

What is the evidence that people with frailty have needs for palliative care at the end of life? A systematic review and narrative synthesis

有什麼證據顯示衰弱者在生命末期需要安寧緩和療護？系統性回顧與敘事整合

文獻出處:Reference: Stow, D., Spiers, G., Matthews, F. E., & Hanratty, B. (2019). What is the evidence that people with frailty have needs for palliative care at the end of life? A systematic review and narrative synthesis. *Palliative Medicine*, 1-16. doi: 10.1177/0269216319828650

摘要

背景: 和衰弱共存和死於衰弱的老年人日漸增加，但我們對其生命末期照護需求的理解卻是有限。

目的: 整合衰弱族群生命末期照護需求的證據。

設計: 系統回顧文獻和敘事整合，系統性文獻回顧註冊 PROSPERO (CRD42016049506)。

資料來源: 搜尋 14 個電子數據庫 (CINAHL、Cochrane、Embase、EThOS、Google、Medline、NDLTD、NHS Evidence、NICE、Opengrey、Psychinfo、SCIE、SCOPUS 和 Web of Science) 從成立到 2017 年 10 月間發表的文獻，並輔以研究論文著作書目篩選和參考資料索引鏈。納入標準為對衰弱有明確定義或測量的文獻，並使用國家衛生研究院(National Institute for Health)工具對觀察性研究進行品質評估。

結果: 共檢索到 4998 篇文章，有 20 篇符合納入標準，來自 7 個國家 92,448 案例 (18,698 位衰弱病人)，13 種不同的衰弱測量方式或定義。統整結果顯示衰弱的人與癌症病人在經歷疼痛、情緒困擾程度相似，且在身體、心理及社會都有相關需求，包括虛弱和焦慮等。若衰弱病人有認知受損，其功能性支持的需求度最高。衰弱者通常表示傾向減少醫療干預，但此期望通常在重症照護階段不會被觀察到。

結論: 衰弱的人在生命末期時有不同的身體、心理及社會需求，他們可能會從安寧緩和療護中得到幫助；應根據病人和家庭的需求與偏好量身訂做衰弱照護服務。

關鍵詞

衰弱、安寧緩和療護、末期照護、需求評估

■關於這個話題已經知道什麼？

- 衰弱情形常見於老年人，並且與死亡風險的增加有關。
- 「衰弱」被提出作為安寧緩和療護的需求指標。
- 有必要回顧並整理衰弱病人在生命末期照護需求的資訊。

■本文增加了什麼？

- 本研究指出，衰弱的人在生命末期時會有特定的身體、心理及社會的照護需求。
- 高比例衰弱病人臨近生命末期時可能有明顯的功能和認知障礙，但這取決於對衰弱的定義及測量。
- 衰弱的人更有可能表示傾向於希望在生命末期時減少對他們的治療或介入，但這些想法在重症照護階段通常不被觀察到。

■在執行面，理論面或政策面之影響

- 重要的是要能評估生命末期老年人的照護需求，特別要注意疼痛和情緒的困擾。
- 當為生命末期的衰弱病人服務時，應能對其功能依賴、認知障礙之需求提供支持，並了解其對於照護的期望。
- 在社區場域中進一步研究是必要的，並在病人生命末期的疾病軌線過程中儘早確定其需求：測量衰弱的安寧緩和療護和生命末期照護研究，將有助於提升我們對日漸增加的衰弱老年人其照護需求的理解。

前言

在高所得的國家中，估計65歲以上人口中約有11%和85歲以上有25%-50%是屬於衰弱人口。隨著世界人口的高齡化，衰弱病人數與死亡人數將會增加。衰弱通常被認定是一種壓力源逐漸增加影響的脆弱、缺損累積、耐受力減弱並降低生理功能之狀態。衰弱也會增加不良結果的風險，包括跌倒、譫妄、殘疾及死亡率等。

儘管「衰弱」在老年人中是常見的，但很少有專門的生命末期照護可用於衰弱老人身上，及建議將衰弱成為安寧緩和療護需求之信號。目前已有的安寧緩和療護多是滿足癌症病人的需求，目前尚不清楚這些方法是否適用於衰弱病人。近來在英格蘭發現，老年人、照顧者及其他主要利益關係者，都認為應該需要為衰弱病人建立支持性和安寧緩和療護模式，而症狀控制(包括身體、心理及社會困擾)被確定是此類服務的重要部分。但是，衰弱病人屬異質性高的群體，有些人有功能性或感覺障礙問題，並且在未有嚴重疾病情況下出現健康漸漸下降的狀態，有別於其他人有多種醫療條件可以進行專科照護。所以，了解衰弱病人的生命末期需求是提供適當照護與支持的基礎，且無論其診斷為何，是為所有人提供安寧緩和療護服務的第一步。其他疾病的安寧緩和療護是以人口為基礎進行需求評估，過去以人口死亡記錄結合其罹病率、疾病盛行率或服務利用率進行評估。但是，迄今為止，一般人或專家對於衰弱群體在安寧緩和療護的

具體需求證據是有限的。

方法

本系統性文獻回顧旨在辨識和定義此證據裂隙(gap)，實證整合衰弱瀕死病人之安寧緩和療護需求。此研究為前瞻性研究，在 PROSPERO 註冊 (2016 - CRD42016049506)。共搜索 14 個電子資料庫從成立至 2017 年 10 月發表的文獻，包含 CINAHL、Cochrane、Embase、EThOS、Google、Medline、NDLTD、NHS Evidence、NICE、Open Gray、Psychinfo、SCIE、SCOPUS 和 Web of Science，並輔以手動搜尋研究論文著作書目和參考資料、引文搜索及關鍵作者之相關研究，搜尋針對衰弱老年人生命末期或接受安寧緩和療護之文獻。標題和摘要篩選由兩位作者獨立完成，以確認可納入文獻。文獻全文由第一作者與另一位共同作者(G. S.)檢索和獨立評核和討論是否符合。

研究納入標準

納入標準為有明確報告個案臨近生命末期的量性資料 (由研究作者定義)，或作者表示衰弱病人曾接受過安寧緩和療護，或有症狀惡化、末期疾病或衰退等。本文採用英國醫學總會(UK General Medical Council)對於生命末期的定義和世界衛生組織對安寧緩和療護的定義。排除質性研究、社論、專家意見，但沒有對符合納入條件的研究設計設定限制，且未排除資料收集或出版的日期、出版語言、類型或狀態。為了提供與英國醫療保健系統相關的證據以及與英國相似的證據，未在高所得國家 (由世界銀行定義) 收集資料的研究被排除在外。

參與者納入標準

衰弱與年齡增加有關，本文並未規定參與者年齡的上限或下限。但排除未有正當理由將“衰弱”當作“老”的同義詞，或未對“衰弱”做定義的研究。衰弱可以使用其表現(phenotypic)、累積健康缺陷(cumulative deficit)或其他操作型定義 (可能整合人口學、臨床表現、心理和功能資料) 來定義。在敘事整合中也考慮了對衰弱的定義及測量。本文也納入接近生命末期或或有安寧緩和療護需求之參與者，未排除有合併症者。

結果測量

本文目的是整合衰弱族群生命末期照護需求的相關證據。衰弱族群的健康需求被認為能受益於醫療照護，因此本文使用一種較廣義的方法來做為生命末期照護需求的定義及分類，包含身體症狀、心理、情感、功能 (和社交) 等方面的支持需求等，與之前安寧緩和療護需求評估雷同。由第一作者使用資料萃取表來擷取數據。

證據整合

由於研究設計、機構場所和測量的異質性，因此沒有適合匯集的數據，以及根據回顧與傳

台灣安寧緩和護理學會研發委員會---2019年3月份文獻摘譯

摘譯者:黃鈴雅委員、翁瑞萱委員、覃顯華委員、賴維淑委員

播中心(the Centre for Reviews and Dissemination)的指引進行敘事整合。因此本文使用之前已建立的安寧緩和療護需求作分類，發展適合數據分析的敘事整合架構，並使用Bradshaw需求分類進行交叉檢查。本文也考慮到衰弱族群的規範性照護需求（如醫事專業人員表示有需求）、感到有需求（衰弱的人或其親屬表示有需求，如疼痛）、表達需求（個人有提出需求，如因感覺需要而獲得照護）和比較需求（比較衰弱族群與其他診斷的生命末期族群需求）。

品質評估和偏見風險

本文使用國家健康品質評估工具(National Institute for Health Quality Assessment Tool)評讀觀察性世代與橫斷式研究的品質，評價所納入的研究其偏差風險和品質，排除低品質的研究，但會在敘事整合中進行討論。

結果

本文搜尋後共有 4,997 篇未重複研究，其中共有 4,799 篇在標題和摘要篩選階段被排除。在審閱剩下的 198 篇研究的標題和摘要後，有 20 篇研究符合本文標準。

研究特性

本文納入 20 篇研究，共有 92,448 位參與者(18,698 位衰弱人群)，包含 7 個高所得國家(加拿大=6 篇，美國=6 篇，西班牙=3 篇，荷蘭=2 篇，日本=1 篇，新加坡=1 篇，英國=1 篇)。研究樣本數從 40 - 57,553 位參與者 (23 - 9935 位衰弱人群)。14 篇採橫斷性研究，5 篇為前瞻性研究，和 1 篇是病例報告研究。20 篇研究中有 13 篇在醫療機構收集數據，4 篇多重機構場所(醫院、安養機構和長照機構)和 3 篇跨領域環境(如社區)。使用國家衛生研究院質量評估工具評估研究品質後，9 篇良好，6 篇普通，5 篇品質差。

在 20 篇研究中共有 13 種不同的衰弱定義或測量。每篇研究使用不同標準如下：modified Fried criteria、a study-specific risk analysis index (RAI)、the Gold Standards Framework criteria 及 NECPAL (Necesidades Paliativas) criteria(需要安寧緩和療護但無主要診斷)。1 篇研究使用 Lynn and Adamson 衰弱分類並定義失智症或其他診斷導致的失能。其他研究則運用臨床症狀或診斷來定義衰弱，包括巴金森氏症、髖關節骨折和失禁；4 篇研究用臨床衰弱量表(Clinical Frailty Scale)；2 篇研究使用 Botella and colleagues 來定義衰弱。4 篇研究使用 Lunney and colleagues 功能衰弱來描述，並包含失智症診斷和認知障礙之衰弱標準，其中 2 篇也包含在護理之家的住民及臨終者。另外四篇研究採用了作者自己對衰弱定義，包含由年紀與合併症判斷的預期存活期、居家照顧、年紀，日常生活活動 (ADLs) 需求及支持、認知障礙、年齡大於 55 歲且符合入住護理之家的標準。

安寧緩和療護需求

20篇研究皆針對安寧緩和療護需求的潛在性和結果進行調查,包含下列面向:身體健康(症狀產生的負荷和特定的精神症狀),社會心理需求,功能狀態,照護相關的結果(包括臨終地點和對照護滿意度)和對照護的偏好。20篇研究總結衰弱參與者與其他疾病的盛行率範圍,以更多(+)、差不多(=)或減少(-)呈現。由本文作者根據症狀盛行率或測量工具的平均值/中位數分數來判斷與定義不同需求,而有些研究比較多重診斷組別。

身體健康

7篇研究詳述了衰弱接近生命末期32種身體症狀:有3篇品質良好、2篇普通和2篇品質差。1篇品質差的研究發現衰弱者之身體症狀比癌症病人來的多。2篇品質良好的研究發現衰弱者的疼痛發生率與癌症病人相似:以縱貫性研究方式調查死亡前2年到死亡當月,發現衰弱者的疼痛發生率由30%增加到50%;另一篇大型橫斷性研究透過訪問家屬發現約有53%衰弱者在生命末期經歷較不易控制的疼痛。疼痛也引起衰弱者困擾,其程度與肌萎縮性脊髓側索硬化症(ALS)、慢性阻塞性肺病(COPD)和末期腎病(ESRD)的病人相似。有較弱的證據顯示衰弱者與未衰弱者在重症照護時經歷相似程度的疼痛,及一篇品質差的非比較性研究發現23%接受安寧緩和療護的衰弱者有許多與疼痛有關的問題。

許多篇研究報告了許多種身體狀況,包含呼吸短促(比慢性阻塞性肺疾病或肌萎縮性脊髓側索硬化症的問題較少,但比無衰弱者多,一篇品質差的研究發現有45%發生率);嗜睡(其發生率高於無衰弱者,但低於肌萎縮性脊髓側索硬化症、慢性阻塞性肺疾病和末期腎病的病人);疲勞/虛弱(其問題比慢性阻塞性肺疾病或肌萎縮性脊髓側索硬化症的病人少,但比無衰弱者多,一篇品質差的研究發現有30%發生率);食慾不振(其問題與無衰弱者相同多,一篇品質差的研究發現有38%發生率)和壓力性潰瘍(其問題與失智症病人相同多,但低於癌症病人)。有品質差的非比較性研究發現,約25%或更多的衰弱者有虛弱、失眠和體重減輕等問題。與無衰弱病人和肌萎縮性脊髓側索硬化症病人、慢性阻塞性肺疾病病人和末期腎病病人相比較,有衰弱者其經歷較低或相等程度的噁心和便秘問題。一篇品質差的非比較性研究發現衰弱者無噁心、視力或言語問題、咳嗽、口腔不適/吞嚥時疼痛、直腸/尿失禁、注意力不集中、皮膚癢、麻痺,腹瀉,出血或躁動等問題。

心理社會需求

7篇研究探討生命末期之衰弱者的心理社會需求,1篇品質良好、2篇普通和4篇品質差。一篇品質普通的研究發現衰弱者與癌症病人經歷類似程度的『情緒困擾』(情緒困擾與心理社

會問題是持續、強烈且漸進性的，與急性併發情況無關）。1篇品質差的研究發現衰弱者經歷與癌症病人類似的『心理負擔』（一系列複合型問題的回答，包括焦慮、低落混亂情緒和孤獨感）。衰弱者與肌萎縮性脊髓側索硬化症病人、慢性阻塞性肺疾病病人和末期腎病病人相比，較少感受到社會支持，且抱持著較低的期望和較高程度的想死，在安適感、想活、尊嚴失去、痛苦、絕望和不滿意的方面相似，但是衰弱者並沒有想自殺，且有較少的焦慮感。1篇品質普通的研究顯示在生命末期時，衰弱者比無衰弱者相比，曾經歷較多的焦慮、憂鬱並喪失生命末期的安適感。

1篇品質差的研究發現衰弱與『死亡困擾』（一系列的心理狀況，包含對死亡的焦慮：與死亡有關的恐懼、強迫症、緊張、激動；和死亡相關的憂鬱症：與死亡有關悲傷、恐懼、無意義感和沮喪）沒有顯著的相關性。但比較複合性疾病和愛滋病組，發現衰弱者的死亡困擾與內心憂鬱有相關。因此作者認為衰弱者的死亡困擾可能反映了生命鄰近末期常見的心理負擔（包括憂鬱和焦慮）。

2篇研究描述西班牙安寧緩和療護病房的心理社會需求，但沒有進行任何比較。其中1篇研究發現有42%的衰弱者（有認知能力損傷）經歷高度的情緒不適（由作者使用不適觀察量表(Discomfort Observation Scale)，共觀察到有5個或更多9個行為指標）25%衰弱者（沒有認知能力損傷）經歷『情緒困擾』（住院焦慮和憂鬱量表(Hospital Anxiety and Depression Scale)的分數高於20）。另外一篇研究發現超過10%衰弱者表現悲傷、孤獨和緊張，衰弱者對氣味、外觀或靈性題問題沒有顧慮。

功能狀態

7篇研究討論生命末期之衰弱者的功能狀態：2篇研究品質良好，4篇普通和1篇差。比較衰弱者與其他疾病病人的活動功能，需用各種方法來定義衰弱。2篇研究發現衰弱者的活動功能高於癌症病人。1篇品質良好的研究排除失智症的衰弱者，並定義入住護理之家衰弱者或中度認知功能障礙（MMSE）得分<24分者，其發現衰弱者的功能受損較無衰弱者有顯著差異，但並未講述認知功能的測量方法(或明確排除失智症)。另一篇品質普通的研究，在排除了失智症後，其衰弱者與非衰弱者相比，極可能有認知障礙和日常生活功能受損。另一篇品質普通的美國縱貫性研究，追蹤衰弱者的狀況變化、衰弱者（具認知功能損傷）約有3倍比無認知障礙衰弱者，在洗澡、進食、移位和尿失禁護理需完全依賴。在最後的2年生命，2組都發現獨立功能下降，衰弱者（沒有認知障礙）在死亡前9-12個月，約有84%、20%、46%和31%衰弱者在洗澡、進食、移位、尿失禁護理為完全依賴。

衰弱者與肌肉萎縮性脊髓側索硬化症病人、慢性阻塞性肺疾病病人和末期腎病病人相比，

較有更多的功能受損(至少2個以上日常生活功能依賴性)。1篇非比較性品質差的研究顯示近3分之2(62.5%)的衰弱者是功能依賴,有一半衰弱者有認知障礙。

死亡地點

4篇品質良好的研究記錄了衰弱者的死亡地點。顯示關於死亡地點的討論會因為下列兩個因素而變得複雜:(1)死亡地點影響死亡品質結果,且皆與病人偏好有關,但這些研究沒有一篇有比較病人偏好與死亡品質結果;(2)死亡地點的差異可能歸因於國家醫療保健系統的差異。在加拿大,進入加護病房(ICU)後,衰弱者比無衰弱者更容易發生院內死亡,但在人口研究中,在院內死亡的可能性比末期病人更少。在美國(僅考慮退伍軍人的醫療機構),衰弱者比癌症病人更容易在醫院或ICU死亡,而不是在護理之家或安寧病房。在荷蘭,大多數虛弱病人(79%)在護理之家死亡,而大多數癌症病人在家中死亡(53%)。

滿意度和獲得照顧

7篇研究顯示照顧滿意度和獲得照顧的數據(五篇研究品質良好和兩篇普通)。來自美國退伍軍人醫療機構、荷蘭護理之家和混合型醫院的研究發現,家庭對於衰弱者提供的生命末期照護的整體滿意度顯著性低於癌症病人。美國的研究和另一項加拿大人口研究發現,衰弱者比癌症病人更不可能獲得安寧緩和療護。美國的一篇研究還發現安寧緩和療護的諮詢和死亡地點介入,會影響家屬對衰弱者生命末期照護的滿意度,但對於癌症病人家屬並沒有相關報告。

來自加拿大的研究則顯示提供照護與衰弱者偏好和需求有關。一篇針對醫院病人的橫斷性研究發現,那些衰弱病人比無衰弱者更有可能根據他們的偏好來設定照顧目標。另外兩篇加拿大研究(一位來自同一作者)確定了實際治療結果,他們發現在入住ICU時,衰弱者比非衰弱者更有可能有限制醫囑(a limitation of treatment order),但接受緊急或維持生命治療的比例沒有差異。一篇品質普通的日本醫院研究發現,有限的證據表明,衰弱者比癌症病人(75.0%對52.7%)偏好遵從醫囑進行維持生命治療。這些差異可能是由於不同的醫療體系和不同地區的溝通偏好方法的差異。

照顧偏好

6篇研究(一篇品質良好和五篇普通)包含有關照顧偏好的資訊。6篇研究都是根據住院的重症病人,並且關注病人或家屬對治療或治療強度的偏好。與癌症病人相比,其證據有相關性的。在荷蘭,衰弱者與癌症病人一樣在住院期間按照其預立醫療照護諮商(ACP)制定了其治療限制。一篇西班牙的研究,需要使用NECPAL篩查工具來進行安寧緩和療護需求辨識,衰

弱者(5.6%)和其家屬(21.5%)比癌症病人和家屬(分別為17.1%,39.5%)更不可能要求採取安寧緩和療護(儘管他們可能會像器官衰竭的病人一樣需要安寧緩和療護)。日本研究指出38.5%死因為衰弱的病人家屬不希望以任何形式維持生命治療,而癌症則為23.2%($p=0.092$)。

與年齡相近但未衰弱者相比,研究指出衰弱者經常較希望能減少侵入性或緊急治療;一篇加拿大研究發現,在安寧緩和療護期間,衰弱病人可能比無衰弱者多於三倍以上減少預定治療或程序(勝算比(OR)3.41;9%信賴間區(CI)1.39-8.38)。一篇美國研究發現在引入衰弱的篩檢計劃之後,在手術介入之前更可能進行安寧緩和療護諮詢,這導致手術病人數量減少(實施前5.6%拒絕手術,實施後19.3%拒絕手術)。在另一篇美國研究發現衰弱者與無衰弱者相比,在進入ICU後,要求提供以舒適為導向的照護(81% vs 71%, $p=0.31$)或不施行心肺復甦術(11% vs 21%, $p=0.35$)方面的可能性無顯著差異。一篇新加坡一家醫院急診科的一篇品質差的研究,其有限的證據指出,衰弱者比癌症病人(20.9%對30.8%)較少有預先存在的復甦狀態(a pre-existing resuscitation status),但較多的衰弱者比癌症病人(60.5%vs 46.2%)在死亡前接受了急診的積極心肺復甦術。然而與器官衰竭病人相比,結果卻不同(分別為20.9 vs 2.2%和60.5%vs 95.6%)。

討論

主要發現

這是第一篇有關生命末期衰弱者安寧緩和療護的特定需求的敘事整合性研究。本文發現生命末期的衰弱者在身體和心理社會領域都會遇到一系列規範性、感受和表達需求。本文還呈現了其生命末期照護需求的比較,因為衰弱者的許多需求在頻率和性質上與其他末期疾病的病人有相似經歷。值得注意的是,疼痛和某些形式的情緒困擾程度與末期癌症病人相似。

與其他研究的比較

本研究多探討了關於衰弱和疼痛之間相關性。生命末期疼痛的機轉是多面向的,且疼痛是常見的末期和/或漸進性疾病的症狀。疼痛控制是安寧緩和療護的重要因子;然而,通常在生命末期時疼痛評估和控制皆不佳。最近的研究預測了未來的安寧緩和療護需求,這是建立於對癌症病人(84%)、器官衰竭(67%)和失智症(60%)的死亡前一年內的疼痛比率回顧,其疼痛比例估計高於衰弱者的估計範圍(10%-52%)。

對於許多老年人而言,身體和認知的衰弱並存。本文的研究顯示,在生命末期時,大部分

台灣安寧緩和護理學會研發委員會---2019年3月份文獻摘譯

摘譯者:黃鈴雅委員、翁瑞萱委員、覃顯華委員、賴維淑委員

身體衰弱的人在認知上會受到損害並需要功能性支持。然而，很難對支持性需求的程度做出任何推論，因為許多研究將功能障礙或失智列為識別衰弱標準的一部分。

以社區為基礎的服務為衰弱者提供大部分照顧，最近的兩個回顧肯定了其在生命末期照護方面所扮演的角色。第一、研究探討病人和照顧者的看法，表明家庭醫師有能力了解衰弱者的生命末期需求，並應關注與專業照護服務之間的溝通。第二、文獻回顧時發現，提供情感支持的障礙、疼痛控制的缺乏和有限的證據顯示，家庭醫師可以控制安寧緩和療護病人的憂鬱症狀。

此敘事整合強調安寧緩和療護的潛在不公平現象，本文發現衰弱者較無法在生命末期獲得專科服務或接受到安寧緩和療護。目前尚不清楚這是否合適，或者反映出對衰弱者提供的服務有限或對需求缺乏專業認知。本文納入的一篇研究在研究分析中控制了年齡，發現衰弱與減少獲得照顧的機會有關，與年齡無關。但是，之前的研究顯示，隨病人年齡增加，獲得專科安寧緩和療護的機會減少，入住安寧病房的可能性降低。

本次回顧研究的主要焦點是衰弱者，但以前的研究強調了衰弱者的照顧者需求，與因癌症死亡者的親屬相比，衰弱者的家屬不太滿意生命末期照護，這可能顯示當前生命末期照護對衰弱者以及親屬的支持性服務不足之處。

優勢和限制

我們對廣泛的研究數據庫和灰色文獻資源進行了詳細的搜索，以進行全面的回顧。本文納入的研究大多來自北美，反映了衰弱人口照顧的起源和當代討論。然而，還包括六篇歐洲研究，這些研究增加了我們研究結果的國際相關性。我們選擇僅包括明確定義衰弱的研究，因此我們可以確定是衰弱者的需求，而不僅僅是人口高齡化的群體。採用了廣泛的定義，如帕金森氏症、失智症和有合併症病人皆包括（或不排除）在用於定義衰弱的標準中。因此，本回顧研究中確定的安寧緩和療護的一些潛在需求可能與特定診斷（或未確診）的醫療條件相關，而不是衰弱。我們在篩選階段排除了質性研究，其中一些可能已經討論過我們未考慮過的照顧需求的研究。衰弱相關的研究近年來發展迅速，因此我們只納入明確定義衰弱的研究也可能排除了早期相關研究。本文納入的研究大多都涉及一般醫院或急性醫療照護機構，這意味著許多衰弱者正處於其照顧的關鍵階段，我們的研究結果可能不太適用於疾病病程早期，而且未接受專科化照顧服務的衰弱者。

本研究增加的新知

本文研究結果對政策、臨床和研究具有重要意義。本文研究顯示，衰弱者確實適合安寧緩和療護的介入，在身體、社會心理和支持皆有需求，但他們較少有機會被評估到這些需求。

台灣安寧緩和護理學會研發委員會---2019年3月份文獻摘譯

摘譯者:黃鈴雅委員、翁瑞萱委員、覃顯華委員、賴維淑委員

基層照顧醫療服務可以直接評估和滿足身體需求，並協調專家介入。然而，醫療專業人員似乎還需要對衰弱的老年人的生命末期照護需求有更多的認知，並考慮其在專業服務的角色。當衰弱者參與有關未來照顧的討論時，他們的治療偏好在最關鍵的照顧階段並不會都被遵循，為衰弱者訂定的安寧緩和療護方式，應優先持續性了解衰弱者在生命末期各時期的偏好。研究人員可以採用多種方法來測量或辨識衰弱病人，但到目前為止，很少有人安寧緩和療護或生命末期照護的研究中使用（目前納入較少的高品質研究證明了這一點）。大多數研究來自醫院，其中衰弱更有可能被評估，但此時人們處於照顧的關鍵階段。未來仍需要更進一步的研究，以便了解在生命末期初期的衰弱者的需求。安寧緩和療護研究中，衰弱的測量將有助於提高我們了解不斷增加的衰弱病人，其生命末期的照顧需求。



台灣安寧緩和護理學會
TAPN