

國軍新竹地區醫院 護理科

106 年社區護理室創新作品

壹、作品名稱： 安寧 3C (Care ; Communication ; Comfortable)

貳、作品性質： 改良

參、創作動機：

根據衛生福利部統計資料，癌症死亡人口中只有 11% 接受過居家安寧照顧，而非癌病人更只有 0.1% 曾接受過安寧居家照護(中央健康保險署，2012)，原因多為安寧醫療人員隸屬安寧病房，接觸不易，或民眾覺得還是要住院，才能得到較好的醫療照顧。

本院居家護理所 105 年約有 147 位個案，但卻僅有 1 人在健保卡註記安寧緩和醫療，在居家訪視的過程中，家屬常會表示：在病人病況不穩反覆住院時，常有家屬意見不一的情形，有人堅持一定要急救到最後一刻，有人認為好死才是正道，可見安寧緩和療護的推廣，在政府及醫療單位仍需多多努力，依據對於居家護理個案之家屬的評估結果，均顯示家屬缺乏安寧資訊的來源，並缺乏與醫護人員共同討論的時機。

安寧緩和療護的推動，不僅可以使病人免於無效醫療，獲得支持性的療法，更能提升病人及家屬的生活品質，降低健保花費，使醫療資源，充份使用在有需要急性醫療的病人，為了讓本院居家護理個案之家屬能提升安寧的知能、了解安寧的內容，最終達到促進生活品質的目的，有賴醫護人員深入了解，希望能夠藉由提供生命末期的病人適切的照護，提升病人整體生活品質，並真正獲得四道人生。

因此，經過全體同仁腦力激盪後，設計及製作使用方便的「安寧 3C 小卡」，既能提升居家個案家屬安寧的認知及觀念，且可幫助病人提升生命的品質。

肆、文獻查證：

為了解全球臨終護理水平，由新加坡連氏基金會(Lien Foundation) 和英國經濟學人智庫 (Economist Intelligence Unit) 每五年會對全世界國家進行死亡質量指數報告 (Quality of Death Index)，第一份死亡質量指數報告公布於 2010 年，以 40 個國家為評估樣本，調查發現全球每年近億人不得「善終」，尤以亞洲為最。全球每年有一億多臨終病人及其家屬需要關懷服務，但能夠享受到臨終關懷的病人不到總數的 8%，儘管近年經濟發展，生活水準提高，亞洲國家在死亡品質指數方面的排名仍偏低。台灣的「死亡品質」名列世界第 14 名，亞洲第 1 名；其中有二項指標皆顯示台灣的進步，第一項指標是民眾對末期照護的意識，第二項指標是止痛藥物的可近性(Economist Intelligence Unit, 2010)。第二份死亡質量指數報告則為 2015 年，報告中將評估樣本提高至 80 個國家，調查結果，英國仍排名第 1 名，台灣從第 14 名進步到第 6 名，進步了 8 名，排名是亞洲之冠。台灣是全球最先實行安寧緩和醫療體系的國家之一，2000 年立法施行安寧緩和醫療條例。台灣安寧緩和醫療照護服務成長快速、品質高、普及性高，而自緩和醫療納入全民健保後，民眾也負擔得起。雖然文化上，談論死亡對多數人來說仍是禁忌，但推廣緩和醫療觀念後，已試著打破禁忌，將生死學教育引進國民教育體系或大學，讓家屬了解，不在病人將死亡時施行心肺復甦術搶救，並不代表不孝。另外，報告也說，台灣將高科技運用在這個領域，例如每個人都可在健保卡註記，放棄不必要的急救，選擇安寧醫療的善終權利。但細看評比中，台灣雖比新加坡、日本領先，但在個別病人的療護品質及醫護人力、教育項目以及共同醫療決策項目上，在 80 個國家中分別排名第 24 及 26 名，明顯未達水準(Economist Intelligence Unit, 2015)。

台灣安寧居家療護起源於 1983 年，趙可式博士於天主教康泰醫療教育基金會成立推展「末期癌症病人居家療護」方案開始。馬偕醫院於 1990 年成立台灣第一個安寧病房至今已有 22 年。台灣安寧療護的推動在 2000 年 5 月 23 日於立法院三讀通過「安寧緩和醫療條例」，並於 2002 年 12 月 11 日第一次修法及 2011 年 1 月 3 日的二次修法，安寧療護及安寧居家療護的推動有法源的依據。為提升疾病末期病人接受安寧療護比率，在經過社福及醫療團體努力爭取之下，中央健保署公告自 2009 年 9 月 1 日開始，將八大非癌疾病末期病人納入安寧緩和照護。此舉不僅擴大健保給付範圍，更擴大安寧照護的服務範圍(杜、陳、楊，

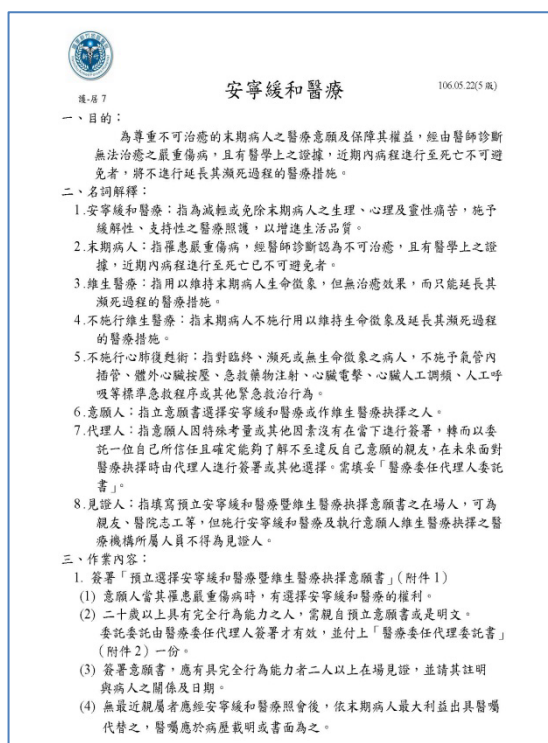
2012)。且世界衛生組織 (World Health Organization, WHO) 也於 2007 年建議安寧緩和療護，應從癌症病人被診斷後開始建立，特別是藉由社區與居家方式提供照護 (World Health Organization, 2012)。

安寧療護的精神在於讓末期病人得到身、心、靈的全面性照顧，是個人化的醫療照護。臨終醫療由病人和醫師共同決策，已是未來趨勢；由病人、家屬和醫師討論病情後，共同選擇最適合個案的治療方式，而非由醫師片面決定，不僅病人、家屬可更了解病況、進程，在照護上也可更加配合，讓醫病間建立堅固的信任關係(趙，2015)。但是，參與醫療決策的前提是，民眾必須具備基本的「健康識能」(health literacy)。健康識能是指民眾對基本健康資訊及醫療服務的取得、理解與應用的能力(林、何、黃、王，2016)。根據衛生福利部2013年調查，超過46%民眾健康識能不足或不及格，研究也發現，健康識能不足的民眾較少採取預防保健措施，以致慢性病治療效果不佳，甚至死亡率較高，也大幅增加3~5%醫療支出。反之，擁有基本健康識能的民眾，能更自信地向醫療人員提問，尋求有效、迅速的問題解決方法。另依國家發展委員會2015年數位機會調查顯示，12歲以上民眾上網率已達78%，使用行動裝置上網率亦達70.4%，行動化服務已成為民眾獲取資訊的來源之一。因此，將健康管理結合資訊通信科技，才能發揮資源整合效益，落實於民眾日常生活，達到提升健康識能之目的。

伍、創新或改良設計流程

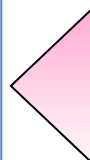
一、安寧衛教原案流程

有安寧照護
需求之個案
或家屬



有安寧照護
需求之個案
或家屬得到
相關知識

只有紙本衛教，不識字的家屬難以理解，衛教的過程缺乏較柔性資料。



二、安寧3C衛教設計流程

(一)蒐尋安寧宣導影片網址，產出QR Code，並製作成小書籤

1. <https://www.youtube.com/watch?v=26kXzZ0MPQI>(安寧療護生生世世 阿嬤的笑容)



2. <https://www.youtube.com/watch?v=Mtw8jnXW4qA>(急救不急救-我要善終)



3. <https://www.youtube.com/watch?v=zdHLNzOajl8>(贏得身體舒適與生命尊嚴的/安寧療護)



4. <https://www.youtube.com/watch?v=gVibkiawVCg>(如何說再見-四道人生)




(二)製作影音多媒體

將安寧宣導影片燒錄成光碟。



三、安寧3C衛教新案流程：

有安寧照護需求之個案或家屬

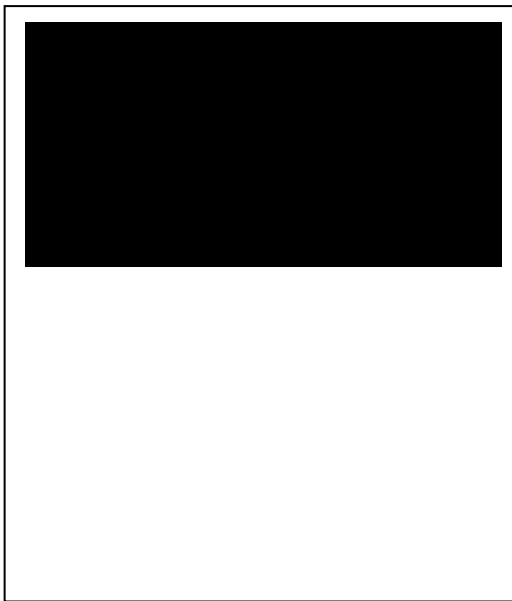
 106.05.22(5.48)

安寧緩和醫療

一、目的：
為尊重不可治癒之末期病人之醫療意願及保障其權益，經由醫師診斷無法治癒之嚴重傷病，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡不可避免者，將不進行延長其瀕死過程的醫療措施。

二、名詞解釋：
1. 安寧緩和醫療：指為減輕或免除末期病人之生理、心理及靈性痛苦，給予緩解性、支持性之醫療照護，以增進生活品質。
2. 末期病人：指經患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已不可避免者。
3. 維生醫療：指用以維持末期病人生命徵象，但無治癒效果，而只能延長其瀕死過程的醫療措施。
4. 不施行維生醫療：指末期病人不施行用以維持生命徵象及延長其瀕死過程的醫療措施。
5. 不施行心肺復甦術：指對臨終、瀕死或無生命徵象之病人，不施行氣管內插管、體外心臟按摩、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸等標準急救程序或其他緊急救治行為。
6. 意願人：指立意願書選擇安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇之人。
7. 代理人：指意願人因特殊考量或其他因素沒有在當下進行簽署，轉而以委託一位自己信任且確定能夠了解不至違反自己意願的親友，在未來面對醫療抉擇時由代理人進行簽署或其他選擇，需填寫「醫療委任代理人委託書」。
8. 見證人：指填寫預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書之在場人，可為親友、醫院志工等，但施行安寧緩和醫療及執行意願人維生醫療抉擇之醫療機構所屬人員不得為見證人。

三、作業內容：
1. 簽署「預立選擇安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」(附件1)
(1) 意願人當其採意識嚴重傷病時，有選擇安寧緩和醫療的權利。
(2) 二十歲以上具有完全行為能力之人，需親自預立意願書或具明文委託委託由醫療委任代理人簽署才有效，並附上「醫療委任代理人委託書」(附件2)一份。
(3) 簽署意願書，應有其完全行為能力者二人以上在場見證，並請其註明與病人之關係及日期。
(4) 無最近親屬者應經安寧緩和醫療照護會後，依末期病人最大利益出具醫囑代替之，醫囑應於病歷載明或書面為之。





衛教時提供衛教單張給家屬參考，不識字者可利用QR Code書籤，不善使用網路者，可使用多媒體影音光碟觀看影片。

陸、專業適用性及推廣價值

一、個案及家屬部份：

(一) 在個案方面：

本院居家護理所有15位個案接受「安寧3C」後，有5位個案在健保卡註記安寧緩和醫療。

病患姓名	保險人代碼	器官捐贈註記	(<input type="checkbox"/>)
身份證字號*	保險對象身份註記	一般身份	卡片號碼
出生日期* <input type="checkbox"/> 民國前	就醫可用次數	03	發卡日期
性別	新生兒出生日期	1030209	卡片有效日期
緊急聯絡電話	新生兒胞胎註記	1	卡片註銷註記
			正常卡

衛教前 IC 卡

病患姓名	保險人代碼	器官捐贈註記	(<input checked="" type="checkbox"/>) 同意安寧緩和醫療、同意不實施
身份證字號*	保險對象身份註記	一般身份	卡片號碼
出生日期* <input type="checkbox"/> 民國前	就醫可用次數	12	發卡日期
性別	新生兒出生日期		卡片有效日期
緊急聯絡電話	新生兒胞胎註記		卡片註銷註記
			正常卡

衛教後 IC 卡

(二) 在家屬方面：

1. 使用簡單易懂的衛教單張、安寧 QR Code 書籤及安寧宣導影片，增加家屬對安寧的認識，不識字的家屬也可透過影片來取得安寧的資訊。
2. 實際執行情形如下：
 - (1) 護理人員至個案家訪時，提供家屬「安寧 3C」，給予安寧的衛教單張、安寧 QR Code 書籤及安寧影片光碟。



(2) 實際執行步驟

安寧 3C

準備用物

安寧緩和醫療衛教單張

安寧緩和醫療 106.08.22(9 版)

一、目的：
為尊重不可治癒之末期病人之醫療意願及保障其權益，經由醫師診斷無法治癒之嚴重傷病，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡不可避免者，將不進行延長其瀕死過程的醫療措施。

二、名詞解釋：
1. 安寧緩和醫療：指為減輕或免除末期病人之生理、心理及靈性痛苦，給予緩解性、支持性之醫療照護，以增進生活品質。
2. 末期病人：指罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡不可避免者。
3. 維生醫療：指用以維持末期病人生命徵象，但無治療效果，而只能延長其瀕死過程的醫療措施。
4. 不施行維生醫療：指末期病人不施行用以維持生命徵象及延長其瀕死過程的醫療措施。
5. 不施行心肺復甦術：指對臨終、瀕死或無生命徵象之病人，不施行氣管內插管、體外心臟按摩、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸器等標準急救程序或其他急救行為。
6. 意願人：指立意願書選擇安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇之人。
7. 代理人：指意願人因特殊考量或其他因素沒有在當下進行簽署，轉而以委託一位自己所信任且確定能夠了解不至違反自己意願的親友，在未來面對醫療抉擇時由代理人進行簽署或其他選擇。需填寫「醫療委任代理人委託書」。
8. 見證人：指撰寫預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書之在場人，可為親友、醫院志工等，但施行安寧緩和醫療及執行意願人維生醫療抉擇之醫療機構所屬人員不得為見證人。

三、作業內容：
1. 簽署「預立選擇安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」(附件1)
(1) 意願人當其罹患嚴重傷病時，有選擇安寧緩和醫療的權利。
(2) 二十歲以上具有完全行為能力之人，需親自預立意願書或具明文委託委託由醫療委任代理人簽署才有效，並附上「醫療委任代理委託書」(附件2)一份。
(3) 簽署意願書，應有具完全行為能力者二人以上在場見證，並請其註明與病人之關係及日期。
(4) 無最近親屬者應經安寧緩和醫療照會後，依末期病人最大利益出具醫療代替之，醫囑應於病歷載明或書面為之。

安寧 QR Code 書籤



安寧影片光碟



衛教步驟

依安寧緩和醫療衛教單張給予口頭衛教

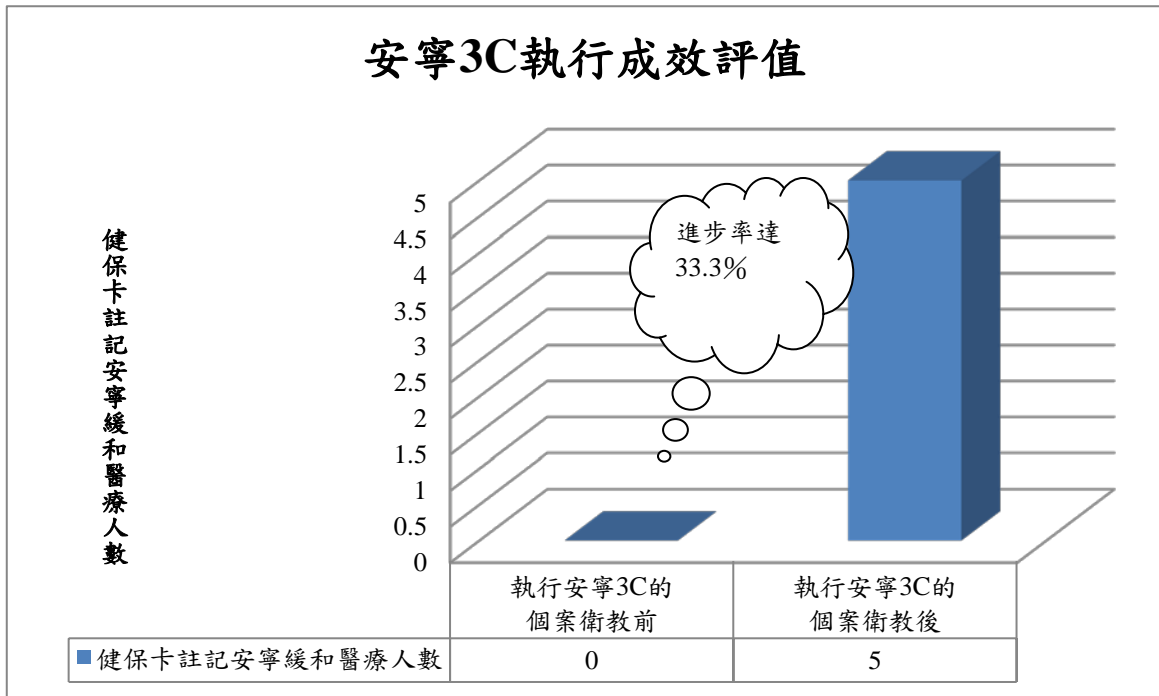


教導家屬如何使用手機讀取
安寧 QR Code 影片



沒有智慧型手機者
可使用安寧影片光碟衛教

(3) 執行成效評值：針對本單位 15 位符合居家安寧收案條件之居家護理個案，在執行居家安寧 3C 的個案衛教前，健保卡註記安寧緩和醫療人數為 0%；執行居家安寧 3C 的個案衛教後，有 5 位個案在健保卡註記安寧緩和醫療。執行進步率由 0% 上升至 33.3%，有十分顯著之提升（如下圖）。



(4) 本單位以創新作品之實用性、方便性、成本效益性等項目，製作滿意度調查，針對內容進行勾選：「非常滿意」、「滿意」、「普通」、「不滿意」、「非常不滿意」，以 liker's 5 分法計，經由發給 15 位使用創新作品家屬填寫滿意度，統計分析平均滿意度為 4.6 分。

二、機構護理人員部份：

居家護理師藉由此「安寧 3C」宣導後，家屬及個案能更了解安寧緩和療護的內容與意義，不再認為安寧緩和療護是變相的消極治療個案，而是讓末期個案得到身、心、靈的全面性照顧，透過臨終醫療由個案、家屬和醫療團隊共同決策，選擇最適合個案的治療方式，增進個案及家屬在照護上的配合度，提供生命末期個案適切的照護，讓居家護理師與個案及家屬間建立堅固的信任關係，提升個案整體生活品質，居家護理師與家屬亦可透過照護過程參透生命的意義。

三、具推廣性及實用性：

安寧居家療護為醫療照護之另一個選擇，且為政府目前積極推動之政策之一，但因民眾缺乏「安寧照護」之資訊來源，故生命末期的病人接受「安寧照護」的情形並不普遍；本單位創新作品「安寧 3C」可作為民眾認識「安寧照護」之資訊來源；且具有提升病人或家屬在醫療決策前，對「安寧照護」之健康識能及增加護理人員對安寧知能之認識等實用性。

安寧衛教原案流程，只以紙本文字敘述，不識字的家屬難以理解；新案流程為 QR code 書籤及光碟，更可推廣至不識字或不擅使用網路的民眾，也適用於醫院住院生命末期的病人病人，故推廣性高。

參考文獻

- 杜淑文、陳小妮、楊琪(2012)·安寧在地化—談台灣安寧居家療護發展·源遠護理, 6(2), 22-28。
- 林季緯、何青蓉、黃如蕙、王維典(2016)·健康識能的概念發展與實務應用·台灣家庭醫學雜誌, 26(2), 65-76。
- 趙可式(2015)·安寧療護是普世價值且為護理的本質·護理雜誌, 62(2), 5-12。
- Economist Intelligence Unit. (2010). *The quality of death: Ranking end-of-life care across the world*. Retrieved from <http://www.eiu.com/sponsor/lienfoundation/qualityofdeath>
- Economist Intelligence Unit. (2015). *The quality of death: Ranking end-of-life care across the world*. Retrieved from <https://www.eiuperspectives.economist.com/Sites/default/files>
- World Health Organization. (2012). *Cancer control knowledge into action WHO guide for effective programs: Palliative care*. Retrieved from <http://www.who.int/cancer/modules/en/index.html>
- 國家發展委員會(2014, 12月21日)·104年數位機會調查報告·取自 http://www.ndc.gov.tw/News_Content.aspx?n=114AAE178CD95D4C&s=D1F0936A870F828C