



# 安寧照護服務： 健康照護社工員的角色與功能探討

葉肅科

## 壹、前言

從歷史發展的源由來看，安寧照護(hospice care)可說是臨終關懷與安寧病房運動(hospice movement)下的一種直接產物。在人類歷史上，最早的臨終關懷與安寧照護係源於4世紀時的拜占庭帝國，主要是基督徒為旅行者所設的招待機構。剛開始時，這些機構也被希臘人稱為異鄉人之家或陌生客避難所。遠在14世紀之前，這些招待所、避難所或庇護所均稱為安寧病房(hospices)或醫院(hospitals)；其實，這兩個字眼的意義相同之時間即有數世紀之久。當時，安寧病房一字是指宗教組織的收容所，類似於中國古代的「普濟堂」設施。它們不僅成為朝聖者或長程旅行者休養體力的中途站，也提供孤兒、貧窮者、病患、即將臨盆之婦女與臨終者等之照護服務。此種收容所安置與照護提供之精神反映，即是透過對貧窮者與病患的照護服務來表示對上帝的遵從。至中世紀時，隨著十字軍的東征，安寧病房迅速的蔓延。

同時，也隨著朝聖者的足跡而在巴勒斯坦聖地激增了許多類似的機構。17世紀時，法國愛爾蘭慈善修女會成立，才有照顧貧民、孤兒與臨終者的設施出現。18世紀時，第一所新教安寧院創立，開始有了專業護士。19世紀時，愛爾蘭的都柏林與法國的里昂出現真正針對臨終者設立的照護機構。其後，不同教派的基督徒很快的在全球各地設置類似臨終關懷與安寧照護的收容機構。此後，生命與死亡均被看作生命歷程(life course)的一環。無論是旅行者、朝聖者或臨終者，均同樣享有舒適與受照護的需求及其個人價值(姚建安，2008；葛謹，2009：32)。

對於無法治療的癌症末期病患而言，人生的最終期盼是得以善終。照護期間，不僅要將病患的疼痛等症狀妥善控制，使其獲得身心靈尊嚴，也需把握最後有限時間，完成人生最後的心願。此種在家人陪伴下安詳離開人世的方式，應可讓病患及其家屬均能了無遺憾。研究顯示：安寧療護可以有效緩解癌症疼痛與其他症狀，減

少對病患無益的侵入性治療與痛苦，並能減少家屬遺憾與悔恨，最終達到提高病患的生活與生命品質。2011年1月26日，行政院衛生署公告三讀通過之「安寧緩和醫療條例」修正條文：「明訂原施予心肺復甦術之末期病人，在之前無簽署意願書之情況下，可由最近親屬（包括：配偶、成人子女、孫子女及父母）一致共同簽署終止或撤除心肺復甦術同意書。並經該醫療機構之醫學倫理委員會審查通過後，予以終止或撤除心肺復甦術。」此法修訂後，在臨床執行上因有法令規範，醫療人員需更審慎的檢視撤除維生治療是否符合病患利益。在相當程度上，這反應出對於病患自主意願不瞭解的情形下，將決定權交予家屬與醫療團隊，可能造成不安與困擾。因此，為減少撤除維生治療系統所帶來的爭議，及早與病人、家屬溝通討論「預立醫療自主計畫」益加重要（國民健康局癌症防治組，2010；癌症專家，2011）。

安寧照護是臨終關懷的一環，也是生命教育所強調的尊重生命、肯定自我與學會愛自己之體現。透過它，我們乃學習從人性化照護、靈性提升至善終理念的達成，進而追求個人優質生活的積極目標。易言之，安寧照護係指針對末期病患（尤其是已被放棄治療的病患）及其家屬所提供的照護服務。本文的目的主要著重於健康照護社工員在安寧照護服務中的角色與功能之探討，因此，我們將關注焦點擺在與安寧照護服務相關的三個核心議題之論述上。首先，在瞭解安寧照護服務之前，實有必要先揭露安寧照護的迷思與釐清安

寧照護的實質意義。其次，我們進一步探究臺灣安寧照護服務的主要類型、重要特色及其發展趨勢。最後，則扣緊健康照護社工員在安寧照護服務的角色與功能，逐一探討安寧照護團隊專業者間的合作關係之建立、為什麼醫療團體需要健康照護社工員的加入？以及在安寧照護服務中，健康照護社工員到底扮演了那些重要角色與功能？

## 貳、什麼是安寧照護？

基本上，安寧照護只靠醫療團隊的幫助與麻醉藥來減輕痛苦，期使病患可好好善用所剩的時間。雖然安寧照護服務已發展一段時間，但一般人對於它的實質意涵仍然有所混淆與迷思。因此，在我們釐清安寧照護的定義之前，實有必要先揭露某些安寧照護的迷思（李佳倫等，2009：11；葛謹，2009：35-36；趙可式，2011；American Cancer Society, 2011：2-4；Andersen and Taylor, 2006：383）：

### 一、安寧照護的迷思

晚近，雖然安寧照護覺醒、取得機會與使用情形已有所增進，但有關安寧照護服務的迷思卻依然盛行著。顯然的，這些安寧照護迷思的誤解確實會助長安寧照護服務的低使用情形。不幸的是：這些安寧照護迷思又會進一步的阻礙許多安寧病患無法獲得其所需要的專家疼痛與症狀控制，以及情緒、社會與靈性支持。究竟，是那些迷思會對臨終者的安寧照護具有如

此的決定性影響呢？通常，一般人對於安寧照護至少存有五種主要迷思（趙可式，2011；Morrow, 2010）：

#### （一）「允許死亡」形同於「殺害生命」

「安寧緩和醫療條例」的適用對象是罹患不可治癒疾病的末期病患，近期內可能死亡者，所以，生命跡象穩定的植物人是不適用的。「殺害生命」不符合尊重生命原則，「允許死亡」卻符合生命醫學倫理。「殺害生命」是剝奪一個不會死亡者之生命，而「允許死亡」則是不拖延一定會死亡者之死期。倘若連醫療工作者都對此兩個概念發生混淆，則表示他們還有需要再接受生命教育與學習的必要。

#### （二）「最大的治療」即是「最理想的照護」

其實，「最大的治療」並不能等同於「最理想的照護」。因為「最大的治療」是指：有管子就插、有洞就開、有肉就割、有機器就上、有藥就給。然而，如果只是增加病患痛苦，卻無法挽救病患生命，則不符合生命醫學倫理。至於「最理想的照護」，則指涉以人性化照護，滿足病患身、心、靈的需要。易言之，只有提升病患生活品質、維護病患人性尊嚴，才是符合生命醫學倫理的醫療。

#### （三）「延長生命」等同於「延長臨終期」

「延長臨終期」並不符合尊重生命原則，而「延長生命」卻符合生命醫學倫理。「延長生命」是指：只要給予生命的基本需要即可生存者。譬如說，植物人王曉明

女士只需照護即存活了 50 多年，當然不能將她殺害。然而，「延長臨終期」卻不然。即使給予所有的高科技治療，如果病人一定會死亡，則不需要再拖延死期。

#### （四）「不予」心肺復甦術即是「撤除」醫療

2000 年，「不予心肺復甦術」即立法通過，亦即每一個成人均可在健康時「未雨綢繆」的簽署意願書。當意願人在兩位醫師診斷為末期疾病時，即可合法的不予急救，例如插管、開洞與電擊等。然而，「撤除」卻是醫護人員給了藥、插了管後可以撤除。基本上，這是進可攻退可守的方法，也是全世界的「自然死法案」都將「不予」和「撤除」視為配套措施的道理。其實，在生命醫學倫理中，「不予」和「撤除」是配套措施。兩者必須要有配套，方可讓醫護人員放膽的救病患。然而，在救了之後，若是發現醫療無效，則可再撤除。如此，對於病患的生命才有最大的保障。

#### （五）「安寧照護」形同於「安樂死」

安樂死(Euthanasia)是指：殺死重症病患或容許當事人死亡，以作為一種仁慈舉動。譬如說，醫生協助自殺即是如此。有時，這項運動也被指涉為「請求的死亡運動」(requested death movement)，一種抗拒醫院與政府控制死亡的方式。安寧照護則指涉一種由安寧病房工作者(有些是志工)提供臨終者及其家屬的照護，也是一種不同於醫院導向、科技控制死亡的另類選擇。安寧病房運動初始，是基於對較機構

化背景下所產生的非個人或與個人無關的死亡方式之反動。不同於讓專業人員控制死亡的方式，安寧病房的工作者認為：將此種掌控權交在臨終者及其家屬與友人的手中似乎是更適當的做法。

## 二、安寧照護的意義

其實，安寧照護可說是提供癌症末期病患及其家屬服務的另類醫療選擇。它主要是由專業醫療團隊分別擔負職責，而對病患的各種不適症狀進行緩和醫療。如此的照護方式不僅可讓癌末病患達到「無痛不苦」的安寧境界和維持應有的生命品質，也能給予癌末病患及其家屬生活協助和心靈慰藉（行政院衛生署中央健康保險局，2011；李佳倫等，2009: 8；姚建安，2008；癌症專家，2011）：

### （一）定義

根據聯合國世界衛生組織(WHO)的定義，安寧照護意指照護威脅生命疾病的病患(with life threatening illness)，目的是為了提升病患及其家屬的生活品質(improves the quality of life of patients and their families)。而且，安寧照護並不限於只有「癌症末期病患」才能接受安寧照護的服務。其實，「非癌症重症末期病患」也有相同的需求。據此，為了維持個人尊嚴，並尊重每個人均有權利根據自己的意願與需求，而於生命末期選擇在安寧緩和醫療之照護下，安然的走完人生。

根據我國的「安寧緩和醫療條例」之說法，安寧照護是指：為了減輕或免除末

期病患之痛苦，而施予緩解性、支持性之醫療照護，或「不施行心肺復甦術」(DNR)。為了將安寧照護理念延伸到更廣泛的非癌症病患，讓更多醫護等相關人員、病患及其家屬對於安寧照護具有正確的認知，進而促進醫護人員的照護技能，擴大安寧照護服務的效益，全民健康保險人除了延續行政院衛生署國民健康局照護一般癌症病人之外，更將收案對象擴大，讓有意願接受安寧緩和醫療服務之重症末期病患，能夠依其需要，並有機會接受健保安寧照護共同照護。如此的安寧照護發展，不僅讓臺灣與國際潮流同步、與聯合國世界衛生組織的理念一致，也使國家的安寧照護服務邁入另一個新里程。

### （二）目的

1996年12月，行政院衛生署邀集安寧照護領域的臨床工作者與學者專家，共同組成「安寧療護推動小組」，其主要目的在於：增加安寧療護服務的供給量；保障安寧療護的品質；建立安寧療護制度化的財源；以及修訂相關的法律。對於安寧照護醫療團隊成員而言，其服務的最終極目標是讓病患生死兩相安。基本上，安寧照護服務有四個主要目的：

- 1.適當的緩解病患的身、心、靈症狀。
- 2.在可能的狀況之下，盡可能促進病患最佳的生活功能程度。
- 3.透過各種方法，盡可能促進病患完成其生命中未完成的任務與心願。
- 4.增加病患對於生活周遭人事物的控制。

### (三) 原則

一般而言，安寧照護有四個基本原則：醫療團隊人員應具有道德責任以提供合適的照護並緩解病患的痛苦；末期病患不應再承受因無效積極的抗癌治療而導致的痛苦；所有的病患均有適度緩解其身體、心理與社會症狀並接受社會支持的權利；以及所有的病患皆具有最佳生活品質的照護權利，其基礎即基於倫理原則中的自主原則、利他原則與公平原則。1990年，世界衛生組織更進一步揭示了安寧照護或緩和醫療(palliative care)的六大基本原則：

1. 重視生命並將死亡視為一種正常過程，亦即生命與死亡並非對立的而是連續的。
2. 既不加速也不延後病患的臨終過程。
3. 透過專業醫療團隊的合作關係，提供緩解病患之痛苦與不適症狀。
4. 以多元的專業醫療團隊整合病患心理與靈性層面之照護。
5. 是提供必要醫療資源的一種支持系統，以協助病患盡可能的積極生活直至死亡。
6. 是提供並協助家屬在病患照護與死亡哀慟期間調適的一種支持系統。

諷刺的是：隨著此安寧病房運動的發展，許多安寧照護工作者已開始被界定為死亡處理專家。而且，安寧病房運動本身也變成一個龐大的、組織完善的產業。對於死亡的處理，美國人口的日益多樣化也

具有重要意涵。來自不同文化背景的人對於死亡會有不同理解，也有不同處理或回應死亡的方式。這意味著：從事與死亡有關的工作者：醫院工作者、社工員與其他人，均需要發展處理死亡的更多元文化方式。隨著醫療科技的發展，並交予醫療當局更多對死亡的掌控權後，臨終過程可能拖得相當長。由於平均壽命的增加，也讓因為身心障礙而使生活變糟的可能性增加。為了面對這些新挑戰，美國的國民醫療決策者與保健供給者也逐漸問到：經歷「善終」(good death)的意思是什麼？善終乃被定義為：個人在具有生理舒適、社會支持、接受個人命運，以及適當醫療保健下死亡。對於生者來說，善終可緩和經歷喪失所愛者後的憤怒與焦慮。對於社會政策應該怎樣幫助人們處理死亡與臨終來說，此一發現具有重要的意涵(Andersen and Taylor, 2006: 383)。

### 參、安寧照護服務的類型、特色與發展

一般而言，區分安寧照護類型多半是以病患受照護的場所作為劃分。譬如說，醫療機構中的安寧或緩和病房、社區的安寧居家，以及以醫院為主的安寧照護諮詢（安寧共同照護）等均可能成為安寧照護類型的劃分標準。當然，與傳統醫療對照之下，安寧照護服務確實有其不同的特色。在本節中，我們將進一步探討臺灣安寧照護服務的主要類型、重要特色及其發展趨勢(李佳倫等, 2009: 9; 莫藜藜, 1995:

429)：

## 一、安寧照護服務的類型

目前，就臺灣的安寧照護服務模式來看，主要有三種類型（行政院衛生署中央健康保險局，2011；李佳倫等，2009: 9）：

### (一) 安寧病房

通常，是指在醫療機構中設置一個提供緩和照護的專屬病房，以處理病患生命末期的急性症狀，例如疼痛控制、呼吸喘與出血等。醫院安寧病房的好處是由醫護人員全天 24 小時監控，有緊急情況時可馬上處理；缺點是醫院太過吵雜，人員進進出出，加上不時傳來救護車警笛聲、急救聲，讓人聽了很不舒服。偶爾，還有家屬的悲痛哭泣聲，不免影響心理。當然，有些醫院會另外特別設置「安寧病房」，環境比一般病房好。雖然有心理諮詢師做心理輔導，收費比照一般病床，但要簽署一份「不施行心肺復甦術親屬同意書」，目的是要讓病患臨終時走得安穩。

### (二) 安寧居家照護

然而，還有許多處於疾病末期的病患在居家照護上面臨許多問題，例如管路更換與照護、疾病症狀控制，以及家屬照顧壓力等，因此，需要安寧居家照護。基本上，它是由安寧居家護理師到家中服務，免除病患及其家屬往返醫院的次數和減輕家屬居家照顧的壓力，以達到病患善終之目的。自 2009 年 9 月起，接受安寧病房與安寧居家服務病患的疾病種類已不限於癌

症患者，其他如在醫師診斷下為疾病末期且符合各疾病至少兩項收案標準者，皆可接受安寧住院與居家照護。要言之，居家安寧病患可回自家修養，有親人陪伴在身邊，面對比較熟悉的環境，病患心情會較穩定，醫院也會指定居家附近的醫護人員定時訪視。通常，一週 2-3 次。遇有緊急狀況時，也可隨時呼叫急救與處置。但是，每一趟訪視都要收取車馬費。因此，可能有一點緩不濟急，病患得忍受較多痛苦。

### (三) 安寧共同照護

安寧共同照護的意涵是：「由於各醫療團隊照護面向的不同，因此，有不少癌症末期病患在非安寧病房接受醫療照護。然而，為了使所有癌症末期病患皆有機會接受安寧照護面向的服務，因而建立由原診療團隊與安寧照護團隊依癌症末期病患病況需求共同照護病患」。要言之，安寧共同照護是指由醫院的安寧照護團隊與原治療團隊共同照護居住於非安寧病房且有安寧緩和照護需求的癌症患者，例如疼痛控制、心理、社會與靈性照護。一般而言，安寧共同照護團隊成員主要包括：安寧緩和專科醫師、安寧共同照護護理師、心理師、社工師、靈性關懷師，以及安寧志工等。

## 二、安寧照護服務的特色

與傳統醫療不同的是：安寧照護是針對癌症末期臨終病患及其家屬所提供的特別照護服務。因此，在整個照護過程中，病患不僅有最大的自主權，病患家屬也可

全程參與。基本上，這是一種提升癌症末期臨終病患及其家屬生活品質的全人照護，其目的主要在滿足病患身體、情緒、社會、精神，以及病患家屬的需要。據此，安寧照護不同於其他健康照護的主要特色在於（莫藜藜，1995: 429; American Cancer Society, 2011）：

#### （一）是由醫療團隊提供服務

在大多數的情況下，安寧照護服務是由跨科際或跨專業的健康照護團隊所負責。這也意味著：它是由許多學科彼此互動、一起運作或共同合作的服務供給。通常，安寧照護醫療團隊是由醫師、護理師、營養師、藥師、物理治療師、社工員與志工等專業人力所組成，並且提供最完整的醫療照護。

#### （二）緩和疼痛並且控制症狀

緩和疼痛與症狀控制的目標在於幫助安寧病患可以是舒適的，不僅可以控制症狀，而且能享有自己的生活。這也就是說：不舒適、疼痛與負面的影響能被管控。可確定的是：病患可盡可能的免於疼痛與症狀之威脅。再者，病患還能夠與周遭的親友互動，並且做出重要的決定。

#### （三）可選擇居家或住院照護

雖然安寧照護服務可採取居家照護方式，但病患也可經過許可而住在醫院、擴大照護機構或安寧病房中心裡。基本上，安寧照護服務可以安排為入院照護，並且提供病患及其家屬必要的安寧照護服務。

當然，只要病患及其家屬已做好準備，安寧病房病患都可回到自己的家中，改採居家照護方式。

#### （四）隨時提供安寧照護服務

一般而言，當病患接受安寧照護後，會有專業健康照護者定期的進行居家照護、安寧病房照護。而且，安寧照護往往會提供臨終病患及其家屬每天 24 小時的專人與專線服務。

#### （五）協助親友學習照護技巧

安寧照護可讓病患家屬，甚至其親友知道該怎樣給予病患服藥，幫助病患活動、傾聽、回應，以及應付各種可能發生的突發或特殊狀況。

#### （六）提供家屬哀慟相關輔導

安寧照護可協助病患家屬面對即將失去親人的哀慟、提供諮商輔導、志工探訪、假日活動，以及喪禮協助等相關服務。

### 三、臺灣安寧照護服務發展

臺灣的安寧療護觀念始於 1982 年，1988 年臺北馬偕紀念醫院成立「安寧照顧小組」，1990 年 3 月設立 18 個病床的「安寧病房」與「安寧療護基金會」。2009 年，根據財團法人中華民國（臺灣）安寧照顧基金會的統計，安寧照顧基金會有合約的醫療院所共 62 家，提供安寧緩和醫療住院病床之醫院有 34 家，提供居家安寧療護服務有 43 家，安寧緩和醫療住院病床則為 557 床（行政院衛生署中央健康保險局，

2011；陳榮基，2011；姚建安，2008；趙可式，2011）：

### （一）歷史發展

1983年，臺灣的天主教康泰醫療教育基金會已實施癌症末期病患的居家護顧服務。然而，由於缺乏媒體的宣導與系統性報導，安寧緩和醫療照護理念在國內的發展是在1987年臺北馬偕醫院舉辦一系列「臨終關懷」講座之後。1988年9月，安寧照護計畫首次獲得支持。1990年2月，在馬偕的淡水分院正式成立臺灣的第一個安寧病房，共計18床病床，且有居家照護服務。同年12月，在財團法人臺灣基督教長老會與馬偕紀念社會事業基金會的主導之下，創立了「財團法人安寧照顧基金會」。此後，正式展開國內民間的安寧療護宣導、教育訓練、學術研究與經濟補助等業務。1994年3月，天主教耕莘醫院設立了安寧病房，佛教蓮花臨終關懷基金會也在該年成立。1995年6月，臺大醫院以國立大學醫院成立緩和醫療病房的風氣之先。及至1998年4月，則在淡水馬偕分院成立安寧療護教育示範中心，加強並落實國內安寧緩和醫療教育之根基。

1995年5月，行政院衛生署首度召開安寧照護業務的相關會議，促使安寧緩和醫療正式且有系統的由政府機構主導而朝制度化目標邁進。1996年12月，衛生署再度邀集安寧照護領域的臨床工作者與學者專家，共同組成「安寧療護推動小組」，下分「資源分配」、「研究發展」、「服

務品質與推廣」及「教育訓練」等四組。1996年，全民健保保險人開始配合實施安寧居家照護試辦計畫。自2000年起，開始試辦安寧住院療護計畫，並配合衛生署政策於健保IC卡提供安寧意願之註記。2009年9月，除了將試辦計畫正式納入健保常態性支付外，也新增8類經醫師專業診斷符合入住安寧病房照護的重症末期病患納入服務對象範圍。這不僅可讓有意願接受安寧照護服務的重症末期病患得依需要，也有機會接受健保的安寧照護。

### （二）條例修正

2000年，臺灣通過〈安寧緩和醫療條例〉，賦予我國國民臨終時有選擇「拒絕心肺復甦術」（即DNR）的權利，以保障國民可安詳往生、獲得善終。2002年修法時，在第7條第6項中加入：「末期病人符合第一項、第二項規定，不施行心肺復甦術之情形時，原施予心肺復甦術，得予終止或撤除。」根據2002年修訂的〈安寧緩和醫療條例〉之規定，倘若病患沒有簽署DNR意願書，只有家屬簽具的DNR同意書，恐將陷醫師違法縱容家屬違反醫囑出院(Against advice discharge, AAD)和家屬違法拔管之嫌。為了免除病患需要隨身攜帶意願書的麻煩與尷尬，自2006年起衛生署與健保局乃同意將該意願書之意願，登錄於健保卡上。這讓國民到任何醫院，醫療人員皆可從健保卡資料中讀出病人要DNR的意願，算是便民措施。然而，二度完成修法的〈安寧緩和醫療條例〉依然有些執行上的困境需要突破。

因此，歷經專業醫療團體與社會輿論多年的討論，後來，立法院終於在 2011 年 1 月 10 日三讀通過〈安寧緩和醫療條例〉修正案。修正案明訂末期病患經最親近親屬一致簽署「撤除心肺復甦術同意書」，再由醫學倫理委員會通過後，醫師即可撤除維生醫療設備。顯然的，這讓臨終病患免受了許多無意義的痛苦。然而，儘管有了法源依據，例如醫師對末期疾病的認定；清楚簽字；醫學倫理委員會的認可等，但是，依然還有許多人質疑：該如何規範明確方能符合「生命醫學倫理」？有些醫療工作者甚至誤認為這條法律是要他們當劊子手，以為這與醫生的救命天職有所衝突，因而大力反對。

### (三) 現況分析

2009 年，臺灣有 40 家醫院 585 張安寧照護病床，提供健保安寧住院療護服務，申報人數有 5,039 人，健保支出 5.96 億元，平均每件住院天數約為 12 天。再者，現行有 88 家院所提供安寧居家照護服務，服務人數達 3,944 人，健保支出約 0.43 億元。此外，從國人安寧照護利用概況得知：近 3 年來，每年約有近 3,000 人在死亡前曾使用過安寧居家照護，使用人數占死亡人數比率，由 1996 年的 0.18% 成長至 2008 年的 2.09%；安寧住院照護方面，於往生前曾使用過安寧病床的人數，由 2000 年的 871 人上升至 2008 年的 6,848 人；而使用人數占死亡人數比率亦自 2000 年 0.70% 成長至 2008 年 4.81%（行政院衛生署中央健康保險局，2011）。

## 肆、安寧照護團隊：專業成員與社工員間的合作關係

對於健康照護專業者或健康照護社工員而言，他們都可能成為安寧照護團隊 (hospice care team) 的一員。此種健康照護社工員與健康照護專業者間的合作關係將形塑並影響提供病患生理、心理與社會的完全照護 (holistic care) 之品質 (行政院衛生署國民健康局，2007；江亮演等，2005: 256-258；秦燕，1992: 16-20；莫藜藜，2002: 117-118)：

### 一、健康專業醫療團隊

基本上，安寧照護團隊即是一群由健康專業成員與社工員間透過共同合作關係所組成的健康專業醫療團隊。這樣的醫療團隊成員主要包括：醫師、護理師、營養師、復健師、心理師與社工師等專業人員。安寧照護團隊成員可能來自不同的專業背景、各有獨特的工作傾向、專業知識與技術。事實上，每一位安寧照護團隊成員均置基於其特殊的專業領域而提供支持服務。藉由安寧照護團隊所提供的安寧緩和照護，病患及其家屬可舒緩不適症狀，並獲得社會、情緒與靈性的支持。重要的是：醫療團隊成員必須持續不斷的進行溝通、協同評估、擬定治療或協助計畫、各自施展所長，以及共同致力於提供完善的服務 (秦燕，1992: 17)。

共同照護中的安寧醫療團隊主要扮演建議、協助與輔導的角色，並與安寧病房

團隊合作照護病患，兼負有提升院內末期照護品質、推廣末期照護知識與技能等兩項目標。在臺灣的安寧共同照護中，專業醫療團隊成員的角色大抵如下（行政院衛生署國民健康局，2007）：

### （一）共同照護護理師

是最主要成員，並由專職護理師擔任，負責協調與整合共同照護工作。一般而言，熟悉心理會談與支持技巧的安寧病房資深護理師最適合擔任。這主要是因其對於末期病患常見的生理與心理問題具有獨立評估和協調其他專業參與照護的能力。同時，也較有餘力指導病房的護理人員。是故，倘若無法由安寧病房的護理師調任，也應先至安寧病房接受訓練較佳。

### （二）專責醫師

在共同照護團隊中，專責醫師是不可或缺的角色。一般而言，其角色與功能主要有：擬定症狀控制計畫；協助醫療處置倫理與合適性問題之判斷與溝通；教導醫學生與住院醫師；以及激勵醫療團隊臨床研究的動機與靈感等。

### （三）社工師

專門負責心理、情緒與社會問題的評估與建議，也是共同照護中經常倚重的角色。對於穩定運作中的醫療團隊來說，對外公共關係的建立、志工的招募與培訓，以及病患家屬的哀傷輔導等，皆是社工師的重要工作。

### （四）志工

通常，志工也在安寧共同照護中發揮重要的功能，例如生活陪伴、交通協助，以及協助哀傷輔導之追蹤等。然而，在醫療團隊建立之初，往往無餘力以大規模培訓志工。因此，可行的做法是：在服務病患及其家屬的過程中，可考慮吸收條件適合的家屬作為志工種子，再視醫療團隊能量以決定招募與培訓。

## 二、為何需要健康照護社工員？

在醫療團隊中，為什麼需要健康照護社工員的加入？這主要是因為健康照護社工員可在醫療團隊中發揮其角色與功能。一般而言，安寧照護團隊所以需要社工員的主要理由在於（秦燕，1992: 18；莫藜藜，2002: 117-118）：

### （一）社工員可有效掌握病患的社會與心理狀態

在醫療團隊中，健康照護社工員可發揮的角色與功能在於：以他們的獨特專長有效的掌握病患的社會與心理狀態，進而提供醫療團隊成員作為診斷與治療計畫之參考。在醫療團隊中，重要的是：健康照護專業者應該增強病患或案主的動機，盡可能去除病患的社會與心理因素之障礙，進而協助醫療團隊成員執行治療或安寧照護計畫，以達成醫療團隊治療或照護病患的目的。是故，醫療團隊中的健康照護社工員，也應充分運用社區資源，以協助病患及其家屬解決問題。

## (二) 社工服務是治療過程中不可或缺的一環

疾病可能帶來個人的恐懼、憂鬱，甚或家庭與人際關係的崩解，以及造成個人經濟的困難。在此情況下，儘管醫護人員可盡全力提供病患完整的直傲護，但重點難免限於醫療專業領域中，較少顧及病患及其家屬的社會與心理需要。然而，病患及其家屬的心理、家庭和社會環境等方面的調適確實需要健康照護專業者（尤其是醫務社工員）所提供的協助與服務。由此觀之，病患在整個安寧照護過程中，健康照護社會工作或醫務社會工作似乎已變成醫療團隊服務不可或缺的一環（謝孟雄，1990）。

## (三) 社會學或社會工作是達成公共衛生的目標

從公共衛生的角度來看，在相當程度上，其目標的達成必需依賴社會學或社會工作理論與方法的引進醫學界，並且應用至公共衛生上。唯有如此，專業醫師與公共衛生人員方能更進一步瞭解病因學的社會過程與社會流行病之間的關係，以有效應付人類與日俱增的疾病風險。其實，早在1910年時，美國的公共衛生協會即已設立社會工作部門。當時的 Russell Sage 基金會理事長即表示：衛生官員與醫務社會工作找各有不同的工作範圍。然而，倘若他們能更瞭解彼此的工作與目標，並且密切聯繫與互動，則可使每一部門的工作做得更徹底且有效率（莫藜藜，2002:

117-118）。

## (四) 社會學或社會工作作為一種預防醫學應用

就預防醫學的觀點來看，應用社會學與醫務社會工作的理論和方法可用來預防疾病的發生。事實上，臨床醫學也證明：在健康照護社工員的協助下，專業醫療團隊的成效確實大為增進。同樣的，在預防醫學方面，健康照護社工員的確也發揮了重要的功能。因此，在醫療團隊中，除了有基本的治療模式之外，預防照護也是另一個重要的發展。尤其是在安寧共同照護模式中，健康照護社工員更儼然成為病患權益的倡議者。

## (五) 社工員是關注服務使用者需求的最佳人選

無論是在身心障礙者諮商、家庭計畫服務、安寧照護服務或遺傳諮詢等服務方案中，醫務社工員往往扮演著重要的角色。同樣的，在專業醫療團隊中，健康照護社工員也常提供有關病患之社會心理與醫療社會的資料，以協助醫療團隊達成「全人」照護病患的目標。顯然的，疾病對於病患及其家庭的社會功能均可能帶來重大的影響。在此醫療團隊的情境下，健康照護社工員可說是受過專業訓練並能適切關注服務使用者照護需求的最佳人選。

## 三、安寧照護社工員的角色與功能

社工員往往是安寧照護團隊中的必要成員，但許多人卻質疑：安寧照護社工員

到底能做什麼？其實，安寧照護社工員是檢定合格的健康照護社工員，他們需要經過安寧照護的專門訓練。因為健康照護社工員具有深度的專業知識與技能，所以，他們的工作也得面對不同族群、文化與經濟的多樣性；家庭與支持網絡；多面向的症狀控制；失去親人的哀慟；跨科際的療護實務；整個生命歷程的介入；以及遊走於醫療保健康體系中。他們所關心的是：如何提升病患、家屬與照護者的生活品質和促進其福祉。基本上，健康照護社工員即是分派給病患以提供持續照護的服務人員。因此，社工員不僅需與安寧病患及其支持體系建立關係，也要在其確認的需求領域中一起協助病患。通常，健康照護社工員在安寧照護服務中所扮演的角色與發揮的功能如下(American Cancer Society, 2011: 2-4; Csikai, 2002, 2004; Hector, 2011; Morrow, 2010)：

### (一) 參與病患倫理難題的解決

在安寧照護倫理上，社工員可協助病患及其家屬基於個人照護目標之考量而做出健康照護的決定。美國的研究發現：約75%的醫院倫理委員會有社工成員，但只有53%的安寧照護倫理委員會有社工員參與。在醫院與安寧照護委員會的審議中，社工參與是適度的，但最大的介入則在提供社區資源的知識，以及負責病患、家屬與服務供給者間的聯絡事宜等傳統社工活動上。顯然的，有關安寧照護團隊共同面臨的議題，以及團隊成員教育政策的提出，均可讓他們在回應病患倫理難題時，

能將困難降至最低限度。在支持安寧照護哲學的基本層面上，社工員確實可透過其訓練有素的溝通技巧、自決和尊重個人價值和尊嚴的專業核心價值之促進，以及幫助他人認知到人類行為與社會環境間的互動與互賴關係，而履行這些任務的某些功能。

### (二) 定期安排病患的家庭會議

一般而言，定期的安寧病患家庭會議之安排多半是由安寧照護社工員與護士負責主導。定期家庭會議安排的主要目的在於：讓病患家屬能獲悉病患的安寧照護情況，以及他們可能有那些想法或期待？其實，家庭會議也提供病患及其家屬一種分享感情、說出有何期望與需求，以及學習死亡和臨終過程之機會。透過家庭會談，可讓所有家庭成員獲得很大的支持，並找到減輕壓力的可能管道。當然，在安寧照護社工員、護士或照護助理的例行訪視期間，也可召開非正式的日常會議，讓他們與病患及其家屬進行會談。

### (三) 處理多重任務的行政功能

在安寧照護的環境中，社工員必須具有高度組織但有彈性的處理事務之能力。同時，他也需要發揮處理多重任務的行政功能。一般而言，安寧照護社工員通常會與新病患及其家屬進行訪談，以獲取其接受社會服務的歷史資料。再者，安寧照護社工員也需要檢閱或解讀圖表。畢竟，這些都是其工作職務上需要處理的行政面向。更重要的是：這些行政職員大抵都擁

有出色的筆記能力。

#### (四) 提供臨終議題的諮商功能

安寧照護社工員需要充分瞭解到：安寧病患的社會心理議題是與家屬所面臨的臨終關懷議題相關聯。安寧照護社工員與病患及其家屬的互動不僅可讓他們的喪失感降至最低，也能減輕其哀慟的情緒與感傷。安寧照護社工員的一個重要功能是：提供富於同情心的情緒與生理支持給安寧病患。在某些情況下，靈性支持也是需要的。因為所有的安寧病患均可能面臨有限生命的疾病，所以，透過病患及其家屬所需不同層次的支持協調，社工員也扮演著重要的角色。在協助病患接受其患病的必然結果上，安寧照護社工員可提供專門化的照護服務。對於病患及其家屬，安寧照護社工員也可發揮作為臨終議題諮商者的功能。尤其是當安寧病患接近死亡時，安寧照護社工員必須執行社會心理的評估，以及適當的介入方法。

#### (五) 需具有人際與溝通的技能

無論是在安寧病房或在居家照護環境裡，安寧照護社工員均需要具有人際協調與溝通的技能，方能有效發揮照護服務的功能。社工員不僅要能與個別的病患正確的溝通，也可在團體情境或照護團隊中擔負職責。重要的是：安寧照護社工員必須提供給不同族群與文化背景的病患服務。當病患及其家屬需要做出臨終關懷與安寧照護的決定時，社工員在與病患及其家屬進行情緒討論上常居於要角。是故，社工

員不僅可透過其人際溝通技能和病患及其家屬建立關係，也能幫助他們一起解決生活上可能出現的或成問題的社會心理情況。

#### (六) 動員社區資源以協助病患

事實上，安寧照護服務的使用者也可能面臨經濟財務上的困難。此時，參與安寧照護團隊的社工員即可發揮組織動員的功能。一方面，社工員可協助病患及其家屬使用安寧照護機構內或安寧居家照護中的照護資源。另一方面，他則可聯繫地方社會福利機構、非營利組織與大型宗教團體，動員社會資源與整合社區資源，以協助安寧病患及其家屬。這些重要的社會或社區資源可能包括：地方安寧照護機構、送餐服務與生命警戒等。

#### (七) 扮演安寧照護的協調角色

跨科際的安寧照護團隊主要負責協調與監督臨終病患每天 24 小時的照護服務，並且確保所有的介入服務皆能共享資訊。此項服務可能涉及安寧病房機構、居家照護單位、專責醫師，以及藥師、神職人員和殯儀業者等其他社區健康照護專業者。此時，安寧照護社工員可扮演協調者的角色。他可告訴病患及其照護者：只要一有問題，任何時候均可聯絡其安寧照護團隊；因為在安寧照護專線上，總是有人隨傳隨到的提供幫助；安寧照護服務要確保的是：讓病患及其家屬不覺得孤單，而且幫助是隨時都可能到。

## 伍、結語：挑戰與展望

安寧照護社工員是安寧照護團隊中不可或缺的一員，他們所做的許多事務確實可提升病患及其家屬的生活品質。對於健康照護的未來而言，去除臨終關懷的污名與重新界定安寧照護的意義是必要的。可預期的是：未來 30 年裡，高齡化人口將倍數增加。這也意味著：會有愈來愈多的人因為罹患慢性病、末期疾病而需要臨終關懷與安寧照護。揭露安寧照護的迷思可讓我們更進一步瞭解安寧照護的本質，並且提供優質的、高技能的照護給臨終病患。在安寧照護團隊中，所以需要健康照護社工員的加入，主要是因為他們可在團隊中發揮一定的角色與功能。一般而言，安寧照護社工員可扮演的角色與發揮的功能主要包括：參與病患倫理難題的解決、定期安排病患的家庭會議、處理多重任務的行政功能、提供臨終議題的諮商功能、需具有人際與溝通的技能、動員社區資源以協助病患，以及扮演安寧照護的協調角色等。

目前，安寧緩和醫療的照護服務對象已從癌症延伸至非癌症的末期病患。為了增加與非安寧團隊跨科際溝通與合作之挑戰，為安寧照護社會心理專業人員設立基礎與進階課程誠屬必要。未來，健康照護專業者間可透過團隊導向學習 (Team-Based Learning) 教學課程以提升醫療團隊的專業知識與技術。團隊導向學習教學課程之目的在於：促進社會心理專業者能瞭解安寧療護的基本理論、臨床運作。這除

了可培養其安寧照護與社會工作基礎的態度、技術與知識，以提供末期病患及其家屬的適切協助外，也可讓他們有能力處理末期病患及其家屬社會心理、家庭、悲傷與喪親、靈性與意義、倫理層面等需要。唯有如此，健康專業者方可將學習的資訊整合成有效率且可運用的知識。同時，它也讓各科別的臨床人員學習到末期疾病的醫療知識與照護模式。相關教學課程安排可針對安寧療護所強調的有效症狀處理、社會心理、同理心、溝通技巧，以及倫理法律等相關議題進行深入研習。

未來，健康照護專業者（尤其是健康照護社工員）可抱持更積極且主動的態度加入安寧照護等醫療團隊。這不僅可讓醫療機構內部的高層更進一步認知到健康照護專業者間之合作關係的重要性，也才能讓健康照護社會工作在醫療團隊的合作關係中發揮專業性與預防性的功能。唯有如此，方可提升健康照護專業者的專業地位，並且使求醫的病患及其家屬皆能獲得最佳的醫療團隊照護與支持。此外，也有人認為：隨著健康照護社會工作績效的展現與受重視，未來，醫療機構的醫療團隊需要專業社工員的機會明顯增加。是故，健康照護社工員應更積極的參與安寧照護醫療團體之運作。畢竟，「安寧緩和醫療條例」修正後，健康照護社工員有了新任務、與醫療團隊成員的互動更密切，也更能發揮其社會工作專長。未來，健康照護社工員需要更具創意的開發或研擬照護服務方案。若是如此，則對健康照護社會工作會有相當正面的意義。

(本文作者葉肅科現為東吳大學社會學系  
副教授)

## 📖 參考文獻

台大醫院防癌中心(2011)。安寧共同照護簡介，

<http://www.ntuh.gov.tw/onc/%E7%99%8C%E7%97%87%E9%98%B2%E6%B2%BB/DocLib2/%E5%AE%89%E5%AF%A7%E5%85%B1%E5%90%8C%E7%85%A7%E8%AD%B7%E7%B0%A1%E4%BB%8B.aspx>，搜尋時間：1000815。

行政院衛生署中央健康保險局(2011)。全民健康保險安寧共同照護試辦方案，

<http://www.nhi.gov.tw/epaper/ItemDetail.aspx?DataID=2499&IsWebData>，搜尋時間：1000815。

行政院衛生署國民健康局(2007)。安寧共同照護簡介，

<http://tw.myblog.yahoo.com/jw!H7.e9yGTHkeinqVADO6sQCgXwls-/article?mid=2351>，搜尋時間：1000815。

江亮演、曾華源、田麗珠(1995)。《社會工作概論》，臺北：國立空中大學，頁 235-260。

李佳倫、顏雅玲、王思雯、周繡玲(2009)。安寧共同照護服務介紹：以某醫學中心為例，  
護福，185，8-11。

陳榮基(2011)。安寧緩和醫療條例二度修法後的因應措施，

<http://profrchenmd.blogspot.com/2011/01/blog-post15.html>，搜尋時間：1000816。

姚建安(2008)。緩和醫療（安寧療護）源由與發展，

[http://health.edu.tw/health/upload/tbteaching\\_kb/20050602034318\\_file1.pdf](http://health.edu.tw/health/upload/tbteaching_kb/20050602034318_file1.pdf)，搜尋時間：1000815。

秦燕(1992)。〈醫療團隊及社會工作師在其中的角色〉，《社區發展季刊》，60：16-20。

莫藜藜(1995)。〈醫務社會工作〉，於李增祿主編，《社會工作概論》，臺北：巨流圖書公司，頁 405-435。

莫藜藜(2002)。《醫療福利》，臺北：亞太圖書出版社，頁 115-158。

國民健康局癌症防治組(2010)。安寧療護－尊重生命，

[http://health99.doh.gov.tw/Hot\\_News/h\\_NewsDetailN.aspx?TopIcNo=5666](http://health99.doh.gov.tw/Hot_News/h_NewsDetailN.aspx?TopIcNo=5666)，搜尋時間：1000815。

趙可式(2011)。為何「安寧緩和醫療條例」要修正？

<http://tw.myblog.yahoo.com/buddhist-chaplain/article?mid=1167&prev=-1&next=1164>，搜尋時間：1000816。

- 葛謹(2009)。植物人權益與安寧緩和醫療條例之發展，*臺灣醫界*，52(1)，30-38。
- 謝孟雄(1990)。《醫療與社會工作》，臺北：桂冠圖書公司。
- 癌症專家(2011)。安寧療護，<http://cancer.idv.tw/Patient/hospice.htm>，搜尋時間：1000815。
- American Cancer Society, (2011). Hospice Care. Accessed at <http://www.cancer.org/acs/groups/documents/webcontent/002868-pdf> on August 15, 2011.
- Andersen, M. L. and Taylor, H. F. (2006). *Sociology: Understanding a Diverse Society* (4<sup>th</sup> ed.). Belmont, CA: Thomson Learning, Inc., pp.362-389.
- Csikai, E. L. (2002). “The State of Ethics Committees in Hospice and the Social Work Role”, *Omega: Journal of Death and Dying*, 45: 261-275.
- Csikai, E. L. (2004). “Social Workers’ Participation in the Resolution of Ethical Dilemmas in Hospice Care”, *Health & Social Work*. Accessed at [http://www.allbusiness.com/human\\_resources/3589346-1.html](http://www.allbusiness.com/human_resources/3589346-1.html) on August 15, 2011.
- Hector, M. (2011). What Is the Definition of Hospice. Accessed at [http://dying.lovetoknow.com/What\\_Is\\_the\\_Definition\\_of\\_Hospice](http://dying.lovetoknow.com/What_Is_the_Definition_of_Hospice) on August 15, 2011.
- Morrow, A. (2010). What Does the Hospice Social Worker Do? Accessed at [http://dying.about.com/od/thepalliativecareteam/f/hospice\\_social\\_worker.htm](http://dying.about.com/od/thepalliativecareteam/f/hospice_social_worker.htm) on August 15, 2011.
- World Health Organization, (2009). *WHO Definition of Palliative Care*. Retrieved December 9, 2009, from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition.en/>