

衛生福利部國民健康署委託辦理整合性安寧全人照護培訓與宣導推廣計畫
兒童及老人安寧療護專業人員培訓推廣計畫（106-108年）



衰弱老人安寧緩和 醫療照護指引

衛生福利部國民健康署 指導

台灣安寧緩和醫學學會 編著



兒童及老人安寧療護專業人員培訓推廣計畫

衰弱老人安寧緩和 醫療照護指引

署長序

全球人口老年化的趨勢，以及醫療的進步，長者的照顧更顯得重要。隨著年齡的增加，老年衰弱變得是一個不可避免的狀況，因此對於進行性衰弱的病人，提供個別性的緩和照護，讓生活品質獲得最大的提升，是第一線緩和照護（Palliative Care）團隊面對的重要挑戰。

長者的照顧，包括在不同場域照護的無縫接軌，減少不必要的藥物與住院，除了住院或居家的緩和安寧照護外，社區中的支持同樣重要。因應未來長者緩和安寧療護的需要，國民健康署分別委託專業學會及民間團體，發展以提供醫療服務的衰弱長者緩和照護，以及社區支持系統的慈悲關懷社區，期待長者能在期望被照顧的地方，安詳渡過人生最後的階段。

感謝台灣安寧緩和醫學學會協助本指引的編纂，同時發展相對應的線上教材，作為教育訓練推廣之用，對於忙碌的社區醫療人員有很大的幫助。緩和醫療需要團隊成員的共同努力，本指引集合全台不同專業的第一線人員共同撰寫，涵蓋生理、心理、社會及靈性等各層面，指引的發展只是照護過程的一部分，期待大家共同落實以病人為中心的長者照護，為提升台灣老人緩和照護品質而努力。

王英偉 署長
衛生福利部國民健康署





總編輯序

近三十年台灣各界積極推動安寧緩和療護有成，2015 年英國經濟學人智庫的死亡品質評比，台灣獲得世界第六（亞洲第一）。但是我們不以此自滿，在台灣快速老化的社會，衰弱老人的安寧緩和醫療照護就是仍有待努力的部分。本學會從民國 106 年承接衛生福利部國民健康署的「整合性安寧全人照護培訓與宣導推廣計畫：兒童及老人安寧療護專業人員培訓推廣計畫」。其中老人安寧療護專業人員培訓部分，學會特別邀請衛生福利部南投醫院放射腫瘤科暨安寧療護翁益強主任擔任召集人，邀請目前投入安寧緩和療護及老年醫學的各職類專家，經過三年辛苦努力的過程，順利完成計畫的預期目標。這本「衰弱老人安寧緩和醫療照護指引」就是其中重要的成果之一。本手冊的完成是透過召集人、編輯小組委員及專家作者多次的會議共識、撰寫及修訂，秘書處李嘉莉總幹事、陳怡蓉專員、吳風鈴秘書等的編輯，加上國民健康署長官的指導完成，可說是眾人智慧的結晶。兆勳深表感謝和敬佩！

本指引內容豐富，包括衰弱老人安寧緩和醫療之簡介、衰弱老人安寧緩和醫療之初始介入、衰弱老人安寧緩和醫療之持續照護、衰弱老人安寧緩和醫療之臨終照護等。同時搭配課程綱要及多媒體數位教材，相信對各職類醫療人員都很有幫助，希望有助於衰弱老人的善終服務。若因付梓倉促而有不當或遺漏之處，敬請不吝指正，以作為未來更新版本之重要參考。

蔡兆勳 醫師
台灣安寧緩和醫學學會理事長
臺大醫院家庭醫學部主任

主編序

當今醫護人員深入社區關懷民眾的安寧療護需求時，發現「衰弱老人」是明顯一群弱勢病人，其中幾乎足不出戶或臥床在家的後期衰弱老人，因為身上病痛更多、身型消瘦、心靈更形困窘和家屬焦慮擔心，需要更多的社區醫療介入和生活照顧。而在老人善終和家屬善別方面的需求更是殷切，然而基層醫療照護、社區關懷據點或長照資源等人員即使有心協助，面對後期衰弱老人也常常感到力有未逮，並充滿無力感。

有鑑於此，台灣安寧緩和醫學學會自 106 年至 108 年承辦國民健康署「整合性安寧全人照護培訓與宣導推廣計畫：兒童及老人安寧療護專業人員培訓推廣計畫」，在老人安寧的部份，邀請安寧緩和醫學、老年醫學、在宅及社區醫療領域的專家，撰寫編纂「衰弱老人安寧緩和醫療照護指引」，提供不同層級的醫療院所與團隊，針對須要安寧緩和醫療服務的衰弱老人，作為照顧指引與參考之用。

這本指引的產生，從編輯小組會議開始，歷經數次專家會議討論，訂定主題大綱、各篇章內容方向，請各專業領域的專家撰稿、編輯、調整、修訂，並透過徵詢外部專家的意見，瞭解本指引內容於臨床照顧上的實用性。期待未來藉此本指引建立醫療共識，透過適切評估工具，作為向健保署爭取後期衰弱老人成為安寧緩和療護的健保給付條件，提供衰弱老人在社區可以獲得更適切和全面性的安寧緩和醫療照護服務。

翁益強 醫師
衛生福利部南投醫院
放射腫瘤科暨安寧療護科主任



指引發展團隊

計畫主持人

蔡兆勳 台灣安寧緩和醫學學會理事長、臺大醫院家庭醫學部主任

指引召集人

翁益強 衛生福利部南投醫院放射腫瘤科暨安寧療護科主任

編輯小組委員 * 按姓氏筆劃順序排列

李閏華 輔仁大學社會工作學系助理教授

林明慧 臺北榮民總醫院家庭醫學部安寧緩和醫學科主任

林鵬展 成大醫院安寧緩和共同照護中心主任、血液腫瘤科主治醫師

邱世哲 新竹馬偕紀念醫院放射腫瘤科主任

翁瑞萱 臺北市立聯合醫院長期照顧規劃發展中心主任

張賢政 羅東博愛醫院家庭醫學科主任

彭仁奎 臺大醫院家庭醫學部主治醫師

劉曉菁 臺北榮民總醫院大德病房安寧護理教育師

黎家銘 臺大醫院北護分院家庭醫學科主治醫師

謝至鏗 花蓮慈濟醫院緩和醫療科主任

共同作者群 * 編輯小組委員以外之專家，順序依姓氏筆劃排列

- 吳治勳 政治大學心理學系副教授
李秉學 光田綜合醫院老年醫學科主任
施雅蘭 成大醫院安寧共照護理師
洪壽宏 臺大醫院雲林分院社區及家庭醫學部主任
張曉婷 臺北榮民總醫院家庭醫學部社區醫學科主任
郭嘉昇 臺大醫院北護分院家庭醫學科主治醫師
陳沛芸 臺大醫院家庭醫學部研究員醫師
陳冠儒 臺大醫院雲林分院社區及家庭醫學部主治醫師
陳慶餘 臺大醫學院家庭醫學科名譽教授
黃獻樑 臺大醫院家庭醫學部主治醫師
葉忻愉 臺大醫院雲林分院社區及家庭醫學部主治醫師



目錄

第一章	前言	1
第一節	衰弱老人安寧緩和醫療之簡介	2
第二節	病人與家屬之增能賦權	5
第二章	衰弱老人安寧緩和醫療之初始介入	9
第一節	衰弱之臨床表現及逐步進展	10
第二節	在照護過程中發現後期衰弱老人	18
第三節	確定照護目標	24
第三章	衰弱老人安寧緩和醫療之持續照護	29
第一節	衰弱老人之症狀評估及處置	30
第二節	衰弱老人之心理社會需求與支持	45
第三節	衰弱老人之靈性需求與關懷	54
第四節	整體醫療照護計畫之制定	72
第四章	衰弱老人安寧緩和醫療之臨終照護	85
第一節	善終準備	86
第二節	瀕死症狀之評估與處置	89
第三節	遺體護理及死亡證明書取得之相關事宜	98
第四節	哀傷撫慰	105
第五章	衰弱老人安寧緩和醫療之現況與展望	111

圖表目錄

圖目錄

圖 1 老人安寧緩和療護整合服務模式架構	3
圖 2 衰弱老人安寧照護增能賦權	5
圖 3 衰弱老人篩檢流程	10
圖 4 老人安寧緩和療護需求之三步驟評估模式	18
圖 5 靈性評估工具-FICA 評估內容	64
圖 6 靈性評估工具-HOPE 評估內容	65
圖 7 本土化靈性照顧架構	66
圖 8 臺北市政府衛生局「在宅行政相驗流程圖」	101
圖 9 臺南地方法院檢察署司法相驗流程圖	102

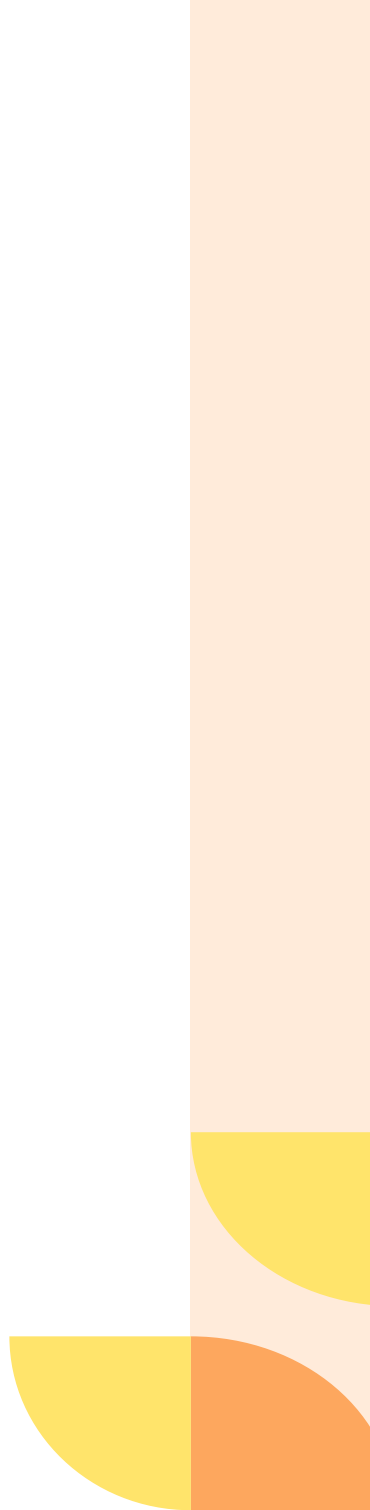
表目錄

表 1 安寧療護靈性評估量表	67
表 2 STOPPFrail criteria	78
表 3 社區衰弱老人整體緩和醫療及照護計畫書	81
表 4 申請往生者死亡證明書	100



第一章

前言



第一節 衰弱老人安寧緩和醫療之簡介

台灣於 2025 年將成為超高齡社會，對國家社會產生的衝擊是全面的。隨著年齡增長，生理心理功能的退化，罹患疾病的增加，越來越多老人會進入衰弱階段，健康狀況下降，失能及死亡的風險大幅上升。為因應台灣進入高齡社會後的民眾健康照護需求，必須加強民眾的自我照顧能力及健康識能，建立醫療照護的連續性。針對衰弱老人族群提供合適的安寧緩和醫療日漸受到重視，也是社區居家安寧緩和醫療的重點，需要醫療專業人員提供全人、全家、全隊、全程的四全照護。

「衰弱老人安寧緩和醫療介入三階段」包括初始介入、持續照護及臨終照護，需要跨專業團隊的合作努力，整合各級醫療及照護體系，與病人及家屬保持良好的醫病共享決策，方能使衰弱老人得到高品質的安寧緩和醫療。

從初始介入開始，醫療團隊需要了解衰弱的定義、表現及各階段進展，使用適當的老人衰弱篩檢工具，早期發現衰弱老人，並利用預後評估工具，依據個案特定的狀況，評估安寧緩和醫療照護的需求。此時需要開啓和老人及家屬之間的溝通討論，透過醫病共享決策與預立醫療照護諮商，一起確定後續照護目標及方向。

衰弱老人的持續照護，需要身體、心理、社會及靈性全方面的統合評估。老年症候群如體重減輕、虛弱、疲倦、疼痛、憂鬱及跌倒等，常會反覆出現在衰弱老人，需要團隊細心的照護，其處置方向、衛教指導及相關資源轉介與後續追蹤，都需要跨專業的合作。舒適照護在老人的照顧中扮演重要的角色，例如營養補充、皮膚照顧及預防跌倒等均是重點。心理方面，衰弱的老人由於身體心智功能逐漸退化，社會網絡的減少，難以改善的問題及症狀，容易產生無望感及負向情緒，若持續聚焦於疾病及失能，會導致不確定感、失落感以及失去控制，需要賦能予老人以維持其控制感，並關注正向的生活經驗來增進安適感及幸福感，進而維持自主與尊嚴。而在靈性關懷的部分，衰弱老人面對各種疾病困擾、生活起居需人照顧，隨著死亡的迫近，靈性的需求也會越來越大。如何走完這段人生必經的道路並對自身產生意義價值、面對死亡能心靈平安，就是團隊在支持老人達到最適老化，老得有價值、尊嚴、自主及活力所需努力的。醫療團隊主動介入、

配合病人自身的需求與偏好，協助病人產生內在力量來提昇生活品質及面對死亡恐懼。爲了做身心靈的整體性醫療照護計劃，應評估老人的健康功能、癌症或非癌症的診斷、其它各項共病症，並兼顧倫理、法律、社會各種考量，藉由病人與家屬的增能賦權，提供充足的知識、有效支持網絡及完善資源，讓老人與家屬參與醫病共享決策，訂定照護計劃。這需整合不同層級醫療體系、長照體系及社區體系，方能確保衰弱老人在不同場域均能保有良好生活品質。

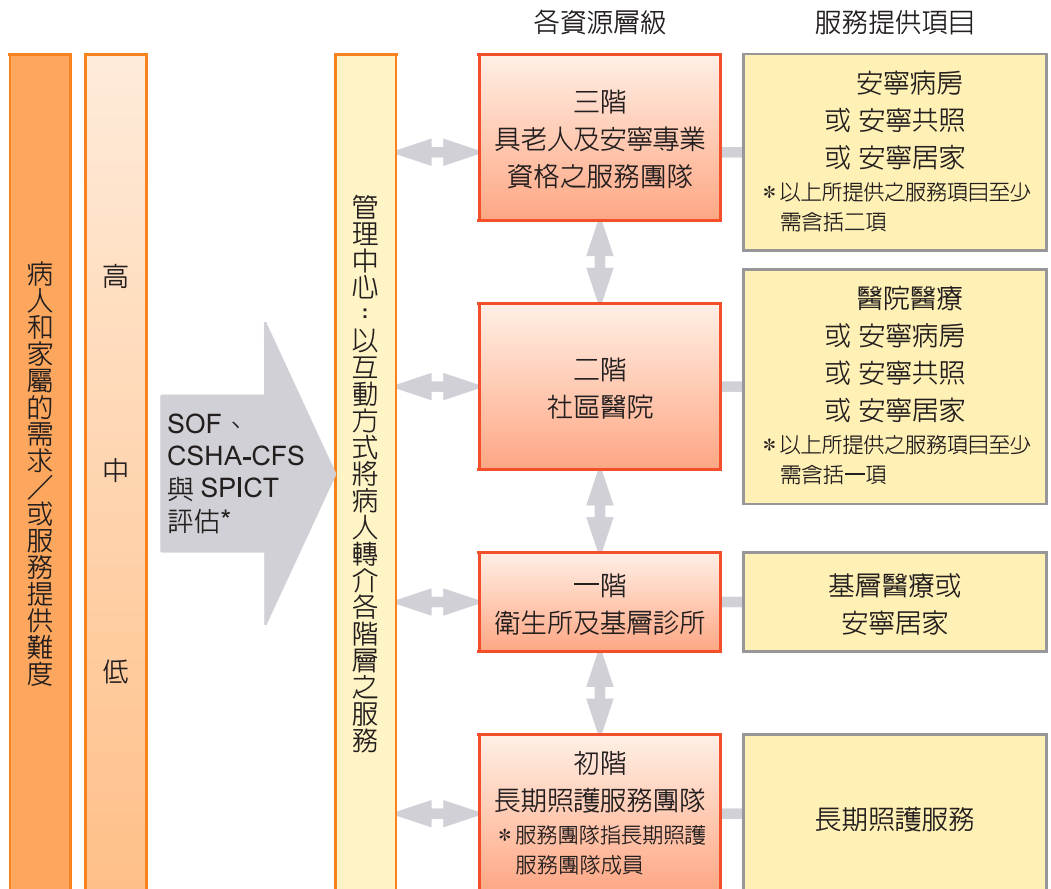


圖 1 老人安寧緩和醫療整合服務模式架構

* **SOF**: Study of Osteoporotic Fractures Index; **CSHA-CFS**: Canadian Study of Health and Aging — Clinical Frailty Scale; **SPICT**: Supportive & Palliative Care Indicators Tool.

依目前臨床醫療現況，從圖 1 老人安寧緩和療護整合服務模式架構可發現，不同層級的醫療院所或團隊，有不同的資源及可能的服務提供項目，應該整合各層級之醫療團隊及其服務項目。對於社區中經評估需要安寧緩和照護的衰弱老人，依病人和家屬的需求或所需之照護服務內容，以互動方式將病人轉介各層級服務。多數老人及家屬的需求適合由基層醫療院所及長期照顧服務團隊提供服務，有些需要社區醫院協助，更困難的需求則由老人及安寧緩和醫療專業團隊以幾次短期訪視協助基層醫護團隊，提供周全性的老人安寧緩和醫療需求評估及照護，確保社區後期衰弱老人生活品質。

當衰弱老人進入瀕死階段會需要良好的善終準備及臨終照顧。協助病人及家屬知道死亡將近，儘量了解會發生什麼、對可能發生的事保有自主權，得到所需的心理情緒支持，引導進行道謝、道愛、道歉及道別，使心願受到尊重，能在所選擇的場所接受安寧緩和療護，並持續的以醫病共享決策模式來達到完整的善終準備。此時病人由於各項器官的逐漸衰竭，瀕死期的症狀逐漸出現，例如發紺冰冷、煩躁不安、死前嘎嘎聲、鞏膜水腫、譫妄甚至臨死覺知等，需要讓老人及家屬能得到諮詢及所需要的訊息，藉由事先告知和引導，獲得妥善的心理準備與支持。而在病人往生後，也要對家屬持續提供哀傷撫慰，在適應失落的過程中，讓親人體察到這是難以避免的事，卻也是重新省思人生意義的重要歷程。

衰弱老人可能由醫療、長照、社區等照護體系照護或合作照護，這些照護體系的各種專業醫療及照護專業人員，都可能接觸及照護衰弱老人，本指引期待能讓這些醫療及照護專業人員，得到其所需之衰弱老人安寧緩和醫療照護的知識及能力。本指引聚焦於衰弱老人，提供已經接受過 13 小時「社區安寧照護醫護人員教育訓練課程」之醫療人員能更深入精進。囿於指引篇幅，各章節中有關安寧緩和醫療照護的相關細節無法詳述之處，也可參考台灣安寧緩和醫學學會之相關出版品，包括：安寧緩和醫學概論、末期疾病疼痛評估及處置、安寧緩和療護末期病人鴉片類藥物臨床使用手冊等書籍，或家庭會議、瀕死期照護之影音教材。

第二節 病人與家屬之增能賦權

增能賦權是渥太華健康促進憲章（Ottawa Charter for Health Promotion，1986）的主要精神，是一種民眾更能參與及決定自己健康的過程，同時也是一個社會、文化、心理及政策訂立的過程，民眾及社會團體能透過這個過程表達他們的需要¹。在大部分的社會中，個人的權能來自於他們的知識、可取得的資源、以及可以參與決定的程度，民眾若能有效獲得上述之條件，則較能掌控自身處境與具備改變自我環境的能力。在促進衰弱老人安寧照護之增能賦權部分，我們可以這樣運用：



圖 2 衰弱老人安寧照護增能賦權

- A. 完善之資源：要能提供高品質且符合民眾需求之安寧緩和療護服務，所需要的資源與支持包括：
- 高品質且即時提供服務之居家與社區安寧安寧緩和療護團隊
 - 社區基層醫療機構與醫護人員之鼓勵與支持
 - 照護病人時有足夠之止痛藥物
 - 整體社區環境之支持性氛圍
- B. 充足之知識：要使衰弱老人及其家屬獲得有效的安寧緩和療護衛教資訊，訊息必須符合他們的需求，包括：

- 社區安寧宣導：考量不同族群之文化特性，以有效的語言及溝通方式與民眾互動。
 - 針對看診民眾提供衛教單張、手冊，並由工作人員及志工提供諮詢及協助「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」之簽署。
 - 結合影片及老人說故事模式，進行安寧緩和照護經驗分享。
- C. 有效支持網絡：建立支持網絡讓衰弱老人及其家屬能得到安全感與歸屬感，同時透過網絡得到有效之衛教資源與訊息，例如：
- 社區中的病友與家屬成長團體
 - 建立網路社群平台或臉書社團
- D. 參與決定：治療計畫的訂定與設定治療之目標，可以：
- 召開家庭會議：讓衰弱老人與其家屬共同參與，藉由討論的過程瞭解彼此對治療計畫的想法，增加所照護病人得到高品質安寧緩和療護服務之機會。
 - 運用衛生福利部醫病共享決策平台，選取可用之決策輔助工具，幫助民眾清楚了解安寧緩和療護之概念後再進行決策。

若病人及家屬比較熟悉的語言是原住民語，家庭照顧者也可能是外籍配偶（新住民），甚至是外籍看護工，考量多元語系需求，其增能賦權之模式可考慮：

- A. 完善之資源：可於網路搜尋各類語系照護之資訊，以符合照護者之多元需求，如：
- 慈濟心蓮安寧療護數位化照護系統（<http://hospice.tzuchi.com.tw/Tzuchi/Training/ShowCatSubjects?CategoryId=14&Page=0>），提供多語系的教材、影片，內容含括8種語言（國、台、印尼、阿美、太魯閣、布農、排灣、雅美）之各式衛教影片及照護資訊，可協助照護者自我學習。
 - 門諾醫院多族語衛教平台（<http://blog.mch.org.tw/languages/>），有中文及印尼文雙語的照顧者指導影片，提供主要照顧者居家照護資訊。

B. 充足之知識：使照護者對於安寧緩和照護方式及理念有正確之認知，可考慮：

- 一對一翻譯服務：尋求社區內中文較佳之外籍配偶或看護之協助，幫忙解說安寧之理念與照護注意事項。
- 分段檢視（Chunk-and-check）：在溝通時，將較長的資訊分為較短的段落，一次只給一段資訊，並在確認對象理解之後再進行下一段資訊的溝通。
- 回覆示教（Teach-back）：請對象用他們自己的話來重述他們需要知道或需要做的事，用以確認對於說明的理解程度。

C. 有效支持網絡：

- 社區中的同樣國籍看護或配偶之人際網絡
- 各縣市外籍配偶關懷協會

D. 參與決定：

- 召開家庭會議：將各照顧者一起邀請加入家庭會議，藉由討論的過程增強照護過程之信念。

參考文獻

1. World Health Organization. (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. Retrieved from <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>



第二章

衰弱老人安寧緩和 醫療之初始介入



第一節 衰弱之臨床表現及逐步進展

『衰弱』，是病人從老化逐漸走向生命終點的過程中，會面臨到的一種臨床狀況。隨著衰弱嚴重程度增加，產生失能、併發症及死亡的風險也會增加，因此照顧衰弱老人，不僅難度高，耗用的醫療資源也大。臨床醫師對衰弱定義有清楚的認識後，還要能利用骨質疏鬆性骨折指標 SOF (Study of Osteoporotic Fractures) frailty index 篩檢出衰弱病人，並進一步評估衰弱病人的嚴重程度，對尚未衰弱的社區老人應給予營養衛教並定期 SOF 篩檢，若體重過輕應建議轉診；對仍有其他介入空間的衰弱老人採取必要介入，對已處於嚴重衰弱的病人，則給予適時的安寧療護，才能提升衰弱老人照護品質。

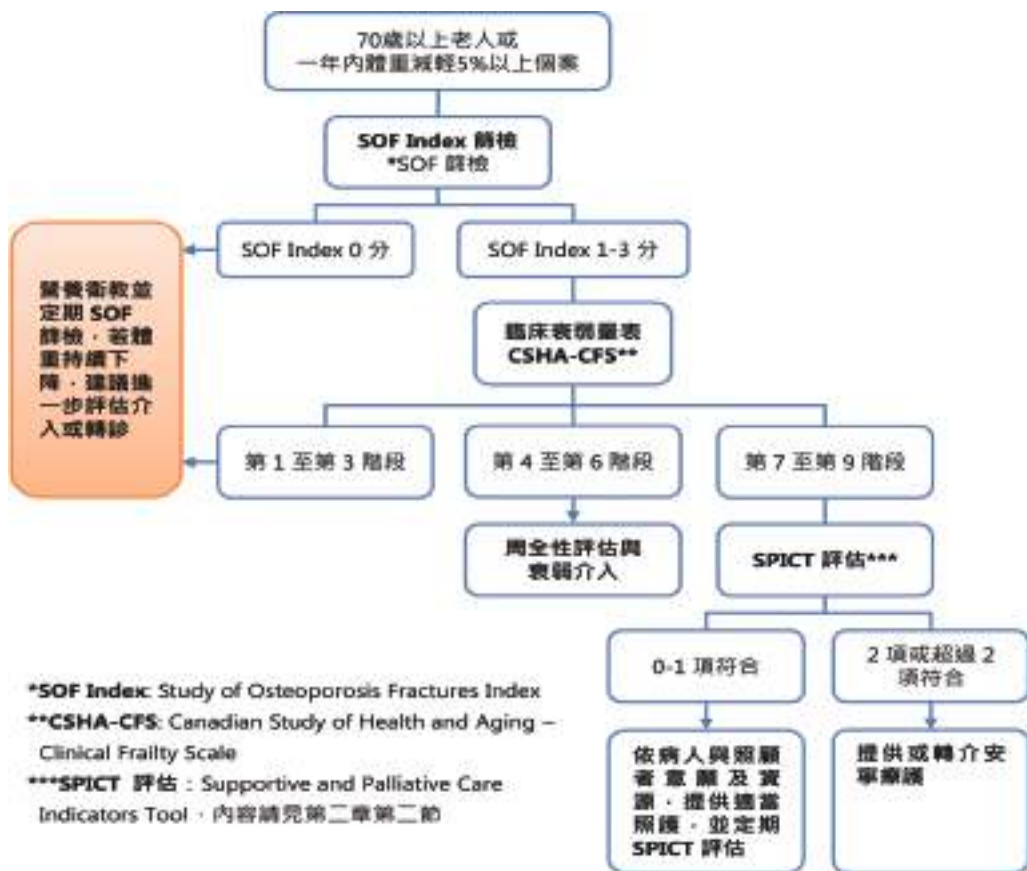


圖 3 衰弱老人篩檢流程（李秉學、黎永銘 整理繪製）

一、衰弱的重要性

「衰弱（Frailty）」一詞，代表的不僅僅是過去所認為的衰老或虛弱，在老年醫學領域，「衰弱」是一種老年病症候群，用來描述老人的一種易受傷害狀態¹。處於衰弱狀態（Frailty state）的老人，很容易因為外在環境或身體的變化，造成健康狀況的大幅衰退。正如「壓垮駱駝的最後一根稻草」一樣，即使是輕微的上呼吸道感染，若發生在衰弱老人身上，也可能如滾雪球般，陸續引起譫妄、跌倒等併發症，最終導致失能甚至死亡。根據文獻統計，有衰弱症候群的老人，其跌倒、住院、機構安置、失能及死亡的風險，會比沒有衰弱症候群的老人高出三成至一倍²，因此，照顧衰弱老人，可謂牽一髮而動全身，必須非常謹慎小心。經過國內外的研究與驗證，衰弱已可透過各種評估方法進行測量，藉由量化衰弱的程度，來預測老人功能衰退的程度或死亡率。因此，若臨床醫師能熟悉衰弱的臨床評估及篩檢，對處於衰弱狀態的老人給予適時轉介及減緩衰弱惡化的方法，相信必能提升其老人照顧的品質與能力。

二、衰弱定義

人體每日都必須面對許多影響健康狀況的挑戰，包含了環境變化（如：外在光線、氣溫、濕度的變化、姿勢坐臥站的變化、水份鹽分攝取的變化等）及各式各樣的致病因子入侵（如病毒、細菌），一個老人維持衡定（Homeostasis）的能力越強，越能適應及克服各種狀況的變化，反之則不然。承上所述，衰弱所描述的易受傷害狀態，起因於老人維持體內衡定（Homeostasis）的能力下降所致。因此，「維持體內衡定（Homeostasis）的能力下降」即為衰弱的概念型定義，但如何量化衰弱，依照不同論述，目前有兩套較常使用的衰弱操作型定義。

1. Fried 衰弱臨床徵象（Fried's frailty phenotype）：

Dr. Linda Fried 認為肌少症（Sarcopenia）及免疫、神經、內分泌系統失調，引發衰弱五大徵象（Phenotype），包含體重減輕（Weight loss）、自覺體力耗竭（Self-reported exhaustion）、虛弱（Weakness）、緩慢（Slowness）及活動量減少（Low energy expenditure）³。文獻上有許多研究者使用了 Dr. Fried 的五大徵象作為評估衰弱的依據，但各研究用界

定受測者是否具有衰弱徵象的參考值並不一致，導致研究結果不盡相同⁴。台灣本土研究也是以 Dr. Fried 的衰弱定義為基礎，應用於社區調查，依據結果進而發展出台灣本土的衰弱參考值。劉力輻等人在「宜蘭員山老化世代研究（I-Lan Longitudinal Aging Study, ILAS）」中對衰弱族群進行了潛在類別分析（Latent class analysis），將握力／步行速度／活動量測量結果低於研究族群 20% 以下的受測者視為具有虛弱／緩慢／活動量減少等徵象⁵。謝宗仁等人在健康老化長期研究（Healthy Aging Longitudinal Study in Taiwan, HALST）中，則明確訂出了台灣各衰弱徵象的參考值⁶，茲詳述如下：

- (1) 體重減輕：過去一年體重減少大於 3 公斤。
- (2) 自覺體力耗竭：過去一週內，「我覺得我做每件事情都很吃力」、「我提不起勁」兩項描述中任一項回答為三至四天以上。
- (3) 虛弱：以慣用手握力測量，依據性別、身體質量指數不同而有不同標準值⁷。
- (4) 緩慢：以行走速度為指標，並依性別及身高而有不同標準值，男性若低於 0.71 公尺／秒（身高 163 公分以上）、0.67 公尺／秒（身高 163 公分以下）；女性若低於 0.67 公尺／秒（身高 152 公分以上）、0.57 公尺／秒（身高 152 公分以下）。
- (5) 活動量減少：每週活動量男性 ≤ 685 大卡，女性 ≤ 420 大卡，或「過去一年您是否從事規律運動」、「過去一年您是否從事過任何費力活動」兩個問題回答皆為「否」者。

因此，臨床醫師可以利用上述 5 項衰弱徵象的參考值，評估一個台灣社區居民是否處於衰弱狀態、或其衰弱的嚴重程度。依據 Dr. Fried 之意義，符合 3 項以上徵象的病人為衰弱；符合 1 至 2 項徵象的病人為衰弱前期（Pre-frailty）；1 項都沒有的人則為健康狀態。

2. 缺損累積理論（Accumulation of deficiencies）：

Dr. Rockwood 等認為累積缺損的連續過程，造成衰弱病人維持體內衡定（Homeostasis）的能力下降。Rockwood 用 70 項指標來描述衰弱狀態，指標內容包含特定症狀（如憂鬱）、徵象（如手抖）、生活功能（如失禁）或疾病（如高血壓），若病人符合一項指標即累計一個缺損，將病人所有指標除以 70（總缺損數）即可得到一個介於 0~1 的衰弱指數（Fragility index）⁸，病人累積的缺損數越多，衰弱指數就越接近 1。研究發現，當衰弱指數超過 0.67 時，只要再增加任何一項指標，病人的死亡率都將大幅增加⁹，非常符合衰弱病人禁不起任何風吹草動的臨床觀察。

三、衰弱篩檢

根據亞太區域臨床照顧指引，對 70 歲以上、或一年內體重非預期性減少 5% 以上的老人，皆建議做衰弱篩檢⁹。然而，以 Dr. Fried 的評估方法用於衰弱篩檢，臨床上有其不便利性。Dr. Fried 的五大衰弱症狀中，代表緩慢的行走速度需要有一定的空間來進行測試，代表虛弱的握力檢測需使用握力計進行量測，評估活動量減少則需使用 MLTPAQ 或 IPAQ 等量表，且須由訓練過的人員來執行。因此，若要以 Dr. Fried 的五大徵象做衰弱篩檢，於一般門診中較難實施。有鑑於此，為及早介入及延緩失能，國民健康署建議以較易使用的骨質疏鬆性骨折指標（Study of Osteoporosis Fractures Index，簡稱 SOF Index）¹⁰ 進行篩檢，再依照結果進行後續介入。SOF index 的內容包括非刻意性體重減輕（過去一年體重減少 3 公斤或 5% 以上）、下肢功能不足（無法在不用手支撐的情況下，15 秒內從椅子上站起來 5 次）以及精力降低（過去一週內，是否三天以上覺得提不起勁來做事？），3 項問題中若有 2 項以上回答是，代表篩檢結果陽性，建議轉介長照接受預防及延緩失能照護計畫，若對篩檢結果有疑慮時，則轉介老年醫學相關專科醫師做進一步診斷。此外，如 FRAIL scale^{11,12}、Edmonton Frailty Scale^{13,14}、Kihon checklist¹⁵ 等，也都是常用來篩檢虛弱，且已針對亞洲人做過信效度檢測的工具。

四、衰弱進展各階段

除了衰弱評估工具外，衰弱病人會隨其嚴重程度而有不同的症狀，臨床衰弱量表（Canadian Study of Health and Aging - Clinical Frailty Scale, CSHA-CFS）^{16,17}以 Rockwood 的衰弱指數（Frailty index）為基礎，將衰弱病人依症狀區分成九個等級，可視為衰弱逐步進展的九個階段。臨床醫師若能妥善運用評估工具、並了解衰弱病人所處的階段，將有助於給予病人正確的介入，茲將衰弱進展各階段分述如下：

1. 很健康（Very fit）：強健、活躍並充滿能量，有良好的動機跟體力，會規律運動，這個階段的人通常是同年齡人口中最健康的一群。
2. 良好（Well）：雖然沒有需要控制的疾病或症狀，但較沒有第一階段那麼健康，會常運動或偶有（如一季 1 次）活躍行程。
3. 尚可（Managing well）：雖然有疾病，但控制良好。除了例行的走動之外，少有其他更進一步的活動。
4. 易受傷害（Vulnerable）：雖然生活尚不需依賴他人，但活動常因疾病症狀而受到限制。處於這個階段的病人常常抱怨行動較為遲緩，整天都感到疲累。
5. 輕度衰弱（Mildly frail）：此階段病人行動明顯遲緩，高層次工具性日常生活活動需依賴他人，如財務、搭乘交通工具、粗重家事及服用藥物。一般而言，輕度衰弱的病人會愈來愈無法採買、單獨外出，也愈來愈無法做家事及準備餐食。
6. 中度衰弱（Moderately frail）：所有外出活動及房屋管理皆需協助，通常這群病人無法爬樓梯，洗澡時需要他人協助，穿衣時也需要指引、隨侍在旁等輕度協助。
7. 嚴重衰弱（Severely frail）：自我照顧處於完全依賴狀態，但整體狀況穩定，6 個月內死亡的風險並不高。

8. 極嚴重衰弱（Very severely frail）：完全依賴，逐漸靠近生命的終點，即使輕微的疾病，也可能造成無法回復的衰退。
9. 末期病況（Terminally ill）：靠近生命終點，這個階段的病人看起來不見得有明顯衰弱，但預計的存活期小於 6 個月。

若以舊版本的七等級臨床衰弱量表來看，研究顯示，每增加一個等級的衰弱狀態，中期（70 個月）死亡率增加 21%，短期機構入住率增加 24%¹⁷。九等級的臨床衰弱量表將衰弱的進展區分得更加清楚，每一個階段都有更詳細的描述，利用此量表，臨床醫師可以更了解衰弱病人的進展分期，有能力預測病人的預後。

五、衰弱介入

醫師應對早期與中期衰弱個案進行介入，以減緩或停止其衰弱惡化，可行的介入方式包括進行周全性的老年醫學評估（Comprehensive geriatric assessment，簡稱 CGA），找出可逆因子、轉介包括肌耐力訓練的個人化漸進性運動計畫、減少或停止不適當藥物、找出可逆之疲倦原因、評估造成體重減輕原因、增加熱量與蛋白質攝取、對維生素 D 不足者加以補充…等⁹。對衰弱後期，如臨床衰弱量表（CSHA-CFS）第七至第九階段的病人，可參考本章第二節的 Supportive & Palliative Care Indicators Tool（SPICT）評估病人是否符合轉介安寧緩和療護之標準，並在適當時機開啓生命末期溝通，討論其病情認知、想法及價值觀，評估是否將治療重點由治癒（Cure）轉向照護（Care），並適時提供或轉介安寧緩和療護，改善後期衰弱老人的照護品質。

六、結語

衰弱是一種常見且可能導致嚴重後果的老年病症候群，我們建議臨床醫師，對於 70 歲以上、或一年內體重非預期性減輕 5% 以上的個案，以 SOF Index 進行衰弱篩檢，並以臨床衰弱量表（CSHA-CFS）協助判斷病人所處之衰弱階段。對篩檢結果異常的病人，應及早給予合適介入措施；對衰弱後期的病人，則應討論照護目標是否需要調整，適時提供安寧緩和療護，以提升衰弱病人之照護與生活品質。

參考文獻

1. Rockwood, K., & Mitnitski, A. (2011). Frailty defined by deficit accumulation and geriatric medicine defined by frailty. *Clin Geriatr Med*, 27(1), 17-26.
2. Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Cardiovascular Health Study Collaborative Research, G. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 56(3), M146-156.
3. Linda P. Fried, J. D. W., Luigi Ferrucci. (2009). Frailty. In *HAZZARD'S GERIATRIC MEDICINE AND GERONTOLOGY* (Vol. Sixth Edition, pp. 634-635).
4. Siriwardhana, D. D., Hardoon, S., Rait, G., Weerasinghe, M. C., & Walters, K. R. (2018). Prevalence of frailty and prefrailty among community-dwelling older adults in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 8(3), e018195.
5. Liu, L. K., Guo, C. Y., Lee, W. J., Chen, L. Y., Hwang, A. C., Lin, M. H., Liang, K. Y. (2017). Subtypes of physical frailty: Latent class analysis and associations with clinical characteristics and outcomes. *Sci Rep*, 7, 46417.
6. Hsieh, T. J., Chang, H. Y., Wu, I. C., Chen, C. C., Tsai, H. J., Chiu, Y. F., Hsu, C. C. (2018). Independent association between subjective cognitive decline and frailty in the elderly. *PLoS One*, 13(8), e0201351.
7. Wu, I. C., Lin, C. C., Hsiung, C. A., Wang, C. Y., Wu, C. H., Chan, D. C., Translational Aging Research in Taiwan, T. (2014). Epidemiology of sarcopenia among community-dwelling older adults in Taiwan: a pooled analysis for a broader adoption of sarcopenia assessments. *Geriatr Gerontol Int*, 14 Suppl 1, 52-60.
8. Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M. O., & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *Lancet*, 381(9868), 752-762.
9. Dent, E., Lien, C., Lim, W. S., Wong, W. C., Wong, C. H., Ng, T. P., Flicker, L. (2017). The Asia-Pacific Clinical Practice Guidelines for the Management of Frailty. *J Am Med Dir Assoc*, 18(7), 564-575.
10. Ensrud, K. E., Ewing, S. K., Taylor, B. C., Fink, H. A., Cawthon, P. M., Stone, K. L., Cummings, S. R. (2008). Comparison of 2 frailty indexes for prediction of falls, disability, fractures, and death in older women. *Arch Intern Med*, 168(4), 382-389.
11. Morley, J. E., Malmstrom, T. K., & Miller, D. K. (2012). A simple frailty questionnaire (FRAIL) predicts outcomes in middle aged African Americans. *J Nutr Health Aging*, 16(7), 601-608.

12. Woo, J., Yu, R., Wong, M., Yeung, F., Wong, M., & Lum, C. (2015). Frailty Screening in the Community Using the FRAIL Scale. *J Am Med Dir Assoc*, 16(5), 412-419.
13. Chang, C. I., Chan, D. C., Kuo, K. N., Hsiung, C. A., & Chen, C. Y. (2011). Prevalence and correlates of geriatric frailty in a northern Taiwan community. *J Formos Med Assoc*, 110(4), 247-257.
14. Rolfson, D. B., Majumdar, S. R., Tsuyuki, R. T., Tahir, A., & Rockwood, K. (2006). Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age Ageing*, 35(5), 526-529.
15. Satake, S., Senda, K., Hong, Y. J., Miura, H., Endo, H., Sakurai, T., Toba, K. (2016). Validity of the Kihon Checklist for assessing frailty status. *Geriatr Gerontol Int*, 16(6), 709-715.
16. Gregorevic, K. J., Hubbard, R. E., Lim, W. K., & Katz, B. (2016). The clinical frailty scale predicts functional decline and mortality when used by junior medical staff: a prospective cohort study. *BMC Geriatr*, 16, 117.
17. Rockwood, K., Song, X., MacKnight, C., Bergman, H., Hogan, D. B., McDowell, I., & Mitnitski, A. (2005). A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*, 173(5), 489-495.

第二節 在照護過程中發現後期衰弱老人

老化的過程中，我們可能會經歷衰弱和失能等階段，若老人被定義為衰弱的族群，常會與較差之預後相關。以 Dr. Freid（2001）提出之衰弱定義而言，衰弱老人在三年之間發生跌倒、日常生活功能障礙、住院及死亡的比例，為非衰弱老人的 1.82 到 4.46 倍，即使在校正健康、疾病、社會生活狀態之影響後，衰弱老人五年之死亡率為非衰弱老人之 1.29 到 2.24 倍¹。此外，衰弱老人的自覺健康、生活功能比非衰弱的個案差，憂鬱問題比例較高，且生活品質也顯著較差²。這樣的衰退，有時候十分明顯，有時候卻很難察覺，但若我們能夠意識到老年人已經出現這樣的問題，的確可以在醫療照護的各個層面做出調整，使老年人更能面對複雜的醫療處置與社會醫療服務等決策，得到最佳的生活品質。因此，如何在臨床醫療場域發現衰弱老人，以及如何定義這樣的老人已經漸漸步入生命的末期，並且提供符合其需求之醫療照護內容，是醫療人員責無旁貸的責任，也是我們必須學習與具備的技能。

一、判斷老人安寧緩和療護需求之三個步驟評估模式

衰弱老人何時開始適合接受安寧緩和療護，目前並無明確之轉介評估機制可供參考。有關衰弱老人安寧緩和療護模式之共識，一般建議可以運用分步驟之評估模式，讓臨床場域工作人員能清楚了解後期衰弱老人是否符合安寧緩和醫療之收案標準³。本指引建議以三步驟之評估模式，判斷衰弱老人是否需要轉介安寧緩和照護團隊介入：

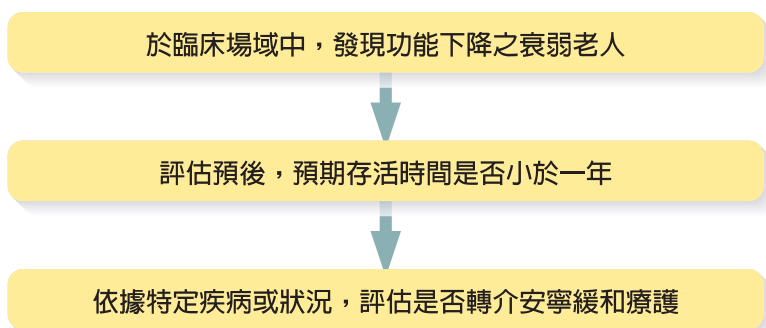


圖 4 老人安寧緩和療護需求之三步驟評估模式

二、第一步驟：於臨床場域中發現功能下降之衰弱老人

此一步驟之評估重點，在於先找出功能下降且需額外照護服務之衰弱老人。事實上，衰弱老人若經由詳細且周全之評估，發現老人生理、心理等各方面之問題，並進行介入措施後，的確有很大的機會讓衰弱老人恢復至相對較為健康之狀態。因此，在此步驟，我們可以先運用十分鐘篩檢、Frailty Index、Frailty Phenotype、周全性的老年醫學評估…等工具，先找出功能下降之衰弱老人，之後再進行有關預後之進一步評估。若老人之衰弱狀態的確已進入較後期之階段，且無法經由各類健康促進介入得到改善，我們就可以建議老人及其家屬，如何在這樣持續下降之生命軌跡中，尋求進一步之資源與協助，而這也是衰弱老人安寧緩和照護第二步驟評估所需進行之工作。

三、第二步驟：評估衰弱老人之預後

老人虛弱的判斷指標，常與臨床預後相關，對臨床醫師來說是十分有用的參考工具。對於病人和其家人來說，無論他們的診斷為何，了解疾病之軌跡與是否進入生命末期，可以提供他們有效之訊息，決定適合之醫療決策，並且能夠提高在生命末期時之生活品質。在此步驟，評估衰弱老人之存活時間之目的，即在評估是否老人之衰弱症狀嚴重，且存活時間有限，安寧緩和療護的確有其需求。此一步驟可以使用之評估工具包括：

(一) The Frailty Index⁴

Frailty Index 與死亡風險密切相關。在一般之人口群中，超過 99 % 的人其指數低於 0.7，愈接近此數值，生存之機會就愈低。指數若超過 0.5，20 個月後的死亡率幾乎是 100 %。

(二) Canadian Study of Health and Aging - Clinical Frailty Scale (CSHA-CFS)⁵

舊版之指標從 1 分之很健康 (Very fit) 到 7 分之嚴重衰弱 (Severely frail)，分數愈高則死亡或入住機構之風險愈高。即使被評為輕度之衰弱，其 5 年之死亡率仍然高達 50%。新版之指標則分為九等級，第七級以上就可被歸類為嚴重衰弱，此時日常生活已需他人完全協助，但生命徵象依然

穩定，預估存活時間可以超過 6 個月。而第八級以上，雖然被照護之老人日常生活同樣需完全依賴他人協助，但較第七級而言，其生命徵象較不穩定，即使只是輕微的病痛，也對身體功能有很大之影響，很難恢復至原有的狀態，漸漸步入生命之末期。

四、第三步驟：依據特定疾病或狀況，評估是否進行安寧緩和療護之轉介

在照護衰弱老人時，若病人經評估後認為其預後不佳，為了提升病人之末期照護品質，我們常常希望能夠轉介給安寧緩和療護團隊介入後期之照護。事實上，基礎與專業之安寧緩和療護在衰弱老人之各個照護階段應該都是可以並存的，然而，當病人確認進入末期照護之階段，何時可以由安寧緩和療護專業團隊接手提供大部分之照護責任，是本書關心之議題。本節將介紹兩個常用之轉介標準，分別是英國的 Supportive & Palliative Care Indicators Tool (SPICT)、Gold Standards Framework (GSF)。

(一) Supportive & Palliative Care Indicators Tool (SPICT)：

SPICT 是一份評估病人是否處於不斷惡化或死亡風險的指南，於 2010 年由英國 NHS Lothian 和愛丁堡大學緩和照護研究團隊所共同發展。SPICT 主要考量病人之健康狀況是否正在惡化，依據整體之衰退狀況作出判斷，其效度經過檢測，甚至可以預測病人之存活率（經 SPICT 評估收案之病人，其一年之死亡率約為 50%）⁶。SPICT 是以兩步驟之方式，針對個別疾病提供評量方法，評估病人是否符合轉介安寧緩和療護之標準：

1. 第一步驟：健康惡化的一般性指標（符合任何一個）：
 - (1) 身體功能狀況不佳或持續惡化，且恢復的可能性不高。（個人照護需要協助，一天中有 50%或以上的時間須待在床上或椅子上）
 - (2) 過去 6 個月中有兩次或兩次以上的非預期性住院。
 - (3) 由於身體或心理健康狀況之惡化，需要依賴他人之照顧。
 - (4) 照顧者需要更多之協助與支持。
 - (5) 過去的數個月中出現明顯的體重減輕，或持續的體重過輕。
 - (6) 儘管對於相關之狀況都給予最佳之治療，但仍有持續且令人困擾的症

狀。

(7) 病人或家屬要求緩和醫療；或要求減少或停止其他治療方式；或要求將照護重點聚焦於生活品質。

2. 第二步驟：是針對不同疾病或生理功能之特定指標，以失智／衰弱老人而言，其標準為：
 - (1) 沒有別人幫忙無法穿衣、行走或飲食
 - (2) 進食及飲水量減少；吞嚥困難
 - (3) 大小便失禁
 - (4) 無法用口語溝通，極少社交接觸
 - (5) 股骨骨折；多次跌倒
 - (6) 頻繁發燒或感染；吸入性肺炎
3. 要注意的是，癌症老人也會出現衰弱或疲憊之症狀，某種程度上會與衰弱老人之狀況雷同。而診斷為癌症之老人，若同樣有衰弱之症狀，其可以收案之指標則為：
 - (1) 由於進行性之轉移癌症造成身體功能下降
 - (2) 身體太虛弱以致於無法接受癌症治療，或僅能接受症狀治療

(二) Gold Standards Framework (GSF)：

GSF 是由英國 Dr. Keri Thomas 所推動的國家級安寧緩和療護體系，強調由基層醫療院所來負擔社區內末期病人的照顧工作，目的在藉由有效率的溝通及團隊合作來提昇醫療團隊對於安寧緩和療護的品質。GSF 的理念中，要能藉由辨認 (Identify)、評估 (Assess) 及計畫 (Plan) 三個步驟，將末期病人依病情程度分級，提示工作人員不同分級的病人應該有的注意事項，並依其嚴重程度制定符合個人需求的治療計畫。GSF 評估收案之住院病人，半年及一年之死亡率分別為 56.6% 及 67.7%⁷。對於是否轉介安寧緩和療護之標準，GSF 分為三步驟評估：

1. 第一步驟：稱為「The Surprise Question」，當病人在數個月、數週或數天內去世，你是否會感到驚訝？若答案為否，則進入下一步驟。

2. 第二步驟：一般性指標，觀察病人是否具備下列狀況：
 - (1) 活動程度持續下降
 - (2) 可能造成死亡之共病症
 - (3) 生理功能下降，需他人協助
 - (4) 嚴重之疾病，症狀十分複雜或持續惡化
 - (5) 對治療無反應
 - (6) 體重下降
 - (7) 反覆非計畫性之入院
 - (8) 重大之事件，如跌倒、哀傷
 - (9) 血中白蛋白濃度 $< 25\text{g/L}$
3. 第三步驟：以衰弱老人為例，須具有多重之共病症，且其日常生活功能明顯受損：
 - (1) 功能性指標之下降，可用巴氏量表、ECOG、Karnofsky 功能性指標評估。
 - (2) 合併至少下列三種症狀：虛弱、走路速度慢、明顯體重減輕、疲憊、生理活動低下、憂鬱

五、小結

以三步驟評估後期衰弱老人是否需要安寧緩和療護之服務介入，其流程並非一成不變，且應依病人之意願、實際狀況及需求做調整。事實上，並非只有符合三步驟評估之後期衰弱老人，才能夠接受安寧緩和療護之服務介入，重點是這樣的評估模式，是為找出後期衰弱老人在醫療照護上未被滿足之需求（Unmet needs），並且依照其需求提供服務。

臨床人員應該要能清楚衰弱老人的進展分期，有能力預測病人的預後，在適當時機開啓溝通，討論其生命價值觀、調整治療方向，並對適合的末期個案轉介安寧緩和療護，改善後期衰弱老人的照護品質。與其他篩檢工具相比，SPICT不限於特定疾病，並且在發展過程中已經在不同場域（例如基層院所、安養機構、醫院）進行測試，其目的即是在及早識別出正在持續惡化的慢性疾病老人，並且

希望能讓這些老人能從緩和醫療之照護模式中受益，進一步之推廣使用，應能符合本指引發展之目的。

參考文獻

1. Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Cardiovascular Health Study Collaborative Research, G. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 56(3), M146-156.
2. 呂貝蕾, 張淑玲, 陳晶瑩, 吳治勳, 張靜怡, & 陳慶餘. (2010). 門診慢性病老人衰弱症之分析. *台灣老年醫學暨老年學雜誌*, 5(1), 36-49.
3. Glajchen, M., Lawson, R., Homel, P., Desandre, P., & Todd, K. H. (2011). A rapid two-stage screening protocol for palliative care in the emergency department: a quality improvement initiative. *J Pain Symptom Manage*, 42(5), 657-662.
4. Koller, K., & Rockwood, K. (2013). Frailty in older adults: implications for end-of-life care. *Cleve Clin J Med*, 80(3), 168-174.
5. Cheung, A., Haas, B., Ringer, T. J., McFarlan, A., & Wong, C. L. (2017). Canadian Study of Health and Aging Clinical Frailty Scale: Does It Predict Adverse Outcomes among Geriatric Trauma Patients? *J Am Coll Surg*, 225(5), 658-665.e653.
6. De Bock, R., Van Den Noortgate, N., & Piers, R. (2018). Validation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool in a Geriatric Population. *J Palliat Med*, 21(2), 220-224.
7. O'Callaghan, A., Laking, G., Frey, R., Robinson, J., & Gott, M. (2014). Can we predict which hospitalised patients are in their last year of life? A prospective cross-sectional study of the Gold Standards Framework Prognostic Indicator Guidance as a screening tool in the acute hospital setting. *Palliat Med*, 28(8), 1046-1052.

第三節 確定照護目標

開啓與老人或其家屬有關後期衰弱照護方式之對話，並確定後續照護目標及方向。

一、評估照護計劃與需求

- (一) 當出現未預期性住院或者健康狀態持續下降時，應該要對現有之照護及治療進行評估，與病人及家屬討論照護目標及未來之照護選項，對未來病情可能之持續惡化做好準備。
- (二) 當病人症狀無法得到很好的控制時，要對症狀進行完整之評估及針對可能造成之因素進行最佳之治療，停掉對病人沒有益處之藥物，積極地進行症狀處理。
- (三) 辨識出由於身體功能日趨惡化、衰弱、心智障礙而增加他人照護需求之老人，提供所需之協助與支持。
- (四) 依照病人需求，安排照護團隊之成員，並確定社區內能夠主動協調照護服務之成員。
- (五) 辨識出因複雜症狀或其他需求，而需要安寧緩和療護專業團隊成員，提供完整評估及協助之衰弱老人或家屬。
- (六) 評估病人之決策能力，找出與病人關係親近之親人及朋友，當病人出現意識障礙而無法自主決定醫療意願時，能參考這些親友的意見。
- (七) 討論並紀錄病人之預立醫療照護計畫，此預立醫療照護計畫應包含病人有關病情快速惡化時對醫療決策之決定。

二、討論照護計劃與目標

- (一) 主動詢問：可以用三個「W」來代表需要詢問的方向：

- 1. What :

你對現在的健康狀況了解多少？未來會發生什麼樣的醫療問題，你了解嗎？

2. What matters :

對你來說，哪些問題最爲重要？你最擔心的是甚麼？哪些資源可以幫助處理這些事情？

3. Who :

如果你的健康狀況惡化，應該聯繫誰？

(二) 主動討論：

1. 醫療問題與其治療，可能會發生之各種狀況及結果，如：抗生素之使用、手術、急性中風之風險、心血管問題之處理方式、管灌或人工營養、呼吸器的使用…等。
2. 無效醫療或即使進行也效果不佳之治療，如：CPR。
3. 誰可以是意識喪失時的醫療決策代理人。
4. 對家庭之成員及照護者提供足夠之協助。

三、以醫病共享決策模式（Shared-Decision Making，SDM）討論整體照護計畫

對於衰弱老人，應基於對其衰弱情況的評估、進展與預後，並根據實證與醫療專業，同時兼顧病人期待，共同決策制定整體醫療照護計畫¹。醫病共享決策成員主要應包括醫療專業人員及病人，也可以包括家屬或照顧者，這些參與成員應具有的能力，或應該先了解及準備的知能分述如下：

(一) 醫療專業人員：

1. 醫療專業：包括疾病及衰弱的疾病生理、診斷、預後、治療選擇、及預期結果等。
2. 溝通：尤其是對於複雜需求處理的溝通能力。

(二) 病人（及家屬或照顧者）：

1. 病人期待及決策基礎：包括病人過去疾病經驗、價值觀（Value）及意願喜好（Preference）、對風險的態度、及所處社會環境。

2. 認知功能：許多衰弱病人也合併有認知功能缺損，可能會更難完整決策，卻可能會有更多照護需求，需要有特定適當的方法，使其能參與決策、及調整照護計畫內容。
3. 賦權／增能（Empowerment）：病人及家屬賦權增能，改善健康識能，以促成其能參與決策及參與照護，相關細節已論述於本指引第一章。

(三) 實際進行醫病共享決策時，應該要涵蓋以下過程及內容：

1. 建立合作的共享決策關係：共享決策時應先建立醫病合作關係，並在決策過程中同時強化關係，及維持適當緊密但又符合倫理的關係界線。
2. 發現需求：依據對衰弱逐步進展的評估、及對症狀和功能的周全性評估，與病人溝通、討論，共同決定照護需求。
3. 設定目標（Goal 及 Objective）：依據衰弱及需求評估，考量病人的意願與喜好，與病人共同設定照護目標。
4. 制定整體醫療及照護計畫：制定涵蓋前段內容的整體醫療及照護計畫，而在合作決策制定計畫過程要注意做到下列重點：
 - (1) 辨認各種問題及可能解決方案。
 - (2) 討論可能的決策及不確定性，提供及討論的資訊包括：各決策的可能好處、壞處或疑慮。
 - (3) 確認醫療專業人員和病人互相都對決策了解且同意。
5. 持續評估及全程醫病共享決策：醫病共享決策不是一次性的，制定及執行醫療照護計畫後，應該持續評估，發現衰弱程度或照護需求改變，不管是改善或進展惡化，都需要考量再次進行醫病共享決策，也就是衰弱到死亡照護全程都應該使用醫病共享決策²。

參考文獻

1. Amblàs-Novellas, J., Espauella, J., Rexach, L., Fontecha, B., Inzitari, M., Blay, C., & Gómez-Batiste, X. (2015). Frailty, severity, progression and shared decision-making: A pragmatic framework for the challenge of clinical complexity at the end of life. *European Geriatric Medicine*, 6(2), 189-194.
2. Society, B. G. (2015). Fit for Frailty, Part 2: Developing, Commissioning and managing services for people living with frailty in community settings.



第三章

衰弱老人安寧緩和 醫療之持續照護



第一節 衰弱老人之症狀評估及處置

臨床上發現衰弱老人之後，除了依其衰弱狀態設立適切個人化的照護目標，接下來更重要的，就是對衰弱症狀的評估與處置。根據過往的研究文獻，不管衰弱老人的預後與照護目標如何，良好的症狀控制，都能使其維持較好的功能，擁有較佳的生活品質與照護滿意度^{1,2}。

一、症狀評估及處置之重點原則

衰弱老人可能同時具有無力、體重減輕、活動力下降或疲倦等症狀，臨床上甚至還會產生疼痛、憂鬱或其他老年症候群之症狀³。對於這些可能產生的症狀，需要保持警覺，及時評估，並做出正確處置，而一旦評估後發現該衰弱狀況屬於不可逆的末期病程表現，則需適時給予安寧緩和療護之介入，減少痛苦，以身心靈舒適為主要的照護目標。

首先，在症狀評估方面，以下幾點原則可以遵循：

- (一) 症狀評估需具備周全性，除一般的病史詢問之外，衰弱老人所有的處方與非處方用藥史、物質濫用史、社會史、生活功能狀態、情緒狀態、認知狀態…等，皆須了解清楚。理學檢查、實驗室檢查與影像檢查，也要依據老人本身疾病狀況實施⁴，而這樣的周全性評估最好是例行性地執行^{3,5}。
- (二) 善用臨床評估工具，對於所有衰弱的老人，都要進行疼痛、體重減輕、無力、疲倦、喘、噁心、便秘、失眠、憂鬱、焦躁等症狀的篩檢³。
- (三) 在病史詢問方面，需盡其可能地詳盡，病史來源的取得務必包含老人本人與主要照顧者⁴，找出所有可能導致症狀的臨床原因。
- (四) 針對所評估到的症狀，需要釐清其開始發生的時間點與惡化速度。透過症狀發生前後的日常生活活動量表（ADL）與工具性日常生活活動能力量表（IADL），可以得知該症狀對生活功能的影響程度^{3,4}。
- (五) 透過頻率更密集與時間更長的醫師訪視與護理照護，或安排居家訪視、電話關心與遠距醫療的方式，增進與病人接觸的機會³，並把握機會進行症

狀評估。

其次，在症狀處置方面，以下幾點原則建議：

- (一) 對於症狀治療所使用的藥物，最好是從低劑量開始給予，且調整劑量的速度要慢（Start low and go slow），直至達到理想效果為止⁶。
- (二) 治療需持續到症狀緩解為止，但若該治療產生無法忍受的副作用，則可提早停止³。
- (三) 導致衰弱症狀的因素很多，別忘了有些症狀有可能是藥物副作用或過於嚴格的飲食限制所導致，因此，移除不必要的藥物，或解除飲食限制轉而讓衰弱老人接觸自己喜歡的食物，也可以是症狀處置的方式之一⁷。
- (四) 對衰弱老人與家屬的衛教也非常重要。除了指導他們在日常生活中如何控制症狀的技巧外，也要讓他們知道這些症狀對日常生活功能短期和長期的影響，告訴他們甚麼情況下該主動尋求醫療人員的協助，症狀急迫時該如何處理³。
- (五) 熟悉社區照護資源，並適時轉介，減輕照顧者的負擔。

有鑑於衰弱老人照護的困難性與複雜性，對其症狀的評估與處置，需要有完整的跨專業團隊，最好包括醫師、護理師、藥師、復健師、心理師與營養師³，如此才能確保達到最完整的症狀照護。最後，醫療人員對衰弱病程進入末期亦須保持警覺，當衰弱老人出現臥床時間超過一天時間的一半以上、半年內反覆住院、體重減輕、症狀無法因治療而改善等狀況，則很有可能代表需要安寧緩和醫療介入。此時應當及早轉介，除給予積極的症狀控制之外，更要提供足夠的心理、社會、靈性支持，如此才得以維持衰弱老人末期的生活品質¹。

二、衰弱老人常見症狀：體重減輕、虛弱、疲倦、疼痛、憂鬱、跌倒

老人衰弱的期程可分為前期、中期與後期，但體重減輕、虛弱、疲倦、疼痛、憂鬱與跌倒等症狀，在衰弱各期都有可能發生。雖然每一期的老人衰弱表現有所不同，照護目標各異，但共通點是每期皆須仔細評估，並即早做個別化的介

入處理，以維持好的生活品質。接下來針對上述症狀做更進一步的描述：

(一) 體重減輕

1. 症狀

體重減輕是後期衰弱老人的常見症狀，評估的方式可以使用過去一年內體重減輕的情形來做評估。若過去一年內體重減輕達到百分之五（5%）以上者，便是臨床上有意義的體重減輕⁸。除了解體重減輕的狀況，宜詢問衰弱老人的疾病史，如認知功能障礙、糖尿病、心血管疾病、中風及癌症。前述疾病與老人的營養狀況息息相關，故照護團隊需評估過去體重減輕情形、身體質量指數（BMI）、每餐進食量或管灌飲食的攝取熱量。評估是否有吞嚥困難、曾受吞嚥訓練或被診斷失智後，是否接受護理人員指導維持認知功能、行為管理技巧、日常生活安排等，都需詳細了解。進食狀況評估也需留意，是否可自行把眼前食物吃完、需要他人協助夾菜、切碎食物或需穿脫進食輔具、或完全由他人餵食⁹。

2. 處置

關於體重減輕的治療，可以考慮以下方法：

- (1) 鼓勵進食：衰弱老人常有慢性疾病，飲食可能會有一些限制，但若是後期衰弱老人發生體重減輕時，可以盡量鼓勵老人選擇自己喜愛的食物進食，以增進食慾。
- (2) 少量多餐：衰弱老人若一次進食大量食物，較易產生不適，或噁心嘔吐等症狀。鼓勵衰弱老人少量多餐進食，可減少不適症狀的產生，也可以在食物選擇上多一些彈性。
- (3) 考慮營養補充品¹⁰：衰弱老人有時牙齒咀嚼能力較為退化，對於一些固體食物較難充分咀嚼，此時可以考慮針對每位老人的慢性病和整體考量，選擇使用適合的營養補充品。
- (4) 口腔及假牙照顧：衰弱老人的口腔及假牙情形，往往對進食情形有很大影響，因此建議定期做好口腔及假牙照顧。

- (5) 詢問食物取得情形：有些老人因為經濟、身體活動等因素，食物的獲取會有困難，因此詢問食物取得情形也很重要。
- (6) 考慮使用 Megestrol¹¹：Megestrol 常用在癌因性惡病質病人的藥物，在體重減輕的衰弱老人則必須審慎使用。
- (7) 當衰弱病程進入末期，體重減輕與食慾變差已是無可避免的狀況，此時病人對於水與食物的需求不高，就算進食量少也不會感到不舒服。若勉強病人進食，不但無法延長壽命，反而可能會降低生活品質。醫療人員應與家屬溝通，說明這些症狀乃衰弱末期的疾病表現，應考慮讓病人決定自己喜歡的食物，並適量提供即可，同時鼓勵家人，除了餵食之外，可以把握時間以其他方式表達對病人的關心¹²。
- (8) 吞嚥緩慢與衰弱病程有關，主要可能原因為咽喉之吞嚥括約肌功能退化，使得咀嚼、吞嚥受影響甚至容易噎到，此時建議以稠狀食物取代流質，避免流質引起噎咳而導致吸入性肺炎，必要時建議由營養師或語言治療師介入評估及指導。使用鼻胃管灌食無法改善營養吸收、延長生命、減少吸入性肺炎，同時還可能導致相關的併發症，如身體遭受約束及產生新的壓瘡，故鼻胃管使用需審慎考量，並與老人及家屬共同討論其利弊得失。此時照顧原則建議指導照顧者可以慢慢由手餵食取代放置鼻胃管，可透過家庭會議做醫病共享決策，採用經口舒適餵食（Comfort feeding only）¹³。

（二）虛弱

1. 症狀

虛弱可以使用握力或走路速度來做評估，臨床上有關虛弱的診斷標準⁸，條列如下：

- (1) 握力下降：臨床研究使用 Jamar handheld dynamometer 測量慣用手之握力，依性別及身體質量指數（BMI）不同有不同的參考值。
- (2) 行走速度變慢：男性身高在 173 公分以下，或女性身高在 159 公分以下者，行走 15 英尺（約 4.57 公尺）費時 7 秒以上；或其他身高之老

人行走 15 英尺（約 4.57 公尺）費時 6 秒以上。

2. 處置

關於虛弱的治療，可以考慮以下方法：

- (1) 肌力訓練：肌力訓練可以增加衰弱老人的肌肉量及肌肉力量，對於虛弱症狀的改善有其幫助。
- (2) 太極拳¹⁴：太極拳在過去的研究中，證實對老人的虛弱、活動度及預防跌倒，都有其角色存在。而且太極拳發源於華人，在文化上較易被老人所接受，若和志同道合的其他老人一同訓練，可以增進老人感情的聯繫，增加心理社交支持網絡。
- (3) 考慮轉介復健：藉由復健評估或物理治療，由專業的團隊給老人建議，並從旁協助指導，在安全性和效果都有其保障。
- (4) 末期衰弱的老人，退化的肌力已屬不可逆的狀態，且臥床時間應已超過全日的一半，此時反而要著重被動運動以預防關節僵硬，並避免褥瘡與發生跌倒事件。

(三) 疲倦

1. 症狀

疲倦的症狀，可出現在三大面向：第一，在身體上會感覺非常無力無法工作；第二，在感覺上會失去動機，情緒憂鬱；第三，在認知上會出現注意力無法集中，甚至無法思考的狀況¹²。而關於疲倦的評估，可以詢問過去一週內，有多常覺得每件事都要用盡全力才能完成，或有多常覺得自己甚麼事都無法做？若回答「經常如此」或「有三天以上覺得如此」，便可判斷具有疲倦的症狀⁸。

2. 處置

關於疲倦的處置，有以下幾點建議：

- (1) 衛教以省力的方式做事¹⁵：可改善居家環境，例如把電話移到床旁，或使用床邊呼叫鈴，也可調整室內溫度至較舒適的範圍，有助節省體

力。對於日常生活必要做的事，可安排較省力的順序，例如先吃完飯，稍作休息後，再洗澡。而自己的做事習慣也要改變，例如從站著淋浴改成坐著洗澡。

- (2) 適度增加運動習慣：除了節省體力之外，增加運動亦有助提升體力並改善生活功能。建議視個人體力可承受之範圍，每週安排三到五次 20 至 30 分鐘不等的散步行程¹⁶。
- (3) 治療可逆性的疾病因素：針對原本存在的心臟衰竭、貧血、憂鬱或失眠等問題做適切治療，有助體力的改善。
- (4) 停用或減少可能導致疲倦副作用的藥物劑量：乙型阻斷劑、三環抗憂鬱劑、抗組織胺…等，皆有可能導致疲倦副作用，可視狀況停用或減少劑量。
- (5) 在末期衰弱老人，可短暫使用類固醇，如 Dexamethasone 1-2mg / day 或 Prednisone 20-40mg / day，視病人症狀改善程度與效果調整，治療期以 2-4 週為原則¹²。

(四) 疼痛

1. 症狀

疼痛是衰弱老人常見症狀，臨床上對於疼痛的評估，最常使用疼痛量表，若 0 分是完全不痛，10 分是可以想像最痛的程度，請病人在 0 分到 10 分之間為疼痛評估一個分數。另外也可以詢問過去 24 小時內，疼痛是否對日常生活造成干擾¹⁷。

2. 處置

對於疼痛的處置，可參考世界衛生組織（WHO）所倡導之原則，分別是：

- (1) 口服給藥（By mouth）：在病人吞嚥功能許可的情況下，應以口服藥物為主。
- (2) 按時給藥（By the clock）：可維持藥物在血中的穩定濃度，避免在疼痛發生時才給藥。

- (3) 依階段給藥（By the ladder）：有三階段給藥，第一階段為非鴉片類止痛藥±輔助療法。第二階段為弱鴉片類藥物±非鴉片類止痛藥±輔助療法。第三階段為強鴉片類藥物±非鴉片類止痛藥±輔助療法。其中輔助療法包括抗憂鬱劑、類固醇或肌肉鬆弛劑等。

而針對衰弱老人，尚有以下兩點需注意：

- (1) 除給予規則之止痛藥劑量外，亦需開立備用劑量，提供兩次規則劑量中間突然發生的疼痛使用。
- (2) 對於使用鴉片類藥物的衰弱老人，多數必須同時開立適當的軟便劑或緩瀉劑，以免便秘的副作用發生¹⁸。
- (3) 針對末期衰弱老人，疼痛症狀可能更為加劇，須持續密集評估疼痛狀況，並積極調整藥物劑量控制疼痛。¹⁹

(五) 憂鬱

1. 症狀

老年憂鬱症的診斷準則與其他成年人的憂鬱症相同，目前以 DSM-5 為主。老人憂鬱症的診斷率偏低，主要是因為老人就醫時常常以身體症狀為主訴，如疲勞倦怠、動作遲緩、缺乏食慾或失眠等，較少以典型情緒低落為就醫原因。研究顯示老年族群治療反應與年輕族群相同，而低診斷率使得罹患憂鬱症的老人家治療比率偏低。大型的統合分析顯示，社區老人憂鬱症接受治療的比率僅 4-37%；低治療率可能加重原本身體疾病、導致認知障礙及身體失能²⁰。

2. 處置

老人憂鬱用藥的原則與年輕族群相同，第一線用藥應選擇性血清素再吸收抑制劑（SSRI）。三環抗憂鬱藥物（TCA）副作用多，目前已非第一線用藥。老人需要比年輕人更久的時間才能夠對藥物有所反應，也需要較長的時間來達到明顯的改善，通常調整藥物之後，要 4 到 6 個星期才能看到藥物的效果。抗憂鬱藥物使用需持續多少時間目前尚無定論，若是第一次發作，一般建議可在憂鬱症狀緩解一年後停用，若發作過兩次，

則藥物可在憂鬱症狀緩解二年後停用，以避免憂鬱症復發^{20,21}。

針對嚴重衰弱老人族群，因為多重疾病及多重用藥，使用抗憂鬱劑必須考慮藥物交互作用及副作用。尤其末期衰弱老人，若預期餘命不超過一個月，則不建議使用抗憂鬱劑¹²。此時，運用心理治療、行為治療、音樂治療、藝術治療或芳香療法，則是另外一種治療的選擇。治療期間，應安排定期追蹤，也可提供病友支持團體的資訊。

在憂鬱緩解的期間，更需要積極進行生活、環境、家庭與心理上的調整與改變，盡量解除各種可能造成憂鬱症的心理壓力，以減少憂鬱症復發的機率^{20,21}。

(六) 跌倒

1. 症狀

跌倒是常見老人症候群之一，在衰弱族群中，跌倒盛行率大幅提升。過去大型的前瞻性研究指出衰弱是預測跌倒的獨立因子。跌倒與衰弱兩者具有相同特徵，都是非單一因子所導致，皆代表身體多重生理功能衰退。因此，針對跌倒需考量平衡及安全的評估重點有：是否能維持坐姿平衡（在沒有靠背支撐的狀況下）、維持站立平衡、在過去 12 個月中是否跌倒或摔倒過、現在移位或走路時是否有困難如：頭暈、不穩或不安全；日常活動是否因擔心跌倒而不敢做？（如：不敢獨自出門、在家走動或自己洗澡）；是否能認識大部分於日常生活中的危險來源，或是常會碰到的危險（尤其是住家環境中會出現的危險），卻常不認為那是危險。個案居住處是否有任何環境上的障礙會影響到日常生活，如上下樓梯不便以致於不便就醫；使用助行器或輪椅，室內走道過於狹窄或有阻礙；居家空間不夠置放額外的醫療設備或器材（如：病床、呼吸器）等⁹。前述種種因素，常使得老年族群無法面對外在的挑戰及壓力²²。

2. 處置

老年族群跌倒原因包含內在及外在原因。內在原因包括老化導致平衡感變差、下肢肌力不佳、視聽覺退化、心肺功能的衰退、急慢性疾病（例

如感染、脫水、心律不整）及認知功能下降。外在因素常見的有多重藥物使用、環境因素（如地面濕滑）及穿著不適當的鞋子等²³。

針對衰弱族群，預防跌倒的介入方式包括運動訓練維持肌力、避免多重藥物使用、使用維生素 D 增加骨質密度與改善肌力、及改善居家環境空間（改善採光及動線、廁所增加止滑墊、樓梯及浴室增設扶手）等。跌倒後若臥床時間增加，會導致老人疼痛、焦慮、憂鬱、無助感及社會隔離。此時，適時評估老人疼痛狀況、提供止痛藥物、及發掘情緒轉變並提供情緒支持，都是重要的處置。為減少臥床所衍生的副作用（如褥瘡），透過多團隊介入，可以教導照顧者正確的轉位姿勢、協助選用合適的輪椅及輔助用具（頭靠或是骨盆帶使用）以減少老人自輪椅滑落、並建議選擇方便老人移動的電動床鋪²³。

老人跌倒的預防及後續照顧並不容易，因其牽涉許多內在及外在因素之間的複雜交互作用，需要跨專業的團隊合作，共同進行介入。建議醫療照顧者設計規劃後，最好再經模擬練習，更能促進實用、便利和未來遵行性^{3,8,9,24,25}，才能提供老人妥善的照顧、預防再次跌倒、減少失能。

三、舒適照護

舒適照護在症狀護理中扮演重要角色，可促使需求獲得滿足，症狀控制達加值效果。臨床上舒適照顧是照顧病人最基本的需求，它兼具具體性、個別性及創造性的護理，亦即是提供非藥物或輔助療法等處置後，達到身體、心理、社會及靈性面之舒適，沒有痛苦或受苦情境，其需求獲得滿足，有被關懷、內在平和的感受^{26,27}。以下針對衰弱老人的身體照顧及照顧者負荷，說明醫療團隊可以如何提供照顧。

（一）身體照顧

失能者因為身體退化產生依賴，相對的身體照顧更為重要。照顧者應認知其為失能的自然病程，而非病人無能、反抗或家屬照顧不佳導致。此階段最重要在於安全、尊重病人意見，做任何處置前應詳加說明，並思考哪些是病人可以做到、哪些做不到的部分再協助幫忙，需留意身體照顧過程中

如何增加病人的成就感和自我價值^{6,28}。

1. 口腔照顧：

口腔健康是整體健康狀況的重要組成部分，牙齒、口腔健康與營養相關聯，加上吞嚥功能及腸胃道蠕動退化，可能影響味覺障礙、咀嚼及營養水分攝取，乃至於體重減輕²⁹。評估重點應著重口腔是否有破皮、出血、舌苔、乾裂破皮、黴菌感染、咬合狀況，也需了解口腔清潔為自行完成、需要部份協助或完全依賴。

口腔護理也是舒適護理照顧重點，需要部份協助或完全依賴之老人，可選擇合適溶液如茶葉水或檸檬水等，運用軟毛或海綿牙刷來做清潔，可刺激舌頭味覺、清潔並保持口腔濕潤及味覺。若牙關緊不易打開者，可採坐姿，頭側向照顧者方向，下巴置放彎盆及毛巾，可用灌食空針或10-20cc 空針（去除針頭）沖洗口腔，運用牙科吸唾管接抽痰機抽出髒液。口腔乾裂破皮可以使用凡士林或護脣膏²⁶。

2. 皮膚照顧：

執行皮膚照顧前，需評估現在皮膚狀況（乾燥、瘀青、丘疹、疥瘡或傷口），是否總是暴露於潮濕或整天包尿布等。日常生活自我照顧如自行洗澡、個人修飾（洗臉、刷牙、梳頭及刮鬍子修飾）、穿脫衣服、大小便上廁所，是否能自行完成、部份協助或完全依賴家人協助；若為需要協助者，則需了解協助方式及頻率，皮膚照顧方面有哪些困擾或希望提供協助的部分⁹。

衰弱老人皮膚脆弱且薄，照顧重點為皮膚清潔、檢視皮膚狀況及預防褥瘡。可定期更換尿布保持乾爽，適時塗抹乳液預防乾燥；氣墊床不建議充氣太飽，易導致接觸皮膚的表面壓力高而更易產生褥瘡。翻身技巧是舒適照顧基本功，也是一種非藥物治療。翻身過程中應需顧及病人感受避免不安，宜向病人說明後並在病人視野範圍內進行翻身及移位，需指導照顧者熟悉不同臥位所產生褥瘡部位，在每1-2小時翻身時，應細心做皮膚檢查²⁶。翻身時，也可藉由輔助療法提升病人心身舒適度，如運用

各式不同形狀大小枕頭支托肢體，利用乳液或按摩精油在肩頸腰背處輕揉、揉捏肌肉，可以提供病人喜愛的音樂或照片，藉此放鬆及創造病人與家屬過去之互動及回憶過去點滴，進行生命回顧。

3. 肢體活動：

評估重點包括衰弱（SOF，請見本指引第二章第一節），及關節活動度是否僵硬而受限制，影響日常生活，如做被動運動時手或腳無法拉直，腳踝受限，站在地上腳跟踩不到地，包尿布不好包。若關節活動度僵硬，老人是否可接受復健治療或照顧者是否接受過被動運動等相關指導。日常生活功能（ADLs）及工具性日常生活功能（IADLs）狀況也需評估，ADL 如移位、走路及上下樓等；IADLs 如使用電話、服用藥物、處理財務（郵局提存款、帳單、日常購物給錢找錢）、準備餐食、處理家事、洗衣服（含晾曬衣服）、外出活動等。上述活動近期內是否有任何變化，哪些為自行完成、部分需要協助或完全依賴⁹。

平日也可依病人病況及體力，搭配簡單被動運動或關節活動，應以支托四肢輕柔移動，勿抓握或拖拉肢體引起疼痛或皮膚破皮，適度伸展四肢關節^{26,30}，需要時可轉介物理或職能治療師，共同設計合適的照顧計畫或活動方式，維持原有關節功能，進而延緩失能。此時提供照顧者關節及肢體活動照顧技巧是很重要的環節，藉由示範及回覆示教方式，觀察及追蹤家屬學習能力及執行困境，利於滾動式修改照顧策略。

(二) 安全看顧及預防跌倒

衰弱老人平均約 73.4%伴隨失能或多種合併症，且與肌少症也有相關性，因此照顧複雜度相對高。

衰弱病人特性為步態緩慢、行動能力及肌肉力量下降，而導致常發生跌倒事件。據調查 65 歲以上老人因受傷住院，約有 80%來自於跌倒，故預防跌倒及安全看顧為優先照顧重點。除評估可能造成跌倒風險因子、協助調整會增加跌倒風險的藥物、提高病人預防跌倒措施之遵從醫囑性、評估介入措施有效性、跌倒發生時評估原因。檢視居家環境及平時活動動線、明

亮度等，需留意防滑及無障礙環境，移位過程是否有門檻、無安全之支撐物，必要時加裝燈光、扶手、輔具、增高座椅、馬桶增高器，讓病人站起移位時較不費力。病人移位或下床活動，應避免獨自完成，適時在旁陪伴或協助，以達安全看顧之原則。

(三) 照顧者負荷

據中華民國家庭照顧者關懷總會 2007 年調查，臺灣七十六萬名失能、失智及身心障礙者，約一成五使用政府長照資源服務，近三成聘用外籍看護工，逾五成完全仰賴家庭成員照顧。從上述調查可以發現，照顧者鮮少使用相關長期照顧服務資源，加上照顧者面對自我身體、心理、工作、社交、經濟和家庭關係等壓力負荷，醫療人員應多提供相關照顧資源，讓照顧者有更多喘息機會及減輕負荷。照顧者壓力負荷亦與照顧品質息息相關，照顧品質是來自於照顧者、被照顧者與照顧情境之間互動的結果。照顧團隊應提供照顧者必要的知識、技能與資源，於照顧經驗中建立常規、賦予照顧意義或感受快樂的過程^{31,32}。

1. 利用家庭會議，了解病人與家屬對於未來可能出現的問題、照護擔憂和困境，讓病人及家屬能表達想法（含舒適及症狀照護）並尊重其意願共同討論³³，此時醫療團隊應提出後續病程可能出現的症狀、照顧方式，提供病人家屬做共享決策，並擬定各項照顧計畫，藉由家庭會議讓醫療團隊、病人及家屬共識，也可減輕照顧者壓力、焦慮、自責等情緒，有助於照顧者後續之悲傷撫慰和調適³。
2. 資源連結：

國人平均長期照顧需求時間約 7.3 年，相對的對於家庭照顧者是沉重的負擔，加上照顧者使用政府長照資源鮮少，很少獲得來自健康照顧體系非正式的支持，照顧相關知識及選擇亦相對較為有限。醫療人員除了針對訪視或臨床上觀察的問題提供處置外，應發揮個案管理師的角色，主動聯結及預防未來可能發生的問題，提供指導及適切的照顧。醫療團隊應辨識衰弱老人之家庭，可以提供支持系統或社區可能協助之人力，依不同縣市申請老人福利、長照（照顧服務、無障礙環境、交通接送）、健

保（居家醫療、營養、復健、社工、心理師等）、診所或衛生所、社區資源（如民間福利團體、宗教師、志工、喘息服務、經濟補助、家屬支持團體等），並依病人身體不同狀況，評估安寧緩和療護需求並轉介安寧療護團隊，提供完善之末期照顧^{31,32,34}。

參考文獻

1. Bookbinder, M., Coyle, N., Kiss, M., Goldstein, M. L., Holritz, K., Thaler, H., . . . Portenoy, R. K. (1996). Implementing national standards for cancer pain management: program model and evaluation. *J Pain Symptom Manage*, 12(6), 334-347; discussion 331-333.
2. Morrison, R. S., Magaziner, J., McLaughlin, M. A., Orosz, G., Silberzweig, S. B., Koval, K. J., & Siu, A. L. (2003). The impact of post-operative pain on outcomes following hip fracture. *Pain*, 103(3), 303-311.
3. Boockvar, K. S., & Meier, D. E. (2006). Palliative care for frail older adults: "there are things I can't do anymore that I wish I could . . . ". *Jama*, 296(18), 2245-2253.
4. Agarwal, K., & Bruera, E. Failure to thrive in older adults: Evaluation.
5. Bandeen-Roche, K., Xue, Q. L., Ferrucci, L., Walston, J., Guralnik, J. M., Chaves, P., . . . Fried, L. P. (2006). Phenotype of frailty: characterization in the women's health and aging studies. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 61(3), 262-266.
6. Koller, K., & Rockwood, K. (2013). Frailty in older adults: implications for end-of-life care. *Cleve Clin J Med*, 80(3), 168-174.
7. Agarwal, K., & Bruera, E. Failure to thrive in older adults: Management.
8. Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., . . . Cardiovascular Health Study Collaborative Research, G. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 56(3), M146-156.
9. 衛生福利部. (2017). 照顧管理評估量表. Retrieved from <https://www.mohw.gov.tw/dl-15878-85fb3fa5-9172-431a-986e-35d16c6ff701.html>
10. Milne, A. C., Potter, J., Vivanti, A., & Avenell, A. (2009). Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition. *Cochrane database of systematic reviews*(2).
11. Reuben, D. B., Hirsch, S. H., Zhou, K., & Greendale, G. A. (2005). The effects of megestrol acetate suspension for elderly patients with reduced appetite after hospitalization: a phase II

- randomized clinical trial. *J Am Geriatr Soc*, 53(6), 970-975.
12. 王英偉. (2000). 安寧緩和醫療臨床工作指引. 台北: 安寧照顧基金會.
 13. Palecek, E. J., Teno, J. M., Casarett, D. J., Hanson, L. C., Rhodes, R. L., & Mitchell, S. L. (2010). Comfort feeding only: a proposal to bring clarity to decision-making regarding difficulty with eating for persons with advanced dementia. *J Am Geriatr Soc*, 58(3), 580-584.
 14. Wolf, S. L., Sattin, R. W., Kutner, M., O'Grady, M., Greenspan, A. I., & Gregor, R. J. (2003). Intense tai chi exercise training and fall occurrences in older, transitionally frail adults: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc*, 51(12), 1693-1701.
 15. Reuben, D. B., Herr, K., Pacala, J., Pollack, B., Potter, J., & Semla, T. (2006). *Geriatrics At Your Fingertip?*, 2006-2007 Edition (8th ed.). New York: American Geriatrics Society.
 16. Agency for Healthcare Research and Quality and the Centers for Disease Control. (2002). *Physical Activity and Older Americans: Benefits and Strategies*. Retrieved from <http://www.ahrq.gov/legacy/ppip/activity.htm>
 17. Serlin, R. C., Mendoza, T. R., Nakamura, Y., Edwards, K. R., & Cleeland, C. S. (1995). When is cancer pain mild, moderate or severe? Grading pain severity by its interference with function. *Pain*, 61(2), 277-284.
 18. Persons, A. G. S. P. o. P. P. i. O. (2002). The management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc*, 50(6 Suppl), S205-224.
 19. 台灣安寧緩和醫學學會. (2019). 安寧緩和醫療末期病人鴉片類藥物臨床使用手冊. 新北市: 合記圖書出版社.
 20. Kok, R. M., & Reynolds, C. F., 3rd. (2017). Management of Depression in Older Adults: A Review. *Jama*, 317(20), 2114-2122.
 21. 莊凱迪, & 蔡佳芬. (2008). 老年人的憂鬱症. [Depression in the Elderly]. 台灣老年醫學暨老年學雜誌, 3(4), 239-247.
 22. Nowak, A., & Hubbard, R. E. (2009). Falls and frailty: lessons from complex systems. *J R Soc Med*, 102(3), 98-102.
 23. 李宗育, 陸鳳屏, & 詹鼎正. (2014). 老年人跌倒之危險因子、評估、及預防. [Risk Factors, Evaluation and Prevention of Falls in Older Adults]. 內科學誌, 25(3), 137-142.
 24. 劉家勇. (2015). 社區獨居老人社會照顧模式之研究：以台灣及日本在宅服務方案為例. [Social Care Programs in Communities for the Elderly Living Alone: A Comparative Study between Taiwan and Japan]. 台灣社區工作與社區研究學刊, 5(2), 49-99.

25. Kannus, P., Parkkari, J., Koskinen, S., Niemi, S., Palvanen, M., Jarvinen, M., & Vuori, I. (1999). Fall-induced injuries and deaths among older adults. *Jama*, 281(20), 1895-1899.
26. 趙可式. (2014). 照護基本功：趙可式教授實作教學（含影音教學光碟）. 臺北市: 華杏.
27. 蔡佳玲, 李雅玲, & 胡文郁. (2012). 舒適之概念分析. [Comfort: A Concept Analysis]. *護理雜誌*, 59(1), 77-82.
28. 柯莉珊. (2013). 老人衰弱之概念分析. [Frailty in the Elderly: A Concept Analysis]. *護理雜誌*, 60(1), 105-110.
29. Castrejon-Perez, R. C., & Borges-Yanez, S. A. (2014). Frailty from an Oral Health Point of View. *J Frailty Aging*, 3(3), 180-186.
30. 吳雅汝, 周怡君, & 詹鼎正. (2014). 文獻回顧－肌少症與衰弱症. [Review: Sarcopenia and Frailty]. *內科學誌*, 25(3), 131-136.
31. 邱啓潤, 許淑敏, & 吳瓊滿. (2002). 主要照顧者負荷、壓力與因應之國內研究文獻回顧. [Literature Review of Primary Caregivers' Burden, Stress and Coping in Taiwan Research]. *醫護科技學刊*, 4(4), 273-290.
32. 陳正芬. (2013). 我國長期照顧體系欠缺的一角：照顧者支持服務. *社區發展季刊*, 141, 203-213.
33. World Health Organization. (2004). Palliative Care: the needs and rights of older people and their families. In E. Davies & I. J. Higginson (Eds.), *Better Palliative Care for Older People* (pp. 18). Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe.
34. 衛生福利部國民健康署. (2014). 民國一百年台灣地區中老年身心社會生活狀況長期追蹤（第七次）調查成果報告. 臺北市: 衛生福利部國民健康署.

第二節 衰弱老人之心理社會需求與支持

衰弱老人雖然有著衰弱、老化的標籤，但最重要的還是「人」，需要自主性與尊嚴。研究顯示許多心理社會預測因子與較低的衰弱風險（Frailty risk）有關，其中個人的主觀控制感（Perceived control）被認為是非常重要的因素，而正向情緒亦被認為是重要的保護因子。因此，在衰弱老人之心理需求與支持上，提出下列兩個原則。（1）增進照護對象之控制感，或至少要避免減損之。照護過程中，建議以照護對象為中心，鼓勵其參與自己相關的生活、照護及醫療決策，避免因照護上的方便、效率，而減損其控制感。（2）增進個人心理安適感、幸福感（Psychological well-being）。建議多關注於照護對象個人相對的優勢能力，而避免過度聚焦於能力上的退化、失去，以及相關的醫療問題。

老人健康照護中社會環境因素同時需要關注，這些因素影響著病人和家庭功能以及生活品質。安寧緩和醫療跨專業團隊與病人和家屬合作，可運用支持病人與家屬的優勢觀點，和他們一同解決問題與滿足需求。

一、從個人心理社會發展的角度來看「衰弱」

如前面章節所述，「生理衰弱（Physical frailty）」之基本定義是一種「與年齡相關的臨床狀態，主要特性為多重生理系統（Multiple physiologic systems）之功能性資源（Functional reserves）減少，而使個體之易受害性（Vulnerability）增加，維持體內恆定（Homeostasis）的能力降低」¹。雖然在操作型定義上有歧義，有些學者認為衰弱是一種臨床上的「表現型（Clinical phenotype）」，有些學者認為衰弱反應的是一種「損傷的累積（Accumulation of deficits）」，但一般都接受「衰弱」是一個界於「老年病症候群（Geriatric syndromes）」與「不良預後」之間的階段。若沒有適當且有效的處預（Intervention），衰弱可能導致許多不良的後果，例如住院、失能、存活時間減短、及死亡²。因此，以生理上的角度來看，衰弱被認為是失能前的「轉折點（Turning point）」，若能恰當的偵測此狀態並提供適當的協助，理論上將能有效改善老人的生活品質。

然而，單以生理衰弱的角度思考，不一定能有效改善衰弱狀態或避免衰弱狀態的惡化。在臨床處預的過程中，有些衰弱老年人過度擔心自己身體的狀況或認

知功能退化，有些情緒過於平淡或激動，有些不願意改變可能對身體有害的生活方式，有些人甚至沒有太強的求生意志（Will to live），造成給予臨床協助上的困難。因此，我們認為應該考慮心理因素在此歷程中的影響。

從「人」的觀點來看，「衰弱」應放在「老化」的脈絡中討論，而「老化」則是人類「發展」連續向度中的晚期。以著名的 Erikson³ 的社會心理發展階段論來看，人類發展的基本概念是「個人在成長的過程中，必然會面對許多內在和外來的衝突，這些衝突本身即可說是一種於不確定中尋找確定的歷程，例如「我能相信這個世界嗎？（基本信任與不信任）」、「我是誰？（自我認同與角色混淆）」等。而一個有活力的人在經歷這些危機（Crisis）的過程中，會一再的從每次面對危機的經驗之中，增加自己的內在一致感、增進自己好的判斷能力以及自己「做得好（To do well）」的能力」，因而發展出了基本的信任、自主性（Autonomy）、以及自我（Identity），從小到大的成長過程中漸漸的習得了控制感（Sense of control）。但因為人類生命進入較後期時，「失去」容易比「獲得」多，所以本已發展出來的控制感可能會受到影響。Balte⁴ 所提出的「選擇、最佳化以及補償（Selection, optimization with compensation，簡稱 SOC）」模式認為，當沒有足夠的資源達成所有的目標時，個人會「選擇」某些目標，將擁有的資源針對這些目標作「最佳化」的利用，並以其他方式來「補償」已失去的功能。所以到了老年期，人除了要繼續「成長」，努力「維持或修復」本來擁有的能力，還要多學習「如何控制失去」。這樣的失去充滿了不確定性，我們不確定何時會失去什麼，又會失去多少；而且這些失去不單來自於個人之外，例如因親友過世而使我們的社會網絡及支持變少，或因老年退休而減少了資源的獲取，更有來自理論上自己最能夠控制的個人內在問題，例如身體功能與認知功能的衰退等等。而「衰弱」的狀態則可能更進一步的讓個人認識到自己「失去控制」。

二、控制感及衰弱

有不少實徵研究支持「主觀控制感」是老化相關生理與心理功能退化的保護因子，例如記憶力、功能性健康、甚至死亡風險^{5,6}。從壓力觀點來看，較佳之主觀控制感可能反映出個人能對生活中的壓力源有較為適當的因應，有較好的情緒

調節（Emotion regulation）能力，並因此可能有較佳的健康狀態⁷。此外，較佳的主觀健康與較多正向情緒和較少負向情緒有關⁸。而亦有相關研究支持前述這些心理因素都可能與衰弱有關，例如 Gale 等人⁹的研究即支持「心理安適感（Psychological well-being）」與較低的衰弱風險有關。

近年亦有系列研究直接探討主觀控制感與衰弱的關聯性，其中一篇研究¹⁰利用了美國「健康與退休研究（Health and Retirement Study）」長期追蹤資料，探討在八年期間（ $n = 2172$ ，共三波資料，每波間隔四年）主觀控制感與衰弱的相互影響性。研究結果發現，在控制了相關人格因素等變項後，起始時有較高的主觀控制感（ $OR=.74$ ）以及在主觀控制感上有較多的正向改變（ $OR=.82$ ），與八年間較少的衰弱惡化有關。該研究進一步交互影響分析（Cross-legged analysis）的結果顯示，主觀控制感除了本身的預測力之外，亦可透過正向情緒、負向情緒與自評健康的中介來預測衰弱惡化，而同時主觀控制感亦為正、負向情緒預測衰弱惡化的中介因子。換句話來說，若個人有較佳的主觀控制感、正向情緒、自評健康，以及較少的負向情緒時，八年後衰弱惡化的情況會較少；而當負向情緒較高，正向情緒較少時，較佳的主觀控制感亦能作為緩衝，能修緩八年後衰弱惡化的情況。此系列研究直接反映出「主觀控制感」可作為衰弱的保護因子，並建議增進或維持個人的主觀控制感，將有助於減低衰弱等健康問題的發生風險，並能有較佳之健康預後。

然而，醫療系統的「照顧」，卻反而有可能破壞個人的「控制感」，甚至讓人喪失尊嚴。例如 Bayer 等人¹¹的研究結果大致上反應出老年人需被他人尊重，也需要自己尊重自己，當他人不「承認（Recognize）」其身份，而有忽略、羞辱、或侵犯其隱私時，當然會覺得不被尊重，且連帶影響對自己的自尊。當缺乏或被剝奪參與（Participation）的機會時，亦會傷害其尊嚴，使個人的自主性下降，並會感受到自己並非被公平（Equality）的對待。而在照護情境下「尊嚴」則更是脆弱，「獨立自主」能力減弱對尊嚴不啻是重大打擊，而家人及醫療專業人員的態度對受照顧者的尊嚴影響亦非常關鍵，連帶也會影響照護的效果。例如不稱呼受照顧者的名字，而是用「親愛的（Dear）」；不讓受照顧者來照顧自己，而是把他當無行為能力者，像照顧小孩般（Patronizing）什麼都幫他處理；

只給予指令，或甚至只給負責照顧他的人相關的指令，把受照顧者當隱形人等，這些沒有將需要某些程度照顧、協助的老年人視為一「個人」，並不尊重其「自主性」的作為，雖然可能有其照顧或醫療上的功能性，但對「人」來說，則可能有相當負面的影響。而當「個人身份的尊嚴」受到威脅與破壞時，例如「我是不是還算是一個人？」「別人有沒有把我當成是一個人？」，亦可能再對其自主性、控制感產生負向的影響。此時，緩和療護的介入，提供病人在面臨生命末期時照顧方式的選擇，則可能增進其自主性與控制感。

三、心理相關臨床指引

依據前述文獻回顧，本臨床指引提出以下二大原則以及一附加建議供參考：

- (一) 原則一：增進照護對象之控制感，或至少要避免減損之。照護過程中，建議以照護對象為中心，鼓勵其參與自己相關的生活、照護及醫療決策，避免因照護上的方便、效率，而減損其控制感。

說明：在增進「控制感」上，最基本的是要讓個人覺察自己有能力、有權力決定與自己相關的事物。如同 WHO 於 2015 提出的「老化與健康之全球報告」¹² 中強調，維持老年人選擇的能力與權力，特別是相對較弱勢的老人來說，是非常關鍵的議題。故主張應增能賦權（Empower）予老年人，以維持對他們生活的控制感，並做出對他們的權益來說最好的決定。

注意：此處之增能賦權並非將醫療照護責任完全交由照護對象來決定，而是在符合醫療專業倫理的情況下，與照護對象共同討論，並進行相關決定。例如照護對象可能因各種心理社會因素不想服用某些在醫療上必需的藥物，我們不應貿然同意其要求，而是應與其討論，理解此行為背後的心理社會因素，並試著就這些因素來進行調整。

- (二) 原則二：增進照護對象心理安適感、幸福感（Psychological well-being）。建議多關注於照護對象個人相對的優勢能力，而避免過度聚焦於能力上的退化、失去，以及相關的醫療問題。

說明：因生物醫學模式較習慣「找問題」然後「解決問題」的基本邏輯，容易聚焦於「問題」、「疾病」、與「失能」上。然而在安寧緩和醫療上，我們所照護的對象常常面對的是相對難以改善的問題，因此若過度聚焦於這些部份，容易產生「無望感」與負向情緒。因此，若想試圖增進照護對象的心理安適感、幸福感，建議可以藉由關注照護對象個人較為正向的生活經驗、面對生活的努力，或其優勢能力，並可以增加照護對象之正向情緒作為指標。

注意：此處「避免過度聚焦於相關的醫療問題」並非指忽略對照護對象相關之醫療問題，強調正向情緒亦非指應忽略負向情緒。例如憂鬱情緒（或憂鬱症）即被認為是與衰弱有高相關的心理議題^{13,14}，不僅是衰弱者會有較高比率有憂鬱相關問題，憂鬱者亦有較高比率會衰弱，這亦需要我們的關心與注意。此原則是強調避免習慣過度關注於負向，而忽略人「正向」的部份，因為整個社會對「老」及其相關的概念，確實經常抱持有「負向」的態度¹⁵。

（三）附加建議：

適當的轉介時機：有需要時可轉介臨床心理師提供協助，如需相關資源，可洽詢各縣市衛生局處或臨床心理師公會，或參考我國臨床心理師公會聯合會網站（<http://www.atcp.org.tw/>）所列出的相關資源。

四、環境與社會層面的照護重點¹⁶

為確保可以直接或間接與其他服務提供者一同合作，以解決影響病人和其家庭生活品質與福祉的社會層面不良因素，團隊需要有相當的技能和資源，運用以病人和家庭為中心的觀點，發展適合的方法進行評估，擬定照護計劃，管理和提供照護服務。

（一）需篩選和評估病人和其家庭的社會支持、社會關係、資源和照護環境，以提高其因應能力和生活品質。其指引重點如下：

1. 了解病人或法律決策者的角色，確定誰可以參與評估和照護過程，以及

他們的參與程度。

2. 在接受治療的環境中，發掘其文化層面的需求和進一步評估其特性。
3. 整體社會層面的評估應包括：
 - (1) 家庭結構和功能，包括角色、關係品質、溝通模式、決策偏好，以及相關委託、監護宣告等人員的評估。
 - (2) 家庭的優勢、彈性、社會和文化支持，以及靈性需求。
 - (3) 支持系統提供喘息的狀態，協助與處理家務的情形，防範其落入社會弱勢的能力。
 - (4) 疾病或虛弱對親密性的表達，疾病與失落的經歷，虐待、忽視或剝削的風險，監禁或社會孤立的風險。
 - (5) 影響日常生活活動（ADL）、日常生活工具（IADL）和認知活動的功能與其限制。
 - (6) 病人或家庭成員就學，就業或職業角色，娛樂活動和經濟安全的變化。
 - (7) 生活安排和生活環境對家庭生活品質的影響，包括安全問題。
 - (8) 病人和家屬對照護需求的看法，包括照護人員的可用性和能力。
 - (9) 需要調適的環境與設備，家庭環境改善或運輸。
 - (10) 財務的壓力（例如，支付租金或抵押、償還帳單的能力）。
 - (11) 處方藥和非處方藥費用的給付能力。
 - (12) 營養需求和飲食安全程度。
 - (13) 預立照護計劃和法律問題。
 - (14) 照護的倫理、道德和法律諮詢需要。
 - (15) 照護者的支持與認知程度，其理解社會服務提供的認識與接受度、處理保險與醫療信息的能力、提出問題和表達需求的能力、遵從醫囑與治療方案的能力。
 - (16) 有願意參與或接受資源和轉介的能力。

(二) 讓病人和家屬保持參與，共同擬定滿足社會需求，並訂出符合其目標的照護計劃。照護計劃內容應包括：

1. 反映病人和家庭文化、價值觀、優勢、目標和偏好，這些可能隨時間而變化。
2. 評估不利於病人保持獨立及與家人和朋友聯繫的因素。
3. 討論家庭成員的角色和貢獻，提供給家庭的支持類型和來源。
4. 確定社區服務提供者及其照護類型和數量。
5. 確定每個目標的具體結果。

(三) 協調照護團隊之間的合作，滿足病人和家屬的社會需求，根據需要提供資源和服務的轉介，持續提供照護直到病人善終，確保每位病人的文化和心理社會發展需求之特性，肯定病人己身是社會照護方面的主人與專家。

(四) 附加建議：

安寧緩和醫療應包括具有專業知識和經驗的社會工作師（員），可以提供以下的角色與功能：

1. 評估和支持照護的情感需求，並改善其生活品質。
2. 識別和解決嚴重疾病的社會不良狀態。
3. 引入社區資源的服務和支持，並與外部服務組織或團隊合作及協調。
4. 應用管理與協調技術進行資源連結與轉介。

參考文獻

1. Fried, L. P., Xue, Q. L., Cappola, A. R., Ferrucci, L., Chaves, P., Varadhan, R., . . . Bandeen-Roche, K. (2009). Nonlinear multisystem physiological dysregulation associated with frailty in older women: implications for etiology and treatment. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 64 (10), 1049-1057.
2. Inouye, S. K., Studenski, S., Tinetti, M. E., & Kuchel, G. A. (2007). Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *J Am Geriatr Soc*, 55(5), 780-791.
3. Kemph, J. P. (1969). Erik H. Erikson. Identity, youth and crisis. New York: W. W. Norton Company, 1968. *Behavioral Science*, 14(2), 154-159.
4. Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny. Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *Am Psychol*, 52(4), 366-380.
5. Chipperfield, J. G., Campbell, D. W., & Perry, R. P. (2004). Stability in perceived control: implications for health among very old community-dwelling adults. *J Aging Health*, 16(1), 116-147.
6. Infurna, F. J., & Gerstorf, D. (2014). Perceived control relates to better functional health and lower cardio-metabolic risk: the mediating role of physical activity. *Health Psychol*, 33(1), 85-94.
7. Robinson, S. A., & Lachman, M. E. (2017). Perceived Control and Aging: A Mini-Review and Directions for Future Research. *Gerontology*, 63(5), 435-442.
8. Infurna, F. J., & Mayer, A. (2015). The effects of constraints and mastery on mental and physical health: Conceptual and methodological considerations. *Psychol Aging*, 30(2), 432-448.
9. Gale, C. R., Cooper, C., Deary, I. J., & Aihie Sayer, A. (2014). Psychological well-being and incident frailty in men and women: the English Longitudinal Study of Ageing. *Psychol Med*, 44(4), 697-706.
10. Elliot, A. J., Mooney, C. J., Infurna, F. J., & Chapman, B. P. (2018). Perceived control and frailty: The role of affect and perceived health. *Psychol Aging*, 33(3), 473-481.
11. Bayer, T., Tadd, W., & Krajcik, S. (2005). Dignity: The voice of older people. *Quality in Ageing and Older Adults*, 6(1), 22-29.

12. World Health Organization. (2015). World report on ageing and health: World Health Organization.
13. Mezuk, B., Edwards, L., Lohman, M., Choi, M., & Lapane, K. (2012). Depression and frailty in later life: a synthetic review. *Int J Geriatr Psychiatry*, 27(9), 879-892.
14. Soysal, P., Veronese, N., Thompson, T., Kahl, K. G., Fernandes, B. S., Prina, A. M., . . . Stubbs, B. (2017). Relationship between depression and frailty in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev*, 36, 78-87.
15. Kite, M. E., Stockdale, G. D., Whitley Jr, B. E., & Johnson, B. T. (2005). Attitudes Toward Younger and Older Adults: An Updated Meta-Analytic Review. *Journal of Social Issues*, 61 (2), 241-266.
16. National Coalition for Hospice and Palliative Care. (2018). Clinical practice guidelines for quality palliative care (4th ed.): National Consensus Project for Quality Palliative Care.

第三節 衰弱老人之靈性需求與關懷

衰弱老人的照護，除了生理衰弱外，心理層面及靈性需求也是需要醫療照護人員或是看護人員評估與照護的一環，每個老人的靈性需求皆不同，舉凡面對疾病失能的害怕恐懼感、失落感或是與家庭社會問題等，照護同仁可透過靈性評估工具來列出老人最需要幫助的部分，並可依照評估內容作出靈性關懷的照護計畫，以期達成「以個人為中心」提升生活品質與最適老化的目標。

一、引言¹⁻⁷

西方靈性照顧服務對靈性定義為「在人類尋找生命意義相關的過程中，所抱持的信仰、價值以及實踐。」對某些人而言，靈性可以藉由病人參與結構性的宗教來表現，亦或是透過病人的個人特質、人際關係、人生觀、價值觀或者人生哲學來呈現。

本土化靈性照顧架構目前著重於末期疾病臨終安寧療護，追求的目的為善終。在此概念下，若老人提早接觸靈性照護，在其老化的過程中，一路有專業人員協助其面對疾病、老化與死亡，以及與家屬一起面對生死離別的課題，能使靈性照護達到「以病人為中心的全人、全家、全隊及全程照護」。

「衰弱老人」可以從生理層面及心理層面來解讀，生理層面的衰弱代表身體逐漸老化、漸漸失去原有年輕時的能力及體力；心理層面的衰弱則囊括了生活上的許多挫折，諸如面對自身能力不如以往、生活起居需要別人照顧、各種病痛纏身、以及離死亡時刻越來越近等等。這些身心退化的過程皆使老人生活品質逐漸降低，從許多老人身上即漸漸可察覺出抑鬱的端倪。因此，要幫助老人從面對死亡、疾病與種種失落的痛苦中找到生命的意義與價值，以及從信仰和傳統文化中找尋智慧；「靈性自我提昇」是一門很大的人生課題，而「人生如何圓滿的落幕」這道題也只能每個人自己解答。

二、靈性需求與課題

人的一生從出生、成長，面對疾病、衰老，直至面對生命將盡以及死亡，對

於靈性需求是隨年齡增長而逐漸增加^{3,5,6}。人在成長的過程中，年幼時生理與物質上的需求較為明顯，例如感到飢餓會尋找食物吃，天氣冷會多穿衣服來避寒等，但隨著年紀漸長，我們也開始發展與意識到心理與靈性層面的需求，譬如：幼年時，對安全感的需求，求學的歷程中，可能感受到學習或同儕的壓力，而開始有找尋自我價值的需求，被尊重的需求，以及對團體有歸屬感的需求，每個人也逐漸產生自己獨特的因應壓力方式。當身體與年齡逐漸衰老，與感受死亡的臨近，面對自我照顧能力的減低、人際關係上的失落以及自我身體心象與身體功能的改變，老年人也有一些常見的靈性需求，若沒有評估與處理，老年人就會出現靈性困擾（Spiritual distress），並且由口語與非口語的行為表現，例如：存在式的憤怒（如：我已經變成這個樣子了，幹嘛老天爺還不把我帶走？、既然要我遭受這樣的苦，幹嘛還讓我生下來？）、投射式的憤怒（例如：怨天尤人）、躁動不安、謝絕訪客、睡眠困難，以及自殺的意念與行動等等。

2016 年澳洲政府針對老人的靈性照護所發表的指引³，以及各國代表在 2017 年於羅馬簽署的「老人安寧療護宣言」⁴中提及，許多人都會害怕面對人生的盡頭，甚至拒談死亡或是臨終的相關議題，照顧老人的醫療人員或是看護人員就需要去了解每位衰弱老人內心的需求，試著溝通並了解老人內心所期待的照護是什麼，達到以人為中心（Person-centered）的照護。

衰弱老人的靈性課題^{6,7}以心理社會評估的情緒、行為表現可大致歸類如下：

（一）面對疾病失能與死亡的害怕與恐懼

1. 生理上痛苦的不確定感
2. 恐懼得不到有效的幫忙
3. 恐懼失去控制
4. 恐懼死亡的過程
5. 恐懼老天爺的懲罰

（二）面對疾病與死亡的失落與無助

1. 身體意象的衝擊
2. 失能感
3. 自我價值感的喪失
4. 健康幸福生活的失落
5. 自殺的意念與行動

(三) 面對疾病與死亡的憤恨與敵視

1. 存在式的憤怒
2. 期待上的落差
3. 投射式的憤怒

(四) 面對疾病與死亡的家庭社會問題

1. 人際上的疏離與退縮
2. 財務上的困難
3. 家人照顧上的困難

在評估與關懷衰弱老人的靈性課題與需求時，醫護相關人員可由以上幾個面向來一一探討，但即使是同一靈性議題與需求，仍存在著個體的差異性，因此需要個別化評估（請參考靈性評估工具 p.58-59）以及給予適合當事人的個別建議。

三、最適老化與心智活化¹⁻⁷

(一) 最適老化：

老人歷經衰弱或失能，更甚者為面臨死亡，醫護人員及家屬在這歷程當中所扮演的核心角色為協助及支持老人達到「最適老化」（Optimal ageing），亦即讓老人對於自身生命回顧產生意義價值，當面臨人生的盡頭時能夠心靈平安並勇於面對。

最適老化與其實際表現為：

1. 老得有價值：
 - (1) 走入社會，深化個人所長
 - (2) 投身公益，奉獻一己之「力」
2. 老得有尊嚴：
 - (1) 趁早退場，不戀棧權力
 - (2) 保持健康，不求他人
 - (3) 裝扮自己，不以老為藉口
3. 老得有自主：
 - (1) 經濟無虞，獨立自主
 - (2) 放下牽掛，為自己而活
4. 老得有活力：
 - (1) 走出家門活動去
 - (2) 參與團體，保持心理富足

(二) 心智活化：

隨著時間演進，衰弱老人為「易受害性增加」以及「可塑性減少」。易受害性增加代表身體機能逐漸退化，而可塑性減少則表示生病後要恢復的時間拉長。如何不使衰弱老人的易受害性持續增加、或是可塑性繼續減少，就需要透過自身靈性提升、接受自身老化過程，不悲嘆自己所失去的能力，發揮自己仍然保有的能力來積極參與社會活動，找到生活的重心。例如為減緩、預防失智和失能，衛生福利部提出老人六大課程：肌力強化、社會參與、口腔保健、膳食營養、認知促進、以及生活功能重建訓練等。衰弱老人是需要社會積極介入關懷的對象，在鼓勵他們參與活動之餘，社會環境也應提供高齡友善設施，如公共場合增設坡道、休息座位或洗手間可供老人使用，銀髮族友善輔具、眼鏡的租借等。因此，一個高齡友善的

社會環境衰弱老人才易融入社會氛圍，自身的價值才可能發揮出來，否則，衰弱老人處在一個對於老人不友善的環境，適應環境的能力可能就很差，更遑論能否發揮自身能力。

四、靈性評估工具^{5,8-16}

死亡是生命的最大事件，人生經歷了許多磨練才到此階段，在此一階段仍有許多困難需要克服。如何能克服挫折不繼續受到傷害，秉持信念度過難關，最重要的就是追求靈性成長或信仰。

根據台灣內政部宗教輔導科統計，迄民國 103 年（西元 2014 年）為止，臺灣地區主要的宗教信仰類別計有 21 個。在 2005 年進行的全面調查顯示，台灣人口中有 35 % 自認是佛教徒，33 % 自認是道教徒。雖後續無統計資料，但內政部表示此一統計數據大致上沒有改變。許多表達自身信仰類別為民間信仰者，可能混合了儒、釋、道三教融合於一般俗稱的民間信仰之中。

一般人都相信人定勝天，但人終有死亡一途，若在人生的最後階段，信仰有助調適老年人面對失落、疾病與死亡的恐懼與不安，這個信仰就是有力量的，若衰弱老人的心態是逃避或是覺得無可奈何，更甚者有輕生之念頭，代表信仰無法提供有效的支持，應進行評估及介入。對於信仰的評估最核心的議題為：「如何面對死亡？」、以及「當事人過去面對挫折是如何因應？」信仰若能夠支持當事人完成自我實現，找到生命與痛苦的意義，看到人生的圓滿與豐碩，即能達到最後的目的——善終。

根據國外文獻顯示，80% 美國人認為宗教（Religion）是生命中重要的事項，且信仰（Belief）能夠支持自身面對生活與健康議題。2012 年美國家庭醫學會雜誌發表，根據系統性的研究指出，最常使用之外國靈性評估工具（Spiritual assessment tools）為 FICA、HOPE 以及開放式問題，為喚起靈性需求之三種方式¹¹。

FICA 及 HOPE 為探討精神與靈性教育最常使用的縮寫記憶法（附錄圖 6、圖 7），由此縮寫記憶法可評估不同的靈性議題。其類似以臨床問題診治的 SOAP、以及過去發表的本土化靈性照顧架構的「苦（病情告知）、集（接受死

亡）、滅（感應靈性存在）、道（依持佛法）」⁵。（附錄圖 7）

在臨床上，若欲將 FICA 模式轉換為醫療評估病人病史常使用的「SOAP 模式」來探討病人靈性需求，可以在與病人溝通時，運用 FICA 來收集病人的主觀資料（Subjective），並評估（Assessment）病人的信仰與個人信念「Faith and Belief」、信仰的重要性「Importance」，以及病人的信仰（修道）團體在生命的重要性「Community」，和了解如何依據病人的需求提供靈性關懷「Address in care」，以制訂靈性照護計畫（Plan）。

HOPE 模式為一綜合討論的評估工具，它是評估希望的來源（Hope sources）、宗教團體（Organized religion）、個人靈性提昇或實踐（Personal spirituality / Practice），以及生命末期的靈性成長（Effects on end-of-life care）。在醫療相關人員的實務中，建議可以先使用 SOAP 模式搭配 FICA 靈性評估工具，評估衰弱老人的靈性議題，以及對應到 FICA 模式中的「Address in care」制定照護計畫之後，再使用 HOPE 模式之靈性評估工具，綜合探討衰弱老人的靈性議題是否有需要補充的部分，以尋找更多可能的方式來幫忙病人進行生命末期靈性成長。另外，也可以使用以「天、人、物、我」為架構設計的安寧療護靈性評估量表¹⁶（請見附錄表 1）讓老人（在協助下）自評，再由專業人員統計得出針對其個人的主要靈性需求、靈性困擾與靈性阻力。

在使用靈性評估工具前，應接受專業訓練，以專業的觀點評估衰弱老人所需，並視病人的需求及宗教信仰加入本土臨床宗教師的關懷介入，評估靈性課題應如何因應。

五、靈性照護建議

（一）衰弱老人靈性照護目標為「提升生活品質」

「老化」並非一種疾病，現今醫療皆無法治癒老化，「老化」會使人逐漸失能最終走向死亡。衰弱老人仍能保有思考判斷能力，因此能夠與之討論人生未來的方向，幫助老人在尚未失能與失智之際，先控制慢性疾病、以及使用藥物減少疼痛，將衰弱老人的生活品質調整好才能完成接續的規劃。

但老人的生活品質除了減少身體不適與症狀以外，如何能自主與擁有更多的選擇權，表達自我感受，感到被重要親友的愛與陪伴，維持原有的生活模式與信仰和靈修活動，並且能參與宗教或靈性團體也是很重要的一環。

(二) 靈性關懷的原則應採主動、預防、協助引導以平常心面對失落與鼓勵自我靈性提昇^{5,7}

靈性是內在生命力，亦是心智成長的動力。藉由內在力量的啓發，創造生命的高度、深度和廣度，即所謂「高度決定態度、見性決定見識、格局決定結局」，當老年人的靈性被啓發，看見自身生命的豐美，與所結的生命果實，那份滿足與喜悅，和寬廣的胸懷，將能更加坦然地面對老化與死亡，看待人生如四季般的交替更迭。老年應是整合生命，並且傳承人生智慧的時期，如何協助老人接受自己的衰弱與逐漸失能，看到自己的價值與人生的豐盛、和生命的傳承，即為老人靈性關懷之重點。醫護人員對於老人之靈性照護應把握以下四原則：

1. 第一原則為「主動」而非「被動」

針對衰弱老人即將面對的靈性議題與需求採取積極有效的作為，除了健康、疾病問題之外，面對有限生命的議題可以與病人主動討論，例如：和老人討論「對於逐漸衰弱的自己，面對未來，最害怕的是什麼？」、「對你來說，生命最重要的是什麼？」、「若要用一句話對你的人生下個總結，那會是什麼？」。醫護人員應比病人早一步預測接踵而來的挑戰，熟悉老人常見的靈性需求，例如：生命意義的需求、需要覺得有用。主動的提供老人所需要的醫療資訊、給予更多的選擇權，主動詢問其是否有什麼擔憂或顧慮、並且正視老人面對自身的老化與逐漸失能的害怕與失落，主動傾聽其內心的感受與接納其心情，一起哀悼其所失去的。也和老人一起回顧過去人生各個不同時期的成長與學習，轉折與蛻變。和老人以及其家人一起發掘其生命的價值、對家人的意義和對社會的貢獻。鼓勵老人能依照目前有限的的能力，發揮其自身存在的價值回饋家庭或社會，並協助老人將其期待和現實接軌，例如：渴望能對子女有貢獻、不成為負擔，能教導子女面對困境的人生信念與價值觀，以其智慧與靈

性的傳承答覆其期待。若是被動，等到老人發生身、心、人際以及靈性的各種問題混雜在一起再處理的話，通常老人已無法清楚表達自身想法，且家屬也處於焦慮擔心之中，對於生死議題以及人生回顧的對話無法進行，亦或是草草結束，生命末期是否達到善終確實不得而知。

2. 第二原則是「預防」比「搶救」重要

老人由衰弱、失能而逐漸面臨死亡的過程，我們要以同理心，試著站在他的立場替他設想可能面臨的身、心、靈問題以及協助面對死亡，適時引導團隊成員介入，例如護理師、臨床心理師、社工師以及臨床宗教師等，提供整體協助。衰弱老人在人生最後的一段道路若是一直處在否認，與拒絕承認病痛與老化當中，會錯失許多與家人、朋友道愛、道別的機會。鼓勵老人和重要親友及早開始「四道人生」：道謝、道歉、道愛、道別，能增進老人與重要親友的互相理解、彼此寬恕、互相支持與表達愛意，以免留下人生的遺憾，並且可以預先考慮實際面，諸如財產分配以及預立醫療指示等。

3. 第三原則是協助「引導平常心面對失落」

在衰弱老人進展到失能之前，能與其一起面對他所失去的，傾聽、並且同理其失去了哪些人生中重要的事，像是失去獨立和自由、失去心愛的人、失去未來、失去尊嚴等¹⁷。協助老人走過哀傷的歷程，承認失落的事實、經歷失落的痛苦，並且適應一個新的生活方式。也和老人一起去討論目前擁有但害怕失去的有什麼？哪些是自己放不下的？例如：單身且沒有工作的兒子、夫妻關係緊張的女兒、要依靠別人而活等，一同討論為何難以割捨，這些執著後面的愛與牽掛。正向的和老人及其家人一起討論什麼是死亡奪不去也帶不走的，例如：和子女之間美好的回憶、對生命的韌性和在家人心中的位置。當老人發現其實能夠繼續發揮自身價值，自己還能施予、還有比活著更重要的價值，這樣便能夠協助老人調適人生中許多的「失去」，讓衰弱老人思考即使人生中捨去許多物質事物，卻能夠換得心靈上的平安與富足，看清自己真正的生命意義。

4. 第四原則是鼓勵「自我靈性提昇」並「給予溫暖關懷」

在台灣常見的宗教及文化信仰為儒、釋、道教，亦或是基督教或天主教等，透過老人原本生活中長期接觸之信仰，體會生命的意義，得著希望與心靈平安，產生「內在力量」。家屬與醫護團隊皆是外在力量，能夠不逃避「死亡為必經之路」，需要產生內在力量，來超越對於死亡的恐懼才能達成。衰弱老人的身體與心理承受許多痛苦，更有進展到死亡的時間壓力，除了接受痛苦，還要有更高的追尋目標。諸如儒家思想會希望自身能留給後世當典範、或是佛家所云之乘願再來等，能夠感應、證悟與理解，「以他人為師」是超越死亡恐懼的方法。醫護人員在衰弱老人的照護上應提供安寧療護的氛圍，同理和關懷的目的是希望老人被了解，在自我修行的路上不孤單，得到支持與溫暖，使之不會感到被上天或家人遺棄，產生內在力量，進而對生命感到有意義。

(三) 靈性照護的給予應符合病人自身的需求與偏好^{1,2,8}

在老人認知功能尚未退化時，醫療工作者的介入應以維持衰弱老人能自己照顧自己為目標，不依賴他人，並且可開始逐漸對生命末期做準備。衰弱老人對於健康的需求是為了人生的下半段不至於快速進展至失能，因此老人在衰弱期對於靈性的需求可視為提前為善終做好準備，靈性的目標建立於提升生活品質，以幫助其找到生命意義與價值為優先。有目標並感到生命的意義感與活力，保持心智活化，在生活當中持續參與社會人際活動，並有靈性修行，透過分享與支持而成長。

「偏好」即重視老人自身信仰與人生信念，能夠支持其自我實現則可鼓勵其繼續進行。醫療工作者除了尊重老人的需求與偏好外，需維護其「尊嚴」，例如了解他們的看法與處事原則，才能得知他們所做的決定具有什麼特別的意義。

靈性關懷不一定帶有宗教色彩，宗教關懷（Religious care）亦屬於靈性照護。根據 2015 年 NHS Chaplaincy Guidelines，靈性關懷不僅對於當事人在面對生命末期給予支持，更與病人的親屬、照顧者以及朋友們間維持緊密的關係。醫護團隊依照衰弱老人現況，可給予幫助，使之預作準備：

1. 協助病人及親友了解病人現況，使病人及親友釐清老化與疾病進展，並從中尋找人生意義。
2. 提升生活品質並以善終為最高目標。
3. 幫助病人及親友找到能給予他們力量的來源，不論是信仰或是自身的人生哲學，都可做為靈性提升的方式。

(四) 醫療人員應站在衰弱老人的立場來幫助其對失落及死亡做因應^{1,2,6,8}

在本土化靈性照護中，醫療團隊包括醫師、護理師、臨床心理師、社工師及志工都能作「靈性介入（Spiritual intervention）」，而臨床宗教師的角色更是不可或缺。以病人的立場來看，臨床宗教師有其特定的角色。因為慈悲形象，所營造的莊嚴舒適的氛圍，會令病人產生良善的共鳴，使之在挫折、痛苦中得到安慰和人間的溫暖，一同慈悲喜捨。

靈性支持關懷並非制式化地進行，在醫療體系中，對於靈性支持能夠進行評估、並提供資源予病人及其親友。靈性支持關懷是依照病人的需求、信仰以及價值觀量身而定。如何因應死亡的智慧，是要站在病人的立場和宗教信仰，和他一起來討論的，且醫護人員應把握前述靈性關懷照護四原則來幫助病人因應其靈性困擾與死亡恐懼。

若病人在尚能表達意願與感受時，應協助其達到：

1. 接觸臨床宗教師或是專門之靈性關懷師、照護提供者、諮商師、臨床心理師、社工師，亦或是其宗教信仰或社區中適合的靈性關懷人員，如：法師、神父、牧師等靈性領導者（Spiritual leader）。
2. 協助安排病人參與對其有意義之宗教或靈性活動。
3. 傾聽並同理病人對於生命的意義或對於信仰的疑惑。
4. 幫助病人能夠與家人平和地相處，互相表達感謝與愛意。
5. 協助病人回顧自己過往的生命經歷，並且看到自身過去生命的豐美。

【附錄】

臨床問診 SOAP		FICA	內 容
Subjective 主觀資料	對應	Faith and Belief 信仰與個人信念	The things that help a person cope with stress and bring meaning to life 可以幫助你壓力調適，並且給你的人生帶來意義的事情。
Objective 客觀資料		Importance 信仰的重要性	How belief affects self-care 你的信仰與人生信念如何影響你對自我的照顧？
Assessment 評估		Community 信仰（修道）團體	Role of a spiritual community in a person's life 在你的生命中靈性團體所扮演的角色？
Plan 計畫		Address in Care 提供靈性關懷	How the care team should address concerns 照護團隊應如何關心與照顧您的靈性呢？

圖 5 靈性評估工具-FICA 評估內容（修飾自參考文獻 11, 12 & 13）

臨床問診 SOAP	HOPE	內 容
Subjective 主觀資料	Hope sources 希望的來源	- What are your sources of hope, strength, comfort and peace? - What do you hold on to doing difficult times? - 什麼是你的希望、力量、安適和平安的來源？ - 是什麼支撐著你走過每個難關？
Objective 客觀資料	Organized religion 宗教團體	- Are you part of a religious or spiritual community? - Does it help you? How? - 你是哪個宗教或靈性團體的一份子嗎？ - 這個宗教或靈性團體對你有幫助嗎？它是如何幫助你的？
Assessment 評估	Personal spirituality practice 個人靈性 提昇或實踐	- Do you have personal spiritual beliefs? - What aspects do you find most helpful? - 你有沒有個人的靈性上信念或信仰？ - 這信念在哪些方面你覺得最有幫助？
Plan 計畫	Effects on end-of-life care 生命末期的 靈性成長	- Does your current situation affect your ability to do the things that usually help you spiritually? - Do you assess the resources? - Are there any specific practices or restrictions? - 你目前的狀況，是否會影響你從事一些平時幫助你心靈平安的事？ - 你能得到你需要的宗教、靈性資源嗎？ - 你有哪些特別的靈修操練或是限制呢？

圖 6 靈性評估工具-HOPE 評估內容（修飾自參考文獻 11,12 & 13）

註：建立 SOAP 後，建議可使用 HOPE 綜合評估 SOAP，並依病人的狀況，追蹤修訂計畫（Plan）內容。

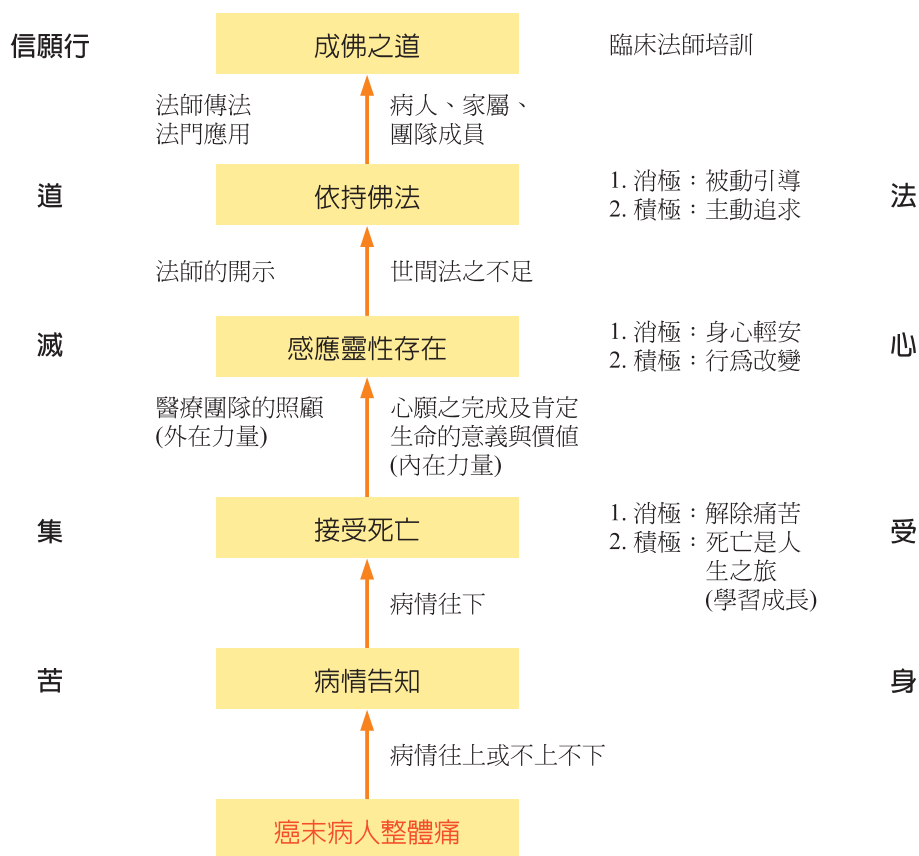


圖 7 本土化靈性照顧架構

表 1 安寧療護靈性評估量表

評估日期：__年__月__日
 病人姓名：_____
 出 生：__年__月__日
 床 號：_____
 評 估 者：_____

安寧療護靈性評估量表

陳怡如全人關懷師 設計/ 2017 年 9 月 8 日初版
 財團法人天主教康泰醫療教育基金會 之智慧財產
 <版權所有，若欲使用，須經得同意>

請於以下各題的描述中，依據您自身的狀況，圈出最適合您的數字。
 裡面並沒有「對」或「錯」的答案。此外，您所提供的資訊將嚴格保密。

在過去的一週裡	不曾	有時	總是
1. 我能體會到大自然的美	1	2	3
2. 我覺得很不甘心	1	2	3
3. 我能維持自己的尊嚴與形象	1	2	3
4. 我能原諒我自己過去所犯的錯	1	2	3
5. 我好想到戶外走走	1	2	3
6. 我感到好孤單	1	2	3
7. 我為我重要的人的未來感到擔憂	1	2	3
8. 我能夠與近人分享關於生活的想法	1	2	3
9. 我感到被我重要的人所愛	1	2	3
10. 我有人可以傾吐我的感受	1	2	3
11. 我很害怕被重要的人所遺忘	1	2	3
12. 我能夠原諒其他人曾對我做過的事	1	2	3
13. 我覺得我是一個累贅	1	2	3
14. 我覺得我的一生很豐富	1	2	3
15. 我覺得我現在的生命是有意義的	1	2	3
16. 我覺得自己被困住了	1	2	3

在過去的一週裡	不曾	有時	總是
17.我覺得未來一片黑暗	1	2	3
18.我覺得自己好沒用	1	2	3
19.為什麼是我生病了，真不公平	1	2	3
20.我在所處的環境感到歸屬與自在	1	2	3
21.我覺得沒有人了解我	1	2	3
22.我感到心裡很平安	1	2	3
23.我想到自己快死了，就感到好害怕	1	2	3

大體而言	根本不是	有些	非常
------	------	----	----

24. 我相信有一位神或其他超越界的人或事	1	2	3
-----------------------	---	---	---

如果你對第 24 題的回答為“根本不是”，請跳過 25~27 題，直接填寫第 28 題

25. 自從我生病以來，我就不相信有神了	1	2	3
----------------------	---	---	---

26. 我感到被上天(神/佛祖)遺棄了	1	2	3
---------------------	---	---	---

27. 我覺得上天是慈悲/慈愛的	1	2	3
------------------	---	---	---

28. 我能接受生命是有限度的	1	2	3
-----------------	---	---	---

29. 我相信有死後的生命	1	2	3
---------------	---	---	---

30. 我會覺察及反省自己	1	2	3
---------------	---	---	---

31. 我覺得自己懷才不遇	1	2	3
---------------	---	---	---

32. 人生既然如此，我就「認」了	1	2	3
-------------------	---	---	---

33.你如何評價你整體的靈性狀況，圈出以下的一個數字



感謝您完成本量表，如果您有任何的意見與想法，請寫在下面空白處

表 1 安寧療護靈性評估量表（續）

安寧療護靈性評估量表評分方式

（此評分表請由靈性關懷人員、宗教師、護理人員或其他專業人員填寫）

此量表的設計目的在於篩選出有靈性困擾的病人與特別需要靈性關懷的面向，評分方式如下：

1. (+) 題目為正向評分（1 評 1 分、2 評 2 分，以及 3 評 3 分）
 (－) 題目評分時必須相反（1 評 3 分、2 評 2 分，以及 3 評 1 分）

靈性需求的分類	題目	總分
與自己有關 (共 15 題)	(+) : 3,4,8,14,15,22,28,30,32 (－) : 2,13,17,18,23,31	/ 45
與他人有關 (共 7 題)	(+) : 9,10,12, (－) : 6,7,11,21	/ 21
與自然環境有關 (共 4 題)	(+) : 1,20 (－) : 5,16	/ 12
與上天有關 (共 4 題)	(+) : 27 (－) : 19,25,26	/ 12

*第 24 及第 29 題是評估病人有無宗教信仰及生死觀，故不列入計分。

2. 根據靈性四向度的評分，可以評估此病人在天、人、物、我與自己的連結，何者是有阻礙的、何者是連結的？

3. 根據靈性四向度的評分，請指出病人目前天、人、物、我和自己四個部分，最需要靈性關懷的部分為何？

參考文獻

1. NHS Education for Scotland. (2007). Standards for NHSScotland Chaplaincy Services. Retrieved from https://www.nes.scot.nhs.uk/media/290156/chaplaincy-standards_final_version.pdf
2. National Institute for Health and Care Excellence. (2011). End of life care for adults. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/qs13/resources/end-of-life-care-for-adults-pdf-2098483631557>
3. Meaningful Ageing Australia. (2015). National guidelines for spiritual care in aged care: Meaningful Ageing Australia.
4. The Maruzza Foundation. (2017). Religions of the world charter palliative care for older people. Retrieved from <http://www.fondazionemaruzza.org/wp/wp-content/uploads/2017/03/Charter.pdf>
5. 陳慶餘. (2004). 癌末病人本土化靈性照顧模式. [The Spiritual Care Model for End-stage Cancer Patients in Taiwan]. 台灣醫學, 8(5), 664-671.
6. 陳慶餘. (2017). 安寧緩和醫療之靈性議題的評估與處置. In 黃信彰 (Ed.), 安寧緩和醫學概論 (1st ed., pp. 337-347). 臺北: 合記圖書出版社.
7. 陳慶餘. (2017). 台灣老年安寧緩和醫療新進展. In 黃信彰 (Ed.), 安寧緩和醫學概論 (1st ed., pp. 553-562). 臺北: 合記圖書出版社.
8. Swift, C. (2015). NHS Chaplaincy Guidelines 2015: Promoting Excellence in Pastoral, Spiritual and Religious Care. London: NHS England.
9. 衛生福利部國民健康署. Retrieved from <https://www.hpa.gov.tw>
10. 內政部民政司宗教輔導科. Retrieved from <https://religion.moi.gov.tw/>
11. Saguil, A., & Phelps, K. (2012). The spiritual assessment. Am Fam Physician, 86(6), 546-550.
12. The George Washington Institute for Spirituality and Health. (2017). FICA Spiritual History Tool ?. Retrieved from <https://smhs.gwu.edu/gwish/clinical/fica/spiritual-history-tool>
13. Anandarajah, G., & Hight, E. (2001). Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. Am Fam Physician, 63(1), 81-89.
14. Maugans, T. A. (1996). The SPIRITual history. Arch Fam Med, 5(1), 11-16.
15. Lucchetti, G., Bassi, R. M., & Lucchetti, A. L. (2013). Taking spiritual history in clinical practice: a systematic review of instruments. Explore (NY), 9(3), 159-170.

16. 陳怡如. (2017). 安寧療護靈性評估量表. 臺北: 財團法人天主教康泰醫療教育基金會.
17. Mackinlay, E. (2014). 老人生死教育：緩和照護與靈性需求-老人照顧者及其家庭指引 (吳瓊滿、賴維淑, Trans.). 臺北: 華騰文化出版.

第四節 整體醫療照護計畫之制定

協助衰弱老人預立或制定整體醫療照護計畫時，應以醫病共享決策，兼顧倫理及法律等各種考量而決策，制定包括生理、心理、社會、靈性等整體照護計畫。

一、高品質的衰弱醫療照護及緩和醫療照護的必要重點及照護基礎

高品質的衰弱照護必要重點包括有效發現及診斷衰弱者、以個案為中心的照護、整合各體系提供全人照護、各照護體系專業成員的專業性、以周全性評估及計畫為基礎、及使用適當評估工具¹。本指引前述各章節已分別介紹適當方法及評估工具以發現衰弱老人、瞭解照護需求、溝通照護目標及醫病共享決策，也聚焦症狀處置、舒適照護、心理支持、靈性關懷等各面向照護。本節則是在這些基礎上，整體性論述如何以個案為中心並整合各體系，來提供全人的整體醫療照護計畫，也就是預立醫療照護計畫（Advance Care Planning，ACP）。

衰弱醫療照護及提供衰弱老人緩和醫療時，都應基於以下基礎¹：

- (一) 衰弱程度是可能穩定或改善的，需要個別化的治療及介入。
- (二) 照護介入的目標是為了提升生理、心理、與社會功能，及避免負向結果，例如受傷、住院、或入住機構，這與疾病治療僅聚焦生物醫學的治療目標或許不盡相同。
- (三) 照護支持需要長久延續，即使遇到急性變化或負向情況仍然能持續。
- (四) 盡可能促成衰弱老人自己參與照護計畫。
- (五) 確保家屬及照顧者的需求也會被納入考慮。

如果從醫療照護服務體系的供給面來看，過去針對單一疾病（如癌症末期）病人的安寧緩和醫療照護，是經由緩和醫療專科醫師及團隊在特定的病房或服務模式來提供，僅能協助少數病人。相較之下，衰弱老人為數眾多，且常具有多重共病，存活及功能曲線較難預測，較可能因為慢性失能入住機構，也比較可能合

併認知功能異常，而且有被照護需求之人數還在快速增加。如欲妥善照護衰弱老人，應該要由社區基層醫療照護體系主責提供照護，才可能滿足多數人的需求，同時必須提供負擔得起（Affordable）、且品質足以信賴的緩和醫療照護^{2,3}。換言之，衰弱老人的緩和醫療照護提供應以社區基層醫療照護體系為主責，並依需求轉銜及整合不同醫療照護體系及不同專業成員³。老年專科醫師及安寧緩和醫療專科醫師則可協助醫療照護體系整合、專業知能指導、及依個案需要提供轉介及協助^{3,4}。

二、衰弱老人整體醫療照護計畫的諮商與決策的基礎及其倫理和法律考量

整體醫療照護計畫的諮商與臨床決策應該要基於下列考量^{1,5-8}，依臨床倫理決策分類包括：

（一）臨床適應症：顧及行善與不傷害的倫理原則

1. 對衰弱逐步進展的評估：使用本指引第二章第一節及第二節建議的衰弱評估工具，評估衰弱程度，包括目前衰弱嚴重程度（Static- severity）及衰弱的逐步進展（Dynamic- progression）⁵。除了評估目前衰弱程度及進展，也評估是否有逆轉改善的可能，從而發現後期衰弱、偵測緩和醫療照護適應症、並判斷是否已經進展至生命末期。
2. 症狀及需求（Need）評估：進行適當的周全性評估，包括症狀評估，也包括醫療、功能、心理、社會、及靈性需求¹。完整的評估包括使用周全性老年評估（CGA）工具，各院所老年醫學團隊皆已使用的CGA工具、評估涵蓋身體及日常生活功能、認知、憂鬱、多重藥物、營養、疼痛、失禁、社會心理靈性…等項目，可以發現潛在老年症候群、及未被適當處置的症狀及照護需求。

（二）病人意願與喜好：顧及自主的倫理原則

尊重病人自主決定的意願與喜好（Preference），並且應評估認知、生活功能、行動能力、及社會環境等而溝通意願與喜好⁷；與病人溝通意願與喜好時應使用開放性問題。

(三) 生活品質：顧及行善、不傷害、自主的倫理原則

1. 照護目標（Goal / Objective）：早期衰弱的照護目標可以包括避免死亡，但隨著衰弱逐步進展則可能以加強保有生活功能（包括生理、認知、社會功能）或延緩功能退化，進而著重生活品質，尤其是在進展至後期衰弱時^{6,7}。
2. 根據功能而非疾病治療決定照護目標：根據生活品質決策照護目標時，就更應取決於生活功能的保有或延緩退化。因此，治療介入及照護計畫的決策也應以功能為目標，而不是單純根據疾病治療來決定^{1,7,8}，而且應該考慮功能上的需求（Needs）但不是缺陷（Deficits）¹。

(四) 社會環境其他因素：顧及公平正義的倫理原則

在上述基礎上，醫療照護計畫的決策仍應考量家庭、文化、宗教、經濟、法律等其他因素，以制定適當計畫¹。照護計畫需要這些社會環境因素都能合理支持，過度期待或過度使用時可能需要討論調整、支持不足時則應再尋求協助。

整體醫療照護計畫應該要符合相關法律，包括民法、刑法等普通法；及醫療法、長期照顧服務法、醫師法等各醫事人員法規，也包括決定不施行過度治療時應該依循的安寧緩和醫療條例及病人自主權利法。

(一) 安寧緩和醫療條例

1. 依此條例可預立意願書選擇安寧緩和醫療，或作維生醫療抉擇（包括心肺復甦術及維生醫療），或預立醫療委任代理人。
2. 預立意願書且符合此條例所列之末期病況時，可以接受安寧緩和醫療、「不施行、終止或撤除心肺復甦術」、及／或「不施行、終止或撤除維生醫療」。
3. 雖然沒有立意願書但符合條例相關條文時，可以由家屬簽署相關同意書，或由安寧緩和醫療照會後出具醫囑代替，進而不施行心肺復甦術或維生醫療。但這不是我們與衰弱老人討論整體照護計畫時的優先選項。

(二) 病人自主權利法

1. 此法以尊重病人自主為立法目的，除了保障善終權益，也強調病人的知情同意權利，也就是病人對於病情、醫療選項及各選項之可能成效與風險預後，有知情之權利；且對於提供之醫療選項有選擇與決定之權利。
2. 依此法可以經醫療機構提供「預立醫療照護諮商」，進而立下「預立醫療決定」及指定「醫療委任代理人」。
3. 符合此法所列之五款特定臨床條件之一時，可以依其「預立醫療決定」而終止、撤除或不施行「維持生命治療」或「人工營養及流體餵養」，在終止、撤除或不施行後應該提供緩和醫療照護。

三、衰弱老人整體醫療照護計畫及照護體系轉銜整合

衰弱整體醫療照護計畫內容應該涵蓋¹：

- (一) 生理、心理、社會、靈性照護計畫：包括本指引前述章節的症狀處置、舒適照護、心理支持、靈性關懷等各面向照護的計畫，也包括本指引臨終照護各節之照護計畫。
- (二) 跨專業團隊：跨專業團隊整合可以確保周全的緩和照護，可能包括基層家庭醫師、安寧緩和醫學或老年醫學專科醫師等醫師，也可包括各專業醫事人員、社區長期照護工作人員、社工師、緊急救護人員等。照護計畫應涵蓋所需成員及各成員協助的醫療及照護計畫內容¹。
- (三) 藥物評估：調整疾病治療藥物，停止或減低無助於生活品質、無效、無法忍受副作用、或重複的藥物；並適當給予症狀緩解藥物，從低起始劑量緩慢增加，但要達足夠量（Start low and go slow- but get there）⁷。
- (四) 安寧緩和醫學專科醫師轉介：有需要時，轉介給安寧緩和醫學專科醫師及其專業團隊成員照護，或提供短期的整合性協助⁴。
- (五) 急性變化時的治療決策：預先討論當急性或惡化病況時的各種治療選項，包括侵入性介入等治療決策。如果治療仍可能對生活品質有幫助，還是應

該列入考慮^{6,7}。適當的治療決策應避免過度治療，也避免治療不足。

(六) 急性變化時的住院決策：預先討論當急性變化時可能需要住院的決策，且包括決定不住院的替代照護計畫¹。

(七) 照護體系轉銜及整合：轉銜及整合包括醫療及社會照護體系，除了基層醫療及社區照護資源，可能也需包括醫院等不同層級的醫療照護體系¹。

藥物評估時，要判斷哪些藥物是衰弱老人「潛在不適當用藥」而需要考量停藥，可以依據STOPPFrail（如附表2）⁹。當衰弱老人有末期病況、預期餘命可能不到一年、身體或認知功能不佳、且症狀緩解優先於預防疾病進展時，應該停藥的二個一般性原則：無明確適應症的藥物、及藥物依順性（Adherence／Compliance）差的藥物（例如因為藥物劑型或使用時間之限制而無法正確使用者）。另有包括各類降血脂藥物、用於初期預防的抗血小板藥物等 25 種類藥物需要評估停用⁹。

以社區基層家庭醫師或社區護理師為主責醫療照護的體系，發展由安寧緩和醫學專科醫師短期協助的整合性緩和照護模式，可以顯著改善衰弱老人生理及心理症狀、減少住院，及改善家庭照顧者的健康及照顧負擔⁴。此模式是指由社區基層主責醫護人員評估在家或機構的衰弱老人有需要時，轉介安寧緩和醫學專科醫師及其專科團隊提供協助。介入內容包括短期 1-3 次的整合性居家訪視、病人及照顧者周全性評估、及臨終照護討論，此照護模式架構還應包括家庭醫師要與安寧緩和團隊連結時的單一窗口、安寧緩和醫療團隊提供給病人及照顧者的專業聯絡人（以台灣現行政策制度可能會由安寧居家護理師協助）、以及要有整體照護工作整合的社區聯絡人。需要啟動轉介的時機包括衰弱老人有複雜難處理的症狀或情緒困擾、已準備好需要討論末期安寧照顧計畫、過多或過度增加的醫療利用、及有無法被滿足的照顧需求時。

衰弱老人照護需求增加，但過去依賴的家屬等非正式照顧資源，已經因為社會家庭結構改變而無法因應滿足，更需要正式照護體系的服務，為了在有限財源或資源下達到在地老化、尊重自主、全人且個別化多元照護等目標，需要強調整體照護體系多種服務提供的整合。轉銜整合對於衰弱老人或家屬、及第一線服務

提供者的意義，除了基本的轉介及連結外，也應該進一步協調這些服務，而對於照護需求複雜或不穩定的個案，則需要整合不同體系的服務及財源，從而掌握各種照護資源、整合收案條件資格和給付、並建立共同資訊平台達到整合照護的目標^{1,10}。我國目前的正式照護體系主要有醫療體系、長期照顧體系，社區也提供了一些正式照護資源，這些體系各有不同服務、條件及預算、資訊平台、及個案管理師，應該依個案需求評估協助協調或整合。目前我國衰弱老人在不同層級醫療體系間轉銜，可善用健保給付的醫院出院準備服務及出院準備服務個案管師，以及醫院或基層診所／居家護理所的居家整合照護及其居家護理師或個案管師，而醫院安寧緩和醫療及其共同照護護理師或居家護理師也可參與。在與長期照顧體系轉銜時，無論是居家、社區、或機構式長照資源，都可以善用各縣市長照管理中心及照護管理專員，或由醫院出院準備服務個案管師、社區長照據點個案管師，協助照護管理專員進行長照資源連結。主責照護衰弱老人的社區基層家庭醫師或護理師，需要依個案需求評估盡可能協調及整合這些資源，並提供老人或家屬整合單一窗口。而對於機構管理者及政策制定者，為了達到整合目標，可能還需要調整改變組織架構、及調整醫療、照護體系，也就是包括預算、服務輸送方式、服務對象資格等的體系整合。

如果要讓社區裡各行業、各團體、甚至每個人，整合成生命關懷的夥伴關係，協同以有目標、有計劃的行動來促成民眾自然而然的學習及討論人口高齡化、衰弱、瀕臨死亡、死亡、喪親、哀傷等，進而能對這些需求理解、認識、展現慈悲關懷、並支持協助，這就是所謂的「關懷城市（關懷社區）」的概念。如何推動關懷城市請見本指引第五章，及參考文獻「關懷城市行動憲章」（The Compassionate City - A Charter of Actions）¹¹。

整體醫療照護計畫應採醫病共享決策（SDM，詳如第二章），也就是基於對病人衰弱及逐步進展的評估、實證、及醫療專業等基礎，以醫療專業及溝通專業，依衰弱老人及家人的認知功能及意願期待，並確保其有足夠知能等增能賦權準備，進行醫病共享決策。其決策的過程及內容包括⁵：建立合作的共享決策關係、依據評估及所發現的需求合作設定照護目標、制定整體醫療及照護計畫，衰弱老人持續照護過程都應該持續評估且善用醫病共享決策¹。本指引綜合本節論

述而成的「社區衰弱老人整體緩和醫療及照護計畫書」（如附表 3），可以在初始評估並制定整體醫療及照護計畫時應用，並依衰弱進展重新審視修正。

四、結語

因應快速增加的社區衰弱老人照護負擔，應由社區基層家庭醫師及護理師主責照護，評估衰弱進展、症狀及需求，制定整體醫療照護計畫，包括設定目標，涵蓋生理、心理、社會、靈性的照護，整合跨專業團隊成員，整合不同層級（醫療體系、長照體系、社區體系）提供醫療照護，適時轉介安寧緩和醫學專科醫師短期整合協助，並計畫急性變化時的治療，與末期臨終照護處置。

【附表】

表 2 STOPPFrail criteria（摘錄自參考文獻 9）

STOPPFrail is a list of potentially inappropriate prescribing indicators designed to assist physicians with stopping such medications in older patients (≥ 65 years) who meet ALL of the criteria listed below: 1. End-stage irreversible pathology 2. Poor one year survival prognosis 3. Severe functional impairment or severe cognitive impairment or both 4. Symptom control is the priority rather than prevention of disease progression	The decision to prescribe/not prescribe medications to the patient, should also be influenced by the following issues: 1. Risk of the medication outweighing the benefit 2. Administration of the medication is challenging 3. Monitoring of the medication effect is challenging 4. Drug adherence/compliance is difficult
Section A: General A1. Any drug that the patient persistently fails to take or tolerate despite adequate education and consideration of all appropriate formulations. A2. Any drug without clear clinical indication.	Section G: Musculoskeletal system G1. Calcium supplementation Unlikely to be of any benefit in the short term G2. Anti-resorptive/bone anabolic drugs FOR OSTEOPOROSIS (bisphosphonates, strontium, teriparatide, denos-

Section B: Cardiovascular system

B1. Lipid lowering therapies (statins, ezetimibe, bile acid sequestrants, fibrates, nicotinic acid and acipimox)

These medications need to be prescribed for a long duration to be of benefit. For short-term use, the risk of ADEs outweighs the potential benefits

B2. Alpha-blockers for hypertension

Stringent blood pressure control is not required in very frail older people. Alpha blockers in particular can cause marked vasodilatation, which can result in marked postural hypotension, falls and injuries

Section C: Coagulation system

C1. Anti-platelets

Avoid anti-platelet agents for primary (as distinct from secondary) cardiovascular prevention (no evidence of benefit)

Section D: Central Nervous System

D1. Neuroleptic antipsychotics

Aim to reduce dose and gradually discontinue these drugs in patients taking them for longer than 12 weeks if there are no current clinical features of behavioural and psychiatric symptoms of dementia (BPSD)

D2. Memantine

Discontinue and monitor in patients with moderate to severe dementia, unless memantine has clearly improved BPSD (specifically in frail patients who meet the criteria above)

umab) Unlikely to be of any benefit in the short term

G3. SORMs for osteoporosis

Benefits unlikely to be achieved within 1 year, increased short-intermediate term risk of associated ADEs particularly venous thromboembolism and stroke

G4. Long-term oral NSAIDs

Increased risk of side effects (peptic ulcer disease, bleeding, worsening heart failure, etc.) when taken regularly for ≥ 2 months

G5. Long-term oral steroids

Increased risk of side effects (peptic ulcer disease, etc.) when taken regularly for ≥ 2 months. Consider careful dose reduction and gradual discontinuation

Section H: Urogenital system

H1. 5-Alpha reductase inhibitors

No benefit with long-term urinary bladder catheterisation

H2. Alpha blockers

No benefit with long-term urinary bladder catheterisation

H3. Muscarinic antagonists

No benefit with long-term urinary bladder catheterisation, unless clear history of painful detrusor hyperactivity

Section I: Endocrine system

I1. Diabetic oral agents

Aim for monotherapy. Target of HbA1c $< 8\%$ /64 mmol/mol. Stringent glycaemic control is unnecessary

I2. ACE-inhibitors for diabetes

Stop where prescribed only for prevention and treatment of diabetic nephro-

Section E: Gastrointestinal system

E1. Proton Pump Inhibitors

Proton Pump Inhibitors at full therapeutic dose $\geq 8/52$, unless persistent dyspeptic symptoms at lower maintenance dose

E2. H2 receptor antagonist

H2 receptor antagonist at full therapeutic dose for $\geq 8/52$, unless persistent dyspeptic symptoms at lower maintenance dose

E3. Gastrointestinal antispasmodics

Regular daily prescription of gastrointestinal antispasmodics agents unless the patient has frequent relapse of colic symptoms because of high risk of anticholinergic side effects

Section F: Respiratory system

F1. Theophylline.

This drug has a narrow therapeutic index, requires monitoring of serum levels and interacts with other commonly prescribed drugs putting patients at an increased risk of ADEs

F2. Leukotriene antagonists (Montelukast, Zafirlukast)

These drugs have no proven role in COPD, they are indicated only in asthma

pathy. There is no clear benefit in older people with advanced frailty with poor survival prognosis

I3. Angiotensin receptor blockers

Stop where prescribed only for prevention and treatment of diabetic nephropathy. There is no clear benefit in older people with advanced frailty with poor survival prognosis

I4. Systemic oestrogens for menopausal symptoms

Increases risk of stroke and VTE disease. Discontinue and only consider re-commencing if recurrence of symptoms

Section J: Miscellaneous

J1. Multi-vitamin combination supplements

Discontinue when prescribed for prophylaxis rather than treatment

J2. Nutritional supplements (other than vitamins)

Discontinue when prescribed for prophylaxis rather than treatment

J3. Prophylactic antibiotics

表 3 社區衰弱老人整體緩和醫療及照護計畫書

個案基本資料 ■ 姓名： ■ 性別： ■ 年齡（生日）：
個案照護整合主責管理師 ■ 個案管理師（聯絡單一窗口）： ■ 家庭醫師：
健康摘要及社會摘要 ■ 衰弱及衰弱進展程度 ☐ 衰弱 ☐ 衰弱逐步進展： ☐ SPICT 符合第一階段指標： ☐ SPICT 符合第二階段（失智/衰弱）指標： ■ 症狀（生理、心理、靈性）： ☐ 體重減輕、☐ 虛弱、☐ 疲倦、☐ 疼痛、☐ 憂鬱、☐ 跌倒 ☐ 其他生理症狀： ☐ 心理： ☐ 靈性： ■ 過去疾病： ■ 藥物： ■ 家庭社會狀況：

健康及福祉維持計畫

- 照護目標：
- 照護行動：(依症狀及需求)
- 照護分工：(各醫療照護團隊成員、病人、家屬照顧者等負責的行動)
- 計畫時程表：(照護計畫時程、及預計重新審視修正的時程)

進一步需要特別注意改善的問題及計畫

- 需注意問題：(病人、家屬照顧者需要注意的可能發生情況)
- 問題處理計畫：(包括尋求協助的聯絡窗口，或如何處理)

緊急情況處理計畫

- 住院計畫：
- DNR 計畫：

臨終照護及善終計畫

評估者：

評估日期：

參考文獻

1. Society, B. G. (2015). Fit for Frailty, Part 2: Developing, Commissioning and managing services for people living with frailty in community settings.
2. Thomas, K. (2006). Community palliative care. In M. Fallon & G. Hanks (Eds.), *ABC of palliative care* (2nd ed., pp. 68-73). Malden: Blackwell Publishing.
3. Dixon, J., King, D., Matosevic, T., Clark, M., & Knapp, M. (2015). Equity in the provision of palliative care in the UK: review of evidence.
4. Bone, A. E., Morgan, M., Maddocks, M., Sleeman, K. E., Wright, J., Taherzadeh, S., Evans, C. J. (2016). Developing a model of short-term integrated palliative and supportive care for frail older people in community settings: perspectives of older people, carers and other key stakeholders. *Age and ageing*, 45(6), 863-873.
5. Amblás-Novellas, J., Espauella, J., Rexach, L., Fontecha, B., Inzitari, M., Blay, C., & Gómez-Batiste, X. (2015). Frailty, severity, progression and shared decision-making: a pragmatic framework for the challenge of clinical complexity at the end of life. *European Geriatric Medicine*, 6(2), 189-194.
6. Boockvar, K. S., & Meier, D. E. (2006). Palliative care for frail older adults: "there are things I can't do anymore that I wish I could . . .". *JAMA*, 296(18), 2245-2253.
7. Koller, K., & Rockwood, K. (2013). Frailty in older adults: implications for end-of-life care. *Cleve Clin J Med*, 80(3), 168-174.
8. Pialoux, T., Goyard, J., & Hermet, R. (2013). When frailty should mean palliative care. *Journal of Nursing Education and Practice*, 3(7), 75.
9. Lavan, A. H., Gallagher, P., Parsons, C., & O'Mahony, D. (2017). STOPPFrail (Screening Tool of Older Persons Prescriptions in Frail adults with limited life expectancy): consensus validation. *Age Ageing*, 46(4), 600-607.
10. 張文瓊, & 吳淑瓊. (2014). 整合健康與長照服務：國際經驗與政策啓示. *社區發展季刊*, 145, 98-110.
11. K. Wegleitner, K. Heimerl, A. Kellcheur (2016). *Compassionate communities: Care Studies from Britain and Europe*. Abingdon, Routledge, 80-82.



第四章

衰弱老人安寧緩和 醫療之臨終照護



第一節 善終準備

民眾在宅或長照機構善終已是全球趨勢，歐洲國家在宅善終比例逐漸上升，如何協助病人及家屬做善終準備及有品質的死亡，相對備受重視。對衰弱老人及家屬的重要「善終準備」項目包括：

1. 知道死亡將近而且能了解死亡前會發生什麼病程。
2. 尊重衰弱老人之醫療處置抉擇。
3. 盡量讓衰弱老人受到尊嚴及隱私保密的維護。
4. 做好身體清潔、舒適，緩解衰弱老人的疼痛和其他不適症狀。
5. 讓衰弱老人事先選擇死亡場所（家中、照顧機構或醫院）。
6. 家屬遇到困難時，能及時得到所需要的訊息與專業知識及技術支持。
7. 適時讓衰弱老人及家屬得到心靈與情緒支持。
8. 在任何場域（居家、機構或醫院）皆可獲得安寧緩和療護之服務。
9. 引導長者說出臨終前需要何人在身旁陪伴與分享，回顧生命中的意義與成就感。
10. 寫下預立遺囑和追求尚可能達成的心願。
11. 讓衰弱老人及家屬有機會互相道謝、道愛、道歉及道別。
12. 讓衰弱老人能自然辭世，不會被無意義地延長瀕死期¹⁻³。

「生命存活期的評估」與「病人、家屬的餘生期待」

預估生命存活期有助於醫療團隊了解老人及家屬的餘生期待，以便作完整的善終準備，做法是由醫療團隊或醫師進行「生命存活期評估」後向病人、家屬說明評估結果，並於此時協助病人與家屬互相溝通討論其「餘生期待」，即病人及家屬面臨死亡的準備及相關醫療照護的規劃，社區老人在宅往生尤其需要「生命存活期的評估」與「餘生期待」的溝通³。

找尋生命意義與表達面對死亡相關議題是追求善終的過程

老人可藉由生命回顧整合自己與重要他人之歷程與經驗，思索人生某些事件（包括不幸罹病）之意義和重要性，尋找自己生命的意義，由這樣的回顧過程，期待衰弱老人對死亡獲致坦然的態度，達成自我統整，進而瞭解個體行為之意義乃是超越時間性的，而能超越自我。讓衰弱老人表達面對死亡相關議題，例如對於瀕死過程的可能恐懼是否大於死亡本身，擔憂瀕死過程可能會痛苦，可能被不適當的醫療處置延長過程，或對死後的未知和害怕等。透過死亡相關議題的表達，醫療團隊可適切說明，和衰弱老人溝通討論，減輕令衰弱老人對瀕死過程的擔憂和減少來生的不確定性，即對其追求善終有所助益。

最後歸宿規劃和家庭凝聚是善終準備不可迴避的工作

醫療團隊在與衰弱老人及家屬建立關係後，即應準備討論善終議題，可視需要召開家庭會議討論。善終準備是照護的一環，希望能將衰弱老人期待決定之相關議題、瀕死期間的家庭支持、朋友支持和財務準備規劃、遺囑和喪葬事宜等，在尊重衰弱老人自主意願下做書面指示，並設定善終目標及制定可能的施行策略，成為衰弱老人完善之善終關懷計畫⁴。

瀕死期的團隊照護目標

衰弱老人瀕死期之照護目標以舒適為優先考量，維持衰弱老人的尊嚴，不刻意加速死亡或延長瀕死過程。其重要之照顧目標包括：不額外提供水分或營養，增加心肺負擔；減輕疼痛並提供舒適身體清潔及擺位；及早與病人家屬召開家庭會議達成共識，並提早做善終準備，了解病人期待往生的地點。此外，針對長期住在社區長照機構的住民，可能會認為社區長照機構是其第二個家，可輔導老人簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」，並積極與其他醫療院所合作，協助在適當的醫療支持下於機構接受安寧照護安詳往生。

在宅往生或長照機構善終是全球的趨勢，英國因提出改善醫療及社會服務，在醫院去世由 58% 降至 48%，在宅去世由 18% 增至 22%，22% 在護理之家去世，6% 在安寧院去世，呈現急性醫療照顧及社區醫療銜接，能降低重返急診率及提

升末期病人在宅善終意願。加拿大安大略省多倫多市的一所大學附設醫院調查發現，402 名癌症的病人相較於在醫院接受安寧療護，在家中死亡能得到更好的症狀控制、死亡準備和死亡品質，在宅死亡的評分最高，可能是與較少的併發症或更廣泛的支持網絡有關，故大多數人更願意在家接受臨終關懷^{1,5-9}。

參考文獻

1. 侯春梅, 陳雅芳, 黃勝堅, 楊文理, & 蔡衣帆. (2015). 醫院與長照機構推動社區安寧整合性服務. [Partnership between Hospital and Long Term Healthcare Service Organization in Promoting a Holistic Service for Palliative Care]. 北市醫學雜誌, 12, 130-148.
2. 曾韻如, 邱泰源, 胡文郁, 程劭儀, 姚建安, & 陳慶餘. (2005). 老年癌末病人善終之評估. [Good Death Assessment of Geriatric Patients with Terminal Cancers]. 安寧療護雜誌, 10 (1), 13-23.
3. 趙可式. (2007). 安寧伴行. 臺北市: 天下遠見出版股份有限公司.
4. 朱育增, & 吳肖琪. (2009). 國際安寧緩和療護發展及其對我國政策之啓示. [International Perspective of Hospice Palliative Care Development and Its Inspiration on Policy in Taiwan]. 長期照護雜誌, 13(1), 95-107.
5. 失智症安寧緩和醫療照護指引. (2016). (陳炳仁 Ed.). 臺南市: 奇美財團醫療法人奇美醫院.
6. 邱智鈴, 陳巧怡, & 張凱玲. (2017). 末期病人在宅善終的挑戰. [End-stage Cancer Patients in the Final Challenge]. 腫瘤護理雜誌, 17, 51-54.
7. 劉依薰, & 黃淑鶴. (2017). 施行安寧緩和照顧協助機構長者在機構善終之實務經驗—以台中市某私立養護機構執行現況為例. [Clinical Experiences of Applying Hospice and Palliative Care to Assist Elder Residents Having A Peaceful Death - Example of A Long Term Care Facility in Taichung]. 安寧療護雜誌, 22(3), 310-324.
8. Shepperd, S., Goncalves-Bradley, D. C., Straus, S. E., & Wee, B. (2016). Hospital at home: home-based end-of-life care. Cochrane Database Syst Rev, 2, Cd009231.
9. Witham, M. D., & Hockley, J. (2016). A good death for the oldest old. Age Ageing, 45(3), 329-331.

第二節 瀕死症狀之評估與處置

當病人開始進入臨終階段，爲了讓病人與家屬減少面對臨終過程與死亡的擔憂，醫療團隊必須能提供他們所需要的任何訊息、專業知識、瀕死症狀及遺體護理技術。識別瀕死症狀，能指引家屬陪伴摯愛的親人離世，讓病人善終、家屬善別及善生，達到讓病人及家屬生死兩無憾。

瀕死症狀評估與處置之重點原則

所謂瀕死（Dying）之定義即病人在接受治癒性或緩和性治療後，因病情加速惡化，有各種跡象顯示生命即將結束，將到達死亡之過程，此一過程是漸進的，時間則有長有短。病人在瀕死期階段，各個器官系統會面臨缺氧而產生一系列生理的現象^{1,2}，外在顯現的徵兆爲心、肝、腎及肺器官功能衰竭，內在徵兆則是大腦功能受抑制後，神經反應造成對週遭的認知錯亂。當病人臨終時，不刻意拖延死亡，重點是餘生盡可能舒服沒有痛苦。

臨床上常見的瀕死症狀如：發紺冰冷、鏡面舌、耳垂縮、陳氏呼吸、煩躁不安、死前嘎嘎聲（Death rattle）、鞏膜水腫、譫妄、夢到過世親人及臨死覺知^{1,5-8}。病人若有意識改變時，應定時觀察並保持良好的症狀控制，包括控制疼痛和躁動，可告知現在人、時、地，告知家屬勿拉扯病人、要病人回答，並注意安全預防跌倒。臨終病人的口腔護理是非常重要的，可以鼓勵家人讓其喝一小口水或用海綿沾濕病人的嘴，以凡士林、橄欖油加檸檬精油或酵素凝膠滋潤口腔。如果尿失禁或滯留，可能需要導尿管置放，若尿液減少時則可移除管路。此外亦不需再置入鼻胃管。當機構評估病人出現以上瀕死症狀時，宜簡化藥物停止非必要用藥，協助瀕死症狀護理與善終準備，並可向病人及家屬保證會好好照顧病人至最後一刻^{1,5,6}。以下將從中樞神經系統、循環系統、呼吸系統、腸胃系統、排泄系統、臨死覺知（病人預感）以及其他症狀^{3,4}，分別說明病人的瀕死症狀評估與護理。

(一) 中樞神經系統評估

1. 疲倦與虛弱：病人大多閉目睡覺，無法翻身或睜開眼睛、或做出回應，慢慢進入無意識的狀態。
2. 意識改變
 - (1) 有些人神智會一直清醒，但有些人卻會意識模糊、變得煩躁不安、或漸進式的昏迷等。
 - (2) 因腦部缺氧、血液循環衰竭等因素，對人、時、地會出現混淆不清、躁動、看到些幻影或臨終譫妄。
 - (3) 視力漸模糊、目光呆滯、無焦距、目視前方、睡眠時眼睛無法完全閉合、雙眼上吊、鞏膜水腫（荔枝眼）^{8,9}。可開 Vidisic（Carbomer oph gel）保護角膜。
 - (4) 聽力會變敏銳，聽力是最慢消失的，能聽到周圍的聲音，但無力回應或表示，死亡後尚有聽覺^{1,5,9}。
3. 肌陣攣（Myoclonus）^{5,9,10}
 - (1) 不規則快速多發性肌肉抽搐，處理原因如：減少嗎啡之用量
 - (2) 藥物：Valproate（Depakine），Clonazepam（Rivotril）⁵

■ 護理與處置

1. 向家屬說明臨終譫妄病理反應、黃昏後會更厲害，不是發瘋（視其清醒、安靜與其溝通），協助任何照護技術之前，都必須跟病人解釋。協助病人翻身、身體清潔、按摩等舒適護理。
2. 維持病人熟悉人、地、物，適時提醒病人日期、時間、誰在旁照顧他，病人會較舒服。
3. 適時維持日常生活如：散步、盥洗等，不勉強病人下床活動或勉強叫醒

病人。

4. 重視病人說的話，如果病人想回家，宜尊重病人的意願。
5. 親友來探視時，可以告知親友姓名及口頭表達關心，但勿拉扯病人或要病人回答。
6. 用心傾聽病人所說的話，注意其中包含的重要訊息，無論病人說的話多麼荒謬或偏離事實，不要反駁或企圖改變病人的想法。
7. 可引導說出看到事物是什麼？出現次數？是否影響其平安？
8. 病人雖然意識不清或昏迷，適當的觸摸或聆聽與病人信仰相關之音樂，如：佛經、詩歌等，具撫慰效果。
9. 病人聽覺仍然存在，引導家屬輕聲與病人四道人生：道謝、道歉、道愛和道別。
10. 注意安全，預防意外發生，如：跌倒。
11. 有不安傾向的病人，與家屬用藥時說明倫理思辨、利弊得失評估分析，可與醫師討論使用鎮靜劑助病人安靜休息。

■ 藥物

1. 簡化藥物，停止非必要用藥，並調整適當的給藥途徑。
2. 躁動時可用 Haldol⁵
3. 可同時備用 Dormicum

(二) 循環系統評估

1. 手腳冰冷、盜汗、指甲或嘴唇變藍或紫色。
2. 心跳快而弱且不規則，最後停止。
3. 血壓降低，體內血液循環變慢，手腳四肢末稍變冰冷¹¹，皮膚呈現紫斑、瘀斑、水腫、全身盜冷汗，耳內縮，陰囊、陰莖縮小^{8,9}。

■ 護理與處置

1. 協助病人維持舒適的姿勢、保持空氣流通、協助口腔護理。
2. 如果病人出現盜汗，視需要為病人擦澡更衣，維持病人的舒適。
3. 肢體冰冷可增加蓋被或穿襪子協助保暖。
4. 預防皮膚乾裂及褥瘡產生，仍需按時翻身。

(三) 呼吸系統評估

由於二氧化碳蓄積體內，循環中不易被排除，可能出現呼吸困難，張口呼吸，呼吸淺、費力、變慢、鼻翼煽動及呼吸暫停 10-30 秒稱「陳氏呼吸」（Cheyne-stroke breathing），最後「抬顎呼吸」（Respiration with mandibular movement, RMM）呼吸逐漸減弱以至停止。此外，瀕死期病人因為身體功能虛弱衰退導致喉頭鬆弛無力，無法有效清除口腔分泌物，這些分泌物在喉頭振盪產生噪音，稱為瀕死嘎嘎聲或臨終嘎聲（Death rattle）。出現此症狀的病人約 56~92% 在 48 小時內可能面臨死亡，為具指標性瀕死症狀^{1,3-5,8}。

■ 護理與處置

1. 協助病人維持舒適的姿勢、協助舒適姿勢擺位。
2. 協助以海綿牙棒或口腔棉棒將口腔內分泌物清出，執行口腔護理保持濕潤。
3. 調整空調或給予小電風扇吹臉；有痰時使用超音波噴霧器。
4. 避免抽痰造成病人出血或痛苦（即使抽也抽不出痰液）。
5. 若病人呈現呼吸困難時，可視情況教導家屬或照顧者做穴位按摩，例如：按壓內關、合谷、尺澤、大小魚際等穴位。也可以使用芳香療法，可選擇薄荷、尤加利、乳香、薰衣草精油。
6. 一些輔助療法可緩解瀕死病人之不適，例如：按摩或音樂治療等。
7. 若彌留病人尚可溝通時，可以嘗試想像療法或生命回顧，協助病人肯定其生命的意義^{1,12}。

8. 協助抬高床頭約 30 度或讓病人頭側一邊，有助於讓呼吸聲變小。
9. 減少或停止靜脈輸液量和人工營養水分。
10. 不需刻意叫醒病人，跟家屬解釋瀕死病人昏睡並不會感到不舒服。
11. 增加陪伴時間、關懷家屬的感受，引導家屬道謝、道歉、道愛與道別。

■ 藥物

1. 減少分泌物可使用 Scopolamine⁵ 止暈貼片
2. Atropine SL¹³
3. Glycopyrrnium
4. Buscopan

(四) 腸胃道系統評估

瀕死階段的病人由於身體功能逐漸的衰退，病人對食物及飲水的需求將會減低，除了越來越沒有食慾，病人可能會有鏡面舌、吞嚥困難、口乾、味覺改變、口角炎、舌根灼熱感、易長舌苔、舌內縮、消化吞嚥功能消失、厭食及惡病質症候群等症狀。因此，減少食物與水分的攝入，是病人調適瀕死過程的一種方法，因臨終階段循環衰竭，「臨終脫水」可減少呼吸道分泌液，胃液、和水分滯留情形，減輕咳嗽、呼吸喘、嘔吐、腹水、體液負擔及水腫，有些病人甚至會覺得精神較清爽舒服。

■ 護理與處置

1. 不要強迫病人進食，以免增加病人的心靈困擾，此時以病人的舒服為主要目標。
2. 協助口腔護理，用海綿棒潤濕清潔病人口腔，可用含檸檬精油之橄欖油漱口、護唇膏或凡士林潤唇，避免口乾。
3. 噴霧療法、口含小碎冰、唾液酵素或口凝膠滋潤口腔黏膜。
4. 藥物簡化，減少不必要的點滴輸液量，不超過 500-1000cc / 天。

(五) 排泄系統評估

1. 病人因為腎功能變差，尿液顏色產生改變或尿量減少，出現水腫，由於神經肌肉失去控制的能力，可能會出現小便失禁或尿滯留情形。
2. 病人的肌肉張力喪失，腸蠕動變慢，出現大便失禁或便秘情形。

■ 護理與處置

1. 若病人出現下腹痛、躁動不安、小便解不出時，可能有尿滯留情形，由護理人員協助膀胱按摩誘尿，可請醫師腹部超音波檢查儲尿，需要時討論置放導尿管。
2. 注意身體清潔，尤其泌尿器官、皮膚皺摺處及傷口，床旁可使用薰香精油、咖啡渣或茶葉渣，減少異味。
3. 病人出現失禁時，可以使用成人紙尿片，以沖洗瓶裝溫水，沖洗會陰肛門口處，維持病人的舒適。

■ 藥物

便秘時可以戴拋棄式手套，食指塗上含局部麻醉潤滑劑（如：Xylocaine jelly），先以環型緩慢擴張肛門、輕柔的將硬便挖出後再灌腸或塞藥。

(六) 臨死覺知評估-病人預感

在臨終階段時，有的病人能夠預感自己來日無多，知道自己即將不久於人世，表達想回家、看到交通工具、看到自己要去的的地方、看到已逝的親人、天使出現、美好的地方，或運用象徵性語言告訴親人要去旅遊等^{1,7,8}。

■ 護理與處置

病人主動交代及安排後事時，家人應專注傾聽讓其說出，並答應交託之事讓病人安心。

(七) 疼痛

當死亡臨近時，大部分病人的疼痛和不舒服的感覺通常會減弱，少部分病人的疼痛或症狀控制會變得更困難，意識不清的病人仍然會感覺到痛。

■ 護理與處置

1. 必須持續評估及常規使用止痛藥，同時觀察有無出現嗎啡中毒症狀，若無法口服者則可改成皮下注射給藥。
2. 醫療團隊可向病人及家屬保證會好好照顧病人至最後一刻，給予病人適當的疼痛控制與舒適護理。

(八) 臨終大出血

對高危險病人及家屬應解釋使其有心理準備，讓家屬了解可能發生的狀況及處理原則⁵。所謂高危險病人指腫瘤發生在大血管周圍或骨盆腔腫瘤合併陰道直腸瘻管。

■ 處理原則

1. 減少病人及家屬害怕、疼痛。
2. 降低病人清醒度。
3. 準備深色毛巾。
4. 局部止血敷料。
 - (1) 溶液：Bosminel：1000（頭頸部腫瘤）。
 - (2) 止血紗條：surgical。
5. 直接施壓或冷敷。
6. 視需要使用鎮靜劑，減少病人及家屬焦慮及不適。

瀕死期間病人家屬的需要及支持

臨終病人的家屬有被告知臨終的訊息需求，能催化預期悲傷、抒發情緒及支持（允許家屬擁有矛盾感受，期待早日解脫但又有罪惡感），並從其他家人身上獲得支持，期待幫助病人平靜過世。評估臨終病人家屬需要，應包含對瀕死認知、危機處理模式、挫折承受能力、人生觀價值觀及情緒反應。

病人家屬需要情緒表達，包括憤怒不被壓抑、控制自主、陪伴減少孤獨、解

決過去恩怨情仇、傾聽他們的故事並同理陪伴、受尊重、計畫餘生，專業人員協助家屬聆聽病人最後心願、處理未了心願、交待遺囑，及協助病人與家屬透過生命回顧，分享生命中曾經經歷的酸、甜、苦、辣，讓病人自覺此生充滿意義與成就感，並且以天、人、物、我的關係連結¹⁴，陪伴病人走過生命的最後階段。盡量讓家屬尊重病人自己的意願作善終準備，盡可能在病人尚能表達時，引導病人表達臨終前希望哪些家人能及時回來陪伴在旁、選擇在家中或醫院死亡、安排後事與喪禮事宜以及能說出對死後生命的想法等，包括病人與家屬做道謝、道愛、道歉及道別等四道人生¹⁴。病人最後能尊嚴離世與善終，家屬也能因醫療團隊的事先告知及引導，做妥善的心理準備以及及時四道人生，讓臨終者善終，失親者善別，在世者善生¹⁴。

急性哀傷期時，鼓勵家屬陪伴在病人身旁，但若衝擊過大，情緒透支時亦允許暫時離開，當死亡發生家屬哀傷表現如：哭泣悲傷、憤怒、罪惡感、冷漠、胸痛、暈眩等，讓情緒能獲得抒發及宣洩，給予家人時間停留往生者身旁，亦可協助提供佛經、聖樂或請牧師、神父或法師提供宗教上的支持或喪禮的準備，及臨終關懷陪伴，經濟之協助等。此時醫療團隊讓家屬隨時可以得到諮詢及幫忙，隨時提供家人明白病人的情況及變化，引導家人表達不捨，鼓勵家屬陪在病人旁邊，讓家人對病人再保證會妥善照顧自己或受到照顧，當病人往生時，允許家人有單獨的時間向病人道謝、道愛、道歉及道別。

參考文獻

1. 趙可式. (2007). 安寧伴行. 臺北市: 天下遠見出版股份有限公司.
2. Hui, D., Dos Santos, R., Chisholm, G., Bansal, S., Souza Crovador, C., & Bruera, E. (2015). Bedside clinical signs associated with impending death in patients with advanced cancer: preliminary findings of a prospective, longitudinal cohort study. *Cancer*, 121(6), 960-967.
3. Morita, T., Ichiki, T., Tsunoda, J., Inoue, S., & Chihara, S. (1998). A prospective study on the dying process in terminally ill cancer patients. *Am J Hosp Palliat Care*, 15(4), 217-222.
4. National Cancer Institute. (2016). Care in the Final Hours. Last Days of Life (PDQ®)—Patient Version. Retrieved from <https://www.cancer.gov/about-cancer/advanced-cancer/caregi->

vers/planning/last-days-pdq

5. 王英偉. (2009). 安寧緩和醫療臨床工作指引. 臺北縣: 財團法人中華民國(臺灣)安寧照顧基金會.
6. 失智症安寧緩和醫療照護指引. (2016). (陳炳仁 Ed.). 臺南市: 奇美財團醫療法人奇美醫院.
7. Callanan, M., & Kelley, P. (1994). 最後的禮物：如何了解垂危患者的需要 (王明波, Trans.). 臺北市: 正中書局.
8. Shih, Y. L., Hsu, Y. C., Chiu, W. H., & Chao, C. C. (2018). Estimating Life Expectancy From Chinese Medicine Could Improve End-of-Life Care in Terminally Ill Cancer Patients. *Holist Nurs Pract*, 32(5), 247-252.
9. 侯春梅, 陳雅芳, 黃勝堅, 楊文理, & 蔡衣帆. (2015). 醫院與長照機構推動社區安寧整合性服務. [Partnership between Hospital and Long Term Healthcare Service Organization in Promoting a Holistic Service for Palliative Care]. *北市醫學雜誌*, 12, 130-148.
10. Mount, B. M. (2005). Communication in advanced illness. In N. MacDonald (Ed.), *Palliative medicine : a case-based manual* (2nd ed., pp. 1-15). Oxford: Oxford University Press.
11. Hattori, K., & Ishida, D. N. (2012). Ethnographic study of a good death among elderly Japanese Americans. *Nurs Health Sci*, 14(4), 488-494.
12. Lai, W. S., Chao, C. S., Yang, W. P., & Chen, C. H. (2010). Efficacy of guided imagery with theta music for advanced cancer patients with dyspnea: a pilot study. *Biol Res Nurs*, 12(2), 188-197.
13. Protus, B. M., Grauer, P. A., & Kimbrel, J. M. (2013). Evaluation of atropine 1% ophthalmic solution administered sublingually for the management of terminal respiratory secretions. *Am J Hosp Palliat Care*, 30(4), 388-392.
14. Chao, C. S. (2015). Hospice palliative care is a universal value and the essence of nursing. *Hu Li Za Zhi*, 62(2), 5-12.

第三節 遺體護理及死亡證明書取得之相關事宜

遺體護理

當病人走到生命的終點，如何幫助家屬為病人清潔，肅穆的走完這一程也是很重要的。在精神面：讓病人尊嚴走向另一旅程，引導病人感恩、懺悔、有意義、放下。告訴家屬聽覺最後才消失、可把握機會引導家人向病人告別、說出讓病人寬心、祝福的話及四道人生，詢問家屬是否願意一起做遺體護理，給家屬最後一次親自照顧病人的機會，並將遺體視為生者看待。好的遺體護理可以成為家屬哀傷輔導的一種方式，讓病人平安尊嚴離世，也減少家屬的遺憾與悔恨，病人最後一段路的平安與否對於家屬是最重要的，尤其是最後的臨終與遺體處理階段¹⁻³。

瀕死現象是全身器官失去功能的過程，急不得也快不了，此時病人所需要的是我們耐心陪伴與溫柔的照顧，幫助病人平靜過世。以上的變化持續時間不一定，有的人數小時，有的人卻可以維持好幾天。當發現病人不再呼吸、不再心跳、瞳孔對光不再有反應的時候，表示病人已經走到終點了。

■ 準備的用品

臉盆、毛巾、紙膠、紗布（視需要準備）、衣服一套（依病人喜好準備壽衣或居家服）、紙尿布^{1,4-6}。

■ 遺體護理步驟

1. 依照護理師指示方法，除去身上各種管子^{7,8}，如針頭、引流管、導尿管、氣切管，頭部墊上看護墊。待衣服穿完後，最後再移除鼻胃管。
2. 以溫水清潔全身。
3. 將可能有分泌物的部位，如：口、鼻、會陰、肛門口，擦拭並清潔乾淨。
4. 先穿好紙尿布，再穿上家人所準備的壽衣、鞋、襪。
5. 鼻胃管移去前先反抽胃內容物，清潔鼻及臉部，女病人可化淡妝。
6. 若病人眼睛無法閉合，可在耳旁告知請病人安心的離世，家人祝福他一

路平安，請家人的手用力扶下眼皮，或以凡士林、眼藥膏、或透明膠布黏貼。

7. 若嘴巴無法閉合，可用乾毛巾或小尿布捲成一卷墊於下巴，同時以小枕頭將頭部稍微墊高使頭前傾，衣領固定，讓嘴巴合起來^{5,6}。
8. 尊重家人的信仰、習俗移靈安置。

■ 注意事項

1. 肯定老人為家庭、社會或工作的付出、善行貢獻、引以為傲及成就之處，與家人一起做生命回顧。
2. 可請宗教人員、病人敬重的長輩，引導病人說出掛心或懺悔的事，家人可說明對他的計畫與安排。
3. 家人可表達對病人的感謝與祝福，及讓病人安心之事。
4. 依照病人的宗教信仰，引導歸向最後的歸處，例如：基督教、天主教可說完成人間勞苦，回到天主或上帝的懷抱，蒙主恩召；佛教可說人生課業已完成，觀世音菩薩接引到西方極樂世界等；民間信仰則依其宗教或神明來引導。
5. 向病人表達此生已圓滿。
6. 家屬之間需彼此溝通協調，預作後事準備及喪葬安排，聯絡葬儀社、殯儀館、寺廟、教堂，火葬、樹葬、土葬之手續及準備，依病人的信仰、習俗移靈安置。未取得死亡診斷證書前不可入殮火化。

前述遺體護理之各項準備步驟事項與喪葬準備，亦可參考衛生福利部中央健康保險署網站提供之「安寧善終準備記錄單」。（https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=F0379BFC462D96A4&topn...upn）

死亡證明書取得之相關事宜

安寧居家醫護團隊與病人及家屬討論臨終地點，分析利弊得失及面臨問題之處置，讓社區長照機構住民及其家屬安心選擇於機構善終或在宅善終的決定。若老人因疾病自然歷程在機構內或在宅去世，安寧居家護理師應事先協助準備一份診斷書或病歷摘要，長照機構家屬可出示團隊醫師所開立的診斷證明書，並通知衛生所的醫師或居家／在宅醫療醫師，依行政相驗之流程，即可開立死亡證明^{5,9,10}（表4），以利後事處理。此外，接引遺體時應先與機構人員討論動線，讓其他機構住民不受到影響^{11,12}。

表 4 申請往生者死亡證明書

證件名稱	使用機構	份數	備註
死亡證明書	終止每一存款戶頭	1 份	+ 數份
	終止每一保險並申請受益人給付（加國保）	1 份	+ 數份
	戶政事務所 1 個月內完成	1 份	除戶
	殯儀館進館使用	1 份	證明本市使用
	埋（火）葬許可申請	1 份	
	靈骨塔使用	1 份	
	公墓土葬使用	1 份	
	地政事務所	1 份	不動產更名
	國稅局	1 份	遺產更名
	病人或子女公、勞、漁保喪葬補助	1~3 份	

另外須注意的是，倘若衰弱老人非自然死、非病死，如：車禍致死、他殺、自殺、其他意外等死亡，可參考各縣市政府衛生局或警察局有關「行政相驗」與「司法相驗」作業處理流程說明，如下分別提供臺北市政府衛生局之行政相驗流程（圖8）、臺南地方法院檢察署之司法相驗參考流程（圖9）。

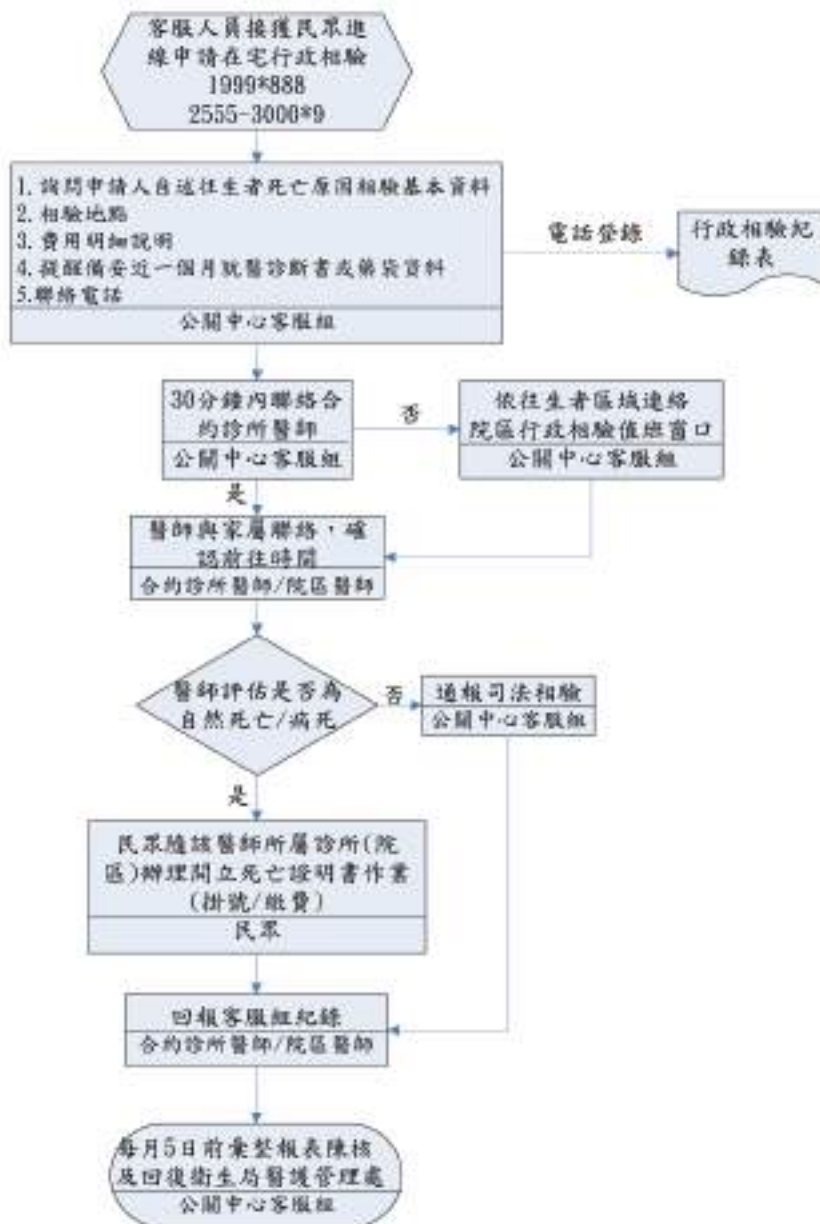


圖 8 臺北市政府衛生局「在宅行政相驗流程圖」

資料出處：臺北市政府衛生局行政相驗作業處理流程說明書，105 年 5 月修訂。<https://www.taipei.gov.tw/Download.ashx?u=LzAwMS9VcGxvYWQvcHVibGljL0F0dGFjaGlbnQvNjYzM-TcxMjUzNDAucGRm&n=NjYzM-TcxMjUzNDAucGRm>



圖 9 臺南地方法院檢察署司法相驗流程圖

資料出處：臺灣臺南地方法院檢察署，<https://www.ccd.mohw.gov.tw/public/ufile/ufile/8e7d20c1b1e6438a661be71549bda56a.pdf>

結論

安寧緩和療護最終的目標就是希望能藉由全人、全家、全程、全隊及全社區照顧，讓老人善終、家屬善別與善生，達到讓老人及家屬生死兩無憾。安寧醫護人員到宅訪視能提供適切的預估生命存活期，瀕死症狀及處置，良好的溝通等，能讓老人逝得其所且面容清潔、舒適安祥無痛苦。除了讓老人的生理症狀可以得到緩解之外，醫療團隊可同時提供病人及其家屬情緒與心靈支持，引導家屬與病人相互擁抱，彼此從中感受到親情的溫暖與關愛，雙方把握機會好好表達道謝、道歉、道愛及道別之「四道人生」，及修復、加強連結的關係與力度，作為喪親家屬的哀傷撫慰。

未來社區安寧政策的推展，同時須落實社區安寧照護品質監控，社區安寧照護團隊須具備生命末期全人照顧的知識與能力，如生理症狀照護、社心靈照護與溝通合作等能力，且能提供機構團隊照護諮詢與支持，方能作為長照機構安寧照護的後盾。長照機構安寧模式可結合社區照護網絡，整合社區醫院、診所醫師群、社區衛生保健機構以及社區福利機構的健康照護，並與醫學中心轉介合作，透過橫向和縱向整合運作模式，協助長照末期病人在熟悉的家中或社區機構「就地安寧、在地善終」^{9,13}。

參考文獻

1. 趙可式. (2007). 安寧伴行. 臺北市: 天下遠見出版股份有限公司.
2. Chao, C. S. (2015). Hospice palliative care is a universal value and the essence of nursing. *Hu Li Za Zhi*, 62(2), 5-12.
3. Kuebler, K. K., Davis, M. P., & Moore, C. D. (2005). *Palliative practices: An interdisciplinary approach*: Elsevier Health Sciences.
4. Emanuel, L. L., & Librach, S. L. (2011). *Palliative care : core skills and clincial competencies* (L. L. Emanuel & S. L. Librach Eds. 2nd ed.). St. Louis, Mo: Elsevier Health Sciences.
5. Lai, W. S., Chao, C. S., Yang, W. P., & Chen, C. H. (2010). Efficacy of guided imagery with theta music for advanced cancer patients with dyspnea: a pilot study. *Biol Res Nurs*, 12(2), 188-197.

6. Morita, T., Ichiki, T., Tsunoda, J., Inoue, S., & Chihara, S. (1998). A prospective study on the dying process in terminally ill cancer patients. *Am J Hosp Palliat Care*, 15(4), 217-222.
7. Rodgers, D., Calmes, B., & Grotts, J. (2016). Nursing Care at the Time of Death: A Bathing and Honoring Practice. *Oncol Nurs Forum*, 43(3), 363-371.
8. Wilson, J., & White, C. (2011). Guidance for staff responsible for care after death (last offices). In London: National End of Life Care Programme and National Nurse Consultant Group (Palliative Care). Retrieved from <https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/wp-content/uploads/sites/44/2017/10/Guidance-for-Staff-Responsible-for-Care-after-Death.pdf>
9. 失智症安寧緩和醫療照護指引. (2016). (陳炳仁 Ed.). 臺南市: 奇美財團醫療法人奇美醫院.
10. Greenway, K., & Johnson, P. (2016). How to care for a patient after death in the community. *Nursing Standard* (2014+), 30(37), 34.
11. 侯春梅, 陳雅芳, 黃勝堅, 楊文理, & 蔡衣帆. (2015). 醫院與長照機構推動社區安寧整合性服務. [Partnership between Hospital and Long Term Healthcare Service Organization in Promoting a Holistic Service for Palliative Care]. *北市醫學雜誌*, 12, 130-148.
12. 劉依薰, & 黃淑鶴. (2017). 施行安寧緩和照顧協助機構長者在機構善終之實務經驗—以台中市某私立養護機構執行現況為例. [Clinical Experiences of Applying Hospice and Palliative Care to Assist Elder Residents Having A Peaceful Death - Example of A Long Term Care Facility in Taichung]. *安寧療護雜誌*, 22(3), 310-324.
13. 邱智鈴, 陳巧怡, & 張凱玲. (2017). 末期病人在宅善終的挑戰. [End-stage Cancer Patients in the Final Challenge]. *腫瘤護理雜誌*, 17, 51-54.

第四節 哀傷撫慰

老年人經歷哀傷時所需要的協助，與一般成年人經歷哀傷的評估與處理原則類似。不過由於老年人在生命發展中處於面對整合與孤獨的議題，其罹病與喪偶具有其發展的特性。此時，撫慰哀傷不但要重視老年人的獨特性，也需關注他們的個別性，投注心力陪伴他們，讓經歷親人罹病到死亡的老年人得到適切的照護。當遇複雜或高危家庭之喪親議題讓當事人難以適應時，即時轉介其他專業人員，如社會工作師、心理師、精神科或身心科醫師提供協助，為重要的原則。

一、一般喪親的哀傷及撫慰原則

(一) 喪親者的哀傷反應¹⁻³

喪親的人一方面對親人生病、死亡，有著無法幫忙生病親人免於受苦的孤獨感，另一方面還要面對自己與親人分離的悲傷情緒，他人往往難以真正了解喪親之痛，而產生獨自存活的感受。每個人是截然不同的生命個體，沒有人能真正了解與體會另一個人的經驗，也沒有人能代替他人去經驗這個世界，人因為獨一無二就難免會有「孤獨與孤單」的感受。再加上，死亡象徵著「未知」或「不知」的挑戰，面對親人死亡過程中的不確定性，人會很徬徨、慌亂或焦躁，許多無助和孤獨感受亦容易產生。除了面對親人死亡有孤獨的感受，死亡也讓人重視關係的存在。老年人及其喪親的家人，如子女及配偶面對的挑戰還有：

1. 終結與連結

人在面對關係結束時，反而存在許多不捨，也想盡辦法想要將關係加以連結得更緊密。有些家屬在親人重病時「連結的強度」比以往更強烈，特別是情感特別好的家人總是盡力照顧親人，讓親人好好地走，營造彼此美好的回憶，這種珍惜關係的連結彌足珍貴。當家屬可以直接表達情感，便可幫助他們有機會可以和死去親人建立連結。另有一些情況是家屬因死亡在即，親人展開連結，而有了改變的契機。也有些老年人長期衰弱臥床，照顧者（通常是配偶及子女）身心負荷沉重，往往死亡終結

帶來放鬆及解脫感，反讓喪親者心中有虧欠與內疚，此時應和喪親者表達感念其照顧的辛苦，鬆一口氣、解脫感、內疚等都是正常的感受。

2. 怨懟與和解

除了關係連結，人與人之間關係中時有怨懟，在關係衝突後還能和解，才讓人生沒有未解的遺憾，因此化解人與人的恩怨情仇也十分重要。有時原本關係疏離或衝突，死亡事件發生讓原本的不良關係更加分裂。不過，人與人之間的恩怨若能在親人生命結束時得以和解，死亡事件提供改變關係的轉機，不但減少遺憾也能帶來生命意義的提昇。

3. 忘記與延續

死亡雖然帶來分離，人還可以用緬懷來記憶情感，讓關係在精神層面延續，而不是以遺忘的方式來免去喪親的痛苦。保持對逝者的回憶，不一定阻礙喪親者邁向新生活，反而重新在心中詮釋自己與逝者的關係，了解逝者在心中的位置，增加存活的意義感。人的精神與情感並不會隨死亡到來而消除，透過敘說記憶中與逝者相處情形，或緬懷逝者在世情景，可以釋放思念，讓在世者對逝者的情感有重新建構的機會。記憶、緬懷與關係延續對人有極大的意義，在人的肉體消失後其精神仍然存在，一直存活在情感連結的人心中。

(二) 喪親者的撫慰原則^{2,3}

在有限的生命中，親人之間無可取代的正向關愛和情感互動，可以讓人相互安慰，而在親人過世後，家屬回憶起相處的美好時光，心中仍有溫馨。親情是非常珍貴的情感，最令人動容的也是親人間真誠的愛與付出。在世者在親人死亡以後還帶著無限懷念與感激，讓他們雖然承受喪親的痛苦，但痛苦中仍有平安。儘管親人死亡帶給人們孤獨，實質關係也似乎完結，與逝去親人的關係卻可以用其他的形式存在，而藉著這樣的存在，可讓面對死亡所帶來的孤獨減輕。以下還有幾點撫慰原則：

1. 一些合適的方法有：

(1) 給一些時間處在正常的悲傷情緒中。

- (2) 瞭解環境中所擁有的支持與資源有哪些。
- (3) 找到安全的方式和場合與他人分享。
- (4) 可以鼓勵老年人告訴他人，自己需要獨處。
- (5) 瞭解自己傷慟的根源或特定的主題，並找到可以協助的人。
- (6) 和其他人共同回憶及分享，整理逝者對其關係中的意義。
- (7) 藉由適當的運動或休閒方式，放鬆身體與緊繃的心情。
- (8) 發展一些方法因應哀悼的時間與空間。
- (9) 無法表達的潛藏感情需要找到解決或宣洩的管道。
- (10) 多喝水並保持食物的攝取。

2. 比較不合適的方法是：

- (1) 很快找尋一種替代傷慟的人事物來轉移。
- (2) 告訴自己要堅強、要勇敢，而避免去接觸自己脆弱的一面。
- (3) 獨自傷心是惟一的選擇。
- (4) 時間可以治療一切。
- (5) 不允許哭泣。
- (6) 用忙碌來麻痺。
- (7) 用自我傷害的方式以彌補失落的空虛。

3. 在哀傷中，較不使用的安慰話語：

- (1) 別難過了、別再哭了。
- (2) 要堅強、要勇敢。
- (3) 時間久了就沒事了。
- (4) 人生就是這樣，有失有得，以後會更好。
- (5) 忙一忙就可以忘記痛苦。

4. 在哀傷中，較可使用的安慰話語：

- (1) 辛苦了，難過是很自然的。
- (2) 悲傷是重要的，與悲傷共處也是重要的。

- (3) 有時也許哭出來會好一點。
- (4) 會很思念、也會很懷念，而且會一直在日常生活中伴隨著。
- (5) 親人會永在心中產生重要的連結。
- (6) 這是一個困難的時刻，可以給自己多一些時間。

二、較難適應的哀傷情緒及撫慰原則

受到種種身心層面影響，會使每個人因應悲傷能力有所差異，對於較難適應的哀傷情緒，專業人員提供的悲傷輔導與治療是需要的。

專業人員的心理輔導與治療會協助了解真正令其痛苦的因素，面對痛苦真正癥結，處理曾經壓抑與未解的情緒。對難以適應的哀傷情緒，需先評估生理上有無其他的疾病需要接受醫療。為了體認複雜悲傷的真實面貌，專業工作者可能會與喪親者討論到過去和逝者的關係，或人生中一直逃避的痛苦議題，會談中也許有些潛在議題會浮現，此時需要時間處理這些悲傷以外的複雜問題，有些潛在的人格議題需要心理治療的幫助^{4,5}。

特別提醒，若遇有高危適應困難的悲傷，如創傷、情感糾葛、慢性化悲傷強度維持過久，而干擾日常生活自理時，宜轉介社會工作師、心理師、精神（身心）科醫師協助。高危家庭成員的篩選指標有以下的線索：⁶

1. 談到逝者就表達出無可抑制的強烈及鮮明的哀傷情緒，無論時間過去多久，或提起的事件大小，強度依舊或更甚。
2. 表現與逝者極為相似的身體疾病症狀，或有模仿逝者的衝動且非有意識的行動。
3. 長期的憂鬱，特別是持續的愧疚感與低落的自我價值。
4. 自毀、自傷的衝動，偏差或犯罪行動。
5. 對死亡與疾病存有恐慌、恐懼。
6. 過去的悲傷史不斷被勾起且加重情緒負荷。
7. 家庭與社會支持系統缺乏。

8. 酗酒、物質濫用。
9. 其他影響社會適應的特異或極端行為表現。

三、老年人喪偶的處境

當老年人面對喪偶時，統整喪偶對老人健康及生活可能產生之衝擊，了解影響面對喪偶調適之相關因素，以及如何因應可能衍生的問題，進而提供合適的撫慰策略，極為重要^{7,8}。

喪偶影響老年人的生理、心理、日常生活、社會適應，除了心靈上失去可分享討論，相互支持的對象外，特別是過去仰賴配偶處理日常生活的老年人而言，便會產生更多的壓力。影響高齡者調適喪偶哀傷的因素有性別、婚姻關係、社會經濟地位等。男性喪偶者在面對喪偶衝擊不亞於女性，只是過去研究搜集資料，女性經驗感受觀點較多，男性哀傷較容易被忽略。婚姻品質較佳的老年人生活適應較良好，不過如果重病的親人已歷經多年臥床的照護，造成老年照顧者的負荷時，哀傷會變得比較複雜，是值得重視的事。而社經地位較高的老年人，容易獲取情緒支持的訊息，生活適應的方式也較多元，哀傷因應也較正面⁹。

四、老年人喪子的處境

白髮人送黑髮人的哀傷直接衝擊的是老年人對生命延續的盼望，好像斷了傳承的感受讓老年人失望而心痛，喪子經驗亦有其性別及文化的特徵，評估時宜多加關注¹⁰。

有關性別影響因素上，有研究顯示，不論死去的是兒子或女兒，都不會顯著地增加高齡父親後續的憂鬱症狀，也不會降低後續的自評健康（Self-rated health）。推測可能是受到父權文化的影響，台灣社會中的男性普遍避免顯露出情緒上的脆弱，因而在面臨晚年喪子（女）的情形時，更容易採取問題導向（Problem-focused）而非情緒導向（Emotion-focused）的因應方式。然而對於晚年喪子（女）的母親而言，喪子會顯著提高年長母親後續的憂鬱症狀，但喪女就沒有類似的結果，推測這樣的結果亦是文化使然。受儒家文化影響的社會，母以子貴的現象較明顯，母親可能投資更多的時間與精力來維繫與兒子的關係，晚年經濟依

靠兒子，特別是長子，喪子可能代表高齡母親失依¹⁰。

哀傷，是一種適應失落的過程，也是關係或生命回顧的過程。人生中這些持續存在的哀傷歷程，體察到自己是失落的，然後不斷體會自己與失落共存。哀傷好像在心靈深處為逝者留了位置，這位置也許長達多年都還在。喪親經驗的適應好與不好並非一言以論斷，生活中正負向情緒總同時存在。喪親情境是人類經驗裡自然且必然的本質，不需要太執著悲傷會否結束、或何時結束。也就是說，失落和哀傷是一生中難以避免的事，雖影響著生活狀態，卻也是獲得人生意義的領悟和覺醒的重要時刻。若是容易落入高危喪親者的處境，則宜及早轉介社會工作師、心理師、精神科醫師提供進一步的協助。

參考文獻

1. 李閏華. (2009). 臺灣善終服務社會工作者喪親輔導經驗的敘說分析. (博士 論文), 香港中文大學, 香港.
2. 李閏華. (2013). 安寧療護社會工作. 臺北市: 洪葉文化.
3. 李閏華. (2012). 如何走出失落與哀傷. 癌症新探, 60, 37-41.
4. Terry Altilio, M., & Otis-Green, S. (2011). Oxford textbook of palliative social work: Oxford University Press.
5. Worden, J. W. (2018). Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner: Springer Publishing Company.
6. Worden, J. W. (2011). 悲傷輔導與悲傷治療: 心理衛生實務工作者手冊 (李開敏, 林方皓, 張玉仕, & 葛書倫, Trans. 3rd Ed.). 臺北市: 心理出版社.
7. McInnis-Dittrich, K. (2013). Social Work with Older Adults (4th ed.): Pearson Education.
8. McInnis-Dittrich, K. (2011). 老年社會工作：生理、心理及社會的評估與介入 (洪明月, Trans.). 臺北: 五南.
9. 李月萍, & 陳清惠. (2016). 喪偶對高齡者健康及生活之衝擊及護理. [The Impacts of Widowhood on the Health and Life of Elderly People and Related Nursing Care]. 護理雜誌, 63 (4), 19-24.
10. Lee, C., Gleib, D. A., Weinstein, M., & Goldman, N. (2014). Death of a child and parental wellbeing in old age: Evidence from Taiwan. Social Science & Medicine, 101, 166-173.

第五章

衰弱老人安寧緩和 醫療之現況與展望



人口高齡化以及相關的慢性病已成為當今醫療照護重要的議題之一，台灣在 2018 年 3 月 65 歲以上老人比率已達 14%，成為高齡社會。而大部分嚴重的慢性病都發生在 65 歲以上的老人，多重慢性病造成身體的不適、多面向功能的退化，甚或失能，影響老人的生活品質。因此，在照顧這些衰弱老人時，必須要知道衰弱的定義，使用適當的篩檢工具，發現衰弱老人，後續進行預後之評估，若評估有安寧照護之需求，必須在適當的時機早期介入，以老人與家屬的需求進行症狀評估與控制、討論照顧的目標、根據老人的狀況討論與決定適當的照護方式，這些都是衰弱老人安寧緩和醫療照護所注重的面向，如此才得以維繫高齡老人的生命品質與家屬的生活品質。

一、現況

世界衛生組織歐洲區域辦公室（World Health Organization Regional Office for Europe）因應世界人口老化的趨勢，在 2011 年發表 Palliative care for older people : better practices 以強調老人安寧療護之重要性，文中提及傳統的安寧緩和醫療照護主要照護族群為癌症病人，但是因為人口老化，超高齡（85 歲以上）老人較常見的死因為非癌症的疾病（例如：心血管疾病與呼吸系統疾病）。因此，需要將安寧照護擴大提供予非癌症的病人，增加安寧照護的可近性，並且需要將此照護模式與慢性病照護管理、初級照護（Primary care）、社會照顧（Social care）結合。同時進行照護專業人員之訓練，包括瞭解老化可能造成的身心變化、藥物動力學的改變、需求的評估、增進對於長期照護之瞭解、以及跨領域的合作等，以提供高齡老人周全完整性的照護與照顧。¹

以英國為例，End of Life Care Strategy 由英國國民保健署（National Health Service, NHS）以及其他志願安寧照護組織共同支應安寧緩和照護的經費，提供安寧照護，不限診斷與居住地點。此外，NHS End of Life Care Program 包括 The Gold Standards Framework for Care Homes；the Liverpool Care Pathway for the Dying Patient；以及 Preferred Priorities for Care（即為 Advance Care Planning），上述計畫各有其相對應的目標策略與建議，例如：與社區合作，以發現有安寧照護需求的個案；訓練專業人員，提升其溝通技巧以及生命末期狀態的判斷能力；照

護計畫的擬定，與病人溝通以及需求評估；照護的整合以及協調合作；提升照護的可近性（一天 24 小時，一周 7 日的照護服務）；在社區、長期照護機構、醫院等處提供高品質的照護；支持照顧者等。¹⁻³

而在中歐與東歐地區，「The International Palliative Care Initiative（IPCI）」則致力於提升大眾與專業人員對於安寧緩和照護的認識與提供照護。但是，礙於資源經費有限、鴉片類藥物取得的有限性、大眾缺乏對於安寧照護的認識與接受度、缺乏當地政府的支持等因素，部分國家或地區的安寧緩和醫療照護服務尚無法平均地提供或者欠缺良好的整合。¹

近年來，各國專家在提供或執行緩和照護時也漸漸發現，隨著高齡人口增加，安寧照護需求亦隨之增加，傳統以住院或安寧專業人員提供照護的模式已漸漸無法滿足需求。在學者 Allan Kellehear 的提倡之下，強調「社區參與（Community engagement）」之「關懷社區（Compassionate communities）」模式的緩和照護在英國、愛爾蘭、奧地利、瑞士等歐洲國家蓬勃發展。此照護模式的主要目標為透過提供關於健康、臨終與死亡的資訊與教育，加強對於罹患無法治癒疾病的病人自我控制與支持，非僅針對死亡的議題進行心理支持，而是重視每日的生命品質，且強調此為社區每一份子的責任（End-of-life care as everyone's responsibility），就像其他的公共衛生議題一樣，強調社區民眾的增能賦權與參與。在蘇格蘭陸續有 Children's Hospice Association Scotland，Strathcarron Hospice，St Andrew's Hospice 開始提升社區民眾對於瀕死與死亡的理解與促進社區參與。此外，在英格蘭的 Weston-super-Mare，West Midlands 的 Shropshire 與 Sandwell，愛爾蘭的 Limerick，奧地利 Tyrol 的 Landeck、維也納、以及瑞士的 Solothurn 等地，都有以不同模式，成功建立關懷社區的經驗。^{4,5}

在美國，Medicare、Medicaid（43 州），Veterans' Benefits 以及私人保險，分別根據末期病人的狀況提供不同程度的安寧照護給付，包括癌症病人、非癌症病人，兒童、成人與老人，經過醫師根據各保險給付規定之各項指標或量表評估後，若符合規定，即可轉介接受安寧緩和照顧。⁶⁻⁸

在亞洲的日本於 2018 年 9 月高齡人口的比率已達 20%，其安寧照護的模式

包括：安寧病房住院療護、住院安寧照護團隊、安寧居家照護，並且計畫加強提供包括：住院、門診、藥局、護理訪視站等區域安寧照護資源，以及非癌症病人的安寧照護。⁹

在台灣，安寧緩和醫療照護的對象包括：癌症、運動神經元疾病、老年期及初老期器質性精神病態、其他大腦變質、心臟衰竭、慢性氣道阻塞與肺部其他疾病、慢性肝病及肝硬化、急性腎衰竭及慢性腎衰竭等疾病末期病人。因此，罹患上述疾病的末期衰弱老人，皆可經過兩位相關專科醫師確認後，轉介安寧緩和照護，且由全民健保給付安寧緩和醫療照護之相關費用。目前我國安寧緩和照護的方式，住院的方式有安寧療護病房，安寧共同照護，在社區中的安寧照護模式為安寧居家療護。安寧居家療護分為甲類與乙類，兩類照護人員資格的基本要求與每年繼續教育訓練的要求不同。而且提供此照護之基層診所，應以現行辦理安寧緩和醫療之醫院為後援醫院。¹⁰

二、困難與挑戰

首先，由於多重慢性病合併疾病狀況的起伏，照顧衰弱老人時，安寧緩和醫療照護轉介之評估，必須即時，避免到生命末期時才介入，以維繫老人的生命品質，提供家屬與照顧者支持。^{11,12} 再者，盡可能在老人意識清楚時，即時與老人和家屬進行治療方向與內容之討論，意即進行「預立醫療照護諮商」之討論，以瞭解老人的意願，尊重老人的自主權，以符合老人的意願提供身體、心理、社會以及靈性各層面之全人評估與照護。^{11,13} 但是，在協助衰弱老人進行預立醫療諮商討論時，必需確認其是否理解自己疾病的可能預後、關於死亡的經驗以及對於死亡是否有恐懼，以讓「預立醫療照護諮商」之討論能夠反應衰弱老人之真正決定。¹⁴ 第三，根據研究顯示，高齡老人的需求常常被低估，導致治療不足，因此，對於需求提供完整的評估與處置，也是重要的議題之一。^{13,17} 第四，符合高齡老人需求，選擇最適當的照護方式與地點，也須即時溝通與討論。第五，對於高齡老人的照顧者，包括家屬與專業照顧人員，進行疾病軌跡的說明與照顧指導，以協助其瞭解疾病的走向與可能產生的症狀與變化，以及相關的因應處理方式。^{11,17} 第六，當進入生命末期時，適時提供生命末期照顧，協助老人與家屬進行善終準

備，老人離世後，則視家屬需求提供後續哀傷撫慰與支持。¹¹⁻¹⁷

雖然目前我國中央健保署提供末期病人安寧住院、安寧共同照護、安寧居家療護等照護模式之服務，但是，各模式間之轉銜照護與轉介仍存有許多挑戰。當一位住院病人，想回到社區的家中時，可能會遭遇到多重的挑戰，包括：在家中是否能夠得到妥善之照護？誰能夠在社區的家中，持續提供病人與家屬全人、全家、全程的安寧照護？如何進行轉介，以提供持續性的照護？管制藥物的開立、使用、調整與衛教議題；社區中是否有專業的社工師、心理師、宗教師以提供相對應之照護？急性狀況時之緊急處理措施；以及有需求時是否可以即時得到專業的協助；後續的哀傷輔導與支持由誰提供，如何提供？等相關議題，都需要進一步協商討論，以提升照護的品質。

三、展望

目前我國健保對於安寧緩和醫療照護對象的評估乃以疾病為導向，但是在臨床或社區中照顧老人時，常常發現未符合健保規定特定疾病診斷之衰弱老人有安寧緩和醫療照護需求，但是礙於規定無法收案提供安寧緩和醫療照護。建議政府相關單位邀集專家學者共同擬訂規範，讓有需求之衰弱老人也能夠接受安寧緩和醫療之照護，以提升衰弱老人生命末期照護品質。

台灣也與西方各國一樣，面臨人口高齡化以及安寧照護需求提升的現況，協助民眾了解「病人自主權利法」、進行預立醫療照護諮商、並完成預立醫療決定，是保障民眾自身醫療自主以及善終權益的方式。此外，面對安寧緩和醫療照護人力之不足，我們也可學習歐洲各國推行關懷社區成功的經驗，增能賦權社區民眾與團體，共同為社區的安寧照護盡一分心力。

要提供衰弱老人高品質的安寧緩和醫療照護，需要老人、家屬、照顧者與專業人員協調合作，完善的政策制度，與社區的參與，而持續的繼續教育也是重要的環節之一。另外，也需要持續的研究分析，獲得更多的實證證據以做為提升照護品質之參考。

參考文獻

1. Hall, S., Petkova, H., Tsouros, A. D., Costantini, M., & Higginson, I. J. (2011). Palliative care for older people: better practices: World Health Organization Copenhagen.
2. MacKinlay, E. (2012). Palliative care, ageing and spirituality: A guide for older people, carers and families: Jessica kingsley publishers.
3. Evans, C., Ellis-Smith, C., & Nicholson, C. Rapid Scoping Review of Service Delivery Models to Maximise Quality of Life for Older People at the End of Life Prepared for the World Health Organisation (WHO) by King's College London. 2018. In.
4. Kellehear, A. (2013). Compassionate communities: end-of-life care as everyone's responsibility. *QJM: An International Journal of Medicine*, 106(12), 1071-1075.
5. Wegleitner, K., Heimerl, K., & Kellehear, A. (2015). Compassionate communities: case studies from Britain and Europe: Routledge.
6. Dumanovsky, T., Augustin, R., Rogers, M., Lettang, K., Meier, D. E., & Morrison, R. S. (2016). The Growth of Palliative Care in U.S. Hospitals: A Status Report. *J Palliat Med*, 19(1), 8-15.
7. Locator, E. Hospice Care. Retrieved from https://eldercare.acl.gov/Public/Resources/Factsheets/Hospice_Care.aspx
8. Morrison, R. S. (2013). Models of palliative care delivery in the United States. *Curr Opin Support Palliat Care*, 7(2), 201-206.
9. Mori, M., & Morita, T. (2016). Advances in Hospice and Palliative Care in Japan: A Review Paper (Vol. 19).
10. 安寧療護照護(住院、居家、共照)現行給付方式. (2015 Aug 3). Retrieved from https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=BC4B6B42238D5D7A&topn=D39E2B72B0BDF8A15
11. Cherny, N. I., & Christakis, N. A. (2011). Oxford textbook of palliative medicine: Oxford university press.
12. EVANS, C. J., ISON, L., ELLIS-SMITH, C., NICHOLSON, C., COSTA, A., OLUYASE, A. O.,... (2019). Service Delivery Models to Maximize Quality of Life for Older People at the End of Life: A Rapid Review. *The Milbank Quarterly*, 97(1), 113-175.
13. Sharp, T., Malyon, A., & Barclay, S. (2018). GPs' perceptions of advance care planning with frail and older people: a qualitative study. *Br J Gen Pract*, 68(666), e44-e53.

14. Piers, R. D., van Eechoud, I. J., Van Camp, S., Grypdonck, M., Deveugele, M., Verbeke, N. C., & Van Den Noortgate, N. J. (2013). Advance Care Planning in terminally ill and frail older persons. *Patient Educ Couns*, 90(3), 323-329.
15. Markowitz, A. J., & Pantilat, S. Z. (2006). Palliative care for frail older adults: "there are things I can't do anymore that I wish I could". *Jama*, 296(24), 2967.
16. Keeble, M. (2015). 'Do I have to have cancer to get better care?' Improving palliative care provision for frail older people. *Int J Palliat Nurs*, 21(8), 409.
17. Moorhouse, P., Koller, K., & Mallery, L. (2015). End of Life Care in Frailty. *Interdiscip Top Gerontol Geriatr*, 41, 151-160.





本指引資料版權所有，請尊重作者智慧財產權，未經同意請勿轉載

廣告 經費由國民健康署菸品健康福利捐支應