

# 臨終社會工作——臨床經驗淺談

張玉仕

## 壹 序 言

何謂臨終照顧 (Terminal Care)？其理念溯源甚早，起自西元第四世紀的「Hospice」，此名是由拉丁文來，原意是指提供朝聖者在艱辛旅程中，休息療養、重新補足體力的處所。經過了十幾世紀的衍申，直至一九六七年英國的 Dr Cicely Saunders (她原是一位護士，後來學社會工作，在照顧癌症及肺結核的臨終病患後，有很深的感觸，再去學醫成為醫生)，於倫敦首創現代化的「安寧院」——St Christophers Hospice，專門照顧癌症末期臨終病患，成了現代善終運動的先鋒者，(註1)。而這樣的院所設備，或照顧理念模式，即稱為末期照顧或臨終照顧。

至目前為止，全世界至少有十七個國家有著各種型態的 Hospice，如：美國由一九七四年起，至目前約有一、八〇〇家；英國由一九六七年起，至目前約有六十家；澳洲約二十家；日本由一九八一年起，至目前有四家；香港有一家，另有四家醫院有類似的組織(註2)。根據一九八五年NHOC (The National Hospice Organization) 所訂立的標準，其定義為「透過不同科際的合作，對末期病人及家屬提供支持性的服務方案，以幫助他們解除在疾病死別期間之身體、心理、社會、靈性、經濟的痛苦與症狀，以維持其生命品質及助其坦然面對死亡(註3)。所強調的並非提早或拖延病人的生命，而是透過完整、人性化之照顧，讓病人雖身罹重病，都可以無痛並安然的居住、或死在家人親友環繞下，且有醫療照顧的地方。在理念層次上，它肯定生命的價值

，認為死亡是一種正常的過程，在疾病末期已無治療希望時，將治療體系由治療體系 (Cure System) 轉成照顧體系 (Care System)，做好疼痛及症狀控制，不做無謂及繁瑣的檢查及治療(積極放射線或化學治療、靜脈輸液等)，導致失控、生活受限制、醫療浪費等。

它強調經由團隊來提供服務，團隊中角色計有：

1. 醫生：對症狀及疼痛予診斷與處置，會診及轉介病人給當地醫院等。
2. 護士：生理及心理護理、衛教等。
3. 社工師：社會心理需要評估、諮商、經濟及資源轉介、志願工作訓練方案及教育推廣等。
4. 神職人員：當有宗教需求時，提供靈性支持使獲得心靈的平安。
5. 志工：簡單照顧工作(餵食、翻身)、讀書報、陪伴及代理家庭瑣碎事務等。

筆者自一九八五年於馬偕醫院腫瘤科任社工師職，一九九〇年馬偕淡水分院成立安寧病房，忝為籌備小組之一員，工作至今，臨床經驗側重於癌症及臨終病人，於實務工作中確有許多感受，盼以此文分享臨床工作經驗。

## 貳 社會工作的角色與工作內容

團隊中的社工有穿針引線的核心功能 (As a Core Profession)，於病人、家屬和醫務人員間(含與行政單位)負聯繫、協調之責，其角色及工作如下：

## 一、社會心理照顧

對每一位入院（或轉介）的病人及家屬，先以社會心理方面予評估，再依問題、需求之輕重緩急予處理。

### （一）心理評估——

1. 對疾病和死亡的認知：對疾病的了解與感受、死亡的覺察等。
  2. 瀕死心理過程：否認、沮喪、哀傷、接受等心理過程及持續之時間。
  3. 壓力適應機能：以往之重大失落及悲傷經驗、其因應方式及效果為何，目前適應能力等。
  4. 餘生期待：對餘剩的時光有何計劃，近期願望等。
- 如果在初期會談中，病人或家屬無法具體提供資料，亦可由日後會談中得知和修正，以作為協助的參考。

### （二）社會評估——

1. 家庭：成員人數、關係、溝通方式、支持網絡等。
2. 社區：居住環境、社交活動、醫療及信仰資源。
3. 工作：過去的工作性質、工作史、角色與壓力。
4. 經濟：保險、各項收入、籌款能力、債務等。

病人和家屬多有類似的社會心理衝擊，不外：焦慮、沮喪、孤單、恐懼、哀傷、無力感、罪惡感。

輔導技巧：同理、支持、保證；認知、理情、面質；並可透過角色扮演演運作。

輔導方式：個案、團體、家庭會談。另：音樂、冥想、回憶、寵物、憤怒處理、繪畫、編織、擁抱等方法，均可靈活運用。

評估後的處理乃在情緒支持、維持暢通的溝通管道，以便能夠坦談死亡問題，以助其在有限時間內對私人事務善加處理，如：法律、遺產處理，葬儀方式、子女照顧等。甚至只是期待一個月後能參加兒子的畢業典禮、體力好些吃

一頓好餐、計劃一場親密的溝通、說出心中的「恩怨情仇」等。溝通是提高生活品質的要素，它帶來親密的分享和關係的改善。

要不要告知病人病情，至今仍是一個倫理上的爭議，贊成者的理由是：病人有權利知道自己的疾病、能促進醫病間的信任關係、及病人才能參予治療決策等。不贊成的理由，較是情緒負擔的考慮，怕病人知道後信心崩潰、意志消沈、造成打擊。筆者在臨床上，亦見到病人知道病情後的不同反應，有積極著手處理身後事者，全然以健康、接受的態度坦然一路；亦有一蹶不振，寡言落漠以終。既然病人有知也有不知的權利，問題就不在說與不說，而在乎說什麼、如何說、何時說了！

這需要以病人的心理動力及能量狀況最佳者為原則，以其面對的能力、在這個時候想知道多少而定——決定聽多少是病人的權利，故應當提供足夠的資訊（醫療所能做到的協助）讓病人選擇，並可以自由的談感受等。通常家屬會要求不要告訴病人其病情，理由是怕病人承受不起，有時是家屬無法承受與病人相對的哀傷情緒，更有者，雙方均心知肚明，就是無法相對相談，這會影響到病人接受一些非侵略性的醫療照顧、且無法交待身後事等遺憾。故需要處理家屬悲傷、難捨、罪惡、自責的情緒，說明告知與否的利弊，並保證除非兩方皆有心理準備，否則不會冒然告知，且協商由何人、何時，以何法告知。也可先個別會談，澄清彼此的擔心後再進行家庭溝通，以導引出彼此支持的力量。

「告知」，可以漸進式的透露，以開放式問話起首：「醫生有沒有告訴你，你是什麼病？」或「病了這麼久，感受怎麼樣？」「你的病很麻煩，我想和你多討論些。」這需要留意到病人想討論的時機（Timing），如筆者的一次經驗，病人已是肺癌併肝轉移的末期三八歲女病人，一直表現出樂觀、勇敢、意志堅強及不需協助的行為，在第四次的會談中，病人問：「你的工作很有意義哦！」

社工師：「你有興趣？你想知道些什麼？」

病人：「我想有一天也許會需要你。」

社工師：「你會需要什麼？」

病人：「想問孩子監護權的問題，如果有一天我不在了……」

死亡的覺察和想討論的話題就由此開始了。基本上，長久的疾病和治療、日衰的體能、未見好轉的病情，多半病人會有自覺，只是找不到管道討論，如果能敏感到時機和病人的需要，要不要告知，就不再叫人不安及隱晦難忍了。另外，也尊重病人有不表達感受和不想知的權利，如果對社師的「邀請」「喚起」均無反應，則只需保持溝通管道暢通，儘可讓病人享受其自尊和保留。溝通帶來意義，不論是和自己、有意義的他人或信仰的對象——神等，生命藉由溝通而有意義，社師一切的努力，均在做有功能的溝通，以助其表達需要及獲得滿足。

## 二、經濟協助

經濟壓力是首當其衝的明顯問題，它比怎樣活下去還叫人焦慮。長久的生病、治療，即使有保險支付，亦會影響家庭生計，如：交通費、營養品、額外支出等日形增多，倘若病人是生產者或主要照顧者，則收入頓減，經濟困境更顯。

經濟協助內容：醫療費用、特殊器材補助、喪葬費用、甚至生活補助等。協助方式須經社師評估後再予補助或籌募。申請來源有縣市政府的醫療補助（每年每人最高三十萬）、市政府居家護理補助（每年每人最高十萬）、安寧基金最高五萬（醫院相對補助五萬），故若臺北市民約可得五十萬補助，受惠可謂不少。安寧基金會最近尚補助昂貴器材，如可攜式微電腦自控止痛藥物幫浦，讓病人於費用及生活品質上助益不少。

## 三、日常生活安排

1. 角色重新定位：照顧角色的變換及輪替，角色功能之增強，家事操作及安排等。
2. 親友支援：老幼安置問題，生活起居照料、功課督促等。  
亦可求助北市社會局之在宅服務、居家看護等支援系統。

## 四、葬儀協助

葬儀的討論及功能：

1. 加強失落之真實性，助家屬接受死亡事實。
  2. 提供表達對死者的想法和感受的機會，以合理的表達及具補償作用。
  3. 回顧死者過去的生活。
  4. 提供社會支持。（註四）
- 內容包括：配合習俗停屍八小時，安排出院好能在家斷氣，代其聯絡太平間、葬儀社；訃聞通知、葬儀程序、安葬方式的討論等。

## 五、悲傷輔導

悲傷是我們失去親友時的反應，這種反應是十分自然和正常的。但是若因某些因素使正常的悲傷過程延長或無法完成時，可能會導致病態的悲傷，如：失去自尊、憂鬱、過度強烈的依賴需求、持續的無望感、強烈的罪惡感等，故提供悲傷輔導在協助表達各種悲傷及感受，使悲傷者順利經過哀悼期，恢復日常的生活功能。

目標：

1. 增加對失落的實際了解，認識失落的事實，確認死者不能再回來重聚。
  2. 處理已表露或潛藏的情感，如：憤怒、罪疚、無助等，助其表達，如協助其哭出來。
  3. 克服再適應過程中的障礙。如：失去工作、經濟問題。
  4. 鼓勵撤回對死者之情感並重建新關係。（註五）
- 悲傷輔導起自於接案評估時，就已收集足夠資料和建立關係，如了解家人患病至今的感受、家人關係及以往悲傷史等。而後之處理：
1. 於死亡後第一個月：在親友相繼離開後，家屬面對大量的孤單和哀傷，工作人員（社師或志工）做第一次探訪，以評估心理需求或做轉介。

2. 第三——六個月間：以電話追蹤，了解適應情形。

3. 第十三個月：最後一次評估，以結案或轉介。

輔導方式可藉訪視、電話予關懷，並尋找社會資源以協助經濟困難之家屬。家屬團體為病人逝後二週至一個月間，組成一支支持團體（封閉或開放性皆可），初期訂六至十次，每週一次，結束後改成一個月一次，後續再成自助團體，就可由成員主動去關懷新成員。目標在成員能和外界人際網絡及社會接觸之功能恢復為主。

## 六、志工訓練

志工為醫療團隊中不可或缺的人力資源，以其超然角色、熱心參予為醫療團隊注入一股人性、活潑的氣氛。志工可以提供的服務有：櫃台諮詢、籌劃活動、購物、聯絡、採訪、陪伴、情緒分享、代寫信、讀書報、簡單醫療照顧（協助翻身、拍背），孩童功課督促等，好讓家屬有喘息的機會。

對參予的志工，須先經甄選及會談，以了解其人格穩定性、服務動機、對工作性質之認知、個人喪親經驗影響等。並舉辦定期訓練，以確保服務品質及熱忱。課程計有：組織簡介、服務內容、工作倫理、安寧照顧概論、同理心、悲傷輔導淺論、實習及督導等，平日並參予醫療團隊的病例討論。

## 七、教育與諮商

### (一) 教育——

1. 對病人和家屬：助其了解病程與症狀控制的醫療選擇及如何因應面對、如何溝通說出彼此的需要、適應疾病角色（或死亡角色）及照顧角色等。

2. 對醫護人員：強調以病人和家屬為照顧單位，藉個案討論會做全人照顧模式（生理、心理、社會、靈性）功能的評估、澄清和探討團隊成員對死亡的內在感覺。

3. 對社會大眾：喚起社會對生老病死人生自然過程的了解，推廣死亡教育

，以助人們在面對死亡及瀕死的危機時，給予個人有機會面對及表達對死亡的感受。（註六）

### (二) 諮商——

提供照顧者（Caregiver，如：護士、醫生、社工、家屬）是耗竭（Burn out）的主要對象，哀傷、死亡都是沈重而感傷的主題，若是不清楚自己的極限或工作量負荷過大，很容易因壓力帶來耗竭，故組織壓力疏解團體，或提供諮商予心理支持等，以維持團隊的士氣和活力。

## 叁、臨床實例分享

### 一、個案工作——臨終輔導實例

病人為三四歲女性，為卵巢癌併轉移大腸及陰道，治療時間二年餘，經過治療三次及化療等，於腫瘤壓迫血管大量失血而死，此為病人臨死前三個小時的輔導經過，今摘錄與讀者分享：

社工師病房訪視時，病人和家屬正預備用晚餐，早上病人曾大量流血昏倒在浴室，病人正要舉筷，突感下體有血流出，醫護人員迅速展開輸血工作，而鮮血繼續染紅著止血的布單，病人眼看止血、輸血的動作趕不上失血的過度，即很平靜的對醫生說：「大夫，萬一不行，你不要救我（急救）！」

社工師：「你準備好了？」

病人：「對，上帝多留我這幾年，我心理有數，只是嘴吧硬，不肯承認，多活這幾年是上帝的恩典……」

病人母親在一旁已泣不成聲，病人接著說：「媽媽，不要哭，要高興、要讚美，賞賜的是耶和華，收取的也是耶和華。」

社工師：「要不要和媽媽說什麼？說妳愛她，謝謝她！」病人看著母親，點了點頭。病人母親曾因為她安排了一樁錯誤的婚姻而自責不已，常怨怪自己已因此而導致病人積鬱成疾，為除去這段怨艾，社工師問：「會不會怪媽媽？她曾經自責給妳帶來了工作、婚姻上的壓力，害你生病。」

病人搖搖頭，安慰又感激的說：「媽媽，你是我的天使，是上帝差來的天使，我怎麼會怪你，我要謝謝妳！」社工師：「要不要告訴爸爸、弟弟些什麼？」他倆買不到晚班機票，由高雄包車上來，恐也相見難了。

病人：「我虧欠爸爸，因為我先走了……弟弟很乖，我不操心，告訴他不要太賣命賺錢。」突然，她捏緊我的手，急切地說：「還有小狗……小狗……」小狗日日守在家中病人房門口，因主人不在，竟然拒絕別人餵食，病人放了張照片在病床邊，每日望之以解思愁。社工師答應代其轉答「托孤」事。病人接著說：「要時時替我照顧爸爸、媽媽，這些年她已經長大了！」又想了一會，繼續說：「替我謝謝主治大夫和科裏的人，還有以後，妳要打電話安慰我媽媽。」社工師一一答應。病人自幼信仰基督，一場大病磨得銳氣殆盡，常問信仰和生命何意？為處理這場天人恩怨，讓其走得平安、無憾，在和父母、親人摯愛話別後，也能告別這一段「天問」，遂問她：「心裏還想說些什麼沒有？」

病人：「只覺得對不起上帝。」

急救住院醫生適巧是位基督徒，回身告訴她：「你若承認自己的罪，要相信上帝已經赦免妳了！」

這一層天人關係解套後，病人閉上眼，眉宇間皺紋舒平，呼吸漸弱，心口上的掛礙有了出處。醫生再喚她的名字，見她雙眉一揚，眼睛未睜，問她：「是不是很累？」病人微頷，醫生說：「你平平安安地去吧！」語畢，她漸行漸遠。

這最後一程，不在慌亂的急救和措手不及（已於生前討論過死亡主題）中度過，能平靜、祥和、哀而不傷，豈非「生死兩心安」？！

## 二、團體工作實例

團體工作向來為社工師既愛且恨的工作，好處在其省時（較個案工作）又有趣（動力運作時，挑戰性高），困難在團體動力一個搞不清，狀況即難以掌握，所以弄得還沒上陣就已心虛敗陣。根據筆者經驗，團體工作可大可小，可學術亦可樂趣十足，既不失學術（理論）規範又不失市井趣味。病人團體，如

：乳癌、子宮癌、鼻咽癌等病人衛教團體等，因其定義及組成均較嚴謹，相對投注時間及人力亦不少，易成社工繁忙工作中的壓力，是否有些團體活動不需要有這麼莊嚴的學術框子，而又能引用團體動力理論來擴張面貌？以下分享辦過的團體活動，作為參考：

1. 軟食品嚐會：末期病人有吞嚥困難、食慾不佳的營養問題，為協助病人享受進食樂趣，並幫助家屬製作食物，需要考慮到製作簡單、熱量高及容易吞嚥的幾個原則。由社工及志工共同策劃到做各種軟食展示並當場邀集病人及家屬，由烹飪專才志工及營養師示範製作方法，包括：布丁、洋菜凍、奶油濃湯等，餐桌佈置加上活動過程設計，在熱鬧、愉快的團體氣氛下，即使插鼻胃管的瘦弱病人亦可快樂的進食，證明了美食的魅力及團體散發的吸引力。

在國外的病房內設有小餐廳，常由社工、營養師和家屬辦聚餐，一週一次聚集，互相交換製作食物心得並交誼和分享，燈光、香味、家庭歡樂的溫馨，烘托出人生黃昏的美麗色彩。

2. 節慶活動：於父親節或母親節當週選定一日，由社工和志工事先策劃、籌活動經費以採購點心、卡片、禮物等，以一小時半時間進行。團體先暖身，如：彼此介紹、活動目的介紹、節日意義簡介，接著由家屬或病人送卡片（由醫護人員簽名祝賀）及禮物給身為父親者，如子女給父親，太太給先生，或母親給兒子，並且向「父親」說幾句話，或感激、祝福及任何想表達的話。猶記當時一位做女兒的家屬，談到自幼喪母，父親如何辛辛苦苦地撫養五個子女長大的過程，說完返身抱住父親說：「爸爸，我愛你！」令場中一半以上的人落下了感動和心酸的眼淚。對於一向難於以語言表達情感的中國人來說，是很難得的一次經驗，尤其有些病人約莫一個月後即去逝，對家屬來說，更是可貴的回憶。

另外，中秋、端午、聖誕等，亦可有應景的活動，如病房外烤肉、品茗、賞月，聖誕平安佳音等，活動儘可千變萬化，貴在存乎一心及技巧應用而已。其他如音樂欣賞、卡拉OK演唱、錄影帶觀賞等，可夥同大專院校社團或青年會志工等共同設計。病中生活冗長、難耐，總不能老是論生道死！這類社會性活動，經過專家考量，設計出的團體氣氛能讓病人和家屬潛藏的情感和語言自然流露，甚至讓醫療團隊人員能情誼交流（工作人員也需要和病人作人性的接

觸)，產生歡樂和滿足。

人在團體中，可經驗到相屬（同樣的經驗、痛苦）、自由表達感受、頓悟個人盲點等，這類病房活動更兼顧社交、生趣等生活品質，達到個案工作不易作到的親近、情緒開放、歡愉、互相支持的效果。應景的活動易導入話題，藉節期意義突顯人生可貴，為悲苦病榻生涯帶來情趣。尤其工作人員和病人家屬的情誼互動，不論是同樂或同流淚，都可以叫身處繁雜的工作角色暫時卸下，很人性、自然、溫暖的接觸，工作亦可在悲喜一同中有了意義和滋潤。

## 肆、結 論

「人生的意義，乃在人生經驗裏（得與失、生與死），如何把握人生態度（愛、尊嚴、無畏、分享），

面對問題（無助、悲傷），

探討人生經驗，而重新安排生命的精神力量（能認知疾病和治療，選擇生與死方式的自主權）。

正文出自Milton. H. Miller, 「當你所愛的人病了」一書。

生、老、病、死，本為人生平常事，而從來對死一無所知，對生也無了然，一旦落在我們身上，就變成了災禍，鮮少視為生命必然過程。尤其在鼓勵年輕、效率、功能的文化設計下，「死亡」遂意味著結束、挫敗、無能，加上原本就視為禁忌話題，更叫人茫於談論，惶於面對了。而到了臨終時刻，能清楚決定不接受積極治療的本意是要死的莊嚴、從容，而不是浪費生命，這樣的決定過程需要有專業人員及擁有人性尊嚴的理念下來提供和完成。依筆者的看法，有幾點結論及未來工作展望：

### 一、死亡教育的推展

安寧照顧基金會（一九九〇年十二月成立）的工作目標之一為死亡教育觀念的推廣（註七），死亡教育乃指有關死亡或瀕死態度及在心理上如何面對的

教育問題。在臨終之際需要處理的狀況很多，要助其在觀念上釐清並下決定實屬不易，故由教育的長遠眼光來看，在做生涯規劃時，就該把意外、災難和死亡計算在內。失落，乃人生重要之經驗，大凡落榜、失戀、生病、搬遷、各種型態的生離死別均是。平日遭逢失落就需要費心處理，待死亡大事來臨才不致招架不及。死亡教育可由教育系統逐步來實施：

由相關專業至社會大眾。

1. 各相關專業的養成教育——如：醫學院、各級護理學校，社會、心理、教育科系及神職教育等，至少開設一個學分的課程。如果這些專業人員在養成教育過程中，沒有接受這樣的訓練，怎麼期待他們一進入臨床工作就理所當然的知道如何照顧病人呢？

2. 社會教育——不藉宣導來啟發，則無從規劃人生。透過大眾媒體，如：宣導手冊、文章、廣告、影劇等，教導大眾對末期照顧的認識，並引起關注和支持。

### 二、臨床專業在職訓練

臨終照顧可以是一個理念由一組團隊人員整合運作之，而設在病房或獨立的組織系統則更具物理環境、設備的優良條件。故各種專業人才的培養及團隊共識的達成乃缺一不可。

1. 專業訓練及經驗累積——醫護人員在於疾病、症狀的處理，社工著重社會心理層面關照、宗教神職人員及志工亦各有其職，每一位照顧者均清楚其角色功能，並藉由座談會、研習會等方式提供知識與技巧的更新，以保持工作品質。

2. 團隊共識的培養——個人或許可以累積足夠的經驗至純熟的地步，但缺乏整體意識，仍讓全人照顧理念打折扣。臨終之際本就有許多屬於倫理、價值觀的爭議，如果不奠基於共識上，將影響照顧的成效，團隊亦可能缺乏活力和士氣，故各個角色間的尊重和溝通益加重要。

不論是個別專業或團隊運作，可由醫院內擴及院際間，或各專業團體如：醫學會、護理機構、學協會等舉辦訓練課程或座談，以落實理念及提高照顧品質。

質。

另者，耗竭 (Burn-out) 是需要重視的一個主題，常常敏感病人及家屬的情感和需要、檢討自己對死亡的內在感受並面對自己的「有限」，尤其觀念未開之時，尚需面對其他科際的誤解，工作量及情緒能量的輸出，往往帶來壓力以致耗竭，團隊間的支持和情緒的分享就更形重要。而個人亦需藉由參予專業團體來維持專業品質，尤其社工人員的敏感度維持，非尋求各種資源不可，如：讀書會、專業研討、心理劇活動、身心整合團體等，以保持專業生命和熱誠不輟。

### 三、研究與倡導

生老病死人生不可免，何以獨對死亡不解和逃避？而逢臨終，好死可求得乎？好死之難得，豈非人生之大悲？故於觀念未開之際，需大聲疾呼尊重生命，成全「好死」（註八），鼓勵臨終病人有權利選擇不作積極性的治療，要求止痛藥劑的給予，及提倡廣設居家護理，讓病人可在家中安然的享有醫療照顧及熟悉的環境。而爭取經費，力求研究發展，如：死亡與瀕死心理、葬儀程序研究、中國人的臨終態度與需求等的研究，甚至探討尊嚴死與安樂死的難題。

臨終照顧，與其說是對傳統醫療體制的挑戰，不如說是對人類禁忌的挑戰，它觸及人類自身的內在深處感受——焦慮不安與希望、需求與機會。臨終照顧週旋在生死之間，如果它能幫助人類面對自己的獨特、有限、真實存在與責任，那麼，它帶來的啟發就足以讓生命有了價值和意義。

### 附註

註一：Hospice 有譯：善終院舍、臨終養護、安寧照顧（取其精義）、安寧病房或安寧院，因目前臺灣唯馬偕醫院設有安寧病房，故先採此譯法。

註二：馬偕安寧照顧籌備小組 賴允亮醫師提供

註三：THE Basics of Hospice, 1985, THE National Hospice Organization

註四：Worden, J. William, "Grief Counseling & Grief Therapy" 1982, Springer Publishing Company, Inc.

註五：同註四。

註六：Richard Schulz, "THE Psychology of Death, Dying, Bereavement, 1978, Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company

註七：財團法人中華民國安寧照顧基金會，地址設於馬偕醫院，其最大宗旨是將安寧照顧的理念落實在國內每一家醫療院所，一九九二年二月與十一家醫院簽相對基金補助合約。基金會辦理各項宣傳活動，並有錄影帶贈送等，未來工作將致力於專業研究訓練。

註八：好死 (good death)、適當的死亡 (Appropriate death)、安寧尊嚴地死亡 (Dying with peace and dignity) 可能是自一九六九年 Kubler-Ross 對臨終病人心理研究後，歐美國家陸續有人提出的不同名詞。錄自「安寧歸去——如何面對生命終點」趙可式女士演講稿輯，安寧基金會印，一九九二年三月。

（本文作者現任孫逸仙治癌中心醫院社會服務室副主任）