



國立暨南國際大學
National Chi Nan University



晚期腫瘤病人的家庭評估與介入

台灣 暨南大學

社會政策與社會工作學系

蔡佩真 副教授

暨南大學 --- 位於日月潭附近





國立暨南國際大學

National Chi Nan University



社會政策與社會工作學系

- 設有學士班、碩士班、博士班
- 全系學生382名（博士班 30人，碩士班 88人，學士班 225 人）。
- 專任教師14位



台灣的安寧療護-1

- 54家醫院設立安寧病房 (1990年成立第一家)
- 63家醫院提供安寧居家護理
- 38家醫院推動安寧共同照護計劃
- 3所相關的基金會: 安寧照顧基金會、康泰基金會、佛教蓮花臨終關懷基金會
- 相關組織: 安寧照顧協會、安寧緩和醫學會、安寧緩和護理學會、台灣心理腫瘤醫學學會

台灣的安寧療護-2

- 全民健保已納入下列疾病末期皆可接受健保給付之安寧照顧：
 - 1.癌症
 - 2.運動神經元萎縮症
 - 3.老年期及初老期器質性精神病態(失智症)
 - 4.其他大腦變質
 - 5.心臟衰竭
 - 6.肺部其他疾病
 - 7.慢性肝病及肝硬化
 - 8.急性腎衰竭
 - 9.慢性腎衰竭及腎衰竭
 - 10.慢性氣道阻塞疾病，他處未歸類者

台灣的安寧療護-3

安寧緩和條例:

- 尊重末期病人之醫療意願及保障其權益。
- 末期病人得立意願書選擇安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇
- 得預立醫療委任代理人
- 當二位醫師診斷確為末期病人。且病人簽署意願書，可不施行心肺復甦術或維生醫療。原施予之心肺復甦術或維生醫療，得予終止或撤除
- 病人意識不清時，最近親屬一人可出具同意書，不施行、終止或撤除心肺復甦術

台灣的安寧療護-4

- 目前推動『預立醫療自主計畫』（Advance Care Planning，簡稱ACP）
- <https://www.youtube.com/watch?v=lgJTJ0cM00c>
- 發展中的社區安寧療護、長期照護系統的安寧療護

台灣透過多重機制協助家屬

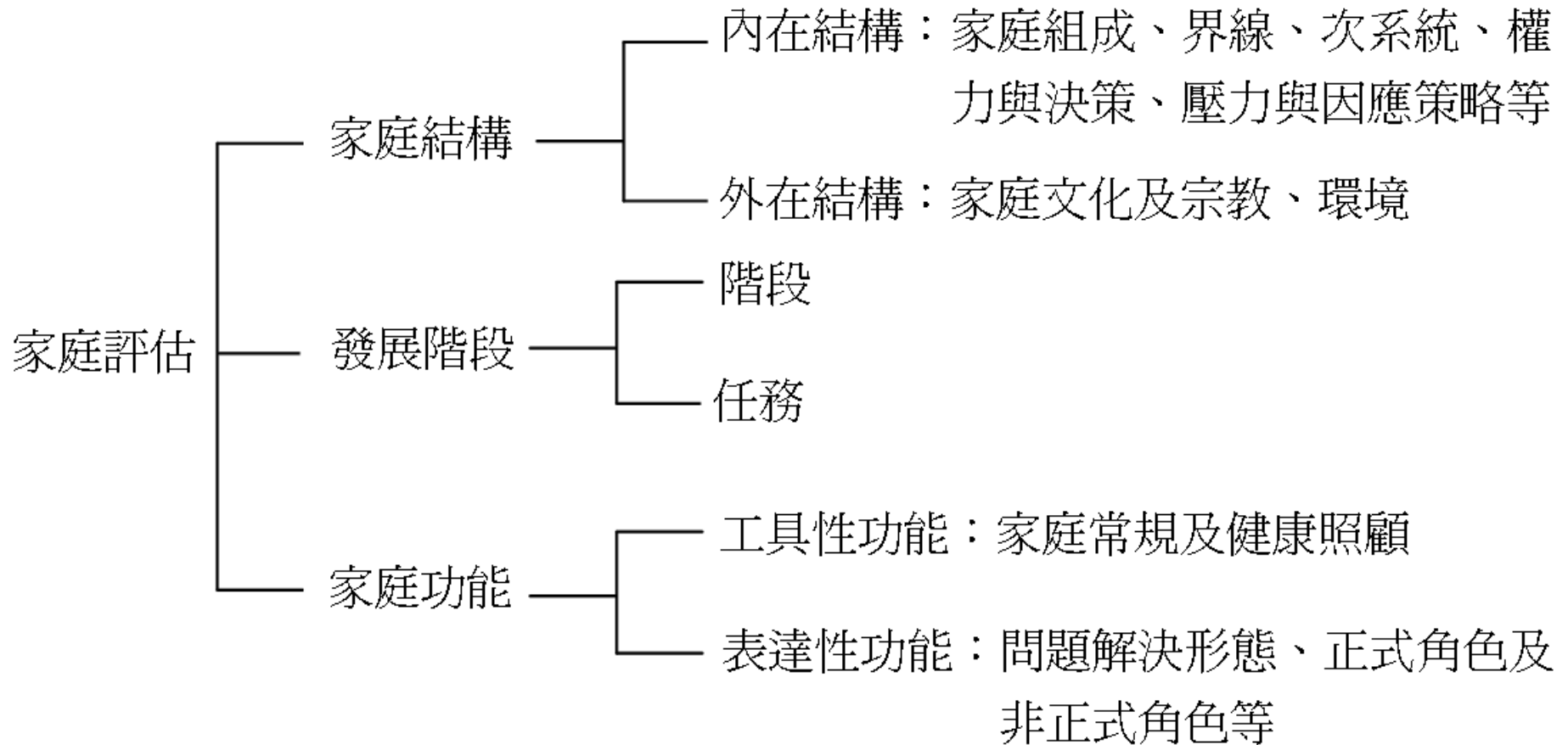
- 制訂相關法律：以避免醫師挨告、家屬紛爭、病人枉死
- 健康保險：有財力實踐尊嚴死亡與善終
- 社會教育：愛的教育、生死教育
- 社區資源的使用：醫院、社區與家庭的連續性照顧
- 醫療團隊的介入

評估與協助家屬有面對死亡的能力

1. 病家對病情的了解程度
2. 家庭資源：例如財力、照顧人力、照顧技巧、設施環境、社會福利、宗教靈性等資源與支持系統
3. 人格特質：過去的壓力處理經驗、防衛機轉、挫折忍受力
4. 病人家庭的溝通方式、決定者及決定程序
5. 家庭凝聚的程度
6. 家族的死亡經驗及過去因應的方式
7. 家屬對預後的看法以及對死亡的覺知與感受
8. 對餘生的期望與安排

家庭評估架構

- 根據Wright 及Leahey(2000)The Calgary Family Assessment Model
- Friedman, Bowden, Jones (2003)The Friedman Family Assessment Model



1. 評估家庭結構與家庭關係

- 家系圖（genogram）：評估依賴人口、生產人口、照顧人力是否足夠
- 生態圖(Eco-map)：描繪案主與週遭環境間的互動關係、家庭凝聚力和外在資源多寡
- 關係越親密也代表失落與悲傷的風險可能較高，越需要加以支持與關心。
- 衝突的家庭關係就必須考量在腫瘤末期病人是否願意處理與修復

2. 評估家庭界線與界線維持

- 家庭成員能否被允許跟家庭以外的人建立關係及情感，可否與環境交換訊息與物質等，就代表家庭是否具有彈性界線。
- 家中的權威者扮演維持界線的角色
- 家庭界限的開放度會受到家人瀕死與死亡的威脅而改變
- 家庭對於醫療人員的介入有不同的開放程度與接受度

3.家庭權力與決策

- 較易取得家庭權力者，包括智慧的長者、男性、高教育程度者、高收入者。
- 家庭決策跟家庭權力密切相關，家庭決策的過程會隨著家庭生命週期發展而改變
- 晚期腫瘤的醫療涉及許多決策，醫療團隊需要了解家庭決策過程，決策是如何達成的？關鍵人物？醫療團隊需透過各種努力以促成有效的家庭決策

4.家庭溝通

- 家庭溝通常可反映出存在家庭內的議題、情感、關係、權力、衝突和互動的模式。
- 家庭溝通需了解的是：溝通的一致性與清晰程度、接收訊息的能力、表達的技巧、家庭溝通的量與質、溝通障礙。
- 末期家庭的溝通常常出現隱瞞病情、沉默、報喜不報憂、逃避、單向溝通、不知如何道別

家庭角色

- 病人在家中的角色決定了死亡是重如泰山或輕如鴻毛
- 照顧者的角色是否習慣性的英雄與解救角色
- 那些人缺席? 那些人被責備?

6. 家庭環境脈絡及文化評估

- 家庭環境評估需培養文化敏感度
- 健康照顧中的文化評估包括以下
 1. 溝通：主要語言、有關健康的用詞、非語言溝通
 2. 文化取向：族群認同與出生地
 3. 營養：食物的偏好與禁忌
 4. 家庭關係：家庭結構與決策、家庭權威者、家中女性的角色
 5. 健康與健康的信念：對疾病的解釋及維持健康的方法
 6. 教育：學習方式、教育程度、職業
 7. 宗教：宗教信念影響健康或疾病照顧與彌留儀式

社會工作照顧末期病人的 七種必要技巧

(National Association of Social Workers , 2004) :

1. 有能力去認知瀕死特徵和症狀，協助家屬準備
2. 促使案主、家庭成員和照顧團隊間溝通的能力。
3. 運用悲傷理論於實務中的能力。
4. 有能力以評估為基礎 決定適當的介入方法。
5. 為案主、家屬和照顧者倡導需求的能力，包括疼痛管理。
6. 有能力協調資源網絡，連結適當資源
7. 有能力支持案主、家屬和照顧者，包括預期性哀悼、悲傷及追蹤服務。

安寧療護與末期照顧的 一般性社會工作介入 (NASW, 2004)

1. 個別諮商與心理治療
2. 家庭諮商
3. 家庭會議(family conference)
4. 危機諮商
5. 提供資訊與教育
6. 多元取向的處遇與症狀管理
7. 支持團體與喪慟團體
8. 個案管理與出院計畫
9. 協助做決定，並了解不同治療選項的意涵
10. 資源的諮詢
11. 案主的倡導與系統的領航(navigation)

善用家庭會議(family conference)

- 醫療的急迫性促使家屬必須展開對話
- 家庭會議是任務導向與問題解決導向，非治療導向，目的包括
 1. 促進家庭開放性的溝通
 2. 病家可表達心中的擔憂
 3. 瞭解病家的期待與需求，澄清照護目標
 4. 團隊適時給予病家支持、病情告知與資訊提供
 5. 協調意見、整合衝突
 6. 對病家的照顧形成共識，促進照護的合作

家庭會議的常見議題

TABLE 3. TOPICS DISCUSSED DURING ONE HUNDRED TWENTY-THREE FAMILY CONFERENCES

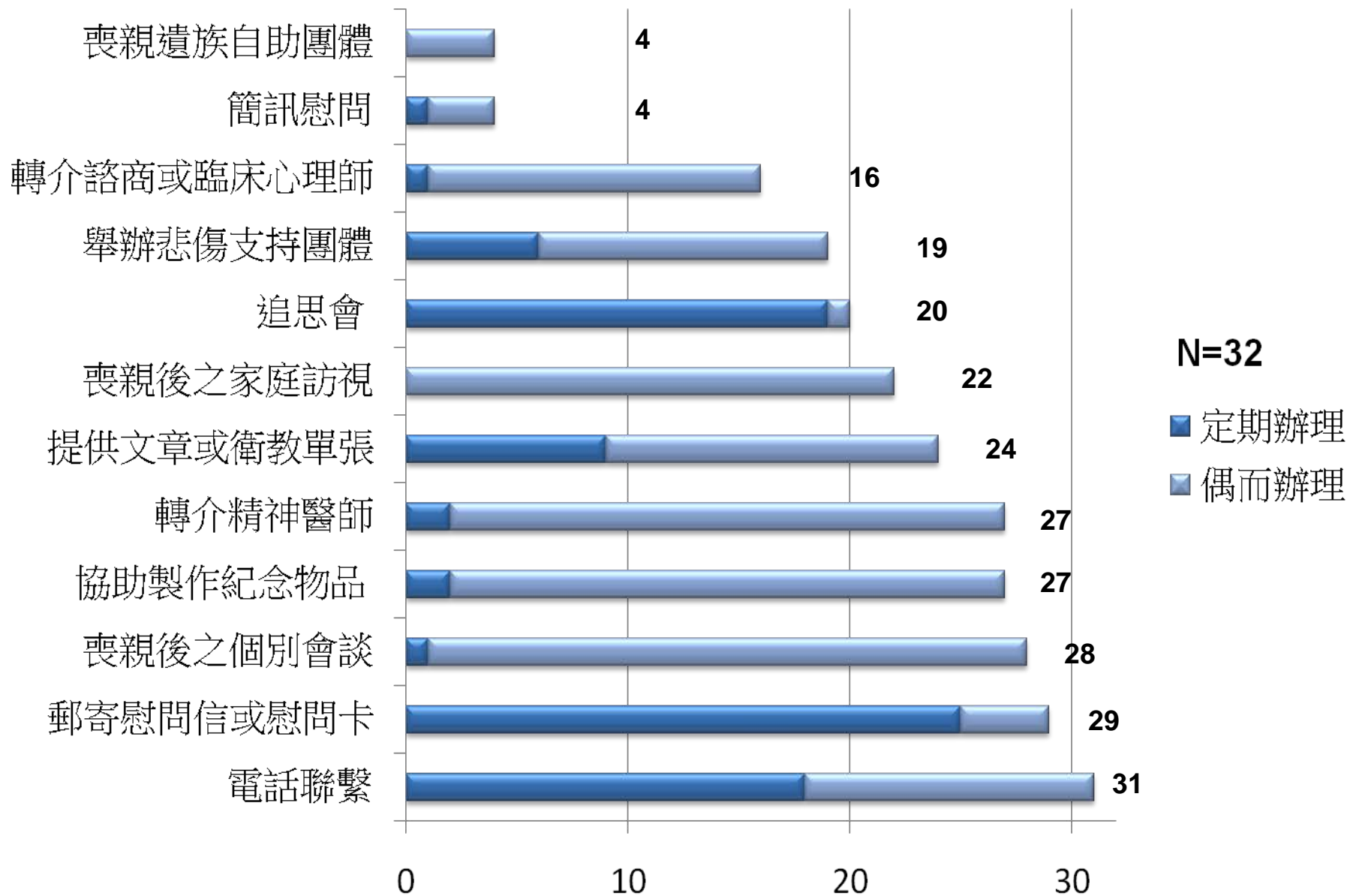
<i>Topics discussed^a</i>	<i>No. of topics (%)</i>
Cancer overview/burden	110 (96)
Discharge options	108 (94)
Symptom distress	108 (94)
Treatment plan	105 (91)
Prognosis	105 (91)
Care in palliative care unit	43 (37)
Nutrition	31 (27)
Withdrawal of care	25 (20)
Advanced directives	24 (19)

^aTypically more than one topic was discussed at each meeting.

資料來源

Yennurajalingam, S., Dev, R., Lockey, M., Pace, E., Zhang, T., Palmer, J. L., & Bruera, E. (2008). Characteristics of family conferences in a palliative care unit at a comprehensive cancer center. *Journal of palliative medicine*, 11(9), 1208-1211.

喪親悲傷關懷服務



善終與善別--生死兩相安

1. 協助調整家屬對治療的期待
2. 家屬的情緒支持
3. 提供充分衛教與相關資訊
4. 工具性之支持與資源的整合運用
5. 協助病人及家屬的溝通與關係重整
6. 臨終時刻之規劃與預備
7. 滿足臨終家庭的文化需求



圖片來源: (蘇絢慧, 2004)