

原住民族委員會
國際交流獎補助報告
成果報告書

報告人：溫純芳

單位職稱：台南新樓醫院腫瘤中心組長

提報日期：2017.11.13

報告大綱

- 壹、 會議目的
- 貳、 會議地點與議程
- 參、 與會過程與心得
- 肆、 經費支出明細表

壹、 會議目的

為拓展護理服務領域，幫助護理人員正確認識生命的過程和意義，瞭解安寧療護相關的理論和方法，為疾病終末期患者提供更好的身心靈照護，台灣護理學會與南京護理學會擬定於2017年10月17日-20日在南京聯合舉辦主題為“關注生命末期 推進安寧療護”兩岸學術論壇。因筆者服務於台南新樓醫院為資深腫瘤個案管理師，故將臨床工作經驗投稿，經南京護理學會[兩岸安寧療護學術論壇]審查通過可發表。盼能經過這次會議彼此分享兩岸先進的安寧療護理念和實踐經驗。

貳、 會議論壇日程

日 期	時 間	內 容	主 持 人	地 點	
10 月 18 日	8:15-8:45	致 辭	陳湘玉	南京 鼓樓 醫院 科學 會堂	
	9:00-12:00	主題演講 1： 護士為關注生命末期與推 動安寧療護發聲	陳湘玉 李選 孟愛鳳		
		主題演講 2：台灣安寧療護 的發展及服務模式			
		主題演講 3：安寧療護中心 基本標準與管理規範			
		論文海報發表			
	12:00-13:00	午餐			
	13:00~17:00	論文口頭發表 (10 場)	李國宏		
		論文海報發表			
10 月 19 日	專業參訪、座談				

參、 與會過程與心得

1. 開幕儀式與主題演講

2017 年國際護理協會(International Council of Nurses (ICN)) 主題之一：Nurses: A voice to lead –Achieving the Development Goals。在護理關注生命末期與為推動安寧緩和療護而發聲主題，由台灣李選教授進行演講，其中提到：善終(Good Death)是人生最高境界，也是多數國家瀕死病人最想要的遺願。2010 年善終指數研究顯示，善終服務質素排名第 1 名為英國；第 9 名為加拿大和美國；台灣則排名第 14 名，新加坡為 18 名，中國則為 37 名。台灣雖元亞洲善終之冠，但根據 2015 年醫改會報告指出每一百萬人口擁有安寧病床數台灣為 29 床；英國 53 床瑞典和盧森堡則為 72 床。顯示台灣在安寧療護品質仍有大空間需要進步。

安寧療護的起源是 1967 年於倫敦設立「聖克利斯朵夫安寧療護醫院」(St.Christopher's Hospice)，為世界第一 所致力於照顧臨終病患，以減輕其症狀及痛苦的醫院。並將臨床護理與教學、研究相結合，在此展開癌症止痛的試驗。台灣則在 1983 年天主教康泰醫療教育基金會針對末期病患提供居家安寧療護，1990 年馬偕醫院成立全國第一家安寧病房。中國於 2012 年江蘇省成立第一批癌痛規範化療治療示範病房。中國安寧療護發展方向：政府層面總體規畫、階段目標及相應政策。2.發展專業課程體系，加強安寧療護知識培訓，培養安寧療護專業的實踐性人才。3.建立專業、全面性安寧療護的質量管理標準並落實。4.完善相應醫療支付的保障機制。5. 鼓勵公眾參與。

未來安寧療護仍須在以下層面多努力：

❶醫療政策面:醫療保險制度涵蓋臨終關懷

②臨床面:建立標準作業流程與照護標準

③專業面:理念推廣、倫理抉擇

④教育面:養成與在職課程之規劃

⑤社會面:社會教育、書籍與媒體宣導

⑥研究面:實證資料建立

2. 口頭報告

①論預立指示與醫病關係 主講人:張婷 助理教授(嶺東科技大學財經法律研究所)

在台灣，依據「病人自主權立法」，預立指示係以預立醫療決定稱之。凡具完全行為能力之人，即可針對醫療等相關意願事先做出書面意思指表示。且為預立醫療決定，尚須履行預立醫療照護資訊程序。

醫病關係依據病人自主(Patient Autonomy)、醫療自主(Physician Autonomy)之不同程度可分區分為不同類型，具多元與變動性特徵。不同因素如文化、年齡與社經地位等，皆會影響醫病關係之選擇。預定只是此一彰顯病人自主的方式，造成醫病關係不同類型選擇之影響。即若做成預立指示，代表病人自主程度較高，醫病關係類型朝向病人自主方向；反之，病人自主程度較低，醫病關係類型朝向醫療自主方向。

總結而言，台灣如何執行預立醫療照護諮商與預立醫療決定，對於病人、家屬、醫師與醫療機構而言，不僅彰顯病人自主之落實、關注醫療糾紛之減少，亦涉及醫病關係之類型選擇。

②以末期病人體能狀態指標協助選擇適當安寧照會時機 主講人：陳小妮 護理長(台北榮總安寧病房)

本研究目的因臨床末期病人接受安寧療護時間往往過短，照護人員普遍缺乏預測末期病人死亡時間的能力，此研究運用緩和預後指標(Palliative

Prognostic Index, PPI)預測末期病人存活時間，協助選擇題安寧照會適當時機。研究對象共 610 位，平均年齡為 70.8 ± 14.3 歲，平均存活時間為 42.2 ± 2.8 天。將其 PPI 分三組，尚可(PPI:0-7)、耗弱(PPI:7.5-10)、極差(PPI:0.5-15)，其平均存活時間依序為 63.5 ± 4.9 、 37.2 ± 4.6 與 15.5 ± 1.6 天，14 天之死亡率為 23.3%、48.9%與 67.5%。結果顯示一旦末期病人之 PPI 超過 7 分，其死亡風險大幅提高，且存活時間僅 1 個月，因此建議末期病人應在其 PPI 超過 7 分之前即開始接受安寧照護。

安寧療護不僅提高末期病人生活品質，且能降低照護費用，合理的安寧療護建議在臨終前 60-90 天啟動，或至少應在臨終前 30 天實施。末期病人常因各式因素導致過晚轉介安寧療護，而影響照護效益，其中臨床照護者無法準確預測患者存活時間為主要障礙之一，本研究運用體能量表提供較客觀之存活預測，協助臨床照護者判斷進入安寧療護之適當時機，有助改善末期病人之照護品質。

③以安寧病房護理人員對安寧緩和療護決策行為意向相關影響因素之探討

主講人：陳雅莉(台北榮總護理部)

本研究採橫斷式研究設計，參酌「理性行為理論」模式，以台灣北部某醫學中心簡單隨機抽樣個非安寧病房單位之護理人員為研究對象，於 105 年 3/1~3/31 施測，發出問卷 367 份，有效問卷 350 份(回收率 95.4%)，研究資料以 SPSS20.0 統計軟體進行分析。

研究結果：非安寧病房單位之護理人員之「安寧緩和療護決策行為意向」總分百分比為 59.46%，與安寧緩和醫療條例的知識、行為態度成正相關。而「安寧緩和醫療條例知識」、「行為態度量表」、「主觀規範量表」分別為 67.86%、71.87%與 70.16%。影響安寧緩和療護決策行為意向重要因子依其預測力依序為 1.主治醫師的態度 2.護理人員安寧緩和療護的行為態度

3.病人的態度 4.家屬的態度 5.近兩年有無參加安寧療護實體課程訓練 6.自覺對病情嚴重度判別的能力 7.醫院政策及安寧緩和醫療條例的認知等 8 個變項，共可解釋 63.6%變異量，其中「主觀規範」對於護理人員安寧緩和療護決策行為意向佔有最重要的影響力，其次為護理人員本身對安寧緩和療護的行為態度。

研究結論：護理人員對安寧緩和醫療條例有相當程度的認識，趨向支持的態度，然而，末期醫療決策行為意向受多重複雜因素所影響，如主治醫師、病人與家屬的態度。護理人員是哩窩團隊成員中與病人接觸最密切的人，更是醫病關係連結的關鍵人物，應於病人醫療決策之際，主動發揮專業自主自決及自主性，協助病人及家屬得以善終、善別、善生。

3. 海報發表

筆者投稿題目為「年輕子宮頸癌復發病人接受安寧照護之個案管理經驗」，經南京學會通過海報發表。本研究目的：子宮頸抹片已是子宮頸癌前病變及早期子宮頸癌的標準方法。台灣自1995年推動子宮頸癌篩檢至今已22年，根據資料顯示，子宮頸癌發生個案數從3,353例(1995年)降低至1,584例(2013年)，發生率排名為女性第1位下降至第7位，發生年齡中位數從48歲(1995年)上升是56歲(2013年)，顯示台灣女性接受子宮頸抹片確實有長足的進步。但根據103年癌症登記年報結果分析，原住民女性癌症第一名為子宮頸癌。台灣女性第一名則為乳癌。顯示癌症篩檢推動在原住民有明顯障礙。子宮頸癌形成的重要因與人類乳突病毒、抽菸、生產次數、口服避孕藥使用、發生性行為的年齡等有關。癌症篩檢推動障礙原因複雜，與就醫可近性、健康認知、社經地位和教育程度相關。本研究對象即為一年輕原住民子宮頸癌復發病人接受安寧療護的個案管理經驗。

癌症治療為長期且艱辛的過程，安寧療護推動在國內已有長足的進步，

為更了解安寧療護涉及倫理、靈性與傳統文化等觀點，冀望在原住民健康照護了解文化差異之外讓癌症族人末期生活品質(end-of-life)提升。

個案簡介與護理過程：

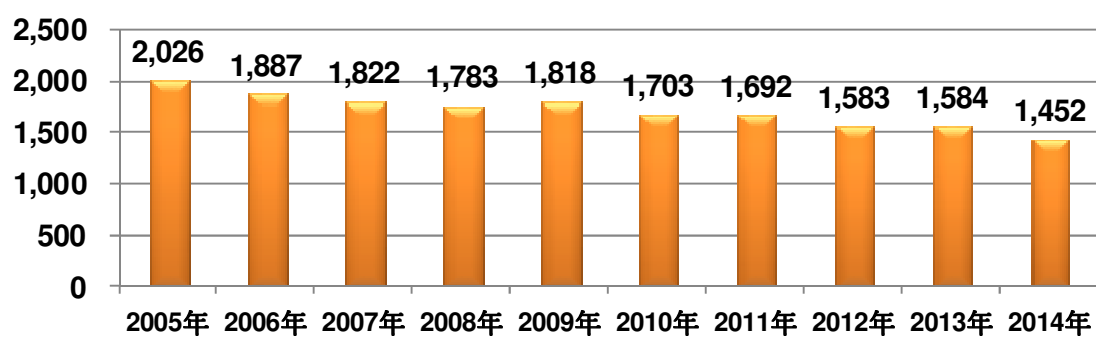
本研究個案為26歲女性，高雄布農族人，未婚、育有一女，有一同居人，經濟來源為政府低收入戶生活津貼與同居人零工收入。來院前從沒有做過子宮頸癌篩檢。104/3/13確診為子宮頸癌病理分期ⅡB，接受完整治療後，隔年3月復發，發生遠處轉移，106/1/16日入住安寧病房，隔月在親友與醫療團隊陪伴下安詳病逝醫院。

筆者為個案管理師，照護期間為2005年3月24日至2007年2月23日，運用個管模式，藉由觀察、會談、傾聽與團隊討論等方式蒐集資料，發現個案復發期有疼痛/疾病惡化、無望感/發病到復發時程短、心靈困擾/面臨生命即將消逝等主要護理問題。照護過程初期，經由跨團隊（主治醫師、個管師、關懷師、資源中心護理師、社工師及安寧共照護理師）介入，一步步告知病情發展、導入安寧緩和理念，協助了解疾病進展和死亡，引導個案表達情緒。個案在生命尾端接受安寧療護，引導病人及家屬在安寧病房完成四道以達到善終。

護理上的應用：

本個案為晚期子宮頸癌年輕個案，罹癌前從未做過子宮頸抹片，建議政府衛生單位、醫療院所應加強宣導，有性經驗者應定期接受子宮頸抹片篩檢，提升年輕女性提早診斷與治療。針對原鄉部落，除了積極推動癌症篩檢活動之外，更應該讓族人們了解篩檢意義與對家庭部落的重要性。面對年輕罹癌個案，醫療團隊在疾病復發階段，有系統的評估病人特性與意願，告知病情診斷、嚴重程度及後續計畫，同理病人反應並提供必要支持，讓身心靈都達成善終。

歷年台灣子宮頸癌發生數





4. 鼓樓醫院參訪

南京鼓樓醫院，又名南京大學醫學院附屬鼓樓醫院，坐落於鍾靈毓秀、虎踞龍蟠的古都——南京，前身是 1892 年由美國基督會資助的加拿大籍傳教士威廉·愛德華·麥克林醫學博士（William E. Macklin，中文譯音馬林）創建的一所“基督醫院”，目前為集醫、教、研為一體的大型綜合性三級甲等醫院，也是全國成立較早的西醫院。



醫院高度重視科研教學，2006 年醫院被國家人事部批准設立“博士後科研流動工作站”，目前醫院有一級學科博士學位授予點 2 個，二級學科博士學位授予點 10 個，一級碩士學位授予點 5 個，二級學位授予點 25 個，正教授 53 人、副教授 106 餘人，博士生導師 50 人、碩士生導師 196 人，醫院被國家衛生和計劃生育委員會批准為住院醫師規範化培訓、專科醫師培訓、臨床藥師、臨床藥師帶教師資、腔鏡和心律失常介入診療培訓基地。

醫院深入落實公立醫院改革任務，2015 年 10 月 31 日啟動醫藥價格綜

合改革，運行平穩順利，2016 年藥佔比 35.29%，得到各級領導的肯定和好評。成為省衛生計生委新農合醫院管理專家成員單位。鼓樓醫院以擔當社會責任為突破口，不斷彰顯醫院公益性。1996 年組建大型醫院集團——南京鼓樓醫院集團，目前包括 13 家醫院，醫院借助集團平台、對口支援平台、南京市暨鼓樓醫院遠程醫學會診中心平台幫助受援醫院全面提升綜合水平，使當地群眾得到了實惠。2015 年以來，醫院與 32 家基層醫療單位和社區衛生服務中心建立了區域協同的醫療合作模式。醫院圓滿完成 H7N9 禽流感防治、蘇州爆炸傷員救治、青奧會醫療保障等各項應急保障任務。醫院與美國、德國、澳大利亞、日本等國家和地區建立交流合作，醫護人員志願到非洲等地開展幫扶合作，彰顯鼓醫人文博愛。

鼓樓醫院於 2015 年 11 月就開始在腫瘤科推出「安寧療護」病房。袁玲主任介紹說，安寧療護並不意味著放棄治療，而是建立在從診斷到死亡全過程的鍥而不捨治療的基礎上，尊重患者本人的意願去做。比如，讓晚期癌症患者儘量少些痛苦，不開展創傷性、意義不大的治療，讓患者「走」得不留遺憾、少些痛苦。

相比之下，國外面對死亡的教育比較成熟。「這種教育從孩提時代就開始了，通過一片落葉的飄零，一隻螞蟻的死亡，讓孩子接受自然規律，包括親人離去的事實。」南京鼓樓醫院醫務處處長景抗震說，國外對於死亡的態度更為理性，這與他們從小接受的教育密不可分。「國外一些小學就讓孩子參與模擬追悼會、設計葬禮等活動，甚至讓學生思考，假如生命只剩下一天，你會怎麼做？這樣的思考會告訴孩子，當下是非常重要的、非常有意義的，進而激勵他們更加珍惜、熱愛學習和生活。」

「安寧療護」病房是人對臨終關懷的一大進步。南京市護理學會秘書長倪新新透露，今年底前，南京市所有的三級醫療機構都將開設「安寧療護」

病房。而三級醫院主要起牽頭和指導培訓的作用，廣泛宣傳生命教育與死亡教育，讓更多人能夠正視死亡，讓死亡不留缺憾；加強對安寧療護體系內的醫護人員的培訓，讓基層、社區醫院、家中的病人都能得到同質的護理，「這樣病人才敢到我們體系里的其他醫院去治療，實現家門口護理，給予病人更多的心靈慰藉。」。

5. 心得

筆者第一次到中國，在醫療照護方面，中國似乎沒有台灣進步，但也持續進步中，感謝原住民族委員會提供經費補助，未來更有使命與信心在原住民健康上研究，冀望下次再有機會發表原住民健康議題。





肆、 經費支出明細表

計 畫 名 稱		2017 海峽兩岸安寧療護高峰論壇						總 計 金 額		20,200								
支 用 內 容																		
憑 證 號 碼	用途別	摘 要	小 計							合 計								
			佰	拾	萬	仟	佰	拾	元		仟	佰	拾	萬	仟	佰	拾	元
	出國證明	登記證、旅行社代收 轉付收據			2	0	2	0	0					2	0	2	0	0
		本頁合計			2	0	2	0	0					2	0	2	0	0

註：1.憑證號碼按「粘貼憑證用紙」上之原始單據（如發票、收據、支出證明單……等）依序編號，編於各單據上之