

台灣安寧療護的社會工作

- 張玉仕
- 馬偕紀念醫院
- 台北 台灣
- 2011.11.26

1

世界衛生組織定義

- 安寧療護：「對一位用當今科技已無法治癒的末期病患及其家屬，提供整體性的照顧，藉著解除疼痛及其他不適之症狀，並統合心理，社會，靈性之照顧，來提昇病人及家屬的生活品質。」 (1990)

2

馬偕安寧病房的发展

- 1982 引進安寧療護之理念
- 1987 舉辦一系列「臨終關懷」講座
- 1988 成立籌備小組
- 1989 舉行安寧照顧訓練
- 1990 設立安寧病房
- 1995 安寧療護教育示範中心

3

台灣第一家安寧病房開幕

- 1990 馬偕



4



5



- 原住民病房特色

6



• 原住民病房特色

7

善終的構成元素

- 即使病人無法控制他們的疾病和生死，
- 但是如果他們明白，**自己**可以**控制**對
- 疾病和生死的感受，**選擇**喜或悲，
- 失去控制的感受就會減輕。

Smith & Maher (1993)

8

先有人力，還是先有能力?

- 品質是能滿足安寧療護病人需求
- 的質與量，
- 先有品質，才能要到人力，
- 但是沒有人力，也沒有品質。
- 需要由稱職的工作人員來執行，
- 以證明人力、能力與品質。

9

2000年住院安寧療護 設置基準(第五條)

- 住院安寧療護須以醫師為主導之團隊方式
- 提供服務，應置**醫師**、**護理**及**社會工作人員**，
- 並應置營養、藥事諮詢人員，另得視需要設置
- 臨床心理工作、職能與物理治療及不同宗教靈
- 性等人員。
- 前項人員**應受過**相關之**訓練**，
- 並**定期**接受在職訓練。

10

人員配置

- 應置**專責社會工作人員**一人以上。
- 需接受**一百小時**以上之安寧療護相關
- 教育訓練(至少含**四十小時之實習**)。

11

我們是誰？



安寧療護(姑息)社會工作

- 一群受過專業訓練的社會工作專業人員，
- 針對末期病人與家屬，運用個案、家庭、
- 團體、社區、教育、研究與政策改變等方
- 法，助其解決問題、恢復功能與增進生命
- 品質。

13

安寧療護社工的服務內容與角色

- 壹、**直接服務**：面對面服務案主與家庭，如：臨終醫療選擇意願、情緒衝擊、資源連結、行政流程協助
- 貳、**間接服務**：透過環境或立法改變來協助案主，如：教育者、研究者、諮詢者、倡導者、志工招募與訓練規劃者

14

壹、直接服務

- 一、協助病人臨終醫療選擇
- 二、情緒支持與疏導
- 三、家庭功能維護
- 四、資源、社區連結整合
- 五、醫療團隊溝通與教育
- 六、失落與喪親輔導

15

一、協助病人臨終醫療選擇

1. 了解病人曾有之臨終醫療選擇
2. 身體舒適與生命品質確保
3. 給充分的衛教、資訊並討論
4. 說明病人自決的重要性
5. 「選擇安寧療護意願書」書寫與溝通

16

二、情緒支持與疏導

1. 個人與家庭面對疾病與死亡心理反應：焦慮、憤怒、沮喪、孤單、恐懼的疏發
2. 醫療照顧資訊溝通：因應衰退的身體狀況，生命品質的期待
3. 心願完成：面對存在與靈性的議題及完成遺願
4. 教導其與家屬有效溝通的技巧

17

襪子娃娃工作坊



塗鴉體驗工作坊



19

三、家庭功能維護

1. 協助家庭情感與意見表達與溝通
2. 增加家庭關係強化家庭功能：溝通方式、作決定者、增進照顧責任
3. 人力、物力、財力分配與媒合
4. 舉行家庭會議或家族治療
5. 末期照顧環境的選擇

20

面對生死 態度



21

四、社會、社區資源連結

1. 經濟：保險、福利與營生能力
2. 居住設備與環境設計
3. 協調社會資源：信仰、社交、休閒等可給予支持的機構及可著力之處

22

五、團隊溝通與教育

團隊常見議題：死亡與失落 醫療策略 團隊共事

1. 溝通案主需要：整合多專業意見，澄清角色界線
2. 協調醫病關係：家庭需求與意見溝通
3. 支持團隊：分享失落與悲傷、鼓勵士氣
4. 正式、非正式組織支持：各行政委員會
5. 支持同仁方案：壓力疏解團體
6. 對未來專業的提升

23



六、失落與喪親輔導

1. 討論未盡事宜、道別與後事討論
2. 處理失落的 關係與情緒
3. 強化生活適應
4. 增強家庭支持系統
5. 參與社會與日常活動
6. 轉介專業或團體
7. 整合生命智慧或意義

25

貳、間接服務

- 一、教育者：個人、家庭、社區
- 二、研究者：病人需求、社會觀感
- 三、諮詢者：資源、三級預防制
- 四、倡導者：生命權、死亡權、
 - 疾病自主權
- 五、志工招募與訓練：社會關懷與投入

26

以書閱生死



27

以電影觀人生



28

我們從何處來

- 教育
- 除了教育
- 還是教育

29

教育訓練起源

1. 安寧療護社會心理專業人員培訓，自1996年開始，由安寧照顧基金會接受衛生署委託承辦 5年計畫
2. 2000年以後，安寧基金會自行辦理至2008年底

30

訓練目的

1. 滿足安寧療護評鑑需求 100小時
2. 訓練**稱職**社工人員：有能力處理末期病人及家人社會心理、家庭、悲傷與喪親、靈性與意義、倫理層面，成為學理與臨床兼備安寧療護社會心理專業人員。

31

專業人員標準課程

- 1993年開辦第一期臨床人員基礎班，之後參考國外教育經驗及教學理念，規劃透過正確的
 - 態度(attitude)、
 - 熟練的技巧(skill)、
 - 與精確的知識(knowledge)三構面
- 有系統性地規劃為**入門**(elementary level)、**專業進階**(professional level)及**專家師資**(specialist)三階段課程，

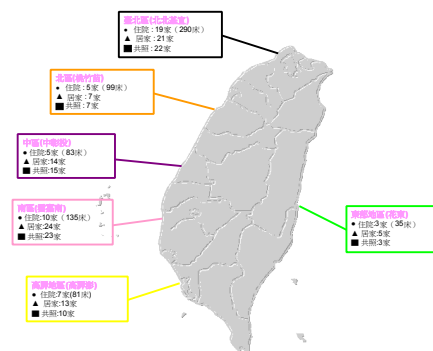
32

2000年住院安寧療護 設置基準(第五條)

- 住院安寧療護須以醫師為主導之團隊方式
- 提供服務，應置**醫師、護理及社會工作人員**，
- 並應置營養、藥事諮詢人員，另得視需要設置
- 臨床心理工作、職能與物理治療及不同宗教靈
- 性等人員。
- 前項人員**應受過相關之訓練**，
- 並**定期**接受在職訓練。

33

台灣安寧療護資源分佈



台灣安寧照顧協會整理，引用時敬請註明出處/更新日期：2011.6.2

34

各類安寧教育課程時數參加人次 N = 1,134(3380人)

- 研討會**44940.71**
- 專業入門課程**14913.51**
- 專業進階課程**302.72**
- 研討會+專業入門課程**554.99**
- 研討會+專業進階課程**141.27**
- 專業入門課程+專業進階課程**28826.11**
- 研討會+專業入門課程+專業進階課程**11810.70**

35

98-100年度 安寧療護社會心理專業人員基礎
及進階課程 受訓人數統計

梯次	基礎課程	進階課程	臨床實習
98-1	25 (含關懷師*1)	25	15
98-2	27 (含心理師*1)	20	13
99-1	25 (含心理師*3、院牧*1、助理教授*1)	25	23
99-2	23 (含心理師*1、宗教師*1、關懷員*1)	25	19
99-3	18	19	12
100-1	19 (含護理長*1)	20	12
100-2	18	18	0
總計 人數	137	152	112

(台灣安寧照顧協會整理，引用時敬請註明出處/更新日期：2011.8.5)

36

社會工作訓練的改變

社工與心理師會議2009.03

1. 悲傷的探索與輔導(21小時)
2. 自我覺察與團體動力(28小時)
3. 家庭動力與溝通(28小時)

37

失落、悲傷與喪親輔導 21小時

1. **探索**與統整臨床輔導經驗。
 2. 從輔導個案過程來探討**有關的輔導取向**與方式。
 3. 了解失落、悲傷與喪親情境的輔導取向，如人本主義、存在主義、意義治療、認知行為治療、建構敘說治療等理論與技術中選擇一至兩個經常運用的理論與技術的重點。
 4. **練習**運用常用的輔導取向中一至兩個理論與技術。
 5. 討論喪親追蹤服務的實務及運作。
- 註：以**25人**之小團體型態上課。

38

社會工作臨床見實習五天 (40小時)

- 由資深的安寧療護社會工作人員帶領及**督導**
- 1. 體認安寧療護社會工作者的角色與職責，
- 2. 運用實際臨床案例探討與分享，
- 3. 反思與學習臨床工作中如何提供病人與其家人適當的服務。

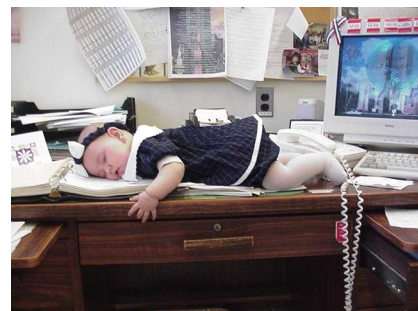
39



一週實習行程(40小時)

- 星期一：介紹與實習期待、臨床督導、共同照護會議
- 星期二：病房工作、團隊查房、團隊會議、病人照護、靈性工作討論
- 星期三：病房交班、團隊查房、團隊會議、遺族追蹤及輔導、義工管理及服務
- 星期四：病房交班、居家療護、
- 星期五：共同照護、督導總結會談

41



42

我們將往何處去？



43

1.3.13 社會服務人力：應有**社工人員**提供病人輔導、諮商及社區聯繫工作，並協助解決其困難或家暴等問題

- 申請醫學中心評鑑者：
- 1. 每**100床**應有**1名**社工人員。社會服務人力達之**1.10倍**，且**1/3**（含）以上人力具**社會工作師**資格。
- 2. 設有**獨立**之社會工作**部門**，且由具有社工專業背景或實務經驗滿**5年**之社工人員負責。
- 3. 依各項參考資料（如：服務量、民眾滿意等）作為改善服務的參考，定期追蹤及檢討，改善服務品質。

44

2.3.14 實施並檢討對病人及家屬的心理及靈性支持措施

- **C：**
- 1. 檢討對病人提供的**心理支持**措施，以儘量提升病人生活品質。
- 2. 醫院內有癌末、臨終的病人，應評估對此等病人之**照護措施**，尊重病人自主決定。
- **B：**符合**C**項，且設有**固定服務之社工**、志工或宗教師，可不定期提供主動訪視、支持或諮詢服務，並有紀錄可查。
- **A：**符合**B**項，且設有**固定服務之社工**、志工或宗教師，可每日提供主動訪視、支持或諮詢服務，並有紀錄可查。

45

臺灣地區癌症死亡人數

年	人數
1986	16,558人
1991	19,628人
1993	22,323人
1997	29,011人
2002	32,000人
2005	37,000人
2007	40,306人
2010	41,046人

46

26家 癌症資源中心 2010年起

- 政府與民間合作，全台**26家**醫院設立，
- 提供癌症與安寧諮詢，
- 增加前哨生力軍



2008起由安寧評鑑併入醫院評鑑

- 優：普及性與可及性，多家醫院願意參與，更多醫療人員能實作。
- 缺：稀釋了人力、素質與教育訓練的要求，也降低品質。

48

