

# 行政院衛生署科技研究發展成果報告

計劃名稱：台灣癌末照護體系之研究---安寧療護文獻之查證  
Better care system for the end of life in Taiwan ---  
Literature review of palliative care studies

計畫編號：DOH—88—TD—1124

執行機構：台大醫學院 家庭醫學科

計畫主持人：邱泰源

協同主持人：陳慶餘、胡文郁、周玲玲

研究員：莊榮彬、姚建安、鄭逸如、黃鳳英

研究助理：鄧錦惠

執行期限：87年10月1日至88年6月30日

# 目 錄

壹、摘要.....	1~2
一、中文摘要.....	1
二、英文摘要.....	2
貳、本文.....	3~76
一、前言.....	3~5
二、材料與方法.....	6~13
(一) 研究前理論架構.....	6
(二) 研究計畫推動組織架構圖.....	7
(三) 文獻回顧後建立之理論架構.....	8
(四) 研究方法.....	9-13
三、結果.....	14~44
(一) 量性結果.....	14~15
(二) 質性結果.....	16~44
四、討論.....	45~48
五、結論與建議.....	59~62
六、參考文獻.....	63~64
七、圖表.....	65~76
表 1.國內安寧療護相關文獻發表年度.....	65
表 2.安寧療護相關文獻發表出處.....	66
表 3.文獻類別.....	67
表 4.作者之專業領域.....	68
表 5.依照問卷之文獻內容分類.....	69
表 6.依照研究架構的工作目標之文獻內容分類.....	70
表 7.文獻中所使用之研究方法.....	71
表 8.研究對象.....	72
表 9.研究對象國籍.....	73
表 10.文獻中之取樣方式.....	74
表 11.西文期刊文章分類.....	75~76
三、附錄.....	77~130
附錄一、有關安寧療護網路資料庫索引.....	77~78
附錄二、研究文獻目錄.....	79~81
附錄三、文獻審閱問卷.....	82~83
附錄四、提供政策決策者之參考資料.....	84~101
附錄五、提供學術研究者之參考資料.....	102~118
附錄六、提供實務工作者之參考資料.....	119~130

# 摘要

## 一、中文摘要

癌末病人日益增多，照顧癌末病人也成為醫療體系中不可欠缺的一部份。過去十年來，國內有識之士，曾耗費過大量時間、經費及人力完成各類研究資料，其研究成果對未來本土化安寧療護工作推展將有極大助益。本研究即據此而進行國內安寧療護癌末照顧有關研究文獻之查證工作，希望提供進一步建立完整癌末照顧體系最有效率的努力方向及工作重點。本研究蒐集國內所有有關安寧療護癌末照顧原著報告共 58 篇，並進行專家審閱查證工作，除提出一般量性及質性結果外，同時建立新的理論架構，依工作目標的分類，進一步提出評論及建議。結果顯示：有關文獻最早為 1985 年度，其後數量有逐年增加趨勢，其中碩士論文最多 (31.0%)，內容則以心理層面研究最多 (17.3%)，依類別而言則以實務性研究最多有 30 篇 (51.7%)，研究方法則以量性研究最多 (74.1%)，而取樣方式主要為非隨機抽樣法 (82.8%)。至於質性結果除將各文獻逐篇重點列述外，也根據結果做出結論，並建議國內未來工作推展重點如下：

1. 持續推展死亡教育及宣導安寧療護理念。
2. 持續探討本土化追求善終之道。
3. 宗教力量適切引進安寧療護工作。
4. 臨床工作倫理困境指引。
5. 癌痛及常見症狀指引的建立。
6. 國內癌末生活品質評量工具及應用。
7. 增強心理調適及哀傷輔導之落實。
8. 社區癌末照顧資源充分及能力的提昇。
9. 照顧團隊合作方式及人力資源的發掘。
10. 緩和醫療法儘速立法
11. 將生活品質及家人社會成本計入的成本效益分析。
12. 爭取合理健保給付。
13. 服務品質稽核工具普遍施行。
14. 安寧療護納入醫學正規教育。
15. 死亡教育納入國中小正式課程。

關鍵字：安寧療護、癌末病人、文獻回顧。

## 二、英文摘要

There is a tendency of increasing terminal cancer patients in most of the countries. It is well recognized that care of terminal cancer patients are the essential part of medical care system. In last decade, there were a number of research papers in Taiwan. These reports would make the future directions more clear in the development of hospice care. This study of literature review collected all the original papers in Taiwan and found 58 articles. The important findings of each paper were recorded by jury reviews of increasing the number of papers year by year since 1985. Master thesis occupied mostly these papers (31.0%). Emotional problems was most common (17.3%) for the content of researches. As for the type research for clinical practice had the highest percentage (51.7%). Quantitative study was the commonest (74.1%) in methodology. And non-randomized sampling method was often utilized (82.8%). The suggestions proposed according to the new established conceptual framework are including: 1) public education for thanatology and hospice care, 2) continue to find the way for good death, 3) recruit religious manpower into hospice care, 4) guideline for the clinical dilemmas, 5) guideline for pain and other symptoms control, 6) evaluation tool for quality of life, 7) promotion of the coping ability to the truth and bereavement care, 8) establish better community care, 9) multiprofessional practice in team work, 10) regulations and laws for palliative care, 11) cost-benefit analysis which includes the life quality, 12) reasonable insurance payment, 13) useful tool for auditing quality of palliative care, 14) incorporation of hospice and palliative care to medical education, 15) death education since childhood.

**Keyword:** hospice, palliative care, terminal cancer patients, and literature review.

# 本文

## 一、前言

### (一)研究問題之背景與現況

台灣地區目前一年有二萬九千人因癌症而死亡，其中大多數病患在其癌症末期時，皆承受了身、心、靈之極大的煎熬後痛苦而死，這實為醫療照顧體系的一大缺憾。有鑑於此，國內有志之士早已有倡導臨終關懷之議，1990年馬偕醫院正式成立國內第一家安寧病房，以提供給癌症末期病患身、心、靈整體性的團隊照顧。而後，中華民國安寧照顧基金會、康泰文教基金會及佛教蓮花臨終關懷基金會等相繼設立，1994年耕莘醫院也成立第二家安寧病房，接著1995年台大醫院也籌設了緩和醫療病房。此時衛生署也積極推動，並邀集了相關專家進行一連串密集的推動工作會議，並成立推動小組研商各類有關安寧療護的推展策略，並先由四個工作方向積極進行，即止痛藥物使用規範、人員研修訓練、照顧品質的評估及居家照顧的推動，並分別以委託計劃進行研究。同時一年間衛生署亦制定了『安寧住院療護服務及居家服務設置規範』，以建立提供服務者(醫院、醫師、護理人員…等)對安寧療護的共識，並以確定方向及服務品質〔1〕，成效良好。也由於癌末病人日漸增多、末期照顧理念的推展及衛生署全力推動之種種有利因素，國內各醫院也風起雲湧地發展安寧療護計劃及設立安寧病房，到1999年8月底為止，陸續有台北市立忠孝醫院、高雄聖功醫院、嘉義基督教醫院、花蓮慈濟醫院、台北榮民總醫院、雲林聖若瑟醫院、省立桃園醫院、成大附設醫院等等共16家已設立安寧病房。同時1996年7月起也有十家大醫院包括台大、馬偕、耕莘、彰基…等醫院開始參與衛生署的安寧居家療護試辦計劃，在這個試辦計劃中，也嚐試居家療護與住院照顧的連貫，並分析其成本效益及服務品質，進而探討仿效日本安寧居家照顧的特別保險給付之可行性等〔2〕，同時，1998年7月也通過11家醫院試辦居家療護，而後更有多家醫院投入安寧居家療護工作。在研究方面，早在國內安寧病房開設之前已有癌末照顧相關研究，但因本土經驗較少，且照顧理念尚未成形，研究報告不多。而自1990年來衛生署及國科會有關安寧療護研究計劃漸增，各大專院校也有不少教師及研究生投入癌末安寧療護之研究。隨著安寧療護需求增加，有關研究工作也漸增加，至今也累積不少本土化研究資料。由以上國內安寧療護發展的過程，可知安寧療護在國內已有良好的開始。而在國內安寧療護如火如荼推展，並將成為醫療照顧體系的一部份之際，如何根據過去本土發展的經驗，

並參考國外發展模式，設計一套完整的癌末安寧療護體系，實為當務之急。

觀之目前國內癌末病人所面臨的困境包括：1. 癌末人口日益增加，2. 癌末病人仍承受身心靈煎熬：疼痛、各類症狀、情緒失調、畏懼死亡，3. 癌末病人失去良好關係：醫療放棄、求救無門、自主性喪失，4. 無法得到良好的社區照顧：家庭失調、無法居家療護及住院死亡[3]。而國內癌末照顧體系上，頗有困惑及爭論處則包括：1. 安寧療護認知、態度、意向行為：如病人家屬及醫療人員態度、死亡文化觀、癌症及治療認知。2. 初次評估：何種病人適合安寧療護、入院限制、同意書內容等。3. 照顧機構及模式：住院、居家、日間照顧的設立及其適應情況、人力資源、成本效益、症狀處理、護理照顧、照顧品質指標。4. 生活品質及善終情形：生活品質指標、善終指標。5. 其他：如何提供適切 (appropriate) 治療、倫理困惑之解決指引等[4、5、6、7]。以上困惑及爭議處的探討及解決，深切影響良好安寧療護體系的建立，。而要有效率的了解國內需求及問題所在，則以國內過去已耗費大量時間、經費及人力來完成的各類研究資料最值得參考，然而，國內學術界尚未有進行此文獻查證的工作，殊為可惜。因此，如何完整地蒐集國內有關安寧療護的研究成果及文獻報告，並參考國外經驗及文獻[8-14]，提出正確的方向及有效的方法，來進一步協助完善癌末照顧體系之建立，已為刻不容緩的重要工作了。

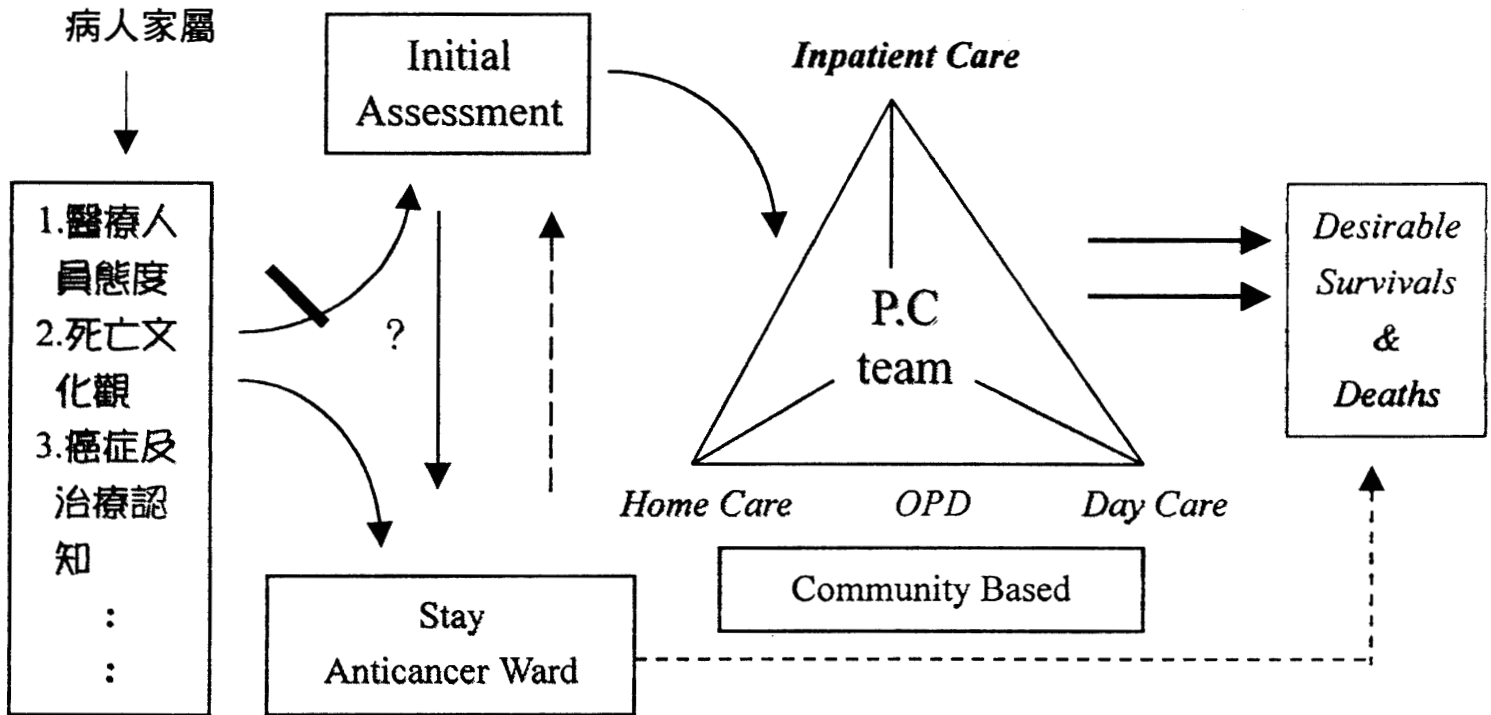
## (二)研究目的

1. 蒐集國內安寧療護相關研究結果及文獻報告。
2. 依癌末照顧體系理論初議及歸類，進行文獻內容分析，並邀請專家評論。
3. 建立新的安寧療護照顧理論架構，重新歸類分析，呈現本土資料。
4. 提出正式之評論及建議，作為建立本土化癌末照顧體系的行政推展及學術之理論基礎。

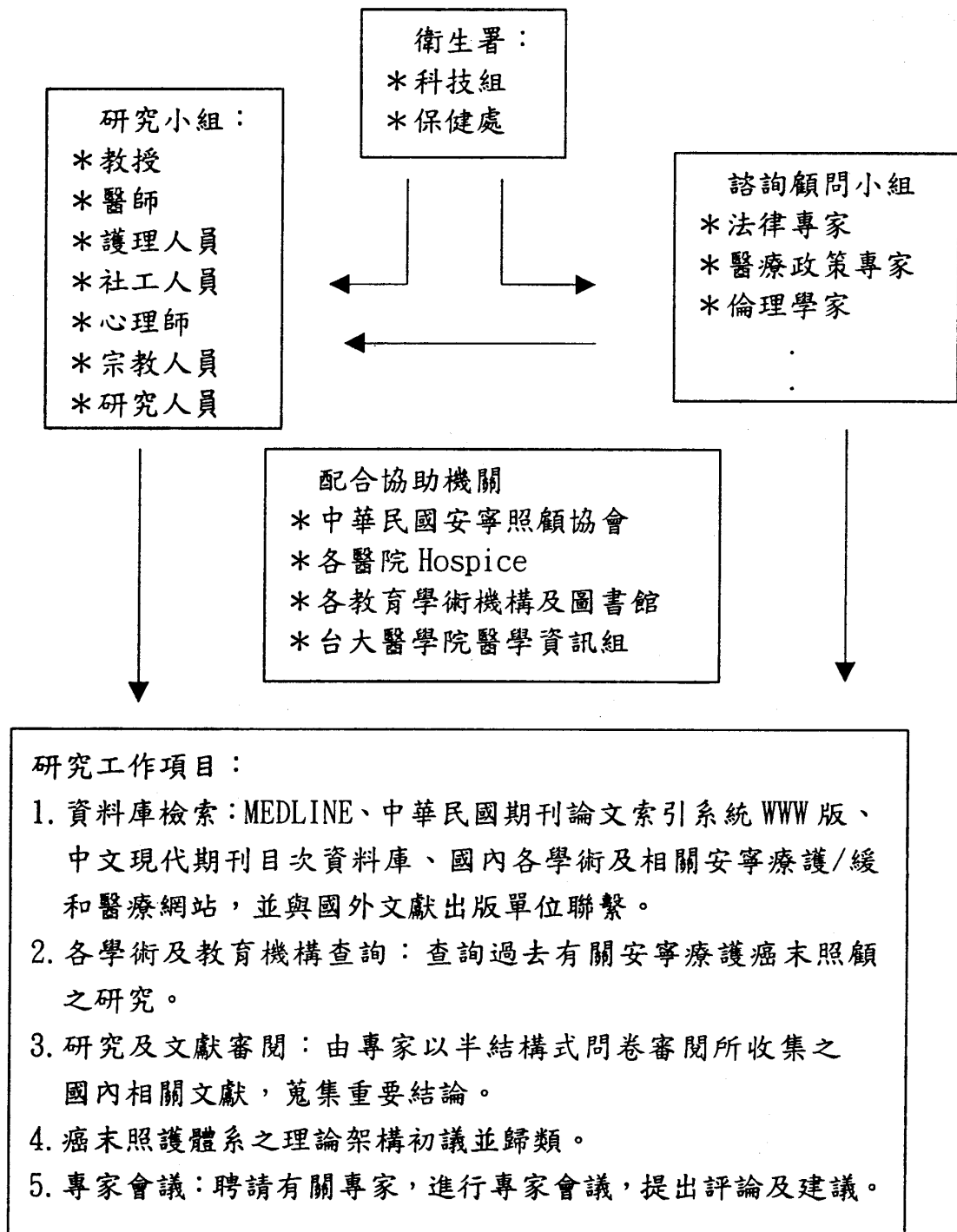
## 二、材料與方法

### (一)研究前理論架構 (Conceptual framework)

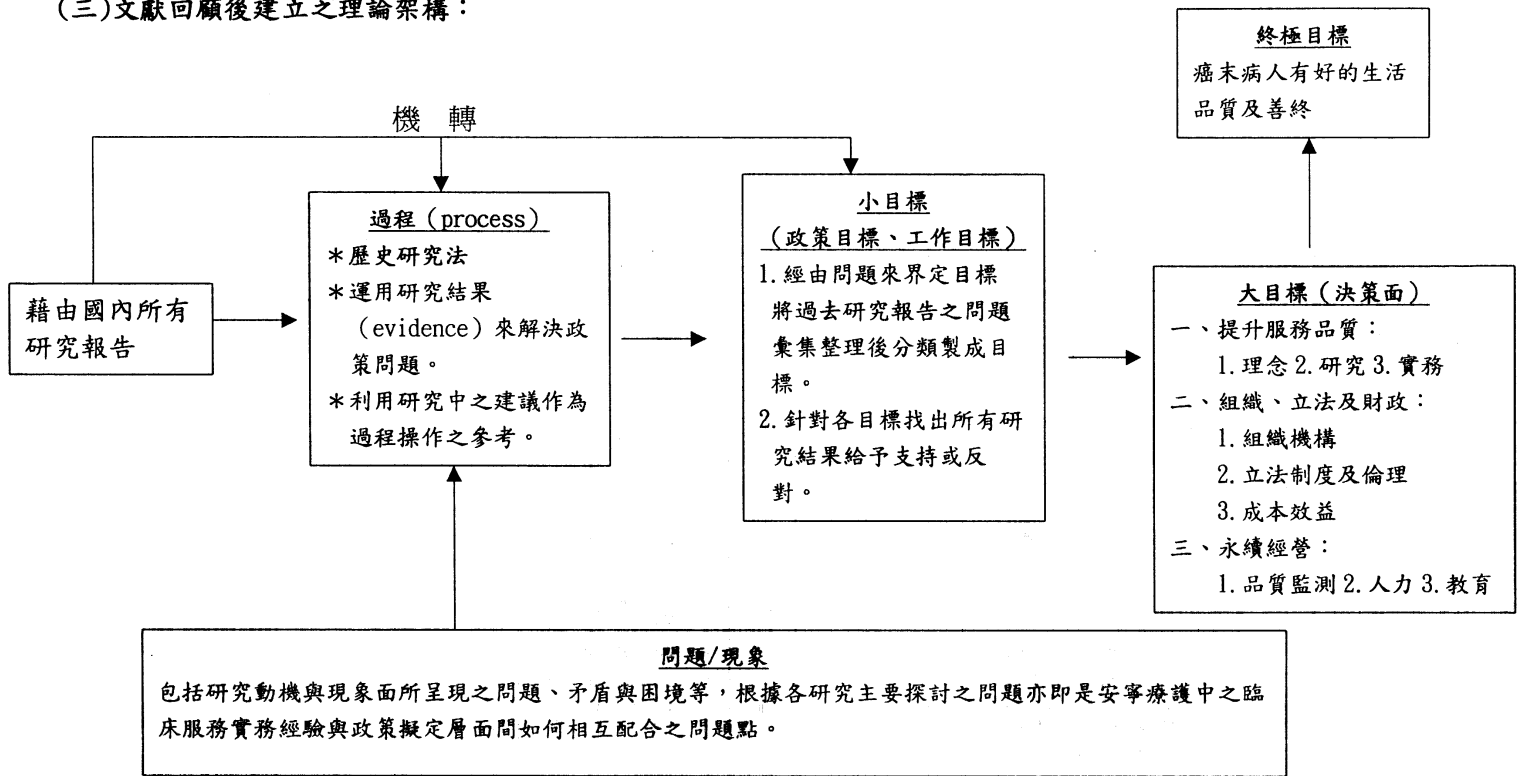
癌末病人照護流向圖



## (二)研究計劃推動組織架構圖(Organization for research)



(三)文獻回顧後建立之理論架構：



## (四)研究方法

本研究以查詢國內有關「癌症末期/緩和醫療/安寧療護」之文獻為主，並以西文期刊為輔。整個研究過程包括 1. 文獻查詢、2. 審閱問卷設計、3. 專家針對文獻審閱評論及整理、4. 研究理論架構之建立等四大步驟進行，以下分別論述之：

### 1. 文獻查證

為瞭解國內有關「癌症末期/緩和醫療/安寧療護」以及國外相關文獻之現況，本研究所查詢之國內文獻只採用較嚴謹且經審核過之原著論文及報告，分別利用網路、電話和信件詢問、以及期刊目錄翻閱、親自前往各圖書館查詢並索取全文等方式查詢相關研究文獻。

據此，針對國內有關「癌症末期/緩和醫療/安寧療護」之研究現況進行初步探討。

#### 1) 網路查詢方面

針對國內相關研究論文之查詢，分別以國內各大收藏博碩士論文、期刊、國科會衛生署及其他有關安寧療護等相關網站查詢。分述如下：

##### (1) 博碩士論文：

分別查詢台大圖書館中文博碩士論文資料庫、國家圖書館全國博碩士論文摘要檢索系統、國立政治大學圖書館社會科學資料中心，國科會資料中心之博碩士論文摘要系統等網站，並分別以『癌末』『末期癌症』『安寧療護』『安寧照顧』『緩和醫療』『安寧照顧』『末期病人』『末期照顧』八個關鍵詞查詢。

又針對『以台灣癌末病患為研究對象，但發表在國外期刊或當成國外博碩士論文』之研究報告部分，查詢漢珍線上系統：UMI 博碩士論文索引資料庫，分別以『Hospice and Taiwan』、『Palliative care and Taiwan』、『Terminal care and Taiwan』、『Terminal cancer and Taiwan』、『Terminal Patient and Taiwan』等五個關鍵字查詢。

##### (2) 期刊：

分別進入中華民國期刊論文索引 WWW 版、中華民國期刊論文索引影像系統、國科會科資中心之科技期刊論文摘要系統及人文社會期刊論文摘要系統等網站，分別以『癌末』『末期癌症』『安寧療護』『安寧照顧』『緩和醫療』『安寧照顧』『末期病人』『末期照顧』八個關鍵詞查詢期刊篇名，另針對期刊的部分，進入國家圖書館中華民國出版期刊指南系統，分別以『醫』『護』『醫學』『護理』『營養』『社會』『心理』『麻醉』『疼痛』『安寧』等 10 項關鍵詞查詢相關中文期刊。查詢到之相關期刊約 1000 多種，再經研究者審閱後，選出較為可能刊登研究論

文之期刊進行查證。

### (3)國科會：

①國科會首頁查詢系統：此一系統可依照主持人、執行機關、學門類別以及綜合查詢，在研究期間，從此一系統查詢發現只要有在國科會申請過之研究計畫，不論其是否審核通過或執行完成都在網路上呈現，且無只針對某些關鍵字查詢的系統，若依照主持人、執行機關或學門類別查詢則資料太龐大且無法辨識是否為執行完成之研究報告。因此，在查詢上有相當之困難性。但在研究撰寫期間，研究者在進入查詢此年度之研究計畫申請案時，發現此國科會首頁查詢系統已更新為可查詢民國 80 年度到 90 年度通過之計畫，並可利用綜合查詢系統以關鍵字查詢。

②國科會科資中心：分別進入國科會科資中心之研究計畫摘要、研究報告摘要、學術會議論文摘要等系統，分別以『癌末』『末期癌症』『安寧療護』『安寧照顧』『緩和醫療』『安寧照顧』『末期病人』『末期照顧』等八個關鍵詞查詢。此系統可算是目前有關國內研究報告收藏較多的一個資料庫，但在索取全文上則不是那麼完善，有關國科會之研究相關資料也不甚齊全。

### (4)衛生署：

①研究計畫查詢系統網站：其中只有八十五年度以前之研究計畫可用關鍵字查詢，因此分別以『癌末』『末期癌症』『安寧療護』『安寧照顧』『緩和醫療』『安寧照顧』『末期病人』『末期照顧』等八個關鍵字查詢，而八十五、八十六、八十七年度的則將網路上所刊載的資料逐筆依照八個關鍵詞察看是否有符合的資料。

②科技發展組：分別以『癌末』『末期癌症』『安寧療護』『安寧照顧』『緩和醫療』『安寧照顧』『末期病人』『末期照顧』等八個關鍵詞查詢。此網站主要查詢有關衛生署補助計畫。

### (5)其他

從網路資料搜索中，為達到查詢方式的徹底，也將網路有關安寧療護/緩和醫療相關網站做一紀錄，並此相關網站之網址、網站名稱、以及其功能與缺點做一統整，製作一安寧療護/緩和醫療相關網站之索引。(附錄一)

針對國外文獻方面，本研究以 MEDLINE 之西文期刊資料庫為主查詢有關「安寧療護/緩和醫療」相關回顧文獻，以關鍵詞查詢「Palliative care and review」及「Hospice and review」在 1994-1998 年間之文獻。

## 2) 電話及信件查詢方面：

### (1) 電話查詢：

分別詢問退輔會、台中榮民總醫院、高雄榮民總醫院、安寧研修中心、安寧基金會、安寧照顧協會、衛生署保健處、衛生署科技中心、衛生署圖書館等有關安寧療護/緩和醫療之相關文獻資料其負責單位與如何查詢以及索取全文。

### (2) 信件查詢：

①制訂一針對『以台灣癌末病患為研究對象，但發表在國外期刊或當成國外博碩士論文』之研究報告表格分別寄給各安寧病房相關研究/工作者者，包括：馬偕醫院安寧研修中心賴允亮醫師、李閏華社工；安寧基金會張玉仕執行長、高瓊悅秘書；桃園省立醫院楊友華醫師、台北榮總蔡世滋醫師、吳彬源醫師、林明慧醫師；慈濟醫院王英偉醫師、許禮安醫師；耕莘醫院黃耀祖醫師、劉樹泉醫師；台中榮總翁益強醫師；嘉義聖馬爾定醫院黃安年主任；台南成大護理系趙可式老師；南華生死研究所尉遲淦所長；台北醫學院林佳靜老師。

②以郵件方式，填寫 UMI 申請書，分別以『Hospice and Taiwan』、『Palliative care and Taiwan』、『Terminal care and Taiwan』、『Terminal cancer and Taiwan』、『Terminal Patient and Taiwan』等五個關鍵字，請 UMI 的美國總公司協助查詢有關『以台灣癌末病患為研究對象，但發表在國外期刊或當成國外博碩士論文』之研究報告。

## 3) 期刊目錄現場翻閱

從國家圖書館中華民國出版期刊指南系統，分別以『醫』『護』『醫學』『護理』『營養』『社會』『心理』『麻醉』『疼痛』『安寧』等 10 項關鍵詞查詢有關中文期刊後，經研究者篩選後選出可能發表相關文章之期刊後，前往圖書館翻閱近 5 年之期刊目錄。

## 2. 文獻審閱問卷的設計 (附錄二)

為了瞭解查證之文獻內容，進行問卷設計，分別就作者之背景、發表年代、文章分類、研究方法、取樣方法以及研究結果、發現及建議、臨床上之應用、以及專家對未來安寧療護有何本土化之貢獻等製作半結構式問卷，以作為專家文獻回顧及整理之依據。

本查證問卷內容包括兩大系統九大部分，第一系統屬於量性資料包括第一部份到第七部分，而第二系統是屬於質性資料包括第八部分及第九部份。分述如下：

### 1) 量性資料：

第一部份包括『問卷編號』、『審閱老師』、『發表年度』及『文章題目』，此一部份設

計是為了使收集到的文獻容易整理歸納。

第二部分為文章出處，針對此文章的補助單位或網路查詢到之出處來分類，包括『國科會研究報告』、『衛生署研究報告』、『退輔會補助研究』、『碩士論文』、『博士論文』、『期刊研究論文』、其他等共有 7 個選項。

第三部份為文章作者部分，包括『第一作者』及其『專業領域』，包括『醫師』、『護士』、『社工師』、『心裡師』、『宗教師』、『碩士』、『博士』及『其他』等 8 個選項。

第四部分為文章內容，此部份根據癌末照顧體系裡論架構歸類之九大項為主要分類原則，並以關鍵字「Hospice」「palliative care」「terminal care」「terminal cancer」查詢英文期刊篇名後，依大部分的篇名類別增加分類項，共分為『歷史演進』、『組織機構』、『立法制度』、『人力資源』、『財政成本效益』、『心裡層面』、『靈性層面』、『家屬照顧層面』、『悲傷輔導』、『品質指標與監測』、『症狀控制及護理』及『其他』等 12 大項，又因症狀控制及護理包括層面太廣，又分為「疼痛」、「呼吸困難（咳嗽）」、「腫瘤傷口（造瘻口）」、「精神症狀」、「謔妄」、「進食與營養」、「腸胃道症狀」、「水腫及腹水」、「全身倦怠」、「發燒」及「其他」共 11 小項。

第五部份為文獻所使用之研究方法，包括『量化研究』、『質性研究』、『三角交叉法』、『個案研究』、『Meta-analysis』及『其他』等 6 大項，在量性研究中又分「實驗法」與「非實驗法」；實驗法中有可分為「實驗設計」及「準實驗設計」。非實驗法又可分為「描述性研究」、「相關性研究」、「因果模式研究」。在質性研究方面，可分為「人種誌學」、「現象學」、「歷史性研究」、「詮釋學」、「紮根理論」、「田野研究」及「其他」等 7 小項。

第六部分包括『研究對象』及其『國籍』，研究對象分類包括「病人」、「家屬」、「看護」、「醫師」、「護士」、「社工」、「心理師」、「宗教師」、「民眾」及「其他」等 10 項，且為複選題。

第七部分為『取樣方式』，採半開放式問答題，包括有「隨機抽樣」、「非隨機抽樣」及「理論取樣」等 3 項，並針對此選項將研究報告中的研究方式描述出來。

## 2) 質性資料：

第八部分為研究中之重要結果，採開放式問答題，題目包括(1) 本研究中之重要結果、(2) 本研究之重要發現、(3) 本研究結果於臨床實務及教育之應用、(4) 作者對未來研究之建議及方向、(5) 此研究之限制。

第九部份為專家審閱後自己的看法與建議，題目包括專家認為該篇文獻的(1) 主要發現、(2) 對安寧療護未來進行本土化研究之建議，此部份亦採開放性問答題。

### 3. 專家文獻審閱及整理

審閱專家的選擇，是以其所學專長及專業領域，配合其從事之相關研究，經研究者選擇後，將每一篇文獻全文及一份審閱問卷交由專家審閱。將審閱問卷回收後，以量性資料與質性資料兩大部分分別整理。分述如下：

#### 1) 量性資料：

- (1) 國內文獻方面：依照審閱問卷之第一部份到第七部份以 spss 套裝統計軟體來建檔，並以描述性統計來分析。
- (2) 國外文獻方面：研究者根據審閱問卷之內容分類為大綱，將所查詢到之西文文獻標題分類，同樣以 spss 套裝統計軟體來建檔，並以描述性統計來分析。

#### 2) 質性資料：

審閱問卷之第八部份及第九部份為開放式問答題，將專家審閱後資料依發表年代、文章出處、研究者及文獻題目製作一有關癌症末期之安寧療護/緩和醫療相關文獻目錄(附錄三)；另將各篇文獻之題目、作者、審閱專家、出處及問卷第八部份及第九部份之質性資料，如(1)研究之重要結果(2)研究之重要發現(3)研究結果於臨床實務及教育之應用(4)作者對未來研究之建議(5)研究限制(6)專家對研究之主要發現(7)專家對安寧療護未來本土化研究及工作之建議等七個題目，依照經專家回顧文獻後，所建立架構之大目標：(一)提升服務品質：1. 理念 2. 研究 3. 實務；(二)合理成本效益：1. 組織機構 2. 立法制度 3. 財政成本效益；(三)落實永續經營：1. 品質監測 2. 人力 3. 教育等三大類九個項目，分類整理出質性結果。又根據質性結果針對政策決策者、學術研究者以及臨床實務工作者整理製作出三份資料，分別提供不同領域者參考。

### 4. 新的研究理論架構之建立

資料整理完成後，再經過數次專家會議討論出一新的研究理論架構(見材料與方法中之『文獻回顧後建立之理論架構』)，針對所收集到之國內所有研究報告，如何經過整理、分類等過程，將這些資料轉化成政策、實務面的推動與改進方向及目標，進而達到使癌末病人有好的生活品質及善終之終極目標。

### 三、結果

#### (一)量性結果

研究期間 87 年 10 月 1 日至 88 年 6 月 30 日，以上述研究方法共查詢到國內有關「安寧療護/緩和醫療」相關研究文獻 58 篇，由專家依照本研究設計之審閱問卷審閱；國外文獻從 1994 至 1998 年間有關「Palliative care and review」及「Hospice and review」之文獻，查詢結果共得 1140 篇，並依照題目名稱加以分類。

##### 1. 國內相關文獻之量性結果如下：

###### 1) 發表年度 (表 1)

研究期間所查詢到之國內相關研究文獻，發表年度最早的為 1985 年，發表期間從 1985 年至 1999 年，其中以 1997 年最多有 19 篇占 32.8%；其次為 1998 年 14 篇 (24.1%) 及 1996 年 10 篇 (17.2%)。

###### 2) 文獻出處 (表 2)

我們將查詢到之文獻出處作分成四大類別一統計，分別為 (一) 研究單位共有發現從中華家醫誌查詢到之相關文獻最多，共 6 篇占 10.3%，其次是研究單位為台大醫院的有 4 篇占 6.9%，再者研究單位為護理研究所 (包括國防醫學院 1 篇、台灣大學 1 篇、慈濟醫學院 1 篇)、公共衛生研究所 (陽明大學 1 篇、高雄醫學院 1 篇、台灣大學 1 篇)、高雄醫學院、馬偕醫院以及發表在護理雜誌者都各有 3 篇，各佔 5.2%。

###### 3) 文章類別 (表 3)

研究結果發現，文章類別以碩士論文最多共 18 篇占 31.0%；其次為期刊研究論文 14 篇占 24.1% 以及國科會與衛生署研究報告各有 10 篇，各佔 17.2%，其中國科會研究文章有 4 篇為已投稿之文章，而衛生署研究文章中則有 1 篇為投稿文章。

###### 4) 第一作者之專業領域方面 (表 4)

第一作者之專業領域以醫師為最多，共 22 位占 37.9%；其次為護理人員 20 位占 34.5% 及碩士論文 11 位 (19.0%)。

###### 5) 文獻內容分類

###### (1) 依照問卷之文獻類容分類 (表 5)：

結果發現，以研究心理層面議題之文獻為最多共有 10 篇占 17.3%；其次為品質指標與監測之文章有 9 篇占 15.5%；再者為其他無法歸類之文章共有 8 篇 (13.6%)，分別是研究「文獻調查」、「另類治療」、「存活期預測」、「死亡教育」、「照顧場所」、「態度」、「醫病溝通」、「瀕死症狀分析」等 8 篇；而研究靈性層面

與家屬照顧層面之文章也分別各有 6 篇，各占 10.4%；而以研究財政成本效益及組織機構之文章也各有 4 篇，各占 6.9%。

## (2) 依照研究架構之工作目標分類 (表 6)：

結果發現，研究文獻中主要以實務之研究為主，共有 30 篇占 51.7%；其次為有關品質監測之研究文章有 9 篇占 15.5%；有關理念之文章有 5 篇占 8.6%；而有關財政成本效益與研究之文章各有 4 篇，各占 6.9%。

## 6) 文章中所使用之研究方法 (表 7)

國內有關「安寧療護/緩和醫療」之相關研究文獻中，其研究方法主要是以量化研究為主共 43 篇占 74.1%，而質性研究居次共有 11 篇占 19%，所有研究中又以量化研究之描述性研究為最多共有 29 篇；其次為相關性研究有 8 篇占；而質性研究中之田野研究則有 7 篇占所有文獻 12.1%。

## 7) 文獻中之研究對象

### (1) 研究對象 (表 8)

此大項因為考慮研究對象之多重性，因此採複選題的方式來回答，結果發現，研究對象以病人為對象者為最多共有 39 篇占 67.2%；其次為以家屬為研究對象共有 20 篇占 34.5%；以醫師為研究對象者共有 13 篇占 22.4%；以護士為對象者有 10 篇占 17.2%；針對社工及其他對象各有 8 篇，各占 13.8%；其中其他對象包括「全院醫療單位之各科主任」、「安寧療護機構」、「相關文獻」、「音樂、美術老師」、「動物（白鼠）」、「統計人員」、「機構組織（基金會）」、「醫療團隊」等；也有針對宗教師為對象有 5 篇（8.6%）、民眾 3 篇（5.2%）以及心理師 1 篇（1.7%）。

### (2) 研究對象國籍 (表 9)

研究對象之國籍主要以國籍為台灣之對象為主共有 55 篇占 94.8%；另外有 2 篇（3.5%）其對象是沒有國籍限制的；有 1 篇（1.7%）是針對日本及台灣兩國籍之民眾為對象之比較性研究。

## 8) 文章中之取樣方式 (表 10)

國內相關文獻所採取的取樣方式主要以非隨機抽樣為主共有 48 篇占 82.8%；其次為隨機抽樣共有 7 篇占 12.1%、理論取樣 2 篇（3.5%）及無取樣方式 1 篇（1.7%）。

## 2. 國外相關文獻之量性結果如下 (表 11)：

查詢結果共得 1140 篇，並依照題目名稱加以分類。其中以診斷及緩解性治療為最多，共有 140 篇占 12.3%；其次為疼痛有 89 篇占 7.8%及放射性治療 86 篇占 7.5%。

## (二) 質性結果

經專家回顧文獻後，依建立架構之大目標分項為：壹、提升服務品質：一、理念。二、研究。三、實務。貳、組織、立法及財政：一、組織機構。二、立法制度及倫理。三、成本效益。參、永續經營：一、品質監測。二、人力。三、教育。等三大類九個項目歸類整理。

分別針對每一篇文獻列出 1. 研究之重要結果。2. 研究之重要發現。3. 研究結果於臨床實務及教育之應用。4. 作者對未來研究之建議。5. 研究限制。6. 專家對研究之主要發現。7. 專家對安寧療護未來進行本土化研究之建議，整理出質性結果。又根據質性結果分別針對政策決策者(附錄四)、學術研究者(附錄五)以及臨床實務工作者(附錄六)等不同領域之對象，分別整理製作出三類資料，以提供不同領域者參考。質性結果呈現如下：

歸類	題目	作者	出處	內容分類(註)	文獻查證質性結果
		專家			
壹、提升服務品質：一、理念	(1) 安寧照顧醫療化之困境探討	鍾麗真	中正大學心理學研究所	1	1. 居家照顧、社區照顧是應當著重的方向。 2. 在整體性照顧的理想下，醫護人員在現實中常遭遇到各種兩難困境。 3. 病人是安寧照顧的主體但在一開始的決策過程中(住安寧病房)，病人往往不知情。
				2	1. 醫療化的安寧照顧受限於疾病與治療的觀點下困境因而產生。 2. 護理人員由於第一線面對病人，理念與實際的落差感受與衝擊十分強烈。 3. 生命意義的建構往往被認為在身體疼痛被控制後才開始，意義治療的內涵其實在於試著轉變病人的疾病態度，透過意義建構去超越無法以醫學理解之痛苦。
				3	1. 目前"醫療團隊"不代表專業之間有同等決策權力與自主性→加強團隊溝通。 2. 醫療人員照顧癌末病人，應能接受人的力量在死亡上的有限，並有"死亡教育"之觀念。 3. 醫療人員從病人身上所學的遠比我們所能提供給他們的幫助還要多的多。
		邱泰源		4	1. 更深更廣地分析相關資料及探討機轉。 2. 提供安寧照顧規劃者更具體的建議。 3. 讓需要臨終照顧者能夠真正擁有照顧的實質。
				5	1. 資料搜集處理與論文討論焦點? 2. 文化差異和語言溝通? 3. 粗略分析困境，未一一探討機轉。
				6	1. 病人往往未充分告知病情且常不是自己選擇住入安寧病房。 2. 安寧照顧人員常有困難症狀的控制及倫理困境之困擾；包括病人及其家庭接受度，症狀無法控制等，且團隊溝通若有障礙則會影響照顧 3. 安寧照顧一旦機構化後是否符合經濟效益及其初衷值得商榷。
				7	1. 如何加強"死亡教育"於一般民眾(自幼)、醫護人員，"自主權"歸於病人，"死"不再是忌諱。 2. 提高癌末症狀治療品質及靈性信仰的力量。 3. 落實安寧照顧觀念於各病房，成立機構於大醫院外。 4. 推動居家照顧，家庭資源不足者，可以機構處理及健全社會福利。 5. 整合團隊資源。

註：1. 研究之重要結果。2. 研究之重要發現。3. 研究結果於臨床實務及教育之應用。4. 作者對未來研究之建議。  
5. 研究限制。6. 專家對研究之主要發現。7. 專家對安寧療護未來本土化研究及工作之建議。

文獻查證質性結果

歸類	題目	作者	研究單位	內容分類(註)	
		專家			
壹、提升服務品質：一、理念	(2) 現代社會對死亡的省思——以癌症病人為個案剖析	蔡友月	東海大學社會學研究所	1	以七個個案的故事為腳本，診視現今醫療機構在照顧臨終病人的問題並以安寧療護作比較。
				2	補充過去只從醫療專業的角度思考生死大事之不足。尊重生命的觀念，落實於醫療主體身上的落差。
				3	改進醫療專業對癌末照護的盲點對安寧療護之推展有學術性之依據。
				4	對社會學思考所呈現的問題期待安寧療護有所因應。
		陳慶餘		5	作者在論文資料收集期間以全職護士身份參與所收集個案之安寧療護，難以作超然性的觀察。
				6	本論文以社會學方法的研究對癌末病患在現代化醫療「去人性」照顧下所呈現的種種問題對推動安寧療護的工作有積極性的貢獻。
				7	社工人員為安寧療護團隊的成員對目前癌末病患社工的角色和功能應有前瞻性的探討和研究。
	(3) 最後一段旅程——剖析癌症病人在醫院的垂死歷程	蔡友月	中華心理衛生雜誌 1998	1	1. 安寧療護提供給患者及家照顧好過其他單位，但有些人還是死得很痛苦。 2. 許多因素膨脹了病人在安寧病房中面對死亡過程中安詳、光輝的一面。
				2	醫學的力量有時是很有限的。很多時候，對病人與家屬而言，安詳尊嚴的垂死歷程是屬心靈層次的意義。
				3	1. 認清安寧療護是工作人員的目標及自我期許。 2. 恰當合理的理想將讓工作團對能更長久，有效地提供服務。 3. 省思安寧療護的推動策略及內容。
				4	無
		鄭逸如		5	此研究是著重對現象的觀察與整理，提出相關的缺失與疑問，至於進一步的分析，及相應的解決之道則有賴後續的研究。
				6	1. 不只是在醫、患、家屬之間有認知差距，在醫療團對中（醫生與醫生、護士與護士、醫生與護士...）也有所差距，還對病患及家屬對病患死亡的調適而造成的影響。 2. 安寧療護的理想與實際上可能目標之間的落差。
				7	對尊嚴死亡的「心理意義」的深入探討。不只是客觀因素的評估，而是主觀的認知及個人意義。
	(4) Study of terminal care in Christianity from the gospel of mark to improve the hospice movement in Taiwan.	鍾昌宏	The Faculty of graduate school Chen Theological seminary	1	基督教神學改善台灣安寧療護進展。
				2	安寧療護之神學基礎與根基，並可改進台灣安寧療護照顧層次。
				3	臨床上可在心靈層面提昇照顧效果，在教育尚可瞭解安寧療護心靈照顧之內容與次序。
		宗悫法師		4	建議對小兒、愛滋病、肌肉萎縮症等臨終病患安寧療護心靈輔導之研究加強。
				5	只能探討心靈與宗教層面，對癌症安寧療護探討，而無法對其他疾病充分探討。
				6	無
				7	無

註：1. 研究之重要結果。2. 研究之重要發現。3. 研究結果於臨床實務及教育之應用。4. 作者對未來研究之建議。5. 研究限制。6. 專家對研究之主要發現。7. 專家對安寧療護未來本土化研究及工作之建議。

歸類	題目	作者	出處	內容分類(註)	文獻查證質性結果
		專家			
壹、提升服務品質：二、研究	(5) 對臨終病人及家屬提供專業善終服務之探討	吳庶深	東海大學社會學研究所	1	1. 國內善終服務之討論始於1980年代開始。 2. 善終文獻之作者的專業背景，包括社會工作者、醫師、護士、宗教人員、大學教授、衛生人員、行政人員及營養員。 3. 善終文獻的內容，主要介紹基本概念，較缺乏善終服務需求、具體推行方法與管理文獻之主題。
				2	1. 從 social work research and abstracts 1965-1987 年之文獻整理中發現有關死亡現象文章有不斷增加之趨勢。 2. 文獻整理中，發現對臨終病人服務之共同原則為①尊重文化差異及個別化原則②參與自決原則③在助人過程中強調病人、家屬及醫務人員坦誠溝通原則④社會工作師自我認識的原則。
				3	該論文中所列舉之死亡相關文章可做為國內實施安寧療護或研究之參考文獻來源。
		邱泰源		4	1. 善終服務之成本。 2. 善終服務之法律規定。 3. 善終服務之保險給付。
				5	1. 該論文所列舉死亡率僅限於四本社會工作專業期刊之整理、國內之整體安寧療護文獻或國外其它專業領域方面涉及死亡問題探討之文章未能涵蓋。 2. 文獻整理與實際上善終服務需求之間的落差。
				6	由國外死亡與善終服務文獻之整理中可以發現該領域之研究文獻隨著安寧療護之實際發展狀況有漸進增加情形，且在1980年後有較顯著上升之趨勢。 早期文獻較以安寧療護之基本概念介紹為主，且以臨終實務問題之解決為主要探討方向。
				7	從該研究所搜集的文獻分析中，可以將某些主題重新擴展以本國之實務經驗作文化比較之探討。
	(6) 安寧照顧的文化之舞——以台大緩和醫療病房為述說情境	林麗雲	清華大學社會人類學研究所	1	視安寧療護文化家人在面對死亡時的一種鏡中圖像。
				2	無
				3	本篇以人類學調查法，深入安寧病房，欲探討人類面對死亡的文化展現，包括安寧療護照顧如何追求善終？如何被引進台灣？如何在台灣實踐，如何解除人類對死亡的恐懼？可在教育上認識本土化安寧療護。
		邱泰源		4	無
				5	無
				6	了解本土化安寧療護的本土狀況，可當教材。
				7	可在深入探討病房目前的狀況，比較民國85年時期，以了解(1)病房照顧理念(2)困境(3)照顧品質等變遷。
	(7) 護理一位癌症末期病人面對死亡的心路歷程	邱智鈴	護理新象	1	探討一位28歲癌末病人面對死亡的心路歷程。
				2	影響病人面對死亡的主要因素包括宗教信仰與良好支持體系。
				3	患者在死亡過程中受到護理人員的關心照顧、促進病患與家屬的溝通。
				4	無
		陳慶餘		5	屬個案報告與心得發表。
				6	無
				7	無

註：1. 研究之重要結果。2. 研究之重要發現。3. 研究結果於臨床實務及教育之應用。4. 作者對未來研究之建議。  
5. 研究限制。6. 專家對研究之主要發現。7. 專家對安寧療護未來本土化研究及工作之建議。

歸類	題目	作者	出處	內容分類(註)	文獻查證質性結果
		專家			
壹、提升服務品質：二、研究	(8) The Meaning of Good Dying of Chinese Terminally	趙可式	護理雜誌	1	1 中國人所謂的善終意指：身體平安、心理平安及思想上的平安。 2 身體平安包括 4 個主題 (theme)：緩解身體症狀、認知死亡的過程、維持身體清潔與整齊，即可活動的。
				2	同上。
		胡文郁		3	提供國人更了解癌末病人面對死亡的心路歷程特徵，為長期追蹤性的研究，深入訪談所得豐富資料，提供臨床照顧病人的參考---有 4 個方向：足夠的身體照顧，了解病人的個別性及整體性脈絡。使用多種獨立性措施促使病人善終及讓病人有自決和選擇的權利。
				4	應用此結果進行量性研究。
				5	為質性研究，研究樣本 20 人，有推論上的限制。
				6	國人對善終的定義。
				7	可據此發展癌末病人善終之評量工具。
	(9) 從佛教瞻病送終法談臨終關懷	釋道興	中華佛學研究所	1	隨著病情的惡化，面對死亡的來臨，宗教師對癌末病患所提供的靈性照顧對生命品質的提昇是緩和醫療病房不可或缺的一環。
				2	依據病患的意願，接受法師引導的靈性照顧佔大多數。在引導之下，靈性境界的提昇更加明顯。
				3	宗教師對癌末病患所提供的靈性照顧很重要，有助於生命品質的提昇。
		宗惇法師		4	如何經佛教法門來開啟病患的悟性以超脫生死有待進一步研究。
				5	靈性定義目前尚未受到普遍的認同。
				6	癌末病人需要專業法師的照顧以提昇生命品質達到善終的境界。
				7	對靈性與佛性之間應該做一個整合，怎麼把佛法用在靈性的照顧上，培育法師從事專業照顧。

註：1. 研究之重要結果。2. 研究之重要發現。3. 研究結果於臨床實務及教育之應用。4. 作者對未來研究之建議。  
5. 研究限制。6. 專家對研究之主要發現。7. 專家對安寧療護未來本土化研究及工作之建議。

文獻查證質性結果

歸類	題目	作者	出處	內容分類(註)	
		專家			
壹、提升服務品質：三、實務	(1) <sup>0</sup> 以質性研究方法探討影響癌末期病患生活品質之因素及因應策略	王玉真	慈濟醫學院護理學研究所	1	1. 宗教信仰的支持、環境因素、社會支持及適當的休閒生活會影響 QOL。 2. 疾病對自身探索的影響、面對病情變化的情緒反應及對家人的情感牽掛以及社交活動減少→使病人的 QOL 變壞。 3. 面對 QOL 之因應方式：(1) 緩解疾病或症狀的醫療處置；(2) 交代身後事件；(3) 消極的因應心態；(4) 尋求或依靠宗教支持；(5) 想法之調適因應策略。
				2	1. 病患會依 QOL 之因應方式之變化而採取因應策略。 2. 找出影響 QOL 之因素。
				3	1. 提供臨床護理人員瞭解影響癌末病人 QOL 之因素及使 QOL 因素影響的進一步協助處理影響因素。 2. 肯定安寧居家療護護理師的角色。 3. 將結果納入護理教育的課程。
		胡文郁		4	1. 著重求長期性的追蹤研究 (longitudinal study)。 2. 發展癌末病患 QOL 之評量工具。
				5	1. 人力及時間 (研究者) 的限制。 2. 為橫斷性的研究 (cross-section study)。 3. 立意取樣→代表性受影響 (如：不能會談者之 QOL)。 4. 研究地點為花蓮地區 → 外在效度及推論性受限。 5. 研究時間 → 缺乏 home care 那一段。
				6	作者描述許多癌末病患之生活經驗，是提供國人瞭解癌末患者很不錯的資料。
				7	研究中未交代病人對生活品質的定義是否與研究者一致，故在談及影響因素時，關連性的分析會減弱。評量工具是必須且重要的。
	(1) <sup>1</sup> 台北市立綜合醫院醫師對死亡及瀕死態度之研究	黃琪璘	師範大學衛生教育研究所	1	醫師對死亡接受度與恐懼死亡之態度差異之分析。
				2	1. 影響因素包括態度量表對死亡之接受度、接受死亡教育課程、公開討論死亡、信仰虔誠度。 2. 對死亡之接受度與因應死亡之身心行為反應有負相關。
				3	1. 有助於安寧療護之推動。 2. 死亡教育課程之推廣。
		陳慶餘		4	對差異之變項成立專門研究主題加以探討。
				5	研究架構、樣本和方法上限制缺乏實際性。
				6	為國內對死亡及瀕死態度之先驅研究，其問卷設計可供參考。
				7	作者之問卷採用國外學者之設計加以修正，此方式值得本土化研究借鏡。

註：1. 研究之重要結果。2. 研究之重要發現。3. 研究結果於臨床實務及教育之應用。4. 作者對未來研究之建議。  
5. 研究限制。6. 專家對研究之主要發現。7. 專家對安寧療護未來本土化研究及工作之建議。

歸類	題目	作者	出處	內容分類(註)	文獻查證質性結果		
		專家					
壹、提升服務品質：三、實務	(1) <sup>2</sup> 癌症末期病人心理反應之探討	黃和美	國防醫學院護理研究所	1	1. 反映出當時(民74年)癌末患者面對死亡的心理反應。以 Kübler-Ross 的理論為架構，分析患者得知診斷後的第一個反應，整個調適過程中各種心理反應的出現情形，及瀕死前的反應。 2. 比較本土及國外研究的結果。		
				2	1. 相較於 Kübler-Ross 的理論，本土患者第一個反應為否認，最後一個反應為接受者占 50%；五階段沒有一定的順序，且個別差異很大。 2. 整個面對死亡的過程中，磋商、憤怒、憂鬱佔的比例較高(24.7-28.9%)、否認及接受較低(8.5及11.2%)。 3. 整個過程的各種反應，及瀕死前能否接受死亡，在有否宗教信仰、家屬支持及醫療人員支持上面，有顯著差異。		
		鄭逸如		3	1. 有助瞭解本土患者面對死亡心理反應，使協助者能更貼切的評估與處理。 2. 研究結果顯示本土患者最後能接受死亡比例比國外低，而這可能與是否有宗教信仰、家屬支持及醫療人員支持有關。此結果可做為改善之參考。		
				4	可加入探討其他重要因素，例如：性格、情緒適應能力、成熟度等。		
				5	1. 收案地點侷限(同一醫院內的不同單位)。 2. 個案數不多(N=40)。		
		(1) <sup>3</sup> Traditional Chinese Dietary Therapy for Terminal Cancer Patients on Quality of Life Assessment		吳宗修	台北醫學院生藥學研究所	1	癌症病人的疼痛應受到適當的處理，用傳統的食療來提昇生活品質，在食膳中加入芍藥甘草湯當作輔助治療以降低癌症疼痛，在不影響原醫療行為上給予完善的食膳照顧。
						2	接受緩和醫療團隊的病人其疼痛程度不再增加，但若病人接受含有芍藥甘草湯食膳，其疼痛緩和程度呈明顯改善。
	3		推測食膳中加入芍藥甘草湯當輔助療法以減少嗎啡所使用的劑量如此將能避免 morphine 在臨床上所引起的副作用。對於止痛劑在臨床的疼痛控制上能更有靈活的使用空間。				
	邱泰源		4			具先前調查在台大 6A 病人的主訴症狀中，疼痛、全身倦怠、食慾不正、發燒、呼吸困難、水腫、噁心嘔吐、出血、氣喘、腹水分別佔前十位，未來希望針對其他症狀的改善作為研究的目標，以期對癌末病人生活品質的提昇有更大的幫助。	
		5	研究設計嚴謹度再加強。				
		6	無				
		7	更長久追蹤，嚴謹的研究。				

註：1. 研究之重要結果。2. 研究之重要發現。3. 研究結果於臨床實務及教育之應用。4. 作者對未來研究之建議。5. 研究限制。6. 專家對研究之主要發現。7. 專家對安寧療護未來本土化研究及工作之建議。

歸類	題目	作者	出處	內容分類(註)	文獻查證質性結果
		專家			
查、提升服務品質：三、實務	(1) <sup>4</sup> 癌症死亡家屬對現行癌末醫療需求極其安寧療護之認知與態度的探討——高雄市	許惠珍	高雄醫學院衛生教育研究所	1	1. 在病人醫療需求上，以居家照護指導分數最高(4.24±0.68)；其次為生理不適舒緩(4.24±0.72)。 2. 家屬需求方面，卻以病情解釋最高，居家照護居次。 3. 家屬對病人服務滿意度，以宗教支持滿意度最高，心理支持居次。 4. 家屬對個人服務滿意度，以協助隱瞞病情最高，病情解釋需求居次。 5. 在188位病人中僅有7位接受過安寧療護。 6. 不選擇安寧療護的原因，依次為1)不知道設有安寧病房的醫院、2)安寧病房住不進去、3)家人不同意、4)條件不符合、5)病人不同意。
				2	同1。
				3	1. 宣導的重要——如何使每一位癌症病患及家屬有正確安寧療護觀。 2. 居家照顧的重要。
		邱泰源		4	1. 有否病情告知與家屬滿意度的關係。 2. 有否接受安寧療護與家屬之生活品質及滿意度的比較。
				5	有效問卷比率低(188/548)。
				6	同1。
				7	如何使每一位癌症病患皆有正確安寧療護觀之研究。
	(1) <sup>5</sup> 癌症死亡兒童的母親其哀傷反應及調適行為之研究	李雅玲	台灣大學護理學研究所	1	一、癌症死亡兒童母親的哀傷反應為①確認死亡兒童生前的身心經驗②聯想死亡兒童生前的活動空間經驗③訴論死亡兒童生前的醫療活動經驗④重估母親過失的照顧經驗⑤幻想兒童死亡後的存在世界 二、母親所採取的調適行為包括①表達情緒行為②防禦機轉行為③改變活動行為④交換資料行為。
				2	同1。
				3	①提醒護理人員善用與家屬建立之信任關係，協助其順利度過哀慟過程。 ②加強癌症兒童護理人員的訓練及提供癌症兒童死亡後的家屬照顧是有必要的 ex: 兒童癌症護理訓練課程。
		胡文郁		4	無
				5	無
				6	①提供國人母親於癌症患童過世的哀傷反應及因應行為的本土性資料(同上研究結果)，很寶貴。②為述及研究限制。
				7	可依此研究結果發展哀傷輔導或家屬哀傷反應之因應行為之測量工具。

註：1. 研究之重要結果。2. 研究之重要發現。3. 研究結果於臨床實務及教育之應用。4. 作者對未來研究之建議。  
5. 研究限制。6. 專家對研究之主要發現。7. 專家對安寧療護未來本土化研究及工作之建議。

歸類	題目	作者	出處	內容分類(註)		
		專家				
查、提升服務品質：三、實務	(1)6 安寧療護病患主要照顧者的居家照顧需要及其相關因素之探討	鍾家真	陽明醫學院社區護理研究所	1	1. 主要照顧者的居家照顧需要之重要性與滿意度均以資訊的需要為首，依序為照顧病人的需要、個人需要、靈性需要及心理需要，實務處理得分均最低。 2. 主要照顧者居家照顧需求的滿意程度與病患的性別、教育程度、宗教信仰及主要照顧者的教育程度、宗教信仰、婚姻狀況與病患的關係、工作狀況、家庭收入、照顧病患期間，每天照顧時數及自覺健康狀況有關。	
				2	同1。	
				3	實務方面：①家訪時提供照顧者相關的資訊及資訊來源，包括照顧病人服務的來源②擴充居家安寧療護 ex:24hrs 電話諮詢專線及支持團體③發展個案管理的角色④整合社區義工資源。 教育方面：將研究結果納入居家安寧療護的課程中。	
		胡文郁		4	1. 可採追蹤研究方法，探討安寧療護不同時期，照顧者的需求是否有不同。 2. 採質性研究，訪談居家個案。 3. 從病患、護理人員及照顧者三角關係探討病人。 4. 發展居家安寧療護的居家照顧需要量表。	
				5	1. 國外量表有些不適合國內或居家測量？ 2. 工具內容未能著重靈性層面。 3. 訪談情境有家屬會造成干擾。 4. 樣本採立意取樣，且僅一家，代表性有限。	
				6	了解影響主要照顧者於安寧療護居家期間，影響其需要的滿意度之影響因素。	
				7	採質性研究，深入了解國人照顧者的負荷。並了解需求與滿意度之差距。	
		曾清楷		行政院國家科學委員會	1	硬腦膜內注射嗎啡有鎮靜作用，持續時間為 8.6± 2.1 小時，morphine 造成神經膠質細胞內 C-AMP 增加並成隨劑量而增加之反應。
					2	Morphine 對細胞內傳達相關因子如 Ca，IP3，C-AMP 之調節作用。
					3	嗎啡劑量和頻率之參考。
					4	Ketamine 減少嗎啡與耐受性之機轉。
		陳慶餘			5	用 VAS (Visual analgesic scale) 來作為鎮痛之指標而非原設計之嗎啡血中濃度。
					6	嗎啡鎮痛作用之相關分子生物學之機轉，屬於動物實驗之層次。
					7	嗎啡血液動力學變化做為嗎啡止痛之指標。

文獻查證質性結果

註：1. 研究之重要結果。2. 研究之重要發現。3. 研究結果於臨床實務及教育之應用。4. 作者對未來研究之建議。  
5. 研究限制。6. 專家對研究之主要發現。7. 專家對安寧療護未來本土化研究及工作之建議。

歸類	題目	作者	出處	內容分類(註)	文獻查證質性結果	
		專家				
壹、提升服務品質：三、實務	(1) <sup>8</sup> The Attitudes Toward Terminal Care In Rural Communities in Taiwan and Japan A Comparative Study	邱泰源	東京大學	1	1. 台灣家庭癌末照顧能力比日本好。 2. 絕大多數民眾希望被告知病情。 3. 大多數民眾喜歡在家接受末期照顧但因醫療支援不足，無法如願。 4. 末期時大多數選擇提昇生活品質為重。	
				2	台灣目前的研究結果與日本十年前的狀況相似，應該是因為人口結構所致。可提供政策有力參考。	
				3	可提供實務工作正確方向，對教育也有極大用處。	
				4	無	
				5	對民眾而非對病人。	
				6	同1、2。	
				7	比較日本與台灣，目前 hospice & palliative care 發展現況，調整台灣的方向。(調查日本症狀控制，國家發展，...等現況)	
	(1) <sup>9</sup> 癌症末期住院病人自述需要的探討	林靜琪、邱豔芬	慈濟醫學	1	1. 癌末病人自述19項問題，前四位依序為疼痛、食慾不振、嘔吐及睡眠型態紊亂。 2. 自述需要：釋疑、症狀控制、維持適當活動、傾吐與被瞭解、親情溫暖與關懷、討論死亡、在家死亡及找尋人生意義等九項。 3. 情緒反應則包括：過一天算一天，擔心被遺棄及沮喪、無助、無望與自棄，而不確定感是情緒變化的誘因。	
					2	同1。
					3	病人自述其癌末時之需要，可提供臨床醫療人員死亡之教育之參考。
		胡文郁			4	將病人亦納入研究對象。
					5	未涵蓋家人為研究對象，是本研究之限制。
					6	發現國人於癌末時之照顧需求與情緒反應。
					7	1. 可據此質性研究，發展自述癌末照顧需求之評估量表。 2. 針對各項需求、擬定護理措施，以評價其成效，可進行準實驗法之研究。
(2) <sup>0</sup> 某醫院安寧病房癌症末期病人瀕死症狀回顧	劉樹泉	中華家醫誌	1	所有癌症之心理性瀕死症狀出現的頻率平均在16%以下，而且不能肯定病人兩天內將會死亡的可能。生理性症狀出現的頻率較高，同時可暗示病人兩天之內將會死亡。		
			2	同1。		
			3	本研究結果可以提供將來社區性安寧照顧參考。		
	邱泰源			4	如何在短暫的安寧照顧期間內完成症狀控制及哀傷輔導等工作是我們將來要努力的方向。	
				5	是回溯性的文章，記錄可能有欠缺。	
				6	同1。	
				7	1. 進行前瞻性瀕死症狀之研究。 2. 家屬對瀕死症狀的認知。	

註：1. 研究之重要結果。2. 研究之重要發現。3. 研究結果於臨床實務及教育之應用。4. 作者對未來研究之建議。  
5. 研究限制。6. 專家對研究之主要發現。7. 專家對安寧療護未來本土化研究及工作之建議。

文獻查證質性結果

歸類	題目	作者	內容分類(註)
		專家	
壹、提升服務品質：三、實務	(2) <sup>1</sup> 麻醉藥品交由癌症末期患者居家護理自行服用可行性之研究	廖俊亨、游禎儀	1 1. 醫師治療癌症疼痛使用麻醉藥品種類與態度：1) 對麻醉藥品讓癌症患者使用，57.3%的醫師贊成，而醫師最擔心的問題是「可能流為他用」。 2. 病患對居家護理之看法：1) 大部分病患願在病情穩定情況下回家自行照護治療，僅有20%病患不願回家 2) 病患的「保險狀況」與其對「居家護理是否會減少經濟負擔的看法」有關。
			2 1. 醫師部分之主要發現：1) 七成以上的醫師認為「醫院提供的麻醉藥品能符合治療癌症疼痛的需要」 2) Demoral 是醫師控制嚴重疼痛最常使用的藥物，其次是 morphine 3) 過半數醫師贊成麻醉藥品讓癌症病患居家使用。 2. 病患部分主要發現：1) 四分之三以上的病患其疼痛程度是相當嚴重的，且近七成的病患，其疼痛程度以達不能忍受的地步 2) 80%的病患在病情穩定的情況下願意回家。
			3 1. 多數醫師對麻醉藥品的品類應再教育，尤其是對藥物作用之適應條件及副作用。 2. 因為對麻醉藥物的止痛作用不甚瞭解，會造成病患承受不必要的痛苦。 3. 麻醉性止痛藥讓病患帶回家使用已成為癌症病患醫療的趨勢。
			4 1. 當局應訂定醫療院所遵行之規範，並健全居家護理制度。 2. 頒訂癌症疼痛緩解計劃，提供控制癌症疼痛指引。 3. 加強醫事人員對麻醉性藥品使用與稽核管理，以避免未來因全面開放麻醉藥品居家使用而發生留用。
		5 1. 人力、時間的限制，除台北地區的醫院外，其它地區預計訪問的醫院不可能訪視兩次。 2. 有些患者不適合接受訪問的則訪問家屬。 3. 訪視期間之癌症住院病患人數可能不敷預計之數，而改以郵寄問卷方式來完成。	
		6 1. 大多數的醫師對癌症病患的疼痛未能詳細評估或解釋止痛藥之使用，至七成以上的病患仍能承受嚴重疼痛之煎熬，對嗎啡的使用仍不盡理想。 2. 大多數的病患可以接受居家護理，若能將嗎啡片類的止痛劑，讓病患帶回家使用，並訂定合理規範，則可讓醫療資源的使用更合理、公平。	
		7 1. 癌症病患居家護理時，止痛藥劑之種類、劑量以及疼痛緩解之程度。 2. 居家地域與醫院遠近，以及居家天數的相關研究。 3. 醫事人員對嗎啡類藥物的看法與態度。	
	(2) <sup>2</sup> 癌末病人疼痛控制之研究	陳民虹	1 1. 80%病人有疼痛的主訴，而有疼痛的病人中則有六成使用嗎啡。 2. 疼痛控制情形在住院的頭一個星期，病人疼痛分數的平均值隨著住院時間而有顯著降低。 3. 受疼痛影響的生活品質項目，以「睡眠」及「情緒」二項的改善程度有顯著意義。 4. 嗎啡引起的副作用以「便秘」及「噁心、嘔吐」最多，大多數的副作用都有得到改善，但改善的程度仍待加強。
			2 1. 疼痛控制良好，但仍有些難控制疼痛須加強。 2. 疼痛控制有助生活品質。
			3 1. 可促進更適當控制癌痛。 2. 有助本土化教材。
		邱泰源	4 做更大型及多中心的研究。
			5 個案數太少。
			6 1. 疼痛控制良好，但仍有些難控制疼痛須加強。 2. 疼痛控制有助生活品質。
			7 做更大型及多中心的研究。

註：1. 研究之重要結果。2. 研究之重要發現。3. 研究結果於臨床實務及教育之應用。4. 作者對未來研究之建議。5. 研究限制。6. 專家對研究之主要發現。7. 專家對安寧療護未來本土化研究及工作之建議。

歸類	題目	作者	內容分類(註)	文獻查證質性結果	
		專家			
壹、提升服務品質：三、實務	(2) <sup>3</sup> 末期運動神經元疾病病人的處置：著重安寧緩和觀點分析	吳彬源	Chinese Medical Journal	1	1. 好發年齡是 50-60 歲。 2. 發病至死亡為 7-99 月，中間值為 36 個月。 3. 需用呼吸器共 17 位病人，共用 32 天-84 個月，中間值為 6 個月。 4. 12 人接受心肺復甦術，其中 2 人成功，但呈植物人狀態。
		姚建安		2	1. 23 人中有 18 人抱怨頸、軀體或四肢疼痛，但無人接受過嗎啡治療。 2. 主要死因是呼吸衰竭與敗血病。 3. 無人接受過居家護理。
				3	運動神經元疾病是無法治癒的，提供支持性療法，包括復健、營養支持、呼吸支持及疼痛控制室治療的主要目標。旨在改善病人生活品質，提高生命尊嚴，但不是為了延長生命。Hospice care & Home care 對此類病患也可能降低醫療費用，並提供更好的醫療團隊照顧。
				4	在台灣仍是以 Hospice-base 的醫療方式來處理這類病患，應當嘗試不同醫院、地區也能提供 Hospice care 及 home care 來服務這類病人。
				5	1. 回溯性研究，大多根據病歷上的醫囑記錄或病歷記載。 2. 無法直接針對病人本身去瞭解症狀或是生活品質的好壞。
				6	1. 對於 MND 的病人，雖然以 Hospice-base management，但是無法針對病患生活品質加以提升，仍停留在延長生命的階段。 2. hospice and home care 對此類病人有幫助，並減少醫療資源的浪費。
				7	1. 對 MNA 病患鼓勵其接受 hospice care 並且評估 quality of life。 2. 檢討 MND 病患是否為入 hospice care 尤其 in-patient care 之適應條件。
	(2) <sup>4</sup> 癌末病人之另類治療行為	辛隆士	中華家醫誌	1	1. 81.9%病人在過去治療過程中至少使用一種的另類治療。 2. 依序為：(1)中醫師開的漢方(51.4%) (2)非中醫師開的漢方(50.0%) (3)健康飲食(34.8%) (4)神明治療(18.1%) (5)氣功治療(10.9%)
		邱泰源		2	1. 56.3%的使用者表示以往醫師並不知病人曾使用。 2. 12.3%的使用者表示曾因這些治療而停用西醫治療。 3. 對減輕症狀，大部分皆無明顯效果。
				3	1. 向病人及家屬教育另類治療的經驗。 2. 促進醫療的溝通。
				4	無
				5	僅在癌末病房做，並不能代表所有使用者。
				6	同 2。
				7	1. 可比較癌症病房使用另類治療的情形及效果，以得到較完整的 data。 2. 針對可能有效(提昇生活品質)的治療，進一步分析其機轉，比較其效果。

註：1. 研究之重要結果。2. 研究之重要發現。3. 研究結果於臨床實務及教育之應用。4. 作者對未來研究之建議。  
5. 研究限制。6. 專家對研究之主要發現。7. 專家對安寧療護未來本土化研究及工作之建議。

歸類	題目	作者	內容分類(註)	文獻查證質性結果	
		專家			
查、提升服務品質：三、實務	(2)5 醫病雙方對癌末照顧場所選擇之比較性研究	邱泰源	慈濟醫學	1	1. 有一半病人認為教育家人如何照顧病人是增進家庭照顧能力首要需求。 2. 一半的病人(46.7%)偏好醫院為自己將來末期照顧場所，醫病間一致度只有0.18 ( $p < 0.001$ )，但是如能提供居家照顧，則本來不選擇家裡的病人一半以上(57.2%)改選為家庭。 3. 不想回家過世的理由，有近七成(68.1%)病人所提的原因是不願帶給家人困擾。
				2	同1。
		邱泰源		3	1. 週全的社區照顧為完整的癌末照顧體系所不可或缺。 2. 醫病間對癌末照顧態度需加強溝通。
				4	1. 針對癌症病人或癌末病人進行其態度之研究及比較醫病的一致度。 2. 社區照顧能力的調查。
				5	對象為某一般門診病人，與民眾類似，並非癌症病人。
		6		1. 有一半病人認為教育家人如何照顧病人是增進家庭照顧能力首要需求。 2. 一半的病人(46.7%)偏好醫院為自己將來末期照顧場所，醫病間一致度只有0.18 ( $p < 0.001$ )，但是如能提供居家照顧，則本來不選擇家裡的病人一半以上(57.2%)改選為家庭。 不想回家過世的理由，有近七成(68.1%)病人所提的原因是不願帶給家人困擾。	
		7		1. 針對癌症病人或癌末病人進行其態度之研究及比較醫病的一致度。 2. 社區照顧能力的調查。	
	(2)6 一位母親面臨青春期骨癌愛女瀕死之歷程	曾紀瑩	護理雜誌	1	1. 分析母親面對孩子瀕死的心理歷程。 2. 護理人員在此過程中扮演的角色。
				2	1. 母親面對孩子瀕死的心理歷程有①試圖準備自己及孩子面對死亡②維持心目中孩子的完好形象③努力圓滿孩子的願望④抉擇將積極或姑息療法的矛盾情結⑤尋找靈性的支持⑥考慮不可確知的未來⑦發洩壓力的情緒。 2. 護理人員的角色：①身體生理的照顧者②支持者③聯絡溝通者④諮詢者 ⑤傾訴者
		鄭逸如		3	了解母親面對孩子即將死亡的心理歷程及護士人員可以著力協助方向。
				4	無
				5	審閱者：作者企圖了解深入的心理歷程，但因不夠詳細、具體且為考慮到歷程的系統性與連慣性，致使資料的應用性減低。(作者未提供研究的限制)
				6	1 透過一個個案，嘗試整理出母親面對孩子即將死亡的心理歷程
				7	無

註：1. 研究之重要結果。2. 研究之重要發現。3. 研究結果於臨床實務及教育之應用。4. 作者對未來研究之建議。5. 研究限制。6. 專家對研究之主要發現。7. 專家對安寧療護未來本土化研究及工作之建議。

歸類	題目	作者	出處	內容分類(註)	文獻查證質性結果
		專家			
壹、提升服務品質：三、實務	(2)7 癌症病患和家屬對安寧照顧需要之探討	許町子	行政院國軍退除役官兵輔導委員會	1	心理方面之需要為病人與家屬共同認為是最重要的。 病情告知在病人及家屬的認知上有差異。
				2	對病情告知儘早協調病人及家屬之看法。 年齡小、教育程度高、無子女的靈性需求較高。
				3	對於病情告知儘早協調病人及家屬之看法。 加強社會大眾如何面對臨終病人之教育及臨終關懷活動之推廣實有必要。
				4	無
		莊榮彬		5	病患病情不適合填答，不易收集資料。 病患來源，只限一個醫學中心。
				6	對病情告知儘早協調病人及家屬之看法。 年齡小、教育程度高、無子女的靈性需求較高。
				7	瞭解家屬與病患對告知病情產生歧見之原因及醫護人員因應之道---如何因應較佳。
	(2)8 安寧護理模式於減低某綜合醫院癌症病患憂傷反應之成效	李選	行政院國家科學委員會	1	驗證安寧療護治療理論及照顧模式的臨床成效、養護支持。
				2	接受安寧療護模式的癌末病患比未接受此項護理模式者易於減低憂傷反應。
				3	1. 此安寧護理模式提供了臨床照顧的引導，即在漸進的五個階段中，包括陪伴期、工作期、認知期、重建期、執行期，藉由①生理舒適、減低疼痛②環境及家屬的支持③認知治療及意義治療④情緒支持與宗教慰藉，來達到癌症末期仍擁有親密感及希望的目標。 2. 此套做法可作為教育、訓練的題材。
		鄭逸如		4	1. 涵蓋所有診斷類別之臨終患者，延長實驗治療時間，持續追蹤、增加可變異數，再次驗證療護。 2. 在臨終護理人員的在職訓練中加強類似的訓練課程，以加強此治療模式於臨終病房的應用，提高護理人員的專業功能與自主性，以及服務品質。
				5	1. 採目的取樣，樣本數少，影響結果之推論性。 2. 研究設計受臨床情境所限，加上時間及樣本數的問題，影響結果之有效性。 3. 四位護理治療師的治療品質一致性問題。 4. 因須配合醫療措施及患者身心狀況，需彈性調整諮商時間。 5. 部分患者因病況惡化、死亡，或出院而退出研究。
		6		驗證安寧療護模式對憂傷反應的療效，獲初步支持。	
		7		1. 所驗證之臨床照顧模式應考慮現實環境及制度中的可行性，避免空有療效，卻無用武之地。 2. 實驗介入可做更嚴謹的控制，避免療效被混淆。例如本研究中因對照組並未與實驗組有同等的「護理量」，因此，憂傷反應的改善是因為實驗組有較多的「護理量」，還是有不同的「護理質」〈安寧護理〉就比較確定。	

註：1. 研究之重要結果。2. 研究之重要發現。3. 研究結果於臨床實務及教育之應用。4. 作者對未來研究之建議。  
5. 研究限制。6. 專家對研究之主要發現。7. 專家對安寧療護未來本土化研究及工作之建議。

歸類	題目	作者	出處	內容分類(註)	文獻查證質性結果
		專家			
壹、提升服務品質；三、實務	(2)9 以病人家屬角度探討緩和醫療初次評估	姚建安	中華醫誌	1	1. 初次照會緩和醫療之病人仍以 36-64 歲居多，這些人多屬壯年人，需緩和醫療照顧極多。 2. 即使病人不知其目前病情，病人及家屬仍能瞭解並接受緩和醫療宗旨及照顧方式，不過比率稍低。 3. 不管從病房、急診或家中轉介而來的病患，對緩和醫療的照顧原則接受度一樣地偏低。
				2	1. 申請接受緩和醫療住院仍以身體症狀的緩解居多，而病人情緒困擾之處置次之。 2. 病人接受死亡普遍較低。 3. 病人能接受不 CPR，因為不想多受痛苦。
				3	病人及家屬對於緩和醫療/安寧療護的實際內容仍然不甚了解，有些也只因為需求症狀的緩解而已，對於身心靈照顧以提升生活品質，以及達到善終多不知曉，本研究有助於臨床食物上的加強心理、靈性層面提升之重要，以及對社會大眾教育之必要。
		姚建安		4	1. 對於約一半經評估後不符合之病人，如何研擬未來團隊運作之內容，並追蹤這些病人之流向。 2. 調整入院條件，有助於本土化照顧模式之建立，以趨於完整。
				5	訪談對象，絕大多數是家屬而非病人本身，家屬是否能代表病人的意見，仍有待商榷。
				6	1. 對於緩和醫療/安寧療護的認知仍有待提升。 2. 特定原發癌症可能接受緩和醫療的比率較高，可推想這些癌症病患早期之身、心、靈照顧需其極高。
				7	1. 針對社會大眾對安寧療護/緩和醫療照顧原則認知之研究問卷。 2. 針對所有醫療專業人員，尤其有接觸末期病患之醫療照顧者，設計開放式問卷，認為適切的入院條件。 3. 結合心理、靈性照顧人員，設計適合入院服務之項目。
	(3)0 癌末病人瀕死症狀與存活期之相關研究	邱泰源	行政院國家科學委員會	1	1. 病人住入緩和醫療病房平均有 9.1 個症狀。 2. 大部分第一週時會較好，但死亡前 48 小時則變差。 3. 呼吸困難、腹水、胸水、黃疸及 ECOG 有獨立預測存活期能力。
				2	同 1。
				3	1. 有助臨床醫病溝通。 2. 有助緩和醫療教育。
				4	針對常見癌症個別分析，以展現本土化。
				5	無
				6	1. 病人住入緩和醫療病房平均有 9.1 個症狀。 2. 大部分延一週時會較好，但死亡前 48 小時則變差。 3. 呼吸困難、腹水、胸水、黃疸及 ECOG 有獨立預測存活期能力。
				7	針對常見癌症個別分析，以展現本土化。

註：1. 研究之重要結果。2. 研究之重要發現。3. 研究結果於臨床實務及教育之應用。4. 作者對未來研究之建議。  
5. 研究限制。6. 專家對研究之主要發現。7. 專家對安寧療護未來本土化研究及工作之建議。

歸類	題目	作者	出處	內容分類(註)	文獻查證質性結果
		專家			
壹、提升服務品質：三、實務	(3)1 一位肺癌末期病患住院期間所面臨的壓力源及其因應策略	倪麗娟	護理雜誌	1	1. 肺癌末期病患住院期間的壓力源及因應策略的分析。 2. 護理人員在醫療照護體系中，對照顧此位患者的角色功能及重要性。
				2	1. 印證壓力不是經由認知評價而產生。 2. 印證壓力源是多面的，會因症狀治療或個人因素而變化。 3. 此位肺癌末期病患身體上的主要壓力源是疼痛和呼吸困難，心理上的即是身體功能減弱而感到無法掌握。
				3	臨床照護中應加強評論病患的壓力源與因應策略，並協助二者之間的適切對應與平衡。
				4	1. 增加樣本數。 2. 針對不同階段、不同類型癌症、不同治療作一一探討。 3. 可將家屬納入研究中。
		鄭逸如		5	作者：(1)受限於作者的個人經歷及時間，只探討一位患者。 (2)只探討壓力源及因應策略，其他層面未探討。 (3)未能長期。 審閱者：(4)企圖了解深入的心理歷程，但因不夠詳細、具體、且為考慮歷程的系統性與連貫性，使得資料的應用性減低。
				6	從患者的主觀經驗了解其壓力源，並由患者本身及醫療人員協助，找到有效的因應策略。這對患者調適其疾病確有助益。
				7	審閱者： (1)應將壓力源與壓力作更明確的區分。文中結果有關壓力源的部分，有相當多其實是患者的壓力歷程。明確區分將有助於更貼切針對形成個人壓力的因素進行處理，也有助於不同患者間的分析、比較，如此對癌末患者的壓力調適的研究成果可更具有效性與普遍性。 (2)可更深入壓力的心理歷程。 作者： (1)增加樣本數。 (2)針對不同階段、不同類型癌症、不同治療作一一探討。 (3)可將家屬納入研究中。

註：1. 研究之重要結果。2. 研究之重要發現。3. 研究結果於臨床實務及教育之應用。4. 作者對未來研究之建議。  
5. 研究限制。6. 專家對研究之主要發現。7. 專家對安寧療護未來本土化研究及工作之建議。

歸類	題目	作者		內容分類(註)	
		出處	專家		
壹、提升服務品質：三、實務	(3) <sup>2</sup> 從醫護人員角度探討癌末病人之靈性需求	台灣醫學	胡文郁	1	1. 經深度訪談後，病人表示『有靈性需求』及『察覺自己內心深藏負向心理情緒狀態』者增加。 2. 癌末病人靈性需求之內涵，包括：1) 71.4%癌末病人覺得宗教信仰對其人生很重要且有影響。2) 配偶、子女及父母親是病人最重要且具影響力者。3) 癌末病人的希望與力量主要源自家人及信仰4) 47.6%的癌末病人會改變其生活形態，並重新詮釋生命的意義與價值，其中 23.8%病人消極與負向的想像力。
			胡文郁	2	1. 癌末病人靈性需求之內涵。 2. 靈性評估指引的重要性。
			胡文郁	3	1. 提供臨床評估癌末病人靈性需求有初步之指引工具及方向。 2. 提供醫療人員靈性方面在職教育參考。
			胡文郁	4	對各善終評估項目，再度針對本土病人再定義，確定適合國內 Hospice 使用的善終評估工具。
			胡文郁	5	非病人自評。
			胡文郁	6	1. 本研究顯示良好緩和醫療團隊照顧有助死亡品質的提昇。 2. 服務評價及善終評估可督促癌末照顧品質，應建立適當評估工具予以推行。
			胡文郁	7	對各善終評估項目，再度針對本土病人再定義，確定適合國內 Hospice 使用的善終評估工具。
	(3) <sup>3</sup> 末期癌患者家屬心理歷程之探討	台中榮民總醫院	陳錦卿	1	1. 了解患者之家屬對病情告知的認知。 2. 了解家屬對「死亡話題」的應對反應。 3. 了解家屬對安寧療護的概念。
			陳錦卿	2	1. 家屬大多傾向被告知家人(患者)的病情，且希望能明確告知是癌症。 2. 家屬有近半數願意「好好傾聽」患者談論有關死亡的話題。 3. 家屬希望的安寧療護服務順位為：①緩和痛苦②去除不安③安排殘生④協助接受死亡⑤協調家人之間的關係⑥解決生活上的經濟問題。
			陳錦卿	3	家屬是患者調適疾病，面對死亡過程中的重要角色，藉由了解家屬的病情告知、死亡話題、安寧療護的認知，有助於協助家屬更適切有效地照顧患者。
			鄭逸如	4	無
			鄭逸如	5	(審閱者：)此研究不算有研究架構，只是就研究者的關注點做意見調查，因此雖然有助於了解一般家屬的可能情況，但對解決某些複雜難解的臨床照顧問題助益不大。
			鄭逸如	6	同 2。
			鄭逸如	7	無

註：1. 研究之重要結果。2. 研究之重要發現。3. 研究結果於臨床實務及教育之應用。4. 作者對未來研究之建議。  
5. 研究限制。6. 專家對研究之主要發現。7. 專家對安寧療護未來本土化研究及工作之建議。

歸類	題目	作者	出處	內容分類 (註)	文獻查證質性結果
		專家			
查、提升服務品質：三、實務	(3) <sup>4</sup> 台灣社區民眾與醫師對臨終末期照顧的態度之比較性研究	邱泰源	行政院國家科學委員會	1	1. 鄉村社區較都市有能力照顧癌末病人，不能照顧的原因：①因有工作②緊急狀況。 2. 大部分民眾（受訪者）傾向在家末期照顧。
				2	同 1。
				3	可作為推行 hospice 方向的參考 home care。
				4	1. 建議：社區照顧體系的建立。 2. 死亡教育。 3. 生前遺囑的規範。
		邱泰源		5	對象是民眾，不是病人。
				6	1. 鄉村社區較都市有能力照顧癌末病人，不能照顧的原因：①因有工作②緊急狀況。 2. 大部分民眾（受訪者）傾向在家末期照顧。
				7	1. 建議：社區照顧體系的建立。 2. 死亡教育。 3. 生前確立遺囑的規範。
	(3) <sup>5</sup> 癌症末期病患家屬對「不予急救」之態度及其相關因素之初探	鄒海月	國軍退除役官兵輔導委員會	1	1. 六成患者知道自己病情。 2. 二成家屬曾由醫療人員主動與其討論病患「不予急救」。 3. 只有 3% 家屬簽「不予急救」同意書，小於百分之五的病患曾照會「安寧」小組。 4. 五成以上家屬認為病人清醒時應由本人願意，昏迷由家屬決定「不予急救」。
				2	1. 照會安寧療護患者仍少（85 年）。 2. 簽署 DNR 者仍少，醫師的法律問題仍須考慮。 3. 家屬傾向於 DNR。
				3	1. 雖然傾向 DNR，但簽 DNR 少，如果不立法，則勢必許多病患會承受 CPR。 2. 應立緩和醫療法。
		邱泰源		4	無
				5	沒有調查最後是否有急救。
				6	1. 照會安寧療護患者仍少（85 年）。 2. 簽署 DNR 者仍少，醫師的法律問題仍須考慮。 3. 家屬傾向於 DNR。
				7	1. 調查目前癌末接受 CPR 的比率。 2. 可調查目前現況與本研究（85 年）時，相比較。
	(3) <sup>6</sup> Fentanyl 貼片於末期癌症疼痛治療之比較	黃安年	行政院國家科學委員會	1	Fentanyl 貼片與 MST 在慢性癌症病人疼痛的治療有相同的安全性及止痛效果。
				2	Fentanyl 貼片具有 MST 的優點
				3	Fentanyl 貼片對於嚴重嘔吐及吞厭困難之病人是個簡單的方便之方法。
				4	可對 Fentanyl 貼片與 MST 比較 cost effectiveness 者差異 long-term 而言及 short-term 之效益。
		林幸玫		5	1. sample size 較少。 2. 為釐清兩組病患癌症類別及疼痛原因 (bone pain, visceral pain...)
				6	Fentanyl 造成 drowsiness 之副作用已在早期出現，若再治療後期此副作用的可能性似乎下降（但因此研究樣本太少無法做此推理）。
				7	醫護人員對 Fentanyl 貼片的認知調查。

註：1. 研究之重要結果。2. 研究之重要發現。3. 研究結果於臨床實務及教育之應用。4. 作者對未來研究之建議。  
5. 研究限制。6. 專家對研究之主要發現。7. 專家對安寧療護未來本土化研究及工作之建議。

歸類	題目	作者	出處	內容分類(註)		
		專家				
壹、提升服務品質：三、實務	(3)7 從癌症末期病人的服務狀況探討安寧照顧在臺中榮總之發展方向	蔡佩真	台中榮民總醫院	<p style="text-align: center;">文 獻 查 證 質 性 結 果</p> <p>1. 研究樣本所屬科別以護理部人最多，其次為內科部及外科部；服務年資平均15年，服務15年以上者達42.8%，而研究樣本中只有1/4的人曾受過安寧照顧的訓練。</p> <p>2. 大部分受訪者對安寧照顧是持認同的態度。意見較分歧的是對於癌末病人是否需要住院？是否需要做化學治療及開刀？止痛藥的提供等問題。</p> <p>3. 病情告知上，大部分會選擇告知家屬，而當家屬要求隱瞞病情時，半數受訪者會開導家屬尊重病人知的權利，31.3%的醫護人員會配合家屬的要求。</p> <p>4. 癌症病人死亡時，近八成的受訪者會感到有挫折感，並有悲傷的感覺，只有二成左右的受訪者可以不受到病人的影響。</p> <p>5. 研究對象中仍有近四成的人不知道台中榮總已成立安寧照顧小組。</p> <p>6. 年資與服務狀況：a)年資愈大者愈不會逃避病人。b)年資愈久對病人育有耐心但給病人的時間較少。c)護理組自覺與家屬溝通時間及照顧病人的耐心，給病人的時間顯著多於醫師組；護理組轉介給社工員、營養師的頻率顯著多於醫師組；當病人追問病情時，護士組壓力顯著大於醫師組。</p> <p>7. 護士組接受安寧照顧訓練者顯著多於醫師組；對安寧照顧理念的認同度也較高；醫護人員年資愈久，對安寧照顧的態度欲認同。</p> <p>8. 醫護人員臨床上的困難：a)疼痛控制效果不好且受訪者不僅有無力感，也很難向病人做解釋。b)受訪者在與病人溝通及病情告知方面很難面對。c)出院問題。d)理念與法律問題。e)情緒問題。f)其他如中醫、民俗療法的干擾，病人死亡實無往生室，家屬念經干擾其他病人等。</p>		
		邱泰源			2	同1。
		3			瞭解安寧療護發展過程中的問題，以提出具體的解決方式來做為臨床實務與教育的應用，即所謂的近程計畫：側重教育訓練、安寧工作小組的健全化與制度化。	
		4			<p>一、近程：側重教育訓練、觀念宣導、安寧工作小組的健全化與制度化。</p> <p>二、中程：a)建議組訓一組專屬安寧照顧之志工，協助家屬為病人提供生理照顧、情緒支持以減輕家屬體力負荷。b)設立佛堂、往生室禱告室以提供病人及家屬靈性的照顧。c)建議擴充惠康基金「安寧照顧專戶」，並使安寧照顧小組有專人可負責收案、會談、評估、聯繫團隊及推動院內安寧照顧工作。d)發展安寧療護居家護理方案。</p> <p>三、遠程：a)規劃安寧病房專屬床位或安寧病房，配合衛生署訂定之病房設置規範，以爭取政府費用的給付。b)病房環境家庭化，讓癌症末期病人可有另一套病房規範。c)成為中部地區安寧照顧工作的示範及推廣中心，與地區醫院共同推展中部的安寧工作。</p>	
		5			無	
		6			瞭解民國85年間台中榮民總醫院對癌症末期病人的服務現況及安寧照顧在發展上的情形，以及醫護人員之認同度與實際從事上的困難與問題。	
		7			可以同樣的問卷連續做下去做追蹤式的研究，如此可瞭解建議的成效，亦可擴大至台灣地區從事安寧工作的醫院及醫護人員，以瞭解目前安寧照顧的發展情況以便檢討發展中的問題與缺失。	

註：1. 研究之重要結果。2. 研究之重要發現。3. 研究結果於臨床實務及教育之應用。4. 作者對未來研究之建議。5. 研究限制。6. 專家對研究之主要發現。7. 專家對安寧療護未來本土化研究及工作之建議。

歸類	題目	作者	出處	內容分類(註)	文獻查證質性結果
		專家			
查、提升服務品質：三、實務	(3)8 「靈性」照顧模式之研究	陳慶餘	佛教蓮花臨終關懷基金會	1	1. 佛教瞻病送終法的文獻整理。 2. 佛法與安寧療護對瞻病送終的理念整合。
				2	瞻病送終法與佛法中菩薩道六度法相應的說明。
				3	對專業宗教師訓練面向的組織與建議。
				4	1. 建議佛教界若欲推行瞻病送終服務，當以居家照顧優先考慮。 2. 組織訓練中心，建立多元化分工合作的宗教師照顧網，設立安寧療護專業宗教師的組織系統。
		陳慶餘		5	以理念整合為主，對臨床可能出現的問題沒有深入探討及指引。
				6	1. 佛法與 Hospice 理念整合，完成初步的基礎。 2. 對宗教師培訓及發展方向，提供很好的建議。
				7	1. 靈性照顧實務經驗的提供。 2. 發展具體的方法及方法背後的哲學基礎。
	(3)9 癌末病患健康相關生活品質內涵之確認	楊克平	行政院國家科學委員會	1	1. 生活品質之定義乃依個人在生命各階段之狀況與需求而定：健康並能正常的生活與工作。 2. 家人為病患精神生活的支柱，亦為其靈性生活品質之重要內涵。 3. 「社會支持」與「抱持希望」則能減輕其負向情緒之困擾，改善對疾病之適應狀況，進而提昇生活品質。 4. 工作為生活品質基本要件之一。 5. 急性醫療機構中之住院癌患，雖處於末期階段，仍有 80% 的患者正接受積極性的治療，而 92% 的患者遭受疲倦與疼痛等症狀之困擾。 6. 有 1/3 的患者受到「善意的謊言」隱瞞，尚不知本身正面臨生命的末期。有 2/3 患者的靈性需求為感受生命的價值與意義。 7. 活著亦是本研究對象所描述的一種價值觀，使人悟到生命的存在就是一種意義與價值。 8. 整體之生活品質除靈性與身體症狀困擾程度無關。
				2	同 1。
				3	1. 臨床實務方面之建議：1. 以「家庭」為中心的整體性護理方為癌病護理今後努力的方向。 2. 以解除病患身體上之疼痛與改善疲倦程度為優先考量；並將之納入療護品質評鑑之主要內容。 2. 教育方面之建議：1. 疲倦與疼痛均為病患主觀的感受，對「人」的敏感應自學校養成教育著手。2. 將緩和療護納入醫學及護理學系之必修課程中，亦為當務之急。
					4
				5	人力與時間的限制。
				6	國人對生活品質的看法及內涵包括哪些？
				7	1. 可採用現象學方式，勾勒出生活品質的 dynamic change。 2. 可進一步發展 QOL 量表。
(3)9 癌末病患健康相關生活品質內涵之確認	邱泰源		3	1. 臨床實務方面之建議：1. 以「家庭」為中心的整體性護理方為癌病護理今後努力的方向。 2. 以解除病患身體上之疼痛與改善疲倦程度為優先考量；並將之納入療護品質評鑑之主要內容。 2. 教育方面之建議：1. 疲倦與疼痛均為病患主觀的感受，對「人」的敏感應自學校養成教育著手。2. 將緩和療護納入醫學及護理學系之必修課程中，亦為當務之急。	
			4	1. 將資料作二度分析。 2. 可將樣本加入緩和醫療單位及居家病人。	
			5	人力與時間的限制。	
			6	國人對生活品質的看法及內涵包括哪些？	
			7	1. 可採用現象學方式，勾勒出生活品質的 dynamic change。 2. 可進一步發展 QOL 量表。	

註：1. 研究之重要結果。2. 研究之重要發現。3. 研究結果於臨床實務及教育之應用。4. 作者對未來研究之建議。5. 研究限制。6. 專家對研究之主要發現。7. 專家對安寧療護未來本土化研究及工作之建議。

歸類	題目	作者	出處	內容分類(註)	文獻查證質性結果
		專家			
貳、合理成本效益：一、組織架構	(4)0 非營利組織市場導向之研究——以兒童癌症、兒童燙傷早產兒及安寧照顧基金會為例	劉俊英	中山企業管理研究所	1	1. 安寧基金會、兒童燙傷基金會經營方式較市場導向。 2. 各基金會對市場敏感缺乏健全資訊系統。
				2	同 1。
				3	組織要取得社會認同，應注意之事項及成功之範例。
		莊榮彬		4	1. 市場導向對組織績效之影響會受到組織環境多大的影響？ 2. 直接利用美國市場導向研究的成果進行本土化的研究。 3. 各基金會對社會大眾之意義及市場需求尚未被滿足之區隔在何處。
				5	取樣是否具代表性。
				6	各組織在進行理念倡導時，為建立一套有系統的方法來處理市場資訊。
				7	倡導安寧療護理念時，應多搜集社會大眾對理念之看法與認同情形。
	(4)1 醫療情境中死亡現象之研究——以某醫學中心為例	沈伯青、陳武宗	行政院國家科學委員會	1	1. 由訪談主題內容分類，顯示臨終病人照護過程/情境問題重點 2. 歸納出在研究場域不同情境下照護癌末病人的差異性，列舉九種不同主要特性。
				2	本研究屬於探索性的報告，初步研究結果可說明醫療情境死亡處裡的方式與程序並探索不同情境中臨終病人照護醫療人員互動的過程。
				3	複查有關國內外死亡研究之概況，初步探索結果提供教育訓練之參考。
				4	提出五項建議：一、死亡資訊統計。二、提升癌末照護品質。 三、強化臨床倫理教育訓練。四、改善照護模式。五、提升照護技巧。
				5	一、原設計訪問患者家屬遭拒訪比例甚高。 二、研究方法品質控制不良。
				6	本研究方法和對象原設計與執行有所差異，結果難採信。對死亡研究之文獻複查對其他研究有幫助。
				7	作者提供五點後續研究之建議，其中進一步分析癌末病患、家屬與醫護人員互動關係之分析，對規劃合適的照護模式有所助益。
		陳慶餘			

註：1. 研究之重要結果。2. 研究之重要發現。3. 研究結果於臨床實務及教育之應用。4. 作者對未來研究之建議。  
5. 研究限制。6. 專家對研究之主要發現。7. 專家對安寧療護未來本土化研究及工作之建議。

歸類	題目	作者	出處	內容分類(註)	文獻查證質性結果
		專家			
貳、合理成本效益：二、立法制度	(4)2 醫師對末期癌症病人臨終照顧的倫理取向	趙可式	行政院衛生署	1	1) 52.4%醫師盡量告知病人本身。 2) 有7成的醫師不會給呼吸器，但有16.5%明知不給才對，但仍給。 3) 63.7%同意撤除呼吸器，但實際上只有46.2%如此做。
				2	1. 醫師倫理訓練不足，增加病人痛苦。 2. 醫師明知倫理處理，卻與安樂死分不開，而依然採用急救措施。
				3	1. 倫理教育加強。 2. 法律及政策訂定(DNR)。 3. 增進醫師與病患、家屬溝通。
		邱泰源		4	無
				5	1. 回收率低17.6%。 2. 大多為腫瘤科醫師(40%)。
				6	1. 醫師倫理訓練不足，增加病人痛苦。 2. 醫師明知倫理處理，卻與安樂死分不開，而依然採用急救措施。
				7	家屬、病人及醫療人員對癌末照顧態度之比較。
	(4)3 緩和醫療照顧的倫理困境	邱泰源	行政院衛生署	1	1. 困擾程度依平均值依高低排序為1. 病人自覺無法治癒，陷入絕望不易輔導(3.05±1.05, 0~5分)。 2. 家屬拒讓病人出院的困擾(2.97±1.09)。 3. 家屬不願讓病人知道真相(2.93±1.03)。 4. 面臨人力不足及不穩定之困擾(2.87±1.04)。 5. 病人症狀控制成效不佳(2.83±0.96)。
				2	1. 安寧病房提供癌末照顧時，發生許多倫理困境，其困擾的產生常因專業研究證據不足，無法適時提供治療決定依據。 2. 照顧團隊加強提供整體性照顧的能力，有助於解決嚴重倫理困擾事件。 3. 工作人員如能定期接受倫理問題探討及解決的訓練，有助品質提昇。
				3	1. 可為緩和醫療倫理訓練的教材。 2. 協助建立癌末照顧的指引。
				4	1. 研擬適合國內癌末照顧指引，可減少倫理困境困擾度。 2. 工作人員定期接受倫理問題探討的訓練。
				5	每位受訪對象之倫理訓練背景不一，對倫理問題的感受不同，影響信度。
				6	1. 安寧病房提供癌末照顧時，其困擾的產生常因專業研究證據不足，無法適時提供治療決定依據。 2. 照顧團隊加強提供整體性照顧的能力，有助於解決嚴重倫理困擾事件。 3. 工作人員如能定期接受倫理問題探討及解決的訓練，有助品質提昇。 4. 研擬適合國內癌末照顧指引，可減少倫理困境之困擾程度，有助安寧療護及緩和醫療目標之達成。
				7	1. 研擬適合國內癌末照顧指引，可減少倫理困境困擾度。 2. 工作人員定期接受倫理問題探討的訓練。

註：1. 研究之重要結果。2. 研究之重要發現。3. 研究結果於臨床實務及教育之應用。4. 作者對未來研究之建議。  
5. 研究限制。6. 專家對研究之主要發現。7. 專家對安寧療護未來本土化研究及工作之建議。

歸類	題目	作者	出處	內容分類(註)	文獻查證質性結果
		專家			
貳、合理成本效益；三、財政成本效益	(4) 勞保體系癌末期住院病患之醫療費用結構	賴安琪	陽明公共衛生研究所	1	<p>一、勞保局資料(癌症死亡病患)。</p> <p>1. 平均每人每日醫療費用為 3565.03 元，以藥劑費、手術費、麻醉費較高。</p> <p>2. 總費用高者的影響為：住院日者私立醫院、區域醫院(相較餘地區醫院)。住院中死亡的患者費用比自動出院門診治療者為高。</p> <p>二、安寧病房病患：平均每日住院醫療費用為 4363.34 元。總費用高的因素與癌症型態和住院日較為相關。</p>
				2	<p>1. 診療、病房、藥劑、檢查、處置、輸血、特殊材料，總費用均為醫學中心&gt;地區&gt;區域醫院；以年齡層來看，小於 35 歲的者的費用最高。</p> <p>2. 以不同 MDC 來看，以神經系統惡性腫瘤平均費用最高，男性生殖系統惡性腫瘤最低，以不同 DRG 來看，以輸尿管、腎、膀胱腫瘤手術平均總費用較高。</p> <p>3. 出院前死亡者平均總醫療費用多於治療出院者而以自動出院者低。</p> <p>4. 死亡前住院日數愈短，每日平均醫療費用會愈高，所以愈接近死時住院，每日醫療費用愈高。</p> <p>5. 生命期年齡較大者較於接受高科技治療。</p> <p>6. 末期病人住院日與總醫療費用皆比健保支付制度研究了組所統計者為高。</p>
				3	<p>1. 以勞保時代的支付標準來看，若實施 DRG 末期病人可能因為成本較高，而醫院會期望他們提早出院。</p> <p>2. 臨終前住院病患中有 67 人，平均死前一個月仍在接受手術治療。</p>
		黎家銘		4	<p>1. 搜集癌症死亡前 6 個月的資料分析較為客觀。</p> <p>2. 以前瞻性方式搜集自從被醫師確定為末期病患患者之後到死亡之間的全部費用。</p> <p>3. 分析總費用及平均每日費用高的病患之特性。</p> <p>4. 搜集家屬的間接治療成本。</p> <p>5. 也搜集居家安寧照顧資料。</p> <p>6. 做 cost utility analysis。</p>
				5	<p>1. 只有選擇在住院中死亡的癌症病患者，對於自動出院、門診治療的病患來加以研究。</p> <p>2. 費用估計僅有勞保給付費用、因為是回溯性研究，故未能包含自費部分，且只是反映費用而不見得是反映成本。</p> <p>3. 安寧病房患者僅單一醫院的 86 名患者，外推性有限。</p> <p>4. 樣本數在安寧病房住院的病患為 86 名，勞保局資料 1142 筆，所以在分各項時，人數過少，不易解釋。</p> <p>5. 因 DRG 資料關係，白血病、淋巴瘤這 2 種醫療費用高的癌症未能列入。</p>
				6	<p>1. 影響高總費用的因素包括住院日長、住私立醫院、區域醫院(相較於地區醫院)，不同年齡層、疾病別。</p> <p>2. 死亡前住院日愈短，每日平均醫療費用愈高。</p> <p>3. 死亡前住院者，其中接受手術者，是在平均死亡前一個多月時執行。</p>
				7	<p>1. 用前瞻性方法以較大樣本數，去搜集安寧病房住院患者的所有成本與費用，也將家人自付的醫療費用照顧親人之機會成本，偏方治療費用都列入一起搜集。</p> <p>2. 以生活品質相關指標去瞭解安寧療護患者之 cost utility。</p>

註：1. 研究之重要結果。2. 研究之重要發現。3. 研究結果於臨床實務及教育之應用。4. 作者對未來研究之建議。5. 研究限制。6. 專家對研究之主要發現。7. 專家對安寧療護未來本土化研究及工作之建議。

歸類	題目	作者	出處	內容分類(註)	文獻查證質性結果
		專家			
貳、合理成本效益；三、財政成本效益	(4) <sup>5</sup> 癌症末期病患住院及居家照護之醫療成本分析	黃子珊	陽明醫務管理研究所	1	1. 成本計算方法討論。 2. 病人歸類系統的種類。 3. 居家與住院照顧模式下成本結構討論。
				2	1. 住院服務影響盈餘最大的主因是病房費差額的收取。 2. 居家照顧由於經濟規模不夠大，所以有虧損，而住院服務則有盈餘。
				3	1. 瞭解成本計算方法。 2. 病人歸類系統介紹。
				4	1. 增加樣本數。 2. 延長收集資料時間。 3. 比較安寧與其它癌末病患之成本和生活品質。
		黎家銘		5	1. 研究對象僅 21 人，僅能進行描述性分析，也無法比較不同癌症診斷患者的成本差異。 2. 檢查成本及輔助性醫療成本資料付闕，僅能以保險支付點數為成本單價。 3. 收費計價有可能漏帳。
				6	1. 提供住院與居家照顧病患成本分析方法。 2. 以 prospective 方式搜集成本資料。
				7	1. 以比較式進行跨院資料收集。 2. 比較安寧照顧與非安寧照顧病患之生活品質與照顧成本。
	(4) <sup>6</sup> 安寧療護成本效益分析	羅紀瓊	行政院衛生署	1	雖然僅接受安寧療護照顧者平均住院日較長 (26.2VS. 傳統住院 21.5 日)，但整個住院期間費用減少 4 萬多元，差距達 80%，具成本節省的效益性。
				2	1. 雖然僅接受安寧療護照顧者平均住院日較長 (26.2VS. 傳統住院 21.5 日)，但整個住院期間費用減少 4 萬多元，差距達 80%，具成本節省的效益性。 2. 目前全民健保支付標準是針對急性照顧的各種處置，不適合安寧照顧這種以照顧為主，不以治療疾病為主的緩和性照顧方式，故服務難以收支平衡，且病患自付費用仍較傳統醫院照護病患為高。
				3	可據此申請安寧療護合理給付。
				4	無
		黎家銘		5	1. 僅以耕莘醫院病患為樣本，結果外推性可議。 2. 僅有平均每日住院費用總額的比較，資料不足難以進一步分析。
				6	1. 雖然僅接受安寧療護照顧者平均住院日較長 (26.2VS. 傳統住院 21.5 日)，但整個住院期間費用減少 4 萬多元，差距達 80%，具成本節省的效益性。 2. 目前全民健保支付標準是針對急性照顧的各種處置，不適合安寧照顧這種以照顧為主，不以治療疾病為主的緩和性照顧方式，故服務難以收支平衡，且病患自付費用仍較傳統醫院照護病患為高。
				7	1. 瞭解安寧療護所需費用項目，用意和其它傳統醫療方式作比較。 2. 據本研究結果，申請合理健保給付。

註：1. 研究之重要結果。2. 研究之重要發現。3. 研究結果於臨床實務及教育之應用。4. 作者對未來研究之建議。  
5. 研究限制。6. 專家對研究之主要發現。7. 專家對安寧療護未來本土化研究及工作之建議。

歸類	題目	作者	出處	內容分類(註)	文獻查證質性結果
		專家			
貳、合理成本效益：三、財政成本效益	(4)7 安寧療護需求及其費用探討	羅紀瓊	行政院衛生署	1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 瞭解接受傳統住院、安寧住院、居家安寧患者與家屬選擇與不選擇照護的原因，對安寧療護的認知。</li> <li>2. 安寧療護具費用節省的效益性，居家安寧療護又較住院安寧療護為低。</li> </ol>
				2	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 傳統住院病患僅有 1/3 聽過安寧療護，僅 11.1% 是由醫師取得，20.1% 由護理人員取得，主要來源是媒體。</li> <li>2. 安寧療護費用節省，肇因於較低的平均申報金額（不利用或少利用昂貴處置與手術），但病房費較高，保險支付的比例卻較低。</li> </ol>
				3	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 欲推廣安寧療護服務，向醫護人員宣導，以爭取認同是關鍵因素。</li> <li>2. 目前全民健保支付方式及標準不適合奠基於緩和性照顧理念的安寧療護服務，且對選擇安寧療護的病患不公平。</li> </ol>
		黎家銘		4	未提及
		5		成本計算在計算家人照顧的間接成本上有所困難。	
		6		同 2。	
		7		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 宜對安寧療護各項成本進行全面性瞭解，尤其是家人照顧成本工作生產力、志工等成本，加以探討，對成本應清楚定義。</li> <li>2. 用 prospective method 去搜集成本資料。</li> <li>3. 進一步探討癌症病患與家屬不選擇安寧療護的原因。</li> <li>4. 對 Quality of life, 滿意度均可以比較。</li> <li>5. 據此：推行居家療護及申請健保合理給付。</li> </ol>	

註：1. 研究之重要結果。2. 研究之重要發現。3. 研究結果於臨床實務及教育之應用。4. 作者對未來研究之建議。  
5. 研究限制。6. 專家對研究之主要發現。7. 專家對安寧療護未來本土化研究及工作之建議。

歸類	題目	作者	內容分類(註)	文獻查證質性結果	
		出處			
	(4) <sup>8</sup> 台灣地區安寧療護品質稽核工具建構	林明慧	台灣大學公共衛生研究所	1	建立本土化安寧療護品質測量工具。
				2	1. 安寧療護效果在住院前 14 天最為顯著。 2. 提出修改版的品質測量工具。
				3	1. 本研究對量表的信、效度均有詳盡的研究，值得之後研究者參考。 2. 可以此量表作為安寧療護的品質指標。
				4	1. 發覺何類病患最適合安寧照顧。 2. 建立良好信效度及實用本土安寧療護稽核工具。
		黎家銘		5	1. 研究對象代表性、樣本性不足。 2. 資料填寫常有遺漏。 3. 住院五週以上較少。 4. 以單位變項作稽核工具，統計結果不易呈現。
				6	1. 安寧療護效果在住院前 14 天最為顯著。 2. 提出修改版的品質測量工具。
				7	1. 建立國家安寧療護或癌末病患的評鑑標準。 2. 在發展測量工具前，宜像本論文一般，做好信效度分析。
參、落實永續經營：一、品質監測	(4) <sup>9</sup> 建立全國安寧療護作業資料系統指標與臨床實驗計劃	賴允亮	行政院衛生署	1	1. 各機構設備狀況。2. 各機構服務內容。3. 平均住院日、佔床率。 4. 人力狀況與培訓。5. 安寧居家療護收案條件與原因。 6. 安寧居家療護訪視頻率與居家護理人力。 7. 住院病人資料。
				2	1. 了解國內安寧病房中病人之資料，收案來源。 2. 住院與居家病人之疾病診斷及病情診斷認知不同。
				3	提供各機構設置人力規劃與服務內容之比較參考與改進之方向。
		莊榮彬		4	1. 專職訪員及訪視訓練。2. 結構式問題較佳。3. 修訂設置規範。 4. 醫院及機構之輔導 5. 結果報告以 home page 6. 電腦媒體申報相關資料
				5	1. 問卷填答方式未統一，未限制，選項不合邏輯。 2. 開放性填答易有漏填。 3. 訪員限制。 4. 回溯方式填答。
				6	國內各安寧機構現況之了解。
				7	進一步建立較具結構性之安寧療護相關資料的搜集方式，有利於日後品質監測之進行。
	(5) <sup>0</sup> 建立本土化安寧療護服務品質稽核工具與工具信效度之測量	賴允亮	行政院衛生署	1	1. 問卷之信度及效度分析結果。 2. 安寧療護介入對服務品質效標產生之影響。
				2	1. 建立本土化之服務效標測量工具，即可為改進之基礎。 2. 安寧療護之價值與成效。
				3	1. 建立本土化之服務效標測量工具，即可為改進之基礎。 2. 安寧療護之價值與成效。
				4	1. 問卷修改建議，評分者之差別比較與建議。 2. 安寧療護的成效及改善目標 (P. 45-)。
		賴育民		5	1. 研究對象代表性有 selection bias 及樣本數可能不夠。 2. 使用 Non-parametric method 易接受 null hypothesis。
				6	醫療項目之結構，過程與結果之品質均要接受考核，並據以為醫療資源分配之依據，故此研究立意基礎，在方法學上亦稱嚴謹。
				7	問卷採“專家效度”建議增加心理學及流行病學專家。

註：1. 研究之重要結果。2. 研究之重要發現。3. 研究結果於臨床實務及教育之應用。4. 作者對未來研究之建議。  
5. 研究限制。6. 專家對研究之主要發現。7. 專家對安寧療護未來本土化研究及工作之建議。

歸類	題目	作者	出處	內容分類(註)	文獻查證質性結果
		專家			
參、落實永續經營：一、品質監測	(5) <sup>1</sup> 臺灣癌症末期病患對善終意義的體認	趙可式	護理雜誌	1	本土化善終意義之詮釋。
				2	身體平安、心理平安、思想平安。
				3	提高癌末照護品質之指引。
				4	有更多的研究建立臺灣模式的安寧療護。
		陳慶餘		5	質性研究不能作普遍化。
				6	作者之結論可作為本土化善終指標之參考。
				7	「家族特徵類似」的後續性研究。
	(5) <sup>2</sup> 癌症末期病人善終之初步研究	程劭儀	行政院國家科學委員會	1	女性及老年病患較不瞭解死之將至；而住院天數愈久，病人愈了解死之將至；癌症原發部位，住院時主要症狀和照顧者是誰則與善終指標評分無統計差異。至於『知道病情與否』與『了解死之將至』、『後事交代』、『時間恰當性』及『善終總分』顯著有相關 (p<0.05)。
				2	1. 『知道病情與否』與『了解死之將至』、『後事交代』、『時間恰當性』及『善終總分』顯著有相關 (p<0.05)。 2. 服務評價總分與各善終指標均有顯著相關。
				3	癌症末期病患知道病情有助於善終的達成，而不論病患入院時症狀如何，藉緩和醫療團隊的你力，皆可協助患者增進生活品質。
		邱泰源		4	1. 更多資料的收集。 2. 由家屬或病人方面來評估。
				5	1. 由於缺乏先前的比較點，無法肯定地證明我們的病房服務可以提昇多少病人的善終程度。 2. 病患均已過世無法自填。
				6	1. 『知道病情與否』與『了解死之將至』、『後事交代』、『時間恰當性』及『善終總分』顯著有相關 (p<0.05) 2. 服務評價總分與各善終指標均有顯著相關。
				7	1. 由家屬或病人方面來評估善終狀況，並做比較。 2. 善終本土的意義之進一步探討。
	(5) <sup>3</sup> 末期癌症病患之醫院與居家護理標準作業程序之比較及癌症居家護理標準作業程序	唐秀治	行政院衛生署	1	建立 1. 居家營養支持的標準。 2. 居家靜脈抗微生物治療的標準。 3. 居家輸血治療的標準。 4. 居家癌症疼痛處理的標準。
				2	同 1。
		胡文郁		3	可供臨床實務實際執行之參考。
				4	無
				5	無
				6	制定癌症病人居家之營養支持、靜脈抗微生物治療、輸血及癌症疼痛的標準。
				7	可依此制定之標準、進一步分析及實際應用於臨床評核或品管之 indicator。

註：1. 研究之重要結果。2. 研究之重要發現。3. 研究結果於臨床實務及教育之應用。4. 作者對未來研究之建議。5. 研究限制。6. 專家對研究之主要發現。7. 專家對安寧療護未來本土化研究及工作之建議。

歸類	題目	作者	出處	內容分類(註)	文獻查證質性結果
		專家			
參、落實永續經營：一、品質監測	(5)4 安寧療護照護品質及哀傷輔導需求研究	趙可式	行政院衛生署	1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 了解安寧療護患者及家屬的需求為何，以及需求與滿意度之間的差距，並據此推估安寧療護的品質及成效。</li> <li>2. 在安寧療護及非安寧療護的患者、家屬之間做比較，以了解安寧療護是否值得推廣發展。</li> </ol>
				2	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 理念與現實的差距：如一般認為「止痛」是安寧療護的首要工作，但患者卻認為最需要「睡的好」</li> <li>2. 需要與提供的差距：如患者及家屬認為最不需要經濟支援，但這卻是社工最常提供的服務；患者與家屬認為舉辦的娛樂休閒活動已高過他們所需要的，但這仍是持續頻繁舉辦的活動。</li> <li>3. 患者與家屬的差別：如家屬認為不需要志工者多，但患者大多認為需要志工協助。</li> </ol>
				3	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 提供服務及訓練方向。</li> <li>2. 從提供服務者的理念，朝向更實際的重視患者及家屬的認知需求。</li> </ol>
				4	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 縮減問卷的內容，以利大規模施測及提高臨床通用性。</li> <li>2. 將開放性問題的答案也編入問卷中，以提高實用性。</li> <li>3. 將研究對象推展到本研究所做的台北縣市以外，探討全台灣各地的普遍狀況，作為衛生署訂定政策時更可靠的依據。</li> </ol>
				5	研究對象僅限於台北地區數家大醫院，不能完全代表台灣本土化的現況。
		6		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 理念與現實的差距：如一般認為「止痛」是安寧療護的首要工作，但患者卻認為最需要「睡的好」。</li> <li>2. 需要與提供的差距：如患者及家屬認為最不需要經濟支援，但這卻是社工最常提供的服務；患者與家屬認為舉辦的娛樂休閒活動已高過他們所需要的，但這仍是持續頻繁舉辦的活動。</li> <li>3. 患者與家屬的差別：如家屬認為不需要志工者多，但患者大多認為需要志工協助。</li> </ol>	
		7		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 縮減問卷的內容，以利大規模施測及提高臨床通用性。</li> <li>2. 將開放性問題的答案也編入問卷中，以提高實用性。</li> <li>3. 將研究對象推展到本研究所做的台北縣市以外，探討全台灣各地的普遍狀況，作為衛生署訂定政策時更可靠的依據。</li> </ol>	
		鄭逸如			

註：1. 研究之重要結果。2. 研究之重要發現。3. 研究結果於臨床實務及教育之應用。4. 作者對未來研究之建議。  
5. 研究限制。6. 專家對研究之主要發現。7. 專家對安寧療護未來本土化研究及工作之建議。

文獻查證質性結果

歸類	題目	作者	出處	內容分類(註)	
		專家			
參、落實永續經營：一、品質監測	(5) <sup>5</sup> 末期癌症病患之居家與醫院照護品質之比較	唐秀治	行政院衛生署	1	1. 居家護理組較住院照顧組織接受末期照顧期限較長。 2. 居家護理組選擇"生活品質、疾病嚴重度及人力不足"做為選擇照顧模式的參考。 3. 住院照顧組，以"疾病嚴重度、醫療設備及處置及臨床人員可得性；做為選擇末期醫療模式的參考。 4. 二組末期最常發生的三項症狀為：疼痛(83.3%)、食慾不症(72.2%)及虛弱無力(69.4%)。 5. 二組病人對診後設定之二十項服務品質指標並無顯著差異。 6. 二組病患於照顧期間，以血球計數檢查、藥物治療居多。
				2	1. 疼痛控制使用之止痛劑以 Tramal 最多。 2. 二組病人及家屬給予再一次選擇臨床照顧模式的機會二組仍做同樣選擇。 3. 居家照顧之癌末病人有 84.2% 希望在家中往生，住院照顧者則有一半是選擇醫院或家中為其希望死亡的地點。
				3	1. 可做為臨床發展居家安寧療護之草稿。 2. 研究結果可用於安寧療護之相關課程。
				4	無描述。
				5	1. 個案數太少，推論有限。 2. 統計方法的恰當性需再考慮。
				6	1. 末期常見症狀：疼痛、食慾不症及虛弱無力。 2. Tramal 為有效的疼痛治療方式。
				7	病人於醫院及家中兩組病人的基本資料中，病情進展的程度或嚴謹度要控制。
	(5) <sup>6</sup> 癌症末期病人善終之研究	邱泰源	行政院國家科學委員會	1	1. 善終指標評分與性別、年齡、婚姻、教育程度、宗教及癌症原發佈為無明顯統計差別。 2. 善終服務評價與善終指標得分有明顯的正相關。 3. 家屬評估善終與醫療團隊所評之百分比一致性相當高，但皆傾向較低分數。 4. 家屬在身體症狀、心理支持、家人幫助方面有高度滿意度。
				2	1. 本研究顯示良好緩和醫療團隊照顧有助死亡品質的提昇。 2. 服務評價及善終評估可督促癌末照顧品質，應建立適當評估工具予以推行。
				3	本研究使用之善終指標及服務評價工具及實行方式，除可用於國內癌末照顧病房之服務外，亦可教育工作人員培養緩和醫療共同理念及照顧原則。
				4	對各善終評估項目，再度針對本土病人再定義，確定適合國內 Hospice 使用的善終評估工具。
				5	非病人自評。
				6	1. 本研究顯示良好緩和醫療團隊照顧有助死亡品質的提昇。 2. 服務評價及善終評估可督促癌末照顧品質，應建立適當評估工具予以推行。
				7	對各善終評估項目，再度針對本土病人再定義，確定適合國內 Hospice 使用的善終評估工具。

註：1. 研究之重要結果。2. 研究之重要發現。3. 研究結果於臨床實務及教育之應用。4. 作者對未來研究之建議。  
5. 研究限制。6. 專家對研究之主要發現。7. 專家對安寧療護未來本土化研究及工作之建議。

歸類	題目	作者	出處	內容分類(註)	文獻查證質性結果
		專家			
參、落實永續經營：二、人力	(5)7 癌症末期病人安寧照顧之需求推估	黃鳳英	中正大學社會福利研究所	1	1. 依據本研究之低、中、高三種推估，預估在 2000 年時國內癌症死亡人數分別為 26761 人（低推估），29355 人（中推估）及 43873 人（高推估） 2. 依據本研究之低、中、高三種推估假設，預估 2000 年時，國內所需要之安寧療護專業人力分別是：護理：416（高）278（中）254（低） 醫師：34（高）22（中）20（低）
		黃鳳英		2	1. 癌症死亡率的持續上升與人口結構的交互影響，將使未來癌症死亡人口急速擴大。 2. 癌症死亡人口愈多，所需要的安寧療護專業人力就愈多。 3. 醫療與社政單位共同合作，培訓專業從事安寧療護之醫師、護理人員及社工師應為當務之急。
				3	1. 因應持續升高之癌症死亡人口，提昇安寧療護之質與量為重要之醫政社福議題。 2. 對於癌症末期病人的需求提供微觀與巨視觀點的分析。
				4	1. 專業人力之推估上面可以由目前國內安寧病房及居家安寧療護之人力分配之實際狀況與需求作為推估之基礎，再配合當前國內癌症人口對於安寧療護之利用概況作整體規劃到全國安寧療護專業人力需求的基礎。 2. 安寧療護專業人力需求與其它團對人力參與情形之相關研究。
				5	1. 癌末患者不一定就選擇安寧療護服務，因此實際之利用率為影響人力推估之極大變數。 2. 安寧療護照顧人力受到健保給付與醫院管理制度等各項因素之影響，理想上之需求人數與實際需求人力、實際癌症會產生差距。
				6	該研究之癌症死亡人口之中推估情形與目前國內之死亡人口數幾近相似，亦即目前台灣癌症死亡率之成長正以邏輯函數之型態成長，加上人口老化因素之加成影響，為目前癌症死亡人口數增加之原因。
				7	1. 癌症末期病人是否利用安寧療護設施之因素探討（建議可以同時進行質性與量化研究之探討）。 2. 討論目前安寧療護在供給、需求與實際取得服務之間的各種變數與相關因素分析。
參、落實永續經營：三、教育	(5)8 安寧療護專業人員教育需求評估研究	賴允亮、趙可式	行政院國家科學委員會	1	1. 影響安寧療護態度之因素。 2. 受訓方式、喜愛度。 3. 教育需求之排序。
				2	影響安寧療護態度之因素：照顧癌末病人愈多者，告知病人病情進展愈多者，以溝通 DNR 人數愈多者。
				3	有助於設計安寧療護教育課程之參考方向。
				4	無
		莊榮彬		5	問卷回收比率偏低，結果欠缺代表性。
				6	1. 影響安寧療護態度之因素。 2. 教育需求之排序。
				7	問卷於課程進行前發放，課後立即收回，回收率可提高。

註：1. 研究之重要結果。2. 研究之重要發現。3. 研究結果於臨床實務及教育之應用。4. 作者對未來研究之建議。  
5. 研究限制。6. 專家對研究之主要發現。7. 專家對安寧療護未來本土化研究及工作之建議。

## 四、討論

針對本研究質性資料，再經專家會議整理出過去曾提出的問題及將來工作項目，並以新建研究架構的目標歸類如下：

### (一) 提升服務品質

#### 1. 理念

##### 1) 過去國內曾經提出或探討之問題：

- (1) 善終服務的意義及特質，探討善終服務在國內推行的可能性及其方法。
- (2) 國人善終的意義及影響因素。
- (3) 為什麼要對那些無法治癒的病人提供全面的照顧？
- (4) 所有的醫療團隊都認同對癌症末期病人提供症狀治療及身心靈的安寧照顧嗎？
- (5) 龐大醫療費用於死亡前及短時間的現象，使得許多學者懷疑是否高科技醫療方式廣被大量應用至臨終病人的疾病治療？
- (6) 國外安寧療護適合我國民眾？
- (7) 癌末病患及其家屬對醫療團隊：醫師、護理人員、社工、及宗教牧靈人員等的期待？
- (8) 癌末病人、家屬及醫療人員對癌末照顧態度之比較。
- (9) 醫療專業的發展對現代人垂死歷程的影響。
- (10) 站在理解行動者認知感受的角度（包括醫護人員、病人、病人家屬等。）診視現今醫療機構在照顧臨終病人暴露出哪些問題，並與近年來國內大力推廣安寧療護的臨終關懷死亡儀式做個比照。
- (11) 「安寧病房」是否真正能解決臨床上瀕死病人被忽略與不被重視的問題？
- (12) 一個宣傳對死亡不再採取沈默、逃避、隔離、遺棄的病房，是如何讓醫療專業人員、病人、家屬，以開放的態度面對死亡現身？
- (13) 相互分享對死亡的感受而彼此支持，是不是就能創造一個安詳、尊嚴的死亡歷程？
- (14) 提昇基督信仰，認知人生每一段都需要耶穌基督，尤其在臨終時，並照顧非基督徒病人。

## 2) 將來推展目標：

- (1) 再深入探討病房目前的狀況，以比較不同時期，以了解病房照顧理念、困境、照顧品質等變遷。
- (2) 如何使每一位癌症病患皆有正確安寧療護觀之研究。
- (3) 瞭解目前安寧照顧的發展情況以便檢討發展中的問題與缺失。
- (4) 善終本土的意義之進一步探討。
- (5) 對尊嚴死亡的「心理意義」的深入探討。不只是客觀因素的評估，而是主觀的認知及個人意義。
- (6) 等死的痛苦原因及改善之道。
- (7) 宗教信仰與善終關係。
- (8) 良好的家庭社會支持體系與善終的關係。
- (9) 基督教對末期病人生命意義找尋的助益。
- (10) 病人及家屬在我國文化上孰為重要。
- (11) 安寧療護是西方國家產物，其精神適用於國內（東方國家）？

## 2. 研究

### 1) 過去國內曾經提出或探討之問題：

- (1) 如何評量及改善癌末病人的生活品質。
- (2) 中藥藥膳對癌末病人生活品質改善情形。
- (3) 比較接受居家護理與住院之瀕死癌症病患之末期症狀對生活品質影響之異同。
- (4) 青年癌症末期病人瀕死的心理反應及其影響因素？
- (5) 家屬的心理反應。
- (6) 癌症兒童死亡六個月後，母親的哀傷反應為何？如何給予支持？
- (7) 探討安寧護理模式於改善癌症病患憂傷反應之成效。
- (8) 家屬對告知真相的態度。
- (9) 探討一位肺癌末期病患入院接受治療所面臨的壓力源及其因應策略。
- (10) 失去癌症女兒後，對母親身體、心理、社會上的影響如何？
- (11) 探討國人於癌症末期時，對靈性的看法以及靈性的需求與內涵。
- (12) 母親運用的支持系統資源是什麼？
- (13) 探討高雄地區已故癌症病人其家屬對安寧療護的認知與態度。

- (14) 探討癌症末期家屬對「不予急救」之態度。
- (15) 調查已故癌症病人家屬對癌症病人照護需求性與其滿意度情形。
- (16) 比較癌症病患和家屬對照顧需求的差異。
- (17) 由照顧者的角度來瞭解癌末病人照會時的狀況，探討病患及家屬的服務需求。
- (18) 主要照顧者資訊需要、家務處理需要、照顧病人的需要、個人的需要、靈性的需要、心理的需要等六項的居家照顧需要的重要性及滿意程度。
- (19) 瞭解目前居家安寧病患的基本特質及其主要照顧者的基本特質。
- (20) 國人嗎啡使用方式及其藥物動力學之研究。
- (21) 尋找出適當之治療劑量，並從而算出投與量以防止中毒出現，並尋找出國人自己之藥物動力學參數。
- (22) 比較酚它尼疼痛貼片與長效型嗎啡在慢性癌病疼痛治療上之止痛效果、安全及副作用。
- (23) 調查分析醫師、癌症病患對麻醉藥品居家使用的意向及其可能的流弊。
- (24) 善終服務的意義及特質，探討善終服務在國內推行的可能性及其方法。
- (25) 研究服務品質與善終的相關，希望能發展出本土性的善終評估模式。
- (26) 國人善終的意義及影響因素。
- (27) 安寧照顧如何追求善終？
- (28) 從不同的觀點分析死亡現象，以瞭解臨終病人及家屬面對死亡問題之一般特質及其因應之道。
- (29) 如何解除人類對死亡的恐懼？
- (30) 系統地整理社會工作相關文獻，探討對臨終病人及家屬服務。
- (31) 基督教在臨終照顧的角色及應用。
- (32) 針對癌症末期病人的瀕死症狀作回溯分析，以期得到其臨床意義所在。

## 2) 將來研究主題：

- (1) 倫理困境的原因及解決方式。
- (2) 哀傷輔導的現況及發展方向。
- (3) 發展哀傷輔導或家屬哀傷反應之因應行為之測量工具。
- (4) 瞭解家屬與病患對告知病情產生歧見之原因及醫護人員溝通之道。
- (5) 病人及家屬對急救的認知及態度。
- (6) 病情告知的利弊研究。
- (7) 本土癌病情告知的規範。
- (8) 等死的痛苦原因及改善之道。
- (9) 進行前瞻性瀕死症狀之研究。
- (10) 分享及面對死亡，親友的支持與善終的關懷。
- (11) 宗教信仰與善終關係。
- (12) 善終評量工具的建立與實行。
- (13) 什麼策略可使末期病人達到”good dying”
- (14) 良好的家庭社會支持體系與善終的關係。
- (15) 善終本土的意義之進一步探討。
- (16) 如何解除人類對死亡的恐懼。
- (17) 國內各宗教「瞻病送終」的照顧方式比較。
- (18) 發展靈性困擾之高危險群臨床指標。
- (19) 針對不同靈性需求，利用臨床專業，提昇靈性力量。
- (20) 提高癌末症狀治療品質及靈性信仰力量。
- (21) 發展本土化的靈性評量工具，及提供教育指導參考。
- (22) 本土化靈性需求及提昇靈性力量之研究。
- (23) 基督教對末期病人生命意義找尋的助益。
- (24) 國內癌末生活品質評量表。
- (25) 居家與住院生活品質之比較。
- (26) 針對社會大眾對安寧療護/緩和醫療照顧原則認知之研究。
- (27) 問卷採”專家效度”建議增加心理學及流行病學專家。
- (28) 將開放性問題的答案也編入問卷中，以提高實用性。
- (29) 研究應發表於期刊。

- (30) 透過國內過去各專家所作有關癌末照顧的研究文獻回顧以及相關文獻的整理及內容分析，作為日後從事有關善終服務研究之參考。
- (31) 癌症病人及家屬選擇安寧療護行為意向的研究。
- (32) 安寧療護納入醫學正統教育課程的可行性。
- (33) 安寧照顧在一般病房實施的可行性之研究。
- (34) 針對病人照護需求、擬定護理措施，以評價其成效，可進行準實驗法之研究。
- (35) 採質性研究，深入了解國人照顧者的負荷。並了解需求與滿意度之差距。
- (36) 社區醫療人員對安寧療護教育需求及策略。
- (37) 社工人員為安寧療護團隊的成員對目前癌末病患社工的角色和功能應有前瞻性的探討和研究。
- (38) 調查目前癌末接受 CPR 的比率。
- (39) 找出具預測存活期的變項，並實際可用於臨床工作上。
- (40) 為何要對癌末提供安寧的照顧，多角度之研究。
- (41) Fentanyl 貼片的藥物動力學研究。
- (42) 如何使每一位癌症病患皆有正確安寧療護觀之研究。

### 3. 實務

#### 1) 過去國內曾提出或探討之問題：

- (1) 安寧照顧如何追求善終？
- (2) 國外安寧療護適合我國民眾？
- (3) 如何解除人類對死亡的恐懼？
- (4) 如何面對癌症末期的病人？
- (5) 明瞭癌末病患及其家屬選擇回家或住院照顧之理由。
- (6) 癌末照顧及臨終場所之偏好。由醫師來估測病人的選擇，藉此，作為醫病間進一步溝通之參考。
- (7) 比較接受居家護理與住院之瀕死癌症病患於照顧期間所使用之醫療服務種類與頻率之異同。
- (8) 明瞭癌末病患及其家屬對秘方、偏方、志工、及急救的看法。
- (9) 如何改善癌末病人的生活品質。
- (10) 中藥藥膳對癌末病人生活品質改善情形。

- (11) 比較接受居家護理與住院之瀕死癌症病患及家屬之心理社會衝突及其調適。
- (12) 明瞭已故病患家屬的哀傷經驗與哀傷輔導需求為何？
- (13) 探討國人於癌症末期時，對靈性的看法以及靈性的需求與內涵。
- (14) 主要照顧者資訊需要、家務處理需要、照顧病人的需要、個人的需要、靈性的需要、心理的需要等六項的居家照顧需要的重要性及滿意程度。
- (15) 家屬的心理反應。
- (16) 母親運用的支持系統資源是什麼？
- (17) 探討一位肺癌末期病患入院接受治療所面臨的壓力源及其應因策略。
- (18) 比較癌症病患和家屬對照顧需求的差異。
- (19) 由照顧者的角度來瞭解癌末病人照會時的狀況，探討病患及家屬的服務需求。
- (20) 瞭解病患在住院期間的照護需要，並提供適切且能滿足病人需要的護理措施之參考。
- (21) 國人嗎啡使用方式及其藥物動力學之研究。
- (22) 尋找出適當之治療劑量，並從而算出投與量以防止中毒出現，並尋找出國人自己之藥物動力學參數。
- (23) 比較酚它尼疼痛貼片與長效型嗎啡在慢性癌病疼痛治療上之止痛效果、安全及副作用。
- (24) 瞭解目前癌症疼痛的治療情形及病患對疼痛治療的滿意度。
- (25) 調查分析醫師對癌症疼痛治療上使用麻醉藥品的態度及看法。
- (26) 針對癌症末期病人的瀕死症狀作分析，以期得到其臨床意義所在。
- (27) 醫療服務的品質。
- (28) 醫療團隊在臨床工作中面臨的困難是什麼？
- (29) 探討癌症末期家屬對「不予急救」之態度。
- (30) 癌末期病人住院經驗與過程的描述。

## 2) 將來工作推展目標:

- (1) 有效提高癌末症狀控制品質。
- (2) 制訂國內癌末疼痛、呼吸困難等症狀控制指引。
- (3) 末期鎮靜指引。
- (4) 發展靈性困擾之高危險群臨床指標。
- (5) 針對不同靈性需求，利用臨床專業，提昇靈性力量。
- (6) 發展本土的靈性評量工具，及提供教育指導參考。
- (7) 生活品質評量工具。
- (8) 如何提昇癌末生活品質。
- (9) 發展哀傷輔導或家屬哀傷反應之因應行為及有效輔導方式。
- (10) 病情告知的規範及指引。
- (11) 安寧居家照護指引制訂。
- (12) 病人及家屬照顧衝突時的規範。
- (13) 找出具預測存活期的變項，並實際可用於臨床工作上。
- (14) 針對所有醫療專業人員，尤其有接觸末期病患之醫療照顧者，設計開放式問卷，認為適切的入院條件。

## (二) 組織、規範及財政

### 1. 組織機構

#### 1) 過去國內曾提出或探討之問題:

- (1) 安寧照顧有沒有可能成為台灣各個醫院發展的走向呢？
- (2) 檢定衛生署民國 84 年所訂定之「安寧住院病房設置規範」與「安寧居家療護設置規範」之執行狀況。
- (3) 藉由安寧病房與一般醫療體制下的二組行動者，剖析當一個被標籤為「快要死的病人」處在現今醫療機構會呈現出什麼樣的社會學值得探索的問題。
- (4) 明瞭癌末病患及其家屬在「安寧療護病房」及在一般非安寧療護病房，所接受的照顧經驗為何？
- (5) 明瞭癌末病患及其家屬接受及不接受「安寧療護」的影響因素為何？
- (6) 癌症末期病人是否利用安寧療護設施之因素探討。

- (7) 討論目前安寧療護在供給、需求與實際取得服務之間的各種變數與相關因素分析。
- (8) 目前台灣安寧照顧實踐上所突顯的困境。
- (9) 醫院組織如何發展出處理病人死亡的規則和程序。
- (10) 醫療人員在此組織情境下如何處理並評價瀕死或死亡病人的態度與方式。
- (11) 推估未來二十年內，可能發生之癌症死亡人數。
- (12) 台灣癌末照顧概況。
- (13) 以市場導向的理論來解決非營利組織忽略市場需求的問題。
- (14) 站在理解行動者認知感受的角度（包括醫護人員、病人、病人家屬等。）診視現今醫療機構在照顧臨終病人暴露出哪些問題，並與近年來國內大力推廣安寧療護的臨終關懷死亡儀式做個比照。
- (15) 運動神經元疾病在國內接受安寧照顧可行性。

## 2) 將來推展目標：

- (1) 推動安寧照顧社區化。
- (2) 落實安寧照顧觀念於各病房，成立機構於大醫院外。
- (3) 推動居家照顧，家庭資源不足者，可以機構處理，健全社會福利。
- (4) 整合團隊資源。
- (5) 分析癌末病患、家屬與醫護人員互動關係之分析，對規劃合適的照顧模式有所助益。
- (6) 社區照顧能力的調查及改善。
- (7) 針對所有醫療專業人員，尤其有接觸末期病患之醫療照顧者，設計開放式問卷，適切的入院條件。
- (8) 國內各基金會對安寧臨終療護工作宣導推展的困境及突破之道。

## 2. 倫理、規範及法律

### 1) 過去國內曾提出或探討之問題：

- (1) 明瞭醫師在癌症患者臨終照顧時的倫理考量及傾向。
- (2) 探討國內安寧療護及緩和醫療工作人員所遭遇到的倫理困惑事件並探討其可能影響因素。
- (3) 明瞭醫師實際做成倫理決定時的影響因素。
- (4) 評估醫師在照顧末期癌症患者時的相關倫理知識。

- (5) 調查分析醫師、癌症病患對麻醉藥品居家使用的意向及其可能的流弊。
- (6) 尋求如何有效追蹤癌症病患居家使用的麻醉藥品之途徑，以防止麻醉藥品流為非法使用。

## 2) 將來推展重點：

- (1) 工作人員定期接受倫理問題探討的訓練。
- (2) 訂定工作規範，並進一步制訂適合國人癌末照顧本土化規範的根據且提供作為法規制訂之參考。
- (3) 安寧療護發展作業資料系統建立後，應公布並執行。
- (4) 本土癌病情告知的規範。
- (5) 緩和醫療法的立法。
- (6) 倫理困境的原因及解決方式。
- (7) 研擬適合國內癌末照顧指引，可減少倫理困境困擾度。
- (8) DNR 的立法與推行。
- (9) 推行「麻醉藥品由癌症病患居家使用」政策參考。
- (10) 定期探討病人及家屬對心肺復甦術的認知及態度。

## 3. 成本效益

### 1) 過去國內曾提出或探討之問題：

- (1) 解析勞保體系癌症末期病患死亡前住院期間所接受之醫療照護項目及期間相關費用。
- (2) 探討影響勞保體系癌症末期病患死亡前住院期間醫療費用之相關因素。
- (3) 瞭解馬偕醫院安寧病房癌症末期病患非保險支付之醫療費用。
- (4) 試提癌症末期病患照護之經濟面與其他相關層面之建議。
- (5) 探討癌末病患接受住院及居家照護於照護期間，所需投入醫療資源之成本結構並比較兩者間之差異，並分析影響因素。
- (6) 瞭解癌末病患接受住院及居家照護於照護期間，所使用之醫療服務種類與頻率，並比較兩者間之差異。
- (7) 以經營層面探討住院與居家照護兩種照護模式在收入-成本配合原則下之最佳選擇。

- (8) 安寧照護尚屬起步階段，是否真能較傳統醫療照護成本降低成本？
- (9) 不同模式間其醫療成本差異又如何？
- (10) 蒐集具雙元性（積極性及緩和性）照護體系的醫院，其癌症臨終病人的照護場所（普通病房或安寧病房）、處置內涵、醫療費用及病人特性等資訊，並分析安寧住院療護之成本效益，以供決策參考。
- (11) 龐大醫療費用及終於死亡前及短時間的現象，使得許多學者懷疑是否高科技醫療方式廣被大量應用至臨終病人的疾病治療？
- (12) 探討家庭照顧能力及困難所在。
- (13) 試圖摸索出一個顧及病人需求及本院供給能力的服務模式以提昇醫療服務的品質。
- (14) 投入的人力財力值得嗎？

## 2) 將來推展重點：

- (1) 用前瞻性方法以較大樣本數，去搜集安寧病房住院患者的所有成本與費用，也將家人自付的醫療費用照顧親人之機會成本，偏方治療費用都列入一起搜集，來瞭解健保應如何支付安寧病房費用。
- (2) 以生活品質相關指標去瞭解安寧療護患者之 cost utility。
- (3) 比較安寧照顧與非安寧照顧病患之生活品質與照顧成本。
- (4) 瞭解安寧療護所需費用項目，用以和其它傳統醫療方式作比較。
- (5) 宜對安寧療護各項成本進行全面性瞭解，尤其是家人照顧成本工作生產力、志工等成本，加以探討，對成本應清楚定義。
- (6) 用 prospective method 去搜集成本資料。
- (7) 居家照護模式成本較低，可為推展居家療護依據。
- (8) 安寧療護節省醫療費用，據此，爭取健保合理給付。

## (三) 落實永續經營

### 1. 品質監測

#### 1) 過去曾提出或探討之問題：

- (1) 建立一套本土化的安寧療護服務品質稽核工具。
- (2) 並運用稽核結果作為檢討、改進服務內容及改善照顧模式、提升臨終病患照護品質之依據。
- (3) 在安寧療護運動於國內蓬勃發展之際，安寧療護服務品質稽核工具亦亟需建立，以防合理保險給付資源遭濫用。

- (4) 針對「過程面」及「結果面」評估之安寧療護品質評量稽核指標亟需建立。
- (5) 建立適合本國安寧療護發展的作業資料系統內容，包含：安寧療護作業指標（安寧療護機構服務內容，服務量，人力狀況，機構設備狀況，病患人口學、疾病、醫療等資料，疼痛控制成效，生活品質狀況等）。
- (6) 檢定衛生署民國 84 年所訂定之「安寧住院病房設置規範」與「安寧居家療護設置規範」之執行狀況。
- (7) 建立全國作業資料系統之申報、彙整、分析、運用、與出版的方法。
- (8) 究竟「安寧病房」是否真正能解決臨床上瀕死病人被忽略與不被重視的問題？
- (9) 如果讓病人或家屬單獨面對死亡是否人道？又其最後的意願與尊嚴是否能被滿足與尊重？
- (10) 調查已故癌症病人家屬對癌症病人照護需求性與其滿意度情形。
- (11) 主要照顧者資訊需要、家務處理需要、照顧病人的需要、個人的需要、靈性的需要、心理的需要等六項的居家照顧需要的重要性及滿意程度。
- (12) 比較居家護理與住院之瀕死癌症病患及家屬所接受之服務的滿意度。
- (13) 瞭解目前癌症疼痛的治療情形及病患對疼痛治療的滿意度。
- (14) 探討台大醫院緩和醫療病房病人的善終情形及其影響因素。
- (15) 善終評量工具的建立與實行。
- (16) 初探影響安寧療護服務品質的相關因素。
- (17) 癌末期病人住院經驗與過程的描述。
- (18) 以現有的英國安寧療護服務品質稽核工具 STAS (The Support Team Assessment Schedule) 為藍本，發展良好信效度，且能客觀呈現本土化安寧療護照護品質之臨床稽核稽核工具。

## 2) 工作目標：

- (1) 建立國家安寧療護或緩和醫療的評鑑標準。
- (2) 發展癌末病人善終之評量工具。
- (3) 發展自述癌末照顧需求之評估量表。

- (4) 進一步建立較具結構性之安寧療護相關資料的搜集方式，有利於日後品質監測之進行。
- (5) 由家屬或病人方面來評估善終狀況，並做比較。透過上述的分析與歸納，提出具體可行的建議，做為我國日後規劃善終服務，提昇臨終病人及家屬服務品質之參考。
- (6) 比較不同時期，以了解(1)病房照顧理念(2)困境(3)照顧品質等變遷。
- (7) 比較安寧照顧與非安寧照顧病患之生活品質與照顧成本。

## 2. 人力

### 1) 過去國內曾提出或探討之問題：

- (1) 分析瞭解癌症末期病人及其家屬之各種問題與需要。
- (2) 推估未來二十年內，可能發生之癌症死亡人數。
- (3) 試擬以安寧照護之模式下，推估未來照護人力之需求情形。
- (4) 試圖摸索出一個顧及病人需求及本院供給能力的服務模式以提昇醫療服務品質。
- (5) 探討家庭照顧能力及困難所在。

### 2) 將來推展目標：

- (1) 推動居家照顧，家庭資源不足者，可以尋求機構處理，並健全社會福利。
- (2) 整合照顧團隊資源。
- (3) 討論目前安寧療護在供給、需求與實際取得服務之間的各種變數與相關因素分析。
- (4) 以推估人力需求結果，作為未來醫療政策上之參考。
- (5) 社工人員為安寧療護團隊的成員對目前癌末病患社工的角色和功能前瞻性的探討和研究。
- (6) 安寧療護團隊人員的角色及需求量的研究。
- (7) 護理人力需求量的研究。
- (8) 社區照顧能力的調查。
- (9) 有效推動安寧照顧社區化。

### 3. 教育

#### 1) 過去國內曾提出或探討之問題：

- (1) 明瞭醫師、護理人員、社工人員、宗教牧靈人員對安寧療護的教育需求。
- (2) 探討醫師、護理人員、社工、宗教牧靈人員對安寧療護的教育需求相關因素。
- (3) 如何面對癌症末期的病人？
- (4) 為什麼要對那些無法治癒的病人提供全面的照顧？
- (5) 所有的醫療團隊都認同對癌症末期病人提供症狀治療及身心靈的安寧照顧嗎？
- (6) 明瞭癌末病患及其家屬對醫療團隊：醫師、護理人員、社工、及宗教牧靈人員等的期待？
- (7) 明瞭已故病患家屬的哀傷經驗與哀傷輔導需求為何？
- (8) 比較接受居家護理與住院之瀕死癌症病患之末期症狀發生率、嚴重程度及其對病人影響之異同。
- (9) 分析瞭解癌症末期病人及其家屬之各種問題與需要。
- (10) 探討高雄地區已故癌症病人其家屬對安寧療護的認知與態度。
- (11) 探討癌症末期家屬對「不予急救」之態度。
- (12) 癌末照顧及臨終場所之偏好。由醫師來估測病人的選擇，藉此，作為醫病間進一步溝通之參考。

#### 2) 將來推展目標：

- (1) 安寧療護納入醫學正統教育課程的可行性。
- (2) 訂定未來資師養成及繼續教育末期照顧倫理教育。
- (3) 安寧療護納入國中、小教育課程。
- (4) 死亡教育納入國中、小課程。
- (5) 宗教學系開安寧療護宗教課程。
- (6) 安寧療護對社區醫療人員教育需求及策略。
- (7) 安寧療護對社會大眾教育的策略。

- (8) 倡導安寧療護理念時，應多搜集及探討社會大眾對理念之看法與認同情形。
- (9) 醫事人員對嗎啡類藥物的看法與態度。
- (10) 如何加強”死亡教育”於一般民眾(自幼)。
- (11) 工作人員定期接受倫理問題探討的訓練。
- (12) 發展本土化的靈性評量工具，及提供教育指導參考。
- (13) 找出有效可行之安寧療護教育方案。
- (14) 如何教育使醫師瞭解病人及家屬真正的需求。
- (15) 為何要對癌末提供良好的照顧？

## 五、結論與建議

在「理念」方面，過去提出或已探討的問題，大致上可包括：1) 癌末善終的意義、2) 照顧照顧癌末病人的意義及必要性、3) 西方善終服務如何在國內實施，及4) 安寧病房的功能，是否有助善終等。而將來國內推展方向應針對：

- (1) 監測安寧病房發展狀況、服務品質及面臨困境，由政府或學會（基金會）提供協助。
- (2) 持續宣導死亡教育及安寧療護，使每位民眾都能有適當生死觀及正確安寧療護觀念。
- (3) 宗教的力量可協助生命意義的找尋，有助善終，如何引入安寧療護工作亦為重要。
- (4) 朝向建立本土化安寧療護模式，持續努力。

在「研究」方面，過去提出或已探討的問題，約有以下重點：1) 生活品質、2) 心理調適、3) 哀傷輔導、4) 癌末照顧態度、5) 居家照顧、6) 嗎啡效用、7) 善終的追求，及8) 宗教的角色。而將來研究方向則包括：

- (1) 倫理兩難困境上解決指引。
- (2) 告知真相指引。
- (3) 有效的哀傷輔導。
- (4) 具體追求善終之道。
- (5) 本土靈性照顧模式。
- (6) 研究設計之改善。
- (7) 安寧療護教育需求與有效策略。
- (8) 選擇安寧療護行為意向。

在「臨床實務」方面，過去提出的問題包括：1) 安寧照顧實際工作中如追求善終？2) 醫病溝通、3) 支持系統、4) 病人臨床醫療需求、5) 疼痛控制及嗎啡使用，及6) 臨床困境原因及解決方式。至於未來推展重點則有：

- (1) 制訂常見癌末症狀控制指引。
- (2) 常見臨床困境解決指引。
- (3) 有效提高生活品質策略（身、心、靈）。
- (4) 有效達到善終之道（身、心、靈）。
- (5) 哀傷輔導的落實。
- (6) 存活期預測的臨床應用。

在「組織架構」方面，過去探討的問題，大致包括：1) 病人選擇安寧療護有關因素，2) 安寧療護的設置規範，3) 安寧療護服務對象等。而未來工作方向，則應著重：

- (1) 社區安寧療護能力提昇。
- (2) 建立團隊合作制度並發揚合作精神。
- (3) 適合病人、家屬及醫療團隊的本土化照顧模式。

在「倫理、規範及法律」方面，大致探討過1) 倫理困境，2) 醫師臨終照顧倫理考量及傾向，及3) 癌痛控制抒解藥品的管理。而將來的推展重點應在：

- (1) 倫理困境的解決指引。
- (2) 緩和醫療法立法。

在「成本效益」方面，目前是國內注重項目，過去曾探討過的主題，主要有：1) 瀕死病人照顧醫療費用使用情形，2) 不同照顧模式成本結構。而將來工作重點應包括：

- (1) 更大型前瞻性的成本效益研究。
- (2) 將生活品質及個人社會的成本考慮在內的成本效益分析。
- (3) 爭取合理健保給付。

在「品質監測」方面，國內已有相當進展，探討過1) 稽核工具建立，2) 作業資料管理，3) 服務滿意度調查，及4) 善終評估工具的建立。至於下一步的重點則有：

- (1) 本土化服務評鑑工具。
- (2) 本土化善終評估表。
- (3) 癌末照顧需求評估工具。
- (4) 包括生活品質的成本分析。

在「人力」方面，則探討過1) 癌末病人人數預估，2) 安寧療護工作人力需求。未來的推展重點則有：

- (1) 加強及訓練社區人力資源。
- (2) 有效引進照顧團隊各專家人力的制度。

在「教育」方面，過去也探討過1) 工作人員的教育需求，2) 死亡教育現況，3) 瀕死照顧的意義，及4) 癌末病患期望等，據此以其推展安寧療護教育。未來更應著重：

- (1)安寧療護納入醫學正規教育，並列入國考試題。
- (2)國中小死亡教育的落實。
- (3)社區健保照顧人員的教育。
- (4)有效的民眾教育。

本研究經過研究小組一年奮鬥不懈，發掘過去國內有關癌末照顧研究報告，期使前輩心血不致石落大海，癌末病人的痛苦能確定提昇未來照顧能力，以上的結論及建議期望對國內安寧療護推展提供更明確的方向及工作重點。

## 誌 謝

本研究計畫是行政院衛生署合約計畫 (DOH88-TD-1124)，感謝衛生署的經費補助，也感謝 58 位論文作者能慷慨提供寶貴研究資料，研究小組專家們的貢獻更是功不可沒。而研究助理鄧錦惠小姐盡忠職守，每日加班，辛勤不懈的找尋及整理研究資料，不但開創找尋有關安寧療護資料之路，對本研究的貢獻更是值得推崇。

## 六、參考文獻

- 1 行政院衛生署：安寧住院療護服務及居家服務設置規範，行政院衛生署，台北，1996
- 2 行政院衛生署：安寧居家療護試辦計劃，行政院衛生署，台北，1996
- 3 邱泰源、胡文郁、陳恆順等：1996，Vol6 (3)：醫病雙方對癌末照顧場所選擇之特性研究，中華家醫誌
- 4 程劭儀、邱泰源、胡文郁等：1996，Vol6 (2)：癌症末期病人善終之初步研究，中華家醫誌，p83-92
- 5 姚建安、邱泰源、胡文郁等：1998，緩和醫療病房初步評估之研究，中華家醫誌
- 6 陳慶餘等：英國安寧療護研習心得錄，佛教蓮花臨終關懷基金會，台北，1996
- 7 邱泰源等：關懷臨終生命，台大醫院緩和醫療病房週年專刊，台北，1996
8. Bales JS: Cost aspects of palliative cancer care [Review]，*Semin Oncol* 1995;22：64-6.
9. Corless IB.: Plying well: Symptom control within hospice care [Review] *Ann Rev of Nurs Res* 1994; 12:125-46.
10. Delhi O.: Controversies in terminal cancer care [Review] *Support Care Cancer* 1994; 2:82-7.
11. Clark D., Neale B., Heather P.: Contracting for palliative care [Review] *Soc Sci Med* 1995; 40:1193-202.
12. Hillner BE: Economic and cost-effectiveness issues in breast cancer treatment [Review] *Semin Oncol* 1996; 23:98-104.
13. Higginson I.: Palliative care : a review of past changes and future trend [Review] *J Public Health Med.* 1993; 15:3-8.
14. Skeel RT.: Quality of life dimensions that are most important to cancer patients [Review] *Oncology-Basel* 1993; 7:55-61.
15. Jessica Corner :Is there a research paradigm for palliative care ， [Review] ， *Palliative Med* 1996; 10:201-208.

- 16.陸玗玲：1998，台灣地區生活品質研究概況，中華衛誌。
- 17.盧孳豔：1989，人種誌研究法，榮總護理。
- 18.楊克平：1998，整合護理研究法的分歧---論方法上的三角交叉檢視法，護理研究。
- 19.徐南麗：1996，歷史研究法，護理研究導論。

## 七、圖表

表 1. 國內安寧療護相關文獻發表年度

發表年度	篇數	百分比 (%)
1985	1	1.7
1988	1	1.7
1989	1	1.7
1991	1	1.7
1992	1	1.7
1993	2	3.4
1994	4	6.9
1995	3	5.2
1996	10	17.2
1997	19	32.8
1998	14	24.1
1999	1	1.7
Total	58	100.0

表 2. 安寧療護相關文獻發表出處

出處	篇數	百分比 (%)
一、研究單位	18	31.0
護理研究所 (國防、台大、慈濟)	3	5.2
公衛研究所 (陽明、高醫、台大)	3	5.2
衛生教育研究所 (師大、高醫)	2	3.4
陽明醫務管理研究所	1	1.7
中正心理研究所	1	1.7
東海社會研究所	1	1.7
中正社會福利研究所	1	1.7
清大社會工作研究所	1	1.7
清大社會人類研究所	1	1.7
北醫生藥研究所	1	1.7
陽明社區護理研究所	1	1.7
中山企業管理研究所	1	1.7
中華佛學研究所	1	1.7
二、期刊	18	31.0
中華家醫誌	6	10.3
護理雜誌	3	5.2
台灣醫學	2	3.4
護理新象	1	1.7
護理研究	1	1.7
中華心理衛生學刊	1	1.7
榮總護理	1	1.7
慈濟醫學	1	1.7
ACTA ANAESTHESIOLOGICA SIN	1	1.7
中華醫學雜誌	1	1.7
三、其他機構	19	32.8
台大醫院	4	6.9
高雄醫學院	3	5.2
馬偕醫院	3	5.2
孫逸仙治癌中心	2	3.4
中央研究院	2	3.4
台中榮總醫院	2	3.4
財團法人天主教康泰醫療教育	1	1.7
耕莘醫院	1	1.7
行政院衛生署麻醉藥品經理處	1	1.7
四、國外單位	3	5.2
France Payne Bolton School	1	1.7
The Faculty of graduate school Cohen Theological seminary	1	1.7
東京大學	1	1.7
Total	58	100.0

表 3. 文獻類別

文章類別	篇數	百分比(%)
碩士論文	18	31.0
期刊研究論文	14	24.1
國科會研究報告	10(4)	17.3
衛生署研究報告	10(1)	17.3
退輔會補助研究	3	5.2
博士論文	2	3.4
蓮花基金會補助計畫	1	1.7
Total	58	100.0

\* ( ) 中之篇數為已投稿的報告之篇數

表 4. 作者之專業領域

專業領域	篇數	百分比(%)
醫師	22	37.9
護士	20	34.5
碩士	11	19.0
博士	2	3.4
社工師	1	1.7
宗教師	1	1.7
其他	1	1.7
心理師	0	0.0
Total	58	100.0

表 5. 依照問卷之文獻內容分類

文章內容分類	篇數	百分比(%)
心理層面	10	17.3
品質指標與監測	9	15.5
靈性層面	6	10.4
家屬照顧層面	6	10.4
組織機構	4	6.9
財政成本效益	4	6.9
疼痛	3	5.2
立法制度	2	3.5
人力資源	2	3.5
歷史演進	1	1.7
心理、靈性層面	1	1.7
症狀控制及護理	1	1.7
末期運動神經元	1	1.7
悲傷輔導	0	0.0
其他 total	8	13.6
文獻調查	1	1.7
另類治療	1	1.7
存活期預測	1	1.7
死亡教育	1	1.7
照顧場所	1	1.7
態度	1	1.7
醫病溝通	1	1.7
瀕死症狀分析	1	1.7
Total	58	100.0

表6. 依照研究架構之工作目標分類

政策目標分類	篇數	百分比(%)
一、提升服務品質		
實務	30	51.7
理念	5	8.6
研究	4	6.9
二、合理成本效益		
財務成本效益	4	6.9
組織機構	2	3.4
立法制度	2	3.4
三、落實永續經營		
品質監測	9	15.5
人力	1	1.7
教育	1	1.7
Total	58	100.0

表 7. 文獻中所使用之研究方法

研究方法	篇數	百分比(%)
1. 量化研究 (total)	43	74.1
111 實驗設計	4	6.9
112 準實驗設計	1	1.7
121 描述性研究	29	50.0
122 相關性研究	8	13.8
12 人口推估法	1	1.7
2. 質性研究 (total)	11	19.0
22 現象學	1	1.7
24 詮釋學	2	3.5
26 田野研究	7	12.1
27 深度訪談	1	1.7
3. 三角交叉法	1	1.7
4. 個案研究	2	3.5
6. 文獻覆查	1	1.7
Total	58	100.0

表 8. 研究對象 (複選題)

	病人	家屬	看護	醫師	護士	社工	心理師	宗教師	民眾	其他
無	19	38	58	45	48	50	57	53	55	50
(%)	(32.8)	(65.5)	(100)	(77.6)	(82.8)	(86.2)	(98.3)	(91.4)	(94.8)	(86.2)
有	39	20	0	13	10	8	1	5	3	8
(%)	(67.2)	(34.5)	(0.0)	(22.4)	(17.2)	(13.8)	(1.7)	(8.6)	(5.2)	(13.8)
Total	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58

表 9. 研究對象國籍

國籍	篇數	百分比 (%)
台灣	56	96.6
日本, 台灣	1	1.7
文獻回顧 (國內、外文獻)	1	1.7
Total	58	100.0

表10. 文章中之取樣方式

取樣方法	篇數	百分比 (%)
非隨機抽樣	48	82.8
隨機抽樣	7	12.1
理論取樣	2	3.4
無取樣方法	1	1.7
Total	58	100.0

表 11：西文期刊文章分類（以關鍵字「Palliative care and review」及「Hospice and review」查詢 1994-1998 年間之文獻）

分類項	Frequency (篇數)	Percent(%)
診斷與緩解性治療	140	12.3***
疼痛	89	7.8*
放射性治療	86	7.5**
外科、切除手術治療	79	6.9*
化學治療	54	4.7
management	50	4.4
倫理議題、難題	34	3.0
palliative care( hospice care, terminal care)	26	2.3
生活品質	25	2.2
歷史演進	23	2.0
內視鏡	23	2.0
品質指標與監測	21	1.8
組織機構	19	1.7
綜合治療（結合性治療）	18	1.6
醫學教育	17	1.5
症狀控制及護理	16	1.4
財政成本效益	15	1.3
自殺、安樂死	15	1.3
呼吸困難	15	1.3
各種評估	14	1.2
藥物治療、末期鎮靜	14	1.2
立法制度（包括政策、計策、方法）	12	1.1
AIDS	12	1.1
支持性治療	13	1.1
選擇權	11	1.0
靈性層面	11	1.0
荷爾蒙、內分泌治療	11	1.0
醫療團隊工作人員	10	0.9
hydration	10	0.9
家屬、主要照顧者	9	0.8
運動神經症狀	9	0.8
心理層面	8	0.7
psychosocial	7	0.6
home care	7	0.6
腸胃道症狀	7	0.6
brachytherapy	7	0.6
悲傷輔導	6	0.5
鐳射治療	6	0.5
存活期預測	6	0.5
個案管理	5	0.4
腫瘤傷口	4	0.4
其他治療方式	5	0.4
nursing home	3	0.3
精神症狀	3	0.3
進食與營養	3	0.3
水腫及腹水	3	0.3

續表 11

分類項	Frequency (篇數)	Percent(%)
其他症狀	3	0.3
靜脈注射	3	0.3
day hospice care	2	0.2
告知病情	2	0.2
溝通	2	0.2
醫病關係	1	0.1
滿意度	1	0.1
影像動力學治療	1	0.1
其他	144	12.6****
Total	1140	100.0

## 附 錄

### 附錄一

有關安寧照護網路資料庫索引：

網址	網站名稱	資料庫內容
1. <a href="http://readopac.ncl.edu.tw/cgi/ncl3/m_ncl3">http://readopac.ncl.edu.tw/cgi/ncl3/m_ncl3</a>	國家圖書館之中華民國期刊論文索引影像系統	國內相關期刊論文索引
2. <a href="http://www.lib.ntu.edu.tw/ttsweb/ttsweb">http://www.lib.ntu.edu.tw/ttsweb/ttsweb</a>	台大圖書館之中文博碩士論文資料庫	中文博碩士論文資料庫
3. <a href="http://datas.ncl.edu.tw/cgi-bin/theabs/flywebt.cgi?o=1">http://datas.ncl.edu.tw/cgi-bin/theabs/flywebt.cgi?o=1</a>	國家圖書館中之全國博碩士論文摘要檢索系統	全國博碩士論文摘要檢索
4. <a href="http://www.lib.nccu.edu.tw/intro/soc/society.htm">http://www.lib.nccu.edu.tw/intro/soc/society.htm</a>	國立政治大學社會科學資料中心	全國博碩士論文收集最齊全資料庫
5. <a href="http://readopac.ncl.edu.tw/cgi/ncl9/m_ncl9">http://readopac.ncl.edu.tw/cgi/ncl9/m_ncl9</a>	國家圖書館中華民國出版期刊指南系統	國內出版之期刊索引
6. <a href="http://www.doh.gov.tw/lanere/research/">http://www.doh.gov.tw/lanere/research/</a>	衛生署之台灣衛生網路	國內與研究有關衛生署研究報告
7. <a href="http://203.65.100.5/doh/doh.htm">http://203.65.100.5/doh/doh.htm</a>	衛生署之科技發展組	有關衛生署科技發展組研究報告
8. <a href="http://nscnt07.nsc.gov.tw/pr/QUERY/wpr_login.htm">http://nscnt07.nsc.gov.tw/pr/QUERY/wpr_login.htm</a>	國科會查詢系統	國內有關國科會相關研究查詢系統
9. <a href="http://www.stic.gov.tw/">http://www.stic.gov.tw/</a>	國科會科資中心	包括國內相關研究計畫摘要、研究報告摘要、科技期刊論文摘要、人文社會期刊論文摘要、學術會議論文摘要、博碩士論文摘要等等
10. <a href="http://www.hospice.org.tw/cindex.htm">http://www.hospice.org.tw/cindex.htm</a>	安寧照顧基金會	安寧照顧簡介、安寧照顧相關資訊、安寧療護學術研究等（含國外資訊）
11. <a href="http://www.tbmc.com.tw/online/ttsweb">http://www.tbmc.com.tw/online/ttsweb</a>	TTSWeb: 漢珍線上系統: UMI 博碩士論文索引資料庫	有關美加地區博碩士論文
12. <a href="http://www.lotushcf.org.tw/">http://www.lotushcf.org.tw/</a>	財團法人佛教蓮花臨終關懷基金會	基金會介紹、國內安寧照顧資訊、介紹安寧居家照護
13. <a href="http://health.kimo.com.tw/care/958.html">http://health.kimo.com.tw/care/958.html</a>	奇摩健康網	由馬偕紀念醫院簡介安寧照護
14. <a href="http://www.health.nsysu.edu.tw/weily/resource/index.html">http://www.health.nsysu.edu.tw/weily/resource/index.html</a>	健康天地—醫療資源篇	簡介安寧照護的起源、安寧照護簡介及國內現有資源
15. <a href="http://www.kmc.edu.tw/~kmcj/1709/">http://www.kmc.edu.tw/~kmcj/1709/</a>	高醫醫訊第十七期第九期	簡介安寧照護及居家護理心得

續附錄一

網址	網站名稱	資料內容
16. <a href="http://www.kmc.edu.tw/~kmcj/1708/">http://www.kmc.edu.tw/~kmcj/1708/</a>	高醫醫訊第十七期第八期—安寧照護專刊	簡介安寧照護、方式及病人需求
17. <a href="http://hospice.org.tw/html/word.htm">http://hospice.org.tw/html/word.htm</a>	台北榮總大德病房首頁	簡介台北榮總大德病房服務內容
18. <a href="http://www.kmc.edu.tw/~fm/hospice.htm">http://www.kmc.edu.tw/~fm/hospice.htm</a>	高醫家醫科安寧照護簡介	高醫家醫科安寧照護計畫發展及申請方式
19. <a href="http://taipei.tzuchi.org.tw/monthly/monthly.htm">http://taipei.tzuchi.org.tw/monthly/monthly.htm</a>	慈濟月刊	在各期月刊中有部分介紹安寧照護及人文醫療方式
20. <a href="http://taipei.tzuchi.org.tw/taolu/taolu.htm">http://taipei.tzuchi.org.tw/taolu/taolu.htm</a>	慈濟道侶	在各期中有部分介紹安寧照護及人文醫療方式
21. <a href="http://www.cych.org.tw/cch/social/soc3.htm">http://www.cych.org.tw/cch/social/soc3.htm</a>	嘉義基督教醫院戴德森病房	嘉義基督教醫院安寧照顧簡介
22. <a href="http://www2.mmh.org.tw/hospice/">http://www2.mmh.org.tw/hospice/</a>	馬偕醫院安寧療護教育示範中心網頁	介紹馬偕醫院安寧病房歷史、組織及服務項目
23. <a href="http://www.kcg.gov.tw/~kms/d3.htm">http://www.kcg.gov.tw/~kms/d3.htm</a>	高雄市立民生醫院安寧病房資料簡介	民生醫院安寧病房業務簡介
24. <a href="http://show.org.tw/~yhkuo/SHOW/index-c.htm">http://show.org.tw/~yhkuo/SHOW/index-c.htm</a>	SHOW：秀傳健康資訊網	1.台灣醫學資源索引系統 2.全球醫學資源索引系統 3.有益身心資源索引系統
25. <a href="http://www.hospice.com.tw/">http://www.hospice.com.tw/</a>	溪湖安寧療護網	有關安寧療護的事項，如疾病的分類與控制，居家應注意的事項，還有相關網站的連結。
26. <a href="http://www.kungtai.org.tw/">http://www.kungtai.org.tw/</a>	天主教康泰醫療教育基金會	有關安寧療護的期刊與資料。
27. <a href="http://www.cch.org.tw/dept/9017/tumor.htm">http://www.cch.org.tw/dept/9017/tumor.htm</a>	彰化基督教醫院腫瘤中心	有關癌症相關查詢，相關網站連結，醫護資料庫與問答集。
28. <a href="http://www.nhri.org.tw/b5/cancer/cancer.htm">http://www.nhri.org.tw/b5/cancer/cancer.htm</a>	國家衛生研究所癌症研究組	有關本組織的簡介，研究資源與出版品，研究計畫與成果。
29. <a href="http://w3.kfcc.org.tw/b3.htm">http://w3.kfcc.org.tw/b3.htm</a>	和信治癌中心醫院	介紹各種癌症的相關資訊。
30. <a href="http://www.vghtpe.gov.tw/~tcfund/frame.htm">http://www.vghtpe.gov.tw/~tcfund/frame.htm</a>	台灣癌症臨床發展基金會	各種癌症新藥介紹，最新癌症醫療文獻，護理新知，即相關網站的連結。
31. <a href="http://www.fcf.org.tw/main.htm">http://www.fcf.org.tw/main.htm</a>	財團法人癌症基金會	癌症治療標準共識，癌症篩檢方法，最新藥物與相關網站。
32. <a href="http://www.hint.org.tw/">http://www.hint.org.tw/</a>	醫藥衛生研究資料網	西文與中文資料庫檢索，醫學電子期刊。
33. <a href="http://med.mc.ntu.edu.tw/~hospice/">http://med.mc.ntu.edu.tw/~hospice/</a>	三院緩和醫療遠距個案討論會（台大、慈濟、榮總、成大）	有關遠距教學、網路資源、個案資料與網路討論。

附錄二、研究文獻目錄

年代	出處	研究者	研究題目
1985	國防醫學院 護理學研究所	黃和美	1. 癌症末期病人心理反應之探討
1988	東海大學社會工作 研究所	吳庶深	2. 對臨終病人及家屬提供專業善終服務之探討
1989	台灣大學 護理學研究所	李雅玲	3. 癌症死亡兒童的母親其哀傷反應及調適行為之研究
1991	師範大學衛生教育 研究所	黃琪璘	4. 台北市立綜合醫院醫師對死亡及瀕死態度之研究
1992	行政院衛生署	廖俊亨	5. 麻醉藥品交由癌症末期患者居家護理自行服用可行性之研究
1993	東京大學	邱泰源	6. The Attitudes Toward Terminal Care In Rural Communities in Taiwan and Japan A Comparative Study
1993	護理雜誌	趙可式	7. The Meaning of Good Dying of Chinese Terminally
1994	中正大學社會福利 研究所	黃鳳英	8. 癌症末期病人安寧照顧之需求推估
1994	中山大學企業管理 研究所	劉俊英	9. 非營利組織市場導向之研究--以兒童癌症、兒童燙傷早產兒及安寧照顧基金會為例
1994	護理新象	邱智鈴	10. 護理一位癌症末期病人面對死亡的心路歷程
1994	行政院國軍退輔役 官兵輔導委員會	鄒海月	11. 癌症末期病患家屬對「不予急救」之態度及其相關因素之初探
1995	陽明大學公共衛生 學研究所	賴安琪	12. 勞保體系癌末期住院病患之醫療費用結構
1995	中華家醫誌	劉樹泉	13. 某醫院安寧病房癌症末期病人瀕死症狀回顧
1995	行政院衛生署	唐秀治	14. 末期癌症病患之居家與醫院照護品質之比較
1996	東海大學社會學研 究所	蔡友月	15. 現代社會對死亡的省思---以癌症病人為個案剖析
1996	陽明大學醫務管理 研究所	黃于珊	16. 癌症末期病患住院及居家照護之醫療成本分析
1996	清華大學社會人類 學研究所	林麗雲	17. 安寧照顧的文化之舞---以台大緩和醫療病房為述說情境
1996	中華家醫誌	程劭儀	18. 癌症末期病人善終之初步研究
1996	護理雜誌	曾紀瑩	19. 一位母親面臨青春骨癌愛女瀕死之歷程
1996	行政院衛生署	趙可式	20. 安寧療護照護品質及哀傷輔導需求研究
1996	行政院衛生署	唐秀治	21. 末期癌症病患之醫院與居家照護品質之比較及癌症居家護理標準作業程序

續附錄二

年代	出處	研究者	研究題目
1996	行政院國家科學委員會	邱泰源	22. 台灣社區民眾與醫師對臨終末期照顧的態度之比較性研究
1996	行政院國軍退輔役官兵輔導委員會	蔡佩真	23. 從癌症末期病人的服務狀況探討安寧照顧在臺中榮總之發展方向
1996	行政院國家科學委員會	黃安年	24. 口服長效嗎啡及經皮膚吸收 Fentanyl 貼片於末期癌症疼痛治療之比較
1997	行政院國家科學委員會	沈柏青	25. 醫療情境中死亡現象之研究: 以某醫學中心為例
1997	行政院國家科學委員會	曾清楷	26. 嗎啡應用於癌症病人和動物急慢性疼痛模式之研究(II)
1997	行政院衛生署	趙可式	27. 醫師對末期癌症病人臨終照顧的倫理取向
1997	行政院國家科學委員會	賴允亮	28. 安寧療護專業人員教育需求評估研究
1997	護理雜誌	趙可式	29. 臺灣癌症末期病患對善終意義的體認
1997	慈濟醫學院護理學研究所	林靜琪	30. 癌症末期住院病人自述需要的探討
1997	Chinese Medical Journal	吳彬源	31. 末期運動神經元疾病病人的處置: 著重安寧緩和觀點分析
1997	行政院國家科學委員會	邱泰源	32. 醫病雙方對癌末照顧場所選擇之比較性研究
1997	中華家醫誌	姚建安	33. 以病人家屬角度探討緩和醫療初次評估
1997	中華家醫誌	陳民虹	34. 癌末病人疼痛控制之研究
1997	行政院國家科學委員會	李選	35. 安寧護理模式於減低某綜合醫院癌症病患憂傷反應之成效
1997	行政院國軍退輔役官兵輔導委員會	許叮子	36. 癌症病患和家屬對安寧照顧需要之探討
1997	護理雜誌	倪麗娟	37. 一位肺癌末期病患住院其間所面臨的壓力源及其因應策略
1997	中華家醫誌	辛隆士	38. 癌末病人之另類治療行為
1997	行政院衛生署	羅紀瓊	39. 安寧療護成本效益分析
1997	行政院國軍退輔役官兵輔導委員會	陳錦卿	40. 末期癌患家屬心理歷程之探討
1997	中華佛學研究所	釋道興	41. 從佛教瞻病送終法談臨終關懷
1997	行政院國家科學委員會	邱泰源	42. 癌症末期病人善終之研究

續附錄二

年代	出處	研究者	研究題目
1997	The Faculty of graduate school cohen Theological seminary	鍾昌宏	43. A study of terminal care in Christianity from the gospel of mark to improve the hospice movement in Taiwan.
1998	慈濟醫學院 護理學研究所	王玉真	44. 以質性研究方法探討影響癌症末期病患生活品質之因素及因應策略
1998	中正大學 心理學研究所	鐘麗珍	45. 安寧照顧醫療化之困境探討
1998	高雄醫學院公共衛生學研究所	許惠珍	46. 癌症死亡家屬對現行癌末醫療需求極其安寧療護之認知與態度的探討---高雄市
1998	台北醫學院 生藥學研究所	吳宗修	47. Traditional Chinese Dietary Therapy for Terminal Cancer Patients on Quality of Life Assessment
1998	台灣大學 公共衛生研究所	林明慧	48. 台灣地區安寧療護品質稽核工具建構
1998	陽明大學社區 護理學研究所	鍾佳真	49. 安寧療護病患主要照顧者的居家照顧需要及其相關因素之探討
1998	行政院衛生署	賴允亮	50. 建立全國安寧療護作業資料系統指標與臨床實驗計劃
1998	行政院衛生署	賴允亮	51. 建立本土化安寧療護服務品質稽核工具與工具信效度之測量
1998	行政院衛生署	邱泰源	52. 緩和醫療照顧的倫理困境
1998	行政院國軍退輔役 官兵輔導委員會	蔡友月	53. 最後一段旅程---剖析癌症病人在醫院的垂死歷程
1998	行政院衛生署	羅紀瓊	54. 安寧療護需求及其費用探討
1998	台灣醫學	胡文郁	55. 從醫護人員角度探討癌末病人之靈性需求
1998	行政院國家 科學委員會	邱泰源	56. 癌末病人瀕死症狀與存活期之相關研究
1998	佛教臨終關懷 基金會	陳慶餘	57. 「靈性」照顧模式之研究
1999	行政院國家 科學委員會	楊克平	58. 癌末病患健康相關生活品質內涵之確認

# 台大醫院緩和醫療病房文獻覆查研究審閱問卷

問卷編號: \_\_\_\_\_

審閱老師: \_\_\_\_\_

審閱完成日期: \_\_\_\_年\_\_月\_\_日

一、文章題目:

二、文章出處:

發表年度: 19\_\_\_\_年

- 文章類別: 1. 國科會研究報告 2. 衛生署研究報告  
3. 退輔會補助研究 4. 碩士論文 5. 博士論文  
6. 期刊研究論文 7. 其他\_\_\_\_\_

三、第一作者: (一)姓名: \_\_\_\_\_

- (二)專業領域: 1. 醫師 2. 護士 3. 社工師 4. 心理師  
5. 宗教師 6. 碩士 7. 博士 8. 其他\_\_\_\_\_

四、文章內容分類:(請單選主要分類)

1. 歷史演進 2. 組織機構 3. 立法制度 4. 人力資源  
5. 財政成本效益 6. 心理層面 7. 靈性層面 8. 家屬照顧層面  
9. 悲傷輔導 10. 品質指標與監測  
11. 症狀控制及護理  
11-1. 疼痛 11-2. 呼吸困難(咳嗽) 11-3. 腫瘤傷口(造瘻口...等)  
11-4. 精神症狀(憂鬱、焦慮、困擾、幻聽幻覺、失眠...等)  
11-5. 譫妄 11-6. 進食與營養(體重減輕、食慾不振...等)  
11-7. 腸胃道症狀(反胃、噁心、嘔吐...等)  
11-8. 水腫及腹水 11-9. 全身倦怠 11-10. 發燒 11-11. 其他  
12. 其他\_\_\_\_\_

五、此研究所使用的研究方法:

1. 量化研究: 1-1. 實驗法: 1-1-1. 實驗設計 1-1-2. 準實驗設計  
 1-2. 非實驗法: 1-2-1. 描述性研究  
1-2-2. 相關性研究 1-2-3. 因果模式研究  
 2. 質性研究: 2-1. 人種誌學 2-2. 現象學 2-3. 歷史性研究  
2-4. 詮釋學 2-5. 紮根理論 2-6. 田野研究 2-7. 其他  
3. 三角交叉法 4. 個案研究 5. Meta-analysis 6. 其他\_\_\_\_\_

六、(1)研究對象: 1. 病人 2. 家屬 3. 看護 4. 醫師 5. 護士  
 (請複選) 6. 社工 7. 心理師 8. 宗教師 9. 民眾  
10. 其他\_\_\_\_\_

(2)研究對象國籍: \_\_\_\_\_

七、取樣方式: 1. 隨機抽樣, 取樣方法: \_\_\_\_\_  
2. 非隨機取樣, 取樣方法: \_\_\_\_\_  
3. 理論取樣, 取樣方法: \_\_\_\_\_

續附錄三

八、研究中之結果：(請簡單分點列出)

1. 本研究之重要結果：

---

---

---

2. 本研究之重要發現：

---

---

---

3. 本研究結果於臨床實務及教育之應用：

---

---

---

4. 作者對未來研究之建議及方向

---

---

---

5. 此研究之限制：

---

---

---

九、審閱老師閱讀後，認為該篇文章的：

1 主要發現：

---

---

---

2. 對安寧療護未來進行本土化研究之建議

---

---

---

---

附錄四  
提供政策決策者參考

分類	題目	研究之重要發現	研究結果於臨床實務及教育之應用	作者對未來研究之建議方向	專家對未來進行本土化研究之建議
壹、 提升服務品質	1. 安寧照顧醫療化之困境探討	1. 醫療化的安寧照顧受限於疾病與治療的觀點下困境因而產生。 2. 護理人員由於第一線面對病人，理念與實際的落差感受與衝擊十分強烈。 3. 生命意義的建構往往被認為在身體疼痛被控制後才開始，意義治療的內含其實在於試著轉變病人的疾病態度，透過意義建構去超越無法以醫學理解之痛苦。	1. 目前“醫療團隊”不代表專業之兼有同等決策權力與自主性→加強團隊溝通。 2. 醫療人員照顧癌末病人，應能接受人的力量在死亡上的有限，並有“死亡教育”之觀念。 3. 醫療人員從病人身上所學的遠比我們所能提供給他們的幫助還要多。	1. 更深更廣地分析相關資料及探討機轉。 2. 提供安寧照顧規劃者更具體的建議。 3. 讓需要臨終照顧者能夠真正擁有照顧的實質。	1. 如何加強“死亡教育”於一般民眾(自幼)、醫護人員，“自主權”歸於病人，“死”不再是忌諱。 2. 提高癌末症狀治療品質及靈性信仰的力量。 3. 落實安寧照顧觀念於各病房，成立機構於大醫院外。 4. 推動居家照顧，家庭資源不足者，可以機構處理及健全社會福利。 5. 整合團隊資源。
	2. 現代社會對死亡的省思---以癌症病人為個案剖析	補充過去只從醫療專業的角度思考生死大事之不足。尊重生命的觀念，落實於醫療主體身上的落差。	改進醫療專業對癌末照顧的盲點對安寧療護之推展有學術性之依據	對社會學思考所呈現的問題期待安寧療護有所因應。	社工人員為安寧療護團隊的成員對目前癌末病患社工的角色和功能應有前瞻性的探討和研究。
	3. 最後一段旅程---剖析癌症病人在醫院的垂死歷程	醫學的力量有時是很有限的。很多時候，對病人與家屬而言，安詳尊嚴的垂死歷程是屬心靈層次的意義。	1. 認清安寧療護工作人員的目標及自我期許。 2. 恰當合理的理想將讓工作團對能更長久，有效地提供服務。 3. 省思安寧療護的推動策略及內容。	無	對尊嚴死亡的「心理意義」的深入探討。不只是客觀因素的評估，而是主觀的認知及個人意義。
	4. 護理一位癌症末期病人面對死亡的心路歷程	影響病人面對死亡的主要因素包括宗教信仰與良好支持體系。	患者在死亡過程中受到護理人員的關心照顧、促進病患與家屬的。	無	無
	5. A study of terminal care in Christianity from the gospel of mark to improve the hospice movement in Taiwan.	安寧療護之神學基礎與根基，並可改進台灣安寧療護照顧層次。	臨床上可在心靈層面提昇照顧效果，在教育尚可瞭解安寧療護心靈照顧之內容與次序。	建議對小兒、愛滋病、肌肉萎縮症等臨終病患安寧療護心靈輔導之研究加強。	無

## (續)附錄四

分類	題目	研究之重要發現	研究結果於臨床實務及教育之應用	作者對未來研究之建議方向	專家對未來進行本土化研究之建議
壹、提升服務品質 二、研究	1. 對臨終病人及家屬提供專業善終服務之探討	1. 從 social work research and abstracts 1965-1987 年之文獻整理中發現有關死亡現象文章有不斷增加之趨勢。 2. 文獻整理中，發現對臨終病人服務之共同原則為①尊重文化差異及個別化原則②參與自決原則③在助人過程中強調病人、家屬及醫務人員坦誠溝通原則④社會工作師自我認識的原則。	該論文中所列舉之死亡相關文章可做為國內實施安寧療護或研究之參考文獻來源。	1. 善終服務之成本 2. 善終服務之法律規定 3. 善終服務之保險給付	從該研究所搜集的文獻分析中，可以將某些主題重新擴展以本國之實務經驗作文化比較之探討。
	2. 安寧照顧的文化之舞---以台大緩和醫療病房為述說情境	無	本篇以人類學調查法，深入安寧病房，欲探討人類面對死亡的文化展現，包括安寧療護照顧如何追求善終？如何被引進台灣？如何在台灣實踐，如何解除人類對死亡的恐懼？可在教育上認同本土化安寧療護。	無	可在深入探討病房目前的狀況，比較民國 85 年時期，以了解(1)病房照顧理念(2)困境(3)照顧品質等變遷
	3. The Meaning of Good Dying of Chinese Terminally	1. 中國人所謂的善終意指：身體平安、心理平安及思想上的平安。 2. 身體平安包括 4 個主題 (theme)：緩解身體症狀、認知死亡的過程、維持身體清潔與完整及可活動的。	提供國人更了解癌末病人面對死亡的心路歷程特徵，為長期追蹤性的研究，深入訪談所得豐富資料，提供臨床照顧病人的參考-- -有 4 個方向：足夠的身體照顧，了解病人的個別性及整體性脈絡。使用多種獨立性措施促使病人善終及讓病人有自決和選擇的權利。	應用此結果進行量性研究。	可據此發展癌末病人善終之評量工具。
	4. 從佛教瞻病送終法談臨終關懷	依據病患的意願，接受法師引導的靈性照顧佔大多數。在引導之下，靈性境界的提昇更加明顯。	宗教師對癌末病患所提供的靈性照顧很重要，有助於生命品質的提昇。	如何經佛教法門來開啟病患的悟性以超脫生死有待進一步研究。	對靈性與佛性之間應該做一個整合，怎麼把佛法用在靈性的照顧上，培育法師從事專業照顧。

## (續)附錄四

分類	題目	研究之重要發現	研究結果於臨床實務及教育之應用	作者對未來研究之建議方向	專家對未來進行本土化研究之建議
壹、提升服務品質 三、實務	1. 以質性研究方法探討影響癌症末期病患生活品質之因素及因應策略	1. 病患會依 QOL 之因應方式之變化而採取因應策略 2. 找出影響 QOL 之因素	1. 提供臨床護理人員瞭解影響癌症末期病人 QOL 之因素及使 QOL 因素影響的進一步協助處理影響因素。 2. 肯定安寧居家療護護理師的角色。 3. 將結果納入護理教育的課程。	1. 著重長期性的追蹤研究 (longitudinal study) 2. 發展癌症末期病患 QOL 之評量工具	研究中未交代病人對生活品質的定義是否與研究者一致，故在談及影響因素時，關連性的分析會減弱。評量工具是必須且重要的。
	2. 台北市立綜合醫院醫師對死亡及瀕死態度之研究	1. 影響因素包括態度量表對死亡之接受度、接受死亡教育課程、公開討論死亡、信仰虔誠度 2. 對死亡之接受度與因應死亡之身心行為反應有負相關	1. 有助於安寧療護之推動 2. 死亡教育課程之推廣	可加入探討其他重要因素，例如：性格、情緒適應能力、成熟度等。	作者之問卷採用國外學者之設計加以修正，此方式值得本土化研究借鏡
	3. 癌症末期病人心理反應之探討	1. 相較於 Kiibler-koss 的理論，本土患者第一個反應為否認，最後一個反應為接受者占 50%；五階段沒有一定的順序，且個別差異很大。 2. 整個面對死亡的過程中，磋商、憤怒、憂鬱佔的比例較高 (24.7-28.9%)、否認及接受較低 (8.5 及 11.2%)。 3. 整個過程的各種反應，及瀕死前能否接受死亡，在有否宗教信仰、家屬支持及醫療人員支持上面，有顯著差異。	1. 有助瞭解本土患者面對死亡的心理反應，使協助者能更貼切的評估與處理。 2. 研究結果顯示本土患者最後能接受死亡的比例比國外低，而這可能與是否有宗教信仰、家屬支持及醫療人員支持有關。此結果可做為改善之參考。	可加入探討其他重要因素，例如：性格、情緒適應能力、成熟度等。	1. 可多將用此類收案的方式，但整理時加重「質」的分析，如此更能呈現出本土的特徵內涵。 2. 可嘗試用不同的理念架構設計類似主題。 3. 在考慮的主題與理念架構之間作更緊密、更具本土化特徵的思考。

(續)附錄四

分類	題目	研究之重要發現	研究結果於臨床實務及教育之應用	作者對未來研究之建議方向	專家對未來進行本土化研究之建議
壹、提升服務品質 三、實務	4. 癌症死亡家屬對現行癌末醫療需求極其安寧療護之認知與態度的探討---高雄市	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 在病人醫療需求上，以居家照護指導分數最高 (4.24±0.68)；其次為生理不適舒緩 (4.24±0.72)。</li> <li>2. 家屬需求方面，卻以病情解釋最高，居家照護居次。</li> <li>3. 在 188 位病人中僅有 7 位接受過安寧療護。</li> <li>4. 不選擇安寧療護的原因，依次為 1) 不知道設有安寧病房的醫院、2) 安寧病房住不進去、3) 家人不同意、4) 條件不符合、5) 病人不同意。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 宣導的重要---如何使每一位癌症病患及家屬有正確安寧療護觀。</li> <li>2. 居家照顧的重要。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 有否病情告知與家屬滿意度的關係。</li> <li>2. 有否接受安寧療護與家屬並生活品質及滿意度的比較。</li> </ol>	如何使每一位癌症病患皆有正確安寧療護觀之研究。
	5. Traditional Chinese Dietary Therapy for Terminal Cancer Patients on Quality of Life Assessment	接受緩和醫療團隊的病人其疼痛程度不再增加，但若病人接受含有芍藥甘草湯食膳，其疼痛緩和程度呈明顯改善。	推測食膳中加入芍藥甘草湯當輔助療法以減少嗎啡所使用的劑量如此將能避免 morphine 在臨床所引起的副作用。對於止痛劑在臨床的疼痛控制上能更有靈活的使用空間。	具先前調查在台大 GA 病人的主訴症狀中，疼痛、全身倦怠、食慾不正、發燒、呼吸困難、水腫、噁心嘔吐、出血、氣喘、腹水分別佔前十位，未來希望針對其他症狀的改善作為研究的目標，以期對癌末病人生活品質的提升有更大的幫助。	更長久追蹤，嚴謹的研究。
	6. 癌症死亡兒童的母親其哀傷反應及調適行為之研究	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 癌症死亡兒童母親的哀傷反應為①確認死亡兒童生前的身心經驗②聯想死亡兒童生前的活動空間經驗③訴論死亡兒童生前的醫療活動經驗④重估母親過失的照顧經驗⑤幻想兒童死亡後的存在世界</li> <li>2. 母親所採取的調適行為包括①表達情緒行為②防禦機轉行為③改變活動行為④交換資料行為</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 提醒護理人員善用與家屬建立之信任關係，協助其順利度過哀慟過程。</li> <li>2. 加強癌症兒童護理人員的訓練及提供癌症兒童死亡後的家屬照顧是有必要的 ex: 兒童癌症護理訓練課程。</li> </ol>	無	可依此研究結果發展哀傷輔導或家屬哀傷反應之因應行為之測量工具。

(續)附錄四

分類	題目	研究之重要發現	研究結果於臨床實務及教育之應用	作者對未來研究之建議方向	專家對安寧療護未來本土化研究及工作之建議
壹、提升服務品質 三、實務	7.The Attitudes Toward Terminal Care In Rural Communities in Taiwan and Japan A Comparative Study	台灣目前的研究結果與日本十年前的狀況相似，應該是因為人口結構所致。可提供政策有力參考。	可提供實務工作正確方向，對教育也有極大用處。	無	比較日本與台灣，目前 hospice & palliative care 發展現況，調整台灣的方向。(調查日本症狀控制，國家發展，...等現況)
	8.嗎啡應用於癌症病人和動物急慢性疼痛模式之研究(II)	Morphine 對細胞內傳達相關因子如 Ca, IP3, C-AMP 之調節作用	嗎啡劑量和頻率之參考	Ketamine 減少嗎啡與耐受性之機轉	嗎啡血液動力學變化做為嗎啡止痛之指標
	9.安寧療護病患主要照顧者的居家照顧需要及其相關因素之探討	1. 主要照顧者的居家照顧需要之重要性與滿意度均以資訊的需要為首，依序為照顧病人的需要、個人需要、靈性需要及心理需要，實務處理得分均最低。 2. 主要照顧者居家照顧需求的滿意程度與病患的性別、教育程度、宗教信仰及主要照顧者的教育程度、宗教信仰、婚姻狀況與病患的關係、工作狀況、家庭收入、照顧病患期間，每天照顧時數及自覺健康狀況有關。	實務方面：①家訪時提供照顧者相關的資訊及資訊來源，包括照顧病人服務的來源②擴充居家安寧療護支持團體③發展個案管理的角色④整合社區義工資源。 教育方面：將研究結果納入居家安寧療護的課程中。	1. 可採追蹤研究方法，探討安寧療護不同時期，照顧者的需求是否有不同。 2. 採質性研究，訪談居家個案。 3. 從病患、護理人員及照顧者三角關係探討病人。 4. 發展居家安寧療護的居家照顧需要量表。	採質性研究，深入了解國人照顧者的負荷。並了解需求與滿意度之差距。

(續)附錄四

分類	題目	研究之重要發現	研究結果於臨床實務及教育之應用	作者對未來研究之建議方向	專家對安寧療護未來本土化研究及工作之建議
壹、提升服務品質 三、實務	10. 麻醉藥品交由癌症末期患者居家護理自行服用可行性之研究	1. 醫師部分之主要發現：1) 七成以上的醫師認為「醫院提供的麻醉藥品能符合治療癌症疼痛的需要」2) Demoral 是醫師控制嚴重疼痛最常使用的藥物，其次是 morphine 3) 過半數醫師贊成麻醉藥品讓癌症病患居家使用。 2. 病患部分主要發現：1) 四分之三以上的病患其疼痛程度是相當嚴重的，且近七成的病患，其疼痛程度以達不能忍受的地步 2) 80% 的病患在病情穩定的情況下願意回家。	1. 多數醫師對麻醉藥品的品類應再教育，尤其是對藥物作用之適應條件及副作用。 2. 因為對麻醉藥物的止痛作用不甚瞭解，會造成病患承受不必要的痛苦。 3. 麻醉性止痛藥讓病患帶回家使用已成為癌症病患醫療的趨勢。	1. 當局應訂定醫療院所進行之規範，並健全居家護理制度。 2. 頒訂癌症疼痛緩解計劃，提供控制癌症疼痛指引。 3. 加強醫事人員對麻醉性藥品使用與稽核管理，以避免未來因全面開放麻醉藥品居家使用而發生留用。	1. 癌症病患居家護理時，止痛藥劑之種類、劑量以及疼痛緩解之程度。 2. 居家地域與醫院遠近，以及居家天數的相關研究。 3. 醫事人員對嗎啡類藥物的看法與態度。
	11. 末期運動神經元疾病病人的處置：著重安寧緩和觀點分析	1. 23 人中有 18 人抱怨頸、軀體或四肢疼痛，但無人接受過嗎啡治療。 2. 主要死因是呼吸衰竭與敗血病。 3. 無人接受過居家護理。	1. 運動神經元疾病是無法治癒的，提供支持性療法，包括復健、營養支持、呼吸支持及疼痛控制室治療的主要目標。旨在改善病人生活品質，提高生命尊嚴，但不是為了延長生命 2. Hospice care & Home care 對此類病患也可能降低醫療費用，並提供更好的醫療團隊照顧	在台灣仍是以 Hospice-base 的醫療方式來處理這類病患，應當嘗試不同醫院、地區也能提供 hospice care 及 home care 來服務這類病人	1. 對 MNA 病患鼓勵其接受 hospice care 並且評估 quality of life。 2. 檢討 MND 病患是否為入 hospice care 尤其 in-patient care 之適應條件。
	12. 癌症末期住院病人自述需要的探討	1. 癌末病人自述 19 項問題，前四位依序為疼痛、食慾不振、嘔吐及睡眠型態紊亂。 2. 自述需要要有：釋疑、症狀控制、維持適當活動、傾吐與被瞭解、親情溫暖與關懷、討論死亡、在家死亡及找尋人生意義等九項。 3. 情緒反應則包括：過一天算一天，擔心被遺棄及沮喪、無助、無望與自棄，而不確定感是情緒變化的誘因。	病人自述其癌末時之需要，可提供臨床醫療人員死亡之教育之參考。	將病人亦納入研究對象。	1. 可據此質性研究，發展自述癌末照顧需求之評估量表。 2. 針對各項需求、擬定護理措施，以評價其成效，可進行準實驗法之研究。

(續)附錄四

分類	題目	研究之重要發現	研究結果於臨床實務及教育之應用	作者對未來研究之建議方向	專家對安寧療護未來本土化研究及工作之建議
壹、提升服務品質 三、實務	13. 醫病雙方對癌末照顧場所選擇之比較性研究	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 有一半病人認為教育家人如合照顧病人是增進家庭照顧能力首要需求。</li> <li>2. 一半的病人 (46.7%) 偏好醫院為自己將來末期照顧場所，醫病間一致度只有 0.18 (<math>p &lt; 0.001</math>)，但是如能提供居家照顧，則本來不選擇家裡的病人一半以上 (57.2%) 改選為家庭。</li> <li>3. 不想回家過世的理由，有近七成 (68.1%) 病人所提的原因是不願帶給家人困擾。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 週全的社區照顧為完整的癌末照顧體系所不可或缺。</li> <li>2. 醫病間對癌末照顧態度需加強溝通。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 針對癌症病人或癌末病人進行其態度之研究及比較醫病的一致度。</li> <li>2. 社區照顧能力的調查。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 針對癌症病人或癌末病人進行其態度之研究及比較醫病的一致度。</li> <li>2. 社區照顧能力的調查。</li> </ol>
	14. 以病人家屬角度探討緩和醫療初次評估	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 申請接受緩和醫療住院仍以身體症狀的緩解居多，而病人情緒困擾之處置次之。</li> <li>2. 病人接受死亡普遍較低。</li> <li>3. 病人能接受不 CPR，因為不想多受痛苦。</li> </ol>	病人及家屬對於緩和醫療/安寧療護的實際內容仍然不甚了解，有些也只因為需求症狀的緩解而已，對於身心靈照顧以提升生活品質，以及達到善終多不知曉，本研究有助於臨床食物上的加強心理、靈性層面提升之重要，以及對社會大眾教育之必要。	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 對於約一半經評估後不符合之病人，如何研擬未來團隊運作之內容，並追蹤這些病人之流向。</li> <li>2. 調整入院條件，有助於本土化照顧模式之建立，以趨於完整。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 針對社會大眾對安寧療護/緩和醫療照顧原則認知之研究問卷。</li> <li>2. 針對所有醫療專業人員，尤其有接觸末期病患之醫療照顧者，設計開放式問卷，認為適切的入院條件。</li> <li>3. 結合心理、靈性照顧人員，設計適合入院服務之項目。</li> </ol>
	15. 某醫院安寧病房癌症末期病人瀕死症狀回顧	所有癌症之心理性瀕死症狀出現的頻率平均在 16% 以下，而且不能肯定病人兩天內將會死亡的可能。生理性症狀出現的頻率較高，同時可暗示病人兩天之內將會死亡。	本研究結果可以提供將來社區性安寧照顧參考。	如何在短暫的安寧照顧期間內完成症狀控制及哀傷輔導等工作是我們將來要努力的方向。	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 進行前瞻性瀕死症狀之研究</li> <li>2. 家屬對瀕死症狀的認知。</li> </ol>

## (續)附錄四

分類	題目	研究之重要發現	研究結果於臨床實務及教育之應用	作者對未來研究之建議方向	專家對安寧療護未來本土化研究及工作之建議
壹、提升服務品質 三、實務	16. 癌末病人疼痛控制之研究	1. 疼痛控制良好，但仍有些難控制疼痛須加強。 2. 疼痛控制有助生活品質	1. 可促進更適當控制癌痛 2. 有助本土化教材	做更大型及多中心的研究	做更大型及多中心的研究
	17. 安寧護理模式於減低某綜合醫院癌症病患憂傷反應之成效	接受安寧療護模式的癌末病患比未接受此項護理模式者易於減低憂傷反應	1. 此安寧護理模式提供了臨床照顧的引導，即在漸進的五個階段中，包括陪伴期、工作期、認知期、重建期、執行期，藉由①生理舒適、減低疼痛②環境及家屬的支持③認知治療及意義治療④情緒支持與宗教慰藉，來達到癌症末期仍擁有親密感及希望的目標 2. 此套做法可作為教育、訓練的題材。	1. 涵蓋所有診斷類別之臨終患者，延長實驗治療時間，持續追蹤、增加可變因數，再次驗證療護。 2. 在臨終護理人員的在職訓練中加強類似的訓練課程，以加強此治療模式於臨終病房的應用，提高護理人員的專業功能與自主性，以及服務品質。	1. 所驗證之臨床照顧模式應考慮現實環境及制度中的可行性，避免空有療效，卻無用武之地 2. 實驗介入可做更嚴謹的控制，避免療效被混淆。例如本研究因對照組並未與實驗組有同等的「護理量」，因此，憂傷反應的改善是因為實驗組有較多的「護理量」，還是有不同的「護理質(安寧護理)」就比較確定。
	18. 癌症病患和家屬對安寧照顧需要之探討	對病情告知儘早協調病人及家屬之看法。 年齡小、教育程度高、無子女的靈性需求較高。	對於病情告知儘早協調病人及家屬之看法。 加強社會大眾如何面對臨終病人之教育及臨終關懷活動之推廣實有必要。	無	瞭解家屬與病患對告知病情產生歧見之原因及醫護人員因應之道---如何因應較佳。
	19. 癌末病人之另類治療行為	1. 56.3%的使用者表示以往醫師並不知病人曾使用。 2. 12.3%的使用者表示曾因這些治療而停用西醫治療。 3. 對減輕症狀，大部分皆無明顯效果。	1. 向病人及家屬教育另類治療的經驗。 2. 促進醫療的溝通	無	1. 可比較癌症病房使用另類治療的情形及效果，以得到較完整的data。 2. 針對可能有效(提升生活品質)的治療，進一步分析其機轉，比較其效果。

## (續)附錄四

分類	題目	研究之重要發現	研究結果於臨床實務及教育之應用	作者對未來研究之建議方向	專家對安寧療護未來本土化研究及工作之建議
壹、 提升服務品質  三、 實務	20. 一位母親面臨青春 期骨癌愛女瀕死之 歷程	1. 母親面對孩子瀕死的心理歷程有①試圖準備自己及孩子面對死亡②維持心目中孩子的完好形象③努力圓滿孩子的願望④抉擇將積極或姑息療法的矛盾情結⑤尋找靈性的支持⑥考慮不可確知的未來⑦發洩的情緒。 2. 護理人員的角色：①身體生理的照顧者②支持者③聯絡溝通者④諮詢者⑤傾訴者	了解母親面對孩子即將死亡的心理歷程及護士人員可以著力協助方向。	無	無
	21. 從醫護人員角度探討 癌末病人之靈性需求	1. 癌末病人靈性需求之內涵 2. 靈性評估指引的重要性	1. 提供臨床評估癌末病人靈性需求有初步之指引工具及方向。 2. 提供醫療人員靈性方面在職教育參考。	採現象學或深度訪談之職性研究方法能更深入且本土化。 可發展出靈性評估指引及臨床表徵量表。 尋找影響靈性需求程度的因素。	發展靈性困擾之高危險群臨床指標。
	22. 末期癌患者家屬心理 歷程之探討	1. 家屬大多傾向被告知家人(患者)的病情,且希望能明確告知是癌症。 2. 家屬有近半數願意「好好傾聽」患者談論有關死亡的話題。 3. 家屬希望的安寧療護服務順位為：①緩和痛苦②去除不安③安排殘生④協助接受死亡⑤協調家人之間的關係⑥解決生活上的經濟問題	家屬是患者調適疾病,面對死亡過程中的重要角色,藉由了解家屬的病情告知、死亡話題、安寧療護的認知,有助於協助家屬更適切有效地照顧患者。	無	無

## (續)附錄四

分類	題目	研究之重要發現	研究結果於臨床實務及教育之應用	作者對未來研究之建議方向	專家對安寧療護未來本土化研究及工作之建議
壹、提升服務品質 三、實務	23. 癌末病人瀕死症狀與存活期之相關研究	1. 病人住入緩和醫療病房平均有 9.1 個症狀。 2. 大部分第一週時會較好，但死亡前 48 小時則變差。 3. 呼吸困難、腹水、胸水、黃疸及 ECOG 有獨立預測存活期能力。	1. 有助臨床醫病溝通 2. 有助緩和醫療教育	針對常見癌症個別分析，以展現本土化。	針對常見癌症個別分析，以展現本土化。
	24. 台灣社區民眾與醫師對臨終末期照顧的態度之比較性研究	1. 鄉村社區較都市有能力照顧癌末病人，不能照顧的原因：①因有工作②緊急狀況。 2. 大部分民眾（受訪者）傾向在家末期照顧。	可作為推行 hospice 方向的參考 →home care, truth telling, therapeutic, strategy	(1)建議：社區照顧體系的建立。 (2)死亡教育。 (3)生前確立遺囑的規範。	1. 建議：社區照顧體系的建立。 2. 死亡教育。 3. 生前確立遺囑的規範。
	25. 症末期病患家屬對「不予急救」之態度及其相關因素之初探	1. 照會安寧療護患者仍少（85 年）。 2. 簽署 DNR 者仍少，醫師的法律問題仍須考慮。 3. 家屬傾向於 DNR。	1. 雖然傾向 DNR，但簽 DNR 少，如果不立法，則勢必許多病患會承受 CPR。 2. 應立緩和醫療法。	無	1. 調查目前癌末接受 CPR 的比率 2. 可調查目前現況與本研究（85 年）時，相比較。
	26. 一位肺癌末期病患住院期間所面臨的壓力源及其因應策略	1. 印證壓力不是經由認知評價而產生。 2. 印證壓力源是多面的，會因症狀治療或個人因素而變化。 3. 此位肺癌末期病患身體上的主要壓力源是疼痛和呼吸困難，心理上的即是身體功能減弱而感到無法掌握。	臨床照護中應加強評論病患的壓力源與因應策略，並協助二者之間的適切對應與平衡。	1. 增加樣本數。 2. 針對不同階段、不同類型癌症、不同治療作一一探討。 3. 可將家屬納入研究中。	審閱者： 1. 應將壓力源與壓力作更明確的區分。文中結果有關壓力源的部分，有相當多其實是患者的壓力歷程。明確區分將有助於更貼切針對形成個人壓力的因素進行處理，也有助於不同患者間的分析、比較，如此對癌末患者的壓力調適的研究成果可更具有效性與普遍性。 2. 可更深入壓力的心理歷程。 作者： 3. 增加樣本數。 4. 針對不同階段、不同類型癌症、不同治療作一一探討。 5. 可將家屬納入研究中。

(續)附錄四

分類	題目	研究之重要發現	研究結果於臨床實務及教育之應用	作者對未來研究之建議方向	專家對安寧療護未來本土化研究及工作之建議
壹、提升服務品質 三、實務	27. 從癌症末期病人的服務狀況探討安寧照顧在臺中榮總之發展方向	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 研究樣本所屬科別以護理部人最多，其次為內科部及外科部；服務年資平均 15 年，服務 15 年以上者達 42.8%，而研究樣本中只有 1/4 的人曾受過安寧照顧的訓練。</li> <li>2. 大部分受訪者對安寧照顧是持認同的態度。意見較分歧的是對於癌症病人是否需要住院？是否需要做化學治療及開刀？止痛藥的提供等問題。</li> <li>3. 病情告知上，大部分會選擇告知家屬，而當家屬要求隱瞞病情時，半數受訪者會開專家屬尊重病人知的權利，31.3%的醫護人員會配合家屬的要求。</li> <li>4. 癌症病人死亡時，近八成的受訪者會感到有挫折感，並有悲傷的感覺，只有二成左右的受訪者可以不受病人的影響。</li> <li>5. 研究對象中仍有近四成的人不知道台中榮總已成立安寧照顧小組。</li> <li>6. 年資與服務狀況：a)年資愈大者愈不會逃避病人。b)年資愈久對病人更有耐心但給病人的時間較少。c)護理組自覺與家屬溝通時間及照顧病人的耐心，給病人的時間顯著多於醫師組；護理組轉介給社工員、營養師的頻率顯著多於醫師組；當病人追問病情時，護士組壓力顯著大於醫師組。</li> <li>7. 護士組接受安寧照顧訓練者顯著多於醫師組；對安寧照顧理念的認同度也較高；醫護人員年資愈久，對安寧照顧的態度欲認同。</li> <li>8. 醫護人員臨床上的困難：a)疼痛控制效果不好且受訪者不僅有無力感，也很難向病人做解釋。b)受訪者在與病人溝通及病情告知方面很難面對。c)出院問題。d)理念與法律問題。e)情緒問題。f)其他如中醫、民俗療法的干擾，病人死亡實無往生室，家屬念經干擾其他病人等。</li> </ol>	<p>瞭解安寧療護發展過程中的問題，以提出具體的解決方式來做為臨床實務與教育的應用，即所謂的近程計畫：側重教育訓練、觀念宣導、安寧工作小組的健全化與制度化。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>一、近程：側重教育訓練、觀念宣導、安寧工作小組的健全化與制度化。</li> <li>二、中程：a)建議組訓一組專屬安寧照顧之志工，協助家屬為病人提供生理照顧、情緒支持以減輕家屬體力負荷。b)設立佛堂、往生室禱告室以提供病人及家屬靈性的照顧。c)建議擴充惠康基金「安寧照顧專戶」，並使安寧照顧小組有專人可負責收案、會談、評估、聯繫團隊及推動院內安寧照顧工作。d)發展安寧療護居家護理方案。</li> <li>三、遠程：a)規劃安寧病房專屬床位或安寧病房，配合衛生署訂定之病房設置規範，以爭取政府費用的給付。b)病房環境家庭化，讓癌症末期病人可有另一套病房規範。c)成為中部地區安寧照顧工作的示範及推廣中心，與地區醫院共同推展中部的安寧工作。</li> </ol>	<p>可以同樣的問卷連續做下去做追蹤式的研究，如此可瞭解建議的成效，亦可擴大至台灣地區從事安寧工作的醫院及醫護人員，以瞭解目前安寧照顧的發展情況以便檢討發展中的問題與缺失。</p>

## (續)附錄四

分類	題目	研究之重要發現	研究結果於臨床實務及教育之應用	作者對未來研究之建議方向	專家對未來進行本土化研究之建議
壹、提升服務品質 三、實務	28. 口服長效嗎啡及經皮膚吸收 Fentanyl 貼片於末期癌症疼痛治療之比較	Fentanyl 貼片具有 MST 的優點	Fentanyl 對於嚴重嘔吐及吞厭困難之病人是個簡單的方便之方法。	可對 Fentanyl 貼片與 MST 比較 cost effectiveness 者差異 long-term 而言及 short-term 之效益	醫護人員對 Fentanyl 貼片的認知調查。
	29. 「靈性」照顧模式之研究	瞻病送終法與佛法中菩薩道六度法相應的說明。	對專業宗教師訓練面向的組織與建議	1. 建議佛教界若欲推行瞻病送終服務，當以居家照顧優先考慮。 2. 組織訓練中心，建立多元化分工合作的宗教師照顧網，設立安寧療護專業宗教師的組織系統。	1. 靈性照顧實務經驗的提供。 2. 發展具體的方法及方法背後的哲學基礎。
	30. 癌末病患健康相關生活品質內涵之確認	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 生活品質之定義乃依個人在生命各階段之狀況與需求而定：健康並能正常的生活與工作。</li> <li>2. 家人為病患精神生活的支柱，亦為其靈性生活品質之重要內涵。</li> <li>3. 「社會支持」則能減輕其負向情緒之困擾，提升生活品質。</li> <li>4. 工作為生活品質基本要件之一。</li> <li>5. 急性醫療機構中之住院癌患，雖處於末期階段，92% 的患者遭受疲倦與疼痛等症狀之困擾。</li> <li>6. 有 1/3 的患者受到「善意的謊言」隱瞞，有 2/3 患者的靈性需求為感受生命的價值與意義。</li> <li>7. 活著亦是本研究對象所描述的的一種價值觀，使人悟到生命的存在就是一種意義與價值。</li> <li>8. 整體之生活品質除靈性與身體症狀困擾程度無關。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 臨床實務方面之建議：1) 以「家庭」為中心的整體性護理方為癌病護理今後努力的方向。2) 以解除病患身體上之疼痛與改善疲倦程度為優先考量；並將之納入療護品質評鑑之主要內容。</li> <li>2. 教育方面之建議：1) 疲倦與疼痛均為病患主觀的感受，對「人」的敏感應自學校養成教育著手。2. 將緩和療護納入醫學及護理學系之必修課程中，亦為當務之急。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 將資料作二度分析。</li> <li>2. 可將樣本加入緩和醫療單位及居家病人。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 可採用現象學方式，勾勒出生活品質的 dynamic change.</li> <li>2. 可進一步發展 QOL 量表。</li> </ol>

(續)附錄四

分類	題目	研究之重要發現	研究結果於臨床實務及教育之應用	作者對未來研究之建議方向	專家對未來進行本土化研究之建議	
貳、合理成本效益	一、組織機構	1. 非營利組織市場導向之研究--以兒童癌症、兒童燙傷早產兒及安寧照顧基金會為例	1. 安寧基金會、兒童燙傷基金會經營方式較市場導向。 2. 各基金會對市場敏感度缺乏健全資訊系統。	組織要取得社會認同，應注意之事項及成功之範例	1. 市場導向對組織績效之影響會受到組織環境多大的影響？ 2. 直接利用美國市場導向研究的成果進行本土化的研究。 3. 各基金會對社會大眾之意義及市場需求尚未被滿足之區隔在何處。	倡導安寧護理理念時，應多搜集社會大眾對理念之看法與認同情形。
		2. 醫療情境中死亡現象之研究:以某醫學中心為例	本研究屬於探索性的報告，初步研究結果可說明醫療情境死亡處理的方式與程序並探索不同情境中臨終病人照護醫療人員互動的過程。	複查有關國內外死亡研究之概況，初步探索結果提供教育訓練之參考。	提出五項建議：一、死亡資訊統計二、提升癌末照護品質三、強化臨床倫理教育訓練四、改善照護模式五、提升照護技巧。	作者提供五點後續研究之建議，其中進一步分析癌末病患、家屬與醫護人員互動關係之分析，對規劃合適的照護模式有所助益。
		1. 醫師對末期癌症病人臨終照顧的倫理取向	1. 醫師倫理訓練不足，增加病人痛苦。 2. 醫師明知倫理處理，卻與安樂死分不開，而依然採用急救措施。 3. 大多建議加強倫理教育。	1. 倫理教育加強 2. 法律及政策訂定 (DNR) 3. 增進醫師與病患、家屬溝通 4. 成立倫理小組 5. 發展緩和醫療	無	家屬、病人及醫療人員對癌末照顧態度之比較。
	二、立法制度	2. 緩和醫療照顧的倫理困境	1. 安寧病房提供癌末照顧時，發生許多倫理困境，其困擾的產生常因專業研究證據不足，無法適時提供治療決定依據。 2. 照顧團隊加強提供整體性照顧的能力，有助於解決嚴重倫理困擾事件。 3. 工作人員如能定期接受倫理問題探討及解決的訓練，有助癌末照顧品質的提昇。 4. 研擬適合國內癌末照顧指引，可減少倫理困境之困擾程度，有助安寧療護及緩和醫療目標之達成。	1. 安寧病房提供癌末照顧時，發生許多倫理困境，其困擾的產生常因專業研究證據不足，無法適時提供治療決定依據。 2. 照顧團隊加強提供整體性照顧的能力，有助於解決嚴重倫理困擾事件。 3. 工作人員如能定期接受倫理問題探討及解決的訓練，有助癌末照顧品質的提昇。 4. 研擬適合國內癌末照顧指引，可減少倫理困境之困擾程度，有助安寧療護及緩和醫療目標之達成。	1. 研擬適合國內癌末照顧指引，可減少倫理困境困擾度。 2. 工作人員定期接受倫理問題探討的訓練。	1. 研擬適合國內癌末照顧指引，可減少倫理困境困擾度。 2. 工作人員定期接受倫理問題探討的訓練。

(續)附錄四

分類	題目	研究之重要發現	研究結果於臨床實務及教育之應用	作者對未來研究之建議方向	專家對未來進行本土化研究之建議
貳、合理成本效益 三、財政成本效益	1. 勞保體系癌末期住院病患之醫療費用結構	1. 診療、病房、藥劑、檢查、處置、輸血、特殊材料，總費用均為醫學中心>地區>區域醫院；以年齡層來看，小於35歲的者的費用最高。 2. 以不同MDC來看，以神經系統惡性腫瘤平均費用最高，男性生殖系統惡性腫瘤最低，以不同DRG來看，以輸尿管、腎、膀胱腫瘤手術平均總費用較高。 3. 出院前死亡者平均總醫療費用多於治療出院者而以自動出院者低。 4. 死亡前住院日數愈短，每日平均醫療費用會愈高，所以愈接近死時住院，每日醫療費用愈高。 5. 生命期年齡較大者較於接受高科技治療。 6. 末期病人住院日與總醫療費用皆比健保支付制度研究了組所統計者為高。	1. 以勞保時代的支付標準來看，若實施DRG末期病人可能因為成本較高，而醫院會期望他們提早出院。 2. 臨終前住院病患中有67人，平均死前一個月仍在接受手術治療，是否必要值得探討。	1. 搜集癌症死亡前6個月的資料分析較為客觀。 2. 以前瞻性方式搜集自從被醫師確定為末期病患患者之後到死亡之間的全部費用。 3. 分析總費用及平均每日費用高的病患之特性。 4. 搜集家屬的間接治療成本。 5. 也搜集居家安寧照顧資料 6. 做cost utility analysis	1. 用前瞻性方法以較大樣本數，去搜集安寧病房住院患者的所有成本與費用，也將家人自付的醫療費用照顧親人之機會成本，偏方治療費用都列入一起搜集，來瞭解建保應如何支付安寧病房費用。 2. 以生活品質相關指標去瞭解安寧療護患者之cost utility。
	2. 癌症末期病患住院及居家照顧之醫療成本分析	1. 住院服務影響盈餘最大的主因是病房費差額的收取。 2. 居家照顧由於經濟規模不夠大，所以有虧損，而住院服務則有盈餘。	1. 瞭解成本計算方法。 2. 病人分類系統介紹。	1. 增加樣本數。 2. 延長收集資料時間。 3. 比較安寧與其它癌末病患之成本和生活品質。	1. 以比較式進行跨院資料收集。 2. 比較安寧照顧與非安寧照顧病患之生活品質與照顧成本。

## (續)附錄四

分類	題目	研究之重要發現	研究結果於臨床實務及教育之應用	作者對未來研究之建議方向	專家對未來進行本土化研究之建議
貳、 合理成本效益	3. 安寧療護成本效益分析	1. 雖然僅接受安寧療護照顧者平均住院日較長(26.2VS. 傳統住院21.5日), 但整個住院期間費用減少4萬多元, 差距達80%, 具成本節省的效益性。 2. 目前全民健保支付標準是針對急性照顧的各種處置, 不適合安寧照顧這種以照顧為主, 不以治療疾病為主的緩和性照顧方式, 故服務難以收支平衡, 且病患自付費用仍較傳統醫院照顧病患為高。	可據此申請安寧療護合理給付。	未提及	1. 瞭解安寧療護所需費用項目, 用意和其它傳統醫療方式作比較。 2. 據本研究結果, 申請合理健保給付。
	4. 安寧療護需求及其費用探討	1. 傳統住院病患僅有1/3聽過安寧療護, 僅11.1%是由醫師取得, 20.1%由護理人員取得, 主要來源是媒體 2. 安寧療護費用節省, 肇因於較低的平均申報金額(不利用或少利用昂貴處置與手術), 但病房費較高, 保險支付的比例卻較低。	1. 欲推廣安寧療護服務, 向醫護人員宣導, 以爭取認同是關鍵因素。 2. 目前全民健保支付方式及標準不適合奠基於緩和性照顧理念的安寧療護服務, 且對選擇安寧療護的病患不公平。	未提及	1. 宜對安寧療護各項成本進行全面性瞭解, 尤其是家人照顧成本工作生產力、志工等成本, 加以探討, 對成本應清楚定義。 2. 用 prospective method 去搜集成本資料。 3. 進一步探討癌症病患與家屬不選擇安寧療護的原因。 4. 對 Quality of life, shortform36 滿意度均可以比較。 5. 據此, 推行居家療護及申請健保合理給付。

## (續)附錄四

分類	題目	研究之重要發現	研究結果於臨床實務及教育之應用	作者對未來研究之建議方向	專家對未來進行本土化研究之建議
參、落實永續經營 一、品質監測	1. 台灣地區安寧療護品質稽核工具建構	1. 安寧療護效果在住院前 14 天最為顯著。 2. 提出修改版的品質測量工具。	1. 瞭解成本計算方法。 2. 病人分類系統介紹。	1. 發覺何類病患最適宜安寧照顧 2. 建立良好信效度及實用本土安寧療護稽核工具。	1. 建立國家安寧療護或癌末病患的評鑑標準。 2. 在發展測量工具前，宜像本論文一般，做好信效度分析。
	2. 建立全國安寧療護作業資料系統指標與臨床實驗計劃	1. 了解國內安寧病房中病人之資料，收案來源。 2. 住院與居家病人之疾病診斷及病情診斷認知不同。	提供各機構設置人力規劃與服務內容之比較參考與改進之方向	1. 專職訪員及訪視訓練 2. 結構式問題較佳 3. 修訂設置規範 4. 醫院及機構之輔導 5. 結果報告以 home page 6. 電腦媒體申報相關資料	進一步建立較具結構性之安寧療護相關資料的搜集方式，有利於日後品質監測之進行。
	3. 建立本土化安寧療護服務品質稽核工具與工具信效度之測量	(1) 建立本土化之服務效標測量工具，即可為改進之基礎。 (2) 安寧療護之價值與成效。	1. 建立本土化之服務效標測量工具，即可為改進之基礎 2. 安寧療護之價值與成效	1. 問卷修改建議，評分者之差別比較與建議。 2. 安寧療護的成效及改善目標 (P. 45-)	問卷採「專家效度」建議增加心理學及流行病學專家。
	4. 臺灣癌症末期病患對善終意義的體認	身體平安、心理平安、思想平安	提高癌末照護品質之指引	有更多的研究建立臺灣模式的安寧療護。	「家族特徵類似」的後續性研究
	5. 癌症末期病人善終之初步研究	1. 「知道病情與否」與「了解死之將至」、「後事交代」、「時間恰當性」及「善終總分」顯著有相關 ( $p < 0.05$ )。 2. 服務評價總分與各善終指標均有顯著相關。	癌症末期病患知道病情有助於善終的達成，而不論病患入院時症狀如何，藉緩和醫療團隊的努力，皆可協助患者增進生活品質。	1. 更多資料的收集。 2. 由家屬或病人方面來評估。	1. 由家屬或病人方面來評估善終狀況，並做比較。 2. 善終本土的意義之進一步探討。

## (續)附錄四

分類	題目	研究之重要發現	研究結果於臨床實務及教育之應用	作者對未來研究之建議方向	專家對未來進行本土化研究之建議
參、落實永續經營	6. 安寧療護照護品質及哀傷輔導需求研究	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 理念與現實的差距：如一般認為「止痛」是安寧療護的首要工作，但患者卻認為最需要「睡的好」。</li> <li>2. 需要與提供的差距：如患者及家屬認為最不需要經濟支援，但這卻是社工最常提供的服務；患者與家屬認為舉辦的娛樂休閒活動已高過他們所需要的，但這仍是持續頻繁舉辦的活動。</li> <li>3. 患者與家屬的差別：如家屬認為不需要志工者多，但患者大多認為需要志工協助。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 提供服務及訓練方向。</li> <li>2. 從提供服務者的理念，朝向更實際的重視患者及家屬的認知需求。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 縮減問卷的內容，以利大規模施測及提高臨床通用性。</li> <li>2. 將開放性問題的答案也編入問卷中，以提高實用性。</li> <li>3. 將研究對象推展到本研究所做的台北縣市以外，探討全台灣各地的普遍狀況，作為衛生署訂定政策時更可靠的依據。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 縮減問卷的內容，以利大規模施測及提高臨床通用性。</li> <li>2. 將開放性問題的答案也編入問卷中，以提高實用性。</li> <li>3. 將研究對象推展到本研究所做的台北縣市以外，探討全台灣各地的普遍狀況，作為衛生署訂定政策時更可靠的依據。</li> </ol>
	7. 末期癌症病患之居家與醫院照護品質之比較	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 疼痛控制使用之止痛劑以 Tramal 最多。</li> <li>2. 二組病人及家屬給予再一次選擇臨床照顧模式的機會二組仍做同樣選擇。</li> <li>3. 居家照顧之癌末病人有 84.29% 希望在家中往生，住院照顧者則有一半是選擇醫院或家中為其希望死亡的地點。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 可做為臨床發展居家安寧療護之草稿。</li> <li>2. 研究結果可用於安寧療護之相關課程。</li> </ol>	無	病人於醫院及家中兩組病人的基本資料中，病情進展的程度或嚴謹度要控制。
	8. 末期癌症病患之醫院與居家照護品質之比較及癌症居家護理標準作業程序	建立 <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 居家營養支持的標準</li> <li>2. 居家靜脈抗微生物治療的標準</li> <li>3. 居家輸血治療的標準</li> <li>4. 居家癌症疼痛處理的標準</li> </ol>	可供臨床實務實際執行之參考	無	可依此制定之標準、進一步分析及實際應用於臨床評核或品管之 indicator。

## (續)附錄四

分類	題目	研究之重要發現	研究結果於臨床實務及教育之應用	作者對未來研究之建議方向	專家對未來進行本土化研究之建議
參、落實永續經營	一、品質監測 9. 癌症末期病人善終之研究	1. 本研究顯示良好緩和醫療團隊照顧有助死亡品質的提昇。 2. 服務評價及善終評估可督促癌末照顧品質，應建立適當評估工具予以推行。	本研究使用之善終指標及服務評價工具及實行方式，除可用於國內癌末照顧病房之服務外，亦可教育工作人員培養緩和醫療共同理念及照顧原則。	對各善終評估項目，再度針對本土病人再定義，確定適合國內 Hospic 使用的善終評估工具。	對各善終評估項目，再度針對本土病人再定義，確定適合國內 Hospic 使用的善終評估工具。
	二、人力 1. 癌症末期病人安寧照顧之需求推估	1. 癌症死亡率的持續上升與人口結構的交互影響，將使未來癌症死亡人口急速擴大。 2. 癌症死亡人口愈多，所需要的安寧療護專業人力就愈多。 3. 醫療與社政單位共同合作，培訓專業從事安寧療護之醫師、護理人員及社工師應為當務之急。	1. 因應持續升高之癌症死亡人口，提昇安寧療護之質與量為重要之醫社福議題。 2. 對於癌症末期病人的需求提供微觀與巨視觀點的分析。	1. 專業人力之推估上面可以由目前國內安寧病房及居家安寧療護之人力分配之實際狀況與需求作為推估之基礎，再配合當前國內癌症人口對於安寧療護之利用概況作整體規劃到全國安寧療護專業人力需求的基礎。 2. 安寧療護專業人力需求與其它團對人力參與情形之相關研究。	1. 癌症末期病人是否利用安寧療護設施之因素探討(建議可以同時進行質性與量化研究之探討)。 2. 討論目前安寧療護在供給、需求與實際取得服務之間的各種變數與相關因素分析。
	三、教育 1. 安寧療護專業人員教育需求評估研究	影響安寧療護態度之因素：照顧癌末病人愈多者，告知病人病情進展愈多者，以溝通 DNR 人數愈多者	有助於設計安寧療護教育課程之參考方向	無	問卷於課程進行前發放，課後立即收回，回收率可提高

附錄五  
提供學術研究者參考

分類	題目	研究之重要發現	研究之限制	作者對未來研究之建議及方向	專家對安寧療護未來本土化研究及工作之建議
壹、提升服務品質	1. 安寧照顧醫療化之困境探討	1. 醫療化的安寧照顧受限於疾病與治療的觀點下困境因而產生 2. 護理人員由於第一線面對病人，理念與實際的落差感受與衝擊十分強烈。 3. 生命意義的建構往往被認為在身體疼痛被控制後才開始，意義治療的內含其實在於試著轉變病人的疾病態度，透過意義建構去超越無法以醫學理解之痛苦。	1. 資料搜集處理與論文討論焦點。 2. 文化差異和語言溝通。 3. 粗略分析困境，未一一探討機轉。	1. 更深更廣地分析相關資料及探討機轉。 2. 提供安寧照顧規劃者更具體的建議。 3. 讓需要臨終照顧者能夠真正擁有照顧的實質。	1. 如何加強“死亡教育”於一般民眾(自幼)、醫護人員，“自主權”歸於病人，“死”不再是忌諱。 2. 提高癌末症狀治療品質及靈性信仰的力量。 3. 落實安寧照顧觀念於各病房，成立機構於大醫院外。 4. 推動居家照顧，家庭資源不足者，可以機構處理及健全社會福利。 5. 整合團隊資源。
	2. 現代社會對死亡的省思——以癌症病人為個案剖析	補充過去只從醫療專業的角度思考生死大事之不足。尊重生命的觀念，落實於醫療主體身上的落差	作者在論文資料收集期間以全職護士身份參與所收集個案之安寧療護難以作超然性的觀察	對社會學思考所呈現的問題期待安寧療護有所因應	社工人員為安寧療護團隊的成員對目前癌末病患社工的角色和功能力應有前瞻性的探討和研究
	3. 最後一段旅程——剖析癌症病人在醫院的垂死歷程	醫學的力量有時是很有限的。很多時候，對病人與家屬而言，安詳尊嚴的垂死歷程是屬心靈層次的意義。	此研究是著重不對現象的觀察與整理，提出相關的缺失與疑問，至於進一步的分析，及相應的解決之道則有賴後續的研究。	無	對尊嚴死亡的「心理意義」的深入探討。不只是客觀因素的評估，而是主觀的認知及個人意義。
	4. 護理一位癌症末期病人面對死亡的心路歷程	影響病人面對死亡的主要因素包括宗教信仰與良好支持體系	屬個案報告與心得發表	無	無
	5. A study of terminal care in Christianity from the gospel of mark to improve the hospice movement in Taiwan.	安寧療護之神學基礎與根基，並可改進台灣安寧療護照顧層次。	只能探討心靈與宗教層面，對癌症安寧療護探討，而無法對其他疾病充分探討。	建議對小兒、愛滋病、肌肉萎縮症等臨終病患安寧療護心靈輔導之研究加強。	無

## (續)附錄五

分類	題目	研究之重要發現	研究之限制	作者對未來研究之建議及方向	專家對安寧療護未來本土化研究及工作之建議
壹、提升服務品質 二、研究	1. 對臨終病人及家屬提供專業善終服務之探討	1. 從 social work research and abstracts 1965-1987 年之文獻整理中發現有關死亡現象文章有不斷增加之趨勢。 2. 文獻整理中，發現對臨終病人服務之共同原則為①尊重文化差異及個別化原則②參與自決原則③在助人過程中強調病人、家屬及醫務人員坦誠溝通原則④社會工作者自我認識的原則	1. 該論文所列舉死亡率僅限於四本社會工作專業期刊之整理、國內之整體安寧療護文獻或國外其它專業領域方面涉及死亡問題探討之文章未能涵蓋。 2. 文獻整理與實際上善終服務需求之間的落差。	1. 該論文所列舉死亡率僅限於回來社會工作專業期刊之整理、國內之整體安寧療護文獻或國外其它專業領域方面涉及死亡問題探討之文章未能涵蓋。 2. 文獻整理與實際上善終服務需求之間的落差。	從該研究所搜集的文獻分析中，可以將某些主題重新擴展以本國之實務經驗作文化比較之探討。
	2. 安寧照顧的文化之舞--以台大緩和醫療病房為述說情境	無	無	無	可在深入探討病房目前的狀況，民國 85 年時期，以了解(1)病房照顧理念(2)困境(3)照顧品質等變遷
	3. The Meaning of Good Dying of Chinese Terminally	1. 中國人所謂的善終意指：身體平安、心理平安及思想上的平安 2. 身體平安包括 4 個主題 (theme)：緩解身體症狀、認知死亡的過程、維持身體清潔與完整及可活動的。	為質性研究，研究樣本 20 人，推論較為主觀，有推論上的限制。	應用此結果進行量性研究。	可據此發展癌末病人善終之評量工具。
	4. 從佛教瞻病送終法談臨終關懷	依據病患的意願，接受法師引導的靈性照顧佔大多數。在引導之下，靈性境界的提昇更加明顯。	靈性定義目前尚未受到普遍的認同。	如何經佛教法門來開啟病患的悟性以超脫生死有待進一步研究。	對靈性與佛性之間應該做一個整合，怎麼把佛法用在靈性的照顧上，培育法師從事專業照顧。

## (續)附錄五

分類	題目	研究之重要發現	研究之限制	作者對未來研究之建議及方向	專家對安寧療護未來本土化研究及工作之建議
壹、提升服務品質 三、實務	1. 以質性研究方法探討影響癌症末期病患生活品質之因素及因應策略	1. 病患會依 QOL 之因應方式之變化而採取因應策略 2. 找出影響 QOL 之因素	1. 人力及時間 (研究者) 的限制 2. 為橫斷性的研究 (cross-section study) 3. 立意取樣→代表性受影響 (如: 不能會談者之 QOL) 4. 研究地點為花蓮地區→外在效度及推論性受限 5. 研究時間→缺乏 home care 那一段	1. 著重求長期性的追蹤研究 (longitudinal study) 2. 發展癌症末期病患 QOL 之評量工具	研究中未交代病人對生活品質的定義是否與研究者一致, 故在談及影響因素時, 關連性的分析會減弱。評量工具是必須且重要的。
	2. 台北市立綜合醫院醫師對死亡及瀕死態度之研究	1. 影響因素包括態度量表對死亡之接受度、接受死亡教育課程、公開討論死亡、信仰虔誠度。 2. 對死亡之接受度與因應死亡之身心行為反應有負相關。	研究架構、樣本和方法上限制缺乏實記性	可加入探討其他重要因素, 例如: 性格、情緒適應能力、成熟度等。	作者之問卷採用國外學者之設計加以修正, 此方式值得本土化研究借鏡
	3. 癌症末期病人心理反應之探討	1. 相較於 Kiibler-koss 的理論, 本土患者第一個反應為否認, 最後一個反應為接受者占 50%; 五階段沒有一定的順序, 且個別差異很大。 2. 整個面對死亡的過程中, 磋商、憤怒、憂鬱的比例較高 (24.7-28.9%)、否認及接受較低 (8.5 及 11.2%)。 3. 整個過程的各種反應, 及瀕死前能否接受死亡, 在有否宗教信仰、家屬支持及醫療人員支持上面, 有顯著差異。	1. 收案地點侷限 (同一醫院內的不同單位) 2. 個案數不多 (N=40)	可加入探討其他重要因素, 例如: 性格、情緒適應能力、成熟度等。	1. 可多將用此類收案的方式, 但整理時加重「質」的分析, 如此更能呈現本土的特徵內涵。 2. 可嘗試用不同的理念架構設計類似主題。 3. 在考慮的主題與理念架構之間作更緊密、更具本土化特徵的思考。
	4. The Attitudes Toward Terminal Care In Rural Communities in Taiwan and Japan A Comparative Study	台灣目前的研究結果與日本十年前的狀況相似, 應該是因為人口結構所致。可提供政策有力參考。	對民眾而非對病人。	無	比較日本與台灣, 目前 hospice & palliative care 發展現況, 調整台灣的方向。(調查日本症狀控制, 國家發展, ...等現況)

(續)附錄五

分類	題目	研究之重要發現	研究之限制	作者對未來研究之建議及方向	專家對安寧療護未來本土化研究及工作之建議
壹、提升服務品質 三、實務	5. 嗎啡應用於癌症病人和動物急性疼痛模式之研究(II)	Morphine 對細胞內傳達相關因子如 Ca, IP3, C-AMP 之調節作用	用 VAS (Visual analgesic scale) 來作為鎮痛之指標而非原設計之嗎啡血中濃度。	Ketamine 減少嗎啡與耐受性之機轉	嗎啡血液動力學變化做為嗎啡止痛之指標
	6. 癌症死亡家屬對現行癌末醫療需求極其安寧療護之認知與態度的探討——高雄市	1. 在病人醫療需求上, 以居家照護指導分數最高 (4.24±0.68); 其次為生理不適舒緩 (4.24±0.72)。 2. 家屬需求方面, 卻以病情解釋最高, 居家照護居次。 3. 在 188 位病人中僅有 7 位接受過安寧療護。 4. 不選擇安寧療護的原因, 依次為 1) 不知道設有安寧病房的醫院、2) 安寧病房住不進去、3) 家人不同意、4) 條件不符合、5) 病人不同意。	有效問卷比率低 (188/548)	1. 有否病情告知與家屬滿意度的關係。 2. 有否接受安寧療護與家屬並生活品質及滿意度的比較	如何使每一位癌症病患皆有正確安寧療護觀之研究。
	7. Traditional Chinese Dietary Therapy for Terminal Cancer Patients on Quality of Life Assessment	接受緩和醫療團隊的病人其疼痛程度不再增加, 但若病人接受含有芍藥甘草湯食膳, 其疼痛緩和程度呈明顯改善。	研究設計嚴謹度再加強。	具先前調查在台大 GA 病人的主訴症狀中, 疼痛、全身倦怠、食慾不正、發燒、呼吸困難、水腫、噁心嘔吐、出血、氣喘、腹水分別佔前十位, 未來希望針對其他症狀的改善作為研究的目標, 以期對癌末病人生活品質的提昇有更大的幫助。	更長久追蹤, 嚴謹的研究。
	8. 癌症死亡兒童的母親其哀傷反應及調適行為之研究	1. 癌症死亡兒童母親的哀傷反應為①確認死亡兒童身心的經驗②聯想死亡兒童生前的活動空間經驗③訴論死亡兒童生前的醫療活動經驗④重估母親過失的照顧經驗⑤幻想兒童死亡後的存在世界。 2. 母親所採取的調適行為包括①表達情緒行為②防禦機轉行為③改變活動行為④交換資料行為。	無	無	可依此研究結果發展哀傷輔導或家屬哀傷反應之因應行為之測量工具。

(續)附錄五

分類	題目	研究之重要發現	研究之限制	作者對未來研究之建議及方向	專家對安寧療護未來本土化研究及工作之建議
壹、提升服務品質 三、實務	9. 安寧療護病患主要照顧者的居家照顧需要及其相關因素之探討	1. 主要照顧者的居家照顧需要之重要性與滿意度均以資訊的需要為首，依序為照顧病人的需要、個人需要、靈性需要及心理需要，實務處理得分均最低。 2. 主要照顧者居家照顧需求的滿意程度與病患的性別、教育程度、宗教信仰及主要照顧者的教育程度、宗教信仰、婚姻狀況與病患的關係、工作狀況、家庭收入、照顧病患期間，每天照顧時數及自覺健康狀況有關。	1. 國外量表有些不適合國內或居家測量？ 2. 工具內容未能著重靈性層面。 3. 訪談情境有家屬會造成干擾。 4. 樣本採立意取樣，且僅一家，代表性有限。	1. 可採追蹤研究方法，探討安寧療護不同時期，照顧者的需求是否有不同。 2. 採質性研究，訪談居家個案。 3. 從病患、護理人員及照顧者三角關係探討病人。 4. 發展居家安寧療護的居家照顧需要量表。	採質性研究，深入了解國人照顧者的負荷。並了解需求與滿意度之差距。
	10. 末期運動神經元疾病病人的處置：著重安寧緩和觀點分析	1. 對MNA病患鼓勵其接受 hospice care 並且評估 quality of life。 2. 檢討MND病患是否為入 hospice care 尤其 in-patient care 之適應條件。	1. 回溯性研究，大多根據病歷上的醫囑記錄或病歷記載。 2. 無法直接針對病人本身去瞭解症狀或是生活品質的好壞。	在台灣仍是以 Hospice-base 的醫療方式來處理這類病患，應當嘗試不同醫院、地區也能提供 Hospice care 及 home care 來服務這類病人	1. 回溯性研究，大多根據病歷上的醫囑記錄或病歷記載。 2. 無法直接針對病人本身去瞭解症狀或是生活品質的好壞。
	11. 癌症末期住院病人自述需要的探討	1. 可據此質性研究，發展自述癌末照顧需求之評估量表。 2. 針對各項需求、擬定護理措施，以評價其成效，可進行準實驗法之研究。	未涵蓋家人為研究對象，是本研究之限制。	將病人亦納入研究對象。	未涵蓋家人為研究對象，是本研究之限制。
	12. 麻醉藥品交由癌症末期患者居家護理自行服用可行性之研究	1. 醫師部分之主要發現：1) 七成以上的醫師認為「醫院提供的麻醉藥品能符合治療癌症疼痛的需要」2) Demoral 是醫師控制嚴重疼痛最常使用的藥物，其次是 morphine 3) 過半數醫師贊成麻醉藥品讓癌症病患居家使用。 2. 病患部分主要發現：1) 四分之三以上的病患其疼痛程度是相當嚴重的，且近七成的病患，其疼痛程度以達不能忍受的地步 2) 80%的病患在病情穩定的情況下願意回家。	1. 人力、時間的限制，除台北地區的醫院外，其它地區預計訪問的醫院不可能訪視兩次。 2. 有些患者不適合接受訪問的則訪問家屬。 3. 訪視期間之癌症住院病患人數可能不敷預計之數，而改以郵寄問卷方式來完成。	1. 當局應訂定醫療院所進行之規範，並健全居家護理制度。 2. 頒訂癌症疼痛緩解計劃，提供控制癌症疼痛指引。 3. 加強醫事人員對麻醉性藥品使用與稽核管理，以避免未來因全面開放麻醉藥品居家使用而發生留用。	1. 癌症病患居家護理時，止痛藥劑之種類、劑量以及疼痛緩解之程度。 2. 居家地域與醫院遠近，以及居家天數的相關研究。 3. 醫事人員對嗎啡類藥物的看法與態度。

## (續)附錄五

分類	題目	研究之重要發現	研究之限制	作者對未來研究之建議及方向	專家對安寧療護未來本土化研究及工作之建議
壹、提升服務品質 三、實務	13. 醫病雙方對癌末照顧場所選擇之比較性研究	1. 針對癌症病人或癌末病人進行其態度之研究及比較醫病的一致度。 2. 社區照顧能力的調查。	對象為某一般門診病人，與民眾類似，並非癌症病人。	1. 針對癌症病人或癌末病人進行其態度之研究及比較醫病的一致度。 2. 社區照顧能力的調查。	1. 針對癌症病人或癌末病人進行其態度之研究及比較醫病的一致度。 2. 社區照顧能力的調查。
	14. 以病人家屬角度探討緩和醫療初次評估	1. 申請接受緩和醫療住院仍以身體症狀的緩解居多，而病人情緒困擾之處置次之。 2. 病人接受死亡普遍較低。 3. 病人能接受不 CPR，因為不想多受痛苦。	訪談對象，絕大多數是家屬而非病人本身，家屬是否能代表病人的意見，仍有待商榷。	1. 對於約一半經評估後不符合之病人，如何研擬未來團隊運作之內容，並追蹤這些病人之流向 2. 調整入院條件，有助於本土化照顧模式之建立，以趨於完整	1. 針對社會大眾對安寧療護/緩和醫療照顧原則認知之研究問卷。 2. 針對所有醫療專業人員，尤其有接觸末期病患之醫療照顧者，設計開放式問卷，認為適切的入院條件。
	15. 某醫院安寧病房癌末末期病人瀕死症狀回顧	所有癌症之心理性瀕死症狀出現的頻率平均在 16% 以下，而且不能肯定病人兩天內將會死亡的可能。生理性症狀出現的頻率較高，同時可暗示病人兩天之內將會死亡。	是回溯性的文章，記錄可能有欠缺。	如何在短暫的安寧照顧期間內完成症狀控制及哀傷輔導等工作是我們將來要努力的方向。	1. 進行前瞻性瀕死症狀之研究 2. 家屬對瀕死症狀的認知。
	16. 癌末病人疼痛控制之研究	做更大型及多中心的研究	個案數太少	做更大型及多中心的研究	做更大型及多中心的研究
	17. 癌症病患和家屬對安寧照顧需要之探討	瞭解家屬與病患對告知病情產生歧見之原因及醫護人員因應之道---如何因應較佳。	病患病情不適合填答，不易收集資料。 病患來源，只限一個醫學中心。	無	瞭解家屬與病患對告知病情產生歧見之原因及醫護人員因應之道---如何因應較佳。
	18. 癌末病人瀕死症狀與存活期之相關研究	針對常見癌症個別分析，以展現本土化	無	針對常見癌症個別分析，以展現本土化	針對常見癌症個別分析，以展現本土化
	19. 台灣社區民眾與醫師對臨終末期照顧的態度之比較性研究	1. 鄉村社區較都市有能力照顧癌末病人，不能照顧的原因：①因有工作②緊急狀況。 2. 大部分民眾(受訪者)傾向在家末期照顧。	對象是民眾，不是病人	(1) 建議：社區照顧體系的建立。 (2) 死亡教育。 (3) 生前確立遺囑的規範。	1. 建議：社區照顧體系的建立 2. 死亡教育 3. 生前確立遺囑的規範

## (續)附錄五

分類	題目	研究之重要發現	研究之限制	作者對未來研究之建議及方向	專家對安寧療護未來本土化研究及工作之建議
壹、 提升服務品質 三、 實務	20 安寧護理模式於減低某綜合醫院癌症病患憂傷反應之成效	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 所驗證之臨床照顧模式應考慮現實環境及制度中的可行性，避免空有療效，卻無用武之地。</li> <li>2. 實驗介入可做更嚴謹的控制，避免療效被混淆。例如本研究中因對照組並未與實驗組有同等的「護理量」，因此，憂傷反應的改善是因為實驗組有較多的「護理量」，還是有不同的「護理質」(安寧護理)就比較確定。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 採目的取樣，樣本數少，影響結果之推論性</li> <li>2. 研究設計受臨床情境所限，加上時間及樣本數的問題，影響結果之有效性</li> <li>3. 四位護理治療師的治療品質一致性問題</li> <li>4. 因須配合醫療措施及患者身心狀況，需彈性調整諮商時間</li> <li>5. 部分患者因病況惡化、死亡，或出院而退出研究</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 涵蓋所有診斷類別之臨終患者，延長實驗治療時間，持續追蹤、增加可變因數，再次驗證療護。</li> <li>2. 在臨終護理人員的在職訓練中加強類似的訓練課程，以加強此治療模式於臨終病房的應用，提高護理人員的專業功能與自主性，以及服務品質。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 所驗證之臨床照顧模式應考慮現實環境及制度中的可行性，避免空有療效，卻無用武之地</li> <li>2. 實驗介入可做更嚴謹的控制，避免療效被混淆。例如本研究中因對照組並未與實驗組有同等的「護理量」，因此，憂傷反應的改善是因為實驗組有較多的「護理量」，還是有不同的「護理質」(安寧護理)就比較確定。</li> </ol>
	21 癌末病人之另類治療行為	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 可比較癌症病房使用另類治療的情形及效果，以得到較完整的 data。</li> <li>2. 針對可能有效(提升生活品質)的治療，進一步分析其機轉，比較其效果。</li> </ol>	僅在癌末病房做，並不能代表所有使用者。	無	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 可比較癌症病房使用另類治療的情形及效果，以得到較完整的 data。</li> <li>2. 針對可能有效(提升生活品質)的治療，進一步分析其機轉，比較其效果。</li> </ol>
	22 一位母親面臨青春期骨癌愛女瀕死之歷程	無	審閱者：作者企圖了解深入的心理歷程，但因不夠詳細、具體且為考慮到歷程的系統性與連貫性，致使資料的應用性減低。(作者未提供研究的限制)	無	無

## (續)附錄五

分類	題目	研究之重要發現	研究之限制	作者對未來研究之建議及方向	專家對安寧療護未來本土化研究及工作之建議
壹、 提升服務品質 三、 實務	23 從醫護人員角度探討癌末病人之靈性需求	1. 癌末病人靈性需求之內涵。 2. 靈性評估指引的重要性。	癌末病人身體易疲倦，不適或病情突然變化，至樣本數較少。 國內上缺乏此發面之研究。	採現象學或深度訪談之職性研究方法能更深入且本土化。 可發展出靈性評估指引及臨床表徵量表。 尋找影響靈性需求程度的因素。	發展靈性困擾之高危險群臨床指標。
	24 末期癌患者家屬心理歷程之探討	1. 家屬大多傾向被告知家人(患者)的病情，且希望能明確告知是癌症。 2. 家屬有近半數願意「好好傾聽」患者談論有關死亡話題。 3. 家屬希望的安寧療護服務順位為：①緩和痛苦②去除不安③安排殘生④協助接受死亡⑤協調家人之間的關係⑥解決生活上的經濟問題。	(審閱者：)此研究不算有研究架構，只是就研究者的關注點做意見調查，因此雖然有助於了解一般家屬的可能情況，但對解決某些複雜難解的臨床照顧問題注意不大。	無	無
	25. 癌症末期病患家屬對「不予急救」之態度及其相關因素之初探	1. 調查目前癌末接受CPR的比率 2. 可調查目前現況與本研究(85年)時，相比較。	沒有調查最後是否有急救	無	沒有調查最後是否有急救

(續)附錄五

分類	題目	研究之重要發現	研究之限制	作者對未來研究之建議及方向	專家對安寧療護未來本土化研究及工作之建議
壹、提升服務品質 三、實務	26. 一位肺癌末期病患住院期間所面臨的壓力源及其因應策略	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 印證壓力不是經由認知評價而產生。</li> <li>2. 印證壓力源是多面的，會因症狀治療或個人因素而變化。</li> <li>3. 此位肺癌末期病患身體上的主要壓力源是疼痛和呼吸困難，心理上的即是身體功能減弱而感到無法掌握。</li> </ol>	<p>作者：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 受限於作者的個人經歷及時間，只探討一位患者。</li> <li>(2) 只探討壓力源及因應策略，其他層面未探討。</li> <li>(3) 未能長期。</li> </ol> <p>審閱者：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 企圖了解深入的心理歷程，但因不夠詳細、具體、且為考慮歷程的系統性與連貫性，使得資料的應用性減低。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 增加樣本數</li> <li>2. 針對不同階段、不同類型癌症、不同治療作一一探討</li> <li>3. 可將家屬納入研究中</li> </ol>	<p>審閱者：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 應將壓力源與壓力作更明確的區分。文中結果有關壓力源的部分，有相當多其實是患者的壓力歷程。明確區分將有助於更貼切針對形成個人壓力的因素進行處理，也有助於不同患者間的分析、比較，如此對癌末患者的壓力調適的研究成果可更具有有效性與普遍性。</li> <li>2. 可更深入壓力的心理歷程。</li> </ol> <p>作者：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. 增加樣本數</li> <li>4. 針對不同階段、不同類型癌症、不同治療作一一探討。</li> <li>5. 可將家屬納入研究中</li> </ol>
	27. 口服長效嗎啡及經皮膚吸收 Fentanyl 貼片於末期癌症疼痛治療之比較	Fentanyl 貼片具有 MST 的優點	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. sample size 較少</li> <li>2. 為釐清兩組病患癌症類別及疼痛原因 (bone pain, visceral pain...)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 可對 Fentanyl 貼片與 MST 比較 cost effectiveness 者差異 long-term 而言及 short-term 之效益</li> </ol>	<p>醫護人員對 Fentanyl 貼片的認知調查。</p>
	28. 「靈性」照顧模式之研究	贖病送終法與佛法中菩薩道六度法相應的說明。	以理念整合為主，對臨床可能出現的問題沒有深入探討及指引。	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 建議佛教界若欲推行贖病送終服務，當以居家照顧優先考慮。</li> <li>2. 組織訓練中心，建立多元化分工合作的宗教師照顧網，設立安寧療護專業宗教師的組織系統。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 靈性照顧實務經驗的提供。</li> <li>2. 發展具體的方法及方法背後的哲學基礎。</li> </ol>

(續)附錄五

分類	題目	研究之重要發現	研究之限制	作者對未來研究之建議及方向	專家對安寧療護未來本土化研究及工作之建議
壹、提升服務品質 三、實務	29 癌末病患健康相關生活品質內涵之確認	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 生活品質之定義乃依個人在生命各階段之狀況與需求而定；健康並能正常的生活與工作。</li> <li>2. 家人為病患精神生活的支柱，亦為其靈性生活品質之重要內涵。</li> <li>3. 「社會支持」與「抱持希望」則能減輕其負向情緒之困擾，改善對疾病之適應狀況，進而提昇生活品質。</li> <li>4. 工作為生活品質基本要件之一。</li> <li>5. 急性醫療機構中之住院癌患，雖處於末期階段，仍有 80% 的患者正接受積極性的治療，而 92% 的患者遭受疲倦與疼痛等症狀之困擾。</li> <li>6. 有 1/3 的患者受到「善意的謊言」隱瞞，尚不知本身正面臨生命的末期。有 2/3 患者的靈性需求為感受生命的價值與意義。</li> <li>7. 活著亦是本研究對象所描述的一種價值觀，使人悟到生命的存在就是一種意義與價值。</li> <li>8. 整體之生活品質除靈性與身體症狀困擾程度無關。</li> </ol>	人力與時間的限制。	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 將資料作二度分析。</li> <li>2. 可將樣本加入緩和醫療單位及居家病人。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 可採用現象學方式，勾勒出生活品質的 dynamic change.</li> <li>2. 可進一步發展 QOL 量表。</li> </ol>

(續)附錄五

分類	題目	研究之重要發現	研究之限制	作者對未來研究之建議及方向	專家對安寧療護未來本土化研究及工作之建議
壹、提升服務品質 三、實務	30 從癌症末期病人的服務狀況探討安寧照顧在臺中榮總之發展方向	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 研究樣本所屬科別以護理部人最多，其次為內科部及外科部；服務年資平均 15 年，服務 15 年以上者達 42.8%，而研究樣本中只有 1/4 的人曾受過安寧照顧的訓練。</li> <li>2. 大部分受訪者對安寧照顧是持認同的態度。意見較分歧的是對於癌末病人是否需要住院？是否需要做化學治療及開刀？止痛藥的提供等問題。</li> <li>3. 病情告知上，大部分會選擇告知家屬，而當家屬要求隱瞞病情時，半數受訪者會開導家屬尊重病人知的權利，31.3%的醫護人員會配合家屬的要求。</li> <li>4. 癌症病人死亡時，近八成的受訪者會感到有挫折感，並有悲傷的感覺，只有二成左右的受訪者可以不受病人的影響。</li> <li>5. 研究對象中仍有近四成的人不知道台中榮總已成立安寧照顧小組。</li> <li>6. 年資與服務狀況：a)年資愈大者愈不會逃避病人。b)年資愈久對病人更有耐心但給病人的時間較少。c)護理組自覺與家屬溝通時間及照顧病人的耐心，給病人的時間顯著多於醫師組；護理組轉介給社工員、營養師的頻率顯著多於醫師組；當病人追問病情時，護士組壓力顯著大於醫師組。</li> <li>7. 護士組接受安寧照顧訓練者顯著多於醫師組；對安寧照顧理念的認同度也較高；醫護人員年資愈久，對安寧照顧的態度欲認同。</li> <li>8. 醫護人員臨床上的困難：a)疼痛控制效果不好且受訪者不僅有無力感，也很難向病人做解釋。b)受訪者在與病人溝通及病情告知方面很難面對。c)出院問題。d)理念與法律問題。e)情緒問題。f)其他如中醫、民俗療法的干擾，病人死亡實無往生室，家屬念經干擾其他病人等。</li> </ol>	無	<ol style="list-style-type: none"> <li>一、近程：側重教育訓練、觀念宣導、安寧工作小組的健全化與制度化。</li> <li>二、中程：a)建議組訓一組專屬安寧照顧之志工，協助家屬為病人提供生理照顧、情緒支持以減輕家屬體力負荷。b)設立佛堂、往生室禱告室以提供病人及家屬靈性的照顧。c)建議擴充惠康基金「安寧照顧專戶」，並使安寧照顧小組有專人可負責收案、會談、評估、聯繫團隊及推動院內安寧照顧工作。d)發展安寧療護居家護理方案。</li> <li>三、遠程：a)規劃安寧病房專屬床位或安寧病房，配合衛生署訂定之病房設置規範，以爭取政府費用的給付。b)病房環境家庭化，讓癌症末期病人可有另一套病房規範。c)成為中部地區安寧照顧工作的示範及推廣中心，與地區醫院共同推展中部的安寧工作。</li> </ol>	可以同樣的問卷連續做下去做追蹤式的研究，如此可瞭解建議的成效，亦可擴大至台灣地區從事安寧工作的醫院及醫護人員，以瞭解目前安寧照顧的發展情況以便檢討發展中的問題與缺失。

(續)附錄五

分類	題目	研究之重要發現	研究之限制	作者對未來研究之建議及方向	專家對安寧療護未來本土化研究及工作之建議
貳、合理成本效益 一、機構組織	1. 非營利組織市場導向之研究—以兒童癌症、兒童燙傷早產兒及安寧照顧基金會為例	1. 安寧基金會、兒童燙傷基金會經營方式較市場導向 2. 各基金會對市場敏感缺乏健全資訊系統	取樣是否具代表性	1. 市場導向對組織績效之影響會受到組織環境多大的影響? 2. 直接利用美國市場導向研究的成果進行本土化的研究 3. 各基金會對社會大眾之意義及市場需求尚未被滿足之區隔在何處	倡導安寧療護理念時，應多搜集社會大眾對理念之看法與認同情形。
	2. 醫療情境中死亡現象之研究:以某醫學中心為例	本研究屬於探索性的報告，初步研究結果可說明醫療情境死亡處理的方式與程序並探索不同情境中臨終病人照護醫療人員互動的過程。	1. 原設計訪問患者家屬遭拒訪比例甚高。 2. 研究方法品質控制不良。	提出五項建議：一、死亡資訊統計二、提升癌末照護品質三、強化臨床倫理教育訓練四、改善照護模式五、提升照護技巧。	作者提供五點後續研究之建議，其中進一步分析癌末病患、家屬與醫護人員互動關係之分析，對規劃合適的照護模式有所助益。
貳、合理成本效益 二、立法制度	1. 醫師對末期癌症病人臨終照顧的倫理取向	1. 醫師倫理訓練不足，增加病人痛苦 2. 醫師明知倫理處理，卻與安樂死分不開，而依然採用急救措施。 3. 大多建議加強倫理教育。	1. 回收率低 17.6% 2. 大多為腫瘤科醫師 (40%)	無	家屬、病人及醫療人員對癌末照顧態度之比較。
	2. 緩和醫療照顧的倫理困境	1. 安寧病房提供癌末照顧時，發生許多倫理困境，其困擾的產生常因專業研究證據不足，無法適時提供治療決定依據。 2. 照顧團隊加強提供整體性照顧的能力，有助於解決嚴重倫理困擾事件。 3. 工作人員如能定期接受倫理問題探討及解決的訓練，有助癌末照顧品質的提升。 4. 研擬適合國內癌末照顧指引，可減少倫理困境之困擾程度，有助安寧療護及緩和醫療目標之達成。	每位受訪對象之倫理訓練背景不一，對倫理問題的感受及判斷能力不同，影響信度。	1. 研擬適合國內癌末照顧指引，可減少倫理困境困擾度。 2. 工作人員定期接受倫理問題探討的訓練。	1. 研擬適合國內癌末照顧指引，可減少倫理困境困擾度。 2. 工作人員定期接受倫理問題探討的訓練。

(續)附錄五

分類	題目	研究之重要發現	研究之限制	作者對未來研究之建議及方向	專家對安寧療護未來本土化研究及工作之建議
貳、合理成本效益 三、財政成本效益	1. 勞保體系癌末期住院病患之醫療費用結構	1. 診療、病房、藥劑、檢查、處置、輸血、特殊材料，總費用均為醫學中心>地區>區域醫院；以年齡層來看，小於35歲的者的費用最高。 2. 以不同MDC來看，以神經系統惡性腫瘤平均費用最高，男性生殖系統惡性腫瘤最低，以不同DRG來看，以輸尿管、腎、膀胱腫瘤手術平均總費用較高。 3. 出院前死亡者平均總醫療費用多於治療出院者而以自動出院者低。 4. 死亡前住院日數愈短，每日平均醫療費用會愈高，所以愈接近死時住院，每日醫療費用愈高。 5. 生命期年齡較大者較於接受高科技治療 6. 末期病人住院日與總醫療費用皆比健保支付制度研究了組所統計者為高。	1. 只有選擇在住院中死亡的癌症病患者，對於自動出院、門診治療的病患來加以研究。 2. 費用估計僅有勞保給付費用，因為是回溯性研究，故未能包含自費部分，且只是反映費用而不見得是反映成本。 3. 安寧病房患者僅單一醫院的86名患者，外推性有限。 4. 樣本數在安寧病房住院的病患為86名，勞保局資料1142筆，所以在分各項時，人數過少，不易解釋。 5. 因DRG資料關係，白血病、淋巴瘤這2種醫療費用高的癌症未能列入。	1. 搜集癌症死亡前6個月的資料分析較為客觀 2. 以前瞻性方式搜集自從被醫師確定為末期病患患者之後到死亡之間的全部費用。 3. 分析總費用及平均每日費用高的病患之特性。 4. 搜集家屬的間接治療成本。 5. 也搜集居家安寧照顧資料 6. 做cost utility analysis	1. 用前瞻性方法以較大樣本數，去搜集安寧病房住院患者的所有成本與費用，也將家人自付的醫療費用照顧親人之機會成本，偏方治療費用都列入一起搜集，來瞭解建保應如何支付安寧病房費用。 2. 以生活品質相關指標去瞭解安寧療護患者之cost utility。
	2. 癌症末期病患住院及居家照護之醫療成本分析	1. 住院服務影響盈餘最大的主因是病房費差額的收取 2. 居家照顧由於經濟規模不夠大，所以有虧損，而住院服務則有盈餘	1. 研究對象僅21人，僅能進行描述性分析，也無法比較不同癌症診斷患者的成本差異 2. 檢查成本及輔助性醫療成本資料付闕，僅能以保險支付點數為成本單價 3. 收費計價有可能漏帳	1. 增加樣本數 2. 延長收集資料時間 3. 比較安寧與其它癌末病患之成本和生活品質	1. 以比較式進行跨院資料收集 2. 比較安寧照顧與非安寧照顧病患之生活品質與照顧成本

## (續)附錄五

分類	題目	研究之重要發現	研究之限制	作者對未來研究之建議及方向	專家對安寧療護未來本土化研究及工作之建議
貳、合理成本效益	三、財政成本效益				
	3. 安寧療護成本效益分析	<ol style="list-style-type: none"> <li>雖然僅接受安寧療護照顧者平均住院日較長 (26.2VS. 傳統住院 21.5 日), 但整個住院期間費用減少 4 萬多元, 差距達 80%, 具成本節省的效益性。</li> <li>目前全民健保支付標準是針對急性照顧的各種處置, 不適合安寧照顧這種以照顧為主, 不以治療疾病為主的緩和性照顧方式, 故服務難以收支平衡, 且病患自付費用仍較傳統醫院照護病患為高。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>僅以耕莘醫院病患為樣本, 結果外推性可議。</li> <li>僅有平均每日住院費用總額的比較, 資料不足難以進一步分析。</li> </ol>	未提及	<ol style="list-style-type: none"> <li>瞭解安寧療護所需費用項目, 用意和其它傳統醫療方式作比較。</li> <li>據本研究結果, 申請合理健保給付。</li> </ol>
	4. 安寧療護需求及其費用探討	<ol style="list-style-type: none"> <li>傳統住院病患僅有 1/3 聽過安寧療護, 僅 11.1% 是由醫師取得, 20.1% 由護理人員取得, 主要來源是媒體</li> <li>安寧療護費用節省, 肇因於較低的平均申報金額 (不利用或少利用昂貴處置與手術), 但病房費較高, 保險支付的比例卻較低。</li> </ol>	成本計算在計算家人照顧的間接成本上有所困難	未提及	<ol style="list-style-type: none"> <li>宜對安寧療護各項成本進行全面性瞭解, 尤其是家人照顧成本工作生產力、志工等成本, 加以探討, 對成本應清楚定義。</li> <li>用 prospective method 去搜集成本資料。</li> <li>進一步探討癌症病患與家屬不選擇安寧療護的原因。</li> <li>對 Quality of life, shortform36 滿意度均可以比較。</li> <li>據此, 推行居家療護及申請健保合理給付。</li> </ol>

## (續)附錄五

分類	題目	研究之重要發現	研究之限制	作者對未來研究之建議及方向	專家對安寧療護未來本土化研究及工作之建議
參、落實永續經營	1. 台灣地區安寧療護品質稽核工具建構	1. 安寧療護效果在住院前14天最為顯著 2. 提出修改版的品質測量工具	1. 研究對象代表性、樣本性不足。 2. 資料填寫常有遺漏 3. 住院五週以上較少 4. 以單位變項作稽核工具，統計結果不易呈現。 5. 無法區分影響問卷總分之主要因素。 6. 缺乏質性觀察	1. 發覺何類病患最適合安寧照顧 2. 建立良好信效度及實用本土安寧療護稽核工具	1. 建立國家安寧療護或癌末病患的評鑑標準。 2. 在發展測量工具前，宜像本論文一般，做好信效度分析。
	一、品質監測 2. 建立全國安寧療護作業資料系統指標與臨床實驗計劃	1. 了解國內安寧病房中病人之資料，收案來源。 2. 住院與居家病人之疾病診斷及病情診斷認知不同。	1. 問卷填答方式未統一，未限制，選項不合邏輯。 2. 開放性填答易有漏填。 3. 訪員限制。 4. 回溯方式填答。	1. 專職訪員及訪視訓練 2. 結構式問題較佳 3. 修訂設置規範 4. 醫院及機構之輔導 5. 結果報告以 home page 6. 電腦媒體申報相關資料	進一步建立較具結構性之安寧療護相關資料的搜集方式，有利於日後品質監測之進行。
	3. 建立本土化安寧療護服務品質稽核工具與工具信效度之測量	(1) 建立本土化之服務效標測量工具，即可為改進之基礎。 (2) 安寧療護之價值與成效。	1. 研究對象代表性有 selection bias 及樣本數可能不夠。 2. 使用 Non-parametric method 易接受 null hypothesis。	1. 問卷修改建議，評分者之差別比較與建議。 2. 安寧療護的成效及改善目標。	問卷採「專家效度」建議增加心理學及流行病學專家。
	4. 臺灣癌症末期病患對善終意義的體認	身體平安、心理平安、思想平安	質性研究不能作普遍化	有更多的研究建立臺灣模式的安寧療護	「家族特徵類似」的後續性研究

續附錄五

分類	題目	研究之重要發現	研究之限制	作者對未來研究之建議及方向	專家對安寧療護未來本土化研究及工作之建議
參、落實永續經營 一、品質監測	5. 癌症末期病人善終之初步研究	1. 「知道病情與否」與「了解死之將至」、「後事交代」、「時間恰當性」及「善終總分」顯著有相關 ( $p < 0.05$ ) 2. 服務評價總分與各善終指標均有顯著相關。	1. 由於缺乏先前的比較點，無法肯定地證明我們的病房服務可以提昇多少病人的善終程度。 2. 病患均已過世無法自填。	1. 更多資料的收集 2. 由家屬或病人方面來評估	1. 由家屬或病人方面來評估善終狀況，並做比較。 2. 善終本土的意義之進一步探討。
	6. 安寧療護照護品質及哀傷輔導需求研究	1. 理念與現實的差距：如一般認為「止痛」是安寧療護的首要工作，但患者卻認為最需要「睡的好」 2. 需要與提供的差距：如患者及家屬認為最不需要經濟支援，但這卻是社工最常提供的服務；患者與家屬認為舉辦的娛樂休閒活動已高過他們所需要的，但這仍是持續頻繁舉辦的活動。 3. 患者與家屬的差別：如家屬認為不需要志工者多，但患者大多認為需要志工協助。	研究對象僅限於台北地區數家大醫院，不能完全代表台灣本土化的現況。	1. 縮減問卷的內容，以利大規模施測及提高臨床通用性。 2. 將開放性問題的答案也編入問卷中，以提高實用性。 3. 將研究對象推展到本研究所做的台北縣市以外，探討全台灣各地的普遍狀況，作為衛生署訂定政策時更可靠的依據。	1. 縮減問卷的內容，以利大規模施測及提高臨床通用性。 2. 將開放性問題的答案也編入問卷中，以提高實用性。 3. 將研究對象推展到本研究所做的台北縣市以外，探討全台灣各地的普遍狀況，作為衛生署訂定政策時更可靠的依據。
	7. 末期癌症病患之居家與醫院照護品質之比較	1. 疼痛控制使用之止痛劑以 Tramal 最多。 2. 二組病人及家屬給予再一次選擇臨床照顧模式的機會二組仍做同樣選擇。 3. 居家照顧之癌末病人有 84.2% 希望在家中往生，住院照顧者則有一半是選擇醫院或家中為其希望死亡的地點。	1. 個案數太少，推論有限。 2. 統計方法的恰當性需再考慮。	無	病人於醫院及家中兩組病人的基本資料中，病情進展的程度或嚴謹度要控制。
	8. 末期癌症病患之醫院與居家照護品質之比較及癌症居家護理標準作業程序	建立 1. 居家營養支持的標準 2. 居家靜脈抗微生物治療的標準 3. 居家輸血治療的標準 4. 居家癌症疼痛處理的標準	無	無	可依此制定之標準、進一步分析及實際應用於臨床評核或品管之 indicator。

## (續)附錄五

分類	題目	研究之重要發現	研究之限制	作者對未來研究之建議及方向	專家對安寧療護未來本土化研究及工作之建議
三、落實永續經營	一、品質監測 9. 癌症末期病人善終之研究	1. 本研究顯示良好緩和醫療團隊照顧有助死亡品質的提昇。 2. 服務評價及善終評估可督促癌末照顧品質，應建立適當評估工具予以推行。	非病人自評。	對各善終評估項目，再度針對本土病人再定義，確定適合國內 Hospicac 使用的善終評估工具。	對各善終評估項目，再度針對本土病人再定義，確定適合國內 Hospicac 使用的善終評估工具。
	二、人力 1. 癌症末期病人安寧照顧之需求推估	1. 癌症死亡率的持續上生與人口結構的交互影響，將使未來癌症死亡人口急速擴大。 2. 癌症死亡人口愈多，所需要的安寧療護專業人力就愈多。 3. 醫療與社政單位共同合作，培訓專業從事安寧療護之醫師、護理人員及社工師應為當務之急。	1. 癌末患者不一定就選擇安寧療護服務，因此實際之利用率為影響人力推估之極大變數。 2. 安寧療護照顧人力受到健保給付與醫院管理制度等各項因素之影響，理想上之需求人數與實際需求人力、實際癌症會產生差距。	1. 專業人力之推估上面可以由目前國內安寧病房及居家安寧療護之人力分配之實際狀況與需求作為推估之基礎，再配合當前國內癌症人口對於安寧療護之利用概況作整體規劃到全國安寧療護專業人力需求的基礎。 2. 安寧療護專業人力需求與其它團對人力參與情形之相關研究。	1. 癌症末期病人是否利用安寧療護設施之因素探討(建議可以同時進行質性與量化研究之探討)。 2. 討論目前安寧療護在供給、需求與實際取得服務之間的各種變數與相關因素分析。
	三、教育 1. 安寧療護專業人員教育需求評估研究	影響安寧療護態度之因素：照顧癌末病人愈多者，告知病人病情進展愈多者，以溝通 DNR 人數愈多者	問卷回收比率偏低，結果欠缺代表性	無	問卷於課程進行前發放，課後立即收回，回收率可提高

附錄六  
提供實務工作者參考

分類	題目	研究之重要發現	研究結果於臨床實務及教育之應用
壹、 提升 服務 品質	1. 安寧照顧醫療化之困境探討	1. 醫療化的安寧照顧受限於疾病與治療的觀點下困境因而產生。 2. 護理人員由於第一線面對病人，理念與實際的落差感受與衝擊十分強烈。 3. 生命意義的建構往往被認為在身體疼痛被控制後才開始，意義治療的內含其實在於試著轉變病人的疾病態度，透過意義建構去超越無法以醫學理解之痛苦。	1. 目前“醫療團隊”不代表專業之兼有同等決策權力與自主性→加強團隊溝通。 2. 醫療人員照顧癌末病人，應能接受人的力量在死亡上的有限，並有“死亡教育”之觀念。 3. 醫療人員從病人身上所學的遠比我們所能提供給他們的幫助還要多的多。
	2. 現代社會對死亡的省思---以癌症病人為個案剖析	補充過去只從醫療專業的角度思考生死大事之不足。尊重生命的觀念，落實於醫療主體身上的落差	改進醫療專業對癌末照護的盲點對安寧療護之推展有學術性之依據
	3. 最後一段旅程---剖析癌症病人在醫院的垂死歷程	醫學的力量有時是很有限的。很多時候，對病人與家屬而言，安詳尊嚴的垂死歷程是屬心靈層次的意義。	1. 認清安寧療護工作人員的目標及自我期許。 2. 拾當合理的理想將讓工作團對能更長久，有效地提供服務。 3. 省思安寧療護的推動策略及內容。
	4. 護理一位癌症末期病人面對死亡的心路歷程	影響病人面對死亡的主要因素包括宗教信仰與良好支持體系	患者在死亡過程中受到護理人員的關心照顧、促進病患與家屬的
	5. A study of terminal care in Christianity from the gospel of mark to improve the hospice movement in Taiwan.	安寧療護之神學基礎與根基，並可改進台灣安寧療護照顧層次。	臨床上可在心靈層面提昇照顧效果，在教育尚可瞭解安寧療護心靈照顧之內容與次序。
二、 研究	1. 對臨終病人及家屬提供專業善終服務之探討	1. 從 social work research and abstracts 1965-1987 年之文獻整理中發現有關死亡現象文章有不斷增加之趨勢。 2. 文獻整理中，發現對臨終病人服務之共同原則為①尊重文化差異及個別化原則②參與自決原則③在助人過程中強調病人、家屬及醫務人員坦誠溝通原則④社會工作師自我認識的原則。	該論文中所列舉之死亡相關文章可做為國內實施安寧療護或研究之參考文獻來源。

## (續)附錄六

分類	題目	研究之重要發現	研究結果於臨床實務及教育之應用	
一、 提升 服務 品質	二、 研究	2. 安寧照顧的文化之舞---以台大緩和醫療病房為述說情境	無	
		3. The Meaning of Good Dying of Chinese Terminally	1. 中國人所謂的善終意指：身體平安、心理平安及思想上的平安。 2. 身體平安包括 4 個主題 (theme)：緩解身體症狀、認知死亡的過程、維持身體清潔與完整及可活動的。	本篇以人類學調查法，深入安寧病房，欲探討人類面對死亡的文化展現，包括安寧療護照顧如何追求善終？如何被引進台灣？如何在台灣實踐，如何解除人類對死亡的恐懼？可在教育上認同本土化安寧療護。
		4. 從佛教瞻病送終法談臨終關懷	依據病患的意願，接受法師引導的靈性照顧佔大多數。在引導之下，靈性境界的提昇更加明顯。	提供國人更了解癌末病人面對死亡的心路歷程特徵，為長期追蹤性的研究，深入訪談所得豐富資料，提供臨床照顧病人的參考---有 4 個方向：足夠的身體照顧，了解病人的個別性及整體性脈絡。使用多種獨立性措施促使病人善終及讓病人有自決和選擇的權利。
	三、 實務	1. 以質性研究方法探討影響癌症末期病患生活品質之因素及因應策略	1. 病患會依 QOL 之因應方式之變化而採取因應策略。 2. 找出影響 QOL 之因素。	1. 提供臨床護理人員瞭解影響癌末病人 QOL 之因素及使 QOL 因素影響的進一步協助處理影響因素。 2. 肯定安寧居家療護護理師的角色。 3. 將結果納入護理教育的課程。
		2. 台北市立綜合醫院醫師對死亡及瀕死態度之研究	1. 影響因素包括態度量表對死亡之接受度、接受死亡教育課程、公開討論死亡、信仰虔誠度。 2. 對死亡之接受度與因應死亡之身心行為反應有負相關。	1. 有助於安寧療護之推動。 2. 死亡教育課程之推廣。
		3. 癌症末期病人心理反應之探討	1. 相較於 Kiibler-koss 的理論，本土患者第一個反應為否認，最後一個反應為接受者占 50%；五階段沒有一定的順序，且個別差異很大。 2. 整個面對死亡的過程中，磋商、憤怒、憂鬱佔的比例較高 (24.7-28.9%)、否認及接受較低 (8.5 及 11.2%)。 3. 整個過程的各種反應，及瀕死前能否接受死亡，在有否宗教信仰、家屬支持及醫療人員支持上面，有顯著差異。	1. 有助瞭解本土患者面對死亡的心理反應，使協助者能更貼切的評估與處理。 2. 研究結果顯示本土患者最後能接受死亡的比例比國外低，而這可能與是否有宗教信仰、家屬支持及醫療人員支持有關。此結果可做為改善之參考。

(續)附錄六

分類	題目	研究之重要發現	研究結果於臨床實務及教育之應用
壹、提升服務品質 三、實務	4. 癌症死亡家屬對現行癌末醫療需求極其安寧療護之認知與態度的探討---高雄市	1. 在病人醫療需求上，以居家照護指導分數最高 (4.24±0.68)；其次為生理不適舒緩 (4.24±0.72)。 2. 家屬需求方面，卻以病情解釋最高，居家照護居次。 3. 在 188 位病人中僅有 7 位接受過安寧療護。 4. 不選擇安寧療護的原因，依次為 1) 不知道設有安寧病房的醫院、2) 安寧病房住不進去、3) 家人不同意、4) 條件不符合、5) 病人不同意。	1. 宣導的重要---如何使每一位癌症病患及家屬有正確安寧療護觀 2. 居家照顧的重要
	5. Traditional Chinese Dietary Therapy for Terminal Cancer Patients on Quality of Life Assessment	接受緩和醫療團隊的病人其疼痛程度不再增加，但若病人接受含有芍藥甘草湯食膳，其疼痛緩和程度呈明顯改善。	推測食膳中加入芍藥甘草湯當輔助療法以減少嗎啡所使用的劑量如此將能避免 morphine 在臨床上所引起的副作用。對於止痛劑在臨床的疼痛控制上能更有靈活的使用空間。
	6. 癌症死亡兒童的母親其哀傷反應及調適行為之研究	1. 癌症死亡兒童母親的哀傷反應為①確認死亡兒童生前的身心經驗②聯想死亡兒童生前的活動空間經驗③訴論死亡兒童生前的醫療經驗④重估母親過失的照顧經驗⑤幻想兒童死亡後的存在世界 2. 母親所採取的調適行為包括①表達情緒行為②防禦機轉行為③改變活動行為④交換資料行為	1. 提醒護理人員善用與家屬建立之信任關係，協助其順利度過哀慟過程。 2. 加強癌症兒童護理人員的訓練及提供癌症兒童死亡後的家屬照顧是有必要的 ex: 兒童癌症護理訓練課程。
	7. The Attitudes Toward Terminal Care In Rural Communities in Taiwan and Japan A Comparative Study	台灣目前的研究結果與日本十年前的狀況相似，應該是因為人口結構所致。可提供政策有力參考。	可提供實務工作正確方向，對教育也有極大用處。
	8. 嗎啡應用於癌症病人和動物急性慢性疼痛模式之研究(II)	Morphine 對細胞內傳達相關因子如 Ca, IP3, C-AMP 之調節作用	嗎啡劑量和頻率之參考。
9. 安寧療護病患主要照顧者的居家照顧需要及其相關因素之探討	1. 主要照顧者的居家照顧需要之重要性與滿意度均以資訊的需要為首，依序為照顧病人的需要、個人需要、靈性需要及心理需要，實務處理得分均最低。 2. 主要照顧者居家照顧需求的滿意程度與病患的性別、教育程度、宗教信仰及主要照顧者的教育程度、宗教信仰、婚姻狀況與病患的關係、工作狀況、家庭收入、照顧病患期間，每天照顧時數及自覺健康狀況有關。	實務方面：①家訪時提供照顧者相關的資訊及資訊來源，包括照顧病人服務的來源②擴充居家安寧療護 ex: 24hrs 電話諮詢專線及支持團體③發展個案管理的角色④整合社區義工資源。 教育方面：將研究結果納入居家安寧療護的課程中。	

(續)附錄六

分類	題目	研究之重要發現	研究結果於臨床實務及教育之應用
壹、提升服務品質 三、實務	10. 麻醉藥品交由癌症末期患者居家護理自行服用可行性之研究	1. 醫師部分之主要發現：1) 七成以上的醫師認為「醫院提供的麻醉藥品能符合治療癌症疼痛的需要」2) Demoral 是醫師控制嚴重疼痛最常使用的藥物，其次是 morphine 3) 過半數醫師贊成麻醉藥品讓癌症病患居家使用。 2. 病患部分主要發現：1) 四分之三以上的病患其疼痛程度是相當嚴重的，且近七成的病患，其疼痛程度以達不能忍受的地步 2) 80%的病患在病情穩定的情況下願意回家。	1. 多數醫師對麻醉藥品的品類應再教育，尤其是對藥物作用之適應條件及副作用。 2. 因為對麻醉藥物的止痛作用不甚瞭解，會造成病患承受不必要的痛苦。 3. 麻醉性止痛藥讓病患帶回家使用已成為癌症病患醫療的趨勢。
	11. 末期運動神經元疾病病人的處置：著重安寧緩和觀點分析	1. 23 人中有 18 人抱怨頸、軀體或四肢疼痛，但無人接受過嗎啡治療。 2. 主要死因是呼吸衰竭與敗血症。 3. 無人接受過居家護理。	1. 運動神經元疾病是無法治癒的，提供支持性療法，包括復健、營養支持、呼吸支持及疼痛控制室治療的主要目標。旨在改善病人生活品質，提高生命尊嚴，但不是為了延長生命。 2. Hospice care & Home care 對這類病患也可能降低醫療費用，並提供更好的醫療團隊照顧。
	12. 癌症末期住院病人自述需要的探討	1. 癌症病人自述 19 項問題，前四位依序為疼痛、食慾不振、嘔吐及睡眠型態紊亂。 2. 自述需要包括：釋疑、症狀控制、維持適當活動、傾吐與被瞭解、親情溫暖與關懷、討論死亡、在家死亡及找尋人生意義等九項。 3. 情緒反應則包括：過一天算一天，擔心被遺棄及沮喪、無助、無望與自棄，而不確定感是情緒變化的誘因。	病人自述其癌末時之需要，可提供臨床醫療人員死亡之教育之參考。
	13. 醫病雙方對癌末照顧場所選擇之比較性研究	1. 有一半病人認為教育家人如合照顧病人是增進家庭照顧能力首要需求。 2. 一半的病人 (46.7%) 偏好醫院為自己將來末期照顧場所，醫病間一致度只有 0.18 ( $p < 0.001$ )，但是如能提供居家照顧，則本來不選擇家裡的病人一半以上 (57.2%) 改選為家庭。 3. 不想回家過世的理由，有近七成 (68.1%) 病人所提的原因是不願帶給家人困擾。	1. 週全的社區照顧為完整的癌末照顧體系所不可或缺。 2. 醫病間對癌末照顧態度需加強溝通。
	14. 以病人家屬角度探討緩和醫療初次評估	1. 申請接受緩和醫療住院仍以身體症狀的緩解居多，而病人情緒困擾之處置次之。 2. 病人接受死亡普遍較低。 3. 病人能接受不 CPR，因為不想多受痛苦。	病人及家屬對於緩和醫療/安寧療護的實際內容仍然不甚了解，有些也只因需求症狀的緩解而已，對於身心靈照顧以提升生活品質，以及達到善終多不知曉，本研究有助於臨床食物上的加強心理、靈性層面提升之重要，以及對社會大眾教育之必要。

## (續)附錄六

分類	題目	研究之重要發現	研究結果於臨床實務及教育之應用
壹、提升服務品質 三、實務	15. 某醫院安寧病房癌症末期病人瀕死症狀回顧	所有癌症之心理性瀕死症狀出現的頻率平均在 16% 以下，而且不能肯定病人兩天內將會死亡的可能。生理性症狀出現的頻率較高，同時可暗示病人兩天之內將會死亡。	本研究結果可以提供將來社區性安寧照顧參考。
	16. 癌末病人疼痛控制之研究	1. 疼痛控制良好，但仍有些難控制疼痛須加強。 2. 疼痛控制有助生活品質。	1. 可促進更適當控制癌痛。 2. 有助本土化教材。
	17. 安寧護理模式於減低某綜合醫院癌症病患憂傷反應之成效	接受安寧療護模式的癌末病患比未接受此項護理模式者易於減低憂傷反應	1. 此安寧護理模式提供了臨床照顧的引導，即在漸進的五個階段中，包括陪伴期、工作期、認知期、重建期、執行期，藉由 ①生理舒適、減低疼痛②環境及家屬的支持③認知治療及意義治療④情緒支持與宗教慰藉，來達到癌症末期仍擁有親密感及希望的目標 2. 此套做法可作為教育、訓練的題材。
	18. 癌症病患和家屬對安寧照顧需要之探討	對病情告知儘早協調病人及家屬之看法。 年齡小、教育程度高、無子女的靈性需求較高。	對於病情告知儘早協調病人及家屬之看法。 加強社會大眾如何面對臨終病人之教育及臨終關懷活動之推廣實有必要。
	19. 癌末病人之另類治療行為	1. 56.3% 的使用者表示以往醫師並不知病人曾使用。 2. 12.3% 的使用者表示曾因這些治療而停用西醫治療。 3. 對減輕症狀，大部分皆無明顯效果。	1. 向病人及家屬教育另類治療的經驗。 2. 促進醫療的溝通
	20. 一位母親面臨青春骨癌愛女瀕死之歷程	1. 母親面對孩子瀕死的心理歷程有①試圖準備自己及孩子面對死亡②維持心目中孩子的完好形象③努力圓滿孩子的願望④抉擇將積極或姑息療法的矛盾情結⑤尋找靈性的支持⑥考慮不可確知的未來⑦發洩壓抑的情緒。 2. 護理人員的角色：①身體生理的照顧者②支持者③聯絡溝通者④諮詢者⑤傾訴者。	了解母親面對孩子即將死亡的心理歷程及護士人員可以著力協助方向。

## (續)附錄六

分類	題目	研究之重要發現	研究結果於臨床實務及教育之應用
壹、提升服務品質 三、實務	21. 從醫護人員角度探討癌末病人之靈性需求	1. 癌末病人靈性需求之內涵 2. 靈性評估指引的重要性	1. 提供臨床評估癌末病人靈性需求有初步之指引工具及方向。 2. 提供醫療人員靈性方面在職教育參考。
	22. 末期癌患者家屬心理歷程之探討	1. 家屬大多傾向被告知家人(患者)的病情,且希望能明確告知是癌症。 2. 家屬有近半數願意「好好傾聽」患者談論有關死亡的話題。 3. 家屬希望的安寧療護服務順位為:①緩和痛苦②去除不安③安排殘生④協助接受死亡⑤協調家人之間的關係⑥解決生活上的經濟問題	家屬是患者調適疾病,面對死亡過程中的重要角色,藉由了解家屬的病情告知、死亡話題、安寧療護的認知,有助於協助家屬更適切有效地照顧患者。
	23. 癌末病人瀕死症狀與存活期之相關研究	1. 病人住入緩和醫療病房平均有9.1個症狀。 2. 大部分第一週時會較好,但死亡前48小時則變差。 3. 呼吸困難、腹水、胸水、黃疸及ECOG有獨立預測存活期能力。	1. 有助臨床醫病溝通 2. 有助緩和醫療教育
	24. 台灣社區民眾與醫師對臨終末期照顧的態度之比較性研究	1. 鄉村社區較都市有能力照顧癌末病人,不能照顧的原因:①因有工作②緊急狀況。 2. 大部分民眾(受訪者)傾向在家末期照顧。	可作為推行 hospice 方向的參考→home care, truth telling, therapeutic, strategy
	25. 癌症末期病患家屬對「不予急救」之態度及其相關因素之初探	1. 照會安寧療護患者仍少(85年) 2. 簽署DNR者仍少,醫師的法律問題仍須考慮 3. 家屬傾向於DNR	1. 雖然傾向DNR,但簽DNR少,如果不立法,則勢必許多病患會承受CPR。 2. 應立緩和醫療法。
	26. 一位肺癌末期病患住院期間所面臨的壓力源及其因應策略	1. 印證壓力不是經由認知評價而產生。 2. 印證壓力源是多面的,會因症狀治療或個人因素而變化。 3. 此位肺癌末期病患身體上的主要壓力源是疼痛和呼吸困難,心理上的即是身體功能減弱而感到無法掌握。	臨床照護中應加強評論病患的壓力源與因應策略,並協助二者之間的適切對應與平衡。

續)附錄六

分類	題目	研究之重要發現	研究結果於臨床實務及教育之應用
<p>壹、提升服務品質</p> <p>三、實務</p>	<p>27. 從癌症末期病人的服務狀況探討安寧照顧在臺中榮總之發展方向</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 研究樣本所屬科別以護理部人最多，其次為內科部及外科部；服務年資平均 15 年，服務 15 年以上者達 42.8%，而研究樣本中只有 1/4 的人曾受過安寧照顧的訓練。</li> <li>2. 大部分受訪者對安寧照顧是持認同的態度。意見較分歧的是對於癌症病人是否需要住院？是否需要做化學治療及開刀？止痛藥的提供等問題。</li> <li>3. 病情告知上，大部分會選擇告知家屬，而當家屬要求隱瞞病情時，半數受訪者會開導家屬尊重病人知的權利，31.3%的醫護人員會配合家屬的要求。</li> <li>4. 癌症病人死亡時，近八成的受訪者會感到有挫折感，並有悲傷的感覺，只有二成左右的受訪者可以不受病人的影響。</li> <li>5. 研究對象中仍有近四成的人不知道台中榮總已成立安寧照顧小組。</li> <li>6. 年資與服務狀況：a)年資愈大者愈不會逃避病人。b)年資愈久對病人更有耐心但給病人的時間較少。c)護理組自覺與家屬溝通時間及照顧病人的耐心，給病人的時間顯著多於醫師組；護理組轉介給社工員、營養師的頻率顯著多於醫師組；當病人追問病情時，護士組壓力顯著大於醫師組。</li> <li>7. 護士組接受安寧照顧訓練者顯著多於醫師組；對安寧照顧理念的認同度也較高；醫護人員年資愈久，對安寧照顧的態度欲認同。</li> <li>8. 醫護人員臨床上的困難：a)疼痛控制效果不好且受訪者不僅有無力感，也很難向病人做解釋。b)受訪者在與病人溝通及病情告知方面很難面對。c)出院問題。d)理念與法律問題。e)情緒問題。f)其他如中醫、民俗療法的干擾，病人死亡實無往生室，家屬念經干擾其他病人等。</li> </ol>	<p>瞭解安寧護理發展過程中的問題，以提出具體的解決方式來做為臨床實務與教育的應用，即所謂的近程計畫：側重教育訓練、觀念宣導、安寧工作小組的健全化與制度化。</p>

## (續)附錄六

分類	題目	研究之重要發現	研究結果於臨床實務及教育之應用
壹、 提升 服務 品質  三、 實務	28. 口服長效嗎啡及經皮膚吸收 Fentanyl 貼片於末期癌症疼痛治 療之比較	Fentanyl 貼片具有 MST 的優點	Fentanyl 對於嚴重嘔吐及吞嚥困難之病人是個簡單的方便之方法。
	29. 「靈性」照顧模式之研究	瞻病送終法與佛法中菩薩道六度法相應的說明。	對專業宗教師訓練面向的組織與建議
	30. 癌末病患健康相關生活品質內涵 之確認	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 生活品質之定義乃依個人在生命各階段之狀況與需求而定：健康並能正常的生活與工作。</li> <li>2. 家人為病患精神生活的支柱，亦為其靈性生活品質之重要內涵。</li> <li>3. 「社會支持」與「抱持希望」則能減輕其負向情緒之困擾，改善對疾病之適應狀況，進而提昇生活品質。</li> <li>4. 工作為生活品質基本要件之一。</li> <li>5. 急性醫療機構中之住院癌患，雖處於末期階段，仍有 80% 的患者正接受積極性的治療，而 92% 的患者遭受疲倦與疼痛等症狀之困擾。</li> <li>6. 有 1/3 的患者受到「善意的謊言」隱瞞，尚不知本身正面臨生命的末期。有 2/3 患者的靈性需求為感受生命的價值與意義。</li> <li>7. 活著亦是本研究對象所描述的一種價值觀，使人悟到生命的存在就是一種意義與價值。</li> <li>8. 整體之生活品質除靈性與身體症狀困擾程度無關。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 臨床實務方面之建議：1) 以「家庭」為中心的整體性護理方為癌病護理今後努力的方向。2) 以解除病患身體上之疼痛與改善疲倦程度為優先考量；並將之納入療護品質評鑑之主要內容。</li> <li>2. 教育方面之建議：1) 疲倦與疼痛均為病患主觀的感受，對「人」的敏感應自學校養成教育著手。2) 將緩和療護納入醫學及護理學系之必修課程中，亦為當務之急。</li> </ol>

## (續)附錄六

分類	題目	研究之重要發現	研究結果於臨床實務及教育之應用	
貳、合理成本效益	一、組織機構	1. 非營利組織市場導向之研究--以兒童癌症、兒童燙傷早產兒及安寧照顧基金會為例	1. 安寧基金會、兒童燙傷基金會經營方式較市場導向。 2. 各基金會對市場敏感缺乏健全資訊系統。	組織要取得社會認同，應注意之事項及成功之範例。
		2. 醫療情境中死亡現象之研究:以某醫學中心為例	本研究屬於探索性的報告，初步研究結果可說明醫療情境死亡處理的方式與程序並探索不同情境中臨終病人照護醫療人員互動的過程。	複查有關國內外死亡研究之概況，初步探索結果提供教育訓練之參考。
	二、立法制度	1. 醫師對末期癌症病人臨終照顧的倫理取向	1. 醫師倫理訓練不足，增加病人痛苦。 2. 醫師明知倫理處理，卻與安樂死分不開，而依然採用急救措施。 3. 大多建議加強倫理教育。	1. 倫理教育加強。 2. 法律及政策訂定 (DNR)。 3. 增進醫師與病患、家屬溝通。 4. 成立倫理小組。 5. 發展緩和醫療。
		2. 緩和醫療照顧的倫理困境	1. 安寧病房提供癌末照顧時，發生許多倫理困境，其困擾的產生常因專業研究證據不足，無法適時提供治療決定依據。 2. 照顧團隊加強提供整體性照顧的能力，有助於解決嚴重倫理困擾事件。 3. 工作人員如能定期接受倫理問題探討及解決的訓練，有助癌末照顧品質的提昇。 4. 研擬適合國內癌末照顧指引，可減少倫理困境之困擾程度，有助安寧療護及緩和醫療目標之達成。	1. 安寧病房提供癌末照顧時，發生許多倫理困境，其困擾的產生常因專業研究證據不足，無法適時提供治療決定依據。 2. 照顧團隊加強提供整體性照顧的能力，有助於解決嚴重倫理困擾事件。 3. 工作人員如能定期接受倫理問題探討及解決的訓練，有助癌末照顧品質的提昇。 4. 研擬適合國內癌末照顧指引，可減少倫理困境之困擾程度，有助安寧療護及緩和醫療目標之達成。

## (續)附錄六

分類	題目	研究之重要發現	研究結果於臨床實務及教育之應用
貳、 合理成本 效益	1. 勞保體系癌末期住院病患之醫療費用結構	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 診療、病房、藥劑、檢查、處置、輸血、特殊材料，總費用均為醫學中心&gt;地區&gt;區域醫院；以年齡層來看，小於35歲的者的費用最高。</li> <li>2. 以不同MDC來看，以神經系統惡性腫瘤平均費用最高，男性生殖系統惡性腫瘤最低，以不同DRG來看，以輸尿管、腎、膀胱腫瘤手術平均總費用較高。</li> <li>3. 出院前死亡者平均總醫療費用多於治療出院者而以自動出院者低。</li> <li>4. 死亡前住院日數愈短，每日平均醫療費用會愈高，所以愈接近死時住院，每日醫療費用愈高。</li> <li>5. 生命期年齡較大者較於接受高科技治療</li> <li>6. 末期病人住院日與總醫療費用皆比健保支付制度研究了組所統計者為高。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 以勞保時代的支付標準來看，若實施DRG末期病人可能因為成本較高，而醫院會期望他們提早出院。</li> <li>2. 臨終前住院病患中有67人，平均死前一個月仍在接受手術治療，是否必要值得探討</li> </ol>
	2. 癌症末期病患住院及居家照護之醫療成本分析	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 住院服務影響盈餘最大的主因是病房費差額的收取</li> <li>2. 居家照顧由於經濟規模不夠大，所以有虧損，而住院服務則有盈餘。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 瞭解成本計算方法</li> <li>2. 病人分類系統介紹</li> </ol>
	3. 安寧療護成本效益分析	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 雖然僅接受安寧療護照顧者平均住院日較長(26.2VS.傳統住院21.5日)，但整個住院期間費用減少4萬多元，差距達80%，具成本節省的效益性。</li> <li>2. 目前全民健保支付標準是針對急性照顧的各種處置，不適合安寧照顧這種以照顧為主，不以治療疾病為主的緩和性照顧方式，故服務難以收支平衡，且病患自付費用仍較傳統醫院照顧病患為高。</li> </ol>	可據此申請安寧療護合理給付。
	4. 安寧療護需求及其費用探討	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 傳統住院病患僅有1/3聽過安寧療護，僅11.1%是由醫師取得，20.1%由護理人員取得，主要來源是媒體。</li> <li>2. 安寧療護費用節省，肇因於較低的平均申報金額(不利用或少利用昂貴處置與手術)，但病房費較高，保險支付的比例卻較低。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 欲推廣安寧療護服務，向醫護人員宣導，以爭取認同是關鍵因素。</li> <li>2. 目前全民健保支付方式及標準不適合奠基於緩和性照顧理念的安寧療護服務，且對選擇安寧療護的病患不公平。</li> </ol>

## (續)附錄六

分類	題目	研究之重要發現	研究結果於臨床實務及教育之應用
參、落實永續經營 一、品質監測	1. 台灣地區安寧療護品質稽核工具建構	1. 安寧療護效果在住院前 14 天最為顯著 2. 提出修改版的品質測量工具	1. 瞭解成本計算方法。 2. 病人分類系統介紹。
	2. 建立全國安寧療護作業資料系統指標與臨床實驗計劃	1. 了解國內安寧病房中病人之資料，收案來源 2. 住院與居家病人之疾病診斷及病情診斷認知不同	提供各機構設置人力規劃與服務內容之比較參考與改進之方向
	3. 建立本土化安寧療護服務品質稽核工具與工具信效度之測量	(1)建立本土化之服務效標測量工具，即可為改進之基礎 (2)安寧療護之價值與成效	1. 建立本土化之服務效標測量工具，即可為改進之基礎 2. 安寧療護之價值與成效
	4. 臺灣癌症末期病患對善終意義的體認	身體平安、心理平安、思想平安	提高癌末照護品質之指引
	5. 癌症末期病人善終之初步研究	1. 「知道病情與否」與「了解死之將至」、「後事交代」、「時間恰當性」及「善終總分」顯著有相關 ( $p < 0.05$ ) 2. 服務評價總分與各善終指標均有顯著相關。	癌症末期病患知道病情有助於善終的達成，而不論病患入院時症狀如何，藉緩和醫療團隊的努力，皆可協助患者增進生活品質。
	6. 安寧療護照護品質及哀傷輔導需求研究	1. 理念與現實的差距：如一般認為「止痛」是安寧療護的首要工作，但患者卻認為最需要「睡的好」。 2. 需要與提供的差距：如患者及家屬認為最不需要經濟支援，但這卻是社工最常提供的服務；患者與家屬認為舉辦的娛樂休閒活動已高過他們所需要的，但這仍是持續頻繁舉辦的活動。 3. 患者與家屬的差別：如家屬認為不需要志工者多，但患者大多認為需要志工協助。	1. 提供服務及訓練方向。 2. 從提供服務者的理念，朝向更實際的重視患者及家屬的認知需求。
	7. 末期癌症病患之居家與醫院照護品質之比較	1. 疼痛控制使用之止痛劑以 Tramal 最多。 2. 二組病人及家屬給予再一次選擇臨床照顧模式的機會二組仍做同樣選擇。 3. 居家照顧之癌末病人有 84.29% 希望在家中往生，住院照顧者則有一半是選擇醫院或家中為其希望死亡的地點。	1. 可做為臨床發展居家安寧療護之草稿。 2. 研究結果可用於安寧療護之相關課程。
	8. 末期癌症病患之醫院與居家照護品質之比較及癌症居家護理標準作業程序	建立 1. 居家營養支持的標準。 2. 居家靜脈抗微生物治療的標準。 3. 居家輸血治療的標準。 4. 居家癌症疼痛處理的標準。	1. 可供臨床實務實際執行之參考。

## (續)附錄六

分類	題目	研究之重要發現	研究結果於臨床實務及教育之應用
參、落實永續經營	一、品質監測 9. 癌症末期病人善終之研究	1. 本研究顯示良好緩和醫療團隊照顧有助死亡品質的提昇。 2. 服務評價及善終評估可督促癌末照顧品質，應建立適當評估工具予以推行。	本研究使用之善終指標及服務評價工具及實行方式，除可用於國內癌末照顧病房之服務外，亦可教育工作人員培養緩和醫療共同理念及照顧原則。
	二、人力 1. 癌症末期病人安寧照顧之需求推估	1. 癌症死亡率的持續上升與人口結構的交互影響，將使未來癌症死亡人口急速擴大。 2. 癌症死亡人口愈多，所需要的安寧療護專業人力就愈多。 3. 醫療與社政單位共同合作，培訓專業從事安寧療護之醫師、護理人員及社工師應為當務之急。	1. 因應持續升高之癌症死亡人口，提昇安寧療護之質與量為重要之醫政社福議題。 2. 對於癌症末期病人的需求提供微觀與巨視觀點的分析。
	三、教育 1. 安寧療護專業人員教育需求評估研究	影響安寧療護態度之因素：照顧癌末病人愈多者，告知病人病情進展愈多者，以溝通 DNR 人數愈多者	有助於設計安寧療護教育課程之參考方向