巴金森氏症病人症狀及緩和治療相關因素之研究

蔡仁恩[1]、趙苡茜[1]、陳龍[2]、鍾禎智[2]、洪千岱[2]、黃采薇[1,3]
台北醫學大學 護理學系[1]、衛生福利部雙和醫院（委託臺北醫學大學興建經營） 神經科[2]、
考科藍台灣研究中心[3]

摘要

目的

巴金森氏症是一種漸進性的中樞神經退化疾病，然而因病程時間長，且病人長期受功能減退與各項症狀困擾，顯著影響其生活品質，但其緩和醫療利用率卻僅0.6%。本研究目的在探討巴金森氏症病人症狀與緩和治療的相關因素，期能提供病人更好的照護。

方法

本研究採用橫斷式相關性研究設計，以立意取樣法，共收集64位符合收案條件者：一、診斷爲原發性巴金森氏症病人；二、神智清楚、無精神疾病、失智症等疾病；三、經解釋研究目的後，同意參與研究者。量表包括：緩和療護巴金森氏症症狀量表（Palliative Outcome Scale-Parkinson Disease, POS_PD）及緩和療護結果量表（Palliative Outcome Scale, POS）。以SPSS 19.0版進行資料分析，統計方法包括獨立樣本t檢定、單因子變異數分析及迴歸分析。

結果

由看護照顧者、H&Y侯葉分級較高、有去過急診者，有顯著較高的緩和療護需求，亦代表生活品質較差；巴金森氏症症狀與緩和療護結果間呈中度正相關（r=0.65, p<0.001），顯示症狀越嚴重則生活品質越差，越需要緩和療護之介入；利用逐步複迴歸進行巴金森氏症病人接受緩和療護的預測因素爲症狀嚴重度，可顯著預測接受緩和療護結果41.9%的變異量。

結論

當巴金森氏症病人症狀嚴重度增加將提升病人接受緩和療護的需求，醫護人員應提早傳達緩和療護相關觀念以提供病人照護選擇。（澄清醫護管理雜誌 2020；16（4）：20-28）

關鍵詞：巴金森氏症、緩和療護、症狀

通訊作者：黃采薇
聯絡地址：台北市信義區吳興街250號
E-mail：tsaiwei@tmu.edu.tw

受理日期：2020 年 3 月；接受刊載：2020 年 6 月

前言

巴金森氏症是非常常見的神經退化性疾病之一，會造成進行性動作障礙。台灣每十萬人口中就有 151.42 人罹患巴金森氏症，六十歲以上族群則是每十萬人口中有 890.72 人，隨著年歲越長，罹患機率越大 [1]。巴金森氏症之病理特徵為中腦黑質細胞缺失，造成多巴胺喪失，而多巴胺的喪失引起巴金森氏症的各種症狀，其中常見的症狀有：一、靜態性震顫；二、動作緩慢；三、四肢僵硬 [2]。巴金森氏症之疾病嚴重度以 Hoehn-Yahr Stage 分級可分為五級，第一級：症狀輕微且集中於單側，肢體有輕微顫抖現象；第二級：雙邊影響，不影響平衡；第三級：平衡受影響，輕度到中度疾病，但患者可以獨立生活，需要協助從拉力測試中恢復；第四級：嚴重殘疾仍可在無人協助的情況下行走或站立；第五級：在沒有他人幫助的情況下，只能臥床或坐輪椅 [3]。末期巴金森症狀與轉移性癌症之症狀嚴重程度相似，如疼痛、疲憊、噁心及憂鬱等現象 [4]，合併有運動與非運動症狀。然而，非運動症狀（包含情緒變化、認知能力下降、疼痛、睡眠障礙、自主神經功能障礙）對病人之生活品質有顯著影響 [5]。

世界衛生組織（WHO）表示，緩和治療是用於預防和減輕痛苦的一種方法，可以改善面臨生命危險疾病的病人及其家人的生活品質 [6]。台灣自 1996 年起推動安寧療護，於 2000 年通過安寧緩和醫療條例，2004 年與安寧照顧協會合作試辦安寧共同照護服務，使用率從 2000 年的 7%提升至 2017 年的 60.9%，目前全台灣有 158 所醫院提供緩和治療服務；另外，2009 年也通過非癌症末期病人接受緩和治療的相關條例，讓其他非癌症末期病人亦能接受安寧緩和的照護 [7]。2019 年 01 月 06 日病人自主權利法正式施行，具完全行為能力之意願人可以透過「預立醫療照護諮商」事先立下書面之「預立醫療決定」，可以選擇接受或拒絕醫療，更進一步保障意願人的善終權利 [8]。

神經系統退化性疾病，如巴金森氏症、失智症都是漸進且不可治癒的，當病人病情進展到末期，為維持病人在進行性認知或功能下降的情況中，維持自主感受，可以透過緩和治療來解決病人的痛苦 [9]。巴金森氏症常會出現運動及非運動功能障礙，最有效延緩退化的方法是及早開始進行症狀控制 [10]。Fox, Cashell et al. [11] 的研究中表示，巴金森氏症的病人，其病程進展速度都不盡相同，表現出來的症狀及需求也不一樣，病人末期痛苦時間比其他疾病末期的病人來的更長，也更願意接受緩和治療。另一個在英國進行關於神經退化性疾病病人的研究中則顯示，利用緩和治療的巴金森氏症病人僅有 0.6%，運動神經元疾病病人的緩和治療使用率則是 11.2%[12,13]，可見巴金森氏症病人對於緩和治療的使用率十分低。巴金森氏症病人罹患失智症的機率是非巴金森氏症病人的 5.9 倍，所以越早進行緩和治療與預立護理計畫是越好的，而巴金森氏症的症狀干擾以及緩和治療的療程應同步進行 [14]，在提供緩和治療時應著重在病人目前最嚴重的問題，並在巴金森氏症的早期就採用緩和治療，作為其中一種輔助療法，但病人的需求可能會隨病程變化，在提供緩和治療的過程中也要能靈活的將治療焦點在病人當下的需求 [15,16]。巴金森氏症會引起多種症狀，在疾病早期包括震顫、僵硬、運動緩慢及行走困難，到後期可能會出現認知與行為障礙，也有併發失智症的機會，在療程中使用的藥物如左旋多巴胺，其副作用也易引發病人的運動障礙、肌張力波動等。除此之外，非動作性障礙如睡眠和情緒障礙、憂鬱、言語障礙、疲勞等，都會影響病人的生活品質 [17]。

巴金森氏症病人在早期就應該及早給予緩和治療的相關訊息，本研究欲探討巴金森氏症病人症狀與緩和治療的相關因素，期能提供病人更好的照護。

材料與方法

本研究透過基本資料、緩和療護巴金森氏症症狀量表及緩和療護結果量表評估受訪者的症狀及緩和治療結果需求並探討相關因素。

一、研究設計與資料分析

本研究為橫斷式相關性研究，於北部某地區教學醫院神經科門診進行資料收集，以結構性問卷為調查工具並採立意取樣（Purposive Sampling），以巴金森氏症病人為對象。本研究經人體試驗委員會（編號：N201903147）通過，研究時間自 2019 年 04 月 20 日至 06 月 18 日。由研究機構中提供符合收案條件及同意參加之巴金森氏症病人，收案條件須符合下列資格：（一）診斷為巴金森氏症病人；（二）簡易心理測驗（Mini Mental State Examination, MMSE）≥6 分；（三）Hoehn-Yahr Stage（HY 分級）為 2-5 級；（四）能用國、台、客語或文字與研究者溝通者；（五）經解釋研究目的後，同意參與研究者。研究者向符合研究條件的病人解釋，並取得知情同意及簽署參與研究同意書後才進行資料收集，HY 分級由主治醫師評估。

本研究之樣本數估算，根據 Cohen[18] 之檢力分析方法（Power Analysis），針對迴歸分析，設定 Power=0.80，Effect Size=0.35，Alpha Level=0.05，計算出研究樣本數為 63 人。本研究在研究者逐題校對及資料編碼，有效問卷共有 64 份。以 SPSS19.0 for Windows 套裝統計軟體進行建檔及統計分析，描述性統計含次數分配、百分比、平均值、標準差等分析；推論性統計則以獨立樣本 t 檢定（Independent t-test）、單因子變異數分析（One-way ANOVA）、皮爾森積差相關分析（Pearson Product Moment Correlation）及複迴歸分析（Multiple Regression）。

二、研究工具

（一）基本資料

包含年齡、性別、婚姻狀況、國籍、種族、宗教、教育程度、社會經濟狀況、主要照顧者及巴金森氏症分級。

（二）緩和療護巴金森氏症症狀量表（Palliative Outcome Scale-Parkinson Disease, POS_PD）

此量表用以評估病人之巴金森症狀嚴重程度，以 20 個症狀問題涵蓋巴金森氏症一系列運動與非運動症狀，如疼痛、抽筋、疲倦、呼吸急促、噁心、嘔吐、食慾不振、吞嚥困難、嗜睡、難以入睡、便祕、大小便失禁、壓傷、無法控制上下肢、溝通困難、流口水、跌倒、幻覺等，每題選項評分為 0 分（一點也不）到 4 分（極度嚴重），最高總分為 80，分數越高表示巴金森症狀越為嚴重，由此表進而得知潛在性的緩和治療需求 [19]。一份評估巴金森氏症晚期患者的嚴重程度和緩和治療需求的研究中表示，巴金森病人平均出現 10.7 種身體症狀，最嚴重的問題包括無法控制上下肢、疼痛、溝通困難、疲勞、流口水、便秘、難以入睡以及跌倒等；而隨著症狀數量與嚴重度的增加，緩和治療的需求也隨之上升，此量表具良好信效度（Cronbach’s Alpha=0.77），已有多篇國外研究引用來測量巴金森氏症及多發性硬化症等神經性疾病 [20]。

（三）緩和療護結果量表（Palliative Outcome Scale, POS）

緩和療護結果量表共 10 個問題，包括評估病人的疼痛、其他症狀的控制、家人與朋友的焦慮程度以及病人的心理層面（如焦慮、感受、與人溝通等），並詢問病人其最困難的問題以及由誰協助填答此量表 [21]，用來評估病人接受緩和治療的需求，以評估病人和其家庭的生活品質，每題範圍從 0 分到 4 分，總分為 0-40 分，分數越高代表生活品質越差，接受緩和治療的需求越高 [22]。此量表不僅適用於癌症病人，在非癌症病人，如巴金森氏症、進行性核上性麻痺（Progressive Supranuclear Palsy, PSP）等的緩和治療中也應在病程早期即進行評估 [23]。一份針對進行性神經系統疾病研究中，發現病人的問題和需求與癌症患者相似，83%的人有疼痛、29%的人有嚴重疼痛、71%的人感到焦慮、62%的人感到沮喪、85%的人認為其家人和朋友感到焦慮；顯示此量表可以在臨床上評估巴金森病人的緩和治療需求與生活品質 [20]。此量表具備良好信效度（Cronbach’s α=0.72），利用收斂效度檢測與生活品質量表（The 15-item European Organization for Research and Treatment of Cancer quality of life core 15 palliative questionnaire, EORTC QLQ-C15-PAL）具備中到強的相關性 [24]。

結果與討論

一、巴金森氏症病人基本屬性

本研究對象之人口學屬性，詳見表一，其年齡範圍為 52-99 歲；男性 36 位（56.3%）；教育程度以高中以上為主，有 32 人（50%）；有宗教信仰者為 47 位（73.4%）；已婚者 47 位（73.4%）；多數已退休，有 49 人（76.6%）；現與家人 / 朋友生活在一起者居多，有 35 人，佔 54.7%；主要照顧者為自己或是配偶，分別有 25 人（39.1%）及 24 人（37.5%）；家庭成員平均月收入大多低於台幣十萬元，佔 87.5%；大部分為無行動上的障礙者，佔 75%；有 68.8%無藥效波動之情形者；Hoehn & Yahr 分級以第二級居多（67.2%）；罹患巴金森氏症病齡範圍為 0-32 年，平均為 5.32 年（標準差 5.41 年）。

二、巴金森氏症病人人口學屬性與症狀及緩和療護結果量表之關係

將研究對象之性別、教育程度、婚姻狀況、宗教信仰、就業情形、居住情況、主要照顧者、侯葉分級、經濟狀況、巴金森症狀、有無去急診就醫、有無住院與緩和療護結果量表（POS）與緩和療護巴金森氏症症狀量表（POS_PD），進行獨立樣本 t 檢定 / 單因子變異數分析，詳見表二。結果顯示，主要照顧者與緩和療護結果量表呈顯著差異（F=3.7, p=0.016），由看護照顧者比病人自我照顧、配偶照顧的緩和治療結果平均值較高（依序為 Mean=18.50 vs. Mean=9.64 與 Mean=8.96）；H&Y 侯葉分級與緩和治療結果呈顯著差異（F=8.06, p=0.001），第三級、第四級其緩和治療之結果明顯高於第二級者（依序為 Mean=13.95 與 Mean=23.50 vs. Mean=8.70）；有無去過急診就醫和緩和治療結果呈顯著差異（F=0.07, p=0.03），去過急診者的緩和治療結果較沒去過急診就醫者高（依序為 Mean=13.41 vs. Mean=9.31）；主要照顧者與巴金

表一 巴金森氏症病人人口學屬性（n=64）

變項	n	%	Mean（SD）, Range
年齡（歲）			69.81（7.97）, 52-99
病齡（年）			5.32（5.41）, 0-32
性別			
女	28	43.8	
男	36	56.3	
婚姻狀況			
未婚	2	3.1	
已婚	47	73.4	
離婚 / 分居	5	7.8	
喪偶	10	15.6	
宗教信仰			
無	17	26.6	
有	47	73.4	
教育程度			
無正規教育	2	3.1	
小學	21	32.8	
國中	9	14.1	
高中（含以上）	32	50.0	
就業情形			
退休	49	76.6	
無工作者	11	17.2	
有工作者	4	6.3	
居住情況			
獨居	6	9.4	
與配偶兩人生活	22	34.4	
與家人 / 朋友生活在一起	35	54.7	
安養機構	1	1.6	
家庭成員平均月收入（元）			
低於 100,000 NTD	56	87.5	
高於 100,000 NTD	8	12.5	
主要照顧者			
無	25	39.1	
配偶	24	37.5	
孩子	9	14.0	
家庭幫傭 / 其他	6	9.4	
Hoehn & Yah 分級			
第二級	43	67.2	
第三級	19	29.7	
第四級	2	3.1	
行動障礙			
無	48	75.0	
有	16	25.0	
藥效波動			
無	44	68.8	
有	20	31.3	
去急診（過去一年）			
無	42	65.6	
有	22	34.4	
住院（過去一年）			
無	42	65.6	
有	22	34.4	

森症狀嚴重度呈顯著差異（F=5.324, p=0.003），配偶照顧、兒女照顧及看護照顧者比能自我照顧者的症狀嚴重度高（依序為 Mean=16.71、Mean=26.11 與 Mean=22.67 vs. Mean=10.72）；侯葉分級與症

表二 人口學屬性與量表統計結果（n=64）

變項	n	POS			POS_PD		
		Mean	SD	F/t	Mean	SD	F/t
性別				-0.59			-0.65
男	36	11.19	7.15		17.11	12.14	
女	28	10.11	7.55		15.14	11.83	
教育程度				0.21			2.18
國小以下	23	11.30	7.43		19.65	14.95	
國中	9	11.33	6.95		18.33	10.20	
高中以上	32	10.13	7.46		13.22	9.24	
婚姻狀況				0.40			0.45
未婚	2	15.50	13.44		22.50	19.09	
已婚	47	10.55	7.18		16.77	11.55	
離婚 / 分居	5	12.20	9.98		15.40	19.48	
喪偶	10	9.80	6.07		13.00	9.32	
宗教信仰				0.92			0.28
無	17	12.12	8.65		16.94	12.33	
有	47	10.21	6.77		16.00	11.94	
就業狀況				0.02			0.11
無工作者	11	11.00	6.31		17.27	12.78	
有工作	4	10.25	6.13		14.00	12.57	
退休	49	10.69	7.69		16.20	11.95	
居住情況				0.37			1.20
獨居	6	7.83	5.71		10.50	5.68	
與配偶生活	22	10.73	5.74		14.27	9.27	
與家人 / 朋友生活	35	11.14	8.46		18.63	13.85	
安養機構	1	13.00	0.0		11.00	0.0	
主要照顧者				3.70*			5.32**
無	25	9.64	6.35		10.72	7.75	
配偶	24	8.96	7.27		16.71	11.16	
孩子	9	13.22	7.93		26.11	14.30	
家庭幫傭 / 其他	6	18.50	5.32		22.67	15.28	
H&Y 分級				8.06**			13.20***
第二級	43	8.70	6.01		12.23	9.49	
第三級	19	13.95	7.92		22.74	11.77	
第四級	2	23.50	2.12		41.00	1.41	
家庭成員月平均收入				1.18			0.44
低於 100,000NTD	56	11.13	6.92		16.50	11.44	
高於 100,000NTD	8	7.88	9.58		14.50	15.94	
行動障礙				-1.58			-1.61
無	48	9.90	6.85		14.88	11.12	
有	16	13.19	8.22		20.38	13.73	
藥效波動				-0.79			-0.66
無	44	10.50	7.24		14.91	10.79	
有	20	11.20	7.57		19.20	14.02	
掛急診				-2.20			-3.65
無	42	9.31	6.89		12.64	9.59	
有	22	13.41	7.44		23.14	13.16	
住院				-1.92			-1.95
無	42	9.48	7.56		14.19	11.73	
有	22	13.09	6.24		20.18	11.62	

*p<0.05；**p<0.01；***p<0.001

狀呈顯著差異（F=13.21, p=0.000），研究對象為第四級者，其症狀程度較第二、三級嚴重（依序為 Mean=41.00 vs. Mean=12.23 與 Mean=22.74）；有無去過急診就醫與巴金森症狀呈顯著差異（F=3.01, p=0.001），有去過急診者的症狀較沒去過急診就醫者嚴重（依序為 Mean=23.14 vs. Mean=12.64）。

本研究將研究對象之年齡、緩和療護巴金森氏症症狀及緩和療護結果進行相關檢定，結果顯示巴金森氏症症狀與緩和療護結果呈中度正相關（r=0.65, p=0.000），顯示症狀越嚴重則生活品質越差，越需要緩和療護之介入，見表三。

三、預測巴金森氏症病人接受緩和療護之相關因素

本研究欲探討巴金森氏症病人進行緩和療護的預測因素，利用逐步複迴歸分析並檢視迴歸模式是否具有變項共線性，模式中每一變項之最大膨脹指數（Variance Inflation Factor, VIF）均小於 2，允差（Tolerance）大於 0.5，顯示本迴歸模式合適。

由表四所示，本研究發現巴金森氏症病人接受緩和療護的預測因素為巴金森症狀嚴重度（t=6.69, p<0.001），且可顯著預測接受緩和療護結果 41.9% 的變異量。症狀越嚴重的病人，其接受緩和療護的需求較高。

討論

本研究探討巴金森氏症病人症狀及緩和療護需求的相關因素，依研究目的與結果，並參考國內外相關研究文獻進行討論。

本研究顯示巴金森氏症病人為男性較多、年紀偏大，而巴金森氏症病人接受緩和療護的預測因素為症狀嚴重度，症狀越嚴重、生活品質相對亦較差，代表病人對緩和療護需求越高。巴金森氏症是漸進且不可治癒的，且會伴隨著睡眠和情緒障礙、憂鬱、言語障礙、疲勞等，影響病人的生活品質 [17]。緩和療護是用於預防和減輕痛苦的一種方法，可以改善面臨生命危險疾病的病人及其家人的生活品質 [6]，巴金森氏症病人應及早進行緩和治療，或是越早預立護理計畫，對其生活品質的保障越有好處 [14,25]。另外，由看護照顧者、去過急診就診者、侯葉分級較高者都是屬於症狀較嚴重者，相對其緩和療護需求較高。Kluger 等人 [26] 其研究指出接受緩和療護的巴金森氏症病人的生活品質比接受一般護理者要來的高，顯示巴金森氏症病人接受緩和療護的重要性。通過早期緩和療護的轉介可以減輕巴金森氏症帶來的困擾並提高病人及其家屬的生活品質 [15]。

一份針對重度巴金森氏症溝通困難個案的預立醫療照護諮商之個案報告中也提到，因重度巴金森病人可能伴隨著認知功能減退或是其他生理因素（如痰液影響呼吸）干擾，在進行諮商的過程中耗費的心力也非常的龐大 [27]，巴金森氏症症狀越嚴重，越促使病人傾向接受緩和療護。然而，如能在疾病早期即進行預立醫療諮商，對病人的自主決定權以及其尊嚴將更有保障。巴金森氏症的主要緩和療護方式包括以同理的方式提供病人診斷和預後、和病人討論護理目標並預期性的制定護理計畫、對其運動和非運動症狀，以及其在社會、心理

表三 年齡、緩和療護巴金森氏症症狀、緩和療護結果之相關性（n=64）

變項	Age	POS_PD	POS
Age	1	-	-
POS_PD	0.14	1	-
POS	-0.05	0.65***	1

*p<0.05；**p<0.01；***p<0.001

表四 個案接受緩和療護結果複迴歸分析

項目	偏迴歸係數（B）	標準誤（SE）	標準偏迴歸係數（β）	t 值
常數	4.30	1.19	-	3.62*
POS_PD	0.40	0.06	0.65	6.69***

*p<0.05；**p<0.01；***p<0.001

上遇到的問題進行系統性的評估，以求提供病人即時的安寧緩和治療 [13]。

巴金森氏症病人，皆應在早期出現症狀時即考慮緩和療護的進行。病人自主權利法於 2019 年 01 月 06 日在台灣正式施行，具完全行為能力之意願人可以透過「預立醫療照護諮商」事先立下書面之「預立醫療決定」，可以選擇接受或拒絕醫療，保障意願人的善終權利 [8]，和安寧緩和醫療條例相比，病人自主權利法在治療方針上給予病人更多的決定權，縱使病人拒絕醫療，仍可以選擇進行緩和治療，保障自己在疾病末期時，能夠維持應有之尊嚴 [28]。

綜合以上所述，巴金森氏症病人的症狀嚴重度將可預測病人選擇緩和療護的意願，然而，當病人嚴重度增加，病人可能無法自主決定，醫護人員應該在病人疾病早期協助病人了解緩和醫療的選項與意義。

誌謝

感謝雙和醫院神經內科醫護人員及受訪者的協助與付出。

參考文獻

1. 施旭姿：藉由健保資料庫探討帕金森氏症在台灣地區的流行病學和疾病特性。台中市：中國醫藥大學。2009。
2. Sveinbjornsdottir S: The clinical symptoms of Parkinson's disease. Journal of Neurochemistry 2016; 139(S1): 318-324.
3. 陳品豪、劉智仰、陳鵬升：巴金森氏症。基層醫學 2008；23（3）：76-80。
4. Miyasaki JM, Long J, Mancini D, et al.: Palliative care for advanced Parkinson disease: an interdisciplinary clinic and new scale, the ESAS-PD. Parkinsonism & related disorders 2012; 18(Suppl. 3): S6-S9.
5. Politis M, Wu K, Molloy S, et al.: Parkinson's disease symptoms: the patient's perspective. Movement Disorders 2010; 25(11): 1646-1651.
6. WHO: Definition of palliative care. 2020. Retrieved from https://bit.ly/38Swk0Q
7. 衛生福利部國民健康署：安寧療護。2019。Retrieved from https://bit.ly/2OkvnEX
8. 衛生福利部國民健康署：病人自主權利法明年上路 衛福部公布配套辦法。2019。Retrieved from https://bit.ly/2B1hIQo
9. Robinson MT, Holloway RG: Palliative care in neurology. Mayo Clin Proc 2017; 92(10): 1592-1601.
10. Kalia LV, Lang AE: Parkinson disease in 2015: evolving basic, pathological and clinical concepts in PD. Nature Reviews Neurology 2016; 12(2): 65-66.
11. Fox S, Cashell A, Kernohan WG, et al.: Interviews with Irish healthcare workers from different disciplines about palliative care for people with Parkinson's disease: a definite role but uncertainty around terminology and timing. BMC Palliative Care 2016; 15(1): 15.
12. Sleeman KE, Ho YK, Verne J, et al.: Place of death, and its relation with underlying cause of death, in Parkinson's disease, motor neurone disease, and multiple sclerosis: a population-based study. Palliat Med 2013; 27(9): 840-846.
13. Lum HD, Kluger BM: Palliative care for Parkinson disease. Clin Geriatr Med 2020; 36(1): 149-157.
14. Buter TC, van den Hout A, Matthews FE, et al.: Dementia and survival in Parkinson disease: a 12-year population study. Neurology 2008; 70(13): 1017-1022.
15. Ng JDC: Palliative care for Parkinson's disease. Annals of Palliative Medicine 2018; 7(3): 296-303.
16. No authors listed: The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Social Science & Medicine 1995; 41(10): 1403-1409.
17. Opara JA, Brola W, Leonardi M, et al.: Quality of life in Parkinson's disease. J Med Life 2012; 5(4): 375-381.
18. Cohen J: Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. New Jersey: Hillsdale. 1988.
19. Richfield EW, Johnson MJ: Palliative care in Parkinson's disease: review of needs assessment tools. Ann Palliat Med 2020; 9(Suppl. 1): S6-S15.
20. Saleem TZ, Higginson IJ, Chaudhuri KR, et al.: Symptom prevalence, severity and palliative care needs assessment using the Palliative Outcome Scale: a cross-sectional study of patients with Parkinson's disease and related neurological conditions. Palliat Med 2013; 27(8): 722-731.
21. Pelayo-Alvarez M, Perez-Hoyos S, Agra-Varela Y: Clinical effectiveness of online training in palliative care of primary care physicians. J Palliat Med 2013;16(10): 1188-1196.
22. Aspinal F, Hughes R, Higginson I, et al.: A user's guide to the Palliative care Outcome Scale. London: Palliative Care and Policy Publications. 2002.

23. Rugno FC, Marysia Mara Rodrigues do Prado De Carlo: The Palliative Outcome Scale (POS) applied to clinical practice and research: an integrative review. Rev Lat Am Enfermagem 2016; 24: e2764.
24. Costantini M, Rabitti E, Beccaro M: Validity, reliability and responsiveness to change of the Italian palliative care outcome scale: a multicenter study of advanced cancer patients. BMC Palliative Care 2016; 15(1): 23.
25. 林奕彤：巴金森氏症病人生活品質及相關因素之探討。高雄市：義守大學。2015。
26. Kluger BM, Miyasaki J, Katz M, et al.: Comparison of integrated outpatient palliative care with standard care in patients with Parkinson disease and related disorders: a randomized clinical trial. JAMA Neurology 2020; 77(5): 551-560.
27. 孫馥敏、劉靜女、廖珮琪 等：重度巴金森氏症溝通困難個案的預立醫療照護諮商-個案報告。北市醫學雜誌 2020；17：42-48。
28. 陳鋕雄：尊嚴死的權利：論病人自主權利法。東海大學法學研究 2018；（55）：1-36。

澄 清 醫 護 管 理 雜 誌
CHENG CHING MEDICAL JOURNAL
Original Article

Symptoms and Palliative Care-Related Factors in Patients with Parkinson's Disease

Jen-En Tsai[1], Yi-Chien Chao[1], Lung Chan[2], Chen-Chih Chung[2], Chien-Tai Hong[2], Tsai-Wei Huang[1,3]

School of Nursing, Taipei Medical University[1]; Department of Neurology, Shuang Ho Hospital, Taipei Medical University[2]; Cochrane Taiwan, Taipei Medical University[3]

Abstract

Purposes

Parkinson's disease (PD) is a progressive degenerative disease of the central nervous system. It significantly affects patients' quality of life due to the long disease course, long-term dysfunction, and various symptoms. In addition, the palliative care utilization rate is only 0.6%. The purpose of this study was to explore the factors related to the symptoms and palliative treatment of patients with PD, so as to provide better care for patients.

Methods

This study employed a cross-sectional correlational study design, and purposive sampling was used to enroll 64 participants. The inclusion criteria for patients were: (1) diagnosis with primary PD disease; (2) clear mental state, free from psychiatric diseases and dementia; and (3) provision of informed consent after the aim of the study was explained to him/her. A set of validated instruments, including the Palliative Outcome Scale-Parkinson Disease (POS-PD) and Palliative Outcome Scale (POS), were used for data collection. SPSS 19.0 software was used for data analysis. The statistical methods included an independent sample t-test, one-way analysis of variance, and regression analysis.

Results

Subjects with caregivers, higher Hoehn and Yahr stage or those who visited the emergency department had a significantly higher need for palliative care, which also represents a poor quality of life. PD symptoms showed moderate positive correlation with palliative care outcomes ($r=0.65$, $p<0.001$), showing that the quality of life was poorer when symptoms were more severe and required more palliative intervention. Stepwise regression analysis results showed that symptom severity was a predictor of palliative treatment in PD patients and could explain 41.9% of palliative care outcome variance.

Conclusions

When the severity of symptoms of PD patients increases and there is an increased need for palliative care, healthcare providers should communicate palliative care concepts early to provide patient care options to improve outcomes. (Cheng Ching Medical Journal 2020; 16(4): 20-28)

Keywords : Parkinson's disease, Palliative care, Symptoms

Received: March 2020; Accepted: June 2020