

南 華 大 學

生 死 學 系

碩 士 學 位 論 文

安寧團隊與安寧居家療護的橋樑——以安寧居家護理師為例

**The Bridge between Hospice Care Team and Hospice Home Care in  
Community—A Study of Hospice Home Care Nurse**



研 究 生 黃 珊 珊

指 導 老 師 魏 書 娥 博 士

中 華 民 國 九 十 八 年 六 月



## 誌 謝

南華七年的光陰，看似漫長，其實日子過得飛快，在論文完成的這一刻，許多回憶湧現上來。還記得大一新生時，第一次獨自前往雲水居晚餐，拿著筷子的右手，因陌生、焦慮而無法停止的顫抖，如今，嘉義就像是我的第二個故鄉，我喜歡這裡的純樸，安謐恬靜的環境，更重要的是，在這七年中，有許多寶貴的人、事、物，就像嘉義的豔陽一樣，滋養了我的成長。

首先，感謝過去一年半，田野觀察的單位與受訪者，感謝您們的包容與給予！

萬分感謝指導教授魏書娥老師，在研究生涯中，一路對我的關愛與照護。魏老師是一位仔細、認真的人，對於學術研究的嚴謹態度，讓我非常佩服；在指導學生的過程，細心縝密，從不吝惜的給予，不辭辛苦陪著我一同下田野的過程，我萬分的感激老師，並深受感動。魏老師對我的關懷是最讓我感念的，總是不捨我受挫所給予的無限支持與關愛，是我進行每一次田野的動力，促使我撰寫論文的決心，最終得以完成碩士論文。

感謝兩位口試委員，胡文郁老師、蔡昌雄老師，精闢、慷慨的給予許多寶貴意見，使此篇碩士論文修改更完善，感謝兩位老師的認真指教！也感謝口考當日前來支援、支持的伙伴，麗續學姐、宇呈、別玄、曉穎、寶鈴、寶鈺、旁聽的同學，因為有你們的陪伴，兩個半小時的考試，我感到很溫暖！

感謝在南華生死系所一路上提攜我的老師，慧開法師、蔡昌雄老師、何長珠老師、蔡明昌老師、李燕蕙老師、永有法師。感謝有您們的教導，以及無限的包容，讓我在這七年的求學旅途，充實了學識並獲得成長。

感謝七年一路陪伴，一同學習、成長的朋友，別玄、曉穎、愛佳、小薇，從相遇到相知的宇呈，以及研究所階段，在魏門彼此依靠、互相打氣的麗續學姐，還有大學部的小學妹們，好俐、琬真、治儀、怡芳…謝謝你們在討論課堂上的回饋，以及贈送的錄音筆，助了我在田野的一臂之力！還有明昭學姐的經驗分享、玉枝姐的挺力相助！

最後，感謝我的爸爸、媽媽，對我的栽培與支持，無限的包容與無盡的慈愛，讓我無後顧之憂的完成在南華七年的求學階段。感謝妹妹阿蝦的鼓勵與分享，在姐姐論文進行的各階段，皆給予許多的幫助，也彼此共同成長。我將此篇小小的成就，回饋我的家人—獻給你們！

## 摘 要

研究者源於對當前安寧資源體系的關注，聚焦於安寧居家照護的社區醫療服務，對安寧居家的主要工作者—安寧居家護理師，進行安寧居家落實歷程以及安寧居家護理師的角色探討之研究。進而探討，安寧居家照護落實社區醫療服務的相關條件與歷程、以及安寧居家護理師在安寧團隊與社區安寧照護中所扮演的橋樑角色。本研究採用質化研究。以嘉義地區附設有安寧居家療護服務的醫療單位，作為組織背景、社區醫療服務的單位；落實安寧居家照護工作者—安寧居家護理師為主要研究的對象。資料的蒐集採參與觀察與訪談的方式，以動態參與、實地觀察安寧居家護理師的工作服務內容/流程、觀察安寧居家護理師與病患和家屬之間的互動、與安寧團隊的合作關係。透過訪談，蒐集安寧居家護理師的工作經驗、資源配置、以及安寧居家護理師在安寧團隊中的運作情形等歷程與感受。

關鍵字：安寧團隊、安寧居家療護(Hospice home care)、安寧居家護理師、

社區醫療服務、橋樑角色

## **Abstract**

Researchers from the current concern about the hospice resource system, focus on the hospice home care in community medical services, according to hospice home care main workers- hospice home care nurse, to carry the course of the implementation of hospice home care, and to explore the role of hospice home care division. Further explore the implementation of hospice home care services, community health-related conditions and progress, as well as hospice home care division in the role play with the palliative care team and the community care. This study used qualitative research. According to Chiayi area have hospice home care services medical units, as the organizational context, community medical services units; the implementation of hospice home care workers - hospice home nurse as the main object of study. Collect information found in the observation and interviews, with participate in dynamic, observation of hospice home care services division of the work / process, observe the interaction between the hospice home care nurse with patients and their families, and the interaction of cooperation with the hospice team. Through interviews, collection of the hospice home care nurse work experience, and the allocation of resources, as well as the hospice home care nurse work progress and feelings in the hospice team.

Key words: hospice care team, hospice home care, hospice home care nurse,  
hospice home care in community services, bridge role

# 目 錄

## 第一章 緒論

第一節 研究背景	1
第二節 研究問題	4
第三節 研究目的	5
第四節 名詞解釋	6

## 第二章 文獻探討

第一節 安寧運動的啟蒙與安寧居家的起源	7
第二節 安寧居家療護在台灣背景與發展	13
第三節 臺灣安寧居家照護資源的社區服務	17
第四節 安寧居家的照護型態	19
第五節 安寧居家護理人員的角色相關探討	28
第六節 安寧團隊在居家安寧照護的運用	33

## 第三章 研究設計與實施

第一節 研究流程	35
第二節 研究方法與策略	36
第三節 研究對象與研究場域	37
第四節 資料蒐集與研究工具	40
第五節 資料的分析與處理	47
第六節 研究嚴謹度	52
第七節 研究倫理	53

<b>第四章 嘉義地區安寧居家照護服務的分析與討論</b>	<b>55</b>
第一節 嘉義地區安寧居家照護的配置情形	56
第二節 嘉義地區安寧居家照護模式現況	78
第三節 安寧團隊與安寧居家的互動模式	89
第四節 安寧居家護理師所扮演的橋樑角色	112
第五節 安寧居家護理人員情感秩序	115
第六節 嘉義地區的安寧居家照護體系的特色	122
<b>第五章 結論與建議</b>	
第一節 研究發現	127
第二節 研究建議	131
第三節 研究限制	133
第四節 研究反思	134
<b>參考文獻</b>	136
<b>附    錄</b>	
附錄一、半結構式訪談大綱	140
附錄二、修改過後的訪談大綱	141
附錄三、研究日誌範例	142
附錄五、訪談稿編碼範例	145
<b>圖目錄</b>	
圖：2-2 安寧照護中醫師、護理人員的角色	28
圖：2-3 安寧護理人員的角色—六個要素	29

圖：3-1 研究流程圖	35
圖：3-2 研究場域資料蒐集流程圖	40
圖：3-3 第五層的系統整理範例圖	50
圖：3-4 第六層的系統整理範例圖	51
圖：3-5 第七層系統整理。研究架構的產生	51
圖：4-1 研究架構圖	55
圖：4-2 安寧居家療護收案轉介流程	63
圖：4-3 嘉義地區安寧療護方案轉介流程	64
圖：4-4 安寧居家訪視流程圖	67
圖：4-5 安寧居家訪視行程(訪次)規劃	69
圖：4-6 安寧居家訪視內容	70
圖：4-7 病患來回往返病房與居家的照護模式	87
圖：4-8 安寧照護的互動模式	89
圖：4-9 安寧居家照護靶心圖	122

## 表目錄

表 2-1：台灣地區安寧療護居家照護單位	14
表：2-2 癌症患者的受苦範圍	22
表：2-3 安寧居家照護的特殊問題	23
表：2-4 居家照護的必要設備	24
表：2-5 家屬在家照護中最普遍的恐懼項目	26
表：2-6 安寧護理人員與互動對象的多重角色	30

表：3-1 參與觀察與受訪者基本資料.....	37
表：3-2 嘉義地區安寧居家資源配置情形 .....	39
表：3-3 嘉義地區安寧居家參與觀察與訪談次數總表.....	44
表：3-4 第一層的系統整理範例表.....	48
表：3-5 第二層的系統整理範例表.....	49
表：3-6 第三層的系統整理範例表.....	49
表：3-7 第四層的系統整理範例表.....	50

## 安寧團隊與安寧居家療護的橋樑—以安寧居家護理師為例

### The Bridge between Hospice Care Team and Hospice Home Care in Community—

### A Study of Hospice Home Care Nurse

## 第一章 緒論

### 第一節 研究背景

台灣地區，自 1971 年來，癌症已經躍居國人首位死因，據行政院衛生署(2008)的統計資料，惡性腫瘤二十七年來始終位居於台灣地區主要死亡原因第一位，且死亡人數年年增加，儘管罹患惡性腫瘤的年齡有下降的趨勢，隨著人口老化的社會結構變遷，癌症死亡年齡的中位數也漸漸攀升。對於無法完全治癒的末期重症病患而言，縱然現代醫療與科技的高度發展卻無法再給予治癒的可能，他們的醫療照護目的已不再是治癒疾病來延長生命，相反的，應該要在醫療的照護與協助之下，強調緩解、免除病患因重症所引發的身體上的疼痛，並且在心理上提供支持，在靈性上給予協助，給予整體的人性關懷照護服務，最終達成提升病患的生活品質、生命尊嚴，以及死亡尊嚴等任務。安寧緩和醫療照護，即是上述提供末期重症患者應有照護的醫療體系。

在安寧療護理念的推廣之下，國內近幾年的醫療院所將近 40 多家醫院已擁有（或者附設）安寧療護的資源，可供現今罹患癌症者有更多的資訊與資源進行治療與提供照護的需求。此外，台灣安寧緩和醫療的模式，除了漸趨發展本土化，在未來也必須落實於基層中，以社區為單位，推廣安寧緩和醫療的相關訊息與理念，並將醫療與社區資源整合，建立照護資源與協助的機制。然而，在當前安寧病房資源仍不足夠對應需求的情況，以及現今努力推動社區化的發展趨勢，安寧居家的照護資源成為當前及未來安寧資源體系中的重要選擇。

安寧居家的照護，是來自於英國的醫療文化體系，始於 1967 年桑德士(Cicely Saunders)醫生的倡導，以全人照護的理念，並結合不同專業的工作人員，將病患的照護與生活場域，從醫院回到家中，讓病患在熟悉的生活場域中，仍能保有適當的醫療照護，並可以在至親至友的陪伴下，走向臨終。醫療照護專業人士提供至病患家中的服務現象，將醫院的照護帶入家中的照護，擴大了醫療的服務範圍，使病患整體的照護時程得以延續，更可以使病患生活品質與功能性的健康狀況達到提升，推助癌症患者的生活照護品質。然而，國外開始對於居家照顧的重視，始於人口的高齡化所帶來的現象，疾病類型的改變加上高齡化，加上國外對住院天數的限制、醫療的高開銷，因而提點出居家照護的重要性。臺灣的情形，安寧緩和療護運動肇始於 1983 年趙可式博士推展「末期癌症病人居家療護」方案的居家訪視，在 1985 年到 1987 年間，台灣對末期病患的照顧即是以居家照顧的方式開始實行，然而，當時「安寧」此一名詞尚未被提及，直至 1987 年，馬偕紀念醫院首先組織的安寧照護小組以安寧為命名，並在 1990 年開設安寧病房成為臺灣第一所安寧住院單位 (賴允亮，2004)。自 1995 年，政府單位開始重視安寧療護的需求，因此，開始推動安寧療護的政策與給付，1996 年『居家安寧療護試辦計畫』通過實施後，實際提供服務的安寧居家療護機構快速增加，並給予健保的給付(趙可式，2008)。隨著高齡化與疾病類型的轉變，台灣地區對安寧居家照護的需求日益增加，然而，當前安寧居家照護的發展，仍然受到許多因素的阻礙，不僅是從醫療體系上與資源缺乏的問題，亦包括病患其家屬對安寧居家照護的認知與接受度。

目前臺灣地區安寧照護的現況，是以安寧病房的照護模式為主，輔以安寧居家的服務，然而，安寧病房所提供的照護資源，不足以滿足照護需求的情形下，安寧居家所提供的服務與資源漸趨重要性。安寧居家照護不僅可以緩解病房資源不足的情形，同時亦提供安寧住院病患出院後的持續性照護，提供病患及其家屬不同照護的需求。然而，帶領末期照護的臨床護理走出醫院，對護理服務是一種

挑戰，有系統的居家護理服務可使病患得到適切的持續性照護，降低醫療資源的浪費，減輕家屬在醫療花費上的負擔，使病患能在家中得到善終。而安寧居家護理師，即是將此種護理服務走出機構的主要專責照護員，更是安寧居家照護體系的重要角色，是安寧居家照護最主要的訪視者，亦是落實社區醫療、安寧緩和醫療照護的主要參與工作者，更是安寧團隊中的一員。安寧居家護理師的專業養成、落實安寧居家的服務歷程，對安寧照護體系中的社區照護相當具有貢獻與重要性，肩負起醫院的社區醫療代表落實在社區的居家照護服務。因此，安寧居家護理師在醫院、安寧團隊當中扮演著什麼樣的角色、功能，如何落實安寧居家的社區醫療服務，在當前安寧緩和照護體系中是值得深入探討的議題。研究者源於對當前安寧資源體系的關注，聚焦於安寧居家照護的社區醫療服務，對安寧居家的主要工作者—安寧居家護理師，進行安寧居家落實歷程以及安寧居家護理師的角色探討之研究。

## 第二節 研究問題

目前臺灣地區關於安寧居家的碩博士論文尚未有專篇論文進行探討，對於安寧居家的社區落實與安寧居家護理師角色之研究，國內的文獻多以護理、醫學雜誌、醫護期刊等臨床實務上的看法與個案報告方式來呈現，甚少有社會學、生死學面向的文獻探討，因此，臺灣地區的安寧居家的發展與落實概況，以及安寧居家專業人員的角色定位，尚待本論文的研究與討論。此外，國外的安寧居家行之有年，英國為最早開始進行安寧居家的國家，後引進美、日等地，各國的安寧居家的發展與落實，在引進當地後皆有不同的影響與發展走向，借國外的安寧居家文獻來綜觀國外安寧居家的發展將有助於臺灣安寧居家的脈絡之對照，亦可做為臺灣地區安寧居家未來發展的參考依據。因此，國外的安寧居家發展現況、臺灣地區的安寧居家相關文獻，將在本論文中進行文獻的回顧。

而在臺灣地區的安寧居家護理師，執行的照護工作型態相較於安寧病房的護理人員有許多不同之處。安寧居家護理師必須離開醫院、離開所屬單位，帶著基本醫療設備與衛材到病患的家中進行照護與評估，除此之外，在安寧居家護理師的工作執行中，安寧團隊的介入情形在病房與病房以外的運作和互動也有不同。加上臺灣地區的醫療近年來開始倡導並推動基層，即是以社區為單位，進行社區的醫療設立與網絡聯結。安寧居家照護的醫療服務，在基層的落實中扮演重要的角色，給予社區醫療發展相當大的助力。因此，臺灣地區安寧居家的社區醫療服務之推動與條件、以及相關的專業人員訓練、社區民眾的教育和宣導，皆是需要受到重視的議題。然而，臺灣地區安寧居家的配置條件必須因應當地社區的需求情況，以及配合區域醫院的發展條件，尚有種種有關制度、體制的因素影響著落實情形。因此，臺灣地區的安寧居家社區醫療服務等條件以及落實的狀況，亦成為本研究討論的內容。

### 第三節 研究目的

本研究的研究目的有以下三項：

1. 安寧居家落實歷程以及安寧居家護理師的角色研究。
2. 安寧居家療護所提供的資源是否滿足醫院病房以外的社區安寧照護需求？
3. 安寧居家護理師在執行與推動工作時，可能受到安寧團隊運作的哪些影響？

#### 第四節 名詞解釋

##### **安寧居家療護(Hospice home care)**

安寧居家療護是指病患在渡過疾病急性期，病情穩定後返家療養，由安寧醫療專業人員及團隊(安寧居家護理師、醫師、社工師、志工、關懷師等)，以全人、全家、全隊、全程、全社區的安寧理念至病患家中訪視，除了對病患做專業的症狀評估與處置外，訪視過程中將教導家屬或主要照顧者如何在家照護病患，並陪伴病患及家屬面對死亡的調適。

##### **安寧居家護理師**

安寧居家護理師是落實安寧居家照護服務的主要工作者，是代表醫院、單位、安寧團隊進入社區從事醫療服務的專業人員。提供在家休養的安寧居家病患身、心、靈、社會層面的照護與專業評估，並擔任家屬、主要照顧者平日照顧安寧居家病患的一般照護衛教、瀕死衛教，給予病情的解釋與諮詢。

##### **社區醫療服務**

本研究的社區醫療服務指嘉義地區安寧居家照護資源中的安寧居家訪視服務範圍，即為嘉義地區的醫療社區服務範圍，界定在嘉義地區各醫院附設有安寧居家單位所設定的安寧居家訪視範圍（嘉義縣市地區、與臨近嘉義地區的部分雲林縣、台南縣地區），做為本研究社區醫療服務的主要範圍。

##### **橋樑角色**

本研究的橋樑角色定義為，安寧居家護理師在安寧居家照護的各層互動模式面向中，與參與其中的對象之間所發生的連結，以及安寧居家護理師在互動模式中，所衍生出來的不同角色型態。研究者對安寧居家護理師連結角色，給予象徵的意向，因而提出橋樑角色的概念。

## 第二章 文獻探討

### 第一節 安寧運動的啟蒙與安寧居家的開始

#### 一、英國安寧運動的啟蒙

安寧運動的前階段，為 1960 年在英國和愛爾蘭僅有少數的長期設置的天主教安寧院，在倫敦則有附設有居家和病床專門為癌症患者所建立的英國國家的癌症醫院。直到 1967 年聖克里思多福安寧院(St Christopher's Hospice)在辛德納姆(Sydenham)的開幕，才象徵性的被提及為安寧運動的開展。此運動的真正開展的全盛期可追溯至前 1970 年代至 1980 年代晚期。始至聖克里思多福安寧院(St Christopher's Hospice)的開啟所後續增加的安寧運動的發展與增快的速度，有來至於一系列轉變的原因，來自於有選擇性的臨終型態(James& Field, 1992)。

疾病類型的轉變與死亡地點的改變型態。在 1960 年代時期的人口統計學研究，英國男人與女人的平均壽命提升至分別是為 66.2 歲與 71.2 歲，其中，傳染性疾病的死亡已可完全被排除，相對的以循環系統疾病、呼吸系統疾病與腫瘤，往往彼此相互關聯的退化與變質的影響而導致死亡。死亡發生的地點也漸遠離了社會的注視而趨向在機構的死亡，因此在 1965 年，在聖克里思多福安寧院(St Christopher's Hospice)開幕前，62%的死亡是發生在醫院，且數量持續的在上升。然而，儘管大多數的死亡發生在醫院中，但主要的臨終照護仍在家中進行。事實上，在 1960 年代，當時大部份的英國人其瀕死與死亡的情境大部份皆圍繞在老年人口，比起急性的健康問題，長期慢性疾病的影響甚大，往往是生活在家中，儘管其間在機構中的死亡尚不斷的攀升中。當時這些死亡地點轉變的發展，形成許多的壓力在無酬勞的、非正式的照護者上(James& Field, 1992)。

醫療的改變本身也是為其型態的原因。從早期醫治普遍流行性或傳染性疾病，解放到對免疫生物學的研究與後期高科技的介入，「醫療現代化」開始關注

轉向於疾病本身而非患病的個體，如此對立的影響在社會進程中被描述為「醫療化過程」(James& Field, 1992)。當時醫療院所主要的處治關注皆在於對疾病的醫治與挑戰，而非對於末期病患的整體照護。因此，在安寧運動的前階段，此種影響的因素在早期階段的安寧發展進程中，渴望發展安寧的運動與設置，來改變當時醫療對於癌末所帶來的巨大疼痛、無力感，以及當時對死亡的害怕與焦慮。為的是能在末期的臨終過程中，不僅得到醫療上的照護，更需要靈性上的關懷。

教育的普及與發展在 1960 年代至 1970 年代之間漸漸興起，亦有助於人們轉而能夠接受與選擇去維護健康，並且開始有了照護以及死亡相關觀念。進而產生了一種普遍觀點，關於癌症的死亡的範疇。如此提高了人們對於癌症死亡的談論意願，不論是在於老人或小孩，皆有助於支持從事末期相關工作的專業人員的需求(James& Field, 1992)。

在 James 與 Field 於 1992 年的研究，綜觀早期安寧運動的發展條件，有著四種條件元素。首先，來自於 Cicely Saunders 的角色，首先開展了聖克里思多福安寧院(St Christopher's Hospice)，引發起當時唯一在於安寧的道路上的視域，其間當代的對立抨擊、醫療的處境，帶來了許多的評論，反而引發了對安寧的關注。除此之外，該時期對於靈性議題的重要性，加強推動了安寧運動的理念，促進安寧的設置發展，包括了：居家照護、日間照護、專業人員的培訓，以及院內的照護相關等。安寧團隊的議題也因此開始被討論。最後則是反對的公眾討論，最常被抨擊的焦點在於安寧的體系在國家的健康照護體系之外。因此要開始強調教育、教學、以及訓練的制度。其反對的理由也成為安寧運動的重要反思與發展重點，因此亦增進安寧運動的蓬勃發展。

1992 年的安寧運動已經成為當時末期照護服務最重要並且是當時醫療服務的主流，首要提供癌末病患在親人身邊能在家中接受照護，以及接受院外的診斷，亦設置有日間照護和院內照護。關於安寧活動的方面在教育與訓練上也同樣

的受到重視，還有田野的研究在於疼痛的減緩研究上以及在於理論的支持的基礎上。由於英國安寧運動的啟蒙與成功的發展，提供給人們一個如何在臨終時可以受到完善照顧的藍圖，亦提供給其他正在發展或尚未發展安寧運動的國家為借鏡與楷模。

## 二、美國的安寧運動及其演變

美國的安寧運動立基於英國的安寧啟蒙，而創立聖克里思多福安寧院(St Christopher's Hospice)的 Cicely Saunders 對美國的安寧運動造成很大的迴響。美國的安寧計畫就取自聖克里思多福安寧院(St Christopher's Hospice)的經驗，作為他們的準則與靈感。儘管特殊的設置、服務內容、及工作人員的範圍相當廣泛，他們仍擁護英國的安寧哲學與目標，包括理念與基本的特徵：管理身體的、社會的、心理的，以及靈性的症狀；調和居家與病房的照護為安寧落實的中心；將家屬納入照護的單位；由各個學科組成的團隊包括志工提供照護的服務；有工作人員組織的支持與溝通的系統；重視病患的基本需求而非回饋的能力(Paradis & Cummings, 1986)。

美國安寧的源起，最為人所知的或許是來自於 1974 年於 New Haven 服務多年的居家照護計畫 (Paradis & Cummings, 1986; Stjernswärd & Clak, 2004)。另有文獻指出是當地宗教的喚起以及安寧療護在加州(California)的蓬勃發展。最早在 1970 年代由少數的團體開始著手計畫，大多是自願連結為一起的大眾團體組織，還有地方的政府與第三政黨的價值標準，以及醫療的方案管理與鑑定，加上聯邦政府的同意與執行力量，是現今美國安寧體系的主要支配力量(Osterweis & Champagne, 1979)。

早期的美國安寧是由於需要理想化的進行溫和的改革與創建醫療機構，企圖去改善當時的醫療照護系統，轉向為一個主要提供安寧療護的醫療系統，現在有

超過半數的安寧療護與居家健康代理機構、醫院、或護理之家連結(Paradis, Cummings, 1986)。

美國的安寧運動的起源是來自於對人將臨終時的非人性的醫療系統的反應，因為其在癌症的相關的治療是為不成熟的醫療體系所造成的無效減緩癌末所帶來的劇痛與不舒適。其挑戰來自於傳統醫學和檢驗對臨終照護的給予與品質，早期安寧的擁護者們開始關注於此，基於人道主義與整體論，同樣關注病患及家屬的生理與社會心理面向。美國的安寧運動的歷程是由模仿開始，其次為強制及規範，相較於首先開展安寧運動的英國，英國主要是採以規範做為安寧設置的開始，後續才為模仿與強制為其歷程(Paradis, Cummings, 1986)。雖然聖克里思多福安寧院(St Christopher's Hospice)首創了安寧療護的照顧模式，但是 Cicely Saunders 認為聖克里思多福安寧院只是一個適當照顧的案例，而非唯一該模仿的範例，因此，當安寧療護在不同國家或區域的發展，必須因應當地的人文環境與制度條件，去發展其在地化的照顧模式與原則(魏書娥、許煌汶、林姿妙，2004)。

### 三、日本的安寧緩和照護

在日本，超過半數以上的日本人希望能在家善終，然而，以居家為基礎的緩和照護的照顧系統成長相當緩慢。1990 年第一個政府批准的 hospice(GAH)與緩和照護單位成立並開始運作，安寧緩和醫療照護正式納入健康保險。在 2000 年 12 月 31 日，GAH 設立的數量增加到 86(1590 張床)。GAH 機構的設立，有 62% 納入居家照護服務以及 91% 提供安寧醫生的安寧照護服務。另外，72% 提供團隊照護與護士為居家照顧的基礎。為了讓安寧照護(包括居家照護服務)的設立在日本成為在各個地區最適合的照護方式，GAH 機構必須擔任起他們在各地區的重要推動角色。GAH 要達成當中的目標之一以及建立醫療服務的任務，是在日本開發有系統的安寧居家照護服務計劃，除了包括居家照護服務，並建立安寧照護單位和病人的門診服務(Ida, Miyachi, Uemura, Osakama & Tajitsu, 2002)。

日本當前使用安寧照護的人口比例，大約 1:1.5 百萬，相當於平均每 80,000 人使用一張安寧照護病床。這項 GAH 機構的研究報告，勘測 1995 至 2000 年的期間接受 GAH 照顧的癌症患者，在安寧照護單位和居家的死亡數量，並且確定安寧照護居家的服務的狀況。研究報告指出，接受 GAHs 照料於 2000 年死亡的患者比例：安寧照護單位 97.7% 和居家是 2.3%。在 2000 年，GAH 照護的患者(包括住院病患和居家病患)死亡人數佔總癌症死亡人數的 2.6%，自 1995 年以來增量 3.8 倍。雖然如此，在 2004 年的調查，僅有 6% 的癌末患者的死亡是發生在自家中，而超過 90% 的死亡則是發生在醫療機構(Miyashita& Sato& Morita& Suzuki, 2008)。

#### 四、安寧居家的開始

居家照護最早的源起是來自於英國的醫療文化體系，始於 1967 年在桑德士醫生(Cicely Saunders)的理念與提倡之下，嘗試以全人照護的理念以及結合不同專業的工作團隊，為了給予癌末病患在癌症的患病過程中得到完整且舒適的照護，以及讓家屬做更多的死亡準備，將病患的照護與生活場域從醫院回到了家中，讓病患可以在熟悉的生活場域中仍能保有適當的醫療照護，並能在家屬的陪伴下走向臨終的階段(程紹儀、李龍騰，1997；)。而宋珮文(1997)的研究指出國外開始對居家照顧的重視，始因於人口的高齡化，以及國外對醫院住院的日數的限制與醫療的高開支，消費者的意願漸趨於在家中接受居家照顧的醫療照護。

目前每年超過 58 萬人的死亡發生在世界各地，53% 為 60 歲以上的老年人口。預期 2030 年，全球的死亡人口數每年將上升為 74 萬人，伴隨著戲劇性的轉移由老化而導向慢性疾病。許多的已開發國家的主要死亡發生地點的發生是在醫院中，相互違背了人們的期望。為此 WHO 發展國際的建議在計畫朝向生命終點的照護上，回應了在病患選擇照護及死亡的地點。在美國、澳洲、加拿大等國家，已經有越來越多的人們在家接受末期的照護，並且在家臨終。然而，仍有些國家

例如，義大利和日本等國家仍然堅持在醫院、機構中渡過(Gomes & Higginson, 2008)。總體來看，未來 30 年的發展，死亡的地點將漸趨向在家的死亡，此情形目前以英語系國家為多，然而，隨著居家末期照護在全球的推展，未來在家的長期照護、末期緩和照護以及死亡地點的改變，朝向生命終點的在家照護的擴展勢在必行(Agar& Currow& Shelby-James& Plumme& Sanderson& Abernethy, 2008)。

因此，擴展緩和照護至在家的照護，亦使得病患偏好在家死亡的選擇，這些重要的議題更需要一組團隊去確保在其間可能發生問題的病患，亦必須有更多的溝通、協調在此團隊當中。安寧居家療護即是以團隊的運用並採以安寧居家照護的理念，提供癌症末期病患返家後的積極性的症狀緩解，以及協助家屬的一種支持性、持續性和個別性的服務，而安寧居家護理人員必須要增進覺知在於有功效的，以及適合的安寧居家照護服務行為上的確立(Sullivan & McLaughlin& Hasson, 2005；Mason& Ellershaw, 2008)。

## 第二節 安寧居家療護在台灣的背景與發展

臺灣地區的安寧病房首由宗教相關醫院設置，在 1990 年，馬偕醫院正式成立國內第一家安寧病房，由醫師、護理人員、社工、以及神職人員組成團隊，共同加入全面為癌症病患服務的照護系統。其次由學術相關公立醫院推動，後有財團法人營運為主體的醫院跟進。在臺灣的醫療文化及社會背景下，臺灣安寧緩和療護的發展脈絡，各醫院大都以建立安寧病房為基地，進而發展居家療護或其他病房的照會模式(賴允亮，2004)。

台灣地區的安寧緩和醫療得以開展的主要支持力量來自基督教的安寧照顧基金會、佛教蓮花臨終關懷基金會、以及天主教康泰文教基金會。政府單位方面，行政院衛生署於 1995 年開始支持並輔導相關的服務機構與社會團體，包括有 1995 年創會的台灣安寧照顧協會，以及 1999 年創會的台灣安寧緩和醫學學會。三個基金會加以兩個民間學、協會，輔以政府的督導與協助，彼此常常整合及分配資源，使台灣的安寧發展在亞太地區獲得肯定。然而，現有的醫療制度與保險體制，一直是影響台灣地區安寧照護體系現實營運的問題背景因素(賴允亮，2004)。

來自台灣安寧照顧協會的調查與整理，截至 2008 年 8 月 12 日止，目前臺灣地區附設有安寧病房的單位共有 40 家，附設有安寧居家照護服務的單位有 52 家，附設有安寧共同照護服務的單位則有 38 家。分別以北區、中區、南區、東區，共四區來計算。其中安寧居家的照護服務，北區與南區各計有 17 家，中區計有 11 家，東區則最少共計有 7 家的單位(表 2-1)。

臺灣安寧療護所提供的服務量，遠不及當前的需求量，然而，國內接受安寧病房與居家照護的人數卻普遍偏低，雖然安寧療護的理念已經漸漸推動受國人接受與重視，但是，民眾對於接受安寧照護的認知與實際對於照護的接受度，尚

有明顯的落差有待安寧團隊的推動與努力。癌末病患在醫院住院當中所花費的醫療資源，已無法再增進病患的舒適感，反而造成過多的醫療資源的浪費。事實上，安寧居家照護有較大的成本效益，同時也提供住院意願低的病患得到應有的照護和尊嚴，亦可緩解家屬的焦慮及提供喘息的機會，更重要的還是給予癌末病患回到家中，在親人的照護以及在熟悉的生活場域中，完成病患在家往生的心願。

表 2-1：台灣地區安寧療護居家照護單位

地 區	提供安寧居家照護單位名稱	總 計
北 部	台大醫學院附設醫院、台北榮民總醫院、台北市立聯合醫院忠孝院區、和信治癌中心醫院、三軍總醫院、國泰醫院、台北醫學大學附設醫院、萬芳醫院、馬偕紀念醫院、天主教耕莘醫院、恩主公醫院、亞東醫院、慈濟綜合醫院台北分院、桃園榮民醫院、行政院衛生署新竹醫院、臺安醫院、新光醫院	17 家
中 部	中山醫學大學附設醫院、台中榮民總醫院、中國醫藥大學附設醫院、行政院衛生署台中醫院、澄清醫院中港院區、澄清醫院 平等院區、光田綜合醫院、彰化基督教醫院、秀傳醫院、埔里基督教醫院、衛生署南投醫院	11 家
南 部	天主教若瑟醫院、嘉義基督教醫院、天主教聖馬爾定醫院、嘉義榮民醫院、慈濟醫院大林分院、成功大學醫學院附設醫院、新樓醫院、行政院衛生署台南醫院、奇美醫院永康院區、奇美醫院柳營分院、高雄榮民總醫院、天主教聖功醫院、高雄醫學大學附設中和紀念醫院、高雄市立小港醫院、長庚紀念醫院高雄院區、屏東基督教醫院瑞光院區、民眾醫院	17 家
東 部	蘇澳榮民醫院、羅東聖母醫院、花蓮佛教慈濟綜合醫院、基督教門諾會醫院、馬偕紀念醫院台東分院、台東天主教聖母醫院、國軍澎湖醫院	7 家
備 註	1.本表格的資料整理來源為，台灣安寧照顧協會—全國安寧療護資源完整分佈，2008年8月12日的更新。	

根據 Doyle(2004)在國外的研究觀察到的情形與臺灣的情形一樣，社會的態度也漸漸的改變了，近年來的數據報告指出，越來越多的病患認為不一定最好的

照護就必須是在醫院，醫院所提供的居家照護亦可以提供良好的照護服務，病患的意願也越傾向在家人與臨近友人的陪伴與生活走向死亡。

臺灣的情形，安寧緩和療護運動肇始於 1983 年趙可式博士推展「末期癌症病人居家療護」方案的居家訪視，在 1985 年到 1987 年間，台灣對末期病患的照顧即是以居家照顧的方式開始實行(賴允亮，2004)。1995 年，政府單位開始重視安寧療護的需求，因此，開始推動安寧療護的政策與給付，1996 年『居家安寧療護試辦計畫』通過實施後，實際提供服務的安寧居家療護機構快速增加，並給予健保的給付(趙可式，2008)。臺灣居家照護的真正發展始於 1987 年，此後的成長也由於高齡化以及患病的照顧需求比較起以往的需求更多，也因此居家照護的護理人員與相關的辦理機構漸增，1995 年時，臺灣地區僅有 38 處的代理機構，而到了 1999 年 7 月，則增加到了 221 處的代理機構(Yeh & Wen，2001)。隨著政府的支持，1996 年安寧居家照護列入國家健康保險的編制當中，衛生署與健保局推行「安寧居家療護試辦計畫」，開始了推展安寧療護業務，健保局也早在 2000 年開始，辦理住院安寧療護納入健保給付試辦計畫，當年計有十五家醫院參與，另外，尚有二十五家醫院參與「安寧居家療護納入全民健保試辦計畫」，提供安寧居家療護服務，同年，全民健康保險局特別為安寧療護編入了院內照護服務的每日給付計畫 (Chen, Chung, Lai & Chao, 2001)，至 96 年 12 月止，現與財團法人中華民國（臺灣）安寧照顧基金會簽訂合約的醫院共有 62 家，共同為推動安寧療護及提供安寧服務而努力。

當前臺灣的居家安寧療護的漸進發展，仍面臨到許多的因素而受到阻礙，程邵儀與李龍騰(1997)提出三個方面來探討其因素：

- 一、 醫護方面：由於安寧居家照護體系的支援系統、專業培訓尚未發展完全，並且未完全根植於我國的醫療文化中，民眾較不優先考慮使用居家的照護資源。此外，當前的安寧居家照護除了少部分的院所提供 24 小時的

on-call 服務外，大多數的院所礙於人力制度的有限，無法提供 24 小時的 on-call 服務，協助緊急狀況處理，若緊急狀況發生仍然要遵循急診模式來解決。最後，病患與家屬相對於居家護理人員較習慣也依賴於病房的醫護人員的照護，若無與安寧居家小組建立關係，較易產生排拒與不信任感(程邵儀、李龍騰，1997，頁 218)。

二、 家屬方面：家屬一般缺乏照護訓練，若要接受安寧居家的照護，往往缺乏經驗以及安全感，必須要依賴護理人員的主要照護與協助。現代社會的家庭結構的改變，亦影響了主要照顧者的改變，照護者的選擇成為家屬的重大考量，家屬有時必須為了照護病人必須要被迫辭去工作，照護的工作也成為家屬精神與體力上的負擔。病患的居家照護往往也需添置在家療護的器材，如氧氣、抽痰機等等耗費甚鉅，此外，家屬更擔心病患在家死亡時的無助與死亡的處理(程邵儀、李龍騰，1997，頁 217)。

三、 病患方面：病患擔心拖累家屬造成家屬的困擾，因此寧願選擇在醫院接受照護並在院內過世，也擔心若有突發狀況，家屬不知該如何處理，造成病患本身心理的不安與焦慮(程邵儀、李龍騰，1997，頁 217)。

縱觀上述的臺灣居家安寧發展的困難因素，不僅是從醫療體系與資源的問題，也包含病患及家屬對居家安寧療護的認知問題，安寧居家的相關專業照護人員的專業培訓與技術養成，亦為同等重要的影響因素。

### 第三節 臺灣安寧居家照護資源的社區服務

臺灣地區的安寧居家的推展除了基層不斷的努力推動，真正的開展得力於政府的支持與重視，衛生署將安寧居家療護視為日後安寧療護的主要類型，而全力的推展，在 1996 年 7 月起與國內多家醫院簽約，加入全民健保給付的範圍，促進安寧居家的推動與落實。然而，社區民眾對安寧療護的認知程度及選擇考慮因素，是影響臺灣地區安寧療護的相關運用的重要因素，內政部與台大等醫院曾做過相關調查與研究，表示國人有一半以上的人希望能「壽終正寢」，可見「安寧居家療護」的重要，但卻因對安寧居家的「認知不足」而使得推動有其困難，黃惠美(2005)等人即針對台中地區的社區民眾對安寧療護認知的調查，表示應加強社區民眾對安寧療護的瞭解與生命教育的推廣。黃建勳等人在 2005 年的研究指出，安寧居家療護模式在都市常是窒礙難行，此外，部份醫院雖有成立安寧諮商小組，但如有需其他科別一同會診的專業諮詢，往往不容易邀請到跨科別的醫師共同會診。在民眾的部分可顯現東方文化中家族主義與醫療的父權主義對個體的主宰性強，也由於對病情或緩和醫療的資訊瞭解不足，可能使得病患居於被動的角色，喪失了自主權，在病情告知的部分，也是國內緩和醫療病房護理人員常面臨的倫理困境，不僅病患本身的認知不足，醫療護理人員也需常面對認知與告知的兩難。

行政院衛生署國民健康局為使安寧緩和療護的理念普及化，也為了改進國人對安寧等於等死的負面想法，於 1993 年起分別辦理「醫療機構推廣安寧緩和療護宣傳計畫」，期盼宣導能夠喚起民眾以及醫事等相關人員對安寧緩和的重視與瞭解(許煌文、張俊郎，1994)，在 2005 年國民健康局更制定了國家癌症防治五年計畫，期盼在五年內將國內癌症之治療步上正軌，其中就有積極推廣安寧緩和醫療提升病人的生活品質策略，以及提出建立區域癌症防治網。

在進行社區的安寧居家照護，社區醫師的角色提出了許多的綜合參考(程邵

儀、李龍騰，1997，頁 215)：1.首先是具備 24 小時的 on-call 制度，結合住院與居家的安寧療護體系，亦可以提供病患及家屬絕對的安全感及完整的醫療的服務協助。2.需具備良好的症狀控制能力以及為每一位病患擬定照護計畫，可以減緩病患不必要的不適與疼痛，提升病患及家屬的生活品質，減輕負擔。3.熟知該如何運用護理資源，以及適時召開安寧居家療護小組會議，使得安寧團隊的運作適時發揮。4.需知如何與其他專業醫師進行商討與協助病患的處置與評估。5.瞭解病患及家屬的家中情緒與社會需要，並給予主要照護者的心理及社會支持。6.為病患及家屬做哀慟輔導及後續關懷。就醫師的經驗，在安寧居家的照護，必須要具有人性與彈性、持續的照顧、團隊合作、推廣與堅持等基本理念（許禮安，2000）。

為了接受安寧居家療護，各家附設有安寧居家療護的醫院處所皆有規定明確的收案條件，以及服務區域範圍，也確立了服務對象與服務內容，所有病患必需經由原醫院所負責照護的基層醫師轉介，再經由居家照護小組共同評估病患的身、心、社經與靈性狀況，擬定初步照護計畫，計畫內容需包括：病患的身體症狀之控制、預期發生醫療的問題、情緒狀況、對疾病的認知及死亡準備、與家屬的關係親密度及溝通、家屬的哀慟輔導、靈性的評估等。病患的審核也必須包含部分條件：病患及家屬接受安寧療護理念，且有身、心、社會、靈性痛苦者；居家車程需在區域範圍內等相關條件資訊(程邵儀、李龍騰，1997)。

#### 第四節 安寧居家的照護型態

儘管多數的癌症病患希望回到自己所熟悉的家中安養，醫院也鼓勵並提供居家的照顧服務模式來替代急性的住院醫療，然而實際上國內僅約有 20% 的癌末病患接受在家的照護(陳玉葉、陳桂敏，2007)，其原因的分析來自於家屬擔心病患返家後的照護無法勝任，以及焦慮於病患病程上的變化與處理，家中的照顧人力資源與支持度等，皆成為影響家屬選擇安寧居家照護意願的要素。

研究指出，有 50~75% 的人在仍享有良好健康的狀況時表示當他們罹患末期疾病時希望能在在家受到照護，然而，這並不表示他們必須希望在家中死亡。當死亡的迫近來臨時，有更多的病患準備進到醫院或緩和照護中心。同樣地，家屬往往會表示希望病患在家，但也能夠同意接受病患進入到住院中心。Hinton 發現居家照護持續越長則越少的病患與家屬希望進到住院中心直至死亡的最後幾週前或死亡之前，僅有 54% 的病患和 45% 的家屬仍會希望進到住院中心。「虛弱」與「勞累」是改變決定的主要因素(Doyle, 2004)。

#### 安寧居家照護模式的主要照顧者

目前安寧居家照顧模式對主要照顧者而言，病患從醫院回到家中，家屬照護的型態從醫院的從旁協助者轉變為家中的主要照顧者，24 小時全天候的照護，照護的工作內容包括了：日常生活功能的照顧、處理病患身體症狀與行為問題、觀察疾病的進展、協助病情的溝通、處理醫療決策、接受就醫、處理醫療費用、心理支持，以及負擔額外的家事等(陳玉葉、陳桂敏，2007)。

病患的癌症治療經歷的時間越久，病痛階段的時間越長，家中主要照顧者需提供的照顧時程也就越長、工作量也越多，尤其是提供與病情相關的溝通工作。相對地，主要照顧者承擔的照顧的時間越短，所面臨的照顧工作困難度則越高，因照顧的技巧不熟練，對某些照顧工作感到有困難(陳玉葉、陳桂敏，2007)。不

論是照顧時程的長或短，癌末病患在居家接受照護時，照顧者常因工作量大、照顧困難度高而產生壓力，家屬的壓力過大可能影響病患在家的照護品質，過度的焦慮可能使病患反覆入院，為此，安寧居家護理師與安寧團隊必須同時照護居家病患以及家中主要照顧者，設法讓病患在家中得到適當的照護，提供家中主要照顧者適切的協助，減輕家屬的照護壓力(Hudson, Quinn, Kristjanson, Braithwaite, Fisher & Cockayne, 2008)。

家屬的工作需求度以就醫協助、心理支持、症狀處理，以及與醫護人員的溝通最高。困難度最大的工作則分別為處理病患的行為問題、處理與醫療相關的事務及提供病患心理支持。末期病患的身體功能日益衰退且病情的變化大，症狀困擾家屬的程度，與所需的照顧工作需求、照顧的困難度都會相對增加(陳玉葉、陳桂敏，2007)。

家屬最關注的問題為病患的病情變化以及治療的成效，經常為了病患的變化與照護模式必須與安寧居家護理師聯繫。然而，家屬在照護工作上困難度最高的處境，為是否要對病患進行病情解釋與病情告知，當家屬碰觸與疾病決策相關的議題，往往會感到難以處理(陳玉葉、陳桂敏，2007)，安寧居家護理師與安寧團隊此時除了提供充份的疾病資訊外，以澄清家屬對疾病的瞭解，同時準備家屬、病患所需要的相關資源。

### **安寧居家護理師的訪視**

安寧居家護理師的訪視，帶給家屬與病患專業的醫療評估與基本的醫療服務，服務的內涵多元化、個人化，將醫療帶進社區、居家，省去病患及家屬來回醫院奔波的花費與心力，安寧居家的照護模式不僅是降低了家屬醫療的開銷，減少醫療資源的浪費，更提供給病患能在家安心療護的可能。

陳玉葉與陳桂敏在 2007 年的研究結果，提出居家照護工作者感到困難度較

大照顧工作，為病情的告知與醫療上的決策，醫護人員應重視病情告知的方法與藝術，加強向家屬說明病情告知的重要性。其次，病患生理症狀的相關處理也相當困擾主要家中照顧者，醫護團隊應有計畫的教導家屬與主要照顧者症狀的處理，相關的居家衛教。對於居住地區屬於醫療資源缺乏的居家病患，應轉介到當地基層醫療院所，協助緊急狀況的處理與提出諮詢服務。在政府政策方面，應鼓勵基層公衛護士及專業醫師接受相當癌症末期照護知識與相當經驗訓練，各醫療院所應多加強推廣安寧居家照護服務的範疇，使醫療照護網絡更加完善。

安寧緩和醫療旨趣在舒緩苦痛(包含身、心、靈)，但不盡然表示所有的面向都可以立即的被評估且客觀的測量。照護的評估面向必須擴展為病患本身及家屬/主要照顧者，並且由專業的臨床醫師進行評估。許多的家屬或許因照護的工作感到疲憊、壓力，或許有些則會抱怨他們正在照護的病患家屬。醫療專業照護工作者，必須將家屬們當作是與病患同等重要的照護對象，在他們有需要時給予最大的關注與支持。

### 安寧居家病患受苦的幅度

回顧馬偕醫院的 497 位首先受到安寧照護的病患，發現疼痛是最普遍的症狀，但有 80%的病患得到全部疼痛的緩解。其中 412 位病患，也就是 86%的病患擁有明確的「死亡覺知」(awareness of dying)。大多數的病患是依他們自己的觀察而對死亡開始有了覺知，然而有 132 位是經由醫療工作者的告知才覺知到自己的死亡。然而，馬偕的安寧團隊在第一年的運作遇到了五個主要的問題：(1)需要更多的教育與訓練；(2)心理上的壓力；(3)失落與悲傷的經營；(4)需要對照顧者更多的情感支持；(5)家屬對病患說謊所造成的困擾(Saunders & Kastenbaum, 1997)。

有許多安寧居家病患受苦於廣泛發生疼痛的情形(表：2-2)，以及許多伴隨疾

病變化出現的不適症狀，在家不適的其間可能請來醫療的照顧或請來提供舒適的安寧照護。然而，許多研究仍顯示居家病患的疼痛控制不夠充份使他們最終還是被轉介入醫院接受照護。在 1995 年的研究，2047 位癌症死亡的發生在英國的顯示，在最後一年的幾個階段中 88% 感到疼痛，描述非常痛苦的情形有 66%，並且有 61% 的病患在生命的最終幾週是在感疼痛中結束。47% 有部分的疼痛得到舒緩是依靠家庭醫師的治療，但是，僅佔 35% 是在醫院中進行得到舒緩。超過 50% 的病患厭食、便秘、口乾、呼吸困難、情緒低落，或是失眠等情形(Doyle, 2004)。

表：2-2 癌症患者的受苦範圍(Doyle, 2004)

症 狀	癌症病患(%)
疼痛(Pain)	75
呼吸急促(Breathlessness)	40
厭食(Anorecia)	75
便秘(Constipation)	75
噁心(Nausea)/嘔吐(vomiting)	45
精神的症狀(“Mental” symptoms)	45
抽搐(Convulsions)/痙攣(fits)	10
腫瘤潰瘍損傷(Fungatin lesions)	5
腹瀉(Diarrhoea)	4

相同的研究在 1991 年發現，超過 50% 的病患在生命的最後幾週，有厭食、呼吸困難、疼痛、失眠與沮喪等情形。另有研究指出在疾病最後階段的疼痛，家庭醫師發現有 6% 的病患是在家接受安寧居家的照護，另外有 20% 的病患雖然在醫院中卻無法緩解嚴重的疼痛情形。40% 的居家病患疼痛情形嚴重超過應承受的程度，然而，一個人所應該承受多少的疼痛是無法測量的。

### 安寧居家照護的特殊問題

儘管這些症狀不是只有在家才發生而醫院沒有發生過的情形，仍有許多的問

題被視為相當重要的，且常發生於居家當中。這些問題包括：焦慮、藥物的給予、訪客的頻繁等(表：2-3)。但這些問題沒有一個是不能克服的，藉由家中基本照護的成員、或非常有幫助的緩和療護的護理人員，是可以介入其中達到改善的目標。更有幫助的是由家庭的成員們，與安寧緩和照護單位一同討論、分享經驗，以及向所有的家屬做解釋與說明。在此情形之下，亦可找出其他類似的經驗來幫助這些家屬放心(Doyle, 2004, 1102-1103)。

表：2-3 安寧居家照護的特殊問題

<b>安寧居家照護的特殊問題</b>	
<b>焦 慮</b>	因為沒有任何在旁的專業人員，如果在醫院，專業人士會給予病情的解釋或減少害怕的協助。
<b>藥物的給予</b>	在家僅能藉由未受過訓練的人協助給藥，無從判斷病患的病情變化應有的藥物調整。止痛劑成癮，尤其以嗎啡、鴉片等可能導致上癮的止痛藥物，病患的過度依賴或未遵從醫師的指示使用的情形。
<b>訪客的頻繁</b>	可能會使在家中休養的病患感到疲乏。
<b>氣 味</b>	在家可能發生的許多氣味，皆可能加劇病患的噁心症。狀例如：烹飪的氣味，
<b>吃的壓力</b>	在醫院，病患可以對食物拒絕食用，但回到居家中，病患往往會有家屬為他們準備的潛在飲食壓力。
<b>照顧者的誇大</b>	病患未有反應的疼痛情形，反而是家屬的焦慮誇大了病患的真實情形，往往需要有人令人信服的證據。
<b>「沉默的共謀」</b>	在家比醫院來得更可能形成「沉默」的共同默契，所有的彼此為了要保護對方，不常表達他們的真實情感。
<b>家屬的疑慮</b>	家屬往往會提出對於在家照護病患的工作感到無法勝任，不瞭解該如何去讓病患得到舒適，不確定該如何提升或協助病患，譬如協助有關於洗澡、餵食等。花再多時間衛教與證明也無法移除家屬對照護上的疑慮。
<b>家屬的焦慮</b>	家屬常常焦慮於「突發事件」，不太確定突發狀況的構成，更不確定何時、或應該不應該，通知/求助於專業人士。什麼樣的狀況是為“非正常”狀態，以及預期中的變化情形，皆應該要向家屬解釋，使家屬能有所瞭解並有好心理準備。

\*本表格資料出處來自於 Doyle(2004)的研究，由研究者自製整理。

## 安寧居家的品質與滿意度

在國外的研究(Doyle, 2004)，儘管多數的病患與家屬勉強抱怨有關於照護的品質，僅批評目前照護所缺乏的面向，然而，大體上，病患對照護的滿意度普遍偏低。其中一個研究顯示有 50%的病患認為醫院的照護不夠充份，原因來自於護理人員太忙了，並且缺乏對病患在疾病與治療上的溝通。20%的病患對所接觸的社區護理人員感到不滿意是來於他們缺乏持續性的照護；27%的病患對於家庭醫師感到不滿意；15%的病患需要夜間的照護卻無法取得，然而 52%的病患需要在家設備。另有一研究顯示 51%的主要照顧者無法取得所有他們所想要得知病患病情的訊息。除此之外，同時間，有一研究針對 1858 位病患的調查顯示，52%的病患很滿意社區的護理人員，僅有 39%滿意醫院的醫師，47%滿意他們的家庭醫師(Doyle, 2004: 1103)。

許多的文獻皆指出在家的緩和照護滿意度普遍低落，不僅是病患本身對疼痛的控制與持續性的照護提出了批評，亦來自於家屬對於在家照護感到困難，醫護人員所提供的病情資訊不夠所影響。然而，仍有許多因素造成病患、家屬對於在家接受緩和照護的低滿意度，包括：醫療上的缺乏專業知識與技術，緩和照護上缺乏專業的教育與訓練，整體社會型態的改變，居家的藥物與設備的便利性、使用性等。

表：2-4 居家照護的必要設備(Doyle, 2004)

居家照護的必要設備	
穩固的床鋪(床是不可或缺的)	Firm mattress (a bed is not essential)
抗壓防瘡的護墊/床墊	Anti-pressure sore pads/mattress
餵食的杯子與湯匙	Feeding cup and spoons
藥物測量杯/注射器	Medicine measuring sup/syringe
鴨絨墊子或毛毯	Duvet or blankets
空氣清香劑	Air freshener
提供冰塊	Supply of ice cubes
室內便器	Commode
男性尿壺	Male urinal
靠背或三角枕	Back rest/triangular pillow
床邊桌子或相同的配置	Bedside table or equivalent
電毯/熱水瓶	Electric pad/hot water bottle
夜燈/蠟燭	Night lamp/candle
給主要照顧者的椅子	Chair for carer

國內在主要照顧者對安寧居家照護需求的看法與滿意度研究方面，張淑真、机吟惠、黃靜宜(2002)發現，主要照顧者對病患身體照顧問題需求上高，並提出在照顧過程中，安寧居家護理師需運用溝通技巧及不斷的討論解釋，方能安撫家屬的情緒以減少不必要的治療。此外，研究顯示家屬對於工作人員在協助情緒處理上滿意度較低，因照顧時間短暫且大多在執行症狀處理，未能有充足的時間做更完善的情緒處理協助，病患就已死亡，以致於家屬在情緒照護上的滿意度較低。當照護的病患、家屬對於照護服務的期待與實際感受的服務照護之間，一致性越高且差距越少，則安寧居家服務的滿意度越高，同時亦會影響到病患是否願意配合醫療處置，繼續選擇接受該機構之服務，甚或進一步的影響到，病患、家屬向其他人推薦此機構的重要指標。

### **對安寧居家照護的期待**

安寧居家照護的最大目標為疼痛的緩解與症狀的控制，讓病患能在家得到最好的照護品質，然而，緩和的照護技巧即是當前最需受到重視的，專科醫師必須更努力在學習疼痛的緩解技術上，至少讓病患在家接受照護中能感到『安全』，所得到的緩和照護是為有效的。其次，在家面臨突發事件的管理技巧。無論是多有效的緩和照護在當中進行，當遇到任何的緊急事件發生而未被立即的有效處理，在家的照護將很快的朝向終止的情形。無論緩和照護的病患情形如何，醫師與護理人員必須在任何可能發生的突發緊急事件先有所準備，是在安寧居家的病患當中，可能發生的特殊事件，例如，藥物的準備是緊急情況下的必要需求。

給予家屬適當的支持，一直是緩和照護重要的一環，尤以醫師與護理人員的重要支持與給予同理是不可或缺的，緩解家屬的恐懼，是非常需要受到醫護人員的理解。在醫院的情境中，家屬往往是非常焦慮的旁觀者，而在居家的情境裡，家屬是最基本的給予照護者，其角色的扮演上他們常感到經驗不足以及笨拙的。因此，任何病患的疼痛情形，都可以帶給家屬焦慮，當新的疼痛症狀的出現，更

會加重家屬的焦慮。年長的家屬做為主要照護者，可能無法享受健康的身體，而受苦於照護臨終親屬的心理壓力，並且連結著他們的悲傷與被孤立的感受，可能更為加深成為他們的負擔。為此，醫師與護理人員的任務極為重要，以團隊之姿給予個別的特殊關注。

不論病患或其家屬有多堅強的表示他們希望在家照護的意願，然而，醫師與護理人員必需要能夠給予允許進入醫院/安寧的許可，以便提供病患立即入院的需求並得到合適的住院病患的身份，如此的措施做為居家病患在安寧緩和照護上的『安全網(safety net)』，取代在深夜的突發狀況，病患以急診的方式進到醫院。

表：2-5 家屬在家照護中最普遍的恐懼項目(Doyle, 2004)

家屬在家照護中最普遍被表達的恐懼事項	
害怕未知	Fear of the unknown
害怕沒有能力妥善處理	Fear of being unable to cope
害怕成為精疲力盡的	Fear of becoming exhausted
害怕讓病患受傷	Fear of hurting the patient
害怕病患窒息或流血	Fear of patient choking or bleeding
害怕病患發生抽搐(驚厥)	Fear of patient having convulsions
害怕病患死在家中	Fear of patient dying in the home
害怕無法辨識死亡徵兆	Fear of not recognizing signs of death
害怕給錯藥物	Fear of wrongly administering drugs

在倫理的議題上，安寧居家照護亦有倫理困境，然而，其討論漸趨重要性。首要的討論在於治療病患的理由是為了家屬，這將改變原有的照護型態在緩和病患的藥物需求之外，有助於減緩家屬的痛苦，然而，表面上的理由是為了病患。例如給予病患鎮定藥物來減緩瀕死的「喀喀聲」，並使病患穩定下來進入睡眠，來減輕在旁照護家屬的恐懼與困擾，儘管如此的行為不道德，然而，卻是情有可原的，因為此舉的協助對家屬來得更好、更多，雖然難以確定病患是否真正得到舒適。醫師不希望病患遭受疼痛，更不希望家屬因為沮喪而過度的描述病患的疼痛情形，因此，給予病患鎮定的藥物，是具體的舒緩病患的疼痛，更是為求緩解

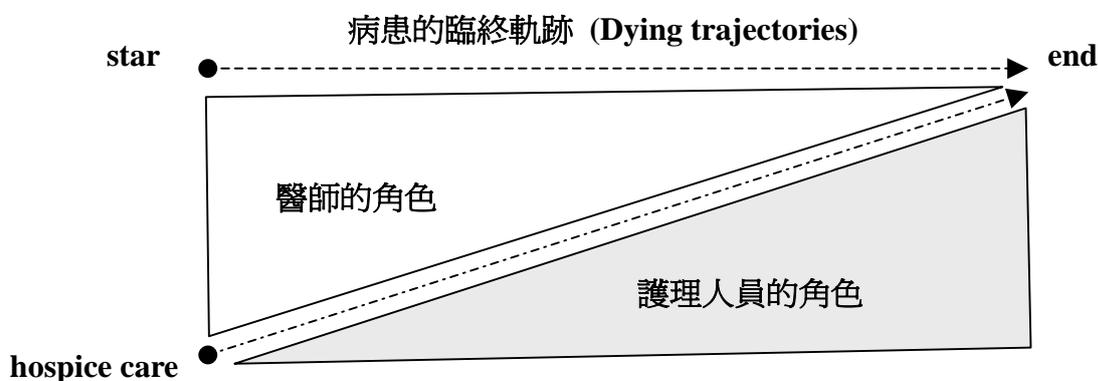
家屬因為病患的疼痛情形所產生的困擾。

其次，病情的機密性。此原則不論是處在哪一階段的病患皆相同，即是任何的訊息不得未經過病患明確的同意下而告知第三者。然而，在家中，通常被假定來訪的家庭成員與朋友有權瞭解所有的細節，儘管前來訪視的親屬、友人抱持著善意，病患仍然可以決定不必去公開病情的訊息。當前來訪視的醫師或護理人員必須與病患共同討論向來訪的親屬、友人，說明公開的程度與揭露的情形，並在之後耐心的與家屬成員進行說明。

最後的一項倫理議題為，不計成本的維持病患的生命。在醫院當中，或許會來自於家屬的懇求與辯護要求為病患做更多的醫療，以延長病患的生命；相反的，亦可能會要求以安樂死做為維護家屬所摯愛的人，讓尊嚴死的方式讓家屬得到安慰。然而，兩種堅定的態度在醫師與護理人員的認知中，應該要不斷的回應讓家屬理解，緩和照護的態度不在於盡可能的延長病患的生命，亦不做任何刻意縮短病患生命的作為，更不會去延長病患的瀕死歷程。當醫師與護理人員遇到家屬諸如此類的懇求時，家庭醫師或社區護理人員應考慮請求可能遭遇過類似倫理議題的專家來進行協調。

## 第五節 安寧居家護理人員的角色相關探討

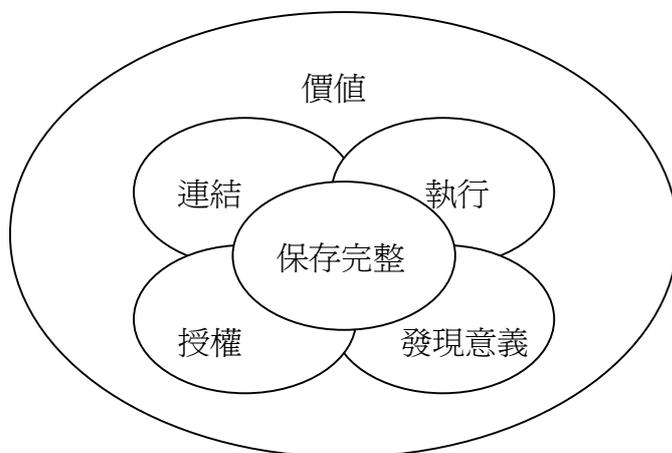
在國外的研究，曾經探討安寧照護中護理人員的角色。Glaser 與 Strauss(1965,1968)是第一個將社會學以田野觀察的方式，運用在美國舊金山的醫院中，觀察護理人員在不同的病房單位裡，面對臨終病患時的互動關係與工作秩序等變化，並進而發展成為覺知理論與臨終軌跡的議題。在 Williams(1982)針對美國專業護理人員照護臨終病患所扮演的角色研究中，發現在照護模式中，照護臨終病患的醫護人員，醫師與護理人員的照護趨向為互補情形。當病患越接近臨終的階段時，護理人員的照護角色則漸趨於明顯，相較於醫師的治療、治療角色，護理人員在臨終病患的末期照護中更顯重要性(圖：2-2)。然而，這些研究是在尚未高度發展安寧緩和醫學的年代，雖不能夠完全表示現代安寧照護的醫護分工模式，然而，在現今的安寧照護場域當中，護理人員所扮演的照護功能與角色，其重要性依舊無法被取代。



圖：2-2 安寧照護中醫師、護理人員的角色

Davies 與 O'Berle (1990,1992)在探討安寧照護護理人員的要素，主要敘述臨床上安寧照護護理人員的角色，以一位臨床護理專家深入訪談十位病患、及其家屬有關於臨床護理人員所扮演的角色。在這持續分析比較的研究中發現，護理人員的角色具有多種要素，發展一套安寧照護護理人員模式，分別有六個要素：價值、連結、授權、執行、運用發現意義及保存完整等交集所構成(圖：

2-3)。在這六項要素中，部分可視為態度，其他可視為任務導向，整體而言是為支持過程(Davies & O'Berle, 1990)



圖：2-3 安寧護理人員的角色—六個要素  
(陳玉婷等，2002，頁 20)

Dobratz (1990)本身為美國護理人員，參閱多方面的文獻來檢測安寧照護護理人員的角色，指出了安寧照護的護理功能有四種類別(轉引自陳玉婷，2002，頁 23)：

- 加強性照護：處理臨終病患與其家屬的生理、心理、社會及靈性問題。
- 合作性分享：以協調與合作性的功能，發揮與擴展安寧照護服務的內涵。
- 持續性的認知：經由諮商、管理、示範、關懷及溝通技巧/知識的方式獲得安寧照護中特殊的護理技術。
- 持續性的給予：平衡安寧照護中護理人員，在面對死亡與瀕死的複雜性和敏銳度中的自我特殊需求。

然而，在上述四種類別的護理功能，以及該研究中所描述安寧照護護理人員的角色，需特別注意美國健康照護體制的文化背景。

除了安寧病房護理人員的角色研究之外，Raudonis'(1993)在自然的研究情境中，探討接受安寧居家照護的病患的感受，以及與安寧照護護理人員之間在處理與影響同理心的問題。研究的結果發現病患與安寧照護護理人員，在同理心的關

係上，主要是從彼此照護與接受的互惠過程中被建立。基於受照護的個案是具個別性且有價值的，安寧照護的護理人員和病患之間，在建立起同理心的關係結果下，可維持或改善病患在生理與情緒的問題。安寧照護護理人員了解病患是個有自主性的個體，這是使護理工作得以運作更有效，且帶來更有意義的結果。

在國內的相關文獻探討，陳盛文在 2003 年所歸納安寧理念對護理人員的角色期待，提出安寧護理人員在角色扮演上多元，包括照顧者、協調者、教育者、諮商者等，以更大的環境來觀看，在社會、機構中又有不同的角色定位，所扮演的護理人員多重角色與各層面的互動對象有一歸納，如表: 2-6 所示。

表：2-6 安寧護理人員與互動對象的多重角色(陳盛文，2003)

互動對象	角 色
病人	評估者、照顧者、諮商者(伙伴關係、心靈互動)
家屬	教育者、關懷者
團隊	主要照顧者、協調者、支持者
醫院	科層組織成員
社會	安寧照顧執行者

安寧居家護理帶領臨床護理走出醫院，是護理服務的新挑戰，有系統的居家護理服務可使病患得到需要的後續性照護，更可以縮短住院日數，增加急性病床的使用率，降低醫療資源的浪費，節省國家醫療費用，最主要的是可協助病患回到家中，讓病患可以在熟悉的生活場域中仍能保有適當的醫療照護(徐麗娟、黃子庭，2001)。

安寧居家護理師在安寧居家中，扮演專業工作者的社區護士角色，更是居家照護的核心人物，具有照護、連絡、協調及溝通等多方面功能。在醫療上，必須注意病患的身體護理與衛教；在心理層面則要注意病患的情緒與焦慮等情形，並隨即與醫師討論；就社會層面，需教導家屬如何照護病患以及瀕死症狀

等判別，以及注意家屬的健康與心理狀況；在靈性照顧方面，則要視病患需要評估聯絡宗教師前來訪視(程邵儀、李龍騰，1997)。

目前安寧居家的訪視工作大部分是由安寧居家護理師來完成，文獻的資料顯示，居家訪視的過程常造成護理師的不安與危險情境(楊舒琴、劉淑娟，2005)，首先是專業技能方面，趙可式在1993年3月民生報的報導中提到臺灣地區的居家安寧的護理訓練與品質，仍有相當的改善空間，但有待探討的環境問題更多，因末期病患有高達九成必須完全臥床病喪失生活自理能力，安寧居家護理人員必須要提升臨床的護理能力與技術，才能得以真正協助末期的病患，維持臥床及生活的舒適。居家護理師的溝通與應變能力也是在專業技能中需要培養的部分，個人的專業判斷能力，亦將會影響病患的病情整體之評估。

其次，是交通方面的安全問題，臺灣地區目前的安寧居家護理師以自用汽車、機車或計程車來做為訪視的主要交通工具，難免在交通的安全與交通工具的使用上產生焦慮，與交通相關的問題是病患居家的地理位置及物理環境，尤其以地處偏僻或周遭有其不安全的環境顧慮，增加居家護理師的前往及工作的危險性。

楊舒琴、劉淑娟在2005的研究提出居家護理師與照顧者之間的動態權力關係有四個型態：1.護理人員與幫手：訪視時，護理人員扮演護理的專業角色，照顧者扮演護理人員的協助幫手。2.工作者與工作者：將照顧者視為醫療團隊的一員，而照顧者在團隊顯得權力較不彰，但責任重大。3.管理者與工作者：居家護理師扮演監督家屬的照護角色，如此的權力關係最常造成家屬感到混淆與傷心，但此種權力關係在照顧者經驗中是最多的。4.護理人員與病患：居家護理師不僅照護病患，更要照顧到病患的家屬，因為照護工作使得家屬身心社會的不健康，家屬也成為了病患，必需要接受居家護理師的照護(楊舒琴、劉淑娟，2005，頁110)。

根據上述文獻的探討，可以瞭解到安寧居家護理師的角色，不僅是安寧居家療護的主要工作者，必須要具備照護、評估、轉介的專業技能，功能上，也不僅要扮演居家護理師的照護角色，更必須是個司機、機動者、協調者、支持陪伴者、教育者、督導者、代言者、研究者、管理者，在安寧團隊中也必須扮演團隊的溝通者以及執行照護者實務工作者。

## 第六節 安寧團隊在居家安寧照護的運用

安寧居家的醫療團隊是一個「多科專業團隊」的模式，成員應包括受過安寧療護專業訓練的醫療領域相關人員，安寧緩和醫學的教育訓練與研究是安寧運動的重要基礎。早在 1991 年，中華民國安寧照顧基金會即已展開教育訓練計劃，衛生署保健處(國民健康局前身)也在 1995 年開展參與。該教育訓練計劃首先著力於專業人員的訓練，對象即有醫師、護理人員、社工人員、及靈性關懷人員(賴允亮，2004)。除了醫師、護理人員、社工人員，還有其他相關的專業人員，如各類專科醫師、臨床心理師、營養師、藥師、復健師、志工及各種宗教的神職人員等等，即是當病人及家屬有需求時，會善用醫療及社會的各項資源來協助他們，藉由團隊合作的方式，去改善病患疼痛與不適症狀，並整合其家庭與社會的支持系統，提供全人、全家、全程、全隊、以及全社區等的五全照顧。

從許多研究中發現接受「安寧緩和療護」的病患，除了疼痛與身體症狀有顯著改善外；在「多科專業團隊」的照顧理念下，可確認並處理病患與照顧者的需求，增進其對照顧的滿意度，且能緩解照顧者的焦慮，促進病患與維持家屬照顧者的生活品質。1967 年 Cicely Saunder 因為受癌症病患的感召，在倫敦建立首家安寧病房，照顧採取「多科專業團隊」的方式，強調病患的症狀控制，以家庭為一個單位的理念，注重家屬照顧者與病患身體、心理、社會與靈性層面的整體性照顧，同時尊重個人的信念與信仰，鼓勵病患與家屬對生命內在的探索與成長，亦顧及病患死後家人的哀傷輔導，全程協助家庭一起面對死亡的過程，以減輕家屬與病患身心靈的痛苦，促進其生活品質(李淑真、周長旗、李秀惠等，2005)。

在安寧團隊合作的過程中，安寧緩和病患與家屬的問題是錯縱複雜，而團隊成員在這樣的互動關係中扮演重要的溝通協調角色，團隊關係並非靜止不動的標本，它是隨時變動的過程(魏書娥，2008)，而家屬陪伴病患在病房中的生活，由於身處類似情境彼此之間自己形成一個社會支持系統。至於在評估上必需採整體

性的方式，包括：身體、心理社會與靈性等層面，且須要跨專科工作人員的評估與整體性照顧計劃，並考慮病患與家屬的想法。安寧團隊利用會談、觀察、團隊個案討論會議等方式收集資料，應用護理過程，藉由「團隊合作」執行與評估照顧計劃，隨著時間需不斷的進行再評估（李淑真、周長旗、李秀惠等，2005）。

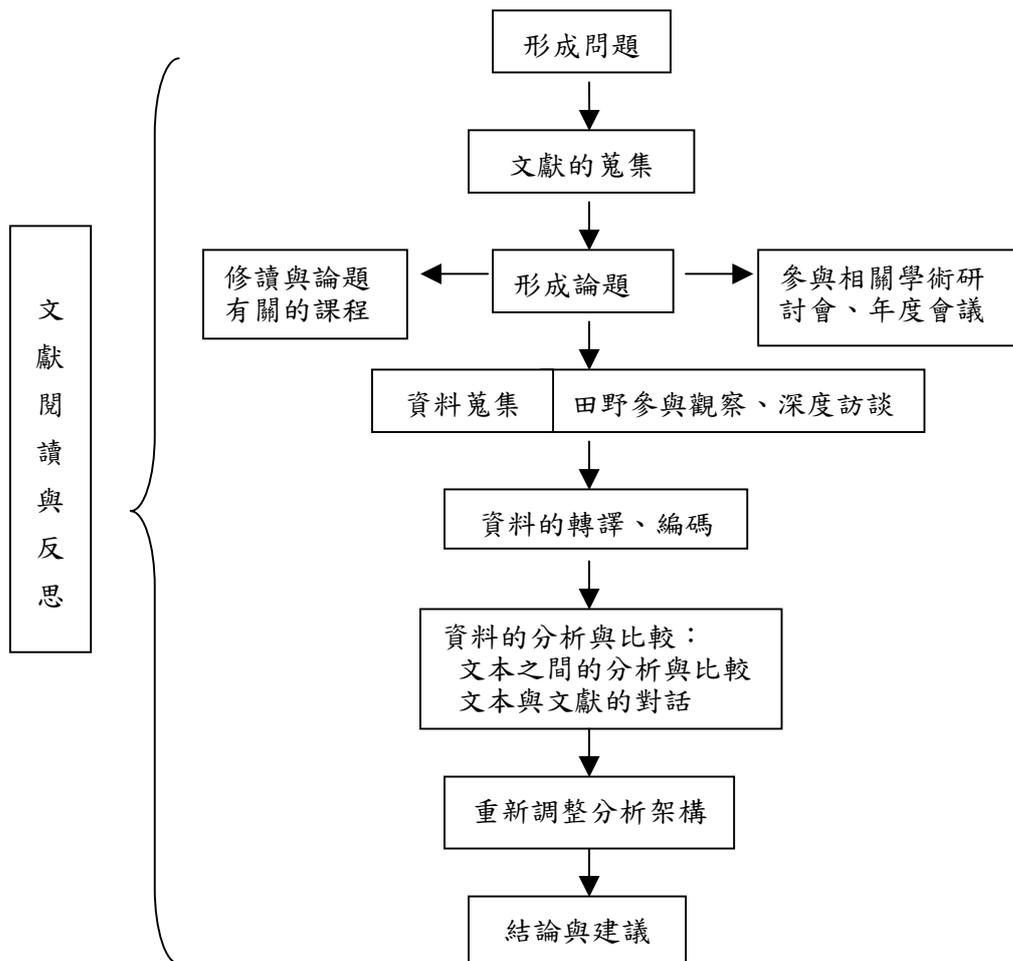
安寧團隊的陪伴如同一種強而有力的「社會支持」，讓病患從中感受到「希望」，感受有尊嚴的活著，並在「生命回顧」中重整自我，促進病患自我和解而內在平安，有被人寬恕的機會，與自我的關係能朝向接納之路，緩解其靈性上的痛苦而朝向安適，最終能懷抱感恩之心而離開。安寧療護就是一種人性化的護理照顧，讓病患從中得到尊重、愛與希望，在其醫病的互動中，不單只有專業的知識，更重要的是溝通。而癌症病患的身心靈問題是環環相扣，就唯有多科專業團隊間的相互合作，才能促進病患身心靈的安適（李淑真、周長旗、李秀惠，2005）。

安寧居家團隊的運作，是以合作的夥伴關係，輔以其它專科的專業人士，一同給予家屬支持與協助，在安寧單位與個案的自家之間提供照護服務。團隊內部的關係不只是講求協調，並且是以達成合作的夥伴關係為宗旨，因此在安寧居家照護的團隊動態關係，所組成的成員、工作場域以及工作的目標與任務有其特色（魏書娥，2008）。安寧團隊必須教導並支持家屬在承擔照護的任務中，進行可接受的知識給予與照護經驗。在安寧居家的照護中，安寧居家護理師是主要的執行訪視工作者，以及主導者，帶領安寧團隊進入居家照護服務，在每日(每次)的訪視過程中，進行病患的身、心、社會、靈性之評估，視各種不同的需求約同團隊中不同的工作人員進行協助與合作，由此可見，安寧居家照護的主要角色既是病患的整體照經營者，亦是主要的個案協調者(Travers & Grady, 2002)。

### 第三章 研究設計與實施

#### 第一節 研究流程

本研究在形成問題後，先進行文獻的資料蒐集，再透過文獻的閱讀與反思形成研究論題。而文獻的蒐集與閱讀加以研究的反思，在本研究歷程當中持續交錯地進行。此外，研究者在校內修讀與論題有關的專題課程、校外參與相關之學術研討會、年度會議等，增進理論觸覺以及提升研究敏感度。而資料的蒐集來自於參與觀察與深度訪談，經由資料的處理(編碼)與分析(歸納、演譯)，形成文本的內容。文本內容的分析，包括文本資料之間的分析與比較、以及文本與文獻的對話。研究者在形成初步的文本內容後，為求分析內容更符合研究主題，因而重新調整分析架構，因此，本研究的結論與建議是經重新調整過後的文本分析內容所形成的。本研究的研究流程如圖：3-1 所示。



圖：3-1 研究流程圖

## 第二節 研究方法與策略

本研究採用質性研究。由於此研究方法具有多元、彈性、創造、行動、動態參與等特質，可以使用在對人的思維、生活習慣、經驗故事、人際關係社會活動與思潮、甚至組織運作的研究。此外，透過訪談的直接引述，得到屬於人們內在層面的資料，例如：經驗、意見、感受、知識。可詳盡描述有關人的活動、行為、廣泛的人際或人與物的互動，亦可觀察人類經驗及組織的歷程。因此，質化研究的特性相當適用於本研究對安寧居家療護體系的動態參與，以及對於安寧居家護理師角色的研究。

為瞭解嘉義地區安寧居家的服務範疇與相關條件、以及安寧居家護理師的角色。嘉義地區附設有安寧居家療護服務的醫療單位，是為組織背景、社區醫療服務的單位；落實安寧居家照護工作者—安寧居家護理師為主要研究的對象。本研究資料的蒐集採參與觀察與訪談的方式。以動態參與、實地觀察安寧居家護理師的工作服務內容/流程、觀察安寧居家護理師與病患和家屬之間的互動、與安寧團隊的合作關係。透過訪談，蒐集安居家護理師的工作經驗、資源配置、以及安寧居家護理師在安寧團隊中的運作情形等歷程與感受。

研究過程所蒐集而來的資料，研究者將採用 Glaser 與 Strauss 在 1965 年所提出的持續性比較分析法(Constant Comparative Method, CCM)來進行資料的分析。由於此分析方法重視資料的客觀與真實性，使用天然、原始的資料，作為資料蒐集的前提。資料蒐集後的處理經編碼後顯現出主題，後以系統式的分析方式，將同一系列的概念形成範疇。資料分析的過程中持續的比較概念與概念之間的關係，以及範疇與範疇之間的關係，覺察不同層次之間的關係，以及在不同受試者之間找出相同的脈絡。因此本研究採用 CCM 分析，將蒐集得到的資料從中擷取資訊、互相對照、以形成類別的系統化歷程，將有助於本研究在資料處理分析上的嚴謹度，並可避免研究者在參與觀察中的個人主觀。

### 第三節 研究對象與研究場域

#### 研究對象

本研究的主要研究對象為嘉義地區的安寧居家護理師，因此，嘉義地區目前執行安寧居家業務的安寧居家護理師皆為研究對象的人選。目前嘉義地區的專職安寧居家護理師有四位，皆為女性，分別服務於嘉義地區的三家醫療單位，其中有一家醫療單位設置有兩位安寧居家護理師。在透過關係人的介紹後，研究者親自與單位主管接觸與溝通，讓單位主管能夠瞭解研究者的研究方向與參與觀察計畫，獲得主管的初步瞭解與同意後，最後共取得三位安寧居家護理師的同意，並順利完成研究者的參與觀察與訪談。因此，本研究的主要參與觀察與受訪者有三位安寧居家護理師，分別服務於 HA、HB、HC 醫院，研究者為保護受訪者，分別給予假名為，A 安寧居家護理師、B 安寧居家護理師、C 安寧居家護理師，三位主要研究對象基本資料請參見，表：3-1。

表：3-1 參與觀察與受訪者基本資料

醫院名稱	HA 醫院	HB 醫院	HC 醫院
受訪安寧居家護理師	A	B	C
安寧居家服務年資	約一年多	約一年多	約七年多
先前服務單位	精神科病房	急診室	一般居家
年 齡(約)	30 歲	28 歲	35 歲
學 歷	專科	專科	二技
宗教信仰	民間信仰	佛/道教	佛教
婚姻狀況	已婚，育有一兒兩女	已婚，一子	已婚，一子一女
居住地區	嘉義縣	台南縣	嘉義市
交通工具	汽車	汽車	汽車

## 研究場域

本研究的場域在抽樣上，研究者選取嘉義地區做為研究參與觀察的範圍。原因是嘉義地區兼具有都市及鄉鎮的特色，且醫療資源的密度高，可做為臺灣地區安寧居家療護體系的縮影。在共同的條件結構與脈絡下，所表現的特徵可做為本研究的參照與比較。再經由理論概念的抽譯，呈現出當前安寧居家療護體系、以及安寧居家護理師角色的定位。

如上文所述，本研究對嘉義地區的醫療院所附設有安寧居家療護服務的安寧居家護理師，做為受試者進行場域的觀察以及深度訪談。為避免研究資料來源的單一獨斷性，因此，嘉義地區整體的安寧居家療護服務，都將成為本研究的分析範圍，符合嘉義地區的安寧居家療護服務的醫療院所皆在本研究的抽樣範圍內。本研究的場域範圍包括：嘉義地區的安寧居家護理師的工作場域、院內辦公室及居家訪視地點。場域的觀察是為求瞭解安寧居家護理師的工作內容以及業務範圍。研究的場域亦包括安寧團隊的會議，藉由參與觀察安寧團隊的會議過程，觀察安寧團隊與居家護理師的合作關係、安寧居家護理師與安寧團隊在安寧居家照護的合作情形。也藉由安寧團隊與安寧居家護理師的互動與溝通過程，觀察安寧居家護理師在安寧團隊中的功能以及所扮演的角色。

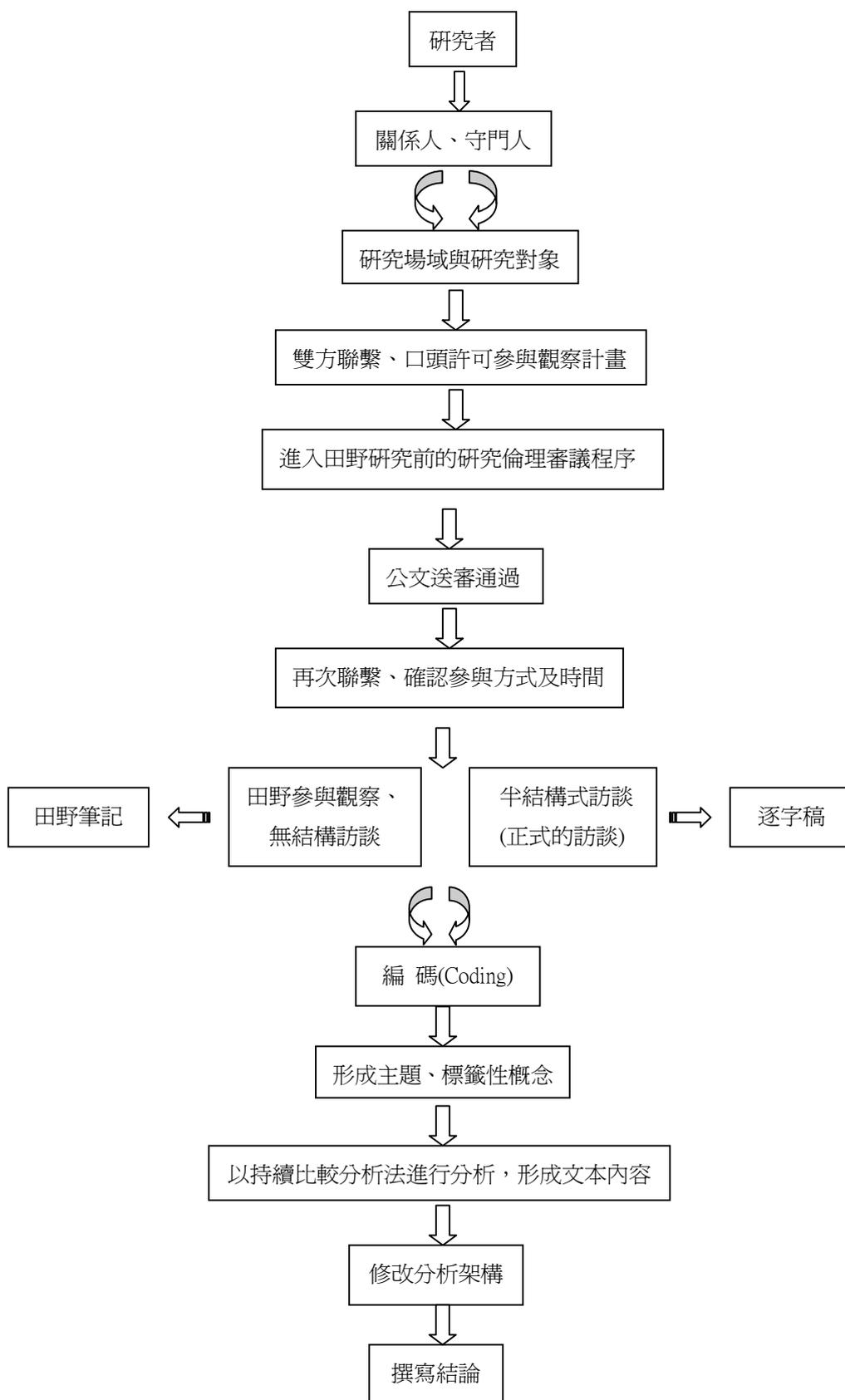
依據台灣安寧照護協會於96年11月更新的全國安寧療護資源分佈一覽表顯示，嘉義地區目前有四家醫療院所附設有安寧居家照護小組。但在研究者與此四家單位聯繫後，目前嘉義地區確實收案、執行安寧居家業務的僅有三家醫院，分別為 HA、HB、HC 醫院。另外其中一家醫院 HD，因收案數不足、以及安寧相關的設置資源缺乏等，已暫停安寧居家的服務，目前主要服務項目在一般居家照護服務。然而，HD 醫院先前的安寧居家經驗，以及目前的一般居家的經驗，亦可供本研究的安寧居家相當之比較、參考。因此，研究者僅對 HD 醫院的 D 居家護理師進行訪談，未安排參與觀察，主要蒐集該醫院前階段的安寧居家落實歷

程、以及 D 居家護理師對於一般居家與安寧居家的看法。各家初步整理資料請參見表：3-2。

表：3-2 嘉義地區安寧居家資源配置情形

醫院名稱	HA 醫院	HB 醫院	HC 醫院	HD 醫院
安寧居家成立時間	迄今約十一年	迄今約九年	迄今約十五年	迄今約十三年
安寧居家護理師人數	1 位	2 位	1 位	1 位
所屬單位	安寧病房	安寧病房	安寧病房	慢性病房
安寧居家服務範圍	雲、嘉地區，部分台南縣地區	雲、嘉地區，部分台南縣地區	雲、嘉地區	以醫院為中心點，單次車程不超過三十分鐘之範圍內
訪視交通配置	自用汽車	自用汽車	申請公用訪視車或自用汽車	自用汽車
訪視服裝	制服	著便服，外穿醫師袍	制服	制服
衛材申請	獨立申請	獨立申請	獨立申請	*
訪視用具(衛材)攜帶方式	訪視行李拖箱	訪視車的後車箱、手提袋	訪視行李拖箱、手提袋	*
車馬費的收取	視訪視距離，按公里數、油價時價計算，向病患、家屬收取車馬費用。	視訪視距離，按公里數、油價時價計算，向病患、家屬收取車馬費用。	不論訪視距離，該醫院向病患、家屬收取定額車馬費。	*
備註	1.HD 醫院目前已停止安寧居家的收案與服務。			

#### 第四節 資料蒐集與研究工具



圖：3-2 研究場域資料蒐集流程圖

## 一、資料蒐集的過程

本研究的研究場域為嘉義地區附設有安寧居家照護的醫療院所，目前符合場域條件，共計有三個單位，分別為 HA 醫院、HB 醫院、HC 醫院。由於 HD 醫院已停止安寧居家服務，因此，研究者僅向 D 安寧居家護理師進行訪談來蒐集資料。主要資料蒐集來源，即來自於 HA 醫院、HB 醫院、HC 醫院，此三家單位的安寧居家照護服務，針對安寧居家護理師進行參與觀察及深度訪談。本研究的參與觀察與訪談次數相關表格請參見 44 頁，表：3-3。

嘉義地區安寧居家照護的研究場域、研究對象雖然有限，研究者仍希望能完整的參與觀察嘉義地區安寧居家照護單位。囿於人力、物力以及時間的考量，研究者無法同時進行三個場域的參與觀察研究，因此，研究者採先後順序的方式，進行田野的參與觀察、以及深度訪談。研究者選取進場的順序並無特別用意，取決於聯繫的時間點與首要通過公文流程的單位為先。以下分別說明研究者進入田野前的準備、參與觀察與訪談、研究者的資料蒐集時的參與角色。

### (一)、進入田野前的準備

研究者在進入田野前，先經由相關文獻的蒐集與閱讀，初步形成研究論題與提問腹案，作為進入場域的主要觀察方向。其次，蒐集欲前往參與觀察單位的成立背景，與相關的設置訊息，作為進行參與觀察前的背景知識，並著手擬定田野計畫。在關係人的介紹下，與單位主管、主要受訪者事先聯繫，在說明研究者的研究方向與參與觀察的計畫，獲得單位主管、主要受訪者的同意後，研究者始得進行正式的公文送審。公文的送審視各個單位的需求與醫療單位的審查條件進行調整。由於本研究的場域觀察會隨著安寧居家護理師到病患的家中訪視，將涉及醫療、病患權益、研究上的倫理議題，因此，除了一般的公文審查之外，還必須通過不同單位的醫療倫理與研究倫理的審查會議、審查流程。

在正式參與觀察之前、或田野觀察的研究期間，台灣地區所舉辦的安寧療護等相關議會或工作坊，研究者亦視討論場次與議題前往參與，除了增進研究領域相關的資訊與知識背景，亦可提昇理論敏感度。

## (二)、參與觀察與訪談

在通過公文審查、醫療倫理與研究倫理的審查會議後，研究者再次與受訪單位、受訪者進行聯絡與確認參與觀察、訪談事宜，確認執行日期與參與方式。

首先參與觀察的場域是 HA 醫院，由於是第一個參與觀察的單位與個案，作為本研究的前導研究。前導研究的田野觀察經驗，是為後續參與觀察場域方向的修正參考。由於資料的來源有限，因此，前導研究所獲得的豐富資料，後來也納入正式的分析，並且後續所蒐集而來的資料進行比較與分析。後續參與觀察的順序則為 HB、HC 醫院。

研究者的參與方式為，動態參與觀察安寧居家護理師的日常工作內容與流程。主要參與的場域涉及安寧居家護理師的院內辦公室、院外病患的居家訪視，以及院內的團隊會議討論。參與的時間，短則約一場 1~2 小時的團隊會議，長則是有半天、或一整天的參與觀察訪視行程。平均參與的時程為一個月，各單位參與的次數皆至少達 11 次以上。參與觀察訪視日是由研究者與受訪者共同確認行程下始得進行，在每次參與觀察結束後共同確認下一次的參與觀察訪視，或以電話聯絡來確認/取消原訂的訪視行程。研究者隨同訪視外出的方式，是乘坐安寧居家護理師的訪視車，不僅可以降低跟車的風險，研究者對於安寧居家護理師的認識以及關係的建立，大多是在車程當中的無結構式訪談形成。

因此，研究者是先採用無結構的訪談模式進行初步的資料蒐集，無結構的提問將依訪視的情況而定，所蒐集得到的資料可增進研究者對場域與研究對象的認識、瞭解。研究者在參與觀察中所獲得的觀察記錄與訪談資料，包括田野觀察的

現象記錄以及研究者的研究日誌。參與觀察的重點為，安寧居家護理師的訪視工作服務內容、流程、與病患家屬之間的互動關係、與安寧團隊的合作關係、以及目前嘉義地區的安寧居家的社區落實歷程。

訪談資料主要亦來自於安寧居家護理師，依照交叉無結構的訪談與半結構式的訪談進行資料蒐集。研究者在進入場域之初採取無結構訪談做為對場域及安寧居家護理師認識與瞭解的起點，亦有建立雙方關係的功能。此外，透過無結構的訪談，可協助研究者擴展、修正半結構式訪談的提問大綱。

訪談的對象不僅包括現職的安寧居家護理師，由於此一角色的職位流動性不低，因此，曾經任職安寧居家護理師一職的護理人員也是本研究的訪談對象。如此，不僅可以對嘉義地區的安寧居家療護服務給予概括性的描述，亦可透過曾經、現職於不同醫療院所的安寧居家護理師，共同建構出對安寧居家護理師角色的觀點。除此之外，訪談的對象還包括，研究場域中的單位主管、醫師與志工等，透過團隊的其它工作者對安寧居家護理師的角色觀察，亦可幫助建立團隊對安寧居家護理師的工作、角色觀點。

### (三)、研究者的資料蒐集時的參與角色

研究者的動態參與過程，研究者已盡力將干擾場域的可能降至最低，實際上仍會帶來場域的部份干擾，對安寧居家護理師而言，雖無造成太大的負擔，卻必須時常向居家的病患、家屬說明研究者的身份與角色。此影響對病房的工作人員則較少。

而在不同的參與觀察單位中，研究者的角色也有部份差異，研究者視各個不同場域的需求及接受度而彈性調整涉入的角色，並在遵守醫療倫理、研究倫理的原則下，進入場域進行觀察。在動態參與過程中，研究者保持觀察的角色，中立、不主動涉入，維持研究場域的自然發生事件，盡可能回到事物自身進行觀察。除

了部分居家觀察有協助安寧居家護理師的照護情形，大多數參與的情況，研究者的角色並不影響場域任何事件的發生與任何的決定。

表：3-3 嘉義地區安寧居家參與觀察與訪談次數總表

醫院	HA 醫院	HB 醫院	HC 醫院	HD 醫院
受訪者	A	B	C	D
參與觀察時間	2008/04/28 ~ 2008/06/11	2008/07/24 ~ 2008/08/14	2008/11/06 ~ 2008/12/11	※
參與觀察(次數)	共計 12 次	共計 11 次	共計 14 次	※
團隊會議(次數)	共計 2 次	共計 2 次	共計 1 次	※
訪談次數(時間)	2 次 (2008/05/12、 2008/05/19)	1 次 (2008/09/12)	2 次 (2008/12/26、 2009/01/16)	1 次 (2008/08/22)
訪談時數	35 分鐘 (第一次) 41 分鐘 (第二次)	1 小時 6 分鐘	1 小時 38 分鐘 (第一次) 1 小時 8 分鐘 (第二次)	1 小時 8 分鐘
研究場域的 其它受訪者	1.護理長 (約 1 小時 30 分) 2.R 醫師 (約 30 分鐘) 3.Z 志工 (約 30 分鐘)	1.共同照護師 (約 1 小時) 2.W 醫師 (約 20 分鐘)	無	無
經研究論理 委員會審議	有	有	有	無

備註: 1. HD 醫院已停止安寧居家服務，目前僅提供一般居家服務。研究者對該醫院僅進行訪談未執行參與觀察。

2. 研究者在 HC 醫院的參與觀察的過程中，因尊重該單位 IRB 的意見，因而未向該場域中的其他團隊成員進行訪談。

## 二、研究工具

在質性研究中，研究者本身即是最主要的資料蒐集與資料分析的主要工具。研究者本身在大學時期曾參與安寧病房與居家的實習，具有參與觀察的先前背景與居家照護實務的初步接觸，而在本研究中是為參與觀察者、資料蒐集者與資料

分析者的角色。

具體的研究工具則包括有：半結構式的訪談大綱、錄音設備、田野筆記與研究日誌。

### **(一)、半結構式訪談大綱**

本研究的資料蒐集主要是透過參與觀察及訪談。訪談的方式有兩種，分別為無結構的訪談與半結構的訪談。在參與觀察當中，對安寧居家護理師進行的是無結構的訪談，此訪談方式建立在參與觀察的互動過程，作為增進對場域與受訪者的認識，因此，無結構的訪談不完全依據半結構式訪談大綱的提問，而是，依據參與觀察的互動情形來進行提問。參與觀察期間的無結構訪談，也不強迫受訪者接受錄音，所蒐集而來的資料將以研究者的回溯與記錄整理在田野筆記與日誌中。另一種訪談是半結構的深度訪談，半結構的深度訪談是為主要的資料蒐集，研究者在無結構的訪談過程，所蒐集而來的資料，進行半結構訪談提綱的調整。訪談內容將聚焦在本研究目的：目前的安寧居家照護服務如何落實於社區、以及居家照護與安寧病房的照護內容的差異、團隊合作在安寧居家的運作及溝通過程、及其安寧居家護理師在安寧團隊中所扮演的角色等相關問題。初步擬訂的半結構式訪談大綱請參見附錄一，修改過後的訪談大綱請參見附錄二。

### **(二)、錄音設備-MP3**

主要協助資料蒐集的記錄工具，將採用多功能 MP3 錄音設備，使用在隨同訪視的過程中、進行無結構訪談或半結構式的訪談。使用情形皆在受訪者的同意下進行錄音，以作為資料與訊息的蒐集，便於後續的資料整理。

### **(三)、田野筆記與研究日誌**

研究者於參與觀察期間，先以方便攜帶且不造成受訪者壓力的小型筆記本做

為快速記錄田野筆記的工具。記錄當日參與觀察的研究進場時間、地點、參與人員、參與流程等記實，以及簡單的記述摘要，包括對話的摘記、場域的描述、研究者觀察的“key word”，為了快速記錄亦使用關係圖的方式記錄田野筆記。

待當日的田野觀察結束後，將快速記實的潦草紙本資料歸納整理至電腦格式化的研究日誌中，包括研究者當日的參與觀察寫實記錄，記錄內容將包含觀察時間、地點、人員、進行事件的日程記錄，作為現象資料的呈現。

研究日誌同樣是以一日的觀察作為記事，不同於田野筆記的是，研究日誌是研究者在進行一天的參與觀察後，經整理完田野筆記後再對於當日的資料蒐集與參與經驗的感想記錄、以及參與觀察後的研究反思，是為研究者在參與研究過程當中的重要記錄。研究日誌的範例請參見附錄三。

## 第五節 資料蒐集與分析

### 一、文本來源

資料的蒐集是在進入田野參與觀察，透過研究者的觀察與訪談後資料做為文本的來源，初步分為三類：

(一)、訪談內容整理：訪談資料主要採半結構式的訪談內容為主要的文本資料來源，是針對安寧居家護理師的訪談所取得的資料。

(二)、田野筆記：田野筆記為手寫快速記事，為求快速記實，以及避免摘記被辨識的可能，因此當中使用代號、匿名、簡稱，甚至使用繪圖來顯示場域的人員與空間的配置情形。研究者與受訪者的重要對話，為求盡可能的保留文句，以對話框、摘要的方式記錄下來。研究者在觀察當中的反思、發現與疑惑為求快速記錄，使用“key word”記錄，供研究者在後續研究日誌中回溯整理。

(三)、研究日誌：研究日誌為研究者在當日的田野觀察結束後，將快速記實的紙本資料歸納整理至電腦格式化的研究日誌中。研究者按當日發生的流程進行統整，並將田野筆記中的摘要、“key word”經過再反思與回溯後記述出來。整理的內容包括研究者當日的參與觀察寫實記錄，作為現象資料的呈現。加以對於當日的資料蒐集與參與經驗的感想記錄、以及參與觀察後的研究反思。

### 二、資料的處理與分析

資料的處理主要來自於兩種資料的文本，一是訪談的內容所形成的逐字稿。

另一個資料是研究者田野觀察後所完成的研究日誌。在資料的整理與確認後，配合文獻的閱讀進行開放性編碼，訪談稿編碼範例，請參見附錄四。在經過開放性編碼後所形成的主題或概念性標籤，本研究在分析法上參考 Glaser 與 Strauss(1964)等人所使用的分析邏輯順序進行比較分析，先以同類型的比較優先，再找出差異比較大的類型做比較，瞭解結構條件的變化，其邏輯順序的進行有以下六個步驟：(一)先就現有的事實、現象整理後有系統的作事實的表達陳述。(二)類型出現在哪些結構條件，以其所造成的結構條件進行分類。(三)動態的時間性的發展。(四)互動脈絡會轉變，是哪些結構條件所造成改變。(五)戰略的類型和操控改變了覺知的脈絡。(六)影響會發生什麼情況，哪些影響會改變各方面的直間/間接改變，又如何因應。

研究者在資料的比較分析上，是向上凝縮的過程，在開放性編碼後，研究者依照範疇逐漸向上收編，以編碼過後的逐字稿文本為例，其步驟如下：

- I. 第一層的系統整理。由原本在 Word 作業的開放性編碼所呈現的資料，轉移至 Excel 格式重新編排，在此第一層次的編碼順序是依照文本的編碼次序，並重新檢視編碼與標籤的內容是否一致，接續，準備開始進行收編的動作。

表：3-4 第一層的系統整理範例表

編碼	文本	摘要 [被編碼幾次]	標籤
C2:001-1	安寧居家護理師在團隊中扮演什麼樣的角色?什麼樣的功能(1)?	安寧居家護理師在團隊所扮演的角色與功能[1]	安寧居家護理師在安寧團隊所扮演的角色與功能[1/5]
C2:002-2	志工部份比較少接觸到	在安寧團隊中與志工的接觸較少[1]	與安寧團隊的接觸[1]
C2:002-3	跟其它成員，算一個協調者吧!	安寧居家護理師在志工以外的安寧團隊成員中的角色是一位協調者[1]	安寧居家護理師在安寧團隊所扮演的角色與功能[2/5]
C2:003-4	你會覺得你出去常常是單槍匹馬嗎?	安寧居家護理師是否感覺到自己常常單槍匹馬外出訪視[1]	獨自外出訪視情形[1/5]
C2:004-5	不會阿!	安寧居家護理師不認為自己是單槍匹馬外出訪視[1]	獨自外出訪視情形[2/5]

II. 第二層的系統整理。接續第一層次中的標籤內容，依類型予以歸類，並為完成分類的標籤統籌給予一個命名，並再為命名給予一個命名碼。在此層次的整理，為了便於日後撰寫的尋碼過程，可以清楚快速找到文本的摘要與段落，因此，在此層次的整理中，仍然先保留編碼的代號與摘要。

表：3-5 第二層的系統整理範例表

命名碼	命名	標籤	編碼代號	摘要
A3	安寧居家護理師在團隊扮演的角色[5]	安寧居家護理師在安寧團隊所扮演的角色與功能[1/5]	C2:001-1	安寧居家護理師在安寧團隊所扮演的角色與功能[1]
		安寧居家護理師在安寧團隊所扮演的角色與功能[2/5]	C2:002-3	扮演協調者的角色[1]
		安寧居家護理師在安寧團隊所扮演的角色與功能[3/5]	C2:013-014-37	安寧居家護理師為評估安寧居家的病患是否需要回醫院的主要評估者[1]
		安寧居家護理師在安寧團隊所扮演的角色與功能[4/5]	C2:064-181	護理師的角色不能完全劃分的[1]
		安寧居家護理師在安寧團隊所扮演的角色與功能[5/5]	C2:064-182	不能完全劃分那麼清楚[1]

III. 第三層的系統整理。接續第二層次中的命名再向上統籌聚攏，整合成範疇與同特質的事件，再給予新的範疇碼，待處理最後一層次的範疇聚合。

表：3-6 第三層的系統整理範例表

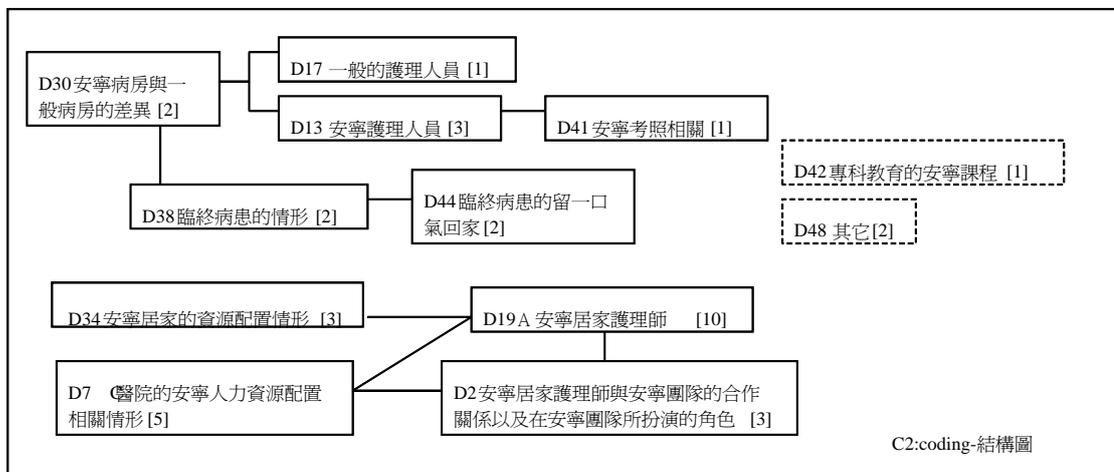
範疇碼	範疇	命名碼	命名
E2	安寧居家護理師在團隊扮演的角色	A3	安寧居家護理師在團隊扮演的角色[5]
E3	安寧居家護理師與安寧團隊的合作關係	A9	安寧居家護理師與安寧團隊的合作[4]
		A235	安寧居家護理師對其他團隊成員的角色期待/期待中的合作關係[4]
		A239	合作關係，專業分工[3]
E6	安寧團隊的支持與協助情形	A32	安寧團隊的支持與協助[9]
		A43	團隊無法協助的情形[4]
		A432	社工無法外出訪視時[1]
E9	安寧居家的訪視情形	A19	獨自外出訪視情形[6]
		A14	訪視時與醫師的電話聯絡[4]
		A28	訪視居家遇到問題[2]
		A49	安寧居家護理師無法一人解決的情形[9]
		A232	家屬的協助[1]

IV. 第四層的系統整理。經由上一層次的聚攏，已經可以進行最後的凝縮整理，也就是將範疇聚合後給予主題概念，主題的出現，可以進一步的去比較主題與範疇之間的關係，然而，研究者仍需在向上聚攏的過程中，需不斷的比較檢視範疇與主題之間的關係，已確定最後一層次當中的範疇與範疇之間的事件具有相近的特質，可以融合在同一個主題之下。

表：3-7 第四層的系統整理範例表

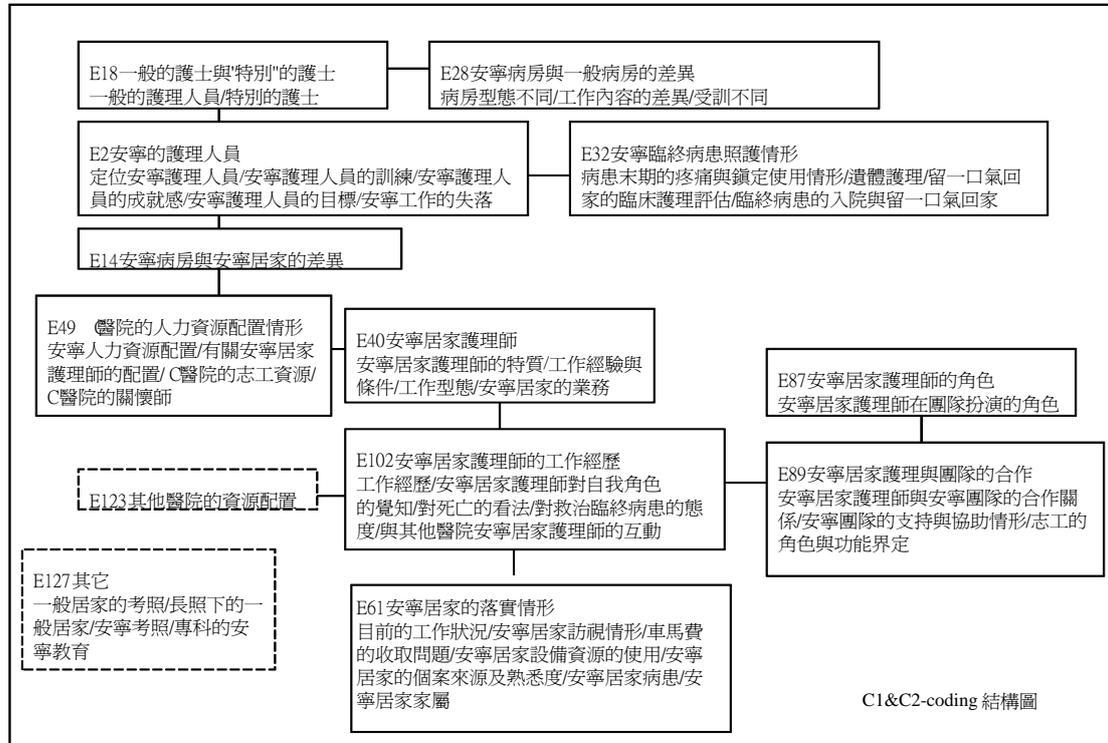
主題碼	主題	範疇碼	範疇
D2	安寧居家護理師與安寧團隊的合作關係以及在安寧團隊所扮演的角色[3]	E2	安寧居家護理師在團隊扮演的角色
		E3	安寧居家護理師與安寧團隊的合作關係
		E6	安寧團隊的支持與協助情形
D7	C 醫院的安寧人力資源配置相關情形 [5]	E54	醫院的安寧人力資源配置情形
		E59	醫院的志工資源
		E68	有關安寧居家護理師的配置
		E66	醫院的關懷師
		E62	志工的角色與功能界定
D13	安寧護理人員 [3]	E21	安寧護理人員的訓練
		E33	安寧護理人員的成就感
		E34	安寧護理人員的目標

V. 第五層的系統整理。研究者依據主題的出現，進行主題之間的比較，依照動態時間性的原則以及事件之間所發生的互動脈絡，將主題與主題之間進行連結與劃分，並形成結構圖。透過結構圖的呈現，研究者可以掌握此文本分析的範疇與所涉及的内容。



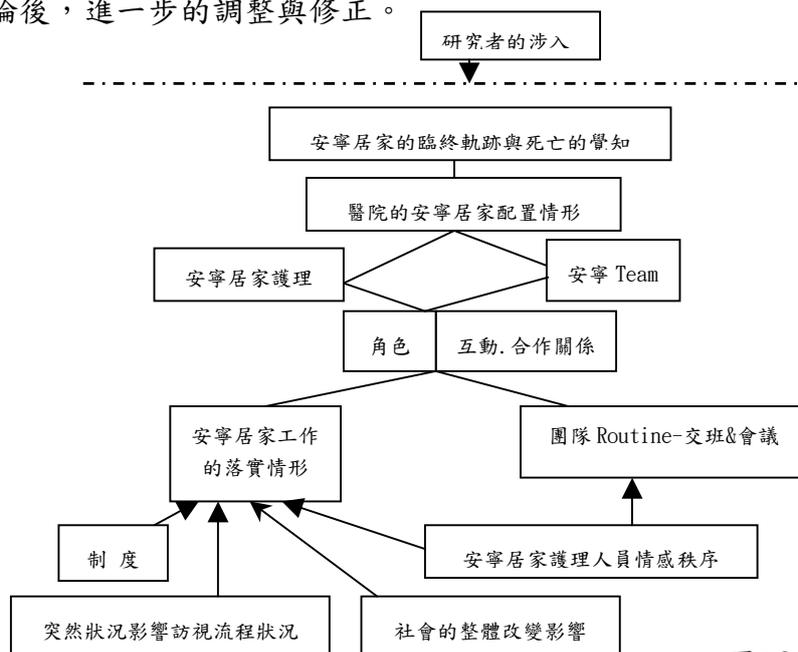
圖：3-3 第五層的系統整理範例圖

VII. 第六層的系統整理。將結構圖與結構圖之間再聚合的整理，是文本與文本之間的連結整理，在連結的過程中再次進行主題與主題之間的比較關係，並給予一個系列的排序與主題內容的說明。



圖：3-4 第六層的系統整理範例圖

VII. 第七層的系統整理。是將所有結構圖再聚合的整理，以形成本研究的分析架構圖。本論文第四章的初步撰寫即是以架構為基礎，再經過與指導教授的討論後，進一步的調整與修正。



圖：3-5 第七層系統整理。研究架構的產生

## 第六節 研究嚴謹度

本研究採用質性研究方法，以參與觀察法與深度訪談法進行資料蒐集，在資料整理和資料分析與比較的過程中，為求研究的嚴謹度，研究者需注意研究資料的確實性、可靠性、可轉換性，以及研究結果的可信賴性等四個方面，為此，本研究的嚴謹度初步說明如下：

- 一、資料的確實性：在參與觀察的過程中，研究者應如實的記錄田野觀察，不甚瞭解的資料皆需與研究對象進行確認後修正。
- 二、資料的可靠性：訪談的資料蒐集轉化成逐字稿之後，盡可能還原訪談時的情境，並反覆確認逐字稿的內容，請受訪對象確認內容無誤再進行編碼以確定訪談內容的可靠性。
- 三、資料的可轉換性：本研究來自於三個場域所蒐集來的資料，基於資料可靠性的基礎，隨同資料的補充與驗證做出適當的修正，盡可能的蒐集與確認相關的資料。
- 四、資料的可信賴性：在資料的分析過程，運用歸納方式將所蒐集的資料進行分析，資料分析以持續比較來確立資料現象的真實性，重現研究的情境與脈絡。在研究的過程中，指導教授有參與田野的過程、以及對研究者的田野記錄與觀察詳細的討論，有助於指正研究者忽視與敏感度不足的缺點，亦避免研究者的不客觀。

## 第七節 研究倫理

研究者在參與田野時保持開放、尊重的態度，研究實施的過程，遵守意願、安全、私密、誠信的原則，尊重個人的意願、確保個人隱私、不危害研究對象的身心、遵守誠信原則、以及客觀分析及報告等。因此參與觀察的進行皆得到安寧團隊與受訪視者的同意。在研究倫理的條件下，為保護研究對象與受訪視者，研究者遵守匿名（anonymity）及私密性（confidentiality）原則(嚴祥鸞，1996)，在研究進行、文本的呈現以匿名的方式表示，除非已經過研究對象與受訪視者同意，研究者絕不得將其資料透露、公開。在研究過程中，研究者需確實考慮是否會影響研究對象與受訪視者的身心問題，並維持在「最低傷害可能」的範圍，遵守不欺騙、不傷害原則。在結果分析與呈現方面，研究者客觀的將所獲得的有關資料，依據研究設計進行客觀分析，不可刻意排除負面的以及非預期的研究資料，使文本能完整的呈現出研究的結果。在結果呈現方面，研究者有義務將研究設計的缺失及限制詳細敘述，顯示出研究的信、效程度。

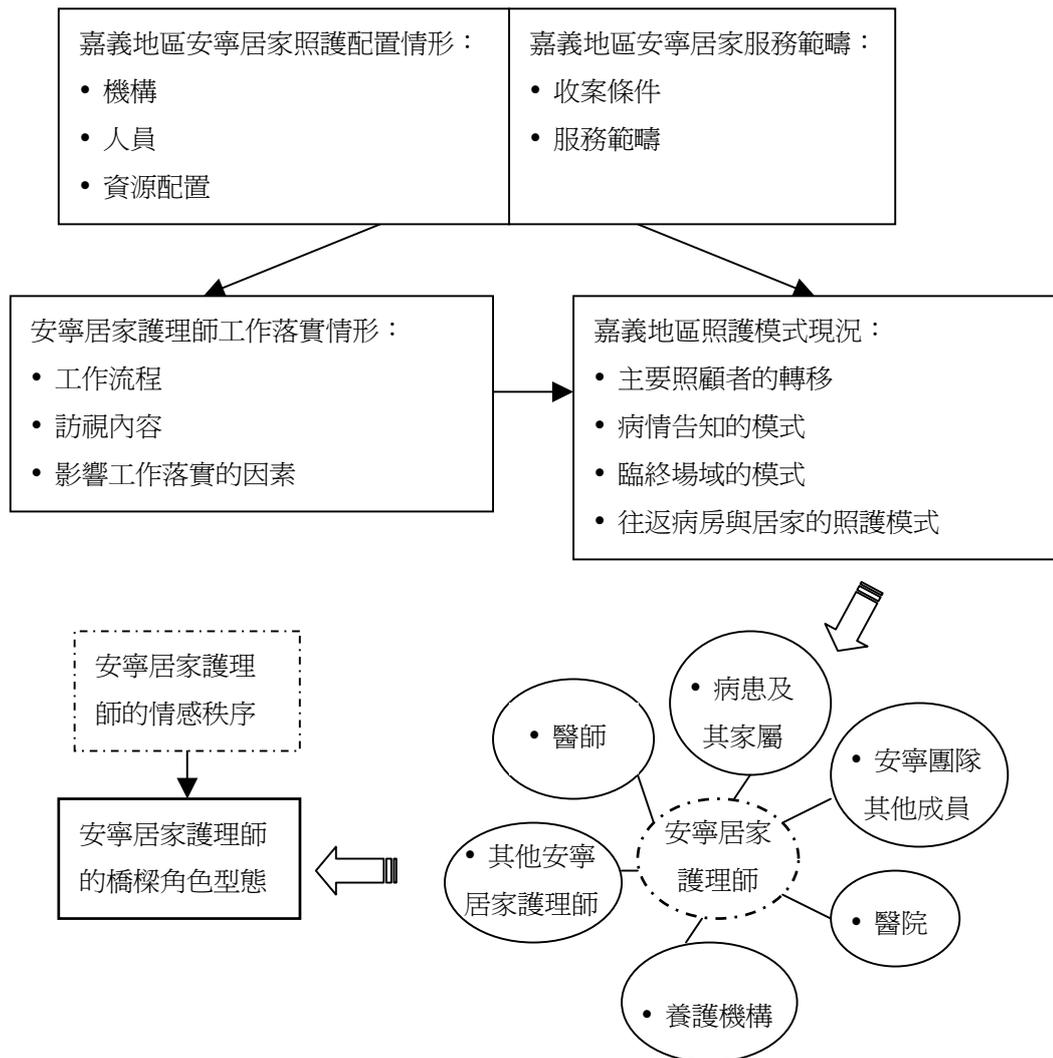
本研究為遵守研究倫理，除了正式的公文遞送外，亦經過醫療單位的倫理委員會審查(IRB)通過，並同意簽署保密同意書、及問卷訪談同意書。除了經過受訪者本人的同意受訪之外，亦視需要經過訪視病患、家屬的同意並簽署訪視同意書。

本研究以嘉義地區的醫院附設有安寧居家療護服務的安寧居家護理師為研究對象，立意抽樣嘉義地區附設有安寧居家照護的醫院為其研究場域，包括現職與已去職的安寧居家護理師都成為本研究的受試者，透過參與觀察與深度訪談進行資料蒐集，因此本研究的研究場域與受試者皆不僅此於一單位(人)的情況下，資料分析與文本的呈現上，醫療院所的名稱，以及所有受試者皆給予一代號或假名做為表示，以及任何可指認出醫療院所、人物的形容，研究者將依研究倫理，遵守匿名、不公開的方式表示，以確保所研究之場域、受試者，皆得以確保隱私。

研究進行其間，研究者尊重受試者之參與意願，避免研究者在參與觀察中的干擾行為發生的可能性，在參與觀察行前與受試者進行溝通，確認研究者的參與觀察模式。研究者在參與觀察中避免出現干擾受訪者的情形，並主動詢問受試者是否受到干擾，主動討論與確認參與觀察的形式是否有需要調整之處，並願意尊重受訪者暫停、終止研究的意願。研究者在參與觀察中亦不斷反思參與觀察的情形是否恰當，以便能在不干擾受試者的情形下完成參與觀察。

#### 第四章 嘉義地區安寧居家照護服務的分析與討論

研究者在文本分析初步完成後，經過重新的調整形成第四章的分析架構，研究架構圖如圖 4-1 所示。第四章的章節安排，第一節從嘉義地區安寧居家照護的配置情形與服務範疇開始，以瞭解嘉義地區安寧居家療護的社區醫療服務範疇與相關條件，以及安寧居家護理師在社區醫療服務的工作落實情形。第二節探討嘉義地區安寧居家照護模式的現況，照護模式的互動情形。第三節，以目前嘉義地區安寧居家的互動脈絡為背景，探討安寧團隊與安寧居家的橋樑，分析不同對象之間的互動與連結。第四節，探討安寧居家護理師在安寧居家照護體系中所扮演五種型態的橋樑角色。第五節，補充探討安寧居家護理師在互動的照護脈絡與操作情境中的情感秩序情形，綜觀安寧居家護理師的特質與條件。



## 第一節 嘉義地區安寧居家照護的配置情形

### (一) 安寧居家護理師的配置

嘉義地區的三家醫院附設有安寧居家的單位，僅 HB 醫院設置了兩位安寧居家護理師，其他兩家目前皆設置一位安寧居家護理師來進行安寧居家的業務，設置安寧居家護理師的人數考量是以該醫院安寧居家的病患收案人數來調整。

HA 醫院的情形，A 安寧居家護理師，執行安寧居家的護理師工作約一年多。在 A 安寧居家護理師專職之前的情形，是由病房內的安寧護理人員每三個月輪職一位資深的護理人員來執行安寧居家護理的工作，但後來因為醫院評鑑的要求，亦考量到安寧居家護理必須專職，對安寧居家病患的熟悉度以及信任度的才能夠達到延續性的照護。在評鑑完後，安寧團隊討論專職安寧居家護理師的適合人選，除了必須對病患有熟悉度，更需具備資深的臨床護理工作經驗，A 安寧居家護理師除了符合團隊對安寧居家護理師的配置標準，也由於自身因照護家庭有正常班的需求，接任了安寧居家護理師專職工作。

HB 醫院的情形，目前有兩位安寧居家護理師，受訪者之一的 B 安寧居家護理師接任此專職約一年多，另一位安寧居家護理師則是新接任安寧居家專職的護理師，在研究者參與觀察時，該安寧居家護理師初接任專職工作約莫兩個月，尚在適應安寧居家的業務。HB 醫院的兩位安寧居家護理師的訪視，以個案的訪視路線為區分，由於 B 安寧居家護理師有懷孕的生理因素考量，因此安排的路線主要以嘉義市為主，另一位安寧居家護理師則訪視嘉義縣，地點離醫院較遠的安寧居家個案。

HC 醫院的情形，C 安寧居家護理師目前接任該醫院的安寧居家護理師工作一職約七年多，是相當資深的安寧居家護理師，然而，C 安寧居家護理師提到在正式執行安寧居家的業務開始前一個月，是先病房中，後來開始的半年期間，

因收案數與訪視量未達專職需求，因此該時期，安寧居家護理師一半跑病房，一半跑居家。直到評鑑制度開始時，C 安寧居家護理師才專職安寧居家工作一職。

嘉義地區安寧居家護理師的配置情形，有一共同特點，即是專職的開始，皆是受評鑑制度的影響才開始設置專職的安寧居家護理師。專職的設立不僅是來自於評鑑的建議，安寧團隊亦考慮到安寧居家病患的屬性，以及照護的型態，需要特設一位人力，專職擔任安寧居家照護的護理師。也由於專職的設立，安寧居家從安寧病房中獨立出來成為一個單位，不僅在人力上的設置是獨立的，在衛材的申請、使用上也獨立了出來，更因為如此，評鑑時的病患資料與安寧居家業務報表也需獨立於病房，由安寧居家護理師執行。

另外一個特點，安寧居家護理師一職位的流動性高，雖然安寧居家照護的工作型態為白班制，適合因照護家庭、子女需求而選擇正常班的護理人員。但相對地，護理人員從病房工作轉任到居家工作上有適應的問題，護理人員本身因照護家庭、懷孕等因素，亦會影響到安寧居家護理工作的專職。因此，安寧居家護理師的配置，有職代的人力需求，以應變突然增多的訪視量，以及專職的安寧居家護理師的職代需要。然而，安寧病房本身內部人力嚴重缺乏，職代的人選常常是令主管、專職安寧居家護理師感到困擾的事情。

## (二) 安寧居家照護資源的配置

### 1. 訪視車的配置

嘉義地區的醫院附設有安寧居家的單位，院內皆設置有訪視車可使用，但儘管醫院有提供公務車可使用，安寧居家護理師的設置條件下本身就需具備自用車，以及開車的技能，以備不時之需。三位受訪的安寧居家護理師，除了一位安寧居家護理師慣用院內的訪視車外，其他兩位安寧居家護理師皆使用自用車代替院內的訪視車外出訪視，然而，安寧居家護理師在選擇外出訪視的交通工具上，

有其他因素的考量。

醫院對訪視車的配置情形，是安寧居家護理師在選擇使用自用車或公務車的重要考量。各家醫院雖有配置訪視車，但配置的條件各有不同，由於訪視車多為院內公用，因此，在可使用的數量上，以及申請的流程便利性上，影響安寧居家護理師的使用意願。安寧居家護理師的外出訪視仰賴交通工具的使用，若醫院訪視車配置有不足的情形，安寧居家護理師會傾向駕駛自用車外出訪視，不僅可省去申請公務車流程的麻煩與費時，亦可降低需臨時外出訪視卻無公務車可使用的風險。

此外，醫院對於車馬費用的收取規定，是影響安寧居家護理師選擇外出訪視交通工具的考量因素。目前嘉義地區三家附設安寧居家服務的醫院，僅一家醫院對於車馬費的收取規定，不論訪視的距離，僅向安寧居家的病患、家屬收取單次的車馬費用新台幣 150 元，若病患達優老的標準，單次的車馬費用僅收取新台幣 135 元。該單位的安寧居家護理師大多使用公務車外出訪視，若自行開車外出訪視，需另外記錄下公里數與油耗後呈報給醫院，經核銷後會給予車馬費的補助。該醫院的車馬費用規定，以及申請核銷的瑣碎流程，是影響此位安寧居家護理師選擇以公務車為主要訪視用車的原因，除之之外，該醫院所提供公務車的資源較多，此位安寧居家護理師亦願意優先使用醫院所提供的資源。

另外兩家醫院的收費標準是依據案家離院的距離，按公里數、油價時價來計算該收取的車馬費，因此，居住於嘉義市區的安寧居家病患大約所收取的訪視費用為新台幣 100 元，山區、偏遠的鄉鎮相對所收取的費用即較多。但此兩家醫院的車馬費不必再繳回醫院，所有車馬費由安寧居家護理師自行管理吸收。然而，此兩家醫院對於訪視用車的設置數量較少，且醫院對於安寧居家的車馬費未有補助的相關規定，皆由個案自行負擔。為此，此兩家醫院單位的安寧居家護理師皆選擇駕駛自用車做為訪視用車，向安寧居家個案斟酌收取車馬費用，在車馬費的

收取以及訪視車的使用上較有自主性、彈性相對較高。然而，此兩家醫院對於車馬費未有補助的情形，對於路程較為遠程的居家病患所必須負擔的車馬費用較多。因此，車資的費用會影響到家屬與病患接受安寧居家的照護意願，以及與安寧居家護理師的互動關係。由於家屬擔心費用的負擔，以及不熟悉安寧居家的業務與服務原則，往往誤會安寧居家護理師的車資收取費用是做為其它用途。病患與家屬也因有消費者的心態，會向安寧居家護理師的收費出價，希望能降低費用的收取。此外，部分病患、家屬會向安寧居家護理師要求多餘的衛材，希望能平衡昂貴的車馬費用，安寧居家護理師會斟酌給予個案衛材，但衛材的給予主要是評估病患的需求量為給予原因，並不會因為家屬的要求就給妥協給予衛材。此情形對慣常使用院內訪視用車的安寧居家護理師即不常造成困擾。

## 2.關於外出訪視的制服/衣服規定

安寧居家護理師的外出訪視服飾因應醫院的規定而略有差異。嘉義地區的三家醫院附設有安寧居家的單位，兩家醫院對安寧居家護理師的要求是必須穿著制服外出訪視，僅一家單位的安寧居家護理師主要穿著輕便的便服，在外穿類似醫師袍的白袍，白袍上繡有安寧居家護理師的職稱與姓名，這就是該單位的安寧居家護理師的『制服』。

對於必須穿著制服外出訪視的安寧居家護理師，帶來的最大困擾是氣候的適應困難。由於制服的材質厚且不透氣，較適合長時間待在醫院內工作於有冷氣房的護理工作人員，對於時常外出訪視的安寧居家護理師，必須要因應忽冷忽熱的天氣變化，服飾的不舒通常造成安寧居家護理師的困擾。此外，穿著制服的安寧居家護理師必須盡量降低在外用餐的機率，減少民眾對於護理人員穿著制服在外用餐的反感。對此，穿著輕便的便服外穿白袍的安寧居家護理師，就較無此困擾，遇到需院外用餐的情形，僅需要將白袍脫下即可，較不容易引起民眾的反感，在外用餐也較為自在。

「你知道嗎!我們居家護理師在外面跑有時候沒辦法回去吃飯嘛!就有一次我去買自助餐,就有人會跟我說:『小姐!你不覺得你這樣很髒嗎?!』...喔~你不知道我那時候有多不好意思!...以前是有過,沒有限定說要穿制服,就是裡面穿自己的衣服,再套一件白色的外套,就下車吃東西把外套脫掉的話,就看不出來,阿後來就是醫院規定穿制服訪視,就很不方便,而且你知道嗎?!這個衣服很熱ㄝ!你摸摸看,他的材質不透氣,夏天真的很熱。...我覺得穿制服跟穿自己的衣服沒差,都是回家自己洗的阿!阿出去也是開自己的車,方向盤車裡面什麼的都是會摸到,根本沒差。可是現在都要穿制服出去,我就可能在便利超商買個麵包吃就這樣趕快走了,就不會到外面買東西吃。」[NHA: 01-0428(6)]<sup>1</sup>

穿著便服外套白袍的安寧居家護理師,其服飾的考量也有許多的原因,除了護理人員本身的舒適度與便利之外,還包括安全性、以及來自家屬的期盼等考量。由於安寧居家護理師多在外訪視,護理人員的服飾會帶來清楚的指認,對此,部分不希望受左鄰右舍注目的個案、家屬,希望安寧居家護理人員儘量不要開訪視車前來,更不希望安寧居家護理師穿著制服。此外,其中一位受訪的安寧居家護理師提到,曾經穿著制服一人外出訪視,在問路的情境下,有陌生男子半身進到車窗內並反問安寧居家護理師的身份,並且有言語的騷擾,讓受到驚嚇的安寧居家護理師留下深刻的印象,對此,制服有時帶來辨識的方便也可能帶來困擾。因此,穿著便服套白袍的安寧居家護理師,不僅可以緩解可能帶給家屬的困擾,亦可適時隱藏身份維持自身單獨外出訪視的安全性。

### 3.院內辦公配置情形

研究者在場域中的觀察發現,嘉義地區附設有安寧居家護理師的辦公室設置情形有共同的現象,即是在空間上共用安寧病房的辦公室,而衛材是獨立申請與設置的情形。由於安寧居家護理師的業務與活動空間來回院內、院外,雖然常在

---

<sup>1</sup> 本文編碼說明,以 [NHA:01-0428(6)] 為例:括弧內,N代表田野筆記。HA為醫院的代號。冒號後面的數字,分別代表田野觀察的訪視次數(01—該醫院的第一次田野觀察);參與時間(0428—4月28日);編碼代號(6)—第六個編碼。

外訪視，但個案記錄與評鑑資料仍然要在院內處理，因此，必須有能在院內辦公的空間，辦公室除了電訪專用的電話，還設有電腦可供安寧居家護理師作業，由於安寧居家的衛材等設備是獨立申請，因此也必須設置獨立的櫃子擺放在辦公室內。而各醫院安寧居家護理師的辦公場域設置情形大同小異，視病房的空間配置是否還有可供安寧居家護理師放置衛材與病患資料的空間，其辦公室大多與共同照護護理師規劃在同個辦公場域，其中兩家醫院的空間設置，辦公室就是討論室，不僅作為辦公處所，還包括可供團隊會議的使用功能。

在安寧病房，安寧居家護理師是提供安寧居家病患資訊的來源，相對地，從安寧病房轉介入安寧居家的病患，相關資訊就必須仰賴院內的病歷記錄與病房護理人員的交班內容。由於安寧病房的病患轉介到安寧居家的情形為多，因此，安寧居家護理師對病房內的病患也必須稍有瞭解，然而，安寧居家護理師的工作型態，不常待在病房內，對於病房資訊取得的頻率需視辦公場域的配置，必須是容易接收病房病患的資訊，當辦公室的配置本身是多功能使用的型態，則較容易達到此目標。其次，與病房護理人員的互動關係是否頻繁，以討論與分享的型式瞭解病患資訊，也是影響的因素之一。

#### 4. 制式化的單張、記錄、同意書

安寧居家照護有許多的表單，需要個案家屬的簽章，包括安寧居家照護申請表單、DNR 同意書、訪視記錄等。每次居家訪視的最後都會請家屬簽章，代表安寧居家護理師的訪視證明，新收案的安寧居家個案往往在第一次的訪視時，就必須請家屬簽署申請單張、同意書等。在與家屬的溝通與服務中，安寧居家護理師使用制式的表單，向個案說明服務的內容與安寧居家的照護理念，不僅用來保護工作者，也形成工作證明與建立病患的資料。

#### 5. 外出訪視所攜帶的物件

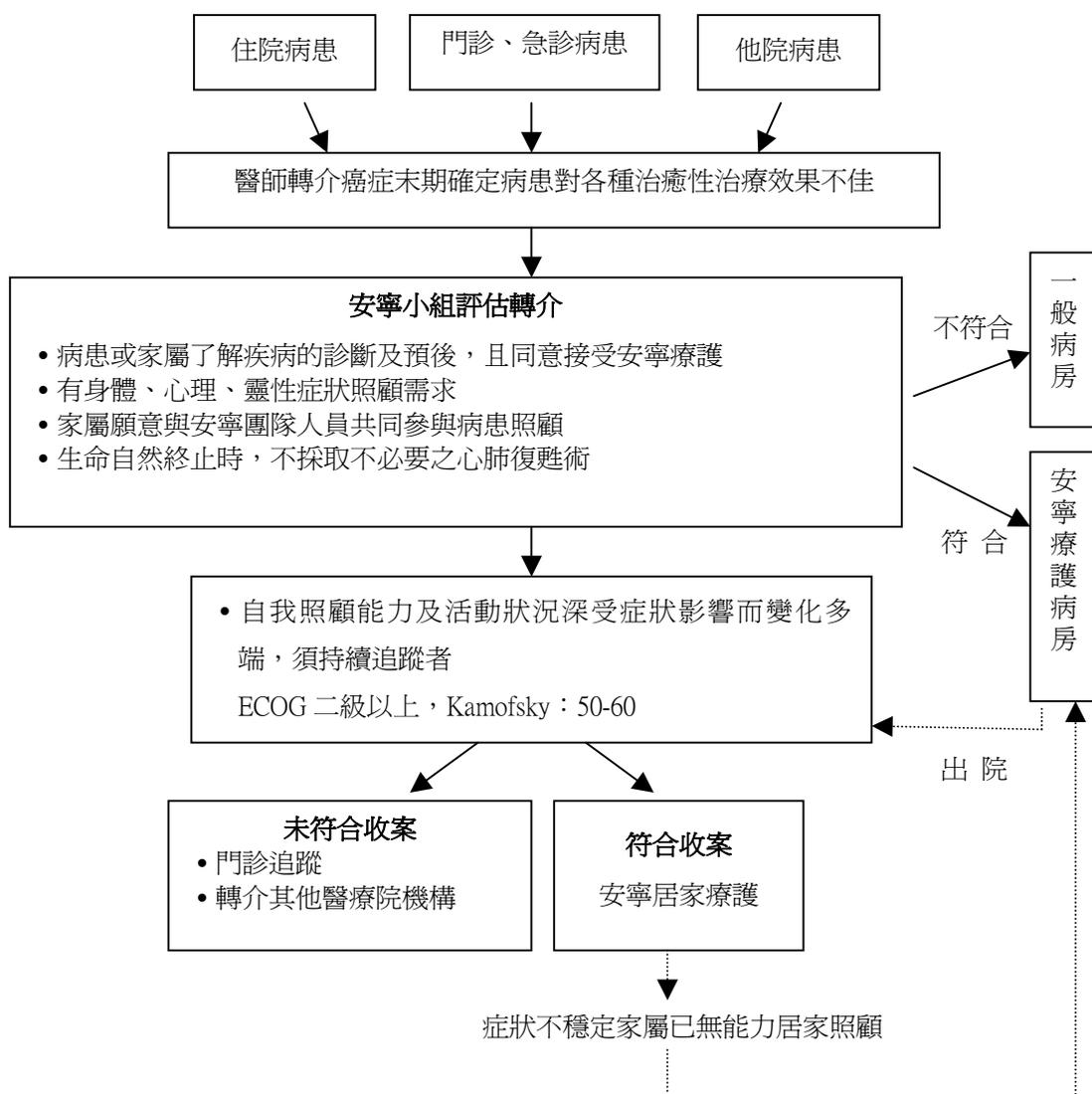
研究者的觀察，安寧居家護理師外出訪視的物件相當多，除了安寧居家個案的紀錄，還要攜帶訪視用的訪視箱，訪視箱內裝有當次安寧居家訪視時會使用到的衛材與物品，以及以備不時之需的衛材，還有每次訪視生理評估時會使用到的儀器，遇有需要幫病患洗頭或其他的服務時，還需借用病房的器具攜帶外出。目前安寧居家護理師們為求安寧居家的病患、家屬的便利，會代為將健保卡帶回醫院補刷卡，待下此訪視再歸還健保卡，雖然目前此舉不符合制度的規定，但安寧居家護理師與病患、家屬彼此具有默契，已形成慣例。然而，目前已規劃健保卡居家型的補卡設備，未來安寧居家護理師除了訪視用的衛材之外，還必須攜帶手提電腦與補卡設備，原本就必須攜帶許多物件外出的安寧居家護理師，勢在必行的補卡設備將會造成安寧居家護理人員行動上更多的不便。

在安寧居家中，衛材、資源的運用很重要，因為不比在醫院內、單位內的資源豐沛且隨手取得，因此，安寧居家護理師在外出訪視前必須要充分準備為衛材，以便因應當日前往訪視的居家病患需求，不僅是在衛材的資源使用上受到了局限，不容許攜帶的衛材有錯誤的情形。安寧居家護理師要能夠隨居家環境、配置情形調整操作的方式，更要懂得善用家中的資源，降低衛材的浪費，在不失基本的照護品質下，完成照護的任務。安寧居家護理師在可容許的範圍內，盡可能的減少操作的步驟，或是減少衛材的浪費，但又不失在居家的照護品質。如何因應家中的狀況，運用居家的資源，是安寧居家護理師必須要去思考、評估的重點，在執行的過程中，會有許多流程、操作上的衝突，皆必須透過評估與經驗來克服。

### **(三) 安寧居家的病患收案條件與範圍**

在台灣的情形，各醫院安寧照護的服務多以病房模式為主，安寧居家服務為輔，而安寧居家病患的來源即是由安寧病房的轉介較多，其次是來自門診、共同照護，以及其他醫院的轉介(李慕恩，2002)，在嘉義地區的情形亦是如此，目前的安寧居家病患多來自於病房的轉介。並依據安寧居家的病患的收案條件，有其

評估的標準<sup>2</sup>，並且需符合安寧居家訪視的需求(中央健康保險局，2000)。

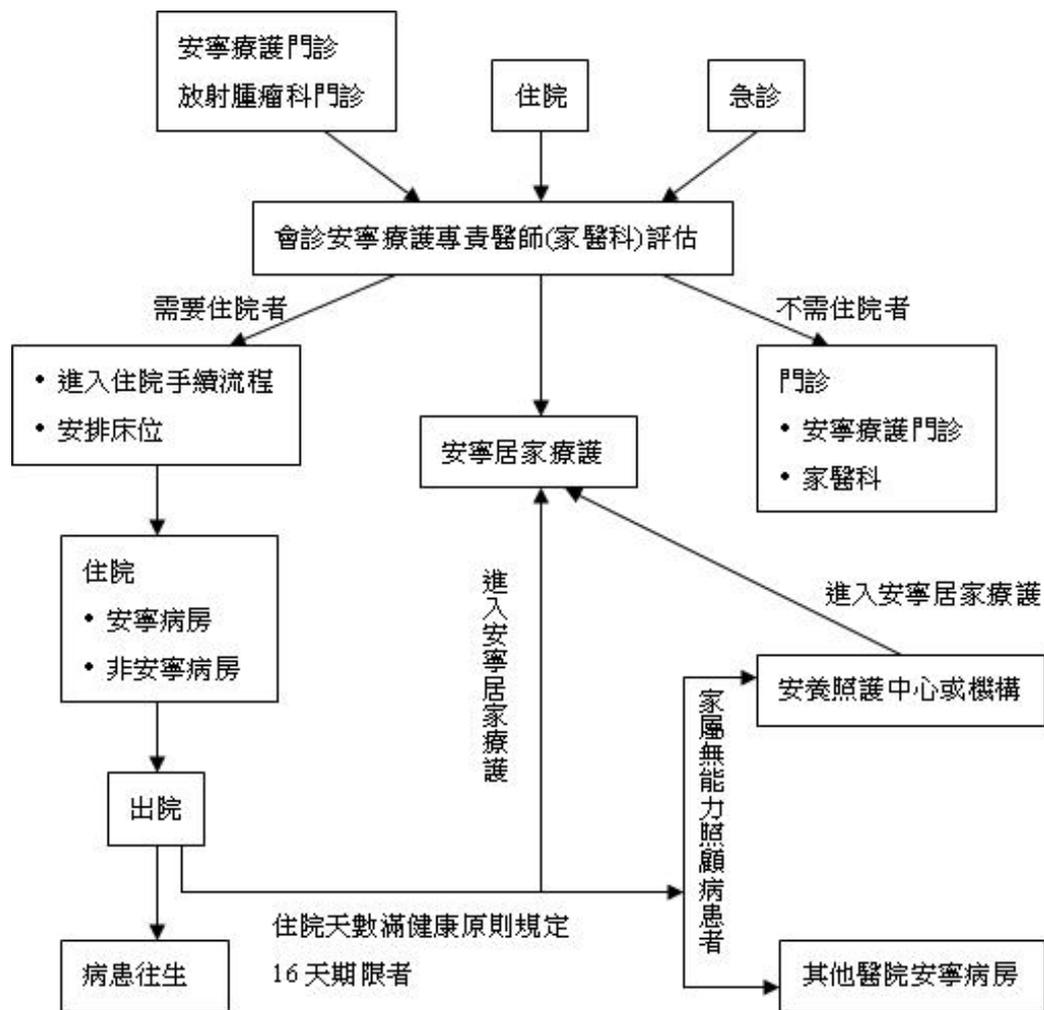


圖：4-2 安寧居家療護收案轉介流程(中央健康保險局，2000)

嘉義地區安寧療護的收案及轉介情形，與中央健保的收案流程並無太大的差異，皆需經專科醫師的診斷與評估後，進行安寧照護的收案以及轉介評估。再視病患的情形分別安排接受住院、門診、或是安寧居家的照護，在一般的情形下，安寧病房提供的服務是給較為急性的、深受症狀影響的、以及病況變化較多的癌

<sup>2</sup> ECOG 為日常體能狀態評估二級以上；Kamofsky 為體力評估 50-60。

症病患，當病患的症狀在安寧病房中得到了緩解，或已達住院的原則規定之下，安寧團隊評估病患返家的日常體能、體力狀態無虞，但有持續照護的需要，並且達到安寧居家收案標準，會視病患、家屬的需求，將病患轉介至安寧居家，使得病患出院後能夠接受安寧團隊持續性的照護服務。



圖：4-3 嘉義地區安寧療護方案轉介流程  
(改編自李慕恩，2002，圖 5-1)

一般而言，安寧居家的病患活動能力與體力方面不至於造成在家照護的太大困難，然而，仍有許多安寧居家的病患是需要臥床照護的，對部分的家屬而言，在家照護是有困難的，必須將病患安置在養護機構，並申請安寧居家的照護服務，由安寧居家護理師到機構訪視病患，並在機構內進行安寧照護的內容。在嘉

義地區，因為安寧病患出院後轉介市區機構安置的情形多，因此，其中一家醫院的安寧居家護理師，必須常前往位於嘉義市區的養護機構，訪視居住在機構的安寧居家個案。但病情相對較穩定的，沒有繼續住院的需要，但後續照護上需求的病患，將轉介安寧居家的照護，在病患回到居家後，由安寧居家護理師至病患家中進行訪視。

在收案條件及服務的區域範圍，目前嘉義地區各家醫院皆有明確的相關規定，皆是以鄰近醫院的安寧居家個案為主，向外擴展的範圍包括嘉義地區的市區及其鄉鎮，跨縣市的服務則有部分雲林縣、台南縣的安寧居家個案，嘉義地區附設有安寧居家照護的醫院，在收案的區域範圍有重疊的現象，並不特別分區收案，醫院與醫院之間是合作亦是良性競爭的關係，共同照護嘉義地區的社區安寧居家病患。對於安寧居家護理師而言，醫院以外就是社區，社區的服務範圍即是醫院的收案範圍，由安寧居家護理師偕同安寧團隊一同推動並落實安寧居家的照護，即是促進社區安寧居家照護，落實安寧照護五全概念中的『全社區』照護。

#### **(四) 安寧居家護理師的工作流程**

##### **彈性的訪視流程**

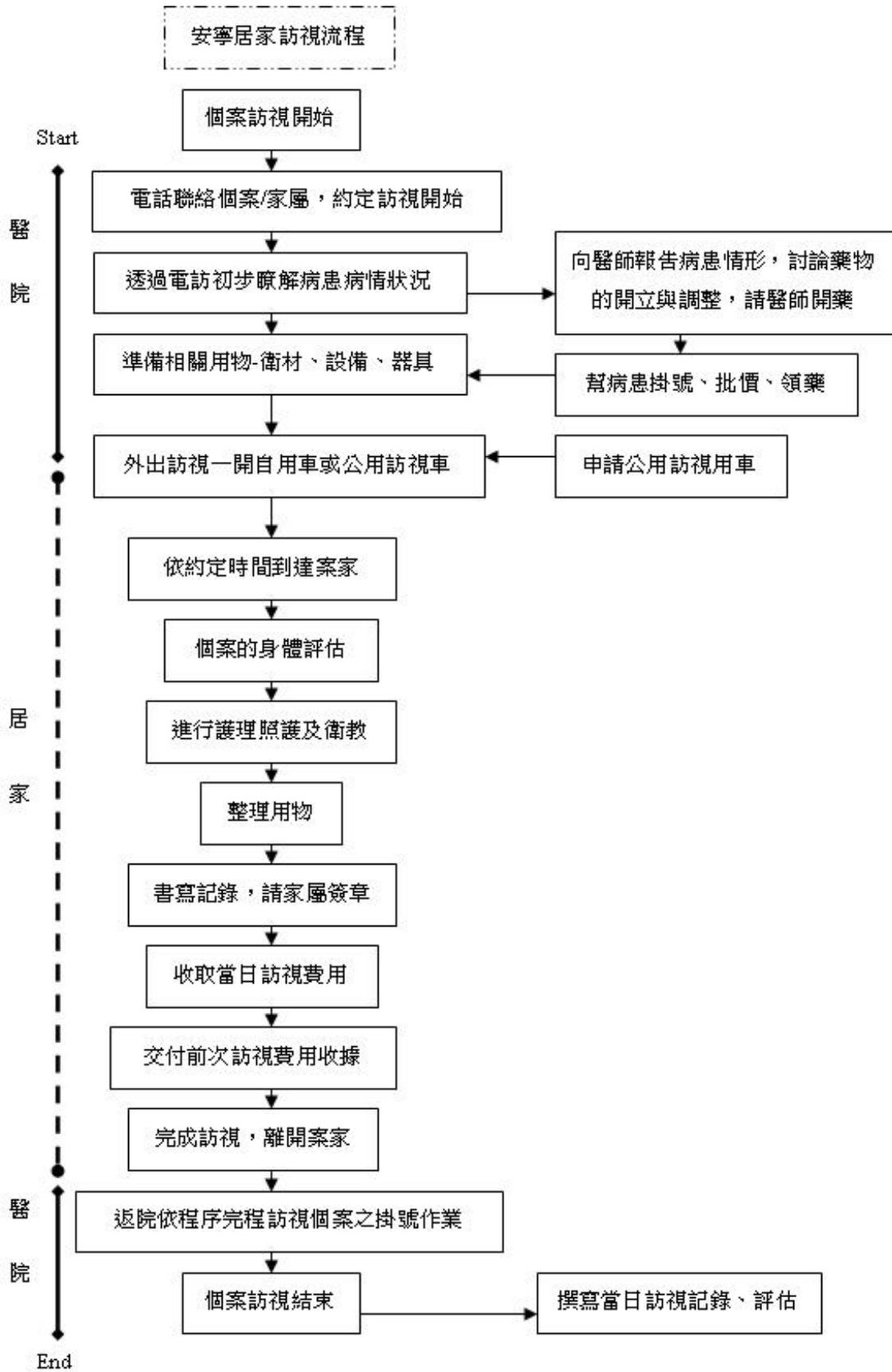
安寧居家照護工作比較起安寧病房的工作，相對的彈性、自主，在工作的流程上雖然變化較大，但卻也富有可變化性，並非像病房中的 routing 一般，富有秩序但缺乏彈性。安寧居家的流程的建立也有賴於安寧居家護理師經驗的累積，以及與家屬、病患的長期合作，在符合制度的背景之下，漸漸的發展成適合當前的一套流程模式。但各個醫院因其制度與資源的不同，而有作業流程上的差異，安寧居家護理師當前所執行的作業流程，是來自於討論與試辦過後所成形的，並非一貫固定的作業流程，可視所任職的安寧居家護理師的需求與習慣來彈性調整。

「其實沒有說一定要怎麼樣的流程，只是久了一段時間，病患家屬都很固定知道什麼時間要來，那我也都差不多時間會到這樣，不會差很多的時間都就是會到這樣，所以，其實病患沒有什麼特別狀況話，其實都很固定耶!一天的流程的話，我都會聽完交班後就可能出去跑完再回來做行政的東西，因為怕說行政做可能會拖到出去訪視的時間，那家屬就會很緊張會一直 CALL，所以就先出去都做完再回來做行政的。」[NHC:04-1120(178)]

安寧居家護理師的訪視流程因各醫院單位的團隊合作模式略有差異，在研究者的參與觀察中有兩家單位的安寧居家護理師會參與早上的病房交班會議，待交班會議結束後才開始進行當天的安寧居家工作流程，僅一家單位的安寧居家護理師並未參與每日的病房交班會議，而是進辦公室後即開始確認當天的訪視事項。然而，安寧居家護理師參與早班病房會議，用意多是聆聽病房內的病患情形，以及瞭解當日是否有重要事項的宣佈情形。其次，由於早班會議是白班護理人員皆必需到場的時段，因此安寧居家護理師會利用早班會議與病房的護理人員稍微提及安寧居家目前的狀況，以及提供可能需要入院照護的安寧居家病患資訊。因此，早班會議是提供安寧居家護理師與病房護理人員彼此互相交換訊息的時段，也是安寧居家護理師與病房護理人員難得共處的短暫時間。

### 工作流程的開始-電話訪查

安寧居家訪視流程的開始往往仰賴電話訪查。一大早，安寧居家護理師會在進辦公室或聽完早班會議後，隨即開始當天的電話訪查，電訪當日即將前往訪視的居家個案，除了詢問病情狀況之外，也與家屬確認當日前往的時間。除此之外，早上的電訪也往往必須先回覆有緊急狀況的居家個案，可能是前一天安寧居家護理師下班後所發生的突發狀況，也可能是在院內同仁的告知下，接獲居家個案死亡的消息，而必須回電瞭解狀況，以便結案處理。電話訪查的好處之一，是可以透過家中主要照顧者的描述來瞭解病患的病情變化，透過安寧居家護理師的詢問，家屬也可以漸漸覺察到病患本身的變化，以及需要再觀察、評估的面向。安寧居家護理師也相當仰賴家屬所提供的資訊，其後，再依據家屬的訴說向醫師回報病患的病情變化，討論病患的照護計劃，以及藥物的處置等。



圖：4.4 安寧居家訪視流程圖

## 院內的工作流程

電話訪查結束後，由於安寧居家照護服務之一設有為病患帶藥的項目，安寧居家的病患對藥物的需求高，因此，安寧居家護理師往往必須趕在醫師門診時間開始前，儘快找主治醫師說明當日將前往訪視的安寧居家病患的病情變化，以及請醫師當場進行藥物的開立或調整，以便接續為安寧居家的病患在院內先掛號、批價、領藥。安寧居家護理師在外出訪視前，必須要花很多時間在醫院裡來回的穿梭，跑門診部找醫師會診、至櫃台為當日將前往訪視的安寧居家病患掛號、批價，以及等藥局叫號為病患領藥等，再回到病房、辦公室準備外出訪視用的衛材，待一切就序後才拉著訪視箱到停車場，開車離開醫院前往居家地點。醫院裡在白天的門診時間病患很多，安寧居家護理師雖然是院內的醫護人員，為安寧居家的病患跑院內的流程，但並無特權，還是得與一般的看診民眾一般，排隊掛號、批價，等藥局的叫號領藥。因此，安寧居家護理師常常花費許多時間在等待掛號、批價，以及領藥上。時間的耗費以及偶發的電腦主機系統當機等意外，往往會延誤安寧居家護理師原先預計外出訪視的時間。

## 訪視行程的安排

安寧居家病患訪視的安排，是隨著病患的病情變化與需求來安排訪視時間，安寧居家護理師往往僅能先初步安排當週的訪視行程。由於安寧病患的疾病型態變化較大，除了病情穩定且合作時間久的病患以外，初期收案的個案、以及變化大的個案較難以安排固定的訪視時間。安寧居家護理師會先初步規劃當週的訪視行程，再視安寧居家的病患狀況佐以調整，然而，訪視的規劃往往會依據幾個原則，包括：安寧居家病患的居住地區來規劃訪視路線與行程、依據安寧團隊的固定會議來彈性調整、病患病情的狀況、納入天氣的因素考慮等。

訪視的工作最容易受到突發狀況而起變化，首要的因素即是有安寧居家的個案的病情產生了變化，需前往訪視評估狀況與處理，此時，臨時安插的訪視行程，將會影響到安寧居家護理師當日的訪視流程以及作業程序。因此，安寧居家護理

師每日都必須在可能變化的工作脈絡下，視變化的情形彈性的調整工作規劃，而安寧居家護理師自身也成為機動的工作者。



圖：4.5 安寧居家訪視行程(訪次)規劃

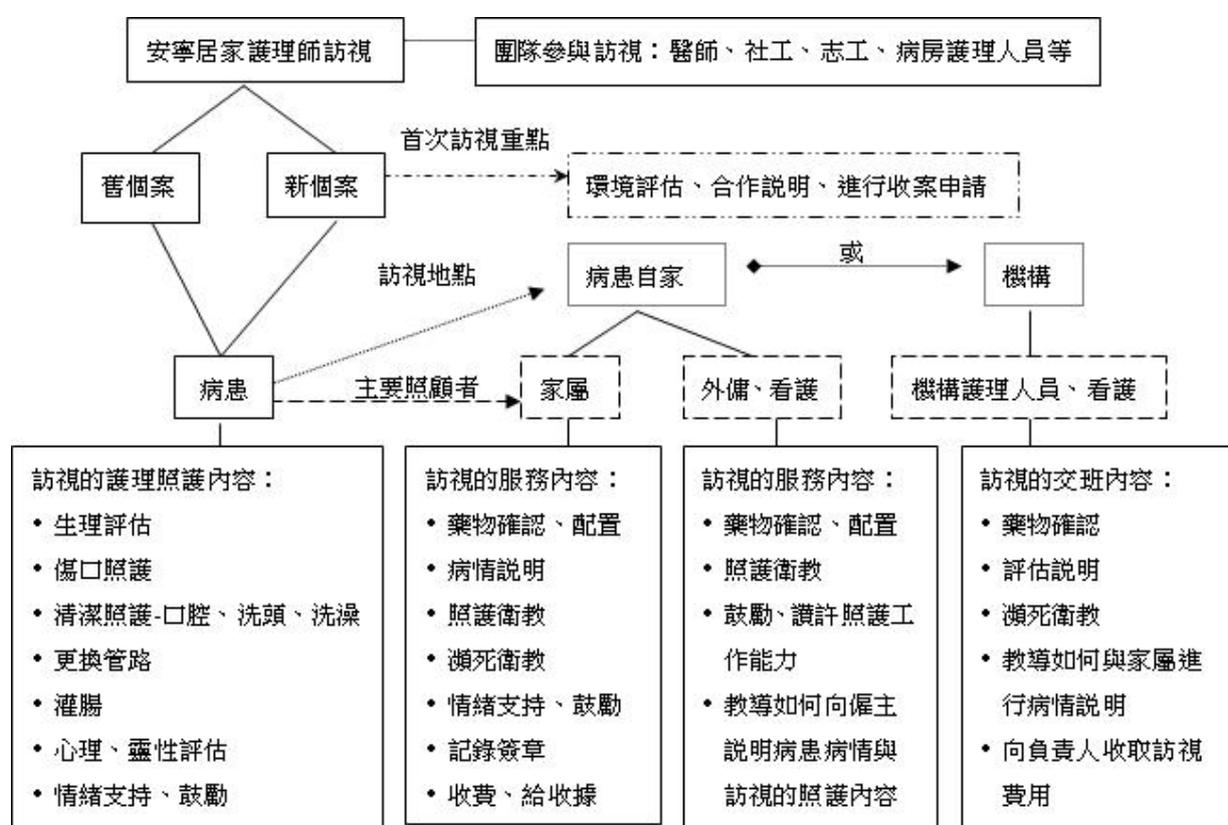
在研究者訪視期間的觀察發現，仰賴電腦作業程序的安寧居家護理師，遇上了醫院的作業系統故障、中斷的情形，即嚴重的影響到外出的訪視，也延誤了當日的工作流程。然而，院內作業系統的中斷情形，對醫院來說是整體的影響，因此，安寧居家護理師在院內的掛號、批價、領藥的作業，皆必須等待系統的恢復才得以進行，往往影響了訪視的起程時間。

另一個影響安寧居家護理師的外出訪視的情形，即是訪視車的使用。假使安寧居家護理師所駕駛的自用車、申請的公務訪視車，出現了故障、爆胎等突發狀況，亦會影響到安寧居家護理師的訪視進行，在無法變通的情形下，安寧居家護理師會考慮取消當日的訪視，更改訪視行程。

#### (五) 安寧居家照護的訪視內容

目前嘉義地區安寧居家護理師的外出訪視情形，大部份都是自行外出訪視居多，再視個案的狀況與需要邀請團隊加入安寧居家的訪視。最常被邀請的是醫

生，其次是志工、社工等。然而，醫生可以訪視的次數與病患很有限，最常被邀請前往訪視的是新的個案或首次前往訪視的安寧居家病患、以及病情變化較大的病患。一般病情較穩定的病患，則需視安寧居家護理師的評估以及醫師可配合外出訪視的時間，其它安寧團隊成員的外出訪視也是如此的情形。偶爾，病房裡的護理人員也會參與安寧居家訪視，可能是以受訓者、志願者、研究者的角色陪同安寧居家護理師一同外出訪視。除了固定安排醫師的訪視之外，目前嘉義地區安寧居家護理師多以自行外出訪視為主，並獨立執行安寧居家照護的工作內容。



圖：4-6 安寧居家訪視內容

安寧居家護理師訪視個案的照護內容以及目標，會因前往訪視的個案屬性而有些微差異，訪視新的個案，安寧居家護理師在首次的訪視評估重點，側重在環境的評估、以及收案的說明，並請家屬填寫安寧居家照護申請的相關表單，經由安寧居家護理師詳細的向個案、家屬說明訪視的目的與照護的型態，以確立接下來的合作。舊個案的訪視評估，安寧居家護理師的訪視內容將隨著所擬定的照護

計畫執行，照護的內容與目標為持續的進行病情評估。隨後照護內容依據病患的需求而有所不同，包括有：生理評估、傷口照護、清潔照護、更換管路、灌腸、心理與靈性評估、情緒支持與鼓勵等。

安寧居家訪視的地點，即是病患的居住處所，然而，由於嘉義地區安寧居家病患轉介安置在機構的情形多，因此，安寧居家護理師除了前往訪視在家接受照護的居家病患，也必須訪視安置在機構的安寧居家病患。安寧居家病患的居住地點其場域環境，將會影響到安寧居家護理師對病患的照護內容，舉例來說，身上有管路的病患，在家的照護，管路的更換就必須由安寧居家護理師定期的訪視進行照護，相較於安置在機構的病患，管路的照護即可透過機構的護理人員來執行，安寧居家護理師的訪視工作即因機構原有的照護進行調整。除此之外，病患的居住地點不同，病患的主要照顧者也會有所差異，在家照護的病患其主要照顧者大多是家屬，其次輔以外籍看護來照護病患，而安置在機構的病患，則是以機構的護理人員、看護為主要的照顧者。不同的主要照顧者因其職責與照護內容的不同，亦將會影響安寧居家護理師的訪視服務內容。

當家屬為病患的主要照顧者，家屬承擔照護病患的主要工作，以及照護所帶來的壓力，而安寧居家護理師的訪視目的除了照護病患，即是要評估家屬在家的照護情形，並給予適當的協助與教導，因此，安寧居家護理師對家屬的訪視服務內容包括：藥物確認與配置、病情說明、照護與瀕死的衛教、情緒支持與鼓勵，以及訪視記錄的簽章、收費等。除了針對病患的病情與照護上予以減輕家屬的照護壓力，也必須給予家屬相關的照護衛教、瀕死衛教，以提供情緒與心理上的支持。

當外籍看護為病患在家的主要照顧者時，安寧居家護理師在照護服務的內容上與家屬的服務內容有些微的差異，其主要的內容多導向於對看護進行照護上的衛教與技術的教導，其次是進行藥物的確認與配置。除了對病患照護上的說明與

教導，亦不時鼓勵、讚許外籍看護在照護工作上的能力與態度，以提升外籍看護的照護信心，也讓病患、家屬能肯定外籍看護的工作。除此之外，當安寧居家護理師在訪視未能立即向家屬解釋病情時，必須初步教導外籍看護如何向僱主說明病患的病情變化及已處理的照護內容，使外籍看護可以簡單傳達給僱主，以瞭解病患的病情變化，並說明安寧居家護理師的訪視工作內容。

當機構的護理人員與看護為病患的主要照護者時，安寧居家護理師與主要照顧者的訪視內容多是以『交班』的形式來進行，訪視的交班內容多環繞在病患的照護問題與病情變化上，內容包括：藥物確認、評估說明、瀕死衛教等，除此之外，由於家屬前來探視病患的時間非固定，安寧居家護理師必須教導機構的人員如何向家屬進行病情的說明，讓家屬前來探訪病患時，能掌握瞭解病患的病情變化。由於機構的主要照護者亦是醫療照護上的專業人員，在工作上的職責而有照護病患的義務，因此，安寧居家護師對機構的主要照護者，在心理、情緒的支持給予較不易顯見，訪視的內容仍是以照護工作的交辦內容為主。

#### **(六) 24 小時 on-call 機制取代夜間的安寧居家訪視服務**

目前嘉義地區附設有安寧居家照護的醫院，單位皆設置有 24 小時的安寧居家 on-call 服務，由於安寧居家護理師們的服務時間皆為白天班，未能執行安排夜間的訪視。雖然安寧居家的病患病情看似穩定，但變化大，夜間的突發狀況多，安寧團隊必須為病患及其家屬設置可供 24 小時諮詢的機制，為此，各醫院的安寧單位皆設置有 24 小時 on-call 的服務提供給安寧居家的病患、家屬使用。然而，白天的時間，安寧居家護理師可供病患、家屬電話諮詢，視病患的狀況可立即安排訪視。但夜間的 on-call 服務，主要由安寧病房的值班護理人員接聽來協助家屬，由值班的護理人員評估家屬所面臨到的問題，當安寧居家的病患有急診的需求，立即啟動緊急機制，護理人員會請家屬帶病患前來醫院以急診的方式入院。

「恩!其實...這個部份厚!...安寧居家其實算是有24小時的

on-call，但是夜間的on-call就是病房，對!所以居家是有24小時on-call這個服務，但是不是我們個人的業務，就是說，是整個team去卡這個24小時，所以其實病房他接24小時的on-call他就算是在接居家的業務。對!這兩個是綜合起來的。」[NHB:01-0912(59)]

目前夜間不安排安寧居家訪視的原因不僅考慮安全性的因素，安寧居家護理師們認為安寧居家照護沒有需要，嘉義地區也沒有條件可設置夜間照護的訪視服務。然而，目前台灣的經驗僅在花蓮某醫院的安寧居家單位有設置夜間的訪視，主要原因是單位有設置值夜班的醫師，訪視條件也僅在市區內，因此，不會離醫院太遠，但也是儘量的避免外出訪視的情形。就嘉義地區的訪視條件而言，訪視的範圍太大，訪視的人力配置條件、危險性等，皆不適合設置夜間的安寧居家訪視服務。目前夜間接聽on-call護理人員可評估安寧居家病患的情況，有賴於安寧居家護理師與病房護理人員平日的交班，特別是針對有特殊狀況的個案，由團隊一同建立起24小時的on-call機制。

#### (七) 影響安寧居家護理師工作落實的制度因素

研究者在嘉義地區的研究觀察中，發現目前安寧居家護理師在業務的流程與訪視的過程，雖然彈性且自主，然而，卻也受到制度面的部分影響，尤其是來自於健保制度的規定影響最大，安寧居家護理師在工作的過程中，必須考量制度的背景，並在醫院所提供的現有資源下，漸漸發展最符合當前的制度背景的業務流程，得以順暢的執行日常的安寧居家訪視工作。接續，研究者將田野觀察中的發現，敘述有關於健保的制度所帶給安寧居家護理師在訪視中的問題。

##### • 健保卡的攜帶問題

在安寧居家的規範當中，安寧居家護理師不得持有病患的健保卡，必須訪視後請家屬或代理人為病患回醫院註記，病患的健保卡必須回醫院註記，安寧居家的訪視也才得以申請健保給付，對此，不僅是造成家屬們的不便，亦失去安寧居家服務的照護意義。然而，目前漸漸有相關的刷卡設備供安寧居家護理師攜帶至

病患居家中為其註記，在研究者的田野觀察及訪談中發現，安寧居家護理師外出訪視需要攜帶的物件相當多，若再攜帶居家型健保卡補卡的設備，其實會造成安寧居家護理人員行動上更多的不便。

目前安寧居家護理師與長期合作的個案，皆已有共同的默契，為求家屬的便利，安寧居家護理師往往會將病患的健保卡帶回，在訪視前為病患掛號、領藥、註記訪視記錄等，至下次安寧居家訪視時再將健保卡歸還病患、家屬。當安寧居家護理師下班後，部分尚未前往訪視且未歸還的健保卡，會留在單位病房，假如病患、家屬有需要可至單位來領回，病房的護理人員會協助安寧居家護理師歸還給病患、家屬。雖然目前的做法不符合規定的要求，但安寧居家護理師為求病患、家屬的便利，以及使得安寧居家的訪視達更好的效果，因此，流程上皆先為病患掛號、領藥，至居家訪視時，才能夠向家屬進行藥物的衛教，若有需要更換的藥物，也方便在後續處理。

- **健保 vs. 主管對於訪視量的要求**

目前健保制度規定一個月，一位安寧居家護理師的訪視次數以 40 次為限，但其中一家醫院因主管的訪視量要求，兩位安寧居家護理師個人一個月就達到 60 次的訪視次數，兩人訪視加總超過一百次，並且無收案上限。安寧居家護理師也不能退件，一旦病患入院即為病患來做申請，主管的用意是希望能提供給病患更好的服務並達到安寧的服務理念，也必須要為醫院在人力資源的使用上達最大的效用為考量。縱然，訪視次數與滿意度間具有相關性(張淑真、机吟惠、黃靜宜，2002)，但過多的訪視量要求卻形成安寧居家護理師們的執行上的壓力，並且需因訪視量來調整病患的訪視。例如，週一的初次訪視人數較多，安寧居家護理師為了盡量能看完病患會縮減訪視時間，可能會匆忙的趕完當日的訪視，而減少與病患、家屬的互動，對於訪視的數量多，照護的品質或多或少會有影響。

另一方面，當病患數不足以達每月的要求訪視次數時，亦會帶給安寧居家護理師莫大的壓力，不僅是對安寧居家護理師的職位有調動的疑慮，在這家醫院的情形，安寧居家護理師會因訪視量，在沒有需要訪視病患的工作天而休假，然而，休假其間也必須在家隨時 on-call，以便接聽安寧居家個案、家屬的來電。

- **住院天數、跨縣市的申報問題**

現今最困擾安寧病房、安寧居家的制度問題，即是住院天數的規定以及跨縣市的申報問題。超長住院，在團隊會議中是最常受討論的議題，也往往最難被處理，醫護人員往往必須要在對病患的益處做最大的考慮，以及在不損害到醫院的經營下，必須要抉擇是否要轉介病患至其他醫院的安寧病房、或轉介至安寧居家繼續接受照護。嘉義地區各個醫院有其不同的做法，部分醫師認為必須要以病患為優先的考量，因此，在醫院的支持下，在損害醫院的最低限度內，讓病患持續的住院照護。也有部份的醫院與醫院之間，願意合作在解決病患超長住院的問題上，在轉介病患的機制上，安寧團隊會依據病患的居住地以及便利性，來為病患做溝通以及轉介的安排，目前此議題在各個醫院皆受到重點討論，然而，卻尚未能獲得完善的處理對策。

跨縣市的申報問題，影響安寧居家業務較大，由於安寧居家護理師在正式收案前往往會先前往訪視瞭解個案狀況，並且在第一次的訪視中向家屬澄清安寧的理念，以及說明後續的照護與合作模式，相關文件的簽署也就在第一次的訪視時留下讓家屬詳細填寫，待下次的訪視收回。然而，安寧居家的病患病情變化大，許多跨縣市的個案，尚未通過兩星期的申報，就在期間往生了，訪視的費用僅能由家屬自費負擔，或是由醫院來自行吸收。例如：HC 醫院的安寧居家個案在跨縣市的收案數多，但 C 安寧居家護理師不擔心制度的不便，會以病人的方便與舒適為優先考慮，然而，醫院的支持態度，也是影響這家醫院安寧居家護理師執行的考量。

- **制度的更迭**

制度的更迭是造成安寧居家護理師在執行上的影響因素之一，然而，不單是健保的制度，醫院對於單位的相關規定，亦是制度的影響背景。安寧居家護理師必需在健保與醫院的雙重制度背景下，依據規定進行安寧居家的訪視，時常變化

的訪視規定，會造成安寧居家護理師在流程上、作業上的『無所適從』，雖然安寧居家護理師可以瞭解制度的更迭是為了保護醫療工作者自身，或是使得安寧居家的業務更臻完美，但的確也造成安寧居家業務流程上的不便。誠如一位安寧居家護理師就認為制度有時是牽絆執業時的阻礙，但也是保護工作者的一道防線。

「就很討厭，制度會一直改來改去，原本可以現在就不行，原本不行現在又可以，就是變來變去阿!那些制定的人不知道跑居家的真實情況，所以就一直在變，會很煩耶!所以我覺得制度就是自己人在為難自己人啦!醫護就是這樣，很有制度，我還沒有看到有比醫護的規定更制度化的，但是就是會把自己框起來，很難做事，所以我才說就是自己人在為難自己人。...但是那是為了規定，那也是為了要保護自己，所以這個也是一體兩面的事。」  
[NHB:09-0811(118)]

制度的影響在另一位安寧居家護理師以及該院的執行較不易顯見，她會優先考量病患的情形進行訪視與安排，不受制度的限制，該院似乎也願意配合接受此位安寧居家護理師的做法。在制度層面，他比較有自己的想法，醫院所給予的空間也很大，他認為，制度有其考量，雖然未顧及全面，但尚可在制度下配合執行。由此可見，醫院對於安寧居家的支持度，以及醫院對於安寧居家護理師給予的獨立性等，皆影響著安寧居家護理師工作的落實情形。

#### (八) 小 結

嘉義地區附設安寧居家的醫院，目前在資源上的配置充分且醫院間彼此的差異並不大，在收案的範圍是共同為嘉義地區的社區安寧居家病患來服務。然而，醫院所提供給安寧居家照護可使用的資源，以及安寧居家護理師在執行過程中醫院所給予的彈性空間與自主性，亦可象徵對安寧居家照護的支持度，當然也影響了安寧居家護理師日常的工作落實情形。當外在環境越僵化沒有彈性，護理人員面臨的困難越大(陳盛文，1994)，在工作的執行過程中，安寧居家護理師必須在醫院、健保的雙重的制度背景下，找出一套最適合當前的業務流程，並發展安寧居家照護的訪視內容，以符合不同的安寧居家的病患及其家屬的訪視照護需求。

在初步瞭解嘉義地區安寧居家照護資源的相關配置，以及安寧居家護理師在

業務的流程、訪視的工作內容等客觀的背景後，研究者將在下一節接續說明嘉義地區安寧居家照護模式的現況。

## 第二節 嘉義地區安寧居家照護模式現況

本小節主要探討嘉義地區安寧居家照護模式的現況，分別討論照護型態的改變，以及病情告知的現況模式，以及臨終場域的模式，最後說明目前安寧居家照護的病患往返病房與居家的照護模式。

### (一) 病患主要照顧者的轉移

當病患回到家中，整體的照護型態有相當大的轉變，病患的照護與評估從病房護理人員為其主要的照護型式，轉為在家接受家中主要照顧者照護的型態，而家中的主要照顧者可能是病患的配偶、子女、孫子女，或外籍看護等。安寧居家護理師僅是為病患返家後的主要專業醫療照護提供者，提供安寧病患出院後的持續照護服務，將專業的醫療照護模式帶進社區、病患家中。但由於護理人員的照護從病房全天候的型態轉為至家中訪視的片段照護，因此，病患的主要照護重擔，以及病情觀察的主要責任，從病房護理人員轉移至家庭的主要照顧者身上。也因此，在病患的生理評估模式產生了變化，安寧居家護理師必須透過詢問並仰賴主要照顧者所給予的訊息，來瞭解病患的生理近況，做為評估的依據。有關於病況的訊息來源，主要的照顧者是為病患家屬，甚至於僱請的外傭。除了病患本身尚有能敘述自己身體的不適以及異常狀態，安寧居家護理多仰賴詢問主要照顧者來取得生理評估的資訊。如何向主要照顧者發問以獲得病患的訊息，安寧居家護理師仰賴多年來的照護經驗，以及與主要照顧者的關係建立程度，進而掌握病患的資訊準確與真實度。

#### 1. 仰賴家屬，也照護家屬

安寧居家的照護服務與品質的維持，皆仰賴家屬、主要照顧者的協助與配合。然而，家屬也是安寧居家照護的重要對象之一，不僅是病患的家屬，甚至是擔任主要照護病患責任的外籍看護，也是安寧居家護理師必須要考量的照護對

象。在國外的研究(Hull, 1991)也檢測安寧照護護理人員的照護行為，是以居家照護中的主要照顧者為主。安寧居家護理師對於居家的照護，相當仰賴家屬的協助，以及外籍看護，因此與家屬、甚至外籍看護的關係建立與溝通皆需相當重視，也是在安寧居家的過程中，起先要最用心的部分。據安寧居家護理師的經驗，當家屬的配合度高，家庭對病患的支持度高，病患的照護品質也會提升，對於安寧居家護理師的照護計劃，較容易達成並完成執行。

有一個照護家屬的實例，在一次田野觀察的安寧居家訪視中，安寧居家護理師完成對病患的照護後，協助病患回房休息，與病患的太太進行藥物的說明與病情的解釋，其間，安寧居家護理師聆聽病患的太太在情緒與照護上的壓力宣洩。病患的太太訴說過程中有情緒反應，安寧居家護理師當下也立即給予安慰與支持，並建議病患的太太讓病患住院，讓安寧團隊的介入與協助，使家屬得到喘息。當次的訪視約莫進一小時，離開案家後，安寧居家護理師向研究者分享：

「家裡一個人生病，整個家裡面的人都要重新調適與找平衡點，很辛苦。不過這也是沒有辦法改變的事實，像這個病患、太太，他們都跟公婆住一起，又全職的在照顧他先生，真的壓力很大，如果我們沒有來聽他這樣說，你看他都沒辦法講出來，這些話也只能跟外面的人講，不可能跟他婆婆說或跟他的子女說，他也很無奈啦！那有人聽他這樣講對他也會好一點，至少有講出來這樣。」[NHC:02-1111(164)-12]

另外，有一個特別的案例，曾經是安寧居家的家屬，現在成為安寧居家的病患。安寧團隊與安寧居家護理師，會依病患過去的照護脈絡，評估病患的情緒(避免崩潰)與痛苦經驗(經歷過親友的癌症)，更換病患原先所熟悉的安寧居家護理師，轉由病患不熟識的護理師接續病患的居家照護，避免『有經驗』的病患因過度打擊而感到沮喪。

## 2. 家屬參與照護的情形

### (1)市區與鄉鎮的安寧居家家屬參與照護的差異

受訪者之一的安寧居家護理師提到近幾年在嘉義地區的安寧居家的訪視經驗，發現位於市區內的病患，其家屬的照護品質大致都不錯，家庭支持度也有助照護品質的提升。就安寧居家護理師的觀察，位於市區的病患，其照護品質、家庭支持度都不錯，因此，病患的生活品質與穩定度就相對比較好。市區與鄉鎮的照護差異是，在嘉義市的家屬比較主動去問護理人員關於病情的部分，在照護上也比仔細，且配合度高；相對的，在鄉鎮的地區，家屬對安寧居家的照護態度不一樣，希望前來訪視的安寧居家護理師把事情做好就好，家屬不會想要瞭解內容，在照護上也比較被動。然而，市區與鄉鎮的家屬參與照護的情形，與民眾的教育水準、知識的水準相關。

### (2). 家屬的支持度

安寧居家護理師的觀察，病患在家的照護品質與家屬的知識普及與教育程度有關，家屬對病患在家中受照護的態度也很重要。其實，在家與在病房的照護不會有太大的差異，主要是家庭的支持度影響著病患的照護品質。有些個案則不全然是家屬態度的問題，反而是病患本身不想待在家接受安寧居家的照護，由於家庭的支持度不佳，或病患本身與家庭不和睦等因素，都是導致病患寧可住院，而不願接受在家照護。一般而言，安寧居家護理師會優先評估病患在家照護的安全為主要依據，再考量是否還有其他影響在家照護的因素。

### (3).資源取得便利性

嘉義地區的城鄉照護差異，除了民眾的普遍知識與照護理念上有差異之外，與民眾對醫療資源的取得便利性亦有相關。嘉義縣市的醫療資源密集於嘉義市區，因此，位居嘉義市或臨近市區的住民，至區域醫院的距離近，相關的輔助資源、衛材的取得便利，往返醫療單位的便利也讓鄰近住民產生依賴，照護相關訊息取

得便利相對獲得提升。相對的在較偏遠的嘉義鄉鎮，尤其是沿海一帶，距離區域醫院的距離遠，當地的醫療資源取得本就不易，相關的輔助資源、衛材取得困難，偏遠居民早已有一套因應醫療缺乏的行為模式。

## (二) 病情告知的模式

### 1. 家屬掌握病情告知的決定

在臺灣的情形，由於國情的因素，目前在病情告知的部分，安寧居家護理師尊重醫師以及家屬的決定，不會主動的向病患告知病情。當家屬同意將病患轉介到安寧居家時，往往對病情已有相當程度上的瞭解，但家屬不盡然會告知病患真實病情。在台灣的經驗中，病情告知的權利是由家屬所操控，會視病患本身的情形來與家屬討論是否要告知。蘇文浩(2006)也指出，家屬擔心病患一旦得知病情，會造成病患心理上的恐懼、喪失治療的勇氣，甚至是放棄治療，所以會要求醫護人員代為隱瞞病情。有些病患在家屬的考量上是無法承受病情的，或者病患本身已居高齡對於病情的告知已無太大意義，適不適合告知以及最終的決議都在安寧居家護理師與病患家屬的討論。受訪的安寧居家護理師提到儘管病患宣稱表示，希望得到病情的告知，保障可以接受病情的宣告，但是，由於護理人員與病患的關係與瞭解不如家屬瞭解病患來得深，家屬對於病患的情緒、個性，對病情的接受度評估應當會較護理人員評估更準確。因此，護理人員會相當重視家屬對於病情的操控決定，以家屬對於病情告知的決議為準則，來與病患進行互動。當病患表示對病情的渴望瞭解，甚或已經有所瞭解到自己的狀況不甚理想時，此時安寧居家護理師與病患的互動會轉而半開放的方式，先瞭解病患的想法與對病情的瞭解程度，後續再告知家屬病患的瞭解情況，建議是否要對病患的病情公開或開放溝通。在病情的告知部分，醫師的角色也相當重要，醫師往往是掌握有對病情告知的主導關鍵者，當醫師對病情的告知有所保留時，護理人員雖得知病情也不能任意的透露病患的病情給家屬以及病患，必須要得到醫師的表示意思確認獲

得公開解釋病情的同意，護理人員才能向家屬、病患公開解釋病情。在此情況下，護理人員必須面對家屬、病患對病情的宣告所引發的情緒，護理人員並除了承接情緒之外仍要接續評估家屬、病患的狀態，以及安排後續的照護計畫。

## 2. 病患的病情覺知—以高齡九十幾歲的 P 阿嬤為例

病患對病情的覺知一直以來即是重要的倫理議題，然而，許多的現象與討論的空間，是無法進行病情告知的。有一個特殊的個案，在研究者的田野觀察中，有一位高齡 90 多歲的 P 阿嬤，因年紀老邁退化聽覺幾乎已完全喪失，且不識字，溝通上有困難，病患居住地點相當簡陋，病患由於輸卵管癌而接受安寧居家照護。主要照顧者是為病患的兒子，但主要照護者年紀高齡 77 歲，自身亦有慢性疾病的問題，又要照顧年邁的老母親。病患本身並不知道病情，認為是年紀老邁所引起的身體衰弱。安寧居家護理師的日常訪視僅能做生理評估，以及詢問病患的身體狀況。由於病患本身無法語言溝通，需透過兒子來進行溝通，並與家屬確認藥物的配置，以及初步的衛教(P 阿媽的腹瀉問題、導尿管的放置情形)。

由於 P 阿嬤因久病而有自殺傾向，照護病患的安寧居家護理師時常提醒家屬，如果希望讓老母親得到安慰，可以帶母親固定回診。雖然已無法得到更好的處置，但固定回診可讓老母親感到仍有人在關心而有些補償與安慰作用。此居家個案，病患的溝通與照護品質造成安寧居家護理師的苦惱，然而，個案的兒子亦不希望安寧居家護理師在家停留太久，因為 P 阿嬤會一直詢問與安寧居家護理師的討論內容。由於溝通上有困難，以及 P 阿嬤久病所累積的情緒會造成家屬的困擾以及壓力。因此，安寧居家護理師必須考量家屬的問題，會盡可能的縮短訪視時間。由此觀之，病患本身的病情告知條件並不充份，若告知病患真實病情亦有可能促使病患的自傷，安寧居家護理師必需與家屬溝通，共同營造對病患而言為最適當的病情覺知環境。

家屬一旦有了病情覺知，對病患死亡也會開始產生死亡預期，此時，安寧居家護理師亦會針對家屬進行評估是否有心理、靈性上的需求，提供家屬在心理、靈性上的照護。然而，在此個案的情形，安寧居家護理師評估家屬對病患的病情已接受並有心理準備，並不會刻意與家屬談論心理、靈性的問題，反而著重在病患照護上的問題，以解除家屬的疑慮為優先處理。

### 3. 安寧居家護理師對病情覺知的想法

安寧居家護理師認為病患公開病情的覺知對病患較為有益，因病情的公開使得談話的內容層面擴張，其開放對家屬更是教育的一環，讓家庭一同面對死亡，學習在死亡的迫近中如何與病人做溝通、準備。安寧居家護理師不會特意隱瞞病患的病情，除非家屬的堅持與要求不做病情告知，然而安寧居家護理師在照護的過程中，往往會覺察到病患對於病情的懷疑與死亡覺知，當病患的訊息傳達出來後，安寧居家護理師會試圖引導病患，並與家屬溝通是否向病患做病情的告知。安寧居家護理師提到，對病患做病情的告知以及死亡的準備，病患在瀕死的階段中會較為平和，意識雖有混亂，但相較於未做病情告知與死亡準備的癌末病患意識混亂狀態，是較為平安並可以降低藥物的控制。

### 4. 團隊對病情覺知的情形

#### (1). 團隊的病情覺知-討論/觀察/假裝

病情覺知往往為安寧團隊的重要討論，其評估與討論在交班中尤其重要。交班內容除了將前班病患的狀況說明，也談及病患的情緒、心理狀況，然而，護理人員在交班中也會出現照護上的情緒發洩，彼此談論病患的狀況，但回到病房開始進行照護工作後，卻必須假裝不知道病患的狀況。在安寧病房，護理人員會彼此協助觀察病患，在交班其間談論病人覺知狀況，亦會談論到病人是處於互相假裝的狀況，也有放棄的部分。如果病情的告知在家屬的設定為病患不能知情的情形下，團隊在交班當中會特別提出討論，關於家屬對病情覺知的要求。但離開交

班後的團隊氣氛會刻意營造出對病情不知情，並且不讓病患知情真實的病況，但在刻意營造不知情的覺知的氣氛當中，護理人員卻是隨時在觀察與注意病患的覺知狀態。在某次的早班會議中，某房病患的病歷上貼著一張大 Memo 紙，上面寫著宣告某病房的病人是完全不知情的狀況，在交班當中，病歷即被貼上公告，『病人不知道安寧病房，不知道病情，社工、志工、院牧勿進入病房』，宣示了病人的覺知是關閉的，但此種覺知的關閉現況是由於家屬的刻意隱瞞與安寧團隊聯合所營造出來的。

## (2). 死亡預期受到節氣的影響

不論是在安寧病房或是安寧居家，護理人員對於死亡的預期受節氣的變化而影響。研究者在田野觀察參與其間，適逢中國民間的重要節氣，觀察到病房的護理人員以及病患、家屬對病患的死亡皆有預期並且歸因於節氣的影響。病房護理人員在交班期間特別加入確認病患所要的死亡型態是哪一種的討論，護理人員彼此交班與『key person』來做死亡的確認。節氣的死亡預期，也帶給護理人員有關工作量的預期。

## (三) 臨終場域的模式

### 1. 在醫院斷氣 vs. 型式上留一口氣回家的習俗

安寧居家的病患所面對的臨終場域，受到中國人傳統習俗—在家嚥氣的影響。在病程的最後階段往往會有在家斷氣或在院內斷氣的爭議。另一個特別的現象，在台灣的安寧互動場域中相當易見，即是許多病患本身對於自己的往生地點沒有主見，或是從未有可表達的機會，甚或來不及表示意思。家屬也經常為此，遇緊急狀況時將病患送往醫院，許多狀況不穩定或瀕臨死亡的病患就在院內往生，但礙於家屬與病患生前的習俗觀念，安寧團隊必須為此想出因應的對策，即是形式上留一口氣的方式送病患回家。隨車返家的護理人員必須採人

工供氧的方式，一路壓氧氣給已經往生的病患，象徵著病患還有一口氣，待回到家裡再將管路等撤除，象徵病患在家往生。

然而，安寧照顧的場域，安寧護理人員必需要反覆確認的是家屬對臨終的決定，病患是否需要留一口氣返家的決議，或決定在院內往生。相關決定皆會影響牽動著安寧病房、安寧居家對病患臨終最後的處理方式。然而，家屬的決定也是會改變的，當病患開始進入臨終的階段，瀕死的症狀往往會令家屬產生許多情緒、焦慮與恐懼。除了即將要失去親人的悲傷，家屬往往在此『無法再做些什麼了』的階段中，希望能為病患『做些什麼』來去除無力感，以及罪疚感，因此，在無助又焦慮的情況下，家屬很容易將病患再次送回醫院，希望在醫院的提供協助下，避免在家的臨終看護。

相關的討論，其中一位受訪的安寧居家護理師提到病患留一口氣回家的『關鍵期』，病患返家後的死亡預期在三天內為其關鍵。依據安寧居家護理師的經驗，病患返家三天內將決定病患的臨終場域。一般的情形，安寧病房護理人員的評估將視病患的瀕死症狀決定返家時間點，通知家屬協助返家之外，亦會針對家屬做瀕死衛教。但若返家三天內還有生命跡象，或是臨終病患返家後不平安，往往會再次被家屬送回醫院照護，待死亡徵兆又出現時，又匆匆送回家中等待斷氣。但往往病患的情況也很難被掌握，醫學判準所無法解釋的情形與現象也很多，資深的專業護理人員會依賴經驗來行事，更不會完全的仰賴理論的論述，對家屬解釋病患情況的解釋面向也會更開放的說明，不會給予獨斷性的回覆。

## 2. 臨終場域的照護壓力

關於病患的死亡地點是否會影響護理師在照護上的壓力，受訪的安寧居家護理師回應表示，其實護理人員比較希望病患在院內往生，因為家屬如果同意，在院內往生病患的情況較容易處理，對於護理人員來說，壓力是較為小的；反之，

病患及家屬模稜兩可的態度以及決定病患在家往生的壓力給予護理人員是較大的，原因在於護理人員也無法精準判斷病患的死亡時間，僅能由相關數據、經驗來判斷病患的生理狀態的穩定度來判斷回家的時間。然而，護理人員的判準往往也會因病患的個別差異，而有死亡預期的落差，病患回家後可能不會在短期內就斷氣往生，甚至返家後又有一段起起伏伏的生命期，造成家屬與原有的預期很大的落差，更容易導致家屬群體的焦慮。因此，返家後再入院的情形也常常發生。關於家屬對病患的臨終場域的決定產生衝突時，安寧居家護理師的處理方式是將決定權給予家屬討論與決定，經自己的專業評估與建議給出後，給予家屬們一天時間商議，並觀察病患的情形，護理師並不會主導家屬的決定，而是將決定權交付給家屬們，若病患自己無法表示，家屬將統整想法後，向安寧居家護理師表示意見。

一位安寧居家護理師提到，生命真的如此微妙，再專業的醫學也沒有辦法判斷精準病人何時往生。專業人員既不是神，也沒有辦法決定病人的往生，一切都在時間的自然安排。他看待此事以一種順其自然的態度，病人什麼時候要走，也不是病人可以決定的，大家都在等待時間的到來。而此時間也是整個病程最難熬的時間，僅能以陪伴的方式來讓病患可以感受到自己非孤單一人，雖有至親的家人陪伴著，但臨終者也可能感受到家屬的慌亂與焦慮。

### 3. 注重瀕死的衛教

瀕死衛教，是安寧照護中的重要衛教項目，由於疾病的型態與照護的目標，不論是在安寧病房或安寧居家，在收案時安寧護理人員皆會先初步的與家屬衛教，也是引發起家屬關於瀕死覺知的開始。一旦家屬有了對瀕死症狀的認識與瞭解，在共同的照護上會特別關注病患的病情變化，有助於安寧居家護理師瞭解病患病情變化及評估死亡的預期。

當病患進入瀕死階段的症狀出現，安寧居家護理師會針對病患當下的瀕死狀



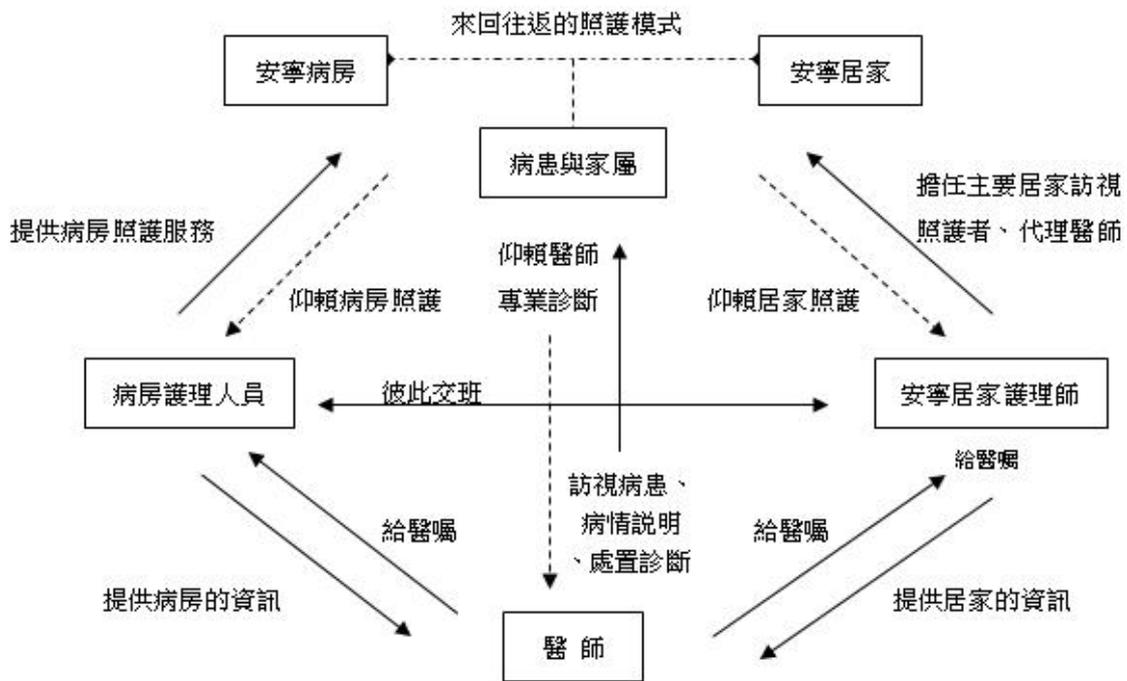
安寧居家照護的病患來回往返病房、居家的轉介原因有很多，除了病患本身的病況情形、制度的影響以外，『家屬』也是轉介的考量因素之一。當家屬在居家照護病患的壓力與焦慮需要獲得緩解時，安寧居家護理師會與家屬、病患溝通住院的評估，讓病患進到安寧病房接受病房護理人員的照護，使家屬可以得到『喘息照護』。因此，病患來回往返住院的情形，不僅只是安寧居家病患的疾病型態所導致的，考量家屬的照護壓力亦是導致此現象的因素。然而，往返安寧病房與安寧居家的照護型態，除了帶來病患、家屬疲於奔命的體力、心理消耗之外，在轉介的過程中亦耗盡家屬許多在醫療上的花費，以及醫院所提供的醫療資源。

## (五) 小 結

研究者在田野觀察及文獻的回顧中發現，透過安寧居家的照護模式，可以觀察到安寧居家護理師所進行的安寧居家訪視工作，即是因應病患生活型態，以及照護型態的轉變。由於病患返家生活的主要照顧者的轉移，其照護多仰賴家屬及其看護，而家屬對在家照護病患的意願與支持度等，皆影響到病患在家受到照護的品質，相對的，病患的返家亦造成家屬在照護上不少的壓力。為此，安寧居家護理師必須雙重的照護病患與家屬，擔綱起病患返家的主要醫療專業提供者、評估者，以及家庭主要照護者的指導員等多重角色(Hudson& Quinn& Kristjanson& Braithwaite& Fisher& Cockayne, 2008)。然而，安寧病患本身的疾病型態變化大，加上家屬對於末期病患在照護上的壓力，常導致病患往返病房與居家的轉介情形，如此的往返病房及居家的照護型態，即是目前嘉義地區安寧居家照護模式的現況。在目前的照護模式中，安寧居家護理師必須擔任起安寧居家的病患及其家屬與安寧病房及其安寧團隊間的溝通橋樑，在此照護型態的互動脈絡當中，安寧居家護理師必須在面對不同的合作對象與溝通對象時，呈現出不同的橋樑樣貌，研究者將在下一節當中，針對安寧居家護理師在安寧團隊、以及安寧居家照護當中所扮演不同的橋樑角色來進行說明。

### 第三節 安寧團隊與安寧居家的互動模式

在來回往返病房與居家的照護模式中，其中參與的人員各自有其互動的對象以及衍生的互動內容，各自所扮演的角色亦有差異，其互動的模式如圖：4-7 所示。而安寧居家護理師所扮演安寧居家照護的橋樑角色，即是本論文主要探討的主軸，安寧居家護理師在安寧居家照護的互動脈絡中，必須面對不同的對象與之發生連結，更進一步發展出不同的合作方式與互動模式。本小節即以安寧居家護理師在日常的工作過程中，討論與安寧居家護理師互動頻繁的對象所產生的連結。



圖：4-8 安寧照護的互動模式

#### (一) 醫師與安寧居家的連結與互動

##### 1. 醫師訪視居家的情形

- 仰賴安寧居家護理師所提供的安寧居家資訊

醫師在安寧居家的訪視次數與可訪視的居家病患相當有限，常見的情形往往

是由安寧居家護理師一人獨自外出訪視，視訪視情形來針對病患的需求以及病情變化，邀請醫師前往居家訪視。當醫師一同外出訪視，安寧居家護理師在行前先說明要帶給醫師病患與家屬的資訊，目前醫師對於安寧居家病患的瞭解多來自於安寧居家護理師的訪視回報。安寧居家護理師由於親身於病患的照護工作，較容易與病患拉近距離，貼近病患與家屬的生活情境，病患與家屬也因為信任與依賴安寧居家護理師會將當前困境與煩惱與之分享；反觀醫師的專業與形象，以及職掌的業務範圍，較少能夠觸及病患與家屬的真實情境。因此，安寧居家護理師掌握安寧居家病患的訊息，以及臨床的操作情形，醫師必須依賴居家護理師的查訪回報。如同在安寧病房，醫師往往都還是需要依靠病房護理人員向醫師說明住院病患的狀況。但不同的是，在安寧病房中，醫師必須每日查房親自瞭解病患中的病患狀況，然而，在安寧居家的情形中，是由安寧居家護理師代表醫師訪視，再依據居家中的狀況回醫院後向主治醫師轉述。

然安寧居家護理師雖為醫師的安寧居家的主要資訊提供者，但也著重與醫師共同討論病患資訊、分享專業醫療者涉入安寧居家進行醫療服務的情形。尤其是遇到特別的照護個案，安寧居家護理師會主動向醫師討論自身的感受與提出自己的評估，透過反思檢視自己是否有情緒過度介入的情形，並向醫師諮詢意見，並請醫師針對病患的整體照護狀況再進行第二次的評估。因此，在資訊的互動過程，安寧居家護理師雖然是主要安寧居家資訊提供者，亦重視醫師的客觀評估與分享資訊的參與，共同營造病患的病情資訊。

#### • 初次訪視的任務

初次接案的安寧居家個案，安寧居家護理師通常會請醫師一同前往，請醫師評估新病患在家的照護情形。由於初次訪視往往會遇到安寧居家訪視中最困難的第一步，『推廣安寧理念』。就研究者的觀察，醫師與安寧居家護理師一同前往初次訪視的居家，具有相當重要的任務，即是醫師往往具有病情的診斷權。因此安

寧居家訪視即是將在院內門診的形式移轉到病患家中，向病患與家屬確認病情可在家照護，並擔保安寧居家的業務執行可使病患與家屬獲得最大的福祉。醫師的出訪在訪視中具有代表意義，醫師的勸說與保證帶給安寧居家護理師收案的信心，再由安寧居家護理師來說明訪視的方式與需家屬的配合面向，來確立兩方的合作方式。家屬對於安寧理念的認知不夠，或是對於病患的照護出現模稜兩可的情形，將使前往訪視的醫師與安寧居家護理師感到焦慮，擔心家屬的處理不當而使病患受到更多的不舒適。因此，第一次的訪視與確認接案，醫師與安寧居家護理師要導正家屬的認知是最迫切的，以免家屬在病患發生問題時，因慌亂與焦慮將病患做出不適當的處理。也因為家屬模稜兩可的態度，恐怕會造成後續接案的困擾，因此在第一次確立接案的訪視，必須要與家屬彼此溝通清楚，避免在往後發生衝突。

#### • 訪視主導權的轉移

一般的訪視情形大多由安寧居家護理師一人外出訪視，因此安寧居家護理師在訪視過程皆由一人獨立並主導訪視的內容，但若有醫師一同前往訪視，其訪視的主導權將轉移，由醫師來主導當次的訪視狀況，安寧居家護理師的角色轉為輔助。然而，也需視訪視的情境而言，醫師的陪同，在病情解釋的部分醫師有主導的現象，對病患與家屬先說明，安寧居家護理師則依醫師的病情說明再做一番解釋。安寧居家護理師所解釋的方式較醫師更淺白易懂，並且安寧居家護理師所解釋的面向貼近病患與家屬的考量層面而做解釋。因此，在家屬的病情說明方面，是以醫師為主，護理師為輔，訪視的主要護理與照護內容仍由護理師執行，醫師主要以問診與評估，必要時對病患進行小手術(例如:清瘡手術)。

當醫師一同前往訪視安寧居家，其訪視主導權在醫師，而安寧居家護理師此時的角色除了執行生理評估，可以轉移病患的注意力而與家屬談話，溝通安寧理念與後續合作的模式。在整個居家的訪視場域，醫師與護理人員站在同一陣線，

為家屬、病患給予病情的說明，安寧的理念與後續合作的方式，代表安寧團隊的到來為安寧居家的病患及其家屬服務。

- **醫師現身對家屬與病患的意義**

醫師在安寧居家的訪視情形，對病患及其家屬具有特別的意義。醫師的訪視帶給家屬、病患安全感，而安寧居家的家屬與病患也很重視醫師的訪視。除此之外，安寧居家護理師也依賴醫師到場做為家屬信任的開端，尤其是在首次的訪視中，醫師向家屬介紹安寧居家護理師的角色，可視為醫師的代理人。對安寧居家護理師來說，醫師主動的解釋與宣稱，將使得安寧居家護理師在後續接洽與訪視更為順利，更可以提升家屬與病患對後續安寧居家護理師的訪視信心。醫師在訪視的過程也擔任起支持病患、家屬的角色，給予心理、情緒上的支持與鼓勵，將可以降低病患及其家屬在家照護的焦慮與壓力，而醫師給予安寧居家病患及其家屬對於安寧醫療團隊願意與之並肩合作的承諾，將給予病患及其家屬很大的鼓舞並進而取得信任。

在大多數的情形，醫師進行安寧居家的訪視會帶給安寧居家的病患及其家屬安全感，然而，少數的情形，醫師在安寧居家的訪視過程中，亦有可能導致家屬、病患的不信任，而使安寧居家護理師難以再順暢的執行安寧居家的業務，也因醫師的影響可能會失去與病患、家屬好不容易建立起來的信任關係。例如，醫師的藥物診療保守，對病患缺乏有效的協助，引起病患與家屬對醫師的不信任，而向安寧居家護理師要求要自行服用其他藥物，來降低病患的不適感。

「我們要再去一個居家送藥，這個不算在訪視內，我們送個藥就走了。……因為那個(止痛)貼片沒效，是有劑量的差別啦!只是 G 醫師他在開，會比較保守一點，...(研究者問:那不能請醫師在增加劑量會開口服嗎?!)...(B 安寧居家護理師搖頭)我們已經失去信任了，他們不會再相信 G 醫師的開藥，所以我自己送藥過去，他們就說要自己吃。」 [NHB:11-0814(61)]

由此觀之，醫師代表團隊的照護若失效，其運作在安寧居家的狀態對安寧團隊的整體性照護，以及對該醫院的信任皆造成很大的傷害，安寧居家護理人員在其間必須擔任起緩衝雙方信任的中介者以及盡力挽回病患與家屬信任的角色。

- 醫師與安寧居家護理師在職責、工作條件上的分工

醫師與護理人員的職責條件結構不同，因此在照護、評估病患的面向也會有所不同，醫師在居家所扮演的角色，主要為評估病情、解釋病情、藥物說明與擬訂照護計畫等，也必須向家屬宣導安寧理念並澄清家屬對安寧的誤解。醫師的專業形象與說明，可以讓家屬與病患感到安心，願意按醫師的指示使用藥物。護理人員則遵從醫師診斷後的醫囑，為病患進行主要的照護服務，然而護理人員在日常的照護過程中，亦必須扮演評估病患病情的角色。雖然在職責工作的執行上醫師與護理人員有所差異，然而皆必須為病患的日常病情變化進行評估，然而，在病情的評估面向上，由於護理人員長時間的陪伴、觀察病患的變化，因此，護理人員在病情的評估面向上通常要來得醫師精準且全面。

「醫師的病人太多了，他們也不可能全記住，而且醫師也只是看看而已。…像護理人員是比較長時間在接觸、照顧病人，所以基本上病人的問題，還是說他們的變化是護理人員最清楚，醫師可能不那麼清楚，他們也都是從護理人員告知他們才知道說這個病人現在是什麼問題，對阿!所以有時候醫師來也幫不了什麼忙，他們也就只是來看看而已，都還是要靠護理人員來跟他們說病患的狀況。」[NHC:06-1126(202)-2]

不論是在病房或是居家，醫師的訪視評估必須仰賴護理人員的日常照護記錄，有關於病患的變化資訊皆來自於護理人員的告知。然而，不論是在安寧病房、安寧居家的護理人員對病患、家屬的評估，皆會以尋求醫師的意見與評估來與自己的評估確認。當醫師的評估不同於己見時，護理人員會提出看法與醫師進行討論，此情形在安寧居家尤其常見，因醫師未能親眼所見到病患的狀況，安寧居家護理師必須小心確認自己的評估與醫師的評估面向是否一致。然而，當醫師對病

患的評估以及處理態度與護理人員的評估不同時，會造成護理人員在照護上的困擾，舉例來說，護理人員在日常的照護過程中評估病患的情形已不適合過度積極的處治，然而醫師的積極態度會造成護理人員在執行上的困惑以及挫折，並且在病患的處置態度上感到『無能為力』。

- **醫師的特質與行事風格對安寧居家護理師的影響**

除了職責的條件上造成醫師與護理人員的工作內容不同之外，醫師的特質亦會帶給安寧居家護理師在互動上的感受及其合作方式上有所差異。醫師特質的不同，會影響護理人員的操控，或自主權，當醫師是較可溝通的，且富彈性的，其護理人員的操控或決定自主權即較高。然而，原本職責上的條件使護理人員的參與也會有其順序或倫理，舉例來說，在一次的團隊會議中，會議程序的控制是由一位病房當中最資深的護理人員所操控，主持團隊會議的討論與進行，而當日參與會議的醫師特質開放具可溝通性，平時與護理人員的關係良好，在會議中，護理人員願意有更多的表達機會，並主動參與討論但不逾越護理人員的職權，醫師因此得到更多病患的訊息以及護理人員平日照護的想法，在醫師與護理人員的共同分享下，可以對病患進行最適合的評估。因此，在此次團隊會議的進行，醫師與護理人員之間即達到良好的意見溝通與討論。

接續對醫師特質的討論，由於醫師工作的忙碌，對於病患的態度偶有產生不一致的現象，有的願意多花時間給予病患支持，有的則不(Lugton & Kindlen, 2002)，對安寧居家在照護上可能帶來困擾。而當醫師常有突發狀況時，例如，在與病患的約診前提早離開，或臨時取消訪視等，會影響安寧居家護理師日常業務的執行，以及造成對病患與家屬的失信。醫師的突發狀況多且缺乏支持，是對安寧居家護理師在執業上很大的傷害。在田野觀察中，其中兩位受訪的安寧居家護理師就經常遇到醫師的突發狀況所帶來的不便，舉例來說，當醫師答應的外出訪視卻臨時取消，安寧居家護理師必須為醫師向家屬澄清解釋，醫師臨時取消訪

視的原因，由於醫師的訪視是來自於家屬的要求，因此，安寧居家護理師不僅要承擔家屬情緒上的不滿，在工作的執行過程中亦受到家屬的質疑。這是少數不合作的醫師特質所帶給安寧居家護理師的負面感受以及造成合作的挫敗經驗，由此觀之，醫師的配合度與支持度會影響安寧居家護理師的工作情緒，以及工作上的效率與品質。

## 2. 醫師在安寧居家的角色

- **在醫療決策上**

在安寧居家的照護中，醫師在其間的角色，是為病患的醫療主要決策者，擔任病患的主治醫師，掌舵著病患的醫療診斷、藥物的開立。對安寧團隊來說，醫師是團隊的領導者，也是為醫療團隊的代表，是主導者也是為代表者。然而，在安寧居家的照護中，醫師雖有專業與權威形象，然而，所職掌的業務範圍，較少能夠觸及到病患與家屬的真實生活情境，因此，在安寧居家的照護中，醫師仰賴安寧居家護理師所提供的資訊，來為病患下診斷、開立藥物。

對安寧居家護理師信任度較高的醫師，往往會直接採納安寧居家護理師的建議而開立藥物，此時，醫師的角色轉為病患的最終決策者，而非病患的主要醫療決策者。醫師信任安寧居家護理師的評估與診斷，亦帶給安寧居家護理師更多的自主權來擬訂病患的照護計畫，在此情形下，安寧居家護理師是為病患的醫療主要決策者，醫師則為轉為病患的醫療最終決策者。

- **專業的權威**

醫師的專業形象，讓許多病患、家屬，甚或機構的醫護人員，對醫師到安寧居家的訪視有過度的期待，然而，對醫師專業權威的迷思，卻可以帶來安撫的作用。當主治醫師現身安寧居家的場域，往往會令家屬、病患感到安心，雖然醫師

的實際訪視，未必帶來多大的效用，然而，醫師所給予的承諾會使安寧居家護理師在後續的執業上更為順暢，這是醫師的專業形象所帶來的影響。除此之外，醫師的現身，往往會給予安寧居家護理師較大的信心，讓安寧居家護理師的評估與診斷得以應證，也能為安寧居家的病患、家屬提供更多元的照護服務。

### **3. 醫師與安寧居家護理師的橋樑**

醫師與安寧居家護理師在安寧居家照護模式中，因工作內容與職責上的不同而區別了醫師與護理人員在角色上的建立，儘管醫師與護理人員在職責與角色上有所差異，在安寧居家的互動模式中的團隊的目標是共同確立的。醫師與安寧居家護理師會以安寧團隊的姿態共同照護病患及其家屬，進行安寧居家的照護工作。研究者觀察到醫師與安寧居家護理師在互動脈絡中，彼此的連結以溝通、尊重、支持、教導、操控等元素聯繫著兩方的合作。醫師與安寧居家護理師的合作目標，在於增加病患與家屬對安寧居家護理師的信任，協助安寧居家護理師在業務上的執行可以更順利進行。醫師與護理人員彼此確認與分享技術，是合作對象，亦是伙伴關係，彼此鼓勵、共同討論制度問題，以及分享執業上所面臨到的困境。

## **(二) 安寧病患及其家屬與安寧居家護理師的連結與互動**

### **1. 安寧病患在居家的照護情形**

當病患轉介安寧居家照護後，行動能力好的病患在返家後仍可以自理生活，這是屬於活動較佳的病患狀況；相反的，部分安寧居家的病患返回居家後，需要長時間的臥床，體力與活動力較不佳，仰賴家中主要照護者的協助(陳玉葉、陳桂敏，2007)。由於安寧居家病患的生理評估模式產生了變化，安寧居家護理師必須透過詢問主要照護者所給予的訊息，來瞭解病患的生理近況，做為評估的依據，如何向主要照護者發問以獲得病患的訊息依靠安寧居家護理師多年來的經

驗，以及與主要照護者的關係建立程度，為病患的資訊準確與真實度因素。

安寧居家護理師除了向主要照護者取得病患在家的病情資訊，若病患的自我表達能力尚佳，安寧居家護理師必須盡可能親自與病患對話。透過病患主訴自覺生理的變化，可以彌補主要照護者平日所觀察不到的情形，然而病患主訴的病情資訊的內容，需透過安寧居家護理師的過濾以及親自評估，才能確定病患的真實病情變化。透過主要照護者以及病患的主訴，安寧居家護理師得以完整拼湊出病患的生理評估近況，病患與家屬對病況的描述不僅可以互相對照，亦可以避免病患自身有隱瞞的情形，同時降低家屬因焦慮而過於放大病情的現象。

在照護的層面上，當安寧居家的照護到最後『已無法再為病患做些什麼』時，照護的焦點會轉移至家屬的照護上，安寧居家護理師除了維持病患的在家照護品質，更需要增強對家屬的照護。由於病患返家的照護情形，是造成家屬、主要照顧者的焦慮、壓力來源，他們不僅擔心照護上的能力，更害怕面對臨終病患的病情變化，安寧居家護理師在對家屬的照護上必須與家屬保持溝通，提供支持、說明病情、澄清安寧理念，並持續的給予瀕死衛教，以緩解家屬在家照護的焦慮與恐懼，因應後續病患的病情必然的變化與瀕死階段。

## 2. 病患的轉介照護情形

安寧的病患，一旦接受安寧的照護服務，往往會因病情的變化、疼痛控制的需求，往返醫院與居家之間。因此，安寧病房內有許多的病患即來自於安寧居家的病患，暫時入院接受症狀控制與病情評估。由於安寧居家轉介入安寧病房的病患、家屬，在安寧居家期間與安寧居家護理師已有了長期的信任與熟悉度，因此，當病患初入院接受照護遇有狀況時，家屬傾向先諮詢安寧居家護理師的意見，其次是病房值班的護理人員。由安寧居家轉介入安寧病房的家屬與病患，較依賴居家護理師的原因，除了對安寧居家護理師的熟悉度較高，清楚病患一路以來的病

情變化，也因為轉介入院的決定往往會造成家屬、病患感到緊張與焦慮，安寧居家護理師的現身可以帶給家屬、病患安撫作用，並提供適切的資訊。安寧居家護理師在轉介病患入院後，在職務範圍上必須確認病患接受照護的情形，同時為了降低家屬的焦慮，安寧居家護理師會在居家病患入院的第一時間前往病房探視，除了瞭解病患的住院情形與需要，亦必須立即與病房的護理人員進行交班，與醫師討論病患的入院需求，讓團隊在住院期間接續對病患的照護。縱然安寧居家的病患與家屬依賴安寧居家護理師的照護，然而，一旦病患入院情形穩定下來，家屬與病房的護理人員之間，亦會建立起類似病房內的互動關係。

在轉介病患入院照護的情形，當家屬與病患在住院其間的照護過程中，造成病房工作護理人員在照護上的困擾，甚或造成病房出現失序的情形，會影響安寧居家護理師再次轉介病患入院的意願與壓力。有一特殊的個案情形：S 病患是由安寧病房轉介至安寧居家的病患，此個案的太太曾經在病房的照護過程中造成病房相當多的困擾。由於病患的太太精神狀況不好，自稱有通靈能力，常在病房走動時對其他住院病患、家屬表達不當的言論，此外還會在病房中向其他家的屬推銷藥物，帶給病房很大的困擾。因此在團隊會議時，在醫師的決議下，希望將病患轉介到 T 醫院就診，但由於 T 醫院需要等待病床，而轉診的要求帶給家屬對單位的不諒解，認為醫院要離棄病患，家屬因而與單位產生紛爭，雙方留下不愉快的經驗，後續決定轉介到安寧居家，家屬的態度則和緩下來。然而，就此病患的情形來說，家屬對於在家照護的意願低，安寧居家護理師必須盡可能維護病患在家照護的可能，由於病患的家屬曾經對於病房帶來的困擾造成再次轉介入院的壓力，因此，安寧居家護理師在照護的過程，盡可能放大家屬的優點，給予支持與鼓勵，協助家屬持續在家進行照護的意願。

綜觀病患轉介照護的互動情形，可觀察到安寧居家護理師在安寧病房內必須視情況擔任起病患、家屬的照護角色，以及病患與家屬、醫生、當班護理人員三

面向之間的溝通橋樑。與醫師的溝通，安寧居家護理師著重向醫師說明病患在居家的病情轉變、照護計畫，以及此次的入院評估等，視病患的需求請醫師評估跨科診療與相關處置。對病房的護理人員溝通面向，則是焦點在與病房護理人員的交班，由於病房的護理人員為輪班制，無法一一與病房的護理人員進行交班，因此主要任務是讓當班的病房護理人員瞭解居家病患轉介病房的情形，症狀控制的方向，以及必須持續觀察的部份。針對家屬方面，安寧居家護理師除了對家屬進行衛教，向家屬解釋/告知病情，還需要進行瀕死衛教、確認死亡的準備，以及請家屬簽署相關的同意書，進行安寧的宣導、理念的澄清等。另一方面，在安寧居家的照護，安寧居家護理師必須協助家屬持續在家照護的可能，轉介的同時需考量安寧團隊的照護品質。

### 3. 與病患、家屬的互動情形

#### • 病患的溝通與合作

病患的可溝通性與合作的態度在安寧居家的照護模式中相當重要，若病患無法言語溝通，容易造成安寧居家護理師在詢問病情上的困難，以及衛教指導上的困難，必須要仰賴家屬與可溝通者的協助。此外，病患的服從性對安寧居家護理師是很大的考驗，安寧居家病患若不按醫囑、照護服用藥物，會影響安寧病患本身的病情以及在家的照護品質。研究者在田野觀察中有一個例子，是一位高齡99歲有聽覺障礙的阿嬤，聽覺因老化幾乎喪失且不識字，僅能以肢體語言略為溝通，病患因不按時服藥，病情變化大，會自拔導尿管，情緒躁動時有自殺傾向，家屬的照護品質也不好，此位安寧居家個案造成安寧居家護理師在照護上很大的挑戰。另一個在嘉義地區安寧居家照護的現象，許多轉介至安寧居家照護的病患，其病情的進展已屆最終的階段，病患因病情的變化以及病徵的影響，部分安寧居家病患的意識與言語溝通能力皆不理想，甚或在白天的訪視中，病患常有昏睡的情形，所以，安寧居家護理師在與病患的溝通上有極大的困難，病患的主訴

與互動低，僅能從主要照顧者的照護情形來瞭解病患在家的照護情況，為此，在安寧居家照護中與家屬的溝通性與合作更為重要。

- **家屬的溝通與合作**

家屬是病患返家後的主要照護員，而家屬對於安寧照護理念的瞭解、支持度，皆影響著病患在家受到照護的品質。為此，安寧居家護理師在互動的開始必須先與家屬建立良好的關係，以及保持溝通，讓雙方的認知與照護理念達到一致，才能維持甚或提升安寧居家病患在家的照護品質。當安寧居家護理師遇到缺乏有效溝通或合作情形不佳的家屬，所造成的困擾更甚於溝通有困難的病患。有一個案情形，為安寧居家照護的個案家屬，對在家照護病患的意願不高，與安寧團隊之間缺乏有效的溝通，對於衛教的服從度亦不佳，整體的照護態度影響病患在家的照護品質，然而，此位病患沒有住院照護的需要，為了此位病患的照護品質，安寧居家護理師僅能持續鼓勵家屬在家照護的可能，保持與家屬的溝通，並提供家屬所需要的協助。

另有一些個案家屬與安寧居家護理師缺乏彈性的溝通，在未通知安寧居家護理師的情形下，讓病患以急診的管道方式入院，回到安寧病房的照護，自行解除在家照護的情形，造成安寧居家護理師與安寧團隊在後續照護上的壓力。一般而言，安寧居家的病患遇到緊急的狀況，通常第一時間會先通知安寧居家護理師，經由安寧居家護理師的評估來進行處置，然而，安寧居家護理師在病患發生緊急情況時，也會面臨到家屬的不信任，因此，家屬會先將病患送醫院急診，之後再告知安寧居家護理師，部分家屬的不信任，不僅是對安寧團隊造成傷害，亦造成病患的反覆入院，花費更多的人力與醫療成本。這些與家屬的缺乏溝通性與合作不佳的情形，不僅無法為安寧居家病患帶來最大的利益，更導致安寧居家護理師在工作上的挫敗感。

- **病患比家屬好說話**

受訪的安寧居家護理師認為目前與大部分的家屬溝通性尚可，反而『病人比家屬好說話』。如前文所提及的，由於安寧居家病患因病程的影響，部分病患的主訴現象與可互動的情形較低，但當病患意識清楚可表達自身的意願與想法時，往往病患對於照護上的要求不會太多，反倒是家屬來自於照護上的焦慮，因此對於病患的照護情形會有許多的意見與想法，為此，安寧居家護理師就得花較長的時間與家屬溝通，以減緩家屬焦慮。

- **民眾認知與態度上的改變**

消費意識的抬頭，以及醫療知識的提升，病患以及家屬開始有了更多的想法與意見，並會主動的向安寧居家護理師提出。安寧居家護理師認為不同於過去是由醫療人員掌握有專業決策，其決定家屬與病患也往往會順從，但現在的病患與家屬對照護與治療的選擇有更多的想法與主見。部份病患與家屬甚至要求以他們的想法做為決定，如此的轉變造成護理人員許多的不適應，也為病患與家屬的堅持感到困擾，畢竟家屬與病患的知識與評估未必來得醫護人員多與全面，因此常造成醫護人員的處置難以被執行。家屬與病患的決策，有時在安寧居家護理師的評估裡是不適合的，對病患本身是無益處的，安寧居家護理師除了耐心溝通之外，必要時請醫師出面來溝通，或以團隊的力量來進行溝通。儘管如此，病患與家屬能有自己的想法並主動提出，可以讓醫護人員更瞭解其病患與家屬的想法，對於醫護的關係不再是單面向的溝通，是有助於醫護人員對病患與家屬的認知以及需求的瞭解。但家屬與病患自身過度的堅持主見則是有礙溝通的進行，過於主導更無益於對病患照護的決定，容易造成照護情形的落差以及衝突，將帶給安寧居家護理師很大的麻煩。

「以前跟現在差很多，因為醫師跟護士的專業形象在以前是講話就會比較有份量，那家屬跟病患也會比較聽得進去，就會遵從指

示嘛!可是現在不一樣喔!你跟他們說應該要住院，他們不想住你也不能硬要人家來住，我現在個性就比較不是你一定要聽我的這樣，所以你也不能強迫，那有的是剛好相反，家屬可能因為照護的情形想讓病患住院，但是我們評估後是認為不需用，那家屬可能就覺得我們醫院在踢皮球，說病人怎樣怎樣都沒有人要收，很難做...就是我們評估的點可能會跟病患、家屬不一樣，會很容易有一些誤會。」[NHB:10-0813(132)-1]

安寧居家護理師亦認為當前民眾對安寧居家的認知會因消費者的心態，讓安寧居家護理師在執業上感到不受尊重，而接受安寧居家照護的個案、家屬，普遍的照護知識也未得到提升。因此，安寧居家護理師在照護工作的落實中，不僅影響了工作情緒，家屬可接受的衛教內容與遵從度也出現了困難。此外，醫療自主權的提升，雖然讓醫護間的溝通更為頻繁，然而，當前民眾的醫療知識不如醫護人員的評估整體、專業，卻有更多的自主與想法，往往會造成安寧居家護理師在落實照護上的許多問題。

除此之外，照護的場域不同，影響家屬對於護理人員的態度，在病房的照護模式，有護理人員排班且全天候的看顧病患，因此，家屬會認為護理人員是在『服務』病患、家屬的，進而對病房的護理人員要求與依賴會較多；相反地，當病患回到家中，主要照顧的角色落到了家屬身上，安寧居家護理師的訪視在照護上轉為片段，不同於病房的護理人員的照護模式，家屬認定前來訪視的安寧居家護理師是為『協助』的角色。因此，當安寧居家護理師現身居家時，家屬會相當開心且感謝安寧居家護理師的來訪與幫忙。

目前安寧居家護理師在居家的評估會以照護情形、病患的狀況，種種因素來為病患建議轉介到其他的照護的方式，但並非安寧居家護理師所提供的方式就為家屬與病患所接受並遵從，家屬、病患不見得會完全同意遵從安寧居家護理師的評估與處置，而家屬與病患皆有自己的想法與所選擇面向，當各自有不同的想法與選擇的取向時，安寧居家護理師的評估若非緊急的情形，會尊重家屬與病患的

選擇與安排。

#### **4. 安寧居家護理師與居家病患、家屬的橋樑**

安寧居家護理師因照護模式的改變，與安寧病患及其家屬的連結型態亦有所差異，在安寧居家的照護模式中，安寧居家護理師代表安寧團隊對安寧居家的病患與家屬進行照護，互動的型態以溝通、關係的建立最為重要，其溝通與關係的建立橫互安寧居家的照護過程。安寧居家護理師在照護的經驗中，瞭解到須要視病患與其家屬的文化、個性、特質等，彈性調整對應的態度與方式。在轉介病患住院的連結中，安寧居家護理師銜接起病患及其家屬與醫院兩方的橋樑的角色，讓病患、家屬在住院其間得到支持與接續照護上的確認，在病患與家屬面臨入院的焦慮時，給予情緒上的安撫與心理上的支持，提供病患的病情解釋與照護衛教的教導，以降低家屬與病患對於病情變化與醫療體制的陌生；在醫院的面向，安寧居家護理師提供安寧團隊在安寧居家照護的訊息，必要時，擔任雙方溝通的緩衝角色。

### **(三) 安寧居家護理師與團隊之間的連結與互動**

#### **1. 團隊的合作，在病房的部分**

安寧居家護理師與安寧病房護理人員的互動情形並不頻繁，互動的脈絡多發生在工作上的交班內容。據安寧居家護理師的分享與研究者的觀察，有幾項影響的因素：首先，是在工作型態上的差異。安寧居家護理師多在外訪視且上班時間固定，因此與病房的輪班護理人員相處時間互動較少，除非是有共同出席的會議時間，以及大家一起中午在討論室用餐，或多或少才會有交流的機會。其次，目前的病房護理人員年齡較輕，且資齡較淺，對於已服務時間較長的安寧居家護理師，年齡上的差異彼此分享的內容不太一樣，因此深度互動的機會較少，反而是病房的年輕護理人員彼此可以宣洩情緒。最後，在病房中輪班的護理人員，在照

護層面較常遇有共同照護的病人，因此交班、分享照護的經驗多，也是促進病房護理人員之間互動頻率多的原因。相較之下，安寧居家護理師的病患照護情形皆由他一人照護，因此可與病房護理人員交班的機會較少，除非是病患曾經、再次進到病房，安寧居家護理師會視病患的情形才有與病房護理人員交班的情形，安寧居家護理師也提到，病患回院後即交由病房護理人員照護，不會多加干涉，但會說明病患在家受照護的情形與特殊情況，後續的病房照護將完全信任病房的團隊。因此，職務上的分工清楚，也影響了安寧居家護理師與病房護理人員深度互動的機會。雖然安寧居家護理師與病房護理人員的互動情形不多，但仍有情緒分享的互動時機，雖說如此，此情緒的分享仍舊在共同病患的背景脈絡下進行，共同為某位病患感到悲傷、欣慰、憤怒等。

然而，安寧病房與安寧居家的護理人員在照護工作的合作上，會彼此衡量照護工作所帶來的照護壓力，進而調整病患的轉介照護型態。舉例來說，安寧團隊會因安寧病房的病患收案數，即住院病患達病房護理人員照護人力的上限，做為轉介安寧居家照護的考量上，在此同時，安寧居家護理師也必須減緩安寧居家病患的入院情形，避免安寧病房的護理人員因照護人力的不足，影響病房的照護工作與照護品質。相對地，當安寧居家護理師在照護安寧居家的病患，出現照護上的困難與照護壓力時，團隊經會議的考量後，會為安寧居家的病患提出轉介入院照護的考量，讓團隊的照護來暫時緩解安寧居家護理師的照護壓力。因此，安寧團隊在彼此的連結中，是以照護工作為彼此聯繫的基礎，在互動的過程中，是分工亦有合作的形式共同進行照護的工作，而團隊對於整體照護的評估與轉介的決策，成為舒緩團隊照護壓力的主要對策。

## **2. 團隊一起出去訪視情形及團隊在安寧居家的角色**

安寧團隊是安寧居家護理師外出訪視的後盾，因有團隊在背後支持與協助，安寧居家護理師才能放心外出訪視個案，並在團隊的合作下，為病患進行更多元

的照護服務。不同的團隊成員在安寧居家照護中所扮演的角色也不完全相同，除了醫師的角色在前文已討論之外，志工、社工是與安寧居家護理師最常一同外出訪視的工作者，也因為專業與訪視的任務各有不同，外出協助安寧居家護理師的面向以及服務病患、家屬的角色亦不盡相同。

志工在安寧團隊中的角色是協助與服務，在安寧居家訪視的過程中，安寧居家護理師與長期合作的志工，將視為拍檔，絕佳的默契一同進行居家服務。在居家訪視的過程中也為彼此發聲，來維護專業與避免職業上的受傷。就志工而言，在病房與居家的工作並沒有太大的不同，主要任務是陪伴跟簡單的護理，以及協助安寧居家護理師的照護工作，協助的目的是維持病患的平安、尊嚴，與盡可能的提供舒適。不論是在安寧病房或安寧居家，志工在安寧團隊中扮演協助與服務的重要角色。然而目前在嘉義地區，志工的配置多以病房的服務為主，在安寧居家照護中的服務情形較少。然而，在安寧居家的照護中，安寧居家護理師相當需要志工的協助，尤其是在照護的人力上，志工可以分攤安寧居家護理師在居家照護的工作，更可以提供需要技術的照護服務，例如：陪伴、協助為病患洗澡、修剪頭髮等。目前志工與安寧居家護理師的訪視互動，除了志工在服務時間的安排可以接受外出訪視之外，志工對於安寧居家的照護需要較高的意願，安寧居家護理師才會提出一同外出訪視的邀請。相對地，安寧病房與安寧團隊是志工的重要人際關係與支持系統，志工透過服務的動機與參與過程，與場域的人員產生互動並建立關係並得到支持性的回饋。

另一個在團隊中最常陪同安寧居家護理師外出訪視的是—社工，社工的參與訪視多半是有任務的訪視，即是前往進行個案的家庭評估。然而，社工除了評估居家環境亦擔任安寧居家護理師助手，執行簡單工作。除此之外，還可以陪同家屬，聆聽家屬的困難與心理問題，進而為家屬給予諮詢與協助。社工的參與可以分擔其他家屬的焦點，安寧居家護理師也因社工的協助，可以進一步的與特定家

屬互動、溝通，在訪視後亦可以給予安寧居家護理師提出不同的評估觀點。

偶爾，病房的護理人員會隨同參與安寧居家的訪視，參與的其間因不熟悉安寧居家護理師的照護內容與流程，因此，可能會干擾到安寧居家護理師原有的訪視操作流程，部分帶來安寧居家護理師工作執行上的困擾。其次，其他護理人員的主動參與照護，在訪視時可能介入安寧居家護理師向家屬表達照護計畫的情境，由於安寧居家護理師是居家照護的醫師代表照護計畫者，長時間的觀察與照護病患而擬定的照護計畫，未必參與的護理人員能瞭解反而提出其他的評估時，將造成家屬與病患的困惑，亦容易形成安寧居家護理師在溝通與澄清上的困難。然而，其他的照護工作者一同外出訪視，亦可做為第二評估者角色，提供更多不同的意見參考，但主要決策者仍由安寧居家護理師主導，並決定後續的照護，畢竟安寧居家照護師才是居家病患的後續持續照護者，需視照護的後續預期調整照護計畫。陪同外出訪視的病房護理人員雖然可能帶來干擾，但也可以扮演安寧居家護理師的助手，協助安寧居家護理師對病患進行生理評估、清潔的照護工作。由於助手的加入可以分攤日常的照護工作，安寧居家護理師得以轉移焦點，與需要溝通的家屬進行互動。

### 3.安寧居家護理師在團隊中的角色

安寧居家護理師可視為代理醫師，在安寧居家擔任起醫師平時的評估、病情解釋、部分承擔起醫師的工作角色。除此之外，安寧居家護理師不僅要扮演好護理師的工作，有時候，又必須為病患、家屬扮演起社工、宗教師或神職人員的角色。因此，安寧居家護理師的角色多重繁雜，然而，卻缺乏醫護以外的其他專業，受訪的安寧居家護理師認為，其工作不應該同時要扮演這麼多的角色，團隊應該要能夠更發揮功用，社工、宗教師或神職人員應該要能在安寧居家的照護中，扮演好應有的角色，甚或能夠更有發揮，同為安寧居家病患的照護評估者。

安寧居家護理師在安寧的自我角色定位，除了安寧居家護理師的自我設定外，與個人行事風格也有相關，例如，一位安寧居家護理師在團隊中較顯沉默，不傾向突出的表現，但是日常工作與團隊的配合度高，不刻意突顯個人的表現，認清安寧的理念與目標，視自己為團隊的成員之一，共同服務安寧的病患、家屬，而長期下來與病房團隊的共事愉快，使得病房團隊對安寧居家護理師的支持度較高。

「蠻多安寧居家護理師的特質會想要選活潑一點的，那我剛好相反，在團隊裡面比較沉默，所以也沒有突出的表現，是一個人的單位，但我覺得跟病房的合作就很好。那安寧本來就不是你一個人就可以跑出來的，安寧他本身就是團隊的合作，不是一個人就可以做起來的，每個人就做好他的本份，然後提供給病患、家屬最好的服務。安寧的目標本來就是提供給家屬、病患最舒適的照護，他們才是主角，我們只是配角而已。對阿!所以要把自己的定位清楚，不為掌聲、不突出自己這樣，所以我就不會太受到批評，可以安心的在照顧我的病人，那當然我也就不會有太好的表現，但只要有團隊的支持我就可以安心的出去訪視。」  
[NHC:13-1211]

在安寧團隊當中彼此是工作、情緒、分享的支持，團隊的良好氣氛與感情是營造安寧居家護理師接任的重要因素，團隊之間也必須高度的信任與溝通，才能維護工作的品質與效率。

#### 4. 與跨科別之間的合作

安寧居家護理師會視病患的情形與院內跨科別的其他單位、醫師進行合作，就安寧居家護理師的說法，目前的合作與認知都可配合的很好，沒有太大的問題，安寧居家護理師說到，合作的對象選擇會因過去的合作經驗來挑選過去合作良好的團隊與醫師進行合作，因此目前的合作就不會造成太大的問題。過去的合作經驗是給予安寧居家護理師在選擇合作對象的最大考量，因為雙方的溝通會因認知與理念的一致而更有效率的運作，對於病患的處置也將更為順利，也因此，

當安寧居家護理師需要有跨科別的合作，會經驗性的第一選擇過去合作愉快且配合度高的合作對象。

## 5. 團隊中的個人

在團隊的合作中，雖然團隊的目標清楚地指出是共同的為病患與家屬進行照護服務，然而，在團隊當中亦會有個人的不同理念與目標影響著個人在團隊當中的作為，當團隊的個人在照護的層面過於堅持己見時，會影響團隊的照護氛圍，當團隊的方向與積極度產生不一致時，在溝通與合作上即產生困難。安寧居家護理師在團隊中經由學習與觀察，瞭解到團隊合作的重要性，也在團隊的支持下，得以順利執行安寧居家的業務。

## 6. 安寧居家護理師與團隊合作的橋樑

安寧居家的獨立性高，彈性、自主性強，是一個獨立的工作單位，但安寧居家與安寧病房、共同照護皆是團隊合作的關係。受訪的安寧家護理師皆提到，並非安寧居家護理師一個人就可以做到安寧居家，必須是在團隊的合作與支持下，才能成就安寧居家的照護服務。

「安寧居家是一個人的單位，可是光靠我一個人是做不起來的，他一定要是整個團隊一起，然後每個人都有他份內該做好的事，那就是每個環結都串連起來，我就可以放心的去訪視我的病人，那我也只是在做好我份內的工作而已，就是大家彼此分工合作，促成起來的。」[NHC:09-1203(228)]

在安寧團隊的互動中，彼此以共同照護工作為連結的基礎，在共同照護的脈絡中有情緒的支持與分享，團隊所營造的良好氣氛與情感基礎是維繫安寧團隊彼此的重要因素，團隊之間也必須保持高度的信任與溝通，才能維護工作的品質與效率。

### (四) 安寧居家護理師與安寧居家護理師的合作

當安寧居家照護的訪視人次到達了需增設人力的情形，單位將會出現一位以上的安寧居家護理師，共同來進行安寧居家的業務，就同個單位的安寧居家護理師們而言，彼此除了是同一業務領域的合作與討論對象，較資深的安寧居家護理師亦作為較資淺安寧居家護理師在業務執行過程中的教導者，在工作情緒上彼此相互支持，在照護過程中，也會一同出訪居家個案的訪視。在跨醫院的安寧居家護理師之間，雖然顯少出現合作的情形，然而，彼此間對於制度上、業務上的執行，有彼此諮詢業務的進行，以及分享與資訊交流的情形。

安寧居家護理師的專業養成，除了原先在病房的經驗與相關技術外，安寧居家照護的老前輩的經驗分享與工作交接，亦是安寧居家護理師在接任安寧居家護理工作的重要參考依據。如何重新調適與上手，端視安寧居家護理師的個人適應度以及獨立性，而有所不同。此外，安寧居家護理師的職能定位，也賴於安寧居家護理師自我的重新設定。研究者在田野觀察其間，適逢現職的安寧居家護理師對新任受訓的安寧居家護理師的歷程，除了業務流程、臨床技術上的分享之外，這位安寧居家護理師也與受訓的護理人員分享專職安寧居家照護工作的想法，以及挫折經驗。經驗分享的過程不僅可以帶給受訓中的護理人員瞭解此專職工作的辛苦，也帶給從安寧病房到安寧居家受訓的護理師，瞭解平時與病房的合作情形所產生的挫折經驗，亦使得這位安寧居家護理師得到適當的宣洩。

## **(五) 與機構的互動與橋樑**

### **1. 澄清安寧的理念，降低機構照護病患的焦慮**

目前嘉義地區安寧居家病患轉介至機構的照護服務比例漸增，因此，安寧居家護理師與機構的連結漸趨頻繁，然而，機構對安寧照護的認知與理念會影響照護病患的方式，亦會造成雙方在病情的變化上提出不同的評估，亦造成對病患不同的處置意見。因此，安寧居家護理師與機構的主要照護者在照護的理念上必須達到一致，並盡可能保持順暢的溝通，減少照護上交接的斷層，才能夠在家屬的

付託下共同照護安寧居家病患。由於，機構在癌末病患的收案數不多，亦不熟悉安寧的照護理念，因此，在照護安寧病患的過程中，機構會因病患的病情變化，以及對病患死亡的預期產生焦慮與恐懼。此時，安寧居家護理師與機構的合作當中，需承擔起安寧理念的宣導與教導，在共同照護中教導機構的人員癌末病患的相關衛教，並盡可能的降低機構照護人員的焦慮與恐懼。由於安寧居家的訪視可以分攤機構的照護壓力，因此，部分的機構會很依賴安寧居家護理師的訪視與照護，機構也很歡迎安寧居家的介入，然而，部分安寧居家護理師會因部分機構的過度依賴而影響到機構病患的收案情緒與意願。

## 2. 銜接機構與家屬的意見

由於轉介機構照護的安寧居家病患，其病程的變化大，機構的照護人員因不熟悉安寧的照護理念，在照護的執行上，與家屬的認知有所差距，安寧居家護理師在前往訪視時，有義務為家屬擔任照護的監督者，瞭解機構對病患的照護情形與處治決定。當家屬的認知與機構的照護產生了差距時，安寧居家護理師必須擔任家屬與機構兩方之間的溝通橋樑，然而，安寧居家護理師必須依據不同的屬性，對兩方做不同面向的詮釋與解說。在家屬面向的溝通主要重點於病患當前的病情與照護狀況的解釋，以及後續病情走向的可能，並做瀕死衛教與蒐集瞭解家屬對病患的死亡期待，亦向家屬衛教與說明自身的照護情形與機構的照護型態之間的差異，提醒家屬可以向機構提出想法與問題。在與機構溝通的面向，考慮機構的特質與態度，安寧居家護理師會降低自己的定位來與機構說明病患當前的狀況，並盡可能的在照護方式上做溝通，以及解釋藥物，此外，亦會對機構說明家屬可能的想法，可以再與家屬做溝通與確認。安寧居家護理師在雙方的溝通面向，會考慮到溝通的面向的屬性、特質，以及是否有效來做自我詮釋上的調整，目的是為了讓病患的處置合宜，也讓家屬能得到資訊的正確性，以及討論出適當的照顧方式。

## (六) 醫院與醫院之間的關係

目前嘉義地區的區域醫院正進行推動安寧居家護理的人員培訓，以及設置安寧居家照護的計畫，加強了醫院與醫院之間的競爭關係，亦間接影響安寧居家護理師的積極度與照護壓力。安寧護理人員彼此間討論其他家醫院的安寧居家的訓練情形，亦討論他院目前的培訓是否適宜等問題，雖然目前醫院與醫院之間所面臨的競爭與壓力較大，但皆仍然對自己的業務與所屬醫院有信心，也肯定自己目前的工作狀況。

## (七) 小 結

從安寧病患及其家屬來回往返安寧病房與安寧居家的照護模式中，可以觀察到其中參與互動的人員包括安寧團隊、第三照護者，甚至放大至醫療的體制。然而參與互動的人員，在照護的脈絡下，各自有其互動的對象以及衍生的互動內容，所扮演的角色亦有差異，而安寧居家護理師在安寧居家照護的互動脈絡中，所扮演安寧居家照護的橋樑角色必須面對不同的對象與之發生連結，更進一步的發展出不同的合作方式與互動模式。接續的一節，研究者將統整安寧居家護理師在照護的互動脈絡中，因不同的互動連結對象所呈現的橋樑面貌。

#### 第四節 安寧居家護理師所扮演的橋樑角色

在上一節當中，研究者討論了安寧居家照護的互動模式，並敘述不同的對象與安寧居家護理師在安寧居家照護的連結及其角色的扮演。在這一小節當中，研究者將回到安寧團隊與安寧居家照護的橋樑探討，即是安寧居家護理師在安寧居家照護體系中，所扮演的角色。

##### (一) 安寧居家護理所扮演的橋樑型態

安寧居家護理師在安寧照護的各層互動模式中是極為重要的銜接者，其橋樑的角色因互動的對象不同，而呈現許多不同的面貌。在 Davies 與 O'Berle(1990, 1992)對安寧護理人員的角色研究中，提出安寧護理人員的角色是以主要的六個要素所交集組成，分別是：價值、連結、授權、執行、運用、發現意義及保存完整。而在研究者的研究發現中，安寧居家護理師在安寧照護的互動脈絡當中，亦運用了此六個元素的交集，而搭建起不同面貌的橋樑：

##### 1. 第一種型態：安寧居家病患及其家屬，在入院照護階段的溝通橋樑。

在陳盛文(2003)的研究發現，安寧護理人員進行實務工作，主要覺知到「病人照顧」、「家屬照顧」、「團隊合作」、「組織限制」四個層面的問題，其中以病人照顧及團隊合作上的困難較大。在照護病患的面向，以心理、靈性為最常見的問題；團隊合作則是共識與溝通的問題居多。然而，此橋樑的型態即是在雙重的覺知層面中所形成，尤其在病患轉介入院的照護過程中最為彰顯。安寧居家護理師並需以照護病患的層面為出發點，與團隊進行照護工作上的交接與合作，在轉介照護的模式中，連結病患及其家屬與安寧團隊的溝通與互動。

##### 2. 第二種型態：安寧居家的病患與家屬之間的橋樑。

當家屬在家照護臨終病患時，會因照護上的壓力與恐懼，產生持續照護上的

困難，在缺乏適當的支持情形，家中主要照護者會產生許多複雜的壓力與情緒，可能導致家中主要照顧者放棄照護者的角色。在 Hull(1990)的研究中即發現，未舒解照護者的緊張與未達到適當的症狀控制問題，是使臨終病患從家中返院的最常見的因素。因此，安寧居家護理師必須要為家屬考量病患的照護與死亡場域是否適當，更要盡力的安撫家屬的焦慮與慌亂情緒，並在確認家屬的意願下，協助病患與家屬共同經營死亡軌跡的最終過程。此外，在 Glaser 與 Strauss(1965)的研究中，說明到家屬參與照護與臨終病患的覺知互動情形，影響著臨終病患與家屬之間的互動與態度。為此，安寧居家護理師在其間擔任的角色，必須為病患與家屬搭建起溝通的橋樑，連結雙方的照護認知與價值，在死亡的覺知上，也盡可能帶領病患、家屬從『閉鎖的覺知』走向『開放的覺知』，為病患與家屬在臨終的軌跡過程中，重新發現意義的存在以及展開新的連結關係。

### **3. 第三種型態：安寧居家病患及其家屬與第三照護者的橋樑。**

在嘉義地區所呈現的照護模式中，主要照顧者除了病患的家屬之外，安寧居家的病患因照護場域的不同，可能將病患委託交付第三照護者來進行照護，例如，病患所安置的養護機構負責人、主要照護員等。安寧團隊在照護的過程中除了與第三照護者主動的聯繫、溝通之外，安寧居家護理師必須在家屬與機構兩方之間搭起的橋樑的角色，除了讓家屬能夠瞭解病患在機構的照護情形，也必須讓機構充分的接收到家屬的想法與意願，為了能夠銜接起家屬與機構的溝通橋樑，安寧居家護理師在互動的內容與型態，端視兩方不同面向的需求與接受度來進行不同的病情照護詮釋，安寧居家護理師必須是以病患的安全與最大的利益考量下，為病患在家屬、機構人員之間擔任照護計畫的協調者、溝通者。

### **4. 第四種型態：安寧居家病患及其家屬與安寧團隊之間的橋樑**

先前提到，假使安寧團隊對安寧居家病患的照護失效，病患及其家屬對安寧

團隊的照護失去信心時，將影響安寧居家的後續照護過程，甚或影響病患轉介安寧病房的意願。在如此的情形，對安寧團隊的整體性照護、以及對該醫院的信任皆造成很大的傷害，安寧居家護理師在其間必須擔任起緩衝雙方信任的中介者，盡可能透過補償的方式盡力挽回病患與家屬對團隊的信任，亦盡可能的提供病患、家屬所需要的協助。在此型態中，安寧居家護理師來自安寧團隊的授權會增大，並盡可能運用可使用的資源，保持病患與家屬對團隊、對組織的信任。

### 5.第五種型態：安寧居家病患及其家屬與醫院之間的橋樑

安寧居家護理師是為社區醫療的主要落實工作者，代表醫院外出到病患家中執行醫療服務，並且代表安寧團隊至病患家中擔任主要的訪視者與評估者。安寧居家護理師改變了原有的照護型態，將在院內門診的型式轉移至家中，向病患、家屬確認病情可以在家照護，並擔保安寧居家業務的執行可以帶給病患、家屬最大的福祉。如同 Dobratz(1990)所指出的安寧照護護理的四種功能，以加強性照護、合作性的分享、持續性的認知，以及持續性的給予，安寧居家護理師在安寧居家的照護中，即是延續此四種安寧照護護理的基本原則，擴展照護的場域與照護的對象，落實安寧居家社區的照護服務。然而，當病患與家屬在面對既龐大又陌生的醫療體制時，安寧居家護理師必須為病患、家屬搭起社區與醫療體制的橋樑，在雙方的授權下，維繫社區與醫院的照護關係。

#### (二) 小 結

綜觀安寧居家護理師所承接的橋樑角色，皆是在照護的互動脈絡中進行，並且依據多面向的互動對象，進行有秩序、有任務的連結，其橋樑的型態因互動的對象不同而因此有互動內容上的差異。

## 第五節 安寧居家護理人員情感秩序<sup>3</sup>

護理人員在醫療工作領域中，是以專業的工作者進行對病患的照護，然而，在醫療制度的場域中，仍必須面臨著人跟人之間所發生的互動關係，在照護工作的進行過程中，以及對自身工作的角色與期待，專業的醫療工作者難免會有自身的情感投射及涉入。在不同的情境脈落下，會有許多可能影響到專業工作者、場域中原有秩序的事件，並且牽動了安寧居家護理人員的情感秩序。本小節即補充說明，安寧居家護理人員在照護與操作的互動情境中，引發的情感秩序情形。

### (一) 情感秩序

#### • 家屬對照護的誤解

在本章第四節安寧居家照護的互動模式中曾經提及，安寧居家的家屬對安寧居家護理師的信任影響安寧居家護理師的執行，相對的，缺乏溝通與信任的家屬，若對安寧居家護理師的照護發生誤會，因而，終止在家的照護的情形，對安寧居家護理師造成很大的傷害。其影響到安寧居家護理師的後續照護信心，亦可能失去對家屬、病患原有的信任，挫敗與沮喪的經驗影響安寧居家護理師的工作情緒。安寧居家護理師的情緒往往僅能向團隊進行宣洩，並詢求意見，然而，團隊因工作的職責範圍，未能體會安寧居家護理師所面臨的真實情境，團隊所能給予的支持與建議，往往無法讓安寧居家護理師得到真正的同理。

#### • 照護困難的病患

---

<sup>3</sup> 情感秩序(sentimental order)：是 Glaser 與 Strauss 在 1968 年所出版的 *Time for dying* 一書中提出來的概念。其定義為，情感秩序是一種無形的，但非常真實的情緒以及情感形態，並具有代表性的存在於每一個病房當中。Glaser 與 Strauss 提到工作人員(staff) 在組織工作的歷程中，情感秩序與工作秩序是相互平行的，然而，情感秩序具有一種令人不安的，可能使工作秩序崩解的特徵。舉例：在加護病房中，工作人員的情感秩序，面對一個快速死亡的事件，是比較不會受到影響的；相對地，假設一個無希望治癒的病患，正緩慢的朝向死亡，或因為病患家屬拒絕接受病患即將死亡的事實，導致病患徘徊瀕死與死亡事實之間的景象，即可能深刻的同時影響到情感秩序與工作秩序。

照護安寧居家的病患，安寧居家護理師面臨到的最大困難，即是無法再為病患進行更好的照護，無可奈何的照護經驗往往令安寧居家護理師感到挫敗，當病患的疼痛無法得以舒緩，失效的照護亦使安寧居家護理師懷疑自身的照護能力，失去照護的信心與動力。

除此之外，照護上有困難的病患，對安寧居家護理師的困擾甚大，溝通有困難、遵從度低的病患，將使病患整體在家的照護品質下降，在合作與互動情形不佳的情形下，安寧居家護理師必須覺察自身的情緒，評估專業工作與情緒的涉入情形，才不致於在特殊個案的照護上有逃避照護的情形。

- **家屬的焦慮與情緒**

家屬的焦慮及情緒亦會影響到安寧居家護理師的情緒，尤其是已經長期固定訪視的病患與家屬，與安寧居家護理師之間，有著很緊密的關係。然而，安寧居家護理師在專業上的過度涉入會造成家屬、病患的依賴，當在照護上的付出超越了醫療專業者的界線，安寧居家護理師自身也會感到無力、疲憊感。安寧居家護理師必須要從臨床工作與互動中，學習如何抽離自我的情感涉入，藉由轉移環境、焦點，來抽離工作情緒，亦透過覺察來反省自身是否有過度涉入的情形。

病患的病情變化與死亡的事實，對一位安寧居家護理師而言，並未造成太大的情緒影響，不會因未見到病患的最後一面而感到遺憾，他表示在安寧場域工作的護理人員，對病患的死亡本來就會有所覺知，在照護病患的過程中，從病程的變化即對病患的死亡有所預期，而安寧護理人員因輪班制度，錯過病患的死亡時間更是常有的情形，因此並不會造成個人太大的情緒影響。然而，對安寧居家護理師而言，當然也有來自於對病患死亡的預期，並有所心理準備，就此位安寧居家護理師而言，她將每一次的訪視為最後一次訪視，在心理狀態上有所準備，也為病患的每一次訪視做準備。當病患的死亡事實發生時，安寧居家護理師不會感到遺憾，然而，在病患死亡後會視情況以電訪家屬追蹤、或詢問病房護理人員瞭解、確認病患的死亡過程是否平安。

- **與操作情境的關係**

在工作情境中是否會影響護理師的情緒的問題，安寧居家護理師回應在不熟悉的環境中容易受到情緒的影響，尤其是一開始進到某個工作環境，由於陌生，必須要在短時間內盡快熟悉工作的焦慮，會帶給一個護理人員很大的情緒壓力，但在熟悉了工作環境以及操作程序後，就不容易掉落在情緒裡，而是在操作的情境中完成工作的事項。然而，因經驗的累積安寧居家護理師已不受影響，可以順應情境與場域的變化來因應，不至使情感影響到自身的工作秩序。

**「到最後就是醫師要什麼，你就拿什麼給他。就不會被影響到，因為那就是在完成工作，就不會掉在情緒裡面。」**

**[NHC:11-1209(239)-1]**

安寧居家護理師提到，護理人員的轉化很快，但往往工作久了，習慣了制式的操作，在工作中獲得不到成就感，一遇有挫折就會不如意，很容易就會離開工作場域，這也是許多護理人員最後無法繼續留任的原因。然而，研究者認為，不論是初進工作場域的護理人員還是任職很久的護理人員，都會面臨到工作場域所帶來的情緒影響，個人的任務感及工作意義也會影響護理人員繼續留任的意願，為此，轉換心境與視域角度演變為護理人員轉緩情緒的方式。

## **(二) 安寧居家護理師的覺察與生命體驗**

在落實安寧居家照護的過程，安寧居家護理師對個案、家屬、以及持續的照護經驗裡，漸漸在如此的歷程當中，加深了對自我的覺察、改變了原有的生命態度，更因照護的歷程而重新的調整自己的生活方式和生活態度。因病患的照護過程中瞭解到病患過去的生命經驗，而有自我的生命觸發與警惕，例如，C 安寧居家護理師在執業七年的生涯中，對人生有許多的感觸，在對待事物的態度上也有許多的改變，然而，安寧居家護理師提到，並非是某一個案或某一事件就帶來這樣的轉變，而是在整個歷程當中，長久的時間所經歷了許多的事件所帶來的轉化。

「安寧這一塊可以看到人一生的縮影，人真的沒有什麼好計較的。不過，人真的要做好準備，要什麼樣的人生，平常就要有什麼樣的生活方式與態度。你看有很多以前的互動本來就很差，那生病要這麼多人來幫忙，就很糟糕，到最後就是互相指責。」  
[NHC:03-1113(172)]

生命歷程的改變也來自於安寧居家護理師對執業的堅持，在執業當中去重新發現自我的價值，對自己的定義、生命價值與生命意義。C 安寧居家護理師提到自己有很大的改變，以前總是想「竭盡所能」的完成工作，因此急迫想要完美的做好的副作用往往使自己感到疲憊，而現在則以「盡本份」的原則來完成工作，將自己放在一個平衡點來執業，不使自己過份投入而導致體力、心力的耗盡。然而，C 安寧居家護理師並非一開始就找到對自我的定位，而是在工作七年的過程當中，在後三年才找到了自己的平衡點，漸漸開始能夠熟悉並掌握安寧居家的業務，並且找到了自己在工作中的意義，因此，直到如今一人獨立的外出亦能夠讓 C 安寧居家護理師得心應手。

### (三) 挫折

在所有受訪的安寧居家護理師，初接任此一職務時，皆有共同的挫折經驗，即是在不熟悉安寧居家訪視的業務以及龐大訪視量的壓力下，因壓力、疲憊感而對此一執業感到退怯，然而，對已通過那段執業黑暗期的安寧居家護理師而言，當初經歷的高度壓力與需立即轉換的照護模式，帶來更大的收穫。

「剛開始一個人力的時候，我是一邊哭一邊開一邊找路，那段時間已經過去了啦!真的很辛苦...我那時就想說在這樣下去，如果不補人力我就不幹了，但是到了 10 月就真的補了人力。不過那段時間，就學很快，所以，有那段時間，才知道真的可以做到這樣，真的可以看到那麼多人，可以到這麼晚，然後有些東西就真的會知道說遇到了該怎麼做。」 [NHB:01-0912(96)]

此外，在安寧居家護理師的執業歷程當中，不論是資深或資淺的護理人員，皆會遇到執業當中的低潮與危機，然而這些起起伏伏的歷程，在較為資深的 C

安寧居家護理師看來，是特別的機能夠重新的認識自己，並且對生命開始新的詮釋，重新讓自己在現職的工作中重新的再定位，找到自己的存在價值與工作當中的意義。然而，除了執業歷程的體會之外，安寧居家護理師自己的病痛經驗亦帶給他不同的感受，不僅更能貼近病人的病痛感受同理病人的不適，也因自己的病痛經驗帶給來深刻的生命感觸，加深了對生命無常的體認，亦覺察到了珍惜自我與生命。

#### **(四) 成就與回饋**

安寧居家護理師的最大成就與支持的力量，除了依照安寧理念照護病患，並且達到了照護的目標，此外，亦來自於與病患、家屬間的良好互動，以及在訪視當中，病患、家屬所給予回饋的鼓勵與收獲。以 A 安寧居家護理師為例，每週固定訪視一位舊病患 W 阿嬤，其開朗的人格特質，與富有故事性的生命史，在每次訪視的談話後總帶給 A 安寧居家護理師最大的鼓勵，每次的訪視總帶來充電的感覺，亦因 W 阿嬤樂觀、生命經驗，以及長期建立下來的信任與良好互動，帶給尚在熟悉安寧居家業務的 A 安寧居家護理師很大的鼓舞。

除此之外，曾經任職安寧居家護理師九年的共照師提到，過去長期為安寧居家病患的照護服務，不僅給予了良好的臨床經驗基礎，可運用到現職的工作場域，更無形的獲得了助人的回報，總有巧妙的因緣受到曾經照護過的病患家屬的協助，也因此結交了許多朋友。

#### **(五) 安寧護理人員、安寧居家護理師的特質與流動性**

綜觀受訪現職的安寧居家護理師，認為安寧居家護理師應該具備的條件，往往包括：對病患的熟悉度要高、資深的臨床工作經驗、懂得善用家中資源、以及對安寧居家有興趣的護理人員，在特質的選取條件上會比較考量活潑的、勇敢的、擅於溝通，獨立性也夠的護理人員。有一位安寧居家護理師提到在安寧從業的護

理人員，在護理部挑選時，會視應徵的護理人員特質來考量適任或不適任安寧的護理人員。由於安寧的場域特殊性，病患與家屬都相當敏感，任何的話語皆會產生重大影響。其次，在安寧場域工作容易因事而引發個人的生命苦痛經驗，若先前的苦痛經驗未被處理完全，容易受到場域事件的衝突再次的受到傷害，對此，護理人員在安寧場域受到不愉快的經驗，將影響護理人員的工作、情感秩序。

然而，為什麼安寧的人員流動性如此高？在環境的適應上、人格特質都有其相關。在醫學以及護理的養成訓練背景下，從事安寧帶給護理人員許多的挫敗經驗，以及恐懼感，是在服務於其它科別中相當不同的經驗，所帶給護理人員的衝擊是造成人員流失最大的因素，其次，無力感與低成就也是影響安寧護理人員流動的因素之一。

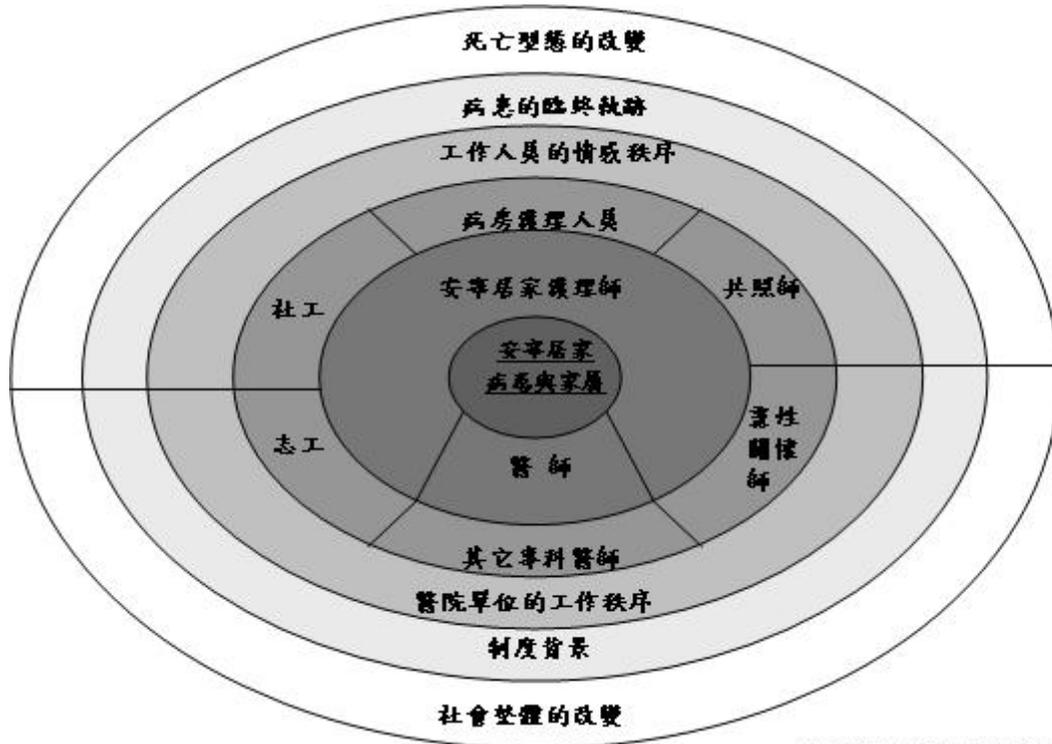
一位安寧居家護理師提到他對於從事安寧護理人員的特質的想法，他認為其實可以從事安寧護理的人員在個性上的差異影響並不大，而是對人是否有興趣，是否對人有關心，甚至會去思考、好奇有關於生命的意義，對生命的態度有著正面的想法與思考的人，才比較有動力從事安寧服務。然而，受訪者表示會繼續在安寧工作的護理人員的特質，其實與其他科別的護理人員無異，不論在何種屬性的工作單位，其護理人員所面臨到的個人處境，都有可能使一個護理人員產生挫折感以及無意義感，因此，個人的情緒與心境仍取決於個人的轉化。此外，此位安寧居家護理師也分享了初期接任一職，其他護理人員對他的想法。由於這位安寧居家護理師個性相當安靜，初接任時主管以及病房護理人員原有些擔心，話少、安靜的個性是否適合到居家服務，但卻令大家意外的是，她一接任就待了七年，雖然起初不熟悉業務令這位安寧居家護理師感到退卻，但總是在她最想離開時有因緣將他留下繼續接任，到了業務穩定，也開始從工作中獲得滿足與成就。

## (六) 小 結

安寧居家護理師在操作情境下以及在工作的歷程當中，會因照護工作的經歷與自我的生命經驗有所連結，透過在歷程中對自我的覺察與省思，改變了原有的生命態度，進而將新的生命經驗與態度再帶進工作的情境與歷程，有助於安寧居家護理師重新調整自我在工作落實當中的情感秩序。

## 第六節 嘉義地區的安寧居家照護體系的特色

研究者以 Glaser 與 Strauss 於 1965 年出版的 *Awareness of dying* 以及 1968 年出版的 *Time for dying* 為典範，加以本研究分析的內容，繪製成安寧居家照護靶心圖(圖：5-1)，進而說明嘉義地區的安寧居家照護體系的特色。



圖：4-9 安寧居家照護的靶心圖

### (一) 以病患及其家屬為照護的核心

綜觀本研究的分析內容，發現在嘉義地區的安寧居家照護體系中，照護的核心是以安寧居家的病患及其家屬為中心，並由安寧居家護理師、醫師擔任主要的醫療照護提供者。因此，在安寧居家照護的靶心圖中，是以安寧居家病患及其家屬為中心；而安寧居家照護的核心人員，則是由安寧居家護理師與醫師擔任。嘉義地區因病患的疾病型態與照護需求，呈現特殊的照護情形—來回往返安寧病房與安寧居家的轉介照護，為了因應不同需求的照護，安寧居家從核心人員的照護，漸漸擴展成為安寧團隊的整體照護，因安寧團隊具有多科專業的特色，安寧

團隊可以提供安寧居家病患及其家屬不同面向的照護需求。共同照護安寧居家病患及其家屬的安寧團隊成員，包含有病房的護理人員、社工、志工、靈性關懷師、共同照護護理師，以及其它專科醫師等專業人員，然而，在嘉義地區的安寧居家團隊照護情形，安寧團隊的成員必須透過安寧居家護理師的橋樑角色，銜接起安寧居家病患及其家屬的照護工作。

嘉義地區的安寧居家照護現況，符合安寧照護的理念，以人為核心，致力於「全人」、「全家」的照護，並透過「全隊」的專責亦分工的照護型態，提供核心的病患及其家屬所需的照護內容。在照護病患的過程中，安寧團隊「全程」的陪伴病患及其家屬，並且在往返安寧病房與安寧居家的照護模式，啟動機構與社區之間的照護機制，達到安寧「全社區」的照護理念。此種以人為核心的照護，其中參與的人員各自有其衍生的互動對象，並且各自扮演不同的照護角色，安寧居家護理師在安寧居家照護的各層互動中，是為極其重要的銜接者，其橋樑角色因與不同的對象發生互動連結，因此，所形塑出來的橋樑面貌也有所不同。本研究是以安寧居家護理師為其橋樑的角色為主要討論對象，然而，研究發現其他安寧團隊的成員在安寧居家照護中的角色，亦不容忽視。

## (二) 在雙重的秩序背景中進行互動關係

在安寧居家照護的靶心圖，是以人為核心主軸，在秩序背景中維持著平衡的互動關係。此秩序背景有兩個範疇，分別是醫療單位人員的工作秩序，與醫護人員的情感秩序。在 Glaser 與 Strauss 於 1968 年出版的 *Time for dying*，所提出來的概念，工作人員在組織的工作歷程，執行日常的慣例工作時，可能受到場域的特殊發生事件，使得工作人員在原有的次序中，在情感上、工作上遭遇到雙重的影響。工作人員可能因特殊事件的發生在情感上產生動搖，甚至脫離了原有的工作軌道，形成短暫的失序現象；或者，日常的慣例工作因特殊事件的發生而失序，進而影響到工作人員的情感秩序。在研究者的參與觀察中，發現安寧居家照護的

安寧居家護理師與工作人員，即是在制度與情感面向的雙重秩序背景中，以互動關係進行日常的照護工作。因安寧居家照護的場域具有特殊性，並且安寧居家病患的突發狀況多，安寧居家護理師必須在變動極大的照護型態中，進行日常的照護工作。因此，在制度的面向，安寧居家護理師與團隊的工作人員，必須建立起工作的秩序，以制度建立起規範，維護日常的例行照護工作，當特殊事件發生時，亦有因應的策略使工作秩序得到重整；在情感面向，安寧居家護理師在照護安寧居家病患及其家屬的工作情境中，以及與安寧團隊的合作互動過程中，特殊事件的發生可能影響到專業工作者的情感面向，安寧居家護理師與工作人員必須透過自我的覺察與省思，重新調整情緒上、情感上的秩序，以平衡專業工作者在執行照護工作時所受到的影響。因此，嘉義地區的安寧居家照護，其工作人員在當中所發生的互動關係，即是處於此種工作秩序與情感秩序的雙重秩序背景。

### (三) 制度的背景與病患的臨終軌跡

在醫院的組織結構條件下，必須包含各種疾病類型的照護內容，同時提供可復原的病患與瀕臨死亡的病患，各自所需的照護，而科別之間的差異關鍵即是在於工作單位內死亡的發生可能與情形。不同疾病類型的病患與可能發生的死亡，會影響醫院組織中單位的工作策略與其對應的照護內容，隨著病患在醫院中的照護歷程，工作人員在工作時間的順序上，將與單位內的死亡發生類型或是病患的恢復類型有關。因此，醫院組織是以病患的疾病類型，發展出不同的照護範疇，並規劃出符合各單位在照護執行中的標準程序。醫療組織將其標準程序與規範衍生成為制度，使單位的工作人員在儼然有序的在制度背景中進行照護工作。在安寧居家照護體系，組織的工作型態即是受到病患的疾病類型與死亡必然發生的影響，工作人員在衍生的制度背景中，進行常規的照護工作。而安寧居家照護人員的照護工作，即是以病患漸趨死亡的特徵，並且在病患顯著的動態死亡軌跡(dying trajectories)中發展工作的次序。當病患的臨終軌跡形成，死亡的來臨是被確定

的，當病患的死亡軌跡被辨識出來時，工作人員之間的行動關係必須被組織起來，因此，安寧團隊在病患動態臨終軌跡的各個階段中，照護工作的內容有專責也有分工，工作人員必須不斷的重新調整、協調彼此的工作內容，在符合醫院、健保雙重的制度背景下，找出一套符合安寧居家照護的工作秩序。

#### (四) 死亡型態與社會態度的雙重改變

嘉義地區的安寧居家照護體系受到社會整體的改變所影響，此範疇的改變包括死亡型態的變遷、以及社會民眾態度的轉變。有關死亡型態的轉變，首先是疾病類型的轉變，嘉義地區死於慢性疾病與惡性腫瘤的人口，取代了傳染性疾病的死亡人口比例，甚至嘉義縣偏遠的鄉鎮，患惡性腫瘤的病患比例亦有增加的趨勢。而嘉義地區的老年人口比率高，因此，嘉義地區的安寧居家照護中收案病患，慢性疾病合併有惡性腫瘤的老年人口數亦多，這是疾病類型的轉變所帶來的影響。其次是民眾在選擇死亡地點上的改變，因醫療科技的介入與機構的鄰近，死亡的地點漸遠離社會的注視，轉向趨向在機構的死亡，儘管嘉義地區安寧居家病患的死亡發生多數在醫院中，然而，嘉義地區深受中國傳統習俗「壽終正寢」的觀念影響，病患雖然死亡的場域多是在機構中真實發生，單位中的工作人員卻必須配合病患、家屬的死亡期待，以「形式上留一口氣回家」的方式，符合病患、家屬在死亡地點選擇上的期待，這是嘉義地區安寧居家照護的病患、家屬，在死亡場域選擇的現況。

有關社會態度的轉變，在嘉義地區的情形，與民眾的照護知識普遍提升有關，雖然家屬參與照護的情形，市區與鄉鎮之間有些微的差異，但嘉義地區的家屬在照護知識上普遍的提升，有助於安寧居家照護的支持度，並推助安寧居家病患的照護品質。其次是，嘉義地區的民眾對醫療專業工作者決策遵從度的轉變，從過去高度遵從醫護人員的專業決策，現今的病患與家屬在照護以及治療的過程中，有更多想法的主張與意見的表達情形，在照護與治療的選擇過程中，也因此

開啟了病患家屬與醫護人員的雙向溝通。然而，消費意識的抬頭，家屬對於護理人員的照護態度，有極大的轉變，部分家屬對安寧居家的照護認知，因消費者心態，讓安寧居家護理師在執業上感到不被受尊重，帶給提供照護的專業醫療工作者情緒上的影響，而照護工作的落實，也造成家屬在遵從度出現了困難。在社會態度的轉變上，對嘉義地區的醫療護理工作人員在適應上較顯困難，甚至影響工作人員的工作情緒與執業動力，在工作的執行過程中，也必須運用更多的溝通與協調技巧，使安寧居家照護的互動模式在整體的社會改變中順利進行。

#### (五) 小 結

安寧居家照護的靶心圖，是嘉義地區安寧居家照護體系的縮影。靶心圖的漸層擴展，代表著安寧居家照護的模式，是以人為主要的照護層面為核心，漸層的擴展至團體、組織的秩序背景、制度的背景、社會的整體面向。各面向在安寧居家照護的互動模式中，有病患及其家屬與團隊的互動，以及人與制度的互動，更擴大至整體社會型態的改變，包括死亡型態的改變、社會態度的改變，對人、對秩序、制度、團隊的影響。

## 第五章 結論與建議

### 第一節 研究發現

#### 一、嘉義地區安寧居家療護的社區醫療服務範疇

目前嘉義地區附設有安寧居家的照護單位有三家，各單位視安寧居家個案收案數以及訪視量，設置一位至兩位安寧居家護理師，落實安寧居家的照護服務。而安寧居家護理師亦是安寧理念—「全社區」概念的主要落實者，將醫療服務從醫院擴展至社區，可使安寧病患得到延續性的醫療照護，彈性的訪視可帶來持續性的病情追蹤與評估。目前各家醫院安寧居家的收案範圍，即是嘉義地區安寧居家照護的社區醫療服務範疇，然而，三家醫院的收案範圍在嘉義地區有重疊亦有分區的兩大特色。醫院與醫院之間的互動關係建立在個案的轉介機制合作上，然而，在各自獨立進行安寧居家照護的運作中，則是彼此競爭的關係。

#### 二、嘉義地區安寧居家療護的社區醫療服務相關條件

##### 1. 特殊疾病型態下的照護需求

安寧居家照護的服務模式來自於疾病的類型與死亡型態的改變，而安寧病患有家接受醫療照護的需求，亦因應安寧病患的特殊疾病型態與臨終軌跡的發展。安寧緩和照護除了以安寧病房為主要的照護型式之外，擴展社區的照護服務來達到病患返家後的持續性照護，即是為了安寧病患及其家屬的雙重需求所產生的照護型態。不同於一般居家的照護內容，安寧居家照護的面向依據安寧護理理念進行落實，以病患的最大利益為照護的考量，並同時關注於家屬的照護，透過安寧團隊的照護計畫，使安寧病患可以在臨終軌跡的過程得到舒適，並在軌跡的終點得到尊嚴的善終，其家屬也能在安寧團隊的支持與教導下，做好照護病患的角色，同時在安寧團隊的陪伴中，渡過病患死亡的歷程。

## 2. 影響工作落實的因素

- 雙重的制度背景

制度是影響安寧居家照護的落實因素之一。制度環境又可再區分為醫院的制度與健保的規定。醫院對安寧居家設置的規定與資源的配置，將影響安寧居家護理師在執業過程中的工作效率與服務品質，而各個醫院對安寧居家護理師的職掌中是否給予彈性自主的空間，亦可代表醫院對於該安寧居家護理師以及安寧照護理念的支持度，醫院的支持度將彼此影響著該單位的安寧居家照護品質與安寧居家護理師的工作滿意度。

另一個制度的影響因素是在於健保體制上與給付的規定，以及評鑑制度的規定。健保體制上的規定時常更迭的現象，對尚在熟悉安寧居家業務的安寧居家護理師造成工作適應上的困擾。其次，超長住院與跨縣市的申報與給付規定，對特殊疾病型態的安寧病患而言，造成持續照護上的困難，轉介安寧居家的病患又因申報時程上的冗長，往往來不及完成的申報而影響到安寧居家病患的照護品質與有效性。最後，評鑑制度的過於理想化且缺乏彈性，以及整體評鑑所帶給安寧居家護理師的額外行政工作與壓力，亦是影響安寧居家護理師的執業影響因素之一，安寧居家護理師必須因應評鑑計畫，在一人的單位中兼任起臨床護理工作及行政工作，承擔起雙重的職掌工作角色與工作壓力。

- 突發狀況

安寧居家的照護服務因應安寧居家場域病患的疾病型態，其安寧居家護理師的工作落實必須富彈性且自主，以隨時面臨緊急的突發狀況，例如，居家個案的病情突發變化、院內作業系統的中斷，以及外出訪視的衛材、交通工具的突發狀況等，皆會影響到日常的訪視、行政工作。因此，安寧居家護理師即必須在變化的工作脈絡情境中，彈性自主的調整工作規劃，是一位富有機動性的工作者。相

對地，此工作流程與業務規劃即是因應多發的突發狀況所擬訂而有所配置。

- 社會整體改變

在安寧團隊陪伴安寧居家病患、家屬的照護過程中，病患、家屬的可溝通性、支持度與遵從度皆是影響照護品質的因素。然而，民眾對於整體醫療知識的提升與消費自主權的高漲，使醫療專業人在對病患的照護計畫上的主導權漸漸移轉，打破了過去專業權威的單向醫療決策，現今的病患及其家屬，有更多的想法與意見參與照護計畫的討論，甚或主導病患的照護計畫，造成醫療專業人員的在角色扮演上的不適，亦影響、改變了安寧團隊原有對病患的照護計畫與落實。由此，醫療團隊與病患及其家屬間有效的雙向溝通在現今的安寧照護中趨於重要，有品質與有效的「雙向溝通」才能夠確保安寧病患在家照護的安全與最佳品質，進而提升對安寧居家照護的理念與支持度，而雙方的關係建立即有賴於彼此的信任與良好的合作基礎上。

- 情感秩序

安寧居家護理人員的情感秩序是影響落實安寧居家工作的因素之一。在互動的醫療照護場域與情境中，護理人員在醫療工作領域中，是以專業的工作者進行對病患的照護，然而，在醫療制度的場域中，仍必須面臨著人跟人之間所發生的互動關係，在照護工作的進行過程中，以及對自身工作的角色與期待，專業的醫療工作者難免會有自身的情感投射及涉入。在不同的情境脈落下，會有許多可能影響到專業工作者、場域中原有秩序的事件，並且牽動了安寧居家護理人員的情感秩序。其次，安寧居家護理師在操作情境下以及在工作歷程當中，會因照護工作的經歷與自我的生命經驗有所連結，透過在歷程中對自我的覺察與省思，改變了原有的生命態度，進而將新的生命經驗與態度再帶進工作的情境與歷程，有助於安寧居家護理師重新調整自我在工作落實當中的情感秩序。

### 三、安寧居家護理師的橋樑角色

在安寧療護體系的角色中，安寧居家護理師是落實安寧社區醫療服務的主要工作者，擔任起社區醫療服務的落實者，並使得安寧照護的理念延伸至社區，為安寧照護提供多面向的照護可能。其工作的落實有效的提供特殊疾病型態的病患，能擴展其接受照護的場域，並使安寧的照護得以延續，提供病患在家善終的可能，讓家屬獲得陪伴臨終病患在家渡過臨終軌跡的期盼。在醫療花費上雙重減輕了醫院與家屬的負擔，降低了醫療使用上的浪費，給予安寧照護體系更多的彈性空間，提供更多元可供選擇的照護模式。

安寧居家護理師在安寧團隊中是為安寧居家訊息的來源者，以及傳遞者，在病患往返安寧病房與安寧居家的照護模式中，安寧團隊在安寧居家的照護面向仰賴安寧居家護理師的協助，安寧居家護理師亦仰賴安寧團隊對於安寧居家病患的往返照護，雙方的角色在實際合作的轉介機制中得以顯露。然而，對於落實安寧居家照護工作的安寧居家護理師而言，即是安寧團隊的代表，在執行安寧居家的業務中，需視病患個案的需求暫時扮演起團隊其他成員的角色。因此，安寧居家護理師條件上，必須要具備照護、評估、轉介的專業技能，在功能上，不僅要扮演居家護理師的照護角色，更必須是個機動者、協調者、支持陪伴者、教育者、督導者、代言者、研究者、管理者，如此的在安寧團隊中扮演起安寧團隊與安寧居家個案的溝通橋樑。

## 第二節 研究建議

依據研究的分析過程及研究發現，研究者最後提出下列幾點建議：

### 1. 醫院的支持

綜觀嘉義地區附設有安寧居家照護的醫療單位，各醫院對於安寧居家照護的規定與所配置的資源，不僅影響了安寧居家護理師在落實工作上的滿意度，亦可代表醫院對於安寧居家照護體系的關注度以及服務照護品質。然而，安寧居家護理師的工作流程需符合院內的規章進行，醫院是否提供便利且流暢的工作流程、富有彈性與自主的制度空間，以及符合實際需求的安寧居家充沛資源皆是重要的指標。醫院的支持態度將會影響安寧居家護理師與安寧團隊的工作落實情形，對流動性不低的工作者給予關注與支持可增進安寧居家護理師的執業動力與工作態度，在區域醫院與區域醫院之間既競爭又合作的關係中，得以共同維護嘉義地區安寧居家照護的社區醫療品質。

### 2. 制度的改善

在安寧居家照護服務的相關制度規定上，需更符合實際落實的範疇，才能讓安寧團隊與實際工作者達到安寧居家照護的理念與目標。在申請流程中，應付予彈性的空間保障病患有多方照護模式的需求，在健保的給付上，應給予更多的支持與資源。最後，制度的更迭需提供工作者更充分的適應空間。

### 3. 安寧團隊的介入

安寧居家護理師的角色多重繁雜，但缺乏醫護以外的其他專業，對此，安寧團隊在安寧居家照護的功能應加強，尤其是社工、靈性關懷師（牧靈人員、宗教師）等擅長處理心理、靈性的專業人員，可與安寧居家護理師多方配合，分攤安寧居家護理師的角色與任務，以及協助評估。除此之外，醫師的合作與態度影響

安寧居家護理師的工作落實與情感秩序，醫師的介入情形應考量安寧居家護理師的實際工作與角色，多方給予支持以及肯定。

#### 4. 民眾的態度與照護知識

社會整體在醫病關係的態度與認知上的改變，使醫護專業人員必須重新調整醫護人員的角色定位，以及以往溝通的模式。民眾對於醫療的自主性與消費意識的高漲，影響著照護的計畫，然而，過度的自主與強勢的立場，卻不見得可達成最佳的照護品質。因此，民眾應重新省思醫病關係的權力與位置，並在照護知識上加以提升，避免過度的自主與無知，影響醫療照護的最佳品質。儘管如此，民眾的自主意識亦可帶來較顯著的雙向溝通的可能，並讓醫療團隊重新納入民眾的真實考慮，審慎的思考照護的計畫。對此，醫護專業人員也必須要重新定位，給予民眾適當的溝通、意見平台，並尊重個別差異，提供病患及其家屬最佳的醫療照護服務。除此之外，安寧緩和療護理念不應只是醫療專業所具有的醫學素養，也應該是全民需要學習的基本理念(魏書娥、許煌汶、林姿妙，2004)，安寧運動與理念的推廣必須持續在社區中進行落實，唯有專業醫療工作者與一般民眾達到理念一致時，才能成功搭起醫療與社區之間的橋樑。

#### 5. 單位主管的支持

安寧居家護理師的專業養成歷程中，應給予更多的支持與空間，其單位的主管應協助初任安寧居家護理師一職的護理師，重新適應不同的工作場域與照護模式，以及在行政作業上的指導，並聆聽安寧居家護理師在業務過程中的困境，擔任起醫院與單位之間的溝通橋樑，協助安寧居家護理師職務上的執行與情緒上的支持。除此之外，督促舊職的安寧居家護理師則應做好工作的銜接，並確保接續的安寧照護工作得以銜接。

### 第三節 研究限制

本研究的研究限制歸納有項因素：

- 一、文獻：臺灣地區有關安寧居家的中文文獻多以醫護期刊的個案探討，以及安寧相關雜誌的心得分享為多，甚少有針對安寧居家的護理人員其角色、服務歷程、互動關係等社會、生死的面向討論。因此，在文獻的蒐集上，臺灣地區安寧居家的中、英文資料相對較少。國外的文獻探討對安寧居家的討論也主要放在醫護的照護層面進行探究，對於角色的定位與團隊的互動關係甚少著墨。
- 二、資料來源：本研究的樣本與受訪者相當有限，四位安寧居家護理師樣本流失一位。而受訪者的服務年資差異性大，亦可能造成資料蒐集上的差異。
- 三、參與觀察的限制：研究者囿於時間與人力有限、需降低對場域的干擾的考量因素，雖安排對各個單位進行至少一個月的參與觀察訪視，但仍無法全然的參與每日的田野參與觀察，研究者的進場需視單位、安寧居家護理師的考量因素進行參與。因此，可能會錯過訪視的連貫性觀察，以及失去偶發事件的觀察機會。此外，在參與觀察中，研究者尊重場域所提出的研究倫理要求，較少或未能對場域中其他團隊成員進行訪談的機會，是影響該單位工作人員對研究對象看法的資料蒐集，亦是參與觀察的限制。
- 四、參與的敏感度：研究者在參與觀察與訪談的過程中，因參與觀察的經驗累積以及研究所課程的參與、研討會的參與，研究敏感度上會不同，可能影響不同進程中資料蒐集的飽和度與深度。

## 第四節 研究反思

### 一、研究者的研究背景

研究者以非醫護專業的背景，進行安寧居家護理人員角色的研究，由於個人在臨床的經驗與醫護專業上皆相當缺乏，因此，在非專業的背景，對於醫療照護專業的距離感一直未能消除。雖然透過文獻的閱讀，以及參與安寧照護相關的研討會、議會，但對於實際的照護專業工作仍有距離感。直到研究者親身參與觀察照護的過程，並且熱衷於觀看美國《實習醫生》電視影集，現實與動態文本間的對話才開始發生。然而，研究者仍舊是醫療專業的門外漢，因此，在研究內容的分析與發現上，研究者以“outsider”的視域呈現，與專業醫護人員的“insider”期待有落差。

### 二、研究者的參與觀察角色

研究者在動態參與觀察的過程中，因參與觀察的單位特質、屬性，以及單位對研究者角色上的期待，研究者依據不同參與的場域，對自我參與的角色而有不同的設定。縱然研究者視場域的需求與接受度，而彈性調整涉入的角色，並遵守研究倫理的規範，進行參與觀察的研究，然而，研究者在參與場域觀察的過程中，或許未能達到場域單位、主管對研究者涉入角色的期待。其落差的可能原因有，研究者與場域人員互動關係的建立，因研究參與的時程限制與參與身份，未能得以進行頻繁的互動，以及研究者對場域的陌生，未能主動的建立關係，因此，參與的角色未能符合場域的期待。

### 三、資料分析的過程

研究者在資料分析的歷程中，重新學習資料分析的方法，因首次進行如此縝密的編碼與分析過程，又以人工的方式處理龐雜的田野資料，以致於初次的分析

架構未能有系統的呈現出來。在指導教授耐心的指導以及細心討論後，研究者花了許多時間重新調整分析內容，才得以確立最後的分析架構。這是研究者在研究分析能力上的不純熟，以及敏銳度的不足，所導致的影響。所幸質性研究具有彈性、反思的特質，研究者得以重新調整分析的內容與架構。

#### 四、研究歷程的反思

研究者在撰寫論文的過程，以及田野參與觀察中，學到了很多寶貴經驗，這些是理論知識所無法取代的，尤其是在參與觀察中的研究場域與研究對象的取樣中，若非指導教授的接引，以及接受參與觀察的機構、單位主管、受訪者的慷慨，以研究者的背景與身份，幾乎可肯定無法完成此次的參與觀察與研究，也讓研究者深刻體會到，實地參與觀察的機會是如此寶貴。以及本研究的所有受訪者，接受研究者的參與觀察以及訪談，對研究者與受訪者皆是一個重要成長的機會。研究者從受訪者的工作歷程中，以及場域所發生的事件，得到自我的反思與成長，這對缺乏職場經驗、生命歷鍊的研究者，著實珍貴；而受訪者也從研究者的參與觀察與訪談中，重新反思自我工作的角色、對生命意義的重新定位，這是研究者在本研究的過程中，對受訪者所帶來的影響。在研究的歷程中，如此的互動關係，讓研究者留下深刻的體驗。

## 參考文獻

### 中文文獻

#### 官方統計

行政院衛生署(2008)。統計資料—死因統計/歷年死因統計。線上檢索日期：2009年3月3日。網址：  
[http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2\\_2.aspx?now\\_fod\\_list\\_no=10327&class\\_no=440&level\\_no=4](http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=10327&class_no=440&level_no=4)

#### 期刊文獻

- 宋珮文(1997)。認識安寧居家照顧。 **安寧照顧會訊**， **25**， 89-91。
- 李淑真、周長旗、李秀惠、江維鏞、周鏞玲(2005)。安寧團隊照顧。 **安寧療護**， **10(1)**， 65-74。
- 徐麗娟、黃子庭(2001)。居家護理人員的角色功能及其相關因素探討。 **護理雜誌**， **48(6)**， 47-58。
- 張淑真、机吟惠、黃靜宜(2002)。主要照顧者對安寧居家療護照護需求之看法及其滿意度。 **Changhua J Med**， **7(3)**， 160-167。
- 許煌汶、張俊郎(2004)。雲林地區安寧療護宣導初步評估。 **安寧療護**， **9(4)**， 383-392。
- 許禮安(2000)。安寧居家療護經驗談。 **安寧療護**， **5(1)**， 16-20。
- 陳玉葉、陳桂敏(2007)。癌末病患居家照顧工作量及困難度與照顧壓力負荷之相關性探討。 **安寧療護**， **12(2)**， 143-154。
- 程紹儀，李龍騰(1997)。緩和醫療居家照護。 **台灣醫學**。 **1(2)**， 214-219。
- 黃建勳、姚建安、邱泰源、王浴、陳慶餘(2005)。安寧病房入住需求與資源分配研究。 **安寧療護**， **10(1)**， 1-12。

黃惠美、郭碧照、胡中傑、謝玉玲、黃曉峰(2005)。台中某社區民眾之安寧療護知識及其影響因素。**安寧療護**，**10**(4)，371-383。

楊舒琴、劉淑娟(2005)。居家訪視安全性的省思。**長期照護**，**9**(2)，107-116。

趙可式(2008)。臺灣安寧療護的發展與前瞻。**護理雜誌**，**56**(1)，5-10。

賴允亮(2004)。打造台灣安寧照顧系統。**安寧療護**，**9**(1)，21-27。

賴允亮(2004)。臺灣之安寧緩和醫療。**臺灣醫學**，**8**(5)，653-656。

魏書娥(2008)。安寧緩和療護團隊的理念與關係—社會學的觀點。**安寧療護**，**13**(1)，66-81。

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**，**9**(4)，407-416。

蘇文浩(2004)。癌末病患的醫療倫理。**哲學與文化**，**34**(4)，5-15。

#### **學位論文**

李慕恩(2002)。台灣區域性安寧緩和療護服務模式現況之探討—以高雄地區為例。國立中正大學社會福利研究所，未發表。

陳盛文(2004)。安寧護理人員的專業角色調適。南華大學生死學研究所碩士論文，未發表。

#### **書籍**

嚴祥鸞(1996)。參與觀察法。在胡幼慧(主編)，**質性研究:理論、方法及本土女性研究實例**(195-220 頁)。台北市：巨流。

Lugton, J. & Kindlen, M. (Eds.). (2002)。**安寧照護—護理角色**(Palliative Care: The Nursing Role)(陳玉婷等合譯)。台北市:五南。(原作 1999 年出版)

#### **英文文獻**

#### **期刊**

- Agar, M., Currow, DC., Shelby-James, TM., Plummer, J., Sanderson, C., & Abernethy, AP. (2008). Preference for place of care and place of death in palliative care: are these different questions? *Palliative Medicine*, 22, 787-795.
- Chen, R-C., Chung, D.C.H., Lai, E.Y.L., & Chao, C.C.S. (2001). The development of hospice palliative care in Taiwan. *安寧療護*, 6 (1), 2-13.
- E Ida, M Miyachi, M Uemura, M Osakama, & T Tajitsu. (2002). Current status of hospice cancer death both in-unit and at home (1995-2000), and prospects of home care services in Japan. *Palliative Medicine*, 16, 179-184.
- Glaser B.G., & Straruss A.L., (1964) Awareness Contexts and Social Interaction. *American Sociological Review*, 29(5), 667-679.
- Gomes, B., & Higginson, I.J. (2008). Where people die (1974-2030): past trends, future projections and implications for care. *Palliative Medicine*, 22, 33-41.
- Hudson, P., Quinn, K., Kristjanson, T.T., Braithwaite, M., Fisher, J., & Cockayne, M. (2008). Evaluation of a psycho-educational group programme for family caregivers in home-based palliative care. *Palliative Medicine*, 22, 270-280.
- James N., & Field D. (1992). The Routinization of Hospice: Charisma and Bureaucratization. *Soc Sci Med*, 34(12), 1363-1375.
- Mason, SR., & Ellershaw, JE. (2008). Preparing for palliative medicine; evaluation of an education programme for fourth year medical undergraduates. *Palliative Medicine*, 22, 687-692.
- Miyashita, M., Sato, K., Morita, T., & Suzuki, M. (2008). Effect of a population-based educational intervention focusing on end-of-life home care, life-prolonging treatment and knowledge about palliative care. *Palliative Medicine*, 22, 376-382.
- Paradis L.F., & Cummings S.B. (1986). The Evolution of Hospice in America toward Organizational Homogeneity. *Journal of Health and Social Behavior*, 27,

370-386.

- Raudonis, B. M.. (1993). The meaning and impact of empathic relationships in hospice nursing. *Cancer Nursing*. 16, 304-309.
- Sullivan K.A., McLaughlin D., Hasson F. (2005). Exploring district nurses' experience of a hospice at home service. *British Journal of Community Nursing*, 10(11):496-502
- Travers, E., & Grady, A. (2002). Hospice at home 1: the development of a crisis intervention service. *International Journal of Palliative Nursing*. 8(4), 162-168.
- Williams, C. A.. (1982). Role considerations in care of the dying patient. *Image*. 14, 8-11.
- Yeh L., & Wen M.J.. (2001). Clients' Outcomes of Home Health Nursing in Taiwan. *Journal of Nursing Research*, 9(4), 83-94.

書籍

- Doyle D. (2004) . Palliative medicine in the home. In: Doyle D, Hanks GWC, Cherny N, & Calman KC, (Eds.). *Oxford Textbook of Palliative Medicine* 3<sup>rd</sup> ed. New York : Oxford University. 1097-1116.
- Glaser, B.G., & Strauss, A.L. (1965). *Awareness of dying*. New York: Aldine Publishing Company.
- Glaser, B.G., & Strauss, A.L. (1986). *Time for dying*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Saunders, D. C., & Kastenbaum, R. (Eds.). (1997). *Hospice care on the international scene*. New York : Springer Pub.
- Stjernswärd J, & Clark D.(2004). Palliative Medicine – a global perspective. In: Doyle D, Hanks GWC, Cherny N, & Calman KC, (Eds.). *Oxford Textbook of Palliative Medicine* 3<sup>rd</sup> ed.. New York : Oxford University. 1199-1224.

## 附錄一、半結構式訪談大綱：

### 一、基本資料：

- 年齡
- 服務單位/過去/現在
- 從事安寧居家護理師工作年數
- 是如何從事進入安寧居家護理的工作
- 居家護理師是否有通過訓練與特定考照

### 二、服務的內涵與相關情況：(社區落實歷程)

- 居家服務的對象
- 服務的方式(訪視次數、進行方式)
- 服務的項目
- 服務的範圍(地區)
- 目前的服務情形(個案數、個案流動的情形)

### 三、目前居家的資源配置與運用情況：(硬體資源)

- 目前服務的醫院有提供什麼樣的居家訪視資源可供使用
- 哪些資源是長設
- 哪些資源是短期
- 在資源的使用上是否有與其它醫院或中心相互配合
- 就目前的資源配置與使用現況，對安寧居家療護的需求是否適當
- 目前運用最高最需要的資源
- 目前運用最差最需要改善或爭取的資源

### 四、安寧團隊在安寧居家照護的運作情形：(軟體資源)

- 安寧團隊如何參與、介入安寧居家照護
- 居家護理師在其安寧團隊中所扮演的角色
- 目前的安寧團隊運作情形／以及是否可滿足居家照護的需求

### 五、其它：

轉介的問題/評估的問題

對遠距照護的想法？

備註:本訪談大綱為參與觀察前的初步擬寫，訪談稿會再經田野參與後調整修改。

## 附錄二、修改過後的訪談大綱

### ※基本資料：

- 年齡
- 服務單位/過去/現在
- 從事安寧居家護理師工作年數
- 是如何從事進入安寧居家護理的工作
- 安寧居家護理師是否有通過訓練與特定考照

1. 該醫院安寧居家的起始歷程?
2. 安寧居家業務的流程。
3. 安寧居家護理師與團隊的合作，及其合作關係(與醫院、志工、社工等)。
4. 安寧居家與安寧病房的工作差異、合作情形。
5. 安寧居家護理師的特質/功能/角色定位/規訓?
6. 在執行業務中，什麼樣的條件因素會影響到實際的業務進行?
7. 目前安寧居家的照護服務，是否可以滿足病房以外，達到病患的需求?
8. 在工作歷程中，有什麼樣的經驗最難忘/最有成就感?
9. 關於未來的規劃，是否將繼續執行安寧居家?
10. 對安寧居家的期待或建議(資源面向、自我期許、制度面向等)

(※修改過後的半結構訪談大綱，視各單位的參與觀察情形、所得資料，而有所彈性調整。訪談提問會依安寧居家護理師的回應而擴展/修正。)

### 附錄三、研究日誌範例

田野筆記 / 日誌—HB 醫院 11			
場域：安寧病房/安寧居家		日期：2008.08.14 8:50~12:00	
參與流程/時間	內 容		地點 / 人員
8:50	研究者進場域		研究者
10:00-12:00	上午居家訪視		居家 / B 安寧居家護理師與研究者
12:00	研究者離開田野		停車場
居家情形			
◎ NO.05 L 阿公(第三次訪視)			
出訪者	B 安寧居家護理師、研究者	離院距離	15 分鐘 Q 中心(機構) (訪視費用月結，向機構收費)
訪視對象	約莫 83y/d 男	病 況	
訪視情形	生理評估、與家屬衛教	病人覺知	不知病情、癒後
備註	當日遇到家屬，即告知傷口情形以及瀕死衛教，並與機構護士藥物的說明。		
◎ NO.03 P 阿嬤(第五次訪視)			
出訪者	B 安寧居家護理師、研究者	離院距離	此次訪視未收費用
訪視對象	約莫 91 y/d 女	病 況	輸卵管癌
訪視情形	生理評估、換尿管、清理排泄物、藥物確認、注射 IV	病人覺知	不知病情、癒後，但身體不舒服時有自殺傾向
備註			
田野日誌			
<p>8/13 是研究者在 HB 醫院的第十一次的參與觀察，當日上午八點多，進入田野，B 安寧居家護理師正在處理病患的業務，並與醫師討論病患的處置情形，其間可以聽到 B 安寧居家護理師：「R 醫師，你去看一下 M 阿伯啦！」，安寧居家護理師邀請(請求)醫師前去訪視的對話。</p> <p>當日的車程上，B 安寧居家護理師與研究者有些分享，研究者將在總觀察中講述出來。</p> <p>當日的訪視病患有兩位，第一位是位於 Q 機構的 L 阿公，上午十點左右到機構訪視，適逢病患家屬在場，B 安寧居家護理師即向家屬說明 L 阿公的傷口狀況，自己的處置與機構處置狀況的方式有落差，請家屬有機會與機構溝通並說明家屬自己的期望(表態)，並對家屬做瀕死衛教，讓家屬對病患目前的狀況與後續將會面臨到的問題先做一說明與介紹。向家屬說明完後，B 安寧居家護理師接續向機構護士來說明病患目前的身體用藥更動狀況，說明藥物的使用方式以及告知機構護士有關於家屬的想法，可以再與家屬確認期待與想法。</p> <p>當日第二位前去訪視的病患是 P 阿嬤，當日 P 阿嬤的狀況不甚理想，因血壓低而臥床休息，意識有混</p>			

亂的情形，當日的處理為先注射 IV，要為 P 阿嬤換尿管時發現 P 阿嬤拉肚子，褲子全髒了，因此為她清潔之後在換尿管，在更換尿管的過程中，因腫瘤 P 阿嬤很不舒服，當日還取了尿液的檢體帶回醫院去檢查。處理完後，B 安寧居家護理師向當日的照顧家屬藥物說明與衛教，並嚴重的告訴家屬不可以亂停藥，因為病患的意識混亂很有可能是因為停止止痛劑所影響，因此 B 安寧居家護理師告知家屬與照護者，不要任意的停止痛藥，如果有停藥的狀況要立即的反應給護理師。

當日訪視約莫至中午十二時，B 安寧居家護理師送藥(止痛藥)至 W 阿嬤家後，即結束當日的訪視。

#### 當日研究者的觀察:

1. 主管的支持與要求: B 安寧居家護理師提到，單位主管的要求與支持，影響安寧居家護理師的執業動力以及情緒，B 安寧居家護理師:「我們的訪視量健保規定是四十五個人次就可以了，可是我們主管要求要到六十五個，所以我們就要盡力去做到這樣要求的訪視量，所以我們兩個安寧居家護理師加起來一個月可以破一百人次的訪視量，所以壓力很大阿!有時候真的很累。對阿!因為他沒有跑過居家嘛!他不會知道我們在外面的情形是怎麼樣，所以會提出這樣的要求，這也是醫院的期望說，我一個人力要可以用到、發揮到最大這樣，也是給予更多的服務。」

B 安寧居家護理師:「到今天阿!我的病人剩下五個，變很少，會擔心。」研究者:「為什麼變少要擔心阿!」B 安寧居家護理師:「會焦慮耶!就是病人數變少了，可是訪視量要一樣阿!會擔心做不到，恩!因為我們主管有要求要達到多少訪視量，可是現在病人又變少，一個病人一個月最多八次嘛!會有壓力耶!」

2. 醫院或健保的制度: B 安寧居家護理師認為制度有時是牽絆執業時的阻礙，但也是保護工作者的一道防線，B 安寧居家護理師:「就很討厭，制度會一直改來改去，原本可以現在就不行，原本不行現在又可以，就是變來變去阿!那些制定的人不知道跑居家的真實情況，所以就一直在變，會很煩耶!所以我覺得制度就是自己人在為難自己人啦!醫護就是這樣，很有制度，我還沒有看到有比醫護的規定更制度化的，但是就是會把自己框起來，很難做事，所以我才說就是自己人在為難自己人。……但是那是為了規定，那也是為了要保護自己，所以這個也是一體兩面的事。」

研究者的觀察，B 安寧居家護理師外出訪視的物件相當多，若再攜帶健保卡居家型補卡的設備，會造成安寧居家護理人員行動上更多的不便。

3. B 安寧居家護理師的專業: B 安寧居家護理師自認為自己的專業與安寧居家重視焦點在於生理的評估、靈性、以及溝通等層面。

B 安寧居家護理師:「要去聽病患與家屬話的意思，有時候話不是表面上的那個樣子，有可能會是因為擔心阿!焦慮還是害怕，或是有其他的問題才會說出來，這也是我後來才慢慢學會聽出來的，那要聽得出來，才有辦法去解決。」

4. 與醫師的合作: B 安寧居家護理師在與醫師的合作上，會擔心醫師的處置不當，而難以再順暢的執行安寧居家的業務，也因醫師的影響可能會失去與病患、家屬好不容易建立起來的信任關係。此外，若遇醫師的藥物診療保守，對病患無有效的協助，也會引起病患與家屬對醫師的不信任，而向安寧居家護理師要求要自行服用其他藥物，來降低病患的不適感，B 安寧居家護理師:「我們要再去一個居家送藥，這個不算在訪視內，我們送個藥就走了。……因為那個(止痛)貼片沒效，是有劑量的差別啦!只是 J 醫師他在開，會比較保守一點，...(研究者問:那不能請醫師在增加劑量或開口服嗎?!)...(B 安寧居家護理師搖頭)我們已經失去信任了，他們不會再相信 J 醫師的開藥，所以我自己送藥過去，他們就說要自

己吃。」由此觀之，團隊的照護若失效，其運作在安寧居家的狀態對安寧團隊的整體性照護，以及對該醫院的信任皆造成很大的傷害，安寧居家護理人員在其間必須擔任起緩衝雙方信任的中介者以及盡力挽回病患與家屬信任的角色。

5. 安寧居家護理師的雙面人角色：在與家屬與機構兩方之間的溝通，安寧居家護理師有時需評估當前的情況對兩方做不同面向的詮釋與解說，剛結束雙方溝通的B安寧居家護理師：「好討厭這種感覺，好像雙面人喔！我剛跟他們(機構)講話很心虛，可是沒辦法，不跟家屬講真的不行了，你看那個傷口他們(機構)都沒跟家屬講，然後還亂跟家屬說我們的照護方式有問題，完全照著他們自己的方式在照顧。……剛那個家屬也是護士，所以我就找他溝通，會比較清楚，他也比較瞭解我們在做什麼。」B安寧居家護理師在家屬面向的溝通主要重點於病患當前的病情與照護狀況的解釋，以及後續病情走向的可能，並做瀕死衛教與蒐集瞭解家屬對病患的死亡期待，亦向家屬衛教與說明自身的照護情形與機構的照護型態之間的差異，提醒家屬可以向機構提出想法與問題。在與機構溝通的面向，考慮機構的特質與態度，如B安寧居家護理師所說，會降低自己的定位來與機構說明病患當前的狀況，並盡可能的在照護方式上做溝通，以及解釋藥物，此外，亦會對機構說明家屬可能的想法，可以再與家屬做溝通與確認。B安寧居家護理師在雙方的溝通面向，會考慮到溝通的面向的屬性、特質，以及是否有效來做自我詮釋上的調整，目的是為了讓病患的處置合宜，也讓家屬能得到資訊的正確性，以及討論出適當的照顧方式。
6. B安寧居家護理師認為民眾對安寧居家的認知：B安寧居家護理師認為當前民眾對安寧居家的認知會因消費者的心態，讓B安寧居家護理師在執業上感到不被尊重，B安寧居家護理師：「就現在有很多人他們就有消費者的心態，覺得他們付錢看病就是大爺，我們就應該要隨叫隨到！不能馬上趕過去就一直在那邊罵，很氣耶！」此外，B安寧居家護理師認為當前民眾的醫療知識未提升，往往會造成照護上的許多問題，B安寧居家護理師：「我覺得我們的教育都沒有關注在這部分，所以我們民眾的知識都沒有得到提升，就很多的誤解阿！在照護上也沒有觀念說應該要怎麼去照顧，這個應該要被列在教育裡面。」
7. 團隊的合作，在病房的部分：B安寧居家護理師提到病房與居家的合作關係，會互相的cover，來讓彼此的工作份量不會那麼的繁重，也得以舒緩，讓團隊都有喘息的機會。B安寧居家護理師：「我今天不會讓L住院，因為今天病人進四個，病房已經要忙翻了，我會盡可能留住病患不要住院啦！可是如果有需要那也沒辦法，還是要接進來。……會阿！病房也會幫我們，就有時候我們個案多到不行了，我們就評估轉進來病房。」
8. B安寧居家護理師的執業所帶來的生命感觸：B安寧居家護理師：「安寧走久了，要怎麼講...多多少少會有些生命感觸，譬如說，去訪視那個V伯伯，他會跟你說他把他的兒女養的多好，每個人都很有成就，一個是檢察官，一個在哪上班在做什麼怎麼樣的，可是你每次去都遇不到他說的這些人，他在生病喔！可是卻很少看到兒女陪在身邊，你會覺得他很孤獨，雖然他很有成就，這些兒女就是他的成就，但生病了兒女都很遠，會很辛酸啦！」

## 附錄五、訪談稿編碼範例

HA 醫院 codingII -2009/02/01

訪談時間：2008/05/19

編碼範例：[HA 2:001 – 1]<sup>4</sup>

段落	逐字文本	編碼	摘要	反思
1	<u>研究者：你覺得安寧居家護理師在團隊中扮演什麼樣的角色？什麼樣的功能(1)？</u>	HA2:001-1	安寧居家護理師在團隊所扮演的角色與功能[1] <sup>5</sup>	研究者需定義“角色”一詞
2	<u>A安寧居家護理師：志工部份比較少接觸到(2)，跟其它成員，算一個協調者吧！(3)</u>	HA2:002-2 HA2:002-3	在安寧團隊中與志工的接觸較少[1] 安寧居家護理師在志工以外的安寧團隊成員中的角色是一位協調者[1]	
3	<u>研究者：你會覺得你出去常常是單槍匹馬嗎？(4)</u>	HA2:003-4	安寧居家護理師是否感覺到自己常常單槍匹馬外出訪視[1]	
4	<u>A安寧居家護理師：不會阿！(5)你會一個人出去沒有錯(6)，可是你有什麼問題，打電話回來(7)，隨時都有人(8)，除了路找不到以外(9)，路找不到家屬也會幫你阿！(10)對阿！只是你自己必須去面對那一個場合啦(11)！就是真的，尤其是第一次接案的話，不熟的家屬(12)，我所謂的不熟可能是這個病人是從共照轉過來的或者是從其他醫院轉進來的，不是病房出院的(13)，因為病房出院的你會比較熟(14)，那如果有什麼問題你打電話回來阿！問醫師阿！(15)像我去訪視遇到病人狀況比較不好我就常常跟醫師電話聯絡阿(16)！就一面訪視一面這樣子講阿！(17)</u>	HA2:004-5 HA2:004-6 HA2:004-7 HA2:004-8 HA2:004-9 HA2:004-10 HA2:004-11 HA2:004-12 HA2:004-13 HA2:004-14 HA2:004-15	安寧居家護理師不認為自己是單槍匹馬外出訪視[1] 會一個人出去訪視沒錯[1] 訪視中有什麼問題打電話回安寧病房[1] 安寧病房隨時都有人[1] 除了找路找不到以外[1] 找不到路家屬也會幫忙[1] 只是自己必須去面對訪視的場合[1] 尤其是第一次接案的不熟的家屬[1] 不熟是指病人是從共照轉過來或從其它醫院轉進來的[1] 因為病房出院的安寧居家護理師比較熟[1] 如果有什麼問題打電話回醫院/病房(回來)問醫師[1]	安寧居家護理師認為一個人外出訪視不等同於單槍匹馬，有安寧團隊做為安寧居家護理師的後盾，然而，安寧團隊所能給予安寧居家護理師的協助往往是從旁建議，並非實質的參與，是否真正的對安寧居家的病患的問題有瞭解並達到幫助？若非安寧居家護理師本身具有高度的獨立性，且習慣

(訪談稿編碼範例至此結束)

<sup>4</sup> 編碼範例說明，以 [HA2:001-1] 為例：括弧內，HA 為醫院的代號。醫院代號後面的數字，代表田野觀察的訪視次數 (HA2，代表該醫院的第二次訪談)；冒號後的數字三碼代表文本段落 (001，代表第一段)；文本段落代碼後的數字則是為編碼的代號 (-01，編碼代號 1)。

<sup>5</sup> [1]：摘要中，括弧內的數字，代表此摘要被編碼的次數。