

小型老人長期照顧機構社工提供安寧緩和相關服務之倫理議題與工作技巧

邱泯科·劉芳屏

壹、前言

就在 2015 年 12 月 18 日，立法院通過「病人自主權利法」，滿 20 歲民眾可以預立「醫療決定」，當未來若病況經專科醫師、緩和醫療團隊確診為末期病人、處於不可逆轉的昏迷狀況、永久植物人狀態、極重度失智，醫師可以按照病人預先擬好的醫療決定，終止、撤除或不施行維持生命治療或灌食，並不負刑事與行政責任(自由時報，2015)。

臺灣傳入「安寧緩和」近二十餘年，發展至今愈來愈有本土特色。2009 年安寧療護納入全民健康保險正式給付項目，並擴及八大非癌症疾病末期的安寧療護，目的在於生命末期可以達到「善終」。余尚儒(2011)認為當高齡者因各種原因，造成無法自理以致於出現失能，初期開始需要長期照顧的時候，有機會就應該導入安寧療護觀念，主動讓長期照顧與安寧療護接軌，以維持非癌症末期病人照顧的連續性，才是讓高齡者得到最好生活品質的方

法。趙可式(2009)認為有些存活期較長的末期病人有安寧療護的需求，建議可以開發長期照顧機構提供服務，以維持生命後期的照護品質。故未來小型老人長期照顧機構，如何滿足需要安寧緩和老人的需求，並且提供最適合的服務方式，勢必成為小型老人長期照顧機構的重要課題。

依據老人福利機構設立標準，老人長期照顧機構可區分為大型、小型兩種。而小型老人長期照顧機構乃是指「收容老人人數為五人以上，五十人以下之機構，其不需登記為財團法人、不對外募捐、不接受補助及不享受租稅減免」之機構型式。小型老人長期照顧機構除了提供個人照顧、健康照顧、社會生活照顧等各個層面之照顧組合，團隊人員有護理師、照顧服務員、社工(師)、醫師、營養師、復健師、物理治療師等跨專業人員進行個案服務。楊培珊(2000)指出未來小型養護機構要提升機構整體照護服務品質，及提升占床率和評鑑優等之目標，將有賴於社工人力。因而社工的角色是有利於維護小型老

人機構的形象，建立機構與家屬之間的橋樑（蕭雅丹，2010）。

研究者之一目前於小型老人長期照顧機構任職，擔任三家機構社工，與老人共同面臨人生四大課題中的「老、病、死」。在服務過程，遇到老人緊急送醫，常面臨各種急救或侵入性治療抉擇困境。又加上醫療法第 60 條規範：「醫院、診所遇到危急病人，應先予適當之急救，並依其人員及設備能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延。」雖然 2000 年「安寧緩和醫療條例」的立法，乃是「為尊重不可治癒末期病人之醫療意願及保障其權益，特制定本條例」，法規中定義的「末期病人」，「指罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已不可避免者」，經簽署特定格式的文件後，得以選擇安寧緩和醫療，「施予緩解性、支持性之安寧醫療照護，或不施行心肺復甦術」（朱育瑩，2012）。可是這樣法規的定義卻未使老人緊急送醫過程得到緩解，造成在醫療決策當中老人無法「善終」。

從研究者服務過程中，若向家屬提供「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」資訊，多數家屬處於不能接受的情況，因為怕被冠上不孝子女的名稱，而產生罪惡感，但是當老人入住機構一段時間，家屬在態度上變得積極，主動表示願意簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」，且要求機構不要對老人施予積極治療，不要送醫，期望能夠在院內往生；而低收入戶安置個案，家屬對於「預立安寧

緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」接受度較高。有些家屬會以經濟方面考量，決定是否簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」；有些家屬會以「善終」觀念作為簽署意願。

除此之外，家屬在簽署過程中扮演重要角色，正如吳讚美等（2009）所述，臺灣八成以上「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」的簽署，通常是由家屬代理老人的醫療行為，其機構聯繫窗口亦是以家屬作為主要義務人。而無家屬的獨居老人，入住「機構」以後，「機構」即成為決定老人所有事務的代理人，包含醫療行為的決策權和急救等相關事務，機構作為老人合法的代理人，醫療決策決定容易忽視老人自身的權益。

人面對生命的終點，往往沒有太多的決定權，當面臨死亡之際，病人、家屬要能夠接受即將往生的事實，因而交代清楚，且達成共識，才能做到趙可式（2012）提出的四道人生：「道謝、道歉、道別、道愛」，放下生命的重擔，走得坦然、安詳。過去對於小型老人長期照顧機構從事安寧緩和服務資料以社工視角探討資料甚為缺少，相關主題研究對象多是以護理人員或醫務社工為主，而研究場域也多以醫療單位的加護病房、安寧病房為主。因此，本研究以小型老人長期照顧機構社工為對象，希望探討此類社工從事安寧緩和相關服務常用之專業技巧與倫理議題。

貳、文獻回顧

一、小型老人長期照顧機構的安寧緩和服務

(一) 安寧緩和服務定義及理念

邱泯科 (2006)，認為最好的善終概念，即是「落葉歸根」、「壽終就寢」，亦是高齡者所期待的「好死」，然而，醫療的創新與進步，卻為善終帶來障礙，使得老人的善終權利經常被忽略。「安寧療護」著重於疾病末期階段的照護，可謂緩和療護的一部分，其針對臨終病患在其家中或安寧機構中提供照護 (Sheehan & Forman, 1996)，以社區、醫院或獨立機構等多種模式，致力於緩解各種身、心、社會與靈性上的痛苦，其旨在提昇生活品質與平安而寧靜的死亡。從「安寧緩和」的定義，是以無法治療和痊癒的疾病，在最後階段對患者提供支持與照護，讓患者盡可能的得到充分與舒適的生活。而安寧緩和醫療照護必須提供全方位的照顧方案，為面臨死亡的病患和家屬，提供支持性與緩解性的醫療照顧，在親友關愛與祥和氣氛的溫馨環境，滿足身、心、靈等各方面的需求，可以是在是在自己家中 (居家安寧療護)，在親友的陪伴下，熟悉的環境，安詳尊嚴的死亡，或是醫療照護機構由專業團隊提供照護 (邱泯科，2013)。

在 1960 年代，心肺復甦術 (cardiopulmonary resuscitation, CPR) 的發明，西方歐美國家逐漸意識到，即使為末期癌症病患作積極治療，也無法延長生命，反而增加許多痛苦，其對死亡過程造成阻礙。於是開始強調「病患有權要求平安尊

嚴死亡」，認為醫護人員應該幫助病患自在安詳的死亡，因此，安寧療護的觀念應運而生。

美國國家安寧組織 (National Hospice Organization) 於 1993 年，對「安寧療護」的定義，即針對無法治癒的疾病之最後階段提供支持與照護，使得病患盡可能獲得充足與舒適的生活。因而二十世紀末的醫療執行重點，由疾病的診療逐漸轉變以病人為中心。此時，安寧療護之母桑德斯醫師 (Dr. Saunder) 將濃縮成安寧療護三項核心價值：1. 開放；2. 心靈結合；3. 善終，其強調在設施上和服務應充滿「家」的氛圍，以開放的心不分種族、文化以及宗教，落實人性化的醫療服務 (Saunder, 2000；魏書娥、許煌汶、林姿妙，2004)。因此，安寧療護須由專業的團隊進行照顧，包括醫師、護理、社工、宗教等專業人員，提供末期病患身、心、靈的照顧，同時亦關心病患及家屬面對死亡的各種調適 (內政部，2000)。

臺灣目前人口快速老化，長期照顧需求已經是無法逃避的議題，而老年人口逐漸衰退至慢性疾病的末端時，正好就是「不可治癒的末期病人」，也就是安寧療護服務的對象。由於長期照顧機構服務對象是以失能者為主，其中有很高的比例是罹患慢性病的老人，日常生活需依賴他人協助，雖然不至於是末期、不可治癒的病人，但是入住機構之後，身體功能衰退的現象是非常迅速。在生活的自主權和醫療決策權方面，老人往往沒有選擇的權力，只有接受家屬或是機構的安排，尤其是社會局安

置低收入戶沒有家屬的老人，最容易被忽視，因此，「過個有尊嚴的晚年生活」已形成商業口號，未完全落實於這羣弱勢的老人。

(二) 誰來決定老人接受安寧緩和服務

在臺灣深受傳統孝道文化的影響，規範成年子女應承擔年老父母照顧和醫療相關決策的責任，包括生命末期醫療相關決策的責任(羅玉岱, 2009)。因此，老人對於生命末期醫療決策與早期的文化背景有關，認為醫療的決策權是家中子女的責任，對於生命的自主權利比較不重視。若能夠讓老人瞭解醫療自主的好處，如壽終正寢、好走、不要拖、不要痛、不要拖累家屬、而有家屬陪伴等，提早為生命末期醫療預作準備，才可達到善終的可能。

末期醫療認知上的差異，亦會受到城鄉差距、年齡、資訊的取得等影響。吳宜芳(2005)認為生命末期醫療決策是指病患家屬在醫療過程，根據過去的文化背景、教育、經驗、價值信念或態度，經過統整和收集其他相關醫療資訊及病人和醫護人員的影響，而做出最後的生命末期醫療決策。

莊雅婷(2006)研究指出，入住機構的老人普遍渴望返家和期待死亡，可是對子女仍然背負著責任，通常以不拖累子女為優先考量，將個人選擇擺在家庭責任之後，同樣的醫療專業與家屬的決策亦凌駕老人的自主意願，有時因老人拒絕、拔管、撕扯尿布、不合作等行為，常會忽視老人的自主權利，而換來更多的限制。

根據安寧緩和醫療例第八條醫師為末期病人實施安寧緩和醫療時，應將治療方針告訴病人、家屬，但是病人有明確意思表示欲知病情時，應予以告知。蔡友月(2008)指出臺灣大部份的醫師，認為病人是沒有行為決策能力，因而在醫療決策通常以家屬為優先協商的對象，較少顧慮病人的想法，一來顧及老人心理感受；二來避免造成老人、家屬之間的困擾。最後，經由家屬討論是否告知老人病情，或是採以不告知。因此，老人的末期醫療仍然是以家屬決定權為主。

楊秀儀(2004)認為尊重生命的自主權而言，病患生命末期的醫療決策權，應以本人為主，其次由本人委任的醫療代理人，最後則為家屬。然而，事實並非如此，曾月華(2006)認為老人的決策權多掌握在家屬手中，以致於老人權利常被隱沒，而無法傳達個人的意願。

(三) 小型老人長期照顧機構提供安寧緩和服務的現況

過去內政部社會司在 2007 年臺閩老人福利機構評鑑指標之權益保障要求，小型機構須執行項目第十四條、提供院民臨終關懷照顧及協助處理後事，第二項、有向家屬和院民提供臨終相關的說明及討論 DNR(不接受急救復甦術)，並有紀錄。當老人入住機構，須與老人、家屬討論 DNR(不接受急救復甦術)之事宜，若老人在意識清醒時，未事先簽署預囑(living will)，一旦到達疾病末期時，DNR 的簽署便形成與家屬或醫療院所重要的議題。

研究者於實務工作，遇到機構老人實際的案例，當老人由家屬帶至機構入住，經由社工、護理人員收案，以專業評估老人疾病末期照顧，進而討論末期的醫療決策問題，可是老人、家屬對放棄急救仍然處於不瞭解的狀態，認為「放棄急救」等同於「不救」的意思，爲了讓老人、家屬對 DNR 簽署意願書有更進一步的瞭解，將內容解說的更加詳盡，其結果是「以後再說」、或「交由子女決定」。可是當老人遇到生命危急時，家屬常受限於傳統孝道文化思想，以爲簽署 DNR 放棄急救就是不孝的罪名，不希望遭受親友的責怪，只好要求醫生急救到底，讓老人於急救過程中痛苦往生；有些家屬呈現出「久病無孝子」的態度，在老人尚未病危之時，已告知機構工作人員，勿對老人做積極性治療（羅耀明，2011）。

顧乃平、李從業（2002）認爲病人、家屬必須充份了解決定簽署 DNR，並不等於完全放棄治療或照護，落入病人、家屬誤以爲是放棄所有的照護行爲。因此，有時候資訊的提供必須符合當事者的認知能力，否則在末期醫療決策時，容易造成多方的遺憾。

當老人就醫時，醫病的溝通最容易造成家屬醫療決策的問題，醫生與病人之間的溝通，可能讓病人、家屬做出不適切的生命末期決策，使得病人盲目的接受無效醫療，而無法達到善終（黃麗續、魏書娥，2011）。根據國民健康局分析 2000 年至 2010 年癌症死亡病人，其申請健保急救等醫療處置情形，調查結果有 1 至 3

成民眾於死亡前 1 個月內曾接受急救等醫療處置，同時進一步分析 CPR、插管、呼吸器三種急救歷年來使用情形，有顯著下降，相對的安寧療護的利用率從 2000 年的 7% 至 2010 年的 42%，大幅提高五倍。因此，DNR 的推動仍有很大的努力空間（衛生署國民健康局，2012）。

小型老人長期照顧機構社工專業趨向邊緣化，也是在機構中的社工推動安寧療護服務之障礙。早期小型老人養護機構的人力主要是以護理人員、照顧服務員爲主，社工納入正式專業人員編制屬於較爲後期，聘僱方式主要是以專任或特約爲主要任用，而護理人員需聘有足額專任，相較之下，社工是非主要提供專業服務的人力，內政部社會司在 2010 年以前，評鑑未將社工列入一級指標時，小型機構常以其他非社工行政人員兼任之。

蕭雅丹（2010）研究指出，家屬對社工的理解常與志工混爲一談，認爲社工在機構的功能是帶活動和聊天愛心至上的工作，以至於在組織中經常面臨專業地位邊緣化或角色模糊等問題（藍豔柔，2003）。小型老人長期照顧機構社工工作壓力過大，流動率高，原因是缺乏督導與支持、工作內容既多且雜，容易產生挫折感等阻礙因素（楊培珊，2003）。

小型老人機構聘僱社工，其型態大部份以特約社工爲主，一位社工負責同樣類型多所機構，若是機構是屬於同一僱主所設立，社工便以全職模式被聘用，負責同屬僱主的多所機構，以減少人事成本，比較少一家小型老人機構聘僱專職社工。陳

韻宜(2008)研究指出,機構聘僱專職社工是較少的,通常是以合聘、特約的方式聘請,工作時數一週二天,為十六小時,社工的角色,是以協助評鑑為主要工作內容,其受限於服務內容的深度,無法與老人、家屬有更多的互動,而家屬將老人安置於機構,通常是以生理照顧為主,社工與家屬之間的關係建立在非生理照顧,使得老人、家屬對於社工的專業性不夠瞭解,社工專業角色難以發揮,常受到環境、組織、時間等限制。

小型老人長期照顧機構社工服務對象是老人,亦是社會上弱勢的一個族羣,因失能和罹病狀況屬於中、重度,表達能力受到生理功能的限制,家屬在無奈的情況之下,將老人送往機構,希望藉由機構專業的照顧,讓老人目前的狀態得以維持及延緩。因此,在老人病程進入末期,已達不可治癒時,社工的功能及角色得以發揮,協助機構其他工作人員與老人、家屬病情上的溝通,是否需要進入安寧緩和模式,提供資訊讓老人、家屬瞭解醫療選擇和預做規劃,以保障老人基本權益。王英偉(2010)研究指出,若能即早做預立醫囑計劃,即可保障老人自主與自決的權利,及提升晚期的生活品質(引自李潤華,2013:31)。

綜言之,為了滿足老人、家屬的心理、社會、心靈、身體層面的需求,在面對老人臨終之時,與家屬經歷死亡挑戰時,機構社工的功能應得以發揮,以誠心接納同理支持,讓他們有能力做出最適合自己的善終選擇,並尋獲適當的解決方法(引自

李潤華,2013)。

二、從倫理角度看小型老人長期照顧機構社工從事安寧緩和服務

「社會工作倫理」是指社會工作人員的一種哲理思想,或道德標準,用來體認專業行為和指揮其專業行為的道德準則(蔡漢賢,1992)。社工在服務過程多以專業角度出發與思考,並以社會工作倫理守則作為服務過程的準則,以案主最佳利益為優先,尊重案主的自主權,然而,面臨老人意識表達受限之時,老人的自主權已無法行使,其決策權掌握在家屬與機構之間,對於這樣的干預和介入,工作重點即是保障案主的基本權益(徐震、李明政,2001)。社工在小型老人機構從事安寧緩和服務時,須注意以下倫理原則,包括:

(一)自主權

胡文郁等(2001)認為華人重視家庭觀念,醫護人員之醫療決策態度影響家屬最深,常忽視個人自主權,醫師較重視家屬態度;Ruhnke et al.(2000)亦指出西方國家的醫師較為尊重個人的自主權。因此,傳統文化容易造成個人對家庭的依賴,而忽視生命自主的重要性。

(二)行善

行善原則是指對病人以直接或間接的方式履行仁慈、善良或有益的事,所有的處置皆以病人利益為出發,目的在促進病人的生活品質(李潤華,2013)。在醫療科技進步的時代,當個人或是家屬使用高科

技醫療儀器對疾病末期做積極性的治療時，到底是延長生命（prolong life），還是延長死亡（prolong death）過程，須檢視什麼才是最適合的醫療品質。但是在安寧療護的觀念中，當治療帶給病人的負擔多於益處時，原來行善行為不能達到目的，醫護人員應停止給予治療（李閏華，2013）。

（三）不傷害

在照顧上是指不使病人的身體、心理、精神（心靈）受到傷害，亦不得將病人置於可能受到傷害，尤其是針對無力保護自己的病人。可是在華人的文化，多數醫師是以家庭作為告知病情，擔心告知病情真相，病人承受不了病情，乃基於不傷害原則，卻因此忽略倫理中的自主原則，忘了病人有知的權利，而忽視了末期的醫療選擇（胡文郁，2001）。有時家屬錯誤的醫療決策，施予積極性的醫療處置，是受到病、醫權力的不平衡、不對稱的病情告知，而影響到病人自主決定的權利，無形中違反不傷害原則的重要精神。

（四）公平正義

其原則是公平正義分配醫療資源（分配性之正義）、同時尊重人的權利（權利正義）和尊重道德允許的法律（法律正義）。協助照顧末期病人的過程中，除了解除生理所帶來的痛苦，在「延長病人生命」和「減輕病人痛苦」之間的拿捏，必須在不違反倫理原則之下，替病人做出最好的選擇（引自陳秀丹，2013）。

（五）符合文化的善終

在華人文化，善終是「五福（長壽、富貴、安寧、好德、善終）」之中的一項。莊子曰：「死也，命也，其有夜旦之常，天也；人之有所不得與，皆物之情也。……故善吾生者，乃所以善吾死也」，在中國文化的老莊思想，在面對死亡是相當豁達的。趙可式（1997）指出末期病人認為「如果死亡不能避免，希望能有好死」，而好死（good death）即是善終。故善終不僅是末期病人的期待，也是一般人對死亡的期待，如期待壽終正寢、好走、不要拖、不要痛、不要連累家人、能有家人陪伴…等。雖然國人對善終有所期待，而為了呼應善終需求的下一步策略應是「如何準備善終」，然而很少家庭會討論善終或死亡議題，多半是在親人已病入膏肓或往生時，才被迫談論，因此，現實的醫療環境當中，確實存在著許多善終的障礙，若個人未對自己的末期醫療預作準備，則善終恐怕不易實現。

參、研究設計

本研究為能深入探討小型老人長期照顧機構社工在實務工作場域提供安寧緩和相關服務之情形，採用深度訪談作為資料收集的主要方法，以瞭解小型老人長期照顧機構社工之主觀經驗，並以臺北市、新北市為主要研究地區。

一、研究對象的選擇

本研究的取樣方式是採取滾雪球的方式，尋找受訪者，且依照研究目的選取能夠提供最豐富資訊的人、時間、地點、事務等，爲了收集深入而多元的資料，以能夠詳盡的回答研究問題（Lincoln & Guba, 1985, 引自鈕文英，2007）。

本研究依照以下方式來選取樣本：

(一)工作年資

須爲工作年資一年以上的社工。

(二)工作性質

有專任和特約的方式。

本研究不採用大型老人長期照顧機構社工爲研究對象，原因是大型機構床數較多，通常社工以專業化分工方式分派工作。而小型老人長期照顧機構無論是特約或專職社工，其服務範圍較爲廣泛，除了

負責評鑑文書作業，有時尚須負責較爲細瑣的工作，與研究者本身的工作性質相同，符合研究者的興趣，透過研究的對象，期能有更多的實務工作經驗分享。

二、受訪者簡介與描述

(一)受訪者基本資料概述

本研究共計有 8 位受訪者（基本資料參見表 1），男性社工有 2 位、女性社工有 6 位；年齡介於 29 歲至 59 歲之間；工作年資三年有 2 位、五年以上有 6 位；專職社工有 1 位、特約社工有 7 位；其佛教信仰有 3 位、道教信仰有 1 位、基督教信仰有 2 位、無其他信仰有 2 位；服務機構單獨小型機構有 7 位、集團式小型機構有 1 位。

表 1 受訪者基本資料表

編號	年齡	性別	工作年資	工作性質	宗教信仰	機構規模
A1	42 歲	女	五年以上	特約社工	佛教	集團式小型機構
A2	50 歲	女	三年	特約社工	無	單獨小型機構
A3	59 歲	女	五年以上	特約社工	無	單獨小型機構
A4	32 歲	男	五年以上	特約社工	基督教	單獨小型機構
A5	44 歲	女	五年以上	專職社工	佛教	單獨小型機構
A6	41 歲	男	五年以上	特約社工	基督教	單獨小型機構
A7	29 歲	女	三年	特約社工	道教	單獨小型機構
A8	58 歲	女	五年以上	特約社工	佛教	單獨小型機構

資料來源：本研究自行整理。

肆、社工視角探討小型機構「安寧緩和」倫理議題

社工在機構生態、醫療生態、環境生態三個層面之中，遇到必須提供長輩安寧緩和相關服務時，須扮演著溝通、協調、仲介、倡導、資訊提供等多元的角色。但當社工在此生態系統中提供相關服務時，可能會面臨以下倫理議題與挑戰。

一、機構生態層面

(一) 顧及個人價值信念

A7 受訪者認為提供「安寧緩和」相關服務時，須尊重個案的想法，讓他能夠積極的表達，不應該以機構、社工的理念與價值觀影響個案：

「……我們只是給一些資訊或建議或支持就好了，或是當事人有積極的表達，基本上社工基本個人價值觀不能混進去，只能瞭解那是你的價值觀或是住民、家屬、機構的理念。」A7

(二) 不傷害原則：病人有知的權利

A2 受訪者覺得老人有知的權利，和選擇醫療的自主權，社工應該多一點說明並提供資訊，而不能主觀認定以年齡作為急救與否的判準：

「不要年齡歧視，個案有知的權利，由他來做決定，如果他能夠做決定的話，由他來討論，不能說他年紀大就不值得救，所以在這個多一點說明和多一點的資訊提供，簽下去會比較沒

有這麼大的壓力和罪惡感。」A2

(三) 自主權利

受訪者認為當個案對於自己生命該怎麼存續，應該是要尊重本身的意思。但是就算個案能表達自己的想法，家屬也不一定會聽，此時個案的自主權不一定能完全實踐：

「我覺得在院內已經有很多事不能決定，為什麼要死要活也要別人幫你決定，我還是尊重他們的意思。」A7

「就算他（老人）能夠表達，家屬不一定能聽，家屬有自己的想法，等於是家屬幫他（老人）做決定。」A2

(四) 掌握老人生命權

A4、A6 受訪者在服務過程，無家屬的老人面臨到簽署 DNR 時，社工須為老人決定，對社工造成挑戰：

「在社工倫理，生命權可以優於其他的一切，是一個生命權的優先原則。」

A6

「要不要簽 DNR，決定權在我身上，你掌生死大權。還有法律地位站的穩不穩，很多議題跑出來，這就是兩難。」

A4

受訪者在工作經驗當中，遇到無家屬的老人，面臨簽署 DNR 的抉擇，其牽涉到法律問題和個人價值信念：

「這個個案是遊民收容所轉介，按照醫療上面我是他機構的監護人角色，最後，我是簽氣切同意書，你沒有辦法去剝奪他的生命…，只能延續他的

生命，但是沒有辦法去延續他的生命品質。」A6

(五) 行善原則

A6 受訪者認為善終是社工的價值信念，卻與案主自決的價值衝突，只有在服務過程不斷的反思，是否有違反專業倫理：

「助人者的信念會有一個強烈主導的意識，信念意識存在，那是無可避免。因為你希望看到案主的改變，可是案主自決的原則告訴你不能拉著他走，你只能不斷的提醒自己，……有沒有違反案主自決的原則。」A6

在安寧療護的觀念，當治療帶給病人的負擔多於益處時，原來行善行為不能達到目的，醫護人員應停止給予治療（李閏華，2013）。社會工作倫理雖然是生命權優於一切，但是若以安寧療護的觀念，看待生命末期病人，應該能夠讓從事老人領域的社工，重新對生命權有不一樣的反思。

二、醫療生態層面

針對醫療生態此項包括：醫療制度壓力、因催促做出後悔的決定、醫療父權等三個部分。

(一) 醫療制度壓力

A2 受訪者工作經驗中，體會到醫療單位因業務規範要求，將照顧不穩定臨終病人的壓力轉嫁到機構：

「(老人) 病況並沒有很好的時候，就送回來我們機構，送回來二、三天呢？狀況又來了，我們又要送回去。病人

只要稍微有一點好轉，其實並沒有穩定，它就要趕你出來了，或者是健保問題，所以把燙手山芋丟給我們。」

A2

(二) 因催促做出後悔的決定

A1 受訪者觀察到家屬因為受到醫護人員的催促，在無人可商量之下，簽下老人氣切同意書，當老人醒來之後，對家屬不甚諒解：

「四下無人護士催他，妳要不要簽，要不要簽，她就會很著急，因她沒有人可以商量，所以簽了以後，就氣切，阿公住院回來，阿公和他女兒說：妳把我切成這樣（責怪女兒）。因為現在送醫的時候，醫生好像都希望氣切，現在這位阿公還活著，可是二個人心理都很不好過。」A1

(三) 醫療父權

受訪者認為醫生的專業權威，容易讓人信服，A6 受訪者說明醫療單位給予建議往往只有救與不救兩種選項：

「醫院很明確的告訴我說，你不簽，接下來呼吸器可能拿不掉，他們又不能說，你呼吸器拿不掉長期依賴，把他拔管等同是簽 DNR，最後你只能去簽氣切。」A6

研究者觀察到老人在醫療系統就醫時，經由急救之後，即要面臨到氣切的決策，醫護人員以自身專業角度評估，告訴家屬、機構「因為無法移除呼吸器，所以要氣切」，這樣的告知方式，無形中讓醫療

決策者落入「救與不救」兩種選項，容易令人手足無措，使得社工與家屬處於進退兩難。

三、環境生態層面

(一) 經濟問題

子女面對高齡父母病危是否走善終途徑，還有經濟方面的考量：

「因為這是一個很現實的東西。…因為家屬即使不要老人善終，要老人家繼續積極治療下去的話，真的到一個很嚴重問題，就是錢的問題，才是他最現實的問題，你做積極治療，或者未來的醫療費用，那個現實面的問題，他們會以經濟上考量為第一優先的。」A3

(二) 習俗變遷，無法按意願選擇善終地點

「大家都不願意在公寓裏面往生，就會選擇醫院以外的機構，和機構說明他們預備要在機構往生。」A1

早期返家斷氣是自然的現象，代表壽終正寢，但是現在社會結構的因素，大家庭已逐漸瓦解，小家庭又傾向住在大樓公寓，老人死亡後已沒有足夠舉辦喪葬儀式的空間，通常死亡地點已轉移到醫院與機構(許禮安等, 2012)。不過因為種種考量，有時也無法按照個案意願選擇臨終地點或方式。

「這個案例處理很麻煩，他要回老家，可是回老家，牽扯到供氧，救護車一定可以送，救護車要不要送也是另

一回事，這不在業務範圍之內。那個案例是家屬願意出錢，救護車不願意，最後是不做。」A4

(三) 機構營運考量

小型老人機構由於規模較小，受限於「三不政策」，收入來源完全仰賴照顧服務費用為主，使得機構業者在成本考量之下，而做篩案的選擇。

「機構老闆為了營運的考量，可能希望急救讓他(老人)活，如果這個個案收費比較低，可能就會在醫院讓他走了。」A1

伍、社工從事安寧緩和服務之工作技巧

一、討論安寧緩和的時機點

在老人社工實務工作，碰觸到與安寧緩和相關，或生、死等敏感議題，常被視為禁忌。從訪談中，發現受訪者嘗試透過活動的安排，察覺老人對安寧緩和的接受度，或是引發老人討論的意願。

「提供資訊除了和家屬討論之外，…如果害怕碰到這個禁忌的話題，想辦法由其他的部分來切入，讓他來談。當他願意談的時候，播放相關影片，發表一下心得。」A2

「有時以其他住民為話題帶進來，從聽他的談話當中，是否還想擁有這一份親情，還想擁有這樣的一個關係，暫時不要介入。」A8

必要時，以其他老人案例作為討論安

寧緩和的媒介，而讓他們預見未來，替自己身後事打算。

「如果看到住民送醫院，沒有回來，他們心理就有數了。有的會講出來，他去醫院沒有回來，應該是怎樣怎樣...了，用聊天的方式帶進來，你覺得怎麼樣會比較好？人都是會走到這一條路，到時候你們要怎麼走，要插管嗎？還是要做 DNR？做電擊？電擊會有什麼結果，插管會怎麼樣，裏面就有住民可以看。」A8

二、探問法：從即時回應開始

A5 受訪者從關心老人狀況，與家屬會談，伺機帶入安寧緩和的議題，讓家屬先預想未來發生的狀況，而提供安寧緩和意願書，以供家屬參考：

「媽媽最近住院可能比較不穩定，如果之後再遇到的話，醫院就會請你簽（DNR）。可是從機構送去，沒有立即趕到，醫院就會急救，我們可以提供這個表格，事先做準備的話，它可以事先代表你的意願。」A5

三、敲門磚的方式

A4 受訪者工作經驗中，會用敲門的方式談論安寧緩和醫療，觀察老人、家屬的態度，引導他們瞭解前因後果，藉機提供安寧緩和相關訊息：

「如果沒有簽到安寧的話，就不好切入，而且依據和他們的熟悉度，會試著敲門，用敲門去處理，會和他聊當然有前因後果，……近期其他親友過

世的走法是怎麼走的？走多久了？你們怎麼處理？你有沒有聽過安寧技術？或是說你對死亡害怕嗎？看（老人、家屬）反應。」A4

研究者曾遇到老人詢問 DNR 事宜，得知家屬已代為簽署，老人將此疑問放在心中許久，終於提起勇氣詢問，「我是不是被放棄了？」，老人因為對未知產生恐懼，臉上呈現無助的神情，讓人感到不捨。因此，DNR 簽署的議題，攸關於每個人對死亡的態度，若是對 DNR 簽署不瞭解，又不想碰觸這個議題，是無法替自己行使自主權，雖然得知家屬代為簽署，卻無法解除心中的疑惑，這樣的無助感覺常伴隨到生命末期。

四、透過家屬教育課程

A7 受訪者覺得 DNR 議題敏感，讓自己不知從何開口，因此，藉由教育訓練課程討論安寧緩和議題：

「以前很避諱討論這件事（DNR），不知道怎麼開口，後來在這次的教育訓練，下定決心要講這件事，沒想到來參與的家屬的回應都算正向，不論他有沒有簽回來，可是大家都是瞭解……因為我們嘗試了這個（DNR），才發現原來他們可以談這件事。」A7

五、依循序漸進的方式

A5 受訪者認為初期辦安寧緩和講座，最先反對的是老闆，因而先以試水溫的方式，觀察老人、家屬對安寧緩和議題

的接受程度，再以循序漸進的方式，展開安寧緩和議題之宣導：

「剛開始要辦的時候，第一個反對的是老闆，他說怎麼可以講這個東西，他們（老人、家屬）很忌諱，可是我覺得老闆需要被教育……」A5-1

「大概在四年前，開始辦安寧療護課程，第一次辦的時候，在機構播放過送行者，播給老人看，還有父後七日，就是要讓他們先接觸這個東西，第一堂課辦「活的健康，走的自然」，請專家來講，希望他們有那個觀念怎麼樣走的自然，第一個找的團體比較緩和的單位，主婦聯盟……第一次就是起碼稍微比較緩和。」A5-2

「第二次真的請殯葬業者，可是沒有用殯葬業者的名稱，用基金會的背景，以講師真理大學生命教育科系畢業的專業背景，講遺囑的書寫。」A5-3

「第三次請醫院安寧療護病房的護理人員，講安寧療護的專業，還有預立安寧緩和醫療類似的這個東西。」A5-4

「第四次請醫院來講如何安排自己的身後事，把它用在家屬座談前，辦理一個講座……」A5-5

六、同理回應：陪伴與支持

在老人、家屬面對末期醫療選擇，協助老人、家屬，提供完整的醫療訊息，客觀分析各種醫療方式，可避免因訊息太多傳遞混亂，而無法做出適切的選擇。A6 受訪者認為家屬面對醫療選擇時，會有徬徨無措的時候，其希望社工給予支持：

「我會告訴家屬，第一個一定要依照醫囑，醫生給予的醫囑；再來就是可以選擇你要的醫療方式……我們在醫護上面不是專業。……和家屬討論，每一個狀況，每一種治療與不治療的狀況……以家屬立場在徬徨無措的時候，會希望我們給予建議，我常做的一件事，分析各種的狀況。」A6-1

「在整個過程當中只能說是一個陪伴的工作。陪伴勝於（安寧緩和）宣導。應該是說把（安寧緩和）宣導包裝在陪伴當中，會比較有人性一點，陪伴重於一切，很多東西是在陪伴當中完成的。」A6-2

A6 受訪者工作經驗以問題解決方式，處理老人、家屬之間的衝突，化解多年來的恩怨，協助家屬對過去傷痛釋懷，讓彼此之間少點遺憾：

「不覺得我在運用什麼社工的技巧，很重要是在同理和溝通。」A6

Saunders（1965）指出，我們不只是學習如何讓病人免除疼痛與痛苦，如何去瞭解病人，以及不要讓他們意志消沈，同時也要學習沈默、如何聆聽以及如何只是呈現在場（引用許禮安，2012）。因而社工在服務過程提供專業助人工作以外，陪伴的過程顯得重要，以同理與支持的方式陪伴老人、家屬渡過生命中的低潮，引領著走向更寬廣的未知，對於生命的重整，重新回顧生命找回生命的意義。

陸、結語

社會工作者在提供安寧療護相關服務，可能扮演包括社會心理評估者、協調者、諮商者、教育者、社會資源整合者等等角色（黃冠能，2003）。長期照顧要與安寧緩和接軌，需要經過一段磨合期，才能將安寧緩和服務落實於長照工作場域，並提高末期病人舒適的生活品質。面對死亡議題，如受訪者對小型老人機構社工建議所述：

「我覺得讓安寧緩和服務持續吧！讓這樣子的議題可以在機構變成一種常態，變成你所有的服務重要的其中一環。以前大家不把這個當做服務的一環，從入住開始，其實這是人生的重要一環，我們從小生命教育就要有，可是我們過去欠缺，起碼從入住到機構之後，我們可以幫他從這個時候開始補充它這一塊的認知。」A6

由本研究也發現，社工對安寧緩和的認知，尚處於教育宣導的角色，較少實際提供 DNR 簽署服務，職責歸屬則落在護理人員。社工應自我充權，開創個人專業角色，重新塑造老人社工形象，讓社工專業得以展現，而不再只是為了因應評鑑擔任後勤工作人員。

「你的角色要創造，有時候用你的權威，……怎麼在你的工作上面塑造你的形象，……在收案的時候，讓他們知道這邊有社工和護理，不是只有護理。有時候收完案後，隔天去，家屬在現場，你要自我介紹，他會覺得你很不一樣。」A4

「我覺得我們的功能是自己創造的，

因為別人不會認為妳很重要。」A2

社工於實務工作當中要發揮專業角色，並獲得機構信賴與認同，除了應具備專業知能及助人特質之外，還需要定期充實專業知能。因此，應該加強社工提供安寧緩和資訊能力，以及定期安排院內、及外部的教育訓練，提升社工專業能力及技巧，使其更具信心面對老人、家屬溝通，而充分滿足對安寧緩和訊息之需求，以提高末期病人的照顧品質。

研究結果發現社工若能以溫和且堅定的態度向老人、家屬提供 DNR 資訊，清楚解釋其意義、相關規定及分析後續照顧，讓老人、家屬有心理準備，可以減少在簽署過程中的困惑，修正 DNR 不正確的認知，瞭解預立不是放棄醫療。在提供 DNR 簽署過程，遇到老人、家屬有避談的禁忌，社工可以運用工作技巧，先從關係的建立，再以循序漸進的方式，引導老人、家屬正視末期醫療問題，以達善終目標。

除了簽署 DNR 相關資訊，社工要以同理心對待，瞭解他們的想法及感受，並尊重他們的決定，適時提供情緒上的支持。安排安寧緩和訓練課程，從影片播放及邀請專家至院內演講安寧緩和相關議題，和每年二次家屬教育課程安排，可以讓老人、家屬慢慢接受安寧緩和之議題，有更多的心理準備面對死亡的議題。通常入住機構的老人是屬於失能程度中、重度，因病況惡化至家屬已無法照顧的老人，才轉往小型機構入住。當入住時，應該以開放性的溝通，誠懇堅定的態度詳細告知家屬，未來會遇到的末期醫療問題，

在充分告知的情況下，以同理心對待傾聽他們的想法，適時提供情緒上的支持，讓家屬考慮及作決定。再者，信任關係的建立很重要，有助於釐清老人、家屬的期待，以及對安寧緩和的接受度。若是彼此信任關係不夠，而談論安寧緩和議題，容易遭人誤解，以為是不吉利或觸眉頭，讓人觀感不好。

除了提供安寧緩和照護相關課程，機構亦可自行製作住民末期照護書面衛教相關資料，放置機構明顯處，以供老人、家屬參考並取用，同時亦可將安寧緩和相關海報或政策法規修改張貼於公佈欄，具有宣導意味，無形強化口頭衛教效果。機構亦可提供靈性支持，設置宗教信仰場所，同時提供宗教志工團體服務，帶給生命末期病人、家屬希望，讓他們寬恕並接受現

在的自己，找出生命的意義及價值。

最後，依據研究結果，本文提出相關建議以供參考：

- 1.「安寧緩和」應列入各種長期照顧專業人員必須訓練課程內容。
- 2.醫療單位與機構內提供 DNR 格式應能夠通用，改善格式不同之問題。
- 3.建立小型老人機構送醫急救 SOP 流程，以減少不必要的末期醫療。
- 4.媒體宣導藉由知名人物為安寧緩和代言，並宣導預立遺囑的重要性。
- 5.強化急救和醫療糾紛的調解機制。

（本文作者：邱泯科為國立金門大學社會工作學系助理教授；劉芳屏為玄奘大學社會福利與社會工作學系碩士）

關鍵詞：長期照顧、安寧緩和服務、社會工作倫理

📖 參考文獻

- 自由時報 (2015),「立院三讀通過 重病者將有自主善終權」。2015 年 12 月 18 日，網址：
<http://news.ltn.com.tw/news/politics/breakingnews/1544569>
- 趙可式 (2012),「安寧療護新趨勢」。2012 年 5 月 17 日，網址：
<http://news.tnn.tw/news.html?c=8&id=47731>
- 趙可式 (2013),「生命的課題與思辨」。2013 年 12 月 27 日，網址：
<http://www.epochtimes.com/b5/13/12/27/n4044173.htm>
- 衛生署國民健康局，「健康九九網站」。2012 年 2 月 20 日，網址：
<http://www.health99.doh.gov.tw/PDA/HealthyHeadlineDetail.aspx?TopIcNo=5828>
- 內政部 (2000),《社會工作辭典》(第 4 版)。臺北：社區發展雜誌社。
- 李孟芬、石泱、曾薔霓、邱泯科、曾煥裕、趙曉芳、王潔媛、陳柏宗 (2013),《長期照顧概論》。臺北：洪葉出版社。
- 李閏華 (2013),《安寧療護社會工作》。臺北：洪葉出版社。
- 胡文郁、陳慶餘、陳月枝、鈕則誠、釋惠敏、邱泰源、李開敏 (2005),《臨終關懷與實

- 務》。新北市：空大出版社。
- 徐震、李明政（2001），《社會工作思想與倫理》。臺北：松慧出版社。
- 許禮安、高以信、黃裕雯、高碧月、許煌汶、根秀欽（2012），《安寧緩和療護》。臺北：華杏出版社。
- 陳秀丹（2013），《向殘酷的仁慈說再見：一位加護病房醫師的善終宣言》。臺北：三采文化出版社。
- 鈕文英（2007），《教育研究方法與論文寫作》。臺北：雙葉出版社。
- 蔡漢賢（1992），《社會工作辭典》。臺北：中華民國社區發展研究訓練中心。
- 盧秀美、陳靜敏（2012），《長期照護：跨專業綜論》。臺北：華杏出版社。
- 吳宜芳（2005）。探討加護病房家屬對疾病末期病人醫療決策行為意向及其影響因素。臺北：臺灣大學護理學研究所。
- 莊雅婷（2006），養護機構老人自主性之探討。東吳大學社會工作學系碩士論文。
- 陳韻宜（2008），老人機構提供醫療服務模式之探討－以桃園地區為例。元智大學社會學系碩士論文。
- 曾月華（2006），生前預囑臨床實施之討論：論臨終老人的醫療處遇「權利」與醫病關係「權力」之探討。國立中正大學社會福利所碩士論文。
- 黃冠能（2003），安寧緩和社會工作臨終倫理態度初探。國立臺灣大學社會工作學系碩士論文。
- 蕭雅丹（2010），臺北市小型老人養護機構社工員的專業實踐與困境。靜宜大學社會工作與兒童少年福利學系碩士論文。
- 藍豔柔（2003），醫務社會工作者之工作壓力與職業倦怠之研究。東海大學社會工作學系碩士論文。
- 羅玉岱（2009），護理之家住民不施行心肺復甦術決策之現況與影響因子探討。國立成功大學老年學研究所碩士論文。
- 王英偉（2010），〈新安寧運動下的倫理思惟〉《澄清醫護管理雜誌》。6(1)，pp.4-11。
- 朱育瑩（2012），〈情深，所以放手不施行心肺復甦術（DNR）之介紹〉《亞東院訊》。155期，pp.7-9。
- 余尚儒（2011），社區長照安寧整合連續性照護－實現「老有所終、未有所安」，《臺灣老年學論壇》。12期，pp.1-7頁。
- 吳讚美、薛爾榮、鍾春櫻、劉慧玲、溫怡然、鐘裕燕（2009），〈癌症死亡病患不施行心肺復甦術簽署情形與是否簽署之相關因素分析〉。《安寧療護雜誌》，14(3)，pp.253。
- 邱泯科（2006），〈落葉歸根？壽終就寢？－1971-2000年臺灣地區死亡場地變動狀況與影響因素〉《政治大學社會學報》。38期，pp.25-55。

- 胡文郁、邱泰源、呂碧鴻、陳慶餘、謝長堯、陳月枝（2001），〈醫護人員對「安寧緩和醫療條例」之教育需求〉《醫學教育》。5(1)，pp.21-59。
- 陳榮基（2004）。安寧緩和醫療條例的實醫與困境。《臺灣醫學》。8(1)，pp.684-687。
- 黃麗續、魏書娥（2011），〈加護病房裡生命末期的醫療決策：以簽署 DNR 的決策分析為例〉。論文發表於臺大生命教育中心、生命教育學會與臺大哲學系主辦之「2011 第七屆生命教育學術研討會【生命意義與臨終關懷】」。pp.207-230。
- 楊秀儀（2004），〈救到死亡為止？從國際間安樂死爭議之發展評析臺灣「安寧緩和醫療條例」〉《國立臺灣大學法學論叢》。33(3)，pp.83-100。
- 楊培珊（2000），〈機構式失智症照顧中社會工作的執行〉《社會政策與社會工作學刊》。4(1)，pp.199-235。
- 楊培珊（2003），〈長期照顧資源管理的內涵及做法〉《長期照顧雜誌》。7(2)，pp.112-120。
- 趙可式（1993），康泰癌症末期照顧手冊。臺北：康泰醫療教育基金會。
- 趙可式（1997），〈臺灣癌症末期患者對善終的體認〉。《護理雜誌》。44(1)，pp.48-55。
- 趙可式（2009），〈臺灣安寧療護的發展與前瞻〉。《護理雜誌》。56(1)，pp.10。
- 魏書娥、許煌汶、林姿妙（2004），〈安寧緩和醫療理念與醫學根源〉《安寧緩和護理雜誌》。9(4)，pp.407-416。
- 羅耀明（2011），〈克服善終障礙－我國高齡者之善終教育現況與因應策略〉《安寧療護雜誌》。16(3)，pp.361-370。
- 顧乃平、李從業（2002）。〈預立指示及倫理考量〉《護理雜誌》。49(6)，pp.18-25。
- 蔡友月（2008），〈生命最後旅程：醫療科技與死亡儀式〉載於醫療與社會共舞，pp.309-317。臺北：群學出版社。
- Ruhnke, G. W., Wilson, S. R., Akamatsu, T., Kinoue, T., Takashima, Y., Sheehan, D. C. and W. B. Forman (1996). *Hospice and Palliative Care: Concepts and Practice*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers