

Review Article

Prognostic Disclosure and its Influence on Cancer Patients

Chen-Hsiu Chen^{1,2}, Siew-Tzuh Tang^{3*}

¹Graduate Institute of Clinical Medical Sciences at Chang Gung University, Taoyuan, Taiwan

²Department of Nursing, Kang-Ning Junior College of Medical Care and Management, Taipei, Taiwan

³School of Nursing, Chang Gung University, Taoyuan, Taiwan

Abstract.

Background: Prognostic disclosure is a show of respect for patient autonomy. Only patients who are aware of their prognosis can participate in discussions about their medical condition and make decisions that meet their individual preferences. Despite the abundant literature on this topic, no systematic estimates of prognostic disclosure in cancer patients are available and relatively little research has focused on the impact of prognostic awareness and disclosure on cancer patients.

Methods: The literature on prognostic awareness and disclosure in cancer patients was systematically reviewed and subjected to a meta-analysis.

Results: The literature search retrieved 25 articles for meta-analysis. The pooled proportion of preferences for prognostic information and prognostic disclosure was calculated. Most cancer patients expressed a preference for prognostic disclosure [84.6%, 95% confidence interval (CI) 74.1%-91.4%], but only about half were told their prognosis (49.3%, 95% CI 36.4%- 62.3%). These results indicate a gap between cancer patients' preferences for prognostic disclosure and their actual receipt of prognosis. Cancer patients who are not told their prognosis may have several negative consequences, including inappropriate prognostic awareness, receiving futile treatment at the end of life, being unprepared for death, increased psychological and mental distress as well as social and spiritual suffering, and decreased quality of life. The discrepancy between patients' preferred and actual prognostic disclosure is primarily due to physicians' difficulty in revealing the prognosis; this difficulty stems from inaccurate estimates of prognosis, attitudes of beneficence and maintaining patients' hope, lack of good communication skills, and not knowing patients' preferences for prognostic information.

Conclusions: In order to close the gap between patients' preferences for prognostic disclosure and actual receipt of prognostic information, healthcare professionals should develop interventions to overcome the physicians' difficulty in revealing prognosis, thus facilitating cancer patients' awareness of prognosis and providing high quality end-of-life care.

Keywords : prognostic disclosure, prognostic awareness, cancer

綜合評論

癌症病人預後告知的現況及其影響的探討

陳貞秀^{1,2} 唐秀治^{3*}

¹長庚大學 臨床醫學研究所

² 康寧醫護暨管理專科學校 護理科

³ 長庚大學 護理學系

中文摘要

背景：告知疾病預後是對病人自主權的尊重，惟有病人知道自己的疾病預後，才能主動參與病情討論、做出最符合個人意願及利益的抉擇。然而目前極少研究以統合分析方式指出預後告知的比例及描述預後告知對癌症病人的影響。

研究方法：本研究以系統性回顧方式，搜尋癌症病人預後認知相關文獻，並運用統合分析計算預後訊息喜好及預後告知的比例。

結果：統合 25 篇與癌症病人預後訊息喜好及預後告知相關研究，結果顯示大多數的癌症病人表示希望獲得自己病情相關的訊息[84.6%, 95%信賴區間(CI) 74.1%-91.4%]，但僅半數的癌症病人實際由醫師告知疾病預後(49.3%, 95% CI 36.4%- 62.3%)。當癌症病人希望得知疾病預後而未被告知時，可能對病人造成的影響包括：不當的預後認知、不適切的生命終期照顧目標及照顧模式的選擇、無法作死亡的準備、心理及情緒的困擾等多方面影響。然而醫師可能因正確預估預後的困難、為了維持病人的希望感、缺乏溝通技巧及不知道病人對預後訊息的喜好等，造成病人期望知道與真實被告知預後之差距。

結論：為了縮短病人期望知道與真實被告知預後之差距，醫護人員應採取適當的措施以克服醫師面對預後告知的困境，使癌症末期病人在了解疾病預後下，有機會做出與自己願望一致的臨終決定，接受符合其需求的醫療照顧，以達到改善癌症末期病人照顧品質的目標。

關鍵字：預後告知、預後認知、癌症病人

癌症病人對預後訊息的喜好

告知疾病預後是對病人自主權的尊重，研究指出病人惟有知道自己的疾病預後，才能主動參與病情討論[1,2]，做出最符合個人意願及利益的抉擇[3,4]，因此病人必須被充分告知疾病的預後。事實上，全球大多數的癌症病人希望能獲得有關疾病預後的訊息（範圍 41.2%-100%，加權平均 84.6%，表一）[1,5-16]。

然而不同文化下，病人對預後訊息呈現不同程度的喜好，在西方社會針對癌症病人對預後訊息喜好的研究，指出大多數的癌症病人希望能充分被告知病情（範圍 59.3-100%，加權平均 86.6%，表一）[1,5-7,9,11,12,14]，其中不同的地理位置的癌症

病人希望獲得預後訊息依高低順序分別為歐洲（範圍 77.3%-100%，加權平均 95.4%）[1,5,6,14]、北美洲（80.3%）[12]、南美洲（範圍 59.3-88.7%，加權平均 77.1%）[9,11]及澳洲（75.29%）[7]。另在澳洲的一項研究，探討癌症末期病人病情、預後、治療相關的六項訊息需求程度，得分中數為 28（滿分為 30 分），顯示病人有極高的訊息需求[17]。

雖然文獻中常被提及東方文化對家庭觀念的強調，往往忽略個人的權利，但在亞洲研究中，大多數癌症病人仍希望能被告知疾病預後（範圍 41.2-96.10%，加權平均 78.2%，表一）[8,10,13,15,16]。在台灣的 research 指出癌症病人希望醫師直接將預後的訊息告知自己的程度高於直接告知家屬（平均值±標準差 3.97±0.90 vs. 3.69±0.97, $p < 0.0001$ ）（1 分為非常不期待至 5 分的非常期待），或優先在家屬之前被告知的程度高於優先在自己之前告知家屬的程度（3.74±0.98 vs. 2.97±0.94, $p < 0.0001$ ）[18]。

因此無論東西方國家的研究皆指出當疾病惡化、死亡迫近時，大多數癌症病人希望被誠實告知

*Corresponding author: Siew-Tzuh Tang DNSc

*通訊作者：唐秀治教授

Tel: +886-3-2118800 ext.3417

Fax: +886-3-2118420

E-mail: sttang@mail.cgu.edu.tw

表一：癌症病人對預後告知的喜好程度

編號	第一作者	年代	國別	人數	預後訊息喜好的比例
西方國家					
1	Kaplowitz [12]	2002	USA	314	80.30%
2	Barnett [5]	2006	UK	106	77.30% ¹
3	Clayton [7]	2007	Australian	174	75.29%
4	Bracci [6]	2008	Italy	550	100.00%
5	Franssen [1]	2009	Netherlands	176	93.00%
6	Justo Roll [11]	2009	Cuba	91	59.30%
7	Fumis [9]	2011	Brazil	150	88.70%
8	Pardon [14]	2011	Belgium	128	96.90%
東方國家					
1	Yun [16]	2004	Korea	380	96.10%
2	Miyata [13]	2005	Japan	417	46.80%
3	Fujimori [8]	2007	Japan	529	92.10% ²
4	Hari [10]	2007	Nepal	500	41.20%
5	Yun [15]	2010	Korea	471	78.60%
研究數目				13	
加權平均 ³ (95% CI)			84.6% (95%CI 74.1%-91.4%)		

註1：包含評分為4及5分(4分：你喜好問，你想知道的事；5分：你想要所有可能的訊息，無論是好消息還是壞消息)。

註2：包括強烈的喜好及喜好被告知有關癌症治療之未來前景的消息。

註3：所納入的研究中觀察到相當大的異質性，因此採用隨機效應模式(random-effects model)計算加權的比例。

疾病預後。即使在亞洲，癌症末期病人亦主張有接受預後告知的優先權，醫師應將疾病真相首先告知病人自己而非家屬[16,18,19]。

癌症病人預後認知的現況

預後認知的比例及預後認知的內容

雖然超過八成的癌症病人表示希望獲得自己病情相關的訊息(範圍 41.2%-100%，加權平均 84.6%，表一)，但事實上，不及一半的癌症病人實際由醫師告知疾病預後(範圍 7-88.9%，加權平均 49.3%，表二)[4,8,12,14,15,18-28]。在不同的國家，病人被告知預後情形也有所差異，在西方國家中，13-88.9%病人被告知(加權平均 55.4%) [4,12,14,20,22-28]，其中在澳洲地區有最多癌症病人被告知預後(加權平均 67.1%) [22,27]、北美地區次之(加權平均 55.6%) [12,25,26,28]、歐洲最低(加

權平均 49.7%) [4,14,20,23,24]。而在亞洲國家中，7-63.2%病人(加權平均 36.5%)表示曾被告知疾病的預後[8,15,18,19,21]，其比例遠低於西方國家。

因此癌症末期病人希望被告知與實際被告知預後間存在明顯的差異，實際被告知預後的病人比例(49.3%)明顯低於希望被告知的病人比例(84.6%)。除了希望告知與實際被告知預後間存在著明顯的落差，在預後告知的內容方面亦不符合病人的需要，Pardon, Deschepper, Vander Stichele 等人(2011)針對 128 位晚期肺癌病人調查，指出 88.2%病人表示希望知道預期的存活時間，但只有 52.7%病人實際被告知存活的時間[14]，而 Tang 及 Lee (2004)針對 364 位癌症病人研究，指出 26.6%病人希望知道存活的機會、30.2%希望知道預期存活的時間，而實際被告知則分別為 4.4%及 3.8% [18]，其他研究亦有相似的發現[8]。由以上研究顯示癌症病人希望被告知的預後內容與真正被告知的內容

表二：癌症病人實際由醫療人員告知預後的現況

編號	第一作者	年代	國別	人數	實際接受預後告知的比例
西方國家					
1	Kaplowitz [12]	2002	USA	328	88.90%
2	Schofield [27]	2003	Australia	131	62.60%
3	Costantini [24]	2006	Italy	1271	13.00%
4	Corli [23]	2009	Italy	550	36.00%
5	Heyland [25]	2009	Canada	412	18.00%
6	Nilsson [26]	2009	USA	668	38.00%
7	Repetto [4]	2009	Italy	622	66.00%
8	Wagner ¹ [28]	2010	USA	400	70.00%
9	Alifrangis [20]	2011	UK	96	66.00%
10	Pardon [14]	2011	Belgium	128	75.60%
11	Baek [22]	2012	Australia	96	73.96%
東方國家					
1	Tang [18]	2004	Taiwan	363	45.20%
2	Back [21]	2005	Singapore	369	63.20%
3	Tang [19]	2006	Taiwan	600	30.50%
4	Fujimori [8]	2007	Japan	529	7.00% ²
5	Yun [15]	2010	Korea	281	56.20%
研究數目				16	
加權平均 ³ (95%CI)			49.3% (95%CI 36.4%-62.3%)		

註1：研究中65% 病人診斷為癌症。

註2：被告知癌症進展的壞消息。

註3：所納入的研究中觀察到相當大的異質性，因此採用隨機效應模式(random-effects model)計算加權的比例。

存在著明顯的差距[8,14,18]。

癌症病人未被告知預後的影響

當病人未被告知或僅部分告知疾病的預後時，對病人的影響與衝擊，包括：

不當的預後認知

當醫師不告訴病人預後時，造成病人對病情不了解，而病人可能由治療或治療的副作用[29]及病情變化來臆測病情[15]。Yun, Lee, Chan 等人(2010)針對 481 癌症末期病人研究，指出 58%病人表示瞭解疾病末期的預後，然而其中 23%來自於疾病惡化的臆測[15]，而 Costantini, Morasso, Montella 等人

(2006) 研究亦指出有 5%病人由疾病後續的變化知道病情[24]。

當病人未被醫師正式告知疾病預後時，可能使病人對疾病缺乏正確的瞭解，Barnett (2006) 的研究指出雖然大多進展性癌症病人 (71%) 表示知道自己的病情，但經由評估，其中僅 49%病人是對病情有完全且正確的了解，且 22%知道疾病實際狀況的病人卻不了解存活時間[5]。而另一項研究指出僅不及一半的癌症病人 (43.5%) 對預後有正確的了解，且相較於主治醫師對病人預後的評估，大多數的病人 (56.5%) 對自己的病情為過度樂觀 (50%) 或過度悲觀 (6.5%)[6]。

不當的照顧目標及照顧模式的選擇

當癌症末期病人對病情缺乏正確認知，而對病情過於樂觀時，會使其傾向於追求治癒性的治療，使病人承受無效益之治療的副作用[3,30]。Matsuyama, Reddy, Smith (2006) 應用系統性文獻審查自 1980-2005 年，探討接受化學治療病人對其相關知識、選擇之資源及病人關切的議題，發現當病人對疾病的預後、治療的選擇、替代性治療、治療結果，或如何選擇之相關訊息的取得或瞭解有限時，病人可能在資訊不透明或有限情形下，選擇效益不彰的化學治療[3]。而研究亦指出當病人自我估計有較高機率可以活超過六個月以上，相較於認為自己至少有 10% 以上機率無法活過六個月的病人，較傾向接受維生性治療，而非舒適性治療 (OR 2.6, 95% CI, 1.8-3.7)，其中選擇維生治療風險最高是當病人自己估計有 90% 以上機率可活過六個月，而醫師卻認為活過六個月的機率不及 10% 的病人 (OR 8.5, 95% CI, 3.0-24.0) [30]。因此當病人未被告知預後、不清楚自己的病情或對病情有過度樂觀的認知時，可能會增加無效益性醫療的使用，例如化學治療、維生治療或再次入院等，承受不必要之治療的副作用或痛苦。

來不及作死亡的準備

研究指出當病人不知道疾病的預後，則可能使其無法有機會表達喜好及達成心願。例如研究雖指出大多數癌症病人希望於家中死亡，但未被告知自己預後之癌症末期病人，於醫院中死亡 (65%) 之機率高於曾被告知者 (39%) [31]，Wright, Mack, Kritek 等人 (2010) 亦有相似的發現，當病人不清楚病情已是末期時，較知道自己病情的病人，有較高比例會於加護病房去世 (73.1% vs. 26.9%) [32]。

心理及情緒的衝擊與靈性困擾

當病人對病情不了解時，會造成心理衝擊，如增加病人的情緒焦慮[33]、沮喪、挫折感[34]。Chan (2011) 針對 935 位接受緩和照顧之癌症末期病人的研究亦有相似的發現，對預後不清楚的病人，相較於清楚了解病情的病人，有較高焦慮的風險 (OR, 1.44, 95% CI 1.14-1.82)。而 Smith, Dow, Virago 等人 (2010) 探討告知預後前後希望感的變化，發現

在疾病預後告知後，癌症病人的希望感並未顯著降低 (44.2 ± 3.9 vs. 44.8 ± 3.86 ; $p = .55$) [35]，相反地，研究指出當醫師使用委婉用語 (82%)、只討論治療避免談論癌症 (75%)，更會讓癌症病人感到無望[36]。

較差的生活品質

當希望得知治癒機率的進行性肺癌病人未被告知預後時，顯著較希望告知而被告知者有較低的生活品質 (44.4 vs. 58.1 , $p = 0.004$) [14]。相似的，Yun 等人 (2010) 研究亦發現自我臆測病情者，相較於被告知預後的病人，有顯著較差的整體性生活品質 (27.0 ± 3.1 vs. 31.9 ± 2.1 , $p = 0.014$) [15]。在台灣，大規模針對非安寧照顧下癌症末期病人的調查，結果指出在控制了病人年齡、家庭經濟狀況及症狀困擾程度因素後，癌症末期病人「是否認知預後」是影響病人生活品質的重要因素[37]。因此研究一致性指出當病人不知道預後時，相較於知道預後者，有較差的生活品質[14,15,37]。

影響醫病關係的和諧及較差的照顧滿意度

「坦誠」被認為是建立信任的醫病關係之重要元素，在實務上，長時間隱瞞病人有關疾病相關的訊息是相當困難的[38]，因為病人可能在不經意間，由家人、朋友、其他醫療人員、或由提供醫療照顧單位的地點及設施 (如癌症門診或醫院) 來揣測疾病，當病人得知被醫師欺騙、隱瞞疾病預後的真相時，會破壞彼此間信任關係[39]。研究亦指出重症病人 (36.65% 診斷為癌症) 的預後的討論與照顧的滿意度具有顯著的正相關[25]，而 Sullivan 等人 (2007) 亦指出若醫師未曾與病人討論死亡的可能性時，則較曾經討論者，有較差的照顧滿意度[40]。

綜合以上文獻顯示當疾病惡化、死亡迫近時，大多數癌症病人希望被誠實告知疾病預後。癌症病人有接受預後告知的優先權，醫師應將疾病真相優先告知病人。當希望知道預後的病人未被醫師告知預後，會造成對疾病的缺乏正確認知，進而增加無效益性治療的使用、無法完成病人心願等死亡的準備、造成焦慮及憂鬱的情緒、影響靈性的安適、降低生活品質及照顧滿意度，所以減少希望告知與實

際被告知間的差距是相當重要的。

阻礙癌症病人預後認知的因素

目前醫療體系中，主要由醫師負責告知病人及家屬疾病預後[24,41]，因此醫師是造成病人期望知道與真實被告知預後之差距的主要來源，應瞭解醫師對於告知病人疾病預後的困難及影響因素，才能實際改善目前只有部分病人被告知疾病預後的困境。

醫師擔心預後的預測不準確

醫師擔心對病人疾病預後預測不準確，而逃避此難以啟齒的話題[42,43]，或等到非常靠近死亡時才向病人告知預後，導致告知預後時機過晚，亦影響病人的死亡準備或臨終相關議題的討論[44]。Sullivan, Lakoma, Matsuyama 等人（2007）研究指出醫師對病人可能死亡議題討論的時機，在死亡前數小時、數天、數週的機率分別為 13.6%、57.1%、11.0%，其中最常見是死亡數天前，進行死亡可能性的討論[40]。

醫師為維持病人希望感，而對病人的預後告知採被動及保留的態度

文獻指出醫師對預後告知的態度與信念會影響病人是否被告知預後，進而影響病人對疾病的認知。Daugherty 及 Hlubocky（2008）與 Csikos, Mastrojohn, Albanese 等人（2010）對癌症末期病人預後告知的研究中，指出近一半的醫師（40-48%）對告知病人病情採取被動的態度，不會主動告知病人預後，惟有當病人詢問時，才會告知病情[45,46]。而理論上，醫師對於預後的討論應扮演主導的角色[41]，當醫師選擇將預後告知的討論，由病人主導，則違反了醫師的職責，影響病人應被告知預後的權利。

此外，醫師擔心告知病人疾病真相，會打擊病人生存的意志時，也會使醫師對告知預後的態度顯得保守或被動。醫師對於告知的信念亦受文化及國別的影響，在美國及加拿大，醫師明顯較傾向於尊重病人的自主原則，即讓病人參與醫療決策[47,48]；而醫師的角色是提供誠實及完整的訊息，

以協助病人及家屬作決定。而在南美洲的醫師，相較於自主原則，明顯的較傾向支持行善原則，為保護病人會選擇不告知真相[48]。而東方文化下，不傷害原則及行善原則的主張凌駕於自主的原則[47]，認為告知病人疾病預後可能會打擊病人，對未來感到絕望或缺乏活下去的勇氣[38]，造成醫護人員在決定告知癌症末期病人預後與否，陷於倫理上的兩難[49]。醫師基於保障病人最佳利益，可能會決定隱瞞病情[46]、決定告知的多寡[42]、使用委婉說詞[35]、潛意識或意識上過於樂觀[42]、僅將實際預後狀況告知家屬[40]，造成病人未被告知或充分告知，而被誤導病情。

醫師缺乏良好的溝通技巧

Castel, Ungar, Alperin 等人（2008）研究指出僅 70%醫師認為自己具備良好告知預後能力[50]，另一項研究亦發現醫師的溝通技巧欠佳，而醫師溝通技巧須改善之處包括醫師會提及他/她無法為病人作什麼、未具體解釋治療的目標、無法依照病人狀況或步調進行疾病的說明、未告知最先進治療方式、以及未留時間或機會給病人提問[51]。有些醫師更可能因缺乏適當的訓練，不知如何告知病人病情而感到焦慮，進而可能選擇逃避告知病人預後[52]。

醫師不了解病人對預後訊息的需要

研究亦指出醫師不了解病人對預後訊息的需要[53,54]，Fumis, De Camargo, Del Giglio（2011）研究調查 202 位醫師、150 癌症門診病人，對於病人預後訊息喜好，92%病人認為自己應被告知有關末期的訊息，而僅有 79.2%醫師認為病人應被告知[9]。另一項研究指出醫師與年邁轉移性結腸癌病人對預後訊息喜好的認知之整體一致性僅 44%[53]。相似的 FrÖJd 及 Von Essen（2006）研究亦指出，醫師認為病人希望獲得有關疾病及治療的訊息是低於病人所希望的（ 6.9 ± 2.0 vs. 8.8 ± 1.8 , $p < 0.0001$ ）[55]，醫師對病人預後需求的認知與病人的期望間存在明顯的差異，因此當醫師未敏銳察覺癌症末期病人期望被告知預後之意願，依據自我認定之行善或不傷害倫理信念，則可能在違反病人期待下，未充分告知病人預後，而造成病人對病情的不了解。

結論

當疾病惡化、死亡迫近時，大多數癌症病人希望被誠實告知疾病預後，但不及一半的癌症病人實際由醫師告知疾病預後，癌症末期病人希望被告知與實際被告知預後間存在明顯的差異，在預後告知的內容方面亦不符合病人的需要。當希望知道預後的癌症病人未被醫師告知預後，會造成對疾病缺乏正確認知，進而增加無效益性治療的使用、無法完成病人心願等死亡的準備、造成焦慮及憂鬱的情緒、影響靈性的安適、降低生活品質及照顧的滿意度。所以減少希望告知與實際被告知間的差距是相當重要的，而醫師是造成病人期望知道與真實被告知預後之差距的主要來源，許多因素可能影響醫師告知病人疾病預後，包括擔心預後預測的不準確、預後告知的態度與信念、醫師缺乏良好的溝通技巧及不了解病人對預後訊息的需要。惟有充分檢視醫師面對預後告知的困境，才能採取適當的措施，縮短癌症末期病人希望被告知預後及實際被告知間的差距，使癌症末期病人在了解疾病預後下，有機會做出與自己願望一致的臨終決定，接受符合其需求的醫療照顧，以達到改善癌症末期病人生命終期照顧品質的目標。

REFERENCES

1. Franssen SJ, Lagarde SM, van Werven JR, et al. Psychological factors and preferences for communicating prognosis in esophageal cancer patients. **Psychooncology** **18**: 1199-1207, 2009.
2. Huang CH, Hu WY, Chiu TY, et al. The practicalities of terminally ill patients signing their own DNR orders--a study in Taiwan. **J Med Ethics** **34**: 336-340, 2008.
3. Matsuyama R, Reddy S, Smith TJ. Why do patients choose chemotherapy near the end of life? A review of the perspective of those facing death from cancer. **J Clin Oncol** **24**: 3490- 3496, 2006.
4. Repetto L, Piselli P, Raffaele M, et al. Communicating cancer diagnosis and prognosis: when the target is the elderly patient-a GIOGer study. **Eur J Cancer** **45**: 374-383, 2009.
5. Barnett MM. Does it hurt to know the worst? --psychological morbidity, information preferences and understanding of prognosis in patients with advanced cancer. **Psychooncology** **15**: 44-55, 2006.
6. Bracci R, Zanon E, Cellerino R, et al. Information to cancer patients: a questionnaire survey in three different geographical areas in Italy. **Support Care Cancer** **16**: 869-877, 2008.
7. Clayton JM, Butow PN, Tattersall MHN, et al. Randomized controlled trial of a prompt list to help advanced cancer patients and their caregivers to ask questions about prognosis and end-of-life care. **J Clin Oncol** **25**: 715-723, 2007.
8. Fujimori M, Akechi T, Morita T, et al. Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news. **Psychooncology** **16**: 573-581, 2007.
9. Fumis RR, De Camargo B, Del Giglio A. Physician, patient and family attitudes regarding information on prognosis:a Brazilian survey. **Ann Oncol** **23**: 205-11, 2011.
10. Hari D, Mark Z, Bharati D, et al. Patients' attitude towards concept of right to know. **Kathman Univ Med J** **5**: 591-595, 2007.
11. Justo Roll I, Simms V, Harding R. Multidimensional problems among advanced cancer patients in Cuba: awareness of diagnosis is associated with better patient status. **J Pain Symptom Manag** **37**: 325-330, 2009.
12. Kaplowitz SA, Campo S, Chiu WT. Cancer patients' desires for communication of prognosis information. **Health Commun** **14**: 221-241, 2002.
13. Miyata H, Takahashi M, Saito T, et al. Disclosure preferences regarding cancer diagnosis and prognosis: to tell or not to tell? **J Med Ethics** **31**: 447-451, 2005.
14. Pardon K, Deschepper R, Vander Stichele R, et al. Are patients' preferences for information and participation in medical decision-making being met? Interview study with lung cancer patients. **Pallia-**

- tive Med 25:** 62-70, 2011.
15. Yun YH, Kwon YC, Lee MK, et al. Experiences and attitudes of patients with terminal cancer and their family caregivers toward the disclosure of terminal illness. **J Clin Oncol 28:** 1950-1957, 2010.
 16. Yun YH, Lee CG, Kim SY, et al. The attitudes of cancer patients and their families toward the disclosure of terminal illness. **J Clin Oncol 22:** 307-314, 2004.
 17. Gattellari M, Voigt KJ, Butow PN, et al. When the treatment goal is not cure: are cancer patients equipped to make informed decisions? **J Clin Oncol 20:** 503-513, 2002.
 18. Tang ST, Lee SY. Cancer diagnosis and prognosis in Taiwan: Patient preferences versus experiences. **Psychooncology 13:** 1-13, 2004.
 19. Tang ST, Liu TW, Lai MS, et al. Congruence of knowledge, experiences, and preferences for disclosure of diagnosis and prognosis between terminally-ill cancer patients and their family caregivers in Taiwan. **Cancer Invest 24:** 360-366, 2006.
 20. Alifrangis C, Koizia L, Rozario A, et al. The experiences of cancer patients. **QJM 104:** 1075-1081, 2011.
 21. Back MF, Huak CY. Family centred decision making and non-disclosure of diagnosis in a South East Asian oncology practice. **Psychooncology 14:** 1052-1059, 2005.
 22. Baek SK, Kim SY, Heo DS, et al. Effect of advanced cancer patients' awareness of disease status on treatment decisional conflicts and satisfaction during palliative chemotherapy: a Korean prospective cohort study. **Support Care Cancer 20:** 1309-1316, 2012.
 23. Corli O, Apolone G, Pizzuto M, et al. Illness awareness in terminal cancer patients: an Italian study. **Palliative Med 23:** 354-359, 2009.
 24. Costantini M, Morasso G, Montella M, et al. Diagnosis and prognosis disclosure among cancer patients. Results from an Italian mortality follow-back survey. **Ann Oncol 17:** 853-859, 2006.
 25. Heyland DK, Allan DE, Rocker G, et al. Discussing prognosis with patients and their families near the end of life: impact on satisfaction with end-of-life care. **Open Med 3:** 101-110, 2009.
 26. Nilsson ME, Maciejewski PK, Zhang B, et al. Mental health, treatment preferences, advance care planning, location, and quality of death in advanced cancer patients with dependent children. **Cancer 115:** 399-409, 2009.
 27. Schofield PE, Butow PN, Thompson JF, et al. Psychological responses of patients receiving a diagnosis of cancer. **Ann Oncol 14:** 48-56, 2003.
 28. Wagner GJ, Riopelle D, Steckart J, et al. Provider communication and patient understanding of life-limiting illness and their relationship to patient communication of treatment preferences. **J Pain Symptom Manag 39:** 527-534, 2010.
 29. Atesci FC, Baltalarli B, Oguzhanoglu NK, et al. Psychiatric morbidity among cancer patients and awareness of illness. **Support Care Cancer 12:** 161-167, 2004.
 30. Weeks JC, Cook EF, O'Day SJ, et al. Relationship between cancer patients' predictions of prognosis and their treatment preferences. **JAMA 279:** 1709-1714, 1998.
 31. Aabom B, Kragstrup J, Vondeling H, et al. Defining cancer patients as being in the terminal phase: who receives a formal diagnosis, and what are the effects? **J Clin Oncol 23:** 7411- 7416, 2005.
 32. Wright AA, Mack JW, Kritek PA, et al. Influence of patients' preferences and treatment site on cancer patients' end-of-life care. **Cancer 116:** 4656-4663, 2010.
 33. Chan WC. Being aware of the prognosis: how does it relate to palliative care patients' anxiety and communication difficulty with family members in the Hong Kong Chinese context? **J Palliat Med 14:** 997-1003, 2011.

34. Lee MK, Baek SK, Kim S, et al. Awareness of incurable cancer status and health-related quality of life among advanced cancer patients: A prospective cohort study. **Palliative Med** **27**: 144-154, 2013.
35. Smith TJ, Dow LA, Virago E, et al. Giving honest information to patients with advanced cancer maintains hope. **Oncology** **24**: 521-525, 2010.
36. Hagerty RG, Butow PN, Ellis PM, et al. Communicating with realism and hope: incurable cancer patients' views on the disclosure of prognosis. **J Clin Oncol** **23**: 1278-1288, 2005.
37. Tang ST, Liu TW, Tsai CM, et al. Patient awareness of prognosis, patient-family caregiver congruence on the preferred place of death, and caregiving burden of families contribute to the quality of life for terminally ill cancer patients in Taiwan. **Psychooncology** **17**: 1202-1209, 2008.
38. Glaser BG, Strauss AL. *Awareness of Dying*. Chicago, IL, Aldine Publishing, 1965.
39. Tuckett AG. Truth-telling in clinical practice and the arguments for and against: a review of the literature. **Nurs Ethics** **11**: 500-513, 2004.
40. Sullivan AM, Lakoma MD, Matsuyama RK, et al. Diagnosing and discussing imminent death in the hospital: a secondary analysis of physician interviews. **J Palliat Med** **10**: 882-893, 2007.
41. Innes S, Payne S. Advanced cancer patients' prognostic information preferences: a review. **Palliative Med** **23**: 29-39, 2009.
42. Lamont EB, Christakis NA. Prognostic disclosure to patients with cancer near the end of life. **Ann Intern Med** **134**: 1096-1105, 2001.
43. Gordon EJ, Daugherty CK. 'Hitting you over the head': oncologists' disclosure of prognosis to advanced cancer patients. **Bioethics** **17**: 142-168, 2003.
44. Abarshi E, Echteld M, Donker G, et al. Discussing end-of-life issues in the last months of life: a nationwide study among general practitioners. **J Palliat Med** **14**: 323-330, 2011.
45. Daugherty CK, Hlubocky FJ. What are terminally ill cancer patients told about their expected deaths? A study of cancer physicians' self-reports of prognosis disclosure. **J Clin Oncol** **26**: 5988-5993, 2008.
46. Csikos A, Mastrojohn J 3rd, Albanese T, et al. Physicians' beliefs and attitudes about end-of-life care: a comparison of selected regions in Hungary and the United States. **J Pain Symptom Manag** **39**: 76-87, 2010.
47. Blackhall LJ, Murphy ST, Frank G, et al. Ethnicity and attitudes toward patient autonomy. **J Amer Med Assoc** **274**: 820-825, 1995.
48. Bruera E, Neumann CM, Mazzocato C, et al. Attitudes and beliefs of palliative care physicians regarding communication with terminally ill cancer patients. **Palliative Med** **14**: 287-298, 2000.
49. Kendall S. Being asked not to tell: nurses' experiences of caring for cancer patients not told their diagnosis. **J Clin Nurs** **15**: 1149-1157, 2006.
50. Cohen Castel O, Ungar L, Alperin M, et al. Family physicians' perceptions, beliefs, and attitudes regarding information sharing with prostate cancer patients throughout the course of the disease. **Support Care Cancer** **16**: 955-961, 2008.
51. Morita T, Akechi T, Ikenaga M, et al. Communication about the ending of anticancer treatment and transition to palliative care. **Ann Oncol** **15**: 1551-1557, 2004.
52. Wood WA, McCabe MS, Goldberg RM. Commentary: Disclosure in oncology—to whom does the truth belong? **Oncologist** **14**: 77-82, 2009.
53. Elkin EB, Kim SH, Casper ES, et al. Desire for information and involvement in treatment decisions: elderly cancer patients' preferences and their physicians' perceptions. **J Clin Oncol** **25**: 5275-5280, 2007.
54. Parker PA, Davison BJ, Tishelman C, et al. What do we know about facilitating patient communication in the cancer care setting? **Psychooncology** **14**: 848-858; discussion 859-860, 2005.

55. FrÖJd C, Von Essen L. Is doctors' ability to identify cancer patients' worry and wish for information related to doctors' self-efficacy with regard to communicating about difficult matters? **Eur J Cancer Care** **15**: 371-378, 2006.