

南華大學人文學院生死學系碩士班

碩士論文

Department of Life-and-Death Studies

College of Humanities

Nanhua University

Master Thesis

安寧護理師照顧經驗的迷思和因應歷程

The Care Myth and its Coping Process of HPC

Nursing Experience

楊小慕

Hsiao-Mu Yang

指導教授：魏書娥 博士

Advisor: Shu-Er Wei, Ph.D.

中華民國 109 年 7 月

July 2020

南 華 大 學
生 死 學 系 碩 士 班
碩 士 學 位 論 文

安寧護理師照顧經驗的迷思和因應歷程

The care myth and its coping process
of HPC nursing experience

研究生：楊小慕

經考試合格特此證明

口試委員：葉秀珍

魏書娥

李淑蕙

指導教授：魏書娥

系主任(所長)：廖俊龍

口試日期：中華民國109年5月29日

謝 誌

臨床工作中，因工作場域是在安寧病房，身為安寧共照護理師，比其他醫護人員更常面對老、病、死！面臨服務過無數人間菩薩善終，雖我臉上平時總是面帶著微笑，說實在話的，內心總是還會有那麼一點澎湃！感嘆生命的生生不息！人為何生？人為何死？是因果輪迴…？在帥氣的黃安年主任多次鼓勵之下，我鼓起勇氣踏進了南華大學生死學系這個殿堂，在眾多老師教導、指引下，學會以正念及更正向的心態學習、接受、放下。

書寫論文的過程中，因為臨床工作的關係，一波多折、備感艱辛！但在南華大學學習過程中，真的收穫甚多，鼓勵大家真的要來就讀此學校，不枉此生！此論文最終可以完成，最終要感謝指導老師—魏書娥博士！其實這幾年，曾休學過也多次想放棄甚至想退學，老師多次鼓勵及不斷關懷、討論(不管是 mail 或者是 line)，讓論文漸漸有雛形！從論文的題目、研究計畫撰寫及最終論文的完成，不厭其煩的多次教導，及對論文內涵的深度要求，讓我快二十年來，第一次踏進醫院的圖書館借閱讀物，也讓我在短時間內對醫學英文略顯精進，才得以完成此論文！還有蔡長穎老師，在我回學校這段期間，也一直鼓勵我！除此之外，亦感謝愛神老師—廖俊裕所長及班導師蔡昌雄老師，當初我休學時，是您們鼓勵我無論如何一定要再回來復學！最後更感謝口考教授：國立中正大學社會福利系—葉秀珍教授及南華大學生死學系—李燕蕙教授們的指導及建議，讓此論文更豐富！

再來，感謝這幾年來，一直鼓勵、勉勵我的同學—佳靈姐、佳靈姐的先生(大叔)、孝禹、芃甄、睿婕，尤其是孝禹的兒子—李杰，風雨無阻、不辭辛苦的多次載我到學校請教教授！更感謝一路以來默默直持著我的一群好朋友：裕婷、英瑞、佩娟、佩娟的先生—大熊(文雄)、佩玟、筱筑、筱筑的先生(啟亮)、佩珊、穎生、玟妤、宜姍、怡妙、淑梅姊、志工；又如媽咪、藍瑩大姊、大媽、玉素媽、金蓮媽、憲慶大哥夫妻、慧玲教官、小鯨教官、南華大學圖書館工讀生(何欣瑋)、巧巧寵物店(楊美容)及最重要的：腫瘤科—枝花—林靜怡醫師及腫瘤科權威—蕭世銓醫師…等；還有腫瘤個案管理師學姐們：蓁蓁副主任、心怡學姐、麗君學姐、淑鈴學姐、兆吟學姐、怡萍學姐、珮筠學姐、

採賁學姐、慈茵學姊…等亦感謝護理人生中，願意敞開心胸與我分享人生的人間菩薩們，由於工作場域及職務關係，認識、照護妳們，謝謝妳們願意與我分享人生經驗，讓我一直不斷學習，減少生命中的遺憾，更讓我人生圓滿！

亦感謝我的家人：勝義爸爸、美華媽媽、小慧大姊、小緘二姊，當我對論文迷網，多次回家哭泣時，您們總是張開臂膀，從未拒絕過我，並告訴我說：「家人一條心！我們一直陪著妳…」！也因為您們的鼓勵，我才有辦法完成到最後！

這幾年來的南華大學學習歷程，帶給我無數的學習更讓我實質受惠在臨床照護末期病患及家屬！願 所有師長們、同學、醫師們及醫院同事們健康、平安、喜樂。

小慕 2020.07 謹誌



摘 要

台灣自 1982 年起癌症而死亡的人數一直位居國人十大死因之首，且每年死於癌症的人數更是逐年漸增。早期醫學在病人臨終時不管是否有治癒的可能性，總是要被進行急救到底，絕無第二個選擇！但對無法治癒的末期疾病病人而言，急救不僅無法換回生命，反而徒增痛苦、無法善終；大多數的病人在疾病末期經過長期的治療過程中，皆承受了身、心、靈之極大的煎熬後痛苦而死。安寧緩和醫療及臨終關懷提供在生命最後階段，安身立命的具體服務。

研究者身為安寧病房護理師，每日工作的對象是即將邁入死亡的末期病患及照護末期疾病之家屬，面對他們諸多面向的情緒反應—無奈與感慨，針對末期個案及家屬檢視相關文獻，有相關性者研究甚多，但針對需照護末期病患之安寧護理師心路歷程相關研究，微乎其微！故起心動念，探討安寧護理師照顧經驗的迷思及因應歷程。本研究探討安寧護理師照顧經驗轉變的內在經驗和感受，以質性研究進行深度訪談，共找五位安寧護理師，收集訪談資料，並加以探討。

【關鍵詞】

安寧護理師、照顧經驗、照顧迷思、因應歷程

Abstract

The mortality of cancer has been the top of the ten causes of death in Taiwan since 1982. The number of death due to cancer is increasing each year. In the past, patient whether there is a possibility of cure or at the end of life, always have to be performed resuscitation eventually. However, resuscitation can not save life when patients have terminally ill, but it will increase suffering and has not a good death. Most patients will undergo tremendous physical, mental and spiritual distress during the long-term treatment of their terminal illnesses, and die at suffering finally. Hospice palliative care can provide specific services for the end of life and obtain good death lastly.

Nurses in the hospice have performed daily care with terminally ill patients and their family members; and have faced with many aspects of their emotional responses-helplessness and emotion. However, those are related to the end-stage cases and family inspections. According to the literature, there are many studies on those having relevance, but there are very few research on the mental journey of the nurse who need to care for the patients at the terminally ill. Therefore, my aim is to discuss the mental journey of the hospital nurses for the exchange experience in the nursing care. This study will explore the care myth and its coping process of HPC, conduct in-depth interviews with qualitative research, and finally, collect and discuss the interview data of five hospice nurses.

Keywords: Hospice nurse, Nursing experience, The care myth, Coping process

目錄

謝 誌.....	I
摘 要.....	III
ABSTRACT.....	IV
目 錄.....	V
圖目錄.....	VIII
表目錄.....	IX
第一章 緒論.....	1
第一節 研究背景.....	1
第二節 研究動機.....	1
第三節 研究目的與問題.....	2
一、研究目的.....	2
二、研究問題.....	2
第四節 名詞界定.....	3
第二章 文獻探討.....	4
第一節 安寧療護的起源與發展、理念.....	4
一、安寧療護的起源及發展.....	4
二、安寧療護的服務理念.....	5
第二節 台灣安寧療護啟動與當前實施狀況.....	6
一、台灣安寧療護啟動歷程.....	6
二、安寧療護目前實施狀況.....	8
三、安寧療護的臨床照顧功能－克服臨終恐懼.....	12
第三節 生命盡頭—臨終關懷.....	14
一、臨終階段的照顧.....	14
二、臨終照顧背後的哲學思維.....	18
第四節 鴉片類藥物用於末期疾病當前執行現況.....	20

一、末期病人症狀—疼痛.....	21
二、末期病人症狀—呼吸困難.....	24
第三章 研究方法.....	26
第一節 資料收集.....	26
一、深入訪談研究法—蒐集文本資料.....	26
二、紮根理論研究法—分析文本資料.....	27
第二節 研究程序.....	29
第三節 研究工具.....	31
一、研究者.....	31
二、訪談同意書.....	31
三、研究參與者.....	31
四、訪談大綱.....	32
五、錄音筆.....	33
第四節 資料蒐集及分析.....	33
一、資料蒐集.....	33
二、資料分析.....	34
第五節 研究倫理.....	34
第六節 研究信效度.....	35
第四章 研究發現.....	37
一、安寧病房服務緣起.....	37
二、安寧療護服務年資的影響.....	40
三、面對死亡課題—反映內心害怕孤獨.....	40
四、白衣天使，不是加速死亡的劊子手.....	45
伍、怕打嗎啡過程遭遇個案死掉.....	46
陸、害怕遭遇個案死掉的因應策略.....	48
柒、生命是很脆弱的—就在呼與吸之間.....	49

捌、面對生命與死亡的意義	51
玖、心靈安定的動力來源—學會珍惜、面對、放下	52
第五章 結論與建議	54
第一節 研究結論及貢獻	54
第二節 研究限制	56
一、參考文獻闕如	56
二、研究參與者	56
三、研究者	56
四、醫療體制結構中出現執行嗎啡藥物的弔詭	57
第三節 建議	57
參考文獻	59
【附錄一】研究參與者同意書	67
【附錄二】訪談大綱	68
【附錄三】安寧護理師照顧經驗的迷思和因應歷程訪談逐字稿	69
【附錄四】人體研究倫理教育訓練課程研習證書	73

圖目錄

圖一：『止痛三階梯』（WHO 3STEP-ANALGESIC LADDER）概念.....	22
圖二：低劑量強效性類鴉片藥物進行疼痛控制.....	23
圖三：研究流程圖.....	30



表目錄

表一：研究參與者基本資料表.....	32
--------------------	----



第一章 緒論

第一節 研究背景

行政院衛生福利部(2018)國人主要死因統計：死亡統計人數中又以65歲以上佔72.2%；其中惡性腫瘤死亡者，約佔28.2%，已超過死亡人的四分之一；十年來癌症一直是國人十大死因榜首，讓人不得不重視病人的照護品質。因此，可推知許多人將經歷疾病惡化至臨終時期，不管在病人及家屬上在各方面所受的煎熬可見。醫生工作職責在於「挽救生命」，但當面臨到絕症病人時，只能眼睜睜的看著病情每況愈下，而大部分醫者難免逃避的希望他們趕快去安寧病房「等」，不要死在我手上(方俊凱、林子涵、畢世萱、李潤華、李佩怡，2017；林綺雲，2000；趙可式，2007)。其實當醫師宣判，診斷確定絕症、治療失敗甚至到死亡這個階段，可能還有幾個月的痛苦煎熬，安寧療護及臨終關懷的理念不斷衝擊著世界各地的醫護團隊，許多國家也相繼成立安寧病房提供溫馨的關懷與照護，讓末期患者得以有品質且安祥、有尊嚴的走完這一生；在照護這群末期病患及家屬過程中，安寧護理師從照護中心路歷程學習到的經驗轉變，正是現今醫護團隊重要學習的課題。

第二節 研究動機

曾經…我們天真的以為：沒關係。我們一定會有『來日方長』。而時間…必定會原諒我們的所有無知。但卻沒想到『無常』卻無聲無息的在我們左右。任何人皆無法豁免於死亡；我們自出生就開始邁向死亡…生命開端或許走得慢些，成長後越能感受生命時光的快速，現代醫療技術的進步，雖使末期病患得以延長生命，然而其中意義卻僅在治療技術的本身，認為死亡就是代表著「失敗的醫療」。當人在面臨死亡的時候，難免迴避面對這嚴肅而不可知的課題，又基於文化背景或教育程度的差異，對生命的盡頭或盡頭之後，總有不同的想像與理解，甚至對於未知產生恐懼。醫療的最終目的，是在保存可貴的生命並減除痛楚

(施勝烽，2016；馮永霖，2013；楊婉伶、李存白、陳小妮，2010；趙可式，1999；趙可式，2007)，最好的是兩項目的都達到；否則，保存生命體是無任何意義可言，其實治標並非放棄不管，末期病情瞬息萬變，反而更需醫者的耐心與照顧。

在國家圖書館台灣地區碩、博士論文系統中發現皆是以「臨終關懷」、「安寧療護」、「末期病患」相關連結之論文，並無以針對安寧護理師照顧經驗轉變的心路歷程之相關研究；由於研究者職務的關係，服務的病患皆是末期疾病患者及家屬，在與同樣背景的護理同事閒聊之餘，發現大家在踏進這個領域之前，皆有屬於自己的相關故事，踏進這個領域後，在醫療體制上，護理師是依照醫囑給藥，但執行照護面上，卻仍有害怕面對的場景及狀況，如：當面臨照護末期個案，害怕獨自去打嗎啡，擔心個案因為打了嗎啡就在眼前死掉！或者當一個人上班時，害怕面對個案大出血，不知道要如何照護…等，甚至提到從這幾年來的照護末期病患及家屬經驗上，對於自身生死的看法有不同新的體悟，故研究者與指導教授討論後，期待以本研究題目進行分析與探討，期待提供些微學術性的建議，並且面對自身工作的意義探求進一步思考。

第三節 研究目的與問題

一、研究目的

基於前述研究動機及研究背景，藉由安寧護理師照顧經驗的分享，來顯示安寧護理師於照顧迷思的因應歷程、臨床上所面臨的衝擊及對生死看法。故將研究目的歸納為下列三點：

1. 探討安寧護理師在安寧病房工作的初始經驗。
2. 探討安寧護理師照護安寧個案面對的照顧迷思。
3. 探討安寧護理師照護面對照顧迷思經驗到的因應歷程。

二、研究問題

基於前述研究目的，研究者希望透由安寧護理師臨床照護經驗分享，深入了解探討安寧護理師照顧經驗的迷思和因應歷程，以期能提供臨床醫療團隊及預

轉擔任安寧護理師之經驗分享及實質幫助，故擬訂本研究之研究問題如下：

- 1、擔任安寧護理師的初始經驗為何？
- 2、安寧護理師在臨床上的照顧迷思為何？
- 3、安寧護理師面對臨床照顧迷思的因應歷程為何？

第四節 名詞界定

本研究係探討「安寧護理師照顧經驗的迷思和因應歷程」所涉及相關之名詞解釋如下：

- 一、安寧緩和護理師：取得台灣安寧緩和護理學會核發安寧緩和護理師證書者。
- 二、照顧經驗：在本研究中特指曾參與臨終照護案例 50 例以上的護理人員所擁有的親身經驗。
- 三、照顧迷思：人們信以為真的臨床照護觀點，但實際上卻是似是而非的謬思。
- 四、因應歷程：護理人員在臨床照護經驗中，解決造成個人內外衝突能力的過程。

第二章 文獻探討

本研究探討安寧護理師於安寧病房照護末期個案，於臨床照護經驗過程中的迷思和因應歷程。在本章節中，將研究者於臨床服務過程中所觀察到的現象，以及這幾年來於生死學研究所所學之學理觀點，對現有之相關文獻進行回顧。第一節先回顧安寧療護的起源與發展、理念；第二節再探討台灣當前安寧療護啟動與實施狀況；第三節生命盡頭—臨終關懷；第四節探討鴉片類藥物用於末期疾病的執行現況。

第一節 安寧療護的起源與發展、理念

本研究探討安寧療護相關資料包含：安寧療護的起源及發展、安寧療護的服務理念。

一、安寧療護的起源及發展

安寧療護英文稱為 Hospice care，此字 Hospice 源於拉丁文 Hospes，意思為主人或款待者，源起於英國桑得絲(Dame Cicely Saunders)醫師經由工作中體會瀕死病人及家屬受到深、心、靈的煎熬及被排擠、隔閡的照護，因此在慈善機構資助下，1963 年開始建立醫院，在 1967 年創辦於倫敦的聖克里斯多福臨終關懷機構(St. Christopher Hospice)，原意為『接待收容旅人之處』，後來被引申為照護癌症末期病人的場所，開始把病人當作是『人』來照護。

依據 1990 年世界衛生組織(World Health Organization，WHO)對安寧療護的定義：「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，除透過疼痛控制，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，以維護病人和家屬最佳的生命品質。」魏書娥、許煌汶、林姿妙(2004)於研究論文中還提到：「緩和療護所強調的是為臨終病人提供不同於兩者之間的一種尊重生命與生活品質的善終選擇；並以「整體性疼痛」為核心的「整體性個人關懷」為根源，來實踐現代醫學。

衛生福利部統計處於 2018 年 06 月 21 日死因統計公告指出：惡性腫瘤自

民國 71 年起已連續高達 37 年高居國人死因第一名；每十萬人口中，癌症死亡 206.9 人。衛生署國民健康局於 2010 年 6 月 11 公佈調查指出，有 95% 的癌末病人沒有被告知「來日無多」，至於末期癌終照顧的方式，被告知的病人只有 24%、家屬為 46%，其中約八成末期病人未能在安寧緩和醫療的照顧下安然走完人生。為使這些癌症病人也能在非安寧病房接受安寧緩和醫療的服務，故自民國 94 年起由行政院衛生福利部國民健康署推出「安寧緩和醫療共同照護模式計劃」，讓住在一般病房的癌症病人，也能同樣得到安寧緩和醫療持續性的照護(施勝烽，2016；莊榮彬、李英芬、邱泰源、王正仁、賴允亮、蕭淑純、徐翠，2005)。趙可式(2004)指出安寧療護，是完善及謹慎的評估的醫療服務，最主要原則以提供末期病患更完善的機及治療，就是「病人是主角，家人是配角，醫療團隊人員則由全程提供服務」。照護過程就是要順著主角的心願，協助配角共同去完成主角人生的最後一場戲，並拒絕無效的醫療治療，在追求「生命品質」的同時，亦在追求「死亡品質」，降低遺憾的走完人生這趟旅程，這才是最重要的臨終關懷和照護(賴和賢、邱泰源、胡文郁、張皓翔、姚建安、陳慶餘，2005；蔡兆勳、邱泰源、陳慶餘，2014；魏書娥、許煌汶、林姿妙，2004)。

二、安寧療護的服務理念

本研究探討安寧療護服務理念的五全照顧，並針對此進行相關文獻探討。

安寧療護具備有「五全照顧」的特色，是一種積極治療的態度，藉以緩和身體不適，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（台灣安寧緩和醫學學會，2019；施勝烽，2016；趙可式，2004；賴和賢、邱泰源、胡文郁、張皓翔、姚建安、陳慶餘，2005；財團法人中華民國（台灣）安寧照顧基金會，2020；鍾佳玳、黃翠咪、謝明書、林秋慧、林雪蓉、史麗珠，2017；魏書娥、許煌汶、林姿妙，2004）。

五全照顧包括下列：

- (1) 全人照顧—即身、心、靈之完整療護。在一般病房只注重照顧病人的

身體，但在末期病人除了身體症狀之外，還有很多心理、靈性、家庭的問題…等需要照顧好。

(2) 全家照顧—即關心病患，亦關懷家屬。末期病人最後會走向死亡，而死亡是整個家庭甚至全家族的大事；另外家屬因為照顧病人也會出現很多問題，如：照顧者壓力、照顧末期病人覺得體力不堪負荷、照顧主面對疾病惡化，家人離逝，悲傷情緒…等需要關懷陪伴和協助解決。

(3) 全程照顧—即幽谷伴行、陪伴末期病患至臨終，也輔導家屬度過低潮。從病人接受安寧緩和醫療（包括住院及居家照顧）一直到病人死亡，還要做家屬的悲傷輔導，使創傷減至最輕，而不至於產生一些後遺症。

(4) 全隊照顧—這是一個團隊的工作，成員包括醫師、護理師、社工師、志工（義工）、營養師、心理師、宗教人員等，凡是病人所需要的都可以是團隊的成員。在醫師部分，病人原來的主治醫師、中醫科、麻醉科、放射治療科、復健科、精神科等，凡是與病人醫療有關的都可以加入團隊服務，不是只靠某一科就可以做好安寧緩和醫療的工作。像台北馬偕醫院是腫瘤科、耕莘醫院是內科、台大醫院和慈濟醫院是家醫科籌組團隊負責。不論由那一科負責，還是需要其他專科醫師和各類專業人員的協助合作，才能讓病人獲得最好的照顧。

(5) 全社區—亦有人稱全民，讓能在自家或是在機構臨終的病人及其家屬也能得到安寧療護資源的有關服務。

第二節 台灣安寧療護啟動與當前實施狀況

台灣安寧療護始於西元 1990 年馬偕醫院，目前以漸進式推動將以有 30 年，本研究探討台灣安寧療護安寧療護啟動歷程及目前台灣安寧療護實施狀況。

一、台灣安寧療護啟動歷程

鑑於國外的安寧療護發展，1980 年代，台北榮民總醫院癌症治療中心主任—陳光耀教授（現為陶聲洋防癌基金會董事長），辦了一場癌症研討會，並於會議中提到“Hopice care”，當時的年代翻譯為『安終照顧』；1988 年 9 月 10 日馬

偕醫院改為『安寧照顧』，正式成立安寧籌備小組，於 1990 年 2 月在馬偕紀念醫院淡水分院設立全國第一個安寧病房，並於 3 月 13 日正式開幕。而衛生署於 1995 年統一正式取名『安寧療護』，並開始一連串的推動工作及啟動教育訓練課程，更於 1996 年 7 月開始把『安寧居家療護納入全民健康保險給付補助』，2000 年辦理安寧住院療護計畫，並配合衛生福利部政策於健保 IC 卡提供安寧意願之註記，並於 2009 年 9 月除將試辦計畫正式納入健保常態性支付外，並新增八類經醫師專業診斷符合入住安寧療護病房之重症末期患者納入服務對象範圍；2015 年 8 月 3 日開始啟動『全民健康保險安寧共同照護試辦方案』，讓台灣與世界潮流一樣，重視臨終病人的權利，提升生活品質（台灣安寧緩和醫學學會，2017；財團法人中華民國（台灣）安寧照顧基金會，2020；李昱平，2010；莊榮彬、李英芬、邱泰源、王正仁、賴允亮、蕭淑純、徐翠霞，2005；魏書娥，2010；衛生福利部中央健康保險署，1998；鍾佳玟、黃翠咪、謝明書、林秋慧、林雪蓉、史麗珠，2017）。

世界衛生組織（World Health Organization，WHO）則將臨終關懷（現稱緩和醫療）定義為：「對治癒性治療已無反應及利益的末期病患之整體積極照顧，應給予病人疼痛控制及其他症狀的緩解，加上心理層面、社會層面及靈性層面之照顧，其目標是協助病患及家屬獲得最佳的生活品質」。臨終關懷並非只針對臨終病患來做協助，同時也幫助病患家屬走出傷痛，和親人做最後的道別（台灣安寧緩和醫學學會，2017；李昱平，2010；林綺雲、張苑珍等，2010；康金玫，2006；劉作揖，2015）。臨終關懷的觀念於 1980 年引進國內，由行政院衛生署主導推行，並於 1996 年定名為「安寧療護」。我國於 2009 年 9 月 1 日將八大非癌症末期疾病也納入了臨終關懷的範圍，顯示出我國對於臨終關懷的推動有一個積極正向的發展（台灣安寧緩和醫學學會，2019；財團法人中華民國（台灣）安寧照顧基金會，2020；馮永霖，2013；楊婉伶、李存白、陳小妮，2010；魏書娥，2010；衛生福利部中央健康保險署，1998）。

二、安寧療護目前實施狀況

本小節說明目前台灣安寧療護實施狀況，探討內容包含：安寧療護服務模式、目前安寧療護末期收案條件、安寧療護服務對象等。

(一)、安寧療護服務模式

書經·洪範：「一曰壽、二曰富、三曰康寧、四曰攸好德、五曰考終命。」臨命終時，沒有遭到橫禍，身(Body)—沒有病痛、心(Mind)—沒有罣礙與煩惱、靈(Spirit)—安祥且自在得離開人間(施勝烽，2016)。「善終」的探索與實踐，對病人、家屬、健康照護人員來說，都是無法迴避的議題(方俊凱、林子涵、畢世萱、李潤華、李佩怡，2017)。為因應廣大末期病人及家屬的需求，台灣於 1990 年開始啟動安寧住院療護、陸續還有安寧居家療護及安寧共同照護、社區化安寧居家療護、長照安寧等照護模式，使得末期病人可以依照自己當下的心願，獲得想要的照護模式及臨終場域。藉由安寧共同照護模式的推廣，由一組專業醫療人員，包含：醫師、護理師、社工師、心理師、宗教師、營養師、音樂治療師、關懷師、志工...等，提供五全照顧，進行完整與溝通思考模式，協助病人緩解症狀，尊嚴善終，同時也陪伴家屬，讓生死兩無憾，而不是只有徘徊於急救插管與加護病房與死神孤獨搏鬥中(台灣安寧緩和醫學學會，2017；台灣安寧緩和醫學學會，2017；台灣安寧緩和醫學學會，2019；財團法人中華民國(台灣)安寧照顧基金會，2020；魏書娥，2010；衛生福利部中央健康保險署，1998)。直至 2020 年台灣共有 79 家醫院設立安寧病房，總計有 844 床(截至 2020 年 1 月 31 日止，台灣安寧緩和醫學學會，2020)。

其健保局於 2013 年 7 月 29 日安寧療護現行給付方式中指出，目前健保給付方式為：

1、住院安寧療護：

入住者必要條件為：安寧末期病患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或同意書，由專業醫師判斷，有急性住院需求者，其條件包含：確定病患對各種治癒性治療效果不佳(必要條件)；居家照護無法提供進一

步之症狀改善而轉介時；病情急劇轉變造成病人極大不適時，如高血鈣(Hypercalcemia)、脊髓壓迫(Spinal Cord compression)、急性疼痛(Acute pain)、嚴重呼吸困難(Dyspnea severe)、惡性腸阻塞(Malignant bowel obstruction)、出血(Bleeding)、腫瘤(塊)潰瘍(Ulcerated mass 如 breast cancer, buccal cancer)、嚴重嘔吐(Vomiting severe)、發燒，疑似感染(Fever R/O Infection)、癲癇發作(Seizure)、急性瞻妄(Delirium, acute)、急性精神壓力，如自殺意圖(Acute Psychological distress)。

2、安寧共同照護試辦模式

衛生福利部中央健康保險署(2015年8月1日第三版修訂)於全民健康保險安寧共同照護試辦方案中提到：經原照護團隊成員照會「安寧共同照護小組」後，共同評估符合末期病人條件，且病人或家屬同意接受安寧共同照護服務並簽署服務說明書，讓有意願接受安寧緩和醫療服務之重症末期病人，得依需要，亦有機會接受健保安寧療護共同照護，建立醫院安寧療護推動政策，並透過安寧共同照護計畫，使住院中(不含入住安寧病房)或急診診療中之末期病人皆有機會享有安寧療護照護服務及藉由安寧共同照護計畫，提高醫護人員、病人及家屬對安寧療護的認知，並進而增加醫護人員之照護技能，如此台灣將與世界潮流同步以及與WHO理念一致，使國家安寧療護照護進入另一個新里程。

3、安寧居家療護模式

目前病情不需住院治療，但有下列服務項目之需求，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；依照健保局規定，家屬及病患須支付醫療費用(收案對象若符合全民健保重大傷病患者，得免除部份負擔)、訪視人員交通費(依各醫院自訂費用)。

(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。

- 3.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。
- 4.病患與家屬心理社會諮詢與照護。
- 5.病患與家屬靈性宗教需求之照護。
- 6.善終準備。
- 7.病患善終後家屬之哀傷輔導與後續追蹤。
- 8.代取藥、代採檢體及送檢。
- 9.當病患需入院接受照護時，主動提供轉介協助及安排住院後送服務。

(二)、安寧療護末期收案條件

Kinzbrunner (2002) 指出：醫療介入在正常情況下，可以預期病人將在六個月內死亡，且有二位以上的專科醫師認定。我國的安寧緩和醫療條例第三條（2013年1月9日重新修訂）明白定義：末期病人是指罹患嚴重傷病，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。

臨床上所謂末期是指經過多種方法去治療，如外科手術療法、放射線治療、化學治療、免疫療法及荷爾蒙療法都無法改善或控制病情或延長生命，且癌細胞經由淋巴或血路轉移及組織浸潤使贅生物影響組織器官及其他被轉移的部位之生理功能與結構，繼發生理上的不適並逐漸蠶食病人的生命，與之並進的是心理的挫折及家庭完整性受到威脅等問題（台灣安寧緩和醫學學會，2017；施勝烽，2016；財團法人中華民國（台灣）安寧照顧基金會，2020；衛生福利部中央健康保險署，1998）。

(三)、安寧療護服務對象

《安寧緩和醫療條例》是在 2000 年三讀通過，但在此前的 1996 年，健保即已開始有試辦安寧居家療護，後來才亦再開始試辦安寧住院療護；不論是住院或居家安寧療護，這時均以照顧癌症末期病患為主。目的是幫助、尊重病患、減輕痛苦，讓病患能擁有生命的尊嚴與生活品質，並在五全照顧下得以安然逝去；同時陪伴家屬勇敢地渡過哀傷，重新展開自己的人生。安寧團隊是由不同職類的專業醫療人員組成，提供病人及家屬身、心、靈的全方位照顧，並且協助病人及家屬面對死亡的各種調適，讓生死兩無憾！（台灣安寧緩和醫學學會，2019；財團法人中華民國（台灣）安寧照顧基金會，2019）。台灣健保制度最先是以前以癌症末期病人為試辦計畫對象，近年來對於其他慢性臨終病人，如：末期運動神經元病（Motor neuron disease, MND）、嚴重肺部疾病末期病人、嚴重裘馨氏肌肉失養症 Duchenne Muscular Dystrophy...等末期病人逐漸被關注，故將直至 2003 年才新增俗稱「漸凍人」的運動神經元疾病為給付對象。中央健康保險局（現今改為：衛生福利部中央健康保險署，2009）於 2009 年 07 月 31 日公告，自 2009 年 9 月 1 日起，除了將原安寧住院及居家試辦計畫正式納入常態性支付項目外，並大舉新增八大類非癌的重症末期病患為安寧療護適用對象；不僅讓這八大非癌重症末期病人有機會接受健保安寧療護，減輕患者及家屬負擔，也讓病人走得更有尊嚴。其目前安寧緩和醫療健保給付的十大對象為：

- （一）癌症末期病患。
- （二）末期運動神經元病患。

《八大非癌疾病則是指主要診斷為下列疾病，且經由兩位專科醫師判定已進入末期狀態者》

- （三）老年期及初老期器質性精神病態。
- （四）其他大腦變質。
- （五）心臟衰竭。
- （六）慢性氣道阻塞，他處未歸類者。
- （七）肺部其他疾病。

(八) 慢性肝病及肝硬化。

(九) 急性腎衰竭，未明示者。

(十) 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者。

三、安寧療護的臨床照顧功能－克服臨終恐懼

臨終時期病患的症狀變化可能會引起家屬的緊張與不安，而家屬們情緒上的反應會影響病患心情，所以輔導家屬們勇敢的面對臨終時期也是很重要的課題；當家屬們面對他們疼愛的親人在瀕死的邊緣時，並非只能在一旁陪伴而已，家屬是與病人關係最密切的，因此在參與臨終照護上，一方面可以讓親情在照護執行中互動交流，一方面也可以迅速有效的解除病患不舒適的問題（台灣安寧緩和醫學學會，2017；李昱平，2010；林綺雲、張盈坤、徐明瀚，2004；曾麗卿、鄭適芬、陳昱仔、陳依敏，2018；趙可式，2009；蔡兆勳、邱泰源、陳慶餘，2014；楊婉萍、趙可式、龔卓軍、賴維淑；2012；魏書娥、許煌汶、林姿妙，2004）。

對於臨終階段的安寧關懷自中世紀宗教慈善服務以來已有長遠歷史，臨終病人在最後的病床歲月中，身體上常常飽受疾病及症狀的折磨，逐漸喪失身體的活動力，無法完成社會性的功能，需要他人照顧，致使病人深陷於生理上及心靈上的痛苦，因此在照顧臨終病人時，應顧及病患之各個層面，幫助病人緩解身心上的痛苦，使病人在人生的最後旅程中，身體、心理及靈性皆能獲得最好的照顧，能平靜、安祥且有尊嚴地度過臨終期，獲得善終（石世明、余德慧，2001；江蘭貞，2003；林綺雲、張盈坤、徐明瀚，2004；林育陞，2017；紀米娟、莊寶玉、黃心慈，2015；曹玉人（編譯），2000；趙可式，2004；趙可式，2009；馮永霖，2013；蕭宏恩，1999，魏書娥，2010）。

根據Dr. Alfons Deeken所提到的臨終九種恐懼來講，臨終照顧應該針對這九種恐懼給予病人最好的照顧（王珍妮譯，2020）：

(1)疼痛的恐懼——目前國外已經可由病人自由的注射止痛藥，讓病人免於疼痛，

盡量使病人能維持原有的生活。而國內安寧療護也提供積極性治療。

(2)孤單的恐懼——如何讓病人知道我們會陪伴他，以及培訓安寧療護志工，並教

育輔導家屬給予病人情感上的支持。成為他的扶持與力量，讓他覺得不孤單、不寂寞，安心地走完人生之旅程。

- (3)對不舒適感的恐懼——由於大多數安寧病房是兩人或三人房，在看見其他病人瀕死時，難免會讓其他病人產生不舒適感，醫院應該設法改善硬體設施，避免病人的感官受到刺激。
- (4)成為家人、社會負擔的恐懼——臨終病人往往擔心自己的病成為家庭經濟的負擔，心裡面的痛苦並不亞於生體上的疼痛，也因此如何讓病人放下心裡的擔心，更是需要專業人員以及家屬共同配合。
- (5)面對無預知情形的恐懼——就如Dr. Deeken所言現代人學會許多處理事物的知識，而面對死亡這種未知時卻手足無措，因此除了對病人實施衛教外，更需要教導病人面對死亡的知識。
- (6)對生活的恐懼——病人心底層面對死亡的恐懼，面對個人將與家庭、社會結束關係，淺藏的恐懼因素也會影響病人的臨終品質。
- (7)個人生命任務未竟的恐懼——每個人的一生都有夢想，當夢想未能時現實就會沮喪、挫折感，我們需提供病人的是另一面的思考，讓病人知道他已經完成生命該有的任務。也可以讓病人把未竟任務明白的利用在世時交代給家人。
- (8)個人完全消滅的恐懼——當病人知道自己不久於世時，對於死亡的恐懼，害怕既有的一切無法延續，人類與生俱來的求生本能在心裡產生最深的恐懼，這時或許我們可以藉由宗教或心靈的成長讓病人瞭解生命的意義。讓病人回憶生命中快樂、成功、失敗等事，找出人生的意義，讓病人覺得沒有白活。
- (9)對死後審判的恐懼——這時我們應該提供宗教上正面的人生意義給病人知道，如何有正信的宗教態度。藉由正確的宗教觀給病人帶來靈性的平安。

由以上得知，雖然台灣安寧療護以漸漸制度化中，但若與西方醫療比較，仍有很大的進步空間，台灣安寧之父賴允亮教授（2019）提到：「死亡就是這麼一回事，每當提到，大家都避之唯恐不及，但問題仍舊存在，並不會因為逃避而改變。」可見參與的人與單位日漸增多，然而不見得參與單位對於安寧療護的理

念與做法擁有正確及完整的認識。

第三節 生命盡頭—臨終關懷

在現今安寧療護中，不論醫護人員多麼親切、安寧病房的佈置再怎麼像家裡一樣溫馨的感覺，事實上，在處理末期病人善終過程中，安寧護理師幾乎天天得面對處理末期病人身體的不適外，還要跟末期病人及家屬一起面對臨終、死亡帶來的內心衝擊！除了，很難切入那些面對死亡的末期病人及家屬心靈深處外，還得自己想辦法平復自己內心深處的悲傷。台灣安寧之父賴允亮教授：「有些工作人員很有心，去探訪病人時，會不斷給予適當的鼓勵與關懷，但是後期病人與家屬的苦，並不是單就同理心或安慰能夠緩解的。唯有在「愛心」與「熱心」上豎立標竿，讓專業人員有明確的目標、病人的症狀有可評估的標準。(賴允亮，2019)」本小節探討末期疾病患者及家屬當生命走到盡頭所面對的臨終關懷。

一、臨終階段的照顧

(一)、臨終階段的照顧理念

余德慧(2000)提到病人的身體分別由兩個領域所占據：一是肉體的生理領域，一是社會的倫理領域。倫理與醫療的照顧都在「常人」的理論世界，當這兩個照顧都走到極限，臨終病人的終極處境就開始顯露，掉落深淵。海德格提到：深淵就是因為斷裂而失去基礎，於是我們要探詢臨終處境就是何種斷裂，也要探詢病人失去什麼基礎。斷裂意味著掉入深淵，原來支撐的基礎不見了，常人世界無法立足，所以跌落在另一個基礎，這個基礎我們稱之為「臨終」(台灣安寧緩和醫學學會，2017；劉作揖，2015；曾麗卿、鄭適芬、陳昱仔、陳依敏，2018；賴和賢、邱泰源、胡文郁、張皓翔、姚建安、陳慶餘，2005)。

李昱平(2010)及魏書娥、許煌汶、林姿妙(2004)於研究論文中則認為臨終關懷強調的是「安樂活」的概念，將醫療目標從「治癒」轉為「照顧」，幫助病患盡可能獲得充足舒適的生活；同時，臨終關懷也肯定生命價值，拒絕延長或加速病患死亡，讓生命得到最大的尊重，並讓病患能將最後的生命力表現出來。日本安寧療護之父--柏木哲夫教授於2000年提到：用HOSPICE七個英文字母做字

頭，引申出七組字，很貼切的表現了臨終關懷的內涵：Hospitality（親切）—用親切的態度對待病人和家屬、Organized care（團隊照顧）—有組織和系統的照顧、Symptom control（症狀控制）—控制病患不舒服的症狀，以減輕他們的痛苦、Psychology support（心理社會支持）—精神上的支持、Individualized care（個人化照顧）—注重個別差異的照顧、Communication（溝通）—病患、家屬和醫療人員間的交流、Education（教育）—讓更多人了解與認同臨終關懷工作。也就是說，臨終關懷不是消極對抗疾病、等待死亡的方法，而是一種讓臨終病患和家屬得到最佳照顧的醫療方式。

江蘭貞（2003）提到：西方社會在六十年代開始意識到癌症末期個案，進行積極的治療，不但無法延長其生命，反而造成病患身、心、靈的痛苦，而家庭無法承受巨大改變。余德慧（2000）提到：「臨終照顧的觀點是給病人一個臨終轉化機會，這個轉折堅的痊癒希望應該被尊重。」當醫療措施無法再對疾病有治癒的效果時，死亡成了不可豁免的遭遇，顧生不能，顧死就須有格外的智慧，如何協助病患有尊嚴且又能得到該有的照護品質，是現代醫療該有的省思。

（二）、臨終階段照顧的實務內涵

『沒有生命，一切希望，皆是空談；沒有生命，一切理想，皆成幻滅；沒有生命，一切財富，皆歸他有；沒有生命，一切權勢，皆如雲煙。是故，有生命才有一切。然而，人生的內容是什麼？生命的意義是什麼？生死的解脫是什麼？倘若不明解、不覺悟、不了辦，則世間一切努力奮鬥，皆是捨本逐末，空花水月，無法令人生無悔，生命無憾。是故，了解人生的實相，明白生命的意義，解脫生死的繫縛，是吾人一生最重要的課題。』關心生死的人，是真正珍惜人生的人；了辦生死的人，是真正肯定自我的人』—這是信願法師（2010）勸化世人了悟生命內容中提到的警語。

「臨終關懷」一詞，以現今醫學其實就是指『安寧療護』；深層的含意乃是指在醫療體系中設置設備完善之安寧病房，且由相關安寧訓練的專業的醫療團隊群，對末期病患及家屬進行五全照護。其何謂「五全照護」？即是：全人、全家、

全程、全隊及全社區照護；「全人照護」：指的就是身體、心理、社會及靈性的整體性的照護；「全家照護」：指的就是醫療團隊除了在照護病人外，也關照到家屬感受；「全程照護」就是指從一開始末期病人接受安寧療護一直到善終，甚至末期病人離開後，家屬的悲傷撫慰...等；「全隊照護」就是指相關安寧訓練的專業的醫療團隊群，大家分工合作，一起照護病患及家屬，其成員包括：醫師、護理師、營養師、心理師、宗教師、關懷師、社工師、志工...等；「全社區照護」指的是希望能夠得到全面的臨終照護(台灣安寧緩和醫學學會台灣安寧緩和醫學學會，2019；林育陞，2017；財團法人安寧照顧基金會，2015；賴允亮，2004；魏書娥、2010；劉作揖，2015)。

根據世界衛生組織(World Health Organization，WHO)對「安寧療護」所下之定義為：「對治癒性治療，已無反應及利益的末期病患之整體積極照顧(財團法人中華民國(台灣)安寧照顧基金會，2020；衛生福利部中央健康保險署，1998)。此時給予病人疼痛控制，及其他症狀的緩解，更重要的是，再加以心理、社會及靈性層面之照顧(台灣安寧緩和醫學學會，2017；台灣安寧緩和醫學學會，2019)。安寧療護的目標是協助病患及其家屬獲得最佳的生活品質。安寧療護的某些方式，甚至在病患罹病之早期也可適用，例如：抗癌治療與症狀緩解治療同時進行。」後來，世界衛生組織(World Health Organization，WHO)又作更進一步解釋：「安寧療護肯定生命之意義，但同時也承認死亡為自然過程。」人不可加速死亡，也不需無所不用其極地，英雄式拖延死亡過程。醫療團隊協助病患緩解身體上痛苦的症狀，同時提供病人及家屬，心理及靈性上的支持照顧，使病患達到最佳生活品質，並使家屬順利渡過悲傷期(台灣安寧緩和醫學學會，2019；江蘭貞，2003；余德慧，2000；林綺雲、張菀珍等，2010；趙可式，2007；曾麗卿、鄭適芬、陳昱仔、陳依敏，2018；魏書娥、許煌汶、林姿妙，2004)。

安寧療護必須以專業的知識、大愛的精神及團隊共同照護的模式，讓臨終病人及家屬得到該有的撫慰和尊嚴；其關懷照護者如果沒有經過專業的學習與訓練，是不易勝任的(台灣安寧緩和醫學學會，2017)。「臨終關懷」，乃就宗教立

場而言，偏重靈性之解脫，含義較廣，不局限於安寧病房之末期病患，大凡在生死道上受病苦纏身的可憐憫者，都是關懷照顧的對象；使靈性從恐懼中超脫，有別於醫療上之安寧療護。臨終關懷最基本的工作，就是了解病人的需求，並提供他必要的幫助，不論精神或物質（林綺雲、張苑珍等，2010；余永湧，2015；莊榮彬、李英芬、邱泰源、王正仁、賴允亮、蕭淑純、徐翠霞，2005；蔡昌雄，2016）。每位病人對身、心、靈的需求，不盡相同；當病人長臥病床，久未沐浴時，他最需要的就是梳洗一番，身心清爽；當病人輾轉難眠，精神渙散時，他最需要的就是安眠藥劑，好好入睡；當病人孤苦無依，徬徨無助時，他最需要的就是有人陪伴，聽他講話。因此，看似毫無學問的翻身擺位、吃喝拉撒、睡眠休息、清潔盥洗等基本需要，有時卻成為病人最大的渴望。被愛、被需要、被包容、被寬恕則可能是某些病人最急切的需求。甚至有人只求安詳地死去，其他別無所求。了解因人而異的不同需求，才能隨其所需，提供幫助。臨終病人經常會為一些未完成的事情焦慮，如果他不能完成心願，就不可能全然地放下，所以盡可能幫助他了結心事，使其內心清明、無掛無礙、寧靜安詳地死去。別忘了他是人，和正常人一樣，除了需要生理的舒適外，也需要心理的安撫，心願的滿足（林育陞，2017；施勝烽，2016；康金玫，2006；趙可式，2007；楊婉萍、賴維淑、趙可式，2008）。

臨終關懷是全人照顧，也就是生理、心理、社會及靈性的整體照顧。癌末病患除了生理症狀外，有許多心理、靈性、家庭、社會的問題，也須費心關懷。因此，關懷也應從身、心、靈三方面著手。生理方面：以舒適為主，協助吞嚥困難、小便失禁、呼吸困難、生理疼痛的排除或舒緩。心理方面：以同理心關懷溝通，使其心情開朗，安排想見的親友來訪。靈性方面：肯定病人過去的生活，消除良心的不安，激發原有的信仰信心（台灣安寧緩和醫學學會，2017；李昱平，2010；蔡昌雄，2016；蔡麗雲、賴允亮、顧乃平、李佩怡、李英芬、劉佩好、劉景萍、邱世哲、陳虹汶、方俊凱、李閏華、李佩怡、陳明麗、曾煥棠，2019；魏書娥、許煌汶、林姿妙，2004）。

李存白、楊婉伶、蘇逸玲（2009）及林綺雲、張苑珍、邱鈺雯、蔡佩真、劉清虔、陳武宗、王春雅、許禮安、釋慧開、李豐楙、王別玄（2018）針對安寧療護中護理師對臨終病人身、心、靈各個層面的照顧意涵分別說明：

【身】：生理方面—身體平安：強調的是整體性的照護及持續性症狀的控制。除了西方醫學治療外，安寧護理師亦可運用不同輔助治療，如：芳香療法、音樂治療、穴位按摩、淋巴按摩…等，提升病人生活品質，並在治療過程中促進末期病患及家屬間的互動，亦可在此治療過程中執行四道人生

【心】：心理社會理方面—心理社會理平安：治療過程中，針對疾病的進程，末期病患及家屬有權利知道自己的病況，鼓勵病患及家屬主動說出感受，安寧護理師適時關懷、同理、傾聽感受，建立彼此互病關係，與末期病患討論擔心事宜，適時提供資訊，降低焦慮及不安全感，但不過度保證；並依照末期病人病況，安寧護理師協助進行家庭會亦，隨時與醫師提出建議，調整其適當用藥，鼓勵末期病患及家屬參與醫療決策，已達最佳生活品質。

【靈】：心理社會理方面—心理社會理平安：生命中的苦難，我們無從抵抗，也無法避免。許多人到了生命最後，才開始尋找靈性的解脫，希望透過靜坐、冥想、祈禱、讀經，得到心靈的歸宿，雖然已經日薄西山了，也是值得肯定與讚嘆的。在生命接近終點時，回顧過去，擔心未來，都是正常的心理樣態，藉由「生命回顧法」，重新省視及安頓生命，詮釋存在的價值，給病人及家屬帶來靈性的平安。對病人心靈的歸向，也造成失之毫釐差之千里的影響。基於此，對於臨終大事，千萬要慎重。正確的臨終關懷，應是每人必須重視與學習的人生功課。

二、臨終照顧背後的哲學思維

余德慧、李維倫、林蒔慧、夏淑怡（2008）在生死學研究中指出：近年來臨終照顧研究朝向以病人為中心的主張，在西方醫療文獻指出：如何讓病人接受臨終舒適感已經成為重要的課題（Hegarty, et al., 2005）。多數研究指出，病人在症狀末期偏好輕安、舒緩疼痛的照護，對延命並沒那麼熱切（如英國的 Clark,

et al,2005) , 除了 EOL (End of Life) 醫療處置之外, 最大宗的是病床邊的倫常挑戰 (ethical challenges) (e.g. Willard, et al,2006) , 整合了生命終期身心靈問題的配套照顧途徑 (integrated care pathway) (e. g. Ellershaw, et al,1997; Ellershaw, et al,2003) , 但其中的困難在於無法在身心靈三個領域獲得深刻的和諧, 例如英國利物普整合照顧管道即遭受各專業領域之間的相互封鎖而困難重重, 充其量身、心、靈僅能各自在其領域內盡到最大責任, 而無法同時並存 (Jack, et al, 2003; Gambles, et al, 2005) , 衡諸其因則在於, 深刻的生命哲學根基無法貫通在實務操作「生命終期」的延伸系統, 使得身體照顧獲得緩解, 心與靈的層面卻傾向制式化, 失去了其最原初的自由度。為消解這個困境, 本研究的研究者們以十餘年專研安寧照顧的經驗, 試圖在這幾年奠定的研究基礎中, 對臨終的心靈層面提出一種具有和諧基礎的靈性照顧實務設置, 如以癌末處境就提供人類一個可加以操作的情境: 在此境況裡, 「治癒」成幻念, 「修補」、「復原」成了神話, 「成長」、「自我增進」等字眼瘖啞無言, 甚至知識也成了病人的累贅, 雖然在個人的層面有各種不同的變異反應, 但有個共同的地方是: 這終極情境讓人們感到迷惑, 原本真實的世界觀、物質如實的真實無法照亮這處境的幽暗, 彷彿戴著定型的墨鏡看著眼前的一切, 然而面臨死亡的情境向我們表達什麼? 我們啞口無言, 又是何故? (黃文翰、楊于婷、張琦郁、黃士哲, 2017) 在精神心理學現象學一直有個聲音準備要回答這個問題, 無論是歐洲的海德格、賓斯汪格 (Ludwig Binswanger)、米達伯斯 (M. Boss)、巴舍拉 (Gaston Bachelard), 乃至早期的傅科 (Michel Foucault), 美國的詹姆斯·西爾曼 (James Hillman), 逐漸形成一種想法, 就是把臨終的情境視為「返回原點」。這個觀點一直與諾斯替宗教 (Nostic) 緊密相連, 彼此呼應, 而廣泛地對照於各個宗教門派的哲學, 這觀點並不寂寞, 以台灣的民間宗教的靈知來說, 返歸元靈是浮生遊子的命運 (歸圓), 而基督宗教的「與神合一」、蘇菲宗教的「反歸神冥」、佛教的返歸極樂、台灣「元辰宮」的觀落陰都成為臨終宗教師奉行的旨歸之路, 但是, 精神心理學現象學雖與之有相應的旨趣, 理據卻是另有所本,

並非只是遵循傳統傳言。何況死亡的本身是不可回復的，死亡也不是可以被經驗的實踐知識，而透過宗教的語言和哲學對生命幻滅的詮釋，也稍稍能照亮生與死是在同一個基點的思考（蔡昌雄，2016）。

死亡的內涵有些甚麼？無論是呈現或顯露或概念都不足以揭示其全貌，所以在人的生命末期，與其重復的追索這難以抵達的境地，又何妨將它視之為重啟另一個生命的起點，而將臨終的靈性轉化為迎接新生命的教育，讓身心的苦痛在「柔適」的照護輕易度過。柔適概念在研究中探討兩種類型的臨終陪伴，其一為「在世陪伴」，一為「存有相隨」兩類陪伴模式（余德慧等，2005），兩者最明顯的差異乃在於：在世陪伴強調病床邊的協助，以助人、管理、處置、服務為主要的意識型態，但在「存有相隨」則涉及陪伴者以深刻的締結感、相憫之情與病人共在，跟隨病人而非引導病人，其中又有許多個別的子型態被發現（夏淑怡，2005）。之後我們轉往癌末病床邊的宗教性研究，包括臨終聖世界的探討與臨終啟悟（余德慧等，2005），使我們得以重新回顧臨終照護整體性的問題。

綜合以上論述得知，末期病人在臨終階段，因為疾病進展，間接影響心理及靈性上的變化，除了對疾病進展惡化的害怕、不知道死了要去哪個世界、死後審判的恐懼、擔心成為家人負擔..等，造成情感、心理、社會與靈性的困擾，希望在斷氣前可以體會此生的價值感甚至希望被寬恕！若能適當時機介入，協助面對及找尋生命的意義，儘可能達到「死無憾」並獲得「心理平安」！（趙可式，2007；賴允亮，2004；馮永霖，2013；劉作揖，2015）

第四節 鴉片類藥物用於末期疾病當前執行現況

依據全球安寧療護聯盟（World Hospice Palliative Care Alliance，WHPCA）統計全世界每年約有一千八百萬人在疼痛中死去。台灣安寧緩和醫學會（2017）提到：「改善生命末期病人的生活品質是安寧緩和醫療的目標，緩解末期病人的症狀更是改善生活品質的重要基礎」。鴉片類（Opioids）是改善末期病人疼痛的重要藥物，然而末期病人的症狀不只有疼痛而已，還有呼吸困難等症狀，鴉片類（Opioids）藥物在緩解這些末期病人症狀，尤其是呼吸困難的角色是臨床

上重要的議題。一個人生命旅程將盡，如不能從疼痛禁錮中解放，簡直是生不如死！末期疾病，如癌末所造成的疼痛，與其他疾病一樣，各有其原因及病理變化跟緩解方式；要成功的緩解疼痛，必須正確的瞭解疼痛的原因，才能有效對症下藥，給疼痛病人有尊嚴的生活品質，並給生命一個不痛的句點。」有鑑於臨床醫護人員，對於嗎啡類止痛藥物的使用仍舊擔心、害怕甚至恐懼打了鴉片類（Opioids）藥物後，病人馬上會死亡。況且，照顧末期病人的安寧療護專業照顧者常會面對這些狀況，是否都能泰然處之，值得關注。為此，本研究針對當前末期疾病使用鴉片類藥物的執行現況，進行探討。

Martins B.D.C.P.C.C, Oliverira RA, Cataneo JM (2017) 在研究論述中提到：緩和鎮定在末期病人的應用中，系統性的研究理面，據統計一般來說，末期病人中有 64-67%的病患，是需要使用到的；居家的個案，約 5-36%會需使用到末期鎮定，但平均真正有使用到末期鎮定的個案為 25-33%；其中有 20%的末期病患，會有明顯得心肺功能抑制作用，其中有約有 4%的個案因此會死亡，；目前尚未有研究指出，使用緩和鎮定之後，馬上死亡的案例；臨床上應用緩和鎮定，並非是使用來加速或者提早個案死亡時間。

鴉片類藥物緩解末期病人症狀之適應性依疼痛、呼吸困難分別說明如下：

一、末期病人症狀—疼痛

疼痛在末期病人中相當常見，不論是機構或者是居家照護甚至在醫院住院，皆會隨時發生；安寧相關研究指出：在安寧照護機構中，約 50%的病人有疼痛問題，且多數為中重度疼痛（Buchanan RJ, Choi m, Wang S, Huang C, 2002）；在非癌症末期病人的研究中指出：愛滋病（63-80%）、心臟病（41-77%）、慢性阻塞性肺疾病（34-77%）、腎臟病（47-50%）...等，在人生最後六個月內經歷中重度疼痛，因此，末期疼痛為最廣泛性的研究（Goebel JR, Doering LV, Shugarman LR, et al, 2009；Lynn J, Ely EW, Zhong Z, et al, 2000；Solano JP, Gomes B, Higginson IJ, 2006）。

（一）、末期病人疼痛處置原則：

台灣安寧緩和醫學會（2017）提到：末期病人止痛藥物分類如下：

- (1) 非鴉片類止痛藥物—NSAID（Nonsteroidal anti-inflammatory drugs）。
- (2) 鴉片類（Opioids）止痛藥。
- (3) 輔助性止痛劑或輔劑（Adjuvant analgesics or coanalgesics）。

世界衛生組織（WHO）於 1986 中期提出對疼痛用藥『止痛三階梯』（WHO 3step-Analgesic ladder）概念，並視鴉片類（Opioids）做為中重度疼痛控制的主角（如下列圖一）；台灣安寧緩和醫學會（2019）於末期病人鴉片類藥物臨床使用手冊中提到：「止痛藥第一階梯：是針對中重度疼痛使用，首選為「非鴉片類」藥物，由於這些藥物會有天花板效應，若增加劑量並不會緩解止痛效果！因此，若仍有疼痛感，建議使用到下一階梯或者輔助用藥；止痛藥第二階梯：除了繼續使用剛剛的第一階梯提到的非鴉片類藥物加輔助劑以外，再加上「弱鴉片類」如：Codeine、Tramadol...等，若仍無法控制疼痛，亦可使用到下一階段；止痛藥第三階梯：針對中重度疼痛，使用強效鴉片類製劑外，如：Morphine、Hydromorphone、Fentanyl...等。」若是疼痛與發炎有關，可合併使用 NSAID 或者考慮皮質類固醇。



圖一：『止痛三階梯』（WHO 3step-Analgesic ladder）概念

2012 年歐洲緩和醫療照護協會（European Association for Palliative Care, EAPC），更於發表的臨床建議中提到「中度/重度疼痛或是無法以口服非類鴉片

類藥物控制輕度/中度疼痛之病人，可採用低劑量強效性類鴉片藥物進行疼痛控制」(如下列圖二)。



圖二：低劑量強效性類鴉片藥物進行疼痛控制

(二)、末期病人疼痛選擇給藥途徑：

台灣安寧緩和醫學會(2019)於末期病人鴉片類藥物臨床使用手冊中提到，選擇給藥途徑為：

(1) 口服(Oral, PO)給藥：

口服是最方便給藥的方式。但末期個案很多皆無法有效由口進食藥物，如：口腔癌蕈狀傷口、吞嚥困難、嚴重噁心及嚴重腸阻塞，**Morphine** 也有藥水方式可供使用。

(2) 經皮(Transdermal)給藥：

經皮給藥方式亦適用於吞嚥困難、嚴重噁心及嚴重腸阻塞、腸胃道吸收不良的末期病人，對於不容易或者無法按時給藥的病人亦是另一種選擇方式。目前常見的藥物有：**Fentanyl** 或者 **Buprenorphine**。

(3) 經直腸(Rectal)給藥：

目前國內暫時無專為直腸給藥方式的嗎啡栓劑，但一般口服嗎啡還是可以經肛門給予。國外有研究指出，其口服嗎啡於直腸給藥的效力雖近似口服給藥，但吸收程度有待考察。

(4) 皮下(Subcutaneous, Hypo、SC)給藥與靜脈(Intravenous, IV)給藥：

當末期病人有嚴重疼痛須馬上緩解時，應從腸道外給藥，如：皮下與靜脈注射。其皮下注射位置通常於腹部皮下或者雙側手臂，但嚴重水腫或是感染者不適合此給藥方式。當嗎啡是從皮下注射給予時，可 4 小時給予一次劑量，也可以用連續注射的方式。

(5) 自控式止痛(Patient-controlled analgesia, PCA) 給藥：

可設定鎖定間隔給藥(Lock-out interval)時間及給藥上限劑量(1 or 4 hour limit)，與人工給藥相比，能更快速，細緻的回應病人疼痛需求，並歸結出每日需求總劑量；其缺點是：需自費，無健保給付，其價格因應每家醫院自訂。

(6) 脊柱內(Intraspinal) 給藥：

包含硬腦膜(Intrathecal)和硬膜外(Epidural)兩種方式，統稱神經軸(Neuraxial)鎮痛。

二、末期病人症狀—呼吸困難

呼吸困難是一種症狀，其定義為：主觀上的呼吸不適經驗，包含不同強度的明顯感覺，如：呼吸費力、呼吸短促、胸悶、吸不到氣、好像在溺水、需要大口大口呼吸或者是已經發紺了...等，以上這些感受，可以單獨亦或者同時產生，這只有本人本身才能感知它的存在、以及解讀感官上的刺激與意義

(Parshall MB, Schwartzstein RM, Adams L, et al, 2012)。臨床上，呼吸困難的表徵為：快速呼吸、使用呼吸輔助肌肉、或者胸肋間凹陷...等，當發生時候，會讓患者覺得難受、困擾、無助、甚至想自殺算了，因此，呼吸困難更是癌症末期或是其他末期疾病常見的症狀，尤其是心肺相關疾病，如末期慢性阻塞性肺疾病(Terminal Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD)，或是末期慢性心臟病(Terminal Chronic Heart Disease, CHD)，在一個泛歐洲的研究指出：有 72.5%病人深受此症狀困擾；其研究更指出，65 歲以上的族群，發生此症狀的比例為 17% (Keaer R, Partridge MR, Miravittles M, et al., 2011)。

(一)、末期病人呼吸困難處置原則

當疾病以進展到末期，除了針對原有疾病及併發症得妥善照護外，仍須處理心理及心理社會因素所帶來的問題。台灣安寧緩和醫學會（2017）提到治療方面建議如：慢性阻塞性肺疾病個案，應先給予之氣管擴張劑、心臟衰竭合併肺水腫個案應該先給予利尿劑…等；再針對藥物治療方面，如下：

（1）鴉片類（Opioids）藥物；文獻報告指出：鴉片類藥物並不會引起嚴重的血中氧氣濃度降低或是影響存活期，更不會增加住院天數或者是縮短死亡時間（Ekstrom MP, Bornefalk-Hermansson A, Abernethy AP, Currow DC, 2014；Mahler DA, Selecky PA, Harrod CG, et al., 2010），因此常用來治療頑固性呼吸困難的患者。

（2）鎮靜／抗焦慮類藥物（如 Benzodiazepines）：當鴉片類藥物無效果時，可以選擇用此藥物輔助使用。

（3）氧氣（Abernethy AP, McDonald CF, Frith PA, et al., 2010）。

（4）電風扇：讓病人覺得有風的感覺，雖有長期使用的可行性目前無實質之研究提到，可以改善血氧量，但臨床上，個案真的覺得會比較舒坦，但呼吸困難受病人主觀意是影響甚大，所以給予電風扇既便宜又方便且更沒有害處（Bausewein C, Booth S, Gysels M, Higginson I, 2008）。

第三章 研究方法

本研究探討「安寧療護護理師照顧經驗的迷思和因應歷程等內在感受」，個體的內在感受是主觀經驗的範疇，為此本研究進行質性研究取向。

為求深度描述此一主題的現象內涵與意義結構，本研究以深度訪談法蒐集分析文本，藉由面對面的言語交談，取得受訪者主觀的經驗。潘淑滿（2004）提到：「深度訪談法為在日常生活中，研究者透過深度訪談過程中來幫助自己對研究參與者所處的社會文化情境有深入的理解，也對研究的現象或行動較有全盤的瞭解。」

本研究的文本分析聚焦安寧療護護理師的照顧經驗變化，藉由護理師的觀點來觀察其面對照護末期病患時的處境及其心路歷程，並透過研究參與者的眼睛看世界，詮釋其中的意涵。

第一節 資料收集

一、深入訪談研究法－蒐集文本資料

本研究採深度訪談法（in-depth interview），深度訪談透過語言或非語言獲取受訪者某些資訊，藉由提問與對話過程中，蒐集到訪談者所需要的資訊；探究受訪者真正的想法，希望透過訪談得到更真實的資訊，深度訪談的目的在於呈現人的內在世界、真實意涵、衝擊影響、未來發展以及解決之道。深度訪談比一般訪談要花費更多的時間，因為需要如同抽絲剝繭般，一層一層地向裡面探索，深入受訪者的內心深處，挖出受訪者內心真正的感受，因而深度訪談所得到的結果，更具能深入描述事物的本質（高淑清，2000）。

此外，萬文隆（2004）及林淑馨（2010）的研究論文中提到，深度訪談還必須分析整個訪談的環境，包括外在環境、內在的資源等，都要研究得相當透徹，分述如下：

（一）、外在環境環境方面：大環境由政治與法律環境、科技環境、整體經濟、社會文化等面向組成；透過這些面向進行反覆性探討，一方面貫串時間的

縱列及兼顧廣度的橫軸，另一方面亦可由經緯全面的透析真象。需從多個面相來分析受訪者，才能面面俱到，更有機會能深入的將受訪者作鞭辟入裡的訪談。

(二)、內在資源方面：則是發揮訪談者的優勢，避開劣勢，進行優質的深度訪談。由於深度訪談能得到受訪者真正的訊息，以忠實的呈現受訪者的真正面相。如果能發展出多個深度訪談個案，亦能歸納整理出合於研究目的有用模式。

本研究執行深入訪談的過程包括：找尋五位安寧護理師，訪談前預先提供訪談大綱〈附錄二〉，幫助研究參與者瞭解訪談脈絡，同時也可使訪談過程較能焦點，研究者單獨訪談研究參與者且每次時間約 60 分鐘，不預先設定任何答案及立場，觀察研究參與者語言與非語言表達，經由同意以錄音方式，經重複多次聽錄音並謄寫逐字稿，不預設任何立場與答案，已呈現研究參與者真實內在意涵，過程中經由就參與者同意以錄音筆錄音，避免遺漏細節，並重複多次聽錄音並謄寫逐字稿。

二、紮根理論研究法—分析文本資料

紮根理論 (Grounded theory) 又稱基礎理論或深入理論，是質性研究方法 (qualitative research) 中其中一種；它不是從理論開始，而是研究者對於自己所深感興趣的社會現象或教育現象，透過資料的收集與檢驗的連續過程，不斷去思考如何收集、分析與報告資料，用以發掘去建構有義意的內涵，並從資料中建構出理論來，以突顯研究現象的特質，此特質經過比較，若發現有相同的特質，則可歸納到抽象層次的概念；若發現有不同特質，則可探究造成差異的情境或結構因素，故藉由研究所建立的理論也是用來幫助了解現象及解決問題(高淑清，2000；陳昺麟，2001)。

紮根理論的目的在建立理論，所以會應用一系列的「方法」(method) 來搜集與分析資料 (Strauss & Corbin, 1998)，觀察與訪談是常用來搜集資料的方法，而 Strauss 和 Corbin 認為分析資料的程序包括開放式編碼 (open coding)、主軸

編碼(axial coding)和主題編碼(selective coding)等過程(Strauss & Corbin,1998 ; Strauss & Corbin,1990)。因此，所謂紮根理論是質化研究方法中，主要是以暨分析又再歸納的方式，對現有的資料加以分析整理所得的結果。

王守玉（2012）於研究論述中提到紮根理論的三大基本要素為：概念（concepts）、範疇（categories）和命題（propositions）。其概念是分析資料的基本單位；範疇則是比概念層次更高，也比概念抽象，它是發展理論的基礎；命題則是範疇和其概念，或者概念與概念之間關係的連結類化，它可說是源於假設，只不過是命題偏重於概念之間關係，而假設則是偏重於測量彼此之間的關係；紮根理論資料分析的過程，分為三個層次：開放性譯碼（open coding）、主軸譯碼（axial coding）及選擇性譯碼（selective coding）。其開放性譯碼是處理資料的第一部，為將會談的逐字稿藉由資料分段、檢測並分類標示，來獲得蛛絲馬跡；主軸譯碼就是將那些明顯的範疇連結的概念歸納、結合再一起，並將每一明顯的相關譯碼在不同範疇中相互比較，凸顯某一特別現象；選擇性譯碼：研究者必須建構一個核心籌碼，而此一範疇必須連結其他所有的範疇，因此又被稱為「整合及修正理論的過程」。

陳昺麟（2001）及王守玉（2012）於研究論述中提到紮根理論其研究過程分為五個階段：第一階段：研究設計；其內容包括文獻探討及選定樣本（非隨機）。第二階段：資料收集；包括發展收集資料的方法和進入現場兩種方式。第三階段：資料編排；內容需依照時間年代發生先後順序的事件排列。第四階段：資料分析；採用開放式登錄（open coding），將資料轉化為概念、範疇和命題，以及撰寫資料綜合備忘錄和排列備忘錄。第五階段：資料比較；將最初建立的理論與現有文獻進行比較，找出其相同相異之處，作為修正最初建立理論的依據。

本研究執行分析概念，以及歸納範疇和議題的過程包括：研究者運用紮根理論研究法以開放性編碼，進行概念排序，並做跨案例歸納分析，透過收集與檢驗的連續過程，收集與研究主題相關資料，並從資料中建構出理論，以突顯研究

現象的特質；期間不斷反思訪談參與者語氣及態度，針對研究參與的回答有所疑惑及不清楚之處，於下一次訪談的時後，再進一步澄清！

第二節 研究程序

一開始的研究大致方向為：與指導教授討論、修正、確定，並繼續不斷與指導教授討論後，決定研究此題目及使用質性研究方法。當研究方法與方向都確定後，再來是研究實施步驟的計畫內容。

由於採質性研究方法，擔心訪談的技巧及流程會影響研究的準確性，正式研究展開前已先進行前導性訪談，據以修訂初正式研究的訪談大綱及所要研究的主題為主軸。經由反覆閱讀前導研究逐字稿，就研究參與者立場答覆敘述性思考，因是第一次訪談，難免因為訪談內容過少及訪談記巧不成熟，故在與指導教授多次請教、討論後，另型設計訪談大綱，以修正前導研究不夠的週全性。過程中，也從研究题目的發想、研究方法的分析及整個研究方向多次與指導教授討論確認後整理，讓研究生更清楚研究過程，是否有符合質性研究精神與步驟，經由指導教授的指正、參與論文的初審，確定此研究步驟符合論文產生的標準，其研究流程圖三如下：



圖三：研究流程圖

第三節 研究工具

本研究採質性研究中的立意取樣，其特點是：「進行有深度及豐富訊息的訪談為主」（林淑馨，2010；蕭瑞麟，2017）。透過行政院衛生福利部核定之區域教學醫院，以設立安寧療護病房之現職安寧護理師；並曾參與臨終照護案例50例以上經驗者為訪談對象，並經友人轉介或服務醫院之志願者，研究者將致電或直接拜訪與之會談並說明研究要旨及研究倫理。本研究訪談研究參與者五位，以其實務經驗和觀察所得作面對末期病患之觀察敘述；研究者預先提供主題及訪談大綱，給予研究參與者充分準備時間，以提高研究資料豐富度。

一、研究者

研究者於正式研究前將先進行拜訪，以書面邀請函來說明研究的主題、目的、需要協助的部分、同意書內容及研究回饋做說明、受訪者條件及權益、研究倫理標準及保密原則，此外也會澄清研究對象提出的相關疑問，其目的是在尊重受訪者接受訪談的過程是自願參與研究及認同本研究狀況下參與。

二、訪談同意書

考量研究倫理及受訪者權益及意願，研究參與者訪談同意書（附錄一）以書面方式說明研究參與者同意在訪談過程中接受錄音、訪談前先與研究參與者解釋研究動機、研究目的的重要性，並解釋研究過程中所擁有的權利及保護研究者之責任，待徵得訪談參與者同意並簽署訪談同意書後，於同意書上簽名且雙方各保存一份厚，始得開始訪談並錄音。此外，在訪談過中，受訪者若有任何疑慮想退出研究，研究者必尊重受訪者的決定，並將相關資料於以銷毀。

三、研究參與者

本研究訪談五位安寧護理師，其研究對象基本資料表基本屬性詳見表一。

表一：研究參與者基本資料表

編號	年齡	護理服務年資 /年	安寧服務年資 /年	職級	接受安寧療護相關 課程
A	36	10	9	護理師	有
B	42	18	18	護理師	有
C	28	6.5	6.5	護理師	有
D	43	18	4.5	護理師	有
E	36	9	5	護理師	有

研究對象平均年齡在 37 歲（年齡範圍在 28 歲—43 歲）；平均護理年資為：12.3 年（護理服務年資在 6.5 年—18 年）；安寧服務年資平均：8.6 年（安寧服務年資在 4.5 年—18 年）；其中研究參與者 A、C 為科技大學日二技護理系畢業生、研究參與者 B 為醫學大學護理系畢業生、研究參與者 D、E 為大學夜二技護理系畢業生；五位皆有接受安寧療護完整訓練之護理師（安寧緩和護理護理專業-基礎課程及安寧緩和護理護理專業-進階課程）；且照護末期病患有多數之相關護理經驗，對於末期照護相關議題接觸頻繁，且臨床照護經驗豐碩；對於醫療照護執行方向均具有影響力。

四、訪談大綱

本研究採用半結構式訪談，並將預先提供大綱〈附錄二〉幫助研究參與者瞭解訪談脈絡，同時也可使訪談過程較能焦點，每次約 60 分鐘；訪談時研究者與研究參與者單獨進行，避免干擾！會談過程除了用心聆聽外，注意其訪談節奏與順暢度，不預先設定任何答案及立場，觀察研究參與者語言與非語言表達，經由同意以錄音方式，經重複多次聽錄音並謄寫逐字稿，運用紮根理論研究法以開放性編碼，進行概念排序，並做跨案例歸納分析，收集與研究主題相關資

料；期間不斷反思訪談參與者語氣及態度，針對研究參與的回答有所疑惑及不清楚之處，於下一次訪談的時後，再進一步澄清！

五、錄音筆

本研究為深度訪談蒐集資料，故訪談過程中全程錄音，其相關設備包括：錄音筆、充電線。在錄音的過程中，可以讓研究者專心觀察受訪者非語言細微動作表現及情緒反應，並且可以在之後重覆聽，避免遺漏重要細節，以達到資料完整性。

第四節 資料蒐集及分析

訪談過程中，研究者不以引導式的方式詢問研究者參與者，系以開放的態度、重視研究參與者當下個感受，讓其自然盡其表達想法及經驗，呈述其寧護理師初至安寧病房心路歷程、當照顧末期病患及家屬臨床上所面臨的衝擊及安寧護理師照護安寧病房個案後對生死看法。

一、資料蒐集

(一)、研究者在研究參與者在正式接受訪談前，向研究參與者說明研究的主題、目的、需要協助的部分及收獲，並邀請研究者接受訪談，並徵求研究參與者研究之意願。若符合研究條件及願意接受研究參與者，在訪談前簽定研究同意書、詳細說明訪談過程中進行的方視及錄音需求、保密原則，確保研究參與者知後同意全力。

(二)、研究者將每次訪談過程記錄研究參與者非語言之表態，以做為下次訪談之參考。

(三)、研究者將錄音檔謄寫為逐字稿，並記錄錄音檔中非語言的訊息，如：訪談過程中高低語氣、嘆氣聲、停頓聲及啜泣聲...等，為了確保逐字稿與實際訪談內容一致性，於訪談過後一個禮拜內由研究者一個人完成逐字稿得謄寫，並進行編碼。

(四)、本研究為保護研究參與者及內容所設之相關者，將研究參與者以英文字母代表之，英文字母後第一個數字代表訪談次數，後四碼代表談話之句次。研究者之訪談問句亦以雙英文字母代表之，第一個字母 R 為研究者，第二個英文字母代表受訪者「A」第一個「1」代表訪談第一次，接著的「0001」代表當次訪談者所說的第幾句話，如（附錄三）。

二、資料分析

為探討五位研究參與者之內在經驗，研究者將研究參與者所敘述內容轉譯為文本（高淑清，2000）。研究者在分析過程中，將自己走入研究參與者的工作情境之中，研究者的經驗與研究參與者的經驗在每次的檢視文本之際都有著更深度的回應與對話，再者以紮根理論研究法－分析其文本資料，透過資料的收集與檢驗的連續過程，不斷去思考如何收集、分析與報告資料，用以發掘去建構有義意的內涵，並從資料中建構出理論來，以突顯研究現象的特質，此特質經過比較，若發現有相同的特質，則可歸納到抽象層次的概念；乃是將五位參與研究者的訪談內容加以分類，尋求其中的共同與相異之處，以方便研究者在最後分析資料的過程時能針對所有研究參與者的陳述內容尋找其共同主題及特殊主題；同時研究者也將仔細的追尋，研究參與者在文本中所透露出來語言與非語言的衝突與訊息，並彼此的分析與比較，也可使研究者檢視自我對文本的回應。

第五節 研究倫理

質性研究，所強調的是對「人」的尊重，所以對研究參與者，都必須保持「知情同意原則」、「保密原則」，並謹慎處理研究者與研究參與者之關係，以保護研究參與者及訪談內容涉及之任何病患或家屬，不受傷害為最大優先。訪談前，與研究參與者建立信任關係，並說明研究目的、研究過程及權益，徵求研究參與者同意訪談及過程錄音，並簽署同意書後，才開始進行訪談，訪談過程中尊重研究參與者的意願，可隨時中斷訪談及退出，以下為研究倫理之實踐：

- 一、告知後同意。
- 二、尊重原則。
- 三、不傷害原則。
- 四、隱私與保密。
- 五、誠信原則。

質性研究的倫理，是一種不斷磋商、反省、學習的過程，在研究的過程中，倫理的議題將會不斷的出現，研究者必須謹守道德規範，以受訪者及其內容受保護為優先。研究者並將約訪研究參與者提供文本供其參閱，以核實內容為其敘述意思之真正，研究者並將再度探詢其繼續參與研究之同意，方為本研究之倫理確認。例：A1007 代表參與者 A 第一次受訪實回答第七句話。RA1002 代表研究者第一次訪談 A 第二句話。

研究者自身則在平日持續參加臨床倫理課程，在 2017 年 7 月 29 日參與人體研究倫理教育訓練課程(IRB)並取得證明，學習研究倫理議題，如；了解受試者保護-赫爾辛基宣言及人體研究法、知悉告知同意及受試者同意書、了解 IRB 組織運作、IRB 作業流程及送審文件規範、IRB 計畫書與研究風險利益評估；2020 年因 COVID-19(新型冠狀病毒)疫情關係，課程延滯 2020 年 7 月 25 日，研究者已報名參加此訓練課程。

第六節 研究信效度

研究者在本研究進行中，對於資料的取用從以下幾個層次建立其研究信度：

- 一、研究對象均為安寧療護之專業護理師，其敘述內容經由錄影、錄音、筆記轉譯為文本的過程，研究者、研究參與者及指導教授三方共同審閱檢核，多次確認其意思之正確性。
- 二、本研究的效度將透過受訪者的回饋與檢核呈現，加上受訪者的感想和閱讀文本後的補充。

三、研究過程發現的問題，將與指導教授討論以澄清概念或調整可行策略。

四、研究過程中，研究資料的驗證性極其重要，研究者避免在研究過程涉及個人主觀看法，研究者將研究參與者真正的感受做完整的紀錄與詮釋，並請指導教授協助檢核使整個研究資料與過程更客觀、中立，以避免個人論點之過於主觀，並確認該分析資料為研究參與者意思之真正，以建立本研究之信效度。



第四章 研究發現

一、安寧病房服務緣起

人生的第一個工作，就由醫院去安排，只要有錢賺就好、不想當家人的負擔！

當初一畢業其實也沒想那麼多啦！反正就是不要讓爸媽養！只要有工作就好了！（B10001-2）

安寧療護中提到的「五全照顧」—全人、全程、全家、全團隊、全社區，是一種以積極正向的治療的態度，藉以緩解末期必換身體不適，及安詳且有尊嚴地走完生命的旅程，亦讓其家屬能平順地度過死亡所帶來的悲傷期，且以正向的態度去面臨未來得新生活，以達到平靜安寧、生死兩無憾的意義；訪談過程中，研究參與者因家人中曾為末期病患，且當初得到安寧團隊良好的五全照顧，希望此照護品質可以延續下去，讓這美好的感受帶給下一個需要的家庭，故開啟與安寧聯繫之門。

後來因為奶奶在屏東基督教醫院安寧病房有受到很好的臨終照顧，所以想說要不然來安寧病房工作看看！（A10004）

為什麼畢業就直接選擇來這個病房，是因為..爸爸也是癌症末期的個案！（眼眶泛紅；C20002）

可以受到團隊良好的照護，減少爸爸的痛苦與不適，也可以完成我當時的想法，我陪伴爸爸到最後一口氣…（C10017）

研究參與者無奈醫療環的商業化，因護理師與醫院是合約關係—『伸手領別人的錢，老闆說什麼，就是什麼！寄人籬下，不得不低頭！』倘若抗拒而離職必

須賠償醫院人力資源培育損害，這是大環境下的改變，無奈強迫自己不得不去接受得去不熟悉的科別病房工作！

表情嚴肅而無奈的表示：因為醫師不值班，我有跟醫院簽約！（D10003）

那個時候，自己又不想賠錢。（D10004）

因為那時候只有內科病房開放，所以就是沒有其他病房可以選擇（D10006）。

如同剛剛所言，研究參與者再怎麼不情願，也只能接受醫院高層的安排！過程中也提到一更換新環境，也擔心自己無法勝任護理臨床急性護理的挑戰！

我想要去的地方是屬於比較慢性的病房（D10004）。

是醫院會告訴妳：「沒有這些病房…（雙手放攤-表情無奈）（D10004）

就是只有內科病房，不然就是嬰兒房！（D10005）

一般社會大眾對於聽到要去住安寧病房，就是「沒救了」、「去那裏比較好死」都覺得人生的末端路程了，就是一直住一直住，可以無限期的住到死亡再出院就好！「我有繳交健保費，醫院沒有立場趕我出院」。實際上，衛生福利部中央健康保險署有明確規範指出：安寧病房在健保給付病房費用項目中，也是屬於『急性病房』；入住期間給予緩解性的症狀治療，因此，在醫師許可，狀況相對穩定，還是會出院的！當然，個案及家屬擔心後續返家照護疾病惡化衍生的問題，亦有提供安寧居家服務。

不可諱言，台灣的早期醫療，並沒有正確且花時間去教導醫護相關職業專業人員，如何對生命末期的照護！「救護」=「救治照護」。每個生命皆不可以輕易放棄，不管如何就是『衝！衝！衝！拼到最後一秒！絕對不可以放棄！哪怕是已經臥床，四肢攣縮！完全不認的人且需要他人協助用鼻胃管或胃造口灌食者。』感嘆舊有的醫療觀念：『病人的死亡，就是證明醫師醫療的失敗！』且在早期的醫療上，醫師是團隊中最大的，說出來的話是聖旨，沒人敢違抗！早期

的醫療，讓末期病患及家屬徘徊於急救插管與加護病房與死神孤獨搏鬥中！更多個案在臨終狀態時，四肢被綁著，身上有洞的地方都插滿了管子，不僅是個案連遺言都無法交代，家屬們只看到家人被白布蓋著，醫院即忙著要家屬辦理離院手續及繳款，禮儀公司衝衝忙忙的要運走大體，這就是以往舊有的醫療照護。人往生時的狀態，是「人」亦是「物」？值得大家省思。

照顧的患者多半是意識不清且長期臥床且併用呼吸器方能維持生命的！（表情嚴肅；E10002）

當處理面對生命垂危的患者僅能致力搶救至最後一刻，不可以放棄…（雙手放攤-表情無奈；E10003）

當下的我，最終體認患者不能善終的痛苦…（嘆氣；E10004）

意識不清的患者亦無法表達意願，只能任由家屬的孝心作為毫無生活品質且痛苦的生命延續，甚至在最後一刻都得不到善終與尊嚴！（無奈/嘆氣；E10010）

因西方文化引進促進我國醫療進步及醫療法規修訂，開始修正針對末期病患照護模式及臨終場域觀念，台灣於西元 1990 年開始啟動安寧住院療護、陸續還有安寧居家療護及安寧共同照護、社區化安寧居家療護、長照安寧等照護模式，從學生時代就教導相關知識，保障末期病患可以善終，同時也陪伴家屬，讓生死兩無憾；導入醫界可以用正向觀念接受疾病進展惡化、面對死亡，痛苦活著才是最大悲哀。當面對末期疾病的照護時，不是一味地使用無效的醫療呼吸器打空氣進入肺泡，強制臨終患者胸部有呼吸的起伏，讓家屬覺得還有活著的迷思，孰不知這只是個假象，此時的臨終病人已成了活死人。

在呼吸照護病房三年多的時間，找不到繼續支撐自己勇於面對患者的動力，也看不到人性化的照護（嘆氣；E10013）

所以選擇轉換專業領域進而來到安寧病房尋求不一樣的新鮮氛圍。（眼睛睜

大充滿期待；E10014)

二、安寧療護服務年資的影響

研究參與者安寧服務平均年資為：8.6 年（安寧服務年資在 4.5 年—18 年）；五位皆有接受安寧療護完整訓練之護理師（安寧緩和護理護理專業-基礎課程及安寧緩和護理護理專業-進階課程）；經由資料顯示，在照護末期病患及家屬上有多數之相關護理經驗，對於末期照護相關議題接觸頻繁，且臨床照護經驗豐碩；對於醫療照護執行方向均具有影響力。

就這樣一做做了 9 年，目前是安寧居家護理師；護理經驗共 10 年，安寧病房護理師經驗 1 年，安寧居家護理師經驗 9 年。（A10005）

不知不覺，就這樣在安寧病房工作 18 年，目前為安寧共照護理師；護理經驗共 18 年，安寧病房護理師經驗 10 年，安寧共照護理師經驗 8 年!!（B10007）

因此，我毅然地選擇在安寧病房服務，目前已服務 6.5 年整；護理經驗共 10 年，安寧病房護理師 6.5 年（C10026）。

對！我的當初我就是一個很單純的狀況！就這樣安寧做了 4 年 5 個月的護理師；護理經驗共 18 年，安寧病房護理師經驗 4.5 年（D10014）。

我在安寧病房擔任護理師年資約五年，體認生命意義的創造來自於讓臨終患者獲得良好的生活品質及善終；護理經驗共 9 年，安寧病房護理師經驗 5 年（微笑；E10015）。

三、面對死亡課題—反映內心害怕孤獨

死亡—因為它的神祕、痛苦、幻滅及虛無感，如何在面對人生終點站，坦然接受它、面對它，一直是古今中外眾所好奇想研究的主題！Dr. Alfons Deeken（王珍妮譯，2020）在研究論述中，提到臨終九種恐懼：疼痛的恐懼、孤單的恐懼、對不舒適感的恐懼、成為家人、社會負擔的恐懼、面對無預知情形的恐懼、對生

活的恐懼、個人生命任務未盡的恐懼、個人完全消滅的恐懼及對死後審判的恐懼，這些皆是反應人類內心害怕、不知所措，但很現實得一點，無人可以脫逃。

臨床上，很多家屬來到安寧病房，常常會跟安寧病房的護理師說一句話：「妳們在這裡看（死人）最多了！死亡對妳們來說，應該是家常便飯！妳們應該不會害怕吧？」「原來妳們也是會哭泣的呀？這不是天天看（死人）嗎？」這是一般民眾非常嚴重，錯誤的觀念！其實醫護人員，除了上班八小時是穿著護理服裝外，內心也跟一般人一樣，是肉做的！也是爸媽的孩子，也有家人，也會生病！安寧病房護理師面臨死亡—也是會害怕及擔心的！尤其是初次遇到往生者時，也不知道如何協助家屬及更換大體的衣物！有些護理師心中產生排斥且害怕面對死亡議題，因此不希望上班期間遇到個案死亡！尤其是死掉的時候，都沒有家人在身邊陪伴！且研究參與者多是自己一個人上班，得鼓起勇氣隱藏內心產生害怕面對、排斥這種場域、憐憫臨終病患的心情！其實，大家都是人，只是醫護人員，比起其他人有更多的機緣去遇到、練習死亡課題！台灣安寧之父賴允亮教授（2019）提到：「死亡就是這麼一回事，每當提到，大家都避之唯恐不及，但問題仍舊存在，並不會因為逃避而改變。」因此，唯有在「愛心」與「熱心」上豎立標竿，讓專業醫護人員有明確的目標、病人的症狀有可評估的標準，醫療團隊與末期病患及家屬如何一起學習，真是臨終關懷一大課題。

只要聽到可以為爸爸好，可以陪伴爸爸，不要讓他一個人很孤單的在加護病房死掉就好了！（眼神堅定；C10012）我不希望最後只是醫院打電話來跟我，妳爸走了歐！〈語調大聲；C10013〉

我希望我可以陪伴爸爸到最後！（語調柔和；C10014）

可以受到團隊良好的照護，減少爸爸的痛苦與不適，也可以完成我當時的想法，我陪伴爸爸到最後一口氣…（C10017）

由家人陪伴，不是孤單的五花大綁在加護病房…（嘆氣，C10021）

遇到個案一個人往生，護理師本身內心也會產生自責、懊悔、害怕，研究參與者提到—不可以孤孤單單沒有人在旁陪伴而死掉；另一含意是：護理師因職責關係，一般民眾對護理師的概念就是一天使！當護理師發現個案已經往生，內心也會有自責感覺得：是不是因為我沒有照顧好，他（她）才會在我們班內死亡？魏書娥、許煌汶、林姿妙(2004)於研究論述中提到：臨終關懷強調的是「安樂活」的概念，將醫療目標從「治癒」轉為「照顧」及「陪伴」，幫助末期病患儘可能獲得充足舒適的生活；同時，臨終關懷也肯定生命價值，拒絕延長或加速病患死亡，讓生命得到最大的尊重，並讓病患能將最後的生命力表現出來，不僅提升臨床醫護人員正能量亦可提高末期病患生活品質及尊嚴。

我最害怕的就是…我最害怕的就是：病人當他只有一個人的時候！旁邊沒有人陪伴他！他卻選擇…這樣子離開！（眼眶泛紅/拳頭握緊；D10035）

其實，我們似乎把陪伴看得過於太重要，以至於忘記，其實很多事情並不是非要一群人做不可才能完成！有大多時候，我們一直在為我們的人生加戲，把一件很平常的事情變得很嚴重，追根究柢也許其實是並沒有適應，以及對他人的看法過於敏感。另一是：護理責任心驅使，自我良知愧疚—覺得住院期間病人不可以自己一個人，希望亡者及家屬可以得到靈性平安！余德慧（2000）提到：「臨終照顧的觀點是給病人一個臨終轉化機會，這個轉折堅的痊癒希望應該被尊重。」由安寧療護的角度看來，醫療團隊人員藉由臨終關懷五全照護的介入，緩解身體上痛苦的症狀，同時提供病人及家屬，心理及靈性上的支持照顧，使末期病患達到最佳生活品質，更使家屬順利渡過悲傷期（台灣安寧緩和醫學會，2019；江蘭貞，2003；余德慧，2000；林綺雲、張苑珍等，2010；趙可式，2007；曾麗卿、鄭適芬、陳昱仔、陳依敏，2018；魏書娥、許煌汶、林姿妙，2004）。

我一直希望…我一直希望給病人的感覺是…恩！我希望他覺得他不要是孤單的！我不要就是他自己一個人去獨自承受死亡！（掉淚；D10036）

然後，我一直希望…我一直希望給病人，感覺是我們…〈停頓幾秒〉我們都會去相挺你！我們都會去幫助你！然後，我們都會在旁邊！甚至是你的家人，我一直很希望是你的家人一直陪伴著你，到你…離開！（D10037）

可是，如果，當我突然發現到我的病人…是在獨自一個人的時候，其實對我來說，我會很焦慮！（D10038）

因為我覺得那個是，我們…這一生當中最害怕的就是寂寞跟孤獨！（雙手抱胸部；D10039）

生、老、病、死是必經的過程，但自古以來因為無知、好奇又難以啟齒的禁忌，對於大部分來說，死亡是大家害怕又不想面對的課題！不管是貧窮還是首富，卻都無法逃避！也因大家都無死過的經驗，也無死過再活過來分享死亡的際遇，因此不管是對哪個種族、宗教來說，死亡是種讓人既期待又怕受傷害的神祕感，也因如此，引發各界的探索及發表相關論述。

雖然現今時代變遷，大部分的年輕人多已表達自己的感受跟意願，但對於死後世界的不瞭解，還是會面臨不知所措的尷尬場面！孔子所謂「不知生，焉知死」，生命必定會有經過死亡，但因為我們活著的時候，無法體會到死亡的感覺，且死亡後，又沒有人可以回來分享死亡的感受，因此才產生了對生與死的分隔線！其實這不就是自然界生命一個過程罷了！臨床第一線照護者在面臨天天面對疾病帶來個案痛苦的經驗及死亡的恐懼，不但要硬著頭皮看著個案因疾病受苦，家屬因不捨而無法做最好的決定，但死神卻不會因此的提下腳步不接近病患，無可避免帶來個案、家屬及醫療團隊錯縱複雜的情緒與心理衝擊，更直接影響瀕臨死亡者及醫療照護者的心情與醫療！因此，臨終關懷不會只是一個人的工作及職責！台灣安寧緩和醫學學會（2017）提到：「安寧療護必須以專業

的知識、大愛的精神及團隊共同照護的模式，讓臨終病人及家屬得到該有的撫慰和尊嚴；其關懷照護者如果沒有經過專業的學習與訓練，是不易勝任的！」

然後，有時候我自己都很害怕自己夜深人靜的時候一個人我在宿舍，我在房間，我的床是上下鋪，我們都會再我們床邊圍著起來，然後我就曾經想像過，會不會我以後走的時候我就像一人躺在那床上，那種…那種夜深人靜你還聽得到，任何很細微的聲音，我覺得那是種很害怕的感覺…就是所有…你那種平常都聽不到的聲音，可能車子經過的聲音，或者是地上掉了什麼的聲音，我會覺得那些聲音變得很大聲！（D10040）

我覺得那些聲音，是那種很寂寞那種很孤單的感覺，所以我覺得我很不希望我的病人是這個樣子的走！（D10041）

所以，有時候當我知道病人是一個人的時候，我就會…我就會不由自主變得很焦慮！（雙手握拳、表情緊張，D10042）

因為我會很擔心，他走的時候，會不會沒有人發現到…（情緒激動，D10043）

然後，我希望有人可以陪伴他！（皺眉，D10044）

然後我覺得沒有人是在人生最後那一刻是..只有一個人！我還是希望還是有人可以陪伴著他，不希望他感到害怕、孤單！所以，我最害怕的就是這種狀況！（D10045）

嗯！其實，我們這邊都還是會比較要求，一定要有家屬陪伴或者是看護陪伴！（點頭，D10046）

其實，那時候我有點小自責：「我覺得那時候我怎可以讓她是—個人，這麼孤單的離開！」（牙齒咬雙唇，D10050）

我是這樣安慰我自己啦！我..我..我只是不希望自己太…恩！有時候我會很內疚，是不是如果…恩！我多去看她一眼！多留幾分鐘，是不是她就不會自己一個人？可是，我也曾經有這種想法！（低頭/眼眶泛紅；D10052）

四、白衣天使，不是加速死亡的劊子手

人類出生的那一刻，其實也是邁向死亡的那一刻！我們無法改變最終的結果，但是，我們可以讓這個過程，走得更舒服些！如何讓生命更有品質？這是全世界正視的問題。1990年世界衛生組織(World Health Organization, WHO)對安寧療護的定義提到：「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，除透過疼痛控制，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，以維護病人和家屬最佳的生命品質。」身為第一線臨床照護者，如何順著主角(末期病患)的心願，協助配角(末期病患家屬)共同去完成主角(末期病患)人生的最後一場戲，並拒絕無效的醫療治療，降低遺憾的走完人生這趟旅程，這是件很重要的課題(賴和賢、邱泰源、胡文郁、張皓翔、姚建安、陳慶餘，2005；蔡兆勳、邱泰源、陳慶餘，2014；魏書娥、許煌汶、林姿妙，2004)。

訪談過程中，研究參與者提到：「因為以前在學校讀書，老師教導嗎啡的副作用會呼吸抑制而死亡，所以因此臨床工作時，很害怕要幫個案施打嗎啡！」因為以前錯誤的觀念，導致身為一個工作職稱的使然—白衣天使，內心起了漣漪—我應該是救人、幫人得，而不是拿著斧頭，提早去結束個案生命的劊子手。

剛開始從一般病房到安寧病房，看到醫師開的醫囑有大量的嗎啡及鎮定劑，會感到害怕（搖頭，A12068-69）

其實來這我最害怕擔心的是，當我一個人要幫個案打嗎啡的時候！（皺眉；C10039）

會擔心自己像個劊子手，間接在殺人（低頭看雙手；A12071）

所以每次接藥時都會內心掙扎…（A12072）

所以，剛來安寧的時候，我真的很排斥要幫病人打嗎啡！（無奈；C10045）

我還記得，我剛開始在接觸安寧護理工作時候，我也很害怕幫病人打嗎啡！（D10053）

這個也是我最害怕的！（D10054）

老實說剛來這裡，我真的很不喜歡幫病人打這針！（語調不悅；E10031）

伍、怕打嗎啡過程遭遇個案死掉

且接受訪談者中，曾在臨床工作期間，又剛好曾遇到病人施打嗎啡後，沒多久就死掉，因此，心裡壓力更大，想到以前學校所學，覺得病人當下的死亡是因為施打嗎啡而死掉！且因為工作環境關係，研究參與者在執行臨床工作業務的時候，大多一個人上班，更不想背負莫須有罪名，進而排斥施打嗎啡。

怕一接上藥物，病人就往生（A12070）

以前讀書教我們副作用就是呼吸抑制！（點頭；C10040）

其實…我很害怕哪次再打嗎啡的時候，個案就這樣在我面前斷氣了（C10041）

因為我們病房又只有一個人在上班…（無奈；C10043）

第一時間家屬只會看到的就是一護理師打完嗎啡，就死掉了！（傻眼、驚恐、無奈；C10044）

因為我曾經有一次，在幫病人打完嗎啡，就不到…半個小時，這個病人就離開了！（停頓；D10055）

我曾經也問過我的主管說：「真的是那支針的關係嗎…？還是我打針…是因為疾病的問題？還是我打了那支針導致她死亡？」（D10056）

其實剛來這個單位，還蠻害怕要幫病人打嗎啡的！（搖頭；E10027）

因為以前在學校老師教我們，嗎啡會讓人舒服但相對的也是種毒品，會呼吸抑制進而死亡。（表情認真；E10028）

來這家醫院，不像以前的醫院還有其他的護理師一起上班，這裡只有一個護理師上班（無奈；E10029）

因為…我很怕病人就在我打這支針的時候死掉！（雙手放攤；E10032）

當下又只有家屬在現場，家屬又沒有醫療背景，當下家屬只是覺得—妳打了這支針，我的家人死掉！（握拳；E10033）

事實當然不是這樣，但我不想扛這個莫須有的罪名！（雙眼睜大/語調高亢；E10034）

雖然我知道這是病患病情變化，恰巧就在我要打針時（E10035）

但回家之後的幾天，內心多少會受家屬的影響而低落！（無奈語氣；E10036）

所以能避免不要打就不要打！（E10037）

經由此訪談發現，剛踏進安寧領域的護理師，皆深具恐懼要協助末期患者施打嗎啡，故參考學者黃安年醫師（2003）醫療論述中提到：「癌末病人在使用嗎啡上面，呼吸抑制並不是需要馬上考慮列入擔心的主因！應該是以患者舒適、尊嚴的人生為主！」鴉片類的主要有效成分為嗎啡(約 10%)，大部分在肝內代謝，於 24 小時內經腎臟排出，48 小時尿中僅有微量；嗎啡對中樞神經系統先有興奮，然後抑制，但以中樞抑制為主。嗎啡首先抑制大腦皮層的高級中樞，以後涉及延腦，抑制呼吸中樞和興奮催吐化學感受區。嗎啡使脊髓的興奮增強，提高胃腸道平滑肌及其括約肌張力，減低腸道蠕動，對支氣管、膽管及輸尿管平滑肌，也有類似作用。大劑量嗎啡尚可抑制延髓血管運動中樞和釋放組胺，使周圍血管擴張而導致低血壓和心動過緩。一次誤用大量或頻繁應用嗎啡可致中毒。嗎啡中毒量成人為 0.06g，致死量為 0.25g;可待因毒性為嗎啡的 1/4，其中毒劑量為 0.2g，致死量 0.8g；長期應用嗎啡能引起欣快症和成癮性。其參考文獻中亦有提到，目前尚未有研究指出：未有研究因施打嗎啡而加速或者提早個案死亡時間。

綜合以上的論述，換句話來說，何謂末期患者？不就是現今科學檢查佐證之下，生命已開始倒數，快走到盡頭了。在醫療端醫師的開立嗎啡醫囑，安寧護理師執行施打嗎啡之下，這是個非常安全的狀態。這是安寧緩和醫療法賦予末期患者，可以接受及使用嗎啡，使之人生的最後旅程，盡可能沒有痛苦及尊嚴善終。並不是護理師讓末期病患提早面對死亡的。

陸、害怕遭遇個案死掉的因應策略

研究參與者藉由參加其他家醫院的上課分享經驗及支持團體，亦或者與單位安寧資深護理師分享擔憂點，來應證個案絕對不是因為施打嗎啡而導致死亡，亦可降低內心的愧疚及煎熬；也因為有此確認，未來依照醫囑在協助施打嗎啡，內心就比較沒有擔憂！

後來，我去上了一些課程之後，來自不同的醫院的人去分享，他們也都會有類似這種狀況的時候，我才會開始，慢慢的比較釋懷是因為疾病再惡化，不是個人的問題！不是因為多打了那支針，病人死掉了！（D10059）

像成大醫院他們就常常辦一些治療團體或者是那種互助團體的課程，她也是希望護理人員可以去多分享…（D10061）

就像我去上靈性課程的時候，有一個關懷師，就是那個佛教的！師父跟我說：「妳何德何能可以幫助祂！人海茫茫，這麼多人就為獨妳、就偏偏在妳們班發生，其實不是妳…或許是妳們上輩子有緣，然後把祂最害怕的事情、最無助的時候，祂選擇在你們班，是因為祂願意讓妳幫助祂人生最後一里路！」師父是這樣跟我解釋的！（D10065）

不過，這些都是剛來安寧的想法，一個過渡時期就不會有這種想法了！（E10039）

每個人都知道及相信一人終會一死！但死亡卻又是眾多人不想碰的議題，但是，不管是富有或者是貧窮卻都沒有人可以戰勝死亡！佛陀在集諦的因緣論中，主張十二因緣說，從「無明」一直到「老死」，而「無明」就是一切「惡」的根源；更提到前世的因今世的果，今生的愛前世的債，命里有時終須有、命里無時終須求；緣分和命運是冥冥之中注定的。如同接受訪談者提到，參與靈性課程時，師父告知：「個案死亡時會選擇自己喜歡的護理師陪伴是因為有緣份！」

但隨著工作的時間越長，發現病人的時間不是我們在決定的（A12073）

閻王要你三更死哪能留人到五更（A12074）

有的藥物還沒接上去，病人就往生了（點頭；A12075）

時間從來都不是醫生再決定!!（A12078）

漸漸的恐懼的事情，變得越來越能釋懷（A12079）

不過，後來在學姊妳〈訪談者〉妳跟我說：『生死有命！我們不是因為打嗎啡來縮短他的命！（C10046）』

我們打嗎啡是因為不希望他在有生之年，是這麼痛苦、這麼喘的離開！

（C10047）

嗎啡就如同開完刀打的止痛藥，要讓病人舒服的針！（點頭，C10048）

若是病人在這個時間離開，這麼多護理師裡面，那是因為他非常放心地交給妳，因為妳的專業值得他把心交給妳！」（C10049）

那一晚我回家想，好像真的是這樣耶，不是我想的那樣一病人會因為打嗎啡死掉！（鬆了一口氣；C20050）

從此之後，我放心多了！（C20051）

柒、生命是很脆弱的一就在呼與吸之間

害怕照顧到口腔癌的患者，一是害怕面臨大出血，卻只能加壓止血無能為力，面對著個案出現呼吸困難、血壓下降、眼睛大大的看著護理師，然後休克死亡...無奈無法挽救此薄弱的生命體；另一是口腔癌身體心象改變，不管是護理師、個案本身及家屬心理壓力都很大且身心俱疲，因為再怎樣照顧，腫瘤傷口只會愈來愈大且會面臨大出血而死亡！在安寧療護的照護，避免個案驚慌，血管收縮而血流更多，會給予鎮定劑、止痛劑；並以深色毛巾做底，減低因血漬顏色明顯，個案及家屬緊張。

訪談過程中，有 80%的護理師提到，在上班期間害怕遇到腫瘤出血的個案及家屬，因為多數大出血狀態是突發的，研究參與者服務的病房，因人力制度上問題，因此每班皆只有一位主責護理師上班，無其他醫療專業人員可以協助舒緩家屬的情緒，故造成臨床照護者內心恐懼。

但在安寧病房工作時，遇到大出血時，尤其是口腔癌，換藥時爆血管，怎樣都壓不住 (A12085)。

家屬用著期待眼神希望你做些事，可以不要出血 (A12086) ！

心就很慌，也很害怕 (A12087) ！

臉還要裝得很鎮定，但是手都在抖… (低頭、雙眼看雙手；A12088)

看著病人清醒的臉，要跟他說如果血管的血壓不住無法止 (A12089) ！

他的眼神是很絕望的，也很悲傷… (A12091)

我也很悲傷!! (A12092)

剛開始我只能讓家屬幫我壓住傷口做加壓止血 (低頭；C10083)

然後我趕快聯絡醫師 (著急的語氣；C10087)

等下他就要走了… (無奈；C10090)

口腔癌的患者最令我感到印象深刻 (出聲音/嘔!；E10020) ！

因為口腔癌會造成身體心象的巨大改變，包含極為腫脹扭曲的臉部外觀，充斥著流不完的傷口分泌物與散不去的強烈惡臭味，完全阻礙語言表達，有些腫瘤大到甚至影響視覺進而影響文字表達 (表情無奈；E10021)

當無法清楚有效表達自己的想法或單純與外界溝通時，口腔癌患者的無奈與沮喪全寫在臉上 (唉!/無助嘆氣；E10022)

其實家中主要照顧者通常都承受著極大的壓力亦感到身心俱疲 (語調偏高；E10024)

捌、面對生命與死亡的意義

臨床照護過程中，末期個案接面臨知道疾病無法控制或者感受到自己即將面臨死亡，心中會開始充滿複雜的情緒，此時因為喪失預及的希望，而產生負面的情緒，如：焦慮對不可知對來、害怕死亡與恐懼、覺得人生無希望、憤怒、生氣...等，因對未知的死亡及面臨死亡狀態，產生的主觀感受，此受不單單只有末期個案身上才會發生，其照顧者甚至醫療團隊都會被渲染到，稱之為「死亡焦慮」(唐佩玲、陳玟伶、鄭淑芬，2013)。這時，藉由安寧緩和中的五全照護介入，以正向、積極治療的態度，藉以緩和身體不適，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(台灣安寧緩和醫學學會，2017；台灣安寧緩和醫學學會，2017；台灣安寧緩和醫學學會，2019；施勝烽，2016；趙可式，1999；趙可式，2004；楊婉伶、李存白、陳小妮，2010；賴和賢、邱泰源、胡文郁、張皓翔、姚建安、陳慶餘，2005；財團法人中華民國(台灣)安寧照顧基金會，2020；鍾佳玟、黃翠咪、謝明書、林秋慧、林雪蓉、史麗珠，2017；魏書娥、許煌汶、林姿妙，2004)。

其實在安寧病房照護癌末的病人是心情很沉重的！(表情嚴肅，坐直/脊背挺直；A12038)

尤其是當個案病情變化時，而且在這個病房常常發生！(理所當然，A12039)

我剛開始真的很害怕…(B10030)

尤其是當主治醫師告知個案病情再惡化甚至隨時都會死亡…(訪談過程偶沉默不語、雙眼直視前方；B10031)

當下的氣氛好像是空氣都凝結了…就像五月天突然好想你裡面的歌詞所提到的—最怕空氣突然安靜！(B10032)

個案及家屬都表示『沒關係啦！』『早晚都會死…』(表情無奈，D10048)

『都住安寧病了，還有什麼好怕的…』(雙手放攤，D10049)

留下我獨自去面對個案的生氣、失落、大聲咆哮、丟東西甚至家屬辱罵…

(D10050)

「善終」的探索與實踐，對病人、家屬、健康照護人員來說，都是無法迴避的議題（方俊凱、林子涵、畢世萱、李潤華、李佩怡，2017）。如現今社會所提到的最重要善終議題—死而無憾、靈性平安。靈性是「個人對生命最終價值所堅持的信念或信仰」，靈性其實也是一種哲學觀、價值觀並說明個人生活、社會及精神之意義與目的（杜明勳，2008）人終其一生，也必然曾經歷寬恕與被寬恕的情境。諸多學者的研究中提到認為：生命的活動就是靈性的表現，依照生命型態有所不同，靈性也會有高、低程度上的差異，希望透過自我覺醒、自我對話及自我實踐喚醒內心得慈悲、愛跟勇氣、懺悔，進而體認生命的價值，已達生死無遺憾！

玖、心靈安定的動力來源—學會珍惜、面對、放下

科技日新月異，即使是瀕死的個案，亦可以使用各種維生醫療儀器跟藥物來維持「一絲絲氣息」！如何運用專業的安寧團隊，帶領五全照護介入之下，協助末期病患症狀處理！讓臨終者在死前身體可以減少一些痛苦？在家人的陪伴下，靈性上沒有任何牽絆與罣礙，如何與家人道別？如何做到生死兩無憾？如何在人生舞台上，帶著滿滿祝福，微笑且了無遺憾離開？這真是人生一大課題！（台灣安寧緩和醫學學會，2019；財團法人中華民國（台灣）安寧照顧基金會，2019）如同前台大醫院外科加護病房主任現今台北市長—柯文哲先生說過一段話：『科技發展到今天，醫師最大的問題不是讓末期病人活下去，而是如何死掉？』我想，他要表達的意思是『如何善終』！因起，要從最基本的教育開始！

教育很重要，誰也不知道無常什麼時候要來…無常來的時候什麼也帶不走!!

(A12107)

所以珍惜當下很重要…（點頭，A12108）

我把這個過程當作如同看著小孩慢慢再長大一樣… (B10048)

從最初開始病情變化，一直陪伴，到後來轉安寧，有些甚至在安寧離開
(B10049)！

一路陪伴下來，就好像在吃一桌菜一樣，酸、甜、苦、辣，各種滋味都有
(B10050)！！

看了臨床這麼多年的生離死別最大的啟發就是：孝順、珍惜當下、有空要多
陪陪家人、朋友 (C10071)。

因為不知道下一秒，無常是不是就這樣出現了 (C10073)！

不過這樣…我還是要說—珍惜當下，陪伴真的很很重要 (哽咽/聲音沙啞；
D10216)！

不管你是對這個人或是任何事情，妳真的要把握當時的想法 (D10217)！

把握想去見對方的理由！把握你想去做這件事的想法，然後就去做，不要去
設想太多立場，或許這個可以改變當時妳想堅持的想法！這是我對工作上的看法
及想法 (點頭，D10220)！

生命末期的時光雖短暫，但心靈與靈性的不安卻需要相當程度的陪伴與傾聽
才能安撫與平靜 (微笑，E10050)。

只是希望這樣的思維改變能讓自己回顧過往都要學習放下並且珍惜、活在當
下 (E10055)！

第五章 結論與建議

第一節 研究結論及貢獻

綜合第四章的內容，產生以下研究結論及貢獻：

一、來自天堂，溫暖守護天使—非常敬佩願意踏進安寧領域的護理師們！很多人因為不懂所以害怕、甚至逃避死亡議題！雖然研究參與者諸多因為家人曾受到此領域的照護，進而願意踏進安寧這個區塊，但並沒有因此而逃避碰觸死亡議題者，就算因現實面後來得在安寧病房離職了，但後續這些護理師在其他護理單位，依舊繼續推廣安寧療護。

二、因護理工作使然，只想當白衣天使，不想當殺人劊子手—初進安寧領域，不管臨床及安寧初階、進階上課，皆未帶到此話題，也不知道如何面對！故初至安寧病房時，會害怕病人孤單往生、害怕傷口大出血、害怕施打嗎啡！以往的研究，多只提到前兩者，但並未有任何資料去提到—其實護理師是害怕幫病人施打嗎啡過程中或者施打完畢而死亡的！

三、遵守醫囑行為致護理師心理壓力—臨床護理師在執行臨床照護給藥，皆是依照醫師開立醫囑執行下給予，但因護理師針對嗎啡用藥作用及副作用、給藥時機、注意事項...等的在職教育訓練不足以及過往學生時代讀書的負面記憶，導致臨床執行嗎啡給藥時，造成心靈上極大的壓力，進而不想給予末期個案施打緩解性末期鎮定藥物。

四、關聯性與因果性的拆解，死亡歸因的謬誤—安寧緩和醫療條例第三條（2013年1月9日重新修訂）明白定義：末期病人是指罹患嚴重傷病，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。不是所有人生病皆可以接受安寧療護的治療，其需要有醫學上實質證據在加上專業醫師判斷為疾病末期，因此，這些末期病患生命本來就是再邁向死亡，並不會因為施打或者不施打嗎啡就不會終結生命。研究者於臨床實務中更發現，身為第一線醫師八成亦有此想法。當臨床醫師在與家屬解釋及末期病患用藥上，皆盡量

避免使用嗎啡類的藥物，甚至多次聽過醫師於解釋上提到：「使用嗎啡會加速死亡！」常讓非醫療的病患及家屬擔憂使用嗎啡是在安樂死。

伍、我是護理師，也是人—安寧護理師跟一般人一樣，只是因為工作職務關係，上班八小時穿著醫院規定的制服，其內心跟一般大眾一樣，都是肉做的！其實我們不是沒良心，只是面對看不見盡頭的絕望與傷悲，我們的心在一次次的受傷後，已經結出厚厚一層疤，然後我們學會不輕易去碰觸它。我們善於隱藏，用幽默嘲弄生命的無常，藉由安寧相關上課資源分享及其他專業團隊訴說，得以傾聽及紓壓。我們試著不去看命運的殘酷，卻更感恩手裡能掌握的幸福。當知道照護的末期病人病情惡化時，仍會有預期性哀傷及死亡焦慮產生！

陸、生命的尊嚴與質量，無法平衡的天秤兩端—每個人都害怕死亡，但很不幸的是，每個人都會死亡！自古以來，「死」是禁忌也是難以啟齒的話題，對於它產生莫名的無知及神秘感！在安寧的領域下，幾乎每天都會遇到瀕死個案或者是死亡個案，從他們的故事中，體會到人生無常的真諦是面對、接受、迎向、放下；陪伴、聆聽、支持是心靈安定的動力來源；生命只不過就是在如此的循環中輪迴而已。

第二節 研究限制

一、參考文獻闕如

目前現有碩、博士論文及相關安寧療護理論述之文獻，皆是以「臨終關懷」、「安寧療護」、「末期病患」相關連結之論文，並無直接相關針對安寧護理師照顧經驗迷思及因應歷程相關之論述，故缺乏適當指引。

二、研究參與者

因國內風俗民情關係，家中長輩會排斥家人於臨床工作時，於安寧相關業務上班！因為上班時，常常與死亡交會，會帶來家裡不祥或者穢氣，故於安寧病房工作的護理師有限；另因是，接觸安寧護理師工作場域，皆為末期個案及家屬，面對預期性哀傷及死亡時悲傷的場面，老實說，心臟真的要夠堅強，才有辦法在這個領域走下去。另外，比起其他護理單位，安寧護理師實質為醫療場域的送行者；且臨床上，因為安寧照護涵蓋著末期病人及家屬身、心、靈三個領域，除了考試院發照的護理師執業執照以外，需要特殊專業培訓：安寧緩和護理專業基礎課程及安寧緩和護理專業進階課程及安寧緩和護理師合格考照；另一是：多數研究參與者為輪班的安寧護理師，研究者得配合研究參與者，可以面對面訪談方便的時間，著實有困難度。故考慮研究信效度，能符合研究主題的參與者，實在是非常有限制！因此，有限研究參與者偏少，因此本研究結果無法有效普遍推論！

三、研究者

研究者本身因為臨床工作醫院制度的關係，除非是主管階級，否則不承認非護理研究所相關碩士學位！故研究者中間多次想放棄，甚至已去辦理休學四年，休學期間，經由指導教授多次鼓勵，再繼續把此研究做完，希望可以對後續安寧相關論述研究有貢獻！

但又因時間明顯緊迫，又因研究者第一次以質性研究做為訪談方法，訪談技巧尚未很成熟！且因為研究者本身為醫院護理師，且剛好面臨到此次嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)發生，擔心疫情大爆發，進出醫院訪談時間有限制，

故無法讓本論文更為聚焦及豐富度，未來，有朝一日，會再好好繼續相關研究，書寫出更完整及豐富的研究內容。

四、醫療體制結構中出現執行嗎啡藥物的弔詭

研究者本身於醫療體系工作快 20 年觀察下來，發現近幾年針對「安寧療護」接受度已日趨上升，醫師端甚至不被忌諱主動會告知病患及家屬此資訊，但大多數的醫護團隊，仍婉拒安寧團隊建議給予末期病患使用嗎啡。甚至當著安寧醫療團隊面前告知家屬「使用嗎啡會加速死亡，那你們還要嗎？」反觀醫療科學進步，但面對治療照護末期患者卻仍採取保守且逃避方式，甚至是錯誤觀念在教導家屬。在護理端方面，因現今的台灣皆是依醫囑在給藥，且尊師重道的觀念，資深的醫師認為是這樣就是這樣，沒有人敢去跟醫師翻盤，也不敢拿資料去跟醫療團隊諮詢，因此，最後受傷害的、吃虧的其實就是那群末期病患，無法有尊嚴的善終。

第三節 建議

從此次的研究訪談中，得到了許多寶貴的經驗：包含踏入安寧大家庭的因緣、在安寧病房這條路上的心路歷程、安寧護理師於臨床工作時，照護上面臨的衝擊及擔憂、於安寧臨床工作後，對於生死的看法…等，其中由另研究者驚訝的是：安寧護理師照護末期病患臨床上所面臨的衝擊這部分！以往研究者在帶新進人員時，與新進人員會談，皆是提到害怕的點都是一不敢自己一個人上班！因為不知道要如何處理往生者的大體？如何同理、傾聽家屬，當末期病患面臨往生或者病情變化時崩潰的情緒？當末期病人知道自己狀況改變，有情緒反應時，安寧護理師該如何面對？其實這些在參與安寧緩和護理專業基礎課程及安寧緩和護理專業進階課程的時候，都有資深且專業的安寧學者教導！

但經過此次得深入訪談，發現大家內心都有一段不敢提害怕得過去，就是一害怕幫末期病人施打嗎啡！尤其是在使用末期鎮定！目前針對此相關論述，研究者只有找到國外 Martins B.D.C.P.C.C, Oliverira RA, Cataneo JM (2017) 於論述

提到：真正有使用到末期鎮定的個案為 25-33%；其中有 20%的末期病患，會有明顯得心肺功能抑制作用，其中有約有 4%的個案因此會死亡，但皆無直接證據顯示是因為施打嗎啡而死亡的！在醫療政策面—藥品介紹方面，針對嗎啡的注意事項，仍是提到「容易呼吸抑制而死亡」！且不管事醫師還是護理師在學習的路程上，教導的老師也是一而在、再而三地提起此可怕的副作用，導致現今醫療針對嗎啡用藥上有弔詭的害怕！因此在臨床末期病患用藥端，就會有所避開使用。且國內目前現有安寧相關文獻，皆未有針對此相關研究，希望未來有更多與鴉片類藥物用於末期疾病是否會加速或者提早個案死亡時間方面的研究論述，可以帶領納入未來安寧相關研究中，讓臨床照護護理師可以安心使用嗎啡於照護末期病患上，讓末期個案可以更有品質的善終。



參考文獻

一、中文部分

- 王守玉 (2012)。簡介紮根理論研究法。《護理雜誌》，**59**(1)，91-95。
- 方俊凱、林子涵、畢世萱、李潤華、李佩怡 (2017)。癌症末期病人的善終觀點。《安寧療護雜誌》，**22**(3)，288-309。
- 石世明 (2000)。對臨終者的靈性照顧。《安寧療護雜誌》，**5**(2)，41-56。
- 石世明、余德慧 (2001)。對臨終照顧的靈性考察。《中華心理衛生期刊》，**14**(1)，1-36。
- 台灣安寧緩和醫學學會 (2017)。末期疾病疼痛評估與處置。新北市。合記。
- 台灣安寧緩和醫學學會 (2017)。安寧緩和醫學概論。新北市。合記。
- 台灣安寧緩和醫學學會 (2019)。安寧緩和醫療末期病人鴉片類藥物臨床使用手冊。新北市。合記。
- 台灣安寧緩和醫學學會 (2019)。安寧緩和醫療 末期病人鴉片類藥物臨床使用手冊(附別冊)。合記圖書出版社，台北。
- 江蘭貞 (2003)。現代臨終關懷。《安寧療護雜誌》，**8**(4)，410-420。
- 余德慧 (2000)。臨終病人的事實處境：臨終的開顯。《安寧療護雜誌》，**5**(2)，29-32。
- 余德慧、李維倫、林蒔慧、夏淑怡(2008)。心靈療癒之非技術探討：貼近病人的柔適照顧配置研究。《生死學研究》，**8**(7)，1-39。
- 余永湧 (2015)。台灣佛教生死觀其儀軌應用於臨終關懷之研究。《中華禮儀》，**32**，19-28。
- 李維倫譯(2004)。現象學十四講。Robert Sokolowski著。載於台北市：心靈工坊。
- 李存白、楊婉伶、蘇逸玲(2009)。護理人員在安寧療護照護之角色與使命。《護理雜誌》，**56**(1)，29-34。
- 李昱平 (2010)。生命教育中的幽谷伴行—談臨終關懷與安寧療護。《諮商與輔導》，**290**，26-30。
- 李美芬 (2010)。護理人員照護癌末病患身心困擾及相關因子探討。《中山醫學大

學護理學系學位論文。2010。1-94。

林綺雲 (2000)。生死學。台北：洪葉出版社。

林綺雲、張盈坤、徐明瀚 (2004)。生死學:基進與批判的取向。台北：洪葉。

林綺雲主編 (2006)。實用生死學。台中：華格納。

林綺雲、張苑珍等 (2010)。臨終與生死關懷。台北：華都文化事業。

林綺雲、張苑珍、邱鈺雯、蔡佩真、劉清虔、陳武宗、王春雅、許禮安、釋慧開、

李豐楙、王別玄 (2018)。臨終與生死關懷 (2版)。台北：華都文化事業。

林淑馨 (2010)。質性研究：理論與實務。台北：巨流圖書公司。

林育陞 (2017)。生命的最後一哩路—臨終關懷。諮商與輔導，419，15-15。

唐佩玲、陳玟伶、鄭淑芬 (2013)。運用意義療法減輕癌症復發病患死亡焦慮之
照護經驗。護理雜誌，60(4)，105-109。

胡塞爾 (2017)。現象學的觀念。新竹：清華大學。

紀米娟、莊寶玉、黃心慈 (2015)。提升內科重症單位護理師照護末期病人善終
準備完成率。台大護理，12(2)，22-36。

紀佩秀 (2012)。比較病房類型之癌症照護護理人員的工作壓力與滿意度差異。

中國醫藥大學醫務管理學系碩士班學位論文。2012。1-109。

施勝烽 (2016)。生命末期照護評估與溝通：整合安寧療護與臨終關懷之實踐。
台北：華格那。

高淑清 (2000)。質的研究方法。高雄：麗文。

陳昺麟 (2001)。社會科學質化研究之紮根理論實施程序及實例之介紹。勤益學
報，19，327-342。

黃安年、陳多慕、梁百安、曾慶輝、儲寧瑋 (2003)。瀕死病患之疼痛治療。安
寧療護雜誌，8(3)，283-299。

黃文翰、楊于婷、張琦郁、黃士哲 (2017)。如何面對臨終的死亡焦慮—誰該為
自身的死亡負責？。安寧療護雜誌，22(2)，202-212。

張汝倫 (1997)。現象學發髮的多重含意。哲學雜誌，20，90-115。

- 張燦輝 (2019)。海德格與胡塞爾現象學(二版)。台北:東大圖書。
- 莊榮彬、李英芬、邱泰源、王正仁、賴允亮、蕭淑純、徐翠霞 (2005)。安寧共同照護模式試辦經驗。10(3)，234-242。
- 康金玟 (2006)。一位中年女性胰臟癌患者面對死亡威脅的護理經驗。志為護理，7(3)，120-128。
- 曾麗卿、鄭適芬、陳昱仔、陳依敏 (2018)。完整性臨終護理指導專案。安寧療護雜誌，23(1)，46-57。
- 萬文隆 (2004)。深度訪談在質性研究中的應用。生活科技教育月刊，37(4)，17-23。
- 趙可式 (1999)。安寧歸去—如何面對生命終點。台北市：安寧照顧基金會。
- 趙可式 (2004)。陪他走最後一程—趙可式談安寧緩和療護。大紀元。
- 趙可式 (2007)。醫生與生死。台北：寶瓶文化。
- 趙可式 (2007)。安寧伴行-面對死亡與瀕死態度。台北：天下雜誌。
- 趙可式 (2009)。台灣安寧療護的發展與前瞻。護理雜誌，56(1)，5-10。
- 馮永霖 (2013)。臨終關懷與臨終病患需求之探討。諮商與輔導，322，16-20。
- 賴允亮 (2004)。台灣安寧照顧。安寧療護雜誌，9(1)，23-24。
- 賴和賢、邱泰源、胡文郁、張皓翔、姚建安、陳慶餘 (2005)。善終服務之文獻複查。安寧療護。10(2)，174-185。
- 楊婉萍、賴維淑、趙可式 (2008)。協助一位末期病人面對整體苦難之全人照護經驗。護理雜誌，55 (6)，101-106。
- 楊婉萍、趙可式、龔卓軍、賴維淑 (2012)。癌症病人生病經驗之時間性議題。應用心理研究，54，53-73。
- 楊婉伶、李存白、陳小妮 (2010)。跨越生死長河—安寧之美。榮總護理，27(2)，208-213。
- 楊惠玲、陳蘊珩、林純如、林小玲、胡麗霞 (2016)。護理人員照顧末期病人的情緒困擾與死亡因應自我效能之關聯—以北部某醫學中心為例。安寧療護雜誌。21(1)，16-29。

蔡兆勳、黃怡超、邱泰源（2008）。輔助與替代醫療的現況與挑戰。《台灣醫學》。12(2)，171-177。

蔡兆勳、邱泰源、陳慶餘（2014）。如何圓滿撤除末期病人的維生醫療--倫理與法律層面以外的困境。《臺大護理》。11(2)，4-13。

蔡昌雄（2016）。人間佛教的示現—台灣安寧療護佛教宗教師的臨終關懷之道。《人間佛教學報》。5，154-173。

蔡麗雲、賴允亮、顧乃平、李佩怡、李英芬、劉佩好、劉景萍、邱世哲、陳虹汶、方俊凱、李閏華、李佩怡、陳明麗、曾煥棠（2019）。《安寧緩和護理學【六版】》。台北。華格納。

劉作揖（2015）。談瀕死者的安寧療護與臨終關懷照顧。《中華禮儀》。33，80-83。

鍾佳玘、黃翠咪、謝明書、林秋慧、林雪蓉、史麗珠（2017）。推動社區安寧照顧之初探。《若瑟醫護雜誌》。11(1)，30-44。

蕭宏恩（1999）。《護理倫理新論》。台北：五南圖書出版公司。

蕭瑞麟（2017）。《不用數字的研究：質性研究的思辨脈絡(4版)》。台北：五南圖書出版公司。

魏書娥、許煌汶、林姿妙（2004）。安寧緩和療護理念與醫學根源。《安寧療護雜誌》。9(4)，407-415。

魏書娥（2010）。《文化全球化另一例：現代安寧緩和療護運動在台灣社會的發展》。台北：巨流圖書公司。

盧秀杏（2011）。未婚女性主要照顧者照顧經驗之探討—以接受安寧療護家庭為例。《南華大學生死學系碩士論文》。2011。1-222。

二、中文譯書

李維倫譯（2004）。《現象學十四講》。羅伯·索科羅斯基(Robert Sokolowski) 著。載於台北市：心靈工坊。

曹玉人（編譯）（2000）。《用最好的方式像生命揮別—臨終照顧與安寧療護》。柏木哲夫著。載於台北：方智出版社。

陳玉婷、陳施妮、陳瑞貞、楊翠雲、賴才雅（合譯）（2003）。**安寧照護－護理角色**。Jean Lugton & Margaret Kindlen。載於台北：五南出版社。

王珍妮譯（2020）。**生與死得教育**。アルフォンス・デーケン(Alfons Deeken) 著。載於台北市：心理出版社。

陳育含（2010）。**訪談研究法**。Steinar Kvale著。載於台北市：韋伯出版社。

三、網路資料來源

衛生福利部中央健康保險署（2009）。非癌症之八大末期疾病，2018/10/25取自
(https://www.nhi.gov.tw/Advanced_Search.aspx?q=八大非癌)

阮慧沁、柯純卿（2014）。臨終病人需求與關懷，2019/11/15取自
(<http://www.kmuh.org.tw/www/kmcj/data/8701/3512.htm>)

財團法人中華民國（台灣）安寧照顧基金會（2015）。新安寧運動－衰老與器官衰竭的安寧療護，2020/01/01取自
(http://hospice.org.tw/2009/chinese/share_view.php?cate=1&info=17)

財團法人中華民國（台灣）安寧照顧基金會（2020）。安寧療護。2020/02/01取自
(<https://www.hospice.org.tw/care>)

台灣安寧緩和醫學學會（2020）。安寧緩和資源查詢。2020/01/31年取自
(<http://www.hospicemed.org.tw/ehc-tahpm/s/w/WEmptyBedMst/WEmptyBedMst>)

台灣癌症安寧緩和醫學學會（2020）。癌症疼痛之藥物治療指引。2020年1月28日取自
(https://www.wecare.org.tw/?page_id=6658)

國家教育研究院（2012）。現象學 phenomenology2020/02/15取自
(<http://120.127.233.14/detail/1678708/?index=10>)

衛生福利部統計處（2018）。死因統計。。2020/01/31年取自
(<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-4472-113.html>)

四、英文部分

- Abernethy AP, McDonald CF, Frith PA, et al. Effect of palliative oxygen versus room air in relief of breathlessness in patients with refractory dyspnoea : a double-blind, randomized controlled trial. *Med.* 2010;376 (9743) :784-793.
- Buchanan RJ, Choi m, Wang S, Huang C. Analyses of nursing home residents in hospice care using the minimum data set. *Palliat Med.* 2002;16 (6) :465-480.
- Bausewein C, Booth S, Gysels M, Higginson I. Non-pharmacological interventions for breathlessness in advanced stages of malignant and non-malignant disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 (2) :CD005623.
- Caraceni A, Hanks G, Kaasa S, et al. Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain : evidence-based recommendations from the EPAC. *Lancet Oncol* 2012;13:e58-68.
- Ellershaw J, Foster A, Mutphy D, Shea T, Overill S. Developing an integrated care pathway for the dying patient. *Eur Palliat care.* (1997) ;4:. 203-207.
- Ellershaw J, Ward C. Care of the dying patient : the last hours or days of life. *Br Med J.* (2003) ;362:pp. 30-34.
- Ekstrom MP, Bornefalk-Hermansson A, Abernethy AP, Currow DC. Safety of benzodiazepines and opioids in very severe respiratory disease:national prospective study. *BMJ.* 2014 ; 348:g445.
- Goebel JR, Doering LV, Shugarman LR, et al. Heart failure: the hidden problem of pain. *J Pain Symptom Manage.* 2009;38 (5) :698-707.
- Hegarty M, Hammond L, Parisj K, et al. Nursing documentation : non-physical dimension of end-of-life care in the acute wards. *Int J Palliat Nurs* (2005) ; 11:pp. 632-636.

- Keaer R, Partridge MR, Miravittles M, et al. Symptom variability in patients with severe COPD: a pan-European cross-sectional study. *Eur Respir J*. 2011;37 (2) :264-272.
- Lynn J, Ely EW, Zhong Z, et al. Living and dying with chronic obstructive pulmonary disease. *J Am Geriatr Soc*. 2000 ;48 (5 Suppl) : S91-100.
- Mahler DA, Selecky PA, Harrod CG, et al. American College of Chest Physicians consensus statement on the management of dyspnea in patients with advanced lung and heart disease. *Chest*. 2010;137 (3) :674-694.
- Martins B.D.C.P.C.C, Oliverira RA, Cataneo JM, Palliative care for terminally ill patients in the intensive care unit: Systematic review and metaanalysis. *Palliative and Supportive Care*. 2017; 15, 376 - 383.
- Parshall MB, Schwartzstein RM, Adams L, et al. An official American Thoracic Society statement: update on the mechanisms, assessment, and management of dyspnea. *Am J Respir Crit Care Med*. 2012 ;185(4) :435-452.
- Strauss, A & Corbin, J. *Basics of Qualitative Research : Grounded Theory Procedures and Techniques*. Newbury Park, CA:Sage. 1990 ; 27:57-193.
- Strauss, A & Corbin, J. *Basics of Qualitative Research : Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Newbury Park, CA:Sage. 1998: (3):55-241.
- Solano JP, Gomes B, Higginson IJ. A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. *J Pain Symptom Manage*. 2006;31 (1) :58-69.
- World Health Organization (WHO) . *Cancer Pain Relief* .World Health Organization 1986; Geneva, Switzerland.
- World Health Organization (WHO) . *Cancer Pain Relief with a Guide to Opioid*

Availability, 2th Ed. World Health Organization 1996; Geneva, Switzerland.

Zahavi, Dan (2003), Husserl's Phenomenology, Stanford: Stanford University Press



【附錄一】研究參與者同意書

研究參與者同意書（編號： ）

您好：

我是南華大學生死學系研究生，在魏書娥教授的指導之下，進行研究主題為：安寧護理師照顧經驗的迷思和因應歷程。在研究者為我說明本研究的、性質、方法和過程之後，我同意此一探究之研究。我知道我將參加並進行錄影、錄音及接受至少二至三次一至二小時的面對面錄音訪談。並就質性研究進行歷程與訪談內容作討論，以提供研究者進行碩士論文之研究。在參與研究過程中，我知道我可以根據個人的意願，提供我個人在安寧療護臨床過程的經驗。我知道我有權利依照我個人的自由意志揭露我個人隱私程度。同時，我也有權利在任何階段要求中斷參與研究或退出此一研究。

我瞭解在本研究中我應受到的保護與尊重，其中包括：我個人的身分和研究資料都必須加以保密，並且用一個研究的號碼會取代○○○姓名。而且，所有的資料都必須經過我的檢核後，才能列入研究報告中。在研究過程中，我個人的感受和意見應被尊重，並給予妥善照顧。在研究結束後，相關資料的處理方式也必須徵得我的同意。試驗結果即使發表，受試者的身分仍將保密。

為了研究的需要，我同意接受訪談進行過程予以錄音、錄影，為減少資料被確認的可能性，所有關於個人的研究資料，將由研究者尋求特定人員，以電腦打字的方式謄出。並且保護個人隱私的條件下，允許研究者引用錄音、錄影及訪談內容於研究報告中。

我已確實瞭解也同意本同意書所做的說明、保證與承諾。在研究過程中，如有任何問題或疑惑，我知道可以向研究者聯繫。

研究參與者簽名：（請簽名）_____

聯絡電話： —

研究者：楊小慕

聯絡住址：嘉義縣大林鎮南華路一段 55 號 私立南華大學生死學研究所

【附錄二】訪談大綱

訪談大綱

訪談大綱包含詢問訪談參與者以下內容：

- 一、請問您在醫院擔任的職務為何？
- 二、請問您目前從事護理服務年資有多久？
- 三、請問您從事安寧服務年資有多久？
- 四、請問您是否有接受過安寧療護相關課程？
- 五、請問您當初如何踏進安寧療護這個大家庭？
- 六、請問您針對須擔任在安寧療護工作的感想為何？
- 七、請問您在擔任安寧療護工作時，提供末期病患安寧照護時，在執行面有何困難？（為什麼？請說明原因！有解決方式嗎？）
- 八、請問您在擔任安寧療護工作時，最害怕的情景是什麼？（為什麼？請說明原因！有解決方式嗎？）
- 九、在個人面對末期生命之觀察中，您對照護末期病患面對生死的看法為何？
- 十、您認為在看盡死別之後，最大個感受是什麼？有什麼啟發或體會？

本研究訪談因預先提供摘要，且受訪之參與者原具社經學術基礎達一定水平，從而研究者預計一次深入訪談，即可蒐集豐厚之研究資料，或有不足方做二次約訪。研究者在訪談後將錄音或錄影逐一轉譯為逐字稿文本。

【附錄三】安寧護理師照顧經驗的迷思和因應歷程訪談逐字稿

編碼說明：第一個字母R代表：研究者；第二個英文字母代表A：研究參與者；第一個數字「1」代表訪談第一次；接著的數字「0001」代表當次訪談者所說的第幾句話；如：A10001。

日期/時間	2017/07/14 18:30			
對話編碼	本文內容	情緒/肢體表現	概念	範疇
R20007	請問您在擔任安寧療護工作時，提供末期病患安寧照護時，在執行面有何困難？（為什麼？請說明原因！有解決方式嗎？）			
D10035	我最害怕的就是…我最害怕的就是：病人當他只有一個人的時候！旁邊沒有人陪伴他！他卻選擇…這樣子離開！	眼眶泛紅 / 拳頭握緊	害怕病人 離開時， 旁邊沒有人 陪伴	害怕病人 孤單死掉
D10036	我一直希望…我一直希望給病人的感覺是…恩！我希望他覺得他不要是孤單的！我不要就是他自己一個人去獨自承受死亡！	掉淚	希望個案 不是孤單 獨自承受 死亡	孤單死掉 沒人發現
D10037	然後，我一直希望…我一	嘆氣 / 表	希望給病	陪伴個案

	直希望給病人，感覺是我們…〈停頓幾秒〉我們都會去相挺你！我們都會去幫助你！然後，我們都會在旁邊！甚至是你的家人，我一直很希望是你的家人一直陪伴著你，到你…離開！	情顯無奈	人的感覺是會一直陪伴到最後離開	到死亡
D10038	可是，如果，當我突然發現到我的病人…是在獨自一個人的時候，其實對我來說，我會很焦慮！	點頭	病人獨自一個人時，我會很焦慮	焦慮病人 孤單一人
D10039	因為我覺得那個是，我們…這一生當中最害怕的就是寂寞跟孤獨！	雙手抱胸 部	這一生當中最害怕的就是寂寞跟孤獨	害怕寂寞 跟孤獨
D10053	我還記得，我剛開始在接觸安寧護理工作時候，我也很害怕幫病人打嗎啡！	低頭	剛接觸安寧害怕幫病人打嗎啡針	害怕打嗎啡
D10054	這個也是我最害怕的！		最害怕場景	最害怕
D10055	因為我曾經有一次，在幫病人打完嗎啡，就不到…半個小時，這個病人就離	停頓	打完嗎啡沒多久就死了	打嗎啡後就死了

	開了！			
D10056	我曾經也問過我的主管說：「真的是那支針的關係嗎…？還是我打針…是因為疾病的問題？還是我打了那支針導致她死亡？」	充滿困惑的眼神	詢問主管個案是不是因為打嗎啡而死掉	迷思-害怕病人是因施打嗎啡而死亡
D10057	然後，我又覺得，他本來就會走啊！也不會因為你打了這支針，而造成她馬上死亡！		不是因為打了嗎啡的關係才死亡	人本來就會死
D10058	但是…妳知道那個時候，真的是個心路歷程！	雙手放攤 / 表情無奈	心路歷程	
D10059	後來，我去上了一些課程之後，來自不同的醫院的人去分享，他們也都會有類似這種狀況的時候，我才會開始，慢慢的比較釋懷是因為疾病再惡化，不是個人的問題！不是因為多打了那支針，病人死掉了！		與他人分享經驗，發現死亡不是因為那支針	釋懷死亡是疾病惡化
D10060	安寧其實有很多可愛的地方，但是你可能要比一般人多一顆堅強的心，你才	眼神充滿希望	比別人多一顆堅強的心	要有強壯的心臟

	可以 HOLD 住那種感覺。			
D10061	像成大醫院他們就常常辦一些治療團體或者是那種互助團體的課程，她也是希望護理人員可以去多分享…		參與相關課程，彼此分享	
D10063	因為在面對死亡這一塊，這是很多人都不願意面對的！		很多人不願意面對死亡	願意面對死亡
D10064	不管是不是在安寧病房還是其他病房，這是很多人不願意去面對的！	嘆氣		大家都不想面對

【附錄四】人體研究倫理教育訓練課程研習證書

