

行政院國家科學委員會補助專題研究計畫成果報告

癌末患者選擇末期醫療行為與生活品質之研究^(第一年) (A study of behavior intention and quality of life for terminal cancer patients toward palliative care)

計畫類別： 個別型計畫 整合型計畫

計畫編號：NSC89 - 2320 - B - 002 - 034 -

執行期間：88年08月01日至89年07月31日

計畫主持人： 胡文郁 講師

共同主持人： 謝長堯 教授

陳慶餘 教授

戴玉慈 副教授

邱泰源 助理教授

本成果報告包括以下應繳交之附件：

赴國外出差或研習心得報告一份

赴大陸地區出差或研習心得報告一份

出席國際學術會議心得報告及發表之論文各一份

國際合作研究計畫國外研究報告書一份

執行單位：國立台灣大學醫學院護理學系

中 華 民 國 89 年 7 月 30 日

行政院國家科學委員會專題研究計畫成果報告

計畫編號：NSC 89-2320-B-002-034

執行期限：88 年 8 月 1 日至 89 年 7 月 31 日

主持人：胡文郁 講師 台大醫學院護理學系

共同主持人：謝長堯 教授 台大醫學院腫瘤部

陳慶餘 教授 台大醫學院家庭醫學部

戴玉慈 副教授 台大醫學院護理學系

邱泰源 助理教授 台大醫學院社會醫學科

計畫參與人員：許 駿 醫師 台大醫院腫瘤部

姚建安 醫師 台大醫院家庭醫學部

一、中英文摘要

本研究目的是探討成年癌末病人之生活品質及選擇末期醫療行為之研究，採自擬具信效度之結構型問卷量表，於台北市某醫學中心各腫瘤與緩和醫療病房進行立意取樣，以面對面訪談方式收集資料。將所收集到的資料以 SPSS 套裝軟體建檔及統計分析。主要研究結果為：(1)癌末病患生活品質量表之自覺滿意度為中等(6-6.5分)，滿分 10 分。心理社會方面得分較身體症狀與靈性存在方面得分高。(2)對緩和醫療知識的答對率為 62%。(3)逐步迴歸分析發現症狀困擾度愈高、症狀發生總數與困擾症狀總數愈多及社經地位愈低，其生活品質愈佳。(4)邏輯迴歸分析結果，症狀困擾度、症狀困擾數以及病人對心肺復甦術的看法，為預測病人病危時是否接受急救的重要解釋變項。病人對緩和醫療的態度為癌末病人是否接受緩和醫療的重要解釋變項。

關鍵詞：緩和照顧、知識、信念、行為意向、生活品質、善終

Abstract

The purposes of this study were to investigate the life quality and medical behaviors of terminal cancer patients and related factors in Taiwan. The method of sampling was purposive sampling. The sample was composed of 58 terminal cancer patients from medical center. Data was collected by interview and questionnaire. The data analysis was used by SPSS computer

programs. Pearson's correlation was selected as the bivariate analysis method to examine the relationship within behavior intention and related factors. The major findings of the study were: 1)The mean score of life quality was 6.42. The score that psychological-social dimension more than spiritual existing. 2)The right responded rate of palliative care was 62%. 3)The results of stepwise regression analysis showed that "the degree of distress symptom", "the number of symptoms", "the number of distress symptom", and "social economic status" were the most important variables which related significant to the quality of life. 4)The results of logistic regression analysis showed that the predictors of received CPR were "the degree of distress symptom", "the number of distress symptom", and "the thought of CPR". The most important predictor of received palliative care was attitude toward palliative care.

Keywords: Palliative care, knowledge, Quality of life, Good death, Behavior intention

二、緣由與目的

台灣地區慢性疾病死亡人數，目前已約佔總死亡人數之 3/5 強，其中惡性腫瘤連續 15 年位居首位，且大多數癌症患者終將面臨疾病末期階段，在嚐盡身心靈的煎熬後，在承受整體性痛苦後死亡，推估我國於公元 2012 年，癌末照顧需求將增為目前的三倍，致使癌末病人及家屬無法得到適

切地醫療照顧而生活品質低落[1-2]。因此 WHO(1993)提出緩和醫療的最終目標乃提升末期病人之生活品質，且生活品質亦為 WHO 積極發展的一個健康測量指標。但目前國內推展末期醫療照顧模式之本土化資料以及相關性研究，仍相當缺乏，因此癌末病人選擇末期醫療照顧之醫療行為意向與生活品質之相關研究，實為我國當今末期醫療照顧最迫切且重要之課題[3-6]。

本研究計畫採橫斷式研究，主要研究目的為發展具信、效度量表，探討國人於得知自己為癌症末期時，病人的生活品質與選擇末期醫療照顧方式及其影響因素，以建立本土化資料。並進一步深入探討癌末病人接受安寧緩和醫療之行為，與「知識」、「態度」、「主觀規範」、「生活品質」、「善終」以及「急救意願」間的相關性。期望尋找出我國癌末病患接受安寧緩和醫療及心肺復甦術之主要解釋預測變項。

三、對象與方法

(一)研究對象：

本研究採結構式問卷，以面對面訪談方式收集資料。研究樣本於台北市某醫學中心各腫瘤與緩和醫療病房進行立意取樣，選樣標準為：1)醫師診斷為癌症末期患者；2)年齡大於 18 歲以上成年患者；3)意識清楚、可溝通，且願意接受訪談者；4)病人二次拒絕回答者，改由最瞭解病患之主要照顧家屬填寫問卷，共 58 位個案。

(二)研究工具及信效度

本研究工具首先以半結構式訪談指引會談 5 名符合選樣條件的癌末病患，草擬出結構性問卷。再參考相關文獻書籍，配合臨床經驗及訪談指引的結果，擬定結構型問卷。問卷內容涵蓋七部份：即基本資料、生活品質、對安寧緩和醫療之知識、信念與態度、主觀規範、選擇末期醫療照顧之行為與善終。邀請對此主題有豐富經驗的護理長及資深醫師共 11 位，就問卷內容的適用性以逐題判斷，最後選用平均數 4 分以上(表示適用)而標準差為 1.0 以下(表示專家的看法一致)的項目，修改 8 題題

目，以建立專家效度後始正式收集資料。所得資料以因素分析及 Cronbach's α 係數與庫李信度係數測定研究工具之建構效度與信度，結果為：A)生活品質量表包括「身體症狀」、「心理社會」、「靈性存在」三方面，Cronbach's α 值依序為 0.65、0.76、0.71。B)知識量表則以庫李 20 號信度公式計算其信度係數為 0.92。C)信念量表建構出癌末病人「對選擇安寧緩和醫療好處的感受」以及「選擇安寧緩和醫療壞處的感受」二個因素，Cronbach's α 值依序為 0.74 及 0.70。D)主觀規範及依從動機之 Cronbach's α 值為 0.92、0.89 與 0.84。E)對「不施予急救」與善終之 Cronbach's α 值分別為 0.82 及 0.59。

四、結果與討論

本研究對象以血癌(43.1%)及肺癌(17.2%)患者居多，年齡以成人中期為主(72.4%)；教育程度以專科或高中居多(54.4%)；五成左右的患者親友曾因罹患癌症且死於癌症，亦近五成患者對安寧緩和醫療為沒聽過或聽過但不瞭解；八成以上癌末患者覺得主要照顧之醫護人員態度良好，親切友善(85.1%)。癌末病人平均有 7.02 個症狀，約 4.72 個症狀會產生困擾。癌末病患發生率高、易造成困擾且困擾程度高的症狀為疼痛、疲倦、腹脹與口乾，身體功能狀態(ECOG)0-4 級平均分布。

癌末患者對安寧緩和醫療知識之答對率為 62%，其中以「緩和醫療之理念與內涵」之答對率(69%)高於「對緩和醫療社會資源」之答對率(46%)，癌末患者對接受緩和醫療之信念趨於中立意見與正向態度之間(3.58 分)。總之，癌末患者對接受安寧緩和醫療之態度，六成左右認為是適合且需要的，近七成覺得有益處且有幫助的。

在病危時有四成病患認為應遵照「自己」的意願，來決定是否急救，其次為由「醫師」決定，占 26.4%。當他們在決定是否選擇安寧緩和醫療時，會依從主觀規範的程度以醫護人員為最高。對急救的看法，則趨向病危時不施予急救(3.57 分)，有 37.7%的病患當得知自己的癌症無治癒可

能病危時，會「放棄所有急救措施(DNR)」，但也有四分之一病患希望選擇急救(CPR)，有近四成病患(37.7%)表示知道自己為癌末且病危時“不願意接受心肺復甦術”，且有四成表示應遵照“自己的決定”。66%癌末病患對於善終的看法，表示同意此五個善終指標者，總平均得分為4.01分。

生活品質量表得分愈趨於10分，表示生活品質越趨滿意，癌末患者總平均得分為6.42分，在心理社會方面的得分(7.35分)比身體症狀及靈性存在方面(6.10及5.31分)的得分較高。病患過去兩天生活品質的「整體感覺」得分為6.52分，對其目前疾病進展的身體狀況，自覺滿意度得分為6.07分。

每位癌末患者生活品質與整體生活品質感受得分呈正相關，但與症狀困擾度、症狀發生總數、困擾症狀總數及社經地位皆呈負相關。整體生活品質感受則僅與社經地位呈負相關與宗教呈正相關。即症狀困擾度愈高、症狀發生總數與困擾症狀總數愈多及社經地位愈低，其生活品質愈佳。癌末病人選擇接受安寧緩和醫療組較不接受安寧緩和醫療組，在主觀規範、主觀規範的支持度、態度、對急救的看法以及選擇安寧緩和醫療的行為意向的得分，達統計上顯著差異水準。即選擇接受安寧緩和醫療行為組之癌末病人，其主觀規範較強、主觀規範的支持度較高、態度愈趨於正向、愈趨向不急救的看法以及選擇安寧緩和醫療的行為意向較強。

癌末患者是否選擇急救的預測解釋變項分別為對接受安寧緩和醫療之信念、主觀規範、生活品質、評價、對善終的看法、行為意向及對安寧緩和醫療主觀規範之依從度，即對接受安寧緩和醫療之信念、主觀規範、行為意向與對善終的看法愈趨正向，生活品質愈低、對接受安寧緩和醫療之評價愈趨不重要以及對主觀規範之依從度愈低，癌末患者的態度愈趨於不急救。

患者被詢及當其癌末不可治癒時，是否接受急救，在其他變數維持不變情況下，症狀困擾度每增加一分，病人愈傾向

病危時急救；症狀困擾數愈多，病人病危時傾向不接受急救的機會增加一分；病人對心肺復甦術的看法每增加一分，病人傾向病危時不接受急救的機會增加一分($\beta=7.68$, $OR=0.0005$ ； $\beta=0.80$, $OR=2.2348$ ； $\beta=1.05$, $OR=2.8598$)。癌末病人是否接受安寧緩和醫療，在其他變數維持不變情況下，病人對安寧緩和醫療的態度每增加一分，傾向接受安寧緩和醫療的機會增高一分($\beta=-1.54$, $odds\ ratio=0.2142$)。

從研究結果中得知，癌末患者症狀發生率以疲倦(60.3%)、疼痛(58.6%)、腹脹(43.1%)、食慾不振(43.1%)、便秘(41.4%)及口乾(41.4%)居多，有發生症狀且感到困擾頻率，以疼痛(41.4%)、口乾(34.5%)、腹脹(31.0%)、疲倦(27.6%)、發燒(25.9%)及失眠(25.9%)居多，依困擾程度高低排序為疼痛(1.18分)、疲倦(1.05分)、口乾(0.93分)、食慾不振(0.92分)及腹脹(0.89分)。症狀發生困擾術語困擾程度與病人生活品質息息相關，為一重要影響因素，安寧緩和醫療欲提升癌末患者生活品質的第一步及應做好症狀控制。

癌末患者對安寧緩和醫療的認知得分不高，其中以「安寧緩和醫療尊重病人家屬的意見勝過病人的自主性(50%)」、「當病人去世後，安寧緩和醫療仍會持續服務或輔導哀傷的家屬(41%)」、「國內的安寧緩和醫療目前有住院及居家療護兩種方式(38%)」及「台灣目前安寧緩和醫療的費用，尚無全民健保給付(26%)」等項目得分未達50%以上。可見安寧緩和醫療之教育與宣導仍屬非常重要之工作

癌末患者對接受安寧緩和醫療的信念，雖然感受到接受安寧緩和醫療能夠緩解身體和心理的痛苦，並提升生活品質，但接受安寧緩和醫療也讓病人感受到醫護人員或家人遺棄他，或自己必須去面對死亡的情境和痛苦。對於上述信念的相對評價得分，癌末患者覺得接受安寧緩和醫療會增加家裡的醫療費用與負擔並不重要(2.47分)，重要的是能改善身體不舒服或痛苦的症狀，此與前述癌末患者認為症狀困擾與生活品質相互影響的結果不謀而合。

癌末患者對其有意義親友之看法與依從程度似乎影響不大，近一半表示不確定。其認為急救將造成個人的痛苦與非尊嚴的對待，病患覺得在知道自己得癌症到現在，醫師應何時告知病情，讓其開始考慮是否接受急救(心肺復甦術,CPR)措施為最適當的時間，有四分之一認為「只要醫護人員認為適當，就主動告知」，也有近三成的病患認為「應在確定癌症診斷或當醫師認為患者病情治癒可能性很小時」。對於善終指標認同程度方面，「瞭解死之將至」及「過世前三天沒有痛苦」有近五分之一患者表示不同意或不清楚，可見癌末患者對末期患者之病情告知與症狀是否能得以控制或緩解持有保留態度，此仍待醫療人員後續之研究。

生活品質方面，以「我覺得我自己是非常被關愛」(8.90分)、「與家人的相處，令我覺得非常愉快」(8.54分)、「我覺得我得到的幫忙、支持與鼓勵是非常的多」(8.23分)為評價較高的項目，相對而言，對於生活品質得分在五分之下的項目為「當我想到我整個人生時，我覺得人生的目標已達成」(4.40分)、「我感覺到我完全能夠享受到我想吃的食物」(4.60分)、「我覺得日常活動受到限制完全沒有造成困擾」(4.63分)及「我覺得我的體力非常好」(4.67分)。

五、計畫成果自評

研究內容與原計畫大致相符，於研究目的均已達成，但因癌末患者收案所花費時間遠超原預期時間，故收案數較少，不適合進行迴歸預測分析；所探討之癌末患者生活品質及選擇末期醫療行為之量性研究，其成果不但具學術應用價值，且可作為將來衛生政策推行發展之主要參考依據，適合在學術期刊發表。本研究的主要發現為症狀困擾度愈高、症狀發生總數與困擾的症狀總數愈多及社經地位愈低，其生活品質愈佳。症狀困擾度、症狀困擾數以及病人對心肺復甦術的看法，為預測病人病危時是否接受急救的重要解釋變項。病人對緩和醫療的態度為癌末病人是否接受安寧緩和醫療的重要解釋變項。

六、參考文獻

- [1] 黃鳳英(1994) 癌症末期病人安寧照顧需求之推估 國立中正大學社會福利研究所碩士論文。
- [2] 程劭儀、邱泰源、胡文郁等(1996) 癌症末期病人善終之初步研究 中華家醫誌, 6(2), 83-92。
- [3] Byock, I. R. & Merriman, M. P. (1998). Measuring quality of life for patients with terminal illness: the Missoula-VITAS quality of life index. Palliative Medicine, 12(4), 231-44.
- [4] Cohen, S. R., Mount, B. M., Bruera, E., Provost, M., Rowe, J., & Tong, K. (1997). Validity of the McGill Quality of Life Questionnaire in the palliative care setting: A Multi-centre Canadian study demonstrating the importance of the existential domain. Palliative Medicine, 11(1), 3-20.
- [5] Mast, M. E. (1995). Definition and measurement of quality of life in oncology nursing research: review and theoretical implications. Oncology Nursing Forum, 22(6), 957-64.
- [6] McMillan, S.C. (1996). The quality of life of patients with cancer receiving hospice care. Oncology Nursing Forum, 23(8), 1221-8.

表一 接受緩和醫療行為之重要預測變項

變項名稱	接受緩和醫療行為			
	B	S.E.	OR	P 值
接受緩和醫療態度	-1.54	0.51	0.21	0.0026
接受緩和醫療評價	2.03	1.07	7.61	0.0582
對 CPR 的態度	0.73	0.37	1.07	0.0513
Hosmer and Lemeshow Goodness-of-fit test				P value=0.1728
*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001				

表二 接受心肺復甦術意願之重要預測變項

變項名稱	接受心肺復甦術意願			
	B	S.E.	OR	P 值
症狀困擾度	-7.68	3.49	0.00	0.0276
困擾之症狀總數	0.80	0.37	2.23	0.1946
對 CPR 的看法	1.05	0.53	2.86	0.0452
Hosmer and Lemeshow Goodness-of-fit test				P value=0.3924
*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001				