# 提升某醫院肺癌末期病人安寧療護涵蓋率

吳瓊君、李苡甄、黃詠婷*、李淑秋**


## 中文摘要

肺癌末期症狀嚴重影響病人生活品質，安寧緩和醫療推展有助症狀控制及提升末期生活品質。本院2015年1月至6月肺癌病人安寧療護涵蓋率僅10.9%。經分析主因：肺癌診療指引及個案管理師照護標準缺乏安寧療護轉介機制、團隊成員缺乏安寧療護訓練、電腦資訊系統未連結照會單等。解決方案：修訂肺癌診療指引及個案管理師照護標準，提供轉介安寧之評估內容，並進行團隊成員的安寧教育課程、落實安寧療護涵蓋率的品質監控、運用資訊協助安寧會診。結果顯示：專案實施後，肺癌病人安寧療護涵蓋率由原本10.9%提升至61.7%，落實安寧教育訓練及品質監控能增加肺癌末期病人安寧照護品質、有效提升安寧療護涵蓋率。(志為護理，2019; 18:1, 90-100 )


關鍵詞：安寧療護涵蓋率、肺癌末期

## 前 言

依據衛生福利部2015年統計資料顯示，國人十大死因仍以惡性腫瘤居於首位，其中肺癌更是十大癌症死亡第一名(衛生福利部，2016)。肺癌末期發生呼吸道症狀包含呼吸困難、肺積水及呼吸衰竭等經驗使病人感受到死亡的威脅而影響生活品質(高、宋、黃、張、張，2013)。現癌症照護強調整合多專科團隊，提供以病人為中心的醫療照護模式，特別是隨著癌症病程發展到末期，對安寧緩和的需求則會愈高，治療目標則轉為症狀緩解、促進舒適為主(Ford, Koch, Ray & Selecky, 2013)。安寧療護涵蓋率的提升能減少病人及家屬對安寧

長庚醫療財團法人基隆長庚紀念醫院護理部護理師、長庚醫療財團法人基隆長庚紀念醫院護理部腫瘤個案管理師*、長庚醫療財團法人基隆長庚紀念醫院護理部護理督導**
接受刊載：2017年4月27日
通訊作者地址：李淑秋　基隆市麥金路222號
電話：886-2-2431-3131 分機2511　電子信箱：dou12335@cgmh.org.tw

療護的陌生感、降低健保資源浪費，進而增加病人及家屬自主權，適時提供病人及家屬預期性悲傷輔導，更顯得重要(賴、陳、蔡、張、潘，2016)。

然而，根據衛生福利部統計至2012年止，全國安寧療護涵蓋率平均為50.6%(衛生福利部，2016)，本院安寧療護涵蓋率亦低於全國平均值，特別是肺癌2015年1月至6月平均安寧療護涵蓋率僅10.9%，明顯低於全國平均。有鑑於肺癌為本院主要癌症死亡類別，且有56%屬於末期狀態，偏低的安寧療護涵蓋率顯示肺癌末期病人無法獲得身、心、靈性的全人照護，故引發專案小組改善動機，期望透過提升肺癌團隊的安寧療護涵蓋率，促進全院安寧療護品質。

## 現況分析

### 一、單位簡介

本院於2006年成立肺癌團隊，核心成員為胸腔科醫師6位、血液腫瘤科醫師4位、心臟外科醫師1位、放射腫瘤科醫師2位、腫瘤個案管理師(以下稱個案管理師)6位。服務當年度診斷一到四期肺癌病人，工作內容包含建立各期癌症診療指引、協助新診斷癌症分期，並就治療計劃進行討論建議、提供臨床肺癌的照護依據。

### 二、肺癌團隊安寧療護涵蓋率調查

經調查本院2015年1月至6月因肺癌死亡人數有64人，電子病歷回溯其死亡前一年曾接受過安寧療護(包含安寧共同照護、轉安寧病房、安寧居家)服務者僅有7人，平均安寧療護涵蓋率僅有10.9%，明顯低於全國平均值50.6%(衛生福利部，2016)。高達89.1%(57人)肺癌病人在死亡前一年並未獲得照會安寧團隊及安寧療護等服務。

### 三、安寧療護涵蓋率偏低的原因調查

筆者進一步針對安寧療護涵蓋率偏低的原因進行調查，調查方向包含政策、醫師、個案管理師、病人家屬等四個構面

#### (一)政策方面

檢視肺癌診療指引內容，發現診療指引只訂出肺癌末期合併腦或骨轉移時，應評估是否接受安寧緩和醫療並提供病人及家屬安寧療護相關資訊，適時提供轉介機制服務，但具體有無執行，則無監控機制。病歷回溯分析2015年1月至6月期間273位肺癌病人，其中診斷為肺癌末期的有153位病人，35位 (22.9%)同時具有嚴重疼痛、呼吸困難或意識不清等嚴重合併症，屬於對安寧療護有高度需求者，卻未被納入評估。

其次，在分析35位具有嚴重疼痛、呼吸困難等合併症病人的癌症治療計劃書中，僅有9份(25.7%)有評估安寧緩和醫療需求，而落實照會安寧團隊只有2份(22.2%)，若未依癌症治療計劃啟動照會安寧團隊流程時，團隊成員也僅能口頭勸說，實際有無落實執行癌症照護計劃，則未無監控機制。檢視個案管理師照護標準也未明訂定轉介緩和醫療之評估標準。

在照會流程方面，由專科醫師評估末期病人需求並提出安寧共同照護(以下簡稱安寧共照)的會診，當住院醫囑開立「不施行心肺復甦術(do not

resuscitate, DNR)」醫囑時，系統會主動提醒醫師在醫囑開立後須照會安寧共照。但此功能僅為提示功能，若醫師只點選同意照會，並未開立會診單也無法完成安寧照會。

綜上分析，在政策方面肺癌診療指引對於是否照會安寧緩和醫療並無監控機制，且現狀住院醫囑電腦提示系統未主動連結會診單等原因，影響安寧療護涵蓋率。

**(二)醫師方面**

醫師為末期病人轉介安寧療護的評估者，為調查肺癌末期病人未照會安寧團隊的原因，於2015年6月12日由專案成員針對核心成員共13位醫師進行半結構式訪談，結果發現:38.4%認為病人未達到臨終狀態，尚不需安寧團隊臨終關懷；23%表示對於要告知病況已達末期需轉介安寧團隊有困難；15.3%表示無法認同肺癌末期病人對嗎啡有使用需求而拒絕照會；15.3%認為安寧只是理念，本身已具有安寧緩和概念及能力，不需要安寧團隊協助；7.7%認為病人只要照會安寧，即需轉離原診療科別。而訪談基本資料屬性顯示13人(100%)接受訪談醫師，五年內皆未接受過安寧緩和醫學會訓練。

**(三)個案管理師方面**

個案管理師為進階護理師角色，主責提供癌症病人在癌症治療過程的相關衛教指導、追蹤治療計劃書執行、監控治療品質，並整合意見提供資源轉介。運用本院個案管理資訊系統分析資料顯示，64位肺癌死亡病人僅有7人(10.9%)於結案時有接受安寧療護，餘57位(89.1%)病人結案狀態則為死亡或病危出院，於個案管理師工作日誌中，並未有提供安寧療護相關衛教。

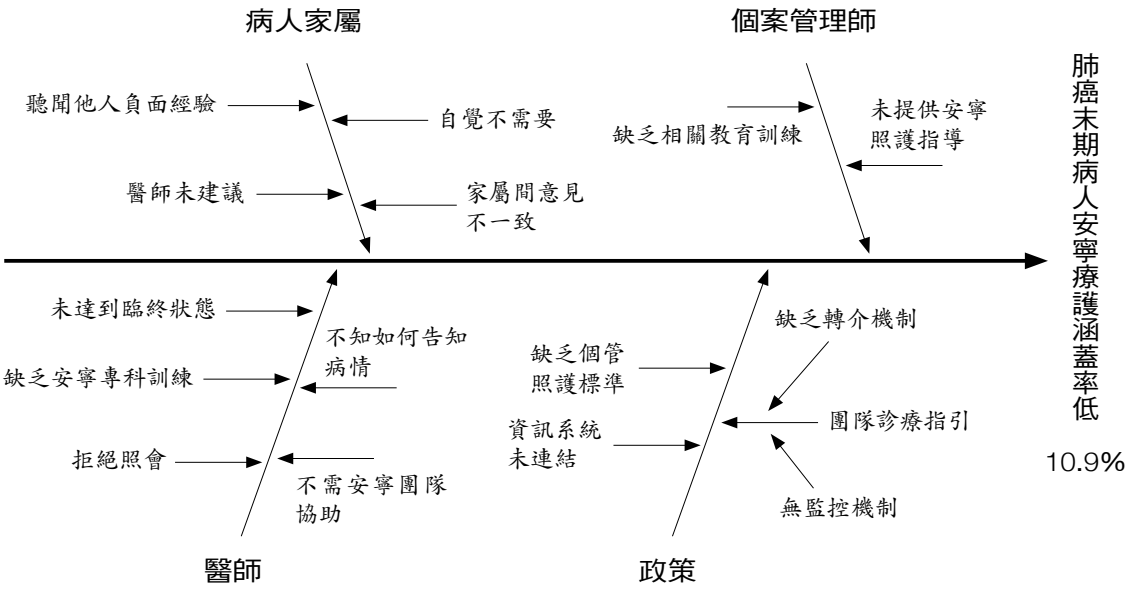
專案小組於2015年6月16日針對6名個案管理師逐一進行面對面訪談，並將其訪談內容整理分析歸納出無法執行安寧療護的原因如下：(1)個案管理師雖負責癌症病人照護服務，但皆未接受過完整安寧療護專業訓練，僅於腫瘤護理師訓練時，接受過安寧緩和照護概論4小時。(2)個案管理師在進行癌末病人、家屬相關末期症狀衛教指導時，面對病人家屬失落情緒會感到有壓力，且自覺末期症狀照護能力及溝通技巧不足，無法提供合適的衛教指導。(3)個案管理師對於如何評估轉介安寧療護資源流程亦表示不清楚。

**(四)病人家屬方面**

為進一步瞭解肺癌末期病人未接受安寧療護之原因，由專案小組經由現況及文獻資料整理「肺癌末期病人未接受安寧療護原因調查表」，針對20名未接受安寧療護肺癌死亡病人的家屬，進行調查。調查結果發現：40%自覺無安寧療護需求、30%醫師並未建議、15%聽聞他人負面經驗、15%家屬間意見不一。以上顯示家屬因意見不一致、醫師未建議以及無相關轉介資訊等原因導致未接受安寧團隊服務。

綜上分析，團隊成員缺乏安寧療護相關訓練，在肺癌診療指引未明訂轉介安寧團隊標準流程亦未訂有監控機制、電腦住院醫囑系統未主動連結會診照會單，影響肺癌末期病人未即時啟動轉介安寧療護服務，歸納肺癌團隊安寧療護

涵蓋率偏低(10.9%)之特性要因如圖一：




*圖一 肺癌末期病人安寧療護涵蓋率低特性要因圖*

## 問題確立

經上述現況分析後，確認肺癌安寧療護涵蓋率低(10.9%)原因為：1.缺乏肺癌末期病人轉介安寧團隊的標準流程，且無監控機制；2.電腦醫囑系統未主動連結開立照會單；3.團隊成員(醫師及個案管理師)缺乏安寧相關訓練；5.病人家屬自覺無安寧療護需求。

## 專案目的

依衛福部國民健康署於2014年11月13日公告之「2015年癌症診療品質認證基準及評分說明」基準4.3評分A級需提供安寧緩和醫療服務，其安寧療護涵蓋率應達60%以上。故將本專案目標值之設定為：肺癌團隊安寧涵蓋率>60%，其定義為肺癌病人死亡前一年曾接受過安寧病房、安寧居家照護及安寧共同照護人數/該年度住院肺癌病人死亡人數*100%。

## 文獻查證

### 一、肺癌安寧涵蓋率的重要性

衛福部定義安寧療護涵蓋率為癌症病人死亡前一年曾接受過安寧病房、安寧居家及安寧共同照護之比率(衛生福利部，2015)。安寧療護以緩解病人痛苦症狀、維持末期生活品質為照護目標，著重病人在生理、心理、社會與靈性的整體性照護 (劉等，2015)。

肺癌早期不易被診斷，導致存活率

偏低，且診斷時多半都已有轉移(Greer et al., 2012; Pirl et al., 2015)。高死亡率帶來心理及靈性議題的衝擊，來不及調適，也無法期望善終(葉、鄭、鍾、林、張，2014；羅，2016)。而安寧療護對於肺癌末期症狀如呼吸困難、嚴重疼痛可提供適當的衛教指導及照顧技巧，並結合相關資源，提供心理諮商、靈性關懷及引導等多元服務。研究顯示安寧共照可以有效降低家屬的照顧負荷(劉等，2015)。讓肺癌末期病人及其家屬，可透過完整的團隊照護提升末期生活品質(李等，2012；黃等，2014)。

### 二、影響安寧療護涵蓋率的相關因素

癌症住院病人死亡前僅有30%病人接受過安寧療護服務，55%病人在照會後一個月內死亡，顯示民眾接受到安寧療護時機偏晚(謝、李、周、簡，2012)且大眾對於安寧療護的認知，仍存在著安寧是放棄治療的照護方式 (李等，2012；江、陳、黃，2013)。而部分醫師對末期照護的態度及經驗，在以家庭為中心文化影響下，會考量家屬壓力而選擇不告知病情。也因醫師無充分溝通、缺乏訓練、對安寧療護不認同等原因，影響末期醫療決策(江等，2013；謝等，2012)。醫護人員則會因安寧知識不足，未有末期臨終的溝通技巧，無法協助病人、家屬因應面對臨終症狀的焦慮、哀傷情緒反應(江等，2013；劉等，2015；Ford, Koch, Ray & Selecky, 2013)，導致安寧療護在臨床推展有其困難及限制性。

### 三、提升安寧療護涵蓋率的措施

2003年衛福部即開始推行安寧共同照護計劃，希望藉由安寧療護團隊與原診療團隊的互助合作，讓住在一般病房或加護病房的癌末病人、家屬不需轉離原診療團隊，也能接受安寧療護的資源照顧，推廣安寧的理念與經驗，讓更多人受惠(李等，2012)。計劃成果有助於提升病人及家屬的病情認知，提供安寧照護技巧，用來因應癌末複雜的生理需求 (江等，2013；黃等，2014；劉等，2015)。

醫院政策對於安寧療護的推展，可將安寧療護及末期醫學倫理等相關課程，列入醫護人員的在職教育，並藉由完整訓練培育醫護人員對安寧緩和醫療的知識技能(謝等，2012)。此外，將心理照護及病情告知議題納入醫療照顧計劃當中，藉由家庭會議的推廣來增加醫病之間的溝通討論等，都有助於安寧療護理念的推展(謝等，2012)

## 解決方法及執行過程

### 一、解決方法

本組三位專案成員依據現況分析所確立的問題及參考文獻，共同討論各種可行之改善方案，並針對每種方案依效益性、可行性、困難性、成本四項，評價每一項目以1到5分進行評分，總分60分。專案成員認為優於85%為可執行基準，加總後選出總分51分(60*85%=51)以上為改善方案項目，包括修訂「肺癌診療指引」及「個案管理師照護標準」、制定「肺癌團隊安寧品質指標」、設立「提示系統連結照會單系統」、規劃「團隊成員接受安寧教育訓練」、進行「安寧療護個別護理指

導」、建立「安寧宣導資訊連結於網路資源」。決策矩陣分析如表一。

## 二、執行過程

專案執行過程自2015年7月1日至12月31日，分計畫期、執行期及評值期三階段，執行進度表如表二。

### (一)計畫期(2015年7月1日至2015年8月31日)

1.修訂「肺癌診療指引」：參閱文獻及統整現況分析後，於2015年7月8日召開肺癌團隊會議時，由團隊召集人擔任指導員，增訂肺癌末期病人合併症:

*表一 決策矩陣分析*

| 問題 | 對策方案 | 效益性 | 可行性 | 困難性 | 成本 | 總分 | 結果 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 缺乏轉介及監控機制 | 1.修訂「肺癌診療指引」 | 15 | 15 | 9 | 15 | 54 | ★ |
| | 2.修訂「個案管理師照護標準」 | 15 | 12 | 12 | 15 | 54 | ★ |
| | 3.制定肺癌團隊安寧品質監控指標 | 15 | 11 | 12 | 15 | 53 | ★ |
| 提示系統未連結 | 1.設立提示系統連結照會系統 | 10 | 12 | 10 | 9 | 51 | ★ |
| 醫師缺乏安寧療護概念 | 1.進行醫師病情告知工作坊 | 15 | 8 | 6 | 7 | 36 | |
| | 2.舉辦安寧緩和醫師訓練課程 | 15 | 9 | 7 | 4 | 35 | |
| | 3.規劃團隊成員接受安寧教育訓練 | 15 | 13 | 10 | 13 | 51 | ★ |
| 個案管理師缺乏安寧相關訓練 | 1.參加安寧療護課程訓練 | 15 | 15 | 14 | 11 | 55 | ★ |
| | 2.申請安寧療護衛教手冊 | 12 | 14 | 12 | 13 | 51 | ★ |
| 病人家屬對安寧療護需求低 | 1.進行個別緩和醫療家庭會議 | 13 | 9 | 7 | 4 | 33 | |
| | 2.建置安寧資訊於網路資源 | 6 | 15 | 15 | 15 | 51 | ★ |

註：困難性及耗用成本愈高，評價分數愈低

*表二 專案改善進度表*

| 對策方案 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 一、計劃期 | | | | | | |
| 1.修定肺癌團隊診療指引 | ★ | | | | | |
| 2.修定個案管理師照護標準 | ★ | | | | | |
| 3.設立電腦提示系統連結照會系統 | ★ | | | | | |
| 4.建立肺癌團隊安寧療護照護品質監控 | ★ | ★ | | | | |
| 5.規劃團隊成員接受安寧教育訓練 | ★ | ★ | | | | |
| 6.申請安寧療護衛教手冊 | ★ | ★ | | | | |
| 7.規劃安寧療護資訊於網路資源 | ★ | ★ | | | | |
| 二、執行期 | | | | | | |
| 1.執行肺癌診療指引 | | | ★ | | | |
| 2.執行個案管理師照護標準 | | | | ★ | ★ | ★ |
| 3.運用電腦提示系統連結照會系統 | | | ★ | | | |
| 4.落實安寧療護涵蓋率之品質監控 | | | ★ | ★ | ★ | ★ |
| 5.辦理團隊成員接受安寧療護訓練 | | | ★ | ★ | ★ | |
| 6.張貼安寧相關資訊於網路資源 | | | | ★ | | |
| 7.運用安寧療護手冊進行個別護理指導 | | | ★ | ★ | ★ | ★ |
| 三、評值期 | | | | | | |
| 1.評值肺癌末期安寧療護涵蓋率 | | | ★ | ★ | ★ | ★ |

「對治療反應不佳、疼痛無法有效控制、嚴重合併症或無法緩解身體症狀等，應轉介安寧團隊評估」。藉由診療指引的修訂，使醫師在轉介安寧團隊時，有更具體且完整的依據，並規劃為期一個月的宣導，確認每位成員都能瞭解。

2.修訂個案管理師照護標準及作業流程：為能持續性監測肺癌末期病人接受安寧療護之比率，2015年7月10日與護理主管及團隊召集人討論後，修訂個案管理師照護標準中末期病人轉介安寧團隊的流程，內容包含肺癌末期病人具嚴重合併症時，由個案管理師提案討論，評估是否需照會安寧團隊。評估結果載明於「癌症治療計畫書」上，並由個案管理師持續追蹤照會情形。

3.設立提示系統連結照會系統：為便利臨床醫師在點選同意照會提示後啟動連結。2015年7月28日針對住院醫囑提示系統連結照會系統畫面提案本院安寧推動委員會，將此內容製作簡報說明重點及目的、並規劃電腦設定路徑，申請資訊管理程式員建置。

4.建立肺癌團隊安寧品質監控指標：使病人及家屬在末期能得到完善醫療品質，經文獻查證及團隊討論後，由團隊召集人增訂「肺癌團隊安寧療護涵蓋率」品質指標，並依據本院品質指標管理辦法，設定指標名稱及閾值，每月由肺癌團隊提報肺癌安寧療護涵蓋率達成率，如未能達成閾值(60%)，應於團隊會議時逐案檢討改善說明，並於每兩個月呈報腫瘤委員會。

5.規劃團隊成員接受安寧教育訓練：(1)於團隊會議提案，由召集人委派一名醫師參加安寧緩和醫學會的安寧訓練課程。(2)安排個案管理師參加安寧緩和護理學會舉辦之安寧訓練課程。(3)規劃由肺癌團隊和教學部共同舉辦全院性演講，推廣安寧療護概論，讓全院醫護人員皆能接受安寧療護教育訓練。

6.申請安寧關懷手冊進行個別護理指導：有鑑於末期病症的複雜度，在查閱相關文獻及檢視院內可運用之資源後，協助個案管理師申請常用之安寧關懷手冊，依據手冊內容規劃於個管照護過程中，提供需轉介安寧療護的末期病人及家屬使用，內容包含末期病人的照顧、情緒關懷陪伴技巧、症狀處理方式等指導，以及安寧療護諮詢服務電話，以減少病人、家屬的焦慮、陌生感，並有書面資料可參考，同時也提供個案管理師對於安寧資源的指導內容有標準架構。

7.建置安寧資訊於網路資源：為改善病人及家屬對於安寧理念認知，規劃將安寧療護資訊設置於網路資源，包含在LINE肺癌病友群組、癌症中心及臉書網頁，讓病人及家屬可透過多種方式認識安寧療護。

### (二)執行期(2015年9月1日至2015年10月30日)

1.宣導「肺癌診療指引」修改內容：指引修定後於2015年9月1日呈核本院腫瘤委員會通過，於院內網路公告。團隊召集人並於2015年9月7日、9月21日於團隊會議進行宣導，應參加人數

為21人，兩場團隊會議平均出席率為80.5%，未參加人員提供電子檔案採自學方式完成並將診療指引以電子信箱傳寄給團隊各成員。

2.執行個案管理師照護標準：2015年10月7日開始，於每兩週的團隊會議中，個案管理師提案肺癌末期具嚴重合併症個案，依據診療指引及臨床症狀，決定照會安寧團隊與否，記載於「癌症治療計畫書」持續追蹤，並於個案管理資訊系統輸入安寧相關之護理指導。

3.建置提示系統連結照會系統：提示系統連結照會系統於2015年9月4日已建置完成，於2015年9月7日於本院網路公告，持續追蹤使用情形。

4.落實肺癌團隊安寧療護涵蓋率之品質監控：於2015年9月17日團隊會議公告「肺癌團隊安寧療護涵蓋率」品質監控內容。於團隊會議中回饋2015年7月至9月肺癌團隊安寧療護涵蓋率平均35%，每季呈報腫瘤委員會監控結果作為分析改善依據。

5.安排團隊成員接受安寧緩和教育訓練：(1)於團隊會議決議派任呼吸胸腔科醫師一名，參加2015年11月17、18日安寧緩和醫學會舉行的醫師訓練課程。(2)指派三名個案管理師於2015年9月23日參加第三梯次安寧療護訓練課程為期六天，以提升個案管理師於末期病人照護技巧及知能。(3)於2015年10月15日舉辦安寧療護及病情告知技巧於全院性演講，並將內容存檔於本院員工學習網以供查閱。

6.運用安寧關懷手冊執行肺癌末期病人家屬個別護理指導：運用安寧關懷手冊於個人衛教，並在過程中提供情緒關懷，協助增加對末期病情的認知，澄清其疑慮，減少焦慮害怕情緒，傾聽病人及家屬對安寧療護的擔憂及期待，協助轉介腫瘤心理師或安寧團隊以提供後續照護需求，並將其反應及回饋記載於個案管理師的關懷訪視記錄中。

7.張貼安寧相關資訊於網路資源：於2015年10月12日將「認識安寧療護」衛教內容張貼於LINE肺癌病友群組、臉書及癌症中心網頁，讓病人及家屬可透過多種方式獲得資訊。

### (三)評值期(2015年11月1日至2015年12月31日)

依「肺癌診療指引」、「個案管理師照護標準」以及「肺癌安寧療護涵蓋率」進行監測，統計2015年7月至12月因肺癌死亡病人共68人，死亡前接受過安寧團隊照護共42人(61.7%)，安寧療護涵蓋率由10.9%提升至61.7%。專案完成後仍持續監測評值肺癌安寧療護涵蓋率至2016年03月止，已達62.3%，顯示效果仍持續維持。

## 結果評值

本專案旨在提升肺癌團隊安寧療護涵蓋率，修訂肺癌診療指引及個案管理師照護標準，使其轉介安寧團隊有所依據。2015年7月至12月經團隊會議討論後需照會安寧團隊共32人，確實照會安寧團隊有26人，落實照會比率由22.2%提升到81.3%(26/32)，說明於團隊會議中評估病人病況，適時提出照會安寧團

隊之建議，確實可提高照會安寧團隊比率，甚至影響到病人死亡後的安寧療護涵蓋率。團隊成員中已有一名醫師參加2015年11月安寧緩和課程。並有三名個案管理師完成安寧療護訓練。完訓個案管理師表示，安寧療護的訓練可提升末期症狀的照護能力，更增加了內在對靈性議題的自我覺察，而深層的同理回應，更能貼近病人、家屬在末期的心理需求，為求精進，期望可擔任臨床種子教師。尚未參加訓練之個案管理師也陸續安排接受安寧緩和課程，以利末期病人家屬可獲得完整的安寧緩和照護。評值2015年7月至2015年12月安寧療護涵蓋率為61.7%，達到本專案之目的。

## 結論

現行的癌症診療都是整合多專科團隊的模式，提供病人在罹癌後不同照護目標的資源，即使到了末期安寧緩和醫療階段，團隊人員仍需具有緩和照護技巧，透過溝通及轉介安寧團隊，讓病人持續在原診療醫師的照護下得到身、心、靈的全人照護。安寧療護涵蓋率可反映癌症團隊對緩和醫療的理解、認同程度，可據此做為團隊安寧照護品質監控目標，以提升末期照護品質。

執行過程中，專案小組發現部分末期病人、家屬對安寧療護的擔憂以及對病情理解、預後期待不一致時，影響安寧團隊的介入時機及措施，需要時間建立彼此信任關係，在此未進一步探討，乃本專案之限制。而醫師對安寧療護的觀念缺乏認同是本專案最大阻力，所幸經由教育訓練後提升醫師對安寧療護的認知，轉化阻力為助力，另增加個案管理師對安寧療護的認識及末期症狀照護、溝通能力亦也能增加診療團隊對此議題的重視及理解。同時，若病人未啟動照會安寧團隊，仍能在個案管理師的情緒關懷、提供末期衛教指導下，緩解症狀帶來的痛苦及焦慮，亦能增加末期照護品質。

本專案幸有護理主管的協助溝通、跨部門團隊的支持，才能指派呼吸胸腔科醫師接受安寧療護相關訓練。而護理主管除了強化安寧議題及倫理討論在各職類的護理在職教育當中，也定期指派護理師接受安寧療護訓練成為各單位執行安寧療護的種子人員。建議各癌別團隊會議可依照肺癌團隊運作方式提升團隊成員安寧相關教育訓練、建立各癌別安寧療護涵蓋率品質指標及檢討機制等措施，讓病人自主權利及末期善終權得以被尊重，亦能提供病人安全舒適及優質的照護品質。

## 參考資料

江貞儀、陳妮婉、黃采薇(2013)．探討護理人員對癌末病人使用安寧療護認知與阻礙因素．*澄清醫護管理雜誌，9*(3)，15-22。

李英芬、李佩怡、劉景萍、任珮君、謝瑞坤、蔡麗雲(2012)．安寧共同照護介入對非安寧病房之癌症末期病人及其家屬之照護成效探討．*馬偕護理雜誌，6*(2)，14-27。

高淑雰、宋易珍、黃于芳、張芳瑜、張月娟(2013)．肺癌病人照護需求及其相關因素之探討．*榮總護理，30*(4)，329-339。doi:10.6142/VGHN.30.4.329

黃馨葆、陳皇吉、蔡佩渝、謝雅琪、林楷煌、蔡兆勳(2014)．如何以家庭會議協助重症病人生命末期決策．*安寧療護*

*雜誌，19*(3)，268-281。doi:10.6537/TJHPC.2014.19(3).4

葉昱辰、鄭如芬、鍾玉珠、林雅卿、張慧蘭(2014)．提供安寧療護於一位肺癌末期病人之護理經驗．*源遠雜誌，8*(1)，63-71。doi:10.6530/YYN.2014.8(1).09

劉梅英、劉雪娥、王宏銘、蔡培癸、簡淑慧、林怡欣(2015)．安寧共同照顧模式對改善癌末主要照顧家屬照顧負荷之成效．*護理暨健康照護研究，11*(4)，257-266。doi:10.6225/JNHR.11.4.257

衛生福利部國民健康署(2015，03月30日)．*癌症防治計畫*．取自http://www.hpa.gov.tw/bhpnetadmin/Portal/file/ThemeDocFile/20150317053517872 2/104.pdf

衛生福利部國民健康署(2016，05月26 日)．*安寧療護*．取自http://www.hpa.gov.tw/Pages/List.aspx?nodeid=210

衛生福利部(2016，08月05日)．*104年國人死因統計結果*．取自http://www.mohw.gov.tw/news/572256044

賴慧文、陳玉紛、蔡育倫、張慕民、潘雪幸(2016)．安寧共照介入對癌末病人安寧療護、安寧共照知識及接受意願之成效．*源遠護理，10*(2)，33-38。doi:10.6530/YYN/2016.1.3

謝秋菊、李麗雲、周繡玲、簡淑慧(2012)．探討推動安寧療護之障礙因子及其應對策略建議．*腫瘤護理雜誌，12*(2)，51-59。

羅曉雲(2016)．結合安寧共同照護協助一位肺癌末期患者臨終之護理經驗．*彰化護理，23*(1)，38-49。doi:10.6647/CN.23.01.07

Ford, D. W., Koch, K. A., Ray, D. E., & Selecky, P. A. (2013). Palliative and end-of-life care in lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer: American college of chest physicians evidence-based clinical practice guidelines. *Chest Journal, 143*(5_suppl), e498S-e5 12S.

Greer, J. A., Pirl, W. F., Jackson, V. A., Muzikansky, A., Lennes, I. T., Heist, R. S., & Temel, J. S. (2012). Effect of early palliative care on chemotherapy use and end-of-life care in patients with metastatic non small cell lung cancer. *Journal of Clinical Oncology, 30*(4), 394-400. doi:10.1200/JCO.2011.35.7996

Pirl, W. F., Greer, J. A., Irwin, K., Lennes, I. T., Jackson, V. A., Park, E. R. Fujisawa, D., Wright, A. A., & Temel, J. S. (2015). Processes of discontinuing chemotherapy for metastatic non-small-cell lung cancer at the end of life. *Journal of Oncology Practice, 11*(3), e405 - e412. doi: 10.1200/JOP.2014.002428

# Increase the Provision Rate of Hospice-Palliative Care for Lung Cancer Patient in a Hospital

Chiung-Chun Wu, Yi-Chen Li, Yung-Tin Huang*, Shu-Chiou Lee**

## ABSTRACT

Symptoms of advanced lung cancer patients can seriously affect patients' quality of life. Hospice-palliative care helps in controlling the symptoms and improves life quality among terminally ill patients. Data showed that the provision of hospice-palliative care for lung cancer patient from January to June, 2015 was only 10.9%. Analysis concluded that the low provision rate was caused by the lack of referral mechanism in lung cancer treatment and case manager care guideline, the lack of hospice training in lung cancer medical members, and that the computer information system was not connected to the notification forms. To address these issues, the following solutions were devised and implemented: revise lung cancer treatment and case manager care guideline to include referral mechanism, implement an evaluation for referral to hospice care, provide hospice training programs, implement quality control over provision of hospice care, and assist hospice care consultation with available resources. After the solutions were implementation, the provision rate of hospice-palliative care increased from 10.9% to 61.7%, which is a clear indication that the program can effectively increase both the quality and provision of hospice care for terminal lung cancer patients. (Tzu Chi Nursing Journal, 2019; 18:1, 90-100)

Keywords: hospice care provision rate, terminal lung cancer

---

RN, BSN, Department of Nursing, Keelung Chang Gung Memorial Hospital; Case Manager of Oncology Management, Department of Nursing, Keelung Chang Gung Memorial Hospital*; RN, MSN. Nursing Supervisor, Department of Nursing, Keelung Chang Gung Memorial Hospital**

Accepted: April 27, 2017

Address correspondence to: Shu-Chiou Lee Department of Nursing, Keelung Chang Gung Memorial Hospital. No.222, Maijin Rd., Keelung City 20401, Taiwan, R.O.C
Tel: 886-2-2431-3131 #2511 ; E-mail: dou12335@cgmh.org.tw