

※ ※

※ 癌末病患生活品質與調整品質後存活時間之研究 ※

※ (The Study of Quality of Life and Quality Adjusted Survival ※

※ in Patients with Advanced Cancer) ※

※ ※

執行期間：90 年 08 月 01 日至 91 年 07 月 31 日

邱泰源 助理教授

☐ 國際合作研究計畫國外研究報告書一份

執行單位：國立台灣大學醫學院護理學系

中 華 民 國 91 年 10 月 30 日

行政院國家科學委員會專題研究計畫成果報告

計畫編號：NSC90-2314-B-002-329

執行期限：90 年 8 月 1 日至 91 年 7 月 31 日

計畫主持人：胡文郁 助理教授

共同主持人：謝長堯 教授

陳慶餘 教授

戴玉慈 副教授

邱泰源 助理教授

一、中英文摘要

本研究目的是探討成年癌末病人之生活品質及調整品質存活後時間(QAS)指標之研究，採用已經心理計量驗證之具信效度之結構型癌末病人 McGill 生活品質量表(MQOL)，於台北市某醫學中心腫瘤與緩和醫療病房進行立意取樣，選樣標準均為腫瘤醫師確認癌症病人對治癒性治療均已無反應，停止癌症治癒性醫療，且意識意識清楚而願意接受訪談的患者，並以面對面訪談以及病人自填方式收集資料。以 SPSS 以及 S-plus 套裝軟體將所收集到的資料進行建檔及統計分析。主要研究結果為：(1) 身體症狀的發生率以及對生活品質困擾程較高的前三位分別為疲倦、疼痛及口乾。(2) 癌末病患生活品質量表之自覺滿意度為中等(5.9 分)，滿分 10 分。心理社會方面得分較身體症狀與靈性存在方面得分高。(3)接受安寧緩和醫療患者其身體症狀及體力較未接受安寧緩和醫療之癌末患者為差，身體症狀層面之生活品質得分較低；但對未來感到害怕對生活品質的困擾度較低。(4)ECOG-PSR 在 3 分以上者，其身體症狀及體力差對生活品質的困擾度較高，身體症狀層面之生活品質得分較低。(5) 預估一般正常人的 QAS 值為未接受安寧緩和醫療癌末患者之 QAS 值的 48 倍；預估一般正常人的 QAS 值為 ECOG-PSR 為 2 分以下癌末患者的 56.8 倍。

關鍵詞：生活品質、癌症末期、調整品質
存活後人年、生活品質調整後存
活時間、安寧緩和醫療

Abstract

The purposes of this study were to investigate the quality of life and quality adjusted survival (QAS) of terminal cancer patients. Purposive sampling was used for the terminal cancer patients in oncology and palliative care units in a university hospital. The instrument used in the study was McGill Quality of Life Questionnaire (MQOL) which had a good psychometric test. Spss and S-plus software were used to analyze the data. Main results in the study included: The prevalence of symptoms and the severity of disturbance were ranked as fatigue, pain, and dry mouth. Self-rating to the satisfaction of the quality of life was 5.9 (range 0-10). The score of psychosocial domain was higher than the scores of physical and spiritual domains. The symptoms and physical conditions of the patients in palliative care unit were worse than those in oncology unit. However the impact of afraid of the future to the quality of life was lower in palliative care unit. Predicted QAS in Taiwan normal patients was 48 times to the patients in oncology unit and 56.8 times to the patients whose ECOG-PSR was lower than grade 2. In conclusion, the symptoms and its impact to the quality of life of the patients in palliative care unit were more remarkable than those in oncology unit. Late referral to palliative care unit was still noted in these patients.

Keywords: life quality, terminal cancer, quality adjusted life years, quality adjusted survivals, hospice and palliative care

二、緣由與目的

台灣地區惡性腫瘤連續 19 年位居死

因首位，大多數癌症患者終將面臨癌症末期階段且承受身心靈及社會整體性的痛苦，致使病人及家屬生活品質低落，在歷盡煎熬後，痛苦而死。推估我國於公元 2012 年，癌末照顧需求將增為目前的三倍^[1]，由於國外多項研究已肯定安寧緩和醫療之整體性照顧模式，可滿足癌末病人及其家屬之身心靈及社會且提昇癌末生活品質需求^[2]，目前國內亦正積極推展安寧緩和醫療照顧模式，但臨床上癌末病人與家屬在選擇積極抗癌治療、骨髓移植、臨床試驗、傳統支持療法抑或安寧緩和醫療？常是在「生活品質(quality of life)」與「存活期(life survival)」之間充滿矛盾與掙扎^[3-4]。由於本研究曾針對癌症病患接受化療、骨髓移植及安寧緩和醫療之生活品質進行過數篇之研究，深覺國內具良好信效度檢定之癌末患者生活品質評量表仍付之闕如，且國人於癌末選擇末期醫療照顧模式時，如何能在生活品質與存活期間抉擇出對自己最佳的選擇？醫療人員又能提供何種具科學性且個別性的指標供癌末病人與家屬參考呢？此類型研究實為當今末期醫療照顧中最迫切且極待解決之重要課題。

故本研究結合心理計量(psychometric)效用(utility)測量方法^[5-7]，發展出具信、效度且可做跨國際與文化比較研究之癌末病人生活品質評量工具^[8]，並進而發展「調整品質後存活時間(Quality adjusted survival, 簡稱 QAS)」指標，提供學術研究、臨床醫藥療效分析以及監控癌末醫療照護之服務品質與成本效性分析，並有效地評價安寧緩和醫療照顧是否確實能提昇癌末患者之生活品質，作為我國衛生政策機關在推展並落實本土化最佳末期醫療照顧模式之參考。

三、對象與方法

(一)研究對象：

本研究採結構式問卷，以面對面訪談及病人自填的方式收集資料。研究樣本於台北市某醫學中心各腫瘤與緩和醫療病房進行立意取樣，選樣標準為：1)醫師確認癌症病人對治療性治療均已無反應，停止

癌症治療性醫療者；2)年齡大於 18 歲以上成年患者；3)意識清楚、可溝通，且願意接受訪談者；4)病人可於收案過程隨時終止參予，共 102 位個案。

(二)研究工具及信效度

本研究問卷內容涵蓋三部份：即基本資料、生活品質與身體不適症狀。此 McGill QOL 量表已於去年針對 64 為癌末個案進行信效度檢定，具良好之建構效度與內容之內在一致性。本研究乃再針對 102 位癌末個案進行探索性因素分析，採 Varimax 方法進行直角旋轉，結果為：因素負荷量(factor loading)均大於 0.36，最後生活品質量表建構為「身體症狀(physical symptoms)」、「心理症狀(psychological symptom)、社會支持(Social support)與靈性存在(Existential wellbeing)」四個因素，Cronbach's α 值依序分別為 0.79、0.73、0.75 與 0.76。生活品質總量表之 Cronbach's α 值為 0.82。

四、結果與討論

本研究對象共 102 人，其中有 62 位住安寧緩和醫療單位(60.8%)，40 位住腫瘤病房(39.2%)，男女幾各佔一半，年齡以成人中期為主(38.2%)，平均年齡為 49.55 歲(SD=17.56)。婚姻狀況以已婚者居多(68.3%)，教育程度以專科或高中居多(62.7%)；宗教則佛教(32.7%)、民間信仰(20.8%)，無宗教信仰(18.8%)及天主基督教(15.8%)平均分布，疾病以腸胃道癌症(22.5%)、肺癌(19.6%)及血癌(14.7%)患者居多。

癌末病患發生率較高的前五位症狀分別為疼痛(62.9%)、疲倦(57.9%)、口乾(43.2%)、食慾不振(41.5%)及腹脹(38.9%)，有發生症狀且感到生活困擾的症狀，依困擾程度高低排序，分別為疲倦(2.31)、疼痛(2.26)、口乾(1.88)、食慾不振(1.45)及便秘(1.38)，身體功能狀態(ECOG-PSR)以第三、四級居多(41.8%與 21.4%)，平均值為 2.62，表示癌末患者有近六成左右其身體功能，有一半以上的時間須靠他人協助而無法自我照顧。

生活品質量表得分愈趨於 10 分，表示生活品質越趨滿意，癌末患者總平均得分為 5.88 分，在社會方面的得分(7.64 分) 心理方面的得分(6.1 分)比身體症狀及靈性存在方面(5.53 及 4.22 分)的得分較高。病患過去兩天生活品質的「整體感覺」得分為 6.81 分。其中生活品質得分較高的前五個項目分別為「有感覺到被支持」(8.5 分)、「這各世界是被關懷的」(7.5 分)、「覺得自己過得很好活得像個人」(7.3 分)、「過去這二天活著對我而言是一種福氣」(7.2 分)及「覺得人生活到現在是有價值的」(6.5 分)。相對而言，評價較低的項目，即生活品質得分在五分之下的項目為「第一個令我感到生活有困擾的症狀」(2.8 分)、「我覺得我的體力非常好」(3.8 分)、「第二個令我感到生活有困擾的症狀」(4.2 分)、「當我想到我整個人生時及我覺得人生的目標已達成」(4.8 分)。

以 t-test 檢定性別、年齡、是否接受安寧緩和醫療、婚姻狀況、ECOG-PSR、信仰與否以及教育程度等各變項與生活品質總得分和其各次層面之相關，結果發現僅未接受安寧緩和醫療與否及 ECOG-PSR 與生活品質之身體症狀層面之生活品質有關($t=-3.67, -2.87\sim-0.85; t=3.86, 0.97\sim3.03$)。進一步以 16 題之生活品質項目進行分析，結果發現接受安寧緩和醫療患者其身體症狀及體力較未接受安寧緩和醫療之癌末患者為差，身體症狀層面之生活品質得分較低；但對未來感到害怕對生活品質的困擾度較低。身體功能狀態在 3 分以上者，其身體症狀及體力差對生活品質的困擾度較高，身體症狀層面之生活品質得分較低。

再依 t-test 檢定結果與生活品質有顯著相關之各變項，將其存活時間、存活狀態、生活品質測量期間與結果、以及病人確認為癌末時的年齡與性別，以 S-plus 軟體求得未接受安寧緩和醫療癌末患者之 QAS 值(9, SE=1.1)與一般正常人的 QAS 值(432, SE=2.6)相比較，正常人為其值的 48 倍；ECOG-PSR 為 2 分以下癌末患者之 QAS 值為(6.1, SE=2.4)，與一般正常人的 QAS 值為(346.2, SE=2.6)相比較，正常人為其值

的 56.8 倍。

五、計畫成果自評

研究內容與原計畫大致相符，研究目的均已達成，但因癌末患者體力較差且病情變化快，致收案不易且所花費時間遠超原預期時間，故收案數較少，不適合進行驗證性因素分析；但所建立具信效度之癌末患者生活品質量表以及調整品質存活後時間(QAS)指標之量性研究，其成果不但具學術應用價值，且可作為將來衛生政策推行發展之主要參考依據，適合在學術期刊發表。

六、參考文獻

- [1] 黃鳳英(1994)·癌症末期病人安寧照顧需求之推估·國立中正大學社會福利研究所碩士論文。
- [2] 施嘉惠(1999)·比較接受安寧療護與否之癌症末期病患的社會支持與生活品質·國立陽明大學社區護理研究所碩士論文。
- [3] 王榮德、游正芬、鍾智文、姚開屏(2000)·廿一世紀之健康照護效性評量：生活品質與生活品質調整後之存活分析·台灣醫學，4(1)，65-74。
- [4] Patrick, D. L., & Erickson, P.(1993). Assessing health-related quality of life for clinical decision-making In S. R. Walker & R. M. Rosser(9eds.). Quality of life assessment: key issues in the 1990s.(pp.11-64).Netherlands: Kluwer Academic.
- [5] 黃景祥 (2001) 調整存活後之生活品質計量：統計方法與軟體之實質應用·生活品質網站。
- [6] Arnesen T, Nord E. The value of DALY life: problems with ethics and validity of disability adjusted life years. *Br Med J* 1999;319:1423-5.
- [7] LaPuma, J. & Lawlor, E. F.(1990). Quality-adjusted life-years: Ethical implications for physicians and policy-makers. *J Am Med Assoc*, 263, 2917-21.
- [8] Cohen, S. R., Mount, B. M., Bruera, E.,

Provost, M., Rowe, J., & Tong, K. (1997). Validity of the McGill Quality of Life Questionnaire in the palliative care setting: A Multi-centre Canadian study demonstrating the importance of the existential domain. Palliative Medicine. 11(1), 3-20.

Table 1. Varimax rotated factor matrix for the translated MQOL-Taiwan version items (N=102)

| MQOL Items | Physical symptoms | Psychological symptoms | Existential well-being | Support |
|-------------------------------------|-------------------|------------------------|------------------------|-------------------|
| 1) 1 st Physical problem | <u>.88</u> | .03 | .10 | -.02 |
| 2) 2 nd Physical problem | <u>.94</u> | .04 | .13 | .06 |
| 3) 3 rd Physical problem | <u>.84</u> | .01 | -.02 | .16 |
| 4) Physically well/terrible | .30 | -.02 | .70 | -.14 |
| 5) Depressed | .11 | <u>.80</u> | .06 | .01 |
| 6) Nervous and worried | .18 | <u>.79</u> | .14 | .02 |
| 7) Time sad | .05 | <u>.69</u> | .29 | .19 |
| 8) Fear future | -.18 | <u>.63</u> | -.11 | .20 |
| 9) Existence meaningful | -.04 | .11 | <u>.66</u> | .47 |
| 10) Achieving goals | -.03 | .12 | <u>.54</u> | .27 |
| 11) Life worthless | -.03 | -.01 | <u>.36</u> | .72 |
| 12) Control over time | .10 | .23 | <u>.62</u> | .38 |
| 13) Like self | -.03 | .28 | <u>.24</u> | .73 |
| 14) Every day is a gift | .15 | .19 | <u>.13</u> | .58 |
| 15) World is caring | .18 | .03 | .19 | <u>.72</u> |
| 16) Felt supported | -.04 | .01 | -.10 | <u>.82</u> |