

癌末病人安寧共同照護之照會

高綺吟¹ 邱泰源¹ 胡文郁² 陳慶餘¹ 賴明坤¹ 陳月枝²

行政院衛生署國健局於 2005 年始推動安寧緩和醫療照護團隊與原診療團隊之安寧共同照護模式，期望藉由共同照護模式的功能將安寧療護的癌末病人照護理念推廣到非安寧病房，以及提供相關諮詢服務。本研究旨在瞭解癌末病人照會安寧共同照護之現況，作為未來提供安寧共同照護之參考。自 2005 年 11 月至 2006 年 5 月止，採問卷調查法，於北臺灣某醫學中心進行。共收案 50 位照會安寧共同照護的癌末病人。研究工具包括基本屬性資料、症狀困擾量表、醫院焦慮憂鬱量表、靈性安適狀態量表以及社會支持量表，從照會共同照護名單中，選取符合收案條件的病人，進行面對面訪談，以 SPSS 11.0 版進行資料分析。結果發現照會共同照護癌末病人呈現生理、心理、靈性、社會層面及病情告知等多面向照護問題，其中前三項照會問題分別為心理問題(62%)、生理問題(60%)以及病情告知(32%)。心理問題為「疑似憂鬱」狀態(平均分數為 9.54 分)；生理問題則以疲倦、口乾、疼痛、呼吸困難及腹脹發生頻率最高，生理問題的困擾度自高而低的排序分別為大小便失禁、腹水、疲倦、食慾不振與腹脹。癌末病人教育程度較低者，其憂鬱程度較高；有宗教信仰者之靈性安適狀態的無形力量支持較佳；已婚者有較佳之實質社會支持度。此外，癌末病人之症狀總數、不確定感、焦慮及憂鬱間呈正相關；而「焦慮及憂鬱」均與「靈性安適狀態」呈負相關；不確定感與病情了解度呈負相關。故由醫師、護理師、心理師、社工師、牧靈人員與志工等安寧照護成員與原醫療照護團隊成員共同組成安寧共同照護醫療團隊，解決非安寧病房癌末病人遭遇到難以處理的各層面問題與困境，提升癌末病人末期生活品質，以達善終，是當今臨床實務提昇末期照護品質迫切且重要的推展工作。

關鍵字：安寧共同照護，癌末病人，憂鬱
(台灣醫學 Formosan J Assoc 2007;11:602-11)

前 言

自西元 1982 年起，惡性腫瘤一直居國人十大死因之首位，根據行政院衛生署統計資料，2005 年臺灣地區共有 37,222 人死於惡性腫瘤，佔所有死因的 26.80%，相較於 2004 年死亡人數增加 865 人，每十萬人口死亡率為 163.80%，比 2004 年增加 3.30%[1]，可見癌症照護角色在醫療系統中的重要性。雖然現代醫療科技不斷推陳出新，癌症治療的方法也日新月異，有些病人的病程仍免不了會進

展至末期，而需面對死亡的衝擊，常會感到無助、不知所措，甚至覺得挫折、絕望。因此，癌末病人面對多面向且複雜的問題與挑戰，需要一個全方位照護的醫療團隊協助。安寧緩和醫療的鼻祖 Cicely Saunder[2]指出，末期病人的照護旨在提供舒適和人性的尊重，尤其癌末病人經歷身體、心理情緒、思想靈性及社會等因素的整體性痛苦(total suffering)，需要的是心靈及家庭的照顧。有鑑於此，臺灣地區 2004 年有 25 家綜合醫院設置安寧緩和醫療病房設施，以及 52 個居家服務單位，仍有

臺大醫院腫瘤醫學部，¹家庭醫學部，²護理學系

受文日期 民國 95 年 11 月 3 日 接受刊載 民國 96 年 6 月 26 日

通訊作者聯絡處：胡文郁，臺灣大學醫學院護理學系，臺北市仁愛路一段 1 號

六縣市無安寧住院或居家服務之醫院，臺灣地區每年服務量僅六千人次，相較於每年有三萬多的病人死於癌症，約只有 20% 的病人曾經接受過安寧緩和醫療，顯示安寧緩和醫療的服務量不足。

就臺灣安寧緩和醫療的發展脈絡而言，各醫院大致以建立安寧病房進而發展安寧居家及其他病房照會的方式為主，為了讓未能轉入安寧照護體系，卻有安寧照護需求的癌症末期病人也能接受到安寧緩和醫療，衛生署國民健康局於 2004 年開始推動國家癌症防治五年計畫[3,4]，將安寧緩和醫療納入此計劃中，於國內各大醫院試辦安寧共同照護模式，期望癌症末期病人接受安寧療護的比率由 20% 提升至 50%。該醫學中心每年約有 1800 位癌症末期病人，遂於 2005 年結合『家庭醫學部、腫瘤醫學部、護理部及社工部』成立了全院性『安寧共同照護小組』，小組成員包括醫師、護理師、心理師、社工師與牧靈人員。隨著照會之癌症末期病人日益增多，促使研究者欲進一步了解照會安寧共同照護癌症末期病人之現況。希望藉由本調查結果，可做為安寧共同照護團隊於提供癌症末期病人服務之參考，進而順利將安寧療護的理念、知識與技能推廣到非安寧病房，以提升癌症末期病人之照護品質。

研究方法

研究對象

本研究採問卷調查法，於北臺灣某醫學中心進行收案。收案條件須符合下列選樣標準：1. 年滿 18 歲以上且照會安寧共同照護的癌症末期病人；2. 病人需意識清楚、識字、可用國語或台語溝通；3. 注意力可集中約 30-40 分鐘；4. 願意接受訪談，並填妥書面訪談知情同意書者。觀察期間為 2005 年 11 月 1 日至 2006 年 5 月 31 日止，共收案符合選樣標準之 50 位照會安寧共同照護的癌症末期病人。

研究工具信效度

本研究經文獻查證及臨床經驗，搜尋國內外與本研究所欲探討的變項之相關評量工具，以科學諮詢委員會(The Scientific Advisory Committee, SAC)之工具評量標準進行各量表之比較，最後選擇下列適用於國人之癌症末期病人的評量表，擬定本研究之結

構式問卷，包括基本屬性資料及症狀困擾量表、醫院焦慮憂鬱量表、靈性安適狀態量表及社會支持量表，共五部份。

1. 症狀困擾量表

參考胡氏(2004)針對癌症末期病人所設計的身體症狀困擾評量表[5]，共 15 項症狀，採五分法計分(0-4 分)，分數越高表示身體症狀的困擾度越高。本研究之專家效度 CVI 值為 0.93，信度採內在一致性 Cronbach's α 值為 0.68。

2. 醫院焦慮憂鬱量表(Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)

本量表由 Zigmond 和 Snaith[6]針對伴有身體疾病的人所設計，在國內已被翻譯成具信效度的中文版醫院焦慮憂鬱量表，應用於癌症病人且有良好之信效度[7]，本研究之專家效度 CVI 值為 0.87，信度採內在一致性 Cronbach's α 值為 0.83。HADS 包含焦慮(7 題)、憂鬱(7 題)兩個次量表，共 14 題。採四分法計分(0-3 分)，憂鬱與焦慮獨立計分。得分小於 8 分代表無焦慮或憂鬱的問題，介於 8-10 分則為焦慮或憂鬱的疑似病例，大於或等於 11 分則肯定有焦慮或憂鬱的現象。

3. 靈性安適狀態

採用楊氏[8]之靈性安適評量表，量表包含『正向生存之內涵覺察、與他人及大自然和諧共處、無形力量之支持』等三部份，共 20 題，採五分法計分(1-5 分)，分數越高表示靈性安適狀態越佳。本研究之專家效度 CVI 值為 0.94，信度採內在一致性 Cronbach's α 值為 0.86。

4. 社會支持量表

採用 Barrera 等人發展的社會支持行為量表，已翻譯成中文，應用於國內癌症患者，具良好信效度[9]。共 15 題，內容包括『實質支持、情感支持、訊息及評價支持』。採 4 分計法(1-4 分)，分數越高表示社會支持度越高。本研究中之專家效度 CVI 值為 0.92，信度採內在一致性 Cronbach's α 為 0.91。

資料收集過程與分析

研究者自照會共同照護所列之名單中，選取符合選樣條件的病人，訪談前先自我介紹且向其說明

本研究目的、內容與所需花費時間，取得其口頭與書面同意後，始與病人進行面對面訪談。研究者將量表的內容唸出，再請病人回答合適的選項，其中病人的基本資料則由研究者查閱病歷填寫。平均每次收案約需 30-40 分鐘。所得資料採 SPSS 11.0 版統計套裝軟體進行建檔與分析，並以 p 值 0.05 作為判斷統計意義之標準。

結 果

基本資料

本研究對象以男性居多(68%)，平均年齡約為 58.5 歲，教育程度則以高中職(含)以上居多(54%)，八成癌末病人有宗教信仰(80%)，72%癌末病人已婚，疾病診斷以肺癌(16%)居首位、其次為肝癌(14%)與腸癌(12%)，疾病診斷平均時間至訪談日約 33.5 個月。癌末病人照會共同照護之問題主要以心理問題(62%)和生理問題(60%)居多，其次為癌末病情告知的問題(32%)。癌末病人對病情了解度方面，近一半(48%)的人完全不了解或部分了解其病情，對疾病不確定感方面有近七成癌末病人有不確定感，其中近一半(48%)的癌末病人表示很強烈且確定地感受到不確定感(詳見表一)。

安寧共同照護之照會內容

茲將非安寧病房且照會安寧共同照護之癌末病人，希望安寧共同照護提供之諮詢或處置的項目內容，予以整理歸類如下：

1. 身體不適症狀

由表二得知，在症狀困擾方面，病人身體不適症狀發生頻率最高的前十項依序是『疲倦、口乾、疼痛、呼吸困難、腹脹、食慾不振、頭暈、失眠、噁心嘔吐及水腫』。身體不適症狀所造成困擾程度，前十項依序為『大小便失禁、腹水、疲倦、食慾不振、腹脹、疼痛、口乾、失眠、呼吸困難及吞嚥困難』。症狀困擾的總平均個數為 7.82 個症狀，症狀的困擾度平均為 2.66 分，可見每位癌末病人均承受許多身體不適症狀與困擾。

2. 心理情緒問題

在焦慮憂鬱方面，癌末病人的焦慮次量表平均得分為 5.62 分，癌末病人焦慮程度較高的前三項

表一：基本資料(N=50)

變項	人數	(%)
性別		
男	34	(68.0)
女	16	(32.0)
年齡 (平均值為58.46±15.019歲)		
50歲(含)以下	16	(32.0)
51-65歲	18	(36.0)
66歲(含)以上	16	(32.0)
教育程度		
國中(含)以下	23	(46.0)
高中職(含)以上	27	(54.0)
宗教信仰		
無	10	(20.0)
有	40	(80.0)
婚姻		
已婚	36	(72.0)
未婚(含離婚、喪偶)	14	(28.0)
疾病診斷		
肺癌	8	(16.0)
肝癌	7	(14.0)
腸癌	6	(12.0)
胃癌	4	(8.0)
胰臟癌	4	(8.0)
乳癌及子宮頸癌	4	(8.0)
頭頸部癌	4	(8.0)
膽囊癌	2	(4.0)
其他	11	(22.0)
疾病診斷時間 (平均值為33.48±70.029個月)		
12個月(含)以下	20	(40.0)
13-24個月	12	(24.0)
25個月(含)以上	18	(36.0)
第一次訪談時主要問題		
生理	30	(60.0)
心理	31	(62.0)
靈性	3	(6.0)
社會支持	3	(6.0)
病情告知	16	(32.0)
對病情了解度		
完全不了解	4	(8.0)
部分了解	20	(40.0)
非常了解	26	(52.0)
現在對疾病不確定感		
一點也沒有	10	(20.0)
有一點，但不令我擔心	6	(12.0)
有這感覺，但不是很強烈	10	(20.0)
這種感覺很確定且很強烈	24	(48.0)

表二：症狀困擾發生率及困擾度(N=50)

項目	發生率		困擾度	
	人數(%)	排序	平均值(標準差)	排序
疼痛	35(70.0)	3	2.85(0.90)	6
呼吸困難	32(64.0)	4.5	2.41(0.86)	9
噁心嘔吐	23(46.0)	9	1.91(0.97)	15
便秘	20(40.0)	11	2.30(1.15)	11
吞嚥困難	13(26.0)	12	2.38(0.84)	10
潰爛傷口	4(8.0)	15	2.00(1.23)	14
腹水	12(24.0)	13	3.25(1.09)	2
水腫	22(44.0)	10	2.18(1.23)	12
疲倦(虛弱)	43(86.0)	1.5	3.05(0.94)	3
失眠	26(52.0)	8	2.46(1.12)	8
大小便失禁	11(22.0)	14	3.36(0.77)	1
口乾	43(86.0)	1.5	2.74(1.12)	7
食慾不振	30(60.0)	6.5	3.00(1.03)	4
腹脹	32(64.0)	4.5	2.88(1.14)	5
頭暈	30(60.0)	6.5	2.13(0.99)	13

註：1.採5分法計分（0-4），分數越高，症狀困擾程度越高

2.症狀困擾的總平均個數為7.82個症狀

3.症狀的困擾度平均為2.66分

表三：焦慮次量表得分及排序(N=50)

項目	平均值(標準差)	排序
*1.我覺得緊張或神經緊繃	0.70(1.00)	4
*2.我有一種可怕的感覺，好像有什麼不好的事即將發生	0.90(1.04)	3
*3.我心裡有些擔憂的想法	1.22(1.22)	2
4.我可以舒服的坐著且覺得很放鬆	1.64(1.05)	1
*5.我有一種可怕的感覺，就好像胃裡有東西在動	0.26(0.69)	7
*6.我覺得坐立不安，好像我非得不動的動不可	0.48(0.97)	5
*7.我覺得突然恐慌	0.42(0.84)	6
次量表總分	5.62(4.64)	

註：1.採4分法計分（0-3），分數越高，焦慮程度越高

2.*表示該題為負向題，已反向計分

3.第4題分數越高表示病人越無法舒服的坐著且覺得很放鬆

(見表三)，分別為：『我可以舒服的坐著且覺得很放鬆(1.64 分)、我心裡有些擔憂的想法(1.22 分)、我有一種可怕的感覺，好像有什麼不好的事即將發生(0.90 分)』。顯示癌末病人不常覺得可以舒服且放鬆的坐著，常有擔憂的想法且會覺得有不好的事會發生。憂鬱次量表平均得分為 9.54 分，可見癌末病人有憂鬱之傾向，其中癌末病人憂鬱程度較高

的前三項(見表四)，分別為：『我覺得自己的生活步調好像慢了下來(2.02 分)、我可以欣賞或沉浸於一本書或好的廣播/電視節目(1.72 分)、我覺得開心或愉快(1.70 分)』。顯示癌末病人常覺得生活步調變慢，較無法欣賞或沉浸書或電視節目，且不覺得自己是開心或愉快的。

3. 靈性及社會層面問題

表四：憂鬱次量表得分及排序(N=50)

項目	平均值(標準差)	排序
1.我仍喜歡我過去所喜歡的事物	1.06(0.96)	5
2.我可以大笑並感受到事情有趣的一面	1.44 (1.15)	4
3.我覺得開心或愉快	1.70(1.09)	3
*4.我覺得自己的生活步調好像慢了下來	2.02(1.29)	1
*5.我已不再關心自己的外表	0.76(0.98)	7
6.我對事物感到期待或有希望	0.84(1.10)	6
7.我可以欣賞或沉浸於一本書或好的廣播/電視節目	1.72(1.11)	2
次量表總分	9.54(4.81)	

註：1.採4分法計分（0-3），分數越高，憂鬱程度越高

2.*表示該題為負向題，已反向計分

3.第1.2.3.6.7題分數越高表示病人越無法達到該題所描述之行為

表五：靈性安適狀態量表(N=50)

項目	平均值(標準差)	排序
因素一：正向生存之內涵察覺	3.52(0.58)	
1.當我遭遇困境，我相信自己有解決問題的能力與毅力	3.18(1.00)	16
2.當我對自己感到不滿意時，我會設法超越現在的自己	3.24(0.87)	15
*3.我無法接受死亡這件事	3.32(1.25)	14
*4.我認為自己的生命沒有意義	3.92(0.92)	9
*5.我沒有生活目標	3.74(1.01)	11
6.我對未來懷抱著希望	3.78(0.93)	10
7.我覺得痛苦及困境都具有意義	2.84(1.11)	19
*8.我無法寬恕自己曾犯下的錯	4.00(0.78)	6
*9.我無法寬恕他人曾犯下的錯	4.02(0.74)	5
10.我喜愛且能接受現在的自己	3.12(1.27)	17
因素二：與他人及大自然和諧共處	3.78(0.34)	
1.當我感到難過時，我可以從他人身上獲得安慰及支持	4.14(0.54)	4
2.我有讓我感到安心且可以依靠的人（或至高者、場所）	4.16(0.71)	3
3.我認為我的人生具有許多美好的經歷	3.94(0.89)	7.5
4.我能夠給予別人我的愛	4.28(0.45)	2
5.我願意接受他人給予的愛	4.30(0.46)	1
*6.我覺得整個生活環境和社會讓我感到不安	3.08(0.88)	18
7.我經常感到自己和大自然是和諧的	3.92(0.53)	7.5
*8.我會因為某些人事物的牽掛內心無法平靜	2.44(1.12)	20
因素三：無形力量支持	3.58(1.06)	
1.我相信至高者會給予我力量度過難關	3.50(1.11)	13
2.與至高者同在會讓我感到安心及平安	3.66(1.04)	12

註：1.採5分法計分（1-5），分數越高，靈性安適狀態越佳

2.*表示該題為負向題，已反向計分

癌末病人的靈性安適狀態的平均得分為 3.63 分，其中正向生存之內涵察覺的平均得分為 3.52 分、與他人及大自然和諧共處的平均得分為 3.78 分，以及無形力量支持的平均得分為 3.58 分。靈

性安適得分較低的項目(詳見表五)，分別為：『我會因為某些人事物的牽掛內心無法平靜(2.44 分)、我覺得痛苦及困境都具有意義(2.84 分)、我覺得整個生活環境和社會讓我感到不安(3.08 分)、我喜愛

表六：社會支持(N=50)

項目	平均值(標準差)	排序
因素一：實質支持	3.20(0.56)	
1.有關生活方面的照顧，有人會提供我意見並實際幫助我	3.70(0.71)	3
2.有人會提醒我按時服藥，定期到醫院檢查	3.64(0.72)	4.5
3.有人可以和我一起討論並擬定未來的目標計畫	2.66(1.02)	14
4.有人可以提供我一些壓力抒解的方式	2.42(0.99)	15
5.生病時，有人可以照顧我或幫助我處理日常事務	3.78(0.55)	1
6.有人可以陪伴我一起做活動，使我不去想自己的困境	3.00(0.86)	13
7.如果我需要經濟支援，有人可以提供	3.64(0.72)	4.5
因素二：情感支持	3.54(0.57)	
1.有人可以傾聽我訴說心中的想法及感受	3.32(0.91)	9.5
2.有人會關心我的健康狀態	3.74(0.49)	2
3.在不如意的情況下，有人可以安慰陪伴我，度過困境	3.58(0.67)	6
4.沮喪時，有人會鼓勵我，振作起來繼續生活下去	3.52(0.71)	8
因素三：訊息及評價支持	3.38(0.57)	
1.有人可以支持我所做的決定	3.26(0.83)	11
2.身體狀況改善時，有人會稱讚、鼓勵我	3.54(0.73)	7
3.有人能重視我或尊重我的意見	3.32(0.82)	9.5
4.有關疾病方面的問題，有人會與我討論並提供我意見	3.16(0.79)	12

註：1.採4分法計分(1-4)，分數越高，社會支持度越高

且能接受現在的自己(3.12分)、當我遭遇困境，我相信自己有解決問題的能力與毅力(3.18分)』。顯示癌末病人常會因為人事物的牽掛讓內心無法平靜，不覺得所面臨的痛苦與困境是具有意義，對目前的生活環境和社會感到不安，無法喜愛且接受現在的自己，遭遇困境時，不覺得自己有解決問題的能力與毅力。

癌末病人的社會支持得分為 3.35 分，其中實質支持的平均得分為 3.20 分，情感支持的平均得分為 3.54 分，訊息及評價支持的平均得分為 3.38 分。社會支持度較低的前五項(詳見表六)，依序為：『有人可以提供我一些壓力抒解的方式(2.42分)、有人可以和我一起討論並擬定未來的目標計畫(2.66分)、有人可以陪伴我一起做活動，使我不去想自己的困境(3.0分)、有關疾病方面的問題，有人會與我討論並提供我意見(3.16分)以及有人可以支持我所做的決定(3.26分)』。顯示癌末病人不常覺得有人可以提供壓力抒解的管道，以及討論與規劃未來的目標計畫，也很少有人可以陪伴自己從事一些活動，讓自己分散注意力不去想現在的困境，在疾病方面，也較少有人會和自己討論治療方

向並提供意見，以及支持自己所做的決定。

人口學變項與身、心、靈及社會支持間的關係

研究者將性別、年齡、教育程度、宗教信仰、婚姻狀態、疾病診斷及疾病診斷時間的變項與身、心、靈及社會支持各變項進行單因子變異數分析(ANOVA)，結果發現教育程度為國中(含)以下組之憂鬱得分(10.91分)顯著高於教育程度為國中以上組的 8.22 分($F_{(1, N=50)} = 4.157, p=0.047$)；有宗教信仰組在無形力量支持之得分顯著高於無宗教信仰組($F_{(1, N=50)} = 33.875, p=0.000$)；已婚者在社會支持方面的實質支持得分顯著高於未婚、離婚或喪偶組($F_{(1, N=50)} = 4.439, p=0.040$)，其餘變項均未達顯著差異。結果表示，癌末病人教育程度較低者，其憂鬱程度較高；有宗教信仰者，擁有較佳之靈性安適狀態的無形力量支持；已婚者有較佳之社會實質支持。

「病情了解度、不確定感」與「身、心、靈及社會支持」變項間的相關性

將「病情了解度、不確定感」與「身、心、靈、社會支持」等研究變項進行皮爾森積差相關(Pearson's Correlation)分析,結果得知不確定感與病情了解度呈負相關,與焦慮分數呈正相關。焦慮和症狀總數及憂鬱呈正相關,焦慮與憂鬱均與靈性安適狀態(包括『正向生存之內涵察覺』、『與他人及大自然和諧共處』),以及社會支持的『實質支持』呈負相關。靈性安適狀態(包括『與他人及大自然和諧共處』)與社會支持(包括『實質支持』、『情感支持』、『訊息及價值觀支持』)呈正相關,上述相關性均達統計顯著差異之水準。表示癌末病人有較多之身體不適症狀、焦慮和憂鬱程度越高,對疾病之不確定感也越高;癌末病人越不了解病情,其不確定感也越高。若社會支持度越高,則靈性安適狀態越佳;相對地焦慮與憂鬱程度越低。故提供癌末病人社會支持與靈性照護和告知病情有助於降低病人之焦慮、憂鬱及不確定感。

討 論

據上述照會安寧共同照護的現況調查發現,癌末病人照會安寧共同照護之問題仍以生理及心理問題為主。身體不適症狀發生頻率以疲倦、口乾、疼痛、呼吸困難、腹脹最常見,與臺灣癌末病患健康相關生活品質之研究[5]及臺灣老年癌末病人的症狀[10]排序大致相同。此外,疼痛雖然是發生率的前三名,但卻不是困擾度的前三名,這與幾年來大家開始重視癌症疼痛控制,不斷透過各種研習會、在職教育課程對臨床醫護人員加強宣導,成效也逐漸開花結果有關。值得注意的是,疲倦與口乾是病人最常見的症狀困擾項目且困擾度也是名列前茅,臨床的藥物處理對此兩項症狀的緩解有限,但此症狀卻可透過護理人員的護理指導(如:口腔護理、保持口腔的濕潤及每天進行適量的活動)來改善,因此照護癌末病人的團隊中,除了醫師外,具有專業知識與技能的護理人員也是不可或缺的。

近年來,台灣社會不斷出現自殺的問題,使得大家更重視憂鬱症與焦慮症的議題,本研究有關針對癌末病人憂鬱狀態進行調查發現,教育程度為國中(含)以下者憂鬱狀態比較明顯。顯示教育程度為

國中以上的癌末病人,可能會主動尋找各方面資訊獲得的管道以及可用的社會資源,故憂鬱程度也較不明顯。此外,照會共照之癌末病人之憂鬱次量表的平均得分為 9.54 分,已達 Zigmond 和 Snaith 建議的「疑似憂鬱」狀態,比陳氏等人[7]調查癌症病人憂鬱知得分較高(7.60 分),表示癌末病人的憂鬱程度比癌症病人為高。因此,癌末病人的憂鬱情形更是迫切需要醫護人員的早期發現並予以解決。現今推展之安寧共同照護模式含有心理師,可以提供原照護醫療團隊的照會,早期介入,協助處理病人情緒問題。

從本研究之靈性安適狀態量表得分,發現癌末病人常因內心的牽掛與不捨而無法放下、覺得現在面臨的痛苦及困境都沒有意義、認為整體環境讓他覺得不安、無法喜愛且接受現在的自己、不認為自己有解決問題的能力與毅力。此結果與陳氏[11]癌末病人本土化靈性照顧模式研究中,提及末期照護常見靈性課題主要以不捨、心願未了、自我尊嚴感喪失等問題居多相呼應。也與曾氏等人的研究結果[12],指出當癌末病人較不了解自己死之將近,在過世時較不能心平氣和與接受的結果相接近。加上,本研究發現有宗教信仰的癌末病人在無形力量支持比無宗教信仰者來得高,更加顯示靈性不全然係指宗教信仰,但宗教信仰在靈性安適中扮演了不可或缺的角色,也突顯宗教牧靈人員於末期照護的重要性。

從文獻指出家庭社會支持對末期病人有重要影響[13],本研究發現已婚的癌末病人在實質支持比未婚、離婚或喪偶好,顯示配偶的確能提供癌末病人社會的實質支持。此外,社會支持與靈性安適狀態呈正相關,多數病人的社會支持來源為家人,表示家人給予癌末病人實質、情感、訊息及價值觀方面的支持越高,會讓病人感受到被關愛、尊重及有價值感,此與 Stoll[14]亦提及靈性的水平面是個人與自己、他人及社會環境建立一種充滿意義、愛、信任、希望和寬恕的關係接近,故社會支持度愈高,靈性安適狀態也愈佳。故安寧緩和醫療強調以病人為中心的末期照護,家庭社會文化脈絡下,家庭的照護也是不可忽略的。本研究結果得知癌末病人常自覺壓力沒有抒解壓力的管道,或很少人會和他們討論並擬定未來的目標計畫及陪伴他們一

起活動，或轉移他們對目前困境的注意力，更很少有人會與他們討論疾病方面的話題及支持他們所做的決定。此與曾氏等人[12]提及對癌末病人善終服務評價結果，在『癌末病人的自主能力得到尊重』與『癌末病人參與照護意願得到尊重』兩項得分較低，均顯示癌末病人的自主意願較未能受到尊重。

有關癌末病人的自主意願方面，除了上述情況外，本研究有近五成之癌末病人對病情是完全不了解或部分了解，加上由於病人不覺得自己有病情告知的問題或醫療人員不認為病人有病情告知的問題，此可能會有低估的情形。臨床實務經驗得知，每次遇到和病情有關的話題，家屬或醫護人員會刻意忽視或逃避此話題，讓病人覺得在討論病情及擬定未來目標計畫上很少得到支持。也因此無人可以傾聽其內心的想法及沒有抒解壓力的管道。導致病人心中對病情的期待與實際有落差，進而也會影響病人的靈性安適及社會支持度，再次顯示病情告知的重要性。本研究發現癌末病人越不瞭解病情，其不確定感越高，此與多項研究提及隱瞞病情反而會增加病人的不確定感，告知病情後，反而可讓病人情緒穩定，並減少不確定感之結果一致[15,16,17]。由於華人是一個很重視家庭的社會，所以病情告知的情境中，在臺灣通常會以醫師的決定或家屬的意見為依歸，而忽略病人的自主性意願。國內研究[18]指出，『主治醫師、病人及一位家屬的互動』就可能呈現出至少 19 種形式的病情告知歷程，遑論臨床上病情告知時，還包括住院醫師、護理人員、其他家屬和醫療團隊人員的參與，互動更為複雜，以至於充滿許多錯誤及迷思。因此，訂定癌末病情告知參考指引以及衛生教育指導單張，提供臨床醫護人員、病人或家屬參考，是迫切需要。

結 論

照會共同照護的癌末病人呈現生理、心理、靈性、社會層面及病情告知等多面向照護問題，應由醫師、護理師、心理師、社工師、牧靈人員與志工等安寧照護成員與原醫療照護團隊成員共同組成安寧共同照護醫療團隊來答覆並解決非安寧病房癌末病人遭遇到難以處理的各層面的需求與困

境，提升癌末病人末期生活品質，以達善終，是目前臨床實務提昇末期照護品質迫切且重要的推展工作。

參考文獻

1. 行政院衛生署：民國 94 年死因統計結果摘要。2006 年 6 月 30 日 取
<http://www.doh.gov.tw/statistic/index.htm>。
2. Saunderson C: Hospice and Palliative Care in Interdisciplinary Approach. Edinburgh, Edward Arnold, 1990.
3. 行政院衛生署：國家癌症防治五年計畫(草案)，2005。
4. 孔憲蘭：提升癌症診療品質。國家癌症防治五年計畫研討會。臺北：行政院衛生署，2004。
5. 胡文郁：臺灣文化脈絡下癌末患者之生活品質。臺灣醫學 2004;8:688-697。
6. Zigmond AS, Snaith PR: The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Acta Psychiatr Scand 1983; 67:361-371.
7. 陳佩英、史麗珠、王正旭等：疼痛對癌症病患焦慮與憂鬱之影響。臺灣醫學 1999;3:373-382。
8. 楊雅文：臺北市某醫學中心護理人員提供靈性照護之態度、行為意向即執行現況探討。未發表的碩士論文，臺北：國立臺灣大學護理學研究所，2004。
9. 曾慧雯：門診憂鬱症患之社會支持與希望狀態之探討。未發表之碩士論文，高雄：高雄醫學大學護理學研究所，1999。
10. 許秀卿、胡文郁、莊榮彬等：臺灣老年癌末病患的症狀。臺灣醫學 2002;6:465-473。
11. 陳慶餘：癌末病人本土化靈性照顧模式。臺灣醫學 2004;8:664-671。
12. 曾韻如、邱泰源、胡文郁等：老年癌末病人善終之評估。安寧療護 2005;10:13-23。
13. Cwikel JG, Behl LC: Organizing social work services with adult cancer patients: integrating empirical research. Soc Work Health Care 1999; 28: 55-79.

14. Stoll RI: The essence of spirituality. In V. B. Carson(Ed.), *Spiritual Dimensions of Nursing Practice* 1989(pp. 4-23). Philadelphia: Saunders.
15. Horikawa N, Yamazaki T, Sagawa M, Nagata T: The disclosure of information to cancer patients and its relationship to their mental state in a consultation-liaison psychiatry setting in Japan. *Gen Hosp Psychiatry* 1999;21:368-373.
16. Hosaka T, Awazu H, Fukunishi I, Okuyama T, Wogan J: Disclosure of true diagnosis in Japanese cancer patients. *Gen Hosp Psychiatry* 1999; 21:209-13.
17. Lin CC, Tsay HF: Relationships among perceived diagnostic disclosure, health locus of control, and levels of hope in Taiwanese cancer patients. *Psychooncology* 2005;14: 376-385.
18. 胡文郁：癌症末期真相告知指引之訂定：癌末患者、家屬、醫師及護理人員的態度和行為意向觀點。國民健康局九十二年度委託研究計劃(計劃編號：DOH92-HP-1507)，未出版，2004。



Palliative Care Consultation in Terminal Cancer Patients

Chi-Yin Kao, Tai-Yuan Chiu¹, Wen-Yu Hu², Ching-Yu Chen¹,
Ming-Kuen Lai, Yueh-Chih Chen²

Abstract: For patients with terminal cancer in non-palliative units to have palliative care, Bureau of Health Promotion implemented hospital-based palliative care team project in 2005. This care model combined with hospice care team and original medical team to provide cancer patients related service. The primary target of this study was to survey the terminal cancer patients consulted hospital-based palliative care team. Fifty eligible terminal cancer patient's data was collected during 2005 Nov. to 2006 May in a medical center in north of Taiwan. Using the questionnaires include demographic information, Symptom Distress Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale, Spiritual Well-Being Scale and Social Supportive Scale in a medical center. Statistical analysis was used SPSS 11.0. The top three needs of patients with terminal cancer were psychological care (62%), physical care (60%), and truth telling (32%). Depression was a significant symptom in psychological section. General physical symptoms included fatigue, dry mouth, pain, dyspnea, and abdominal distention. Physical distress symptoms were feces and urine incontinence, ascites, fatigue, appetite loss, and abdominal distention. Terminal cancer patients with low education level had higher depression degree. Spiritual-well-being was better in patients having religious belief. Social support was better in married patients. Amounts of symptoms, uncertainty, anxiety and depression were positively correlated. "Anxiety and depression" and "spiritual well-being and social support" were negatively correlated. Uncertainty and truth telling were negatively correlated. Therefore the hospital-based palliative care team included palliative care physicians, specialist nurses, psychiatrist, social workers, and pastoral care workers to satisfy the terminal cancer consulted patients' caring need and assist those solving their problems.

Key Words: hospital-based palliative care team, terminal cancer patient, depression
(Full text in Chinese: Formosan J Med 2007;11:602-11)

Department of Oncology; ¹Department of Family Medicine, National Taiwan University Hospital; ²School of Nursing, College of Medicine, National Taiwan University, Taipei, Taiwan

Address correspondence to: Wen-Yu Hu, School of Nursing, College of Medicine, National Taiwan University, No.1, Jen-Ai Rd., Sec.1, Taipei, Taiwan.

