

安寧療護簡介



安寧療護

生、老、病、死為人類生命自然過程，近年來，以人性關懷為出發點的安寧療護受到多方重視，其強調臨終是人類自然生命存在的一部分，但社會對「死亡教育」仍是非常缺乏的，人們常不知如何面對死亡，甚至經常接觸瀕死病人的醫護人員，對「死亡」也仍抱有恐慌的態度。

衛生署從民國 85 年主導安寧療護推動，目的為期望在實務上，保障癌症末期病患能得到更完善的照顧及減少不必要的介入性醫療；在精神面上，喚起我們正視死亡認識的問題，從而更能夠尊重生命，有助於回歸並落實人性化醫療的理念，提供了民眾正確面對死亡的機會，進而建立「預立醫囑」及「不實施心肺復甦術」(DNR) 的生命新主張。

(一) 安寧療護真諦

依據世界衛生組織 (WHO) 的定義，所謂安寧療護是指針對治癒性治療無反應之末期病患提供積極性及全人化的照顧。以維護病人和家屬最佳的生命品質；主要是透過疼痛控制，緩減身體上其他不適的症狀，同時並處理病患及家屬在心理、社會和心靈上的問題，也就是說安寧療護的基礎思考，是力求病人主觀改善為原則，在現代醫療技術無法為病患提供更有利的服務之際，安寧療護用尊重生命的哲學態度，陪伴病人走過人生最後旅程，並輔導家屬重新面對未來的生活。

(二) 安寧療護特色

安寧療護之發展具備「四全照顧」之特色，是一種積極治療的態度緩和身體不適，讓患者安詳且有尊嚴地走過生命的最後旅程，也讓家屬能順利地度過死亡所帶來的悲傷期，以達到平靜安寧、生死兩無憾。包括：

- (1) 全人照顧—即身、心、靈之完整療護。
- (2) 全家照顧—即關心病患，亦關懷家屬。
- (3) 全程照顧—即伴病患行至臨終，也輔導家屬度過低潮。
- (4) 全隊照顧—即結合醫生、護士、心理師、社工師、物理治療師、職能治療師、宗教人員及義工等，共同照顧病患及家屬。

(三) 安寧療護原則

- (1) 肯定生命並將瀕死階段視為人生自然過程，不必加以催促也不延長死亡。
- (2) 提供疼痛和其它痛苦症狀的緩解。
- (3) 將病患的心理與靈性層面，整體進入病患的整體治療照護措施中。
- (4) 提供支援與支持系統，幫助病患自由自在地生活，直到死亡。
- (5) 提供支援與支持系統，幫助家屬在病患疾病的過程中及喪親後哀傷期的調適。

(四)安寧療護觀念的澄清：

一般人對「自然死」(安寧緩和醫療)和「安樂死」名詞的概念常混淆不清，然而「安寧緩和醫療條例」中所提到的「自然死」觀念，與免除病人痛苦，以加工的方式提早結束病人生命的「安樂死」是完全不同。對於罹患癌症末期的臨終病人而言，生活的品質可能優於生命的延長。從尊重病人的角度看來，病人有知的權利，亦有被尊重選擇醫療的方式，因此尊重病人自主之意願選擇放棄以心肺復甦術施救的做法，讓病人安詳往生，正符合醫學倫理的行善、無傷害及病人自主等三大原則。國人常將『安寧療護』誤認為安樂死，就是等死、放棄治療；因而使得安寧療護的政策美意大打折扣。

安寧療護高人性化的照顧方式，是社會文化中重視個人價值及病患權益的一種覺醒，死亡不應被視為是一生的終結，而要採取另一種積極看法，把死亡當成圓滿生命意義的重要環節。安寧緩和醫療制度的建立，除了嘉惠癌症末期病人及其家屬外，更重要的是代表人類對生命的看法正在改變。在愈來愈多人有此理念，醫生更要提供病患正確的資訊，使患者有機會理解自己可為自己的生命做什麼選擇。



末期病人不施行心肺復甦術 (DNR) 衛教單張

心肺復甦術，簡稱 CPR (cardio pulmonary resuscitation)，意指有人因故造成呼吸、心跳停止，而產生猝死現象時，緊急搶救患者免於死亡的一種技術。對急性呼吸或心跳停止的病人（如溺水、觸電、車禍、外傷、心肌梗塞）施行 CPR 的結果，常有機會可以挽救回其生命，這是施行 CPR 最重要的目的；但是病人也可能因為急救過程腦部缺氧時間過久而喪失大腦功能，變成殘障、昏迷不醒、植物人，最糟的情形就是病人仍然不治死亡。

通常醫院執行心肺復甦術時，需在病人的氣管中插入一條約 0.7~0.8 公分直徑粗的塑膠管，以外接呼吸器助病人呼吸。病人若心跳停止，則利用電擊或心臟按摩術助他恢復心跳，上述方法有時會壓斷病人肋骨，並經常造成病人鼻咽喉黏膜的受傷及出血。對於慢性重要器官或多重器官衰竭病人施行 CPR 不僅急救成功機會極少，在急救過程常會出現如上述之併發症；即使急救成功了，也可能只是維持短暫（如數小時到數天等）或無品質的生命。在醫院中常見到急救成功暫時挽回生命的病人，因為痛苦會去拔急救時插入氣管的管子，所以醫護人員只好把病人的手固定在床欄上，病人插著管子不能言語，全身又動彈不得，只能默默流淚。有時病人會因生氣受到如此折磨，而閉眼不理睬人。由於這類病人的病因仍在持續惡化，急救並不能真正挽回他的生命。最終多無機會拔除呼吸管，只得在痛苦不堪，又無法以言語表達的情形下，辛苦的走完一生。

心肺復甦急救術運用在急性意外事故或心臟病發作之病人身上，是極珍貴有效的方法，常可挽救寶貴的生命。但若用於末期病人，除了增加病人許多折磨痛苦之外，並不能真正挽回生命，甚至可能延長病人處於瀕死狀況的時間，毫無尊嚴可言。在世界主要先進國家，不為末期病人作急救，早已是符合醫學倫理的行為。許多末期病人也早已簽好同意書，請求醫院到時候不為他做急救(DNR, Do Not Resuscitation)。

台灣在 2000 年立法院三讀通過【安寧緩和醫療條例】並由總統公佈施行後，

DNR 簽署在本國已有法源依據。期待末期病人及家屬對於急救都有真實的認知，能預先簽署不施行心肺復甦急救術的意願書或同意書，要求醫師不要在臨終時給予急救，讓病人平安尊嚴地去世。重要的是，簽署上述意願書或同意書，並非意味放棄了病人。DNR 簽署後，醫療人員仍會盡力用各種方法，讓病人能盡量感到舒適，免除痛苦之折磨。

末期病人不施行心肺復甦術（DNR）家屬常見問答篇

問：末期病人或其家屬簽署不施行心肺復甦術意願書或同意書後，還可以反悔嗎？

答：當然可以，但必須以書面聲明方式撤回方才生效。

【安寧緩和醫療條例】第六條規定：「代理人可隨時自由以書面撤回其意願之意思表示」，若有以上情形發生，務必請以書面方式，要求撤回 DNR 之簽署（建議最好請一名見證人副署）並載明撤回時間。醫療人員會將此書面簽署之文件，黏貼在病歷上，以資證明。

問：簽署不施行心肺復甦術（DNR）之後，是否宣告已被醫護人員放棄？醫療品質也會下降？

答：當然不會。

依據安寧緩和醫療條例第七條第三項之規定，DNR 簽署主要是同意在臨終、瀕死或無生命徵象時，不施行心肺復甦術。在病情發展到此階段之前，只要是對病人不適症狀控制有助益的治療性介入，包括點滴，輸血，藥物，檢查（驗）等都會如常進行。當病人進入臨終或瀕死期時，治療目標將轉為盡量減少病人的不適症狀，包括停掉不必要的藥物，開立控制可能出現的疼痛，躁動，呼吸道分泌物，以及噁心嘔吐等所需之藥物。

問：不施行心肺復甦術意願書與不施行心肺復甦術同意書有何不同？醫療人員如何提供？昏迷病人親屬間之意見不一致時，應如何決定？

答：「意願書」是由意識清楚之病人本人簽署，並需兩名見證人副署。

「同意書」是當末期病人意識不清或無法表達意願時，由其最近家屬一名簽署。依照「安寧緩和醫療條例」第六條規定，最近親屬之範圍及先後順序為：一、配偶。二、成人直系血親卑親屬。三、父母。四、兄弟姐妹。五、祖父母。六、

曾祖父母或三親等旁系血親。七、一親等直系姻親。唯其意見不得與末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願前明示之意思表示相反。此條文尚規定：『最近親屬意思表示不一致時，依前項各款先後定其順序。後順序者已出具同意書時，先順序者如有不同之意思表示，應於不施行心肺復甦術前以書面為之。』因此，當家屬間之意見不一致時，應依上述順序進行決策。

台北榮總安寧療護病房常見問題衛教單張

1. 一般資訊

Q1：安寧病房與一般病房有什麼不同？（安寧病房的特色是什麼？）

答：安寧照護的特色主要在其照顧理念；即「以病人及家屬為中心」的思維模式，兼具全人、全家、全隊、全程的「四全照顧」理念，其最終目的在於提供注重末期病人身心靈需要的人性化照顧。安寧病房強調「溝通」；不僅重視醫療團隊與病家之間的溝通，也重視病人與家屬之間的溝通，及醫療團隊彼此成員間的溝通。

Q2：目前健保體制下安寧病房的進住條件為何？

答：目前健保安寧療護試辦計畫將安寧病房定位為急性病房，進住病人應符合下列條件：

1. 病人或家屬同意接受安寧療護，並簽署選擇安寧緩和醫療意願書(必要條件)。
2. 確定病人為癌症末期，且對各種治癒性治療效果不佳。而居家照護無法提供進一步之症狀改善需轉介，或病情急劇轉變造成病人極大不適，例如發生疼痛、呼吸困難、譫妄、臨終躁動、腫瘤潰瘍傷口、淋巴水腫等症狀亟需住院處理時。
3. 末期運動神經元病人：雖未接受呼吸器處理，但有直接相關及／或間接相關症狀主要症狀者。或已使用呼吸器之末期運動神經元患者，但已呈現瀕臨死亡徵象者。

Q3：安寧病房是不是個什麼都不做的地方(如點滴、抽痰、灌食、輸血)?而只是一個一直打止痛安眠藥，讓病人整天昏昏沉沉的地方?

答：絕對不是!安寧病房強調要減除病人的各種痛苦，因此絕對會運用各種藥物

及方式來治療病人；凡是從事安寧的醫療人員皆需重新接受嚴謹的安寧醫學緩和訓練及相關的知識，並且不斷地充實這方面的新知，以確保能盡量提昇病人之生活品質。

Q4：安寧病房是不是一個提供安樂死的地方？

答：絕對不是！安寧療護反對安樂死，主張安樂活。病人若尋求安樂死，是因為他感覺活得太痛苦，希望能早日解脫。安寧療護希望協助癌末病人渡過最後一段安適、有意義、有品質的生活，而盡一切努力照顧病人，讓他們安樂活到最後一刻，絕不會以不給予醫療行為的方式，來刻意提早結束病人生命。

Q5：轉到安寧病房意指病人已經被醫師放棄了？

答：絕對不是！每個人的生命都很寶貴，即使是在走到人生終點時，也應該得到良好的照顧。癌症末期病人和家屬所需要的，並非侵入性及增加痛苦的治療，也不是放棄不理會，而是尊重他們、減輕痛苦、照顧他們，讓病人能擁有生命的尊嚴並能完成心願安然逝去；陪伴家屬渡過哀傷，使生死兩相安，這就是安寧療護的終極目標。

2. 入院決策問題

Q1：如果癌症末期病人不想出院，最好建議轉安寧病房。

答：並非如此。部分病人想轉入安寧病房的主因是因為出院問題。通常這些病人能成功住進安寧病房的機會並不大。尤其在本院，因為只有十六張安寧病床，當有床位空出時，簽床總醫師會根據目前待床病人當中，症狀最難控制，在一般病房無法獲得適當舒緩的病人優先轉床；因此對於相對症狀比較穩定的病人，建議能進行出院準備計劃之安排。

Q2：安寧病房比較安靜。

答：不一定。在本院安寧病房，末期病人可能有嚴重程度不同的症狀，例如：疼痛、喘、咳嗽、嘔吐、譫妄……等，尤其當病人進入臨終期，密集的家屬探訪及哀傷情緒，都可能影響到隔床病友。本院安寧病房屬於急性病房，並不合適需慢性療養之病人。事實上，最能保持安靜環境的地方是在家中，對末期病人而言，若能配合安寧居家照護之服務，在生命最後一段期間，能在家人陪伴下，在最熟悉的家中療養，配合安寧居家照護服務，是大多數病人的心願，也是最符合人道的選擇。

Q3：安寧病房只能住一個月。

答：並非如此。這個問題就像是詢問一般住院病房能住多久一樣難以回答。在本國的健保體系下，病人若有繼續醫療介入之需要，即可繼續住院治療。由於目前健保制度下將安寧病房定位為急性病房。因此要求各醫院需將病人平均住院天數控管在 16 天以下，超過部分給付將考慮以 6 折採計。亦即病人入院時的急性不適症狀處理妥當後，就應安排病人回家或轉至慢性病房。因此若病人已沒有急性住院的醫療需要，即使只住幾天而已，我們也會積極準備出院計劃，讓其他更迫切需要的病人及早轉入安寧病房。但是若病人病勢沉重，距生命終點已指日可數時，我們也會讓病人在最後階段，不需再煩惱出院問題，而能在院往生。

Q4：安寧病房是不是一個住到死亡的地方？

答：並非如此。同上題所述，安寧病房是一個處理棘手症狀的急性病房，若症狀穩定後可以回家，或轉介至其他長期照護機構。

Q5：安寧病房護士提供 1 對 1 照顧並編制有許多志工，因此家屬不需自己照顧。

答：絕非如此。安寧病房的護理人員白班約為一個護理人員照顧 4-5 位病人，小夜班及大夜班約為一位護理人員照顧八位病人。此外，每日三班（上午、下午、晚上），每班有 2-3 位志工可提供一般性的庶務服務或關懷、陪伴病人服務。對所有臨終病人來說，家屬是最重要的支持與照顧者，沒有一個臨終病人不希望 24 小時有家屬在旁陪伴。親人陪伴對病人而言，是任何人所無法取代，因此我們鼓勵家人盡量抽空陪伴。

Q6：有錢人才住得起安寧病房。

答：絕非如此。本院十六張安寧病床當中，有三張健保床部分入住者不用負擔病房費差額。此外，榮民身份住雙人房也不用負擔病房費差額。全國大部分的安寧病房都有健保床可以選擇，因此安寧病房不是有錢人的專利。本院安寧病房病房差額為雙人房每天 2400 元，單人房每日 3520 元之病房補助差額。醫藥費部份，除非是健保局未核准給付的藥品或治療才需付費。貧困之癌末病人亦可透過醫院社工室申請經濟補助。

Q7：我想還是等病人陷入昏迷後，再考慮轉安寧病房。

答：錯。昏迷的病人，除非仍有躁動不安，或是其他不適症狀，在一般病房照顧困難，否則此類病人通常會建議他留在原病房單位，由原來的醫護團隊繼續照顧。

Q8：尚不建議轉安寧病房的狀況：

1. 仍接受積極抗癌的病人：

因為在現行健保制度下，安寧病房主要收住對象，並不包括仍接受積極抗癌的病人。

2. 尚避諱談論死亡的病人：

有些病人雖年事已高，也經歷過許多其他病人家屬的過世，但是向來都避諱去談及任何與死亡相關的議題，雖然家屬出自好意安排病人入住安寧病房，但是通常在病人並非意願，或是被矇閉的狀況下，將病人安排到安寧病房住院，有時反而會弄巧成拙，引發病人情緒上的極大反應。針對這類病人，我們通常會建議先照會安寧病房共同照護護理師來與病人建立關係，評估病人對安寧照顧的接受度，根據病人意願再進一步安排轉安寧病房。

3. 對安寧病房有疑慮，還未了解的病人：

這題同上，必須先讓病人與家屬對安寧病房的照護及處理目標有了解，才建議轉床。

4. 家屬尚未決定讓病人知道壞消息時：

有些家屬並非不願意讓病人知情，而是不知道要用什麼方式、什麼時機來說，這樣的病人經過評估會談，有時是合適轉安寧病房的。但若是病人家屬希望安寧病房醫護人員能配合家屬刻意隱瞞病人病情，甚至要求配合說病人病情將會好起來，癌症將會有機會再痊癒………。這並不合適。因為當我們羅織謊言，讓病人築起更大的希望後，當未來希望落空時，病人將跌的越重。通常我們並不建議要刻意隱瞞病情的病人住到安寧病房來，因為這樣對病人、家屬和醫護人員三方都會造成一種全輸的狀況。

Q9：填意願書/同意書的問題。

「放棄心肺復甦術意願書」或「選擇安寧療護意願書」在病人意識清楚下，應由病人本人自己簽名，但是很多家庭因為種種原因，不希望病人本人直接簽名，由家屬代填可以嗎？

答：站在法律觀點，意願書應由病人本人自己簽名或蓋章；或是由醫療委任代理人或法定代理人簽名、蓋章。由於負責判定是否由病人本人親自簽名的責任是法院的職責，醫療院所本身並無能力，也不負責認定到底是誰的簽名筆跡。最重要的原則是，需了解這是病人本人的意願，而且有兩名見證人證明這樣的決定是病人本人的意願，以便日後若家屬之間發生法律糾紛時，能證明此文件簽署之正當性，這是最主要的關鍵。

3. 轉床/待床問題

Q1：進住安寧病房需如何轉介？

(一)門診或急診:必須先掛號，再帶著原診斷書及該醫院的病歷摘要就診，若病人無法親自就診，則由對其病情最了解的主要照顧者前來，安寧療護專科醫師會和您詳談，再決定住院與否，以便進一步安排。若病人原住醫院已有安寧病房，可向原主治醫師反映，協助聯繫進住。本院安寧療護特別門診時間為每週一、四下午家庭醫學科。

(二)本院住院中的病人:由當科醫師溝通後，開立安寧照護會診申請單，安寧療護專科醫師會診後，將安寧療護入院同意書請家屬填妥，送大德病房護理站，家庭醫學科總醫師將會負責安排入院。

Q2：要等多久才有床？（我的病人現在排在第幾順位？）/要早一點開始排，免得等好久？

答：不一定。同前所述，安寧病房的入院順序並非依照同意書填寫之時間順序，而是根據目前病人實際需要的程度。由於本院安寧病房只有十六床而已，因此當床位空出來的時候，簽床總醫師就會根據目前在待床病人當中，最迫切需要的病人優先安排轉床。由於病房床位空出時間並不一定；而同時間待床病人的數目亦不一定，因此病人等床進住的時間亦很難預測。

一般而言，待床期間我們會盡量先安排受過安寧照護訓練的安寧共同照護護理師至病房探視病人，並盡可能協助滿足病人及家屬的需要。如果末期病人目前病情穩定，主要是虛弱，或日常生活需人協助的照顧問題，成功轉入本院安寧病房的機會並不大，建議原診療團隊應同時積極準備出院安置計畫。

4. 居家照護常見問題

Q4. 什麼是安寧居家療護服務？

本院有專業安寧居家護理師，病人家中至少有一人能在旁照顧，症狀已獲得有效控制就可以回家調養，目前服務範圍為病人居住地點距台北榮總方圓 5 公里內或車程在三十分鐘內之地點(需由案家負擔醫護人員往返計程車費)，安寧療護專業人員會安排每週 1-2 次，每次 1~2 小時左右之家庭訪視。使病人可以安心的在家中，在最熟悉的環境中度過人生最後旅程。

您可以向護理站詢問以獲得更多安寧緩和醫療照顧相關資訊。