

# 癌末安寧共同照護 監測紀錄表的設計

劉梅英 劉雪娥\* 王宏銘\*\*

## 中文摘要

好的紀錄能輔助醫療的進行。安寧共同照護(安寧共照)是由原診療團隊和安寧療護團隊共同參與，需溝通平臺作為資訊的聯繫，故發展「癌末安寧共同照護評估」紀錄表。表單信度、效度檢定完成後，用於某教學醫院52組接受安寧共照之癌末病人與家屬，平均使用期間為14.09日。資料以SPSS統計。結果為紀錄表包含「病人症狀困擾」48項、主要家屬之「照顧負荷」14項暨嚴重度與「醫療處置」40項三部分。紀錄表能呈現病人之症狀困擾、家屬的照顧負荷與嚴重度。共照期間醫療照護內容以非藥物性；末期問題協商與會談，各佔醫療處置總項目之45.73%；34.55%。本表能改善臨床醫療資訊的取得與溝通的便利，提升大眾對安寧緩和醫療照護的認知，具有推及非癌症末期病人照顧的參考價值。(志為護理，2014; 13:4, 66-81)

關鍵詞：癌末病人、安寧共同照顧、紀錄表

## 前言

完整的病歷可以使整個醫療呈現，醫療團隊在合力完成計畫後，並共同完成紀錄。透過病歷的記載，使醫師、護理人員、藥劑師、營養師、復建師等跨團隊的評估、治療服務等，以文字方式保留儲存(林等，2010)。安寧共同照顧(以下簡稱安寧共照)是自2004年開始，衛生署推展安寧療護

政策之一，以癌末病人為出發點，而逐漸延伸到非癌末期疾病的照顧。它是整合多科際(multi-modality)醫療。其團隊之組成包括每一位參與病人照護的人員，通常有醫師、護理師、社工師、神職人員、物理治療師、營養師、藥師、復健師、義工、病人本人與家屬等。此療護小組通常由醫師主導，而重心集中於護理工作，每一個專業均在照顧結果上有其獨特的貢獻

長庚紀念醫院專科護理師 長庚大學護理學系教授\* 長庚紀念醫院副教授\*\*

接受刊載：2013年10月11日

通訊作者地址：劉梅英 桃園縣龜山鄉復興街5號

電話：886-3-328-1200轉6846 電子信箱：men1114@adm.cgmh.org.tw

(秦等，2007)。醫療團隊在設定的目標下各司其職，共同合作完成每位末期病人及其家屬面臨死亡議題的照顧。過程中每個環節有賴一個以病人為中心的溝通平臺作為串連，紀錄相關人員工作的內容與進度，完成照顧的任務。

北部某教學醫院於2004年開始推動癌末病人的安寧共照，其特點為運用的人力資源多數由各科部室所調派。每個工作單位間為橫向聯繫的合作關係，團隊中之專業人員各有分工，此組織方式是臺灣目前最常見型態(秦等，2007)。在推動安寧共照時，研究醫院遭遇三個問題，分別為醫療紀錄與資料保存分散；工作人員出現交班與資訊聯繫的困擾、家屬或病人對安寧共照醫療內容有所存疑。在紀錄與資料保存方面，醫療作業書面紀錄分為三類表單，記錄之執行與表單保存，由安寧共照師、社工師與護理人員自行完成，並由各人員所屬單位自行保存。三班人員處理臨床問題時，未能提供及時而齊全之醫療照顧資訊外。在結束照顧時，亦無法統籌完整保存所有紀錄。在專業人員交班與資訊聯繫困擾方面，病人之照顧書面內容片段而分散，導致資源無法共享，且需要時查閱病人資訊造成不便。在處理問題時，增加口語交班、面對面討論或電話聯繫、確認與澄清，此使第一線專業人員在相同問題上重覆詢問的現象頻繁。例如：病情惡化或治療目標說明後，個案家庭成員對醫療告知同意的態度如何？對病危狀況

下急救措施的態度與醫療選擇為何？等，造成多次詢問與耗時，使工作效率降低之外，也增加第一線專業工作人員處理問題的壓力。尤其當照顧之病人數增加時，更顯得雜亂，間接造成人員情緒煩躁。在家屬或病人對安寧共照醫療內容存疑的態度方面，住院中有些家屬會彼此認識，談到照顧的種種心得與交換經驗，在安寧共照相關問題上談到，對短時間不同醫療人員、前後不同時間、太密集的探訪與關心會萌生壓力，使好不容易平復的悲傷情緒，有再度被挖掘的痛苦而產生反感。對安寧共照提供的醫療照顧優劣利弊，有模糊不安的擔心，怕遭到醫療放棄的想法或陷入選擇其他醫療的困難處境。普遍來說，醫療照顧時直接溝通的對象是病患與家屬，當其受到重複追蹤、探詢醫療抉擇時，易造成被照顧者出現慌張決定、被催促的壓迫感。這些情況暴露醫療人員間默契不足、不夠細膩的缺失，也使醫療助人利他的善意被曲解，使被照顧者無法感受到醫療的美意。

基於以上安寧共照推動時的觀察與體認，在多類別之專業人員共同處理安寧共照病人問題時，應有其專屬、完整的醫療紀錄文件可隨時備查，使專業人員有便於書寫、查閱醫療處理內容的書面記錄，進而減少對病人不恰當的重複詢問或引發後續不必要的干擾等。因此，為改善安寧共照作業的進行，針對以上醫療團隊所遭遇的狀況分析後，製作「癌末安寧共同照護評估紀錄表」的想法便應運而生。期望建立一個提供團隊溝通、整合意

見的平臺，輔助臨床工作的討論與聯繫，促使癌末病人及家屬能在信任、安心的氣氛下，舒適的接受末期安寧醫療團隊的照護。

### 研究目的

1. 建立「安寧共同照顧紀錄表」作為安寧與原照護醫療團隊間的溝通平臺。
2. 統整分散的安寧共照紀錄內容與其保存方式，以便臨床使用。
3. 紀錄安寧共照期間的醫療處置，具體呈現療護內容。

### 文獻查證

#### 一、醫療紀錄的重要性與紀錄方式的選用

病歷紀錄是病人照護指引的依據、診療上溝通與具法律效力的文件、教學研究的重要材料、保險給付的依據及臨床與醫政決策的參考，是醫療護理照顧過程不可缺少的工具(范，2005)。完整將醫療照護過程記載於病歷中，其可成為重要參考依據(李、劉、蔡，2003)。醫療護理專業的紀錄內容，包含病人主、客觀資料、實驗室、理學檢查與醫護措施及結果等。提供有關個人健康的真實狀況，故紀錄應注意詳實與完整(李，2004)。紀錄單應避免紀錄內容的重複性、文字較難以敘述的開放性問題或不易被評估者使用的用詞(李等，2003)。選擇有效率的表格圖解模式，可使紀錄簡易化，較能確實執行，使紀錄變得有效率(周，1995)。表格圖解紀錄模式運用在醫療系統時，使用易懂或操作方

便的符號、語言，更能表達重點，紀錄的內容方能成為工作者彼此間的重要參考(周，1995)。適當運用醫療照顧紀錄表單，可促進護理文書的規範化、方便使用，並減輕護理人員書寫壓力(楊、安，2010)。癌末病人症狀困擾的調查，能提供專業人員作為症狀評估的方向與指引。區辨困擾病人的症狀與了解其嚴重程度，能使工作人員問題確立與處理更敏銳而有效率(Schulmeister & Gobel, 2008)。故癌末安寧共照紀錄表的設計，便引用表格圖解模式的概念為構想。

#### 二、推動安寧共同照護可能面臨的問題與解決策略

安寧共照是指病人因病情需要，不需入住安寧專科病房或無安寧病床可提供時，由原來照顧病人的醫療團隊加上安寧療護專科醫療團隊，共同照顧病人的方式。通常以醫療照會方式，取得安寧專科醫師療護的共識後，分別由「原照顧病人的醫療團隊」，包括該病人在腫瘤科接受醫療時之主治、住院與護理、社工師等，加上「安寧療護專科醫療」團隊中，接受安寧照顧訓練並取得安寧專科證照之主治醫師、安寧護理師，與有臨床安寧照顧經驗之宗教師等共同組成，提供到床邊之住院安寧緩和醫療。郭等(2006)指出，直接影響安寧共照團隊實務面的問題有原團隊與共同照護團隊間不一致的看法或處置；兩團隊病情告知不同步；治療任務分配；須即刻執行之醫囑的時效及兩團

隊如何合力協助患者和家屬準備並接受末期安寧照顧等問題。針對以上問題，專家提出因應的策略包括安寧照顧觀念的宣導；政策實施、教育、制度等規劃與協調；訂定職務與工作分配措施的決策；團隊間衝突後的溝通與接納；建立無縫隙的醫療流程與增加照護運作的默契(郭等，2006)。從無縫隙的醫療角度來看，由於被照會的共照成員和病人與家屬相處時間較短、原照顧醫護人員有輪班的情形、陪伴病人的家屬也常有輪班更替的現象。這些常導致團隊人員需輔以記錄的查閱或詢問負責照顧的人員收集有關資料，若無紀錄或明確的資訊，造成介入協助的人員無法快速建立關係融入個案情況，致照顧前的評估不順暢，延遲安寧共照的進度。其中建立「溝通」平臺是改善人員協力合作的方法之一。而溝通平臺包括人員直接面對面的溝通、電話溝通、會議討論與文件、電子病歷之記錄表(郭等，2006)。各種溝通平臺可並存且互為輔助，在適當的醫療紀錄保管下，使隨時來自不同專業領域的成員，能藉紀錄表達到互動、交流的功能，讓照顧計劃的進行能更趨完善。

### 三、癌末安寧療護紀錄表包含的重點

#### (一)確定紀錄的對象

安寧緩和醫療是將醫療目標聚焦於末期病人面臨死亡前(六個月內)，消弭苦痛症狀的照顧。整個照顧過程中病人有最大的自主權，家屬參與以共同滿足病人生、心、情緒、社會及精神等層

面的需要(秦等，2007)。末期病人與其家屬需面對症狀日益增加而死亡逐漸接近的現實問題，此需醫療照顧者應敏感關注與積極處理(秦等，2007)。Bruera & Rony(2008)認為瀕死的照顧過程，關心的非僅止於病患，其家人應被視為不可分的一個單位。因為家屬是陪伴癌末病人接受醫療到生命終點的共同體驗者與最親近之傷痛者，其面臨末期病人瀕死的照顧與分離的傷痛，應將主要照顧的家屬，也視為被醫療團隊所照顧的對象。專家指出緩和醫療照顧品質的監測，須包含癌症末期病人、家屬與照顧提供者及照顧體系中的臨床專業人員，以了解病人與家屬的生活品質改善與傷痛降低的程度。故遵循以上學者所強調，將病人與其主要家屬列為紀錄對象。

#### (二)紀錄表的內容

##### 1.基本資料

基本資料是提供照顧者溝通互動時的資訊(周，1995)。安寧照顧過程中觸及的內容，多數是偏於負向情緒的問題，進行照顧時要謹慎考量涉及主題之正確對象。故本文除呈現病人基本醫療狀況，對病人所認定的一位主要家屬亦納入個人資料紀錄。

##### 2.癌末病人之症狀困擾

癌末病人在不適的症狀困擾中，最在乎的是身體層面的不適症狀。而處理癌末病人心理、社會與靈性窘迫的問題前，要先關注身體的症狀控制(Bruera & Rony, 2008)。疾病進入末期症狀困擾會逐漸增加，病人的舒適與否也是主要照顧家屬最關心的問題

(李、楊、蘇，2008)。世界衛生組織提出臨終照護的目標是改善並提供病人及家屬好的生活品質，故病人整體症狀控制，生、心、社會與精神的關注為首要之事(秦等，2007)。綜合文獻，研究者將病人的問題歸納成生理、心理、社會與靈性三層面，作為病人症狀評估之項目。生理層面的症狀困擾包括：疲倦、疼痛、咳嗽、失眠、腹脹、肢體腫脹、口乾、傷口照顧、食慾不振、便秘、腹水、活動困難與呼吸困難等。心理層面的症狀困擾有經濟壓力、溝通問題、心願未了、後事安排、悲傷、憂鬱、焦慮、自殺意念、瀕死與害怕等。社會與靈性層面之症狀困擾包括對未來覺得不確定感、內心牽掛與不捨、認為面臨的痛苦與困境沒有意義、不安與自尊感喪失。醫護人員對症狀的診斷確認與分析，均有助於照顧者能提供以實證為基礎的照顧策略，評估時亦應注意該症狀的嚴重度、發生頻率及對個案造成的壓力與干擾，方能執行有效的措施。

### 3. 癌末病人家屬的照顧負荷

抗癌與併發症的治療等沉重的醫療照顧，會帶給家庭巨大的衝擊，而首當其衝者為癌症病人之家庭主要照顧者。國內多數家庭會安排一位主要照顧家屬或採取輪流擔任家人住院中的照顧與陪伴聯繫工作。家屬面對親人末期階段，身體與情緒的醫療照顧需求增加，主要照顧者除要負擔照顧陪伴病人的壓力外，又要面對自己的哀傷情緒，致負荷增加(胡等，1999；

Goldstein et al., 2004)。專家指出家屬照顧負荷的問題包括經濟、健康問題、作息不定、家人支持、社交影響、焦慮、無助、矛盾與罪惡感、無力感、情緒緊張、不確定感、擔心病人的症狀與預後、擔心自己照顧的能力、與擔心病情告知等(胡等，1999；李等，2008；Goldstein et al., 2004)。家屬是陪伴病人接受醫療到生命終點全程的共同體驗者，也應同時被醫療關心。護理人員要瞭解主要照顧者不同的照顧負荷，提供必要協助，如適當的醫療的照顧技巧等、提供相關支持團體以緩和主要照顧者的健康與情緒負荷。

### 4. 安寧共照提供的醫療項目

臺灣安寧緩和醫療的推動，固然在理念與教育的推廣有所改善，社會大眾亦能藉醫療政策與法規之教育宣導，而逐漸接受並討論疾病末期面臨死亡問題，以安寧緩和醫療照顧的觀點。但仍難免要面對部分專業領域內與社會民眾對安寧緩和醫療提出的質疑。部分醫療專業人士誤認為安寧緩和醫療為一種消極的治療，有「消極、放棄」的感覺，使家屬對住進安寧病房就等於是「安樂死」或「等死」(李等，2003)。在2011年通過安寧緩和醫療條例修正案，使醫療之「不予」與「撤除」的決策與執行問題，再次引起安寧緩和醫療存在之適當性的討論。研究指出安寧緩和醫療的實際運用與貢獻，包含改變止痛藥處方的使用方式與劑量、有效症狀控制與緩解疼痛、提升生活品質與滿意度。使病患得知資訊與溝通、提供情緒與精神的支

持、有尊嚴的感覺、提升瀕死的醫療照顧。並提供病人與家屬安寧諮詢的管道、適時介入心理、靈性與預期性哀傷的輔導。這些皆證實安寧緩和醫療對末期癌症家庭面對死亡問題處理所提供的實質協助。本文亦嘗試將安寧共照提供的照護處置加以分類，進行實際的調查，以了解在癌症末期醫療執行的細節與執行狀況。

## 方法

### 一、紀錄表內容、格式與版面規劃

紀錄表主要內容有癌末病人之「症狀困擾」與主要照顧家屬之「照顧負荷」項目及嚴重度與「醫療處置」呈現的規劃。根據北部三所設有安寧病房的醫院臨床個案之安寧照護紀錄表單、2004年衛生署國建局設定之安寧共照病人資料表、相關文獻與個人臨床經驗，共草擬40項「癌末病人症狀」與12項「家屬照顧負荷」。醫療照顧分為原照顧團隊與安寧共照團隊兩大單位。將36項臨床常見的醫療照護措施依醫療處置屬性，歸類為藥物、非藥物及問題協調與會談三大類。嚴重度欄位則設於表單中央部份，並包含紀錄日期、紀錄者欄位(附件一、二)。紀錄時以代號標示評估的問題，以點標出嚴重的位置，連接數日的點成為曲線。

### 二、病人症狀困擾、家屬照顧負荷與嚴重度之信效度

本紀錄表首先將病人症狀困擾與家屬照顧負荷逐項作概念性定義，邀請

腫瘤科主治醫師、督導、安寧共照護理師、社工師、與護理系助理教授共5位腫瘤照護專家。請其逐項將評估項目歸類及概念性定義依正確性、普遍性與適用性以Linkert type五分量表來評分(5分表非常同意，1分為非常不同意)完成專家效度檢定。嚴重度的呈現以Numeric Intensity Scale之評分方式，製作長與寬為35\*29cm、重900公克、可手持的壓克力板，每兩個數字間隔皆為一公分，尺面標出1~10公分，1~3分為輕度嚴重，4~6分為中度嚴重，7~10分為重度嚴重。並有游標與人面表情圖對照，分數越高代表自覺該症狀越嚴重。對語言表達困難或被評估者不想說話時亦適用。此評估方式簡單明確，研究單位每床皆配備有規格一致的量尺，已普遍使用於臨床醫護工作中，病人或照顧者能熟悉此工具。此數字型評分數值適用於各評估項目嚴重度的描述，便引用於紀錄表內。

### 三、紀錄表之操作說明

#### (一) 病人與家屬的記錄部分

研究者自病歷中摘錄病人相關病史重點，如病人名、性別、年齡、分期、治療史與病人認定之主要照顧家屬之基本資料。病人症狀部分則由研究者執行全身身體評估，即以視、聽、扣、觸方法與問診，來確定病人當時所呈現之身體症狀與心理、社會靈性問題。另以開放性問題引導病人表達其主觀不適症狀。若病人無法明確陳述時，則依紀錄單上之項目逐次

引導病人回答，直至項目結束止。資料收集時間依當時情境、病人精神、體力與情緒狀況，隨時調整或暫停。主要家屬照顧負荷之評估方式除身體評估外，其餘各項與病人評估方式相同，並以十分量尺請研究對象逐項表達自覺之嚴重度，再由研究者立即登錄於紀錄表。為確保資料的一致性與時效性，各項評估需於當下完成。第二次之後的評估可參考前面的紀錄，加以追蹤持續了解。

綜合來看，表格左側為病人症狀困擾與家屬照顧負荷項目，右上區塊為安寧共同照顧團隊所提供的醫療處置與措施。中間表格橫軸為日期欄，評估日期設定可依共照團隊之規定自行訂定。縱軸有嚴重度10分之表格，小格內為奇數分數1.3.5.7.9，線上為0與偶數分數2.4.6.8.10。直式簽名欄於表格最下區。紀錄者可為負責護士、共照護理師、社工師、宗教師、心理治療師等團隊成員。

## (二)醫療照顧處置記錄部分

安寧共照兩團隊分別提供其照顧服務，故以不同顏色區分不同之執行團隊。記錄時以代號將醫療處置分藥物、非藥物與問題協調與會談三大項目，按照執行日期標示於適當的空格上。

紀錄表以描述性研究方式在臨床收案時，是針對經由臨床主治醫師正式說明病情，且願意接受安寧共照之癌末病人與其主要照顧家屬進行之。兩者皆在意識清楚、同意參研究，且能以國、臺語溝通之年滿18歲以上者。

於病人接受安寧共照期間，以「癌末安寧共同照護評估紀錄表」為工具連續評估收集資料，以SPSS軟體分析統計資料。研究過程自病人症狀困擾、主要家屬的照顧負荷之評估與紀錄與共照期間接受的醫療照顧處置，皆由研究者一人完成。

## 結果

### 一、癌末安寧共同照顧紀錄表信、效度與內容確立

紀錄表內容經過三次專家意見修訂，各項目以Linkert type五分量表來評分，修訂之建議內容詳見附件(附件三、四)，病人症狀困擾分類的效度平均值達95.7%、內容概念性定義達91.3%(附件五)。家屬照顧負荷之分類效度平均值達92.9%、內容概念性定義達92.9%。醫療照護處置分類效度平均值達97.5%。信度檢定是採用編碼員間信度(intercoder reliability)。研究者與另一位臨床腫瘤專科護理師，先對紀錄表操作方式取得共識後，兩人同時對5位符合使用紀錄表之病人與其主要照顧家屬，進行病人症狀困擾與家屬照顧負荷項目與其嚴重度數值加以紀錄，在評估項目之編碼員間信度檢定平均數達96.4%。嚴重度數值指標編碼員間信度檢定平均數達86.7%(附表六)。

經完成修訂後之紀錄表，實際使用於接受安寧共照病人與家屬各6位，結果為臨床病患有一部分用語不同的描述處，例如病人對疲憊(fatigue)表示有很累、沒元氣、虛弱等常用語的歸

納；並增加「怕拖累他人」與「害怕病痛」的項目等。根據臨床病人之意見，第三次經專家共同討論後，方確定紀錄表內容。最終內容包含癌末病人症狀困擾共48項；家屬照顧負荷共14項及醫療團隊處置共40項。

## 二、紀錄表對臨床共照病人與家屬的適用性

紀錄表經北部某教學醫院之人體試驗委員會審核許可後，使用於腫瘤科病房內接受安寧共照，52組病人與主要照顧家屬。記錄自接受安寧共照介入前一日至病人出院、死亡或轉院為止，平均為14.09日。

病人症狀困擾方面包含身體、心理、社會靈性三層面症狀項目，記錄項次出現22項；14項與6項之多，病人症狀困擾有疲憊、疼痛、口乾、憂鬱、擔心病情、怕拖累他人與心願未了等。家屬的照顧負荷有14項。多數為精神心理負荷，其次為照顧人力問題與經濟負荷等。

紀錄表在安寧共照兩團隊提供之照護處理措施，依紀錄表中出現一次代號便記頻率一次，統計結果為「藥物」共374次、「非藥物處置」為867次與「問題協調與會談」共655次，所佔總醫療照護處置次數的百分比分別為19.73%；45.73%；34.55%。藥物類的處置措施有症狀控制用藥的止痛、利尿劑為首，其次為抗生素與靜脈輸液。非藥物處置中常見為管路照顧、檢驗、傷口照顧與護理指導等。問題協調與會談類中，常見為情緒壓力會

談、DNR(do not resuscitate)討論與病情預後的認知澄清等。

## 討論

以下分別就安寧共照紀錄表的建立與適用性、其對臨床實務紀錄方式、保存與醫療團隊溝通改善之處、安寧共照臨床實務的醫療照護處置內容，加以說明。

### 一、紀錄表的建立與運用於安寧共照過程的適用性

表單涵蓋的內容與範圍經實際應用後，確定其適用於52位個案的情況，在一頁紀錄表(A4紙面)即能瀏覽病人或家屬在安寧共照期間的問題與醫療提供的處理措施。故證實醫院可依醫療政策的實施與推動過程的需求，自行訂定符合病人之特性、可實務應用於臨床的紀錄方式。此符合澄清綜合醫院之醫策會(2008)的確認。紀錄表可供兩醫療團隊的成員，將病人所接受到的醫療護理照顧，以文字保存與及時查閱重要的醫療資訊，將原來分散三個單位(護理站、社工師與共照師辦公室)、五個紀錄本(每日醫囑、病程記錄、護理紀錄、共照師安寧照顧紀錄與社工師紀錄)的資料，存放於病人的住院單位，能快速了解個案問題。表單內容經過統整能反映病人現狀且表單張數減少，能提升資料提供的效率與人員瀏覽、取得的意願與便利。此外，有使用經驗的共照師與臨床資深護理人員，認為可從表格內選用現成的專業共通用語，以符號標示方式減少文字書寫時間，使敘述過程縮短



並簡化書寫格式。對連續性嚴重度的呈現，可作為照護前後效果的比較參考，進而了解問題處理的最終結果。以上顯示病歷記錄表，可將整個服務內容及治療成效紀錄下來，利於醫療人員的溝通與醫療品質提升，能改善臨床實務的進行。綜合以上，將原紀錄表與安寧共照紀錄表之使用比較差異加以列表說明(附表七)。

## 二、記錄表對臨床實務之效益

從臨床共照團隊成員的角度來看，認為此表單是溝通的輔助文件。能直接從記錄內容了解個案的問題，是用於需要討論個案病情時的重要工具。節省人員交接、電話聯繫與等待的時間，讓大家有更多照顧病人的時間。但部分心理、社會與靈性問題的確立，仍須從個案片段、零散的表達，透過討論與交換意見，此部分問題的確立方能從模糊中逐漸明朗，故無法省略此部分時間。在觀察中發現，人員彼此討論的情況增加，能分享安寧療護的經驗或共同討論相關議題。部分人員表示對家屬部分的評估與紀錄，使工作量增加，建議應以此較便利書寫的表格取代原敘述性紀錄方式，來降低工作耗時。整體來說，臨床人員認為填寫紀錄單能減少重複性的三班交接時間，便利於照顧者間對個案的了解與問題討論澄清，降低聯繫時間的耗損。間接改善人員工作情緒煩躁的困擾。此印證醫院監測過程指引(hospital survey process guide, 2008)提到，紀錄的改善對於醫療機構

除提供恰當的工具外，亦能促進團隊照顧計畫輕重緩急順序的安排與共識的建立，從而增加工作人員滿意度的觀點相符。在教育上，安寧共照人員從中分享、取得寶貴經驗與各種問題處理的技巧，可提供作為臨床專業人員之安寧照護在職能力訓練、培養的方向。在臨床研究上，記錄表經過時間累積，定期的資料統計分析，可提供作為醫療照護品質管理之監測與學術性照護指引的建立、醫療業務決策的參考，此與范等(2005)見解一致。故適當應用紀錄表在輔助教育與研究方面亦有幫助。

## 三、紀錄表具體呈現安寧共照的醫療照護處置

從紀錄表統計了解「非藥物照顧處置」是共照中執行最多的處置措施。而「非藥物處置」加上「問題協調與會談」，佔所有提供醫療照護比例至80.28%之多。安寧共照內容以護理工作為主的管路照顧、檢驗、傷口照顧與護理指導等，對末期病人身體基本照顧仍持續，並由護理人力為主要專業照顧，此與秦等(2007)提到，安寧緩和醫療的重心集中於護理工作的觀點相呼應，其他為情緒壓力會談、DNR討論與病情癒後的認知澄清等也佔相當高的照護份量。由調查事實說明，安寧緩和醫療並非「不作為」或「放棄」，而是更積極處理病人症狀控制與家屬的照顧負荷。需要醫療團隊花費更多精神，將照護焦點放在如何減輕病患與家屬因疾病帶來的情緒、精

神的困擾上，將死亡前重要議題有技巧提醒討論。故除了護理專業人員的照顧外，所加入的安寧共照師、社工與宗教師必要協助是重要的。此與郭(2006)；周等(1999)；賴、楊及趙等(2008)指出，在癌末病人與家屬的照顧服務內容看法雷同。

從被照顧者家庭的角度來看，經歷過抗癌的過程，病情進入末期最後階段，被照顧者難免心情沉重，對醫療的關心與實質協助的期盼更殷切。在記錄表的運用，可從持續性的記錄了解近期的情況，也因能明確切入問題，多數病人與家屬能感到問題受到醫療的重視、監測與持續關注，內心比較有安全感。此記錄表的內容亦適合使用於家庭會議或重要親友來訪討論病人病情時，由醫療提供者藉此工具，以客觀、容易了解的方式，作為說明醫療照護的依據。無形中也藉此機會，增加民眾對相關安寧議題的接觸與具體了解機會。醫院監測過程指引(2008)之說明指出，紀錄能改善、提高民眾對於醫療機構的信任度，讓民眾了解該機構、檢視醫療處置，並了解團隊提供的照顧計畫、醫療措施與成效。

### 限制與建議

「癌末安寧共同照護評估紀錄表」使用於未指定癌症別之病人，對不同癌別，病人的問題可能不同，經若干時間加以分析累積的資料，建立不同癌症別的紀錄表，修正部分病人症狀困擾欄位，則表格的字體變大且版

面更清晰，能提升醫療團隊使用便利性。對於醫療處置之設立與否，可視使用者的必需性斟酌修改。此處乃因研究之需要而詳細保留，故紀錄時表格稍嫌擁擠，建議臨床共照團隊在運用純熟時，針對重要監測的醫療處置加以紀錄即可。

### 結論

此「癌末安寧共同照護評估紀錄表」將安寧共照中病人症狀困擾、家屬的照顧負荷與醫療照護提供的處置，加以統整合理。以表格圖解方式在記錄表呈現。同時能透過醫療處置的實際調查，客觀了解癌末安寧共照的具體醫療內容。此紀錄表能達到溝通平臺設立的目標，能隨時查閱並得到完整的醫療資訊，改善安寧共照團隊人員間訊息傳遞，並協助排除安寧共照推動過程中所遭遇的阻力。對臨床作業的順暢及醫療照顧的品質提升，皆有正面的助益。

### 誌謝

本文得以完成除感謝受訪之癌末病人與家屬外，亦向所有臨床提供安寧照顧的醫療團隊人員致上誠摯敬意，並感謝研究醫院提供研究經費之支持。



附件二 癌末安寧共照主要照顧家屬負荷事件評估紀錄表

需求提供	醫護團隊提供的問題協商與會談											
	1病情預後的認知澄清 2進行家庭會議 3情緒壓力的會談 4生命回顧 5生命意義探討 6人際關係的協調 7宗教師關懷 8 DNR討論與簽署 9出院/轉出準備 10家屬哀傷輔導 11死亡問題或後事準備與協調 12共照師探視/陪伴 13其他											
日期												
評分												
症狀評估												
主要家屬負荷	A體力耗竭	9										
	B受拖累	7										
	C瀕死的分離哀傷	5										
	D壓抑或無法宣洩的悲傷	3										
	E情緒	1										
	F家人意見紛歧	9										
	G尋求其他醫療	7										
	H安置問題	5										
	I現況/日後經濟支援問題	3										
	J如何告知病情惡化	1										
	K出院返家準備有困難											
	L DNR簽署困難											
M病情了解與接受有困難												
N缺乏處理後事的能力												
	簽名欄											

附件三 記錄表內名詞概念性定義專家效度修訂前後比較表

<4分項目	意見人數	名詞修訂前	修訂後
排尿困難	1	尿液排出時出現排尿紊亂的狀態，可分功能性、反射性、壓力性、急迫性尿失禁 不需分類因臨床上專業人員難以鑑別	尿液排出時出現排尿紊亂的狀態
沮喪憂鬱	2	情緒低落及其相關症狀(減少社交活動、對原有興趣的事物失去參與的動機、...依程度不同分輕(尚可維持生活正常功能)、重度(無法正常維持人際關係、工作、生活)。 分為沮喪與憂鬱；未分出中度	刪除沮喪；因不同文獻分類亦不同 本文所參考文獻以輕與重度區分。
恐懼死亡	1	有特定目標(死亡)造成的恐懼。建議白話些。	維持恐懼死亡項目，但名詞解釋部份舉例說明如對未來世界及家人分離的恐懼。
痛苦無意義	1	建議白話些。	維持原意。
誇大的餘生期待	4	對有限的存活時間有不切實際的期待或期待不符合現實。語意不明；不明白意思。	修改為不切實際的餘生期待。
尋求其他醫療	1	建議直接說出常見其他醫療方法	尋求其他醫療，如中、草藥其他生技產品、氣功直接寫出。

附件四 記錄表內容之專家效度修訂前後比較表

分類	<4分項目	專家意見人數			修訂前意見	修訂後意見	專家建議增加的項目
		正確	適用	普遍			
病患症狀	噁心/嘔吐	2	1	0	應分開。	分為兩項	吞嚥困難、肢體麻木、注意力不集中、口乾、味覺改變、呼吸急促。
	食慾差	0	1	0	修改為食慾不振。	食慾不振	
	與家屬或親友關係障礙	1	1	1	歸屬於社會靈性。	接受意見	
	孤立隔絕	1	1	1	改為缺乏支持系統。但描述病人的心理狀態，非判斷其處理措施。	接受專家總結意見改為孤獨。	
	遺產問題	2	2	1	歸屬於社會靈性。	接受意見。	
	餘生期待誇大	1	1	1	改為認知差異。	改為不切實際的餘生期待。	
家屬照顧負荷	病情惡化告知	2	1	0	未指出對象與嚴重度。	改為->病情惡化是否告知病人的困擾。	無增加意見
醫療團隊照護項目	化療藥物注射	1	0	0	增加口服。	改為->口服或注射化療藥物。	呼吸器使用、氣管插管、侵入性管路穿刺或置放、營養輸液、會診。
	抗生素	1	1	1	不需獨立一項可歸入症狀控制。	仍維持原獨立一項便於分析	
	回憶治療	1	1	1	與生命回顧及生命意義探討相似。	臨床人員認為有照顧層次與技術困難度之不同，分別列出以符合臨床狀況。	
	宗教信仰加深或儀式的進行	2	2	2	語意不清	改為->宗教師探視	

附件五 記錄表分類項目與概念性定義修改前後效度比較表

修改項目	<4分之項目	修改前後總項目	修改後達5分者
病人症狀困擾的分類	6	40→47	87.2%→95.7%
症狀困擾概念性定義	5	40→47	89.4%→91.3%
家屬照顧負荷項目	1	12→14	91.7%→92.9%
家屬照顧負荷概念定義	1	12→14	92.3%→92.9%
醫療團隊照護措施	4	36→40	88.9%→97.5%

附件六 紀錄表編碼員間之信度檢定

計算內容 測量項目/對象	總項 總評分	差異值	平均值	百分比
問題項目 病人	14項	1	0.928	92.8%
	9項	0	1	100%
嚴重數值 病人	14x10x5=700	70	630/700=0.898	89.8%
	9x10x5=450	70	380/450=0.83	83%

附件七 比較原紀錄表與安寧共照紀錄表之使用差異

比較內容 項目	紀錄 方式	問題 表達	紀錄 簡易	方便 使用	確實執行 程度	書寫 時間	保存 方式
原紀錄表	敘述式	較模糊片段 易中斷	敘述較冗長	匯集並對照 紀錄使用較 不便翻閱耗 時	配合與完成 度高但問題 易遺漏	耗時較長	五份紀錄本 分三處保存
安寧共照 紀錄表	圖表式	明確完整且 有連續性	標示簡易	方便易翻閱 解讀	配合度與完 成度高 較完整	能節省時間	一表單保存 一處

### 參考文獻

李英芬、劉景萍、蔡麗雲、賴允亮、張澤芸、杜金錠(2003)·實施安寧病房深度參訪成效之初探·*安寧療護雜誌*，8(4)，381-392。

李英芬、劉佳祈、蔡麗雲(2003)·提升安寧病房疼痛評估紀錄之完整性·*腫瘤護理雜誌*，13(1)，49-63。

李存白、楊婉伶、蘇逸玲(2008)·護理人員在安寧療護照護的角色與使命·*護理雜誌*，56(1)，29-34。

李中一(2004)·測量工具的效度與信度·*台灣衛誌*，23(4)，272-281。

周玲玲、洪麗珍、邱泰源(1999)·安寧照護病患家庭暨社會需求之研究·*安寧療護雜誌*，12，3-20。

周惠千(1995)·病患衛教-有效率的紀錄表格

圖解模式·*護理雜誌*，42(4)，82-84。

林小娟、周子昌、許淳森、李龍熙、邱濬昇、張毓仁(2010)·JCI評鑑與病歷紀錄品質·*病歷資訊管理*，10(1)，1-11。

胡文郁、邱泰源、莊榮彬、陳慶餘、戴玉慈、陳月枝(1999)·居家緩和安寧醫療家庭主要照顧者之需求與滿意度·*台灣醫學*，3(5)，527-537。

范碧玉、許清曉、黃勝雄(2005)·病歷書寫參考指引·*中華民國醫療品質協會出版*，合記出版。

郭集慶、張文豪、柯萬盛、王銘志、吳中興、石季子(2006)·安寧共同照護之挑戰即因應策略·*安寧療護雜誌*，11(3)，252-262。

秦燕、余幸澄、何麗齡、楊克平、杜友蘭、毛新春等合著(2007)·*安寧與緩和療護學*，臺北：華杏。

- 衛生福利部中央健康保險署(2004)· 民  
健康保險安寧共同照護試辦方案：  
安寧共同照護之病人基本資料表·  
取自[http://www.nhi.gov.tw/resource/  
Webdata/18822\\_1\\_37](http://www.nhi.gov.tw/resource/Webdata/18822_1_37).
- 楊瑞萍、安向東(2010)· 急救護理紀錄單的  
設計與應用效果· *華醫醫學*，25(3)，  
633-636。
- 澄清綜合醫院醫策會(2008)· 醫院評鑑實務  
系列—護理活動及紀錄之經驗分享與建  
議· *醫療品質雜誌*，2(6)，62-64。
- 賴維淑、楊婉萍、趙可式(2008)· 台灣安寧  
療護的發展與前瞻· *台灣護理雜誌*，  
56(1)，11-16。
- Bruera, E., & Rony, D. (2008, February 5).  
*Overview of symptom control in the  
terminally ill cancer patient*. Retrieved  
from <http://www.uptodate.com>
- Goldstein, N.E., Concato, J., Fried, T. R.,  
Kasl, S. V., Johnson-Hurzeler, R., &  
Bradley, E. H. (2004). Factors associated  
with caregiver burden among caregivers  
of terminally ill patients with cancer.  
*Journal of Palliative Care*, 20(1), 38-43.
- Hospital survey process guide (2008).  
*Joint Commission International  
Accreditation*. Retrieved from [http://  
store.jointcommissioninternational.org/  
jci-accreditation-standards-for-hospitals-  
5th-edition/](http://store.jointcommissioninternational.org/jci-accreditation-standards-for-hospitals-5th-edition/)
- Schulmeister, L., & Gobel, B. H., (2008).  
Symptom management issues in oncology  
nursing. *Nursing Clinics of North  
America*, 43(2), 205-220.

靜  
思  
語

要作個受歡迎的人，作個被愛的人，  
就必須先照顧好自我的聲和色。

~ 證嚴法師靜思語 ~

To win the hearts of others  
and always be welcomed,  
we must be cautious  
of our tone of voice and facial expression.

~ Master Cheng Yen ~



# Development of Hospice Shared-Care Surveillance Form for Terminal Cancer Patient

Mei-Ying Liu, Hsueh-Erh Liu\*, Hung-Ming Wang\*\*

## ABSTRACT

Good records could benefit nursing care. Since hospice shared care involves the collaboration of two teams of medical specialist, a communication platform is required for information exchange to take place, and “terminal cancer hospice care assessment recording form” was designed for that particular purpose. Upon the confirmation of form validity and reliability, the form was applied to 52 pairs of hospice shared care cancer patients and families with an average duration of 14.09 days. The form included three main categories: 48 items on cancer patient “symptom stress”, 14 items on family member “caregiver burden” and 40 items on “interventions of medical treatment”. The form could demonstrate the symptom stress of the patient, caregiver burden of the family members and its severity. During the period of share care, the treatment was non-pharmacological and consisted of consultation on terminal issues and meetings, which occupied 45.73% and 34.55% respectively out of the entire medical management. The form could improve the acquirement of clinical medical information and the convenience of communication, enhance the public cognition of hospice care, and could serve as valuable reference for the care of non-terminal patients as well. (Tzu Chi Nursing Journal, 2014; 13:3, 66-81)

Keywords: hospice shared-care, recording form, terminal cancer patient

---

Nurse practitioner, Chang Gung Memorial Hospital, Professor, School of Nursing, Chang Gung University\*, Associate professor, Chang Gung Memorial Hospital\*\*

Accepted: October 11, 2013

Address correspondence to: Mei-Ying Liu No.5, Fuxing St., Guishan Township, Taoyuan County, Taiwan

Tel: 886-3-328-1200 ext. 6846 ; E-mail: men1114@adm.cgmh.org.tw