

南 華 大 學
生死學研究所碩士論文

安寧療護理念融入非安寧病房癌末病患照顧之探討：

以台北某醫學中心胸腔科醫護人員為例

The Application of the Hospice Care to Terminal stage

Cancer patient in General Wards

研 究 生：盧 璧 珍 撰

指 導 教 授：蔡 昌 雄 博 士

中 華 民 國 九 十 二 年 六 月 六 日

南 華 大 學

碩 士 學 位 論 文

生死學系研究所

安寧療護理念融入非安寧病房癌末病患照顧之探討：
以台北某醫學中心胸腔科醫護人員為例

研究生：盧 麗 珍

經考試合格特此證明

口試委員：蔡 品 雄
蔡 明 昌
廖 梅 花

指導教授：蔡 品 雄

所 長：釋 慧 開 (陳 開 宇)

口試日期：中華民國 92 年 6 月 6 日

誌 謝

學問的鑽研與探究並非一朝一夕，一觸可及的，它是我終身的志業，研究所是有學習中最俱挑戰性的學習過程，酸甜苦辣，如人飲水。感謝每一位受訪者，坦然、誠懇的分享了他們經驗中最寶貴的人生體驗，也讓自己在與他們互動中，釐清未來專業努力的方向及重新定位護理的價值。

本研究承蒙指導教授蔡昌雄老師的關懷與指導，循循善誘對題目的確定，研究方法的指導及各項疑難的解析，均煞費苦心提供精闢見解，使本文得以順利完成，惠我之恩謹此致最誠摯的謝意。另承蒙二位口試委員：廖梅花 教授、蔡明昌 教授在口試期間提供諸多寶貴意見及指導，使本文更臻完善，令學生感銘肺腑。

二年的學習過程，感謝南華大學生死所所有授課教授們，其中更蒙所長 上慧下開在教學環境、教學品質的高度要求，給予同學們的高度支持，謹此致最大的謝意。研究期間承蒙台北護理學院林慧珍老師、吳佩蓉老師及陽明醫學院黃淑鶴老師的友情贊助，誠懇的提供許多精闢的見解，使研究成果更加周延。真心的感謝好姐妹的相助，真的！謝謝您們！

我永遠的班長詹明欽同學，不但在課務上不辭辛勞的為同學服務，在生活、交通上更是不辭辛勞，全家總動員為我提供最好的協助與支援，令我永銘腦內；曼姝、玉足、旗明、香炆、香凌、婷娟、郁雯、覺了、壹萬、文榮、秀美、輝堂、繼成、政軒等的支持與協助，有幸與你們同窗共硯，互相學習砥礪，及兒子傅仰濤先生協助文書處理在此一併致謝。

最後僅以此文獻給我最親蜜的外子兼忠誠、耐勞的永遠支持者，傅努力先生，感謝您的支持、協助與包容。

二年來的學習歷程帶給我種種的歡樂與成長終將難忘，願所有的師長、同學都健康、平安、喜樂。

盧璧珍謹誌於台北2003/6/26

摘 要

本研究目的在探討，以非安寧病房醫護人員之觀點探討癌末病患及家屬對安寧療護之需求，及其優先可行項目，安寧療護理念推展執行面的困難因素與所需支援。研究設計採質性研究之理論性取樣，選取北部某醫學中心，胸腔科醫護人員為研究對象。研究者以半結構式訪談指引，進行深度訪談蒐集資料，抽取概念，進行概念排序，加以統整歸納，資料分析結果，非安寧病房融入安寧療護理念照顧癌末病患，在現實醫療環境的考量，及二種不同照顧屬性的限制下，無法將安寧療護理念的四全精神，全部融入，以回應其「身、心、靈、社會」的照顧需求。其可執行的部分是，安寧理念的宣導，觀念的改變，醫療人員隨時在適當的時機，融入安寧療護理念於癌末病患照顧中，落實部分的全人、全家和全隊的照顧精神，讓癌末病患臨終前避免侵入性的「治療」，得以在減輕痛苦下平安、莊嚴的往生。

研究結果產生四個主要核心結論 1.非安寧病房之癌末病患也有身、心、靈、社會之安寧照顧需求。2.非安寧病房之醫護人員認為其具體可行之項目依序是疼痛控制及其他症狀處理方法的學習、身體清潔、舒適擺位、瀕死病患的觀察與處理，照顧及指導家屬臨終事件處理。3.其執行面的困難因素是，醫護人員工作負荷過重、時間、人力配置不足、硬體設備缺乏「安靜」的環境、醫護人員安寧專業知識、疼痛控制技巧、溝通技巧不足、醫師配合度不夠且增加成本。4.其執行面所需支援，要有一定程度的行政支援、適當的醫護人員和病患與環境的區隔、醫護間的共識及溝通技巧、在職教育訓練、護理人員的鼓勵與回饋更是成功的重要因素。

本研究結果，可提供非安寧醫護人員照顧癌末病患之參考。

關鍵字：安寧療護 Hospice 非安寧病房 General Wards

癌末病患 Terminal stage Cancer patient

目 錄

第一章	緒論	01
第一節	研究動機與背景	01
第二節	研究目的	04
第三節	名詞界定	05
第二章	文獻查證	07
第一節	安寧療護的緣起與發展	08
第二節	安寧療護之基本理念	10
第三節	非安寧病房與安寧療護病房服務型態與照顧方式之差異	13
第四節	癌末病患與家屬的感受與需求	24
第五節	非安寧病房運用安寧緩和療護理念之構面	34
第六節	非安寧病房運用安寧療護理念照顧病患前人員的教育訓練	42
第三章	研究方法	49
第一節	研究設計	50
第二節	研究對象	50
第三節	研究工具	52
第四節	研究限制	52
第五節	研究倫理考量	54
第六節	研究步驟	55
第七節	資料收集	56
第八節	資料分析	58
第四章	研究結果與分析	59
第一節	研究結果	59
第二節	綜合討論	99

第五章 結論與建議-----	109
第一節、結論-----	109
第二節、研究建議-----	113
第三節、研究貢獻-----	115
參考資料-----	116
中文部份-----	116
英文部份-----	120
附錄	
附錄一：研究同意書-----	123
附錄二：訪談指引-----	124
附錄三：部份訪談內容-----	125
附錄四：同意臨床證明-----	131

表 目 錄

表 2-1 癌末病患身體常見症狀-----	25
表 2-2 癌末病患常見之生理需求-----	26
表 2-3 癌末病患心理需求-----	28
表 2-4 癌末病患的靈性需求-----	30
表 2-5 癌末病患臨終事件的需求-----	33
表 3-1 研究對象基本資料-----	51
表 4-1 相關範疇與研究主題-----	61

圖 目 錄

圖 2-1 轉介安寧病房之選案標準-----	23
圖 3-1 研究步驟流程圖-----	55
圖 4-1 非安寧病房融入安寧療護理念照顧病患之相關因素架構-----	60
圖 4-2 非安寧病房融入安寧療護理念照顧病患之概念圖-----	60
圖 4-3 非安寧病房癌末病患往生後遺體的護理和親屬照顧需求架構-----	106

第一章 緒 論

第一節 研究動機與背景

一、研究者的背景經歷

研究者本身在護理臨床已有三十年之工作經驗，接觸癌症病患照顧工作也有八年之久，所照顧過的病患大都是肺癌病患，平均每年其住院比率在 54 %，慢性阻塞性肺疾病 23 %，及肺炎佔 12 %，TB 佔 4 % 其他肺部疾病佔 7 %，在這樣高比率的癌症病患中由檢驗、診斷、治療到抗癌治療、安寧療護，陪者病患及家屬一路走來備感辛酸。

研究者個人體驗，個人曾經因病被醫師診斷為癌症的當下，那份震驚與恐慌實非外人所能體會的，所以當醫師在宣佈病患為癌症的當下，研究者更能感同身受，深切的體會病患當下那分震撼與擔心、害怕更深刻的體會到「生命無常」及對「未來不確定感」的恐懼與不安，也更能體會病患和家屬為何會迫不及待的要一直詢問病情，詢問所有檢查結果，因為「癌症」讓你的思考立即與死亡連結，呈現出的是一片片的失落，緊接著是一連串令人難以承受的「抗癌治療」過程，一路走來除了家屬就是醫護人員一路相陪，直到人生的盡頭，不過短短 3-6 個月，長則 6-12 個月，由診斷到宣佈治療無效，病患的生命幾乎是與時間在賽跑，所以研究者個人體驗到病患的任何需求都必須是立即的、馬上的提供，而不是說「請你等一下」，因為癌末病患真的沒有多少時間可以讓他等。因此進一步探討非安寧病房之癌末病患及家屬是否也有安寧照顧需求。

二、國內缺少安寧療護理念運用於非安寧病房之相關文獻資料

目前碩博士論文及相關安寧療護之文獻以探討「病患身、心、靈、社會需求或家屬照顧需求或安寧療護本身」之相關文獻頗為豐碩，但針對將安寧照顧理念融入非安寧病房，臨床實務中照顧癌末病患之相關文獻尚屬少見，也缺乏適當的指引，安寧療護是癌末病患最好的照顧，是癌末病患所必須的，也是人性醫護照顧的標竿，在台灣有其存在之必要。其每年約有三萬癌症病患需要安寧療護，以台灣地區安寧療護床位需求（以十萬人 3.5 計算推估值），全台灣地區人口是 21300,000 萬人其安寧床位需求是 745 床（賴允亮,1997），截至 2003 年安寧床位需求是 353 床，與實際需求差距甚遠，只能服務少數的癌末病患，尚停留在展示「人性化的醫療優點」的示範模式中。讓多數住在非安寧病房之癌末病患，未能得到安寧療護之人性化照顧，我們不禁要質疑「難道住在非安寧病房之癌末病患，就不能享有人性化的醫療照顧嗎？難道他們沒有人權嗎？」因此，研究者將安寧療護理念融入臨床常規照顧中來落實，將其理念運用在最適當、最普遍的地方照顧到這些需要的癌末病患。

三、評估非安寧病房癌末病患對安寧療護之需求

癌症，廿年來居十大疾病死因之首，其照顧需求在醫院以成本為導向的經營方式下，影響護理照顧方式的改變，非安寧病房中的癌末病患的照顧仍採治療性、照顧方式，在危急狀態下仍依病患生理變化之改變，提供積極處理如營養不良、血色素低、血中白蛋白不足，便給予輸血，輸血漿，白蛋白甚至於生命垂危時，仍給予急救直到生命徵象停止，未能獲得平安、莊嚴的往生，其心理與靈性的照顧更是無法提供，這些癌末病患的照顧方式，正面臨著前所未有的挑戰，根據 Lazarus & Folkman（1984）的理論，個人會隨著環境的改變而不斷地調整其應變行為，那麼臨床醫護人員面臨，癌末病患人性化照顧之訴求，應如何因應？這是值得醫護界反思的課題。

臨終病患面對死亡，是生命中最重要時期，此時會有各種不同的需求，癌末病患在生命盡頭，未能即時瞭解及協助，常令病患陷於身、心、靈、社會之整體痛（total pain）（Twycross，1997）；臨床醫護人員在進行評估病患疼痛，若其止痛藥需求過量或次數頻

繁，給藥上不免有疑慮，產生「這一次的痛是真的嗎？」，「是否要試一下維他命 C」，這樣的互動長久下來影響了護病及醫病信任關係的建立，在非安寧病房醫護人員，對癌末病患「醫療」(Cure)與「照顧」(Care)的理念，不是每位醫療照顧者都一致，導致癌末病患在生命的最後其身、心、靈需求上未能獲得平安。

非安寧醫護人員在照顧癌末病患時所經驗到的困擾問題是，疼痛控制、身體症狀控制、醫護人員的理念和看法不盡相同，造成疼痛問題不能適時的緩解，當然也影響了心理、靈性的平安，未考量人性化的需求。

四、進修生死所的反思

研究者進生死所研修過程中，在師長們引導促發我學習的方向與臨床經驗相結合，激起學生進一步探討癌末病患的照顧需求；研究者本身在臨床多年的工作經驗，陪伴無數的癌末病患，以各種不同的面向走完人生最後的旅程，有平靜、有安祥、也有經驗最不人性的急救措施，插上氣管內管，接上呼吸器經過一翻搶救，僅維持一天、二天、或一個星期的短暫生命，這樣的煎熬，怵目驚心不禁要想，明知癌末病患，急救仍然無法挽回其生命，但「救人」是醫護人員的天職，也是法律保護病患的措施，因此，病患在臨終前仍然接受急救(CPR)的病患比比皆是。研究者在提昇癌末病患生命品質與尊嚴的驅動下，以癌症死亡率最高的胸腔科病患為例，進一步探討安寧療護理念推動到非安寧病房的可行性，此在醫護界臨床工作者各有不同的觀點，探討其執行時的優先項目是什麼，實際執行時可能的困難因素與所需支援。研究者藉由安寧療護理念的推動，宣導教育，使安寧療護理念普及，照顧者將知識概念化，轉念運用於常規照顧中，改善臨終病患的生命品質與尊嚴。

因此，研究者以非安寧醫護人員觀點探討在不改變現有環境設備下，將安寧療護理念，概念重組，知識新生，轉念於萃取既有的知識、技能融合安寧療護理念，於癌末病患常規照顧行為中，以回應癌末病患其「身、心、靈、社會」的照顧需求，平安尊嚴的往生。

第二節 研究目的

本研究目的在探討安寧療護理念，即全人、全家、全隊、全程的照顧精神，運用有限的資源條件下，融入安寧理念予非安寧病房，照顧癌末病患及實際執行面，可優先融入的照顧項目，執行時的困難因素及所需支援。期望藉此讓非安寧病房中大部分的癌末病患，能在被診斷為癌症時，即享有人性化之關懷與照護，以改善其生命最後階段的品質與尊嚴。

依據上述研究動機與理念本研究主要目的如下：

- 1.以非安寧醫護人員觀點探討非安寧病房癌末病患及家屬對安寧療護之需求。
- 2.以非安寧醫護人員觀點探討融入安寧療護理念於非安寧病房其優先可行項目。
- 3.以非安寧醫護人員觀點探討融入安寧療護理念於非安寧病房其執行面的困難因素。
- 4.以非安寧醫護人員觀點探討融入安寧療護理念於非安寧病房其執行面所需支援。

第三節 名詞界定

- 一、安寧療護理念：即全人、全家、全隊、全程的周全照顧，其用意在於透過提供家屬及瀕死者的照顧，達人性之關懷，安寧療護之照顧團隊其主要方式，以家庭為主，以病患及家屬為核心，重視其感情與感受，使生死兩相安。本研究僅就部分全人、全家、全隊之照顧理念加以探討。
- 二、非安寧病房 (General Wards)：指醫療體系下安寧病房以外之所屬一般性的病房不含特殊醫療單位如急診室或加護病房，本研究場域以某醫學中心胸腔科為例進行探討。
- 三、融入安寧療護理念：指非安寧病房醫護人員，將安寧療護理念概念化，將安寧療護理念，概念重組，知識新生，轉念於萃取既有的知識、技能融合安寧療護理念，於癌末病患常規照顧行為中，以回應癌末病患其「身、心、靈、社會」的照顧需求，平安尊嚴的往生。
- 四、癌末病患 (Terminal stage Cancer patient)：指癌症在主治醫師宣判為不可治癒，病情繼續惡化，且有醫學證據，死亡已不可避免者。

第二章 文獻查證

「你是重要的，因為你是你，即使活到最後一刻，你仍是那麼重要，我會盡一切努力幫助你安然逝去，但也會盡一切努力讓你活到最後一刻」。桑德斯醫生最感人肺腑，溫馨的點出癌末病患的心聲與心理需求，愛與尊重、有安全感、有人呵護，需要協助時隨時有人陪伴、沒有被放棄的感覺，人在面對臨終時的各種身、心、靈、社會、醫療等需求時，形成一複雜的脈絡它具個別性與獨特性（Barton, 1977；1984；Sorensen & Luckmann,1986）。一個受到成功照顧的病患，知道別人相信他，或關心他的生與死是很重要的，由此，可以獲得到高度的自我價值感（Sorensen & Luckmann,1986），癌末病患臨終前的身、心不適與疼痛控制的合理緩解免於痛苦，有賴醫護人員主動細心、敏感的覺知其需求是很重要的。

非安寧病房癌末病患對安寧療護之需求，最重要的是「需要」能即時獲得回應，如疼痛與恐懼是一體兩面，對死亡的畏懼更引發心理的痛苦，靈性的不安，提供人性化的安寧療護，可令其在生命的最後獲得身、心、靈的平安。非安寧病房以現有環境、人力、設備、醫療照顧團隊等提供安寧療護理念，融入癌末病患照顧，探討其阻止與助力等問題進行文獻查證。

第一節 安寧療護的緣起與發展

癌症廿年來，佔全台十大死因之首，肺癌發生率有逐年上升的趨勢，(李樹人、洪淑惠，2003)，死亡人數也逐年增加中，據衛生署統計至民國九十一年止，有二萬九千七百八十四人往生於癌症(衛生署，2003/02/25、邱泰源、蕭麗卿，2001)。其中，肺癌更是連續多年來高居國人癌症死因的第一位，若以癌症死亡率每十萬人口有100-180人而論，則每年至少有10,500至18,900人需接受安寧療護(賴允亮，1999a)。

安寧療護(Hospice)的歷史發展最早在羅馬時代，是照顧旅客及臨終病患的地方，中世紀歐洲修道院附設安寧院(Hospice)，用於朝聖者與旅行者中途休息站；十七世紀，法國教士聖保羅(St. Vincent de Paul)設慈惠姊妹會(Sisters of Charity)照顧孤兒、窮人、病人與瀕死的病患；十八世紀，普魯士男爵(Baron Von Stein 與牧師 Fliede 創設 Kaiserswerth，是第一所新教安寧院，開始有專業護士；十九世紀，愛爾蘭慈惠姊妹團(Irish Sisters of Charity)，在都柏林(Dublin)及倫敦設立聖若瑟安寧院(St. Joseph's Hospice)(許禮安，1998)。

現代安寧療護發起人桑德絲博士(Dr. Dame Cicely Saunders)，1981年生於英國，1940年成為護士，後轉任社工，有感於癌症病患照顧不足，是醫師遺棄了病患，於1951年攻讀醫學院，1958年成為醫師，經多年努力，於英國倫敦成立聖克里斯多福安寧院(St. Christopher's Hospice)，成為現代安寧療護的典範；其目的是希望能結合中世紀安寧療護照顧病患的熱忱與現代醫學的成就，來減輕臨終病患與家屬所遭遇的痛苦。同時照顧在十九世紀晚期，西方許多國家設立安寧療護機構專職照顧瀕死病患(許禮安，1998)。

亞洲安寧療護的發展始終日本及中國大陸；台灣安寧療護，於1990年在台北馬偕醫醫院，成立安寧照顧基金會及安寧病房1994年耕莘及1995年台大醫院亦設立緩和醫療病房，1996年花蓮佛教慈濟醫院心蓮病房成立，1997年台北榮民總醫院大德病房、省立桃園醫院安寧病房成立、1998年高雄榮民總醫院崇德病房成立，且持續發展中(許禮安，1998)。截至九十一年七月，台灣地區共有安寧緩和醫療住院病床353床，納入健保

給付試辦計畫之醫院共廿四家(284床),尚未納入健保給付試辦計畫之醫院共六家六十九床,(安寧照顧會訊,2002)。

安寧療護(Hospice care)與緩和療護(Palliative care)一詞常交互使用,然緩和療護(Palliative care)包含緩和醫療(Palliative medicine) 緩和護理(Palliative Nursing)與其他致力於末期病患及家屬的健康照護,其概念廣泛;安寧療護,則較重於疾病末期階段的照護,可謂緩和療護的一部份,多針對臨終疼痛在居家或安寧機構中提供舒適性照護,二者以社區醫院或特殊機構等多種模式,致力於緩解癌末病患各種身、心、靈、社會的痛苦,與傳統醫院中以延長生命為目標的急性照護不同;其目標在提昇生活品質與自然平靜的死亡(楊克平,1999b)。

緩和療護(Palliative care)的許多觀念,可提早運用在疾病的治療過程,包括抗癌治療期,因此緩和療護、安寧療護、臨終照顧,三者應是一連續性的照顧過程(許禮安,1998)。台灣於2000年5月23日,立法院三讀通過「安寧緩和醫療條例」,該條例認可,已經罹患無法治癒之末期疾病的病人,經兩位醫師確定其診斷後,可以立意願書,選擇「自然死」,免受拖延瀕死期的醫療處置,拒絕施行心肺復甦術等急救措施,目的在使病患保有生命尊嚴的自然離開人世(巫雅菁,2000)。

安寧緩和醫療條例修正案

2002年6月3日,立法舉辦「安寧緩和醫療條例修正案」公聽會,會中初步通過:民眾須預立意願書,選擇臨終時不施行心肺復甦術(CPR);而已接受心肺復甦術(CPR)的癌末病患,可根據患者所簽之意願書,才可以依其意願撤除或終止呼吸器等維生系統。此新法案是賦予醫師法源之依據,讓因為某些因素下給予維生系統,以不自然的人工方式延長病人死亡的末期病患,得以撤除維生系統,解除痛苦(高詩蘋,2002)在此立意良善的法案前,必先教育我們的民眾排除對「死亡」的禁忌與迷思,及早參與自身的死亡權,為自己的死亡做準備。

（一）緩和醫療（Palliative medicine）條例的意義

重視醫療人權的提昇，讓重症病患在臨終時有選擇死亡的權利，醫療人員須顧及醫療倫理上的自主原則、不傷害原則、行善原則，並尊重病患隱私的自主權。對末期病患的積極照顧，改變傳統醫療只求治癒的觀念，加上人性化的照顧觀念，以四權照顧，積極解除病人身、心、靈的痛苦。

（二）緩和醫療（Palliative medicine）照顧的目的

根據世界衛生組織（WHO）的規範，緩和醫療（Palliative medicine）提供罹患的疾病對治癒性療法，已經沒有反應的病患，給予全方位的照顧。肯定生命，視死亡為一種正常的過程，不提早也不延後死亡。提供疼痛緩解與支持系統，幫助病人，在往生前盡可能改善其生活品質。照顧家屬，幫助他在病患生病期間，克服本身失落所引發的壓力，輔導家屬勇於面對病患的死亡，癌末病患及家屬能接受臨終的事實，及身、心、靈完整的關懷醫療。減輕或消除病患身體疼痛，及不適症狀的心理壓力，使病患平安走完人生最後一程。

（三）安寧緩和條例在臨床之落實

自從安寧病房成立，癌末病患的醫療目標顯然由「重治療」而「輕照顧」的傳統醫療照顧，轉為施以緩解性、支持性之安寧療護，或不施行心肺復甦術，使得病人在臨終前，尊嚴的走完人生最後的旅程(巫雅菁, 2000)。安寧療護病患，平均住院天數越長，其生活品質越高，介入越久，越可提昇病患的生命品質。表示平均住院越長，病患與家屬更能接受安寧療護的觀念，故應在離死亡較早即接受安寧療護（賴允亮，1999）。但目前癌末病患因安寧療護病房床位限制，或因不瞭解，或病患本人或家屬不願意等因素，未能轉往安寧病房照顧，致在生命的最後，仍未能接受人性化之關懷與照顧（林幸玟, 1998），他們大多乃散佈於各非安寧病房（General Wards），由非安寧醫護人員擔任主要照顧者。若於非安寧病房推展安寧療護理念，將有助於安寧療護理念之落實。協助多數癌末病患儘早享有人性化的關懷與照顧，即便是得了「癌症」，也能面對無法改變的事實，在生命的最後一刻、最後一口氣，為他們所經歷的事件、經

驗賦予意義，找到生命的意義，平安有尊嚴的活好人生最後的一程。

Frank-stromberg (1984) 也提到當病患接近死亡時會面臨，生、心、靈、社會等的困擾，這些問題不能解決將對病患的生活品質造成很大的影響。Mushkin (1974) 則表示，安寧照顧是癌末病患最好的照顧，及「安寧療護，是答覆病患及家屬身、心、靈的需要，使病患平安、尊嚴的活好人生最後一程，以達善終」(趙可式，1999)相符合。

第二節 安寧療護之基本理念

一、安寧療護理念

國際臨終關懷組織 (NHO)，1978 年成立它對安寧療護理念的定義，是對不可治癒疾病之末期病患提供支持性照顧、舒適的護理、維持原有生活品質，既不催促亦不延遲死亡，仍保有希望和信心，達成病患和家屬需求，能了解疾病逐漸衰敗過程，對死亡作準備提昇他們的滿意度，不分年齡、性別、宗教、國家、診斷與貧富之安寧療護模式，強調的是一個照顧理念而不是一個設施，此理念是可以隨被應用；而且他們深信安寧療護，不只應用在癌末病患，也同時可適用在其他末期、慢性病或悲傷輔導 (Hannelore、Robert, 1798)。

- (一) 安寧療護不是放棄治療，而是醫療目標，由疾病治癒轉向症狀控制如果癌症，無法治癒已達末期階段，死亡不可避免，則醫療目標從「治療」(cure) 轉為「照顧」(care)。
- (二) 安寧療護不是安樂死，而是緩和與支持療法，盡量讓病患活得安樂，獲得善終，其照顧目的不是在延長病患的瀕死期，而是提昇病患的生活品質，使病患平安、尊嚴的走完人生最後的一程以達善終。

- (三) 安寧病房不是孤獨等死亡的地方，而是提供症狀解除與心理照顧的場所，希望其他親友參與照顧，當病情改善也可出院或轉換照顧方式。藉由一群受過專業訓練的醫療團隊成員，以病患的家庭為單位，提供個別性的照顧計劃，給予病患及家屬身、心、靈、社會的需求。
- (四) 安寧療護是四全照顧即：全人、全家、全程、全隊的周全照顧，其用意在於透過提供家屬及瀕死者的照顧，以達人性之關懷，安寧療護之照顧團隊其主要方式，以家庭為主，以病患及家屬為核心，重視其感情與感受，使生死兩相安。每一照顧者必須是專家也必須是通才、要不斷學習。在病患與家屬的照顧計劃中，由整個照顧團隊共同決定之，以達到癌末病患有好的生活品質與尊嚴、和平的死亡；所以減輕癌末病患的痛苦與症狀控制是很重要的 (巫雅菁，2000)。安寧療護，是一種先進、積極、慈悲、人性化的醫療照顧模式，不同於一般傳統醫療，針對病患及家屬的照顧。整個照顧過程中積極處理各種不適症狀，使病患免於痛苦，能有最大自主權，家屬也全程參與、滿足病患身體的、情緒的、社會的、精神的、以及病患家人的需要，是一種提昇病患和家屬的生命品質與生命尊嚴的，全人照顧 (安寧療護會訊，2000)。

二、安寧療護的定義

世界衛生組織 (World Health Organization , WHO) 對安寧療護的定義是對「沒有治癒希望的病患」所進行的積極而非消極的照顧。

世界衛生組織對「安寧療護」有以下的期許，肯定生命的價值，而且將死亡視為一個自然的過程，安寧療護不刻意加速、也不延緩死亡的來到，安寧療護在控制疼痛及身體症狀外，對病患的心理、靈性亦提供整體性的照顧，同時強調來自周遭的支持，不僅支持病患積極的活著直到辭世，也協助家屬在親人患病期間，受喪親之後的心理反應都能有所調整，協助其哀傷輔導。如此全面性的照顧絕非醫護人員所能獨立完成的，而是要一個互相合作的照顧團隊才能完成的。

三、安寧療護的服務團隊

由一組人員提供團隊服務，結合醫師、護理師、宗教人員、社工師、營養師、藥師、物理治療師、義工等人力提供最完善的醫療照顧，幫助家人與親友學習照顧病患，讓家屬知道如何幫助病患日常活動、傾聽、回應、並應付特殊狀況，提供家屬哀傷輔導（安寧照顧會訊，2000）。

四、安寧療護的目的

主要在輔導癌症等疾病末期病患與家屬接受臨終的事實，達成身、心、靈、社會完整之關懷，減輕或消除癌末病患身體疼痛、不適症狀或心理壓力，消除病患與家屬的怨懟，享受人生最後的親情，尊重病患最後權利，關心其生命品質，使病患安詳走完人生最後旅程，並使家屬勇於面對病患的死亡，使生死兩相安(鍾昌宏，2000)。

五、安寧療護的原則

維持癌末病患的尊嚴，能自我決定與被尊重，提供維生之醫療，保持活命的狀態，仍需一些營養和支持，維持舒適，減輕或控制疼痛，維持和諧，與家人團聚和諧相處，在病房中彷彿在自己的家，維持長久安寧照顧的目的，是讓病患活得更好、更久，絕不是為了減輕痛苦，或縮短生命，繼而維持其家庭的穩定，不致因為病患生病而致家庭破裂，或經濟破產。因此在醫療上應給予支持(鍾昌宏，2000)。

第三節 非安寧病房與安寧病房服務型態與照顧模式之差異

壹、安寧病房與非安寧病房服務型態之差異

一、非安寧病房之服務型態

非安寧病房（General Wards）之服務型態主要是，住院治療、居家照顧、門診治療和慢性病養護中心等照顧方式（尉遲淦，2000）。就住院照護的服務方式而言，是當病患身、心出現疼痛或其他不適症狀，需確立診斷與治療疾病時必要之服務型態；就居家照顧方式而言，是當疾病確立，治療到一定療程時需回家休養，其間醫療人員給予電話追蹤提供必要的協助，等待下一療程的開始，此休養期間之照顧者可採用此方式；就門診治療而言，是癌末病患出院後定期回門診進行必要的追蹤檢查，確保癌末病患身體機能維持在一穩定狀態，就可以採用這種照顧方式。就慢性病養護中心的照顧方式，則針對持續性、進行性疾病的照顧，如神經元病變的病患所提供之照顧方式。

二、安寧療護病房之服務型態

台灣安寧療護運作型態有：獨立的安寧療護醫院、醫院中劃出一個病房單獨做為安寧療護病房、綜合醫院中成立一組安寧療護小組，協助專業人員照顧病患等方式。在服務型態上，就住院照護的服務方式而言，是當癌末病患有疼痛或其他不適症狀，需觀察與照顧的必要時；或家中無人照顧；或住家不宜養病時所採用之照顧方式。就居家照顧方式而言，是當癌末病患（Terminal stage Cancer patient）不適症狀獲得控制，可以回家療養且有人陪伴照顧，安寧人員可以定期或依需要隨時前往訪視；就日間照顧方式而言，則是病患可以居家照顧，但家人白天要上班無法照顧病患，又想晚間與病患相處就可以採用這種照顧方式（張玉仕，1999）。目前，台灣的服務型態，以住院照護為主，未來則積極拓展居家照顧方式，讓有限醫療資源得到妥善分配，同時家屬也可以增加參與

照顧機會，珍惜有限的相處日子，另一方面，可以讓病患在熟悉的環境中有尊嚴的渡過人生最後階段。一個完整的安寧療護模式包括：安養中心或護理之家（nursing home）、日間照顧中心（day care center）、慢性病房（chronic care）及照會諮詢中心；國內目前僅有安寧照顧小組、安寧病房、安寧居家療護三種方式（許禮安，1998）。

貳、非安寧病房與安寧病房照顧模式之差異

一、非安寧病房醫師的照顧模式

傳統的醫療照顧模式，服務宗旨以救命與治病（Cure）為中心。處理病患問題需具備醫師處方，才能執行醫囑以解除或減輕病患之痛苦。服務目標在治癒疾病，促進健康。服務對象，是所有因病需要住院治療的病患（含內外科）。

二、非安寧病房之護理照顧模式（Nursing Care Delivery System）

目前國內最常引用的照顧模式有全責護理、成組護理、全責護理融合成組護理等三種照顧方式。

（一）全責護理（Primary Nursing）

是護理模式的一種，由全責護士負責病患，由入院到出院之間的整體護理及計畫。護病關係是一對一，全責護士負責 24 小時責任，綜合責任性、連續性、協調性、自主性與個別化的護理（徐南麗，1989）。

（二）成組護理（Team Nursing）

成組護理是護理模式的一種，是將病房分成若干小組，每一組人依能力責任及職責的不同分工合作各由一位小組長帶領，提供病患整體服務的護理方式。護病關係是一對

一組人，小組長負責每班（8 小時）之護理計劃（徐南麗，1989）。

（三）全責護理與成組護理

即採用全責護理的精神融合成組護理原則，據（蔡欣玲，1997）研究顯示，醫院護理專家最常採用的護理照顧方式為，全責護理合併成組護理的護理照顧方式。

全責護理融合成組護理為醫院護理專家最常採用的護理照顧模式，即採用全責護理的精神融合成組護理原則。其次是全責護理，再次是成組護理。不論採用何種護理照顧模式，皆提及護理人力不足與護理人員的能力差異，研究顯示，全責護理與成組護理之比較，專家指出，執行全責護理最多的項目為提供照顧者的特性，如全責護理人員負責病患之護理計劃、治療評估、護理指導及與病患和家屬共同討論出院計劃，重視病患全人、全家、全程的照顧。其中常見的問題亦以，供照顧者的特性為主，如護理人力不足、例行工作多；病人過多、無法做到心理、靈性照顧的照顧（蔡欣玲，1997）。非安寧病房（General Wards）例行工作忙碌，護理人員沒有時間做完整的護理指導，護理人員的經驗及能力不同，新進護理人員多，在臨床教學指導上有勞心勞力的感受，且面臨護理人員之素質與數量的問題（徐南麗，1997）。

護理人員是醫院重要的人力資源之一，不但人數眾多，且分散在各個角落，對醫療品質深具影響力，護理活動，是護理人員每班（8 小時）的重要工作，分直接與間接二種，直接護理活動，以病患為中心，是在床邊發生的所有護理活動，包括護理技術的操作等 9 大項（133 小項）如飲食、排泄物處理、身體清潔、變換體位與運動、監測、生命徵象、給藥、呼吸系統處理、協助檢查、執行治療、衛教及溝通、心理支持等（潘純媚等，1993）。間接護理活動，包括直接護理活動的準備與善後處理工作、工作人員溝通有關病患之種種問題、查閱相關資料等。另與護理相關的活動如點班、會議、申請物品、接聽電話、接受訪客查詢、私人電話、處理私事、吃飯、上洗手間、喝水、閒聊等。護理人員之照顧模式（Nursing Care Delivery System），大都採用國外研發的護理照顧模式。但因應醫院護理人力的需求與護理專業的發展，採用全責護理與成組護理相互結合的照顧模式（蔡欣玲，1994；1997）。

三、安寧療護之照顧模式

安寧療護的對象以癌末病患 (Terminal stage Cancer patient) 為主，這要經過主治醫師確定，當開刀、化學治療、放射治療等都不能治療或延長生命時，身體症狀和痛苦或心理、靈性、家屬等問題，病患和家屬都要知道病情及能接受安療的理念，不隱瞞病情，讓病患有所準備，完成心願或了結心事才不會有遺憾，由「治療」(Cure) 方式改為以「照護」(Care) 為主的照顧方式 (Schuetz, 1995)。由一組醫療服務團隊共同提供照顧，有醫師、護理師、社工、物理治療師、職能治療師、藥師、心理醫師、營養師、神職人員、家屬或親密朋友、志工等每一成員需充分發揮照顧的團隊精神，且具備安寧照顧理念之共識，照顧到病患及家屬之生、心、靈及社會等各層面的需要即全人、全家、全程、全隊的照護 (趙可式, 1999; 邱泰源, 1998)，有別於一般傳統的醫療。而其服務項目，主要在緩解病患因癌症引起的痛苦與不適如：

- (1) 症狀控制 (疼痛、喘、吐)
- (2) 病患之身體照顧
- (3) 出院計畫之擬定
- (4) 病患與家屬之心理、社會諮詢
- (5) 病患與家屬之宗教需求照顧
- (6) 臨終死亡準備
- (7) 病患死亡後家屬之哀傷輔導
- (8) 轉介，病患病況穩定出院前提供轉介至相關居家護理照顧等。

服務目的，是輔助癌末病患、垂危病患接納臨終事實，給予身、心、靈、社會的關懷，減少生理的疼痛給予最舒適的照顧服務，滿足病患及家屬身、心、靈、社會的需要，使癌末病患在人生的最後能平靜、尊嚴的活好人生最後一程。

參、非安寧病房與安寧病房醫療與照顧目標之差異

非安寧病房不一樣的地方是它的組成不同，另外是照顧目標不同，照顧目標是病人的病，趕快能治好，疾病能控制得住，能治癒出院；而安寧病房病患不管療程長、短終究要面臨死亡，所以其目標是提昇其生活品質，協助家屬如何面對病患即將死亡的哀傷期獲得支持，二者目標不一樣，其處置也不同。

一、非安寧病房之醫療與照顧目標

其主要照顧目標是維持痊癒性治療，注重延長病患的生命，搶救到生命的最後一刻。較不注重生命尊嚴尤其在病況危急時，家屬為了等待某一親屬由外地趕回來見最後一面仍堅持執行使用呼吸器或氣管內管；醫師可因職責或法律職責仍施予一般性急救，未注重人性化照顧層面，強調醫療的重要，注重疾病的照顧；強調疾病的盡力醫治，所以會出現癌末病患仍在住加護病房、插管、注射強心劑和升壓劑，持續維持生命。導致患者痛苦及沒有尊嚴的「活著」(鍾昌宏，2000)且浪費醫療資源，未顧及病患生命的質與量及生命尊嚴。

二、安寧病房之醫療與照顧目標

安寧病房，其治療目標是緩解或支持性治療 (palliative & supportive care) 因末期病症所引起的痛苦與不適。兼顧生命的質與量，幫助病患在人生的最後一段日子，活得更豐盛、充實有尊嚴。尤其在生命危急時強調要死得有尊嚴。提供人性化的照顧，強調病患與家屬的親情與照顧，幫助病患與家屬去除昔日之怨懟，把握時間增加親情融合，能完成心願。照顧層面除全人、全家、全隊、全程、全社區的照顧外，提供家屬在病患生病及往生後的支持與協助。

肆、非安寧病房與安寧病房醫療環境與照顧環境的差異性

一、非安寧病房與安寧病房軟硬體設備之差異

(一) 軟體設備

非安寧病房設備之設計則以醫院治療為主，安寧病房設備在設計上以家庭式為考量，具有較大的彈性空間，也儘量以人性化需求為考量如洗澡機、搬運機、洗頭機、疼

痛控制機、搬運病患滑板、脂肪墊、休閒活動室、文化走廊、會談室、彌留室、助唸室、配膳室等，是非安寧病房設備在設計上所不足的，但在一般性的用物如病床、推床、輪椅、便盆椅、血氧監測器、超音波噴霧器等設備則相同。

（二）硬體設備

非安寧病房的病患兼具檢查、治療、症狀控制與安寧需求等不同需求，在傳統醫療環境設計上仍然以治療性環境為主，不論是空間運用設計上，或是燈光照明上也配合病患醫療為主，如牆上的空氣、氧氣出口之設計即配合病患治療與急救之需，另外治療性的環境設備在採光要配合檢查、治療之需採用較亮的燈光，尤其在做治療時打針、發藥等其燈光一定要明亮，以配合醫療診治之需。

安寧病房的硬體設計，在空間上考量病患在照顧層面之需要，設計上兼具人性化需求，以家庭化為原則，不以治療的功能為主要考量，所以在減少了各項醫療急救設備而顯得安祥、寧靜加上採光柔和，整體上展現出溫馨、柔和的感覺，適合病患安靜療護之需求。

二、非安寧病房與安寧病房屬性之差異

非安寧病房，由科別區分內、外、產、兒、精神科及急、慢性病房，在治療上，屬急性疾病為多，在照顧層面，其身、心主要照顧者為醫師、護理師，而家屬無須全程參與經常性的協助，至於平均住院天數，則視疾病需要而有所不同，可以三天到數月不等，每日住院費用除健保床外分單人房與二人房，另分別補健保給付差額，病室環境，重視安全、消毒、乾淨，病患治療或照顧結果有 98 % 出院約 2 % 死亡。

安寧病房，以臨終疾病為主，在醫療上由「治療」轉向「照顧」，其身、心主要照顧者，是照顧的醫師、護理師及其他醫療團長隊之成員，而家屬需經常性的參與照顧陪伴，至於平均住院天數則依疾病不同約 10-30 天不等，病室環境設備則完全傢家，讓病患有的家的感覺，每日住院費用除健保床外分單人房與二人房，另分別補健保給付差額，病患照顧結果有 20 % 症狀改善出院，約 80 % 死亡（鍾昌宏，2000）。

伍、非安寧病房與安寧病房照顧內容之差異

一、非安寧病房照顧內容指標依病情分五大項。

1.活動 2.排泄 3.營養與飲水 4.清潔與穿衣 5.生命象徵的測量。

每項分四類

- 1.可完全自行活動
- 2.需依賴輔助器活動者或小部份需他人協助如準備用物或環境
- 3.大部份需他人協助或使用輔助器者
- 4.完全無法使用輔助器，完全需他人協助者。

二、安寧病房照顧內容指標

安寧病房設計在使癌末病患住院有家的感覺，病房設備家庭化，將來把安寧療護延伸至家庭達成居家照顧目標，提供個人隱私與自由的環境，充滿愛與關懷，並受到週到的照顧，保有一部份的醫療使生命得以延續，止痛的治療是最重要的一部份，同時給予適當的營養支持，維持體力，提供安靜、和諧與溫暖的氣氛，配合個人與家庭的習慣，給予個人宗教的信仰不受干擾，臨終前的急救與否，要由家人與醫師預先商議後決定，不一定要急救，讓病患更加平安地離去（鍾昌宏，2000）。

陸、非安寧病房與安寧病房各醫療團隊的照顧內容

一、專科醫師照顧內容之差異

非安寧病房專科醫師，主動積極提供高水準的診療，完成身體評估及各項治療計劃，提供病患與家屬疾病相關診療訊息與完整之治療計劃，對病患及家屬解釋病情及治

療計劃其治療目標、以病患及家屬為中心，尊重病及家屬為原則，在減輕病患痛苦的原則下，緩解病患疼痛與不適症狀，提供適當的症狀控制，執行任何可延長生命，增加治癒性的檢查或治療。

安寧病房，專科醫師治療處置目標在控制疾病進展與延長生命，治癒性的治療行為不因有限的生存期而減少，其所做之檢查或治療，其治療行為重於生命品質與心情感受如何，治療行為無法完全，依病患願意如單身病患之急救，瞭解與改善各種症狀之控制方式，具有醫療與教學之精神。評估癌末病患是否適合住非安寧病房，及是否已不適合治癒性治療，預估其生存期是否已在六個月內，疼痛症狀是否需接受非治癒性疼痛緩解性治療，開立會診安寧病房申請單及住院期間各類診療之證明書（鍾昌宏，2000）。

二、社工人員照顧內容

非安寧病房社工人員照顧內容，病患與家屬面對疾病的醫療問題、家庭經濟、疾病適應與醫療環境適應、情緒問題、無行為能力或意識不清病患權益之維護。社工人員透過協尋社會團體的協助，支援病患或家屬使獲得充分的經濟、社會、心理之支持與協助（鍾昌宏，2000）。

安寧病房社工人員照顧內容，協助病患與家屬面對疾病與死亡的事實，進而接受並調適因疾病與死亡所帶來的壓力，關懷病患家庭成員，協助彼此互動促進溝通減少病患與家屬之間的遺憾，協尋社會支援使獲得充分的經濟、社會、心理之支持，透過協調與團體的協助，促使家屬重整並渡過哀傷期，幫助團體中成員之成長、訓練、促進團體合作，及持久服務病患的熱忱（鍾昌宏，2000）

三、義工人員照顧內容

非安寧病房義工人員照顧內容，一般性的服務，如代辦手續、購物、等方面需協助，護理人員依病患或家屬的需要代為連繫，慰問者，病患有情緒上困擾者、提供短時間的

慰問，分享病患的感受，日常生活照顧上的協助如餵食、翻身、拍背則未提供。

安寧病房義工人員照顧內容，安寧病房，義工人員是支持者，如傾聽、接納、溝通、分享與分擔的感受，也應盡力達成及滿足病患與家屬的需求（鍾昌宏，2000）。

四、神職人員照顧內容

非安寧病房神職人員，不定期訪視病患，家屬在病患彌留時，自行邀請神職人員，為病患做彌留時的祝福，給予禱告，告解不安、怨懟、恐懼、罪惡感，能看待自己的遭遇，從中求得解放。

安寧病房神職人員，訪視個案以宗教信仰，協助病患及家屬，緩解不安、怨懟、恐懼、罪惡感，能看待自己的遭遇，從中求得解放，協助了解今生及往生之希望，使心靈獲得安寧與希望，彌留時的祝福，協助安葬禮儀，親屬哀傷之輔導與安慰擔任病患、家屬與教會宗教團體之橋樑與之協調（鍾昌宏，2000）。

五、工作人員的基本信念

非安寧病房與安寧病房工作人員的基本信念，在自我肯定工作的意義與價值，幫助癌末病患在臨終時解除，因疾病所引發的痛苦及心靈安慰，不斷學習與改善工作方法與內容，尊重其他醫療團隊及病患與家屬的決定，臨終前維持病患生命尊嚴與品質，護理工作是一種理念與行動，必須本土化，並瞭解正確的臨終與死亡的觀念，以愛心、同理心、熱心、恆心、信心來幫助病患與家屬（鍾昌宏，2000）。

柒、進住安寧療護病房的條件 - 選案條件 (詳見圖 2-1)

- 一、經由二位醫生認定為癌症末期病患，其生命期不超過六個月。
- 二、合併身體症狀如疼痛、喘、嘔吐，無法獲得控制及心理精神靈性須輔導。
- 三、安寧照顧醫師確認不適合給予治癒性治療，只適合緩解性或支持性治療。
- 四、病患及家屬能同意放棄心肺甦醒術 (CPR)，讓病患舒適、尊嚴離開人世。
- 五、癌末病患家屬及親友，願意同意共同參與照顧。
- 六、癌末病患及家屬，依照安寧緩和條例規定簽署志願書。

臨床安寧療護病房的選案條件如圖 2-1

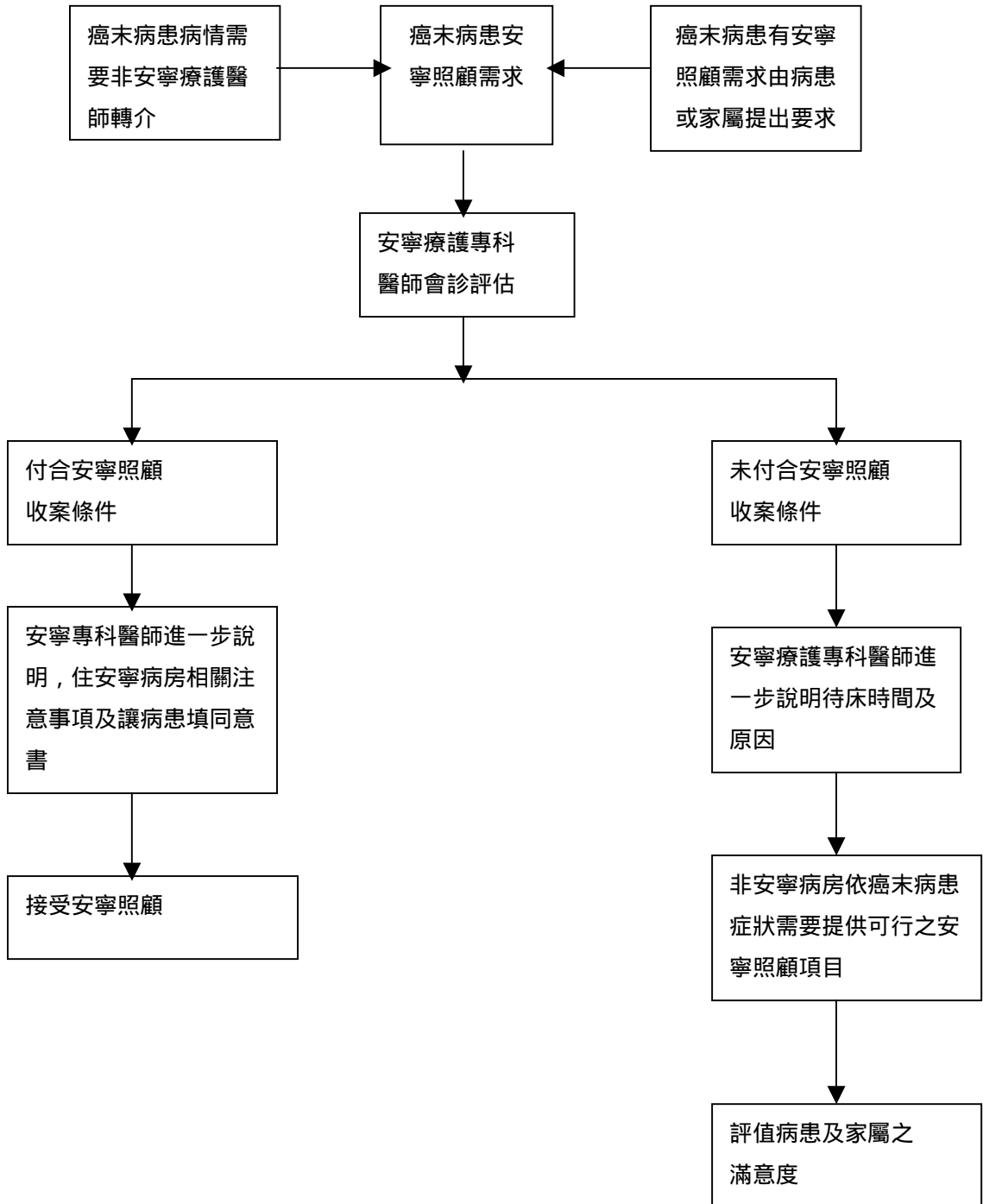


圖 2-1 轉介安寧病房之選案標準

第四節 癌末病患與家屬對安寧療護之需求

安寧療護理念是一種照護觀念，而非是一種特定的醫療場所，借助此觀念的推展，進一步見證了醫護人員所從事的是一種「to cure sometimes, to relieve often, to comfort always」（Friel, 1982）的事實。其理想是對癌末病患及家屬不論住院與否，皆能提供身、心、靈、社會的照顧原則(邱宗傑, 1996)。因個人獨特的經驗，尤其罹患嚴重疾病或遇有威脅生命的疾病時，常會去探究引發疾病的因素及想像疾病的進展，這種想像可引發個人情緒反應，如生氣、不確定感、焦慮、無望、憂鬱和孤立感。癌末病患基於個人經驗，強化了需求與恐懼，疼痛、依賴、隔離、喪失權威、影響生活，(Weisman, 1984)發現個體獨特的經驗和過去生活方式的經驗有關。對末期病患的需要和個人經驗及其結果與Shneidman(1997)有一致的看法，病患個人的經驗，也明顯的影響其面對疾病的過程和反應，了解及體驗，掌握有意義的溝通模式，和想像其成功克服瀕死經驗的重要關鍵。(Hannelore、Robert, 1995)指出照顧過程中主要照顧者，均有挫折的經驗，所以須瞭解臨終過程相關的生理、心理、靈性需求的知識，才能幫助癌末病患完成其需求。

症狀控制是安寧療護的保證，應隨時達成病患與家屬的需求(Hannelore、Robert, 1995)，其依序是身體、心理方面的疼痛控制需求最高，次為病情告知，協助家屬隱瞞病情，病患願意接受安寧療護者佔85.9%，而家屬願意讓病患接受安寧療護者佔83.5%，不願意接受安寧療護者主要是擔心與家人分離(許町子、杜異珍, 1997)。癌末病患主要的需求是疼痛控制，次為保有尊嚴和自我價值感、愛與情感的需求，這些均是人的基本需求，只是此時其需求表現得比較強烈，尤其身體症狀的控制方面，醫護人員應滿足其需求(chuiz, 1978)。

一、癌末病患生理需求

安寧療護提供癌末病患及家屬支持性的服務，協助解決病患在瀕死期間之身體、心理、靈性、社會、經濟的需求，並維持其生命品質(張玉仕, 1992)。絕大部份的癌末

病患都面臨疼痛及各種身體不適症狀(黃中天, 1991; 張玉仕, 1992; 許町子、杜異珍, 1997; Hannelore、Robert, 1995)。因此疼痛控制成為癌末病患醫療及護理的主要照顧重點。在症狀控制、減輕身體不適外, 也包括活動的滿足(趙可式, 1998; Kashiwagi, 1997; Robbin & Moscrop, 1995) 於 Houts (1988) 之研究中, 提出維持日常生活之活動為首要需求者佔 42%, 活動的滿足與病患感受到的生活品質有關, 病患藉由身體可以任意的自由活動, 對病患具有莫大的意義; 身體心像之維持, 不但是生理之需求, 在心理需求之滿足亦佔有相當之重要性(Barton, 1977)。維持整潔的身體形象以維持人性尊嚴的基本需求, 身體的清潔、舒適與完整性, 使病患免於受到不必要的壓瘡之痛苦。(趙可式, 1998; Barton, 1977; Robbin & Moscrop, 1995)。

癌末病患身體的不適症狀由文獻探討(鍾昌宏, 2000; 邱泰源, 2001; 賴維淑, 2002)彙整如下:(見表 2-1)

表 2-1 癌末病患身體常見症狀

常見症狀	%	常見症狀	%
虛弱	89.7-95	憂鬱、焦慮...	36.9-50
疼痛	80-85.5	口乾、嘔吐	36.9-44
食慾不振	79.9-80	吞嚥困難、咳嗽	30.4-40
便秘	65-67.8	不安、混亂、褥瘡	22.5-30.4
喘、水腫、虛汗	56.6-60	胸水、暈眩	18.3-19.1
噁心、失眠	44.0-60	意識不清	16.4

由文獻探討癌末病患身體的不適症狀所引發之生理需求彙整如下：(見表 2-2)

表 2-2 癌末病患常見之生理需求

癌末病患常見之生理需求

提供舒適 疼痛控制

減輕身體不適症狀之處理

維持身體清潔的身體形象

舒適合宜的環境

妥善的照顧設備

維持日常活動

個人照顧技巧

適當治療與照顧

謹慎的醫療處置，臨終期不要太長

(避免接受痛苦，只會延長瀕死期之無效治療)

合適的飲食

(引用自賴維淑，2002；p28)

癌末病患身體不適症狀引發病患煩躁不安、焦慮、情緒失控與降低生活品質的主要因素，其中癌末疼痛控制的緩解(70% - 90%)須醫護人員接受相當的訓練具備此知識(曹玉人，2000)，癌末病患大多散居在各非安寧病房，其照顧之醫護人員缺乏疼痛處理之知識與技術，而造成病患的痛苦(趙可式，1997)，因此疼痛控制的相關議題備受矚目，也成為醫療及護理照顧上的主要重點，在止痛劑的使用上較不受成癮問題的限制，加強病患身、心、舒適與對疾病、藥物劑量使用，醫病關係間，維持頻繁與坦誠的溝通，病患在面對自己身體的覺知，有些仍可繼續享受生命；但有時又會因一些自己特別關心的事而感到困擾(想知道死亡是怎麼樣的，擔憂家人等等)，因此他們會在不同的時間，以不同的方式來面對，並提供心理與靈性的照顧(Ouwerkerk,1990)。

二、癌末病患的心理需求

當癌末病患生命已近尾聲，卻又不能預告死亡明確時間的瀕死等待期，對任何一位當事人而言是一個既不安寧，又不平靜的煎熬與考驗。英國的是伊莉莎白·庫柏勒羅絲，Kubler-Ross (1969)，針對此期病患的心理歷程，最耳熟能詳的文獻資料是其所提之瀕死心理反應五階段，其結論就是一般人較熟悉的「五階段」模式，震驚與否認 (shock and denial)、憤怒 (anger)、討價還價 (bargaining)、沮喪與失落 (depression and loss) 接受 (acceptance) (黃中天，1991；許禮安，1998)。

震驚與否認，不，不是我，這不可能是真的！我並沒有什麼特別不舒服，這怎麼可能就是癌症！在最初知道將要面對死亡時是震驚過後的一種反應。由不相信到不真實，麻木 或拒絕去相信。

憤怒，暴怒、敵視、憤慨的感覺，為什麼是我？這永遠不可能發生的。對病患而言，常會無故憤怒不能自制，也常有罪惡感，很難做到體諒別人。

討價還價，試圖延後死期，自行訂定死期，條件交換等，是另一種試圖延長生命，常見的反應，帶給病患無限的希望，討價還價通常會有行為上的改變或做出特別的承諾，希望可以生存更久，討價還價中所爭取的限期，包括特別的慶典和與所愛的人見上一面，完成某些未完成的心願，期限到了又會立下另一個心願和限期。

沮喪與失落，強烈失落感，預期的悲傷，病患面對癌症所帶來的痛苦與失落，便會感到沮喪與悲傷。為生活中的每一件事，無力完成的事件，失去的健康、家人、獨立承擔的能力等。且歷經手術等各項治療後，在生理和心理負擔的轉變，會影響夫妻及家人間的關係，所以鼓勵病患及家屬說出自己的感受，讓別人了解自己也能關心自己給自己支持與鼓勵，勇敢面對現實減少不必要的恐慌與誤解。

接受，此期並非表示病患快樂而平靜，相反的接受期與所有的感覺無關，也不與其他階段相衝突 (Hannelore Robert, 1995)，此外維持希望 (Maintaining Hope)，Kubler-Ross 認為「希望」(心願)與所有時期都有關聯，直到最後一口氣都還表達出這樣一種「希望」，認為如果放棄希望，死亡將在 24 小時內尾隨而至；在經過癌症所帶來的痛苦與

失落後，在情感上顯得平靜，家屬亦會明白的給予承諾日後會好好的生活(Kubler-Ross , 1969 ; 許禮安 , 1998)。

許多癌末病患常會出現一些特別的經驗，即「臨死覺知」(death awareness) 表示自己來日不多，而希望與親人告別，並希望在親人的陪伴下去世，日本安寧醫療之父柏木哲夫 (Kashiwagi , 1997) 說明許多癌末病患在疾病晚期會陷入憂鬱的情緒狀態，對死亡有強烈的不安與煩躁感，同時伴隨著許多的身體症狀出現，如難以入眠、希望有人陪伴 - 安寧療護的本質就是活在當下，無條件的陪伴 (石世明 , 1999)，用「心」傾聽體會他的心情，用「心」的對待。此外病患有自主及控制感，及解決過去衝突恩怨情仇的需求 (Barton , 1977)。

癌症末期病人除身體的痛苦之外，還有心理及靈性的痛苦。要先解除身體的痛苦，再深入了解其心理反應與靈性需求，才能提供完善的全人 (身、心、靈) 照顧 (許禮安 , 1998)。設法解決過往生活中的衝突，體會自己有意義的存在，不畏懼死亡，保持希望臨終前能由衷的說出：「謝謝你」、「對不起」、「再見」，安排想見的親友來訪，一般人在面臨挫折打擊時 (包括死亡)，也會有類似的心理反應與靈性需求，在情緒反應的階段不一定具有先後發生的順序，也不保證每個階段發生的必然性。癌末病患在瀕死過程因個人經驗到身體健康面對死亡的威脅、害怕身體遭受未知的疼痛、孤獨、悲傷和退化、更害怕失去身體功能、以及自我控制力的喪失。

由文獻探討癌末病患心理需求彙整如下：(見表 2-3)

表 2-3 癌末病患心理需求

癌末病患心理需求

情緒表達、憤怒、壓抑、孤獨

活在當下、一旁陪伴

傾聽、誠實開發的溝通

自主有控制感，為自己和他人做決定

希望在其臨終過程中能獲得支持與協助

能與醫護人員討論，臨終期不要過長避免無意義的治療

立遺囑交代遺志和遺物

時常被關心和支持

愛與被愛

有臨死覺知希望有機會與親人告別

用心傾聽、用心對待

能在親人圍繞下去世

(引自賴維淑，2002；p36)

三、癌末病患的靈性需求

癌末病患在臨終前，生死過程的分期 (Pattison, 1977) 是難以釐清的，其身、心、靈的需求層面是跳躍、糾結不清的交錯著，它包含三個時期急性期：病患感知到身體的不舒適如僵硬、意識改變、高度焦慮、害怕而且出現病理上的變化；慢性期：此時病患較多的時間去經驗整合和解離，恐懼、焦慮、疼痛、孤寂、悲傷和退化更害怕失去身體功能、及自我控制力；結束期：病患退縮直到死亡，(Callanan and Kelley, 1992)。

病患準備死亡似乎不得不與生理、心理及靈性相結合，在心理層面所呈現的情緒如否認、害怕、憂鬱等，更值得注意的是此時增強了離開存活世界的離體經驗；企圖與摯愛分離，將自己拉長時間退縮到自己的世界，不願被打擾，他需要「安靜」的時間拉長了，同時拒絕與人分享分離的私人經驗。首先是反省和回顧一生，第二是「孤獨」的需求，家人有被拒絕的感覺；臨終孤獨與不被遺棄的需求同等重要；害怕被遺棄可以理解，死後留下摯愛的家人，是瀕死病患必須獨自面對的問題，因此要協助其達成分離和不被遺棄兩者需求的平衡。(Callanan and Kelley, 1992)。病患最後的心願，能自由作選擇、提出個別需求項目、準備及交待後事，包括物質的及社會性的告別 (許禮安, 1998)。

(一) 靈性痛苦的表現

由個人過去經驗記憶、行為產生之罪惡感、未解決的家庭衝突、自我過失的認知與愧疚等，以及現在生病獨處的疏離感（這是靈性痛苦之強烈來源）、生活的改變、個人尊嚴喪失（醫療過程所導致）、孤寂感（因家屬不來探訪或長久存在的家庭問題導致，國人極重視家庭關係，因此家庭問題會造成很大的焦慮）、挫折感（自覺生命不公平而引發憤怒）、憤怒與敵意（如因癌症轉移癱瘓而失去自主性，疼痛無法控制，造成新的限制等），加上對未來與死亡的恐懼與焦慮、擔憂病人死後家庭的改變、害怕疾病進展使疼痛惡化，疼痛是心靈的破壞者，沒有人應該忍受強烈的疼（Angell, 1982）、身體虛弱而產生無助、無望的感覺（無望感是靈性痛苦的確定來源）。

(二) 癌末病患靈性需求

靈性需求的觀察與提供在非安寧病房的醫護人員，是既熟悉又陌生的課題，有些病患是不知如何表達或不願表達，所以病患的靈性需求可從非常明顯到完全無法測知的，醫護人員需留意其臉部表情與肢體語言來了解其需求並協助解決。醫護人員需瞭解靈性對病患的生命意義與精神，了解過去對宗教的想法與行為模式，引導面對受苦的原因、建構死後之世界並尋求「生命」的解答，因為靈性需求不等於宗教，靈性照顧絕非傳教，所以必須尊重病患本身原有宗教信仰（許禮安，1998）。

癌末病患的靈性需求唯有主動傾聽才能了解及獲得訊息！由文獻探討（許禮安，1998；賴維淑，2002；Hannelore Wass、Robert A. Neimeyer, 1995；Angell, 1982）彙整如下：

（見表 2-4）

表 2-4 癌末病患的靈性需求

癌末病患的靈性需求
疼痛的緩解（疼痛是心靈的破壞者，沒有人應該忍受強烈的疼痛）
尊重的傾聽
發現某些生命意義
疑問而尋求解答能被誠實回答

愛與被愛、被包容、被需要、
寬恕與被寬恕（與別人、神、自己相和解）
有人可引導與同理其感受
禱告、宗教信仰、 發現生命旅程之靈糧（與神的關係再淨化）
能夠帶著希望而行

四、癌末病患及家屬之社會需求

癌末病患及家屬之社會需求，除重視病患生、心、靈的「全人照顧」亦強調「全家照顧」，顧及家屬的身、心照顧，協助宣洩激動的情緒，經由悲傷輔導、經濟資源、勇敢的面對與接受事實，學習照顧病患，共同珍惜有限的人生。

Paige（1980）對末期病患的需要和經驗，其結果與 Shneidman（1977）和 Weisman（1972）有一致的看法，她發現每個個體獨特的經驗和過去生活方式有關，癌末病患基於個人經驗，強化了需求與恐懼、疼痛、依賴、隔離、喪失權威性，而影響生活...，這對他們來說比死亡更感到脅迫，國人因文化使然且不善於向人表達其愛與關懷，更遑論將社會性需求表達出來，且其相關文獻不足，難以具體的觀點描繪觀察出病患家屬的需求，僅以癌末病患臨終事件的需求（許禮安，1998；賴維淑，2002；Schuz，1978；胡文郁等，1999）加以探討彙整如下：（見表 2-5）

（一）臨終照顧的理念

早期臨終照顧的目標，是要減少醫師對癌末病患非人性化的支配，雖然癌末病患不須積極的診斷和治療，但是臨終照顧支持者指出，臨終病患不止是一具會呼吸和心跳的人，他們仍然有精神的、社會的、和情感的需求。因此對安寧療護醫護人員、宗教師、社工師、營養師、能治療師的協助有極大的需求；醫療團隊處於一個媒介的橋樑，透過安寧療護理念，傳達專家與非專家間的理念差距，縮短安寧病房與非安寧病

房在照顧上的差距，也讓非安寧醫護人員進一步體驗安寧療護理念是一種照顧的觀念，而不是某一種特定的醫療場所（邱宗傑，1996）。

（二） 癌末病患臨終事件的需求

癌症末期病患幾乎經過開刀、化學治療、放射線治療都不能痊癒，最後甚至痛苦至死！病患臨終時強烈的需求是身體症狀的控制，身體的痛苦，心理、靈性上的鬱悶無法解決，會在各式，各樣的心境下煎熬、掙扎，這一路走來，心理害怕成為家人的累贅與負擔，捨不得，放不下心愛的人，交代未了之心願；在靈性的需求表現在宗教信仰、寬恕與和好的需求，希望臨終時能了卻怨懟及在自己熟悉的環境與親人陪伴、關懷、安然離世（胡文郁等，1999；Schuz，1978）。

家屬陪伴病患求醫的歷程中自覺職責加重、憂慮疾病治療的不確定感、角色衝突、害怕獨自應付病患的情況等個人壓力，及照顧歷程中因病患情緒行為的改變而互動不良，無法滿足病患身體的需要，工作經濟與資訊缺乏等人際與環境的壓力，甚至還得面對親人死亡的威脅，家屬常因失落感與預期的哀傷而呈現各種身、心、靈及社會層面的需求（胡文郁等，1999），醫護人員適時提供家屬相關資訊與協助，以改善家屬對病患照顧的焦慮感；當病患往生時其哀慟來自身、心、社會的壓力，則提供其悲傷輔導，給予支持性的諮商服務，協助走出傷慟的陰霾及情緒處理、家庭與社會角色的重建（邱宗傑，1996）；非安寧醫護人員，在病患往生的當下，協助臨終護理提供家屬，病患往生必要的資訊如沐浴、更衣、壽衣、鞋襪、遺體運出手續、死亡診斷書的申請及撫慰家屬的情緒，此時家屬獲得適當的協助，免除不必要的疏失，讓家屬減少遺憾有助於悲傷輔導及重建正常的生活。

（三） 病患往生後遺體護理和親屬的照顧

病患往生前即通知家屬，準備往生後之用物如壽衣、鞋襪、往生被等物品，等醫師宣佈死亡時協助遺體護理，移除病患身上的管子，移除鼻胃管時先抽淨胃內容物，協助家屬為病患沐浴更衣（可請家屬一起參與），鼓勵家屬一起做，一邊做，一邊和病患說話，若眼睛未閉可用膠布貼住眼皮，嘴巴未合則用繃緊固定之，完成遺體護理後，

協助家屬連絡太平間安置遺體，將遺體移到推車上，送遺體至大門口，告知家屬領出遺體送往殯儀館或火葬場的程序步驟，及死亡診斷書的領取，減少家屬往返奔波。

留心家屬的情緒及行為舉止有無異常，事前的關懷可減輕家屬在失親時之憂傷，適時給予支持與安慰，不要說些僵化且傷害家屬的話如「時間會治療一切」、「不要再想那麼多」、「出去旅行會幫助你忘記一切」等，鼓勵哀傷的家屬說出心中的感受與相思之情，分享經驗有助於家屬緩和哀傷的情緒（許禮安，1998）。

表 2-5 癌末病患臨終事件的需求

癌末病患臨終事件的需求
疼痛控制的需求
寬恕與和好的需求、宗教信仰的需要
保有尊嚴及自我價值感的需求
愛與情感的需求、所愛的人能在場陪伴、小孩與親人的探視
家人再保證，會妥善照顧自己或受到照顧
有私有空間與親人相處、能對所關心的人說出心理的話
交代未了之心願、志業、計畫與遺囑能被遵守完成
能在家人的允諾下死去

第五節 非安寧病房融入安寧療護理念之構面

安寧療護近年來廣泛被討論，它是癌末病患最具人性化的照顧方式，本節著重在癌末病患臨終期的照顧，病患的臨終照顧是件極需要又不容易做好的事，因為死亡本身是物性的，人在面對死亡則是感性的，對癌末病患而言邁向死亡的過程，乃刻骨刺心的生死文戰，有人含恨而終，有人卻能大徹大悟一番。國人諱言死亡，更不重視如何面對死亡問題，近年來西方國家流行安樂活、尊嚴死，與我國的安享餘年，壽終正寢的死亡方式不某而合。但是醫療科技發達的今天，我們用最新的儀器與技術來照顧病患，卻忽略了人性化的療護理念。在傳統的醫療理念是以治癒與延長病患生命為目標，但面對一位明知無法治癒的臨終病患，卻仍然要全身插滿管子，接上呼吸器及其他維生儀器來延長癌末病患的死亡期，人性尊嚴已被機器文明踐踏無存，多數癌末病患的醫療處置莫不交由醫師處理即可，但卻往往漠視病患真正的需求，於是，孤獨地在冷酷的器械管理下終其一生（柳田邦男，2000）。這涉及生物倫理、道德、宗教與法律問題，其間如何維持平衡，使病患有尊嚴、有品質的走完生命的最末安寧善終平安、尊嚴的活好人生最後一程（汪素萍、顧乃平，2000）。

病患知其死亡是不可避免的事實，有權要求在臨終前接受安寧療護，其照顧的重心以尊重個人生命尊嚴及權利，美國於1975年國會訂出十六項，瀕死病患的權利，強調病患自主、知其真象的權利及維持個人尊嚴（汪素敏、顧乃平，2000），使癌末病患在臨終期能獲得平安、尊嚴的離世。

安寧醫護人員並非不給予病患任何治療，而是為減輕疼痛，增進其舒適及維護其尊嚴與生活品質，尊重其價值觀與需要，讓他覺得活得有意義，此照顧目標是提供病患身、心、靈平安與尊嚴的死亡。非安寧醫護人員在照顧癌末病患時，是否應持續治療延長其生命，或是尊重病患的意願給予安樂活，使病患有尊嚴的獲得好的照顧，讓他平安的走完人生旅程，臨床上癌末病患在臨終期的照顧，最令醫護人員感到兩難的照顧問題，莫過於倫理與法律問題，如病患自決權、病情告知、不予及撤除維生醫療系統、急救與不

急救、自動出院、預立遺囑、自然死等，研究者就臨床常見的問題參著文獻（莊榮彬，2000；邱泰源，1998；趙可式，1996）加以探討。

一、病患自決（Patient self-determination）

現在社會中對死亡明知是人生不可避免的大事，但人人仍然忌諱，避而不談，在生活中無法掌控的意外事故的死亡頻傳，面對死亡的態度，雖是無可避免，但卻可由傳統自然，安祥的死亡到不可預期的暴死，正衝擊著國人的思維，預立遺囑（living will）是我們必須正視的重要問題。

預立遺囑（living will），需在個人意識清楚或身體健康時以法定文件簽署，一旦個人罹患絕症或瀕臨死亡，願意或不願意接受那些醫療措施之指示（姜安波，1993）。

目前國人有關預立遺囑（living will）之習慣尚未普及，研究者在臨床上也會遇到許多肺癌末期病患如此表示：「我知道自己的病已經治不好了，只希望在死的時候不要太痛苦！希望你們到時間不要像隔壁床伯伯一樣，在我身上又插管子、又用呼吸器打呀！打的！全身衣衫不整的讓你們壓來壓去（心外按摩）翻來翻去（協助翻身）這樣令人擺佈，想想伯伯在軍旅中，身為將領的威嚴，在家中身為人父的慈顏，此時，伯伯真的一點做人的基本尊嚴均蕩然無存！所以希望在「那一天」來臨時，讓我乾乾淨淨、整整齊齊、安安靜靜的走。」此時病患也簽署了拒絕急救（DNR）同意書，可是當病況危急時家屬又有不同的意見爭吵不休，阻礙病患自決善終之意願；家屬堅持要等待國外親人回來見最後一面，說：「我們不急救，但請打強心劑，再延長三天等待二女兒由日本回來見最後一面，再說病患已經痛苦這麼久了，也不差多痛苦那二-三天」，在這樣的堅持下病患持續的打強心針、升壓劑，病患在最後四肢浮腫、大小便失禁、心肺衰竭下，維持不到四十八小時就往生了。試想當下醫護人員應尊重病患的自我抉擇，還是體恤家屬與病患即將瞬間天人永隔之際，給生者留下見最後一面的機會呢！若是，那麼病患自決善終的權利又將如何看待呢？所以體恤家屬，則違反了生物醫學實務中的道德倫理抉擇的「自律原則」（autonomy）、「無傷原則」（nonmaleficence）、「增益原則」（beneficence）、「正

義原則」(justice)(尉遲淦，2000)，傳統醫學倫理只注重無傷原則與增益原則，自律原則與正義原則，是晚近備受重視的生命倫理問題值得醫護界人士進一步省思。

二、病情告知

在病情告知方面，一般家屬不願醫師告知病人病情與診斷，家屬大都要求隱瞞病情 (趙可式，2000)，導致大多數癌末病患直到生命的盡頭，仍接受治癒性的治療方式，近年來歐美人士強調自主權，及醫界人士害怕法律糾紛，一般都對病患作清楚誠實的病情告知 (趙可式，2000)。癌症病患約有 80% 的病人不主動提出詢問，剩下 20% 的病人提出詢問，但是通常得不到滿意的答覆，因此會有沮喪、焦慮等情緒反應。到最後臨終時，有 80% 的病人是處在放棄或絕望的情緒中，只有 20% 的病人是接受的，病人不詢問病情的理由包括，恐懼 (可能是惡性的)，否認 (絕不可能是惡性的)，自制與遲疑 (怕麻煩或惹惱醫師)，保守 (醫護人員太忙，不好意思耽誤其時間)，不信任 (不相信醫護人員會告知實情)，為親友考慮 (怕拆穿真相，怕親友擔心)(許禮安 1998)。

病情告知對醫師來說是一種責任，也是一種義務，病情解釋要讓病患及家屬了解並安心，不是一件簡單的事，尤其是告知癌症的診斷，要讓病患及家屬了解疾病是無法治癒，及生命的有限性，其難度更高，因此，在語言的表達和溝通是醫師的重要課題。醫師可以主動的將病情變化或檢查結果告訴病患或家屬，尊重其知的權利，也可依醫療的誠信原則，真實被動的告知病患的詢問，醫師對癌末病患的醫治，在目前的醫療已是束手無策，但是對症狀控制仍然有許多方法。只有病情知的權利，病患可自行決定要不要知道，因為生命和身體是病患自己的，任何人都不應該替病患作主，因為沒有人可以替病患死亡，只有讓家屬明白病情告知的重要，才能尊重病患的自主權，而獲得安祥、莊嚴的死亡，而病情解釋後病患最大的反應呈現在心理層面上。研究者就臨床常見的問題參著文獻 (莊榮彬，2000；邱泰源，1998) 加以探討。

(一) 社會大眾對醫師不切實際的期望

生病治癒是每一個人的期望，目前仍然有許多疾病不是當代醫療技術所能克服的，

就如癌症，一旦確定診斷疾病蔓延開來，任何治療與偏方都無法有效的控制。但是癌末病患中普遍使用偏方治療的事實也是不爭的事實，這種面對生命的執著否定了生命的有限性的事實，醫師要去告知病情的真相，造成極大的心理壓力。最常見的是病患與家屬抱持不放棄的希望四處求醫直到病患病況愈來愈差陷入痛苦而往生（莊榮彬，2000）。

（二）病患家屬要求刻意隱瞞病情

在臨床，最常見的是當家屬聽到家人得到癌症的第一個反應是，要求醫師幫忙隱瞞病情，部分的醫師會同意，最大的理由是，擔心病患受不了而喪失求生的意志而走上絕路，可是經過一段時間的治療毫無起色，醫師面對病患質疑的問題與目光，同時也喪失其醫病關係間的信任，因此，醫師是否應該落實醫學倫理，尊重病患的自主權，除非醫師也確知病患本身不想知道實情，否則應委婉拒絕，讓家屬瞭解癌症一路治療下來，病患疾病未能有效控制，而意志消沉，陷入絕望、不易輔導。加上新聞媒體的宣導病患本身終究是會知道的；另外隱瞞病情的結果，讓病患不能及早了解以致無法做妥善的交代後事而造成遺憾而不得善終（邱泰源，1998）。

（三）缺乏病情告知的技巧與病患情緒的處理的相關訓練

病情告知對資深的專科醫師，在接受家屬隱瞞病情的請求與否，有其拿捏的技巧，會針對病患及家屬的需要，提供妥善建議與說明，再決定是否協助隱瞞病情；但是，此時家屬若遇到的是資淺醫師會選擇協助隱瞞病情，主要是擔心病情告知後，病患及家屬的情緒反應過大，造成醫療上的困擾，無法妥善處理，所以病情告知在溝通技巧上有其學習之必要，如告知的時機、環境及溝通技巧的考量、預測可能的情緒反應等，以同理的態度接受、陪伴、讓病患在我們的承諾、支援、關懷、依靠中積極走完人生。

三、不予及撤除維生醫療（withholding and withdrawal of life support）

誰來決定安寧緩和條例，第四條：「末期病患得立意願書選擇安寧緩和醫療。…意願書之簽署，應具有完全之行為能力者二人以上之見證人。但實施緩和醫療之醫療機構所屬人員不得為見證人」。第六條「意願人得隨時或其代理人以書面撤回其意願之意思

表示」。第七條「病患意識昏迷或無法清楚表達其意願時」，家屬代簽之意願書可發生法律效率。但是在現實情況下，即使病患意識清楚，通常還是由家屬代為簽署意願書。

在倫理上「不予」與「撤除」是依同一原則。若病患意識清楚是有決定能力的成人，對自己疾病能瞭解已處癌末臨終，病患若拒絕侵入性，但只能拖延死期的維生系統，避免增加死亡過程痛苦的延續而選擇「不予」與「撤除」維生醫療處置，讓疾病自然發展是合乎倫理行為，在台灣稱之為「自然死亡」。這種行為在歐美也受到「自然死」法律的保障。如果病患簽署「生前預囑」，更受到「病人自決法案」的保障，不但成就了自己的心願，也可在家人環繞下尊嚴離世（趙可式，1996）。

研究者的臨床實例如下：針對撤除維生醫療系統目前在台灣比不施予更難，對癌末病患不施予急救措施，如插氣管內管、呼吸器、急救藥物之使用等，醫護人員及家屬尚能接受，但是一旦使用了維生系統再要求撤除，則醫護人員均不會同意。如一位患有慢性阻塞性肺疾病的病患，已臥病多年，長期住在安養中心，乏人景照料，屢次因肺炎、發燒、呼吸急促而住院；住院期間發現又得了肺癌因疾病引發呼吸急促，護理人員依醫囑先給病患氧氣使用，家屬在病患數度生命危急時，拒絕所有治療並簽署不急救（DNR）同意書，縱使病患本身做兒子的醫師，連救命的氧氣都拒絕給予使用，還要求醫院醫護人員自病患身上取下氧氣導管。這類行為通常不被醫護人員所接受，最後只能讓家屬自行帶回家，辦理自動出院（Against Advice Discharge，AAD），來規避法律與倫理上的兩難處境。

簽署 DNR 的理由，主要是以病患的疾病與身體狀況作整體的考量，而非以年齡作依據。臨床執行 DNR（McClung & Kamer,1990）通常在疾病治療無效，或無望時由病患或家屬決定之，或因疾病已到無法醫療其生命品質太差，其治療太過於耗費有限醫療資源時，由家屬與醫師共同討論決定之，少見具決定能力之病患作拒絕 CPR 時之決定。

目前國內缺乏立法保障疾病末期患者之醫療自決權利，如自然死亡權利，生前預囑、預立醫療代理人等相關法律。醫師傾向於「緩救」即未與病患或家屬商議，但也未積極的急救的方式處理末期患者的急救措施（趙可式，1996）。部份醫師雖默許 DNR 的施行卻無指導方針，而一般民眾卻以為 CPR 應施予所有的瀕死者，否則便是醫師未善盡

職責，再則醫師無習慣及早與病患討論臨終時簽署 DNR 的意願，有時因答應家屬隱瞞病情的要求，而無法進一步與病患討論 DNR 的相關問題，這些都是臨床執行上最大的困難（邱仲岸，2002）。研究者在臨床上遇到的例子：如遇到榮民伯伯更沒有選擇的權利，因為有些沒家屬可代為簽署不急救（DNR）同意書者，每個癌末病患都要接受「儀式化」急救措施，一方面是依法未預立遺囑，表明在臨命危急時拒絕施予急救措施。另一方面是病患親友（未完成法律程序收養之乾兒女們），依法不得為病患簽署不急救（DNR）同意書，因此，為了維護病患權益，依法「救到底」！親友們，也只好眼睜睜的看著病患，明知急救也無法存活的情況下，還要接受「儀式化」的急救措施！令這些無眷榮民伯伯雖然受到了法律保障其生命的生存權益，卻也因此在生命的最後，不但受儘生、心、靈的煎熬，也耗盡國家社會成本與健保資源，尚不得善終！

目前台灣醫界，針對病病人自決、病情告知、不予及撤除維生醫療系統、自動出院、急救與不急救（CPR v.s DNR）等，仍有許多的醫護倫理與法律問題值得我們關注與檢討，非安寧病房提供安寧照護，仍須積極宣導安寧療護「理念」，給癌末病患及家屬，教育醫療團隊，提供病患全人、全家、全隊、全程的照顧，使病患獲得身體平安、心理平安、靈性平安地善終，維持人性尊嚴使生死兩無憾。

四、急救與不急救（CPR v.s DNR）

急救（CPR）的目的，在防止非預期的突發死亡，CPR 對溺水、電擊、心臟傳導受阻、急性心肌梗塞或手術猝死等，所採取的急救措施，挽救了無數生命（McClung & Kamer，1990）認為，癌末病患雖提供醫療照顧，仍然無法改善病情者可提供支持性照顧（Modified Support），允許不施行 CPR，因癌末病患，縱然插了一大堆管子也徒增痛苦，因此（Bedell，1986；Uhlmann，1984）指出 CPR 不應該用於癌末病患，對末期癌症無法恢復的病患，並不適用急救的心肺復甦術，但可在病患或家屬要求下，協助實行 DNR（Davila，1986）。

在臨床常見癌末病患在生命末期，遭受難以忍受的急救（Cardiac Pulmonary

Resuscitation CPR) 措施，後接上呼吸器維持著有限的生命，而生活品質卻因一次的急救，所得到的是綿延不盡的痛苦與有限的生命 (林文香, 1989)，此時活著的意義對病患來說又是什麼呢？臨床醫護人員都有類似的經驗：「遇到癌末病患病情危急時，家屬拉緊急紅燈，護理人員急速推著急救車，全數醫護人員擁到病人單位，先請家屬到門口，進行全套急救措施如心外按摩、插氣管內管、注射強心劑、升壓、利尿劑等，最後由醫師宣佈急救無效！」；縱使當癌末病患在臨終前，心跳、呼吸停止護理人員，仍須儘速通知大夫施以急救的心肺復甦術，歷經 60-30 分鐘的急救，病患不但要心外按摩、注射強心劑、插上氣管內管、使用呼吸器，維持不到 72-24 小時的生命，不但病患身體受儘折磨，心靈也不得片刻安寧，家屬在一旁也歷盡辛酸與不忍，眼睜睜的看著病患無助的結束人生...在這，生命的最後仍無法平安，莊嚴的往生。

五、自動出院

一般出院分二種情況：MBD(病況隱定或康復出院)及 AAD(Against Advice Discharge, AAD) 自動出院是「反對勸阻而出院」，通常是病患不遵從醫療行為或不聽從勸告，致使醫護人員無法行使正確的醫療行為而出院。但是癌末病患可能有另外一種出院方式即病危出院 DDT (Discharge Due to Terminal)，也就是俗話說「留一口氣回家」。

但在臨床實務中屢見癌末病患，因病情危急依照病患回家往生的意願則可 DDT 回家，但實際做法仍然是以要求自動出院 (AAD) 的方式，讓不想做 CPR 而辦理自動出院，選擇在自家，安心、尊嚴、地善終。但病患善終與否還有賴醫護人員準確的判斷，否則，家屬可能在病患返家到往生這段時間受盡煎熬；因為家屬無法處理臨終前的症狀，眼睜睜的看著病患痛苦的樣子，於心不忍，只好又匆匆忙忙將病患送來醫院，就這樣不到 24 小時內，又再度辦理「自動出院」，遇到這樣的處境病患真的能獲得善終，尊嚴離世嗎。CPR 對癌末病患是無意義的，十分儀式化的急救行為，不斷的在臨床醫療行為中出現，主要是台灣醫師法第二十一條規定：「醫師對危急之病症不得無故不應招或無故延遲 (衛署醫字第 505523 號)」。醫師法第四十三條規定：「醫院診所遇有危

急病患應即依其設備給予救治或採取一切必要之措施不得不故拖延。」同時說明：有關不治之症的病患，如經本人或其家屬同意，簽署同意書後醫生可否放棄心肺復甦術之處置疑義，因事涉生命尊嚴、宗教信仰、倫理道德、醫學技術及病患病情的複雜問題目前尚不宜（中華民國七十八年三月十六日，衛署字第 786649 號）。另依護理人員法二十六條規定：護理人員執行業務時，遇有病人危急應立即連絡醫師，但必要時得先行給予緊急救護處理。（中華民國八十年五月十七日），由於有上述法律依據，末期臨終病患心跳、呼吸停止時，護理人員必須找醫師來而醫師亦必須做心肺復甦術 (CPR)，否則一旦發生訴訟，醫護人員的精神、名譽受損，還得接受法律偵訊。雖然上述法律立意在保護病患的生命及權益，但此時病患與家屬均會有「不得善終的遺憾」，更無法顧及癌末病患的生命尊嚴與死亡的尊嚴。再則臨床上對無法治癒之癌末病患即使簽署了「不急救」(DNR) 的同意書，它在法律上亦不具效力，因此形成每一位病患在命臨危急時都要作急救 (CPR)，這在倫理上違反了病患的「自主原則」(autonomy) 及「不傷害原則」(nonmaleficence) 與醫學倫理行為不合。

臨終病患的醫療照顧，涉及一個人面臨的生命交關時的掙扎、痛苦與尊嚴存活是否應該予以緩和醫療 (Palliative Medicine)，實質層面涉及放棄生命的敏感議題。在現行的法律制度下，並未有令人滿意的解決方法，使醫護人員及家屬陷於倫理道德兩難困境中，醫護人員在承受法律責任外，在面臨不可治癒的瀕死期病患，為了不使個人物化、痛苦無尊嚴的存活，得不使用高科技的維生方式，但仍細心加以療護，減輕痛苦下，使病患生命自然結束。對癌末臨終病患我們需要特別關懷外，每個病患都應該受到完善的照顧，因為，人性終極關懷是普遍且具人道情懷的。

第六節 提昇安寧療護理念之教育訓練

安寧療護是艱辛的工作，許多安寧療護團隊在面對病患的死亡陰影常忙得心力交瘁，有的甚至無法忍受生、心龐大的壓力而悄然引退（賴明亮，1999）。雖然我們都能接受全人、全家、全隊、全程的照顧理念。病患的福祉是我們最高的考量，對於來日無多的癌末病患，我們更應使患者在自我的福祉上有更高的自主權。但要真正落實，且將它本土化為國人可以接受的方式，有待我們醫界、學界共同省思。

一、安寧療護教育的推動

美國最具規模及代表性的安寧照顧組織（National Hospice and Palliative Care Organization），將「安寧」與「緩和」照顧的理念結合成該組織的名稱，強調「緩和照顧」（Palliative Care）是「安寧療護」（Hospice）的價值延伸至更廣大病患的身上，讓他們在罹患癌症的早期階段中也能得到妥善的照顧（楊克平，1999）。現今醫界積極提倡「安寧療護」，醫護人員也積極提供癌末病患全人、全家、全隊、全程的照顧。但是目前各安寧療護病房床位極為有限，不敷多數癌末病患之需求；因而轉由非安寧病房以現有的人力、物力、及設備上尋求可以助力之處，讓多數癌末病患提早，在非安寧病房也能獲得人性化的關懷與照顧。安寧療護照顧，是需要具有專業知識與技能，在非安寧病房推動安寧療護照顧理念，乃需加強臨床護理師的在職教育，同時取得專科醫師的認同與配合；社工師、營養師亦扮演相當重要的角色。期待在團隊的努力下，病患與家屬能生死兩無憾，活著時能完整把生命活出，死的時候能平安有尊嚴，留下的人也能繼續無憾地活下去。

國內要推動安寧療護，其中很重要的過程是要教育我們的醫療同儕。目前台灣死於癌症的病患每年有三萬人，各大醫學中心之安寧病房相繼成立，提供相關之醫療照顧也對醫生及醫學生進行緩和醫療與安寧照顧的教育。世界衛生組織在1990年就緩和醫療提出六大原則，包括死亡教育、瀕死前處理、身、心、靈的全人照顧及家屬的哀

勵輔導，提供癌末病患更適切的醫療照顧。1993 年 General Medical Council 的教育委員會也強調醫學生的核心課程以「照顧瀕死病患（癌末病患）」為主題，顯見其重要性。醫學生是貫穿臨床前、臨床與畢業後的教育訓練，關於學習照顧瀕死、死亡與哀慟的適當時機，是在完成基本的知識與技能之後，才能學習瀕死病患的症狀處理與緩和照顧（姚建安，1998）。醫護人員了解死亡的意義，統整其對死亡的概念才能發現生命的意義，建立正確的價值觀，找出自己為什麼而活？（黃天中，2000），更能掌握生命，積極改變人生觀，不醉心於物質提昇靈性的層次，死亡是對生命採取正向看法，賦予生命意義認清人終須一死的事實，因而，死亡教育重點在使每個人平時就做好死亡的物質與精神準備，即及時反省及確立個人人生觀，學習面對擁有與失落的態度與處理方式及個人死後世界的信念。

二、期待安寧療護全面納入正式課程

致於病患與家屬其教育內容重點在協助當事人坦然迎接死亡、哀傷的處理及靈性的成長，獲致心靈的平安為重點（趙可式，1998）。安寧緩和條例的通過（2000 年 5 月 23 日立法院三讀通過）顯示，台灣安寧療護日漸受到國內衛生教育單位與民眾的重視，但國內只有少數醫學院和護理學院將生死學、安寧療護列為必修課程，要普遍推廣安寧療護，必須國內衛生教育單位積極推動，將其納入國內醫護正式課程。護理人員在照顧癌末病患時，必須能體驗個人生命的有限性，協助處理病患身、心、靈的問題，並協助病患渡過死亡的過程。護理人員除了感受到內心的壓力、病患與家屬強烈情緒反應及缺乏哀傷情緒表達的合法性（Kockrow，1995），而影響其照顧品質，所以護理人員在照顧癌末瀕死病患時，需先使臨床醫護人員接受相關教育訓練，培養積極的面對生命的態度，加強專業知識，學習溝通死亡的技巧，深入自我探索及對生命的反思，有助於面對癌末病患及家屬的需要（Connor，1998）。

三、覺察病患面對死亡態度與感受

臨床所見癌症末期病人的情緒方面有幾項特點，躁動不安在男性較多見，特別是肝癌末期病人，四、五十歲的病人焦躁的比例最高，可能因為這年紀正活躍於工作與事業，位居重要職位，責任義務未了，小孩尚未獨立，而造成強烈的失落所致，完全清楚病情與完全不知道病情的最不易焦躁，一知半解的病人則較容易焦躁。

臨終病人的心理反應有很多世界共通的特性，但因文化背景而出現不同的反應方式，如東方人保守的民族性和歐美有不同的反應，西方則常出現憤怒的情緒，東方人則較多焦躁不安的反應，而焦躁似乎可說是憤怒的前期（或發作不出的憤怒）。面對病患死亡，家屬的需求，安寧療護強調的是全面性、整體性及連貫性，醫護人員對病患及家屬的照顧，多半以病患本身及其生前階段為重點，適時協助家屬成員相互支持，協助家屬陪伴病患渡過死亡過程。依據病患生前交代、家族文化、習俗與宗教信仰等多重因素考量，提供相關宗教或喪葬儀式之注意事項，協助宣洩激動的情緒經由悲傷輔導，勇敢的面對現實，重建生活方式減輕家屬生理、心理與社會壓力。

四、死亡教育需全面的推動

死亡教育，其實是生活的一種準備，適切的認識死亡，體驗生命的本質是不可分的關係。然而，施教者需充分的準備，在教育他人之前，自己必須先再教育。因為，死亡的議題在現今的社會裡乃是個禁忌的話題，許多人仍然不習慣或不知如何面對或開口談論死亡。死亡其實是我們親密的朋友，是生命不可分的伴侶，死亡，告訴我們生命開始了另一段的旅程。不管有沒有來生，至少面對死亡，它教導我們體認生命的有限性（許禮安，1998）。在生活中預先為死亡作準備，其目的在尊重死亡，緩和對死亡的恐懼，人之所以害怕談論死亡，是因為沒有人知道死亡的真相，包括死亡過程、死亡經驗、死後世界等。經歷過死亡的人都已無法回來傳達其體驗，而有瀕死復生經歷的人，卻又不是真正完全的死亡，病患真正害怕的是死亡前的過程，包括疾病、疼痛、分離與失落等等，醫護專業人員則在此之外，更必須面對自己的無助與失敗的感

覺，臨床上我們積極治療癌症末期病患，不但無法延長病患生命，反而急於搶救生命阻礙病患平安尊嚴的死亡。

五、臨床醫護人員的死亡態度

護理人員對癌末病患臨終的死亡態度，對死亡存有害怕的心理，是造成對癌末臨終病患「非人性化」照顧態度產生的因素之一，死亡教育正視護理人員提供相關的教育課程以減少面對死亡的趨避行為（汪素敏、顧乃平，2000）。宗教在一般人的心理對死亡的觀點，在協助擺脫病患對死亡的煩惱而獲得心靈的慰藉，強調人死後的來生觀，滿足人類對終極問題的探索有某種程度的需求，並幫助人們坦然無懼的面對死亡（吳庶深，1988）。民間泛神信仰（民俗宗教）相信，有陰間、有鬼神、靈魂不滅，是與陽世雷同的世界，儒家觀念，死則以禮葬祭，慎終追遠，道家思想，生命如氣之聚散；佛教理論，因緣果報、業力之流轉輪迴；基督宗教（包括基督教與天主教等）認為，死亡為永生的開始；無神論者完全不知也不去探究死後的世界。更有人每一種都相信一些，但又都半信半疑，不同的生死觀會影響病人及家屬面對死亡的態度，也因此我們需要去探究其生死觀，才可協助其達成善終，醫護人員也應檢查自己的生死觀，才能去面對病人的死亡，尊重其生死觀念，並盡量配合家屬的需求，才有可能做到生死兩無憾。

凡是生命，都必然會死亡，死亡被以各種不同方式對待，但很少人會刻意去思索如此關係重大之事，若死亡不存在，則生命就永無止盡而缺乏意義，所以死亡刺激人們思考生命的真諦，也唯有經由探索與瞭解死亡，才能更彰顯生命的意義，在不知何時生命會終止的情況下，是否應將每一天視為生命的最後一天，讓生命更完整，充實地活著。

六、提昇臨床安寧療護的在職教育

醫護專業人員在教育現實的考量上可透過各單位的在職教育，提供安寧療護相關知識，釐清自己的死亡態度、害怕或焦慮、整理自己的情緒，理智的面對病患或親人的

死亡，進而協助處理死亡。因此，專業人員的死亡教育還必須加強法律、醫病關係與醫學倫理、安寧療護、宗教與禮俗儀式，及各種協助輔導與諮商的技巧等知識（林綺雲，1999），醫療同儕能了解安寧緩和醫療絕非消極地等死，而是積極地去除病痛，但也不做無意義、英雄式、單純延長生命末期，可以是病患自己明白他生命價值的契機，則一定可以消除不必要的誤會而得到較廣泛的支持。

此外，雖然進入安寧療護病房的病人都是末期癌症病患，仍有部分末期癌症病患，在症狀控制後，能沒有痛苦的出院，這是我們努力的重點，也幫助癌症末期病患在人生的最後一段路程，得以圓滿成就，也讓這些病患家屬雖然是含著眼淚，卻帶著微笑，送親人遠去，而不在心中留下遺憾。家屬哀悼的最後目標，是能夠回憶而沒有情感上的痛苦，並能重新投入多餘的感情（賴美合，1999）。哀悼令人感到痛苦，緩慢與疲累然而卻令家屬感到充實與滿足，與其逃避痛苦經驗不如勇敢面對，死亡與哀悼與其說需要平靜，不如說需要有克服痛苦的力量，「生時燦似夏花，死時美如秋葉」（羅莎，1978）。想想臨終時，希望受到怎樣的待遇，我們對生命的尊重，就表現在尊重病患臨終前的意願和需求上，而安寧療護就提供了癌末病患最大的尊重，護理人員陪伴臨終病，平安尊嚴的走完最後一段路，因此非安寧病房提供安寧照顧，讓癌末病患能在疾病的早期，即在非安寧病房住院時，即提供有關安寧療護的活動項目資訊，讓癌末病患及家屬能及早接觸安寧療護，在症狀控制、醫療習慣與技巧上給予適當的改變，協助獲得疼痛的緩解，免於身體痛苦的恐懼、身體獲得的平安、心理與靈性的平安才能滿足，病患及家屬才能坦然正視死亡在無痛苦、無牽掛中有尊嚴的告別家人，平靜安祥的獲得善終，這也有助於家屬走出哀傷期。

臨終前瀕死症狀的處理，是臨床護理人員照顧癌末病患應具備的能力，Kubler-Ross（1969）將病患臨終前的心理反應分為震驚與否認、憤怒、討價還價、憂鬱、接受等階段，此時病患的情緒起伏不定時給予較多的關懷與扶持如，Cassen 和 Stewart 於 1975 年提出八“C”的治療原則，能力、關懷、舒適、溝通、孩子、愉悅、家屬的凝聚力與統合力、持續的關懷與忍耐使護理人員在照顧瀕死病患時能勝任，這均是死亡教育重要的主題（黃天中，2000；許禮安，1998）。

護理人員的信心及能力是病患安全感的依據，護理人員的能幹不僅直接提昇醫療效果同時也可緩和病患的情緒給予及時的判斷適時正確的緩解病患的痛苦增加治療的信心與安全感，尤其面臨死亡時，不免感到憂傷極需他人同理心的關懷、撫慰其憂傷的情緒；身體不適獲得控制及保持身體的清潔、環境整潔，值得注意的是止痛劑適時調整，不要等到病患疼痛時才解除其病痛，可維持病患的自尊心，包含語言和非語言其中傾聽最重要，能了解病患生活中重要的部份，藉由互動關係使病患經歷死亡更具人性化，尤其孩子的探望可給瀕死病患帶來安慰，醫護人員的幽默與機智的表現，增加醫病關係，使人有置死於度外的感覺，協助病患與家屬互相支持，調和增進其間的人際關係，減少病患死後家屬的傷慟和情緒障礙，護理人員每班探視病患的質比量重要，短時間耐心的探視，比沒有或很久才探視一次來得好。

第三章 研究方法

經驗 (experience) 和知識 (knowledge) 使研究者能敏銳的覺察到資料中所呈現的重要議題；研究者保持相當的自我覺察，經驗促使研究者更敏銳到資料中運用可替代的解釋，辨識出概念性的屬性和面向 (吳芝儀、廖梅花，2001)，癌末病患及家屬最後面對臨終事件，其內心的感受與需求是錯綜複雜，引發研究者探討其安寧療護需求，及非安寧病房所能提供安寧療護理念之面向，透過資料之鋪陳，與之詮釋對話在互動中達到視域的融合 (fusion of horizons) 以流動的 (free-flowing) 創造性的 (creative) 解釋分析，在編碼間迅速地前後移動，自由地運用分析的程序和技術，讓其中意義彰顯以回應研究者預探討之主題 (吳芝儀、廖梅花，2001)。

質性研究乃為瞭解生活經驗自然發生的現象，且重視其所蘊含的深層意義試圖發現多元的真相。質性研究可瞭解現象的本質、特點，屬性含所研究之生活情境、生活事件、經驗、符號、儀式等 (陳月枝，2000)，不同的質性研究方法，其所選擇的基礎點和研究步驟亦不相同，本研究依其研究目的、研究問題和實務考量為取捨。

安寧療護在趙可式及關懷安寧療護之先進積極推展下，以安寧療護為主題之相關研究已有相當豐碩之成果；然而依此安寧療護理念融入非安寧病房醫護人員療護行為中照顧癌末病患，過往相關之文獻尚屬少見，因此在理論與實務運用層面來看，本研究蘊涵著濃厚的初探性意義。故研究者以質性研究方法，增加對非安寧病房癌末病患照顧需求之瞭解，透過有系統的蒐集和分析資料的研究歷程，洞察、理解與癌末病患互動中所提供有意義之引導，以質性研究之理論性抽樣，由資料中抽取概念，經概念排序加以統整歸納分析，過程中研究者運用多年參與癌末病患照顧經驗，與資料間不斷進行詮釋對話，維持一定的嚴謹性 (rigor)，從資料建構出 (constructing) 解釋架構的行動，透過概念間的陳述，有系統的整理這些概念，有助於非安寧病房之醫護人員運用於臨床癌末病患之照顧；更促使研究者去解釋和預測事件，並據此提供行動之指引 (吳芝儀、廖梅花，2001)。此一學習歷程更提昇研究者與研究對象，對自己及癌末病患照顧歷程之觀察與理解。

第一節 研究設計

本研究設計，取材於臨床實務，也就是每日之常規照顧工作中，最後之研究成果終將落實於常規照顧工作中來運用。研究者在自然環境中以臨床觀察來收集資料，依研究主題及目的，進行文獻探討，找出非安寧病房與安寧療護病房照顧之差異性，評估其醫護成員間之共識、執行上的困難因素及所需之相關資源，了解後進行資料收集，預試訪談，找出與研究相關之主題與範圍，掌握重要主題，及重要概念性議題，設計半結構式訪談指引，經理論取樣，選取研究對象，進行深度訪談並輔以錄音機收集資料，將原始資料重複且忠實的推論到其內涵(Berelson, 1954)，運用資性研究方法之理論取樣，抽取概念，進行概念排序，作統整歸納將資料分析逐步釐清問題。建構本研究流程（如圖 3-1）

第二節 研究對象

本研究採質性研究為主，其特點是：「樣本數很少，可以是一個到多個不等，採理論取樣」選取研究對象，進行收集有深度（in depth）而豐富訊息的訪談為主（胡幼慧，1996；Padgett，1998）。

為了對研究主題，有一個初步的探索與瞭解在正式研究之前，先行對二位醫護人員及二位病患及家屬進行預試訪談，針對研究問題與研究方法作釐清與調整，在預試訪談探索其意義與貢獻性時，覺察到「非安寧病房融入安寧理念照顧癌末病患」對這些癌末病患可提供更適切的照顧，病患及家屬對醫護人員所提供的照顧更具信心，可提昇醫病的信任關係。研究者進一步確立研究對象。經理論取樣選取北部某醫學中心胸腔科病房之醫護人員為研究對象。

研究對象基本資料表

本研究共分析六位醫師五位護理人員，其基本屬性詳見表 3-1。

表 3-1 研究對象基本資料表

編號	年齡	服務年資	職 級	服務科別	接受安寧療護相關課程
D1	48	22	專科醫師	胸腔科	有
D2	55	30	科主任	胸腔科	有
D3	44	18	專科醫師	胸腔科	有
D4	47	20	科主任	胸腔科	有
D5	45	18	專科醫師	家醫科	有
D6	41	15	專科醫師	胸腔科	有
N1	53	33	護理長	家醫科	有
N2	30	9	護理師	胸腔科	有
N3	34	12	護理師	胸腔科	有
N4	32	11	護理師	胸腔科	有
N5	25	4	護 士	胸腔科	有

研究對象平均年齡在 40₊₁ 歲（年齡範圍在 25-55 歲）有二位接受安寧療護完整訓練之醫護人員，其他五位有接受安寧療護相關之研習會；四位有接受安寧療護相關之訓練課程；且照顧癌症末期病患有多年之經驗，對癌末病患照顧義題接觸頻繁，臨床照顧經驗頗為豐碩。對醫療照顧執行方向均具有影響力。

第三節 研究工具

質性研究中研究者本身即是研究工具。研究者利用文獻及本身過去臨床實務工作經驗，編寫而成半結構式訪談指引。研究者在臨床與研究對象互動，依據半結構式訪談指引進行，每次約 60 分鐘，訪談時研究者與研究對象單獨進行，避免干擾。研究者擔任訪談員與研究對象在自然情境中自由談論，會談時除用心聆聽，研究對象語言與非語言之表達，如動作及面部表情，並輔以錄音機，經重覆三次聽錄音機並謄寫逐字稿，運用紮根理論研究方法之開放性編碼，抽取概念，進行概念排序，作統整歸納分析與研究主題及重要概念進行詮釋對話，收集與研究主題相關資料。

第四節 研究限制

一、參考文獻闕如

目前碩博士論文及相關安寧療護理念之文獻以探討病患身、心、靈、社會需求或家屬照顧需求，或安寧療護本身之相關文獻頗為豐碩，但針對將安寧照顧理念融入非安寧病房臨床實務中，照顧癌末病患之相關文獻尚屬少見，也缺乏適當的指引，此為安寧療護發展之瓶頸。

二、研究對象

- (一) 臨床醫護人員對「安寧療護理念」知識、技能均呈現概念性的理解，對臨床實際運用其相關之知識、技能不足，在執行面上需由教育著手，近則推展在職教育，遠則由學校教育向下紮根。提高國人對安寧療護理念的認知與技能。

- (二) 國人缺乏預立遺囑的習慣，和社會文化的差異，造成許多不必要的糾紛、傷害等困擾，家屬的決定權超過病患本身，替病患決定一切醫療權。
- (三) 非安寧病房臨床醫師因人才培訓的需要，每月輪調至不同科別培訓，因此並非每位醫師均具備有安寧療護理念之知識、技能，對癌末病患的痛苦無法得以快速控制與紓解。部份臨床輪調醫師，缺乏安寧專業處理病患身體症狀的能力，使癌末病患在臨終前，仍給予侵入性的急救措施，增加不必要的痛苦，另外在疼痛控制專業技巧之操作上，無法適當控制與紓解，因此在執行面上醫療習慣的改變，仍有改善的空間，並須配合癌末病患療癒之需進行自我學習。
- (四) 非安寧病房醫師習於傳統的醫療照顧方式，在接受改變照顧思維和方法上，造成工作上的衝擊和矛盾。其原因來自於所服務的病患，其認知上的差異如接受治療之病患與接受緩和照顧之病患：治療病患會嫉妒，緩和照顧病患所享有的各項服務；反之「緩和」照顧病患在心理上則無法忍受，「治療」之病患在治療後能帶著健康和生命的新希望。
- (五) 研究限於時間、環境與經費在研究對象的取樣上，未能擴展致其他相關之醫療單位，因此無法做普遍性的推論

三、研究者個人背景

研究者個人在臨床工作已有三十年的照顧經驗，但限制於工作單位非個人可決定，因此研究者並未實際參與安寧病患之照顧工作，對安寧療護實際照顧經驗不足，在研究中隨時提醒研究者去省察個人對資料詮釋時是否忽略了其他的向度。研究過程中沒有其他協同研究者，譯碼過程及資料分析及詮釋由研究者獨自完成。

第五節、研究倫理考量

在倫理考量上，在研究進行中研究對象，可以獲得研究過程及目的的充分了解。研究進行中研究對象，也可隨時要求中止訪談或參與研究之進行。透過訪談資料研究對象身體不會受到傷害，其行為與想法不會受到任何批判。為顧及研究對象的隱私，研究資料將以匿名方式呈現，錄音帶研究對象可以保留或由研究者於一年後銷毀。

第六節 研究步驟

研究步驟流程圖 (3-1)

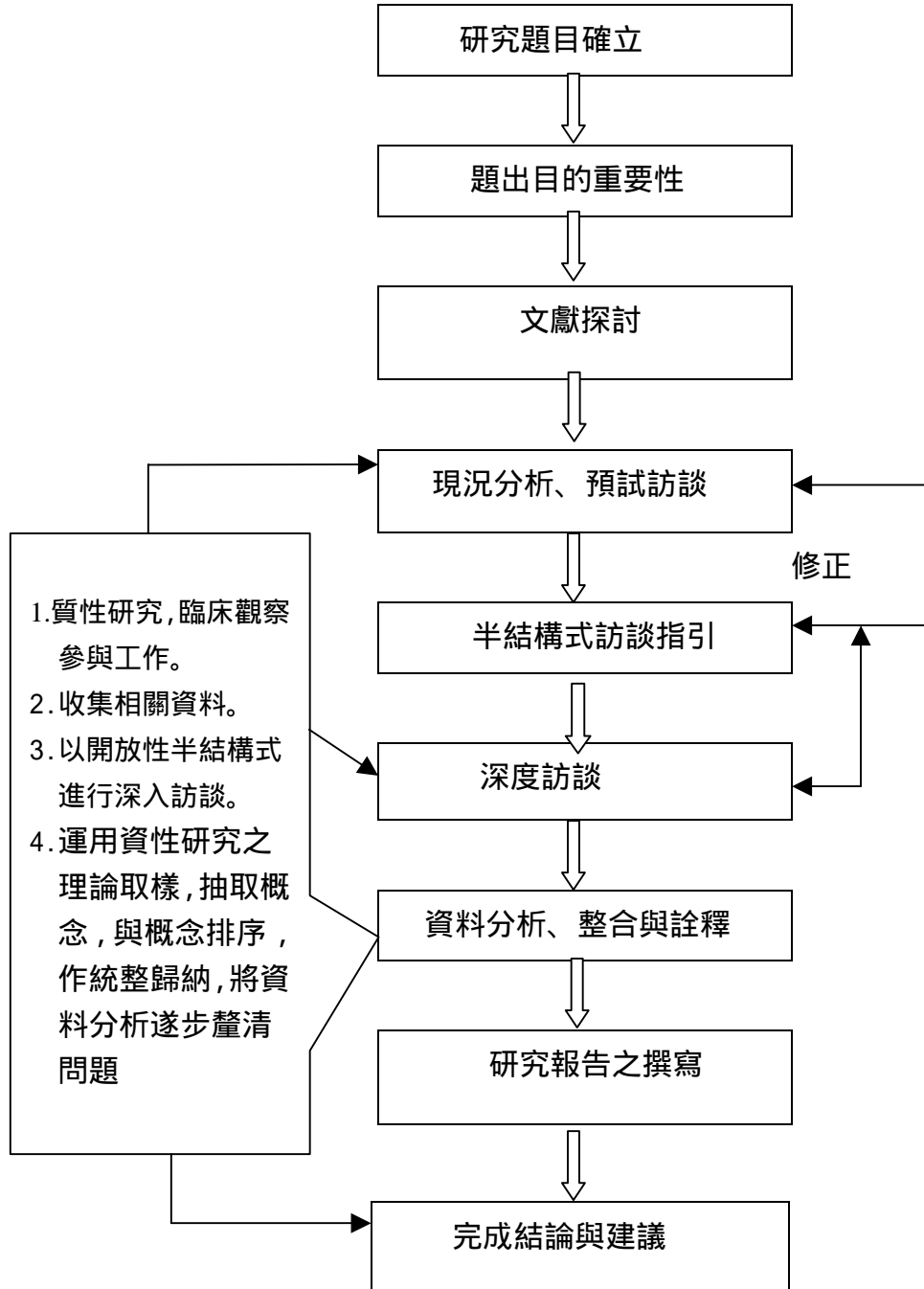


圖 3-1 研究步驟流程圖

第七節 資料收集

本研究之資料均為質性資料。資料收集時間自民九十一年十月至九十一年十二月為期三個月。資料收集採深度訪談，研究者擔任訪談員，在自然情境中訪談時間每次約 60 分鐘，訪談內容採半結構式訪談指引。與研究對象進行深入訪談並輔以錄音機收集資料，經重覆三次聽錄音機並謄寫逐字稿，運用資性研究之理論取樣，抽取概念，進行概念排序，作統整歸納分析，與研究主題及重要概念進行詮釋對話，收集與研究主題相關資料及其重要意義，作為研究主題之結果。

訪談內容包括四大方向：

- 1.研究對象在照顧病患過程中觀察到癌末病患對安寧照顧之需求。
- 2.研究對象在常規照顧病患過程中將安寧療護理念融入癌末病患照顧之可行性。
- 3.研究對象在常規照顧執行中將安寧療護理念融入癌末病患照顧所面臨之困難因素。
- 4.研究對象在常規照顧執行中將安寧療護理念融入癌末病患照顧所需之支援。

一、資料收集的方法

資料，指研究者在研究場域所收集到的初步材料，形成資料分析的基礎，它包含研究者的實地札記、訪談逐字稿、私人日記、照片等。資料收集的當下秉持開放、接納的態度，讓研究對象感覺到親切、誠懇、舒適並做適當的回應。

訪談逐字稿，指在研究對象的同意下，將訪談內容以錄音機錄下，逐字謄寫成逐字稿，內容主要是研究對象之主訴，少部份為研究者之題問與回應。

二、資料收集的過程

- (一) 資料收集期間研究者直接參與癌末病患之照顧工作觀察、瞭解研究場域其專科

醫師、護理師對癌症末期病患所提供之照護服務項目，收集與研究主題相關之資料，廣泛瞭解醫護人員，將安寧療護理念融入臨床癌末病患照顧之共識，發展為研究所需的半結構式訪談指引，引導研究問題與主題。

(二) 進行訪談預試 (pilot study)

取得四位醫護人員及病患與家屬之同意，在取得研究對象同意並填妥同意書之後，進行預試訪談：

四位預試訪談之個案分別是一位臨床主治醫師、臨床資深護理師、轉移性末期癌症病患、和臨終病患（已往生）之家屬，在臨床自然氣氛下進入訪談情境，為考慮受談者感受與安全感，因而當下並未錄音，僅做訪談記錄，隨後依訪談指引進行整理。訪談預試目的在使研究者進一步調整釐清研究方向確立本研究主題。

(三) 正式收集資料：

資料收集時間自民國九十一年十月一日至九十一年十二月三十日止為期三個月。

1. 確立研究對象並進行邀請，說明研究動機與研究目的。
2. 解釋並完成簽署知情同意書。
3. 約定訪談時間地點，並徵求錄音之同意。確保個人資料之隱密性與保存期限。
4. 研究者擔任訪談員，在自然情境中訪談時間每次約 60 分鐘，訪談內容採半結構式訪談指引。為保持資料之完整性在訪談過程中採全程錄音，並在一週內騰錄為逐字稿。研究者在與下一位研究對象進行訪談時，會加入相關的問題使資料在進行問題比較分析時呈現出更多的資料，藉此釐清與連結相關概念。

第八節 資料分析

當 Strauss & Corbin 談及紮根理論時，係指透過有系統的蒐集和分析資料的研究歷程之後所衍生的理論。分析是研究者和資料間的交互作用，依據經驗或透過推測、洞察、理解資料中有意義的概念聚集在一起，對行動提供有意義的引導。

本研究資料分析由先探性的訪談預測開始，將深度訪談資料全程錄音，並輔以錄音機，經重覆三次聽錄音機，謄寫內容逐字、逐句謄錄為逐字稿，轉錄後以紮根理論研究法分析資料。在不斷收集新資料中研究者保持開放態度，並廣納其所有資料來源的可能性，善用每一個機會來探索其含意。本研究的資料分析過程以 Strauss & Corbin (1997) 對資料分析的詮釋過程為主，運用資性研究之理論取樣，抽取概念，進行概念排序，作統整歸納分析與研究主題及重要概念進行詮釋對話，收集與研究主題相關資料，跨案分析比對，將相關之重要概念及重要觀點，與研究主題結合在一起形成核心概念性議題。

資料分析的過程中研究者不斷與資料互動，檢視每個句子對本研究的描述性意義，並融入研究者當下的訪談情境，一邊進行反思，一邊體察受訪者的感受，來回分析其關聯的線索，萃取其內涵與意義 (meaning)，將所得結果與受訪者檢視，驗證比較分析結果之正確性。最後以整體的觀點反覆驗證訪談之逐字稿資料，讓研究中心主軸在脈絡中自然浮現，並與指導教授討論，確認每一類別的定義後研究者再行歸納統整，提出研究結果與建議。

第四章 研究結果與討論

本研究資料收集時間，自民國九十一年十月一日至九十一年十二月三十日止，為期三個月。共訪談六位醫師五位資深護理人員，完成十一份訪談過程記錄。其目的在探討 1. 以非安寧醫護人員觀點探討非安寧病房癌末病患及家屬對安寧療護之需求。2. 以非安寧醫護人員觀點探討融入安寧療護理念於非安寧病房其優先可行項目。3. 以非安寧醫護人員觀點探討融入安寧療護理念於非安寧病房其執行面的困難因素。4. 以非安寧醫護人員觀點探討融入安寧療護理念於非安寧病房其執行面所需支援。本章分二節討論，第一節研究結果及第二節綜合討論。

第一節 研究結果

依據本研究收案條件，研究目的及方法，研究者於民國 92 年 10 月至 12 月期間採深度訪談法收集資料，共訪六位醫師，五位護理人員其中各有一位醫師和護理人員來自安寧病房，將其資料與研究主題資料進行比對，歸納分析出本研究之結果。

訪談過程中受訪者均充分表達，分享個人臨床照顧癌末病患之經驗，研究者發現，研究對象均針對個人多年臨床照顧經驗觀察，點出非安寧病房病患對安寧療護需求及時機和具體照顧目項，也指出安寧療護理念推展之困難因素；在執行策略上支援之運用及其改善方案的建議，在不增加成本之考量下透過知識之概念化、技能之轉化，在自然情境中融入病患照顧。

因此，本節資料分析討論以上述為依據，採資性研究資料分析法，依序分析討論將結果歸納出：壹.非安寧病房病患也有安寧療護之需求 - 身、心、靈、社會之需求。貳.非安寧病房融入安寧療護理念其優可行之項目。參.非安寧病房融入安寧療護理念其執行面的困難因素。肆.非安寧病房融入安寧療護理念其執行面所需支援。將資料中相關範疇與研究主題列於表 4-1 (見表 4-1)。

下圖為以非安寧病房融入安寧療護理念照顧病患之相關因素架構（見圖 4-1）。

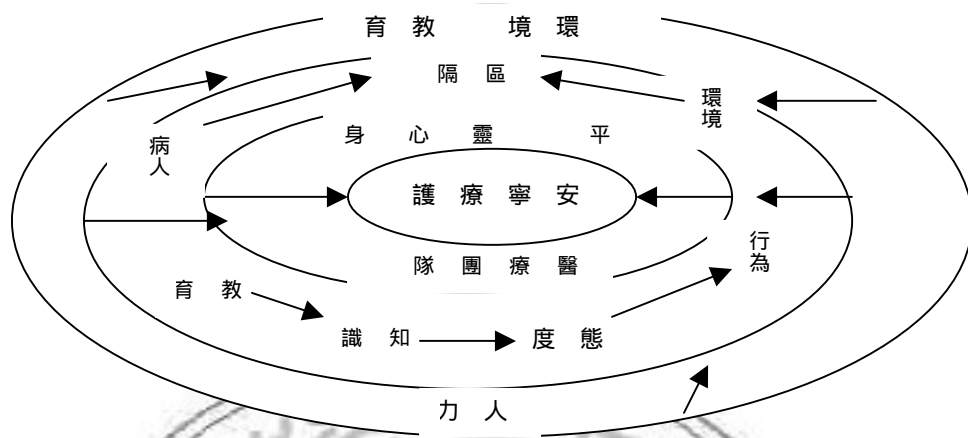


圖 4-1 非安寧病房融入安寧療護理念照顧病患之相關因素架構

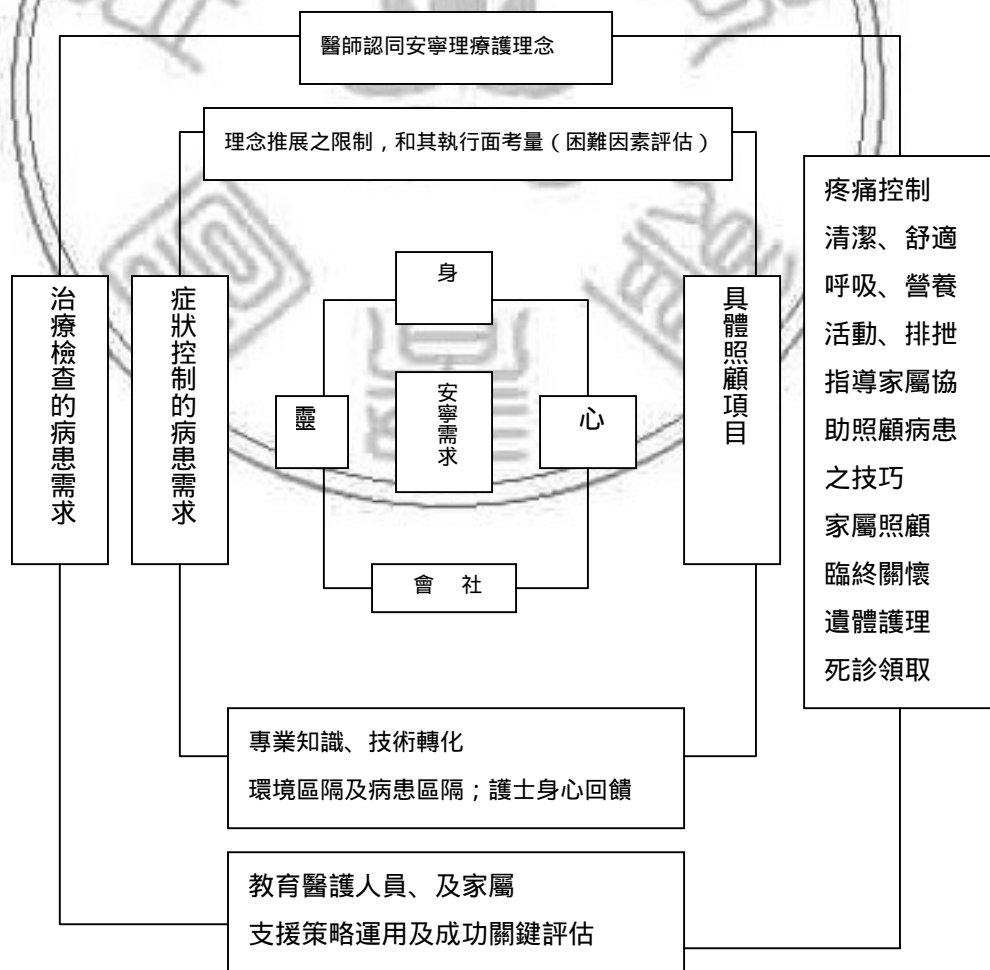


圖 4-2 非安寧病房融入安寧療護理念照顧病患之概念圖

表 4-1 相關範疇與研究主題

主要範疇	副 範 疇	相關範疇
壹、安寧療護需求	非安寧病房病患 照顧需求	一、身、心、靈、社會 二、安寧療護需求時機 三、病情告知 四、面對死亡及 五、倫理問題
貳、融入安寧療護理 念優先可行項目	安寧療護知識 技能之轉化	一、護理人員方面 1.人員素質與教育課程 二、病患方面 1.疼痛控制 2.與症狀處理 3.身體清潔舒適 三、家屬方面 1.照顧知識技能的指導 2.悲傷輔導協助激動情緒的宣洩 3.經濟支援與喘息照顧
參、安寧療護理念 推展在執行上 之困難因素	非安寧病房融入 安寧療護理念 之限制實際考量	一、環境、設備的差異性 二、照顧目標的差異性 三、佔床率的差異性 四、醫護專業知識、技能的差異 五、照顧人力與工作負荷的差異 六、健保給付之考量
肆、融入安寧療護 理念在執行 上所需支援	執行策略	一、決策主管的支持 (一) 調整護理照顧人力 (二) 提供醫護人員教育訓練 (三) 護士的身心回饋 二、環境區隔及人員區隔、成本考量 三、促發成功之因素 - 療護行為的改變 (一) 病患感受被關心與尊重 (二) 用心程度與工作態度 (三) 安寧理念與知識技能之提昇 (四) 同理心與溝通技巧之運用

以下就資料分析中有關非安寧病房癌末病患對安寧療護需求部分整理闡述：

壹、非安寧病房醫護人員觀察到癌末病患對安寧療護之需求

一、非安寧病房病患對安寧療護需求及時機

當疾病（癌症）無法治癒，已達末期階段死亡不可避免，則醫療目標由治療（cure）轉為照顧（care）。此時以病患的家庭為單位，給予個別性的照顧計劃，臨床上以提供病患身、心、靈、社會之照顧為主求。也就是說「身體-沒有痛苦，心理-有被了解，靈性-有被尊重，社會-照顧到家屬」。

（一）身體照顧需求

身體清潔舒適是人的基本需求，但絕大部份癌末病患面臨身體疼痛的問題，因此疼痛控制使「身體-沒有痛苦」，成為醫療及護理的照顧重點。

1.提供病患清潔舒適的需要

「安寧療護之病患其醫療行為已不多，只有陪伴，照顧其日常生活，注意清潔舒適」【N3-021】，「像有位夫人痛得不成人形，當她緩解後徵得同意找人來幫她洗個頭，看起來精神多了，她自己也感覺好很多」【N3-024】

「病況危急時我會提供病患在清潔舒適方面的需要，尤其在疼痛方面真的需要幫忙。」【D2-004】

「癌末病患均需安寧照顧，他的點點滴滴的症狀都是病人需要的..他雖然有各種的不舒服，但他知道隨時有人在處理，也就是說先提供病人的身體舒適的需要..」【N1-10】

2.緩解疼痛及給身體症狀處理，所提供的照顧是即時的

安寧療護的照顧目標，在緩解及預防末期病患因罹患不可治癒的疾病所承受的身心痛苦（suffering），因此照顧重點在緩解其疼痛與身體不適。

不一定要安寧病房才做疼痛控制

「癌末疼痛控制很重要，這些在非安寧病房我們都可以處理，不一定要安寧病

房才做。」【D6-001】，「如果轉不上去我們只能也是給予症狀處理」【D6-003】
醫師配合度不夠

「癌末病患那種痛苦，不能吃、不能睡、整天叫痛、紅燈拉不停，有時真的心情會急燥，病患不停的吵，更會發現有其他生理上的不舒適如：喘、水腫等問題，又不是每個醫師都能即時配合病患需求」【N2-024】

身體敗壞功能衰竭

「...只要他有任何的不舒服，...有非常嚴重的呼吸困難問題、疼痛問題其中又以肺癌病人所佔的比例非常高的，只要有痛、有呼吸困難，接著而來的軟弱，沒有力氣，甚至是末期之後吃一些止痛藥，可能是長期病因的問題，在一般來說大便好像是很正常的，但是對一些末期病人大便卻會造成很大的困擾，包括吃不下東西、肚子腫脹，而有消化系統問題的病人有很多不舒服的來源，可能是他們吃不下東西，還有就是這些消化系統的疾病很容易轉移到腹膜腔，腹膜腔的腫瘤會造成這些腸子阻塞的問題，還有噁心、偶吐、腹水腹漲，而這些點點滴滴的症狀都是病人所需要的照顧」【N1-002】

接受安寧療護之病患其身體敗壞，功能衰竭，照顧由治療轉向照顧，在臨床上可做的醫療照顧不多，只有陪伴，照顧其日常生活，依個人需要提供舒適的、有彈性的、以家庭為中心的照顧克服身體的不適症狀提供身體的清潔舒適。

非安寧病房之病患除癌末病患外尚有多種慢性病患需提供安寧照顧

「非安寧病房的末期病患包括的層面比較廣，最常見的是肺癌、還有 COPD 呼吸無法脫離的病患，心肺衰竭的病患，AIDS 的病人這些到最後都無法治癒，除了疼痛每天面對的就是這張床，這台賴以為生的機器，生怕停電或不小心管路脫落，自己在無法自助下，面臨死亡的情境，可想病患內心的恐懼與焦慮，像這些病患都應該給予安寧照顧」【N3-06】

非安寧病房需提供安寧照顧之末期病患，是越來越多如癌末病人的疼痛、COPD 的喘、AIDS、呼吸衰竭不能脫離呼吸器者也需要安寧照，但是他們一直都留在非安寧病房接受照顧【N2-004】【D3-005】【D5-004】也提出相同之觀點。

3.非安寧病房病患對安寧療護需求時機

癌末病患應該何時，接受安寧療護，太早病患有可能錯過治療的時機產生被遺棄的

感覺，反之則遲至臨終前才轉安寧療護，此時，病患已承受許多不必要的痛苦。

安寧療護的適當時機間越早越好，往前 2-3 個月的存活期，接受 palliative care

「安寧照顧對癌症病人而言，事實上是給的越早越好」【D4-015】，「可以將安寧照顧的時間往前 2-3 個月的存活期間，這段時間事實沒有什麼好的治療，提供安寧療護，可以提昇末期病人生活品質」【D3-013】

當癌症被宣判為末期，無法開刀、化療、放療時則醫療目標由「治療」(cure) 轉為「照顧」(care) 時應提供安寧療護。【D3-008】【D5-002】【D6-005】均指出癌末病患無法進一步治療，在疾病的早期就應該提供安寧照顧了。」

胸腔科大部份病人都需要安寧療護，但他們也都留在非安寧病房接受照顧，目前安寧療護，床位數與癌末病患的需求比率上差很多，欲轉安寧病房其評估標準，十分嚴謹，如要病人拒簽 CPR、或隱瞞病情、或想要繼續治療或使用呼吸器的都轉上去，但因病情隱瞞，而失去安寧照顧的機會，有些是待轉安寧病房，直到接近瀕留狀態，瀕臨死亡前才轉，不過這些病患有些是在病況危急時來不及轉病患就死了，醫師們覺得，沒轉安寧病房之病患由自己繼續照顧，覺得這樣對病患更好、更有連貫性。末期病患越來越多，事實上在非安寧病房癌末病患已經隨時在做安寧照顧，隨病程之進展在早期不再使用化學治療、放射治療或主治醫師宣佈，沒辦法做治癒性治療者時，在病患或家屬自己覺得受到創傷、有悲痛的時候，就已接受安寧照顧，而不是到最後一刻才轉往安寧病房，實難以提昇其生活品質。

(二) 心理照顧需求

癌末病患對情緒的表達是心理基本需求，期望心理需求有被了解，當死亡迫近時，情緒起伏不定，如憂鬱、焦慮、否認、憤怒、沮喪、討價還價、接受、孤獨、被遺棄感、愛與被愛、被了解及希望自主，也同意別人為自己做決定，對護理人員的親切、傾聽、陪伴可緩和不安的情緒，關心和尊重是醫病、護病關係間信任感建立的基礎，理念融入要靠知識提昇技術轉化，以溝通技巧，運用同理心的方式呈現在態度行為上。

1.癌症病患的心理衝擊

否認、沮喪到接受

「在病情告知後，病患由否認、沮喪到接受很豁達的走出來」【N2-008】

震驚、恐慌到處求醫，這是很正常的

「得知癌症的那一刻，病人那種震驚、恐慌到處求醫...是可以理解的；陪伴他們走過病擔心、害怕的過程」【D1-009】，「...有的比較年輕，大約四 - 五拾歲正是人生的巔峰期，或是家庭狀況比較穩定的時期，這些病人會有許多的心理反應，如震驚、否認等心理現象在短時間的沮喪、無法接受是可以理解的，這是很正常的」【D1-009】

家屬也有否認、憤怒、討價還價、沮喪、接受等焦慮不安

「家屬焦慮不安由一些小事情的變化顯現出來，希望是醫師誤診、誤判」

【N3-006】，「會轉念想要設法把病治好，會接受治療改善情況會有信心，可是幾個周期後，情況又會不好，病患的心情起伏不定，備受煎熬，主要是不確定感，在治療初期他們就一直想知道結果，家人也十分辛苦」【N3-026】

癌症病患在確認診斷後的心理反應是否認、憤怒、討價還價、沮喪、接受，在這五個階段的順序和時間沒有一定的規律，可以同時發生或暫停在某一階段，病患情緒起伏不定需給予妥善幫助。

2.面對疾病的不確定感

從害怕，否認、到接受，看出病患內心的衝擊與無奈

「有時病患會害怕，害怕接下來不知會發生什麼事情」【D6-005】，「確立診斷後病患內心的衝擊，從否認、到接受，就最近遇到的例子；有一位病患一開始診斷出來的早期，我跟他說腫瘤八九不離十時，他很害怕，他跑掉了！到外面去看一看、想一想、一個月之後，他又回來，接受了所有的建議，現在他已能接受診斷和治療..」【D6-013】

「治療後反應不好，病況走下坡，病患的心情很低落，因為病患在知道病情時，會有一陣子覺得無望、否認、退縮，當治療後有改善，心情會開朗一些，可是在治療一段時間後無效，病患心情又會很差，被宣判癌症就等於宣判死刑，常見的反應是否認、退縮、不講話、生氣的少見，另外有些病患嘴巴不說，告訴人家說他看得很開其實心理很矛盾，表現出失眠，家屬也表示病患的脾氣比較壞。」【N3-06】

3.醫病間信任關係的建立

醫病關係的建立，在病患的需要是否能被接納、即時被處理，讓病患及家屬感受到他的需要，不需哀求即可隨時有人在關心、在處理。

「病患的不舒服還沒有被控制，信任的關係無法建立，心理的層面就不可能被達到」【N1-01】，「能及時的去處理就算無法處理好，家屬或病人也都能理解，不舒服的指數是有人隨時的關心他，處理他，雖然沒有處理好，但是病人還是會滿意，因為他的不舒服，有被關心、尊重，她不需要哀求」【N1-10】

4.陪伴、孤獨、被遺棄感、愛與被愛

護理人員親切的陪伴、傾聽可緩和不安的情緒，減少孤獨、被遺棄感，尤其是單身病患更有須要。

「病人沒有很明顯的不舒服，但是有這個疾病讓他實在是非常、非常的沮喪、憂鬱」【N2-004】，「護理人員需花很多時間去陪伴，傾聽、陪伴可以減少病患的不安，尤其單身」【N2-010】

「病患表現得十分冷漠，表示當下不想被打擾、想安靜，家屬有被拒絕的感覺，這可能是病患對擊愛的不捨，冷漠只為做離世的準備，要讓家屬了解，多給予陪伴」【N3-026】

癌末病患心理基本需求是情緒的表達，陪伴、傾聽、克服心理的障礙完成心願，他們的心靈才能平安。但是在治療時病患的心情起伏不定，家屬在病患生病的歷程中身心備受煎熬，除照顧病患外也應該照顧家屬，愛是人生最大的需求，必要時提供一個好的休息環境，讓家屬坐下來陪伴病患，讓病患和家屬有多一點獨處的時間，痛痛快快的發洩心中的積鬱，也可獲得彼此心理的平靜。

(三) 靈性照顧需求

靈性的成長，可幫助病人超脫死亡的恐懼，獲得善終；當個人處於疾病與生命威脅之際，對周遭世俗反應淡泊，反而會珍惜健康及重視精神生活，有被尊重的需求。靈性不等於宗教和神，靈性包括：尋找意義 (meaning)，寬恕、完成未了心願、希望 (hope)、愛與被愛...等。

1.生命的意義

活在當下，感應靈性存在，消極是獲取身心的平安，積極是行為的改變。

「體力漸漸好起來，可以，每月自己開車來住院打化療針，到大安公園做氣功，表現出來的行為是活潑開朗，，當初醫師告訴她有6個月可活，可是她多賺了一年多，她覺得每過完一天，她就多賺一天」【N2-008】

傳承和希望

病患藉由轉念改變自己的生活的的心鏡，讓自己永遠活在兒孫心目中，找到她生命的意義。

「病患由否認、沮喪到接受很豁達的走出來，主要是她後來知道媳婦懷孕了她希望能見到孫子，慢慢的她開始錄制錄音帶，分送給她的每個家人，慢慢的接受醫護人員對她的關懷，逐漸和我們分享她的喜悅和期待，她期望能看到孫子..」
【N2-008】

2.生命的尊嚴

生命處於受威脅的處境，人在氣弱體衰，生活基本需求無法自理，需期待他人來協助；而且是毫無保留的將自己最隱私的「身體」，呈現在陌生人面前，這時有強烈被尊重的需求。

生命倫理兩難的困境

「..明知急救無法挽回生命，仍然急救的情境，每當聽到病患的肋骨被壓斷的聲音我的心就會發抖」【N2-024】

自尊

「安寧照顧理念以提供癌末病患身體照顧為主，病人被照顧得乾乾淨淨、身體沒有異味、沒有疼痛，就是提供其最好的身體照顧需求。」【N1-024】

臨終時有醫護人員在場

「除非你能有時間，空下來陪伴病患，陪伴家屬，回答家屬一些問題，此時病患大都已進入瀰留狀態，護理人員能使力的地方，只有提供家屬一些病患臨終前後的處理問題，如死亡後的身體清潔，該穿什麼衣服及死亡後的手續處理問題。」
【N3-009】

3.宗教信仰可以安定人心

依信仰尋求宗教力量的協助有助於探索生命的意義使心靈獲得慰藉。

(1) 自我尋求心靈的寄託

【家人安慰我，告訴我護理工作性質本身就是一種「福田」其實病患會在您的班內走其實是一種「緣份」，也許病患對您有「信任感」，他希望您能服務他所以病患才會在您的班上離開這人世】【N2-013】

(2) 面對死亡的恐懼

【為什麼要「收病患」為什麼病患要在我的班上走呢!」，「不知道為什麼病患莫名其妙就在您面前就死了，更害怕病患在自己班上死亡，尤其在晚夜時看到病患很喘、很喘就怕他在深夜會死。現在主要是經驗累積讓自己不在害怕。】【N2-013】
「病人面對死亡的恐懼，更需要靈性的關照，讓病人了解生命有限，不致因面對死亡有過多的恐懼。」【N2-008】

(3) 平靜、安祥

「生命即將結束減少他的不舒服，在床邊放唸佛機給他聽轉移對死亡的恐懼，放鬆心緒，讓病患平靜、安祥、尊嚴的離世」【N2-024】

4.護理人員對靈性的反思

能表達經驗、感受而不被取笑

「對靈性的意義範圍也不了解，護理人員本身對靈性照顧的概念與認知有限，尤其面對死亡這種問題之訓練很少，從來沒有人指導我們如何面對這種危機，不敢去接觸，因為自己沒有技巧，擔心說了弄巧成拙，心有餘力而不足；病患身、心、靈的問題不知如何處理」【N3-009】

「碰到死亡這種事情就十分害怕不敢說出來，怕被取笑...」【N2-013】，「面對死亡，自己害怕不但不敢說出來，還要去安慰家屬，面對家屬不理智的情緒，可能發生的危機！應尋求支援照顧家屬等他情緒緩和下來」【N2-014】

由以上訪談資料顯示，癌末病患由絕望中，經驗抽象的希望，期望獲得「希望與力量」，在生活中找到生命的意義，生命的傳承，在轉念間改變自己的生活態度，對生命及生活的看法因而改變，這是靈性需求的最高層次。宗教信仰在我們生活中被視為一種傳統習慣與精神寄託，對自己的信仰尋求心靈的支持，在癌末病患的心理，總會

有焦慮、失落和憂鬱及面對死亡的恐懼，及靈性的痛如害怕、無能為力、罪惡感、憤怒、擔心未來的事，及對生命的無意義感。自我靈性的提昇，活出意義來，病人面對死亡的恐懼，更需要靈性的關照，讓病人了解生命有限，用心活在當下，藉由瞭解人生之意義，找到生命的傳承和延續，帶給病患無限的希望。

(四) 社會需求

安寧療護理念之一就是要照顧到病患家屬，但文化使然，要國人說出表達需求是很難的，必須先花許多時間參與病患照顧，與病患及家屬建立信任關係，家屬才會將內心的困擾說出尋找協助；另外讓家屬與病患有多一點的時間獨處陪伴病患，必要時協助家屬照顧病患，讓家屬有喘息的時間，可以照顧其他家庭成員或經濟上的需要回到工作崗位，或處理病患臨終所需之相關事件。

1 照顧家屬，提供家屬喘息照顧

家屬長時間的照顧，陪伴病患經驗各種擔心、害怕及對疾病的不確定感，身心具疲，需要一個可以舒展身心的地方好好的休息一下。

「增加家屬休息室是必須的，讓家屬有一個可以舒展身心的地方，同時非安寧病房都太制式化、機構化、缺少一點人文及藝術，結構上顯得僵化缺少紅花、綠葉、燈光也不柔和、椅子也不舒服，所以在能改的情況下儘量人性化一點」【N2-014】

(1) 社會性資源

「社工師代為尋求社會支援，協助減輕一些經濟上的壓力，或義務服務人員來協助照顧，讓病患在最需要人照顧的時候，能有人協助日常生活，及做一些身體的清潔工作」【D6-004】

「有經濟上或心理上壓力太大，找社工幫忙，醫醫護人員的鼓勵與支持也很重要」【D3-004】

(2) 愛的需求，提供私密的空間與親人獨處

「空間上沒辦法提供一個像家一樣的環境，讓家屬坐下來陪伴病患給予多一點獨處的時間」【N2-014】

2.最後的陪伴

「幫病患做遺體護理時，會邀請家屬一起做，幫病患做最後的一件事，通常家屬也都會樂意一起來做，讓家屬感覺溫馨沒有遺憾，當病患送走（送太間）就永遠

再也看不到、摸不到、家屬也就格外珍惜，、參與，可協助家屬渡過哀傷歷程，」
【N3-016】，「臨終時有人陪伴，心中的願望能達到，沒有被遺棄的感覺，家人有妥善的安排，自己沒有遺憾！」【N3-017】

3.家屬負面情緒的安撫

「在臨終前家屬哭得很難過時，會主動陪伴、支持，鼓勵說出心中的感受，宣洩其悲傷的情緒，提供一些臨終相關的訊息」【N3-016】

「有些時候為了減輕心理壓力，幫他會診精神科」【D3-004】

癌末病患社會需求主要是照顧到家屬，但是研究對象所照顧的病患其特性之一是沒有家屬的病患佔多數，在非安寧病房有限的時間壓力下，沒辦法照顧到癌末病患心理層面的需求，因此，社工及輔導人員是病患尋求照顧支援的助力。

三、病情告知

為尊重病患自主權與滿足病患知的權利，在病情告知上，強調自主權的同時，也考量病患有「知」的權力，及消費者意識抬頭醫界害怕法律訴訟，一般都會做誠實的病情告知；但是他也有「不知」的權力，因為如果病患自己不想知道，自己已達臨終的事實，我們是否也應給予尊重；但是臨床常見的是癌症病患的醫師，常被家屬要求協助隱瞞病人病情。

1.告知實情

「..如果年紀輕的，他們可能還有許多事情要處理，需要讓他們了解前因後果，慢慢讓他知道真相」【D1-009】

「我會讓家屬們先取得共識，但基本上還是要尊重病人本身的意願。」【D4-013】

「單身榮民，想落葉歸根死在大陸，會婉轉而直接的告訴他得了這個病，需做什麼治療，做治療與不做治療的差別，以及大概的生命期讓他自己做決定。」
【D3-004】

單身無家眷的病患在受訪資料中【D4-012】也提出，相同的看法認為應該讓無眷屬者自己做決定，就直接告訴他。

2.配合家屬的了求隱瞞病情

「如果年齡大一點 70-80 拾歲或 80-90 歲我們也會配合家屬的了求做「善意的謊言」免得病患心理有太多的擔心。」【D1-009】

3.先隱瞞病情再以不同方式告知

「有些家屬會要求隱瞞病情，不願讓病人知道全部的病情，等做治療時慢慢告知；有家屬溝通後再行告知，基本上我們先讓病人了解是怎麼樣回事，治療應該做到什麼程序，需要做治療如化療、放療或開刀等積極性的治療，要跟病人解釋清楚，因為治療歷程中會經過一些比較辛苦的過程，所以解釋清楚他們接受度比較高，在意識清楚下儘量解釋清楚；不過如果有家屬會的我們還是要事先和家屬溝通好再告訴病人比較好」【D1-008】

4.病情告知後病患及家屬的情緒反應

「多半病患通常都很難置信，會否認、憤怒、震驚或者無法接受，然後慢慢的接受這個過程每個人因人而異」【N2-004】

「在病情告知方面，如果病人意識清楚，我們還是讓病人能由否認、沮喪、怨恨等等反應中漸漸去接納，這樣看來大部份病患害怕多予生氣，這過程都是正常的能接受，單身病患會，請診精神科或找輔導員勸導勸導，讓他去完成想做的事，最重要的是讓病人也能過得快樂，安安詳詳的走。」【D3-013】

病情告知後家屬不能接受親人死亡的情緒

【醫師說明病情後，同意簽署不急救同意書，護士當時就拿給病患自己簽，很不幸當天晚上病患病情變化就死了，結果家屬就一直怪護理人員拿那張同意給病患填結果把病患「嚇死了」！】【N3-027】

癌末病患他們不止是來來去去，治療過程中一次比一次辛苦，身體也一次比一次衰弱，尤其在診斷初期病人那種震驚、恐慌到不確定感，處求醫的人心態是可以理解的，如果隱瞞造成病患更大的心理挫折，病患害怕的是，明明就有看醫生為什麼病就是沒有好一些……，事實上，病人都會有一點知道，心理有數，但如果直接的告知，不免有一些震驚，難以接受，關於病情告知後，病患及家屬情緒反應由訪談資料顯示【N2-005】【N2-021】【D1-007】【D4-003】【D4-012】【D6-005】，均認為是正常的，健康的情緒反應，這意味著你仍然熱愛著生命，藉此反思生命的價值，好好珍惜活著的每一天。

四、面對死亡

死亡仍是一個禁忌的話題，卻也是人類最真實且必然的歷程，不須質疑此事能否改變。在置身於一個死亡率高的職場，面對生命，面對死亡，在這場「生死參與」中，

個人情緒絕非中立，如如不動，所以在生死現場除了向病患及家屬學習如何經歷死亡，面對死亡外，更應該回頭看看自己如何面對死亡。

癌末臨終病患之家屬此時的照顧心情是沉重的，同時要做往生的準備了解其需要，需由互動的時機中切入，融合情境去做溝通，不能太過直接，配合家屬的需要提供協助，醫護人員看到病患對安寧療護的需求。

1 臨終事件的準備

臨終包含身、心、靈、社會的需求，身體沒有痛苦，心理情緒的平穩能表達及分享內心的感受與需求，靈性方面能尋求心靈寄托，遠離恐懼、害怕、尋求希望，能正向面對死亡，社會的需求，除家屬的照顧，協助習俗，身後事的安排等。

「我們要記得去了解家屬，在病患臨終時有沒有什麼想法，或特別的習俗，給家屬做一個適當的提醒，讓家屬事先做病患身後事的安排，譬如說他們會想做一個什麼樣的儀式啦，要助唸、病患要穿的衣服及手續怎麼辦、死亡診斷書怎拿等問題，給家屬一些提示」【N2-007】，「在病患還沒有死亡或家屬沒有問的情況下去告訴他，配合每個不同階段的需求去引導他做一些準備。」【N2-015】

「...病人雖然住在非安寧病房，但是他們及家屬對於安寧療護的需求並不會少於住在安寧療護病房之病人及家屬」【N2-019】

「病患也有身、心、靈、社會等方面的不適應時，均須提供安寧照顧」【N5-010】

2. 死亡的忌諱

臨終與死亡是人類發展的最後一個階段，傳統上死亡是種禁忌，因為不瞭解而避談害怕面對或提及相關事宜。

「我不敢去談它。因為大家對“死”還是很忌諱的，也許心理會想，但都不願說出來，有時覺得病患已經在瀕死狀態，會在交談中接應病患的想法，在適當的時機切入看病患的反應再作回應」【N3-019】

3. 選擇逃避或坦然面對

面對死亡的複雜心境，不是人人可以體驗的心路歷程，要病患能坦然面對是件極為不易的事件，除非他找到了自己生命的意義，或對抽象的未來抱持希望，或為自己及家

人做好了妥善的安排。

「開始診斷出來的早期，他很害怕，他跑掉了！到外面去看一看，想一想之後，他又回來接受予我所有的建議，現在他已能坦然接受診斷和治療，因為他已將所有的事安排好了」【D6-012】

面對死亡以各種不同的方式呈現，死亡在我們生活中仍有許多習俗和禁忌，在年輕一代的我們已漸流失，大部分人都已不清楚習俗的情況下，護理人員在不了解習俗與病患禁忌下，不宜主動和病患或家屬討論死亡的問題，除非病患或家屬有提到相關的事宜，隨時掌握適當的時機給予提醒，讓家屬事先為病患做身後事之安排，減少遺憾。

五、倫理相關問題

急救與簽署不急救（CPR vs DNR）需尊重病患的意願，病患有權決定是否放棄治療，然而癌末病患此時多已無法明確表明治療的意願，也只有少數病患可參與簽署不急救（DNR）的決定。多數病患在眾多親屬的意見中往往是讓病患身、心備受催殘而死。

1. 預立遺囑（生前預囑）

預立遺囑是病患在意識清楚，有自我決定能力下所作之意思表示，相關於臨終醫護的原則性指示或願望，醫護人員及家屬應予以尊重。

「不過如果病人意識清楚時立的遺囑，我們還是要優先尊重病人的意思，尊重病人在意識清楚下簽的拒 DNR & CPR 的決定；這關係到病人自主權的問題，除非那份遺囑不是病人自己寫的，如果我們未依病人預立的遺囑，那才會有法律上的問題」【N5-010】

「如果已經末期了就不要用太難過的方式來維持病人那短暫的生命，不過如果病患已經在使用呼吸器，那我們就不特意去把它拿下來...」【D2-012】

2. 急救或不急救（CPR vs DNR）

癌症末期，急救與否，還是要尊重家屬的意願，免得有醫療糾紛，這是臨床常見的危急情況下，病患救與不救兩難抉擇下唯一的選擇；不論病患是否預立遺囑，此時他已喪失自主權，一切由家屬代為決定。

「但是如果病患沒有特別交代或家屬無法做決定在病情危急，醫師仍秉持救人原則給予急救；家屬若堅持要急救的話，通常還是會配合急救，假如在早期家屬堅持要救的話，我們會先溝通；告訴他在這樣的情況下急救，對病患是非常的辛苦，同時也不可能挽回生命，假如家屬還是堅持，那就是儘量減少病患痛苦為主，在他生命即將結束時減少他的不舒服。」【N2-020】，「已簽署不急救的病患，事實上在醫療行為上可做的已不多，接受安寧的病患需要身體方面的接觸，如按摩、陪伴、緩解疼痛在非安寧病房執行上有限制、有困難」【N2-004】

3.法令規範

醫生在沒有明確法令保護下，若病患未預立遺囑，必要時，救與不救仍須配合病患家屬的決定。護理人員因法令與工作權責之限，面對無助的生命，明知急救對癌末瀕死病患是無效的但仍然被無情的摧殘，備感挫折與無力感。

救人是醫護人員的天職，法令保護病患的生存權如醫師法 21、43 條；護理人員法 26 第條，均充分說明了危急情況下的施救法則。

法令未保護醫護人員

「急救時，明知病人此時已沒希望了，護理人員卻無發言的權利，醫師在法令未明確保護下，仍然尊重家屬的意願，給予急救免得有醫療糾紛。」【N1-014】

尊重家屬的意見

「因為法律只保護病人和家屬並沒有保護醫生」【D1-018】，「未依病人的意思去做，給他插上氣管內管、接上呼吸器讓病患多受苦，只多維持那短暫的生命，其他家屬也可以告你呀！」【D3-018】

臨床醫護人員面對臨終者 CPR vs DNR 全看家屬對生命的執著，家庭成員多，每位都不願承擔「不予急救」，眼睜睜的看著親人死亡，擔著「不孝」的罪名，此時病患已失去意識由家屬代為決定一切醫療事宜，在訪談資料中【D1-003】【D4-013】【N2-020】【N3-021】也顯示，家屬人數多，意見不一致，其決議未必能代表病人，凸顯許多急救或不急救、後事處理 等問題。

安寧療護理念的宣導，除醫護人員外家屬及社會人士，在病患生命即將結束時，能否平靜安祥的離世，家屬具有一定的影響力，其理念的宣導對病患多少還是可以有所助益的，減少病患的不舒服，在生命不可挽回時，勿給予急救（CPR），不實施心肺甦醒術

(DNR) 增加病患舒適為考量，是重要的概念，在癌末病患臨終前，除侵入性的急救處置外，仍然給予照護，特別是免除疼痛，提供舒適使病患在臨終前有較好的生命品質，能平安尊嚴的走完人生。

貳、非安寧病房融入安寧療護理念之優先可行的照顧目項

安寧療護的照顧目標主要在於病患的「照顧」如日常生活照顧的身體清潔舒適、擺位、營養、排泄、活動等護理獨立功能中，將安寧療護知識理念概念化，與技能的轉化呈現在臨床癌末病患照顧中，可由醫護人員、病患、照顧家屬方面三方面來討論：

一、醫護人員方面

(一) 教育訓練

教育，不只針對醫護人員其實病患和家屬也很重要，安寧療護知識技能的提昇，是癌末病患照顧品質的指標，“照顧經驗”更是知識的傳承，因為在我們生活領域中有些是不需要教的，自然而然就會，也就是邊做邊學，從「做中學」，這也是護理領域工作中的特色。

「醫護人員，確實還有很多的安寧知識技能要學習的，人性化的照顧是一個理念，必須是醫護都要有共識，實際上這一條路是很漫長的，所以必須從我們的教育做起」【N1-006】，「訓練，光上個課也是不夠的，要有很充足的臨床照顧病人的經驗，站在病人的立場，去思考對病人做最好的整合」【N1-005】

(二) 醫護人員素質

醫護人員個人對安寧照護之知識、技能不是全面性的了解，能接受安寧療護相關課程，將安寧療護理念概念化，轉化技術融入常規照顧中。

「現在安寧療護，我們臨床上在職教育還是不夠，因為目前有太多專科各階層的課在上佔去太多時間」【N3-003】

「個人對安寧照護之知識、技能不是全面性的了解，大概對安寧照顧的知識、技能除了在 N2 進階時上過 2 小時的課以外，自己也參加一些安寧相關研討會所以在照顧上不會有問題。」【N2-003】

護理人員由學校學習的知識，運用在臨床上受惠很多，能將知識轉化在技能上，結合了內外科護理技術與溝通技巧，較能設身處地去為病患著想，臨床照顧仍需以知識為背景【N3-001】【N5-005】提出以人性化的關懷照顧理念，落實在提供癌病患身體的清潔、舒適、疼痛緩解及尊重瀕死病患，是一個具有價值的獨立個體，醫護人員透過再職教育，提供安寧療護相關知識技能，釐清個人的死亡態度，害怕、焦慮整理自己的情緒，理智面對病患或親人的死亡。

1.安寧療護知識技能

提供安寧照顧相關課程如疼痛控制、維護身體清潔舒適之技能、營養、排泄，改善病患的喘，引導新進人員及護生如果面對病患的死亡，觀察瀕死病患臨終前的徵兆及與病患或家屬的溝通方法都是我們學習的重要技能。改善病患不舒適的臨床知識也是學習中重要的技能。

(1) 非安寧醫師疼痛控制方法的再學習

「疼痛控制方面，醫師在給藥的態度和方法上，及藥物劑量上的使用比護理人員還保守」【N3-004】，「病患對痛已經很害怕了，有很深的不確定感很擔心不知道再過幾小時還要痛起來，也不能好好休息（表情很憂心、陳述時表情很沉重）我覺得疼痛控制最重要」【N3-005】

「...疼痛控制，病患身體清潔、翻身、按摩身體接觸、藥物劑量提供的學習等等症狀處理，其中比較困難的部份是溝通技巧，那是跟經驗有關不是短時間可以學習。」【D3-020】

疼痛控制、溝通技巧是安寧照顧中重要的照顧項目。

(2) 安寧理念的推展

「安寧療護病房理念很好、很清楚，但並不是每個病人都會用，與其當它是一個樣板病房在處理，不如將它的理念推展到非安寧病房」【D2-007】

「安寧照顧可以減少積極性的治療，在普通病房其實也可以運用它的照顧理念來幫助這些病人，不是到安寧病房才提供，假如在普通病房有安寧照顧的理念加上這比較好的」【D2-009】

「有安寧療護理念來照顧病患可減少不必要的急救次數，...安寧對症狀的處理是用積極的態度，因為到生命的最後一刻都是要被尊重的，所以我們所有要做的治療都是叫積極的症狀治療，絕對不是放棄或消極的治療...」【N2-012】

「安寧照顧理念概念化，可轉化照顧者的態度、行為」【N1-006】

2.教育課程

「護理人員必須先接觸安寧照顧的相關課程，將安寧照顧的理念建構在自的腦海裡，譬如有關安寧照顧理念的疼痛控制，或著是如何去維護病患的身體的清潔、舒適怎麼樣協助引導病患及家屬去接受疾病」【N2-007】

現在臨床上安寧療護在職教育還是不夠，因為，目前有太多專科各階層的課在上，佔去太多時間，如果時間允許的話，我們這個屬性（胸腔科）的病房，可以多加一些安寧照顧相關的課程，因為我們癌末病患很多，不可能都能轉到安寧病房，由資料分析中【N3-003】【D2-015】【D1-010】【D6-015】【N1-004】【N2-003】提及，這一群癌末病患、COPD、長期使用呼吸器的長期慢性病病患，也有這方面需求，不是只有安寧病房的病患才有這種需求，所以護理人員都應該具備這些照顧的理念和知識。

3.自然情境中學習

由資深護理人員來帶領，以經驗融合成知識，並提煉出屬於自己的知識其實護理工作它本身就是一種經驗的累積，也是很自然的學習

（1）資深護理人員來帶領，指導家屬、學妹照顧病患，在自然情境中學習

由資深護理人員來帶領，以經驗融合成知識，這是需要有經驗的資深護理人員來帶領，除了多去瞭解病人再死亡前的徵兆，去帶領他們去面對每一次的情境，並把那些病人所面對的第一個死亡的問題是什麼，將他拿出來討論。

「將學妹帶來一邊參與學習，讓她實地學習，怎麼跟家屬做衛教，指導家屬如何照顧病患，這是一種經驗的累積也是很自然的學習」【N2-008】

**「臨床經驗不夠時，迫使自己不斷多去收集資料，並提煉出屬於自己的知識..」
「N1-014」**

（2）學習面對死亡

學習面對死亡，讓新進護士說說自己心理的感受，她怎麼樣去看待這個死亡，病人的死亡她能不能接受，她用什麼樣的心情去面對。

「像這樣事先帶著新進護士或學生去學習，如果在病患死亡我們帶著她們去完成遺體護理時，應該讓她們說說自己心理的感受，她如何看待死亡，病人的死亡她能不能接受，她用什麼樣的心情去面對遺體的處理上她會不會有什麼困

擾，就這些準備我個人覺得非常非常的重要」【N2-014】

(3) 學習死亡徵兆之觀察

「讓家屬瞭解病患在什麼情況下表示其生命即將到達其盡頭，什麼情況下她必須來跟我報告或告訴醫生，讓新進護士或學生知道在她班上可能會出現這些問題，她自己必須先有心理準備，當然在這之前我會帶她去跟家屬溝通在什麼情況下要去跟醫師談或者讓病患知道這種情況已經很不好了」【N2-014】

(4) 臨終心理準備

「到無法挽回時，也可能會有這樣的問題(死亡)，所以事先讓新進護士或學生知道病患在什麼徵兆下，表示即將面對臨終(死亡)，接下來就是給予心理準備，引導新人或學生去觀察即將臨終的病患給她們做個提醒」【N2-014】

當病患或家屬能接受在醫院死亡與死亡準備(dying prepare)是很重要的，我們製作瀕死衛教單張及提醒家屬作好死亡準備的與後事安排，避免病患在臨終前受到心肺復甦術等增加病患痛苦的措施。

二、病患方面

1.疼痛控制

疼痛，是癌症末期病患最主要的處理問題，題醫師給藥的方法和態度很守疼痛控制方面護理人員在學校有修這堂課，醫師在給藥的態度和方法上及藥物劑量的使用上反比護理人員還保守

「疼痛控制的時機都很保守，他們處置就很傳統，止痛劑要定時給，在劑量上也保守，怕病患上癮有副作用所以在幫助病患解除疼痛方面都要等到很後面，很後段他們江郎才盡(末期不得已)，完全沒辦法時才會去做，還要護理人員提醒或建議，很久以後他們才考慮，我覺得這樣對病患來說，他們已經痛很久了，他們已經很害怕了，對疼痛有很深的不確定感很擔心不知道再過幾小時還要痛起來，也不能好好休息(表情很憂心、陳述時表情很沉重)。我覺得疼痛控制最重要！」【N3-004】

2. 症狀處理，就是症狀治療

目前還是要等到病患無法做治癒性的治療時、不做積極的治療、也沒有體力做化療、放療、放棄心肺復甦術那時我們才考慮給予安寧照顧，提供症狀處理。

「通常這時深感無助，我覺得最有需要的是那些有轉移的病患，因為他會很痛... 癌末病患照顧需求主要在症狀控制，減少身心折磨，讓病患在最後這段路上能走得平安順利，在治療上、藥物上可幫忙的地方並不多」【D1-003】

「假如病患不能接受，否認時間太久，病況已超過治療的黃金重要時機..那我們當然給予緩和治療亦就是症狀治療。」【D2-003】

由訪談資料顯示，多數臨床醫護人員【N1-004】【N3-003】【D1-010】【D2-015】【D4-007】【D6-002】針對提及癌末病患照顧中，以疼痛控制為首要，再則是各種症狀的控制，及身體清潔舒適的照顧，因為癌末病患照顧中，疼痛控制未控制好則其他心理與靈性均無法獲得平安。

3. 身體清潔舒適

安寧照顧其醫療行為已不多，照顧其日常生活，注意清潔舒適，品質不是制式的，是依個人不同需求提供的，生活中多給病患一些關心和注意病患就很高興。

「不過只要用心學到他的理念，做一些簡單的操作，項目不用太多，在 Routine 中對那些待床（待轉安寧病房）的癌末病患在照顧上那真的是很有幫助。」【D4-009】

「病患的生命品質重要的是不只是不要痛、食慾好、身體感覺舒適，就像有位夫人已痛得不成人形，當痛緩解後徵得同意，找人來幫她洗個頭看起來精神多了，病患的感覺也好很多，生活中多給病患一些關心和注意病患就很高興」【N3-002】

三、照顧家屬方面

癌末病患生病期間，在照顧上都十分需要人力，家屬的參與是不可少，家屬陪著病人全程的照顧，真心的去關心他，瞭解這一條路是很艱辛的，陪她走完家人生命最後的過程，而這些都算是一個愛的關懷；因為給予病人及家屬真誠的關懷就是給病人真正的幫助。也提供家屬必要的資訊。由照顧知識技能的指導；協助哀慟情緒的宣洩；喘息照

顧等三方面來探討。

(一) 臨終事件處置的指導

癌末病患生病的歷程，由家屬全程的陪著、照顧著，一路走來的艱辛不是一般人所能瞭解到的，由恐懼焦慮害怕束手無策到勇敢面對協助照顧，護理人員在照顧技術的指導，給予真誠關懷，就是給病人真正的幫助。

1.非安寧護理人力不足，教導家屬學習如何陪伴病患，渡過死亡過程

「安寧照顧理念加進來對大家在態度的轉化上對病患是有助益的，可以去感知到癌末病患是有這方面的需求，加強同理心或溝通技巧方面的課程，在臨床上我們的時間實在是很不夠，因為安寧病房的人力比是 1：1，除照顧外還可以有一些時間來陪伴、來傾聽，但是在非安寧病房這一部分就要教導家屬，來協助陪伴，並照顧病患日常生活」【N3-006】

2.關懷家屬同理他們的心理反應

「又要增加時間和人力來指導家屬如何來照顧病患，給予真誠關懷，就是給病人真正的幫助，醫護人員能細心觀察到病患及家屬的需求也是一項重要的觀察力」【N1-005】

3.鼓勵病患家屬成員相互支持

「需要安寧療護的病患，反而是家屬需要比較多的支持，除照顧病患所帶來的身心疲累外害怕 焦慮 擔心其他的家庭成員，或經濟 工作 社交等困擾」【N2-010】

4.協助哀慟情緒的宣洩，維護其安全

「...這時家屬都會緊張 慌亂 尤其情緒會激動，要注意家屬的安全！」【N3-020】

5.遺體護理 (Body Care)

「病患進入瀕留狀態，護理人員能使力的地方，只有提供家屬一些病患臨終前後的處理問題，並協助死亡後的身體清潔、沐浴、更衣等」【N3-09】

在訪談資料中【D2-004】也提到接受安寧療護的病患，在醫療行為上已經很少了，反而是家屬的支持、關懷照顧更顯得重要。病患臨終時家屬身心哀慟情緒，有些激烈的如大聲哭泣、暈倒、休克等意外發生要加以防範，必要時提醒家庭成員相互支持。

(二) 喘息照顧

1. 社工介入

非安寧病房醫療團隊支援不足，社工和志工倒是我們可以用的支援。

「我覺得社工員還蠻重要的，還有營養師。因為安寧照顧除了照顧病患，也要去照顧到家屬的需要，家屬其實很可憐照顧這樣的病患心理充滿了矛盾與疲累常常束手無策，不知如何照顧病患也不知道應該為病患做什麼，這時醫護人員和社工的協助很重要」【D6-007】

「提供家屬一個可以休息的地方，可以有暫時離開病房的感覺」【N2-010】

「家屬也都會儘量照顧到，如經濟或家屬問題會找社工幫忙」【D1-007】

2. 提供訊息

「病患身後事的安排家屬最常問的問題是什麼時間應該準備衣物、該給病患穿什麼衣服、要穿幾層、死亡證明書怎麼拿、拿幾份、什麼時候應該準備金剛沙、在什麼地方、什麼時間助唸，是否有人協助處理，這麼多問題，像這些都必須在適當的時間告訴家屬，給家屬一些提示，引導他做一些準備。至於喪葬禮程序則比較少遇到...」【N2-019】

病患在病情惡化，各種跡象顯示生命即將終結，雖意識清楚，但其身體活動力逐漸衰退，無法完成社會性的功能，需完全由他人照顧，此時之日常生活照顧十分費時耗力，醫護人員需要家屬的協助有時更需志工的介入提供家屬喘息照顧。

參、非安寧病房推展安寧療護理念其實際執行面的困難因素

非安寧病房推展安寧療護理念之困難因素由實際執行面，兩種病房基本屬性之差異來討論：醫療環境、設備的差異性；照顧目標的差異性；佔床率的差異性；醫護人員的專業知識技能的差異性；照顧人力時間及工作負荷量的差異性；健保給付之考量等方面來討論。

一、病房屬性差異

(一) 醫療環境、設備的差異性

1. 治療性環境

醫療環境硬、軟體設備須配合病患的「治療」或「照顧」目標不同需求而改變。

訂定可行的目標

「非安寧病房安寧理念的執行，要看目標怎麼訂，如果是達到身、心、靈平安，將它定位在生死兩相安，是非常的困難；如果是症狀的控制及身體清潔舒適方面是可行的...」【D5-004】

醫療設備、燈光、病室整體氣氛不同

「在設備、燈光上沒辦法人像安寧病房一般柔和，我們非安寧病房需要的是比較亮的燈光」【N2-010】，「另外很不幸，通常在隔壁床有可能就住一個使用呼吸器的病患，那病患就更不能好好休息」【N3-012】

「在軟體、硬體上都要改善，雖然是癌末需安寧照顧，但安寧病房沒有床位，非安寧病房也沒有床，結果隔壁床可能就住一個使用呼吸器的病患，每天機器打呀打的，癌末病患也不能好好的休息，但是考量到我們病房的功能，能做的也只能儘量安撫而已」【D4-014】

非安寧病房，需要檢查、診斷、治療的病患，所需要的是治療性的環境設備、採光要配合檢查、治療之需採用比較亮的燈光，尤其在做治療時，打針、發藥等其燈光一定要明亮；訪談資料中【D6-017】【D3-17】也表示，各種疾病及醫療處置不同，有可能需要安寧的病患「他需要安靜，但是他隔壁床可能就住一個，需要使用呼吸器才能活命的病患」兩種不同需求的病患常有可能住在一起，為了病患的不同需求在環境及病患做適當的區隔是必要的。

2. 療護性環境

需安寧療護的病患，其環境需要具備採光柔和，安靜、舒適、溫馨有家的感覺，適合病患休養。

(1) 燈光柔和安靜照顧的動作和緩，舒適是須要的

「因為安寧療護步調比較緩慢，燈光柔和、環境空間比較舒適，一般病房工作繁雜、太多、太吵，在有限的時間、工作負荷很重喔！」D3-009.

(2) 溫馨有家的感覺

「安寧病房要讓人看起來很素雅很乾淨，讓人看起來很有美感」【D2-010】，「在我們融入安寧療護的理念之下，其實硬體設備亦相對重要，也不能醫院的安寧病房，只局限在某一樣板病房，把它佈置得超好，這個樣子也就是佈置得很溫馨、安祥就像五星級飯店」【D2-015】

(3) 成本太高

硬體設備佈置溫馨、安祥有家的感覺但是成本高！融入安寧療護理念其步調緩慢，費時、耗力、工作負荷很重，人力成本相對增加。

安寧病房設備成本高

「..轉去安寧病房對病人的照顧成本太高，因為其環境空間的設計、設備、...很多的配備我們都沒，如往生室 洗澡間，人力配備和我們差別太大」【D3-009】

安寧病患需要安靜的環境

「因為末期病人病情危急，非安寧病房作業緊急一點，看起來吵雜一點如急救啦！做許多治療中制造出來的吵雜聲音，好像轟轟烈烈(病況危急的急救場面)的那種方式！所以非常重要重要的是病房的氣份，」【D2-015】

(4) 緊急與緩和，治療與照顧之差異

病房變異性小，或長期慢性病房，適合推動安寧理念

「我們是急性病房如果是慢性病房，病人都不太有緊急變化，那絕對可以安寧照顧」【N2-004】，「至於環境只能看我們有多少能力做多少事..安寧病房只是增加一些設備，讓人感覺不同，設備豪華一點，床位少一點，護理人員多一點，事實上病患的照顧問題，並不會因為換了一個地方而有所改變，有些人認為癌末病患就應該到安寧病房，這是一個錯誤的想法。」【D1-015】

(5) 醫療團隊的限制

「安寧病房的空間大、設備齊全、護理人力夠、資源多、比如它會有社工師、宗教師、藝術治療師、還有家屬參與」【N2-004】，「病患需要身體方面的接觸如按摩、緩解疼痛啦、或是陪伴啦在我們非安寧病房可能會有限制、有困難，在非安寧病房空間就有限制，整個醫療團隊照顧上也有限制，但是我覺得個人有沒有安寧療護的理念也很重要」【N2-005】

非安寧病房的病患兼具治療、檢查、症狀控制與安寧需求等不同病患需求，醫護人員在同一時間點上要兼顧每位病患需求，其心理衝擊與調適是一大挑戰。非安寧病房工作緊湊而快速，每天護士跑來跑去，吵雜，無法讓病患獲得身、心、靈的平安，非安寧病房環境設備，人員訓練、整體醫療團隊支援、空間使用，照顧支援均有限制，但重要的是個人要具備安寧療護理念。安寧病房是一個特殊的療護單位，提供癌末病患身、心、靈、社會的全人照顧，在環境上提供一個像家，一般溫馨、愜意的療養場所，異於一般的醫療院所，裝璜的格調，房間設備如沐浴設備、給人感覺豪華訪談資料中【D1-014】【D4-014】【N2-009】也表示安寧病房的佈置，像進入五星級的觀光飯店，安靜、莊嚴、無氣息，與非安寧病房的明亮、活潑、有朝氣的治療性環境有很大不同。

二、「醫療」與「照顧」目標的差異

非安寧病房不一樣的地方是它的組成不同，另外是照顧目標不同，照顧目標是病人的病，趕快能治好，疾病能控制得住，好趕快出院；而安寧病房病患不管療程長、短終究要面臨死亡，所以目標擺在怎麼樣提昇其生活品質，協助家屬如何面對病患即將死亡的哀傷期獲得支持，目標不一樣，所做的處置也不同。

1.同時面對不同需求之病患

「非安寧病房比較困難的地方在醫師，可能同時碰到不同疾病的病患，早期診斷須要治療的、治療中有合併症待處理的、疾病末期需安寧療護的，這些病患在治療和照顧上心情的調適和壓力是很大的。」【D5-006】

2.治療與照顧目標之需求

「病患屬性不同，治療目標與照顧方式也不一樣，如早期開刀由外科照顧，內科治療則做放療和化療或是這二種加起來一起治療，這時病患一般身體狀況都不會太差，如果是末期的病人也有可能一診斷出來便已經是末期病人，這時他不適合做放療和化療，只能做支持性療法就是症狀治療，這個治療方向就不一樣」【D5-006】

「安寧病患主要是減輕痛苦，協助他舒適的走完他最後的生命，而不是要積極的去治療它把病治好。」【N2-009】

「安寧療護主要是疼痛控制、身體清潔舒適、翻身翻得很有技巧、不像我們快速的左右兩邊翻就好啦」【D4-003】

3.面對危急時，救與不救之困擾

「非安寧病房的病患，通常是須要做治療的，而且要快，現在床位這麼緊，每天有這麼多病患在等床，在處理上要在短時間內完成各項檢查，做出正確診斷，給予治療，在危急時我們會有急救措施，務必將病患搶救回來」【D2-015】

「需要安寧療護的病患，在危急時不再特別去急救，讓他平靜沒有痛苦的離開」【N3-012】

4.環境需求之困擾

「安寧理念對病患是有助益的，只是時間和空間的配合沒有那麼好，..在非安寧病房的限制和困難中，最怕同一個房間內一個需要使用呼吸器才能活命的病患。另一個則是需要安寧的病患」【N2-010】

5.難兼顧急性與緩和二種不同的須求

「非安寧病房醫師，他可能同時碰到二種，或三種不同疾病的病患，心理的調適一下子要從治癒性、控制性到安寧照顧，他可能要面對一個比較廣泛的照顧方式的調適。但是在安寧病房就很確定，他照顧方式是走緩和照顧，非安寧病房醫師的角色調適上，一下子是做治癒性的醫師，一下子又要做控制的醫師，一下子又要做緩和照顧的醫師。如碰到肺癌早期，剛診斷出來要想辦法用開刀、化療、放療設法達到治癒目標。同時是 COPD 病人的喘，要控制它的感染、讓他不喘、沒有合併症，然後可以出院；也可能碰到他的老病患，也就是肺癌病患已經做過化療、放療都沒辦法把他治癒，而且已經轉移出去了，這時他需要安寧照顧。」【D5-006】

病房屬性不同，很難兼顧急性與緩和二種不同的須求，在治療性病患之檢察、診斷、治療要如在時間內完成；而救人是醫師的天職，當病患生命危急時，會設法救治挽回生命；安寧療護主要是在痛苦的減輕，提供疼痛緩解的需求與照顧上的舒適。

6.嗎啡和鎮定劑的使用技巧

「第一年的住院醫師比較沒有經驗，訓練過程中每個月都是用輸的，沒有豐富的安寧療護經驗，不敢大量使用嗎啡和鎮定劑，藥物控制上會保守一點，會擔心一針打下去病患會不會就死了！麻醉藥使用是住院醫師訓練的一部份，那是可以學的不會有問題」【D1-006】

「醫生要學習嗎啡劑量的使用，安寧病房在劑量上的使用比較沒有那麼多的顧慮，好像病人一轉到安寧病房病人就快要死了一樣，不考慮劑量，及會成癮的問題，所以使用上會大方一點。但是在非安寧病房的病人好像還可以存活一段時間，所以在這些麻醉性藥品的使用上會保守一點，如嗎啡劑量使用上顯得有許多顧慮如怕有副作用啦！上癮啦！所以在止痛藥使用技巧上要加強訓練。」

【D2-010】

每位醫護人員的經驗不一而足，知識必須透過經驗來驗證，經驗的傳承更是醫護界的珍貴傳統，許多的臨床照顧技巧都是這樣來一代一代的傳下來。由訪談資料顯示，非安寧醫師【D3-009】【D4-003】【D5-004】，在疼痛控制方面用藥比較保守，因為這些病患使用嗎啡和鎮定劑都是短暫的，非長期使用者，在劑量上會考慮病患使用後，造成成隱性的問題；但如果在安寧病房比較不會考慮成隱問題，因為病患的生命期已經很短了，在醫師藥物劑量的使用的部份，對住院醫師也是頂新的挑戰與學習。

三、佔床率之差異性

非安寧病房（胸腔科）收住的病患只要影響呼吸道，及肺部組織的疾病均屬之，如肺癌、呼吸衰竭、慢性阻塞性肺疾病、肺結核、肺炎等；台灣歷年來十大死因中肺癌佔第二位，死亡率卻佔第一位，其每月平均佔床率都在 90 % 以上。

1. 佔床率高的床位用來照顧療護病患會影響急性病患醫療行程

「考慮佔床率不是那麼高的病房，像胸腔科佔床率這麼高的地方來做，可能整個工作行程都會慢下來」【D2-007】

佔床率高的單位執行上會有床位周轉的壓力

「安寧療護理念推展到非安寧病房，病患住院天數將會拉很長，影響需要住院治療病患的床位周轉壓力，所以像胸腔科佔床率很高（平均 96.7 %）的病房，是應該推動這種理念來照顧病人，不夠，如果有更好的地方來推動這個理念，也不一定要在我們胸腔科病房，因為我們的病房太忙或另外拓展一個空間那也是不錯的。」【D2-007】

2.安寧病床不敷使用

「..有時我們會說那（安寧病房）是一種樣板病房，比如說醫院這麼大，約有一千八百多床，那只是少數的十五張床，在床位上十分有限」【D2-007】

「每年癌症病人這麼多（2-3 萬人），樓上（指安寧病房）就只有 15 床，真要轉那是很難的，不夠！絕對不夠！現在癌症病患這麼多。」【D3-015】

胸腔科的病患以肺癌病患最多，死亡率佔首位，非安寧病房之癌末病患也有安寧療護需求，但是安寧病床，全台灣 535 床，全年 9784 人往生於癌症，這些病患都需要安寧療護，以這樣的床位比率顯然是一床難求。

四、醫護人員專業知識技能之差異

非安寧病房醫護人員之安寧療護知識不足，除在職教育外，也主動自我學習提昇其專業知識與技能，將其理念概念化，轉化運用於平時病患照顧常規之臨床技術操作上。

1.專業知識、技能不足

「安寧療護在非安寧病房並非每位醫護人員都深入瞭解，但是臨床還是會碰到有安寧療護需求的病患，所以我們晉升 N2（護理人員級階）時，每人必須上 2 小時的「安寧療護」課程，我覺得那好籠統，太籠統！」【N2-023】

非安寧病房護理人員的自我反思，臨床護理專業，知識、技能與經驗缺一不可。護理人員需具備安寧療護相關認知、照顧技巧、疼痛控制、同理心之運用及溝通技巧，能瞭解病患心理、靈性問題的處理，減少工作挫折與壓力。臨床上在職教育可提昇非安寧護理人員。

2.照顧技巧不足

「非安寧病房屬急性病房，工作項目複雜，有許多的身體症狀的問題要處理，心理和靈性除非有症狀會，會診精神科外，很少主動去接觸病患內心深層的痛，因為擔心自己沒辦法做好病患的心理支持或輔導什麼的」【N2-11】

護理人員的最大困擾因素是忙，另外是對安寧療護理念不能完全了解，對病患身體照顧以外，不敢主動去接觸，因為自己沒有照顧技巧，擔心會弄巧成拙，心有餘而力不足；病患身、心、靈的問題不知如何處理。

3.安寧療護理念的融入，可加強非安寧醫護人員對安寧療護理念認識

「照顧癌末病患如果能在常規照顧中，加入一點安寧的理念，讓他們（醫護人員）知道安寧療護的項目是什麼，給大家一點這方面的概念其實是很好的」
【D2-014】

4.選擇目標容易達成的項目先做

「我們從最簡易的開始，單純用訓練用嗎啡，這樣的方法，那目標容易達到身體平安，這就是從病患身體的平安開始做起，剛開始大家比較沒有經驗，...慢慢的再延伸到心理和靈性的平安，或社會家庭的部分，那就心有餘力再來做，這樣可能簡單一點」【D5-007】

5.被放棄的感覺

「安寧照顧是有一點放棄病人，放棄急救、放棄什麼的...它主要是讓你不喘、不痛直到時間到就自然走了」【D3-007】，「...將理念運用到非安寧病房工作常規中照顧癌末病患，這是個很好的想法，對我的病人尤其公平。不會讓他們有被放棄的感覺這很好」【D3-014】

受訪資料顯示【D4-001】自認轉安寧療護是有點放棄病患；但是安寧病房比較可以提供病患心理、靈性層面的照顧，會配合家屬與病患之需求協助轉安寧病房。安寧病房沒有床時，醫師和護士大家一起來努力，將安寧療護理念在適當的時間，普遍的介入癌末病患照顧中，才能將理念運用，落實於臨床實務中。

6.在職教育需求

(1) 專業知識、技能不敷使用必要時自我學習

「各種專業知識、技能，需要時當然自己是要學啦！知識為背景，在臨床技術上可運用的層面變廣，如果在照顧安寧病患上所需之知識、技能應該都沒有問題」
【D6-010】

(2) 護理人員在職教育，應加入一些安寧療護理念的課程，現有課程太籠統

「再職教育應該再加入一些安寧療護理念的課程，有些護理人員很努力，自己會安排時間去安寧基金會上一些安寧療護的課程，因為護理部的課只有兩小時概念太籠統」【N2-023】

(3) 非安寧醫護人員對安寧知識理念、技術操作不熟悉，對靈性照顧也不瞭解

「全院除安寧病房外，每個科，都收住許多的癌末病患，在照顧上知識是不夠的，對安寧的知識理念、技術操作方面都有很大差異，身體疼痛的問題，醫師在病房的處置比較保守，護理人員對心理不熟，也沒有社工或牧師駐守病房可諮詢，對靈性的意義範圍也不了解。」【N3-009】

非安寧醫護人員，在臨床遇到有安寧療護需求的病患愈來愈多，訪談資料顯示【N1-021】【D4-001】，在病患有需要時再去學習，在照顧過程中，會產生醫療困擾與質疑，目前因應照顧需求，安寧療護在各大醫院列入護理人員進階必修課程，但因時數限制只能做概念性介紹，對有需求之護理人員顯得太籠統，有興趣者會參加各種研習會來自我學習成長。

五、工作負荷過重，人力配備、時間不足

1. 非安寧病房加入安寧理念照顧病患對病患照顧比較好但主要是時間有限

「安寧療護理念的運用至少是一個照顧的方式，儘量讓病人不要痛苦啦、由非安寧病房到安寧病房之間，不一定要全部在同一條線上，有緩和照顧還是要比較好，我們這樣做，比較好主要考慮的是現實面的問題，甚至於護理人員、醫生也要花更多的時間到裡面去工作，提供安寧照顧在人力上，...心有餘力不足，因為時間有限，在急性病房工作上的輕重緩急要拿捏清楚」...【D2-009】，「像胸腔科佔床率這麼高的地方來做，可能整個工作行程都會慢下來，在照顧層面上人力也不夠，你看一個護士要照顧這麼多的病人，所有的工作時間就這麼有限，你叫他們做這麼多的工作」【D2-007】

「現在的人力配置很緊，白天一個人要照顧 8-9 個病人，這當中會含有 2-3 名，有呼吸器使用的病人，這個工作量已經很大。而安寧病房主要是照顧病患少、人力多，又有醫療團員在支持、呵護」【N2-012】

「安寧療護是一個醫療照顧團隊，有醫護人員、社工、宗教師、心理治療師等，

在我們這裡，很難做到相同的地步」【D6-016】

「在平時加強同仁確實做好基礎護理加強同理心或溝通技巧方面的課程」
【N1-006】

非安寧病房融入安寧療護理念，可以說是一個起步，不過，在照顧層面上人力是不夠，【N3-012】【D5-007】也提出胸腔科病房病患佔床率、週轉率高，一個護士要照顧這麼多的病人，工作時間又就這麼有限，病患的嚴重度高，像呼吸衰竭的病患，及使用呼吸器的病患所需之護理時數，本身就比其他病患多，尤其病患在喘的處理上是很耗時間，但是人力配置上，並未比較多所以工作的負荷很重，沒有太多的時間去陪伴、聆聽病患的心聲和需求，由訪談資料顯示【N3-005】【D4-007】【D1-014】【D2-007】臨床上執行常規照顧工作時，融入安寧療護理念，照顧癌末病患是可以的，但是，認為教育訓練也是很花時間的，在人力不足下，社工或輔導員也幫不上忙，義工偶而幫忙跑跑腿，也沒看過義工在非安寧病患陪伴病患，必要時可協調社工代申請義務陪伴照顧 1-2 週。

六、健保給付

「不是每個人都付得起那部份附擔的差額，病房費每日累積下來在經濟上也是一筆不小的負擔，這時反而家屬需要比較多的支持」【D1-021】

病患在治療過程一方面想要繼續治療，一方面心中有太多的不確定因素、家屬照顧病患也有工作、家庭、經濟的壓力，健保給付減輕了癌末病患及家屬在經濟上不小的負擔。

肆、非安寧病房融入安寧療護理念其執行面所需支援

建構安寧療護理念，在非安寧病房醫護人員執行工作上能適時運用在癌末病患身上，對安寧療護的觀念的，落實在一個能普遍，而適當的常規照顧中，是醫護人員工作態度及觀念的改變，在同儕中相互交叉支持，在自然的情境下將安寧療護理念帶給其他醫護人員及病患家屬。因此種子的散播，加速理念的傳承，所以在剛開始學習時，也就是先從觀念、溝通開始改變。決策主管之支持；環境區隔及人員區隔、成本考量；療護

行為的改變等方面來討論。

一、決策主管之支持

決策執行前主管的策略影響事件之成敗，主管個人對安寧理念的認知程度，也是安寧療護理念在臨床推展落實的關鍵。台灣各醫學中心均有運作良好的安寧療護病房，但是其他的病房，仍然有許多癌末病患未作安寧療護，當然，安寧療護的運作給人的刻板印象就是，高成本！人力、設備更是首要考量，因此，縱使有心也難以化為行動，若能另類的思考轉化，將理念化為行動落實於臨床，來照顧這些非安寧病房的癌末病患，將是提供癌末病患需求的解決之道。

（一）提供醫護人員教育訓練

我們學習，如何去面對病患的死亡，醫護人員素質需由教育著手，加強安寧療護理念相關課程，學習如何去照顧病患，而不只是在治療疾病本身，由個人分享中肯定在職教育時重要性。

1.加強醫護人員對臨終病患照顧之知識技能

「醫護人員在職教育加強安寧理念，護理人員的生死觀，瀕死徵兆與處理，照顧經驗分享。以修正個人行為及增加照顧經驗的學習，可以正視病患的死亡及適當處理自己的情緒」【N2-011】

2.在職教育訓練的人員除醫護人員外尚包括家屬

「醫師的經驗，本身對自己不太有自信，沒有做過，沒有豐富的經驗，讓自己不敢去做大量的嗎啡和鎮定劑使用；安寧療護理念的教育訓練，還得把家屬算進去，因為人力不夠時，訓練家屬協助照顧病人是很重要的」【D5-004】

3.覺察到個人面對死亡的態度與感受

「教育訓練要教也不可能說改就改，安寧理念的融入是自然建構的，不是短時間可以輸入的，我們醫護人員的教育著重在，學習如何去面對病患的死亡，而不要每次都談怎麼樣去治療它，護理人員面對死亡的」這也是很重要【N2-023】

在職教育所以應該教我們學習，如何去面對病患的死亡，及學習病患在瀕死前會有那些徵兆、及怎麼樣去滿足癌末病患及家屬的一些身心社會的需求，安寧療護理念的教育訓練還得把家屬算進去，教育訓練是理念的融入，是自然建構的不是短時間可以輸入的，這也是很重要應該把它放在我們教育課程中。

(二) 考量照顧人力、時間、成本

1.非安寧病房照顧病患有一定的工作常規

「醫護理人員有一定的工作量和行程，因為我們的工作性質就是步調比較快，工作量讓我們有時間壓力，所以人力和時間是很要緊的，如果因此而減緩工作流程對其他的病人也不公平」【D4-009】

2.臨終前需照顧處理的問題多，複雜性高，適時提供照顧需求需要時間

「當病人來到了安寧病房其生命已到盡頭，而且什麼都不能做的時候，要面對的，及處理的問題之多，其複雜度之高不只是人力夠就好，還需要有足夠的訓練...」【N1-005】

3.照顧方式的改變首先考量的是成本有沒有增加

「用現有的人力、設備，不增加成本，或許可以獲得長官的支持..」【D6-006】

「我認為執行上只要人力夠，這也是我們的困難，目前各單位都在縮減人力，在缺人的情況下護士小姐會比較辛苦，如果是理念的轉化，成為工作的一部分，我想老闆應該沒意見。」【D5-008】

醫護理人員的照顧人力、時間、負荷量都需要考慮，訪談資料顯示，【D4-001】認為非安寧病房工作性質就是步調比較快，有一定的工作量和行程，在有限時間下適當調整人力，時間是解決當前人力不足的唯一重要因素。【N2-023】也提及非安寧病房，照顧臨終病患其醫療行程已經很少，唯臨終前身體的不舒服症狀帶來許多複雜問題，要處理一個死亡的情境，護理人員要有適當的訓練和照顧經驗，才足以面對病人或家屬，提供合宜的協助。

(三) 護士身心的回饋

安寧療護，護理人員的角色是在提供緩解癌末病患身心痛苦的支持性療護，要適時提供照顧需求，是需要足夠的人力、時間與同理心的運用，要護理人員自動自發在複雜的照顧中，堅持關懷的態度、使命感、達到完全的照顧，仍需長官的鼓勵與支持。

1. 提供精神或物質的回饋

「人需要心理和精神的支持佔很重要的部分，當然實際的支持也很重要比如考績，其他凡是支持性的東西，如給他一張成績單之類這也很重要..同仁一定要給他回饋，不然很快就會那個...」【D5-009】

2. 有安寧療護的理念，由心出發，用同理心去瞭解病患的需求

「在第一線的工作人員如果被要求，被命令要求去提供愛心，老實說不太容易，所以只能鼓勵大家，體會安寧療護的理念，由心理面出發，自動自發努力去做，以同理心去驗證病患的需求，學習尊重生命」【D2-020】

非安寧病患檢查及治療上各有其階段性的療程待完成，而癌末病患的「治療」與「照顧」需求，視需要漸漸增加融入病患的整體療程中，所提供的照顧必須是及時的，在兩種不同病患需求下，需隨機運用其知識與技能來達成各階段性的任務，其工作是十分之繁重，因此訪談資料顯示【D1-008】要激發其護理人員自動自發的意願，護理人員的身心的回饋激勵是重要動力。

二、環境及人員區隔、成本考量

(一) 環境區隔試辦

1. 治療與照顧需求不同的病患在環境上做適當的區隔

「病患治療與照顧目標不同，需求不同，安寧病房環境比較好...在環境上安寧病房環境是比較安靜、普通病房是比較緊急，腳步比較快，比較熱鬧反正那種感覺就是不太對，應將環境、病患做區隔。」【D3-007】

2.由點而面區隔病房中某些床位來試辦

「我們醫院會比較困難，但也不是不可行，我們可以先將病房中的四人房改變試辦，專門照顧這些需要的病人，將需要照顧的病人轉過來照顧」【D3-009】

3.在現實考量下以用現有的環境、設備做做看.... 邊做邊改

「安寧病房的設備如浴室、洗澡機等設備考量是否要做些改變，如果將安寧病房那一套設備及醫療團隊人員都帶進來一定是沒辦法，用現有的環境做做看.... 邊做邊改」【D2-001】

非安寧病房的病患通常是須要做治療的，而且要快，現在床位這麼緊，每天有這麼多病患在等床，在處理上要在短時間內完成各項檢查，做出正確診斷，給予治療。安寧療護理念推展到非安寧病房，會拉長非安寧病患住院天數，滯留天數增加，影響床位周轉率，以胸腔科肺癌病患人數比率，是應該推動這種理念來照顧病人，不過在佔床率、工作效率、工作量的考量，在訪談資料中【D1-015】【D5-008】【D6-005】建議，另外拓展一個空間來推動這個理念，或將單位環境加以區隔來試辦應是可行的。

(二) 照顧人員與病患區隔

1.區隔試辦，將照顧的人、環境及病患分層次提供不同的照顧需求

「...但在現實面都做不到，不如將病人分層次，針對某幾個病人提供服務，評估病人真正的需要，篩選病人來做，將病患做區隔執行」【D2-001】

「將環境區隔提供病人不同層次的照顧需求」【D1-015】

「安寧病房環境設備很好，氣份非常重要，非安寧病房要改變得安祥一點，安靜真的是須要，必要時環境、病患可做區隔」【N2-018】

以現實考量人力及各種支援不足的問題，評估病人真正的需要，依病患需求分層次，將安寧療護理念融入癌末病患照顧，提供服務，部份的硬體設施作必要之改善，適當規劃有助於安寧理念的融入。

三、醫護人員療護行為的改變

(一) 關懷：病患感受被關心與尊重

多花一點時間，細心的照顧提供身心的需求，能減輕痛苦家屬感到溫馨沒有遺憾，個人覺得只要有心！去觀照病患的需要！以同理心對待，設身處地想想當下那個情境如果是自己或家人我希望怎麼做？以這樣的人，心境比較可以做到尊重生命，愛與關懷讓的陪伴，融入被遺棄的感覺。

「臨終時有人陪伴，不要有被遺棄的感覺，心中的願望能達到，家人有妥善的安排，自己沒有遺憾！用愛來療傷，讓家屬沒有遺憾與抱怨，引導家屬和病患告別」【N1-018】

「照顧瀕死病人時態度要莊重，關注家屬的需求，對病患照顧動作要尊重，把病患當作還是清醒時一樣尊重他，跟他說話，癌末病患如果得到多一點的關心，他會很信賴你，願意將心理的話與你分享，也想聽聽你的看法和建議，對你也產生信任感」【N3-020】

「我們在動作表現上，要讓家屬感覺在非安寧病房的照顧和安寧病房的照顧沒有兩樣，這是很重要的事，癌末的病人在照顧上、想法上要一致，最重要的是我們要多花一點時間，細心的照顧提供身心的需求，能減輕症狀帶來的痛苦」【D1-019】

療護癌末病患的過程是極具複雜與挑戰的工作目的主要在緩解末期病患身心痛苦。護理人員的關懷（caring）態度是安寧療護成功的因素。它必須是能敏感體會病患的感受及需求，提供病患的照顧關心需以尊重病患為中心。使命感促使工作人員積極協助病患緩解不適獲得善終。而安全的照顧則包含病患及家屬使其免於身心靈社會的痛苦，更應適時增加其安寧照顧之需求。

安寧療護理念推展成功的因素，在大家能了解安寧照顧的精神在那裡【D6-016】指出，醫護人員多付出一點點的關愛的心、多給予一點的時間，馬上感受到病患與家屬的那一分感動。【N3-024】認為隨時掌握自己病患病情的變化，對那些末期病患需求主動關心到，儘量協助他們使病人身、心的不舒服，能不需哀求，就能及時有人關心和立刻處理，會感受到被關心與尊重；家屬在病患即將死亡前，由訪談資料顯示【D2-015】

【D4-007】【N3-024】認為讓他們感受到被關懷，較能接受事實，心理負擔減少，在病患臨終時受到像人一般的對待，他跟他說話，重視病患的隱私，把病患當作還是清醒時一

樣尊重。

(二) 使命感：用心程度與工作態度

1. 安寧理念要推動，人的意願和態度很重要

「如果轉不上去 對病人在照顧上 能用安寧照顧的方式是比較好；執行要成功，人的意願和態度是很重要的，不論人或事，人員素質和教育訓練，都要重新教育、工作心態也要調適」【D3-016】

2. 護理人員所提供的服務是即時的，馬上的

「...當病患有悲傷和需要時，我們都不說請你們等一下，我們知道病人沒有多少心力可以等，我們所給病人的都是即時性的，是馬上的」【N1-017】

3. 協助家屬在病患臨終時做好陪伴

「臨終前讓家屬能把握住最後和病人互動的時間，做最好的陪伴」【D5-009】

4. 護理人員是溝通的橋樑

「護理人員扮演著一個重要的溝通橋樑，讓家屬把握機會來陪伴病人，把握最後時間跟病人講感謝的話，因為「身體」一旦移走了，就是看不到、摸不著、完全無法接觸，那是完全不一樣的感覺。」【N1-005】

治療及照顧癌末病患，面對日益惡化的病情及棘手的症狀處理，造成工作人員極大的壓力和挫敗感，安寧療護人員需具備緩解病患身心痛苦，增加病患生活品質及協助臨終病患善終的使命感，提供癌末病患的照顧都是即時的，尊重病患，瞭解家屬的疑惑。

(三) 安寧療護理念與知識技能的提昇

1. 安寧療護知識及理念在需要時要自我學習

「各種專業知識、技能，需要時當然自己是要學如果在照顧安寧病患上所需之知識技能應該都沒有問題，在症狀治療方面，稍加訓練應該是可以的」【D6-010】

2. 疼痛控制與症狀處理，是安寧療護的重要工作，非安寧醫護人員需再學習

「胸腔科病人在癌症末期通常會比較喘，有呼吸困難，治療的技術可以加以訓練，在安寧病患，緩和的治療上他們是儘量控制他的呼吸困難，在藥物控制上加強，這些癌症末期病人的症狀能夠控制，這方面亦要加以訓練...」【D2-010】

3. 非安寧病房之癌末病患，也有安寧照顧需求

「如果有安寧療護理念對癌末病患是很有助益的，只是時間和空間的配合沒有那麼好，忙起來也會有喘不過來的感覺」【N2-004】

知識行為之改變由教育紮根，專業知識、技能除學校教育，在職場上都有提供在職教育，吸收新知，再則可利用個人公餘自行進修學習，融入安寧理念，建構在日常照顧當中，與同儕分享、討論會給自己一些學習和成長。

安寧療護理念的教育訓練，除醫護人員外也包含家屬，醫師在疼痛控制，藥物使用上要加強，臨床經驗的傳承，形成所謂的「做中學」，從未學過的問題出現時則共同來學，就如 SARS 的突然出現，讓所有的人都在「做中學」，然而安寧療護理念，在非安寧醫護人員中，其專業知識技能仍有差異，由訪談資料中【D3-010】認為，知識的提昇應是全民，社會大眾也應加強宣導，安寧療護知識，強化醫病關係，避免醫療糾紛，讓臨終病患走得安祥、平靜。

(四) 溝通技巧與同理心的運用

1. 護理人員的安寧知識和照顧技巧，包括護理評估，溝通技巧和照顧方式，因為護病互動頻繁，在臨床面對病患及家屬的任何質疑，均須具備好的溝通技巧，才能建立護病間的信任關係。

「溝通技巧的帶領也是有需要，...現在的新新人類很多，她們年齡大概 21-22 歲，從學校畢業到參與臨床工作，她可能還沒面對好自己，就要去面對病患的生、老、病、死，尤其面對癌末的病患，對他們來說真的很困難，經常有許多不愉快的問題，都出在溝通上，所以好的溝通很需要」【N2-023】

在安寧療護之知識和技巧，溝通是個大學問，主要在於病情告知的部分，在與病患或家屬的溝通技巧，是需要經驗，病患的需求或家屬的堅持，不得不刻意隱瞞病情，在互動中若沒做到好的醫、護、病間的溝通，到最後會留一個慘痛的經驗，就是讓癌末病患，臨終前還要急救，此表示前面未做好溝通，後面才會面臨「臨終前的急救」讓病患重遭慘痛的經驗。

2. 好的溝通技巧需要知識與經驗的累積

「...醫生在溝通技巧方面要教，他們如果去解釋病情及和家屬、病人去互動，關於怎麼樣去跟病人或病人家屬溝通那是比較難，不是光上上課可以解決的，

因為那溝通的技巧是需要一些經驗...」【D5-008】，另外就是醫、護、病間的溝通，怎麼跟病患跟家屬溝通他即將死亡，怎麼跟病患跟家屬溝通，他得到癌症，這就是一個很大的進步了，那這個進步之後，再來從藥物方面...也就是先從觀念、先從溝通開始改變，我想這是最好的」【D5-017】

醫護人員的溝通技巧需要以知識為背景，了解疾病的進展與治療，知道如何陳述，在病患家屬間建立信賴的醫、護、病關係，有益療程中對死亡過程的瞭解，及知道醫療過程的處置方式，醫、護、病間的互動，醫師在家屬信任的基礎下，提供病患更舒適的療護。

3. 溝通需要時間更要有耐心，技巧需要經驗的引導

「安寧照顧醫師在溝通方面要很有耐心，因為病患和家屬要了解病人的情況，和接受安寧照顧，這需要時間溝通，當然知識和技能的累積，會讓一個醫師比較願意做這回事情，但是這可能只是佔一部分，另外是醫生的態度，他願不願意花很多的時間，因為這樣照顧病患很辛苦，而且要花他很多的時間來照顧他，因為非安寧病房有許多檢查治療要馬上完成，而安寧療護在處理上比較花時間，尤其在處理病患的不舒服，溝通會佔去很多的時間」【D5-005】

4. 溝通不良的原因

「安寧病房，花很多時間在溝通、支持、分享」【D5-006】，「溝通不好的原因，主要是醫療團隊，也許太忙、也許醫師不能配合、或沒有這個觀念、或是家屬太忙、沒機會溝通，這些問題要有時間，有耐心的去跟家屬解釋，問題才能解決」【D 5-017】

5. 家屬人多、意見不一致，溝通更是費時耗力，必要時配合同理心的運用

「如果病人沒有意識，也已經給他插上氣管內管，用上呼吸器，就尊重家屬的意思，但是如果病人意識還清楚，就應該先尊重病人的意思，再考慮其他家屬的意見，如果家屬七、八個，意見不一致，那只好請家屬和家屬間先針對問題來討論溝通」【D2-012】

溝通技巧是很重要的，溝通技巧是和病患、家屬互動及解釋病情的基礎，而觀念的改變，也以溝通的基礎，病人或家屬的「溝通」互動是比較難，溝通技巧需要經驗，醫護人員在第一線接觸病人，要能讓癌末病患感受到和一般病患不一樣的地方，那種在照顧上不一樣的感覺，醫護人員在照顧上和溝通技巧的訓練就顯得特別重要。在訓練上以耳濡目染互相學習，或許也是一種方法，醫護人員二方面的訓練、素質的培養亦同。

現在學校教育已經注意到這樣的觀念，讓醫學生慢慢接觸，由訪談資料顯示，【D4-001】目前學校教育重點仍放在治療處置，至於如何去接觸病人，和病人溝通，家屬溝通，這些比較人性、婉轉的溝通技巧，和如何照顧安寧病患，這還需要臨床的學習與磨練。另外【D3-017】亦提到，醫師在被要求病情解釋時，也考驗著醫師的溝通技巧，對沒有經驗的醫護人員來說，學習「怎麼樣把把話說清楚」比「好好聆聽」更重要，因為家屬面臨病患瀕死的壓力，醫護人員必須仔細的解釋或提供資訊。

第二節 綜合討論

本研究旨在探討非安寧病房融入安寧療護理念照顧癌末病患之相關因素，藉由資料分析結果討論以下問題：

壹、安寧床位不敷需求。貳、為何醫護中心或署（私）立醫療院所只設極少數的安寧療護床位。參、安寧療護病房不是一般人可以住的地方。肆、安寧療護理念如何融入非安寧病房。伍、非安寧病情癌末病患及家屬也有安寧療護照顧需求。陸、融入安寧療護理念其優先可行項目。柒、受訪談者均肯定研究者將安寧療護理念落實於非安寧病房之構想，但是為什麼又認為窒礙難行。

壹、安寧床位不敷需求

每年癌症病患有三萬多人（衛生署 2002，07），有安寧療護需求者 115,184 人，估計至 2001 年，現有安寧病房床位約 532 床（賴允亮，1997），顯見是不敷需求，那為什麼各醫學中心或署（私）立醫所設床位這麼少，目前統計，現有安寧床位數是 353 床（安寧照顧會訊，資料載至 2002，07）。

貳、為何醫護中心或署（私）立醫療院所只設極少數的安寧療護床位

安寧療護是醫療的一種理念和照顧方式，提供癌末病患身、心、靈的整體照顧（holistic care），其成員用愛心陪伴走完人生。

安寧療護在醫學中心，極少數床位的意義，其主要功能是 1.教育訓練，安寧療護的照顧是延續性，及全人的醫療照顧，是其他醫療單位學習其照顧方式與精神、並拓展為普遍性癌末病患的服務網。2.示範與推廣，安寧療護的終極目標為提昇癌末病患的生活品質及生命尊嚴，並讓生死兩無憾。因此主要目標乃是要全面性推廣其服務網。醫護中心安寧療護的優勢，在於醫療資源、人力師資、設備均具示範意義，可做為其他安寧療護推廣其服務網之借鏡（如樣板病房與超好的五星飯店）3.教學與研究，目前癌末病患照顧，以症狀治療（symptom control）為主，關於其心理、靈性的探討是非安寧病房所缺的，因此在這方面的探討亦是責無旁貸的 4.轉介及接受後送，醫學中心的安寧病房，不但是其非安寧病房癌末病患轉介的單位，必要時更是其他安寧療護單位，急性處置如無法控制的疼痛之轉介單位。在發展的早期以少數床位為典範，近年來癌末病患增加，為提供多數癌末病患照顧需求，有安寧療護病房之設立，提供安寧療護不是少數高尚人的照顧權利，其照顧理念確有拓展普及化之必要性。

參、安寧療護病房不是一般人可以住的地方

由臨床照顧病患及家屬的互動中瞭解到，他們對安寧療護有不同的看法，大部分的人認為住安寧病房是要「有錢」、「有地位」、「有特殊關係」的人，或者治療無效「等死的地方」，被醫師「放棄」的地方，其看法以負面為多；都認為不是一般人住得起的病房；在醫護人員當中也有些人認為要住安寧病房「是不容易的」，因為在收案過程中十分嚴謹，經常等到病患即將臨終時才能轉到安寧病房，有的住 2-3 天，有的只住幾小時即往生了，這樣事實上無法做到安寧療護的精神。

肆、安寧療護理念如何融入非安寧病房

一、行政決策者的支持

行政決策者一定程度的支持是必須的，他們主要的考量在成本是否增加，由受訪資料顯示，客觀條件在環境、設備不是最重要的，主要在軟體上的運作，因為執行上必須在環境上做部分的區隔，以配合實際運用的需要。另外是人員的區隔、教育訓練、護理人員的身心回饋及護理照顧人力的調整。

二、環境區隔

在環境中區隔部分床位來運作，讓全體工作人員知道，某些床位是屬於目前病患中最需要接受安寧療護的病患，儘量提供他們一個安靜一點、柔和一點、溫馨一點的照顧環境，避免和使用呼吸器或躁動不安、吵鬧的病患住在一起。另外醫護人員照顧病患的心理調適上是較好的，可避免在同一環境，時間點，需照顧不同屬性的病患，如同一病室中，一位需要安寧療護，另一位需要急救或其他急性治療處置時，醫護人員的心情很難即時調適，尤其是資淺者，其理念的運用，必須個人具備安寧療護知識技能下融入常規照顧工作中，但是實際執行上並非是全面性的提供安寧療護，仍然須量力而為由點而面漸次拓展。

三、人員區隔

融入安寧療護理念最主要的除環境區隔外，要有「人」、「時間」才能運作，例如「陪伴」、「身體清潔」、「合宜的翻身技巧」、「指壓按摩」、「傾聽」等等都是癌末病患照顧過程中的重要歷程，在護理人力上因為非安寧病房性質不同，工作量大，其照顧人力、時間相對不足；以現有照顧人力、設備將安寧療護理念融入癌末病患照顧時間、

人力是最大的阻力，但是醫療團隊的認同與共識是最大的助力；因此護理人員在排班上要關注到資深和資淺人員的相互搭配，在潛移默化中引導學習，逐漸融入常規運用中成為每日工作中的一部分，另外，指導家屬、病患服務員成為我們照顧病患的另外一雙手，透過他們的協助提供病患更好的人性化的照顧，彌補我們人力不足的問題。

四、醫護團隊的認同與共識

安寧療護理念融入非安寧病房癌末病患照顧工作，研究者的理念是被肯定的，都認為在非安寧病房推展安寧療護理念，對癌末病患照顧是好的，若執行順利，對醫師在照顧病患上反而是有正面益處，一方面病患可以不必轉病房，仍然由醫師給予連續性的照顧，病患也有安全感，另一方面又可享有人性化的安寧療護，一舉兩得。

但也有持不同看法認為不容易執行，或根本不可能做到，主要是對安寧療護理念的知識技能在認知上的差異。大部分受訪醫師均對自己有信心，可以運用安寧療護理念來照顧自己負責的癌末病患，至於疼痛控制部分藥物劑量的使用，住院醫師是可以學習的不會有問題，其他相關知識技能方面也認為自己碰到需要的部份可以自己學習。

五、自然融入情境中學習

培訓臨床教學種子老師由資深護理人員，負責臨床指導新進護理師及實習學生適應臨床照顧工作，是護理界護理工作重要的傳承脈動，也是培育臨床照顧人才的基礎，所以將安寧照顧理念，融入常規中照顧癌末病患，可藉由資深護理人員引導，新進人員和護生適應臨床照顧工作中，自然融入常規照顧中，成為工作的一部份，這是可行的方案。由訪談資料顯示，臨床護理工作它本身就是一種經驗的累積，也是自然的學習，在具備學校知識技能的基礎下，由資深護理人員來帶領，以知識、技術、經驗相融合，萃取已概念化之知識，融入運用於癌末病患照顧中。

六、釐清安寧療護理念 - 全人、全家、全隊與全程，照顧精神的運用

安寧療護理念的四全照顧精神，由資料分析，在非安寧病房的現況中是無法全部運用的，因為病房屬性不同，尚有其他治療性病患須照顧，在兼顧病患需求下，對癌未照顧，只能做到全人的照顧，其中以身體的照顧為主要，漸次依時間、人力、拓展其照顧層面提供病患身、心、靈、社會的照顧需求；本研究重點在理念的推展，醫護人員依個人具備的知識理念，在有限的人力與時間下，以指導者的角色，指導家屬及病患服務員協助我們執行陪伴及，病患身體清潔等日常生活照顧，提供人性化的照顧項目。

七、醫護人員的安寧療護知識技能之教育訓練

安寧理念的推展，必須以知識技能為背景，由訪談資料顯示，非安寧病房醫護人員，對安寧療護理念的需求是依個人的臨床經驗，或護理人員進階需要，自行參與在職教育，在概念上感覺十分籠統，對有興趣者自行參加相關學術研討會來吸收新知。因此，在教育訓練目標下，給予有系統的教育訓練課程，提供安寧療護知識技能如，安寧療護的發展、疼痛控制與症狀處理、溝通技巧、同理心的運用、病情告知的原則與技巧末期病患及家屬的心理需求、靈性照顧的意義、舒適的護理措施、醫療倫理的兩難決策、哀傷輔導等課程。提昇醫護人員的知識、轉念於照顧技能的改善，在自然情境，潛移默化中，融入於態度、行為改變其傳統的、儀式化的照顧習慣；教育訓練包含家屬與病患服務員，亦是不可忽視的一環，因為在人力、時間的限制下，他們是照顧團隊中重要人力資源。

伍、非安寧病情癌末病患及家屬也有安寧療護照顧需求

一、病患方面：疼痛控制身心不適之緩解

(一) 疼痛控制

疼痛，是一種主觀上的不舒服經驗，可間斷或持續性的出現。因此，癌末病患住院期間，疼痛是一個複雜且必須重視的健康問題。癌末病患照顧項目主要是減輕病患的不舒適及症狀處理，至於心理、靈性需求則無法滿足，尤其在非安寧病房醫護人員在未取得共識下癌末病患的疼痛控制及其他的症狀處理無法適時緩解。

(二) 日常生活照顧與身體清潔舒適

當疾病不斷進展，病患體力日漸衰敗，護理人員可提供一個人性化的照顧理念落實病患的身體清潔，舒適、疼痛緩解及尊重瀕死病患仍是一個具有價值的獨立個體。瀕死病患身體逐漸衰退以往視為當然的功能，如行動個人清潔等工作，在在需要依賴他人協助時，心中所蘊含的羞恥、骯髒及自尊心的打擊；當他提出要你幫忙時，心中已羞愧自責，羞於自己為何要低聲下氣求人，即使照顧者對他釋出善意，他仍難以釋懷，護理人員能體驗病患內心深層的脆弱，所以當你慷慨伸出熱情的援手時，別忘了多加一點點善意的溫柔。

二、家屬照顧方面

癌末病患生病期間，在照顧過程中常會出現經濟或其他家屬照顧問題，家屬陪著病人全程的照顧，真心的去關心他，提供必要的照顧技巧和資訊，瞭解這條路的艱辛，陪她走完家人生命最後的過程，就是給家屬一個愛的關懷，也是給病人真正的幫助。

主動在適當的時間提醒家屬有關病患身後事的安排，死後要穿的衣服給家屬一些提示，像這些都必在病患還沒有死亡，或家屬不知如何處理的情況下去事先做個提醒，要配合他每個不同的階段的需求，去引導他做一些準備。例如：病患進入瀰留狀態，護理

人員能使力的地方，只有提供家屬一些病患臨終前後處理問題的資訊，如死亡後的身體清潔、沐浴、更衣該穿什麼衣服，及手續處理等問題。病患臨終前家屬最需要協助的是，像佛教信徒需助唸的準備、病患要穿的衣服，尤其在遺體護理方面，家屬在束手無策下，主動協助家屬為病患沐浴更衣，這時家屬很慌不知所措，給予真心的協助，真誠的關懷就是給病人真正的幫助。另外手續流程之說明，協助死亡診斷書的領取，方便家屬將遺體領回等。

三、醫護人員觀察到癌末病患的需求

目前醫療環境下，安寧病房與非安寧病房不論在環境設備、人力、醫療團隊等等所提供的照服務項目，均很大的差異性，受此限制之下其身、心、靈的照顧需求無法獲得滿足。非安寧醫護人員在刻板醫療環境，站在病患及家屬的立場，重新反思其照顧方式，觀照到癌末病患也有權要求在臨終前接受安寧療護，針對癌末病患，醫護人員應學習如何去照顧病患，而不是把焦點集中在病患治療層面上，這是受訪者的心聲和體驗，其病患照顧的核心以尊重個人，生命尊嚴及重視個人權利為基本原則，許一個平安與尊嚴的死亡。癌末病患不應因所住醫院病房不同而受到不同的待遇。非安寧護理人員也觀察到病患有安寧療護需求，如傾聽、陪伴可以安撫病患的情緒，降低恐懼和害怕，尤其是單身病患，可以讓病患有安全感，減輕被遺棄的感覺。另外病患家屬面對臨終事件的無知與措手不及，和失去親人當下的哀傷，都是護理人員會遇到的問題，也須陪伴病患及家屬，一起經歷的一段過程，因此護理人員深刻體會到病患及家屬，也有安寧照顧的需求。

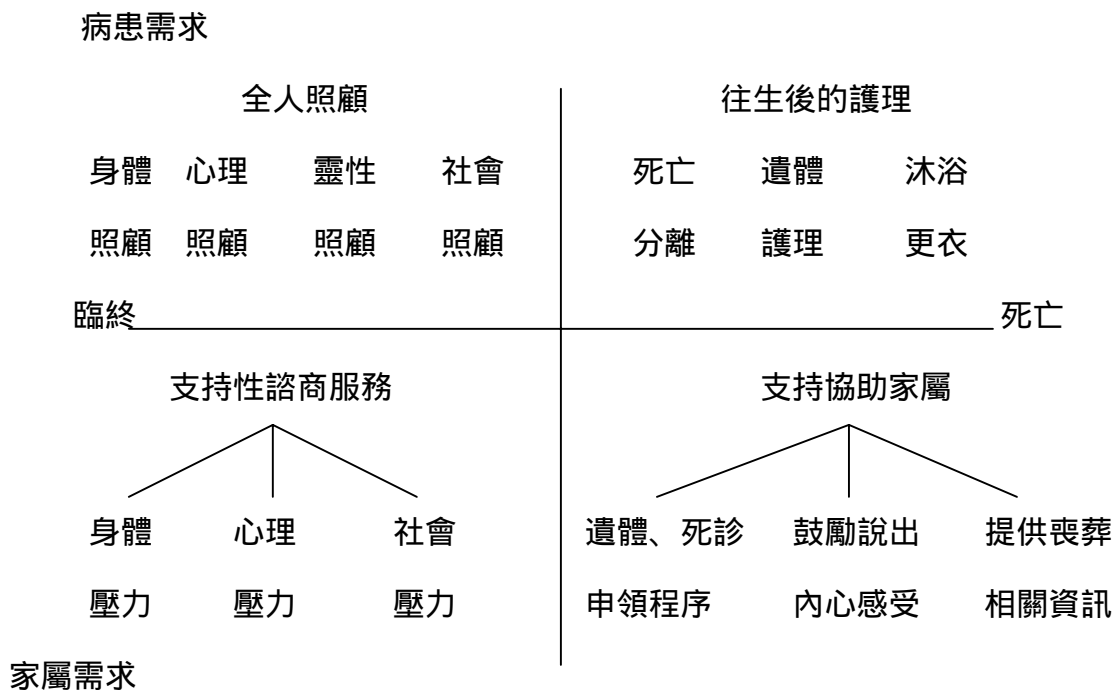


圖 4-3 非安寧病房癌末病患往生後的護理和親屬照顧需求架構

陸、融入安寧療護理念其優先可行項目

安寧療護硬體設備不是最重要的，癌末病患之症狀沒有被處理，那所有的硬體都是不重要的！這是所有受訪者共同一致的觀點。但是 1.環境人與人員的區隔是首要任務 2.一定程度的行政支援如護理人員的身心回饋 3.醫護人員間取得共識 4.提供在職教育列出具體課程 5.列出癌末病患具體服務照顧項目如疼痛控制及其他症狀處理、身體清潔、舒適擺位、瀕死症兆的觀察與處理，照顧及指導家屬臨終事件處理，藥物劑量部份也是學習項目。

柒、受訪者均肯定研究者將安寧療護理念落實於非安寧病房之構想，但是為什麼又認為窒礙難行

一、環境因素

由受訪者資料顯示要改變環境有其成本考量，但是只要有錢，都不是問題，其照顧重點並不因為換了一個地方而有所改變！所以知識、經驗、人性化的關懷，同理心的顯現，愛心、耐心、溫馨比環境有家的感覺更重要。

醫療環境的特性，醫療環境、軟、硬體設備，在現實醫療體系下病患醫療需求不同，環境設備的需求各有其配套設施，在融入安寧療護理念，照顧癌末病患之現實考量下，評估療護需求，不可能要求達到與安寧病房軟、硬體設備的一致性。

二、安寧專業知識、技能不足

臨床醫護專業知識、技能與經驗缺一不可，非安寧醫護人員在照顧癌末病患的疼痛控制，及面臨死亡倫理問題，溝通技巧、同理心的運用等備受考驗。由訪談資料呈現，住院醫師在疼痛控制藥物劑量使用、病情告知與病患溝通技巧、心理、靈性的照顧上是須要學習。所以教育訓練提供知識概念化，轉化在技能上，融合運用在臨床照顧病患的技巧上，讓癌末病患身體的疼痛、心理的需求，不需哀求，而能即時被關心到，適時獲得醫護人員人性化的回應與照顧。

三、時間、人力及工作負荷過重

非安寧病房，以有限的時間，要完成即時性的任務 - 檢查、診斷、治療等工作其輕、重、緩、急要拿捏清楚。癌末病患，人性照顧的訴求，這些照顧都是十分需要人力的，所以家屬、病患服務員的參與是不可少的，這免不了又要增加時間和人力來指

導家屬、病患服務員如何學習照顧病患。

現今實醫療體制內不論是安寧病房或非安寧病房（癌症相關的腫瘤科、胸腔科）其佔床率高、工作量增加，人力與照顧時間相對不足，這是健保實施總額給付後，各醫學中心的特色。

教育訓練也很花時間，在融入安寧療護理念照顧癌末病患時，在整體現實考量上，不論是治療目標或服務項目，均有很大的差異性，這些癌末病患，在非安寧病房中接受照顧，正面臨著照顧上的挑戰。

因應照顧需求之策略是在現況下，以現有時間、人力的工作，以交叉學習法，由病房資深人員引領新進護理人員、資淺人員或護生逐步學習，內化為照顧工作中的一部份，經由內化、認同中將其視同常規工作的一環，以克服時間、人力及工作量之困境，將是本研究推展之動力。

第五章 結論與建議

第一節 結論

一、非安寧病房之癌末病患及家屬確有其安寧照顧需求

由研究對象深度訪談中彙資料，癌末病患及家屬對安寧照顧需求與多數安寧療護相關研究相同，在身、心、靈、社會與醫療倫理困境中，以生理方面的疼痛控制，和身體清潔舒適需求最高。在疼痛控制部份，安寧病房與非安寧病房在醫療處置上是有其差異性，非安寧病房醫師在疼痛控制的處理方式較保守與醫師個人照顧經驗有關。

非安寧病房醫護人員，對癌末病患在疼痛控制的需求，不適症狀的減輕為其首要處理問題，但是做法比較保守。其次是身體需求，協助處理身體清潔、舒適擺位與活動等日常生活照顧。至於心理與靈性部份，在非安寧病房由於時間、人力與必要之醫療環境設備之限制，較無法完成癌末病患之需求。

關於社會需求層面，以照顧家屬為主，其次是病患臨終在死亡前後的問題處理與諮詢。護理人員需具備病患死亡後處置之相關議題，提醒往生者家屬為病患準備死亡後所需之衣物，減少家屬在病患往生時因疏忽或不及準備而有所遺憾。

二、非安寧病房融入安寧療護理念有其具體優先可行之照顧項目

由分析討論結果得知：癌末病患具體優先可行的服務照顧項目有：1.疼痛控制及其他症狀處理方法的學習。2.身體清潔舒適、協助擺位維持適當的舒適的功能位置。3.疼痛控制藥物劑量的學習。4.學習瀕死病患的觀察、照顧的指導與訓練。5.臨終前後的處理問題，死亡後的身體清潔，提醒家屬事先做病患身後事的安排，如該穿什麼衣服及手續處理問題等待等。

三、非安寧病房融入安寧療護理念在推展上，有其執行層面的困難因素

非安寧病房融入安寧療護理念照顧癌末病患及家屬由資料彙集分析後顯示，最主要的困難因素是：

1.時間、人力配置不足：照顧人力與時間是相對的不足，工作複雜度高、量多繁重，在有限的時間壓力下，要兼顧急性與緩和不同病患之需求，使照顧者在同一時間，照顧不同性質的病患時，心理調適是最大的挑戰。

2.硬體設備的不足：環境吵雜，無法獲得身、心、靈平安，尤其如果同一房間內另一病患正在使用呼吸器，則需安寧照顧的癌末病患便很難獲得基本的安靜。這時照顧病患的愛心、耐心、溫馨比環境設備重要。

3.安靜的環境：非安寧病房的設備，基本上符合醫療性病患之需求，對治療性病患需要的是急救，挽回生命；對臨終前病患安靜是須要的，病患此時已「無心感受是否有家的感覺」；在安靜與隱私上，無法符合安寧療護之需求，必要時給予適當的環境區隔。此時，環境設備不是最重要的。在病況危急時家屬特別多，在人性化的照顧理念下，提供身心俱疲的家屬必要的協助。

4.醫護人員專業知識、技巧不足：由訪談資料分析後顯示，非安寧病房醫護人員安寧療護相關教育課程不足，護理系有相關課程，但是醫師卻沒有；對安寧療護理念僅具備概念性知識，尚無法在自然情境下將知識轉化在態度、行為上。因此提供醫護人員在職教育提昇安寧療護知識技能之需求。

5.增加成本：提供安寧療護基本上不會增加醫療成本；但在照顧上的設備及人力，花在陪伴、身體接觸、提供病患日常生活照顧，清潔舒適都是十分耗費人力，增加照顧時間，因此自然耗費成本。

6.醫護理人員的工作負荷過重：非安寧病房照顧的人數比是，1:7-8/人；安寧病房照顧的人數比是 1:1。工作負荷明顯增加。

7.溝通、病情告知(解釋)技巧不足：面對癌症、面對死亡，當醫師在宣佈壞消息時，你如何技巧的把話說清楚，突發之醫療糾紛與法令問題，如何解釋與排除都是醫護人員

要時時面對的挑戰。癌末病患和家屬在驚慌、束手無策下，心緒不穩定時需較多的支持，須先安頓好病患及家屬的焦慮、害怕、排除疑慮，就算無法解決病患疼痛、不安的情緒家屬亦可諒解，若未能有效溝通，醫病或護病關係將跌入谷底，足見溝通是重要。

8.疼痛控制技巧：非傳統病房疼痛控制的反思，臨床護理師認為，臨床住院醫師在嗎啡藥劑的劑量使用未提供合適的處方，因在藥物劑量使用保守，癌末病患仍然處於疼痛恐懼之中，應加強嗎啡藥劑的專業知識，轉化到態度、行為上，癌末病患的疼痛才得以解除。

9.醫師配合度不足：非安寧醫師對止痛藥的使用保守，且醫師每月輪調亦是照顧上的限制。

非安寧病房與安寧病房在基本屬性上的差異如治療目標、照顧內容、照顧團隊、工作人員的基本信念及環境設備均有所不同。照顧過程中唯一相同的是照顧者的「心」，愛心、耐心、熱心、同理心、同情心及足夠的知識，清楚的了解自己的才能，方能善用資源提供服務。

四、非安寧病房融入安寧療護理念在執行上所需支援

(一) 一定程度的行政支援是必須的

- 1.非安寧病房在成本考量下硬體設備不是最重要的，適當的環境、人員區隔是首要任務。
- 2.決策者的支持與鼓勵，護理人員被關心與尊重凡等身心回饋。
- 3.醫護人員間取得共識，護理人力合宜的調配。
- 4.提供在職教育包含家屬及病患服務員，列出具體課程。如安寧療護的發展、溝通技巧、同理心的運用、病情告知的原則與技巧、疼痛控制與症狀處理、末期病患及家屬的心理需求、靈性照顧的意義、舒適的護理措施、醫療倫理的兩難決策、哀傷輔導等課程。

(二) 人和環境區隔 (環境安靜的需求)

- 1.護理人力區隔,護理人員為了工作時間及人力考量,也會設法避免家屬要求轉床,無法站在癌末病患的立場為他想。
- 2.病房內急慢性的病患應分開,讓同屬性的病患能在一起,一個房間有兩床,其中一床在急救,會影響癌末病患的休息。
- 3.將需急救的病患與癌末病患區隔,維持病室環境的舒適,減少吵雜,將需要治療的病患與需要療護的病患區隔也可減緩護理人員的心理的衝擊。
- 4.目前醫院評鑑亦以病患需求及病患滿意度為導向,可以照顧到病患的需求。
- 5.用現有的環境、改善設備、提供人性化環境,增設家屬休息室。

本研究結果是,非安寧病房之癌末病患及家屬也有安寧療護之需求,但是,現有環境之軟、硬體設施,均不敷安寧療護之標準,在照顧時間、人力配置、及所提供之服務項目均有很大的差異,在資源配置不足下,需醫護間取得共識藉由,常規照顧互動,在自然情境中隨機,宣導安寧療護理念,改變醫療觀念和習慣,融入癌末病患照顧中,將安寧理念落實於非安寧病房之醫護人員、病患及家人,甚至於社會廣大的民眾,皆能正確瞭解安寧療護。醫護人員欲落實安寧療護理念於非安寧病房,需醫護間取得共識,護理人員用心做好臨床基本護理技術,學習溝通技巧與同理心之運用,藉由臨床資深有經驗護理人員當教學種子老師,指導新進人員或護生,認識癌末病患的各種臨床徵兆與症狀處理,協助其環境適應和照顧技能經驗分享,協助臨床各種突發事件之處理,將安寧療護理念與臨床護理常規工作相結合,在潛移默化中,將安寧療護理念概念化,隨機融入病患照顧,以各種方式全面性的服務癌末病患。另外醫師觀念的改變,改善其照顧習慣,將「治療」的觀念,在照顧癌末病患及家屬時,融入了人性化之關懷,安寧療護才不致於只能服務少數的病患。

非安寧病房癌末病患安寧療護需求,安寧療護理念的推廣,醫護人員提供在職教育,也是重要的成功因素,醫護人員照顧層面不同,醫護間的共識及溝通就十分重要,醫護人員及環境和病患作適當的區隔,可提供安寧療護理念中部分的全人、全家、全隊

的照顧，但無法將安寧療護理念全盤運用，因限於現有病患需照顧及人力、設備、環境，醫護人員訓練，安寧療護理念，需在適當的時間、地點，融入癌末病患照顧，在不增加成本的原則下，只能由點而面，逐漸將安寧療護理念推展開來，讓更多的醫護人員及病患和家屬，瞭解安寧療護的精神，能在生命的最後，不留遺憾，不接受無意義的、侵入性的治療、急救，能安詳、整潔、莊嚴的死亡。

提供家屬，病患住院期間各種支持性的協助，鼓勵癌末病患及家屬「勇敢面對人生的苦難」、過好「在世的每一天」。接受安寧療護不表示是被放棄，或不提供積極治療的一群病患，而是讓癌末病患隨時都享有人性化的照顧，而不是一定要轉安寧病房才能享有安寧照顧。另外臨床照顧技能，可運用護理教育中基本護理學與護理技術相結合，將其融入癌末病患照顧，可加速安寧療護照顧技巧的學習。

第二節 研究建議

針對本研究結果，對未來研究方向提出三點建議：

一、給政策決定者的建議

安寧療護是癌末病患照顧所必須，是人性化醫療的標竿，有其存在的必要，在經營理念與成本的考量下，需有台灣本土自己的特色，將近二十年來，台灣安寧病房在各醫學中心相繼成立，為癌末病患提供人性化的照顧，其需求愈來愈多，且大多數的癌末病患因安寧床位之限制，仍然住在非安寧病房接受照顧，建議行政決策者，突破現有經營模式，以較低的成本服務住在非安寧病房的多數癌末病患，並適時給予醫護人員支持與關懷。安寧療護理念的推展，決策者的肯定與支持是落實於非安寧病房的重要因素。

二、給醫護人員的建議

1.觀念的改變

非安寧病房，需接受安寧療護的病患不限癌末病患，在非安寧病房推動安寧療護理念，有助於安寧療護的加速普及化，讓癌症病患可以在癌症發現的早期，提供安寧療護的理念給癌末病患多一種治療的選擇。雖然，提供安寧療護理念照顧病患，協助家屬學習照顧技巧，會在繁忙的常規照顧中增加護理人員的工作時間，耗費不少的人力，但是它可以替代照顧人力之不足，協助照顧病患，減少癌末病患及家屬的挫折感，也因為對安寧療護的瞭解，避免病患臨終前的急救措施，可讓癌末病患在死亡前，平靜、安祥、乾淨、莊嚴的死去。同時減少醫護人員面臨急救的死亡倫理困境，更可節省醫療資源。

2.理念認知的宣導

醫學中心部分權威醫師不贊成癌末病患「放棄」治療，轉到安寧病房「等死」。覺得這樣對不起自己長久以來所照顧的「老病人」、「老朋友」。目前安寧療護理念文宣之措詞如，死得安祥、平靜，有尊嚴的往生等等，無形中給人予灰色，沒有希望的感覺，因此，在宣導的上應以朝向正面的說詞，如「勇敢面對苦難的人生」、「活好在世的每一天」、「活出人生」等，避免對安寧療護理念的迷失。

三、給教育研究者的建議

臨終是癌末病患步向死亡的一個動態過程，其間病患、醫護人員三者的互動關係複雜，在臨床照顧技巧要運用適切，具備專業知識技能外，溝通技巧與同理心的運用不可或缺，建議醫護教育加入死亡教育，著重臨床之經驗分享與心得交換，建議護理學系之教育，加強基本護理與技術，讓學生在臨床操作其技術時，能純熟細緻的融合安寧療護照顧技巧中，加速安寧療護技能之轉化學習，運用於癌末病患照顧。

建議安寧療護之先進，和對安寧療護有興趣之護理界前輩們共同研發，如何將護理技術與安寧療護理念相結合，運用於臨床實務中。其理念應當普遍的存在最適當的地

方，照顧到這些癌末病患。安寧療護不能只服務少數的癌末病患，也不能只停留在展示“人性化的醫療優點”的模式中。更不能只限於住在安寧病房之病患才能享有安寧照顧，非安寧病房之大多數癌末病患也亟待人性化的醫療照顧。

第三節 研究貢獻

預期研究貢獻

- 一、安寧療護理念融入非安寧病房癌末病患的照顧，是傳達安寧療護理念，給非安寧醫護人員及家屬，提供癌末病患人性化的照顧方式，也將理念落實於最普遍，最適當的常規照顧中，對醫護人員來說是一個人性化照顧的反思，一種觀念的改變。
- 二、本研究適用於非安寧病房癌末病患、愛滋病患、漸凍人及長期慢性病患之照顧。

參考資料

一、中文參考資料

王正一（1992） 臨終安寧照顧、還給病人尊嚴 醫學工程 4（1），67-69。

王瑋與蔡欣玲（1994） 護理照顧方式的趨勢 榮總護理 11（2），180-185。

Padgett,D.K.(1998) 於一王金永等合譯(2000), 質化研究與社會工作 Qualitative Methods in Social Work Research 台北：洪葉。

石世明(1999) 臨留之際的靈魂：臨終照顧的心理剖面 東華大學族群關係研究所碩士論文。

W. Lawrence Neuman (朱柔若譯)(2000), 社會研究方法質化與量化取向 台北：揚智文化。(原著 , Social Research Methods : Qualitative and Quantitative Approaches)。

安寧照顧基金會(2002) 各院安寧病房總覽(資料載至 91.07) 安寧照顧會訊, 45, 47-49。

行政院衛生署（1994） 中華民國公共衛生概況。

李閏華（1997） 癌症病人的社會與心理照顧 安寧療護, 3 , 8-12。

吳芝儀、廖梅花（2001） 質性研究入門 - 紮根理論研究方法 台北：濤石。

吳庶深（1988） 對臨終病患及家屬提供專業善終服務之探討 東海大學社會工作研究所碩士論文。

吳庶深（2000） 如何有效推動死亡教育 - 以美國死亡教育與輔導協會為例 安寧療護雜誌, 14 , 20-27。

巫雅菁(2000) 由「安寧緩和醫療條例」談臨終關懷及其諮商輔導 諮商與輔導, 177 , 2-6。

汪素敏、顧乃平（2000） 照顧瀕死病人的倫理考量 國防醫學 31（1）72-79。

李樹人、洪淑惠（2003，4月1日）。每9分20秒1人罹癌 - 衛生署報告：發生率上升且男高於女男性最易得肝癌女性為子宮頸癌。聯合晚報，2版。

林文香（1989） 淺談自然死對癌病瀕死患者之照顧層面 榮總護理, 6（1），10-13。

- 林綺雲、曾煥棠、林慧珍、陳錫琦、李佩怡、玲方蕙等（2000）生死學 伊甸電排版有限公司。
- 林綺雲，(1999) 邁向全民教育的死亡教育 安寧療護，14，70-73。
- 林幸玟、林世瑜、胡文郁、邱泰源、李龍騰、陳慶餘（1998）非緩和醫療病房住院醫師對緩和醫療態度之調查 中華家醫誌 8（4），203-208。
- 胡幼慧（1996）質性研究 - 理論方法及本土女性研究實例 台北：巨流。
- 邱世哲(2000) 「安寧緩和醫療條例」完成立法之我見 安寧照顧會訊，37，4-6。
- 邱仲峰（2002）從急救加護觀點看安寧緩和醫療條例 安寧照顧會訊，45，19-22。
- 邱泰源（1999）安寧療護的倫理原則，安寧療護專業人員研修手冊；財團法人中華民國安寧照顧基金會，69-73。
- 邱泰源、胡文郁、蔡甫昌、周玲玲、姚建安、陳慶餘（1998）緩和照顧的倫理困境 台灣醫學 2（6），633-639。
- 邱宗傑（1996）末期癌症病人的臨終照顧 臨床醫學 37（6），378-383。
- 邱泰源（2001）癌末患者的緩和醫療 台灣醫學 5（4），444-448。
- 柳田邦男（2000）最後的旅程 - 死亡醫學的章序 台北：水星。
- 姚建安（1998）緩和醫療教育：1983 到 1994 年英國醫學院有關死亡、瀕死和哀慟的正式教育 醫學教育 2(4)，4445-447。
- 胡文郁、邱泰源、莊榮彬、陳慶餘、戴玉慈、陳月枝（1999）居家緩和醫療家庭主要照顧者之需求與滿意度 台灣醫學 3（5），527-536。
- 姜安波（1993）重症醫療倫理綜論 內科學誌，4，263-278。
- 根秀欽（1999）癌症病人的護理 護理雜誌，46（4），62-67。
- 庫伯勒 羅斯 (Kubler Ross ,M.D.)(1998) 天使走過人間 - 生與死的回憶錄 台北：天下文化。
- Staruss & Corbin (徐國榮譯)(1997) 質性研究概論 台北：巨流。
- 高詩蘋（2002）「安寧緩和醫療條例正案」公聽會 安寧照顧會訊，45，18。
- 徐南麗（1989）比較全責護理與成組護理的護理品質 榮總護理 6（4），319-320。

- 徐南麗 (1995) 護理人力的評估與運用 行政院國科會：健康保險大型研究計劃。
- 尉遲淦 (2000) 生死學概論 台北：五南。
- Kashiwagi, T. (1997) 於曹玉人譯 (2000), 用最好的方式向生命告別 台北：方智。
- Pojman, L.P. (1997) Life and Death: A Reader in Moral Problems (1988) 今生今世：生命的神聖、品質和意義 台北：桂冠。(陳鄺瑞麟等譯)
- 郭修儀 (1996) 最神聖光輝的一刻及照顧-屍體護理 安寧療護, 2, 65-70。
- 唐秀治、陳貞秀 (1997) 疼痛 唐秀治、林玉娟、鄭春秋、陳貞秀、張美娟、陳秋慧合著, 癌症症狀徵候護理 (pp.155-210) 台北：匯華。
- 許禮安 (1998) 心蓮心語 花蓮：慈濟文化志業。
- 許禮安 (2000) 臨終關懷之我見 應用倫理研究通訊, P8-12。
- 柳田邦男著, 郭敏俊譯 (1992) 死亡醫學的序章 台北：圓明出版社。
- 陳月枝 (2000) 緒論 於陳月枝總校閱, 質性研究護理方法 (pp.1-20) 台北：護望。
- 張玉仕 (1999) 安寧照顧蘇格蘭研習營紀實 安寧照顧會訊 (35), 14。
- 張玉仕 (1992) 臨終社會工作-臨終經驗淺談 社區發展季刊, 60, 124-130。
- 許町子、杜異珍 (1997) 癌症病患和家屬對安寧照顧需求之探討 榮總護理 14(1), 11-23。
- 陳如意 (2000) 安寧療護理念、沿革須展望 電子郵件：louie@ms6.url.com.tw (http://www.vghke.gov.tw/fm/hospice/educaic/eduinir/index.him)
- 傅偉勳 (1993) 生命的尊嚴與死亡的尊嚴 台北：正中書局。
- 黃中天 (1991) 死亡教育概論-死亡態度及臨終關懷研究。台北：業強出版社。
- 黃中天 (2000) 死亡教育概論-死亡態度及臨終關懷研究。台北：業強出版社。
- 詹銀鋆 (2000) 安寧療護在台灣 台北市醫師公會會刊, 48(8), 4-7。
- 楊克平等 (1999a) 安寧與緩和療護學概念與實務 台北：偉華書局。
- 楊克平 (1999b) 論緩和文療護之意義及其變化史 榮總護理, 16(4), 357-363。
- 趙可式 (2000) 臨終病人的病情告知 安寧照顧會訊, 20-24
- 趙可式 (1999) 曇花一現美善永存 - 癌末患者的心路旅程 光啟出版社 發行, 1-38。
- 趙可式 (1998a) 康泰安寧療護手冊 台北：康泰醫療教育基金會。

- 趙可式 (1998b) 生死教育 學生輔導 (54): 44-51。
- 趙可式 (1997a) 台灣癌症末期病患對善終意義的體認 護理雜誌 44 (1), 48-55。
- 趙可式 (1997b) 解讀善於 安寧照顧基金會會訊, 24, 12-28。
- 趙可式 (1996a) 臨於病人照護的倫理與法律問題 護理雜誌, 43 (1), 24-28。
- 趙可式 (1996b) 臨終病人照護的倫理與法律問題 護理雜誌, 34 (1), 24-28。
- 瑪麗 德 翁澤 (Marie de Hennezel) (1997) 因為, 你聽見了我 台中 張老師文化。
- Kastenbaum, R. (1992) 於劉震鍾 鄧博仁譯(1996), 死亡心理學 The Psychology of Death 台北: 五南。
- 賴昆城 (1998) 解剖檯上遺體的尊嚴在那裏? 張榮攀等著 生死自在-台灣醫學新紀元 台北: 慈濟文化志業中心。153-156。
- 鄭宛宜 (1996) 癌症末期病人的臨死知覺 安寧療護, 2, 60-64。
- 賴允亮 (1995) 癌症末期病人的安寧療護在醫學中心待的意義 護理新象, 5 (8) 5-7。
- 賴允亮 (1997) 安寧療護的發展與瓶頸 安寧療護專業人員研修計劃 17-23。
- 賴明亮 (1999) 考察英國安寧機構有感-以醫學教育者之觀點 醫學教育 3 (1), 96-101。
- 潘純媚、金繼春、黃秀琴、柯純卿 (1993) 胸腔內科病房護理活動情形之探討 Kaohsiung J Med Sci 9 : 252-259。
- 穆佩芬 (1999) 質性研究與質性分析 於徐南麗總校閱, 護理研究導論 (207-215) 台北: 華杏。
- 蔡欣玲 (1997a) 護理照顧方式之探討 榮總護理 14 (1), 74-82。
- 蔡欣玲 (1997b) 護理照顧方式及其影響因素之預測 公共衛生 32 (4), 199-211。
- 蔡欣玲 (1997c) 護理照顧方式之探討 榮總護理, 14 (1), 74-82。
- 鍾昌宏 (2000) 安寧療護和緩和醫療 - 簡要理論與實踐 1-13。
- 蕭麗卿 (2001) 非安寧療護醫師對安寧療護的認知及轉介之研究 南華大學生死學研究所碩士論文。
- 蕭宏恩 (2000) 護理照護的根本關懷 護理雜誌, 47 (2), 71-74。
- 蕭宏恩 (1999) 護理倫常新論 台北: 五南。

二、英文參考資料

- Angell, M.D. (1982). The quality of mercy 【Editorial】 . *New England Journal of Medicine*. 306, 98-99.
- Barton, D. (1977). The dying person IN D. Barton (Ed), Dying and death : A clinical guide for caregivers (pp.41-58) . Baltimore : Williams.
- Bedell, S.E., Delle, D., Maher, P.L., & Cleary, P.D. (1986) . Do-not-resuscitate orders for critically ill patients in the hospital : How are they used and what is their impact ? JAMA, 256 (2) , 233-37.
- Chibuye, P.S. (1989) . Nursing in action : Nurse' Influence in research and health policy development. Journal of Professional Nursing. 5 (6) . 236-329.
- Connor, S.R. (1998) *Hospice : Practice , Pitfalls , and Promise* , London : Taylor & Francis.
- Connor , C.A. (1998) A Model Syllabus for Death and Dying Courses. Death Education (4) 433-457.
- Cherny, N.I., & Foley, K.M. (1996) . Guidelines in the care of the dying cancer patient. *Oncology Clinics of North America*, 10 (1) , 261-287. DYING : Facing the Facts Third Edition , 89-116.
- Frank-stromberg, M. (1984) " Selecting An Instrument To Measure Quality Of Life " *Oncology Nursing Forum*, 11, 88-91.
- Franklin, C. (1990) . When and how to write Do-Not-Resuscitate orders : What to include, and whom to write them for . Journal of Critical Illness, 5 (9) , 938-952.
- Friel, P.B. (1982) Death . and. dying. Annals.of.Internal.Medicine. 97, 767-771.
- Gray, V.R. (1984) . Some psychological needs. In Spronghouse corporation. Dealing with Death and Dying (2ed ed., pp.15-32) pennsylvania: Springhouse.
- Houts, P.J., Yasko, J.M., & Harvey, H.A. (1988) Unmet needs of persons with cancer in Pennsylvania during the period of terminal care Cancer, 62 (3) , 627-635.
- Hannelore Wass, Ph.D., Robert A. Neimeyer, Ph. D. (1995) *Care of the Dying : The Hospice Approach* DYING : Facing the Facts Third Edition , 148-155.

- Hannelore Wass, Ph.D., Robert A. Neimeyer, Ph. D. (1995) The Dying Process.
- Lazarus,R.S. & Folkman,S.F. (1984) .Stress, appraisal, and coping. New York : Springer.
- Lee,M.A., & Cassel.C.K, (1984) .The ethical and legal framework for the decision not to resuscitate.The Western Journal of Medicine,140 (1) ,117-122.
- Musshkin,S.J. (1974) " Terminal Illness And Incentives For Health " S.J : Mushkin Consumer Incentives For Health Care. New York : N.Watson,183-216.
- Mc Clung, J., & Kamer, R.(1990).Implications of New York's DNR Law. New England Journal of Medicine , 323, 270-272.
- Ouwerkerk JH. Psychologic aspects of the treatment of emesis in cancer nursing,Seminars of :Oncology Nursing 1990;6 (4) :6-9.
- Pattison,E.M. (1977) .The experience of dying.Englewood Cliffs.,NJ : Prentice-Hall.
- Paige,S.D. (1980) .Alone into the alone : A phenomenological study of the experience of dying Unpublished doctoral dissertation,Graduate School of Nursing,Boston University,Boston,MA.
- Strauss A. & Corbin J. (1997) .Grounded theory in practice. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Shneidman, E.S. (1977) Aspects of the dying process Psychiatic ANNALS , 8 , 25-40.
- Schulz,(1978) R. The psychology of death , dying, and bereavement. Reading, MA : Addison-Wesley.
- Stoll, R.I. (1989) The essence of spirituality In V.B. Carson (Ed.), Spiritual Dimensions of Nursing Practice (pp.4-23). Philadelphia: Saunders.
- Twycross, R. (1997). Symptom Management in Advanced Cancer Oxford,England: Radcliffe Medical Press.
- Timothy,Boon,(1998).Don't forget the hospice option, Heartland Hospice,61 (2) ,30-33.
- Uhlmann,R.F McDONALD W.J. & Lnui,T.S.(1984).Epidemiology of no-mo-code orders in an academic hospital. The western Journal of Medicine,140 (1) 114-6.
- Weisman,A.D.(1972).On dying and denying : A psychiatric study of terminality.New York : Behavioral

Publications.

Wanzer , S. H . et. al (1984) .The physicians responsibility toward hopelessly ill patients. The New England Journal of Medicine,310 (15) ,955-9.

World Health Organization(1996).Canacr pain relief,Geneva : World Health Organization.

這個研究的目的及進行方法，經由研究者向我解釋清楚，我同意參與「安寧療護理念融入非安寧病房癌末病患照顧之探討」之研究，同意對問卷的填寫或個別深入訪談之回答。（同意研究者因研究之需進行必要之訪談錄音）。我知道任何我提供的意見及訪談資料（含錄音資料）都將被保密，不論問卷調查之填寫或訪談進行中，我有權隨時問問題或終止訪談或拒絕錄音。我知道參與此項研究將不會有任何酬勞，但我知道我的隱私權將被尊重，對我不會有任何傷害。

南華大學生死學研究所

指導教授：蔡昌雄 博士

研 究 生：盧璧珍

受訪者簽名：

地 址：

電 話：

日 期：

- 1.您在學校有修安寧照護課程？還是在職教育中開始接觸安寧照護？
- 2.您目前已具備安寧照護專業之知識、技能？
- 3.您知道安寧照護病房和非安寧病房的差別是什麼？
- 4.據健保統計在全部癌症病患中約有 1/10 的癌末病患獲得安寧照護，且滿意度在 90 % 以上您有何看法？
- 5.您觀察到病房癌末病患或家屬有安寧緩和照護需求？
- 6.非安寧病房提供癌末病患安寧照顧您認為可行嗎？那些技術層面是可提供的服務項目？
- 7.安寧床位有限，許多癌末病患在瀕死前才轉往安寧病房，為提昇癌末病患的生命品質與生命尊嚴，是否應在非安寧病房先推展安寧療護？如果在您的病房提供安寧照護措施您願意配合嗎？（仔細說明個人的看法）
- 8.您觀察到安寧照護病房床位數不足提供癌症病患之需求？不能適時獲得轉往安寧病房接受照護時，您願主動提供那些安寧照護措施。（為什麼？說明原因）什麼因素令您願意在百忙中主動為癌末病患或家屬提供這些服務？
- 9.如果非安寧病房癌末病患已預立遺囑或簽拒絕心肺復甦術，但與家屬意見不一致（要求急救到底），針對醫療倫理問題談談您的看法。（醫護人員要如何面對家屬的醫療法律問題？）
- 10.如果在非安寧病房提供癌末病患安寧照護在執行面的困擾因素？
- 11.如果非安寧病房提供安寧照護，您認為最需要提供的支援是？
- 12.您認為非安寧病房提供安寧療護照護，其成功關鍵？

附錄三

部分訪談內容

Q 代表研究者 D1 代表受訪者

資料開放性編碼實例

保密資料

編碼	訪談實錄	譯碼
Q003	3.請您談談安寧病房和非安寧病房照顧上的差別是什麼？可有什麼不同的體驗？	
D1-003	<p>3 癌末病患照顧主要在症狀控制，減少身心折磨，讓病患在最後這段路上能走得平安順利，在治療上、藥物上可幫忙的地方也並不多。</p> <p>非安寧病房病患照顧以治療為主，癌症在早期我們給予治療的步驟也是能開刀的開刀，不然就是化學治療或放射線治療，也有的是兩種同時給予。</p> <p>在非安寧病房，癌症病患越來越多，到末期如果未簽拒 CPR & DNR 同意書在病情危急時，仍然依醫師救人原則不遲疑的給予急救。</p>	<p>症狀控制，減少身心折磨</p> <p>住院病患有階段性的療程</p> <p>醫師以救人為天職</p>
Q004	4.在非安寧病房推動安寧理念來照顧癌末病患在理學方面或技巧運用上，您認為和家醫科大夫有何不同？	
D1-004	4.家醫科大夫他們大概負責去評估病患吧！事實上真正去執行的是護理人員吧！同時你看安寧病房護理長也都是很有經驗的，家醫科醫師他主要在用藥部份，事實上還是在症狀照顧上，因為在病患整個的照顧過程他們都沒有參與，只在這最後這部份接上最後一棒，事實上很難在心靈上、同理心上提供病患幫忙所以我們醫院由家醫科來照顧，實在是很奇怪的組合。而是由癌症病患自己照顧的專科醫師，和家人一齊來照顧才能達到全人、全家的照顧不但有一貫性，也比較有默契。	<p>症狀控制</p> <p>治療與照顧認知不同</p>
Q005	5.像家醫科大夫照顧安寧病患時，在症狀控制上藥物劑量、藥品種類在一般病房病患使用上會有問題嗎？	照顧技巧之不同

D1-005	5.不會！醫院大部份不會去限制止痛藥的劑量及種類在選擇上不會有問題。	用藥種類相同
Q006	6.那麼如果專科醫師在藥物劑量上有改變，那麼住院醫師訓練當中如果沒有接觸過這類病患，那在照顧上會不會有質疑的地方？	醫師訓練
D1-006	6.會！尤其是在住院醫師訓練的第一、第二年當中我們比較擔心他們比較無法承擔的包袱，關於藥物使用後萬一病人死了，他們會想是不是因為藥物的關係，但是我們每一組所帶的住院醫師都不太一樣，我們這一組會事先和家屬說明病患病情及藥物使用，向他們說明在藥物使用上不必那麼嚴謹，住院醫師心理會比較舒坦一點，免得他們心理壓力很大，這樣住院醫師也比較好做事情，萬一在暝暝之中病人往生了也可減少病人家屬的抱怨。	症狀照顧 事先溝通 住院醫師經驗不足
Q007	7.在病情告知方面您通常會採取主動告知病患還是與家屬溝通後再行告知？主動與否談談您的看？	
D1-007	7.這一方面我通常會先看看病患家屬的想法家屬如果同意要做治療再婉轉漸進式告知病人。	尊重家屬的想法
Q008	8.您覺得這樣的好處在那裡？	
D1-008	8.這樣可以免得病人在聽到這樣的診斷時會有一點點的震驚或者無法接受，雖然大部病人都會有些一點知道心理有數，但如果直接的告知，不免有一些震驚難以接受，所以有些家屬會要求隱瞞病情，不願讓病人知道全部的病情，等做治療時慢慢告知，另外現在有些家庭型態越來越複雜，比如一個病人有二個太太各自有兒女一方要告知，另一方又不要這樣我們就很困擾。	聽到診斷時不免有一些震驚難以接受
Q009	9.在病情告知時，病人所呈現出來的情緒反應在您印象中深刻的或最常見的有那些？	病情告知

D1-009	<p>病情告知的情緒反應：最常見的有家屬願直接了當的說，我就會直接告訴他說您的肺部長了一個瘤，是屬於小細胞肺癌我們規劃要協助病人做化學治療或放射線治療。有時要要婉轉一點的婉轉法，有些家屬不想讓病人有這麼多的擔心，只告訴病人說肺部長了東西希要繼續做檢查，在說法上要有一點技巧，要婉轉一點的說法，這樣的說法是比較好的。有的比較年輕大約四-五拾歲正是人生的巔峰期或是家庭狀況比較穩定的時期，有些病人通常會有許多的癌症的心歷程的反應，如震驚、否認等心理反應現象在短時間的沮喪無法接受...。可以理解，這是很正常的。如果年紀輕的他們可能還有許多事情要處理，需要讓他們了解前因後果的原因還是要慢慢讓他們知道真相。如果年齡大一點七-八拾歲或八-九拾歲我們也會配合家屬的了求做「善意的謊言」免得病患心理有太多的擔心。</p>	<p>婉轉說明</p> <p>家屬不想讓病人有這麼多的擔心</p> <p>心理反應很正常</p>
Q010	<p>10.像碰到這樣的病人（沮喪）您會用怎樣的方式來來讓他重新面對站起來。</p>	
D1-010	<p>10.碰到這樣的事情可以理解的，有些會傷心會懊惱就順其自然不用刻意去揪出來。這部份需要家人的鼓勵另外和個人人格特質有關，有人天生是悲觀型要讓的認為自己是全台市最不幸的人容易自我放棄認。要讓這些人重新站起來，也比較難。</p>	<p>容易自我放棄者要讓他重新站起來</p>
Q011	<p>11.當您覺得病患有安寧照顧需求時，您會主動提供訊息，還是等病患或家屬有意願再行轉介？還是覺得留在我們病房一樣可以繼續照顧。</p>	<p>照顧需求</p>
D1-011	<p>11.我的想法是如果家人有需求我還是會尊重家屬的意見除非那時候安寧病房沒有床位，這時我們會讓家屬了解其實在病房的照顧也是和安寧病房一樣的，坦白講我覺得我們病房照顧會比安寧病房照顧得更好，因為如果病人喘，他們處理不來，還是要照會我的，所以我有把握會照顧得比他們好。</p>	<p>尊重家屬</p> <p>病房照顧會比安寧病房照顧得更好</p>
Q012	<p>12.您轉介病患都能順利或需等待？大約等多久？</p>	

D1-012	12.轉介病患大部份可以去啦。也有時因床位限制或家屬因經濟負擔或不了解而考慮比較多，也有的不願讓病患知道要轉去的地方是安寧病房而作罷（隱瞞病情）。	床位限制或經濟負擔或不瞭解
Q013	13.目前安寧照顧床位數與癌末病患的需求比率上差很多，您認為如果安寧病房床位數不足，讓病患繼續留在一般病房由原來的專科醫師來提供連貫性的照顧，可否談談您的看法。	
D1-013	13.目前安寧照顧床位數與癌末病患的需求是有一段距離，我的想法是醫師和家屬的想法要求要一致，但這說來容易，做來難，我們的動作要讓家屬了解沒有到安寧病房但是留在一般病房在照顧上也是一樣的，不要讓家屬覺得沒有到安寧病房接受照顧是一件很遺憾的事。	床位數與癌末病患需求是有一段距離
Q014	14.據健保統計在全部癌症病患中約有 1/10 的癌末病患獲得安寧照護，且滿意度在 90 % 以上您有何看法？	
D1-014	14.有些家屬也會覺得沒有到安寧病房而感覺遺憾，想想看安寧病房只能容納 1/10 的癌末病患，那其他 9/10 的病患怎麼辦呢？如果說這 9/10 的病患留在非安寧病房過著水深火熱的日子，似乎也是不公平！對護理人員也不公平！他們只是多一些支支節節的裝璜、設備如沐浴設備、房間一些，給人感覺像觀光飯店有一點僕樣病房，主要是照顧病患少。人力多所有的醫療團隊都在支持、呵護這些病患。個人覺得反而在我們這裡比較好，照顧上反而更方便，在專業的照顧上，他們照顧（指安寧病房醫師）只是用藥不同而已。另外只多加一點安寧療護理念的理念而已。	大部分癌末病患留在非安寧病房照顧 豪華、樣板，將安寧病房塑造得高不可攀 多加一點安寧理念的理念而已
Q015	15 如果以現有的人力、物力、設備融入安寧理念照顧癌末病患您認為其困難因素是什麼？	困難因素
D1-015	15.大致沒有其他特別的困難，安寧病房只是增加一些設備，讓人感覺不同，設備豪華一點，床位少一點，護理人員多一點，事實上病患的問題並不會因為換了	病患問題不因為換個地方而改變 癌末該到安寧病

	一個地方而有所改變，有些人認為癌末病患就應該到安寧病房，這是一個錯誤的想法。	房這是錯誤想法
Q016	16.那麼如果在我們病房融入安寧理念於常規工作照顧病患，您認為我們最需要的在職教育是什麼？	在職教育安寧理念比較缺
D1-016	16.以現實考量我覺得應多提供一點癌末安寧理念，這一部份是我們比較缺的，在臨床上我們對新進人員要多給他們教育，在工作中自然的指導或直接帶著做，新人可能比較不會有壓力的感覺，平常我們帶他們做，慢慢他們也可以做到，這在人員訓練上可能要多花一點時間。	自然情境中學習
Q017	17 你發現我們病房多了幾幅安寧療護理念相關的衛教看板？	
D1-017	17.是的！病患和家屬這方面的知識也是要有的，因為病人到最後也是要家屬幫忙，光靠醫生、護士是不夠的。	病患和家屬是要家屬幫忙
Q018	18.臨床上有些病患已“預立遺囑”，註明在醫師宣告本人無法治癒的情況下，讓我平安往生且拒絕 CPR，但有時子女們為了某一未歸的孩子想見親人最後一面，而堅持要 ON END等待...見最後一面 這種情況下您的看法？	
D1-018	18.還是要尊重家屬的意願，免得有醫療糾紛。因為法律只保護病人和家屬並沒有保護醫生，法令規範我們醫生要如何協助急救病人並未規範到如何保護我們。	尊重家屬的意願，免得有醫療糾紛
Q019	19.您認為非安寧病房融入安寧理念，照顧癌末病患，其成功的因素是什麼？	
D1-019	19.癌末病人在照顧上、想法上要一致，家屬也要理智這一點說來容易做來難！最重要的是我們要多花一點時間，細心的照顧提供身心的需求，能減輕症狀帶來的痛苦，我們在動作表現上要讓家屬感覺在非安寧病房的照顧和安寧病房的照顧沒有兩樣，這是很重要的事。	多花一點時間細心的照顧讓家屬覺得病房照顧也一樣，不要有遺憾

Q020	20.您認為安寧照護病房和一般病房的差別是什麼？	
D1-020	20.差別嘛！應該也還好！癌末病患最重要的是症狀控制嘛！在這一方面我們一樣可以做到，另外就是清潔舒適，它們比較特別的是有沐浴的大浴缸和洗澡機。還有一些牧師、宗教人士和社工在幫忙，這一點對我們來說是比較困難的。	症狀控制，們一樣可以做到 設備、醫療團隊比較困難
Q021	21.您照顧這麼多癌症病患中那個階段病患對安寧照顧需求最高？	
D1-021	21 其實每一階段都很重要，但是有些病患他們一方面想要繼續治療，一方面他們心中有太多的不確定因素，另外有些家屬也有經濟的壓力，不是每個人都付得起那部份附擔的差額，病房費一日日的累積在經濟上也是一筆不小的負擔。	不確定感 經濟的壓力
Q022	22.許多癌末病患在瀕死前還來不及轉往安寧病房，請問醫護人員如何做到提昇病患的生命品質與尊嚴？	來不及轉往安寧病房
D1-022	22.為提昇癌末病患的生命品質與生命尊嚴，事實上不一定要將病患都轉到安寧病房對他們才有幫助，因為許多病患都已經在臨終前，才能轉去這時病人通常已十分虛弱，病況很差，這時讓他們搬動其實不是很洽當，對病人幫助也不大。安寧照顧最重要的是在病患意識還清楚時能減輕他們的疼痛、改善症狀！如果已來不及轉要尊重生命品質與生命尊嚴好的方式就是不要做無謂的急救它已無法挽回生命徒增痛苦。	不一定要將病患都轉到安寧病房對他們才有幫助 臨終前，才能轉幫助不大 在意識清楚時能減輕疼痛 不要做無謂的急救對無法挽回生命徒增痛苦。



行政院國軍退除役官兵安置委員會 台北榮民總醫院

TAIPEI VETERANS GENERAL HOSPITAL, VAC

20F SHEN-PAI ROAD, SEC. 2
TAIPEI, TAIWAN 1027
REPUBLIC OF CHINA
TEL: (886)-2-2871-2121(30 LINES)

同意臨床試驗證明書

查南華大學生死學研究所研究生盧璧珍所提研究計畫「某醫學中心一般病房提供安寧照護可行性之初探—以胸腔科為例」（本院編號：91-08-01A）已於九十一年八月五日經本院臨床研究倫理委員會審查通過，特此證明。

有效期限至九十二年八月十八日

何悅通



台北榮民總醫院
臨床研究倫理委員會
執行秘書
何悅通

中華民國九十一年八月十九日

以下空白