

美和科技大學

一〇〇年度教師專題研究計畫

結案報告

整合型計畫名稱：長期照護機構住民之健康老化

子計畫二名稱：長期照護機構住民之生命末期照護－系統性
回顧

計畫編號：AMH- 100- DON- 002

計畫期間：100 年 01 月 01 日至 100 年 12 月 31 日

計畫主持人：吳宏蘭副教授

共同主持人：黃美凰助理教授、曾明月講師

經費總額：22,000 元

經費來源：100 年度教育部獎補助款

目 錄

中文摘要	-----	1
英文摘要	-----	2
前言	-----	3
研究目的	-----	6
研究方法	-----	6
研究結果	-----	7
討論	-----	14
結論	-----	15
參考文獻	-----	16

中文摘要

我國人口快速老化，愈來愈多的老年人在長期照護機構中接受照護，因此長期照護機構面對生命末期照護之挑戰，但是國內長期照護機構推動生命末期照護仍處於起步階段，提供相關照護的機構非常有限。本研究目的旨在以系統性的文獻回顧方法，探討文獻中長期照護機構對於生命末期照護的實施方式、成效及困難等概況，以作為將來在機構中推動生命末期照護之參考。本文之文獻資料來源以電子資料庫為主，包含 MEDLINE、CINAHL 及 PubMed，自 1990 年至 2011 年 12 月所出版的英文文獻，符合以下條件者則列入研究之範圍：照護對象是長期照護機構的住民；主題為安寧療護、緩和療護、生命末期照護；實證研究；研究結果包含機構住民的生命末期照護實施方式、成效及困難等。文獻排除的條件為照護對象是住在醫院或居家的個案則不列入研究範圍。文獻查詢後，符合本研究目的文獻共有八篇，其中有六篇論文來自英國，另外兩篇為美國；屬於質性研究有三篇，量性研究有四篇，混合式研究設計有一篇。結果顯示西方國家的長照機構實施生命末期照護的模式，包含由安寧緩和療護專業團隊提供生命末期照護的相關服務及諮詢協助；當機構工作人員有充足的訓練之後，可在機構內提供相關照護，並配合機構外的相關資源及緩和療護小組的協助。透過照護政策的引導及設計嚴謹的照護路徑，改變照護成員的態度與提升其照護相關知能，在跨團隊照護的整合下可達成最佳的生命末期照護。

關鍵詞：生命末期，長期照護，系統性回顧

Abstract

The Taiwan population is rapidly ageing, resulting in increasing numbers of older people reside in long-term care facilities. There is an urgent need for end of life care in long-term care facilities. Providing end of life care for residents in long-term care facilities is beginning in Taiwan. The amount of long-term care institutions that provision of end of life care is limited. The aim of this study was to systematically review the literature on end of life care research in long-term care facilities with respect to how the care was provided, and to determine the outcome of care and barriers of providing of care. The results of this study could be applied to develop the programs of end of life care in long-term care facilities in Taiwan. The search strategy included searches of MEDLINE、CINAHL, and PubMed databases from 19990 up to 2011, using search terms related to ‘hospice’, ‘palliative care’, and ‘end-of-life care’ combined with search terms related to ‘long term care’, ‘long-term care facility’, ‘nursing home’, and ‘care home’. The selected articles that reported studies on model or program of end of life care and the outcomes of care in long-term care facilities were analyzed. A total of 8 studies, mainly from the United Kingdom (n = 6), were finally included in the review. Three studies were qualitative design, four studies were quantitative study, and one study was using mixed method. The models of end-of-life care in long term care facilities were mainly provided by hospice and palliative care teams that giving supports and consultation for the institutions. The delivery of good quality of end-of-life care in long term care facilities requires an effective balance of external support and internal resources, such as health policy, the introduction of frameworks or pathways of care, staff who are well trained and who have positive attitude toward death and end-of-life care, and the integration of multidisciplinary team work.

Keywords: end-of-life, long-term care, systematic review

前 言

國人平均壽命延長，高齡人口漸增，隨著老化進展，高齡者罹患慢性病與功能障礙的情形極為普遍，使得有功能障礙或缺乏自我照顧能力的長者，對醫療服務與長期照護需求也大幅增加，我國長期照顧十年計畫目標旨在「保障身心功能障礙者能獲得適切的服務，增進獨立生活能力，提升生活品質，以維持尊嚴與自主」(衛生署，2010)。由於社會型態及價值觀的改變，家庭組成以小家庭為主，當老年人需要他人提供健康照顧時，除了在宅看護，長期照護機構已經成為主要安養處所的選擇，甚至是終老於機構，這與歐美國家的老人照護情形類似(Biola et al., 2007; Houttekier et al., 2010; Menec, Nowicki, Blandford, & Veselyuk, 2009; Teno, 2004; US HHS AHRQ, 2001)。

老年人的健康問題與照護需求要不同於青壯年，大多數的老人罹患多重慢性病，其病程漫長且多變、容易失能，不易預期其生命期限(Coventry, Grande, Richards, & Todd, 2005)，因此，老年人照護有其獨特性(Liao & Ackermann, 2008; Lusk, 2007)。老年人的醫療照護可能由「治療」轉為「治療與照護並重」或「照護超越治療」，照顧老年人的健康，除了防老抗老之健康促進外，面對無可避免的衰老、生病與死亡，其生命最後階段之照護良好與否，影響其生活品質與個人尊嚴亟巨(Amella, 2003)，長期照護機構必須提供一般的健康維護與生命末期照護，同時兼顧生與死的需要，不只重視生，也重視死亡，方能確保老年人的生命品質，達到生命無憾的目標。

安寧緩和療護(Hospice & palliative care)是對治癒性療法已無反應的進行性末期疾病病人，提供身心靈全方位照顧，以促進末期病人的舒適，增進病人及其家屬的生活品質。安寧緩和療護在國內推動已有二十年的歷史，提供的照護包含門診診療、住院與居家照護，初期主要的照顧對象為末期的癌症與運動神經元疾病病人(趙，2009)，自2009年9月份起中央健保局已將八大慢性病重症末期患者，包含老年失智、大腦病變、心臟衰竭、慢性阻塞性肺疾病、肺部其他疾病、慢性

肝病及肝硬化、腎衰竭等列為安寧療護給付對象(中央健保局，2010)，從此之後我國安寧緩和療護的照護對象已與世界潮流一致。

上述八大非癌症疾病，正是老年人的主要死因(衛生署，2010)，因此老年人的生命末期照護亟需重視，當老年人罹患長期慢性病，並處於進行性末期疾病狀態，若給予過多而無效的侵入性治療，並無法改善其病況，只是延長瀕死期，如此將嚴重影響老年人的生活品質，不但為罹病的個人與家庭帶來莫大的痛苦與煎熬，也浪費有限的醫療資源，並造成社會極大的負擔(Palangkaraya & Yong, 2009; Pot et al., 2009)。世界衛生組織曾強調緩和療護在老人健康照護之重要性，將老年人的緩和療護需要視為一新的公共衛生議題，建議各國在擬定相關政策時應考慮其重要性(Davies & Higginson, 2004)。

歐美國家在長期照護機構推行安寧緩和療護已有相當的經驗與成效(Rodriguez, Hanlon, Perera, Jaffe, & Sevick, 2010)，反觀我國在健康照護政策上推動安寧緩和療護的速度非常緩慢(趙，2009)，目前安寧緩和療護都是由醫院急性醫療體系主導，偏重於癌末病患之照顧，但對慢性病末期病患之照顧及相關經驗十分不足，因此國內學者也呼籲安寧緩和療護之推展應與長期照護系統結合，以因應老年人之需求，提升照護品質(方、張、林，2010；朱、吳，2009；黃等，2010；趙，2009)。

歐美國家在長期照護機構推行安寧緩和療護的狀況為何？從以下的文獻及研究可以了解大概，Munn等人(2008)以焦點團體的方式，分別訪談長照機構中的住民、家屬及工作人員對於善終與生命末期照顧的經驗，結果顯示臨終及死亡在長期照護過程中是一個正常的、必然面臨的課題；善終的意義是舒適、無不適症狀、尊嚴、接受死之將至的事實、不增加家人的負擔等；住民、家屬及工作人員肯定安寧療護有助於生命末期的照顧。從Carlson (2007)系統性文獻查證結果，顯示護理之家的住民們即使到了生命最後階段仍期望維持原有的生活與角色功能，他們希望能緩解身體與心理的不適，但不希望使用無效的治療方式而不當的延長其生命。Goodridge等人(2005)在加拿大一家160床規模的護理之家進行研

究，結果顯示護理之家對生命末期的住民提供的主要照顧內容，包括評估、協調與整合照護，提供身體的照護(包括身體症狀護理、口腔、失禁及皮膚護理等)，指導及衛教家屬並提供相關支持。

末期病人深受各種身體症狀的煎熬，也面臨心理、社會與靈性等問題，死亡的威脅不僅是身體的不適與生命的結束，家庭與社會關係也隨之斷絕；因此，生命末期照護必須要緩解生理症狀、促進舒適、協助病人與家屬面對死亡事實，陪伴他們適應失落與哀傷，這些都有賴於跨領域的專業團隊提供照護(Faull, 2005)。影響長照機構提供生命末期照護因素，例如住民的疾病屬性、工作人員的照護理念與知能、機構的因素、族群文化的差異、照護體系與給付制度之影響等(Fukahori, 2009; Liao & Ackermann, 2008)。

Wowchuk等人(2006; 2007)為了解護理之家在提供緩和療護所面臨的困難與挑戰，作者們搜尋1985-2004年發表的英文期刊，而原著分別是英、美、澳及加拿大四國。結果顯示其困難與挑戰有兩大因素，內部因素包含照顧者缺乏緩和療護的知識與技能、照顧者對於死亡與瀕死的態度與信念、人力不足及照顧的時間有限、缺乏醫師的協助、無法提供臨終病人及其家屬有私人的空間、家屬對病人照護的期望、臨終病人住院的問題等；外部因素則包含住民所獲得的照護方式、住民的健康與疾病屬性、住民罹病的最初診斷、症狀與病程。因此作者們建議必須對工作人員提供緩和療護教育訓練，並評值其成效；照護體系的改造，體認護理之家提供末期照護的機會大增，這些機構的管理者與照顧者必須展現提供有品質的末期照護之決心與行動，增加末期照護的設備與資源。

台灣的長照機構與安寧緩和療護的服務體系、照護方式與服務對象不同，其生命末期照護模式也有別。我國在長期照護機構推動生命末期照護仍屬起步階段，不僅相關的研究不足(蕭, 2009)，大多數的長期照護機構並不熟悉安寧緩和療護，也未提供相關的生命末期照護(蔡, 2010)，僅有少數機構正在推行末期照護，方式包括與設有安寧病房的醫院合作，透過居家安寧或轉診(住院)方式提供照護，同時也推動「預立意願書、預立生預囑」之活動(鄧, 2010；蔡, 2010；

藍，2010)。因此在長期照護機構推動生命末期照護模式的研究亟待推動，他山之石可以攻錯，首先可從豐富的研究文獻中，了解其他先進國家在長期照護機構推動生命末期照護的概況，進而設計符合國內現況所需的長期照護機構教育計畫及推展適當的生命末期照護方案，以提升長期照護機構住民的末期生命照護的品質。因此針對長期照護機構推動生命末期照護方式的系統性文獻回顧，實有其必要性。

研究目的

探討文獻中有關長期照護機構生命末期照護實施方式、成效及困難等概況。

研究方法

研究設計

本研究屬於描述性研究設計，主要目的是探討文獻中有關長期照護機構(以下簡稱長照機構)推行生命末期照護的方式、成效及困難等。

研究方式

文獻搜尋策略將以電子資料庫為主，包含 MEDLINE、CINAHL、PubMed 等，出版時間自 1990 年至 2011 年的英文文獻。符合以下條件者則列入研究之範圍：(1)照護對象是長期照護機構的住民，此處所指的長期照護機構包括護理之家(例如 nursing homes, care homes, residential homes 等)及長期照護機構(long-term care facilities, assisted living facilities 等)；(2)研究主題為安寧療護、緩和療護、生命末期照護；(3)實證研究設計，包含描述性、類實驗性或實驗性(隨機控制實驗、個案控制等)研究；(4)研究結果包含機構住民的生命末期照護實施方式、工作人員的訓練計畫、成效及困難等。文獻排除的條件為照護對象是住在醫院或居家的個案則不列入研究範圍。搜尋的關鍵字為 hospice, palliative care, end-of-life care, long term care, long-term care facility, nursing home, care home 等。

資料的收集與分析

依據關鍵字的檢索，收集所有的研究文獻，由兩位研究主持人先瀏覽所有相關文獻的篇名、摘要以確認是否符合研究搜尋條件，在取得全文之後，兩位研究主持人分別閱讀、檢視文獻與本研究的相關性，進而相互比較，並取得一致性，當無法達到一致性時，則由第三位研究主持人進一步檢視確認，當該文獻能達到兩位研究者的一致同意時，則列入研究範圍。

研究結果與討論

利用關鍵字查詢後共有 1,523 篇文章，進一步篩選符合納入條件的文章後，符合本研究目的文獻共有八篇，其中有六篇論文來自英國，另外兩篇為美國；屬於質性研究有三篇，量性研究有四篇，混合式研究設計有一篇；以下為各篇論文內容之論述。

英國是安寧療護運動的發源地，其所推動的生命末期照護模式經常是許多國家參考之借鏡。英國為能廣泛提升生命末期照護品質，曾在2008年發表End of Life Care Strategy (DOH, 2008)，以喚起民眾對死亡的重視，強調臨終照護品質，以達善終的目的，並在各健康照護機構推動有品質的生命末期照護，因此有臨床照護路徑(Care Pathway)的設計，例如利物浦臨終病人照護路徑(Liverpool Care Pathway for the dying Patient, LCP)。以下將介紹LCP及其他相關的照護計畫，以進一步了解下列文獻之內容。

LCP是一個融合跨團隊的專業文件，為一具備實證基礎的照護架構，以提供臨終病人及家屬適切之照護。它發展最初的目的是為了將安寧的理念由安寧療護機構引入醫院及其他健康照護機構的生命末期照護，以使病人能獲得最佳的臨終照護。除此之外，LCP的目標還包含降低成本、維持以病人為中心的高品質服務，以及提升住院品質等。其內容重點分為初步評估、進行性評估及死亡後的照護等，涵蓋身、心、靈及社會層面的全人照護，除了應用在安寧療護機構外，目前也應用於醫院、社區及長照機構等(Seymour, Kumar, & Froggatt, 2011)。其主要的

表單及文件內容包含親屬與照護者資訊、照護決策流程、接受照護時的評估、照護期間評估、往生後的護理、變異分析、親屬與照顧者的指導、醫療專業資訊、醫療照護指引、照護設施簡介單張、瀕死調適單張、哀傷輔導單張、及可用的文獻來源等(Marie Curie Palliative Care Institute Liverpool, 2009)。

另外，在英國推行的 Gold Standard Framework(GSF)是一個多層面的照護品質提升計畫，其目的是針對末期病人提供一致且高品質的照護，所訂定的照護需要是預先計畫且符合病人的期望，能增進工作人員的信心及團隊照護，以減少醫院為主、增加以家(護理之家或老人之家)為主的照護(Hockley, Watson, Oxenham, & Murray, 2010)。GSF 主要是針對基層的健康照護機構，以提供最佳的生命末期照護，應用在不同的機構，包含醫院、社區及長照機構等，以作為生命末期照護之指引(Griffin & Sawkins, 2009)，此計畫也曾在澳洲、紐西蘭、美國、加拿大、比利時及荷蘭等國施行。GSF 的七項主要任務，分別是溝通(communication)、協調(co-ordination)、症狀控制(control of symptoms)、持續性(continuity)、繼續教育(continued learning)、對照顧者的支持(carer support, staff and family cares)及臨終階段的照護(care in the dying phase)，即 7C's (Hall, Goddard, Stewart, & Higginson, 2011; Pellett, 2009)。

後來 GSF 計畫也推行至老人(護理)之家，其計畫則稱為 Gold Standard Framework in Care Homes(GSFCH)，它是一多層面照護架構，運用各式的工具、任務及資源，接受 GSF 小組的支援及訓練，並整合基層醫師及照護系統、緩和療護專家的協助，以提供護理之家老年住民的生命末期照護(Hall, et al., 2011; Hewison, Badger, Clifford, & Thomas, 2009)。評估實施 GSFCH 的成效包含護士的信心與工作滿意度增加、住民認為照護品質提升、住民及照護成員及跨團隊小組有較好的溝通、減少不必要的住院及增加在機構終老的比率(Stobbart-Rowlands & Brewster, 2010)。

GSFCH 也以 7C's 為照護的任務(Hall, et al., 2011)，分別說明如下：

1. 溝通(communication)：確認個案的緩和療護需要、定期的小組會議討論、運

用預立醫療自主計畫(ACP)

2. 協調(co-ordination)：為每位個案指派協調人員、主要的照顧者或聯繫人員
3. 症狀控制(control of symptoms)：運用評估工具、各項聯繫紀錄、儀器設備標準及 PRN 藥物來控制個案的症狀
4. 持續性(continuity)：個案需要機構外的照護時，有其相關的照護及治療紀錄
5. 繼續教育(continued learning)：定期的進行死亡個案的分析討論、繼續教育計畫及提供圖書館資源
6. 對照顧者的支持(carer support)：對工作人員的支持與回饋
7. 臨終階段的照護(care in the dying phase)：以修正後的利物浦照護路徑 (Modified Liverpool Care Pathway)運用於臨終照護、死亡後的照護、對工作人員、家屬及其他住民的支持等

2008 年英國的國家衛生服務部(Department of Health)訂定生命末期照護策略 (Department of Health's End of Life Care Strategy)，以提升臨終病人及其家屬的照護品質，因此在英國的健康照護機構推行各種照護計畫，例如在英國的西北地區 (North West)，針對該地區的護理之家推動生命末期照護模式(North West End of Life Care Model)，內容訂定的照護路徑分為五個階段，如下表之說明。為成功地向所有護理之家推動此照護模式，由每一護理之家推派工作人員代表，此工作人員代表將在機構中負責推動照護計畫，人員代表需參與七次的工作坊，其內容包含照護計畫之介紹、改變的因應與管理、計畫監測的技巧、生命末期照護的方法、評估及檢討照護計畫、整合式的照護、如何提供高品質的照護、臨終及死亡後的照護等，此工作坊的進行可依據參與機構的個別需要，加以調整。參與此計劃的護理之家在工作坊結束之後，可獲得證書及提供生命末期照護之認證，加入照護計畫後，也有推動計畫的專員協調所需的相關資源，協助機構推動照護計畫 (Horgan, 2011)。

表一 生命末期照護模式(North West End of Life Care Model)照護路徑

階段	時程	照護規定之實例
第一階段 疾病進行期	一年或更久	個案是由基層醫師或護理之家提供支持性的照護，可分享個案的相關資訊
第二階段 疾病惡化期	約 6 個月	依據個案的利益，檢視其照護內容；將個案期望的照護重點、預立醫療自主計畫(ACP)內容列入紀錄，開始進行持續性健康照護評估
第三階段 生命最後階段	生命最後數天	基層照護小組或護理之家向社區或相關的支援照護組織通報個案，並由醫師診治其病況；給予末期照護所需要的藥物；運用利物浦臨終病人照護路徑(Liverpool Care Pathway)提供照護
第四階段 死亡後第一天	死亡後數天	確認個案死亡並迅速給予死亡證明，提供家屬有關身故處理的相關資訊，包含如何除戶及喪葬服務等
第五階段 哀傷撫慰	一年或更久	提供適當的、所需的支持及哀傷撫慰服務

Avis, Jackson, Cox 與 Miskella (1999) 等人針對在 Nottingham 進行的 3 年期社區緩和療護之先驅型照護計畫成效調查，其照護計畫目的是將緩和療護的照護標準在簽約合作的護理之家推行，此計畫實施期間自 1994 年 7 月至 1997 年 3 月。Nottingham 總共有 100 所護理之家(總計 3,367 張床位)，共有 43 家簽署參與合作計畫，提供 99 床的緩和療護服務。計畫內容主要是評估個案的需要及發展適合的照護方案、工作人員的教育訓練、對工作人員提供專業的諮詢及協助、提供專業的緩和護理、提供對家屬的支持、必要時照會其他機構服務、監測緩和療護的

品質等。此社區計劃之推行成員包含一位護理顧問及 6 位護士，初期計劃是評估護理之家所提出的服務需要，因此計畫的內容有三個重點：針對護理之家的工作人員提供有關個案照護問題的建議、提供緩和照護的相關訓練與支援(包含疼痛與症狀控制、提供專家建議的資源、促進與其他專業人員的溝通)、提供住民及家屬的支持與建議，例如哀傷諮詢及心理支持。此計劃的主要目的是使緩和療護的服務能廣為人知、容易獲得及擁有保密性；此計劃並應用開放性的轉介系統，可以透過電話轉介與工作人員、住民及家屬進行相關的討論。Avis 等人分別以問卷調查 82 位護理長及訪談 35 位相關成員(包含護理長、護理之家照護人員、家屬及住民、社區護士、健康及社服服務人員、當地的緩和療護專家)。研究結果顯示服務的使用情形包含個案照護、工作人員訓練等轉介；被調查對象大多表示護理之家能提供適切、標準的緩和療護，其氣氛是非正式、家庭般的氣氛，護理之家可成為提供緩和療護的重要機構；護理長認為提供緩和療護的主要困難是欠缺增聘工作人員及相關設備的費用、缺乏有經驗的工作人員、無法滿足住民的社會及靈性照護需要等；工作人員也認為有些照護標準對於護理之家並不切實際。計畫的主要成效包含對住民及家屬的有更好的身心照護、增加工作人員的信心與緩和療護相關知識等；本計畫的實施反映出護理之家需要安寧緩和療護的專家協助，亦即整合性的照護；護理之家的工作人員需要在職訓練及經費與相關資源的援助(Avis, Jackson, Cox, & Miskella, 1999)。

Watson、Hockley 及 Dewar(2006)在英國所進行的研究，探討護理之家實施利物浦臨終病人照護路徑(Liverpool Care Pathway for the dying)的障礙因素，採進行動研究法，共有八家護理之家參與研究。研究結果顯示有四個障礙因素，分別是(一)缺乏對緩和療護的藥物使用及控制臨終症狀的知識，例如疼痛、躁動與呼吸道分泌物之用藥；(二)對迫近的死亡缺乏準備，意即工作人員無法接受住民即將死亡的事實，有人將死亡視為失敗；(三)無法確知死亡的過程是否正在進行中或住民是否已近臨終，工作人員無法使用照護路徑文件；(四)缺乏跨團隊的整合性照護，在護理之家中護理人員通常比醫師更了解住民的需要，醫護在臨終照護

的溝通不足；(五)工作人員缺乏信心去討論死亡的議題，特別是死亡為禁忌時；(六)部分護理之家並不想改變或採用臨終病人照護路徑，原因包括人力短缺、動機與行政支持等。Watson 等人的建議值得參考的是緩和或生命末期照護的專業模式在機構推行時必須考慮機構的文化、對生死的看法、學習的動機、人力的配置與行政支持等；除此之外，公共政策的支持與經費的挹注，也有助於護理之家推行有品質的老年臨終照護(Watson, Hockley, & Dewar, 2006)。

Hockley, Watson, Oxenham 與 Murray (2010) 在蘇格蘭 7 所護理之家，利用問卷、記錄及檔案文件之審核進行資料收集，以評估護理之家執行 GSF 及 GSFCH 計畫之成效，該計畫之期程為 2 年。結果顯示計畫之成效包含簽立 DNAR (Do not attempt resuscitate)醫囑及討論 ACP 的比率增加，在醫院死亡的比率降低，整體而言，此計畫能提升生命末期照護品質。另外，工作人員對於末期照護較有信心，當地的基層醫師對於推動緩和療護計畫有較多的認識及參與。由於參與計畫是一種改變，但是工作人員的留任及招募是改變過程中的主要障礙因素。

Addicott (2011)以個案研究法，訪談4所長照機構相關的工作人員(包含行政、社工、緩和療護專業人員及護士等)共39人，以探討長照機構積極推行生命末期照護的良好實例。結果顯示影響高品質的生命末期照護之重要因素如下：推行預立醫療自主計畫(advanced care planning, ACP)、對住民的照護期望有充分的了解與溝通、跨團隊的支援(包含機構外的醫師、護士及緩和療護小組)、工作人員認同生命末期照護之價值，並提供有尊嚴、真誠的照護(Addicott, 2011)。

Hall, Goddard, Stewart 與 Higginson (2011)以訪談探討英格蘭地區老人之家 (care homes)實施 GSF 的利益與障礙因素，共計訪談 9 所老人之家的工作人員(包含主管、護士、護佐等)、住民及家屬，共 44 人。結果顯示工作人員同意 GSF 的計畫是有利的，包含改善症狀控制、較好的團隊溝通、獲得有用的外部支援及專家、工作人員的信心增強、促進住民做選擇(減少不必要的住院及允許在老人之家臨終)、提升機構聲譽。而推動計畫的障礙因素如下：增加書面作業的負擔、對 GSF 相關文件中的專業術語不了解、投入時間及成本的增加(Hall, et al., 2011)。

Seymour, Kumar 及 Froggatt (2011)探討影響英格蘭的護理之家提供老人生命末期照護品質的相關因素，研究採質量性混合設計，以郵寄問卷及訪談方式進行資料收集。共有 82 所護理之家接受問卷調查，並有 7 位護理之家的護士及 10 位機構外的相關成員(提供相關的支援與協助者)接受訪談。結果顯示護理之家自評照護品質為好或優良者有 94%；62.3%機構採用 LCP，其他則採用 GSF、併用 LCP 與 GSF 或其他工具，僅有四家未採用任何工具。護理之家獲得的支持來源包含基層醫師、專科護理師、社區護士及緩和療護小組等；影響提供照護的障礙因素有醫師的支持不足及猶豫於開立適當的藥物、缺乏其他機構或社區的資源、注射設備的成本費用、缺乏資源與訓練的相關訊息等；提升照護的重要因素有發展臨床的領導技巧、與醫師建立關係、獲得更多外部的支持與資源(Seymour, et al., 2011)。

英國之外，美國推行安寧療護也有數十年的歷史，例如 Miller 及 Han (2008) 在 2004 年針對全美國 1,174 所護理之家進行的調查顯示，78%護理之家都與機構外的安寧療護單位有合作關係，26%護理之家則有專科訓練的工作人員負責疼痛控制。雖然在該文中並未詳述專科訓練的工作人員是機構的專職人員或是外來的合作機構成員，但顯見美國的護理之家大部分都有安寧緩和療護或生命末期照護的服務，不論是由機構專職人員，或是由外部的專業機構提供相關的服務。

另一值得參考的照護計畫是美國佛羅里達州某一所護理之家所推行的照護模式，自2002年開始試行生命末期照護模式，稱為“*Butterflies are free*”。照護計畫包括機構所有工作人員(行政及護理主管、護理人員、護佐、社工、病人及家屬等)接受在職教育，成立專責小組負責相關業務(例如教育組、心理社會需要組等)，並設計住民的生命末期照護流程，依據住民的健康指標給予不同階段(從疾病惡化到臨終階段)的生、心、靈全方位照護。在必要時，也邀請安寧緩和療護的專業人員給予協助或提供照護。其主要的照護成效包括住民在照護中去世的人數增加、能及早確認住民需要生命末期照護、使用止痛劑與抗焦慮劑以緩解住民的不適，及喪親家屬獲得良好的心理支持等(Life care center at Sarasota, 2005)。

討 論

從上述的文獻可以得知，末期病人及家屬在生命最後階段所面對的身、心、靈及社會問題，極其複雜，有賴於跨團隊不同的專業人員的通力合作，以達成最佳的生命末期照護，長照機構要推動生命末期照護，也需要跨團隊的協助。日本的研究顯示在推動生命末期照護的初期，由於長照機構缺乏安寧療護的能力，因此與安寧療護專業團隊合作，將可提高機構的照顧意願(Fukahori et al., 2009)；西方國家實施生命末期照護的模式，例如在機構內設置緩和療護的專科照護單位、機構內有專責的緩和療護護理師與其他工作人員共同提供照護(在英國的某些長照機構是由一位專責護士 palliative care link-nurse 負責)；由緩和療護醫護專業成員提供生命末期照護的相關諮詢及服務、或由機構外的緩和療護護理師協同參與機構內的照護等(Froggatt et al., 2006; Froggatt & Hoult, 2002; Heals, 2008; Kayser-Jones, Chan, & Kris, 2005; Liao & Ackermann, 2008)。除了安寧緩和療護專業人員的協助之外，與社區的基層醫師或健康照護體系合作也是非常重要的機制，如此能夠讓長照機構獲得更多的支援與協助。

影響長照機構提供生命末期照護的因素涵蓋不同層面，主要的因素包含工作人員的照護理念與知能、機構的因素、照護體系與給付制度之影響等(Fukahori, 2009; Liao & Ackermann, 2008)。死亡是禁忌的議題，工作人員面對住民死亡，會出現情緒困擾，而工作人員對於生死的態度，會影響其對生命末期照護的理念(Carlson, 2007)；照顧者的知能會影響其照護能力，研究顯示長照機構的工作人員缺乏相關知能(Brazil et al., 2006; Brazil & Vohra, 2005)，包含缺乏處理症狀的能力(Wetle, Shield, Teno, Miller, & Welch, 2005; Zerzan, Stearns, & Hanson, 2000)、與家屬或病人討論緩和療護與死亡等相關議題的溝通能力不足、照護成員的協調合作不夠(包括工作人員與家屬之間)(Galanos & Elbert-Avila, 2004)。除此之外，長照機構推行末期照護常見的困難包含行政支持不足、未推動在職教育訓練、人力不足、人員的流動性太大及工作負擔過重(Lusk, 2007; Munn et al., 2008; Shield, Wetle, Teno, Miller, & Welch, 2005)。眾所周知的是健康照護深受照護體系與保險

給付方式之影響，當長照機構無法確認住民的疾病是否屬於末期，為了避免引起醫療糾紛，常給予過多侵入性、但無益的醫治之外，也可能延遲或減少住民接受安寧緩和療護的時機(Zerzan et al., 2000)；再者，因為支付制度的限制，也會造成安寧照護的利用率偏低等問題(Galanos & Elbert-Avila, 2004)。

因此要在長照機構推動生命末期照護，不僅要訓練工作人員擁有相關的照護知能，改變其對臨終照護的態度，更需要國家健康政策在生命末期照護的制度化，如同英國一般，將生死照護議題導入國人的生活及照護政策中，投入充分的資源，鼓勵健康照護體系重視生命末期照護，以促進安寧緩和療護專業的成長，如此一來才有更多的專業人力可以由醫院投入社區，協助社區及長照機構推動生命末期照護，而社區及機構也需要更多的人力及物力的支援與協助，才能提高推動照護計畫的意願，最終能達到在地老化的目標。

由於本文之文獻搜尋是以 1990 年至 2011 年間 MEDLINE、CINAHL、PubMed 等電子資料庫出版的英文文獻為主，且以能取得文獻全文的論文進行分析，因此無法涵蓋以其他語言出版、書面的或未發表的文獻，此為本文之限制。

結 論

死亡雖然令人傷痛，卻無法逃避，每個人都必須面對此一課題，因此生命末期的照護也如同出生或不同的罹病階段一樣，都需要提供良好的照護品質，尤其是人口快速老化，老年照護更不能忽略生命最後階段的照護。西方國家的長照機構實施生命末期照護的模式，包含由安寧緩和療護專業團隊提供生命末期照護的相關服務及諮詢協助；當機構工作人員有充足的訓練之後，可在機構內提供相關照護，並配合機構外的相關資源及緩和療護小組的協助。無論採用何種照護模式，工作人員的專業知能及適切的照護路徑是計畫成功的關鍵。儘管個案在生命末期有複雜的身、心、靈及社會問題亟待處理，但是透過照護政策的引導及設計嚴謹的照護路徑，改變照護成員的態度與提升其照護相關知能，在跨團隊照護的整合下可達成最佳的生命末期照護。

參考文獻

- 中央健康保險局 (2010)·住院安寧療護支付方式問答輯. 2010年12月17日取自
http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=1&menu_id=26&webdata_id=3272&WD_ID=
- 方慧芬、張慧玉、林佳靜 (2009)·末期病人面臨預立醫囑、生前預囑之現況及與生命自決之倫理議題. *護理雜誌*, 56(1), 17-22.
- 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啟示. *長期照顧雜誌*, 13(1), 95-107.
- 黃韻琴、洪玉馨、章甄凌、吳維珊、林均澄、徐海蓓、周文其 (2010)·失智症的安寧緩和照顧. *安寧療護雜誌* 15(1), 94-105.
- 趙可式 (2009)·台灣安寧療護的發展與前瞻. *護理雜誌*, 56(1), 5-10.
- 蔡芳文(2010, 11月)·從長照機構的角度談末期生命照顧·於安寧照顧基金會主辦, 安寧療護國際高峰論壇·台北: 福華國際文教會館。
- 衛生署 (2010)·我國長期照顧十年計畫摘要本(核定本). 2010年12月17日取自
http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2.aspx?now_fod_list_no=10578&class_no=211&level_no=1
- 衛生署 (2010)·98年度死因統計完整統計表. 2010年12月17日取自
http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2_p02.aspx?class_no=440&now_fod_list_no=11397&level_no=-1&doc_no=76512
- 鄧海強 (2010, 12月)·現行長照機構實行安寧療護與DNR的困境與經驗分享·於台灣安寧緩和護理學會主辦, 2010年長期照顧與安寧療護·台南: 成大醫學院成杏廳。
- 蕭麗雯.(2009)·中彰地區長期照護機構工作人員對安寧療護之知識、態度及行為之探討. 未發表碩士論文, 台中: 亞洲大學。
- 藍麗鳳 (2010, 6月)·老有所終---安寧療護在長期照護機構的實施現況與分享·於台灣安寧緩和醫學學會主辦, 安寧新境界-末期醫療照護最新進展·台北: 國防醫學中心致德堂。
- Addicott, R. (2011). Supporting care home residents at the end of life. *International Journal of Palliative Nursing*, 17(4), 183-187.
- Amella, E. J. (2003). Geriatrics and palliative Care. *Journal of Hospice & Palliative*

- Nursing*, 5, 40-48.
- Avis, M., Jackson, J. G., Cox, K., & Miskella, C. (1999). Evaluation of a project providing community palliative care support to nursing homes. *Health and Social Care in the Community*, 7(1), 32-38.
- Biola, H., Sloane, P. D., Williams, C. S., Daaleman, T. P., Williams, S. W., & Zimmerman, S. (2007). Physician communication with family caregivers of long-term care residents at the end of life. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(6), 846-856.
- Brazil, K., Bédard, M., Krueger, P., Taniguchi, A., Kelley, M. L., McAiney, C., et al. (2006). Barriers to providing palliative care in long-term care facilities. *Canadian Family Physician*, 52, 472-473.
- Brazil, K., & Vohra, J. U. (2005). Identifying educational needs in end-of-life care for staff and families of residents in care facilities. *International Journal of Palliative Nursing*, 11(9), 475-480.
- Carlson, A. L. (2007). Death in the nursing home: Resident, family, and staff perspectives. *Journal of Gerontological Nursing*, 33(4), 32-41.
- Coventry, P. A., Grande, G. E., Richards, D. A., & Todd, C. J. (2005). Prediction of appropriate timing of palliative care for older adults with non-malignant life-threatening disease: A systematic review. *Age and Ageing*, 34(3), 218-227.
- Davies, E., & Higginson, I. J. (Eds.). (2004). *Better palliative care for older people*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Department of Health (2008). End of life care strategy—Promoting high quality care for all adults at the end of life.
- Faull, C. (2005). The context and principles of palliative care. In C. Faull, Y. H. Carter & L. Daniels (Eds.), *Handbook of Palliative Care* (2nd ed., pp. 1-21). Malden, MA: Blakewell.
- Froggatt, K. A., & Hoult, L. (2002). Developing palliative care practice in nursing and residential care homes: The role of the clinical nurse specialist. *Journal of Clinical Nursing*, 11(6), 802-808.
- Froggatt, K. A., Wilson, D., Justice, C., MacAdam, M., Leibovici, K., Kinch, J., et al. (2006). End-of-life care in long-term care settings for older people: A literature

- review. *International Journal of Older People Nursing*, 1(1), 45-50.
- Fukahori, H., Miyashita, M., Morita, T., Ichikawa, T., Akizuki, N., Akiyama, M., et al. (2009). Administrators' perspectives on end-of-life care for cancer patients in Japanese long-term care facilities. *Supportive Care in Cancer*, 17(10), 1247-1254.
- Galanos, A. N., & Elbert-Avila, K. (2004). Palliative care in long-term care: Communicating with families. *Annals of Long-Term Care*, 12(7), 26-32.
- Goodridge, D., Bond, J. B., Jr., Cameron, C., & McKean, E. (2005). End-of-life care in a nursing home: A study of family, nurse and healthcare aide perspectives. *International Journal of Palliative Nursing*, 11(5), 226-232.
- Griffin, S., & Sawkins, N. (2009). Managing end of life care using the Gold Standard Framework. *Primary Health Care*, 19(9), 22-24.
- Hall, S., Goddard, C., Stewart, F., & Higginson, I. J. (2011). Implementing a quality improvement programme in palliative care in care homes: a qualitative study. *BMC Geriatrics*, 11(31).
- Heals, D. (2008). Development and implementation of a palliative care link-nurse programme in care homes. *International Journal of Palliative Nursing*, 14(12), 604-609.
- Hewison, A., Badger, F., Clifford, C., & Thomas, K. (2009). Delivering 'Gold Standards' in end-of-life care in care homes: a question of teamwork? *Journal of Clinical Nursing*, 18(12), 1756-1765.
- Hockley, J., Watson, J., Oxenham, D., & Murray, S. A. (2010). The integrated implementation of two end-of-life care tools in nursing care homes in the UK: An in-depth evaluation. *Palliative Medicine*, 24(8), 828-838.
- Horgan, E. (2011). Six steps to success: improving end-of-life care. *British Journal of Healthcare Assistants*, 5(4), 187-190.
- Houttekier, D., Cohen, J., Bilsen, J., Addington-Hall, J., Onwuteaka-Philipsen, B. D., & Deliens, L. (2010). Place of death of older persons with dementia. A study in five European countries. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(4), 751-756.
- Kayser-Jones, J., Chan, J., & Kris, A. (2005). A model long-term care hospice unit: Care, community, and compassion. *Geriatric Nursing*, 26(1), 16.

- Liao, S., & Ackermann, R. J. (2008). Interdisciplinary end-of-life care in nursing homes. *Clinical Gerontologist, 31*(4), 83-96.
- Life care center at Sarasota, S., Florida. (2005). Butterflies are free: One nursing home's end-of-life program. *Nursing Homes: Long Term Care Management, 54*(9), 20.
- Lusk, C. (2007). The need for palliative/end-of-life care programs in LTC. *Canadian Nursing Home, 18*(4), 9-15.
- Marie Curie Palliative Care Institute Liverpool (2009). The Liverpool Care Pathy for the dying patietn (LCP) Core Documentation.
- Menec, V. H., Nowicki, S., Blandford, A., & Veselyuk, D. (2009). Hospitalizations at the end of life among long-term care residents. *The Gournals of Gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences, 64*(3), 395-402.
- Miller, S. C., & Han, B. (2008). End-of-life care in U.S. nursing homes: Nursing homes with special programs and trained staff for hospice or palliative/end-of-life care. *Journal of Palliative Medicine, 11*(6), 866-877.
- Munn, J. C., Dobbs, D., Meier, A., Williams, C. S., Biola, H., & Zimmerman, S. (2008). The end-of-life experience in long-term care: Five themes identified from focus groups with residents, family members, and staff. *The Gerontologist, 48*(4), 485-494.
- Palangkaraya, A., & Yong, J. (2009). Population ageing and its implications on aggregate health care demand: empirical evidence from 22 OECD countries. *International Journal of Health Care Finance and Economics, March 20*.
- Pellett, C. (2009). Provision of end of life care in the community. *Nursing Standard, 24*(12), 35-40.
- Pot, A. M., Portrait, F., Visser, G., Puts, M., van Groenou, M. I., & Deeg, D. J. (2009). Utilization of acute and long-term care in the last year of life: Comparison with survivors in a population-based study. *BMC Health Services Research, 9*(139), 12 pages.
- Rodriguez, K. L., Hanlon, J. T., Perera, S., Jaffe, E. J., & Sevick, M. A. (2010). A cross-sectional analysis of the prevalence of undertreatment of nonpain symptoms and factors associated with undertreatment in older nursing home

- hospice/palliative care patients. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 8(3), 225-232.
- Seymour, J. E., Kumar, A., & Froggatt, K. (2011). Do nursing homes for older people have the support they need to provide end-of-life care? A mixed methods enquiry in England. *Palliative medicine*, 25(2), 125-138.
- Shield, R. R., Wetle, T., Teno, J., Miller, S. C., & Welch, L. (2005). Physicians "missing in action": Family perspectives on physician and staffing problems in end-of-life care in the nursing home. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(10), 1651-1657.
- Stobbart-Rowlands, M., & Brewster, H. (2010). Gold Standards Framework training for care homes. *Primary Health Care*, 20(2), 22-25.
- Teno, J. M., Clarridge, B. R., Casey, V., Welch, L. C., Wetle, T., Shield, R., et al. (2004). Family perspectives on end-of-life care at the last place of care. *JAMA*, 291, 88-93.
- US Department of Health & Human Services (HHS), Agency for Health Research and Quality (AHRQ) (2001). The characteristics of long-term care users: AHRQ Research Report. 2010 年 12 月 17 日取自 www.ahrq.gov/research/lcusers
- Watson, J., Hockley, J., & Dewar, B. (2006). Barriers to implementing an integrated care pathway for the last days of life in nursing homes. *International Journal of Palliative Nursing*, 12(5), 234-240.
- Wetle, T., Shield, R., Teno, J., Miller, S. C., & Welch, L. (2005). Family perspectives on end-of-life care experiences in nursing homes. *The Gerontologist* 45, 642-650.
- Wowchuk, S. M., McClement, S., & Bond, J. J. (2006). The challenge of providing palliative care in the nursing home: part 1 external factors... part 1 of a two-part article. *International Journal of Palliative Nursing* 12(6), 260-267.
- Zerzan, J., Stearns, S., & Hanson, L. (2000). Access to palliative care and hospice in nursing homes. *JAMA* 284(19), 2489-2494.