12. 陳婉君、潘雪幸、劉淑皎等：某離島醫護人員對末期病人撤除維生醫療行為意向及其相關因素探討。安寧療護雜誌 2020；**24**：112-26。doi:10.6537/TJHPC.202006\_24(2).02。  
Chen WC, Pan HH, Liu SC, et al. Behavior intention and its associated factors of healthcare professionals to withdrawal of life-sustaining treatment in terminal Ill patients in an outlying island hospital. *Taiwan J Hospice Palliat Care* 2020;**24**:112-26. doi:10.6537/TJHPC.202006\_24(2).02. [In Chinese: English abstract]
13. Phua J, Joynt GM, Nishimura M, et al. Withholding and withdrawal of life-sustaining treatments in low-middle-income versus high-income Asian countries and regions. *Intensive Care Med* 2016;**42**:1118-27. doi:10.1007/s00134-016-4347-y.
14. Krippendorff K. Content Analysis - An Introduction to Its Methodology. Newbury Park, CA: SAGE Publications, 1985.
15. Roller MR, Lavrakas PJ. Applied Qualitative Research Design: A Total Quality Framework Approach. New York, NY: Guilford Publications, 2015.
16. Bengtsson M. How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *Nursing Plus Open* 2016;**2**:8-14. doi:10.1016/j.npls.2016.01.001.
17. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic Inquiry. Newbury Park, CA: SAGE Publications, 1985.
18. 郭巧雯、黃露萩、方文熙、劉翠瑤、游麗瑾、馮容莊：護理人員對家庭會議的態度與行為。北市醫學雜誌 2018；**15**：78-90。doi:10.6200/TCMJ.201803\_15(1).0008。  
Kuo CW, Huang LC, Fang D, Liu TY, Yu LC, Feng RC. Attitudes and behaviors towards family meetings in nursing staff. *Taipei City Med J* 2018;**15**:78-90. doi:10.6200/TCMJ.201803\_15(1).0008. [In Chinese: English abstract]
19. Thomas T, Kuhn I, Barclay S. Inpatient transfer to a care home for end-of-life care: what are the views and experiences of patients and their relatives? A systematic review and narrative synthesis of the UK literature. *Palliat Med* 2017;**31**:102-8. doi:10.1177/0269216316648068.
20. Williams LA, Moeke-Maxwell T, Wiles J, et al. How family caregivers help older relatives navigate statutory services at the end of life: a descriptive qualitative study. *Palliat Med* 2018;**32**:1124-32. doi:10.1177/0269216318765853.
21. 馮容莊、俞克弘、黃露萩：台北市某社區型醫院醫病溝通會議之成效。北市醫學雜誌 2017；**14**：23-39。doi:10.6200/TCMJ.2017.14.1.03。  
Feng RC, Yu KH, Huang LC. Exploring the effectiveness of physician-family communication meeting in a community hospital in Taipei. *Taipei City Med J* 2017;**14**:23-39. doi:10.6200/TCMJ.2017.14.1.03. [In Chinese: English abstract]
22. 蔡甫昌、郭蕙心：病人自主權利法之倫理觀點與實務挑戰。台灣醫學 2017；**21**：62-72。doi:10.6320/FJM.2017.21(1).8。  
Tsai FC, Kuo HH. The ethical perspectives and practical challenge of patient self determination act. *Formosan J Med* 2017;**21**:62-72. doi:10.6320/FJM.2017.21(1).8. [In Chinese: English abstract]
23. 伍碧琦、吳麗珍、陳彩鳳、蔡來蔭：南部某醫學中心住院病人對病人自主態度與其相關因素之探討。長庚護理 2011；**22**：451-62。doi:10.6386/CGN.201112\_22(4).0001。  
Wu PCD, Wu LJ, Chen TF, Tsai LY. Correlates of inpatient autonomy attitudes at a medical center in southern Taiwan. *Chang Gung Nurs* 2011;**22**:451-62. doi:10.6386/CGN.201112\_22(4).0001. [In Chinese: English abstract]
24. 游麗瑾、郭巧雯、黃露萩等：醫病溝通會議之推動：護理觀點。北市醫學雜誌 2016；**14**：40-51。doi:10.6200/TCMJ.2017.14.1.04。  
Yu LC, Kuo CW, Huang LC, et al. Implementation of physician-family Communication meetings: a nursing perspective. *Taipei City Med J* 2016;**14**:40-51. doi:10.6200/TCMJ.2017.14.1.04. [In Chinese: English abstract]
25. Washington KT, Parker O, Gage LA, Albright DL, Demiris G. A multimethod analysis of shared decision-making in hospice interdisciplinary team meetings including family caregivers. *Palliat Med* 2016;**30**:270-8. doi:10.1177/0269216315601545.

26. 張婷：論台灣病人自主權之現狀與挑戰。法令月刊 2017；**68**：122-39。doi:10.6509/TLM.2017.6803.05。  
Chang T. A research of present situation and challenges of patients' autonomy in Taiwan. Law Mon 2017;**68**:122-39. doi:10.6509/TLM.2017.6803.05. [In Chinese: English abstract]
27. 黃漢忠：從儒家的觀點省察病人自主權利法的限制：以永久性植物人為例。應用倫理評論 2019；**67**：43-64。  
Wong HC. Confucian perspective on the limitation of the patient right to autonomy act in the case of permanent vegetative state patients. Appl Ethics Res 2019;**67**:43-64. [In Chinese: English abstract]

## Family conference communication patterns for end-stage patients

SHENG-FEN SUNG<sup>1</sup>, HUANG-CHI CHEN<sup>2</sup>, WAN-PING YANG<sup>3,\*</sup>

**Objectives:** Family conferences constitute a vital medium for facilitating open communication between a medical team, a patient, and the patient's family. Confirming the patient's wishes and incorporating their family's views during the formulation of decisions for end-stage medical care are crucial. The objective of this study was to determine the communication patterns arising between the health-care team, the patient, and the patient's family during a family conference for making decisions about end-stage medical care. **Methods:** This 5-year retrospective analysis reviewed charts for 125 family conference minutes concerning decisions for end-stage medical care; the charts were sourced from 108 patients residing in a regional teaching hospital in Southern Taiwan between 2009 and 2014. Content analysis was conducted to observe the common communication patterns during these family conferences. **Results:** Although some family conferences reached an agreement that patient willingness and autonomy should be prioritized, few conferences actually involved the patients. Some conferences were even held on the condition of no patient involvement. Our qualitative research identified several family conference communication patterns as follows: (a) patient-oriented patterns, where the patient's thoughts were considered to deliberate the medical decisions; (b) family-oriented patterns, where family members made decisions on behalf of the patient; and (c) medical-oriented patterns, where physicians were trusted to make decisions. **Conclusions:** The results of this study can serve as a reference for developing effective family conference communication patterns in which patient autonomy in making decisions concerning end-stage medical care is respected, thus promoting shared decision-making. (*Taiwan J Public Health*. 2022;**41**(2):226-233)

**Key Words:** *patient autonomy, family conference, medical decision, content analysis*

---

<sup>1</sup> Department of Nursing, Kaohsiung Municipal Siaogang Hospital, Kaohsiung Medical University, Kaohsiung, Taiwan, R.O.C.

<sup>2</sup> Division of Pulmonary and Critical Care Medicine, Department of Internal Medicine, Kaohsiung Municipal Siaogang Hospital, Kaohsiung Medical University, Kaohsiung, Taiwan, R.O.C.

<sup>3</sup> International Medical Center, Kaohsiung Municipal Ta-Tung Hospital, No. 68, Jhonghua 3rd Rd., Cianjin Dist., Kaohsiung, Taiwan, R.O.C.

\* Correspondence author      E-mail: wpy.penny@gmail.com

Received: Dec 16, 2021      Accepted: Apr 11, 2022

DOI:10.6288/TJPH.202204\_41(2).110147