

107 年度自行研究成果報告

題目：退輔會體系榮民之家如何配合國家長照
政策發展~以板橋榮家安寧療護的參與
式行動研究經驗為例

年度：107

編號：1

單位：板橋榮譽國民之家

研究人員：洪嘉妙

(板橋榮譽國民之家) 107 年度自行研究成果報告摘要表

研 究 題 目	退輔會體系榮民之家如何配合國家長照政策發展~ 以板橋榮家安寧療護參與式行動研究經驗為例
研究單位及人員	保健組 洪嘉妙
研 究 期 程	107 年 1 月至 108 年 1 月
內 容 摘 要	<p>一、研究緣起與目的</p> <p>長期照顧機構住民年齡高、多為失能者，更需要安寧介入。以板橋榮家為例，收托住民的平均年齡約 87 歲，其中百歲人瑞有 16 位，高齡化的情況更甚於全台人口平均餘命。年齡高，死亡率相對高。根據輔導會統計過世前曾接受安寧照護服務人數為所有死亡人數的 18.75%，意指將近 8 成高齡榮家住民無法於死亡前得到安寧緩和照顧，甚至需要接受插管、電擊等無謂醫療措施。</p> <p>本研究目的在於描述退輔會所屬之榮家，如何透過參與式行動研究配合長照安寧政策，落實於實務照顧中。並比較 2018 年及 2019 年積極配合長照安寧政策推動下，榮家在工作人員安寧療護培訓、住民使用安寧療護、簽署 DNR 比例、在家臨終照顧等面向上之差異。本研究同時紀錄長期照顧機構住民於機構內臨終的過程，以及家屬的回饋。</p> <p>二、研究方法與過程</p> <p>本研究為一參與式行動研究設計(participatory action research design)，介入期程為 2018 年 1 月至 2019 年 1 月。</p> <p>本研究進行的步驟先盤點榮家內外部資料，連結外部安寧專業團隊(北榮安寧團隊)後，成立榮家內步安寧緩和照顧團隊。完成人員編組後，進行榮家內部安寧緩和照</p>

顧相關教育訓練，同時篩選安寧緩和個案轉介外部安寧居家護理師，召開家庭個案討論會，了解個案及家屬照顧期待，擬定符合照顧期待之目標，協助個案善終。

三、研究發現與建議

本研究期間，該榮家積極辦理工作人員安寧療護培訓，半年間共辦理 5 場次，邀請職員工、一線照服員、護理師、社工師等參加。在住民使用安寧療護與簽署 DNR 比例上，本研究共收案 27 位住民接受安寧緩和照顧，平均年齡為 89.74 歲(range: 84~102)，皆為男性，其中符合健保安寧為 7 人，非健保緩和為 20 人。27 位個案中 18 位於安寧緩和照顧形式中死亡，自收案至死亡日期止，照顧平均天數為 181.83(range: 7~590)。106 年收案對象 5 人，來源皆為醫院安寧共照轉介，107 年研究介入後，醫院安寧共照轉介 5 人，其餘 22 人皆由榮家轉介。107 年研究單位內住住民死亡人數為 81 人，相較 106 年死亡人數顯著增加($\chi^2=16.898$, P 值 $<.001$)。106 年住民死亡前使用安寧緩和照顧服務的人數為 5 人；研究介入後，使用人數為 18 人，使用服務人數顯著增加($\chi^2=5.628$, P 值 $<.018$)。在簽署 DNR 比例上，106 年為 47.3%；107 年為 50.14%，增加約 2.84%，但不具有統計上顯著意義($P=.285$)。本研究歸納安寧緩和照顧落實於長照機構的著力點包含 1.積極完成住民的心願 2.將家屬納入臨終前照顧團隊。本文以 3 名個案報告的方式，分享如何落實安寧緩和照顧於長期照顧領域。

本研究之限制，在於有限的長照機構空間與人力，若需要照顧安寧緩和或臨終個案，幾乎需要使用 1 對 1 的人力。目前所有長照機構的人力配置，少有能夠提供此服務。另外，目前安寧療護之教育訓練皆以醫師、護理師、社工師為主，較少有專門接受訓練之照顧服務員。長期照顧機構中，照顧服務員是重要的服務提供者，由於缺乏照顧認知，也容易造成照服員間以訛傳訛或因害怕而拒絕照顧等。建議未來有意發展長照安寧模式，需考量上述因素。

目次

內容

第一章 緒論.....	5
第一節 研究緣起.....	5
第二節 研究目的.....	6
第二章 文獻查證.....	7
第一節 我國安寧療護政策發展.....	7
第二節 安寧療護的照顧理論與應用.....	9
第三節 參與式行動研究.....	10
第三章 研究方法.....	12
第一節 研究設計.....	12
第二節 研究對象.....	12
第三節 研究步驟與過程.....	12
第四節 研究工具.....	15
第五節 資料分析.....	15
第四章 研究結果.....	18
第五章 結論與建議.....	26

第一章 緒論

第一節 研究緣起

根據我國衛生福利部統計資料顯示，106 年國人死亡人數 172,028 人，其中死亡年齡最多發生於 80~89 歲，約佔所有死亡人口中的 30%。上述的死亡人口中，55.49%死亡地點為醫院；39.8%亡故於住居所(衛生福利部，2017)。顯示多數的死亡事件是發生在高齡者，而死亡地點以醫院居多。研究指出，死亡前需要身、心、靈、社會等全人的照顧，且有品質與尊嚴的死亡，能夠達到生死兩相安(李淑真, 周長旗, 李秀惠, 江維鏞, & 周繡玲, 2005)。安寧療護是臨終前的積極照顧，幫助病患控制疾病帶來的生理不適，也幫助家屬如何與跨專業人員共同照顧病患，適時的彼此道謝、道歉、道愛與道別，是以病患為導向的照顧理念(李宗派, 2015)。因此，安寧病房的設置與配備，尤其是人力的配置，有別於其他的醫療照顧單位。安寧照顧基金會指出，安寧病房的照顧人力需配有醫師、護理師、照服員、社工師、志工、營養師、不同宗教靈性專業人員。其中醫師、護理師須接受安寧療護相關教育訓練 80 小時；社工師須接受安寧療護相關教育訓練 100 小時。多元的專業人力，是為了提供全人的照顧。然而，多數的死亡事件雖然發生在醫院，能夠接受安寧病房照顧的病患卻是少數。根據安寧照顧基金會的數據，全台灣的安寧病房數僅有 717 床，意指許多死亡的發生並非在安寧病房。因此，近年來，除了安寧病房外，安寧療護的照顧模式外展為安寧共照、安寧居家服務。而長期照顧機構式的安寧照顧卻一直被忽略。

長期照顧機構住民年齡高、多為失能者，更需要安寧介入。以板橋榮家為例，收托住民的平均年齡約 87 歲，其中百歲人瑞有 16 位，高齡化的情況更甚於全台人口平均餘命。據輔導會統計，106 年 3 月至 12 月底，實際佔床住民總數為 6,789 人，亡故榮民數為 752 人，亡故榮民中，過世前曾接受安寧照護服務人數為 141 人，佔所有死亡人數的 18.75%。顯示榮民之家對於安寧照顧的需求更甚於其他

照顧單位。台灣安寧療護由趙可式博士引進，於民國 89 年立法通過「安寧緩和醫療條例」，起初以急性醫療安寧病房照顧為主，93 年推動安寧共同照護模式，將安寧療護實踐於非安寧病房，95 年安寧居家納入健保給付，使安寧療護跨出白色巨塔外。103 年起，健保署將社區安寧療護納入健保給付，服務的範圍從居家擴展至長期照顧機構(王思雅，2016)。雖已推廣數年，但現階段安寧療護於長照機構中的施行，在台灣並不普遍。國健署於 106 年起委託安寧照顧基金會發展安寧長照模式，辦理「長期照護人員安寧照護培訓推廣計畫」，並於 2018 年世界安寧日當天，特別以「長期照護與安寧療護」為主題，邀請日本、韓國、香港等亞洲地區國家分享經驗。顯示我國實踐安寧療護於長期照護領域的重視。

第二節 研究目的

本研究目的在於描述退輔會所屬之榮家，如何透過參與式行動研究配合長照安寧政策，落實於實務照顧中。並比較 2018 年及 2019 年積極配合長照安寧政策推動下，榮家在工作人員安寧療護培訓、住民使用安寧療護、簽署 DNR 比例、在家臨終照顧等面向上之差異。本研究同時紀錄長期照顧機構住民於機構內臨終的過程，以及家屬的回饋。

第二章 文獻查證

第一節 我國安寧療護政策發展

1967年西西里·桑德思女士(Cicely Saunders)在英國倫敦創辦St. Christopher's Hospice，以人性化的理念，積極介入照顧癌症臨終病人。此一照顧理念從此傳揚至世界各國(陳榮基, 2015)。台灣安寧療護由趙可式博士引進，1990年馬偕醫院，在淡水分院設立病房，命名為「安寧病房」，1995年台大醫院設立「緩和醫療病房」。從此安寧緩和醫療的志業，逐漸在台灣開花結果。安寧療護相關的法令，起於2000年立法通過之「安寧緩和醫療條例」，起初皆是以急性醫療安寧病房照顧為主。2004年開始推動安寧共同照護模式，將安寧療護實踐於非安寧病房，2006年安寧居家納入健保給付，使安寧療護跨出白色巨塔外。2014年起，健保署將社區安寧療護納入健保給付，服務的範圍從居家擴展至長期照顧機構(王思雅, 2016)。

依據中央健保局公告，安寧療護住院的適用對象如下：

- (一) 符合安寧緩和醫療條例得接受安寧緩和醫療照護之末期病人(必要條件)。
- (二) 確定病患對各種治癒性治療效果不佳之癌症末期病患。
- (三) 末期運動神經元病患。
- (四) 主要診斷為下列疾病，且已進入末期狀態者：
 1. 老年期及初老期器質性精神病態
 2. 其他腦變質
 3. 心臟衰竭
 4. 慢性氣道阻塞，他處未歸類者
 5. 肺部其他疾病
 6. 慢性肝病及肝硬化

7. 急性腎衰竭，未明示者
8. 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者。

安寧居家療護的健保給付條件為個案符合上述條件之一，但目前病情不需住院治療而需安寧居家療護，經簽署選擇安寧緩和醫療意願書或不施行心肺復甦術同意書者。此外，個案需要符合 ECOG>2 分以上，才能申請。意指個案 50% 以上的日常生活時間是坐在椅子上或臥床。有下列服務項目之需求，才能以健保方式使用安寧居家服務：

1. 症狀控制：
 - (1) 含疼痛、呼吸困難、噁心、嘔吐、腸阻塞腹脹、意識混亂等常見癌症末期症狀之適當處置。
 - (2) 對不接受呼吸器處理之末期運動神經元患者提供疼痛、虛弱、肌肉痙攣等相關症狀之處置。
2. 病患之身體照護：含止痛藥匣、尿管、胃管、氣切管或其他留置管之定期更換。指導並協助家屬：褥瘡傷口換藥，留置管、造瘻口、人工血管護理，口腔護理，灌食調理進食；洗頭、洗澡、會陰沖洗；灌腸，更換尿袋、點滴瓶；抽痰，扣背排痰及噴霧治療技巧；淋巴水腫及皮膚按摩，肢體活動及翻身擺位，避免壓瘡等病患護理照顧技巧；並指導家屬照顧個案維持日常生活功能所需知識技能，及必要之家庭安全設備。
3. 病患與家屬心理社會諮詢與照護。
4. 病患與家屬靈性宗教需求之照護。
5. 善終準備。
6. 病患善終後家屬之哀傷輔導與後續追蹤。
7. 代取藥、代採檢體及送檢。
8. 當病患需入院接受照護時，主動提供轉介協助及安排住院療護後送服務。

ECOG Performance Status

These scales and criteria are used by doctors and researchers to assess how a patient's disease is progressing, assess how the disease affects the daily living abilities of the patient, and determine appropriate treatment and prognosis. They are included here for health care professionals to access.

ECOG PERFORMANCE STATUS*	
Grade	ECOG
0	Fully active, able to carry on all pre-disease performance without restriction
1	Restricted in physically strenuous activity but ambulatory and able to carry out work of a light or sedentary nature, e.g., light house work, office work
2	Ambulatory and capable of all selfcare but unable to carry out any work activities. Up and about more than 50% of waking hours
3	Capable of only limited selfcare, confined to bed or chair more than 50% of waking hours
4	Completely disabled. Cannot carry on any selfcare. Totally confined to bed or chair
5	Dead

* As published in Am. J. Clin. Oncol.:

Oken, M.M., Creech, R.H., Tormey, D.C., Horton, J., Davis, T.E., McFadden, E.T., Carbone, P.P.: Toxicity And Response Criteria Of The Eastern Cooperative Oncology Group. Am J Clin Oncol 5:649-655, 1982.

第二節 安寧療護的照顧理論與應用

何謂安寧療護

世界衛生組織於 1990 年曾對安寧緩和療護下此定義：當患者的疾病，無法被現代科技所治癒，提供主動、整體性的照顧，解決疼痛與不適之症狀，包含身、心、社會與靈性等問題。安寧療護的目標是提升病患和家屬的生活品質(徐子恒 & 蔡世滋, 2006)。

安寧病房的人力設置

在人力的配置上，應設專責主治醫師一人以上，且應二十四小時均有醫師可應諮詢、診察。專責醫師需接受八十小時以上之安寧療護相關教育訓練(含四十小時以上之實習)。護理人員的部分，每一床應置護理人員一人以上。需接受八十小時以上之安寧療護相關教育訓練。(含二十小時以上之實習)。每三床應置照顧服

務員一人，或相當質、量之志工人員且應接受適當之教育。應置專責社會工作人員一人以上。需接受一百小時以上之安寧療護相關教育訓練。(至少含四十小時之實習)。此外，也須設置下列其他人員，包含營養、藥事諮詢人員，另得視需要設置臨床心理工作、職能與物理治療及不同宗教靈性等專業人員及志工。

第三節 參與式行動研究

1940年代K. Lewin提出行動研究的概念，主張不先預設理論架構框架研究者的看法，乃是讓研究者用更開放的態度來理解實務經驗的現象(李怡娟, 1997)。這樣的研究法，被廣為運用於社會科學中。而後使用行動研究的學者，因強調研究對象的「參與」，而衍生出「參與式行動研究法」。參與式行動研究法強調研究者與參與對象間合作關係，認為每一個參與在研究中的個體都有其優勢，能夠共同確認問題，發展出最佳的行動策略(葉莉莉, 2010)。參與式行動研究是實踐賦權(empowerment)的過程，使參與對象從壓迫的環境中得到自我解放，並且正視自身所處的困境，找到對應之道。Stringer(2007)指出，行動研究的過程，是觀察-反思-行動的螺旋狀交互，每次的行動會帶來下個行動的起點，藉著這些行動過程達到預設的目標。而行動包含觀察指：蒐集資料、建立未來藍圖；反思指：發現問題、分析現況並解釋現象；行動指：計畫、執行與評值。

參與式行動研究法，被應用於解決實務工作上的困境，研究過程強調研究者與所關心之對象共同發展出解決策略。葉莉莉(2012)關心長期照護機構住民 PEG 的使用率，運用參與式研究法招募長期照護機構為合作伙伴，了解其在使用 PEG 上的困境，從結構、過程、結果面進行評值，過程中發現家屬的意願是使用 PEG 最大的阻力，而 PEG 有費用補助是助力，因此共同發展照顧宣導手冊，加強醫護

人員的訓練，最後發現夥伴機構的 PEG 使用率增加，且因充能的結果，夥伴機構能夠獨立發表相關的學術文章。也有學者運用參與式研究法，針對 921 受災的中崙社區進行健康社區營造。透過賦權的過程，顛覆由上而下的傳統教育方式，1. 建立了自助互助的社會動員網絡；2. 促進震災後居民的健康意識；3. 建立災後社區動員模式；4. 探索外來團隊災區重建的瓶頸(蔡鶯鶯，徐永年，& 林永隆，2003)。

第三章 研究方法

第一節 研究設計

本研究為一參與式行動研究設計(participatory action research design)，介入期程為 2018 年 1 月至 2019 年 1 月。

第二節 研究對象

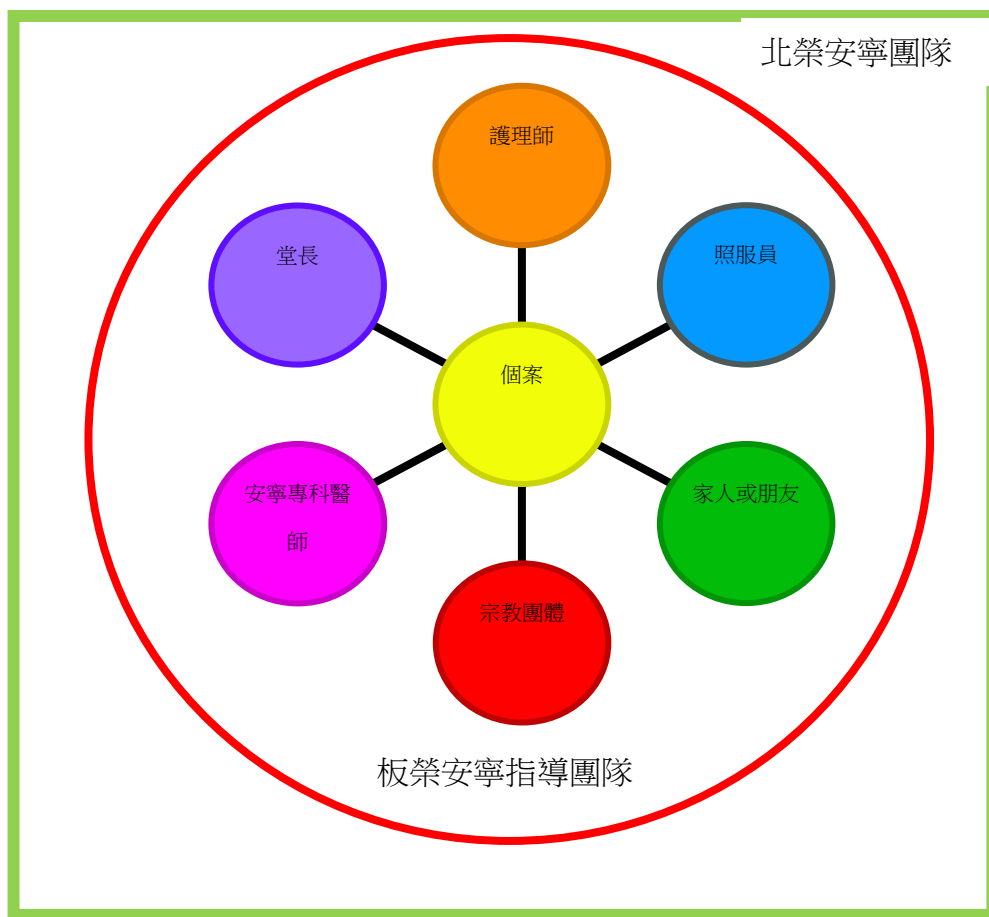
本研究以北部地區板橋榮譽國民之家為主要研究場域。

第三節 研究步驟與過程

本研究進行的步驟先盤點榮家內外部資料，連結外部安寧專業團隊(北榮安寧團隊)後，成立榮家內步安寧緩和照顧團隊。完成人員編組後，進行榮家內部安寧緩和照顧相關教育訓練，同時篩選安寧緩和個案轉介外部安寧居家護理師，召開家庭個案討論會，了解個案及家屬照顧期待，擬定符合照顧期待之目標，協助個案善終。過程如下：

1. 外部安寧專業團隊由台北榮總安寧專科醫師、居家護理師、教育師組成，協助每周探訪收案對象，並於臨終照顧時，提供 24 小時全天候照顧指導。將收案對象區分為健保安寧(符合健保給付條件)；非健保緩和(不符合健保給付條件，但有安寧緩和照顧需求)。
2. 內部安寧照顧團隊由本家已完成安寧甲類訓練之醫師、保健組組長、護理長、輔導組、及安寧照顧業務承辦人共同組成跨專業照顧指導團隊，協助現場個案照顧及一線照顧人員即時諮詢、照顧建議。個案實際由各照顧區主責之護理師、社工、照服員、宗教團體、家屬等提供服務。
3. 將上述成員組織為一社群小組~板家寧舍，隨時討論分享並指導一線照顧者，如何提供個別化之照顧服務，照顧分工如下圖。
4. 安排內部安寧照顧團隊及一線照顧者(照顧服務員、護理人員、社工人

員、輔導員)，參加安寧緩和照顧相關之教育訓練，並與台北榮總安寧病房合作，自 107 年 9 月 13 日起，邀請專家每月蒞家進行安寧緩和照顧教育訓練（相關課程訓練如下表）。



圖一 安寧照顧團隊分工

表一 安寧療護課程規劃

課程主題	小時	課程大綱	備註
安寧療護概論	2	1. 安寧療護的理念與原則 2. 安寧療護常見的問題	107/09/13
末期照護的倫理與法律思辨病人自主權利法	2	1. 安寧緩和醫療條例與病人自主權利法簡介 2. 以案例為基礎說明長照機構常見的法律倫理議題與處置	107/10/18
發覺適合安寧療護的病人	2	1. 運用 spict tool 及健保收案標準發掘符合收案的病人 2. 以案例為基礎說明安寧療護介入時機	107/11/22
末期病人常見的心理社會靈性需求與處置	2	1. 末期病人常見的心理社會靈性需求 2. 以案例為基礎說明心理社會靈性的處置方式	107/12/13
瀕死症狀評估與護理遺體護理	2	1. 瀕死症狀評估與護理介紹 2. 常見的遺體護理與實務運用	108/01/17
末期症狀照護與實務操作	4	1. 末期病人常見的症狀簡介與評估:便秘、皮膚照護、傷口護理、一般性水腫 2. 常見的緊急症狀與處置方式:發燒、呼吸困難 3. 實務操作:便秘、皮膚照護、傷口及水腫護理	108/02/14 108/03/21

5. 篩選合適個案：依據輔導會頒定「榮民體系長照機構並人緩和醫療需求評估及轉介表」(SPICT, 附件一)，由主責護理師篩選符合第一步驟中兩項指標之本家住民；由醫師進行第二步驟篩選，符合其中一項指標者，且家屬有意願進行安寧緩和照顧者，則填寫個案轉介單及 SPICT 表單轉介北榮安寧個案管師收案。
6. 符合收案對象，即召開家庭會議，共同訂定完成個案照顧目標，紀錄表單如附件二。
7. 收案後，將對象區分為安寧照顧(符合健保申報條件)及緩和照顧(非健保申報條件)兩類，由榮家內部安寧緩和照顧團隊及一線照顧服務者提供服務，每周北榮安寧居家護理師探視，與榮家內部安寧緩和照顧團隊及主責護理師討論個案疾病變化及照顧方針修正與指導。

第四節 研究工具

依據輔導會頒定「榮民體系長照機構並人緩和醫療需求評估及轉介表」(SPICT, 附件二)為主要收案評估工具，由主責護理師篩選符合第一步驟中兩項指標之本家住民；由醫師進行第二步驟篩選，符合其中一項指標者，且家屬有意願進行安寧緩和照顧者，則填寫個案轉介單及 SPICT 表單轉介北榮安寧個案管師收案。

自擬個案基本資料包含個案編號、性別、出生年月日、收案日期、疾病診斷、個案來源、亡故日期、照顧服務天數、死亡地點等。

第五節 資料分析

量性研究資料收集後進行編碼(coding)及登錄建檔，採用 SPSS19.0 for Windows 統計套裝軟體，依據研究目的與研究架構進行資料之統計及分析，以 $\alpha < 0.05$ 為顯著水準。所採用的統計方法如下：

一、描述性統計分析：以次數分配(frequency)、百分比(percentage)、平均值(mean; M)、標準差(standard deviation; SD)等方式進行統計。

二、推論性統計分析：

1. 以卡方檢定 (Chi-square) 來探討研究組在 106 年及 107 年過世前使用安寧緩和服務、簽署 DNR 與否等類別資料之同質性是否一致？及探討研究組、對照組在安寧緩和服務收案上、收案來源、往生地點是否有差異？

2. 以 Mann-Whitney U 檢定法檢驗不同組別之連續性資料同質性是否一致？

質性研究資料分析採用內容分析法(content analysis)，首先將每周研究組參與者所繳交反思內容及焦點團體錄音檔轉為逐字稿，盡量在一週內完成逐字稿繕打，其次再將逐字稿進行分析及編碼登錄，輔以當月主題照片進行資料整理。並以持續性比較法進行內容分析(Giorgi, 2008)。資料之收集與資料分析同時進行，直到資料飽和為止。資料分析過程包括：(1)資料形成單元化(unitization)，將研究對象焦點團體訪談打成逐字稿，逐句找出有意義之經驗單元。(2)編碼(coding)-依照個案與訪談主題給予編號，將行為歸納形成一編碼表。第一先進行開放編碼(open coding)，就主題將大量的資料濃縮成數個類別。接著進行主軸編碼(axial coding)，自一組有組織的初步編碼或初始概念著手，所著重的是初步編碼的主題，如何從中進行相關的因果、條件與互動、策略過程，並且尋找具有群聚特性的類別或概念，此為第二步的主軸編碼(axial coding)。最後的步驟為選擇性編碼(selecting coding)，當進行到此步驟時，開始確認出本研究的主要主題。選擇性編碼通常已發展出成熟的概念，且開始環繞數個核心的通則或觀念，嘗試將所有的範疇以一個核心的解釋性概念組織起來，形成重要的主要層面。

質性研究之信度與效度不同於量性研究，本研究質性資料嚴謹度的確保，參考 Lincoln 和 Guba(1985)所提出的四個準則包含：1.可信度(credibility)：對資料真實性的信心；2.可轉移性(transferability)：資料可推論性；3.可靠性(dependability)：資料的穩定度；4.可驗證性(confirmability)：資料的客觀或中立性。由於本研究在研究場域的時間至少超過 3 個月，且取得研究對象信任為介入前提，同時採用焦點訪談與田野觀察法，並與指導教授以及一位質性研究專家共同檢視資料(member check)，將可確保資料的可信度、可靠性與可驗證性。但在

可轉移性的部分，因行動研究的本質，並不在於複製研究結果於不同的群體中，研究者會詳實的敘述資料，以供未來的有興趣從事相關研究人員自行判斷其可轉移性。

第四章 研究結果

第一節 工作人員安寧療護培訓的比較

106 年板橋榮家辦理安寧療護教育訓練課程，僅有 1 場次，主要為宣導安寧療護理念及推廣 DNR 簽署為課程目標，參加對象為所有住民、職員工，共計 142 人參加。與北榮安寧團隊合作，於 107 年共舉辦安寧相關在職教育 6 場。其中例行宣導安寧療護理念及推廣 DNR 簽署 1 場，共有 105 人參加。其於 5 場的安寧療護課程，以護理師、照服員、社工(堂長)為主要參與課程之對象，共有 347 人次參加，各梯次參加人數如表二。

表二 安寧療護教育訓練參加情形

課程主題	小時	課程大綱	參加人數
安寧療護概論	2	3. 安寧療護的理念與原則 4. 安寧療護常見的問題	47
末期照護的倫理與法律思辨病人自主權利法	2	3. 安寧緩和醫療條例與病人自主權利法簡介 4. 以案例為基礎說明長照機構常見的法律倫理議題與處置	78
發覺適合安寧療護的病人	2	3. 運用 spict tool 及健保收案標準發掘符合收案的病人 4. 以案例為基礎說明安寧療護介入時機	74
末期病人常見的心理社會靈性需求與處置	2	3. 末期病人常見的心理社會靈性需求 4. 以案例為基礎說明心理社會靈性的處置方式	86
瀕死症狀評估與護理遺體護理	2	3. 瀕死症狀評估與護理介紹 4. 常見的遺體護理與實務運用	62

第二節 住民簽署 DNR 及使用安寧療護比例的比較

本研究共收案 27 位住民接受安寧緩和照顧，平均年齡為 89.74 歲(range: 84~102)，皆為男性，其中符合健保安寧為 7 人，非健保緩和為 20 人。27 位個案中 18 位於安寧緩和照顧形式中死亡，自收案至死亡日期止，照顧平均天數為 181.83(range: 7~590)。非健保緩和 20 位個案中，55%個案(n=11)於研究期間死亡。106 年收案對象 5 人，來源皆為醫院安寧共照轉介，107 年研究介入後，醫院安寧共照轉介 5 人，其餘 22 人皆由榮家轉介。

本研究顯示，107 年研究場域住民死亡總人數為 81 人，相較 106 年死亡人數顯著增加($\chi^2=16.898$, P 值 $<.001$)。106 年住民死亡前使用安寧緩和照護服務的人數為 5 人；研究介入後，使用人數為 18 人，使用服務人數顯著增加($\chi^2=5.628$, P 值 $<.018$)。在簽署 DNR 比例上，106 年為 47.3%；107 年為 50.14%，增加約 2.84%，但不具有統計上顯著意義($P=.285$)。

表三 使用安寧療護個案基本屬性(n=27)

項次	類別	數值(n)	%
性別	男	27	100
	女	0	0
婚姻狀況	已婚	14	51.85
	離婚	8	29.62
	單身	5	18.53
身分別	公費就養	22	81.48
	自費就養	5	18.52
照顧分類	健保安寧	7	25.92
	非健保緩和	20	74.08
個案來源	安寧共照	5	18.53
	榮家轉介	22	81.48

表四 健保安寧與非健保緩和個案存活情形

項次	類別	數值(n)	%
健保安寧	死亡	7	100
	存活	0	0
非健保緩和	死亡	11	55
	存活	9	45

表五 比較 106 及 107 年度研究單位住民使用安寧療護及簽署 DNR 比例

項目/年度	106 年	107 年	χ^2 值	<i>P</i> 值
佔床人數	592	690		
死亡人數	31	81	16.898	<.001
過世前有安寧照護服務	5	18	5.628	.018
簽署 DNR 人數	280	346	1.142	.285

第三節 安寧療護於長照機構的應用

本研究除探討長期照顧機構如何組成安寧緩和照顧編組外，亦提供各樣的安寧緩和照顧服務。本研究收案 27 位住民，每位住民透過榮家內一線照護之護理師、安寧居家護理師了解住民及家屬的照顧期待，並藉著家庭討論會，共同討論住民的照顧需要，並協助完成其照顧心願，使家屬及住民生死兩無憾。本研究歸納安寧緩和照顧落實於長照機構的著力點包含 1.積極完成住民的心願 2.將家屬納入臨終前照顧團隊。以下以個案報告的方式，分享如何落實安寧緩和照顧於長期照顧領域：

1.想回家祭祀父母的陸伯伯

收案編號 4：陸**；91 歲男性，已婚育有 1 子，家住新北市中和區。

診斷：攝護腺癌 入住榮家時間：106/7/27

107 年 8 月間，因個案食慾差、無力，經常腰痛，家屬希望個案不要受苦，由榮家轉介安寧居家收案，照顧時間 89 天。

此案與妻子關係不睦，兒子與媳婦會定期到機構探訪，但妻子鮮少關心。與個案談話過程中，個案表達對妻子又愛又恨，覺得太太狠心，不讓個案回家。案子自訴，知道父親很想回家，父親也曾提過想要回家祭拜祖先，但不確定媽媽是否同意。因此，在個案討論會後，設定照顧目標要協助個案完成返家祭祖心願。

介入過程如下：

1. 案子返家向母親說明個案的狀況，以及返家祭祖的心願，並請案子擇日預備祭祀用物。
2. 向個案確認返家意願及預備返家時所需之止痛藥物、助行器。
3. 透過生命回顧方式，肯定個案一生為家庭付出，並引導個案四道人生。
4. 個案年少從軍，中年後退役擔任家具工人，只為了能夠養家活口。此外，個案表示自己過去忙著工作，忽略與太太間的相處，才會導致現在的關係冷淡。為個案預備返家送太太的花束及謝卡，讓個案說不出口的感謝，透過文字表達。
5. 聯繫安寧居家護理師、榮家護理長、堂長、照服員協助，並安排車輛協助返

家。

結果：

1. 個案返家當天，出發前先給予口服嗎啡 1#。當天個案穿戴整齊，過程中精神很好，甚至在車上高興地哭著說『大家對我太好了，陪著我回家，想不到還有這一天。』
2. 案妻與案子在家等候，預備好祭祖的用物，讓個案返家後先向祖先祭拜。個案在祭桌前上香，哭喊著『爸爸媽媽我回來了』。而後不願意他人攙扶，自行繞過家中各個角落，後坐在客廳，看著伯伯最喜歡的山水畫，然後跟兒子說『我以為你們把這幅畫丟了。』
3. 在家中的時光，引導個案與案妻道謝道歉，也引導案子、案媳與案孫互相道謝與道愛，並一同拍攝全家福照片。
4. 個案於 107 年 10 月 24 日在案子陪同下，於北榮大德病房亡故。

2.想落葉歸根的「老王子」

收案編號 5：馮**；90 歲男性，單身榮民，姪兒都在大陸。

診斷：大腸癌 入住榮家時間：105/4/26

個案罹患大腸癌，不願意積極治療，由榮家轉介安寧居家收案，照顧時間 285 天。前北榮居家安寧護理師以非健保緩和方式照顧介入，建立關係。後因個案下肢水腫、腹脹，改以健保安寧方式收案。

此案為單身、資深榮民。無法透過家庭會議形式討論個案需求，僅由榮家主責護理師及北榮安寧居家護理師照顧介入，了解個案照顧需求。

介入過程如下：

1. 個案為空軍退役士兵，年輕時曾修繕 U2 偵察機，因此退役後在華航擔任地勤工作，因此有機會到世界各地旅遊，經常分享他的旅遊經驗。
2. 個案分享 U2 偵察機的特性，因時正熱映「黑貓中隊」紀錄片，遂由北榮安寧團隊提供經費，邀請導演楊佈新蒞臨本家放映該紀錄片及座談。邀請個案觀賞影片，回顧自己與 U2 偵察機的回憶。

3. 由於個案為單身榮民，於 107 年 10 月 14 日~107 年 10 月 29 日因腹脹不適住院，期間榮家定時安排照顧者前往探視、陪伴個案，並由榮總申請 1 對 1 看護照顧。
4. 個案否認自己罹患癌症，但知道自己時間不多了，一直希望可以死在大陸家鄉，因此聯繫侄兒從大陸來台探親。探親時間自 107 年 11 月 2 日至 107 年 11 月 9 日，協助個案在台辦理返鄉證件及事宜。
5. 107 年 11 月 9 日，個案腹脹厲害，解便困難。協助給予止痛藥物嗎啡，由北榮開立適航證明，姪兒陪伴下返回大陸老家。107 年 12 月 12 日，個案在姪兒陪伴下，於大陸醫院亡故。

3. 榮家就是「家」的卞伯伯

收案編號 6：卞**；90 歲男性，已婚育有 2 子皆為遠洋船員，長期於海上工作個案遂與妻子同住榮家，個案一家皆為基督徒。住家位於新北市樹林區。

診斷：腎病末期 入住榮家時間：106/6/1

個案罹患腎臟衰竭須洗腎，但個案個人洗腎意願不高，不想經常往返醫院受苦。107 年 9 月 14 日曾因醫療人員及家屬勸告而使用 Double lumen 洗腎，107 年 11 月 22 日因感染發燒住院移除洗腎廬管，拒再進行血液或腹膜透析。家屬希望個案不要受苦，於 107 年 9 月即由榮家轉介安寧居家收案，照顧時間 166 天。

此案與妻子關係和睦，生病期間皆由案妻照顧，每天固定推著輪椅帶個案外出散步。兒子下船後，會與媳婦到榮家探訪，但探訪次數較鮮少。與個案談話過程中，個案表達對兒子非常思念，也希望自己不要連累太太，讓她照顧很辛苦。個案自覺活到 90 歲已經足夠了，如果爾後要一天到晚跑醫院，不如不要活了，表達對住院醫療環境的排斥。對於個案不願意積極洗腎的決定，案妻落淚表示尊重。案長子因知道父親病況，特地提早下船，於 108 年 1 月召開家庭討論會，設定照顧目標要協助個案盡可能舒適，並且最後於榮家內臨終。

介入過程如下：

1. 個案與妻子選擇入住榮家，是因為案子皆長年在海上工作，媳婦與孫兒都各

- 自有家庭，個案擔心自己離世，案妻一個人會孤單寂寞，因此選擇來榮家。
2. 個案非常愛兩個兒子，但卻很少有機會能與其相處。個案病中曾生氣的說『難道要我死了，他們才要回來嗎？』
 3. 向案子說明個案照顧目標，若在機構中無法解決個案的身體不適，以轉送安寧病房為主要目標。並且邀請案子暫時先不要再出遠門，每日蒞家陪伴推輪椅散步。若個案臨終前，需要家人 24 小時在旁陪伴照顧。
 4. 請家屬預備往生物品及衣物。
 5. 個案因水腫及腎衰竭引起皮膚癢，給予利尿劑及止癢藥物。臨終前一周，使用利尿劑仍無法幫助排尿，經安寧專科醫師評估後，給予停藥。皮膚癢時給予冷敷、減少衣物，脫屑皮膚給予清爽乳液擦拭。
 6. 安寧居家護理師協助預備「舒適包」，內有口服、貼片、舌下型嗎啡藥物，另有 scopolamine 貼片。
 7. 呼吸有痰音，在個案及家屬同意下，由口抽咽喉部位痰液。
 8. 個案於臨終前 3 天陷入昏迷，出現 death rattles，予以使用安寧居家護理師預備之 scopolamine 貼片，減少呼吸聲響。同時通知案子 24 小時陪伴個案，並協助安排同房床位，讓案子能有休息空間。
 9. 隨時告知案妻及案子個案的病況變化，並說明後續可能改變的生理徵象，提醒切勿餵食。
 10. 指導照顧服務員如何觀察個案的生命跡象，並協助家屬翻身擺位。
 11. 協助個案床上擦澡，維持身體清潔，並更換清潔衣物。

結果：

1. 個案於 108 年 1 月 2 日下午 13:25 於榮家安置床位上安詳離世。
2. 本家醫師宣告死亡時間後，協助更換衣物，協助以大毛巾幫助個案闔上嘴巴，並由家屬檢視是否面容安詳。
3. 引導家屬與個案道別後，蓋上布條。
4. 由榮家家主任為個案蓋上國旗，以表個案一生為國奉獻。

5. 邀請所有榮家長官及照顧者列隊，護送個案大體至家區助念室，但因案家信仰，將內部原有神像先以屏風遮蓋，並通知家區內基督教牧師協助禱告。
6. 案妻、案長子通知其他家人前來，在全家人到齊後，由案家邀請之牧師祝禱，家人跟個案道別。
7. 離開榮家前，由家主任率照顧團隊向個案敬禮，目送個案離開榮家。

第四節 家屬的回饋

本研究 27 位收案對象中，有 2 位個案(編號 3 與編號 6)選擇在榮家內臨終。臨終前，皆接受本家建議，24 小時有家人陪伴，協助照顧。訪談該 2 位個案家屬，對於在機構中協助個案往生的經驗，整理逐字稿內容如下：

一、 超越了照顧的「愛」

編號 6 案子表示『我從來沒有想果我爸會在榮家走，是因為你們開會的時候，說可以，我想我和我媽就可以不用為了大老遠去醫院跑來跑去....而且我爸真的很不喜歡住院』。

案子同時表示，『最後的時候，我看到護理長幾乎無時無刻在旁邊幫忙，告訴我們很多事情，例如說怎麼觀察，接下來會發生什麼事，我覺得這是....這應該怎麼說呢，我在這裡看到了這裏工作的人，做的不只是照顧，應該是大愛。』

編號 3 案妻目睹個案嚥下最後一口氣，哭著說『真的很謝謝你們，如果沒有你們幫忙，我一個人真的也不知道怎麼辦，真的....』

二、 臨終環境設置，因個案家庭需要而異

兩位在榮家臨終的個案，皆為養護床位個案，其住房為 5 人一間，臨終前未調整床位，但有詢問同房室友需要先迴避否，室友皆表示不需要，甚至表示不需要拉上圍簾。訪談兩位家屬，1 位表示現有的空間很好，感覺不會避諱，有「被接受」的感覺。但另 1 位家屬則表示，臨終前會有很多情緒，會哭泣，覺得沒有獨立空間，缺乏隱私。

三、 善終~活著的人沒有遺憾

善終的定義，來自於活著的人沒有遺憾。亡者沒有知覺，只有活著的人才能感覺是否達到善終。

編號 6 案妻表示『我先生在這裡，主任幫他蓋國旗，大家護送他，真的很尊榮，這在醫院或是在家裡，都不可能有這樣的...』。

編號 3 案妻表示『我先生很快，也很安詳，沒什麼痛苦，就這樣睡睡的走了，這樣很好...』。

第五章 結論與建議

透過本研究介入，該榮家住民 DNR 簽署率約 51%，高於全國其他榮家。而住民於臨終前接受安寧緩和照顧的比例亦顯著提高。研究指出，提升長照機構照顧者對於安寧緩和相關訓練，有助於推動機構內的安寧緩和照顧(侯春梅, 陳雅芳, 黃勝堅, 楊文理, & 蔡衣帆, 2015)。說明一線照顧者接受足夠的安寧療護教育訓練，能夠及早辨識老年生命末期，及早提供安寧緩和照顧。

機構內往生，常有照顧者擔心醫療糾紛。研究指出，安寧緩和照顧的臨終方式，能夠減少醫療糾紛(陳榮基, 2015)。此與本研究所得的結果雷同，27 位受安寧緩和照顧之個案，皆無醫療相關糾紛，且在機構內臨終照顧，提供家屬另一個安寧療護的選擇。

本研究之限制，在於有限的長照機構空間與人力，若需要照顧安寧緩和或臨終個案，幾乎需要使用 1 對 1 的人力。目前所有長照機構的人力配置，少有能夠提供此服務。以本研究為例，遇有個案需要臨終前照顧，值班護理師皆是超時加班方式提供服務。個案數少時，尚可負荷，但個案需求增加時，恐無法滿足現場需要。另外，目前安寧療護之教育訓練皆以醫師、護理師、社工師為主，較少有專門接受訓練之照顧服務員。長期照顧機構中，照顧服務員是重要的服務提供者，由於缺乏照顧認知，也容易造成照服員間以訛傳訛或因害怕而拒絕照顧等。在空間的部分，長照機構的配置標準並無要求獨立的往生預備空間，因此，若設置獨立空間，勢必壓縮照顧床位。

本研究僅為 1 年期之研究，收案樣本數不多，須持續研究，瞭解發展長照安寧緩和照顧對個案、家屬及實務照顧者的效益。

參考文獻。

- 王思雅。(2016)。長期照顧體系下的安寧居家療護。*社區發展季刊*。153, 171-181。
- 安寧照顧基金會。(2019)。*安寧療護病房設置基準*，2019/01/1 取自 <http://www.hospice.org.tw/2009/chinese/hospital-3.php>
- 李宗派。(2015)。安寧緩和與臨終關懷－美國經驗 (2015)。[Hospice and Care of the Dying]. *11*(2), 57-79.
- 李怡娟。(1997)。行動研究在護理上的應用。[Application of Action Research in Nursing]. *護理研究*, *5*(5), 463-468.
- 李淑真, 周長旗, 李秀惠, 江維鏞, & 周繡玲。(2005)。安寧團隊照顧。[Care of the Hospice Team]. *10*(1), 65-74. doi:10.6537/tjhpc.2005.10(1).7
- 侯春梅, 陳雅芳, 黃勝堅, 楊文理, & 蔡衣帆。(2015)。醫院與長照機構推動社區安寧整合性服務。[Partnership between Hospital and Long Term Healthcare Service Organization in Promoting a Holistic Service for Palliative Care]. *12*, 130-148. doi:10.6200/tcmj.2015.12.Sp.12
- 徐子恒, & 蔡世滋。(2006)。非癌症疾病之緩和治療。 *18*(4_S), 37-39. doi:10.6440/tzucmj.200608.0037
- 陳榮基。(2015)。以安寧緩和醫療維護善終並減少末期病人的醫療糾紛。[Promotion of Hospice Palliative Care for Peaceful Dying and Minimizing Medicolegal Disputes]. *11*(1), 4-9.
- 葉莉莉。(2010)。參與式行動研究法及其應用。[Participatory Action Research and Its Utilization]. *新臺北護理期刊*, *12*(2), 59-68.
- 蔡鶯鶯, 徐永年, & 林永隆。(2003)。參與行動研究：921地震後中崙社區健康營造研究案例。[Participatory Action Research: A Case Study of Healthy Community Building at Chun-Ker Village after the 921 Earthquake Disaster]. *新聞學研究*(77), 23-65.
- 衛生福利部統計處。(2017)。*死亡原因分析*，2019/1/20 取自 <https://dep.mohw.gov.tw/DOS/fp-1855-4304-113.html>。