

【原著】

安寧病房中病人、主要照顧者及醫療相關人員緩和療護品質之比較

吳森棋¹ 孫嘉玲² 陳詩婷³ 黃淑霞³ 蔡依芬¹ 殷立潔³ 許思婷³ 李婉玫⁴
方慧芬^{3,4} 邱仲峯^{4,5,6}

摘要

研究背景：監測安寧療護品質可以瞭解照護品質程度，做為改善之依據。為瞭解安寧醫療人員照顧效果與病人、照顧者在照護項目的感受是否一致，故需他們評量安寧療護品質的程度。過去文獻皆以病人及家屬的角度來看醫療品質，缺乏醫療人員以相同情況評核，導致照顧體系中可能存有偏頗情形。

研究目的：本研究目的即為瞭解病人、主要照顧者及醫療相關人員之緩和療護品質及其差異性。

研究方法：採橫斷式研究設計，在北部某安寧病房，以緩和醫療結果量表作為工具，同時收集安寧病人、主要照顧者、醫療人員等之三組資料，以獲得緩和療護品質的看法。

研究結果：發現三類組群對於緩和醫療品質分數極為接近，且醫療品質良好，病人與醫療人員在提供資料及生命價值具有統計意義，醫療人員感受病人在提供資料及生命價值等項目的品質較病人本身評核差。主要照顧者與醫療人員在生命價值、家屬焦慮、及個人事務具統計意義($p < 0.05$)，主要照顧者感受家屬焦慮及個人事務等項目的品質較醫療人員評核差，醫療人員感受病人的生命價值品質較主要照顧者評核差。

結論：除了提供資料、生命價值、個人事務、家屬焦慮等四個項目外，醫療人員與家屬、主要照顧者在安寧療護品質上是有一致的看法，希望本研究可提供未來照顧之參考。

(安寧療護 2011:16:1:1-13)

關鍵詞：安寧緩和療護、緩和療護結果量表、緩和療護品質

¹ 臺北醫學大學附設醫院安寧緩和科、² 元培科技大學護理系、³ 臺北醫學大學附設醫院護理部、⁴ 臺北醫學大學附設醫院癌症中心、⁵ 臺北醫學大學附設醫院放射腫瘤科、⁶ 臺北醫學大學醫學院醫學系

通訊作者：邱仲峯

地址：110 台北市信義區吳興街 252 號 臺北醫學大學附設醫院

電話：02-27372181-2130

傳真：02-27367014

E-mail: sjfchiou@ms68.hinet.net

前言

安寧療護是生命末期患者的另一種醫療選擇，其意義為協助病人身心靈安適及維持人性的尊嚴與價值。1990年台灣第一家安寧病房在馬偕醫院成立，至今通過國民健康局安寧住院認證有41家⁽¹⁾、安寧居家有64家醫院⁽¹⁾、安寧共同照護有71家⁽²⁾，提供末期病人不同形式的安寧照護，使病人獲得完整身心靈照顧。對於住院安寧療護、安寧居家療護有其硬體及人員的設置基準⁽¹⁾，以四全(全人、全家、全程、全隊)為照顧理念，對個案及家人進行生理、心理、社會、靈性等層面服務。潘、高及陳等⁽³⁾以安寧病人為對象的安寧照顧滿意度研究，結果發現病人對安寧照顧滿意度高，可提升末期病人的生活品質。因此，安寧療護體制之成立對於臨終病人是一大福音，但對於這些服務內容及治療方式是否對病人及主要照顧者有實質幫忙，可用評核的方式瞭解其效果，另也可以評量醫療人員對相同項目的感受，比較照顧者與被照顧者對於服務內容的差異。因此蒐集醫療品質的證據可以促進照顧品質之提升，並可應用於培訓醫療人員照顧品質改善之參考，因此探討安寧療護之品質有其重要性。安寧療護的醫療照顧模式(the medical care model of hospice care) 以醫療團隊的觀點來操作，關懷病人產生互動，

成為一個照顧模式，文獻都以滿意度或生活品質來探討病人或主要照顧者對醫療品質的滿意程度，但滿意程度不等於醫療品質程度，過去研究都忽略照顧者與被照顧者在同一事件上，是否有一致的看法。

醫療品質之監控應該使用簡單方式做有效率評估，且從不同成員之角度評核，所獲得的資料不僅可提供照顧品質之實證性資料，且可助於安寧品質之監控，以提升照顧品質。過去有關照顧品質之研究以身體功能評估居多，臨終病人其身體功能僅能維持生命的程度，在面臨生命終點時，應重視生命價值及生命意義等議題，僅進行身體功能評估時，照顧品質將無法全面性。醫療人員照顧病人及主要照顧者是否有獲得良好品質，是否貼近病人及主要照顧者的標準，之間對於安寧療護的品質是否有相同，都需要資料佐證。安寧療護品質照護應從病人、主要照顧者、醫療人員等角度同時來評核醫療照護品質，以獲得較完整之評核。

安寧療護的服務需求、滿意度及醫療品質

接受安寧療護的病人及照顧者對於服務項目獲得滿足，相對的對醫療滿意度也會較高，即呈現較佳醫療品質。過去較少呈現安寧品質之相關文獻，大多以需求是否符合服務^(4,5)，滿意度高低來呈現服務的

好壞^(3,4,6-9)、或是以病人生活品質指標⁽¹⁰⁾來呈現服務的效果。

就安寧療護病人之需求項目、安寧項目之滿意度及病人之生活品質上文獻做探討，安寧住院病人住院的需求以症狀控制、心理社會支持及靈性照顧為主要項目⁽⁶⁾，照顧者則以疾病相關的資訊為最重要的需求⁽⁷⁾，滿意度最高的為照顧工作相關訊息，覺得重要但不滿意的資訊為心理社會層面的問題，主要照顧者有四成不知如何處理病人的資訊需求⁽⁷⁾。文獻中，居家形式安寧照顧的主要照顧者也以資訊需求為需求最高的程度，以身體症狀控制、家屬心理支持為最佳的服務需求⁽⁹⁾，主要照顧者的資訊需求為最急迫需要給予服務對象的項目。

無論是居家、共照、住院等不同安寧照顧的型態，服務對象對於照顧的滿意度為皆滿意^(3,8,9)，而以兒童安寧療護的滿意度研究發現，病童家屬對生理層面的照顧及心理層面資訊較為滿意⁽⁴⁾。以緩和醫療住院成人病人主要照顧者的訊息需求與滿意度的研究結果顯示，家屬對於訊息需求的重要性高於滿意度，醫療團隊對於訊息需求應增強，以滿足照顧者獲取相關訊息⁽⁵⁾。

生活品質為現今醫療評量照顧結果的最佳指標⁽¹⁰⁾，故醫療措施計劃與執行的重點皆以提高病人的生活品質為目標，範圍

包括病人與家屬因素、照顧的結構及過程、照顧的結果，並可促進照護品質。

安寧療護品質之項目及評鑑指標

衛生署對於安寧療護病房機構設置及人員訓練有設置標準，這都屬於醫療品質結構面之評估，只能說明醫院可提供良好醫療照護之能力 (capacity) 或潛力 (potential)，不能保證所提供之醫療照護品質良好，故監測醫療品質為改善醫療品質最重要根本，因此針對安寧緩和療護品質評量指標極需建立，以獲得過程面及結果面之評估。Higginson⁽¹¹⁾ 建議安寧緩和療護的品質稽核應包含各方面，如疼痛、症狀控制、改善生活品質、解除恐懼與焦慮等；因此，除了分析照護的常規外，需對症狀控制的有效性、病人生活品質、精神層面的改進及病人及家屬對照護的滿意等加以評估，有效且又簡易的量表將可事半功倍的效果。

緩和療護結果量表 (palliative care outcome scale, POS) 廣泛測量緩和療護的品質⁽¹²⁻¹⁵⁾，故本研究使用此量表評量病人、主要照顧者及醫療相關人員在相同項目上的評比，研究假設為病人、主要照顧者及醫療相關人員對於緩和療護品質各項目看法一致，研究目的即是探討安寧緩和病人、主要照顧者及醫療相關人員對於緩和療護品質之程度及比較安寧緩和病人、

主要照顧者及醫療相關人員對於緩和療護品質是否呈現顯著差異，所獲結果也可與過去研究做討論，希望冀由本研究發現，提供相關單位考量安寧療護教育及改善品質之參考。

材料與方法

研究設計

本研究採橫斷式研究設計，以北部某一教學區域醫院安寧病房為收案場所，取樣時間為2009年1月至2010年12月，分別向病人、主要照顧者及照顧之醫療人員進行問卷調查。

研究對象

病人：由住進安寧病房住院登錄資料中，以住院日起計算七日後為取樣對象。收案條件為入院一週後之末期意識清醒病人，且年齡大於16歲以上，可回答問卷上之問題者。排除條件為收案後如於一週內過世者，即退出本研究。因死亡前一週狀況，干擾因素較多。

主要照顧者：收案對象需符合以下各項條件，年齡在18歲以上，照顧期間無精神情緒問題，且平均每日照顧時數達4小時以上或每週有三天以上。

醫療人員：係以對該收案病人之主要照顧醫護人員(primary care)為對象，包括

醫師和護理人員之任何一人。於訪談病人之後，隨即訪談該醫療人員。

本研究為減少人為因素之差異，統一由受過專業訓練之研究助理進行收案訪查。每一病人約訪談5分鐘，每一醫療人員約訪談4分鐘。問卷為同時需獲得病人、主要照顧者及醫療人員等三份問卷才為有效問卷。本研究共收集104名病人，其中病人回收50份、主要照顧者回收56份、醫療人員回收104份，但同時具有病人、主照顧者與醫療人員之有效問卷計49份。

研究工具

研究工具分為兩部分，第一部份為基本資料，第二部分為緩和療護結果量表問卷。

基本資料變項在病人收集性別、年齡、ECOG指數(Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status)；主要照顧者及醫療人員收集性別。

緩和療護結果量表(Palliative Care Outcome Scale; POS)系由Hearn及Higginson⁽¹²⁾發展，用以評估安寧療護品質程度，包括12個項目，各項目選項分為五種程度，以主觀感受做選擇，計分方式自0分至4分，0分代表最佳狀況，4分代表最差狀況，總分介於0-48分，累計總分愈低表示服務品質成效愈好，愈高表示服務品質成效愈差。

在病人身體狀況包含4題：疼痛、便秘、噁心嘔吐、呼吸困難等，0分表示無此現象或對個人無影響，4分表示令人無法承受。

病人心理社會狀況包含5題：病人焦慮、傾訴感覺、生命價值、現況滿意及個人事務等，分數越高表示心理社會狀況越不佳。在病人焦慮項目，0分表示一點也不會焦慮，4分表示充滿焦慮與擔憂，無法在思考其他事情；傾訴感覺項目，0分表示可盡情傾訴，4分表示沒有一個人可傾訴；生命價值與現況滿意項目，0分表示感到生命總是值得珍惜與總是感到滿意，4分表示一點也不；個人事務項目，0分表示沒有問題，4分表示根本無法處理。

評估安寧緩和照護運作成效包含2題：提供資料衛教及浪費時間，提供資料項目，0分表示提供所有資訊，4分表示沒有提供任何資料；浪費時間項目，0分表示一點也不浪費，4分表示超過一天的時間浪費。

評估主要照顧者所獲照護之成效包含1題：家屬焦慮，0分表示一點也沒有，4分表示總是充滿焦慮與擔憂，無法在思考其他事情。

緩和療護結果量表(Palliative Care Outcome Scale; POS)⁽¹²⁾之病人族群內在一致性(Cronbach's)為0.65，醫療人員族群為0.70，與EORTC QLQ-C30(European Organization for research of Life

Questionnaire)量表之身體症狀、非生活品質問題、及生活品質之建構效度Sperman Rho分別為0.51($p<0.01$)、0.50($p<0.01$)及0.43($p=0.02$)；與STAS(Support team assessment schedule)量表之身體症狀、非生活品質問題、及生活品質之建構效度Sperman Rho分別為0.80($p<0.001$)、0.68($p<0.001$)及0.51($p=0.001$)，信效度良好。在因素分析中可分為心理安適及專業照顧二層面⁽¹³⁾。原始問卷經邱⁽¹⁵⁾翻譯修正發展成中文版「緩和療護結果量表」，專家效度法CVI值 ≥ 0.86 ；效標關連效度中，斯皮爾曼等級相關(0.59-0.68)，再測信度之皮爾森相關係數($r=0.69-1.0$, $p < 0.01$)皆良好；問卷內在一效度病人與醫護人員之Cronbach's α 係數，分別為0.73及0.74；評分者信度之皮爾森相關係數分別為0.97、0.88及0.81， p 值 <0.05 。本研究就病人及醫療人員依所照顧病人最近三天情況，圈選適當答案。

研究倫理考量

本研究經過該院人體試驗委員會通過。為保護病人及主要照顧者的隱私與自主權，在問卷資料收集前，由研究者告知研究對象研究目的與進行方式，所有資料皆以匿名方式處理，絕不暴露個人資料，在知情同意下獲取書面同意書後進行。再由研究助理依照問卷進行資料收集及資料

登錄。

結果

統計分析

所收集資料以 SPSS 15.0 建檔，基本資料使用平均值、標準差及百分比等來呈現連續性變項的特性，安寧療護品質指標之選項使用次數及百分比等表示；安寧療護品質指標項目分數及總分以平均數表示；比較不同對象對安寧療護品質指標分數及總分之差異，以 *t*-test 來呈現結果，以 *p* 設定小於 0.05 具有統計上之顯著意義。

基本資料

病人、主要照顧者、醫療人員皆完整計有 49 組，在病人基本資料中男性病人佔 53.1%，病人平均年齡為 62.12±15.24 歲，病人 ECOG 以自行照顧受限制(III 級) 最多，佔 40.8%，完全沒有行動能力(IV 級) 佔 6.1%，其餘各項人數請見表一。在照顧者性別上以女性居多 61.2%，醫療人員性別上，醫生為男性、護理人員皆為女性，問卷以護理人員填答佔 93.9%。

表一 基本資料一覽表

(N=49)

變項	病人		照顧者		醫療人員	
	人數	%	人數	%	人次	%
性別						
男	26	53.1	19	38.8	3	6.1
女	23	46.9	30	61.2	46	93.9
ECOG						
零級	4	8.2				
I	9	18.4				
II	13	26.5				
III	20	40.8				
IV	3	6.1				

病人、主要照顧者及醫療人員對安寧療護品質指標之情形

病人、主要照顧者及醫療人員對安寧療護品質指標之選項分佈情形相近，在疼

痛、便秘、噁心嘔吐、呼吸困難等生理症狀變項，三類研究對象，給分大都在二分以下，有較統一的感受，對於生理症狀品質感受較佳。但在病人焦慮、家屬焦慮、

現況滿意、傾吐感覺等心理層面選項分佈差距較大(表二)。其中以家屬焦慮選擇較高分選項人次較多，在主要照顧者方面，家屬焦慮程度以「有時候，且影響注意力」(2分)最多，「偶而」(1分)與「大多數時間，經常都會影響注意力」(3分)並列第二多人次選項，表示品質較差。病人與醫療人員組，在家屬焦慮程度以「偶而」(1分)選項人次最多，依序為「有時候，且影響注意力」(2分)、「大多數時間，經常都會影響注意力」(3分)。

病人、主要照顧者及醫療人員對安寧療護品質指標之平均得分差距不大，平均分數介於 1-2 分之間(分數介於 0-4 分)，其中在病人感受較差的項目依序為家屬焦慮、現況滿意、疼痛與病人焦慮；在主要照顧者感受較差的項目為家屬焦慮、現況滿意、病人焦慮、疼痛；醫療人員為現況滿意、家屬焦慮、生命價值及傾訴感覺為感受較差的項目(表三)。

比較病人、主要照顧者及醫療人員對安寧療護品質指標之差異

病人與醫療人員對安寧療護品質指標之選項在「提供資料」($t=-2.22, p=0.03$)及「生命價值」($t=-2.63, p=0.01$)有差異，醫療人員組評估的感受差於病人的評估分數。主要照顧者與醫療人員對安寧療護品質指標之選項在「家屬焦慮」($t=2.42,$

$p=0.03$)、「生命價值」($t=-3.65, p<0.001$)及「個人事務」($t=2.19, p=0.03$)有差異，主要照顧者在「家屬焦慮」及「個人事務」之感受差於醫療人員組，「生命價值」評估的分數則是醫療人員組感受差於主要照顧者的分數(表三)。

討論

安寧療護品質程度

在本研究對安寧療護品質指標每題平均皆在 2 分以下(範圍為 0-4 分，得分越低，照顧品質越佳)，代表對安寧療護品質感受尚可，其中病人得分感受較差的項目為「病人焦慮」、「家屬焦慮」及「現況滿意」，亦即病人仍覺得這些項目需要加強，與過去文獻中安寧住院病人住院的需求以心理社會支持及家屬心理為主要項目雷同^(6,9)；主要照顧者則以「家屬焦慮」的得分為最高，表示感受較差，其餘高於 1 分的項目包括：「疼痛」、「病人焦慮」、「家屬焦慮」、「傾訴感覺」、「現況滿意」等項目，以平均分數來看主要照顧者的得分較病人高，其感受較病人強烈；病人及主要照顧者員在「家屬焦慮」及「個人事務」上的評比分數都高於醫療人員，表示病人及主要照顧者感受程度較醫療人員差，這可能會造成醫療人員在這些項目上忽略照顧病人及主要照顧者的感受，值得

表二 病人、主要照顧者及醫療人員對安寧療護品質指標之選項 (N=49)

指標	0		1		2		3		4	
	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%
疼痛										
病人	16	32.7	17	34.7	13	26.5	3	6.1	0	0
主要照顧者	15	30.6	18	36.7	12	24.5	4	8.2	0	0
醫療人員	17	35.7	16	32.7	13	26.5	3	6.1	0	0
便秘										
病人	21	42.9	17	34.7	8	16.3	3	6.1	0	0
主要照顧者	17	34.7	19	38.8	9	18.4	2	4.1	2	4.1
醫療人員	20	40.8	19	38.8	7	14.3	2	4.1	1	2.0
噁心嘔吐										
病人	38	77.6	9	18.4	1	2.0	0	0	1	2.0
主要照顧者	31	63.3	16	32.7	1	2.0	1	2.0	0	0
醫療人員	34	69.4	10	20.4	3	6.1	2	4.1	0	0
呼吸困難										
病人	25	51.0	16	32.7	7	14.3	1	2.0	0	0
主要照顧者	25	51.0	18	36.7	5	10.2	1	2.0	0	0
醫療人員	29	59.2	14	28.6	2	4.1	2	4.1	2	4.1
病人焦慮										
病人	19	38.8	14	28.6	12	24.5	4	8.2	0	0
主要照顧者	14	28.6	20	40.8	10	20.4	5	10.2	0	0
醫療人員	11	22.4	24	49.0	9	18.4	4	8.2	1	2.0
家屬焦慮										
病人	5	10.2	19	38.8	15	30.6	9	18.4	1	2.0
主要照顧者	4	8.2	12	24.5	18	36.7	12	24.5	3	6.1
醫療人員	5	10.2	22	44.9	16	32.7	4	8.2	2	4.1
提供資料										
病人	44	89.9	1	2.0	4	8.2				
主要照顧者	40	81.6	3	6.1	5	10.2	1	2.0	0	0
醫療人員	36	73.5	5	10.2	3	6.1	2	4.1	3	6.1
傾訴感覺										
病人	30	61.2	7	14.3	5	10.2	4	8.2	3	6.1
主要照顧者	23	46.9	14	28.6	5	10.2	3	6.1	4	8.2
醫療人員	13	26.5	18	36.7	9	18.4	9	18.4	0	0
生命價值										
病人	29	59.2	9	18.4	6	12.2	2	4.1	3	6.1
主要照顧者	32	65.3	10	20.4	4	8.2	1	2	2	4.1
醫療人員	16	32.7	11	22.4	9	18.4	9	18.4	4	8.2
現況滿意										
病人	19	38.8	15	30.6	7	14.3	7	14.3	1	2.0
主要照顧者	15	30.6	14	28.6	13	26.5	5	10.2	2	4.1
醫療人員	8	16.3	19	38.8	11	22.4	9	18.4	2	4.1
浪費時間										
病人	37	75.5	10	20.4	1	2.0	0	0	1	2.0
主要照顧者	36	73.5	9	18.4	1	2.0	2	4.1	1	2.0
醫療人員	29	59.2	15	30.6	4	8.2	1	2	0	0
個人事務										
病人	35	71.4	5	10.2	4	8.2	4	8.2	1	2.0
主要照顧者	29	59.2	7	14.3	4	8.2	7	14.3	2	4.1
醫療人員	35	71.4	9	18.4	3	6.1	2	4.1	0	0

註：選項數目越大，代表所感受程度越差。

表三 病人、主要照顧者及醫療人員對安寧療護品質指標之平均得分及差異分析 (N=49)

指標	病人		主要照顧者		醫療人員		病人 vs 醫療		照顧者vs 醫療	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	t	p	t	p
疼痛	1.06	0.92	1.10	0.94	1.04	0.93	-0.11	0.91	0.32	0.75
便秘	0.85	0.91	1.04	1.04	0.87	0.94	-0.11	0.91	0.81	0.42
噁心嘔吐	0.30	0.71	0.42	0.64	0.44	0.79	-0.94	0.35	-0.14	0.89
呼吸困難	0.67	0.80	0.63	0.75	0.65	1.03	0.11	0.91	-0.11	0.91
病人焦慮	1.02	0.98	1.12	0.94	1.18	0.95	-0.83	0.41	-0.32	0.75
家屬焦慮	1.63	0.97	1.95	1.04	1.51	0.93	0.63	0.53	2.24	0.03
提供資料	0.18	0.56	0.32	0.74	0.59	1.17	-2.22	0.03	-1.34	0.18
傾訴感覺	0.83	1.26	1.00	1.25	1.28	1.06	-1.91	0.06	-1.21	0.23
生命價值	0.79	1.18	0.59	1.01	1.46	1.34	-2.63	0.01	-3.65	<.001
現況滿意	1.10	1.14	1.28	1.13	1.55	1.10	-1.98	0.05	-1.17	0.24
浪費時間	0.32	0.71	0.42	0.88	0.53	0.73	-1.39	0.17	-0.62	0.54
個人事務	0.59	1.07	0.89	1.27	0.42	0.79	0.86	0.40	2.19	0.03
總分	9.38	5.69	10.81	5.91	11.57	5.22	-1.98	0.05	-0.67	0.51

註：計分採五點計分(0~4)，分數越高表示品質越差。

在日後在職教育上做提醒，以提升照護品質。本研究「家屬焦慮」為品質較不理想的項目，與過去研究使用相同問卷評量結果類似⁽¹⁵⁾，但以平均分數來看，本研究病人的「家屬焦慮」之平均分數為 1.63±0.97，家屬的「家屬焦慮」之平均分數為 1.95±1.04，低於邱研究中病人的「家屬焦慮」之平均分數為 2.25±1.65，家屬的「家屬焦慮」之平均分數為 2.23±1.5，本研究病人對安寧療護品質量表平均總分 (9.38±5.69) 亦呈現優於邱⁽¹⁵⁾之研究 (12.21±3.33)，可能是安寧照顧品質隨安寧療護制度漸漸健全，團隊在照顧病人可運用合適技巧，解決病人問題。

病人或主要照顧者與醫療人員在安寧療護品質項目之差異性

除「提供資料」、「生命價值」、「家屬焦慮」及「個人事務」等四個項目外，其餘各項目中醫療人員的評核分數皆貼近病人或主要照顧者的評核分數，尤其是疼痛、便秘、噁心嘔吐及呼吸困難等項目，醫療人員的感受與病人及主要照顧者的評核相近，故就「提供資料」、「生命價值」、「家屬焦慮」、「個人事務」等四個項目說明其意義。

病人或主要照顧者對醫療人員在「生命價值」上皆有差異，病人及主要照顧者自認為品質的程度為「總是」至「大多數時間」值得珍惜，分數呈現較低，有較佳

的品質，病人及主要照顧者對此項感到符合期待；醫療人員則認為病人的生命值得珍惜程度是「大多數時間」至「有時候」值得珍惜，醫療人員分數比病人及主要照顧者高，為低估病人生命價值程度，可能原因是病人或主要照顧者對本身或病人的生命有認知生命結束為預期，醫療人員容易由主客觀資料察覺生理現象，但生命價值屬於靈性層面，醫療人員不是專一 24 小時陪伴，不易觀察或理解病人的情境，故評核分數上與病人及主要照顧者之間有差距。

在「提供資料」項目上，病人評估分數較低，認為有較佳的品質，醫療人員的分數略高於病人所評估的分數，亦即病人認為照顧品質良好，醫療人員覺得還不夠理想。在「家屬焦慮」及「個人事務」項目上，醫療人員認為照顧品質良好，主要照顧者覺得還不夠理想，達統計差異，但在個人事務項目上，兩組分數都很低分，都是認為「無此實務的問題」程度。「家屬焦慮」兩組的分數都普遍較高，顯示「家屬焦慮」這項目是值得待改進。住院病人因病況不穩定，家屬焦慮在實際情境中會呈現某種程度焦慮，醫療人員高估自己(醫療人員分數比病人或主要照顧者低)，建議日後對家屬需多些關注。

因安寧療護採團隊照護模式，協調性照護提供可以確保照顧品質⁽¹⁶⁾，故可將結

果分享給社工及志工等其他專業成員參考，以期可以在家屬焦慮上多一些照護。

研究限制

本研究由於議題為醫療品質監測，醫院行政考量較為敏感，故收案僅限某家醫院的安寧病房，故推論性有限，但從研究結果呈現，病人、主要照顧者對於安寧療護照顧之品質成效良好，建議其他醫院也可檢測醫院中安寧照顧品質，藉由實證性資料改善醫療人員對於照顧臨終病人之不足。也建議未來研究可以進行不同醫院對於安寧療護品質之比較，以獲得全面性品質之資料。本研究採入院後一週，採單一施測點評值醫療品質，無法瞭解醫療品質之改善程度，未來設計如能設計在入院時及住院後不同時期以連續性調查，就可獲得連續性資料，以獲悉醫療品質之改善程度。

由於研究對象以安寧病房病人為中心，病人大都為癌症末期病人，ECOG 都屬於第二至第四等級，且收案上會因病人身、心、靈狀況而無法全面性收案，故對於病情較差的臨終病人對於安寧品質便無法獲取資料，另外研究樣本數較小，可能無法顯出統計上的意義，且缺乏病人基本資料及病情相關資訊，皆為本研究之限制，醫療品質之監控為醫療品質維護之重要線索，高安寧療護品質為病人之醫療保

障，希望緩和療護結果品質量表評估可以成爲安寧緩和療護品質常規之監測指標，以利品質之監控，建議未來研究可瞭解影響醫療品質之相關因素，以利醫療品質提昇之規劃方向。

結論

病人、主要照顧者及醫療人員在評核安寧緩和結果量表各項目感受都傾向低分選項，三者之間感受十分接近，病人及主要照顧者皆以「家屬焦慮」爲最差的品質，在「提供資料」、「生命價值」、「家屬焦慮」、「個人事務」等四個項目爲病人或主要照顧者與醫療人員有差異的項目，在「生命價值」、「提供資料」上，爲病人或主要照顧者認爲品質良好，醫療人員覺得還不夠理想；在「家屬焦慮」及「個人事務」項目上，醫療人員認爲照顧品質良好，病人或主要照顧者覺得尚可加強，除此四項目，病人、主要照顧者及醫療人員對對安寧緩和品質有一致看法。

誌謝

本文得以順利完成首先感謝臺北醫學大學癌症卓越研究中心；行政院衛生署「99年建置癌症卓越研究體系計畫」99-102年，臺北醫學大學附設醫院癌症防治中

心；行政院衛生署國民健康局 100 年至 101 年醫院癌症醫療品質提升計畫經費之補助；再者感謝強民小姐進行資料收集、蔡佩苓小姐、錢宥尹小姐的資料整理與行政協助，此外感謝所有安寧病房的病人與同仁大力幫忙，僅此特致謝忱。

參考文獻

1. 台灣安寧緩和醫學學會。通過國民健康局安寧住院認證醫院地址及通過國民健康局安寧居家認證醫院地址。2010年4月16日，取自 <http://60.251.66.144/Qualifikation/index.html>。
2. 台灣安寧緩和醫學學會。99年度「參與提供安寧共同照護服務醫院」名單。2010年4月16日，取自 <http://60.251.66.144/tahpm.html>。
3. 潘玉玲、高偉堯、陳坤虎、黃國哲。接受安寧住院及安寧共同照護病人照護滿意度之比較—以某醫學中心爲例。中華職業醫學雜誌 2009；16(3)：235-44。
4. 沈青青、林妙伶、許婷秀、齊珍慈。醫護人員及家屬對兒童安寧緩和照護需求滿意度之探討。榮總護理 2008；25(3)：206-14。
5. 姚建安、邱泰源、陳慶餘、吳英璋、林瑞雄。緩和醫療住院病人主要家屬照顧者的訊息需求與滿意度的研究。安寧療

- 護雜誌 2003；8(3)：270-82。
6. 黃安年、藍召宴、盧秀杏等。某南部教學醫院安寧療護住院病人服務分析。安寧緩和醫療雜誌 2004；9(3)：224-35。
 7. 林維君、黃文聰、廖純真等。安寧緩和醫療雜誌 2003；8(2)：161-74。
 8. 胡文郁、邱泰源、莊榮彬、陳慶餘、戴玉慈、陳月枝。居家緩和醫療家庭主要照顧者之需求與滿意度。台灣醫學 1993；3(5)：527-37。
 9. 張淑真、机吟惠、黃靜宜。主要照顧者對安寧居家療護照護需求之看法及其滿意度。彰化醫學 2002；7：160-7。
 10. 李佩珊。臨終病人生活品質照護概念架構之論析。安寧緩和醫療雜誌 2003；8(3)：299-308。
 11. Higginson, IJ. (1993). Clinical audit: getting started, keeping going, In Clinical Audit in Palliative Care. Oxford: Radcliffe Medical Press.
 12. Hearn J, Higginson IJ. Development and validation of a core outcome measure for palliative care: the palliative care outcome scale. Qual Health Care 1999; 8(4): 219-27.
 13. Siegert RJ, Gao W, Walkey FH, Higginson IJ. Psychological well-being and quality of care: a factor-analytic examination of the palliative care outcome scale. J Pain Symptom Manage 2010; 40(1): 67-74.
 14. Higginson IJ, Romer AL. Measuring quality of care in palliative care services. J Palliat Med 2000; 3(2): 229-36.
 15. 邱仲峰。安寧緩和療護品質的探討：比較安寧療護病房與非安寧療護病房之療護品質差異(未出版)。台北：台北醫學大學醫學研究所碩士論文，2001。
 16. Jocham HR, Dassen T, Widdershoven G, Halfens R. Evaluating palliative care—a review of the literature. Palliat Care: Res and Treat 2009; 3: 5-12.

【Original Article】

Comparison of the Palliative Care Quality Among Patients, Caregivers, and Medical Professionals

Shen-Chi Wu¹ Jia-Ling Sun² Shih-Ting Chen³ Su-Shia Huang³ Yi-Fen Tsai¹
Li-Chieh Yin³ Shih-Ting Hsu⁴ Wang-Mei Lee⁴ Hui-Feng Fang^{3,4} Jeng-Fong Chiou^{4,5,6}

ABSTRACT

Background: The evaluation of palliative care quality can understand care quality and it can be as an evidence for improving quality. In order to understand the internal consistency of medical professionals, patients and caregiver, health care system needs to be assessed appropriation of patient and caregiver. Previously, some studies focused on the medical quality care for patients' and caregivers' views without medical professionals assessing the same situation, therefore, leading to biases in health care system.

Objectives: The purpose of this study was to compare the palliative care quality among patients, caregivers, and medical professionals.

Method: The cross-sectional research design was conducted. We used the palliative care outcome scale to assess the palliative care quality among the patients, the caregivers, and the medical professionals at the same time. The data were collected from a palliative care unit of the teaching hospital in Taiwan.

Result: The results showed that the palliative care quality of patients and caregivers was in accordance with medical professionals and in ideal situation. The scores of the items, "life worthwhile and information", had statistical significant between patients and medical professionals. The medical professionals perceived the items, "life worthwhile and information", were poor than those of the patients. The scores of the items, "life worthwhile, family anxiety, and personal affairs", had statistical significant between caregivers and medical professionals ($p < 0.05$). The caregivers' perceived the items, "family anxiety and personal affairs" were poor than those of medical professionals. The medical professionals' perceived the item, "life worthwhile", was poor than that of caregivers.

Conclusion: Except the items, "information, life worthwhile, personal affairs, and family anxiety", the scores of patients and caregivers were closed to those of the medical professionals. The results can be references to monitor continually the palliative care quality in the future.

(*Taiwan J Hosp Palliat Care* 2011 : 16 : 1 : 1-13)

Key Words : palliative Care, palliative care outcome scale, palliative care quality

¹Department of Hospice and Palliative Center, Taipei Medical University Hospital, Taipei, Taiwan

²Department of Nursing, Yuanpei University, Hsinchu, Taiwan

³Department of Nursing, Taipei Medical University Hospital, Taipei, Taiwan

⁴Department of Cancer Center, Taipei Medical University Hospital, Taipei, Taiwan

⁵Department of Radiation Oncology, Taipei Medical University Hospital, Taipei, Taiwan

⁶Department of Radiation Oncology, School and College of Medical, Taipei Medical University, Taipei, Taiwan