

臺北醫學大學護理學研究所碩士論文

Taipei Medical University
Graduate Institute of Nursing
Master Thesis

指導教授：林佳靜教授 Lin, Chia-Chin

癌症病人之止痛藥服藥遵從性與障礙因子及疼痛
處理滿意度的相關探討

Relationships of Analgesics Adherence to Patient-
Related Barriers and Satisfaction of
Pain Management in Cancer Outpatients

研究生：鄭允宜 Cheng, Yun-Yi 撰

中華民國九十七年一月

January, 2008

致 謝

在北醫當研究生的這段日子，是一段忙碌但喜悅的日子。很難想像自己在工作了一大段時間後，還有機會回到學校充實自己。就讀的這段時間，不僅親自體會到指導老師的嚴謹研究及致學的精神，更從來自四面八方的同學身上，獲得了相互協助及支持的滿足。

能夠跌跌撞撞的完成學業，最感激的是我慈愛的天父，祂在我身邊擺下的不只是障礙，更有協助我跨越障礙、協助我成長的天使。我的恩師-林佳靜教授，在我陷入困境屢屢想放棄一切時，以她一貫的溫柔和堅持陪伴引領我，我深知若不是佳靜老師的不放棄，如今我甚麼都辦不到；宜柔學妹，總是在我怠惰時對我耳語：「學姐！加油哦！」，那種殷切的盼望是我無形的動力。我的口試委員-張玉坤老師及張佳琪老師，讓我看到了研究的深度、嚴謹及社會意義。

如同其他在職進修的研究生一般，如何在工作與學業之間尋求平衡點，是一件困難且掙扎的事情。十分幸運地，我有一群體貼的長官，非常感激高靖秋主任，給了我別於一般人的學習經驗，讓我在經歷中重新尋回自己；感謝林副主任及張副主任，對我的信任與肯定；麗彬督導、素月督導，一直在工作上幫助我，填補我的空缺與不足，並且在我隻身於芝加哥的日子裡，給我最大的溫暖，在我最軟弱的時候，給我擁抱。我可愛貼心的夥伴巧齡、如玉、小豆、雅婷...，是妳們支撐著病房，才

讓我能安心的完成學業。最後，要感謝我的摯友，北醫方慧芬督導、小乖、麗芬、錦雲、善寰姊姊...，讓我一路走來並不寂寞。

僅將此成果，獻給我敬愛的老師、長官，及我摯愛的家人及朋友，謝謝您們的陪伴。

鄭允宜謹誌



論文摘要

論文名稱：止痛藥服藥遵從性與病人障礙因子及疼痛處理滿意度
的相關探討

研究所名稱：臺北醫學大學護理學研究所

研究生名稱：鄭允宜

畢業時間：九十六學年度第一學期

指導教授：林佳靜教授

疼痛是癌症病人重要的問題，使用止痛劑是緩解癌症疼痛的主要方法，而疼痛處理無效的一個因素正是病人服用止痛劑遵從性差，近年來服藥遵從性漸漸被健康照護者重視，不遵從或不完全遵從，是目前健康照護的一個主要的問題，遵從行為是一種複雜的行為，可能包含病人的人口學變項、疾病的時間、生理功能、病人觀念、態度及病人對治療的滿意度。在國外針對研究服藥遵從性已使用信、效度良好的結構性量表，本研究希望使用台灣版 Morisky 服藥遵從性敘述量表有效地評估病人的服藥遵從性，並了解門診癌症疼痛病人的服藥遵從性及影響服藥遵從性的相關因素。

研究方法為橫斷式研究設計，採用資料分析法進行分析，資料來源為一大型研究的二次分析，共分析資料 100 人。資料檔案包含病人之個人及疾病基本資料、台灣版 Morisky 服藥遵從性量表、病人台灣版障礙

量表、家屬台灣版障礙量表、中文版簡明疼痛量表、APS 疼痛滿意度量表，及 Karnofsky 功能評估量表，資料分析採描述性分析、*t* 檢定、*F* 檢定、相關檢定 (Pearson correlation) 及迴歸分析 (regression analyses)。

研究結果顯示門診之癌症疼痛病人服藥遵從性屬低至中度，影響台灣癌症疼痛病人服用止痛藥物遵從性之相關因素，包括病人年齡 ($r = .211, p = .035$)、教育程度 ($r = .211, p = .035$)、病人止痛藥障礙分數 ($r = -.54, p < .001$)、家屬止痛藥障礙分數 ($r = -.47, p < .001$)、病人對疼痛處理的滿意度 ($r = .49, p < .001$)、平均疼痛程度 ($r = -.20, p = .04$)。而病人止痛藥障礙因素及對疼痛處理的滿意度共可解釋 37.5% 病人服藥遵從性的變異量，此解釋力達統計上的顯著水準 ($p = .01$)；加入家屬止痛藥障礙、平均疼痛程度、年齡、教育程度因素，此六個相關因素可預測 42.4% 病人服藥遵從性的變異量。雖然病人的年齡及教育程度是無法改變的，但是若能降低病人對止痛藥的服藥障礙且增加病人對疼痛處理的滿意度，就可以解決 37.5% 病人服藥遵從性的問題。故臨床醫護人員應加強癌症疼痛病人止痛藥物服用知識，減少病人錯誤概念，耐心傾聽病人需求增加病人對醫護處理之信任及滿意度，就能增加病人的服藥遵從性，進而減輕病人的疼痛強度。

關鍵字：服藥遵從性、止痛藥物、服藥障礙、疼痛處理滿意度

Abstract

Title of Thesis: Relationships of Analgesics Adherence to Patient-Related
Barriers and Satisfaction of Pain Management in Cancer
Outpatients

Institution: Graduate Institute of Nursing, Taipei Medical University

Author: Cheng, Yun-Yi

Thesis directed by: Lin, Chia-Chin, professor

Pain is one of the major problems faced by cancer patients. Use of analgesics is a major treatment modality in management of cancer pain. Achieving adequate adherence to analgesics regimen is difficult. The most advanced therapeutic regimen with appropriate medicine will fail without patient adherence. Within recent years, non-compliance or the inability to stay in treatment or adhere to a treatment regimen has been recognized as a major health care problem. Lack of adherence may result from patient-related factors, such as barriers to pain management or satisfaction of pain management.

The purpose of the study was to investigate the level of adherence with analgesics regimen and to explore the predicting factors of adherence with analgesics regimen in a sample of Taiwan cancer patients with pain. The study was part of a large study. A total of 100 patients were used in the analysis. Instrument consisted of the Taiwanese Version of Medication

Adherence measure, the Barriers Questionnaire--Taiwan Form (BQT), Brief Pain Inventory-Chinese version (BPI-C), Karnofsky Performance Status (KPS), and a demographic questionnaire. Descriptive analysis, *t*-test, *F*-test, Pearson correlation, and multiple regression analysis were used for data analysis.

Results from the study show the level of adherence with analgesics regimen was low. The result of multiple regression analysis show that predictors for analgesics adherence in cancer outpatients with pain were patient-related barriers and satisfaction of pain management ($p = .01$).

The survey may serve the medical personnel and institutions as an important reference for pain management. Decrease of patient-related barriers and improve of satisfaction of pain management will improve analgesics adherence in cancer with pain.

Key words: adherence, analgesics, patient-related Barriers, satisfaction of pain management

目 錄

	頁數
致 謝	I
中文摘要	III
英文摘要	V
目 錄	VII
圖表目次	IX
第一章 緒論	
第一節 研究動機	1
第二節 研究重要性	3
第三節 研究目的	5
第二章 文獻查證	
第一節 癌症疼痛	6
第二節 服藥遵從性	7
第三節 癌症病人服用止痛藥的遵從行為	10

第三章 研究架構

第一節 研究架構	13
第二節 研究假設	15
第三節 名詞解釋	16

第四章 研究方法

第一節 研究設計	18
第二節 研究場所及對象	19
第三節 研究工具	20
第四節 資料收集過程	27
第五節 統計分析	28

第五章 分析與結果

第一節 病人人口學特性分析	30
第二節 癌症病人服藥比率、服藥遵從性分布	34
第三節 病人對疼痛處理滿意度之分布	35
第四節 癌症病人疼痛及疼痛干擾日常生活強度之分布	36

第五節 癌症病人及家屬止痛藥障礙因子之分布	.....39
第六節 癌症病人服藥遵從性與各變項之關係	.....43
第七節 癌症病人服藥遵從性與各變項之單一迴歸關係	.53
第八節 預測影響癌症病人服藥遵從之因素	.....56
 第六章 討論	
第一節 癌症病人對於服用止痛藥物之服藥遵從性	.....58
第二節 癌症病人的疼痛強度及對生活的干擾程度與服藥 遵從性之相關	.....62
第三節 癌症病人對疼痛處理的滿意度與服藥遵從性之相 關	.....65
第四節 癌症病人及家屬對止痛藥物的障礙因子與服藥遵 從性之相關	.....67
第五節 病人服藥遵從性之預測	.....71
 第七章 結論與建議	
第一節 結論	.....73
第二節 未來的貢獻	.....75

第三節 研究限制與建議	77
-------------------	----

參考文獻

中文部份	78
------------	----

英文部份	79
------------	----

附錄

附錄一 個人基本資料	87
------------------	----

附錄二 台灣版簡明疼痛量表	88
---------------------	----

附錄三 服藥遵從性問卷	90
-------------------	----

附錄四 台灣版障礙量表	91
-------------------	----

附錄五 Karnofsky 功能評估量表	96
----------------------------	----

圖表目次

	頁數
圖一 影響癌症病人服用止痛藥物的相關因素架構	14
表一 病人基本屬性分布	32
表二 癌症病人疼痛及疼痛干擾日常生活強度之分布	38
表三 病人止痛藥障礙因子之描述統計	41
表四 家屬對止痛藥障礙因子之描述統計	42
表五 服藥遵從分數與病患基本資料之相關	45
表六 癌症病人服藥遵從性與疼痛平均強度服用止痛藥滿意度 之相關	48
表七 病人障礙因子與服藥遵從分數之相關.....	50
表八 家屬障礙因子與服藥遵從分數之相關.....	52
表九 服藥遵從性與各變項之單一回歸.....	55
表十 複迴歸止痛藥服藥遵從之預測.....	57

第一章 緒論

第一節 研究動機

疼痛是癌症病人重要的問題，在台灣估計有 30% 初診斷及 40% 進行中的癌症病人經歷著疼痛（Ger, Ho, Wan & Cheng, 1998; Lai, 1994）。國外文獻指出 70-90% 的病人疼痛可經由使用麻醉性止痛藥而達到良好的控制，使用止痛劑是緩解癌症疼痛的主要方法（Schug, et al., 1992; WHO, 1990）。但如同其他慢性病人一般，要成功的使病人遵從服藥行為是一件困難的事，而疼痛處理無效的一個因素正是病人服用止痛劑遵從性差（Miaskowski et al., 2001）。

近年來服藥遵從性漸漸被健康照護者重視，不遵從或不完全遵從，是目前健康照護的一個主要的問題，甚至有文獻指出高於 90% 的醫療治療未被完全遵從（Zisook, 1981）。遵從行為是一種複雜的行為，可能包含病人的人口學變項、疾病的時間、生理功能、病人觀念、態度及病人對治療的滿意度（Akikens, 2005; Robison, 2004; Sale, 2006）。在國外針對研究服藥遵從性已使用信、效度良好的結構性量表，但國內服藥遵從性的評估方式，通常由病人自我報告或計算病人實際服用藥物顆數與醫師處方總量的比率，並未使用結構性的量表，且研究對象多為住院中的病人，對於門診病人的服藥遵從性研究甚少。

本研究希望使用台灣版 Morisky 服藥遵從性敘述量表（Taiwanese

Version of Medication Adherence measure) 有效地評估病人的服藥遵從性，並了解門診癌症疼痛病人的服藥遵從性及影響服藥遵從性的相關因素。



第二節 研究重要性

癌症是台灣十大死因的第一位，疼痛一直是困擾癌症病人的主要問題，Bonica(1985)指出 70%的癌症病人曾經歷過疼痛的問題。根據國內學者調查，台灣初次診斷為癌症的病人，30%以上有疼痛的經歷，而進行中癌症病人則有 40%經歷疼痛（Ger, Ho, Wan & Cheng, 1998; Lai, 1994）。如果根據 WHO 三階段給藥方式處理疼痛，大部分的疼痛是可以被緩解的，在癌症疼痛處理不彰的因素中，包含政策面、病人和家屬方面及健康照護系統等方面，在病人及家屬方面，被視為影響癌症疼痛控制的重大原因，主要是對疼痛有不正確的認知及對止痛藥物的迷思 (AHCPR, 1994)。近年來研究顯示，病人及家屬報告癌症病人疼痛強度及疼痛干擾日常生活有不一致的情形（梁，2000；Ferrell et al., 1991；Lin, 2001；Miaskowski, 1997），這些疼痛感受不一致的解讀與病人疼痛程度呈高度的相關，表示病人家屬對病人疼痛感受與病人越不一致，病人的疼痛緩解也就越差（Lin, 2001）。

疼痛緩解的方式，雖然專家建議合併使用藥物及神經傳導刺激、生物回饋、音樂治療、肌肉按摩及催眠等非藥物的治療（Lyles, et al., 1982; McCaffery, et al., 1989; Raft, et al., 1986; Spiegel, 1986），但礙於部分的癌症病人多居住家中，而非居住在醫院或機構中，而這些非藥物的治療往往需要專業及長時間的訓練，所以對大部分的癌症病人幫助並不

大 (Ferrell et al., 1994) ，所以大部分門診的病人仍以服用止痛藥物為主。

因此，對健康照護者而言，了解病人及家屬對於服用止痛藥物的障礙，及影響病人服藥遵從性的相關因素進而教育及改善，是非常重要的事情。



第三節 研究目的

- 1、以台灣版的 Morisky 服藥遵從量表評估門診的癌症疼痛病人的遵從性。
- 2、探討影響台灣癌症疼痛病人止痛藥服藥遵從性與障礙因子及疼痛處理滿意度之相關性。



第二章 文獻查證

第一節 癌症疼痛

自從 1982 年開始癌症就高居台灣十大死因的第一位，疼痛一直是困擾癌症病人的主要問題，Bonica (1985) 指出 70% 的癌症病人曾經歷過疼痛的問題。根據國內學者調查，台灣初次診斷為癌症的病人，30% 以上有疼痛的經歷，而侵襲中癌症病人則有 40% 經歷疼痛 (Ger, Ho, Wan & Cheng, 1998; Lai, 1994)。

「疼痛是一種不愉快的感覺及情緒經驗，可能造成現存或潛在的組織傷害，疼痛是一種主觀的感受。」、「疼痛帶給病人痛苦、失去控制感及影響生活品質。」，國際疼痛研究協會 (International Association for the Study of Pain, IASP) 及美國健康照顧政策研究機構 (The Agency For Health Care Policy and Research, AHCPR) 分別於 1987 年及 1994 年對疼痛提出了以上的定義 (Cleeland, 1984; Ferrell et al, 1995)。疼痛不僅會影響到病人的生理、心理的舒適，進而可能干擾角色功能及人際關係 (Ferrell et al., 1993)。

由此可知，癌症疼痛不只是病人生理上的痛楚，甚至在心理上會感到失去控制感，在行為及人際關係上，也會因此而造成干擾或障礙，進而影響病人的生活品質，在癌症病人日益增加的台灣，癌症病人疼痛問題應重新被檢視。

第二節 服藥遵從性

「遵從」兩個字在辭典上的解釋為依照命令。遵從行為 (compliance) 是指一個人所表現的健康行為與醫囑符合的程度 (Dracup & Meleis, 1982)。根據貝克於 1987 年提出的健康信念模式，強調個人採取某項健康行為的取決因素，主要受其疾病信念與行動準備的利弊得失影響。其中包括：(一) 態度與信念方面的變項：包含自覺疾病罹患性、自覺罹病嚴重性、自覺行動利益與自覺障礙因素；(二) 行動線索方面：包括大眾傳播媒體的報導、醫師的提醒與親友的經驗都屬於行動線索的範圍；(三) 修正因素包括人口變項與自我概念的因

素。

很多重要疾病的最佳照護與大部分平常照護之間有一些落差，這些在病人照護上的落差，根據 Wahl 等於 2005 年表示有四個主要原因：

(1) 疾病未被診斷；(2) 沒有有效的治療方式；(3) 治療可能被限制；(4) 病人未遵從處方。而最後一個因素最為顯著。缺乏遵從行為與病人相關的因素可能是病人缺乏動力，或從藥物而來的作用（如副作用），也有可能與提供者有關 (Vlasnik et al., 2005)。

慢性病病人的治療成效與服藥遵從性有密切相關，如果病人較遵從醫療行為會有較好的治療成效 (DiMatteo, Giordani, Lepper, & Corghan, 2002)。但要成功的使病人遵從服藥行為是一件困難的事，而疼痛處理

無效的一個因素正是病人服用止痛劑遵從性差（Miaskowski et al., 2001）。

國外有些關於慢性病病人服藥遵從性的研究，Bardel 等人於 2006 年在瑞典針對 4,200 名 35 到 64 歲的女性做橫斷式的調查，共有 2,991 名參與者回覆一年之內影響其服用處方藥物的因素，結果發現相同的人對於不同的藥物有不同的遵從行為，當病人察覺藥物的重要性時遵從行為較佳。類似的結果發生在退化性關節炎的病人，Sale 等於 2006 年針對退化性關節炎的老人對止痛藥物的遵從行為做了質性的調查，19 個病人都有其他內科的疾病，如心臟疾病或是糖尿病，而這些疾病也正接受藥物治療中。研究發現，這些老人對於止痛藥物的遵從性不如其他藥物，參與者對服用止痛藥物感到不情願，並且服用低於醫師處方的劑量，而這樣的行為並沒有向醫師反應。研究者認為，首先，觀念及態度對參與者對止痛藥物服藥遵從行為扮演了很重要的角色；再來，即便參與者因疼痛使身體明顯的受限，他們仍低估自己的疼痛並要求自己較高的忍耐程度。

關於疼痛復健上，Robison 等人於 2004 年針對慢性疼痛病人及健康提供者，對疼痛復健的遵從性作了一個檢視，以電話訪談 184 個慢性疼痛的病人及他們的健康提供者，發現健康提供者報告所給予的勸告多於病人所聽到的，病人評價自己的服藥遵從性（89%）高於健康提供者的

評價（70%），參與病人對治療的滿意度及本身疼痛、焦慮的狀態，對服藥遵從性有顯著的相關，但健康提供者對服藥遵從行為的心理學因素明顯高於病人。針對病人的精神狀態與服藥的遵從性，國外已有相關的研究，Akikens 等人於 2005 年預測服用抗憂鬱劑病人的服藥遵從行為，發現服藥的遵從性與疾病的時間、型態、生理功能及人口學變項無顯著相關，但當病人感到「需要性超出傷害性」時，服藥遵從性最高；當病人感到「傷害性超出需要性」時服藥遵從性最差，因此病人的服藥遵從行為與病人的服藥信念有關。

由以上文獻可知，首先，影響慢性病病人的服藥遵從性包含病人的觀念、態度、病人是否察覺藥物的重要性、病人本身疼痛情形及病人對治療的滿意度，人口學變項、疾病的時間、生理功能並不影響服藥遵從性，而病人本身疾病的狀態是否影響服藥遵從性，在文獻上則有不同的結果。再則，由病人提供的服藥遵從性可能有高估的情形。

第三節 癌症病人服用止痛藥的遵從行為

癌症病人的疼痛常因疾病階段不同而有不同的疼痛程度，同一病人也可能伴隨著不同的疼痛型態。國外文獻指出 70-90%的病人疼痛可經由使用麻醉性止痛藥而達到良好的控制（Schug, et al., 1992; WHO, 1990），但在美國平均仍有 30-45%的初期及中期癌症病人經歷中度到嚴重程度的疼痛，這些病人在病情進行階段有 75%左右經歷疼痛，其中 25-30%經歷嚴重程度的疼痛（Jacox et al., 1994）。在台灣也有近 36-69%的癌症相關疼痛病人，在初診斷癌症時並未接受適當的疼痛處理，或根本沒有任何止痛藥物使用，近 85%的接受安寧緩和療護的病人有疼痛的問題（Chiu, 1997; Ger, et al., 1998）。

藥物是處理癌症疼痛既快速、有效、危險性低且花費不大的方式（Jacox et al., 1994）。有效處理疼痛的阻礙不只是醫療提供者錯誤的信念及實施，在美國健康及人類服務部（The U.S. Department of Health and Human Services）於 1994 年曾討論上述問題，認為很多病人相關的服藥障礙包含病人不願意報告疼痛，及他們不願意確實服用藥物。病人不願意報告疼痛的原因有很多，包含他們不想打擾醫師，或他們想當「好病人」。病人害怕疼痛是疾病進展的合併症，而他們不想面對它。病人不願意吃藥物因為怕成癮或者耐受性，及害怕藥物的副作用。如果醫師或護理人員不給病人承諾或不給病人機會去討論疼痛相關議題，病

人將持續不必要的痛苦。

為了了解癌症病人對於止痛藥物的服藥信念及障礙，Ward 等於 1993 年調查 270 名癌症病人及他們的健康提供者，有 37-85% 受調查的病人表示有疼痛處理障礙的問題，他們最擔心的是藥物成癮，45% 的病人同意想成為「好病人」會影響他們向醫療提供者報告疼痛，而年老、低收入、教育程度低的病人，對疼痛處理問題較關心。Riddell 及 Fitch 於 1997 年調查 42 位加拿大的癌症病人的知識態度與疼痛處理之相關，其中影響病人疼痛處理的障礙包含害怕藥物成癮，害怕藥物對身體有害及害怕疾病進展，近 25% 病人相信疼痛藥物對身體有害，所以不願意規律服藥或服用不足以緩解疼痛的藥物劑量。在台灣的研究也有類似的結果，2002 年 Chang 等針對居家癌症疼痛個案作調查，其中用藥障礙分數最高的為害怕成癮、害怕疾病進展、害怕耐藥性及認為需要時才使用。

文獻指出，使用足夠止痛藥物的病人疼痛強度明顯低於服用不足的病人，而病人疼痛強度與病人服用止痛藥物的障礙分數有正相關，服用足夠止痛藥物的病人其服藥障礙分數顯著低於病人服用不足夠的止痛藥物的病人，病人的疼痛信念能預測病人對止痛藥物的服藥遵從性，當病人疼痛強度較高時，服藥遵從性較低（Lai et al., 2002; Lin, 2000; Sigridur et al., 2002），而病人服用止痛藥物與年紀、教育程度、疼痛的信念有顯著的相關（Lai et al., 2002）。由此可知，病人對止痛藥物的服

藥障礙會影響病人的服藥遵從性，而病人的年紀、教育程度及病人的疼痛強度與止痛藥物的服藥遵從性也有顯著的相關。

家庭成員及癌症病人的照顧者對疼痛處理也有顯著的影響，特別是病人失去能力時，病人與照顧者對於疼痛的知識、態度及對疼痛處理的障礙是一致的，而不恰當的疼痛處理，可顯著被家屬的障礙分數預測（Aranda, 2004; Elliott, 1996; Lin, 2000）。換句話說，家屬對止痛藥物的服藥障礙與病人的服藥遵從行為有關。

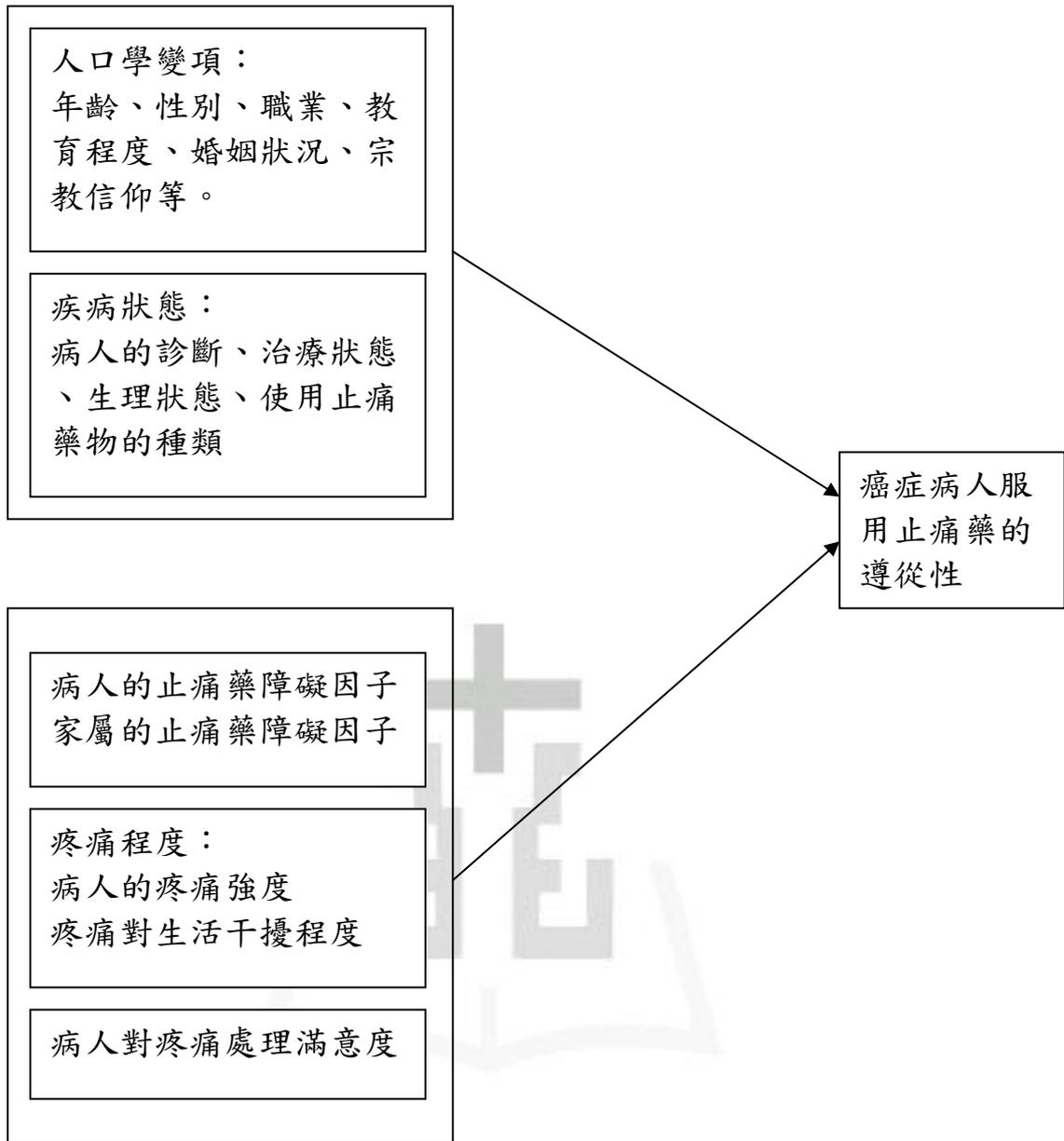
根據以上文獻得知，影響癌症疼痛病人的服藥遵從行為，包含病人的疼痛強度、病人本身對止痛藥物的障礙、家屬對止痛藥物的障礙及病人對治療的滿意度，而病人的年紀及教育程度與病人的疼痛信念有顯著關係。

第三章 研究架構

第一節 研究架構

依照文獻的探討，預測影響癌症病人止痛藥服用的遵從性因素之架構如下：





圖一 影響癌症病人服用止痛藥物的相關因素架構

第二節 研究假設

依據研究問題提出研究之假設如下：

- 一、病人的人口學變項、疾病狀態、疼痛強度、疼痛干擾生活程度、疼痛處理滿意度、病人及家屬服用止痛藥障礙因子會影響台灣癌症疼痛病人服用止痛藥物遵從性。
- 二、病人的人口學變項、疾病狀態、疼痛強度、疼痛干擾生活程度、疼痛處理滿意度、病人及家屬服用止痛藥障礙因子可預測台灣癌症疼痛病人服用止痛藥物遵從性。



第三節 名詞解釋

本研究根據研究目的將相關之名詞定義如下：

癌症疼痛：本研究指的癌症疼痛為癌症病人罹患癌症所引起的疼痛，不包含手術治療所引起的急性疼痛，本研究採用中文版簡明疼痛量表（Brief Pain Inventory-Chinese version, BPI- C）第一個部分評估病人 24 小時內最劇烈疼痛、最輕疼痛、平均疼痛及現在疼痛之平均值為疼痛強度。以第二個部分 7 個項目描述在過去 24 小時內疼痛症狀干擾癌症患者在不同層面的生活活動功能的嚴重程度，來評估病人的疼痛干擾程度。

功能狀態：本研究所指之功能評估係評估病人因癌症因素影響其日常生活、工作、與自我照顧等健康狀態之生理活動功能執行程度。本研究以 Karnofsky 功能評估量表（Karnofsky Performance Status-KPS），評估病人生理活動功能狀態。

止痛藥障礙因子：對於服用止痛藥物的顧慮因素，即錯誤的迷思及擔心，本研究採用 Lin 及 Ward（2000）所改良之台灣版障礙量表（Barriers Questionnaire--Taiwan Form, BQT）來測量病人及家屬對於止痛藥使用的障礙因子。

服藥遵從性：指病人對醫師處方的止痛藥物服用之遵從性。以醫囑所開

立病人應服用止痛藥物數目與病人實際服用的止痛藥物比率作評估，並採用台灣版 Morisky 服藥遵從性敘述量表 (Taiwanese Version of Medication Adherence measure) 共同評估。

疼痛滿意度：指病人對醫師及護理人員處理疼痛的滿意程度。本研究以美國疼痛協會 (American Pain Society, APS) 於 1995 年發展急性疼痛及癌症疼痛品質改善指引中，關於疼痛處置滿意程度共 2 題之平均，包括對醫師及護理人員處理其疼痛問題的滿意程度為測量標準。

第四章 研究方法

第一節 研究設計

本研究為本研究為橫斷式研究設計（descriptive study design），採用資料分析法進行分析，資料來源為一大型研究的二次分析。



第二節 研究場所及對象

本研究收案於北部兩所醫院，腫瘤科門診進行。採方便取樣，調查門診病人及主要照顧家人，共收案 100 個癌症病人及其主要照顧家屬，選樣條件為（1）18 歲以上，（2）診斷為癌症，（3）正經歷疼痛或目前正接受口服止痛藥的治療，（3）可以國台語溝通，意識清楚者，（4）並排除近期因手術疼痛的病人。



第三節 研究工具

本研究採結構式問卷，研究工具包括有：個人及疾病基本資料、Karnofsky 功能評估量表（Karnofsky Performance Status）、台灣版 Morisky 服藥遵從性敘述量表（Taiwanese Version of Medication Adherence measure）、中文版簡明疼痛量表（Brief Pain Inventory-Chinese version, BPI-C）、台灣版障礙量表（Barriers Questionnaire--Taiwan Form, BQT）及美國疼痛協會（American Pain Society, APS）疼痛控制品質問卷。

一、個人及疾病基本資料

個人及疾病基本資料分為個人人口學變項及疾病基本資料兩部份：

（一）個人人口學變項

人口學變項包括年齡、性別、職業、教育程度、職業、婚姻狀況、宗教信仰、共同居住家人數等。

（二）個人疾病基本資料

疾病資料包含病人的診斷、治療狀態、使用止痛藥物的種類及癌症是否已轉移等。

二、Karnofsky 功能評估量表（Karnofsky Performance Status-KPS）

Karnofsky 功能評估量表（KPS）屬於單向度的評估量表，由醫療健康執行專業人員進行評估，評估病人因疾病因素影響其日常生活、工

作、與自我照顧等健康狀態之生理活動功能執行程度，程度由 0（代表死亡）到 100（代表無併發症，無患病證據）。醫療健康專業人員評估出病人功能評估量表（KPS）的分數可反映出病人目前的生理活動功能程度，客觀代表病人目前生活品質與健康（Michael & Tannock, 1998; Portenoy et al., 1994; Yates, Chalmer, & McKegeeny, 1980），當癌症病人生理活動功能最差時，其癌症困擾程度會達到最高（Mercadante et al., 2000）。

信度與效度方面，國外研究 Karnofsky 功能評估量表（KPS）有很高的信度，再測信度（test-retest reliability）大於 .85，並具有良好的預測效度（Sarna & Brecht, 1997）。

三、病人的服藥遵從性

病人的服藥遵從性以兩種方式計算。其一為計算病人所服用止痛藥物的總量與醫囑所開立病人應服用總量的比率作計算；另外使用台灣版服藥遵從性量表（Taiwanese Version of Self-reporting Measure of Medication Adherence）做評估。

原始的服藥遵從性敘述量表是由 Morisky、Green 及 Levin（Morisky et al., 1986）所發展的四項度結構性的測量，用來測量止痛藥物服用的遵從行為。量表的項目上提出病人服用藥物可能的障礙，這個理論是建立在藥物漏服是因為忘記、粗心、感覺比較好所以停止服藥及

感覺比較差所以加藥的基礎下。答案「是」的總和為不遵從測量的總數。

服藥遵從性敘述量表的計分方式是採從 0 到 4 的 5 點計分方式 (5-point scale) 來測量，分數越高代表服藥行為越遵從，4 分表示遵從程度為高度、2 到 3 分表遵從程度為中度、以及 0 到 1 分表表示遵從程度為低度。在原始的研究中，服藥遵從性敘述量表的信度、協同及預測效度有良好的證據，台灣版的服藥遵從性敘述量表採取將原文翻譯成中文，再將中文翻譯回音文的方式。自我監測服藥遵從性敘述量表首次從英文翻譯成中文由一位熟悉中英文的人士翻譯，第二次由中文翻譯回英文由另一位熟悉中英文的人士翻譯，反覆這個過程直到翻譯回的文字與原始文字相同。台灣版的服藥遵從性敘述量表內在一致性檢定，結果 Cronbach α 值為 .73 (Lin, 2007)。

四、台灣版障礙量表 (Barriers Questionnaire--Taiwan Form, BQT)

台灣版障礙量表 (BQT) 發展自障礙量表 (Ward et al., 1993)，是將文字翻譯成中文並且修正 (Lin, 2000)，目前有九個次量表組成 (總共 34 個項目)，包含：(1) 宿命論 (如疼痛藥物無法真正的控制疼痛) 3 題；(2) 害怕藥物成癮 (如服用止疼藥物容易上癮) 3 題；(3) 渴望成為好病人 (如醫師可能會討厭病人告知疼痛) 3 題；(4) 害怕令醫師分心 (如讓醫師的焦點放在目前的疾病比較重要不要把醫師

的時間花在處理疼痛上) 3 題；(5) 疾病進展 (如疼痛增加代表疾病變差了) 3 題；(6) 擔心藥物的耐受性 (如應該節約使用止痛藥，只有在疼痛變差時才用，太早使用止痛藥可能就沒效果) 3 題；(7) 擔心止痛藥的副作用 (如止痛藥傷肝) 10 題；(8) 宗教宿命論 (如疼痛是上帝或神給的，病人應該忍受疼痛以避免來世的痛苦) 3 題；(9) 需要時才使用 (如止痛藥物最好是痛了再給) 3 題。

台灣版障礙量表 (BQT) 要求病人在表格上圈選他們同意的程度，分數由 0 (完全不同意) 到 5 分 (非常同意)，次量表的分數 (次量表項目的平均) 及總分 (所有項目的平均) 進行分析。台灣版障礙量表已建立良好的信度預測在病人方面的內在一致性檢定，Cronbach α 值為 .85，而家屬方面內在一致性檢定，Cronbach α 值為 .87 (Lin, 2000; Lin & Ward, 1995)。

五、台灣版簡明疼痛量表 (Brief Pain Inventory-Taiwan Form, BPI-T)

簡明疼痛量表 (Brief Pain Inventory, BPI) 是一個簡便的、可信賴的、可適用在臨床和研究機構用來評估及種癌症患者族群疼痛的嚴重性、與疼痛干擾其日常生活活動功能嚴重程度之測量工具 (Wang et al., 1996)。BPI 是在測量癌症患者族群的疼痛症狀、以及探討癌症疾病類型與癌症治療影響癌症患者的疼痛症狀嚴重程度，以及疼痛症狀干擾癌症患者日常生活活動功能的嚴重程度。BPI 其中一個獨特特徵是發展

出從 0 到 10 的分數範圍，並將症狀困擾嚴重程度分類成三種層次：輕度、中度、重度。BFI 是一個可信賴的、能快速的評估不同種型與治療的癌症患者之疼痛症狀嚴重程度的測量工具。BPI 共由 11 個評估項目所組成，由患者自行作答。共分為兩個部分，第一個部分：以現在、及過去 24 小時之最嚴重、最輕與一般程度等 4 個項目來描述在正常清醒的期間癌症患者疼痛的嚴重程度。第二部分：以 7 個項目描述在過去 24 小時內疼痛症狀干擾癌症患者在不同層面的生活活動力功能的嚴重程度有多少，這些項目包括一般的活動、情緒、行走能力、正常工作（包括戶外的工作及家務勞動兩者）、與他人的關係、清晰思考的能力、睡眠及生活樂趣（Wang et al., 1996）。

BPI 的疼痛症狀的嚴重度是採一個從 0 到 10 的 11 點計分方式（11-point scale）來測量，以 0 表示“沒有疼痛”，嚴重程度一直加劇，到以 10 來表示疼痛是“你所能想像的最嚴重程度”。1 到 4 分表疼痛症狀嚴重程度為輕度、5 到 6 分表疼痛症狀嚴重程度為中度、以及 7 到 10 分表疼痛症狀嚴重程度為重度（Wang et al., 1996）。疼痛症狀干擾癌症患者生活活動功能的嚴重程度也是由一個從 0 到 10 的數字等級（11-point scale）計來測量，以 0 表示“無干擾”、以 10 表示“完全干擾”來測量。同樣的以 1 到 4 分表症狀干擾生活活動功能的嚴重程度為輕度、5 到 6 分表症狀干擾生活活動功能的嚴重程度為中度、以及 7 分或 7 分以

上表症狀干擾生活活動功能的嚴重程度為重度（Wang et al., 1996）。簡明疼痛量表的信度及效度在國內外已被廣泛的檢測（Chang et al., 2005; Chang et al., 2002; Cleeland, 1989; Ger et al., 1999; Lin, 2000; Wang et al., 1996）。

六、美國疼痛協會（American Pain Society, APS）疼痛控制品質問卷

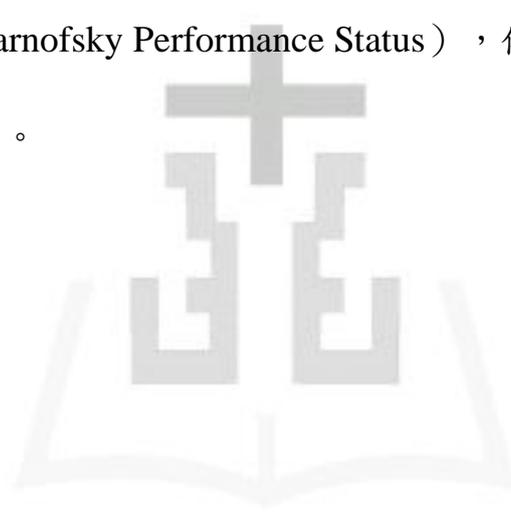
美國疼痛協會（American Pain Society, APS）於 1995 年發展急性疼痛及癌症疼痛品質改善指引，其中 16 個問題中包含疼痛處置後病人結果，病人非藥物處置的方法、使用頻率，護理人員評估記錄之一致性及完整性，詳細描述如下：（一）疼痛程度評估：包括病人現在疼痛程度，過去 24 小時內最劇烈疼痛程、最輕疼痛程及平均疼痛程度，共 4 題。以 0-10 計分，0 分表示不痛，10 分表示所能想像最痛的程度；（二）疼痛對生活影響程度評估：包括病人過去 24 小時內，疼痛造成對日常活動、情緒、行走能力、睡眠及生活樂趣的影響程度，共 5 題，以 0-10 計分，0 表示沒有影響，10 表示完全受到影響；（三）病人被告知疼痛控制的重要性：共 1 題，病人回答是否被醫護人員告知疼痛控制之重要性；（四）疼痛處置之滿意程度：共 2 題，包括對醫師及護理人員處理其疼痛問題的滿意程度。滿意程度以 1-4 計分，1 分表示非常不滿意，4 分表示非常滿意；（五）等待藥物處置時間：1 題，是指疼痛要求藥物處置至獲得藥物之時間，分為小於 10 分鐘、10 至 30 分鐘、大

於 30 分鐘及從未要求等四個選項；（六）非藥物處置方法使用頻率：是指查閱護理記錄，病人於住院的前四天內所使用之非藥物處置之次數，包括熱水足浴放鬆法、按摩放鬆法、呼吸放鬆法、音樂放鬆及冰敷；（七）護理人員疼痛程度評估記錄之一致性及完整性：共 2 題，一致性是指護理人員記錄病人入院時之疼痛程度與研究者詢問病人之主訴是否吻合；完整性則視護理人員記錄病人之疼痛程度次數是否依照標準。

APS 疼痛控制品質問卷在國外已建立良好的信度及效度預測，而台灣版 APS 疼痛控制品質問卷內在一致性檢定，結果 Cronbach α 值為 .89，對生活影響程度 Cronbach α 值為 .82，整體問卷之 Cronbach α 值為 .84（李、張、盧、林、陳，2006）。

第四節 資料收集過程

本研究為一大型研究的二次分析。資料檔案包含病人之個人及疾病基本資料檔、台灣版 Morisky 服藥遵從性敘述量表 (Taiwanese Version of Medication Adherence measure)、病人台灣版障礙量表 (Barriers Questionnaire--Taiwan Form, BQT)、家屬台灣版障礙量表 (Barriers Questionnaire--Taiwan Form, BQT)、中文版簡明疼痛量表 (Brief Pain Inventory-Chinese version, BPI-C)、APS 疼痛滿意度量表，及 Karnofsky 功能評估量表 (Karnofsky Performance Status)，依本研究之目的做相關因素的統計及分析。



第五節 統計分析

本研究的目的是在以台灣版 Morisky 服藥遵從性敘述量表 (Taiwanese Version of Medication Adherence measure) 檢測癌症病人的服藥遵從性與病人人口學變項、功能執行狀態、疼痛強度、疼痛對日常生活活動干擾的嚴重程度、病人的服藥障礙程度、家屬對病人的服藥障礙程度及病人對止痛藥物的滿意程度之間的相關性。並預測病人各相關因素對服藥遵從性的影響。其他資料分析方法如下：

研究假設	統計分析
一、病人人口學特性分佈 (年齡、婚姻、職業、教育程度、 宗教信仰)	描述性分析
二、病人疾病的狀態	描述性分析
三、病人治療的方式	描述性分析
四、病人的功能執行狀態程度	描述性分析
五、病人的服藥遵從程度	描述性分析
六、病人的疼痛程度	描述性分析
七、病人的疼痛對活動干擾嚴重程度	描述性分析
八、病人的服藥障礙程度	描述性分析

九、家屬的服藥障礙程度	描述性分析
十、病人對止痛藥物的滿意程度	描述性分析
十一、癌症病人服藥遵從程度與病人基本資料的相關	<i>t</i> 檢定、 <i>F</i> 檢定
十二、癌症病人服藥遵從程度與疼痛症狀程度之間的相關	Pearson correlation
十三、癌症病人服藥遵從程度與疼痛對活動干擾之間的相關	Pearson correlation
十四、癌症病人服藥遵從程度與服藥障礙程度的相關	Pearson correlation
十五、癌症病人服藥遵從程度與家屬服藥障礙程度之間的相關	Pearson correlation
十六、預測癌症病人的疼痛強度、疼痛對日常生活活動干擾的嚴重程度、病人的服藥障礙程度、家屬對病人的服藥障礙程度及病人對止痛藥物的滿意程度對癌症病人服藥遵從性之影響	regression analyses

第五章 分析與結果

第一節 病人人口學特性分析

本研究共收集 100 名病人之檔案，病人基本屬性方面包含：年齡、教育程度、職業、婚姻狀況、家人數、宗教信仰、目前治療、疾病狀態、疾病診斷及服用藥物種類等。以描述性統計方式分析如下（表一）：

一、病人基本屬性

在年齡方面：介於 33 至 86 歲間，平均年齡為 59 歲 ($SD=16.8$)；在教育程度方面：受教育年介於 0 至 16 年，平均受教育 7.8 年 ($SD=4.1$)；在職業方面：退休居多共 72 人 (72%)。

在婚姻方面：已婚 82 人 (82%)，其他婚姻狀態者 12 人 (12%)；居住方面：同居家人數介於 1 至 8 人間，其中同居家人數 3 人共 31 人 (31%)，4 人共 22 人 (22%)，5 人共 20 人 (20%)，2 人共 16 人 (16%)，有 6-8 位家人同居各 3 人 (3%)，而 1 人家人同住者 2 人 (2%)。

宗教信仰方面：受訪者中 55 人 (55%) 為佛道宗教，17 人為基督宗教，28 人 (28%) 無宗教信仰。

二、疾病特性

在患者當中，腫瘤已轉移有 67 人 (67%)，未發現轉移有 33 人

(33%)；患者中目前正進行放射線治療有 35 人 (35%)，化學治療 15 人 (15%)，放射線治療與化學治療併行有 9 人 (9%)，目前未進行化學治療或放射線治療者 41 人 (41%)。

服用藥物種類以 NSAID 居多共佔 41% (41 人)，而服用 codeine 的病人有 39 人 (39%)，服用 morphine 的病人有 20 人 (20%)。

疾病診斷 100 名病人中，乳癌病人有 26 人 (26%)，肺癌病人 15 人 (15%)，鼻咽癌病人 13 人 (13%)，口腔癌病人 10 人 (10%)，肝癌病人 9 人 (9%)，大腸癌病人 6 人 (6%)，舌癌病人、子宮頸癌病人、胃癌病人、直腸癌病人、食道癌病人、生殖細胞癌病人及攝護腺癌病人各 3 人 (3%)。

功能執行狀態方面，由醫療健康執行專業人員進行評估 Karnofsky 功能評估量表 (KPS) 評估病人因疾病因素影響其日常生活、工作、與自我照顧等健康狀態之生理活動功能執行程度，程度由 0 (代表死亡) 到 100 (代表無併發症，無患病證據)。此研究 100 名病人的功能執行分數介於 40 至 90 間，平均分數為 83 分 ($SD=13.2$)。

表一

病人基本屬性分布 (N=100)

項目	平均數 (M)	標準差 (SD)
年齡	58.97	16.81
教育程度 (年)	7.76	4.14
KPS	83.00	13.22
項目	人數	百分比
性別		
男	42	42
女	58	58
婚姻狀況		
已婚	82	82
其他	18	18
退休		
是	28	28
否	72	72
家人數		
1	2	2
2	16	16
3	31	31
4	22	22
5	20	20
6	3	3
7	3	3
8	3	3
宗教信仰		
佛教	46	46
道教	9	9
天主教	3	3
基督教	14	14
無宗教信仰	28	28
疾病狀態		
腫瘤未轉移	33	33
腫瘤已轉移	67	67

表一 (續)

病人基本屬性分布 (N=100)

項目	人數	百分比
目前治療		
化學治療	15	15
放射線治療	35	35
化學治療+放射線治療	9	9
無	41	41
服用藥物種類		
NSAID	41	41
Codeine	39	39
Morphine	20	20
診斷		
大腸癌	6	6
乳癌	26	26
肺癌	15	15
肝癌	9	9
舌癌	3	3
鼻咽癌	13	13
子宮頸癌	3	3
胃癌	3	3
直腸癌	3	3
口腔癌	10	10
食道癌	3	3
生殖細胞癌	3	3
攝護腺癌	3	3

第二節 癌症病人服藥比率、服藥遵從性分布

一、癌症病人服藥比率之分布描述

服藥比率以研究期間病人應服藥物總顆數與醫師處方總顆數之比率計算，調查結果分佈在 0-1 (100%) 之間，平均為 0.77 ($SD=0.21$)。

服藥比率 0% 的病人 1 位 (1%)，服藥比率 30-40% 的病人 3 位 (3%)，服藥比率 40-50% 的病人 11 位 (11%)，服藥比率 50-60% 的病人 6 位 (6%)，服藥比率 60-70% 的病人 14 位 (14%)，服藥比率 70-80% 的病人 11 位 (11%)，服藥比率 80-90% 的病人 17 位 (17%)，90-100% 的病人 37 位 (37%)，其中有 12 名病人服藥比率為 100%。

二、台灣版 Morisky 服藥遵從性敘述量表 (Taiwanese Version of Medication Adherence measure) 之分布描述

台灣版 Morisky 服藥遵從性敘述量表分數由 0 至 4 分，分數越高表示服藥遵從性越好，在癌症病人的服藥遵從分數介於 0 到 4 分，平均為 1.65 分 ($SD=1.43$)。Morisky 服藥遵從性量表分數 0 分的病人共 31 位 (31%)，1 分的病人共 51 位 (51%)，2 分的病人共 14 位 (14%)，3 分的病人共 23 位 (23%)，4 分的病人共 12 位 (12%)。

第三節 病人對疼痛處理滿意度之分布

在癌症病人的對醫護人員處理疼痛滿意度方面，以疼痛控制問卷中之兩項與醫護人員處理疼痛相關問題平均做分析，滿意程度為 1 分（非常不滿意）、2 分（不滿意）、3 分（稍不滿意）、4 分（稍滿意）、5 分（滿意）到 6 分（非常滿意），在癌症病人對護理人員處理疼痛的滿意分數介於 1 到 6 分，平均為 4.71 分（ $SD=0.88$ ）。其中感到非常不滿意的病人有 1 名（1%），感到不滿意的病人有 5 名（5%），感到稍不滿意的病人有 32 名（32%），感到稍滿意的病人有 32 名（32%），感到滿意的病人有 45 名（45%），感到非常滿意的病人有 17 名（17%）。

癌症病人對醫師處理疼痛的滿意分數介於 3 到 6 分，平均為 4.92 分（ $SD=0.76$ ）。其中感到稍不滿意的病人有 3 名（3%），感到稍滿意的病人有 24 名（24%），感到滿意的病人有 51 名（51%），感到非常滿意的病人有 22 名（22%）。

以兩項平均為病人對疼痛處理滿意度，平均分數介於 3 到 6 分，平均為 4.82 分（ $SD=0.75$ ）。

第四節 癌症病人疼痛及疼痛干擾日常生活強度之分布

一、疼痛強度之分布

在疼痛強度方面，現在的疼痛程度的平均值為 2.20 ($SD=1.79$)，過去 24 小時內一般疼痛程度的平均值為 2.62 ($SD=1.48$)，過去 24 小時內最劇烈疼痛的程度的平均值為 4.66 ($SD=2.21$)，過去 24 小時內最輕疼痛的程度的平均值為 1.04 ($SD=1.42$)，綜合四項所得的平均疼痛強度平均值為 2.63 ($SD=1.45$)。

疼痛強度依嚴重度分為輕、中及重度，其中分數 1 至 4 分為輕度，5 到 6 分為中度，7 分及 7 分以上為重度，本研究病人感到輕度疼痛的有 85 人 (85%)，其餘 15 名病人有中度的疼痛 (15%)。

二、疼痛干擾日常生活強度之分布

在疼痛干擾日常生活強度方面，過去 24 小時疼痛對正常生活干擾強度平均值為 4.41 ($SD=3.20$) 影響最大，其次為對睡眠干擾強度，平均值為 3.7 ($SD=3.83$)，疼痛對情緒干擾強度平均值為 3.33 ($SD=3.49$)，對工作干擾強度平均值為 3.33 ($SD=3.12$)，疼痛對享受生活干擾強度平均值為 3.08 ($SD=3.17$)，疼痛對與人交往干擾強度平均值為 1.68 ($SD=2.41$)，對行走能力干擾強度，平均值為 1.66 ($SD=2.82$)，而疼痛對日常生活干擾強度七項平均值為 3.08 ($SD=3.17$)。分佈情形見表二。

病人疼痛干擾日常生活，以對正常生活、睡眠、情緒干擾最多，對行走能力影響最少。



表二

癌症病人疼痛及疼痛干擾日常生活強度之分布 (N=100)

項目	個案數 (<i>n</i>)	平均數 (<i>M</i>)	標準差 (<i>SD</i>)
疼痛強度	100	2.63	1.45
最劇烈疼痛的程度	100	4.66	2.22
最輕疼痛的程度	100	1.04	1.42
平均疼痛程度	100	2.62	1.48
現在的疼痛程度	100	2.20	1.79
日常生活干擾強度	99	3.02	2.48
日常生活	100	4.41	3.20
情緒	100	3.33	3.49
行走能力	100	1.66	2.82
正常工作	100	3.33	3.13
與人交往	100	1.68	2.41
睡眠	100	3.71	3.83
享受生活	99	3.08	3.17

第五節 癌症病人及家屬止痛藥障礙因子之分布

一、台灣版障礙量表（Barriers Questionnaire--Taiwan Form, BQT）之分布

台灣版障礙量表（BQT）要求病人在表格上圈選他們同意的程度，分數由 0（完全不同意）到 5 分（非常同意），次量表的分數（次量表項目的平均）及總分（所有項目的平均）進行分析。

（一）癌症病人止痛藥障礙因子之分布

研究結果顯示癌症病人對止痛藥物的障礙，以擔心疾病惡化為最高分，平均分數為 2.75 ($SD=1.71$)，其次為時間間隔-覺得需要時才使用，平均分數 2.55 ($SD=1.19$)，第三障礙因子為耐藥性-只有在疼痛變差時才用，平均分數 2.40 ($SD=1.59$)；而宿命論 ($M=0.88$, $SD=0.78$)，渴望成為好病人 ($M=0.53$, $SD=0.71$) 平均分數較低。病人對止痛藥物的障礙平均總分 1.78 ($SD=0.85$)。詳見表三。

（二）癌症家屬止痛藥障礙因子之分布

研究癌症病人的家屬對止痛藥障礙因素結果如下，家屬的平均止痛藥障礙因子總分為 1.85 ($SD=0.98$)，較病人平均分數高，而最在意的前三項障礙因素分別為擔心疾病惡化 ($M=2.57$, $SD=1.63$)、時間間隔-覺得需要時才使用 ($M=2.55$, $SD=1.33$) 及耐藥性-只有在疼痛變差時才用 ($M=2.53$, $SD=1.63$)；與病人相同較無宿命論

($M=1.06, SD=0.96$) 及渴望成為好病人 ($M=1.05, SD=1.03$) 的考
量。詳見表四。



表三

病人止痛藥障礙因子之描述統計 (N=100)

項目	平均數 (M)	標準差 (SD)
宿命論	0.88	0.78
宗教宿命論	1.67	1.49
擔心成癮	2.20	1.62
副作用	1.52	0.78
渴望成為好病人	0.53	0.71
擔心醫師分心	2.13	1.38
擔心疾病惡化	2.75	1.71
耐藥性	2.40	1.59
時間間隔	2.55	1.19
平均止痛藥障礙因子	1.78	0.85

表四

家屬對止痛藥障礙因子之描述統計 (N=99)

項目	平均數 (M)	標準差 (SD)
宿命論	1.06	0.96
宗教宿命論	1.08	1.27
擔心成癮	2.14	1.64
副作用	1.85	0.96
渴望成為好病人	1.05	1.03
擔心醫師分心	1.87	1.35
擔心疾病惡化	2.57	1.63
耐藥性	2.53	1.63
時間間隔	2.55	1.33
平均止痛藥障礙因子	1.85	0.98

第六節 癌症病人服藥遵從性與各變項之關係

一、癌症病人服藥遵從性與人口學特性的關係

以 One-way ANOVA 檢定、獨立 T 檢定及皮爾森相關等方式分析台灣版 Morisky 服藥遵從性敘述量表與個人基本屬性的差異及相關：

(一) 台灣版 Morisky 服藥遵從性敘述量表與病人基本資料之差異及相關

有關台灣版 Morisky 服藥遵從性與個人基本屬性之關係，詳見表五。癌症病人之 KPS 功能評估、性別、婚姻狀況、同住家人數、退休與否、疾病狀態、目前治療、疾病診斷、疾病狀態及服用藥物種類方面，在統計上無顯著之差異。不過在年齡、教育程度，不同的人口學變項的服藥遵從性在統計上有顯著的差異，而宗教信仰分組統計上有顯著的差異，但以 Scheffe 檢定各組無顯著差異。因此人口學變項方面，癌症病人的年齡與教育程度在統計上對服藥遵從性有顯著的差異。

(二) 台灣版 Morisky 服藥遵從性敘述量表與病人服藥信念之關係

有關台灣版 Morisky 服藥遵從性與病人服藥信念之關係，以獨立 t 檢定病人是否顧慮報告疼痛及是否顧慮服用止痛藥物兩種信念，結果顯示病人是否顧慮報告疼痛，在服藥遵從性方面有顯著的差異 ($p = .045$)；而病人是否顧慮服用止痛藥物在服藥遵從性方面亦有顯著的差異 ($p < .001$)。表示癌症病人是否顧慮報告疼痛及是否顧慮服用止

痛藥物兩種信念，在統計上顯著影響病人的服藥遵從性（詳見表五）。



表五

服藥遵從分數與病患基本資料之相關 (N=100)

項目	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
年齡	58.97	16.81	.211	.035*
教育程度 (年)	7.76	4.14	-.595	<.001*
KPS	83.00	13.22	-.290	.772

項目	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
性別				1.525	.130
男	42	1.90	1.543		
女	58	1.47	1.327		
婚姻狀況				-0.671	.504
已婚	82	1.70	1.480		
其他	18	1.44	1.199		
退休				-0.652	.516
是	28	1.50	1.427		
否	72	1.71	1.438		
疾病狀態				0.526	.600
腫瘤未轉移	33	1.76	1.458		
腫瘤已轉移	67	1.60	1.426		
顧慮報告疼痛				-2.030	.045*
是	21	1.10	1.261		
否	79	1.80	1.445		
顧慮服用止痛藥				-6.253	<.001*
是	46	0.83	1.102		
否	54	2.35	1.305		

項目	<i>n</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
服用藥物種類		0.575	.565
NSAID	41		
Codeine	39		
Morphine	20		

註.* $p < .05$ (2-tail)

二、癌症病人服藥遵從性與疼痛強度及服用止痛藥滿意度的相關性

以皮爾森相關分析台灣版 Morisky 服藥遵從性敘述量表與疼痛強度、疼痛干擾程度及服用止痛藥滿意度相關性：

(一) 服藥遵從性與疼痛強度的相關

在癌症病人的疼痛強度方面，採台灣版簡明疼痛量表 (Brief Pain Inventory, BPI) 的第一個部分平均來描述在正常清醒的期間癌症患者疼痛的嚴重程度，結果癌症病人的疼痛平均強度與服藥遵從性在統計上呈現顯著負相關 ($r = -.20$, $p = .04$)。表示癌症病人平均疼痛分數越高者，服藥遵從性越差，詳見表六。

(二) 服藥遵從性與疼痛干擾強度之相關

疼痛干擾其日常生活活動功能嚴重程度，以台灣版簡明疼痛量表 (Brief Pain Inventory, BPI) 的第二部份，描述在過去 24 小時內疼痛症狀干擾癌症患者在不同層面的生活活動功能的嚴重程度，以 7 個項目平均為平均疼痛干擾，而統計結果癌症病人平均疼痛干擾與服藥遵從性無顯著的相關 ($r = -.15$, $p = .15$)。顯示疼痛症狀干擾癌症患者生活活動功能的嚴重度在統計上並不影響癌症病人的服藥遵從性，詳見表六。

(三) 服藥遵從性與病人對醫護人員處理疼痛滿意度之相關

在癌症病人的對醫護人員處理疼痛滿意度方面，以疼痛控制問卷中之兩項與醫護人員處理疼痛相關問題平均做分析，滿意程度由 1 分 (非

常不滿意)到6分(非常滿意)，而癌症病人服藥遵從性與處理疼痛滿意度之間，在統計上呈現顯著正相關($r = .49, p < .001$)，見表六。



表六

癌症病人服藥遵從性與疼痛平均強度服用止痛藥滿意度之相關

($N=100$)

項目	r	p
疼痛平均強度	-.202	.044*
平均疼痛干擾	-.145	.149
處理疼痛滿意度	.494	< .001*

註.* $p < .05$ (2-tail)



三、癌症病人服藥遵從性與病人對止痛藥障礙因子的相關性

以皮爾森相關分析台灣版 Morisky 服藥遵從性敘述量表與病人止痛藥障礙量表相關性，發現在宿命論、宗教宿命論、擔心成癮、擔心副作用、希望成為好病人、擔心醫師分心、擔心疾病惡化、擔心耐藥性、時間間隔等次量表，與服藥遵從性在統計上皆有顯著負相關，而其中時間間隔 ($r=-.61, p<.001$)、擔心成癮 ($r=-.53, p<.001$)、擔心耐藥性 ($r=-.48, p<.001$)、擔心疾病惡化 ($r=-.43, p<.001$) 之相關性較強。而分析平均止痛藥障礙分數與遵從性分數之相關性，則相關係數 $r=-.54, p<.001$ ，顯示癌症病人服用止痛藥障礙因子分數越高，服藥遵從性越低。詳見表七。

表七

病人障礙因子與服藥遵從分數之相關 (N=100)

項目	相關係數 (<i>r</i>)	<i>p</i>
宿命論	-.33	.001*
宗教宿命論	-.36	< .001*
擔心成癮	-.53	< .001*
副作用	-.29	.001*
好病人	-.35	< .001*
擔心醫師分心	-.24	.02*
擔心疾病惡化	-.43	< .001*
耐藥性	-.48	< .001*
時間間隔	-.61	< .001*
平均止痛藥障礙因子	-.54	< .001*

註.* $p < .05$ (2-tail)

四、癌症病人服藥遵從性與家屬對止痛藥障礙因子的相關性

以皮爾森相關分析台灣版 Morisky 服藥遵從性敘述量表與家屬填寫止痛藥障礙量表的相關做分析，發現宗教宿命論與服藥遵從性無顯著相關外，其他次量表如宿命論、擔心成癮、擔心副作用、希望成為好病人、擔心醫師分心、擔心疾病惡化、擔心耐藥性、時間間隔等，與服藥遵從性在統計上皆有顯著負相關，其中家屬在擔心耐藥性 ($r=-.55$, $p<.001$)、擔心成癮 ($r=-.53$, $p<.001$)、時間間隔 ($r=-.47$, $p<.001$) 之相關性較強與病人的障礙因素相似。而分析平均止痛藥障礙分數與遵從性分數之相關性，相關係數 $r=-.47$ 、 $p<.001$ ，顯示癌症病人家屬對服用止痛藥障礙因素越高，病人服藥遵從性越低。詳見表八。

表八

家屬障礙因子與服藥遵從分數之相關 (N=99)

項目	相關係數 (<i>r</i>)	<i>p</i>
宿命論	-.20	.05*
宗教宿命論	-.18	.07
擔心成癮	-.53	< .001*
副作用	-.37	< .001*
好病人	-.21	.04*
擔心醫師分心	-.31	.001*
擔心疾病惡化	-.40	< .001*
耐藥性	-.55	< .001*
時間間隔	-.47	< .001*
平均止痛藥障礙因子	-.47	< .001*

註.* $p < .05$ (2-tail)

第七節 癌症病人服藥遵從性與各變項之單一迴歸關係

以迴歸個別分析台灣版與病人的年齡、Morisky 服藥遵從性量表與教育程度、Morisky 服藥遵從性量表與功能程度、Morisky 服藥遵從性量表與平均疼痛程度、Morisky 服藥遵從性量表與平均疼痛干擾、Morisky 服藥遵從性量表與病人對疼痛處理的滿意度、Morisky 服藥遵從性量表與病人止痛藥障礙因素及 Morisky 服藥遵從性量表與家屬止痛藥障礙因素等做迴歸分析，詳見表九。

在病人年齡方面，病人年齡對服藥遵從性在統計上有顯著的相關 ($R^2 = .04, p = .04$)，而 Morisky 服藥遵從性分數有 4% 可被年齡所解釋。

在教育程度方面，教育程度對服藥遵從性在統計上無顯著的相關 ($R^2 = -.01, p = .81$)。

在功能程度方面，功能程度病人對服藥遵從性在統計上無顯著的相關 ($R^2 = -.09, p = .77$)。

在平均疼痛程度方面，病人平均疼痛對服藥遵從性在統計上有顯著的相關，($R^2 = .03, p = .04$)，而 Morisky 服藥遵從性分數有 3% 可被平均疼痛強度所解釋。

在平均疼痛干擾方面，病人平均疼痛干擾對服藥遵從性在統計上無顯著的相關 ($R^2 = .01, p = .15$)。

在病人對疼痛處理的滿意度方面，病人疼痛處理滿意度對服藥遵從性在統計上有顯著的相關 ($R^2 = .24, p < .001$)，而 Morisky 服藥遵從性分數有 24% 可被疼痛處理的滿意度所解釋。

在病人止痛藥障礙因素方面，病人止痛藥障礙因素分數對病人服藥遵從性，在統計上有顯著的相關 ($R^2 = .29, p < .001$)，而 Morisky 服藥遵從性分數有 29% 可被病人止痛藥障礙因素所解釋。

在家屬止痛藥障礙因素方面，家屬止痛藥障礙因素分數對病人服藥遵從性，在統計上有顯著的相關 ($R^2 = .21, p < .001$)，而 Morisky 服藥遵從性分數有 21% 可被家屬止痛藥障礙因素所解釋。

在是否顧慮報告疼痛方面，以 Dummy Variables 轉換，是否顧慮報告疼痛對病人服藥遵從性在統計上有顯著的相關 ($R^2 = .03, p = .045$)，而 Morisky 服藥遵從性分數有 3% 可被病人是否顧慮報告疼痛所解釋。

在是否顧慮服用止痛藥物方面，以 Dummy Variables 轉換，是否顧慮服用止痛藥物對病人服藥遵從性在統計上有顯著的相關 ($R^2 = .278, p < .001$)，而 Morisky 服藥遵從性分數有 28% 可被病人是否顧慮服用止痛藥物所解釋。

表九

服藥遵從性與各變項之單一迴歸 (N=100)

	β	SD	p	R ²
年齡	0.02	0.008	.04*	.04
教育程度 (年)	-0.008	0.035	.81	-.01
功能程度	-0.003	0.011	.77	-.01
平均疼痛程度	-0.20	0.098	.04*	.03
平均疼痛干擾	-0.08	0.058	.15	.01
疼痛處理的滿意度	0.94	0.167	< .001*	.24
病人止痛藥障礙因素	-0.91	0.143	< .001*	.29
家屬止痛藥障礙因素	-0.68	0.130	< .001*	.21
是否顧慮服用止痛藥物	-1.53	0.244	< .001*	.28
是否顧慮報告疼痛	-0.70	0.346	.05*	.03

註.* $p < .05$ (2-tail)

第八節 預測影響癌症病人服藥遵從之因素

根據文獻指出病人服藥遵從性與病人的年齡、教育程度、平均疼痛程度、病人對疼痛處理的滿意度、病人止痛藥障礙因素及家屬止痛藥障礙因素有關，故以此六個因素做複迴歸預測分析（詳見表十），結果如下：

在病人止痛藥障礙因素方面，病人服藥遵從性與病人止痛藥障礙因素分數的迴歸係數 $\beta = -0.57$ 、 $SE = 0.17$ 、 $p = .01$ ，在統計上有顯著的相關；在病人對疼痛處理的滿意度方面，病人服藥遵從性與疼痛處理滿意度的迴歸係數 $\beta = 0.57$ 、 $SE = 0.18$ 、 $p = .02$ ，在統計上有顯著的相關。在年齡方面，病人服藥遵從性與年齡的迴歸係數 $\beta = 0.02$ 、 $SE = 0.01$ 、 $p = .07$ ，在統計上無顯著的相關；在教育程度方面，病人服藥遵從性與教育程度的迴歸係數 $\beta = 0.05$ 、 $SE = 0.04$ 、 $p = .14$ ，在統計上無顯著的相關；在平均疼痛程度方面，病人服藥遵從性與平均疼痛程度的迴歸係數 $\beta = 0.07$ 、 $SE = 0.09$ 、 $p = .41$ ，在統計上無顯著的相關；在家屬止痛藥障礙因素方面，病人服藥遵從性與家屬止痛藥障礙因素分數的迴歸係數 $\beta = -0.24$ 、 $SE = 0.17$ 、 $p = .15$ ，在統計上無顯著的相關。

表十

複迴歸止痛藥服藥遵從之預測 (N=100)

變項	β	SE	p
截距	-1.14	1.25	
病人止痛藥障礙因素	-0.57	0.17	.01*
疼痛處理的滿意度	0.57	0.18	.02*
家屬止痛藥障礙因素	-0.24	0.15	.12
平均疼痛程度	0.07	0.09	.41
年齡	0.02	0.01	.07
教育程度	0.05	0.04	.14

註. 1 Total model $R^2 = .42$, $F(6, 92) = 11.3$, $p < .001$

2* $p < .05$ (2-tail)

第六章 討論

本研究根據以下研究結果加以討論：一、癌症病人對於服用止痛藥物之服藥遵從性；二、癌症病人的疼痛強度及對生活的干擾程度；三、癌症病人對疼痛處理的滿意度；四、癌症病人及家屬對於止痛藥物的障礙因子；五、病人服藥遵從性之相關因素；六、病人服藥遵從性之預測。

第一節 癌症病人對於服用止痛藥物之服藥遵從性

在服藥遵從性方面，Bardel 等人於 2006 年在瑞典針對 4,200 名 35 到 64 歲的女性做關於慢性病病人服藥遵從性的研究橫斷式的調查，其中 2,991 名參與者回覆一年之內影響處方藥物的遵從因素，病人服用 1 到 15 種藥物（平均 1.5 種），其中有 78% 的病人完全遵從處方服藥，7.6% 的病人已經自行停藥，10.7% 的病人過早停藥，1.8% 的病人從未開始吃藥，而 1.9% 的病人未到藥局補充藥物。14.7% 的病人服藥遵從行為是混合的--對有些藥物滿意對另一些藥物不滿意，所以相同的人對於不同的藥物有不同的遵從行為。以人口學變項看來，年齡、服用藥物數量、學歷及是否工作中都會影響慢性病病人的服藥行為，但以複迴歸分析所有影響因素，發現年齡、是否有藥物服用的檢查機制、藥物的重要性、藥物的安全性、疾病的嚴重度、及是否為呼吸或心臟疾病的藥物，

對服藥遵從行為有顯著的影響。當病人年齡大、有藥物服用的檢查機制、察覺藥物的重要性、感到藥物是安全的、疾病的嚴重度較高、及呼吸或心臟疾病的藥物遵從行為較佳 (Bardel et al., 2006)。

在慢性疾病服藥的比率上，Dunbar 等研究指出有 50% 的病人不論年齡、疾病或治療，仍遵從醫療專業人員的建議服藥 (Dunbar et al., 2000)。而在疼痛復健上，慢性疼痛病人對疼痛復健中評價自己的服藥遵從性平均有 89%，而其中新更換的藥物服藥比率為 93%，高於原先就使用的藥物服藥比率 (67%)，參與病人對治療的滿意度及本身疼痛、焦慮的狀態，與服藥遵從性有顯著的相關 (Robinson et al., 2004)。

本研究顯示癌症病人應服藥物總顆數與醫師處方總顆數之比率為 77%，與國內癌症痛痛研究中，Lai 等人調查住院病人遵從止痛藥物治療比率 66.5% 有差異 (Lai et al., 2002)，一般認為住院病人的服藥遵從性應高於門診病人，但本研究服藥比率結果高於住院病人，分析原因為本研究採服藥物總顆數與醫師處方總顆數之比率，而 Lai 等人調查方式為病人規則服用所有止痛藥物視為遵從，否則視為不遵從。換句話說，兩研究計算的方式不同，造成不同的結果。以研究結果比較服用 HIV 藥物的遵從性 93.6-96.5 (Gao, & Nau, 2000; Holzemer et al., 2006)，癌症疼痛病人服藥遵從性低於服用 HIV 藥物的遵從性，分析原因可能因服用 HIV 藥物病人察覺藥物的重要性，所以遵從行為較佳。

關於 Morisky 服藥遵從性敘述量表所做的研究，服用 HIV 藥物的 Morisky 遵從分數平均為 2.92 分 ($SD=0.92$)，若以 Morisky 服藥遵從分數 0-1 分視為低遵從度，2-3 分為中度遵從度，4 分為高度遵從度，服用 HIV 藥物的病人有 9.3% 服藥低遵從度，61.5% 服藥中度遵從度，服藥 29.2% 高度遵從度 (Gao, & Nau, 2000)。2004 年 Krapek 等人以 Morisky 服藥遵從性敘述量表調查第二型糖尿病病人的服藥遵從行為，調查結果分數 0-1 分的病人佔 13%，2 分的病人佔 14%，3 分的病人 24.3%，4 分的病人佔 48.8% (Krapek et al., 2004)，第二型糖尿病病人的服藥遵從性以中高度的遵從性佔大部份。而 Chang 等於 2002 年在台灣所作癌症病人對止痛藥物的服藥遵從性與教育介入調查前測研究，服藥遵從分數 0 分的病人佔 32.4%，1 分的病人共佔 27%，2 分的病人佔 18.9%，3 分的病人 2.7%，4 分的病人佔 18.9%，遵從性以低度的遵從性佔大部份 (Chang et al., 2002)。本研究癌症病人對止痛藥物的服藥遵從分數介於 0 到 4 分，平均為 1.65 分 ($SD=1.43$)。其中分數 0 分的病人佔 31%，1 分的病人共佔 51%，2 分的病人佔 14%，3 分的病人 23%，4 分的病人佔 12%。相較於其他研究，癌症疼痛病人服用止痛藥物之遵從性，低度遵從的病人明顯高於其他族群，而高度遵從性的病人明顯低於其他族群。綜合以上研究結果，對於止痛藥物的遵從性不如其他藥物，病人服用低於處方者處方的劑量的原因，可能因為病人感到「傷害性超

出需要性」，病人未察覺藥物的重要性或對藥物的安全性有所疑慮，所以對於病人對止痛藥物認知的加強仍有其必要性。



第二節 癌症病人的疼痛強度及對生活的干擾程度與服藥遵從性之相關

關於疼痛方面，以簡明疼痛量表來描述在正常清醒的期間癌症患者疼痛的嚴重程度，根據 Paice (1998) 針對美國癌症疼痛病患調查結果，過去一周內最劇烈疼痛的程度的平均值為 7 ($SD=2.5$)，最輕疼痛的程度有 2.2 ($SD=1.8$)，32.8% 病人主訴生活受到疼痛干擾，61.2% 的病人疼痛強度時常在 5 分以上 (Paice, 1998)。而 Wells 等 (2003) 針對 64 位病人及家屬調查疼痛強度，發現病人最劇烈疼痛的程度為 6.35，最輕疼痛的程度有 2.66，而生活受到疼痛干擾平均分數為 4.75 (Wells et al., 2003)。de Wit 等於 2001 年在紐西蘭作了一個出院病人癌症慢性疼痛滿意度及疼痛強度的縱貫性研究，研究以 115 個公衛護士追蹤 104 位出院病人，在前測時病人現在疼痛強度為 3.4 ($SD=2.5$)，過去七天內一般疼痛程度的平均值為 5.1 ($SD=2.2$)，最劇烈疼痛的程度的平均值為 8.0 ($SD=2.2$)，在公衛護士給予衛生教育後，病人報告疼痛強度顯著降低，而對於疼痛治療的滿意度顯著升高 (de Wit et al., 2001)。Chang 等於 2002 年在台灣以住院中癌症病人對止痛藥物的服藥遵從性行教育介入研究，前測時實驗組及控制組病人平均疼痛強度為 3.68 ($SD=1.26$) 及 3.78 ($SD=1.66$)，疼痛對生活的干擾程度實驗組及控制組病人平均分數為 5.90 ($SD=1.93$) 及 5.32 ($SD=2.51$)，而服用止痛藥物遵從分數為 1.67 ($SD=1.57$) 及 1.32 ($SD=1.38$)，實驗組在教育

介入後病人的服藥遵從性有顯著改善，而病人的疼痛強度及對生活的干擾程度也有顯著改善，而控制組僅在疼痛對生活的干擾程度有顯著改善（Chang et al., 2002）。但 Lai 等的研究結果顯現癌症病人遵從服用止痛藥物與不遵從服用藥物的族群，就疼痛平均強度及七天內最疼痛強度而言並無顯著差異（Lai et al., 2002）。

本研究在疼痛強度方面，現在的疼痛程度的平均值為 2.20（ $SD=1.79$ ），過去 24 小時內一般疼痛程度的平均值為 2.62（ $SD=1.48$ ），過去 24 小時內最劇烈疼痛的程度的平均值為 4.66（ $SD=2.21$ ），過去 24 小時內最輕疼痛的程度的平均值為 1.04（ $SD=1.42$ ），綜合四項所得的平均疼痛強度平均值為 2.63（ $SD=1.45$ ）。疼痛強度依嚴重度分為輕、中及重度，其中分數 1 至 4 分為輕度，5 到 6 分為中度，7 分及 7 分以上為重度，本研究病人感到輕度疼痛的有 85 人（85%），其餘 15 名病人有中度的疼痛（15%）相較於其他文獻，病人的疼痛強度較低，分析原因可能因其他研究多餘病人住院期間做第一次的調查，而本研究對象為門診病人之故。

在癌症病人的疼痛強度與服藥遵從性方面，癌症病人的疼痛平均強度與服藥遵從性在統計上呈現顯著負相關（ $r=-.20$ ， $p=.04$ ）。表示癌症病人平均疼痛分數越高者，服藥遵從性越差；或癌症病人服藥遵從性越差，平均疼痛分數越高。疼痛干擾其日常生活活動功能嚴重程度，本

研究以台灣版簡明疼痛量表（Brief Pain Inventory, BPI）的第二部份，描述在過去 24 小時內疼痛症狀干擾癌症患者在不同層面的生活活動功能的嚴重程度，以 7 個項目平均為平均疼痛干擾，而統計結果癌症病人平均疼痛干擾與服藥遵從性無顯著的相關（ $r = -.15$ ， $p = .15$ ）。顯示疼痛症狀干擾癌症患者生活活動功能的嚴重度在統計上並不影響癌症病人的服藥遵從性。此研究結果支持 Chang 等於 2002 年在台灣以住院中癌症病人對止痛藥物的服藥遵從性行教育介入性研究結果。



第三節 癌症病人對疼痛處理的滿意度與服藥遵從性之相關

有關癌症疼痛評估、處置成效的研究相當多，但與止痛藥物服藥遵從性的研究寥寥可數。研究顯示，在疼痛標準介入或教育計劃後，病人之疼痛程度有大幅改善、疼痛對生活品質的影響程度有顯著下降，且對疼痛處置之滿意度也提升許多（Chang et al., 2002; Neitzel, Miller, Shepherd, & Belgrade, 1999）。其他的研究中也發現，實施臨床疼痛監測計劃，能成功地提升護理人員執行每日疼痛評估之比率及對疼痛處置的知識，而每日使用疼痛監測日誌，病人的疼痛處置滿意度較高（de Wit et al., 2001; Karen et al., 2002）。

本研究在調查癌症病人的對醫護人員處理疼痛滿意度與服藥遵從性之關係，以疼痛控制問卷中之兩項與醫護人員處理疼痛相關問題平均做分析，在癌症病人對護理人員處理疼痛的滿意分數介於 1 到 6 分，平均為 4.71 分（ $SD=0.88$ ）。其中感到非常不滿意的病人有 1 名（1%），感到不滿意的病人有 5 名（5%），感到稍不滿意的病人有 32 名（32%），感到稍滿意的病人有 32 名（32%），感到滿意的病人有 45 名（45%），感到非常滿意的病人有 17 名（17%）。癌症病人對醫師處理疼痛的滿意分數介於 3 到 6 分，平均為 4.92 分（ $SD=0.76$ ）。其中感到稍不滿意的病人有 3 名（3%），感到稍滿意的病人有 24 名（24%），感到滿意的病人有 51 名（51%），感到非常滿意的病人有

22名（22%）。以兩項平均為病人對疼痛處理滿意度，平均分數介於3到6分，平均為4.82分（ $SD=0.75$ ）。而癌症病人服藥遵從性與處理疼痛滿意度之間，在統計上呈現顯著正相關（ $r=.49$ ， $p<.001$ ）。顯示癌症病人服藥遵從性高，則對於醫護人員處理疼痛滿意度也高；或病人對於醫護人員處理疼痛滿意度高時，病人服藥遵從性較高。換言之，當病人對於醫護人員處理疼痛滿意度感受較差時，服藥遵從性也較低。



第四節 癌症病人及家屬對於止痛藥物的障礙因子與服藥遵從性之相關

有關病人及家屬服用止痛藥物的障礙，Ward 等於 1993 年調查 270 名癌症病人及他們的健康提供者，有 37-85% 受調查的病人表示有疼痛處理障礙的問題，他們最擔心的是藥物成癮，45% 的病人同意想成為「好病人」會影響他們向醫療提供者報告疼痛，而年老、低收入、教育程度低的病人，對疼痛處理問題較關心。Ward 等於 1993 年發展出障礙量表，並調查確立當時美國癌症疼痛病人對服用止痛藥物的障礙因子為：一、害怕藥物成癮；二、擔心藥物的耐受性；三、擔心止痛藥的副作用；四、宿命論；五、渴望成為好病人；六、害怕令醫師分心；七、擔心疾病惡化；八、害怕打針。最近有關病人止痛藥物服用障礙的相關研究指出，病人強烈相信疼痛藥物會成癮，癌症病人是藥物成癮的高危險群；病人也相信身體對止痛藥物會有耐受性，將來藥物會無法提供止痛的效果；除此之外，病人也害怕服用止痛藥物會影響疾病進展的觀察，或者認為疼痛代表疾病的進展，有三分之二的病人同意疼痛及其干擾的存在，有 63% 的病人認為藥物無法緩解疼痛，75% 的家屬提出關心或不確定止痛藥物是否會成癮（Aranda, 2004; Dawson et al., 2005; Sun et al., 2007）。

針對 Ward 的研究結果，1995 年 Lin 及 Ward 為符合台灣的文化及國情，而發展出台灣版障礙量表（BQT）發展自障礙量表，除將文字翻譯

成中文並且刪除害怕打針，增加時間間隔及宗教宿命論兩大概念，目前由 34 個項目九個次量表所組成 (Lin, 2000)。而國內相關的研究結果指出，有關病人及家屬對服用止痛藥物障礙因子，以害怕成癮、擔心疾病進展、擔心耐藥性及認為需要時再使用即可分數最高，而有 57% 的病人表示在過去一個月有猶豫服用止痛藥物的情形，43-57% 的家屬表示在猶豫給病人服用止痛藥物 (Chang et al., 2002; Lin, 1995; Lin, 2000)。本研究結果亦顯示類似的結果，癌症病人對止痛藥物的障礙，以擔心疾病惡化為最高分，平均分數為 2.75 ($SD=1.71$)，其次為時間間隔-覺得需要時才使用，平均分數 2.55 ($SD=1.19$)，第三障礙因子為耐藥性-只有在疼痛變差時才用，平均分數 2.40 ($SD=1.59$)；而宿命論 ($M=0.88, SD=0.78$)，渴望成為好病人 ($M=0.53, SD=0.71$) 平均分數較低。家屬對止痛藥障礙因素結果，家屬的平均止痛藥障礙因子總分為 1.85 ($SD=0.98$)，較病人平均分數高，而最在意的前三項障礙因素分別為擔心疾病惡化 ($M=2.57, SD=1.63$)、時間間隔-覺得需要時才使用 ($M=2.55, SD=1.33$) 及耐藥性-只有在疼痛變差時才用 ($M=2.53, SD=1.63$)；與病人相同較無宿命論 ($M=1.06, SD=0.96$) 及渴望成為好病人 ($M=1.05, SD=1.03$) 的考量，亦支持之前文獻的結果。顯示在台灣病人及家屬對止痛藥物服用障礙比率仍高，且仍有錯誤的認知，而疼痛的教育在此時仍有需加強。

本研究發現 Morisky 服藥遵從性敘述量表與病人止痛藥障礙量表之宿命論、宗教宿命論、擔心成癮、擔心副作用、希望成為好病人、擔心醫師分心、擔心疾病惡化、擔心耐藥性、時間間隔等次量表，與服藥遵從性在統計上皆有顯著負相關，而其中時間間隔 ($r=-.61, p<.001$)、擔心成癮 ($r=-.53, p<.001$)、擔心耐藥性 ($r=-.48, p<.001$)、擔心疾病惡化 ($r=-.43, p<.001$) 之相關性較強。而分析平均止痛藥障礙分數與遵從性分數之相關性，則相關係數 $r=-.54, p<.001$ ，顯示癌症病人服用止痛藥障礙因素越高，服藥遵從性越低。

關於 Morisky 服藥遵從性敘述量表與家屬填寫止痛藥障礙量表的相關做分析，發現宗教宿命論與服藥遵從性無顯著相關外，其他次量表如宿命論、擔心成癮、擔心副作用、希望成為好病人、擔心醫師分心、擔心疾病惡化、擔心耐藥性、時間間隔等，與服藥遵從性在統計上皆有顯著負相關，其中家屬在擔心耐藥性 ($r=-.55, p<.001$)、擔心成癮 ($r=-.53, p<.001$)、時間間隔 ($r=-.47, p<.001$) 之相關性較強與病人的障礙因素相似。而分析平均止痛藥障礙分數與遵從性分數之相關性，相關係數 $r=-.47, p<.001$ ，顯示癌症病人家屬對服用止痛藥障礙因素越高，病人服藥遵從性越低。支持文獻所指出，病人的疼痛信念能預測病人對止痛藥物的服藥遵從性，當病人服用足夠的止痛藥物其障礙總分低於不足的病人；同樣的當病人服用足夠的止痛藥物，其家屬障礙總

分也顯著低於不足的，當病人有較高的藥物治療信念及較低的自我控制信念，對於止痛藥物的遵從性較高（Chang et al., 2002; Lai et al., 2002）。



第五節 病人服藥遵從性之預測

根據文獻指出病人服藥遵從性與病人的年齡、教育程度、平均疼痛程度、病人對疼痛處理的滿意度、病人止痛藥障礙因素及家屬止痛藥障礙因素有關，故以此六個因素做複迴歸預測分析結果如下：病人止痛藥障礙因素可解釋 29.6% 病人服藥遵從性的變異量，此解釋力達統計上的顯著水準 ($p < .001$)；加入病人對疼痛處理的滿意度因素，病人止痛藥障礙因素及病人對疼痛處理的滿意度共可解釋 37.5% 病人服藥遵從性的變異量，排除病人止痛藥障礙因素的影響，病人對疼痛處理的滿意度對服藥遵從性的解釋力為 7.9%，此解釋力達統計上的顯著水準

($p = .01$)；加入家屬止痛藥障礙因素，病人止痛藥障礙因素、病人對疼痛處理的滿意度及家屬止痛藥障礙因素共可解釋 39.3% 病人服藥遵從性的變異量，排除病人止痛藥障礙因素及病人對疼痛處理的滿意度的影響，對服藥遵從性的解釋力為 1.8%，此解釋力統計上無顯著的顯著水準 ($p = .10$)；加入平均疼痛程度因素，病人止痛藥障礙因素、病人對疼痛處理的滿意度、家屬止痛藥障礙及平均疼痛程度因素共可解釋 40.2% 病人服藥遵從性的變異量，排除病人止痛藥障礙因素、病人對疼痛處理的滿意度、家屬止痛藥障礙的影響，平均疼痛程度對服藥遵從性的解釋力為 1.0%，此解釋力未達統計上顯著水準 ($p = .22$)；加入年齡因素，病人止痛藥障礙因素、病人對疼痛處理的滿意度、家屬止痛藥障

礙、平均疼痛程度及年齡因素共可解釋 41.1% 病人服藥遵從性的變異量，排除病人止痛藥障礙因素、病人對疼痛處理的滿意度、家屬止痛藥障礙及平均疼痛程度的影響，年齡對服藥遵從性的解釋力為 0.8%，此解釋力未達統計上的顯著水準 ($p = .25$)；最後加入教育程度因素，病人止痛藥障礙因素、病人對疼痛處理的滿意度、家屬止痛藥障礙、平均疼痛程度、年齡及教育程度因素共可解釋 42.4% 病人服藥遵從性的變異量，排除病人止痛藥障礙因素、病人對疼痛處理的滿意度、家屬止痛藥障礙、平均疼痛程度及年齡的影響，教育程度對服藥遵從性的解釋力為 0.1%，此解釋力未達統計上的顯著水準 ($p = .14$)。

第七章 結論與建議

本章共分為三節，第一節為本研究之結論，第二節為本研究對未來的貢獻，第三節為本研究的限制與建議。

第一節 結論

本研究的目的為，以台灣版的 Morisky 服藥遵從量表評估門診的癌症疼痛病人的遵從性及探討影響台灣癌症疼痛病人服用止痛藥物遵從性之相關因素，其歸納結論如下：

- 一、門診癌症疼痛病人以台灣版 Morisky 服藥遵從性量表調查之服藥遵從平均為 1.65 分 ($SD=1.43$)，Morisky 服藥遵從性量表分數 0 分的病人共 31 位 (31%)，1 分的病人共 51 位 (51%)，2 分的病人共 14 位 (14%)，3 分的病人共 23 位 (23%)，4 分的病人共 12 位 (12%)。若以 Morisky 服藥遵從分數 0-1 分視為低遵從度，2-3 分為中度遵從度，4 分為高度遵從度，則門診癌症疼痛病人服藥遵從性屬於低至中度。
- 二、影響台灣癌症疼痛病人服用止痛藥物遵從性之相關因素，在人口學變項方面，包括病人年齡 ($r= .211, p= .035$) 及教育程度 ($r= -.595, p< .001$) 有顯著相關。在服藥信念方面，包括病人是否願意報告疼痛 ($p= .045$)，及病人是否願意服用止痛藥物 ($p< .001$) 也影響著病人的服藥遵從性。病人止痛藥障礙分數 ($r= -.54,$

$p < .001$)、病人對疼痛處理的滿意度 ($r = .49, p < .001$)、家屬止痛藥障礙分數 ($r = -.47, p < .001$)、平均疼痛程度 ($r = -.20, p = .04$) 與病人的服藥遵從性也有顯著的相關。

三、預測台灣癌症疼痛病人服用止痛藥物遵從性之相關因素：病人服藥遵從性與病人的年齡、教育程度、平均疼痛程度、病人對疼痛處理的滿意度、病人止痛藥障礙分數及家屬止痛藥障礙分數做複迴歸預測分析，病人止痛藥障礙分數 ($p < .001$) 與病人對疼痛處理的滿意度 ($p = .01$) 解釋力統計上達顯著水準，此兩項因素共可解釋 37.5% 病人服藥遵從性的變異量。而病人的年齡、教育程度、平均疼痛程度及家屬止痛藥障礙分數等雖解釋力未達統計上顯著水準，但與病人止痛藥障礙分數及病人對疼痛處理的滿意度共可解釋 42.4% 病人服藥遵從性的變異量。

第二節 未來的貢獻

綜合本研究結果，對臨床實務方面、教育方面及未來研究方面提出以下應用與建議：

一、臨床實務方面

根據本研究發現病人服藥遵從性與病人的年齡、教育程度、平均疼痛程度、病人對疼痛處理的滿意度、病人止痛藥障礙分數及家屬止痛藥障礙分數相關，以複迴歸預測分析發現病人對疼痛處理的滿意度及病人止痛藥障礙分數，共可解釋 37.5% 病人服藥遵從性的變異量，且解釋力達顯著水準。雖然病人的年齡及教育程度是無法改變的，但是如果能降低病人對止痛藥的服藥障礙且增加病人對疼痛處理的滿意度，就可以解決 37.5% 病人服藥遵從性的問題。故臨床醫護人員能加強癌症疼痛病人止痛藥物服用知識，減少病人服藥錯誤概念，耐心傾聽病人需求增加病人對醫護處理之信任及滿意度，就能增加病人的服藥遵從性，進而減輕病人的疼痛強度。

另外，台灣版 Morisky 服藥遵從性量表，是一種計分簡單且容易回答的問卷，建議臨床醫護人員可利用此量表了解門診病人服藥遵從行為，以便察覺病人服藥的障礙，適時的提供協助。

二、教育方面

本研究雖未針對醫護人員的止痛藥使用知識及服藥障礙做調查，但

據近年來在台灣針對醫師、護理人員及護生的研究指出，醫護人員及護生對止痛藥物的使用，普遍知識不足及存在著錯誤觀念（徐等，2002；許等，2001；賴等，2000；賴等，2002；Ger et al., 2000），因此建議無論是醫學或護理教育，都應將癌症疼痛處理的正確觀念設計至課程及臨床教學中，而相關學會也應安排癌症疼痛處理的研討會，提供在職人員不斷進修的機會，進而增加醫護人員在癌症疼痛處理的專業知識及技能。

三、未來研究方向

本研究是以門診癌症疼痛病人及家屬為調查對象，而病人的年齡、教育程度、平均疼痛程度、病人對疼痛處理的滿意度、病人止痛藥障礙分數及家屬止痛藥障礙分數等，解釋了 42.4% 病人服藥遵從性的。換句話說，仍有 57.6% 的變異量未被以上因素解釋，因此建議未來的研究方向，可比對醫護人員的知識、態度、服藥障礙及病人是否接受過止痛藥物服用的相關教育，以確切調查出影響癌症疼痛病人服藥遵從性的相關因素。

第三節 研究限制與建議

有關本研究未盡完善之處，研究者做以下檢討：

- 一、本研究對象為門診癌症疼痛的病人，在計算已服藥物總顆數與醫師處方總顆數之比率上有 77%，但以服藥 Morisky 服藥遵從性量表評估平均卻只有 1.65 分，兩者雖有顯著的正相關 ($r = .501$, $p < .001$)，但相關強度卻只有 $r = .501$ ，因限於使用結構式問卷，無法對此現象作分析或了解，建議未來可採質性或縱貫式的研究以了解之間差異的原因。
- 二、本研究中病人的平均疼痛強度介於 0 至 6.25 分，屬於低度到中度的疼痛，原因可能為本研究對象為門診癌症疼痛的病人，本身疼痛強度就低於住院或安寧機構的病人，也因此本研究結果不適於推論到平均疼痛強度高的族群。

參考文獻

一、中文部份

李秀枝、張文英、盧美秀、林佳靜、陳美伶（2006）．建構癌症病人疼痛護理標準及成效評值．*新臺北護理期刊*，8（1），33-44。

徐麗琴、林佳靜、賴裕和、陳美伶（2002）．腫瘤護理人員對癌痛之評估及處置與相關因素探討．*新臺北護理期刊*，4（2），29-37。

許玲女、張遠萍、陳淑卿、賴裕和（2001）．護理人員對癌症疼痛及麻醉性止痛藥之信念及其相關因素探討．*長庚護理*，12（3），200-207。

梁淑媛、林佳靜、陳品玲、劉淑娟（2000）．癌症病人及其家屬對癌痛及其影響感受比較．*新臺北護理期刊*，2（2），17-28。

賴裕和、蔡麗雲、張澤芸、蕭淑代、高靖秋、張淑華、陳淑卿（2002）．台灣地區北部醫院護理人員對癌症疼痛處理的知識之探討．*腫瘤護理雜誌*，2（1），1-15。

賴裕和、陳淑卿、張綠怡、鄭素月、魏玲玲（2000）．大學護生對癌症疼痛及麻醉性止痛藥之信念與知識及其相關因素探討．*新臺北護理期刊*，2（2），5-15。

二、英文部分

Agency for Health Care Policy and Research. (1994). *Management of cancer pain*. Clinical practice guideline (AHCPR Publication N0.94-

0592) Washington D.C.:U.S. Department of Health and Human Services.

Aikens, J.E., Nease, D.E., Nau, D.P., Klinkman, M.S., Schwenk, T.L. (2005).

Adherence to maintenance- phase antidepressant medication as a function of patient beliefs about medication. *Annals of Family Medicine*, 3(1), 23-30.

American Pain Society Quality of Care Committee. (1995). Quality improvement guidelines for the treatment of acute Pain and cancer pain.

Journal of the American Medical Association, 274, 1874-1880.

Aranda, S., Yates, P., Edwards, H., Nash, R., Skerman, H., & Mccarthy,

A. (2004).Barriers to effective cancer pain management:a survey of Australian family caregivers. *European Journal of Cancer*, 13, 336-343.

Bardel, A., Wallander, M.A., Svardstudd, K. (2007). Factors associated with adherence to drug therapy: A population-based study. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 63, 307-314.

Bonica, J., (1985). Treatment of cancer pain: current status and future needs.

In: Fileds, H. L. Dubner, R. Cervero, R. (Eds.), *Proceedings of the fourth world congress on pain : Vol. 9. advances in pain research and therapy*.

New York: Raven Press.

- Chang, M.C., Chang, Y.C., Chiour, J.F., Tsou, T.S., Lin, C.C. (2002).The effectiveness of a pain educational program on overcoming the patient-related barriers to cancer pain management for Taiwanese home care patients with cancer pain. *Cancer Nursing*, 25(6), 470-476.
- Chang, M.C., Chang, Y.C., Chiou, J.F., Tsou, T.S., Lin, C.C. (2002). Overcoming patient-related barriers to cancer pain management for home care patients: A pilot study. *Cancer Nursing*, 25 (6), 470-476.
- Chang, Y., Lin, Y.P., Chang, H.U., Lin, C.C. (2005). Cancer patient and staff ratings of caring behaviors. *Cancer Nursing*, 28(5), 331-339.
- Chiu, T.Y. (1997). Pain control in terminal cancer patients. *Journal of the Formosan Medical Association*, 1, 198-208.
- Cleeland, C.S. (1984). The impact of pain with cancer. *Cancer*, 54: 2635-2641.
- Cleeland, C.S. (1996). Assessment pain in Cancer: Measurement issues. In: Foley K. M. (Ed.), *Advanced Pain Research Therapy: Vol. 16*. (pp. 47-55). New York: Raven.
- Dawson, R., Sellers, D.E., Spross, J.A., Jablonski, E.S., Hoyer, D.S., & Solomon, M.Z.(2005).Do patients' beliefs act as barriers to effective pain management behaviors and outcomes in patients with cancer-related or noncancer-related pain. *Oncology Nursing Forum*, 32(2), 363-374.
- de Wit, R., & van Dam, F. (2001). From hospital to home care:a randomized controlled trial of a Pain Education Programme for cancer patients with

chronic pain. *Journal of Advanced Nursing*, 36(6), 742-754.

DiMatteo, M.R., Giordani, P.J., Lepper, H.S., & Corghan, T.W. (2002).

Patient adherence and medical treatment outcomes: A meta-analysis.

Medical care, 40 (9), 794-811.

Dracup, K.A., & Meleis, A.L. (1982). Compliance: an interactionist approach.

Nursing Research, 31, 31-36.

Dunbar- Jacob, J., Erlen, J.A., Schlenk, E.A., Ryan, C.M., Sereika, S.M., &

Doswell, W.M. (2000). Adherence in chronic disease. *Annual review of nursing research*, 18, 48-90.

Elliott, T.E., Elliott, B.A., Murray, D.M., Braun, B.L., Johnson, K.M.

(1996). Patients and family members: the role of knowledge and attitudes in cancer pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 12, 209-220.

Ferrell, B.R., & Eberts, M.T., McCaffery, M., & Grant, M. (1991). Clinical

decision making and pain. *Cancer Nursing*, 14(6), 289-297.

Ferrell, B.R., Rhiner, M., & Ferrell, B.A. (1993). Development and

implementation of pain education program. *Cancer Supplement*, 72(11), 3426-3435.

Ferrell, B.R., Ferrell, B.A., Ahn, C., & Ferrell, Tran, K. (1994). Pain

management for elderly patients with cancer at home. *Cancer Supplement*, 74(7), 2139-246.

Ferrell, B.R., Grant, M., Chan, J., Ahn, C., & Ferrell, B.A. (1995). The impact

of cancer pain education on family caregivers of elderly patients.

Oncology Nursing Forum, 22(8), 1211-1218.

Gao, X., Nau, D.P. (2000). Congruence of three self-report measure of medication adherence among HIV patients. *The Annals of Pharmacotherapy*, 34, 1117-1122.

Ger, L.P., Ho, S.T., & Cheng, C.H. (1998). The prevalence and severity of cancer pain: A study of new-diagnosed cancer patients in Taiwan. *Journal of Pain and Symptom Management*, 15(5), 285-293.

Ger, L.P., Ho, S.T., Sun, W.Z., Wang, M.S., & Cleeland, C.S. (1999). Validation of the brief pain inventory in a Taiwanese population. *Journal of Pain and Symptom Management*, 18(5), 316-322.

Ger, L.P., Shung, T.H., & Wang, J.J. (2000). Physicians' Knowledge and Attitudes toward the Use of Analgesics for Cancer Pain Management: A Survey of Two Medical Centers in Taiwan. *Journal of Pain and Symptom Management*, 20 (5), 335-344.

Jacox, A., Carr, D.B., Payne, R., et al. (1994). *Management of cancer pain: adult*. Clinical practice guideline No.9. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.

Lai, Y.H., Keefe, F.J., Sun, W.Z., Tsai, L.Y., Cheng, P.L., Chiou, J.F., Wei, L.L. (2003). Relationship between pain-specific beliefs and adherence to analgesic regimens in Taiwanese cancer patients: A preliminary study.

Journal of Pain and Symptom Management 24 (4), 415-423.

Lai, Y.L. (1994). Continuous hospital care for cancer patients : three years experience. *Journal of Internal Medicine of Taiwan*, 93, 98-101.

Lin, C.C., & Ward, S.E. (1995). Patient-related barriers to cancer pain management in Taiwan. *Cancer Nursing*, 18(1), 16-22.

Lin, C.C. (2000). Barriers to the analgesic management of cancer pain: A comparison of attitudes of Taiwan patients and their family caregivers. *Pain*, 88(1), 7-14.

Lin, C.C. (2000). Identifying attitudinal barriers to family management of cancer pain in palliative care in Taiwan. *Palliative Medicine*, 14, 463-470.

Lin, C.C. (2001). Congruity of cancer pain perceptions between Taiwanese patients and family caregivers: relationship to patients' cancers about reporting pain and using analgesics. *Journal of Pain and Symptom Management*, 21(1), 18-26.

Miaskowski, C., Zimmer, E., Barrett, K., Dibble, S., & Wallhagen, M. (1997). Difference in patients' and family caregivers' perceptions of the pain experience influence patient and caregiver outcomes. *Pain*, 72, 217-226.

Neitzel, J.J., Miller, E.H., Shepherd, M.F., & Belgrade, M. (1999). Improving pain management after total joint replacement surgery. *Orthopedic*

Nursing, 18(4), 37-46.

- Paice, J.A., Toy, E. & Shott, S. (1998). Barriers to pain relief: fear of tolerance and addiction. *Journal of Pain Symptom Management*, 16(1), 1-9.
- Peruselli, C., Di Giulio, P., Toscani, F., Gallucci, M., Tamburini, M., Paci, E., Miccinesi, G., Addington-Hall, J.M. & Higginson, I.J. (1999). Home palliative care for terminal cancer patients : a survey on the final week of life. *Palliative Medicine*, 13, 233-241.
- Riddell, A., Fitch, M.I. (1997). Patients' knowledge of and attitudes toward the management of cancer pain. *Oncology Nursing Forum*, 24, 1775-1784.
- Robinson, M.E., Bulcourn, B., Atchison, J.W., Berger, J., et al. (2004). Compliance in pain rehabilitation: Patient provider perspectives. *Pain Medicine*, 5(1), 66-80.
- Sale, J.E.M., Gignac, M., Hawker, G. (2006). How "Bad" dose the pain have to be? A qualitative study examining adherence to pain medication in older adults with osteoarthritis. *Arthritis care & Research*, 55(2), 272-278.
- Schug, S.A., Zech, D., Grond, S., Jung, H., Meuser, T., & Stobbe, B. (1992). A long term survey of morphine in cancer pain patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 7 (5), 259-266.
- Schumacher, K.L., Koresawa, S., West, C., Dodd, M., Paul, S.M., Tripathy,

- D., Koo, P., & Miaskowski, C. (2002). The usefulness of a daily pain management diary for outpatients with cancer-related pain. *Schumacher*, 29(9), 1304-1313.
- Sun, V.C.Y., Borneman, T., Ferrell, B., Piper, B., Koczywas, M., & Choi, K. (2007). Overcoming Barriers to Cancer Pain Management: An Institutional Change Model. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34(4), 359-369
- Vlasnik, J., Aliotta, S., DeLor, B.(2005).Medication adherence: Factors influencing compliance with prescribed medication plans. *Case Manager*, 16, 47-51.
- Ward, S.E., Goldberg, N., Miller-McCauley, V., Mueller, C., Nolan, A., Pawlik-Plank, D., Robbins, A., Stormoen, D., Weissman, D.E. (1993). Patient-related barriers to management of cancer pain. *Pain*, 52, 319-324.
- Wells, N., Hepworth, J.T., Murphy, B.A., Wujcik, D. & Johnson, R. (2003). Improvement cancer pain management through patient and family education. *Journal of Pain and Symptom Management*, 25(4), 344-356.
- Wahl, C., Gregoire, J.P., Teo, K., Beaulieu, M., Labelle, S., et al., (2005).Concordance, compliance and adherence: in healthcare: closing gaps and improving outcomes. *Healthcare Q*, 8, 65-70.
- World Health Organization. (1990).*Cancer pain relief and palliative care: technical report series 804*. Geneva: World Health Organization.

Wang, X.S., Mendosa, T.R., Gao, S.Z., & Cleeland, C.S. (1996). The Chinese version of the Brief Pain Inventory (BPI-C): Its development and use in a study of cancer pain. *Pain, 67*, 407-416.

Zisook, S., Gammon, E. (1981). Medical noncompliance. *International Journal Of Psychiatry In Medicine, 10*, 291-303.



附錄一 個人基本資料

一、基本資料

出生年月：_____年_____月，性別：_____

教育程度：請勾選教育程度並且註明畢業或肄業（請填寫最高年級數）

- 1無 2國小 3國中 4高中(職) 5專科
6二專 7三專 8大學(含技術學院) 9碩士
10博士

畢業與否：1畢業 2肄業（_____年級）

目前職業：1有，_____（種類） 2無工作（₁因疾病緣故
₂非因疾病緣故） 3退休

經濟狀況：1充裕 2過得去 3困難

婚姻狀況：1已婚 2離婚 3喪偶 4未婚

居住情形：目前有_____位家人同住

宗教信仰：1佛教 2道教 3天主教 4基督教 5回教
6其他 7無

二、疾病特性與治療情形

初診斷時間：_____年_____月_____日

罹病時間：_____ 手術日期：_____年_____月_____日

目前治療：1荷爾蒙治療 2放射線治療 3化學治療
4無

（以下由研究人員填寫）

收案日期：_____年_____月_____日

疾病分期：_____

疾病狀態：1腫瘤已轉移 2腫瘤未轉移

附錄二 台灣版簡明疼痛量表

1 請在下面數字圈選一個，以表示過去 24 小時中疼痛 <u>最劇烈</u> 時的程度											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
不痛											極痛

2 請在下面數字圈選一個，以表示過去 24 小時中疼痛 <u>最輕</u> 時的程度											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
不痛											極痛

3 請在下面數字圈選一個，以表示過去 24 小時中疼痛 <u>平均</u> 時的程度											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
不痛											極痛

4 請在下面數字圈選一個，以表示 <u>現在</u> 的疼痛程度											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
不痛											極痛

5 請在下面數字圈選一個，以表示過去 24 小時中，疼痛對您下述方面的影響：											
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(1) 日常生活											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
無影響											完全影響

(2) 情緒											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
無影響											完全影響

(3) 行走能力											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
無影響											完全影響

(4) 正常工作(包括外出工作和家事)											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
無影響											完全影響

(5) 與人交往										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
無影響									完全影響	

(6) 睡眠										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
無影響									完全影響	

(7) 生活樂趣										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
無影響									完全影響	

6.在過去一個月中，您是否曾經遲疑而不願向醫師或護理人員報告疼痛？

是_____ 否_____

7.在過去一個月中，您是否曾經遲疑而不希望服用止痛藥？

是_____ 否_____

8.請您填寫以下數字，您對護理人員處理您疼痛的滿意程度。_____

非常不滿意 (2) 不滿意 (3) 稍不滿意 (4) 稍滿意

(5) 滿意 (6) 非常滿意

9.請您填寫以下數字，代表您對醫師處理您疼痛的滿意程度。_____

非常不滿意 (2) 不滿意 (3) 稍不滿意 (4) 稍滿意

(5) 滿意 (6) 非常滿意

附錄三 服藥遵從性問卷

1. 您是否曾經忘記服用止痛藥物嗎？

0	1	2	3	4
總是				不曾

2. 您認為不需要按時服用止痛藥物嗎？

0	1	2	3	4
總是				不曾

3. 當您覺得症狀比較好時，您是否會自己停止服藥？

0	1	2	3	4
總是				不曾

4. 假如因服藥而覺得不舒服時，您是否會自己停止服藥？

0	1	2	3	4
總是				不曾

附錄四 台灣版障礙量表

說明：敬請您依照您的想法填寫，0分代表完全不同意，5分代表完全同意。下列問題中有些可能您會感到有些類似，但仍請您逐題一一回答，以確保此份問卷能充分表達您的意見。

1.告訴醫護人員有痛是沒有用的，因為我認為醫護人員是不會做任何處理的。					
0	1	2	3	4	5
完全不同意					完全同意

2.我命中注定要承受現在的疼痛之苦。					
0	1	2	3	4	5
完全不同意					完全同意

3.止痛藥很容易讓人上癮。					
0	1	2	3	4	5
完全不同意					完全同意

4.止痛藥讓人昏昏欲睡，我覺得很困擾。					
0	1	2	3	4	5
完全不同意					完全同意

5.止痛藥用多了會傷肝。					
0	1	2	3	4	5
完全不同意					完全同意

6.如果向醫護人員抱怨痛，醫護人員可能會不高興。					
0	1	2	3	4	5
完全不同意					完全同意

7.我覺得醫師集中注意力在治癒疾病，要比控制疼痛重要。					
0	1	2	3	4	5
完全不同意					完全同意

8.我覺得痛是表示病況走下坡了。

0 1 2 3 4 5
完全不同意 完全同意

9.止痛藥造成的便秘是很不舒服的。

0 1 2 3 4 5
完全不同意 完全同意

10.把止痛藥留在以後可能真的需要的時候再用，比較好。

0 1 2 3 4 5
完全不同意 完全同意

11.止痛藥只應該在痛的時候服用或打針，不痛時則不應該用。

0 1 2 3 4 5
完全不同意 完全同意

12.使用止痛藥後，常讓人亂說話或做出一些令人尷尬的事。

0 1 2 3 4 5
完全不同意 完全同意

13.止痛藥並不能真正控制疼痛。

0 1 2 3 4 5
完全不同意 完全同意

14.我如果忍受現在的疼痛，才可以消除這輩子的業障或了苦。

0 1 2 3 4 5
完全不同意 完全同意

15.我擔心病人用了止痛藥會成癮。

0 1 2 3 4 5
完全不同意 完全同意

16.止痛藥造成的噁心感會讓人很不舒服。					
0	1	2	3	4	5
完全不同意				完全同意	

17.止痛藥造成的呼吸抑制是很可怕的。					
0	1	2	3	4	5
完全不同意				完全同意	

18.如果時常向醫護人員抱怨痛，可能會讓醫護人員覺得不耐煩。					
0	1	2	3	4	5
完全不同意				完全同意	

19.時常向醫師抱怨疼痛，可能會分散醫師對治癒疾病的注意力。					
0	1	2	3	4	5
完全不同意				完全同意	

20.止痛藥吃多了會傷腎。					
0	1	2	3	4	5
完全不同意				完全同意	

21.我覺得痛代表病情加重了。					
0	1	2	3	4	5
完全不同意				完全同意	

22.假如現在一點點痛時就使用止痛藥，那麼當疼痛加劇時，止痛藥可能就沒那麼有效了。					
0	1	2	3	4	5
完全不同意				完全同意	

23.按時給病人服用止痛藥，比較好。					
0	1	2	3	4	5
完全不同意				完全同意	

24.假如正確的使用止痛藥物，因疾病造的疼痛使可以解除的。					
0	1	2	3	4	5
完全不同意				完全同意	

25. 現在我身上的疼痛是上天的意思或神的意思。

0	1	2	3	4	5
完全不同意					完全同意

26. 止痛藥用的愈多，就愈容易上癮，所以盡量能忍就忍，萬不得已才用。

0	1	2	3	4	5
完全不同意					完全同意

27. 我寧願忍受止痛藥的副作用而不要忍受疼痛。

0	1	2	3	4	5
完全不同意					完全同意

28. 止痛藥造成的排尿困難是很令人困擾的。

0	1	2	3	4	5
完全不同意					完全同意

29. 好病人是不太向醫護人員抱怨疼痛的。

0	1	2	3	4	5
完全不同意					完全同意

30. 我覺得醫師應該專注於治癒疾病，而不是處理疼痛。

0	1	2	3	4	5
完全不同意					完全同意

31. 我覺得疼痛是病情變壞的徵兆。

0	1	2	3	4	5
完全不同意					完全同意

32. 止痛藥應該留在以後萬一疼痛加劇時使用。

0	1	2	3	4	5
完全不同意					完全同意

33.我擔心止痛藥會造成神智不清。

0	1	2	3	4	5
完全不同意					完全同意

34 止痛藥最好是有需要再用比較好。

0	1	2	3	4	5
完全不同意					完全同意



附錄五 Karnofsky 功能評估量表

描述：(0-100 %)	KPS 分數
無併發症，無患病的證據	100
能繼續一般活動，有輕微的患病徵候或症狀	90
有一些疾病的徵候或症狀，自我照顧需費力	80
不能繼續一般活動或是做活動性工作	70
有時需要協助，但自己能照料大部分的需求	60
需要相當的協助及頻繁的醫療照護	50
殘障，需要特別的照護及協助	40
重度殘障，雖然未接近死亡，但需要住院	30
非常虛弱，住院是必要的，需要積極的持續性治療	20
垂死的，致死的過程正快速進行中	10
死亡	0